



# PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ

## NGOẠI TRÚ - TẬP 1

2021





## MỤC LỤC

|                                                                  |          |
|------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>MỤC LỤC</b> .....                                             | <b>3</b> |
| <b>NỘI KHOA</b> .....                                            | <b>9</b> |
| SỎI TIẾT NIỆU.....                                               | 10       |
| NHIỄM TRÙNG NIỆU.....                                            | 13       |
| BỆNH THIẾU MÁU THIẾU SẮT .....                                   | 16       |
| CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP .....                        | 18       |
| BỆNH TIM THIẾU MÁU CỤC BỘ MẠN TÍNH(ĐAU THẮT NGỰC ỔN ĐỊNH) .....  | 29       |
| NGOẠI TÂM THU THẮT.....                                          | 35       |
| NHỊP TIM CHẬM .....                                              | 36       |
| ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 1.....                                       | 37       |
| HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ TIỀN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG .....        | 40       |
| CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2.....                  | 43       |
| HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG INSULIN KIỂM SOÁT ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TRONG THỜI KỲ |          |
| MANG THAI.....                                                   | 56       |
| KHUYẾN CÁO THEO DÕI ĐƯỜNG HUYẾT MAO MẠCH.....                    | 58       |
| RỐI LOẠN CHUYỂN HÓA LIPID MÁU .....                              | 62       |
| BỆNH VIÊM GAN VI RÚT B.....                                      | 73       |
| CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH VIÊM GAN VI RÚT C .....               | 85       |
| VIÊM GAN DO THUỐC.....                                           | 98       |
| VIÊM PHẾ QUẢN CẤP.....                                           | 101      |
| THOÁI HÓA KHỚP VÀ CỘT SỐNG .....                                 | 103      |
| LOÃNG XƯƠNG.....                                                 | 106      |
| BỆNH SUY DẪN TĨNH MẠCH CHÂN.....                                 | 108      |
| BỆNH GIUN ĐƯA CHÓ, MÈO (TOXOCARIASIS) .....                      | 110      |
| BỆNH GIUN LƯỜN (STRONGYLOIDES STERCORALIS) .....                 | 113      |
| MIGRAINE .....                                                   | 115      |
| THIẾU NĂNG TUẦN HOÀN NÃO .....                                   | 117      |
| TÂM THẦN PHÂN LIỆT.....                                          | 119      |
| BỆNH XƠ CỨNG RÃI RÁC .....                                       | 122      |
| PARKINSON.....                                                   | 124      |
| RỐI LOẠN GIÁC NGỦ.....                                           | 126      |
| PHỤC HỒI CHỨC NĂNG LIỆT NỬA NGƯỜI DO TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO.....  | 133      |
| ĐAU THẦN KINH TỌA .....                                          | 136      |
| SA SÚT TRÍ TUỆ TRONG BỆNH ALZHEIMER.....                         | 138      |
| ĐỘNG KINH.....                                                   | 142      |
| SA SÚT TRÍ TUỆ TRONG BỆNH MẠCH MÁU.....                          | 147      |
| RỐI LOẠN TRẦM CẢM TÁI DIỄN.....                                  | 151      |
| RỐI LOẠN LO ÂU LAN TOẢ.....                                      | 155      |
| ĐAU DÂY THẦN KINH TAM THOÁ.....                                  | 158      |
| BỆNH THẦN KINH NGOẠI VI .....                                    | 159      |
| TỖN THƯƠNG ĐÁM RỎI VÀ RỄ THẦN KINH .....                         | 161      |
| LIỆT DÂY THẦN KINH VII NGOẠI BIÊN .....                          | 163      |
| HỘI CHỨNG ĐAU CƠ XƠ HOÁ .....                                    | 166      |
| CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH.....                                        | 169      |
| CHỤP CỘNG HƯỞNG TỪ (MRI) .....                                   | 171      |
| THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG CÔ VÀ THẮT LƯNG .....                  | 173      |
| VIÊM CỘT SỐNG DÍNH KHỚP.....                                     | 175      |
| BỆNH GOUT .....                                                  | 179      |
| VIÊM KHỚP DẠNG THẤP NGƯỜI LỚN.....                               | 183      |
| VIÊM LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG.....                                   | 187      |
| HỘI CHỨNG RUỘT KÍCH THÍCH .....                                  | 191      |



|                                                            |            |
|------------------------------------------------------------|------------|
| VIÊM ĐẠI TRÀNG MẠN TÍNH.....                               | 193        |
| HEN PHẾ QUẢN NGƯỜI LỚN.....                                | 197        |
| BỆNH PHỔI TẮC NGHỀN MẠN TÍNH (COPD) GIAI ĐOẠN ỔN ĐỊNH..... | 202        |
| SUY GIÁP.....                                              | 205        |
| BỆNH BASEDOW.....                                          | 208        |
| <b>NHI KHOA.....</b>                                       | <b>212</b> |
| TIẾP CẬN TRẺ NHỎ VÀNG DA TẠI PHÒNG KHÁM.....               | 213        |
| ĐAU CHI.....                                               | 218        |
| ĐAU KHỚP.....                                              | 220        |
| ĐAU NGỰC.....                                              | 222        |
| VIÊM MŨI HỌNG CẤP.....                                     | 225        |
| VIÊM AMIĐAN.....                                           | 227        |
| VIÊM HỌNG.....                                             | 229        |
| VIÊM VA.....                                               | 233        |
| VIÊM MŨI XOANG DỊ ỨNG.....                                 | 235        |
| VIÊM PHẾ QUẢN.....                                         | 237        |
| VIÊM TAI GIỮA CẤP TRẺ EM.....                              | 239        |
| VIÊM TAI GIỮA MẠN.....                                     | 240        |
| VIÊM KẾT MẠC.....                                          | 242        |
| ĐAU BỤNG CẤP TÍNH.....                                     | 244        |
| ĐAU BỤNG MẠN.....                                          | 247        |
| TIẾP CẬN ỒI TRẺ EM.....                                    | 252        |
| NÚT HẬU MÔN.....                                           | 254        |
| TIÊU CHẢY KÉO DÀI.....                                     | 255        |
| HỘI CHỨNG LỖ.....                                          | 258        |
| VIÊM LOÉT DA DÀY TÁ TRÀNG.....                             | 261        |
| TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN.....                           | 267        |
| TÁO BÓN CHỨC NĂNG.....                                     | 271        |
| NHIỄM KÝ SINH TRÙNG ĐƯỜNG RUỘT Ở TRẺ EM.....               | 276        |
| SÓT PHÁT BAN.....                                          | 281        |
| NHIỄM SIÊU VI.....                                         | 283        |
| QUAI BỊ.....                                               | 285        |
| BỆNH TAY CHÂN MIỆNG.....                                   | 287        |
| THỦY ĐẬU.....                                              | 289        |
| SÓT XUẤT HUYẾT DENGUE.....                                 | 291        |
| VIÊM GAN SIÊU VI B MẠN Ở TRẺ EM.....                       | 299        |
| RỐI LOẠN ĐI TIỂU Ở TRẺ EM.....                             | 308        |
| TIỂU DẪM TRẺ EM.....                                       | 312        |
| NHIỄM TRÙNG TIỂU Ở TRẺ EM.....                             | 315        |
| NẤM MIỆNG.....                                             | 317        |
| THIẾU MÁU THIẾU SẮT.....                                   | 319        |
| ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TRẺ EM.....                                 | 321        |
| CƯỜNG GIÁP Ở TRẺ EM.....                                   | 325        |
| SUY GIÁP Ở TRẺ EM.....                                     | 327        |
| TIẾP CẬN THẤP TIM Ở TRẺ EM.....                            | 329        |
| VIÊM CỘT SỐNG DÍNH KHỚP THIẾU NIÊN.....                    | 334        |
| BỆNH CHÓC.....                                             | 338        |
| NHỌT ( NHIỄM TRÙNG DA).....                                | 340        |
| TRỨNG CÁ.....                                              | 342        |
| DỊ ỨNG THỨC ĂN.....                                        | 345        |
| CHÀM SỮA Ở TRẺ EM.....                                     | 348        |
| CHÀM THẺ TẠNG Ở TRẺ EM.....                                | 350        |
| SUY DINH DƯỠNG.....                                        | 353        |

|                                                    |            |
|----------------------------------------------------|------------|
| BÉO PHÌ TRẺ EM.....                                | 357        |
| NGẤT.....                                          | 362        |
| TIÊM CHỦNG.....                                    | 364        |
| PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ COVID TRẺ EM .....                | 368        |
| <b>NGOẠI KHOA .....</b>                            | <b>380</b> |
| TĂNG SINH LÀNH TÍNH TIỀN LIỆT TUYẾN .....          | 381        |
| TRẬT KHỚP VAI .....                                | 383        |
| GẦY XƯƠNG KÍN .....                                | 384        |
| CÁC LOẠI GẦY XƯƠNG THƯỜNG GẶP .....                | 385        |
| GẦY XƯƠNG BÀN - NGÓN TAY .....                     | 393        |
| GẦY XƯƠNG THUYỀN .....                             | 396        |
| NGÓN TAY BẬT (NGÓN TAY CÒ SÚNG).....               | 398        |
| HỘI CHỨNG ỐNG CỔ TAY .....                         | 400        |
| NGÓN TAY LÒ XO .....                               | 402        |
| BỆNH DE QUERVAIN .....                             | 404        |
| VIÊM MỎM TRÊN LÒI CẦU CÁNH TAY .....               | 406        |
| HOẠT MẠC KHỚP GỐI.....                             | 408        |
| RÁCH CHÓP XOAY.....                                | 411        |
| TÔN THƯƠNG DÂY CHẰNG VÙNG GỐI .....                | 415        |
| TRẬT KHỚP CÙNG ĐÒN .....                           | 419        |
| TÔN THƯƠNG SỤN CHÈM VÀ DÂY CHẰNG KHỚP GỐI.....     | 421        |
| TRẬT KHỚP BÀN ĐÓT NGÓN TAY .....                   | 427        |
| TRẬT KHỚP GỐI .....                                | 429        |
| TRẬT KHỚP HÁNG .....                               | 431        |
| TRẬT KHỚP QUANH NGUYỆT .....                       | 434        |
| TRẬT KHỚP LỚN CHI TRÊN THƯỜNG GẶP.....             | 436        |
| TRẬT KHỚP VAI .....                                | 436        |
| TRẬT KHỚP KHUYU .....                              | 438        |
| TRẬT KHỚP VAI TÁI HỒI.....                         | 439        |
| CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG VÀ TUY SÓNG CỔ .....          | 443        |
| CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG THẮT LƯNG .....               | 445        |
| GẦY BONG ĐIỂM BẮM DÂY CHẰNG CHÉO KHỚP GỐI .....    | 447        |
| GẦY TRẬT KHỚP LISFRANC .....                       | 450        |
| GẦY XƯƠNG BÀ VAI .....                             | 453        |
| GẦY XƯƠNG GÓT .....                                | 456        |
| GẦY XƯƠNG SẼN.....                                 | 461        |
| HỘI CHỨNG DE QUERVAIN.....                         | 465        |
| HỘI CHỨNG ỐNG GUYON.....                           | 467        |
| GẦY CHÓM QUAY.....                                 | 469        |
| XỬ TRÍ CƠ BẢN VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM.....             | 471        |
| GẦY XƯƠNG BÁNH CHÈ.....                            | 473        |
| GẦY MẮT CÁ CHÂN.....                               | 475        |
| THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM THẮT LƯNG .....                   | 477        |
| THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỔ .....                          | 480        |
| <b>SẢN KHOA .....</b>                              | <b>482</b> |
| QUI TRÌNH KHÁM THAI .....                          | 483        |
| VIÊM ÂM HỘ, ÂM ĐẠO, CỔ TỬ CUNG .....               | 486        |
| RONG KINH RONG HUYẾT DO NGUYÊN NHÂN CHỨC NĂNG..... | 490        |
| RỐI LOẠN TIỀN MÃN KINH .....                       | 491        |
| TĂNG SINH NỘI MẠC TỬ CUNG .....                    | 492        |
| LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG .....                          | 493        |
| DỌA SẢY THAI .....                                 | 496        |
| SẢY THAI.....                                      | 497        |

|                                                                      |            |
|----------------------------------------------------------------------|------------|
| PHÁ THAI BẰNG THUỐC ĐẾN HẾT 7 TUẦN.....                              | 499        |
| ÁP XE VÚ .....                                                       | 501        |
| BỆNH LÝ LÀNH TÍNH TUYẾN VÚ.....                                      | 502        |
| <b>CHUYÊN KHOA LỄ.....</b>                                           | <b>505</b> |
| THOÁI HÓA HOÀNG ĐIỂM TUỔI GIÀ.....                                   | 506        |
| PHÙ HOÀNG ĐIỂM DO ĐÁI THÁO ĐƯỜNG .....                               | 510        |
| PHÙ HOÀNG ĐIỂM THỨ PHÁT DO TẮC TĨNH MẠCH VÒNG MẠC.....               | 513        |
| CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ GLAUCOMA MẠN.....                              | 519        |
| CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ CƠN GÓC ĐÓNG CẤP TÍNH.....                     | 523        |
| CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ MỘT SỐ TRƯỜNG HỢP GLAUCOMA THỨ PHÁT .....      | 525        |
| BÔNG MẮT DO HÓA CHẤT.....                                            | 526        |
| VIÊM KẾT MẠC CẤP .....                                               | 527        |
| VIÊM KẾT MẠC DỊ ỨNG CẤP TÍNH .....                                   | 529        |
| VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO VI KHUẨN .....                                 | 531        |
| VIÊM GIÁC MẠC DO HERPES.....                                         | 534        |
| VIÊM BỜ MI.....                                                      | 536        |
| VIÊM TÚI LỆ.....                                                     | 537        |
| KHÔ MẮT.....                                                         | 539        |
| BỆNH VIÊM MÀNG BỎ ĐÀO TRƯỚC CẤP TÍNH .....                           | 542        |
| VIÊM TỔ CHỨC HÓC MẮT .....                                           | 544        |
| VIÊM THỊ THẦN KINH .....                                             | 547        |
| BỆNH HẮC VÒNG MẠC TRUNG TÂM THANH DỊCH.....                          | 549        |
| BỆNH LÝ VÒNG MẠC DO ĐÁI THÁO ĐƯỜNG .....                             | 551        |
| TẮC TĨNH MẠCH VÒNG MẠC .....                                         | 555        |
| DỊ VẬT GIÁC MẠC NÔNG .....                                           | 557        |
| CHẤP .....                                                           | 558        |
| LỆO – ÁP XE MI MẮT .....                                             | 559        |
| RÁCH KẾT MẠC.....                                                    | 560        |
| MỘNG THỊT.....                                                       | 561        |
| DƯ MỖ - DA MI TRÊN, MI DƯỚI.....                                     | 563        |
| U MI, U KẾT MẠC .....                                                | 564        |
| ĐIỀU TRỊ MỖ BAO SAU ĐỤC BẰNG LASER YAG .....                         | 566        |
| ĐIỀU TRỊ CẮT MÓNG MẮT CHU BIÊN BẰNG LASER YAG .....                  | 568        |
| DỊ VẬT GIÁC MẠC VÀ VÒNG RỈ SÉT .....                                 | 569        |
| ÁP – XE QUANH CHÓP RĂNG.....                                         | 570        |
| ÁP XE QUANH CHÓP TÁI PHÁT .....                                      | 572        |
| HERPES SIMPLEX VÙNG HÀM MẮT .....                                    | 573        |
| ĐAU DÂY THẦN KINH V .....                                            | 575        |
| VIÊM TUYẾN NƯỚC BỌT.....                                             | 577        |
| VIÊM TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI DO VIRUS - BỆNH QUAI BỊ (MUMPS) .....   | 579        |
| VIÊM TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI DO SỎI .....                            | 580        |
| LOÉT ÁP TỖ NIÊM MẠC MIỆNG.....                                       | 582        |
| VIÊM NƯỚU .....                                                      | 583        |
| HERPES MIỆNG.....                                                    | 584        |
| VIÊM QUANH CHÓP MẠN.....                                             | 585        |
| ÁP XE QUANH CHÓP CẤP .....                                           | 586        |
| NHA CHU VIÊM TOÀN BỘ/KHU TRÚ .....                                   | 587        |
| ÁP – XE NHA CHU .....                                                | 587        |
| VIÊM NƯỚU TRIỂN DƯỠNG .....                                          | 588        |
| HỘI CHỨNG NÓNG BÔNG VÙNG MIỆNG (BMS - BURNING MOUTH “SYNDROME”)..... | 590        |
| RỐI LOẠN CƠ KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM .....                                | 592        |
| ĐAU THẦN KINH SAU CHẤN THƯƠNG.....                                   | 594        |
| ĐAU THẦN KINH SAU ZONA.....                                          | 595        |

|                                                                       |            |
|-----------------------------------------------------------------------|------------|
| ĐAU THẦN KINH V NGUYỄN PHÁT .....                                     | 597        |
| NHIỄM NẤM CANDIDA VÙNG MIỆNG.....                                     | 599        |
| PHẪU THUẬT CẮT CHÓP .....                                             | 601        |
| TIỂU PHẪU RĂNG KHÔNG LỆCH NGANG, NGÂM, KẾT.....                       | 603        |
| ĐIỀU TRỊ TỦY RĂNG VÀ HÀN KÍN HỆ THỐNG ỐNG TỦY BẰNG GUTTA-PERCHA NGUỘI |            |
| CÓ SỬ DỤNG TRÂM XOAY CÀM TAY .....                                    | 605        |
| ĐIỀU TRỊ TỦY RĂNG VÀ HÀN KÍN HỆ THỐNG ỐNG TỦY BẰNG GUTTA PERCHA CÓ SỬ |            |
| DỤNG TRÂM XOAY MÁY .....                                              | 607        |
| VIÊM HỌNG- AMIDAN CẤP .....                                           | 609        |
| VIÊM HỌNG MẠN TÍNH.....                                               | 611        |
| VIÊM THANH QUẢN CẤP .....                                             | 613        |
| VIÊM THANH QUẢN MẠN.....                                              | 616        |
| VIÊM THANH THIỆT CẤP.....                                             | 619        |
| TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN .....                                     | 621        |
| VIÊM MŨI XOANG DỊ ỨNG .....                                           | 624        |
| VIÊM XOANG CẤP TÍNH.....                                              | 626        |
| VIÊM MŨI CẤP .....                                                    | 630        |
| VIÊM XOANG MẠN TÍNH .....                                             | 631        |
| BỆNH POLYP MŨI.....                                                   | 633        |
| NÚT BIỂU BÌ – RÁY TAI.....                                            | 635        |
| VIÊM ỐNG TAI NGOÀI .....                                              | 637        |
| NẤM ỐNG TAI NGOÀI.....                                                | 639        |
| NHỌT ỐNG TAI NGOÀI.....                                               | 640        |
| VIÊM TAI GIỮA CẤP TÍNH .....                                          | 641        |
| VIÊM TAI GIỮA MẠN TÍNH.....                                           | 644        |
| VIÊM TAI GIỮA THANH DỊCH .....                                        | 647        |
| CHẤN THƯƠNG ỐNG TAI NGOÀI.....                                        | 649        |
| TỤ DỊCH VÀNH TAI.....                                                 | 650        |
| VIÊM SỤN VÀNH TAI.....                                                | 651        |
| ZONA TAI.....                                                         | 653        |
| ĐIẾC ĐỘT NGỘT .....                                                   | 654        |
| CHÂM ỐNG TAI NGOÀI .....                                              | 656        |
| <b>DA LIỄU.....</b>                                                   | <b>658</b> |
| BỆNH LICHEN PHẪNG .....                                               | 659        |
| BỆNH CHỐC .....                                                       | 661        |
| NHỌT.....                                                             | 663        |
| VIÊM NANG LÔNG .....                                                  | 664        |
| TRÚNG CÁ.....                                                         | 665        |
| BỆNH VẢY NẾN.....                                                     | 667        |
| BỆNH VẢY PHẤN ĐỎ NANG LÔNG .....                                      | 669        |
| VẢY PHẤN HỒNG.....                                                    | 670        |
| VIÊM DA TIẾP XÚC .....                                                | 672        |
| VIÊM DA CƠ ĐỊA .....                                                  | 674        |
| CHÂM BÀN TAY .....                                                    | 676        |
| BỆNH MÀY ĐAY .....                                                    | 677        |
| HỒNG BAN ĐA DẠNG.....                                                 | 679        |
| BỌNG NƯỚC DẠNG PEMPHIGUS.....                                         | 681        |
| TRÚNG CÁ ĐỎ .....                                                     | 682        |
| ERYTHRASMA.....                                                       | 683        |
| LUPUS BAN ĐỎ.....                                                     | 684        |
| VIÊM BÌ CỎ.....                                                       | 687        |
| BẠCH BIẾN.....                                                        | 689        |
| VIÊM DA TIẾT BÃ.....                                                  | 691        |

|                                                    |     |
|----------------------------------------------------|-----|
| DỊ SÙNG NANG LÔNG .....                            | 692 |
| GHỀ.....                                           | 693 |
| BỆNH ZONA .....                                    | 695 |
| THỦY ĐẬU.....                                      | 697 |
| NẤM DA .....                                       | 698 |
| NẤM TÓC.....                                       | 700 |
| NẤM MÓNG.....                                      | 701 |
| LANG BEN .....                                     | 702 |
| VIÊM DA DO DEMODEX .....                           | 703 |
| VIÊM DA TIẾP XÚC DO CÔN TRÙNG .....                | 704 |
| BỆNH DA DO ÁNH SÁNG .....                          | 705 |
| U HẠT VÒNG.....                                    | 706 |
| LOÉT ÁP-TƠ .....                                   | 707 |
| VIÊM QUẪNG VÀ VIÊM MÔ TẾ BÀO.....                  | 709 |
| DÀY SÙNG ÁNH SÁNG.....                             | 710 |
| HỒNG BAN NÚT .....                                 | 711 |
| ÁU TRÙNG DI CHUYỂN Ở DA.....                       | 713 |
| GIANG MAI.....                                     | 714 |
| BỆNH SÙI MÀO GÀ .....                              | 717 |
| MỤN CỐC.....                                       | 719 |
| BỆNH GAI ĐEN .....                                 | 720 |
| LICHEN ĐƠN MẠN TÍNH VÀ SẴN NGỨA.....               | 721 |
| DÀY SÙNG LÒNG BÀN TAY BÀN CHÂN .....               | 722 |
| LOÉT SINH DỤC.....                                 | 723 |
| VIÊM DA THẦN KINH KHU TRÚ VÀ LAN TỎA.....          | 724 |
| ĐA U NANG TUYẾN BÃ.....                            | 725 |
| U MỀM TREO.....                                    | 726 |
| XỐ CỨNG BÌ.....                                    | 727 |
| LAO DA .....                                       | 729 |
| NHIỄM MYCOBACTERIUM KHÔNG ĐIỂN HÌNH .....          | 731 |
| Á VẢY NÉN.....                                     | 732 |
| VẢY PHẦN DẠNG LICHEN MẠN TÍNH.....                 | 733 |
| VIÊM MẠCH MÁU .....                                | 734 |
| NHIỄM HERPES SIMPLEX .....                         | 736 |
| LẬU CẦU.....                                       | 738 |
| VIÊM NIỆU ĐẠO KHÔNG DO LẬU .....                   | 740 |
| VIÊM ÂM ĐẠO .....                                  | 740 |
| RỤNG TÓC .....                                     | 743 |
| ĐỎ DA TOÀN THÂN .....                              | 744 |
| UNG THƯ DA THƯỜNG GẶP.....                         | 746 |
| LY THƯƠNG BÌ BỌNG NƯỚC MẮC PHẢI.....               | 749 |
| BỆNH IGA ĐƯỜNG VÀ BỌNG NƯỚC MẠN TÍNH Ở TRẺ EM..... | 750 |
| VIÊM DA DẠNG HERPES.....                           | 751 |
| BỆNH PELLAGRA .....                                | 752 |
| VIÊM DA ĐẦU CHI RUỘT .....                         | 753 |
| HỘI CHỨNG RAYNAUD.....                             | 754 |
| SEO LỖI- SEO PHÌ ĐẠI .....                         | 755 |
| U MỀM LÂY.....                                     | 756 |
| U ỐNG TUYẾN MÔ HÔI.....                            | 757 |
| HỒNG BAN NHIỄM SẮC CỐ ĐỊNH .....                   | 758 |
| BỆNH DA XUẤT HUYẾT TĂNG SẮC TỐ.....                | 759 |

# NỘI KHOA

## SỎI TIẾT NIỆU

### 1. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

Chẩn đoán xác định cần dựa vào:

- Tiền sử bệnh, các biểu hiện lâm sàng với cơn đau quặn thận hoặc đau vùng hông lưng, đái máu, các triệu chứng của biến chứng do sỏi gây nên như: ứ nước, ứ mủ bể thận, suy thận cấp và mạn...
- Xét nghiệm sinh hóa máu và nước tiểu, các thăm dò cận lâm sàng như: siêu âm, Xquang hệ niệu không chuẩn bị, chụp thận niệu quản có thuốc cản quang (UIV), chụp bể thận ngược dòng xuôi dòng, chụp cắt lớp vi tính (CT)... sẽ cho chẩn đoán xác định.
- Một số xét nghiệm tìm nguyên nhân trong một số trường hợp nghi ngờ bệnh lý chuyển hóa: đánh giá chức năng tuyến cận giáp, chức năng ống thận... phân tích thành phần sỏi sau khi can thiệp lấy sỏi.

### 2. ĐIỀU TRỊ

#### 2.1. Các tình huống cấp cứu

Ứ mủ bể thận do sỏi bể thận hoặc niệu quản.

Vô niệu- suy thận cấp do tắc nghẽn đường dẫn nước tiểu. Chú ý sỏi niệu quản 2 bên không được dùng thuốc lợi tiểu vì có thể gây tăng tình trạng ứ nước bể thận.

Cần theo dõi sát và cho bệnh nhân nhập viện khi nôn dai dẳng, suy kiệt hoặc cao tuổi hay đau dữ dội nhưng không đáp ứng với thuốc giảm đau thông thường.

Đái máu đại thể liên tục gây nên tình trạng thiếu máu.

Suy thận mạn từ mức độ vừa đến nặng.

#### 2.2. Lựa chọn phương pháp điều trị

Điều trị nội khoa và ngoại khoa chỉ định phụ thuộc vào: kích thước và vị trí của sỏi, cũng như biến chứng của sỏi gây ra.

##### 2.2.1. Kích thước của sỏi

Khi sỏi <5mm thì cố gắng tác động để có thể sỏi rơi xuống bàng quang một cách tự nhiên bằng điều trị nội khoa như: Rowatinex, kim tiên thảo, uống nhiều nước.

Những bệnh nhân có sỏi cản quang mà chọn phương pháp điều trị bảo tồn, nên kiểm tra định kỳ: siêu âm bụng, Xquang hệ niệu không chuẩn bị 1-2 tháng/ lần, chức năng thận 4-8 tuần (theo dõi biến chứng).

Khi sỏi >5mm hoặc <5mm nhưng điều trị nội khoa thất bại: nên gửi đến chuyên khoa tiết niệu để xem xét khả năng lấy sỏi.

##### 2.2.2. Vị trí của sỏi

Sỏi thận: kích thước < 2cm thường điều trị bằng tán sỏi ngoài cơ thể (nhưng nếu nằm ở đài dưới thì < 1cm).

Sỏi niệu quản: kích thước < 1cm thường điều trị bằng tán sỏi ngoài cơ thể (tuy nhiên nữ trong độ tuổi sinh đẻ mà có sỏi 1/3 giữa hoặc 1/3 dưới thì tránh dùng phương pháp này vì tác động có hại cho buồng trứng).

Ngoài ra, mổ lấy sỏi qua da chỉ định sỏi lớn mà không tán hoặc lấy sỏi qua nội soi.

##### 2.2.3. Điều trị giảm đau

Thuốc giảm đau chống viêm non steroid: Diclofenac, Meloxicam...

Thuốc giảm đau trung ương: morphin, codein...

Thuốc giãn cơ: alverin, buscopan...

##### 2.2.4. Điều trị biến chứng

Nhiễm trùng: dùng kháng sinh.

Đái máu toàn bài: dùng thuốc cầm máu chỉ mang tính chất hỗ trợ như transamin uống hoặc tiêm tĩnh mạch. Điều trị suy thận cấp.

Suy thận mạn:

- Sỏi gây suy thận mạn giai đoạn I đến III: cố gắng giải quyết sỏi nhưng tùy trường hợp.
- Sỏi gây suy thận mạn giai đoạn cuối: thì không có chỉ định can thiệp lấy sỏi.

##### 2.2.5. Điều trị theo nguyên nhân

Đối với sỏi calci:

- Sỏi calci do tăng calci niệu: dùng lợi tiểu thiazide 25-50mg/ngày nhằm tăng tái hấp thu calci ống thận và giảm hấp thu calci từ ruột. Indapamid được lựa chọn do tăng calci niệu nguyên phát.
- Sỏi calci do tăng oxalat niệu: cần uống nhiều nước và kiềm hóa nước tiểu, giảm lượng oxalat ăn vào và tăng lượng calci trong khẩu phần vì có thể dẫn đến tăng khả năng bão hòa tinh thể oxalate calci.
- Sỏi calci do giảm citrat niệu: citrat hình thành phức hợp hòa tan khi gắn với calci, do vậy citrat là một tác nhân dùng để điều trị sỏi calci do bất cứ nguyên nhân gì. Liều dùng ban đầu kali citrate 450mg 2-3 lần/ ngày. Nên duy trì nồng độ citrat trong nước tiểu 2,4-5,1mmol/ ngày.
- Sỏi calci do toan ống thận: cần kiềm hóa nước tiểu.
- Sỏi calci do tăng acid uric niệu: cần uống nhiều nước, giảm thành phần purin trong chế độ ăn, có thể uống allopurinol 100-300mg/ ngày nếu có tăng acid uric máu.

Sỏi acid uric: duy trì pH niệu kiềm bằng uống bicarbonat natri 5-10g/ngày, có thể kết hợp thêm allopurinol 100-300mg/ ngày nếu có tăng acid uric máu.

Sỏi struvit: cần uống nhiều nước, điều trị nhiễm khuẩn tiết niệu ngay cả khi đã lấy sỏi.

Sỏi cystin: uống nhiều nước >2,5l/ ngày, kiềm hóa nước tiểu đảm bảo Ph >7,4 bằng: kali citrate hoặc natribicarbonat 4-6g/ngày chia 4 lần.

Điều trị nguyên nhân gây ra sỏi: nếu bệnh nhân trẻ tuổi mắc sỏi tiết niệu nhiều, cả 2 bên thận cần nghĩ nguyên nhân chuyển hóa bẩm sinh hoặc mắc phải như: cường cận giáp trạng nguyên phát hoặc thứ phát. Nếu mắc sỏi thận 1 bên thì xem có dị dạng hệ tiết niệu hay không.

#### **2.2.6. Điều trị ngoại khoa sỏi thận**

- Gấp sỏi qua nội soi.

Thường dùng đối với sỏi nằm thấp mà điều trị nội thất bại. Ngày nay người ta thường dùng máy soi niệu quản cứng hoặc mềm để thay thế cho gấp sỏi mù hoặc gấp dưới hướng dẫn của X quang, ít khi phải nong rộng niệu quản khi ta dùng máy soi có đường kính 7F. Khi đã soi thấy sỏi ta có thể lôi bằng gấp 3 châu hoặc dùng rọ để gấp sỏi ra. Nếu sỏi lớn ta cần tán sỏi bằng siêu âm, bằng thủy điện lực, bằng khí hoặc bằng Lazer trước khi gấp sỏi ra. Tỷ lệ thành công 95%.

- Tán sỏi ngoài cơ thể.

Trước kia người ta dùng tán sỏi ngoài cơ thể cho các trường hợp sỏi thận, ngày nay phương pháp này cũng có thể áp dụng với sỏi tiết niệu quản, nhất là khi sỏi nhỏ hơn 8mm. Trước khi tán sỏi ngoài cơ thể ta có thể đặt hoặc không đặt thông niệu quản lưu. Đối với sỏi nằm ở đoạn thấp của niệu quản, ta đặt bệnh nhân nằm sấp, để dễ xác định sỏi và tránh sự che lấp sỏi bởi xương chậu.

- Phẫu thuật nội soi lấy sỏi

Ứng dụng trong các trường hợp sỏi tiết niệu quản trên, sỏi bể thận đơn giản

- Lấy sỏi thận qua da

Phương pháp này sử dụng cho những trường hợp sỏi trong thận, sỏi nằm bể thận.

- Mở hở lấy sỏi niệu quản.

Vì các phương pháp tán sỏi ngoài cơ thể, gấp sỏi qua nội soi niệu quản đạt kết quả cao, nên ngày nay người ta ít khi mở mở lấy sỏi niệu quản.

#### **2.2.7. Điều trị ngoại khoa sỏi niệu quản**

Chỉ định can thiệp ngoại khoa

- Sỏi có khả năng di chuyển tự nhiên thấp (> 5 mm).
- Sỏi NQ gây tắc nghẽn + nhiễm khuẩn đường tiết niệu Không đáp ứng với giảm đau.
- Không đáp ứng với điều trị nội khoa.
- Ảnh hưởng chức năng thận (suy thận, sỏi NQ/thận độc nhất, sỏi NQ hai bên).
- Sỏi NQ đoạn gần <1 cm
- Điều trị nội khoa đối với sỏi có đường kính chiều ngang < 7 mm. Nếu điều trị nội khoa 1 tháng sỏi không di chuyển phải can thiệp lấy sỏi chủ động như tán sỏi ngoài cơ thể (TSNCT).
- Đối với sỏi có đường kính ngang > 7 mm đến < 1 cm, TSNCT là lựa chọn đầu tiên. Nội soi tán sỏi ngược chiều (NSTSNC) cũng là lựa chọn đối với sỏi có kích thước < 1 cm.
- Sỏi NQ đoạn gần > 1 cm



Tán sỏi ngoài cơ thể.

- Nội soi tán sỏi ngược chiều.
- Tán sỏi qua da.
- Nội soi sau phúc mạc lấy sỏi.

Mổ mở lấy sỏi.

- Sỏi NQ đoạn xa
- TSNCT và NSTSNC là hai phương pháp được lựa chọn.

### 3. PHÒNG BỆNH

Uống nhiều nước , đảm bảo lượng nước tiểu khoảng >2,5lit/ngày.

Điều trị các đợt nhiễm khuẩn, viêm thận- bể thận.

Điều trị các biến chứng hay các yếu tố thuận lợi dễ gây hình thành sỏi.

### 4. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội khoa 2011 Bệnh viện BẠCH MAI.*
- *Matlaga B.R., Lingeman J.E. "Surgical management of upper urinary tract calculi". Campbell—Walsh's Urology, 10th ed., 2012.*
- *Turk c., Knoll T., Petrik A., Sarica K., Skolarikos A., Straub M., Seitz c., "Guidelines on urolithiasis". 2013.*

## NHIỄM TRÙNG NIỆU

### 1. ĐỊNH NGHĨA

Nhiễm trùng tiểu là tình trạng có vi trùng trong nước tiểu.

Phân loại:

Nhiễm trùng tiểu trên: Nhiễm trùng từ niệu quản trở lên. Đa số là do nhiễm trùng tiểu dưới ngược dòng.

Nhiễm trùng tiểu dưới.

### 2. THỂ LÂM SÀNG

Viêm đài bể thận

Viêm bàng quang:

Viêm niệu đạo:

Viêm tuyến tiền liệt cấp:

### 3. CHẨN ĐOÁN

Khi có  $\geq 2/3$  tiêu chuẩn sau:

#### 3.1. Lâm sàng

Tiểu gắt, tiểu gấp, tiểu lắt nhắt hoặc

Đau góc sườn lưng, vùng hông hoặc sốt ớn lạnh.

#### 3.2. Tiêu bạch cầu

TPTNT: Leucocyte

Soi tươi nước tiểu  $\geq 10/QT$  40.

#### 3.3. Tiểu vi khuẩn

Nitrite + hoặc nhuộm Gram.

Cấy nước tiểu – KSD + ( $> 10^5$  khuẩn vi khuẩn/ml hoặc 102-104 khuẩn ở phụ nữ có bí tiểu cấp)

### 4. ĐIỀU TRỊ

Cần xem xét hai vấn đề:

**Nên nhập viện nếu:**

- Nhiễm trùng tiểu phức tạp
- Viêm đài bể thận cấp: có phải viêm đài bể thận không? Có cần nhập viện không?
- Không thể thực hiện đúng chỉ dẫn của thầy thuốc
- Không đáp ứng điều trị ngoại trú sau 72 giờ

**Nên nhập ICU:**

- Nhiễm trùng nhiễm độc nặng
- Rối loạn tri giác
- Rối loạn huyết động

#### 4.1. Điều trị kháng sinh

Nguyên tắc:

- Nên chọn theo kháng sinh đồ
- Chưa có kháng sinh đồ dùng theo kinh nghiệm

**Nhiễm trùng tiểu dưới:** Hầu hết tác nhân nhiễm trùng là E coli và những vi trùng gram âm khác. Điều trị thường bằng kháng sinh uống trong 5-7 ngày. Sử dụng một trong những kháng sinh sau:

- Cotrimatrimoxazole 960mg x 2 lần/ ngày
- Nitrofurantoin 100mg x 4 lần/ ngày
- Amoxicillin – clavulanate 875/125mg x 2 lần/ ngày
- Quinolone 250-500mg x 2 lần/ ngày.

Thời gian điều trị:

- Nhiễm trùng tiểu dưới không biến chứng: Điều trị 3 – 5 ngày
- Bệnh nhân do quan hệ tình dục bị viêm niệu đạo, viêm cổ tử cung hoặc tiểu mù không có vi trùng. Điều trị với Doxycycline 100mg x 2 lần/ ngày trong 10 ngày và phải cấy nước tiểu tìm gonococcus.

**Viêm đài bể thận cấp:** Kháng sinh đường tĩnh mạch (Theo kết quả kháng sinh đồ)

- Ceftriaxone 1g x 2 Lần/ ngày.
- Tavanic 0.5 g TTMC 750 mg N1, 500mg các ngày kế tiếp.
- Ciprofloxacin 200-400 mg X 2 lần/ ngày
- Gentamycin 2mg/ kg cân nặng cho liều đầu, sau đó 1mg/ kg mỗi 8 giờ

**Nhiễm trùng tiểu không triệu chứng** (cấy nước tiểu 2 lần +, cùng một loại vi khuẩn): Cần điều trị ở những bệnh nhân là phụ nữ có thai, ghép thận, giảm bạch cầu hạt.

**Nhiễm trùng tiểu do thông tiểu:** rút thông tiểu, chỉ điều trị các đợt nhiễm trùng tiểu có triệu chứng

**Nhiễm trùng tiểu do nấm:**

- Fluconazole 100mg/ngày x 5ngày hoặc
- Amphotericin B 50mg pha trong 1L NaCl 0.9% rửa bàng quang liên tục.

#### 4.2. Điều trị triệu chứng

Uống nhiều nước

Giảm đau và triệu chứng tiểu gắt.

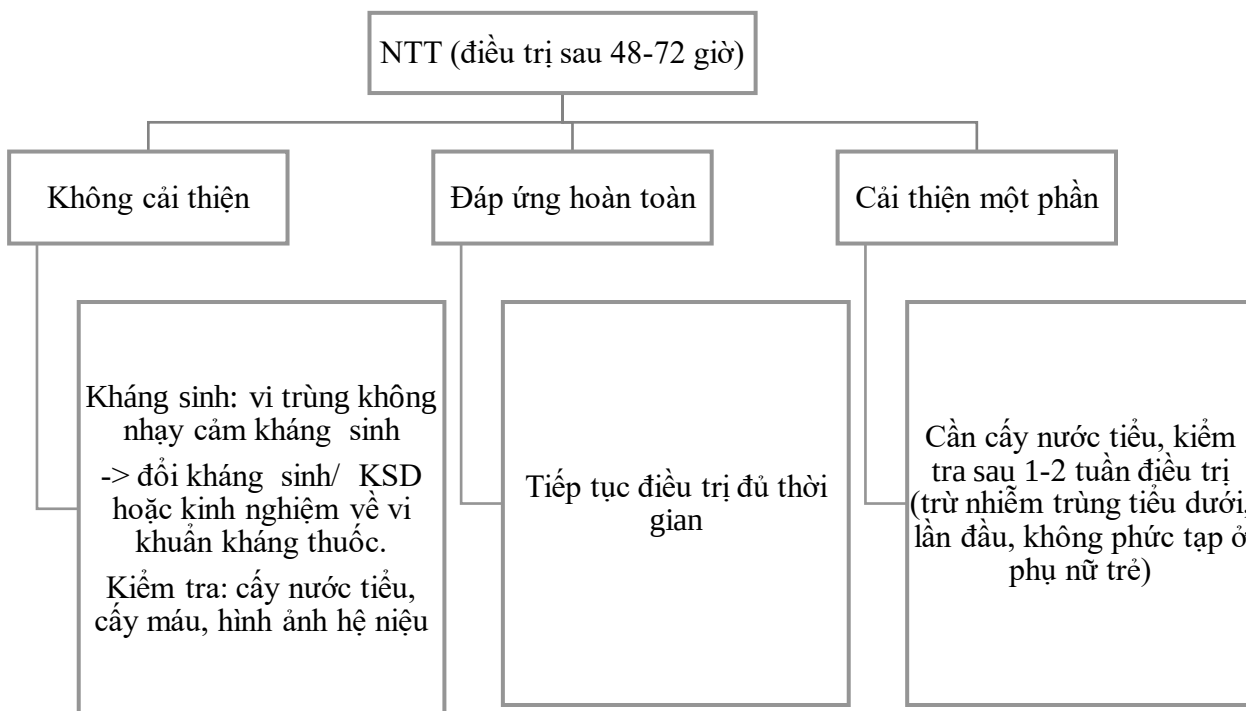
Thuốc hỗ trợ: Mictasol bleu ....

#### 4.3. Hội chẩn ngoại niệu

Khi có tắc nghẽn do sỏi, dị tật, u.

Khi có biến chứng: Áp-xe thận, quanh thận, viêm đài bể thận sinh hơi.

### 5. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM



### 6. PHÒNG NGỪA

Khi nhiễm trùng tiểu  $\geq 3$  lần/ năm hoặc  $\geq 2$  lần trong 6 tháng, có thể chọn 1 trong các thuốc sau: Uống mỗi ngày hoặc 3 ngày mỗi tuần:

Trimethoprim-sulfamethoxazole 40/200 mg/ kg/ngày

Trimethoprim 100mg/ ngày

Fluroquinolome 50-100 mg/ ngày

Nitrofurantoin 50-100mg/ ngày

### 7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- *Phác đồ điều trị BVND Gia Định.*
- *Phác đồ điều trị bệnh lý Thận – Tiết niệu Bộ Y Tế*
- *Phác đồ điều trị nội khoa BV Chợ Rẫy.*

## **BỆNH THIẾU MÁU THIẾU SẮT**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

Thiếu máu thiếu sắt là một trong những nguyên nhân thiếu máu mạn thường gặp, đặc trưng bởi tình trạng thiếu máu mạn trên lâm sàng, chỉ số hồng cầu giảm (Hb, Hct), thể tích hồng cầu (MCV) nhỏ và sắt huyết thanh, ferritin ở mức thấp.

### **2. NGUYÊN NHÂN**

#### **2.1. Tăng nhu cầu sử dụng sắt**

Trẻ em.

Phụ nữ mang thai.

#### **2.2. Chế độ ăn thiếu sắt**

Nguồn cung cấp sắt cho cơ thể chủ yếu từ thức ăn, trong thức ăn sắt ở dưới 2 dạng:

- Dạng sắt có khả năng hấp thu vào cơ thể cao (khoảng 20%-30%) thường có trong thức ăn có nguồn gốc từ động vật như thịt, cá, trứng, gan, thận...
- Dạng sắt hấp thu vào cơ thể thấp (khoảng 5%) thường có trong thức ăn có nguồn gốc từ thực vật như đậu, rau lá sẫm màu (rau muống, rau ngót, rau dền...) và có đáng kể trong một số loại quả như dưa hấu, nho, đu đủ...

Các chất làm giảm sự hấp thu sắt như phytates, oxalate, phosphate, cacbonate, và tanin (trà, phô mai). Ngược lại, ascorbic acid làm tăng hấp thu sắt.

#### **2.3. Mất máu rỉ rả**

Chảy máu rỉ rả vì bất kì nguyên nhân nào cũng gây thiếu máu thiếu sắt. Thường gặp ở các trường hợp loét dạ dày tá tràng mạn, ung thư đường tiêu hóa, niệu dục, mất máu qua các chu kỳ kinh nguyệt.

#### **2.4. Kém hấp thu sắt**

Phẫu thuật cắt bỏ đoạn gần ruột non hoặc bệnh mạn tính, chẳng hạn như bệnh Sprue không được điều trị hoặc hội chứng kém hấp thu có thể làm giảm hấp thu sắt. Gần đây người ta còn ghi nhận vai trò của vi khuẩn *Helicobacter pylori* trong các trường hợp thiếu máu thiếu sắt không đáp ứng với điều trị bù sắt

#### **2.5. Một số nguyên nhân khác**

Tán huyết nội mạch.

Bệnh hemosiderin phổi.

Điều trị với Erythropoietin.

Phẫu thuật bắc cầu dạ dày-tá tràng trong điều trị béo phì.

Thiếu máu bẩm sinh

### **3. CHẨN ĐOÁN**

#### **3.1. Triệu chứng lâm sàng**

Triệu chứng lâm sàng của thiếu máu thiếu sắt thường kín đáo, chỉ xảy ra khi thiếu máu thiếu sắt đã diễn tiến nhiều (Hb < 8g/dl): xanh xao, chóng mặt, dễ mệt mỏi (triệu chứng của nhiều thiếu máu mạn do giảm số lượng Hb). Ngoài ra còn có các triệu chứng khác như sau:

- Táo bón.
- Buồn ngủ.
- Û tai.
- Đánh trống ngực.
- Rụng tóc.
- Ngát.
- Trầm cảm.
- Khó thở khi gắng sức.
- Co giật cơ bắp.
- Ngứa ran, tê liệt, hoặc cảm giác nóng.
- Chậm phát triển tinh thần.
- Viêm lưỡi.
- Koilonychia: móng tay, móng chân yếu hoặc giòn, lõm hình lòng muỗng.
- Chán ăn.
- Ngứa.

- Chứng khó nuốt do hình thành các sỏi thực quản (Plummervinson).

### 3.2. Xét nghiệm

Số lượng hồng cầu giảm, Hemoglobin giảm, Hct giảm.

Hồng cầu nhỏ, nhược sắt: MCV < 80fl, MCH < 27pg, MCHC < 300g/L.

RDW > 17.

Sắt huyết thanh < 9mmol/L.

Ferritin huyết thanh < 10ng/ml.

Chỉ số bão hòa sắt < 16%.

Porphyrin tự do hồng cầu > 400mg/L.

## 4. ĐIỀU TRỊ

### 4.1. Điều trị nguyên nhân

Điều chỉnh chế độ dinh dưỡng.

Điều trị các bệnh mạn tính đường ruột gây kém hấp thu sắt.

Điều trị các nguyên nhân mất máu mạn tính

### 4.2. Điều trị thiếu sắt: bổ sung sắt

#### 4.2.1. Đường uống

Sulfate sắt: 300mg (chứa 65mg sắt cơ bản).

Oxalate sắt 50mg (chứa 50mg sắt).

Gluconate sắt (Tothema) chứa 50mg sắt cơ bản.

Fumarate sắt (Ferrovit) chứa 162mg sắt.

Liều 150-200mg sắt cơ bản/ngày chia làm 3 lần/ngày, uống trước ăn 1 giờ.

#### 4.2.2. Truyền tĩnh mạch: nhập viện

Chỉ định:

- Kém hấp thu bằng đường uống.
- Mất máu liên tục.
- Không dung nạp bằng đường uống.

Tên thuốc:

- Ferrlercit: chứa 125mg sắt, pha với normal saline truyền TM trong 1 giờ.
- Venofer: chứa 100mg sắt, pha với normal saline truyền TM

#### 4.2.3. Tác dụng phụ

Đau bụng, buồn nôn, nôn, tiêu chảy hoặc táo bón. Khi có tác dụng phụ của thuốc thì giảm liều. Dùng thuốc sắt thì dùng thêm vitamin C để tăng khả năng hấp thu sắt. Kết hợp vitamin C uống 500mg/ngày.

#### 4.2.4. Theo dõi đáp ứng thuốc

Sau 2 tuần thì số lượng hồng cầu mạng tăng cao.

Sau 4 tuần thì Hb tăng đáng kể. Sau 8 tuần Hb gần trở về bình thường. Sau 4 tháng Hb trở về bình thường.

Khi Hb trở về bình thường thì uống sắt tiếp tục thêm 12 tháng nữa.

## 5. PHÒNG NGỪA

Thành phần dân số có nguy cơ thiếu sắt cần được xem xét để điều trị dự phòng bằng sắt bao gồm phụ nữ mang thai, phụ nữ hay rong kinh, những người ăn chay trường, trẻ sơ sinh, tuổi dậy thì và người hiến máu thường xuyên.

Vấn đề bổ sung cần được đặt ra trong chế độ ăn uống của trẻ sơ sinh. Trẻ sơ sinh non tháng cần bổ sung thêm chất sắt hơn so với trẻ sơ sinh đủ tháng. Trẻ sơ sinh cai sữa sớm và ăn sữa bò cần sắt hơn vì nồng độ của canxi trong sữa bò sẽ ức chế hấp thu sắt.

Giữ gìn vệ sinh môi trường, đặc biệt không dùng phân tươi bón rau.

Vệ sinh cá nhân, vệ sinh ăn uống.

Tẩy giun định kỳ.

## 6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- *Phác đồ điều trị 2013 phần Nội khoa – Bệnh viện Chợ Rẫy*

## CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

### 1. PHÂN LOẠI CÁC MỨC HUYẾT ÁP

Trên bảng 1 là phân loại các mức huyết áp dựa trên số đo tại phòng khám. Phân loại này dành cho người trưởng thành và trẻ em trên 16 tuổi.

**Bảng 1. Phân loại các mức huyết áp (HA) dựa trên số đo tại phòng khám**

| Phân loại               | HA tâm thu (mmHg) |         | HA tâm trương (mmHg) |
|-------------------------|-------------------|---------|----------------------|
| Tối ưu                  | < 120             | và      | < 80                 |
| Bình thường             | 120-129           | và/hoặc | 80-84                |
| Bình thường cao         | 130-139           | và/hoặc | 85-89                |
| Tăng HA độ 1            | 140-159           | và/hoặc | 90-99                |
| Tăng HA độ 2            | 160-179           | và/hoặc | 100-109              |
| Tăng HA độ 3            | ≥ 180             | và/hoặc | ≥ 110                |
| Tăng HA tâm thu đơn độc | ≥ 140             | và      | < 90                 |

**Ghi chú:** Nếu HA tâm thu và HA tâm trương của bệnh nhân nằm ở 2 mức khác nhau, phân loại dựa vào mức cao hơn. Tăng HA tâm thu đơn độc cũng được phân thành độ 1, 2 hoặc 3 dựa vào trị số HA tâm thu.

### 2. CHẨN ĐOÁN TĂNG HUYẾT ÁP

#### 2.1. Đo huyết áp:

Đo HA đúng là điều kiện tiên quyết để xác định chẩn đoán tăng HA. Trên bảng 2 là các điểm cần lưu ý khi đo HA tại phòng khám. Ở người cao tuổi, người bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) và những bệnh nhân có các nguyên nhân khác gây tụt HA tư thế, đo thêm HA từ 1 đến 3 phút sau khi bệnh nhân đứng dậy. Tụt HA tư thế (HA tâm thu giảm  $\geq 20$  mmHg hoặc HA tâm trương giảm  $\geq 10$  mmHg trong vòng 3 phút sau khi đứng dậy) có liên quan với tăng nguy cơ tử vong và biến cố tim mạch.

Đo HA ngoài phòng khám đóng vai trò quan trọng trong xác định chẩn đoán tăng HA và có thể rất hữu ích trong đánh giá đáp ứng với điều trị bằng thuốc. Đo HA ngoài phòng khám gồm tự đo HA tại nhà bởi bệnh nhân (home blood pressure monitoring – HPBM) và đo HA lưu động 24 giờ (ambulatory blood pressure monitoring – ABPM). Trên bảng 3 là các chỉ định lâm sàng của đo HA ngoài phòng khám.

**Bảng 2: Đo huyết áp tại phòng khám**

|                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bệnh nhân ngồi thoải mái trong môi trường yên tĩnh 5 phút trước khi bắt đầu đo HA.                                                                                                                                                                    |
| Đo HA 3 lần cách nhau 1-2 phút và đo thêm vài lần nữa nếu 2 lần đo đầu có trị số cách nhau > 10 mmHg. HA được ghi nhận là trung bình của 2 lần đo cuối.                                                                                               |
| Có thể phải đo HA thêm nhiều lần ở những bệnh nhân có trị số HA không ổn định do bị rối loạn nhịp, ví dụ những bệnh nhân có rung nhĩ.                                                                                                                 |
| Dùng dụng cụ đo HA với túi hơi kích thước chuẩn (dài 35 cm, rộng 12-13 cm) cho đa số bệnh nhân, nhưng phải có túi hơi lớn hơn và nhỏ hơn dành những bệnh nhân có cánh tay to (chu vi cánh tay > 32 cm) hoặc nhỏ hơn trung bình.                       |
| Túi hơi đặt ngang mức tim. Cho bệnh nhân dựa lưng và tay để tránh co cơ gây tăng HA.                                                                                                                                                                  |
| Khi đo bằng phương pháp nghe, dựa vào tiếng Korotkoff pha I và pha V để xác định HA tâm thu và HA tâm trương.                                                                                                                                         |
| Đo HA 2 tay ở lần khám đầu để phát hiện sự khác biệt trị số HA giữa 2 tay. Nếu có khác biệt, dựa vào trị số bên cao hơn để xếp loại mức HA.                                                                                                           |
| Đo HA ngồi và 1-3 phút sau khi đứng dậy ở lần khám đầu tiên cho tất cả bệnh nhân để phát hiện tụt HA tư thế. Đối với người cao tuổi, bệnh nhân ĐTĐ và bệnh nhân có các nguyên nhân khác gây tụt HA tư thế, đo HA nằm và đứng cả ở những lần khám sau. |
| Ghi nhận tần số tim và bắt mạch để loại trừ rối loạn nhịp tim.                                                                                                                                                                                        |

**Bảng 3: Các chỉ định lâm sàng của đo huyết áp ngoài phòng khám**

|                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Những tình huống mà tăng HA áo choàng trắng thường gặp:<br>– Tăng HA độ 1 khi đo HA tại phòng khám<br>– HA tăng rõ rệt khi đo ở phòng khám nhưng không có tổn thương cơ quan đích                                                         |
| Những tình huống mà tăng HA ẩn giấu thường gặp:<br>– HA bình thường cao khi đo tại phòng khám<br>– HA đo ở phòng khám bình thường ở người có tổn thương cơ quan đích hoặc tổng nguy cơ tim mạch cao                                       |
| Tụt HA tư thế và sau ăn ở bệnh nhân đã điều trị và chưa điều trị                                                                                                                                                                          |
| Đánh giá tăng HA kháng trị<br>Đánh giá việc kiểm soát HA, đặc biệt ở bệnh nhân nguy cơ cao được điều trị                                                                                                                                  |
| HA đo tại phòng khám dao động đáng kể                                                                                                                                                                                                     |
| Đánh giá các triệu chứng nghi liên quan với tụt HA trong khi điều trị                                                                                                                                                                     |
| Ưu tiên ABPM hơn là HBPM: Xác định trị số HA ban đêm và tình trạng trũng về đêm (nghi tăng HA ban đêm, như trong ngưng thở khi ngủ, bệnh thận mạn, đái tháo đường, tăng HA do bệnh nội tiết hoặc rối loạn chức năng hệ thần kinh tự động) |

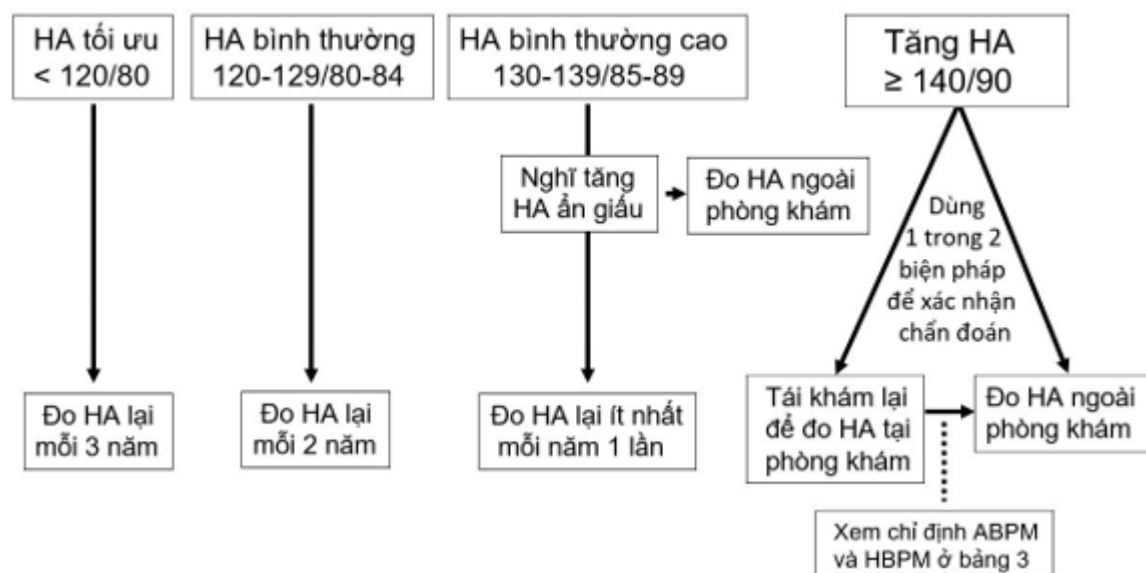
**2.2. Tầm soát và chẩn đoán tăng huyết áp:**

Chẩn đoán tăng HA dựa trên số đo tại phòng khám và ngoài phòng khám được nêu trên bảng 4. Nếu số đo HA tại phòng khám phù hợp với chẩn đoán tăng HA ( $\geq 140/90$  mmHg) nhưng các số đo ngoài phòng khám không xác nhận chẩn đoán tăng HA, bệnh nhân được gọi là có tăng HA áo choàng trắng (white coat hypertension). Ngược lại, nếu các số đo ngoài phòng khám cho thấy có tăng HA nhưng HA đo tại phòng khám  $< 140/90$  mmHg, bệnh nhân được gọi là có tăng HA ẩn giấu (masked hypertension). Trên hình 1 là qui trình tầm soát và chẩn đoán tăng HA. Tầm soát tăng HA bằng cách đo HA tại phòng khám được khuyến cáo cho tất cả người  $\geq 18$  tuổi (thông báo cho người được tầm soát biết trị số HA của mình, đồng thời ghi vào y bạ).

**Bảng 4: Định nghĩa tăng huyết áp**

|                                     | HA tâm thu (mmHg) |         | HA tâm trương (mmHg) |
|-------------------------------------|-------------------|---------|----------------------|
| <b>Đo tại phòng khám</b>            | $\geq 140$        | và/hoặc | $\geq 90$            |
| <b>Đo lưu động 24 giờ</b>           |                   |         |                      |
| Trung bình ban ngày (hoặc khi thức) | $\geq 135$        | và/hoặc | $\geq 85$            |
| Trung bình ban đêm (hoặc khi ngủ)   | $\geq 120$        | và/hoặc | $\geq 70$            |
| Trung bình 24 giờ                   | $\geq 130$        | và/hoặc | $\geq 80$            |
| <b>Trung bình tự đo ở nhà</b>       | $\geq 135$        | và/hoặc | $\geq 85$            |





**Hình 1: Quy trình tầm soát và chẩn đoán tăng huyết áp**

### 3. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP

Đánh giá bệnh nhân tăng HA bao gồm đánh giá tổng nguy cơ tim mạch của bệnh nhân (sự hiện diện các yếu tố nguy cơ khác, tổn thương cơ quan đích, bệnh tim mạch do xơ vữa động mạch – XVĐM), bệnh kèm theo và chức năng thận, gan. Việc đánh giá này giúp xác định ngưỡng điều trị và mục tiêu điều trị cần đạt, lựa chọn thuốc hạ HA thích hợp và thuốc dùng kèm để kiểm soát nguy cơ tim mạch (statin khi có chỉ định, aspirin cho người đã có bệnh tim mạch do XVĐM).

Đánh giá bệnh nhân qua hỏi bệnh chi tiết, khám lâm sàng và thực hiện các khảo sát cận lâm sàng. Các khảo sát cận lâm sàng thường qui được nêu trên bảng 5. Ngoài các khảo sát cận lâm sàng thường qui này, nếu nghi ngờ tổn thương cơ quan đích có thể cho làm thêm siêu âm tim (giúp đánh giá cấu trúc và chức năng tim), siêu âm động mạch cảnh (giúp nhận diện mảng xơ vữa hoặc hẹp động mạch cảnh, nhất là ở người đã từng bị đột quỵ), siêu âm bụng (giúp đánh giá kích thước và cấu trúc thận, loại trừ tắc nghẽn đường niệu như là nguyên nhân bệnh thận mạn và tăng HA, phát hiện phình động mạch chủ bụng, khảo sát các tuyến thượng thận và tìm hẹp động mạch thận), đo chỉ số cổ chân-cánh tay (nếu nghi ngờ bệnh động mạch ngoại biên hoặc bệnh nhân có triệu chứng khập khiễng cách hồi) và soi đáy mắt.

Định nghĩa các yếu tố nguy cơ, tổn thương cơ quan đích không triệu chứng và bệnh tim mạch do XVĐM được nêu trên bảng 6. Sự hiện diện các yếu tố nguy cơ, tổn thương cơ quan đích không triệu chứng và bệnh tim mạch giúp phân tầng nguy cơ bệnh nhân tăng HA (bảng 7). Một cách tiếp cận khác để phân tầng nguy cơ bệnh nhân tăng HA là dùng thang điểm SCORE (xem Phác đồ kiểm soát lipid máu trong phòng ngừa bệnh tim mạch do xơ vữa động mạch).

**Bảng 5: Các khảo sát cận lâm sàng thường qui ở bệnh nhân tăng huyết áp**

|                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tổng phân tích tế bào máu, bao gồm hemoglobin                                                               |
| Đường huyết lúc đói, có thể kèm HbA <sub>1c</sub>                                                           |
| Bilan lipid máu: Cholesterol toàn phần, LDL-C, HDL-C, TG                                                    |
| Na và K/máu                                                                                                 |
| Axít uric/máu                                                                                               |
| Creatinin/máu (và eGFR)                                                                                     |
| AST, ALT                                                                                                    |
| Phân tích nước tiểu bao gồm đạm niệu đo bằng que nhúng, hoặc lý tưởng là tỉ số albumin /creatinin nước tiểu |
| Điện tim 12 chuyển đạo                                                                                      |

**Bảng 6: Định nghĩa yếu tố nguy cơ, tổn thương cơ quan đích và bệnh tim mạch**

| Yếu tố nguy cơ                                                | Tổn thương cơ quan đích                                                                                                                                                 | Bệnh tim mạch                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Giới nam                                                      | Áp lực mạch $\geq 60$ mmHg                                                                                                                                              | Bệnh động mạch não:<br>tiền sử đột quỵ dạng thiếu máu cục bộ, xuất huyết não hoặc cơn thiếu máu cục bộ não thoáng qua |
| Tuổi $\geq 55$ (nam), $\geq 65$ (nữ)                          | Phi đại thất trái trên ECG: chỉ số Sokolow-Lyon $> 35$ mm hoặc R aVL $\geq 11$ mm; Tích số Cornell $> 2440$ mm.ms hoặc điện thế Cornell $> 28$ mm (nam), $> 20$ mm (nữ) |                                                                                                                       |
| Hút thuốc lá (đang hoặc đã từng)                              |                                                                                                                                                                         |                                                                                                                       |
| Tăng cholesterol toàn phần và LDL-C                           |                                                                                                                                                                         |                                                                                                                       |
| Tiền sử gia đình mắc bệnh tim sớm (nam trước 55, nữ trước 65) | Phi đại thất trái trên siêu âm tim: LVMI $> 115$ g/m <sup>2</sup> (nam), $> 95$ g/m <sup>2</sup> (nữ)                                                                   | Bệnh động mạch vành: NMCT, đau thắt ngực, tái tưới máu mạch vành                                                      |
| Nữ mãn kinh sớm (trước 45 tuổi)                               | Tỉ số albumin/creatinin nước tiểu 30-300 mg/g                                                                                                                           | Mảng xơ vữa /khảo sát hình ảnh                                                                                        |
| Béo phì (đặc biệt là béo bụng) hoặc thừa cân                  | Bệnh thận mạn giai đoạn 3 (eGFR 30-59 ml/min/1,73m <sup>2</sup> ) hoặc giai đoạn 4 (eGFR 15-29)                                                                         | Suy tim, bao gồm suy tim với phân suất tống máu bảo tồn                                                               |
| Lối sống ít vận động                                          | Tỉ số cổ chân-cánh tay $< 0,9$                                                                                                                                          | Bệnh động mạch ngoại vi                                                                                               |
| Tần số tim lúc nghỉ $> 80$ /phút                              | Tổn thương đáy mắt tiến triển: xuất huyết, xuất tiết, phù gai thị                                                                                                       | Rung nhĩ                                                                                                              |

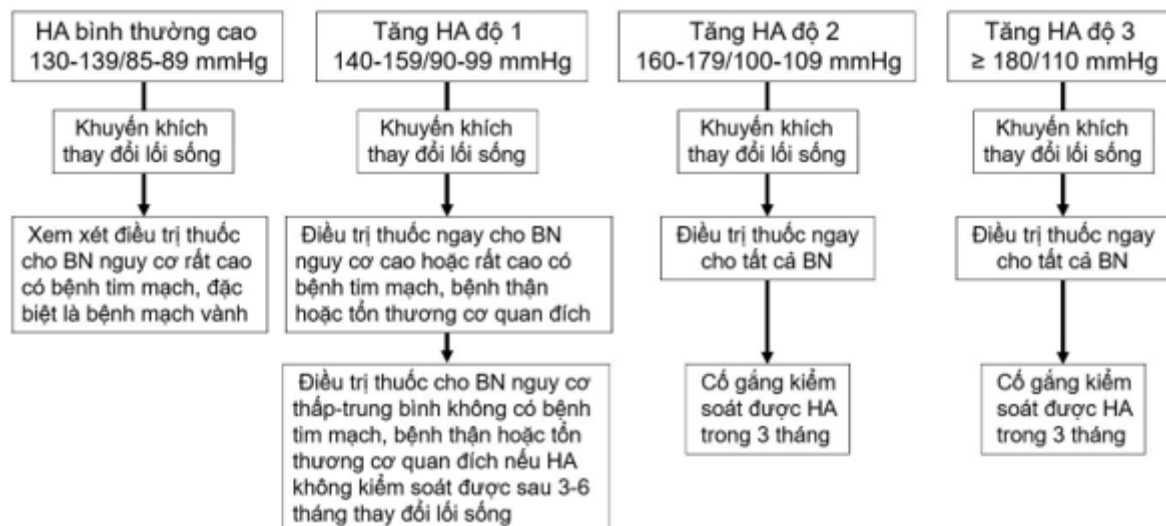
**Bảng 7: Phân tầng nguy cơ bệnh nhân tăng huyết áp**

| <b>Phân giai đoạn bệnh tăng HA</b>  | <b>Yếu tố nguy cơ (YTNC) khác, tổn thương cơ quan đích hoặc bệnh tim mạch do xơ vữa động mạch</b> | <b>Phân độ HA (mmHg)</b>                  |                                        |                                          |                                                                      |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
|                                     |                                                                                                   | <b>Bình thường cao<br/>130-139 /85-89</b> | <b>Tăng HA độ 1<br/>140-159 /90-99</b> | <b>Tăng HA độ 2<br/>160-179 /100-109</b> | <b>Tăng HA độ 3<br/><math>\geq 180</math> /<math>\geq 110</math></b> |
| Giai đoạn 1: không biến chứng       | Không YTNC                                                                                        | Nguy cơ thấp                              | Nguy cơ thấp                           | Nguy cơ trung bình                       | Nguy cơ cao                                                          |
|                                     | 1-2 YTNC                                                                                          | Nguy cơ thấp                              | Nguy cơ trung bình                     | Nguy cơ trung bình đến cao               | Nguy cơ cao                                                          |
|                                     | $\geq 3$ YTNC                                                                                     | Nguy cơ thấp đến trung bình               | Nguy cơ trung bình đến cao             | Nguy cơ cao                              | Nguy cơ cao                                                          |
| Giai đoạn 2: bệnh không triệu chứng | Tổn thương cơ quan đích, bệnh thận mạn giai đoạn 3 hoặc ĐTD không tổn thương cơ quan đích         | Nguy cơ trung bình đến cao                | Nguy cơ cao                            | Nguy cơ cao                              | Nguy cơ cao đến rất cao                                              |
| Giai đoạn 3                         | Đã có bệnh tim mạch, bệnh thận mạn giai đoạn $\geq 4$ hoặc ĐTD kèm tổn thương cơ quan đích        | Nguy cơ rất cao                           | Nguy cơ rất cao                        | Nguy cơ rất cao                          | Nguy cơ rất cao                                                      |

## 4. ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

### 4.1. Khi nào khởi trị tăng huyết áp?

Khởi trị (bằng thuốc và thay đổi lối sống) không chỉ phụ thuộc vào mức HA đo ở phòng khám ban đầu mà còn phụ thuộc vào tổng nguy cơ tim mạch của bệnh nhân. Điều trị bằng thuốc (kết hợp với thay đổi lối sống) phải được bắt đầu ngay cho tất cả bệnh nhân tăng HA độ 2 và độ 3 và những bệnh nhân tăng HA độ 1 có nguy cơ cao-rất cao. Đối với bệnh nhân tăng HA độ 1 có nguy cơ thấp-trung bình, có thể thử điều trị bằng thay đổi lối sống đơn thuần 3-6 tháng. Nếu thay đổi lối sống đơn thuần không kiểm soát được HA thì dùng thuốc. Đối với bệnh nhân có HA bình thường cao, xem xét điều trị bằng thuốc nếu bệnh nhân có nguy cơ rất cao do có bệnh tim mạch, đặc biệt là bệnh mạch vành. Riêng ở người rất cao tuổi ( $\geq 80$  tuổi), khởi trị bằng thuốc (kết hợp với thay đổi lối sống) được chỉ định nếu bệnh nhân có HA tâm thu  $\geq 160$  mmHg. Trên hình 2 là qui trình khởi trị tùy theo mức HA ban đầu và trên bảng 8 là ngưỡng HA cần điều trị (dựa trên số đo tại phòng khám).



Hình 2: Khởi trị bằng thay đổi lối sống và thuốc tùy theo mức huyết áp đo ở phòng khám ban đầu.

Bảng 8: Ngưỡng huyết áp (đo tại phòng khám) cần điều trị

| Nhóm tuổi                                | Ngưỡng HA tâm thu cần điều trị (mmHg) |            |                 |                  |                   | Ngưỡng HA tâm trương cần điều trị (mmHg) |
|------------------------------------------|---------------------------------------|------------|-----------------|------------------|-------------------|------------------------------------------|
|                                          | Tăng HA                               | + ĐTD      | + bệnh thận mạn | + bệnh mạch vành | + tiền sử đột quỵ |                                          |
| 18 – 65                                  | $\geq 140$                            | $\geq 140$ | $\geq 140$      | $\geq 140$       | $\geq 140$        | $\geq 90$                                |
| 65 – 79                                  | $\geq 140$                            | $\geq 140$ | $\geq 140$      | $\geq 140$       | $\geq 140$        | $\geq 90$                                |
| $\geq 80$                                | $\geq 160$                            | $\geq 160$ | $\geq 160$      | $\geq 160$       | $\geq 160$        | $\geq 90$                                |
| Ngưỡng HA tâm trương cần điều trị (mmHg) | $\geq 90$                             | $\geq 90$  | $\geq 90$       | $\geq 90$        | $\geq 90$         |                                          |

### 4.2. Mục tiêu điều trị:

Đối với tất cả bệnh nhân, mục tiêu đầu tiên của điều trị là đưa HA xuống thấp hơn 140/90 mmHg. Nếu điều trị được dung nạp tốt, nên đưa HA tâm thu xuống thấp hơn 130 mmHg (nhưng không cố đưa xuống dưới 120 mmHg) cho đa số bệnh nhân.

Có 2 ngoại lệ là người cao tuổi ( $\geq 65$  tuổi) và người bệnh thận mạn. Ở 2 nhóm đối tượng này đưa HA tâm thu về khoảng 130-139 mmHg.

HA tâm trương dưới 80 mmHg là mục tiêu điều trị được khuyến cáo cho tất cả bệnh nhân tăng HA, bất kể tổng nguy cơ tim mạch hay bệnh kèm theo.

#### 4.3. Điều trị không dùng thuốc:

Các biện pháp điều trị không dùng thuốc (thay đổi lối sống) được liệt kê trên bảng 9.

**Bảng 9: Điều trị không dùng thuốc (thay đổi lối sống)**

|                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hạn chế muối ăn < 5 g/ngày.                                                                                                                                                     |
| Giới hạn lượng cồn tiêu thụ ở mức < 14 đơn vị/tuần đối với nam và < 8 đơn vị/tuần đối với nữ (1 đơn vị tương đương 125 ml rượu vang hoặc 250 ml bia).                           |
| Tăng tiêu thụ rau, trái cây tươi, cá, các loại hạt và axit béo không bão hòa (ví dụ dầu ô-liu). Giảm tiêu thụ thịt đỏ. Khuyến khích dùng các sản phẩm ít béo từ sữa.            |
| Kiểm soát cân nặng, tránh thừa cân/béo phì. Chỉ BMI < 23 kg/m <sup>2</sup> . Chỉ vòng eo < 90 cm đối với nam và < 80 cm đối với nữ.                                             |
| Vận động thể lực mức độ vừa ít nhất 30 phút x 5-7 ngày/tuần. Hình thức vận động với năng lượng được sinh ra từ chuyển hóa hiếu khí (đi bộ, chạy bộ chậm, chạy, đạp xe, bơi lội) |
| Bỏ thuốc lá (có biện pháp hỗ trợ).                                                                                                                                              |

#### 4.4. Điều trị tăng huyết áp bằng thuốc:

Cả 5 nhóm thuốc chính điều trị tăng HA gồm ức chế men chuyển (ƯCMC), chẹn thụ thể angiotensin (CTTA), chẹn beta, chẹn canxi và lợi tiểu (thiazide và giống thiazide như indapamide) đều có hiệu quả hạ HA và giảm biến cố tim mạch được chứng minh trong các thử nghiệm lâm sàng, và do vậy đều được chỉ định như là nền tảng của các chiến lược điều trị tăng HA.

Bảng 10 liệt kê các thuốc điều trị tăng HA thường dùng ở Việt Nam. Trên bảng 11 là các chống chỉ định tương đối và tuyệt đối của từng nhóm thuốc.

Theo Khuyến cáo của Hội Tim mạch học Việt Nam, nên phối hợp thuốc sớm nhằm tăng tỉ lệ kiểm soát được HA. Phác đồ điều trị tăng HA bằng thuốc của Viện Tim dựa trên khuyến cáo này, được nêu trên hình 3: Khởi trị bằng một thuốc chỉ dành cho bệnh nhân tăng HA độ 1 có nguy cơ thấp, còn bệnh nhân tăng HA độ 1 có nguy cơ trung bình hoặc cao và bệnh nhân tăng HA độ 2 và độ 3 đều được dùng phối hợp thuốc từ đầu (Các trường hợp ngoại lệ không phối hợp thuốc từ đầu gồm bệnh nhân cao tuổi suy yếu và HA ban đầu < 150 mmHg). Khi phối hợp thuốc, ưu tiên dùng viên 2 trong 1 hoặc 3 trong 1 nhằm tăng tuân trị về dài hạn. Xem xét dùng thuốc chẹn beta ở tất cả các bước nếu có chỉ định đặc hiệu (đau thắt ngực, sau NMCT, suy tim, tim nhanh).

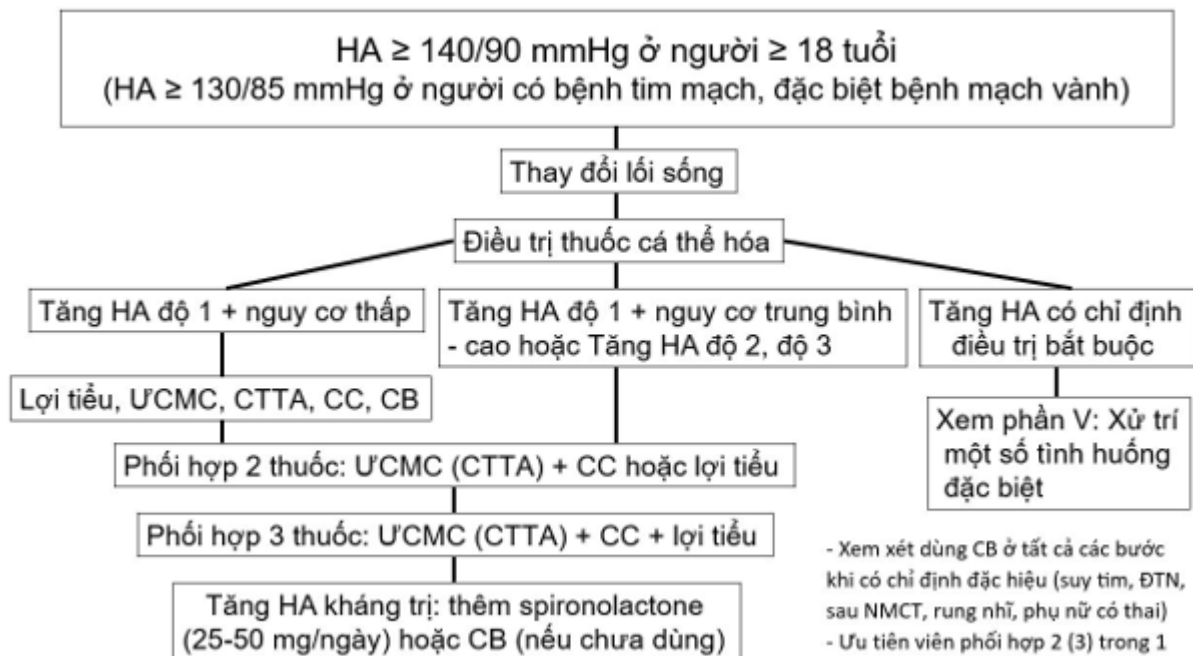
**Bảng 10. Các thuốc điều trị tăng huyết áp thông dụng**

| NHÓM THUỐC                                                                                                                                                                         | Liều hàng ngày<br>(mg x số lần)                   |                                                                  | NHÓM THUỐC                                                                                                                                                                           | Liều hàng ngày<br>(mg x số lần)          |                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                    | Liều thấp                                         | Liều thường dùng                                                 |                                                                                                                                                                                      | Liều thấp                                | Liều thường dùng                            |
| <b><u>Chẹn canxi</u></b><br><i>Nondihydropyridine</i><br>Diltiazem<br>Verapamil<br><i>Dihydropyridine</i><br>Amlodipine<br>Felodipine<br>Nifedipine<br>Lacidipine<br>Lercanidipine | <br>120<br>120<br><br>2,5<br>2,5<br>30<br>2<br>10 | <br>240-360<br>240-480<br><br>5-10<br>5-10<br>30-90<br>4-6<br>20 | <b><u>Lợi tiểu</u></b><br><i>Thiazide và giống thiazide</i><br>Hydrochlorothiazide<br>Indapamide<br><i>Lợi tiểu quai</i><br>Furosemide<br><i>Kháng aldosterone</i><br>Spironolactone | <br>12,5<br>1,25<br><br>20×2<br><br>12,5 | <br>12,5-50<br>1,5<br><br>40×2<br><br>25-50 |
| <b><u>Ức chế men chuyển</u></b><br>Captopril<br>Enalapril<br>Lisinopril<br>Perindopril                                                                                             | <br>12,5×2<br>5<br>5<br>5                         | <br>50-100×2<br>10-40<br>10-40<br>5-10                           | <b><u>Chẹn thụ thể angiotensin</u></b><br>Candesartan<br>Irbesartan<br>Losartan                                                                                                      | <br>4<br>150<br>50<br>40                 | <br>8-32<br>150-300<br>50-100<br>40-80      |

| NHÓM THUỐC                                                                                                                                | Liều hàng ngày<br>(mg x số lần)              |                                                                   | NHÓM THUỐC                                              | Liều hàng ngày<br>(mg x số lần) |                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------|
|                                                                                                                                           | Liều thấp                                    | Liều thường dùng                                                  |                                                         | Liều thấp                       | Liều thường dùng |
| Ramipril<br>Imidapril                                                                                                                     | 2,5<br>2,5                                   | 5-10<br>5-10                                                      | Telmisartan<br>Valsartan                                | 80                              | 80-320           |
| <b><u>Chẹn beta</u></b><br>Acebutolol<br>Atenolol<br>Bisoprolol<br>Carvedilol<br>Metoprolol succinate<br>Metoprolol tartrate<br>Nebivolol | 200<br>25<br>5<br>3,125×2<br>25<br>25<br>2,5 | 200-400<br>100<br>5-10<br>6,25-25×2<br>50-100<br>50-100×2<br>5-10 | <b><u>Đối kháng α trung ương</u></b><br>Methyldopa<br>- | 125×2                           | 250-500×2        |

**Bảng 11: Chống chỉ định với thuốc điều trị tăng huyết áp**

| Nhóm thuốc                                  | Chống chỉ định                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                             | Tuyệt đối                                                                                                                                                    | Tương đối                                                                                                                                                                         |
| Lợi tiểu thiazide và giống thiazide         | Gout                                                                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Hội chứng chuyển hóa</li> <li>– Rối loạn dung nạp glucose</li> <li>– Có thai</li> <li>– Tăng canxi máu</li> <li>– Hạ kali máu</li> </ul> |
| Chẹn beta                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Hen phế quản</li> <li>– Bloc xoang nhĩ hoặc bloc nhĩ thất độ cao</li> <li>– Nhịp chậm &lt; 60/phút</li> </ul>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Hội chứng chuyển hóa</li> <li>– Rối loạn dung nạp glucose</li> <li>– Vận động viên</li> </ul>                                            |
| Chẹn canxi DHP                              |                                                                                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Rối loạn nhịp nhanh</li> <li>– Suy tim (HFrEF, NYHA III hoặc IV)</li> <li>– Phù chân nặng đã có sẵn</li> </ul>                           |
| Chẹn canxi không DHP (verapamil, diltiazem) | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Bloc xoang nhĩ hoặc bloc nhĩ thất độ cao</li> <li>– LVEF &lt; 40%</li> <li>– Nhịp chậm &lt; 60/phút</li> </ul>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Táo bón</li> </ul>                                                                                                                       |
| Ức chế men chuyển                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Có thai</li> <li>– Tiền sử phù mạch</li> <li>– K máu &gt; 5,5 mmol/l</li> <li>– Hẹp động mạch thận 2 bên</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Phụ nữ tuổi sinh đẻ không có biện pháp ngừa thai đáng tin cậy</li> </ul>                                                                 |
| Chẹn thụ thể angiotensin                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Có thai</li> <li>– K máu &gt; 5,5 mmol/l</li> <li>– Hẹp động mạch thận 2 bên</li> </ul>                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Phụ nữ tuổi sinh đẻ không có biện pháp ngừa thai đáng tin cậy</li> </ul>                                                                 |



**Hình 3: Quy trình điều trị tăng huyết áp (U'CMC: ức chế men chuyển; CTTA: chẹn thụ thể angiotensin; CC: chẹn canxi; CB: chẹn beta).**

#### 4.5. Theo dõi bệnh nhân tăng huyết áp được điều trị:

Sau khi khởi trị bằng thuốc, hẹn bệnh nhân tái khám ít nhất một lần trong 2 tháng đầu để đánh giá hiệu quả hạ HA và tác dụng ngoại ý có thể có của thuốc. Trong thời gian đầu tần suất tái khám tùy thuộc vào mức độ nặng của tăng HA, mức độ khẩn cấp của việc đạt mục tiêu điều trị và các bệnh kèm theo. Viên phối hợp 2 trong 1 hạ HA trong vòng 1-2 tuần và sẽ tiếp tục hạ HA trong 2 tháng sau đó, do đó nếu dùng viên này thì hẹn bệnh nhân tái khám theo thời hạn tương ứng. Khi đã đạt đích HA, hẹn bệnh nhân tái khám mỗi 3-6 tháng. Tiến hành đánh giá lại các yếu tố nguy cơ và tổn thương cơ quan đích mỗi 2 năm. Trong quá trình theo dõi, luôn chú trọng các biện pháp cải thiện sự gắn kết của bệnh nhân với điều trị: giáo dục tạo động lực cho bệnh nhân, đơn giản hóa chế độ điều trị (uống 1 lần/ngày, ưu tiên viên 2 trong 1 hoặc 3 trong 1), nhờ người thân ở chung nhà nhắc bệnh nhân uống thuốc, tính toán để chi phí toa thuốc không vượt (hoặc không vượt quá xa) trần bảo hiểm.



## 5. XỬ TRÍ MỘT SỐ TÌNH HUỐNG ĐẶC BIỆT

Ngưỡng điều trị, đích HA tối ưu, thuốc ưu tiên lựa chọn và những điểm cần lưu ý trong một số tình huống đặc biệt được nêu tóm tắt trên bảng 12.

**Bảng 12: Xử trí một số tình huống đặc biệt**

|                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tăng HA kèm đái tháo đường                                             | Điều trị bằng thuốc nếu HA đo ở phòng khám $\geq 140/90$ mmHg. Đích HA 120-129/70-79 mmHg (130-139/70-79 mmHg nếu tuổi $\geq 65$ ).<br>Khởi trị bằng UCMC (CTTA) + chẹn canxi hoặc indapamide.<br>Nếu dùng chẹn beta, ưu tiên chẹn $\beta_1$ chọn lọc (bisoprolol).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Tăng HA ở người bệnh thận mạn (eGFR < 60 ml/phút/1,73 m <sup>2</sup> ) | Điều trị bằng thuốc nếu HA đo ở phòng khám $\geq 140/90$ mmHg. Đích HA tâm thu 130-139 mmHg.<br>Dùng UCMC hoặc CTТА như một phần của liệu pháp thuốc nếu bệnh nhân có albumin niệu vi lượng hoặc đạm niệu. Không phối hợp 2 nhóm thuốc này với nhau.<br>Nếu eGFR < 30 ml/phút/1,73 m <sup>2</sup> không dùng lợi tiểu thiazide. Dùng furosemide để giải quyết tình trạng quá tải dịch.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Tăng HA kèm bệnh mạch vành                                             | Đích HA 120-130/70-79 mmHg (130-140/70-79 mmHg nếu tuổi $\geq 65$ ).<br>Bệnh nhân có tiền sử NMCT: dùng chẹn beta, UCMC (CTTA).<br>Bệnh nhân có đau thắt ngực: dùng chẹn beta và/hoặc chẹn canxi.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Tăng HA kèm suy tim                                                    | Điều trị bằng thuốc nếu HA đo ở phòng khám $\geq 140/90$ mmHg.<br>Liệu pháp thuốc ở bệnh nhân suy tim tâm thu (EF < 40%) bao gồm một UCMC (CTTA), một chẹn beta và một lợi tiểu và/hoặc spironolactone (+ amlodipine nếu chưa đạt đích HA).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Tăng HA có phì đại thất trái                                           | Đích HA tâm thu 120-130 mmHg.<br>Dùng UCMC (CTTA) + chẹn canxi hoặc lợi tiểu.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Tăng HA kèm rung nhĩ                                                   | Tầm soát tăng HA ở tất cả bệnh nhân rung nhĩ.<br>Dùng một thuốc chẹn beta hoặc chẹn canxi không DHP nếu cần kiểm soát tần số thất.<br>Đích HA tâm thu < 130 mmHg ở bệnh nhân uống thuốc chống đông để giảm thiểu nguy cơ chảy máu.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Tăng HA trong thai kỳ                                                  | Tăng HA thai kỳ, tăng HA có từ trước chồng lên tăng HA thai kỳ hoặc tăng HA kèm tổn thương cơ quan đích hay có triệu chứng: khởi trị thuốc khi HA $\geq 140/90$ mmHg. Trong các trường hợp khác, khởi trị thuốc khi HA $\geq 150/95$ mmHg.<br>Methyldopa và chẹn canxi là những thuốc được chọn hàng đầu. Không dùng UCMC và CTТА. Trong số các chẹn beta tránh dùng atenolol.<br>HA tâm thu $\geq 170$ mmHg hoặc HA tâm trương $\geq 110$ mmHg ở thai phụ là tình huống cấp cứu ® cho nhập viện. Xử trí bằng thuốc truyền TM: nicardipine, MgSO <sub>4</sub> hoặc nitroglycerin (nếu phù phổi cấp).<br>Cho sinh (thường hoặc mổ) khẩn nếu có tiền sản giật kèm rối loạn thị giác hoặc rối loạn đông máu.<br>Sau sinh tránh dùng methyldopa (nguy cơ trầm cảm). Hạn chế dùng propranolol và nifedipine nếu cho con bú. |

## 6. XỬ TRÍ TĂNG HUYẾT ÁP ÁO CHOÀNG TRẮNG, TĂNG HUYẾT ÁP ẪN GIẤU VÀ TĂNG HUYẾT ÁP KHÁNG TRỊ

**Tăng HA áo choàng trắng:** So với người HA bình thường, người tăng HA áo choàng trắng có nguy cơ mắc bệnh tăng HA, ĐTD typ 2 và biến cố tim mạch nặng về dài hạn cao hơn có ý nghĩa. Người tăng HA áo choàng trắng cần được đánh giá tổng nguy cơ tim mạch và khuyến khích thay đổi lối sống. Việc kiểm tra lại HA tại phòng khám và HA ngoài phòng khám (ABPM và HBPM) được thực hiện không ít hơn mỗi 2 năm một lần. Không điều trị thuốc một cách thường qui, tuy nhiên có thể xem xét dùng thuốc cho một số người có tổn thương cơ quan đích rõ hoặc có nguy cơ tim mạch cao-rất cao.

**Tăng HA ẩn giấu:** Người tăng HA ẩn giấu thường có rối loạn chuyển hóa và tổn thương cơ quan đích không triệu chứng và có nguy cơ biến cố tim mạch nặng về dài hạn gần bằng người bệnh tăng HA. Người tăng HA ẩn giấu cần được đánh giá tổng nguy cơ tim mạch và khuyến khích thay đổi lối sống (đặc biệt là bỏ thuốc lá nếu đang hút). Điều trị bằng thuốc được chỉ định. Hẹn tái khám định kỳ để kiểm tra HA tại phòng khám và HA ngoài phòng khám.

**Tăng HA kháng trị:** Gọi là tăng HA kháng trị khi không đạt được đích HA < 140/90 mmHg (đo tại phòng khám) dù đã thay đổi lối sống và dùng liệu pháp thuốc đúng theo khuyến cáo (ít nhất 3 thuốc, điển hình là một UCMC (CTTA) + một chẹn canxi + một lợi tiểu dùng với liều tối ưu). Trong thực hành, khi không đạt đích HA < 140/90 mmHg dù đã kê toa phối hợp 3 thuốc liều tối ưu, tiến hành: (1) Xác minh sự tuân trị (với thuốc và thay đổi lối sống) của bệnh nhân; (2) Tìm xem có thuốc dùng kèm làm giảm hiệu lực của thuốc điều trị tăng HA hay không (bao gồm cả thảo dược và thực phẩm chức năng); (3) Cho đo HA ngoài phòng khám nếu nghi ngờ hiệu ứng áo choàng trắng; (4) Tìm các dấu hiệu gợi ý tăng HA thứ phát (bảng 13). Xử trí tăng HA kháng trị: Củng cố lại việc thay đổi lối sống của bệnh nhân (đặc biệt là ăn nhạt) và phối hợp thêm spironolactone 25-50 mg/ngày. Có thể phối hợp bisoprolol nếu trước đó bệnh nhân chưa dùng thuốc chẹn beta.

**Bảng 13: Các đặc điểm của bệnh nhân gợi ý tăng huyết áp thứ phát**

|                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bệnh nhân trẻ (< 40 tuổi) tăng HA độ 2 hoặc trẻ em bị tăng HA (mọi mức độ)                                |
| Tăng HA nặng lên cấp tính ở người được xác nhận là trước đó có HA bình thường ổn định trong thời gian dài |
| Tăng HA kháng trị                                                                                         |
| Tăng HA nặng (độ 3) hoặc tăng HA cấp cứu                                                                  |
| Hiện diện nhiều tổn thương cơ quan đích nặng                                                              |
| Các đặc điểm lâm sàng hoặc sinh hóa gợi ý nguyên nhân nội tiết của tăng HA                                |
| Các đặc điểm lâm sàng gợi ý ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn                                                |
| Các triệu chứng gợi ý u tủy thượng thận hoặc tiền sử gia đình có u tủy thượng thận                        |

## 7. VII. TĂNG HUYẾT ÁP CẤP CỨU

Tăng HA cấp cứu (hypertensive emergency) là tình huống tăng HA nặng (độ 3) kèm với tổn thương cơ quan đích cấp, thường đe dọa tính mạng và đòi hỏi phải can thiệp ngay lập tức nhưng thận trọng để hạ HA, thường là bằng thuốc truyền TM. Các biểu hiện điển hình của tăng HA cấp cứu gồm:

- Tăng HA ác tính: Tăng HA độ 3 kèm thay đổi đáy mắt (xuất huyết và/hoặc phù gai thị), tổn thương vi mạch và đông máu rải rác nội mạch, có thể kèm với bệnh não (khoảng 15% các trường hợp), suy tim cấp và suy giảm cấp chức năng thận.
- Tăng HA nặng kèm với những tình trạng lâm sàng khác đòi hỏi phải hạ HA khẩn, ví dụ bóc tách động mạch chủ cấp, thiếu máu cục bộ tim cấp hoặc suy tim cấp.
- Tăng HA nặng đột ngột do u tủy thượng thận kèm với tổn thương cơ quan.
- Tăng HA nặng ở thai phụ hoặc tiền sản giật.

Các triệu chứng lâm sàng thường gặp gồm nhức đầu, rối loạn thị giác, đau ngực, khó thở, choáng váng. Người bệnh não tăng HA có thể có ngủ gà, lơ mơ, mù vỏ não. Tuy nhiên khi có khiếm khuyết thần kinh khu trú phải nghĩ đến đột quỵ. Các khảo sát cận lâm sàng cần thiết được nêu trên bảng 14.

Tăng HA khẩn trương (hypertensive urgency) là tăng HA nặng nhưng không kèm tổn thương cơ quan đích cấp. Những bệnh nhân này thường không cần nhập viện. Điều trị ngoại trú bằng thuốc uống và hẹn tái khám sớm (sau vài ngày) để bảo đảm là HA được kiểm soát.

Xử trí tăng HA cấp cứu được nêu trên bảng 15. Đồng thời với việc hạ HA, xác định liệu bệnh nhân có cần biện pháp can thiệp đặc hiệu nào khác hay không. Trong thời gian bệnh nhân nằm viện tầm soát các nguyên nhân tăng HA thứ phát. Sau khi xuất viện (khi HA đã đạt mức an toàn và ổn định với thuốc uống), hẹn bệnh nhân tái khám thường xuyên (ít nhất mỗi tháng 1 lần) cho đến khi đạt đích HA tối ưu.



**Bảng 14: Khảo sát cận lâm sàng trong tăng huyết áp cấp cứu**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Khảo sát cận lâm sàng chung cho mọi nguyên nhân:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Soi đáy mắt</li> <li>– Điện tim 12 chuyển đạo</li> <li>– Tổng phân tích tế bào máu (gồm hemoglobin và đếm tiểu cầu), fibrinogen</li> <li>– Creatinin/máu (® eGFR), Na và K/máu, LDH, haptoglobin</li> <li>– Tỷ số albumin: creatinin nước tiểu, khảo sát vi thể nước tiểu tìm hồng cầu, bạch cầu, trụ</li> <li>– Xét nghiệm phát hiện có thai ở phụ nữ lứa tuổi sinh đẻ</li> </ul>                                                                                                                                 |
| <b>Khảo sát cận lâm sàng đặc hiệu tùy chỉ định:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Troponin, CK-MB (nghi NMCT cấp) và NT-proBNP</li> <li>– X-quang ngực thẳng (bệnh nhân có biểu hiện quá tải dịch)</li> <li>– Siêu âm tim (bóc tách động mạch chủ, suy tim, thiếu máu cục bộ tim)</li> <li>– MSCT động mạch chủ ngực (bóc tách động mạch chủ)</li> <li>– MSCT hoặc MRI não (biểu hiện tổn thương thần kinh trung ương)</li> <li>– Siêu âm thận và động mạch thận (nghi bệnh thận hoặc hẹp động mạch thận)</li> <li>– Tìm ma túy trong nước tiểu (gửi phòng xét nghiệm bên ngoài nếu nghi ngờ)</li> </ul> |

**Bảng 15: Xử trí tăng huyết áp cấp cứu**

| Biểu hiện lâm sàng                                                      | Thời gian và đích hạ HA                                                       | Điều trị                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tăng HA ác tính có hoặc không kèm suy thận cấp                          | Vài giờ<br>Hạ HA trung bình (mean arterial pressure) 20-25%                   | Nicardipine truyền TM (khởi đầu 5 mg/giờ, tăng từng nấc 2,5 mg mỗi 15 phút để đạt đích HA, tối đa 15 mg/giờ) |
| Bệnh não tăng HA                                                        | Hạ HA trung bình 20-25% ngay lập tức                                          | Nicardipine truyền TM (như trên)                                                                             |
| Biến cố mạch vành cấp                                                   | Hạ HA tâm thu xuống < 140 mmHg ngay lập tức                                   | Nitroglycerine truyền TM (5-200 mg/phút, tăng từng nấc 5 mg/phút mỗi 5 phút)                                 |
| Phù phổi cấp do tim                                                     | Hạ HA tâm thu xuống < 140 mmHg ngay lập tức                                   | Nitroglycerine truyền TM (như trên) + furosemide TM                                                          |
| Bóc tách động mạch chủ                                                  | Hạ HA tâm thu xuống < 120 mmHg VÀ tần số tim xuống < 60/phút ngay lập tức     | Nicardipine truyền TM + metoprolol uống (thử liều thấp 25 mg)                                                |
| Sản giật và tiền sản giật nặng (tán huyết, tăng men gan, giảm tiểu cầu) | Hạ HA tâm thu xuống < 160 mmHg VÀ HA tâm trương xuống < 105 mmHg ngay lập tức | Nicardipine và MgSO <sub>4</sub> truyền TM<br>Cho sinh sớm                                                   |

## 8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Phác đồ điều trị, Viện Tim TPHCM 2019

## BỆNH TIM THIẾU MÁU CỤC BỘ MẠN TÍNH (ĐAU THẮT NGỰC ỔN ĐỊNH)

### 1. CHẨN ĐOÁN

#### 1.1. Lâm sàng

##### 1.1.1. Xác định cơn đau thắt ngực ổn định

Vị trí

Hoàn cảnh xuất hiện

Tính chất

Thời gian kéo dài cơn đau

##### 1.1.2. Phân mức độ đau thắt ngực ổn định

Phân độ đau thắt ngực (Theo hiệp hội tim mạch Canada – CCS)

| Độ  | Đặc điểm                                                        | Chú thích                                                                                                 |
|-----|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I   | Những hoạt động thể lực bình thường không đau gây đau thắt ngực | Đau thắt ngực chỉ xuất hiện khi hoạt động thể lực rất mạnh                                                |
| II  | Hạn chế nhẹ hoạt động thể lực bình thường                       | Đau thắt ngực xuất hiện khi leo cao > 1 tầng gác thông thường bằng cầu thang hoặc đi bộ dài hơn 2 dặm nhà |
| III | Hạn chế đáng kể hoạt động thể lực thông thường                  | Đau thắt ngực khi đi bộ dài từ 1-2 dặm nhà hoặc leo cao 1 tầng gác                                        |
| IV  | Các hoạt động thể lực bình thường đều gây đau thắt ngực         | Đau thắt ngực khi làm việc nhẹ, khi gắng sức                                                              |

##### 1.1.3. Khám lâm sàng

#### 1.2. Thăm dò cận lâm sàng

##### 1.2.1. XN máu cơ bản

##### 1.2.2. Các thăm dò thông thường

Điện tim đồ, x-quang ngực, x-quang tim phổi thẳng

##### 1.2.3. Nghiệm pháp gắng sức với ĐTD (NPGS)

❖ *Mức I: Nghiệm pháp gắng sức ĐTD nên được chỉ định cho những bệnh nhân ĐTNOD sau:*

- Cho bệnh nhân ĐTNOD mà khả năng còn nghi ngờ dựa trên tuổi, giới, triệu chứng, có thể kèm theo bloc nhánh trái hoặc ST chênh xuống < 1 mm khi nghỉ

❖ *Mức II: Cân nhắc tiến hành NPGS cho*

- Bệnh nhân có nhiều khả năng bị ĐTNOD
- Bệnh nhân có khả năng bị co thắt ĐMV
- Bệnh nhân ít khả năng bị ĐTNOD dựa trên tuổi, giới, nguy cơ, triệu chứng
- Bệnh nhân đang dùng digoxin
- Bệnh nhân có dày thất trái và ST chênh xuống < 1 mm

❖ *Mức III: Không nên làm NPGS cho các đối tượng*

- Bệnh nhân có hội chứng WPW
- Bệnh nhân đang được đặt máy tạo nhịp tim
- Bệnh nhân đã có ST chênh xuống > 1 mm lúc nghỉ
- Bloc nhánh trái hoàn toàn

➤ **Những dữ kiện giúp dự đoán nguy cơ cao bị bệnh mạch vành dựa trên điện tâm đồ gắng sức**

- Không đủ khả năng chạy 6 phút theo phác đồ Bruce
- Nghiệm pháp dương tính sớm ( $\leq 3$  phút)
- Kết quả gắng sức dương tính mạnh (ST chênh xuống  $\geq 2$  mm)
- ST chênh xuống  $\geq 3$  phút sau khi đã ngưng gắng sức

- ST chênh xuống kiểu dốc xuống (Down – Sloping)
- Thiếu máu cơ tim xuất hiện ở mức nhịp tim còn tương đối thấp (  $\leq 120$  ck/phút)
- Huyết áp không tăng hoặc tụt đi
- Xuất hiện nhịp nhanh thất ở mức nhịp tim  $\leq 120$ ck/phút

ĐTĐ gắng sức ít có giá trị ở những bệnh nhân mà ĐTĐ cơ bản đã có những bất thường như dày thất trái, đang có đặt máy tạo nhịp, bloc nhánh trái, rối loạn dẫn truyền ĐTĐ gắng sức cũng không dự đoán được mức độ hẹp ĐMV và không định vị chính xác được vùng cơ tim thiếu máu.

#### 1.2.4. Siêu âm tim

#### 1.2.5. Các thăm dò gắng sức hình ảnh (siêu âm gắng sức, phóng xạ đồ tưới máu cotim)

Đối với những bệnh nhân có khả năng gắng sức thể lực thì các chỉ định làm thăm dò gắng sức với siêu âm hoặc phóng xạ đồ được chỉ định theo các khuyến cáo sau:

##### ❖ **Mức I: Có chỉ định làm NPGS hình ảnh**

- Bệnh nhân có khả năng vừa bị bệnh ĐMV mà có kèm theo hội chứng WPW
- Bệnh nhân có ST chênh xuống  $> 1$  mm lúc nghỉ
- Bệnh nhân có tiền sử đã được can thiệp ĐMV hoặc mổ cầu nối
- Dùng phương pháp tiêm Adenosin hoặc Dipyridamol đối với các trường hợp có nguy cơ vừa bị ĐTNOĐ mà có máy tạo nhịp hoặc bloc nhánh trái hoàn toàn

##### ❖ **Mức II: Chỉ định cần cân nhắc**

- NPGS thể lực với siêu âm hoặc phóng xạ đối với bệnh nhân khả năng cao hoặc thấp bị bệnh ĐMV mà có hội chứng WPW hoặc đã có ST chênh xuống  $> 1$  mm khi nghỉ
- Dùng phương pháp tiêm Adenosin hoặc Dipyridamol đối với các trường hợp có nguy cơ cao hoặc thấp bị ĐTNOĐ mà có máy tạo nhịp hoặc bloc nhánh trái hoàn toàn
- Bệnh nhân có dùng digoxin mà có ST chênh xuống  $< 1$  mm hoặc bị phì đại thất trái với ST chênh xuống  $< 1$  mm
- Đối với các bệnh nhân có ĐTĐ bình thường và không dùng digoxin
- Bệnh nhân có bloc nhánh trái hoàn toàn

➤ **Đối với những bệnh nhân không thể gắng sức thể lực được thì các chỉ định được lưu ý như sau:**

##### ❖ **Mức I: Có chỉ định**

- Dùng phương pháp tiêm Adenosin hoặc Dipyridamol đối với các trường hợp có nguy cơ vừa bị ĐTNOĐ
- Dùng phương pháp tiêm Adenosin hoặc Dipyridamol đối với các trường hợp có tiền sử được can thiệp ĐMV hoặc mổ cầu nối

#### 1.2.6. Chụp MSCT hệ thống động mạch vành

Đây là phương tiện chẩn đoán hình ảnh được ứng dụng khá rộng rãi trong những năm gần đây. Phương pháp này cho phép chẩn đoán hình ảnh với khả năng chẩn đoán tốt tổn thương và mức độ hẹp động mạch vành.

#### 1.2.7. Chụp động mạch vành

Là phương pháp quan trọng giúp chẩn đoán xác định có hẹp ĐMV hay không về mức độ cũng như vị trí hẹp của từng nhánh ĐMV. Chụp ĐMV ở bệnh nhân suy vành là nhằm mục đích can thiệp nếu có thể

Phân tầng nguy cơ cho bệnh nhân bị ĐTNOĐ bao gồm các đánh giá dựa trên lâm sàng, thăm dò cận lâm sàng. Phân tầng nguy cơ để có thái độ điều trị thích hợp và tiên lượng bệnh.

Bệnh nhân ĐTNOĐ được phân là ba nhóm nguy cơ cao, vừa và thấp dựa trên các đánh giá lâm sàng và thăm dò không chảy máu là:

##### ❖ **Nhóm nguy cơ (tỷ lệ tử vong $> 3\%/năm$ )**

- Đau ngực nhiều (CCS 4), có nhiều yếu tố tiên lượng nặng đi kèm như: tiền sử NMCT, đái tháo đường, tuổi cao, giới nữ
- Có rối loạn chức năng thất trái trầm trọng được đánh giá khi nghỉ (EF  $< 35\%$ )
- Nguy cơ cao trên nghiệm pháp gắng sức ( $\leq -11$ )
- Có suy giảm chức năng thất trái khi gắng sức
- Có giảm tưới máu vùng rộng lớn khi làm các nghiệm pháp gắng sức thăm dò tưới máu cơ tim trên phóng xạ đồ

- Siêu âm stress có rối loạn vận động nhiều vùng với liều Dobutamine thấp hoặc khi nhịp tim còn thấp < 120, hoặc có bằng chứng rối loạn vận động vùng lan rộng
- ❖ **Nhóm nguy cơ vừa**
  - Đau ngực mức độ vừa (CCS 3) có không quá 2 yếu tố tiên lượng nặng đi kèm
  - Có rối loạn mức độ vừa (EF 35-49%) trên siêu âm khi nghỉ
  - Nguy cơ vừa trên nghiệm pháp gắng sức ( $-11 < \text{score} < 5$ )
  - Có giảm tưới máu vừa khi làm các nghiệm pháp gắng sức thăm dò tưới máu cơ tim trên phóng xạ đồ
  - Siêu âm stress có rối loạn vận động khi liều Dobutamine cao và không quá 2 vùng cơ tim
- ❖ **Nhóm nguy cơ thấp**
  - Đau ngực nhẹ (CCS1-2), không có yếu tố tiên lượng nặng bệnh
  - Điểm nguy cơ trên NPGS thấp ( $\geq 5$ )
  - Vận động các vùng cơ tim không bình thường hoặc chỉ giảm vận động nhẹ khi làm các NPGS
- **Dựa trên việc phân tầng nguy cơ và dựa trên cân nhắc giữa lợi ích và nguy cơ của thủ thuật (bao gồm cả khía cạnh chi phí), chỉ định chụp ĐMV để xét can thiệp có chỉ định ở những nhóm bệnh nhân theo khuyến cáo như sau:**
- ❖ **Mức I: Có chỉ định chụp ĐMV**
  - Bệnh nhân có mức đau ngực rõ (CCS III- IV) và không khống chế được triệu chứng với điều trị nội khoa tối ưu
  - Bệnh nhân có nguy cơ cao theo phân tầng nguy cơ trên các thăm dò không chảy máu (nói trên)
  - Bệnh nhân có đau thắt ngực mà sống sót sau cấp cứu ngừng tuần hoàn hoặc được biết có rối loạn nhịp trầm trọng
  - Bệnh nhân đau thắt ngực có kèm theo dấu hiệu của suy tim
  - Bệnh nhân đang chuẩn bị cho phẫu thuật mạch máu lớn
  - Bệnh nhân đau thắt ngực mà nghề nghiệp hoặc lối sống có những nguy cơ bất thường (phicông, diễn viên xiếc...)
- ❖ **Mức II: Chỉ định cân phải cân nhắc**
  - Bệnh nhân có rối loạn chức năng thất trái vừa, đau ngực nhẹ (CCS I- II), nguy cơ vừa trên các thăm dò không chảy máu
  - Bệnh nhân đau ngực nặng CCS III – IV nhưng đáp ứng tốt với điều trị nội khoa và đã đưa về mức độ đau ngực nhẹ
  - Bệnh nhân đau ngực nhẹ CCS I – II nhưng đáp ứng kém với điều trị nội khoa tối ưu
- ❖ **Mức III: Thường không có chỉ định**
  - Bệnh nhân đau thắt ngực mức độ nhẹ (CCS I, II) về triệu chứng, đáp ứng tốt với điều trị nội, không có rối loạn chức năng thất trái và không có bằng chứng thiếu máu cơ tim trên các thăm dò không chảy máu
- **Chụp ĐMV được coi là một tiêu chuẩn vàng trong ứng dụng lâm sàng để đánh giá tổn thương ĐMV**

## 2. ĐIỀU TRỊ

### 2.1. Điều trị nội khoa

Mục tiêu của điều trị nội khoa là nhằm ngăn ngừa các biến cố tim mạch cấp như NMCT hoặc đột tử và để cải thiện chất lượng cuộc sống (triệu chứng)

Các khuyến cáo cho điều trị nội khoa là:

#### ❖ **Mức I: Có chỉ định điều trị**

- Vận dụng tích cực các biện pháp không dùng thuốc là bắt buộc cho mọi bệnh nhân bên cạnh thuốc men điều trị
- Aspirin cho thường quy nếu không có chống chỉ định
- Chẹn beta giao cảm nếu không có chống chỉ định
- Thuốc ức chế men chuyển dạng cho mọi bệnh nhân bị bệnh ĐMV có kèm theo tiểu đường và/hoặc rối loạn chức năng thất trái
- Các thuốc hạ lipid máu để hạ LDL-C cho những bệnh nhân có bệnh ĐMV hoặc nghi ngờ mà

có LDL-C tăng cao > 100 mg/dL, với mục tiêu hạ < 100 mg/dl (tối ưu là < 70 mg/dl)

- Thuốc Nitroglycerin ngâm dưới lưỡi hoặc dạng xịt dưới lưỡi để giảm các cơn đau
- Thuốc chẹn kênh calci hoặc loại nitrates có tác dụng kéo dài hoặc phối hợp cả hai loại cho những bệnh nhân mà có chống chỉ định với chẹn beta giao cảm
- Thuốc chẹn kênh calci hoặc nitrates có tác dụng kéo dài phối hợp với chẹn beta giao cảm cho những bệnh nhân mà đáp ứng kém với chẹn beta giao cảm.
- Thuốc chẹn kênh calci hoặc loại nitrates có tác dụng kéo dài hoặc phối hợp cả hai loại thay thế cho những bệnh nhân mà do đã dùng chẹn beta giao cảm phải ngừng vì các tác dụng phụ
- Thuốc ức chế men chuyển cho bệnh nhân có rối loạn chức năng thất trái, đái tháo đường, tăng huyết áp.

#### ❖ **Mức II: Chỉ định cần cân nhắc**

- Clopidogrel khi có chống chỉ định tuyệt đối với aspirin
- Chẹn kênh calci được lựa chọn như thuốc đầu tiên thay vì chọn chẹn beta giao cảm
- Thuốc ức chế men chuyển là lựa chọn cho mọi bệnh nhân
- Thuốc ức chế men chuyển là lựa chọn cho mọi bệnh nhân
- Thuốc hạ lipid máu khi mức LDL-C trong giới hạn 100-129 mg/dl trong khi cần phải áp dụng các biện pháp khác trong điều chỉnh lối sống
- Thuốc chống đông đường uống kháng vitamin K
- Các thuốc tác động lên chuyển hoá tế bào tim (trimetaxidine): dùng đơn độc hoặc phối hợp
- Thuốc mở kênh K<sup>+</sup>: Nicorandine
- Thuốc tác động nút xoang: Ivabradine

#### ❖ **Mức III: Không có chỉ định**

- Dipyridamol
- Điều trị vật lý trị liệu

##### **2.1.1. Các biện pháp chung**

Không chế các yếu tố nguy cơ sẽ được bàn kỹ hơn ở phần cuối

Tập thể lực đều đặn 40-60 phút/ngày, tất cả các ngày. Mức độ tập dựa trên khả năng gắng sức của từng bệnh nhân

Bỏ ngay hút thuốc lá

Chế độ ăn uống hợp lý: giảm mỡ, mặn, nhiều tinh bột quá, khuyến khích ăn nhiều rau quả, cá, thịt nạc cân đối...

Tránh căng thẳng

Không chế tốt huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu

Vấn đề sinh hoạt tình dục có thể gây cơn đau ngực, có thể dùng trước bằng các thuốc nitrates.

Cần chú ý khi dùng thuốc nitroglycerin, không được phối hợp với các thuốc sildenafil

Tránh dùng các thuốc NSAID loại anti COX2 vì có nguy cơ cao hơn với bệnh tim mạch

##### **2.1.2. Aspirin**

##### **2.1.3. Các thuốc chống ngưng kết tiểu cầu khác**

Clopidogrel (Plavix)

Trong trường hợp có chỉ định cần chụp ĐMV mà có can thiệp đặt stent thì cần dùng phối hợp giữa một trong hai loại thuốc này với aspirin và dùng cho bệnh nhân ít nhất trước 2 ngày can thiệp. Sau can thiệp ĐMV thuốc này cùng aspirin phải được dùng thêm ít nhất 1 tháng đối với các stent thông thường và ít nhất 12 tháng với bệnh nhân đặt stent bọc thuốc, sau đó chỉ cần dùng aspirin kéo dài.

##### **2.1.4. Điều chỉnh rối loạn lipid máu**

Các nhóm thuốc thường dùng trên lâm sàng

Nhóm statin hay thuốc ức chế HMG- CoA: Simvastatin (Zocor), Atorvastatin (Lipitor), Rosuvastatin (Crestor) dẫn xuất Fibrat: Gemfibrozil (Lopid), Fenofibrat (Lipanthyl)

##### **2.1.5. Các dẫn xuất Nitrates: nitroglycerine, Isosorbid dinitrat, Isosorbid mononitrat...**

##### **2.1.6. Các thuốc chẹn $\beta$ giao cảm**

Chọn lọc  $\beta_1$

- Bisoprolol : Viên 5 hoặc 2,5 mg, dùng 5-10mg, 1lần/ngày.
- Metoprolol : Viên 50, 100mg, dùng 50 - 200 mg/ ngày.
- Atenolol : 25 - 200 mg/ngày.

- Acebutolol : 200 - 600 mg

Chọn cả  $\beta$  và  $\alpha$

- Labetalol
- Carvedilol

### 2.1.7. Các thuốc chẹn dòng canxi

Các nhóm thuốc:

Dihydropyridines: (Nifedipin, Amlordipine, Felodipine, Isradipine); ít tác dụng lên ĐMV. Nifedipin và Amlordipine có thể dùng trong một số trường hợp, đặc biệt khi có THA và có yếu tố cơ thắt kèm theo.

Benzothiazepines: Diltiazem (Tildiem) viên 60 mg, 30 - 90 mg x 3 lần/ngày. Không dùng ở những bệnh nhân có giảm chức năng cơ bóp thất trái, nhịp chậm

Phenylalkylamine: Verapamil (Isoptine): 120 - 240 mg x 2 lần/ngày. Có thể làm giảm chức năng cơ bóp thất trái và làm chậm nhịp tim. Không dùng các thuốc này ở bệnh nhân suy tim.

Thuốc chẹn kênh calci không phải là thuốc nên được lựa chọn hàng đầu ở bệnh nhân ĐTNKÔĐ mà là lựa chọn thay thế hoặc kết hợp khi các thuốc hàng đầu như chẹn beta giao cảm có chống chỉ định hoặc ít tác dụng. Các thuốc nên lựa chọn là loại có tác dụng kéo dài hoặc nhóm nondihydropyridin.

### 2.1.8. Thuốc UCMC

### 2.1.9. Các thuốc mới

Các thuốc mở kênh kali: Nicorandil có tác dụng kép vừa mở kênh kali vừa dẫn mạch giống như nitrates nên có khả năng điều trị cơn đau ngực.

Thuốc tác động lên chuyển hóa tế bào cơ tim thông qua ức chế men beta oxy hóa acid béo làm tăng khả năng chuyển hóa theo con đường glucose khiến tế bào cơ tim hoạt động hiệu quả hơn trong tình trạng thiếu ô xy. Thuốc thường được nhắc đến là trimetazidine và ranolazine.

Thuốc tác động lên nhịp tim tại nút xoang theo cơ chế ức chế kênh f và có khả năng giảm cơn đau ngực của bệnh nhân với đại diện là ivabradine.

## 2.2. Điều trị tái tạo mạch (can thiệp động mạch vành qua da hoặc phẫu thuật làm cầu nối ĐMV)

Vấn đề điều trị tái tạo mạch cho bệnh nhân ĐTNÔĐ được khuyến cáo như sau:

### ❖ Mức I: Chỉ định điều trị tái tạo mạch cho bệnh nhân ĐTNÔĐ

- Mở cầu nối ĐMV cho bệnh nhân có tổn thương đáng kể thân chung (left main) ĐMV trái
- Mở làm cầu nối ĐMV cho bệnh nhân có tổn thương 3 nhánh ĐMV
- Mở làm cầu nối ĐMV cho bệnh nhân có tổn thương 2 nhánh ĐMV nhưng có tổn thương đáng kể đoạn gần LAD có kèm theo giảm chức năng thất trái (EF < 50%)
- Can thiệp ĐMV qua da (nong, đặt stent hoặc các biện pháp khác) cho bệnh nhân có tổn thương đáng kể 2 hoặc 3 nhánh ĐMV nhưng hình thái phù hợp cho can thiệp, chức năng thất trái bình thường và không có tiểu đường đang điều trị
- Can thiệp ĐMV qua da (nong, đặt stent hoặc các biện pháp khác) cho bệnh nhân có tổn thương đáng kể 1 hoặc 2 nhánh ĐMV và có dấu hiệu thiếu máu cơ tim với nguy cơ cao trên các NPGS hoặc vùng cơ tim sống còn rộng
- Mở cầu nối ĐMV cho bệnh nhân có tổn thương đáng kể 1 hoặc 2 nhánh ĐMV mà không phải đoạn gần LAD nhưng có tiền ngừng tuần hoàn đã được cứu sống hoặc rối loạn nhịp thất nguy hiểm
- Chỉ định cho bệnh nhân đã từng được can thiệp ĐMV: mở cầu nối ĐMV hoặc can thiệp cho bệnh nhân có tái hẹp tại vị trí can thiệp và có thiếu máu cơ tim rõ với nguy cơ cao trên các NPGS hoặc vùng cơ tim chi phối rộng lớn
- Can thiệp ĐMV hoặc mở làm cầu nối cho bệnh nhân không đáp ứng với điều trị nội khoa và chấp nhận nguy cơ liên quan đến can thiệp

### ❖ Mức II: Chỉ định cân nhắc

- Mở làm cầu nối ĐMV lại cho bệnh nhân có nhiều nhánh nối ĐMV bằng tĩnh mạch, đặc biệt hẹp đáng kể nhánh nối tới LAD
- Mở hoặc Can thiệp ĐMV qua da (nong, đặt stent hoặc các biện pháp khác) cho bệnh nhân có tổn thương đáng kể 1 hoặc 2 nhánh ĐMV nhưng vùng cơ tim chi phối lớn vừa và các thăm dò không chảy máu có nguy cơ vừa
- Mở hoặc Can thiệp ĐMV qua da (nong, đặt stent hoặc các biện pháp khác) cho bệnh nhân có tổn thương đáng kể một nhánh ĐMV đoạn gần LAD, nguy cơ vừa

- Can thiệp ĐMV cho bệnh nhân có tổn thương đáng kể thân chung (left main) ĐMV trái mà không muốn phẫu thuật hoặc nguy cơ cao khi phẫu thuật

❖ **Mức III: Thường không chỉ định**

- Mổ hoặc Can thiệp ĐMV qua da (nong, đặt stent hoặc các biện pháp khác) cho bệnh nhân có tổn thương một hoặc hai nhánh ĐMV không kèm theo tổn thương đáng kể đoạn gần LAD hoặc thân chung và có triệu chứng nhẹ, chưa được điều trị nội khoa tối ưu, các thăm dò chảy máu không có bằng chứng thiếu máu cơ tim, vùng cơ tim chi phối nhỏ
- Mổ hoặc Can thiệp ĐMV qua da (nong, đặt stent hoặc các biện pháp khác) cho bệnh nhân có tổn thương mức độ vừa (hẹp 50 – 60%) không phải ở thân chung ĐMV trái và không có bằng chứng thiếu máu cơ tim cục bộ trên các thăm dò không chảy máu
  - a) Can thiệp ĐMV qua đường ống thông (qua da – nong, đặt stent ĐMV hoặc các biện pháp khác qua đường ống thông)
  - b) Mổ làm cầu nối chủ – vành

### 3. ĐIỀU TRỊ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ

Khuyến cáo về điều chỉnh các yếu tố nguy cơ là:

❖ **Mức I: Chỉ định đã rõ ràng**

- Điều trị, khống chế tốt tăng huyết áp (theo khuyến cáo)
- Bỏ hút thuốc lá
- Điều trị tốt đái tháo đường
- Điều trị rối loạn lipid máu khi có bệnh ĐMV hoặc nghi ngờ mà có mức LDL-C  $\geq$  130 mg/dl, đưa mức LDL-C về mức ổn định ( $<100$  mg/dl) và tốt nhất là  $<70$ mg/dl
- Giảm cân ở bệnh nhân có THA, rối loạn lipid máu, đái tháo đường

❖ **Mức II: Chỉ định có cân nhắc**

- Bổ sung Omega 3 thường quy.
- Bệnh nhân có bệnh ĐMV hoặc nghi ngờ mà có mức LDL-C từ 100 – 129 mg/dl mà chưa áp dụng tốt các biện pháp thay đổi lối sống và luyện tập
- Bệnh nhân có rối loạn triglycerid
- Giảm cân ở bệnh nhân không kèm theo THA, tiểu đường, tăng lipid máu
- Điều trị bằng folate cho bệnh nhân có tăng homocysteine
- Điều trị rối loạn tâm lý

❖ **Mức III: Thường không chỉ định**

- Điều trị hormon thay thế như là thuốc hàng đầu để điều trị nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân nữ sau mãn kinh
- Vitamine C, E thường quy
- Coenzyme Q
- Tỏi
- Châm cứu, Vật lý trị liệu...

### 4. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Kho dữ liệu Sờ y tế- Viện tim.

## NGOẠI TÂM THU THẮT

### 1. ĐẠI CƯƠNG

Ngoại tâm thu thất là một nhát bóp thất đến sớm, được kích hoạt bởi một ổ ngoại vị nằm trong khối cơ thất.

### 2. HÌNH ẢNH ĐIỆN TÂM ĐỒ

Phức bộ QRS: Đến sớm, giãn rộng.

ST và T thay đổi ngược chiều với QRS.

Có khoảng nghỉ bù ( $RR'R = 2R$ )

### 3. ĐIỀU TRỊ

Điều trị nguyên nhân: hạ Kali máu, hạ canxi máu, rượu, café, ngộ độc thuốc, suy tim...

Hầu hết những bệnh nhân có ngoại tâm thu thất đơn dạng, nhịp ba, không có cơn nhịp nhanh thất, không có triệu chứng lâm sàng không cần điều trị loạn nhịp.

Những ngoại tâm thu thất sau nên điều trị:

- >6 ngoại tâm thu thất /phút.
- Ngoại tâm thu thất đa dạng ( $\geq 2$  ổ phát xung)
- $\geq 2$  ngoại tâm thu thất liên tiếp.
- Ngoại tâm thu thất nhịp đôi.
- Ngoại tâm thu thất dạng R/T.
- Ngoại tâm thu thất trong pha cấp nhồi máu cơ tim.

#### Điều trị các trường hợp cụ thể:

Nhịp nhanh, nhịp chậm đều có thể gây ngoại tâm thu thất. Có thể dùng Atropin, Isoproterenol để xóa ngoại tâm thu thất trong nhịp chậm, hoặc dùng thuốc làm chậm nhịp tim trong nhịp nhanh xoang kèm ngoại tâm thu thất.

Ngoại tâm thu thất trong nhồi máu cơ tim: Dùng Lidocaine. Nếu không hiệu quả, dùng Procainamide hoặc Amiodarone.

Ngoại tâm thu thất trong suy tim sung huyết: nếu trước đó không dùng Digoxin, cho Digoxin hết ngoại tâm thu thất.

Ngoại tâm thu thất do ngộ độc Digoxin:

- Ngừng ngay digoxin.
- Bù Kali # 5,5 mEq/L.
- Ngoại tâm thu thất nhịp đôi: Lidocaine.
- Kháng thể kháng Digoxin.

Ngoại tâm thu thất kháng trị: Amiodarone. Liều tấn công: 600-800mg/ngày x7-10 ngày. Duy trì: 200 mg/ngày.

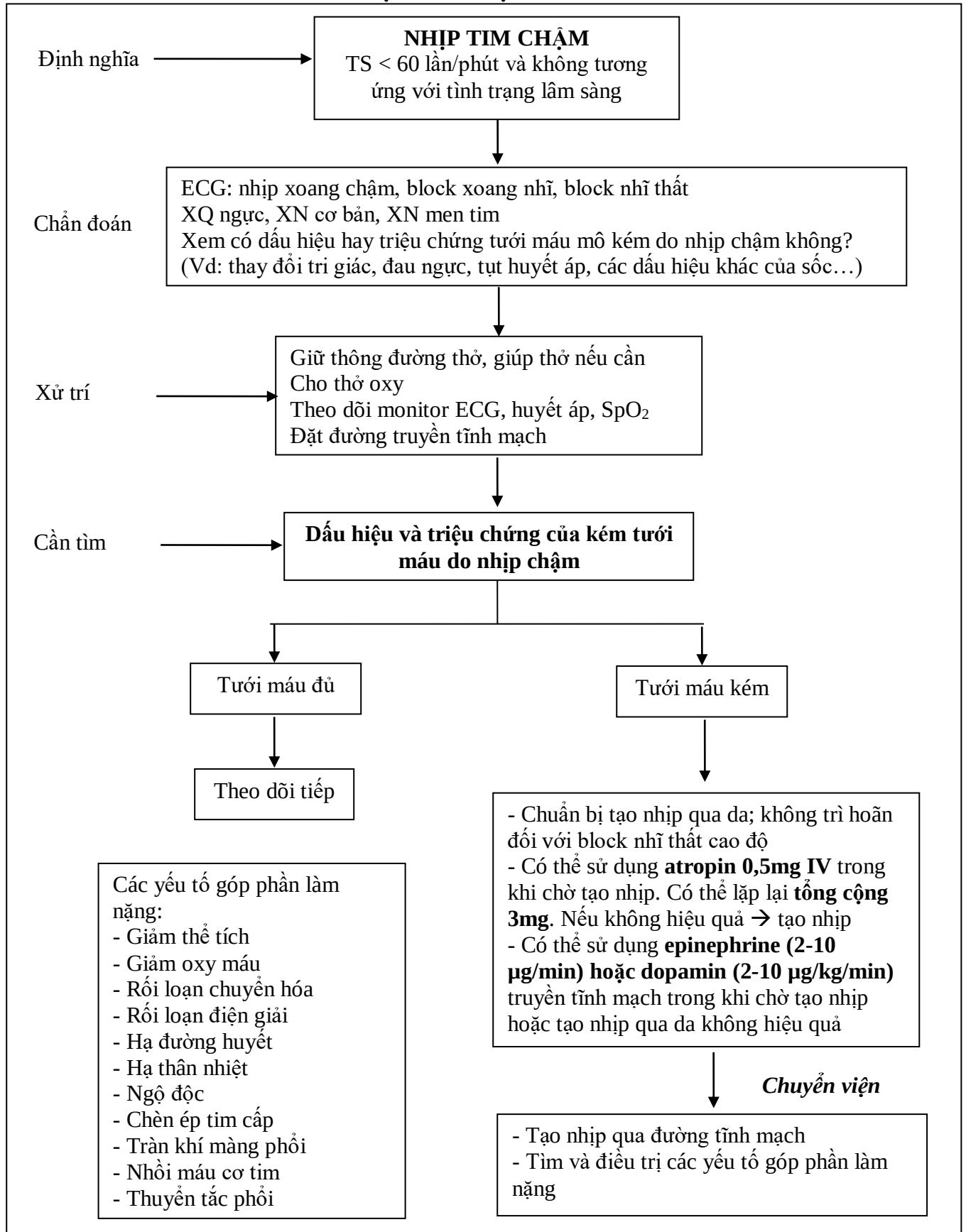
Các ngoại tâm thu thất khác có thể dùng ức chế beta:

- Propranolol: 40-160 mg/ngày.
- Atenolol: 50-100mg/ngày.
- Metoprolol: 50-100mg/ngày

### 4. TÀI LIỆU THAM KHẢO *Kho dữ liệu Sờ y tế.*



## NHỊP TIM CHẬM



Tài liệu tham khảo :Kho dữ liệu Phác đồ điều trị ngành Y tế TPHCM – BV Nguyễn Tri Phương

# ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 1

## I./ ĐẠI CƯƠNG

Đái tháo đường type 1 là thể bệnh nặng của đái tháo đường, do tình trạng thiếu Insulin trầm trọng, hậu quả là thiếu Insulin và acid béo gây ra tình trạng đa niệu thẩm thấu và nhiễm ceton, thường gặp ở người trẻ và trẻ em nhưng cũng có thể gặp ở người trưởng thành không béo phì.

## II./ NGUYÊN NHÂN, CƠ CHẾ BỆNH SINH

Đái tháo đường type 1 (tổn thương tế bào  $\beta$  thường dẫn đến thiếu Insulin tuyệt đối)

- ĐTĐ type 1 tự miễn: trước đây gọi là ĐTĐ phụ thuộc Insulin, ĐTĐ type 1, ĐTĐ xảy ra ở người trẻ. Bệnh có đặc điểm tổn thương tế bào  $\beta$  do tự miễn với các tự kháng thể (TKT) như TKT kháng tế bào đảo (ICA) TKT kháng Insulin (IAA) TKT kháng Glutamic acid decarboxylate (GAD), TKT kháng tyrosin phosphatase IA-2 và IA-2 $\beta$  và 1 số TKT khác. Bệnh cũng có thể phối hợp với HLA. ĐTĐ tự miễn có thể xảy ra ở người trẻ, nhưng cũng có thể ở lứa tuổi 80, 90 (Latent autoimmune diabetes in adult: LADA).

Thương tổn tế bào  $\beta$  có thể nhanh chậm tùy trường hợp, thường nhanh đối với trẻ em, chậm đối với người lớn. 1 số trường hợp bệnh có thể xuất hiện đầu tiên dưới dạng nhiễm toan ceton, có khi 1 phần đảo tụy vẫn còn hoạt động (ở người lớn) đủ để không xảy ra nhiễm toan ceton trong nhiều năm.

Về thể trọng, bệnh thường gây, nhưng cá biệt cũng có người tăng trọng, bệnh có xu hướng đi kèm theo với các bệnh nội tiết tự miễn khác như Basedow, Hashimoto, Addison, bạch biến, thiếu máu ác tính.

- ĐTĐ type 1 vô căn:

Thiếu Insulin tuyệt đối dễ dẫn đến toan ceton nhưng không có bằng chứng bệnh tự miễn, chỉ chiếm tỷ lệ nhỏ trong type 1, thường gặp ở người châu Phi, châu Á, có tính di truyền mạnh.

## III./ CHẨN ĐOÁN

Đái tháo đường type 1 thường được chẩn đoán khi có triệu chứng lâm sàng xuất hiện rõ rệt với ăn nhiều, khát nhiều, tiểu nhiều, sụt cân kèm theo đường huyết bất kỳ  $\geq 200\text{mg/dl}$  ( $11,1\text{ mmol/l}$ )

Cận lâm sàng

\* Các xét nghiệm chẩn đoán

- Các xét nghiệm glucose máu: theo các tiêu chí chẩn đoán
- Các xét nghiệm khác:
  - + Định lượng C-peptid máu
  - + Định lượng Insulin máu
  - + Xét nghiệm miễn dịch: Anti GAD ( Glutamic Acid Decarboxylase antibody) ICA ( Islet cell antibody), Insulin antibody.

\* Các xét nghiệm về tình trạng bệnh lý miễn dịch liên quan đến đái tháo đường type1.

- TSH
- Vitamin B12 trong máu

## IV./ ĐIỀU TRỊ

### 1. Mục tiêu

- Làm giảm các triệu chứng liên quan đến tăng glucose máu.
- Đạt được sự kiểm soát chuyển hoá
- Phòng ngừa biến chứng cấp. Ngăn chặn hoặc làm chậm sự xuất huyết các biến chứng mạch máu nhỏ và lớn.
- Mục tiêu kiểm soát chung:
  - + Glucose máu ( người lớn ) theo hiệp hội ĐTĐ Hoa Kỳ 2013:
    - Glucose huyết tương mao mạch lúc đói:  $70 - 130\text{ mg/dL}$  (  $3.9 - 7.2\text{ mmol/L}$  )
    - Định glucose huyết tương mao mạch sau ăn  $< 180\text{ mg/dL}$  (  $< 10\text{mmol/L}$ ) khoảng 1-2 giờ sau ăn.
    - HbA1c  $< 7\%$ 
      - + Huyết áp:  $< 140/80\text{ mmHg}$ . H/A tâm thu có thể  $< 130\text{ mmHg}$  ở 1 số bệnh nhân trẻ.
      - + Lipid máu: . LDL-c:  $< 2,6\text{mmol/L}$  (  $< 100\text{mg/dl}$ )

. HDL-c: > 1,1 mmol/L ( > 50mg/dl)

. Triglycerid: 1,7mmol/L ( < 150 mg/dl)

Chú ý: Người bị Đái tháo đường type 1 khi có thai sẽ có bảng hướng dẫn riêng đối với mục tiêu glucose máu.

## 2. Nguyên tắc:

- Insulin là điều trị suốt đời
- Điều trị với sự kết hợp các biện pháp như chế độ ăn, vận động thể lực và insulin.
- Cân bằng lượng Insulin tiêm trước bữa ăn với lượng hấp thu carbohydrate, glucose máu trước các bữa ăn và hoạt động thể lực.

## 3. Điều trị đặc hiệu.

- 3.1. Chế độ ăn: tính năng lượng và dinh dưỡng theo từng cá nhân, dựa vào độ tuổi, mức lao động và giới tính, năng lượng cho người hoạt động trung bình vào khoảng 35Kcal/kg/ngày.
- 3.2. Vận động thể lực: Loại hình vận động tùy theo sở thích và phải phù hợp với tình trạng bệnh lý nhưng đảm bảo là thời gian là 30 phút mỗi ngày hoặc ít nhất là 150 phút mỗi tuần.
- 3.3. Điều trị Insulin.
  - Tổng liều nhu cầu Insulin biến thiên từ 0,25 – 1 đơn vị/kg/ngày, trung bình là 0.5 đơn vị/kg/ngày. Liều insulin trước bữa ăn trung bình 0,13 đơn vị/kg hoặc 1/6 tổng liều insulin kết hợp cùng với yếu tố hiệu chỉnh glucose và tỷ số carbohydrate của insulin.
  - Tỷ số insulin với carbohydrate được tính bởi công thức 500/ tổng nhu cầu insulin  
Ví dụ: 500 / tổng nhu cầu insulin 50 đơn vị = 10 như vậy mỗi 10g carbohydrate ăn vào cần 1 đơn vị Insulin.
  - Yếu tố hiệu chỉnh glucose máu được tính theo công thức 1.800/ tổng nhu cầu insulin.  
. Ví dụ: 1.800/50 ( tổng nhu cầu Insulin)= 36 nghĩa là 1 đơn vị insulin có thể giảm được 36mg/dL glucose trong máu.
  - Liều Insulin nền khoảng 45% - 55% tổng nhu cầu insulin glargin hay detemir tiêm 1 lần/1 ngày. Hoặc insulin NPH tiêm 1 -2 lần/1 ngày với liều 0,2 đơn vị/kg/1ngày
  - Các chế độ tiêm Insulin
    - + Điều trị thông thường: Phác đồ tiêm Insulin quy ước 2lần trong ngày: thường sử dụng Insulin remix hoặc Insulin bán chậm.
    - + Điều trị Insulin tích cực: cải thiện được đường huyết và đạt được kết quả tốt nhất.
  - Chế độ tiêm Insulin nhiều mũi mỗi ngày.
    - + 3 lần 1 ngày: nhiều kiểu phối hợp.
    - + Tiêm Insulin tác dụng nhanh + bán chậm vào trước bữa ăn sáng, insulin tác dụng nhanh vào trước bữa ăn chiều và insulin bán chậm trước khi đi ngủ. Hoặc sử dụng Insulin bán chậm trước 3 bữa ăn chính.
    - + Tiêm 4 lần/ngày: Insulin tác dụng nhanh trước các bữa ăn chính và Insulin nền ( insulin chậm hoặc bán chậm) buổi tối hoặc sáng.
  - Chế độ truyền insulin dưới da liên tục, hoặc bơm tiêm insulin: Phương pháp này đòi hỏi huấn luyện bệnh nhân kỹ trước khi sử dụng và chi phí cao.
    - Chú ý: Không sử dụng Insulin tác dụng nhanh cho lần tiêm trước khi đi ngủ. Khi đổi từ 1 phác đồ này sang 1 phác đồ khác cần kiểm tra đường huyết để tránh nguy cơ hạ đường huyết.
    - Phác đồ tiêm insulin nhiều hơn 2 lần/ ngày cần cẩn thận đối với người già, người kém linh hoạt không thể thực hiện phác đồ phức tạp.
- 3.4. Điều chỉnh liều: Dựa vào glucose máu khi đói, glucose máu trước các bữa ăn và ban đêm để chỉnh liều. Tăng giảm từ 2 đến 5 đơn vị/ lần. Mỗi 2 đến 3 ngày điều chỉnh liều 1 lần nếu để đạt đường huyết mục tiêu.
  - . Vị trí tiêm: vùng trước bụng, đùi, cánh tay.
  - . Các loại insulin được sử dụng: Chọn loại insulin tùy theo thời gian tác dụng và phác đồ điều trị

| Loại Insulin                       | Thời gian bắt đầu | Thời gian đỉnh | Thời gian tác dụng |
|------------------------------------|-------------------|----------------|--------------------|
| <b>1. Insulin tác dụng nhanh</b>   |                   |                |                    |
| Insulin aspart (novolog)           | 10-20 phút        | 1-3 giờ        | 3-5 giờ            |
| Insulin lispro ( humalog)          | 10-15 phút        | 1-2 giờ        | 3-4 giờ            |
| Insulin glulisin ( Apidra )        | 10-20 phút        | 1 giờ          | 3-4 giờ            |
| <b>2. Insulin tác dụng ngắn</b>    |                   |                |                    |
| Regular                            | 0.5–1 giờ         | 2-4 giờ        | 4-8 giờ            |
| <b>3. Insulin tác dụng ngắn</b>    |                   |                |                    |
| NPH                                | 1,5 – 3 giờ       | 4-10 giờ       | 10-18 giờ          |
| <b>4. Insulin tác dụng kéo dài</b> |                   |                |                    |
| Determir ( levemir )               | 1-2 giờ           | Không          | 24 giờ             |
| Glargine ( Lantus )                | 2-3 giờ           | Không          | 24 giờ             |

- Dụng cụ tiêm Insulin thông thường: ống tiêm loại Insulin loại 100UI/ml hoặc bút tiêm insulin.
- Biến chứng Insulin:
  - Hạ đường huyết do quá liều, do bỏ bữa ăn, do rối loạn tiêu hóa.
  - Loạn dưỡng mỡ do tiêm insulin
  - Kháng insulin
  - Dị ứng tại chỗ tiêm.

## V./ THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

1. Các xét nghiệm theo dõi.
  - Glucose máu cần theo dõi tích cực tại nhà để kiểm soát chặt chẽ đường huyết.
  - Theo dõi huyết áp, khám định kỳ các biến chứng ĐTĐ đặc biệt là bàn chân ĐTĐ
  - HbA1c mỗi 3 tháng/ lần.
  - Xét nghiệm A/C niệu, khám đáy mắt nếu ĐTĐ type 1 > 5 năm.
2. Giáo dục bệnh nhân tự theo dõi glucose máu tại nhà, nhận biết và xử lý tình trạng hạ đường huyết.
3. Tái khám định kỳ: Tùy theo tình trạng bệnh lý của bệnh nhân.

Tài liệu tham khảo: Phác đồ điều trị Nội khoa 2013 - Bệnh viện Chợ Rẫy

## HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ TIỀN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

### I. ĐỊNH NGHĨA

Tiền đái tháo đường (ĐTĐ) là tình trạng bệnh lý khi nồng độ glucose máu cao hơn bình thường nhưng chưa đạt tiêu chí chẩn đoán ĐTĐ, bao gồm những người rối loạn glucose máu lúc đói, hoặc rối loạn dung nạp glucose (RLDNG), hoặc tăng HbA1c. Tiền ĐTĐ là giai đoạn trung gian giữa người bình thường và ĐTĐ típ 2. Khoảng 5-10% người tiền ĐTĐ sẽ trở thành ĐTĐ hàng năm và tổng cộng 70% người tiền ĐTĐ sẽ thành ĐTĐ thực sự.

Tiền ĐTĐ liên quan với các yếu tố nguy cơ giống như bệnh ĐTĐ: thừa cân, béo phì, rối loạn lipid máu, tăng huyết áp, ít hoạt động thể lực...

### II. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán tiền ĐTĐ khi có một trong các rối loạn sau đây:

- Rối loạn glucose máu lúc đói (impaired fasting glucose: IFG): Glucose huyết tương lúc đói từ 100 - 125 mg/dL (5,6 - 6,9 mmol/L). (glucose máu lúc đói là xét nghiệm sau bữa ăn uống cuối cùng ít nhất 8 giờ), hoặc

- Rối loạn dung nạp glucose (impaired glucose tolerance: IGT): Glucose huyết tương sau 2 giờ từ 140 - 199 mg/dL (7,8 - 11,0 mmol/L) khi làm nghiệm pháp dung nạp glucose (NPDNG) bằng đường uống với 75 g glucose, hoặc

- HbA1c: 5,7 - 6,4%

Bảng 1. Tiêu chí chẩn đoán tiền ĐTĐ

| Tiêu chí                                        | Tiền ĐTĐ                            |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Glucose huyết tương khi đói                     | 5,6 - 6,9 mmol/L (100 - 125 mg/dL)  |
| Glucose huyết tương sau 2 giờ khi làm NPDNG 75g | 7,8 - 11,0 mmol/L (140 - 199 mg/dL) |
| HbA1c (định lượng theo phương pháp chuẩn)       | 5,7 - 6,4%                          |

Lưu ý: HbA1c không có giá trị để chẩn đoán và theo dõi nếu có một trong các tình huống sau:

- Bệnh tế bào hình liềm
- Thai kỳ (3 tháng giữa và 3 tháng cuối thai kỳ và giai đoạn hậu sản)
- Thiếu glucose-6-phosphate dehydrogenase,
- Nhiễm HIV,
- Lọc máu.
- Mới bị mất máu hoặc truyền máu
- Đang điều trị với erythropoietin.

### III. QUI TRÌNH KHÁM

**3.1. Khuyến cáo làm xét nghiệm để tầm soát, phát hiện ĐTĐ hoặc tiền ĐTĐ ở người lớn không có triệu chứng, biểu hiện lâm sàng.**

3.1.1. Người trưởng thành ở bất kỳ tuổi nào có thừa cân hoặc béo phì ( $BMI \geq 23 \text{ kg/m}^2$ ) và có kèm một trong số các yếu tố nguy cơ sau:

- Có người thân đời thứ nhất (bố mẹ, anh chị em ruột, con đẻ) bị ĐTĐ
- Tiền sử bệnh tim mạch do xơ vữa động mạch
- Tăng huyết áp ( $HA \geq 140/90 \text{ mmHg}$ , hoặc đang điều trị THA)
- HDL cholesterol  $< 35 \text{ mg/dL}$  ( $0,9 \text{ mmol/l}$ ) và/hoặc triglyceride  $> 250 \text{ mg/dL}$  ( $2,8 \text{ mmol/l}$ )
- Phụ nữ bị hội chứng buồng trứng đa nang
- Ít hoạt động thể lực
- Các tình trạng lâm sàng khác liên quan với kháng insulin (như béo phì nặng, dấu gai đen (acanthosis nigricans))

3.1.2. Phụ nữ đã được chẩn đoán ĐTĐ thai kỳ cần theo dõi lâu dài, xét nghiệm ít nhất mỗi 3 năm

3.1.3. Tất cả mọi người từ tuổi 45 trở lên

3.1.4. Nếu các kết quả bình thường, xét nghiệm sẽ được làm lại trong vòng 1- 3 năm sau hoặc ngắn hơn tùy theo kết quả ban đầu và các yếu tố nguy cơ.

### **3.2. Các bước thăm khám**

3.2.1. Các bước khám lâm sàng cần chú ý ở người tiền ĐTĐ ngoài khám tổng thể

- Đánh giá thể trạng bằng chỉ số BMI (dựa vào chiều cao, cân nặng) và vòng eo;
- Phát hiện các biểu hiện của tổn thương cơ quan đích (nếu có):
  - + Khám thần kinh và khả năng nhận thức;
  - + Khám tim: nghe tiếng tim, phát hiện tiếng thổi ở tim và động mạch cảnh;
  - + Khám mạch ngoại biên, so sánh huyết áp 2 cánh tay;
  - + Tổn thương đáy mắt.

3.2.2. Các xét nghiệm thường quy cho người tiền ĐTĐ

- Hemoglobin;
- Glucose máu khi đói; HbA1c
- Bilan lipid máu: cholesterol toàn phần, LDL-C, HDL-C, triglycerides;
- Axit uric, creatinine máu và mức lọc cầu thận ước tính;
- Xét nghiệm SGOT/SGPT máu;
- Xét nghiệm nước tiểu tìm albumin niệu;
- Điện tâm đồ đủ 12 chuyển đạo.

### **Chỉ định làm nghiệm pháp dung nạp glucose khi:**

Glucose máu lúc đói < 5,6 mmol/L hoặc HbA1c < 5,7% ở người có kèm theo các nguy cơ tiền ĐTĐ, ĐTĐ được liệt kê trong mục 3.1 (do NPDNG chẩn đoán tiền ĐTĐ và ĐTĐ nặng hơn).

## **IV. ĐIỀU TRỊ TIỀN ĐTĐ**

### **4.1. Mục đích của điều trị tiền ĐTĐ**

- Đưa glucose huyết trở về bình thường; ngăn chặn hoặc làm chậm sự tiến triển thành ĐTĐ; ngăn chặn và làm giảm các biến chứng do tăng glucose huyết.
- Giảm nguy cơ bệnh tim mạch thông qua phát hiện và điều trị các yếu tố nguy cơ tim mạch đi kèm.

### **4.2. Mục tiêu điều trị**

- Mục tiêu HbA1c: < 5,7%
- Giảm được ít nhất 3-7% cân nặng ở người thừa cân/béo phì và duy trì ở mức đó (Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ĐTĐ típ 2, Bộ Y tế 2017)
- Vòng eo < 80cm với nữ giới, < 90cm với nam giới
- Đạt được hoạt động thể lực cường độ trung bình tối thiểu 30 phút/ngày, ít nhất 5 ngày mỗi tuần
- Kiểm soát tốt các yếu tố nguy cơ tim mạch (nếu có) bao gồm tăng huyết áp, rối loạn lipid máu và bỏ hút thuốc lá

### **4.3. Các phương pháp điều trị**

#### **4.3.1. Thay đổi lối sống:**

##### **a. Can thiệp dinh dưỡng**

Tư vấn bởi chuyên gia dinh dưỡng. Can thiệp giảm cân bằng dinh dưỡng và hoạt động thể lực xuyên suốt quá trình điều trị cho người có nguy cơ là cốt lõi nhằm ngăn ngừa diễn tiến đến ĐTĐ đối với người thừa cân, béo phì. Chế độ giảm cân thường khó duy trì lâu dài do đó sau những can thiệp tích cực ban đầu, người bệnh cần được tư vấn dùng thêm thuốc, hỗ trợ tâm lý. Khuyến cáo áp dụng chế độ ăn giảm năng lượng, giảm chất béo, với mức giảm cân dần dần cho người thừa cân, béo phì. Khuyến cáo lựa chọn thực phẩm có chỉ số đường huyết thấp, nguyên hạt, giàu chất xơ, rau, hoa quả, không gia công chế biến công nghiệp, chất béo không no (dầu thực vật, cá).

Bên cạnh chế độ ăn giảm tổng năng lượng, một số thực phẩm được chứng minh có thể giảm nguy cơ tiền ĐTĐ, ĐTĐ như các loại hạt, đậu, sữa chua, cà phê, trà được khuyến khích sử dụng. Ngược lại các thực phẩm cần hạn chế như thịt đỏ, đồ ngọt, nhiều đường, các thức ăn chứa mỡ bão hòa (động vật).

Với người không thừa cân, béo phì: không cần giảm cân, chỉ thay đổi sự lựa chọn thực phẩm như trên.

(Chi tiết về dinh dưỡng cho người bệnh trong Phụ lục 2 ban hành kèm theo Quyết định).

#### *b. Tăng hoạt động thể lực*

Người tiền ĐTĐ cần duy trì tập luyện và hoạt động thể lực nhằm đích tiêu hao khoảng 700kcalo/tuần tương đương với mức độ tập luyện cường độ trung bình 150 phút/tuần như đi bộ nhanh. Tối thiểu 30 phút mỗi ngày, ít nhất 5 ngày trong tuần. cải thiện lipid máu, giảm huyết áp, cải thiện kiểm soát glucose máu, giảm nguy cơ tim mạch, giảm cân, tăng lượng cơ, tăng sức bền thể lực, ngăn ngừa/làm chậm diễn tiến đến ĐTĐ típ 2. Tập luyện có tác dụng tốt cho mọi đối tượng, mọi lứa tuổi.

Lưu ý với người có bệnh tim mạch (cần được bác sỹ đánh giá bệnh tim mạch trước luyện tập).

#### **4.3.2. Điều trị bằng thuốc**

**a. Metformin là nhóm thuốc chính được chỉ định điều trị tiền ĐTĐ**

##### **- Chỉ định:**

+ Sau 3 tháng áp dụng chế độ ăn và luyện tập không kiểm soát được HbA1c <5,7%

+ Những lần theo dõi sau ghi nhận glucose máu tăng dần

+ Chỉ định Metformin ngay từ khi phát hiện tiền ĐTĐ nếu kèm theo 1 trong các tiêu chí sau:

• BMI  $\geq 25\text{kg/m}^2$

• < 60 tuổi

• Phụ nữ có tiền sử ĐTĐ thai kỳ

• Có cả rối loạn glucose máu lúc đói và rối loạn dung nạp glucose

• Có các nguy cơ khác: 1 trong các yếu tố (HbA1c >6%, THA, HDL thấp (<0,9 mmol/L), triglyceride cao (>2,52 mmol/L), tiền sử gia đình đời thứ nhất ĐTĐ)

- **Liều thuốc:** khởi điểm 500mg/24 giờ, tăng dần liều, tối đa 2000mg/24 giờ

- **Theo dõi:** Chú ý tình trạng thiếu Vitamin B12 ở người dùng Metformin kéo dài

- **Giảm liều hoặc dừng thuốc nếu:**

+ BMI <23 (ở những người trước đó thừa cân, béo phì) và HbA1c <5,7%

+ Có tác dụng phụ nhiều như đầy bụng, tiêu chảy

##### *b. Các thuốc khác:*

- Cân nhắc sử dụng thuốc thay thế nếu người bệnh không dung nạp với Metformin: nhóm ức chế alpha-glucosidase, GLP-1 receptor agonists, TZD.

#### **4.3.3. Phẫu thuật**

- Phẫu thuật giảm béo, giảm cân giúp kiểm soát glucose máu. Cần hội chẩn và thực hiện theo chỉ định của các BS chuyên khoa.

- Chỉ định: béo phì nặng (BMI>35kg/m<sup>2</sup>)

- Theo dõi: cần kết hợp điều trị nội khoa chặt chẽ sau phẫu thuật

#### **4.4. Phát hiện và kiểm soát yếu tố nguy cơ tim mạch**

- Tăng huyết áp

- Rối loạn lipid máu

- Hút thuốc lá: làm tăng nguy cơ bị ĐTĐ típ 2 và biến cố tim mạch, vì vậy việc đánh giá mức độ hút thuốc và khuyến ngừng hút thuốc là một phần trong chăm sóc thường quy đối với những người có nguy cơ cao mắc bệnh ĐTĐ.

#### **4.5. Theo dõi**

- Tần suất khám mỗi tháng 1 lần, xét nghiệm glucose máu đói (HbA1c được thực hiện mỗi 3 tháng 1 lần)

- Bệnh cần thời gian điều trị lâu dài

- Đối với những người có nguy cơ cao mắc tiền ĐTĐ, ĐTĐ nhưng kết quả xét nghiệm glucose máu bình thường: xét nghiệm lại glucose máu hàng năm.

#### **V. KẾT LUẬN**

Tiền ĐTĐ là tình trạng bệnh lý trung gian giữa bình thường và ĐTĐ típ 2. Người mắc tiền ĐTĐ có nguy cơ cao tiến triển thành ĐTĐ típ 2, liên quan với bệnh béo phì, rối loạn lipid máu, tăng huyết áp, ít hoạt động thể lực.

Can thiệp lối sống vẫn là biện pháp quan trọng để điều trị, quản lý tiền ĐTĐ. Tùy từng trường hợp cụ thể mà áp dụng các phương pháp điều trị thích hợp. Khi điều trị bằng thuốc, phác đồ điều trị phải được xác định trước. Metformin là thuốc có bằng chứng để chỉ định điều trị tiền ĐTĐ.

**Tài liệu tham khảo:** Quyết định số 3087/QĐ-BYT ngày 16 tháng 07 năm 2020 của Bộ Y tế

## CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2

### PHẦN 1: ĐỊNH NGHĨA

Bệnh đái tháo đường là bệnh rối loạn chuyển hóa, có đặc điểm tăng glucose huyết mạn tính do khiếm khuyết về tiết insulin, về tác động của insulin hoặc cả hai. Tăng glucose mạn tính trong thời gian dài gây nên những rối loạn chuyển hóa carbohydrate, protide, lipide, gây tổn thương ở nhiều cơ quan khác nhau, đặc biệt ở tim và mạch máu, thận, mắt, thần kinh.

### PHẦN 2: CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN LOẠI ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

#### Chẩn đoán

##### 1.1. Chẩn đoán đái tháo đường

Tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường dựa vào 1 trong 4 tiêu chí sau đây:

Glucose huyết tương lúc đói  $\geq 126$  mg/dL (hay 7 mmol/L) hoặc:

Glucose huyết tương ở thời điểm sau 2 giờ làm nghiệm pháp dung nạp với 75g glucose bằng đường uống  $\geq 200$  mg/dL (hay 11,1 mmol/L)

HbA1c  $\geq 6,5\%$  (48 mmol/mol). Xét nghiệm HbA1c phải được thực hiện bằng phương pháp đã chuẩn hóa theo tiêu chuẩn quốc tế.

BN có triệu chứng kinh điển của tăng glucose huyết hoặc của cơn tăng glucose huyết cấp kèm mức glucose huyết tương bất kỳ  $\geq 200$  mg/dL (hay 11,1 mmol/L).

Chẩn đoán xác định nếu có 2 kết quả trên ngưỡng chẩn đoán trong cùng 1 mẫu máu xét nghiệm hoặc ở 2 thời điểm khác nhau (Thời gian thực hiện xét nghiệm lần 2 sau lần thứ nhất có thể 1- 7 ngày: Quyết định số 3319/QĐ- BYT) đối với tiêu chí a, b, hoặc c; riêng tiêu chí d chỉ cần một lần xét nghiệm duy nhất. Lưu ý:

Glucose huyết đói được đo khi BN nhịn ăn (không uống nước ngọt, có thể uống nước lọc, nước đun sôi để nguội) ít nhất 8 giờ (thường phải nhịn đói qua đêm từ 8 -14 giờ).

Nghiệm pháp dung nạp glucose bằng đường uống phải được thực hiện theo hướng dẫn của Tổ chức Y tế thế giới: BN nhịn đói từ nửa đêm trước khi làm nghiệm pháp, dùng một lượng 75g glucose, hòa trong 250-300 mL nước, uống trong 5 phút; trong 3 ngày trước đó BN ăn khẩu phần có khoảng 150-200 gam carbohydrat mỗi ngày, không mắc các bệnh lý cấp tính và không sử dụng các thuốc làm tăng glucose huyết. Định lượng glucose huyết tương tĩnh mạch.

##### 1.2. Khuyến cáo làm xét nghiệm để tầm soát, phát hiện ĐTĐ hoặc tiền ĐTĐ ở người lớn không có triệu chứng, biểu hiện lâm sàng.

a) Người trưởng thành ở bất kỳ tuổi nào có thừa cân hoặc béo phì ( $BMI \geq 23$  kg/m<sup>2</sup>) và có kèm một trong số các yếu tố nguy cơ sau:

- Có người thân đời thứ nhất (bố mẹ, anh chị em ruột, con đẻ) bị ĐTĐ
- Tiền sử bệnh tim mạch do xơ vữa động mạch
- Tăng huyết áp ( $HA \geq 140/90$  mmHg, hoặc đang điều trị THA)
- HDL cholesterol  $< 35$  mg/dL (0,9mmol/L) và/hoặc triglyceride  $>250$ mg/dL (2,8mmol/L)
- Phụ nữ bị hội chứng buồng trứng đa nang
- Ít hoạt động thể lực
- Các tình trạng lâm sàng khác liên quan với kháng insulin (như dấu gai đen: acanthosis nigricans).

Phụ nữ đã được chẩn đoán ĐTĐ thai kỳ cần theo dõi lâu dài, xét nghiệm ít nhất mỗi 3 năm.

Tất cả mọi người từ 45 tuổi trở lên

Nếu các kết quả bình thường, xét nghiệm sẽ được làm lại trong vòng 1- 3 năm sau hoặc ngắn hơn tùy theo kết quả ban đầu và các yếu tố nguy cơ.

##### 1.3. Phát hiện và chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ

Khái niệm: ĐTĐ thai kỳ là ĐTĐ được chẩn đoán trong 3 tháng giữa hoặc 3 tháng cuối của thai kỳ và không có bằng chứng về ĐTĐ típ 1, ĐTĐ típ 2 trước đó. Nếu phụ nữ có thai 3 tháng đầu được phát hiện tăng glucose huyết thì xếp loại là ĐTĐ chưa được chẩn đoán/chưa được phát hiện hoặc ĐTĐ trước mang thai và dùng tiêu chí chẩn đoán như ở người không có thai.

Thời điểm tầm soát đái tháo đường thai kỳ

Đối với phụ nữ có thai chưa được chẩn đoán ĐTĐ trước đây tại lần khám thai đầu tiên đối với những người có các yếu tố nguy cơ của ĐTĐ: thực hiện xét nghiệm chẩn đoán ĐTĐ, sử dụng các tiêu chuẩn



chẩn đoán đái tháo đường tại điểm a, b, d của điểm 1.1 – Mục 1. Chẩn đoán (không áp dụng tiêu chuẩn về HbA1c).

Thực hiện xét nghiệm chẩn đoán ĐTD thai kỳ ở tuần thứ 24 đến 28 của thai kỳ đối với những thai phụ không được chẩn đoán đái tháo đường trước đó.

Thực hiện xét nghiệm để chẩn đoán đái tháo đường thật sự (bền vững): ở phụ nữ có đái tháo đường thai kỳ, sau khi sinh từ 4 đến 12 tuần. Dùng nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống và áp dụng các tiêu chuẩn chẩn đoán dành cho người trưởng thành không mang thai. Sử dụng các tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường tại điểm a, b, d của điểm 1.1 – Mục 1. Chẩn đoán (không áp dụng tiêu chuẩn về HbA1c).

Ở phụ nữ có tiền sử đái tháo đường thai kỳ nên thực hiện xét nghiệm phát hiện sớm ĐTD hay tiền ĐTD ít nhất mỗi 1- 3 năm một lần.

Phụ nữ có tiền sử đái tháo đường thai kỳ, sau đó được phát hiện có tiền đái tháo đường: cần được điều trị can thiệp lối sống tích cực và metformin để phòng ngừa đái tháo đường.

Tầm soát và chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ: Hiện tại ở Việt Nam có thể thực hiện phương pháp 1 bước như sau:

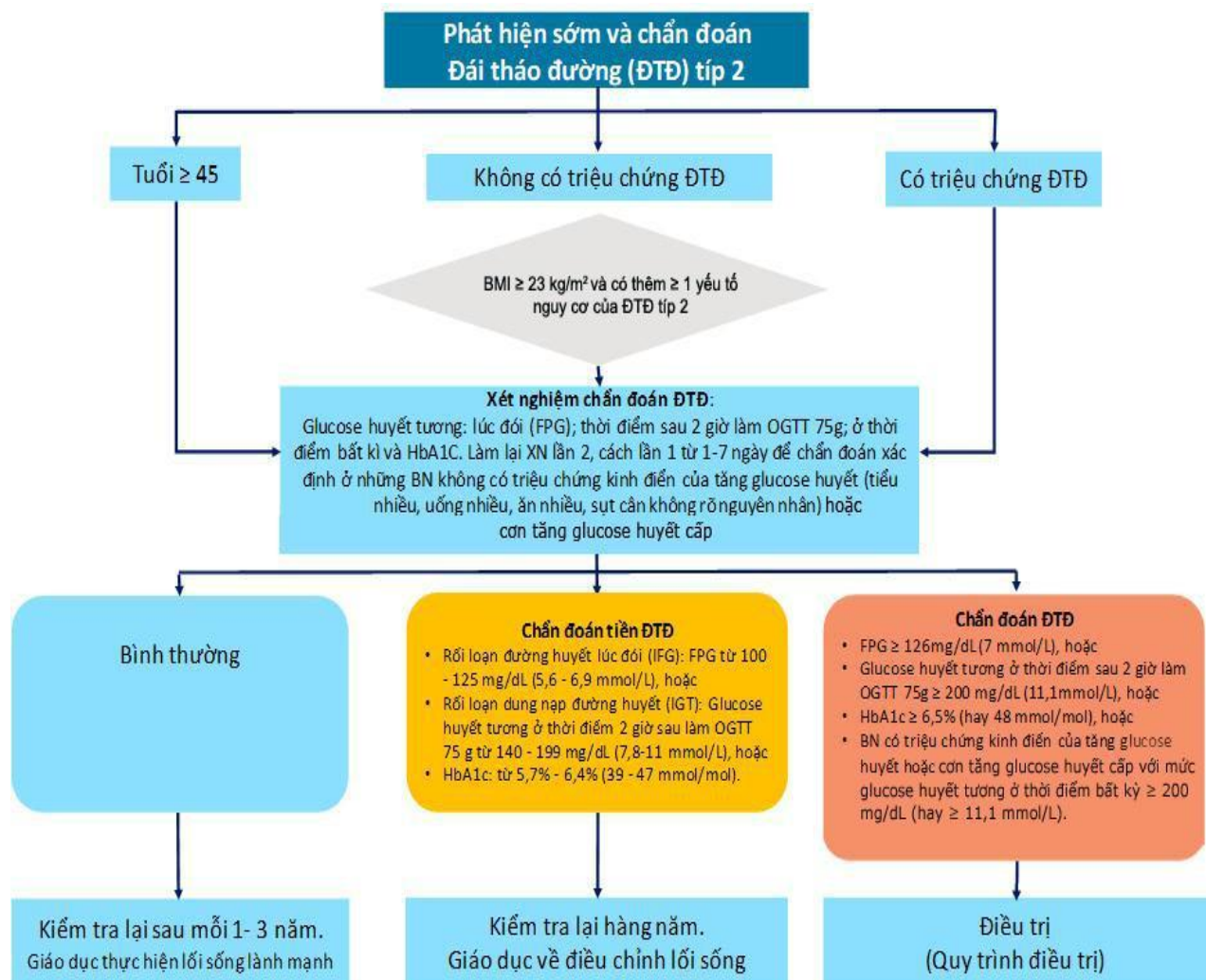
Thực hiện nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống 75g (75-g OGTT): đo nồng độ glucose huyết tương lúc đói và tại thời điểm 1 giờ, 2 giờ, ở tuần thứ 24 đến 28 của thai kỳ đối với những thai phụ không được chẩn đoán đái tháo đường trước đó. Nghiệm pháp dung nạp glucose bằng đường uống phải được thực hiện vào buổi sáng sau khi nhịn đói qua đêm ít nhất là 8 giờ. Chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ khi bất kỳ giá trị glucose huyết tương nào thỏa mãn tiêu chuẩn sau đây:

Lúc đói  $\geq 92$  mg/dL (5,1 mmol/L)

Ở thời điểm 1 giờ  $\geq 180$  mg/dL (10,0 mmol/L)

Ở thời điểm 2 giờ  $\geq 153$  mg/dL (8,5 mmol/L)

**Hình 1: Sơ đồ chẩn đoán đái tháo đường**



## 2. Phân loại đái tháo đường

Bệnh đái tháo đường được phân thành 4 loại chính:

- Đái tháo đường típ 1 (do phá hủy tế bào beta tụy, dẫn đến thiếu insulin tuyệt đối).
- Đái tháo đường típ 2 (do giảm chức năng của tế bào beta tụy tiến triển trên nền tảng đề kháng insulin).
- Đái tháo đường thai kỳ (là ĐTD được chẩn đoán trong 3 tháng giữa hoặc 3 tháng cuối của thai kỳ và không có bằng chứng về ĐTD típ 1, típ 2 trước đó).
- Các loại ĐTD đặc biệt do các nguyên nhân khác, như ĐTD sơ sinh hoặc đái tháo đường do sử dụng thuốc và hoá chất như sử dụng glucocorticoid, điều trị HIV/AIDS hoặc sau cấy ghép mô...

### \*Bảng 1: Phân biệt ĐTD típ 1 và típ 2

| Đặc điểm                                                                                                                                                                                                                    | Đái tháo đường típ 1                                   | Đái tháo đường típ 2                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Tuổi xuất hiện</i>                                                                                                                                                                                                       | Trẻ, thanh thiếu niên                                  | Tuổi trưởng thành                                                                                                                                                                                                                            |
| <i>Khởi phát</i>                                                                                                                                                                                                            | Các triệu chứng rầm rộ                                 | Chậm, thường không rõ triệu chứng                                                                                                                                                                                                            |
| <i>Biểu hiện sàng</i>                                                                                                                                                                                                       | Sút cân nhanh chóng.<br>Đái nhiều.<br>Uống nhiều       | Bệnh diễn tiến âm ỉ, ít triệu chứng<br>Thể trạng béo, thừa cân<br>Tiền sử gia đình có người mắc bệnh đái tháo đường típ 2.<br>Đặc tính dân tộc có tỷ lệ mắc bệnh cao.<br>Dấu gai đen (Acanthosis nigricans)<br>Hội chứng buồng trứng đa nang |
| <i>Nhiễm ceton, tăng ceton trong máu, nước tiểu</i>                                                                                                                                                                         | Dương tính                                             | Thường không có                                                                                                                                                                                                                              |
| <i>Insulin/C-peptid</i>                                                                                                                                                                                                     | Thấp/không đo được                                     | Bình thường hoặc tăng                                                                                                                                                                                                                        |
| <i>Kháng thể:</i><br><i>Kháng đảo tụy (ICA)</i><br><i>Kháng Glutamic acid decarboxylase 65 (GAD 65)</i><br><i>Kháng Insulin (IAA)</i><br><i>Kháng Tyrosine phosphatase (IA-2)</i><br><i>Kháng Zinc Transporter 8 (ZnT8)</i> | Dương tính                                             | Âm tính                                                                                                                                                                                                                                      |
| <i>Điều trị</i>                                                                                                                                                                                                             | Bắt buộc dùng insulin                                  | Thay đổi lối sống, thuốc viên và/ hoặc insulin                                                                                                                                                                                               |
| <i>Cùng hiện diện với bệnh tự miễn khác</i>                                                                                                                                                                                 | Có thể có                                              | Hiếm                                                                                                                                                                                                                                         |
| <i>Các bệnh lý đi kèm lúc mới chẩn đoán: tăng huyết áp, rối loạn chuyển hóa lipid, béo phì</i>                                                                                                                              | Không có<br>Nếu có, phải tìm các bệnh lý khác đồng mắc | Thường gặp, nhất là hội chứng chuyển hóa                                                                                                                                                                                                     |

Chú thích: bảng trên chỉ có tính tham khảo, có nhiều thể bệnh trùng lặp giữa các đặc điểm. Khi biểu hiện bệnh lý không rõ ràng, cần theo dõi một thời gian để phân loại đúng bệnh. Điều trị chủ yếu dựa trên bệnh cảnh lâm sàng của BN để quyết định có cần dùng ngay insulin hay không.

**Bảng 2: Xét nghiệm đối với người bệnh đái tháo đường**

| Tên xét nghiệm                                                        | Lần đầu | Tái khám                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Công thức máu</i>                                                  | x       | 3- 6 tháng, Tùy tình trạng người bệnh                                               |
| <i>Glucose</i>                                                        | x       | Mỗi lần khám                                                                        |
| <i>HbA1c</i>                                                          | x       | Mỗi 3 tháng hoặc khi nhập viện không có thông số tham khảo của những lần khám trước |
| <i>Fructosamin</i>                                                    |         | Mỗi 2 tuần, trừ lần khám có làm HbA1c                                               |
| <i>Insulin/C-peptide</i>                                              | x       | Làm C-peptide hoặc insulin                                                          |
| <i>Ure</i>                                                            | x       | Xét nghiệm mỗi lần khám                                                             |
| <i>Creatinin, tính eGFR</i>                                           | x       | Xét nghiệm lần khám đầu, làm lại mỗi năm hoặc theo yêu cầu lâm sàng.                |
| <i>ALT</i>                                                            | x       | Xét nghiệm mỗi lần khám                                                             |
| <i>AST</i>                                                            | x       |                                                                                     |
| <i>Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, Ca<sup>++</sup>, Cl<sup>-</sup></i> |         | Tùy tình trạng người bệnh                                                           |
| <i>GGT</i>                                                            |         |                                                                                     |
| <i>Albumin/Protein</i>                                                |         | Tùy tình trạng người bệnh                                                           |
| <i>Acid uric</i>                                                      | x       | Tùy tình trạng người bệnh: Suy thận, gút mạn, viêm khớp...                          |
| <i>ABI, CK, CKMB, BNP, Pro-BNP</i>                                    | x       | Tùy tình trạng người bệnh                                                           |
| <i>Lipid máu</i>                                                      | x       | 1 - 2 tháng/lần, tùy tình trạng người bệnh                                          |
| <i>Tổng phân tích nước tiểu</i>                                       | x       | Mỗi lần khám                                                                        |
| <i>MAU/creatinin niệu</i>                                             | x       | 3- 6 tháng/lần                                                                      |
| <i>Điện tim, X - quang ngực</i>                                       | x       | 1 – 2 tháng/lần, tùy tình trạng người bệnh                                          |
| <i>Siêu âm ổ bụng</i>                                                 | x       | 3 – 6 tháng/lần, tùy tình trạng người bệnh                                          |
| <i>Siêu âm tim, Doppler mạch</i>                                      | x       | Tùy tình trạng người bệnh                                                           |
| <i>Khám răng hàm mặt</i>                                              | x       | 3 - 6 tháng/lần, tùy tình trạng người bệnh                                          |
| <i>Khám đáy mắt</i>                                                   | x       | 3 - 6 tháng/lần, tùy tình trạng người bệnh                                          |
| <i>Chụp đáy mắt</i>                                                   | x       | Theo chỉ định BS chuyên khoa                                                        |
| <i>Các xét nghiệm khác</i>                                            | x       | Tùy tình trạng người bệnh                                                           |

- Tàn xuất tái khám:
- + Giai đoạn mới phát hiện, đang điều chỉnh thuốc: tái khám 0,5-1 tháng/lần
- + BN ổn định: khám định kỳ mỗi 1-2 tháng/lần

#### \* Tương quan giữa HbA1c và nồng độ glucose huyết trung bình

HbA1c là giá trị glucose huyết trung bình trong 3 tháng, tốt nhất là tự đo đường huyết nhiều lần trong ngày (đối với ĐTĐ típ 2 có thể đo lúc đói, sau ăn, trước khi đi ngủ) để biết sự dao động của đường huyết và ảnh hưởng của bữa ăn. Khi glucose huyết đã tương đối ổn định, có thể đo glucose huyết với tần xuất thưa hơn.

HbA1c thường được khuyến cáo đo 3 tháng một lần để theo dõi sát tình trạng kiểm soát glucose huyết.

### PHẦN 3: ĐIỀU TRỊ

Mục tiêu điều trị cho BN ĐTD ở người trưởng thành, không có thai

| Mục tiêu                                        | Chỉ số                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| HbA1c                                           | < 7% (53mmol/mol)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Glucose huyết tương maomạch lúc đói, trước ăn   | 80-130 mg/dL (4,4-7,2 mmol/L)*                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Đỉnh glucose huyết tươngmao mạch sau ăn 1-2 giờ | <180 mg/dL (10,0 mmol/L)*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Huyết áp                                        | Tâm thu <140 mmHg, Tâm trương <90 mmHg<br>Nếu đã có biến chứng thận, hoặc có yếu tố nguy cơ tim mạch do xơ vữa cao: Huyết áp <130/80 mmHg                                                                                                                                                                                                 |
| Lipid máu                                       | LDL cholesterol <100 mg/dL (2,6 mmol/L), nếu chưa có biến chứng tim mạch<br>LDL cholesterol <70 mg/dL (1,8 mmol/L) nếu đã có bệnh tim mạch vữa xơ, hoặc có thể thấp hơn <50 mg/dL nếu có yếu tố nguy cơ xơ vữa cao<br>Triglycerides <150 mg/dL (1,7 mmol/L)<br>HDL cholesterol >40 mg/dL (1,0 mmol/L) ở nam và >50mg/dL (1,3 mmol/L) ở nữ |

\* Mục tiêu điều trị ở các cá nhân có thể khác nhau.

- Mục tiêu có thể thấp hơn (HbA1c <6,5%) ở BN trẻ, mới chẩn đoán, không có các bệnh lý tim mạch, nguy cơ hạ glucose máu thấp.
- Ngược lại, mục tiêu có thể cao hơn (HbA1c từ 7,5 – 8%) ở những BN lớn tuổi, mắc bệnh đái tháo đường đã lâu, có nhiều bệnh lý đi kèm, có tiền sử hạ glucose máu nặng trước đó.
- Cần chú ý mục tiêu glucose huyết sau ăn (sau khi bắt đầu ăn 1-2 giờ) nếu đã đạt được mục tiêu glucose huyết lúc đói nhưng chưa đạt được mục tiêu HbA1c.

Mục tiêu điều trị đái tháo đường ở người cao tuổi

| Tình trạng sức khỏe                                   | Cơ sở để chọn lựa       | HbA1c (%) | Glucose huyết lúc đói hoặc trước ăn (mg/dL) | Glucose lúc đi ngủ (mg/dL) | Huyết áp mmHg |
|-------------------------------------------------------|-------------------------|-----------|---------------------------------------------|----------------------------|---------------|
| Mạnh khỏe                                             | Còn sống lâu            | <7,5%     | 90-130                                      | 90-150                     | <140/90       |
| Nhiều bệnh, sức khỏe trung bình                       | Kỳ vọng sống trung bình | <8,0%     | 90-150                                      | 100-180                    | <140/90       |
| Nhiều bệnh phức tạp hoặc bệnh nguy kịch/ sức khỏe kém | Không còn sống lâu      | <8,5%     | 100-180                                     | 110-200                    | <150/90       |

\* Đánh giá về kiểm soát đường huyết:

- Thực hiện xét nghiệm HbA1c ít nhất 2 lần trong 1 năm ở những người bệnh đáp ứng mục tiêu điều trị (và những người có đường huyết được kiểm soát ổn định).
- Thực hiện xét nghiệm HbA1c hàng quý ở những người bệnh được thay đổi liệu pháp điều trị hoặc những người không đáp ứng mục tiêu về glucose huyết.
- Thực hiện xét nghiệm HbA1c tại thời điểm người bệnh đến khám, chữa bệnh để tạo cơ hội cho việc thay đổi điều trị kịp thời hơn.

### **3. Phân tầng nguy cơ tim mạch, thận ở BN ĐTĐ típ 2**

Trong lựa chọn thuốc và phương pháp điều trị cho BN ĐTĐ típ 2 cần đánh giá nguy cơ cao hay tiền sử bệnh lý tim mạch do xơ vữa (BTMDXV) và bệnh lý suy tim, suy thận để có thể ra quyết định điều trị hợp lý.

a) Phân nhóm BN có nguy cơ cao hoặc đã có BTMDXV, bệnh thận mạn hay suy tim:

- BN có BTMDXV chiếm ưu thế bao gồm:

+ BN có tiền sử BTMDXV

+ BN có nguy cơ BTMDXV cao: BN  $\geq 55$  tuổi có hẹp động mạch vành, động mạch cảnh hoặc động mạch chi dưới  $> 50\%$  hoặc dày thất trái

- BN có Suy tim hay bệnh thận mạn chiếm ưu thế bao gồm:

+ BN suy tim phân suất tống máu thất trái LVEF $<45\%$ ,

+ BN có bệnh thận mạn (đặc biệt nếu eGFR 30-60 mL/phút/1,73m<sup>2</sup> hoặc UACR  $>30$  mg/g, đặc biệt UACR $>300$  mg/g)

b) Phân tầng nguy cơ tim mạch trên BN ĐTĐ:

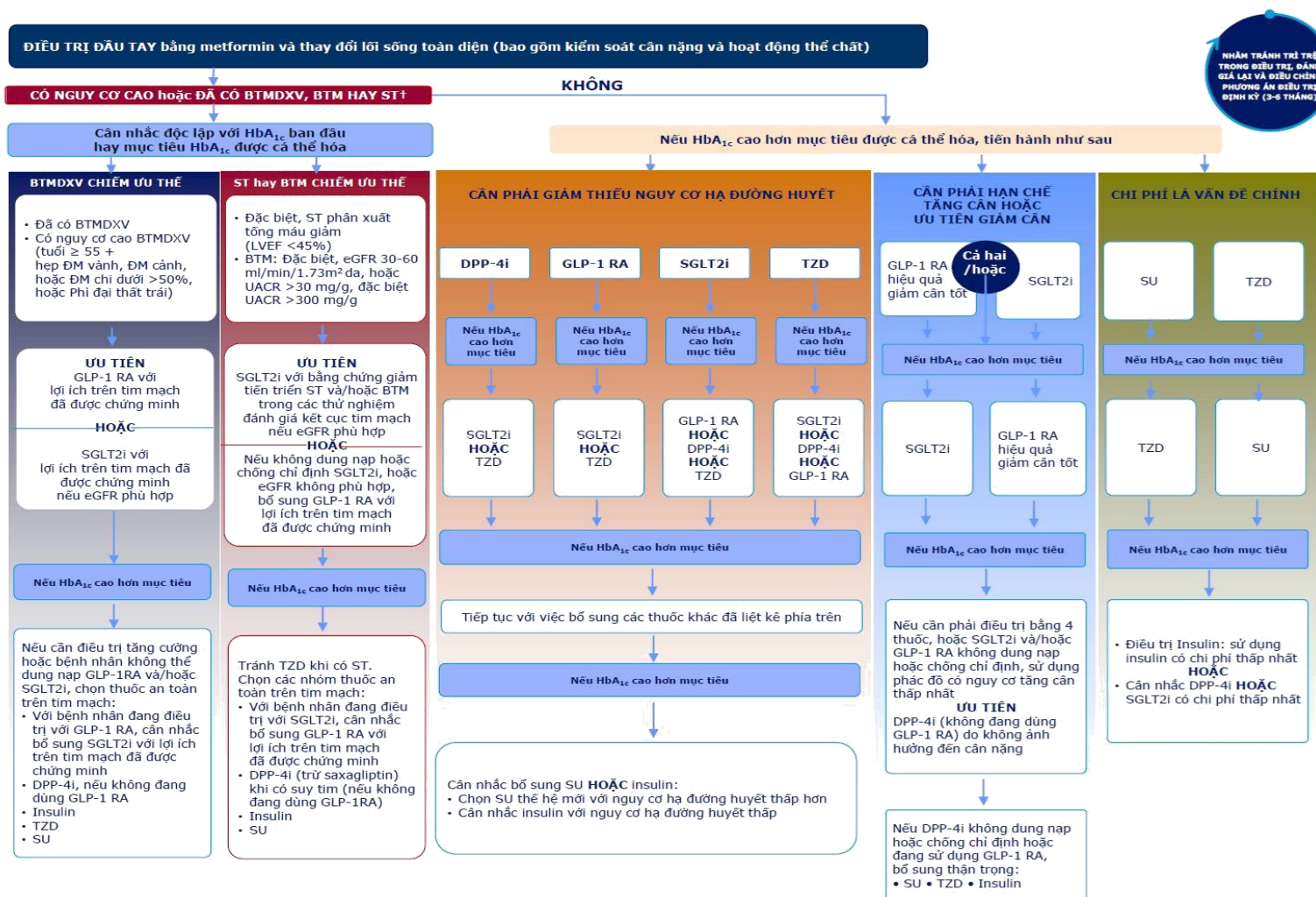
Các yếu tố nguy cơ (YTNC) tim mạch chính bao gồm: Tuổi, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, hút thuốc lá, béo phì

- Nguy cơ trung bình: BN trẻ (ĐTĐ típ 1,  $<35$  tuổi hoặc típ 2,  $<50$  tuổi), có thời gian bệnh ĐTĐ  $<10$  năm không có YTNC khác

- Nguy cơ cao: Thời gian phát hiện bệnh ĐTĐ  $\geq 10$  năm chưa có tổn thương cơ quan đích và có thêm bất kỳ YTNC nào

- Nguy cơ rất cao: BN ĐTĐ kèm bệnh tim mạch hoặc tổn thương cơ quan đích (có đạm niệu hay suy thận được định nghĩa khi eGFR  $<30$  mL/ph/1.73m<sup>2</sup>, phì đại thất trái hoặc có bệnh võng mạc) hoặc có  $\geq 3$  YTNC chính hoặc ĐTĐ típ 1 khởi phát sớm, có thời gian mắc bệnh  $>20$  năm

## 4. Lựa chọn thuốc kiểm soát đường huyết cho người bệnh đái tháo đường típ 2



† Phải hành động ngay khi BTMDXV, BTM hay ST (có nguy cơ cao hoặc được chẩn đoán) trở thành những cân nhắc lâm sàng mới, bất kể các thuốc hạ đường huyết đang sử dụng

BTMDXV, Bệnh tim mạch do xơ vữa; BTM, Bệnh thận mạn; DPP-4i, chất ức chế dipeptidyl peptidase-4; ĐM, Động mạch; eGFR, độ lọc cầu thận ước tính; GLP-1 RA, chất đồng vận thụ thể glucagon like peptide-1; LVEF, Phân suất tống máu thất trái; SGLT2i, chất ức chế kênh đồng vận chuyển natri-glucose 2; ST, Suy tim; SU, Sulfonylurea; TZD, Thiazolidinedione; UACR, Tỷ số Albumin niệu/Creatinine niệu



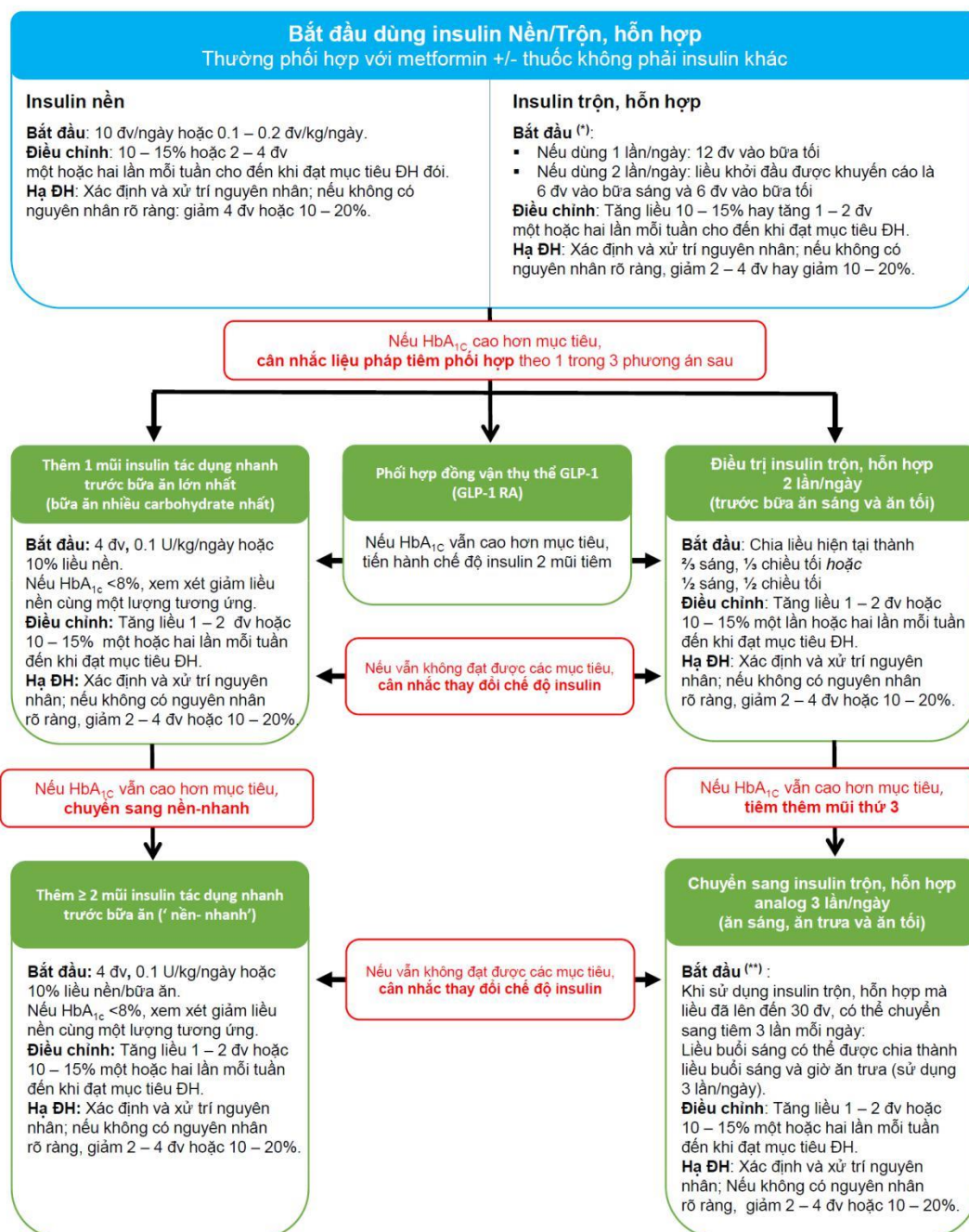
#### 4.1. Các yếu tố cần xem xét khi chọn lựa thuốc điều trị:

- a) Hiệu quả giảm glucose huyết
- b) Nguy cơ hạ glucose máu: sulfonylurea, insulin
- c) Tăng cân: Pioglitazon, insulin, sulfonylurea
- d) Giảm cân: GLP-1 RA, ức chế SGLT2, ức chế DPP-4 (giảm cân ít)
- e) Không ảnh hưởng nhiều lên cân nặng: ức chế enzym DPP-4, metformin
- f) Ảnh hưởng lên bệnh lý tim mạch do xơ vữa:
  - Hiệu quả có lợi (bằng chứng rõ ràng: GLP-1 RA và ức chế SGLT-2 trừ lixisenatide trung tính)
  - Có thể có lợi pioglitazone và metformin
- g) Ảnh hưởng lên suy tim, đặc biệt suy tim phân suất tống máu giảm LVEF<45%:
  - SGLT-2i giảm tiến triển suy tim, nguy cơ nhập viện do suy tim
  - Chống chỉ định dùng nhóm TZD do tăng suy tim sung huyết
- h) Ảnh hưởng lên thận:
  - Tác động tốt, giúp phục hồi chức năng thận, giảm tiến triển bệnh thận mạn: AECi, SGLT-2i. Nếu không dung nạp hoặc chống chỉ định với SGLT-2i hoặc mức lọc cầu thận không phù hợp, bổ sung GLP-1 RA
  - Tác động không có lợi hoặc thận trọng, giảm liều khi suy thận: SU, Metformin
- i) Các đối tượng BN đặc biệt:
  - Người cao tuổi (> 65 tuổi): Không cần chỉnh liều GLP-1 RA, SGLT-2i
  - Suy thận: Không cần chỉnh liều GLP-1 RA, Linagliptin đối với suy thận nhẹ, trung bình hay nặng. SGLT-2i được ưu tiên trên BN có eGFR 30-60 mL/phút/1,73m<sup>2</sup> đa hoặc albumin niệu>30mg/g creatinin để giảm tiến triển bệnh thận mạn
  - Suy gan: Không cần chỉnh liều GLP-1 RA, SGLT-2i đối với suy gan nhẹ hoặc trung bình. Ở BN suy gan nặng, dapagliflozin có thể khởi trị với liều 5 mg, nếu dung nạp có thể tăng lên 10 mg. Empagliflozin không khuyến cáo trên BN suy gan nặng.
- j) Giá thuốc, tính sẵn có, sự dung nạp và khả năng chi trả của BN
- k) Phác đồ sử dụng dễ nhớ, dễ thực hiện và khả năng tuân thủ điều trị của người bệnh

#### 4.2. Lựa chọn cụ thể

- a) Metformin là lựa chọn đầu tiên để điều trị BN ĐTĐ típ 2 cùng với thay đổi lối sống (bao gồm kiểm soát cân nặng, chế độ ăn và tập luyện thể lực). Có thể kết hợp thay đổi lối sống và metformin ngay từ đầu. Thay đổi lối sống đơn thuần chỉ thực hiện ở những BN mới chẩn đoán, chưa có biến chứng mạn và mức đường huyết gần bình thường.
- b) Khi các vấn đề BTMDXV, Suy tim và Bệnh thận mạn đã xuất hiện ở người bệnh đái tháo đường thì chúng ta cần hành động ngay theo chỉ định mới, ưu tiên, không phụ thuộc phác đồ thuốc hạ đường huyết vẫn đang được điều trị cho BN:
  - Nếu BN có bệnh ĐMDVX hoặc nguy cơ cao ưu tiên lựa chọn thuốc đồng vận thụ thể GLP-1 với các lợi ích rõ ràng trên tim mạch hoặc thuốc ức chế kênh đồng vận chuyển natri-glucose (Ức chế SGLT2) với mức lọc cầu thận phù hợp.(Lưu ý: Thông tin kê toa của thuốc Ức chế SGLT2 liên quan đến mức lọc cầu thận eGFR thay đổi tùy theo từng hoạt chất và từng quốc gia, vui lòng tham khảo thông tin kê toa của các thuốc Ức chế SGLT2 tại Việt Nam để khởi trị hay tiếp tục điều trị với Ức chế SGLT2).
  - Đối tượng mắc kèm suy tim hoặc bệnh thận mạn: cân nhắc dùng Ức chế SGLT2 để giảm nguy cơ nhập viện do suy tim và/hoặc tiến triển bệnh thận mạn. Nếu SGLT-2i không dung nạp hoặc chống chỉ định hoặc eGFR không phù hợp thì bổ sung GLP-1 RA đã được chứng minh lợi ích trên tim mạch.
- c) Phối hợp thuốc sớm nên được cân nhắc ở một số BN khi bắt đầu khởi trị để hạn chế thất bại và đạt mục tiêu điều trị nhanh, tốt hơn. Không lựa chọn các thuốc cùng 1 nhóm, cùng cơ chế tác dụng.
- d) Sau khi khởi trị, metformin nên được duy trì nếu vẫn dung nạp và không có chống chỉ định.
- e) Với các BN không có bệnh tim mạch do xơ vữa hoặc không có yếu tố nguy cơ BTMDVX: sau khi khởi trị metformin mà không đạt mục tiêu đường huyết thì cân nhắc lựa chọn các nhóm khác theo phác đồ:
  - Nếu chi phí điều trị là vấn đề chính: ưu tiên chọn SU, TZD
  - Nếu người bệnh có nguy cơ cao hạ glucose máu: ưu tiên chọn DPP-4i, SGLT-2i, GLP-1, TZD
  - Nếu người bệnh cần giảm cân: ưu tiên chọn SGLT-2i, GLP-1

- f) Sử dụng sớm insulin nên cân nhắc nếu có bằng chứng của dị hóa (giảm cân), triệu chứng tăng đường huyết, hoặc nếu mức A1C  $\geq 9\%$  hoặc mức glucose huyết rất cao  $\geq 300$  mg/dL (16.7 mmol/L).
- g) Ở BN ĐTĐ típ 2 không đạt được HbA1c mục tiêu với thuốc hạ đường huyết uống thì thuốc đồng vận thụ thể GLP-1 được ưu tiên hơn là insulin nhờ vào khả năng kiểm soát đường huyết tốt, cải thiện chức năng tế bào beta, hiệu quả giảm cân tốt, lợi ích trên tim mạch và tỉ lệ mắc biến chứng hạ đường huyết thấp của GLP-1 RA khi đơn trị liệu hay phối hợp với các thuốc điều trị đái tháo đường dạng uống đã được chứng minh.
- h) Với BN ĐTĐ típ 2 không đạt mục tiêu điều trị, cần điều trị tích cực ngay không trì hoãn.
- i) Cần đánh giá lại chiến lược điều trị mỗi 3 tháng và điều chỉnh nếu cần, phụ thuộc vào các yếu tố đặc biệt có ảnh hưởng đến lựa chọn thuốc trong điều trị
- j) Cần thận trọng tránh nguy cơ hạ glucose máu khi khởi đầu điều trị bằng sulfonylurea, insulin, đặc biệt khi glucose huyết ban đầu không cao và BN lớn tuổi.
- k) Hướng dẫn kỹ thuật tiêm và triệu chứng hạ đường huyết cho BN. Kiểm tra mỗi khi tái khám, khám vùng da nơi tiêm insulin xem có vết bầm, nhiễm trùng.



(\*) IDegAsp: Khởi trị với 10 đv vào bữa ăn chính lớn nhất trong ngày.

(\*\*) IDegAsp: Được sử dụng một lần hoặc hai lần mỗi ngày cùng với các bữa ăn chính (theo thông tin kê toa).

đv, đơn vị; ĐH, đường huyết



## Các chiến lược điều trị insulin ở BN đái tháo đường típ 2.

### **\*Điều trị với insulin nền:**

- Khởi đầu điều trị với insulin nền khi không đạt được mục tiêu glucose huyết với thuốc uống. Liều khởi đầu khuyến dùng là 0,1 – 0,2 đơn vị/kg cân nặng, phụ thuộc vào mức độ tăng glucose huyết, dùng phối hợp với thuốc uống.

- Khi đã điều chỉnh liều insulin nền đạt được mục tiêu glucose huyết đối nhưng HbA1c vẫn chưa đạt mục tiêu, xem xét thêm insulin nhanh trước bữa ăn. Một cách khác có thể xem xét là chuyển sang insulin hỗn hợp tiêm dưới da 2 lần mỗi ngày. Nếu vẫn không đạt được mục tiêu, có thể xem xét chuyển sang insulin nền – insulin nhanh trước mỗi bữa ăn (basal-bolus).

- Liều khởi trị với insulin nền: insulin người như NPH (tiêm 1-2 lần/ ngày) hay insulin analog như glargine, detemir (tiêm 1 lần/ngày), Degludec (tiêm 1 lần/ngày liều khởi đầu là 10 đơn vị tiêm dưới da)

- Nếu tiêm Insulin NPH, 2 mũi tiêm nên cách nhau 11-12 giờ để tránh hiện tượng chồng liều. Nếu tiêm glargine, detemir hoặc Degludec nên tiêm vào giờ cố định mỗi ngày vào buổi sáng, hoặc buổi tối

### **\*Điều trị insulin nền- trước ăn (hoặc nền-nhanh) (basal-plus)**

+ Tiêm 1 mũi insulin nền và các mũi insulin tác dụng nhanh trước bữa ăn (1-3 bữa), khởi đầu 04 đơn vị, hoặc 0,1 đơn vị/kg cân nặng hay 10% liều insulin nền.

+ Điều chỉnh liều: tăng liều 10 – 15% hay tăng 1 – 2 đơn vị mỗi 1 hoặc 2 lần mỗi tuần cho đến khi đạt mục tiêu đường huyết.

+ Hạ đường huyết: xác định nguyên nhân hạ đường huyết, nếu không có nguyên nhân rõ ràng, giảm liều insulin 2 – 4 đơn vị hay giảm 10 – 20%.

### **\*Điều trị với insulin hỗn hợp: BN cũng có thể khởi đầu điều trị với insulin trộn, hỗn hợp:**

-**Đối với BN đái tháo đường típ 2 chưa sử dụng insulin:** Nếu khởi trị 1 lần/ngày: liều dùng là 12 đơn vị vào bữa ăn tối (bữa ăn chiều). Nếu khởi trị 2 lần/ngày: liều khởi đầu khuyến cáo là 6 đơn vị vào bữa sáng và 6 đơn vị vào bữa tối (bữa ăn chiều). Trong trường hợp khởi trị với 70% insulin Degludec / 30% insulin Aspart hòa tan, liều được khuyến cáo là 10 đơn vị.

+ Điều chỉnh liều: tăng liều 10 – 15% hay tăng 1 - 2 đơn vị mỗi 1 hoặc 2 lần mỗi tuần cho đến khi đạt mục tiêu đường huyết lúc đói.

+ Hạ đường huyết: xác định nguyên nhân hạ đường huyết, nếu không có nguyên nhân rõ ràng, giảm liều insulin 2 – 4 đơn vị hay giảm 10 – 20%.

- **BN đang điều trị insulin nền trước đó:** liều khởi đầu bằng liều insulin nền trước đó, chia thành 2/3 buổi sáng, 1/3 buổi chiều HOẶC 1/2 buổi sáng, 1/2 buổi chiều

-**BN chưa điều trị insulin nền:** Nếu dùng 2 lần/ngày: chia thành 2/3 buổi sáng, 1/3 buổi chiều HOẶC 1/2 buổi sáng, 1/2 buổi chiều tiêm ngay trước hoặc ngay sau khi ăn (đối với insulin analog).

- Khi sử dụng insulin hỗn hợp gồm 70% Insulin Aspart Protamine/30% Insulin Aspart hòa tan ngày 1 lần mà liều đã lên đến 30 đơn vị thì có thể chia thành 2 lần/ngày bằng cách chia liều bằng nhau vào bữa sáng và bữa tối (50/50)

- Liều insulin hỗn hợp 30/70 đang dùng 2 lần/ ngày chưa đạt mục tiêu đường huyết, cần chuyển sang 3 lần/ngày: liều buổi sáng có thể thêm 2-4 đơn vị và chia thành liều buổi sáng và giờ ăn trưa, liều tối giữ nguyên. Không dùng phối hợp cùng sulfonylure.

- Điều chỉnh liều: tăng liều 10 – 15% hay tăng 1 – 2 đơn vị mỗi một hoặc 2 lần mỗi tuần cho đến khi đạt mục tiêu đường huyết

- Hạ đường huyết: xác định nguyên nhân hạ đường huyết, nếu không có nguyên nhân rõ ràng, giảm liều insulin 2 – 4 đơn vị hay giảm 10 – 20%.

- Insulin hỗn hợp nên được tiêm trước bữa ăn, thời gian tiêm trước ăn tùy thuộc loại insulin nhanh trong hỗn hợp (xem phụ lục 02).

### **\*Kiểm tra hiệu quả điều trị:**

- Glucose huyết sáng lúc đói phản ánh hiệu quả của liều insulin nền trước đó (đối với loại insulin tác dụng kéo dài).

- Glucose huyết sau ăn phản ánh hiệu quả của insulin nhanh tiêm trước khi ăn.

- Tuy nhiên, nồng độ glucose huyết trong máu còn tùy thuộc số lượng và loại thức ăn trước đó, tình trạng vận động của BN, thuốc điều trị các bệnh lý đi kèm.

## 5. Tư vấn và hỗ trợ thay đổi lối sống

Thay đổi lối sống hay điều trị không dùng thuốc bao gồm luyện tập thể lực, dinh dưỡng và thay đổi lối sống.

### 5.1. Hoạt động thể lực

Tăng hoạt động thể lực giúp làm cải thiện đường huyết, kiểm soát cân nặng và giảm nguy cơ bệnh tim mạch. Kết hợp luyện tập thể lực với can thiệp dinh dưỡng sẽ có hiệu quả giảm HbA1c nhiều hơn.

#### a) Đánh giá trước khi tập thể dục

Trước khi bắt đầu chương trình luyện tập thể lực, BN đái tháo đường nên được kiểm tra các biến chứng có thể ảnh hưởng bởi vận động thể lực cường độ cao: bệnh mạch vành, bệnh võng mạc, bệnh thần kinh ngoại biên và biến chứng bàn chân đái tháo đường. Không tập thể dục nếu glucose huyết  $>14,0$  hoặc  $<5,5$  mmol/L, hoặc cảm thấy đói, mệt.

#### b) Tập thể dục cho BN có biến chứng

- BN có biến chứng thần kinh ngoại biên, nên mang giày phù hợp khi tập thể dục, tự khám chân hàng ngày để ngăn ngừa và phát hiện loét chân.

- Thể dục không làm nặng lên biến chứng võng mạc không tăng sinh. Tuy nhiên, với BN có biến chứng võng mạc tăng sinh, nên tránh các hoạt động làm tăng huyết áp nhiều như cử tạ, thể thao đối kháng mạnh, vì các hoạt động này làm tăng khả năng xuất huyết dịch kính và bong võng mạc.

#### c) Tác dụng của thuốc đái tháo đường và thể dục

- Bệnh đang dùng insulin hoặc thuốc kích thích tiết insulin, hoạt động thể lực làm tăng nguy cơ hạ đường huyết. Do đó cần chú ý theo dõi đường huyết trước và sau tập.

- Để ngăn ngừa hạ đường huyết: cần giảm liều insulin, thuốc kích thích tiết insulin trước tập hoặc ăn thêm carbohydrate trước và trong khi tập thể lực.

- Nếu đường huyết thấp cần ăn thêm carbohydrate trước, trong lúc tập.

- Cần giáo dục BN xử trí hạ đường huyết do tập thể dục.

#### d) Thể dục khi đường huyết cao

- Trên đái tháo đường típ 1 có đường huyết cao do ngưng insulin và có ceton, thể dục có thể làm đường huyết tăng thêm. Không nên thể dục trong trường hợp này cho tới khi dùng đủ insulin và hết ceton.

- BN đái tháo đường típ 2 nếu thấy khoẻ và không có ceton, vẫn có thể thể dục và cần uống nước đầy đủ.

#### e) Khuyến cáo hoạt động thể lực cho đái tháo đường típ 2

- BN nên chọn hình thức hoạt động thể lực phù hợp mà có thể duy trì lâu dài. Đi bộ là hình thức vận động thuận tiện về thời gian và không tốn chi phí.

- Đối với đái tháo đường típ 2, chương trình luyện tập thể lực được giám sát có hiệu quả cải thiện kiểm soát đường huyết, giảm nhu cầu thuốc uống đái tháo đường và insulin, giảm và duy trì cân nặng.

- Nên tập thể dục 5 ngày mỗi tuần, tốt nhất là thể dục hết các ngày trong tuần.

- Loại hình luyện tập thông dụng và dễ áp dụng nhất: đi bộ tổng cộng 150 phút mỗi tuần (hoặc 30 phút mỗi ngày), không nên ngưng luyện tập 2 ngày liên tiếp. Mỗi tuần nên tập kháng lực 2-3 lần (kéo dây thun, nâng tạ).

- Có thể thay thế bằng cách chia nhỏ thời gian tập thể dục trong ngày. Ví dụ: đi bộ sau 3 bữa ăn, mỗi lần 10-15 phút.

- Những hoạt động tăng tiêu thụ năng lượng hàng ngày có lợi cho kiểm soát đái tháo đường: làm vườn, đi bộ lên cầu thang, lau nhà,...

- Tránh ngồi kéo dài và mỗi 20 tới 30 phút nên đứng dậy đi lại.

- Một số hình thức thể dục khác có lợi ích như thể dục dưới nước phù hợp với người bị thoái hoá khớp: bơi lội, đi bộ nhanh trong nước.

### 5.2. Dinh dưỡng

#### 5.2.1. Nguyên tắc cơ bản trong chế độ ăn bệnh Đái tháo đường.

- Đảm bảo cung cấp đủ dinh dưỡng cân bằng cả về số lượng và chất lượng.

- Không làm tăng đường huyết nhiều sau ăn, không làm hạ đường huyết xa bữa ăn.

- Duy trì hoạt động thể lực bình thường.

- Duy trì cân nặng hợp lý.

- Không làm tăng các yếu tố nguy cơ như: tăng huyết áp, rối loạn chuyển hóa Lipid máu.

- Không thay đổi quá nhanh và quá nhiều cơ cấu và khối lượng bữa ăn.

- Đơn giản không quá đắt tiền.
- Phù hợp với tập quán địa phương dân tộc.

### 5.2.2. Kiểm soát cân nặng:

- Người thừa cân, béo phì cần giảm cân, mục tiêu giảm 5-10% trọng lượng cơ thể trong vòng 3-6 tháng. Do vậy mức năng lượng khẩu phần ăn cũng giảm dần, 250-500 kcal/ngày (giảm từng giai đoạn, không giảm đột ngột)
- Chế độ ăn tăng năng lượng ở những BN gầy yếu.
- Đạt được và duy trì mức cân nặng hợp lý
- Cân nặng lý tưởng = Chiều cao (m) X chiều cao (m) X 22
- Vòng eo < 80 cm (Nữ), vòng eo < 90 cm (Nam).
- Cân bằng năng lượng là: năng lượng ăn vào = năng lượng tiêu hao.
- Năng lượng được cung cấp từ thực phẩm:  
Glucid: 50 – 60% tổng năng lượng  
Lipid: 20 – 30% tổng năng lượng  
Protein: 15 – 20% tổng năng lượng
- Mức năng lượng của BN cần được cá nhân hóa dựa trên: thói quen ăn uống, tình trạng sức khỏe, phác đồ điều trị, phong tục tập quán...
- Có thể khởi đầu với mức năng lượng 20-30 kcal/kg cân nặng lý tưởng/ngày.

### 5.2.3. Cách phân bố bữa ăn:

#### a) Cơ cấu bữa ăn cần cá nhân hóa

- BN cần duy trì 3 bữa ăn chính trong ngày. Bữa phụ của BN cần cá nhân hóa
- BN kiểm soát tốt đường huyết không khuyến cáo chia nhỏ bữa ăn.
- Những BN sử dụng thuốc kích thích insulin, tiêm insulin nếu có nguy cơ hạ đường huyết vào thời điểm nào trong ngày thì nên có bữa phụ vào thời điểm đó.
- BN tập thể dục thể thao cường độ cao nên có bữa phụ trước khi tập luyện, bổ sung thêm trong khi tập luyện nếu thời gian tập luyện kéo dài.
- BN có bệnh lý gan, thận nên hỏi bác sĩ hoặc chuyên gia dinh dưỡng để được hướng dẫn bữa phụ hợp lý.

#### b) Sử dụng bữa phụ:

- Không sử dụng các thực phẩm tăng đường huyết nhanh trong bữa phụ như: bánh mì, khoai nướng, ...
- BN có thói quen ăn bữa phụ khi đường huyết cao nên lựa chọn dưa chuột (nhiều xơ, nước, ít bột đường)
- Nên sử dụng các sản phẩm dành cho BN đái tháo đường như: bánh, sữa, ngũ cốc.
- BN thừa cân hoặc đang trong quá trình giảm cân, nếu giữa các bữa ăn có đường huyết thấp nên báo bác sĩ để điều chỉnh cho phù hợp.
- Mức năng lượng bữa phụ phải nằm trong tổng mức năng lượng hàng ngày của người bệnh. Nếu dư thừa có thể gây tăng cân, tăng đường huyết. Thông thường, bữa phụ chỉ nên chiếm 10-15% tổng số năng lượng trong ngày.
- Thời điểm bữa phụ: bữa phụ vào cuối buổi chiều hoặc trước khi đi ngủ chỉ được thực hiện nếu có nguy cơ hạ đường huyết cuối buổi chiều hoặc nửa đêm.

## 6. Quản lý các bệnh đồng mắc và biến chứng:

- Điều trị các bệnh phối hợp và các biến chứng nếu có theo hướng dẫn chuyên môn của các bệnh và biến chứng đó

### 6.1. Tăng huyết áp

6.1.1. Theo dõi huyết áp: Phải đo huyết áp định kỳ ở mỗi lần thăm khám. Nếu huyết áp tâm thu  $\geq 130$  mmHg hay huyết áp tâm trương  $\geq 80$  mmHg cần phải kiểm tra lại huyết áp vào ngày khác. Chẩn đoán tăng huyết áp khi kiểm tra lại có huyết áp tâm thu  $\geq 140$  mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương  $\geq 90$  mmHg.

6.1.2. Mục tiêu điều trị về huyết áp: Mục tiêu huyết áp tâm thu < 140 mmHg phù hợp với đa số BN đái tháo đường. Mục tiêu huyết áp tâm trương < 90 mmHg. Có thể đặt mục tiêu huyết áp tâm thu cao hơn hay thấp hơn tùy vào đặc điểm của BN và đáp ứng với điều trị. BN còn trẻ, có thể giảm huyết áp đến

<130/90-80 mmHg nếu BN dung nạp được. Mục tiêu huyết áp ở BN ĐTĐ và bệnh thận mạn có thể <130/80-85 mmHg.

## **6.2. Rối loạn lipid máu**

6.2.1. Đo chỉ số lipid máu: Cần kiểm tra bộ lipid máu ít nhất hàng năm.

6.2.2. Điều trị:

a) Thay đổi lối sống: Tất cả BN đái tháo đường típ 2 người lớn cần có chế độ ăn uống tốt cho tim mạch và hoạt động thể lực (cường độ trung bình 150 phút hoặc cường độ mạnh 75 phút mỗi tuần) để kiểm soát đường huyết, giảm cân nếu cần và cải thiện các yếu tố nguy cơ tim mạch xơ vữa.

b) Điều trị bằng thuốc:

- BN đái tháo đường 40-75 tuổi bất kể nguy cơ tim mạch xơ vữa 10 năm là bao nhiêu, cần được điều trị statin cường độ trung bình.

- BN đái tháo đường 20-39 tuổi có yếu tố nguy cơ bệnh tim mạch xơ vữa, có thể bắt đầu điều trị statin.

- BN đái tháo đường nguy cơ cao (đái tháo đường  $\geq 10$  năm chưa có tổn thương cơ quan đích hoặc có đa yếu tố nguy cơ tim mạch xơ vữa) nên được điều trị statin cường độ mạnh với mục tiêu hạ LDL-C  $\geq 50\%$  hoặc dưới 1.8mmol/L (70 mg/dL).

- BN đái tháo đường nguy cơ rất cao (có bệnh tim mạch xơ vữa, có tổn thương cơ quan đích, có  $\geq 3$  yếu tố nguy cơ chính) cần hạ LDL-C  $\geq 50\%$  hoặc dưới 1.4 mmol/L (55 mg/dL). Nếu chưa đạt mục tiêu khi đã dùng statin liều tối đa có thể dung nạp, cân nhắc phối hợp ezetimibe hoặc PCSK9i.

- BN đái tháo đường >75 tuổi đang sử dụng statin thì nên tiếp tục điều trị, nếu chưa dùng statin vẫn nên bắt đầu điều trị statin.

- Chống chỉ định statin trong thai kỳ.

## **7. Sử dụng thuốc chống kết tập tiểu cầu**

**7.1. Phòng ngừa tiên phát:** ở BN ĐTĐ có nguy cơ tim mạch trung bình, không khuyến cáo sử dụng aspirin để dự phòng tiên phát. Có thể cân nhắc sử dụng aspirin để dự phòng tiên phát ở BN ĐTĐ có nguy cơ tim mạch cao/rất cao.

### **7.2. Phòng ngừa thứ phát: sau biến cố tim mạch**

- Aspirin: 75-160mg/ngày (trộn đời)

- Dị ứng/không dung nạp Aspirin: dùng Clopidogrel 75mg/ngày để thay thế

- Aspirin phối hợp với Ticagrelor /Prasugrel trong vòng 12 tháng sau hội chứng mạch vành cấp (ở BN có chỉ định PCI hoặc CABG)

- Aspirin phối hợp với Ticagrelor /Clopidogrel trong vòng 12 tháng sau hội chứng mạch vành cấp (ở BN không được can thiệp mạch vành)

- Aspirin phối hợp với Clopidogrel/ Ticagrelor liều thấp (60mg) có thể sử dụng cho BN sau nhồi máu cơ tim từ 12 đến 36 tháng, hoặc BN bệnh mạch vành mạn (CAD) có chỉ định PCI

## **8. Tiêm vaccin**

BN ĐTĐ cần được tiêm vaccin phòng cúm, phế cầu trùng hàng năm. Ngoài ra cũng nên tiêm vaccin phòng viêm gan siêu vi B.

# HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG INSULIN

## KIỂM SOÁT ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TRONG THỜI KỲ MANG THAI

### 1. MỤC TIÊU ĐIỀU TRỊ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ

Mục đích của điều trị đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là phòng tránh các tác động bất lợi của tăng đường huyết đối với mẹ và con trong thai kỳ cũng như về lâu dài sau khi mẹ sinh con, đồng thời vẫn đảm bảo được sự tăng trưởng và sự phát triển bình thường của thai.

**Các mục tiêu đường huyết trong thai kỳ**

| Chỉ số                      | Mục tiêu <sup>2 3</sup>               |
|-----------------------------|---------------------------------------|
| HbA1c                       | < 6%                                  |
| Đường huyết đói             | < 95 mg/dL (5,3 mmol/L), <b>VÀ</b>    |
| Đường huyết sau ăn          |                                       |
| - Đường huyết sau ăn 01 giờ | < 140 mg/dL (7,8 mmol/L), <b>HOẶC</b> |
| - Đường huyết sau ăn 02 giờ | < 120 mg/dL (6,7 mmol/L)              |

a) Đối với ĐTĐTK: Đường huyết ở các thời điểm khác nhau trong ngày là chỉ số quan trọng, giúp đánh giá sớm kết quả điều trị và thời điểm đường huyết chưa đạt mục tiêu để điều chỉnh điều trị cho phù hợp. Chỉ số HbA1c có giá trị thứ yếu vì thời gian từ khi chẩn đoán ĐTĐTK đến khi thai phụ sinh chỉ từ 3 – 4 tháng.

b) Đối với ĐTĐ có từ trước mang thai: Cả đường huyết và HbA1c đều có giá trị để đánh giá tình trạng kiểm soát đường huyết. Đặc biệt cần đảm bảo mức HbA1c <6,5% trước mang thai để đảm bảo an toàn cho cả mẹ và thai nhi.

c) HbA1c được đo mỗi lần một tháng. Lý tưởng nhất, mục tiêu HbA1C trong thai kỳ là, 6% (42 mmol / mol) mà không cần bị hạ đường huyết đáng kể, nhưng mục tiêu có thể được nới lỏng khoảng 7% (53mmol / mol) nếu cần để ngăn ngừa hạ đường huyết

d) Có thể đặt mục tiêu chặt chẽ hơn mà không bị Hạ đường huyết, đặc biệt khi thai to so với tuổi thai, vòng bụng thai nhi lớn.

e) Đường huyết cần được đo vào lúc đói trước ăn sáng và sau 3 bữa ăn. Có thể chọn glucose huyết sau ăn 1 hoặc 2 giờ tùy theo sự thuận tiện của BN. Glucose huyết trước bữa ăn kế tiếp có thể cần theo dõi thêm ở BN có tiêm insulin nhanh trước bữa ăn. Nếu glucose đạt mục tiêu ổn định, có thể giảm bớt số lần đo glucose máu.

## 2. Điều trị bằng thuốc

### 2.1. Thuốc được chấp thuận sử dụng

a) Insulin là thuốc được ưu tiên sử dụng và duy nhất để kiểm soát đái tháo đường típ 1 và típ 2 trong thai kỳ.

b) Chế độ tiêm insulin nhiều mũi trong ngày hoặc bơm truyền insulin dưới da liên tục đều có thể được sử dụng.

c) Insulin được chỉ định ngay sau khi thay đổi lối sống và chế độ dinh dưỡng chưa giúp đạt được mục tiêu đường huyết.

### 2.2. Điều trị đối với ĐTĐTK

#### 2.2.1. Chế độ ăn và luyện tập

80-90% thai phụ bị ĐTĐTK có thể kiểm soát đường huyết bằng chế độ ăn và luyện tập.

Cần tránh tăng cân quá mức trong thời kỳ mang thai đối với phụ nữ ĐTĐ thai kỳ.

#### 2.2.2. Chỉ định điều trị Insulin

Đường huyết không đạt mục tiêu điều trị sau khi áp dụng điều trị dinh dưỡng và luyện tập trong 1 – 2 tuần khi có trên 20% kết quả đường huyết trên mức mục tiêu.

#### 2.2.3. Chế độ và liều insulin

- a) Chế độ và liều insulin cần được căn cứ vào đặc điểm (thời điểm tăng) và mức tăng đường huyết, tình trạng kháng insulin.
- b) Nếu chỉ có tăng đường huyết lúc đói buổi sáng: Chỉ dùng insulin nền (NPH hoặc detemir) với liều ban đầu 0,05- 0,1 IU/kg/ngày hoặc 2-3 UI Insulin tùy theo mức độ tăng đường huyết, tăng liều 1 – 2 IU mỗi 2 – 3 ngày cho đến khi đạt mục tiêu.
- c) Nếu chỉ tăng đường huyết sau bữa ăn: Chỉ dùng insulin nhanh (nhanh người, aspart, lispro) trước các bữa ăn nào có tăng đường huyết sau bữa ăn (1 – 3 mũi/ngày). Liều khởi đầu 0,05 – 0,1 IU/kg/bữa ăn hoặc 2 - 3 UI Insulin (tùy mức đường huyết và kháng insulin), điều chỉnh tăng 1 – 2 IU mỗi 2 – 3 ngày cho đến khi đạt mục tiêu.
- d) Nếu có tăng cả đường huyết lúc đói buổi sáng và sau bữa ăn: phối hợp insulin nền – insulin nhanh vào bữa ăn như trên.
- e) Nếu có hạ đường huyết cần tìm nguyên nhân và xử lý nếu có. Nếu không có nguyên nhân rõ ràng, giảm 15-20% liều insulin liên quan hạ đường huyết.

### **2.3. Điều trị insulin với các thể ĐTĐ khác được phát hiện khi mang thai**

#### **2.3.1. Các thể ĐTĐ khác được phát hiện khi mang thai**

- a) ĐTĐ mang thai (Diabetes in pregnancy) được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của WHO với glucose huyết tương lúc đói  $\geq 7$  mmol/L (126 mg/dL); và/hoặc glucose huyết tương 2 giờ sau uống 75g glucose  $\geq 11,1$  mmol/L)
- b) ĐTĐ không được chẩn đoán trước mang thai (chủ yếu là ĐTĐ típ 2) có glucose huyết đạt ngưỡng chẩn đoán ĐTĐ ngoài thai kỳ.

#### **2.3.2. Điều trị insulin**

- a) Các thể ĐTĐ này cần được điều trị insulin ngay sau khi chẩn đoán.
- b) Thường phải dùng chế độ insulin nền – bữa ăn ngoại trừ một số ít các trường hợp chỉ có tăng đường huyết sau ăn thì chỉ dùng insulin nhanh trước các bữa ăn như điều trị ĐTĐTK.
- c) Tổng liều khởi đầu: 0,2 – 0,5 IU/kg/ngày, tùy mức độ tăng đường huyết và kháng insulin. Trong 3 tháng đầu thai kỳ liều 0,7 đơn vị / kg / ngày, trong khi 3 tháng giữa thai kỳ liều 0,8 đơn vị / kg / ngày và trong 3 tháng cuối thai kỳ liều Insulin là 0,9–1,0 đơn vị / kg / ngày. Tuy nhiên liều này không nhất thiết phải phù hợp với tất cả các thai phụ có ĐTĐ.
- d) Phân bố:
  - Insulin nền chiếm 40-50% tổng liều, chia 1 – 2 lần/ngày
  - Insulin bữa ăn chiếm 50 – 60% tổng liều, chia làm 3 trước 3 bữa ăn chính.
- e) Chỉnh liều insulin nền: căn cứ đường huyết lúc đói buổi sáng; tăng 2 – 3 IU mỗi 2 – 3 ngày cho đến khi đạt mục tiêu.
- f) Chỉnh liều insulin bữa ăn: căn cứ đường huyết sau bữa ăn; tăng 1 – 2 IU mỗi 2 - 3 ngày cho đến khi đạt mục tiêu.
- g) Nếu có hạ đường huyết cần tìm nguyên nhân và xử lý nếu có. Nếu không có nguyên nhân rõ ràng, giảm 15-20% liều insulin liên quan hạ đường huyết.

## KHUYẾN CÁO THEO DỐI ĐƯỜNG HUYẾT MAO MẠCH

Để đánh giá kết quả điều trị đái tháo đường, bắt buộc phải dựa vào kết quả đo đường huyết, mao mạch hoặc tĩnh mạch. Đo đường huyết mao mạch có ưu điểm đơn giản, rẻ tiền và cho kết quả nhanh. Số lần đo đường huyết cần thiết là khác nhau giữa các BN.

### 1. Chỉ định cho BN nội trú (tại các khoa thường, không phải khoa Hồi sức tích cực)

#### Chỉ định đo đường huyết mao mạch cho BN ĐTĐ nội trú

| Đối tượng BN                                           | Tần xuất đo chính                                                                                    | Đo thêm                       |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| ĐTĐ típ 1 <sup>1</sup>                                 | 4 lần/ngày: Trước 3 bữa ăn và lúc đi ngủ (trước 4 mũi tiêm insulin)                                  | Có triệu chứng hạ đường huyết |
| ĐTĐ típ 2 không dùng thuốc <sup>2</sup>                | 1 – 2 lần/ ngày, trước ăn sáng và/ hoặc tối<br>Nếu ĐH trong 2-3 ngày ổn thì giảm xuống 1-2 lần/ tuần | Có triệu chứng hạ đường huyết |
| ĐTĐ típ 2 dùng thuốc uống <sup>3</sup>                 | 2 lần/ ngày, trước ăn sáng và tối.<br>Nếu ĐH trong 2-3 ngày ổn: Đo 1 lần/ngày                        | Có triệu chứng hạ đường huyết |
| ĐTĐ típ 2 tiêm 2 mũi insulin hỗn hợp/ngày <sup>4</sup> | 3 lần/ngày, trước 3 bữa ăn. Đo lúc đi ngủ 1-2 lần/ tuần                                              | Có triệu chứng hạ đường huyết |
| ĐTĐ típ 2 tiêm 3-4 mũi insulin/ ngày <sup>5</sup>      | Đo 4 lần/ngày, trước 3 bữa ăn và lúc đi ngủ                                                          | Có triệu chứng hạ đường huyết |

Nếu các nhóm BN 1, 2, 3, 4 tiến triển nặng, có nhiễm trùng nặng, có dùng Corticoid, hoặc phải phẫu thuật...thì nên đo ít nhất 4 lần/ngày: trước 3 bữa ăn và lúc đi ngủ

### 2. Chỉ định cho BN ngoại trú

- Các BN ĐTĐ típ 1 nên được đo đường huyết ít nhất 4 lần/ ngày, vào trước các bữa ăn và lúc đi ngủ.
  - Những BN ĐTĐ típ 2 điều trị bằng các thuốc không phải là insulin hay sulfonylurea: Chỉ cần đo 2 – 3 lần mỗi tuần vào bữa ăn hoặc lúc đi ngủ để đánh giá hiệu quả của điều trị và thay đổi lối sống.
  - Những BN ĐTĐ típ 2 đang điều trị bằng các thuốc có thể gây hạ đường huyết (insulin, sulfonylurea):
    - Đang điều trị insulin tích cực, nhiều mũi: Đo 4 lần/ngày, trước 3 bữa ăn và lúc đi ngủ
    - Điều trị insulin thông thường, tiêm 2 – 3 mũi/ngày: đo 3 lần/ngày vào trước 3 bữa ăn. Đo thêm 1-2 lần/ tuần vào lúc đi ngủ
    - Điều trị insulin nền cộng với insulin trước bữa ăn hoặc insulin nền phối hợp với thuốc uống: Đo 2 lần/ngày vào trước bữa ăn sáng và tối
- BN nên đo thêm khi có các dấu hiệu của hạ đường huyết hoặc khi thay đổi chế độ ăn, chế độ luyện tập. Còn sau khi đường huyết đã được kiểm soát tốt thì có thể giảm bớt số lần đo đường huyết.

### 3. Chỉ định cho BN đái tháo đường thai kỳ:

- Những BN điều trị bằng chế độ ăn: nên đo đường huyết 1 – 2 lần/ngày vào các thời điểm trước ăn sáng, và sau ăn các bữa sáng – trưa – tối. Ưu tiên đo đường huyết sau ăn 1h.
- Những BN điều trị insulin: nên đo đường huyết 6 lần/ngày vào trước và sau ăn 3 bữa chính. Những BN điều trị insulin nhiều mũi hoặc nghén nhiều nên đo thêm đường huyết lúc đi ngủ hoặc nửa đêm.

#### 4. Chỉ định đo đường huyết liên tục (continuous glucose monitoring – CGM) cho những BN đái tháo đường:

- Thường xuyên hạ đường huyết (glucose <3,9 mmol/L) hoặc hạ đường huyết không có triệu chứng
- HbA1c cao  $\geq 7,0\%$  và đường huyết dao động nhiều
- Muốn hạ HbA1c < 7,0% mà không gây hạ đường huyết (glucose < 3,9mmol/L)
- Trước và trong khi mang thai, ĐTĐ thai kỳ
- Bất kể BN nào có HbA1c  $\geq 7,0\%$  và có điều kiện sử dụng CGM
- BN đang nằm viện điều trị vì bệnh cấp tính cần theo dõi sát đường huyết
- Những BN có mong muốn quản lý bệnh ĐTĐ tốt hơn

**Bảng 14: Tóm tắt liều dùng các thuốc viên hạ glucose máu uống**

| Thuốc                                        | Hàm lượng                                               | Liều mỗi ngày                                                                                                                                            | Thời gian tác dụng                                    |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <b>Sulfonylurea</b>                          |                                                         |                                                                                                                                                          |                                                       |
| Glimepiride                                  | 1-2 và 4 mg                                             | 1-4 mg/ngày liều thông thường.<br>Liều tối đa 8mg/ngày                                                                                                   | 24 giờ                                                |
| Gliclazide                                   | 80 mg<br><br>30-60mg dạng phóng thích chậm              | 40mg-320 mg viên thường, chia uống 2-3 lần<br>30-120 mg dạng phóng thích chậm, uống 1 lần/ngày                                                           | 12 giờ<br><br>24 giờ, dạng phóng thích chậm           |
| Glipizide                                    | 5-10 mg<br><br>2,5-5-10 mg dạng phóng thích chậm        | Viên thường 2,5-40 mg uống 30 phút trước khi ăn 1 hoặc 2 lần/ngày<br>Dạng phóng thích chậm 2,5 -10 mg/ngày uống 1 lần. Liều tối đa 20 mg/ngày uống 1 lần | 6-12 giờ<br><br>Dạng phóng thích chậm 24 giờ          |
| Repaglinide                                  | 0,5-1-2 mg                                              | 0,5-4 mg/ngày chia uống trước các bữa ăn                                                                                                                 | 3 giờ                                                 |
| <b>Thuốc tăng nhạy cảm với insulin</b>       |                                                         |                                                                                                                                                          |                                                       |
| Metformin                                    | 500-850-1000mg<br><br>Dạng phóng thích chậm: 500-750 mg | 1-2,5 gam, uống 1 viên sau ăn, ngày 2-3 lần<br>Dạng phóng thích chậm: 500-2000 mg/ngày uống 1 lần                                                        | 7-12 giờ<br><br>Dạng phóng thích chậm: kéo dài 24 giờ |
| Pioglitazone                                 | 15-30-45 mg/ngày                                        | 15-45 mg/ngày                                                                                                                                            | 24 giờ                                                |
| <b>Thuốc ức chế enzyme alpha glucosidase</b> |                                                         |                                                                                                                                                          |                                                       |
| Acarbose                                     | 50-100 mg                                               | 25-100mg uống 3 lần/ngày ngay trước bữa ăn hoặc ngay sau miếng ăn đầu tiên                                                                               | 4 giờ                                                 |
| <b>Nhóm ức chế enzyme DPP-4</b>              |                                                         |                                                                                                                                                          |                                                       |
| Sitagliptin                                  | 50-100mg                                                | Liều thường dùng 100mg/ngày<br>Khi độ lọc cầu thận còn 30-50 mL/1 phút: 50 mg/ngày<br>Khi độ lọc cầu thận còn 30mL/1 phút: 25 mg/ngày                    | 24 giờ                                                |



|                                |          |                                                                                                                                                                          |        |
|--------------------------------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| Saxagliptin                    | 2,5-5mg  | 2,5- 5mg/ngày, uống 1 lần<br>Giảm liều đến 2,5 mg/ngày khi độ lọc cầu thận $\leq 50\text{mL}/1\text{phút}$ hoặc dùng cùng thuốc ức chế CYP3A4/5 mạnh thí dụ ketoconazole | 24h    |
| Vildagliptin                   | 50 mg    | 50 mg uống 1-2 lần/ngày.<br>Chống chỉ định khi AST/ALT tăng gấp 2,5 giới hạn trên của bình thường                                                                        | 24h    |
| Linagliptin                    | 5mg      | 5 mg uống 1 lần/ngày                                                                                                                                                     | 24 giờ |
| <b>Thuốc ức chế kênh SGLT2</b> |          |                                                                                                                                                                          |        |
| Dapagliflozin                  | 5-10mg   | 10 mg/ngày, uống 1 lần.<br>5 mg khi có suy gan nặng, nếu dung nạp có thể tăng liều lên 10 mg                                                                             | 24 giờ |
| Empagliflozin                  | 10-25 mg | Liều khởi đầu 10 mg/ngày, có thể tăng lên 25mg/ngày, uống 1 lần<br>Suy gan nặng: Không khuyến cáo                                                                        | 24 giờ |

## 5.Cách sử dụng insulin

- Insulin là thuốc có tác dụng hạ glucose máu mạnh nhất. Không có giới hạn trong việc giảm HbA1c.
- Không có giới hạn liều insulin.
- Insulin chỉ được tiêm dưới da (ngoại trừ trường hợp cấp cứu), vị trí tiêm là ở bụng, phần trên cánh tay, đùi. Insulin được hấp thu thay đổi tùy tình trạng BN vị trí tiêm.
- Trường hợp cấp cứu hôn mê do nhiễm ceton acid, tăng áp lực thẩm thấu máu, lúc phẫu thuật, Regular insulin (Insulin thường) được sử dụng để truyền tĩnh mạch.
- Dùng phối hợp với thuốc viên: liều khởi đầu của insulin nền (dùng insulin tác dụng trung bình hay tác dụng dài) là 0,1 – 0,2 đơn vị/kg cân nặng, tiêm dưới da vào buổi tối trước khi đi ngủ hoặc vào một giờ nhất định trong ngày.
- Điều trị chỉ bằng insulin (ĐTĐ típ 1- ĐTĐ típ 2) có biểu hiện thiếu hụt insulin nặng: liều khởi đầu insulin là: 0,25 – 0,5 đơn vị/kg cân nặng/ngày. Tổng liều Insulin chia thành 1/2 -1/3 dùng cho insulin nền (Degludec, Glargine, Detemir hoặc NPH), phần còn lại chia tiêm trước 3 bữa ăn sáng, trưa, chiều (Aspart, Lispro, Glulisine, hoặc Regular insulin).
- Có thể dùng insulin trộn sẵn, thường insulin trộn sẵn tiêm 2 lần/ngày vào bữa ăn sáng và chiều. Một số Insulin trộn sẵn loại analog có thể tiêm 3 lần/ngày.
- Điều chỉnh liều insulin mỗi 3-4 ngày.

## 6.Tác dụng phụ

### a) Hạ glucose máu:

Hạ glucose máu là biến chứng thường gặp nhất khi tiêm insulin. Có thể gặp trong các trường hợp: tiêm quá liều insulin, bỏ bữa ăn hoặc ăn muộn sau tiêm insulin, vận động nhiều...

Cần chỉ dẫn cho BN cách phát hiện các triệu chứng sớm của hạ glucose máu: đói, bồn chồn, hoa mắt, vã mồ hôi, tay chân lạnh. Khi glucose huyết xuống đến khoảng 54 mg/dL (3 mmol/L) BN thường có các triệu chứng cường giao cảm (tim đập nhanh, hồi hộp, đổ mồ hôi, lạnh run) và đói giao cảm (buồn nôn, đói). Nếu các triệu chứng này không được nhận biết và xử trí kịp thời, glucose huyết giảm xuống dưới 50 mg/dL (2,8 mmol/L) sẽ xuất hiện các triệu chứng thần kinh như bứt rứt, lú lẫn, nhìn mờ, mệt mỏi, nhức đầu, nói khó. Glucose huyết giảm hơn nữa có thể dẫn đến hôn mê, co giật.

Khi có biểu hiện thần kinh tự chủ, cần đo glucose huyết mao mạch ngay (nếu có máy) và ăn 1-2 viên đường (hoặc 1 miếng bánh ngọt hoặc 1 ly sữa...)

Cách phòng ngừa:

- Giáo dục BN, người nhà, người chăm sóc nhận biết các triệu chứng của hạ glucose máu và phòng tránh các tình huống có thể hạ glucose máu.

- Không nên chọn cách dùng insulin tích cực trong các trường hợp sau: không có khả năng tự theo dõi glucose huyết, thí dụ người già, không có máy thử đường, rối loạn tâm thần, nhiều bệnh đi kèm, biến chứng nặng (suy thận mạn giai đoạn cuối, tai biến mạch máu não...).

b) Hiện tượng Somogyi (tăng glucose huyết do phản ứng):

Do quá liều insulin. Tại thời điểm quá liều insulin dẫn tới hạ glucose máu làm phóng thích nhiều hormon điều hòa ngược (catecholamine, glucagon ...) gây ra tăng glucose huyết phản ứng. Hiện tượng này có thể xảy ra vào bất kì lúc nào trong ngày, nhưng thường xảy ra vào giữa đêm và đo glucose huyết sáng lúc đó thấy cao. Có thể nhầm với thiếu liều insulin. Nếu chỉ định đo glucose huyết giữa đêm có thể thấy có lúc glucose huyết hạ thấp trong hiện tượng Somogyi (thí dụ 3 giờ sáng glucose huyết 40 mg/dL (2,22 mmol/L), 6 giờ sáng 400 mg/dL (22,2 mmol/L)). Cần giảm liều insulin khi có hiện tượng này.

c) Dị ứng insulin: ngày nay rất hiếm gặp với loại insulin người tái tổ hợp DNA.

d) Loạn dưỡng mô mỡ: teo mô mỡ hoặc phì đại mô mỡ. Phòng ngừa: luân chuyển vị trí tiêm.

e) Tăng cân

**Tài liệu tham khảo:**

1. Tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2"  
- Quyết định 5481/QĐ-BYT ngày 30/12/2020
2. ACC/AHA 2019
3. ADA 2020
4. ADA 2020; Standards of Medical Care in Diabetes - 2020. Diabetes Care 2020;43(Suppl. 1):S14-S31
5. ADA. Diabetes Care in the Hospital: Standards of Medical Care in Diabeted 2020. Diabetes Care 2020;43(Suppl. 1):S193–S202 | <https://doi.org/10.2337/dc20-S015>

## RỐI LOẠN CHUYỂN HÓA LIPID MÁU

### I. ĐẠI CƯƠNG:

Lipid là những phân tử kỵ nước khó tan trong nước. Lipid được tìm thấy trong màng tế bào, duy trì tính nguyên vẹn của tế bào và cho phép tế bào chất chia thành ngăn tạo nên những cơ quan riêng biệt.

Lipid là tiền thân của một số hormone và acid mật, là chất truyền tín hiệu ngoại bào và nội bào. Các lipoprotein vận chuyển các phức hợp lipid và cung cấp cho tế bào khắp cơ thể.

Lipid là nguồn cung cấp năng lượng chính cho cơ thể, tham gia cung cấp 25%- 30% năng lượng cơ thể. 1g lipid cung cấp đến 9,1 kcal. Lipid là nguồn năng lượng dự trữ lớn nhất trong cơ thể, dạng dự trữ là mỡ trung tính triglyceride tại mô mỡ. Bình thường khối lượng mỡ thay đổi theo tuổi, giới và chủng tộc.

Nhu cầu về lượng chưa được chính xác, vào khoảng 1g/kg thể trọng ngày, nên dùng lượng lipid với 2/3 dầu thực vật (acid béo không bão hòa) và 1/3 mỡ động vật (acid béo bão hòa) với lượng cholesterol dưới 300 mg/ngày.

Rối loạn lipid máu (RLLPM) là tình trạng bệnh lý khi có một hoặc nhiều thông số lipid bị rối loạn (tăng cholesterol hoặc tăng triglyceride, hoặc tăng LDL-c, hoặc giảm HDL c...). RLLPM thường được phát hiện cùng lúc với một số bệnh lý tim mạch-nội tiết-chuyển hóa. Đồng thời RLLPM cũng là yếu tố nguy cơ của bệnh lý này. Nguyên nhân của RLLPM có thể do nguyên phát như di truyền hoặc thứ phát do phong cách sống không hợp lý. Điều trị RLLPM 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 RLLPM góp phần vào điều trị bệnh nguyên của nhiều bệnh tim mạch, nội tiết, chuyển hóa.

Các loại lipid máu theo kích thước:

- Chylomicron vi dưỡng chấp chứa triglycerid
- VLDL (very low density lipoprotein)
- LDL (low density lipoprotein)
- HDL (high density lipoprotein)

### II. NGUYÊN NHÂN:

#### 1. Rối loạn lipid máu tiên phát:

RLLPM tiên phát do đột biến gen làm tăng tổng hợp quá mức cholesterol (TC), triglycerid (TG), LDL-c hoặc giảm thanh thải TC, TG, LDL-c hoặc giảm tổng hợp HDLc hoặc tăng thanh thải HDL-L. RLLPM tiên phát thường xảy ra sớm ở trẻ em và người trẻ tuổi, ít khi kèm thể trạng béo phì, gồm các trường hợp sau:

- Tăng triglycerid tiên phát: Là bệnh cảnh di truyền theo gen lặn, biểu hiện lâm sàng thường người bệnh không bị béo phì, có gan lách lớn, cường lách, thiếu máu giảm tiểu cầu, nhồi máu lách, viêm tụy cấp gây đau bụng.
- Tăng lipid máu hỗn hợp: Là bệnh cảnh di truyền, trong gia đình có nhiều người cùng mắc bệnh. Tăng lipid máu hỗn hợp có thể do tăng tổng hợp hoặc giảm thoái biến các lipoprotein. Lâm sàng thường béo phì, ban vàng, kháng insulin, đái đường típ 2, tăng acid uric máu.

#### 2. Rối loạn lipid máu thứ phát:

Nguyên nhân của RLLPM thứ phát do lối sống tĩnh tại, dùng nhiều bia-rượu, thức ăn giàu chất béo bão hòa. Các nguyên nhân thứ phát khác của RLLPM như đái tháo đường, bệnh thận mạn tính, suy giáp, xơ gan, dùng thuốc thiazid, corticoides, estrogen, chẹn beta giao cảm.

Tăng triglycerid thứ phát:

- Đái tháo đường: thường tăng triglycerid máu do hoạt tính enzyme lipoprotein lipase giảm. Nếu glucose máu được kiểm soát tốt thì triglycerid sẽ giảm sau vài tuần. Tăng TG máu là yếu tố nguy cơ xơ vữa động mạch ở người bệnh đái tháo đường

- Cường cortisol (Hội chứng Cushing): có tình trạng giảm dị hóa các lipoprotein do giảm hoạt tính enzyme lipoprotein lipase. Tình trạng này càng rõ hơn trong trường hợp kèm kháng insulin và đái tháo đường.
- Sử dụng estrogen: ở phụ nữ dùng estrogen thời gian dài, có sự gia tăng TG do tăng tổng hợp VLDL. Trong thai kỳ, nồng độ estrogen tăng cũng làm gia tăng TG gấp 2-3 lần và sẽ trở lại mức bình thường sau sinh khoảng 6 tuần.
- Nghiện rượu: làm rối loạn lipid máu, chủ yếu tăng triglyceride. Đặc biệt, rượu làm tăng đáng kể nồng độ triglyceride máu ở những người tăng sản TG nguyên phát hoặc thứ phát do các nguyên nhân khác. Hội chứng Zieve tăng TC máu, rượu chuyển thành acetat làm giảm sự oxyd hóa acid béo ở gan nên acid béo tham gia sản xuất TG gây gan nhiễm mỡ và tăng sản xuất VLDL, chức năng gan giảm dẫn đến giảm hoạt tính enzyme LCAT (Lecithin cholesterol acyltransferase: enzyme ester hóa cholesterol) nên cholesterol ứ đọng trong hồng cầu làm vỡ hồng cầu gây thiếu máu tán huyết.
- Bệnh thận: trong hội chứng thận hư, tăng VLDL và LDL do gan tăng tổng hợp để bù và lượng protein máu giảm do thải qua nước tiểu. TG tăng do albumin máu giảm nên acid béo tự do gắn với albumin cũng giảm, acid béo tự do tăng gắn vào lipoprotein làm cho sự thủy phân TG của các lipoprotein này bị giảm.

### III. CHẨN ĐOÁN:

#### 1. Đối tượng cần được khảo sát lipid máu:

- Các đối tượng bị ĐTĐ týp 2
- Đã chẩn đoán xác định bệnh tim mạch
- Tăng huyết áp
- Hút thuốc lá
- BMI  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup> hoặc vòng eo  $> 90$  cm đối với nam hoặc  $> 80$  cm đối với nữ
- Tiền sử gia đình có người mắc bệnh tim mạch sớm
- Bệnh viêm mạn tính
- Bệnh thận mạn tính
- Tiền sử rối loạn Lipid máu có tính chất gia đình
- Có thể xem xét thực hiện bộ xét nghiệm Lipid ở nam  $> 40$  tuổi hoặc nữ  $> 50$  tuổi

#### 2. Lâm sàng:

Rối loạn lipid máu là bệnh lý sinh học, xảy ra sau một thời gian dài mà không thể nhận biết được, vì RLLPM không có triệu chứng đặc trưng. Phần lớn triệu chứng lâm sàng của rối loạn lipid máu chỉ được phát hiện khi nồng độ các thành phần lipid máu cao kéo dài hoặc gây ra các biến chứng ở các cơ quan như xơ vữa động mạch, nhồi máu cơ tim, tai biến mạch não, các ban vàng ở mi mắt, khuỷu tay, đầu gối, RLLPM có thể gây viêm tụy cấp. RLLPM thường được phát hiện muộn trong nhiều bệnh lý khác nhau của nhóm bệnh tim mạch - nội tiết - chuyển hóa.

##### 2.1. Một số dấu chứng đặc hiệu ở ngoại biên của tăng lipid máu:

- Cung giác mạc (arc cornea): Màu trắng nhạt, hình vòng tròn hoặc không hoàn toàn, định vị quanh mống mắt, chỉ điểm tăng TC (type 2a hoặc 2b), thường có giá trị đối với người dưới 50 tuổi.
- Ban vàng (xanthelasma): Định vị ở mí mắt trên hoặc dưới, khu trú hoặc lan toả, gặp ở type 2a hoặc 2b.
- U vàng gân (tendon xanthomas): Định vị ở gân duỗi của các ngón và gân Achilles và vị trí các khớp đốt bàn ngón tay, đặc hiệu của type 2a.
- U vàng dưới màng xương (periosteal xanthomas): Tìm thấy ở củ chày trước, trên đầu xương của mỏm khuỷu, ít gặp hơn u vàng gân.
- U vàng da hoặc củ (cutaneous or tuberous xanthomas): Định vị ở khuỷu và đầu gối.

- Dạng ban vàng lòng bàn tay (palmar xanthomas): Định vị ở các nếp gấp ngóntay và lòng bàn tay.

## 2.2. Một số dấu chứng nội tạng của tăng lipid máu:

- Nhiễm lipid võng mạc (lipemia retinalis): Soi đáy mắt phát hiện nhiễm lipid võng mạc (lipemia retinalis) trong trường hợp Triglycerides máu cao.
- Gan nhiễm mỡ (hepatic steatosis): Từng vùng hoặc toàn bộ gan, phát hiện quasi siêu âm hoặc chụp cắt lớp, thường kèm tăng TG máu.
- Viêm tụy cấp: Thường gặp khi TG trên 10 gam/L, dạng viêm cấp, bán cấp phùng, amylase máu không hoặc tăng vừa phải.
- Xơ vữa động mạch: Là biến chứng lâu dài của tăng lipoprotein, thường phối hợp với tăng lipoprotein không biết trước đó, có thể phối hợp với một số yếu tố nguy cơ khác như thuốc lá, đái tháo đường. Tổn thương động mạch có khẩu kính trung bình và lớn như tổn thương động mạch vành và tai biến mạch máu não thường liên quan nhiều hơn so với viêm tắc động mạch hai chi dưới (ưu tiên đến thuốc lá).

## 3. Cận lâm sàng:

- Định lượng bilan lipid: Các thông số lipid tăng lên sau ăn, nên để chẩn đoán chính xác RLLPM, cần phải lấy máu vào buổi sáng khi chưa ăn (khi đói). Các thông số thường được khảo sát: Cholesterol (TC) máu, Triglycerid (TG), LDL-Cholesterol (LDL-c), HDL-Cholesterol (HDL-c).
- Chẩn đoán RLLPM được gợi ý khi có một số dấu chứng của RLLPM trên lâm sàng như thể trạng béo phì, ban vàng, các biến chứng ở một số cơ quan như TBMMN, bệnh mạch vành... Chẩn đoán xác định bằng xét nghiệm các thông số lipid khi có một hoặc nhiều rối loạn như sau:
  - Cholesterol máu > 5,2 mmol/L (200mg/dL)
  - Triglycerid > 1,7 mmol/L (150mg/dL)
  - LDL-cholesterol > 2,58mmol/L (100mg/dL)
  - HDL-cholesterol < 1,03mmol/L (40 mmol/L)

## IV. ĐIỀU TRỊ:

### 1. Nguyên tắc chung:

Điều trị RLLPM phải kết hợp thay đổi lối sống và dùng thuốc. Thay đổi lối sống là chỉ định đầu tiên, bao gồm tăng cường tập luyện - vận động thể lực, nhất là những người làm công việc tĩnh tại, và điều chỉnh chế độ tiết thực hợp lý với thể trạng và tính chất công việc.

Sự xem xét đặc biệt các kết quả từ các tổng quan hệ thống khẳng định giảm nguy cơ tim mạch với giảm LDL-C phụ thuộc liều; giảm LDL-C càng nhiều, giảm nguy cơ tim mạch càng nhiều. Lợi ích liên quan giảm LDL-C không đặc hiệu đối với điều trị statin. Không có nồng độ LDL-C được xác định mà dưới đó lợi ích ngừng hoặc gây hại.

Các mục tiêu lipid là một phần của chiến lược làm giảm nguy cơ tim mạch toàn diện.

### Khuyến cáo phân tích lipid để xác định mục tiêu điều trị trong dự phòng bệnh tim mạch

| Khuyến cáo                                                                                         | MDKC | MDCC |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|
| LDL-C được khuyến cáo là mục tiêu điều trị chính                                                   | I    | A    |
| Cholesterol toàn phần có thể được xem xét là mục tiêu điều trị nếu các thông số khác không có sẵn. | IIa  | A    |
| Non-HDL-C có thể được xem xét là mục tiêu điều trị phụ.                                            | IIa  | B    |
| ApoB nên được xem xét là mục tiêu điều trị phụ khi                                                 | IIa  | B    |

|                                                                                 |     |   |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----|---|
| có sẵn.                                                                         |     |   |
| HDL-C không được khuyến cáo là mục tiêu điều trị.                               | III | A |
| Tỉ số apoB/apoA1 và non-HDL-C/HDL-C không được khuyến cáo là mục tiêu điều trị. | III | B |

Phân loại mức nguy cơ tim mạch toàn thể và chiến lược can thiệp dựa vào nguy cơ tim mạch toàn thể và nồng độ LDL-C được trình bày ở bảng 3 và bảng 4. Tiếp cận điều trị RLLM theo mục tiêu chủ yếu nhằm vào giảm LDL-C.

- Đối với bệnh nhân nguy cơ tim mạch toàn thể rất cao: mục tiêu LDL-C < 1,8 mmol/L (70 mg/dL) hoặc giảm ít nhất 50% trị số ban đầu (nếu > 1,8 mmol/L).
- Đối với bệnh nhân nguy cơ tim mạch toàn thể cao, mục tiêu nồng độ LDL-C < 2,6 mmol/L (100 mg/dL) hoặc giảm ít nhất 50% trị số ban đầu [nếu > 2,6 mmol/L (100 mg/dL)].
- Ở những người nguy cơ tim mạch trung bình, mục tiêu LDL-C < 3 mmol/L (115 mg/dL) (Bảng 3).

Khi các mục tiêu phụ được sử dụng, các khuyến cáo là:

- Non-HDL-C < 2,6 mmol/L (100 mg/dL) và < 3,4 mmol/L (130 mg/dL) lần lượt ở các đối tượng nguy cơ tim mạch toàn thể rất cao và cao (MĐKC: IIa, MĐCC: B).
- apoB < 80 mg/dL và < 100 mg/dL lần lượt ở các đối tượng nguy cơ tim mạch toàn thể rất cao và cao (MĐKC: IIa, MĐCC: B).

Điều chỉnh liệu pháp giảm lipid máu theo các mục tiêu phụ có thể được xem xét sau khi đạt mục tiêu LDL-C ở bệnh nhân nguy cơ tim mạch rất cao mặc dù sự thuận lợi lâm sàng của cách tiếp cận này về mặt các kết cục vẫn còn được đề cập.

Cho đến hiện tại, không có mục tiêu chuyên biệt đối với HDL-C và triglyceride được xác định trong các thử nghiệm lâm sàng, mặc dù tăng HDL-C tiên đoán sự thoái triển xơ vữa động mạch và HDL-C thấp có liên quan với tăng các biến cố và tử vong ở bệnh nhân bệnh mạch vành, thậm chí khi LDL-C < 1,8 mmol/L (70 mg/dL).

#### **Phân loại nguy cơ tim mạch toàn thể:**

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nguy cơ rất cao</b> | <p>Các đối tượng với bất kỳ tiêu chuẩn sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bệnh tim mạch đã được xác định bằng lâm sàng hoặc rõ ràng trên hình ảnh. Bệnh tim mạch đã được xác định bao gồm tiền sử nhồi máu cơ tim, hội chứng mạch vành cấp, tái thông mạch vành (can thiệp mạch vành qua da, phẫu thuật bắc cầu động mạch vành) và thủ thuật tái thông các động mạch khác, đột quỵ và cơn thoáng thiếu máu não, và bệnh động mạch ngoại biên. Bệnh tim mạch đã xác định rõ ràng trên hình ảnh là các tình trạng thúc đẩy mạnh các biến cố lâm sàng như mảng xơ vữa có ý nghĩa trên chụp mạch vành hoặc siêu âm động mạch cảnh.</li> <li>- Đái tháo đường có tổn thương cơ quan đích như tiểu đạm hoặc có một yếu tố nguy cơ chính khác như hút thuốc lá, tăng huyết áp hoặc rối loạn lipid máu.</li> <li>- Bệnh thận mạn mức độ nặng (độ lọc cầu thận &lt;30 mL/phút/1,73 m<sup>2</sup>)</li> <li>- Điểm số SCORE ≥ 10% đối với nguy cơ 10 năm của bệnh tim mạch gây tử vong.</li> </ul> |
| <b>Nguy cơ cao</b>     | <p>Các đối tượng có:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Một yếu tố nguy cơ tăng đáng kể, đặc biệt cholesterol &gt; 8 mmol/L (&gt;310 mg/dL), LDL-C &gt; 4.9 mmol/L hoặc huyết áp ≥ 180/110 mmHg.</li> <li>- Bệnh nhân tăng cholesterol máu có tính gia đình</li> <li>- Bệnh nhân đái tháo đường chưa tổn thương cơ quan đích, với ĐTĐ ≥ 10 năm hoặc có bất kỳ yếu tố nguy cơ khác.</li> <li>- Bệnh thận mạn mức độ trung bình (độ lọc cầu thận 30-59 mL/phút/1,73</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

|                           |                                                                                                     |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                           | m2)<br>- Điểm số SCORE $\geq 5\%$ và $< 10\%$ đối với nguy cơ 10 năm của bệnh tim mạch gây tử vong. |
| <b>Nguy cơ trung bình</b> | - Điểm số SCORE $\geq 1\%$ và $< 5\%$ đối với nguy cơ 10 năm của bệnh tim mạch gây tử vong.         |
| <b>Nguy cơ thấp</b>       | - Điểm số SCORE $< 1\%$ đối với nguy cơ 10 năm của bệnh tim mạch gây tử vong.                       |

**Chiến lược can thiệp dựa vào nguy cơ tim mạch toàn thể và nồng độ LDL-C**

|                              | Nguy cơ tim mạch toàn thể (SCORE) %       | Nồng độ LDL-C                                              |                                                            |                                                            |                                                            |                                                            |                                                            |
|------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
|                              |                                           | < 55 mg/dl<br>< 1.4 mmol/L                                 | 55 đến < 70 mg/dL<br>1.4 đến < 1,8 mmol/L                  | 70 đến <100 mg/dL<br>1.8 đến 2.6 mmol/L                    | 100 đến <116 mg/dL<br>2.6 đến < 3 mmol/L                   | 116 đến < 190 mg/dL<br>3 đến <4,9 mmol/L                   | ≥190 mg/dL<br>≥4,9 mmol/L                                  |
| <b>CAN THIỆP NGUYÊN PHÁT</b> | <b>&lt; 1</b>                             | Can thiệp lối sống                                         | Can thiệp lối sống                                         | Can thiệp lối sống                                         | Can thiệp lối sống                                         | Can thiệp lối sống, xem xét dùng thuốc nếu không kiểm soát | Can thiệp lối sống, xem xét dùng thuốc nếu không kiểm soát |
|                              | <b>≥ 1 đến 5, hoặc nguy cơ trung bình</b> | Can thiệp lối sống                                         | Can thiệp lối sống                                         | Can thiệp lối sống                                         | Can thiệp lối sống, xem xét dùng thuốc nếu không kiểm soát | Can thiệp lối sống, xem xét dùng thuốc nếu không kiểm soát | Can thiệp lối sống, xem xét dùng thuốc nếu không kiểm soát |
|                              | <b>≥ 5 đến 10 hoặc nguy cơ cao</b>        | Can thiệp lối sống                                         | Can thiệp lối sống                                         | Can thiệp lối sống, xem xét dùng thuốc nếu không kiểm soát | Can thiệp lối sống và thuốc đồng thời                      | Can thiệp lối sống và thuốc đồng thời                      | Can thiệp lối sống và thuốc đồng thời                      |
|                              | <b>≥ 10 hoặc nguy cơ rất cao</b>          | Can thiệp lối sống                                         | Can thiệp lối sống, xem xét dùng thuốc nếu không kiểm soát | Can thiệp lối sống và thuốc đồng thời                      | Can thiệp lối sống và thuốc đồng thời                      | Can thiệp lối sống và thuốc đồng thời                      | Can thiệp lối sống và thuốc đồng thời                      |
| <b>CAN THIỆP THỨ PHÁT</b>    | <b>Nguy cơ rất cao</b>                    | Can thiệp lối sống, xem xét dùng thuốc nếu không kiểm soát | Can thiệp lối sống và thuốc đồng thời                      | Can thiệp lối sống và thuốc đồng thời                      | Can thiệp lối sống và thuốc đồng thời                      | Can thiệp lối sống và thuốc đồng thời                      | Can thiệp lối sống và thuốc đồng thời                      |



### Khuyến cáo mục tiêu điều trị của LDL-C

| Khuyến cáo                                                                                                            | MĐKC/MĐCC |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Ở bệnh nhân nguy cơ tim mạch RẤT CAO, mục tiêu LDL-C < 1,4 mmol/L (55 mg/dL) hoặc giảm ít nhất 50% nếu LDL-C ban đầu. | IC        |
| Ở bệnh nhân nguy cơ tim mạch CAO, mục tiêu LDL-C < 1,8 mmol/L (70 mg/dL) hoặc giảm ít nhất 50% nếu LDL-C ban đầu.     | IA        |
| Ở bệnh nhân nguy cơ tim mạch TRUNG BÌNH, mục tiêu LDL-C < 2,6 mmol/L (100 mg/dL) được xem xét..                       | IIa A     |
| Ở bệnh nhân nguy cơ THẤP, mục tiêu LDL-C < 3,0 mmol/L (< 116 mg/dL) được xem xét.                                     | IIb A     |

## 2. Can thiệp lối sống:

ESC khuyến cáo các biện pháp thay đổi lối sống và chọn lựa thức ăn lành mạnh để điều trị nguy cơ tim mạch toàn thể như sau:

- Nên ăn đa dạng thực phẩm. Nên điều chỉnh năng lượng nhập để phòng ngừa thừa cân và béo phì.
- Khuyến khích sử dụng trái cây, rau, cây họ đậu, hạt, ngũ cốc nguyên hạt và cá (đặc biệt cá có dầu).
- Nên thay thế thực phẩm giàu chất béo trans hoặc bão hòa (bơ cứng, dầu nhiệt đới, thịt nhiều chất béo hoặc nấu sẵn, kẹo, kem, bơ, pho mát thường) với các thực phẩm trên và chất béo đơn không bão hòa (dầu oliu) và chất béo đa không bão hòa (dầu thực vật không nhiệt đới) để giữ chất béo trans < 1% tổng năng lượng và chất béo bão hòa < 10% (< 7% trị số cholesterol huyết tương cao).
- Giảm nhập muối < 5 g/ngày bằng cách giảm muối ăn và hạn chế muối trong nấu ăn và chọn thực phẩm tươi hoặc đông lạnh không có muối; nhiều thức ăn chế biến sẵn có nồng độ muối cao bao gồm bánh mì.
- Đối với người sử dụng thức uống có cồn, nên tư vấn sử dụng mức độ trung bình (< 10g/ngày đối với nữ và < 20g/ngày đối với nam) và các bệnh nhân tăng triglyceride máu nên kiêng rượu.
- Nên hạn chế sử dụng thức uống và thực phẩm thêm đường, đặc biệt những người thừa cân, tăng triglyceride máu, hội chứng chuyển hóa hoặc đái tháo đường.
- Nên khuyến khích hoạt động thể lực, tập thể dục ít nhất 30 phút/ngày mỗi ngày.
- Nên tránh sử dụng và tiếp xúc với các sản phẩm thuốc lá.

### Ảnh hưởng của thay đổi lối sống lên nồng độ lipid

|                                                                           | Mức độ tác dụng | MĐCC |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------|------|
| <b>Can thiệp lối sống làm giảm nồng độ cholesterol toàn phần và LDL-C</b> |                 |      |
| Giảm ăn chất béo trans                                                    | ++              | A    |
| Giảm ăn chất béo bão hòa                                                  | ++              | A    |
| Tăng ăn chất xơ                                                           | ++              | A    |
| Sử dụng thực phẩm chức năng giàu phytosterol                              | ++              | A    |
| Sử dụng bổ sung gạo đỏ lên men                                            | ++              | A    |
| Giảm thừa cân                                                             | ++              | A    |
| Giảm cholesterol trong chế độ ăn                                          | +               | B    |
| Tăng thói quen hoạt động thể lực                                          | +               | B    |
| <b>Can thiệp lối sống làm giảm nồng độ lipoprotein giàu triglyceride</b>  |                 |      |
| Giảm thừa cân                                                             | +               | A    |
| Giảm uống rượu                                                            | +++             | A    |
| Tăng thói quen hoạt động thể lực                                          | ++              | A    |

|                                                                           |     |   |
|---------------------------------------------------------------------------|-----|---|
| Giảm lượng carbohydrate trong chế độ ăn                                   | ++  | A |
| Sử dụng viên bổ sung chất béo đa không bão hòa n-3                        | ++  | A |
| Giảm nhập mono- và disaccharide                                           | ++  | B |
| Thay thế chất béo bão hòa với chất béo đơn hoặc đa không bão hòa          | +   | B |
| <b>Can thiệp lối sống làm tăng nồng độ HDL-C</b>                          |     |   |
| Giảm ăn chất béo trans                                                    | ++  | A |
| Tăng thói quen hoạt động thể lực                                          | +++ | A |
| Giảm thừa cân                                                             | ++  | A |
| Giảm carbohydrate trong chế độ ăn và thay thế bằng chất béo không bão hòa | ++  | A |
| Có thể tiếp tục sử dụng mức độ trung bình ở những người uống rượu         | ++  | B |
| Ngưng hút thuốc lá                                                        | +   | B |

Mức độ tác dụng: +++ = tác dụng đáng kể, ++ = tác dụng ít đáng kể hơn, + = tác dụng ít, – = không hiệu quả

### 3. Thuốc giảm lipid máu:

#### 3.1. Điều trị tăng cholesterol máu:

##### 3.1.1. Nhóm statin (HMG-CoA reductase inhibitors):

- Tác dụng: ức chế enzym Hydroxymethylglutaryl CoA Reductase là một enzyme tổng hợp TC, làm giảm TC nội sinh, kích thích tăng tổng hợp thụ thể LDL-c nên tăng thu giữ LDL-c tại gan. Kết quả sẽ giảm LDL-c, VLDL, TC, TG và tăng HDL-c. Ngoài ra nhóm statin còn giảm quá trình viêm của nội mạc mạch máu, giúp thoái triển mảng xơ vữa, tăng tổng hợp nitric oxide (ON) của tế bào nội mạc.
- Chứng cứ hiện tại từ các phân tích gộp cho thấy lợi ích lâm sàng độc lập với loại statin nhưng phụ thuộc vào mức độ giảm LDL-C, do đó sử dụng loại statin nên dựa vào mục tiêu LDL-C ở bệnh nhân. Kế hoạch điều trị có thể được đặt ra như sau:
  - Đánh giá nguy cơ tim mạch toàn thể của đối tượng.
  - Yêu cầu bệnh nhân quyết định điều trị nguy cơ tim mạch.
  - Xác định mục tiêu LDL-C cho mức nguy cơ đó.
  - Tính phần trăm LDL-C cần giảm để đạt mục tiêu đó (Bảng 8).
  - Chọn một statin và liều trung bình có thể cung cấp mức giảm này.
  - Đáp ứng với điều trị statin biến thiên, do đó có thể cần tăng liều.
  - Nếu liều cao nhất dung nạp được không đạt mục tiêu, xem xét phối hợp thuốc.
  - Ngoài ra, đối với các đối tượng nguy cơ rất cao và cao, nên đạt mức giảm LDL-C  $\geq 50\%$ .
  - Mục tiêu LDL-C có thể đạt được bằng statin đơn trị hoặc phối hợp với các thuốc khác
- Liều lượng và tên thuốc:
  - Atorvastatin: 10-20mg/ngày, liều tối đa 80 mg/ngày.
  - Rosuvastatin: 10-20mg/ngày, liều tối đa 40 mg/ngày.
  - Simvastatin: 10-20 mg/ngày, liều tối đa 80 mg/ngày.
  - Lovastatin: 20-40 mg/ngày, liều tối đa 80 mg/ngày.
  - Fluvastatin: 20-40 mg/ngày, liều tối đa 80 mg/ngày.
  - Pravastatin: 20-40 mg/ngày, liều tối đa 80 mg/ngày
- Tác dụng không mong muốn có thể gặp: tăng men gan, tăng men cơ khi dùng liều cao, hoặc cơ địa người già, hoặc đang dùng nhiều loại thuốc như kháng sinh nhóm macrolide.

- Thận trọng đối với người bệnh có bệnh lý gan.
- Chỉ định: tăng LDL-c, tăng TC.

Phần trăm giảm LDL-C để đạt mục tiêu theo trị số ban đầu

| LDL-C ban đầu |         | % giảm để đạt LDL-C mục tiêu |                             |                           |
|---------------|---------|------------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| mmol/L        | ~mg/dL  | <1.8 mmol/L<br>(~70 mg/dL)   | <2.6 mmol/L<br>(~100 mg/dL) | <3 mmol/L<br>(~115 mg/dL) |
| >6.2          | >240    | >70                          | >60                         | >55                       |
| 5.2-6.2       | 200-240 | 65-70                        | 50-60                       | 40-55                     |
| 4.4-5.2       | 170-200 | 60-65                        | 40-50                       | 30-45                     |
| 3.9-4.4       | 150-170 | 55-60                        | 35-40                       | 25-30                     |
| 3.4-3.9       | 130-150 | 45-55                        | 25-35                       | 10-25                     |
| 2.9-3.4       | 110-130 | 35-45                        | 10-25                       | <10                       |
| 2.3-2.9       | 90-110  | 22-35                        | <10                         | -                         |
| 1.8-2.3       | 70-90   | <22                          | -                           | -                         |

### 3.1.2. Nhóm resin (thuốc gắn acid mật) :

- Resin trao đổi ion Cl<sup>-</sup> với acid mật, tăng tổng hợp acid mật từ cholesterol, làm tăng bài tiết mật và giảm cholesterol ở gan, kích thích tổng hợp thụ thể LDL-c, tăng thải LDL-c.
- Liều lượng và tên thuốc:
  - Cholestyramin: 4 -8 g/ngày, liều tối đa 24 mg/ngày.
  - Colestipol liều: 5 -10 g/ngày, liều tối đa 20 mg/ngày.
  - Colesevelam: 3750 g/ngày, liều tối đa 4500 mg/ngày.
- Chỉ định trong trường hợp tăng LDL-c. Với liều cao nhất 24g cholestyramine, 20g colestipol hoặc 4,5g colesevelam, LDL-C giảm 18 -25%.
- Tác dụng không mong muốn: các triệu chứng rối loạn tiêu hóa như đầy hơi, trướng bụng, buồn nôn, táo bón.

### 3.1.3. Thuốc ức chế hấp thu cholesterol:

- Ezetimibe là thuốc giảm lipid đầu tiên ức chế hấp thu cholesterol trong thức ăn và mật mà không ảnh hưởng chất dinh dưỡng tan trong chất béo.
- Trong các thử nghiệm lâm sàng, đơn trị ezetimibe giảm LDL-C 15–22% ở các bệnh nhân tăng cholesterol máu. Điều trị phối hợp ezetimibe và statin làm giảm thêm 15-20% nồng độ LDL-C.
- Ezetimibe nên được sử dụng như điều trị hàng thứ hai phối hợp với statin khi mục tiêu điều trị không đạt được với liều statin cao nhất dung nạp được hoặc ở các bệnh nhân không dung nạp hoặc chống chỉ định với statin.
- Hiệu quả giảm các biến cố tim mạch của ezetimibe phối hợp với simvastatin được chứng minh ở bệnh nhân hẹp động mạch chủ trong nghiên cứu SEAS (Simvastatin and Ezetimibe in Aortic Stenosis study), bệnh nhân bệnh thận mạn trong nghiên cứu SHARP (Study of Heart and Renal Protection) và bệnh nhân sau hội chứng mạch vành cấp trong nghiên cứu IMPROVE-IT (Improved Reduction of Outcomes: Vytorin Efficacy International Trial).

### 3.1.4. Nhóm acid nicotinic (Niacin, vitamin PP).

- Thuốc có tác dụng giảm TG do ức chế phân hủy từ tổ chức mỡ và giảm tổng hợp TG ở gan, ức chế tổng hợp và ester hóa acid béo tại gan, tăng thoái biến apo B, giảm VLDL, giảm LDL, và tăng HDL (do giảm thanh thải apoA-I).
- Liều lượng và các biệt dược (Niacor, Niaspan, Slo-niacin):
  - Loại phóng thích nhanh: 100 mg/dL, liều tối đa 1000 mg/ngày.
  - Loại phóng thích nhanh: 250 mg/dL, liều tối đa 1500 mg/ngày.
  - Loại phóng thích nhanh: 500 mg/dL, liều tối đa 2000 mg/ngày.

- Tác dụng không mong muốn: đỏ phồng mắt, ngứa, các triệu chứng rối loạn tiêu hóa như đầy hơi, trướng bụng, buồn nôn, giảm nhẹ chức năng gan, tăng men gan, sỏi mật, tăng men cơ, phát ban, tăng đề kháng insulin. Tác dụng phụ thường xảy ra khi dùng liều cao, hoặc cơ địa tuổi người già, hoặc có bệnh lý thận, gan trước.
- Chỉ định:
  - Tăng LDL-C, giảm HDL-C, tăng TG.
  - Nicotinic acid có tác dụng điều hòa lipid rộng, tăng HDL-C đến 25% phụ thuộc liều và giảm LDL-C 15 – 18% và triglyceride 20 – 40 % với liều 2 g/ngày. Axit nicotinic giảm Lp(a) đến 30% với liều này.
  - Sau hai nghiên cứu về axit nicotinic [5],[6] cho thấy không có tác dụng lợi ích mà còn tăng tần suất tác dụng phụ nặng, không thuốc nào chứa axit nicotinic hiện tại được chấp thuận ở châu Âu.

### 3.2. Điều trị tăng triglyceride máu:

Mặc dù vai trò của triglyceride như là một yếu tố nguy cơ tim mạch vẫn còn tranh luận nhưng dữ liệu gần đây thiên về vai trò của các lipoprotein giàu triglyceride là yếu tố nguy cơ tim mạch. Các nghiên cứu tiền cứu lớn đã báo cáo nồng độ triglyceride lúc không nhịn đói tiên đoán nguy cơ bệnh mạch vành mạnh hơn triglyceride lúc đói.

Nồng độ triglyceride lúc đói  $\leq 1,7$  mmol/L (150 mg/dL) được mong đợi kiểm soát. Bước đầu tiên của chiến lược kiểm soát triglyceride huyết tương là xem xét các nguyên nhân và đánh giá nguy cơ tim mạch toàn thể. Mục tiêu chính là đạt nồng độ LDL-C khuyến cáo dựa vào mức nguy cơ tim mạch toàn thể. So với chứng cứ về lợi ích của giảm LDL-C, chứng cứ về lợi ích của giảm triglyceride vẫn còn khiêm tốn, và chủ yếu từ các phân tích dưới nhóm hoặc hậu kiểm. Tuy nhiên các chứng cứ gần đây về triglyceride là một yếu tố nguy cơ tim mạch có thể khuyến khích việc giảm triglyceride.

Mặc dù nguy cơ bệnh tim mạch gia tăng nếu triglyceride lúc đói  $> 1,7$  mmol/L (150 mg/dL) nhưng việc sử dụng thuốc giảm triglyceride chỉ có thể xem xét ở những đối tượng nguy cơ cao khi triglyceride  $> 2,3$  mmol/L (200 mg/dL) và không thể giảm bằng các biện pháp thay đổi lối sống.

#### Khuyến cáo về thuốc điều trị tăng triglyceride máu

| KHUYẾN CÁO                                                                                                                                           | MĐKC/MĐCC |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Điều trị thuốc nên được xem xét ở các bệnh nhân nguy cơ cao với triglyceride $> 2,3$ mmol/L (200 mg/dL)                                              | Ila B     |
| Điều trị statin có thể được xem xét như thuốc đầu tay để giảm nguy cơ bệnh tim mạch ở những người tăng triglyceride máu nguy cơ cao.                 | Iib B     |
| Ở các bệnh nhân nguy cơ cao với triglyceride $> 2,3$ mmol/L (200 mg/dL) mặc dù điều trị statin, fenofibrate có thể được xem xét phối hợp với statin. | Iib C     |

#### Nhóm fibrate:

- Tác dụng: làm giảm TG do kích thích PPAR alpha làm tăng oxy hóa acid béo, tăng tổng hợp enzym LPL, làm tăng thanh thải các lipoprotein giàu TG, ức chế tổng hợp apoC-III ở gan, tăng thanh thải VLDL. Các fibrat cũng làm tăng HDL do thúc đẩy trình diện apoA-I và apoA-II.
- Liều lượng và tên thuốc:
  - Gemfibrozil: liều thường áp dụng trên lâm sàng: 600 mg/ngày.
  - Clofibrat: 1000 mg/ngày.
  - Fenofibrat: 145 mg/ngày
- Tác dụng không mong muốn:

- Các triệu chứng rối loạn tiêu hóa như đầy hơi, trướng bụng, buồn nôn, giảm nhẹ chức năng gan, tăng men gan, sỏi mật, tăng men cơ, phát ban. Tác dụng phụ thường xảy ra khi dùng liều cao, hoặc cơ địa người già, hoặc có bệnh lý thận, gan trước.
- Làm tăng tác dụng thuốc chống đông, nhất là nhóm kháng vitamin K.
- Không dùng cho phụ nữ có thai hoặc cho con bú, người bệnh suy gan, suy thận.
- Chỉ định điều trị: tăng TG.

### 3.2. Điều trị HDL-C thấp:

Nồng độ HDL-C thấp là một yếu tố tiên đoán mạnh và độc lập của nguy cơ phát triển sớm xơ vữa động mạch. Tình trạng tăng nguy cơ tim mạch liên quan nồng độ HDL-C thấp đặc biệt đáng kể trong ngưỡng HDL-C từ 0,65 đến 1,17 mmol/L (25 đến 45 mg/dL).

Kết quả từ một phân tích gộp của bốn thử nghiệm can thiệp về sử dụng siêu âm nội mạch để đánh giá sự thay đổi của thể tích mảng xơ vữa động mạch vành, cho thấy tăng 7,5% HDL-C cùng với giảm LDL-C đến mục tiêu 2,0 mmol/L (< 80 mg/dL) là yêu cầu tối thiểu cho thoái triển mảng xơ vữa [7].

Các bệnh nhân đái tháo đường típ 2, rối loạn lipid máu hỗn hợp, suy thận và suy gan hoặc bệnh tự miễn thường có nồng độ HDL-C huyết tương thấp. Ngoài HDL-C thấp, các tình trạng này có tăng triglyceride máu trung bình hoặc nặng. Chuyển hóa nội mạch cuối cùng của các lipoprotein giàu triglyceride (chủ yếu VLDL) có liên quan với HDL. Tăng HDL-C bằng thuốc có thể làm giảm nồng độ VLDL và LDL.

Các chọn lựa sẵn có để điều trị HDL-C thấp tương đối ít. Trong khi nồng độ HDL-C có thể tăng đến 10% bằng cách thực hiện các biện pháp thay đổi lối sống bao gồm giảm cân, tập thể dục, ngưng hút thuốc và sử dụng rượu mức độ trung bình, nhiều bệnh nhân cần can thiệp bằng thuốc.

Tuy nhiên, cho đến hiện tại chưa có chứng cứ rõ ràng rằng tăng HDL-C thực sự dẫn đến dự phòng bệnh tim mạch. Các nghiên cứu gần đây nhằm kiểm định giả thuyết này đã thất bại chứng minh bất kỳ tác dụng có lợi: ILLUMINATE (torcetrapib), Dalcetrapib Outcomes, ACCELERATE (evacetrapib), HPS2-THRIVE (axit nicotinic và statin), AIM-HIGH (axit nicotinic trên nền statin) [2]. Nghiên cứu REVEAL (the Randomized Evaluation of the Effects of Anacetrapib Through Lipid Modification) đang tiến hành sẽ cung cấp nhiều thông tin hơn [2].

## V. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG:

Rối loạn lipid máu không được điều trị có thể gây ra biến chứng ở các cơ quan:

- **Một số dấu chứng đặc hiệu ở ngoại biên của tăng lipid máu:** cung giác mạc, các ban vàng ở mi mắt, u vàng ở gân khuỷu tay, đầu gối, bàn tay, gót chân, màng xương.
- **Một số dấu chứng nội tạng của tăng lipid máu:** nhiễm lipid võng mạc (lipemia retinalis), gan nhiễm mỡ, có thể gây viêm tụy cấp.
- **Xơ vữa động mạch:** tổn thương động mạch có khẩu kính trung bình và lớn như tổn thương động mạch vành gây nhồi máu cơ tim, tổn thương mạch máu não gây tai biến mạch não, tổn thương động mạch hai chi dưới gây viêm tắc thiếu máu hoại tử bàn chân.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội tiết chuyển hóa 2014
2. 2019 Guidelines on Dyslipidaemias (Management of) 2019 Guidelines on Dyslipidaemias (Management of)
3. Mann DL, et al. Braunwald's heart disease : a textbook of cardiovascular medicine 2015, 10th edition.

## BỆNH VIÊM GAN VI RÚT B

### I. ĐẠI CƯƠNG:

HBV có thể gây viêm gan tối cấp, viêm gan cấp và viêm gan mạn, tiến triển thành xơ gan, HCC. HBV là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây bệnh viêm gan mạn và HCC tại Việt Nam. Tiêm vắc xin là biện pháp dự phòng lây nhiễm HBV hiệu quả và an toàn.

### II. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM GAN VI RÚT B CẤP:

#### 1. Chẩn đoán viêm gan vi rút B cấp:

- Tiền sử: người bệnh có truyền máu hay các chế phẩm của máu, tiêm chích, quan hệ tình dục không an toàn trong khoảng 4-24 tuần trước khởi bệnh.
- Lâm sàng:
  - + Đa số không có biểu hiện lâm sàng rõ ràng.
  - + Trong thể điển hình, có thể xuất hiện các triệu chứng như: sốt (khi chưa vàng da), mệt mỏi, chán ăn, buồn nôn, nôn, vàng da, vàng mắt, tiểu sẫm màu, đau tức vùng gan...
  - + VGVR B cấp có thể diễn tiến nặng sang suy gan cấp dẫn đến bệnh não gan, tỷ lệ tử vong cao.
- Cận lâm sàng:
  - + AST, ALT tăng, thường trên 5 lần giới hạn trên của mức bình thường (ULN, ULN: 35 U/L đối với nam, 25 U/L đối với nữ).
  - + Bilirubin có thể tăng.
  - + Anti-HBc IgM dương tính, HBsAg dương tính (hoặc âm tính trong giai đoạn cửa sổ).

#### 2. Điều trị:

Hơn 95% người lớn bị VGVR B cấp sẽ hồi phục một cách tự nhiên mà không cần điều trị thuốc kháng vi rút. Điều trị VGVR B cấp chủ yếu là điều trị hỗ trợ.

##### a. Điều trị hỗ trợ:

- Nghỉ ngơi, tránh làm việc nặng hoặc gắng sức trong thời kỳ có triệu chứng lâm sàng.
- Chế độ ăn: giảm bớt chất béo, kiêng rượu bia. Chỉ nuôi dưỡng tạm thời bằng đường tĩnh mạch khi bị nôn nhiều hoặc không ăn uống được.
- Tránh sử dụng các thuốc chuyển hóa qua gan.
- Điều trị hồi sức nội khoa tích cực các trường hợp diễn tiến nặng.
  - + Đảm bảo duy trì hô hấp, tuần hoàn ổn định.
  - + Vitamin K<sub>1</sub>: 10 mg/ngày tiêm bắp hoặc pha loãng tiêm mạch chậm trong 3 ngày khi tỷ lệ prothrombin giảm < 60%.
  - + Điều chỉnh các rối loạn đông máu, chống phù não, lọc huyết tương... dựa trên việc đánh giá các bất thường cụ thể trên lâm sàng.

##### b. Chỉ định dùng thuốc kháng vi rút:

**Entecavir hoặc tenofovir** (TDF: tenofovir disoproxil fumarate, TAF: tenofovir alafenamide) cho đến khi mất HBsAg trong các trường hợp sau:

- VGVRB thể tối cấp.
- VGVR B cấp kèm theo ít nhất 2 tiêu chí sau:
  - + Bệnh não gan.
  - + Bilirubin toàn phần huyết thanh > 3 mg/dL hay > 51 µmol/L (hoặc bilirubin trực tiếp > 1,5 mg/dL hay > 25 µmol/L).
  - + INR > 1,5
- Bệnh kéo dài > 4 tuần với bilirubin có xu hướng tăng.

#### 3. Theo dõi:

❖ **Lâm sàng:** Theo dõi các triệu chứng: vàng da, vàng mắt, rối loạn tiêu hóa, xuất huyết, phù, cổ trướng, rối loạn tri giác,...

##### ❖ Cận lâm sàng:

- AST và ALT mỗi 1 - 2 tuần cho đến khi ALT < 2 lần ULN, sau đó định kỳ mỗi 4 - 12 tuần, ít nhất trong 24 tuần.
- INR (International normalized ratio), bilirubin toàn phần và trực tiếp mỗi 1 - 2 tuần cho đến khi về trị số bình thường.
- Xét nghiệm HBsAg, anti-HBs tại thời điểm tuần thứ 12 và tuần thứ 24.

- VGVR B cấp hồi phục nếu mất HBsAg sau 6 tháng, tư vấn người bệnh tiêm phòng nếu anti-HBs < 10 IU/L.
- Nếu HBsAg vẫn dương tính sau 6 tháng, bệnh đã chuyển sang giai đoạn mạn.

### III. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM GAN VI RÚT B MẠN:

#### 1. Chẩn đoán:

##### ❖ *Chẩn đoán nhiễm HBV mạn*

- + HBsAg và/ hoặc HBV DNA dương tính  $\geq 6$  tháng, hoặc
- + HBsAg dương tính và anti-HBc IgM âm tính.

##### ❖ *Chẩn đoán các giai đoạn của nhiễm HBV mạn:* Phụ lục 1

#### 2. Điều trị:

##### 2.1. Mục tiêu điều trị

- Ước chế lâu dài sự sao chép của HBV.
- Cải thiện chất lượng sống, ngăn ngừa diễn tiến xơ gan, HCC.
- Dự phòng lây truyền HBV cho cộng đồng bao gồm dự phòng lây truyền mẹ con.
- Dự phòng đợt bùng phát VGVR B.

##### 2.2. Nguyên tắc điều trị

- Lựa chọn ban đầu là các thuốc uống nucleot(s)ide analogues (NAs). Chỉ nên dùng các phác đồ có Peg-IFN đối với một số trường hợp đặc biệt.
- Điều trị VGVR B mạn với NAs là điều trị lâu dài, có thể kéo dài suốt đời.
- Tuân thủ điều trị.

##### 2.3. Chuẩn bị điều trị:

- Tư vấn cho người bệnh về các vấn đề sau:
  - + Sự cần thiết, mục tiêu và hiệu quả điều trị với thuốc kháng vi rút.
  - + Tầm quan trọng của tuân thủ điều trị (cách uống thuốc, uống thuốc đúng giờ, tái khám đúng hẹn...).
  - + Các xét nghiệm cần thiết để chẩn đoán, theo dõi và đánh giá điều trị.
  - + Thời gian điều trị lâu dài, có thể suốt đời (đối với NAs).
  - + Tác dụng không mong muốn của thuốc.
  - + Biến chứng HCC có thể xảy ra, kể cả trong quá trình điều trị kháng vi rút, đặc biệt các trường hợp có xơ hóa gan  $F \geq 3$ .
- Các xét nghiệm cần làm trước khi điều trị:
  - + Tổng phân tích tế bào máu (Công thức máu).
  - + AST, ALT, creatinine huyết thanh.
  - + Các xét nghiệm đánh giá chức năng gan khi cần thiết như bilirubin, albumin, tỷ lệ prothrombin, INR,...
  - + Siêu âm bụng, AFP, ...
  - + HBeAg, tải lượng HBV DNA.
  - + Anti - HCV.
  - + Đánh giá giai đoạn xơ hóa gan bằng chỉ số APRI hoặc một trong các kỹ thuật: FibroScan, ARFI, sinh thiết gan,...
  - + Nếu người bệnh điều trị Peg-IFN cần làm thêm các xét nghiệm đánh giá chức năng tuyến giáp (TSH, FT3, FT4), điện tâm đồ,...
  - + Các xét nghiệm khác theo chỉ định lâm sàng.

##### 2.4. Chỉ định điều trị thuốc kháng vi rút:

Dựa vào sự kết hợp 3 yếu tố: nồng độ ALT, tải lượng HBV DNA và mức độ xơ hóa gan.

##### 2.4.1. Đối với trường hợp xơ gan còn bù hoặc mất bù:

- Chẩn đoán dựa vào triệu chứng lâm sàng và/hoặc kết quả đánh giá xơ hóa gan là F4 bằng các phương pháp không xâm lấn hoặc sinh thiết (Phụ lục 2).
- Điều trị khi tải lượng HBV DNA trên ngưỡng bất kể nồng độ ALT và tình trạng HBeAg.

##### 2.4.2. Đối với trường hợp không xơ gan:

Điều trị VGVR B mạn cho người bệnh khi **đáp ứng cả 2 tiêu chuẩn:**

##### ❖ *Tổn thương tế bào gan:*

- + AST, ALT > 2 lần ULN và/hoặc
- + Xơ hóa gan F ≥ 2 (Phụ lục 2)

❖ ***Vi rút đang tăng sinh:***

- + HBV DNA ≥ 20.000 IU/mL (≥ 10<sup>5</sup> copies/mL) nếu HBeAg dương tính
- + HBV DNA > 2.000 IU/mL (≥ 10<sup>4</sup> copies/mL) nếu HBeAg âm tính
- + Đối với các trường hợp chưa đáp ứng hai tiêu chuẩn trên, chỉ định điều trị khi có một trong các tiêu chuẩn sau:
  - Trên 30 tuổi với mức ALT cao hơn ULN kéo dài (ghi nhận ít nhất 3 lần trong khoảng 24 - 48 tuần) và HBV DNA > 20.000 IU/ml, bất kể tình trạng HBeAg.
  - Tiền sử gia đình có HCC hoặc xơ gan
  - Có các biểu hiện ngoài gan như viêm cầu thận, viêm đa khớp, cryoglobulin máu, viêm đa nút động mạch...
  - Tái phát sau khi ngưng điều trị thuốc kháng HBV.

## 2.5. Thuốc điều trị:

Bảng 1. Thuốc kháng vi rút

| Tên thuốc                                        | Liều người lớn                                                                                                                                                           | Liều trẻ em                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Tác dụng phụ                                                                                                           |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tenofovir disoproxil fumarate* (TDF)             | - 300 mg/ngày<br>- Đối với người có suy thận: điều chỉnh liều theo mức lọc cầu thận (Phụ lục 4)                                                                          | ≥ 12 tuổi và cân nặng ≥ 35 kg: liều lượng như người lớn                                                                                                                                                                                                                                                                         | Bệnh thận, hội chứng Fanconi, hội chứng loãng xương, nhiễm toan lactic                                                 |
| Entecavir (ETV)                                  | - 0,5 mg/ngày (1 mg/ngày nếu người bệnh từng sử dụng lamivudine hoặc có xơ gan mất bù)<br>- Đối với người có suy thận: điều chỉnh liều theo mức lọc cầu thận (Phụ lục 4) | Trẻ ≥ 2 tuổi: tính liều theo cân nặng:<br>- 10-11 kg: 0,15 mg (3 mL)<br>- > 11-14 kg: 0,2 mg (4 mL)<br>- > 14-17 kg: 0,25 mg (5 mL)<br>- > 17-20 kg: 0,3 mg (6 mL)<br>- > 20-23 kg: 0,35 mg (7 mL)<br>- > 23-26 kg: 0,4 mg (8 mL)<br>- > 26-30 kg: 0,45 mg (9 mL)<br>- > 30kg: 0,5 mg (10 mL dung dịch uống hoặc 1 viên 0,5 mg) | Nhiễm toan lactic                                                                                                      |
| Tenofovir alafenamide** (TAF)                    | - 25 mg/ngày<br>- Không cần giảm liều đối với các trường hợp suy thận nhẹ, vừa và nặng, hoặc chạy thận.                                                                  | Trẻ ≥ 12 tuổi: liều như người lớn*                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Nhiễm toan lactic, không chỉ định cho trường hợp xơ gan mất bù                                                         |
| Peg-IFN-α-2a (người lớn)***<br>IFN-α-2b (trẻ em) | 180 µg/tuần                                                                                                                                                              | Trẻ ≥ 1 tuổi: 6 triệu đơn vị/m <sup>2</sup> x 3 lần/tuần                                                                                                                                                                                                                                                                        | Các triệu chứng giả cúm, mệt mỏi, rối loạn tâm thần, giảm bạch cầu, rối loạn miễn dịch ở người lớn, chán ăn và sụt cân |

\* **TDF** có thể được chỉ định điều trị cho phụ nữ có thai, trẻ ≥ 3 tuổi và đồng nhiễm HBV/HIV, liều dùng theo liều lượng khuyến cáo dành cho trẻ nhiễm HIV.

\*\* **TAF** chưa khuyến cáo cho phụ nữ mang thai, được lựa chọn ưu tiên trong các trường hợp: người bệnh > 60 tuổi, loãng xương, suy thận với creatinin clearance (CrCl) ≥ 15ml/phút, chạy thận nhân tạo với CrCl < 15ml/phút.

\*\*\* Có thể xem xét chỉ định cho người bệnh muốn điều trị trong thời gian ngắn hạn; người bệnh đồng nhiễm HDV; hoặc người bệnh có tải lượng vi rút thấp và ALT tăng cao, không muốn điều trị dài hạn bằng NAs.

## 2.6. Thời gian điều trị:



### **2.6.1. Thời gian điều trị với thuốc NAs kéo dài, có thể suốt đời**

- Người bệnh xơ gan phải điều trị suốt đời.
- Người bệnh chưa xơ gan: điều trị lâu dài, có thể xem xét ngưng điều trị trong các trường hợp sau đây:
  - + VGVR B mạn với HBeAg dương tính: có thể ngưng điều trị sau khi đã điều trị thêm 12 tháng kể từ khi có chuyển đổi huyết thanh HBeAg (HBeAg âm tính, anti-HBe dương tính và tải lượng HBV DNA dưới ngưỡng) hoặc mất HBsAg
  - + VGVR B mạn với HBeAg âm tính: có thể ngưng điều trị khi tải lượng HBV DNA dưới ngưỡng và mất HBsAg
  - + Nếu không thể đo tải lượng HBV DNA, có thể cân nhắc ngưng thuốc kháng vi rút khi mất HBsAg kéo dài ít nhất 12 tháng trước khi ngưng điều trị (bất kể tình trạng HBeAg)
  - + HBcrAg âm tính.
- *Chỉ ngưng điều trị khi* người bệnh có điều kiện theo dõi định kỳ trong thời gian dài để đánh giá khả năng tái hoạt HBV sau khi ngưng thuốc. Giải thích và tư vấn cho người bệnh nguy cơ bùng phát VGVR B, bệnh gan mất bù và ung thư gan sau khi ngưng điều trị.

### **2.6.2. Đối với Peg-IFN, thời gian điều trị là 48 tuần**

## **2.7. Điều trị cho một số trường hợp đặc biệt**

### **2.7.1. Đồng nhiễm HBV/HCV:**

- Xét nghiệm anti-HCV cho tất cả người nhiễm HBV. Nếu anti-HCV dương tính, đo tải lượng HCV RNA hoặc kháng nguyên HCVcAg để chẩn đoán viêm gan vi rút C (VGVR C) mạn.
- Chỉ định điều trị HCV khi người bệnh được chẩn đoán VGVR C mạn.
- Đối với các trường hợp đạt tiêu chuẩn điều trị VGVR B mạn (mục 2.4) điều trị kháng vi rút ngay.
- Các trường hợp đồng nhiễm HBV/HCV chưa đủ tiêu chuẩn để điều trị VGVR B, khi điều trị VGVR C bằng thuốc kháng vi rút trực tiếp (Direct acting antiviral-DAA) cần theo dõi chặt chẽ AST, ALT và tải lượng HBV DNA mỗi 4 - 8 tuần trong quá trình điều trị và 12 tuần sau khi ngưng DAAs. Khởi động điều trị kháng HBV khi tải lượng HBV DNA tăng hơn 10 lần hoặc HBV DNA trên 1000 IU/ml nếu trước đó chưa phát hiện hoặc không xác định được.

### **2.7.2. Đồng nhiễm HBV/HIV**

Các trường hợp đồng nhiễm HBV/HIV nên được điều trị thuốc kháng HIV (ARV) với phác đồ có TDF hoặc TAF, không phụ thuộc số lượng CD4 và giai đoạn lâm sàng nhiễm HIV. TDF có thể được sử dụng điều trị cho trẻ  $\geq 3$  tuổi đồng nhiễm HIV/HBV.

### **2.7.3. Đồng nhiễm HBV/HDV**

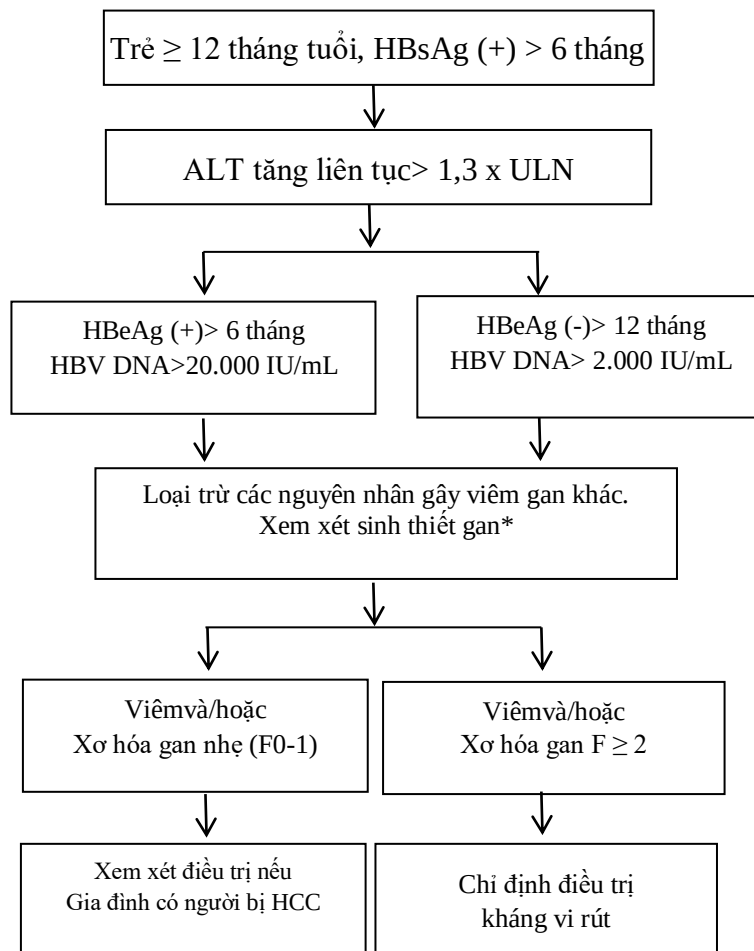
- Xét nghiệm anti-HDV cho các trường hợp có HBsAg dương tính trong các tình huống sau:
  - + Tải lượng HBV DNA thấp và nồng độ ALT cao
  - + Nhóm đối tượng nguy cơ cao (nhiễm HIV, tiêm chích ma túy, quan hệ đồng tính nam, mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục)
- Người bệnh VGVR B mạn có anti-HDV dương tính cần được xét nghiệm tải lượng HBV DNA và HDV RNA định kỳ
- Tải lượng HDV RNA cao và nồng độ ALT cao: điều trị Peg-IFN x 48 tuần. Xét nghiệm HDV RNA sau điều trị nếu ALT tăng để theo dõi sự tái phát HDV
- Điều trị phối hợp thuốc kháng vi rút B: entecavir hoặc tenofovir (TAF, TDF) nếu tải lượng HBV DNA tăng

### **2.7.4. Phụ nữ mang thai:**

- Đối với phụ nữ mang thai có HBsAg dương tính và chưa điều trị kháng vi rút, cần đánh giá các tiêu chuẩn điều trị:
  - + Nếu đủ tiêu chuẩn: điều trị bằng TDF
  - + Nếu không đủ tiêu chuẩn: Theo dõi và điều trị dự phòng lây nhiễm HBV từ mẹ sang con (mục 2, phần IV).
- Đối với phụ nữ đang điều trị viêm gan B mạn muốn có thai, nếu đang điều trị bằng thuốc không phải TDF thì chuyển sang TDF trước khi dự kiến có thai **ít nhất 2 tháng**.
- Đối với phụ nữ mới phát hiện có thai trong khi đang điều trị kháng vi rút, tiếp tục điều trị TDF, nếu đang điều trị thuốc không phải TDF thì chuyển sang TDF.

### 2.7.5. Trẻ em

- Chỉ định điều trị VGVR B mạn ở trẻ em cần được xem xét cẩn thận và loại trừ các nguyên nhân khác gây tổn thương gan, bao gồm các bệnh gan di truyền (ví dụ bệnh Wilson...)
- Không chỉ định điều trị ở trẻ < 12 tháng tuổi
- Xem xét chỉ định điều trị theo lưu đồ 1



Lưu đồ 1. Điều trị viêm gan vi rút B mạn ở trẻ em

\* nếu không sinh thiết được thì phải hội chẩn để quyết định điều trị kháng virút

### 2.7.6. Người bệnh bị ung thư biểu mô tế bào gan

Điều trị lâu dài bằng ETV hoặc TDF ngay trước, trong và sau khi điều trị HCC.

### 2.7.7. Người bệnh dùng thuốc ức chế miễn dịch, hóa trị liệu, ghép tạng

- Các trường hợp chuẩn bị ghép tạng, dùng thuốc ức chế miễn dịch, hóa trị liệu phải làm các xét nghiệm sàng lọc nhiễm HBV gồm HBsAg, anti-HBs, anti-HBc. Thuốc điều trị dự phòng tái hoạt HBV gồm TDF, TAF hoặc ETV.

- Các trường hợp dùng thuốc ức chế miễn dịch, hóa trị liệu:

Điều trị dự phòng bằng thuốc kháng vi rút khởi đầu **càng sớm càng tốt, trước 2 tuần hoặc muộn nhất là cùng lúc với các thuốc ức chế miễn dịch hay hóa trị**, tiếp tục **duy trì 6-12 tháng** (tùy trường hợp) **sau khi ngưng thuốc ức chế miễn dịch và hóa trị liệu** (Phụ lục 3).

- Trường hợp ghép tạng: dự phòng theo chỉ định ghép tạng.

### 2.7.8. Đợt bùng phát của viêm gan vi rút B mạn:

- Điều trị thuốc kháng vi rút ngay đối với đợt bùng phát VGVR B mạn do có thể dẫn đến bệnh gan mất bù và tử vong. Tư vấn cho người bệnh có thể ghép gan.
- Biểu hiện lâm sàng của đợt bùng phát VGVR B mạn rất thay đổi, có thể từ không triệu chứng cho đến có triệu chứng tương tự viêm gan cấp.
- Chẩn đoán đợt bùng phát VGVR B mạn khi đột ngột tăng ALT > 3 lần mức tăng ban đầu hoặc > 5 lần ULN không do các nguyên nhân khác như rượu, thuốc... ở người bệnh có HBsAg dương tính. Lưu ý tải lượng HBV DNA có thể không tăng thậm chí có thể giảm so với trước.
- Đợt bùng phát VGVR B mạn có thể xảy ra tự phát hoặc khi có yếu tố thuận lợi:

- + Điều trị với các thuốc ức chế miễn dịch hay hóa trị liệu
- + Ngưng thuốc kháng HBV
- + Có bệnh đi kèm gây tổn thương gan và suy yếu hệ miễn dịch

### 2.7.9. Các trường hợp chưa đề cập trong Hướng dẫn

Cần hội chẩn chuyên môn để quyết định điều trị

## 3. Theo dõi điều trị:

### 3.1. Chưa có chỉ định điều trị thuốc kháng vi rút:

- Khám lâm sàng, xét nghiệm công thức máu, AST, ALT *mỗi 12-24 tuần*.
- HBeAg và đánh giá xơ hóa gan *mỗi 24 - 48 tuần*.
- Xem xét đo tải lượng HBV DNA *mỗi 24 - 48 tuần* và
- Xét nghiệm phát hiện sớm HCC *mỗi 12-24 tuần* (mục 3.3).

### 3.2. Điều trị thuốc kháng vi rút:

#### 3.2.1. Đang điều trị thuốc kháng vi rút

- Sau tháng điều trị đầu tiên, theo dõi lâm sàng, AST, ALT, creatinin huyết thanh *mỗi 2-4 tuần* tùy theo diễn tiến bệnh
- Khi bệnh đã ổn định (không có triệu chứng lâm sàng, AST, ALT < 2 lần ULN và có đáp ứng vi rút ban đầu): tái khám *mỗi 12 tuần* và làm các xét nghiệm công thức máu, AST, ALT, creatinin huyết thanh, HBeAg (nếu HBeAg còn dương tính), anti-HBe (khi đã mất HBeAg); đánh giá xơ hóa gan *mỗi 24 - 48 tuần*.
- Tải lượng **HBV- DNA** thực hiện ở **tuần điều trị thứ 12, 24 và 48**, sau đó thực hiện **mỗi 24 - 48 tuần** hoặc khi ALT tăng không rõ nguyên nhân để đánh giá đáp ứng điều trị và khả năng tái phát HBV hoặc khi người bệnh không tuân thủ điều trị.
- Định lượng HBsAg (hoặc định tính nếu không làm được định lượng) *mỗi 24 - 48 tuần* để đánh giá khả năng mất HBsAg khi tải lượng HBV DNA dưới ngưỡng và HBeAg âm tính.
- Nếu điều trị bằng IFN hoặc Peg-IFN: theo dõi công thức máu, glucose máu, ure máu, creatinin máu, chức năng tuyến giáp *mỗi 4 - 2 tuần* để phát hiện các tác dụng không mong muốn của thuốc
- Các xét nghiệm khác theo chỉ định lâm sàng.

#### 3.2.2. Đã ngưng điều trị thuốc kháng vi rút:

- Khám định kỳ để theo dõi các triệu chứng lâm sàng
- Xét nghiệm *mỗi 12 tuần* trong ít nhất 1 năm đầu sau khi ngưng thuốc để đánh giá tái phát bao gồm AST, ALT, công thức máu, tải lượng HBV DNA. Sau đó, tiếp tục theo dõi AST, ALT *mỗi 12 -24 tuần* và tải lượng HBV DNA *mỗi 24 - 48 tuần*. Xét nghiệm sàng lọc HCC sớm *mỗi 12 - 24 tuần*.
- Trường hợp sau khi ngừng điều trị Peg-IFN: theo dõi đáp ứng vi rút muộn bằng HBeAg nếu trước đó HBeAg dương tính, định lượng (hoặc định tính) HBsAg và tải lượng HBV DNA *mỗi 12 tuần* trong thời gian ít nhất 48 tuần sau khi ngưng thuốc, sau đó *mỗi 12-24 tuần* trong 5 năm tiếp theo.

### 3.3. Sàng lọc xơ gan và ung thư gan:

- Sàng lọc xơ gan và ung thư gan cho tất cả người bệnh nhiễm HBV mạn chưa điều trị, đang điều trị và đã ngưng điều trị thuốc kháng vi rút, đặc biệt ở người có xơ hóa gan F  $\geq$  3.
- Thực hiện các xét nghiệm công thức máu, AST, ALT và các xét nghiệm đánh giá chức năng gan, xơ hóa gan nếu cần.
- Xét nghiệm phát hiện sớm ung thư gan: AFP và/hoặc AFP-L3, PIVKA-II (DCP) và siêu âm bụng *mỗi 12 - 24 tuần*.
- Nếu nghi ngờ u gan trên siêu âm hoặc bất thường về xét nghiệm phát hiện sớm ung thư gan hoặc AFP tăng liên tục trong 12 tuần thì chụp cắt lớp vi tính bụng có chất cản quang hoặc cộng hưởng từ bụng có chất tương phản từ.

## 4. Các trường hợp thất bại điều trị với thuốc kháng virút:

### 4.1. Tiêu chuẩn thất bại điều trị:

- Không đáp ứng vi rút ban đầu (*Primary non-response*): tải lượng HBV DNA giảm < 10 lần sau 12 tuần điều trị kháng vi rút, thường liên quan đến không tuân thủ điều trị.
- Đáp ứng vi rút một phần (*Partial virological response*): tải lượng HBV DNA giảm > 10 lần nhưng trên ngưỡng phát hiện sau ít nhất 48 tuần điều trị thuốc kháng vi rút ở người bệnh tuân thủ điều trị.

- Bùng phát vi rút (*Virological breakthrough*): tăng HBV DNA >10 lần so với trị số thấp nhất trong quá trình điều trị hoặc HBV DNA  $\geq 100$  IU/mL sau khi đáp ứng virút đạt mức dưới ngưỡng phát hiện.

**\* Lưu ý:**

- Cần đánh giá tuân thủ điều trị và xem xét các phương pháp đo tải lượng HBV- DNA để kiểm tra lại trước khi kết luận thất bại điều trị.
- Việc đánh giá thất bại điều trị để thay đổi hoặc phối hợp thuốc không nên kéo dài quá 4 tuần.
- Nếu có điều kiện nên xác định vi rút đột biến kháng thuốc bằng giải trình tự gen để có hướng xử trí phù hợp.

#### 4.2. Xử trí:

- Tư vấn tuân thủ điều trị.
- Chỉ thay đổi thuốc kháng vi rút sau khi đã xác định có thất bại điều trị. Áp dụng cho tất cả các trường hợp điều trị NAs không đáp ứng ban đầu hoặc bùng phát virút.
- Đối với đáp ứng virút một phần:
  - + Đổi sang TDF hoặc EVT nếu đang điều trị với LAM, ADV.
  - + Nếu người bệnh đang điều trị với TDF (hoặc TAF) hoặc ETV mà tải lượng HBV DNA thấp (< 2.000 IU/mL) thì tùy trường hợp cụ thể, có thể đổi thuốc ngay hoặc tiếp tục điều trị và theo dõi đến khi tải lượng HBV DNA tăng cao hơn mới thay đổi thuốc.
- Nguyên tắc thay đổi thuốc: đổi thuốc có hoạt lực mạnh hơn hoặc thuốc khác nhóm (đối với tenofovir, entecavir) hoặc chỉ phối hợp thuốc khi có bằng chứng không có sự kháng chéo.

- Bảng 2. Lựa chọn thuốc khi thất bại điều trị:

| Thất bại điều trị | Cách thức                |                        |
|-------------------|--------------------------|------------------------|
|                   | Đổi thuốc                | Phối hợp thuốc         |
| Lamivudine        | Tenofovir                | Lamivudine + Tenofovir |
| Entecavir         | Tenofovir                | Entecavir + Tenofovir  |
| Adefovir          | Entecavir hoặc Tenofovir | Adefovir + Entecavir   |
| Tenofovir         | Entecavir                | Tenofovir + Entecavir  |
| Đa kháng          | Tenofovir                | Tenofovir + Entecavir  |

## IV. PHÒNG BỆNH:

### 1. Phòng bệnh chủ động

- Tiêm vắc xin VGVR B cho tất cả trẻ em trong vòng 24 giờ sau sinh và các mũi kế tiếp theo hướng dẫn của chương trình tiêm chủng mở rộng.
- Tiêm vắc xin VGVR B cho các đối tượng chưa bị nhiễm HBV, đặc biệt ở các đối tượng có nguy cơ lây nhiễm HBV cao (nhân viên y tế, người có tiền sử truyền máu, người tiêm chích ma túy, người có quan hệ tình dục không an toàn, gia đình có người nhiễm HBV...).
- Tiêm vắc xin VGVR B an toàn trong thai kỳ, phụ nữ mang thai chưa bị nhiễm HBV và chưa có kháng thể bảo vệ nên được tư vấn và tiêm phòng nhất là ở các thai phụ có nguy cơ lây nhiễm HBV cao.
- Nên xét nghiệm HBsAg và anti-HBs trước khi tiêm vắc xin:
  - + Nếu HBsAg âm tính và anti-HBs < 10 IU/ml: tiêm phòng theo lịch;
  - + Nếu HBsAg âm tính và anti-HBs  $\geq 10$  IU/mL: không tiêm phòng theo lịch, không cần thiết xét nghiệm lặp lại định kỳ.

### 2. Phòng lây truyền từ mẹ sang con:

- Tiêm vắc xin VGVR B liều sau sinh cho tất cả trẻ em theo chương trình tiêm chủng mở rộng.
- Trẻ sinh ra từ mẹ có HBsAg dương tính: tiêm kháng huyết thanh VGVRB và vắc xin VGVR B trong vòng 24 giờ sau sinh. Nên tiêm cùng thời điểm nhưng ở hai vị trí khác nhau. Sau đó tiêm đầy đủ các liều vắc xin VGVR B cho trẻ theo quy định của chương trình tiêm chủng mở rộng.

- Đối với các trường hợp thai phụ có tải lượng HBV-DNA > 200.000 IU/mL (> 10<sup>6</sup> copies/mL) hoặc HBsAg định lượng > 10<sup>4</sup> IU/mL, tư vấn điều trị dự phòng lây truyền HBV từ mẹ sang con
  - + Dùng TDF từ tuần 24-28 của thai kỳ, nếu muộn hơn thì nên bắt đầu ít nhất 4 tuần trước sinh và liên tục đến 4-12 tuần sau sinh
  - + Theo dõi tình trạng của mẹ gồm triệu chứng lâm sàng, AST, ALT mỗi 4-12 tuần, tải lượng HBV DNA trong vòng 24 tuần sau sinh để phát hiện VGR B bùng phát.
  - + Xét nghiệm HBsAg và anti-HBs cho trẻ > 12 tháng tuổi để đánh giá tình trạng nhiễm HBV.
- Không chống chỉ định nuôi con bằng sữa mẹ ở những người mẹ có HBsAg dương tính và mẹ đang sử dụng TDF để điều trị bệnh hoặc điều trị dự phòng.

### **3. Phòng bệnh không đặc hiệu:**

- Đảm bảo an toàn truyền máu và các chế phẩm của máu
- Không dùng chung kim tiêm và các dụng cụ xuyên chích qua da
- Thực hiện an toàn tình dục
- Tránh tiếp xúc với máu và các dịch tiết của người bệnh nhiễm HBV
- Thực hiện các biện pháp phòng ngừa chuẩn dự phòng các bệnh lây truyền qua đường máu.

**PHỤ LỤC 1**  
**CHẨN ĐOÁN CÁC GIAI ĐOẠN CỦA NHIỄM HBV MẠN**

| <b>Giai đoạn</b>                           | <b>Tiêu chuẩn</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VGVR B mạn                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- HBsAg (+) <math>\geq</math> 6 tháng</li> <li>- Tải lượng HBV DNA thay đổi: từ không phát hiện cho đến vài tỷ IU/mL</li> <li>- Chia làm 2 thể HBeAg (+) và HBeAg (-)</li> <li>- Nồng độ ALT/AST bình thường hoặc tăng</li> <li>- Sinh thiết gan có hình ảnh viêm gan mạn với nhiều mức độ hoại tử hoặc/và xơ hóa gan</li> </ul>                                                      |
| Nhiễm HBV mạn giai đoạn dung nạp miễn dịch | <ul style="list-style-type: none"> <li>- HBsAg (+) <math>\geq</math> 6 tháng</li> <li>- HBeAg (+)</li> <li>- Tải lượng HBV cao (điển hình <math>&gt; 1</math> triệu IU/mL)</li> <li>- ALT hoặc/và AST bình thường hoặc hơi tăng</li> <li>- Không xơ hóa và tình trạng viêm nhẹ trên sinh thiết gan</li> </ul>                                                                                                                |
| VGVR B mạn giai đoạn hoạt động             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- HBsAg (+) <math>\geq</math> 6 tháng</li> <li>- Tải lượng HBV DNA <math>&gt; 20.000</math> IU/mL với HBeAg (+) và <math>&gt; 2.000</math> IU/mL với HBeAg (-)</li> <li>- Nồng độ ALT hoặc/và AST tăng dai dẳng hoặc tăng từng đợt</li> <li>- Sinh thiết gan có hình ảnh viêm gan mạn với mức độ viêm từ vừa đến nặng kèm theo có xơ hóa gan hoặc không xơ hóa gan</li> </ul>         |
| VGVR B mạn giai đoạn không hoạt động       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- HBsAg (+) <math>\geq</math> 6 tháng.</li> <li>- HBeAg (-), anti-HBe (+)</li> <li>- HBV DNA <math>&lt; 2.000</math> IU/mL</li> <li>- Nồng độ ALT hoặc/và AST luôn bình thường</li> <li>- Sinh thiết gan không có tình trạng viêm đáng kể, tuy nhiên, sinh thiết hoặc đánh giá xơ hóa gan bằng các phương pháp không xâm lấn cho thấy có thể có xơ hóa gan ở nhiều mức độ.</li> </ul> |

## PHỤ LỤC 2

### ĐÁNH GIÁ CÁC GIAI ĐOẠN ĐỘ XƠ HÓA GAN

Xơ hóa gan gồm 4 giai đoạn (F0-4) theo phân loại Metavir trên mô học

Các mức độ xơ hóa gan gồm:

- + Xơ hóa đáng kể (significant fibrosis):  $F \geq 2$
- + Xơ hóa tiến triển (advanced fibrosis):  $F \geq 3$
- + Xơ gan (cirrhosis): F4

#### 1. Đo độ đàn hồi gan (ví dụ Fibroscan)

|      |                                              |
|------|----------------------------------------------|
| F0-1 | : không xơ hóa gan hoặc xơ hóa nhẹ < 7,0 Kpa |
| F2   | : xơ hóa trung bình (vừa) 7,0 - < 9,5 KPa    |
| F3   | : xơ hóa nặng 9,5 - < 11 KPa                 |
| F4   | : xơ gan $\geq 11$ KPa                       |

#### 2. Chỉ số APRI

$$\text{APRI} = \frac{\text{AST} \times 100 / \text{AST (ULN)}^*}{\text{Tiểu cầu} (10^9/1)}$$

|         |             |
|---------|-------------|
| F0 - F1 | : < 0,5     |
| F2      | : 0,5 - < 1 |
| F3 - F4 | : 1 - < 2,0 |
| F4      | : $\geq 2$  |

\* ULN của phòng xét nghiệm

#### BẢNG ĐIỂM CHILD-PUGH

| Tiêu chuẩn để đánh giá                                                                                  | 1 điểm                                          | 2 điểm        | 3 điểm        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------|---------------|
| Bệnh não gan                                                                                            | Không                                           | Giai đoạn 1-2 | Giai đoạn 3-4 |
| Cổ trướng                                                                                               | Không                                           | Ít            | Nhiều         |
| Bilirubin huyết thanh (mg/dl)                                                                           | < 2                                             | 2-3           | > 3           |
| ( $\mu\text{mol/L}$ )                                                                                   | < 35                                            | 35-50         | > 50          |
| Albumin huyết thanh (g/dL)                                                                              | > 3,5                                           | 2,8-3,5       | < 2,8         |
| Tỷ lệ Prothrombin (%)                                                                                   | > 64                                            | 44-64         | < 44          |
| hay INR                                                                                                 | < 1,7                                           | 1,7-2,3       | > 2,3         |
| - <b>Child A: 5-6 điểm</b><br>- <b>Child B: 7-9 điểm</b><br>- <b>Child C: <math>\geq 10</math> điểm</b> | xơ gan còn bù<br>xơ gan mất bù<br>xơ gan mất bù |               |               |

### PHỤ LỤC 3

## ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG VIÊM GAN B BÙNG PHÁT KHI ĐIỀU TRỊ CÁC THUỐC ỨC CHẾ MIỄN DỊCH HAY HÓA TRỊ LIỆU

### 1. Trường hợp nguy cơ cao (nguy cơ tái hoạt viêm gan > 10%)

- Người bệnh dùng thuốc làm suy giảm tế bào B (ví dụ: rituximab, ofatumumab) có HBsAg dương tính hoặc âm tính nhưng anti-HBc dương tính: dự phòng bằng thuốc kháng vi rút ít nhất trong 12 tháng sau khi ngừng điều trị ức chế miễn dịch
- Người bệnh HBsAg dương tính dùng dẫn xuất anthracycline (ví dụ: doxorubicin, epirubicin) hoặc dùng corticosteroids liều trung bình (10-20mg prednisone hàng ngày hoặc tương đương) hoặc liều cao (> 20mg prednisone hàng ngày hoặc tương đương) hàng ngày kéo dài trên 4 tuần: dự phòng bằng thuốc kháng vi rút ít nhất trong 6 tháng sau khi ngừng điều trị ức chế miễn dịch.

### 2. Trường hợp nguy cơ trung bình (nguy cơ tái hoạt viêm gan 1-10%)

- Người bệnh có HBsAg dương tính hoặc âm tính nhưng anti-HBc dương tính dùng thuốc ức chế TNF-cx (ví dụ: etanercept, adalimumab, certolizumab, infliximab) hoặc dùng thuốc ức chế cytokine hoặc integrin khác (ví dụ: abatacept, ustekinumab, natalizumab, vedolizumab) hoặc thuốc ức chế tyrosine kinase (ví dụ: imatinib, nilotinib): dự phòng bằng thuốc kháng vi rút ít nhất trong 6 tháng sau khi ngừng điều trị ức chế miễn dịch
- Người bệnh có HBsAg dương tính dùng liều thấp corticosteroids (< 10mg prednisone/ngày hoặc tương đương) hàng ngày kéo dài hơn 4 tuần. Người bệnh có HBsAg dương tính hoặc âm tính nhưng anti-HBc dương tính dùng liều corticosteroid vừa phải (10-20mg prednisone/ngày hoặc tương đương) hoặc liều cao (> 20mg prednisone/ngày hoặc tương đương) hàng ngày kéo dài hơn 4 tuần hoặc người bệnh có anti-HBc dương tính có dùng dẫn xuất anthracycline (ví dụ: doxorubicin, epirubicin): dự phòng bằng thuốc kháng vi rút ít nhất trong 6 tháng sau khi ngừng điều trị ức chế miễn dịch.



**PHỤ LỤC 4**  
**ĐIỀU CHỈNH LIỀU THUỐC KHÁNG VI RÚT TRÊN NGƯỜI SUY THẬN THEO MỨC LỘC**  
**CẦU THẬN (CrCl)**

| <b>Thuốc kháng vi rút</b>             | <b>Mức lọc cầu thận</b>                                                                                        | <b>Điều chỉnh liều</b>                                                                                                                                             |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.Tenofovir disoproxil fumarate (TDF) | + CrCl $\geq$ 50 mL/phút<br>+ CrCl 30-49 mL/phút<br>+ CrCl 10-29 mL/phút<br>+ CrCl < 10 mL/phút<br>+ Chạy thận | + Không cần giảm liều<br>+ 300mg mỗi 48 giờ<br>+ 300mg mỗi 72 - 96 giờ<br>+ Không dùng<br>+ 300mg mỗi 7 ngày hoặc uống sau 12 giờ mỗi lần chạy thận                |
| 2. Entecavir (ETV)                    | + CrCl: $\geq$ 50 mL/phút<br>+ CrCl: 30-49 mL/phút<br>+ CrCl: 10-29 mL/phút<br>+ CrCl < 10 mL/phút, chạy thận  | + Không cần giảm liều.<br>+ 0,25 mg/ngày hoặc 0,5 mg mỗi 48 giờ.<br>+ 0,15 mg/ngày hoặc 0,5 mg mỗi 72 giờ.<br>+ 0,5 mg mỗi 7 ngày                                  |
| 3.Tenofovir alafenamide (TAF)         |                                                                                                                | Không cần giảm liều đối với các trường hợp suy thận nhẹ, vừa và nặng, hoặc chạy thận. Chưa có dữ liệu trên người suy thận có CrCl <15 ml/phút nhưng chưa chạy thận |

(Ban hành kèm theo Quyết định số: 3310/QĐ-BYT ngày 29 tháng 7 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

# CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH VIÊM GAN VI RÚT C

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh viêm gan vi rút C là bệnh truyền nhiễm do vi rút viêm gan C (Hepatitis C Virus: HCV) gây ra. HCV có cấu trúc di truyền là sợi đơn RNA, thuộc họ *Flaviviridae*. HCV có 6 kiểu gen: 1, 2, 3, 4, 5, 6. Mỗi kiểu gen lại chia thành nhiều dưới nhóm khác nhau. Ở Việt Nam, kiểu gen thường gặp nhất là 1 và 6. Các kiểu gen 2 và 3 ít gặp hơn. HCV chủ yếu lây qua đường máu, ngoài ra còn lây qua đường tình dục, mẹ truyền sang con. Hiện tại, chưa có vắc xin phòng bệnh viêm gan vi rút C.

## 2. CHẨN ĐOÁN VIÊM GAN VI RÚT C

### 2.1. Chẩn đoán xác định

#### 2.1.1. Viêm gan vi rút C cấp

- Thời gian nhiễm HCV dưới 6 tháng: có chuyển đảo huyết thanh từ anti-HCV âm tính sang anti-HCV dương tính

- Có tiền sử phơi nhiễm với nguồn bệnh
- Không có biểu hiện lâm sàng hoặc có biểu hiện của viêm gan cấp: mệt, vàng mắt, vàng da,...
- AST, ALT thường tăng.
- HCV RNA: dương tính sau 2 tuần phơi nhiễm.
- Anti-HCV có thể âm tính trong vài tuần đầu hoặc dương tính sau 8-12 tuần phơi nhiễm.

Chẩn đoán nhiễm HCV cấp khi (1) có chuyển đảo anti-HCV từ âm tính sang dương tính hay (2) anti-HCV âm tính nhưng HCV RNA dương tính ở người có cơ địa miễn dịch bình thường.

#### 2.2.2. Viêm gan vi rút C mạn

- Thời gian nhiễm HCV > 6 tháng
- Có hoặc không có biểu hiện lâm sàng.
- Anti- HCV dương tính và HCV RNA dương tính hoặc HCV core-Ag dương tính.
- Không có/hoặc có xơ hóa gan, xơ gan (*Phụ lục 1*).

Người bệnh được chẩn đoán viêm gan vi rút C mạn khi có anti-HCV dương tính và HCV RNA dương tính hoặc tải lượng HCV RNA trên ngưỡng phát hiện hoặc HCVcAg dương tính (hướng dẫn xét nghiệm vi rút viêm gan B, C ban hành kèm theo Quyết định số 1868/QĐ-BYT, ngày 24/4/2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế).

\* Các bước thực hiện chẩn đoán nhiễm HCV:

- Tiến hành xét nghiệm anti-HCV
- Nếu anti-HCV âm tính ở người có cơ địa miễn dịch bình thường nghĩa là không nhiễm HCV.
- Nếu anti-HCV dương tính nghĩa là đã từng nhiễm HCV hoặc đang hiện nhiễm HCV. Người bệnh có kết quả anti-HCV dương tính cần được xét nghiệm khẳng định tình trạng nhiễm HCV bằng một trong các xét nghiệm sau:

- + Xét nghiệm tải lượng HCV RNA.
- + Xét nghiệm định tính HCV RNA.
- + Xét nghiệm phát hiện kháng nguyên lõi HCVcAg.
- Chẩn đoán nhiễm HCV khi:
- + Kết quả tải lượng HCV RNA trên giới hạn phát hiện, hoặc
- + Định tính HCV RNA dương tính, hoặc
- + Kháng nguyên HCVcAg dương tính.

Đối với người lọc máu hoặc suy giảm miễn dịch nặng có xét nghiệm anti-HCV âm tính nhưng có biểu hiện của bệnh gan, nên xét nghiệm HCV-RNA hoặc HCV coreAg để chẩn đoán viêm gan C.

#### 2.2.3. Viêm gan vi rút C ở trẻ em

Tất cả trẻ em sinh ra từ mẹ bị viêm gan vi rút C cần được xét nghiệm xác định tình trạng nhiễm HCV. Xét nghiệm anti-HCV thực hiện khi trẻ từ 18 tháng tuổi. Trẻ có anti-HCV dương tính cần được xét nghiệm HCV RNA sau 3 tuổi để khẳng định nhiễm HCV mạn.

## 3. ĐIỀU TRỊ VIÊM GAN VI RÚT C

**3.1. Điều trị viêm gan vi rút C cấp:** Khoảng 20-50% người bệnh nhiễm HCV cấp có thể tự khỏi

- Điều trị hỗ trợ: nghỉ ngơi và điều trị triệu chứng.
- Điều trị đặc hiệu:

- + Điều trị sofosbuvir/velpatasvir hoặc glecaprevir/pibrentasvir trong thời gian 8 tuần
- + Xét nghiệm tải lượng HCV RNA ở tuần thứ 12 sau điều trị để đánh giá khả năng khỏi bệnh (đạt SVR 12).

### **3.2. Điều trị viêm gan vi rút C mạn**

#### **3.2.1. Mục tiêu điều trị**

- Loại trừ HCV ra khỏi cơ thể người bệnh (đạt được đáp ứng vi rút bền vững: tải lượng HCV RNA dưới ngưỡng phát hiện ( $< 15$  IU/ml) ở tuần thứ 12 sau khi kết thúc điều trị, gọi là **SVR 12**).
- Phòng ngừa các biến chứng về gan và các bệnh ngoài gan liên quan đến HCV bao gồm viêm gan tiến triển, xơ hóa gan, xơ gan, HCC, biểu hiện ngoài gan nặng và tử vong.
- Dự phòng lây nhiễm HCV trong cộng đồng.

#### **3.2.2. Chỉ định và chống chỉ định điều trị viêm gan vi rút C**

##### **a. Chỉ định**

Người bệnh được chẩn đoán viêm gan vi rút C mạn (theo mục 2.2)

##### **b. Chống chỉ định**

**\* Đối với phác đồ có các thuốc kháng vi rút trực tiếp (Direct Acting Antivirals: DAA)**

- Trẻ  $< 3$  tuổi
- Phụ nữ có thai
- Không sử dụng các DAA cùng với thuốc có tương tác gây ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị hoặc gây các biến cố không mong muốn, tăng tác dụng phụ của thuốc

**\* Đối với phác đồ có ribavirin (RBV)**

- Quá mẫn cảm với RBV
- Thiếu máu nặng (hemoglobin  $< 8,5$  g/dL)
- Bệnh về huyết sắc tố (bệnh hồng cầu hình liềm hoặc thalassemia)
- Phụ nữ có thai hoặc không muốn dùng các biện pháp tránh thai, phụ nữ đang cho con bú, nam giới có bạn tình đang mang thai

#### **3.2.3. Nguyên tắc điều trị**

- Người bệnh được chẩn đoán viêm gan vi rút C cần điều trị sớm, đặc biệt các trường hợp xơ hóa gan  $\geq$  F2, người bệnh viêm gan vi rút C có biểu hiện ngoài gan, người bệnh đồng nhiễm HIV/HCV, người bệnh nghiện chích ma túy, phụ nữ độ tuổi sinh đẻ mong muốn có thai,...

- Lựa chọn phác đồ có các thuốc DAA. Tại các cơ sở y tế không làm được xét nghiệm kiểu gen nên sử dụng phác đồ có hiệu quả điều trị với tất cả các kiểu gen

- Dựa vào tình trạng xơ gan, các chống chỉ định, tương tác thuốc và bệnh đi kèm để lựa chọn các phác đồ (xem mục 3.2.5).

- Các phác đồ sử dụng thuốc DAA thế hệ mới, chưa đề cập trong hướng dẫn này, có thể được xem xét, bổ sung dựa theo các hướng dẫn chuyên môn của Tổ chức Y tế thế giới và các Hiệp hội Gan mật Châu Á Thái Bình Dương, Châu Âu, Châu Mỹ và theo các quy định liên quan đến sử dụng thuốc tại Việt Nam.

- Các trường hợp xơ gan mất bù cần được điều trị tại các cơ sở chuyên khoa tuyến tỉnh hoặc trung ương.

#### **3.2.4. Chuẩn bị điều trị**

##### **a. Đánh giá mức độ nặng của bệnh gan**

- Đánh giá tình trạng xơ hóa gan dựa vào các phương pháp không xâm lấn. Chẩn đoán xơ gan (F4) khi APRI  $\geq 2$  hoặc FibroScan  $\geq 12,5$  kPa...(Phụ lục 1). Sinh thiết gan khi cần thiết.

- Đánh giá xơ gan còn bù, mất bù dựa vào phân loại Child-Pugh: Child-Pugh A là xơ gan còn bù, Child-Pugh B, C là xơ gan mất bù.

##### **b. Đánh giá bệnh lý đi kèm**

Người bệnh viêm gan vi rút C cần được đánh giá các bệnh lý đi kèm như:

- Đánh giá chức năng thận và mức lọc cầu thận
- Đánh giá tình trạng đồng nhiễm vi rút viêm gan B, HIV
- Đánh giá các bệnh tim mạch (rối loạn nhịp tim), rối loạn chuyển hóa (đái tháo đường, rối loạn lipid máu, ...)

- Đánh giá tình trạng nghiện rượu

##### **c. Đánh giá tương tác thuốc**

Đánh giá khả năng tương tác thuốc với các thuốc đang sử dụng như thuốc kháng HIV (antiretrovirals: ARV), thuốc chống lao, thuốc chống co giật, thuốc điều trị rối loạn nhịp tim, thuốc ức chế bơm proton...(Phụ lục 5)

#### **d. Các xét nghiệm**

- Các xét nghiệm khi bắt đầu điều trị và theo dõi điều trị viêm gan vi rút C (Phụ lục 2).
- Xét nghiệm kiểu gen HCV khi sử dụng các phác đồ không điều trị được tất cả các kiểu gen và/hoặc đối với người bệnh đã từng thất bại điều trị viêm gan vi rút C. Những cơ sở làm được xét nghiệm kiểu gen HCV thì có thể thực hiện trước khi điều trị.
- Đối với phụ nữ trong tuổi sinh đẻ hoặc nghi ngờ có thai cần xét nghiệm thử thai.
- Các xét nghiệm khác theo chỉ định lâm sàng.

#### **e. Tư vấn trước điều trị**

- Phác đồ điều trị, hiệu quả của điều trị, tác dụng phụ, khả năng tái nhiễm HCV
- Nguy cơ HCC đặc biệt đối với người bệnh có độ xơ hóa gan  $\geq$  F3
- Khả năng tương tác thuốc DAA với các thuốc khác và yêu cầu người bệnh phải thông báo cho thầy thuốc các loại thuốc khác được kê đơn trước và trong khi điều trị viêm gan vi rút C bao gồm cả thực phẩm chức năng
- Tuân thủ điều trị
- Tránh đồ uống có cồn (rượu, bia...)
- Tư vấn dự phòng tái nhiễm và dự phòng lây nhiễm HCV
- Tư vấn sử dụng biện pháp tránh thai trong quá trình điều trị thuốc DAA đối với cả người bệnh và bạn tình. Trong trường hợp sử dụng ribavirin tiếp tục sử dụng các biện pháp tránh thai cho đến 6 tháng sau khi kết thúc điều trị

#### **3.2.5. Phác đồ điều trị**

**Bảng 1. Phác đồ điều trị viêm gan vi rút C mạn ở người  $\geq$  18 tuổi không có xơ gan, xơ gan còn bù và điều trị lần đầu**

| Thuốc DAA            | Kiểu gen 1,4                               | Kiểu gen 2 | Kiểu gen 3 | Kiểu gen 5, 6 |
|----------------------|--------------------------------------------|------------|------------|---------------|
| SOF/VEL              | Điều trị tất cả các kiểu gen trong 12 tuần |            |            |               |
| SOF/DAC <sup>1</sup> | Điều trị tất cả các kiểu gen trong 12 tuần |            |            |               |
| SOF/LDV              | 12 tuần                                    | Không      | Không      | 12 tuần       |
| GLE/PIB <sup>2</sup> | Điều trị tất cả các kiểu gen trong 8 tuần  |            |            |               |
| GRZ/EBV <sup>3</sup> | 12 tuần                                    | Không      | Không      | Không         |

<sup>1</sup> Tỷ lệ khỏi (SVR12) ở người viêm gan C kiểu gen 3 có xơ gan là khoảng 80% khi điều trị với phác đồ có SOF/DAC và trên 90% khi điều trị với phác đồ SOF/VEL.

<sup>2,3</sup> Thuốc chưa được đăng ký tại Việt Nam và không được kê đơn. Chỉ được kê đơn khi các thuốc này được Bộ Y tế cấp phép.

*Lưu ý: Liều lượng của các thuốc DAA (Phụ lục 3)*

**Bảng 2. Phác đồ điều trị viêm gan vi rút C mạn cho người bệnh  $\geq$  18 tuổi có xơ gan mất bù và điều trị lần đầu**

**(Child Pugh B hoặc C)**

| Thuốc DAA                | Kiểu gen 1,4                               | Kiểu gen 2 | Kiểu gen 3 | Kiểu gen 5,6 |
|--------------------------|--------------------------------------------|------------|------------|--------------|
| SOF/VEL                  | Điều trị tất cả các kiểu gen trong 24 tuần |            |            |              |
| SOF/VEL/RBV              | Điều trị tất cả các kiểu gen trong 12 tuần |            |            |              |
| SOF/LDV                  | 24 tuần                                    | Không      | Không      | 24 tuần      |
| SOF/LDV/RBV              | 12 tuần                                    | Không      | Không      | 12 tuần      |
| SOF/DAC <sup>1</sup>     | 24 tuần                                    | 24 tuần    | 24 tuần    | 24 tuần      |
| SOF/DAC/RBV <sup>1</sup> | 12 tuần                                    | 12 tuần    | 12 tuần    | 12 tuần      |

<sup>1</sup>Tỷ lệ khỏi (SVR12) ở người viêm gan C kiểu gen 3 có xơ gan là khoảng 80% khi điều trị với phác đồ có SOF/DAC và trên 90% khi điều trị với phác đồ có SOF/VEL.

*Lưu ý:*

- *Liều lượng của các thuốc DAA (Phụ lục 3)*
- *Điều chỉnh liều RBV theo cân nặng, mức độ thiếu máu và mức độ suy thận (Phụ lục 4)*
- *Chống chỉ định sử dụng GLE, GRZ, VOX cho người bệnh xơ gan mất bù*

### **3.2.6. Điều trị viêm gan vi rút C ở một số trường hợp đặc biệt**

#### **a. Người bệnh viêm gan vi rút C đồng nhiễm HIV**

Người bệnh đồng nhiễm HCV/HIV được điều trị ARV ngay khi phát hiện nhiễm HIV và điều trị HCV khi CD4 từ 200 tế bào/mm<sup>3</sup> trở lên hoặc tải lượng HIV dưới ngưỡng ức chế. Người bệnh có xơ hóa từ F2 trở lên, điều trị HCV ngay khi dung nạp điều trị ARV.

Chỉ định điều trị viêm gan vi rút C cho người nhiễm HIV giống như người bệnh viêm gan vi rút C không nhiễm HIV

Lựa chọn phác đồ điều trị ARV và phác đồ điều trị viêm gan vi rút C tối ưu để tránh tương tác thuốc (Phụ lục 5), nếu cần thiết phải điều chỉnh liều DAA.

- Trường hợp người bệnh điều trị HIV bằng phác đồ tenofovir/lamivudin/dolutegravir (TDF/3TC/DTG hoặc TLD): điều trị như người viêm gan vi rút C không nhiễm HIV

**Lưu ý:** Không chỉ định phác đồ SOF/VEL hoặc SOF/LDV khi mức lọc cầu thận < 60 ml/phút/1,73m<sup>2</sup>

- Trường hợp người bệnh điều trị HIV bằng phác đồ khác TLD:

+ Chuyển sang phác đồ TLD nếu có thể trước khi điều trị HCV

+ Người bệnh đang điều trị HIV bằng phác đồ có efavirenz (EFV), nevirapine (NVP): ưu tiên sử dụng phác đồ SOF/DAC: Điều chỉnh liều DAC lên 90 mg

+ Người bệnh đang điều trị HIV bằng phác đồ có lopinavir/ritonavir (LPV/r): ưu tiên sử dụng phác đồ: SOF/VEL; SOF/DAC.

Phác đồ thay thế: SOF/LDV. Không chỉ định phác đồ có LDV khi mức lọc cầu thận < 60 ml/phút/1,73m<sup>2</sup>.

- Trường hợp người bệnh đang điều trị HIV bằng phác đồ có atazanavir (ATV): ưu tiên sử dụng SOF/DAC: Điều chỉnh liều DAC xuống 30 mg

Phác đồ thay thế: SOF/LDV. Không chỉ định phác đồ có LDV khi mức lọc cầu thận < 60 ml/phút/1,73m<sup>2</sup>.

**\* Lưu ý không phối hợp các phác đồ sau để điều trị đồng nhiễm HCV/HIV**

- SOF/VEL không sử dụng đồng thời với EFV, NVP

- SOF/VEL/VOX không sử dụng đồng thời với EFV, NVP, ATV/r, LPV/r

- RBV không sử dụng đồng thời với AZT

- ELB/GRZ không sử dụng đồng thời với EFV, NVP hoặc bất kỳ PI

- GLE/PIB không sử dụng đồng thời với EFV, NVP, LPV, ATV hoặc phác đồ ARV có ritonavir

#### **b. Người bệnh đồng nhiễm HCV/HBV**

- Người bệnh đồng nhiễm HCV/HBV điều trị bằng các phác đồ kháng HCV như người nhiễm HCV đơn thuần

- Người đồng nhiễm HCV/HBV đủ tiêu chuẩn điều trị HBV thì điều trị đồng thời HBV và HCV (chú ý tương tác thuốc, đặc biệt giữa TDF và SOF- Phụ lục 5)

- Người đồng nhiễm HCV/HBV mà chưa đủ tiêu chuẩn điều trị HBV thì điều trị dự phòng HBV bằng thuốc kháng HBV (NA: nucleot(s)ide analogues) khi bắt đầu điều trị thuốc DAA cho đến khi kết thúc DAA tối thiểu 12 tuần và theo dõi định kỳ nếu ngưng điều trị NA

- Nguy cơ tái hoạt HBV ở người bị viêm gan vi rút C có HBsAg âm tính, anti-HBs âm tính nhưng anti-HBc dương tính rất thấp trong quá trình điều trị thuốc DAA. Những người này không điều trị dự phòng bằng NA, chỉ theo dõi ALT, AST mỗi 4-8 tuần trong thời gian điều trị thuốc DAA và trong 12 tuần sau khi kết thúc điều trị DAA. Nếu ALT, AST tăng nên làm thêm xét nghiệm HBsAg và HBV DNA để có thể phát hiện HBV tái hoạt. Điều trị NA nếu có bằng chứng HBV tái hoạt (HBsAg dương và/hoặc HBV DNA phát hiện được).

#### **c. Người bệnh có bệnh thận mạn**

- Người bệnh suy thận mức độ nhẹ đến trung bình (mức lọc cầu thận  $> 30$  ml/phút/1,73m<sup>2</sup>) hoặc mức độ nặng (mức lọc cầu thận  $< 30$  ml/phút/1,73m<sup>2</sup>) bao gồm người bệnh lọc máu, chạy thận nhân tạo được điều trị các phác đồ phù hợp mà không cần điều chỉnh liều thuốc DAA như GLE/PIB, SOF/VEL, SOF/DAC cho tất cả kiểu gen và ELB/GRZ cho kiểu gen 1 và 4

- Người bệnh xơ gan mất bù có suy thận nhẹ đến trung bình (mức lọc cầu thận  $> 30$  ml/phút/1,73m<sup>2</sup>) nếu điều trị phác đồ SOF/VEL 12 tuần có RBV thì liều RBV bắt đầu là 600 mg, và điều chỉnh liều RBV tùy theo độ dung nạp và hemoglobin

- Người bệnh xơ gan mất bù có suy thận nặng (mức lọc cầu thận  $< 30$  ml/phút/1,73m<sup>2</sup>) nên điều trị phác đồ SOF/VEL 24 tuần không có RBV

#### **d. Người bệnh đồng nhiễm lao/HCV**

- Cần nhắc điều trị lao tiến triển trước, khi ổn định thì điều trị viêm gan vi rút C.

- Điều trị như người bệnh viêm gan vi rút C đơn nhiễm.

- Khi điều trị lao và điều trị viêm gan vi rút C lưu ý không sử dụng đồng thời rifampicine với các thuốc DAA (Phụ lục 5).

#### **3.2.7. Theo dõi điều trị**

##### **a. Theo dõi tương tác thuốc**

- Đánh giá tương tác thuốc trước khi điều trị viêm gan vi rút C và trước khi người bệnh bắt đầu điều trị các thuốc khác trong quá trình điều trị (Phụ lục 5).

- Theo dõi đánh giá tương tác thuốc đặc biệt quan trọng đối với người bệnh đồng nhiễm HCV/HIV do nhiều thuốc DAA có tương tác với ARV, người bệnh có rối loạn nhịp tim điều trị amiodaron có tương tác với SOF, VEL gây chậm nhịp tim, người bệnh đang sử dụng nhóm statin điều trị hạ lipid máu có thể tương tác với SOF gây tăng nguy cơ ly giải cơ vân...

##### **b. Theo dõi tác dụng không mong muốn**

Các thuốc DAA có một số tác dụng không mong muốn nhẹ, thường tự khỏi. Xét nghiệm chức năng thận và đánh giá mức lọc cầu thận nếu nghi ngờ suy thận khi sử dụng các phác đồ DAA cùng với các thuốc khác có khả năng tương tác gây độc tính lên thận

Đối với người bệnh điều trị RBV: Theo dõi chặt chẽ các tác dụng không mong muốn của RBV, xét nghiệm hemoglobin và điều chỉnh liều dựa trên mức hemoglobin.

- Đối với người bệnh không có bệnh tim mạch:

+ Hemoglobin  $< 10$ g/dL: giảm liều RBV từ 800 - 1200 mg/ngày xuống 600 mg/ngày và có thể dùng thêm erythropoietin, darbepoietin.

+ Hemoglobin 8,5 - 10g/dL: giảm liều RBV 50% cho đến liều 200mg/ngày.

+ Hemoglobin  $< 8,5$ g/dL: ngừng điều trị.

- Đối với người bệnh có tiền sử bệnh tim mạch ổn định: giảm liều RBV nếu hemoglobin giảm nhiều hơn 2g/dL trong thời gian điều trị 4 tuần. Nếu sau 4 tuần giảm liều mà hemoglobin vẫn giảm nhiều hơn 2g/dL thì ngừng điều trị RBV.

##### **c. Tuân thủ điều trị và tư vấn hỗ trợ khác**

- Người bệnh cần được cung cấp thông tin về tầm quan trọng của tuân thủ điều trị, đánh giá tuân thủ điều trị mỗi lần tái khám, nhận thuốc.

- Tư vấn về tác hại của rượu bia

- Tư vấn về dinh dưỡng, đặc biệt cho người bệnh xơ gan

- Tư vấn và kết nối người bệnh viêm gan vi rút C nghiện chích ma túy đến các dịch vụ giảm hại

- Tư vấn nguy cơ xơ gan và HCC

##### **d. Theo dõi đáp ứng điều trị viêm gan vi rút C mạn**

###### **\* Điều trị khỏi**

- Đạt được đáp ứng vi rút bền vững (SVR): Tải lượng HCV RNA dưới ngưỡng phát hiện ở tuần thứ 12 sau khi kết thúc điều trị (SVR12).

- Theo dõi người bệnh sau khi điều trị khỏi:

+ Theo dõi biến chứng HCC đặc biệt ở người có xơ hóa gan  $\geq$  F3 bằng siêu âm bụng và AFP mỗi 3-6 tháng. Xét nghiệm AFP-L3, PIVKA-II để phát hiện sớm HCC.

+ Theo dõi biến chứng đối với người bệnh xơ gan: nội soi dạ dày phát hiện giãn tĩnh mạch thực quản để phòng ngừa xuất huyết do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản...

+ Tư vấn dự phòng tái nhiễm HCV trên người bệnh tiêm chích ma túy, nam quan hệ tình dục đồng giới, người nhiễm HIV.

+ Người bệnh có nguy cơ tái nhiễm HCV hoặc có tăng men gan trở lại: cần kiểm tra lại xét nghiệm định lượng HCV RNA để phát hiện bệnh tái phát hoặc nhiễm HCV mới.

**\* Ngừng điều trị**

Việc ngừng điều trị rất ít gặp khi điều trị với phác đồ DAA. Tuy nhiên, có thể ngừng điều trị khi người bệnh có các tác dụng không mong muốn nặng, đe dọa tính mạng (đặc biệt đối với phác đồ có ribavirin):

+ ALT tăng  $\geq 10$  lần ở tuần thứ 4 điều trị.

+ ALT tăng dưới 10 lần ở tuần thứ 4 điều trị nhưng kèm theo bất kỳ tình trạng: suy nhược, buồn nôn, nôn, hội chứng não gan, ứ mật có tăng Bilirubin (Bilirubin TP > 3 mg/dL hoặc Bilirubin TT: >1,5 mg/dL) và/hoặc tăng phosphatase kiềm có ý nghĩa.

+ ALT tăng dưới 10 lần ở tuần thứ 4 điều trị và không giảm ở tuần thứ 6 và tuần thứ 8 điều trị: xem xét ngưng điều trị sau khi đã loại trừ tăng ALT do các nguyên nhân khác.

**\* Điều trị lại đối với người bệnh thất bại điều trị**

Thất bại điều trị được xác nhận khi không đạt được SVR12 sau kết thúc điều trị (Bảng 7).

Đối với các trường hợp thất bại điều trị, cần xét nghiệm kiểu gen HCV nếu trước đó chưa xét nghiệm. Chuyển tuyến/hội chẩn xin ý kiến chuyên gia để chọn lựa phác đồ thích hợp cho từng cá thể, nếu cần.

**Bảng 7. Phác đồ điều trị cho người có thất bại điều trị**

| Phác đồ điều trị thất bại | Phác đồ điều trị lại và thời gian điều trị |                               |                |
|---------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------|----------------|
|                           | Phác đồ thay thế                           | Không xơ gan và xơ gan còn bù | Xơ gan mất bù  |
| SOF + RBV                 |                                            |                               |                |
|                           | SOF/VEL                                    | 12 tuần                       | 24 tuần (+RBV) |
|                           | SOF/VEL/VOX <sup>1</sup>                   | 12 tuần                       | Không          |
|                           | GLE/PIB <sup>2</sup>                       | 12 tuần                       | Không          |
| SOF/DAC<br>SOF/LDV        | SOF/VEL +RBV                               | 24 tuần                       | 24 tuần        |
|                           | SOF/VEL/VOX <sup>1</sup>                   | 12 tuần                       | Không          |
|                           | GLE/PIB <sup>2</sup>                       | 12 tuần                       | Không          |
| SOF/VEL                   | SOF/VEL +RBV                               | 24 tuần                       | 24 tuần        |
|                           | SOF/VEL/VOX <sup>1</sup>                   | 12 tuần                       | Không          |
|                           | GLE/PIB <sup>2</sup>                       | 12 tuần                       | Không          |

<sup>1, 2</sup> Thuốc chưa được đăng ký tại Việt Nam và không được kê đơn. Chỉ được kê đơn khi các thuốc này được Bộ Y tế cấp phép.

**Lưu ý:** Các trường hợp thất bại điều trị với các phác đồ DAA không đề cập trong Bảng 7, việc lựa chọn phác đồ điều trị lại phải có ý kiến hội chẩn với chuyên gia trong từng trường hợp cụ thể.

## PHỤ LỤC 1

### ĐÁNH GIÁ CÁC GIAI ĐOẠN VÀ MỨC ĐỘ XƠ HÓA GAN

\* Xơ hóa gan gồm 4 giai đoạn theo phân loại Metavir trên mô học

- F0: không xơ hóa
- F1: xơ hóa khoảng cửa (portal fibrosis)
- F2: xơ hóa khoảng cửa với vài vách (portal fibrosis with few septa)
- F3: xơ hóa vách (septal fibrosis)
- F4: xơ gan

\* Các mức độ xơ hóa gan gồm

- Xơ hóa nhẹ hay không xơ hóa: F0, F1
- Xơ hóa đáng kể (significant fibrosis):  $F \geq 2$
- Xơ hóa tiến triển hay nặng (advanced fibrosis):  $F \geq 3$  (có nguy cơ HCC rất cao)
- Xơ gan (cirrhosis): F4

#### 1. Đo độ đàn hồi gan (FibroScan)

F0-1: < 7,1 KPa

F2: 7,1 - < 9,5 KPa

F3: 9,5 - < 12,5 KPa

F4:  $\geq 12,5$  KPa

#### 2. Chỉ số APRI

$$\text{APRI} = \frac{\text{AST} \times 100 / \text{AST (ULN)}^*}{\text{Tiểu cầu} (10^9/\text{l})}$$

F0 - F1 : < 0,5

F2 : 0,5 - < 1

F3 - F4 : 1 - < 2,0

F4 :  $\geq 2$

\* *ULN (upper limit of normal): giới hạn bình thường trên của phòng xét nghiệm*

#### 3. FIB-4

$$\text{FIB-4} = \frac{\text{Tuổi (năm)} \times \text{ALT (U/L)}}{\text{Tiểu cầu (G/L)} \times \sqrt{\text{ALT (U/L)}}}$$

FIB-4: <1,45 : F0-F1

FIB-4: 1,45 - 3,25 : Đánh giá thêm bằng Fibroscan

FIB-4: > 3,25 : F2-F4

#### 4. PHÂN LOẠI CHILD-PUGH

| Tiêu chuẩn để đánh giá        | 1 điểm | 2 điểm          | 3 điểm          |
|-------------------------------|--------|-----------------|-----------------|
| Bệnh não gan                  | Không  | Giai đoạn 1 - 2 | Giai đoạn 3 - 4 |
| Cổ chướng                     | Không  | Ít              | Nhiều           |
| Bilirubin huyết thanh (mg/dl) | < 2    | 2 - 3           | > 3             |
| ( $\mu\text{mol/L}$ )         | < 35   | 35 - 50         | > 50            |
| Albumin huyết thanh (g/dL)    | > 3,5  | 2,8 - 3,5       | < 2,8           |
| Tỷ lệ prothrombin (%)         | > 64   | 44 - 64         | < 44            |
| hay INR                       | < 1,7  | 1,7 - 2,3       | > 2,3           |

- Child - Pugh A: 5 - 6 điểm

- Child - Pugh B: 7 - 9 điểm

- Child - Pugh C:  $\geq 10$  điểm

*Child - Pugh A: Xơ gan còn bù; Child - Pugh B, C: Xơ gan mất bù*



**PHỤ LỤC 2**  
**CÁC XÉT NGHIỆM THEO DÕI TRƯỚC, TRONG VÀ SAU ĐIỀU TRỊ VIÊM GAN VI RÚT C**

| <b>Xét nghiệm</b>                          | <b>Trước điều trị</b> | <b>Tuần thứ 4</b> | <b>Tuần thứ 12 kể từ khi hoàn thành điều trị</b> |
|--------------------------------------------|-----------------------|-------------------|--------------------------------------------------|
| Công thức máu                              | x                     | x <sup>1</sup>    | x                                                |
| Tỷ lệ prothrombin                          | x                     | x <sup>1</sup>    | x                                                |
| AST, ALT, GGT, Bilirubin, Albumin          | x                     | x <sup>2</sup>    | x                                                |
| Đường máu, mỡ máu...                       | x                     |                   |                                                  |
| Creatinine máu                             | x                     | x <sup>3</sup>    | x                                                |
| Siêu âm bụng                               | x                     |                   | x                                                |
| Đánh giá tình trạng xơ hóa gan (Phụ lục 1) | x                     |                   | x                                                |
| HCV RNA                                    | x                     |                   | x                                                |
| Kiểu gen HCV                               | x <sup>4</sup>        |                   |                                                  |
| HIV                                        | x                     |                   |                                                  |
| HBsAg, anti-HBc, anti-HBs                  | x                     |                   |                                                  |
| AFP                                        | x                     |                   | x                                                |
| Test thử thai (phụ nữ tuổi sinh đẻ)        | x                     |                   |                                                  |

1. Xét nghiệm khi điều trị phác đồ có ribavirin (RBV)

2. Xét nghiệm mỗi tháng khi có men gan tăng, hoặc nghi ngờ xơ gan

3. Xét nghiệm mỗi tháng khi nghi ngờ có bệnh thận và khi điều trị phác đồ có ribavirin (RBV)

4. Xét nghiệm khi phải điều trị phác đồ không có tác dụng với tất cả các kiểu gen, người bệnh có thất bại điều trị, hoặc tại các cơ sở có thể xét nghiệm được kiểu gen

Các xét nghiệm khác: tùy theo tình trạng lâm sàng của người bệnh

**PHỤ LỤC 3**  
**CÁC NHÓM THUỐC KHÁNG VI RÚT TRỰC TIẾP**  
**(DIRECT ACTING ANTIVIRALS: DAA)**

| <b>Nhóm thuốc điều trị viêm gan C</b> |                                 |                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>NS3/4A (ức chế protease)*</b>      | <b>Ức chế NS5A</b>              | <b>Ức chế polymerase NS5B (NA)</b>                                                                                                                |
| Glecaprevir (GLE)                     | Daclatasvir (DAC)               | Sofosbuvir (SOF)                                                                                                                                  |
| Voxilaprevir (VOX)                    | Velpatasvir (VEL)               |                                                                                                                                                   |
| Grazoprevir (GRZ)                     | Ledipasvir (LDV)                |                                                                                                                                                   |
|                                       | Pibrentasvir (PIB)*             |                                                                                                                                                   |
|                                       | Elbasvir (ELB)*                 |                                                                                                                                                   |
| <b>Dạng thuốc và liều lượng</b>       |                                 |                                                                                                                                                   |
| Phối hợp liều cố định (FDC)           | SOF 400 mg/VEL 100 mg           | 1 viên phối hợp uống 1 lần/ngày                                                                                                                   |
|                                       | SOF 400 mg/DAC 60 mg            | 1 viên phối hợp uống 1 lần/ngày                                                                                                                   |
|                                       | GLE 300 mg/PIB 120 mg           | 1 viên phối hợp uống 1 lần/ngày                                                                                                                   |
|                                       | ELB 50mg/GRZ 120 mg             | 1 viên phối hợp uống 1 lần/ngày                                                                                                                   |
|                                       | SOF 400mg/LDV 90 mg             | 1 viên phối hợp uống 1 lần/ngày                                                                                                                   |
|                                       | SOF 400 mg/VEL 100 mg/VOX 100mg | 1 viên phối hợp uống 1 lần/ngày                                                                                                                   |
| Dạng viên rời                         | SOF 400 mg                      | 1 viên uống 1 lần/ngày phối hợp với RBV, DAC                                                                                                      |
|                                       | DAC 60 mg                       | 1 viên uống 1 lần/ngày phối hợp với SOF                                                                                                           |
|                                       | DAC 30 mg                       | 1 viên uống 1 lần/ngày phối hợp với DAC 60 mg khi cần tăng liều do tương tác thuốc<br>1 viên uống 1 lần/ngày khi cần giảm liều do tương tác thuốc |

\* Các thuốc thuộc nhóm NS3/4A, Pibrentasvir (PIB) và Elbasvir (ELB) hiện chưa có tại Việt Nam

**PHỤ LỤC 4**  
**BẢNG LIỀU LƯỢNG RBV**

| <b>Cân nặng (kg)</b>                     | <b>Liều lượng</b>                    |
|------------------------------------------|--------------------------------------|
| < 75 kg                                  | 1000 mg/ngày                         |
| ≥ 75 kg                                  | 1200 mg/ngày                         |
| <b>Suy thận</b>                          |                                      |
| Mức độ trung bình (eGR: 30 - 59 mL/phút) | 600 mg/ngày                          |
| Mức độ nặng (15 - 29 mL/phút)            | 400 mg/ngày                          |
| Giai đoạn cuối (< 15 mL/phút)            | 200 mg/ngày                          |
| Thiếu máu                                | Giảm liều dựa vào kết quả hemoglobin |

## PHỤ LỤC 5

### MỘT SỐ TƯƠNG TÁC GIỮA THUỐC ĐIỀU TRỊ VIÊM GAN VI RÚT C VÀ CÁC THUỐC KHÁC

**Tham khảo theo link sau <https://www.hep-druginteractions.org/>**

| Thuốc             | Thuốc kết hợp                                                                                                                                       | Ảnh hưởng khi kết hợp                                 | Khuyến cáo xử trí                                                                                                                                                                          |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RBV               | AZT                                                                                                                                                 | Tăng nguy cơ thiếu máu                                | Thay thế AZT bằng ARV khác                                                                                                                                                                 |
| Sofosbuvir (SOF)  | Amiodaron                                                                                                                                           | Làm chậm nhịp tim                                     | Chỉ sử dụng amiodarone khi không sẵn có thuốc thay thế và theo dõi chặt chẽ                                                                                                                |
|                   | Các thuốc kích thích cytochrome P450 3A (CYP3A): thuốc chống co giật (phenobarbital, phenytoin, carbamazepin, oxcarbazepin), rifampicin, tipranavir | Giảm nồng độ SOF, ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị HCV | Không sử dụng SOF cùng với thuốc chống co giật, rifampicin<br>Không sử dụng SOF cùng với tipranavir                                                                                        |
| Ledipasvir (LDV)  | TDF<br>TDF + PI/r                                                                                                                                   | Tăng độc tính đối với thận                            | Theo dõi mức lọc cầu thận, không sử dụng LDV cùng TDF nếu mức lọc cầu thận <60ml/phút. Sử dụng LDV cùng TDF+PI/r phải theo dõi độc tính của TDF lên thận                                   |
|                   | Các thuốc giảm a xít                                                                                                                                | Giảm hấp thu LDV do đó giảm nồng độ của LDV           | Uống SOF/LDV cách thuốc kháng acid 4 giờ, cách giờ hoặc cùng giờ thuốc đối kháng thụ thể H2, cùng giờ với thuốc ức chế proton                                                              |
| Daclatasvir (DAC) | Các thuốc kích thích CYP3A như thuốc chống co giật (phenobarbital, phenytoin, carbamazepin, oxcarbazepin); rifampicin, ARV (EFV, NVP)               | Giảm nồng độ DAC do đó giảm hiệu quả điều trị HCV     | Không sử dụng DAC cùng các thuốc chống co giật, rifampicin.<br>Tăng liều DAC lên 90 mg/ngày khi điều trị người bệnh nhiễm HIV đang điều trị phác đồ có các thuốc kích thích CYP3A như EFV. |
|                   | Sử dụng SOF/LDV với các thuốc ức chế CYP3A (clarithromycin, itraconazole, ketoconazole, ATV/r)                                                      | Tăng nồng độ DAC.                                     | Giảm liều DAC xuống 30 mg/ngày khi điều trị người bệnh nhiễm HIV đang điều trị phác đồ ARV có ATV/r và các thuốc ức chế CYP3A khác                                                         |
| Velpatasvir (VEL) | Các thuốc giảm a xít                                                                                                                                | Giảm nồng độ VEL                                      | Uống SOF/VEL cách thuốc kháng acid 4 giờ, cách 12 giờ hoặc cùng giờ thuốc đối kháng thụ thể H2, uống cùng với thức ăn và trước 4 giờ khi uống omeprazole                                   |
|                   | Amiodaron                                                                                                                                           | Làm chậm nhịp tim                                     | Không dùng đồng thời. Trường hợp bắt buộc thì cần theo dõi chặt chẽ                                                                                                                        |
|                   | Digoxin                                                                                                                                             | Tăng nồng độ digoxin                                  | Giảm liều digoxin 50%, theo dõi sát điện tâm đồ và nhịp tim                                                                                                                                |
|                   | <b>Chống ung thư:</b><br>topotecan<br><b>Chống co giật:</b><br>carbamazepin<br>phenytoin<br>phenobarbital                                           | Tăng nồng độ topotecan, giảm nồng độ SOF/VEL          | Không dùng đồng thời                                                                                                                                                                       |

|                                      |                                                                                                                      |                                                                       |                                                                                                                      |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                      | oxcarbazepin<br><b>Kháng mycobacterial:</b><br>rifabutin<br>rifampicin<br>rifapentin                                 |                                                                       |                                                                                                                      |
|                                      | Efavirenz, nevirapin, etravirin                                                                                      | Giảm nồng độ VEL                                                      | Không dùng đồng thời                                                                                                 |
|                                      | Tenofovir (TDF)                                                                                                      | Tăng nồng độ TDF                                                      | Theo dõi sát chức năng thận                                                                                          |
|                                      | Tipranavir/ritonavir                                                                                                 | Giảm nồng độ SOF/VEL                                                  | Không dùng đồng thời                                                                                                 |
|                                      | Rosuvastatin<br>Atorvastatin                                                                                         | Tăng nồng độ rosuvastatin và atorvastatin                             | Tăng nguy cơ bệnh cơ, bao gồm cả tiêu cơ vân, không dùng rosuvastatin quá 10mg. Theo dõi chặt chẽ tình trạng tiêu cơ |
|                                      | SMV tương tác với nhiều thuốc ARV                                                                                    | Giảm nồng độ SMV ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị HCV                  | Không nên sử dụng SMV với NVP, EFV, Pl/r, delavirdin, etravirin, cobicistat.                                         |
| Elbasvir (EBR)/<br>Grazoprevir (GZR) | Elbasvir/gazoprevir tương tác với các thuốc kích thích CYP3A ở gan (rifampicin, hầu hết các thuốc chống co giật,...) | Giảm nồng độ elbasvir/gazoprevir ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị HCV. | Không sử dụng đồng thời elbasvir/gazoprevir với các thuốc kích thích CYP3A                                           |
|                                      | Tương tác với các thuốc ức chế CYP3A (clarithromycin, ketoconazole, ritonavir)                                       | Tăng nồng độ elbasvir/gazoprevir                                      | Không sử dụng đồng thời elbasvir/gazoprevir với các thuốc ức chế CYP3A                                               |
|                                      | EFV, etravirin, nevirapin,                                                                                           | Giảm nồng độ EBR/GZR                                                  | Không sử dụng đồng thời EBR/GZR với EFV, ATV, LPV, darunavir, tipranavir                                             |
|                                      | ATV, darunavir, LPV, tipranavir                                                                                      | Có thể gây tăng ALT do tăng nồng độ grazoprevir                       |                                                                                                                      |
| GLE/PIB                              | Cyclosporine                                                                                                         | Tăng nồng độ voxilaprevir                                             | Không sử dụng đồng thời                                                                                              |
|                                      | Các thuốc kích thích CYP3A: thuốc chống co giật (phenobarbital, phenytoin, carbamazepin, oxcarbazepin); rifampicin,  | Giảm nồng độ GLE/PIB                                                  | Không sử dụng đồng thời                                                                                              |
|                                      | EFV, NVP,                                                                                                            | Giảm nồng độ GLE/PIB                                                  | Không sử dụng đồng thời                                                                                              |
|                                      | ATV/r, LPV/r, ritonavir                                                                                              | Có thể gây tăng nồng độ ATV                                           | Không sử dụng đồng thời                                                                                              |
|                                      | Các thuốc ức chế proton, kháng H2                                                                                    | Giảm nồng độ GLE/PIB                                                  |                                                                                                                      |
|                                      | Rosuvastatin                                                                                                         | Tăng nồng độ rosuvastatin                                             | Giảm liều rosuvastatin                                                                                               |
|                                      | Atorvastatin                                                                                                         | Tăng nồng độ atorvastatin                                             | Không sử dụng đồng thời                                                                                              |
|                                      | Simvastatin                                                                                                          | simvastatin                                                           |                                                                                                                      |
| Voxilaprevir                         | Cyclosporine<br>Methotrexat                                                                                          | Tăng nồng độ voxilaprevir                                             | Không sử dụng đồng thời                                                                                              |

|  |                                                       |                              |                         |
|--|-------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------|
|  | Rosuvastatin                                          | Tăng nồng độ<br>rosuvastatin | Không sử dụng đồng thời |
|  | Các thuốc chống đông<br>máu: endoxaban,<br>dabigatran | Tăng nồng độ<br>voxilaprevir | Không sử dụng đồng thời |
|  | ATV/r, LPV                                            | Tăng nồng độ<br>voxilaprevir | Không sử dụng đồng thời |

**Tài liệu tham khảo:** theo Quyết định số 2065/QĐ-BYT ngày 29 tháng 04 năm 2021 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

## VIÊM GAN DO THUỐC

### 1. ĐẠI CƯƠNG

#### 1.1. Định nghĩa

Viêm gan do thuốc là tổn thương gan thường gặp xảy ra 5 đến 90 ngày sau uống thuốc với bệnh cảnh lâm sàng rất thay đổi: từ tăng men gan nhẹ thoáng qua đến suy gan tối cấp dẫn đến tử vong.

#### 1.2. Cơ chế tổn thương gan do thuốc

##### **Độc gan nội tại (intrinsic hepatotoxicity):**

+ Tổn thương cấu trúc gan □ hoại tử tế bào gan qua trung gian chuyển hóa. Một số trường hợp có thể cản trở sự tiết mật dẫn đến ứ mật.

+ Dạng tổn thương này hầu như luôn luôn liên quan đến liều lượng.

+ Một số thuốc và độc tố gây tổn thương gan theo cơ chế này : Acetaminophen, Carbon tetrachloride, rượu.

##### **Độc gan qua phản ứng đặc dị (idiosyncratic hepatotoxicity):**

+ Tổn thương qua trung gian miễn dịch, do đó có thể kèm với các biểu hiện toàn thân như sốt, phát ban, tăng bạch cầu ái toan. Thường xuất hiện sau vài tuần nhạy cảm với thuốc.

+ Dạng tổn thương này không tùy thuộc vào liều lượng.

+ Một số thuốc gây tổn thương gan theo cơ chế này: Isoniazide, Sulfonamide, Halothane, Valproic acide.

### 2. ĐẠI CƯƠNG

#### 2.1. Bệnh sử

Biểu hiện của viêm gan do thuốc thay đổi rất nhiều, từ tình trạng tăng men gan không triệu chứng đến tình trạng suy gan tối cấp.

Hỏi chi tiết về tiền căn sử dụng thuốc đã dùng: liều dùng, đường dùng, thời gian sử dụng, thuốc đã dùng trước đây, dùng nhiều thuốc cùng lúc.

Viêm gan do thuốc có thể xảy ra 5-90 ngày sau lần sử dụng đầu tiên

Cần hỏi kỹ để loại trừ những nguyên nhân khác gây viêm gan.

#### 2.2. Lâm sàng

Biểu hiện lâm sàng đầu tiên không chuyên biệt, thường biểu hiện triệu chứng toàn thân (mệt mỏi, nổi mẩn) xảy ra sớm hơn so với vàng da.

Một số biểu hiện ngoài gan của một số thuốc gây viêm gan:

+ Chlorpromazine, phenylbutazone, thuốc mê gốc halogen, sulindac: sốt, nổi ban, tăng eosinophine

+ Hội chứng Dapson – Sulfone: sốt, nổi ban, thiếu máu, vàng da

+ INH, halothane: biểu hiện giống viêm gan cấp do virus

+ Erythromycine, amoxicilline-clavulanic acid: biểu hiện vàng da tắc mật

+ Phenytoin, carbamazepine, phenobarbital: tam chứng sốt, nổi ban, tổn thương gan.

+ Clofibrate: đau cơ, yếu cơ, tăng men creatine kinase

+ Amiodarone, nitrofurantoin: liên quan đến tổn thương phổi

+ Muối vàng, methoxyflurane, penicillamine, paraquat: liên quan đến tổn thương thận.

+ Aspirin: hội chứng Reye.

+ Thuốc ngừa thai, rifampin: vàng da nhẹ.

#### 2.3. Cận lâm sàng

Có 3 dạng tổn thương viêm gan do thuốc:

| Dạng tổn thương | Hoại tử tế bào gan | Ứ mật          | Hỗn hợp  |
|-----------------|--------------------|----------------|----------|
| ALT             | $\geq 2$           | Bình thường    | $\geq 2$ |
| ALP             | Bình thường        | $\geq 2$       | $\geq 2$ |
| Tỉ lệ ALT/ALP   | Cao, $\geq 5$      | Thấp, $\leq 2$ | 2-5      |

|       |                                                     |                                                                  |                                                                           |
|-------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Ví dụ | Acetaminophen<br>Allopurinol<br>Amiodarone<br>NSAID | Chlorpromazine<br>Clopidogrel<br>Erythromycin<br>Thuốc ngừa thai | Amitriptyline,<br>Enalapril,<br>Phenytoin<br>Carbamazepine<br>Sulfonamide |
|-------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|

Albumin giảm nhẹ, bilirubin có thể tăng, TQ kéo dài

Khi ngưng thuốc, tổn thương hoại tử (biểu hiện bằng AST, ALT ) sẽ cải thiện trong vòng 2 tuần, tổn thương ứ mật hay hỗn hợp sẽ kéo dài hơn, có thể sau 4 tuần vẫn chưa cải thiện.

Biểu hiện mô học không chuyên biệt gồm u hạt (granulomas), thâm nhiễm BC ái toan, giới hạn rõ giữa vùng hoại tử và nhu mô lành. Nếu biểu hiện mô học không phù hợp với bệnh gan nào khác nên xem xét đến nguyên nhân do thuốc.

### 3. CHẨN ĐOÁN

**3.1. Chẩn đoán xác định:** dựa vào bệnh sử, lâm sàng, cận lâm sàng

Có nhiều thang điểm dùng để chẩn đoán viêm gan do thuốc: NADRPS, M&V, WHO, Medline, Original, DDW-J, CIOMS/RUCAM, tuy nhiên chúng khá phức tạp vì vậy viêm gan do thuốc thường được chẩn đoán khi đã loại trừ các bệnh gan khác

Các bệnh cảnh viêm gan do một số thuốc:

| CÁC RỐI LOẠN                           | THUỐC                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CẤP</b>                             |                                                                                                                                                                                                                           |
| ▪ Viêm gan hoại tử cấp                 | ▪ Minocycline, sulphonamide, troglitazone                                                                                                                                                                                 |
| ▪ HCBudd-Chiari                        | ▪ Uống estrogen                                                                                                                                                                                                           |
| ▪ HC ứ mật                             | ▪ Amitriptyline, amoxicilline-clavulanideacide, captopril, carbamazepine, chlorpromazine, clarithromycin, estrogens, menbendazole, oxacillin, thiabendazole, tolbutamide, tamoxifen, trimethoprim-sulfamethoxazole.       |
| ▪ Suy gan bùng phát                    | ▪ Acetaminophen, bromfenac, fluconazole, ketoconazole, halothane, isoniazide,<br>▪ Nitrofurantoin, Propylthiuracil, troglitazone, valproic acid.                                                                          |
| ▪ Tổn thương hỗn hợp: hoại tử và ứ mật | ▪ Amitriptyline, Amox, Ampicillin, Captopril, Cimetidine, Ibuprofen, Ranitidine, Sulfonamides, Carbimazole, Chlopropamide, dicloxacillin, methimazole, naproxen, phenylbutazole, phenytoin, thioridazine, troglitazone... |
| <b>MẠN</b>                             |                                                                                                                                                                                                                           |
| ▪ Viêm gan mạn                         | ▪ Alpha-methyldopa, isoniazid, nitrofurantoin, oxyphenisatin.                                                                                                                                                             |
| ▪ Xơ gan                               | ▪ Alcohol, alpha-methyldopa, methotrexate                                                                                                                                                                                 |
| <b>TẠO U</b>                           |                                                                                                                                                                                                                           |



| CÁC RỐI LOẠN           | THUỐC                                 |
|------------------------|---------------------------------------|
| ▪ Angiosarcoma         | ▪ Arsenic, vinyl chloride,thorotrast. |
| ▪ Carcinoma đường mật  | ▪ Thorotrast                          |
| ▪ Tăng sinh nốt khutrú | ▪ Estrogen, thuốc ngừa thai uống.     |
| ▪ Adenoma ở gan        | ▪ Estrogen, thuốc ngừa thai uống.     |
| ▪ Ung thư tế bào gan   | ▪ Rượu, androgenic steroid            |

### 3.2. Chẩn đoán loại trừ

Cần chẩn đoán loại trừ những nguyên nhân khác gây viêm gan bằng bệnh sử, lâm sàng, cận lâm sàng, giải phẫu bệnh.

Tổn thương gan do thuốc có thể chồng lên một bệnh gan có sẵn

## 4. ĐIỀU TRỊ

### 4.1. Tìm và loại bỏ nguyên nhân gây viêm gan

### 4.2. Dùng chất đối kháng

(Tùy từng loại thuốc)

Ví dụ: N-acetylcystein trong ngộ độc do acetaminophen (xem phác đồ ngộ độc acetaminophen).

### 4.3. Điều trị suy gan nếu có (xem phác đồ điều trị suy gan)

### 4.4. Điều trị hỗ trợ gan và phòng ngừa hôn mê gan

Tránh táo bón:

+ Uống: Duphalac 15mL/gói (lactulose) 1-3 gói/ngày Sorbitol 5g/gói 1-3 gói/ngày. Forlax (Macrogol 4000) 1-2 gói/ ngày.

+ Bơm hậu môn: Fleet Enema 133mL 1 tube, Norgalax 1 tube...

L-Ornithine L-aspartate:

+ Dạng uống: HepaMerz 1gói x 1-3 lần/ngày, hòa với nước, trà, nước trái cây, uống sau bữa ăn.

+ Dạng tiêm: (Hepa Merz, Fortec-L, Hepaur 5g/10mL) 1-2 ống/ngày pha trong Glucose 5% 500ml truyền tĩnh mạch XX giọt/phút.

+ Trường hợp nặng: có thể tăng liều.

+ Các rối loạn khởi phát bệnh não gan: có thể dùng liều 8 ống/24 giờ, tùy theo mức độ bệnh. Tốc độ truyền tối đa: 5 g/giờ. Không được dùng quá 6 ống trong 500 ml dịch truyền.

+ Chống chỉ định khi Creatinin máu > 3mg%

L-Arginin HCl (Arginin stada, Arginin veyron 1g) 1-2 ống x 2-3 lần/ngày.

BCAA: truyền tĩnh mạch, uống

1 số thuốc hỗ trợ gan khác: Livsin 94, silymarin, phospholipid đậu nành, BAR, Actiso, diệp hạ châu, VG5...

## 5. THEO DÕI

Theo dõi chức năng gan:

+ Trường hợp nhẹ: xét nghiệm kiểm tra chức năng gan sau 3-5 ngày

+ Trường hợp nặng: cần theo dõi sát, có thể kiểm tra chức năng gan mỗi ngày điều trị tích cực tránh suy gan không hồi phục.

Bên cạnh đó cần theo dõi chức năng thận, điện giải, ổn định huyết động, tim mạch tránh tăng thêm gánh nặng chogan.

## 6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Kho dữ liệu Phác đồ điều trị sơ y tế TPHCM- Bệnh viện Nhân Dân 115

## VIÊM PHẾ QUẢN CẤP

**Viêm phế quản cấp** là tình trạng viêm nhiễm cấp tính của các phế quản. Nguyên nhân thường do virus, vi khuẩn hoặc cả virus – vi khuẩn. Bệnh thường tiến triển lành tính.

### I./ CHẨN ĐOÁN

Thể điển hình: Viêm phế quản cấp do virus.

#### 1. Lâm sàng:

Thường gặp vào mùa đông . Tiến triển thường bắt đầu từ từ, khởi phát bằng viêm họng đường hô hấp trên với sốt nhẹ, viêm mũi họng (hắt hơi, sổ mũi, đau rát họng) có thể viêm mũi nước, viêm xoang, viêm Amydal, viêm tai giữa sau lan xuống khí quản - phế quản.

- Đôi khi bệnh bắt đầu một cách rầm rộ: sốt cao, ho nhiều, ho khạc đàm, có thể đàm dính máu.

- Tổn thương phế quản qua 2 giai đoạn:

#### ☼ □ **Giai đoạn khô:**

+ Bệnh nhân thường có cảm giác rất bỏng sau xương ức, cảm giác này tăng lên khi ho.

+ Ho khan, ho từng cơn dai dẳng, có thể khàn tiếng.

• □ **Triệu chứng toàn thân:** thường sốt mức trung bình khoảng 38°C. Nhức đầu, mệt mỏi, biếng ăn, đau mỏi lưng, đau đầu, đau ngực có nguồn gốc do cơ và những cơn ho liên tục.

- Khám phổi: lúc đầu bình thường, sau có thể nghe ran rít và ran ngáy. Giai đoạn này kéo dài 3 - 4 ngày thì chuyển sang giai đoạn ướt.

- Cảm giác đau rát bỏng sau xương ức giảm dần rồi hết, khó thở nhẹ, ho khạc đàm nhầy, đàm vàng mủ hoặc dính máu.

- Gõ không thấy vùng đục, nghe phổi có thể thấy ran ngáy, ran ẩm. Giai đoạn này kéo dài 4 - 5 ngày và khoảng 10 ngày là khỏi.

- Một số trường hợp ho khan kéo dài nhiều tuần (do tăng tính phản ứng phế quản sau nhiễm khuẩn)

#### **Trường hợp nặng:**

Ngoài những triệu chứng trên còn thấy khó thở rõ rệt, co kéo lồng ngực tím tái, nhịp thở nhanh trên 25 lần/phút ở người lớn.

#### 2. Cận lâm sàng:

- X-quang phổi: bình thường hoặc có thể thấy thành phế quản dày.

- Xét nghiệm: có thể thấy số lượng bạch cầu và tốc độ máu lắng tăng.

#### 3. Các thể lâm sàng:

- Thể co thắt dạng hen phế quản

- Thể ho ra máu: ho máu ít do phù nề, xung huyết niêm mạc phế quản.

### II./ ĐIỀU TRỊ

- Ở người lớn bình thường, đa số các trường hợp viêm phế quản cấp tự khỏi không cần điều trị.

- Chủ yếu điều trị triệu chứng với nghỉ ngơi tại giường, cho đủ lượng nước uống, các thuốc giảm đau, kháng viêm, không phải corticoid.

- Khi ho khan nhiều gây mất ngủ, có thể cho các thuốc giảm ho như:

- Codein 15 - 30mg / 24giờ
- Dextromethophan 10 – 20mg / 24giờ.

- Một đợt corticoid đường uống: Prednisolon 0.5mg/kg/ngày trong 5 – 7ngày.

- Trong trường hợp co thắt phế quản, có thể dùng các thuốc giãn phế quản cường  $\beta_2$  đường hít như ventoline, Bicaranyl hoặc khí dung Ventoline 5mg x 2-4 nang khí dung trong 24h hoặc Salbutamol 4mg uống ( 2- 4 viên/24h).

- Không cần dùng kháng sinh cho viêm phế quản cấp ở người bình thường.

- Nếu ho kéo dài và khạc đàm mủ trên 7 ngày, cơ địa bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính hoặc có viêm mũi mủ, viêm Amydal, viêm tai giữa phối hợp thì sử dụng thuốc:

Kháng sinh nhóm betalactam như: Amoxicillin liều 2-3g/ 24h

- Hoặc Macrolid như: Azithomycine 0.5g uống 1 lần /ngày  
Clarythomycine 250- 500mgx 2lần/ ngày

- Hoặc: Spiramycine 1.5 – 3MUI x 3 lần/ ngày

Cephalexin 250 – 500mg/ 6h/1lần; Hoặc 500mg - 1g/ 12h/ 1lần. Không quá 4g/ngày.

- Kết hợp với thuốc long đàm: Acetyl Cystein 200mg x 3 gói/ 24giờ.

- Ngưng hút thuốc lá, thuốc lào.

**Phòng bệnh:**

- Loại bỏ yếu tố kích thích: không hút thuốc, tránh khói bụi trong – ngoài nhà, môi trường ô nhiễm.

- Giữ gìn sức khỏe, giữ ấm nhất là mùa lạnh.

---

*Tài liệu tham khảo:*

- *Hướng dẫn điều trị - Tập I – Bộ Y Tế (NXB Y học) – 2005. (Trang196-199).*

- *Bệnh Học Nội Khoa - TS Trần Văn Ngọc - Đại Học Y Dược TPHCM – Năm 2009 (Trang 289-377)*

## THOÁI HÓA KHỚP VÀ CỘT SỐNG

### I/ ĐẠI CƯƠNG

Thoái hóa khớp là quá trình lão hóa mang tính quy luật của tổ chức sụn, các tế bào và tổ chức ở khớp và quanh khớp. Danh từ thoái hóa khớp được giới thiệu lần đầu tiên vào năm 1886 bởi bác sĩ J.K.Spender. Đây là bệnh thường gặp nhất trong các bệnh lý xương khớp, liên quan chặt chẽ với tuổi và là nguyên nhân chính gây đau, mất khả năng vận động, giảm chất lượng cuộc sống ở người cao tuổi, gây tổn hại đến kinh tế gia đình người bệnh và tạo gánh nặng cho chi phí y tế.

Tổn thương cơ bản đầu tiên là sụn khớp, sau đó tổn thương xương dưới sụn, dây chằng, các cơ quanh khớp và màng hoạt dịch. Tổn thương kéo dài sẽ đưa đến biến đổi hình thái của toàn bộ ổ khớp và gây mất chức năng của khớp.

### II/ CHẨN ĐOÁN

**1. Tiêu chuẩn chẩn đoán:** Tiêu chuẩn chẩn đoán chỉ dành cho thoái hóa khớp gối nguyên phát và thoái hóa khớp háng còn thoái hóa các khớp khác và cột sống thì dựa vào lâm sàng, cận lâm sàng và loại trừ các nguyên nhân khác.

❖ **Tiêu chuẩn chẩn đoán thoái hóa khớp gối (Altman R 1986) gồm 6 tiêu chuẩn:**

1. Lâm sàng:

- Đau khớp gối
- Tuổi > 50
- Cứng khớp buổi sáng kéo dài < 30 phút.
- Có tiếng lạo xạo khi vận động khớp
- Sưng, đau nhưng không nóng.

2. Có gai xương trên X quang.

3. Tốc độ máu lắng < 40mm/giờ.

4. Yếu tố dạng thấp (-) hoặc < 1/40.

5. Dịch khớp của thoái hóa khớp (Trong, nhớt, BC < 2000/mm<sup>3</sup>).

❖ **Theo EULAR 2009: Chẩn đoán thoái hóa khớp gối dựa vào các triệu chứng sau:**

- Ba triệu chứng cơ năng: đau, cứng khớp, hạn chế chức năng.
- Ba triệu chứng thực thể: dấu lạo xạo (bào gồ), hạn chế vận động, chồi xương.

Chẩn đoán khi có 3 triệu chứng cơ năng và có ba triệu chứng thực thể.

❖ **Theo Hiệp hội chấn thương chỉnh hình 2010:**

| Tiêu chuẩn chẩn đoán<br><b>Thoái hóa khớp gối</b>                 | Tiêu chuẩn chẩn đoán<br><b>Thoái hóa khớp háng</b>       |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 1. Đau khớp gối trong một tháng gần đây                           | 1. Đau khớp háng trong một tháng gần đây                 |
| 2. Dấu hiệu THK trên phim XQ                                      | 2. VS ≤ 20mm/giờ                                         |
| 3. Dịch khớp trong tế bào < 2000/ml                               | 3. X quang: Gai xương hoặc đặc xương vùng rìa ổ cối      |
| 4. Tuổi ≥ 40                                                      | 4. Hẹp khe khớp                                          |
| 5. Cứng khớp buổi sáng ≤ 30 phút                                  | <b>Chẩn đoán khi có tiêu chuẩn:<br/>1+2+3 hoặc 1+3+4</b> |
| 6. Lạo xạo khớp khi vận động                                      |                                                          |
| <b>Chẩn đoán khi có tiêu chuẩn: 1+2 hoặc 1+3+5+6 hoặc 1+4+5+6</b> |                                                          |

**2. Chẩn đoán thoái hóa cột sống thắt lưng và cột sống cổ:**

Chủ yếu do tổn thương các đĩa đệm, thân sống ở cột sống thắt lưng và cột sống cổ gây triệu chứng lâm sàng là đau cột sống cổ hoặc cột sống thắt lưng. Trong một số trường hợp bệnh nhân có biểu hiện thoái hóa có chèn ép rễ thần kinh thì gây ra các biểu hiện đau rễ thần kinh cổ hoặc đau thần kinh tọa.

- Dấu hiệu lâm sàng đau cột sống thắt lưng:

- Đau âm ỉ vùng cột sống thắt lưng, có khi đột ngột sau mang vác, khiêng xách nặng hay do sai tư thế. Đau có thể liên tục hoặc từng đợt, hay tái phát. Nằm nghỉ thường giảm đau.

- Đau tại chỗ, không lan xa, đau tăng khi thay đổi tư thế, khi vận động nhiều, khi thay đổi thời tiết. Có khi đau phối hợp với đau thần kinh tọa một hoặc hai bên do đĩa đệm bị thoát vị đè ép các rễ thần kinh.
- Cột sống thắt lưng có thể bị biến dạng, vẹo và hạn chế một số động tác các cơ cạnh.
- Dấu hiệu lâm sàng của thoái hóa cột sống cổ:
  - Đau vùng cổ gáy cấp hoặc mạn tính, hạn chế vận động, đau tăng khi mệt mỏi, căng thẳng, lao động nặng, khi thay đổi thời tiết...
  - Nhức đầu vùng chẩm thái dương, trán và hai hố mắt thường vào buổi sáng.
  - Có khi đau phối hợp với tê tay do đám rối thần kinh cánh tay bị chèn ép.
  - Có khi kèm theo: nhức đầu, chóng mặt, ù tai, hoa mắt, mờ mắt, nuốt vướng...do ảnh hưởng động mạch đốt sống rất dễ lẫn với các hội chứng tiền đình.
  - Cột sống cổ biến dạng, vẹo và hạn chế một số động tác, hai cơ thang thường co cứng.
  - Đôi khi gai xương mọc phía sau đốt sống (mỏm mọc và liên mỏm gai sau) chèn ép vào tủy sống hoặc dây chằng chung phía sau cột sống bị vôi hóa làm hẹp ống sống gây hội chứng chèn ép tủy cổ.
  - X quang thoái hóa cột sống: Hẹp khoảng liên đốt của các đốt sống; đặc xương ở mặt các đốt sống; mọc thêm xương (gai xương) ở rìa các đốt sống, hẹp lỗ liên hợp giữa các đốt sống (tư thế XQ chéo 3/4).

***Chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng và hình ảnh XQ có biểu hiện thoái hóa.***

### 3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm khớp dạng thấp; viêm khớp gout; viêm cột sống dính khớp; viêm khớp phản ứng; lao khớp; viêm khớp không đặc hiệu khác.
- Đối với đau cột sống thắt lưng: cần chú ý phân biệt với nhiều nguyên nhân đau thắt lưng khác: thoát vị đĩa đệm, trượt đốt sống, loãng xương gây gãy lún đốt sống, dây chằng vàng, hoặc viêm thân sống đĩa đệm, đa u tủy xương, K di căn cột sống...

## III./ ĐIỀU TRỊ

### 1. Các biện pháp điều trị chung thoái hóa khớp:

- ❖ ***Giáo dục bệnh nhân:*** Về nguyên nhân, điều trị, kiểm soát cân nặng, tập thể dục
- ❖ ***Các biện pháp không dùng thuốc:*** tập thể dục, kích thích điện, siêu âm, biện pháp lạnh/nhiệt, xoa bóp, nẹp, dụng cụ chỉnh hình, dụng cụ hỗ trợ.
- ❖ ***Thuốc điều trị:***
  - Thuốc tác dụng tại chỗ.
  - Thuốc giảm đau đơn thuần; thuốc giảm đau thuộc nhóm gây nghiện.
  - Thuốc kháng viêm không steroid.
  - Thuốc tiêm corticoid vào khớp; tiêm Acid Hyaluronic vào khớp.
- ❖ ***Phẫu thuật:*** Nội soi rửa ổ khớp, cắt xương chỉnh trục khớp; phẫu thuật thay khớp.

### 2. Điều trị cụ thể:

#### a) Điều trị triệu chứng:

- Thuốc giảm đau đơn thuần: Paracetamol hoặc paracetamol kết hợp với opioid nhẹ (Tramadol, Codein).
- Thuốc kháng viêm giảm đau (NSAID) khi các thuốc giảm đau không hiệu quả, tùy theo cơ địa bệnh nhân mà lựa chọn các nhóm NSAID sao cho phù hợp nhằm đạt được an toàn và hiệu quả cho bệnh nhân.
- Tiêm corticoid vào khớp.
- Các thuốc NSAID và giảm đau bôi tại chỗ.
- Có thể thêm thuốc giãn cơ: mephenesin, eperison,...
- Nếu đau rễ thần kinh thì dùng nhóm thuốc giảm đau thần kinh như: gabapentin, amitryptilin,...

#### b) Điều trị lâu dài:

- Thuốc làm chậm quá trình thoái hóa và bồi dưỡng sụn khớp: Glucosamine suphate 1500mg/ngày, Diacerin 50mg × 2viên/ngày.

- Tiêm Hyaluronic acid (HA) vào ổ khớp: tác dụng thay thế dịch khớp, duy trì độ nhớt của dịch khớp, bảo vệ các tổ chức của khớp, cải thiện cấu trúc của dịch khớp. Chỉ định điều trị thoái hóa khớp gối ở các giai đoạn (trừ khi có chỉ định thay khớp).Liều dùng: tùy theo trọng lượng phân tử của HA có thể tiêm 3 đến 5 lần cách nhau mỗi tuần (hiện nước ta chưa có loại tiêm 1 lần), có thể nhắc lại mỗi 6 tháng-12 tháng.
- c) Điều trị không dùng thuốc:**
  - Chế độ sinh hoạt tập luyện: nghỉ ngơi, giảm chịu lực cho khớp; tập cơ tứ đầu đùi, tập vận động vừa sức, đều đặn, đi bộ đường bằng phẳng. Thay đổi thói quen xấu làm tăng chịu đựng của khớp (ngồi xổm, xách hoặc mang vác nặng...)
  - Chế độ ăn uống: chú trọng ăn kiêng nếu bệnh nhân thừa cân. Ăn thực phẩm giàu protein, calci và vitamin D.
  - Tập vật lý trị liệu. Giảm cân nặng. Điều chỉnh các yếu tố nguy cơ khác.
- d) Điều trị phẫu thuật:**
  - Nội soi rửa ổ khớp.
  - Cắt xương-chỉnh trục, thay khớp nhân tạo khi các biện pháp điều trị bảo tồn thất bại.

---

*Tài liệu tham khảo: Phác đồ điều trị Nội khoa 2013 Bệnh viện Chợ Rẫy*

# LOÃNG XƯƠNG

## I./ ĐẠI CƯƠNG

Loãng xương (Osteoporosis) là một rối loạn chuyển hóa của bộ xương gây tổn thương sức mạnh của xương đưa đến tăng nguy cơ gãy xương. Sức mạnh của xương bao gồm sự toàn vẹn cả về khối lượng và chất lượng xương.

Các yếu tố nguy cơ của bệnh loãng xương:

- Kém phát triển về thể chất từ khi còn nhỏ (còi xương, suy dinh dưỡng, thiếu calci, kém hấp thu vitamin D...)
- Tiền sử gia đình có cha mẹ bị loãng xương hay gãy xương.
- Ít hoạt động thể lực.
- Thói quen sử dụng nhiều rượu, bia, thuốc lá...
- Mắc một số bệnh: cường giáp, cường tuyến cận giáp, bệnh mạn tính đường tiêu hóa, suy thận mạn, chạy thận nhân tạo lâu ngày...
- Sử dụng dài hạn thuốc: chống động kinh, tiểu đường (insulin), heparin, corticoid...

## II./ CHẨN ĐOÁN

### 1. Lâm sàng: diễn tiến âm thầm không có triệu chứng đặc trưng

- Đau xương, đau lưng
- Biến dạng cột sống
- Ảnh hưởng đến lồng ngực và thân đốt sống: đau ngực, khó thở, chậm tiêu...
- Gãy xương

### 2. Cận lâm sàng:

- XQuang quy ước: hình ảnh đốt sống tăng thấu quang, biến dạng thân đốt sống, giảm độ dày thân xương dài.
- Đo mật độ xương (BMD): bằng phương pháp đo hấp thụ tia X năng lượng kép (Dual Energy X-ray Absorptiometry – DEXA) để dự báo nguy cơ loãng xương, đánh giá mức độ loãng xương, dự báo nguy cơ gãy xương và theo dõi điều trị.

### 3. Tiêu chuẩn chẩn đoán: (Theo WHO 1994) Đo mật độ xương (BMD) tại cột sống thắt lưng và cổ xương đùi theo phương pháp DEXA:

- Tscore  $\geq -1SD$  : xương bình thường.
- $-2,5SD \leq Tscore < -1SD$ : thiếu xương.
- Tscore  $< -2,5SD$ : loãng xương.
- Tscore  $< -2,5SD$  kèm tiền sử/ hiện tại có gãy xương: loãng xương nặng.

## III./ ĐIỀU TRỊ

### 1. Phương pháp điều trị không dùng thuốc:

- a. Chế độ ăn uống: bổ sung thức ăn giàu calci, tránh các yếu tố nguy cơ như: thuốc lá, cà phê, rượu..., tránh thừa cân, thiếu cân
- b. Tăng cường vận động.
- c. Phòng ngừa té ngã.
- d. Dụng cụ, nẹp chỉnh hình (cho cột sống, cho khớp háng) giảm sự tỳ đè lên cột sống, đầu xương, xương vùng hông.

### 2. Thuốc điều trị loãng xương:

#### a) Các thuốc bổ sung (bắt buộc trong suốt quá trình điều trị):

- o Calci: 500- 1500 mg/ ngày
- o Vitamin D: 800- 1500 UI/ ngày

#### b) Các thuốc chống hủy xương:

- o Nhóm Bisphosphonates
  - Alendronate 70mg: uống sáng sớm, khi bụng đói, một tuần một lần, không nằm sau khi uống ít nhất 30 phút.
  - Zoledronic

- Calcitonine (cá hồi) 100UI tiêm dưới da, thường chỉ định trong trường hợp mới gãy xương, khi bớt đau, tiếp tục điều trị bằng Bisphosphonates
- Liệu pháp sử dụng các chất giống hormone: chỉ định với phụ nữ sau mãn kinh có nguy cơ cao hoặc có loãng xương sau mãn kinh: Raloxifen

**3. Điều trị triệu chứng:** đau xương, chèn ép rễ thần kinh...

**4. Điều trị ngoại khoa:** biến chứng gãy cổ xương đùi, gãy thân đốt sống...

#### **IV./ THEO DÕI VÀ QUẢN LÝ**

- 
- Thời gian điều trị phải kéo dài từ 3-5 năm tùy mức độ loãng xương, sau đó đánh giá lại tình trạng bệnh và quyết định các điều trị tiếp theo.
  - Đo khối lượng xương mỗi 2 năm để theo dõi kết quả điều trị.
- 

*Tài liệu tham khảo:*

- *Phác đồ điều trị 2013 Phần Nội khoa – Bệnh viện Chợ Rẫy*

- *Kho dữ liệu Phác đồ điều trị ngành y tế TPHCM – BV Cấp cứu Trung Vương.*



# BỆNH SUY DẪN TĨNH MẠCH CHÂN

## I./ ĐỊNH NGHĨA

---

Là tình trạng tĩnh mạch dưới da bị giãn với đk > 3mm tư thế đứng  
Hoặc tĩnh mạch thẳng có hiện tượng máu chảy ngược dòng tĩnh mạch

## II./ CHẨN ĐOÁN

---

Một số triệu chứng sớm để nhận biết suy tĩnh mạch sau:

- Nhức mỏi, sưng chân, nặng chân, có cảm giác bị bứt rứt sau giờ làm việc.
- Hay bị ê ẩm vào ban đêm, giống như kiến bò.
- Chân thường có hiện tượng chuột rút trước khi đi ngủ.
- Bệnh thường trở nặng vào chiều tối, sau một ngày làm việc hoặc vào lúc sáng sớm sau khi ngủ dậy.

Một số dấu hiệu lâm sàng:

- Mạch máu mạng nhện.
- Mạch máu nổi ngoằn ngoèo.
- Mạch máu phình to, lở loét.
- Rối loạn biến dưỡng da, có biểu hiện chàm da, chân phình to.

## III./ YẾU TỐ NGUY CƠ

---

Những người có nguy cơ mắc bệnh :

- Người làm việc phải đứng quá lâu hoặc ngồi quá lâu, ít đi lại như nhân viên văn phòng, nhân viên thu ngân, bán hàng, giáo viên, nhân viên y tế, cảnh sát...
- Phụ nữ có thai có nguy cơ suy tĩnh mạch sau sinh từ 3 đến 5 năm. Phụ nữ có nguy cơ mắc bệnh nhiều hơn nam giới do ảnh hưởng của nội tiết nữ, quá trình thai nghén, sinh nở tác động lên tĩnh mạch.
- Trong gia đình có người mắc bệnh. Những người có quan hệ huyết thống cũng dễ có nguy cơ mắc bệnh.

- Người béo phì, ít vận động, tập luyện có nguy cơ mắc bệnh cao.

- Người càng lớn trên 50 tuổi, nữ, yếu tố hormon

Một số thói quen dễ dẫn đến bệnh suy tĩnh mạch :

- Hút thuốc.
- Ít vận động.
- Mặc quần áo quá chật.
- Mang giày cao gót.
- Chế độ ăn uống ít chất xơ, không đủ dưỡng chất và uống quá ít nước.

## IV./ BIẾN CHỨNG

---

- Viêm tắc tĩnh mạch
- Nhiễm trùng chân
- Huyết khối tĩnh mạch → thuyên tắc phổi

## V./ ĐIỀU TRỊ

---

\* Nguyên tắc chung :

- Giảm triệu chứng
- Ngừa biến chứng
- Cải thiện bề ngoài tốt hơn các tĩnh mạch đã giãn

\* Điều trị cụ thể :

1. Thay đổi lối sống :

Tránh : đứng lâu, ngồi lâu, bắt chéo chân, mặc đồ chật, mang giày cao gót

Nên :

- Nâng cao chân khi nằm
- Tập vật lý trị liệu chân, cải thiện sức cơ chân
- Giảm cân nếu béo phì

- Mang vớ áp lực
- 2. Thuốc : Diosmin 450mg + hesperidin 50mg, Rutin C.
- 3. Điều trị xâm lấn :
  - Chích xơ
  - Phẫu thuật laser
  - Phẫu thuật hở

## BỆNH GIUN ĐŨA CHÓ, MÈO (TOXOCARIASIS)

### I./ NGUYÊN NHÂN

Tác nhân gây bệnh là *Toxocara canis* hay *Toxocara cati*, một loài giun tròn thường được gọi là giun đũa của chó, mèo. Các giun này sẽ đẻ trứng, trứng theo phân ra ngoài môi trường và sau 1-2 tuần lễ các trứng này sẽ hoá phôi. Đây là giai đoạn có thể gây bệnh cho người nếu nuốt phải trứng. Trẻ em là đối tượng dễ nhiễm bệnh nhất do thói quen đùa nghịch với đất cát, mà đất cát lại là nơi phát tán trứng giun do đặc tính phóng uế bừa bãi của chó, mèo. Sau khi nuốt trứng vào cơ thể, các ấu trùng giun sẽ được phóng thích, đi xuyên qua thành ruột và theo đường máu di chuyển đến gan, phổi, hệ thần kinh trung ương. Tại đây, các ấu trùng có thể sống sót trong cơ thể người trong nhiều tháng và sau đó bị phản ứng viêm của cơ thể tiêu diệt các ấu trùng di chuyển hoặc khiến chúng ngưng phát triển, nhưng chỉ sau khi các ấu trùng này đã gây tổn thương tại các mô.

### II./ LÂM SÀNG

Ở ký chủ vĩnh viễn (chó hay mèo nhà), giun trưởng thành sống trong lòng ruột non. Người mắc bệnh khi nuốt phải trứng giun đũa chó, mèo đã hoá phôi. Nhưng các ấu trùng từ trứng nở ra sẽ không phát triển được đến giai đoạn trưởng thành và sẽ chu du trong cơ thể người trong vài tháng đến nhiều năm. Các ấu trùng này sẽ gây tổn thương tại những nơi mà chúng đến, làm nên bệnh giun đũa chó, mèo ở người.

Mức độ tổn thương của cơ thể cùng với các triệu chứng tùy thuộc vào số lượng ấu trùng cũng như cơ quan mà chúng xâm lấn: gan, phổi, hệ thần kinh trung ương, mắt... Các thể lâm sàng của bệnh giun đũa chó, mèo được mô tả như sau :

- *Thể ấu trùng di chuyển nội tạng* , chủ yếu gặp ở trẻ < 5 tuổi với các triệu chứng: sốt, gan to và bị hoại tử, lách to, triệu chứng hô hấp giống như hen suyễn, bạch cầu ái toan tăng (tỷ lệ có thể đến 70%), các globulin miễn dịch IgM, IgG và IgE trong máu tăng. Ngoài ra có thể gặp viêm cơ tim, viêm thận, hệ thần kinh trung ương bị thương tổn với các triệu chứng co giật, triệu chứng tâm thần kinh hay bệnh lý ở não.

- *Thể ấu trùng di chuyển ở mắt (ocular larva migrans – OLM)*, gặp ở trẻ từ 5 đến 10 tuổi với triệu chứng giảm thị lực một bên mắt với đôi khi bị lé mắt. Mức độ suy giảm thị lực tùy thuộc vào vùng bị thương tổn (võng mạc, điểm vàng), có thể dẫn đến mù loà.

Ngoài hai thể lâm sàng chính nói trên, hiện nay nhiều tác giả còn mô tả những thể khác, hoặc tách ra từ thể VLM hoặc là những thể riêng biệt với những triệu chứng mơ hồ hơn .

- *Thể “che đậy” (covert toxocariasis)*, được mô tả ở trẻ em với các đặc điểm: hiệu giá kháng thể *Toxocara* qua kỹ thuật ELISA vừa phải ( $\geq 1/50$ ), số lượng bạch cầu ái toan bình thường hay tăng nhẹ, đau bụng, nhức đầu, ho.

- *Thể “thông thường” (common toxocariasis)*, được các tác giả người Pháp mô tả ở người lớn với các triệu chứng: mệt mỏi, ngứa, nổi ban, thở khó và đau bụng. Có lẽ thể “che đậy” và thể “thông thường” chỉ là một, chỉ khác nhau ở đối tượng bị bệnh là trẻ em hay người lớn.

- *Thể “thần kinh” (neurotoxocarosis)*, gây bệnh ở hệ thần kinh trung ương (sa sút trí tuệ, viêm não-màng não, viêm tủy, viêm mạch máu não, động kinh hay viêm dây thần kinh thị giác) hoặc ở thần kinh ngoại biên (viêm rễ thần kinh, gây tổn thương các dây thần kinh sọ hay thần kinh cơ-xương).

Một nghiên cứu năm 2012 của Trung tâm Khám bệnh chuyên ngành Viện Sốt rét-KST-CT TP. Hồ Chí Minh trên 103 bệnh nhân có test ELISA *Toxocara* dương tính cho thấy các triệu chứng sau [19]:



### III./ CHẨN ĐOÁN

---

Chẩn đoán bệnh giun đũa chó, mèo là một việc khó vì :

- Triệu chứng trong các thể lâm sàng của bệnh giun đũa chó, mèo không đặc hiệu cho bệnh
- Ấu trùng có thể phân tán rộng trong cơ thể và không phải lúc nào làm sinh thiết cũng phát hiện được ấu trùng
- Huyết thanh chẩn đoán ELISA sử dụng kháng nguyên ngoại tiết TES (*Toxocara excretory-secretory antigen*) có thể dương tính chéo với các trường hợp nhiễm giun, sán khác (giun đũa, giun móc, giun lươn, giun chỉ hệ bạch huyết, sán lá gan lớn, sán dây). Do đó để khẳng định thì phải làm Western-Blot là một kỹ thuật có tính đặc hiệu cao hơn.
- Ngoài ra nhiều nơi sản xuất kit ELISA với những hiệu giá kháng thể hay mật độ quang (OD) khác nhau về ngưỡng dương tính, nên khó so sánh hay theo dõi diễn tiến bệnh.
- Sự hiện diện của kháng thể chống *Toxocara* cũng không nói lên tình trạng đang mắc hay đã mắc bệnh vì các kháng thể chống *Toxocara* có thể tồn tại đến hơn 2,8 năm với kỹ thuật ELISA và đến hơn 5 năm với kỹ thuật Western-Blot.
- Số lượng bạch cầu ái toan có thể bình thường hoặc có tăng nhưng với mức độ rất thay đổi.

Chính vì những khó khăn trên nên một số tác giả đã tìm cách định nghĩa ca bệnh giun đũa chó, mèo. Năm 1979, Glickman và cs. đề xuất các tiêu chuẩn sau:

1. Số lượng bạch cầu  $> 10.000/\mu\text{L}$  máu,
2. Bạch cầu ái toan  $> 10\%$  tổng số bạch cầu,
3. Hiệu giá anti-A isohemagglutinin  $> 400$ ,
4. Hiệu giá anti-B isohemagglutinin  $> 200$ ,
5. Nồng độ IgG và IgM tăng,
6. Gan to

Nếu hội đủ 3 tiêu chuẩn trên trở lên thì là mắc bệnh giun đũa chó, mèo.

Năm 2001, Pawlowski lại đề xuất 5 chỉ thị (markers) cho bệnh giun đũa chó, mèo:

1. Đặc điểm của bệnh nhân và bệnh sử,
2. Các dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng,
3. Chẩn đoán huyết thanh dương tính,
4. Tăng bạch cầu ái toan,
5. Nồng độ IgE tăng.

### IV./ ĐIỀU TRỊ

---

Phác đồ điều trị bệnh giun đũa chó, mèo hiện nay chưa thống nhất về thuốc tối ưu, cũng như liều lượng và thời gian điều trị. Nhìn chung albendazole được nhiều tác giả khuyến cáo do tính an toàn, có sẵn và ít phản ứng bất lợi. Thời gian dùng albendazole cũng rất thay đổi tùy theo tác giả.

+ Magnaval (2006) đề xuất các phác đồ sau [9]:



+ The Medical Letter on Drugs and Therapeutics khuyến cáo sử dụng albendazole và mebendazole để điều trị bệnh giun đũa chó, mèo thể ấu trùng di chuyển nội tạng với các liều lượng như sau:

- Albendazole 400 mg x 2 lần/ngày, uống trong 5 ngày
- Mebendazole 100-200 mg x 2 lần/ngày, uống trong 5 ngày

+Ngoài ra có thể dùng Ivermectin nhưng hiệu quả kém.

Đồng thời có thể kết hợp với corticoid để chống hiện tượng viêm.

#### **V./ PHÒNG BỆNH**

---

- Hàng tuần dọn dẹp sạch sẽ nơi chó, mèo nằm.
- Phân chó, mèo phải được chôn lấp hay bỏ vào túi và vứt bỏ vào thùng rác.
- Không cho trẻ chơi đùa nơi có chó, mèo thải phân.
- Rửa tay với xà phòng sau khi chơi đùa với chó, mèo, sau khi nghịch đất cát và trước khi ăn uống.
- Định kỳ tẩy giun cho chó, mèo.

## BỆNH GIUN LƯƠN (STRONGYLOIDES STERCORALIS)

### I./ NGUYÊN NHÂN

---

Tác nhân là giun tròn (nematoda) *Strongyloides stercoralis*. Các chủng *Strongyloides* bao gồm *S.fülleborni* thường gây nhiễm ở loài khi và có thể nhiễm giới hạn ở người.

### II./ ĐƯỜNG LÂY

---

\* Nguồn truyền nhiễm.

- Ổ chứa: người là ổ chứa chính của giun lươn *Strongyloides stercoralis*. Giun lươn cũng có thể có ở một số động vật như chó, khỉ, vượn.
- Thời gian ủ bệnh: thời gian từ lúc ấu trùng xâm nhập qua da đến khi phát triển thành giun trưởng thành và đẻ trứng, trứng phát triển thành ấu trùng ra ngoài cảnh khoảng 2-4 tuần.
- Thời kỳ lây truyền: là khoảng thời gian sống của giun cái trưởng thành từ khi được thụ tinh và đẻ trứng, thậm chí đến 35 năm sau trong trường hợp tự nhiễm.

\* Phương thức lây truyền.

- Qua đường da, niêm mạc
- Tuy nhiên giun lươn còn có đường truyền nhiễm bất thường là chu kỳ ngược dòng: trong một số điều kiện nhất định, ấu trùng giun lươn dính lại quanh hậu môn phát triển thành ấu trùng có thực quản hình trụ và gây tự nhiễm lại cho bệnh nhân.

\* Tính cảm nhiễm và miễn dịch: Tất cả mọi người đều có thể nhiễm giun lươn.

### III./ TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

---

Thường không triệu chứng.

Các triệu chứng sau đây thường gặp nhất:

- + Các triệu chứng dạ dày ruột bao gồm đau bụng vùng thượng vị trên rốn và tiêu chảy.
- + Các triệu chứng ở phổi (bao gồm hội chứng Loeffler) có thể xảy ra khi ấu trùng filariform di chuyển trong phổi.
- + Các biểu hiện ngoài da bao gồm nổi mề đay ở vùng mông và thắt lưng.
- + Nhiễm giun lươn lan tỏa xảy ra ở những bệnh nhân suy giảm miễn dịch, biểu hiện bằng đau trường bụng, shock, biến chứng phổi và thần kinh, nhiễm trùng huyết, có thể dẫn đến tử vong.
- + Tăng bạch cầu ái toan (eosinophils) thường hiện diện trong giai đoạn cấp và mạn tính, nhưng có thể không xảy ra ở thể bệnh lan tỏa.

**Tam chứng nhiễm giun lươn = Tiêu chảy + Đau bụng + Nổi mề đay**

### IV./ XÉT NGHIỆM

---

- Chẩn đoán dựa trên việc tìm thấy ấu trùng trong phân hoặc dịch tá tràng.
- Ấu trùng có thể phát hiện thấy trong đàm của những bệnh nhân nhiễm giun lươn lan tỏa.
- Chẩn đoán huyết thanh ELISA.

### IV./ ĐIỀU TRỊ

---

- Thuốc được lựa chọn để điều trị cho các trường hợp nhiễm *Strongyloides* không biến chứng là Ivermectin, với Albendazole là thuốc thay thế.
- Tất cả các bệnh nhân có nguy cơ nhiễm giun lươn lan tỏa (Disseminated Strongyloidiasis) đều cần phải được điều trị.

### V./ PHÒNG BỆNH

---

- Việc điều trị giun lươn còn nhiều hạn chế, tỷ lệ tái nhiễm cao. Với phương châm phòng bệnh hơn chữa bệnh, nên lưu ý các vấn đề sau đây để hạn chế sự nhiễm bệnh, tái nhiễm, và lây lan trong cộng đồng:
  - Vệ sinh môi trường: Quản lý tốt phân, nước, rác
  - Vệ sinh cá nhân, không phóng uế bừa bãi

- Áp dụng các biện pháp phòng hộ trong lao động và sinh hoạt hàng ngày. Những người thường hay tiếp xúc với đất nên mang găng tay, đi giày dép, đi ủng.- Khi có những biểu hiện nghi ngờ nhiễm giun lươn nên đến khám bác sĩ chuyên khoa để được xét nghiệm, chẩn đoán và điều trị sớm.
- Nâng cao sức đề kháng cơ thể, ăn nhiều rau, trái cây tươi, luyện tập thể thao hàng ngày để bảo vệ và tăng cường sức đề kháng của cơ thể, tránh tình trạng suy giảm miễn dịch làm bùng phát bệnh giun lươn lan tỏa.

# MIGRAINE

## I./ KHÁI NIỆM

Là một bệnh lý thường gặp trong nhóm các bệnh lý đau đầu nguyên phát. Có thể phân thành 2 nhóm chính:

- Migraine không tiền triệu: đau đầu khu trú 1 bên, theo mạch đập, có kèm theo buồn nôn, và/ hoặc sợ ánh sáng, tiếng động
- Migraine có tiền triệu: đau đầu tái phát biểu hiện thành cơn xảy ra sau các triệu chứng thần kinh khu trú hồi phục kéo dài 5-20 phút và không quá 60 phút.

## II./ TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

### 1. Migraine không tiền triệu

- Tối thiểu 5 cơn
- Các cơn đau đầu kéo dài 4-72 giờ
- Đau đầu có ít nhất 2 trong 4 đặc điểm
- Trong lúc đau đầu kèm theo 1 trong các triệu chứng: buồn nôn, nôn, sợ ánh sáng, sợ tiếng động.
- Không kèm theo bất thường khác

### 2. Migraine có tiền triệu

- Ít nhất 2 cơn
- Tiền triệu migraine: Triệu chứng thần kinh khu trú hồi phục
- Không kèm theo bất thường khác

## III./ ĐIỀU TRỊ

### 1. Điều trị cấp tính

#### 1.1. Bước 1: áp dụng cho cường độ đau vừa phải:

- Giảm đau: Aspirin, Paracetamol, Ibuprofen, Naproxen
- Chống nôn : Metoclopramide, Domperidone

#### 1.2. Bước 2: áp dụng cho cường độ đau nặng

- Sử dụng thuốc đặc hiệu Triptans
- Có thể phối hợp Metoclopramide, Domperidone
- Nhóm Ergotamine hiện ít dùng: không dùng chung với nhóm Triptans

#### 1.3. Bước 3: áp dụng cho cường độ đau dữ dội

- Sử dụng thuốc giảm đau toàn thân
- Nếu không đáp ứng nhóm Triptans thì dùng Sumatriptan 50mg phối hợp Naproxen 500mg
- Nếu kháng trị với các bước điều trị đầu thì phải nhập viện :
  - o Diclofenac 75mg IM và Clorpromazine 25-50mg IM
  - o Sumatriptan 6mg IV

### 2. Điều trị mạn tính

#### 2.1. Chỉ định: khi có 1 trong các yếu tố sau

- Có từ 2 cơn migraine trở lên mỗi tuần
- Một số thể migraine đặc biệt
- Bệnh nhân không sử dụng được thuốc cắt cơn vì có chống chỉ định hay không dung nạp
- Bệnh ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống dù đã điều trị cắt cơn
- Yêu cầu của bệnh nhân

#### 2.1. Mục tiêu

- Giảm đau đầu về tần suất, cường độ hay độ dài cơn
- Cải thiện sự đáp ứng của cơn đau đầu với thuốc điều trị cấp tính
- Cải thiện hoạt động hàng ngày
- Nâng cao chất lượng sống
- Thời gian điều trị từ 4-6 tháng

#### 2.2. Các thuốc điều trị:

- Thuốc hàng thứ nhất



- Ức chế beta: Propranolol
- Ức chế Calci: Flunarizine
- Thuốc chống động kinh: Valproic acide, Topiramate
- Thuốc hàng thứ hai
  - Chống trầm cảm 3 vòng: amitriptyline
- Thuốc hàng thứ ba:
  - Gabapentine
  - Fluoxetine
  - Aspirine
  - Pizotifen
  - Riboflavin
  - Methysergide
  - Verapamil
  - Clonidine
  - Botulinium toxin: FDA chỉ chấp thuận sử dụng trong điều trị phòng ngừa “migraine mạn tính”

---

*Tài liệu tham khảo*

*Kho dữ liệu Phác đồ điều trị ngành Y tế TPHCM – Bệnh viện Nguyễn Tri Phương*

## THIẾU NĂNG TUẦN HOÀN NÃO

### 1. ĐẠI CƯƠNG

- Thiếu năng tuần hoàn não là tình trạng giảm lượng máu đến não ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe, đặc biệt là hệ thần kinh trung ương.
- Thiếu năng tuần hoàn não là một bệnh lý rất hay gặp ở lứa tuổi trên 50. Thiếu năng tuần hoàn não có thể diễn tiến lâu ngày, hoặc có biến chứng nặng nề là gây nên bệnh cảnh đột quỵ nhồi máu não hệ sống nền rất nguy hiểm khi có một động mạch bị huyết khối gây tắc hoàn toàn, bệnh nhân có thể tử vong do suy hô hấp, tuần hoàn vì thân não bị nhồi máu hoại tử cấp tính, phù não.

### 2. NGUYÊN NHÂN

- Xơ vữa động mạch làm hẹp lòng ống để chứa máu và vận chuyển ( nguyên nhân chính chiếm 60 – 80%)
- Dị dạng bẩm sinh hay u, sùi, bóc tách thành mạch làm hẹp lòng mạch.
- Các cục máu đông gây cản trở dòng tuần hoàn máu.
- Thoái hóa, vôi hóa đốt sống cổ làm chèn ép vào mạch máu.
- Chèn ép từ bên ngoài vào thành động mạch.
- Người lao động trí óc với cường độ cao, thời gian dài cần tăng lượng máu tới não

### 3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

- Đau đầu không có điểm cố định ở khu vực chẩm, cổ.
- Chóng mặt, mất thăng bằng, đôi khi đột ngột choáng váng, hoa mắt, thị lực giảm thoáng qua rồi trở lại bình thường, ù tai...
- Rối loạn cảm xúc: bồn chồn, không tự chủ, dễ cáu giận, suy giảm trí nhớ, mất tập trung, học tập, làm việc trí óc khó khăn, mất tinh táo, sa sút trí tuệ, lú lẫn.
- Bệnh tiến triển có thể gây những não, xuất huyết não, liệt nửa người hoặc chết đột ngột trong đêm.

### 4. CẬN LÂM SÀNG

- Điện não đồ
- Chụp XQ cột sống cổ, XQ sọ não
- Chụp Động mạch não

### 5. ĐIỀU TRỊ

#### 5.1 . Điều trị không dùng thuốc:

- Điện châm: giảm đau đầu, đau cổ gáy do nguyên nhân tại cột sống cổ, mất ngủ.
  - Vật lý trị liệu: Siêu âm trị liệu, điện vi dòng giảm đau, xung điện, hồng ngoại, kéo nắn cột sống khi có chèn ép từ cột sống cổ, điện từ trường...
- Liệu trình điều trị: 1 lần/ngày ( hoặc cách ngày), một liệu trình từ 10-15 lần. có thể từ 1- 3 liệu trình.

#### 5.2 . Điều trị dùng thuốc:

##### - Điều trị nguyên nhân:

- Xơ vữa động mạch: điều chỉnh các yếu tố nguy cơ, điều trị tình trạng rối loạn lipid máu....
- Kháng đông, chống kết tập tiểu cầu:  
Aspirin 81mg: 1 viên/ngày  
Clopidogrel 75mg: 1 viên/ngày
- Can thiệp ngoại khoa: phẫu thuật lấy bỏ cục nghẽn, hoặc nong động mạch bằng stent, bắt cầu qua chỗ tắc...

##### - Điều trị triệu chứng:

- Paracetamol 500mg: 2-4 viên/ngày  
Hay paracetamol tramadol: 2-4 viên/ngày  
Cinnarizine 25mg: 2-3 viên/ngày  
Betaserc 16mg: 2-3 viên/ngày

- Taganil 500mg: 3-4 viên/ngày
- **Tăng tuần hoàn não:**
    - Piracetam 800mg: 1x3 viên/ngày
    - Ginkgo biloba 40mg: 1x3 viên/ngày
    - Luotai 100mg: 2-6 viên/ngày
    - Hoạt huyết dưỡng não: 2-3 viên x 2-3 lần/ngày
    - Hoạt huyết thông mạch: 25-30ml x 2-3 lần/ngày.
  - **Điều trị Đông Y: sử dụng một số bài thuốc**
    - Bài thiên ma câu đằng ẩm gia giảm
    - Bài hữu quy hoàn
    - Bài tri bá địa hoàng hoàn
    - Bài quy tỳ thang gia giảm
    - Bài thập toàn đại bổ.

*Tài liệu tham khảo: Kho dữ liệu sở y tế- Bv Trung Vương)*

# TÂM THẦN PHÂN LIỆT

## I. ĐẠI CƯƠNG

Tâm thần phân liệt (TTPL) là một bệnh loạn tâm thần nặng, tiến triển từ từ, căn nguyên hiện chưa rõ, có nhiều thể lâm sàng khác nhau. Chúng được biểu hiện qua các hội chứng dương tính, âm tính, rối loạn cảm xúc, suy giảm hoạt động nhận thức và gây hấn. Bệnh tác động xấu làm suy giảm và rối loạn khả năng tư duy, cảm xúc, hành vi và các chức năng xã hội và nghề nghiệp. Bệnh diễn tiến mạn tính và gây tổn kém cho gia đình và xã hội.

## II. CHẨN ĐOÁN BỆNH THEO ICD 10

Bảng phân loại quốc tế về bệnh tật ICD 10 chia các triệu chứng của bệnh thành từng nhóm có tầm quan trọng đặc biệt đối với chuẩn đoán và thường đi với nhau đó là:

- (a) Tư duy vang thành tiếng, tư duy bị áp đặt hay bị đánh cắp và tư duy bị phát thanh.
- (b) Các hoang tưởng bị kiểm tra, bị chi phối hay bị động có liên quan rõ rệt với vận động thân thể hay các chi hoặc có liên quan với những ý nghĩ hành vi hay cảm giác đặc biệt, tri giác hoang tưởng.
- (c) Các ảo thanh bình luận thường xuyên về hành vi của bệnh nhân hay thảo luận với nhau về bệnh nhân hoặc các loại ảo thanh khác xuất phát từ một bộ phận nào đó của thân thể.
- (d) Các loại hoang tưởng dai dẳng khác không thích hợp về mặt văn hóa và hoàn toàn không thể có được như tính thống nhất về tôn giáo hay chính trị hoặc những khả năng và quyền lực siêu nhân (thí dụ: có khả năng điều khiển thời tiết, hoặc đang tiếp xúc với những người của thế giới khác).
- (e) Ảo giác dai dẳng bất cứ loại nào, có khi kèm theo hoang tưởng thoáng qua hay chưa hoàn chỉnh, không có nội dung cảm xúc rõ ràng hoặc kèm theo ý tưởng quá dai dẳng hoặc xuất hiện hàng ngày trong nhiều tuần hay nhiều tháng.
- (f) Tư duy gián đoạn hay thêm từ khi nói, đưa đến tư duy không liên quan hay lời nói không thích hợp hay ngôn ngữ bịa đặt.
- (g) Tác phong căng trương lực như kích động, giữ nguyên dáng hay uốn sấp, phủ định, không nói, hay sững sờ.
- (h) Các triệu chứng âm tính như vô cảm rõ rệt, ngôn ngữ nghèo nàn, các đáp ứng cảm xúc cùn mòn hay không thích hợp thường đưa đến cách ly xã hội hay giảm sút hiệu suất lao động xã hội, phải rõ ràng là các triệu chứng trên không do trầm cảm hay thuốc an thần kinh gây ra.
- (i) Biến đổi thường xuyên và có ý nghĩa về chất lượng toàn diện của tập tính cá nhân biểu hiện như là mất hứng thú, thiếu mục đích, lười nhác, thái độ mê mải suy nghĩ về bản thân và cách ly xã hội.

Các nguyên tắc chỉ đạo chuẩn đoán

Yêu cầu thông thường của một chẩn đoán bệnh nhân tâm thần phân liệt là ít nhất phải có một triệu chứng rất rõ (nếu ít rõ thường phải hai triệu chứng hay nhiều hơn nữa) thuộc vào một trong các nhóm liệt kê từ (a) đến (d) ở trên hoặc các triệu chứng thuộc vào ít nhất là hai trong các nhóm liệt kê từ (e) đến (h), các triệu chứng ở trên phải tồn tại rõ ràng trong phần lớn *khoảng thời gian một tháng hay lâu hơn*. Các trạng thái đáp ứng các yêu cầu về triệu chứng nói trên nhưng thời gian ít hơn một tháng (dù có điều trị hay không) phải chẩn đoán trước tiên như rối loạn thần cấp giống phân liệt (F23.2) và sẽ phân loại bệnh tâm thần phân liệt nếu các triệu chứng kéo dài trong thời gian lâu hơn.

## III. ĐIỀU TRỊ:

### 1. NGUYÊN TẮC CHUNG

Từ những tiếp cận lâm sàng trên nên diễn tiến của 1 bệnh nhân TTPL có thể xem như có 4 giai đoạn (GD): GD không TC, GD tiền triệu, GD bộc phát, GD di chứng. Trước sự đa dạng trên của diễn tiến bệnh một tổng thể các phương án điều trị bao gồm:

- a. Điều trị nội trú hay ngoại trú
- b. Hóa dược liệu pháp
- c. Tâm lý liệu pháp nâng đỡ
- d. Hợp tác chặt chẽ với thân nhân

e. Tái phục hồi chức năng- tái hội nhập XH

Tương ứng với các giai đoạn tiến triển của bệnh lần lượt từng phương án điều trị được đưa ra chủ yếu nhằm đáp ứng 3 mục tiêu điều trị sau:

- Làm thuyên giảm các tình trạng triệu chứng cấp tính (nội trú, thuốc)
- Ổn định các rối loạn tâm thần của bệnh nhân (thuốc, tái thích ứng)
- Bù trừ lại các khiếm khuyết tâm thần (tái thích ứng, tâm lý nâng đỡ)

**2. CÁC XÉT NGHIỆM HỖ TRỢ:**

- a. Chẩn đoán hình ảnh (CT scan não, IRM não): phục vụ cho mục tiêu chẩn đoán khi cần chẩn đoán phân biệt với một loạn thần thực thể khi cần
- b. Điện não đồ, lưu huyết não, siêu âm não: phục vụ cho mục tiêu chẩn đoán khi cần chẩn đoán phân biệt với một loạn thần thực thể khi cần
- c. Các trắc nghiệm tâm lý và các thang lượng giá : hỗ trợ cho việc chẩn đoán, theo dõi diễn tiến bệnh khi cần
  - Các trắc nghiệm phóng chiếu (Rorschach, TAT...), trắc nghiệm nhân cách (MMPI...)
  - Các trắc nghiệm trí tuệ (PMS, K-ABC...), trắc nghiệm nhận thức MMSE
  - Các thang lượng giá (PANSS, SANS, SAPS, BPRS, HAMILTON...)
- d. Công thức máu và nước tiểu, các xét nghiệm sinh hóa, chức năng gan thận, dịch não tủy, xét nghiệm phân: hỗ trợ cho việc chẩn đoán, theo dõi diễn tiến bệnh khi cần
- e. Điện tâm đồ, siêu âm, X quang: hỗ trợ cho việc theo dõi diễn tiến bệnh khi cần

**3. HÓA DƯỢC LIỆU PHÁP CÁC NGUYÊN TẮC:**

- Cơ bản là thuốc chống loạn thần bao gồm nhóm chống loạn thần cổ điển, nhóm chống loạn thần thế hệ mới, nhóm chống loạn thần tác dụng kéo dài. Ngoài ra các nhóm thuốc chống lo âu, thuốc chống trầm cảm, thuốc điều hòa khí sắc, thuốc ức chế cholinesterase, các thuốc chống Parkinson và các loại thuốc hỗ trợ cơ thể (vitamine, thuốc tăng tuần hoàn não...), nhuận gan mật có thể được phối hợp khi có chỉ định lâm sàng thích hợp
- Trước khi dùng thuốc chống loạn thần, bệnh nhân phải được khám thần kinh, nội khoa và thực hiện các xét nghiệm cận lâm sàng như công thức máu, điện tâm đồ, ion đồ, glucose máu, chức năng gan, thận và tuyến giáp. Trường hợp bệnh nhân không hợp tác hoặc từ chối làm xét nghiệm thì cho thuốc chống loạn thần trước khi làm xét nghiệm.
- Ưu tiên sử dụng một loại thuốc chống loạn thần. Chỉ phối hợp khi cần thiết
- Khởi đầu liều thấp, tăng dần đến khi đạt hiệu quả lâm sàng, tăng nhanh khi cần thiết.
- Đáp ứng lâm sàng
- Dung nạp thuốc, hạn chế các tác dụng ngoại ý và tác dụng độc như hội chứng ác tính, Steven-Johnson...
- Thời gian tối thiểu để đánh giá hiệu quả là 4 tuần với liều thích hợp. Trong trường hợp bệnh nhân gia tăng triệu chứng, khó chịu, loạn cảm, tác dụng phụ nhiều, tác dụng độc thì có thể chuyển thuốc trước 4 tuần
- Cần thận ở người già, trẻ em và bệnh nhân có bệnh lý cơ thể đi kèm.
- Đường uống là chính, chỉ sử dụng tiêm bắp khi bệnh nhân không chịu uống thuốc. Trường hợp tiêm bắp, phải theo dõi mạch, huyết áp trước khi tiêm và 1 giờ sau tiêm.
- Điều trị giai đoạn cấp có thể từ 4-8 tuần, Khi đạt được liều điều trị hiệu quả cần thiết nên duy trì khoảng 1 năm sau đó giảm liều từ từ có thể từ 10 – 20% cho mỗi tháng. Liều duy trì thấp nhất được đề nghị là tương đương 300 – 600mg Chlopromazine tuy nhiên đối với từng bệnh nhân liều thấp nhất có hiệu quả là tối ưu nhất.
- Nếu kháng trị dùng clozapine, theo dõi huyết đồ 18 tuần đầu tiên, 1 lần/tuần

**❖ CÁC MỤC TIÊU ĐIỀU TRỊ TRONG HÓA DƯỢC LIỆU PHÁP**

✓ **Hội chứng dương tính**

- Trong trường hợp cấp tính khi bệnh nhân không hợp tác thường dùng ở dạng chích nhóm chống loạn thần cổ điển, có thể phối hợp với thuốc chống lo âu nhóm Benzodiazepine.
- Nhóm chống loạn thần thế hệ mới hoặc nhóm cổ điển tùy theo đáp ứng của bệnh nhân và dung nạp thuốc để hạn chế tác dụng phụ gây khó chịu
- Nhóm chống loạn thần tác dụng kéo dài được chỉ định khi bệnh nhân không hợp tác, dùng thuốc không đều hoặc khó kiểm soát sự tuân thủ điều trị

- Phối hợp thuốc được đặt ra khi thất bại với các nhóm chống loạn thần đã sử dụng trước đó.

#### ✓ **Hội chứng âm tính**

Các thuốc chống loạn thần thế hệ mới có hiệu quả hơn nhóm cổ điển, hơn nữa nhóm cổ điển có thể gây hội chứng âm tính thứ phát

#### ✓ **Hội chứng cảm xúc**

- Ưu tiên cho thuốc chống loạn thần thế hệ mới
- Các thuốc chống trầm cảm, thuốc điều hòa khí sắc được chỉ định kết hợp với thuốc chống loạn thần thế hệ mới

#### ✓ **Hội chứng nhận thức**

- Ưu tiên cho thuốc chống loạn thần thế hệ mới
- Các thuốc ức chế men cholinesterase được chỉ định kết hợp với thuốc chống loạn thần khi cần thiết

#### ✓ **Hội chứng gây hấn**

- Trong trường hợp cấp tính khi bệnh nhân kích động thường dùng ở dạng chích nhóm chống loạn thần cổ điển, có thể phối hợp với thuốc chống lo âu nhóm Benzodiazepine
- Ưu tiên cho thuốc chống loạn thần thế hệ mới.
- Nhóm chống loạn thần tác dụng kéo dài được chỉ định khi bệnh nhân không hợp tác, dùng thuốc không đều hoặc khó kiểm soát sự tuân thủ điều trị

### **4. CÁC LOẠI THUỐC:**

- Thuốc chống loạn thần như: Olanzapin, Quetiapin, Risperidon,..
- Thuốc điều hòa khí sắc: Valproat natri+valproic acid, Carbamazepin, Gabapentin,..
- Thuốc chống trầm cảm như: Fluoxetin, Fluvoxamin, Sertralin,..
- Thuốc chống lo âu
  - Thuốc tăng cường tuần hoàn não & bồi bổ thần kinh : Piracetam 800mg: 1x3 viên/ngày. Ginkgobiloba 40mg: 1x3 viên/ngày. Hoạt huyết dưỡng não: 2-3 viên x 2-3 lần/ngày. Hoạt huyết thông mạch: 25-30ml x 2-3 lần/ngày.
- Clozapine sử dụng cho các trường hợp tâm thần phân liệt kháng trị.

### **5. CHOÁNG ĐIỆN**

Trong trường hợp tâm thần phân liệt nặng không đáp ứng với thuốc chống loạn thần đang sử dụng đúng liều và đủ thời gian hay tâm thần phân liệt thể căng trương lực.

### **6. ĐIỀU TRỊ TÂM LÝ XÃ HỘI:**

- Liệu pháp tâm lý cá nhân:** liệu pháp nâng đỡ, bao gồm giải thích hợp lý tình trạng bệnh lý cho bệnh nhân và thân nhân. Giúp bệnh nhân an tâm điều trị, tin tưởng vào thầy thuốc, tuân thủ liệu pháp điều trị.
- Liệu pháp nhóm.**
- Liệu pháp gia đình.**
- Liệu pháp tái thích ứng xã hội:** thông qua lao động liệu pháp như dạy nghề, hướng nghiệp  
...

*Tài liệu tham khảo: Kho dữ liệu Sở Y tế- Bệnh Viện Tâm Thần TPHCM.*

## BỆNH XƠ CỨNG RẢI RÁC

### I. ĐẠI CƯƠNG

Xơ cứng rải rác là một bệnh lý tái diễn hoặc tiến triển của hệ thần kinh trung ương gây ra các thiếu sót thần kinh từng đợt hoặc mạn tính. Các thiếu sót thần kinh này là biểu hiện của đa ổ tổn thương riêng biệt do hủy myelin, gọi là các mảng, xảy ra chủ yếu ở chất trắng của não, tủy, hoặc thần kinh thị giác.

Mỗi thiếu sót thần kinh xảy ra phụ thuộc vào vị trí, kích thước và độ nặng của các mảng này.

### II. CHẨN ĐOÁN

#### 1. Các công việc của chẩn đoán

##### 1.1. Hỏi bệnh

- Đợt bệnh này có phải là đợt đầu tiên hay không
- Hỏi các triệu chứng phổ biến của xơ cứng rải rác: có bị mất thị lực không, song thị, rối loạn chức năng bàng quang, dị cảm khu trú, và các rối loạn vận động khu trú ở một hoặc nhiều chi.
- Các triệu chứng trên xuất hiện trong quá khứ, nhưng chỉ thoáng qua và tự phục hồi mà không cần khám và điều trị

##### 1.2. Khám và lượng giá chức năng

- Khám thực thể thần kinh kỹ lưỡng để tìm bằng chứng có sự hiện diện của hai hay nhiều tổn thương hủy myelin riêng rẽ nhau, nằm tại các phần khác nhau của hệ thần kinh trung ương, xảy ra ít nhất tại hai thời điểm khác nhau.

- Cần xác định các tổn thương đường thần kinh thị giác hướng tâm; teo gai thị, liệt vận nhãn hoặc bất kỳ một rối loạn vận nhãn nào khác; tăng phản xạ gân xương, tăng trương lực cơ ở chi; mất cảm giác khu trú hoặc theo vùng.

##### 1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng

- Cộng hưởng từ (MRI):
  - + Xác nhận sự hiện diện của các mảng hủy myelin và loại trừ các bệnh lý tủy khác như bệnh lý chèn ép tủy...
  - + Sự hiện diện của một hay nhiều tổn thương trên MRI giúp thỏa mãn đòi hỏi về sự xuất hiện tách biệt vị trí giải phẫu và tách biệt về thời điểm xảy ra trong tiêu chuẩn chẩn đoán xơ cứng rải rác
- Dịch não tủy: là xét nghiệm thường quy trong chẩn đoán xơ cứng rải rác, sự hiện diện của oligoclonal bland hoặc sự tăng tổng hợp IgG được cho là có tổn thương hình thành
- Điện thế gọi thị giác hoặc điện thế gọi cảm giác: ít nhạy cảm, ít đặc hiệu nhưng cũng được cho là đại diện cho sự tồn tại tổn thương.
- Xét nghiệm máu: không có giá trị trong chẩn đoán xơ cứng rải rác, nhưng có giá trị trong chẩn đoán loại trừ các bệnh lý khác ảnh hưởng đến hệ thần kinh trung ương.

### 2. Chẩn đoán xác định

Tiêu chuẩn chẩn đoán dựa vào hỏi bệnh, khám thực thể thần kinh và kết hợp với xét nghiệm cận lâm sàng nhằm tìm ra các tổn thương thần kinh trung ương thỏa mãn đòi hỏi về sự hiện diện tổn thương tách biệt về vị trí giải phẫu và tách biệt về thời điểm xảy ra.

### 3. Chẩn đoán phân biệt

- Luput ban đỏ hệ thống có biểu hiện bằng bệnh lý tủy cấp
- Bệnh Behcet có thể gây rối loạn chức năng thần kinh trung ương đa ổ
- Sarcoidosis có 5% bệnh nhân có biểu hiện tổn thương hệ thần kinh trung ương, đặc biệt là dây thần kinh thị giác và các dây thần kinh sọ não khác, thân não và tủy sống

### III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ

#### 1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị

Chia làm ba giai đoạn chính

- Điều trị đợt bệnh cấp
- Điều trị diễn tiến lâu dài của bệnh
- Điều trị triệu chứng và nâng đỡ cho từng triệu chứng và các bất thường chức năng thực thể

#### 2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng

Tùy theo giai đoạn, mức độ tổn thương mà áp dụng các phương pháp kỹ thuật phục hồi chức năng khác nhau, song cơ bản cần điều trị chăm sóc đầy đủ các biện pháp sau:

- + Phục hồi chức năng hô hấp: giai đoạn cấp, có tổn thương tủy cổ cao kèm theo rối loạn chức năng hô hấp
- + Phục hồi chức năng vận động cảm giác và phòng chống biến chứng và các thương tật thứ phát
- + Phục hồi chức năng trong đau do nguyên nhân thần kinh
- + Phục hồi chức năng tâm lý xã hội và tình dục
- + Phục hồi chức năng co cứng cơ
- + Phục hồi chức năng hoạt động trí tuệ và chức năng sống hàng ngày
- + Phục hồi chức năng rối loạn chức năng bàng quang

## **2. Các điều trị khác**

- Giai đoạn cấp: phương tiện chính là corticoid, nếu mất chức năng nặng thì dùng Solumedrol liều cao đường tĩnh mạch: 500-1000mg mỗi ngày trong vòng 3-5 ngày sau ngừng thuốc hoặc chuyển sang dạng Prednison uống, giảm dần liều từ 60mg xuống 0 mg trong vòng vài tuần

- Điều trị lâu dài, điều chỉnh bệnh

Sử dụng liệu pháp Interferon: là các protein được các tế bào tiết ra như một phần của đáp ứng miễn dịch. Chúng gắn lên các receptor bề mặt tế bào và khởi động một dòng thác đáp ứng làm biến đổi hệ thống miễn dịch. Chúng có tác dụng cải thiện tiến triển xơ cứng rải rác

- Điều trị triệu chứng:

+ Không chế đau: sử dụng các thuốc và biện pháp giảm đau thần kinh

+ Điều trị cứng cơ: thuốc giãn cơ (Baclofen), phong bế tại chỗ bằng Botulinum toxin nhóm A hoặc Phenol 2%.

+ Điều trị rối loạn chức năng niệu dục và đường ruột

## **IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

Vì là bệnh tiến triển nhiều đợt, nên cần đọc quản lý điều trị dài lâu, tái khám định kỳ ngay cả khi chưa có đợt cấp mới tái diễn. Theo dõi và xử lý sớm những đợt tái phát và xử lý kịp thời nếu có triệu chứng nặng và cấp tính

Tài liệu tham khảo: “Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành phục hồi chức năng” của Bộ Y tế ban hành năm 2014.



## **PARKINSON**

### **I./ ĐẠI CƯƠNG**

Được James Parkinson mô tả đầu tiên năm 1917, gọi là liệt rung. Là một rối loạn thần kinh tiến triển chậm do thoái hóa neuron chất đen, gây thiếu hụt chất dẫn truyền thần kinh dopamine. Tuổi trung bình là 60, khởi phát sớm trước 40 tuổi chiếm 5-10% bệnh nhân bệnh Parkinson.

### **II./ BỆNH SINH**

Đặc điểm giải phẫu bệnh điển hình là mất tế bào sắc tố ở chất đen, hiện diện của thể Lewy trong tế bào thần kinh ở vùng trước bên chất đen. Triệu chứng xuất hiện khi mất khoảng 80% chất đen. Căn nguyên chưa rõ, có thể là đa yếu tố.

### **III./ CHẨN ĐOÁN**

1. Lâm sàng: 4 triệu chứng chính
  - Run
  - Đơ cứng cơ
  - Bất động, giảm động, chậm vận động
  - Rối loạn phản xạ tư thế (mất ổn định tư thế)
2. Tiêu chẩn chẩn đoán: Tiêu chuẩn của Ngân hàng não bệnh Parkinson Anh Quốc
  - Bước 1: Chẩn đoán hội chứng Parkinson: chậm vận động kèm ít nhất 1 trong các triệu chứng sau:
    - o Đơ cứng cơ
    - o Run khi nghỉ
    - o Mất ổn định tư thế không liên quan tới rối loạn chức năng thị giác, tiểu não, tiền đình hay cảm giác sâu
  - Bước 2: Các tiêu chuẩn loại trừ bệnh Parkinson: tiền sử
    - o Đột quỵ tái diễn
    - o Chấn thương đầu tái diễn
    - o Dùng thuốc làm giảm dopamine
    - o Viêm não và/hoặc các cơn oculogyric mà không do dùng thuốc
    - o Có hơn 1 người thân trong gia đình mắc bệnh tương tự
    - o Thoái lui kéo dài
    - o Không đáp ứng với điều trị liều cao Levodopa
    - o Triệu chứng chỉ có 1 bên sau khởi phát bệnh 3 năm
  - Bước 3: Các tiêu chuẩn hỗ trợ bệnh Parkinson: có ít nhất 3 trong các đặc điểm sau:
    - o Khởi phát 1 bên
    - o Run khi nghỉ
    - o Có tính tiến triển
    - o Triệu chứng bất đối xứng kéo dài với bên khởi phát triệu chứng bị nặng hơn.
    - o Đáp ứng tốt với Levodopa
    - o Múa giật nặng do Levodopa
    - o Đáp ứng với Levodopa trong > 5 năm
    - o Diễn tiến lâm sàng trên 10 năm
3. Cận lâm sàng: MRI sọ não để phân biệt bệnh Parkinson hay hội chứng Parkinson

### **IV./ ĐIỀU TRỊ**

1. Mục tiêu và các lưu ý trong điều trị
  - Cải thiện các rối loạn bệnh lý làm cản trở sinh hoạt hằng ngày
  - Giữ cho bệnh nhân duy trì được hoạt động càng lâu càng tốt. Hạn chế tối đa các biến chứng.
  - Bệnh luôn tiến triển, không có phương pháp nào chặn lại được; nên điều trị sớm, đúng và đủ.
  - Dopamine là thuốc có hiệu quả nhất, làm giảm triệu chứng bệnh.
2. Liệu pháp không dùng thuốc
  - Giáo dục

- Tập luyện
  - Chế độ ăn
3. Liệu pháp dùng thuốc
- Liệu pháp dùng thuốc – bảo vệ thần kinh: Thuốc đồng vận dopamine có thể có tác động bảo vệ thần kinh.
  - Liệu pháp dùng thuốc – điều trị triệu chứng:
    - o Levodopa: với bệnh Parkinson mới khởi phát ở người > 65 tuổi, có thể khởi đầu Madopar 250mg ¼ v x 3 lần/ngày, tăng liều theo đáp ứng hoặc Sinemet CR 50/200, ½ viên mỗi sáng và điều chỉnh đến 1 viên 2 lần/ngày.
    - o Pramipexol 0.18mg: khởi đầu 2 viên/ngày.
    - o Thuốc đồng vận dopamine: Bromocriptine (Parlodel) 7.5-40mg/ngày, Pergolide (Permax) 0.75-4mg/ngày.
    - o Entacapone
    - o Tolcapone: 100-600mg/ngày, phải giảm bớt liều levodopa.
    - o Thuốc kháng cholinergic
    - o Trihexyphenidyl liều thấp tăng dần cho đến liều trung bình 0.5-2mg 3 lần/ngày
    - o Amantadine: khởi đầu liều 100mg buổi sáng, tăng dần 100mg 3 lần/ngày
    - o Propranolol: nên dùng liều nhỏ tăng dần, tối đa có thể 120-160mg/24 giờ.
4. Điều trị Parkinson theo giai đoạn
- Bệnh Parkinson giai đoạn sớm: 3-5 năm đầu, thường dựa vào nhóm đồng vận dopamine hoặc các thuốc khác, đôi khi cũng dùng L-DOPA.
  - Bệnh Parkinson giai đoạn tiến triển: thuốc điều trị giai đoạn sớm không còn kiểm soát được triệu chứng.
    - o L-Dopa: chia nhỏ liều, dùng nhiều lần
    - o Thêm thuốc đồng vận dopamine. Thêm amantadine
    - o Phẫu thuật rạch cầu nhát.
  - Các vấn đề khác của bệnh Parkinson
    - o Té ngã
    - o Ảo giác
    - o Rối loạn giấc ngủ
    - o Trầm cảm
    - o Táo bón và vấn đề tiết niệu
    - o Sa sút trí tuệ: giảm bớt liều điều trị, tốt nhất là đơn trị liệu L-dopa
5. Điều trị phẫu thuật (chưa thực hiện tại Bệnh viện)

*Tài liệu tham khảo*

*Kho dữ liệu Phác đồ điều trị ngành Y tế TPHCM – BVND 115*

# RỐI LOẠN GIẤC NGỦ

## I./ ĐẠI CƯƠNG

### 1. Sinh lý giấc ngủ

Ở người trưởng thành trung bình mỗi ngày cần ngủ từ 7 đến 8 giờ. Một giấc ngủ bình thường một đêm gồm khoảng 4 đến 5 chu kỳ. Mỗi chu kỳ từ 90 đến 120 phút lại bao gồm 5 giai đoạn với những đặc điểm sau:

- Giai đoạn I: Chiếm khoảng 5% thời gian, còn gọi là giai đoạn ru giấc ngủ. Giai đoạn này rất ngắn, chỉ kéo dài vài phút rồi chuyển sang giai đoạn II. Giai đoạn này được xem như giai đoạn chuyển tiếp từ trạng thái thức sang trạng thái ngủ. Những kích thích ở giai đoạn này sẽ làm thức giấc ngay lập tức. Điện não đồ có sự hoạt hóa của sóng theta với tần số từ 4 đến 7 chu kỳ giây có thể có sóng alpha với tần số từ 8 đến 12 chu kỳ giây.

- Giai đoạn II: Chiếm khoảng 50% thời gian, còn gọi là giai đoạn ngủ nông. Điện não đồ ở giai đoạn này có sự hoạt hóa của sóng theta tần số 4 đến 7 chu kỳ giây xen kẽ với những đợt sóng nhanh tần số 12 đến 14 chu kỳ giây. Ở giai đoạn này tỉnh dậy khó khăn.

- Giai đoạn III: Chiếm khoảng 5% thời gian, còn gọi là giai đoạn ngủ sâu. Ở giai đoạn này, các dấu hiệu sinh tồn đều giảm như nhiệt độ, nhịp tim, nhịp thở, huyết áp. Hệ thống cơ xương khớp cũng giãn ra, trùng xuống. Điện não đồ thấy hoạt hóa sóng chậm delta từ 1.5 đến 2 chu kỳ giây tỷ lệ chiếm khoảng 20 đến 50%.

- Giai đoạn IV: Chiếm khoảng 25% thời gian, còn gọi là giai đoạn ngủ rất sâu. Các dấu hiệu sinh tồn đạt mức độ thấp nhất. Tỉnh dậy lúc này là rất khó. Miên hành có thể xuất hiện ở giai đoạn này. Điện não đồ cho thấy sự hoạt hóa lan tỏa của sóng delta chiếm khoảng trên 50%. Ở trẻ em giai đoạn III và IV chiếm khoảng 50% nhưng ở người lớn và nhất là người lớn tuổi chỉ chiếm 15% đến 25%, cũng có thể mất và thay vào đó là giai đoạn ngủ nông.

- Giai đoạn V: Chiếm khoảng 20 đến 25% thời gian, còn gọi là giấc ngủ nghịch thường. Sau khoảng 90 phút từ khi xuất hiện giai đoạn I, giai đoạn này người ngủ vẫn còn trong giấc ngủ sâu nhưng nhiệt độ, nhịp tim, nhịp thở, huyết áp đều tăng, ngược lại nhu động dạ dày và ruột thì giảm, trương lực cơ hoàn toàn mất. Sở dĩ có tên là giấc ngủ nghịch thường là do ở giai đoạn này điện não đồ xuất hiện sóng alpha giống như giai đoạn thức nhưng người ngủ thì vẫn ngủ rất sâu. Trong giai đoạn này những giấc mơ xuất hiện. Giai đoạn này còn có tên gọi khác là giấc ngủ REM ( Rapid Eye Movements ) bởi vì xuất hiện những cử động đưa qua đưa lại liên tục của nhãn cầu. Kết tiếp giai đoạn giấc ngủ nghịch thường người ngủ sẽ thức dậy trong khoảng thời gian rất ngắn một vài phút rồi lại tiếp tục chu kỳ mới cho tới sáng.

Như thế nếu một đêm ta ngủ 8 giờ thì giai đoạn I,II chiếm khoảng 4 giờ, giai đoạn III, IV 2 giờ và giai đoạn ngủ nghịch thường 2 tiếng. Ở những chu kỳ đầu bao giờ cũng ngủ sâu hơn, ở những chu kỳ sau càng về sáng giấc ngủ nghịch thường càng dài hơn. Đặc điểm này tiến triển theo lứa tuổi. Ở người lớn tuổi, giấc ngủ của họ được mô tả như sau:

- + Kéo dài thời gian giai đoạn I và II.
- + Giảm thời gian giai đoạn III và IV.
- + Sự ổn định của giấc ngủ nghịch thường.
- + Tăng số lần thức giấc trong đêm.
- + Ngủ gà ngủ gật ban ngày.

### 2. Giấc ngủ ngon và chất lượng:

Một giấc ngủ ngon và chất lượng là một giấc ngủ cần phải đáp ứng những yếu tố sau:

- Đủ về số lượng: Có nghĩa là đảm bảo thời gian ngủ từ 7 đến 8 giờ theo sinh lý bình thường.
- Đảm bảo về chất lượng: Có nghĩa là sau khi ngủ dậy cơ thể cảm thấy tỉnh táo, sảng khoái, khỏe mạnh không còn cảm giác mệt mỏi, buồn ngủ nữa, năng suất làm việc cao và không có những cơn ác mộng trong khi ngủ.

### 3. Tầm quan trọng của giấc ngủ:

Ngủ là một nhu cầu sống còn đối với cơ thể chúng ta. Ngủ chiếm 1/3 thời gian của cuộc đời mỗi người. Trong khi ngủ cơ thể chúng ta tiết ra những hormone quan trọng giúp quá trình chuyển hóa, tích lũy năng lượng cần thiết cho hoạt động trong ngày và quá trình tăng trưởng cơ thể, giúp não bộ sắp xếp lại những thông tin một cách hệ thống, thiết lập và củng cố khả năng ghi nhớ dài hạn của não bộ. Điều

này cực kỳ cần thiết để cho cơ thể phát triển và thích nghi với môi trường sống. Trẻ mới sinh ra cần ngủ đến 20 giờ mỗi ngày nói lên tầm quan trọng của giấc ngủ đối với quá trình phát triển thể chất và tinh thần của chúng ta.

Thiếu ngủ sẽ dẫn đến một số biểu hiện sau:

- + Mệt mỏi, uể oải trong ngày.
- + Bồn chồn, dễ nóng giận.
- + Quên, không thể tập trung vào công việc.
- + Khó đưa ra những quyết định sáng suốt.
- + Tăng tính bị ám thị, dễ bị ảnh hưởng bởi người khác.
- + Mất khả năng thiết lập kế hoạch cho tương lai.
- + Có thể có những ảo giác nghĩa là nhìn thấy những hình ảnh không có thực.

Những dấu hiệu này nặng hay nhẹ tùy thuộc vào tình trạng mất ngủ nhiều hay ít.

#### **4. Một số lời khuyên giúp cho giấc ngủ ngon:**

- + Đi ngủ và thức dậy đúng giờ.
- + Không nên nằm nường trên giường vào buổi sáng, dậy ngay khi thức giấc.
- + Đi ngủ ngay khi có những dấu hiệu buồn ngủ như ngáp, mắt lim dim. Không cố gắng cưỡng lại cơn buồn ngủ.
- + Không đọc những cuốn sách quá lôi cuốn, hấp dẫn vào buổi tối cũng như không xem tivi trên giường ngủ. Tránh những cãi cọ hay tranh luận căng thẳng, tạm quên đi những lo toan, bận tâm trong ngày.
- + Không dùng những chất kích thích như trà, thuốc lá, cà phê, sô cô la, vitamin C vào buổi tối.
- + Ăn tối không trễ quá, nên ăn nhẹ nhàng, không ăn quá no và nên uống một ly sữa vào buổi tối.
- + Không nên chơi những môn thể thao nặng vào buổi tối, trước khi ngủ có thể tắm nước ấm, mát xa nhẹ nhàng tạo cảm giác thư giãn.
- + Phòng ngủ nên bố trí thoáng mát, yên tĩnh, giường gối êm ái, ánh sáng dịu nhẹ.
- + Tránh lạm dụng thuốc ngủ, chỉ dùng khi cần thiết và tham khảo ý kiến thầy thuốc.
- + Cuối cùng, đừng quên rằng tình cảm vợ chồng hòa thuận thẳng hòa cũng là liều thuốc tự nhiên vô cùng quý giá giúp giấc ngủ ngon.

#### **5. Giấc ngủ trưa:**

Một giấc ngủ trưa nhẹ nhàng 15 đến 30 phút giúp hồi phục sức khỏe thể chất và tinh thần, làm tăng hiệu quả làm việc vào buổi chiều, không làm ảnh hưởng đến giấc ngủ buổi tối. Nhưng nếu ngủ nhiều vào buổi trưa thì sẽ ảnh hưởng không tốt đến giấc ngủ buổi tối.

## **II./ PHÂN LOẠI RỐI LOẠN GIÁC NGỦ**

Bảng phân loại các rối loạn giấc ngủ quốc tế dựa vào thể thức, thời gian và nguyên nhân của các rối loạn giấc ngủ. Người ta phân ra 2 nhóm chính:

- Nhóm 1: Bao gồm những rối loạn liên quan đến chất lượng, số lượng và những thời điểm khác nhau của giấc ngủ.
- Nhóm 2: Bao gồm những hiện tượng bất thường xảy ra trong giấc ngủ.

## **III./ NHỮNG RỐI LOẠN GIÁC NGỦ THƯỜNG GẶP VÀ HƯỚNG ĐIỀU TRỊ**

### **1. Mất ngủ:**

Là một than phiền chủ quan về một giấc ngủ không đủ về thời gian cũng như về chất lượng, nghĩa là khi ngủ dậy người ta vẫn cảm thấy sức khỏe về thể chất và tinh thần không được hồi phục, cảm giác uể oải, mệt mỏi, còn buồn ngủ tiếp. Tùy từng trường hợp có thể gây ra bởi tình trạng khó ru vào giấc ngủ, thức giấc nhiều lần trong đêm, thức dậy sớm hoặc có thể có cảm giác thiếu ngủ hoàn toàn. Nguyên nhân của rối loạn này rất đa dạng:

- Tỷ lệ mất ngủ chiếm khoảng 10-15% trong dân số.
- Trong đó mất ngủ tạm thời thường gặp nhất.
- Tỷ lệ mất ngủ này tăng dần theo tuổi.
- Tỷ lệ nữ gấp đôi nam.

**Mất ngủ tạm thời:** xuất hiện vài đêm hoặc trong thời gian ngắn một vài tuần, ở những người bình thường. Mất ngủ tạm thời là rối loạn hay gặp nhất chiếm 30 đến 40% dân số.

Nguyên nhân đa dạng:

• Những biến cố trong cuộc sống như: tang tóc, khó khăn về kinh tế, gia đình, nghề nghiệp...v.v.v...

• Sinh hoạt không điều độ: Ngủ trưa quá nhiều, lạm dụng các chất kích thích, đi ngủ, thức dậy thất thường, chơi thể thao buổi tối, công việc quá nhiều.

• Các bệnh cơ thể: Đau cấp, ho, sốt, mẩn ngứa dị ứng...

• Môi trường: Tiếng ồn, độ cao, phòng ngủ không thích hợp...

Điều trị:

• Vệ sinh giấc ngủ, loại trừ những nguyên nhân gây mất ngủ

• Có thể dùng những loại thuốc thảo dược hoặc thuốc ngủ phù hợp dưới sự chỉ định của thầy thuốc như Zopiclone, Stilnox trong thời gian ngắn vài ngày hoặc vài tuần với liều thấp.

### **Mất ngủ thứ phát do bệnh tâm thần hay bệnh thực thể gây ra**

#### **Nguyên nhân bệnh tâm thần**

Tất cả những rối loạn tâm thần đều có thể đưa đến mất ngủ, từ 30 đến 60% trường hợp mất ngủ có nguyên nhân từ các rối loạn tâm thần.

• Rối loạn trầm cảm thường đưa đến mất ngủ vào sáng sớm, nghĩa là dậy vào lúc 3-4 giờ sáng.

• Rối loạn lo âu thường đưa đến tình trạng khó đi vào giai đoạn ru giấc ngủ.

• Mất ngủ hoàn toàn do cơn hưng cảm, trạng thái hoang tưởng, những trạng thái lú lẫn. Những trạng thái này làm rối loạn chu kỳ thức-ngủ và thường đưa đến tình trạng kích động ban đêm.

• Mất ngủ mạn tính: Những trường hợp rối loạn nhân cách, nghiện ngập thường dẫn đến tình trạng mất ngủ mạn tính

Điều trị: Tùy vào nguyên nhân gây ra mất ngủ. Điều trị phải nhắm vào các rối loạn tâm thần. Sử dụng các thuốc chống loạn thần, các thuốc chống trầm cảm, các thuốc giải lo âu, các thuốc điều hòa khí sắc và các liệu pháp trị liệu tâm lý phù hợp.

#### **Nguyên nhân thực thể:**

Rất nhiều bệnh thực thể có thể đưa đến tình trạng mất ngủ, đặc biệt là những bệnh lý sau:

• Các chứng đau cấp vì mãn tính, ví dụ như đau trong bệnh viêm khớp thường tăng vào ban đêm v.v..

• Các bệnh đường tiêu hóa: như loét dạ dày tá tràng

• Các bệnh tiết niệu: như u tiền liệt tuyến, tiểu gắt tiểu buốt v.v..

• Các bệnh nội tiết như tiểu đường, cường giáp v.v..

• Các bệnh tim mạch, hô hấp: như viêm phế quản, hen suyễn v.v..

• Các bệnh thần kinh: bệnh Parkinson, Alzheimer, tai biến mạch máu não v.v..

Điều trị: Tùy thuộc vào nguyên nhân bệnh gây ra mất ngủ, thường kết hợp với nhóm thuốc an thần nhẹ Benzodiazepine trong thời gian ngắn.

#### **Nguyên nhân do thuốc và những chất kích thích:**

• Lạm dụng những chất kích thích như café, thuốc lá, amphetamine, cocaine v.v..

• Lạm dụng rượu rượu gây ra tình trạng dễ vào trạng thái ru ngủ nhưng sẽ giảm thời gian ngủ sâu và giai đoạn giấc ngủ nghịch thường, thức dậy sớm và không hồi phục sau khi thức dậy.

• Một số thuốc như: Theophylline, Corticoide, thuốc chống trầm cảm tác dụng kích thích, các thuốc ngủ dùng trong thời gian dài.

Hướng điều trị:

• Từ bỏ những thói quen lạm dụng chất kích thích

• Thay đổi giờ uống thuốc cho phù hợp tránh ảnh hưởng tới giấc ngủ.

#### **Mất ngủ mạn tính tiên phát:**

Loại mất ngủ này tập hợp phần lớn những trường hợp mất ngủ mà ở đó không thấy bất cứ nguyên nhân cụ thể về bệnh tâm thần hay bệnh thực thể nào. Biểu hiện duy nhất là mất ngủ.

Người ta phân biệt ra những loại sau:

• Mất ngủ vô căn tiến triển từ tuổi ấu thơ. Thường có nguyên nhân từ những sự kiện xảy ra trong ngày mà trẻ chứng kiến gây ra.

• Mất ngủ tâm sinh lý là những trường hợp mất ngủ được hình thành từ việc lặp đi lặp lại do nguyên nhân tâm lý sợ giấc ngủ. Ví dụ như trong giấc ngủ xảy đến những hiện tượng làm người ngủ kinh sợ, có thể là những giấc mơ hoặc ảo giác. Để tránh gặp phải những tình trạng đó, người bệnh né tránh giấc ngủ.

Hướng điều trị: Cần phối hợp nhiều biện pháp như sinh hoạt điều độ, tuân thủ chặt chẽ giờ giấc thức, ngủ, thư giãn liệu pháp, tâm lý liệu pháp; liệu pháp nhận thức hành vi sẽ giúp cải thiện tình trạng này.

## **2. Rối loạn sự tỉnh táo và ngủ nhiều:**

Những rối loạn này liên quan đến số lượng và chất lượng của trạng thái tỉnh táo trong ngày, biểu hiện bằng các biểu hiện ngủ nhiều, buồn ngủ, ngủ gà ngủ gật trong ngày. Trái ngược với mất ngủ những rối loạn tỉnh táo này thường không được nhận biết và không được quan tâm đến, khó khăn trong việc chẩn đoán và điều trị cũng như sự xáo trộn cấu trúc của giấc ngủ thường không được người bệnh nhận ra.

**Hội chứng ngưng thở trong giấc ngủ:** Trong lúc ngủ, bệnh nhân ngưng thở vài phút, hiện tượng này lặp lại khoảng 5 lần trong 1 giờ. Trước lúc ngưng thở, bệnh nhân ngáy lớn rồi ngưng thở, lặp đi lặp lại, sau đó là giấc ngủ rất ngắn. thường bệnh nhân không nhận biết được, tiếp theo bệnh nhân thở lại một cách rất ồn ào. Người ta nhận thấy trên những trường hợp này có biểu hiện đi tiểu nhiều trong đêm, hay có ác mộng, đau đầu. Trong ngày ngủ gà ngủ gật, hay mệt mỏi, mất tập trung, quên, lo lắng... Bệnh thường gặp ở những người nam giới trên 50 tuổi, dư trọng lượng.

Nguyên nhân:

- Béo phì
- Bệnh tai mũi họng như phì đại tuyến Amigdal, màn hầu giãn.
- Yếu tố làm bệnh nặng thêm là rượu, thuốc nhóm Benzodiazepine.

Điều trị: Loại trừ những nguyên nhân gây bệnh đôi khi cần đến can thiệp phẫu thuật vùng hầu họng.

**Ngủ nhiều do thiếu ngủ:** Sự thiếu ngủ này thường liên quan đến những người làm việc quá nhiều, làm việc ban đêm, trực gác, người thân bị bệnh, mới sinh con v.v... Người bệnh có các biểu hiện khó thức dậy, ngủ gật trong ngày, giảm hiệu suất làm việc. khó tập trung chú ý, bồn chồn dễ cáu giận, mệt mỏi.

Điều trị: Kéo dài thời gian ngủ, kết hợp với tái tạo lập việc sinh hoạt điều độ.

**Ngủ nhiều do thuốc:** Một số thuốc trong các chỉ định y khoa có thể dẫn đến tình trạng ngủ nhiều như các thuốc sau:

- Những thuốc hướng thần: Những thuốc ngủ, thuốc giải lo âu có thời gian bán hủy dài, thuốc chống trầm cảm, thuốc chống loạn thần và những thuốc điều chỉnh khí sắc.
- Những thuốc khác như: Thuốc chống động kinh, thuốc kháng dị ứng, thuốc giãn cơ...

Điều trị: Việc sắp xếp thời gian uống thuốc và chỉnh liều cho phù hợp là cần thiết

**Chứng ngủ rũ:** Thường thấy ở nam giới bắt đầu ở tuổi vị thành niên thường có 4 triệu chứng phối hợp sau:

- Những cơn ngủ gà trong ngày thường xảy ra cùng một thời điểm trong ngày đối với mỗi người bệnh và những cơn ngủ rũ bất ngờ xuất hiện không thể cưỡng lại được.

• Những cơn mất trương lực cơ bất chợt xảy đến kéo dài trong một thời gian ngắn sự giãn trương lực cơ này có thể toàn thân nhưng cũng có thể khu trú ở một vài cơ quan như gục đầu, khụy gối; những cơn này thường xảy đến khi có xúc động gì đó.

- Những ảo giác thị giác, thính giác xảy đến trong giai đoạn ru giấc ngủ gây hoảng sợ.
- Những biểu hiện liệt trong giấc ngủ đặc trưng bởi sự mất hoàn toàn mọi cử động cơ bắp, không thể hít thở với biên độ bình thường, hiện tượng này xảy ra vào lúc tỉnh giấc.

Điều trị:

- Điều trị cơn ngủ gà và cơn ngủ rũ bằng các thuốc như: Modafinil, methylphenidate và ngủ trưa.

• Điều trị những cơn mất trương lực, ảo giác, những cơn liệt khi ngủ bằng các thuốc chống trầm cảm

- Điều trị mất ngủ ban đêm bằng thuốc ngủ, vệ sinh giấc ngủ, sinh hoạt điều độ.

**Ngủ nhiều vô căn:** Biểu hiện một giấc ngủ ban đêm dài bất bình thường, rất khó khăn để thức dậy vào mỗi buổi sáng khi có biểu hiện rối loạn định hướng khi tỉnh dậy, xuất hiện những cơn ngủ gà ban ngày. Khác với những dạng rối loạn ngủ nhiều khác, bệnh nhân có thể cưỡng lại được những cơn buồn ngủ. Giấc ngủ ban đêm và giấc ngủ trưa bệnh nhân không cảm thấy phục hồi được sức khỏe. Rối loạn này bắt đầu ở tuổi vị thành niên hay tuổi trưởng thành.

Điều trị:

- Các thuốc chống trầm cảm kích thích

- Vệ sinh giấc ngủ, cần tránh ngủ trưa

### **Những cử động chu kỳ của tứ chi và hội chứng chân không nghỉ:**

Những cử động chu kỳ của tứ chi: xảy ra trong đêm vào lúc sắp thức giấc, biểu hiện bằng các cử động trong vài giây xuất hiện theo chu kỳ cứ 30 giây 1 lần, chủ yếu xuất hiện ở chi dưới, luôn luôn phối hợp với cử động duỗi ngón và gập mu bàn chân, đôi khi phối hợp với gập gối. Người bệnh than phiền không cảm thấy hồi phục sau khi thức dậy, mất ngủ ban đêm và cảm thấy mỏi 2 chi dưới. Những cử động này gia tăng theo tuổi và có thể kèm theo cơn ngủ rũ, hội chứng ngưng

thở trong giấc ngủ. Thường hay xuất hiện ở những bệnh nhân dùng thuốc chống trầm cảm.

Hội chứng chân không nghỉ: Xuất hiện buổi tối nhất là khi nằm ngủ. Đó là những dị cảm khó chịu như cảm giác kiến bò, bỏng rát 2 chi dưới. Những cảm giác này sẽ giảm bớt khi có những cử động, điều này dẫn đến khó đi vào giai đoạn ru giấc ngủ. Thường xuất hiện vào khoảng tuổi 30, tiến triển thất thường, cần chú ý rằng rối loạn này thường xuất hiện vào 3 tháng cuối của thai kỳ trên những bệnh nhân điều trị thuốc chống trầm cảm.

Điều trị: Thuốc nhóm Benzodiazepine đặc biệt là Clonazepam.

### **3. Những rối loạn nhịp sinh học ngày đêm:**

Đây là những rối loạn giấc ngủ liên quan đến nhịp sinh học ngày đêm. Có một sự không phù hợp giữa thời gian giấc ngủ thực tế và thời gian mong đợi.

- Hội chứng pha sớm: Đặc trưng bởi giai đoạn ru giấc ngủ và thức dậy xảy ra sớm. Người bệnh thức dậy vào khoảng 2-3 giờ sáng, điều này dẫn đến nhu cầu ngủ vào buổi chiều. Rối loạn này thường thấy ở người lớn tuổi.

- Hội chứng nhịp ngày đêm dài: Hiện tượng nhịp ngày đêm dài hơn 24 giờ với 1 sự khác biệt về thời gian ngủ khoảng 1 giờ mỗi ngày dẫn đến hiện tượng giai đoạn ru giấc ngủ ngày càng trễ. Ta có thể gặp những trường hợp mất ngủ cả đêm và trạng thái ngủ gà ban ngày. Rối loạn này chủ yếu gặp ở người mù ngoại biên, bệnh tâm thần phân liệt và bệnh sa sút.

- Hội chứng pha trễ: đặc trưng bởi giai đoạn ru vào giấc ngủ trễ, nếu phải dậy sớm để đi làm hậu quả là người bệnh vẫn còn ngủ gà vào buổi sáng.

- Thay đổi múi giờ: Hiện tượng mất ngủ xảy ra khi chúng ta di chuyển sang những múi giờ khác nhau. Triệu chứng đầu tiên là mất ngủ giai đoạn ru ngủ khi chúng ta di chuyển về phía đông và thức dậy sớm khi chúng ta di chuyển về phía tây, kết hợp với những biểu hiện mệt mỏi, ngủ gà, đôi khi có sự rối loạn khí sắc. Rối loạn này kéo dài trong khoảng 1 tuần. Sự điều chỉnh nhịp ngày đêm của cơ thể rất nhanh.

Điều trị:

Có thể dùng thuốc ngủ tác dụng ngắn trong một thời gian vài ngày nhằm cải thiện các triệu chứng này, đặc biệt melatonine gần đây được chỉ định điều trị trong hội chứng pha trễ và phòng ngừa điều trị chứng mất ngủ, mệt mỏi do lệch múi giờ.

### **4. Những hiện tượng bất thường xảy đến trong giấc ngủ:**

Người ta phân ra 4 loại theo thời điểm xuất hiện trong các giai đoạn khác nhau của giấc ngủ.

#### **- Các rối loạn khi thức giấc:**

• Trạng thái say: xảy ra chủ yếu ở trẻ em và thanh thiếu niên. Là sự tỉnh giấc ban đêm đặc trưng bởi trạng thái u ám đôi khi cùng với tình trạng rối loạn định hướng không gian thời gian, những hành vi không phù hợp. Tình trạng lú lẫn này càng nặng khi xuất hiện vào lúc đầu giấc ngủ, thường người ta không nhớ gì, có thể kết hợp với rối loạn ngủ nhiều vô căn.

• Miên hành: Đặc trưng bởi những hoạt động tự động phức tạp, thường xảy ra ở trẻ em, hiếm khi ở người trưởng thành.

• Những cơn hoảng loạn ban đêm: Thường gặp ở trẻ em, cũng hiếm gặp ở người trưởng thành. Nếu có xảy ra ở người lớn thì thường do lạm dụng rượu, thiếu ngủ hay bị sốt cao, những cơn ngưng thở ban đêm. Những cơn này thường xuất hiện đầu đêm và người ở trong cơn thường hú hét lên ú ớ, rối loạn thần kinh thực vật, tim đập nhanh, thở mạnh, toát mồ hôi...không tỉnh dậy và quên không nhớ gì khi thức dậy.

Điều trị: Thuốc giải lo âu nhóm Benzodiazepine dùng trong những trường hợp nặng.

#### **- Các rối loạn khi chuyển từ thức sang ngủ:**

• Giật mình: Bệnh cảnh lành tính và chiếm khoảng 60% dân số. Những cơn giật mình xuất hiện trong giai đoạn ru giấc ngủ, nhiều khi gây ra khó chịu, có thể có những cơn co cơ bất ngờ toàn thân hay một phần cơ thể.

- Nói trong lúc ngủ: Đây là hiện tượng nói trong giấc ngủ đôi khi là những câu đối thoại. Xảy đến đa số trong giai đoạn giấc ngủ chậm, hoàn toàn lành tính không cần điều trị.

- Co cứng chi dưới khi ngủ: Là những cơn co cứng cơ rất đau đớn ở bắp chân và ở bàn chân làm gián đoạn giấc ngủ, thường xảy ra ở phụ nữ có thai hoặc phụ nữ lớn tuổi.

Điều trị: Thuốc giãn cơ có thể sử dụng trong những trường hợp nặng.

#### - Các rối loạn trong giấc ngủ nghịch thường:

- Ác mộng: Những giấc mơ hãi hùng làm tỉnh giấc, người mơ còn nhớ những cảnh trong mơ nhưng không có những rối loạn hệ thần kinh thực vật như những cơn hoảng loạn ban đêm. Sự lo sợ có thể cản trở người mơ ngủ lại. Không đáng quan tâm nếu nó ít xảy ra nhưng ác mộng nhiều thì cần thiết phải tìm nguyên nhân, đôi khi là một suy chấn tâm lý.

Cần nhớ rằng các thuốc kháng parkinson, chen betha, thuốc ngủ có thể là nguyên nhân làm xuất hiện ác mộng.

Điều trị: Tâm lý liệu pháp

- Liệt khi ngủ: Xuất hiện vào lúc thức giấc ban đêm, hiện tượng mất trương lực cơ trong vài giây khiến người bệnh không thể cử động được. Liệt khi ngủ có gặp trong chứng ngủ rũ nhưng cũng có thể xảy đến sau một giai đoạn mất ngủ hoặc tình trạng rối loạn nhịp ngày đêm.

- Rối loạn cương cứng trong khi ngủ: Đau đớn xuất hiện lúc tỉnh giấc, một sự lo lắng kèm theo sự cương cứng dương vật trong giai đoạn giấc ngủ nghịch thường. Trong trường hợp mạn tính cần thiết phải xem xét trị liệu tâm lý.

- Rối loạn hành vi trong giấc ngủ nghịch thường:

Rối loạn này thấy ở những nam giới trên 50 tuổi vì sự thiếu vắng giai đoạn mất trương lực cơ sinh lý trong giai đoạn giấc ngủ nghịch thường, người bệnh sống và hành động cùng với những giấc mơ của họ. Những hành động phức tạp, nhiều khi là những hành động tấn công nguy hiểm. Cũng có thể thấy rối loạn này ở những người mắc chứng ngủ rũ điều trị bằng thuốc kích thích và ở một số bệnh nhân trầm cảm dùng thuốc chống trầm cảm.

Điều trị bằng thuốc Clonazepam.

- Rối loạn trong giai đoạn giấc ngủ nông:

Chứng nghiền răng đặc trưng bởi sự co những cơ nhai làm cho răng bị mòn đi. Có thể do tình trạng stress là nguyên nhân gây ra rối loạn này.

Điều trị bằng thuốc nhóm giải lo âu Benzodiazepine.

Không dùng cho phụ nữ có thai và đang thời kỳ cho con bú.

#### IV./ ĐIỀU TRỊ THUỐC

1. Nhóm Benzodiazepin: tác dụng ngắn và trung gian: VD Lorazepam 0.5mg uống buổi tối

2. Thuốc ngủ Non benzodiazepine:

- Thuốc có tác dụng ngắn: Zolpidem 5-10mg uống buổi tối, tác dụng phụ là có thể mất trí nhớ tạm thời nếu dùng liên tục mỗi ngày.

- Thuốc tác dụng kéo dài: Flurazepam (thời gian bán hủy >48 giờ) dùng trong thời gian ngắn 1-2 tuần, tác dụng phụ: ở người lớn tuổi gây chậm nhận thức, thất điều, té ngã, ngủ gà.

- Zopiclone 7.5mg : liều dung 1/2 viên- 1 viên/ngày.

3. Thuốc chống trầm cảm

- Amitriptylline 25mg: khởi đầu liều thấp 10mg, tăng dần liều

- Mirtazapine: 15-30mg

- Trazodone: thuốc chống trầm cảm không điển hình, gây ngủ không gây nghiện, hiệu quả ở liều thấp hơn liều chống trầm cảm (25-150mg, uống trước khi đi ngủ)

4. Thuốc kháng histamine

- Diphehydramine: 25mg uống buổi tối

- Hydroxyzine: 25mg uống buổi tối

5. Nhóm thuốc thảo dược

- Viên Mimosa, Rutynda: Bình vôi, Lạc tiên, Vông nem, Liên diệp, sen lá,...

- Viên Rotudin, Rotunda: Bình vôi



Tóm lại, rối loạn giấc ngủ là những biểu hiện rất thường gặp trong thực hành y khoa nói chung và trong tâm thần học nói riêng. Xác định rối loạn giấc ngủ và nguyên nhân của các rối loạn này có một vai trò quan trọng để đưa đến một hướng trị liệu phù hợp. Việc thông tin giải thích cho người bệnh hiểu về sinh lý giấc ngủ, bệnh nguyên bệnh sinh của các rối loạn giấc ngủ cũng là việc làm rất cần thiết trong quá trình điều trị, giúp cho người bệnh giải tỏa được vấn đề tâm lý, chủ động phối hợp với bác sĩ điều trị tốt hơn. Việc dùng thuốc không phải là biện pháp duy nhất trong quá trình trị liệu và luôn luôn theo đúng chỉ định của thầy thuốc. Vấn đề “vệ sinh giấc ngủ” giữ một vai trò rất quan trọng trong quá trình điều trị các rối loạn này.

*Tài liệu tham khảo*

- *Kho dữ liệu Phác đồ điều trị - Sở Y tế TPHCM – BVND 115*
- *Bs Trịnh Tất Thắng, GD Bệnh Viện Tâm Thần Tp Hồ Chí Minh*
- *Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam – Đỗ Tất Lợi – Nhà xuất bản Y học 2006*

## **PHỤC HỒI CHỨC NĂNG LIỆT NỬA NGƯỜI DO TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Liệt nửa người là liệt một tay và một chân cùng bên. Tai biến mạch máu não (Đột quy) là tình trạng rối loạn khu trú chức năng não tiến triển nhanh trên lâm sàng thường do mạch máu nuôi dưỡng một vùng não bị tắc hoặc vỡ làm vùng não đó bị tổn thương, hậu quả là phần cơ thể do vùng não đó chi phối bị rối loạn hoạt động.

Tai biến mạch máu não là loại bệnh lý thường gặp, thường xảy ra ở người trên 45 tuổi trong đó 2/3 xảy ra ở tuổi trên 65, nam thường bị nhiều hơn nữ. Tai biến mạch máu não có thể gây tử vong nhanh, có tỷ lệ tử vong cao, đứng hàng đầu trong các bệnh thần kinh và là nguyên nhân gây tử vong thứ hai sau các bệnh tim mạch.

Tai biến mạch máu não cũng để lại nhiều di chứng ở các mức độ khác nhau và dẫn đến tàn tật nhiều nhất

### **II. CHẨN ĐOÁN**

#### **1. Các công việc của chẩn đoán**

##### **1.1. Hỏi bệnh**

Các yếu tố nguy cơ: tuổi, giới, tiền sử gia đình, tăng huyết áp, các bệnh lý tim, rối loạn lipid máu, béo phì, đái tháo đường, nghiện thuốc lá, uống rượu, uống thuốc ngừa thai, tăng axit uric máu. Hỏi các triệu chứng rối loạn cảm giác, rối loạn vận động nửa người; rối loạn thị lực; rối loạn ngôn ngữ; rối loạn tri giác.

**1.2. Khám lâm sàng:** Phát hiện rối loạn vận động, cảm giác, tri giác, nhận thức, ngôn ngữ, giác quan (thị lực, thị trường...)

**1.3. Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng:** Chụp CT hoặc MRI sọ não; điện tâm đồ; XQuang tim, phổi; siêu âm tim; các xét nghiệm sinh hóa, huyết học, đông máu; siêu âm mạch cảnh; chụp động mạch não.

**2. Chẩn đoán xác định:** Khởi phát đột ngột và diễn biến nhanh, có các dấu hiệu thần kinh khu trú kéo dài quá 24 giờ. Chụp CT hoặc MRI não

##### **3. Chẩn đoán phân biệt**

- Con thiếu máu não thoáng qua (các rối loạn chức năng kéo dài không quá 24 giờ. - Chấn thương sọ não

- U não
- Viêm não, màng não
- Xơ cứng rải rác

##### **4. Chẩn đoán nguyên nhân**

- Tai biến mạch máu não do chảy máu não: Thường xảy ra ở người cao tuổi (liên quan đến tăng huyết áp), hoặc người trẻ tuổi (liên quan đến dị dạng mạch máu não)

- Tai biến mạch máu não do thiếu máu não cục bộ: có 03 loại

+Tắc mạch do huyết khối: Huyết khối hình thành tại các mảng xơ động mạch lớn dần gây lấp lòng mạch và tắc mạch

+ Tắc mạch do cục tắc di chuyển từ nơi khác đến: Hay gặp nhất là huyết khối trong tâm nhĩ ở bệnh nhân bị rung nhĩ, có thể là các mảng xơ vữa từ quai động mạch chủ hoặc cục sùi do viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn.

+ Thiếu máu não cục bộ cũng có thể xảy ra khi mạch máu bị xơ vữa gây hẹp nhưng chưa tắc hẳn.

### **III. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ**

#### **1. Nguyên tắc phục hồi chức năng và điều trị**

- Đảm bảo thông khí:

+ Nằm nghiêng; loại bỏ dị vật trong miệng; hút đờm rãi khi cần.

+ Bệnh nhân hôn mê Glasgow < 8 điểm, có ứ đọng đờm rãi phải đặt nội khí quản, thở máy.

- Theo dõi sát các chỉ số sinh tồn để có biện pháp xử trí kịp thời

- Kiểm soát huyết áp: Với bệnh nhân xuất huyết não khi huyết áp bằng hoặc trên 200/120 mmHg cần hạ huyết áp. Với bệnh nhân thiếu máu não cục bộ chỉ nên hạ huyết áp vừa phải, nên duy trì huyết áp ở mức 150/90 mmHg

- Chăm sóc toàn diện: Đảm bảo dinh dưỡng, chống loét, điều chỉnh nước, điện giải, đường máu, chống nhiễm trùng, - Phục hồi chức năng phải được bắt đầu càng sớm càng tốt ngay sau đột quy, mỗi

giai đoạn có các kỹ thuật phục hồi khác nhau phù hợp với tình trạng cụ thể của người bệnh trong giai đoạn đó

- Cơ thể con người là một khối thống nhất nên trong quá trình tập luyện phải chú ý đến toàn bộ cơ thể với các bài tập vận động cân xứng cả hai bên hoặng theo các mẫu vận động bình thường, không sử dụng bên lành bù trừ hoặc thay thế cho bên bị liệt.

- Bằng mọi cách có thể phải làm cho trương lực cơ trở lại bình thường hoặc gần bình thường trước khi thực hiện vận động, đảm bảo vận động được dễ dàng hơn theo các mẫu vận động bình thường mà trước khi bị liệt người bệnh đã sử dụng.

- Tập và hướng dẫn người bệnh vận động theo các cách mà trước khi bị liệt họ đã làm với các mẫu vận động bình thường, sử dụng các bài tập, các kỹ thuật vận động và các dụng cụ trợ giúp cần thiết phù hợp, có liên quan gần gũi với cuộc sống và sinh hoạt thường ngày của người bệnh.

- Khả năng phục hồi tốt nhất của bệnh nhân từ 1 đến 6 tháng sau khi bị liệt, trong quá trình tập luyện cần phát huy tính tích cực và chủ động của người bệnh và gia đình, hướng dẫn người bệnh và gia đình để họ có thể tự thực hiện được các bài tập.

## **2. Các phương pháp và kỹ thuật phục hồi chức năng**

### **2.1. Giai đoạn đầu (liệt mềm)**

- Các kỹ thuật vị thế: Đặt tư thế đúng trên giường (nằm ngửa, nằm nghiêng sang bên lành, nằm nghiêng sang bên liệt), tư thế đúng khi ngồi trên giường, trên ghế hoặc xe lăn...

- Vận động trị liệu: Tập vận động thụ động các khớp bên liệt

- + Khớp vai: Gấp, duỗi, dạng, khép, xoay trong, xoay ngoài

- + Khớp khuỷu: Gấp, duỗi khuỷu, quay sấp, xoay ngửa cẳng tay.

- + Khớp cổ tay: Gấp, duỗi, nghiêng trong, nghiêng ngoài khớp cổ tay.

- + Các ngón tay: Gấp, duỗi, dạng, khép các ngón tay.

- + Khớp háng: Gấp, duỗi, dạng, khép, xoay trong, xoay ngoài.

- + Khớp gối: Gấp, duỗi

- + Khớp cổ chân: Gấp, duỗi

- + Các ngón chân: Gấp, duỗi, dạng, khép

- Ngôn ngữ trị liệu, Hoạt động trị liệu: có thể can thiệp sớm

- Tâm lý trị liệu

### **2.2. Giai đoạn sau (Liệt cứng)**

- Vận động trị liệu

- + Tập theo tầm vận động: tập vận động có trợ giúp, vận động chủ động.

- + Tập vận động ở các tư thế: nằm, ngồi, đứng, đi.

- + Tập dáng đi

- + Tập thăng bằng (các tư thế)

- + Tập vận động với các dụng cụ trợ giúp

- Hoạt động trị liệu: Tập thực hiện các hoạt động tự chăm sóc, Tập bắt buộc sử dụng tay liệt (CIMT: constraint – induced movement therapy), gương trị liệu (mirror therapy)

- Ngôn ngữ trị liệu: Tập nói, giao tiếp (với những bệnh nhân thất ngôn), tập nuốt...

- Vật lý trị liệu: Nhiệt, điện trị liệu, FES (kích thích điện chức năng)...

- Cung cấp dụng cụ chỉnh trực (máng, nẹp..) và dụng cụ trợ giúp (khung tập đi, nạng, gậy...)

- Tâm lý trị liệu

### **2.3. Giai đoạn hoà nhập (sau bệnh viện)**

- Tư vấn cho bệnh nhân và gia đình: phòng ngừa di chứng và tai biến tái phát.

- Cải tạo nhà ở và môi trường xung quanh cho phù hợp với bệnh nhân

- Các dụng cụ trợ giúp cần thiết cho giai đoạn này: trợ giúp đi lại, trợ giúp sinh hoạt, trợ giúp làm việc. Tham gia các hoạt động hoà nhập cộng đồng: nhóm trợ giúp, hội người tàn tật, tiếp cận các dịch vụ công cộng, các hoạt động của cộng đồng.

- Hỗ trợ bệnh nhân và gia đình về tâm lý sau tai biến: Chấp nhận những chức năng không thể phục hồi, người bệnh trở thành người khuyết tật.

- Việc làm và thu nhập: khả năng tiếp tục nghề cũ, hoặc bệnh nhân phải học một nghề mới hoặc có những hoạt động tạo thu nhập

## **3. Các điều trị khác**

### **3.1. Thuốc**

- Chống phù não (nếu có): Mannitol 0,5-5g/lần truyền tĩnh mạch trong 20- 30 phút. - Kiểm soát huyết áp: trong giai đoạn cấp cứu có thể dùng Labetalol truyền tĩnh mạch với tốc độ 0,5-2mg/phút; Nicardipin truyền tĩnh mạch 5- 15mg/giờ.
- Thuốc chống đông và ức chế tiểu cầu với BN thiếu máu não cục bộ:  
Nên cho sớm Aspirin và các thuốc ức chế tiểu cầu tuy ít cải thiện về tiên lượng trong giai đoạn cấp nhưng có tác dụng dự phòng tai biến tái phát.
- Thuốc tiêu huyết khối chỉ được dùng khi: Bệnh nhân đến sớm trước 03 giờ kể từ khi khởi phát; chẩn đoán chắc chắn là TBMMN do thiếu máu não và không có xuất huyết não (có kết quả chụp CT hoặc MRI sọ); Không có chấn thương sọ não hay đột quỵ trong 03 tháng; Không có xuất huyết tiêu hóa trong 03 tuần; Không có phẫu thuật trong 02 tuần; không có chọc động mạch trong 01 tuần; huyết áp tối đa < 180mmHg, huyết áp tối thiểu < 110 mm Hg; không có rối loạn đông máu, tiểu cầu > 100.000/ml. Trong các loại thuốc tiêu huyết khối chỉ có t-PA (tissue Plasminogen Activator) được chỉ định với liều 0,9mg/kg tiêm tĩnh mạch 10% tổng liều sau đó truyền tĩnh mạch 90% liều còn lại trong 01 giờ. Liều tối đa không quá 90mg.
- Thuốc bảo vệ thần kinh (ví dụ: Cerebrolysin, Galatamin, Nootropyl, Citicolin, Tanakan...) tuy nhiên chưa có thuốc được chứng minh rõ rệt tác dụng bảo vệ thần kinh trong giai đoạn cấp
- Điều trị co cứng cơ: Thuốc uống (Baclofen, Seduxen, Dantrolene...) và thuốc tiêm (tiêm Botulinum toxin nhóm A hoặc nhóm B, phong bế thần kinh bằng Phenol 5% hoặc Alcohol)
- Thuốc điều trị trầm cảm (nếu có)

**3.2. Điều trị khác:** Oxy cao áp, thủy trị liệu...

### **3.3. Phòng ngừa tai biến mạch máu não:**

Phòng ngừa theo nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ, cụ thể là:

- Thay đổi lối sống; loại bỏ các yếu tố nguy cơ như không hút thuốc, không uống rượu,
- Ăn uống điều độ,
- Tăng cường vận động thể lực, thể dục thể thao,
- Sống vui vẻ tránh căng thẳng, - Phát hiện sớm và điều trị kịp thời các bệnh đái tháo đường, tim mạch, huyết áp

## **IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

Sau khi ra viện bệnh nhân được tiếp tục theo dõi và phục hồi chức năng tại nhà trong chương trình Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng. Bệnh nhân cần được khám lại 06 tháng một lần tại các cơ sở phục hồi chức năng gần nhất.

## **V. TÀI LIỆU THAM KHẢO**

“Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành phục hồi chức năng” của Bộ Y tế ban hành năm 2014.

## ĐAU THẦN KINH TỌA

### ĐẠI CƯƠNG

Đau thần kinh tọa là biểu hiện của đau theo hướng đi của thần kinh tọa từ điểm khởi đầu cho đến điểm kết thúc của nó. Nguyên nhân gây đau thần kinh tọa đa phần là do thoát vị đĩa đệm L4/L5 hay L5/S1 gây chèn ép các rễ thần kinh tương ứng. Ngoài ra đau thần kinh tọa còn có các nguyên nhân hiếm gặp khác như do viêm nhiễm, u thần kinh, K xâm lấn chèn ép thần kinh tọa.

### CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán đau thần kinh tọa dựa vào biểu hiện lâm sàng đặc trưng và chẩn đoán xác định nguyên nhân dựa trên xét nghiệm cận lâm sàng mà chủ yếu là MRI cột sống thắt lưng hoặc CT cột sống thắt lưng ở những nơi không có điều kiện chụp MRI.

#### Biểu hiện lâm sàng

Đau dọc đường đi của thần kinh tọa, thông thường là đau vùng cạnh sống thắt lưng. Tùy theo vị trí tổn thương mà biểu hiện lâm sàng cũng khác nhau:

Đau rễ L5: đau vùng hông lan đến phần giữa của mông, phía sau và bên của đùi, mặt ngoài của cẳng chân, mặt mu của bàn chân, tận cùng là ngón cái và ngón chân giữa.

Đau rễ S1: đau vùng hông lưng lan đến phần giữa của mông, mặt sau của đùi, mặt sau cẳng chân (bắp chân), gót chân, gan bàn chân và tận cùng là ngón chân út (ngón 5 của bàn chân)

Các dấu hiệu khi thăm khám lâm sàng:

Dấu Lasègue: tùy theo mức độ chèn ép rễ thần kinh mà có dấu Lasègue (+) ở các mức độ khác nhau.

Ấn các điểm đau dọc đường đi của thần kinh tọa (điểm Valleix) bệnh nhân sẽ đau tăng lên.

Dấu nhún chuông (+)

Rối loạn cảm giác (tê bì, kiến bò, nóng rát) ở vùng thần kinh tọa chi phối.

Giảm vận động hoặc liệt cơ tương ứng ở chi dưới do thần kinh tọa chi phối.

Giảm hoặc mất phản xạ gân xương bên thần kinh tọa bị đau.

Rối loạn cơ tròn: một số trường hợp thoái vị đĩa đệm chèn ép chùm đuôi ngựa đưa đến rối loạn cảm giác vùng tầng sinh môn và trực tràng, tiểu khó hoặc bí tiểu, đại tiện khó

Nếu bệnh nhân đau thần kinh tọa đã lâu thì có thể dẫn đến teo cơ bên chân đau.

Lưu ý một số triệu chứng giúp định hướng chẩn đoán nguyên nhân khác ngoài thoát vị đĩa đệm là do viêm nhiễm hoặc bệnh lý khác của cột sống như: sốt, gầy sút, đau nhiều về đêm, ảnh hưởng tổng trạng, đau cột sống thắt lưng cao L1-L3 hoặc đau S1-S3, bệnh nhân có một số biểu hiện khác ngoài dấu hiệu đau thần kinh tọa.

#### Xét nghiệm cận lâm sàng

Các xét nghiệm thường quy như: huyết học, sinh hóa, chỉ số viêm... thông thường là bình thường trong đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm. Một số bất thường về xét nghiệm huyết học và/hoặc sinh hóa giúp định hướng chẩn đoán nguyên nhân khác như do viêm hoặc do bệnh lý ác tính.

-X quang cột sống thắt lưng: giúp chẩn đoán phân biệt khi có biểu hiện bất thường như trượt đốt sống, viêm thân sống đĩa đệm, dấu hiệu hủy xương hoặc đặc xương bất thường.

-Chụp CT cột sống: giúp chẩn đoán được nguyên nhân gây đau thần kinh tọa là do thoát vị đĩa đệm hay do nguyên nhân khác.

-MRI cột sống: đây là phương pháp giúp chẩn đoán chính xác vị trí, mức độ, dạng thoát vị đĩa đệm. ngoài ra trên MRI cũng giúp chẩn đoán được các nguyên nhân khác như do viêm nhiễm, u thần kinh, di căn ung thư...

#### Chẩn đoán phân biệt

Đau thần kinh đùi, đau thần kinh bì đùi, đau thần kinh bịt

Bệnh lý khớp háng như : hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi, viêm khớp háng, thoái hóa khớp háng.

Bệnh lý cơ thắt lưng chậu: viêm, áp-xe, u...

Viêm khớp cùng chậu, viêm cột sống dính khớp, loãng xương gãy lún đốt sống...

### ĐIỀU TRỊ

Sau khi đã xác định được nguyên nhân đau thần kinh tọa thì tùy theo nguyên nhân mà có phương pháp điều trị cho phù hợp.

#### Đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm

### Điều trị nội khoa

Nghỉ ngơi hoàn toàn: nằm giường cứng, tránh các cử động mạnh, không mang xách nặng, hạn chế đứng lâu hoặc ngồi lâu

Dùng các thuốc giảm đau, kháng viêm, dẫn cơ và một số thuốc hỗ trợ khác:

Thuốc giảm đau Paracetamol thông thường hoặc có kết hợp với opioid nhẹ (tramadol hoặc codeine)

Các NSAID có thể dùng phối hợp với thuốc giảm đau. Tùy theo bệnh nhân mà có thể lựa chọn các nhóm NSAID khác nhau: nhóm cyclooxygenase (Ibuprofen, Diclofenac), nhóm ức chế ưu thế COX2

(nabumetone, Etodolac), nhóm ức chế chọn lọc COX2 (meloxicam, Coxibs)

Corticoid có thể được chỉ định ngắn ngày (5-7 ngày) nếu bệnh nhân có chống chỉ định hoặc không đáp ứng với NSAID với liều tương đương Prednisolone 5mg/kg/ngày.

Thuốc dẫn cơ như: Thiocolchicosit (Coltramyl), Tetrazepam (Myolastan), Eperison (Myonal), Tolperisone (mydocalm),...

Nhóm thuốc khác: trong một số ít các trường hợp bệnh nhân đau rễ thần kinh nhiều, đau mạn tính thì có thể dùng các nhóm thuốc sau: thuốc giảm đau thần kinh (Gabapentin, Pregabalin), liệu pháp vitamin nhóm B, vitamin B12.

Kết hợp thuốc an thần, thuốc chống trầm cảm khi cần thiết: amitriptylin 25mg x1-2 viên/ngày.

Tiêm ngoài màng cứng: có thể được chỉ định trong một số các trường hợp bệnh nhân kém đáp ứng với các phương pháp điều trị nội khoa bảo tồn khác. Các dẫn xuất Glucocorticoid thường được sử dụng như: Soludécadron, Altim, Hydrocortancyl, Hydrocortisone acetate... Có thể thực hiện kỹ thuật này 2-3 lần trong khoảng vài ngày bởi bác sĩ có kinh nghiệm thực hiện kỹ thuật này.

Vật lý trị liệu: các phương pháp massage, kéo giãn cột sống, ấn cột sống...cũng giúp làm giảm đau cho bệnh nhân.

### **Đau thần kinh tọa do nguyên nhân khác**

Các nguyên nhân do viêm nhiễm thì tùy theo viêm do vi trùng, do lao hay do ký sinh trùng mà có chỉ định điều trị cho phù hợp.

Các nguyên nhân khác như: U thần kinh, K... thì cần hội chẩn các chuyên khoa liên quan để có phương pháp điều trị cho phù hợp.

### **THEO DÕI VÀ PHÒNG BỆNH**

Đau thần kinh tọa do nguyên nhân thoái hóa hay bệnh lý đĩa đệm, hẹp ống sống, sau điều trị nội khoa hoặc phẫu thuật có tiên lượng tốt. Tuy nhiên, có hiện tượng tái phát nên cần có biện pháp bảo vệ cột sống.

Giữ tư thế cột sống thẳng đứng khi ngồi lâu, có thể mang đai lưng bảo vệ.

Tránh các động tác mạnh đột ngột, sai tư thế, mang vác nặng.

Luyện tập bơi lội hoặc yoga giúp tăng sức bền và sự linh hoạt khối cơ lưng, ngăn ngừa đau tái phát.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Phác đồ điều trị Quyết Định : [161/QĐ-BVNT](#) , Bệnh Viện Nguyễn Trãi

## SA SÚT TRÍ TUỆ TRONG BỆNH ALZHEIMER

### ĐỊNH NGHĨA

Bệnh Alzheimer là một bệnh não thoái hóa nguyên phát chưa rõ căn nguyên, với những nét đặc trưng về hóa thần kinh và thần kinh bệnh lý. Khởi phát thường âm ỉ và tiến triển từ từ nhưng bền vững qua nhiều năm. Khởi phát có thể ở giữa lứa trung niên hoặc thậm chí sớm hơn nhưng tỉ lệ mắc cao hơn ở tuổi già. Những trường hợp khởi đầu trước tuổi 65-70, thường có tiền sử gia đình có người bị sa sút trí tuệ tương tự, quá trình phát triển bệnh nhanh hơn và có những nét ưu thế tổn thương thùy đỉnh và thái dương, bao gồm rối loạn vong ngôn hoặc rối loạn vong hành.

### NGUYÊN NHÂN

Đại thể: Sự teo não lan tỏa với các nếp nhăn vỏ não giãn rộng, các khe rãnh và các não thất cũng giãn rộng.

Vi thể: Sự giảm sút đáng kể trong các nơ-ron đặc biệt là ở hồi hải mã, chất vô danh, nhân đỏ, vùng vỏ não trán và thái dương đỉnh. Xuất hiện các mảng xơ thần kinh cấu tạo bởi các sợi xoắn kép, các mảng não suy (Senile plaques) với sự lắng đọng mảng amyloid và các thể hốc hạt.

Hóa thần kinh: Giảm sút rõ rệt chất dẫn truyền thần kinh acetylcholin và các dẫn chất truyền thần kinh, điều hòa thần kinh khác.

### CHẨN ĐOÁN

#### Chẩn đoán xác định

##### Lâm sàng

*Các biểu hiện suy giảm nhận thức*

Sự suy giảm trí nhớ: là triệu chứng đặc trưng, sớm, điển hình và nổi bật của sa sút trí tuệ. Theo tiến triển của bệnh, suy giảm trí nhớ ngày càng nặng hơn.

Rối loạn định hướng: là những triệu chứng quan trọng trong bệnh cảnh lâm sàng (rối loạn định hướng về không gian, địa lý rất rõ rệt...)

Các triệu chứng suy giảm chức năng nhận thức khác:

+ Vong ngôn: có thể là vong ngôn biểu hiện hoặc vong ngôn tiếp nhận.

+ Vong tri: giảm hoặc mất khả năng nhận biết, gọi tên đồ vật, đối tượng... mặc dù các cơ quan cảm giác, giác quan không bị tổn thương.

+ Vong hành: rối loạn khả năng hoạt động mặc dù các cơ quan chức năng vận động không bị tổn thương.

+ Giảm khả năng tư duy trừu tượng, khả năng tính toán, lập kế hoạch, sáng tạo, quyết định, khả năng phối hợp, theo dõi và thực hiện các hoạt động phức tạp.

*Các triệu chứng không thuộc lĩnh vực nhận thức*

Các triệu chứng loạn thần: 30-40% các bệnh nhân sa sút trí tuệ có hoang tưởng. Ảo giác có ở 20-30% bệnh nhân sa sút trí tuệ. Hội chứng Capgras

Các rối loạn cảm xúc: Trầm cảm và lo âu được gặp ở 40-50% các bệnh nhân sa sút trí tuệ.

Các thay đổi về nhân cách: Bệnh nhân trở nên thu mình lại, có bệnh nhân trở nên bủn xỉn, hoài nghi, ghen tuông vô lý, trẻ con hóa, ăn mặc cầu thả, có khuynh hướng cóp nhặt bảnthu...

Rối loạn hành vi: Kích động về đêm, rối loạn hành vi ăn uống và bài tiết...

Các triệu chứng khác:

+ Các dấu hiệu thần kinh khu trú có thể gặp trong sa sút trí tuệ

+ Hội chứng hoàng hôn (Sundown)

+ Lú lẫn, kích động, ngã

*Tiêu chuẩn chẩn đoán*

Để chẩn đoán sa sút trí tuệ cần căn cứ vào các tiêu chuẩn sau (ICD-10 hoặc DSM-IV):

+ Các triệu chứng tồn tại ít nhất 6 tháng

+ Suy giảm trí nhớ: đặc biệt là giảm khả năng ghi nhận các thông tin mới và khả năng nhớ lại các kiến thức đã học được trước kia.

+ Suy giảm các hoạt động nhận thức khác (cần có ít nhất một trong các biểu hiện đã mô tả).

+ Các triệu chứng không thuộc lĩnh vực nhận thức có thể có

+ Các triệu chứng trên xảy ra mà không có rối loạn ý thức kèm theo.

+ Các triệu chứng đặc trưng của bệnh Alzheimer

## **Cận lâm sàng**

Có thể chỉ định các xét nghiệm sau, tùy từng trường hợp cụ thể:

*Các trắc nghiệm tâm lý*

Đánh giá nhận thức (MMSE, GPCOG, Mini-Cog, ADAS-Cog, Wechsler...)

Đánh giá trầm cảm (Ham-D, Beck, GDS...)

Đánh giá lo âu (Ham-A, Zung,...)

Đánh giá rối loạn giấc ngủ kèm theo (PSQI,...)

Các trắc nghiệm đánh giá nhân cách (EPI, MMPI...)

*Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi*

*Máu lắng*

*Sinh hóa:* Xét nghiệm chức năng gan, thận, điện giải đồ, glucose, HbA1C, canxi, phosphate máu, vitamin b12, folate, hormon tuyến giáp, mỡ máu, cholinesterase máu.

*Xét nghiệm nước tiểu*

*Chẩn đoán hình ảnh:* Chụp cắt lớp vi tính sọ não, cộng hưởng từ sọ não, SPECT, PET, fMRI ... hỗ trợ chẩn đoán, loại trừ các bệnh lý mạch máu não và tổn thương choán chỗ khác. Siêu âm ổ bụng, chụp X quang tim phổi phát hiện các bệnh đồng diễn hoặc biến chứng.

*Thăm dò chức năng:* Điện não đồ, lưu huyết não, điện tâm đồ, siêu âm doppler xuyên sọ...

*Một số xét nghiệm chuyên biệt:* huyết thanh chẩn đoán giang mai, xét nghiệm tự kháng thể (kháng thể kháng phospholipid, kháng thể kháng đông Lupus, kháng thể kháng nhân,...), HIV, gen test, amyloid-PET...

Chẩn đoán phân biệt

Rối loạn trầm cảm

Sảng

Hội chứng quên thực tồn: bệnh tuyến giáp, thiếu vitamin b12,

Sa sút trí tuệ nguyên phát khác (như trong các bệnh lý mạch máu, bệnh Pick, bệnh sa sút trí tuệ thể Levy, bệnh Creutzfeldt - Jacob hoặc bệnh Huntington, sa sút trí tuệ trong bệnh Parkinson...)

Các trạng thái nhiễm độc

## **ĐIỀU TRỊ**

### **Nguyên tắc điều trị**

Đánh giá được mức độ sa sút trí tuệ nhất là khả năng sống độc lập của người bệnh, từ đó đưa ra một kế hoạch điều trị phù hợp cả về cơ thể- tâm thần. Xây dựng chế độ chăm sóc, quản lý người bệnh tại bệnh viện, tại các nhà an dưỡng, tại cộng đồng... Đồng thời có kế hoạch giúp đỡ cho gia đình bệnh nhân trong việc nâng cao chất lượng cuộc sống của họ.

Sơ đồ/phác đồ điều trị

Điều trị hóa dược

Liệu pháp tâm lý

Điều trị hỗ trợ

Điều trị cụ thể

Liệu pháp hóa dược

*Điều trị các triệu chứng nhận thức*

Lựa chọn thuốc trong số các thuốc sau:

Donepezil 5mg - 23mg ngày

Rivastigmin 1,5mg - 12mg/ngày (dùng đường uống và miếng dán)

Galantamin 8mg - 24mg/ngày

Một số thuốc đã được nghiên cứu điều trị suy giảm nhận thức như: thuốc dinh dưỡng thần kinh, thuốc tăng cường chuyển hóa, tuần hoàn não:

Cerebrolysin 10ml - 20ml/ngày

Ginkgo biloba 80mg - 120mg/ngày

Piracetam 400mg - 1200mg/ngày

Citicholin 100mg - 1000mg/ngày

Cholin Alfoscerate 200mg - 800mg/ngày

Vinpocetin 5mg - 100mg/ngày



Đối với các rối loạn như hoang tưởng, ảo giác, trầm cảm, kích động, ... sử dụng các thuốc an thần kinh, chống trầm cảm, giải lo âu, ...

#### *Thuốc an thầnkinh*

Lựa chọn một, hai hoặc ba thuốc trong các thuốc sau: Risperidon 1mg - 10 mg/ngày

Quetiapin 50mg - 800mg/ngày

Olanzapin 5mg - 30mg/ ngày

Clozapin 25 - 300mg/ngày

Aripiprazol 10 - 30mg/ngày

Haloperidol 0,5 mg - 20mg/ngày

#### *Thuốc chống trầmcảm*

Lựa chọn một, hai hoặc ba thuốc trong các thuốc sau: Sertralin 50 - 200mg/ ngày

Citalopram 10 - 40 mg/ngày

Escitalopram 10 - 20mg/ngày

Fluvoxamin 100 - 200mg/ ngày

Paroxetin 20 - 50mg/ngày

Fluoxetin 10 - 60mg/ngày

Venlafaxin 75 - 375mg/ngày

Mirtazapin 15 - 60mg/ ngày

#### *Chỉnh khsắc*

Lựa chọn thuốc trong số các thuốc sau:

Muối valproat 200mg - 2500mg/ngày

Muối divalproex, liều 750mg/ngày - 60mg/kg/ngày

Carbamazepin 100 - 1600mg/ngày

Oxcarbazepin 300 - 2400mg/ngày

Lamotrigin 100 - 300mg/ngày

Levitiracetam 500 - 1500mg/ngày

Thuốc hỗ trợ chức năng gan: aminoleban, silymarin, boganic, các amin phân nhánh khác...

Bổ sung dinh dưỡng, vitamin, khoáng chất, chế độ ăn, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch...

#### *Liệu pháp tâm lý*

*Liệu pháp tâm lý trực tiếp:* Liệu pháp gia đình, liệu pháp tâm lý cá nhân...

#### *Liệu pháp tâm lý gián tiếp:*

+ Đảm bảo môi trường an toàn với bệnh nhân và mọi người xung quanh

+ Môi trường yên tĩnh, tránh các kích thích xung quanh

+ Vệ sinh giấc ngủ

+ Giáo dục gia đình về chăm sóc, nuôi dưỡng bệnh nhân...

Vật lý trị liệu và hoạt động trị liệu

Phối hợp với chuyên khoa phục hồi chức năng Mục đích:

Phục hồi vận động

Phục hồi ngôn ngữ: ngôn ngữ trị liệu

Điều trị các bệnh lý cơ thể kèm theo

Trợ giúp các hoạt động hằng ngày kể cả tắm rửa, vệ sinh cá nhân... tránh các biến chứng do nằm lâu và nâng cao chất lượng sống người bệnh.

#### *Quản lý xã hội*

Giới thiệu đến một hội Sa sút trí tuệ địa phương để được giáo dục và tư vấn cho tất cả các bệnh nhân và người chăm sóc họ

Đánh giá khả năng lái xe nếu họ tiếp tục muốn lái xe

Thảo luận với bệnh nhân và gia đình về các hình thức và các dịch vụ chăm sóc như tắm rửa, hỗ trợ ăn uống tại nhà hoặc tại nhà lưu trú có nhân viên được đào tạo đầy đủ

Hỗ trợ người chăm sóc

Người chăm sóc trong gia đình bệnh nhân sa sút trí tuệ trải nghiệm cao hơn căng thẳng, đau khổ so với những người cùng tuổi

Việc chăm sóc bệnh nhân sa sút trí tuệ chính là chăm sóc người bị sa sút và người chăm sóc chính của họ

Cần có các chương trình hỗ trợ y tế, tâm lý và thực hành phù hợp với nhu cầu của bệnh nhân và người chăm sóc.

### **TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG**

Bệnh Alzheimer có đặc điểm khởi phát bằng triệu chứng suy giảm trí nhớ và tiến triển nặng dần. Qua thời gian tiến triển của bệnh, bệnh nhân bị bệnh Alzheimer sẽ xuất hiện lo âu, trầm cảm, mất ngủ, kích động, hoang tưởng ... Khi bệnh nặng lên,

bệnh nhân Alzheimer sẽ cần hỗ trợ trong các hoạt động cơ bản hàng ngày như tắm rửa, mặc quần áo, đi vệ sinh. Cuối cùng sẽ có các triệu chứng khó khăn khi đi lại, khó nuốt. Nhiều khi phải cho ăn qua sonde, triệu chứng khó nuốt có thể gây viêm phổi do hít.

Thời gian từ lúc chẩn đoán đến tử vong thường khoảng 3-10 năm. Bệnh nhân khởi phát Alzheimer từ trẻ thường tiến triển nhanh, rầm rộ hơn. Nguyên nhân tử vong thường gặp nhất là các bệnh thứ phát như viêm phổi.

### **PHÒNG BỆNH:**

Chưa có biện pháp phòng bệnh đặc hiệu. Một số biện pháp được áp dụng như:

- + Không sử dụng thuốc lá, rượu bia, chất kích thích.
- + Phòng và điều trị tăng huyết áp, mỡ máu, đái tháo đường.
- + Chế độ ăn điều độ: giàu hoa quả, rau xanh, giảm đường, giảm chất béo no.
- + Hoạt động thể lực, trí tuệ thường xuyên.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ MỘT SỐ RỐI LOẠN TÂM THẦN THƯỜNG GẶP  
(Ban hành kèm theo Quyết định số 2058/QĐ-BYT Ngày 14 tháng 05 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

## ĐỘNG KINH

### ĐỊNH NGHĨA

Cơn động kinh là biểu hiện lâm sàng xảy ra do sự phóng điện bất thường, kịch phát và quá mức của một nhóm neuron ở não. Biểu hiện trên lâm sàng là các triệu chứng xảy ra đột ngột, tạm thời liên quan đến vùng vỏ não bị phóng điện bao gồm biến đổi ý thức, vận động, cảm giác, tự động hoặc tâm thần. Động kinh là sự tái diễn từ hai cơn động kinh trở lên cách nhau trên 24 giờ, không phải do sốt cao và các nguyên nhân cấp tính khác như rối loạn chuyển hóa, ngừng thuốc hay ngừng rượu đột ngột gây ra.

### NGUYÊN NHÂN

Các tổn thương thực thể hoặc các rối loạn chuyển hóa của não đều có thể gây nên cơn động kinh như: chấn thương sọ não, u não, bệnh lý tai biến mạch máu não, nhiễm khuẩn nội sọ: áp xe não, viêm não, viêm màng não, nguyên nhân di truyền....

Nguyên nhân động kinh tùy theo lứa tuổi:

Trẻ sơ sinh: ngạt lúc sinh, chấn thương sản khoa, chảy máu trong sọ, nhiễm khuẩn hệ thần kinh trung ương hoặc các nhiễm khuẩn và rối loạn chuyển hóa khác...

Trẻ em: động kinh nguyên phát, bại não, nhiễm khuẩn hệ thần kinh trung ương (viêm não, viêm màng não), tổn thương cấu trúc trong sọ, bệnh chuyển hóa, ngộ độc (thuốc, chì), bệnh thoái hóa não, bệnh hệ thống, bệnh di truyền, chấn thương...

Người lớn: động kinh nguyên phát, chấn thương sọ não, bệnh mạch máu não, nhiễm khuẩn hệ thần kinh trung ương, bệnh thoái hóa não, bệnh hệ thống,...

Người già: Người trên 60 tuổi, động kinh có thể do u não, ung thư di căn não, xơ cứng mạch máu não, teo não, đặc biệt cần quan tâm tới thiếu máu não cấp tính.

### CHẨN ĐOÁN

#### Chẩn đoán xác định:

Dựa vào lâm sàng kết hợp với biến đổi điện não đồ, “không chẩn đoán động kinh nếu lâm sàng không có cơn”.

Phân loại động kinh theo phân loại quốc tế các cơn động kinh(1981)

#### *Cơn cục bộ*

Cơn cục bộ đơn giản (không có rối loạn ý thức)

+ Với các triệu chứng vận động: cục bộ vận động, cục bộ vận động với hành trình jackson, cơn quay mắt quay đầu.

+ Với các triệu chứng cảm giác hoặc giác quan: rối loạn cảm giác bản thể, ảo thị giác, ảo khứu giác, cơn chóng mặt

Cơn cục bộ phức tạp (có rối loạn ý thức)

+ Khởi phát cục bộ đơn giản, tiếp theo là cục bộ phức tạp

+ Khởi phát là rối loạn ý thức: rối loạn ý thức với các biểu hiện tự động

Cơn cục bộ toàn thể hóa thứ phát:

+ Với các dấu hiệu hoặc triệu chứng thần kinh thực vật

+ Với các triệu chứng tâm thần: rối loạn các chức năng thần kinh cao cấp, ít khi biến đổi ý thức.

+ Rối loạn trí nhớ, rối loạn cảm xúc...

#### *Cơn toàn bộ*

Cơn vắng ý thức:

#### **Cơn vắng ý thức điển hình:**

+ Rối loạn ý thức đơn thuần

+ Kèm theo yếu tố giật cơ

+ Kèm theo yếu tố mất trương lực

+ Kèm theo yếu tố tăng trương lực

+ Kèm theo biểu hiện tự động

+ Kèm theo yếu tố thực vật

Cơn toàn bộ cơn lớn

+ Cơn giật cơ

+ Cơn giật

+ Cơn có cứng

+ Cơ co cứng-co giật

*Cơn chưa phân loại*

*Trạng thái động kinh*

+ Cơn cục bộ đơn giản tiến triển sang toàn bộ hóa thứ phát

+ Cơn cục bộ phức tạp tiến triển sang toàn bộ hóa thứ phát

+ Cơn cục bộ đơn giản tiến triển sang cơn cục bộ phức tạp rồi toàn bộ hóa thứ phát.

Cơn vắng ý thức không điển hình:

+ Biến đổi trương lực nặng hơn cơn vắng ý thức điển hình

+ Khởi phát và/ hoặc kết thúc ít đột ngột

+ Cơn mất trương lực

+ Cơn chưa phân loại

+ Trạng thái động kinh

Phân loại động kinh theo phân loại quốc tế các cơn động kinh năm 1989

*Động kinh và hội chứng cục bộ*

Nguyên phát:

Động kinh lành tính ở trẻ em có nhọt trung tâm – thái dương. Động kinh ở trẻ em có kích phát vùng chẩm.

Động kinh tiên phát khi đọc.

Triệu chứng:

Động kinh cục bộ liên tục tiến triển mạn tính ở trẻ em.

Hội chứng có đặc điểm là các cơn do các phương thức đặc hiệu thúc đẩy gây ra. Các hội chứng khác theo khu trú hoặc nguyên nhân.

Động kinh thùy thái dương Động kinh thùy trán

Động kinh thùy chẩm Động kinh thùy đỉnh. Căn nguyên ẩn:

*Động kinh và hội chứng động kinh toàn bộ*

**Nguyên phát (khởi phát liên quan đến tuổi)** Cơ giật sơ sinh lành tính gia đình

Cơ giật sơ sinh lành tính.

Động kinh giật cơ lành tính tuổi thơ. Động kinh cơn vắng ý thức ở trẻ em. Động kinh cơn vắng ý thức thiếu niên. Động kinh giật cơ thiếu niên

Động kinh cơn lớn lúc tỉnh giấc

Động kinh toàn bộ nguyên phát (không nêu ở trên).

Động kinh với các cơn do các phương thức đặc hiệu thúc đẩy gây ra (động kinh do ánh sáng).

Căn nguyên ẩn và/hoặc triệu chứng:

Hội chứng West (co thắt gấp trẻ em). Hội chứng Lennox – Gastaut

Động kinh với cơn giật cơ - mất trương lực. Động kinh với cơn vắng ý thức giật cơ.

**Động kinh triệu chứng:** Không có nguyên nhân đặc hiệu, có thể gặp Bệnh não giật cơ sớm.

Bệnh não động kinh trẻ em sớm.

Động kinh toàn bộ triệu chứng (không nêu ở trên).

*Động kinh và hội chứng không xác định được cục bộ hay toàn bộ:*

Với cơn toàn bộ và cục bộ:

Cơn động kinh sơ sinh

Động kinh giật cơ nặng tuổi thơ.

Động kinh có nhọt – sóng liên tục khi ngủ.

Động kinh thất ngôn mất phải (hội chứng Laudau - Kleffner).

Các động kinh khác không rõ cục bộ hay toàn bộ (không nêu ở trên).

Không rõ đặc điểm cục bộ hoặc toàn bộ. Cơn liên quan đến một trạng thái

Cơ giật do sốt cao.

Cơn chỉ xảy ra trong bối cảnh của rối loạn chuyển hoá cấp. Cơn đơn độc hoặc động kinh liên tục đơn độc

Phân loại động kinh theo (ICD 10 -1992):

G.40. Động kinh

: Động kinh cục bộ vô căn

: Động kinh cục bộ triệu chứng với cơn cục bộ đơn giản. G.40.2: Động kinh cục bộ triệu chứng với cơn cục bộ phức tạp. G.40.3: Động kinh toàn thể vô căn

: Động kinh toàn thể khác.

: Những hội chứng động kinh đặc biệt G.40.6: Những cơn lớn không biệt định.

G.40.7: Những cơn nhỏ không biệt định. G.40.8: Động kinh khác

G.40.9: Động kinh không biệt định G.41: Trạng thái động kinh.

Cận lâm sàng

**Điện não đồ:** là công cụ đặc hiệu xác định cơn, loại cơn, vị trí ổ động kinh. Điện não đồ có thể ghi trong cơn hoặc ngoài cơn. Tùy theo thể bệnh mà có thể ghi điện não đồ chuẩn hoặc điện não đồ liên tục 24 giờ, điện não đồ video...

**Xét nghiệm huyết học, sinh hóa, di truyền, thăm dò chức năng, chẩn đoán hình ảnh**

Trong một số trường hợp chụp cắt lớp vi tính sọ não, chụp cộng hưởng từ sọ não... tìm nguyên nhân, theo dõi trong quá trình điều trị.

Lưu huyết não điện tim, các trắc nghiệm tâm lý

Các xét nghiệm cơ bản khác: huyết học, sinh hoá chức năng gan, thận...

### 3.2. Chẩn đoán phân biệt

**Cơn co giật phân ly (Hysteria):** là rối loạn do căn nguyên tâm lý. Trong cơn bệnh nhân co giật, đẩy dựa hoặc cố uốn cong người lên, không mất ý thức, cơn thường kéo dài, không định hình, khám thần kinh bình thường, điện não đồ không có bất thường.

**Cơn ngất (Syncopa):** Bệnh nhân mất ý thức ngắn, không có triệu chứng thần kinh, xảy ra do căn nguyên về tim mạch, có thể gặp: ngất do rối loạn nhịp tim: nhịp tim đập quá chậm (< 15 lần/phút) hoặc ngừng tim hoàn toàn trong 1 – 2 phút, phân ly nhĩ thất hoàn toàn; ngất do kích thích xoang động mạch cảnh hoặc dây thần kinh phế vị; ngất do giảm huyết áp tư thế đứng. Điện não đồ bình thường.

**Co giật do hạ canxi máu (tetanie):** hay gặp ở trẻ sơ sinh, trẻ nhỏ. Biểu hiện là co cơ cục bộ hoặc toàn bộ, đặc biệt là co các cơ ở bàn tay tạo tư thế bàn tay sản khoa, có dấu hiệu Chvostek và nghiệm pháp gây co thắt cơ ở bàn tay khi garo tay khoảng 10 – 15 phút. Xét nghiệm máu thấy canxi máu giảm. Điện não đồ không có sóng động kinh điển hình.

**Cơn hạ đường huyết:** xảy ra lúc đói, chẩn đoán dựa vào định lượng đường huyết.

Cơn migraine, cơn co giật do sốt cao ở trẻ em....

## ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị

**Điều trị căn nguyên:** Trong các trường hợp có căn nguyên thì phải điều trị căn nguyên nếu có thể, ví dụ các căn nguyên như não, máu tụ, dị dạng mạch máu não...

Điều trị triệu chứng

Chỉ điều trị thuốc kháng động kinh khi đã xác định chắc chắn loại cơn và hội chứng động kinh. Chọn các thuốc đặc trị cho từng loại cơn theo thứ tự ưu tiên, thường bắt đầu bằng đơn trị liệu, dùng liều thấp tăng dần để đạt tới liều tác dụng (cắt được cơn), sau đó duy trì liều hàng ngày. Khi sử dụng liều một thuốc đã cao mà không cắt được cơn thì phải đổi thuốc, giảm dần dần thuốc cũ, tăng dần thuốc mới không bỏ thuốc cũ đột ngột.

Nếu liệu trình đơn trị liệu không cắt được cơn thì sử dụng đa trị liệu, thường là 2 loại, ít khi 3 loại. Nếu đã dùng 3 loại mà vẫn không cắt được cơn thì là cơn kháng thuốc, nên tìm hiểu lại chẩn đoán, chọn thuốc sai hay do bệnh nhân bỏ thuốc, không tuân thủ điều trị.

Theo dõi diễn biến lâm sàng của bệnh và các tác dụng phụ của thuốc để kịp thời điều chỉnh liều lượng thuốc phù hợp với tình trạng của bệnh nhân. Không nên kết hợp hai loại thuốc cùng loại với nhau (ví dụ Phenobarbital với Primidon, v.v...).

Có kế hoạch kiểm tra định kỳ: điện não đồ, xét nghiệm máu, các chức năng gan, thận của bệnh nhân.

Tùy theo từng trường hợp, ngoài thuốc bệnh nhân phải có chế độ ăn uống, sinh hoạt, lao động, nghỉ ngơi, giải trí thích hợp.

Sơ đồ/phác đồ điều trị

Điều trị bằng thuốc: Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau: Các thuốc kháng động kinh cổ điển:

Các thuốc kháng động kinh cổ điển:

| <i>Tên thuốc và tên thương mại</i>                              | <i>Thời gian bán hủy (giờ)</i> | <i>Liều lượng trẻ em (TE), người lớn (NL)</i>      | <i>Chỉ định</i>                                                 |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Carbamazepin (CBZ, Tegretol CR)                                 | 8-19h (TE)<br>5-16h (NL)       | TE: 10-30mg/kg<br>NL: 10-12mg/kg<br>(Uống 1-2 lần) | Động kinh cục bộ đơn giản hoặc phức tạp                         |
| Phenytoin (PHT, Epanutin, Epilantin, Phenydan)                  | 12-22h (TE)<br>8-60h (NL)      | TE: 5-7mg/kg<br>NL: 3-5mg/kg<br>(Uống 3 lần)       | Động kinh cục bộ và toàn thể của bất cứ hội chứng động kinh nào |
| Phenobarbital (PB, Luminal, Gardenal)                           | 21-80h (TE)<br>46-130h (NL)    | TE: 4mg/kg<br>NL: 3mg/kg<br>(Uống 1-2 lần)         | Động kinh toàn thể, cơn cục bộ                                  |
| Clonazepam                                                      | 20 – 60h                       | TE: 0,01-1mg/kg<br>NL: 1,5-10mg/ngày               | Các loại cơn động kinh                                          |
| Valproat (VPA, Depakin Chrono, siro depakin, dung dịch depakin) | 20-50h (TE)<br>8-16h (NL)      | TE: 30mg/kg<br>NL: 20-30mg/kg<br>(Uống 1-2 lần)    | Động kinh toàn thể, động kinh cục bộ                            |
| Ethosuximid (ESM, Suxinitin)                                    | 30h (TE)<br>50-60h (NL)        | TE: 4mg/kg<br>NL: 3mg/kg                           | Động kinh cơn vắng                                              |

Các thuốc chống động kinh thế hệ mới:

| <i>Tên thuốc</i>         | <i>Thời gian bán hủy (giờ)</i> | <i>Liều lượng trẻ em (TE), người lớn (NL)</i>                                           | <i>Chỉ định</i>                                                 |
|--------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Lamotrigin (Lamictal)    | 29h                            | TE: 2-15mg/kg<br>NL: 100-200mg<br>(Uống chia 2 lần)                                     | Cơn cục bộ hoặc cơn toàn thể                                    |
| Gabapentin (Neurontin)   | 5-9h                           | NL: 900-3600mg/ngày<br>(Uống chia 3 lần)                                                | Động kinh cục bộ và toàn thể                                    |
| Oxcarbazepin (Trileptal) | 8-13h                          | TE: 10-30mg/kg<br>NL: 600-2400mg/ngày<br>(Uống chia 2 lần)                              | Không dung nạp với carbamazepin<br>Động kinh cục bộ và toàn thể |
| Topiramate (Topamax)     | 18-23h                         | TE: 6mg/kg/ngày<br>NL: bắt đầu 25-50mg<br>Sau: 200-400mg/kg/ngày<br>(Uống chia 1-2 lần) | Động kinh kháng thuốc<br>Cơn cục bộ                             |
| Levetiracetam (Keppra)   | 3-6h                           | 1000-3000mg/ngày                                                                        | Tất cả các loại động kinh                                       |

Ngoài ra một số thuốc kháng động kinh đang được nghiên cứu: Logisamon, remacemid, pregabalin...  
Điều trị các rối loạn tâm thần, các bệnh cơ thể đồng diễn... Thuốc hỗ trợ chức năng gan, thuốc tăng cường nhận thức,

Dinh dưỡng: Bổ sung dinh dưỡng, vitamin và yếu tố vi lượng, chế độ ăn, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch...

Điều trị phẫu thuật Chỉ định:

Động kinh kháng thuốc

Động kinh cục bộ ổ khu trú nhỏ Động kinh cục bộ toàn thể hóa

Đối với phụ nữ có thai và cho con bú

Vì thuốc kháng động kinh có thể gây dị tật thai nhi và bài tiết qua sữa mẹ nên phải thận trọng khi sử dụng các thuốc kháng động kinh cho phụ nữ có thai và cho con bú.

### **TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG**

Động kinh là bệnh mạn tính, tuy nhiên nếu được phát hiện và điều trị đúng chuyên khoa thì bệnh nhân có tiên lượng tốt:

Khoảng 60% bệnh nhân điều trị ban đầu hoàn toàn có hiệu quả cắt được cơn, 40% số bệnh nhân còn lại vẫn còn cơn co giật, cần có các biện pháp điều trị thay thế. Có thể ngừng thuốc khi: cắt cơn được từ 2,5-5 năm kể từ cơn cuối cùng. Khi ngừng thuốc một số bệnh nhân tái phát cơn thì phải điều trị lại, có thể phải uống thuốc suốt đời.

Có thể gặp những biến chứng hoặc tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt khi bệnh nhân lên cơn co giật, động kinh do suy giảm ý thức trong các cơn động kinh, mất khả năng của các động tác hữu ý. Đặc biệt khi cơn kéo dài có thể làm tổn thương não, khiến não thiếu oxy, tắc nghẽn đường thở, kèm theo là những biến đổi tâm lý mặc cảm, tự ti khi mang bệnh.

**PHÒNG BỆNH:** không có biện pháp phòng bệnh đặc hiệu

Phụ nữ mang thai khám thai định kì, phòng ngừa chấn thương hay tổn thương não của trẻ khi sinh và khi trẻ lớn

Tiêm phòng để tránh các bệnh tổn thương não: viêm não Nhật Bản B....

Khi được chẩn đoán và điều trị người bệnh phải tuân thủ điều trị, không dùng đột ngột để tránh nguy cơ tái phát.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ MỘT SỐ RỐI LOẠN TÂM THẦN THƯỜNG GẶP  
(Ban hành kèm theo Quyết định số 2058/QĐ-BYT Ngày 14 tháng 05 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

## SA SÚT TRÍ TUỆ TRONG BỆNH MẠCH MÁU

### ĐỊNH NGHĨA

Sa sút trí tuệ trong bệnh mạch máu bao gồm sa sút trí tuệ do nhồi máu rải rác. Diễn hình, tiền sử có những đợt thiếu máu cục bộ nhất thời với rối loạn ý thức ngắn, liệt nhẹ thoáng qua hoặc mất thị giác. Sa sút trí tuệ cũng có thể tiếp sau các tai biến mạch máu não cấp diễn, hoặc ít phổ biến hơn, một cơn đột quỵ nặng duy nhất. Diễn hình là rối loạn các chức năng cao cấp của vỏ não: trí nhớ, tư duy, định hướng, sự hiểu biết, khả năng tính toán, học tập, ngôn ngữ và sự phán đoán.

Sa sút trí tuệ trong bệnh mạch máu là sa sút trí tuệ do hậu quả của bệnh mạch máu não đối với hoạt động nhận thức. Bệnh thường khởi phát đột ngột và tiến triển từng bước, mức độ khiếm khuyết nhận thức phụ thuộc vào vị trí não bị tổn thương.

### NGUYÊN NHÂN

Bệnh động mạch lớn (sa sút trí tuệ do nhồi máu não đa ổ)

Xơ vữa mạch vành, mạch não ngoài sọ và trong sọ

Nhồi máu não vỏ não, nhồi máu não lớn dưới vỏ.

Các yếu tố nguy cơ: tăng huyết áp, đái tháo đường, tăng cholesterol máu, hút thuốc, bệnh mạch vành, rung nhĩ, bệnh cơ tim, van tim,...

Bệnh động mạch nhỏ (sa sút trí tuệ dưới vỏ)

Bệnh Binswanger và nhồi máu ổ khuyết

Yếu tố nguy cơ: tăng huyết áp, đái tháo đường, tăng cholesterol máu, hút thuốc.

Sa sút trí tuệ do nhồi máu não vị trí chiến lược (đồi thị, thùy thái dương, bao trong,...)

Sa sút trí tuệ do xuất huyết não (xuất huyết não dưới nhện, dưới màng cứng, trong não...)

Hội chứng amyloid não: xuất huyết não và thiếu máu cục bộ.

### CHẨN ĐOÁN

#### Chẩn đoán xác định

Lâm sàng

*Sa sút trí tuệ với các biểu hiện:*

Giảm trí nhớ và các lĩnh vực nhận thức khác, gây ảnh hưởng đến hoạt động chức năng hàng ngày của bệnh nhân. Có suy giảm trí nhớ và ít nhất 2 lĩnh vực nhận thức khác bao gồm: định hướng, ngôn ngữ, chức năng thị giác, sự chú ý, chức năng điều hành, kiểm soát vận động, thực hiện động tác. Triệu chứng của rối loạn chức năng nhận thức thất thường, có thể mất nhớ, suy giảm trí tuệ, và những dấu hiệu thần kinh khu trú. Sự thấu hiểu và phán đoán còn tương đối duy trì.

Sự khởi phát đột ngột hoặc một sự suy thoái từng bước. Cảm xúc dao động với khí sắc trầm nhất thời, khóc lóc hoặc cười vô cớ, những đợt ý thức u ám hoặc sáng.

Nhân cách còn được duy trì tương đối, song trong một số trường hợp nhất định, những biến đổi nhân cách có thể rõ rệt với vô cảm, giải ức chế hoặc làm tăng đậm những nét nhân cách trước kia như tính vị kỷ, thái độ paranoid hoặc tính cáu bẳn

*Bệnh mạch não*

Có dấu hiệu thần kinh khu trú của đột quỵ, kèm theo tiền sử đột quỵ hoặc không. Phải được khẳng định bằng chẩn đoán hình ảnh (CT hoặc MRI): nhồi máu não đa ổ, nhồi máu não một ổ ở vị trí chiến lược (hồi hải mã, hồi góc, đồi thị trước giữa, nhân đuôi), nhồi máu não ổ khuyết (đa ổ khuyết, hạch nền, chất trắng); tổn thương chất trắng lan tỏa quanh não thất.

*Mối liên quan giữa sa sút trí tuệ và bệnh mạch não*

Sa sút trí tuệ khởi phát trong vòng 3 tháng sau khi bị đột quỵ Loại trừ sa sút trí tuệ trước đột quỵ

Giảm đột ngột chức năng nhận thức Tiến triển dao động, theo kiểu bậc thang.

Cận lâm sàng: có thể chỉ định các xét nghiệm sau tùy thuộc vào từng trường hợp cụ thể

*Các trắc nghiệm tâm lý:*

Đánh giá nhận thức (MMSE, GPCOG, Mini-Cog, ADAS-Cog, Wechsler...)

Đánh giá trầm cảm (Ham-D, Beck, GDS,...)

Đánh giá lo âu (Ham-A, Zung,...)

Đánh giá rối loạn giấc ngủ kèm theo (PSQI,...)

Các trắc nghiệm đánh giá nhân cách (EPI, MMPI...)

*Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi*



## Máulắng

**Sinh hóa:** xét nghiệm chức năng gan, thận, điện giải đồ, glucose, HbA1C, canxi, phosphate máu, vitamin b12, folate, hormon tuyến giáp, mỡ máu.

## Xét nghiệm nước tiểu

**Chẩn đoán hình ảnh:** chụp cắt lớp vi tính sọ não, cộng hưởng từ sọ não, SPECT, PET, fMRI... chẩn đoán xác định. Siêu âm ổ bụng, chụp X quang tim phổi phát hiện các bệnh đồng diễn hoặc biến chứng.

**Thăm dò chức năng:** điện não đồ, lưu huyết não, điện tâm đồ, siêu âm doppler xuyên sọ,...

**Một số xét nghiệm chuyên biệt:** huyết thanh chẩn đoán giang mai, xét nghiệm tự kháng thể (kháng thể kháng phospholipid, kháng thể kháng đông Lupus, kháng thể kháng nhân,...), HIV, gen test, amyloid-PET...

Chẩn đoán phân biệt

Rối loạn trầm cảm

Sảng

Hội chứng quên thực tồn: bệnh tuyến giáp, thiếu vitamin b12, tụ máu dưới màng cứng mạn tính, não úng thủy áp lực bình thường,...

Sa sút trí tuệ nguyên phát khác (như trong các bệnh Pick, thể Levy, bệnh Creutzfeldt- Jacob hoặc bệnh Huntington, sa sút trí tuệ trong bệnh Parkinson, Alzheimer,...

Các trạng thái nhiễm độc

## ĐIỀU TRỊ

### Nguyên tắc chung

Điều trị tai biến mạch máu não- đặc biệt là nhồi máu não

Điều trị các yếu tố nguy cơ

Quan tâm tới giai đoạn suy giảm nhận thức nhẹ.

Điều trị không dùng thuốc.

Điều trị dùng thuốc.

Sơ đồ/phác đồ điều trị:

Điều trị thuốc

Liệu pháp tâm lý

Điều trị hỗ trợ

Điều trị cụ thể:

Điều trị bệnh lý sa sút trí tuệ

**Liệu pháp hóa dược:**

**Điều trị các triệu chứng về nhận thức:** Lựa chọn thuốc trong số các thuốc sau: Donepezil 5mg - 23mg/ngày

Rivastigmin 1,5mg - 12mg/ngày (dùng đường uống hoặc miếng dán)

Galantamin 8mg - 24mg/ngày

Một số thuốc đã được nghiên cứu điều trị suy giảm nhận thức như: thuốc dinh dưỡng thần kinh, thuốc tăng cường chuyển hóa, tuần hoàn não:

Cerebrolysin 10ml - 20ml/ngày

Ginkgo biloba 80mg - 120mg/ngày

Piracetam 400mg - 1200mg/ngày

Citicolin 100mg - 1000mg/ngày

Cholin alfoscerate 200mg - 800mg/ngày

Vinpocetin 5mg - 100mg/ngày

Đối với các rối loạn như hoang tưởng, ảo giác, trầm cảm, kích động, ... có thể sử dụng các thuốc an thần kinh, chống trầm cảm, giải lo âu, ...

**Thuốc an thần kinh:** Lựa chọn một, hai hoặc ba thuốc trong các thuốc sau: Risperidon 1mg - 10mg/ngày

Quetiapin 50mg - 800mg/ngày

Olanzapin 5mg - 30mg/ngày

Clozapin 25 - 300mg/ngày

Aripiprazol 10 - 30mg/ngày

Haloperidol 0,5 mg - 20mg/ngày

**Thuốc chống trầm cảm:** Lựa chọn một, hai hoặc ba thuốc trong các thuốc sau: Setralin 50mg - 200mg/ngày

Citalopram 10mg - 40mg/ngày

Escitalopram 10 - 20mg/ngày

Fluvoxamin 100mg - 200mg/ngày

Paroxetin 20mg - 50mg/ngày

Fluoxetin 10 - 60mg/ngày

Venlafaxin 75 mg - 375mg/ngày

Mirtazapin 15mg - 45mg/ngày

**Chỉnh khí sắc:** Lựa chọn số thuốc trong các thuốc sau:

Muối valproat 200mg - 2500mg/ngày

Muối divalproex 750mg/ngày - 60mg/kg/ngày

Carbamazepin 100 - 1600mg/ngày

Oxcarbazepin 300 - 2400mg/ngày

Lamotrigin 100 - 300mg/ngày

Levetiracetam 500 -1500mg/ngày

Thuốc hỗ trợ chức năng gan: aminoleban, silymarin, boganic, các amin phân nhánh khác ...

Bổ sung dinh dưỡng, vitamin, khoáng chất, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch ...

*Liệu pháp tâm lý*

Liệu pháp tâm lý trực tiếp: Liệu pháp gia đình, liệu pháp tâm lý cá nhân ... Liệu pháp tâm lý gián tiếp:

Đảm bảo môi trường an toàn với bệnh nhân và mọi người xung quanh

Môi trường yên tĩnh, tránh các kích thích xung quanh Vệ sinh giấc ngủ

Giáo dục gia đình về chăm sóc, nuôi dưỡng bệnh nhân ...

*Vật lý trị liệu và hoạt động trị liệu:*

Phối hợp với chuyên khoa phục hồi chức năng Mục đích:

Phục hồi vận động

Phục hồi ngôn ngữ: ngôn ngữ trị liệu

Quản lý xã hội

Giới thiệu đến một hội Sa sút trí tuệ địa phương để được giáo dục và tư vấn cho tất cả các bệnh nhân và người chăm sóc họ

Đánh giá khả năng lái xe nếu họ tiếp tục muốn lái xe

Thảo luận với bệnh nhân và gia đình về các hình thức và các dịch vụ chăm sóc như tắm rửa, hỗ trợ ăn uống tại nhà hoặc tại nhà lưu trú có nhân viên được đào tạo đầy đủ

Hỗ trợ người chăm sóc

Người chăm sóc trong gia đình bệnh nhân sa sút trí tuệ trải nghiệm cao hơn căng thẳng, đau khổ so với những người cùng tuổi

Việc chăm sóc bệnh nhân sa sút trí tuệ chính là chăm sóc người bị sa sút và người chăm sóc chính của họ

Cần có các chương trình hỗ trợ y tế, tâm lý và thực hành phù hợp với nhu cầu của bệnh nhân và người chăm sóc

Điều trị các bệnh lý cơ thể kèm theo

Bệnh lý xơ vữa mạch máu: thuốc chống ngưng tập tiểu cầu. Nếu kết hợp hẹp mạch cảnh (đặt stent, phẫu thuật), tăng huyết áp (hạ huyết áp), tăng lipid máu (nhóm statin, Fibrat, acid nicotinic, nhóm ức chế hấp thu cholesterol), tiểu đường (thuốc điều chỉnh đường máu), ...

Hỗ trợ các hoạt động hằng ngày kể cả tắm rửa, vệ sinh cá nhân... tránh các biến chứng do nằm lâu và nâng cao chất lượng sống người bệnh.

## **TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG**

Bệnh nhân bị sa sút trí tuệ do mạch máu có tỉ lệ tử vong cao hơn so với bệnh Alzheimer, có thể do sự tồn tại của các bệnh mạch máu đi kèm.

Nguyên nhân tử vong ở những bệnh nhân này thường gặp nhất là do bệnh lý tuần hoàn (ví dụ: thiếu máu cơ tim), sau đó là các bệnh lý về hô hấp (ví dụ: viêm phổi).

## **PHÒNG BỆNH**

Điều trị các bệnh lý nền như tăng huyết áp, đái tháo đường, tăng cholesterol máu,... Các thuốc chống ngưng tập tiểu cầu: Aspirin, clopidogrel, ticlodipin...

Phẫu thuật bóc mảng xơ vữa.

Dinh dưỡng: Bổ sung omega-3, DHA...

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ MỘT SỐ RỐI LOẠN TÂM THẦN THƯỜNG GẶP  
(Ban hành kèm theo Quyết định số 2058/QĐ-BYT Ngày 14 tháng 05 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

## RỐI LOẠN TRẦM CẢM TÁI DIỄN

### ĐỊNH NGHĨA

Rối loạn trầm cảm tái diễn là rối loạn cảm xúc mã hóa trong chương F33 (từ F33.0– F33.9) theo phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10.

Rối loạn trầm cảm tái diễn được đặc trưng bởi lặp đi lặp lại những giai đoạn trầm cảm đã được biệt định như giai đoạn trầm cảm nhẹ (F32.0), vừa (F32.1), nặng (F32.2 hoặc F32.3) và không kèm theo trong bệnh sử những giai đoạn độc lập tăng khí sắc đủ tiêu chuẩn chẩn đoán cho giai đoạn hưng cảm hoặc hưng cảm nhẹ. Thời gian kéo dài một giai đoạn bệnh trung bình là 6 tháng. Thường có sự phục hồi hoàn toàn ở các giai đoạn, một số ít bệnh nhân có thể phát triển thành trầm cảm dai dẳng (chủ yếu là tuổi già).

### NGUYÊN NHÂN

Hiện nay nguyên nhân của rối loạn trầm cảm tái diễn còn nhiều tranh luận. Có nhiều giả thuyết được đưa ra giải thích bệnh nguyên, bệnh sinh của rối loạn này.

Giả thuyết sinh học

Yếu tố di truyền

Các amin sinh học

Bao gồm Serotonine và các chất hệ catecholamine (Noradrenaline, Adrenaline, Dopamine, Acetylcholine). Những thay đổi các amin cũng có thể gây ra những biến đổi đáng kể về cảm xúc.

Trong các trạng thái trầm cảm có liên quan đến sự suy giảm một phần hay toàn bộ lượng catecholamine tại các synap trong não.

Rối loạn nội tiết

Một số tác giả cho rằng rối loạn trầm cảm là kết quả rối loạn trục dưới đồi- tuyến yên - thượng thận.

Giả thuyết về tâm lý - xã hội.

Các sự kiện trong cuộc sống và các stress từ môi trường. Các nghiên cứu hiện nay cho rằng rối loạn trầm cảm có liên quan đến các sự kiện gây stress.

### CHẨN ĐOÁN

#### Chẩn đoán xác định Theo ICD-10

Các thể của rối loạn trầm cảm tái diễn:

Rối loạn trầm cảm tái diễn hiện tại giai đoạn nhẹ (F33.0)

Phải có đủ tiêu chuẩn của rối loạn trầm cảm tái diễn (F33), giai đoạn hiện nay phải đủ tiêu chuẩn cho một giai đoạn trầm cảm nhẹ (F32.0).

Hai giai đoạn kéo dài ít nhất hai tuần và phải cách nhau nhiều tháng không có rối loạn cảm xúc đáng kể.

Có triệu chứng cơ thể: Có từ hơn 4/8 triệu chứng cơ thể.

Rối loạn trầm cảm tái diễn hiện tại giai đoạn vừa (F33.1)

Phải có đủ tiêu chuẩn của rối loạn trầm cảm tái diễn (F33), giai đoạn hiện nay phải đủ tiêu chuẩn cho một giai đoạn trầm cảm vừa (F32.1).

Hai giai đoạn kéo dài ít nhất hai tuần và phải cách nhau nhiều tháng không có rối loạn cảm xúc đáng kể.

Có triệu chứng cơ thể: Có từ hơn 4/8 triệu chứng cơ thể.

Rối loạn trầm cảm tái diễn hiện tại giai đoạn nặng không có các triệu chứng loạn thần (F33.2)

Phải có đủ tiêu chuẩn của rối loạn trầm cảm tái diễn (F33), giai đoạn hiện nay phải đủ tiêu chuẩn cho một giai đoạn trầm cảm nặng không kèm theo các triệu chứng loạn thần (F32.2).

Hai giai đoạn kéo dài ít nhất hai tuần và phải cách nhau nhiều tháng không có rối loạn khí sắc đáng kể.

Có triệu chứng cơ thể: Có từ hơn 4/8 triệu chứng cơ thể.

Rối loạn trầm cảm tái diễn hiện tại giai đoạn nặng có các triệu chứng loạn thần (F33.3)

Phải có đủ tiêu chuẩn của rối loạn trầm cảm tái diễn (F33), giai đoạn hiện nay phải đủ tiêu chuẩn cho một giai đoạn trầm cảm nặng có kèm theo các triệu chứng loạn thần (F32.3).

Hai giai đoạn kéo dài ít nhất hai tuần và phải cách nhau nhiều tháng không có rối loạn cảm xúc đáng kể.

Có triệu chứng cơ thể: Có từ hơn 4/8 triệu chứng cơ thể.

Rối loạn trầm cảm tái diễn hiện tại thuyên giảm (F33.4)

Phải có đủ tiêu chuẩn của rối loạn trầm cảm tái diễn (F33) trước đây, nhưng trạng thái hiện nay không đủ tiêu chuẩn cho một giai đoạn trầm cảm ở bất kỳ mức độ nào.

Hai giai đoạn kéo dài ít nhất hai tuần và phải cách nhau nhiều tháng không có rối loạn cảm xúc đáng kể.

Cận lâm sàng

Các xét nghiệm thường quy

Xét nghiệm máu: huyết học, sinh hóa

Xét nghiệm hormone tuyến giáp

Xét nghiệm vi sinh: viêm gan B, C; HIV....

Chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng

XQ tim phổi, siêu âm ổ bụng, siêu âm doppler xuyên sọ, siêu âm tuyến giáp

Điện não đồ, điện tim đồ, lưu huyết não, đo đa ký giấc ngủ, CT scanner sọ não, MRI sọ não.....

Các trắc nghiệm tâm lý

Thang đánh giá trầm cảm Beck, Hamilton, trầm cảm người già (GDS), trầm cảm ở trẻ em, thang đánh giá trầm cảm ở cộng đồng (PHQ-9)...

Thang đánh giá nhân cách (MMPI), bảng kiểm kê nhân cách hướng nội hướng ngoại (EPI)

Thang đánh giá rối loạn giấc ngủ (PSQI)

Thang đánh giá lo âu Zung, Hamilton

Thang đánh giá lo âu – trầm cảm – stress (DASS)

Các xét nghiệm theo dõi điều trị

Đánh giá tình trạng rối loạn chuyển hóa do thuốc: glucose máu, mỡ máu (cholesterol toàn phần, triglycerid, LDL-cholesterol, HDL-cholesterol) 3 tháng/lần

Theo dõi tác dụng hạ bạch cầu: công thức máu 1 tháng/lần

Theo dõi chức năng gan, thận, điện tim đồ 3 tháng/lần.

Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với rối loạn cơ thể hóa, rối loạn phân liệt cảm xúc.

## **ĐIỀU TRỊ**

### **Nguyên tắc điều trị**

Xác định được rõ ràng mức độ trầm trọng của các triệu chứng hiện có của các hình thái rối loạn cảm xúc: có kèm theo triệu chứng loạn thần hay không, có ý tưởng hành vi tự sát hay không.

Chỉ định sớm các thuốc hướng thần: chống trầm cảm; phối hợp các thuốc an thần kinh, thuốc bình thần và thuốc chỉnh khí sắc.

Chọn lựa đúng nhóm thuốc, loại thuốc, liều lượng thích hợp với từng trạng thái bệnh trên từng người bệnh. Trong những trường hợp có kèm theo kích động, trầm cảm tự sát, hoặc xu hướng kháng thuốc thì phải kết hợp liệu pháp sốc điện.

Sử dụng liệu pháp tâm lý kết hợp trong từng trường hợp cụ thể. Thiết lập mối quan hệ tốt giữa thầy thuốc và bệnh nhân nhằm nâng đỡ tâm lý, củng cố lòng tin của bệnh nhân loại bỏ những bi quan, sai lạc bệnh yên tâm điều trị.

Dự phòng tái cơn bằng sử dụng thuốc chỉnh khí sắc hoặc các thuốc chống trầm cảm chọn lựa. Khuyến cáo thời gian điều trị từ 6 tháng đến 2 năm.

Sơ đồ/phác đồ điều trị

Hóa dược trị liệu

Các thuốc chống trầm cảm điều chỉnh số lượng và hoạt tính các chất dẫn truyền thần kinh (serotonin, Noradrenalin...) đang bị rối loạn để điều trị trầm cảm. Thời gian để thuốc chống trầm cảm có tác dụng là 7–10 ngày sau khi bắt đầu điều trị.

Trầm cảm có thể không đáp ứng với thuốc này vẫn có thể đáp ứng với thuốc chống trầm cảm khác.

*Các thuốc chống trầm cảm truyền thống:* Thuốc chống trầm cảm loại MAOI hiện nay ít dùng vì có nhiều tương tác thuốc. Thuốc chống trầm cảm 3 vòng (Imipramin, Amitriptylin, Elavil, Anafranil, Tofranil...) có nhiều tác dụng kháng Cholin, có thể dùng ở cơ sở nội trú có theo dõi chặt chẽ.

*Các thuốc chống trầm cảm mới:* ít tác dụng không mong muốn, khởi đầu tác dụng sớm, ít tương tác khi phối hợp với các thuốc khác, an toàn hơn khi dùng quá liều.

+ Các thuốc ức chế tái hấp thu chọn lọc Serotonin (SSRI): Fluoxetin, Fluvoxamin, Paroxetin, Sertralin, Citalopram...

- + Thuốc ức chế tái hấp thu Serotonin và Noradrenalin (SNRIs): Venlafaxin...
- + Thuốc làm tăng dẫn truyền Noradrenalin và đặc hiệu trên Serotonin (NaSSA): Mirtazapin.
- + Tianeptin (Stablon) tác động theo cơ chế hoàn toàn ngược lại: tăng hấp thu Serotonin (quan niệm trầm cảm là do thừa Serotonin ở khe Synapse).

*Các thuốc điều trị phối hợp khác:*

- + Trong trường hợp trầm cảm có rối loạn lo âu từng giai đoạn, phối hợp thuốc bình thần Benzodiazepin nhưng không nên dùng kéo dài có thể bị lạm dụng thuốc.
- + Trầm cảm có loạn thần (hoang tưởng, ảo giác...) thường phối hợp các thuốc chống trầm cảm với các thuốc chống loạn thần (Haloperidon, Risperdal, Olanzapin...)
- + Có thể sử dụng các thuốc điều chỉnh khí sắc để đề phòng tái phát, tái diễn trầm cảm (Carbamazepin, Valproat...).

*Liệu pháp sốc điện*

Được chỉ định ưu tiên trong các trường hợp trầm cảm nặng có ý tưởng và hành vi tự sát, trầm cảm kháng thuốc, các liệu pháp điều trị trầm cảm khác không có kết quả. Cần tuân thủ chống chỉ định để phòng ngừa tai biến xảy ra trong khi sốc điện.

*Liệu pháp kích thích từ xuyên sọ*

Được chỉ định ưu tiên cho các trường hợp trầm cảm nhẹ và vừa.

Cần tuân thủ chặt chẽ chỉ định và chống chỉ định để hạn chế tai biến khi tiến hành can thiệp.

*Liệu pháp tâm lý*

Liệu pháp nhận thức hành vi (CBT) Liệu pháp gia đình

Liệu pháp cá nhân

Liệu pháp thư giãn luyện tập

*Điều trị cụ thể*

Lựa chọn thuốc và liều điều trị tùy thuộc từng cá thể. Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau

Một số thuốc ức chế tái hấp thu có chọn lọc serotonin:

- + Sertraline: 50 – 300mg/ngày
- + Fluoxetine: 20 – 60mg/ngày
- + Fluvoxamin: 50 – 100mg/ngày
- + Citalopram: 20 – 60mg/ngày
- + Escitalopram: 10 – 20mg/ngày
- + Paroxetine: 20 - 80 mg/ngày

Một số thuốc tác động kép:

- + Venlafaxin: 75 - 225mg/ngày
- + Duloxetine: 40 – 120mg/ngày
- + Mirtazapin: 30 - 60mg/ngày
- + Bupropion: 75 - 450mg/ngày

Các thuốc chống trầm cảm 3 vòng:

- + Amitriptylin: 25 – 200mg/ngày
- + Clomipramin: 50 – 100 mg/ngày

Các loại khác:

**Tianeptin** (Stablon): thuốc tăng tái hấp thu serotonin, có hiệu quả trong một số trường hợp

**Chọn lựa thuốc chống loạn thần**, liều dùng tùy từng trường hợp cụ thể, nhiều nghiên cứu chứng minh thuốc chống loạn thần thế hệ mới có hiệu quả điều trị trầm cảm khi đơn trị liệu hoặc phối hợp với thuốc chống trầm cảm.

Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau:

- + Haloperidol: 5 - 30 mg/ngày
- + Chlorpromazin: 25 - 500mg/ngày
- + Levopromazin: 25 - 500mg/ngày
- + Sulpirid: 25 – 200mg/ngày
- + Risperidon: 1 - 10 mg/ngày
- + Olanzapin: 5 - 30mg/ngày
- + Quetiapin: 50 -800mg/ngày
- + Clozapin: 25 -900mg/ngày,

+ Aripiprazol: 5 - 30mg/ngày

**Chọn lựa các thuốc nhóm benzodiazepin**, liều dùng tùy từng trường hợp cụ thể. Có thể lựa chọn một trong số thuốc sau:

+ Diazepam 5 - 30mg/ngày

+ Lorazepam: 1 -4mg/ngày

+ Clonazepam: 1 -8mg/ngày

+ Bromazepam: 3 - 6mg/ngày

**Chọn lựa các thuốc chỉnh khí sắc**, liều dùng tùy từng trường hợp cụ thể

Valproat:500-1500/ngày

Carbamazepin: chú ý đề phòng dị ứng thuốc

**Các nhóm thuốc giải lo âu, gây ngủ khác:** etifoxin (stresam...), grandaxin, sedaxio, zopiclon (phamzopic, drexler...), eszopiclon, melatontin, các thuốc kháng histamin (hydroxyzin...), beta blocker....

**Các nhóm thuốc khác:** thuốc tăng cường tuần hoàn não và dinh dưỡng tế bào thần kinh (piracetam, citicholin, ginkgo biloba, vinpocetin, cholin alfoscerat, cinnarizin...), vitamin và yếu tố vi lượng....

## TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Biến chứng nguy hiểm nhất của trầm cảm là bệnh nhân có ý tưởng, hành vi tự sát, cần phải theo dõi và điều trị khẩn cấp

Bệnh nhân có thể suy kiệt do từ chối ăn uống.

## PHÒNG BỆNH

Chưa có biện pháp phòng tuyệt đối vì nguyên nhân trầm cảm rất phức tạp, phối hợp lẫn nhau.

Chỉ có phòng bệnh tương đối: Giáo dục trẻ em từ bé, rèn luyện nhân cách vững mạnh để thích nghi với cuộc sống. Theo dõi những người có yếu tố gia đình phát hiện sớm và điều trị kịp thời. Theo dõi và điều trị duy trì đầy đủ tránh tái phát, tái diễn.

Phục hồi chức năng tâm lý xã hội cho bệnh nhân trầm cảm để hòa nhập vào cộng đồng và gia đình, hạn chế tái phát.

**Tài liệu tham khảo:** HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ MỘT SỐ RỐI LOẠN TÂM THẦN THƯỜNG GẶP (Ban hành kèm theo Quyết định số 2058/QĐ-BYT Ngày 14 tháng 05 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

## RỐI LOẠN LO ÂU LAN TỎA

### ĐỊNH NGHĨA

Lo lắng là hiện tượng phản ứng của con người trước những khó khăn và các mối đe dọa của tự nhiên, xã hội mà con người phải tìm cách vượt qua và tồn tại. Lo lắng là một tín hiệu báo động, báo trước một nguy hiểm sắp xảy đến, cho phép con người sử dụng mọi biện pháp để đương đầu với sự đe dọa. Lo âu bệnh lý là lo âu quá mức hoặc dai dẳng không tương xứng với sự đe dọa được cảm thấy, ảnh hưởng đến hoạt động của người bệnh, có thể kèm theo những ý nghĩ hay hành động có vẻ như quá mức hay vô lý.

Rối loạn lo âu lan tỏa được xếp vào nhóm các rối loạn liên quan stress, mã F41.1 theo bảng Phân loại bệnh Quốc tế lần thứ 10 (ICD10), với đặc tính là những mối lo lắng dai dẳng, lan tỏa, tản mạn, không khu trú vào một sự kiện hoàn cảnh đặc biệt nào ở xung quanh hoặc có liên quan với những sự kiện đã qua không còn tính thời sự nữa. Rối loạn này thường liên quan với stress trường diễn, tiến triển thay đổi nhưng có xu hướng mạn tính.

### NGUYÊN NHÂN

Vai trò của stress: stress là nguyên nhân thúc đẩy bệnh xuất hiện, stress có thể rõ rệt nhưng thường chỉ là những sang chấn tâm lý xã hội đời thường, tuy nhẹ nhưng trường diễn.

Vai trò của nhân cách: rối loạn lo âu lan tỏa thường gặp nhiều hơn ở những người có nét tính cách: hay lo lắng, chi ly, cẩn thận... hoặc những người nhân cách yếu.

Vai trò của môi trường và cơ thể: một cơ thể khỏe mạnh, một môi trường tích cực sẽ hỗ trợ tốt cho nhân cách chống đỡ với stress và ngược lại.

### CHẨN ĐOÁN

#### Chẩn đoán xác định

Lâm sàng

Biểu hiện lâm sàng:

Sợ hãi (lo lắng về bất hạnh trong tương lai, cảm giác “dễ cáu”, khó tập trung...).

Căng thẳng vận động (bồn chồn, đứng ngồi không yên, đau căng đầu, run chân tay, không có khả năng thư giãn)

Hoạt động quá mức thần kinh tự trị (đầu óc trống rỗng, ra mồ hôi, mạch nhanh, thở gấp, khó chịu vùng thượng vị, chóng mặt...)

Sự lo âu-sợ hãi là biểu hiện chính, chủ yếu, nguyên phát dẫn đến phản ứng sợ sệt quá mức.

Bệnh thường kéo dài nhiều tuần, nhiều tháng (thường là 6 tháng).

#### 3.1.2 Cận lâm sàng

Xét nghiệm máu: huyết học, sinh hoá, vi sinh (HIV, VGB, VGC)

Xét nghiệm nước tiểu, xét nghiệm tìm chất ma túy, huyết thanh chẩn đoán giang mai...

Trắc nghiệm tâm lý: nhóm trắc nghiệm tâm lý đánh giá lo âu (Zung, Hamilton lo âu...), đánh giá trầm cảm phối hợp (Beck, Hamilton trầm cảm...), đánh giá nhân cách (MMPI, EPI...), đánh giá rối loạn giấc ngủ (PSQI...) ...

Các xét nghiệm chuyên khoa khác xác định bệnh lý kết hợp hoặc loại trừ nguyên nhân thực thể:

Điện não đồ, lưu huyết não

Điện tâm đồ, XQ tim phổi, siêu âm ổ bụng, siêu âm tuyến giáp Xét nghiệm hormon tuyến giáp CT, MRI sọ não...trong một số trường hợp cụ thể.

#### 3.2. Chẩn đoán phân biệt

Những chẩn đoán loại trừ hay gặp nhất: rối loạn lo âu này không phải do một rối loạn cơ thể như cường giáp, không phải do một rối loạn tâm thần thực tổn hoặc rối loạn có liên quan đến chất tác động tâm thần như là sử dụng quá mức các chất giống amphetamin hoặc hội chứng cai benzodiazepin.

### ĐIỀU TRỊ

#### Nguyên tắc điều trị

#### CHIẾN LƯỢC KIỂM SOÁT LO ÂU VÀ GIẢM STRESS

Giải thích hợp lý về các vấn đề cơ thể và triệu chứng cơ thể của bệnh Tập đối mặt với các tình huống gây lo lắng, căng thẳng (stress)

Các hoạt động thể lực (thư giãn luyện tập để lùi cuốn bệnh nhân) Tránh lạm dụng rượu, thuốc gây ngủ



## ĐIỀU TRỊ TRIỆU CHỨNG

### Nguyên tắc chọn thuốc:

Ưu tiên đơn trị liệu (chọn một trong những thuốc liệt kê ở dưới nếu chưa hiệu quả thì sử dụng đồng thời một thuốc chống trầm cảm và một thuốc an thần kinh được khuyến cáo nhiều hơn cả). Khởi liều thấp và tăng liều từ từ cho đến khi có hiệu quả. Hạn chế lạm dụng nhóm giải lo âu gây nghiện.

**Thuốc giải lo âu:** Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau: Benzodiazepins: diazepam, lorazepam, bromazepam, alprazolam,...

Thuốc có tác dụng nhanh, nhưng có nguy cơ gây lệ thuộc khi sử dụng kéo dài Non-benzodiazepins: Etifoxine HCL, Sedanxio, Zopiclon...

**Thuốc chống trầm cảm:** Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau: SSRI: fluoxetin, escitalopram, paroxetin,...

Mirtazapin SNRI: venlafaxin

Các thuốc chống trầm cảm 3 vòng

**Thuốc an thần kinh:** Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau: Olanzapin, Risperidon, Quetiapin ....

**Một số thuốc khác:** kháng histamin, Betablocker,...

## LIỆU PHÁP TÂM LÝ

### Sơ đồ/phác đồ điều trị

Liệu pháp hóa dược + liệu pháp tâm lý

Điều trị cụ thể Hóa dược liệu pháp

**Thuốc giải lo âu gây ngủ nhóm Benzodiazepin:**

Diazepam: 5 - 20 mg/ngày

Lorazepam: 2 - 6 mg/ngày

Bromazepam: 6-12mg/ ngày

Alprazolam: 1 - 4 mg/ngày...

Thuốc giải lo âu non-benzodiazepins: etifoxine HCL, sedanxio, zopiclon...

Thuốc chống trầm cảm:

Nhóm SSRI, SNRI, 3 vòng, hoặc nhóm khác: Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau:

Imipramin, liều 150-300 mg/24 giờ

Amitriptylin, liều 150-300 mg/24 giờ

Paroxetin, liều 20-80 mg/24 giờ

Fluoxetin, liều 10-80 mg/24 giờ

Fluvoxamin, liều 50-300 mg/24 giờ

Citalopram, liều 20 mg-60 mg/24 giờ

Escitalopram, liều 10-20mg/24 giờ

Sertralin, liều 50 - 200 mg/24 giờ

Venlafaxin, liều 37,5 - 375 mg/24 giờ

Mirtazapin, liều 15-60 mg/24 giờ

Kháng Histamin:

Hydroxyzin, liều 10-300 mg/24 giờ

Các thuốc phối hợp:

Thuốc an thần kinh: Olanzapin, Sulpirid, Quetiapin...

Các thuốc ức chế  $\beta$  như Propranolol: liều khởi đầu 10 mgx2 lần/24 giờ, liều tối đa 80-160 mg/24 giờ.

Nuôi dưỡng tế bào thần kinh: piracetam, ginkgo biloba, vinpocetin, choline alfoscerate, nicergoline, ....

**Thuốc hỗ trợ chức năng gan, thuốc tăng cường nhận thức...**

Dinh dưỡng: bổ sung dinh dưỡng, vitamine nhóm b và khoáng chất, chế độ ăn dễ tiêu hóa (mềm, nhiều xơ), đủ vitamin và khoáng chất (hoa quả, ....), tránh chất kích thích, uống đủ nước, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch...trong những trường hợp cần thiết.

Liệu pháp tâm lý

Liệu pháp giải thích hợp lý Liệu pháp thư giãn luyện tập Liệu pháp nhận thức hành vi Liệu pháp gia đình

Vận động trị liệu, hoạt động trị liệu...

Thời gian điều trị:

Điều trị đến khi các triệu chứng cải thiện và sau đó duy trì thêm ít nhất 6 tháng để đảm bảo bệnh ổn định hoàn toàn.

Một số bệnh nhân đòi hỏi kéo dài thời gian trị liệu hơn và có thể là lâu dài để tránh tái phát.

### **TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG**

Lo âu lan tỏa là rối loạn đáp ứng tốt với điều trị và thường ổn định sau một khoảng thời gian ngắn điều trị. Hiệu quả điều trị phụ thuộc vào mức độ và nguyên nhân của lo âu.

Rối loạn lo âu lan tỏa có liên quan nhiều đến nhân cách lo âu và/hoặc stress nên tỉ lệ tái phát rất cao

Cần đề phòng và tránh các biến chứng do

Phát hiện muộn, điều trị không kịp thời bệnh nhân có thể có hành vi tự sát  
Biến chứng của việc lạm dụng thuốc giải lo âu

### **PHÒNG BỆNH**

Kiểm soát stress, rèn luyện nhân cách

Giáo dục và phổ biến kiến thức để người dân hiểu về bệnh và các nguy cơ gây bệnh

**Tài liệu tham khảo:** HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ MỘT SỐ RỐI LOẠN TÂM THẦN THƯỜNG GẶP (Ban hành kèm theo Quyết định số 2058/QĐ-BYT Ngày 14 tháng 05 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

## ĐAU DÂY THẦN KINH TAM THOẢ

### ĐỊNH NGHĨA

Đau dây thần kinh tam thoa là bệnh lý thần kinh thường gặp ở vùng mặt miệng 1 bên, bệnh xuất hiện ở tuổi trung niên, nữ thường gặp hơn nam.

### LÂM SÀNG

#### Cơ năng

Đau vùng do dây thần kinh tam thoa chi phối trán, thái dương, gò má, hay cằm 1 bên.

Đau đột ngột dữ dội như dao đâm, cắt, nóng, rát, đau nhói.

Cơn đau kéo dài vài giây đến vài phút. Giữa các cơn hoàn toàn không triệu chứng. Tuy nhiên những trường hợp nặng có thể đau nhiều giờ hay đau liên tục.

Triệu chứng có khuynh hướng nặng lên theo thời gian

**Khám :** bình thường

### CẬN LÂM SÀNG

**Thường quy:** CTM, Glucose, AST,ALT, Creatinin...

**Tìm nguyên nhân:** MRI

### NGUYÊN NHÂN

Chưa có nguyên nhân rõ ràng, có thể do:

Chèn ép thần kinh V do động mạch xơ vữa, dị dạng mạch máu, u...

Sự mất myelin của thần kinh V trong xơ cứng rải rác

### CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Nhiễm Herpes miệng, Đau đầu Migraine, đau răng, ....

### ĐIỀU TRỊ

#### Nội khoa

**Carbamazepin:** là thuốc lựa chọn hàng đầu

Bắt đầu 100-200mg/ngày. Tăng 200mg cho đến khi có tác dụng, không quá 1400mg/ngày, duy trì vài tháng giảm liều dần rồi ngưng thuốc nếu không có cơn tái phát.

Liều trung bình 600-1200mg/ngày, chia 2-3 lần

Tác dụng phụ: chóng mặt buồn nôn, hội chứng tiền đình tiểu não, rối loạn dẫn truyền tim, viêm gan, thiếu sản tủy xương

Theo dõi công thức máu, men gan 2 tuần/ lần, sau đó mỗi tháng

**Baclofen:** khi không dung nạp Carbamazepin

Bắt đầu 5-10 mg x 3/ngày

Tăng 10mg mỗi 2 ngày cho đến khi không đau hay có tác dụng phụ

Thông thường 50-60mg/ngày

**Phenytoin :** có thể dung 300-400mg /ngày

Tác dụng phụ : buồn ngủ, hội chứng tiền đình tiểu não, viêm gan

**Valproate:**

Liều dùng 600-1200mg chia 3 lần

Tác dụng phụ: run tay, tăng men gan, rụng tóc...

**Gabapentin**

Khởi đầu 300mg, sau đó tăng liều dần có thể 2400mg/ngày

**Pregabalin**

Liều 150-300 (nên bắt đầu bằng liều thấp)

**Lamotrigin**

**Các thuốc khác:** Prednison, Amitriptilin, NSAID, Tramadol

**Vật lý trị liệu**

**Tài liệu tham khảo:**

PGS.TS Vũ Anh Nhị(2013), “Đau dây thần kinh V, Sổ tay lâm sàng thần kinh sau đại học”, 282-317

# BỆNH THẦN KINH NGOẠI VI

## I./ TỔNG QUAN

**Bệnh thần kinh ngoại vi** chỉ các bệnh ảnh hưởng đến hệ thống thần kinh ngoại vi, bao gồm tế bào thần kinh vận động hay cảm giác, rễ thần kinh, đám rối thần kinh (plexus) và dây thần kinh ngoại vi. Dây thần kinh vận động điều khiển cử động của tất cả các cơ một cách có ý thức. Thông tin về cảm giác (ví dụ như lạnh, nóng và động chạm) từ thụ thể trên da được chuyển đến não thông qua các dây thần kinh cảm giác. Dây thần kinh tự chủ được tìm thấy trong những cơ quan quan trọng (ví dụ như tim, phổi) và giúp điều hòa chức năng cơ thể như nhịp tim và hơi thở.

Phân loại lâm sàng các bệnh thần kinh ngoại vi dựa trên:

Cơ quan của hệ thống thần kinh ngoại vi có liên quan: các dây thần kinh ngoại vi (bệnh thần kinh đơn hay đa tùy thuộc vào số lượng dây thần kinh bị ảnh hưởng), đám rối thần kinh (plexopathy), rễ thần kinh (radiculopathy) hoặc tế bào thần kinh vận động/cảm giác (neuronopathy).

Các loại sợi thần kinh có liên quan, ví dụ: bệnh đa dây thần kinh cảm giác khi chỉ có sợi cảm giác bị ảnh hưởng.

Cơ chế gây tổn thương thần kinh, ví dụ: bệnh hủy myelin (demyelinating) so với bệnh sợi trục thần kinh (axonal neuropathy). Tổn thương sợi trục là do các thiết hại không thể đảo ngược lên các tế bào thần kinh (ví dụ bệnh đa dây thần kinh do tiểu đường) trong khi những bệnh hủy myelin có liên quan đến vỏ myelin (ví dụ như viêm đa dây thần kinh hủy myelin mãn tính hoặc ngắn gọn là CIDP).

## II./ NGUYÊN NHÂN

Có nhiều nguyên nhân dẫn đến **bệnh thần kinh ngoại vi**, cả di truyền và tập nhiễm. Bệnh thần kinh di truyền là do các khuyết tật bẩm sinh trong mã di truyền và được gọi chung là bệnh Charcot-Marie-Tooth (CMT).

Nguyên nhân của bệnh thần kinh ngoại vi tập nhiễm bao gồm:

Chấn thương vật lý lên dây thần kinh. Điều này có thể từ những chấn thương như gãy xương hoặc do sự chèn ép cấp tính như chứng tê liệt "đêm thứ bảy". Dây thần kinh ngoại vi cũng dễ bị chèn ép tại một số vị trí cấu trúc. Tình trạng này được gọi là entrapment neuropathy (bệnh thần kinh do bị kẹt). Một ví dụ phổ biến là Hội chứng ống cổ tay (CTS). Trong điều kiện này, các dây thần kinh trung tuyến bị chèn ép khi nó đi qua một ống hẹp ở cổ tay (carpal tunnel).

Bệnh thần kinh do trao đổi chất, ví dụ: Tiểu đường và suy thận.

Bệnh thần kinh do dinh dưỡng, ví dụ: thiếu hụt Vitamin B12 và lạm dụng rượu mãn tính.

Rối loạn tự miễn dịch, ví dụ: Rheumatoid arthritis (Viêm khớp mãn tính).

Nhiễm trùng, ví dụ: Human Immunodeficiency Virus (HIV) và bệnh phong.

Bệnh thần kinh do miễn dịch. Do viêm dây thần kinh từ hệ thống miễn dịch bị khiếm khuyết, chẳng hạn như bệnh CIDP.

Độc tố và các loại thuốc, ví dụ: kim loại nặng như chì và các loại thuốc như cisplatin.

## III./ TRIỆU CHỨNG

Các biểu hiện lâm sàng phụ thuộc vào loại sợi thần kinh bị ảnh hưởng. Thần kinh vận động bị tổn thương gây ra sự yếu kém và đôi khi những cơn vọp bẻ và co giật cơ bắp đau đớn.

Thần kinh cảm giác bị tổn thương làm giảm nhận biết của cảm giác kim châm, sự động chạm nhẹ hoặc cảm giác rung động trên bàn tay và bàn chân. Nó cũng có thể gây ra sự không vững vàng khi đi lại.

Thụ thể đau có thể trở nên quá nhạy cảm dẫn đến những cơn đau thiêu đốt tự phát, gây khó chịu cả với những động chạm nhẹ (allodynia) và quá mẫn cảm với cảm giác đau (hyperalgesia).

Sự ảnh hưởng lên các dây thần kinh tự chủ dẫn đến một loạt các triệu chứng, ví dụ: đồ mồ hôi bất thường, tư thế lão đảo, nhịp tim không đều, tiểu không tự chủ và rối loạn chức năng cương cứng ở nam giới.

## IV./ CHẨN ĐOÁN

### Elektromiografi (EMG)

Đây là một xét nghiệm quan trọng giúp xác định vị trí, đặc trưng tính chất, mức độ nghiêm trọng của bệnh thần kinh ngoại vi. EMG bao gồm việc kích thích các dây thần kinh ngoại vi và ghi lại tín hiệu điện của nó; sau đó là việc chèn một cây kim rất nhỏ vào các cơ chân tay hoặc lưng và ghi lại các hoạt động vận động của chúng.

### **Xét nghiệm máu**

Để kiểm tra những nguyên nhân tiềm ẩn, ví dụ: bệnh tiểu đường, thiếu vitamin, protein bất thường trong máu và kháng thể. Trong một số loại bệnh thần kinh di truyền, các mẫu máu có thể được gửi đi xác nhận di truyền.

### **Chọc dò tủy sống**

Đây là một quy trình thực hiện tại giường bệnh, một ít dịch não tủy (từ vùng lưng dưới) được lấy ra để phân tích trong điều kiện vô trùng và gây mê cục bộ.

### **Sinh thiết da**

Đây là một thủ thuật tại giường bệnh đơn giản để xác nhận bệnh thần kinh ảnh hưởng đến những đầu dây thần kinh nhỏ trên da. Sinh thiết da (đường kính khoảng 3mm) được thực hiện dưới sự gây mê cục bộ vào chân và đùi.

### **Kiểm tra chức năng tự chủ**

Đây là một thử nghiệm không xâm lấn để đánh giá hệ thống thần kinh tự chủ.

### **Sinh thiết thần kinh**

Đôi khi được thực hiện để xác nhận sự hiện diện của bệnh viêm thần kinh, ví dụ: bệnh thần kinh viêm mạch.

## **V./ ĐIỀU TRỊ**

Điều trị sẽ tùy thuộc vào nguyên nhân tiềm ẩn và loại bệnh thần kinh. Ví dụ, trong bệnh thần kinh do tiểu đường, điều trị sẽ được hướng vào việc kiểm soát lượng đường trong máu bình thường vì nó sẽ ngăn ngừa tổn thương tiếp tục lên dây thần kinh. Thuyên giảm của cơn đau do bệnh thần kinh thường có thể đạt được bằng thuốc, chẳng hạn như: Amitriptylin, Gabapentin, Pregabalin, Vitamin B1 + B6 + B12, Cytidin-5-monophosphat disodium + Uridine, ...

Bệnh thần kinh do miễn dịch (ví dụ CIDP), được điều trị hoặc là bằng cách tiêm globulin miễn dịch (IVIG) hoặc là steroid. IVIG huyết tương được hiến tặng có chứa kháng thể bình thường có thể tạm thời chống lại những kháng thể bất thường trong cơ thể. Steroid sẽ giúp ngăn chặn phản ứng miễn dịch bất thường tấn công vào dây thần kinh.

Phẫu thuật giảm áp có thể có lợi với những người bị bệnh mắc kẹt dây thần kinh (entrapment neuropathy), ví dụ: CTS.

Tài liệu tham khảo

Bệnh thần kinh ngoại vi, NXB Y học 2005, Hồ Hữu Lương.

## TỖN THƯƠNG ĐÁM RỐI VÀ RỄ THẦN KINH

### ĐẠI CƯƠNG

Bệnh lý đám rối thần kinh do nhiều nguyên nhân, đa số do chấn thương, xạ trị, bệnh lý đái tháo đường,... Có hai đám rối, đám rối cánh tay và đám rối thắt lưng cùng.

### PHÂN LOẠI

Dựa theo phân loại của SEDDON:

Mất dẫn truyền thần kinh: dây thần kinh chỉ mất chức năng dẫn truyền chứ không có tổn thương thực thể các sợi thần kinh. Nhìn bề ngoài dây thần kinh còn nguyên vẹn, dây thần kinh có khả năng hồi phục hoàn toàn.

Đứt sợi trục thần kinh: nhìn bề ngoài dây thần kinh còn nguyên vẹn nhưng ở trong dây có một số sợi thần kinh đã bị đứt hoặc bị bầm dập nặng. Sự hồi phục chức năng dây thần kinh là có khả năng và phải chờ thời gian và sự hồi phục không hoàn toàn.

Đứt dây thần kinh: là tổn thương đứt hoàn toàn hoặc không hoàn toàn dây thần kinh. Khả năng hồi phục hoàn toàn dây thần kinh là không thể, phải can thiệp bằng phẫu thuật.

### CHẨN ĐOÁN

Lâm sàng

Tổn thương rễ thần kinh cổ C5,C6,C7,C8

Lâm sàng có 2 hội chứng

Hội chứng cột sống: đau vận động hạn chế cột sống

Hội chứng tổn thương các rễ:

C5: đau lan ra móm cùng vai, yếu cơ Delta

C6: Đau mặt trước cánh tay, mặt ngoài cẳng tay, lan ra ngón cái, giảm cảm giác ngón tay cái. Yếu cơ ngửa dài, cơ nhị đầu, cơ cánh tay trước. Mất phản xạ gân cơ nhị đầu, phản xạ trâm quay

C7: Đau mặt sau cánh tay, cẳng tay, ba ngón giữa, giảm cảm giác 3 ngón giữa. Yếu cơ duỗi chung các ngón. Giảm phản xạ gân cơ tam đầu.

C8: Đau mặt trong cánh tay, cẳng tay và ngón út. Yếu các cơ gấp ngón tay và cơ bàn tay. Giảm phản xạ trụ sấp.

Tổn thương đám rối thần kinh cánh tay

Tổn thương các thân nhất:

Tổn thương thân nhất trên (C5,C6)- Hội chứng Duchenne – Erb: giảm chức năng dây nách(Cơ Delta), dây cơ bì(cơ nhị đầu, có cánh tay trước) và một phần dây quay(cơ ngửa dài, ngắn). Triệu chứng: chi trên bị rơi thõm xuống trong tư thế khép và xoay trong(chỉ có hơi nhấc được móm cùng vai nhờ cơ thang), không xoay được cánh tay ra ngoài, không gấp được cẳng tay vào cánh tay. Giảm phản xạ gân cơ Delta, nhị đầu, trâm quay. Giảm cảm giác bờ ngoài vai, cánh tay, cẳng tay. Teo cơ làm móm cùng vai nhô ra.

Khi tổn thương rễ hoặc tổn thương rất cao thân nhất, gây giảm chức năng của các cơ bả(trên gai, dưới gai, cơ răng to). Tổn thương ở cao có đặc điểm là liệt phần gốc của chi trên, trong khi còn duy trì chức năng của bàn tay, ngón tay, mất cảm giác theo phân bố của rễ C5,C6.

Tổn thương thân nhất giữa C7- Hội chứng Remak: giảm nhiều chức năng dây quay(trừ các cơ ngửa) và một phần dây giữa(cơ gan tay lớn, cơ sấp tròn). Liệt các cơ duỗi cẳng tay và bàn tay, tư thế giống liệt dây quay. Giảm phản xạ gân cơ tam đầu. Giảm cảm giác sau cẳng tay và mu bàn tay. Teo cơ tam đầu, rõ như liệt dây quay.

Tổn thương thân nhất dưới (C8-D1) – Hội chứng Aran-Duchenne: giảm chức năng dây trụ, dây bì cánh tay, cẳng tay trong và một phần dây giữa. Liệt ngón chi trên, cơ gian đốt, cơ gấp ngón tay, cơ ô mô út bàn tay, mất động tác gấp, khép và dạng các ngón tay, mất động tác duỗi đốt 2,3 ngón tay. Mất phản xạ trụ sấp, mất cảm giác mặt trong cánh tay, cẳng tay, bàn tay, teo cơ bàn tay

Tổn thương các thân nhì: các bó nhì của đám rối cánh tay nằm trên hố thượng đòn. Tên gọi của các bó nhì xuất phát từ vị trí liên quan với động mạch nách mà chúng xếp xung quanh.

Tổn thương bó ngoài: đặc điểm tổn thương giống thân nhất trên, đều giảm chức năng dây cơ bì, nhưng khác tổn thương thân nhất trên có thêm tổn thương dây nách

Tổn thương bó sau: triệu chứng giống tổn thương thân nhất giữa: cùng giảm chức năng dây quay, nhưng khác không liệt dây nách và lại giảm 1 phần dây giữa

Tổn thương bó trong: giống tổn thương thân nhát dưới – tổn thương dây trụ và dây giữa

Tổn thương toàn bộ đám rối thần kinh cánh tay:

Tổn thương dây thần kinh đùi

Không duỗi được cẳng chân, teo cơ tứ đầu đùi, mất phản xạ gối, mất cảm giác vùng dây chi phối

Tổn thương dây thần kinh bịt

Mất cảm giác vùng trong đùi, không vắt chân này sang chân kia được, xoay chân ra ngoài khó

Tổn thương dây thần kinh chày

Liệt các cơ gấp bàn chân(cơ tam đầu), các cơ gấp ngón chân, cơ chày sau, mất phản xạ gân gót. Teo các cơ sâu của cẳng chân, gan bàn chân nên khoảng gian cốt rộng ra, xương gót nổi rõ, các ngón chân dạng vuốt khi, chân chim, BN không đi kiễng bằng ngón chân được. Rối loạn cảm giác mặt sau cẳng chân, ngón chân, mu đốt cuối ngón chân

Tổn thương dây thần kinh mác chung

Liệt cơ duỗi bàn chân(cơ chày trước), cơ duỗi ngón chân(cơ duỗi chung ngón chân) và các cơ làm xoay chân ra ngoài. BN không duỗi bàn chân(gấp mu) và duỗi các ngón chân. Bàn chân bị rơi thông, hơi xoay vào trong, có dáng đi quét(BN nâng cao chân để khỏi quét đầu ngón chân xuống nền, không thể đứng và đi bằng đầu ngón chân. Rối loạn cảm giác mặt ngoài bàn chân, mu bàn chân và ngón chân.

Cân lâm sàng

Xquang để phát hiện tổn thương xương, ngoại vật

MRI cho thấy chi tiết tổn thương xương, mô mềm

CTScan dùng để phát hiện tổn thương xương kín đáo

EMG chẩn đoán mức độ, phân loại tổn thương

## **HƯỚNG ĐIỀU TRỊ**

Điều trị nguyên nhân

Phẫu thuật khi có chỉ định viêm dính, đứt dây thần kinh

Các thuốc chống viêm Steroid

Các thuốc chống viêm non-Steroid

Thuốc giảm đau thần kinh

Thuốc dẫn cơ

Thuốc vitamin nhóm B hoặc Mecobalamin

Tăng cường tuần hoàn ngoại vi

Thuốc tăng cường dẫn truyền thần kinh và phục hồi tổn thương dây thần kinh như Nivalin, Paralys, NucleoCMP

Vật lý trị liệu, châm cứu, kéo giãn, bấm huyệt.....

## **THEO DÕI, DẶN DÒ**

Nếu nguyên nhân do chấn thương:

Nếu không tập VLTL ngay sau khi phẫu thuật thì thoái hóa thần kinh có thể xảy ra, hậu quả là teo cơ cứng khớp, teo da.

Điều chỉnh thần kinh, dây chằng ở tư thế khớp thư giãn trong vòng 03 tuần

Khám lâm sàng mỗi 03 tháng trong 02 năm đầu, mỗi 06 tháng sau đó.

Một số trường hợp đo điện cơ lại để có kế hoạch điều trị. Test phát hiện sớm sự tái phân bố thần kinh cơ trước khi có cơ xuất hiện vài tháng

## **Tài liệu tham khảo**

Tổn thương đám rối và rễ thần kinh, Bệnh Viện: BV. TRUNG VƯƠNG, Quyết Định : 770/QĐ-BVTV

## LIỆT DÂY THẦN KINH VII NGOẠI BIÊN

### 1. ĐỊNH NGHĨA

Liệt dây thần kinh VII ngoại biên hay còn gọi là liệt mặt ngoại biên là mất vận động hoàn toàn hay một phần các cơ của nửa mặt, mà nguyên nhân của nó là do tổn thương dây thần kinh mặt, trái ngược với liệt mặt trung ương là tổn thương liên quan đến não.

### 2. NGUYÊN NHÂN

Dây thần kinh mặt có đường đi phức tạp từ hệ thống thần kinh trung ương qua xương thái dương và tuyến mang tai, trước khi đảm bảo phân bố thần kinh cho các cơ ở vùng mặt. Do vậy, tổn thương vận động của nửa mặt có nhiều nguyên nhân, hoặc ở nhân của thân não, ở dây VII trong góc cầu tiểu não, ở xương đá hay tuyến mang tai.

Các nguyên nhân chính của liệt mặt được đưa ra trong bảng 1.

Hay gặp nhất là liệt mặt Bell, chiếm tỉ lệ khoảng 11/1000, có thể liên quan đến sự tấn công của virus lên dây thần kinh mặt làm cho dây mặt bị viêm. Đa số các liệt mặt Bell đều phục hồi hoàn toàn trong khoảng 6 tháng.

Ngoài ra còn có các nguyên nhân khác (viêm hay nhiễm khuẩn dây mặt, chấn thương, khối u ở đầu hay cổ, đột quỵ...)

Bảng 1: Các nguyên nhân của liệt mặt

| Khu trú                | Bệnh nguyên                                                                                                                                                                                     |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Trong sọ               | Tai biến mạch máu não<br>U của hệ thần kinh trung ương (liệt mặt trung ương)<br>U dây thần kinh thính giác                                                                                      |
| Trong xương thái dương | Liệt mặt vô căn (liệt mặt Bell)<br>Zona hạch gối<br>Nhiễm khuẩn tai giữa biến chứng<br>Chấn thương (do phẫu thuật, vỡ xương thái dương)<br>U dây thần kinh mặt<br>Nhiễm mononucleose, bệnh Lyme |
| Ngoài xương thái dương | U tuyến mang tai                                                                                                                                                                                |
| Bệnh hệ thống          | Sarcoidose, bệnh đa thần kinh, xơ cứng rải rác                                                                                                                                                  |

### 3. CHẨN ĐOÁN

#### 3.1. Chẩn đoán xác định

Chủ yếu dựa vào lâm sàng.

Dù nguyên nhân nào, trước một trường hợp liệt mặt ngoại biên, cần hỏi bệnh và thăm khám tỉ mỉ để xác định mức độ liệt mặt và định khu tổn thương.

Hỏi bệnh đóng vai trò quan trọng, cho phép gợi ý chẩn đoán và đôi khi khu trú vị trí tổn thương như: cách xuất hiện liệt mặt cũng như các triệu chứng đi kèm: chảy tai, chấn thương, rối loạn vị giác, giảm tiết nước mắt...

Lâm sàng

\* Xác định tình trạng liệt mặt ngoại biên: có dấu hiệu đặc trưng của tổn thương ngoại biên, đó là dấu hiệu Charles bell, người bệnh không thể nhắm kín mắt.

– Ở trạng thái nghỉ, mặt không cân xứng, bị kéo lệch về bên lành. Nếp nhăn trán bị xóa so với bên đối diện và cung mày bị rơi xuống. Mép bên liệt bị hạ thấp, má bị nhô và phồng lên khi thở ra.

– Khi điều bộ, mặt mất cân xứng rõ hơn. Nhai và nuốt khó. Trong trường hợp tổn thương kín đáo, người ta có thể thấy được nhờ dấu hiệu Souque: khi nhắm chặt mi mắt, lông mi bên liệt dài hơn bên lành.

Tóm lại, để đánh giá mức độ của liệt mặt phải dựa vào:

– Trương lực cơ khi nghỉ.

– Và nghiên cứu sự co mỗi nhóm cơ của mặt.

Tất cả các dữ liệu này được đánh số để theo dõi sự tiến triển trên lâm sàng một cách chính xác.

\* Thăm khám khác:



– Khám tai: tìm các nốt phồng vùng cửa tai, chảy tai và tình trạng màng nhĩ cho phép hướng chẩn đoán nguyên nhân.

– Khám họng và cổ: sờ cổ mặt và khám họng để loại trừ khối u tuyến mang tai.

– Khám thần kinh: tìm các tổn thương dây thần kinh sọ phối hợp khác.

### 3.1.2. Cận lâm sàng

Giúp cho nghiên cứu định khu của tổn thương, theo dõi tiến triển cũng như tìm nguyên nhân của liệt mặt.

\* Nghiên cứu định khu tổn thương: Thực tế, dây VII không những bao gồm các sợi vận động cho các cơ của mặt mà còn có các sợi cảm giác đảm bảo phân bố thần kinh cảm giác cho vùng Ramsay - Hunt, các sợi thần kinh giác quan làm nhiệm vụ vị giác cho phần trước của lưỡi và các sợi thần kinh thực vật chi phối tiết nước mắt, tiết dịch của tuyến dưới hàm, dưới lưỡi. Dựa vào sự thoát ra của các sợi thần kinh khác nhau này có thể khu trú vị trí tổn thương.

Hai thăm dò được sử dụng nhiều nhất, đó là:

– Test tiết nước mắt của Schirmer: đo tiết nước mắt gây ra do ngửi mùi amoniac. Giảm tiết nước mắt phản xạ trên 30% so với bên lành, biểu hiện tổn thương ở trên đoạn hạch gối.

– Nghiên cứu phản xạ xương bàn đạp: bằng cách đo trở kháng, biến mất phản xạ bảo vệ tai trong là tổn thương trên chỗ thoát ra của cơ bàn đạp. Ngoài ra, còn có các test: đo tiết nước bọt (test Blatt) và đo điện vị giác. Test dương tính biểu hiện tổn thương ở trên chỗ thoát ra của dây thừng nhĩ.

\* Nghiên cứu tiến triển: ngoài theo dõi các triệu chứng lâm sàng, test điện và phản xạ bàn đạp có thể giúp cho theo dõi quá trình tiến triển.

– Test điện: có giá trị đặc biệt trong các trường hợp nặng, cho phép phân biệt hai loại tổn thương

+ Tổn thương myeline đơn thuần với nghiền dẫn truyền ở phía trên và tiên lượng tốt.

+ Tổn thương sợi trục có thể hoàn toàn với phục hồi lâu hơn ngay cả không hoàn toàn hoặc không phục hồi tùy theo số sợi bị tổn thương.

\* Các xét nghiệm khác:

– Công thức máu

– Đường máu

– Máu lắng

Tùy theo bệnh cảnh lâm sàng, có thể chỉ định:

– Chụp cắt lớp (liệt mặt liên quan đến chấn thương, viêm tai...).

– Chụp cộng hưởng từ (đánh giá tình trạng dây mặt và não).

### 3.2. Chẩn đoán phân biệt

– Liệt mặt có nguồn gốc trung ương: thường dễ dàng loại trừ vì chủ yếu liệt ở nửa mặt dưới và phối hợp với các tổn thương của hệ tháp (thiếu hụt vận động cùng bên trong trường hợp tổn thương vỏ não và dưới vỏ, với mức độ thay đổi, thất ngôn, rối loạn cảm giác...).

– Liệt mặt nguồn gốc tại nhân: do tổn thương ở thân não và tương ứng với tổn thương nhân vận động và vùng lân cận của bó dưới - cầu. Lâm sàng biểu hiện liệt mặt kiểu ngoại biên, nhưng có phối hợp với các dấu hiệu khác của tổn thương hành - cầu (liệt mặt, liệt dây VI cùng bên tổn thương và liệt nửa người đối bên). Liệt mặt nguồn gốc tại nhân này có thể do tổn thương nhiễm trùng (gang mai, uốn ván, bại liệt), khối u (gliome) hoặc do mạch máu (nhất là nhuyễn cầu não).

– Thiếu hụt vận động, nói chung là cân xứng, có thể thứ phát sau:

+ Bệnh lý cơ.

+ Nghiền thần kinh - cơ của nhược cơ.

– Bệnh collagen như xơ cứng bì, viêm da cơ có thể cho vẻ mặt bất động với thay đổi màu sắc da và tổ chức dưới da.

– Mất cân xứng mặt bẩm sinh.

## 4. ĐIỀU TRỊ

### 4.1. Nguyên tắc điều trị

Hướng xử trí liệt mặt tùy thuộc vào bệnh nguyên. Trước tiên, phải đảm bảo bệnh nhân liệt mặt không liên quan đến tai biến mạch máu não. Tiếp theo, cần tiến hành khám nội soi tai để phát hiện các bệnh lý tai gây liệt mặt. Liệt mặt vô căn (liệt mặt Bell) là chẩn đoán loại trừ.

Điều trị cụ thể

- Nội khoa: Trước một trường hợp liệt mặt do bệnh lý thần kinh (Liệt mặt Bell): điều trị nội khoa là chủ yếu với mục đích giảm phù nề chèn ép trong ống xương và chống thiếu máu.
- + Trước tiên là dùng corticoid sớm, liều cao (1mg prednisolon /kg) sau khi đã loại trừ các chống chỉ định (đái tháo đường, lao, loét dạ dày- tá tràng, rối loạn tâm thần...)
- + Ngoài ra có thể dùng các thuốc chống virus đặc biệt cho những trường hợp có bệnh cảnh nhiễm virus hay đau vùng sau tai, rối loạn cảm giác vùng mặt.
- + Ngoại khoa: Nhờ những tiến bộ về vi phẫu tai phát triển trong các năm gần đây, nhiều phẫu thuật phục hồi dây thần kinh như giảm áp, khâu và ghép đoạn được chỉ định cho các trường hợp liệt mặt do các nguyên nhân khác nhau.
- Lý liệu pháp hay châm cứu với các bài tập các cơ của mặt tạo điều kiện giữ trương lực cơ và phân bố mạch để chống teo cơ.
- Theo dõi và chăm sóc mắt: rất quan trọng, đảm bảo cho giác mạc được phủ kín, tránh viêm giác mạc bằng cách nhỏ thường xuyên nước mắt nhân tạo và băng mắt khi ngủ.

## **5. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG**

Nói chung liệt mặt không hoàn toàn luôn luôn khỏi không để lại di chứng. Liệt mặt hoàn toàn có thể để lại các di chứng khác nhau như:

- Các biến chứng mắt: viêm kết mạc, viêm giác mạc, loét giác mạc, lộn mí. Các biến chứng này có thể phòng tránh bằng nhỏ mắt bảo vệ, đeo kính, khâu sụn mí hoàn toàn hay một phần.
- Đông vận: biểu hiện cơ cơ không tự chủ phối hợp với các hoạt động tự chủ như mép bị kéo khi nhắm mắt. Thất bại trong điều trị, phục hồi chức năng có thể giảm bớt khó chịu này.
- Co thắt nửa mặt sau liệt mặt: biến chứng này gặp ở các thể nặng do tổn thương thân thần kinh với phân bố lại thần kinh một phần.
- Hội chứng nước mắt cá sấu: hiếm gặp, biểu hiện chảy nước mắt khi ăn.

## **6. PHÒNG BỆNH**

Nguyên tắc chung cho điều trị liệt mặt, dù do nguyên nhân nào là phải:

- Theo dõi mắt: đôi khi cần phải tiến hành tạm thời khâu đóng mí một phần.
- Lý liệu pháp thích ứng: ở giai đoạn đầu để tránh teo cơ và ở giai đoạn di chứng trong trường hợp co thắt nặng.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ MỘT SỐ BỆNH VỀ TAI MŨI HỌNG (Ban hành kèm theo Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

## HỘI CHỨNG ĐAU CƠ XƠ HOÁ

Hội chứng đau cơ xơ hoá (Fibromyalgia syndrome FMS), là một tình trạng đau mạn tính trong cơ, dây chằng, gân và các tổ chức phần mềm của cơ thể. Đau cơ xơ hoá thường kèm theo cảm giác mệt mỏi, mất ngủ, hoặc trầm cảm nhưng không có tổn thương thực thể tại cơ, xương, khớp.

Hầu hết các bệnh nhân FMS đều biểu hiện đau toàn thân, đau căng cơ như tình trạng sau khi làm việc nặng, có thể có cảm giác đau xoắn vặn, đau bỏng rát ở cơ. Hội chứng FMS gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng hay gặp nhất ở lứa tuổi 50-60 tuổi, nữ nhiều hơn nam. FMS chiếm khoảng 2% dân số, ở Mỹ hàng năm có khoảng 3-6 triệu người mắc chứng FMS. FMS hay gặp ở những bệnh nhân mắc các bệnh khớp mạn tính như: viêm khớp dạng thấp, lupus ban đỏ hệ thống, viêm cột sống dính khớp.... Hội chứng FMS tuy không ảnh hưởng trực tiếp đến sức khoẻ và tính mạng người bệnh nhưng mức độ của bệnh có thể tiến triển nặng lên theo thời gian và ảnh hưởng nhiều đến cuộc sống, sinh hoạt và chất lượng sống của bệnh nhân. Hội chứng FMS được mô tả đầu tiên vào năm 1976 theo thuật ngữ Latin fibrro (fiber-xơ), chữ Hy Lạp myo (muscle-cơ) và algos (pain-đau). Bác sỹ Muhammad B. Yunus là người đầu tiên công bố những nghiên cứu lâm sàng về hội chứng FMS vào năm 1981. Năm 1987, FMS được Hội Thấp Khớp Học Mỹ (ACR) công nhận là một chứng bệnh và gây tàn phế và tiêu chuẩn chẩn đoán FMS được ACR đưa ra vào năm 1990.

### 1. Nguyên nhân:

Hiện nay chưa xác định được nguyên nhân của hội chứng FMS, tuy nhiên có một số giả thuyết đã được nghiên cứu và chấp thuận:

**1.1. Yếu tố di truyền:** Có một số bằng chứng cho thấy yếu tố di truyền có giữ một vai trò quan trọng trong bệnh nguyên của hội chứng FMS: bệnh có yếu tố gia đình, và FMS liên quan đến nhiều vị trí gen trong hệ thống serotonin, dopamine, và catecholamine. Tuy nhiên các gen này không đặc hiệu cho FMS mà còn phối hợp với một số bệnh khác: hội chứng mệt mỏi mạn tính, hội chứng đại tràng kích thích, chứng trầm cảm...

**1.2. Stress:** các nghiên cứu cho thấy stress là một yếu tố quan trọng trong quá trình khởi phát và tiến triển của FMS, do stress có thể làm thay đổi chức năng của HPA axis và làm thay đổi hàm lượng cortisone trong cơ thể dẫn đến đau lan toả toàn thân và kéo dài.

**1.3. Rối loạn giấc ngủ:** nghiên cứu điện não đồ cho thấy người bệnh FMS thiếu sóng chậm của giấc ngủ, do đó ảnh hưởng đến giai đoạn 4 của giấc ngủ.

**1.4. Bất thường về Dopamine:** các nghiên cứu cho thấy hàm lượng Dopamine bị giảm sút ở bệnh nhân FMS do giảm quá trình tổng hợp cũng như giải phóng dopamine liên quan đến các bệnh lý thần kinh khác như Parkinson...

**1.5. Hormon tăng trưởng:** Hàm lượng hormone tăng trưởng ở bệnh nhân FMS bị giảm sút do stress có thể gây những biến động ở vùng dưới đồi ảnh hưởng đến giấc ngủ và giảm các sản phẩm của hormone tăng trưởng trong sóng chậm của giấc ngủ.

**1.6. Các yếu tố khác:** Sự suy giảm hàm lượng serotonin ở bệnh nhân FMS, nhiễm virus (Epstein Barr Virus), bất thường miễn dịch (bệnh lý tự miễn...)

### 2. Lâm sàng: Các biểu hiện của hội chứng FMS nguyên phát

**2.1. Đau:** đau lan toả, mạn tính và không có giới hạn rõ ràng của vùng đau, đau lan toả toàn bộ cơ thể. Bệnh nhân có cảm giác đau sâu trong cơ, đau cơ thắt, đau như cắt hoặc đau rát bỏng ở một vùng gân, cơ hoặc tổ chức mềm quanh khớp. Có các điểm đau (tender point) khi ấn sâu chủ yếu tập trung ở vùng cổ, gáy, vai, lưng... Bệnh nhân thường bị đau tăng vào buổi sáng, và buổi tối. FMS có thể gặp ở trẻ em, trong những trường hợp này cần phải hỏi kỹ tiền sử bệnh và khám lâm sàng kỹ để chẩn đoán phân biệt với tình trạng đau xương khớp ở tuổi phát triển (Growing Pain).

**2.2. Mệt mỏi:** người bệnh mệt mỏi nhiều, khó tập trung... đây là một trong những nguyên nhân làm bệnh nhân FMS bị chẩn đoán nhầm với các chứng bệnh khác như chứng mệt mỏi mạn tính, chứng trầm cảm...

**2.3. Mất ngủ:** tình trạng mất ngủ tùy thuộc vào mức độ nặng của bệnh.

**2.4. Đau đầu mạn tính không rõ nguyên:** chiếm tới 70% bệnh nhân, bệnh nhân đau đầu nhưng không có cảm giác chóng mặt, buồn nôn, hay nhìn mờ...

**2.5. Hội chứng đại tràng kích thích:** các triệu chứng đau bụng, táo bón, đi ngoài phân lỏng, đánh hơi nhiều, hoặc buồn nôn chiếm khoảng 40-70%, có 2-5% bệnh nhân có hội chứng trào ngược dạ dày.

**2.6. Rối loạn chức năng vận động của khớp thái dương hàm:** có thể bệnh nhân nhai khó, há khó hoặc cảm giác cứng khớp thái dương hàm vào buổi sáng.

**2.7. Các triệu chứng khác:** các biểu hiện của hội chứng tiền mãn kinh (bốc hỏa, ra mồ hôi bất thường...) đau ngực, cứng khớp buổi sáng, tê buốt đầu chi, cảm giác sưng nề đầu chi, tăng mẫn cảm da, hội chứng kích thích bàng quang. Bệnh nhân FM thường có nhạy cảm quá mức với ánh sáng mạnh, tiếng động mạnh, và có khi cả với các thuốc điều trị.

**2.8. Các yếu tố thuận lợi cho khởi phát và tiến triển của bệnh:** thay đổi thời tiết, tình trạng nhiễm khuẩn, dị ứng, thay đổi hormon (mãn kinh), stress, trầm cảm...

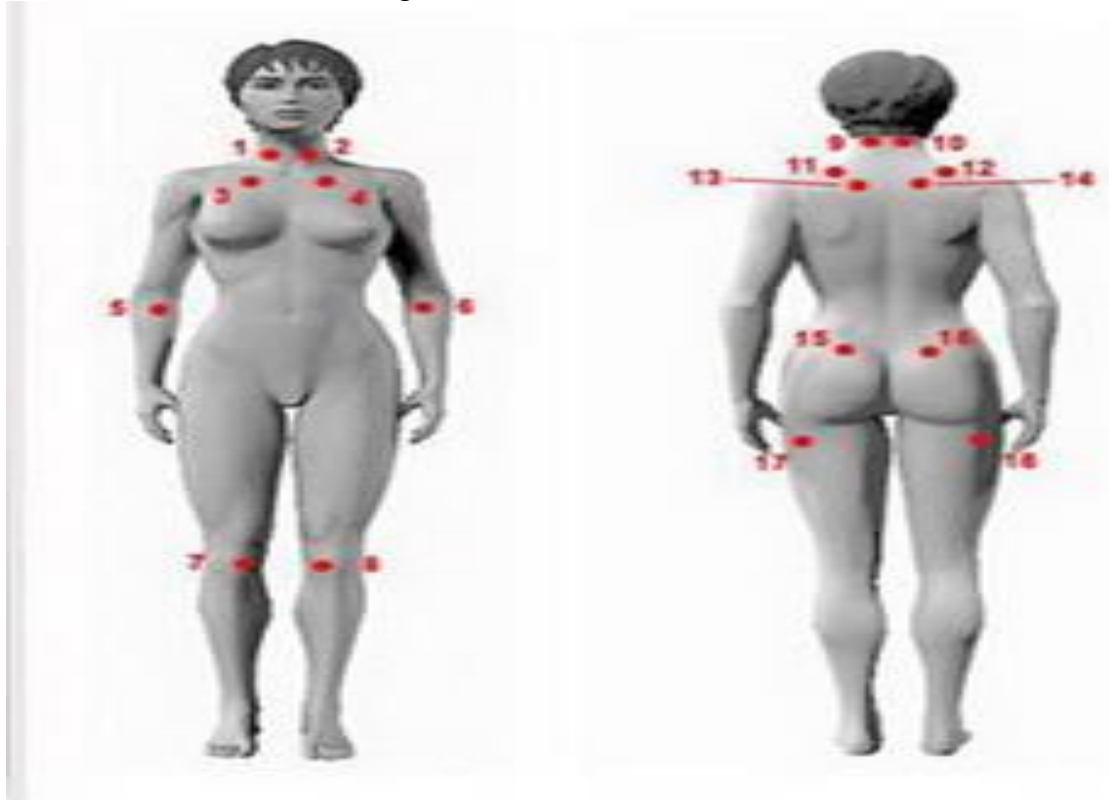
Hội chứng FMS thứ phát: có đầy đủ các triệu chứng của FMS nguyên phát và thường xảy ra ở những bệnh nhân có các bệnh lý: phụ nữ sau phẫu thuật thẩm mỹ bơm silicon để nâng ngực, viêm nội mạc tử cung, viêm gan C, bệnh Lyme, sau các phẫu thuật hoặc chấn thương...

### 3. Chẩn đoán

Hiện nay chưa có xét nghiệm đặc hiệu để chẩn đoán FMS, mà chủ yếu dựa vào tiền sử bệnh, các triệu chứng lâm sàng, khám lâm sàng với các điểm đau dựa vào 2 tiêu chuẩn của Hội Thấp Khớp Học Mỹ (ACR) năm 1990:

Tiền sử có đau lan toả kéo dài trên 3 tháng: đau lan rộng  $\frac{3}{4}$  cơ thể (đau một bên hoặc cả hai bên thân người, đau phía trên hoặc phía dưới ngang eo cột sống thắt lưng.)

Có điểm đau: (tender point): bao gồm 18 điểm trên toàn cơ thể. Khi chẩn đoán có thể dùng lực 4 kilogam ấn vào các điểm đau (áp lực ấn ngón tay cái của thầy thuốc vào các điểm đau), chứng FM được chẩn đoán xác định khi người bệnh có 11/18 điểm đau.



Hình: Các điểm đau trong hội chứng FMS

### 4. Chẩn đoán phân biệt

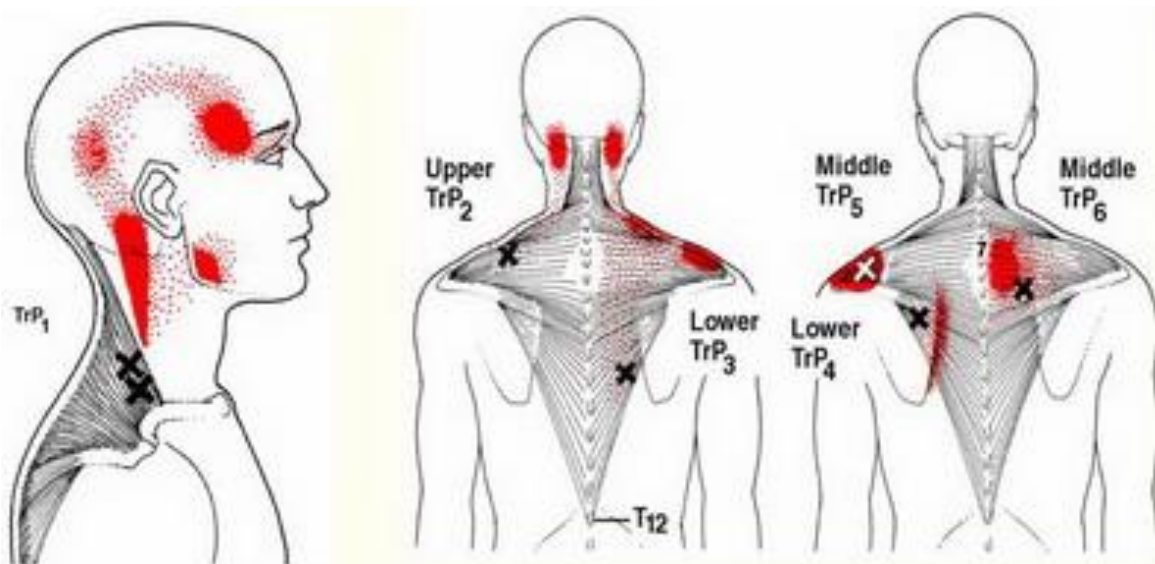
Hội chứng FMS cần chẩn đoán phân biệt với chứng đau cơ (Myofascial Pain-MP) là một tình trạng đau thường gặp trong các bệnh lý xương khớp do xoay vặn, kéo giãn khớp quá mức, hoặc do lạnh xuất hiện với các điểm khởi động đau (trigger points) ở các cơ vùng cổ, gáy, vai...

**Chẩn đoán phân biệt hai hội chứng này dựa vào các đặc điểm sau:**

**MFS:** thường đau có tính chất lan toả, kèm theo triệu chứng mệt mỏi, mất ngủ, có cứng khớp vào buổi sáng và có các điểm đau khi ấn (tender points), tiến triển mạn tính.

**MP:** đau có tính chất khu trú, và có điểm khởi động đau (trigger points), đáp ứng tốt với điều trị.

Tuy nhiên trong nhiều trường hợp rất khó chẩn đoán phân biệt hai hội chứng này nên trên lâm sàng gọi là tình trạng FMS và MP phối hợp.



**Hình 2: Các điểm khởi động đau (trigger points) vùng đầu, vai trong đau cơ xương khớp**

## 5. Điều trị

Không có liệu pháp điều trị đặc hiệu cho hội chứng FMS, chủ yếu là điều trị các triệu chứng của bệnh. Theo khuyến cáo điều trị của Hội Thấp Khớp Học châu Âu tháng 9/2001 (The European League Against Rheumatism-EULAR), hội chứng FMS được điều trị bằng các biện pháp sau:

### 5.1. Điều trị bằng thuốc:

- Thuốc giảm đau: có rất nhiều thuốc điều trị giảm đau trong FMS như nhóm thuốc chống viêm không steroid, ức chế COX-2, Tramadol, Pregabalin (Lyrica)...
- Thuốc giãn cơ: các thuốc giãn cơ được dùng phối hợp với thuốc giảm đau trong điều trị FMS: Myonal, Mydocalm, Contramyl...
- Tiêm các điểm đau (tender point) bằng corticoid (Hydrocortisone, Depo-Medrol...)
- Thuốc chống trầm cảm: một số thuốc chống trầm cảm với liều thấp có thể dùng trong điều trị FMS để trợ giúp cải thiện giấc ngủ cho người bệnh: amitriptylin, trazodone... Tuy nhiên cần phải lưu ý rằng, FMS không phải bệnh trầm cảm nên không được lạm dụng nhóm thuốc này trong điều trị FMS.
- Thuốc ức chế chọn lọc serotonin.
- Thuốc kháng dopamine: pramipexol (Mirapex), ropirolole (Requip)
- Thuốc kích thích thần kinh trung ương.
- Các thuốc mới đang nghiên cứu trong điều trị FMS: Milnacipran là thuốc ức chế serotonin-norepinephrin, Milnacipran điều trị có hiệu quả tốt ở một số nước châu Âu và đã được FDA chấp thuận điều trị FMS vào tháng 7 năm 2008. Ngoài ra một thuốc mới là Dextromethorphan cũng đang được nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng trong điều trị FMS

### 4.2. Điều trị không dùng thuốc:

- **Vật lý trị liệu:** vận động liệu pháp, nhiệt trị liệu, thủy trị liệu, xoa bóp, châm cứu... đều có hiệu quả tốt trong điều trị giảm đau của FMS.
- **Tâm lý trị liệu:** rất có hiệu quả với bệnh nhân FMS, đặc biệt với người bệnh ở giai đoạn khởi phát.

Tài liệu tham khảo: Phác đồ điều trị Bệnh viện Bạch Mai

## CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH

### (Chụp CT – Computer Tomography Scanner)

Chụp cắt lớp vi tính (hay còn gọi là chụp CT-Scanner) được sử dụng tương đối rộng rãi và có giá trị cao trong chẩn đoán hình ảnh, hỗ trợ đắc lực cho bác sĩ trong quá trình chẩn đoán và tiên lượng bệnh. Đây là kỹ thuật dùng nhiều tia X quét lên một khu vực của cơ thể theo lát cắt ngang phối hợp với xử lý bằng máy vi tính để được một hình ảnh 2 chiều hoặc 3 chiều bộ phận cần chụp.

Để làm rõ hơn hình ảnh của một khối bất thường, có thể dùng phối hợp thuốc cản quang theo đường tĩnh mạch hoặc đường uống để được chẩn đoán chính xác nhất.

### A – Ưu điểm chụp cắt lớp vi tính (CT-Scanner)

Hình ảnh rõ nét do không có hình tượng nhiễu chồng lên nhau

Khả năng phân giải những hình ảnh mô mềm cao hơn nhiều so với X quang.

Thời gian chụp nhanh, cần thiết trong khảo sát, đánh giá các bệnh cấp cứu và khảo sát các bộ phận di động trong cơ thể (Phổi, tim, gan ruột...)

Độ phân giải không gian đối với xương cao nên rất tốt để khảo sát các bệnh lý xương.

Kỹ thuật dùng tia X, nên có thể dùng để chụp cho những bệnh nhân có chống chỉ định chụp cộng hưởng từ (Đặt máy tạo nhịp, van tim kim loại, máy trợ thính cố định, di vật kim loại...)

### B – Nhược điểm chụp cắt lớp vi tính (CT-Scanner)

Do khả năng đâm xuyên mạnh của tia X nên CT khó phát hiện các tổn thương phần mềm, tổn thương quá nhỏ, các tổn thương sụn khớp, dây chằng và tổn thương tủy sống hơn là chụp cộng hưởng từ (MRI)

CT là kỹ thuật dùng tia X và gây nhiễm xạ. Tuy nhiên, mức độ nhiễm xạ mỗi lần chụp đều nằm trong giới hạn cho phép.

### Chỉ định chụp cắt lớp vi tính (CT-Scanner)

#### CT SCAN SỌ NÃO

Bệnh cảnh chấn thương: Chấn thương sọ não, chấn thương đầu mặt, đa chấn thương.

Bệnh cảnh tai biến mạch máu não: Tai biến mạch máu não thoáng qua, tai biến mạch máu não có dấu hiệu thần kinh khu trú (Liệt mặt, liệt nửa người, thất ngôn...)

Dấu hiệu thần kinh: động kinh, co giật, chóng mặt, đau nửa đầu.

Hội chứng tăng áp lực nội sọ (đau đầu, buồn nôn, nhìn mờ...)

Một số bệnh lý khác: viêm não, viêm màng não, áp xe não, lao não-màng não, sa sút trí tuệ...

#### CT SCAN ĐẦU MẶT CỔ

Chấn thương vùng đầu mặt cổ

U vùng đầu mặt cổ

Viêm, áp xe mô mềm vùng cổ

Bệnh lý các xoang và hốc mũi

Dị vật đường ăn và đường hô hấp

#### CT SCAN CỘT SỐNG

Chấn thương cột sống

Đa chấn thương, trong đó có nghi ngờ chấn thương cột sống

Bệnh lý khác: U xương lành tính, u xương ác tính, di căn xương

Bệnh nhiễm trùng: Lao cột sống, áp xe mô mềm cạnh sống, hội chứng chèn ép tủy

Bất thường bẩm sinh cột sống: Gù cột sống, vẹo cột sống, bất sản đốt sống, dính đốt sống

Bệnh lý vôi hóa dây chằng dọc trước, dọc sau.

#### CT SCAN PHỔI VÀ LỒNG NGỰC

Bệnh lý u phổi: Xác định kích thước, số lượng, tính chất của u, đánh giá sự xâm lấn và lan tràn của u

Bệnh lý phế quản: Dẫn phế quản, viêm tiểu phế quản cấp, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Bệnh lý phổi, màng phổi: Viêm phổi, áp xe phổi, lao phổi, nấm phổi. Tràn dịch, tràn khí màng phổi, u màng phổi, ổ cận màng phổi, Bệnh bụi phổi, bệnh lý phổi kẽ

Bệnh lý trung thất: U trung thất, u tuyến ức, tuyến giáp, kén màng phổi, hạch trung thất

Bệnh lý mạch máu: Phình bóc tách động mạch, thuyên tắc động mạch phổi, bất thường mạch máu bẩm sinh.

Bệnh lý xương thành ngực, chấn thương ngực hoặc nghi ngờ chấn thương ngực

### **CT SCAN BỤNG CHẬU**

Bệnh lý gan và đường mật: U gan lành và ác tính, chấn thương gan, ung thư đường mật, sỏi mật, viêm và áp xe gan, nhiễm ký sinh trùng gan, xơ gan...

Bệnh lý tụy, lách, thượng thận: U, viêm, di căn, chấn thương.

Bệnh lý thận và tiết niệu: Sỏi, u, nhiễm trùng, chấn thương

Bệnh lý đường tiêu hóa: Tắc ruột, xoắn ruột, viêm, ruột thừa viêm, lao, u đại tràng...

Bệnh lý tử cung, buồng trứng, tiền liệt tuyến.

### **CT SCAN XƯƠNG KHỚP**

Chấn thương xương

Bệnh lý xương: Viêm xương, u xương, di căn xương, lao xương

Bất thường bẩm sinh xương

### **D – Chống chỉ định chụp cắt lớp vi tính (Chụp CT)**

#### **Không có chống chỉ định tuyệt đối chụp CT**

Bệnh nhân có thai, đặc biệt trong 3 tháng đầu của thai kỳ (Vào thời kỳ này các tế bào thai nhi chưa thành thực, rất nhạy cảm với tia X, nếu tiếp xúc với tia X có thể làm xuất hiện các dị tật của thai nhi)

Những chống chỉ định liên quan đến thuốc cản quang: Bệnh nhân suy thận nặng, suy chức năng gan nặng, dị ứng thuốc cản quang, sốt cao mất nước nặng.

#### **2. Chống chỉ định tiêm thuốc cản quang chụp CT**

Chống chỉ định tuyệt đối

Mất nước nặng

Dị ứng với iode

Chống chỉ định tương đối:

Suy thận độ III, IV: Nếu cần phải tiêm thuốc, phải lên kế hoạch chạy thận nhân tạo ngay sau khi bơm thuốc cản quang.

Suy gan, suy tim mất bù

Đau tủy, đặc biệt bệnh nhân thiếu niệu. Nếu cần phải chụp thì cần truyền dịch cho bệnh nhân.

Cơ địa dị ứng bs sẽ quyết định

## CHỤP CỘNG HƯỞNG TỪ (MRI)

### (Magnetic Resonance Imaging)

Chụp cộng hưởng từ (MRI) là một trong những phương pháp chẩn đoán hình ảnh cận lâm sàng hiện đại và hiệu quả, mang đến hình ảnh rõ nét và chẩn đoán chính xác tình hình bệnh. Đây là kỹ thuật tạo hình cắt lớp sử dụng sóng từ trường và sóng radio. Khi các nguyên tử hydrogen trong cơ thể người dưới tác động của từ trường và sóng radio, hấp thụ và phóng thích năng lượng RF. Quá trình phóng thích này được máy thu nhận, xử lý và chuyển đổi các tín hiệu thành hình ảnh. Hình ảnh cộng hưởng từ MRI có độ tương phản cao, sắc nét và rõ ràng, chi tiết, giải phẫu tốt và có khả năng tái tạo 3D mang lại hiệu quả chẩn đoán cho bác sĩ đối với bệnh lý của bệnh nhân. Trong rất nhiều trường hợp, hiệu quả chẩn đoán của MRI tốt hơn rất nhiều so với siêu âm, chụp X-quang hay chụp cắt lớp CT...

Đối tượng chỉ định và chống chỉ định

#### **Chỉ định:**

#### **SỌ NÃO:**

##### U não

U dây thần kinh sọ não  
Tai biến mạch máu não  
Chảy máu não nhồi máu não  
Dị dạng mạch máu não  
Chấn thương sọ não  
Động kinh  
Bệnh lý thoái hóa chất trắng  
Bệnh lý viêm não, màng não  
Các dị tật bẩm sinh của não...

#### **HÓC MẮT:**

Chụp hóc mắt để phát hiện các tổn thương thuộc nhãn cầu, dây thần kinh thị giác...

#### **TAI MŨI HỌNG- ĐẦU MẶT CỔ**

Chụp vùng cổ để phát hiện các bệnh lý tổn thương như các khối u, viêm, hạch bạch huyết vùng cổ. Đặc biệt cộng hưởng từ vùng cổ phát hiện sớm, chẩn đoán chính xác tổn thương ở đám rối thần kinh cánh tay.

#### **CỘT SỐNG**

Bệnh lý cột sống, đĩa đệm, dây chằng như thoái hóa, thoát vị đĩa đệm  
Gãy lún đốt sống, viêm nhiễm đĩa đệm và phần mềm cạnh sống.  
Các bệnh lý tủy sống như viêm, u tủy sống, chấn thương, ...

#### **BỤNG CHẬU**

Bệnh lý gan, đường mật như u gan, u đường mật, sỏi mật...  
Các bệnh lý tuyến tụy, lá lách, thận, tuyến thượng thận.  
Các bệnh lý vùng tiểu khung như ung thư đại trực tràng, ung thư tiền liệt tuyến, u tử cung, sa âm đạo, các khối u buồng trứng.  
Đánh giá chính xác giai đoạn của ung thư nội mạc tử cung, ung thư cổ tử cung, ung thư tiền liệt tuyến  
.....

#### **VÚ:**

Đánh giá u lành tính, ác tính, viêm nhiễm...

#### **CƠ XƯƠNG KHỚP**

MRI cho hình ảnh rõ nét các cấu trúc ổ khớp, sụn khớp, xương, gân cơ và dây chằng. Phát hiện ngay từ giai đoạn sớm của bệnh lý như viêm nhiễm, thoái hóa, chấn thương rách dây chằng, tràn dịch ổ khớp.

Các bệnh lý tim, mạch máu như: nhồi máu cơ tim, hẹp tắc mạch máu, bệnh lý hệ bạch huyết ...

#### **Chống chỉ định:**

Chống chỉ định trong các trường hợp sau:



Đang đặt máy tạo nhịp (pacemaker)  
Đã mổ thay van tim (van đó có thành phần kim loại).  
Mang trong người các vật liệu ghép từ tính.  
Máy kích thích thần kinh.  
Máy bơm tiêm tự động cấy trong người.  
Dị vật trong nhãn cầu (trong những trường hợp nghi ngờ thì phải chụp điện quang và yêu cầu khám chuyên khoa)  
Cấp mạch máu trong sọ.  
Không sử dụng với các bệnh nhân mang thai ở quý đầu.  
Các trường hợp chống chỉ định khác cần phải đánh giá nhờ chụp phim:  
Có ống dẫn lưu bằng kim loại trong các hốc trong cơ thể.  
Clips mạch máu  
Vật liệu hàn răng cố định.  
Máy nghe gắn liền trong ốc nhĩ.  
Khớp nhân tạo và các vật liệu kết xương (vít, nẹp,...) không có chống chỉ định nhưng có thể làm hỏng trường từ và sẽ không thể chuyển thành hình ảnh được.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Sách “CT sọ não”, Nhà xuất bản Y học, Lê Văn Phước  
Sách “CT bụng chậu cơ bản”, Nhà xuất bản Y học, Lê Văn Phước  
Sách “ Kỹ thuật chụp Cộng hưởng từ-Ứng dụng lâm sàng”, Nhà xuất bản đại học Huế, Vũ Văn Chân  
Sách “Chẩn đoán hình ảnh Cộng hưởng từ toàn thân”, Nhà xuất bản đại học Huế, GS Phạm Minh Thông

## THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG CỔ VÀ THẮT LƯNG

### ĐẠI CƯƠNG

Thoát vị đĩa đệm (TVĐĐ) là tình trạng nhân nhầy đĩa đệm thoát ra khỏi vị trí bình thường trong vòng xơ, gây chèn ép ống sống hay rễ thần kinh nên có thể gây ra chèn ép rễ thần kinh hay tủy sống. Vì vậy bệnh cảnh biểu hiện có thể bệnh lý tủy (myelopathy), bệnh lý rễ (radiculopathy) hay phối hợp cả hai.

### CHẨN ĐOÁN

#### Biểu hiện lâm sàng

Ở vùng cổ, rễ thần kinh đi ra trên chân cung của đốt sống cùng tên và ngay dưới chân cung của đốt sống trên. Khoang đĩa đệm nằm ngay phần dưới của chân cung.

Hội chứng rễ thần kinh cổ

|                         | Đĩa đệm cổ             |                                                 |                            |                    |
|-------------------------|------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------|--------------------|
|                         | C4-5                   | C5-6                                            | C6-7                       | C7-T1              |
| Tỷ lệ (%)               | 2                      | 19                                              | 69                         | 10                 |
| Rễ thần kinh bị chèn ép | C5                     | C6                                              | C7                         | C8                 |
| Giảm phản xạ            | Cơ ngực lớn & cơ delta | Cơ nhị đầu và cơ cánh tay quay                  | Cơ tam đầu                 | Gấp các ngón tay   |
| Yếu vận động            | Delta                  | Gấp cẳng tay                                    | Duỗi cẳng tay (bàn tay rú) | Cơ nội tại bàn tay |
| Dị cảm và giảm cảm giác | Vùng vai               | Phía trên cánh tay, ngón cái, bên quay cẳng tay | Ngón 2, 3 và đầu các ngón  | Ngón 4,5           |

-Ở thắt lưng, rễ thần kinh ra ở bên dưới và ngay dưới chân cung của đốt sống. Khoang đĩa đệm nằm cách xa dưới chân cung.

|                         | Đĩa đệm thắt lưng                 |                              |                                   |
|-------------------------|-----------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
|                         | L3-4                              | L4-5                         | L5-S1                             |
| Tỷ lệ (%)               | 3-10                              | 40-45                        | 45-50                             |
| Rễ thần kinh bị chèn ép | L4                                | L5                           | S1                                |
| Giảm phản xạ            | Phản xạ gối                       | Gân vùng khoeo               | Phản xạ gót                       |
| Yếu vận động            | Cơ tứ đầu đùi (đuỗi gối)          | Cơ chày trước (bàn chân rút) | Cơ bụng chân (gấp lòng bàn chân)  |
| Dị cảm và giảm cảm giác | Mắt cá trong và bờ trong bàn chân | Ngón 1 và mu bàn chân        | Mắt cá ngoài và bờ ngoài bàn chân |
| Vị trí đau              | Mặt trước đùi                     | Mặt sau chân                 | Mặt sau chân thường đến cổ chân   |

Hội chứng chùm đuôi ngựa

Dấu hiệu lâm sàng: Rối loạn cơ vòng: ứ đọng nước tiểu; tiêu tiểu không tự chủ; trương lực cơ vòng hậu môn giảm. Mất cảm giác vùng hội âm. Yếu 2 chi dưới. Đau thắt lưng và/hoặc đau thần kinh tọa. Mất phản xạ gân gót hai bên. Rối loạn chức năng tình dục.

Nguyên nhân do đĩa đệm bị vỡ một mảnh lớn ở đường giữa, chủ yếu tại tầng L4L5, thường xảy ra ở bệnh nhân có tình trạng hẹp ống sống, dị tật tủy bẩm sinh...

#### Dấu hiệu khác

a. Thoát vị đĩa đệm cổ

Dấu Spurling: đau lan theo rễ khi người khám đè tay lên vùng đỉnh trong khi đầu nghiêng về bên đau. Nguyên nhân do gây hẹp lỗ liên hợp và làm đĩa đệm phồng. Tương tự như dấu Lasègue trong thoát vị đĩa đệm thắt lưng.

Kéo cột sống cổ: kéo dọc trục với trọng lượng 10-15kg làm triệu chứng bệnh lý rễ của bệnh nhân giảm hay mất.

Nghiệm pháp dạng vai: bệnh nhân ngồi, nâng bàn tay BN lên trên đầu, triệu chứng rễ thần kinh giảm hay mất.

**b. Thoát vị đĩa đệm thắt lưng**

Nghiệm pháp Lasègue: Bệnh nhân nằm ngửa, nâng chân từ từ trong tư thế duỗi gối cho đến khi đau xuất hiện (thường dưới 60 độ). Dương tính khi đau theo đường đi của dây thần kinh. Nghiệm pháp Lasègue nhảy với L5 và S1, rễ L4 ít nhạy hơn, những rễ thần kinh thắt lưng khác rất ít nhạy. Nghiệm pháp Cram, nghiệm pháp căng đùi (nghiệm pháp Lasègue ngược), dấu hiệu Bowstring, nghiệm pháp duỗi gối khi ngồi ghe.

**Chẩn đoán phân biệt:**

Bong gân cột sống, gãy cột sống do chấn thương hay bệnh lý, đau thần kinh vùng chẩm-cổ, đau thần kinh-cơ, hội chứng Eegle.

**CẬN LÂM SÀNG**

- X quang: Cần chụp tư thế cúi ngửa tối đa. Giúp phát hiện những bất thường bẩm sinh và hình ảnh thoái hóa...
- MRI: lựa chọn đầu tiên để chẩn đoán. Độ chính xác thấp hơn Myelography-CT (khoảng 85%-90%), nhưng không xâm lấn. Với bệnh lý tủy, MRI có giá trị chẩn đoán trên 95%.
- CT-scan: khi không thực hiện được MRI, MRI không đủ chẩn đoán hay khi cần xem chi tiết xương.
- Điện cơ: Khi nghi ngờ bệnh lý khác (bệnh lý thần kinh cơ, bệnh lý tủy....) hoặc bệnh lý rễ chưa chắc chắn.

**ĐIỀU TRỊ**

**Điều trị nội khoa:** trên 90% bệnh nhân bị bệnh lý rễ thần kinh cổ cấp tính do TVĐĐ cổ có thể cải thiện mà không cần phải phẫu thuật. Điều trị bảo tồn gồm:

- Thay đổi sinh hoạt: nghỉ tại giường 2-4 ngày khi đau theo rễ nhiều: Hạn chế khuân nặng, ngồi lâu, cúi ngửa hay vận cột sống cổ, thắt lưng. Trong tháng đầu tập thể dục nhẹ nhàng, tập tăng dần mang lại kết quả tốt, chỉ ngưng tập khi đau.
- Thuốc giảm đau: Acetaminophene hay NSAIDS đầu tiên. Giảm đau mạnh hơn (á phịện) khi đau dữ dội và không dùng quá 2-3 tuần.
- Thuốc giãn cơ: Eperison, Methocarbamol (Trong trường hợp nghiêm trọng có thể dùng Methocarbamol trong thời gian 4-6 tháng.)
- Kéo cột sống cổ (ngày kéo 2-3 lần, mỗi lần 10-15 phút với trọng lượng 4-6kg).

**Phẫu thuật:**

- Phẫu thuật được chỉ định nếu điều trị bảo tồn thất bại (Điều trị nội khoa trung bình 6 tuần không hiệu quả).
- “Phẫu thuật cấp cứu”: hội chứng chùm đuôi ngựa, khiếm khuyết vận động tiến triển, hay bệnh nhân đau không chịu được dù thuốc giảm đau mạnh.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO:** Phác đồ điều trị Ngoại khoa – BV Nhân dân 115 - QĐ 60/QĐ-BV

## VIÊM CỘT SỐNG DÍNH KHỚP

### ĐẠI CƯƠNG

Viêm cột sống dính khớp (Ankylosing Spondylitis, VCSDK) là bệnh lý viêm hệ thống mạn tính, với tổn thương nổi bật ở khớp cùng chậu và cột sống, kèm theo có thể có những tổn thương ở ngoại vi và toàn thân. Nếu không được phát hiện sớm và điều trị tích cực, bệnh thường tiến triển đến dính cứng khớp và cột sống và những biến chứng khác, gây tàn phế nặng nề.

Viêm cột sống dính khớp là bệnh lý thường gặp nhất trong nhóm các bệnh viêm khớp cột sống (Spondyloarthritis) hay còn gọi là các bệnh cột sống huyết thanh âm tính. Nhóm bệnh này bao gồm: viêm cột sống dính khớp, viêm khớp vảy nến, viêm khớp phản ứng, viêm khớp liên quan tới viêm ruột và viêm khớp cột sống chưa định loại.

Bệnh thường gặp ở nam giới, tỉ lệ nam/nữ khoảng 3-4/1, đa phần khởi phát ở lứa tuổi 15-40. Bệnh có mối liên quan chặt chẽ tới yếu tố cơ địa, đặc biệt là kháng nguyên HLA- B27. Tỉ lệ lưu hành của bệnh trên thế giới vào khoảng 0,3-0,7%.

Phân loại các thể lâm sàng: thể cột sống đơn thuần (thể trục) và thể ngoại biên (có tổn thương khớp ngoại biên).

Mã bệnh (ICD-10): M45

### Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh

Nguyên nhân gây bệnh viêm cột sống dính khớp hiện nay còn chưa rõ. Cơ chế bệnh sinh có liên quan chặt chẽ tới yếu tố cơ địa (HLA) và yếu tố nhiễm khuẩn, môi trường. Trên 90% bệnh nhân viêm cột sống dính khớp có kháng nguyên HLA-B27 (tỉ lệ này trong dân số nói chung khoảng 4-8%, tùy theo chủng tộc). HLA-B27 được coi là yếu tố gen nhạy cảm, dưới tác động của các yếu tố nhiễm khuẩn (đặc biệt là do các vi khuẩn ở đường tiêu hoá và đường sinh dục tiết niệu) và một số yếu tố thuận lợi (chấn thương, gắng sức, điều kiện vệ sinh, điều kiện sống thấp,...) làm thay đổi đáp ứng miễn dịch của cơ thể, dẫn đến khởi phát bệnh.

Cơ chế tổn thương sinh bệnh học của viêm cột sống dính khớp có vai trò quan trọng của tế bào lympho T và các cytokine viêm, đặc biệt là TNF- $\alpha$ , IL-17, IL-22, IL-23. Các yếu tố này gây viêm màng hoạt dịch khớp, viêm (có thể dẫn đến cốt hóa) các điểm bám tận (điểm bám gân, dây chằng), viêm và bào mòn xương và tân tạo xương mới và những tổn thương ngoài khớp.

### CHẨN ĐOÁN

#### Hỏi bệnh

Thời điểm và cách khởi phát bệnh : thường xuất hiện từ từ không rầm rộ

Các dấu hiệu khởi phát: đau vùng cột sống thắt lưng, vùng mông, cứng lưng, cúi khó; đau vùng hông, đau khớp háng, đau khớp gối

Lưu ý các đặc điểm đau lưng kiểu viêm (xuất hiện ở tuổi trước 40, đau tăng về đêm và sáng, cứng khớp buổi sáng, cải thiện khi vận động)

Các biểu hiện toàn thân: mệt mỏi, xanh xao, gầy sút, có thể có sốt nhẹ.

#### Thăm khám lâm sàng

Thăm khám cột sống (lưng, thắt lưng, cổ): hạn chế vận động cột sống ở các động tác cúi, ngửa, nghiêng, quay; giảm độ dẫn lồng ngực, độ dẫn thắt lưng (nghiệm pháp Schober dương tính).

Viêm khớp: thường viêm vài khớp vừa – lớn, hay gặp các khớp ở chi dưới, không đối xứng (khớp háng, khớp gối, khớp cổ chân).

Viêm các điểm bám gân: viêm gân Achilles, viêm cân gan bàn chân, viêm mào chậu, viêm máu chuyển lớn, viêm lõi củ trước xương chày.

Thăm khám đánh giá các tổn thương ngoài khớp: viêm màng bồ đào, viêm hở van động mạch chủ, rối loạn dẫn truyền.

Ở giai đoạn trễ: có thể thấy dính và hạn chế vận động các khớp háng, khớp gối; dính cứng cột sống, gây gù và hạn chế vận động cột sống các tư thế, teo cơ quanh khớp và cột sống.

#### Xét nghiệm, thăm dò cận lâm sàng

Các xét nghiệm thường quy: công thức máu, máu lắng, CRP, chức năng gan thận, tổng phân tích nước tiểu, X-quang khung chậu, khớp, cột sống; X-quang phổi.

Công thức máu: có thể có thiếu máu từ nhẹ đến nặng.

Tốc độ máu lắng, CRP thường tăng cao

X-quang:

Chụp khung chậu thẳng. Viêm khớp cùng chậu có bốn mức độ:

Giai đoạn I: nghi ngờ tổn thương, có thể thấy khe khớp trông hơi rộng ra

Giai đoạn II: khe khớp mờ, có hình bào mòn răng cưa ở rìa khe khớp, phản ứng đặc xương cạnh khớp

Giai đoạn III: xơ hoá xương cạnh khớp, hẹp khe khớp, dính một phần khớp.

Giai đoạn IV: dính khớp cùng chậu hoàn toàn (mất khe khớp).

X-quang cột sống:

Sớm: mất đường cong sinh lý, thân đốt sống hình vuông, tăng thẩu quang

Muộn: cầu xương, hình ảnh “đường ray”, “thân cây tre”

X-quang khớp ngoại vi (nếu cần): hẹp khe khớp, dính khớp, gai xương tại điểm bám gân,...

Các thăm dò đặc hiệu khác: để chẩn đoán bệnh ở giai đoạn sớm, hoặc để chẩn đoán phân biệt, đánh giá tổn thương đi kèm.

Xét nghiệm HLA-B27: tỉ lệ dương tính trong viêm cột sống dính khớp là 85-90%, có thể giúp chẩn đoán xác định bệnh viêm cột sống dính khớp ở những bệnh nhân không điển hình hoặc ở giai đoạn sớm khi lâm sàng nghi ngờ.

Yếu tố thấp (RF) và anti-CCP (thường âm tính)

Chụp cộng hưởng từ hạt nhân (MRI): giúp xác định viêm khớp cùng chậu ở giai đoạn sớm khi chưa phát hiện được bằng X-quang thường quy. Có thể chụp MRI đánh giá tổn thương viêm ở cột sống.

Các thăm dò khác: đo chức năng hô hấp, đo mật độ xương, điện tim, siêu âm tim.

Chẩn đoán xác định

Với những ca bệnh điển hình, chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng và chụp X-quang khớp cùng chậu.

Khi biểu hiện không điển hình hoặc ở giai đoạn sớm, không có tổn thương rõ ràng trên X-quang, chẩn đoán xác định có thể dựa vào chụp MRI khớp cùng chậu và/hoặc xét nghiệm HLA-B27.

*Tiêu chuẩn New York sửa đổi (1984)*

Tiêu chuẩn lâm sàng:

Đau vùng thắt lưng và cứng cột sống kéo dài 3 tháng trở lên, cải thiện khi tập luyện và không giảm khi nghỉ ngơi.

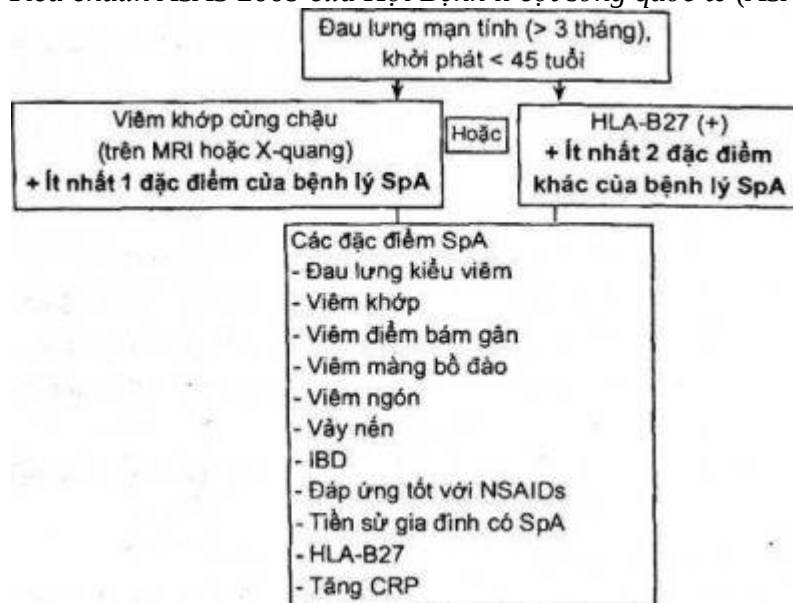
Hạn chế vận động thắt lưng ở cả 3 tư thế: cúi ngửa, nghiêng và quay (giảm độ dẫn thắt lưng  $\leq 2$  cm)

Giảm độ dẫn lồng ngực  $\leq 2$  cm

Tiêu chuẩn X-quang: viêm khớp cùng chậu hai bên giai đoạn II trở lên, hoặc viêm khớp cùng chậu một bên giai đoạn III, IV.

Chẩn đoán xác định viêm cột sống dính khớp khi có một tiêu chuẩn lâm sàng và một tiêu chuẩn X-quang.

*Tiêu chuẩn ASAS 2009 của Hội Bệnh lý cột sống quốc tế (ASAS)*



Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm khớp cột sống (SpA) thể trực của ASAS

Chẩn đoán phân biệt

Các bệnh cột sống: viêm thân sống do vi khuẩn, lao cột sống, thoái hoá cột sống, thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng; đau, bệnh Scheuermann, bệnh Forestier (xơ hóa dây chằng quanh cột sống tự phát), các nguyên nhân đau thắt lưng không đặc hiệu khác

Các bệnh lý khác trong nhóm viêm khớp cột sống huyết thanh âm tính (viêm khớp vảy nến, viêm khớp liên quan viêm ruột, viêm khớp phản ứng).

Các bệnh khớp khác: viêm khớp dạng thấp, thấp khớp cấp, lao khớp háng, viêm khớp gout, thoái hoá khớp háng, khớp gối, tràn máu khớp.

\*Đánh giá mức độ hoạt động bệnh (hoạt tính bệnh)

Mục đích: để tiên lượng bệnh, theo dõi tiến triển và đáp ứng điều trị, căn cứ để lựa chọn liệu pháp điều trị thích hợp và điều chỉnh phác đồ điều trị.

Các công cụ đánh giá hoạt tính chính được sử dụng trên thực hành lâm sàng: BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index), ASDAS (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score).

## **ĐIỀU TRỊ**

Nguyên tắc

Mục đích: giảm đau, cải thiện chức năng vận động khớp và cột sống, ngăn ngừa và giảm nguy cơ tàn phế và các biến chứng

Điều trị toàn diện, kết hợp giáo dục bệnh nhân, các phương pháp không dùng thuốc, điều trị nội khoa và phẫu thuật để khắc phục các di chứng khi cần thiết

Khi bệnh còn tiến triển, việc điều trị cần liên tục, lâu dài

Sử dụng sớm thuốc sinh học khi các biện pháp điều trị truyền thống không hoặc ít hiệu quả.

Điều trị không dùng thuốc

Bệnh nhân cần được giáo dục nhằm hiểu biết đầy đủ về bệnh và thực hiện chế độ luyện tập phù hợp và thường xuyên (như bơi lội, đạp xe đạp). Lưu ý tư thế nằm, ngồi trong sinh hoạt hàng ngày để tránh dính khớp và cột sống ở tư thế xấu.

Các biện pháp vật lý trị liệu, phục hồi chức năng có thể hỗ trợ giảm triệu chứng, cải thiện chức năng.

Điều trị nội khoa

### **3.1 Thuốc kháng viêm không steroid (NSAID)**

Là nhóm thuốc được lựa chọn đầu tiên cho bệnh nhân viêm cột sống dính khớp. Thông thường cần sử dụng liên tục, kéo dài khi bệnh còn tiến triển.

Tùy cơ địa bệnh nhân và nguy cơ tác dụng phụ, lựa chọn một trong các thuốc sau:

Etoricoxib 90 mg/ngày (khi bệnh còn tiến triển), duy trì 60 mg/ngày

Celecoxib 200-400 mg/ngày, duy trì liều 200 mg hàng ngày

Meloxicam 15 mg/ngày, duy trì 7,5-15 mg/ngày

Diclofenac 100-150 mg/ngày

Piroxicam 20 mg/ngày

Hoặc một thuốc kháng viêm không steroid thích hợp khác.

### **3.2 Thuốc chống thấp khớp làm thay đổi bệnh (DMARD cổ điển)**

Thuốc DMARD cổ điển như sulfasalazine, methotrexate chỉ nên xem xét chỉ định trong thể có viêm khớp ngoại vi; không chỉ định trong thể trục do thường không hiệu quả.

Sulfasalazine

Methotrexate liều 7,5-25 mg/tuần, bắt đầu bằng liều thấp, tăng dần tùy đáp ứng và tác dụng phụ.

Thường chỉ chỉ định methotrexate nếu bệnh nhân không dung nạp hoặc không có điều kiện dùng sulfasalazine.

### **3.3 Thuốc sinh học**

Chỉ định

Bệnh nhân viêm cột sống dính khớp tiến triển ( $BASDAI \geq 4$  hoặc  $ASDAS \geq 2,1$ ) không hoặc kém đáp ứng với các biện pháp truyền thống [đã sử dụng NSAID ít nhất 1 tháng (thể trục), hoặc đã được điều trị bằng NSAID kèm DMARDs cổ điển (thể có viêm khớp ngoại vi)]. Việc chỉ định các thuốc sinh học cho bệnh nhân viêm cột sống dính khớp nên có ý kiến của thầy thuốc chuyên khoa.

Trước khi xúc tiến điều trị sinh học cần tầm soát, loại trừ bệnh lý nhiễm trùng, lao và lao tiềm ẩn, viêm gan và một số chống chỉ định khác.

Lựa chọn một trong các thuốc sinh học thích hợp dưới đây. Khi không đáp ứng với một thuốc đầu tiên có thể xem xét đổi sang thuốc khác cùng nhóm hoặc khác nhóm.

Thuốc kháng TNF- $\alpha$  (Etanercept: Infliximab, Adalimumab, Golimumab, Certolizumab pegol)

Thuốc kháng IL-17A: Secukinumab

-Các liệu pháp điều trị nhắm đích mới khác:

Thuốc kháng IL-12/23: Ustekinumab

Thuốc ức chế PDE4: Apremilast

Các biện pháp điều trị hỗ trợ

Thuốc giảm đau: paracetamol đơn thuần hoặc các dạng kết hợp với codein, tramadol.

Tiêm corticosteroid tại chỗ: chỉ định với các trường hợp viêm các điểm bám gân hoặc các khớp ngoại biên có tình trạng viêm kéo dài, viêm khớp cùng chậu. Không khuyến cáo điều trị corticosteroid toàn thân.

Các thuốc hỗ trợ khác: thuốc dẫn cơ, canxi, vitamin D và bisphosphonate nếu cần (phòng ngừa và điều trị loãng xương), thuốc bảo vệ dạ dày (ức chế bơm proton) khi dùng kháng viêm không steroid.

Điều trị ngoại khoa

Thay khớp nhân tạo khi có dính cứng khớp gây ảnh hưởng nhiều đến khả năng vận động (đặc biệt là khớp háng).

Phẫu thuật chỉnh hình đối với cột sống: chỉ định khi cột sống biến dạng.

Ở bệnh nhân viêm cột sống dính khớp có gãy đốt sống cấp tính: xét chỉ định phẫu thuật.

## THEO DÕI VÀ TIỀN LƯỢNG

Bệnh nhân cần được theo dõi thường xuyên định kỳ trong suốt quá trình điều trị.

Theo dõi lâm sàng, mức độ hoạt tính bệnh (BASDAI, ASDAS) và xét nghiệm.

Xét nghiệm định kì: công thức máu, VS, CRP, chức năng gan, thận mỗi 2-4 tuần trong khoảng 3 tháng đầu, sau đó mỗi 2-3 tháng tùy tình trạng bệnh. Xét nghiệm đột xuất, chụp X-quang phổi khi thấy cần thiết.

Tiền lượng nặng khi: tổn thương viêm các khớp ngoại biên (háng, gối), trẻ tuổi, có các biểu hiện ngoài khớp, CRP tăng cao, lạm dụng corticosteroid.

Nếu điều trị không đúng, không kịp thời, bệnh nhân có thể bị dính khớp và cột sống ở tư thế xấu, đặc biệt khớp háng và khớp gối, có thể gây tàn phế nặng nề từ khi còn rất trẻ.

Lưu đồ hướng dẫn điều trị viêm cột sống dính khớp



Tài liệu tham khảo

Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Cơ xương khớp. NXB Y học 2016.

Phác đồ điều trị 2018 phần Nội khoa – Bệnh viện Chợ Rẫy

## BỆNH GOUT

### I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh gout là bệnh lý rối loạn chuyển hóa purin, gây tăng acid uric máu và lắng đọng các tinh thể urat ở các mô, đặc biệt là ở màng hoạt dịch khớp, gây các cơn viêm khớp cấp. Nếu không được điều trị đầy đủ, bệnh thường tiến triển đến viêm đa khớp mạn tính, kèm nổi hạt tophi ở nhiều nơi, sỏi thận và những biến chứng khác.

Bệnh thường gặp ở nam (90%), đa phần khởi phát ở độ tuổi trung niên (30-50 tuổi). Phụ nữ có thể bị bệnh gout, thường ở tuổi sau mãn kinh.

Tăng acid uric máu và bệnh gout có thể làm tăng nguy cơ và thường đi kèm các rối loạn chuyển hóa khác như thừa cân, béo phì, rối loạn mỡ máu, tăng huyết áp, bệnh thận mạn, rối loạn dung nạp đường huyết.

Mã bệnh (ICD-10): M10

### II. NGUYÊN NHÂN, PHÂN LOẠI

Tăng acid uric máu và gout nguyên phát: (chiếm 90%), do tăng tổng hợp acid uric hoặc do giảm đào thải acid uric ở thận; nguyên nhân không rõ, có thể do bẩm sinh, khiếm khuyết về di truyền kết hợp một số yếu tố khác.

Tăng acid uric máu và gout thứ phát: (chiếm 10%), chủ yếu do giảm đào thải acid uric ở thận do suy thận, do thuốc (aspirin, lợi tiểu,...), do rượu, hoặc do tăng tạo acid uric trong một số bệnh máu ác tính, bệnh vẩy nến.

### III. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng: gồm 4 giai đoạn

1.1 Tăng acid uric máu không triệu chứng : bệnh nhân chưa bao giờ bị viêm khớp gout, không có sỏi thận urat, không có tophi, kéo dài từ vài năm đến vài chục năm. Một tỉ lệ nhỏ sẽ xuất hiện bệnh gout.

1.2 Các cơn viêm khớp gout cấp: thường xuất hiện sau bữa ăn nhiều protid, uống bia rượu nhiều, gắng sức, căng thẳng, nhiễm lạnh, chấn thương, phẫu thuật. Viêm khớp bàn ngón chân cái chiếm 50-60%, vị trí khác gồm khớp bàn chân, cổ chân, gối; muộn hơn có thể viêm các khớp ở chi trên; rất hiếm gặp viêm đa khớp cấp. Cơn cấp thường đột ngột, đau dữ dội kèm sưng, nóng, tấy đỏ ở khớp, hay xảy ra về đêm; có thể sốt, lạnh run, mệt mỏi. Viêm khớp có thể kéo dài 1-2 tuần, có thể khỏi hoàn toàn dù được điều trị hay không.

1.3 Giai đoạn giữa các cơn viêm khớp gout cấp: thường không có triệu chứng. Khoảng cách giữa cơn đầu tiên và cơn tiếp theo có thể từ vài tháng đến vài năm, hoặc hàng chục năm. Càng về sau, khoảng cách càng ngắn lại, thời gian viêm khớp kéo dài hơn, số khớp viêm tăng.

1.4 Viêm khớp gout mạn : Viêm nhiều khớp mạn tính, có thể đối xứng, biến dạng khớp, teo cơ, cứng khớp, khớp đau liên tục, không thành cơn điển hình, không tự hết. Có thể xuất hiện các hạt, cục tophi ở cạnh khớp, quanh khớp, sụn vành tai và những nơi khác. Biến chứng: vỡ, loét, nhiễm trùng tophi, thiếu máu mạn, sỏi thận, suy thận mạn.

2. Cận lâm sàng:

Có thể tăng bạch cầu máu ngoại biên, VS tăng, CRP tăng.

Acid uric máu tăng, nhưng vẫn có thể bình thường trong cơn gout cấp (30-40%).

Xem xét định lượng acid uric niệu 24h (được xem là thấp khi <800 mg).

Dịch khớp tăng số lượng tế bào, chủ yếu là bạch cầu trung tính.

Soi tươi dưới kính hiển vi phân cực tìm tinh thể urat trong dịch khớp hoặc từ tổn thương nghi tophi.

X- quang: sớm thấy sưng nề phần mềm; muộn có thể thấy hủy xương, biến dạng khớp.

Siêu âm khớp, CT scan năng lượng kép (DECT) có thể giúp đánh giá sự lắng đọng của tinh thể urat trong khớp.

3. Chẩn đoán xác định:

3.1 Tiêu chuẩn của Hội Thấp khớp học Hoa Kỳ (Wallace et al, 1977)

(a) Có tinh thể urate đặc trưng trong dịch khớp, hoặc:

(b) Tophi được chứng minh có chứa tinh thể urate bằng phương pháp hoá học hoặc kính hiển vi phân cực, hoặc:

(c) Có 6/12 đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm và X.quang sau:

1. Viêm tiến triển tối đa trong vòng 1 ngày.

2. Có hơn 1 cơn viêm khớp cấp.

3. Viêm ở 1 khớp.



4. Đỏ vùng khớp viêm.
5. Sưng, đau khớp bàn ngón chân I.
6. Viêm khớp bàn ngón chân I ở một bên.
7. Viêm khớp bàn chân một bên.
8. Tophi nhìn thấy được.
9. Tăng acid uric máu.
10. Sưng nề không đối xứng tại 1 khớp trên Xquang.
11. Kén xương dưới vỏ xương, không kèm bào mòn xương trên Xquang.
12. Cây dịch khớp vi khuẩn âm tính trong cơn viêm khớp.

### 3.2 Tiêu chuẩn của Hội thấp khớp học Hoa Kỳ và liên đoàn chống thấp khớp châu Âu (ACR/EULAR 2015)

| Các bước chẩn đoán                                                                                                                                                       | Tiêu chuẩn                                                                                                                         | Điểm              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Bước 1: Tiêu chuẩn đưa vào                                                                                                                                               | ≥ 1 lần sưng đau khớp ngoại biên                                                                                                   | Có/Không          |
| Bước 2: Tiêu chuẩn vàng                                                                                                                                                  | Phát hiện tinh thể urat trong dịch khớp hoặc tophi                                                                                 | Có/Không          |
| Bước 3: Nếu không phát hiện được tinh thể urat                                                                                                                           |                                                                                                                                    |                   |
| * Lâm sàng                                                                                                                                                               |                                                                                                                                    |                   |
| 1. Vị trí khớp viêm trong lúc xảy ra triệu chứng                                                                                                                         | Khớp cổ chân/giữa bàn chân<br>Khớp bàn ngón chân I                                                                                 | 1<br>2            |
| 2. Tính chất đợt viêm cấp                                                                                                                                                |                                                                                                                                    |                   |
| - Đỏ vùng da khớp bị ảnh hưởng                                                                                                                                           | 1 tính chất                                                                                                                        | 1                 |
| - Rất đau khi sờ chạm, thay đổi áp lực                                                                                                                                   | 2 tính chất                                                                                                                        | 2                 |
| - Khó khăn khi đi lại hay vận động với khớp viêm                                                                                                                         | 3 tính chất                                                                                                                        | 3                 |
| 3. Có ≥ 2 đặc điểm diễn tiến sau:<br>Thời gian đạt tới cơn đau cực đại < 24 giờ; tự hết < 14 ngày; hoàn toàn không có triệu chứng giữa các lần khởi phát.                | 1 lần khởi phát điển hình<br>Có các đợt tái diễn điển hình                                                                         | 1<br>2            |
| 4. Hạt tophi                                                                                                                                                             | Không<br>Có                                                                                                                        | 0<br>4            |
| * Cận lâm sàng                                                                                                                                                           |                                                                                                                                    |                   |
| 1. Xét nghiệm acid uric máu                                                                                                                                              | < 4 mg/dL (< 0,24 mmol/L)<br>6 - <8 mg/dL (0,36 - <0,48 mmol/L)<br>8 - <10 mg/dL (0,48 - <0,6 mmol/L)<br>≥ 10 mg/dL (≥ 0,6 mmol/L) | -4<br>2<br>3<br>4 |
| 2. Xét nghiệm dịch khớp                                                                                                                                                  | Không phát hiện tinh thể urat<br>Không làm                                                                                         | - 2<br>0          |
| 3. Chẩn đoán hình ảnh :<br>- Siêu âm: dấu hiệu đường đôi<br>- DECT (dual energy computed tomography: chụp cắt lớp vi tính năng lượng kép) scanner: bắt màu urat đặc biệt | Có 1 trong 2 bằng chứng<br>Không làm/không hiện diện                                                                               | 4<br>0            |
| 4. Xquang:<br>Hình ảnh bào mòn, khuyết xương ở bàn tay hoặc bàn chân                                                                                                     | Hiện diện                                                                                                                          | 4                 |
| Chẩn đoán xác định gout khi thỏa bước 1 và 2; hoặc thỏa bước 1 và 3 với tổng điểm ≥ 8                                                                                    |                                                                                                                                    |                   |

### 4. Chẩn đoán phân biệt

Viêm gout cấp: viêm khớp nhiễm trùng, viêm mô tế bào quang khớp, bệnh giả gout, chấn thương khớp, viêm khớp phản ứng, lao khớp.

Viêm gout mạn: viêm khớp dạng thấp, viêm khớp vẩy nến, thoái hóa khớp.

#### IV. ĐIỀU TRỊ

##### 1. Nguyên tắc

Điều trị liên tục, lâu dài

Bên cạnh không chế, dự phòng các cơn gout cấp, phải điều trị hạ acid uric máu bằng biện pháp không dùng thuốc và sử dụng thuốc kéo dài.

Điều trị biến chứng và bệnh lý phối hợp.

##### 2. Điều trị cụ thể

2.1 Tăng acid uric máu không triệu chứng: chủ yếu là thay đổi chế độ ăn uống, sinh hoạt, điều chỉnh việc dùng những thuốc làm tăng acid uric máu. Có thể cân nhắc điều trị một số bệnh nhân có acid uric máu rất cao, có nguy cơ tổn thương thận hoặc sỏi thận (acid uric niệu >800 mg/24h) hoặc có nguy cơ tim mạch cao.

2.2 Điều trị các đợt viêm khớp gout cấp: lựa chọn NSAID, colchicine, hoặc corticosteroid đơn thuần hoặc phối hợp (NSAID/corticoid + liều thấp colchicin, NSAID + tiêm khớp corticoid) tùy thuộc vào cơ địa bệnh nhân, chống chỉ định, nguy cơ tác dụng phụ.

Thuốc kháng viêm không steroid (NSAID)

Sử dụng liều kháng viêm tối đa cho phép trong 5-7 ngày, sau đó dùng liều thông thường cho đến ít nhất 2-3 ngày sau khi khớp hết sưng đau hoàn toàn (tổng thời gian 10-14 ngày), hoặc tiếp tục chuyển sang dùng kéo dài NSAID sau cơn cấp với mục đích dự phòng.

| Thuốc                              | Liều dùng                                               |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Diclofenac                         | 50mg x 3 lần/ngày hoặc 75mg x 2 lần/ngày (TB hoặc uống) |
| Naproxen                           | 500mg x 2 lần/ngày                                      |
| Piroxicam                          | 20mg/ngày (TB hoặc uống)                                |
| Meloxicam (ức chế chọn lọc COX 2)  | 15 mg/ ngày (TB hoặc uống)                              |
| Celecoxib (ức chế chọn lọc COX 2)  | 200mg x 2 lần /ngày                                     |
| Etoricoxib (ức chế chọn lọc COX 2) | 90-120 mg /ngày                                         |

Hoặc một NSAID thích hợp khác

Lưu ý các tác dụng phụ của NSAID, chống chỉ định khi suy thận, loét dạ dày tá tràng đang hoạt động, bệnh tim mạch, nhất là suy tim, tăng huyết áp khó kiểm soát, dị ứng NSAID, đang dùng thuốc kháng đông, thận trọng ở người già. Nếu nguy cơ tiêu hóa cao nên chọn nhóm ức chế chọn lọc COX-2, hoặc phối hợp với PPI.

Colchicin

Thường hiệu quả khi được sử dụng sớm, trong 24 giờ đầu, hiệu quả hạn chế đối với viêm khớp kéo dài.

Xu hướng hiện nay là dùng colchicin liều thấp: uống 1mg x 2 lần/ngày (hoặc 0,5-0,6mg x 3 lần/ngày) trong 1-2 ngày đầu, sau đó 1mg/ngày đến khi hết đau hoàn toàn. Hoặc uống 1-1,2mg liều đầu tiên, sau 1 giờ dùng thêm 0,5-0,6mg (tổng liều 1,5-1,8mg/ngày đầu tiên), những ngày sau 1mg/ngày.

Corticosteroid

Được chỉ định khi NSAID hoặc colchicine không hiệu quả hoặc có chống chỉ định.

Đường toàn thân: Methyl prednisolon/Prednisolon uống/TM 20-40mg/ngày, từ 3 -5 ngày, giảm dần liều khi có đáp ứng và ngưng sau 1-2 tuần.

Đường tại chỗ: Tiêm trực tiếp vào khớp viêm, Methyl prednisolone cetate 20 - 40mg/khớp hoặc betamethasone dipropionate/phosphate (tùy khớp nhỏ hay lớn) khi đã loại trừ viêm khớp nhiễm khuẩn.

##### 2.3 Giai đoạn giữa các cơn gout cấp:

\*Giáo dục bệnh nhân và chế độ ăn uống, tập luyện:

Tránh các chất chứa nhiều purin như phủ tạng động vật, tôm, cua, thịt đỏ.

Uống 2-4 lít nước/ngày, đảm bảo lượng nước tiểu 1500-2000 ml/ngày

Tập thể dục hàng ngày, tránh béo phì, không uống bia rượu, đồ uống ngọt, có fructose, có thể uống sữa, bổ sung vitamin C

**\*Điều trị dự phòng các cơn viêm khớp cấp:**

Chỉ định: phòng ngừa cơn gout cấp khi bắt đầu liệu pháp hạ acid uric máu (kéo dài ít nhất 3-6 tháng) hoặc dự phòng kéo dài cho những bệnh nhân có nhiều cơn gout tái phát nhưng không dùng được các thuốc hạ acid uric máu.

Thuốc dự phòng: colchicine 0,5-1mg/ngày, sau bữa ăn tối, giảm liều ở người già hoặc suy thận nhẹ, không dùng khi eGFR < 30 ml/ph/1,73m<sup>2</sup>. Cũng có thể dùng một NSAID liều thấp nếu không dung được colchicine.

**\*Dùng thuốc hạ acid uric máu**

Nguyên tắc sử dụng thuốc:

Mục tiêu điều trị: hạ và duy trì acid uric máu < 6 mg/dL (đối với gout mạn có tophi, lý tưởng là < 5 mg/dL)

Bắt đầu với liều thấp, tăng dần tới liều thích hợp, duy trì, sử dụng liên tục, kéo dài.

Không nên bắt đầu dùng khi đang viêm khớp cấp (trừ khi bệnh nhân đang được dùng các thuốc kháng viêm đầy đủ). Nếu bệnh nhân đang dùng thuốc hạ acid uric máu, cần tiếp tục dùng trong cơn cấp.

Thuốc lựa chọn đầu tiên, phổ biến nhất là nhóm ức chế xanthine oxidase

Thuốc giảm tổng hợp acid uric

Allopurinol : bắt đầu liều thấp (100-150mg/ngày), tăng dần (khoảng 100mg/ 2-4 tuần), liều duy trì 300-400mg/ngày, uống liên tục, điều chỉnh liều khi suy thận, đặc biệt là liều khởi đầu (căn cứ vào mức lọc cầu thận). Thuốc có thể gây dị ứng ở một số ít bệnh nhân.

Febuxostat: được chỉ định khi bệnh nhân không dung nạp/ít đáp ứng với allopurinol, hoặc dùng allopurinol không thích hợp. Bắt đầu liều 40mg/ngày, có thể tăng lên 80mg/ngày sau 2 tuần. Không dùng đồng thời febuxostat và allopurinol.

Thuốc tăng thải acid uric: Probenecid, sulphinyprazole, Benzbromarone, Lesinurad.

Chống chỉ định: Tuổi >60; gout mạn có tophi, tiền sử và hiện tại có sỏi niệu, suy thận, acid uric niệu 24 giờ bình thường hoặc cao (>800mg/24 giờ).

Thuốc tiêu hủy acid uric trong máu: Pegloticase

## 2.4 Điều trị viêm khớp gout mạn:

Điều trị viêm khớp: giống điều trị các đợt cấp. Bệnh nhân viêm đa khớp mạn tính ít hoặc không đáp ứng với NSAID và colchicin hoặc có suy thận có thể phải dùng corticoid liều thấp kéo dài.

Hạ acid uric máu: dùng nhóm ức chế xanthine oxidase. Lưu ý chức năng thận khi lựa chọn, sử dụng thuốc.

Điều trị các biến chứng: sỏi thận, suy thận, các bệnh lý phối hợp. Đối với các hạt tophi, dùng thuốc hạ acid uric máu có thể làm giảm hoặc tiêu những tophi nhỏ. Với tophi lớn ảnh hưởng sinh hoạt, thẩm mỹ, có nguy cơ vỡ, đã vỡ, loét nhiễm trùng có thể cần thiết phẫu thuật.

## V. THEO DÕI, TIỀN LƯỢNG

Điều trị lâu dài, theo dõi trong suốt quá trình điều trị

Xét nghiệm định kỳ: acid uric máu, chức năng gan thận, lipid máu mỗi 1-3 tháng tùy tình trạng bệnh nhân hoặc khi có diễn biến bất thường.

Tiền lượng nặng khi: viêm nhiều khớp mạn tính có tophi, tổn thương chức năng thận, nhiều bệnh chuyển hóa phối hợp.

Tài liệu tham khảo

Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Cơ xương khớp NXB Y học 2016.

Phác đồ điều trị 2018 phần Nội khoa - Bệnh viện Chợ Rẫy

## VIÊM KHỚP DẠNG THẤP NGƯỜI LỚN

### **Đại cương**

Viêm khớp dạng thấp (Rheumatoid Arthritis, VKDT) là một bệnh lý viêm khớp có tính chất tự miễn, đặc trưng bởi tình trạng viêm mạn tính màng hoạt dịch ở nhiều khớp và những tổn thương ngoài khớp. Nếu không được điều trị sớm và đầy đủ bệnh có thể tiến triển đến phá hủy, biến dạng khớp và tàn phế nặng nề.

Viêm khớp dạng thấp là một trong những bệnh lý viêm khớp mạn tính thường gặp nhất. Tỷ lệ lưu hành khoảng 0,5-1% dân số người lớn. Bệnh có thể khởi phát ở bất kỳ lứa tuổi nào, song hay gặp nhất là ở độ tuổi trung niên (3 -60 tuổi). Bệnh thường gặp hơn ở nữ giới, tỉ lệ nữ/nam khoảng 2-3/1.

Những rối loạn trong đáp ứng viêm trong bệnh viêm khớp dạng thấp không chỉ gây tổn thương tại khớp mà còn có thể gây ra những thay đổi có tính toàn thể và biến chứng dài hạn ở nhiều cơ quan khác, chẳng hạn như các đáp ứng viêm toàn thân, các rối loạn chuyển hóa, tình trạng mất xương và loãng xương, xơ vữa mạch máu và bệnh mạch vành, các thay đổi tâm sinh lý.

Mã bệnh (ICD-10): M05 Viêm khớp dạng thấp huyết thanh dương tính. M.06 Viêm khớp dạng thấp huyết thanh âm tính.

### **Nguyên nhân và cơ chế sinh bệnh**

Bệnh chưa rõ nguyên nhân, có liên quan đến yếu tố di truyền, cơ địa (nữ giới, trung niên, yếu tố HLA), môi trường (hút thuốc lá, nhiễm trùng, viêm nha chu) và rối loạn đáp ứng miễn dịch.

Cơ chế sinh bệnh học có vai trò của lympho B, lympho T, đại thực bào, với sự tham gia của các tự kháng thể (anti CCP, yếu tố thấp RF), các cytokin và các chất trung gian viêm (TNF $\alpha$ , IL-1, IL-6,..).

### **Chẩn đoán**

#### *Hỏi bệnh*

Kiểu khởi phát: đa phần khởi phát từ từ, tăng dần.

Vị trí khớp tổn thương: khớp ngón gần, bàn ngón, cổ tay, khuỷu, gối, cổ chân, bàn ngón chân, hai bên. Khớp vai, háng hai bên thường xuất hiện muộn.

Tính chất: khớp đau, có thể kèm sưng nóng, thường không tấy đỏ.

Dấu hiệu cứng khớp buổi sáng thường kéo dài trên 1 giờ trong đợt tiến triển.

Bệnh diễn biến mạn tính xen kẽ các đợt cấp tính. Trong đợt tiến triển thường sưng đau nhiều khớp, sốt, có thể có các biểu hiện ở ngoài khớp.

#### *Khám lâm sàng*

Viêm khớp thường có tính chất đối xứng. Khớp tổn thương người đau, có thể nóng. Khớp gối thường tràn dịch.

Giai đoạn muộn thường có các biến dạng: bàn tay gió thổi, tay hình lưng lạc đà, ngón tay hình cổ cò, ngón tay của người thợ thuyền khuyết, ngón gần hình thoi, các khớp bàn ngón biến dạng, gan bàn chân tròn, ngón chân hình vuốt thú.

Teo cơ do giảm vận động, viêm gân, co kéo hoặc lỏng lẻo dây chằng, kén khoeo chân (kén Baker).

Biểu hiện ngoài khớp (hiếm gặp): hạt dưới da, viêm mạch, nốt thấp ở phổi, tràn dịch màng phổi, màng tim, hội chứng Felty, hội chứng Sjogren, tổn thương mắt.

#### *Các thăm dò cận lâm sàng*

Các xét nghiệm thường quy, đặc hiệu: công thức máu, chức năng gan, thận, điện giải đồ, bilan lipid, tổng phân tích nước tiểu, Ecg.

Thường có thiếu máu, chủ yếu do viêm

Tốc độ máu lắng (VS), CRP thường tăng

Các tự kháng thể: 70-80% bệnh nhân có yếu tố thấp (RF) và/hoặc anti-CCP dương tính

X-quang: phổi, khớp (thường chụp bàn tay hai bên thẳng và các vị trí khác nếu cần)

Các thăm dò khác: có thể được chỉ định để chẩn đoán phân biệt hoặc đánh giá tổn thương, bệnh lý phổi hợp, hoặc sàng lọc để điều trị:

Kháng thể kháng nhân (ANA), các tự kháng thể khác, acid uric máu

Siêu âm khớp và cơ quan khác, CT scan, MRI, điện tâm đồ

Chọc và xét nghiệm dịch khớp (tế bào, vi sinh, lao, tinh thể urat) nếu cần

Tầm soát lao tiềm ẩn: Mantoux, IGRA

Tầm soát viêm gan

Các xét nghiệm khác.

Chẩn đoán xác định

#### 4.1 Tiêu chuẩn của Hội Thấp khớp học Hoa Kỳ (ACR) 1987

Cứng khớp buổi sáng kéo dài trên 1 giờ

Viêm tối thiểu 3 nhóm khớp.

Viêm các khớp ở bàn tay

Viêm khớp đối xứng

Hạt dưới da

Yếu tố dạng thấp trong huyết thanh (+)

Dấu hiệu X quang điển hình của VKDT.

\* Chẩn đoán xác định viêm khớp dạng thấp nếu có  $\geq 4/7$  tiêu chuẩn. Tiêu chuẩn từ 1-4 phải biểu hiện ít nhất 6 tuần.

#### 4.2 Tiêu chuẩn của Hội Thấp khớp học Hoa Kỳ và Liên đoàn chống Thấp khớp châu Âu 2010 (ACR/EULAR 2010)

Tiêu chuẩn này có thể áp dụng trong trường hợp bệnh ở giai đoạn sớm, trước khi có tổn thương khớp trên X-quang.

Đối tượng là các bệnh nhân

Có ít nhất một khớp được xác định viêm màng hoạt dịch trên lâm sàng.

Viêm màng hoạt dịch khớp không do các bệnh lý khác.

#### Điểm :

Biểu hiện tại khớp

|                                                             |   |
|-------------------------------------------------------------|---|
| 1 khớp lớn                                                  | 0 |
| 2-10 khớp lớn                                               | 1 |
| 1-3 khớp nhỏ (có hoặc không có biểu hiện tại các khớp lớn)  | 2 |
| 4-10 khớp nhỏ (có hoặc không có biểu hiện tại các khớp lớn) | 3 |
| >10 khớp (ít nhất phải có 1 khớp nhỏ)                       | 5 |

Huyết thanh

|                                                  |   |
|--------------------------------------------------|---|
| RF âm tính và Anti CCP âm tính                   | 0 |
| RF dương tính thấp hoặc Anti CCP dương tính thấp | 2 |
| RF dương tính cao hoặc Anti CCP dương tính cao   | 3 |

Chỉ số viêm giai đoạn cấp

|                                         |   |
|-----------------------------------------|---|
| CRP bình thường và VS (ESR) bình thường | 0 |
| CRP tăng hoặc VS (ESR) tăng             | 1 |

Thời gian có triệu chứng

|               |   |
|---------------|---|
| < 6 tuần      | 0 |
| $\geq 6$ tuần | 1 |

\*Chẩn đoán xác định viêm khớp dạng thấp khi  $\geq 6$  điểm

Chẩn đoán phân biệt

Lupus ban đỏ hệ thống, thoái hóa khớp, gút mạn tính, viêm cột sống dính khớp, viêm khớp vảy nến, viêm khớp do virus, viêm khớp do nhiễm trùng.

\*Đánh giá hoạt tính bệnh

Mục đích: để tiên lượng, theo dõi đáp ứng điều trị, căn cứ để chỉ định hoặc thay đổi phác đồ điều trị (trong đó có điều trị thuốc sinh học).

Các thang điểm: DAS-28 (dựa vào VS hoặc CRP), SDAI, hoặc CDAI, trên cơ sở đếm số khớp sưng, số khớp đau, dấu ấn viêm (VS hoặc CRP), đánh giá chung của bệnh nhân hoặc thầy thuốc về tình trạng bệnh trên thang VAS.

#### Điều trị

Nguyên tắc

Điều trị sớm, toàn diện và tích cực

Mục tiêu điều trị cần đạt được lui bệnh hoặc tối thiểu là hoạt tính bệnh thấp.

Kiểm soát bệnh một cách chặt chẽ theo mục tiêu dựa vào việc theo dõi sát hoạt tính bệnh và mức độ đáp ứng điều trị để điều chỉnh phác đồ khi cần thiết.

Corticoid nên được coi là điều trị “bắc cầu” trong thời gian chờ đợi các thuốc DMARD phát huy tác dụng, cần giảm dần liều và ngưng hẳn corticoid khi có thể.

Chỉ định sớm các thuốc DMARD cổ điển, đặc biệt là methotrexate (đơn thuần hoặc phối hợp) ngay sau khi có chẩn đoán xác định.

Xem xét sử dụng sớm thuốc sinh học cho những bệnh nhân tiến triển từ trung bình đến nặng, đặc biệt khi có những yếu tố tiên lượng xấu như: có hiệu giá kháng thể (RF, anti-CCP) cao, hoạt tính bệnh cao, có biểu hiện ngoài khớp, có tổn thương phá hủy khớp sớm trên chẩn đoán hình ảnh.

Điều trị cụ thể

### 2.1 Thuốc kháng viêm:

Chủ yếu để kiểm soát triệu chứng. Sử dụng corticoid hoặc thuốc kháng viêm không steroid kèm hoặc không kèm thuốc giảm đau (paracetamol, codein/tramadol).

Corticosteroid (prednisolone, prednisone, methylprednisolone)

Trong đợt tiến triển: liều lượng corticoid từ vừa đến cao hoặc rất cao, tùy tình trạng bệnh

Liều lượng trung bình: 20-40 mg/ngày (uống hoặc tĩnh mạch)

Thể tiến triển cấp, nặng, đe dọa tính mạng (viêm mạch máu, biểu hiện ngoài khớp nặng): Sử dụng liều cao (80-120 mg/ngày) trong 5-7 ngày hoặc liều xung 500- 1.000 mg methyl prednisolone truyền TM trong 3 ngày liên tục. Sau đó chuyển về liều thông thường.

Khi đạt đáp ứng giảm dần liều, duy trì liều thấp nhất có thể (4-8 mg methyl prednisolone hàng ngày hoặc cách ngày) hoặc ngưng khi có thể.

Có thể dùng đường tại chỗ (tiêm nội khớp).

Các thuốc kháng viêm không steroid (NSAIDs)

Lựa chọn một trong các NSAID, tùy thuộc cơ địa và nguy cơ tác dụng phụ:

Celecoxib: 200-400 mg mỗi ngày, duy trì 200mg/ngày

Meloxicam: 15 mg/ngày

Etoricoxib: 60-90 mg/ngày, duy trì 60 mg/ngày

Diclofenac: 100-150 mg/ngày

Piroxicam: 20 mg/ngày

Hoặc một thuốc kháng viêm không steroid thích hợp khác

Lưu ý: không phối hợp các thuốc NSAID với nhau hoặc phối hợp NSAID với liều vừa đến cao của corticoid. Cần lưu ý chống chỉ định và các tác dụng phụ, đặc biệt trên thận, tim mạch, tiêu hóa. Sử dụng các thuốc ức chế bơm proton nếu có nguy cơ tiêu hóa.

\* Điều trị tuyến trên :

### 2.2 Các thuốc chống thấp làm thay đổi bệnh cổ điển(Disease Modifying Anti-Rheumatic Drugs, DMARDs):

Là nhóm thuốc điều trị cơ bản để làm chậm hoặc làm ngưng tiến triển của bệnh, cần sử dụng lâu dài và theo dõi các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng trong suốt thời gian điều trị. Methotrexate được lựa chọn đầu tiên, dùng đơn độc hoặc phối hợp với các DMARDs khác.

Methotrexate (MTX): bắt đầu bằng liều thấp 7,5-10 mg, dùng một lần mỗi tuần. Tùy đáp ứng hoặc khả năng dung nạp, tăng liều dần. Liều tối đa 25 mg/tuần. Lưu ý theo dõi tác dụng phụ của MTX, đặc biệt là men gan và hiếm hơn là bệnh lý phổi kẽ.

Sulfasalazine (SSZ)

Leflunomide

Hydroxychloroquin (HCQ)

### 2.3 Các thuốc DMARDs sinh học

Chỉ định cho các thể từ vừa đến nặng, kém đáp ứng với các DMARDs cổ điển (không đáp ứng sau 3-6 tháng) hoặc bệnh nhân chưa được dùng DMARD cổ điển nhưng tiến triển nặng, có yếu tố tiên lượng xấu.

Trước khi chỉ định các thuốc sinh học, cần làm các xét nghiệm để sàng lọc lao, viêm gan, nhiễm trùng, các xét nghiệm chức năng gan thận, mỡ máu và đánh giá mức độ hoạt động bệnh (VS, CRP, DAS-28,...).

Căn cứ trên tình trạng bệnh, cơ địa, có sử dụng kèm DMARD cổ điển hay không, hiệu quả và tính dung nạp, mức độ thuận tiện về khoảng liều, có thể lựa chọn thuốc kháng IL-6, thuốc kháng TNF, hoặc một thuốc sinh học thích hợp khác.

Thuốc kháng IL-6: Tocilizumab (Actemra); các thuốc kháng TNF- $\alpha$ : Etanercept (Enbrel),

Infliximab (Remicade), Adalimumab (Humira), Golimumab (Simponi), Certolizumab pegol (Cimzia);

thuốc kháng tế bào lympho B: Rituximab (MabThera); thuốc ức chế tế bào lympho T: Abatacept (Orencia), thường phối hợp với DMARDs (MTX).

2.4. *Thuốc DMARD tổng hợp mới (phân tử nhỏ): Tocfacitinib (Xeljanz)*

### 3. Các biện pháp điều trị khác

Các biện pháp hỗ trợ

Ngưng, tránh hút thuốc lá. Phát hiện và điều trị sớm các bệnh lý nhiễm trùng, vệ sinh răng miệng, điều trị bệnh lý viêm nha chu (nếu có).

Tập luyện, hướng dẫn vận động chống co cứng, dính khớp, teo cơ.

Phục hồi chức năng, vật lý trị liệu

Phòng ngừa và điều trị các bệnh kèm theo

Bổ sung calci, vitamin D hàng ngày, đặc biệt khi sử dụng corticoid kéo dài để phòng ngừa loãng xương. Xem xét sử dụng sớm bisphosphonates khi dùng corticoid kéo dài và mật độ xương thấp (T-score < -1,5).

Phòng ngừa viêm, loét dạ dày tá tràng (sử dụng PPI)

Thiếu máu: acid folic, sắt, vitamin B12

Ngoại khoa: chỉnh trục hoặc thay khớp, chủ yếu để điều trị các biến chứng, di chứng.

#### **Theo dõi tiên lượng**

Bệnh nhân phải được điều trị lâu dài và theo dõi trong suốt quá trình điều trị

Theo dõi lâm sàng, hoạt tính bệnh, xét nghiệm định kì: công thức máu, tốc độ máu lắng, CRP, chức năng gan, thận mỗi 1-3 tháng hoặc lâu hơn tùy tình trạng bệnh và X-quang phổi khi cần.

Tiên lượng nặng khi: tổn thương viêm nhiều khớp, hoạt tính của bệnh cao (thông qua các chỉ số: DAS 28, CDAI, SDAI, HAQ, VS, CRP) yếu tố dạng thấp RF và /hoặc Anti-CCP (+) hiệu giá cao, có các biểu hiện ngoài khớp, HLADR4 (+). Với những trường hợp này cần điều trị tích cực ngay từ đầu và xem xét dùng các DMARDs sinh học sớm.

Tài liệu tham khảo

Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Cơ xương khớp NXB Y học 2016.

Phác đồ điều trị 2018 phần Nội khoa - Bệnh viện Chợ Rẫy

## VIÊM LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG

### I./ CHẨN ĐOÁN

Nói chung các triệu chứng cơ năng và dấu hiệu lâm sàng của bệnh loét dạ dày tá tràng thường khó phát hiện, chỉ trong những đợt tiến triển bệnh nhân thường có:

1. Những cơn đau vùng thượng vị:

Kéo dài từ 15 phút - 1 giờ.

Cơn đau có tính chu kỳ và trở nên đau dai dẳng liên tục nếu là loét lâu ngày hoặc loét xơ chai.

Cơn đau thường xuất hiện lúc đói, về đêm và giảm ngay sau khi uống sữa hoặc dung dịch Antacid nếu là loét tá tràng, cũng như thường xuất hiện sau khi ăn hoặc ít thuyên giảm với Antacid nếu là loét dạ dày.

2. Những rối loạn tiêu hóa:

Táo bón rất thường gặp.

Nôn mửa, buồn nôn.

3. Biến chứng:

Thông thường trong những đợt tiến triển, mỗi đợt đau có thể kéo dài vài ngày hoặc 2 - 3 tuần lễ rồi tự nhiên hết, nhưng cũng có khoảng 10 - 20% trường hợp thường xảy ra các biến chứng như:

Xuất huyết tiêu hóa:

Chiếm 25% trong loét dạ dày, có thể nôn ra máu và sau đó mới đi cầu ra phân đen. Trong những trường hợp chảy máu rỉ rả, không ồ ạt, bệnh nhân chỉ có dấu hiệu thiếu máu và đi cầu phân đen.

Thủng:

Hay xảy ra trong loét tá tràng nhưng tỷ lệ tử vong ít hơn thủng dạ dày 3 lần. Có thể thủng vào màng bụng tự do với biểu hiện đau như dao đâm ở vùng hông sườn phải. Dấu hiệu viêm phúc mạc, nếu khám bụng thấy có dấu hiệu co cơ đề kháng tại chỗ, vài giờ sau đau lan tỏa khắp bụng, có khi chói lên 2 bờ vai, 2 cơ thẳng bụng nổi rõ lên, sờ nắn thấy có dấu hiệu bụng gồ, bệnh nhân nôn mửa và không trung tiện được. Thăm trực tràng khi chạm vào túi cùng Douglas rất đau. Chụp X quang bụng không sửa soạn cho thấy tràn khí màng bụng kèm liềm hơi trước gan hoặc trên gan. Sau 12 giờ bụng căng chướng và bệnh nhân rơi vào trạng thái nhiễm trùng nhiễm độc. Lúc đó có can thiệp cũng vô ích, thường thì bệnh nhân sẽ chết sau 3 ngày.

Ngược lại, trường hợp thủng vào màng bụng có vách ngăn thường khó chẩn đoán, hay xảy ra ở các trường hợp loét mạn tính và biểu hiện bằng những triệu chứng và dấu hiệu của một abscess dưới cơ hoành.

Hẹp:

Có thể định khu ở môn vị, giữa dạ dày hoặc tá tràng, nguyên nhân có thể do co thắt, viêm và phù quanh ổ loét hoặc co rút do lên sẹo, viêm quanh tạng. Lúc này đau thay đổi tính chất và trở nên liên tục, bệnh nhân thường nôn mửa ra thức ăn hôm trước. Khám bụng thấy có dấu ố ách sóng vỗ lúc đói và hút dạ dày lúc đói sẽ có được một lượng dịch dạ dày khoảng 50 - 100 ml lẫn những mảnh vụn thức ăn. X quang và nội soi sẽ giúp xác định vị trí và nguyên nhân hẹp.

Ung thư hóa:

Ít khi xảy ra cho loét tá tràng trong khi 90% loét dạ dày bờ cong nhỏ đều có khả năng hóa ung thư, các dấu hiệu nghi ngờ ác tính là:

- Dấu hiệu lâm sàng và X quang vẫn còn tồn tại sau nhiều tuần lễ điều trị.
- Đau trở thành liên tục.
- Luôn luôn có dấu hiệu máu ẩn trong phân.
- Vô acid dịch vị.

Nhưng chẩn đoán xác định vẫn là nội soi và sinh thiết.

Để chẩn đoán loét dạ dày tá tràng, người ta có thể dùng phương pháp:

Gián tiếp như hút dịch vị cho thấy có tăng HCl tự do 2 giờ sau khi kích thích dạ dày trong trường hợp loét tá tràng. Ngược lại, tình trạng vô acid dịch vị sau khi kích thích bằng Pentagastrine gợi ý đến một khả năng ung thư dạ dày nhiều hơn.

Trực tiếp như X quang dạ dày tá tràng với những hình ảnh trực tiếp như hình chêm, hình ổ hoặc cứng ở một đoạn hoặc đôi khi là 1 túi Hawdeck với 3 mức baryte, nước, hơi, cùng với những hình ảnh gián tiếp như tăng trương lực, tăng nhu động. Ngoài ra, trong những trường hợp loét ở tá tràng còn có hình ảnh dấu ách chuồn hoặc tampon của toa xe lửa.



Chính xác nhất vẫn là nội soi dạ dày - tá tràng bằng ống mềm (fibroscope) và sinh thiết ổ loét để chẩn đoán phân biệt với loét ung thư hóa (97% trường hợp). Ngoài ra, hiện nay với quan niệm về vai trò của HP trong bệnh sinh loét dạ dày tá tràng (hiện diện 80 - 100% trong những ổ loét không do Steroid hoặc NSAID), người ta còn chẩn đoán sự nhiễm HP bằng các test chẩn đoán nhanh như Rapid urease test, Campylobacter organism, nuôi cấy mẫu sinh thiết dạ dày hoặc <sup>13</sup>C hoặc <sup>14</sup>C Labelled Urea Breath test và chẩn đoán bằng huyết thanh miễn dịch.

#### CÁC TEST CHẨN ĐOÁN NHIỄM HELICOBACTER PYLORI

\* Test trực tiếp: Phải dùng kháng sinh, PPI, Bismuth ít nhất 2 tuần, gồm:

+ Clotest; từ mẫu sinh thiết niêm mạc quan sát soi.

+ Test hơi thở (C-urea)

+ Xác định mô học và cấy mẫu mô sinh thiết

\* Test gián tiếp:

+ Tìm đáp ứng miễn dịch bởi ELISA (test huyết thanh nhanh)

+ Tìm kháng nguyên trong phân.

Test hơi thở có ích hơn test huyết thanh trong việc chẩn đoán diệt HP thất bại hoặc trường hợp tái nhiễm ở bệnh nhân đã từng điều trị diệt HP từ trước.

Test kháng nguyên trong phân có thể giúp chẩn đoán phân biệt trường hợp tái phát (có sự hiện diện của kháng nguyên trong phân), với trường hợp đã từng nhiễm HP trong quá khứ (kháng nguyên không hiện diện trong phân)

## II./ ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị:

- Làm lành ổ loét.

- Loại bỏ xoắn khuẩn Helicobacter Pylori.

- Phòng chống tái phát.

- Theo dõi và phát hiện trạng thái ung thư hóa.

Việc điều trị nội khoa một trường hợp loét dạ dày tá tràng bao gồm:

Chế độ ăn uống:

Cho đến nay, việc thực hiện chế độ ăn uống gồm các thức ăn mềm, không gia vị, nhiều trái cây không ích gì cho việc làm lành ổ loét, cũng như chế độ ăn sữa và kem cũng không làm cho tình trạng loét xấu hơn. Do đó tốt nhất bệnh nhân nên tránh những thức ăn nào gây đau hơn hoặc gây rối loạn tiêu hóa xấu hơn, đồng thời bệnh nhân phải kiêng cà phê, thuốc lá và rượu.

2. Thuốc: có thể dùng:

Nhóm Antacid: cụ thể như Maalox với liều sử dụng 30 ml uống sau bữa ăn từ 1 - 3 giờ và trước khi ngủ, thời gian điều trị nên kéo dài từ 1 - 2 tháng. Các thuốc thuộc nhóm này cũng có tác dụng ngăn ngừa tái phát, cần chú ý các Antacid có thể gây tiêu chảy (do có Mg) hoặc táo bón (do có Al) hoặc gây nhuyễn xương và hội chứng Milk - Alkali.

- Sucralfate: có tác dụng bao phủ ổ loét và gắn kết với Pepsine nên dùng 1g trước bữa ăn 1 giờ và trước khi đi ngủ hoặc dùng 2g x 2 lần/ngày. Thuốc có tác dụng ngăn ngừa tái phát. Cần chú ý thuốc gây táo bón và có thể gắn kết với thuốc khác nếu dùng chung.

- Misoprostol: được tổng hợp từ Prostaglandine E1 có tác dụng tăng tiết Bicarbonate và ức chế tiết HCl, thuốc có hiệu quả trong loét do NSAID, liều thường dùng là 200 mg x 4 lần/ngày, thường gây phản ứng phụ là tiêu chảy và co thắt tử cung.

- Mucosta ( Repamipid 100 mg): 1 v X 3 lần/ ngày

- Nhóm H<sub>2</sub> Receptor Antagonist:

Cimetidine với liều sử dụng 300 mg x 4 lần/ngày, hoặc 400 mg x 2 lần/ngày hoặc 800 mg uống vào lúc đi ngủ. Thuốc có tác dụng phụ là chống Androgen ở liều cao, giảm chuyển hóa gan và tăng men Transaminase.

Ranitidine với liều sử dụng 150 mg x 2 lần/ngày hoặc 300 mg uống lúc đi ngủ. Thuốc ít có tác dụng phụ hơn Cimetidine.

Famotidine uống 1 lần 40 mg vào lúc đi ngủ.

Nizatidine uống 1 lần 30 mg vào lúc đi ngủ.

Các thuốc trên dùng trong 1 liệu trình từ 4 - 6 tuần và nếu dùng ½ liều tiêu chuẩn liên tục trong 1 năm có thể ngăn ngừa được sự tái phát đến 70% trường hợp.

- Nhóm ức chế bơm Proton ( $H^+$  -  $K^+$ ATPase): như

Omeprazol 20 mg.

Lansoprazol 30 mg.

Esomeprazole 20-40 mg.

Pantoprazole 40mg

Có tác dụng phụ làm giảm men gan, thông thường hiệu quả tối đa của thuốc xảy ra trong 2 giờ và kéo dài đến 72 giờ. Liệu trình điều trị có thể kéo dài từ 4 - 8 tuần.

Khả năng ức chế tiết acid khi dùng PPI 2 lần/ ngày tốt hơn 1 lần/ ngày

Ngoài ra, trong trường hợp loét dạ dày, Omeprazol có hiệu quả làm lành ổ loét hơn là nhóm

$H_2$  receptor antagonist. Một số tác giả khác còn sử dụng đến các dược phẩm có tác dụng kích thích sự tổng hợp Glucoprotein, Phospholipid và Prostaglandine  $E_2$ ,  $I_2$  như Carbenoxolone hoặc Teprenone (Selbex) 50 mg với liều uống 1 viên x 3 lần/ngày sau mỗi bữa ăn.

Cần chú ý là thời gian điều trị loét dạ dày thường dài hơn điều trị loét tá tràng và bắt buộc phải kiểm tra ổ loét bằng nội soi và sinh thiết. Nếu kích thước ổ loét sau 3 tháng điều trị mà không nhỏ đi thì phải nghĩ đến ung thư hóa (70%).

-Thuốc chống co thắt:

Giảm đau, chống chỉ định: Hẹp môn vị, XHTH, u xơ TLT

Buscopan 20 mg: 1 V X 3 lần/ ngày

Nospa 40 mg: 1V X 3 lần/ ngày

Spamaverin 40 mg: 1v X 3 lần/ ngày

-Thuốc tăng vận động, chống đầy hơi:

Elthon 50 mg: 1 V X 3 lần/ ngày trước ăn

Domperidon 10mg: 1v X 3 lần ngày

Simethicon

Điều trị loại bỏ xoắn khuẩn Helicobacter Pylori:

Thường hiệu quả nhất nếu phối hợp 3 thuốc, thời gian điều trị kháng sinh 10-14 ngày

Các phác đồ diệt trừ HP

| Tên phác đồ                                                                                                                                                    | Thời gian (ngày) | Cách sử dụng                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------------------------|
| Phác đồ 3 thuốc                                                                                                                                                | 7-14             | PPI + A + C                                   |
| Phác đồ 3 thuốc có Levofloxacin                                                                                                                                | 10               | PPI + A + L                                   |
| Phác đồ nối tiếp                                                                                                                                               | 10               | 5 ngày PPI + A, sau đó<br>5 ngày PPI + C + Ti |
| Phác đồ 4 thuốc không có Bismuth                                                                                                                               | 10               | PPI + A + C + M/Ti                            |
| Phác đồ 4 thuốc có Bismuth                                                                                                                                     | 14               | PPI + M + Te + B                              |
| Ghi chú: PPI: thuốc ức chế bơm proton, A: Amoxicilline, C: Clarithromycine,<br>L: Levofloxacin, Te: Tetracycline, Ti: Tinidazole, M: Metronidazole, B: Bismuth |                  |                                               |

Liều kháng sinh và PPI trong phác đồ diệt trừ HP

| Thuốc                                                                                                                                                          | Kháng sinh                                                                                                                                                                      | PPI                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Loại và số lần sử dụng                                                                                                                                         | A 1000mg x 2 lần/ngày<br>B 240mg x 4 lần/ngày<br>C 500mg x 2 lần/ngày<br>L 250-500mg x 2 lần/ngày<br>Te 500mg x 2-3 lần/ngày<br>Ti 500mg x 2 lần/ngày<br>M 500mg x 2-3 lần/ngày | Rabeprazole 20mg x 2 lần/ngày<br>Esomeprazole 20mg x 2 lần/ngày<br>Omeprazole 20mg x 2 lần/ngày<br>Pantoprazole 40mg x 2 lần/ngày<br>Lanzoprazole 30mg x 2 lần/ngày |
| Thời điểm sử dụng                                                                                                                                              | Ngay sau bữa ăn                                                                                                                                                                 | Trước bữa ăn chính 60 phút                                                                                                                                          |
| Ghi chú: PPI: thuốc ức chế bơm proton, A: Amoxicilline, C: Clarithromycine,<br>L: Levofloxacin, Te: Tetracycline, Ti: Tinidazole, M: Metronidazole, B: Bismuth |                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                     |

Một số lựa chọn điều trị:

Lựa chọn đầu tiên: PPI + A + C

Nếu dị ứng nhóm Penicillin hoặc kháng thuốc nhóm 1: PPI + B + M + Te

Kháng thuốc nhóm 1 và không dung nạp nhóm 2: PPI + A + L hoặc PPI + A + Rifabutin 300mg

Điều trị thuốc đông y: viên mật nghê; mật ong, nghê; Bình vị.

Tài liệu tham khảo:

Bài giảng Bệnh học và điều trị - Tập 3 - Bộ môn Nội - Trường ĐHYD TP Hồ Chí Minh

Khuyến cáo Chẩn đoán và điều trị Helicobacter Pylori tại Việt Nam - Hội Khoa học Tiêu hóa Việt nam 2013

Kho dữ liệu Phác đồ điều trị Ngành y tế TPHCM – Bệnh viện Trung Vương

Kho dữ liệu Phác đồ điều trị Ngành y tế TPHCM – Bệnh viện Nhân Dân Gia Định

# HỘI CHỨNG RUỘT KÍCH THÍCH

## I./ ĐẠI CƯƠNG

1. Hội chứng ruột kích thích là gì?

- Bao gồm một nhóm rối loạn chức năng đường tiêu hóa mạn tính hay tái phát.
- Không có rối loạn về cấu trúc và sinh hóa
- Được gọi dưới nhiều thuật ngữ khác nhau như hội chứng đại tràng kích thích, bệnh đại tràng co thắt, bệnh đại tràng chức năng...
- Hội chứng gây “nản lòng” cả bệnh nhân và thầy thuốc.

2. Dịch tễ học:

- Là bệnh hay gặp trên thế giới với tần suất khoảng 15-20%
- Tỷ lệ nam/ nữ: 2/4.
- Tuổi thường gặp #40-60 tuổi

3. Nguyên nhân và sinh bệnh học: chưa rõ, có thể liên quan những cơ chế như bất thường vận động, tăng nhạy cảm của tạng, sau nhiễm trùng ruột, hay sau đáp ứng stress.

## II./ CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng tại đường tiêu hóa: Tiêu chuẩn ROME III:

- Triệu chứng đau bụng hoặc khó chịu vùng bụng ít nhất 3 ngày mỗi tháng trong 3 tháng qua, phối hợp với 2 hoặc 3 triệu chứng sau:

- + Giảm khi đi cầu
- + Kết hợp với thay đổi số lần đi cầu
- + Thay đổi hình dạng phân.

- Có >2 triệu chứng sau đây:

- + Bất thường về số lần đi cầu (> 3 lần /ngày hoặc < 3 lần/ tuần)
- + Bất thường về hình dạng phân (phân cứng lổn nhổn hay phân nhão, lỏng, phân có nhầy)
- + Bất thường khi đi cầu: mót rặn hay cảm giác không tổng hết phân.
- + Đầy hơi cảm giác tức bụng.

2. Các triệu chứng ngoài đường tiêu hóa: có thể gặp:

- Tiết niệu: tiểu khó, tiểu gấp.
- Phụ khoa: rối loạn kinh nguyệt.
- Cơ: đau cơ, đau lưng.
- Thần kinh cảm giác: nhức đầu, dị cảm, mất ngủ, rối loạn vị giác, trầm cảm.
- Tim mạch: mệt mỏi, hồi hộp, đau ngực, nóng bừng mặt, chóng mặt.
- Hô hấp: hen phế quản

3. Phân loại:

- Thể táo bón (IBS-C): đi tiêu ít hơn 3 lần, phân nhão hoặc nhiều nước, không nín được khi muốn đi tiêu.

- Thể hỗn hợp (IBS-M): Táo bón xen lẫn tiêu chảy.

- Thể tiêu lỏng (IBS-D): Tiêu chảy

- Thể không phân loại được: bất thường không đáp ứng các tiêu chuẩn trên.

4. Chẩn đoán phân biệt: Loại trừ các nguyên nhân thực thể:

- Phát hiện các triệu chứng báo động:

- + Triệu chứng mới xảy ra ở BN trên 50 tuổi.
- + Chán ăn, sụt cân nhiều, thiếu máu.
- + Sốt, tăng VS, tăng bạch cầu.
- + Tiêu phân đàm nhầy, máu, tiêu phân dẹt nhỏ.
- + Tiền sử gia đình có bị ung thư đại tràng.

5. Cận lâm sàng:

- Khám lâm sàng: khám bụng, thăm trực tràng.
- XN: Công thức máu, VS, đường huyết, các dấu ấn ung thư, XN phân.
- Siêu âm bụng, XQ đại tràng, nội soi đại trực tràng, các kỹ thuật chuyên sâu về chẩn đoán hình ảnh...

### III./ ĐIỀU TRỊ

Vì đây là một bệnh mạn tính nhưng lành tính, thường không có di chứng hay tử vong, không có phương pháp điều trị luôn luôn hiệu quả, nên việc điều trị cần phải có một chiến lược bao gồm:

1. Tâm lý liệu pháp: tạo mối quan hệ tốt giữa thầy thuốc và bệnh nhân:

- Biết lắng nghe, trấn an bệnh nhân, nhận định và giải quyết những lo lắng phiền muộn của bệnh nhân.
- Giải thích tường tận về bệnh sinh và bệnh sử tự nhiên của bệnh: đây không phải là bệnh thực thể tại ruột, và là một bệnh mạn tính đặc trưng bởi những đợt có biểu hiện bệnh rầm rộ và những đợt bệnh im lặng, không triệu chứng.
- Giải thích cho bệnh nhân biết việc điều trị tập trung vào các triệu chứng nội trội là biện pháp hợp lý và hữu hiệu, và việc điều trị có thể không làm dứt hẳn các triệu chứng nhưng sẽ cải thiện tốt hơn chất lượng cuộc sống.

2. Chế độ ăn:

Trong hội chứng ruột kích thích không cần thiết phải tiết chế khắt khe, tuy nhiên cũng nên tránh những thức ăn có thể gây ra hoặc làm nặng hơn các triệu chứng:

- Tránh những thức ăn không dung nạp hay tiêu chảy hay đau bụng.
- Nếu táo bón, cần uống nhiều nước, nên ăn thêm chất xơ, rau quả tươi hoặc dùng thêm chất cám, tránh ăn chế độ ăn làm tăng táo bón như thức ăn khô, mắm, nhiều gia vị.
- Lưu ý một số thuốc làm tăng triệu chứng của bệnh.
- Nên hoạt động thể lực, hạn chế ngồi nhiều một chỗ, tránh căng thẳng thần kinh.

3. Thuốc: Chủ yếu điều trị triệu chứng nổi bật:

- Thuốc điều trị tiêu chảy:

+ Loperamide là thuốc phổ biến nhất trong bệnh nhân IBS- D

+ Ngoài ra: Smecta: 1 gói X 3 lần/ ngày. Tiêu chảy cấp 6 gói/ ngày

Actapugite: 1 gói X 3 lần/ ngày

Grafort: 1 gói X 3 lần/ ngày

+ Vi khuẩn thay thế:

Antiobio: 1 gói X 2 lần/ ngày

Enterogermina: 1 ống X 2 lần/ ngày

- Thuốc điều trị táo bón: không nên lạm dụng và dùng kéo dài:

+ Thuốc trị táo bón tạo khối là các thuốc chức chất xơ, chất sợi từ hạt củ, quả... chất nhầy như thạch rau câu, cám lúa mì: Igol, Equate, Normacol...

- Thuốc trị táo bón thẩm thấu: kéo nước vào lòng ruột và giữ nước làm mềm phân:

Forlax: 1 gói X 2 lần / ngày

Duphalac: 1 gói X 2-3 lần/ ngày

Microlax: 1 ống/ ngày ( BHM)

- Thuốc chống co thắt điều trị đau bụng và chướng bụng:

+ Thuốc kháng Cholinergic: Atropin, Buscopan.

+ Thuốc chống co thắt hướng cơ trơn: Spasmaverin, Metospasmyl, Duspatalin...

Spamaverin 40mg: 1v X 3 lần/ ngày

- Thuốc chống trầm cảm:

+ Imipramine

+ Amitriptyline: 5- 15 mg/ ngày ( dùng ngắn ngày)

- Nhóm thuốc triển vọng mới:

Tác dụng trên thụ thể 5-HT:

+ Thuốc đối vận -HT: tác dụng trị tiêu chảy: Alosetron, cilansetron.

+ Thuốc đồng vận -HT: tác dụng trị táo bón: Prucalopide, Tegasesod...

Tác dụng chọn lọc hệ thần kinh dạ dày- ruột: Trimebutine.

Thuốc khác: Amylase + papain + simethicon,...

Tài liệu tham khảo: Phác đồ điều trị Nội khoa – Bệnh viện Trung Vương. Quyết định: 770/ QĐ-BVTV

## VIÊM ĐẠI TRÀNG MẠN TÍNH

### ĐỊNH NGHĨA:

- Viêm đại tràng mạn là tình trạng tổn thương mạn tính đại tràng có thể do nhiều nguyên nhân gây ra: nhiễm trùng, nhiễm KST, thiếu máu cục bộ hoặc có nguồn gốc miễn dịch...

### NGUYÊN NHÂN:

- Các bệnh nhiễm:

Nhiễm khuẩn: lao, Salmonella, Shigella, Yersinia.

Nhiễm ký sinh: Amibe, Giardia, Bilharziose.

Nhiễm nấm (Candida, Aspergillus, Histoplasmosis, Cryptococcus)

Nhiễm siêu vi ( Cytomegalovirus, Herpes simplex, HIV)

- Bệnh viêm ruột:

Viêm đại tràng xuất huyết

Bệnh Crohn

- Nguyên nhân khác:

Viêm đại tràng màng giả.

Viêm đại tràng sau xạ trị.

Viêm đại tràng do viêm túi thừa.

Viêm đại tràng do thiếu máu cục bộ.

### TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG:

- Lao đại tràng: là tình trạng gây ra bởi vi khuẩn lao Mycobacterium tuberculosis ( có 3 chủng:

Mycobacterium tuberculosis ( B.K), Mycobacterium bovis (M.B), Mycobacterium atypique (M.A))

Dấu hiệu nhiễm lao toàn thân: sốt, ớn lạnh về chiều, chán ăn, gầy sút cân

Đau bụng, thường đau nhiều ở hố chậu phải, tiêu phân lỏng

Có thể có các dấu nhiễm lao phối hợp như: lao phổi, lao màng phổi, lao xương khớp, lao màng bụng.

Có thể sờ thấy khối u hồi manh tràng

- Viêm đại tràng do amib:

Tác nhân gây bệnh Entamoeba histolytica thường gây nhiễm khuẩn ở đại tràng.

Cách thức lây nhiễm: người nuốt kén amib ở trong thực phẩm

Hội chứng ly: đau bụng, mót rặn, tiêu phân máu

Viêm đại tràng bùng phát: tiêu máu nặng, sốt, đau khắp bụng dữ dội, không có dấu hiệu bụng ngoại khoa, mặc dù có khoảng 75% những bệnh nhân này viêm phúc mạc thứ phát do rò rỉ qua thành đại tràng bị tổn thương, tỉ lệ tử vong cao tuy nhiên hiếm gặp.

Phình đại tràng nhiễm độc ( hiếm gặp): thường gây tử vong, hay xảy ra trên bệnh nhân sử dụng corticosteroids

Bướu amibe: chẩn đoán phân biệt với ung thu đại tràng.

- Viêm đại tràng màng giả: là tình trạng viêm do Clostridium difficile sinh độc tố phát triển trong đại tràng gây ra những màng màu hơi vàng che phủ và thay thế lớp niêm mạc ruột bị hoại tử.

Có dùng kháng sinh: cephalosporins, Clindamycin, Ampicillin/amoxicillin.

Điển hình bắt đầu 7-10 ngày sau điều trị kháng sinh, có thể thay đổi từ vài ngày đến 8 tuần.

Đau quặn bụng kiểu đại tràng và tiêu chảy.

Có thể thay đổi từ tiêu phân nhầy, nhầy nước đến một bệnh cảnh ngộ độc gồm: tiêu chảy dữ dội, đau quặn bụng, sốt, tăng bạch cầu và mất nước.

- Viêm túi thừa đại tràng:

Đau sâu và dai dẳng vùng hố chậu phải ( phân biệt với viêm ruột thừa cấp).

Mót rặn, thay đổi thói quen đi cầu, tiêu chảy hoặc táo bón

Túi thừa có thể kích thích đường tiểu gây đi tiểu nhiều lần, khó tiểu. Nếu có dò giữa đại tràng và bàng quang thường có nhiễm trùng tiểu.

Liệt ruột với chướng bụng, buồn nôn, nôn xuất hiện thứ phát do kích thích trong bụng và viêm phúc mạc

Tắc ruột non và thủng cũng có thể xảy ra.

Khám thực thể: sốt cao ở những bệnh nhân viêm phúc mạc, abscess...khám bụng có đau khu trú, cảm ứng phúc mạc và phản ứng thành bụng.

Sờ thấy khối ở vùng đại tràng.

### **CẬN LÂM SÀNG:**

- Lao đại tràng:

Xét nghiệm phân: nhuộm trực tiếp và nuôi cấy tìm BK

Xquang khung đại tràng.

Nội soi khung đại tràng + sinh thiết

Thăm dò các dấu nhiễm lao toàn thân: VS, IDR, tìm BK đàm, Xquang phổi... tùy theo chỉ dẫn của lâm sàng.

- Viêm đại tràng do amib:

Xét nghiệm thường qui: CTM, đường huyết, chức năng gan, thận...

Xét nghiệm phân: tìm thể kén hoặc thể tự dưỡng của amib qua 3 mẫu phân vào những ngày khác nhau.

Nội soi đại tràng có sinh thiết

Huyết thanh chẩn đoán amib: có thể giúp xác định chẩn đoán.

- Viêm đại tràng màng giả:

Xét nghiệm thường qui: CTM, đường huyết, chức năng gan, thận.

Nội soi đại tràng có thể thấy màng giả và hình ảnh viêm loét

Xét nghiệm phân: có BC trong phân. Sự hiện diện của màng giả trong phân gợi ý cho chẩn đoán. Cấy phân trong môi trường kỵ khí có sự hiện diện của *Clostridium difficile* và phát hiện độc tố trong phân lọc ra từ phân

- Viêm túi thừa đại tràng:

Xét nghiệm thường qui

Tổng phân tích nước tiểu.

Tìm máu ẩn trong phân

Xquang bụng: có thể bình thường hoặc thấy liệt ruột, tắc ruột non cục bộ, tắc đại tràng, hơi tự do, hơi tập trung ngoài lòng ruột gợi ý áp - xe quanh túi thừa.

Chụp cắt lớp điện toán vùng bụng giúp chẩn đoán xác định túi thừa, viêm mô quanh đại tràng, dày thành ruột hoặc abscess quanh túi thừa

### **CHẨN ĐOÁN:**

- Chẩn đoán xác định:

Lao đại tràng: Dựa vào bệnh sử, lâm sàng và cận lâm sàng.

Viêm đại tràng do amib: Bệnh cảnh điển hình là tiêu mót rặn, phân nhầy hoặc có thể lẫn máu. Soi phân thấy thể hoặc động hoặc kén amip. Nội soi đại tràng thấy vết loét có lỗ vào thường rất nhỏ nhưng có xu hướng khoét rộng vào niêm mạc.

Viêm đại tràng màng giả: bệnh cảnh với dùng kháng sinh phổ rộng sau đó xuất hiện sốt, tiêu phân nhầy, nhiều nước....xét nghiệm phân tìm *C. difficile*.

Viêm túi thừa đại tràng: dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng.

- Chẩn đoán phân biệt:

Ung thư đại tràng:

Cơ địa > 50 tuổi

Tiền sử gia đình bị ung thư đại trực tràng hoặc polyp

Chế độ ăn nhiều chất béo, ít chất xơ

Phân có máu đại thể hoặc vi thể, thay đổi thói quen đi tiêu ( giảm kích cỡ khuôn phân nếu tổn thương ở đại tràng trái hoặc lòng ruột bị chít hẹp), bệnh nhân có thể than phiền bón, đôi khi tiêu chảy, có thể sờ thấy khối u ở đại tràng phải.

Triệu chứng khác: thiếu máu, sụt cân, biếng ăn, gầy yếu...

Thăm dò cận lâm sàng:

- Xquang đại tràng: có hình khuyết không đều, hoặc hẹp không đều.

- Nội soi đại tràng và sinh thiết: nội soi phát hiện u dạng sùi, dạng thâm nhiễm làm hẹp cứng lòng ruột, hoặc dạng loét, dễ chảy máu khi va chạm; sinh thiết tìm tế bào ác tính

Hội chứng đại tràng kích thích: là một dạng rối loạn tiêu hóa biểu hiện bằng tam chứng:

- Đau bụng - trương bụng.

- Thay đổi thói quen đi cầu.
- Không có bất thường về cấu trúc, sinh hóa.

Hội chứng kém hấp thu:

- Tiêu chảy mạn: suy dinh dưỡng, thiếu máu, thiếu vitamin D, C, B...
- Tiền sử: cắt đoạn dạ dày, cắt đoạn ruột, viêm tụy mạn...
- Cận lâm sàng: xét nghiệm phân (đạm > 1.5g/l; mỡ > 3.5 g/l), thử nghiệm Schilling, xquang ruột non, sinh thiết niêm mạc ruột non.

### **ĐIỀU TRỊ:**

- Lao đại tràng:

Mục đích điều trị:

- Diệt vi trùng lao
- Cải thiện tình trạng rối loạn đi cầu của bệnh nhân

Điều trị cụ thể:

- Công thức:  $3S1H1Z1 + 6 - 9S2Z2$  ( hoặc  $H2Z2$ )  
 $3R1H1E1$  ( hoặc  $R1H1Z1$ ) +  $6 - 9R2E2$  (  $Z2$ )  $H2$   
 $R1E1H1Z1 + 4 - 6 R2E2H2Z2$

- Corticoid nhằm ngăn chặn không cho thành lập mô xơ mới, giảm nguy cơ tắc ruột về sau: điều trị tấn công 1- 2 tháng 1mg Prednison/kg/ngày, chống chỉ định nếu có thủng manh tràng, hồi tràng.

- Viêm đại tràng do amib:

Mục đích và nguyên tắc điều trị: dùng thuốc diệt amip trong mô và trong khoang ruột.

- Metronidazole và Tinidazole là những thuốc thường được lựa chọn
- Bệnh nhân viêm đại tràng do amip bùng phát nên dùng thêm thuốc thứ hai dehydroemetine trong 2-3 ngày đầu của điều trị.
- Nên sử dụng kháng sinh cho những bệnh nhân viêm đại tràng do amibe bùng phát. Không nên sử dụng thuốc kháng tiêu chảy cho những bệnh nhân bị hội chứng lỵ.
- Sau khi điều trị diệt amibe ở mô, cần diệt amibe trong lòng ruột. Các thuốc có hiệu quả diệt amip trong lòng ruột gồm: paromomycin và iodoquinol. Metronidazole 10 ngày hoặc hơn có thể hiệu quả diệt trừ amibe lòng ruột.

Điều trị cụ thể:

- Thuốc diệt amib mô:

Emetin hydrochlorid 1mg/kg/ngày TB/ TDD x 5 ngày.

Dehydroemetin 1.5mg/kg/ngày TB/TDD x 05 ngày ( tối đa 90mg/ngày) ( ít độc hơn

emetin)

Metronidazole 750mg uống 3 lần mỗi ngày trong 5-10 ngày, hoặc 500mg tiêm mạch mỗi 6h trong 5-10 ngày.

Tinidazole (Fasigyne) 1.5 - 2g/ ngày x 3-5 ngày

Senidazole ( Flagentyl) 1.5 - 2g/ ngày x 3-5 ngày

Ornidazole ( Tiberall) 1.5 - 2g/ ngày x 3-5 ngày

- Thuốc diệt amib trong lòng ruột:

Diloxanide furoat 0.5g x 3 lần/ ngày x 10 ngày.

Quinolein: Iodées ( Direxiodé) viên 200mg 3-9 viên/ ngày x 7 -10 ngày; Methylées (

Intetrix) 4-6 viên/ ngày x 10 ngày

As ( Carbanic) 0.5g/ ngày x 10 ngày

Diloxanide 0.5g x 3 lần/ ngày x 10 ngày

Tetracycline 500 mg x 3 lần/ ngày x 5 ngày

- Viêm đại tràng màng giả:

Điều trị nâng đỡ:

- Ngừng điều trị kháng sinh
- Nuôi ăn thay thế bằng dịch truyền tĩnh mạch, điều chỉnh các bất thường điện giải

Sử dụng thuốc:

Metronidazole 250mg x 4 lần/ ngày là điều trị chọn lựa ở những bệnh nhân nhẹ, trung bình không đáp ứng với điều trị nâng đỡ.



Vancomycin 125 - 250mg x 4 lần/ ngày x 10 ngày dành cho:

- Bệnh nhân không đáp ứng hoặc không dung nạp Metronidazole.
- Trẻ em, phụ nữ có thai.
- Bệnh nhân tiêu chảy nặng có triệu chứng toàn thân ( sốt, tăng bạch cầu,... ) hoặc đau bụng nhiều.
- Triệu chứng vẫn còn mặc dù đã điều trị tích cực.

Lưu ý:

- Các thuốc kháng tiêu chảy có thể kéo dài hoặc làm xấu hơn do đó nên tránh sử dụng.
- Tái phát xảy ra trong 10 - 20% bệnh nhân.

- Viêm túi thừa đại tràng:

Điều trị nội trú:

Hồi sức ban đầu bao gồm bù dịch và điện giải.

Nếu bệnh nhân có triệu chứng và dấu hiệu nhiễm trùng toàn thân, điều trị ngoại trú thất bại, hoặc có dấu hiệu viêm phúc mạc, có chỉ định nhập viện và hội chẩn ngoại.

Điều trị nội trú bao gồm:

- Kháng sinh tĩnh mạch: aminoglycoside, Cephalosporine, Quinolone... phối hợp metronidazole 500mg mỗi 8 giờ hoặc Clindamycin 300 - 600mg mỗi 6 giờ để bao vây vi khuẩn kỵ khí vảy khí.

- Ticarcillin- clavulanic acid hoặc Imepenem sử dụng thay thế khi các kháng sinh trên không hiệu quả.

- Để ruột nghỉ ngơi, tạm ngừng ăn uống qua đường miệng, và nuôi ăn qua tĩnh mạch.

Hút dạ dày chỉ định ở những bệnh nhân tắc ruột hoặc liệt ruột.

Điều trị ngoại trú:

- Điều trị ngoại trú có thể chấp nhận cho những bệnh nhân đau khu trú không có triệu chứng và dấu hiệu của viêm phúc mạc khu trú hoặc nhiễm trùng toàn thân. Điều trị bao gồm cho ruột nghỉ ngơi và uống kháng sinh phổ rộng.

- Các thuốc có hiệu quả kháng vi khuẩn ái khí gồm: Amipicillin 500mg mỗi 6 giờ, Trimethoprim/Sulfamethoxazole 2 viên mỗi 12 giờ, Ciprofloxacin 500mg mỗi 12 giờ, hoặc Cephalexin 500mg mỗi 6 giờ.

- Phối hợp với một thuốc kháng vi khuẩn kỵ khí: Metronidazole 500mg mỗi 6-8 giờ hoặc Clindamycin 300mg mỗi 6 giờ.

- Bệnh nhân nên hạn chế hoạt động và duy trì chế độ ăn lỏng trong 48 giờ.

- Nếu triệu chứng cải thiện, thức ăn ít chất bã được bổ sung vào chế độ ăn. Nên trở lại bệnh viện nếu đau bụng nhiều hơn, hoặc sốt, hoặc không dung nạp đường miệng.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Phác đồ điều trị Viêm đại tràng mạn - Bệnh viện nhân dân 115- QD 182/QD-BV

## HEN PHẾ QUẢN NGƯỜI LỚN

### I./ CHẨN ĐOÁN

#### 1. Chẩn đoán xác định

Khi nào nghĩ đến hen? Nghĩ đến hen khi thấy một trong các biểu hiện sau đây:

Có những cơn khò khè tái phát nhiều lần

Cơn ho về đêm tái phát nhiều lần

Có ho, khò khè, khó thở, nặng ngực khi gắng sức

Có ho, khò khè, khó thở và nặng ngực khi tiếp xúc với một số dị nguyên hay khói ô nhiễm

Có triệu chứng "cảm cúm" kéo dài hơn 10 ngày

Các triệu chứng của bệnh có cải thiện khi điều trị thuốc hen

Các triệu chứng trên xuất hiện hoặc nặng lên về đêm và sáng hoặc khi tiếp xúc với một số dị nguyên hay các yếu tố nguy cơ

Cần khai thác tiền sử người bệnh và gia đình người bệnh về các bệnh dị ứng như hen, chàm, mề đay, viêm mũi dị ứng, viêm kết mạc mùa xuân, dị ứng thức ăn, v.v...

Một cơn hen điển hình được mô tả như sau:

Tiền triệu: Hắt hơi, sổ mũi, ngứa mắt, buồn ngủ, ho, v.v...

Cơn khó thở: khó thở ra, chậm, khò khè, tiếng rít (bản thân người bệnh và người xung quanh có thể nghe thấy), mức độ khó thở tăng dần, có thể kèm theo vã mồ hôi, nói khó.

Thoái lui: Cơn có thể ngắn 5-15 phút, có thể kéo dài hàng giờ hoặc dài hơn. Cơn hen có thể tự hồi phục, kết thúc bằng khó thở giảm dần, ho và khạc đờm trong, quánh dính.

Khám thực thể: Nghe phổi có ran rít, ran ngáy. Trường hợp nặng có các dấu hiệu suy hô hấp (xem phần đánh giá mức độ cơn hen). Tuy nhiên, sẽ không phát hiện dấu hiệu gì bất thường nếu người bệnh đến khám ngoài cơn hen.

Đo chức năng hô hấp:

Những nơi có điều kiện cần đo chức năng hô hấp: lưu lượng đỉnh (PEF) và FEV<sub>1</sub> để đánh giá mức độ nặng nhẹ của cơn hen, khả năng hồi phục và sự dao động của luồng khí tắc nghẽn, giúp khẳng định chẩn đoán hen.

- PEF được đo nhiều lần bằng lưu lượng đỉnh kế. Sau khi hít thuốc giãn phế quản, PEF tăng 60 lít/phút hoặc tăng  $\geq 20\%$  so với trước khi dùng thuốc, hoặc PEF thay đổi hàng ngày  $\geq 20\%$ , gợi ý chẩn đoán hen.

- Đo FEV<sub>1</sub> bằng máy đo chức năng hô hấp cũng cho kết quả tương tự khi thực hiện test hồi phục phế quản: FEV<sub>1</sub> tăng  $\geq 12\%$  hoặc  $\geq 200$  ml sau khi hít thuốc giãn phế quản (nếu vẫn nghi ngờ có thể đo lại lần 2).

Các xét nghiệm khác

- Test kích thích phế quản với metacholin hoặc histamin có thể được sử dụng trong các trường hợp nghi ngờ hen phế quản mà đo chức năng hô hấp bình thường.

- Xét nghiệm tìm nguyên nhân: dị nguyên gây bệnh, xác định IgE toàn phần và IgE đặc hiệu sau khi đã khai thác tiền sử dị ứng và làm các test lấy da, test kích thích với các dị nguyên đặc hiệu.

**Tóm tắt:** Để chẩn đoán xác định hen cần kết hợp hỏi tiền sử, bệnh sử, khám lâm sàng, đo chức năng hô hấp và các xét nghiệm đặc hiệu khác. Ngoài ra, điều trị thử bằng thuốc giãn phế quản cường  $\beta_2$  + ICS có kết quả cũng là một chứng cứ để có thể chẩn đoán hen.

#### 2. Bilan ban đầu:

X – quang phổi thẳng

Phế dung ký với test giãn phế quản

Tổng phân tích tế bào máu (đánh giá tăng bạch cầu ái toan)

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

#### 3. Chẩn đoán phân biệt:

Khi chẩn đoán hen, cần chú ý phân biệt với các tình trạng bệnh lý sau đây:

Tắc nghẽn đường hô hấp trên: u chèn ép, bệnh lý thanh quản.

Tắc nghẽn khí quản, phế quản: khối u chèn ép, dị vật đường thở (tiếng thở rít cố định, không đáp ứng với thuốc giãn phế quản).

Hen tim: suy tim trái do tăng huyết áp, bệnh van tim, bệnh cơ tim.

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính: trên 40 tuổi, tiền sử hút thuốc lá, thuốc lào, chức năng hô hấp có rối loạn thông khí tắc nghẽn không hồi phục hoàn toàn.

Các bệnh lý phế quản, phổi khác.

#### 4. Phân loại hen

##### 4.1. Phân loại theo mức độ nặng nhẹ:

Bảng 1. Phân loại hen theo mức độ nặng nhẹ

| Bậc hen                    | Triệu chứng ban ngày         | Triệu chứng ban đêm | Mức độ cơn hen ảnh hưởng hoạt động | PEF, FEV <sub>1</sub> | Dao động PEF |
|----------------------------|------------------------------|---------------------|------------------------------------|-----------------------|--------------|
| Bậc 1<br>(Nhẹ, cách quãng) | < 1 lần/tuần                 | ≤ 2 lần/tháng       | Không giới hạn hoạt động thể lực   | > 80%                 | < 20%        |
| Bậc 2<br>(Nhẹ, dai dẳng)   | > 1 lần/tuần<br>< 1 lần/ngày | > 2 lần/tháng       | Có thể ảnh hưởng hoạt động thể lực | > 80%                 | 20% - 30%    |
| Bậc 3<br>Vừa, dai dẳng     | Hàng ngày                    | > 1 lần/tháng       | Ảnh hưởng hoạt động thể lực        | 60-80%                | > 30%        |
| Bậc 4<br>Nặng              | Thường xuyên, liên tục       | Thường có           | Giới hạn hoạt động thể lực         | < 60%                 | > 30%        |

##### Lưu ý:

Phân bậc hen chỉ cần dựa vào đặc tính thuộc bậc cao nhất, cho dù các đặc tính khác có thể ở bậc nhẹ hơn, ví dụ: hàng ngày có triệu chứng ban ngày = bậc 3, mặc dù triệu chứng ban đêm có thể dưới 2 lần/tháng.

Tất cả mọi trường hợp đều có thể bị cơn hen nặng nguy hiểm tính mạng. Do vậy việc chuẩn bị đề phòng các cơn hen cấp đều cần thiết với mọi trường hợp, cho dù đang ở bậc nhẹ.

Ở những nơi không có điều kiện đo chức năng hô hấp, việc phân bậc hen dựa vào triệu chứng lâm sàng cũng có giá trị.

##### 4.2. Phân loại theo mức độ kiểm soát hen:

Phân loại bậc hen theo mức độ nặng nhẹ có những hạn chế trong thực hành vì tính chất rất biến động của hen. Để đánh giá mức độ đáp ứng với điều trị, mức độ kiểm soát hen trên lâm sàng có tính thực hành hơn, giúp cho việc chỉ định và theo dõi điều trị người bệnh dễ dàng hơn.

Bảng 2. Phân loại hen theo mức độ kiểm soát

| Đặc điểm                                         | Đã được kiểm soát              | Kiểm soát một phần                   | Chưa được kiểm soát                                           |
|--------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 1. Triệu chứng ban ngày                          | Không<br>(hoặc ≤ 2 lần/ tuần)  | >2 lần/tuần                          | ≥ 3 đặc điểm của hen kiểm soát một phần trong bất kỳ tuần nào |
| 2. Triệu chứng thức giấc ban đêm                 | Không                          | Có                                   |                                                               |
| 3. Hạn chế hoạt động                             | Không                          | Có                                   |                                                               |
| 4. Nhu cầu dùng thuốc cắt cơn điều trị cấp cứu   | Không<br>(hoặc ≤ 2 lần / tuần) | >2 lần/tuần                          |                                                               |
| 5. Chức năng hô hấp (PEF hoặc FEV <sub>1</sub> ) | Bình thường                    | < 80% số dự đoán hoặc nếu biết trước | 1 lần trong bất kỳ tuần nào                                   |
| 6. Cơn kịch phát cấp                             | Không                          | ≥ 1 lần/năm                          |                                                               |

## II./ ĐIỀU TRỊ

### 1. Nguyên tắc điều trị hen:

- Điều trị hen nhằm đạt 6 mục tiêu kiểm soát hen:

Không có triệu chứng hen (hoặc có ít nhất).

Không thức giấc do hen.

Không phải dùng thuốc cắt cơn (hoặc dùng ít nhất).

Không hạn chế hoạt động thể lực.

Chức năng phổi (PEF; FEV<sub>1</sub>) trở lại bình thường.

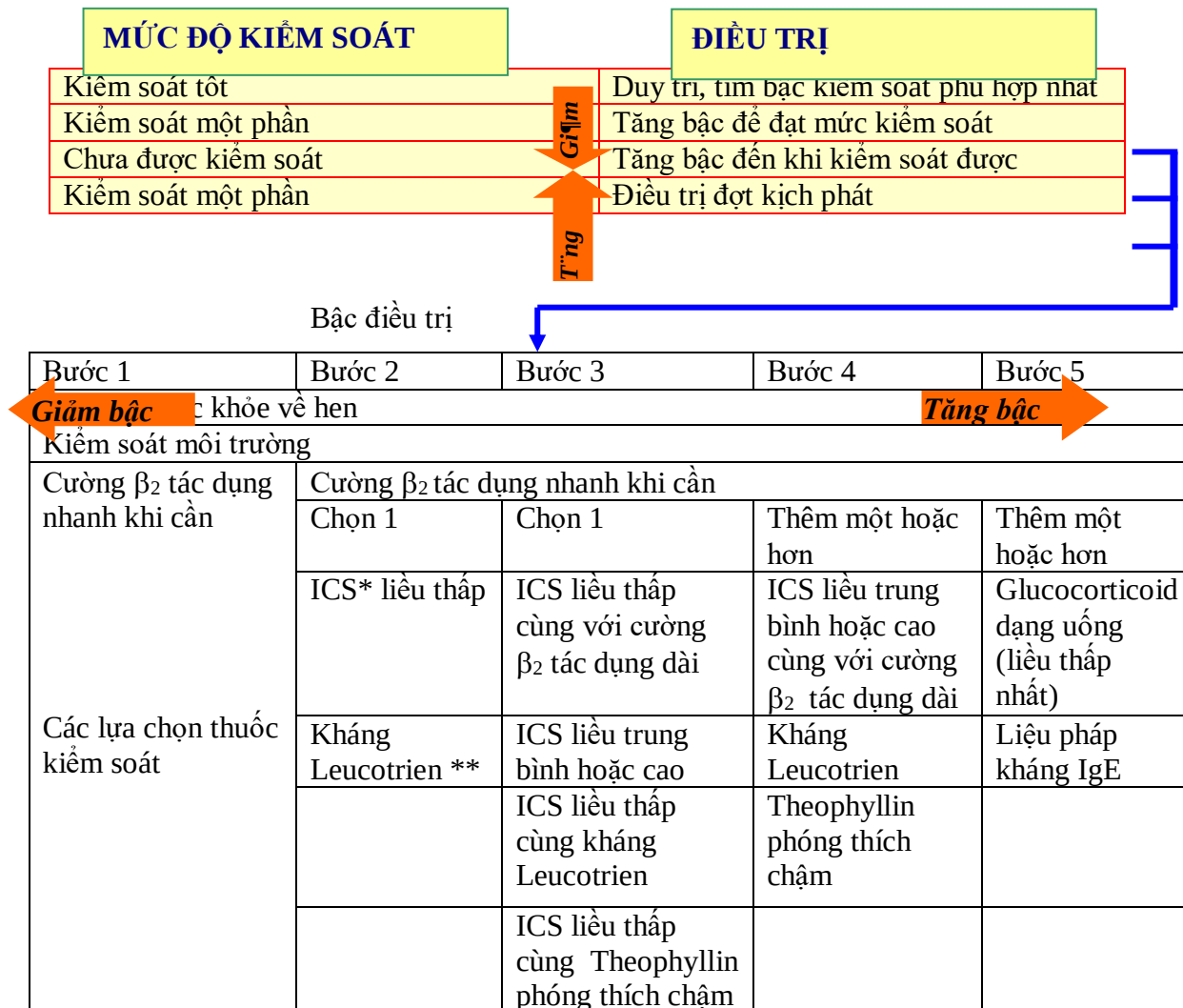
Không có cơn kịch phát.

- Điều trị hen bao gồm điều trị cắt cơn và điều trị dự phòng ngoài cơn hen

- Thuốc điều trị hen có thể dùng tại chỗ (hít, khí dung), uống hoặc tiêm. Tuy nhiên thuốc dùng tại chỗ có nhiều ưu điểm, trong đó thuốc corticosteroid dạng hít là thuốc dự phòng hen có hiệu quả nhất hiện nay.

## 2. Điều trị dự phòng hen

Xử trí dựa trên mức độ kiểm soát và phân bậc nặng nhẹ: (đối với trẻ trên 5 tuổi và người lớn)



\* ICS – Glucocorticosteroid hít

\*\* Kháng thụ thể hoặc ức chế tổng hợp Leucotrien

Liều tương đương các thuốc có ICS có tại bệnh viện

| Thuốc      | Liều thấp<br>Hàng ngày (µg) |         | Liều trung bình<br>Hàng ngày (µg) |         | Liều cao<br>Hàng ngày (µg) |        |
|------------|-----------------------------|---------|-----------------------------------|---------|----------------------------|--------|
|            | Người lớn                   | Trẻ em  | Người lớn                         | Trẻ em  | Người lớn                  | Trẻ em |
| Budesonid  | 200-400                     | 100-200 | 400-800                           | 200-400 | 800-1600                   | >400   |
| Fluticason | 100-250                     | 100-200 | 250-500                           | 200-500 | 500-1000                   | >500   |

### 2.1. Bắt đầu điều trị hen như thế nào?

- Bước 2 là điều trị khởi đầu cho hầu hết các trường hợp người bệnh hen đến khám có triệu chứng hen dai dẳng mà chưa điều trị corticosteroid.

- Người bệnh đến khám lần đầu cho thấy hen không kiểm soát nghĩa là có  $\geq 3$  tiêu chí trong cột hen kiểm soát một phần (Bảng 2) thì điều trị bắt đầu từ bước 3.

## 2.2. Tăng bước điều trị hen như thế nào?

- Tình trạng hen chưa được kiểm soát trong vòng 1 tháng cần xem xét tăng bước điều trị.
- Nếu xuất hiện cơn hen cấp: chỉ định tăng bước điều trị ngay.
- Tăng liều ICS: Tăng gấp 2 lần coi như không có hiệu quả. Tăng gấp 4 lần liều ICS (7-14 ngày) có hiệu quả tương đương với corticoid uống.
- Corticoid uống cần điều trị trong vòng 7 ngày.

## 2.3. Giảm bước điều trị hen như thế nào?

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

- Nếu đang dùng LABA+ICS liều trung bình, cao  $\rightarrow$  giảm liều ICS 50% mỗi 3 tháng, nhưng vẫn giữ nguyên liều LABA.
- Nếu đang dùng LABA+ICS liều thấp  $\rightarrow$  ngừng LABA
- Nếu đang dùng thuốc kiểm soát khác ngoài LABA+ICS liều trung bình, cao  $\rightarrow$  giảm liều ICS 50% mỗi ba tháng nhưng vẫn duy trì liều thuốc kiểm soát khác.
- Nếu đang dùng thuốc kiểm soát khác ngoài LABA+ICS liều thấp  $\rightarrow$  ngừng thuốc kiểm soát khác.
- Nếu đang dùng ICS liều trung bình, cao  $\rightarrow$  giảm 50% mỗi ba tháng
- Nếu đang dùng ICS liều thấp  $\rightarrow$  chuyển sang dùng liều ngày lần
- Nếu đang dùng ICS liều thấp nhất trong 2 tháng  $\rightarrow$  có thể ngừng điều trị thuốc. Tiếp tục theo dõi đề phòng.

Một số thuốc điều trị:

| Thuốc                                                                                                   | Dạng hít (mcg)                       | Khí dung (mg/ml) | Uống (mg)                     | Ống tiêm (mg) | Thời gian tác dụng (giờ) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------|-------------------------------|---------------|--------------------------|
| <b>Cường <math>\beta_2</math> tác dụng nhanh và ngắn (SABA)</b>                                         |                                      |                  |                               |               |                          |
| Fenoterol                                                                                               | 100-200                              | 1                | 0.05% (xirô)                  |               | 4-6                      |
| Salbutamol                                                                                              | 100-200                              | 0.5%             | 2-4 (viên)<br>60/150ml (xirô) |               | 4-6                      |
| Terbutalin                                                                                              | 400-500                              | 2.5; 5           | 2.5; 5 (viên)                 | 0.5           | 4-6                      |
| <b>Cường <math>\beta_2</math> tác dụng chậm và kéo dài (LABA)</b>                                       |                                      |                  |                               |               |                          |
| Formoterol                                                                                              | 4.5-12                               |                  |                               |               | $\geq 12$                |
| Salmeterol                                                                                              | 25-50                                |                  |                               |               | $\geq 12$                |
| <b>Kháng phó giao cảm tác dụng nhanh</b>                                                                |                                      |                  |                               |               |                          |
| Ipratropium bromide                                                                                     | 20-40                                | 0.25-0.5         |                               |               | 6-8                      |
| <b>Kháng phó giao cảm tác dụng kéo dài</b>                                                              |                                      |                  |                               |               |                          |
| Tiotropium                                                                                              | 18                                   |                  |                               |               | $\geq 24$                |
| <b>Kết hợp Cường <math>\beta_2</math> với kháng phó giao cảm</b>                                        |                                      |                  |                               |               |                          |
| Fenoterol/<br>Ipratropium                                                                               | 50/20                                | 0.5/0.25         |                               |               | 6-8                      |
| Salbutamol/<br>Ipratropium                                                                              | 100/20                               | 2.5/0.5          |                               |               | 9-8                      |
| <b>Methylxanthin</b>                                                                                    |                                      |                  |                               |               |                          |
| Theophyllin                                                                                             |                                      |                  | 100-600 (viên)                |               | $\geq 12$                |
| Bambuterol                                                                                              |                                      |                  | 10 (viên)                     |               |                          |
| <b>Glucocorticosteroids dạng hít (ICS)</b>                                                              |                                      |                  |                               |               |                          |
| Budesonide                                                                                              |                                      | 0.5              |                               |               |                          |
| Fluticason                                                                                              | 50-500                               | 0.5              |                               |               |                          |
| <b>Kết hợp Cường <math>\beta_2</math> tác dụng kéo dài với Glucocorticosteroids dạng hít (LABA+ICS)</b> |                                      |                  |                               |               |                          |
| Formoterol/<br>Budesonide                                                                               | 4.5/80, 160                          |                  |                               |               |                          |
| Salmeterol/<br>Fluticason                                                                               | 50/100, 250, 500,<br>25/50, 125, 250 |                  |                               |               |                          |

|                           |  |  |               |    |  |
|---------------------------|--|--|---------------|----|--|
| Corticosteroids toàn thân |  |  |               |    |  |
| Prednisolon               |  |  | 5-20 (viên)   |    |  |
| Methyl<br>Prednisolon     |  |  | 4-8-16 (viên) | 40 |  |

**Tài liệu tham khảo:**

Quyết định số 1851/QĐ-BYT ngày 24/ 04/ 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế, “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Hen phế quản người lớn và trẻ em từ 12 tuổi trở lên.”

Phác đồ điều trị 2012 BV Phạm Ngọc Thạch

GINA2017

## **BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH (COPD) GIAI ĐOẠN ỔN ĐỊNH**

COPD là bệnh thường gặp có thể phòng ngừa và điều trị được, đặc trưng bởi sự hạn chế luồng khí thường xuyên, thường tiến triển dần và kết hợp với một đáp ứng viêm mạn tính được tăng cường trong đường dẫn khí và phổi đối với những hạt hoặc khí độc hại. Các đợt kịch phát và các bệnh đồng mắc góp phần vào độ nặng của từng cá thể bệnh nhân (GOLD 2011)

Như vậy bản chất của bệnh là suy hô hấp hình thành và tiến triển dần do tiếp xúc với những khí và hạt độc hại, trong đó chủ yếu là thuốc lá.

Cũng cần lưu ý là bệnh lao cũng là bệnh lý cũng thường gặp trong thực hành lâm sàng chuyên khoa phổi. Bệnh lao tiến triển có thể hiện diện cùng với COPD và di chứng lao phổi nặng thêm COPD.

### **I./ LÝ DO KHÁM BỆNH**

Nghĩ đến COPD ở người lớn có 3 triệu chứng chủ yếu:

- Khó thở: diễn tiến dần theo thời gian, thường xuyên, tăng lên khi gắng sức.
- Ho mạn tính: có thể gián đoạn từng đợt và có thể không đàm
- Khạc đàm mạn tính: bất kỳ kiểu khạc đàm mạn tính nào.

Việc cần làm là khai thác bệnh sử tìm yếu tố nguy cơ và thực hiện đo hô hấp ký để khẳng định chẩn đoán đồng thời làm xét nghiệm khác nếu cần để phân biệt các bệnh gây nhầm lẫn hoặc kèm theo.

### **II./ TIỀN SỬ**

Có yếu tố nguy cơ:

- Hút thuốc lá: số PY, tình trạng hút thuốc lá hiện nay (nếu còn hút thực hiện tiếp các bước của cai nghiện thuốc lá).
- Tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ khác: đun nấu than củi trong thời gian dài, nghề nghiệp liên quan, thời gian?

Tần suất và cường độ các đợt kịch phát trong năm qua, điều trị hiện có.

Bệnh phổi khác: lao phổi, hen suyễn, giãn phế quản...

Bệnh khác kèm theo: tăng huyết áp, bệnh tim thiếu máu cục bộ, bệnh xơ vữa động mạch, tiểu đường...

### **III./ ĐÁNH GIÁ BAN ĐẦU**

Loại trừ lao tiến triển và các bệnh khác:

XQ phổi thẳng và nghiêng

BK đàm

Để khẳng định chẩn đoán và đánh giá bệnh:

Phế dung ký: có làm test giãn phế quản với Salbutamol

ECG và siêu âm tim Doppler màu

Công thức máu, đường huyết, chức năng gan (SGOT, SGPT, Bil), chức năng thận (Urê, Creatinin)

Khí máu động mạch: cho bệnh nhân có FEV1 < 50% giá trị lý thuyết

Những xét nghiệm khác tùy trường hợp có chỉ định phù hợp.

### **IV./ CHẨN ĐOÁN**

Xác định: triệu chứng + yếu tố nguy cơ + phế dung ký.

Phân loại: bệnh nhân được xếp vào 4 nhóm A, B, C, D theo GOLD

**ĐÁNH GIÁ PHỔI HỢP CỦA COPD**

Đánh giá triệu chứng trước:

- Ít triệu chứng: mMRC 0-1 hoặc CAT < 10: Nhóm A hoặc C
- Nhiều triệu chứng: mMRC ≥ 2 hoặc CAT ≥ 10: Nhóm C hoặc D

| Bảng điểm đánh giá khó thở MRC                                                                                                 | Điểm |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Khó thở khi gắng sức mạnh                                                                                                      | 0    |
| Khó thở khi đi vội trên đường bằng hoặc đi lên dốc nhẹ                                                                         | 1    |
| Đi bộ chậm hơn người cùng tuổi vì khó thở hoặc phải dừng lại để thở khi đi cùng với tốc độ của người cùng tuổi trên đường bằng | 2    |
| Phải dừng lại để thở khi đi bộ khoảng 100 m hay vài phút trên đường bằng                                                       | 3    |
| Khó thở nhiều đến nỗi không thể ra khỏi nhà, khi thay quần áo                                                                  | 4    |

Đánh giá nguy cơ sau: Dựa trên FEV1 và tiền sử đợt kịch phát:

- Nguy cơ thấp: GOLD 1 hoặc 2 và  $\leq 1$  đợt kịch phát/năm: Nhóm A hoặc B

- Nguy cơ cao: GOLD 3 hoặc 4 hoặc  $\geq 2$  đợt kịch phát/năm: Nhóm C hoặc D

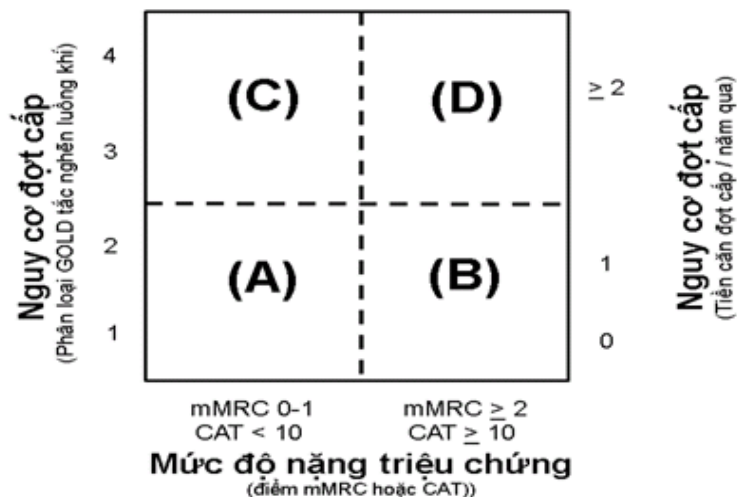
Kết quả của đánh giá toàn diện COPD dựa trên nhiều yếu tố đã phân bệnh nhân COPD thành 4 nhóm A, B, C, D trong đó:

(1) nhóm A được gọi là nhóm bệnh nhân triệu chứng ít, nguy cơ thấp;

(2) nhóm B: triệu chứng nhiều, nguy cơ thấp;

(3) Nhóm C: triệu chứng ít, nguy cơ cao;

(4) nhóm D: triệu chứng nhiều, nguy cơ cao.



## V./ ĐIỀU TRỊ

Giai đoạn ổn định: nhằm làm giảm triệu chứng (cắt triệu chứng, cải thiện mức dung nạp gắng sức, cải thiện tình trạng sức khỏe) và giảm nguy cơ (ngăn bệnh tiến triển, ngừa và điều trị các đợt kịch phát, giảm tử vong)

Bỏ thuốc lá: quan trọng nhất cho dù bệnh đang ở bất cứ giai đoạn nào.

Thuốc giãn phế quản

2.1. Thuốc dùng hàng ngày:

ICS-LABA

Budesonide-formoterol (Symbicort): sáng 320/4.5mcg- chiều 320/4.5mcg, hít.

Fluticasone-salmeterol (Seretide): sáng 50/500mcg- chiều 50/500mcg, hít

LAMA:

Tiotropium 18 mcg (Spiriva): sáng 1viên hít

LABA Indacaterol 150-300mcg/ngày X 1lần (dạng bột hít)

2.2. Thuốc dùng hít khi cần

SAMA-SABA

Ipratropium-fenoterol (Berodual) 80/200mcg: xịt, hít

Salbutamol- Ipratropium (Combivent) 75/15 mcg: xịt, hít

SABA:

Salbutamol (Ventolin) 100mcg, hít

Terbutaline 500mcg, hít

2.3. Thuốc khác: Theophylline 100mg uống, Bambuterol 10mg uống, cân nhắc khi dùng

2.4 Lựa chọn:

| Bệnh nhân | Lựa chọn đầu tiên | Lựa chọn thay thế đầu tiên      | Các lựa chọn thay thế khác     |
|-----------|-------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| A         | SABA hoặc SAMA    | LABA hoặc LAMA hoặc SABA + SAMA | Theophyllin                    |
| B         | LABA hoặc LAMA    | LABA + LAMA                     | SABA +/- hoặc SAMA Theophyllin |
| C         | LABA+ICS          | LABA + LAMA                     | SABA +/- hoặc SAMA             |



|   |                             |                                                                                              |                                                  |
|---|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
|   | hoặc LAMA                   | Hoặc LAMA+PDE4-inh<br>Hoặc LABA+PDE4-inh                                                     | Thyepophyllin                                    |
| D | LABA + ICS +/-<br>hoặc LAMA | LABA + ICS và LAMA<br>Hoặc ICS+LABA và PDE4-inh<br>Hoặc LABA + LAMA<br>Hoặc LAMA và PDE4-inh | Carbocystein<br>SABA+/hoặc SAMA<br>Thyepophyllin |

Trong thực hành tùy hoàn cảnh thực tế của bệnh nhân, bác sĩ sẽ lựa chọn thuốc, phối hợp thuốc cho có hiệu quả, đáp ứng 2 mục tiêu giảm triệu chứng và giảm nguy cơ

Bệnh nhân có mMRC >1 và bệnh nhân sau đợt kịch phát nên được chỉ định tập vật lý trị liệu hô hấp tại khoa Y học cổ truyền.

Bệnh nhân từ 65 tuổi, FEV1 < 40% giá trị dự đoán nên tiêm ngừa viêm phổi với Pneumococcal polysaccharide vaccine. Tiêm ngừa cúm hàng năm.

Bệnh nhân gầy ốm có BMI thấp nên được giới thiệu khám tư vấn dinh dưỡng.

Đợt kịch phát: phải nghĩ đến đợt kịch phát khi các triệu chứng khó thở, ho khạc đàm thay đổi bất thường vượt quá những dao động hàng ngày, cần xử lý phù hợp và kịp thời.

#### **Tài liệu tham khảo:**

Phác đồ điều trị 2012 Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch

Quyết định số 3874/QĐ- BYT ngày 26/06/2018 ban hành tài liệu chuyên môn “ Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính”

GOLD 2017

## SUY GIÁP

### I. ĐỊNH NGHĨA

Suy giáp là tình trạng giảm chức năng tuyến giáp dẫn đến sự thiếu hụt tổng hợp và giải phóng hormon tuyến giáp.

Danh pháp tương tự: Thiếu năng tuyến giáp, nhược năng tuyến giáp.

### II. NGUYÊN NHÂN

#### I. Suy giáp nguyên phát (tại tuyến)

- Viêm giáp Hashimoto
- Tai biến do điều trị: I phạ, PT, dùng thuốc kháng giáp
- Rối loạn chuyển hóa Iode
- Viêm tuyến giáp bán cấp
- Thiếu men tổng hợp hormone tuyến giáp, thuốc Lithium

#### II. Suy giáp thứ phát (tuyến yên)

- U tuyến yên
- Phẫu thuật, xạ trị tuyến yên
- Tuyến yên bị phá hủy do nhồi máu (hội chứng Sheehan)
- Thiếu TSH vô căn

3. Suy giáp đê tam cấp: Rối loạn chức năng vùng dưới đồi: U, PT, xạ trị, vô căn

4. Đề kháng hormon TG ở ngoại biên: Bất thường thụ thể đối với T4

### III. CHẨN ĐOÁN SUY GIÁP

#### 1. Lâm sàng

Biểu hiện lâm sàng thay đổi tùy nguyên nhân, thời gian mắc bệnh, mức độ bệnh

Triệu chứng ban đầu mơ hồ, kín đáo

Nên nghĩ đến SG khi có 1 triệu chứng bất thường mới xuất hiện/Tiền căn bệnh lý tuyến giáp

Giai đoạn muộn có đầy đủ phù niêm và triệu chứng lâm sàng điển hình:

##### a. Da niêm, lông tóc móng

- Mặt tròn ít biểu lộ tình cảm
- Phù mi mắt ( mi dưới )
- Môi dày, tím
- Da khô nám, lòng bàn tay (chân) có màu vàng
- Lông tóc móng dễ rụng, dễ gãy
- Sự ứ đọng chất nhầy (polysaccharide) ở ù tai, giảm thính lực, Khàn tiếng, Phù niêm

##### b. Giảm chuyển hóa

- Sợ lạnh
- Uống ít, tiểu ít
- Táo bón: do giảm nhu động ruột
- Giảm tiết mồ hôi

##### c. Tim mạch

- Nhịp chậm  $\leq 60$  l/p, HA thấp, tiếng tim mờ
- Tràn dịch màng ngoài tim, khó thở khi gắng sức

##### d. Thần kinh – cơ

- Giảm phản xạ gân xương
- Teo cơ, vọp bẻ, giả phì đại cơ (thâm nhiễm)

##### e. Tâm thần

- Thờ ơ, chậm chạp, vô cảm
- Giảm hoạt động trí óc

##### f. Nội tiết:

Bướu giáp :  $\pm$  , thường không to

- Sinh dục
- RL kinh nguyệt, thờ ơ, lãnh cảm
- Giảm khả năng sinh dục
- Do Prolactin: \$ mất kinh-chảy sữa
- Suy tuyến thượng thận:  $\pm$  , có thể phục hồi sau điều trị

## 2. Cận lâm sàng

### a. Định lượng hormone

- FT3, FT4 giảm, TSH tăng  $> 10 \text{ mUI/L} \rightarrow$  SG nguyên phát.
- FT3, FT4 giảm, TSH giảm hoặc không tăng  $\rightarrow$  Suy giáp là tại tuyến yên hoặc hạ đồi.
- Test TRH sẽ giúp phân biệt 2 trường hợp này
- Nếu test TRH (-): Suy giáp do tuyến yên
- Nếu test TRH (+): Suy giáp do vùng hạ đồi

### b. Độ tập trung I

131 tại tuyến giáp

Thấp hơn so với giá trị bình thường

### c. Định lượng các tự kháng thể

Nồng độ TPOAb huyết thanh tăng gấp ở người bệnh suy giáp do viêm tuyến giáp miễn dịch. Nồng độ TGAb cũng có thể tăng ở một số thể bệnh. thanh giảm.

## 5. Chẩn đoán phân biệt

- Người bệnh cao tuổi hoặc già: thường có một số triệu chứng dễ nhầm với suy giáp như béo, chậm chạp, da khô, móng tay dễ gãy, thiếu máu... song nồng độ TSH và hormon tuyến giáp bình thường.
- Người bệnh hội chứng thận hư có biểu hiện phù, tràn dịch các khoang thanh mạc, da xanh, niêm mạc nhợt, chậm chạp... nhưng nồng độ TSH và hormon tuyến giáp bình thường.
- Suy dinh dưỡng: thường có biểu hiện thiếu máu, phù, da khô, móng tay dễ gãy nhưng nồng độ TSH và hormon tuyến giáp bình thường.
- Người bệnh tâm thần: thường có biểu hiện sắc thái, nét mặt, ý thức giống người bệnh suy giáp, song xét nghiệm nồng độ TSH và hormon tuyến giáp bình thường.

## IV. ĐIỀU TRỊ

### 1. Levothyroxin (L-T4).

- Levothyroxine là thuốc được ưu tiên trong điều trị SG. Thời gian bán hủy dài (7 ngày), dùng 1 lần trước ăn sáng hay trước ngủ.
- Có dạng viên 50mcg, 100mcg
- Lựa chọn liều điều trị khởi đầu tùy theo: tuổi BN, có hay không kèm theo bệnh lý mạch vành, tăng huyết áp, loạn nhịp tim, mức độ và thời gian diễn tiến suy giáp.
- Liều duy trì hiệu quả khi FT3, FT4 bình thường, TSH  $\#1.0-2.0 \text{ mU/mL}$  và lâm sàng không còn triệu chứng suy giáp
- BN không mang thai: khởi đầu  $1.6 \text{ mcg/kg/ngày}$
- Trên người lớn tuổi hoặc BN có bệnh tim mạch đã biết hoặc nghi ngờ: liều khởi đầu  $25-50 \text{ mcg/ngày}$ , tăng  $25 \text{ mcg/lần}$  mỗi 3-4 tuần đến liều duy trì phù hợp.
- BN mang thai: tăng thành 9 liều/ tuần (thêm 1 liều vào 2 ngày cuối tuần) ngay khi biết có thai, và tham khảo ý kiến BS nội tiết.
- Theo dõi khi dùng thuốc: cân nặng, tần số tim, táo bón, cholesterol máu, T4, FT4 và TSH xét nghiệm lại cứ mỗi 6- 8 tuần / lần.
- v Các trường hợp cần tăng liều levothyroxin:
- Người bệnh có thai.
- Suy giáp ở người bệnh Basedow sau điều trị bằng phóng xạ.
- Suy giáp sau viêm tuyến giáp Hashimoto.
- Giảm hấp thu levothyroxin do dùng cholestyramin, colestipol, sulphat sắt, hydroxide nhôm hoặc hội chứng ruột ngắn.
- Tăng chuyển hóa levothyroxin do dùng phenytoin, rifampicin, carbamazepin.
- Các trường hợp cần giảm liều levothyroxin:
- Sự hồi phục toàn bộ của bệnh viêm tuyến giáp Hashimoto do hết các tự kháng thể kháng TPO (TPOAb).
- Có dấu hiệu tái phát bệnh Basedow.
- Tình trạng cấp tính của các bước nhân tự chủ.

- Người bệnh suy giáp cao tuổi.
- Dùng các loại thức ăn hoặc thuốc có chứa hoặc có tác dụng tương tự levothyroxin.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Phác đồ chẩn đoán và điều trị bệnh nội tiết chuyển hoá – Bộ y tế 2015

## BỆNH BASEDOW

### I. Định nghĩa, danh pháp

Định nghĩa: Bệnh Basedow được đặc trưng với tuyến giáp to lan tỏa, nhiễm độc hormon giáp, bệnh mắt và thâm nhiễm hốc mắt, đôi khi có thâm nhiễm da.

### II. Lâm sàng

#### 1. Hội chứng nhiễm độc giáp

a. Rối loạn chuyển hóa và điều hòa thân nhiệt

- Người bệnh thường có biểu hiện uống nhiều, khát, ăn nhiều, gầy sút cân.
- Luôn có cảm giác nóng bức, ra nhiều mồ hôi, có thể sốt nhẹ.
- Lòng bàn tay ẩm, ẩm ướt
- Khoảng 50% trường hợp tiêu chảy không kèm đau quặn với số lượng 5-10 lần/ngày do tăng nhu động ruột và giảm tiết các tuyến của ống tiêu hóa
- Chức năng tuyến tụy cũng có thể rối loạn gây tăng glucose máu.

b. Biểu hiện tim mạch

- Hồi hộp đánh trống ngực, nhịp tim nhanh thường xuyên gấp
- Tần số tim dao động trong khoảng 100-140 chu kì/phút, đôi khi có cơn nhịp nhanh kiểu Bouveret, nhịp nhanh kịch phát trên thất.
- Mạch quay nảy mạnh.
- Tăng huyết áp tâm thu còn huyết áp tâm trương bình thường hoặc giảm.
- nản, không điển hình.
- Rung nhĩ: là biến chứng hay gặp do nhiễm độc giáp.

c. Biểu hiện thần kinh - tinh thần – cơ

- Thường biểu hiện bằng tình trạng bồn chồn, tính tình thay đổi, dễ cáu gắt, xúc động, giận dữ.
- Run tay tần số cao, biên độ nhỏ, thường ở đầu ngón, có thể run lưỡi, môi, đầu, chân.
- Rối loạn tâm thần có thể xảy ra nhưng rất hiếm, có thể có cơn kích động hoặc lú lẫn, hoang tưởng.
- Tổn thương cơ biểu hiện ở các mức độ khác nhau như mỏi cơ, yếu cơ, nhược cơ hoặc liệt cơ chu kì.
- Tổn thương cơ hay gặp ở người bệnh nam, tiến triển từ từ, nặng dần
- Liệt cơ chu kì có thể xuất hiện từ vài giờ đến vài ngày, có thể kèm theo giảm nồng độ kali huyết

d. Triệu chứng sinh dục

- Nữ: vô kinh, thiếu kinh, dễ sảy thai, vô sinh
- Nam: giảm libido, rối loạn cương dương, 10% nữ hoá tuyến vú

#### 2. Bướu tuyến giáp

Tuyến giáp to ở các mức độ khác nhau, có đặc điểm bướu lan tỏa.

Có thể sờ thấy rung miu, nghe thấy tiếng thổi tâm thu tuyến giáp

#### 3. Bệnh mắt do Basedow

- Khoảng 50% người bệnh Basedow có biểu hiện bệnh mắt trên lâm sàng.
- Thường ở cả hai mắt, có thể diễn tiến từ từ hoặc rất nhanh, độc lập với diễn tiến của các biểu hiện cường giáp.
- Yếu tố nguy cơ: Hút thuốc lá, Iod phóng xạ.
- Triệu chứng sớm: cảm giác kích thích trong mắt như có dị vật, chảy nước mắt, nặng hơn khi tiếp xúc không khí hoặc gió.
- Cơ mi trên trên dần đến mở rộng khe mi. Cơ mi mắt có thể không đối xứng.
- Mi nhắm không kín (dấu Stellwag).
- Phù nề mi mắt, nhất là mi trên.
- Kết mạc có thể xung huyết.
- Lồi mắt có thể không đối xứng và có thể gây ra cảm giác áp lực đằng sau nhãn cầu.
- Liệt cơ vận nhãn.
- Nặng hơn: phù giác mạc, sung huyết giác mạc, loét giác mạc, tổn thương dây thần kinh thị làm mù mắt.
- Trong hầu hết các ca nặng, soi đáy mắt thấy xung huyết tĩnh mạch và phù gai thị.
- e. Phù niêm trước xương chày:
- Gặp ít hơn 5% bệnh nhân, và nó gần như là luôn luôn đi kèm với bệnh mắt thâm nhiễm, thường là mức độ nghiêm trọng.

- Tổn thương tăng sắc tố, ấn không lõm, thường gặp trước xương chày, mu bàn chân.
- Nguyên nhân của vị trí tổn thương trước xương chày không rõ ràng nhưng rất có thể phụ thuộc vào chấn thương do tiếp xúc.

### III. Cận lâm sàng

#### 1. Định lượng hormon

Tăng nồng độ T3, T4, FT3, FT4; giảm nồng độ TSH.

#### 2. Độ tập trung iod phóng xạ tại tuyến giáp có một số đặc điểm:

- Chỉ số hấp thu tại các thời điểm tăng so với người bình thường.
- Tốc độ tăng nhanh, sớm ở các giờ đầu (2-6 giờ).
- Chỉ số hấp thu cao nhất ở các thời điểm 6-8 giờ sau đó giảm nhanh tạo ra góc thoát (góc chạy) trên đồ thị.

#### 3. Định lượng nồng độ các tự kháng thể

- Quan trọng nhất là TRAb: bình thường âm tính hoặc nồng độ rất thấp không đáng kể. Ở người bệnh Basedow, TRAb dương tính gặp ở 80-90% trường hợp.
- Các tự kháng thể kháng thyroglobulin - TGAb, kháng thể kháng peroxidase
- TPOAb biến đổi không đặc hiệu, không có giá trị chẩn đoán bệnh Basedow.

#### 4. Siêu âm tuyến giáp

Giúp xác định thể tích và thể loại của tuyến giáp (lan tỏa, nhân hay hỗn hợp).

### IV. Chẩn đoán phân biệt

- Bướu nhân độc (bệnh Plummer) có biểu hiện tuyến giáp to thể nhân, trên xạ hình thể hiện là vùng nóng, không có lõi mắt, triệu chứng tim mạch rầm rộ, TRAb(-).
- Viêm tuyến giáp bán cấp có cường giáp. Tuyến giáp viêm có đau, to không đối xứng giữa hai thùy, mật độ chắc, có biểu hiện của viêm.
- Viêm tuyến giáp Hashimoto: khi bệnh Basedow biểu hiện kín đáo hoặc giai đoạn không có nhiễm độc hormon giáp, đôi khi cần chẩn đoán phân biệt với viêm tuyến giáp Hashimoto có tuyến giáp to, mật độ chắc như gỗ, TRAb (-) còn TGAb, TPOAb lại tăng cao.

### V. Điều trị

v Mục tiêu và nguyên tắc điều trị

- Lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp với từng người bệnh.
- Có ba phương pháp điều trị cơ bản, bao gồm: Nội khoa, phẫu thuật tuyến giáp hoặc điều trị bằng phóng xạ.

#### 1. Thuốc kháng giáp tổng hợp:

Liều thuốc kháng giáp tổng hợp khác nhau tùy giai đoạn điều trị:

\* Giai đoạn điều trị tấn công: trung bình 6 - 8 tuần.

Methimazol: 20 - 30 mg/ngày, uống 1 lần/ngày

PTU: 300 - 450 mg/ngày chia 3 lần.

\* Giai đoạn điều trị duy trì: trung bình 18 - 24 tháng. Ở giai đoạn này, liều thuốc giảm dần mỗi 1 - 2 tháng dựa vào sự cải thiện của các triệu chứng.

Methimazol mỗi lần giảm 5 - 10mg; liều duy trì 5 - 10mg/ngày.

PTU mỗi lần giảm 50 - 100 mg; liều duy trì 50 - 100mg/ngày.

Liều tấn công và duy trì cao hay thấp tùy thuộc vào mức độ nặng, nhẹ của bệnh và đáp ứng của từng người bệnh, tùy thuộc vào độ lớn của tuyến giáp, nồng độ hormone tuyến giáp và TRAb.

Sau 6 - 8 tuần đầu của giai đoạn điều trị tấn công, nếu các triệu chứng giảm dần về mức bình thường và đạt được tình trạng gọi là bình giáp thì coi như đã kết thúc giai đoạn tấn công. Kết quả điều trị: 60-70% khỏi bệnh. Có khoảng 30-40% bị tái phát sau khi ngừng điều trị vài tháng.

Tác dụng không mong muốn của thuốc kháng giáp tổng hợp:

\* Dị ứng: vào ngày thứ 7 - 10 sau khi bắt đầu điều trị, có thể có sốt nhẹ, mẩn đỏ ngoài da, đau khớp, chỉ cần giảm liều hoặc cho các thuốc kháng histamin, không cần ngừng điều trị trừ khi có dị ứng rất nặng.

\* Giảm bạch cầu: khoảng 0,5% có thể bị mất bạch cầu hạt, xảy ra trong 3 tháng

đầu điều trị. Trước khi điều trị cần thử công thức bạch cầu vì trong cường giáp chưa điều trị có thể có giảm bạch cầu là một dấu hiệu của bệnh.

Khi bạch cầu < 4000G/l hoặc bạch cầu đa nhân trung tính < 45% thì cần ngừng thuốc kháng giáp tổng hợp.

\* Rối loạn tiêu hoá: ít gặp và thường chỉ thoáng qua. Hội chứng hoàng đả thường do tắc mật trong gan hoặc viêm gan (thực tế rất hiếm gặp, có thể xảy ra ở những người bệnh thể trạng yếu). Nếu có hội chứng hoàng đả nên thay bằng liệu pháp iod, dung dịch lugol tạm thời hoặc vĩnh viễn.

v Chống chỉ định dùng các thuốc kháng giáp tổng hợp:

- Bướu tuyến giáp lạc chỗ, đặc biệt với bướu sau lồng ngực.
- Nhiễm độc ở phụ nữ có thai hoặc cho con bú.
- Suy gan, suy thận nặng.
- Bệnh lý dạ dày - tá tràng.

## **2. Iod và các chế phẩm chứa iod:**

Liều lượng:

\* Liều bắt đầu 5 mg/ngày, liều tối ưu 50 - 100 mg/ngày.

Chỉ định dùng iod:

\* Basedow mức độ nhẹ.

\* Phối hợp để điều trị cơn cường giáp cấp: chống lại sự phóng thích hormon giáp vào máu.

\* Chuẩn bị cho phẫu thuật tuyến giáp: 2 tuần trước và 1 tuần sau phẫu thuật, tác dụng giảm tưới máu và bớt chảy máu lúc mổ, làm mô giáp chắc lại.

\* Người bệnh có bệnh lý ở gan (viêm gan).

\* Có bệnh tim kèm theo, cần hạ nhanh nồng độ hormon giáp.

## **3.Ức chế beta giao cảm**

Propranolol được khuyến cáo dùng rộng rãi nhất (Perlemuter - Hazard), liều 20-80 mg mỗi 6-8 giờ do tác dụng của thuốc nhanh nhưng ngắn, có thể dùng 4 - 6 lần/ ngày.

Có thể dùng thay thế bằng metoprolol 1 lần/ngày do thuốc có tác dụng kéo dài. giao cảm, có thể thay thế bằng thuốc chặn kênh calci như diltiazem liều 180 -

## **4. Điều trị ngoại khoa bệnh Basedow**

a. Chỉ định

- Điều trị nội khoa kết quả hạn chế, hay tái phát.
- Bướu giáp quá to.
- Basedow ở trẻ em điều trị bằng nội khoa không có kết quả.
- Phụ nữ có thai (tháng thứ 3 - 4) và trong thời gian cho con bú.
- Không có điều kiện điều trị nội khoa.

a. Chuẩn bị người bệnh

Điều trị bằng thuốc kháng giáp tổng hợp sau 2 - 3 tháng để đưa người bệnh về trạng thái bình giáp, hoặc dùng carbimazol liều cao 50 - 60mg/ngày trong một tháng (Perlemuter-Hazard).

Iod: dung dịch lugol 1% liều lượng 30 - 60 giọt/ ngày, cho 2 - 3 tuần trước khi mổ, corticoid 20 - 30mg/ngày trước phẫu thuật 1 - 2 tuần.

Nếu cho propranolol thì phải ngừng thuốc trước phẫu thuật 7 - 10 ngày.

## **5. Điều trị bằng đồng vị phóng xạ I131.**

Chỉ định

- Điều trị nội khoa thời gian dài không có kết quả.
- Người bệnh > 40 tuổi có bướu không lớn lắm.
- Tái phát sau phẫu thuật.
- Bệnh Basedow có suy tim nặng không dùng được kháng giáp tổng hợp dài ngày hoặc không phẫu thuật được.

## **VI. Biến chứng**

- Suy tim, lúc đầu tăng cung lượng sau đó suy tim ứ trệ mạn tính.
- Rung nhĩ.

- Con bão giáp.
- Viêm gan do loạn dưỡng sau đó có thể xơ gan.
- Song thị, mất thị lực (mù) do lồi mắt.
- Suy giáp hoặc ung thư hóa liên quan đến điều trị.

**Tài liệu tham khảo:**

- Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội tiết chuyển hoá – bộ y tế 2015



NHI KHOA

## TIẾP CẬN TRẺ NHỎ VÀNG DA TẠI PHÒNG KHÁM

### I. ĐỊNH NGHĨA

Vàng da ứ mật là tình trạng tăng bilirubin trực tiếp trong máu  $>1.0$  mg/dL nếu bilirubin toàn phần  $< 5.0$  mg/dL hay bilirubin trực tiếp trong máu  $> 20\%$  bilirubin toàn phần nếu bilirubin toàn phần  $> 5.0$  mg/dL.

### II. NGUYÊN NHÂN

#### 1. Tắc nghẽn đường mật ngoài gan

- Teo đường mật
- Nang ống mật chủ
- Sỏi mật hay bùn ống mật
- U (intrinsic and extrinsic)
- Viêm xơ đường mật nguyên phát
- Thủng ống mật

#### 2. Nhiễm trùng

- Virus (HIV, virus viêm gan B – C, Cytomegalovirus, Herpes, Rubella, Echovirus, Adenovirus, ...)
- Toxoplasma
- Vi khuẩn (nhiễm trùng tiểu, nhiễm trùng huyết, giang mai)

#### 3. Bất thường bẩm sinh

- Hội chứng Alagille
- Giảm sản ống mật gian thùy không phải hội chứng
- Bệnh Byler, PFIC
- Xơ gan bẩm sinh
- Bệnh Caroli

#### 4. Rối loạn chuyển hóa

- Carbohydrate: galactosemia, fructosemia, glycogenesis
- Rối loạn chuyển hóa amino acid: Tyrosinemia
- Rối loạn chuyển hóa lipid
- Rối loạn chuyển hóa tổng hợp acid mật
- Hội chứng Zellweger
- Thiếu alpha-1-antitrypsin

#### 5. Khác

- Bệnh nội tiết (suy giáp, suy tuyến yên)
- Độc chất
- Thuốc
- Nuôi ăn tĩnh mạch
- Viêm gan sơ sinh vô căn

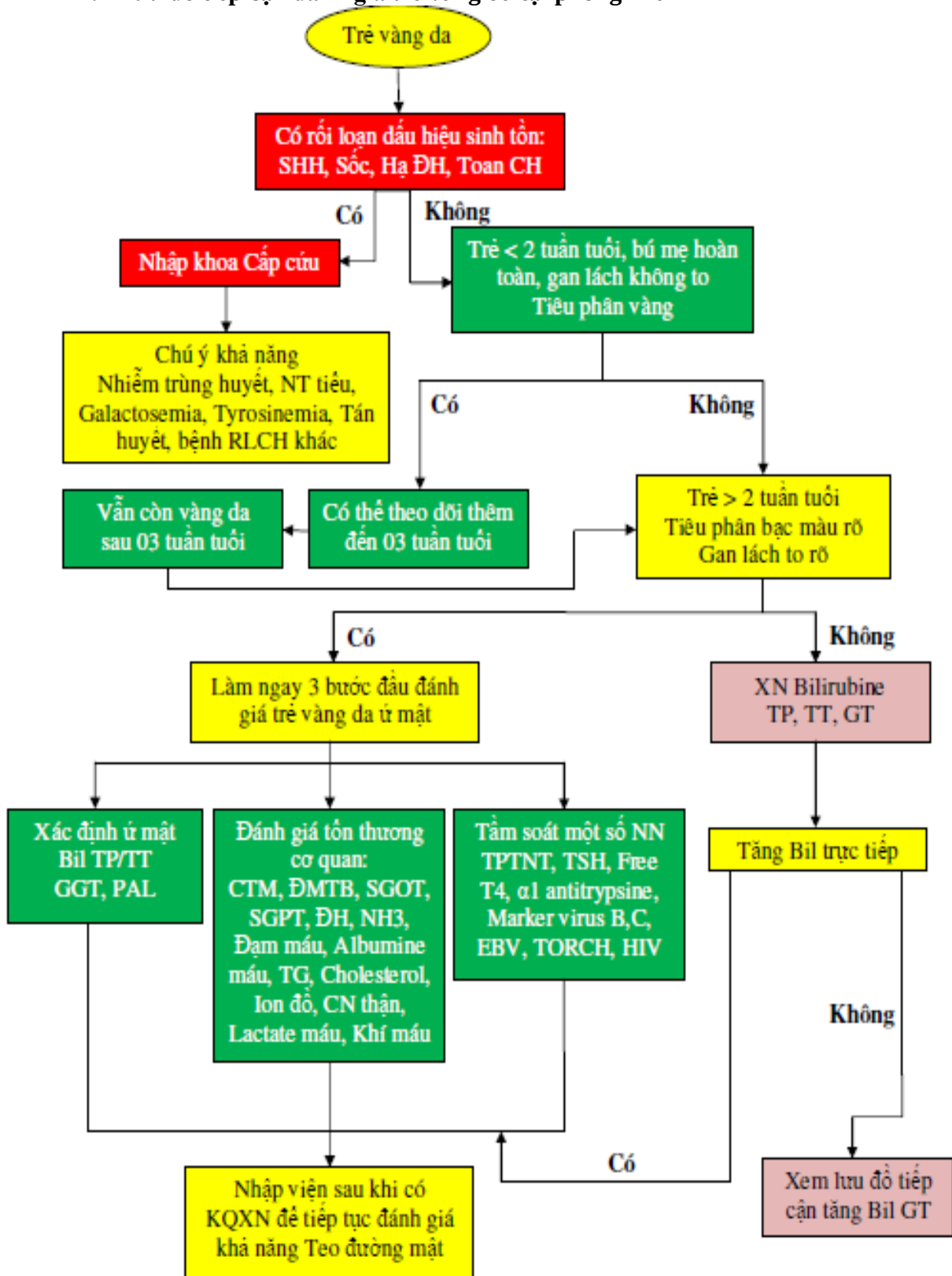
### III. CHẨN ĐOÁN

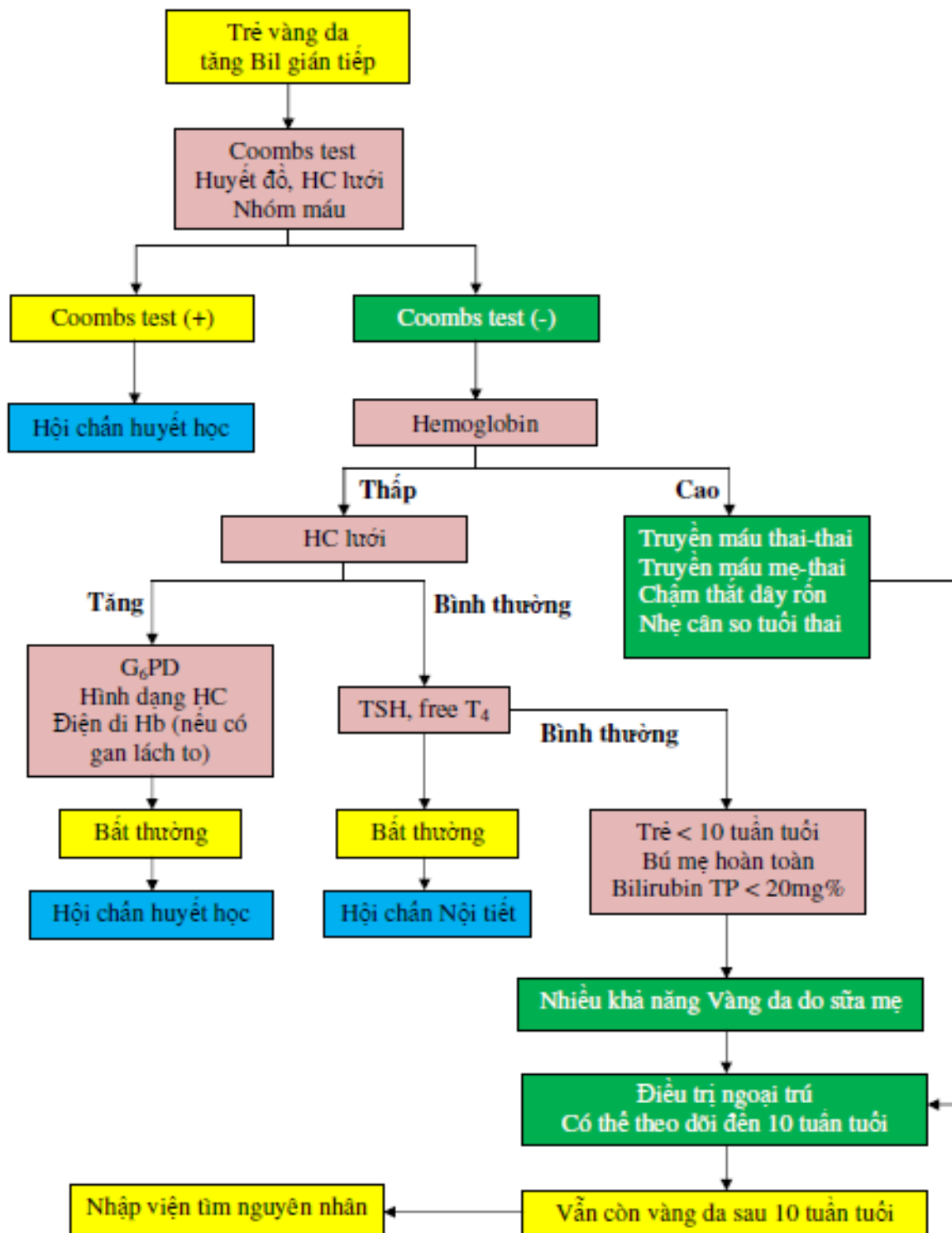
#### 1. Các cột mốc quan trọng cần lưu ý

- Trẻ sau **02 tuần tuổi** vẫn còn vàng da phải được đánh giá khả năng vàng da bệnh lý, trừ trường hợp trẻ bú mẹ hoàn toàn, tiêu phân vàng, tổng trạng tốt, gan lách không to, có thể chờ theo dõi thêm đến 03 tuần tuổi.
- Vàng da ứ mật ở trẻ nhỏ có thể do rất nhiều nguyên nhân khác nhau, tuy nhiên điều quan trọng là cần phân biệt vàng da do **Ứ mật tại gan** hay **Tắc nghẽn đường mật ngoài gan**, trong đó hay gặp nhất là **Teo đường mật bẩm sinh**.
- Tiếp cận điều trị hai nhóm bệnh lý này hoàn toàn khác nhau. Nhóm tắc nghẽn đường mật ngoài gan cần phải can thiệp phẫu thuật và tiên lượng phụ thuộc thời điểm trẻ được làm phẫu thuật Kasai. Do đó, cần hoàn tất quá trình đánh giá bệnh nhân **trước 08 tuần tuổi**.

- Trong trường hợp bệnh nhân xin về thu xếp nhập viện: cho làm ngay biland đánh giá ban đầu tại phòng khám, bao gồm:
  - Các xét nghiệm xác định có ứ mật: Bil TP/TT, GGT, PAL.
  - Các đánh giá tổn thương cơ quan: CTM, SGOT, SGPT, đạm máu, albumin máu, TG, cholesterol, ion đồ, ure, creatinin.
- ➔ Giúp rút ngắn thời gian chờ xét nghiệm, tiết kiệm “Thời gian Vàng” cho bệnh nhi Teo đường mật.

## 2. Lưu đồ tiếp cận đánh giá trẻ vàng da tại phòng khám





#### IV. XỬ TRÍ

1. **Nhập cấp cứu:** trẻ vàng da kèm dấu hiệu suy hô hấp, shock, hạ đường huyết,...

2. **Chuyển viện:**

- Tất cả trẻ sau 02 tuần tuổi tăng bilirubin trực tiếp, sau khi hoàn tất 3 bước đánh giá ban đầu ở phòng khám, cần cho nhập viện để giá các bước tiếp theo, nhằm phân biệt bệnh lý ứ mật tại gan hay tắc nghẽn đường mật ngoài gan (Teo đường mật bẩm sinh).
- Trẻ vàng da tăng bilirubin gián tiếp > 20mg% kéo dài hoặc vẫn còn vàng da sau 10 tuần tuổi.
- Trẻ vàng da tăng bilirubin gián tiếp nghi do bệnh lý huyết học hoặc nội tiết.

3. **Điều trị ngoại trú**

- Trẻ vàng da có thể theo dõi ngoại trú khi
  - Tăng bilirubin gián tiếp < 20 mg%
  - Và: 2 tuần < trẻ < 10 tuần tuổi
  - Và: bú mẹ hoàn toàn
- Hướng dẫn cho trẻ tiếp tục bú mẹ và theo dõi dấu hiệu vàng da nhân, không dùng thuốc.
- **Hướng dẫn thân nhân cách chăm sóc tại nhà:**
  - Trẻ vàng da nghi do sữa mẹ vẫn tiếp tục bú mẹ, mẹ ăn uống bình thường.
  - Chẩn đoán nên ghi: “Vàng da tăngBilirubin gián tiếp”, tránh thuật ngữ “Vàng da do sữa mẹ” gây hiểu nhầm cho thân nhân, làm bà mẹ hoặc gia đình không muốn cho trẻ bú mẹ nữa.
- **Hướng dẫn thân nhân theo dõi dấu hiệu cần tái khám ngay:**
  - Trẻ có dấu hiệu vàng da nhân: lờ đờ, bú kém hoặc bỏ bú, ọc sữa nhiều, co gồng.
  - Trẻ đi tiêu phân trắng hoặc phân bạc màu.

*Tài liệu tham khảo: Kho dữ liệu Sở y tế TPHCM – Bệnh viện Nhi Đồng 2.*

## ĐAU CHI

### I. ĐỊNH NGHĨA

- Đau chi là tình trạng đau xuất hiện ở chân (từ khớp hông đến ngón chân) hay ở tay (từ khớp vai đến ngón tay) mà không gây ra bởi chấn thương đã được biết. Tuy nhiên, các trường hợp vận động cơ quá mức hay bong gân nhẹ không kể là chấn thương.
- Đau chân bao gồm: đau khớp hông, khớp gối, mắt cá, các khớp bàn ngón.
- Đau tay bao gồm: đau khớp vai, khớp khuỷu, cổ tay, các khớp bàn ngón.

### II. CÁC NGUYÊN NHÂN THƯỜNG GẶP

#### 1. Đau tay: thường ít gặp

- Bong gân do vận động cơ quá mức như gắng sức ném vật gì đó hay bơi lội.
- Chuột rút: thường đau trong thời gian ngắn, dưới 15 phút. Thường xảy ra ở bàn tay sau thời gian viết hay đánh chữ.
- Đau cấp tính kéo dài: từ vài giờ đến 7 ngày, thường gây ra do những động tác vận động quá mạnh hay những chấn thương cơ bị lãng quên xảy ra những ngày trước đó. Thường xảy ra nhất ở khớp vai.
- Nhiễm siêu vi: đau cơ nhẹ cũng hay gặp trong một số trường hợp nhiễm siêu vi.
- Các nguyên nhân trầm trọng: gãy xương, viêm khớp (nhiễm trùng khớp), viêm dây thần kinh (nhiễm trùng thần kinh).

#### 2. Đau chân

- Các nguyên nhân chính: chuột rút hay bong gân do vận động cơ quá mức như chạy hay nhảy cao, nhảy xa. Hơn 50% trường hợp chấn thương gặp ở Nhi khoa do vận động cơ quá mức trong tập thể dục thể thao.
- Chuột rút: thường cơn đau ngắn, dưới 15 phút do co thắt cơ. Thường xảy ra ở chân hay cẳng chân trong quá trình vận động hay sau khi trẻ ngủ dậy.
- Bong gân: những cơn đau cấp tính kéo dài từ vài giờ đến 7 ngày, thường gây ra do những động tác vận động quá mạnh hay những chấn thương cơ bị lãng quên xảy ra trong những ngày trước đó.
- Đau do tăng trưởng: khoảng 10% trẻ khỏe mạnh có những cơn đau liên tục, vô hại thường được xem là đau do tăng trưởng (mặc dù nó không giúp gì cho sự tăng trưởng). Thường gặp ở trẻ mầm non, xảy ra về đêm, ban ngày không đau, không ảnh hưởng đến hoạt động bình thường. Thường đau hai bên, ở bắp chân và đùi, đau trội hơn ở cơ. Cơn đau thường kéo dài 10-30 phút.
- Nhiễm siêu vi: đau ở hai chân, đặc biệt do cúm.
- Viêm bao hoạt dịch thoáng qua: lành tính và thường xảy ra ở trẻ trai từ 2-8 tuổi. Khởi phát đi khắp khềnh đột ngột, không có triệu chứng toàn thân, thường xảy ra sau nhiễm trùng hô hấp trên.
- Các nguyên nhân trầm trọng: gãy xương, huyết khối tĩnh mạch sâu, viêm dây thần kinh (nhiễm trùng thần kinh) và viêm khớp (nhiễm trùng khớp).
- Viêm khớp nhiễm trùng: là cấp cứu nội khoa, xảy ra ở trẻ nhũ nhi và thiếu niên. Trẻ thường sốt, có vẻ nhiễm trùng, khớp sưng, nóng, đỏ, đau, giới hạn cử động.
- Viêm xương tủy: trẻ sốt, khớp sưng, nóng, đỏ, đau, giới hạn cử động chi.
- Bệnh Legg-Perthes: tình trạng viêm sụn xương dẫn đến hoại tử vô trùng đầu xương đùi. Thường xảy ra ở trẻ 4-7 tuổi. Có thể xảy ra sau viêm bao hoạt dịch thoáng qua, ban đầu không đau, khi có gãy xương thì mới đau và đi khắp khềnh.

### III. CÁCH TIẾP CẬN

#### 1. Hỏi bệnh sử

- Đau kéo dài bao lâu, xảy ra ban ngày hay ban đêm, xảy ra ở một hay hai bên, hay có khu trú ở khớp không, có làm trở ngại việc chơi hay đi học của trẻ. Đau có nguyên nhân thực thể thường kéo dài.
- Trẻ đi khắp khềnh hay không thể đi.
- Có các triệu chứng toàn thân như: sốt, vã mồ hôi về đêm, phát ban,...

#### 2. Thăm khám

- Cho trẻ nằm để thăm khám và cả lúc trẻ đi đứng, khám đầy đủ từ khớp háng đến bàn chân, từ khớp vai đến bàn tay, kể cả khớp gối/khuỷu.

- Khám chi: tìm điểm sưng, nóng, đỏ, đau. Có bị yếu cơ hay teo cơ không? Có bị hạn chế cử động khớp nào không?

- Khám tổng quát: tìm xem trẻ có bị sốt, phát ban, xanh xao, nổi hạch, hay gan, lách to do nhiễm trùng hay bệnh hệ thống.

### 3. Xét nghiệm

- Công thức máu: bạch cầu tăng cao trong bệnh lý nhiễm trùng, bệnh mạch máu tạo keo, bệnh bạch cầu cấp.

- Phản ứng viêm: CRP hay VS tăng cao trong bệnh lý nhiễm trùng, bệnh mạch máu tạo keo, bệnh viêm ruột và u bướu.

- X quang: giúp phát hiện u bướu, nhiễm trùng xương, chấn thương, hoại tử vô trùng, bệnh bạch cầu cấp.

- CT scan hay MRI: giúp phát hiện viêm xương tủy.

## IV. XỬ TRÍ

1. **Nhập cấp cứu ngay:** chấn thương nặng như gãy xương.

### 2. Chuyển viện:

- Tê chi kéo dài > 1 giờ, mất sức cơ, đau chi khi sờ chạm hoặc mất cơ năng (không thể đứng, đi, hay cử động khớp), viêm khớp (nhiễm trùng khớp), viêm xương tủy, bệnh Legg-Perthes, huyết khối tĩnh mạch sâu, viêm dây thần kinh (nhiễm trùng thần kinh), u xương.

- Viêm khớp, viêm xương tủy, viêm dây thần kinh, bệnh Legg-Perthes, u xương.

### 3. Điều trị ngoại trú: chuột rút hay bong gân, đau do tăng trưởng, nhiễm siêu vi.

- Điều trị triệu chứng: giảm đau với

- Paracetamol: 15 mg/kg/lần x 3-4 lần/ngày

- Ibuprofen: 10 mg/kg/lần x 3 lần/ngày

- Điều trị đặc hiệu:

- Chuột rút: kéo căng cơ bị đau về hướng ngược lại; chườm đá lạnh trên cơ bị đau khoảng 20 phút; uống nhiều nước; có thể cung cấp đủ lượng calci.

- Bong gân: chườm đá lạnh trên cơ bị đau khoảng 20 phút, vài lần trong ngày trong 2 ngày đầu; nếu cơ bị co cứng kéo dài trên 48 giờ, cho trẻ ngâm và tập nhẹ trong nước nóng hai lần mỗi ngày và mỗi lần trong 20 phút.

- Đau do tăng trưởng: thường nhẹ và không kéo dài, không cần điều trị; có thể xoa bóp lên nơi bị đau.

### 4. Dấu hiệu cần tái khám ngay

- Chuột rút xảy ra thường xuyên hơn

- Trẻ có sốt, đi khập khễnh hay khớp sưng to

- Đau gây ra do làm việc gắng sức kéo dài trên 7 ngày

- Trẻ có dấu hiệu nặng hơn.

Tài liệu tham khảo: Kho dữ liệu Sở y tế TPHCM – Bệnh viện Nhi Đồng 2.



## ĐAU KHỚP

### I. ĐẠI CƯƠNG

Đau khớp là tình trạng đau tại ổ khớp, hạn chế cử động khớp, có thể có hay không triệu chứng sưng, nóng, đỏ, đau. Có nhiều nguyên nhân gây đau khớp.

### II. NGUYÊN NHÂN

#### 1. Nhiễm trùng

– Vi trùng: Staphylococcus, Hemophilus, Influenzae, Streptococcus nhóm b, Escherichia coli, Neisseria meningococcus.

– Nguyên nhân khác: siêu vi trùng, Mycobacteria, vi nấm.

#### 2. Sau nhiễm trùng:

– Sau các siêu vi trùng: viêm gan B, Parvovirus, Epstein-Barr virus, Cytomegalovirus, thủy đậu, herpes, Enterovirus, Adenovirus.

– Sau nhiễm các vi trùng: thấp khớp cấp, Lyme, Chlamydia (HC Reiter), Mycoplasma, Shigella, Campulobacter.

**3. Chấn thương:** dập, tụ máu, gãy xương, viêm dây chằng, viêm bao hoạt dịch, hội chứng Legg-Calvé-Perthes.

**4. Bệnh tự miễn:** bệnh Still, bệnh lý huyết thanh, Kawasaki, bệnh Lupus ban đỏ hệ thống, Henoch-Scholein.

**5. Bệnh khác:** viêm bao hoạt dịch khớp háng nhiễm độc, bệnh lý ác tính (bạch cầu cấp, u nguyên bào, u xương), Hemophilia, bệnh chuyển hóa.

### III. TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN

#### 1. Tiếp cận chẩn đoán

– Hỏi thời gian khởi phát, yếu tố trước đó: chấn thương, thuốc, chích ngừa, côn trùng cắn, thời gian xuất hiện triệu chứng, tiến triển.

– Triệu chứng tại khớp: đau một hay nhiều khớp, có sưng, nóng, đỏ, đau, có hạn chế vận động không?...

– Tìm triệu chứng đi kèm: sốt, thiếu máu, mệt mỏi và tìm triệu chứng ở cơ quan khác: tim, phổi, da, mắt, thận,...

#### 2. Xét nghiệm giúp chẩn đoán

– Thường quy: huyết đồ, VS, CRP, tổng phân tích nước tiểu.

– Miễn dịch học: ANA, định lượng bổ thể, kháng thể anti DNA.

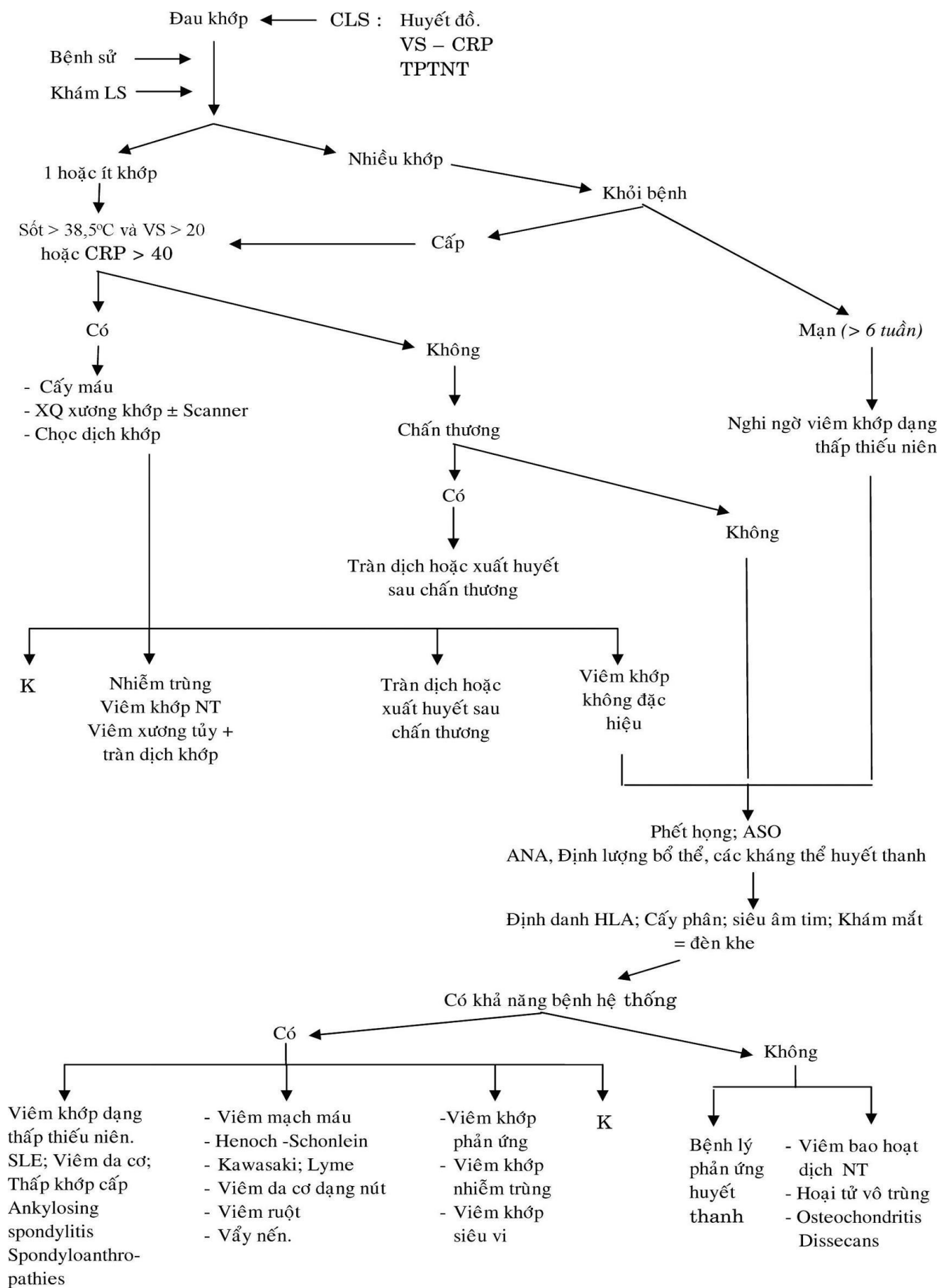
– Xét nghiệm dịch khớp: cấy, sinh hóa, tế bào.

– Cấy máu.

– Huyết thanh chẩn đoán các siêu vi trùng.

– Chẩn đoán hình ảnh: X-quang khớp, CT Scan khớp, siêu âm tim, siêu âm khớp.

#### 3. Lưu đồ



## ĐAU NGỰC

### I. ĐỊNH NGHĨA

Đau ngực là tình trạng đau khu trú ở khung lồng ngực hoặc đôi khi lan ra sau lưng, là một triệu chứng thường gặp ở trẻ em, hầu hết có nguyên nhân lành tính. Tuy nhiên, cũng cần phải tầm soát các nguyên nhân nặng có khả năng đe dọa tính mạng, để được điều trị kịp thời.

### II. NGUYÊN NHÂN

#### 1. Bệnh lý cơ xương

- Cơ: chấn thương (bong gân, dập cơ, rách cơ), xóc hông, bị đánh vùng trước ngực, đau chu kỳ do bệnh lý hồng cầu hình liềm.
- Xương/sụn: chấn thương (dập, gãy xương sườn), viêm sụn sườn, đau chu kỳ do bệnh lý hồng cầu hình liềm, hội chứng trượt xương sườn, hội chứng Tietze, viêm tủy xương, ung thư xương.

#### 2. Bệnh lý khí phế quản

- Viêm nhiễm: viêm phổi, viêm khí-phế quản, bệnh xơ nang
- Suyễn
- Dị vật đường hô hấp.

**3. Bệnh lý màng phổi:** viêm phổi màng phổi, tràn mủ màng phổi, tràn máu màng phổi, tràn khí màng phổi, viêm phổi trung thất, hội chứng sau mổ màng ngoài tim, thuyên tắc phổi, ung thư phổi màng phổi.

**4. Bệnh lý tim mạch:** viêm màng ngoài tim, sa van hai lá, rối loạn nhịp tim, thiếu máu cơ tim (có thể có nhồi máu cơ tim).

**5. Bệnh lý cơ hoành:** áp xe dưới hoành, áp xe gan, hội chứng Fitz-Hugh-Curtis.

#### 6. Bệnh lý ống tiêu hóa

- Thực quản: trào ngược dạ dày – thực quản, uống nhầm chất ăn mòn, dị vật đường tiêu hóa, thoát vị hoành, co thắt thực quản, rách thực quản.
- Cơ quan khác: viêm dạ dày, loét dạ dày, viêm túi mật, viêm tụy.

#### 7. Bệnh lý thần kinh

- Thần kinh liên sườn: chấn thương, viêm thần kinh ngoại biên.
- Rễ thần kinh cột sống lưng: chấn thương, viêm rễ thần kinh.

**8. Rối loạn tâm lý:** lo âu có hoặc không có tăng thông khí, trầm cảm, sợ đi học, mắc bệnh hoang tưởng, phản ứng ngược.

#### 9. Đau ngực vô căn

### III. CÁCH TIẾP CẬN

#### 1. Hỏi bệnh: cần giải đáp những câu hỏi sau:

- Đau ngực cấp tính hay mạn tính? (Cấp tính cần xem xét các nguyên nhân như thuyên tắc phổi, tràn khí màng phổi, viêm màng ngoài tim, gãy xương, mạn tính cần xem xét các nguyên nhân như viêm thực quản, thoát vị hoành, bệnh lý thành ngực).
- Đau ngực có liên tục hay từng lúc?
- Đau ngực có gia tăng khi hít thở không? (Nếu có thì cần xem xét do viêm màng phổi, viêm sụn sườn, gãy xương sườn, tràn khí màng phổi đau tăng lên khi thở).
- Đau ngực có kèm ho ra máu không? (Nếu có coi chừng thuyên tắc phổi).
- Đau ngực có kèm sốt và khạc mủ không? (Nếu có coi chừng viêm phổi).
- Đau ngực có kèm khó thở không? (nếu có coi chừng do tràn khí màng phổi, thuyên tắc phổi, viêm phổi sẽ gây khó thở).
- Đau ngực có nặng hơn khi di chuyển, cử động không? (Nếu có coi chừng viêm màng ngoài tim).
- Đau ngực này có giảm đau nếu dùng thuốc kháng acid không? (Nếu có thì xem xét do viêm thực quản hoặc thoát vị hoành).

#### 2. Khám lâm sàng: tìm các dấu hiệu và triệu chứng

- Dấu hiệu sinh tồn: xem có sốt, thở nhanh không? (Nhịp thở dựa theo lứa tuổi).
- Tìm các dấu hiệu, triệu chứng:

Toàn thân: môi tái, lo âu, hồi hộp, vã mồ hôi, phù, dị cảm.

Hô hấp: thở co lõm, khô khè, co kéo lồng ngực, lồng ngực, lồng ngực có căng phồng, nghe phổi có rale không, có tiếng cọ màng phổi, hay tiếng phế âm giảm.

Tim mạch: nhịp tim có nhanh, có đều hay không, có gallop T4, có âm thổi, có ngoại tâm thu không?  
Cơ, xương: có dấu chấn thương thành ngực, nhạy đau thành ngực khi hít sâu, hay ép khung ngực không? Có sưng khớp ức – đòn bên phải (gặp trong hội chứng Tietze).

Tiêu hóa: đau kiểu rất bỏng sau xương ức, khó nuốt, cảm giác bóp nghẹt, có đau thượng vị hay ợi máu không?

### **3. Xét nghiệm:**

- Xét nghiệm máu: huyết đồ, VS, khí máu động mạch (đo SaO<sub>2</sub>).
- X-quang phổi: để xem khung xương, nhu mô phổi, bóng tim.
- ECG, hay Holter ECG: để tìm các nguyên nhân tim mạch (rối loạn nhịp tim, tràn dịch màng tim, nhồi máu cơ tim) hoặc thuyên tắc phổi.
- Siêu âm tim: tìm các nguyên nhân bệnh tim mạch.
- Nội soi tiêu hóa: để tìm nguyên nhân bệnh tiêu hóa.
- Các xét nghiệm cao cấp khác: đo pH thực quản, CT scan, MRI, xạ hình ngực.

### **IV. Điều trị:** tùy theo nguyên nhân bệnh.

**1. Nhập cấp cứu ngay:** khi có dấu hiệu sốc, suy tuần hoàn, suy hô hấp nặng, ngộ độc.

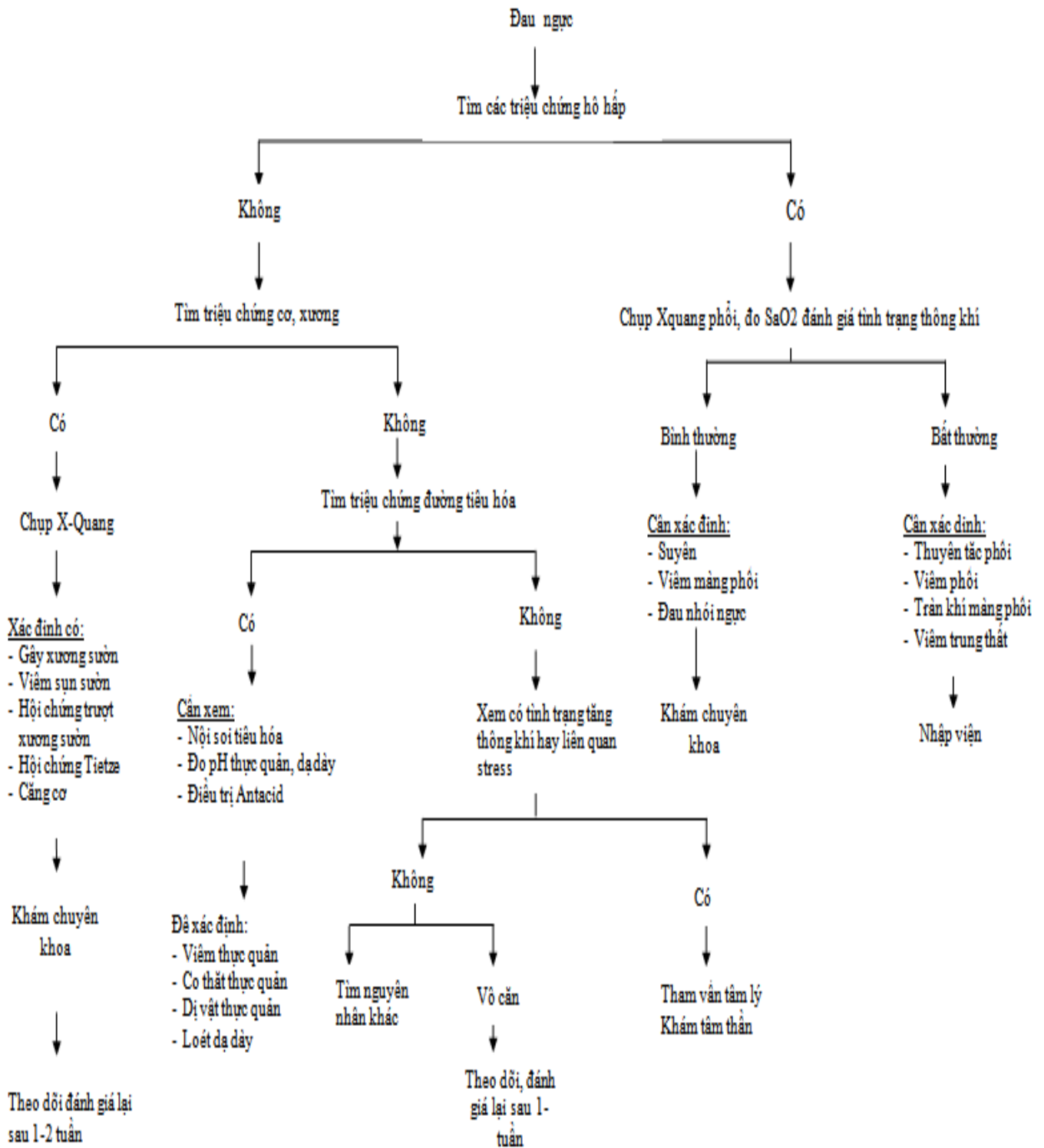
#### **2. Chuyển viện:**

- Khi có suy hô hấp, nhiễm trùng, rối loạn nhịp tim, chấn thương, bệnh lý ác tính,...
- Khám chuyên khoa: tùy theo nguyên nhân bệnh.

**3. Điều trị ngoại trú:** chấn thương nhẹ, bệnh lý ống tiêu hóa chưa có chỉ định nhập viện, rối loạn tâm lý.

*Tài liệu tham khảo: Kho dữ liệu Sở y tế TPHCM – Bệnh viện Nhi Đồng 2.*

## LƯU ĐỒ CHẨN ĐOÁN ĐAU NGỰC



## VIÊM MŨI HỌNG CẤP

### I. ĐẠI CƯƠNG:

Mũi và họng là nơi tiếp xúc thường xuyên với bên ngoài vì vậy dễ bị nhiễm trùng. Ngoài ra mũi và họng lại thông thương với nhau qua vòm, viêm nơi này có thể gây ảnh hưởng nơi kia. Thường thì hai nơi viêm cùng một lúc.

### II. CHẨN ĐOÁN:

#### 1. Công việc chẩn đoán:

##### a. Hỏi:

- Sổ mũi, chảy mũi, nghẹt mũi, ngứa mũi, sốt, ho, đau họng? Ngày thứ mấy của bệnh?
- Gia đình hay gần nhà có ai bệnh tương tự không

##### b. Khám :

- Mũi: Sổ mũi nước mũi trong hay đục
- o Niêm mạc mũi sung huyết đỏ
- Họng : thành sau họng đỏ, có nhót đục từ trên xuống
- Hai amidan sưng đỏ, đau, hốc có mủ hay giả mạc

##### c. Xét nghiệm:

- Công thức máu
- Phết họng, amidan khi thấy cần ( soi tươi, cấy, kháng sinh đồ)

#### 2. Chẩn đoán:

##### a. Chẩn đoán xác định:

- Niêm mạc mũi họng sung huyết đỏ, xuất tiết dịch trong hay mủ, có giả mạc
- Quệt họng (amidan), có vi khuẩn tác hại nếu viêm mũi họng do vi trùng.

##### b. Chẩn đoán có thể:

- Viêm mũi họng do vi trùng ( nếu tìm thấy vi trùng)
- Viêm mũi họng do siêu vi trùng nếu nước mũi trong không tìm thấy vi trùng

##### c. Chẩn đoán nguyên nhân:

- Viêm mũi họng do viêm xoang: X quang xoang
- Viêm mũi họng do viêm VA cấp: họng không đỏ, không đau
- Viêm mũi họng do bạch hầu: giả mạc dai, dơ, màu trắng xám, dễ chảy máu, có vi khuẩn bạch hầu
- Viêm họng do xoắn khuẩn Vincen

### III. ĐIỀU TRỊ:

#### 1. Nguyên tắc điều trị:

- Điều trị triệu chứng.
- Điều trị nguyên nhân

#### 2. Xử trí ban đầu:

- Giảm đau họng và hạ sốt bằng Acetaminophen 10-15 mg/kg/lần
- Giảm ho bằng nước muối ấm, xiro ho
- Thông thoáng mũi bằng vải sạch. Nếu mũi đặc, dùng nước muối sinh lý 0.9% nhỏ mũi.
- Không dùng các thuốc có chứa Atropin, codein, và các thuốc nhỏ mũi khác.
- Kháng sinh chỉ dùng trong trường hợp:

+ Viêm họng do Streptococcus: Đau họng, có giả mạc, hạch cổ, test nhanh liên cầu khuẩn tán huyết Beta nhóm A dương tính)

Dùng:

- Amoxycilline 50-100 mg/kg/ngày, uống trong 7-10 ngày
- Nếu bị dị ứng , dùng Erythromycine 30-50 mg/kg/ngày, trong 7 ngày

+ Viêm họng cấp do vi khuẩn xoắn (giả mạc bờ, trắng đục): kháng sinh lựa chọn ở đây là Penicillin G 300.000 – 500.000 UI/kg/ ngày, tiêm mạch từ 7-10 ngày.

+ Các trường hợp khác không sử dụng kháng sinh.

#### 3. Xử trí tiếp theo:

- Sử dụng kháng sinh ban đầu, không thuyên giảm ( còn sốt, còn đau họng), sau 2 ngày nên dùng

Cefaclor 30 mg/kg/ngày

Cefuroxime 20 mg/kg/ ngày

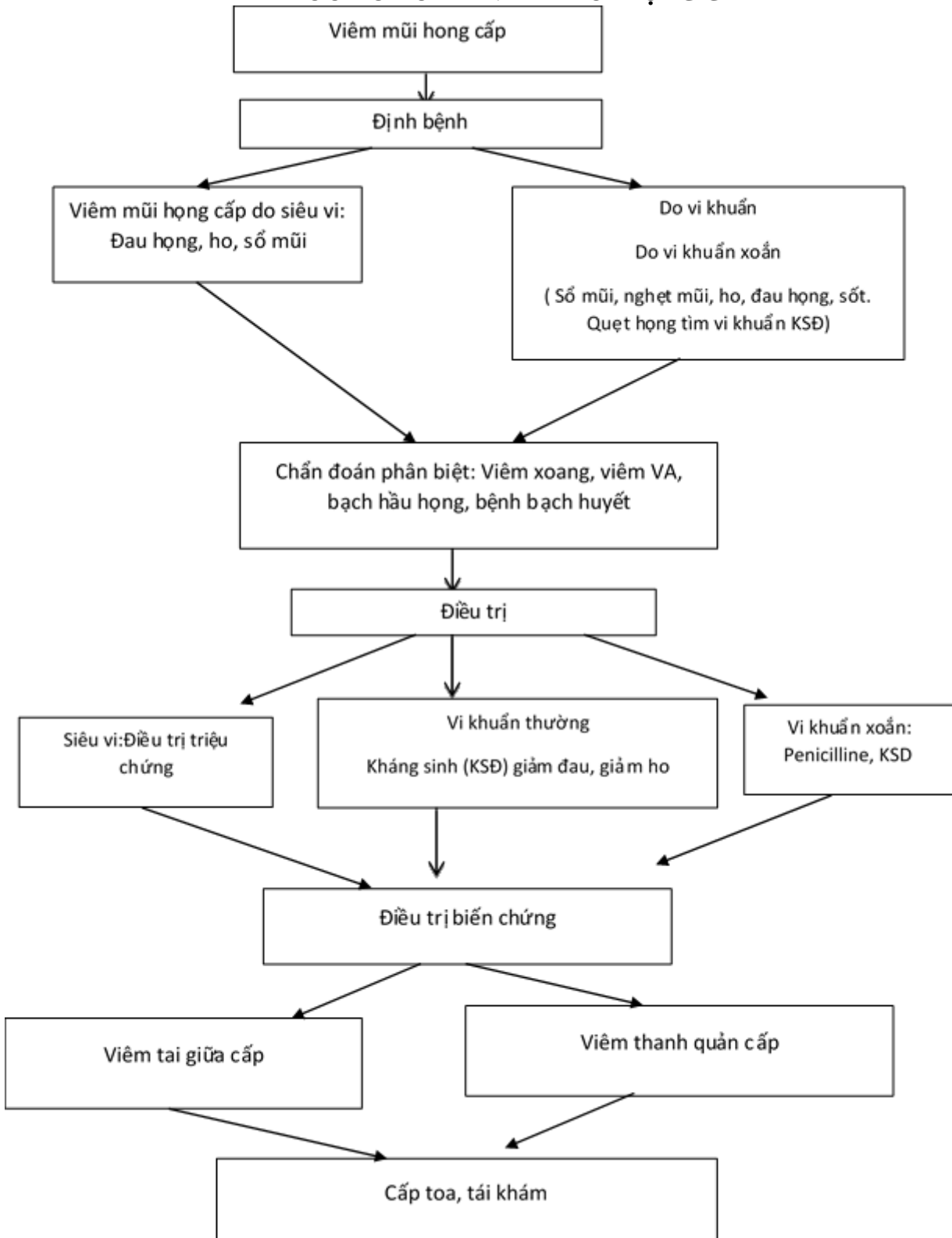
– Điều trị theo kháng sinh đồ nếu có

Trong trường hợp vi khuẩn là nhóm liên cầu tán huyết Beta nhóm A, nên kết hợp điều trị nội khoa sau đó cắt amidan, nạo VA để ngừa có biến chứng

#### IV. THEO DÕI

Điều trị sau 2 ngày, nếu chưa thuyên giảm, thay đổi kháng sinh. Nếu ổn định, điều trị kháng sinh từ 7-10 ngày.

#### LƯU ĐỒ XỬ TRÍ VIÊM MŨI HỌNG CẤP



Tài liệu tham khảo: Kho dữ liệu Sở y tế TPHCM – Bệnh viện Nhi Đồng 1.

## VIÊM AMIĐAN.

### I. ĐẠI CƯƠNG:

#### 1. Định nghĩa:

- Amiđan là khối mô lympho hình quả hạnh nhân ở hai bên họng, gần đáy lưỡi (còn gọi là amiđan khẩu cái) cùng với Amiđan vòm (VA), Amiđan vòi và Amiđan lưỡi tạo thành vòng Waldeyer với chức năng chính là miễn dịch, tạo kháng thể chống lại mầm bệnh.
- Viêm Amiđan là bệnh bệnh lý rất hay gặp, nhất là ở trẻ em từ 3 – 5 tuổi.

#### 2. Nguyên nhân:

- Siêu vi: Rhinovirus, Respiratory Syncytial virus (RSV), Corona virus, Parainfluenza virus, Herpes simplex, Coxsackie virus
- Vi trùng: Liên cầu khuẩn tán huyết beta nhóm A (GABHS : group A Beta Hemolytic Streptococcus), Streptococcus pneumonia, Hemophilus influenzae, Staphylococcus aureus.

### II. LÂM SÀNG:

#### 1. Viêm amiđan cấp:

- Khởi phát đột ngột, trẻ sốt 39- 40 độ c.
- Đau họng, khó nuốt, nhức đầu, mệt mỏi.
- Rối loạn tiêu hóa : buồn nôn, nôn, đau bụng.
- Khám: 2 amiđan sưng to viêm đỏ, đôi khi có mủ trên bề mặt amiđan, hạch cổ sưng đau.

#### 2. Viêm amiđan mạn: hay gặp ở trẻ lớn và người lớn.

##### ❖ Thể viêm amiđan mạn biểu hiện bằng nhiều đợt cấp tái phát (4-5 lần /năm)

- Đau họng tái đi tái lại.
- Sốt nhẹ, mệt mỏi, đau mỗi xương khớp.
- Hạch cổ to trong những đợt cấp.
- Hơi thở hôi.
- Ở bệnh nhân có viêm xoang, viêm tai giữa mạn, bệnh nặng lên khi có viêm amiđan tái phát.
- ❖ **Thể viêm Amiđan mạn** kéo dài nhiều tuần liên tục ( > 4 tuần liên tục ) với triệu chứng khó nuốt, nuốt vướng, đau tai, hơi thở hôi nhiều, hạch cổ to, sưng hạch dưới cơ nhĩ thân. Khám thực thể:
  - Ở trẻ em amiđan thường to.
  - Ấn từ trụ trước amiđan thấy chất bã đậu hay dịch mủ chảy ra từ các hốc của amiđan hoặc có thể thấy các nang hạt nhỏ như hạt gạo ở bề mặt amiđan ở vị trí các khe.
  - Niêm mạc trụ trước amiđan dày lên, sậm màu hơn nơi khác.

#### 3. Viêm amiđan quá phát bất tắc:

- Trong quá trình lớn lên của trẻ Amiđan to lên do hoạt động sinh lý bình thường trong quá trình học tập và đáp ứng miễn dịch. Nhưng khi amiđan to đến một mức độ gây bất tắc đường thở thì sẽ gây bệnh lý.
- Amiđan quá phát bất tắc là nguyên nhân thường gây ngừng thở lúc ngủ ở trẻ em (trong 7 giờ ngủ đêm, em bé ngưng thở trên 30 lần, mỗi lần kéo dài trên 10 giây).
- Triệu chứng đêm ngủ trẻ thở miệng, ngáy, hay thức giấc ban đêm, giấc ngủ không say, hay đầy dầm, hay nằm mơ, thành tích học tập kém, rối loạn phát âm, nói giọng ngậm hạt thị.
- Khám họng với đèn lưỡi nhẹ nhàng thấy 2 amiđan to gần bất họng.
- **Phân độ viêm Amiđan quá phát** (Theo Brodsky và Stanievich) :
  - Độ I : hẹp eo họng < 25 %
  - Độ II : hẹp eo họng 25 % - 50 %
  - Độ III : hẹp eo họng > 50 – 75 %
  - Độ IV : hẹp eo họng > 75 %.

### III. CẬN LÂM SÀNG:

- Công thức máu: bạch cầu tăng, neutrophil tăng trong viêm amiđan cấp.
- Quẹt Amiđan cấy, làm kháng sinh đồ.

### IV. ĐIỀU TRỊ:

#### 1. Điều trị nội khoa :



- Trẻ sốt : hạ sốt với paracetamol 15 mg/ kg x 6 giờ/lần.
- Giảm ho: Alimemazin (siro 0,05%), trẻ > 12 tháng: 0,25 – 0.5 ml/kg /lần, trẻ > 3 tuổi : 0,5 ml – 1 ml/kg /lần, uống 3 lần / ngày.
- Kháng sinh :
  - Penicillin 100.000 UI / kg / ngày, uống chia 4 lần .
  - Amoxicillin 50 – 100 mg / kg / ngày, uống chia 3 lần .
  - Cephalexin 100 mg / kg / ngày, uống chia 4 lần .
  - Cefaclor 20 – 40 mg /kg /ngày, uống chia 2 – 3 lần .
  - Thời gian điều trị 10 ngày
  - Nếu bệnh nặng có thể dùng Cefotaxim 50 – 100 mg / kg, tiêm bắp, chia 3 lần ngày, hoặc Ceftriaxon 30 – 50 mg/kg, tiêm bắp, chia 2 lần/ngày.

## 2. Điều trị ngoại khoa: cắt Amidan.

### ❖ Chỉ định cắt Amidan :

- Viêm amidan mạn, tái phát nhiều đợt cấp trong năm: cụ thể 6 lần trong năm hay 3 đợt cấp trong 1 năm , trong 2 năm liên tiếp .
- Viêm amidan mạn kéo dài mà điều trị nội khoa tích cực không khỏi không hiệu quả, đau họng kéo dài , viêm hạch cổ kéo dài, hơi thở hôi.
- Viêm amidan có biến chứng áp xe quanh amidan.
- Viêm amidan mang mầm bệnh liên cầu khuẩn nhóm A. Mặc dù đã được điều trị tích cực nhưng vẫn còn mầm bệnh cần cắt amidan để đề phòng *biến chứng sốt thấp khớp và viêm cầu thận cấp*.
- Viêm amidan quá phát bít tắc hô hấp trên gây ra:
  - Rối loạn giấc ngủ : ngủ ngáy , ngưng thở lúc ngủ .
  - Khó nuốt.
  - Bất thường về giọng nói
  - Bệnh lý tim do phổi .
  - Chậm phát triển
  - Bất thường về khớp cắn và tang trưởng sọ mặt
  - Amidan một bên to, một bên nhỏ, nghi ngờ u

*Tài liệu tham khảo: Kho dữ liệu Sở y tế TPHCM – Bệnh viện Nhi Đồng 1.*

## VIÊM HỌNG.

### I. ĐẠI CƯƠNG:

1. **Định nghĩa:** Viêm họng là tình trạng phản ứng viêm niêm mạc và cấu trúc dưới niêm mạc của họng.
2. **Phân loại:** Bao gồm:
  - Viêm họng cấp.
  - Viêm tấy mủ và áp xe vùng họng và quanh họng.
  - Viêm họng mạn.
  - Viêm họng mạn với các tổn thương đặc hiệu như lao, giang mai.
  - Biểu hiện viêm họng ở những bệnh lý toàn thân và bệnh hệ thống như hội chứng suy giảm miễn dịch, trong các bệnh về máu.Trong bài này chỉ đề cập đến viêm họng cấp thông thường và thể viêm họng do liên cầu khuẩn.

### II. VIÊM HỌNG CẤP THÔNG THƯỜNG:

1. **Nguyên nhân:** là thể viêm họng cấp nhiễm khuẩn hay gặp do virus hay vi khuẩn.
  - Virus: Rhinovirus, Coronavirus, Respiratory Syntycial Virus (virus hợp bào hô hấp), Parainfluenza virus, Adenovirus. Đây là 5 nhóm virus chủ yếu gây viêm họng cấp và viêm hô hấp cấp, đa số trường hợp lành tính và tự khỏi. Influenza virus (virus cúm) type A: hay gây bệnh nặng, ngoài viêm họng cấp còn gây viêm phổi, có thể gây tử vong và thành dịch.
  - Vi khuẩn:
    - + Liên cầu khuẩn tiêu huyết tiêu huyết Beta nhóm A là tác nhân chủ yếu gây viêm họng – Amidan cấp nhiễm khuẩn.
    - + Các loại vi khuẩn khác ít gặp hơn Staphylococcus aureus, Neisseria meningitis và gonorrhea, Streptococcus pneumonia, Hemophilus. Trong đó Streptococcus pneumonia và Hemophilus là vi khuẩn cộng sinh trong họng trẻ em.
    - + Một số vi khuẩn Mycoplasma và vi khuẩn nội bào chlamadia gây viêm họng cấp, thường kèm theo viêm phổi và những biểu hiện khác.
    - + Bacteroid là vi khuẩn kỵ khí duy nhất có vai trò phối hợp trong viêm họng cấp.
2. **Lâm sàng:**
  - Khởi phát đột ngột
  - Đau họng là triệu chứng chính và luôn có.
  - Khám họng: niêm mạc họng xung huyết lan rộng, nề đỏ hoặc có xuất tiết rải rác. Đây là biểu hiện viêm họng và gọi là viêm họng đỏ.
  - Triệu chứng kèm theo:

Triệu chứng hô hấp: sổ mũi trong, nghẹt mũi, kết mạc mắt đỏ, khàn tiếng, ho, viêm niêm mạc miệng, tiêu chảy. Những triệu chứng này gợi ý viêm họng do siêu vi hô hấp. + Triệu chứng ở họng và hệ lympho: nhức đầu, buồn nôn, nôn, gai rét, đau bụng kèm xung huyết và xuất tiết bọt trắng trên Amidan, sưng đỏ phù nề màn hầu, lưỡi gà, có lốm đốm xuất huyết trên màn hầu, hạch cổ sưng viêm. Thể viêm họng này gọi là viêm họng đỏ bọt trắng và thường do liên cầu khuẩn tiêu huyết Beta nhóm A gây ra.

Do viêm họng cấp siêu vi đa số lành tính và tự khỏi chỉ cần điều trị triệu chứng, ngược lại viêm họng do liên cầu cần điều trị kháng sinh ngay để phòng biến chứng thấp khớp cấp và viêm vi cầu thận cấp nên phải chú ý thể này.

### III. VIÊM HỌNG CẤP SIÊU VI.

#### Đặc điểm chung viêm họng cấp siêu vi hô hấp:

- Khởi đầu với dấu hiệu cảm lạnh, hắt hơi, nghẹt mũi, sổ mũi, đau họng, nuốt đau nhẹ
  - Trẻ sốt cao mệt mỏi, biếng ăn
  - Diễn tiến thường lành tính tự khỏi sau 1 tuần
  - Điều trị chủ yếu là triệu chứng: nghỉ ngơi, ăn lỏng, uống nhiều nước, hạ sốt bằng paracetamol.
- Kháng sinh chỉ dùng khi có biến chứng viêm xoang (0.5 - 5 %).

#### 1. Đặc điểm riêng cho từng nhóm virus:

- **Rhinovirus và Coronavirus:** giống nhau. Đây là tác nhân chính gây viêm họng cấp siêu vi, cảm lạnh thông thường, lây trực tiếp qua đường hô hấp (nước bọt), quan trọng là tiếp xúc tay – tay rồi đưa

lên mũi. Bệnh chỉ giới hạn ở niêm mạc họng và mũi, không gây bệnh đường hô hấp dưới, tự khỏi, không cần điều trị đặc hiệu. Phòng ngừa: rửa tay kỹ và luôn rửa tay và làm sạch môi trường để tránh lây nhiễm.

- **Parainfluenza** (virus á cúm): chủ yếu gây viêm họng và viêm đường hô hấp dưới ở trẻ em. Đặc biệt type 1 gây viêm thanh quản và viêm thanh khí phế quản, type 3 gây viêm phế quản và viêm phổi

Biến chứng: viêm xoang, viêm tai giữa, viêm phổi bội nhiễm. Những trường hợp này phải dùng kháng sinh. Viêm thanh quản nặng hoặc viêm thanh khí phế quản phải cho nằm viện kiểm soát suy hô hấp, cho thở oxy, dùng glucocorticoid toàn thân. Không có thuốc kháng virus đặc hiệu và vaccin có hiệu lực.

- **Virus hợp bào hô hấp (RSV)**: đây là tác nhân gây bệnh chủ yếu ở trẻ nhỏ, đặc biệt gây viêm hô hấp dưới ở trẻ sơ sinh. Bệnh lây nhiễm qua tiếp xúc tay, đồ chơi rồi từ đó lây nhiễm kết mạc mắt, hay niêm mạc mũi. Ribavirin dạng khí dung là thuốc điều trị đặc hiệu có hiệu quả tốt cho trẻ sơ sinh viêm hô hấp dưới do RSV.

- **Adenovirus**: gây sốt, viêm họng và viêm kết mạc ở trẻ em. Diễn hình là type 3 và 7 gây viêm kết mạc- họng – hạch: sưng kết mạc mi mắt, kết mạc nhãn cầu, đau họng và sưng hạch cổ, kèm sốt nhẹ 3-5 ngày. Dấu hiệu ở họng khó phân biệt với viêm họng do liên cầu: phù nề niêm mạc họng, amidan sưng to, có tiết dịch kèm hạch cổ sưng. Đa số bệnh tự giới hạn và tự khỏi. Tuy nhiên triệu chứng thường kéo dài 10 ngày. Bệnh nặng và tử vong có thể xảy ra ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch, biến chứng viêm phổi, viêm màng não, viêm não, viêm thận, viêm ruột có thể xảy ra. Điều trị chủ yếu là triệu chứng và hỗ trợ, chưa có thuốc kháng virus hiệu quả.

- **Viêm họng cấp do virus cúm (Influenza)**: trước tiên xâm nhập vào niêm mạc hô hấp, sau đó lan tràn toàn bộ đường hô hấp và thường gây viêm phổi nguyên phát hoặc phối hợp nhiều vi khuẩn.

- + Lâm sàng: khởi phát đột ngột xuất hiện các triệu chứng toàn thân nặng như sốt, nhức đầu, đau cơ, ớn lạnh, mệt mỏi, uể oải, vã mồ hôi kèm đau họng và ho.

- + Toàn phát: triệu chứng toàn thân giảm, triệu chứng viêm họng và viêm mũi rõ rệt, tăng lên như đau họng nhiều, sổ mũi nhiều.

- + Khám họng: niêm mạc đỏ vừa và nề, không có xuất tiết bọt trắng, ít có biến đổi trên amidan. Phù nề và xung huyết niêm mạc mũi. Không có hạch cổ.

- + Diễn tiến: nếu không có biến chứng triệu chứng giảm từ 3 đến 5 ngày. Phục hồi sau 1 tuần.

- ✓ **Biến chứng:**

- Viêm phổi nguyên phát do virus cúm ít gặp nhưng rất nặng, viêm phổi thứ phát do phối hợp với streptococcus pneumoniae, staphylococcus aureus và Hemophilus influenzae.

- Viêm thanh quản cấp gây tắc nghẽn đường thở.

- Hội chứng Reye: hôn mê, co giật, thoái hóa gan do sử dụng aspirin.

- Viêm cơ tim, viêm não cấp, viêm não ... và sốc nhiễm độc.

- Điều trị trường hợp không biến chứng: nghỉ ngơi, bổ sung nước và điều trị triệu chứng. Hạ sốt dùng acetaminophen, không được dùng aspirin, ho nhiều dùng thuốc giảm ho.

- Cúm nặng: liệu pháp kháng virus đặc hiệu.

- + Amantadin và Rimantadin cho cúm A.

- + Zanamivir và Oseltamir cho cúm A và B.

- + Kháng sinh khi có viêm phổi nhiễm khuẩn.

#### IV. VIÊM HỌNG CẤP DO LIÊN CẦU KHUẨN.

##### 1. Đại cương:

- Liên cầu khuẩn tiêu huyết beta nhóm A (GABHS) là tác nhân chủ yếu gây viêm họng amidan cấp do vi khuẩn. Tỷ lệ 15-30% ở trẻ em, đặc biệt lứa tuổi từ 5 đến 15 tuổi cần chú ý vì có thể gây biến chứng thấp khớp cấp do hậu nhiễm liên cầu.

- Bệnh nhiều vào mùa đông và đầu mùa xuân, liên cầu lây truyền qua tiếp xúc bằng đường hô hấp từ dịch tiết từ họng, từ mũi hơn là qua tiếp xúc bằng đường tiêu hóa.

##### 2. Lâm sàng:

- Thời gian ủ bệnh: từ 1 - 4 ngày.

- Bệnh diễn tiến nhanh trong 24 – 72 giờ với đặc điểm.

- Đột ngột sốt, đau họng, amidan sưng đỏ, phù nề. Xuất tiết nhầy mủ trên vùng họng – amidan.

- Hạch cổ sưng, mềm, đau.

- Đau bụng, nôn ọe .
- Không có triệu chứng viêm long hô hấp trên (sổ mũi ,ho, khàn tiếng) và không viêm kết mạc mắt.
- Nếu được chẩn đoán viêm họng do liên cầu và dùng kháng sinh trước 24 giờ các triệu chứng cấp sẽ giảm nhanh và ngừa được những biến chứng cấp và biến chứng hậu nhiễm liên cầu

### 3. Cận lâm sàng:

- Công thức máu: bạch cầu tăng, neutrophil tăng cao.
- Test nhanh: (RST: Rapid Strep Test) để phát hiện viêm họng cấp do liên cầu. Đây là kỹ thuật miễn dịch huỳnh quang sắc ký, cho kết quả nhanh trong 10 phút, độ chính xác cao và được xem như tương đương với phương pháp phết họng cấy về cả độ nhạy và độ chuyên biệt.
- Phết họng cấy: đây là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán viêm họng do liên cầu, nhưng phải chờ kết quả sau 48 giờ.
- Định lượng kháng thể ASO (Anti Streptolysin O): không có giá trị trong chẩn đoán viêm họng cấp do liên cầu. Chỉ có giá trị trong đợt cấp của sốt thấp khớp, ASO > 300 đơn vị Todd mới có giá trị

### 4. Biến chứng :

- Biến chứng sung mủ cấp: áp xe quanh amidan, viêm-áp xe hạch vùng cổ, viêm thanh thiệt cấp, viêm tai giữa, viêm màng não, nhiễm trùng huyết,..
- Biến chứng hậu nhiễm liên cầu : + Sốt thấp khớp cấp gây di chứng van tim , xuất hiện khoảng 18 ngày sau viêm họng do liên cầu. + Viêm vi cầu thận cấp xảy ra sớm hơn biến chứng thấp tim.

### 5. Chẩn đoán: dựa vào:

- Khám lâm sàng và quyết định dùng kháng sinh dựa vào kinh nghiệm.
- Đánh giá dựa vào thang điểm lâm sàng và những khuyến cáo đối với viêm họng do liên cầu khuẩn nhóm A để quyết định dùng kháng sinh, kết hợp sử dụng test nhanh hoặc phết họng cấy những trường hợp nghi ngờ cần xác định lại.
- Dựa vào kết quả test nhanh để quyết định dùng kháng sinh ngay.
- Dựa vào kết quả phết họng cấy

**Thang điểm lâm sàng viêm họng liên cầu do M.WJ.GOELV và cộng sự ở đại học Toronto (CANADA) đưa ra năm 2000**

| YẾU TỐ LÂM SÀNG         |              | ĐIỂM   |
|-------------------------|--------------|--------|
| Tuổi                    | 3 – 14 tuổi  | 1 điểm |
|                         | 15 – 44 tuổi | 0      |
|                         | > 44 tuổi    | -1     |
| Nhiệt độ cơ thể         | >38 độ C     | 1      |
|                         | =<38 độ C    | 0      |
| Ho                      | Có           | 0      |
|                         | Không        | 1      |
| Hạch cổ trước           | Có           | 1      |
|                         | Không        | 0      |
| Amidan sưng / xuất tiết | Có           | 1      |
|                         | không 1      | 0      |
| Tổng cộng               | Tối thiểu    | 0 điểm |
|                         | Tối đa       | 5 điểm |

- Điểm tối đa (5 điểm) khả năng viêm họng liên cầu khuẩn # 63 %.
- Dùng kháng sinh khi từ 4 điểm trở lên.
- Từ 2 hoặc 3 điểm cần xác định lại bằng phết họng cấy hoặc test nhanh.

### 6. Điều trị :

- Penicillin là kháng sinh được lựa chọn hàng đầu.
- Penicillin G: tiêm bắp 1 – 2 triệu đơn vị / ngày x 10 ngày.
- Penicillin V: 50.000 đv /kg /ngày chia 4 lần , uống 10 ngày. Hoặc
- Amoxicillin: 50 mg / kg/ngày uống 10 ngày. Hoặc
- Erythromycin: 50 mg/kg/ngày uống 10 ngày trong trường hợp dị ứng với Penicillin.

*Tài liệu tham khảo: Kho dữ liệu Sở y tế TPHCM – Bệnh viện Nhi Đồng 1.*

## VIÊM VA

### I. ĐẠI CƯƠNG:

#### 1. Định nghĩa:

Viêm VA là tình trạng viêm và quá phát của amidan vòm, amidan vòm họng

#### 2. Nguyên nhân:

- Virus: cúm, sởi, ho gà,....
- Vi khuẩn: liên cầu, tụ cầu

#### 3. Phân loại

- Viêm VA cấp
- Viêm VA cấp tái phát
- Viêm VA mạn
- Viêm VA quá phát bất tắc

### II. VIÊM VA CẤP:

- Trẻ : 6 tháng đến 6-7 tuổi
- Tác nhân: Respiratory syncytial virus, Adenovirus, Enterovirus và có thể kèm bội nhiễm vi khuẩn (liên cầu, phế cầu, tụ cầu và H. influenza)
- Triệu chứng:
  - + Sốt đột ngột, ít khi sốt cao > 39 độ C
  - + Chảy mũi nhầy mũi: sổ mũi nhầy, nghẹt mũi, và bỏ bú ở trẻ nhỏ và trẻ lớn thì biếng ăn
  - + Khám họng đề lưỡi có thể thấy chất nhầy chảy xuống hoặc bám ở thành sau họng miệng, ở phần dưới màng hầu và giữa hai amidan
  - + Hạch cổ sưng ở vùng dưới góc hàm, mật độ chắc và thường có ở hai bên

### III. VIÊM VA CẤP TÁI PHÁT:

- Khi  $\geq 4$  lần viêm VA cấp trong vòng 6 tháng

Chẩn đoán phân biệt về lâm sàng giữa viêm xoang cấp tái phát và viêm VA cấp tái phát rất khó khăn. Cần chụp xquang để phân biệt

### IV. VIÊM VA MẠN

- Chảy mũi dai dẳng, hơi thở hôi, chảy mũi sau, và sung huyết mạn tính
- Kết hợp với viêm tai giữa hay gặp trong viêm VA mạn
- Nạo VA là lựa chọn đầu tiên trong điều trị viêm VA có hoặc không có kết hợp viêm xoang
- Vai trò của trào ngược dạ dày thực quản cũng góp phần vào viêm VA mạn, những bệnh nhân triệu chứng không giảm phải nghĩ đến trào ngược dạ dày thực quản.

### V. VIÊM VA QUÁ PHÁT BẤT TẮC:

Chẩn đoán dựa trên bệnh sử, lâm sàng và nội soi mũi

- Tam chứng bất tắc: *thở miệng, ngủ ngáy và rối loạn phát âm kiểu giọng mũi kín* xuất hiện ngày càng rõ rệt. Triệu chứng ngủ ngáy có ở 85% trẻ có VA quá phát bất tắc. Có thể xuất hiện ngưng thở lúc ngủ.
- Triệu chứng kèm theo gồm: sổ mũi thường xuyên, chảy nhầy mũi thành sau họng và ho kéo dài.
- Nội soi mũi: đây là phương pháp tốt nhất để quan sát, đánh giá trực tiếp khối VA, nội soi có thể thực hiện ở mọi lứa tuổi dưới gây mê hoặc gây tê, có thể dùng ống nội soi cứng hoặc ống soi mềm để soi

### VI. ĐIỀU TRỊ:

#### 1. Nội khoa:

- Penicillin 100.000 UI/kg/ngày, uống chia 4 lần
- Amoxicillin 50-100 mg/kg/ngày, uống chia 3 lần
- Cephalexin 100mg/kg/ngày, uống chia 4 lần
- Cefaclor 20-40 mg/kg/ ngày, uống chia 2-3 lần
- Thời gian điều trị: 10 ngày

- Nếu bệnh nặng có thể dùng Cefotaxim 50-100 mg/kg TMC, chia 3 lần ngày. Hoặc Ceftriaxin 50 mg/kg TMC, chia 1-2 lần/ ngày
- Nhỏ mũi và làm cho hốc mũi thông thoáng
- Điều trị triệu chứng:
  - + Hạ sốt: Paracetamol 15mg/kg/lần/ mỗi 4-6 giờ
  - + Giảm ho: Alimemazine ( Theralen, siro), trẻ >12 tháng 0.25- 0.5 ml/kg/ lần, trẻ > 3 tuổi: 0.5 – 1 ml/kg/lần. Uống 3 lần/ ngày
  - + Xông họng: Neodex 5ml/1 lần/ ngày

## 2. Ngoại khoa: nạo VA

### - Chỉ định:

- + Viêm mũi mủ  $\geq 4$  lần trong 12 tháng ở trẻ dưới 12 tuổi. Có khám nội soi mũi hoặc hình ảnh chẩn đoán.
- + Viêm VA với triệu chứng kéo dài sau hai đợt điều trị kháng sinh. Trong đó có một đợt điều trị kháng sinh chống beta lactam ít nhất 2 tuần.
- + Ngưng thở khi ngủ với tắc nghẽn mũi kéo dài ít nhất 3 tháng.
- + Nói giọng mũi kín
- + Viêm tai giữa thanh dịch trên 3 tháng hoặc sau đặt ống thông nhĩ.
- + Rối loạn mọc răng hoặc tăng trưởng sọ mặt đã được xác định bởi bác sĩ răng hàm mặt.
- + Biến chứng tim phổi bao gồm tâm phế mạn, tăng áp động mạch phổi và dày thất phải do tắc nghẽn đường hô hấp trên
- + Viêm tai giữa thanh dịch ở trẻ trên 4 tuổi.

*Tài liệu tham khảo: Kho dữ liệu Sở y tế TPHCM – Bệnh viện Nhi Đồng 1.*

## VIÊM MŨI XOANG DỊ ỨNG

### 1. Định nghĩa:

Viêm mũi xoang dị ứng là tình trạng viêm niêm mạc mũi-xoang biểu hiện bằng các triệu chứng hắt hơi, ngứa, ngứa và chảy mũi, qua trung gian kháng thể và xảy ra do tiếp xúc với dị nguyên trong không khí

Viêm mũi xoang dị ứng có hai loại:

- Viêm mũi xoang dị ứng theo mùa.
- Viêm mũi xoang dị ứng quanh năm.

### 2. Nguyên nhân:

- Viêm mũi xoang dị ứng theo mùa: chủ yếu là do phấn hoa và bào tử.
- Viêm mũi xoang dị ứng quanh năm: thường gặp do bụi nhà.

### 3. Chẩn đoán:

#### 3.1 Chẩn đoán xác định:

##### 3.1.1 Khai thác tiền sử dị ứng:

- Khai thác tiền sử dị ứng bản thân như dị ứng thuốc, mề đay, chàm, hen phế quản,...
- Khai thác tiền sử dị ứng gia đình.

##### 3.1.2 Lâm sàng:

- Triệu **chứng cơ năng**:

Ngứa mũi

Hắt hơi từng tràng

Ngạt tắc mũi

Chảy nước mũi trong

- **Triệu chứng thực thể**: Soi mũi thấy:

Niêm mạc mũi nhợt màu

Cuốn mũi phù nề, nhất là cuốn dưới

Nhiều dịch xuất tiết: dịch nhầy, trong.

##### 3.1.3 Cận lâm sàng:

- Các test xác định dị ứng mũi xoang:

##### Test nội bì:

Cách làm: Tiêm 0,03ml dung dịch dị nguyên với nồng độ 1/50.000 vào trong da mặt trong cẳng tay.

Kết quả: Đọc kết quả sau 20-30 phút.

Âm tính khi có kết quả giống chứng âm tính.

Dương tính nhẹ khi đường kính của sẩn >5-7mm, ngứa, ban đỏ.

Dương tính vừa khi đường kính của sẩn >7-10mm, ngứa, ban đỏ.

Dương tính mạnh khi đường kính của sẩn >10-15mm, ngứa, ban đỏ.

##### Test lấy da:

Cách làm: Nhỏ giọt dị nguyên với nồng độ 1/50.000 lên da mặt trong cẳng tay, dùng kim đặt góc 45° và lấy ngược lên (yêu cầu da không được chảy máu).

Kết quả: Đọc kết quả sau 20-30 phút.

Âm tính khi có kết quả giống chứng âm tính.

Dương tính nhẹ khi đường kính của sẩn >3-5mm, ngứa, ban đỏ.

Dương tính vừa khi đường kính của sẩn >5-8mm, ngứa, ban đỏ.

Dương tính mạnh khi đường kính của sẩn >8-12mm, ngứa, ban đỏ.

##### Test kích thích mũi:

Cách làm: Nhỏ một số giọt dị nguyên vào niêm mạc hốc mũi.

Kết quả được coi là dương tính khi bệnh nhân xuất hiện một trong các triệu chứng lâm sàng, gồm ngứa mũi, hắt hơi, chảy nước mũi trong, ngạt tắc mũi.

##### Các phản ứng in vitro:

Các phương pháp trực tiếp định lượng kháng thể dị ứng:

- RAST (Radio allerge sorbent test)

- RIST (Radio immuno sorbent test)



-PRIST (Paper Radio immuno sorbent test)

Các phương pháp gián tiếp định lượng kháng thể dị ứng:

-Phản ứng phân hủy mastocyte

-Phản ứng ngưng kết bạch cầu

-Phản ứng tiêu bạch cầu đặc hiệu

### **3.2 Chẩn đoán phân biệt:**

-Với bệnh viêm mũi vận mạch:

Ít hắt hơi

Ít chảy mũi

Ít ngứa mũi

Ngạt mũi là chủ yếu

Cuốn mũi luôn phù nề

Ít dịch tiết ở mũi

Test lấy da, test kích thích mũi, phản ứng phân hủy mastocyte đều âm tính.

## **4. Điều trị**

### **4.1 Nguyên tắc điều trị**

Viêm mũi xoang dị ứng có nhiều nguyên nhân khác nhau, biểu hiện lâm sàng mỗi người một khác, thay đổi theo môi trường, cơ địa, sự quá mẫn của cơ thể nên không thể áp dụng một phương thức điều trị chung, cứng nhắc, cần được thay đổi theo từng người, từng hoàn cảnh, từng thời gian.

### **4.2 Sơ đồ điều trị:**

Các phương pháp điều trị chia làm hai nhóm:

- Điều trị đặc hiệu: Tác động vào dị nguyên và kháng thể dị ứng.
- Điều trị không đặc hiệu: Tác động vào các hoạt chất trung gian và triệu chứng lâm sàng.

### **4.3 Điều trị cụ thể:**

#### **4.3.1 Các phương pháp điều trị đặc hiệu**

- Các biện pháp né tránh dị nguyên:

Bằng cách thay đổi nơi ở, nơi làm việc hoặc đổi nghề, thay đổi thuốc, đổi chế độ ăn.

Phương pháp này khó thực hiện vì nó làm đảo lộn cuộc sống.

- Phương pháp giảm mẫn cảm đặc hiệu:

Đây là một trong các liệu pháp miễn dịch.

Đây được coi là “vaccin” trong điều trị bệnh viêm mũi xoang dị ứng.

*Có thể dùng đường tiêm dưới da, nhỏ dưới lưỡi hoặc nhỏ tại chỗ ở mũi.*

#### **4.3.2 Các phương pháp điều trị không đặc hiệu**

- Thuốc kháng histamin đường uống.
- Thuốc xịt mũi chứa corticosteroid.
- Các biện pháp kết hợp đông y và tây y.

-

## **5. Tiên lượng và biến chứng:**

**5.1 Tiên lượng:** Bệnh hay tái phát nên đòi hỏi bệnh nhân phải tuân thủ điều trị theo hướng dẫn của bác sĩ.

### **5.2 Biến chứng:**

- Làm nặng thêm các bệnh dị ứng khác như viêm kết mạc dị ứng, hen phế quản,...
- Gây viêm mũi xoang mạn tính polyp mũi, viêm thanh khí phế quản,...

## **6. Phòng ngừa**

- Tránh, giảm tiếp xúc với dị nguyên.
- Vệ sinh môi trường nơi ở, nơi làm việc.
- Thường xuyên rèn luyện sức khỏe, nâng cao thể lực.
- Không hút thuốc lá, thuốc Lào, hạn chế rượu bia.

*Nguồn: Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh Tai mũi họng (Ban hành kèm theo Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế).*

## VIÊM PHẾ QUẢN

### I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm phế quản cấp là tình trạng viêm thoáng qua của khí quản và phế quản, biểu hiện đầu tiên là ho. Nguyên nhân thường là do nhiễm siêu vi, tự giới hạn trong vòng 28 ngày (3 tuần) mà không cần điều trị.

### II. LÂM SÀNG

#### 1. Bệnh sử:

- Tuổi, khởi phát triệu chứng.
- Liên quan triệu chứng với lúc ăn.
- Triệu chứng kèm (sốt, khô khè).
- Đặc trưng của ho: thời gian, các tác nhân làm giảm ho hay kích thích khởi phát ho.
- Tiền căn: bệnh đường hô hấp, ho, ngạt, tiêu phân mỡ, chậm lớn.
- Tiền sử gia đình: suyễn, VPQ, viêm xoang, xơ hóa nang.
- Môi trường tiếp xúc: khói thuốc, bếp củi, chất độc hóa học, Ozone.

#### 2. Thăm khám:

- Tăng trưởng và phát triển.
- Triệu chứng về hô hấp:
  - + Ran phổi, khô khè, ngón tay dùi trống.
  - + Đau căng xoang, sưng nề, chảy mũi sau, viêm mũi, viêm mũi dị ứng, polype mũi.
  - + Lâm sàng cải thiện khi dùng thuốc dẫn phế quản.

### III. CẬN LÂM SÀNG

Bước đầu cho mọi bệnh nhân: Phim phổi

- Cây đàm: nhuộm gram, nhuộm Wright.
- Phân tích tính chất protein máu: điện di đạm,...
- XN mô hôi.
- Theo dõi bệnh sử, tiền sử, khám lâm sàng và kết quả của XN đã làm ở trên.
- Miễn dịch: IgA, IgG và các thành phần của IgG, IgE, IgM.
- Định lượng kháng thể (bạch hầu, uốn ván), đáp ứng với KN polysaccharides.
- Thực quản đồ, pH thực quản, đánh giá về nuốt.
- Scan với Technetium.
- Nội soi thực quản, nội soi PQ; chức năng hô hấp, đáp ứng với thuốc dẫn PQ.
- Hình ảnh xoang.
- Sinh thiết và khảo sát chức năng lông chuyển.
- Thử nghiệm kích thích PQ: nghiệm pháp Methacholine, gắng sức, không khí lạnh.
- XN tìm nấm.

### IV. CHẨN ĐOÁN

- Chẩn đoán VPQ cấp do siêu vi thường dựa trên lâm sàng, không cần các xét nghiệm máu khác.
- Khi nghi ngờ viêm phổi, xẹp phổi thì cần phim phổi, khi đó thấy hình ảnh dày thành phế quản, ứ khí.
  - Cây đàm có ích khi bội nhiễm hay nghi ngờ vi trùng không thường gặp.
  - Phân lập siêu vi thường khó, chỉ giúp ích cho mục đích dịch tễ học.

### V. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

#### 1. Cấp tính:

- Nhiễm trùng:
  - + Virus: RSV, Parainfluenzae 1, 2, 3; Influenzae A và B; Adenovirus, Rhinovirus, Metapneumovirus.
  - + Vi trùng: S. pneumoniae, S. aureus, H. influenzae, M. catarrhalis, Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae, Bordetella pertussis, C. diphtheria, M. tuberculosis.
  - Tiếp xúc hóa chất: hít dịch dạ dày, khói thuốc, ô nhiễm.

## 2. Mãn tính:

- Xơ hóa nang, suyễn, lao, dị vật bỏ quên.
- Hội chứng rối loạn lông chuyển.
- Hít vào do có bất thường giải phẫu (dò khí - thực quản, chẻ thanh quản); rối loạn chức năng nuốt có hoặc không có trào ngược dạ dày thực quản.
- Suy giảm miễn dịch: IgA, IgG và các thành phần của IgG, suy giảm MD dịch thể, không có khả năng đáp ứng MD với kháng nguyên loại polysaccharides.
- Tồn thương do hít: hút thuốc, ô nhiễm trong nhà: khói thuốc lá, bếp củi, hóa chất (formaldehyde NO<sub>2</sub>), ô nhiễm ngoài trời: SO<sub>2</sub>, Ozone, NO<sub>2</sub>.
- Phá hủy đường hô hấp mãn tính - theo sau nhiễm trùng hay chấn thương đường hô hấp chậm hồi phục hay lành không hoàn toàn.
- Chèn ép cơ học đường hô hấp (mềm khí PQ) hay chèn từ ngoài vào (vòng mạch, hạch).

## VI. ĐIỀU TRỊ

- Thường chỉ cần nghỉ ngơi, phòng thoáng khí và đủ độ ẩm. Nên tránh tiếp xúc với ô nhiễm không khí. Không cần dùng thuốc hay kháng sinh.
- Đàm đổi màu cũng không phải là bằng chứng nhiễm trùng.
- Kháng sinh dùng khi có bằng chứng nhiễm trùng.
- Không khuyến cáo dùng thuốc làm giảm ho.
- Có thể dùng dẫn phế quản (uống hay khí dung) khi có khò khè.
- Corticoides dùng khi triệu chứng hô hấp nặng: khó thở, tắc nghẽn đường hô hấp.

## VII. VPQ MẠN HAY VPQ TÁI PHÁT

- Khi triệu chứng kéo dài hơn 3 tuần.
- Do quá trình viêm mạn tính và phá hủy đường hô hấp.
- Cần loại trừ nguyên nhân ho kéo dài do tâm lý.
- Ho kéo dài có thể là biến chứng của VPQ hay là biểu hiện của cơn suyễn.

## VIII. DỰ HẬU LÂU DÀI

- VPQ ở trẻ < 5 tuổi: nguy cơ có đợt khò khè hay VPQ lúc sắp dậy thì.
- Chú ý ở trẻ hút thuốc thụ động.

*Nguồn: Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh Tai mũi họng (Ban hành kèm theo Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế).*

## VIÊM TAI GIỮA CẤP TRẺ EM.

### I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa: Viêm tai giữa cấp trẻ em là nhiễm trùng cấp tính xảy ra trong 3 tuần đầu của tai giữa. Nhiễm trùng lúc đầu chỉ giới hạn ở niêm mạc của hòm tai, sau đó lan rộng vào hệ thống thông bào của xương thái dương, các thành xương của hòm nhĩ.
2. Nguyên nhân:
  - Virus:** Virus hô hấp hợp bào, Influenzae virus, Parainfluenzae virus, Rhino virus
  - Vi trùng:** Haemophilus influenza, Streptococcus pneumonia, Moraxella catarrhalis, Staphylococcus aureus, vi khuẩn kỵ khí.

### II. LÂM SÀNG

- Trẻ sốt, thường là sốt cao 39-40°C, quấy khóc nhiều, bỏ bú, kém ăn, nôn trớ, co giật...
- Nếu là trẻ lớn, sẽ kêu đau tai, ù tai, nghe kém, chảy mủ tai; còn trẻ nhỏ chỉ biết lắc đầu, lấy tay dụi vào tai.
- Rối loạn tiêu hóa: trẻ đi ngoài lỏng, nhiều lần, xuất hiện gần như đồng thời với triệu chứng sốt.
- Khám: có thể thấy màng nhĩ đỏ, phồng, mất tam giác sáng, mủ trong ống tai.

### III. CẬN LÂM SÀNG

- Huyết đồ
- Cấy mủ tai nếu điều trị nội khoa thất bại.

### IV. CHẨN ĐOÁN

- Sốt, đau tai
- Khám thấy có tổn thương màng nhĩ.

### V. ĐIỀU TRỊ

1. **Nội khoa:**
  - Lý tưởng nhất là lấy bệnh phẩm làm kháng sinh đồ.
  - Trong thời gian chờ kháng sinh đồ ta thường dùng Kháng sinh phổ rộng:
    - Amoxicilline + A.Clavulanate: 40 – 50mg /Kg/ngày chia 3 lần
    - Cefaclor: 40mg /Kg/ngày chia 2 lần
    - Cefixim: 8mg/Kg/ngày chia 2 lần
    - Cefuroxim: 30 mg/Kg/ngày chia 2 lần.
  - Nếu màng nhĩ không thủng: nhỏ thuốc tai, không bơm rửa.
  - Nếu màng nhĩ thủng: nhỏ thuốc tai sau đó bơm rửa bằng NaCl 9% hoặc oxy già.
2. **Chích rạch màng nhĩ:** Chỉ định:
  - Chính: lấy bệnh phẩm cấy vi trùng.
  - Phụ: tránh để màng nhĩ thủng tự phát ở những vị trí khác và giảm triệu chứng lâm sàng.
3. **Điều trị nhiễm trùng vùng mũi họng:**
  - Nên rửa mũi thường xuyên.
  - Nhỏ mũi với NaCl 9%.
  - Nạo V.A, cắt Amygdalae

### VI. DIỄN TIẾN:

- Điều trị tốt: lành hoàn toàn, không di chứng
- Điều trị không tốt : viêm tai giữa mạn, biến chứng, di chứng

### VII. BIẾN CHỨNG:

- Viêm màng não
- Áp – xe não
- Liệt VII ngoại biên.

Tài liệu tham khảo: Kho dữ liệu Sở y tế TPHCM – Bệnh viện Nhi Đồng 1.

## VIÊM TAI GIỮA MẠN

### I. ĐẠI CƯƠNG:

#### 1. Định nghĩa:

Viêm tai giữa mạn là tình trạng nhiễm trùng tai kéo dài trên 3 tháng, là tiến trình viêm không hồi phục của tai giữa và xương chũm

#### 2. Nguyên nhân:

- Đa số là Pseudomonas (40-60%)
- S. aureus (10-20%)
- 70% tạo ra Lactamase
- Có thể kèm nấm tại chỗ

#### 3. Phân loại: 5 thể lâm sàng

- VTG mạn tiết dịch
- VTG mạn thủng nhĩ
- VTG mạn di chứng : VTG mạn xơ nhĩ, VTG mạn xơ dính
- VTG mạn xẹp lõm ( túi lõm, sụp nhĩ)
- VTG mạn Cholesteatoma

### II. LÂM SÀNG:

- Triệu chứng : chảy tai, nghe kém, chóng mặt, ù tai, đau tai.
- Tiền sử: chấn thương, phẫu thuật, thủ thuật tai

### III. CẬN LÂM SÀNG:

- X quang
- CT scan
- Khảo sát thính lực
- Khảo sát nhĩ lượng
- Khảo sát tiền đình

### IV. CHẨN ĐOÁN:

#### 1. Viêm tai giữa mạn tiết dịch:

- Màng nhĩ còn nguyên
- Màu đỏ, dày, mất sang, màu hồng phách, lõm
- Mức dịch, bóng khí
- Chảy tai (+/-)
- Nghe kém( dẫn truyền)
- NP Siegle: di động kém

#### 2. Viêm tai giữa mạn thủng nhĩ:

- Lỗ thủng màng nhĩ
- Chảy tai (+/-)
- Nghe kém( dẫn truyền, tiếp nhận)
- ù tai, chóng mặt (+/-)
- Giảm đoạn xương con

#### 3. Viêm tai giữa mạn di chứng xơ nhĩ:

- Màng nhĩ: còn nguyên hay thủng
- Màng trắng, cứng ( màng nhĩ xương con, niêm mạc hòm nhĩ)
- Nghe kém (+/-)
- ù tai, chóng mặt (+/-)
- NP Siegle (+/-)

#### 4. Viêm tai giữa mạn di chứng xơ dính:

- Màng nhĩ: còn nguyên hay thủng
- Xơ dày trong hòm nhĩ
- Nghe kém nhiều( dẫn truyền, tiếp nhận)
- ù tai

- Chóng mắt (+/-)
- NP Siegle : di động kém
- 5. Viêm tai giữa mạn xẹp lõm : túi lõm**
  - Màng nhĩ: còn nguyên hay thủng
  - Túi lõm: màng chùng, màng căng
  - Nghe kém: dẫn truyền, tiếp nhận
  - Chảy tai: ít
  - Û tai, chóng mặt (+/-)
  - Phân biệt: teo màng nhĩ
- 6. Viêm tai giữa mạn xẹp lõm: sụp nhĩ**
  - Màng nhĩ: còn nguyên hay thủng
  - Sụp toàn bộ màng căng
  - Nghe kém: dẫn truyền, tiếp nhận
  - Chảy tai: ít
  - Û tai, chóng mặt (+/-)
  - Phân biệt: thủng nhĩ rộng
- 7. Viêm tai giữa mạn Cholesteatoma**
  - Màng nhĩ: còn nguyên hay thủng
  - Chảy tai: liên tục, mùi thối khắm
  - Khối trắng đục
  - Nghe kém: dẫn truyền, tiếp nhận
  - Û tai, chóng mặt (+/-)
  - Đau tai (+/-)

## **V. ĐIỀU TRỊ:**

- 1. Nội khoa:**
  - Kiểm soát nhiễm trùng
  - Ổn định tiến trình viêm ( giảm thiểu phá hủy)
  - Ngăn chặn biến chứng
- 2. Ngoại khoa:** tùy vào:
  - Thể lâm sàng
  - Mức độ lan tỏa của tổn thương
  - Tổn thương tai giữa
  - Tình trạng tai đối bên
  - Tuổi
  - Yêu cầu của người bệnh

➔ Lựa chọn phương pháp tối ưu.

*Tài liệu tham khảo: Kho dữ liệu Sở y tế TPHCM – Bệnh viện Nhi Đồng 2.*

## VIÊM KẾT MẠC

### I. LÂM SÀNG:

- Đỏ mắt (không đặc hiệu, xuất huyết kết mạc, mao mạch dẫn).
- Chất tiết tùy theo tác nhân:
  - Trong siêu vi, dị ứng cấp.
  - Nhày: dị ứng mãn
  - Mủ: vi trùng
  - Mủ – nhày : Chlamydia cấp.
- Phản ứng hạch lympho: sưng đau hạch trước tai, dưới hàm.

### II. VIÊM KẾT MẠC DO VI TRÙNG

Thường gặp và tự giới hạn.

1. **Lâm sàng:** Chất tiết vàng nhạt, mi mắt thường dính chặt khi thức dậy, có thể có màng kết mạc, giác mạc thường ít bị ảnh hưởng.
2. **Điều trị:**
  - Kháng sinh toàn thân: nhóm Beta lactam như Cephalosporin.
  - Kháng sinh tại chỗ: Tobradex, Neodex, Cebedexacol.
  - Kháng viêm: steroid hoặc non- steroid.

### III. MẮT HỘT:

1. **Nguyên nhân:**
  - Chlamydia trachomatis A, B, C.
  - Lây qua ruồi, tay, khăn bẩn...
  - Là nguyên nhân gây mù hàng đầu ở các nước nghèo.
2. **Lâm sàng:**
  - Nang và nhú – sẹo đặc trưng – tái nhiễm.
  - Giác mạc có thể biểu mô rìa ở phía trên, thâm lậu nhu mô và màng máu.
3. **Điều trị:**
  - Toàn thân: Uống liều duy nhất Azithromycin 5-10mg/kg/ngày.
  - Tại chỗ : nhỏ mắt S.persacet , Sulpha blue, tra thuốc mỡ tetracyclin vào ban đêm.

### IV. VIÊM KẾT MẠC SƠ SINH:

1. **Nguyên nhân:**
  - Lậu cầu.
  - Chlamydia trachomatis sinh dục lây lúc sanh.
2. **Lâm sàng:**
  - Lậu: biểu hiện sớm 1 -3 ngày sau sanh+ Chất tiết mủ, giả mạc.  
+ Dễ gây viêm mủ giác mạc nặng.
  - Trachomatis sinh dục: biểu hiện muộn 5-19 ngày sau sanh.  
+ Chất tiết mủ và không giả mạc.  
+ Dễ gây sẹo và màng máu.
3. **Điều trị:** Tại chỗ: collyre Ciloxan hoặc Vigamox hoặc Rifamycin nhỏ 3 lần / ngày.

### V. VIÊM KẾT MẠC DO VIRUS

1. **Nguyên nhân:**

Adeno, Herpes simplex, Enterovirus, Coxsackie...

Có tính chất dịch, lây chủ yếu qua đường hô hấp và tiếp xúc với dịch tiết mắt.
2. **Lâm sàng:**
  - Thời gian ủ bệnh 4-10 ngày.
  - Biểu hiện qua hội chứng: viêm họng + viêm kết mạc dạng xung huyết, dạng giả mạc, phản ứng nang; có thể xuất huyết dưới kết mạc.
  - Bệnh thường giới hạn trong 2 tuần.
3. **Điều trị:**
  - Kháng virus Idoxuridine hoặc Vidarabine nhỏ mắt 4-6 lần/ngày.

- Kháng viêm: nhỏ Pred-fort, Spersadex 4-6 lần/ngày.
- Vitamin C 500-1000 mg/ngày.

## **VI. VIÊM KẾT MẠC DỊ ỨNG**

### **1. Lâm sàng:**

- Ngứa, chảy nước mắt, đỏ mắt, dụi mắt.
- Chảy tiết trong.
- Tái đi tái lại nhiều lần theo mùa.

### **2. Phân loại:**

- Viêm kết mạc – mũi dị ứng.
- Viêm kết –giác mạc mùa xuân.
- Viêm kết – giác mạc teo.

### **3. Điều trị:**

- Corticoide tại chỗ nếu không có tổn thương giác mạc.
- Kháng Histamin tại chỗ: Collyre Patanol hoặc Spersalerg hoặc Nasolin 4-6lần/ ngày.
- Kháng Histamin toàn thân: uống Chlopheniramin 4mg  $\frac{1}{2}$  - 2 viên/ ngày.

*Tài liệu tham khảo: Kho dữ liệu Sở y tế TPHCM – Bệnh viện Nhi Đồng 1.*



## ĐAU BỤNG CẤP TÍNH

### I. ĐỊNH NGHĨA:

Đau bụng cấp tính là những cơn đau vùng bụng từ nhẹ đến dữ dội, thường xảy ra đột ngột. Đây là triệu chứng thường gặp và không đặc hiệu ở trẻ em, có thể là biểu hiện của nhiều bệnh lý nội và ngoại khoa từ nhẹ đến nặng.

### II. NGUYÊN NHÂN:

|            | Sơ sinh                                                                                    | 2 tháng- 2 tuổi                                                                                                                                                            | 57645952. tuổi<br>i                                                                                                                                            | >5 tuổi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Thường gặp | Colic<br>Trào ngược dạ dày thực quản                                                       | Viêm dạ dày ruột<br>Nhiễm siêu vi                                                                                                                                          | Viêm dạ dày ruột<br>Táo bón<br>Viêm họng<br>Viêm tai giữa<br>Nhiễm siêu vi                                                                                     | Viêm dạ dày ruột<br>Táo bón<br>Viêm họng<br>Nhiễm siêu vi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Ngoại khoa | Xoắn ruột<br>Tắc ruột, dính ruột<br>Thủng tạng rỗng<br>Xoắn tinh hoàn<br>Viêm ruột hoại tử | Lồng ruột<br>Hẹp môn vị phì đại<br>Xoay ruột bất toàn<br>Xoắn tinh hoàn<br>Thoát vị nghẹt<br>Chấn thương bụng<br>Dị vật tiêu hóa                                           | Viêm ruột thừa<br>Chấn thương bụng<br>Lồng ruột<br>Dị vật tiêu hóa<br>Tắc ruột<br>Xoắn buồng trứng/ tinh hoàn                                                  | Viêm ruột thừa<br>Chấn thương bụng<br>Tắc ruột<br>Xoắn buồng trứng/ tinh hoàn<br>Nang buồng trứng vỡ<br>Thai ngoài tử cung                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Khác       | Dị ứng sữa                                                                                 | Hirschsprung<br>Hội chứng ure huyết tán huyết (HUS)<br>Viêm túi thừa Meckel<br>Viêm gan<br>Ngộ độc<br>Dị ứng thức ăn<br>Nhiễm trùng tiểu<br>U bướu<br>Bất dung nạp lactose | Viêm phúc mạc nguyên phát<br>Nhiễm trùng tiểu<br>Viêm phổi<br>Henoch Schonlein<br>Apixe ổ bụng<br>Viêm gan<br>Túi thừa Meckel<br>Ngộ độc<br>Viêm hạch mạc treo | Nhiễm toan ketone/tiểu đường<br>Viêm phổi<br>Nhiễm trùng tiểu, Sỏi thận<br>Hội chứng ure huyết tán huyết<br>Henoch Schonlein<br>Trào ngược dạ dày thực quản<br>Viêm ruột mạn<br>Apixe ổ bụng<br>Viêm túi mật, Viêm tụy<br>Viêm gan<br>Túi thừa Meckel<br>Viêm cơ tim, viêm màng ngoài tim<br>Cơn Migraine bụng<br>Viêm hạch mạc treo<br>Đau bụng kinh<br>Viêm vùng chậu<br>Hội chứng Mittelschmerz |

### III. TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN:

#### 1. Bệnh sử:

Đặc điểm cơn đau: khởi phát ( từ từ, đột ngột), vị trí kiểu đau, ( từng cơn, âm ỉ, co thắt), hướng lan ( khu trú, lan tỏa), yếu tố giảm đau ( sau đi tiêu, tư thế chống hông, sau nôn ói...). Ở trẻ nhỏ, đau bụng có thể biểu hiện bằng các cơn khóc thét kéo dài, bú kém, kích thích,...

- Viêm ruột thừa: đau quanh rốn, lan hố chậu phải
- Xoắn buồng trứng, tinh hoàn: đau đột ngột, khu trú, dữ dội
- Lồng ruột: đau từng cơn, co thắt
- Viêm dạ dày ruột: đau mơ hồ, lan tỏa
- Viêm túi mật, gan: đau hạ sườn phải
- Viêm loét dạ dày tá tràng: đau thượng vị, khu trú
- Viêm tụy: đau quanh rốn, thượng vị âm ỉ, lan sau lưng

#### Triệu chứng đi kèm:

- Toàn thân: sốt, mệt mỏi
- Đau họng
- Nhức đầu: nhiễm siêu vi, viêm họng
- Nôn ói: cần loại trừ xoắn ruột ( ói dịch mật ở trẻ sơ sinh), lồng ruột nhũ nhi, viêm ruột thừa.
- Tiêu chảy: thường gặp trong viêm dạ dày ruột, nhiễm trùng tiêu, lồng ruột ( tiêu máu ở nhũ nhi) hay viêm ruột, bệnh Crohn, hội chứng ure huyết, tán huyết ( tiêu đàm máu)

- Ho, thở nhanh, đau ngực: trong viêm phổi
- Tiêu lỏng nhất, tiêu gắt, tiêu khó trong nhiễm trùng tiêu hay tiêu nhiều, khát nước trong nhiễm toan ceton tiểu đường

- Tiểu máu: trong sỏi hệ niệu, Henoch Schonlein purpura, hội chứng tán huyết ure huyết cao
- Đau khớp: Henoch Schonlein purpura

## 2. Tiền căn:

- Phẫu thuật ở bụng: gợi ý tắc ruột do dính, Hirschsprung
- Chấn thương bụng
- Bệnh nội khoa: tiểu đường, hội chứng thận hư
- Phụ khoa: kinh nguyệt, huyết trắng

## 3. Cận lâm sàng: tùy theo định hướng nguyên nhân:

### ❖ Huyết đồ:

- Bạch cầu tăng gợi ý bệnh lý viêm hay nhiễm trùng, tăng  $> 20.000 \text{ mm}^3 \rightarrow$  viêm ruột thừa, viêm phổi, áp xe

- Hematocrit: thấp gợi ý xuất huyết, kèm giảm tiểu cầu trong hội chứng tán huyết ure huyết cao

### ❖ Sinh hóa:

- Tăng men gan, lipase, amylase: gợi ý viêm gan, viêm túi mật, viêm tụy
- Toan chuyển hóa: mất nước, nhiễm toan ceton, tắc ruột, viêm phúc mạc
- Đường huyết tăng: gợi ý nhiễm ceton
- Ion đồ, chức năng thận

### ❖ Nước tiểu: tổng phân tích nước tiểu

- Tiểu máu: sỏi niệu, Henoch Schonlein purpura, nhiễm trùng tiêu, hội chứng tán huyết ure huyết cao

- Tiểu mù: nhiễm trùng tiêu
- Tiểu đục: hội chứng thận hư
- Tiểu đường, ceton: nhiễm toan ceton tiểu đường

### ❖ Xquang:

- Xquang bụng: dấu tắc ruột( mức nước hơi, quai ruột giãn), thủng tạng rỗng ( hơi tự do), dị vật ( sỏi cản quang thận, túi mật...)

- Xquang ngực : viêm phổi

### ❖ Siêu âm bụng:

- Chẩn đoán lồng ruột, viêm ruột thừa, xoắn ruột do xoay ruột bất toàn, viêm tụy, bệnh lý hệ niệu dục, sỏi niệu, xoắn tinh hoàn, buồng trứng, u nang buồng trứng vỡ, thai ngoài tử cung
- Siêu âm bụng bình thường không loại trừ lồng ruột, viêm ruột thừa, xoắn ruột

### ❖ CT scan bụng:

- Giúp chẩn đoán viêm tụy, khối u ở bụng, abscess ổ bụng, viêm ruột thừa khó, túi thừa Meckel

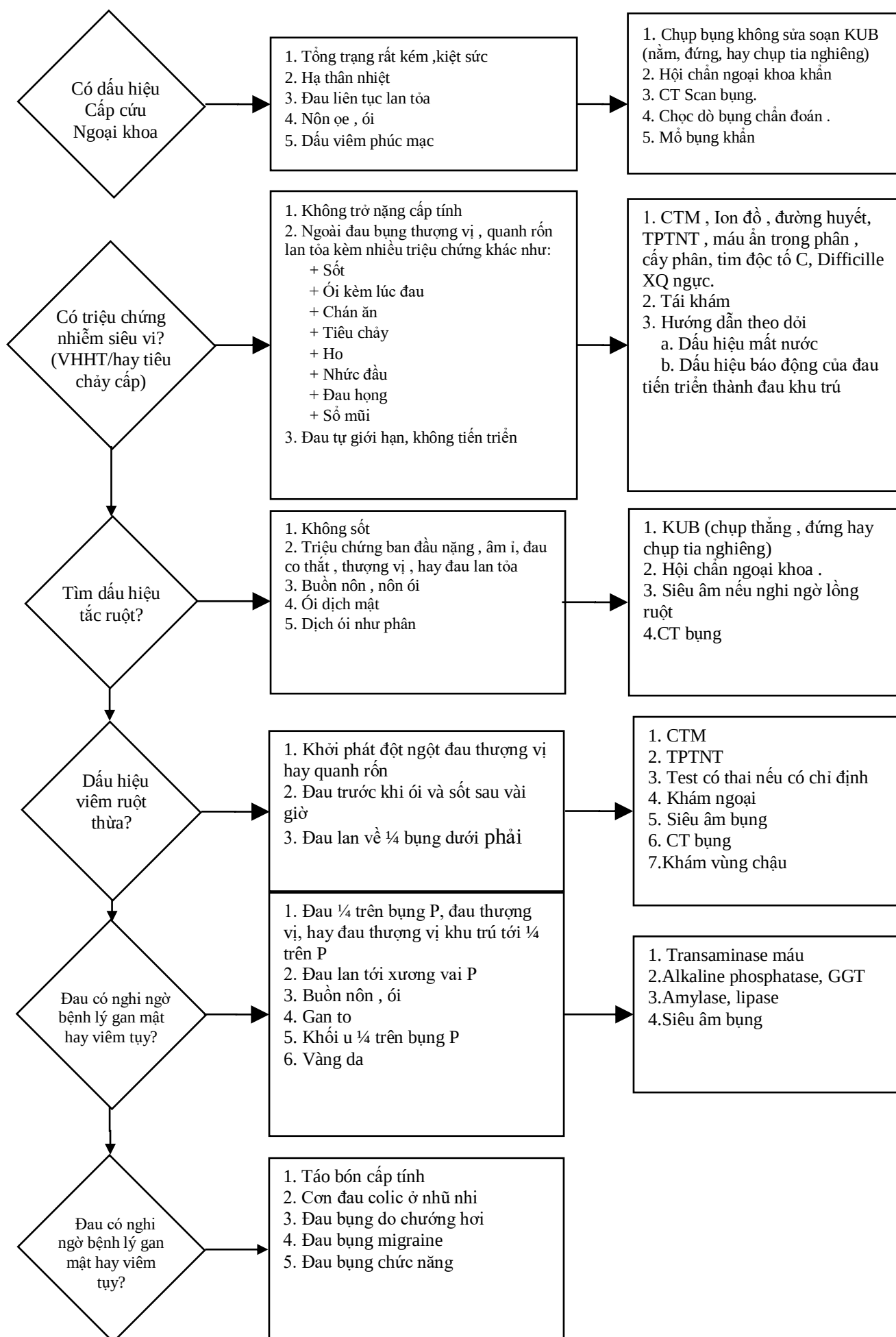
## 4. Chẩn đoán:

Dựa vào hỏi bệnh sử, thăm khám và các xét nghiệm ( xem lưu đồ chẩn đoán)

## IV. XỬ TRÍ:

1. **Nhập cấp cứu:** khi có dấu hiệu suy hô hấp, sốc,...
  2. **Nhập viện:** Hầu hết các đau bụng cấp cần được nhập viện theo dõi nếu chưa loại trừ được nguyên nhân ngoại khoa, đau bụng do bệnh lý gan, mật, tụy
  3. **Điều trị ngoại trú:** đau bụng do rối loạn chức năng ruột
- Điều trị theo nguyên nhân, tránh dùng thuốc giảm đau khi chưa loại trừ nguyên nhân ngoại khoa.

Tài liệu tham khảo: Kho dữ liệu Phác đồ điều trị ngành y tế TPHCM – Bệnh viện Nhi Đồng 2



## **ĐAU BỤNG MẠN**

### **I. ĐỊNH NGHĨA:**

- Theo Apley, đau bụng mạn là những cơn đau lặp lại, lớn hơn hoặc bằng ba cơn đau, trong ít nhất 3 tháng, ảnh hưởng đến sinh hoạt bình thường và chất lượng cuộc sống của trẻ
- Về phương diện lâm sàng, đau kéo dài từ 1 đến 2 tháng có thể được xem như là đau bụng mạn.
- 

### **II. NGUYÊN NHÂN:**

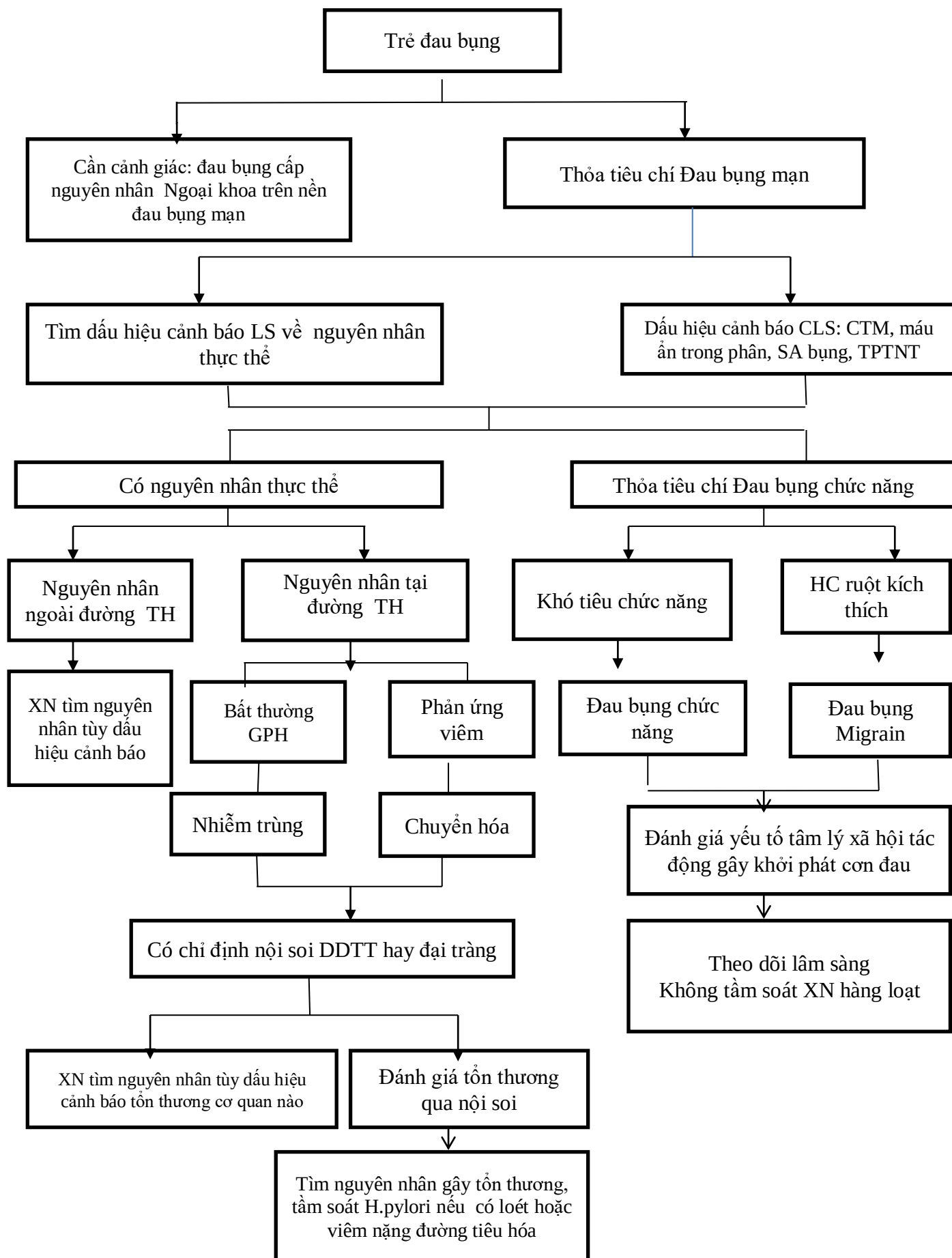
Đau bụng mạn ở trẻ em là một hội chứng do nhiều nguyên nhân, phần lớn là đau bụng chức năng. Tuy nhiên, điều quan trọng là nhận diện được một tỷ lệ nhỏ nguyên nhân thực thể gây đau bụng mạn, tại nguyên nhân tại đường tiêu hóa lẫn nguyên nhân ngoài đường tiêu hóa, thông qua các dấu hiệu báo động đỏ”

### **III. TIẾP CẬN KHÁM LÂM SÀNG:**

- Mục tiêu hỏi bệnh sử, khám lâm sàng và làm một số xét nghiệm thường quy trên bệnh nhi đau bụng mạn là nhằm phát hiện dấu hiệu “ báo động đỏ” về một nguyên nhân thực thể
- Đây là bước tiếp cận rất quan trọng để khu trú nguyên nhân cũng như định vị cơ quan đích bị tổn thương, tránh chỉ định xét nghiệm tràn lan.
- Đặc biệt chú ý tìm nguyên nhân gây đau bụng, tránh sa đà vào việc tầm soát H.pylori không xâm lấn ( thử máu, thử phân tìm H.pylori), không có giá trị.
- Cần chú ý đánh giá các yếu tố tâm lý xã hội tác động gây khởi phát cơn đau ở trẻ đau bụng mạn ( gia đình, trường học, bạn bè, thay đổi môi trường sống, các biến cố vui buồn trong cuộc sống, thức ăn,...)

#### **1. Dấu hiệu bệnh sử cảnh báo nguyên nhân thực thể ở trẻ đau bụng mạn**

- Tuổi < 5 tuổi
- Đau ngoài điểm quanh rốn
- Cơn đau thức giấc buổi tối
- Ói mửa nặng
- Sụt cân không rõ nguyên nhân
- Đường tăng trưởng đi xuống
- Ói máu, tiêu máu
- Tiêu chảy kéo dài nặng
- Tiểu gắt, tiểu khó, tiểu máu
- Khó nuốt
- Đau khớp
- Sốt không giải thích được
- Tiền sử gia đình có người bệnh viêm ruột mạn, ung thư dạ dày



## **2. Dấu hiệu khám lâm sàng cảnh báo nguyên nhân thực thể ở trẻ đau bụng mạn:**

- Ấn đau ¼ trên phải hoặc ¼ dưới phải
- Sờ thấy khối ở bụng
- Gan to
- Lách to
- Ấn đau trên cột sống hoặc góc sườn cột sống
- Bất thường quanh hậu môn
- Các dấu hiệu thực thể bất thường khác

## **IV. CẬN LÂM SÀNG:**

### **1. Xét nghiệm thường quy**

- Công thức máu
- VS
- Máu ẩn trong phân
- Siêu âm bụng
- Tổng phân tích nước tiểu

### **2. Các xét nghiệm khác:**

Tùy thuộc vào các nguyên nhân thực thể nghi ngờ sẽ làm các xét nghiệm tương ứng

## **V. TIÊU CHÍ CHẨN ĐOÁN ĐAU BỤNG CHỨC NĂNG THEO ROME III**

Tiêu chuẩn Rome III có năm thể đau bụng chức năng (trẻ 4- 18 tuổi)

### **1. Khó tiêu chức năng (phải có tất cả những điều sau):**

Trong 2 tháng gần đây, triệu chứng xuất hiện ít nhất hàng tuần

- Đau kéo dài hoặc đau tái diễn hoặc cảm giác khó chịu vùng bụng trên và
- Không có bằng chứng của sự viêm, bất thường giải phẫu, khối u, bệnh chuyển hóa
- Đau hoặc khó chịu không giảm sau đi tiêu hoặc đau khởi phát khi thay đổi số lần đi tiêu hay thay đổi tính chất phân

### **2. Hội chứng ruột kích thích: (phải có tất cả những điều sau):**

Trong 2 tháng gần đây, triệu chứng xuất hiện ít nhất hàng tuần:

Cảm giác khó chịu vùng bụng kèm với 2 trong 3 triệu chứng sau:

- Giảm sau đi tiêu và/ hoặc
- Đau khởi phát khi thay đổi số lần đi tiêu và/ hoặc
- Đau khởi phát khi thay đổi tính chất phân
- Không có bằng chứng của sự viêm, bất thường giải phẫu, khối u, bệnh chuyển hóa

### **3. Đau bụng chức năng: (phải có tất cả những điều sau):**

Trong 2 tháng gần đây, triệu chứng xuất hiện ít nhất hàng tuần:

- Đau bụng từng cơn hoặc đau liên tục và
- Không có tiêu chuẩn chẩn đoán của rối loạn tiêu hóa chức năng khác và
- Không có bằng chứng của sự viêm, bất thường giải phẫu, khối u, bệnh chuyển hóa

### **4. Hội chứng đau bụng chức năng ở trẻ nhỏ:**

Trong 2 tháng gần đây, triệu chứng xuất hiện ít nhất hàng tuần:

Đau ít nhất 25% thời gian và có ít nhất tiêu chí sau:

- Ảnh hưởng (mất) vài sinh hoạt hàng ngày và/ hoặc
- Thêm vài triệu chứng toàn thân: nhức đầu, đau chi hoặc khó ngủ.

### **5. Đau bụng migraine: phải bao gồm tất cả những điều sau**

Trong vòng 12 tháng,  $\geq 2$  đợt:

- Cơn đau quanh rốn dữ dội, xảy ra đột ngột, cấp tính kéo dài  $\geq 1$  giờ, và
- Xen kẽ các đợt trẻ vẫn khỏe mạnh, kéo dài vài tuần tới vài tháng, và
- Cơn đau ảnh hưởng đến hoạt động hàng ngày và
- Cơn đau đi kèm  $\geq 2$  triệu chứng sau:

- + Biếng ăn và/ hoặc
- + Buồn nôn và/ hoặc
- + Nhức đầu và/ hoặc

+ Sợ ánh sáng và/ hoặc

+ Xanh xao

Không có bằng chứng của sự viêm, bất thường giải phẫu khối u, bệnh chuyển hóa

## **VI. TIẾP CẬN XỬ TRÍ BAN ĐẦU TRẺ ĐBM TẠI PHÒNG KHÁM**

**1. Nhập cấp cứu:** rối loạn dấu hiệu sinh tồn như suy hô hấp, sốc, mất nước nặng có triệu chứng nghi ngờ rối loạn điện giải – toan kiềm...

### **2. Nhập viện:**

– Trẻ suy kiệt nặng do ăn uống kém, nôn ói nhiều, co giật,...

– Trẻ có dấu hiệu cảnh báo một nguyên nhân thực thể, cần đánh giá thêm bằng các xét nghiệm chuyên sâu mà không thể thực hiện ngay tại phòng khám.

– Trẻ đau bụng mạn ảnh hưởng nặng đến sinh hoạt của trẻ

### **3. Khám chuyên khoa.**

– Thể đau bụng kịch phát cần cảnh giác loại trừ bụng ngoại khoa mới xuất hiện trên nền đau bụng mạn, nhất là trẻ có sốt hoặc bí trung đại tiện, nôn vọt, tiêu máu, ... Cần hội chẩn ngoại khoa

### **4. Điều trị ngoại trú**

– Các trường hợp trẻ đau bụng mạn kèm:

+ Không có dấu hiệu cảnh báo nguyên nhân thực thể

+ Khám lâm sàng hoàn toàn bình thường, bụng mềm không đề kháng

+ Các xét nghiệm thường quy bình thường

– Cần tư vấn cho thân nhân yên tâm rằng hiện không có một nguy cơ đe dọa nghiêm trọng sức khỏe đứa trẻ( tránh dùng thuật ngữ tâm lý” để gây hiểu nhầm và khó chấp nhận cho thân nhân) và bệnh nhi có thể điều trị ngoại trú.

– Đa phần đau bụng mạn ở trẻ là đau bụng chức năng, điều chỉnh hành vi, lối sống và kiểm soát yếu tố khởi phát đau là nguyên tắc hàng đầu trong điều trị đau bụng mạn chức năng.

– Hướng dẫn thân nhân cách phát hiện và kiểm soát các yếu tố tâm lý-xã hội gây khởi phát cơn đau, cải thiện lối sống, giảm áp lực học tập.

– Cho thuốc điều trị triệu chứng tùy theo thể lâm sàng:

+Khó tiêu chức năng:

Ranitidine 5-10mg/kg/ngày chia 3 lần uống trước ăn 30 phút

Phosphalugel: Trẻ < 1 tuổi: 2,5-5ml/lần, ngày 3-4 lần

Trẻ > 1 tuổi: 5-20ml/lần, ngày 3-4 lần sau ăn 30 phút

Simethicone:

< 2 tuổi: 20mg x 4 lần/ngày

2-12 tuổi: 40-250mg x 4 lần/ngày uống sau ăn

+Đau bụng chức năng, đau bụng kịch phát riêng lẻ:

Ranitidine 5-10mg/kg/ngày chia 3 lần uống trước ăn

Cốm Xitrina

< 1 tuổi: ¼-1/2 muỗng café x 2-3 lần

≥ 1 tuổi: 1-2 muỗng café x 2-3 lần

Bổ sung chất xơ

Chế độ ăn Lactose free

+Hội chứng ruột kích thích:

Sorbitol nếu táo bón: ½-1 gói uống buổi sáng lúc đói

Domperidon 0.25-0.5mg/kg/ngày chia 3-4 lần

Thuốc giảm co thắt: buscopan: 0.3-0.6mg/kg/lần x 2-3 lần/ngày,

Spasmaverin: trẻ > 12 tuổi: 1-3 viên/ngày

Dầu bạc hà có thể mang lại lợi ích cho trẻ bị hội chứng ruột kích thích.

+Đau bụng Migraine: cần khám chuyên khoa

Trẻ <1 tuổi: 2.5 – 5 ml/ lần, ngày 3-4 lần

Trẻ > 1 tuổi: 5 – 20 ml/ lần, ngày 3-4 lần sau ăn 30 phút

Simethicone:

<2 tuổi: 20 mg x 4 lần/ ngày

2-12 tuổi: 40 mg x 4 lần/ ngày

>12 tuổi: 40- 250 mg x 4 lần/ ngày uống sau ăn

+ Đau bụng chức năng, đau bụng kịch phát riêng lẻ:

Ranitidin 5-10 mg/kg/ngày chia làm 3 lần uống trước ăn 30 phút

Cốm Xitrina: < 1 tuổi: ¼ - ½ mcpx2-3 lần, >= 1 tuổi: 1-2 mcpx 2-3 lần

Bổ sung chất xơ

Chế độ ăn Lactose free

+ Hội chứng ruột kích thích:

Sorbitol nếu táo bón: ½ -1 gói uống buổi sáng lúc đói

Prokinetic: metoclopramide 0.1 mg/kg/liều x 3-4 lần/ ngày, Domperidon 0.25 – 0.5 mg/kg/ngày chia 3-4 lần...

Thuốc giảm co thắt: buscopan 0.3- 0.6 mg/kg/lần x2-3 lần/ ngày, Spasmaverin: trẻ > 12 tuổi: 1-3 viên/ ngày

Dầu bạc hà có thể mang lại một số lợi ích cho trẻ bị hội chứng ruột kích thích

+ Đau bụng Migraine: cần khám chuyên khoa

– **Hướng dẫn thân nhân cách chăm sóc tại nhà:**

+ Điều quan trọng là làm biến đổi các yếu tố gây xuất hiện hoặc gia tăng triệu chứng đau

+ Cần có sự hợp tác giữa gia đình và nhà trường để nâng đỡ trẻ

+ Nếu triệu chứng đau xảy ra liên tục, vẫn cho trẻ đi học đều đặn, tham gia các hoạt động ở lớp.

Trong một số trường hợp, thầy thuốc cần liên hệ với thầy cô giáo để giải thích tính chất của vấn đề

+ Trong gia đình, nên chú ý trực tiếp vào triệu chứng đau

– Hướng dẫn thân nhân dấu hiệu cần tái khám ngay: khi xuất hiện bất kỳ dấu hiệu cảnh báo nào về nguyên nhân thực thể ( xem phần tiếp cận khám lâm sàng), cần cho trẻ tái khám ngay

*Tài liệu tham khảo:*

- Kho dữ liệu Phác đồ điều trị ngành y tế TPHCM – Bệnh viện Nhi Đồng 2



### I./ ĐỊNH NGHĨA

– Ổi hay nôn là tình trạng tổng xuất thành phần chứa trong dạ dày, ruột qua miệng do sự co bóp dữ dội của các cơ thành bụng, cơ hoành và cơ trơn thành dạ dày ruột, thường phối hợp với buồn nôn và nôn khan.

### II./ CHẨN ĐOÁN

#### 1/ Khám lâm sàng:

- Các dấu hiệu bụng ngoại khoa: bụng trướng, quai ruột nổi, khối lồng, dấu hiệu rắn bò.
- Triệu chứng toàn thân:
  - + Tổng trạng bệnh nhân
  - + Dấu hiệu mất nước
  - + Rối loạn điện giải
  - + Các biểu hiện nhiễm khuẩn
  - + Suy dinh dưỡng
  - + Dấu hiệu não - màng não
  - + Biến đổi bộ phận sinh dục

#### 2/ Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm thường quy: công thức máu, điện giải đồ.
- Xét nghiệm tìm nguyên nhân:
  - + Bệnh ngoại khoa: siêu âm bụng, chụp bụng không và có chuẩn bị.
  - + Bệnh lý thần kinh: chọc dịch não tủy, soi đáy mắt, CT sọ não, điện não đồ.
  - + Rối loạn chuyển hóa nhiễm độc: ceton niệu, glucose máu, albumin niệu, ure máu, acid lactic.

#### 3/ Chẩn đoán:

##### 3.1/ Chẩn đoán mức độ nặng của nôn:

Những trường hợp nôn cần xử trí cấp cứu là nôn kèm theo:

- Sốc
- Rối loạn nhận thức
- Đau bụng dữ dội
- Chướng bụng
- Suy gan cấp có hoặc không vàng da
- Khó thở, nhịp thở Kussmaul
- Nôn ra mật, nôn máu

##### 3.2/ Chẩn đoán nguyên nhân:

- Ngoại khoa:
  - + Dị tật thực quản bẩm sinh
  - + Hẹp phì đại môn vị
  - + Lồng ruột cấp
  - + Thoát vị bẹn nghẹt
  - + Xoắn ruột, tắc ruột, bán tắc ruột
  - + Tắc tá tràng, hẹp tá tràng do tụy nhũn, màng ngăn
  - + Viêm ruột thừa, viêm phúc mạc
  - + Thoát vị cơ hoành
  - + Phình đại tràng bẩm sinh
- Nội khoa đường tiêu hóa:
  - + Sai lầm ăn uống
  - + Nhiễm khuẩn đường tiêu hóa
  - + Viêm loét dạ dày tá tràng
  - + Không dung nạp thức ăn, dị ứng
  - + Táo bón
- Nội khoa ngoài đường tiêu hóa:
  - + Nôn trong các bệnh nhiễm khuẩn cấp tính

- + Bệnh lý thần kinh
- + Nội tiết chuyển hóa: nôn chu kỳ, tăng canxi máu, aceton, suy thận, rối loạn chuyển hóa, hội chứng sinh dục thượng thận
  - Nôn do ngộ độc
  - Nôn do nguyên nhân tâm thần.

### **III./ ĐIỀU TRỊ**

---

- Nguyên tắc: tùy theo nguyên nhân
- Thuốc chống nôn: metocloramide

### **IV./ CHỈ ĐỊNH NHẬP VIỆN**

---

- Sốt, gầy sút, mất nước rõ
- Da tái xám, thóp trũng hoặc phồng
- Rối loạn tri giác, hoặc trương lực cơ
- Đau bụng dữ dội
- Chướng bụng
- Tiêu chảy, phân máu
- Bí trung đại tiện
- Ói dữ dội
- Ói thường xuyên liên tục
- Ói ra dịch mật, máu, phân
- Không dung nạp thức ăn tuyệt đối.

*Tài liệu tham khảo:*

- *Kho dữ liệu Phác đồ điều trị ngành y tế TPHCM 2017 – Bệnh viện Nhi Đồng 1*

## NÚT HẬU MÔN

---

### I./ ĐỊNH NGHĨA

- Nứt hậu môn là tình trạng rách niêm mạc ống hậu môn
- Thường gặp ở trẻ nhỏ 6-24 tháng tuổi, trẻ lớn ít gặp hơn. Khoảng 90% tự khỏi.
- Nguyên nhân:
  - + Thông thường nhất là do khối phân đi cầu quá to, cứng làm rách
  - + Rặn quá mạnh khi đi cầu, do tiêu chảy, do chấn thương, viêm loét đại tràng, Crohn.

---

### II./ ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN

#### 1/ Bệnh sử

- Đau hậu môn, đặc biệt khi đi cầu
- Ngứa khó chịu quanh hậu môn
- Tiêu máu dính ngoài phân, chảy máu đỏ tươi dính một bên phân khi đi cầu hoặc máu dính vào giấy chùi, tiêu giọt máu từ hậu môn.

#### 2/ Khám lâm sàng:

- Rách hậu môn cấp khi bề mặt vết nứt giới hạn rõ, bờ sắc nét
- Rách hậu môn mạn tính: bờ vết nứt xơ cứng
- Khám vùng quanh hậu môn: có rò, nhọt quanh hậu môn
- Khám trực tràng: ngón út với trẻ < 3 tuổi, và ngón trỏ với trẻ lớn.

---

### III./ CHẨN ĐOÁN

- Dựa vào lâm sàng
- Chẩn đoán phân biệt: do polyp, viêm trực tràng, ám ảnh sợ toilet

---

### IV./ ĐIỀU TRỊ

- Chăm sóc tại chỗ:
  - + Làm sạch vết nứt sau tiêu
  - + Ngâm hậu môn vào nước ấm: 10 phút/ngày
- Điều trị yếu tố thúc đẩy.

*Tài liệu tham khảo:*

- Kho dữ liệu Phác đồ điều trị ngành y tế TPHCM 2017 – Bệnh viện Nhi Đồng 1

## TIÊU CHẢY KÉO DÀI

### I. ĐẠI CƯƠNG

#### 1. Định nghĩa:

Tiêu chảy kéo dài (TCKD) là đợt tiêu chảy kéo dài từ 14 ngày trở lên, trong đó không có 2 ngày liền ngưng tiêu chảy. Định nghĩa trên loại trừ các nguyên nhân riêng biệt gây tiêu chảy mãn tính như bệnh Crohn hay bệnh Celiac.

#### 2. Nguyên nhân: Các nguyên nhân thường gặp ở trẻ em

- Nhiễm trùng:
  - + Vi khuẩn: Shigella, Salmonella, Yersinia enterocolitica, Escherichia coli, Clostridium difficile, Campylobacter jejuni, Vibrio cholerae, Mycobacterium avium complex.
  - + Virus: Rotavirus, Adenovirus, Astrovirus, Torovirus, Cytomegalovirus, HIV.
  - + Ký sinh trùng: Cryptosporidium, Giardia, Entamoeba histolytica, Isospora, Strongyloides.
- Chế độ ăn không hợp lý: Ăn nhiều đường, thực phẩm dinh dưỡng chứa Sorbitol, Mannitol, hoặc Xylitol; sử dụng thuốc chứa Lactulose hoặc Magne,...
- Kém hấp thu đường: Bất dung nạp Lactose, thiếu men Sucrase - isomaltase, thiếu men Lactase, bất dung nạp Glucose - Galactose, bất dung nạp Fructose,...
- Rối loạn miễn dịch: Dị ứng thức ăn, viêm dạ dày ruột tăng BC ái toan, viêm ruột mạn, bệnh lý ruột tự miễn, suy giảm miễn dịch nguyên phát.

### II. LÂM SÀNG

#### 1. Hỏi bệnh sử:

- Tiêu chảy bao nhiêu ngày?
- Số lần tiêu chảy trong ngày, lượng phân.
- Tính chất phân: đàm, mỡ, có máu trong phân không?
- Các triệu chứng đi kèm: sốt, đau bụng, mót rặn, quấy khóc, ói, khó tiêu, chán ăn, thay đổi khẩu vị, mệt mỏi, sụt cân.
- Chế độ ăn hiện tại: bú mẹ, loại thức ăn, sữa khác,...
- Tiền căn gia đình:
  - + Tiêu chảy kéo dài ở người thân trong gia đình
  - + Dị ứng hay bệnh lý miễn dịch

#### 2. Khám tìm dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng:

- Dấu hiệu sinh tồn
- Dấu mất nước
- Tình trạng nhiễm trùng
- Tình trạng dinh dưỡng:
  - + Chiều cao và cân nặng
  - + Dấu hiệu phù mu bàn chân 2 bên
- Triệu chứng thiếu máu: kết mạc mắt và lòng bàn tay nhạt
- Triệu chứng thiếu vitamin và nguyên tố vi lượng: loét miệng, mờ giác mạc, viêm da, tóc dễ gãy, rụng,...
- Thăm khám bụng:
  - + Chướng bụng, gõ vang, đau bụng khi thăm khám
  - + Gan, lách, tuần hoàn bàng hệ
- Tổn thương các hệ cơ quan khác: tim mạch, hô hấp,...

### III. CẬN LÂM SÀNG

#### - Các xét nghiệm đề nghị:

- + Thường quy: Huyết đồ, soi cây phân.
  - + Các xét nghiệm khác: tùy thuộc vào bệnh cảnh lâm sàng
- Bệnh cảnh nặng, nhiễm trùng, mất nước: Ion đồ máu, đạm, Albumin máu, đường huyết, chức năng gan thận, CRP, khí máu động mạch, cấy máu, tổng phân tích nước tiểu
- Nghi bệnh lý miễn dịch: VS, điện di đạm, pANCA, ASCA, nội soi, giải phẫu bệnh mẫu sinh thiết,...

Nghi kém tiêu hóa: lượng đạm, mỡ trong phân  
Nghi bất dung nạp: test hơi thở  
Suy kiệt, tiền căn tiếp xúc: xét nghiệm lao, HIV

#### IV. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

1. Tiêu chảy kéo dài nặng là tiêu chảy kéo dài kèm một trong các vấn đề: có dấu hiệu mất nước, suy dinh dưỡng nặng, nhiễm trùng nặng, trẻ nhỏ hơn 2 tháng
2. Tiêu chảy kéo dài không nặng là tiêu chảy kéo dài không có các vấn đề nêu trên.

#### V. ĐIỀU TRỊ

##### 1. Tiêu chảy kéo dài nặng:

###### – Nguyên tắc điều trị:

- + Điều chỉnh rối loạn nước, điện giải, toan kiềm
- + Điều trị nhiễm trùng
- + Điều trị theo nguyên nhân
- + Xử lý kịp thời các biến chứng.
- + Phục hồi dinh dưỡng

###### – Xử trí ban đầu:

- + Đánh giá và bù nước theo phác đồ B hoặc C.
- + Bù dịch bằng ORS, một số trẻ không hấp thu được Glucose trong ORS làm tăng tiêu chảy do đó cần bù dịch bằng đường tĩnh mạch cho đến khi đáp ứng với ORS.
- + Một số trường hợp mất nước B kèm ói nhiều, uống kém hoặc tốc độ thải phân cao ( $> 10$  ml/kg/giờ) cần bù nước bằng đường tĩnh mạch. Dịch được lựa chọn là Lactate Ringer, Natri Chlorua 0,9% hoặc Dextrose 5% in half Saline, tốc độ truyền 40-75 ml/kg/4 giờ.
- + Điều chỉnh các rối loạn điện giải, kiềm toan nếu có.

###### – Điều trị đặc hiệu:

- + Điều trị nhiễm trùng

Không điều trị kháng sinh thường qui trong TCKD.

Phát hiện và điều trị nhiễm trùng ngoài đường tiêu hóa: nhiễm trùng huyết, nhiễm trùng tiểu, viêm phổi, viêm họng, viêm tai giữa.

Soi phân có máu: điều trị kháng sinh uống nhạy với Shigella: Bactrim, Nalidixic acid, Fluoroquinolone (trẻ 2 tháng - 5 tuổi)

Trẻ < 2 tháng: Ceftriaxone 100 mg/kg/ngày trong 5 ngày.

Soi phân có E. histolytica dạng dưỡng bào trong hồng cầu: Metronidazole 10 mg/kg x 3 lần/ngày trong 5 ngày

Phân có Cyst hoặc dưỡng bào của Giardia lamblia: Metronidazole 5 mg/kg x 3 lần/ngày trong 5 ngày.

Điều trị Campylobacter: Erythromycine 30-50 mg/kg/ngày trong 5-10 ngày.

- + Chế độ dinh dưỡng: rất quan trọng với mọi trẻ TCKD. Khẩu phần cung cấp 150 kcal/24h.

Trẻ < 4 tháng:

Bú mẹ liên tục, thường xuyên, kéo dài

Nếu không có sữa mẹ, uống sữa giảm hoặc không có Lactose, sữa protein thủy phân.

Trẻ > 4 tháng:

Khuyến khích tiếp tục bú mẹ,

Chế độ ăn đặc biệt giảm lactose, tăng số lần (6 bữa hoặc hơn) và lượng thức ăn  $> 110$  kcal/kg/ngày.

Nếu trẻ không ăn đủ (ít hơn 80% nhu cầu năng lượng) cần nuôi ăn qua sonde dạ dày

Cung cấp vitamin và khoáng chất: bổ sung thêm vitamin và khoáng chất mỗi ngày trong 2 tuần: Folate, Vitamin A, đồng, kẽm, sắt, Magne.

Hội chẩn dinh dưỡng: Suy dinh dưỡng nặng, thất bại trong nuôi ăn (sau 7 ngày điều trị: tiêu chảy  $> 10$  lần/ngày, xuất hiện lại dấu hiệu mất nước, không tăng cân) hoặc có chỉ định nuôi ăn qua sonde

- + Theo dõi mỗi ngày:

Cân nặng, thân nhiệt, lượng ăn vào, số lần tiêu chảy, tính chất phân.

Các dấu hiệu, biến chứng: nhiễm trùng, rối loạn nước - điện giải, kiềm toan, bụng ngoại khoa: thủng ruột,...

**2. Tiêu chảy kéo dài không nặng:** không cần điều trị tại bệnh viện nhưng cần chế độ ăn đặc biệt và bù dịch tại nhà.

– **Phòng ngừa mất nước:** Uống nhiều nước, theo phác đồ A: ORS, hoặc nước trái cây, nước thường.

– **Chế độ ăn:**

- + Tăng cường bú mẹ.
- + Dùng sữa giảm hoặc không lactose.
- + Chia nhỏ bữa ăn.

## **VI. XỬ TRÍ**

**1. Tiêu chuẩn nhập cấp cứu:** sốt, mất nước nặng

**2. Tiêu chuẩn nhập viện:**

- Các trường hợp TCKD có vấn đề kèm theo như:
  - + Tuổi < 4 tháng
  - + Cân nặng/Chiều cao < 80% hoặc SDD phù.
  - + Mất nước.
  - + Nhiễm trùng hoặc nghi ngờ nhiễm trùng

## **VII. TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN**

- Ăn uống khá.
- Trẻ tăng cân.
- Hết tiêu chảy.
- Không còn dấu hiệu nhiễm trùng, đã điều trị đủ liều kháng sinh.

## **VIII. HƯỚNG DẪN CHO THÂN NHÂN**

- Cho trẻ bú sữa mẹ.
- Phòng ngừa các yếu tố nguy cơ.
- Vệ sinh trong ăn uống.
- Xử trí tốt các trường hợp tiêu chảy cấp.
- Khám lại ngay nếu có 1 trong các biểu hiện:
  - + Trẻ mệt hoặc sốt.
  - + Giảm ăn uống, giảm bú.
  - + Phân có máu.
  - + Khát nước.

## **IX. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

- TCKD nặng:
  - + Tái khám định kỳ.
  - + Tham vấn dinh dưỡng.
- TCKD không nặng:
  - + Tái khám sau 5 ngày hoặc sớm hơn nếu tiêu chảy tăng hoặc có dấu mất nước.
  - + Bớt tiêu chảy < 3 lần/ngày, tăng cân: tiếp tục chế độ ăn theo lứa tuổi.

*Tài liệu tham khảo: Kho dữ liệu Phác đồ điều trị ngành y tế TPHCM – Bệnh viện Nhi Đồng 2*

## HỘI CHỨNG LY

### I. ĐỊNH NGHĨA

Hội chứng ly là tất cả các trường hợp tiêu chảy phân có nhầy máu.

### II. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân đa phần là do Shigella (60%), ngoài ra còn có thể do vi trùng khác hoặc ký sinh trùng

- Shigella là trực trùng gram âm. Có 4 loại Shigella:
  - + S. dysenteriae (serogroup A)
  - + S. flexneri (serogroup B) (thường gặp nhất).
  - + S. boydii (serogroup C)
  - + S. sonnei (serogroup D)
- Vi trùng khác: EHEC, Campylobacter jejuni,...
- Ký sinh trùng: Entamoeba histolytica.

### III. LÂM SÀNG

- Thời gian ủ bệnh trung bình 1-7 ngày.
- Khởi đầu đi tiêu phân nước, sau đó mới tiêu đàm, máu, mót rặn.
- Số lần đi tiêu thường 8-10 lần/ngày, lượng phân ít (khoảng 30 ml/kg/ngày).
- Các triệu chứng thường gặp như sốt, đau bụng, tiêu nhầy, tiêu máu, phân nước, ói.

### IV. CẬN LÂM SÀNG:

- Công thức máu.
- Soi phân: có bạch cầu trong phân 70-100% trường hợp.
- Cây phân.
- Cây máu trong trường hợp nặng.
- Ion đồ khi có rối loạn tri giác, triệu chứng thần kinh, chướng bụng, giảm trương lực cơ.
- Đường huyết khi nghi ngờ hạ đường huyết.
- Siêu âm bụng, XQ bụng khi có chướng bụng cần loại trừ lồng ruột.
- Phết máu, đêm tiểu cầu, chức năng thận khi nghi ngờ có hội chứng tán huyết Ure huyết cao.

### V. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định: Hội chứng ly + cây phân (+)
2. Chẩn đoán có thể:
  - Sốt, tiêu chảy kèm triệu chứng thần kinh: co giật, li bì, hôn mê, hội chứng màng não.
  - Sốt, tiêu chảy, soi phân có hồng cầu, bạch cầu.
3. Chẩn đoán phân biệt:
  - Lồng ruột.
  - Lỵ amip.
  - Tiêu máu do nứt hậu môn, polyp đại trực tràng.
  - Dị ứng sữa.
  - Viêm đại trực tràng do nguyên nhân khác.
4. Mục tiêu điều trị:
  - Cải thiện triệu chứng.
  - Ngăn ngừa lây nhiễm.
  - Điều trị đặc hiệu.

### VI. BIẾN CHỨNG

- Sa trực tràng
- Phình đại tràng nhiễm độc
- Tắc ruột
- Thủng ruột
- Nhiễm trùng huyết
- Rối loạn điện giải

- Phản ứng bạch cầu
- Triệu chứng thần kinh: co giật
- Viêm khớp phản ứng hoặc hội chứng Reiter
- Hội chứng tán huyết Ure huyết
- Suy dinh dưỡng
- Ure huyết

## VII. ĐIỀU TRỊ

### 1. Điều trị nâng đỡ:

- Bù dịch và điện giải: xem bài tiêu chảy cấp
- Cho ăn sớm để phòng suy dinh dưỡng.
- Bù kẽm (xem bài tiêu chảy cấp)
- Vitamin A (nếu có chỉ định) 200.000 đơn vị, một liều duy nhất.
- Tránh dùng các thuốc chống nhu động ruột như Diphenoxylate (Lomotil), những thuốc này có thể kéo dài thời gian sốt, tiêu chảy, bài tiết vi trùng (Grade 1C)

### 2. Kháng sinh:

- **Mục tiêu điều trị kháng sinh là cải thiện triệu chứng và ngăn ngừa lây nhiễm.**
- Những kháng sinh không còn hiệu quả trong điều trị ly: Amoxicillin, Nitrofurantoin, Aminoglycosid, Cephalosporin thế hệ 1 và 2, Nalidixic acid, Chloramphenicol, Tetracycline, Sulfonamides, Streptomycin, Trimethoprim

### 3. Shigella và EIEC:

- Kháng sinh đường uống: lựa chọn tùy thuộc tình trạng kháng thuốc
- + Lựa chọn đầu tiên: Quinolones  
Ciprofloxacin: 30 mg/kg /ngày, tối đa 1 g/ngày, chia 2 lần x 5 ngày  
Norfloxacin: 10-15 mg/kg/ngày x 5 ngày
- + Lựa chọn thứ 2:  
Azithromycin: 12 mg/kg trong ngày đầu tiên (tối đa 500 mg) và sau đó 6 mg/kg/ngày (tối đa 250 mg) x 4 ngày kế tiếp  
Cephalosporins uống  
Cefixime 8 mg/kg/ngày, 1 liều duy nhất (tối đa 400 mg/ngày) x 5 ngày
- Kháng sinh đường tĩnh mạch: chỉ định trong những trường hợp nhiễm trùng nặng hoặc nhiễm trùng huyết, suy giảm miễn dịch, không uống được.
- + Lựa chọn đầu tiên: Ceftriaxone 50-100 mg/kg/ngày (tối đa 1.5 g) x 1 lần/ngày x 5 ngày
- + Điều trị thay thế: Ciprofloxacin 20-30 mg/kg (tối đa 500 mg/lần) chia 2 lần x 5 ngày

### 4. Campylobacter jejuni:

Erythromycin 50 mg/kg/ngày x 5 ngày  
Azithromycin 5-10 mg/kg/ngày x 5 ngày

### 5. Entamoeba histolytica:

Metronidazole 30-40 mg/kg/ngày x 7-10 ngày

- Thất bại điều trị: Triệu chứng cải thiện trong 1-2 ngày điều trị. Vi trùng kháng thuốc gợi ý khi sốt kéo dài, tiêu máu đại thể, không giảm số lần đi tiêu trong ngày thứ 3 của điều trị.

## VIII. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Lý có biến chứng.
- Bệnh nặng hơn sau 2 ngày điều trị ngoại trú.

## IX. HƯỚNG DẪN CHO THÂN NHÂN

Phòng ngừa lây lan bằng cách:

- Uống nước sạch.
- Nguồn nước được khử khuẩn.
- Rửa tay sạch sẽ.
- Nấu chín và bảo quản thức ăn.

## X. TÁI KHÁM



Đưa trẻ đến khám ngay khi có những biểu hiện sau:

- Đi tiêu rất nhiều lần phân lỏng.
- Ói tất cả mọi thứ sau ăn.
- Trở nên rất khát.
- Ăn uống kém hoặc bỏ bú.
- Trẻ không tốt lên sau 2 ngày điều trị.
- Sốt cao hơn.
- Co giật.

*Tài liệu tham khảo: Kho dữ liệu Phác đồ điều trị ngành y tế TPHCM – Bệnh viện Nhi Đồng 2*

## VIÊM LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG

### I. ĐỊNH NGHĨA VÀ NGUYÊN NHÂN

– Viêm loét dạ dày tá tràng (VLDDTT) là tình trạng tổn thương niêm mạc dạ dày hay tá tràng với nhiều mức độ khác nhau do sự mất cân bằng giữa yếu tố bảo vệ và yếu tố tấn công.

| Yếu tố bảo vệ                                                                                    | Yếu tố tấn công                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Dịch nhầy<br>Bicarbonate<br>Lưu lượng máu đến niêm mạc<br>Prostaglandins<br>Lớp niêm mạc kỵ nước | Acid hydrochloric<br>Pepsin<br>NSAIDS<br>Acid mật<br>Stress<br>Helicobacter pylori (HP) |

VLDDTT gồm 2 nguyên nhân:

- **VLDDTT nguyên phát:** hầu hết viêm dạ dày và loét tá tràng nguyên phát đều liên quan đến nhiễm Helicobacter pylori.
- **VLDDTT thứ phát:** xảy ra khi có yếu tố tấn công gây mất thăng bằng nội mô bình thường của niêm mạc dạ dày tá tràng.
- Cần chú ý đánh giá triệu chứng và bệnh lý đi kèm để xác định nguyên nhân gây VLDDTT, không chỉ tập trung vào H.pylori.

### II. LÂM SÀNG

#### 1. Bệnh sử:

- Triệu chứng của bệnh thường không đặc hiệu, dễ nhầm lẫn các bệnh lý khác, bệnh nhi có thể đến khám vì những triệu chứng điển hình sau:
  - + Xuất huyết tiêu hóa: ói máu hoặc tiêu phân đen.
  - + Hội chứng dạ dày tá tràng: đau bụng vùng thượng vị, đau liên quan ăn uống, xuất hiện lúc đói hoặc ngay sau ăn kèm đầy bụng,, ợ hơi, ợ chua, buồn nôn, nôn, có cơn đau gây thức giấc buổi tối.
- Tuy nhiên phần lớn bệnh nhi đến khám vì triệu chứng đau bụng mơ hồ, do đó cần hỏi kỹ bệnh sử, khám lâm sàng và một số xét nghiệm sàng lọc ban đầu đau bụng mạn để tìm “dấu hiệu cảnh báo” của bệnh lý viêm dạ dày.
  - Dấu hiệu cảnh báo tổn thương dạ dày trên trẻ đau bụng mạn
    - + Đau bụng kéo dài ở trẻ < 5 tuổi.
    - + Đau vùng thượng vị, đau liên quan đến ăn uống.
    - + Cơn đau thức giấc buổi tối.
    - + Ói mửa nặng.
    - + Sụt cân không rõ nguyên nhân.
    - + Chậm tăng trưởng không rõ nguyên nhân.
    - + Ói máu, tiêu máu.
    - + Thiếu máu không rõ nguyên nhân.
    - + Máu ẩn/ phân (+).

#### 2. Tiền căn:

- Bản thân: dùng thuốc ảnh hưởng dạ dày như Corticoids, Aspirin, NSAIDs, thay đổi chế độ ăn, sang chấn tâm lý,...
- Gia đình: có người viêm loét dạ dày tá tràng do HP, đau tương tự, kinh tế gia đình, biến cố trong gia đình.

#### 3. Khám lâm sàng:

- Khám toàn diện để loại trừ các tổn thương thực thể khác: gan lách to, túi mật, hệ tiết niệu, dấu thiếu máu, suy dinh dưỡng, thăm trực tràng.
- Tìm dấu hiệu cảnh báo lâm sàng bệnh ở dạ dày tá tràng : ấn đau vùng thượng vị, thiếu máu: chóng mặt, da xanh niêm nhợt,...

### III. CHẨN ĐOÁN LÂM SÀNG

1. Chẩn đoán VLDDTT trẻ đau bụng có “dấu hiệu cảnh báo lâm sàng” bệnh ở dạ dày tá tràng cần chỉ định nội soi dạ dày để xác định chẩn đoán.

- X Quang dạ dày tá tràng cản quang: ít sử dụng, có thể phát hiện ổ loét bằng phương pháp đối quang kép (chỉ thực hiện ở nơi không có nội soi)

- Nội soi dạ dày tá tràng: là phương pháp tin cậy giúp chẩn đoán chính xác mức độ tổn thương niêm mạc, sinh thiết khảo sát mô học, tìm HP.

- Xét nghiệm khác: công thức máu, chức năng gan, chức năng thận, Amylase, Lipase máu, tổng phân tích nước tiểu, soi phân tìm ký sinh trùng, siêu âm bụng,... nhằm loại trừ các nguyên nhân đau bụng khác.

#### 2. Chẩn đoán nhiễm HP:

- Chỉ làm xét nghiệm chẩn đoán nhiễm HP khi trẻ có chỉ định nội soi dạ dày, để đánh giá HP có phải là nguyên nhân gây tổn thương dạ dày trong các trường hợp sau:

- + Loét tá tràng trên chụp cản quang.

- + U MALT trên mô học.

- + Loạn sản dạ dày hay viêm teo dạ dày.

- + Tiền căn gia đình có ung thư dạ dày.

- + Thiếu máu thiếu sắt kháng trị đã loại trừ các nguyên nhân khác.

- Không làm các xét nghiệm tầm soát nhiễm HP trên trẻ đau bụng khi chưa có chỉ định nội soi dạ dày, một xét nghiệm không xâm lấn dương tính không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm HP ở trẻ em, không trả lời được trẻ có bệnh do HP không, do đó không có chỉ định tiết trừ HP, đặc biệt huyết thanh chẩn đoán không dùng làm tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm HP.

- Các xét nghiệm dùng trong chẩn đoán nhiễm HP ở trẻ em:

- + *Xâm lấn* (cần nội soi sinh thiết): dùng để đánh giá nhiễm HP lần đầu.

Mô học

Urease test (Clotest)

Nuôi cấy

PCR

- + *Không xâm lấn*

Test hơi thở Urea ( có giá trị chẩn đoán và theo dõi - Chứng cứ mức độ I )

Kháng nguyên trong phân (HPSA), ( có giá trị theo dõi - Chứng cứ mức độ I )

### IV. TIÊU CHUẨN

- VLDDTT trên nội soi: thấy sang thương loét hoặc viêm nốt, viêm sưng, phù nề, sung huyết mức độ trung bình nặng.

- VLDDTT trên GPB: khi thấy thâm nhiễm tế bào viêm  $\geq 2-5$  tế bào lympho tương bào hoặc đại thực bào trong 1 vi trường.

- Nhiễm HP: tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm HP lần đầu ở trẻ em.

- + Cấy dương tính, hoặc

- + Mô học và Clo test cùng dương tính, hoặc

- + Mô học và PCR cùng dương tính, hoặc

- + Trường hợp đang xuất huyết tiêu hóa thì chỉ cần 1 trong các XN trên (+)

- VLDDTT do HP: Nội soi có tổn thương đặc biệt sang thương dạng nốt hang vị hoặc loét tá tràng và đủ tiêu chuẩn nhiễm HP.

### V. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:

Chẩn đoán VLDDTT là một chẩn đoán loại trừ các nguyên nhân khác như:

- Các nguyên nhân đau bụng cấp (xem bài Đau bụng cấp)

- Các nguyên nhân đau bụng mạn (xem bài Đau bụng mạn)

### VI. MỤC TIÊU ĐIỀU TRỊ

- Lành vết loét hoặc viêm, ngừa loét tái phát và biến chứng

- Điều trị nguyên nhân gây viêm loét, tiết trừ HP khi có chỉ định.

- Chỉ định tiết trừ HP

- + Loét dạ dày hay loét tá tràng HP + đủ tiêu chuẩn nhiễm HP.
- + Viêm teo dạ dày kèm chuyển sản ruột + nhiễm HP.
- + Thiếu máu thiếu sắt dai dẳng kháng trị + nhiễm HP.
- + Xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch mạn tính + nhiễm HP.
- Xem xét điều trị HP khi (chưa đủ chứng cứ, tùy lâm sàng): Viêm dạ dày tá tràng không kèm loét.

Trường hợp này, quyết định tiết trừ cần cân nhắc dựa vào:

- + Tuổi bệnh nhi : < 5 tuổi khả năng tái nhiễm cao và tuân thủ điều trị kém
- + Độ nặng của triệu chứng lâm sàng.
- + Tiền sử gia đình có loét DDTT( nhiễm HP độc lực cao)
- + Độ nặng của sang thương dạ dày trên nội soi.
- + Độ nặng của sang thương dạ dày trên GPB.
- + Mức độ nhiễm HP trên GPB.
- Không điều trị HP khi:
- + Đau bụng mạn + các test HP không xâm lấn (+) mà chưa có nội soi đánh giá sang thương dạ dày. ( không khuyến cáo làm các XN không xâm lấn tìm HP ở trẻ đau bụng mạn khi không có chỉ định nội soi dạ dày).
- + Nhiễm HP + đau bụng mạn nhưng không có tổn thương trên dạ dày trên nội soi.
- + Nhiễm HP không triệu chứng

## VII. ĐIỀU TRỊ

### 1. VLDDTT không do nhiễm HP:

- Ngưng thuốc ảnh hưởng dạ dày.
- Điều trị nguyên nhân nếu có thể.
- Điều trị thuốc chống loét
- Thời gian điều trị : 4 tuần.

| Thuốc                        | Liều dùng                              |
|------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Antacids</b>              |                                        |
| Aluminum/Magnesium hydroxide | 0.5 mL/kg/lần mỗi 3 - 6h uống sau ăn   |
| <b>Ức chế thụ thể H2</b>     |                                        |
| Ranitidine                   | 2-6 mg/kg/ngày uống chia 2-3 lần       |
|                              | 3-4 mg/kg/ngày IV chia 3-4 lần         |
| <b>Ức chế bơm proton</b>     |                                        |
| Omeprazole                   | 1.5 -2.5 mg/kg/ngày uống chia 1-2 lần  |
|                              |                                        |
| Lansoprazole                 | 1.5 - 2.5 mg/kg/ngày uống chia 1-2 lần |
| Esomeprazole                 | 1.5 - 2.5 mg/kg/ngày uống chia 1-2 lần |
| <b>Thuốc bảo vệ niêm mạc</b> |                                        |

|            |                             |
|------------|-----------------------------|
| Sucralfate | 40-80 mg/kg/ngày chia 4 lần |
|------------|-----------------------------|

## 2.Loét dạ dày hay loét tá tràng do HP:

– Thời gian điều trị: 6-8 tuần.

– Phác đồ điều trị

Khuyến cáo điều trị khởi đầu 1-3 tuần PPI để ức chế toan tốt điều trị sang thương dạ dày và chờ kết quả cấy HP. Sau khi có KSD, chọn phác đồ điều trị tùy vào kiểu đề kháng kháng sinh. Sau khi điều trị đủ 14 ngày, cần tiếp tục điều trị PPIs cho đủ 6-8 tuần để làm lành ổ loét.

### Lựa chọn phác đồ diệt trừ HP đầu tiên theo KSD:

+ Nhạy CLA, nhạy MET: Amoxicilline + Clarithromycin + PPIs liều chuẩn 14 ngày.

+ Kháng CLA, nhạy MET : Amoxicilline + Metronidazole + PPIs liều chuẩn 14 ngày hoặc phác đồ 4 thuốc có Bismuth.

+ Nhạy CLA, kháng MET: Amoxicilline + Clarithromycin + PPIs liều chuẩn 14 ngày hoặc phác đồ 4 thuốc có Bismuth.

+ Kháng CLA, kháng MET: Amoxicilline + Metronidazole + PPIs 14 ngày với AMOX liều cao hoặc phác đồ 4 thuốc có Bismuth.

### Lựa chọn phác đồ đầu tiên theo khuyến cáo nếu nuôi cấy HP không mọc:

+ Amoxicilline + Metronidazole + PPIs 14 ngày với AMOX liều cao hoặc phác đồ 4 thuốc có Bismuth.

+ Amoxicilline + Clarithromycin + Metronidazole + PPIs liều chuẩn 14 ngày.

### **Liều thuốc trong chiến lược liều chuẩn:**

| Thuốc                 | Cân nặng  | Liều sáng ( mg)      | Liều tối ( mg) |
|-----------------------|-----------|----------------------|----------------|
| PPI                   | 15-24 kg  | 20                   | 20             |
|                       | 25-34kg   | 30                   | 30             |
|                       | >35kg     | 40                   | 40             |
| Amoxicilline          | 15-24 kg  | 500                  | 500            |
|                       | 25-34kg   | 750                  | 750            |
|                       | >35kg     | 1000                 | 1000           |
| Clarithromycin        | 15-24 kg  | 250                  | 250            |
|                       | 25-34kg   | 500                  | 250            |
|                       | >35kg     | 500                  | 500            |
| Metronidazole         | 15-24 kg  | 250                  | 250            |
|                       | 25-34kg   | 500                  | 250            |
|                       | >35kg     | 500                  | 500            |
| Bismuth subsalicylate | < 10 tuổi | 262 mg x 4 lần/ ngày |                |
|                       | >10 tuổi  | 524 mg x 4 lần/ ngày |                |

– Bismuth subcitrate: 8 mg/kg/ngày chia 4 lần

– PPIs: 1.5 - 2.5 mg/kg/ngày chia 2 lần (Omeprazole, Esomeprazole, Lansoprazole).

## Chiến lược Amoxicilin liều cao

| Thuốc      | Cân nặng | Liều sáng ( mg) | Liều tối ( mg) |
|------------|----------|-----------------|----------------|
| Amoxicilin | 15-24 kg | 750             | 750            |
|            | 25-34kg  | 1000            | 1000           |
|            | >35kg    | 1500            | 1500           |

Trong thời gian điều trị phác đồ diệt trừ H.pylori, hạn chế cho thêm các thuốc không cần thiết để tăng khả năng tuân thủ điều trị của bệnh nhân. Tất cả các thuốc nên được dùng **hai lần/ngày**. PPI uống trước ăn ít nhất 30 phút, thuốc phải được uống nguyên viên để tránh sự phá hủy của acid dạ dày. Nếu phải sử dụng liều nhỏ, cần chọn những chế phẩm có thể chia nhỏ liều (thuốc có công nghệ vi nang kháng acide cho từng phân tử thuốc). Kháng sinh uống ngay sau ăn. Trong phác đồ có Bismuth, Bismuth uống sau ăn 01 giờ.

### IX.TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN, XUẤT VIỆN

#### 1.Tiêu chuẩn nhập viện:

- Xuất huyết tiêu hoá trên
- Thiếu máu nặng
- Đau bụng dữ dội
- Ói nhiều nặng

#### 2.Xuất viện: khi các triệu chứng giảm

### X.HƯỚNG DẪN THÂN NHÂN

- Cần hướng dẫn trước các liệu trình điều trị lâu dài để bệnh nhân tăng tuân thủ và bỏ tái khám.
- Tư vấn cách dùng thuốc PPI, kháng sinh. Tư vấn cho thân nhân lựa chọn chế phẩm thuốc phù hợp bệnh nhi để tối ưu hóa hiệu quả điều trị.
- Những điều nên làm:
  - + Đảm bảo chế độ ăn phải đầy đủ các chất dinh dưỡng
  - + Nên ăn nhiều bữa ăn nhỏ
  - + Nên ăn đúng giờ, không để quá đói hoặc quá no,
  - + Nên ăn thức ăn mềm, dễ tiêu, ít mỡ, ít chất kích thích (sôcôla)
  - + Dùng thuốc đầy đủ theo đúng hướng dẫn của bác sĩ
  - + Nghỉ ngơi hợp lý, tránh căng thẳng, lo âu.
  - + Tái khám theo hẹn
- Những điều nên tránh:
  - + Không ăn bữa cuối trong ngày gần giấc ngủ ( nên ăn cách đi ngủ > 3 giờ).
  - + Không ăn thức ăn quá chua, quá cay, quá nóng, quá nhiều gia vị
  - + Tránh cho trẻ uống cafe, trà, nước có ga, nước tăng lực
  - + Tránh các thuốc ảnh hưởng đến dạ dày (báo bác sĩ trước khi sử dụng các thuốc khác uống kèm)
  - + Không tự ngưng điều trị ngay cả khi trẻ cảm thấy giảm nhiều

### XI.TÁI KHÁM

- Tái khám định kỳ trong và sau khi ngưng thuốc để theo dõi kết quả điều trị.
- Theo dõi đánh giá lành sang thương niêm mạc dạ dày và diệt trừ HP.
- + Lâm sàng: cải thiện triệu chứng đau bụng, cải thiện tổng trạng ăn uống, ăn uống ngon miệng.
- + CLS: máu ẩn/phân sau khi kết thúc 4 tuần để đánh giá lành sang thương niêm mạc. Kháng nguyên HP/phân hoặc xét nghiệm hơi thở sau khi ngưng kháng sinh 4 tuần và ngưng PPI ít nhất 2 tuần để đánh giá diệt trừ HP.

## **XII. HƯỚNG DẪN XỬ TRÍ MỘT SỐ TÌNH HUỐNG SAU ĐIỀU TRỊ:**

### **1. Bệnh nhân có loét đường tiêu hóa**

- Nên nội soi kiểm tra sau khi kết thúc liệu trình điều trị để đánh giá ổ loét và tình trạng nhiễm HP.
- Nếu còn loét, tiếp tục điều trị HP và tiết trừ bằng phác đồ 2 theo KSĐ.
- Nếu lành ổ loét và HP (-): theo dõi lâm sàng, CTM và máu ẩn/phân định kỳ mỗi 3-6 tháng.

### **2. Bệnh nhân không có loét đường tiêu hóa**

- Lâm sàng ổn + máu ẩn/phân (-), HP (-): tái khám định kỳ 03 tháng, theo dõi triệu chứng đau bụng + CTM và máu ẩn/phân.
- Lâm sàng ổn + máu ẩn/phân (-), HP (+): giải thích cho thân nhân về diễn tiến sau nhiễm HP, phần lớn trẻ sẽ không có biến chứng loét, do đó nếu lâm sàng ổn cần cân nhắc cần thiết tiết trừ HP tiếp tục không. Hướng dẫn theo dõi dấu hiệu cảnh báo tái khám định kỳ mỗi 3 tháng, XN CTM và máu ẩn/phân. Nếu lâm sàng ổn, máu ẩn/phân (-), tiền sử gia đình không có người loét DDTT, chỉ theo dõi không tiết trừ lại.
- Lâm sàng còn đau bụng + máu ẩn/phân (-), HP (-): theo dõi lâm sàng, tìm nguyên nhân đau bụng khác. Thử điều trị theo đau bụng chức năng sau khi loại trừ các nguyên nhân đau bụng khác.
- Lâm sàng còn đau bụng + máu ẩn/phân (+), HP (+): tìm nguyên nhân đau bụng khác, tiết trừ HP bằng phác đồ 2 theo kháng sinh đồ. Nếu lần đầu cấy không mọc, nên nội soi lại và cấy HP.

## **XIII. CHIẾN LƯỢC ĐIỀU TRỊ THAY THẾ SAU KHI THẤT BẠI TIẾT TRỪ**

- Tùy thuộc vào kháng sinh sử dụng trong phác đồ điều trị lần đầu, sự nhạy cảm với kháng sinh còn lại và tuổi của bệnh nhân để lựa chọn phác đồ tiết trừ lần 2.
- Nếu trẻ > 9 tuổi phác đồ 4 thuốc PPI+ METRO+TETRA+BISMUTH cho thấy có hiệu quả tiết trừ cao > 95% trong 1 thử nghiệm lâm sàng đa trung tâm ở những người lớn thất bại tiết trừ với 1 hoặc nhiều phác đồ trước đó.
- Nếu trẻ < 9 tuổi phác đồ lần 1 chưa có Bismuth, nên lựa chọn chiến lược PPI+ METRO + AMOX + BISMUTH, với METRO + AMOX liều cao.
- Cần lưu ý khả năng thất bại tiết trừ do PPI, phác đồ tiết trừ lần 2 nên tăng liều PPI đến mức tối đa, hướng dẫn sử dụng PPI đúng cách.
- Trước khi tiếp tục tiết trừ lần 2, cần đánh giá kỹ yếu tố gây thất bại tiết trừ, kiểm soát các yếu tố để đảm bảo tối ưu hóa khả năng thành công cho phác đồ tiếp theo:
  - + Sự tuân thủ điều trị của bệnh nhi.
  - + Chất lượng chế phẩm thuốc.
  - + Vai trò PPI: nên chọn Rabeprazole hoặc Esomeprazole MUPs để giảm tác động chuyển hóa qua CYP2C19 làm mất hiệu quả của thuốc.

*Tài liệu tham khảo: Kho dữ liệu Phác đồ điều trị ngành y tế TPHCM – Bệnh viện Nhi Đồng 2*

# TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN

## I. ĐẠI CƯƠNG

### Một số định nghĩa

- Trào ngược dạ dày thực quản (TNDDTQ) là sự di chuyển của các chất chứa đựng ở dạ dày vào trong lòng thực quản có thể kèm theo nôn, trớ hoặc không, thường là sinh lý.
- Bệnh TNDDTQ xuất hiện khi các chất trào ngược gây nên các triệu chứng khó chịu và hoặc các biến chứng như: viêm loét thực quản, hẹp thực quản, suy dinh dưỡng, bệnh lý hô hấp mạn tính.
- Trớ là sự di chuyển của chất trào ngược trong dạ dày vào họng, miệng hoặc ra ngoài miệng không kèm theo gắng sức.
- Nôn là sự di chuyển của các chất trào ngược trong dạ dày vào miệng hoặc ra ngoài miệng kèm theo gắng sức.
- Viêm thực quản do trào ngược là tổn thương mất niêm mạc ở phần xa của thực quản khi nội soi.

## II. LÂM SÀNG

### 1. Triệu chứng tiêu hóa:

- Nôn ói: là triệu chứng thường gặp nhất, thường ngay sau bữa ăn, xảy ra thường xuyên dễ dàng, tăng lên khi thay đổi tư thế.
- Ói máu: do viêm thực quản.
- Đau bụng.
- Khó nuốt, ợ chua, ợ nóng, đau sau xương ức.
- Mòn răng.

### 2. Triệu chứng ngoài đường tiêu hóa:

- Tai mũi họng: khô khè kéo dài, viêm xoang, viêm tai giữa, viêm thanh quản tái phát thường xuyên
- Hô hấp: ho kéo dài, ho đêm, viêm thùy giữa phổi phải tái phát, dẫn phế quản, cơn ngưng thở
- Tim mạch: cơn nhịp chậm, cơn ngất.
- Thần kinh: kích thích, lo lắng, rối loạn giấc ngủ, giảm trương lực cơ.
- Thiếu máu.
- Suy dinh dưỡng.
- Vận ưỡn người (HC Sandifer)

### 3. Thăm khám:

- Không có dấu hiệu lâm sàng đặc trưng cho bệnh trào ngược dạ dày thực quản, lưu ý tìm những “dấu hiệu cảnh báo” nguy hiểm gợi ý nôn ói do nguyên nhân khác chứ không phải TNDDTQ:

- Ói sớm ngay sau sinh hay bắt đầu ói ở trẻ sau 6 tháng tuổi
- Ói dịch mật, ói vọt
- Xuất huyết tiêu hóa: ói máu, tiêu phân đen.
- Chướng bụng, phản ứng thành bụng.
- Tiêu chảy, táo bón, són phân.
- Sốt, lừ đừ
- Gan lách to
- Thóp phồng, tật đầu to, tật đầu nhỏ.
- Viêm phổi tái phát thường xuyên.
- Co giật.
- Tiểu khó, tiểu đau.

## III. CẬN LÂM SÀNG

Mặc dù các kỹ thuật chẩn đoán bệnh trào ngược dạ dày phát triển nhưng hiện nay không có sẵn các phương tiện đó trên lâm sàng để phục vụ chẩn đoán. Các xét nghiệm hiện tại phần lớn chỉ giúp đánh giá biến chứng của TNDDTQ và loại trừ các nguyên nhân khác gây nôn ói.

- Đo kháng trở thực quản.



- Đo pH thực quản:
- Đo pH thực quản trong 24 giờ là phương pháp có giá trị và tin cậy để đánh giá thời gian tiếp xúc của niêm mạc thực quản với acid.
- CSTN > 7% là bất thường; < 3% là bình thường và 3-7% là ranh giới giữa bất thường và bình thường.
- Đo pH TQ phối hợp với trở kháng đa kênh là phương pháp tối ưu hơn so với đo pH thực quản đơn thuần trong việc đánh giá mối liên quan của TNDDTQ với các triệu chứng ngoài TQ.
- Nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng:
- Nội soi có giá trị  $\Delta$  biến chứng TQ do TN: VTQ, TQ Barrett, hẹp TQ, ung thư TQ hoặc cần chẩn đoán phân biệt dị ứng sữa, loại trừ trào ngược dạ dày thực quản thứ phát
- Sử dụng phân loại VTQ của Los - Angeles
- Sinh thiết TQ được khuyến cáo khi nội soi chủ yếu để tìm TQ Barrett và tìm nguyên nhân gây VTQ không do trào ngược.
- Chụp thực quản - dạ dày - tá tràng có cản quang:
- Không có giá trị chẩn đoán trào ngược dạ dày thực quản vì sóng trào ngược có thể quan sát thấy ở những trẻ bình thường.
- Nhằm phát hiện các bất thường giải phẫu: thoát vị qua khe thực quản, ruột xoay bất toàn, tụy nhẫn, hoặc bệnh co thắt tâm vị.
- Giúp quan sát những biến chứng của trào ngược dạ dày thực quản: hẹp thực quản, viêm thực quản nặng.
- Đánh giá góc His: góc His tù là yếu tố nguy cơ dẫn đến Trào ngược dạ dày thực quản.
- Cũng cần thực hiện trước khi quyết định phẫu thuật
- Siêu âm bụng: ít xâm lấn, có > 3 lần trào ngược/lâm sàng, 5 phút quan sát, đồng thời để loại trừ các bất thường như: hẹp phì đại môn vị, ruột xoay bất toàn.
- Tìm **máu ẩn/phân**: chỉ định khi bệnh nhân có thiếu máu, nghi ngờ dị ứng sữa, sụt cân.

#### IV. CHẨN ĐOÁN

- Không có tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán trào ngược dạ dày thực quản.
- Chẩn đoán trào ngược dạ dày thực quản chủ yếu dựa vào bệnh sử, khám lâm sàng và loại trừ các bệnh lý khác.

#### V. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Trào ngược dạ dày thực quản có biến chứng nặng.
- Trào ngược dạ dày thực quản không đáp ứng điều trị bước 1.

#### VI. ĐIỀU TRỊ

##### 1. Nguyên tắc điều trị:

- Giảm triệu chứng trào ngược
- Bảo vệ niêm mạc thực quản.
- Xử trí ngăn ngừa biến chứng.
- Duy trì tình trạng ổn định, cải thiện chất lượng sống.

##### 2. Điều trị cụ thể:

##### **2.1. Trào ngược DDTQ không biến chứng tiếp cận điều trị từng bước:**

##### **2.1.1. Bước 1: điều trị không dùng thuốc:**

- Tư vấn, giải thích cho thân nhân về hiện tượng trào ngược sinh lý, các bước điều trị, hướng dẫn theo dõi các triệu chứng nặng.
- Kiểm soát các yếu tố thúc đẩy sinh lý tăng trào ngược:
- Chia nhỏ bữa bú, bú chậm.
- Làm đặc thức ăn: cho thêm bột gạo vào sữa (1 muỗng canh bột gạo pha trong 60 ml sữa), chỉ áp dụng cho trẻ > 4 tháng tuổi; rất có ích ở trẻ chậm tăng cân vì cung cấp thêm năng lượng.
- Tư thế: Không khuyến cáo sử dụng gối chống trào ngược vì nó tạo ra tư thế nửa nằm nửa ngồi (semi supine), làm tăng áp lực ổ bụng, tăng trào ngược.

- Đối với trẻ < 12 tháng cho trẻ nằm ngửa khi ngủ, giữ đầu - cổ- bụng thẳng một trục để giảm áp lực ổ bụng lên cơ thắt thực quản, độ dốc từ 10 - 40o tùy sự thích nghi của bệnh nhi. Có thể hướng dẫn sử dụng nôi chống trào ngược.

- Tư thế nằm sấp và nằm nghiêng một bên không được khuyến cáo vì liên quan đến hội chứng đột tử khi ngủ.

- Hướng dẫn chăm sóc trẻ TNDDTQ:

- Vác trẻ thẳng đứng cho ợ hơi sau bú.

- Tránh các yếu tố làm gia tăng áp lực ổ bụng như mặc quần áo quá chật, băng bụng, điều trị tốt các triệu chứng ho, táo bón.

- Môi trường thông thoáng, tránh khói thuốc lá.

- Đối với trẻ lớn tránh các thức ăn kích thích như chocolate, cà phê, các thức uống có cồn. Giảm cân cho trẻ béo phì, tránh ăn đêm.

### **2.1.2. Bước 2: Điều trị bằng thuốc:**

- Trẻ TNDDTQ không biến chứng không có chỉ định dùng thuốc, vì hiện tại không có thuốc nào thực sự làm tăng trương lực cơ thắt thực quản để giảm trào ngược.

- Thuốc ức chế bơm proton (Omeprazole, Lansoprazole, Esomeprazole) giúp giảm acide dạ dày, giảm hậu quả của trào ngược chứ không làm giảm trào ngược, do đó không có chỉ định ở bệnh nhi TNDDTQ không biến chứng.

- Các nhóm thuốc Prokinetic, đặc biệt Domperidone đã được chứng minh không làm giảm trào ngược, chỉ làm giảm hiện tượng ợ có thể nhìn thấy mà thôi. Tuy nhiên đây là thuốc giảm triệu chứng ợ khá an toàn có thể sử dụng ngắn hạn trong thời gian đầu để cải thiện chất lượng cuộc sống cho trẻ và người nhà, trong khi cố gắng kiểm soát yếu tố thúc đẩy gây trào ngược.

Domperidone: 0.8 - 0.9 mg/kg/ngày, uống trước bú 15 - 30 phút

### **2.1.3. Bước 3 kiểm soát yếu tố thúc đẩy bệnh lý.**

- Sau 2 bước đầu mà trẻ vẫn còn triệu chứng trào ngược nhiều, có thể trẻ có yếu tố thúc đẩy trào ngược bệnh lý.

- Yếu tố thúc đẩy bệnh lý thường gặp là dị ứng đạm sữa bò, do đó thử đổi sang sữa thủy phân tích cực 2 - 4 tuần. Nếu trẻ bú mẹ, mẹ cần có chế độ ăn kiêng protein có khả năng dị ứng cao: sữa bò và các sản phẩm từ sữa bò, thịt bò, trứng, đậu nành, hải sản,...

- Nếu trẻ đáp ứng tốt với chế độ ăn hạn chế, tiếp tục đánh giá khả năng dị ứng đạm sữa bò theo quy trình đánh giá dị ứng đạm sữa bò.

### **2.2. Trào ngược DDTQ có biến chứng/ bệnh TNDDTQ tiếp cận điều trị tích cực:**

- Cần loại trừ các bất thường giải phẫu gây trào ngược nặng trước khi tư vấn giải thích cho thân nhân các bước điều trị.

- Kiểm soát các yếu tố thúc đẩy sinh lý tăng trào ngược.

- Kiểm soát các yếu tố thúc đẩy bệnh lý: đổi sang sữa thủy phân tích cực.

- Kiểm soát biến chứng của trào ngược: cho thuốc PPI.

- Nếu có viêm phổi hít hoặc viêm thực quản chứng minh qua nội soi: cho PPI 4 - 8 tuần.

- Liều esomeprazole: 10 mg/ngày (CN<20 kg), 20 mg/ngày (CN>20 kg), uống 1 lần buổi sáng trước bú 30 phút.

- Các thuốc bảo vệ niêm mạc: không được khuyến cáo sử dụng kéo dài trong BTNDDTQ, chỉ định riêng lẻ trong các trường hợp viêm thực quản do trào ngược

Sucralfat : 40-80 mg/kg/ngày.

Gaviscon: 1 - 2ml/kg/ngày.

- Thời gian điều trị

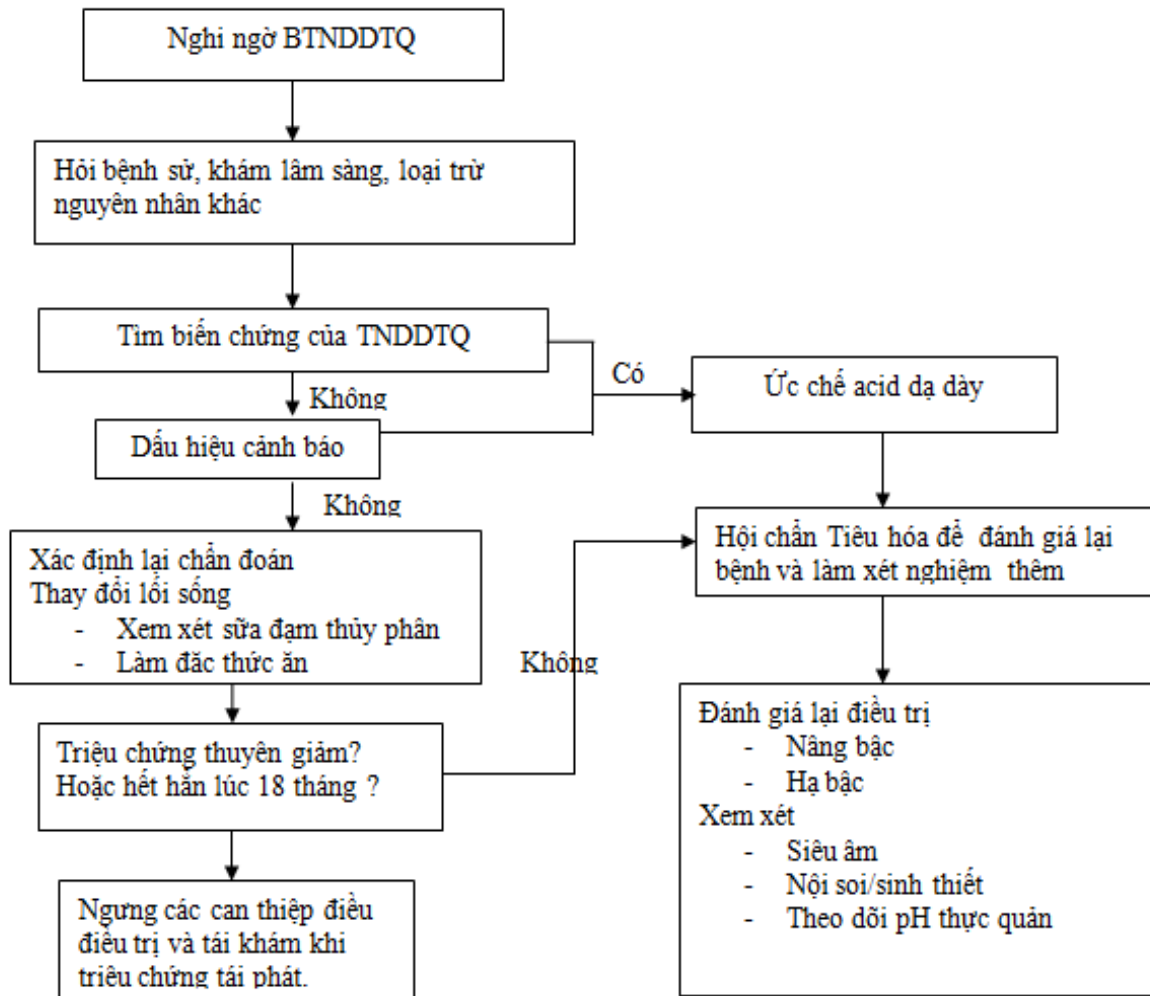
- Điều trị không dùng thuốc: ít nhất 3 tháng sau khi mất triệu chứng ở trẻ nhũ nhi hoặc đến khi trẻ biết đi nếu bệnh phát hiện muộn.

- Điều trị bằng thuốc: việc lưu ý khả năng dị ứng đạm sữa bò ở trẻ trào ngược nặng làm thay đổi thời gian điều trị PPI và tiên lượng của trẻ trào ngược, khi kiểm soát được nguyên nhân không cần sử dụng PPI kéo dài.

- Tái đánh giá: mỗi 1 - 2 tuần.

## VII. TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN

Khi hết các triệu chứng nặng



Tài liệu tham khảo: Kho dữ liệu Phác đồ điều trị ngành y tế TPHCM – Bệnh viện Nhi Đồng 2

# TÁO BÓN CHỨC NĂNG

## I. ĐỊNH NGHĨA

- Táo bón là tình trạng đi tiêu không hết, tiêu không thường xuyên, khó khăn khi đi tiêu kéo dài không kèm theo bất thường giải phẫu học hoặc sinh hóa.
- Đây là thể táo bón thường gặp nhất ở trẻ em.
- Ba giai đoạn trẻ dễ bị táo bón: giai đoạn ăn dặm, giai đoạn trẻ tập đi toilet, giai đoạn trẻ bắt đầu đi học.

## II. NGUYÊN NHÂN

- Cần phân biệt hai thể táo bón chức năng và thực thể.
- 1. Táo bón chức năng:** chiếm 90% trường hợp táo bón.

### Các yếu tố gây táo bón chức năng:

- Trẻ từ chối đi tiêu:
- Đau: rò hậu môn, kích thích quanh hậu môn, lạm dụng tình dục, trĩ.
- Cố ý từ chối đi tiêu: thay đổi môi trường sống: chuyển trường, đi du lịch.
- Đi tiêu không đúng cách.
- Mất cân bằng cảm xúc.
- Chậm phát triển trí tuệ
- Trẻ không được tập thói quen đi tiêu đúng cách.
- Chế độ ăn không hợp lý: thiếu nước, trái cây, rau củ, chất xơ,...
- Tiền sử gia đình bị táo bón.
- 2. Táo bón thực thể:** chiếm < 5% tổng số trẻ táo bón.
- Trẻ chậm đi tiêu phân su (> 48 giờ sau sinh), có thể do:
  - Tắc ruột, tắc ruột phân su, Hirschsprung, tắc ruột cơ năng (non tháng, nhiễm trùng huyết, suy hô hấp, viêm phổi, rối loạn điện giải), đại tràng trái nhỏ (thường gặp ở trẻ có mẹ bị tiểu đường thai kỳ), mẹ dùng thuốc trước sinh (MgSO<sub>4</sub>, thuốc phiện,...) suy giáp (trẻ vàng da kéo dài, co giật, hạ thân nhiệt).
  - Rối loạn chuyển hóa, rối loạn nội tiết:
    - Hạ kali máu, hạ hoặc tăng calci máu, suy giáp, tiểu đường, u tủy thượng thận, đa niệu, amyloidosis, rối loạn chuyển hóa porphyrin, rối loạn tích tụ lipid.
  - Bệnh lý thần kinh:
    - Liệt não, thoát vị tủy, chấn thương tủy, không có xương cùng, chứng cắt ngang tủy, u xơ thần kinh, chứng yếu cơ, hội chứng Guillaine-Barre, loạn sản thần kinh thực vật có tính gia đình, rối loạn thần kinh thực vật có tính gia đình, rối loạn hệ phó giao cảm mắc phải.

## III. TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN:

### 1. Lâm sàng

- Tìm triệu chứng bất thường tùy sống: giảm cảm giác và vận động, lỗ hậu môn rộng, tiểu không tự chủ, mất phản xạ cơ búi, tăng sắc tố da, búi tóc vùng cùng cụt.
- Tìm bất thường giải phẫu học vùng hậu môn trực tràng: màng chắn hậu môn vị trí cao, hậu môn lệch chỗ phía trước, hậu môn cắm lệch chỗ vào âm đạo hoặc vào vị trí giữa búi và lỗ đố hậu môn bình thường.
- Thăm trực tràng:
  - Táo bón cơ năng: lòng trực tràng chứa đầy phân.
  - Dấu hiệu gợi ý bệnh Hirschsprung: ống hậu môn hẹp, lòng trực tràng trống, chướng bụng và chậm lớn ở trẻ nhỏ.
  - Triệu chứng viêm ruột: tổng trạng xấu, tiêu máu, bụng chướng.

### 2. Cận lâm sàng

- Xem xét thực hiện nếu nghi ngờ có nguyên nhân gây táo bón hay táo bón chức năng thất bại điều trị.
- Một số trường hợp sử dụng cận lâm sàng:

- X-quang bụng cản quang với barium để phát hiện bệnh Hirschprung.
- TPTNT và cây nước tiểu.
- Công thức máu, huyết thanh chẩn đoán bệnh Celiac.
- T4, TSH tầm soát suy giáp.
- Tìm máu ẩn/phân ở trẻ nhỏ nghi bắt dung nạp sữa

### 3. Tiêu chuẩn chẩn đoán táo bón chức năng theo ROME III

- Trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ: có ít nhất hai trong các tiêu chuẩn sau kéo dài ít nhất 1 tháng:
  - Đi tiêu  $\leq 2$  lần/tuần
  - Ít nhất 1 lần đi tiêu không tự chủ sau giai đoạn trẻ tập đi toilet
  - Tiền sử ứ đọng phân quá mức
  - Tiền sử đau hoặc khó khăn khi đi tiêu do phân cứng
  - Hiện diện khối phân to trong trực tràng
  - Tiền sử có khối phân to gây tắc nghẽn toilet
- Trẻ từ 4-18 tuổi: ít nhất 2 trong các tiêu chuẩn sau kéo dài ít nhất 2 tháng:
  - Đi tiêu  $\leq 2$  lần/tuần
  - Ít nhất 1 lần đi tiêu không tự chủ/tuần
  - Tiền sử ứ đọng phân quá mức
  - Tiền sử đau hoặc khó khăn khi đi tiêu do phân cứng
  - Hiện diện khối phân to trong trực tràng
  - Tiền sử có khối phân to gây tắc nghẽn toilet

## IV. MỤC TIÊU ĐIỀU TRỊ:

- Tư vấn cho phụ huynh hiểu về bệnh và hợp tác điều trị
- Quyết định có nên thực hiện giải áp tại thời điểm khám bệnh không
- Giải áp khối phân tích tụ bằng thuốc (đường uống hoặc bơm hậu môn)
- Điều trị duy trì nhằm tạo lập và duy trì thói quen đi tiêu đúng (tiêu ít nhất 3 lần/tuần, phân mềm, và không cảm giác khó chịu khi đi tiêu):
  - Thuốc nhuận trường,
  - Tập thói quen đi tiêu đúng cách,
  - Thay đổi chế độ ăn
- Chế độ theo dõi

## V. ĐIỀU TRỊ:

### 1. Trẻ nhỏ:

- Thuốc nhuận trường thẩm thấu thường dùng: Lactulose, Sorbitol. Polyethylene glycol không có bổ sung điện giải (PEG - 3350, Micralax) bước đầu nghiên cứu cho hiệu quả cao và an toàn.

- Mineral oil không được khuyến cáo sử dụng ở trẻ nhỏ vì nguy cơ viêm phổi do hít sặc.
- Thực phẩm và thuốc nhuận trường kích thích cũng không được khuyến cáo sử dụng.

### 2. Trẻ lớn:

#### 2.1. Tư vấn bệnh nhi và phụ huynh:

- Thái độ quan tâm đến bệnh
- Điều trị cần có sự phối hợp giữa: bệnh nhi, cha mẹ và thầy thuốc.
- Phụ huynh không nên la mắng hoặc phạt trẻ khi trẻ tiêu phân cứng
- Giải thích phụ huynh sự cần thiết và tính an toàn của việc dùng thuốc nhuận trường lâu dài
  - Nên có bảng ghi chú quá trình đi tiêu và dùng thuốc của trẻ.
  - Quá trình điều trị kéo dài từ 6 tháng đến nhiều năm
  - Táo bón nặng: cần có sự hỗ trợ của nhà trường và giáo viên:
    - Có toilet riêng cho trẻ.
    - Cho phép trẻ đi tiêu khi có nhu cầu
    - Cho phép trẻ mặc quần áo thoải mái thay vì mặc đồng phục.

#### 2.2. Phục hồi nhu động ruột:

❖ **Làm trắng trực tràng:**

- Thuốc uống: dùng cho trẻ đau khi đi tiêu, chấn thương vùng chậu hoặc trẻ không chịu bơm hậu môn
  - Polyethylene glycol không điện giải (PEG 3350, Microlax..): 1-1,5 g/kg/ngày x 3 ngày, pha với 10 ml/kg nước uống hoặc nước trẻ ưa thích
  - Polyethylene glycol bổ sung điện giải: 25 ml/kg/giờ cho đến khi sạch phân, tối đa 1000 ml/kg/giờ. Hoặc 20 ml/kg/giờ x 4 giờ/ngày
  - Mineral oil: 15-30 ml/1 năm tuổi, tối đa 240 ml/ngày
  - Thuốc khác ít được sử dụng: Magnesium hydroxide, Magnesium citrate, Lactulose, Sorbitol, Senna and Bisacodyl.
- Bơm hậu môn: hiệu quả hơn đường uống
  - Phosphate sodium enema: 1.13 ounces cho trẻ 2 g 5 tuổi; 2.25 ounces cho trẻ 5-12 tuổi; 4.5 ounces cho trẻ  $\geq 12$  tuổi. Không dùng cho trẻ  $< 2$  tuổi.
  - Mineral oil enema : 2.25 ounces cho trẻ 2-12 tuổi; 4.5 ounces cho trẻ  $\geq 12$  tuổi.
  - Không khuyến cáo thụt tháo bằng: bột xà phòng, nước máy, thảo dược.
  - Có thể đặt hậu môn với: Glycerin ở trẻ nhỏ, Bisacodyl ở trẻ lớn.
- Phối hợp thuốc uống và bơm hậu môn:
  - Polyethylene glycol không điện giải phối hợp với bơm hậu môn bằng Phosphate sodium.
  - Phối hợp khác: N1: bơm hậu môn bằng Phosphate sodium, N2: Bicosadyl đặt hậu môn, N3: Bicosadyl uống.

❖ **Thuốc nhuận trường:** giúp trẻ duy trì thói quen đi tiêu hằng ngày

- Polyethylene glycol không điện giải: hiệu quả hơn Lactulose và Magnesium hydroxide, liều 0,4-0,8 g/kg/ngày (tối đa 17 g/ngày). Thường dùng liều khởi đầu 4 muỗng cà phê (17g = 3,5 muỗng), sau đó tăng hoặc giảm  $\frac{1}{2}$ -1 muỗng mỗi ngày cho đến khi đạt được mục tiêu (phân mềm).
- Mineral oil: ảnh hưởng đến sự hấp thu vitamine tan trong mỡ, vì vậy nên dùng thuốc lúc xế chiều hoặc buổi tối lúc đi ngủ.
- Sữa có hàm lượng Magne cao, Magnesium hydroxide, Lactulose: thuốc nhuận trường thẩm thấu cũng đã được sử dụng có hiệu quả.
- Thuốc nhuận trường kích thích (Senna, Bicosadyl): không có bằng chứng hiệu quả ở trẻ em. Thường được dùng phối hợp với 1 loại làm mềm phân hoặc làm trơn (Mineral oil).

**2.3. Tập thói quen đi tiêu:**

- Đi toilet trong vòng 30 phút sau bữa ăn (trong 5-10 phút, 2-3 lần/ngày). Nên đi đều đặn vào giờ nhất định mỗi ngày (kể cả khi đi du lịch, nghỉ cuối tuần, nghỉ hè,...). Có ghế kê chân nếu chân trẻ không chạm sàn toilet.
- Thỏa mãn nhu cầu của trẻ trong thời gian trẻ đi toilet:
  - Trẻ chưa đi học: hình dán, đọc sách, kể chuyện, đồ chơi.
  - Trẻ đã đi học: cho trẻ đọc sách, chơi game,...

**2.4. Thay đổi chế độ ăn:**

- Tăng cường ăn trái cây, rau sống, gạo nguyên cám, ngũ cốc
- Uống nhiều nước (960-1920 ml/ngày)
- Chất xơ: tăng lượng trong khẩu phần tỏ ra có hiệu quả trong giai đoạn ngừng thuốc nhuận trường (chú ý bổ sung nhiều nước khi dùng nhiều chất xơ).

## Bảng phân loại thuốc nhuận trường

| Thuốc nhuận trường thẩm thấu                                                 |                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Thuốc                                                                        | Liều lượng                                       |
| <b>Polyethylene glycol 3350 powder (Miralax®)</b>                            |                                                  |
| Trẻ em                                                                       | 0.4-0.8 gm/kg/ngày (tối đa 1.5 gm/kg /ngày)      |
| Người lớn                                                                    | 17 gm of powder per day in 8 ounces of water     |
| Liều khuyến cáo hiện dùng                                                    |                                                  |
| < 18 tháng                                                                   | 2,5-5 ml 1 lần/ngày                              |
| 18 tháng - 3 tuổi                                                            | 10-15 ml 1 lần/ngày                              |
| > 3 tuổi                                                                     | 10-20 ml 1 lần/ngày                              |
| <b>Lactulose</b>                                                             |                                                  |
| Trẻ em                                                                       | 1 ml/kg/lần 1-2 lần/ngày (tối đa 60 ml/ngày)     |
| Người lớn                                                                    | 15-30 ml/ngày (tối đa 60 ml/ngày)                |
| <b>Sorbitol (dung dịch 70%)</b>                                              |                                                  |
| 1-11 tuổi                                                                    | 1 ml/kg/lần 1-2 lần/ngày                         |
| > 11 tuổi                                                                    | 15-30 ml/lần 1-2 lần/ngày                        |
| <b>Mineral oil</b>                                                           | 1-3 ml/kg 1 lần/ngày                             |
| <b>Magnesium hydroxide</b>                                                   | 1-2 ml/kg/ngày                                   |
| <b>Thuốc nhuận trường kích thích</b>                                         |                                                  |
| Thuốc                                                                        | Liều lượng                                       |
| <b>Senna (syrup, 8.8 mg sennosides/5 mL hay viên 8.6 mg sennosides/viên)</b> |                                                  |
| 1-2 tuổi                                                                     | 1,25-2,5 ml/lần 1-2 lần/ngày                     |
| 2-6 tuổi                                                                     | 2,5-3,75 ml/lần 1-2 lần/ngày                     |
| 6-12 tuổi                                                                    | 5-7,5 ml/lần (hay 1-2 viên/lần) 1-2 lần/ngày     |
| > 12 tuổi                                                                    | 1-2 viên/lần 1-2 lần/ngày                        |
| <b>Bisacodyl (10 mg đặt hậu môn hay 5 mg / viên)</b>                         |                                                  |
| 2-12 tuổi                                                                    | 1/2-1 viên đặt hậu môn (hay 1-2 viên) 1 lần/ngày |
| > 12 tuổi                                                                    | 1-3 viên (hay 1 viên đặt hậu môn) 1 lần/ngày     |

**Y học chứng cứ**

| <b>Vấn đề</b>                                                                                                               | <b>Mức độ chứng cứ</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| 1.Trẻ nhỏ: không sử dụng Mineral oil, thụt tháo, thuốc nhuận trường kích thích                                              | 1C                     |
| 2.Trẻ lớn:                                                                                                                  |                        |
| 2.1. Phối hợp thuốc nhuận trường mỗi ngày và thay đổi hành vi sẽ hiệu quả hơn điều trị đơn độc                              | 2B                     |
| 2.2. Thăm dò và xác định liều lượng thuốc nhuận trường (quan trọng hơn chọn loại thuốc) nhằm đạt mục tiêu phân mềm mỗi ngày | 2C                     |
| 2.3. Polyethylene glycol (PEG) là thuốc lựa chọn ban đầu cho điều trị duy trì                                               | 2C                     |

*Tài liệu tham khảo: Kho dữ liệu Phác đồ điều trị ngành y tế TPHCM – Bệnh viện Nhi Đồng 2*



# NHIỄM KÝ SINH TRÙNG ĐƯỜNG RUỘT Ở TRẺ EM

## I. ĐẠI CƯƠNG

Tình trạng nhiễm giun trẻ em thường gặp ở các nước đang phát triển, tỉ lệ nhiễm rất cao có nơi lên đến trên 90 %.

Có thể gặp những trường hợp nhiễm nhiều ký sinh trùng trên cùng một trẻ (giun đũa, giun móc, giun kim,...)

## II. NGUYÊN NHÂN

Lây nhiễm chủ yếu qua đường miệng và qua đường ăn uống nấu không chín (giun đũa, giun kim, giun tóc, các loại sán,...), qua da (giun móc, giun lươn). Tùy theo vùng sinh sống và điều kiện sống mà chúng ta sẽ gặp trẻ bị nhiễm loại ký sinh trùng nào thường hơn.

## III. CHẨN ĐOÁN

### 1. Nhiễm giun ở trẻ em: chẩn đoán chủ yếu dựa vào triệu chứng lâm sàng

#### – Giun đũa:

- Triệu chứng lâm sàng:

Trẻ xanh xao, ăn kém ngon.

Biểu hiện ở phổi gây ra hội chứng Loeffler: ho đàm có thể lẫn máu, đôi khi sốt. Khi có nhiều ấu trùng vào phế nang và phế quản có thể gây nên viêm phế quản, viêm phổi.

Ngoài da: nổi mề đay, phát ban không đặc hiệu.

Đường tiêu hóa: đau bụng, ói mửa, chán ăn, tiêu chảy đôi khi phân mỡ. Giun có thể cuộn thành búi gây tắc ruột. Có thể chui vào ống mật gây viêm túi mật, tắc mật, áp xe gan; chui vào ống dẫn tụy gây viêm tụy, có khi chui qua thành ruột gây viêm phúc mạc.

- Chẩn đoán:

Soi phân tìm trứng giun đũa

Xét nghiệm công thức máu thấy bạch cầu ái toan tăng là dấu hiệu gợi ý

- Điều trị: Mebendazole (Vermox, Fugacar,...)

Trên 12 tháng: Vermox 100mg 1 viên x 2 trong 3 ngày liên tiếp

Hoặc Fugacar 500 mg 1 viên duy nhất

Hoặc Pyrantele pamoat (Combantrin, Helmintox), viên 125mg, 11 mg/kg (tối đa 1 g), liều duy nhất.

Dưới 12 tháng: Pyrantele pamoat (Combantrin, Helmintox), viên 125mg, 11 mg/kg (tối đa 1 g), liều duy nhất.

– **Giun kim:** Lứa tuổi nhiễm nhiều nhất là 3-7 tuổi. Tỉ lệ nhiễm ở trẻ đi mẫu giáo, nhà trẻ rất cao. Bệnh nhiễm giun kim mang tính chất gia đình.

- Triệu chứng lâm sàng:

Trẻ bị nhiễm giun kim thường khó ngủ, thức giấc nửa đêm, khóc đêm, đái dầm, ngủ ngáy, đôi khi tiêu phân lỏng do buổi tối giun hay bò ra ngoài hậu môn đẻ trứng gây ngứa ngáy khó chịu cho trẻ. Nếu trẻ dùng tay để gãi thì trứng giun có thể dính vào móng tay và khi cầm thức ăn sẽ gây tái nhiễm.

• Chẩn đoán: Tìm trứng giun trong phân qua phương pháp quét (swab) hoặc dán băng keo vào vùng hậu môn buổi sáng trong vài ngày liên tiếp

- Điều trị:

Trên 12 tháng:

Mebendazole (Fugacar) viên 500 mg, 1 viên duy nhất, lặp lại sau 2 tuần.

Hoặc Albendazole (Zentel) viên 200mg, 2 viên duy nhất, lặp lại sau 2 tuần.

Hoặc Pyrantele pamoat (Combantrin, Helmintox), viên 125mg, 11 mg/kg (tối đa 1 g), lặp lại sau 2 tuần.

Dưới 12 tháng: Pyrantele pamoat (Combantrin, Helmintox), viên 125mg, 11 mg/kg (tối đa 1 g), lặp lại sau 2 tuần.

Điều trị cùng lúc cho các thành viên trong gia đình để tránh tái nhiễm.

– **Giun móc:** Thường gặp ở những trẻ em sống trong các vùng làm rẫy, làm ruộng đi chân đất.

- Triệu chứng lâm sàng:

Tổng trạng chung: mệt mỏi xanh xao, thiếu máu.

Ngoài da: nơi ấu trùng xâm nhập rất ngứa ngáy, ứng đỏ, nổi mụn nước.

Phổi: gây ra hội chứng Loeffler như giun đũa.

Tiêu hóa: đau bụng, ăn không ngon, khó tiêu, tiêu chảy, buồn nôn, nôn mửa, đôi khi thấy phân đen.

- Chẩn đoán: dựa vào vùng dịch tễ, bệnh cảnh lâm sàng

Soi phân thấy trứng giun móc, có thể thấy hồng cầu.

Công thức máu: Hct giảm, Hb máu giảm, bạch cầu ái toan tăng

Sắt huyết thanh giảm

- Điều trị:

Trên 12 tháng: Mebendazole (Vermox, Fugacar,...)

Vermox 100mg 1 viên x 2 trong 3 ngày liên tiếp

Hoặc Fugacar 500 mg 1 viên duy nhất

Hoặc Albendazole (Zentel) viên 200mg, 2 viên duy nhất.

Hoặc Pyrantel pamoat (Combantrin, Helmintox), viên 125mg, 11 mg/kg/ngày trong 3 ngày liên tiếp. (tối đa 1 g/ngày),

- Dưới 12 tháng: Pyrantel pamoat (Combantrin, Helmintox), viên 125mg, 11 mg/kg/ngày trong 3 ngày liên tiếp.

Điều trị thiếu máu kèm theo (nếu có)

- **Giun tóc** (*Trichuris trichiura*):

- Nhiễm giun tóc gây ra những rối loạn tiêu hóa không đáng kể nhưng đôi khi có biểu hiện xuất huyết trực tràng và sa trực tràng.

- Chẩn đoán: tìm trứng trong phân

- Điều trị tương tự giun đũa

- **Các loại giun khác:**

- **Giun chó** (*Toxocara canis*): Thường gặp ở những trẻ thường xuyên tiếp xúc với chó, mèo.

- Trẻ bị nhiễm thường mệt mỏi, sốt nhẹ, đôi khi đau hạ sườn phải hoặc than đau đầu kéo dài.

- Chẩn đoán: thường dựa vào bạch cầu ái toan tăng trong máu và huyết thanh chẩn đoán.

- Điều trị: Albendazole (Zentel) viên 200mg, 2 viên/ngày trong 5 ngày.

Hoặc Mebendazol 100-200 mg/ngày, chia làm 2 lần trong 5 ngày

- **Giun xoắn** (*Trichinella*): Trẻ bị nhiễm do ăn phải thịt heo hoặc thịt ngựa có chứa ấu trùng của giun xoắn.

- Triệu chứng rất đặc trưng: tiêu chảy, sốt cao, phù mắt và mí mắt. Đau cơ cũng thường gặp nhưng đôi khi khó xác định rõ nơi trẻ em.

- Chẩn đoán: thường dựa vào tập hợp các bằng chứng, triệu chứng lâm sàng biểu hiện trong gia đình và trong vùng, ăn thịt heo hoặc thịt ngựa. Xét nghiệm máu thấy bạch cầu ái toan tăng, tăng enzyme cơ.

- Điều trị: Corticosteroides khi có triệu chứng nặng 1 mg/kg/ngày trong 5 ngày

Mebendazole 200-400 mg chia 3 lần x 3 ngày, sau đó 400-500 mg chia 2 lần trong 10 ngày

Hoặc Albendazole 400 mg chia 2 lần x 8-14 ngày.

- **Giun lươn** (*Strongyloides stercoralis*): Người bị nhiễm khi ấu trùng dạng lây nhiễm trong đất nhiễm phân xâm nhập qua da và niêm mạc. Giun lươn có điểm khác biệt với các loại giun sán khác là khả năng nhân đôi trong cơ thể người.

- Thường thì không có triệu chứng hay có triệu chứng nhẹ ở da và tiêu hóa. Biểu hiện ngoài da thường gặp nhất là nổi mề đay tái phát ở mông và cổ tay. Ấu trùng di chuyển tạo ra những đường ngoằn ngoèo răng cưa đặc trưng cho bệnh - ấu trùng chạy - tổn thương dạng hồng ban, nhô cao và ngứa. Giun trưởng thành đào đường hầm vào trong niêm mạc ruột non gây đau bụng, buồn nôn, tiêu chảy, chảy máu đường tiêu hóa, viêm đại tràng mạn tính. Nếu nhiễm sớm và nặng có thể gây ra tắc ruột non, nhiễm trùng huyết khi nhiễm nặng.

- Chẩn đoán: dựa vào

Tìm ấu trùng trong phân

Huyết thanh chẩn đoán trong trường hợp nhiễm giun lươn không biến chứng.

- Điều trị: Ivermectin 200 µg/kg/ngày trong 2 ngày  
Hoặc Thiabendazole 25 mg/kg, 2 lần/ngày trong 2 ngày.

– **Giun Angiostrongylus cantonensis:** là loại giun sống trong phổi chuột, là nguyên nhân gây viêm màng não tăng bạch cầu ái toan. Người bị nhiễm khi ăn cua, ốc, tôm mang ấu trùng còn sống hoặc rau xanh dính phân của những động vật này.

- Chẩn đoán: dựa vào triệu chứng lâm sàng, viêm màng não tăng bạch cầu ái toan ( $E > 20\%$  trong dịch não tủy) và tiền căn dịch tễ.

- Điều trị: Nâng đỡ, giảm đau, an thần và Corticoides trong những trường hợp nặng.

– **Giun chỉ (Filarioses):** Có 8 loại gây bệnh cho người, trong đó có 4 loài - Wuchereria bancrofti, Brugia malayi, Onchocerca volvulus và Loa loa - gây ra phần lớn các bệnh nhiễm giun chỉ nặng.

- Bệnh giun chỉ bạch huyết (do Wuchereria bancrofti, Brugia malayi) người bị nhiễm bệnh do muỗi đốt. Triệu chứng lâm sàng đa số là không triệu chứng, đôi khi người bị nhiễm phổi ấu trùng có 1 vài biểu hiện như tiểu máu vi thể hoặc có protein niệu, giãn mạch bạch huyết, có thể thấy giãn bạch huyết ở bìu nơi trẻ trai.

Điều trị : Diethylcarbamazin (DEC) 6 mg/kg/ngày trong 15 ngày

Hoặc Albendazole 400 mg x 2 lần/ngày trong 21 ngày.

- Bệnh Loa loa (do Loa loa) do ruồi trâu đốt, bệnh do nhiễm phổi ấu trùng không triệu chứng, chỉ có thể phát hiện bệnh khi giun trưởng thành di trú dưới kết mạc hay phù Calabar từng đợt. Phù mạch và ban đỏ, thường xuất hiện ở đầu chi và ít xuất hiện ở nơi khác, mau chóng biến mất.

Điều trị: DEC 8-10 mg/kg/ngày trong 21 ngày.

Trường hợp nặng có thể khởi đầu bằng Corticoides: Prednisone 40-60 mg/ngày sau đó giảm liều nếu không có tác dụng phụ.

- Bệnh Onchocerca (do Onchocerca volvulus) do ruồi đen đốt, bệnh ảnh hưởng ở da, mắt và hạch bạch huyết.

Điều trị: Ivermectin liều duy nhất 150 µg/kg kết hợp điều trị triệu chứng

Chẩn đoán bệnh giun chỉ hiện nay dựa vào huyết thanh chẩn đoán

## 2. Nhiễm sán ở trẻ em:

- Nhiễm sán ở trẻ em thường ít gặp hơn nhiễm giun, biểu hiện lâm sàng cũng không ồ ạt, thường là không có triệu chứng, đôi khi gây ra rối loạn tiêu hóa như chán ăn, buồn nôn hoặc tiêu chảy. Nhưng về lâu dài sẽ ảnh hưởng đến sự phát triển thể chất của trẻ, trẻ sẽ chán ăn và đưa đến suy dinh dưỡng.

- Bệnh nhiễm sán ở người bắt đầu bằng sự xâm nhập trực tiếp qua tiếp xúc ở da hay hệ tiêu hóa. Bệnh xuất hiện ở nhiều vùng địa lý và có thể gây ra một tỉ lệ bệnh đáng kể đôi khi tử vong.

– **Bệnh sán máng (Schistosomiasis):** thường gặp ở những người đi bơi hay lội qua vùng nước ngọt, do ấu trùng đuôi xâm nhập qua da, tùy theo vùng địa lý sẽ bị nhiễm loại sán khác nhau.

- Biểu hiện lâm sàng thay đổi tùy theo loài gây bệnh và mật độ nhiễm sán: sốt, viêm da, triệu chứng ở đường tiêu hóa đặc trưng là đau bụng kiểu đại tràng, gan to, đôi khi tăng áp tĩnh mạch cửa.

- Chẩn đoán: dựa vào sự phối hợp giữa tiền sử bệnh lý, biểu hiện lâm sàng đặc trưng và sự hiện diện của trứng trong các chất bài tiết kết hợp với huyết thanh chẩn đoán.

- Điều trị: thuốc được lựa chọn là Praziquantel

S. mansoni, S. intercalatum, S. haematobium: 40 mg/kg/ngày, chia 2 lần trong 1 ngày.

S. japonicum, S. mekongi: 60 mg/kg/ngày, chia 3 lần trong 1 ngày.

## – Bệnh sán lá gan:

- Bệnh sán lá Clonorchis: là do nhiễm Clonorchis sinensis, người bị nhiễm do ăn cá nước ngọt chứa ấu trùng đuôi trưởng thành còn sống hoặc nấu không kỹ.

- Triệu chứng lâm sàng không rõ ràng thường là không có triệu chứng, có thể gây đau mơ hồ vùng hạ sườn phải nếu nhiễm sán ở mức độ trung bình và nặng.

- Bệnh sán lá Fasciola: do nhiễm Fasciola hepatica; người bị nhiễm do dùng nước ô nhiễm hoặc ăn phải rau cải được rửa trong các loại nước này.

Triệu chứng xuất hiện khi ký sinh trùng di chuyển (1-2 tuần sau khi nhiễm sán), bệnh nhân sốt, đau hạ sườn phải, gan to.

Chẩn đoán: dựa vào tiền căn địa lý, tăng bạch cầu ái toan trong máu. Xét nghiệm huyết thanh học có giá trị trong chẩn đoán.

Điều trị

C. Sinensis: Praziquantel 75 mg/kg/ngày, chia 3 lần trong 1 ngày.

Hoặc Albendazole 10 mg/kg/ngày, trong 7 ngày.

F. hepatica: Triclabendazole 10 mg/kg 1 liều duy nhất.

– **Bệnh sán lá phổi:** do nhiễm sán lá phổi *Paragonimus westermani*, người bị nhiễm do ăn phải ấu trùng nang lây nhiễm trong cơ và nội tạng của tôm và cua nước ngọt.

- Triệu chứng biểu hiện rõ rệt trên những người bị nhiễm sán ở mức độ trung bình hay nặng, thường là ho khạc đàm nâu hay ho ra máu, có thể có dấu hiệu của viêm màng phổi. Trong trường hợp mạn tính có thể gặp biểu hiện của viêm phế quản hay dẫn phế quản.

- Chẩn đoán: dựa vào việc phát hiện trứng sán trong đàm hoặc trong phân. Huyết thanh chẩn đoán có giá trị trong trường hợp tìm trứng cho kết quả âm tính.

- Điều trị: Praziquantel 75 mg/kg/ngày, chia 3 lần trong 2 ngày.

– **Bệnh sán dây:**

- Bệnh sán dây bò do *Taenia saginata*, người bị nhiễm do ăn thịt bò sống hoặc chưa nấu chín.

- Biểu hiện lâm sàng có thể đau nhẹ hay khó chịu ở bụng, buồn nôn, ăn mất ngon, mệt mỏi và sụt cân. Bệnh nhân biết mình nhiễm sán thường là thấy các đốt sán trong phân.

Chẩn đoán: được xác định khi phát hiện ra trứng hoặc đốt sán trong phân, nếu không tìm thấy có thể kiểm tra vùng hậu môn bằng cách dán 1 dải giấy bóng kính như cách tìm giun kim. Xét nghiệm máu thấy tăng bạch cầu ái toan.

Điều trị: Liều duy nhất Praziquantel 5-10 mg/kg

- Bệnh sán dây heo do *Taenia solium* và bệnh do *Cysticercus*: người bị nhiễm do ăn thịt heo nấu không chín.

Nhiễm *T. solium* ở ruột thường là không có triệu chứng, thỉnh thoảng bệnh nhân cảm thấy khó chịu ở vùng thượng vị, buồn nôn, sụt cân và tiêu chảy. Bệnh nhân có thể thấy đốt sán ra theo phân.

Chẩn đoán xác định khi tìm thấy trứng hoặc đốt sán trong phân.

Điều trị: Liều duy nhất Praziquantel 5-10 mg/kg

Bệnh do *Cysticercus* hay có biểu hiện thần kinh, khi có phản ứng viêm quanh ấu trùng trong nhu mô não, thường xuất hiện động kinh. Các dấu hiệu tăng áp lực nội sọ gồm nhức đầu, buồn nôn, nôn, biến đổi thị lực, mất điều hòa, chóng mặt hoặc hay nhầm lẫn. Ở bệnh nhân bị tràn dịch não thất có thể thấy phù gai thị và rối loạn tâm thần. Ngoài ra có thể tìm thấy những nốt dưới da.

Chẩn đoán xác định khi tìm thấy ấu trùng từ những mẫu sinh thiết mô học qua kính hiển vi hoặc phát hiện ký sinh trùng khi soi đáy mắt. CT hoặc MRI não có thể phát hiện ấu trùng nang sán trong não thất. Huyết thanh chẩn đoán có giá trị trong trường hợp này.

Điều trị: Điều trị triệu chứng động kinh và tràn dịch não thất (nếu có)

Praziquantel 50-60 mg/kg/ngày, chia 3 lần trong 15 ngày

Hoặc: Albendazole 15 mg/kg/ngày (tối đa 800 mg), chia 2 lần trong 8-28 ngày.

- Bệnh sán dây chó do nhiễm *Echinococcus granulosus* hay *E. multilocularis*, ký chủ vĩnh viễn là chó, thải trứng qua phân. Bệnh thường gặp ở các vùng có gia súc nuôi chung với chó.

Bệnh nhân bị nhiễm *Echinococcus* ở gan có triệu chứng thường đau bụng hay sờ thấy khối u ở vùng hạ sườn phải. Có triệu chứng giống như sỏi mật tái phát và nghẽn mật có thể gây vàng da.

Chẩn đoán: X quang phổi có thể phát hiện các nang ở phổi

CT ngực khối u hoặc vách nang calci hóa

Huyết thanh chẩn đoán có thể có giá trị nhưng nếu âm tính không loại trừ được nhiễm *Echinococcus*.

Điều trị: Phẫu thuật cắt bỏ nang sán phổi hợp với Albendazole

Albendazole 15 mg/kg/ngày chia làm 2 lần (tối đa 800 mg/ngày), bắt đầu tối thiểu 4 ngày trước khi thực hiện thủ thuật, tiếp tục ít nhất 4 tuần sau đối với *E. granulosus* và 2 năm đối với *E. multilocularis*.

– **Bệnh Gnathostoma** do *Gnathostoma spinigerum* hay *Gnathostoma hispidum*. Người bị nhiễm có triệu chứng ngứa ngoài da do ấu trùng di chuyển, đau bụng, đôi khi có thể gặp triệu chứng ho hoặc tiêu máu.

- Điều trị: Albendazole 400 mg/ngày chia 2 lần trong 21 ngày

Hoặc: Ivermectin 200 µg/kg/ngày trong 2 ngày

Có thể kết hợp với phẫu thuật cắt bỏ nang.

### 3. Nhiễm đơn bào:

– **Bệnh amip:** là bệnh nhiễm trùng do đơn bào *Entamoeba histolytica* gây ra. Người mắc bệnh khi nuốt bào nang của chúng từ nước, thức ăn hoặc tay bị nhiễm phân.

- Các dạng lâm sàng:

Bệnh amip ở ruột: Viêm đại tràng do amip. Biểu hiện đau bụng dưới và tiêu chảy nhẹ tiến triển từ từ, sau đó là uế oải, sụt cân và tiêu phân nhầy máu.

Áp xe gan do amip: Bệnh nhân sốt và đau hạ sườn phải, thường gặp điểm đau trên gan và tràn dịch màng phổi phải. Áp xe vỡ vào phúc mạc có thể gây đau bụng cấp, nếu áp xe ở thùy trái gan có thể vỡ vào màng ngoài tim có tiên lượng xấu nhất.

Những vị trí nhiễm ký sinh trùng ngoài ruột khác: đường tiết niệu sinh dục có thể bị ảnh hưởng (loét sinh dục gây đau).

- Chẩn đoán:

Xét nghiệm phân tìm thấy thể E. histolytica ăn hồng cầu.

Huyết thanh chẩn đoán có giá trị.

Siêu âm bụng, CT scan hoặc MRI phát hiện nang.

- Điều trị: Metronidazole 35-50 mg/kg /ngày, chia làm 3 lần trong 7-10 ngày uống hoặc IV.

Hoặc: Tinidazole 50 mg/kg/ngày (tối đa 2 g) trong 5 ngày.

– **Bệnh giardia:** do đơn bào *Giardia lamblia* gây ra, người bị nhiễm bệnh khi ăn phải những bào nang có trong thức ăn và nước uống bị nhiễm.

- Đa số là không có triệu chứng hoặc nếu có là bệnh nhân tiêu chảy nhiều, buồn nôn, nôn, sưng phù và đau bụng.

- Chẩn đoán:

Xét nghiệm phân tươi tìm bào nang hoặc thể tự dưỡng.

Tìm kháng nguyên của ký sinh trùng trong phân.

- Điều trị: Metronidazole 15-30 mg/kg/ngày, chia làm 3 lần trong 5 ngày uống.

Hoặc Tinidazole 50 mg/kg, liều duy nhất ( tối đa 2 g )

Hoặc Furazolidone 6 mg/kg/ngày, chia làm 4 lần trong 7-10 ngày uống.

## IV. PHÒNG NGỪA

- Rửa tay cho trẻ trước khi ăn và sau khi đi tiêu.
- Cho trẻ ăn chín, uống nước chín đun sôi để nguội.
- Cho trẻ đi tiêu đúng hố xí hợp vệ sinh.
- Vệ sinh thân thể cho trẻ, thường xuyên giặt mùng mền chiếu gối.
- Rửa đồ chơi cho trẻ thường xuyên.
- Sốt giun định kỳ 6 tháng một lần.
- Không cho trẻ đi chân đất nhất là ở những vùng có trồng hoa màu, trồng cây ăn trái.

*Tài liệu tham khảo: Kho dữ liệu Phác đồ điều trị ngành y tế TPHCM – Bệnh viện Nhi Đồng 2*

## SÓT PHÁT BAN

### I. ĐỊNH NGHĨA:

Sốt phát ban là bệnh truyền nhiễm do siêu vi gây ra, biểu hiện lâm sàng sốt kèm sang thương da dạng hồng ban. Nguyên nhân thường gặp là Rubella hay sởi.

### II. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN:

#### 1. Hỏi bệnh:

- Sốt, thời gian phát ban sau khi sốt, tính chất và trình tự phát ban, các triệu chứng đi kèm
- Tiếp xúc người bị sốt phát ban trong vòng 3 tuần
- Thuốc đã dùng và tiền sử dị ứng.
- Tiền sử phát ban

#### 2. Khám lâm sàng:

- Hồng ban rải rác toàn thân, dạng phẳng hay dát sần
- Hạch sau tai
- Nốt Koplik thường xảy ra trước hay đầu ra ban, biến mất sau 24-48 giờ sau phát ban
- Dấu hiệu viêm long
- dấu hiệu biến chứng

### III. CHẨN ĐOÁN:

#### 1. Chẩn đoán xác định:

- Sốt, thường giảm sau khi bắt đầu phát ban
- Hồng ban rải rác toàn thân.

#### 2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán nguyên nhân:

| Tiêu chí phân biệt<br>Bệnh phân biệt | Tính chất phát ban                                                                              | Viêm long | Tính chất hạch | Nốt Koplik |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------|------------|
| Sởi                                  | Phát ban trình tự từ đầu xuống thân và chi, ban lặn còn để lại vết thâm da, sốt giảm khi ra ban | +++       | Không có hạch  | +          |
| Rubella                              | Phát ban không theo trình tự, ban lặn không để lại vết thâm da, thường hết sốt khi ra ban       | +         | Hạch sau tai   | -          |

#### • Chẩn đoán phân biệt:

- Nhiễm trùng huyết do não mô cầu.
- Sốt xuất huyết Dengue
- Kawasaki.
- Bệnh tay chân miệng.
- Dị ứng da.
- Đỏ da do nhiễm tụ cầu.

### IV. ĐIỀU TRỊ:

#### 1. Nguyên tắc:

- Điều trị triệu chứng
- Vitamin A nếu chẩn đoán sởi
- Phát hiện và điều trị biến chứng

#### 2. Tiêu chuẩn nhập viện:

- Sốt cao không hạ sau 48 giờ hoặc vẫn còn sốt sau phát ban.
- Kèm viêm phổi.
- Co giật.
- Thay đổi tri giác.

#### 3. Điều trị triệu chứng:

- Hạ sốt: Acetaminophen 10-15 mg/kg x 4 lần/ ngày.
- Giảm ho: thuốc ho an toàn Astex, pectol, Danospan.
- Bổ sung vitamin A (khi chẩn đoán sởi), trừ trẻ đã uống đủ liều trong vòng 1 tháng. Cho 2 liều: Liều đầu ngay khi chẩn đoán, liều thứ 2 ngày hôm sau.
- Trẻ < 6 tháng : 50.000 đv/ liều.
- Trẻ 6- 11 tháng: 100/000 đv/ liều.
- Trẻ 12 tháng- 5 tuổi: 200.000 đv/ liều.
- Kháng sinh khi có bội nhiễm.

#### **V. THEO DÕI:**

**I. Tái khám:** mỗi ngày nếu sốt cao, các trường hợp khác tái khám 2-3 ngày, khi cần.

#### **II. Dấu hiệu nặng cần tái khám ngay:**

- Co giật.
- Thở mệt
- Sốt cao không hạ
- Thay đổi tri giác.

#### **III. Hướng dẫn chăm sóc người bệnh tại nhà:**

#### **VI. PHÒNG NGỪA**

- Vắc xin sởi lúc 9 tháng tuổi.
- Vắc xin 3 trong 1 (sởi, quai bị, rubella) lúc 12- 15 tháng và nhắc lại lúc 5-6 tuổi.

*Tài liệu tham khảo: 1 Kho dữ liệu Phác đồ điều trị ngành y tế TPHCM – Bệnh viện Nhi Đồng 1*

## NHIỄM SIÊU VI

### I. ĐỊNH NGHĨA

- Nhiễm siêu vi là tình trạng cơ thể nhiễm siêu vi chưa xác định được tác nhân đặc hiệu
- Hầu hết nhiễm siêu vi trùng ở giai đoạn đầu đều có hội chứng nhiễm siêu vi như: sốt, ho, sổ mũi, đau nhức, rối loạn tiêu hóa.

### II. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN

#### 1. Hỏi bệnh: Triệu chứng sốt, tính chất sốt và các triệu chứng kèm theo:

- Ho, sổ mũi
- Mệt mỏi, biếng ăn
- Rối loạn tiêu hóa
- Đau nhức, quấy khóc
- Các thuốc đã dùng

#### 2. Khám lâm sàng

- Đánh giá sinh hiệu
- Khám cẩn thận và đầy đủ cơ quan để không sót ổ nhiễm trùng
- Tìm các dấu hiệu: phát ban, hạch sau tai, viêm kết mạc ...

#### 3. Cận lâm sàng

- CTM: nếu trẻ sốt cao ngày 2, 3 trở đi, thường thay đổi không đặc hiệu, có thể tăng tế bào lympho

- CRP, TPTNT nếu chưa loại trừ bệnh nhiễm trùng

### III. CHẨN ĐOÁN

#### 1. Chẩn đoán: Nhiễm siêu vi là chẩn đoán loại trừ:

- Trẻ sốt, đau nhức cơ, mệt mỏi, tổng trạng thường khá tốt.
- Không có dấu hiệu nặng toàn thân
- Không tìm thấy ổ nhiễm trùng

#### 2. Chẩn đoán phân biệt: chủ yếu phân biệt với các nguyên nhân gây sốt cấp tính khác như:

- Sốt xuất huyết: trẻ sốt cao liên tục có thể lừ đừ, đau bụng, nôn ói, xuất huyết da, niêm , Hct tăng, tiểu cầu giảm

- Bệnh tay chân miệng: có thể có hồng ban, mụn nước kín đáo ở lòng bàn tay, chân, đầu gối rất dễ bỏ sót, hỏi kỹ dấu hiệu giật mình. Nếu bỏ sót trẻ có thể tử vong rất nhanh do viêm não

- Các bệnh lý nhiễm trùng khác: viêm họng, viêm amydan mũ, viêm tai giữa, viêm phế quản...

- Cúm mùa.

### IV. XỬ TRÍ

#### 1. Nguyên tắc

- Điều trị triệu chứng
- Điều trị hỗ trợ

#### 2. Điều trị

- Điều trị triệu chứng: hạ sốt
- Điều trị hỗ trợ
- Uống nhiều nước
- Vitamin C.

#### 3. Tiêu chuẩn nhập viện:

- Sốt co giật
- Nghi ngờ sốt xuất huyết: trẻ sốt cao liên tục, mệt mỏi, tiểu cầu ở giới hạn thấp từ 150.000 – 160.000/mm<sup>3</sup>

#### 4. Hướng dẫn chăm sóc và theo dõi tại nhà

- Uống nhiều nước



- Lau mát khi trẻ sốt cao
- Ăn nhiều bữa nhỏ để đủ chất dinh dưỡng
- Dặn theo dõi các dấu hiệu bệnh nặng ( nếu có phải khám ngay): lừ đừ, đau bụng, nôn ói, xuất huyết bất thường, giật mình, co giật.

#### **5. Hẹn tái khám**

- Nếu lâm sàng ổn và không có chỉ định nhập viện: tái khám sau 1 ngày cho đến khi hết sốt
- Trường hợp nghi ngờ, lâm sàng chưa ổn, thân nhân còn lo lắng nên tái khám mỗi ngày

#### **V. PHÒNG NGỪA**

- Giữ gìn vệ sinh cá nhân và môi trường
- Tránh để trẻ bị nhiễm lạnh
- Tiêm chủng đầy đủ theo lịch.

*Tài liệu tham khảo: 1 Kho dữ liệu Phác đồ điều trị ngành y tế TPHCM – Bệnh viện Nhi Đồng 1*

## QUAI BỊ

### I. ĐỊNH NGHĨA:

Quai bị là bệnh nhiễm trùng cấp tính do siêu vi trùng thuộc nhóm Paramyxovirus gây ra.

Đặc trưng là sưng đau tuyến nước bọt (chủ yếu là tuyến mang tai), đôi khi kèm viêm tuyến sinh dục, viêm màng não, viêm tụy và một số cơ quan khác.

### II. CHẨN ĐOÁN:

#### 1. Công việc chẩn đoán

- Tiếp xúc với người bệnh quai bị, dịch bệnh tại địa phương.
- Chủng ngừa quai bị, tiền căn quai bị
- Bệnh sử: sốt, sưng hàm một hoặc hai bên (thể không điển hình: chỉ đau tuyến mang tai khi nhai hoặc uống thức uống chua).

#### 2. Khám lâm sàng:

- Tuyến mang tai sưng một hoặc 2 bên, bờ thường không rõ, da trên tuyến không đỏ, không nóng, ấn vào đàn hồi, có thể kèm sưng tuyến dưới hàm và dưới lưỡi
- Lỗ Stenon sưng đỏ, đôi khi có giả mạc nhưng không có mủ.
- Tìm biến chứng:
  - Viêm màng não.
  - Viêm tuyến sinh dục (tinh hoàn, mào tinh, buồng trứng): sưng tinh hoàn, ấn đau hố chậu một hoặc hai bên.
  - Viêm tụy.

#### 3. Cận lâm sàng:

- Công thức máu: bạch cầu bình thường hoặc giảm, tỷ lệ lympho tăng.
- Amylase máu tăng 90% các trường hợp.
- Dịch não tủy khi có dấu hiệu viêm màng não, giúp phân biệt với viêm màng não do vi trùng: 0- 2000 tế bào/ mm<sup>3</sup>, đa số là lympho (giai đoạn sớm có thể là đa nhân).
- Siêu âm tuyến mang tai khi cần phân biệt viêm hạch hay viêm tuyến mang tai do vi trùng.
  - Phân lập siêu vi trong máu: phết họng, dịch tiết lỗ Stenon, dịch não tủy, nước tiểu.
  - Phương pháp miễn dịch học (phương pháp cố định bổ thể, ức chế ngưng kết hồng cầu hoặc ELISA) ít có giá trị chẩn đoán.

#### 4. Chẩn đoán xác định:

- Dịch tễ: chưa chích ngừa quai bị, chưa mắc bệnh quai bị, có tiếp xúc với bệnh nhân quai bị 2-3 tuần trước.
- Lâm sàng: Tuyến mang tai sưng một hoặc 2 bên, Lỗ Stenon sưng đỏ.
- Cận lâm sàng: phân lập siêu vi (nếu có thể)

#### 5. Chẩn đoán có thể

#### 6. Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm tuyến mang tai do vi trùng: sưng, nóng, đỏ, đau, chảy mủ từ lỗ Stenon, siêu âm vùng tuyến mang tai.
- Viêm hạch góc hàm: siêu âm vùng tuyến mang tai.
- Tắc ống dẫn tuyến nước bọt do sỏi: Sưng tuyến mang tai một hoặc hai bên tái đi tái lại, chụp cản quang ống tuyến Stenon.

### III. ĐIỀU TRỊ:

#### 1. Nguyên tắc điều trị:

- Điều trị triệu chứng
- Phát hiện và điều trị biến chứng

#### 2. Điều trị triệu chứng:

- Sốt, đau tuyến mang tai: Acetaminophen 10- 15 mg/kg x 4 lần/ ngày. Hoặc ibuprofen 5- 10 mg/kg x 3 lần/ngày.
- Chế độ ăn dễ nuốt.
- Săn sóc răng miệng.

#### 3. Điều trị biến chứng:

- Viêm tinh hoàn:

- Nâng đỡ tại chỗ, nghỉ ngơi, hạn chế vận động.
- Prednison: 1 mg/kg/ngày x 7-10 ngày.
- Viêm màng não: chuyển viện .
- Viêm tụy cấp: chuyển viện

#### **IV. PHÒNG NGỪA**

##### **1. Cách ly tránh lây lan**

##### **2. Miễn dịch chủ động:** (Trimovax, MMR)

*Tài liệu tham khảo:*

*- Kho dữ liệu Phác đồ điều trị ngành y tế TPHCM – Bệnh viện Nhi Đồng 1*

## BỆNH TAY CHÂN MIỆNG

### I./ ĐỊNH NGHĨA

- Bệnh tay chân miệng là bệnh truyền nhiễm do siêu vi trùng đường ruột thuộc nhóm Coxsackievirus và Enterovirus 71 (EV71) gây ra. Biểu hiện chính là sang thương da niêm dưới dạng bóng nước ở các vị trí đặc biệt như miệng, lòng bàn tay, lòng bàn chân, gối, mông. Bệnh có thể gây nhiều biến chứng nguy hiểm như viêm não, viêm cơ tim, phù phổi cấp dẫn đến tử vong nếu không được phát hiện sớm và xử trí kịp thời.

- Bệnh thường xảy ra ở trẻ < 5 tuổi, nhất là < 3 tuổi.
- Bệnh xảy ra quanh năm, tăng cao vào tháng 2 đến tháng 4 và từ tháng 9 đến tháng 12 hàng năm

### II./ CHẨN ĐOÁN

#### 1/ Lâm sàng:

- Bóng nước ở miệng, lòng bàn tay, lòng bàn chân gối, mông. Kích thước 2 -10 mm. Tính chất hình bầu dục, nổi cộm hay ẩn dưới da, trên nền hồng ban, không đau. Khi bóng nước khô để lại vết thâm, không loét.

- Chú ý thể không điển hình: chỉ có loét miệng, sang thương da rất ít hay không rõ dạng bóng nước mà là dạng chấm, hồng ban.

#### 2/ Phân độ:

- Độ 1: chỉ loét miệng và hoặc tổn thương da.
- Độ 2:

+ Độ 2a: có một trong các dấu hiệu sau:

Bệnh sử có giật mình dưới 2 lần/30 phút và không ghi nhận lúc khám.

Sốt trên 2 ngày, hay sốt trên 39°C, nôn nhiều, lừ đừ, khó ngủ, quấy khóc vô cớ.

+ Độ 2b: có dấu hiệu thuộc nhóm 1 hoặc nhóm 2:

**Nhóm 1:** có 1 trong các dấu hiệu sau:

Giật mình ghi nhận lúc khám.

Bệnh sử có giật mình khoảng 2 lần / 30 phút.

Bệnh sử có giật mình kèm theo một dấu hiệu sau:

Ngủ gà.

Mạch nhanh >130 lần/ phút( khi nằm yên , không sốt).

**Nhóm 2:** có 1 trong các biểu hiện sau:

Sốt cao khoảng 39.5°C (đo hậu môn) không đáp ứng với thuốc hạ sốt tích cực.

Mạch nhanh > 150 lần/ phút (khi nằm yên , không sốt).

Thất điều: run tay, 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, thay đổi giọng nói....

- **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: cơn ngừng thở, thở bụng, thở nông, rút lõm ngực, khô khè, thở rít hít vào.

+ Rối loạn tri giác ( Glasgow < 10 điểm)

+ Tăng trương lực cơ

- **Độ 4:** Có một trong các dấu hiệu sau:

+ Sốc

+ Phù phổi cấp

- + Tím tái, SpO2 < 92%
- + Ngừng thở, thở nấc

### 3/ Chẩn đoán phân biệt

- Bệnh lý có sang thương da:
  - + Sốt phát ban: Sang thương da chủ yếu là hồng ban xen kẽ ít dạng sẩn, thường có hạch sau tai.
  - + Dị ứng da: sang thương dạng hồng ban đa dạng nhiều hơn bóng nước
  - + Viêm da mủ: sang thương đau, đỏ, có mủ
  - + Thủy đậu: Sang thương bóng nước nhiều lứa tuổi, rải rác toàn thân, không chỉ tập trung ở tay chân miệng
- Bệnh lý nhiễm trùng:
  - + Nhiễm trùng huyết: sang thương da không điển hình, bầm máu vết chích, xuất huyết dưới da. CRP máu tăng
  - + Viêm màng não vi trùng: sang thương da không điển hình, thóp phồng, CRP máu tăng, dịch não tủy đậm tăng, đường giảm.

## III./ ĐIỀU TRỊ

**1/ Tiêu chuẩn nhập viện:** Độ 1 có thể điều trị ngoại trú, từ độ 2 phải nhập viện điều trị.

- Sốt cao > 39°C và/hoặc hơn 2 ngày
- Nôn ói nhiều
- Có biểu hiện biến chứng thần kinh, hô hấp, tim mạch

### 2/ Điều trị:

- Độ 1 :
  - + Dinh dưỡng đầy đủ theo tuổi. Trẻ còn bú cần tiếp tục cho ăn sữa mẹ.
  - + Hạ sốt, giảm đau paracetamol 10 - 15 mg/kg x 3- 4 lần/ngày.
  - + Có thể sử dụng Antacid dạng gel chấm vào sang thương
  - + Kháng sinh khi có bội nhiễm.
  - + Vệ sinh răng miệng.
  - + Nghỉ ngơi, tránh kích thích.
  - + 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.
  - + Dấu hiệu nặng cần tái khám ngay khi có dấu hiệu từ độ 2a trở lên:
    - Sốt cao  $\geq 39$  độ C
    - Thở nhanh, khó thở
    - Giật mình, lừ đừ, run chi, quấy khóc, bứt rứt khó ngủ, nôn nhiều
    - Đi loạng choạng
    - Da nổi vân tím, vã mồ hôi, tay chân lạnh.
    - Co giật, hôn mê
- Độ 2: Điều trị nội trú tại bệnh viện
  - + Độ 2a:
    - Điều trị như độ 1. Trường hợp trẻ sốt cao không đáp ứng với thuốc hạ sốt có thể phối hợp với Ibuprofen 5- 10 mg/kg/lần lặp lại mỗi 6-8 giờ nếu cần ( 40mg/kg/ngày).
    - + Thuốc : Phenobarbital 5-7 mg/kg/ngày, uống khi trẻ quấy khóc vô cớ.
    - + Theo dõi sát để phát hiện các dấu hiệu chuyển độ.
- Độ 2b: Chuyển viện tuyến trên

## IV./ PHÒNG NGỪA

- Vệ sinh cá nhân, rửa tay bằng xà phòng (đặc biệt sau khi thay quần áo, tã, sau khi tiếp xúc với phân, nước tiểu, nước bọt).
- Rửa sạch đồ chơi, vật dụng, sàn nhà.
- Cách ly trẻ bệnh trong tuần đầu tiên.

Tài liệu tham khảo: Kho dữ liệu Phác đồ điều trị – Bệnh viện Nhi Đồng 1 năm 2021

## THỦY ĐẬU

### I. ĐỊNH NGHĨA:

Thủy đậu là bệnh nhiễm trùng cấp tính do siêu vi Herpes varicella. Đường lây chủ yếu bằng đường hô hấp qua những giọt nước bọt bắn từ người bệnh, hiếm khi lây do tiếp xúc trực tiếp với bóng nước.

Bệnh đặc trưng bởi phát ban dạng bóng nước ở da và niêm mạc, diễn tiến lành tính nhưng có thể tử vong do biến chứng viêm não, hội chứng Reye.

### II. CHẨN ĐOÁN:

#### 1. Công việc chẩn đoán:

- Tiếp xúc với người bị thủy đậu hoặc đang có dịch bệnh tại địa phương.
- Chủng ngừa thủy đậu, tiền căn bị thủy đậu.
- Bệnh sử: sốt, hồng ban khoảng vài mm nhanh chóng chuyển thành bóng nước sau 24 giờ.

#### 2. Khám lâm sàng:

- Bóng nước 3- 10mm ở da, lúc đầu chứa dịch trong, sau 24 giờ hóa đục, nhiều lứa tuổi.
- Bóng nước có thể mọc ở niêm mạc miệng, đường tiêu hóa, hô hấp, tiết niệu, sinh dục, ở mắt.
- Tìm biến chứng thường gặp:
- Viêm mô tế bào do bội nhiễm: bóng nước hóa mủ, đỏ da hay sưng tấy xung quanh bóng nước, về mặt nhiễm trùng, nhiễm độc.
- Viêm não.
- Hội chứng Reye: có dùng aspirin trong thời gian nổi bóng nước, rối loạn tri giác, co giật,.

#### 3. Cận lâm sàng:

- Công thức máu: bạch cầu bình thường hoặc tăng nhẹ.
- Phân lập siêu vi, PCR.
- Phương pháp miễn dịch học (phương pháp cố định bỏ thể, miễn dịch huỳnh quang trực tiếp hoặc ELISA) ít được sử dụng.

#### 4. Chẩn đoán xác định:

- Dịch tễ: chưa chủng ngừa thủy đậu, chưa mắc bệnh thủy đậu, có tiếp xúc với bệnh nhân thủy đậu 2 – 3 tuần trước.
- Lâm sàng: Bóng nước nhiều lứa tuổi ở da, niêm mạc.
- Cận lâm sàng: Phân lập siêu vi, PCR (nếu có thể).

#### 5. Chẩn đoán có thể: Bóng nước nhiều lứa tuổi ở da.

#### 6. Chẩn đoán phân biệt:

- Impétigo (Chốc lở bóng nước): do Streptococcus beta hemolytic nhóm A, xảy ra xảy ra sau khi bị trầy xước, gờ mào thấy vết trợt đỏ không loét có quanh trợt đỏ bao quanh.
- Nhiễm trùng da.
- Bóng nước do Herpes simplex: dựa vào phân lập siêu vi.

### III. ĐIỀU TRỊ:

#### 1. Nguyên tắc điều trị:

- Điều trị đặc hiệu
- Điều trị triệu chứng
- Phát hiện và điều trị biến chứng.

#### 2. Điều trị đặc hiệu: Acyclovir

- Tác dụng: rút ngắn thời gian nổi bóng nước, giảm tổn thương da, phòng ngừa biến chứng ở trẻ suy giảm miễn dịch. Hiệu quả cao nếu được sử dụng sớm trong 24 giờ sau khi khởi phát.

- Liều lượng : 80mg/kg/ngày: 4 lần ngày (tối đa 800mg/ lần) uống.
- Thời gian điều trị 5 ngày hoặc đến khi không xuất hiện thêm bóng nước mới.

#### 3. Điều trị thủy đậu ở cơ địa suy giảm miễn dịch: chuyển viện xem xét điều trị IVIG.

#### 4. Điều trị triệu chứng.

- Chống ngứa (antihistamin).

- Giảm đau, hạ sốt: bằng paracetamol.
- Xanh methylen vào sang thương da.

**5. Điều trị biến chứng:**

- Bội nhiễm: Oxacilline 50- 100mg/kg uống hay tiêm mạch nếu nặng, cephalosporin III
- Viêm não: chuyển viện

**IV. PHÒNG NGỪA**

**1. Cách ly tránh lây lan**

**2. Miễn dịch chủ động.**

*Tài liệu tham khảo:*

*- Kho dữ liệu Phác đồ điều trị ngành y tế TPHCM – Bệnh viện Nhi Đồng 1*

# SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

## I. ĐẠI CƯƠNG

Sốt xuất huyết Dengue là bệnh truyền nhiễm do virus Dengue gây nên. Bệnh thường gặp ở trẻ em và người lớn. Đặc điểm của sốt xuất huyết Dengue là sốt, xuất huyết và thoát huyết tương, có thể dẫn đến sốc giảm thể tích tuần hoàn, rối loạn đông máu, suy tạng nếu không được chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời dễ dẫn đến tử vong.

## II. CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN ĐỘ LÂM SÀNG

### 1. Sốt xuất huyết Dengue

- Sốt hoặc có đi tới vùng dịch.
- Sốt  $\leq 7$  ngày và có 2 trong các dấu hiệu sau:
- Buồn nôn, nôn
- Đau cơ, đau khớp, đau hai hố mắt
- Xuất huyết da hoặc dấu hiệu dây thắt (+)
- Hct bình thường hoặc tăng
- Bạch cầu bình thường hoặc giảm.
- Tiểu cầu bình thường hoặc hơi giảm

### 2. Sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo:

Bao gồm các triệu chứng lâm sàng của sốt xuất huyết Dengue, kèm các dấu hiệu cảnh báo:

- Lừ đừ, li bì, vật vã, kích thích.
- Đau bụng nhiều và liên tục hoặc tăng cảm giác đau vùng gan
- Nôn ói  $\geq 3$  lần/ 1 giờ, hoặc  $\geq 4$  lần/ 6 giờ
- Xuất huyết niêm mạc
- Gan to  $> 2$  cm
- Tiểu ít.
- Xét nghiệm máu:
- Hct tăng cao  $\geq 20\%$  o với trị số trước đó của bệnh nhân hoặc so với trị số bình thường theo tuổi.

- Tiểu cầu giảm nhanh và số lượng  $\leq 100.000/\text{mm}^3$
- AST/ALT  $\geq 400$  U/L.
- Tràn dịch màng phổi, màng bụng trên siêu âm hoặc Xquang.

### 3. Sốt xuất huyết Dengue nặng:

Khi người bệnh có một trong các biểu hiện sau:

- Sốc giảm thể tích do thất thoát huyết tương nặng (Sốc sốt xuất huyết Dengue)
- Xuất huyết nặng
- Suy tạng

#### a. Sốc sốt xuất huyết Dengue:

• Suy tuần hoàn cấp, thường xảy ra vào ngày 3-7 của bệnh với các biểu hiện: vật vã, kích thích, bứt rứt hoặc li bì, lạnh đầu chi, da lạnh ẩm, nổi bông, thời gian phục hồi màu sắc da kéo dài  $> 2$  giây, mạch nhanh nhẹ, huyết áp kẹt (hiệu số huyết áp tối đa và tối thiểu  $\leq 20$  mmHg) hoặc tụt huyết áp hoặc huyết áp không đo được, tiểu ít.

- Chia hai mức độ:

– Sốc SXH - D: có dấu hiệu suy tuần hoàn như trên, mạch nhanh nhẹ, HA kẹt hoặc tụt, kèm theo các triệu chứng như da lạnh, ẩm bứt rứt hoặc vật vã li bì..

– Sốc SXH - D nặng: sốc nặng, mạch nhẹ khó bắt, HA không đo được

#### b. Xuất huyết nặng:

• Chảy máu mũi nặng cần phải nhét gạc, xuất huyết tiêu hóa và nội tạng, rong kinh nặng, xuất huyết trong cơ và phần mềm,... cần phải truyền máu và các chế phẩm của máu.

- Kèm theo Hct giảm hoặc sốc nặng hoặc đông máu nội mạch lan tỏa.

• Lưu ý: xuất huyết nặng cũng có thể xảy ra ở các bệnh nhân dùng Aspirin, Ibuprofen hoặc Corticoid, có tiền sử viêm loét dạ dày tá tràng, viêm gan mạn

#### c. Suy tạng:

- Suy gan cấp: men gan AST, ALT  $\geq 1.000$  UI/L
- Suy thận cấp: tiểu ít hoặc vô niệu, creatinin tăng trên 2 lần giới hạn trên theo tuổi:
- $< 1$  tuổi:  $> 0.8$  mg% (71  $\mu\text{mol/L}$ )



- 1-8 tuổi: >1.4 mg% (124 umol/L)
- >8 tuổi: >2 mg% (177 umol/L)
- Sốt xuất huyết thể não: rối loạn tri giác, có thể kèm co giật.
- Viêm cơ tim, suy tim hoặc rối loạn nhịp tim kèm troponin I dương tính, CPK tăng.
- Hội chứng suy hô hấp cấp (ARDS): suy hô hấp kèm PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> <200.

#### 4. Chẩn đoán căn nguyên virus Dengue:

- Xét nghiệm huyết thanh:
- Xét nghiệm nhanh: Tìm kháng nguyên NS1 trong 5 ngày đầu của bệnh, tìm kháng thể IgM từ ngày thứ 5 của bệnh trở đi.
- Xét nghiệm PCR, phân lập virus: lấy máu trong giai đoạn sốt.

### III. ĐIỀU TRỊ

#### 1. Điều trị sốt xuất huyết Dengue:

Phần lớn các trường hợp đều được điều trị ngoại trú, chủ yếu là điều trị triệu chứng và phải theo dõi chặt chẽ để phát hiện sớm sốc xảy ra để xử trí kịp thời.

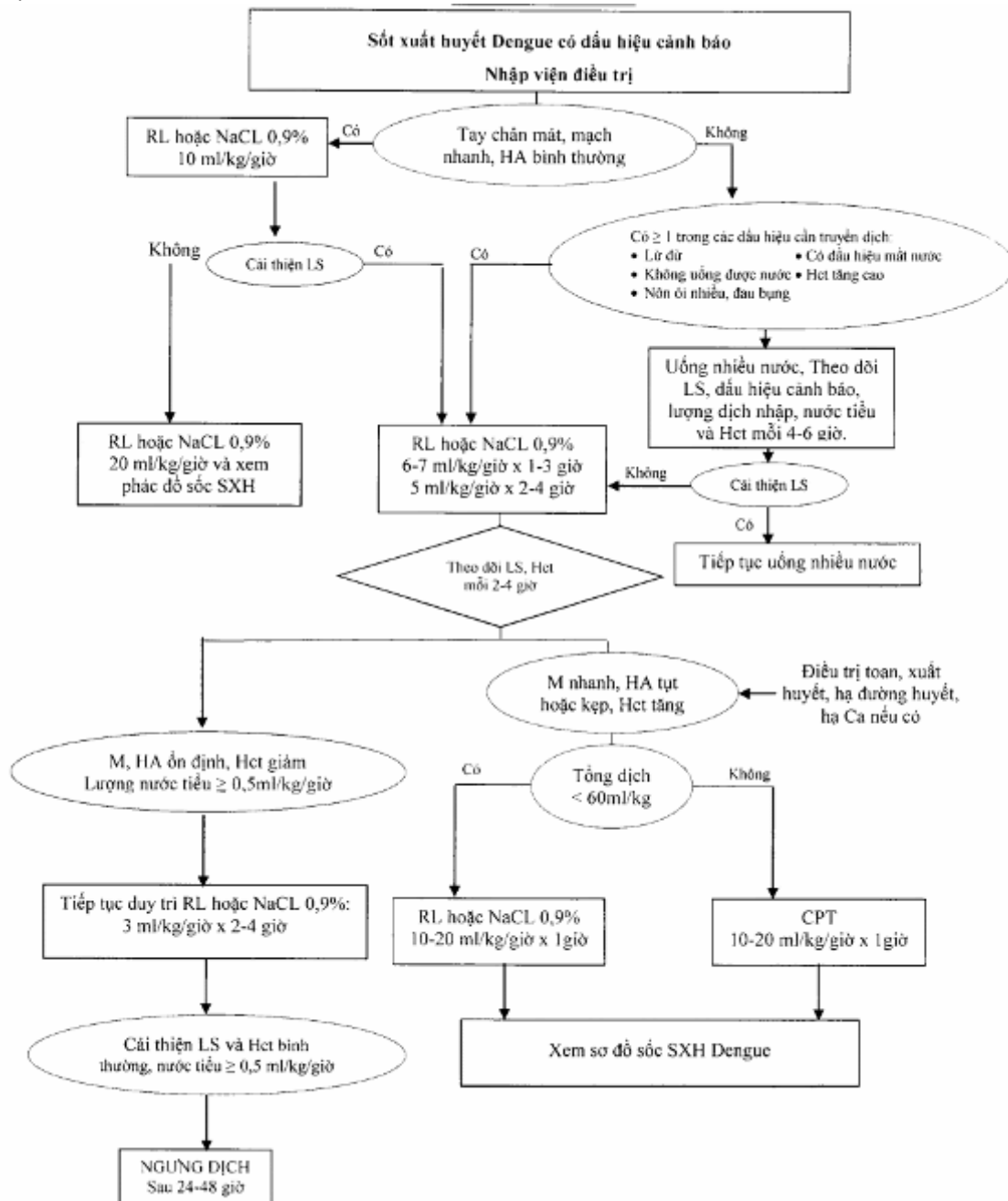
- Điều trị triệu chứng:
  - Hạ nhiệt: Paracetamol đơn chất liều 10-15 mg/kg/lần cách nhau 4-6 giờ. Chú ý tổng liều không quá 60 mg/kg cân nặng/24h.
  - Không dùng Aspirin, Analgin, Ibuprofen để hạ nhiệt vì có thể gây xuất huyết, toan máu.
  - Bù dịch sớm bằng đường uống: khuyến khích bệnh nhân uống nhiều nước oresol hoặc sôi để nguội, nước trái cây (nước dừa, cam, chanh,...).
  - Dặn dò bà mẹ: chăm sóc tại nhà, phát hiện sớm các dấu hiệu cảnh báo để mang trẻ vào viện ngay.

#### 2. Điều trị sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo:

Bệnh nhi được nhập viện điều trị

- Bù dịch sớm bằng đường uống nếu bệnh nhân còn khả năng uống được.
- Chỉ định truyền dịch khi có ít nhất 1 trong các dấu hiệu sau:
  - Lừ đừ
  - Không uống được
  - Nôn ói nhiều
  - Đau bụng
  - Có dấu hiệu mất nước
  - Hct tăng cao.
- Dịch truyền:
  - Lactate Ringer, Ringer acetate, Natriclorua 0,9% khởi đầu 6-7 ml/kg/giờ trong 1-3 giờ, sau đó 5ml/kg/giờ trong 2-4 giờ. Theo dõi lâm sàng, hct mỗi giờ.
  - Nếu mạch, HA ổn định, Hct giảm, nước tiểu  $\geq 0,5$ -1ml/kg/giờ, giảm tốc độ truyền Ringer lactate, Ringer acetate hoặc NaCl 0,9% 3ml/kg/giờ trong 2-4 giờ. Nếu lâm sàng tiếp tục cải thiện, có thể ngưng dịch sau 24-48 giờ.
  - Nếu mạch nhanh, HA tụt hoặc kẹt, Hct tăng: Điều trị toan, xuất huyết, hạ đường huyết, hạ calci huyết nếu có và truyền dịch tiếp tục như sau:
    - Khi tổng dịch truyền > 60ml/kg: chuyển sang cao phân tử truyền tĩnh mạch 10-20ml/kg/giờ trong 1 giờ. Sau đó tiếp tục truyền dịch theo phác đồ điều trị như sốc SXHD.
    - Khi tổng dịch truyền  $\leq 60$ ml/kg: tăng tốc độ truyền Ringer lactate, Ringer acetate hoặc NaCl 0,9% 10-20ml/kg/giờ trong 1 giờ. Sau đó tiếp tục truyền dịch theo phác đồ điều trị như sốc SXHD.
- Lưu ý
  - Nếu SXHD cảnh báo kèm chi lạnh, ẩm, thời gian làm đầy mao mạch  $\geq 3$  giây, lừ đừ hay vật vã, bứt rứt; huyết áp bình thường hoặc hiệu áp = 25 mmHg: điều trị như sốc SXHD.
  - Nếu SXHD cảnh báo kèm chi lạnh (mát), mạch nhanh, HA bình thường: Truyền Ringer lactate, Ringer acetate hoặc NaCl 0,9% 10ml/kg/giờ trong 1 giờ, sau đó đánh giá lại.
  - Nếu cải thiện lâm sàng, tay chân ấm, mạch chậm lại, HA bình thường: tiếp tục Ringer lactate, Ringer acetate hoặc NaCl 0,9% tốc độ 6-7ml/kg/giờ x 1-3 giờ  $\rightarrow$  5ml/kg/giờ x 2-4 giờ và xử trí tiếp theo như phác đồ SXHD cảnh báo.

- Nếu có sốc truyền Ringer lactate, Ringer acetate hoặc NaCl 0,9% 20ml/kg/giờ trong 1 giờ và xử trí tiếp sau đó như phác đồ sốc SXHD.
- Thời gian truyền dịch: thường là không quá 24-48 giờ.
- Ở trẻ  $\geq 15$  tuổi có thể xem xét ngưng dịch truyền sớm hơn khi có tổng trạng tốt, hết nôn ói, ăn uống được.
- Sốt xuất huyết trên cơ địa đặc biệt: nhũ nhi, béo phì, tiểu đường, viêm phổi, suyễn, bệnh tim, bệnh gan, bệnh thận hoặc nhà xa cơ sở y tế nên xem xét cho nhập viện theo dõi điều trị.



### 3. Điều trị sốt xuất huyết Dengue nặng:

Bệnh nhi phải được nhập viện cấp cứu

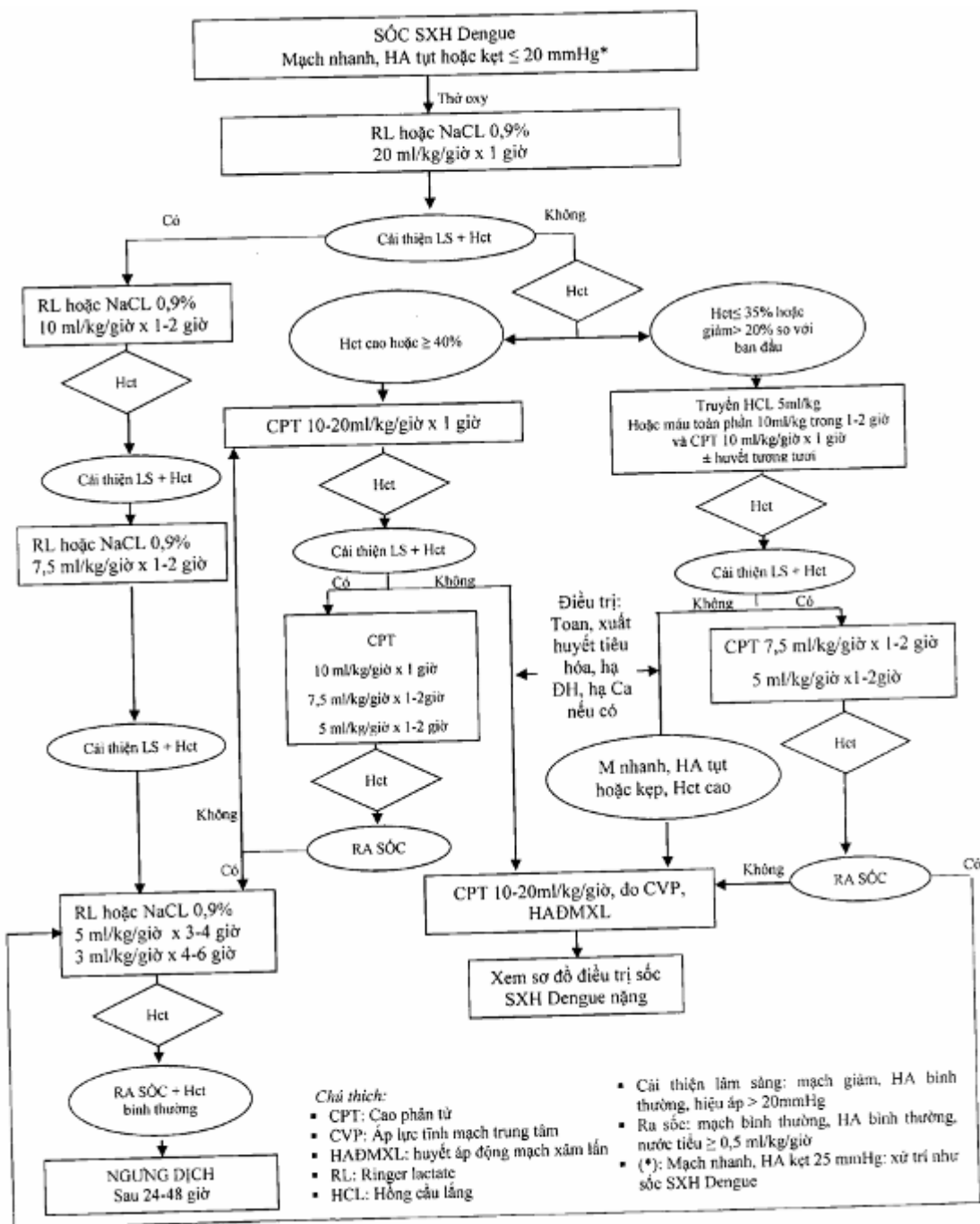
#### Sốc sốt xuất huyết Dengue

Trong 1 giờ đầu, phải thay thế nhanh chóng bởi hoàn thể tích tuần hoàn bằng bằng Ringer lactate hoặc NaCl 0,9% 20ml/kg/giờ sau đó đánh giá lại lâm sàng, Hct

#### ❖ Lưu ý:

- Đối với trẻ dư cân hoặc béo phì, sử dụng cân nặng hiệu chỉnh để truyền dịch.
- Đối với nhũ nhi  $\leq 12$  tháng tuổi
- Phát hiện sốc thường trễ do ít nghĩ đến chẩn đoán SXHD và khó đo huyết áp.
- Hematocrit bình thường có thể ở mức thấp (30-35%) do có thiếu máu sinh lý.

- Chú ý lượng dịch và tốc độ dịch truyền để tránh nguy cơ dư dịch, suy hô hấp.
- Do ở trẻ nhũ nhi rất khó đo áp lực tĩnh mạch trung tâm nên xem xét dùng siêu âm khảo sát sự thay đổi đường kính của tĩnh mạch chủ dưới theo nhịp thở để giúp đánh giá thể tích dịch nội mạch thay cho CVP
  - **Nếu cải thiện lâm sàng (mạch giảm, HA bình thường, hết kẹt)**
    - Tiếp tục truyền Ringer lactate hoặc NaCl 0,9% tốc độ 10ml/kg/giờ x 1-2 giờ. Nếu người bệnh cải thiện lâm sàng và hematocrit giảm, giảm tốc độ Ringer lactate hoặc NaCl 0,9% 7,5ml/kg/giờ trong 1-2 giờ → 5ml/kg/giờ x 3-4 giờ → 3ml/kg/giờ x 4-6 giờ.
    - Nếu bệnh nhân sau đó ra sốc (mạch bình thường, HA bình thường, nước tiểu  $\geq 0,5\text{ml/kg/giờ}$ ) và hematocrit bình thường, có thể xem xét ngưng dịch truyền sau 24-48 giờ.
    - Nếu không cải thiện lâm sàng (mạch nhanh, nhẹ, HA còn tụt, kẹt hiệu áp < 20mmHg)
      - Nếu hematocrit còn tăng cao hoặc  $\geq 40\%$
      - Chuyển sang truyền cao phân tử (CPT) 10-20ml/kg/giờ trong 1 giờ. Cao phân tử được chọn trong SXHD là Dextran 40, Dextran 70 hoặc 6% HES 200, không dùng Gelatin do hiệu quả kém. Tác dụng phụ của HES là rối loạn đông máu, tổn thương gan, thận đặc biệt là khi tổng liều > 60ml/kg.
      - Nếu cải thiện lâm sàng, hematocrit giảm: giảm tốc độ CPT dần 10ml/kg/giờ x 1 giờ → 7,5ml/kg/giờ x 1-2 giờ → 5ml/kg/giờ x 1-2 giờ. Đánh giá lâm sàng, Hct sau mỗi lần chuyển tốc độ truyền.
      - Nếu ra sốc và Hct bình thường: chuyển sang điện giải Ringer lactate hay NaCl 0,9% 5ml/kg/giờ trong 3-4 giờ, sau đó 3ml/kg/giờ x 4-6 giờ. Phải theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn mỗi giờ và lập lại hematocrit sau 1 giờ trong 2 giờ đầu, sau đó là mỗi 4-6 giờ. Có thể xem xét ngưng dịch truyền sau 24-48 giờ.
      - Nếu không cải thiện lâm sàng, mạch nhanh, HA còn tụt hoặc kẹt: lập lại truyền CPT 10-20ml/kg/giờ trong 1 giờ. Hội chẩn và chuyển tuyến trên.
      - Điều trị toan, xuất huyết, hạ đường huyết, hạ Calci huyết nếu có.
      - Nếu hematocrit  $\leq 35\%$  hoặc giảm 20% so với ban đầu: chuyển tuyến trên.



**Sốc sốt xuất huyết Dengue nặng:** mạch quay không bắt được, huyết áp không đo được (HA=0) hoặc tụt huyết áp nặng (HA tâm thu  $< 70$  mmHg ở trẻ  $> 1$  tuổi) hoặc hiệu áp  $\leq 10$  mmHg

- Thở oxy.

- Truyền dịch: bơm tĩnh mạch trực tiếp vào Ringer lactate hoặc NaCl 0,9% với tốc độ 20ml/kg cân nặng trong vòng 15 phút.

❖ **Lưu ý:** Đối với trẻ dư cân hoặc béo phì, sử dụng cân nặng hiệu chỉnh để truyền dịch.

Sau đó đánh giá lại mạch và huyết áp người bệnh, có 3 khả năng xảy ra:

**a.** Nếu mạch rõ, huyết áp bình thường hết kẹt, cho dung dịch CPT 10ml/kg cân nặng/giờ trong 1 giờ. Sau đó nếu cải thiện lâm sàng và Hct giảm  $\leq 10\%$  so với ban đầu thì giảm tốc độ truyền CPT 7,5ml/kg/giờ trong 1-2 giờ  $\rightarrow$  5ml/kg/giờ trong 1-2 giờ. Sau đó nếu ra sốc và Hct bình thường sẽ chuyển sang truyền dung dịch điện giải Ringer lactate hoặc NaCl 0,9% 5ml/kg/giờ trong 2-4 giờ  $\rightarrow$  2-3ml/kg/giờ trong 24-36 giờ. Xem xét ngưng dịch sau 24-48 giờ nếu mạch, huyết áp, Hct bình thường hoặc nước tiểu  $\geq 0,5$  ml/kg/giờ.

**b.** Nếu mạch nhanh, huyết áp còn kẹt hoặc huyết áp hạ: Truyền dung dịch CPT 15-20ml/kg cân nặng/giờ, có 2 khả năng xảy ra.

- Nếu cải thiện lâm sàng thì xử trí theo (a).
- Nếu không cải thiện lâm sàng, kiểm tra Hct.
- Nếu Hct cao hay > 40%: truyền CPT 10-20ml/kg/giờ.
- Nếu cải thiện lâm sàng thì xử trí theo (a).
- Nếu còn sốc (sốc thất bại bù dịch): chuyển tuyến trên.

❖ **Những lưu ý khi truyền dịch**

• Ngừng truyền dịch tĩnh mạch khi huyết áp và mạch trở về bình thường, tiểu nhiều. Nói chung không cần thiết bù dịch sau khi hết sốc 24 giờ.

• Cần chú ý đến sự tái hấp thu huyết tương từ ngoài lòng mạch trở lại lòng mạch (biểu hiện bằng huyết áp, mạch bình thường và hematocrit giảm), cần theo dõi triệu chứng phù phổi cấp nếu còn tiếp tục truyền dịch. Khi có hiện tượng bù dịch quá tải gây suy tim hoặc phù phổi cấp cần phải dùng thuốc lợi tiểu như furosemide 0,5-1mg/kg cân nặng/lần (tĩnh mạch). Trong trường hợp sau khi sốc hồi phục mà huyết áp kẹt nhưng chi ấm mạch chậm, rõ, tiểu nhiều thì không truyền dịch, nhưng vẫn lưu kim tĩnh mạch, theo dõi tại phòng cấp cứu.

• Đối với người bệnh đến trong tình trạng sốc, đã được chống sốc từ tuyến trước thì điều trị như một trường hợp không cải thiện (tái sốc), cần lưu ý đến số lượng dịch đã được truyền từ tuyến trước để tính toán lượng dịch sắp đưa vào.

• Khi điều trị sốc, cần phải chú ý đến điều chỉnh rối loạn điện giải và thăng bằng kiềm toan: hạ natri máu thường xảy ra ở hầu hết các trường hợp sốc nặng kéo dài và đôi khi có toan chuyển hoá. Do đó cần phải xác định mức độ rối loạn điện giải và nếu có điều kiện thì đo các khí trong máu ở người bệnh sốc nặng và người bệnh sốc không đáp ứng nhanh chóng với điều trị.

❖ **Tiêu chuẩn ngưng dịch truyền:**

- Lâm sàng ổn định, chi ấm, mạch rõ, HA ổn định, tiểu khá.
- Hct ổn định.
- Thời điểm ngưng truyền dịch thường 24 giờ sau khi hết sốc và bệnh nhân có các dấu hiệu của giai đoạn hồi phục, thường là sau ngày 6-7. Tổng dịch truyền thường 120-150ml/kg trong trường hợp sốc SXHD. Trường hợp sốc SXHD nặng, thời gian truyền dịch và thể tích dịch truyền có thể nhiều hơn.

- Khi có dấu hiệu quá tải hoặc dọa phù phổi

❖ **Chăm sóc và theo dõi bệnh nhân sốc SXH**

- Giữ ấm.
- Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở từ 15-30 phút/lần cho đến khi bệnh nhân ra khỏi sốc, sau đó theo dõi 1-2 giờ khi bệnh nhân ổn định.

- Đo hematocrit sau 1 giờ bù dịch chống sốc và sau đó mỗi 1-2 giờ 1 lần, trong 6 giờ đầu của sốc. Sau đó 4 giờ 1 lần cho đến khi sốc ổn định.

- Ghi nhận lượng nước xuất và nhập trong 24 giờ.

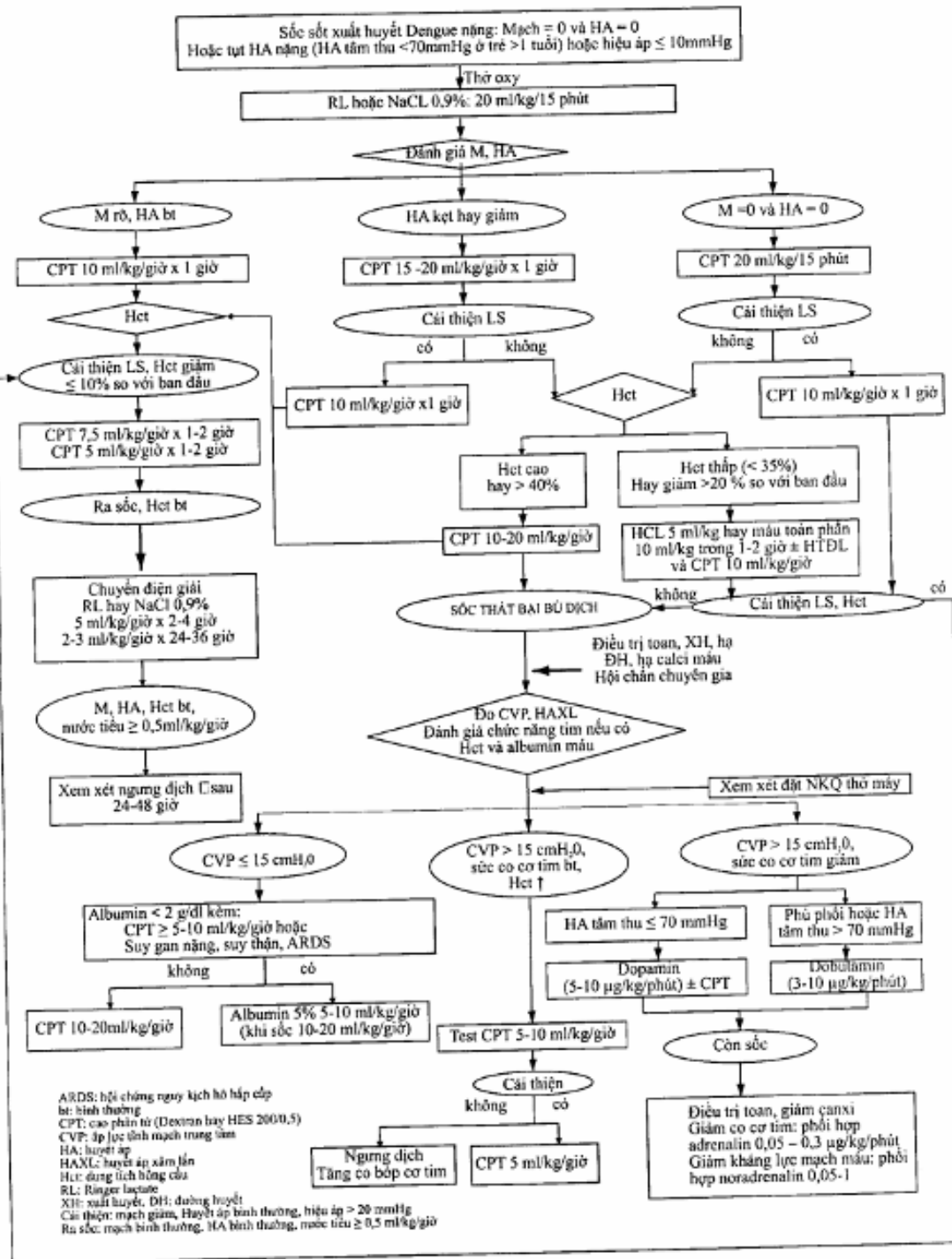
- Đo lượng nước tiểu.

- Theo dõi tình trạng thoát dịch vào màng bụng, màng phổi, màng tim.

- Xét nghiệm lactate máu, đường huyết, điện giải đồ.

- Xét nghiệm khí máu động mạch khi có suy hô hấp, tái sốc, sốc kéo dài, tổn thương gan nặng/suy gan.

**Điều trị xuất huyết nặng:** chuyển viện.



#### IV. TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN:

- Hết sốt ít nhất 2 ngày.
- Ăn uống được.
- Mạch, huyết áp bình thường.
- Không khó thở hoặc suy hô hấp do tràn dịch màng bụng hay màng phổi.
- Hct trở về bình thường và số lượng tiểu cầu khuynh hướng hồi phục > 50.000/mm<sup>3</sup>

#### V. PHÒNG BỆNH

- Thực hiện công tác giám sát, phòng chống sốt xuất huyết Dengue theo quy định của Bộ Y tế.
- Vắc xin phòng bệnh đang tiếp tục được đánh giá.
- Biện pháp phòng bệnh chủ yếu là kiểm soát côn trùng trung gian truyền bệnh như tránh muỗi đốt, diệt bọ gậy (loăng quăng), diệt muỗi trưởng thành, vệ sinh môi trường loại bỏ ổ chứa nước đọng.

**PHỤ LỤC 8**  
**CÂN NẶNG HIỆU CHỈNH Ở TRẺ EM DƯ CÂN HOẶC BÉO PHÌ**  
*(dựa theo hướng dẫn của CDC 2014)*

**Khuyến cáo áp dụng tính cân nặng bù dịch cho trẻ em dư cân, béo phì này chỉ ước tính cho những giờ đầu và nên đo áp lực tĩnh mạch trung tâm để theo dõi trong khi bù dịch.**

| <i><b>Tuổi (năm)</b></i> | <i><b>Nam (kg)</b></i> | <i><b>Nữ (kg)</b></i> |
|--------------------------|------------------------|-----------------------|
| <b>2</b>                 | <b>13</b>              | <b>12</b>             |
| <b>3</b>                 | <b>14</b>              | <b>14</b>             |
| <b>4</b>                 | <b>16</b>              | <b>16</b>             |
| <b>5</b>                 | <b>18</b>              | <b>18</b>             |
| <b>6</b>                 | <b>21</b>              | <b>20</b>             |
| <b>7</b>                 | <b>23</b>              | <b>23</b>             |
| <b>8</b>                 | <b>26</b>              | <b>26</b>             |
| <b>9</b>                 | <b>29</b>              | <b>29</b>             |
| <b>10</b>                | <b>32</b>              | <b>33</b>             |
| <b>11</b>                | <b>36</b>              | <b>37</b>             |
| <b>12</b>                | <b>40</b>              | <b>42</b>             |
| <b>13</b>                | <b>45</b>              | <b>46</b>             |
| <b>14</b>                | <b>51</b>              | <b>49</b>             |
| <b>15</b>                | <b>56</b>              | <b>52</b>             |
| <b>16</b>                | <b>61</b>              | <b>54</b>             |

## VIÊM GAN SIÊU VI B MẠN Ở TRẺ EM

### I. CHẨN ĐOÁN:

#### I.1. Chẩn đoán nhiễm HBV mạn

- HBsAg và/ hoặc HBV DNA dương tính  $\geq 6$  tháng, hoặc
- HBsAg dương tính và anti-HBc IgM âm tính.

#### II.2. Chẩn đoán các giai đoạn của nhiễm HBV mạn: Phụ lục 1

### II. ĐIỀU TRỊ:

#### II.1. Mục tiêu điều trị:

- Ưc chế lâu dài sự sao chép của HBV.
- Cải thiện chất lượng sống, ngăn ngừa diễn tiến xơ gan, HCC.
- Dự phòng lây truyền HBV cho cộng đồng bao gồm dự phòng lây truyền mẹ con.
- Dự phòng đợt bùng phát VGVR B.

#### II.2. Nguyên tắc điều trị

- Lựa chọn ban đầu là các thuốc uống nucleot(s)ide analogues (NAs). Chỉ nên dùng các phác đồ có Peg-IFN đối với một số trường hợp đặc biệt.

- Điều trị VGVR B mạn với NAs là điều trị lâu dài, có thể kéo dài suốt đời.

- Tuân thủ điều trị.

#### II.3. Chuẩn bị điều trị

❖ Tư vấn cho người bệnh về các vấn đề sau:

- Sự cần thiết, mục tiêu và hiệu quả điều trị với thuốc kháng vi rút.
- Tầm quan trọng của tuân thủ điều trị (cách uống thuốc, uống thuốc đúng giờ, tái khám đúng hẹn...).

- Các xét nghiệm cần thiết để chẩn đoán, theo dõi và đánh giá điều trị.

- Thời gian điều trị lâu dài, có thể suốt đời (đối với NAs).

- Tác dụng không mong muốn của thuốc.

- Biến chứng HCC có thể xảy ra, kể cả trong quá trình điều trị kháng vi rút, đặc biệt các trường hợp có xơ hóa gan  $F \geq 3$ .

❖ Các xét nghiệm cần làm trước khi điều trị:

- Tổng phân tích tế bào máu (Công thức máu).

- AST, ALT, creatinine huyết thanh.

- Các xét nghiệm đánh giá chức năng gan khi cần thiết như bilirubin, albumin, tỷ lệ prothrombin, INR,...

- Siêu âm bụng, AFP, ...

- HBeAg, tải lượng HBV DNA.

- Anti - HCV.

- Đánh giá giai đoạn xơ hóa gan bằng chỉ số APRI hoặc một trong các kỹ thuật: FibroScan, ARFI, sinh thiết gan,...

- Nếu người bệnh điều trị Peg-IFN cần làm thêm các xét nghiệm đánh giá chức năng tuyến giáp (TSH, FT3, FT4), điện tâm đồ,...

- Các xét nghiệm khác theo chỉ định lâm sàng.

#### II.4. Chỉ định điều trị thuốc kháng vi rút

Dựa vào sự kết hợp 3 yếu tố: nồng độ ALT, tải lượng HBV DNA và mức độ xơ hóa gan.

##### II.4.1. Đối với trường hợp xơ gan còn bù hoặc mất bù

Chẩn đoán dựa vào triệu chứng lâm sàng và/hoặc kết quả đánh giá xơ hóa gan là F4 bằng các phương pháp không xâm lấn hoặc sinh thiết (Phụ lục 2).

Điều trị khi tải lượng HBV DNA trên ngưỡng bất kể nồng độ ALT và tình trạng HBeAg.

##### II.4.2. Đối với trường hợp không xơ gan

- Điều trị VGVR B mạn cho người bệnh khi đáp ứng cả 2 tiêu chuẩn:

###### (1) Tổn thương tế bào gan

- AST, ALT  $> 2$  lần ULN và/hoặc

- Xơ hóa gan  $F \geq 2$  (Phụ lục 2)

###### (2) Vi rút đang tăng sinh



- HBV DNA  $\geq 20.000$  IU/mL ( $\geq 105$  copies/mL) nếu HBeAg dương tính
- HBV DNA  $> 2.000$  IU/mL ( $\geq 104$  copies/mL) nếu HBeAg âm tính
- Đối với các trường hợp chưa đáp ứng hai tiêu chuẩn trên, chỉ định điều trị khi có một trong các tiêu chuẩn sau:
  - Trên 30 tuổi với mức ALT cao hơn ULN kéo dài (ghi nhận ít nhất 3 lần trong khoảng 24 - 48 tuần) và HBV DNA  $> 20.000$  IU/mL, bất kể tình trạng HBeAg.
  - Tiền sử gia đình có HCC hoặc xơ gan
  - Có các biểu hiện ngoài gan như viêm cầu thận, viêm đa khớp, cryoglobulin máu, viêm đa nút động mạch...
  - Tái phát sau khi ngưng điều trị thuốc kháng HBV

## II.5. Thuốc điều trị

Bảng 1. Thuốc kháng vi rút

| Tên thuốc                            | Liều người lớn                                                                                                                                                           | Liều trẻ em                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Tác dụng phụ                                                           |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Tenofovir disoproxil fumarate* (TDF) | - 300 mg/ngày<br>- Đối với người có suy thận: điều chỉnh liều theo mức lọc cầu thận (Phụ lục 4)                                                                          | $\geq 12$ tuổi và cân nặng $\geq 35$ kg: liều lượng như người lớn                                                                                                                                                                                                                                                                    | Bệnh thận, hội chứng Fanconi, hội chứng loãng xương, nhiễm toan lactic |
| Entecavir (ETV)                      | - 0,5 mg/ngày (1 mg/ngày nếu người bệnh từng sử dụng lamivudine hoặc có xơ gan mất bù)<br>- Đối với người có suy thận: điều chỉnh liều theo mức lọc cầu thận (Phụ lục 4) | Trẻ $\geq 2$ tuổi: tính liều theo cân nặng:<br>- 10-11 kg: 0,15 mg (3 mL)<br>- > 11-14 kg: 0,2 mg (4 mL)<br>- > 14-17 kg: 0,25 mg (5 mL)<br>- > 17-20 kg: 0,3 mg (6 mL)<br>- > 20-23 kg: 0,35 mg (7 mL)<br>- > 23-26 kg: 0,4 mg (8 mL)<br>- > 26-30 kg: 0,45 mg (9 mL)<br>- > 30kg: 0,5 mg (10 mL dung dịch uống hoặc 1 viên 0,5 mg) | Nhiễm toan lactic                                                      |
| Tenofovir alafenamide** (TAF)        | - 25 mg/ngày<br>- Không cần giảm liều đối với các trường hợp suy thận nhẹ, vừa và nặng, hoặc chạy thận.                                                                  | Trẻ $\geq 12$ tuổi: liều như người lớn*                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Nhiễm toan lactic, không chỉ định cho trường hợp xơ gan mất bù         |

|                                                                    |                  |                                                               |                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Peg-IFN- $\alpha$ -2a (người lớn)***<br>IFN- $\alpha$ -2b (trẻ em) | 180 $\mu$ g/tuần | Trẻ $\geq 1$ tuổi: 6 triệu đơn vị/m <sup>2</sup> x 3 lần/tuần | Các triệu chứng giả cúm, mệt mỏi, rối loạn tâm thần, giảm bạch cầu, rối loạn miễn dịch ở người lớn, chán ăn và sụt cân |
|--------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

\* TDF có thể được chỉ định điều trị cho phụ nữ có thai, trẻ  $\geq 3$  tuổi và đồng nhiễm HBV/HIV, liều dùng theo liều lượng khuyến cáo dành cho trẻ nhiễm HIV.

\*\* TAF chưa khuyến cáo cho phụ nữ mang thai, được lựa chọn ưu tiên trong các trường hợp: người bệnh > 60 tuổi, loãng xương, suy thận với creatinin clearance (CrCl)  $\geq 15$  ml/phút, chạy thận nhân tạo với CrCl < 15 ml/phút.

\*\*\* Có thể xem xét chỉ định cho người bệnh muốn điều trị trong thời gian ngắn hạn; người bệnh đồng nhiễm HDV; hoặc người bệnh có tải lượng vi rút thấp và ALT tăng cao, không muốn điều trị dài hạn bằng NAs.

## II.6. Thời gian điều trị

### II.6.1. Thời gian điều trị với thuốc NAs kéo dài, có thể suốt đời

- Người bệnh xơ gan phải điều trị suốt đời.  
- Người bệnh chưa xơ gan: điều trị lâu dài, có thể xem xét ngưng điều trị trong các trường hợp sau đây:

- VGVR B mạn với HBeAg dương tính: có thể ngưng điều trị sau khi đã điều trị thêm 12 tháng kể từ khi có chuyển đổi huyết thanh HBeAg (HBeAg âm tính, anti-HBe dương tính và tải lượng HBV DNA dưới ngưỡng) hoặc mất HBsAg

- VGVR B mạn với HBeAg âm tính: có thể ngưng điều trị khi tải lượng HBV DNA dưới ngưỡng và mất HBsAg

- Nếu không thể đo tải lượng HBV DNA, có thể cân nhắc ngưng thuốc kháng vi rút khi mất HBsAg kéo dài ít nhất 12 tháng trước khi ngưng điều trị (bất kể tình trạng HBeAg)

- HBcrAg âm tính.

- Chỉ ngưng điều trị khi người bệnh có điều kiện theo dõi định kỳ trong thời gian dài để đánh giá khả năng tái hoạt HBV sau khi ngưng thuốc. Giải thích và tư vấn cho người bệnh nguy cơ bùng phát VGVR B, bệnh gan mất bù và ung thư gan sau khi ngưng điều trị.

### II.6.2. Đối với Peg-IFN, thời gian điều trị là 48 tuần

## II.7. Điều trị cho một số trường hợp đặc biệt

### II.7.1. Đồng nhiễm HBV/HCV

- Xét nghiệm anti-HCV cho tất cả người nhiễm HBV. Nếu anti-HCV dương tính, đo tải lượng HCV RNA hoặc kháng nguyên HCVcAg để chẩn đoán viêm gan vi rút C (VGVR C) mạn.

- Chỉ định điều trị HCV khi người bệnh được chẩn đoán VGVR C mạn.

- Đối với các trường hợp đạt tiêu chuẩn điều trị VGVR B mạn (mục 2.4) điều trị kháng vi rút ngay.

- Các trường hợp đồng nhiễm HBV/HCV chưa đủ tiêu chuẩn để điều trị VGVR B, khi điều trị VGVR C bằng thuốc kháng vi rút trực tiếp (Direct acting antiviral-DAA) cần theo dõi chặt chẽ AST, ALT và tải lượng HBV DNA mỗi 4 - 8 tuần trong quá trình điều trị và 12 tuần sau khi ngưng DAAs. Khởi động điều trị kháng HBV khi tải lượng HBV DNA tăng hơn 10 lần hoặc HBV DNA trên 1000 IU/ml nếu trước -

- đó chưa phát hiện hoặc không xác định được.

### II.7.2. Đồng nhiễm HBV/HIV

Các trường hợp đồng nhiễm HBV/HIV nên được điều trị thuốc kháng HIV (ARV) với phác đồ có TDF hoặc TAF, không phụ thuộc số lượng CD4 và giai đoạn lâm sàng nhiễm HIV. TDF có thể được sử dụng điều trị cho trẻ  $\geq 3$  tuổi đồng nhiễm HIV/HBV.

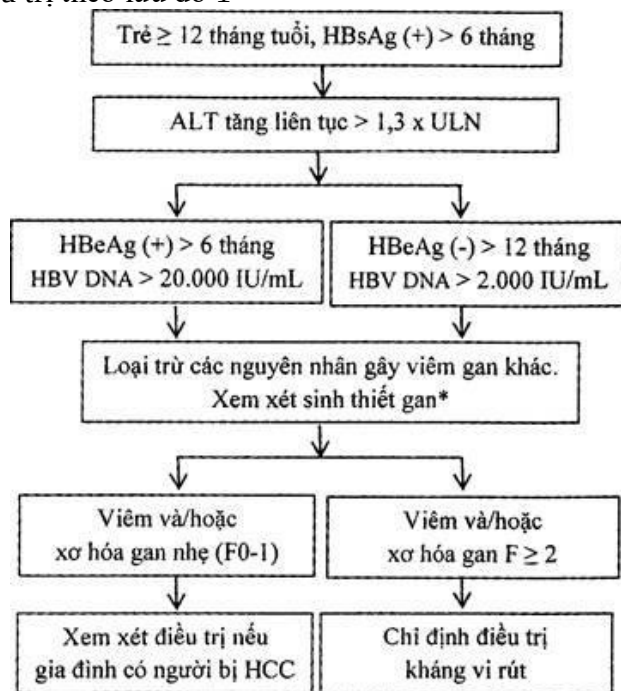
### II.7.3. Đồng nhiễm HBV/HDV

- Xét nghiệm anti-HDV cho các trường hợp có HBsAg dương tính trong các tình huống sau:

- + Tải lượng HBV DNA thấp và nồng độ ALT cao
- + Nhóm đối tượng nguy cơ cao (nhiễm HIV, tiêm chích ma túy, quan hệ đồng tính nam, mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục)
- Người bệnh VGVR B mạn có anti-HDV dương tính cần được xét nghiệm tải lượng HBV DNA và HDV RNA định kỳ
- Tải lượng HDV RNA cao và nồng độ ALT cao: điều trị Peg-IFN x 48 tuần. Xét nghiệm HDV RNA sau điều trị nếu ALT tăng để theo dõi sự tái phát HDV
- Điều trị phối hợp thuốc kháng vi rút B: entecavir hoặc tenofovir (TAF, TDF) nếu tải lượng HBV DNA tăng

### II.7.5. Trẻ em

- Chỉ định điều trị VGVR B mạn ở trẻ em cần được xem xét cẩn thận và loại trừ các nguyên nhân khác gây tổn thương gan, bao gồm các bệnh gan di truyền (ví dụ bệnh Wilson...)
- Không chỉ định điều trị ở trẻ < 12 tháng tuổi.
- Xem xét chỉ định điều trị theo lưu đồ 1



Lưu đồ 1. Điều trị viêm gan vi rút B mạn ở trẻ em

\* nếu không sinh thiết được thì phải hội chẩn để quyết định điều trị kháng virút

### II.7.6. Đợt bùng phát của viêm gan vi rút B mạn

- Điều trị thuốc kháng vi rút ngay đối với đợt bùng phát VGVR B mạn do có thể dẫn đến bệnh gan mất bù và tử vong. Tư vấn cho người bệnh có thể ghép gan.
- Biểu hiện lâm sàng của đợt bùng phát VGVR B mạn rất thay đổi, có thể từ không triệu chứng cho đến có triệu chứng tương tự viêm gan cấp.
- Chẩn đoán đợt bùng phát VGVR B mạn khi đột ngột tăng ALT > 3 lần mức tăng ban đầu hoặc > 5 lần ULN không do các nguyên nhân khác như rượu, thuốc... ở người bệnh có HBsAg dương tính. Lưu ý tải lượng HBV DNA có thể không tăng thậm chí có thể giảm so với trước.
- Đợt bùng phát VGVR B mạn có thể xảy ra tự phát hoặc khi có yếu tố thuận lợi:

+ Điều trị với các thuốc ức chế miễn dịch hay hóa trị liệu

+ Ngưng thuốc kháng HBV

+ Có bệnh đi kèm gây tổn thương gan và suy yếu hệ miễn dịch

### 2.7.8. Các trường hợp chưa đề cập trong Hướng dẫn

Cần hội chẩn chuyên môn để quyết định điều trị

## III. THEO DÕI ĐIỀU TRỊ

### III.1. Chưa có chỉ định điều trị thuốc kháng vi rút

Khám lâm sàng, xét nghiệm công thức máu, AST, ALT mỗi 12-24 tuần; HBeAg và đánh giá xơ hóa gan mỗi 24 - 48 tuần; xem xét đo tải lượng HBV DNA mỗi 24 - 48 tuần và xét nghiệm phát hiện sớm HCC mỗi 12-24 tuần (mục 3.3).

### **III.2. Điều trị thuốc kháng vi rút**

#### **III.2.1. Đang điều trị thuốc kháng vi rút**

– Sau tháng điều trị đầu tiên, theo dõi lâm sàng, AST, ALT, creatinin huyết thanh mỗi 2-4 tuần tùy theo diễn tiến bệnh

– Khi bệnh đã ổn định (không có triệu chứng lâm sàng, AST, ALT < 2 lần ULN và có đáp ứng vi rút ban đầu): tái khám mỗi 12 tuần và làm các xét nghiệm công thức máu, AST, ALT, creatinin huyết thanh, HBeAg (nếu HBeAg còn dương tính), anti-HBe (khi đã mất HBeAg); đánh giá xơ hóa gan mỗi 24 - 48 tuần.

– Tải lượng HBV DNA thực hiện ở tuần điều trị thứ 12, 24 và 48, sau đó thực hiện mỗi 24 - 48 tuần hoặc khi ALT tăng không rõ nguyên nhân để đánh giá đáp ứng điều trị và khả năng tái phát HBV hoặc khi người bệnh không tuân thủ điều trị.

– Định lượng HBsAg (hoặc định tính nếu không làm được định lượng) mỗi 24 - 48 tuần để đánh giá khả năng mất HBsAg khi tải lượng HBV DNA dưới ngưỡng và HBeAg âm tính.

– Nếu điều trị bằng IFN hoặc Peg-IFN: theo dõi công thức máu, glucose máu, ure máu, creatinin máu, chức năng tuyến giáp mỗi 4 - 2 tuần để phát hiện các tác dụng không mong muốn của thuốc

– Các xét nghiệm khác theo chỉ định lâm sàng.

#### **III.2.2. Đã ngưng điều trị thuốc kháng vi rút**

– Khám định kỳ để theo dõi các triệu chứng lâm sàng

– Xét nghiệm mỗi 12 tuần trong ít nhất 1 năm đầu sau khi ngưng thuốc để đánh giá tái phát bao gồm AST, ALT, công thức máu, tải lượng HBV DNA. Sau đó, tiếp tục theo dõi AST, ALT mỗi 12 -24 tuần và tải lượng HBV DNA mỗi 24 - 48 tuần. Xét nghiệm sàng lọc HCC sớm mỗi 12 - 24 tuần.

– Trường hợp sau khi ngưng điều trị Peg-IFN: theo dõi đáp ứng vi rút muộn bằng HBeAg nếu trước đó HBeAg dương tính, định lượng (hoặc định tính) HBsAg và tải lượng HBV DNA mỗi 12 tuần trong thời gian ít nhất 48 tuần sau khi ngưng thuốc, sau đó mỗi 12-24 tuần trong 5 năm tiếp theo.

### **III.3. Sàng lọc xơ gan và ung thư gan**

– Sàng lọc xơ gan và ung thư gan cho tất cả người bệnh nhiễm HBV mạn chưa điều trị, đang điều trị và đã ngưng điều trị thuốc kháng vi rút, đặc biệt ở người có xơ hóa gan F  $\geq$  3.

– Thực hiện các xét nghiệm công thức máu, AST, ALT và các xét nghiệm đánh giá chức năng gan, xơ hóa gan nếu cần.

– Xét nghiệm phát hiện sớm ung thư gan: AFP và/hoặc AFP-L3, PIVKA-II (DCP) và siêu âm bụng mỗi 12 - 24 tuần.

– Nếu nghi ngờ u gan trên siêu âm hoặc bất thường về xét nghiệm phát hiện sớm ung thư gan hoặc AFP tăng liên tục trong 12 tuần thì chụp cắt lớp vi tính bụng có chất cản quang hoặc cộng hưởng từ bụng có chất tương phản từ.

## **IV. CÁC TRƯỜNG HỢP THẤT BẠI ĐIỀU TRỊ THUỐC KHÁNG VIRUT**

### **IV.1. Tiêu chuẩn thất bại điều trị**

– Không đáp ứng vi rút ban đầu (Primary non-response): tải lượng HBV DNA giảm < 10 lần sau 12 tuần điều trị kháng vi rút, thường liên quan đến không tuân thủ điều trị.

– Đáp ứng vi rút một phần (Partial virological response): tải lượng HBV DNA giảm > 10 lần nhưng trên ngưỡng phát hiện sau ít nhất 48 tuần điều trị thuốc kháng vi rút ở người bệnh tuân thủ điều trị.

– Bùng phát vi rút (Virological breakthrough): tăng HBV DNA > 10 lần so với trị số thấp nhất trong quá trình điều trị hoặc HBV DNA  $\geq$  100 IU/mL sau khi đáp ứng vi rút đạt mức dưới ngưỡng phát hiện.

*\* Lưu ý:*

– Cần đánh giá tuân thủ điều trị và xem xét các phương pháp đo tải lượng HBV DNA để kiểm tra lại trước khi kết luận thất bại điều trị.

– Việc đánh giá thất bại điều trị để thay đổi hoặc phối hợp thuốc không nên kéo dài quá 4 tuần.

– Nếu có điều kiện nên xác định vi rút đột biến kháng thuốc bằng giải trình tự gen để có hướng xử trí phù hợp.

- + Nếu HBsAg âm tính và anti-HBs <10 IU/ml: tiêm phòng theo lịch;
- + Nếu HBsAg âm tính và anti-HBs  $\geq 10$  IU/mL: không tiêm phòng theo lịch, không cần thiết xét nghiệm lặp lại định kỳ.

#### **IV.2. Phòng lây truyền từ mẹ sang con**

- Tiêm vắc xin VGVR B liều sau sinh cho tất cả trẻ em theo chương trình tiêm chủng mở rộng.
- Trẻ sinh ra từ mẹ có HBsAg dương tính: tiêm kháng huyết thanh VGVR B và vắc xin VGVR B trong vòng 24 giờ sau sinh. Nên tiêm cùng thời điểm nhưng ở hai vị trí khác nhau. Sau đó tiêm đầy đủ các liều vắc xin VGVR B cho trẻ theo quy định của chương trình tiêm chủng mở rộng.
- Đối với các trường hợp thai phụ có tải lượng HBV DNA > 200.000 IU/mL (> 10<sup>6</sup>copies/mL) hoặc HBsAg định lượng > 10<sup>4</sup> IU/mL, tư vấn điều trị dự phòng lây truyền HBV từ mẹ sang con
  - + Dùng TDF từ tuần 24 - 28 của thai kỳ, nếu muộn hơn thì nên bắt đầu ít nhất 4 tuần trước sinh và liên tục đến 4 - 12 tuần sau sinh
  - + Theo dõi tình trạng của mẹ gồm triệu chứng lâm sàng, AST, ALT mỗi 4 - 12 tuần, tải lượng HBV DNA trong vòng 24 tuần sau sinh để phát hiện VGVR B bùng phát.
  - + Xét nghiệm HBsAg và anti-HBs cho trẻ > 12 tháng tuổi để đánh giá tình trạng nhiễm HBV.
  - Không chống chỉ định nuôi con bằng sữa mẹ ở những người mẹ có HBsAg dương tính và mẹ đang sử dụng TDF để điều trị bệnh hoặc điều trị dự phòng

#### **IV.3. Phòng bệnh không đặc hiệu**

- Đảm bảo an toàn truyền máu và các chế phẩm của máu
- Không dùng chung kim tiêm và các dụng cụ xuyên chích qua da
- Thực hiện an toàn tình dục
- Tránh tiếp xúc với máu và các dịch tiết của người bệnh nhiễm HBV
- Thực hiện các biện pháp phòng ngừa chuẩn dự phòng các bệnh lây truyền qua đường máu

#### **V. CHUYỂN VIỆN**

- Trẻ <12 tuổi xem xét quyết định điều trị.
- Trẻ thất bại điều trị sau khi đã phối hợp thuốc hoặc dùng thuốc thay thế
- ALT tăng cao trở lại không rõ nguyên nhân
- Đợt bùng phát viêm gan cấp
- Viêm gan B mạn đồng nhiễm với HIV hoặc HCV
- Viêm gan B mạn có bệnh lý mất bù
- Có chỉ định sinh thiết gan hay có nghi ngờ xơ gan tiến triển nặng hay cần hội chẩn với chuyên gia.

*Tài liệu tham khảo: quyết định “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm gan vi rút B của Bộ Y tế” (Ban hành kèm theo quyết số 3310/QĐ-BYT ngày 29/7/2019 của bộ trưởng Bộ y tế)*

**PHỤ LỤC 1****CHẨN ĐOÁN CÁC GIAI ĐOẠN CỦA NHIỄM HBV MẠN**

(Ban hành kèm theo Quyết định số 3310/QĐ-BYT ngày 29 tháng 7 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

| <b>Giai đoạn</b>                           | <b>Tiêu chuẩn</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VGVR B mạn                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- HBsAg (+) <math>\geq</math> 6 tháng</li> <li>- Tải lượng HBV DNA thay đổi: từ không phát hiện cho đến vài tỷ IU/mL</li> <li>- Chia làm 2 thể HBeAg (+) và HBeAg (-)</li> <li>- Nồng độ ALT/AST bình thường hoặc tăng</li> <li>- Sinh thiết gan có hình ảnh viêm gan mạn với nhiều mức độ hoại tử hoặc/và xơ hóa gan</li> </ul>                                                      |
| Nhiễm HBV mạn giai đoạn dung nạp miễn dịch | <ul style="list-style-type: none"> <li>- HBsAg (+) <math>\geq</math> 6 tháng</li> <li>- HBeAg (+)</li> <li>- Tải lượng HBV cao (điển hình <math>&gt; 1</math> triệu IU/mL)</li> <li>- ALT hoặc/và AST bình thường hoặc hơi tăng</li> <li>- Không xơ hóa và tình trạng viêm nhẹ trên sinh thiết gan</li> </ul>                                                                                                                |
| VGVR B mạn giai đoạn hoạt động             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- HBsAg (+) <math>\geq</math> 6 tháng</li> <li>- Tải lượng HBV DNA <math>&gt; 20.000</math> IU/mL với HBeAg (+) và <math>&gt; 2.000</math> IU/mL với HBeAg (-)</li> <li>- Nồng độ ALT hoặc/và AST tăng dai dẳng hoặc tăng từng đợt</li> <li>- Sinh thiết gan có hình ảnh viêm gan mạn với mức độ viêm từ vừa đến nặng kèm theo có xơ hóa gan hoặc không xơ hóa gan</li> </ul>         |
| VGVR B mạn giai đoạn không hoạt động       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- HBsAg (+) <math>\geq</math> 6 tháng.</li> <li>- HBeAg (-), anti-HBe (+)</li> <li>- HBV DNA <math>&lt; 2.000</math> IU/mL</li> <li>- Nồng độ ALT hoặc/và AST luôn bình thường</li> <li>- Sinh thiết gan không có tình trạng viêm đáng kể, tuy nhiên, sinh thiết hoặc đánh giá xơ hóa gan bằng các phương pháp không xâm lấn cho thấy có thể có xơ hóa gan ở nhiều mức độ.</li> </ul> |

## PHỤ LỤC 2

### ĐÁNH GIÁ CÁC GIAI ĐOẠN ĐỘ XƠ HÓA GAN

(Ban hành kèm theo Quyết định số 3310/QĐ-BYT ngày 29 tháng 7 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Xơ hóa gan gồm 4 giai đoạn (F0à4) theo phân loại Metavir trên mô học

Các mức độ xơ hóa gan gồm

- Xơ hóa đáng kể (significant fibrosis):  $F \geq 2$
- Xơ hóa tiến triển (advanced fibrosis):  $F \geq 3$
- Xơ gan (cirrhosis): F4

#### 1. Đo độ đàn hồi gan (ví dụ Fibroscan)

F0-1 : không xơ hóa gan hoặc xơ hóa nhẹ  $< 7,0$  Kpa

F2 : xơ hóa trung bình (vừa)  $7,0 - < 9,5$  KPa

F3 : xơ hóa nặng  $9,5 - < 11$  KPa

F4 : xơ gan  $\geq 11$  KPa

#### 2. Chỉ số APRI

$$\text{APRI} = \frac{\text{AST} \times 100 / \text{AST (ULN)}^*}{\text{Tiêu cầu } (10^9/1)}$$

F0 - F1 :  $< 0,5$

F2 :  $0,5 - < 1$

F3 - F4 :  $1 - < 2,0$

F4 :  $\geq 2$

\* ULN của phòng xét nghiệm

**BẢNG ĐIỂM CHILD-PUGH**

| Tiêu chuẩn để đánh giá        | 1 điểm | 2 điểm        | 3 điểm        |
|-------------------------------|--------|---------------|---------------|
| Bệnh não gan                  | Không  | Giai đoạn 1-2 | Giai đoạn 3-4 |
| Cổ trướng                     | Không  | Ít            | Nhiều         |
| Bilirubin huyết thanh (mg/dl) | < 2    | 2-3           | > 3           |
| ( $\mu\text{mol/L}$ )         | < 35   | 35-50         | > 50          |
| Albumin huyết thanh (g/dL)    | > 3,5  | 2,8-3,5       | < 2,8         |
| Tỷ lệ Prothrombin (%)         | > 64   | 44-64         | < 44          |
| hay INR                       | < 1,7  | 1,7-2,3       | > 2,3         |

xơ gan còn bù

xơ gan mất bù

xơ gan mất bù

- Child A: 5-6 điểm

- Child B: 7-9 điểm

- Child C:  $\geq 10$  điểm**PHỤ LỤC 4****ĐIỀU CHỈNH LIỀU THUỐC KHÁNG VI RÚT TRÊN NGƯỜI SUY THẬN THEO MỨC LỌC CẦU THẬN (CrCl)**

| Thuốc kháng vi rút                        | Mức lọc cầu thận                                                                                               | Điều chỉnh liều                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.<br>Tenofovir disoproxil fumarate (TDF) | + CrCl $\geq 50$ mL/phút<br>+ CrCl 30-49 mL/phút<br>+ CrCl 10-29 mL/phút<br>+ CrCl < 10 mL/phút<br>+ Chạy thận | + Không cần giảm liều<br>+ 300mg mỗi 48 giờ<br>+ 300mg mỗi 72 - 96 giờ<br>+ Không dùng<br>+ 300mg mỗi 7 ngày hoặc uống sau 12 giờ mỗi lần chạy thận                |
| 2. Entecavir (ETV)                        | + CrCl: $\geq 50$ mL/phút<br>+ CrCl: 30-49 mL/phút<br>+ CrCl: 10-29 mL/phút<br>+ CrCl < 10 mL/phút, chạy thận  | + Không cần giảm liều.<br>+ 0,25 mg/ngày hoặc 0,5 mg mỗi 48 giờ.<br>+ 0,15 mg/ngày hoặc 0,5 mg mỗi 72 giờ.<br>+ 0,5 mg mỗi 7 ngày                                  |
| 3.<br>Tenofovir alafenamide (TAF)         |                                                                                                                | Không cần giảm liều đối với các trường hợp suy thận nhẹ, vừa và nặng, hoặc chạy thận. Chưa có dữ liệu trên người suy thận có CrCl <15 ml/phút nhưng chưa chạy thận |



## RỐI LOẠN ĐI TIỂU Ở TRẺ EM

### I. ĐỊNH NGHĨA

Rối loạn đi tiểu (RLĐT) được dùng để mô tả các bất thường trong giai đoạn lưu trữ và/ hoặc bài xuất nước tiểu của bàng quang. Khi đánh giá RLĐT ở trẻ em cần xét đến tuổi phát triển của trẻ. Trẻ bình thường sẽ kiểm soát được chức năng đi tiểu ban ngày lúc khoảng 4 tuổi và chức năng đi tiểu ban đêm lúc 5 tuổi hoặc 7 tuổi.

Mục tiêu đánh giá:

- Trẻ thật sự có bất thường chức năng lưu trữ và/ hoặc bài xuất của bàng quang.
- Xác định nguyên nhân là thực thể (bất thường về giải phẫu, thần kinh) hay chức năng.

### II. PHÂN LOẠI VÀ TRIỆU CHỨNG

#### 1. Các triệu chứng trong giai đoạn lưu trữ

- Số lần tiểu ban ngày bất thường (trẻ  $\geq 5$  tuổi): tăng khi  $\geq 8$  lần, giảm khi  $\leq 3$  lần.
- Són tiểu: rỉ nước tiểu không kiểm soát, liên tục hay gián đoạn.
- Cảm giác gấp tiểu (trẻ  $\geq 5$  tuổi): cảm giác phải đi tiểu ngay, đột ngột và không mong đợi.
- Tiểu đêm: trẻ phải thức dậy ban đêm để đi tiểu.

#### 2. Các triệu chứng trong giai đoạn bài xuất:

- Tiểu gấp ngừng: trẻ phải đợi một thời gian đáng kể để bắt đầu tiểu.
- Tiểu rặn: sử dụng áp lực ổ bụng để khởi đầu và duy trì đi tiểu.
- Dòng nước tiểu yếu.
- Tiểu gián đoạn (trẻ  $\geq 3$  tuổi): dòng nước tiểu không liên tục.

#### 3. Các triệu chứng khác:

- Các thủ thuật kìm hãm (trẻ  $\geq 5$  tuổi): đứng trên đầu ngón chân, bắt chéo 2 chân hoặc ngồi xổm với gót chân đè vào vùng sàn chậu để ức chế cảm giác gấp tiểu hoặc trì hoãn đi tiểu.
- Rỉ nước tiểu sau tiểu: rỉ nước tiểu không chủ ý ngay sau khi tiểu.
- Tiểu đau: cảm giác đau ở đường tiểu dưới và bộ phận sinh dục, không đặc hiệu ở trẻ em.

### III./ ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN

#### 1. Hỏi bệnh:

- Số lần đi tiểu, thể tích nước tiểu, các giai đoạn són tiểu, các triệu chứng của rối loạn đi tiểu, các giai đoạn nhiễm trùng tiểu.
- Thói quen đi tiểu: táo bón hoặc són phân.
- Chế độ ăn uống: lượng và loại dịch uống
- Tiểu sử sanh ngạt, sanh non, nhiễm trùng bào thai, chậm phát triển tâm thần vận động.
- Các xung đột trong gia đình, tiền sử huấn luyện đi vệ sinh.

#### 2. Khám lâm sàng: tập trung phát hiện các bất thường về thần kinh và niệu khoa:

- Vùng thắt lưng – cùng: các dấu hiệu ngoài da của hở đốt sống hoặc bất sản xương cùng (lõm trước xương cùng, mắng lông, u mỡ, khe mông bất đối xứng).
- Khám thần kinh cơ: sức cơ chi dưới, phản xạ gân sâu, tư thế, phối hợp vận động tinh, cảm giác sàn chậu và hậu môn, trương lực trực tràng.
- Cơ quan sinh dục ngoài (trẻ  $\geq 5$  tuổi): lỗ niệu đạo, lỗ âm đạo, và môi âm hộ, vùng da quanh âm hộ).
- Quan sát trực tiếp dòng nước tiểu nếu có thể.

#### 3. Cận lâm sàng:

- TPTNT: lâm sàng gợi ý tiểu lắt nhắt, tiểu đường, nhiễm trùng tiểu, tổn thương thận.
- Cây nước tiểu: khi nghi ngờ có nhiễm trùng tiểu đi kèm.
- Ure, creatinin máu: khi có bằng chứng tổn thương thận.
- Siêu âm bụng/ hệ niệu: khi nghi ngờ có tổn thương thần kinh hoặc giải phẫu, nhiễm trùng tiểu hoặc có triệu chứng gợi ý tắc nghẽn đường tiểu.
- Các cận lâm sàng khác tìm nguyên nhân: Chụp bàng quang niệu đạo ngược dòng (VCUG), MRI cột sống thắt lưng cùng, Đo dòng niệu đồ, Đo niệu động học xâm lấn → được thực hiện tại BV tuyến trên.

#### IV./ CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ

##### 1. Mục tiêu điều trị:

- Tránh tổn thương thận.
- Cải thiện triệu chứng.

##### 2. Điều trị đặc hiệu và triệu chứng:

- Điều trị bảo tồn: (điều trị ngoại trú)

Thay đổi hành vi đi tiểu.

Điều trị táo bón nếu có.

Tránh các thực phẩm gây tăng hoạt bàng quang: caffein, nước cam, cà chua, thực phẩm nhiều gia vị.

Vệ sinh cơ quan sinh dục và vùng hội âm.

- Nếu điều trị bảo tồn không cải thiện triệu chứng, cần xác định nguyên nhân của RLĐT và chọn lựa can thiệp theo nguyên nhân.

##### a) Bàng quang tăng hoạt/ Hội chứng tiểu gấp: → BV tuyến trên

- Là rối loạn của giai đoạn lưu trữ (làm đầy), 70% trường hợp biểu hiện bằng tiểu gấp, són tiểu gấp, tiểu nhiều lần, và són tiểu ban ngày. tăng hoạt động cơ vòng trên nghiên cứu hiệu động học.

- Điều trị: thuốc anticholinergic (oxybutinin):

Driptan 5mg: 0,1 – 0,2 mg/kg/lần x 2-3 ngày.

Ditropan XL 5mg (dạng phóng thích chậm): 1-2 viên/lần/ngày (trẻ ≥ 5 tuổi).

- Thời gian điều trị 6 tháng trước khi thử ngưng thuốc.

- Tác dụng phụ: bón, khô miệng, đỏ mặt, sốt.

##### b) Trì hoãn đi tiểu:

- Trì hoãn đi tiểu do thói quen.

- Biểu hiện bằng:

Các thủ thuật kìm hãm.

Số lần tiểu ít

Tiểu gấp

Hạn chế uống

- Điều trị đi tiểu định giờ → BV tuyến trên

##### c) Bàng quang giảm hoạt: → BV tuyến trên

- Số lần tiểu ít hơn 3 lần/ngày, căng cơ để tiểu, nước tiểu nhiều, cảm giác đầy bàng quang giảm.

- Dạng dòng tiểu gián đoạn khi làm niệu dòng đồ. Giảm hoạt động cơ vòng khi đo niệu động học xâm lấn.

- Can thiệp đi tiểu định giờ, thông tiểu sạch gián đoạn

##### d) Rối loạn chức năng lúc tiểu: → BV tuyến trên

- Cơ cơ thất đường tiểu ngoài khi tiểu: bệnh mắc phải, học kém hoặc táo bón. Tồn lưu sau tiểu lớn là nguy cơ nhiễm trùng tiểu.

- Dạng đường cong Staccato khi làm niệu dòng đồ.

- Hội chứng Hinmann-Alen-TNBQNN, thận ứ nước, tổn thương thận.

##### e) Tiểu lắt nhắt ban ngày: (điều trị ngoại trú)

- Tiểu nhiều lần, lượng ít suốt ngày. Các triệu chứng mất khi ngủ. Thử tích nước tiểu dưới 50% dung tích bàng quang mong đợi. Có thể không có són tiểu. Bệnh tự giới hạn nhưng có thể tái phát.

- Không cần điều trị (trấn an)

##### f) Trào ngược âm hộ: (Điều trị ngoại trú)

- Thường gặp ở trẻ gái tiền dậy thì do thuận lợi về giải phẫu và tư thế. Rỉ nước tiểu 5-10 phút sau tiểu. Không có các triệu chứng đường tiểu dưới khác.

- Điều trị: tư thế đi vệ sinh (tựa lưng trên bồn cầu với hai chân dạng), điều trị nhiễm trùng âm hộ nếu có (khám phụ khoa).

##### g) Són tiểu khi cười:

- Rỉ nước tiểu được kích hoạt khi cười

- Không kèm các triệu chứng đường tiểu dưới khác, điều trị: tư vấn trấn an (ngoại trú)

- Kèm các triệu chứng đường tiểu dưới khác: nhập viện (Khoa Nội TH / BV tuyến trên)

##### h) Són tiểu do stress:

- Hiếm ở trẻ thần kinh bình thường, biểu hiện: rỉ những lượng nhỏ nước tiểu lúc gắng sức hoặc tăng áp lực trong ổ bụng. Cần phân biệt với trì hoãn đi tiểu và bàng quang tăng hoạt.

- Điều trị: tập tăng cường các cơ sàn chậu, trấn an (điều trị ngoại trú)

Khám chuyên khoa thần kinh nếu thất bại với điều trị ngoại trú → BV tuyến trên

#### **V./ TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN**

---

- Thất bại khi điều trị ngoại trú.

- Kèm nhiễm trùng tiểu cần nhập viện (xem bài nhiễm trùng tiểu).

- Do tổn thương thần kinh hoặc giải phẫu cần chẩn đoán xác định → BV tuyến trên

- Kèm tổn thương thận (cao huyết áp, suy thận, thận ứ nước) → BV tuyến trên

#### **VI./ HƯỚNG DẪN CHĂM SÓC (HƯỚNG DẪN TRẺ)**

---

- Thói quen đi tiểu và tư thế tiểu đúng

- Chế độ ăn tránh táo bón

- Vệ sinh cơ quan sinh dục và vùng hậu âm

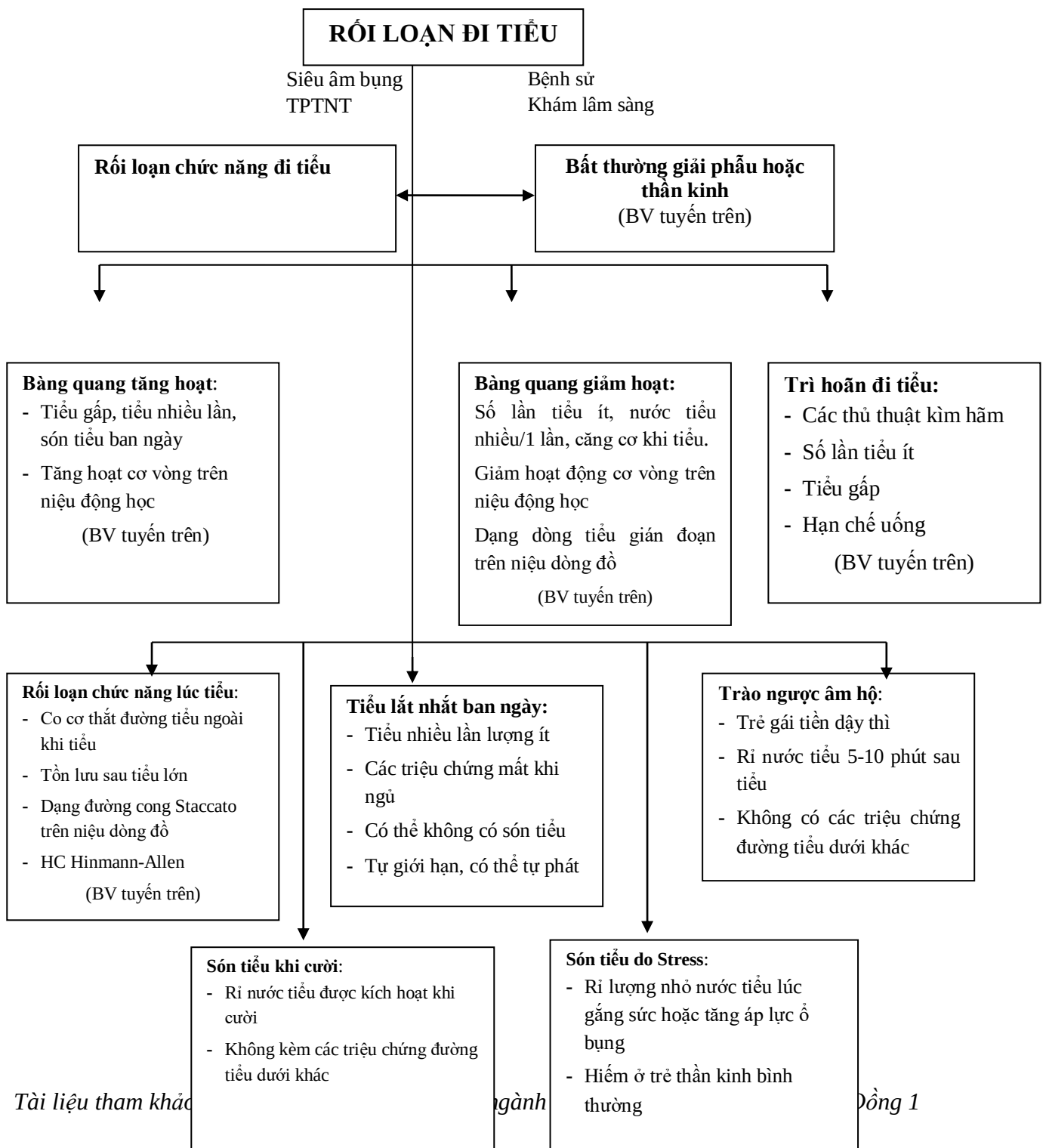
- Theo dõi đáp ứng điều trị bằng nhật kí đi tiểu và các tác dụng phụ của thuốc.

#### **V./ HẸN TÁI KHÁM**

---

- Tái khám định kì mỗi 2-4 tuần hoặc mỗi 3-6 tháng khi tình trạng cải thiện.

- Khám ngay khi có biểu hiện nhiễm trùng tiểu (sốt, tiểu đau, tiểu đục...), tác dụng phụ của thuốc điều trị.



## TIỂU DÀM TRẺ EM

### I./ ĐẠI CƯƠNG

Tiểu đàm là hiện tượng thoát nước tiểu không tự chủ xảy ra ở trẻ trên 6 tuổi, khoảng 5-10% trẻ 7 tuổi còn tiểu đàm vào ban đêm và hiện tượng này có thể kéo dài đến tuổi thiếu niên thậm chí tuổi trưởng thành. Trẻ trai nhiều hơn trẻ gái và có khuynh hướng di truyền trong gia đình.

- Tiểu đàm nguyên phát: từ nhỏ không có giai đoạn ngưng
- Tiểu đàm thứ phát: trẻ có giai đoạn ngưng tiểu đàm trên 6 tháng.

### II./ ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN

#### 1. Hỏi bệnh:

- Tình trạng phát triển tâm thần vận động.
- Tình trạng đi tiểu, tiểu đàm:

Khi nào, Thời gian

Các triệu chứng đi kèm: tiểu đêm, không tự chủ, tiểu lắt nhắt, tiểu đau, ...

- Thói quen uống nước
- Yếu tố tâm lý: tăng động kém tập trung, vấn đề khác...
- Ngáy khi ngủ, ngừng thở hay khó thở khi ngủ
- Tiền căn bệnh lý: thận, đái tháo đường, đái tháo nhạt, cột sống, thần kinh, tiền căn gia đình tiểu đàm.

#### 2. Khám lâm sàng:

- Khám toàn diện.
- Khám bụng: u phân, cầu bàng quang...
- Khám cơ quan sinh dục ngoài: lỗ tiểu đóng thấp, tinh hoàn ẩn.
- Khám cột sống thắt lưng: khối bất thường cột sống.
- Thực hiện nhật ký đi tiểu: lượng nước uống, lượng nước tiểu, số lần đi tiểu ngày/ đêm, khoảng cách giữa 2 lần tiểu.

#### 3. Cận lâm sàng:

- Thường quy: tổng phân tích nước tiểu, siêu âm bụng.
- Chẩn đoán phân biệt: chức năng thận, cấy nước tiểu, đường huyết, áp lực thẩm thấu máu, áp lực thẩm thấu nước tiểu...
- Đo niệu động học: không đáp ứng điều trị hoặc kèm rối loạn tiểu ngày.

### III./ CHẨN ĐOÁN

#### 1. Chẩn đoán xác định:

- Tiểu đàm đơn thuần nguyên phát: tiểu đàm không kèm rối loạn đi tiểu khác và không có thời gian ngưng tiểu đàm trên 6 tháng.
- Tiểu đàm không đơn thuần: tiểu đàm có kèm rối loạn tiểu khác.
- Tiểu đàm thứ phát: tái phát tiểu đàm sau giai đoạn ngưng tiểu đàm ít nhất 6 tháng.

#### 2. Phân loại: dựa vào thể tích bàng quang ước lượng và nhật ký đi tiểu 24 giờ

- Dung tích bàng quang ước lượng (ml) =  $30 + 30 \times \text{tuổi}$
- Tiểu đàm do tăng lượng nước tiểu ban đêm: lượng nước tiểu ban đêm lớn hơn 130% so với dung tích bàng quang ước lượng theo tuổi/thể tích bàng quang tối đa ban ngày lớn hơn 70% so với dung tích bàng quang ước lượng.
- Tiểu đàm do dung tích bàng quang nhỏ: thể tích bàng quang tối đa nhỏ hơn 70% so với dung tích bàng quang ước lượng.

#### 3. Chẩn đoán đáp ứng điều trị: dựa vào số đêm tiểu đàm trong tuần

- Không đáp ứng: giảm dưới 50%
- Đáp ứng một phần: giảm từ 50-89%
- Đáp ứng: giảm trên 90%
- Đáp ứng hoàn toàn: 100% hoặc ít hơn 1 lần/tháng.

### IV./ ĐIỀU TRỊ

#### 1. Nguyên tắc điều trị

- Tiểu đêm thứ phát: tìm và điều trị nguyên nhân
- Tiểu đêm nguyên phát: áp dụng các bước điều trị sau.

## 2. **Điều trị ban đầu:**

### - **Không dùng thuốc:**

Khuyến khích khen thưởng trẻ những đêm không tiểu đêm.

Không la mắng, chọc ghẹo trẻ khi trẻ tiểu đêm.

Hạn chế uống nước vào ban đêm: hướng dẫn trẻ uống 40% tổng lượng dịch vào buổi sáng, 40% vào buổi trưa, 20% sau 5 giờ chiều.

Cho trẻ đi tiểu ngay trước khi ngủ.

Cho trẻ ăn nhiều rau, trái cây để hạn chế tình trạng táo bón.

Hướng dẫn luyện tập bàng quang: dành cho trẻ có dung tích bàng quang nhỏ hơn 70% so với lứa tuổi. Phương pháp tập cho trẻ biết nhịn tiểu càng lâu càng tốt khi bé bắt đầu có cảm giác mắc tiểu. Ghi nhận lại lượng nước tiểu sau mỗi tuần tập luyện.

### - **Phương pháp báo thức:**

Sử dụng đồng hồ báo thức giúp trẻ thức dậy đi tiểu. Phương pháp này cần sự nỗ lực của trẻ và sự hỗ trợ tích cực của cha/mẹ để giúp trẻ thức dậy đi tiểu.

Chỉ được đánh giá thất bại sau ít nhất 2 tháng.

Nếu đáp ứng điều trị cần tiếp tục cho đến khi đạt được 14 đêm liên tiếp không tiểu đêm.

Sau đó tập cho trẻ uống thêm một lượng nước trước khi đi ngủ và tiếp tục dùng báo thức. Nếu vẫn không tiểu đêm sau 1 tháng uống nước trước khi ngủ lúc đó mới ngừng sử dụng báo thức.

### - **Sử dụng Desmopressin:**

Chỉ định: khi thất bại với báo thức và có bằng chứng tăng lượng nước tiểu về đêm.

Liều lượng: Desmopressin uống 0,2mg/ngày. Có thể tăng liều mỗi tuần đến 0,6mg/ngày. Uống trước khi ngủ 30 phút đến 1 giờ. Nếu đạt hiệu quả sau 2 tuần, giảm liều còn 0,1mg.

Thời gian điều trị: từ 1-3 tháng, sau đó ngắt quãng để đánh giá hiệu quả.

Tác dụng phụ: hạ Natri máu, ngộ độc nước (hiếm gặp). Phòng ngừa bằng cách chỉ cho trẻ uống tối đa 200ml nước vào ban đêm.

## 3. **Điều trị tiếp theo:**

### - **Điều trị tắc nghẽn đường thở trên:** VA, amygdale

### - **Điều trị thuốc anticholinergic:** -> BV tuyến trên

Chỉ định cho trẻ có dung tích bàng quang nhỏ theo tuổi

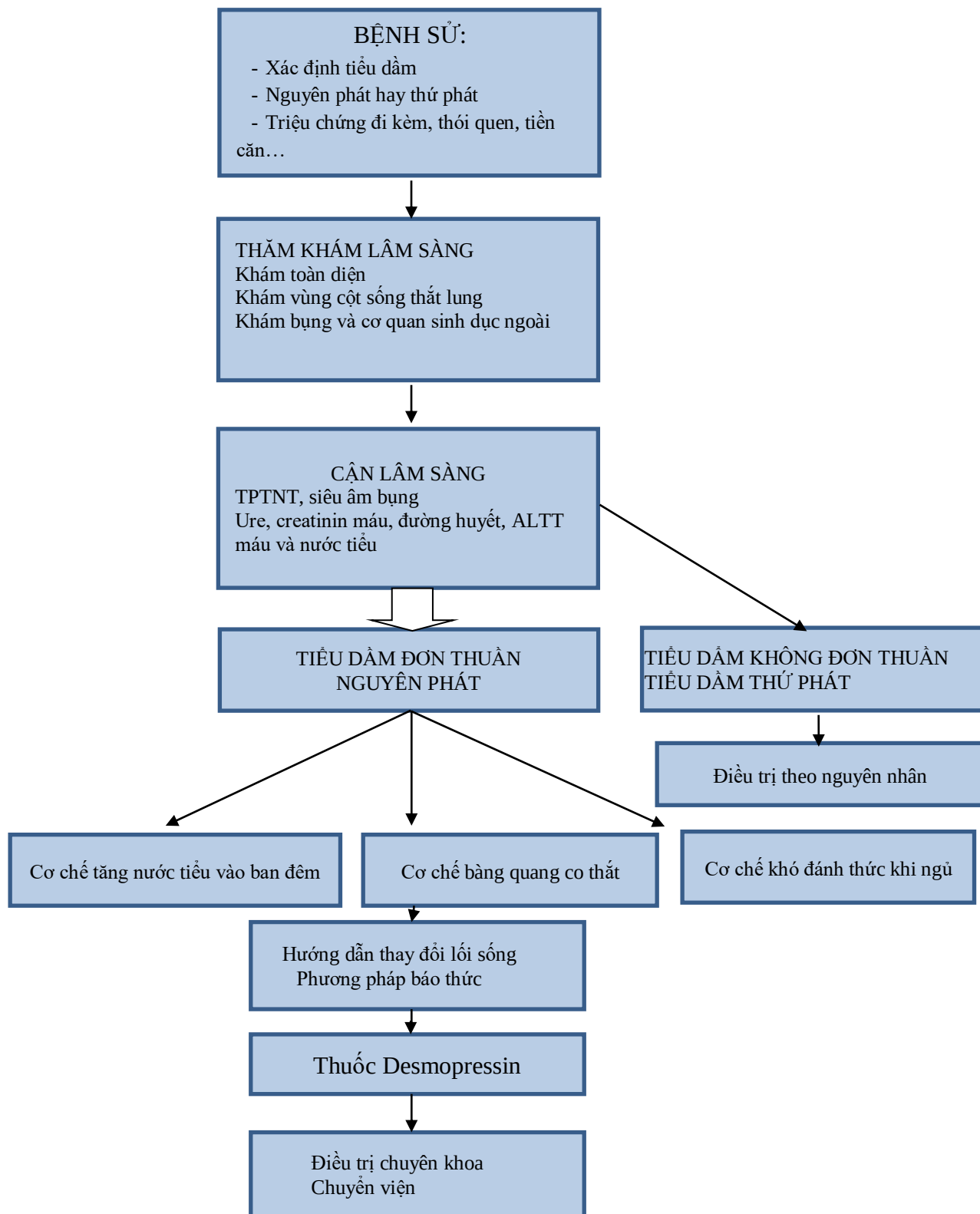
Liều dùng: oxybutynin 5mg trước khi ngủ, giảm liều mỗi 3 tháng cho đến khi hết tiểu đêm

Cần điều trị táo bón, đánh giá tình trạng nước tiểu tồn lưu (đo niệu dòng đồ, siêu âm) trước khi sử dụng.

Tác dụng phụ: táo bón, nhiễm trùng tiểu, khô môi, khô da...

- **Điều trị thuốc chống trầm cảm 3 vòng:** Thất bại với các biện pháp trên -> hội chẩn với chuyên khoa thần kinh/ BV tuyến trên.

Tài liệu tham khảo: Kho dữ liệu Phác đồ điều trị ngành y tế TPHCM 2013 – Bệnh viện Nhi Đồng 1



## NHIỄM TRÙNG TIỂU Ở TRẺ EM

### I./ ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm trùng tiểu là hiện tượng xuất hiện vi trùng trong nước tiểu

Bệnh thường gặp ở trẻ em, đứng hàng thứ 3 sau bệnh lý nhiễm trùng hô hấp và tiêu hóa. Tỷ lệ nhiễm trùng tiểu ở trẻ gái là 3-5% và ở trẻ trai 1-2%.

### II./ ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN

#### 1. Hỏi bệnh:

- Tiểu đau tiểu lắt nhắt, tiểu không kiểm soát, tiểu dầm, tiểu ngắt quãng, tiểu gấp, đau hạ vị....
- Tính chất bất thường của nước tiểu.
- Triệu chứng kèm theo: sốt, buồn nôn, nôn, sụt cân, tiêu chảy, táo bón.
- Tiền căn: nhiễm trùng tiểu tái phát, dị tật tiết niệu, bệnh lý thần kinh.

#### 2. Khám lâm sàng:

- Khám bụng: khối bất thường ở thận, bàng quang...
- Tìm dấu hiệu: hẹp da quy đầu, dính môi lớn, tình trạng viêm âm đạo, dị vật âm đạo.
- Khám cột sống thắt lưng: khối bất thường cột sống.

#### 3. Cận lâm sàng:

- Tổng phân tích nước tiểu
- Cây nước tiểu
- Siêu âm bụng.

### III./ CHẨN ĐOÁN

#### 1. Chẩn đoán xác định:

- Cây nước tiểu > 100.000 khuẩn/ml

#### 2. Chẩn đoán có thể: dựa vào 2 yếu tố

- Rối loạn đi tiểu (tiểu đau, tiểu lắt nhắt, tiểu dầm, tiểu khó, tiểu không kiểm soát), đau hạ vị, tiểu đục, tiểu hôi.

- TPTNT: Nit (+) hoặc BC (+)

#### 3. Chẩn đoán phân biệt:

### III./ CÁC THỂ LÂM SÀNG VÀ HƯỚNG XỬ TRÍ

| Thể                               | Chẩn đoán                                                                                                     | Xử trí                   | Kháng sinh                                                                                                                                                                                               | Nhập viện                                                                                                      | Chuyển viện                                                                                          |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>NTT không triệu chứng</b>      | -lâm sàng không triệu chứng<br>- thử nước tiểu hoặc cấy nước tiểu (+)                                         | Theo chỉ định kháng sinh | Lựa chọn KS theo KS đồ                                                                                                                                                                                   | -Lo lắng, nhà xa<br>-Kháng sinh đường tĩnh mạch                                                                | -Trẻ < 1 tuổi<br>-Dị tật tiết niệu.<br>- Bàng quang thần kinh                                        |
| <b>NTT dưới (viêm bàng quang)</b> | -Sốt <38,5°C hoặc không sốt<br>- Không có biểu hiện toàn thân, không đau lưng + RL đi tiểu + XN nước tiểu (+) | Điều trị ngoại trú       | - KS uống 7 – 10 ngày<br>- Bactrim, Cefuroxim, Amox-clav 40mg/kg/ngày chia 2-3 lần, Cefixim 8-10mg/kg/ngày chia 2 lần, Nitrofurantoin 5-7mg/kg/ngày chia 4 lần, ciprofloxacin 20-30mg/kg/ngày chia 2 lần | <b>Khi:</b><br>-Biểu hiện toàn thân.<br>-Không uống được<br>-KS uống thất bại<br>-Tái phát<br>-Lo lắng, nhà xa | - Trẻ < 1 tuổi<br>- Dị tật tiết niệu.<br>- Bàng quang thần kinh<br>- Thất bại với điều trị ngoại trú |



|                                    |                                                                                           |                  |                                                                                                                                                                    |                                                                                         |                                                                                                                                                                |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>NTT Trên (viêm đài bể thận)</b> | -Sốt cao lạnh run >38,5oC<br>-Biểu hiện toàn thân.<br>-Đau hông lưng<br>-XN nước tiểu (+) | Điều trị nội trú | -KS: Cefotaxim 100mg/kg/ngày<br>Ceftriaxone 50-75 mg/kg/ngày<br>-Nếu đáp ứng khi hết sốt chuyển sang KS uống, 10 – 14d<br>-Nếu không đáp ứng: Chuyển Bv tuyến trên | <b>Thực hiện đủ XN:</b><br>- CTM, CRP<br>- SÂ hệ niệu<br>- Cây máu<br>- Ion đồ, CN thận | - Trẻ < 1 tuổi<br>- Dị tật tiết niệu.<br>- Bàng quang thần kinh.<br>- Có chỉ định XN hình ảnh: UIV, DMSA: DTPA<br>- Thất bại với điều trị kháng sinh tĩnh mạch |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Uống nhiều nước

Điều trị dị tật đi kèm: giải quyết ngoại khoa

Điều trị dự phòng khi: dị tật tiết niệu chưa thể hoặc không thể giải quyết, trào ngược BQ – NQ, NTT tái phát nhiều lần. KS lựa chọn: Nitrofurantoin 2 mg/kg/ngày 1 liều hoặc Bactrim 12 mg/kg/ngày 1 liều.

### III./ THEO DÕI

- Tất cả các trường hợp: cấy nước tiểu lại sau 1 tuần, nếu có trào ngược cấy lại sau 3 tháng đầu, mỗi 3 tháng trong 6 tháng, sau đó 2 lần/năm.

*Tài liệu tham khảo:*

- *Kho dữ liệu Phác đồ điều trị ngành y tế TPHCM – Phác đồ điều trị nhi khoa Bệnh viện Nhi Đồng 1.*

## NĂM MIỆNG

### I./ ĐẠI CƯƠNG

**Bệnh nấm lưỡi** hay còn gọi là **bệnh tưa lưỡi** hay còn gọi là **đẹn** là một loại bệnh xảy ra ở lưỡi và thường gặp phải đối với trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ (thường dưới 1 năm tuổi) nhưng cũng có thể xuất hiện ở trẻ lên 10 tuổi, thậm chí 15 tuổi. Nấm lưỡi là một trong những nguyên nhân chính gây chứng biếng ăn ở trẻ, nhưng lại ít được chú ý, bệnh chữa lâu khỏi và dễ tái phát này lại rất phổ biến.

### II./ NGUYÊN NHÂN

Bệnh nấm lưỡi do một loại nấm men có tên gọi là Candida albicans thường có trong khoang miệng của trẻ gây ra.

### III./ TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

#### 1. **Hỏi bệnh:**

- Dấu hiệu toàn thân: sốt, đờ
- Các triệu chứng đi kèm: Bé có biếng ăn, bỏ bú, trào ngược dạ dày thực quản...
- Thói quen uống nước
- Tiền căn bệnh lý: suy giảm miễn dịch mắc phải hay bẩm sinh, sử dụng kháng sinh, corticoid kéo dài...

#### 2. **Khám lâm sàng:**

- Khám toàn diện.
- Khám họng thấy đám hoặc mảng màu trắng, xốp, mụn, dễ bong ở lưỡi, lợi, mặt trong má, vòm họng, mặt trước amidal, thành sau họng, thậm chí xuống vùng thanh môn và thanh quản.
- Tưa miệng rải rác hoặc liên kết lại với nhau thành từng mảng trắng và có thể chuyển thành màu vàng nâu ở niêm mạc miệng, lưỡi, họng thường không đau. Nếu tự cạo hoặc bóc ra thì rất đau có thể khiến trẻ bỏ ăn.

#### 3. **Cận lâm sàng:**

- Không có chỉ định làm xét nghiệm.
- Nếu kèm theo dấu hiệu toàn thân, sốt, về mặt nhiễm trùng: TPTTBM, CRP.
- Chỉ soi cây nấm khi lâm sàng không điển hình hoặc điều trị không kết quả.

### IV./ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

#### 1. **Chẩn đoán xác định:**

- Chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng.

#### 2. **Chẩn đoán phân biệt:**

- Bạch hầu: Bệnh hay gặp ở trẻ em không được tiêm phòng vaccine, bệnh có biểu hiện: sốt, hội chứng nhiễm trùng nhiễm độc, khám họng có giả mạc dai, dính, khó bóc và thường có yếu tố dịch tễ.
- Bạch sản dạng lông ở lưỡi: tổn thương là các khía rãnh ở hai bên rìa lưỡi, khó bong, đau.
- Đốm sữa
- Lưỡi bản đồ.

#### 3. **Điều trị:**

- Nấm lưỡi đơn thuần: (Điều trị ngoại trú)

Vệ sinh khoang miệng và lưỡi của trẻ đúng cách. Dùng nước lọc để cho trẻ uống cho sạch khoang miệng và lưỡi ngay sau khi ăn hoặc có thể dùng dung dịch nước muối sinh lý 0,9% để súc miệng cho trẻ.

Nên vệ sinh lau lưỡi cho trẻ hàng ngày bằng nước muối sinh lý: Dùng gạc sạch thấm nước muối sinh lý lau lưỡi cho trẻ ngày 2 lần sáng và trước khi đi ngủ.

Rửa tay

Tăng cường dinh dưỡng

Vệ sinh vú mẹ bằng nước ấm trước và sau khi cho trẻ bú

Rửa sạch đồ chơi của trẻ ngăn ngừa tái nhiễm

Bệnh > 7 ngày hoặc tái phát cần tìm yếu tố thúc đẩy

Dùng thuốc: đến khi hết triệu chứng ít nhất 48 giờ

- Nystatin (bột đánh lưỡi) 100.000UI/lần pha trong 5ml nước (2-4 lần) rơ lưỡi hoặc súc miệng hàng ngày đến khi hết mảng trắng.
- Mycostatin 500.000 UI: 100.000 - 200.000 UI/lần 2-4 lần/ngày.
- Miconazole nitrate 2%(gel bôi miệng): trẻ > 4 tháng (rơ miệng 2 lần/ngày), trẻ > 2 tuổi (rơ miệng 2-4 lần/ngày). Tác dụng phụ: buồn nôn, tiêu chảy.
- Thời gian rơ miệng trung bình: 7 ngày hay ít nhất 48 giờ sau hết sang thương
- Nấm lưỡi kèm dấu hiệu toàn thân, dấu hiệu nhiễm trùng -> BV tuyến trên.

*Tài liệu tham khảo:*

- Kho dữ liệu *Phác đồ điều trị ngành y tế TPHCM*

- “*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị BỆNH NỘI KHOA*” Bệnh viện Bạch Mai- Hà Nội năm 2012.

## THIẾU MÁU THIẾU SẮT

### I./ ĐỊNH NGHĨA

Thiếu máu do thiếu sắt là nguyên nhân phổ biến nhất gây thiếu máu ở trẻ em. Thường gặp ở lứa tuổi dưới 5 tuổi hay trên 10 tuổi. Đa số do chế độ ăn không phù hợp theo tuổi hay bị nhiễm giun móc hay bệnh lý tiêu hóa mạn

### II./ CHẨN ĐOÁN

#### 1. Công việc chẩn đoán

##### a. Hỏi bệnh

Tiền sử có đẻ non, sanh đôi, chế độ ăn. Tiền sử phát triển: có chậm phát triển vận động, kém chơi, hay mệt. Tiền sử hay bị đau bụng vùng thượng vị, tiêu phân đen?

##### b. Khám lâm sàng

Dấu hiệu thiếu máu: da niêm nhợt (xem lòng bàn tay nhợt hay rất nhợt)

Dấu hiệu thiếu oxi não: lừ đừ, kém vận động, than mệt, quấy khóc, biếng ăn

Dấu hiệu thiếu dinh dưỡng: đứng cân hay sụt cân, lưỡi láng, môi khô, móng biến dạng

Dấu hiệu bệnh nền gây thiếu sắt: xem có đau thượng vị, quan sát phân

##### c. Đề nghị xét nghiệm

Công thức máu: HCT giảm, HB giảm, MCV < 80fl, MVH < 28pg, MVHC < 30%

Dạng huyết cầu: HC nhỏ, nhược sắc

Sắt huyết thanh giảm (bình thường trẻ nhỏ là 30 – 70 µg/dl, trẻ lớn là 55 – 125 µg/dl)

Ferritin giảm (bình thường 13 – 300 ng/ml)

Soi phân tìm giun móc (trẻ trên 2 tuổi)

#### 2. Chẩn đoán xác định: thiếu máu kèm sắt huyết thanh giảm và Ferritin giảm

#### 3. Chẩn đoán có thể:

Trẻ nhỏ (< 2 tuổi) thiếu máu mãn, biếng ăn, tiền căn đẻ non hay chế độ ăn không hợp lý

Trẻ lớn: thiếu máu mạn biếng ăn hay đau bụng hoặc tiêu phân đen

#### 4. Chẩn đoán phân biệt

Thiếu máu do viêm hay nhiễm trùng kéo dài: thiếu máu, sắt huyết thanh giảm nhưng Ferritin cao

Thiếu máu do bệnh Thalassemia thể trait: thiếu máu mức độ nhẹ, hồng cầu nhỏ nhược sắc, định lượng sắt huyết thanh và Ferritin bình thường, điện di Hb có HbF và HbA2 cao

### III./ ĐIỀU TRỊ

#### 1. Điều trị thiếu sắt

a. Uống viên sắt: 3mg sắt cơ bản/kg/ngày đối với thiếu máu trung bình và nhẹ. Thiếu máu nặng 4 – 6mg sắt cơ bản/kg/ngày, chia 3 lần

##### Sắt protein succinylat-800mg/15ml ( Ferlatum)

Thời gian: trong 3 tháng hay ít nhất 1 tháng sau khi Hb về bình thường

Theo dõi: HC thay đổi màu và sau 3 – 10 ngày, Reticulocyte tăng 5 – 10 ngày sau điều trị

b. Tăng cường chế độ ăn giàu sắt: bổ sung thêm nhiều thực phẩm chứa sắt. Tránh các thức ăn giảm hấp thu sắt: sữa, ngũ cốc, trà, cà phê, trứng

#### Bảng tỉ lệ sắt cơ bản trong viên sắt

| Muối sắt                  | Lượng sắt cơ bản (% của muối sắt) | Lượng sắt tương đương khi tính luôn muối (mg của muối sắt) |
|---------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Ferrous fumarate          | 33                                | 197                                                        |
| Ferrous gluconate         | 11,5                              | 560                                                        |
| Ferrous sulfate           | 20                                | 324                                                        |
| Ferrous sulfate exsiccate | 30                                | 217                                                        |

#### 2. Điều trị nguyên nhân gây thiếu sắt

a. Tăng cường dinh dưỡng: đối với trẻ dưới 5 tuổi có thiếu máu đánh giá chế độ ăn và hướng dẫn cách cho ăn phù hợp theo lứa tuổi

b. Xổ giun: đối với trẻ trên 24 tháng, chưa xổ giun trước đó 6 tháng. Mebendazol 0,100g/viên: ngày 2 lần mỗi lần 1 viên trong 3 ngày liên tiếp

c. Vệ sinh thân thể: không đi chân đất

### 3. Điều trị hỗ trợ

Vitamine C

Tránh các thức ăn giảm hấp thu sắt

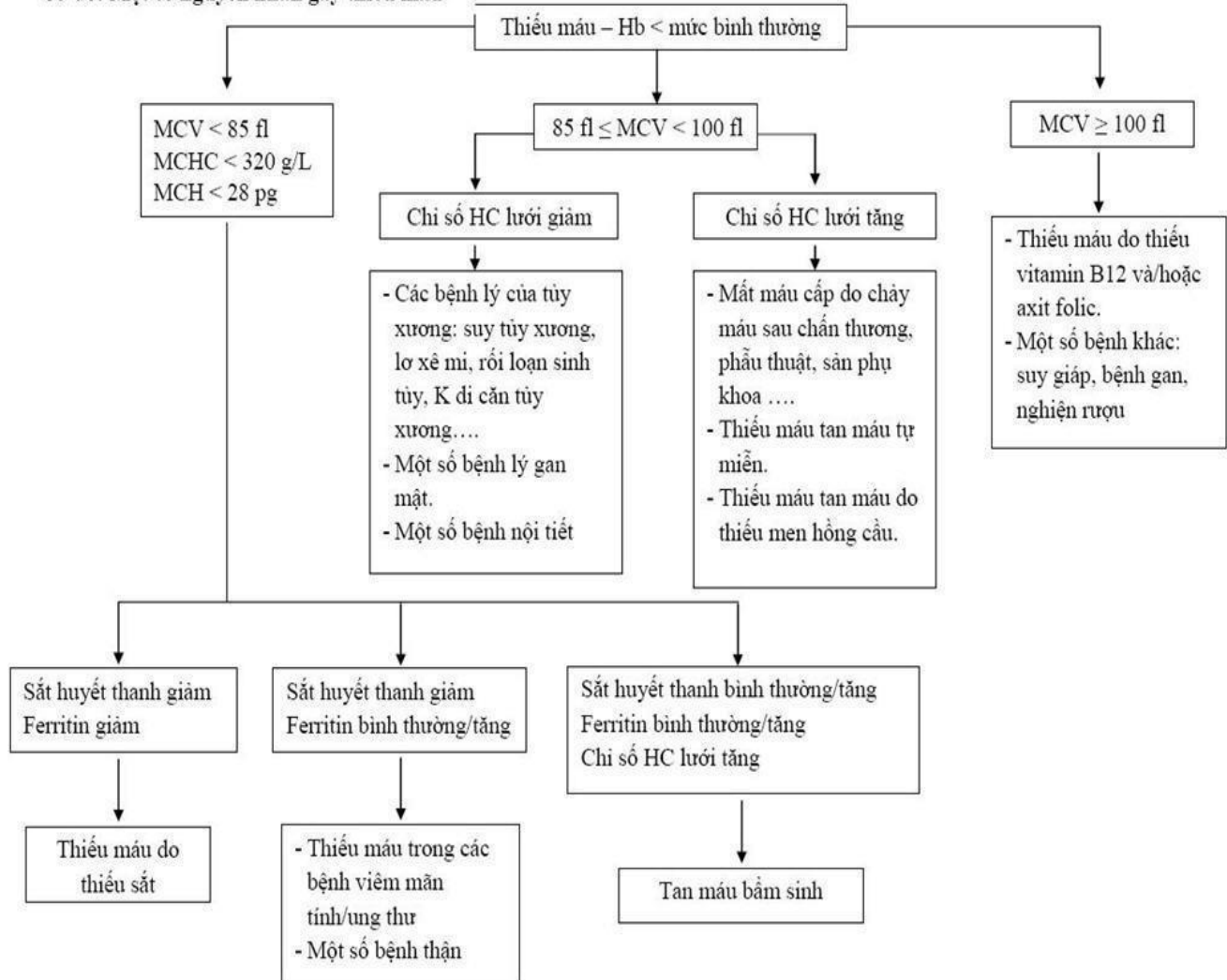
## IV./ TÁI KHÁM

Thời gian tái khám: sau 2 tuần về sau mỗi tháng trong 3 tháng liên tiếp

Nội dung tái khám: màu da, dạng huyết cầu, hồng cầu lưới, ferritin

Tài liệu tham khảo: - Kho dữ liệu Phác đồ điều trị ngành y tế TPHCM – Bệnh viện Nhi Đồng 1

Sơ đồ: Một số nguyên nhân gây thiếu máu



## ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TRẺ EM

### I./ ĐỊNH NGHĨA

Tiểu đường ở trẻ em còn gọi là tiểu đường phụ thuộc Insulin (insulin dependent diabetes mellitus=IDDM). Lứa tuổi mắc bệnh từ 5-7 tuổi, và tuổi dậy thì. Tỷ lệ mắc bệnh của hai giới như nhau.

### II./ CHẨN ĐOÁN

#### 1. Công việc chẩn đoán

##### a. Hỏi bệnh

- Triệu chứng tiểu nhiều, uống nhiều, ăn nhiều, sụt cân.
- Triệu chứng nôn ói, đau bụng, suy kiệt, mất nước, hôn mê.
- Triệu chứng của bệnh nhiễm trùng đi kèm.

##### b. Khám lâm sàng

- Đánh giá: tri giác, mạch, nhịp thở, huyết áp, cân nặng, nước tiểu.
- Tìm dấu hiệu gây mòn, suy kiệt.
- Đánh giá mức độ mất nước.
- Tìm dấu hiệu toan chuyển hoá: thở nhanh sâu, hơi thở mùi aceton.

##### c. Đề nghị cận lâm sàng.

- Xét nghiệm thường qui:
- Công thức máu.
- Đường máu lúc đói.
- Đường niệu, keton niệu.
- Ion đồ, chức năng thận.
- Xét nghiệm khác.
- Khí trong máu, ion đồ, anion gap, keton máu khi có biến chứng.
- Định lượng HbA1c: 3-4 lần trong năm giúp đánh giá điều trị tiểu đường mạn tính.

#### 2. Chẩn đoán xác định.

Tiểu nhiều, uống nhiều, sụt cân + Đường huyết bất kì  $>11,1$  mmol/l (200mg/dL) + đường máu lúc đói  $>7,77$ mmol/l (140g/dl), đường niệu dương tính.

#### 3. Chẩn đoán có thể

Tiểu nhiều, uống nhiều, sụt cân + hôn mê, toan chuyển hoá + đường niệu dương tính.

#### 4. Chẩn đoán phân biệt.

Hôn mê có toan chuyển hoá (xem hôn mê đái tháo đường).

Bệnh lý ống thận; có đường niệu dương tính, đường máu không cao, ion đồ máu, ion đồ nước tiểu thay đổi.

Đường máu tăng thoáng qua sau điều trị đường ưu trương; hỏi bệnh sử, quá trình điều trị trước, lặp lại xét nghiệm đường máu, đường niệu.

### III./ ĐIỀU TRỊ

#### 1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị insulin thích hợp để duy trì đường máu trong khoảng 3.9-8.3mmol/l (70-150 mg/dL).
- Chế độ dinh dưỡng thích hợp.
- Phòng ngừa và điều trị biến chứng.
- Giáo dục thân nhân bệnh nhân.

#### 2. Xử lý cấp cứu: xem phần xử lý hôn mê do tiểu đường.

#### 3. Xử trí lâu dài

##### a. Dùng Insuline

| Tổng liều hằng ngày của insulin |                 |
|---------------------------------|-----------------|
| • <5 tuổi                       | • 0.6-0.8 U/Kg  |
| • 5-11 tuổi                     | • 0.75-0.9 U/Kg |
| • >11 tuổi                      | • 0.8-1.5 U/Kg  |
| Phân phối liều insulin          |                 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● 2/3 liều trước ăn sáng.</li> <li>● 1/3 liều trước bữa ăn chiều.</li> <li>● Buổi sáng: 1/3 liều insulin nhanh+2/3 liều insulin trung bình.</li> <li>● Buổi chiều: 1/2 liều insulin nhanh+1/2 liều insulin trung bình.</li> </ul>                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Theo dõi để điều chỉnh liều thích hợp</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Đường huyết (dextrostix đo đường huyết) đường niệu.</li> <li>● Trước ăn sáng, ăn trưa, ăn tối, đi ngủ( nếu cần).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Điều chỉnh để tìm liều thích hợp</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                    |
| Điều chỉnh mỗi 10-15% tổng liều hàng ngày theo đường máu như sau:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                    |
| Thời điểm bất thường: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Trước buổi sáng</li> <li>● Trước buổi trưa</li> <li>● Trước buổi tối</li> <li>● Trước khi ngủ</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                           | Thay đổi insulin: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Insulin TB buổi chiều</li> <li>● Insulin nhanh buổi sáng</li> <li>● Insulin TB buổi sáng</li> <li>● Insulin nhanh buổi chiều</li> </ul> |
| <b>Điều chỉnh khi có thay đổi đường huyết ở bệnh nhân ổn định.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Thêm Insulin cho mỗi 50mg/dl quá mức bình thường.               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ &lt;5 tuổi                      0.25U</li> <li>○ 5-11 tuổi                    0.5-1U</li> <li>○ &gt;11 tuổi                    1-2U</li> </ul> </li> <li>● Khi có tăng hoạt động giảm liều Insulin 10%, nếu có ăn tiệc tăng liều 10%</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                    |

– **Cách tiêm insulin:** insulin được tiêm bằng ống tiêm 1ml, rút insulin nhanh và trung bình vào một ống tiêm, loại nhanh trước. Tiêm dưới da vùng bụng, cánh tay, đùi.

**- Phân loại insulin:**

| Loại insulin             | Tác dụng   | Bắt đầu có tác dụng | Kéo dài tác dụng |
|--------------------------|------------|---------------------|------------------|
| Insulin Regular(trong)   | Nhanh      | 30 phút             | 4-6 giờ          |
| Insulin NPH( đục)        | Trung bình | 1-2 giờ             | 16-20 giờ        |
| Insulin Lente( đục)      | Trung bình | 1-3 giờ             | 16-20 giờ        |
| Insulin Ultralente (đục) | Chậm       | 4-6 giờ             | 24-36 giờ        |

**4. Chế độ dinh dưỡng.**

- **Năng lượng cung cấp: 100Kcalo + (100 kcalo x tuổi).**

- **Thành phần dinh dưỡng: 50% Carbohydrate, 25-30% chất béo, 20-25% chất đạm.**

- **Số năng lượng sinh ra:** bữa sáng 25%, trưa 25%, chiều 30%, bữa xế chiều 20%. Tỷ lệ này có thể thay đổi tùy theo tập quán ăn uống của cá nhân và gia đình.

**5. Xử lý biến chứng**

a. **Hạ đường huyết:** xảy ra sau vận động quá mức, ăn kém, tiêm quá liều insulin quy định.

- **Hạ đường huyết nhẹ thoáng qua:** vã mồ hôi, da niêm nhợt, tim nhanh, run tay. Xử trí: uống một lượng nước đường khoảng 10g, nước trái cây vắt, hay sữa, chỉnh lại chế độ ăn.

- **Hạ đường huyết nặng:** thường xảy ra lúc 2-3 giờ sáng, hay sáng sớm trước bữa điểm tâm.

**Trẻ có triệu chứng** bất thường về vận động, run chi, rối loạn tri giác, co giật và hôn mê. Xử trí đo đường huyết nhanh ngay lập tức, tiêm Glucagon 0.5-1mg/TB hay dưới da, tri giác sẽ cải thiện trong 10 phút, sau đó nếu đường huyết <80mg/dL nên cho Glucose 30% 0.5-1g/kg/TM chậm và giảm liều Insulin 10-15% trong ngày.

b. **Phản ứng miễn dịch:** cơ thể tạo kháng thể chống insulin, khiến cho lượng insulin >2U/kg/24 giờ. Xử trí: đổi lại insulin có nguồn gốc thuần người, hay bò, heo.

c. **Hiện tượng SOMOGY:** đường huyết hạ lúc đêm và tăng lại lúc sáng kèm ketone máu, ketone niệu. Nguyên nhân do phản ứng quá mức của các hormone điều hoà insulin. Xử lý giảm liều insulin trung gian cũ chiều 10% hay chích chậm lại lúc 21 giờ.

d. **Hiện tượng DAWN:** đường máu tăng 5-9 giờ. Xử trí tăng 10% liều insulin trung gian. Phân biệt SOMOGY và DAWN: đo đường huyết 3 giờ sáng, và 9 giờ nếu mẫu 9 giờ có đường huyết cao là hiện tượng DAWN.

e. **Trẻ tiểu đường bị nhiễm trùng:** vẫn tiếp tục liều insulin, nếu Glucose niệu cao nên tăng liều insulin nhanh 10%.

**6. Xuất viện**

- Tham vấn gia đình về bệnh tiểu đường.

- Hướng dẫn cách sử dụng insulin: cách tiêm, cách bảo quản thuốc.

- Hướng dẫn cách lập chế độ ăn tiểu đường khi bệnh nhân về nhà.

- Cách phát hiện biến chứng hạ đường huyết hay hôn mê tiểu đường.

- Tham vấn các hoạt động ở nhà như: học tập, giải trí, thể dục thể thao; nguyên tắc chung là khuyến khích tham gia sinh hoạt tập thể đồng thời theo dõi để phát hiện kịp thời các biến chứng xảy ra

**IV./ THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

**Mỗi tháng-ba tháng/lần:**

- Lâm sàng: cân nặng, chiều cao, huyết áp.

- Tìm dấu hiệu nhiễm trùng thứ phát như nấm, nhiễm trùng da, nhiễm trùng tiểu, khám bàn chân (ở trẻ lớn)

- Kiểm tra kỹ thuật tiêm insulin, dấu hiệu loạn dưỡng mô mỡ.

- Xét nghiệm: đường máu lúc đói, đường niệu, HbA1c.

- Kiểm tra theo dõi đường huyết ở nhà

**Mỗi sáu tháng- một năm:**

- Kiểm tra thần kinh: phản xạ gân xương, rối loạn cảm giác.

- Kiểm tra mắt: soi đáy mắt, thị giác, áp lực nhãn cầu.

- Kiểm tra tim mạch ngoại biên, ECG.

- Đo Cholesterol, HDL, LDL, Triglycerid.



- Kiểm tra thận: đạm niệu trong 24 giờ, chức năng thận.

**Tổ chức câu lạc bộ tiểu đường:**

- Mục tiêu: giúp trẻ bị tiểu đường bình thường hoá lối sống cá nhân đồng thời hợp tác=  
0987654321` nhân với tập thể xã hội.
- Thời gian mỗi 6 tháng/1 năm.
- Nội dung sinh hoạt: giới thiệu hội viên, thông tin về bệnh và bệnh nhân, giải đáp thắc mắc, khen thưởng

-

*Tài liệu tham khảo:*

- *Kho dữ liệu Phác đồ điều trị ngành y tế TPHCM – Bệnh viện Nhi Đồng 1*

## CƯỜNG GIÁP Ở TRẺ EM

### I./ ĐỊNH NGHĨA

Cường giáp là tình trạng hoạt động quá mức của tuyến giáp dẫn đến hậu quả sản xuất hormon giáp T4 và hoặc T3 nhiều hơn bình thường, gây ra những tổn hại về mô và chuyển hóa.

### II./ NGUYÊN NHÂN

Cường giáp do tăng kích thích tuyến giáp, tăng TSH, basedow

Cường giáp tự chủ: u độc tuyến giáp, viêm tuyến giáp

Cường giáp ở trẻ sơ sinh: gặp ở trẻ có mẹ bị cường giáp không điều trị hoặc điều trị không đầy đủ.

### III./ CHẨN ĐOÁN

1. **Lâm sàng:** 3 nhóm dấu hiệu chính:

1.1. **Cường giáp:** tăng biến dưỡng, triệu chứng tim mạch, triệu chứng thần kinh cơ, triệu chứng tiêu hóa, rối loạn tâm thần

1.2. **Bướu giáp lan tỏa, đập, có tiếng thổi.**

1.3. **Mắt**(lồi mắt, phù mi, ánh mắt long lanh), gầy mòn, rối loạn điều nhiệt, chậm dậy thì, RL kinh nguyệt...

2. **Cận lâm sàng:**

2.1. **T3, T4, FT3, FT4 tăng**

2.2. **TSH giảm**

2.3. **Khác:**

- Siêu âm tuyến giáp: có bướu giáp lan tỏa
- Đường huyết tăng, cholesterol giảm
- ECG: nhịp xoang nhanh, P cao, T nhọn
- Xquang loãng xương, xạ hình tuyến giáp (Bv tuyến trên): tăng cố định iode phóng xạ, hiện diện kháng thể kháng tuyến giáp.

### IV./ ĐIỀU TRỊ

1. **Nội khoa:**

1.1 **Iod:**

- Chỉ định: cơn độc giáp trạng, tiền phẫu..
- DD lugol 5%: 5 – 10 giọt/ ngày

2.1 **Thuốc kháng giáp tổng hợp:**

**METHIMAZOLE ( viên 5 -20 mg)**

- **Tần công:** 0,5 – 1mg/kg/ngày ( 3 - 4 lần) max:50mg/ngày, TB thời gian tấn công 2 – 3 tháng
- **Duy trì:** khi xn chức năng tuyến giáp về bình thường thì chuyển sang điều trị duy trì với liều giảm dần đến mức tối thiểu mà T3 T4 vẫn ở mức bình thường ( có thể duy trì đến 6 năm hoặc hơn)

**THIAMAZOLE 5mg**

- **Tần công:** 0.3-0.5 mg/kg/ ngày
- **Duy trì:** 0.2-0.3 mg/kg/ ngày
- Nếu xuất hiện suy giáp, phối hợp Thyroxine 3mg/kg/ ngày.

☒ nếu tái phát có thể điều trị lần 2

3.1 **Chống biểu hiện cường giao cảm:** nhịp tim nhanh, run, suy tim

- Propranolol: 2,5 -10 mg/kg/24 giờ

- Digoxine

- Benzodiazepine, phenobarbital

2. **Phẫu thuật :**

- Sau khi thất bại điều trị nội hoặc khó theo dõi điều trị, bướu giáp có hạch. Thực hiện sau 3 – 4 tuần điều trị nội→ **chuyển BV tuyến trên**

3. **Iode phóng xạ:** sau điều trị nội thất bại. theo dõi suy giáp sau vài tuần vài tháng điều trị

4. **Điều trị cơn độc giáp trạng:**

- Điều trị hỗ trợ
- Chuyển Bv tuyến trên

## 5. Điều trị cường giáp sơ sinh (BV tuyến trên):

### V./ THEO DÕI

---

***Theo dõi chặt chẽ trong 3 tháng đầu tiên***

***Kiểm tra T3, T4, TSH mỗi 2 – 3 tháng***

***Theo dõi tác dụng phụ của thuốc***

Sau năm đầu tiên bệnh nhân nên được theo dõi hàng năm ngay cả khi không có triệu chứng

Theo dõi phát hiện tái phát và suy giáp do nhiễm trùng

Giáo dục bệnh nhân tầm quan trọng của việc tuân thủ điều trị và tác dụng phụ của thuốc.

*Tài liệu tham khảo:*

- Kho dữ liệu Phác đồ điều trị ngành y tế TPHCM – Bệnh viện Nhi Đồng 1

## SUY GIÁP Ở TRẺ EM

### I./ ĐỊNH NGHĨA

- Suy giáp là một rối loạn nội tiết do thiếu hoặc khiếm khuyết tác dụng của hormon giáp trạng.
- Sự thay đổi T3, T4, TSH theo tuổi

| Tuổi    | TSH theo tuổi | T3 (ng/dl) | T4 (mg/dl) |
|---------|---------------|------------|------------|
| Sơ sinh | 3 – 18        | 75 – 260   | 11.5 - 24  |
| 1 – 5   | 2 - 10        | 100 – 260  | 7.3 - 15   |
| 5 – 10  |               | 90 – 240   | 5 - 12     |
| 10 – 15 |               | 80 – 210   |            |
| >15     |               | 115 - 190  |            |

### II./ NGUYÊN NHÂN

- Suy giáp bẩm sinh
- Suy giáp thụ đắc
- Viêm tuyến giáp HASHIMOTO

### III./ LÂM SÀNG

#### 1. **Suy giáp sớm:**

Thời kỳ sơ sinh:

- Chẩn đoán sớm: tiền sử tuyến giáp mẹ, đo lường T4, TSH; bảng điểm chẩn đoán sớm.
- Từ tháng thứ 2 trở đi: 3 nhóm tiêu chuẩn chính
- Thay đổi da niêm lông tóc
- Chậm phát triển thể chất, vận động và tâm thần.
- Không có tuyến giáp

#### 2. **Suy giáp muộn:** từ năm thứ 2 trở đi

Suy giáp và dậy thì sớm

Hôn mê phù niêm

### IV./ CẬN LÂM SÀNG

#### **Định lượng TSH, T4 máu**

- Máu cuống rốn: T4  $\leq$  6mg/dl, TSH  $>$  80 mU/ml -> gợi ý suy giáp
- 3 – 5 ngày tuổi: T4  $<$  7mg/dl, TSH  $>$  50mU/ml -> gợi ý suy giáp
- TSH  $<$  30 mU/ml là bình thường
- TSH : 30 – 50 mU/ml cần kiểm tra lại

**CTM:** thiếu máu

**Siêu âm tuyến giáp,** xạ hình tuyến giáp

**ECG :** QRS và sóng P thấp

Cholesterol tăng ( $>$ 2 tuổi), lipid tăng, glucose máu giảm

Xquang hệ xương

### V./ CHẨN ĐOÁN

Lâm sàng

Cận lâm sàng: TSH  $>$  50 mU/ ml

T4  $<$  6mg/dl

### VI./ ĐIỀU TRỊ

Thuốc: **THYROXIN:** Dạng giọt (1 giọt LT4=5mg)

Dạng viên: **LEVOTHYROX:** viên 50mg, 100mg, 150mg)

- Gđ đầu: 8mg/kg/24 giờ trong 3 tháng đầu ( liều duy nhất trong ngày)
- Cập nhật phác đồ điều trị Nhi Đồng II năm 2019:

**Giai đoạn đầu:** 10-15ug/kg/24h

**Sau đó:** 5 – 6 mg/kg/24 giờ lúc 1 tuổi ( cần theo dõi lâm sàng và sinh học)

Trẻ lớn: 3 – 4mg/kg/24 giờ

Bổ sung vitamin D, calcium

□ **Hôn mê phù niêm:**

- Điều trị hỗ trợ
- Chuyển Bv tuyến trên
- Cập nhật phác đồ điều trị Nhi Đồng II năm 2019:

Levothyrox sodium tiêm <sup>TM</sup> 100ug/ngày

Hydrocortisone 100mg sau đó 25-50mg mỗi 8h

Sưởi ấm vì hạ thân nhiệt, theo dõi hô hấp, nước, điện giải, nhịp tim, huyết áp, thân nhiệt, tri giác

## **VII./ THEO DÕI**

- Lâm sàng: phát triển thể chất ( cân nặng, chiều cao) và nhịp tim , tâm thần , vận động , táo bón, .. hàng tháng/ 12 tháng đầu sau đó mỗi 3 tháng
- Sinh học: T4, TSH, cố giữ TSH trong giới hạn bình thường
- TSH tăng cao cho biết liều thuốc điều trị chưa đủ, TSH thấp dưới trung bình là quá liều.
- Trẻ nhũ nhi cần theo dõi hàng tháng/ 3 tháng đầu. Sau đó mỗi 3 tháng cho đến 1 tuổi
- Và sau đó mỗi 6 tháng để điều chỉnh liều Thyroxin
- Hướng dẫn, giáo dục sức khỏe cho gia đình bệnh nhi hiểu biết về bệnh cùng cách điều trị và theo dõi định kỳ.

-

*Tài liệu tham khảo:*

- *Kho dữ liệu Phác đồ điều trị ngành y tế TPHCM – Bệnh viện Nhi Đồng 1- Phác đồ điều trị Nhi Đồng II năm 2019*

## TIẾP CẬN THẤP TIM Ở TRẺ EM

### I. ĐỊNH NGHĨA:

Thấp tim là bệnh tự miễn, hệ thống, xảy ra sau viêm họng do Liên Cầu Khuẩn tan huyết  $\beta$  nhóm A, gây tổn thương ở mô liên kết của nhiều cơ quan.

### II. DỊCH TỄ HỌC :

- 5 – 15 tuổi
- Đông , đầu xuân ( lạnh , mưa , ẩm ).
- Vệ sinh kém , mức sống thấp
- Văn hoá thấp, thiếu kiến thức & chăm sóc y tế...

### III. NGUYÊN NHÂN

Liên cầu khuẩn tan huyết  $\beta$  nhóm A, Bằng chứng :

- Lâm Sàng : vài tuần sau viêm họng do LCK  $\beta$  A.
- Dịch Tế Học : yếu tố gia tăng tần suất viêm họng tương đương thấp tim tăng
- Miễn Dịch Học : kháng thể kháng LCK  $\beta$  A tăng
- Phòng Ngừa: Penicilline điều trị Viêm Họng  $\rightarrow$  ngừa thấp tim

### IV. SINH LÝ BỆNH: Thuyết miễn dịch

Vị trí : họng

- Chứng LCK  $\beta$  A : M proteine
- Miễn dịch : dịch thể & tế bào
- Phản ứng chéo :
- M proteine # Tế Bào cơ tim,
- N-acetylglucosamine & Rhamnose # Glycoproteine Tế Bào van tim
- Kháng Nguyên màng nguyên sinh chất # nguyên sinh chất Tế Bào Thần Kinh nhân não vùng hạ đồi của thân não...
- Đặc điểm di truyền của ký chủ.

### V. GIẢI PHẪU BỆNH

Chia 3 giai đoạn :

- Viêm xuất tiết
- Tổn thương hạt và tạo huyết khối
- Xơ hoá : Hở 2 lá – Hẹp 2 lá ...

### VI. LÂM SÀNG

❖ 5 triệu chứng chính :

1) Viêm khớp :

- 75% Nhiều khớp, di chuyển, không hoá mủ, tự khỏi sau 5-15 ngày không để lại di chứng.

2) Viêm tim :

- Nặng nhất , di chứng van tim hậu thấp.
- Viêm nội tâm mạc, viêm cơ tim, viêm màng ngoài tim hay cả 3 lớp.
- Tiên lượng : dựa vào mức độ :

Nhẹ : tim không to, không suy tim, âm thổi  $\leq 3/6 \pm$  biến mất

TB : tim không to, không suy tim , âm thổi  $> 3/6$  , tồn tại sau đợt cấp

Nặng : tim to, suy tim, âm thổi lớn, tổn thương van nặng & nhiều van, di chứng van vĩnh viễn

3) Múa vờn :

- 10 – 15%
- Biểu hiện của TK trung ương, xuất hiện chậm, không di chứng.

4) Nốt dưới da Meynet :

- Hạt tròn, cứng , di động , không đau
- Nơi xương nhô ra và có da mỏng
- Không di chứng

- 5) Hồng ban vòng :
- < 5%
  - Đốm hồng, giữa nhạt, bờ tròn.
  - Ngực , gốc tứ chi ( không có ở mặt & niêm mạc ).
  - Di chuyển , không ngứa , không di chứng
  - ❖ Triệu chứng phụ
  - Sốt
  - Mệt , biếng ăn, thiếu máu, đau ngực , hồi hộp...
  - Đau khớp
  - Phổi : viêm phổi, TDMP kèm viêm tim .
  - Thận : viêm thận cấp, đạm niệu , tiểu máu vi thể.

## VII. CẬN LÂM SÀNG

---

- 1) Dấu hiệu nhiễm LCK  $\beta$  A :
  - Phết họng
  - Kháng thể kháng LCK : ASO ( + ) :  $\geq 333$  đơn vị Todd
  - Streptozyme test
- 2) Dấu hiệu chứng tỏ tình trạng đang viêm :
  - CTM
  - VS  $\uparrow > 50 / 100$  mm
  - CRP
- 3) XN đánh giá tổn thương tim :
  - ECG
  - X quang : tim to
  - X quang khớp không có giá trị chẩn đoán.
  - Siêu âm tim

## VIII. CHẨN ĐOÁN

---

- ❖  $\Delta$  xác định: Tiêu chuẩn Duckett Jones cải tiến giúp hướng dẫn  $\Delta$
  - ◆ **Tiêu chuẩn chính :**
    - Viêm khớp
    - Viêm tim
    - Múa vờn Sydenham
    - Hồng ban vòng
    - Nốt dưới da Meynet
  - ◆ **Tiêu chuẩn phụ :**
    - LS : sốt, đau khớp, có tiền căn thấp khớp hay thấp tim .
    - CLS : BC  $\uparrow$  , VS  $\uparrow$  , CRP  $\uparrow$  , PR kéo dài
  - ◆ **Hội chứng vừa nhiễm LCK :**
    - Cây họng
    - ASO ( + ) hay AH, ASK, ASTZ, Anti DNase B & Anti Dnase ( + ) hay Rapid Strept Test ( + )
    - Vừa bị sốt tình hồng nhiệt
  - ❖ **Tiêu chuẩn Duckett Jones cải tiến**
    - $\Delta$  ( + ) khi có:
- H/c vừa nhiễm LCK + 2 t/c chính  
 H/c vừa nhiễm LCK + 1 t/c chính + 2 t/c phụ
- **Bàn luận về t/c  $\Delta$  Duckett Jones**
- Các trường hợp ngoại lệ :
- Múa vờn Sydenham
  - Viêm tim âm thầm
  - Đợt thấp tim tái phát
- T/c Jones có giá trị cao  $\Delta$  thấp tim cấp đợt đầu , ít giá trị cho các đợt tái phát không cấp tính & không giá trị cho các bệnh van tim do di chứng hậu thấp.

- **Δ phân biệt :**
  - Đau khớp không đặc hiệu
  - Bệnh có âm thổi ở tim
  - Viêm tim do siêu vi trùng
  - Múa vờn Huntington & co giật Gilles de la Tourette
  - Bệnh có sốt & đau khớp
  - Bệnh Lyme : do Borrelia Burdorferi , bộ chét cần, Sero Δ có kháng thể kháng Borrelia burdorferi .
  - Cảm cúm
  - Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn .

## IX. THỂ LÂM SÀNG

---

- Thấp khớp cấp đợt đầu
- Thấp khớp cấp tái phát
- Không có thấp khớp mạn tính
- Thấp tim cấp
- Thấp tim cấp tái phát
- Thấp tim mạn tính hoặc di chứng van tim hậu thấp hoặc bệnh van tim hậu thấp

## X. DIỄN TIẾN – TIÊN LƯỢNG

---

- Đa dạng , khó tiên đoán
- Có điều trị : 75% giảm bệnh sau 6 tuần
- 50% giảm bệnh sau 12 tuần
- 5-10% kéo dài > 6 tháng
- Viêm tim thường xảy ra ở đợt thấp cấp đầu tiên hay đợt 2 .
- Tái phát là đặc điểm của thấp tim : 5 năm đầu + + +
- Tỷ lệ tái phát :

Giảm tần số & độ nặng của nhiễm LCK

75% viêm tim nặng đưa đến di chứng van tim , viêm tim nhẹ

25% thấp khớp cấp không viêm tim hồi phục 100%

## XI. ĐIỀU TRỊ

---

### 1) **Biện pháp điều trị chung :**

- Nghỉ tại giường :
- Viêm khớp , không viêm tim : 2 tuần nằm nghỉ
- Viêm tim , tim không to : 4 tuần nằm nghỉ
- Viêm tim, tim to : 6 tuần nằm nghỉ
- Viêm tim, suy tim: Nghỉ tuyệt đối tại giường đến khi hết suy tim
- Khám bệnh nhân hằng ngày để phát hiện triệu chứng của viêm tim .
- Theo dõi quá trình viêm : VS, CRP.

### 2) **Kháng sinh liều pháp :** diệt LCK ở họng.

- Benzathine-Penicilline : 600.000 UI :< 6 tuổi  
1.200.000 UI : 6-15 tuổi / IM 1 lần
- Penicilline V : 200.000 UI : < 6 tuổi  
400.000 UI : 6-15 tuổi  
uống 2 lần / ngày x 10 ngày
- Erythromycine: 20-40 mg / kg ( uống) 2 lần / ngày x 10 ngày

### 3) **Kháng viêm liều pháp :** Aspirine, Corticoide

Chưa có Δ chính xác : Acetaminophene

#### ❖ **Viêm khớp :**

- Tần công : Aspirine 100 mg/kg/ngày , 2 tuần
- Duy trì : Aspirine 75mg/kg/ngày , 2-6 tuần

#### ❖ **Viêm tim nhẹ hay trung bình :**



- Tấn công : Prednisone 2mg/kg/ngày , 2 tuần
- Duy trì : Giảm liều trong 2 tuần. Mỗi 2-3 ngày : giảm 5mg

Khi giảm liều Prednisone : thêm Aspirine 75mg/kg/ngày và tiếp tục cho Aspirine 6 tuần sau khi ngưng Prednisone.

❖ **Viêm tim nặng có suy tim , tim lớn :**

- Tấn công : Methylprednisone 2mg/kg/ngày IV x 2-3 ngày  
→ sau đó: Prednisone 2 mg/kg/ngày (uống) x 3 tuần
- Duy trì : giảm liều Prednisone & thêm Aspirine như trên .

4) **Điều trị suy tim :**

- Thông thường : Prednisone & nằm nghỉ
- Tiêm lợi tiểu & Digitalis
- Ăn nhạt
- Không điều trị Corticoide ở thể di chứng van tim hậu thấp đã hết triệu chứng viêm cấp .

5) **Điều trị múa vờn :**

- Phenobarbital : 5mg/kg/ngày
- Haloperidol : 0,01 – 0,03 mg/kg/ngày
- Nghỉ yên tĩnh, tránh kích thích, tránh tiêm chích

## XII. PHÒNG NGỪA

1) **Phòng thấp thứ phát :** Phòng các đợt thấp tim tái phát

- Thuốc chọn lọc :

Benzathine Penicilline : < 6 tuổi : 600.000 UI

6-15 tuổi : 1.200.000 UI

TB ( mông ) / mỗi 3-4 tuần

Penicilline V : 200.000 UI ( 125 mg ) uống 2 lần/ ngày

Erythromycine : 250mg/ ngày ( uống )

Viêm tim nặng , tim to, di chứng nhiều van : suốt đời

Viêm tim nhẹ , tổn thương 1 van : dậy thì/ 5 năm

Viêm khớp : 5 năm

2) **Phòng thấp tiên phát:**

- Phòng đợt thấp cấp đầu tiên : điều trị cho tất cả trẻ bị viêm họng từ 3-20 tuổi
- Ưu việt hơn : kết quả cao ( 90% ) , ít tổn kém, tiện lợi, có thể thực hiện đại trà.
- Phòng thấp bằng phương pháp miễn dịch :
- Giáo dục y tế: Hợp tác đa ngành: y tế, thông tin giáo dục và các đoàn thể...

**Phác đồ điều trị viêm họng do LCK:**

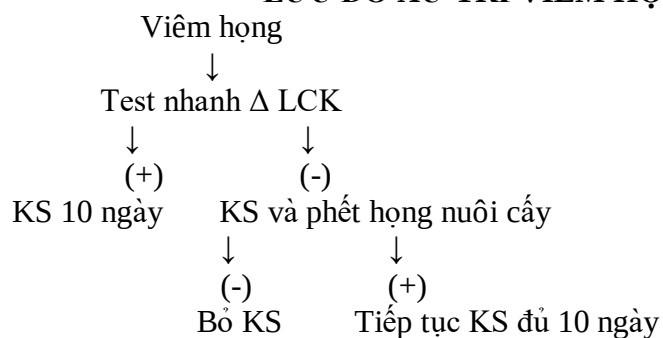
| Kháng sinh    | Liều lượng                          | Cách & thời gian dung thuốc |
|---------------|-------------------------------------|-----------------------------|
| Benzathine    | ≤ 30kg: 600.000 UI                  | Tiêm bắp                    |
| Penicilline   | > 30kg : 1.200.000 UI               | 1 liều duy nhất             |
| Penicilline V | ≤ 30kg: 250mg x 2 lần/ngày          | Uống liên tục trong 10 ngày |
|               | > 30kg : 500mg x 2 lần/ngày         |                             |
| Erythromycine | 40mg / kg/ ngày (chia 2-4 lần/ngày) | Uống liên tục trong 10 ngày |

## CHẨN ĐOÁN VIÊM HỌNG DO LCK β A & VIRUS

| Đặc điểm  | Viêm họng do LCK                  | Viêm họng do virus                           |
|-----------|-----------------------------------|----------------------------------------------|
| Mùa       | Đông xuân(Mỹ)(mùa mưa nhiệt đới ) | Tuỳ theo loại virus nhưng thường có dịch nhỏ |
| Tuổi      | 3-20 tuổi                         | Bất kỳ                                       |
| Khởi phát | Đột ngột                          | Từ từ hơn                                    |

|                     |                                 |                                                      |
|---------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------|
| Triệu chứng ban đầu | Đau họng, nuốt đau              | Ngứa họng                                            |
| Khám                | Họng đỏ, phù, có bọt vàng ngà   | Họng đỏ, loét, có dịch tiết.<br>Có các bóng nước nhỏ |
| Hạch cổ             | To, đau                         | Thường không có                                      |
| Da                  | Có rash đỏ kiểu tinh hồng nhiệt | Nổi mẩn đỏ, có bóng nước nhỏ                         |
| Tr/ch kèm theo      | Nhức đầu, đau bụng              | Ho, sổ mũi, chảy nước mũi, tiêu chảy                 |

### LƯU ĐỒ XỬ TRÍ VIÊM HỌNG



Tài liệu tham khảo: Kho dữ liệu Phác đồ điều trị ngành y tế TPHCM – Bệnh viện Nhi Đồng 1

# VIÊM CỘT SỐNG ĐÍNH KHỚP THIỂU NIÊN

## I. ĐẠI CƯƠNG

### 1. Định nghĩa:

- Viêm cột sống dính khớp thiếu niên (VCSDKTN) là một bệnh viêm khớp mạn thường gặp, sau viêm khớp dạng thấp thiếu niên (VKDDTN). Liên quan với HLA – B27
- Bệnh đặc trưng bằng viêm mạn tính các khớp ngoại biên và khớp thân trục, viêm các gân bám, RF và ANA (-).
- Khớp cùng chậu thường bị tổn thương (đặc điểm giúp phân biệt với các bệnh lý viêm khớp mạn tính khác).

### 2. Dịch tễ học

- Tỷ lệ chẩn đoán của bệnh khớp cột sống hoặc viêm cột sống dính khớp thiếu niên trong nhóm bệnh khớp trẻ em 0 – 23%. Tần suất viêm cột sống dính khớp thiếu niên 0,01 – 0,08% (11 – 86/100.000 trẻ)
- Tuổi khởi phát của bệnh : thường muộn ở các trẻ lớn, hoặc lứa tuổi thiếu niên...
- Phái tính: tỷ lệ nam/ nữ là 7 : 1. Bệnh ở nữ thường nhẹ hơn nam.
- Yếu tố cơ địa: giới tính, yếu tố kháng nguyên HLA-B27 được coi như tiền đề của VCSDKTN.
- Tổn thương khớp cùng chậu thường gặp ở nữ nhiều hơn nam.
- Tổn thương khớp ngoại biên thường gặp hơn khớp thân trục, giai đoạn sớm của bệnh.

## II. NGUYÊN NHÂN & CƠ CHẾ BỆNH SINH TỔN THƯƠNG GPB

- Trước đây, VCSDKTN được coi là một thể lâm sàng của bệnh viêm khớp dạng thấp thiếu niên (VKDDTN). Hiện nay, VCSDKTN là một bệnh riêng, với nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh khác với VKDDTN.

### 1. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh :

- Nguyên nhân gây bệnh không rõ. Giả thuyết về yếu tố nhiễm trùng có thể đóng vai trò như yếu tố khởi phát bệnh. Các tác nhân: Yersinia, Chlamydia, Klebsiella, Samonella, Shigella..., có thể đóng vai trò như tác nhân kích thích ban đầu.
- Các giả thuyết gợi ý :
  - HLA-B27 là thụ thể đối với tác nhân gây bệnh.
  - Tác nhân gây bệnh có cấu trúc giống HLA-B27.
  - HLA-B27 nằm ngay cạnh một gen đáp ứng miễn dịch mà bản thân nó chỉ đóng vai trò đại diện, chính gen này đáp ứng với tác nhân gây bệnh và sinh ra bệnh VCSDKTN.
  - Đáp ứng tại chỗ của các tế bào miễn dịch với kháng nguyên vi trùng và mối liên quan với HLA-B27 cho thấy có thể có sự bất chức quyết định KN của vi trùng với chất nền proteoglycans của sụn.
  - Các yếu tố khác: Chấn thương, điều kiện vệ sinh kém, các bệnh nhiễm khuẩn ..., có thể đóng vai trò nhất định làm bệnh xuất hiện.

### 2. Giải phẫu bệnh:

- Màng hoạt dịch và sụn khớp: màng hoạt dịch tăng sinh, thâm nhập tế bào lymphô, plasmocytes. Sụn khớp bị bào mòn. Viêm nội mạc các mạch máu. Sau một thời gian bao khớp, màng hoạt dịch và sụn khớp xơ teo, có hiện tượng vôi hoá, cốt hoá dẫn đến dính khớp.
- Vùng cột sống: tổ chức đệm nằm giữa dây chằng dài trước cột sống và thân đốt sống bị viêm, nhanh chóng khoang này bị vôi hóa và cốt hoá tạo nên hình ảnh cầu xương. Phần dây chằng bên ngoài dày lên và xơ phát triển mạnh, dần dần hiện tượng vôi hoá dưới dây chằng và xơ hoá dây chằng lan rộng toàn bộ cột sống dẫn tới dính cột sống toàn bộ.

## III. LÂM SÀNG

### A. Khởi phát :

1. Tuổi bắt đầu mắc bệnh: khởi phát ở lứa tuổi lớn, thiếu niên. Một số trường hợp bệnh khởi phát sớm ở lứa tuổi nhỏ, thường chẩn đoán nhầm lẫn với viêm khớp dạng thấp thiếu niên; Nam : Nữ = 7:1. Liên quan với HLA-B27.
2. Cách bắt đầu : 70% bắt đầu từ từ, 30% bắt đầu đột ngột bằng các dấu hiệu cấp tính. Một số trường hợp bệnh xuất hiện sau một chấn thương, nhất là những chấn thương có ảnh hưởng đến cột

sống.

### **B. Toàn phát:**

- Biểu hiện chủ yếu là viêm các khớp lớn ở gốc chi (khớp háng và khớp gối), viêm cột sống.
- Đặc điểm chung là sưng đau và hạn chế vận động, teo cơ nhanh, thường đối xứng, đau nhiều về đêm và gần sáng, khớp gối có thể có dịch.
- Giai đoạn đầu của bệnh, không có đặc điểm lâm sàng nào giúp phân biệt giữa tổn thương viêm khớp ngoại biên trong bệnh VCSDKTN với VKDDTN.

#### **1. Viêm khớp :**

- Triệu chứng cơ xương khớp đầu tiên ở trẻ em thường mơ hồ khó xác định vị trí, trẻ than đau ở hông, xương cụt, đùi, gót chân, hoặc quanh vùng vai.
- Tổn thương khớp thân trục ở giai đoạn khởi phát của VCSDKTN chỉ chiếm 24%.
- Tổn thương khớp ngoại biên chiếm đa số ở giai đoạn khởi phát (82%), thường ít khớp, chủ yếu các khớp xa ở chi dưới và khớp háng. Khớp chi chiếm tỷ lệ thấp (16%), có thể gặp viêm khớp bàn đốt bàn tay, khớp thái dương hàm, khớp ức đòn, khớp sụn sườn.

#### **2. Viêm gân bám :**

- Viêm các gân bám là triệu chứng lâm sàng sớm có giá trị giúp phân biệt giữa VCSDKTN và VKDDTN.

- Đây là triệu chứng than phiền chính của trẻ bệnh.

- Viêm gân bám có thể gặp trong bệnh VKDDTN và một số bệnh lý cơ xương khớp khác.

#### **3. Biểu hiện ngoài khớp của bệnh :**

- Biểu hiện toàn thân ở giai đoạn khởi phát của bệnh viêm cột sống dính khớp thiếu niên, chiếm 5-10% với sốt nhẹ.

- Những biểu hiện toàn thân : tiêu chảy, viêm niệu đạo, gợi ý bệnh khớp trong viêm ruột mạn hoặc hội chứng Reiter.

- Những biểu hiện toàn thân khác:

Viêm móng mắt cấp

Bệnh lý tim phổi

Biến chứng của hệ thần kinh

Bệnh thận

Thoái hoá tinh bột

### **IV. CHẨN ĐOÁN**

#### **1. Chẩn đoán xác định :**

- Chẩn đoán khá dễ khi có đầy đủ triệu chứng. Tuy nhiên, tổn thương khớp thân trục và khớp cùng chậu thường xuất hiện muộn, nhiều năm sau khi có biểu hiện viêm khớp ngoại biên (chủ yếu chi dưới).

- Chẩn đoán sớm viêm cột sống dính khớp thiếu niên thường gặp khó khăn và thường nhầm lẫn với viêm khớp dạng thấp thiếu niên.

♦ Thực tế, cần vận dụng kết hợp một số tiêu chuẩn để chẩn đoán VCSDKTN.

#### **1.1 Tiêu chuẩn Nửu Ước :**

(1) Giới hạn cử động của cột sống thắt lưng ở cả ba tư thế cúi ngửa, nghiêng và quay.

(2) Tiền sử / hiện tại có đau vùng thắt lưng hay vùng lưng – thắt lưng (dorso - lombaire)

(3) Biên độ giãn lồng ngực  $\downarrow \leq 2,5$  cm ở mức LS 4.

Biên độ giãn cột sống thắt lưng  $\downarrow < 5$  cm: Schurber test (+)

Chẩn đoán xác định VCSDKTN :

Có thể VCSDKTN: khi có tổn thương viêm khớp cùng chậu hai bên và không kèm theo tiêu chuẩn lâm sàng.

#### **1.2. Tiêu chuẩn AMOR:** dùng phân loại VCSDKTN

| <b>Lâm sàng</b>                                         | <b>Điểm</b> |
|---------------------------------------------------------|-------------|
| Đau vùng lưng và ngực về ban đêm hay cứng khớp          | 1           |
| Viêm ít khớp không đối xứng                             | 2           |
| Đau ụ ngồi từng lúc hay khởi phát khi cử động vùng chậu | 0,5         |
| Ngón sưng biến dạng như khúc dùi                        | 2           |
| Viêm bám gân                                            | 2           |

|                                                                                   |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---|
| Viêm móng mắt                                                                     | 2 |
| Viêm niệu đạo hay viêm cổ tử cung 1 tháng trước khởi phát bệnh                    | 1 |
| Tiêu chảy trong vòng 1 tháng trước khởi phát bệnh                                 | 1 |
| Vẩy nến, chín mé, hoặc viêm ruột mạn                                              | 2 |
| Xquang: Viêm khớp cùng chậu ( $\geq$ GĐ II, nếu 2 bên; $\geq$ GĐ III nếu một bên) | 3 |
| Di truyền: HLA-B27; có tiền căn gia đình bị viêm khớp cột sống thắt lưng chậu     | 2 |
| Điều trị Cải thiện triệu chứng đau trong vòng 48 giờ với NSAIDs                   | 2 |
| Bệnh Reiter, vẩy nến, viêm móng mắt hay bệnh viêm ruột mạn                        | 2 |

Chẩn đoán VCSDKTN xác định khi  $\geq 6$  điểm

(độ nhạy 91,3%; độ chuyên 97,6%)

## 2. Chẩn đoán phân biệt :

2.1 Đối với thể viêm khớp ở gốc chi (gối và háng), cần phân biệt với :

Lao khớp háng : rất dễ nhầm lẫn, chẩn đoán phân biệt có thể dựa vào tiền sử. Hình ảnh viêm khớp cùng chậu chỉ gặp trong VCSDK, không có trong lao khớp háng. Nếu cần có thể sinh thiết bao hoạt dịch khớp.

Chảy máu khớp trong bệnh Hemophilie : sưng đau nhiều đau nhiều đợt khớp gối sau vận động hoặc chấn thương. Phân biệt dựa vào tiền sử hay chảy máu, chọc dịch khớp có máu không đông, xét nghiệm đông máu có nhiều rối loạn.

Viêm khớp dạng thấp thiếu niên : phân biệt ở giới tuổi, đặc tính đau khớp, vị trí khớp đau, dấu hiệu trên phim X quang.

2.2 Đối với thể biểu hiện chủ yếu ở cột sống :

Các bệnh của cột sống : viêm cột sống do vi khuẩn (lao, tụ cầu, thương hàn), thường chỉ bị tổn thương một hai đốt sống. Triệu chứng toàn thân, tại chỗ và X quang có nhiều điểm khác.

Tổn thương cột sống trong bệnh Scheuermann : đau và gù vùng cột sống lưng, không có biểu hiện viêm.

Đau và hạn chế vận động cột sống do các di dạng, di chứng chấn thương.

Các bệnh của khối cơ cạnh cột sống : viêm cơ, chấn thương, chảy máu trong cơ.

Bệnh Forestier : xơ hoá dây chằng quanh cột sống tự phát.

2.2 Nhóm các bệnh cột sống với HLA –B27:

- Hội chứng Reiter (viêm khớp –mắt – niệu đạo).
- Viêm khớp phản ứng
- Viêm khớp vẩy nến thiếu niên.
- Biểu hiện khớp của bệnh viêm ruột mạn (viêm đại trực tràng chảy máu, bệnh Crohn...)
- Viêm khớp mạn tính thiếu niên thể cột sống

## V.CẬN LÂM SÀNG

### 1. Các xét nghiệm chung:

- Công thức máu : không thay đổi nhiều.
- Tốc độ lắng máu tăng cao (90%)
- Sợi huyết tăng (80%)
- Điện di protein huyết thanh : albumin giảm, gamma globulin và alpha 1, 2 tăng.
- Các xét nghiệm miễn dịch phần lớn âm tính : Waaler – Rose, latex, kháng thể kháng nhân, định lượng bổ thể, tế bào Hargraves, ASLO.
- Các xét nghiệm sinh hoá khác: định lượng Ca, P máu, phosphatase kiềm ..., có thể thay đổi nhưng không có giá trị chẩn đoán

**2. Dịch khớp:** biểu hiện viêm không đặc hiệu. Dịch lỏng và nhạt, lượng mucin giảm (test mucin dương tính), số lượng tế bào tăng, nhất là đa nhân trung tính, không có tế bào hình nho, các xét nghiệm khác âm tính.

**3. Kháng nguyên HLA-B27:** (+) cao ở bệnh VCSDKTN (xét nghiệm này chưa phổ biến)

## VI. ĐIỀU TRỊ

A. Điều trị nội khoa:

1. Giai đoạn sớm của bệnh:

Khởi đầu chống viêm không steroid:

– Ibuprofen 30 - 50 mg/kg/ngày

Corticoid tại chỗ có thể phối hợp.

2. Bệnh tiến triển

Nếu bệnh diễn tiến nặng: viêm khớp (tồn tại trên 2-4 tháng) không đáp ứng thuốc chống viêm không steroid đơn thuần hoặc hoạt tính tiến triển nặng (tốc độ lắng máu tăng cao, viêm khớp ngoại biên tiến triển và dính cột sống xuất hiện sớm): chuyển viện tuyến trên.

B. Các phương pháp vật lý :

1. Các biện pháp chống dính khớp, chống tư thế xấu

Khi bệnh đang tiến triển, đau nhiều, để bệnh nhân ở tư thế cơ năng : nằm ngửa trên nền cứng, gối đầu thấp, chân duỗi thẳng hơi gượng. Với tư thế này nếu dính khớp bệnh nhân có thể đi được. Chỉ nên cố định trong thời gian ngắn, khi qua giai đoạn cấp cho vận động lại ngay.

Tập vận động càng sớm càng tốt, vận động ở mọi tư thế và mọi lúc. Đây là biện pháp tốt nhất để chống dính khớp.

2. Các phương pháp phục hồi chức năng vận động

Điều trị bằng nhiệt, chống hiện tượng co cơ.

Dùng nước (bể bơi), nước khoáng

Xoa bóp, thể dục trị liệu.

*Tài liệu tham khảo:*

- *Kho dữ liệu Phác đồ điều trị ngành y tế TPHCM – Bệnh viện Nhi Đồng 1*

## **BỆNH CHỐC** (Impetigo)

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Chốc là một bệnh nhiễm khuẩn da rất phổ biến, đặc biệt trong bối cảnh các thương tổn cơ bản là bỏng nước nông, rải rác, nhanh chóng hoá mủ, dập vỡ đóng vảy tiết. Bệnh hay gặp ở trẻ nhỏ. Do tụ cầu vàng, liên cầu hoặc phối hợp cả hai.

- Yếu tố thuận lợi: tuổi nhỏ, thời tiết nóng ẩm, mùa hè, điều kiện vệ sinh kém hoặc có bệnh da phối hợp như chấy rận, ghẻ, côn trùng cắn, viêm da cơ địa.

### **II. CHẨN ĐOÁN**

#### **1) Chẩn đoán xác định**

Lâm sàng

- Khởi phát là dát đỏ sung huyết, ấn kính hoặc căng da mất màu, kích thước 0,5-1cm đường kính; sau đó bỏng nước nhanh chóng phát triển trên dát đỏ.
- Bọng nước kích thước 0,5-1cm đường kính, nhăn nheo, xung quanh có quầng đỏ viêm, hoá mủ nhanh sau vài giờ thành bọng mủ.
- Bọng nước nhanh chóng dập vỡ, đóng vảy tiết màu vàng nâu hoặc nâu nhạt giống màu mật ong. Nếu cạy vảy sẽ thấy ở dưới là vết trợt nông màu đỏ, bề mặt ẩm ướt. Ở đầu, vảy tiết làm bết tóc.
- Khoảng 7-10 ngày sau, vảy tiết bong đi để lại dát hồng, ẩm ướt, nhăn, ít lâu sau lành hẳn, không để lại sẹo hoặc chỉ để lại dát tăng sắc tố.
- Vị trí: tổn thương thường ở vùng da hở như tay, mặt, cổ, chi dưới; đặc biệt chốc ở đầu thường kèm theo chấy.
- Tổn thương phối hợp khác như: viêm bờ mi, chốc mép hoặc viêm cầu thận nhất là ở trẻ em nhưng tiên lượng lành tính
- Triệu chứng toàn thân: thường không sốt, đôi khi có hạch viêm do phản ứng.
- Triệu chứng cơ năng: ngứa nhiều hoặc ít.
- Tiến triển: các bọng nước lành sau 1-2 tuần, nhưng bệnh có thể dai dẳng do tự lây truyền, vệ sinh kém.
- Cận lâm sàng
- Nhuộm Gram dịch hoặc mủ tại tổn thương thấy cầu khuẩn Gram dương xếp thành chuỗi hoặc từng đám, kèm theo là bạch cầu đa nhân trung tính.
- Nuôi cấy dịch hoặc mủ xác định chủng gây bệnh và làm kháng sinh đồ giúp điều trị những trường hợp khó.

#### **2. Chẩn đoán phân biệt**

- Nấm da
- Thủy đậu
- Herpes simplex
- Hội chứng bong vảy da do tụ cầu (Staphylococcal Scalded Skin Syndrome).

### **III. ĐIỀU TRỊ**

#### **1. Tại chỗ:**

- Ngâm tắm ngày một lần bằng nước thuốc tím loãng 1/10.000 hoặc các dung dịch sát khuẩn khác.
- Bọng nước, bọng mủ: chấm dung dịch màu vào buổi sáng (milian, castellani, dung dịch eosin 2%...)
- Trường hợp nhiều vảy tiết: đắp nước muối sinh lý 9‰, nước thuốc tím 1/10.000 hoặc dung dịch Jarish lên tổn thương, đắp liên tục đến khi bong hết vảy, hoặc bôi mỡ kháng sinh như mỡ mupirocin hoặc kem axit fucidic, erythromycin... ngày hai đến ba lần.
- Toàn thân: chỉ định khi tổn thương nhiều, lan tỏa

**Kháng sinh bước đầu:**

| Kháng sinh | Liều dùng |
|------------|-----------|
|------------|-----------|

|                         |                                       |
|-------------------------|---------------------------------------|
| Cephalexin              | 25 mg/kg/ngày chia 4 lần, uống        |
| Erythromycin            | 30 - 50 mg/kg/ngày chia 3-4 lần, uống |
| Clindamycin             | 10-20mg/kg/ngày chia 3 lần, uống      |
| Amoxicillin/ clavulanic | 30- 50 mg/kg/ngày chia 3 lần, uống    |

### **Kháng sinh bước 2:**

- Oxaciline: 50mg/kg/ ngày chia 3 lần
- Clarithromycin: 15mg/kg/ngày chia 2 lần

Thời gian dùng kháng sinh: 7 - 14 ngày.

**Kháng histamine:** tổng hợp nếu có ngứa ( tuy nhiên cần lưu ý chống chỉ định theo tuổi)

- Kháng histamin H1 thế hệ 1: Dexchlorpheniramin, chlorpheniramin, Diphenhydramin, Promethazin.

- Kháng histamin H1 thế hệ mới: Desloratadin; Loratadin, Cetirizin.
- Nếu chốc kháng thuốc hoặc chốc loét phải điều trị theo kháng sinh đồ
- Nếu có biến chứng: chú trọng điều trị các biến chứng.

### **2. Tiêu chuẩn nhập viện:**

- Chốc lan rộng toàn thân
- Chốc biến chứng viêm da tróc vảy, viêm cầu thận cấp, viêm mô tế bào, viêm mạch bạch huyết

### **3. Hướng dẫn chăm sóc tại nhà:**

- Dùng thuốc theo đúng thời gian - liều lượng của hướng dẫn nhân viên y tế
- Vệ sinh da, tắm rửa hàng ngày
- Phát hiện người bệnh trong gia đình đưa điều trị để tránh lây lan
- Hạn chế tiếp xúc gần
- Dùng khăn tắm, khăn lau mặt riêng, giặt quần áo bằng nước nóng

### **4. Hẹn tái khám**

- Sau 5 ngày
- Khám ngay khi phát hiện dấu hiệu nặng: Sốt cao, bệnh lan rộng, phù, tiểu máu, tiểu ít...

## **IV. BIẾN CHỨNG**

### **1. Tại chỗ**

- Chàm hoá
- Chốc loét
- Viêm quầng, viêm mô bào.

### **2. Toàn thân**

- Viêm đường hô hấp
- Nhiễm khuẩn huyết
- Viêm màng não
- Viêm cơ
- Viêm cầu thận cấp:

## **V. PHÒNG BỆNH**

- Chú ý phòng bệnh cho trẻ nhỏ, nhất là sau khi mắc bệnh do vi rút như sởi.
- Tắm rửa vệ sinh ngoài da, cắt tóc, cắt móng tay.
- Tránh ở lâu những nơi ẩm thấp, thiếu ánh sáng.
- Điều trị sớm và tích cực, tránh chà xát, gãi nhiều gây biến chứng.
- Xét nghiệm nước tiểu cho bệnh nhi vào tuần thứ 3 sau khi khởi phát bệnh để phát hiện biến chứng viêm cầu thận cấp.
- Tránh côn trùng đốt.

**Tài liệu tham khảo: Kho dữ liệu Phác đồ điều trị ngành Y tế TPHCM - Bệnh viện Da Liễu**



## NHỌT ( NHIỄM TRÙNG DA)

### I. ĐẠI CƯƠNG

Nhọt là tình trạng viêm cấp tính gây hoại tử nang lông và tổ chức xung quanh.

Bệnh thường gặp về mùa hè, nam nhiều hơn nữ. Mọi lứa tuổi đều có thể mắc bệnh, tuy nhiên, bệnh thường gặp hơn ở trẻ em.

### II. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân gây bệnh là tụ cầu vàng (*Staphylococcus aureus*).

### III. CHẨN ĐOÁN

#### 1. Lâm sàng

- Sẩn nhỏ, màu đỏ, sưng nề, chắc, tấy đỏ ở nang lông. Sau đó hóa mủ tạo thành ổ áp xe, ở giữa hình thành ngòi mủ.
- Đau nhức
- Vị trí thường gặp là ở đầu, mặt, cổ, lưng, mông và chân, tay
- Triệu chứng toàn thân như sốt, mệt mỏi, hội chứng nhiễm trùng.
- Biểu chứng nhiễm khuẩn huyết có thể gặp, nhất là ở những người suy dinh dưỡng. Nhọt ở vùng môi trên, ở má có thể dẫn đến viêm tĩnh mạch xoang hang và nhiễm khuẩn huyết.
- Nhọt cụm còn gọi là nhọt bầy hay hậu bối gồm một số nhọt xếp thành đám. Bệnh thường gặp ở những người suy dinh dưỡng, giảm miễn dịch hoặc mắc các bệnh mạn tính như tiểu đường, hen phế quản, lao phổi.

- Chẩn đoán phân biệt :viêm nang lông, herpes da lan tỏa, trứng cá và viêm tuyến mồ hôi mủ.

#### 2. Cận lâm sàng

- Tăng bạch cầu trong máu ngoại vi.
- Máu lắng tăng.
- Mô bệnh học: ổ áp xe ở nang lông, cấu trúc nang lông bị phá vỡ, giữa là tổ chức hoại tử, xung quanh thâm nhập nhiều các tế bào viêm, chủ yếu là bạch cầu đa nhân trung tính.
- Nuôi cấy mủ có tụ cầu vàng phát triển.

### IV. ĐIỀU TRỊ

#### 1. Nguyên tắc chung

- Vệ sinh cá nhân
- Điều trị chống nhiễm khuẩn toàn thân và tại chỗ
- Nâng cao thể trạng

#### 2. Điều trị cụ thể

- Vệ sinh cá nhân: rửa tay thường xuyên bằng xà phòng, tránh tự lấy nhiễm ra
- các vùng da khác.
- Điều trị tại chỗ
- + Ở giai đoạn sớm, chưa có mủ: không nặn, kích thích vào thương tổn; bôi dung dịch sát khuẩn ngày 2-4 lần
- Giai đoạn có mủ: cần phẫu thuật rạch rộng làm sạch thương tổn.
- Dung dịch sát khuẩn:
- Povidon-iodin 10%
- Thuốc kháng sinh tại chỗ: dùng một trong các thuốc sau:
- Kem hoặc mỡ axit fucidic 2% bôi 1- 2 lần ngày.
- Kháng sinh toàn thân: Nếu chăm sóc tại chỗ không hiệu quả, sang thương lan rộng hay có dấu hiệu toàn thân
- Kháng sinh ban đầu: cefadroxyl, cephalixin, oxacillin, cloxacillin
- Kháng sinh bước 2: Amox - clavulanate, cefuroxime
- Bệnh nhân dị ứng penicillin có thể dùng Macrolide ( Erythromycin, clarithromycin và azithromycin) hay clindamycin.
- Macrolide ( Erythromycin, clarithromycin và azithromycin) hay clindamycin không nên dùng cho các nhiễm trùng nặng do tụ cầu vàng.

- Liều dùng kháng sinh dạng uống:
  - . Cefadroxil: 30mg/kg/ngày chia mỗi 12 giờ
  - . cephalexin: 25 - 50mg/kg/ngày chia mỗi 6 -12 giờ
  - . Oxacillin: 25 - 50mg/kg/ ngày chia mỗi 6 giờ
  - . Cloxacillin: 25 - 50mg/kg/ngày chia mỗi 6 giờ
  - . Amoxicillin/clavulanate: 20 - 40mg/kg/ngày chia mỗi 8 giờ
  - . Cefuroxime: 30mg/kg/ngày chia mỗi 12 giờ
  - . Clindamycin: 10 - 30mg/kg/ngày chia mỗi 6 - 8 giờ

### **3. Tiêu chuẩn nhập viện**

- Có triệu chứng toàn thân: sốt cao, rét run, đỏ da
- Tổn thương da nặng: hoại tử, lan rộng nhiều nơi, có bóng nước, xuất huyết hoặc da chuyển màu tím tái, kèm hạch sưng to và đau
- Nhiễm trùng da có biến chứng apxe, viêm hạch bạch huyết, viêm hạch...
- Có bệnh mạn tính kèm theo hoặc không đáp ứng điều trị sau 2 ngày

### **4. Hướng dẫn chăm sóc và theo dõi tại nhà**

- Ở nơi thoáng mát, quần áo rộng rãi, tránh ứ đọng mồ hôi
- Cắt móng tay trẻ, tránh gãi ngứa, gãi trầy sát da
- Tổn thương ở da đầu nên cắt ngắn tóc vùng da bệnh
- Tắm bé hàng ngày
- Không được nặn mụn
- Dinh dưỡng đủ chất.

## **V. PHÒNG BỆNH**

- Vệ sinh cá nhân sạch sẽ: cắt móng tay, rửa tay hàng ngày.
- Tránh sử dụng các sản phẩm gây kích ứng da.
- Nâng cao thể trạng.

*Tài liệu tham khảo: Kho dữ liệu Phác đồ điều trị ngành Y tế TPHCM - Bệnh viện Da Liễu*

# TRÚNG CÁ (Acne)

## I. ĐỊNH NGHĨA

Trúng cá (acne) là bệnh da thông thường gây nên do tăng tiết chất bã và viêm của hệ thống nang lông tuyến bã.

Bệnh biểu hiện bằng nhiều loại tổn thương khác nhau như: mụn cám, sẩn, sẩn viêm, mụn mủ, mụn bọc, nang...khu trú ở vị trí tiết nhiều chất bã nhờn: mặt, lưng, ngực.

Khoảng 80% trường hợp trúng cá gặp ở tuổi thanh thiếu niên, đặc biệt giai đoạn dậy thì.

Trúng cá không ảnh hưởng nghiêm trọng đến tính mạng, tuy nhiên, do tồn tại dai dẳng, mụn, sẩn hay sẹo lõm, sẹo lồi ở vùng mặt ảnh hưởng tới thẩm mỹ và chất lượng cuộc sống người bệnh.

## II. CĂN NGUYÊN, BỆNH SINH

Mụn trúng cá được hình thành dưới tác động của 3 yếu tố chính. Đó là tăng sản xuất chất bã, sừng hóa cổ nang lông và vai trò của vi khuẩn *Propionibacterium acnes*.

### 1. Tăng tiết chất bã

Tuyến bã chịu sự điều tiết hoạt động của các hormon, đặc biệt là hormon sinh dục nam, các hormon này kích thích tuyến bã hoạt động và phát triển thể tích làm tăng bài tiết chất bã lên nhiều lần.

### 2. Sừng hóa cổ nang lông

Cổ nang lông tuyến bã bị sừng hóa làm ống bài xuất tuyến bã bị hẹp lại, chất bã không thoát ra ngoài được nên bị ứ đọng lại trong lòng tuyến bã, lâu ngày bị cô đặc lại hình thành nhân trúng cá.

### 3. Sự gia tăng hoạt động của vi khuẩn *Propionibacterium acnes* (*P. acnes*)

Bình thường *P. acnes* cư trú ở da một cách vô hại. Khi các lỗ nang lông bị ứ lại, các chất bã và tế bào chết sẽ tạo nên môi trường kỵ khí và *P. acnes* có thể phát triển, trở nên gây bệnh.

### 4. Một số yếu tố khác liên quan đến hình thành mụn trúng cá

- Tuổi: trúng cá thường gặp ở tuổi thanh thiếu niên, 90% trường hợp ở lứa tuổi 13-19, sau đó bệnh giảm dần, nhưng trúng cá có thể bắt đầu ở tuổi 20-30 hoặc muộn hơn, thậm chí tới tuổi 50-59.
- Giới: bệnh gặp ở nữ nhiều hơn nam, tỷ lệ nữ/nam gần bằng 2/1, nhưng bệnh ở nam thường nặng hơn ở nữ.
- Yếu tố gia đình: có ảnh hưởng rõ rệt đến bệnh trúng cá. Theo Goulden, cứ 100 bệnh nhân bị trúng cá thì 50% có tiền sử gia đình.
- Yếu tố thời tiết, chủng tộc: khí hậu nóng ẩm, hanh khô liên quan đến bệnh trúng cá; người da trắng và da vàng bị bệnh trúng cá nhiều hơn người da đen.
- Yếu tố nghề nghiệp: khi tiếp xúc với dầu mỡ, với ánh nắng nhiều...làm tăng khả năng bị bệnh.
- Yếu tố stress: có thể gây nên bệnh hoặc làm tăng nặng bệnh trúng cá.
- Chế độ ăn: một số thức ăn có thể làm tăng bệnh trúng cá như sô-cô-la, đường, bơ, cà phê...
- Các bệnh nội tiết: một số bệnh như Cushing, bệnh cường giáp trạng, bệnh buồng trứng đa nang...làm tăng trúng cá.
- Thuốc: một số thuốc làm tăng trúng cá, trong đó thường gặp là corticoid, isoniazid, thuốc có nhóm halogen, androgen (testosteron), lithium...
- Một số nguyên nhân tại chỗ: vệ sinh da mặt, chà xát, nặn bóp không đúng phương pháp và lạm dụng mỹ phẩm làm ảnh hưởng đến bệnh trúng cá.

## III. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

### 1. Trúng cá thể thông thường (acne vulgaris)

Là hình thái thường gặp nhất của trúng cá với các thương tổn rất đa dạng như sau:

- Bắt đầu từ tuổi dậy thì, trên nền da nhờn xuất hiện các tổn thương nhân trúng cá (comedon) hay mụn đầu đen do chất bã bài tiết và tế bào biểu mô cô đặc lại. Sau đó, tùy mức độ viêm nhiều hay ít, nông hoặc sâu mà có các tổn thương như mụn đầu đen, đầu trắng, sẩn, mụn mủ, mụn bọc hay ổ áp xe.
- Vị trí thường gặp là ở mặt, trán, cằm, má, phần trên lưng, trước ngực; ít khi xuống quá thắt lưng.

### 2. Các thể lâm sàng trúng cá nặng

- Trúng cá dạng cục, dạng kén: hay gặp ở nam. Tổn thương sâu hơn trúng cá thường và hình thành các kén có nguồn gốc nang lông. Vị trí thường gặp là mặt, cổ, xung quanh tai.
- Trúng cá bọc (acne conglobata): là loại trúng cá mủ mạn tính, dai dẳng. Bắt đầu ở tuổi thiếu niên, có tổn thương dạng cục, hay để lại lỗ dò, luôn luôn để lại sẹo lõm.

- Trứng cá tối cấp (còn gọi là trứng cá bọc cấp tính, trứng cá có sốt và loét):
- Bệnh xảy ra đột ngột với sốt, mệt mỏi, tăng bạch cầu đa nhân, hồng ban nút và các tổn thương trứng cá.

### 3. Các thể lâm sàng khác

- Trứng cá trẻ sơ sinh: xảy ra trong tháng đầu của trẻ sơ sinh. Tổn thương sẩn bằng đầu ghim ở tháp mũi, má, trán. Tồn tại 5-7 ngày.
- Trứng cá do thuốc: do thuốc nội tiết, Azathioprin, thuốc có iod, thuốc tránh thai. Corticoid có thể gây trứng cá ở mặt, lưng, phía ngoài 2 cánh tay, thương tổn không có nhân.
- Trứng cá muộn ở phụ nữ: gặp ở phụ nữ từ 30-40 tuổi, nguyên nhân do cường nội tiết sinh dục (nhất là buồng trứng), thường kèm theo rụng tóc.
- Trứng cá do hóa chất: do mỹ phẩm, do các chất halogen (clor, brom, iod), do xăng, dầu (còn gọi trứng cá hạt dầu: thường ở vùng mu bàn tay, cẳng tay, không có nhân)

## IV. CHẨN ĐOÁN

**1. Chẩn đoán xác định:** chủ yếu dựa vào lâm sàng: mụn cám, sẩn, mụn mủ, mụn bọc, nang, tập trung chủ yếu ở vùng tiết nhiều chất bã như mặt, lưng, ngực; ít khi xuống quá thắt lưng.

### 2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm nang lông
- Giang mai 2 dạng trứng cá
- Dày sừng quanh nang lông
- Á lao sẩn hoại tử

### 3. Phân độ trứng cá

Theo Karen McCoy (2008), bệnh trứng cá chia thành ba mức độ sau:

- Mức độ nhẹ: dưới 20 tổn thương không viêm, hoặc dưới 15 tổn thương viêm hoặc tổng số lượng tổn thương dưới 30.
- Mức độ vừa: có 20-100 tổn thương không viêm hoặc 15- 50 tổn thương viêm, hoặc 20-125 tổng tổn thương.
- Mức độ nặng: trên 5 nang, cục hoặc trên 100 tổn thương không viêm, hoặc tổng tổn thương viêm trên 50 hoặc trên 125 tổng tổn thương.

## V. ĐIỀU TRỊ

### 1. Mục tiêu

- Chống tiết nhiều chất bã
- Chống dày sừng cổ tuyến bã
- Chống nhiễm khuẩn

### 2. Thuốc điều trị

*Thuốc bôi tại chỗ*

Có thể sử dụng một trong các thuốc sau:

- Retinoid
  - + Tác dụng: tiêu nhân mụn, ngăn sự hình thành nhân mụn, chống viêm...
  - + Tác dụng phụ: thường gặp nhất là khô da, đỏ da, kích ứng da, hồng ban tróc vảy, nhạy cảm ánh sáng...thường trong tháng đầu điều trị, nhưng cũng có thể trong suốt quá trình điều trị.
- Benzoyl peroxid
  - + Tác dụng: diệt khuẩn với phổ tác dụng rộng. Thuốc làm giảm đáng kể *P.acnes* và acid béo tự do ở tuyến bã, ngoài ra tác dụng chống viêm và tiêu nhân mụn.
  - + Dạng thuốc: cream, gel và chất làm sạch có nồng độ từ 2,5-10%.
  - + Tác dụng phụ: thường gặp nhất là khô da và nhạy cảm ánh sáng. Nên bôi thuốc vào buổi chiều tối để làm giảm nhạy cảm ánh sáng.
- Kháng sinh
  - + Tác dụng: diệt *P. acnes*, chống viêm trực tiếp thông qua ức chế sự hóa ứng động của bạch cầu trung tính.
  - + Dạng thuốc: dung dịch tan trong cồn (ví dụ clindamycin và erythromycin) hoặc gel và lotion để làm giảm kích thích da. Hiện nay dùng dạng phối hợp thuốc có thể làm giảm sự đề kháng (ví dụ erythromycin 3% với benzoyl peroxid 5% hay

clindamycin 1% với benzoyl peroxide 5%).

- Acid azelaic

- + Tác dụng: ngăn chặn nhân mụn, kìm khuẩn.

- + Dạng thuốc: cream 20%.

- + Tác dụng phụ: ngứa và cảm giác bỏng tại chỗ.

- Lưu ý: có thể phối hợp các loại thuốc bôi nếu bệnh dai dẳng hay tái phát (không phối hợp các chế phẩm thuộc nhóm cyclin với retinoid).

*Thuốc dùng toàn thân*

- Kháng sinh

- + Doxycyclin: 100 mg/ngày x 30 ngày sau đó 50 mg/ngày x 2-3 tháng.

- + Tetracyclin 1,5 g x 8 ngày hoặc 0,25 g/ngày x 30 ngày (hoặc cho đến khi khỏi).

- + Trường hợp không có chỉ định của nhóm cycline, có thể dùng kháng sinh nhóm macrolide thay thế.

Tác dụng phụ: thuốc gây nhạy cảm với ánh sáng (tetracyclin, doxycyclin), rối loạn tiêu hóa (erythromycin).

- Isotretinoin

- + Tác dụng: ức chế sự sản xuất chất bã, thúc đẩy quá trình tiêu sừng.

- + Liều dùng: tấn công: 0,5-1 mg/kg/ngày x 4 tháng. Duy trì: 0,2-0,3 mg/kg/ngày x 2-3 tháng.

- + Tác dụng phụ: khô da, bong da, môi, loét miệng, kích thích mắt. Lưu ý: không dùng thuốc trong thời kỳ mang thai, cho con bú vì nguy cơ gây quái thai (khớp sọ thoái hoá nhanh gây não bé, khó đẻ).

Dùng phối hợp với tetracyclin làm tăng áp lực nội sọ, gây u. Không dùng cho trẻ dưới 16 tuổi.

- Hormon: thuốc đối kháng androgen có nguồn gốc tự nhiên.

- + Cách dùng: vỉ 21 viên, bắt đầu uống viên đầu tiên khi có hành kinh, mỗi ngày uống 1 viên, nghỉ 7 ngày. Thời gian dùng thuốc từ 3-6 tháng.

- + Thuốc có nhiều tác dụng phụ nên cần có chỉ định và theo dõi của thầy thuốc chuyên khoa

- Thuốc khác: vitamin B2; biotin; bepanthen; kẽm.

## **VI. TƯ VẤN**

- Hạn chế dùng thuốc có chứa các chất thuộc nhóm halogen, corticoid.

- Rửa mặt bằng xà phòng.

- Ăn ít đường, chocolate, chất béo, đồ rán.

- Tránh làm việc quá sức, stress tâm lý.

*Tài liệu tham khảo: Kho dữ liệu Phác đồ điều trị ngành Y tế TPHCM - Bệnh viện Da Liễu*

# **DỊ ỨNG THỨC ĂN** (Food Allergy)

## **I. ĐẠI CƯƠNG**

- Phản ứng bất lợi do thức ăn được định nghĩa là tất cả các phản ứng xảy ra sau ăn.
- Dị ứng thức ăn được định nghĩa là các phản ứng xảy ra sau ăn do đáp ứng bất thường của hệ miễn dịch với thành phần của thức ăn, có thể thông qua IgE, không IgE hoặc phối hợp cả hai.
- Tình trạng không dung nạp thức ăn là các phản ứng xảy ra sau ăn không thông qua cơ chế miễn dịch.

## **II. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG**

### **1. Lâm sàng**

- Biểu hiện lâm sàng của dị ứng thức ăn rất đa dạng và phức tạp phụ thuộc vào nhiều yếu tố như tuổi, loại thức ăn, cơ chế bệnh sinh.
- Biểu hiện lâm sàng các phản ứng dị ứng thức ăn nhanh loại I, qua trung gian IgE. Phản ứng dị ứng thức ăn trung gian IgE thường khởi phát nhanh, từ một vài phút tới 2 giờ sau ăn, một số trường hợp phản ứng có thể muộn hơn khoảng 4-6 giờ. Các biểu hiện lâm sàng hay gặp như mày đay, phù mạch, VMDU, SPV.
- Mày đay và phù mạch: Mày đay cấp và phù mạch là hai biểu hiện lâm sàng trên da hay gặp nhất của dị ứng thức ăn, thường xuất hiện sau ăn một vài phút tới 1 giờ. Mày đay mạn do thức ăn rất hiếm gặp.
- Viêm mũi/ VKM dị ứng: triệu chứng VKM, viêm mũi thường xuất hiện kèm theo các triệu chứng toàn thân, ít xảy ra đơn độc. Bệnh nhân thường có ngạt mũi, ngứa mũi, chảy nước mũi, ho, thay đổi giọng nói, đôi khi có cả tiếng rít khi thở, đỏ mắt, ngứa mắt, chảy nước mắt, một vài phút tới 1 giờ sau ăn. Một số công nhân làm việc tại xưởng sản xuất thức ăn sẽ xuất hiện bệnh nghề nghiệp như VMDU, HPQ.
- Biểu hiện tại đường tiêu hóa: các triệu chứng lâm sàng dạ dày ruột do dị ứng thức ăn thông qua IgE bao gồm buồn nôn, nôn, đau bụng, thường xuất hiện sau một vài phút tới 2 giờ sau ăn, tuy nhiên triệu chứng của đường tiêu hóa thấp như tiêu chảy thường xuất hiện muộn hơn từ 2 đến 6 giờ. SPV do thức ăn: chiếm tới 50% các trường hợp SPV tại phòng cấp cứu, thường gặp do lạc, các loại đậu, thủy hải sản. SPV do thức ăn có thể xuất hiện hai pha với các biểu hiện như tụt huyết áp, rối loạn nhịp tim, mày đay, ban
- đỏ, phù Quincke, khó thở..., có thể gây tử vong nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời.
- SPV do thức ăn sau hoạt động thể lực: gặp nhiều ở người trưởng thành, phần lớn liên quan tới một hoặc hai loại thức ăn cụ thể như bột mỳ, hải sản. Người bệnh sẽ xuất hiện triệu chứng sốc nếu hoạt động thể lực sau ăn 15-30 phút, nhưng sẽ không có triệu chứng nếu không có hoạt động thể lực.
- Hội chứng miệng dị ứng do thức ăn: gặp ở 40 % người bệnh VMDU do phản hoa, nguyên nhân được cho là do các protein bị cắt đứt do nhiệt trong quá trình nấu chín thức ăn và có phản ứng chéo với các dị nguyên phản hoa. Triệu chứng như ngứa trong khoang miệng, sưng môi, sưng lưỡi, cổ họng đau, ngứa sau ăn thức ăn tươi, hoa quả, rau củ chưa nấu chín... xuất hiện chỉ một vài phút sau khi ăn. Khoảng 10% người bệnh có triệu chứng toàn thân, trong đó, 1-
  - 2% có SPV. Triệu chứng lâm sàng thường không xuất hiện khi ăn thức ăn được nấu chín.
  - Viêm da dị ứng: có liên quan mật thiết với dị ứng thức ăn, 40% trẻ em viêm da dị ứng có mẫn cảm với thức ăn.
  - HPQ: thường gặp ở những người làm việc lâu dài tại các nhà máy sản xuất thực phẩm.
  - Biểu hiện lâm sàng các phản ứng dị ứng thức ăn không qua trung gian IgE: thường là các phản ứng dị ứng bán cấp hoặc mạn tính, triệu chứng chủ yếu biểu hiện tại đường tiêu hóa.
  - Viêm ruột do thức ăn: thường gặp ở trẻ nhỏ dưới 9 tháng tuổi, nhất là trong nhóm 1 tuần đến 3 tháng tuổi, với các triệu chứng mạn tính như nôn, tiêu chảy, phân đen, kém hấp thu sau ăn như sữa bò, đậu nành, ít gặp ở trẻ được nuôi bằng sữa mẹ. Phần lớn trẻ bị bệnh sẽ dung nạp với thức ăn sau 3 tuổi.
  - Viêm trực tràng do thức ăn: thường gặp ở tháng đầu sau sinh, biểu hiện chủ yếu là có hồng cầu trong phân, thường gây ra do sữa bò, đậu nành, hiếm khi do thức ăn khác.
  - Bệnh Celiac: đặc trưng bởi tình trạng ruột non nhạy cảm với gluten có trong thức ăn do yếu tố di truyền, thường khởi phát muộn từ 10- 40 tuổi, gặp ở khoảng 0.5-1% dân số. Các loại ngũ cốc như lúa

mì, lúa mạch, và lúa mạch đen chứa nhiều gluten là những nguyên nhân thường gặp nhất. Bệnh biểu hiện chủ yếu tại đường tiêu hóa như đau bụng, rối loạn tiêu hóa, kém hấp thu, tiêu chảy nôn, đi ngoài ra máu. Người bệnh cũng có thể bị chậm phát triển về thể chất và trí tuệ, bất thường về hệ răng, xương, viêm khớp, tăng men gan, thiếu sắt... Bệnh có biểu hiện lâm sàng đa dạng nhưng không đặc hiệu nên thường khó chẩn đoán.

- Bệnh phổi nhiễm sắt do thức ăn (hội chứng Heiner): hiếm gặp, biểu hiện viêm phổi ở trẻ nhỏ tái diễn nhiều lần, giảm sắt huyết thanh, tăng thâm nhiễm sắt tại phổi. Sữa bò là nguyên nhân hay gặp nhất.

- Các biểu hiện lâm sàng rối loạn đường tiêu hóa tăng bạch cầu ái toan: đặc trưng bởi các triệu chứng rối loạn chức năng đường tiêu hóa sau ăn kèm theo tăng BC ái toan tại đường tiêu hóa trên mô bệnh học.

- Viêm thực quản tăng bạch cầu ái toan: Bệnh gặp ở trẻ với biểu hiện nôn, khó nuốt, đau bụng, thất bại khi điều trị bằng các thuốc chống bài tiết acid, một số người bệnh có bệnh lý dị ứng kèm theo như VDDU, VMDU. Thức ăn hay gặp như sữa bò, đậu nành, ngô, lúa mì, và thịt bò.

- Viêm dạ dày- ruột tăng bạch cầu ái toan: gặp ở mọi lứa tuổi với biểu hiện nôn, đau bụng, tiêu chảy, kém hấp thu, giảm cân, đa số người bệnh có các bệnh lý dị ứng kèm theo như VDDU, HPQ, VMDU.

## 2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm cơ bản: Đánh giá toàn trạng và các bệnh lý phối hợp

- Xét nghiệm đặc hiệu: Xác định nguyên nhân dị ứng thức ăn và mức độ nghiêm trọng của bệnh.

- Xét nghiệm lấy da với dị nguyên thức ăn: Đây là phương pháp đơn giản thường được sử dụng để đánh giá các dị nguyên thức ăn nghi ngờ gây dị ứng qua trung gian kháng thể IgE, xét nghiệm này rất có giá trị nếu âm tính vì giá trị xét nghiệm âm tính rất cao trên 95%, tuy nhiên giá trị xét nghiệm dương tính lại khá thấp khoảng 50%, do đó không thể chẩn đoán xác định khi chỉ dựa vào xét nghiệm lấy da dương tính với thức ăn nghi ngờ.

- Định lượng IgE đặc hiệu với dị nguyên thức ăn: Đây là xét nghiệm sàng lọc dị ứng thức ăn rất có ý nghĩa trên lâm sàng, tuy nhiên chi phí cao. Cũng giống như xét nghiệm lấy da, giá trị xét nghiệm âm tính rất cao, có ý nghĩa trong việc chẩn đoán loại trừ dị ứng thức ăn, nhưng giá trị chẩn đoán dương tính lại thấp, độ nhạy của xét nghiệm này thấp hơn xét nghiệm lấy da. Nồng độ IgE đặc hiệu có tương quan với mức độ biểu hiện lâm sàng.

- Xét nghiệm áp với dị nguyên thức ăn: xét nghiệm này nhằm đánh giá các dị nguyên thức ăn nghi ngờ gây dị ứng không qua trung gian IgE. Xét nghiệm kích thích với thức ăn: xét nghiệm kích thích mũi, có đối chứng vẫn được xem là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán dị ứng thức ăn.

## III. CHẨN ĐOÁN

### 1. Chẩn đoán xác định

- Tiền sử: Tiền sử người bệnh dị ứng thức ăn được xem là công cụ chẩn đoán hữu hiệu nhất trong chẩn đoán dị ứng thức ăn, bác sĩ hỏi bệnh để làm sáng tỏ tình trạng dị ứng thức ăn của người bệnh dựa vào các câu hỏi như:

Thời gian xảy ra phản ứng dị ứng, hay chậm sau ăn, thời gian cụ thể?

Phản ứng xảy ra thường kết hợp với loại thức ăn nào?

Trong cùng bữa ăn đó có bao nhiêu người có phản ứng tương tự, hay chỉ có người bệnh có triệu chứng?

Người bệnh xuất hiện phản ứng tương tự bao nhiêu lần trước khi đến khám, mức độ phản ứng có phụ thuộc vào lượng thức ăn không?

Thức ăn sau khi ăn gây ra phản ứng dị ứng là thức ăn chín hay thức ăn vẫn còn tươi, sống?

Thức ăn được ăn cùng thời điểm với thức ăn nghi ngờ dị ứng?

- Thông tin chi tiết về thực phẩm mà người bệnh đã ăn: Đôi khi bác sĩ

- không thể chẩn đoán dị ứng thức ăn dựa vào tiền sử, khi đó bác sĩ cần yêu cầu

- người bệnh ghi chép lại thông tin về thành phần bữa ăn chi tiết và thời gian

- cũng như các triệu chứng dị ứng xảy ra sau ăn.

- Chế độ ăn uống loại bỏ thức ăn nghi ngờ gây ra phản ứng dị ứng: Dưới sự hướng dẫn và quan sát theo dõi của bác sĩ người bệnh không ăn thức ăn nghi ngờ, nếu sau khi người bệnh loại bỏ không ăn các thức ăn này, các triệu chứng biến mất, bác sĩ có thể định hướng được chẩn đoán thức ăn gây ra

phản ứng dị ứng, và sau đó người bệnh được cho ăn trở lại loại thức ăn đó mà có phản ứng dị ứng xảy ra thì có thể chẩn đoán xác định được, tuy nhiên đây là phương pháp mạo hiểm do phản ứng nghiêm trọng có thể xảy ra, nên chỉ được áp dụng tại các trung tâm y tế lớn, có đủ trang thiết bị cũng như nguồn nhân lực cấp cứu, dưới sự theo dõi chặt chẽ của bác sĩ chuyên khoa.

– Dựa vào xét nghiệm: Sau khi hỏi tiền sử, thông tin chi tiết về chế độ ăn liên quan tới các phản ứng dị ứng, chế độ ăn loại bỏ thức ăn nghi ngờ mà vẫn chưa chẩn đoán xác định được thức ăn gây ra phản ứng dị ứng, bác sĩ có thể sử dụng các xét nghiệm hỗ trợ trong chẩn đoán như xét nghiệm trên da, định lượng IgE đặc hiệu với thức ăn trong máu, và có thể cân nhắc làm xét nghiệm kích thích với thức ăn.

#### IV. ĐIỀU TRỊ

1. **Chế độ ăn không có thức ăn gây dị ứng:** đây là phương pháp điều trị hiệu quả nhất trong dị ứng thức ăn, thức ăn gây dị ứng phải được loại bỏ khỏi khẩu phần ăn của người bệnh, người bệnh cần đọc kỹ các thành phần trong thức ăn trước khi ăn các thực phẩm chế biến sẵn, hoặc tự chuẩn bị thức ăn cho riêng mình.

2. **Điều trị triệu chứng do phản ứng dị ứng với thức ăn:** Có nhiều loại thuốc để điều trị triệu chứng do phản ứng dị ứng với thức ăn, tùy thuộc vào mức độ nghiêm trọng của phản ứng dị ứng, loại phản ứng dị ứng.

– Kháng histamine: là thuốc quan trọng điều trị các triệu chứng lâm sàng như ngứa, mày đay- phù Quincke, triệu chứng viêm mũi- kết mạc, triệu chứng của dạ dày

Kháng histamine H1 thế hệ 1: diphenhydramine, hydroxyzine, loratadine, fexofenadine, desloratadine... (Liều dùng tham khảo bài Các thuốc kháng histamin H1)

Kháng histamine H2: ranitidine 1-2mg/kg/ lần liều tối đa 75-150 mg, uống hoặc tiêm tĩnh mạch.

– Corticosteroid đường toàn thân: được chỉ định trong những trường hợp phản ứng dị ứng nặng, có thể dùng đường uống hoặc đường tĩnh mạch liều methylprednisolone 0,5-1 mg/kg/ ngày, liều tối đa là 80mg, giảm liều khi triệu chứng cải thiện.

– Adrenaline: là thuốc quan trọng nhất trong điều trị SPV do thức ăn.

Trẻ em nặng 10-25kg: adrenaline 0,15mg tiêm bắp

Trẻ em nặng > 25kg, adrenaline 0.3mg tiêm bắp

Người lớn, adrenaline (1:1.000) 0,01mg/kg/ lần, tối đa 0.5mg/ lần

Adrenaline cần nhắc lại sau mỗi 5-15 phút nếu cần

– Thuốc giãn phế quản

Salbutamol MDI trẻ em 4-8 nhát xịt, người lớn 8 nhát xịt

Hoặc dạng khí dung trẻ em 1.5ml, người lớn 3ml, nhắc lại sau mỗi 20 phút nếu cần.

– Các thuốc co mạch khác khi điều trị thất bại với Adrenaline: Glucagon có thể được sử dụng với liều 20-30 µg /kg ở trẻ em, 1-5mg hoặc truyền tĩnh mạch liều 5-15 µg/ phút ở người lớn.

– Thở oxy khi có suy hô hấp, truyền dịch

#### V. DỰ PHÒNG

– Trẻ em phải được nuôi bằng sữa mẹ ít nhất 4-6 tháng tuổi.

– Tiêm vaccine an toàn ở trẻ dị ứng thức ăn.

– Giáo dục cho người bệnh, và gia đình cũng như thầy cô tại trường học của người bệnh thông tin về bệnh, cách phòng tránh và điều trị cấp cứu ban đầu khi có phản ứng dị ứng xảy ra.

– Xây dựng và cung cấp cho người bệnh, gia đình người bệnh danh sách thức ăn dị ứng.

– Phát hiện và điều trị các bệnh dị ứng kèm theo như hen, VMDU, dị ứng thuốc.

– Hướng dẫn cách sử dụng thuốc epinephrine dạng bơm tiêm tự động cho người bệnh, gia đình người bệnh nếu có phản ứng SPV xảy ra.

*Tài liệu tham khảo: Kho dữ liệu Phác đồ điều trị ngành Y tế TPHCM - Bệnh viện Da Liễu*



## CHĂM SỬA Ở TRẺ EM

### I./ ĐỊNH NGHĨA

– Chàm sữa (lác sữa) là dạng chàm thể tạng từ 2 tháng đến 2 tuổi có đặc tính là bệnh viêm da mạn tính, không lây, có tiền sử bản thân hay gia đình có cơ địa dị ứng. Tổn thương da ở vị trí điển hình là hai má

Phân loại:

- Cấp tính: nổi hồng ban, mụn nước, bóng nước, rỉ dịch, đóng mảy, ngứa dữ dội.
- Mạn tính: rất, mảng da dày, khô, ráp, và tróc vảy với nhiều rãnh ngang dọc, kèm theo thay đổi sắc tố da sau viêm.
- Bán cấp: sang thương trung gian giữa giai đoạn cấp và mạn tính.

### II./ ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN

#### 1. **Hỏi bệnh:**

- Những yếu tố làm bệnh nặng hơn:
  - Các dị ứng nguyên: thức ăn, sữa công thức, không khí, thú nuôi...
  - Các chất kích ứng da như xà bông, bột giặt, thuốc tẩy, vải len, khói thuốc...
  - Khí hậu nóng lạnh hay khô
  - nhiễm trùng, nhiễm siêu vi.
  - Da khô do tắm rửa lâu, nhiều lần.

- Tiền sử bản thân hay gia đình bệnh dị ứng.
- Các triệu chứng: ngứa sốt, bệnh tái đi tái lại, thuốc đã dùng.

#### 2. **Khám lâm sàng:**

– Đặc điểm sang thương: khởi đầu hồng ban sẩn mụn nước rịn nước đóng mảy tróc vảy. Vị trí thường ở hai má đối xứng, có thể lan cằm, da đầu, trán, nhưng không có mắt mũi miệng. Nặng có thể lan đến mặt dưới cánh tay, khuỷu, đầu gối, thân mình, tứ chi nhưng vùng tả lót vùng nách không bị ảnh hưởng.

- Dấu hiệu biến chứng: chàm bị chốc hóa, viêm da mụn mủ dạng thủy đậu.

#### 3. **Cận lâm sàng:** không có xét nghiệm thường quy.

### III./ CHẨN ĐOÁN

#### 1. **Chẩn đoán xác định:** chủ yếu dựa vào lâm sàng

#### 2. **Chẩn đoán phân biệt:**

- Chốc lây: thương tổn căn bản là mụn nước, bóng nước, nhanh chóng thành mụn mủ, rồi vỡ và khô đi, đóng mảy dày có màu vàng mật ong.
- Mề đay vùng mặt: sang thương sẩn phù rải rác, không đối xứng.
- Vẩy phấn trắng: vùng da giảm sắc tố ở má, tay và thân trên, có màu trắng, giới hạn tương đối rõ, và có thể có ít vảy mịn.

### IV./ XỬ TRÍ

#### 1. **Nguyên tắc điều trị:**

- Chăm sóc da và điều trị làm ẩm da.
- Điều trị kháng viêm
- Điều trị ngứa.

#### 2. **Điều trị đặc hiệu:**

- Giữ ẩm:
  - Có thể dùng một trong các sản phẩm như: Cetaphil, Ceradan, Physiogel... giúp giảm độ nặng và tần suất tái phát, giảm nhu cầu sử dụng corticoid, phục hồi hàng rào bảo vệ da.
- Thoa chất giữ ẩm trong vòng 3 phút sau khi tắm, ngày 2-4 lần.
- Chống viêm: dùng corticoid thoa tại chỗ trong giai đoạn cấp: hydrocortisone 1%, Clobetasone butyrate 0.05% thoa 1-2 lần/ ngày trong thời gian ngắn không quá 2 tuần.
- Sang thương bội nhiễm, rỉ dịch nhiều: Milian 1% hay Eosin 2%...thoa da ngày 2 lần.

#### 3. **Điều trị triệu chứng:**

- Kiểm soát ngứa : thuốc kháng histamine H1.

– Kháng sinh: khi nghi ngờ nhiễm trùng, ưu tiên chọn có hoạt tính lên tụ cầu vàng như Cephalixin, cefadroxil, oxacillin, erythromycin...

4. **Tiêu chuẩn nhập viện:** hầu hết không cần nhập viện.

5. **Hướng dẫn chăm sóc và theo dõi tại nhà.**

a) **Vệ sinh – tắm rửa:**

– Tắm nước ấm không quá 2 lần/ ngày. Thời gian tắm không quá 15 phút.  
– Dùng sữa tắm dịu nhẹ, có pH trung tính kháng acid nhẹ ( pH = 4.5-6.5), thích hợp riêng cho da bị chàm như Cetaphil, Physiogel, Oilatum..

– Lau khô trẻ sau tắm bằng khăn tắm mềm, mịn, không chà mạnh lên da bé.

– Thoa chất giữ ẩm thường xuyên, trong vòng 3 phút ngay sau tắm, dùng 3-4 lần/ ngày.

– Không nên để trẻ tiếp xúc với xà bông, bột giặt, thuốc tẩy , nước hoa, phấn rôm...

b) **Áo quần:**

– Mặc quần áo, găng tay, vớ chân với chất liệu 100% cotton để thấm tốt mồ hôi và cho da bé thông thoáng.

– Không mặc đồ quá chật, hay vải bằng len, sợi tổng hợp vì dễ gây kích ứng da.

– Tránh cào gãi.

– Cắt ngắn móng tay, móng chân để tránh bé ngứa gãi làm tăng nhiễm trùng da.

– Nếu trẻ cào gãi nhiều, nên mang vớ chân, găng tay cho bé để hạn chế cào gãi.

c) **Phòng ốc:**

– Phòng thông thoáng, không khói thuốc, không nước hoa, không thú nuôi.

– Không để nhiệt độ phòng quá nóng, quá lạnh, hay độ ẩm quá thấp.

d) **Ăn uống:**

– Chỉ kiêng cử một số thực phẩm nào làm bệnh chàm của bé nặng hơn.

– Uống nhiều nước (nếu trẻ không bú mẹ hoàn toàn)

– Vệ sinh mặt, miệng sau mỗi lần ăn hay bú sữa.

6. **Hẹn tái khám.**

– Sau 7 ngày

– Dấu hiệu nặng cần khám ngay:

– Sang thương da lan rộng hết mặt hay toàn thân.

– Bội nhiễm mủ trên sang thương chàm

– Sốt, lừ đừ, bỏ ăn, bỏ bú, bứt rứt, quấy khóc , khó chịu.

## V./ PHÒNG NGỪA

– Vệ sinh mặt, miệng sau mỗi lần ăn hay bú sữa.

– Khuyến ăn uống như bình thường, chỉ kiêng cử một số thực phẩm nào làm bệnh chàm của bé nặng hơn.

*Tài liệu tham khảo:*

- Kho dữ liệu *Phác đồ điều trị ngành y tế TPHCM – Bệnh viện Nhi Đồng 1*

## CHÀM THỂ TẠNG Ở TRẺ EM

### I./ ĐỊNH NGHĨA

Chàm thể tạng, còn gọi là viêm da thể tạng hay viêm da cơ địa là bệnh viêm da mạn tính, không lây, có tiền sử bản thân hay gia đình có cơ địa dị ứng.

Bệnh thường khởi phát ở tuổi nhũ nhi hay trẻ nhỏ có đặc tính ngứa tái đi tái lại nhiều lần trên nền sang thương da điển hình.

#### Phân loại:

- Cấp tính: nổi hồng ban, mụn nước, rỉ dịch, đóng mày, ngứa dữ dội.
- Mạn tính: rát, mảng da dày, khô, ráp, và tróc vảy với nhiều rãnh ngang dọc, kèm theo thay đổi sắc tố da sau viêm.
- Bán cấp: sang thương trung gian giữa giai đoạn cấp và mạn tính.

### II./ ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN

#### 1. Hỏi bệnh:

- Những yếu tố làm bệnh nặng thêm:  
Các dị ứng nguyên: thức ăn, sữa công thức, không khí, thú nuôi...  
Các chất kích ứng da như: xà bông, bột giặt, thuốc tắm, vải len, khói thuốc...  
Khí hậu nóng, lạnh hay khô.  
Nhiễm trùng, nhiễm siêu vi.  
Da khô do tắm rửa lâu nhiều lần.
- Tiền sử bản thân hay gia đình dị ứng, suyễn, viêm mũi dị ứng, viêm kết mạc dị ứng, chàm thể tạng.
- Các triệu chứng: ngứa, sốt, bệnh tái đi tái lại, thuốc đã dùng.

#### 2. Khám lâm sàng:

- Tùy diễn tiến giai đoạn mà sang thương da khác nhau:  
Cấp tính: nổi hồng ban, rỉ dịch, mụn nước, đóng mày, ngứa dữ dội.  
Mạn tính: rát, mảng da dày, khô, ráp, và tróc vảy với nhiều rãnh ngang dọc kèm thay đổi sắc tố da sau viêm.  
Bán cấp: sang thương trung gian giữa giai đoạn cấp và mạn tính.
- Bệnh có thể biểu hiện khác nhau ở từng nhóm tuổi:  
Trẻ từ 2 tháng- 2 tuổi: thường sang thương da cấp với sẩn, mảng hồng ban có mụn nước, bóng nước có rỉ dịch, đóng mày. Vị trí thường ở hai má, cằm, da đầu, trán và mặt dưới cánh tay, khuỷu, đầu gối và nếu nặng có thể lan tỏa toàn thân.  
Trẻ từ 2 – 10 tuổi: thường mảng da khô ráp, rỉ dịch, đóng vảy và dày da. Thường ở vùng gấp cơ thể như mặt trước khuỷu, khoeo, cổ tay, cổ chân.  
Trẻ trên 10 tuổi: sang thương da mạn tính với da dày, khô, nám, nhiều rãnh ngang dọc như da trâu, tăng sắc tố da. Vị trí thường ở vùng gấp, bàn tay bàn chân, mặt, cổ, quanh mắt và một số bệnh nặng gây đỏ da toàn thân.
- Tìm dấu hiệu:  
Chàm bị bội nhiễm: có mủ, chốc hóa, có thể kèm sốt.  
Viêm da mụn mủ dạng thủy đậu: trẻ bị chàm có tiếp xúc với nguồn lây thủy đậu, herpes..

#### 3. Cận lâm sàng: không có xét nghiệm thường quy.

### III./ CHẨN ĐOÁN

1. **Chẩn đoán xác định:** Dựa trên tiêu chuẩn HANIFI và RAJKA (1980): chẩn đoán xác định =  $\geq 3$  tiêu chuẩn chính +  $\geq 3$  tiêu chuẩn phụ

#### Tiêu chuẩn chính:

1. Ngứa
2. Phân bố và hình dạng sang thương điển hình.
3. Lichen hóa ở mặt gấp của trẻ trên 10 tuổi
4. Phân bố ở mặt và vùng dưới ở trẻ nhũ nhi và trẻ em.
5. Viêm da mạn tính tái đi tái lại nhiều lần.
6. Tiền sử bản thân hay gia đình có suyễn, viêm mũi dị ứng, chàm thể tạng.

#### Tiêu chuẩn phụ

1. Đục thủy tinh thể (vùng trước- dưới vỏ)
2. Viêm môi
3. Viêm kết mạc tái đi tái lại
4. Chàm nang lông
5. Mặt đỏ hay xanh tái
6. Không dung nạp một số thức ăn
7. Viêm da ở bàn tay hay bàn chân
8. Da vảy cá
9. Dày sừng nang lông
10. Tăng IgE
11. Test dị ứng da tức thì (+)
12. Nhiễm trùng da do tụ cầu vàng hay Herpes simplex.
13. Nếp gấp dưới mi mắt
14. Ngứa khi tiết mồ hôi
15. Giác mạc hình chóp
16. Viêm da núm vú
17. Quầng thâm quanh mắt
18. Lòng bàn tay nhiều rãnh sâu.
19. Vẩy phấn trắng
20. Da nổi trắng
21. Không dung nạp với đồ len hay dung dịch chứa lipid.
22. Khô da
23. Bệnh nặng hơn bởi cảm xúc tâm lý hay môi trường.

## 2. **Chẩn đoán phân biệt:**

- Chốc lây: thương tổn căn bản là mụn nước, bóng nước nhanh chóng thành mụn mủ rồi vỡ và khô đi, đóng mảy dày có màu vàng mật ong.
- Ghẻ: ngứa nhiều về đêm, xung quanh nhiều người mắc. Khám có thể thấy rãnh ghẻ màu nâu, hơi cộm, dày vài mm, mụn nước rải rác trắng đục ở vùng da non (kẽ ngón tay, mặt trước cổ tay, quanh /dưới rốn, đầu vú, bộ phận sinh dục, nách, đùi) hay sần cục, sần mụn nước thường gặp ở nách.
- Tổ đũa: có mụn nước sâu trong da, thường gặp ở các mặt bên ngón tay, lòng bàn tay, lòng bàn chân, không có hồng ban.
- Bệnh tay chân miệng: hồng ban mụn nước, bóng nước tập trung lòng bàn tay, lòng bàn chân, miệng, niêm mạc miệng. Có thể kèm giật mình, chói với, bứt rứt.
- Herpes môi hay sinh dục: mụn nước thành chùm trên nền hồng ban, lúc đầu ngứa sau rất.
- Zona : mụn nước mọc thành chùm trên nền hồng ban, đau rất nhiều, phân bố dọc theo dây thần kinh nửa bên người, rất hiếm khi lây qua đường giữa cơ thể.
- Thủy đậu: mụn nước trong, lõm ở giữa, rải rác ở da và niêm mạc, thương tổn nhiều tuổi.

## IV./ XỬ TRÍ

### 1. **Nguyên tắc điều trị:**

- Chăm sóc da và điều trị làm ẩm da.
- Điều trị kháng viêm
- Điều trị ngứa

### 2. **Điều trị cụ thể:**

- Sang thương đang rỉ dịch: thoa dung dịch màu Milian 1%, Eosin 2%.
- Sang thương không, ít rỉ dịch: kháng viêm + giữ ẩm.
- Sang thương bội nhiễm: có vảy vàng, rỉ dịch mủ, viêm nang lông, chốc hóa dùng kháng sinh uống hoặc kèm thuốc bôi.
- Cách sử dụng thuốc:
  - ❖ Dung dịch Eosin 2%, Milian 1% thoa ngày 2 lần: khi da bội nhiễm, rỉ dịch.
  - ❖ Giữ ẩm da: có thể dùng một trong các sản phẩm: Cetaphil, Ceradan, Physiogel, Acid lactic 5%, Vaseline :thoa da trong vòng 3 phút sau tắm, ngày 2-4 lần.

– Chống viêm: chủ yếu là corticoid bôi tại chỗ. Thuốc ức chế Calcineurin thoa tại chỗ được chỉ định bởi bác sĩ da liễu. Nên chọn corticoid có hoạt tính nhẹ nhất nhưng vẫn hiệu quả để giảm nguy cơ tai biến do sử dụng corticoid. Corticoid thoa thường chọn Hydrocortisone 1%, 2.5% hay Clobetasone butyrate 0.05% thoa ngày 1-2 lần trong thời gian ngắn không quá 2 tuần.

### **3.Điều trị triệu chứng**

– Kiểm soát ngứa: thuốc kháng histamine H1.  
– Kháng sinh : khi (nghi ngờ) nhiễm trùng. Chọn kháng sinh có hoạt tính lên tụ cầu vàng như: Cephalosporin thế hệ I, nhóm Oxacillin, Marcrolide.

**4.Tiêu chuẩn nhập viện:** hầu hết không cần nhập viện, chỉ nhập viện khi:

- Chàm lan rộng toàn thân.
- Chàm kèm dấu hiệu toàn thân: sốt, đờ, bỏ ăn, bỏ bú, nôn ói mọi thứ...
- Chàm biến chứng bệnh mụn mủ, bệnh thủy đậu.

**5.Hướng dẫn chăm sóc và theo dõi tại nhà:** giống chàm sữa.

### **6.Hẹn tái khám:**

- Sau 7 ngày.
- Dấu hiệu nặng cần khám ngay:  
Sang thương da lan rộng hay nặng hơn.  
Bội nhiễm trên sang thương chàm.  
Sốt, lờ đờ, bỏ ăn, bỏ bú, bứt rứt, quấy khóc, khó chịu.

## **V./ PHÒNG NGỪA**

---

- Vệ sinh mặt, miệng sau mỗi lần ăn hay bú sữa.
- Khuyến ăn uống như bình thường, chỉ kiêng cử một số thực phẩm nào làm bệnh chàm của bé nặng hơn.

*Tài liệu tham khảo:*

- Kho dữ liệu *Phác đồ điều trị ngành y tế TPHCM – Bệnh viện Nhi Đồng 1*

### I./ ĐỊNH NGHĨA

Suy dinh dưỡng là hậu quả của chế độ ăn thiếu protein và năng lượng lâu dài dẫn đến sự chậm phát triển về thể chất cũng như tinh thần của trẻ.

### II./ CHẨN ĐOÁN

#### 1. *Lâm sàng – cận lâm sàng*

##### a) Hỏi bệnh sử

Chế độ ăn hàng ngày trước đợt bệnh này, số lượng thức ăn và dịch trong vài ngày qua

Mất trũng gần đây, thời gian và số lần ói, tiêu chảy, tính chất dịch ói và phân

Tiếp xúc lao và sởi

Cân nặng lúc sanh, tiền căn bú mẹ, các mốc phát triển chính, chủng ngừa

##### b) Thăm khám

Toàn diện, chú ý phù đối xứng, gan to hoặc sờ đau, vàng da, chướng bụng, xanh tái, mắt, tai mũi họng, dấu mất nước, nhịp thở...

Chỉ số nhân trắc: cân nặng, chiều cao

##### c) Đề nghị xét nghiệm

Thường qui: công thức máu, đường huyết, phết máu, tổng phân tích nước tiểu, soi phân, X quang phổi

Theo dấu lâm sàng khi cần

Cấy máu khi hạ thân nhiệt, hạ đường huyết, nghi ngờ nhiễm trùng huyết

Đạm máu khi có phù

#### 2. *Phân loại*

##### a) SDD rất nặng: 2 thể

Marasmus( thể teo dẹt): cân nặng/tuổi < 60% cân nặng lý tưởng (hoặc < -4SD theo bảng phân loại suy dinh dưỡng của OMS 1984)

Kwashiorkor(thể phù)

Cân nặng/tuổi < 80% cân nặng lý tưởng (hoặc < -2SD)

Phù bàn chân, bàn tay, bộ phận sinh dục ngoài

Phù trắng, mềm, ấn lõm

##### b) SDD nặng

Cân nặng/tuổi 60 – 80% cân nặng lý tưởng (từ -2SD đến -4SD) và không phù (chú ý: các triệu chứng lâm sàng khác xem trong sách giáo khoa)

### III./ ĐIỀU TRỊ

Chỉ đề cập tới PEM rất nặng, PEM nặng và suy dinh dưỡng thì điều trị ngoại trú tại đơn vị phục hồi dinh dưỡng.

#### Nguyên tắc điều trị

Cung cấp năng lượng và các chất dinh dưỡng dưới dạng thức ăn ngay khi dấu hiệu sinh tồn ổn định

Đậm độ năng lượng, protein trong thức ăn khởi đầu chỉ cao vừa phải để không làm nặng thêm tình trạng rối loạn chuyển hóa, sau đó tăng dần để bắt kịp tốc độ tăng trưởng trẻ bình thường. Bữa ăn chia nhỏ 8 – 12 lần/ngày

#### 1. *Điều trị khởi đầu*

Bắt đầu lúc nhập viện, kéo dài cho tới khi lâm sàng ổn định và bệnh nhân có cảm giác thèm ăn.

Thường sau 2 – 7 ngày. Nếu > 10 ngày là trẻ không đáp ứng điều trị, cần đánh giá lại

##### a) Hạ đường huyết

ĐH < 54mg%( < 3mmo/l) hoặc lâm sàng nghi ngờ. Trẻ suy dinh dưỡng nặng không được cho ăn trong vòng 4 – 6 giờ (thường là thời gian chuyển, đi đến bệnh viện) rất dễ bị hạ đường huyết.

Trẻ có thể uống 50ml glucose/sucrose 10% / F75

Trẻ mê / không uống được: G10% IV 5ml/kg theo sau là 50ml G10% / sucrose qua sonde mũi dạ dày. Nếu lấy IV không được □ NS trước

Khi trẻ hết mê F75 hoặc dung dịch tương đương

Kháng sinh phổ rộng

Phòng: cho ăn mỗi 2 – 3 giờ cả ngày lẫn đêm

- b) Hạ thân nhiệt: ở trẻ nhỏ hơn 12 tháng, trẻ bị suy dinh dưỡng thể teo dẹt. Phần lớn da bị tổn thương hoặc trẻ bị nhiễm trùng rất dễ bị hạ thân nhiệt  
 Nếu thân nhiệt < 35.5°C (hậu môn) hoặc 35°C (nách) nên làm ấm cho trẻ  
 Cho trẻ tiếp xúc da kề da với mẹ (kiểu Kangaroo) và đắp mền cho cả mẹ và con; đắp mền cho trẻ (quấn luôn cả đầu); dùng chăn ấm; sưởi đèn; không dùng bình nước nóng để lặn cho trẻ  
 Theo dõi T° mỗi 30 phút (đường hậu môn) vì trẻ rất dễ bị tăng thân nhiệt  
 Tất cả các trẻ bị hạ thân nhiệt phải được điều trị hạ đường huyết; đồng thời điều trị như nhiễm trùng toàn thân nặng
- c) Mất nước và sốc nhiễm trùng  
 Mất nước và sốc nhiễm trùng rất khó phân biệt ở trẻ suy dinh dưỡng nặng  
 Chẩn đoán: nhiều dấu hiệu dùng để chẩn đoán, phân độ mất nước ở trẻ bình thường trở nên không đáng tin cậy trong chẩn đoán mất nước ở trẻ SDD nặng. Hơn nữa nhiều dấu hiệu của mất nước cũng có trong sốc nhiễm trùng. Điều này đưa đến 2 hệ quả:  
 Thường chẩn đoán quá tay mất nước cũng như về độ nặng  
 Thường cần phải điều trị cả mất nước và sốc nhiễm trùng

#### So sánh dấu hiệu lâm sàng của mất nước và sốc nhiễm trùng ở trẻ SDD nặng

| Dấu hiệu Lâm sàng    | Mất nước Vừa       | Mất nước Nặng     | Sốc NT Khởi đầu            | Sốc NT Tiến triển      |
|----------------------|--------------------|-------------------|----------------------------|------------------------|
| Tiêu phân lỏng       | Có                 | Có                | Có/Không <sup>a</sup>      | Có/Không <sup>a</sup>  |
| Khát nước            | Rất háo nước       | Uống kém          | Không <sup>a</sup>         | Không <sup>a</sup>     |
| Hạ thân nhiệt        | Không              | Không             | Có <sup>a</sup> /Không     | Có <sup>a</sup> /Không |
| Mắt trũng            | Có <sup>b,c</sup>  | Có <sup>b,c</sup> | Không <sup>a</sup>         | Không <sup>a</sup>     |
| Mạch quay yếu/mất    | Không <sup>b</sup> | Có                | Có                         | Có                     |
| Bàn tay, chân lạnh   | Không <sup>b</sup> | Có                | Có                         | Có                     |
| Nước tiểu            | Có                 | Không             | Có                         | Không                  |
| Trạng thái tinh thần | Bứt rứt            | Ngủ lịm,          | Về mặt vô cảm <sup>a</sup> | Ngủ lịm                |
| Hạ đường huyết       | Đôi khi            | mê<br>Đôi khi     | Đôi khi                    | Đôi khi                |

<sup>a</sup>: dấu hiệu hữu dụng trong chẩn đoán sốc nhiễm trùng

<sup>b</sup>: dấu hiệu có thể hữu dụng trong chẩn đoán mất nước

<sup>c</sup>: nếu xảy ra gần đây

Điều trị nên bù nước bằng đường uống, đường tĩnh mạch rất dễ làm trẻ dư nước hoặc suy tim và chỉ dùng khi có chẩn đoán sốc.

Dùng ReSoMal (1 gói ORS pha với 2 lít nước + 50g sucrose + 40ml hỗn hợp muối khoáng)

70 – 100ml/kg trong 12 giờ. Bắt đầu bằng 5ml/kg mỗi 30 phút trong 2 giờ đầu tiên (uống hoặc NS).

Sau đó 5 – 10ml/kg/giờ

Ngưng ReSoMal nếu:

- Mạch, HH tăng
- TM cổ nổi
- Phù tăng

Kết thúc bù nước nếu trẻ không còn khát, có nước tiểu hoặc không có dấu mất nước.

Cho ăn tiếp tục bú mẹ. Bắt đầu F75 càng sớm càng tốt (uống/NS), thường trong vòng 2 – 3 giờ sau bù nước. Cho F75 xen kẽ ReSoMal.

Đường TM chỉ định duy nhất là mất nước nặng có suy sụp tuần hoàn hoặc sốc nhiễm trùng

Dùng một trong các dung dịch sau:

- Dextrose 5% trong Lactate Ringer
- Dextrose 5% trong ½ normal saline (0.45% NS)

Tốc độ truyền 15ml/kg trong 1 giờ và theo dõi sát dấu hiệu dư nước. Trong khi chờ đợi lấy được vein, đặt sonde mũi dạ dày và cho ReSoMal trước (10ml/kg/giờ)

Đánh giá lại sau 1 giờ

Nếu trẻ mất nước nặng thì sẽ cải thiện (mạch, nhịp thở giảm). Lúc này cho thêm 15ml/kg x 1 giờ rồi chuyển qua ReSoMal (10ml/kg/giờ) cho tới 10 giờ.

Nếu trẻ không đáp ứng (mạch quay vẫn không có) trẻ có thể bị sốc nhiễm trùng và điều trị như sốc nhiễm trùng

d) Dinh dưỡng

- Dùng công thức F75: đường miệng / qua sonde mũi dạ dày (NS)
- 80 – 100 kcal/kg/ngày. Chú ý không được quá 100 kcal/kg/ngày
- Cho 6 – 12 cữ/ngày
- Rút ống khi trẻ ăn được  $\frac{3}{4}$  yêu cầu hoặc ăn được hết 2 cữ liên tiếp
- Chướng bụng khi đặt ống: uống 2ml Magne Sulfate loại IM
- Nếu trẻ thèm ăn và thấy đói (tức là đã kết thúc pha khởi đầu) dùng F100. Thay F75 bằng F100 với số lượng tương tự trong 2 ngày trước khi tăng số lượng mỗi cữ
- Hoặc dùng công thức để chế biến thức ăn, tham khảo phụ bản “Các chế độ ăn thực hiện tại bệnh viện Nhi đồng I” (chế độ bột, sữa). Ví dụ: Cách nuôi bệnh nhân ăn bằng công thức 1 kcal/ml

| Ngày | Độ pha loãng thức ăn | Số lượng/ngày (ml/kg) | Số lần ăn trong ngày |
|------|----------------------|-----------------------|----------------------|
| 1    | 50%                  | 100                   | 12                   |
| 2    | 75%                  | 100                   | 12                   |
| 3    | 75%                  | 120                   | 12                   |
| 4    | 100%                 | 120                   | 10                   |
| 5    | 100%                 | 150                   | 10                   |
| 6    | 100%                 | 180                   | 8                    |
| 7    | 100%                 | 200                   | 8                    |

\*Chú ý:

Tận dụng nguồn sữa mẹ tối đa với trẻ < 12 tháng tuổi

Nếu tiêu chảy kéo dài, bắt ngưng nạp thức ăn có thể phải nuôi bằng đường tĩnh mạch

e) Rối loạn nước điện giải (theo phác đồ điều trị rối loạn nước điện giải)

f) Nhiễm trùng: dùng kháng sinh thích hợp hoặc dùng kháng sinh phổ rộng

Ampicilline: 0,100 – 0,200 g/kg/ngày TB x 5 ngày

Gentamycine: 0,005 – 0,007 g/kg/ngày TB x 5 ngày

g) Suy tim (theo phác đồ suy tim)

h) Thiếu máu: chỉ truyền máu khi thiếu máu rất nặng (Hct < 12% hoặc Hb < 40 g/l). Thiếu máu rất nặng có thể làm suy tim.

i) Acide folic: 5mg ngày đầu sau đó 1mg x 7 ngày

j) Vitamin A: <1 tuổi: 100.000 đv (ngày 1, 2 và 14)

>1 tuổi: 200.000 đv (ngày 1, 2 và 14)

Đánh giá điều trị:

Không đáp ứng điều trị:

| Tiêu chuẩn                                   | Thời gian sau NV |
|----------------------------------------------|------------------|
| Tiền phát:                                   |                  |
| Không thèm ăn                                | N4               |
| Không bắt đầu bột phù                        | N4               |
| Phù vẫn còn                                  | N10              |
| Không tăng > 5 g/kg/d                        | N10              |
| Thứ phát:                                    |                  |
| Không tăng > 5 g/kg/d trong 3 ngày liên tiếp | Pha phục hồi     |

Tiêu chuẩn chuyển sang giai đoạn phục hồi dinh dưỡng:

- Ăn tốt
- Chơi
- Không sốt
- Không ói, tiêu chảy
- Không phù
- Tăng cân > 5 g/kg/d trong 3 ngày liên tiếp

2. **Điều trị phục hồi**



a) Trẻ < 24 tháng:

F100 nên cho mỗi 4 giờ (ngày và đêm). Tăng số lượng mỗi cữ 10ml (Ví dụ: nếu cữ đầu là 60ml, cữ thứ 2 sẽ là 70ml, thứ 3 là 80ml,...) cho đến khi trẻ không thể uống hết cữ.

Khi trẻ không uống hết cữ, cữ sau nên cho bằng cữ trước. Nếu cữ này trẻ uống hết thì tăng thêm 10ml cho cữ sau

Nhu cầu năng lượng: 150 – 220 kcal/kg. Nếu trẻ ăn < 130 kcal/kg sẽ có nguy cơ không đáp ứng điều trị

Tiếp tục F100 cho đến khi trẻ đạt được 90% CN/CC chuẩn theo bảng chuẩn của NCHS/WHO. Lúc này trẻ sẽ bớt thèm ăn và thường sẽ ăn không hết phần nếu cho trẻ ăn nhiều hơn hiện tại. Trẻ đã sẵn sàng để xuất viện.

b) Trẻ > 24 tháng: F100 vẫn có hiệu quả

Có thể cho ăn theo thức ăn thông thường (và phải tính đến nhu cầu muối khoáng, vitamin) nhưng nên xen kẽ với F100. Thức ăn phải có độ đậm cao (tối thiểu 1 kcal)

Ban đầu vẫn nên cho trẻ ăn mỗi 4 giờ (6 cữ/ngày)

c) Sắt: Sulfate sắt: 20 – 30 mg/kg/ngày (2mg sắt nguyên tố/kg/ngày)

(Lưu ý: không bao giờ cho trong giai đoạn khởi đầu)

#### **IV./ THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

- 
- Kích thích tinh thần trẻ bằng cách nói chuyện, gọi tên, chơi đồ chơi với trẻ
  - Tránh nhiễm trùng da và viêm phổi trong thời gian nằm viện
  - Cân bệnh nhân mỗi ngày. Nếu bệnh nhân không lên cân phải kiểm tra lại số lượng thức ăn, chất lượng thức ăn, ổ nhiễm trùng sâu, triệu chứng bất dung nạp thức ăn...
  - Giáo dục bà mẹ và gia đình cách chăm sóc trẻ và cách chuẩn bị thức ăn tại nhà trước khi xuất viện
  - Bệnh nhân xuất viện khi hết phù, ăn ngon miệng và mẹ biết cách làm thức ăn cho trẻ theo sự hướng dẫn của chuyên khoa
  - Tái khám 1 tuần đầu sau xuất viện và mỗi tháng 1 lần sau đó cho đến khi cân nặng - chiều cao > 80%

*Tài liệu tham khảo:*

- *Kho dữ liệu Phác đồ điều trị ngành y tế TPHCM – Bệnh viện Nhi Đồng 1*
- *Phác đồ điều trị 2013 BV Nhi Đồng 2*
- *Tài liệu Trung tâm dinh dưỡng TPHCM*

**I./ ĐỊNH NGHĨA**

Béo phì là tình trạng tích tụ mỡ bất thường và quá mức tại mô mỡ và các tổ chức khác gây hậu quả xấu cho sức khỏe. Nguyên nhân có thể là thứ phát (nội sinh) hoặc nguyên phát (ngoại sinh). Trong phạm vi phác đồ điều trị chỉ đề cập tới điều trị béo phì nguyên phát.

**II./ CHẨN ĐOÁN****1. Lâm sàng và cận lâm sàng**

a) Hỏi bệnh sử: tốt nhất là nên lập nhật ký theo dõi trong 01 tuần

Ăn uống: giờ ăn, món ăn, số lượng, cảm giác khi ăn, hoạt động khi ăn.

Thể dục: môn tập, thời gian, cảm giác lúc tập và sau tập

Hoạt động khác: giải trí, đọc sách, xem TV...

Môi trường xung quanh trẻ (nhà trường, gia đình,...)

b) Khám (xem bảng 2, 3, 4)

Chỉ số nhân trắc: cân nặng, chiều cao, nếp gấp cơ tam đầu (chưa có thước)

Các dấu hiệu của biến chứng

Các dấu hiệu của nguyên nhân thứ phát

c) Đề nghị xét nghiệm:

Thường qui: Lipid máu, Cholesterol, HDL, LDL, VLDL, đường huyết

Các xét nghiệm của nguyên nhân thứ phát: nói chung nếu chiều cao của bé > 90% so với chuẩn thì không cần làm thêm xét nghiệm nào khác để tìm nguyên nhân

**2. Phân loại:**

a) Chẩn đoán xác định:

Hiện chưa có tiêu chuẩn lâm sàng nào chẩn đoán xác định 100% béo phì ở trẻ em. Hai tiêu chuẩn được đề nghị sau đây được đại đa số chuyên gia đồng ý do tính sẵn có, dễ thực hiện trên lâm sàng và có ý nghĩa tiên lượng bệnh.

Cân nặng theo chiều cao (CN/CC): là phần trăm CN thực tế của trẻ so với CN chuẩn của CC thực tế của trẻ. Nếu CN/CC > 120% (hoặc >+2SD) là trẻ béo phì.

Chỉ số khối cơ thể (Body Mass Index: BMI) tính theo công thức sau:

CN (kg)

BMI = -----

CC<sup>2</sup> (m<sup>2</sup>)

Nếu BMI > 85<sup>th</sup> percentile theo tuổi là trẻ béo phì

b) Chẩn đoán độ nặng:

Nếu CN/CC > 140% (hoặc >+4SD) hoặc BMI > 95<sup>th</sup> percentile là béo phì nặng.

c) Chẩn đoán biến chứng: xem bảng 1, 4

Vì béo phì là yếu tố nguy cơ của rối loạn chuyển hóa lipid, cần phải tầm soát tăng cholesterol máu ở tất cả trẻ lớn hơn 02 tuổi (khuyến cáo từ chương trình giáo dục cholesterol quốc gia, Hoa Kỳ)

d) Chẩn đoán nguyên nhân:

Chỉ một số ít (< 10%) béo phì trẻ em có nguyên nhân nội tiết hoặc khiếm khuyết di truyền (béo phì thứ phát, béo phì nội sinh), còn lại hơn 90% là béo phì nguyên phát. Nguyên nhân béo phì thứ phát thường hoặc được nghi ngờ hoặc loại trừ chỉ dựa trên thăm khám lâm sàng và hỏi bệnh sử tỉ mỉ (bảng 2, 3, 4)

Ngoại trừ hội chứng tăng insulin nguyên phát, các nguyên nhân béo phì thứ phát đều làm trẻ chậm tăng trưởng, thường là chiều cao theo tuổi < 5<sup>th</sup> percentile. Trong khi đó các trẻ béo phì nguyên phát thường có chiều cao lớn hơn chuẩn. Nói cách khác nếu trẻ béo phì có chiều cao > 90% chiều cao chuẩn theo tuổi thì không cần khảo sát thêm nguyên nhân béo phì.

**III./ ĐIỀU TRỊ****1. Mục tiêu:** 3 loại mục tiêu

a) Hành vi: mục tiêu nguyên phát của điều trị béo phì không biến chứng ở trẻ em không phải là đạt được cân nặng lý tưởng mà là đạt được thói quen ăn uống và sinh hoạt khỏe mạnh. Chương trình điều trị cần chú ý nhiều đến các kỹ năng cần thiết để thay đổi hành vi và duy trì các thay đổi này.

b) Y học: đối với trẻ béo phì có biến chứng, việc phải cải thiện hoặc điều trị khỏi các biến chứng là mục tiêu quan trọng.

c) Cân nặng:

Cần phải giảm cân đến BMI < 85<sup>th</sup> percentile, đối với các trường hợp sau: trẻ lớn hơn 2 tuổi bị béo phì có biến chứng, trẻ lớn hơn 7 tuổi bị béo phì nặng (BMI > 95<sup>th</sup> percentile; CN/CC > 140%). Tốc độ giảm cân thích hợp là # 500g mỗi tháng.

Các trường hợp còn lại mục tiêu cân nặng là duy trì cân nặng hiện tại của trẻ, chờ BMI giảm khi trẻ cao lên.

## 2. Chương trình điều trị:

a) Nguyên tắc:

Giảm lượng mỡ dư thừa bằng phối hợp thích hợp giữa tăng năng lượng tiêu hao và giảm cung cấp năng lượng đồng thời phải đảm bảo sự tăng trưởng của trẻ.

Đảm bảo tính lâu dài, dễ dung nạp, không làm trẻ cảm thấy bị cách biệt.

b) Chương trình điều trị: (bảng 5)

**Bảng 5: Các thành phần của một chương trình điều trị béo phì**

| Thành phần                  | Đề nghị                                                                                                                                                      |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mục tiêu giảm cân thỏa đáng | Khởi đầu đạt được giảm 2.5 – 5kg; tốc độ 0.5 – 2kg/tháng                                                                                                     |
| Tiết chế                    | Tính được tổng năng lượng mỗi ngày, phần trăm năng lượng của các thành phần mỡ, protein và carbohydrate                                                      |
| Hoạt động thực thể          | Bắt đầu tùy thuộc chức năng hô hấp tuần hoàn của trẻ, với mục tiêu cuối cùng là hoạt động 20 – 30 phút/ngày (không tính các hoạt động tay chân ở trường học) |
| Điều chỉnh hành vi          | Tự kiểm soát, giáo dục dinh dưỡng, khuyến khích, điều chỉnh các thói quen ăn uống, hoạt động thực thể, thay đổi thái độ, củng cố và phần thưởng              |
| Sự tham gia của gia đình    | Đánh giá sinh hoạt gia đình, kiểu xem TV, tham vấn dinh dưỡng cho cha mẹ bệnh nhi                                                                            |

**Bảng 1: Các biến chứng của béo phì được ghi nhận ở trẻ em**

|             |                                                                                                                                                                                           |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tim mạch:   | Cao huyết áp<br>Tăng cholesterol máu<br>Tăng triglyceride máu<br>Tăng LDL (cholesterol tỷ trọng thấp)<br>Tăng VLDL (cholesterol tỷ trọng rất thấp)<br>Tăng HDL (cholesterol tỷ trọng cao) |
| Hô hấp      | Hội chứng Pickwickian<br>Ngưng thở lúc ngủ do tắc nghẽn<br>Tăng thông khí phế nang nguyên phát<br>Các bất thường chức năng phổi                                                           |
| Nội tiết    | Tăng insulin máu và đề kháng insulin                                                                                                                                                      |
| Thần kinh   | Giả u não (Pseudotumor cerebri)                                                                                                                                                           |
| Miễn dịch   | Giảm chức năng miễn dịch qua trung gian tế bào                                                                                                                                            |
| Hệ cơ xương | Bệnh Blount<br>Slipped capital femoral epiphysis                                                                                                                                          |
| Tiêu hóa    | Bệnh túi mật (đặc biệt sỏi túi mật)<br>Gan nhiễm mỡ                                                                                                                                       |
| Da          | Acanthosis nigricans                                                                                                                                                                      |

**Bảng 2: Các đặc trưng của béo phì nguyên phát và thứ phát (nội sinh)**

| Béo phì nguyên phát                        | Béo phì thứ phát                          |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------|
| >90% các trường hợp                        | < 10% các trường hợp                      |
| Cao (thường > 50 <sup>th</sup> percentile) | Lùn (thường < 5 <sup>th</sup> percentile) |

|                                         |                                                      |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Thường có tiền sử gia đình béo phì      | Tiền sử gia đình có béo phì không thường gặp         |
| Chức năng tâm thần bình thường          | Chậm phát triển tâm thần                             |
| Tuổi xương bình thường hoặc lớn so tuổi | Chậm phát triển tuổi xương                           |
| Thăm khám lâm sàng bình thường          | Thường đi kèm các dấu hiệu đặc trưng của nguyên nhân |

**Bảng 3: Nguyên nhân béo phì nội sinh**

| <b>Nội tiết</b>                                                                                                                   | <b>Các dấu hiệu chẩn đoán</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Suy giáp<br>Cường năng tuyến thượng thận<br><br>Cường insulin nguyên phát<br>Giả nhược cận giáp<br>Bệnh lý vùng dưới đồi mắc phải | Tăng TSH, tăng T <sub>4</sub><br>Test ức chế dexamethasone bất thường, tăng cortisol tự do trong nước tiểu 24 giờ<br>Tăng insulin huyết thanh, tăng C – peptid<br>Hạ calci máu, tăng phosphate máu, tăng PTH<br>U vùng dưới đồi, nhiễm trùng, chấn thương, sang thương mạch máu                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Di truyền</b>                                                                                                                  | <b>Các đặc trưng kèm theo</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Prader – Wili<br><br>Laurence – Moon/Bardet – Biedl<br><br>Aptrom<br>Borjeson – Eossmann – Letrmann<br><br>Cohen<br><br>Turner’s  | Béo phì, thèm ăn vô độ, chậm phát triển tâm thần, nhược năng tuyến sinh dục, lé<br>Béo phì, chậm phát triển tâm thần, bệnh lý võng mạc sắc tố, nhược năng tuyến sinh dục, liệt 2 chi dưới co thắt<br>Béo phì, viêm võng mạc sắc tố, điếc, tiểu đường<br>Béo phì, chậm phát triển tâm thần, nhược năng sinh dục, giảm chuyển hóa, động kinh<br>Béo phì kiểu bụng, chậm phát triển tâm thần, nhược cơ, nhược năng sinh dục<br>Lùn, không phân biệt giới tính, các bất thường tim, cổ có màng (webbed neck), béo phì kiểu gen 45X |
| Loạn dưỡng mô mỡ (lipodystrophy) có tính gia đình<br><br>Beckwith – Wiedemann<br>Soto’s<br><br>Weaver<br><br>Ruvalca              | Phì đại cơ, dạng to đầu chi, gan lớn, acathosis nigricans, đề kháng insulin, tăng triglyceride máu, chậm phát triển tâm thần<br>Khổng lồ, lồi mắt, lưỡi to, các tạng to<br>Cerebral gigantism, tăng trưởng quá phát, nhược cơ, chậm phát triển tâm thần vận động<br>Hội chứng tăng trưởng quá phát ở trẻ nhỏ, xương trưởng thành nhanh, vẻ mặt bất thường<br>Chậm phát triển tâm thần, đầu nhỏ, bất thường khung xương, nhược năng sinh dục, brachymetapody                                                                    |

**Bảng 4: Đánh giá các tình trạng nội khoa liên quan đến béo phì**

| <b>Các dấu hiệu</b>                                                                                                                                          | <b>Tình trạng liên quan</b>                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Bệnh sử:</b><br>Chậm phát triển<br>Chậm phát triển chiều cao<br>Nhức đầu<br>Khó thở về đêm<br>Ngủ ngáy<br>Đau bụng<br>Đau hông/khớp<br>Vô kinh/thiểu kinh | Các rối loạn di truyền<br>Suy giáp, Cushing, Hội chứng Prader – Wili<br>Giả u não<br>Hội chứng ngưng thở lúc ngủ, giảm thông khí do béo phì<br>Hội chứng ngưng thở lúc ngủ, giảm thông khí do béo phì<br>Bệnh lý túi mật<br>Slipped capital femoral epiphysis<br>Hội chứng buồng trứng đa nang |
| <b>Tiền sử gia đình</b><br>Béo phì<br>Tiểu đường không phụ thuộc insulin (NIDDM)                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

|                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bệnh lý tim mạch<br>Cao huyết áp<br>Rối loạn chuyển hóa lipid                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                  |
| Bệnh lý túi mật                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Thăm khám lâm sàng</b><br>Cân nặng, chiều cao, BMI                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                  |
| Béo phì kiểu bụng                                                                                                                                                                                                       | Nguy cơ tim mạch, Cushing                                                                                                                                                                                                        |
| Huyết áp<br>Dị tật bẩm sinh<br>Acanthosis nigricans<br>Rậm lông<br>Các đường vân tím ở bụng<br>Đáy mắt<br>Amidan<br>Đau bụng khi thăm khám<br>Tình hoàn không xuống bìu<br>Hạn chế cử động khớp hông<br>Chân vòng kiềng | Rối loạn di truyền<br>NIDDM, đề kháng insulin<br>HC buồng trứng đa nang, Cushing<br>Cushing<br>Giả u não<br>Hội chứng ngưng thở lúc ngủ<br>Bệnh lý túi mật<br>Prader – Willi<br>Slipped capital femoral epiphysis<br>Bệnh Blount |

3. **Biến chứng của chương trình điều trị giảm cân:**

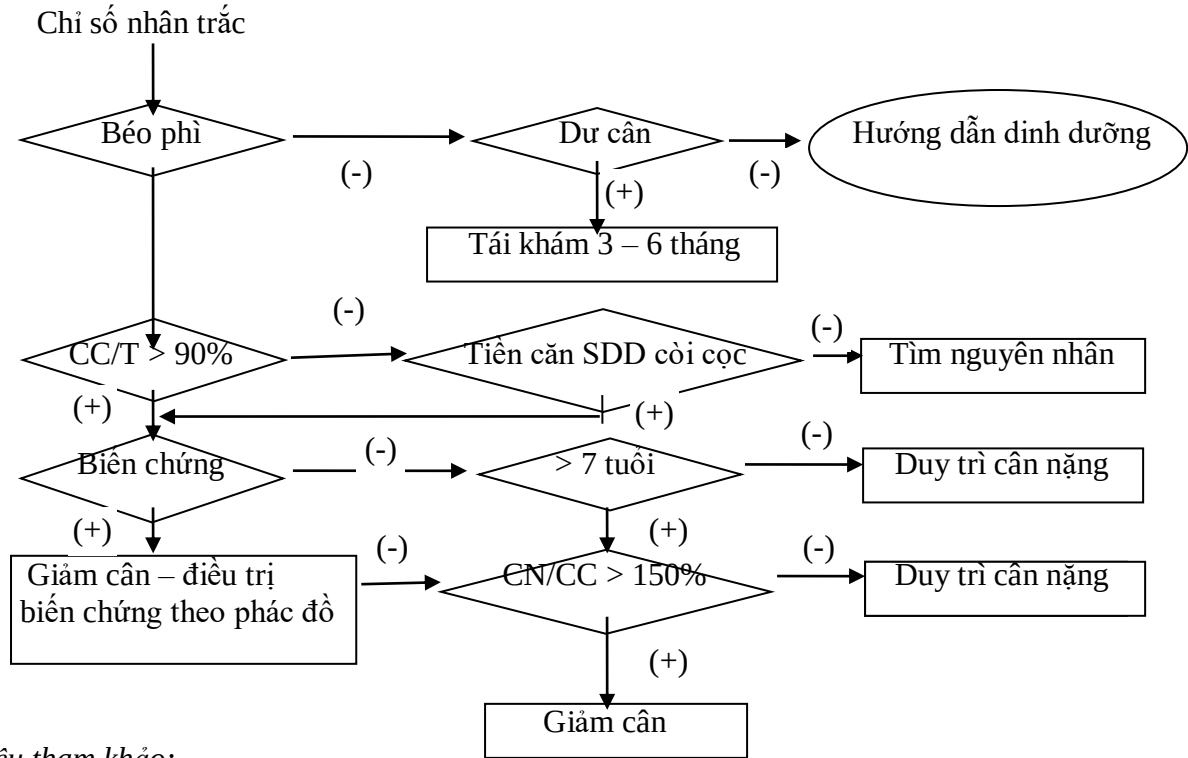
- Bệnh lý túi mật. Điều này xảy ra khi trẻ vị thành niên giảm cân nhanh
- Thiếu các chất dinh dưỡng do chế độ ăn năng lượng quá thấp
- Tốc độ tăng trưởng có thể chậm trong quá trình sụt cân. Tuy nhiên, hầu hết các trẻ béo phì đều cao nên tác động lên chiều cao lúc trưởng thành rất ít. Hiệu quả của sụt cân nhanh ( $>0.5\text{kg/tháng}$ ) ở trẻ nhỏ hơn 7 tuổi còn chưa được biết.
- Chương trình sụt cân có thể làm tổn thương xúc cảm, tâm thần. Các rối loạn hành vi ăn uống (chán ăn tâm thần, cuồng ăn...) có thể xảy ra. Sự bận tâm, lo lắng của cha mẹ hoặc của bản thân trẻ về cân nặng có thể làm giảm tự tin của trẻ. Nếu cân nặng, tiết chế và hoạt động thực thể trở thành mối xung khắc, quan hệ của trẻ với gia đình có thể xấu đi. Lúc này cần phải hội chẩn với chuyên viên tâm lý và ngừng chương trình điều trị cho đến khi có thể tiếp tục điều trị mà không gây ra các tác dụng có hại cho tâm sinh lý của trẻ.

4. **Duy trì:**

Béo phì là một bệnh mạn tính cần sự quan tâm suốt đời về hành vi ăn uống và lối sống khỏe mạnh. Sau khi đạt được mục tiêu ban đầu, cả gia đình lẫn trẻ cần phải tích cực duy trì những thói quen tốt đã đạt được. Việc tái khám thích hợp sẽ giúp đạt được điều này, đồng thời theo dõi được các biến chứng thứ phát có thể xảy ra.

| Vấn đề                                                  | Mức độ chứng cứ |
|---------------------------------------------------------|-----------------|
| Không dùng thuốc để điều trị béo phì trẻ em nguyên phát | I (WHO 1997)    |

## LƯU ĐỒ XỬ TRÍ BÉO PHÌ



Tài liệu tham khảo:

- Kho dữ liệu Phác đồ điều trị ngành y tế TPHCM – Bệnh viện Nhi Đồng 1

## NGẤT

### 1. ĐỊNH NGHĨA:

Ngất là tình trạng mất tri giác tạm thời và mất trương lực cơ thoáng qua, nguyên nhân do thiếu tưới máu não.

Các nhóm nguyên nhân chính gây ngất bao gồm:

- Rối loạn hệ thần kinh tự chủ: Rối loạn dung nạp tư thế, ngất tình huống, ngất tăng phản xạ phế vị
- Nguyên nhân tim mạch: rối loạn nhịp (hội chứng QT dài, hội chứng Wolff – Parkinson – White, hội chứng Brugada), bệnh cơ tim nguyên phát, bệnh bẩm sinh khác
- Rối loạn tâm thần kinh: do tăng thông khí quá mức, động kinh, hysteria...
- Rối loạn chuyển hóa: hạ đường huyết, rối loạn điện giải, ngộ độc thuốc ...

### II. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN:

Mục tiêu là chẩn đoán xác định những bệnh nhi nhóm có nguy cơ đột tử cao, là các trường hợp nhất do tim mạch.

#### 1. Hỏi bệnh:

##### a. Đặc điểm cơn ngất

- Tiền triệu và các triệu chứng liên quan: hồi hộp, đau ngực, khó thở, chóng mặt, đau đầu, ói
- Thời điểm, tình huống xuất hiện, tư thế bệnh nhân khi xuất hiện ngất
- Thời gian ngất, thường là một vài phút, đa số dưới 2.5 phút
- Các biểu hiện trong và ngay sau khi ngất: bệnh nhân mất ý thức hoàn toàn, một phần (trong trường hợp tiền ngất), mất tư thế đứng hay hồi phục hoàn toàn, không di chứng.

##### b. Tiền sử bệnh:

- Các bệnh lý trước đây, lưu ý bệnh tim mạch, thần kinh, nội tiết, các rối loạn tâm lý
- Sử dụng thuốc: rối loạn nhịp tim, tăng đường huyết, cao huyết áp, thuốc có ảnh hưởng đến điện giải và lưu ý liều lượng.

##### c. Tiền sử gia đình:

- Bệnh mạch vành, có người bị ngất, đột tử
- Rối loạn nhịp tim, bệnh lý tim mạch, nội tiết, các rối loạn tâm lý.

#### 2. Khám lâm sàng:

- Dấu hiệu sinh tồn
- Nghe tim, tìm các bất thường như âm thổi, tiếng T2 vang, nhịp tim không đều..
- Sờ đáy mắt, phản xạ gân cơ, tìm dấu hiệu Romberg's, đánh giá chức năng tiểu não
- Cần lưu ý đến các dấu hiệu thần kinh khu trú, chấn thương thứ phát do ngất.

3. Cận lâm sàng: hỏi bệnh và khám lâm sàng giúp định hướng chỉ định các xét nghiệm tìm nguyên nhân.

- Xét nghiệm thường: ECG, siêu âm tim, Xquang ngực thẳng, ion đồ, đường huyết
- Các xét nghiệm cần hội chẩn chuyên khoa: điện tâm đồ Holter, gắng sức, test bàn nghiêng, điện não đồ
- CT scan sọ não: khi nghi ngờ chấn thương sọ não.

### III. CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN

| Bệnh thường gặp cần phân biệt | Tiêu chí để phân biệt                                                                                             |                                                                                                               |                                                                                                             |                                            |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
|                               | Hoàn cảnh xuất hiện                                                                                               | Tiền triệu                                                                                                    | Biểu hiện trong cơn                                                                                         | Xét nghiệm                                 |
| Động kinh                     | Xuất hiện đột ngột, thường ít dự đoán trước                                                                       | Không có tiền triệu<br>Không mất đi khi bệnh nhân ở tư thế nằm                                                | Trong cơn có thể có tiêu tiểu không tự chủ, co giật chi hoặc giật cơ, mất ý thức kéo dài, thường hơn 1 phút | Điện não đồ                                |
| Hạ đường huyết                | Thường xuất hiện cách xa bữa ăn, khi bệnh nhân đói                                                                | Tiền triệu không mất đi khi bệnh nhân ở tư thế nằm                                                            | Triệu chứng xuất hiện và mất đi từ từ                                                                       | Có thể không bắt được lúc hạ đường huyết   |
| Tăng thông khí quá mức        | Thường kèm theo rối loạn tâm lý. Chỉ xuất hiện khi tăng thông khí. Rối loạn tri giác sau giai đoạn thở nhanh sâu. | Rối loạn tri giác xuất hiện từ từ. Có thể ngăn chặn vòng xoắn bệnh lý khi để bệnh nhân nghỉ ngơi ở tư thế nằm | Cảm giác hồi hộp, tức ngực, khó thở, đau bụng. Hiếm khi có ngất                                             | Ngoài cơn không có các tổn thương thực thể |
| Hysteria                      | Chỉ xuất hiện khi có người chứng kiến, có rối loạn cảm xúc. Hiếm khi xuất hiện trước 10 tuổi                      | Không liên hệ đến thay đổi tư thế<br>Không cải thiện khi bệnh nhân nằm nghỉ                                   | Cơn kéo dài có thể đến gần 1 giờ<br>Không có biểu hiện xanh tái, hạ huyết áp như ngất.                      | Không có tổn thương thực thể               |
| Do rối loạn thần kinh tự chủ  | Xuất hiện trong một tình huống cố định như: đi tiêu tiểu, tập thể dục, đứng lâu. Không có tiền triệu              | Thường ngắn từ vài giây đến 1-2 phút<br>Không di chứng<br>Có thể phòng ngừa được                              | Không có tổn thương thực thể<br>Có thể phát hiện bất thường qua test bàn chân nghiêng                       |                                            |

### IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Bệnh nhân trong cơn ngất
- Nghi ngờ do nguyên nhân tim mạch
- Nghi ngờ có chấn thương nặng do té trong cơn ngất

### V. ĐIỀU TRỊ NGẤT ĐỐI VỚI NHÓM RỐI LOẠN THẦN KINH TỰ CHỦ

- Hội chứng kích thích xoang cảnh: hướng dẫn tránh mặc áo cổ chật quá, không dùng dao cạo điện, uống nước đầy đủ
- Ngất do tư thế: tránh thay đổi tư thế đột ngột, tránh mất nước quá mức
- Ngất tình huống: tránh các tình huống có thể gây ngất.

Tài liệu tham khảo: Kho dữ liệu Sở y tế TPHCM – Bệnh viện Nhi Đồng 1.



## TIÊM CHỦNG

### A. LỊCH TIÊM CHỦNG:

#### I. LỊCH TIÊM CHỦNG MỞ RỘNG QUỐC GIA: (Bắt buộc và miễn phí)

Lịch tiêm chủng quốc gia hay Chương trình Tiêm chủng mở rộng (EPI: *Extended Program of Immunization*) là một chương trình được Tổ chức Y tế thế giới đề ra cho các nước đang phát triển và được Bộ Y tế mỗi nước điều chỉnh cho phù hợp với nguồn lực quốc gia và tình hình dịch tễ trong nước.

1. Lịch tiêm chủng mở rộng tại Việt Nam (theo quyết định số 845/QĐ - BYT, ngày 17/03/2010) được sử dụng như sau:

| TT | Tuổi của trẻ | Ngừa bệnh                                             |
|----|--------------|-------------------------------------------------------|
| 1  | Sơ sinh      | - Lao<br>- VGB sơ sinh trong vòng 24 giờ sau sinh (*) |
| 2  | 02 tháng     | - BH - UV - HG - VGB - Hib: mũi 1<br>- BL: lần 1      |
| 3  | 03 tháng     | - BH - UV - HG - VGB - Hib: mũi 2<br>- BL: lần 2      |
| 4  | 04 tháng     | - BH - UV - HG - VGB - Hib mũi 3<br>- BL: lần 3       |
| 5  | 09 tháng     | - Sởi mũi 1                                           |
| 6  | 18 tháng     | - BH - UV - HG: mũi 4<br>- Sởi mũi 2                  |

2. Ngoài lịch tiêm chủng trên còn có 3 loại vaccin cũng được đưa vào chương trình tiêm chủng mở rộng nhưng chỉ áp dụng ở những nơi có tỉ lệ mắc bệnh cao, đó là: viêm não Nhật Bản B, Tả, Thương hàn.

3. Viêm gan B sơ sinh (\*): Đề phòng lây truyền viêm gan B từ mẹ sang con, cần tiêm ngừa viêm gan B sớm cho trẻ trong vòng 24 giờ sau sinh. Nếu trẻ không tiêm được liều viêm gan B trong vòng 24 giờ sau sinh thì cố gắng tiêm trong vòng 7 ngày đầu sau sinh.

4. Các từ viết tắt:

- Viêm gan siêu vi B: VGB
- Bạch hầu - Uốn ván - Ho gà: BH - UV - HG
- Bại liệt: BL
- Viêm màng não mủ và các nhiễm trùng do Hemophilus Influenzae type B: Hib

## II. LỊCH TIÊM CHỦNG DỊCH VỤ

Bên cạnh lịch tiêm chủng quốc gia, thực tế tại Bệnh viện có sử dụng một số thuốc tiêm chủng dịch vụ. Cụ thể:

| NGŨA BỆNH                                         | TUỔI                  | LỊCH TIÊM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Viêm màng não mủ và các nhiễm trùng do Hib</b> | Từ 2 tháng đến 5 tuổi | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Từ 2-6 tháng: 3 liều liên tiếp cách nhau 1 đến 2 tháng, nhắc lại 1 liều lúc trẻ 16-18 tháng.</li> <li>- Từ 6-12 tháng: 2 liều liên tiếp cách nhau 1 đến 2 tháng. 12 tháng sau liều 2 nhắc lại 1 liều.</li> <li>- Trẻ trên 12 tháng đến 5 tuổi: 1 liều duy nhất</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Tiêu chảy do Rotavirus</b>                     | Từ 6 tuần tuổi        | <p>Tùy theo loại thuốc, trẻ sẽ được uống 2 hoặc 3 liều:</p> <p><b>Rotarix:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uống 2 liều, khoảng cách 2 liều ít nhất là 4 tuần</li> <li>- Tuổi: Từ 6 tuần tuổi đến 6 tháng tuổi (liều 2 phải hoàn tất <math>\leq</math> 6 tháng tuổi)</li> </ul> <p><b>Rotateq:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uống 3 liều, khoảng cách giữa các liều ít nhất là 4 tuần</li> <li>- Tuổi: Từ 7,5 tuần tuổi đến 8 tháng tuổi (liều đầu tiên phải sử dụng <math>\leq</math> 3 tháng tuổi)</li> </ul> |
| <b>Cúm</b>                                        | Từ 6 tháng            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lần 1: bắt đầu lúc trẻ 6 tháng tuổi</li> <li>- Lần 2: cách lần thứ nhất 4 tuần (áp dụng cho những trẻ tiêm lần 1 <math>\leq</math> 8 tuổi)</li> <li>- Nhắc: 1 liều mỗi năm</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Viêm não Nhật Bản B</b>                        | Từ 12 tháng           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lần 1: bắt đầu lúc 12 tháng tuổi</li> <li>- Lần 2: cách lần 1 từ 1 đến 2 tuần</li> <li>- Lần 3: cách lần 1 một năm sau</li> <li>- Nhắc: 1 liều mỗi 3 năm</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Thủy đậu (Trái rạ)</b>                         | Từ 12 tháng           | <p>Tùy theo loại thuốc, trẻ sẽ được tiêm 1 hoặc 2 liều:</p> <p><b>Varilrix:</b> tiêm 2 liều cách nhau 12 tuần</p> <p><b>Okavax:</b> tiêm 1 liều duy nhất</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Viêm gan siêu vi A</b>                         | Từ 12 tháng           | Tiêm 2 liều cách nhau từ 6 đến 18 tháng                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Sởi - Quai bị - Rubella</b>                    | Từ 12 tháng           | Tiêm 2 liều cách nhau từ 3 đến 6 năm                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Viêm màng não do não mô cầu A+C</b>            | Từ 24 tháng           | Tiêm 1 liều mỗi 3 năm                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Thương hàn</b>                                 | Từ 24 tháng           | Tiêm 1 liều mỗi 3 năm                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Dại</b>                                        |                       | Tiêm ngừa 5 mũi vào các ngày 0-3-7-14-21                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

| Tên vắc xin                         | Chống chỉ định                                                                                                                                         | Thận trọng                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lao</b>                          | Bệnh Hodgkin, các ung thư huyết học và khối u đặc, đang sử dụng Gammaglobulin<br>(cách tối thiểu: trước 2 tuần, sau 3 - 11 tháng)                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>BH<br/>UV<br/>HG</b>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiền sử dị ứng với vắc xin và các thành phần của vắc xin</li> <li>- Bệnh não trong 7 ngày sau tiêm</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Hội chứng Guillain - Barre trong 6 tuần sau tiêm liều vắc xin có thành phần uốn ván trước đây.</li> <li>-Đối với DtaP: một trong những triệu chứng sau tiêm như: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Sốt từ 40,5<sup>0</sup>C trở lên trong 48 giờ;</li> <li>b. Khóc dai dẳng từ &gt; 3 giờ trong 48 giờ</li> <li>c. Sốc trong vòng 48 giờ; co giật kèm sốt hoặc không trong 3 ngày.</li> </ul> </li> <li>-Đối với DTaP/Tdap: rối loạn thần kinh không thường xuyên.</li> </ul> |
| <b>Rotavirus</b>                    |                                                                                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Viêm dạ dày ruột hoặc rối loạn dạ dày ruột mạn tính vừa đến nặng</li> <li>-Tiền sử lồng ruột</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Cúm bất hoạt</b>                 | Dị ứng với trứng                                                                                                                                       | Tiền sử bị hội chứng Guillain - Barre trong vòng 6 tuần sau tiêm vắc xin cúm                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Thủy đậu</b>                     | Trẻ suy giảm miễn dịch do dùng Steroid liều cao, bệnh bạch cầu, ung thư, ung thu hạch bạch huyết hoặc suy giảm miễn dịch.                              | Truyền máu, huyết tương và/hoặc globulin miễn dịch trong 11 tháng qua.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Sởi - Quai bị -Rubella (MMR)</b> | Suy giảm miễn dịch nặng (như bướu máu và bướu đặc, suy giảm miễn dịch bẩm sinh, điều trị ức chế miễn dịch kéo dài, hoặc triệu chứng nhiễm HIV nặng)    | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Truyền máu, huyết tương và/hoặc globulin miễn dịch trong 11 tháng qua.</li> <li>-Tiền sử giảm tiểu cầu và xuất huyết giảm tiểu cầu</li> </ul> <p><u>Lưu ý:</u> MMR không có chống chỉ định đối với trường hợp vừa làm test IDR. Nếu thử IDR không cùng ngày với tiêm MMR, hãy hoãn thử IDR đến 4-6 tuần sau tiêm MMR.</p>                                                                                                                                                             |

### C. MỘT SỐ VẤN ĐỀ LƯU Ý:

1. Phải tôn trọng **khoảng cách tối thiểu** giữa 2 lần tiêm.

2. Khoảng cách giữa các lần tiêm nếu dài hơn khoảng cách được khuyến cáo, sẽ làm chậm lại đáp ứng miễn dịch nhưng không làm giảm đáp ứng bảo vệ sau cùng.

3. Các trường hợp **không phải là chống chỉ định** tiêm ngừa:

- Suy dinh dưỡng
- Sinh non, sinh nhỏ cân (*trừ trường hợp đối với thuốc chủng ngừa miễn dịch tế bào như BCG, phải dời lại*).

Tài liệu tham khảo: phác đồ bệnh viện Nhi đồng 2.

## PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ COVID TRẺ EM

### I. ĐẠI CƯƠNG

- COVID-19 là bệnh do vi rút SARS-CoV-2 được phát hiện đầu tiên tại Vũ Hán, Trung Quốc vào cuối tháng 12 năm 2019, rồi lan rộng ra toàn thế giới.
- Vi rút SARS-CoV-2 lây trực tiếp từ người sang người qua đường hô hấp (như qua giọt bắn, hạt khí dung, không khí) và qua đường tiếp xúc với chất tiết chứa vi rút.
- Vi rút chủng Delta mới xuất hiện ở nhiều quốc gia, trong đó có Việt Nam.
- Vi rút SARS-CoV-2 gây bệnh ở cả người lớn và trẻ em tuy nhiên COVID-19 trẻ em ít gặp hơn.
- Phần lớn trẻ mắc COVID-19 không triệu chứng hoặc nhẹ với triệu chứng viêm hô hấp trên hoặc tiêu hoá (55%), trung bình (40%), nặng (4%), nguy kịch (0,5%). Trẻ nhũ nhi < 12 tháng tuổi có nguy cơ cao diễn tiến nặng.
- Trẻ em mắc COVID-19 thường ở thể nhẹ vì thế tỉ lệ nhập viện và tử vong ít so với người lớn.
- MIC-S ở trẻ em mắc COVID-19 hiếm gặp, xảy ra chủ yếu 2 - 6 tuần sau nhiễm SARS-CoV-2, nhưng thường diễn tiến nặng có thể gây tử vong.
- Hiện nay do đã hiểu rõ hơn về vi rút SARS-CoV-2 từ cách lây truyền, cơ chế gây bệnh..., các nhà khoa học đã đưa ra được những biện pháp điều trị như thuốc diệt vi rút, ngăn chặn cơn bão cytokin, điều trị biến chứng huyết khối..., tuy nhiên việc điều trị bệnh vẫn hết sức khó khăn, cần tiếp tục nghiên cứu.
- Biện pháp phòng bệnh vẫn đóng vai trò quan trọng giúp giảm tỷ lệ mắc và tử vong của bệnh, đó là tuân thủ 5K, kết hợp với tiêm vắc xin cho trẻ từ 12 tuổi (đã được thực hiện ở một số nước), phát hiện sớm và phân tầng điều trị ca bệnh phù hợp với mức độ nặng của bệnh.

### II. ĐỊNH NGHĨA CA LÂM SÀNG

#### Trường hợp bệnh nghi ngờ

Trẻ bị nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính (sốt và có ít nhất một triệu chứng của bệnh đường hô hấp: ho, đau họng, khó thở...) VÀ có một trong những điều kiện sau:

- A. Tiền sử ở/đi/đến/quá vùng dịch tễ \*COVID-19 trong thời gian 14 ngày trước khi khởi phát triệu chứng.
- B. Tiền sử tiếp xúc với ca bệnh COVID-19 hoặc tiền sử tiếp xúc gần\*\* với các trường hợp nghi ngờ/hoặc ca bệnh trong vòng 14 ngày trước khi khởi phát các triệu chứng.
- C. Một trẻ nhập viện với các triệu chứng của nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính nặng nhưng không giải thích được bằng các nguyên nhân khác.
- D. Trẻ có xét nghiệm test nhanh với SARS-CoV-2 dương tính.

**(\*) Vùng dịch tễ:** được xác định là những quốc gia, vùng lãnh thổ có ghi nhận ca mắc COVID-19 lây truyền nội địa, hoặc nơi có ổ dịch đang hoạt động tại Việt Nam theo “Hướng dẫn tạm thời giám sát và phòng, chống COVID-19” của Bộ Y tế và được cập nhật bởi Cục Y tế dự phòng, Bộ Y tế.

#### **(\*\*) Tiếp xúc gần:**

- Tiếp xúc tại các cơ sở y tế, bao gồm: tiếp xúc với nhân viên y tế mắc COVID-19; tới thăm người bệnh hoặc ở cùng phòng bệnh có người bệnh mắc COVID-19.
- Tiếp xúc trực tiếp trong khoảng cách ≤ 2 m với trường hợp bệnh nghi ngờ hoặc xác định mắc COVID-19 trong thời kỳ mắc bệnh.
- Sống cùng nhà với trường hợp bệnh nghi ngờ hoặc xác định mắc COVID-19 trong thời kỳ mắc bệnh.
- Cùng lớp học (nhà trẻ, trường học...) với ca bệnh xác định hoặc ca bệnh nghi ngờ trong thời kỳ mắc bệnh.
- Cùng nhóm: du lịch, công tác, vui chơi, buổi liên hoan, cuộc họp ... với ca bệnh xác định hoặc ca bệnh nghi ngờ trong thời kỳ mắc bệnh.
- Di chuyển trên cùng phương tiện (ngồi cùng hàng, trước hoặc sau hai hàng ghế) với trường hợp bệnh nghi ngờ hoặc xác định mắc COVID-19 trong thời kỳ mắc bệnh.

#### Trường hợp bệnh xác định

- Là tất cả các trường hợp có triệu chứng nghi ngờ và có xét nghiệm dương tính với vi rút SARS-CoV-2 bằng kỹ thuật Real-time RT-PCR.

### III. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỆNH NHI MẮC COVID-19

#### Triệu chứng lâm sàng

- Thời gian ủ bệnh từ 2 - 14 ngày, trung bình là 4 - 5 ngày.
  - Khởi phát: có một hay nhiều triệu chứng như: sốt, mệt mỏi, đau đầu, ho khan, đau họng, nghẹt mũi/sổ mũi, mất vị giác/khứu giác, nôn và tiêu chảy, đau cơ, tuy nhiên trẻ thường không có triệu chứng.
  - + Triệu chứng lâm sàng thường gặp: sốt 63%, ho 34%, buồn nôn/nôn 20%, ỉa chảy 20%, khó thở 18%, triệu chứng mũi họng 17%, phát ban 17%, mệt mỏi 16%, đau bụng 15%, triệu chứng giống Kawasaki 13%, không có triệu chứng 13%, triệu chứng thần kinh 12%, kết mạc 11% và họng đỏ 9%.
  - + Các triệu chứng khác ít gặp hơn: tổn thương da niêm (hồng ban các đầu ngón chi, nổi ban da...); rối loạn nhịp tim; tổn thương thận cấp; viêm thanh mạc (tràn dịch màng phổi, tràn dịch màng bụng, tràn dịch màng tim); gan to, viêm gan; bệnh não (co giật, hôn mê hoặc viêm não).
  - Tiến triển: hầu hết trẻ chỉ bị viêm đường hô hấp trên với sốt nhẹ, ho, đau họng, sổ mũi, mệt mỏi; hay viêm phổi và thường tự hồi phục sau khoảng 1-2 tuần. Khoảng 2% trẻ có diễn tiến nặng, thường vào ngày thứ 5-8 của bệnh. Trong đó một số trẻ (khoảng 0,7%) cần điều trị tại các đơn vị hồi sức tích cực với các biến chứng nặng như: hội chứng nguy kịch hô hấp cấp (ARDS), viêm cơ tim, nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm trùng, và hội chứng viêm đa hệ thống (MIS-C). Các yếu tố tiên lượng nặng trẻ béo phì, trẻ chậm phát triển, bại não, bệnh phổi mạn, suy giảm miễn dịch, đái tháo đường, tim bẩm sinh... Tỷ lệ tử vong ở trẻ rất thấp (< 0,1%), hầu hết tử vong do bệnh nền.
- Thời kỳ hồi phục: thường trong giai đoạn từ ngày thứ 7-10 ngày, nếu không có các biến chứng nặng trẻ sẽ hết dần các triệu chứng lâm sàng và khỏi bệnh.

#### Xét nghiệm

##### Xét nghiệm chẩn đoán căn nguyên

##### a) Chỉ định xét nghiệm

Tất cả trẻ nghi ngờ nhiễm SARS-CoV-2 cần được lấy mẫu bệnh phẩm dịch hầu họng dịch mũi hoặc dịch nội khí quản (NKQ)/rửa phế quản (nếu thở máy) để chẩn đoán xác định COVID-19.

##### b) Phương pháp xét nghiệm

- Sử dụng phương pháp xét nghiệm Real-time RT-PCR cho kết quả độ nhạy độ đặc hiệu cao nhất dùng để chẩn đoán xác định nhiễm SARS-CoV-2 cấp tính.
- Nếu kết quả Real-time RT-PCR âm tính, nhưng vẫn nghi ngờ về lâm sàng, cần xét nghiệm lại hoặc lấy mẫu bệnh phẩm dịch hút phế quản, hoặc dịch rửa phế quản, rửa phế nang (nếu trẻ thở máy).
- Xét nghiệm kháng nguyên SARS-CoV-2, để phát hiện kháng nguyên của vi rút và cần được khẳng định nhiễm SARS-CoV-2 bằng kỹ thuật Real-time RT-PCR.
- Xét nghiệm SARS-CoV-2 trong quá trình điều trị được chỉ định theo yêu cầu cụ thể của phác đồ điều trị.
- Không dùng xét nghiệm phát hiện kháng thể kháng SARS-CoV-2 để chẩn đoán đang mắc COVID-19.
- Xét nghiệm kháng thể được chỉ định để chẩn đoán hội chứng viêm đa hệ thống cơ quan (MIS-C) hoặc những tổn thương khác sau nhiễm SARS-CoV-2.

##### Xét nghiệm huyết học, sinh hóa máu và vi sinh

- Huyết học: tổng phân tích tế bào máu, đông máu cơ bản (PT, APTT, Fibrinogen, D-dimer).
- Các chỉ số viêm: CRP, máu lắng; nếu có điều kiện xét nghiệm procalcitonin và/hoặc ferritin, và/hoặc LDH và/hoặc IL-6.
- Các xét nghiệm giúp chẩn đoán biến chứng: điện giải đồ, đường máu, albumin, chức năng gan thận, khí máu, lactate, tổng phân tích nước tiểu. Nếu nghi ngờ có biến chứng tim mạch: CK-MB, troponin I/T, BNP/NT-pro-BNP).
- Với nhóm nặng, nguy kịch thường có suy giảm miễn dịch thứ phát → miễn dịch dịch thể (IgA, G, M) miễn dịch tế bào (CD3, CD4, CD8) nếu có điều kiện.
- Các xét nghiệm vi sinh: cấy máu, tìm nấm, cấy dịch, panel vi rút tùy tình trạng người bệnh.

##### Chẩn đoán hình ảnh

- X-quang phổi có tổn thương dạng mô kẽ, kính mờ (thường 2 đáy phổi), khi nặng hình ảnh tổn thương phế nang và mô kẽ lan tỏa hai phế trường mà không phải do tràn dịch màng phổi, xẹp thùy phổi.

- Siêu âm phổi hình ảnh B-line (trong khi chức năng tim bình thường), đông đặc dưới màng phổi, cần đánh giá (siêu âm tim) để loại trừ phù phổi do áp lực thủy tĩnh. Đánh giá sức co bóp cơ tim, tình trạng giãn mạch vành khi trẻ có MIS-C.
- CT scan khi có điều kiện: hình ảnh tổn thương phế nang, mô kẽ, hình ảnh kính mờ lan tỏa.
- Siêu âm tim, điện tim với các trường hợp nặng, hoặc nghi ngờ có biến chứng tim mạch.
- Chỉ định xét nghiệm phù hợp với mức độ của bệnh và điều kiện của cơ sở y tế.

### **Yếu tố nguy cơ bệnh diễn biến nặng**

- Trẻ đẻ non, cân nặng thấp.
- Béo phì, thừa cân.
- Đái tháo đường, các bệnh lý gene và rối loạn chuyển hoá.
- Các bệnh lý phổi mạn tính, hen phế quản.
- Ung thư (đặc biệt là các khối u ác tính về huyết học, ung thư phổi...).
- Bệnh thận mạn tính.
- Ghép tạng hoặc cấy ghép tế bào gốc tạo máu.
- Bệnh tim mạch (tim bẩm sinh, suy tim, tăng áp phổi, bệnh động mạch vành hoặc bệnh cơ tim, tăng huyết áp)
- Bệnh lý thần kinh (bao gồm cả chứng sa sút trí tuệ, rối loạn tâm thần)
- Bệnh hồng cầu hình liềm, bệnh thalassemia, bệnh huyết học mạn tính khác
- Các bệnh lý suy giảm miễn dịch bẩm sinh hoặc mắc phải
- Bệnh gan
- Đang điều trị bằng thuốc corticoid hoặc các thuốc ức chế miễn dịch khác.
- Các bệnh hệ thống.

### **Yếu tố nguy cơ gây huyết khối**

- Điều trị tại ICU phải thở máy bất động kéo dài.
- Có đường truyền trung tâm (catheter) hoặc longline.
- D-dimer  $\geq 5$  lần giới hạn trên bình thường.
- Béo phì (BMI > 95th percentile).
- Tiền sử gia đình có huyết khối tĩnh mạch không rõ nguyên nhân.
- Tiền sử bản thân huyết khối hoặc suy giảm miễn dịch.
- Bệnh ác tính hoạt động, hội chứng thận hư, viêm tiềm tàng hoặc hoạt động, biến cố tắc mạch trên người bệnh huyết sắc tố S.
- Bệnh tim bẩm sinh hoặc mắc phải có ứ máu tĩnh mạch (hội chẩn chuyên khoa).
- Rối loạn nhịp tim (hội chẩn chuyên khoa).

### **Biến chứng nặng của bệnh**

#### **Hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS)**

#### **\* Tiêu chuẩn chẩn đoán ARDS**

- Khởi phát: các triệu chứng hô hấp mới hoặc xấu đi trong vòng một tuần kể từ khi có các triệu chứng lâm sàng.
- X-quang, CT scan phổi hoặc siêu âm phổi: hình ảnh mờ hai phế trường mà không phải do tràn dịch màng phổi, xẹp thùy phổi hoặc các nốt ở phổi.
- Nguồn gốc của phù phổi không phải do suy tim hoặc quá tải dịch. Cần đánh giá khách quan (siêu âm tim) để loại trừ phù phổi do áp lực thủy tĩnh nếu không thấy các yếu tố nguy cơ.
- Thiếu ô xy máu: ở trẻ em dựa vào các chỉ số OI (chỉ số Oxygen hóa:  $OI = MAP* \times FiO_2 \times 100 / PaO_2$ ) ( $MAP*$ : áp lực đường thở trung bình) hoặc OSI (chỉ số Oxygen hóa sử dụng  $SpO_2$ :  $OSI = MAP \times FiO_2 \times 100 / SpO_2$ ) cho người bệnh thở máy xâm nhập, và  $PaO_2/FiO_2$  hay  $SpO_2/FiO_2$  cho thở CPAP hay thở máy không xâm nhập (NIV):
  - + NIV BiLevel hoặc CPAP  $\geq 5$  cmH<sub>2</sub>O qua mặt nạ:  $PaO_2/FiO_2 \leq 300$  mmHg hoặc  $SpO_2/FiO_2 \leq 264$
  - + ARDS nhẹ (thở máy xâm nhập):  $4 \leq OI < 8$  hoặc  $5 \leq OSI < 7,5$
  - + ARDS vừa (thở máy xâm nhập):  $8 \leq OI < 16$  hoặc  $7,5 \leq OSI < 12,3$
  - + ARDS nặng (thở máy xâm nhập):  $OI \geq 16$  hoặc  $OSI \geq 12,3$

*Chú ý: lâm sàng nghi ngờ ARDS khi thở ô xy mặt nạ hoặc thở không xâm lấn (NCPAP/ HFNC) với  $FiO_2 > 40\%$  mới giữ  $SpO_2$  88-97%.*

### **Bão cytokin**

- Bão cytokin là nguyên nhân quan trọng làm nặng hơn tình trạng hô hấp, suy đa tạng.
- Các dấu hiệu gợi ý nguy cơ cao tiến triển dẫn đến bão cytokin gồm:
- + Ferritin > 300 ug/L gấp đôi trong vòng 24 giờ, Ferritin > 600 ug/L tại thời điểm làm xét nghiệm
- + CRP > 100 mg/L, LDH > 250 U/L và tăng D-dimer (> 1000 mcg/L)
- + Nghi đến bão cytokin khi người bệnh có biểu hiện suy hô hấp diễn biến nhanh  $SpO_2 \leq 93\%$  khi thở khí trời hoặc nhu cầu oxy > 6 lít/phút; X-quang, CT scan phổi tổn thương mờ lan tỏa, đông đặc tiến triển nhanh.

### **Nhiễm trùng huyết và sốc nhiễm trùng**

#### **\* Nhiễm trùng huyết:**

Khi nghi ngờ hoặc khẳng định do nhiễm trùng và có ít nhất 2 tiêu chuẩn của hội chứng đáp ứng viêm hệ thống (SIRS) và một trong số đó phải là thay đổi thân nhiệt hoặc số lượng bạch cầu bất thường.

#### **\* Sốc nhiễm trùng: xác định khi có**

- Bất kỳ tình trạng hạ huyết áp nào: khi huyết áp tâm thu < 5 bách phân vị hoặc > 2SD dưới ngưỡng bình thường theo lứa tuổi, hoặc (trẻ < 1 tuổi: < 70 mmHg; trẻ từ 1-10 tuổi: <  $70 + 2 \times \text{tuổi}$ ; trẻ > 10 tuổi: < 90 mmHg).
- Hoặc có bất kỳ 2-3 dấu hiệu sau:
- + Thay đổi ý thức
- + Nhịp tim nhanh hoặc chậm (< 90 nhịp/phút hoặc > 160 lần/phút ở trẻ nhũ nhi, và < 70 lần/phút hoặc > 150 lần/phút ở trẻ nhỏ)
- + Thời gian làm đầy mao mạch kéo dài (> 2 giây)
- + Hoặc giãn mạch ẩm/mạch nẫy; thở nhanh; da nổi vân tím
- + Hoặc có chấm xuất huyết hoặc ban xuất huyết
- + Tăng nồng độ lactate, thiếu niệu, tăng hoặc hạ thân nhiệt.

#### **Tổn thương thận cấp (Acute Kidney Injury)**

- Tổn thương thận cấp là biến chứng nặng ở trẻ mắc COVID-19, thường gặp ở bệnh nhi điều trị tại ICU và liên quan tới MIS-C.
- Tỷ lệ AKI trong khoảng 15-30%.
- Tiêu chuẩn chẩn đoán AKI dựa vào Bảng 1.

*Bảng 1. Tiêu chuẩn pRIFLE chẩn đoán AKI ở trẻ em*

| <b>Mức độ</b>            | <b>Creatinin máu hoặc mức lọc cầu thận (GFR)</b>                                                                                                                   | <b>Lượng bài niệu (urine output - UO)</b>              |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <b>R (nguy cơ)</b>       | Creatinin tăng $\geq 1,5$ lần hoặc GFR giảm $\geq 25\%$ so với giá trị cơ sở                                                                                       | < 0,5 ml/kg/giờ trong 8 giờ                            |
| <b>I (tổn thương)</b>    | Creatinin tăng $\geq 2$ lần hoặc GFR giảm $\geq 50\%$ so với giá trị cơ sở                                                                                         | < 0,5 ml/kg/giờ trong 16 giờ                           |
| <b>F (suy chức năng)</b> | Creatinin tăng $\geq 3$ lần hoặc GFR giảm $\geq 75\%$ so với giá trị cơ sở, hoặc creatinin máu $\geq 4$ mg/dL với tốc độ tăng creatinin tối thiểu $\geq 0,5$ mg/dL | < 0,3 ml/kg/giờ trong 24 giờ hoặc vô niệu trong 12 giờ |
| <b>L (mất chức năng)</b> | Mất hoàn toàn chức năng thận > 4 tuần                                                                                                                              |                                                        |



**E**  
**(bệnh thận**  
**giai đoạn**  
**cuối)**

Mất hoàn toàn chức năng thận > 3 tháng

**Hội chứng viêm hệ thống đa cơ quan (MIS-C)**

**Chẩn đoán khi có các tiêu chuẩn sau:**

- Sốt  $\geq 3$  ngày VÀ có 02 trong các dấu hiệu sau:
- + Ban đỏ hoặc xung huyết giác mạc hoặc phù nề niêm mạc miệng, bàn tay, chân;
- + Hạ huyết áp hoặc sốc;
- + Suy giảm chức năng tim, tổn thương màng tim, viêm màng ngoài tim, bất thường mạch vành xác định qua siêu âm, tăng proBNP, Troponin;
- + Rối loạn đông máu (PT, APTT, D-dimer cao);
- + Rối loạn tiêu hóa cấp tính (ỉa chảy, đau bụng, nôn);
- VÀ có tăng các chỉ số viêm (CRP, máu lắng, procalcitonin);
- VÀ không do các căn nguyên nhiễm trùng khác;
- VÀ có bằng chứng của nhiễm vi rút SARS-CoV-2 hoặc tiếp xúc gần với người mắc COVID-19 trong vòng 2-6 tuần (XN Real-time RT-PCR hoặc kháng thể kháng SARS-CoV-2 dương tính).

**Chẩn đoán phân biệt**

**Chẩn đoán phân biệt với viêm đường hô hấp cấp do các tác nhân khác**

- Vi rút cúm mùa, vi rút á cúm, vi rút hợp bào hô hấp (RSV), rhinovirus, myxovirus, adenovirus.
- Hội chứng cảm cúm do các chủng coronavirus thông thường.
- Các căn nguyên gây nhiễm khuẩn hay gặp, bao gồm các vi khuẩn không điển hình như Mycoplasma pneumonia.
- Các nguyên nhân khác có thể gây viêm đường hô hấp cấp tính nặng như cúm gia cầm A/H5N1, A/H7N9, A/H5N6, SARS-CoV, MERS-CoV.
- Cần chẩn đoán phân biệt tình trạng nặng của bệnh do COVID-19 (suy hô hấp, suy chức năng các cơ quan...) với nguyên nhân gây bệnh khác hoặc do tình trạng nặng của bệnh lý mạn tính kèm theo.
- Ở trẻ em nhất là sơ sinh, cần chú ý nguyên nhân nhiễm khuẩn đi kèm hay chẩn đoán phân biệt với tình trạng nhiễm khuẩn khác.

**IV. PHÂN ĐỘ LÂM SÀNG**

**Mức độ nhẹ**

- Không có triệu chứng lâm sàng hoặc
- Triệu chứng không điển hình: sốt, đau họng, ho, chảy mũi, tiêu chảy, nôn, đau cơ, ngạt mũi, mất khứu/vị giác, không có triệu chứng của viêm phổi.
- Nhịp thở bình thường.
- Không có biểu hiện của thiếu ô xy,  $SpO_2 \geq 96\%$  khi thở khí trời.
- Thần kinh: trẻ tỉnh táo, sinh hoạt bình thường, bú mẹ/ăn/uống bình thường.
- X-quang phổi bình thường.

Chú ý: Với trẻ có bệnh nền: béo phì, bệnh phổi mãn, suy thận mãn, gan mật, dùng corticoid kéo dài, suy giảm miễn dịch, tim bẩm sinh... cần theo dõi sát vì dễ diễn biến nặng.

**Mức độ trung bình**

- Có triệu chứng viêm phổi nhưng không có các dấu hiệu của viêm phổi nặng và rất nặng:
- + Thở nhanh: < 2 tháng:  $\geq 60$  lần/phút; 2-11 tháng:  $\geq 50$  lần/phút; 1-5 tuổi:  $\geq 40$  lần/phút.
- +  $SpO_2$ : 94 - 95% khi thở khí trời.
- + Thần kinh: tỉnh táo, mệt, ăn/bú/uống ít hơn.
- + X-quang phổi có tổn thương dạng mô kẽ, kính mờ (thường 2 đáy phổi).

**Mức độ nặng**

Có một trong các dấu hiệu sau

- Trẻ có triệu chứng viêm phổi nặng, chưa có dấu hiệu nguy hiểm đe dọa tính mạng;
- + Thở nhanh theo tuổi kèm  $\geq 1$  dấu hiệu co rút lồng ngực hoặc thở rên (trẻ  $< 2$ th), phập phồng cánh mũi;
- + Thần kinh: trẻ khó chịu, quấy khóc, bú/ăn/uống khó.
- SpO<sub>2</sub>: 90 -  $< 94\%$  khi thở khí trời.
- X-quang phổi có tổn thương dạng mô kẽ, kính mờ lan tỏa  $\geq 50\%$  phổi.

#### **Mức độ nguy kịch**

Có một trong các dấu hiệu sau

- Suy hô hấp nặng SpO<sub>2</sub>  $< 90\%$  khi thở khí trời, cần đặt NKQ thông khí xâm nhập.
- Dấu hiệu nguy hiểm đe dọa tính mạng:
- + Tím trung tâm;
- + Thở bất thường, rối loạn nhịp thở;
- + Thần kinh: ý thức giảm khó đánh thức hoặc hôn mê;
- + Trẻ bỏ bú/ăn hoặc không uống được;
- Hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS).
- Huyết áp tụt, sốc, sốc nhiễm trùng, lactat máu  $> 2$  mmol/L.
- Suy đa tạng.
- Hội chứng viêm hệ thống liên quan tới COVID-19 trẻ em (MIS-C) có sốc/suy đa cơ quan.
- Cơn bão cytokin.

### **V. CÁC BIỆN PHÁP DỰ PHÒNG LÂY NHIỄM TỨC THÌ**

Dự phòng lây nhiễm là một bước quan trọng trong chẩn đoán và điều trị người bệnh mắc COVID-19, do vậy cần được thực hiện ngay khi người bệnh tới nơi tiếp đón ở các cơ sở y tế. Các biện pháp dự phòng chuẩn phải được áp dụng ở tất cả các khu vực trong cơ sở y tế.

#### **Tại khu vực sàng lọc & phân loại**

- Cho người bệnh nghỉ ngơi đeo khẩu trang (trẻ  $\geq 2$  tuổi) và hướng dẫn tới khu vực cách ly.
- Bảo đảm khoảng cách giữa các người bệnh  $\geq 2$ m.
- Hướng dẫn người bệnh che mũi miệng khi ho, hắt hơi và rửa tay ngay sau khi tiếp xúc dịch hô hấp.

#### **Áp dụng các biện pháp dự phòng lây qua giọt bắn**

- Đeo khẩu trang y tế nếu làm việc trong khoảng cách 2m với người bệnh.
- Ưu tiên cách ly người bệnh nghỉ ngơi ở phòng riêng, hoặc sắp xếp nhóm người bệnh cùng căn nguyên trong một phòng. Nếu không xác định được căn nguyên, xếp người bệnh có chung các triệu chứng lâm sàng và yếu tố dịch tễ.
- Phòng bệnh cần được bảo đảm thông thoáng.
- Khi chăm sóc gần người bệnh có triệu chứng hô hấp (ho, hắt hơi) cần sử dụng dụng cụ bảo vệ mắt.
- Hạn chế người bệnh di chuyển trong cơ sở y tế và người bệnh phải đeo khẩu trang khi ra khỏi phòng.

#### **Áp dụng các biện pháp dự phòng tiếp xúc**

- Nhân viên y tế phải sử dụng các trang thiết bị bảo vệ cá nhân (khẩu trang y tế, kính bảo vệ mắt, găng tay, áo choàng) khi vào phòng bệnh và cởi bỏ khi ra khỏi phòng và tránh đưa tay bẩn lên mắt, mũi, miệng.
- Vệ sinh và sát trùng các dụng cụ (ống nghe, nhiệt kế) trước khi sử dụng cho mỗi người bệnh.
- Tránh làm nhiễm bẩn các bề mặt môi trường xung quanh như cửa phòng, công tắc đèn, quạt...
- Đảm bảo phòng bệnh thoáng khí, mở các cửa sổ phòng bệnh (nếu có).
- Hạn chế di chuyển người bệnh.
- Vệ sinh tay.

#### **Áp dụng các biện pháp dự phòng lây truyền qua đường không khí**

- Nhân viên y tế khi khám, chăm sóc người bệnh đã xác định chẩn đoán, hoặc/và làm các thủ thuật như đặt ống nội khí quản, hút đường hô hấp, soi phế quản, cấp cứu. tim phổi... phải sử dụng các thiết bị bảo vệ cá nhân bao gồm đeo găng tay, áo choàng, bảo vệ mắt, khẩu trang N95 hoặc tương đương.
- Nếu có thể, thực hiện thủ thuật ở phòng riêng, hoặc phòng áp lực âm.
- Hạn chế người không liên quan ở trong phòng khi làm thủ thuật.

## VI. ĐIỀU TRỊ TRẺ EM MẮC COVID-19

### Nguyên tắc điều trị

- Tuân thủ các biện pháp phòng ngừa lây nhiễm chuẩn trước và trong thời gian điều trị, chăm sóc.
- Phân loại trẻ bệnh theo mức độ và điều trị theo các mức độ nặng của bệnh.
- Tuân thủ nguyên tắc cấp cứu A-B-C: kiểm soát đường thở, hỗ trợ hô hấp, tuần hoàn.
- Cá thể hóa các biện pháp điều trị, đặc biệt là các ca bệnh nặng nguy kịch.
- Điều trị nguyên nhân: thuốc kháng vi rút.
- Điều trị cơn bão cytokin: corticoid, lọc máu, ức chế sản xuất hoặc đối kháng IL receptor.
- Điều trị chống đông ở trẻ em cần cân nhắc cẩn thận, nhất là ở trẻ < 12 tuổi.
- Kháng sinh/kháng nấm: khi có bằng chứng lâm sàng và xét nghiệm.
- Điều trị hỗ trợ khác: đảm bảo trẻ được bú mẹ và dinh dưỡng hợp lý theo mức độ nặng của bệnh, bù nước điện giải, vật lý trị liệu, sức khỏe tâm thần.
- Điều trị triệu chứng: hạ sốt giảm ho, giảm đau...
- Điều trị bệnh nền nếu có.

### Ghi chú:

- Đối với thuốc chưa được Tổ chức y tế thế giới khuyến cáo sử dụng, chưa được cấp phép lưu hành, chưa được cấp phép sử dụng khẩn cấp tại bất kỳ nước nào trên thế giới: việc sử dụng phải tuân thủ các quy định về thử nghiệm lâm sàng của Bộ Y tế.
- Thuốc đã được Tổ chức y tế thế giới khuyến cáo sử dụng hoặc được cấp phép lưu hành, hoặc được cấp phép sử dụng khẩn cấp tại ít nhất 1 nước trên thế giới thì có thể được chỉ định điều trị theo diễn biến bệnh lý của người bệnh (ví dụ: thuốc tocilizumab...).

Bảng 2. Tóm tắt các nguyên tắc điều trị chính theo mức độ lâm sàng

| Mức độ bệnh<br>Phương pháp | Nhẹ                                                                    | Trung bình                                                                                                                                                                    | Nặng                                                                                                                                       | Nguy kịch                                                                                                                                         |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dấu hiệu                   | Nhịp thở bình thường theo tuổi:<br><b>SpO2 ≥ 96%</b> khi thở khí trời. | - Viêm phổi: thở nhanh <sup>1</sup><br><br>- <b>SpO2: 94-95%</b> khi thở khí trời<br>- Trẻ tỉnh bú, ăn uống được<br><br>- XQ phổi tổn thương mô kẽ, kính mờ thường ở đáy phổi | - Viêm phổi nặng<br>- <b>SpO2: 90</b><br>- <b>&lt; 94%</b> khi thở khí trời<br>- Trẻ mệt bú, ăn uống kém<br><br>- XQ phổi tổn thương ≥ 50% | - Đặt NKQ thở máy<br>- Tím tái<br><br>- <b>SpO2 &lt; 90%</b> khi thở khí trời<br>- Sốc<br>- Suy đa cơ quan<br>- MIS-C có sốc<br>- Cơn bão cytokin |
| Nơi điều trị               | Tại nhà hoặc cơ sở cách ly <sup>2</sup>                                | Nhập viện                                                                                                                                                                     | Nhập viện điều trị tại ICU                                                                                                                 |                                                                                                                                                   |

|                                       |                                                                       |                                                            |                                                            |                                                                                                              |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hỗ trợ hô hấp                         | Không                                                                 | Ô xy gọng kính,<br>mask đơn giản                           | Thở mask có túi<br>Hoặc:<br>NCPAP,<br>HPNO,<br>NIPPV       | Thở máy xâm nhập                                                                                             |
| Corticoid                             | Không                                                                 | Có                                                         | Có                                                         | Có                                                                                                           |
| Remdesivir                            | Không                                                                 | - Có: nêu thở ô xy<br>- Cân nhắc nếu có yếu tố nguy cơ cao | Có                                                         | - Không nêu thở máy xâm nhập, ECMO<br><br>- Nêu trước đó đã dùng thì xem xét dùng tiếp đủ liều trình 10 ngày |
| Casirivimab 600 mg + Imdevimab 600 mg | Chỉ dùng cho trẻ $\geq 12$ tuổi và $\geq 40$ kg có yếu tố nguy cơ cao | Không                                                      | Không                                                      | Không                                                                                                        |
| Tocilizumab                           | Không                                                                 | Có                                                         | Có                                                         | Chỉ sử dụng bệnh mới mắc trong 24 giờ đầu của bệnh                                                           |
| Thuốc chống đông                      | Không                                                                 | - Liều dự phòng<br>- Cân nhắc với trẻ $< 12$ tuổi          | - Liều dự phòng/điều trị<br>- Cân nhắc với trẻ $< 12$ tuổi |                                                                                                              |
| Anakinra                              | Không                                                                 | Không                                                      | Nêu MIS-C kháng thuốc (hội chẩn CK)                        |                                                                                                              |
| Kháng sinh                            | Không                                                                 | Có nếu có bằng chứng bội nhiễm                             | Có nếu có bằng chứng bội nhiễm                             | Có nếu có bằng chứng bội nhiễm                                                                               |
| Điều trị sốc                          | Không                                                                 | Không                                                      | Không                                                      | Có                                                                                                           |

<sup>1</sup> Thở nhanh: Trẻ  $< 2$  tháng:  $\geq 60$  lần/ph; 2-11 tháng:  $\geq 50$  lần/ph; 1-5 tuổi:  $\geq 40$  lần/ph, 5-12 tuổi:  $\geq 30$  lần/ph,  $>12$  tuổi:  $\geq 20$  lần/ph)

<sup>2</sup> Người nhiễm không có triệu chứng và người bệnh ở mức độ nhẹ có thể theo dõi điều trị tại nhà dưới sự giám sát của nhân viên y tế, hoặc tại cơ sở thu dung, điều trị COVID-19 tùy theo tình dịch và năng lực của từng địa phương

|                   |                                                                                                      |                                                                                                                                     |                                                                                                                                            |                                                                |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Lọc máu           | Không                                                                                                | Không                                                                                                                               | Chỉ định: nguy cơ cơn bão cytokin lọc 3 -5 ngày                                                                                            | Chỉ định: quá tải dịch $\geq$ 15%, AKI, Sốc NT, suy đa tạng... |
| ECMO              | Không                                                                                                | Không                                                                                                                               | Chưa                                                                                                                                       | Khi có chỉ định                                                |
| Điều trị bệnh nền | Nên có                                                                                               | Nên có                                                                                                                              | Nên có                                                                                                                                     | Nên có                                                         |
| Dinh dưỡng        | Có                                                                                                   | Có                                                                                                                                  | Có                                                                                                                                         | Có                                                             |
| Vật lý trị liệu   | Có                                                                                                   | Có                                                                                                                                  | Có                                                                                                                                         | Có                                                             |
| Tâm lý liệu pháp  | Có                                                                                                   | Có                                                                                                                                  | Có                                                                                                                                         | Có                                                             |
| Theo dõi          | - Dấu hiệu sinh tồn<br>- Dấu hiệu bất thường <sup>1</sup><br><br>- Dấu hiệu chuyên nặng <sup>2</sup> | Dấu hiệu sinh tồn<br>SpO2 môi 6-8 giờ,<br>nước tiểu, bilan dịch                                                                     | Dấu hiệu sinh tồn<br>SpO2 môi 6-8 giờ,<br>nước tiểu, bilan dịch                                                                            | Dấu hiệu sinh tồn<br>SpO2 môi giờ,<br>nước tiểu, bilan dịch    |
| Xét nghiệm        | Cần nhắc tùy trường hợp                                                                              | - CTM, ĐMCB, D-dimer,<br>- ĐGD, đường máu<br>- Khí máu (SHH)<br>- Chỉ số viêm: CRP, procalcitonin<br>- Nước tiểu,<br>- X-quang phổi | - Như mức độ trung bình<br>- Mentim<br>- Cây máu (nghi NTH), cấy dịch...<br>- Panel virus<br>- Điện tim, siêu âm tim<br>- CT phổi nếu cần. |                                                                |

#### **Điều trị bệnh mức độ nhẹ**

- Điều trị tại nhà hoặc cách ly tại cơ sở cơ sở thu dung, điều trị COVID-19 theo hướng dẫn của Bộ Y tế, của địa phương tùy từng thời điểm cụ thể.

### **Điều trị không dùng thuốc**

- Nằm phòng cách ly, hoặc theo hướng dẫn cách ly tại nhà của Bộ Y tế.
- Áp dụng phòng ngừa chuẩn, đeo khẩu trang với trẻ  $\geq 2$  tuổi.
- Uống nhiều nước hoặc dung dịch điện giải oresol.
- Đảm bảo dinh dưỡng: bú mẹ, ăn đầy đủ.
- Vệ sinh thân thể, răng miệng, mũi họng.
- Tập thể dục tại chỗ và tập thở ít nhất 15 phút/ngày (trẻ lớn).
- Theo dõi:

+ Đo thân nhiệt tối thiểu 2 lần/ngày hoặc khi cảm thấy trẻ sốt

+ Đo SpO<sub>2</sub> (nếu có) tối thiểu 2 lần/ngày hoặc khi cảm thấy trẻ mệt, thở nhanh/khó thở.

Khai báo y tế hàng ngày (qua điện thoại hoặc phần mềm qui định), báo nhân viên y tế khi có triệu chứng bất thường:

1 Sốt đầu rất họng, ỉa chảy, mệt không chịu chơi, ăn/bú kém, tức ngực cảm giác khó thở, SpO<sub>2</sub> < 96% báo nhân viên y tế

2 Thở nhanh, khó thở, cánh mũi phập phồng rút lõm lồng ngực, li bì, lơ lơ bỏ bú/ăn/uống, tím tái, SpO<sub>2</sub> < 95% gọi đội phản ứng nhanh/cấp cứu 115 để cấp cứu tại chỗ, chuyển viện.

\* Triệu chứng bất thường cần báo nhân viên y tế

- |                            |                          |
|----------------------------|--------------------------|
| - Sốt > 38,0 C             | - Tức ngực               |
| - Đau rất họng, ho         | - Cảm giác khó thở       |
| - Tiêu chảy                | - SpO <sub>2</sub> < 96% |
| - Trẻ mệt, không chịu chơi | - Ăn/bú kém              |

\* Dấu hiệu chuyển nặng cần báo cấp cứu 115 hoặc đội phản ứng nhanh tại xã phường để được cấp cứu tại nhà hoặc đưa trẻ đến bệnh viện ngay:

- |                                |                               |
|--------------------------------|-------------------------------|
| - Thở nhanh                    | - Li bì, lơ lơ, bỏ bú/ăn uống |
| - Khó thở, cánh mũi phập phồng | - Tím tái môi đầu chi         |
| - Rút lõm lồng ngực            | - SpO <sub>2</sub> < 95%      |

### **Điều trị bằng thuốc**

a) Kháng thể kháng vi rút

- Chỉ định:

+ Chỉ dùng cho trẻ  $\geq 12$  tuổi, và cân nặng  $\geq 40$  kg và có yếu tố nguy cơ cao diễn biến nặng (bệnh nền và không có chống chỉ định dùng thuốc), bệnh ở mức độ nhẹ/trung bình chưa phải hỗ trợ oxy VẢ:

+ Thời gian bị bệnh < 10 ngày và được sự đồng ý của người giám hộ.

- Thuốc: casirivimab liều 600 mg + imdevimab liều 600 mg, dùng liều duy nhất, (lo thuốc đóng gói 2 thuốc) pha với 50ml NaCl 0,9% hoặc glucose 5% tiêm TMC trong 20 - 60 phút. Có thể tiêm dưới da nếu không có điều kiện tiêm TM.

b) Điều trị hỗ trợ

- Hạ sốt khi nhiệt độ  $\geq 38,50$  C, paracetamol liều 10-15 mg/kg/lần mỗi 6 giờ.
- Thuốc điều trị ho: ưu tiên dùng thuốc ho thảo dược.
- Có thể dùng vitamin tổng hợp và khoáng chất.
- Điều trị bệnh nền theo phác đồ nếu có.

Các biện pháp điều trị và chăm sóc khác

a) Đảm bảo dinh dưỡng

Bú mẹ, ăn đầy đủ, đảm bảo cung cấp dịch đủ, vệ sinh thân thể, răng miệng, mũi họng (xem phần dinh dưỡng). Trẻ lớn tập thể dục ít nhất 15 phút/ngày, tập thở theo hướng dẫn.

b) Điều trị bệnh nền theo phác đồ

c) Theo dõi

Dấu hiệu sinh tồn (nhịp thở, tim, huyết áp, tinh thần, nước tiểu), SpO<sub>2</sub> mỗi 6-8 giờ, cân bằng dịch (dịch xuất nhập).

## **VII. TRẺ SƠ SINH MẮC COVID-19**

- Trẻ sơ sinh nhiễm SARS-CoV-2 theo 3 cách: lây trong tử cung (qua đường máu hoặc nước ối từ mẹ nhiễm SARS-CoV-2); lây trong cuộc đẻ (tiếp xúc dịch tiết mẹ như máu, dịch ối và lây sau đẻ (qua tiếp xúc với mẹ hay người chăm sóc sau sinh); các dữ liệu khoa học đến nay chưa kết luận đường lây qua sữa mẹ. Trong đó lây nhiễm trước và trong sinh ít khi xảy ra, chủ yếu lây nhiễm trong quá trình chăm sóc sau sinh.

- Khoảng từ 1,6 - 2% trẻ sơ sinh dương tính với SARS-CoV-2 (thời điểm XN  $\leq 3$  ngày sau đẻ) từ bà mẹ nhiễm SARS-CoV-2 hầu hết trẻ không triệu chứng hoặc triệu chứng nhẹ; tuy nhiên trẻ có thể biểu hiện nặng với nhiễm trùng huyết, viêm phổi hay tổn thương cơ quan (hội chứng viêm đa hệ thống, MIS-N) như trẻ em. Trẻ sơ sinh nhiễm SARS-CoV-2 tiên lượng tốt, tử vong rất thấp.

#### **Các yếu tố nguy cơ nặng**

- Trẻ đẻ non, nhẹ cân.
- Mẹ mắc COVID-19 nặng.

#### **Đặc điểm mắc COVID-19 ở trẻ sơ sinh**

- Nhiễm SARS-CoV-2 trong bào thai xét nghiệm Real-time RT-PCR SARS-CoV-2 dương tính tại thời điểm  $< 24$  giờ tuổi.

- Nhiễm SARS-CoV-2 trong lúc sinh xét nghiệm Real-time RT-PCR dương tính tại thời điểm 24-48 giờ sau sinh.

- Nhiễm SARS-CoV-2 sau sinh xét nghiệm Real-time RT-PCR dương tính tại thời điểm  $> 48$  giờ tuổi.

#### **Triệu chứng lâm sàng**

Thường không triệu chứng hoặc triệu chứng nhẹ và không đặc hiệu như: sốt, ho, bú kém, nôn, tiêu chảy, trề li bì, khóc yếu, thở nhanh, có cơn ngừng thở, tím tái khi nặng.

#### **Hội chứng viêm đa cơ quan (MIS-N)**

Gặp ở giai đoạn muộn do tổn thương đa cơ quan như trẻ lớn, ít gặp nhưng là tổn thương nặng, cần nghĩ đến khi trẻ có biểu hiện tổn thương đa cơ quan và mẹ từng được chẩn đoán hay nghi ngờ nhiễm SARS-CoV-2.

#### **Tiêu chuẩn chẩn đoán MIS-N ở trẻ sơ sinh**

- Trẻ  $< 28$  ngày tuổi.
- Người mẹ có bằng chứng nhiễm hay nghi nhiễm SARS-CoV-2:
- + Xét nghiệm SARS-CoV-2: Real-time RT-PCR SARS-CoV-2 dương tính, test nhanh kháng nguyên dương tính, hoặc test kháng thể dương tính trong thời kỳ mang thai;
- + Có tiền sử tiếp xúc với người khẳng định nhiễm SARS-CoV-2 trong thời kỳ mang thai.
- Trẻ có xét nghiệm IgG với SARS-CoV-2 dương tính, IgM (-).
- Lâm sàng trẻ bị bệnh nặng cần phải nhập viện điều trị và có
- + Tổn thương  $\geq 2$  cơ quan: tim mạch, hô hấp, huyết học, tiêu hóa, thần kinh, da hay thay đổi thân nhiệt (sốt hoặc hạ nhiệt độ) HOẶC
- + Rối loạn dẫn truyền của tim, HOẶC giãn mạch vành, HOẶC phình mạch (không cần có tổn thương 2 hệ thống cơ quan).
- Có bằng chứng cận lâm sàng của đáp ứng viêm.
- + Có một hoặc nhiều chỉ số viêm tăng: CRP, procalcitonin, máu lắng, ferritin, LDH, IL-6, tăng bạch cầu trung tính hoặc giảm lympho và giảm albumin.
- + Loại trừ các nguyên nhân gây bệnh nặng khác như: ngạt sơ sinh (pH  $< 7,0$  và Apgar  $< 3$  ở phút thứ 5), nhiễm trùng huyết, nhiễm vi rút khác, lupus bẩm sinh có tổn thương tim...).

#### **Chẩn đoán COVID-19 ở trẻ sơ sinh**

- Xét nghiệm chẩn đoán nhiễm SARS-CoV-2 sớm ở trẻ sơ sinh được thực hiện trong vòng 24 giờ sau sinh và sau khi được kê da ít nhất 90 phút và hoàn thành cử bú đầu tiên trên ngực mẹ. Nếu kết quả xét nghiệm âm tính thực hiện lại xét nghiệm sau 48-72 giờ.

- Xét nghiệm chẩn đoán nhiễm SARS-CoV-2 muộn được thực hiện như xét nghiệm dành cho trẻ em.

- Bệnh phẩm xét nghiệm: dịch ty hầu, dịch nội khí quản (nếu trẻ được đặt NKQ).

- Cần loại trừ khả năng nhiễm khuẩn do vi trùng, vi rút khác.

#### **Điều trị COVID-19 ở trẻ sơ sinh**

##### **Nguyên tắc điều trị**

- Không có biện pháp điều trị đặc hiệu.

- Chủ yếu điều trị nâng đỡ, điều trị triệu chứng.
- Điều trị biến chứng nếu có.
- Trẻ nên được chăm sóc bởi mẹ hoặc người thân trong gia đình, tiếp tục bú mẹ và đảm bảo phòng ngừa chuẩn. Chỉ đưa trẻ vào đơn vị hồi sức tích cực khi có triệu chứng nặng cần can thiệp và tiếp tục cho ăn sữa mẹ nếu không có chống chỉ định ăn đường ruột.

#### **Thuốc sử dụng**

- Corticoid cho trẻ sơ sinh: cần cân nhắc cẩn thận, chỉ định khi tổn thương phổi và người bệnh phải hỗ trợ thở máy, đồng thời phải loại trừ tình trạng nhiễm trùng nặng. Liều dexamethason 0,15 mg/kg/ngày tiêm tĩnh mạch 1 lần x 5-14 ngày.
- Thuốc chống đông dự phòng: cần cân nhắc cẩn thận vì nguy cơ gây xuất huyết não. Chỉ sử dụng khi trẻ có dấu hiệu của huyết khối tĩnh mạch: heparin chuẩn hoặc heparin trọng lượng phân tử thấp. Liều heparin trọng lượng phân tử thấp 1 mg/kg/lần x 2 lần/ngày cách mỗi 12 giờ (tiêm dưới da). Ngừng khi có biểu hiện xuất huyết hoặc rối loạn đông máu nặng đe dọa xuất huyết.
- Hỗ trợ hô hấp: nếu trẻ suy hô hấp do viêm phổi, điều trị hỗ trợ hô hấp với ô xy qua gọng mũi; khi trẻ không đáp ứng với ô xy gọng mũi 2 lít/ph chuyển thở NCPAP; nếu không đáp ứng chuyển đặt NKQ thở máy
- Hội chứng MIS-N: đảm bảo nguyên tắc điều trị chung, dùng IVIG 01 g/kg/ngày x 2 ngày, truyền tĩnh mạch trong 12-18 giờ và methylprednisolone 01 mg/kg/mỗi 12 giờ.

#### **Thực hành chăm sóc và tránh lây chéo**

- Khi trẻ sơ sinh nhiễm SARS-CoV-2 hay nghi nhiễm, trẻ cần chăm sóc cách ly với các trẻ khác để phòng ngừa lây nhiễm.
- Khi mẹ nhiễm SARS-CoV-2, trẻ sinh ra cần được chăm sóc và phòng ngừa lây nhiễm theo Hướng dẫn tạm thời dự phòng và xử trí COVID-19 do chủng vi rút SARS-CoV-2 ở phụ nữ mang thai và trẻ sơ sinh của Bộ Y tế ban hành theo Quyết định số 3982/QĐ-BYT ngày 18/08/2021. Đặc biệt cần cho trẻ được da kề da ngay sau sinh với mẹ, kéo dài đến sau 90 phút và hoàn tất cử bú mẹ đầu tiên. Nếu mẹ không có biểu hiện lâm sàng thể nặng, tạo điều kiện cho mẹ và trẻ chung phòng và duy trì nuôi con bằng sữa mẹ đồng thời áp dụng các biện pháp phòng ngừa lây nhiễm qua con.

### **VIII. DINH DƯỠNG CHO TRẺ MẮC COVID-19**

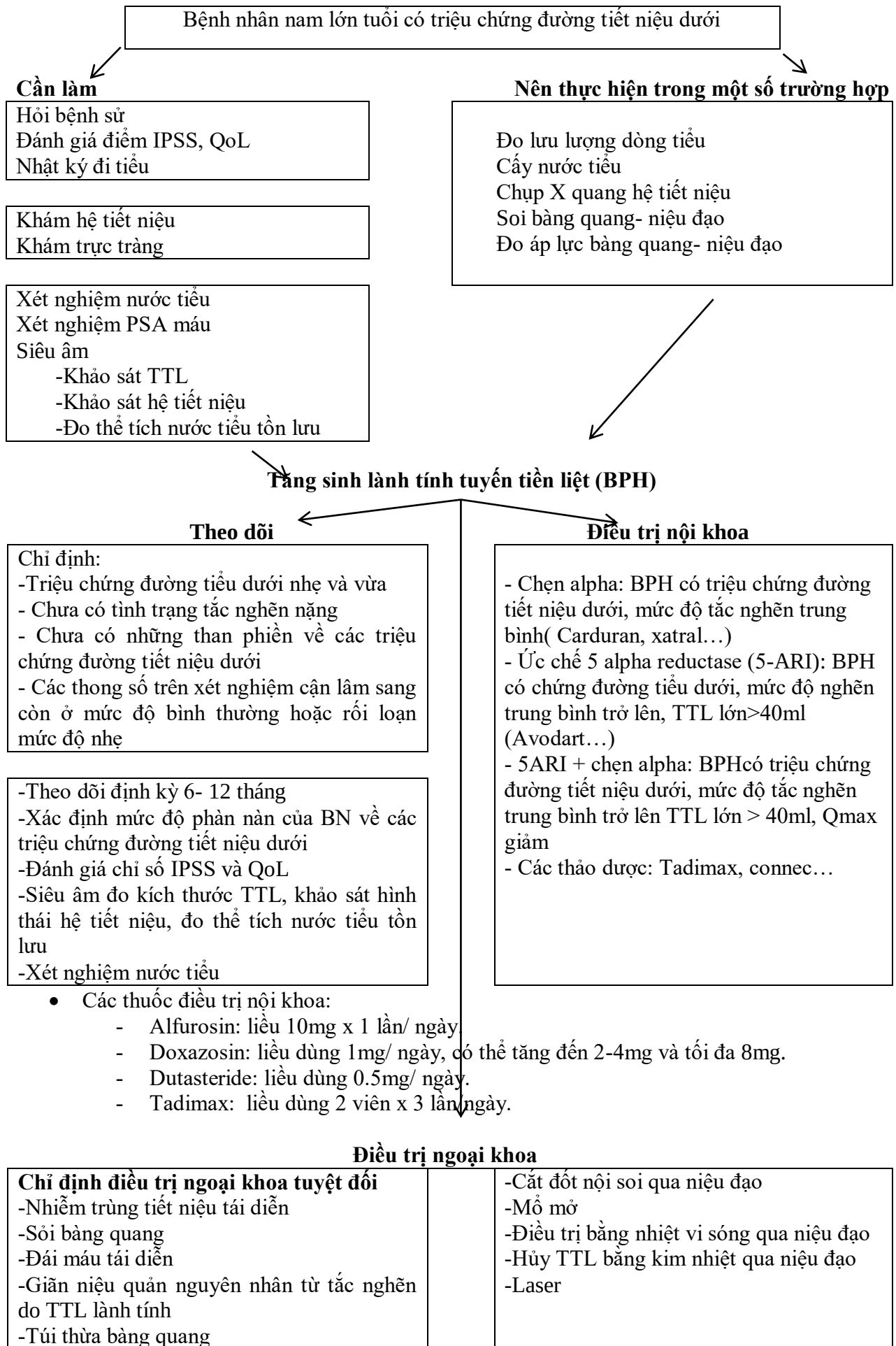
#### **Nguyên tắc chung**

- Đảm bảo cung cấp dinh dưỡng đầy đủ và phù hợp theo lứa tuổi và tình trạng bệnh lý.
- Phát hiện suy dinh dưỡng và nguy cơ, triệu chứng tiêu hóa ngay khi nhập viện và trong suốt quá trình điều trị.
- Không chống chỉ định nuôi dưỡng qua đường tiêu hóa khi tình trạng lâm sàng nặng hoặc sốc.
- Trì hoãn nuôi qua đường tiêu hóa khi sốc chưa thoát sốc.
- Bắt đầu nuôi dưỡng một lượng nhỏ qua đường tiêu hóa ngay khi thoát sốc.
- Ưu tiên nuôi dưỡng đường miệng sau đó đến nuôi dưỡng qua ống thông và ngoài đường tiêu hóa.
- Multivitamin bổ sung hàng ngày ở trẻ suy dinh dưỡng/ ăn không đủ theo khuyến nghị.
- Dinh dưỡng cho trẻ mắc mức độ nhẹ và vừa không thở oxy
- Nếu lượng ăn < 70% nhu cầu, bổ sung công thức năng lượng cao 0,75-0,8 kcal/ml (trẻ < 12 tháng) và 1-1,2 kcal/ml (trẻ > 12 tháng).
- Trẻ > 2 tuổi cần tiêu thụ 500 ml sữa công thức/ngày
- Với trẻ không bú mẹ, lượng sữa công thức được tính như sau:  
 + Trẻ 8 tuần tuổi: tiêu thụ 800 ml sữa/ngày.  
 + Trẻ < 8 tuần: số ml sữa = 800 - 50 x (8 - n); n là số tuần tuổi của trẻ.  
 + Trẻ > 2 tháng: số ml sữa = 800 + 50 x (n - 2); n là số tháng tuổi của trẻ.
- Cung cấp đủ nước đặc biệt nước trái cây tươi nhiều vitamin.



# NGOẠI KHOA

## TĂNG SINH LÀNH TÍNH TIỀN LIỆT TUYẾN



|                                                                                                                                                |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| - Suy thận nguyên nhân từ tắc nghẽn do TTL<br>lành tính<br><b>Chỉ định điều trị ngoại khoa tương đối</b><br>- Điều trị nội khoa không hiệu quả |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|

***Tài liệu tham khảo:***

- Hướng dẫn xử trí Tăng sinh lành tính TTL- Hội tiết niệu thận học Việt nam.

## TRẬT KHỚP VAI

Đây là trật khớp giữa chỏm xương cánh tay và xương bả vai, chiếm khoảng 50% các trường hợp trật khớp. Trật khớp vai ra trước thường gặp nhất (95-97% ).

### TRẬT KHỚP VAI RA TRƯỚC

---

#### 1.Chẩn đoán:

##### a.Lâm sàng:

- Đau, sưng, mất cơ năng cử động của khớp vai
- Vai dạng, xoay ngoài, đầu nhát rìu, đầu vai vuông
- Dấu ổ khớp rỗng: ấn ra trước ở ngay dưới góc sau ngoài mỏm cùng vai không sờ thấy chỏm.
- Dấu lò xo: khập cánh tay, cánh tay bật lại trở về tư thế dạng.

b. X quang trước nắn để xác định chẩn đoán, phát hiện gãy xương đi kèm. X quang sau nắn để xác định nắn thành công và loại trừ xương gãy do nắn.

#### 2.Điều trị:

- Nắn khớp: dù trật hoàn toàn hay bán trật cũng cần phải nắn lại, nắn càng sớm càng dễ nắn. Các phương pháp nắn khớp thường được áp dụng là Hyppocrate, Kocher, Mothes.
- Bất động: dùng đai Desault, băng thun hoặc băng bột để bất động khớp vai bằng cách giữ cánh tay sát thành ngực. Thời gian bất động liên tục là 1 tuần đối với bệnh nhân lớn tuổi, có thể giữ 3 tuần ở người trẻ để bao khớp được lành hẳn ( phòng ngừa trật khớp tái diễn )
- + Thuốc giảm đau: Hapacol, paracetamol...
- + Thuốc chống viêm: Celecoxib, meloxicam, alphachoay...
- + Giảm cơ: Eperison, Mephenesin....
- Chỉ định phẫu thuật sớm: khi nắn thất bại, kèm gãy máu động lớn di lệch.

---

#### ***Tài liệu tham khảo:***

- *Bệnh học Chấn thương chỉnh hình- Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.*
- *Phác đồ Điều trị 2013 phần Ngoại khoa- Bệnh viện Chợ Rẫy*

# GÃY XƯƠNG KÍN

## 1. Đại cương

Gãy xương kín là loại gãy xương mà tổ chức da ở vùng xung quanh hoặc gãy không bị tổn thương hoặc có thể tổn thương nhưng không thông với ổ gãy

## 2. Phân loại

Theo Oestern và Tschernie có 4 độ

- Độ 0: Gãy xương ít di lệch, không tổn thương mô mềm.
- Độ 1: Gãy xương có xây sát da nông, có chấn thương mô mềm. Xương gãy đơn giản.
- Độ 2: Tổn thương da và cơ khu trú do chấn thương trực tiếp. Xương gãy mức độ trung bình hoặc nặng, có đe dọa chèn ép khoang.
- Độ 3: Tổn thương da lan rộng, lóc da kín, giập nát cơ. Có khi có CEK hoặc mạch máu chính. Xương gãy mức độ trung bình hoặc nặng.

## 3. Chẩn đoán

- Lâm sàng:
  - Biến dạng, cử động bất thường, đau lệch trục.
  - Đau sưng nề, mất cơ năng.
  - X-quang xác định vị trí gãy, đường gãy và di lệch
- Biến chứng:
  - Chấn thương.
  - Tổn thương thần kinh, mạch máu.
  - Chèn ép khoang

## 4. Điều trị

- Phòng chống chấn thương và các biến chứng đe dọa tính mạng.
- Điều trị xương gãy và các biến chứng khác

- Thực hiện sớm:
  - Phong bế ổ gãy.
  - Bất động tốt xương gãy.
  - Giảm đau toàn thân.
- Điều trị xương gãy:
  - \* Nguyên tắc:
    - Nắn hết di lệch.
    - Bất động vững chắc xương gãy.
    - Tập vận động sớm.

**Tùy từng loại gãy có chỉ định bất động khác nhau bằng bó bột hoặc phẫu thuật**

\* Điều trị các biến chứng như chấn thương, chèn ép khoang... ổn định mới điều trị xương gãy

- Hậu phẫu:
  - Dịch truyền và nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch không quá lâu.
  - Kháng sinh: Cephalosporin II, III. Tùy tổn thương có phối hợp với Metronidazol, Ampicillin & sulbactam với Metronidazol
  - Sau 5-7 ngày có thể đổi kháng sinh uống như Cefuroxime, Klamentin... hoặc các Quinolon
  - Giảm đau (Hapacol, paracetamol...)
  - Chống phù nề, chống viêm (Alphachoay, celecoxib, meloxicam...)
- + Giảm cơ: Eperison, Mephenesin....
- Sinh tố: Calci

Tài liệu tham khảo:

- Bệnh học Chấn thương chỉnh hình- Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

## CÁC LOẠI GÃY XƯƠNG THƯỜNG GẶP

### A. GÃY XƯƠNG ĐÒN

---

Gãy xương đòn gặp nhiều nhất ở vùng vai và chi trên (chiếm 10% các loại gãy xương ).

#### 1. Chẩn đoán:

##### a. Lâm sàng:

- Sưng đau, mất cơ năng khớp vai ( không giơ tay lên đầu được )
- Vai xệ, tay lạnh đỡ tay đau
- Sờ thấy xương gãy gồ lên dưới da
- Ấn đau chói và có tiếng lạo xạo

##### b. X quang: Xác định vị trí gãy, đường gãy và di lệch

#### 2. Điều trị

**Điều trị bảo tồn :** Nếu đầu xương gãy không di lệch nhiều , xương có thể lành tốt mà không cần phẫu thuật.

**Nẹp cố định:** Đai số 8 thường được sử dụng sau gãy xương, giúp cho cố định vai giữ cho xương có thể lành.

- Thuốc giảm đau: Hapacol, paracetamol...
- Thuốc chống viêm: Celecoxib, meloxicam, alphachoay...
- Sinh tố: Calci

#### **Điều trị phẫu thuật.**

Nếu xương gãy di lệch nhiều, phẫu thuật có thể nắn chỉnh lại xương và giữ xương đúng vị trí giải phẫu trong khi xương lành, giúp cải thiện hình dạng vai.

Xuyên đinh Kirschner: sau khi được nắn chỉnh lại.

**Nẹp vít:** Trong quá trình phẫu thuật, những mảnh xương gãy sẽ được nắn chỉnh lại, và sau đó được cố định lại bằng nẹp và vít trên bề mặt của xương.

##### a) Hậu phẫu:

- Dịch truyền và nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch không quá lâu.
- Kháng sinh: Cephalosporin II, III. Tùy tổn thương có phối hợp với Metronidazol, Ampicillin&sulbactam với Metronidazol
- Sau 5-7 ngày có thể đổi kháng sinh uống như Cefuroxime, Klamentin... hoặc các Quinolon
- Giảm đau (Hapacol, paracetamol...)
- Chống phù nề, chống viêm (Alphachoay, celecoxib, meloxicam...)

+ Giảm cơ: Eperison, Mephenesin....

- Sinh tố: Calci

### B. GÃY ĐẦU TRÊN XƯƠNG CÁNH TAY

---

Gãy đầu trên xương cánh tay là vùng xương xốp và có nhiều cơ bao phủ. Chấn thương mạnh ở vùng này cũng dễ làm gãy xương, nhất là ở người già.

#### 1. Chẩn đoán:

##### a. Lâm sàng:

- Đau vùng vai, mất cơ năng không hoàn toàn
- Sưng nề vùng vai (có thể nhiều hoặc ít )
- Bầm tím muộn lan rộng
- Sờ ấn tìm điểm đau chói

##### b. X quang : xác định vị trí gãy, đường gãy và di lệch

#### 2. Điều trị:

##### **Điều trị bảo tồn**

- Nếu gãy gài, di lệch không đáng kể : Bất động khớp vai bằng đai Desault, hoặc bó bột
- Thuốc giảm đau: Hapacol, paracetamol...
- Thuốc chống viêm: Celecoxib, meloxicam, alphachoay...

+ Giảm cơ: Eperison, Mephenesin....

- Sinh tố: Calci

##### **Điều trị phẫu thuật**

- Nếu di lệch nhiều mô nắn và kết hợp xương bằng nẹp vis hoặc vis xóp
  - a) Hậu phẫu:
    - Dịch truyền và nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch không quá lâu.
    - Kháng sinh: Cephalosporin II, III. Tùy tổn thương có phối hợp với Metronidazol, Ampicillin&sulbactam với Metronidazol
    - Sau 5-7 ngày có thể đổi kháng sinh uống như Cefuroxime, Klamentin... hoặc các Quinolon
    - Giảm đau (Hapacol, paracetamol...)
    - Chống phù nề, chống viêm (Alphachoay, celecoxib, meloxicam...)
- + Giảm cơ: Eperison, Mephenesin....
- Sinh tố: Calci

### C. GỠ THÂN XƯƠNG CÁNH TAY

Gãy thân xương cánh tay là gãy xương dễ lành, mặc dù quá trình điều trị có để lại cal xương lệch cũng không ảnh hưởng nhiều đến cơ năng của cánh tay, do đó đa số gãy thân xương cánh tay được điều trị bảo tồn

#### 1. Chẩn đoán:

- a. Lâm sàng:
  - Triệu chứng gãy xương: đau, sưng, bầm tím, mất cơ năng, biến dạng, cử động bất thường, tiếng lạo xạo xương
  - Triệu chứng tổn thương mạch máu: bàn tay lạnh, mất mạch quay...
  - Triệu chứng tổn thương thần kinh: mất cảm giác, vận động...
  - Triệu chứng chèn ép khoang: đau tự nhiên, liên tục, đau tăng khi căng cơ cánh tay thụ động
- b. X quang: xác định vị trí gãy, đường gãy và di lệch

#### 2. Điều trị:

**Điều trị bảo tồn:** nếu gãy di lệch ít, không có biến chứng thì nắn bó bột ngực vai cánh tay, bột chữ U, U cải tiến, bột cánh bàn tay ôm vai...

- Thuốc giảm đau: Hapacol, paracetamol...
- Thuốc chống viêm: Celecoxib, meloxicam, alphachoay...
- + Giảm cơ: Eperison, Mephenesin....
- Sinh tố: Calci

**Điều trị phẫu thuật:** nếu điều trị bảo tồn thất bại, xương còn di lệch nhiều, di lệch xa hoặc kèm liệt thần kinh quay thì nên điều trị kết hợp xương. Các dụng cụ kết hợp xương hay dùng như:

- Nẹp vis
- Đinh Kuntscher
- Đinh Rush
- Hậu phẫu:
  - Dịch truyền và nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch không quá lâu.
  - Kháng sinh: Cephalosporin II, III. Tùy tổn thương có phối hợp với Metronidazol, Ampicillin&sulbactam với Metronidazol
  - Sau 5-7 ngày có thể đổi kháng sinh uống như Cefuroxime, Klamentin... hoặc các Quinolon
  - Giảm đau (Hapacol, paracetamol...)
  - Chống phù nề, chống viêm (Alphachoay, celecoxib, meloxicam...)
- + Giảm cơ: Eperison, Mephenesin....
- Sinh tố: Calci

### D. GỠ HAI XƯƠNG CẰNG TAY

Gãy 2 xương cẳng tay chiếm 15- 20% các gãy xương ở vùng cẳng tay. Gặp ở mọi lứa tuổi, là loại gãy xương có di lệch tương đối phức tạp, nhất là gãy ở 1/3 trên, nắn chỉnh khó khăn

#### 1. Chẩn đoán:

- a. Lâm sàng:
  - Sưng, đau, mất cơ năng cẳng tay
  - Cử động bất thường, biến dạng, tiếng lạo xạo
  - Đánh giá thêm tình trạng: mạch máu, thần kinh, chèn ép khoang để có hướng xử trí
- b. X quang: xác định vị trí gãy, đường gãy và di lệch

## 2. Điều trị:

**Điều trị bảo tồn:** nắn kín và bó bột cánh bàn tay

-Thuốc giảm đau: Hapacol, paracetamol...

-Thuốc chống viêm: Celecoxib, meloxicam, alphachoay...

+ Giãn cơ: Eperison, Mephenesin....

-Sinh tố: Calci

**Điều trị phẫu thuật:** phẫu thuật nhằm mục đích nắn lại chính xác và dung dụng cụ kết hợp xương (như đinh, nẹp, vis) để cố định gãy xương,

a) Hậu phẫu:

- Dịch truyền và nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch không quá lâu.

- Kháng sinh: Cephalosporin II, III. Tùy tổn thương có phối hợp với Metronidazol,

Ampicillin&sulbactam với Metronidazol

Sau 5-7 ngày có thể đổi kháng sinh uống như Cefuroxime, Klamentin... hoặc các Quinolon

- Giảm đau (Hapacol, paracetamol...)

- Chống phù nề, chống viêm (Alphachoay, celecoxib, meloxicam...)

+ Giãn cơ: Eperison, Mephenesin....

- Sinh tố: Calci

## E. GÃY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY

Gãy đầu dưới xương quay chiếm gần 1/6 của tất cả các loại gãy xương, thường gặp ở người lớn tuổi. Phần lớn gãy xương do loãng xương là do té ngã.

### 1.Chẩn đoán:

a. Lâm sàng:

-Sưng, đau và biến dạng vùng cổ tay

- Mỏm trâm quay cao hơn mỏm trâm trụ

- Di lệch ra ngoài hoặc gấp góc mặt lưng (kiểu gãy Colles)

- Cần khám thêm khớp cổ tay để phát hiện gãy trật Galéazzi

b. X quang: xác định vị trí gãy, đường gãy và di lệch

### 2. Điều trị:

**Điều trị bảo tồn:** nắn bó bột cẳng bàn tay

- Thuốc giảm đau: Hapacol, paracetamol...

- Thuốc chống viêm: Celecoxib, meloxicam, alphachoay...

+ Giãn cơ: Eperison, Mephenesin....

- Sinh tố: Calci

**Điều trị phẫu thuật:** khi nắn bảo tồn thất bại hoặc gãy di lệch nhiều. Mổ kết hợp xương quay bằng đinh Rush hoặc bằng nẹp vis

a) Hậu phẫu:

- Dịch truyền và nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch không quá lâu.

- Kháng sinh: Cephalosporin II, III. Tùy tổn thương có phối hợp với Metronidazol,

Ampicillin&sulbactam với Metronidazol

Sau 5-7 ngày có thể đổi kháng sinh uống như Cefuroxime, Klamentin... hoặc các Quinolon

- Giảm đau (Hapacol, paracetamol...)

- Chống phù nề, chống viêm (Alphachoay, celecoxib, meloxicam...)

+ Giãn cơ: Eperison, Mephenesin....

- Sinh tố: Calci

## F. GÃY XƯƠNG BÀN TAY- NGÓN TAY

Gãy xương bàn tay và đốt ngón tay thường gặp trong sinh hoạt hàng ngày thường do tai nạn giao thông, tai nạn thể dục thể thao... Vì là xương nhỏ nên nhiều người cho là gãy nhẹ, không chú ý điều trị cẩn thận. Vì vậy mà có nhiều trường hợp mất chức năng sau khi điều trị.

### 1.Chẩn đoán:

a.Lâm sàng:

- Sưng, đau vùng bàn tay hoặc ngón tay

- Có thể có di lệch hoặc không di lệch



b. X quang: xác định có gãy xương, vị trí gãy và di lệch

## **2. Điều trị:**

### **Điều trị bảo tồn:**

- Đối với xương bàn tay: nắn bó bột cẳng bàn tay hoặc nẹp bột.
- Đối với xương ngón tay: ngón cái bó bột cẳng bàn tay qua khớp liên đốt, các ngón khác bó bột cẳng bàn tay + nẹp Iselin ở mặt gan tay (nẹp Iselin chôn trong bột ).
- Thuốc giảm đau: Hapacol, paracetamol...
- Thuốc chống viêm: Celecoxib, meloxicam, alphachoay...
- Sinh tố: Calci

**Điều trị phẫu thuật:** khi có di lệch nhiều, mổ để nắn và kết hợp xương thường dùng kim kirschner

#### a) Hậu phẫu:

- Dịch truyền và nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch không quá lâu.
- Kháng sinh: Cephalosporin II, III. Tùy tổn thương có phối hợp với Metronidazol, Ampicillin&sulbactam với Metronidazol
- Sau 5-7 ngày có thể đổi kháng sinh uống như Cefuroxime, Klamentin... hoặc các Quinolon
- Giảm đau (Hapacol, paracetamol...)
- Chống phù nề, chống viêm (Alphachoay, celecoxib, meloxicam...)

+ Giảm cơ: Eperison, Mephenesin....

- Sinh tố: Calci

## **G. GỠY CỔ XƯƠNG ĐÙI**

---

-Loại gãy thường gặp ở người già, lâu lành, nhiều biến chứng

-Tuổi: thường >50t

-Nữ > Nam

### **1.Chẩn đoán:**

#### a. Lâm sàng:

- + BN không đi được
- + Đau: khớp háng/ khớp gối, “Về cái đau khớp gối là cửa sổ của khớp háng”
- + Biến dạng: xoay ngoài + áp + ngắn
- + Ấn đau mặt trước khớp háng vùng tam giác Scarpa
- + Đau khi gõ dồn từ gót chân

b. X quang: xác định có gãy xương, vị trí gãy và di lệch

- Hình ảnh cung cổ bịt (đường Sheton) mất liên tục
- Mấu chuyển lớn lệch lên trên
- + CT scan: trong đa thương, chẩn đoán phân biệt gãy trật

### **2.Điều trị:**

**Điều trị bảo tồn:** - Nẹp chống xoay hoặc bột chống xoay với chân dạng ngoài 15o, gối hơi co

- Thuốc giảm đau: Hapacol, paracetamol...
- Thuốc chống viêm: Celecoxib, meloxicam, alphachoay...
- Sinh tố: Calci

**Phẫu thuật:** + Vis xóp: gãy ít di lệch, bệnh nhân trẻ, xương còn tốt  
+ Nẹp DHS: gãy di lệch, bệnh nhân già >70tuổi, loãng xương, gãy nhiều mảnh  
+ Thay khớp nhân tạo: BN già >65tuổi, loãng xương, gãy bệnh, hoại tử chỏm

#### a) Hậu phẫu:

- Dịch truyền và nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch không quá lâu.
- Kháng sinh: Cephalosporin II, III. Tùy tổn thương có phối hợp với Metronidazol, Ampicillin&sulbactam với Metronidazol
- Sau 5-7 ngày có thể đổi kháng sinh uống như Cefuroxime, Klamentin... hoặc các Quinolon
- Giảm đau (Hapacol, paracetamol...)
- Chống phù nề, chống viêm (Alphachoay, celecoxib, meloxicam...)

+ Giảm cơ: Eperison, Mephenesin....

- Sinh tố: Calci

## **H. GỠY THÂN XƯƠNG ĐÙI**

---

- Là một chấn thương nặng nguy hiểm tính mạng, di lệch nhiều do nhiều cơ lớn xung quanh, máu mất 0,5-1 lít, có thể có thương tổn kèm theo như tổn thương cơ, mạch máu (gãy 1/3 dưới), hiếm tổn thương thần kinh

- Tuổi: mọi lứa tuổi, thường thanh niên 20-30 tuổi do TNGT

- Nam > Nữ

### 1. Chẩn đoán:

a. Lâm sàng: Là gãy xương lớn di lệch nhiều nên đầy đủ các dấu hiệu gãy xương

- Khám toàn thân phát hiện sốc, tổn thương kèm theo (bất mạch cổ chân, tím rối loạn cảm giác)

- Sưng, đau nhiều ở ổ gãy

- Chân bất động, ngắn, xoay ngoài

b. X quang:

- Xác định chẩn đoán: Loại gãy: đường gãy, di lệch, cấu trúc xương

- Xác định các tổn thương phối hợp: gãy cổ xương đùi, gãy lồi cầu

### 2. Điều trị:

#### Sơ cứu:

- Cố định tạm bằng nẹp dài từ bàn chân đến nách hay nẹp Thomas, chống sốc, giảm đau

- Chống sốc, giảm đau

#### Điều trị bảo tồn:

- Bó bột chậu lưng chân

- Kéo tạ xương đùi liên tục: thường áp dụng trong gãy xương đùi ở trẻ em và người lớn có bệnh lý nội khoa không thể phẫu thuật.

- Thuốc giảm đau: Hapacol, paracetamol...

- Thuốc chống viêm: Celecoxib, meloxicam, alphachoay...

- Sinh tố: Calci

#### Phẫu thuật:

- Đóng đinh nội tủy xương đùi

- Kết hợp xương nẹp vis

- Cố định ngoài: điều trị gãy hở IIIB trở lên hoặc gãy xương hở đến muện sau 12 giờ

a) Hậu phẫu:

- Dịch truyền và nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch không quá lâu.

- Kháng sinh: Cephalosporin II, III. Tùy tổn thương có phối hợp với Metronidazol, Ampicillin & sulbactam với Metronidazol

Sau 5-7 ngày có thể đổi kháng sinh uống như Cefuroxime, Klamentin... hoặc các Quinolon

- Giảm đau (Hapacol, paracetamol...)

- Chống phù nề, chống viêm (Alphachoay, celecoxib, meloxicam...)

+ Giảm cơ: Eperison, Mephenesin....

- Sinh tố: Calci

## I. Gãy mâm chày

- Mâm chày ngoài thường bị tổn thương; tổn thương thường gặp là mặt khớp tách ra hoặc xẹp xuống một phần → khớp bị đau hay lỏng lẻo khi di chuyển

- Xảy ra nhiều ở nước ta do TNGT: khớp gối vừa chịu lực từ trên xuống vừa bị đụng từ phía bên

### 1. Chẩn đoán:

a. Lâm sàng:

- Đau tại vị trí mảnh gãy hay chỗ bám dây chằng

- Trần máu khớp gối thường có, nếu rách bao khớp thấy máu tụ tràn ra mô dưới da

- Da nổi bóng nước sau 24h

- Tổn thương kèm theo: mạch máu, thần kinh, sụn chêm, dây chằng.

b. X quang:

- Xem các mảnh gãy, mặt khớp, độ lún, trục.

- CT scan: đánh giá độ phức tạp xương gãy và các di lệch

### 2. Điều trị:

#### Bảo tồn:

- Gãy không di lệch hoặc di lệch ít <5mm, lệch trục <10°

- Bó bột đùi bàn chân trong 6 tuần, sau đó thay bằng bột chức năng tập vận động khớp
- Thuốc giảm đau: Hapacol, paracetamol...
- Thuốc chống viêm: Celecoxib, meloxicam, alphachoay...
- Sinh tố: Calci

**Phẫu thuật:** Gãy di lệch nhiều >5mm, có lún mặt khớp, không vững, lệch trục >10°

- Nguyên tắc chung xương gãy càng phức tạp càng tránh phẫu thuật. Tốt nhất sửa kín + xuyên đinh vít qua da + bột chức năng

- Xếp một phần khoét cửa sổ mâm chày + ghép xương xóp hay đặc + kiểm tra dưới màn hình
- Xếp quá nát khó phục hồi mặt khớp có thể dùng một đoạn xương mào chậu thay thế
- Gãy tách: có thể kết hợp xương bằng vít hay xuyên đinh qua da

a) Hậu phẫu:

- Dịch truyền và nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch không quá lâu.
- Kháng sinh: Cephalosporin II, III. Tùy tổn thương có phối hợp với Metronidazol, Ampicillin&sulbactam với Metronidazol
- Sau 5-7 ngày có thể đổi kháng sinh uống như Cefuroxime, Klamentin... hoặc các Quinolon
- Giảm đau (Hapacol, paracetamol...)
- Chống phù nề, chống viêm (Alphachoay, celecoxib, meloxicam...)

+ Giảm cơ: Eperison, Mephenesin...

- Sinh tố: Calci

## J. GỠY THÂN XƯƠNG CHÀY

- Gãy xương chày từ dưới hai lồi cầu mâm chày đến trên mắt cá trong
- Chiếm 9% các loại gãy xương nguyên nhân có thể trực tiếp hoặc gián tiếp
- Thường gặp biến chứng chèn ép khoang nhất ở gãy 1/3 trên cẳng chân
- Nếu có gãy cổ xương mác kèm theo có thể gây liệt TK hông khoeo ngoài

### 1. Chẩn đoán:

a. Lâm sàng:

- Đau chói nhiều, nạn nhân không đứng dậy được
- Biến dạng kinh điển: ngắn chi, bàn chân xoay ngoài, gập góc ra trước
- Sờ thấy đầu xương nhọn nhô gồ
- Bệnh nhân đến muộn chú ý triệu chứng chèn ép khoang, chèn ép động mạch khoeo hay chày sau

b. X quang:

- Xác định gãy xương, đường gãy, các di lệch

### 2. Điều trị:

**Bảo tồn:** Bó bột đùi bàn chân cho các trường hợp gãy không di lệch hay di lệch ít, giữ bột 6-8 tuần

- Thuốc giảm đau: Hapacol, paracetamol...
- Thuốc chống viêm: Celecoxib, meloxicam, alphachoay...
- Sinh tố: Calci

**Phẫu thuật:**

+ Cố định ngoài một mặt phẳng: Gãy hở (Gustilo 2,3), ổ gãy nhiễm trùng, cố định tạm trước khi đóng đinh nội tủy

+ Khung Ilizarov: Gãy hở (Gustilo 2,3), ổ gãy nhiễm trùng, mất nhiều xương

+ Đinh nội tủy: dùng tốt cho các gãy thân xương chày có lòng tủy bình thường

+ Nẹp vis: Gãy kín hay gãy hở Gustilo 1 đầu gần hay đầu xa xương chày, đặc biệt trong những trường hợp phù nề mô mềm nhiều

a) Hậu phẫu:

- Dịch truyền và nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch không quá lâu.
- Kháng sinh: Cephalosporin II, III. Tùy tổn thương có phối hợp với Metronidazol, Ampicillin&sulbactam với Metronidazol
- Sau 5-7 ngày có thể đổi kháng sinh uống như Cefuroxime, Klamentin... hoặc các Quinolon
- Giảm đau (Hapacol, paracetamol...)
- Chống phù nề, chống viêm (Alphachoay, celecoxib, meloxicam...)

+ Giảm cơ: Eperison, Mephenesin...

- Sinh tố: Calci

## K. GỠY XƯƠNG BÀN CHÂN

- Là loại gãy xương thường gặp, dù di lệch nhiều hiểm gặp, tuy nhiên kết hợp xương không tốt có thể gây khó khăn cho việc đi đứng của bệnh nhân.
- Cơ chế chấn thương có thể gián tiếp như lật bàn chân, trượt bậc tam cấp hay có thể gãy nhiều xương cùng lúc do chấn thương trực tiếp như vật nặng rơi đè lên bàn chân hay xe cán.
- Thường bờ ngoài (xương bàn 5) bàn chân chịu sức nhiều, chạm đất trước nên gãy xương bàn 5 gãy trước các xương khác

### 1. Chẩn đoán:

#### a. Lâm sàng:

- Sưng bầm vùng chấn thương, mu bàn chân biến dạng
- Các xương gãy có thể sờ nắn trực tiếp ở gãy một cách nhẹ nhàng dọc theo các xương
- Có thể biết được một cách gián tiếp bằng kéo nhẹ và dồn ép theo chiều dọc từng ngón chân một

#### b. X quang:

- Xác định xương gãy, đường gãy, di lệch

### 2. Điều trị:

#### Bảo tồn:

- Gãy không di lệch: Bó bột cẳng bàn chân để đi trên gót ngay, giữ bột 6-8 tuần
- Thuốc giảm đau: Hapacol, paracetamol...
- Thuốc chống viêm: Celecoxib, meloxicam, alphachoay...
- Sinh tố: Calci

#### Phẫu thuật: Thường bắt buộc trong các trường hợp

- + Gãy các xương bìa nhất là khi có xô dịch mặc dù đã nắn
- + Cho các gãy xương bàn hoặc xương bìa kế tiếp nhau
- + Gãy chỏm

**Phương pháp phẫu thuật:** Kết hợp xương bằng nẹp. những trường hợp gãy phạm khớp ở ngón 1 có thể kết hợp với lag screw nhỏ

#### a) Hậu phẫu:

- Dịch truyền và nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch không quá lâu.
- Kháng sinh: Cephalosporin II, III. Tùy tổn thương có phối hợp với Metronidazol, Ampicillin & sulbactam với Metronidazol
- Sau 5-7 ngày có thể đổi kháng sinh uống như Cefuroxime, Klamentin... hoặc các Quinolon
- Giảm đau (Hapacol, paracetamol...)
- Chống phù nề, chống viêm (Alphachoay, celecoxib, meloxicam...)

+ Giảm cơ: Eperison, Mephenesin....

- Sinh tố: Calci

## L. GỠY XƯƠNG NGÓN CHÂN

- Là loại gãy xương thường gặp
- Có thể kết hợp với trật khớp bàn ngón (thường trật lên trên mặt lưng), có nguy cơ tổn thương thần kinh mạch máu nên cần kết hợp xương ở những trường hợp này càng sớm càng tốt

### 1. Chẩn đoán:

#### a. Lâm sàng:

- + Bệnh nhân thường nhập viện sớm vì đau và sưng nhiều
- + Các xương gãy có thể sờ nắn trực tiếp ở gãy một cách nhẹ nhàng dọc theo các xương
- + Có thể biết được một cách gián tiếp bằng kéo nhẹ và dồn ép theo chiều dọc từng ngón

chân một

#### b. X quang:

- Xác định xương gãy, đường gãy, di lệch

### 2. Điều trị:

**Bảo tồn:** Thường ở những trường hợp gãy không di lệch các ngón 2-5

- Nắn chỉnh lại rồi băng kèm với ngón lành kế cận trong 3-6 tuần, tránh đi tì lên ngón gãy trong thời gian bất động
- Thuốc giảm đau: Hapacol, paracetamol...

- Thuốc chống viêm: Celecoxib, meloxicam, alphachoay...
- Sinh tố: Calci

**Phẫu thuật:**

- Gãy ngón 1: kết hợp xương bằng vis hay nẹp nhỏ
  - Gãy các ngón 2-5: kết hợp xương bằng đinh Kirschner
- 

a) Hậu phẫu:

- Dịch truyền và nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch không quá lâu.
- Kháng sinh: Cephalosporin II, III. Tùy tổn thương có phối hợp với Metronidazol, Ampicillin&sulbactam với Metronidazol
- Sau 5-7 ngày có thể đổi kháng sinh uống như Cefuroxime, Klamentin... hoặc các Quinolon
- Giảm đau (Hapacol, paracetamol...)
- Chống phù nề, chống viêm (Alphachoay, celecoxib, meloxicam...)

+ Giảm cơ: Eperison, Mephenesin....

- Sinh tố: Calci

*Tài liệu tham khảo: Bệnh học Chấn thương chỉnh hình- Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.*

## GÃY XƯƠNG BÀN - NGÓN TAY

### I. ĐỊNH NGHĨA

Là gãy 1 hay nhiều xương các xương đốt ngón tay từ ngón I – V.

### II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

- Lâm sàng

Cơ chế chấn thương trực tiếp (lực đè, đập vào bàn tay) hoặc gián tiếp (lực dọc trục các ngón tay).

Triệu chứng: đau chói, sưng, bầm tím, biến dạng (gò xương, lệch trục ngón tay), sờ có thể thấy lạo xạo xương, cử động bất thường ở ổ gãy.

- Cận lâm sàng

X-quang thường quy bàn tay tư thế thẳng, nghiêng với vị trí các ngón tay tách nhau, có thể chụp thêm tư thế chéo  $45^0$  tư thế nửa sấp hoặc nửa ngửa.

### III. PHÂN ĐỘ

- Phân loại gãy kín, gãy hở.
- Phân loại theo giải phẫu: ngón I gồm 2 đốt gần và xa (đốt 1, 2), ngón II – V gồm 3 đốt gần, giữa, xa (đốt 1, 2, 3).
- Phân theo gãy chỏm, thân, nền đốt ngón.

### IV. ĐIỀU TRỊ - THEO DÕI – TÁI KHÁM

#### 1. Điều trị ngoại trú

##### A. Chỉ định, phương pháp điều trị

- Chỉ định
- Phần lớn các trường hợp gãy kín đều có chỉ định điều trị bảo tồn đầu tiên, nếu X-quang kiểm tra sau bó bột chấp nhận ~~Điều~~ trị ngoại trú.
- Các trường hợp bệnh nhân có tổng trạng kém, có các bệnh lý nội khoa không cho phép phẫu thuật và các trường hợp bệnh nhân từ chối nhập viện để phẫu thuật ~~Điều~~ trị ngoại trú.
- Phương pháp điều trị
- Nắn chỉnh các di lệch, bó bột cẳng bàn tay ôm ngón I (nếu gãy xương 1 ngón I) hoặc bột/nẹp bột cẳng bàn tay nẹp nhôm Iselin cố định ngón tay có xương gãy (nếu gãy xương đốt 1, 2 các ngón dài). Chú ý giữ ngón I ở tư thế dạng + đối, các ngón tay dài ở tư thế gấp khớp bàn đốt  $60-70^0$ , cổ tay duỗi  $15-20^0$ . Thời gian bó bột trung bình là 3-4 tuần.
- Trường hợp sưng nề nhiều hoặc có tổn thương da cần chăm sóc vết thương thì phải rửa sạch, băng vết thương và làm nẹp bất động (nẹp bột hoặc nẹp vải) kèm Iselin cố định ngón tay gãy.
- Các trường hợp gãy đốt xa không/ít di lệch chỉ cần cố định riêng ngón tay với nẹp nhôm, thời gian 3 tuần.

##### B. Thuốc sử dụng

- Kháng sinh (nếu có vết thương): Ampicillin + Sulbactam; Amoxycillin + Acid clavulanic; Cephalosporin thế hệ I, II, III; Nhóm Quinolone.
- Kháng viêm giảm đau NSAIDs: Piroxicam; Meloxicam; Diclofenac, Celecoxib, Etoricoxib, Loxoprofen.
- Giảm đau: Acetaminophen +/- Codein, Floctafenine, Tramadol.
- Chống phù nề: Alpha-Chymotrypsin, Serratiopeptidase.
- Calci, Vitamin C, Vitamin D3.

##### C. Theo dõi

- Các dấu hiệu cần theo dõi tại nhà: sưng nề, căng, bầm tím, đau tăng lên, các ngón tay lạnh, tím, tê, mất cảm giác cần trở lại bệnh viện ngay.
- Thời gian theo dõi tại nhà: tái khám sau 1 tuần, 2-3 tuần nếu không có triệu chứng bất thường.

#### D. Tái khám

- Tái khám sau 1 tuần, 2 tuần, 3-4 tuần.
- X-quang kiểm tra sau 1 tuần ( nếu có lệch thứ phát cần nắn lại hoặc chuyển qua điều trị phẫu thuật), 3-4 tuần (tháo bột).
- Trong thời gian còn đang bó bột: chỉnh sửa lại bột (nếu cần) trong tuần đầu, hướng dẫn bệnh nhân kê cao tay, vận động các ngón tay tự do.
- Sau khi tháo bột: nếu còn đau ở gãy thì băng dính ngón gãy với ngón lành thêm 1-2 tuần và hướng dẫn bệnh nhân tập vật lý trị liệu cổ tay và các ngón tay để phục hồi tầm vận động và sức nắm của bàn tay.
- Thuốc: như trên, khi bớt đau, bớt sưng thì dùng Calci, Vitamin D3.

## 2. Điều trị nội trú

### A. Chỉ định, phương pháp điều trị

#### • Chỉ định

- Các trường hợp gãy kín nhưng có dấu hiệu đe dọa chèn ép khoang hoặc có các tổn thương khác kèm theo cần theo dõi tại bệnh viện làm nẹp bột cố định bàn tay (có thể ôm ngón I hoặc kèm nẹp nhôm Iselin tùy xương gãy) + điều trị nội trú kháng viêm + chống phù nề. Khi tình trạng ổn định nắn, bó bột, điều trị ngoại trú. Nếu chèn ép khoang tăng nặng phẫu thuật giải ép khoang +/- cố định xương gãy.
- Các trường hợp gãy hở  $\Rightarrow$  nhập viện để phẫu thuật cắt lọc làm sạch vết thương + cố định xương gãy.
- Các trường hợp gãy phạm khớp (chỏm, nền) có di lệch >1mm, di lệch xoay, gãy bán trật khớp có chỉ định phẫu thuật.
- Các trường hợp gãy kín không vững, được điều trị bảo tồn thất bại (gập góc, xoay gây lệch trục ngón tay) nhập viện phẫu thuật kết hợp xương.

#### • Phương pháp phẫu thuật

Tùy từng trường hợp có thể sử dụng:

- Nắn chỉnh các di lệch + xuyên kim Kirschner qua da dưới màn tăng sáng, nẹp bột cố định bàn tay ôm ngón I (nếu gãy xương bàn I) hoặc bột cố định bàn tay kèm nẹp nhôm Iselin cố định ngón tay có xương gãy. Chú ý giữ ngón I ở tư thế dạng + đối, các ngón tay dài ở tư thế gập khớp bàn đốt 60-70°, cổ tay duỗi 15-20°.
- Mổ nắn + kết hợp xương bằng kim Kirschner, chỉ thép, vít, nẹp vít hoặc khung bất động ngoài.
- Nẹp bột hoặc nẹp vải nâng đỡ sau mổ trong 3-4 tuần.

### B. Thuốc sử dụng

- Kháng sinh: Ampicillin + Sulbactam; Amoxycillin + Acid clavulanic; Cephalosporin thế hệ I, II, III; Nhóm Quinolone, Clindamycine, Metronidazole.
- Kháng viêm giảm đau NSAIDs: Piroxicam; Meloxicam; Diclofenac, Celecoxib, Etoricoxib, Loxoprofen,...
- Giảm đau: Acetaminophen +/- Codein, Floctafenine, Tramadol.
- Chống phù nề: Alpha Chymotrypsin, Serratiopeptidase.
- Calci, Vitamin C, Vitamin D3.

### C. Theo dõi

- Các dấu hiệu: sưng nề, căng vết mổ kê cao tay, cắt bột mỗi chỉ thoát lưu máu tụ.
- Thời gian theo dõi tại bệnh viện: tùy tình trạng vết mổ thường từ 1-3 ngày.

#### D. Tái khám

- Tái khám sau 1 tuần, 2 tuần (cắt chỉ), 4 tuần (X-quang), 6 tuần, 8 tuần (X-quang), 3-6 tháng (X-quang), 1 năm (X-quang).
- Sau 3-4 tuần  $\Rightarrow$  bỏ nẹp bột, tập vật lý trị liệu.
- Thời điểm lấy dụng cụ: khi có can xương, thường sau mổ 1,5-3 tháng.
- Thuốc: như trên, khi bớt đau, bớt sưng thì dùng Calci, Vitamin D3.

## **V. BIẾN CHỨNG**

- Biến chứng sau điều trị bảo tồn
  - Chèn ép khoang.
  - Can lệch.
  - Khớp giả.
- Biến chứng sau điều trị phẫu thuật
  - Nhiễm trùng.
  - Can lệch.
  - Khớp giả.

*NGUỒN BV NDGD*



## **GÃY XƯƠNG THUYỀN**

### **I. ĐỊNH NGHĨA**

Gãy xương thuyền là loại gãy xương thường gặp nhất ở hàng xương cổ tay, chiếm khoảng 15% chấn thương vùng cổ tay.

Vị trí thường gặp:

- Eo xương thuyền: 65%.
- Cực gần xương thuyền : 25%.
- Cực xa : 15% ( thường gặp ở trẻ em).

Cơ chế chấn thương: té chổng tay cổ tay duỗi quá mức và nghiêng quay

### **II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN**

- Lâm sàng
  - Sưng đau vùng cổ tay.
  - Ấn đau hố lồi.
  - Đau nhiều vùng lồi củ xương thuyền vùng cổ tay.

- Cận lâm sàng

X-quang : 3 tư thế xương thuyền

- Cổ tay duỗi 30°, nghiêng trụ 20°.
- Cổ tay sấp 45°.
- Cổ tay thẳng nghiêng.

Nếu X-quang không phát hiện gãy xương nhưng vẫn nghi ngờ gãy xương cho chụp X-quang sau 14-21 ngày.

- MRI : cổ tay chấn thương nặng nhất trong vòng 24 giờ sau chấn thương.
- Đánh giá tuần hoàn cực xương thuyền.
- XQ chưa phát hiện gãy xương, vẫn nghi ngờ gãy xương.
- CT – Scan : không nhạy bằng MRI.

### **III. PHÂN LOẠI**

- Gãy cực xa.
- Gãy eo xương thuyền.
- Gãy cực gần.

### **IV. ĐIỀU TRỊ - THEO DÕI – TÁI KHÁM**

#### **1. Điều trị ngoại trú**

A. Chỉ định – phương pháp điều trị

- Chỉ định
  - Gãy vững không di lệch
  - XQ có kết quả bình thường nhưng vẫn nghi ngờ gãy xương
- Phương pháp điều trị

Bó bột cẳng bàn tay ôm ngón 1 # 06 tuần, thời gian bó bột phụ thuộc vị trí gãy:

- Gãy cực xa : 03 tháng
- Gãy eo : 04 tháng
- Gãy cực xa : 05 tháng
- Tiên lượng : nếu gãy di lệch < 01 mm, tỉ lệ lành xương 90%

B. Thuốc sử dụng:

- Kháng viêm giảm đau NSAIDs: Piroxicam; Meloxicam; Diclofenac, Celecoxib, Etoricoxib, Loxoprofen.
- Giảm đau: Acetaminophen +/- Codein, Floctafenine, Tramadol.

- Chống phù nề: Alpha-Chymotrypsin, Serratiopeptidase.

C. Theo dõi :

- Tái khám theo lịch hẹn đánh giá liền xương bằng X-quang.
- Theo dõi biến chứng chèn ép bột.

D. Tái khám :

- Thời gian : 01 tuần,03 tuần, 06 tuần,02 tháng chụp X-quang kiểm tra.
- Tập vật lý trị liệu.

**2. Điều trị nội trú:**

A. Chỉ định,phương pháp điều trị

- Chỉ định

- Gãy cực gần xương thuyền.
- Di lệch > 1mm.
- Biến dạng Gập góc # 15°.
- Góc quay nguyệt > 15°.
- Gãy xương thuyền gập góc > 35°.
- Gãy xương thuyền kèm trật khớp quanh nguyệt.
- Gãy nát nhiều mảnh.
- Gãy có đường gãy chéo hoặc đứng dọc.
- Gãy không di lệch nhưng bệnh nhân muốn mổ để lao động sớm.

- Phương pháp điều trị

- Xuyên kim Kirschner qua da.
- Mổ mở xuyên kim Kirschner hoặc bắt vít xóp.

B. Thuốc sử dụng

- Kháng sinh : Amoxycillin, Cephalosporin, Amoxycillin + Acid Clavulanic....
- Giảm đau : Acetaminophen,NSAIDs, Corticoid,Ức chế TKTW....
- Giảm cơ : Mephenesin,Eperisone HCl,...
- Giảm sưng : Alpha-Chymotrypsin, Serratiopeptidase.
- Vitamin: Calci, Vitamin B6.

C. Theo dõi :

- Sau mổ bó bột cẳng bàn tay # 06 tuần,theo dõi nhiễm trùng sau mổ.

D. Tái khám:

- Thời gian : sau 01 tuần,03 tuần,06 tuần.
- X-quangkiểm tra mỗi lần tái khám.

**V. BIẾN CHỨNG**

- Không lành xương.

*NGUỒN: BV CHẤN THƯƠNG CHÍNH HÌNH*

## NGÓN TAY BẬT (NGÓN TAY CÒ SÚNG)

### I./ ĐỊNH NGHĨA

Ngón tay bật hay ngón tay cò súng là tình trạng giới hạn cử động ngón tay. Khi cố gắng duỗi thẳng ngón tay thì nó sẽ bị kẹt và trước khi duỗi thẳng sẽ cảm giác nghe tiếng “bật”. Trong y học bệnh này được gọi là: viêm hẹp bao gân gấp.

Tại sao gọi là ngón tay bật?

Một ngón tay bình thường có thể cử động được là do hệ thống dây kéo và hệ thống đó được gọi là gân gấp và gân duỗi. Khi ngón tay gấp hệ thống gân gấp sẽ trượt trong một cái bao gọi là bao gân. Vì một lý do nào đó bao gân gấp dày lên làm lòng bao gân hẹp lại, gân gấp trượt trong bao gân sẽ khó khăn, ngay chỗ hẹp gân bị thắt lại, phía trên chỗ hẹp gân bị phình ra tạo thành nút, khi duỗi ngón tay nút này sẽ kẹt không vượt qua được chỗ hẹp làm ngón tay không duỗi được, nếu cố gắng duỗi nút này vượt qua chỗ bao gân hẹp sẽ gây ra tiếng “bật” và gây đau chói.

### II./ NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân thường không được biết đến. Người ta nhận thấy rằng có những yếu tố thuận lợi sau đây làm tăng tần suất bệnh ngón tay bật:

- Nữ nhiều hơn nam.
- Bệnh xuất hiện nhiều ở tuổi từ 40 đến 60 tuổi.
- Có bệnh nội khoa như: tiểu đường, viêm khớp dạng thấp.
- Người có hoạt động bàn tay nhiều.

### III./ TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Ngón tay bật thường xuất hiện tự nhiên không do chấn thương, có thể xuất hiện sau một giai đoạn sử dụng bàn tay nhiều, triệu chứng bao gồm:

- Cảm giác đau khi cử động ngón tay.
- Có thể sưng nề nhẹ.
- Sờ có một chỗ u lồi lên ở mặt lòng bàn tay ngay chỗ ngón bị đau.
- Kẹt ngón tay khi duỗi, cảm giác nghe tiếng “bật” khi cố duỗi thẳng ngón tay.

Ngón tay thường có khuynh hướng cứng hoặc kẹt sau một thời gian không vận động như mới ngủ dậy vào buổi sáng, sau một lúc vận động thì ngón tay mềm ra.

Trong trường hợp nặng thì ngón tay không thể duỗi thẳng được ngay cả khi có sự trợ giúp.

### IV./ CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán bệnh chủ yếu dựa vào các triệu chứng nói trên, không cần làm xét nghiệm hay x-quang.

### V./ ĐIỀU TRỊ

#### 1. Điều trị bảo tồn:

- Nghỉ ngơi: nếu triệu chứng nhẹ thì nghỉ ngơi cũng đủ giải quyết vấn đề, bác sĩ có thể đề nghị đeo 1 nẹp để giữ ngón tay ở tư thế trung tính.

- Thuốc: thuốc kháng viêm giảm đau non-steroid

\* Thuốc giảm đau: chỉ định một trong các thuốc sau: Acetaminophen (Paracetamol, Tylenol...) 0,5g x 2-4 viên/24h.

\* Thuốc chống viêm không steroid bôi tại chỗ hoặc đường toàn thân: chỉ định một trong các thuốc sau:

+ Diclofenac (Voltaren...) 50mg x 2 viên/24h

+ Piroxicam (Felden, Brexin...) 20mg x 1 viên/24h

+ Meloxicam (Mobic.) 7,5mg x 1-2 viên/24h

+ Celecoxib (Celebrex) 200mg x 1-2 viên/24h

- **Thuốc uống Steroid : Methyl – Prednison 4mg,1 – 2viên /24h**

- Tiêm thuốc steroid: có thể lựa chọn tiêm corticosteroid (một loại kháng viêm mạnh) vào chỗ gân bị đau.

Chỉ tiêm với điều kiện có bác sĩ chuyên khoa và phải có phòng tiêm vô trùng. Khi tiến hành tiêm corticoid tại chỗ phải đảm bảo vô trùng tuyệt đối.

\* Các chế phẩm

+ Hydrocortison acetat (ml = 25mg): là loại tác dụng nhanh, thời gian bán hủy ngắn. Liều cho 1 lần tiêm quanh khớp từ 5-12,5mg (0,2 - 0,5ml) tùy vị trí tiêm. Tiêm không quá 3 lần cho mỗi đợt điều trị, mỗi mũi cách nhau 3-4 ngày, mỗi năm không quá 3 đợt.

+ Depo-Medrol (Methyl prednisolon acetat, 1ml = 40mg): tác dụng kéo dài. Liều cho một lần tiêm cạnh khớp từ 8-20mg/1 lần (0,2-0,5ml/1 lần) tùy thuộc vị trí, mỗi đợt cách nhau 3-6 tháng, mỗi năm không quá 3 đợt.

+ Diprospan (1ml = 5mg Betamethasone dipropionate + 2mg Betamethasone sodium phosphate): là loại tác dụng kéo dài. Liều cho một lần tiêm cạnh khớp từ 0,8-2mg/1 lần (0,2-0,5ml/1 lần) tùy thuộc vị trí, mỗi đợt cách nhau 3-6 tháng, mỗi năm không quá 3 đợt.

+ Chống chỉ định tuyệt đối tiêm corticoid tại chỗ (bao gồm các chống chỉ định của corticoid): cao huyết áp, đái tháo đường, viêm loét dạ dày tá tràng (phải điều trị và theo dõi trước và sau tiêm); bệnh nhân đang dùng thuốc chống đông hoặc có rối loạn đông máu.

**2. Điều trị phẫu thuật:** khi điều trị bảo tồn thất bại.

Mục đích của việc phẫu thuật là mở rộng bao gân để gân có thể trượt qua nó dễ dàng. Phẫu thuật đơn giản bằng một đường mổ nhỏ ở lòng bàn tay hoặc bằng kim, bệnh nhân có thể về trong ngày mà không cần nằm lại bệnh viện.

\* Theo dõi sau phẫu thuật:

Hầu hết mọi người đều có thể vận động ngón tay ngay sau mổ.

Thông thường là đau lòng bàn tay, nâng bàn tay lên cao qua khỏi tim sẽ giúp giảm đau và sưng.

Hồi phục hoàn toàn trong vòng vài tuần, nhưng cũng có trường hợp kéo dài 6 tháng.

**3. Biến chứng:**

- Đau không hoàn toàn.

- Ngón tay không nắm sát.

- Nhiễm trùng.

---

**Tài liệu tham khảo:**

*Kho dữ liệu Phác đồ điều trị Ngành Y tế TPHCM - Bệnh viện Nhân Dân 115*

## HỘI CHỨNG ỚNG CỔ TAY

### I. Triệu chứng lâm sàng:

#### 1. Cơ năng:

Tê bàn tay là triệu chứng xuất hiện đầu tiên, Chứng tê này thường xuất hiện về đêm. Đau và tê, dị cảm tay có thể lan lên cẳng tay, khuỷu hoặc vai. Trong ngày, khi phải vận động cổ tay, ngón tay nhiều như lái xe máy, xách giỏ đi chợ, làm việc bàn giấy... thì tê xuất hiện lại. Lúc đầu tê có cơn và tự hết mà không cần điều trị. Sau đó cơn tê ngày càng kéo dài. Có những bệnh nhân bị tê rần suốt cả ngày. Sau một thời gian tê, người bệnh có thể đột nhiên bớt tê nhưng bắt đầu thấy việc cầm nắm yếu dần hoặc bị run tay, viết khó, dễ làm rớt đồ vật. Những triệu chứng kể trên là điển hình cho tình trạng dây thần kinh giữa bị chèn ép trong ống cổ tay. Thường thì triệu chứng điển hình gặp ở một tay, nhưng cũng có thể gặp ở cả 2 tay.

#### 2. Thực thể :

- Dấu hiệu Tinel (+): gõ trên ống cổ tay ở tư thế duỗi cổ tay tối đa gây cảm giác đau hay tê giật lên các ngón tay.
- Nghiệm pháp Phalen dương tính: khi gấp cổ tay tối đa (đến 90°) trong thời gian ít nhất là 1 phút gây cảm giác tê tới các đầu ngón tay.

### II. Cận lâm sàng:

- Đo điện cơ ( EMG)
- X-quang cổ tay khi nghi chèn ép do gãy xương và loại trừ nguyên nhân khác.
- Siêu âm, MRI cổ tay để phát hiện u bướu và nguyên nhân khác khi cần thiết.

### III. Điều trị:

#### 1. Điều trị nội khoa :

- Nẹp cổ tay, tránh vận động
- Thuốc giảm đau: chỉ định một trong các thuốc sau: Acetaminophen (Paracetamol, Tylenol...) 0,5g x 2-4 viên/24h. Vv...
- Thuốc chống viêm không steroid :
  - Diclofenac (Voltaren...) 50mg x 2 viên/ngày
  - Piroxicam (Felden, Brexin...) 20mg x 1 viên/ngày
  - Meloxicam (Mobic.) 7,5mg x 1-2 viên/ngày
  - Celecoxib (Celebrex ...) 200mg x 1-2 viên/ngày
- Thuốc chống viêm steroid :  
Medrol 4 -32 mg /ngày(Nếu không có chống chỉ định ) , vv...
- Thuốc chống động kinh :  
Lyrica 75mg , 1- 2 viên /ngày  
Neurontin 300mg, 1-2 viên/ngày, Vv...

#### \* Tiêm corticoid tại chỗ

Chỉ tiêm với điều kiện có bác sĩ chuyên khoa và phải có phòng tiêm vô trùng. Khi tiến hành tiêm corticoid tại chỗ phải đảm bảo vô trùng tuyệt đối.

Các chế phẩm:

- Depo-Medrol (Methyl prednisolon acetat, 1ml = 40mg): 0,5- 1ml/1 lần mỗi đợt cách nhau 3-6 tháng, mỗi năm không quá 3 đợt.
- Diprospan (1ml = 5mg Betamethasone dipropionate + 2mg Betamethasone sodium phosphate): 0,5- 1ml/1 lần mỗi đợt cách nhau 3-6 tháng, mỗi năm không quá 3 đợt.
- Thuốc bổ thần kinh như vitamin nhóm B hoặc các chế xuất từ B6.

## 2. Điều trị phẫu thuật:

- **Chỉ định :**

- Điều trị nội khoa thất bại.
- Teo mô cái.
- EMG mức độ trung bình, nặng

- **Các phương pháp phẫu thuật :**

- Mở mở ống cổ tay .
- Phẫu thuật nội soi cắt mạc giữ gân gấp.
- Phẫu thuật nội soi thám sát để tìm nguyên nhân.

## IV. Chăm sóc hậu phẫu:

- Thay băng mỗi ngày cho đến lành vết mổ (Thường 7 -14 ngày).
- Kháng sinh :
  - o Đường uống : thường nhóm Cephalosporin thế hệ 1,2
- Cefuroxim 500mg 1v x 2 /ngày, Vv...
  - o Đường chích : (nếu nằm nội trú) , thường dùng 1- 3 ngày rồi đổi qua đường uống
- Thuốc giảm đau: chỉ định một trong các thuốc sau: Acetaminophen (Paracetamol, Tylenol...) 0,5g x 2-4 viên/24h.
- Thuốc chống viêm không steroid : thường dùng 7 – 14 ngày hoặc đến hết triệu chứng viêm tại chỗ
  - Diclofenac (Voltaren...) 50mg x 2 viên/ngày
  - Piroxicam (Felden, Brexin...) 20mg x 1 viên/ngày
  - Meloxicam (Mobic.) 7,5mg x 1-2 viên/ngày
  - Celecoxib (Celebrex ...) 200mg x 1-2 viên/ngày

### **Tài liệu tham khảo :**

James H . Calandruccio : Chapter 76 ,” **CARPAL TUNNEL SYNDROME, ULNAR TUNNEL SYNDROME, AND STENOSING TENOSYNOVITIS**” *Campbell’s Operative Orthopaedics , 12 th Edition , 2012, p .3637 - 3657*

## NGÓN TAY LÒ XO

### I. Tiêu chuẩn chẩn đoán

- Dựa vào triệu chứng lâm sàng tại chỗ
- Đau ngón tay tại vị trí bao gân bị viêm và tại xơ cục, khó cử động ngón tay
- Ngón tay có thể bị kẹt ở tư thế gấp vào lòng bàn tay hoặc duỗi thẳng
- Khám ngón tay có thể có sưng.
- Có thể sờ thấy cục viêm xơ trên gân gấp ngón tay ở vị trí khớp đốt bàn ngón tay. Cục viêm xơ di động khi gấp duỗi ngón tay.

### II. Điều trị

#### Nguyên tắc điều trị

- Kết hợp nhiều biện pháp điều trị: không dùng thuốc, dùng thuốc, tiêm corticoid tại chỗ, vật lý trị liệu, phục hồi chức năng, ngoại khoa.
- Cần tích cực dự phòng bệnh tái phát bằng chế độ lao động sinh hoạt nhẹ nhàng, hợp lý, kết hợp với dùng thuốc, vật lý trị liệu và phục hồi chức năng.

#### 1. Điều trị nội khoa

##### • Các phương pháp không dùng thuốc

- Hạn chế vận động gân bị tổn thương.
- Chườm lạnh nếu có sưng nóng đỏ.
- Chiếu tia hồng ngoại.

##### • Thuốc

Thuốc giảm đau: Acetaminophen (Paracetamol, Tylenol...) 0,5g x 2-4 viên/ngày, Vv...

Thuốc chống viêm NSAIDs :

- + Diclofenac (Voltaren...) 50mg x 2 viên/ngày
- + Piroxicam (Felden, Brexin...) 20mg x 1 viên/ngày
- + Meloxicam (Mobic.) 7,5mg x 1-2 viên/ngày
- + Celecoxib (Celebrex) 200mg x 1-2 viên/ngày

Vv....

- Thuốc chống viêm Steroid :

Medrol 4 -32 mg /ngày(Nếu không có chống chỉ định) , vv...

#### \* Tiêm corticoid tại chỗ

Chỉ tiêm với điều kiện có bác sĩ chuyên khoa và phải có phòng tiêm vô trùng. Khi tiến hành tiêm corticoid tại chỗ phải đảm bảo vô trùng tuyệt đối.

#### \* Các chế phẩm

- + Depo-Medrol (Methyl prednisolon acetat, 1ml = 40mg): 0,2-0,5ml/1 lần , mỗi đợt cách nhau 3-6 tháng, mỗi năm không quá 3 đợt.
- + Diprosan (1ml = 5mg Betamethasone dipropionate + 2mg Betamethasone sodium phosphate): 0,2-0,5ml/1 lần , mỗi đợt cách nhau 3-6 tháng, mỗi năm không quá 3 đợt.

#### 2. Điều trị ngoại khoa

Phẫu thuật giải phóng chèn ép, cắt bỏ phần viêm xơ khi điều trị nội khoa thất bại.

#### 3. Chăm sóc hậu phẫu

- Thay băng mỗi ngày cho đến lành vết mổ (Thường 7 -14 ngày)
- Kháng sinh :
  - + Đường uống : thường nhóm Cephalosporin thế hệ 1,2

Cefuroxim 500mg 1v x 2 /ngày, Vv...

- Thuốc giảm đau: Acetaminophen (Paracetamol, Tylenol...) 0,5g x 2-4 viên/24h.

- Thuốc chống viêm không steroid : thường dùng 7 – 14 ngày hoặc đến hết triệu chứng viêm tại chỗ

- + Diclofenac (Voltaren...) 50mg x 2 viên/ngày
- + Piroxicam (Felden, Brexin...) 20mg x 1 viên/ngày
- + Meloxicam (Mobic.) 7,5mg x 1-2 viên/ngày
- + Celecoxib (Celebrex ...) 200mg x 1-2 viên/ngày

***Tài liệu tham khảo :***

James H . Calandruccio : Chapter 76 ,” **CARPAL TUNNEL SYNDROME, ULNAR TUNNEL SYNDROME, AND STENOSING TENOSYNOVITIS**” *Campbell’s Operative Orthopaedics* , 12 th Edition , 2012, p .3637 - 3657



## BỆNH DE QUERVAIN

### 1. Chẩn đoán :Chủ yếu dựa vào triệu chứng lâm sàng

#### 1.1. Triệu chứng cơ năng:

- Đau vùng mỏm trâm quay, đau tăng khi vận động ngón cái đau liên tục nhất là về đêm. Đau có thể lan ra ngón cái và lan lên cẳng tay.
- Sưng nề vùng mỏm trâm quay.

#### 1.2. Triệu chứng thực thể :

- Sờ thấy bao gân dày lên, có khi có nóng, đỏ, ấn vào đau hơn.
- Test Finkelstein: Gấp ngón cái vào trong lòng bàn tay. Nắm các ngón tay trùm lên ngón cái. Uốn cổ tay về phía trụ. Nếu bệnh nhân thấy đau chói vùng gân dạng dài và gân duỗi ngấn ngón cái hoặc ở gốc ngón cái là dấu hiệu dương tính của nghiệm pháp. Các triệu chứng bắt buộc để chẩn đoán là đau chói vùng mỏm trâm quay và test Finkelstein dương tính.

#### 2.1. Cận lâm sàng :

- \* Siêu âm cho thấy gân dạng dài và duỗi ngấn dày lên. Bao gân dày, có dịch quanh gân.
- \* Cần làm thêm các xét nghiệm cơ bản (đường máu, chức năng gan, thận) cần làm trước khi tiêm corticoid trong bao gân hay dùng thuốc.
- \* X-quang cổ tay.

### 2 . Điều trị

#### 2.1. Điều trị không dùng thuốc:

- \* Giảm hoặc ngừng vận động cổ tay và ngón tay cái (thường 4-6 tuần).
- \* Dùng băng nẹp cổ tay và ngón cái liên tục trong 3-6 tuần ở tư thế cổ tay để nguyên, ngón cái dạng 45 độ so với trục xương quay và gấp 10 độ.
- \* Chườm lạnh.

#### 2.2. Dùng thuốc:

- \* Thuốc giảm đau: chỉ định một trong các thuốc sau: Acetaminophen (Paracetamol, Tylenol...) 0,5g x 2-4 viên/ngày , Vv...
- \* Thuốc chống viêm không steroid : chỉ định một trong các thuốc sau:
  - + Diclofenac (Voltaren...) 50mg x 2 viên/ngày
  - + Piroxicam (Felden, Brexin...) 20mg x 1 viên/ngày
  - + Meloxicam (Mobic.) 7,5mg x 1-2 viên/ngày
  - + Celecoxib (Celebrex) 200mg x 1-2 viên/ngàyVv....

- Thuốc chống viêm steroid :

Medrol 4 -32 mg /ngày(Nếu không có chống chỉ định ) , vv...

- \* Tiêm corticoid tại chỗ

Chỉ tiêm với điều kiện có bác sĩ chuyên khoa và phải có phòng tiêm vô trùng. Khi tiến hành tiêm corticoid tại chỗ phải đảm bảo vô trùng tuyệt đối.

- \* Các chế phẩm

- + Depo-Medrol (Methyl prednisolon acetat, 1ml = 40mg): 0,2-0,5ml/1 lần tùy thuộc vị trí, mỗi đợt cách nhau 3-6 tháng, mỗi năm không quá 3 đợt.
- + Diprospan (1ml = 5mg Betamethasone dipropionate + 2mg Betamethasone sodium phosphate): 0,2-0,5ml/1 lần tùy thuộc vị trí, mỗi đợt cách nhau 3-6 tháng, mỗi năm không quá 3 đợt.

### 3. Phẫu thuật:

- Chỉ định điều trị nội khoa thất bại

- Sau mổ, có thể tham gia phục hồi chức năng.
- Sau khi cắt chỉ, tập các bài tập chủ động để tăng dần biên độ và sức mạnh của các gân.

***Tài liệu tham khảo :***

James H . Calandruccio : Chapter 76 ,” **CARPAL TUNNEL SYNDROME, ULNAR TUNNEL SYNDROME, AND STENOSING TENOSYNOVITIS**” *Campbell’s Operative Orthopaedics* , 12 th Edition , 2012, p .3637 - 3657

## VIÊM MŨM TRÊN LỖI CẦU CÁNH TAY

### 1. Chẩn đoán : Chủ yếu dựa vào khám lâm sàng

#### 1.1. Triệu chứng lâm sàng

- Triệu chứng chính là đau ở vùng lõi cầu ngoài cánh, có thể lan xuống cẳng tay. Đau xuất hiện tự nhiên hoặc khi làm một số động tác như duỗi cổ tay, lắc, nâng một vật.
- Sờ, nắn hoặc ấn có điểm đau phía dưới lõi cầu ngoài xương cánh tay.
- Test nâng ghế (+).

#### 1.2. Cận lâm sàng

Các xét nghiệm về viêm và X-quang khớp khuỷu tay bình thường.

Chẩn đoán xác định chủ yếu dựa vào lâm sàng: ấn có điểm đau chói tại vị trí bám tận của gân (lõi cầu ngoài xương cánh tay).

### 2. Điều trị

#### 2.1. . Điều trị vật lý

- Nghỉ ngơi, tránh vận động quá mức
- Nẹp, băng chun hỗ trợ ở cẳng tay trong lao động, tập luyện hàng ngày.
- Liệu pháp shock bằng sóng siêu âm.

#### 2.2. . Điều trị nội khoa :

- Thuốc giảm đau: chỉ định một trong các thuốc sau: Acetaminophen (Paracetamol, Tylenol...) 0,5g x 2-4 viên/24h.Vv...

- Thuốc chống viêm không steroid :

- + Diclofenac (Voltaren...) 50mg x 2 viên/ngày
- + Piroxicam (Felden, Brexin...) 20mg x 1 viên/ngày
- + Meloxicam (Mobic.) 7,5mg x 1-2 viên/ngày
- + Celecoxib (Celebrex ...) 200mg x 1-2 viên/ngày

- Thuốc chống viêm steroid :

Medrol 4 -32 mg /ngày(Nếu không có chống chỉ định ) , vv...

- \* Tiêm corticoid tại chỗ

Chỉ tiêm với điều kiện có bác sĩ chuyên khoa và phải có phòng tiêm vô trùng. Khi tiến hành tiêm corticoid tại chỗ phải đảm bảo vô trùng tuyệt đối.

\*\* Các chế phẩm:

+ Depo-Medrol (Methyl prednisolon acetat, 1ml = 40mg): 0,5- 1ml/1 lần mỗi đợt cách nhau 3-6 tháng, mỗi năm không quá 3 đợt.

+ Diprospan (1ml = 5mg Betamethasone dipropionate + 2mg Betamethasone sodium phosphate): 0,5- 1ml/1 lần mỗi đợt cách nhau 3-6 tháng, mỗi năm không quá 3 đợt.

- \* Tiêm huyết tương giàu tiểu cầu( PRP) vào mỏn trên lõi cầu ngoài cánh tay.

#### 2.3 . Điều trị phẫu thuật

Chỉ định khi các biện pháp điều trị bảo tồn thất bại(Thường > 6 tháng).

- Có thể áp dụng phẫu thuật mở hoặc phẫu thuật nội soi.

\* Cắt bỏ tổ chức mủn nát ở gốc của gân duỗi, giải phóng gân cơ duỗi từ mỏm lõi cầu.

\* Cắt gân cơ duỗi, kéo dài và tạo hình chữ Z để ngăn hoạt động của các cơ duỗi.

### 3 . Vận động sau phẫu thuật :

- Bắt động nẹp bột, khuỷu gấp 90<sup>0</sup>
- Tập vận động chịu lực từ tuần thứ 3
- Tập vận động bình thường sau 4-6 t.háng.

**Tài liệu tham khảo :**

1. Robert H. Miller III , Frederlck M. Azar , Thomas W. Throckmorton : Chapter 46  
**,”SHOULDER AND ELBOW INJURIES ”** Campbell’s Operative Orthopaedics , 12  
th Edition , 2012, p .2213 – 2247
  2. Nguyễn Ngọc Toàn : “ **Viêm mủm trên lõi cầu xương cánh tay** “ Bệnh học một số bệnh  
lý cơ xương khớp thường gặp “ 2006, p .222 – 227
- NGUỒN : BV NGUYỄN TRI PHƯƠNG

## HOẠT MẠC KHỚP GỐI

### I. ĐỊNH NGHĨA

- Viêm khớp gối là bệnh phổ biến về khớp ở chi dưới, chủ yếu là bệnh lý do hậu quả của tuổi tác lớn dần và mài mòn khớp. Viêm khớp gối còn là hậu quả của các bệnh lý hay chấn thương khác như rách hay vỡ các sụn khớp gối, gãy xương phạm khớp làm rách các dây chằng của khớp gối mà không được điều trị triệt để,... Viêm khớp gối là khi gối có các hiện tượng sưng, nóng, đỏ, đau làm ảnh hưởng đến sinh hoạt, khả năng làm việc của người bệnh.

- Viêm khớp gối nếu được chẩn đoán và điều trị sớm có thể làm chậm phát triển của bệnh, giảm các triệu chứng trên, giúp bệnh nhân tìm được cách vận động thích hợp, đưa người bệnh sớm trở lại cuộc sống bình thường.

### II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

#### 1. Lâm sàng

Các triệu chứng: đau, sưng, nóng, đỏ.

- Đau: đau nhiều khi đi lại, dần dần đau tăng lên ngay cả khi nghỉ ngơi và ban đêm. Vị trí đau hay gặp nhất là quanh vùng gối bị viêm. Bệnh nhân thường đau tăng khi cử động hay đứng lâu, đi khắp khiêng. Triệu chứng của viêm khớp gối rất dễ nhầm lẫn với thoái hóa khớp gối, liên quan đến tình trạng hư sụn khớp và mọc các gai xương. Cơn đau xuất hiện khi đi đứng, chạy nhảy, nếu bệnh nhân hạn chế vận động và nghỉ ngơi thì cơn đau cũng giảm theo.
- Giới hạn vận động của khớp gối ngày càng tăng dần và ảnh hưởng đến các động tác sinh hoạt hàng ngày như bước lên xe gắn máy, ngồi xổm, buộc dây giày, đi vệ sinh,... Động tác vận động gấp gối thường đau tăng nhiều hơn do dịch trong khớp nhiều hơn bình thường làm căng bao khớp, tăng lực tác động lên các đầu sụn khớp và do căng các cơ xung quanh khớp. Tiếng lạo xạo ở khớp gối thường ở giai đoạn sớm do các sụn bị bào mòn, gai xương,...
- Giai đoạn nặng hơn thì khớp gối sưng đau rất nhiều, vận động khớp gối rất khó khăn, sờ vào thì có cảm giác nóng và căng rất nhiều do dịch tụ nhiều hơn.
- Nếu bệnh nhân không điều trị gì, tình trạng đau, sưng khớp gối ngày càng tăng, cho đến khi tình trạng trầm trọng hơn, bệnh nhân không thể đi lại, lúc đó khớp gối đã biến dạng, các gai xương phát triển đầy khớp, khớp mất vận động, trục khớp gối bị lệch làm cho khớp gối vẹo trong hoặc vẹo ngoài. Khi sụn khớp đã mòn hoàn toàn, các phần xương tiếp xúc trực tiếp với nhau, điều này làm cho bệnh nhân rất đau đớn khi di chuyển. Bệnh nhân có thể mất khả năng vận động của khớp gối. Những dấu hiệu ngày càng biểu hiện rõ chứng tỏ tình trạng bệnh đang xấu đi rất nhiều và cần có sự can thiệp của phương pháp ngoại khoa.

#### 2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu: tổng phân tích tế bào máu, CRP, VS, ASLO, Protein C, Acid Uric trong máu xác định loại viêm khớp như viêm khớp dạng thấp hoặc trong bệnh lý thấp tim,...
- X-Quang gối: hẹp khe khớp, những thay đổi của xương như: gai xương, hủy xương,...
- Siêu âm khớp gối: xác định tụ dịch bất thường khớp gối xét nghiệm dịch bất thường đó.
- MRI hoặc CT Scan khớp gối: có thể chỉ định tốt trong các trường hợp viêm khớp gối sau chấn thương để tìm các tổn thương xương và mô mềm.

### III. PHÂN LOẠI

- Viêm xương khớp: như viêm khớp thoái hóa.
- Viêm khớp dạng thấp: tình trạng tự miễn dịch, ảnh hưởng tới hầu hết các khớp trong cơ thể kể cả đầu gối, viêm khớp có tính chất đối xứng.
- Viêm khớp sau chấn thương: các tổn thương xương và phần mềm của gối như sụn khớp, dây chằng, sụn chêm điều trị không triệt để là những yếu tố viêm khớp gối.

- Các bệnh lý khác như: Gout, nhiễm trùng,...

#### **IV. ĐIỀU TRỊ**

##### **Điều trị ngoại trú:**

Điều trị sớm có thể giúp bệnh nhân giảm được đau, cải thiện được triệu chứng lâm sàng và làm chậm sự tiến triển của bệnh.

Chỉ định

Với các trường hợp viêm khớp gối nhẹ hoặc vừa, phát hiện sớm triệu chứng đau của thoái hóa khớp gối, chưa có giới hạn tầm vận động khớp, còn đi lại được không cần nạng hỗ trợ. X-quang chưa biến dạng thoái hóa khớp nhiều.

##### **1. Điều trị nội khoa viêm khớp gối:**

- Tạo điều kiện để khớp gối được nghỉ ngơi (giảm cân, hạn chế đi bộ,...).
- Ngủ đủ giấc.
- Khi đau nhiều, nên sử dụng hai nạng hay khung đi hỗ trợ.
- Tập vật lý trị liệu theo liệu trình tránh tải nặng lên khớp gối, tập các môn thể thao nhẹ nhàng như dưỡng sinh, tập bơi nhẹ dưới nước, đi xe đạp,...
- Thuốc sử dụng: cần theo dõi mỗi 3 tháng nên chụp phim X-quang khớp gối, xét nghiệm tế bào học dịch khớp gối và hội chẩn lại khi cần thiết.
- Thuốc giảm đau: Acetaminophen, Acetaminophen + Codein, Acetaminophen + Tramadol
- Thuốc kháng viêm NSAIDs: Diclofenac, Meloxicam, Piroxicam, Celecoxib, Etoricoxib, Nabumetone.
- Thuốc chống thoái hóa khớp: Glucosamin, Chondroitin Sulfate, Diacerhein, Piascledine, Acid Hyaluronic.
- Thuốc điều trị Gout: Colchicin, Allopurinol,...

Tái khám nếu đau tăng lên, sốt, không đáp ứng điều trị.

##### **2. Điều trị ngoại khoa viêm khớp gối**

###### **• Chỉ định**

Điều trị bằng phẫu thuật khi tình trạng viêm khớp gối ở giai đoạn nặng, bệnh nhân sưng đau cả khi nghỉ ngơi, vào ban đêm, hoặc trên phim X-quang khớp gối đã biến dạng, lệch trục khớp gối (vẹo trong hoặc vẹo ngoài).

###### **• Phương pháp phẫu thuật**

- Chọc hút dịch khớp gối để xét nghiệm tế bào học: nếu có vi trùng chứng tỏ có viêm khớp nhiễm khuẩn, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Đục xương sửa trục cẳng chân, ghép xóp ổ cối: chỉ định với những trường hợp thoái hóa khớp gối gây lệch trục khớp gối, đè lún một bên của mâm chày.
- Thay toàn bộ khớp gối: được chỉ định với những trường hợp thoái hóa khớp gối nặng đau nhiều, thường gặp ở bệnh nhân trên 60 tuổi.
- Sử dụng kháng sinh dự phòng: Amoxycillin + Acid Clavulanic, Ampicillin + Sulbactam, Cephalosporin thế hệ II, III; Aminoglycoside thế hệ II, III.
- Cả hai phẫu thuật đục xương sửa trục hay thay khớp gối đều mổ chương trình loại mổ sạch còn gọi là loại I – phẫu thuật sạch. Thông thường tiêm trước rạch da từ 30-45 phút tùy phẫu thuật viên duy trì thêm sau mổ từ 5-7 ngày.
- Thuốc dự phòng chống thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch: cần theo dõi thử máu TQ, TCK, INR khi dung.
- Săn sóc tập phục hồi chức năng sau mổ.

- Tập vật lý trí liệu theo sự hướng dẫn của kỹ thuật viên.

**V. TÁI KHÁM**

- Sưng hoặc đau quá mức tại gối.
- Chảy dịch tại vết mổ.
- Đỏ vùng vết mổ.
- Sốt trên 38<sup>0</sup>

**VI. Biến chứng**

- Đau dai dẳng khớp gối
- Cứng khớp hoặc viêm dính khớp gối.
- Biến dạng khớp gối.

*NGUỒN : BV NGUYỄN TRI PHƯƠNG*

## **RÁCH CHÓP XOAY**

### **1. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN**

- Triệu chứng chính: đau khớp vai.
- Bệnh thường gặp: viêm khớp vai, hẹp mỏm cùng vai, tổn thương SLAP, viêm gân nhị đầu.
- Bệnh ít gặp: viêm khớp cùng đòn
- Nhận diện bệnh nhân: bệnh nhân tuổi trung niên, đau vai, không có dấu hiệu tê tay.

### **2. BỆNH LÝ**

#### **2.1. ĐẠI CƯƠNG**

##### **2.1.1 Định nghĩa:**

Rách chóp xoay là tình trạng rách một hay nhiều gân trong phức hợp gân chóp xoay. Chóp xoay là một phức hợp ở khớp vai bao gồm 4 gân cơ: gân cơ trên gai, dưới gai, tròn bé và dưới vai. Cấu trúc này đóng góp một phần quan trọng vào hoạt động phức tạp của khớp vai. Tổn thương của chóp xoay là một trong những yếu tố thường gặp nhất của khớp vai, làm giảm hay mất hoàn toàn tầm độ vận động của khớp. Trong đó tổn thương chủ yếu là rách nơi bám tận của gân.

##### **2.1.2 Cơ Chế Tổn Thương**

- Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy rằng rách chóp xoay dù một phần hay hoàn toàn đều chủ yếu do 3 yếu tố chính: chấn thương, nội sinh, ngoại lai.
- Yếu tố nội sinh do liên quan đến vấn đề máu nuôi hay các vấn đề chuyển hóa tiến triển theo tuổi tác, dẫn đến rách do thoái hóa.
- Yếu tố ngoại lai thường do hẹp khoang mỏm cùng vai làm chóp xoay bị kích thích và cọ xát liên tục đưa đến rách.
- Yếu tố chấn thương là những va chạm mạnh gây tổn thương cấp tính gân chóp xoay.

#### **2.2. SINH LÝ BỆNH HỌC RÁCH CHÓP XOAY**

- Gân chóp xoay có cấu trúc nhầy và đàn hồi, có thể chịu được sức căng rất lớn lên đến 100N/mm, tuy nhiên khả năng chịu lực nén ép và giằng xé thì kém hơn.
- Trong các nghiên cứu về khớp vai ở tử thi cho thấy lực căng tối đa của gân chóp xoay đạt được khi cánh tay dạng 120°.
- Sự thoái hóa kèm theo sự nén ép ngoại lai hay sự quá tải lệch tâm sẽ làm cho gân chóp xoay rách.

#### **2.3 PHÂN LOẠI RÁCH CHÓP XOAY**

- Có nhiều cách phân loại rách chóp xoay tùy thuộc vào quan niệm của từng tác giả. Trong thực tế thường dựa vào độ dày và vị trí chỗ rách, kích thước, hình dạng.

##### **2.3.1 Theo Độ Dày Và Vị Trí:**

- Rách một phần ở mặt khớp.
- Rách một phần ở mặt dưới mỏm cùng vai.
- Rách trong gân.
- Rách toàn phần.

##### **2.3.2 Theo Kích Thước:**

- Rách nhỏ: < 1cm.
- Rách vừa: 1 - 3 cm.
- Rách lớn: 3 - 5 cm.
- Rách lớn: > 5 cm.

##### **2.3.3 Theo Hình Dạng:** hình liềm, chữ U, chữ L, rách rất lớn.

### **3. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN**

**3.1 Bệnh Sử:** Cần hỏi tiền sử chấn thương khớp vai. Nếu có tiền sử chấn thương sẽ tìm hiểu tiếp xem thời gian, cơ chế, đã xử trí gì sau chấn thương.



### **3.2 Khám Lâm Sàng:** cần chú ý các test thăm khám sau:

- Nghiệm pháp xoay ngoài cánh tay có đối kháng: bệnh nhân dạng vai, khuỷu gấp 90 độ, xoay ngoài. bác sĩ sẽ kháng lại lực xoay ngoài của bệnh nhân. Nếu bệnh nhân đau thì test dương tính biểu hiện bệnh nhân có khả năng rách chóp xoay
- Nghiệm pháp Jobe: bệnh nhân dạng tay 90 độ. Bác sĩ sẽ ép tay bệnh nhân xuống dưới, bệnh nhân kháng lại lực ép. Nếu bệnh nhân đau thì test dương tính biểu hiện bệnh nhân có khả năng rách chóp xoay.
- Nghiệm pháp cánh tay rơi: Bác sĩ nâng tay bệnh nhân lên cao rồi thả ra. Nếu bệnh nhân không tự giữ được cánh tay ở tư thế này mà bị rớt cánh tay xuống thì sẽ dương tính. Như vậy khả năng sẽ bị rách chóp xoay.

### **3.3 Cận Lâm Sàng:**

- X-quang khớp vai 3 tư thế: thẳng, nghiêng, outlet.
- Cộng hưởng từ (MRI): Có độ chính xác cao nhất. Trên MRI sẽ cho biết hình thái rách gân, mức độ rách gân, số lượng gân rách, các tổn thương phối hợp

## **4. CHẨN ĐOÁN**

### **4.1 Chẩn Đoán Phân Biệt:**

- Tổn thương SLAP; Viêm gân nhị đầu; Hẹp mỏm cùng vai.

### **4.2 Chẩn Đoán Xác Định:**

- Đau vai, test thăm khám dương tính.
- MRI rách gân chóp xoay.

### **4.3 Chẩn đoán nguyên nhân:** do chấn thương hay do thoái hóa.

## **5. ĐIỀU TRỊ**

### **5.1 Mục đích:** Giúp bệnh nhân khỏi bệnh.

### **5.2 Nguyên tắc điều trị:** Bắt đầu điều trị nội khoa rồi mới tới điều trị phẫu thuật.

### **5.3 Điều trị cụ thể:**

#### **5.3.1 Điều trị bảo tồn:** Kháng viêm, giảm đau, vật lý trị liệu.

- Trường hợp rách bán phần gân chóp xoay, viêm gân chóp xoay.
- Bệnh lý nội khoa nặng không thể can thiệp phẫu thuật.

#### **5.3.2 Điều trị phẫu thuật:** phẫu thuật nội soi, hoặc phẫu thuật mổ mở.

- Trường hợp rách hoàn toàn gân chóp xoay.
- Rách bán phần gân chóp xoay nhưng điều trị nội khoa thất bại (thời gian điều trị nội khoa > 03 tháng).
- Hiện nay phẫu thuật nội soi được áp dụng hàng loạt ở các bệnh viện trên thế giới cũng như ở Việt Nam vì các ưu điểm sau:

- Phẫu thuật ít xâm lấn.
- Tính thẩm mỹ cao.
- Thời gian nằm viện ngắn.
- Tầm soát và phục hồi được hết tổn thương

### **\* Cách tiến hành phẫu thuật nội soi:**

- Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ.
- Chuẩn bị máy móc trang thiết bị đầy đủ.
- Bệnh nhân mê nội khí quản.
- Vào khớp qua các ngã nội soi, thám sát tổn thương.
- Bắt chỉ neo vào vị trí điểm bám gân.
- Khâu gân chóp xoay rách.
- Cầm máu, khâu da, băng vô khuẩn.

### 4.3.3 LƯỢC ĐỒ ĐIỀU TRỊ



## 5. THEO DÕI TÁI KHÁM VÀ TẬP PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

- Tập duy trì tầm độ khớp: 4 - 6 tuần

+ Tuần thứ 1:

- Mang nẹp
- Nhún vai, gồng cơ
- Tập chủ động ngón tay, khuỷu tay, cổ tay.

+ Tuần thứ 2 - 3:

- Mang nẹp
- Nhún vai, gồng cơ
- Tập chủ động ngón tay, khuỷu tay, cổ tay.
- Tập bàn tay đi bộ trên tường, kéo ròng rọc

+ Tuần thứ 4 - 5:

- Bỏ nẹp.
- Tập bàn tay đi bộ trên tường, kéo ròng rọc.
- Tầm vận động khớp phục hồi tối đa.

+ Từ tuần thứ 6 trở đi

- Duy trì tầm vận động khớp.
- Tập sức mạnh với dây thun.
- Tập sức mạnh với tạ.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

#### **Trong Nước:**

1. Tăng Hà Nam Anh (2008), “Điều trị rách một phần và toàn phần chóp xoay qua nội soi: so sánh giữa hai nhóm”, báo cáo tại hội nghị Ngoại khoa và Phẫu thuật nội soi Việt Nam 11/2008.
2. Bùi Văn Đức (2004) “Sinh cơ học khớp vai”, Chấn thương chỉnh hình chi trên, tr. 1-33.
3. Nguyễn Quang Long (1988) “Khám lâm sàng các khớp”, triệu chứng cơ quan vận động, nhà xuất bản y học, tr.7, 12-15,147.
4. Nguyễn Quang Quyền (1991), “Nách”, Bài giảng giải phẫu học, tập I, NXB Y học, tr.54.

#### **Ngoài Nước:**

5. Arcand MA (2005), “Shoulder and upper arm”, The orthopaedic physical examination, pp.17-66.
6. Arnoczky SP (1991), “Anatomy of the Shoulder”, Operative Arthroscopy, pp.425-441.
7. Burkhart SS (2006), “Rotator cuff repair”, J.Am Acad Orthop Surg, pp.333-346.
8. Matsen FA (1998), “Rotator cuff”, The Shoulder, vol.2: pp.755-839.

9. Mazzocca AD (2004), "Shoulder: patient positioning, portal placement, and normal arthroscopic anatomy", Text book of arthroscopy, pp.65-77.
  10. Millett PJ (2006), "Rehabilitation of the Rotator Cuff: An evaluation- based approach", J Am Acad Orthop Surg; 14: pp.599-609.
  11. Ellman H (1986), "Repair of rotator cuff. End-result study of factors influencing reconstruction", J. Bone Joint Surg Am, 68: pp. 1136 - 1144.
  12. Ellman H (1991), "Arthroscopic subacromial decompression for chronic impingement", J Bone Joint Surg. Br,73B: pp.395- 395.
  13. Levy HR (1990), "Arthroscopic assisted rotator cuff repair: preliminary result", arthroscopy: The journal of arthroscopic and related surgery, 6(1): pp.55- 60.
- NGUỒN: BV NDGD

## TỔN THƯƠNG DÂY CHẰNG VÙNG GỐI

### I. TỔNG QUAN

Ba xương tham gia tạo thành khớp (đầu) gối là: xương đùi, xương chày và xương bánh chè. Xương bánh chè nằm ở phía trước để bảo vệ cho khớp gối.

Các xương được kết nối với nhau bằng các dây chằng. Có bốn dây chằng chính ở khớp gối hoạt động như những sợi dây mạnh mẽ để giữ xương với nhau và giữ cho khớp gối ổn định.

*Các dây chằng bên*

Các dây chằng bên nằm ở hai bên khớp gối. Dây chằng trong nằm ở phía trong và dây chằng ngoài bên ngoài. Các dây chằng bên kiểm soát các chuyển động ngang của đầu gối và bảo vệ đầu gối trước các vận động bất thường.

*Các dây chằng chéo*

Các dây chằng chéo được tìm thấy bên trong khớp gối và bắt chéo nhau để tạo thành một chữ "X" với dây chằng chéo trước ở phía trước và dây chằng chéo sau ở phía sau. Các dây chằng chéo kiểm soát vận động tới và lui của đầu gối.

Khớp gối giữ vai trò rất quan trọng trong hoạt động của cơ thể. Đây là một khớp có biên độ vận động lớn và linh hoạt, đóng vai trò chịu lực chính. Chính biên độ cử động lớn và khả năng vận động phức tạp khiến khớp gối dễ bị tổn thương.

Tổn thương sụn chêm và dây chằng là các bệnh lý thường gặp của khớp gối. Tổn thương này rất đa dạng và nhiều mức độ: dẫn dây chằng đến trật khớp gối.

### II. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân chấn thương vùng gối thường gặp:

- Các chấn thương trong thể thao và luyện tập.
- Tai nạn giao thông.
- Tai nạn sinh hoạt.

### III. CHẨN ĐOÁN

#### 1. Bệnh sử

- Nguyên nhân chấn thương
- Cơ chế chấn thương: Va chạm trực tiếp, gập gối, duỗi gối, xoay gối...
- Các triệu chứng sau chấn thương:
  - + Đau
  - + Sưng gối
  - + Kẹt khớp
  - + Đi lại, lên xuống cầu thang khó khăn, không vững.
  - + Lỏng khớp gối...

#### 2. Khám lâm sàng

- Khớp gối chấn thương: sưng, tràn dịch, cơ đùi có teo nhỏ hơn bên lành không.
- Xác định điểm đau: bên ngoài, bên trong, trước, sau...
- Các nghiệm pháp:
  - + Dạng, khép khớp gối.(gối 0 độ và 30 độ)
  - + Ngăn kéo trước
  - + Ngăn kéo sau
  - + Lachmann
  - + Các nghiệm pháp xoay: Slocum, Pivot Shift...

#### 3. Hình ảnh học

- X-quang thường quy: khớp gối thẳng, nghiêng: xem có tổn thương xương đi kèm, tình trạng bán trật khớp không.

- X-quang động khớp gối: dạng, khớp.
- MRI khớp gối, hình ảnh MRI cho hình ảnh tốt hơn về các mô mềm: dây chằng nào bị tổn thương, vị trí tổn thương. Chẩn đoán tổn thương sụn chêm, sụn khớp kèm theo.

#### **4. Chẩn đoán xác định**

##### **4.1 Tổn thương dây chằng bên trong**

\* Tiền sử chấn thương : dạng căng chân quá mức, thường liên quan đến cơ chế vặn xoắn, gây nên tổn thương một phần hay hoàn toàn dây chằng bên trong.

\* Lâm sàng:

- Đau hoặc ấn đau khe khớp gối trong.
- Nghiệm pháp dạng gối dương tính.

\* Hình ảnh học

- Xquang: Rộng khe khớp gối bên trong.
- MRI: Tổn thương dây chằng bên trong.

##### **4.2 Tổn thương dây chằng bên ngoài**

\* Tiền sử chấn thương: khớp căng chân quá mức.

\* Lâm sàng:

- Đau hoặc ấn đau khe khớp gối ngoài
- Nghiệm pháp khớp gối dương tính.

\* Hình ảnh học.

- Xquang: Rộng khe khớp gối bên ngoài, bong chỗ bám..
- MRI: Tổn thương dây chằng bên ngoài.

##### **4.3 Tổn thương dây chằng chéo trước**

\* Tiền sử chấn thương với cơ chế chấn thương thường gặp:

- Chấn thương trực tiếp vào mặt trước gối (cú va chạm trong tình huống cản bóng, tai nạn lưu thông).
- Đang chạy dừng đột ngột và chuyển hướng nhanh chóng.
- Xoay người sang phía đối diện trong lúc bàn chân giữ nguyên.
- Cú nhảy cao, rơi một chân tiếp đất trong tư thế không thuận.

\* Lâm sàng:

- Đi lại, lên xuống cầu thang khó khăn, không vững.
- Khớp gối chấn thương: sưng, tràn dịch, cơ đùi có teo nhỏ hơn bên lành.
- Nghiệm pháp ngăn kéo trước, Lachmann dương tính.

\* Hình ảnh học

- Xquang: có thể bong nơi bám dây chằng chéo
- MRI: Tổn thương dây chằng chéo trước
- Nội soi chẩn đoán và điều trị

##### **4.4 Tổn thương dây chằng chéo sau**

\* Tiền sử chấn thương:

- Lực đập trực tiếp vào đầu trên xương chày (tai nạn lưu thông, chấn thương thể thao).
- Ngã khi gối gấp.
- Cú sút mạnh nhưng hụt bóng.

\* Lâm sàng:

- Cảm giác lỏng khớp gối, đi lại khó khăn.
- Khớp gối chấn thương: sưng, tràn dịch, cơ đùi có teo nhỏ hơn bên lành.
- Nghiệm pháp ngăn kéo sau, Lachmann dương tính.

\* Hình ảnh học

- Xquang: có thể bong nơi bám dây chằng chéo.
- MRI: Tổn thương dây chằng chéo sau.
- Nội soi chẩn đoán và điều trị.

#### **4.5 Tổn thương đa dây chằng**

\* Tiền sử chấn thương, thường trật khớp gối đã nắn.

\* Lâm sàng

- Cảm giác lỏng gối

- Đi lại khó khăn

- Khớp gối lỏng lẻo

- Các nghiệm pháp dạng kéo, ngăn kéo, Lachmann, nghiệm pháp xoay (Pivot Shift, Slocum) dương tính.

\* Hình ảnh học

- Xquang: có thể bong nơi bám dây chằng

- MRI: Tổn thương nhiều dây chằng.

- Nội soi chẩn đoán và điều trị

Lưu ý: Tổn thương xương có thể đi kèm

### **IV. PHÂN LOẠI TỔN THƯƠNG**

#### **1. Phân loại tổn thương dây chằng**

##### **1.1 Mức độ tổn thương**

\* Độ I: Rách 1 số sợi của dây chằng, khớp gối bình thường

\* Độ II: Rách nhiều sợi hơn hoặc chức năng khớp gối bị giảm một phần

\* Độ III: Đứt hoàn toàn dây chằng hoặc khớp bị mất vững

##### **1.2 Độ vững khớp gối**

\* ĐỘ I: Mất vững 1 bình diện

A. Mất vững bình diện bên trong

B. Mất vững bình diện bên ngoài

C. Mất vững bình diện sau

D. Mất vững bình diện trước

\* Độ II: Mất vững xoay

A. Mất vững phía trước trong

B. Mất vững phía trước ngoài:

1. Trong tư thế gấp gối

2. Trong tư thế duỗi gối

C. Mất vững phía sau ngoài

D. Mất vững phía sau trong

\* Độ III: Mất vững phức tạp

A. Mất vững xoay trước ngoài - trước trong

B. Mất vững xoay trước ngoài - sau ngoài

C. Mất vững xoay trước trong - sau trong

### **V. ĐIỀU TRỊ**

**1. Mục đích điều trị:** Phục hồi giải phẫu và chức năng của khớp gối.

#### **2. Điều trị tổn thương dây chằng**

##### **2.1 Điều trị bảo tồn**

- Chỉ định:

+ Tổn thương dây chằng độ I, II

- + Tổn thương dây chằng độ III và khớp gối còn vững
- Phương pháp:
  - + Độ I: Chườm lạnh, băng ép khớp gối từ 24- 72 giờ. Có thể bất động bằng nẹp chức năng trong vài ngày.
  - + Độ II, III: Bất động khớp gối từ 4-6 tuần bằng bột đùi - bàn chân. Đi nặng chịu nhẹ bằng ngón chân. 2 tuần tiếp theo tập gập duỗi gối 15o, và 6 tuần tiếp theo thì tập gập duỗi gối tối đa.
- Lưu ý:** Phần lớn các tổn thương dây chằng bên trong đều được điều trị bảo tồn bằng phương pháp bó bột đùi- bàn chân từ 6- 8 tuần.

## **2.2 Điều trị phẫu thuật**

- Chỉ định:
  - + Tổn thương dây chằng độ III
  - + Khớp gối mất vững
  - + Khi điều trị bảo tồn thất bại
- Phương pháp:
  - + Tổn thương dây chằng chéo trước, chéo sau: phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng
  - + Tổn thương dây chằng bên trong, bên ngoài: mổ hở tái tạo dây chằng hoặc khâu.

## **3. Điều trị hỗ trợ**

- Nẹp chức năng
- Chườm lạnh
- Giảm đau, chống loãng xương, hỗ trợ dinh dưỡng cho khớp.
- Các bài tập phục hồi chức năng

## **VI. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

### **1. Theo dõi**

Bệnh nhân được theo dõi 24-72 giờ sau chấn thương và phẫu thuật để phát hiện các biến chứng có thể xảy ra: tổn thương mạch máu, thần kinh, chèn ép khoang...

### **2. Tái khám**

- Sau phẫu thuật và sau chấn thương 2 tuần, mỗi 4 tuần, 3 tháng, 6 tháng, 9 tháng, 12 tháng, 3 năm, 5 năm...
- Mỗi lần tái khám:
  - + Hướng dẫn tập phục hồi chức năng
  - + X-quang, MRI kiểm tra (nếu cần thiết).
  - + Đánh giá sự phục hồi của khớp.
  - + Phát hiện các biến chứng muộn.

*NGUỒN : BV 115*

## TRẬT KHỚP CÙNG ĐÒN

### I. ĐẠI CƯƠNG

- Trật khớp cùng đòn (TKCĐ) xảy ra do lực đập trực tiếp lên vai với cánh tay khép hoặc do gián tiếp té ngã trên cánh tay duỗi vì vậy TKCĐ là loại chấn thương thường gặp, đặc biệt ở người trẻ do va chạm trong thể thao.
- Hiện nay tại Việt nam do tình hình tai nạn giao thông tăng lên đặc biệt là xe gắn máy 2 bánh té đập vai gây ra nhiều tổn thương khớp cùng đòn.

### II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

#### 1. Lâm sàng

- Sưng, đau vùng khớp cùng đòn.
- Đầu ngoài xương vùng đòn nhô cao, đau phím đòn.

#### 2. Cận lâm sàng

- X-quang khớp cùng đòn 2 bên.
- X-quang vai tổn thương và không tổn thương tư thế hóc nách.

### III. PHÂN ĐỘ

Gồm 6 độ theo Rockwood

| Độ   | Dây chằng CĐ | Dây chằng quạ đòn | Cân thang – Delta | Khoảng cách quạ đòn tăng trên XQ | Độ rộng khớp cùng đòn trên XQ      | Nắn khớp CĐ |
|------|--------------|-------------------|-------------------|----------------------------------|------------------------------------|-------------|
| I.   | Bong gân     | Còn nguyên        | Còn nguyên        | Bình thường (1.1 to 1.3cm)       | Bình thường                        |             |
| II.  | Đứt          | Bong gân          | Còn nguyên        | <25%                             | Rộng                               | Được        |
| III. | Đứt          | Đứt               | Đứt               | 25%-100%                         | Rộng                               | Được        |
| IV.  | Đứt          | Đứt               | Đứt               | Tăng lên                         | Đầu ngoài xương đòn di lệch ra sau | Không       |
| V.   | Đứt          | Đứt               | Đứt               | 100%-300%                        |                                    | Không       |
| VI.  | Đứt          | Còn nguyên        | Đứt               | Giảm xuống                       |                                    | Không       |

### IV. ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

#### 1. Chỉ định:

- Độ I,II.
- Độ III : nếu bệnh nhân không thuộc nhóm trẻ tuổi hoặc có ngành nghề thể thao cần vận động vai nhiều.

#### 2. Phương pháp điều trị:

- Mang đai treo tay 4 – 6 tuần.
- Thuốc : acetaminophen , NSAID.
- Chương trình tập VLTL.



**3. Theo dõi – Tái khám:** mỗi 02 tuần.

**V. ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT**

**1. Chỉ định**

- Độ III : nếu bệnh nhân không thuộc nhóm trẻ tuổi hoặc có ngành nghề thể thao cần vận động vai nhiều.
- Độ IV,V,VI

**2. Phương pháp phẫu thuật**

- Phương pháp phẫu thuật tái tạo dây chằng 2 bó ( bộ trợ cụ phẫu thuật CTCH)
- Tập VLTL sau phẫu thuật : theo sự hướng dẫn của KTV VLTL.

**3. Theo dõi:**

X-quang thẳng 2 tư thế nách, để đánh giá khoảng cách khớp quạ đòn + khớp cùng đòn

- Thuốc :
  - Kháng sinh : Amoxycillin, Cephalosporin ,Acid Clavulanic,Quinolon.
  - Giảm đau : Acetaminophen,Celecoxib,Meloxicam,Piroxicam....
  - Kháng viêm Steroid
  - Vitamin : Calci, B6....

**4. Tái khám :** vào các thời điểm 1 tuần,4 tuần,6 tuần,12 tuần,6 tháng,12 tháng,24 tháng.

*NGUỒN : BV 115*

## **TỔN THƯƠNG SỤN CHÊM VÀ DÂY CHẰNG KHỚP GỐI**

### **I. ĐẠI CƯƠNG:**

Khớp gối giữ vai trò rất quan trọng trong hoạt động của cơ thể. Đây là một khớp có biên độ vận động lớn và linh hoạt, đóng vai trò chịu lực chính. Chính biên độ cử động lớn và khả năng vận động phức tạp khiến khớp gối dễ bị tổn thương. Tổn thương sụn chêm và dây chằng là các bệnh lý thường gặp của khớp gối. Tổn thương này rất đa dạng và nhiều mức độ: dẫn dây chằng đến trật khớp gối. Giải phẫu học khớp gối gồm: lõi cầu xương đùi, xương bánh chè, mâm chày, sụn chêm, dây chằng bên trong, bên ngoài, dây chằng chéo trước, sau, bao khớp và hệ thống gân cơ quanh khớp gối...

### **II. NGUYÊN NHÂN:**

Nguyên nhân chấn thương vùng gối thường gặp:

- Các chấn thương trong thể thao và luyện tập.
- Tai nạn giao thông.
- Tai nạn sinh hoạt.
- Nguyên nhân không chấn thương: Thoái hóa, nang sụn chêm...

### **III. CHẨN ĐOÁN:**

#### **1. Bệnh sử :**

- Nguyên nhân chấn thương
- Cơ chế chấn thương: Va chạm trực tiếp, gập gối, duỗi gối, xoay gối...

Các triệu chứng sau chấn thương:

- Đau
- Sưng gối
- Kẹt khớp
- Đi lại, lên xuống cầu thang khó khăn, không vững.
- Lỏng khớp gối...

#### **2. Khám lâm sàng**

- Khớp gối chấn thương: sưng, tràn dịch, cơ đùi có teo nhỏ hơn bên lành không. –
- Xác định điểm đau: bên ngoài, bên trong, trước, sau...
- Các nghiệm pháp:
  - Dạng, khép khớp gối. – McMurray - Apley - Ngăn kéo trước - Ngăn kéo sau - Lachman
  - Các nghiệm pháp xoay: Slocum, Pivot Shift...

**Lưu ý:** Khai thác chi tiết bệnh sử và thực hiện đầy đủ các nghiệm pháp có vai trò rất quan trọng trong chẩn đoán và phân loại các tổn thương ở khớp gối.

#### **3. Hình ảnh học**

- X-quang thường quy: khớp gối thẳng, nghiêng
- X-quang động khớp gối: dạng, khép,
- MRI khớp gối.
- Nội soi khớp.

#### **4. Chẩn đoán xác định**

##### **a) Tổn thương sụn chêm:**

- Tiền sử chấn thương
- Lâm sàng :
  - Đau gối, kẹt khớp...
  - Ấn có điểm đau ở khe khớp gối ngoài hoặc trong.
  - Nghiệm pháp Mc Murray(+), Apley (+)
- Hình ảnh học:

- MRI: hình ảnh tổn thương sụn chêm
- Nội soi chẩn đoán và điều trị

**b) Tổn thương dây chằng bên trong**

- Tiền sử chấn thương
- Lâm sàng:
  - Đau hoặc ấn đau khe khớp gối trong
  - Nghiệm pháp dạng gối dương tính
- Hình ảnh học
  - X-quang: Rộng khe khớp gối bên trong.
  - MRI: Tổn thương dây chằng bên trong.

**c) Tổn thương dây chằng bên ngoài**

- Tiền sử chấn thương
- Lâm sàng:
  - Đau hoặc ấn đau khe khớp gối ngoài
  - Nghiệm pháp khép gối dương tính
- Hình ảnh học
  - MRI: Tổn thương dây chằng bên ngoài..
  - X-quang: Rộng khe khớp gối bên ngoài, bong chỗ bám..

**d) Tổn thương dây chằng chéo trước.**

- Tiền sử chấn thương
- Lâm sàng:
  - Đi lại, lên xuống cầu thang khó khăn, không vững
  - Khớp gối chấn thương: sưng, tràn dịch, cơ đùi có teo nhỏ hơn bên lành
  - Nghiệm pháp ngăn kéo trước, Lachman dương tính
- Hình ảnh học
  - X-quang: có thể bong nơi bám dây chằng chéo hoặc KT 1000 dương tính
  - MRI: Tổn thương dây chằng chéo trước
  - Nội soi chẩn đoán và điều trị

**e) Tổn thương dây chằng chéo sau**

- Tiền sử chấn thương: Cảm giác lỏng gối.
- Lâm sàng:
  - Khớp gối chấn thương: sưng, tràn dịch, cơ đùi có teo nhỏ hơn bên lành
  - Nghiệm pháp ngăn kéo sau, Lachman dương tính
- Hình ảnh học
  - X-quang: có thể bong nơi bám dây chằng chéo hoặc KT 1000 dương tính
  - MRI: Tổn thương dây chằng chéo sau
  - Nội soi chẩn đoán và điều trị

**f) Tổn thương đa dây chằng**

- Tiền sử chấn thương - Cảm giác lỏng gối - Đi lại khó khăn
- Lâm sàng
  - Khớp gối lỏng lẻo
  - Các nghiệm pháp ngăn kéo, Lachman, nghiệm pháp xoay( Pivot Shift, Slocum) dương tính
- Hình ảnh học
  - X-quang: có thể bong nơi bám dây chằng.
  - MRI: Tổn thương nhiều dây chằng.

- Nội soi chẩn đoán và điều trị.

**Lưu ý:** Tổn thương xương có thể đi kèm.

#### IV. PHÂN LOẠI TỔN THƯƠNG

##### 1. Phân loại tổn thương sụn chêm : Có nhiều cách phân loại tổn thương sụn chêm

###### A. Dựa trên lâm sàng

Dựa trên lâm sàng, tổn thương sụn chêm được phân loại dựa trên có liên quan đến chấn thương hay không:

- Do chấn thương
- Gối vững: tổn thương sụn chêm đơn thuần
- Gối không vững: tổn thương sụn chêm kèm đứt dây chằng chéo.
- Không do chấn thương: là những tổn thương sụn chêm do quá trình thoái hóa hay những trường hợp được phát hiện tình cờ qua nội soi.

###### B. Dựa trên sự quan sát qua nội soi

Dựa trên sự quan sát qua nội soi, tổn thương sụn chêm được phân loại theo vị trí và theo hình dạng tổn thương:

- Theo vị trí tổn thương:
  - 1/3 ngoài: Vị trí này được gọi là “vùng đỏ”: vùng được cung cấp máu nhiều nhất, nên nếu tổn thương nhỏ, sụn chêm có khả năng tự lành.
  - 1/3 giữa: Đây vùng ranh giới “đỏ- trắng”, phân bố mạch máu giảm dần từ ngoài vào trong, tổn thương vùng này có tỷ lệ lành thấp hơn.
  - 1/3 trong: Đây là “vùng trắng”: vùng vô mạch hoàn toàn của sụn chêm. Khi bị tổn thương, sụn chêm khó có khả năng lành, dễ tạo thành một vật chèn, cản trở hoạt động của khớp gối, nên thường cần sự can thiệp của phẫu thuật
- Theo kiểu tổn thương:
  - Rách dọc: đường rách chạy song song với bờ sụn chêm
  - Rách ngang: đường rách đi từ bờ sụn chêm
  - Rách chữ thớt: đường rách dọc mở về phía bờ tự do của sụn chêm, chia sụn chêm thành 2 lá trên và dưới.
  - Rách quai xách: mảnh rách bong ra có hình quai xách
  - Rách hình vạt: kết hợp kiểu rách ngang và đường rách dọc
  - Rách phức tạp: phối hợp nhiều kiểu tổn thương trên cùng một sụn chêm

Ngoài ra tổn thương sụn chêm có thể đơn thuần hoặc đi kèm các tổn thương khác.

##### 2. Phân loại tổn thương dây chằng

- Mức độ tổn thương
  - Độ I: Rách 1 số sợi của dây chằng, khớp gối bình thường
  - Độ II: Rách nhiều sợi hơn hoặc chức năng khớp gối bị giảm một phần
  - Độ III: Đứt hoàn toàn dây chằng hoặc khớp bị mất vững
- Độ vững khớp gối
  - Độ I: Mất vững 1 bình diện
    - a) Mất vững bình diện bên trong
    - b) Mất vững bình diện bên ngoài
    - c) Mất vững bình diện sau
    - d) Mất vững bình diện trước
  - Độ II: Mất vững xoay
    - a) Mất vững phía trước trong

- b) Mất vững phía trước ngoài:
  - ✓ Trong tư thế gập gối
  - ✓ Trong tư thế duỗi gối
- c) Mất vững phía sau ngoài
- d) Mất vững phía sau trong.
  - Độ III : Mất vững phức tạp
- a) Mất vững xoay trước ngoài – trước trong
- b) Mất vững xoay trước ngoài – sau ngoài
- c) Mất vững xoay trước trong – sau trong

## **V. ĐIỀU TRỊ**

**Mục đích điều trị:** Phục hồi giải phẫu và chức năng của khớp gối.

- Điều trị tổn thương sụn chêm
- Điều trị bảo tồn

### **Chỉ định :**

Tổn thương sụn chêm đơn thuần và vị trí rách ở 1/3 ngoài (vùng có nhiều mạch máu)

Đường rách nhỏ không làm tách rời sụn chêm

Mục đích: giảm đau và giảm tràn dịch khớp gối

### **Phương pháp:**

- Chườm lạnh, băng thun khớp gối 24 – 72 giờ ngay sau chấn thương
- Bất động khớp gối bằng nẹp bột đùi- bàn chân hoặc nẹp vải đùi- bàn chân từ 4- 6 tuần
- Đi nặng chịu nhẹ chân đau

### **Điều trị phẫu thuật :**

Phần lớn tổn thương sụn chêm đều được điều trị bằng phẫu thuật nội soi.

Phương pháp điều trị bằng nội soi: tùy thuộc vào vị trí rách, hình dạng rách, thời gian bệnh nhân đến sau chấn thương

### Cắt sụn chêm

#### **Chỉ định :**

- Rách vùng rìa (1/3 trong)
- Rách 1/3 giữa mà bệnh nhân đến muộn(sau 6 tuần)

Nguyên tắc cắt :

- Cắt tiết kiệm phần bị rách
- Giữ lại phần nguyên giúp bao khớp giữ vững khớp

### Khâu sụn chêm:

#### **Chỉ định:**

- Rách vùng 1/3 ngoài
- Rách vùng 1/3 giữa mà bệnh nhân tới sớm

Phương pháp khâu phục hình sụn chêm : có nhiều phương pháp

- Phương pháp outside -in

### Ghép sụn chêm đồng loại:

**Chỉ định:** Những trường hợp tổn thương sụn chêm lớn, phức tạp, không có khả năng giữ lại sụn chêm 3. Điều trị tổn thương dây chằng

#### **A. Điều trị bảo tồn**

#### **Chỉ định:**

Tổn thương dây chằng độ I, II

#### **Phương pháp:**

- Độ I: Chườm lạnh, băng ép khớp gối từ 24- 72 giờ. Có thể bắt động bằng nẹp chức năng trong vài ngày.
- Độ II, III: Bắt động khớp gối từ 4-6 tuần bằng bột đùi – bàn chân. Đi nặng chịu nhẹ bằng ngón chân. 2 tuần tiếp theo tập gấp duỗi gối 15<sup>0</sup>, và 6 tuần tiếp theo thì tập gấp duỗi gối tối đa.

#### **Lưu ý:**

Phần lớn các tổn thương dây chằng bên trong đều được điều trị bảo tồn bằng phương pháp bó bột đùi-bàn chân từ 6- 8 tuần.

### **B. Điều trị phẫu thuật**

#### **Chỉ định:**

- Tổn thương dây chằng độ III
- Khớp gối mất vững
- Khi điều trị bảo tồn thất bại

#### **Phương pháp:**

- Tổn thương dây chằng chéo trước, chéo sau: phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng
- Tổn thương dây chằng bên trong, bên ngoài: mổ hở tái tạo dây chằng

### **C. Điều trị hỗ trợ**

- Nẹp chức năng
- Chườm lạnh
- Giảm đau, chống loãng xương, hỗ trợ dinh dưỡng cho khớp
- Các bài tập phục hồi chức năng

## **VI. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

### **Theo dõi**

Bệnh nhân được theo dõi 24-72 giờ sau chấn thương và phẫu thuật để phát hiện các biến chứng có thể xảy ra: tổn thương mạch máu, thần kinh, chèn ép khoang...

### **Tái khám**

Sau phẫu thuật và sau chấn thương 2 tuần, mỗi 4 tuần, 3 tháng, 6 tháng, 9 tháng, 12 tháng, 3 năm, 5 năm...

Mỗi lần tái khám:

- Hướng dẫn tập phục hồi chức năng
- X quang, MRI kiểm tra (nếu cần thiết)
- Đánh giá sự phục hồi của khớp
- Phát hiện các biến chứng muộn

### **Tài liệu tham khảo**

1. Nguyễn Quang Quyền (2002), Bài giảng giải phẫu học, Nxb y học, tập 1, tr.142 -145.
2. Trương Trí Hữu, Điều trị rách sụn chêm do chấn thương thể thao qua nội soi khớp gối, luận văn tốt nghiệp chuyên khoa II Chấn Thương Chỉnh Hình, Đại Học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, 2003
3. Phạm Chí Lăng và cộng sự: “Phẫu thuật cắt một phần sụn chêm qua nội soi trong điều trị rách sụn chêm khớp gối trong chấn thương”: Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh, phụ bản số 4, tập 4, 2000, tr.222-226.
4. Marc R.Safran and Garbiel soto, Meniscus diagnosis and decision making, Textbook of arthroscopy, Miller .Cole, 2003, p.497
5. Rodkey WG. Basic biology of the meniscus and responseto injury. Instr Course Lect. 2000;49:189-93.
6. Dehaven KE, Lohrer WA, Lovelock JE. Long –term results of open meniscal repair. Am J Sports Med. Sep– oct 1995;23(5)524-30

7. Robert H.Miller, *Knee injuries, Campell's operative orthopaedics, volume 3, 2004, p 2166-2322.*
  8. Gillquist J. and Oretorp (1982): Arthroscopic partial meniscectomy. *Clin.Orthop.* p.167, 29:33, 1982
  9. Shrive NG, O'Connor JJ, goodfellow JW. Load –bearing in the kneejoint. *Clin Orthop Relat Res.* Mar-April 1978; 279-87
- Nguồn : BV CHỢ RẪY

## TRẬT KHỚP BÀN ĐÓT NGÓN TAY

### I. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

#### 1. Lâm sàng

- Sưng, đau, biến dạng khớp bàn đốt.
- Cử động bất thường.
- Hạn chế vận động.

#### 2. Cận lâm sàng

- Chụp X-quang tư thế thẳng, nghiêng.

### II. ĐIỀU TRỊ - THEO DÕI – TÁI KHÁM

#### 1. Điều trị ngoại trú

##### A. Chỉ định: trật kín mới.

##### B. Phương pháp điều trị: nắn kín, bó bột hoặc nẹp bột căng bàn tay Iselin.

- Chụp X-quang kiểm tra.
- Thuốc sử dụng

##### C. Theo dõi

- Theo dõi các dấu hiệu chèn ép bột như sưng, đau, bầm tím, tê bì đầu ngón tay.

##### D. Tái khám

- Sau 1 tuần.
- Sau 3 tuần.
- Chụp X-quang kiểm tra mỗi lần tái khám.

#### 2. Điều trị nội trú

##### A. Chỉ định, phương pháp điều trị

###### a. Bảo tồn.

- Nắn kín bó bột hoặc nẹp bột căng bàn tay Iselin.
- Chụp X-quang kiểm tra.
- Tái khám sau 1 tuần, chụp X-quang kiểm tra.
- Tập vật lý trị liệu

###### b. Phẫu thuật

###### • Trật hở

- Mổ cắt lọc, nắn trật, xuyên kim, khâu dây chằng, bao khớp.
- Nẹp bột căng bàn tay Iselin.

###### • Trật kín

- Nếu nắn kín thất bại tiến hành mổ nắn trật, khâu dây chằng bao khớp, xuyên kim cố định.
- Nẹp bột căng bàn tay Iselin ngón.
- Rút kim sau 3 tuần.
- Tái khám sau 1 tuần, 3 tuần, mỗi lần tái khám chụp X-quang kiểm tra.
- Tập vật lý trị liệu
- Thuốc sử dụng
- Thuốc giảm đau.
- Thuốc kháng viêm không Steroid NSAIDs
- Thuốc kháng viêm dạng men.
- Thuốc hỗ trợ lưu thông máu
- Nhóm vitamin, khoáng chất hỗ trợ điều trị.
- Có thể kết hợp các nhóm thuốc hỗ trợ phòng và chống viêm loét dạ dày.

##### B. Theo dõi



- Nêu rõ các dấu hiệu cần theo dõi, thời gian theo dõi.
- Theo dõi nhiễm trùng, trật lại.

### **C. Tái khám**

- Sau 2 tuần, cắt chỉ.
- Sau 3 tuần, tháo nẹp tập vật lý trị liệu.

### **III. BIẾN CHỨNG**

- Nhiễm trùng.
- Trật lại.
- Thoái hóa khớp bàn ngón.

*NGUỒN : BV 115*

## TRẬT KHỚP GỐI

### I. ĐẠI CƯƠNG

- Trật khớp gối hiếm gặp, muốn nói đến trật đầu dưới xương đùi và đầu trên xương chày, nhưng có nhiều biến chứng tổn thương đi kèm, nhất là tổn thương động mạch khoeo nếu không phát hiện có thể bị đoạn chi.

### II. NGUYÊN NHÂN

- Chủ yếu do tai nạn giao thông, lao động, thể thao.
- Đôi khi chấn thương nhẹ như bước hụt xuống hố, cầu thang.

### III. YẾU TỐ NGUY CƠ

- Khớp gối là 1 khớp bản lề, cấu trúc giải phẫu ngoài xương còn có hệ thống dây chằng phức tạp giữ vững khớp. Nên khi trật khớp gối xảy ra, hệ thống dây chằng này tổn thương ảnh hưởng nhiều đến chức năng vận động của khớp.
- Ngoài ra, đoạn trên động mạch khoeo chui qua vòng cơ khép bị cố định chắc vào thân xương đùi, đoạn dưới động mạch khoeo chui vào vòng cơ dẹt, bị giữ chắc vào xương chày. Do đó, khi trật gối dễ bị tổn thương động mạch khoeo (40%-60%).

### IV. CHẨN ĐOÁN

#### 1. Lâm Sàng

- Hỏi bệnh sử tìm cơ chế chấn thương.
- Khám tìm các dấu hiệu trật khớp, tùy theo đầu trên xương chày so với xương đùi mà trật ra trước, sau, trong ngoài hay trật xoay.
- Cần chú ý phát hiện tổn thương động mạch khoeo, đầu ngón chân có lạnh, có tím, có tê bì mất cảm giác, bắt mạch mu chân, chày sau so sánh với chân lành.
- Ghi giờ khám cẩn thận để so sánh lần khám sau.
- Nên thay đổi có giá trị gợi ý chẩn đoán.

#### 2. Cận Lâm Sàng



- X-quang gối trước và sau nắm trật xem có gãy xương kèm theo
- Siêu âm Doppler mạch máu chân bị trật theo dõi tổn thương mạch máu
- DSA có giá trị chẩn đoán tắc nghẽn mạch máu
- CT Scan, MRI xác định gãy xương phức tạp, tổn thương phần mềm phức tạp.

## **V. ĐIỀU TRỊ**

- Nắn trật càng sớm càng tốt, kéo thẳng chi tùy vị trí đầu trên xương chày đẩy vào khớp, tránh duỗi quá mức sợ tổn thương động mạch khoeo.
- Bất động bằng bột, nẹp bột sâu để theo dõi động mạch khoeo khoảng 1 tuần, tư thế gối gấp 15 độ chuyển sang bó bột ống thêm 3 tuần.
- Tập gấp duỗi gối sau khi bỏ bột.
- Xác định tổn thương dây chằng, sụn chêm để có hướng điều trị tiếp.
- Mổ nắn nếu trật thất bại, tổn thương động mạch khoeo, trật khớp hở tùy theo vết thương, có thể xuyên đỉnh Steimann chéo xương đùi và xương chày hay xuyên đỉnh xương bánh chè và mào chày.

## **VI. TIỀN LƯỢNG**

- Hoại tử cẳng bàn chân nếu tổn thương động mạch khoeo không phát hiện.
- Hạn chế vận động gối, cứng khớp gối.
- Lỏng gối nếu tổn thương hệ thống dây chằng nặng.
- Thoái hóa khớp gối.

## **VII. THEO DÕI TÁI KHÁM**

- Nắn trật đơn thuần thành công ngay lúc khám, bất động gián tiếp có thể cho về hẹn tái khám chuyên khoa sau 1 tuần. Khi tái khám cần kiểm tra vận động khớp, biến chứng muộn (thường là biến chứng thần kinh), hướng dẫn tập vận động khớp, thời gian hết bất động và thời gian phục hồi hoàn toàn.
- Trật khớp có tổn thương kèm theo hay trật khớp không nắn được cần nhập viện để theo dõi hay mổ nắn trật cố định khớp. Dụng cụ cố định khớp thường được lấy sau 6 tuần.
- Trật khớp háng, trật khớp gối cần nhập viện theo dõi dù được nắn trật thành công và bất động tốt ngay từ đầu.

*NGUỒN : BV 115*

## TRẬT KHỚP HÁNG

### I. ĐẠI CƯƠNG

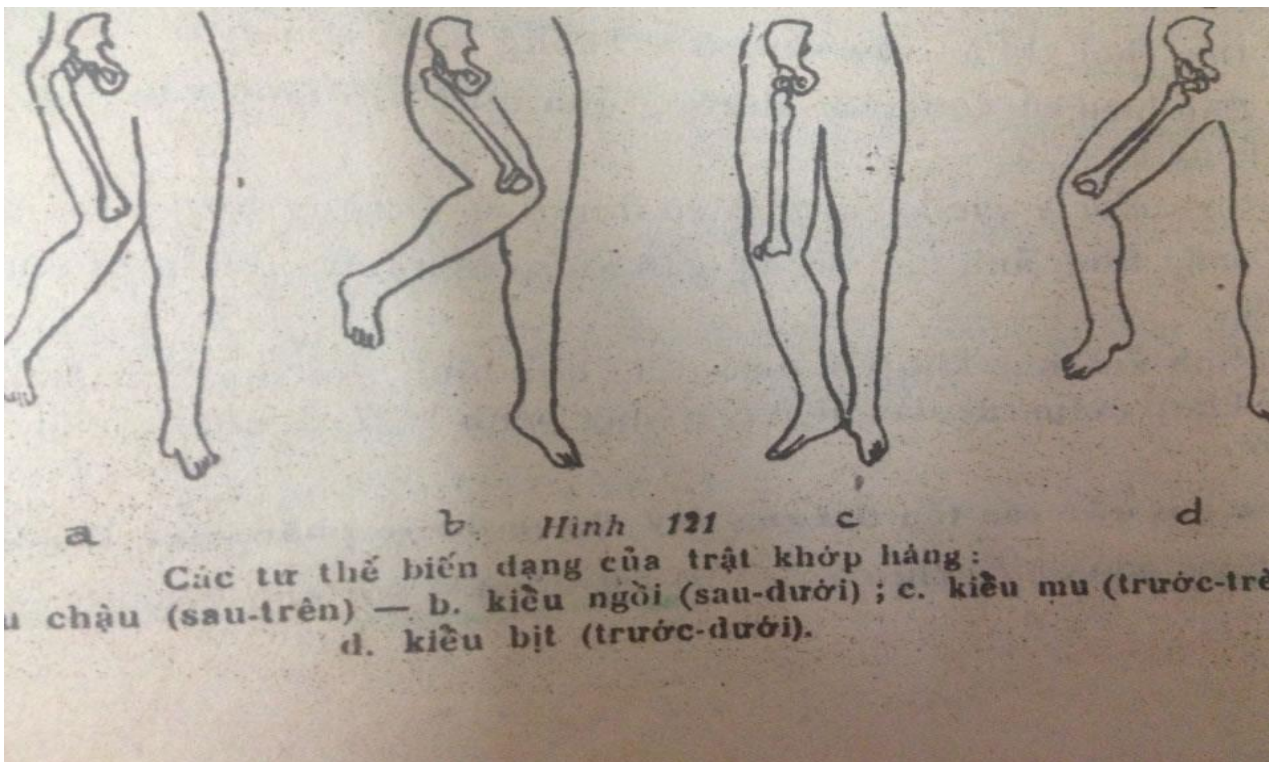
- Trật khớp háng ít gặp, chiếm khoảng 5% tổng số trật khớp.
- Khớp háng là khớp lớn và vững chắc trong các khớp. Nếu khớp háng trật được thì lực chấn thương tác động rất mạnh. Do đó, cần chú ý các tổn thương đi kèm gãy xương, tổn thương thần kinh, mạch máu, thậm chí chấn thương các cơ quan khác.
- Dù được nắn trật sớm, nhưng vẫn hay có di chứng nặng như hư chỏm xương đùi, viêm khớp háng sau chấn thương, thoái hóa khớp...

### II. NGUYÊN NHÂN

- Phần lớn do tai nạn giao thông hay tai nạn lao động với lực chấn thương mạnh tác động lên khớp háng.

#### 1. Lâm Sàng :

- Thường gặp người trẻ tuổi sau tai nạn giao thông hay tai nạn lao động với lực chấn thương mạnh
- Thăm khám kỹ tổng trạng người bệnh phát hiện dấu hiệu sốc chấn thương như da niêm nhạt, vật vã, mạch nhanh, huyết áp tụt, tổn thương các cơ quan quan trọng khác.
- Các dấu hiệu trật khớp tại vùng khớp háng bị trật như: Đau, mất cơ năng, dấu lò xo.
- Trật kiểu chậu (ra sau, trên) đùi khép, xoay trong, khớp háng và gối gấp ít.
- Trật kiểu ngồi (ra sau, dưới) đùi khép, xoay trong, khớp háng và gối gấp nhiều.
- Trật kiểu mu (ra trước, trên) đùi dạng, xoay ngoài, khớp háng và gối duỗi ít.
- Trật kiểu bịt (ra trước, dưới), đùi dạng, xoay ngoài, khớp háng và gối gấp.
- Trật kiểu trung tâm do lực tác động mạnh làm chỏm xương đùi thúc mạnh vào ổ cối bị vỡ. Di lệch chỏm vào tiểu khung nên khi khám mất chỗ lồi mấu chuyển lớn khám trực tràng sờ được xương gãy.



- Phân loại theo độ nặng

Dựa vào thương tổn xương và theo độ vững của khớp háng.

- Độ 1: hõm khớp lành hay chỉ bị sứt một tí không gây di chứng gì.

- Độ 2: hõm khớp bị vỡ ở vách phía sau nhưng khi nắn khớp đủ vững về lâm sàng.
- Độ 3: vách phía sau của hõm khớp vỡ nặng sau khi nắn, khớp không đủ vững, dễ bị trật lại ngay, cần mổ cố định mảnh gãy ở vách sau của hõm.
- Độ 4: kèm gãy chỏm hay cổ xương đùi.

## 2. Cận Lâm Sàng

- Các xét nghiệm thường quy tổng quát nhằm theo dõi và phát hiện sốc, tổn thương các cơ quan quan trọng khác (máu, x quang phổi, siêu âm bụng...).
- X-quang khung chậu chẩn đoán và kiểm tra sau nắn trật. Trường hợp X-quang nghi ngờ tổn thương xương phức tạp đi kèm chụp CT-Scan thường hay CT-Scan 64 lát xác định rõ thương tổn để có hướng điều trị thích hợp.



## III. ĐIỀU TRỊ

- Hồi sức, chống sốc chấn thương bù hoàn dịch, giảm đau hiệu quả.
- Điều trị phối hợp với các tổn thương các cơ quan quan trọng nếu có hoặc bất động tạm bằng xuyên đinh kéo tạ qua lồi cầu xương đùi để ưu tiên cấp cứu ngoại khoa khác có thể ảnh hưởng tính mạng người bệnh.
- Trật khớp háng đơn thuần nắn trật càng sớm càng tốt
- Phương pháp vô cảm gây mê có dẫn cơ là tốt nhất
- Có nhiều kỹ thuật nắn trật như : Rieunau, Bigelow, Kocher, Boehler, Stimson. Dù áp dụng kỹ thuật nào cũng phải nắn từ từ, không thô bạo (tránh làm gãy thêm xương) kéo liên tục tăng dần xoay trong hay xoay ngoài tùy kiểu trật. Nghe tiếng cụp là khớp vào đúng vị trí, kiểm tra vận động khớp.
- Mổ nắn trật khi không nắn được hay nắn vào để kiểm tra vận động thì trật lại dễ dàng vì có thể gãy ổ cối mất vững hay có mảnh xương gãy kẹt khớp.
- Trật khớp háng trung tâm thường bất động tạm bằng xuyên đinh kéo tạ qua lồi cầu xương đùi, nếu xác định gãy mất vững ổ cối mổ kết hợp xương ổ cối, nếu độ tương thích ổ cối và chỏm xương đùi còn phù hợp thì giữ khung cố định 4-6 tuần.
- Kỹ thuật Boehler: nắn trật có gây mê, người bệnh nằm dưới sàn, người nắn dùng khăn vải quấn thành số 8, cúi người vòng qua cổ và gối người bệnh đang gấp 90 độ so với đùi, kéo từ từ. Trong khi đó, người phụ nắn ngồi sang bên dùng hai tay giữ chặt khung chậu người bệnh dưới sàn. Khi nghe cụp là khớp vào đúng vị trí, nắn thành công, kiểm tra vận động.

## IV. TIỀN LƯỢNG

- Nắn trật trước 12 giờ, tỉ lệ hư chỏm xương đùi 17,6%.
- Nắn trật sau 12 giờ, tỉ lệ hư chỏm xương đùi 56,9%.
- Theo Hougard: Nắn trước 6 giờ, hư chỏm xương đùi 4%.

- Nắn sau 6 giờ, hư chỏm xương đùi 58%.
- So sánh nắn kín và mổ nắn thấy nắn kín, hư chỏm 15,5%, nắn mổ hư chỏm 40%.
- Chỗ tỷ chỏm sớm hay muộn, tỉ lệ hư chỏm gần như nhau.

**NGUỒN : BV 115**

## TRẬT KHỚP QUANH NGUYỆT

### I. ĐỊNH NGHĨA

- Gãy trật quanh nguyệt là tổn thương bao gồm rách dây chằng quanh nguyệt cả, dây chằng quanh khớp thuyền nguyệt và dây chằng quanh khớp tháp nguyệt.
- Các gãy xương: mõm trâm quay, xương thang, xương thuyền, xương nguyệt, xương tháp kèm trật xương nguyệt ra sau hay ra trước. Tổn thương này gây ra mất vững khớp cổ tay và các nguy cơ nặng khác vùng cổ tay.

### II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

#### 1. Lâm sàng

- Cổ tay đau kéo dài.
- Cổ tay biến dạng.
- Tê ngón tay 1,2,3 và ½ ngón 4.
- Hạn chế vận động cổ tay và các ngón tay.
- Giảm sức nắm bàn tay.

#### 2. Cận lâm sàng

- X-quang cổ tay ( thẳng, nghiêng).

### III. PHÂN ĐỘ

- Theo Lasen và CS chia làm 3 nhóm:

**Nhóm 1:** Cấp tính < 1 tuần

Khả năng nắn được khớp và liền xương, dây chằng tốt.

**Nhóm 2 :** 1- 6 tuần

Khả năng nắn được khớp và liền xương, dây chằng trung bình.

**Nhóm 3 :** mãn tính > 6 tuần

Khả năng nắn được khớp và liền xương, dây chằng kém.

- Phân theo tổn thương giải phẫu: 02 loại

**Loại 1:** Tổn thương cung nhỏ : trật quanh nguyệt.

**Loại 2:** Tổn thương cung lớn : gãy một hay nhiều xương xung quanh kèm trật quanh nguyệt.

### IV. ĐIỀU TRỊ - THEO DÕI – TAI KHÁM

#### A. Điều trị ngoại trú :

- Nắn trật khớp và bất động bằng nẹp bột cứng bàn tay chờ điều trị thật thụ.

#### B. Điều trị nội trú:

##### 1. Chỉ định – phương pháp điều trị

**Bảo tồn:**

Nắn kín – nẹp bột

Chỉ định : khi không có điều trị thực thụ.

Kết quả : phục hồi chức năng kém, khả năng trật lại phổ biến.

**Phẫu thuật**

##### a) Gãy trật:

- Trật khớp quanh nguyệt, thời gian > 8 tuần: xuyên kim Kirschner hoặc vít xỏ khớp thang – Nguyệt, xương Nguyệt.
- Nẹp bột cứng bàn tay ôm ngón 1 # 02 tuần.
- Bó bột cứng bàn tay ôm ngón 1 # 6 – 8 tuần.

##### b) Trật khớp :

- Mổ nắn trật khớp thang nguyệt + khâu dây chằng thuyền nguyệt.
- Nẹp bột cứng bàn tay ôm ngón 1 # 06 tuần.

- Trật khớp quanh nguyệt thời gian: 8- 12 tuần.
- Mổ nắn trật thành công thì tiến hành giống như trật quanh nguyệt < 8 tuần
- Nếu thất bại, điều trị cứu vãn lấy bỏ hàng trên khớp cổ tay, hoặc thay khớp cổ tay.
- Trật khớp quanh nguyệt thời gian: > 12 tuần.
- Mổ lấy bỏ hàng trên khớp cổ tay.
- Hàn khớp cổ tay.
- Thay khớp cổ tay.
- Thuốc sử dụng( ghi cụ thể hàm lượng, thời gian sử dụng)
- Thuốc giảm đau : Paracetamol, Meloxicam, Celecoxib, Etoricoxib, Lornoxicam.
- Thuốc kháng viêm dạng men : AlphaChymochypsin 4,2mg.
- Nhóm Vitamin, khoáng chất : Calci.....
- Có thể kết hợp nhóm thuốc hỗ trợ dạ dày.

## **2. Theo dõi**

- Nêu rõ các dấu hiệu cần theo dõi, thời gian cần theo dõi.
- Theo dõi: nhiễm trùng, trật tái phát xương thuyền, lành xương, hoại tử xương thuyền, xương nguyệt.
- Thoái hóa khớp cổ tay.
- Thời gian theo dõi 02 năm.

## **3. Tái khám**

Thời gian tái khám:

- 02 tuần : X-quang kiểm tra, cắt chỉ, bó bột căng bàn tay ôm ngón 1, tập VLTL.
- 08 tuần : X-quang kiểm tra, tháo bột, rút kim cố định xương nguyệt thấp, tập VLTL.

Tái khám mỗi 03 tháng trong 02 năm

- Nếu có dấu hiệu thoái hóa khớp, khớp giả xương thuyền, xương nguyệt, chụp MRI cổ tay để chẩn đoán xác định.

## **V. BIẾN CHỨNG**

- Nhiễm trùng.
- Trật khớp tái phát.
- Khớp giả xương thuyền.
- Thoái hóa khớp cổ tay.
- Hoại tử xương nguyệt, xương thuyền.

**NGUỒN : BV NDGB**



## **TRẬT KHỚP LỚN CHI TRÊN THƯỜNG GẶP**

### **TRẬT KHỚP VAI**

#### **I. ĐẠI CƯƠNG**

- Phổ biến nhất trong các loại trật khớp, chiếm khoảng 50-60% trong tổng số trật khớp các loại.
- Là sự di lệch của chỏm xương cánh tay và ổ chảo xương vai.
- Trật khớp vai ra trước thường gặp nhất (95%-97%).

#### **II. NGUYÊN NHÂN**

- Chấn thương do té ngã dang tay, đưa ra sau, chống bàn tay hay chống khuỷu, có khi mồm vai bị đập từ phía sau ngoài.

#### **III. YẾU TỐ NGUY CƠ**

- Khớp vai là khớp có tầm vận động lớn nhất trong các khớp, rất dễ bị trật khớp do cấu trúc giải phẫu chỏm xương cánh tay lớn so với đáy ổ chảo xương vai nông. Vì vậy, các thành phần xung quanh khớp vai như sụn viền ổ chảo, bao khớp, dây chằng ổ chảo cánh tay dưới, nhóm cơ dưới vai, trên gai, dưới gai, tròn bé... góp phần lớn làm vững khớp vai khi vận động và ngăn chặn trật khớp vai.

#### **IV. CHẨN ĐOÁN**

##### **Trật Khớp Vai Ra Trước**

##### **1. Lâm Sàng**

- Khai thác bệnh sử, tìm hiểu cơ chế chấn thương
- Khám: Nhìn vai dạng, xoay ngoài, đầu nhất rìu, vai vuông. Ấn chẩn ổ khớp rỗng, đau, đầu lò xo. Cần thăm khám phát hiện tổn thương thần kinh, mạch máu.

##### **2. Cận Lâm Sàng**

- X-quang vai phát hiện chỏm xương cánh tay bị trật, nếu trật không hoàn toàn chú ý khe khớp rộng. Chụp trước khi nắn trật, xác định trật khớp, phát hiện gãy xương. Chụp sau nắn trật, xác định nắn trật thành công và loại trừ xương gãy do nắn.
- CT Scan khớp vai phát hiện rõ thêm trường hợp có gãy xương phức tạp.
- MRI khớp vai có giá trị chẩn đoán tổn thương phần mềm làm mất vững khớp vai.

##### **Tổn Thương Phối Hợp**

- Hill-Sack: Tổn thương lún chỏm, 30%-40% trong trường hợp trật ra trước, có thể phát hiện trên X-quang thẳng với cánh tay xoay trong.
- Bankart: Tổn thương giết sút rìa trước dưới ổ chảo, khoảng 5% hoặc tổn thương giết sút sụn viền bao khớp trước dưới vai, khoảng 90% bệnh nhân dưới 30 tuổi trật khớp vai ra trước
- Gãy máu động lớn: khoảng 10%, thường gặp trật khớp người lớn tuổi.

##### **Trật Khớp Vai Ra Sau**

- Nguyên Nhân : Lực chấn thương từ phía trước vai, cánh tay khép, xoay trong.

##### **1. Lâm Sàng :** Gò phía sau, vai giữ tư thế khép, xoay trong, mồm quạ nhô rõ.

##### **2. Cận Lâm Sàng :** X-quang trước sau có thể bỏ sót 50%, dấu hiệu gợi ý:

- Dấu bóng đèn, không thấy máu động lớn do chỏm xoay trong.
- Dấu rìa, khoảng cách từ mặt trong chỏm xương cánh tay đến rìa trước ổ chảo bị đảo ngược hoặc 2 thành phần trên chồng lên nhau.

##### **Trật Khớp Vai Xuống Dưới :**

- Nguyên Nhân: Lực chấn thương dọc trục cánh tay dạng hoàn toàn hoặc dạng quá mức.

##### **1. Lâm Sàng :** Cánh tay luôn tư thế qua đầu, cẳng tay sấp, 60% có tổn thương thần kinh, thường là thần kinh nách, rách chóp xoay hoặc gãy máu động lớn khoảng 80%, tổn thương mạch máu khoảng 3%.

2. **Cận Lâm Sàng** : X-quang vai, chòm xương cánh tay dưới mõm quạ hay dưới ổ chảo.

## V. ĐIỀU TRỊ :

- Người bệnh được nắn trật càng sớm càng tốt, được tư vấn trước những tai biến có thể xảy ra
- Phương pháp nắn trật theo Hippocrate thường sử dụng nhất. Người bệnh nằm thấp, thả lỏng người, người nắn đứng bên vai trật nắn căng tay người bệnh kéo dọc trục cánh tay tăng dần lực kéo, dạng tay. Đồng thời, gót chân người nắn đặt vào hõm nách người bệnh, khi kéo chòm xương cánh tay gần diện ổ chảo nhanh chóng khép cánh tay vào, nghe tiếng cụp là khớp vào đúng vị trí, người bệnh cảm giác khớp nhẹ nhàng, giảm đau. Nếu có người phụ nắn thì người phụ dùng khăn vải choàng qua nách người bệnh trước khi người nắn đặt gót chân vào nách và phối hợp người nắn kéo lên trên.
- Ngoài ra còn có những phương pháp khác như: Arlt, Milch, Kocher, Stimson. Nên gây tê ổ gãy khi nắn trật, chống chỉ định tê khi người bệnh có rối loạn đông máu.
- Đánh giá tình trạng toàn thân trước khi nắn, ưu tiên cấp cứu ngoại khoa khác
- Bất động sau nắn, trung bình từ 1 tuần đến 3 tuần, khuyến khích vận động trong đai bất đai để tránh cứng khớp vai, không dạng và xoay ngoài vai. Bất động bằng băng thun, đai đeo tay, thường đai Desault, tư thế bất thường khép vai, xoay trong nhẹ.
- Sau thời gian bất động, tập vận động vai tăng dần lấy lại tầm vận động khớp vai và sức cơ.
- Mổ nắn trật khi nắn thất bại dù đến sớm (# 5%-10%) hoặc tổn thương phối hợp nặng nề, bất động sau mổ nắn trật.
- Thuốc phụ trợ giảm đau, giảm sưng sau nắn.
- Biện chứng Tổn thương thần kinh sau nắn thường là thần kinh nách, đo EMG sau 4 tuần, phục hồi sau 3-4 tháng. Tổn thương mạch máu hiếm gặp, thường có bệnh lý mạch máu trước đó, Gãy xương sau nắn, tổn thương phần mềm sau nắn. Do đó, cần làm đúng kỹ thuật khi nắn, không thô bạo, phối hợp tốt nhịp nhàng

## VI. TIỀN LƯỢNG

- Trật tái hồi khi vận động vận động sớm, không tuân thủ nguyên tắc điều trị, tổn thương phối hợp phần mềm nặng.
- Cứng khớp vai nếu không tập vai trong đai.

## TRẬT KHỚP KHUYŨ

### I. ĐẠI CƯƠNG

- Trật khớp khuỷu chỉ đứng thứ 2 sau trật khớp vai, chiếm khoảng 20%-25% trong các trật khớp.
- Đa số trật ra sau lên trên, trật khớp phức tạp có tổn thương khớp quay trụ trên. Trật ra trước ít, thường có gãy mỏm khuỷu.

### II. NGUYÊN NHÂN

- Thường gặp té chống tay khuỷu duỗi hay gấp nhẹ

### III. CHẨN ĐOÁN

- Trật khớp khuỷu gặp mọi lứa tuổi, trẻ tuổi nhiều hơn, nam nhiều hơn nữ.

#### 1. Lâm Sàng

- Trật ra sau nhiều (#90%), mất cơ năng, sưng đau bầm, đầu trên 2 xương cẳng tay lên trên ra sau xương cánh tay, nếu sang bên thì trật sau ngoài hay sau trong.
- Biến dạng khuỷu gấp nhẹ, không duỗi thẳng được.
- Dấu nhát rìu phía sau khuỷu khi nhìn nghiêng, sờ được đầu dưới xương cánh tay trước khuỷu, mất tam giác Nelaton.
- Dấu lò xo, gấp thụ động cẳng tay, khi buông ra cẳng tay bật mạnh lại
- Dấu ổ khớp rỗng.
- Trật ra trước thường có gãy kèm mỏm khuỷu, các dây chằng bị đứt (trừ dây chằng vòng), cơ nhị đầu, nhóm cơ bám trên lồi cầu bị đứt gãy, rách.
- Thăm khám kỹ phát hiện tổn thương gãy xương, tổn thương thần kinh trụ, thần kinh giữa, thần kinh quay ít gặp, tổn thương động mạch cánh tay bị dập hay chèn ép.
- Trật khớp hở chú ý vết thương hở thấu khớp.

#### 2. Cận Lâm Sàng

- X-quang khớp khuỷu trước và sau nắn trật để xác định trật khớp, nắn đúng vị trí
- CT Scan, MRI có giá trị xác định tổn thương phối hợp vùng khuỷu.
- EMG trong trường hợp nghi ngờ tổn thương thần kinh.

### IV. ĐIỀU TRỊ

- Nắn trật càng sớm càng tốt, dễ nắn ít để biến chứng. Có thể nắn bằng khung nắn, treo tay hay băng tay.
- Bất động bằng bột nên rạch dọc, nẹp bột 3-4 tuần, gấp khuỷu 90, ngửa cẳng tay.
- Tập gồng cơ trong bột, sau thời gian bất động, bỏ bột, tập vận động khuỷu.
- Mở nắn trật nếu nắn trật thất bại, trật khuỷu đến muộn, cố định bằng Kirschner
- Không xoa bóp khuỷu để tránh viêm cơ hóa cốt.
- Thuốc giảm đau, giảm sưng...

### V. TIỀN LƯỢNG

- Thường tốt, ít khi trật lại
- Cứng khuỷu, đờ khuỷu nếu trật khuỷu phức tạp, có nhiều tổn thương đi kèm.

#### Tài liệu tham khảo:

- 1- Chấn thương chỉnh hình, Nguyễn Đức Phúc, 2008
- 2- Bệnh học Chấn thương Chỉnh hình, ĐHYD TPHCM, năm 2008
- 3- Phác đồ Điều trị Bệnh Viện Chợ Rẫy, năm 2013
- 4- Campbell's Operative Orthopaedics, Vol 3, 9<sup>th</sup> edition, pp 2187-2223-2010

NGUỒN : BV NDGD

## TRẬT KHỚP VAI TÁI HỒI

### 1. ĐẠI CƯƠNG

#### 1.1 Định Nghĩa:

- Khớp vai là khớp có cử động rộng rãi nhất trong các khớp của cơ thể và bản thân cấu trúc giải phẫu của khớp vai là không vững: Chỏm xương cánh tay thì to hơi tròn, còn ổ chảo thì nhỏ và rất nông (cạn). Tuy vậy, khớp vai vẫn được giữ vững nhờ hệ thống tĩnh và hệ thống động. Hệ thống tĩnh gồm sụn viền, dây chằng ổ chảo cánh tay, bao khớp. Hệ thống động gồm hệ thống cơ vùng cổ vai ngực, sự co giãn phối hợp nhịp nhàng của hệ thống cơ, có sự tham gia tinh tế của hệ thống thần kinh cơ đặc biệt của nhóm các cơ chớp xoay của khớp vai đã tham gia giữ vững khớp vai.
- Định nghĩa: Trật khớp vai là mất sự tiếp xúc của diện khớp ổ chảo và chỏm xương cánh tay
- Trật khớp vai tái hồi là tình trạng trật khớp vai từ lần 2 trở lên. Thể hiện bằng mất vững khớp vai: lỏng khớp vai và dễ trật lại.

#### 1.2. Nguyên Nhân:

Nguyên nhân dẫn tới trật khớp vai thường gặp trong chấn thương thể thao, tai nạn giao thông, tai nạn lao động và tai nạn trong sinh hoạt hằng ngày... trong đó chấn thương thể thao chiếm tỷ lệ cao nhất (58%).

Nguyên nhân trật khớp vai tái hồi:

- Do bất động không đủ thời gian sau khi nắn trật lần đầu tiên.
- Trật khớp vai có gãy máu động lớn nguy cơ trật lại 23%.
- Bong nứt nơi bám dây chằng ổ chảo cánh tay (Bankart) chiếm 52% đến 67% những trường hợp trật lại.
- Vỡ chỏm xương cánh tay (Hill Sachs).
- Tổn thương bao khớp (Rách, dẫn).
- Vỡ sụn viền ổ chảo (SLAP).
- Cơ địa phần mềm lỏng lẻo sẽ có nguy cơ trật khớp tái hồi nhiều hơn.

Tuổi bệnh nhân càng trẻ nguyên nhân trật tái hồi càng cao, khả năng do chấn thương mạnh và nhất là thiếu tập phục hồi chức năng sau khi nắn trật.

#### 1.3. Phân Loại:

Gồm có trật khớp vai ra trước (chiếm đến 90%), trật khớp vai ra sau, trật khớp vai xuống dưới. Đối với trật khớp vai ra trước Rockwood phân loại như sau:

- Theo mức độ vững : trật và bán trật
- Theo diễn tiến: bẩm sinh, cấp tính, mãn tính, tái hồi
- Theo lực tác động: chấn thương, không chấn thương
- Theo sự góp phần của bệnh nhân: tự ý hoặc không tự ý
- Theo hướng trật: dưới quạ, trong quạ, dưới đòn, dưới vai.

Theo John J.Perry & Laurence D.Higgins (Sports Injuries 2001, 1027-1036) thì mất vững khớp vai được phân thành 5 loại:

- Trật - bán trật ra trước sau chấn thương.
- Trật - bán trật ra sau, sau chấn thương.
- Trật - bán trật ra trước không do chấn thương.
- Trật - bán trật ra sau không do chấn thương.
- Trật - bán trật đa hướng.

#### 1.4. Tổn Thương Quanh Khớp:

- **Tổn thương Bankart:** Tổn thương Bankart là sự bóc tách điểm bám của dây chằng ổ chảo cánh tay, mà chủ yếu là dây chằng ổ chảo cánh tay giữa và dưới ra khỏi sụn viền ổ chảo. Ngoài ra còn có tổn thương Bankart xương, tức là gãy (vỡ) miếng xương ổ chảo, rách hoặc mòn sụn viền ổ chảo do trật khớp vai tái hồi đa hướng. Tổn thương Bankart nếu không được phục hồi giải phẫu thì gặp trật tái hồi khoảng 67%.
- **Tổn thương Hill Sachs:** Đây là tổn thương do chỏm xương cánh tay bị cắm vào bờ ổ chảo lúc trật khớp vai; gặp khoảng 80% trong trật khớp vai ra trước; gặp 25% trong trật khớp vai ra sau và gặp 100% trong trật khớp vai tái hồi.
- **Tổn thương bao khớp:** Có thể tổn thương một phần hoặc hoàn toàn, hay gặp phần trước dưới của bao khớp do tư thế trật khớp vai ra trước, hơn nữa đây là vùng mỏng nhất của bao khớp (dưới 1mm), bình thường chỗ khác dày trên 1,5mm. Tổn thương bao khớp hoặc rách khoang chóp xoay làm tăng sự dịch chuyển ổ chảo và chỏm xương cánh tay.
- **Tổn thương sụn viền trên (Superior Labral Lesions):** Hintermann & Gächter nhận thấy rằng 14/212 (7%) bệnh nhân bị mất vững khớp vai có tổn thương sụn viền trên. Taylor & Arciero cũng nhận xét 6/63 (10%) bệnh nhân bị tổn thương sụn viền trên. Pagnari et al nghiên cứu trên xác, nhận thấy tổn thương sụn viền trên tham gia vào mất vững khớp vai.
- **Các tổn thương khác:** tổn thương gân cơ chóp xoay, gân cơ nhị đầu, vỡ máu động lớn, vỡ máu động nhỏ.

## **2. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN**

### **2.1. Bệnh Sử:**

Bệnh nhân có tiền sử trật khớp vai sau một chấn thương hoặc tự phát, nhưng sau đó phát hiện trật lại một đến nhiều lần.

- Đã trật khớp vai mấy lần.
- Động tác dễ gây trật nhất.
- Lực tác động mạnh hay nhẹ.

### **2.2. Khám Lâm Sàng:**

Những bệnh nhân bị trật khớp vai tái hồi thì không còn những triệu chứng của trật khớp vai cấp tính nữa; như: đau, sưng khớp vai, bất lực vận động khớp vai, bầm tím da vùng vai nách, hõm nách rỗng (shoulder labral tears and instability 2007, p181). Khám lâm sàng chủ yếu để chẩn đoán mất vững khớp vai.

- **Test sợ (Apprehension test):** được thực hiện bởi Neer & Foster, bệnh nhân ngồi hoặc đứng, vai dạng 90 độ và xoay ngoài; người khám một tay ép vào hõm vai, tay kia nắm cổ tay bẩy ra sau, kiểm tra mất vững ra trước của khớp vai. Hoặc bệnh nhân được nằm ngửa, vai dạng và xoay ngoài tối đa, tay người khám đè ưỡn khuỷu ra sau làm cho bệnh nhân có cảm giác đau hoặc lỏng khớp vai.
- **Test Ngăn kéo trước và test Ngăn kéo sau:** bệnh nhân nằm ngửa, vai dạng 90 độ, khuỷu gấp 90 độ; một tay người khám cầm nắm đầu trên cánh tay bệnh nhân, tay kia cầm nắm khuỷu của bệnh nhân. Tay người khám nắm đầu trên cánh tay của bệnh nhân đưa ra trước (ngăn kéo trước), đưa ra sau (ngăn kéo sau) kiểm tra độ lỏng lẻo của khớp vai.
- **Test Hawking & Bokor (Load and Shift test):** Xác định chính xác mức độ tải và thay đổi của khớp vai. Mục đích thang điểm đo độ dịch chuyển của chỏm xương cánh tay so với ổ chảo. Mất vững được chia thành 4 độ, từ 0 - 3+ tất cả 3 hướng ( trước, sau, xuống dưới); Test này rõ nhất là thực hiện dưới gây tê.
- **Dấu hiệu Sulcus (Sulcus sign):** Dấu hiệu này dựa trên nền tảng ngăn kéo dưới. Dấu hiệu này được chỉ định trong mất vững khớp vai xuống dưới và đa hướng. Bệnh nhân trong tư thế ngồi, cánh tay của bệnh nhân ở bên cạnh thân người, đẩy xương cánh tay xuống dưới; khoảng cách giữa mỏm cùng vai và

đầu trên xương cánh tay cũng được chia thành 4 độ, từ 0 - 3+; khi đánh giá độ 2 trở lên, tức là bao khớp giãn rộng, đặc biệt lỏng bao khớp vùng trước dưới.

Ngoài ra còn một số test khác nữa, đồng thời cũng khám luôn dấu hiệu của viêm gân cơ nhị đầu, gân cơ chóp xoay, cũng như những tổn thương thần kinh, mạch máu...

### **2.3. Cận Lâm Sàng:**

- Chụp XQ khớp vai: khớp vai được chụp XQ ba tư thế là thẳng, nghiêng, chệch 25 độ (đèn từ sau dưới nách); Chụp lấy hình ảnh tổn thương Hill Sachs là chụp thẳng trước sau, cánh tay xoay trong tối đa.

- Chụp CT scan và MRI: CT scan đánh giá 3 chiều những tổn thương xương, giúp chúng ta chỉ định phương pháp mổ, tiên lượng và chế độ luyện tập.

- MRI giúp đánh giá toàn diện cả phần mềm: dây chằng ổ chảo cánh tay, sụn viền cũng như xương ổ chảo cánh tay, gân cơ chóp xoay, bao hoạt dịch móm cùng vai, dây chằng khớp cùng đòn đưa tới phương án điều trị hiệu quả nhất.

## **3. CHẨN ĐOÁN**

**3.1 Chẩn Đoán:** dựa vào bệnh sử có trật khớp vai từ 2 lần trở lên.

### **3.2 Nguyên Nhân:**

Do sau chấn thương, do tự phát, do tai nạn lao động, tai nạn giao thông, do tai nạn thể thao.

Dựa vào XQ, CT, MRI để xác định tổn thương quanh khớp vai.

## **4. ĐIỀU TRỊ**

**4.1 Mục Đích Điều Trị:** Trả lại giải phẫu của khớp vai, trả lại chức năng ban đầu như lúc chưa bị trật.

### **4.2 Nguyên Tắc Điều Trị:**

- Điều trị bảo tồn những trường hợp nhẹ; trường hợp già yếu.

- Điều trị phẫu thuật (mở mổ hoặc mổ nội soi) những trường hợp tổn thương nặng, người trẻ năng động, vận động viên thể thao.

- Tập phục hồi chức năng theo quy trình.

**4.2.1. Điều Trị Bảo Tồn:** Khớp vai được nắn lại tương tự nắn trong trật khớp vai lần đầu, có khi bản thân bệnh nhân cũng tự nắn được. Hạn chế xoay ngửa tay ra sau. Tỷ lệ trật lại cao.

Row and Sakellaride: Tỷ lệ tái trật lại 58% trong số 398 bệnh nhân.

Tác giả nhấn mạnh tái phát liên quan đến tuổi, dưới 20 tuổi tỷ lệ tái phát 94%; từ 20<sup>t</sup> - 40<sup>t</sup> là 79%; trên 40<sup>t</sup> là 14%.

Howlius et al: Có 52/247 khớp vai bị trật lại, ông nhận thấy những bệnh nhân dưới 25 tuổi nguy cơ tái trật là trên 60%, do tuổi trẻ liên quan mức độ hoạt động mạnh.

Arciero et al: so sánh giữa nhóm mổ và nhóm không mổ khớp vai bị trật, thấy nhóm không mổ bị trật lại 86%. Nhóm mổ có 14% trật lại.

Killy et al: Nghiên cứu ở những bệnh nhân bị tổn thương Bankart, thì nhóm không mổ có 47% bị trật lại, còn nhóm có mổ là 15,9%.

### **4.2.2. Điều Trị Bằng Phẫu Thuật:**

**4.2.2.1. Mổ Mở:** Hiện nay nhiều phẫu thuật vẫn được áp dụng, khi mảnh vỡ xương sụn lớn trên 1/3 đường kính ổ chảo, khả năng mổ nội soi thất bại. Nhược điểm: Tàn phá mô mềm nhiều; Tập PHCN chậm; Dễ nhiễm trùng. Nhiều phương pháp được kể đến, như:

- \* Phẫu thuật Bankart: Phục hồi sụn viền trước và bao khớp.

- \* Phẫu thuật Putti-Platt: Tái tạo cơ dưới vai hoặc dời vị trí bám tận gân cơ dưới vai trong trường hợp không làm được bằng nội soi.

- \* Phẫu thuật Davi P Huberty: Ghép xương bờ trước ổ chảo bằng xương tự thân hoặc đồng loại (xương mào chậu).

\* Phẫu thuật Stephen S.Burkhart: Chuyển mỏm quạ xuống trám vào bờ trước ổ chảo bị khuyết. Kỹ thuật này được thực hiện khi phẫu thuật nội soi không làm được.

\* Phẫu thuật Davit P.Huberty-Stephen S.Burkhart: Chuyển nơi bám của gân cơ dưới gai vào chỗ khuyết Hill Sachs. Kỹ thuật này cũng được áp dụng khi phẫu thuật nội soi thất bại.

#### **4.2.2.2. Phẫu Thuật Nội Soi:**

Nội soi giúp khảo sát chính xác những tổn thương, điều trị kịp thời, triệt để và không tàn phá mô mềm, ít đau sau mổ, tập PHCN sớm.

Quy trình Phẫu thuật nội soi khớp vai được xây dựng chặt chẽ, như: Chuẩn bị bệnh nhân, chuẩn bị dụng cụ mổ, dụng cụ phụ trợ, tư thế bệnh nhân trên bàn mổ, đường vào khớp vai.

- Cắt lọc mô viêm, bộc lộ vùng tổn thương.
- Khâu bao khớp - suture viền bằng chỉ neo (Suture anchors).
- Khâu bao khớp bằng chỉ Fiberwire.
- Đính lại mảnh xương sụn vỡ qua nội soi hoặc ghép xóp qua nội soi.
- Cắt lọc khâu lại gân cơ chóp xoay bị rách bằng chỉ neo, mối rời.
- Sau 3 - 5 ngày ra viện được, cắt chỉ sau 7-10 ngày.

#### **4.2.2.3. Điều Trị Sau Mổ Và Tập Phục Hồi Chức Năng:**

- Chườm đá (trong túi chườm lạnh) vùng vai trong vòng 48g sau mổ.
- Tay mổ được đeo đai vai trong 4 - 6 tuần.
- Tập sớm ngay ngày đầu tiên bằng gồng cơ, co duỗi khuỷu tay, cổ tay bàn tay và các ngón tay.
- 3 tuần đầu tập vận động chủ động có trợ giúp. Tập sức cơ bằng gồng cơ.
- Hạn chế xoay ngoài, không đưa tay ra sau.
- Sau 4 tuần tập vai thả lỏng, đưa tay ra trước và ra sau nhẹ nhàng được. Xoay ngoài khoảng 20 độ, xoay trong khoảng 10 độ.
- Sau 8 tuần tập chủ động đưa tay ra trước, ra sau với biên độ rộng hơn, tập dạng tay, và tập bàn tay đi bộ trên tường.
- Sau 3 tháng tập mạnh sức cơ, tăng xoay ngoài và các bài tập kéo dẫn bao khớp.
- Sau 6 tháng tập vận động chuyên ngành thể thao.

NGUỒN : BV 115

## CHẨN THƯƠNG CỘT SỐNG VÀ TỦY SỐNG CỎ

### I ĐẠI CƯƠNG

- Chấn thương cột sống và tủy sống cổ (CTCS & TS) là thương tổn nặng và phức tạp. Thường gây tỷ lệ tử vong cao và di chứng nặng nề. Nguyên nhân chủ yếu do tai nạn giao thông và té cao. Chấn thương cột sống cổ chia làm hai loại chính: cổ cao bao gồm C0, C1 và C2 và cổ thấp từ C3 đến C7.

### II TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

#### 1 Lâm sàng

Biểu hiện lâm sàng CTCS & TS cổ rất đa dạng, từ biểu hiện chỉ đau cổ đến tình trạng yếu liệt tứ chi, suy hô hấp và có thể tử vong.

##### 1.1. Các hội chứng của tổn thương tủy sống

a. Tổn thương tủy không hoàn toàn: Bất kỳ chức năng cảm giác và vận động còn lại hơn ba tầng dưới thương tổn. (chú ý còn cảm giác quanh hậu môn, co cơ trực tràng hay gấp ngón cái)

- Hội chứng tủy trung tâm: yếu tay nặng hơn chân và nhiều ở nhóm cơ gốc chi, thường do ứ đọng quá mức trên bệnh nhân có hẹp ống sống cổ. Tiên lượng khá.

- Hội chứng Brown-Sequard: mất vận động và cảm giác sâu cùng bên, mất cảm giác đau và nhiệt đối bên. Thường do tổn thương tủy một bên. Tiên lượng tốt.

- Hội chứng tủy trước: yếu hoặc liệt cả 2 bên, mất cảm giác đau và nhiệt dưới thương tổn, còn cảm giác sâu. Thường do tổn thương cột trước tủy hay động mạch tủy trước. Tiên lượng xấu.

- Hội chứng tủy sau: hiếm gặp, thường bệnh nhân có đau sau cổ với rối loạn cảm giác sâu. Tiên lượng tốt.

b. Tổn thương tủy hoàn toàn: Mất hoàn toàn chức năng cảm giác và vận động hơn ba tầng dưới thương tổn, còn phản xạ hành lang.

##### 1.2. Các biểu hiện thương tổn khác của chấn thương tủy

- Choáng thần kinh (neurogenic shock): hạ huyết áp sau chấn thương tủy sống, huyết áp tâm thu thường < hoặc = 80mmHg.

- + Nguyên nhân do nhiều yếu tố: (1) Giảm đoạn giao cảm làm mất trương lực thành mạch dưới thương tổn và cường đối giao cảm tương đối gây chậm nhịp tim;

- (2) Mất trương lực cơ do liệt dưới tổn thương gây hồ máu tĩnh mạch;

- (3) Mất máu từ những chấn thương phối hợp.

- + Đặc điểm lâm sàng: hạ huyết áp, mạch chậm, da khô, ẩm và bệnh nhân vẫn tỉnh táo. Tổn thương tủy sống càng cao, càng nặng thì choáng thần kinh càng nặng và càng kéo dài.

- Choáng tủy (spinal shock): mất tạm thời tất cả các chức năng thần kinh của tủy dưới thương tổn: vận động, cảm giác và các phản xạ tủy như phản xạ hành lang. Phản xạ hành lang sẽ trở lại đầu tiên, báo hiệu sự kết thúc của choáng tủy. Choáng tủy có thể kéo dài từ vài tuần tới vài tháng.

- Phân ly hàng tủy - tủy cổ: Do tổn thương tủy sống ngang hay trên mức C3 (thường do trật khớp đội hay trật C1C2). Biểu hiện với trụy tim mạch và hô hấp ngay. Tử vong rất sớm.

#### 2 Cận lâm sàng

2.1. X quang: Đầy đủ các tư thế thẳng, nghiêng và C2 há miệng. Một số trường hợp nghi ngờ cần làm thêm tư thế nghiêng cúi và ngửa.

2.2. CT sau: Phát hiện chi tiết tổn thương xương và các cấu trúc liên quan, đặc biệt ở vùng chẩm cổ và cổ ngực. Có thể tái tạo ở mặt phẳng trán và đứng dọc cũng như tái tạo hình ảnh 3D.

2.3. MRI: Đòi hỏi trong trường hợp nghi thương tổn tủy. Giúp thấy được những tổn thương phần mềm như dây chằng, đĩa đệm, máu tụ....



### III ĐIỀU TRỊ

#### 1. Cấp cứu ban đầu

- Bất động bằng nẹp cổ cứng.
- Duy trì huyết áp tâm thu  $\geq 90\text{mmHg}$ . Dùng vận mạch với Dopamin nếu cần thiết.
- Thông khí tốt bằng thở O<sub>2</sub>, đặt túi khí quản thở máy hỗ trợ nếu cần.
- Đặt thông tiểu, đặt thông dạ dày ngăn ngừa nôn ói, hít sặc, giảm chướng bụng.
- Đánh giá thần kinh chi tiết và phân loại theo bảng phân loại ASIA từng thời điểm.
- Thuốc: dùng Methylprednisolon cho bệnh nhân có tổn thương tủy trong 8 giờ đầu. Liều: 30mg/kg TM nhanh giờ đầu, duy trì 5,4mg/kg/giờ trong 23 giờ.

#### 2. Kéo nắn cột sống cổ: mục đích nắn trật sớm và/ hoặc bất động cột sống cổ.

Chống chỉ định trong chập chững đội, gãy Hangman's type IIA và III, khuyết sọ vùng đặt đinh kéo, trẻ em  $\leq 3$  tuổi. Ngày nay thường dùng khung Gardner để kéo vì có nhiều ưu điểm.

#### 3. Phẫu thuật

- Thời điểm phẫu thuật còn nhiều bàn cãi. Cần áp dụng tùy trường hợp. Không nên phẫu thuật cấp cứu những bệnh nhân tổn thương tủy hoàn toàn, bệnh nhân không ổn định về nội khoa và một số trường hợp tổn thương tủy trung tâm.
- Mục đích của phẫu thuật nhằm nắn trật, giải ép tủy, cố định vững chắc cột sống gãy và hàn xương nơi gãy. Phẫu thuật giúp bệnh nhân vận động sớm

### VII TÀI LIỆU THAM KHẢO

Phác đồ điều trị Bệnh viện

## CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG THẮT LƯNG

### I ĐẠI CƯƠNG

- Chấn thương có thể gây tổn thương phần xương, đĩa đệm, dây chằng hay gân cơ. Đoạn cột sống tiếp nối lưng thắt lưng là đoạn gãy hay gặp với các thương tổn bệnh lý giải phẫu đa dạng; từ loại gãy vững, ít nguy cơ thương tổn thần kinh đến loại gãy không vững với thương tổn thần kinh nặng nề.

### II TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

#### 1 Lâm sàng

- Khám cột sống: Để tìm vị trí tổn thương theo điểm đau, điểm gù.
- **Khám thần kinh: Đánh giá tăng thương tổn và mức độ tổn thương thần kinh.**
  - a. Tầng thương tổn:** Xác định tầng thương tổn chủ yếu bằng khám khoanh cảm giác, dựa theo những mốc cơ thể như sau: lưng 4: ngang núm vú, lưng 6: ngang mấu kiếm xương ức, lưng 8: hạ sườn, lưng 10: ngang rốn, lưng 12: giữa nếp bẹn.
  - b. Mức độ tổn thương tủy:** Đánh giá mức độ tổn thương thần kinh cảm giác, vận động theo thang điểm ASIA ( American Spinal Injury Association, 1992) ( dựa trên bảng phân loại của Frankel, 1969)

**Bảng 1: Bảng phân loại của ASIA**

| Loại                                     | ASIA                                                                                                   |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>A. Tổn thương tủy hoàn toàn</b>       | <b>Liệt hoàn toàn: mất hoàn toàn vận động và cảm giác</b>                                              |
| <b>B. Tổn thương tủy không hoàn toàn</b> | <b>Còn cảm giác nhưng mất vận động dưới tổn thương ( bao gồm đoạn cùng S4 - 5)</b>                     |
| <b>C. Tổn thương tủy không hoàn toàn</b> | <b>Còn chức năng vận động dưới tổn thương ( Hơn → các cơ chính dưới tổn thương có sức cơ &lt; 3)</b>   |
| <b>D. Tổn thương tủy không hoàn toàn</b> | <b>Còn chức năng vận động dưới tổn thương ( Hơn → các cơ chính dưới tổn thương có sức cơ &gt; = 3)</b> |
| <b>E. Bình thường</b>                    | <b>Chức năng vận động và cảm giác bình thường</b>                                                      |

#### 2 Cận lâm sàng

X quang: Dựa vào điểm đau chói, gù để chụp phim thẳng nghiêng giúp xác định thương tổn.  
Cắt lớp vi tính ( CT scan) : Đánh giá rất tốt tổn thương xương đặc biệt trên hình ảnh tái tạo 3 chiều.  
Theo phân loại của Denis.

Cộng hưởng từ ( MRI) : Đánh giá tốt tổn thương dây chằng, đĩa đệm đặc biệt là tổn thương tủy.

#### 3 Phân độ gãy cột sống theo Denis

Denis): Có 4 loại gãy: gãy lún ( compression ); gãy lún nhiều mảnh ( burst fracture); gãy dây đai ( seat - belt); gãy trật ( íracture-dislocation).

### III ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị

Nắn lại cột sống.

- Ngăn ngừa sự mất chức năng thần kinh các mô chưa bị tổn thương.
- Tạo điều kiện cho sự phục hồi các mô thần kinh.
- Tái tạo và giữ vững sự ổn định của cột sống.
- Tạo điều kiện phục hồi chức năng sớm.

A Điều trị nội khoa

Sơ cứu:

- Tất cả bệnh nhân chấn thương cần được xem như có chấn thương cột sống tủy sống khi: có chấn thương đầu, cổ hay lưng; hôn mê hay chưa xác định được thương tổn; có đau lưng, đau cổ; có các biểu

hiện của tổn thương cột sống hay tủy sống.

- Bệnh nhân phải được vận chuyển bằng ván cứng, lót túi cát hai bên đầu, nếu có điều kiện cho bệnh nhân mang nẹp cổ hay nẹp lưng. Giữ huyết áp tâm thu trên 90mmHg, cho thở oxy, đặt ống thông dạ dày hay hậu môn nếu có chướng bụng liệt ruột. Đặt thông tiểu nếu có bí tiểu.

**Chống phù tủy:** Methylprednisolone: khi bệnh nhân nhập viện trong 8 giờ đầu, chích tĩnh mạch liều đầu ( bolus) 30mg/kg giờ đầu, sau đó truyền tĩnh mạch 5,4mg/kg trong 23 giờ tiếp theo.

**Chăm sóc bệnh nhân:**

- Chống loét là công việc hết sức cần thiết. Nguyên tắc phải thay đổi các điểm tì đè như xương cụt, lưng mắt cá, gót và da sau đầu để cho máu lưu thông.
- Tập vật lý trị liệu sớm giúp tránh teo cơ, cứng khớp.
- Những bệnh nhân có thông tiểu phải theo dõi sát sóc đường tiểu, bơm rửa bàng quang thay thông tiểu mỗi tuần, tập đường tiểu bằng cách mở thông vào một giờ cố định.
- Cho bệnh nhân ăn những thức ăn nhuận trường, nếu cần phải thụt tháo tránh ứ đọng lâu ngày.

**B Điều trị phẫu thuật**

- Việc lựa chọn phẫu thuật lồi trước, lồi sau hay phối hợp dựa vào dạng thương tổn, tình trạng thần kinh, kinh nghiệm phẫu thuật viên. Mục tiêu của điều trị phẫu thuật: giải ép thần kinh đồng thời thiết lập sự cân bằng, bền vững của cột sống; đạt được sự phục hồi thần kinh lý tưởng nhất; cố định, liền xương đoạn cột sống ngắn nhất.
- Phẫu thuật lồi sau: cắt bản sống giải ép tủy, cố định và nắn chỉnh cột sống bằng vít chân cung có ghép xương. Đây là phương pháp thường dùng nhất.
- Phẫu thuật lồi trước: cắt bỏ đốt sống gãy, ghép xương hay lồng ghép có cố định bằng nẹp vít lồi trước, thường áp dụng cho gãy nhiều mảnh.
- Phẫu thuật phối hợp: đối với những trường hợp vỡ thân đốt sống nặng có kèm gãy trật.

**VII TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Phác đồ điều trị Bệnh viện

## **GÃY BONG ĐIỂM BẮM DÂY CHẴNG CHÉO KHỚP GỐI**

### **I ĐẠI CƯƠNG**

- Gãy xương gót thường gặp nhất trong các gãy xương vùng cổ chân. Khoảng 75 % gãy xương gót liên quan mặt khớp.
- Dây chằng chéo khớp gối gồm có dây chằng chéo trước (DCCT) và dây chằng chéo sau (DCCS), đầu trên bám vào vùng gian lồi cầu đầu dưới xương đùi, đầu dưới bám vào vùng gai chày của đầu trên xương chày.
- Bong điểm bám DCCT hoặc DCCS vùng lồi cầu đùi được điều trị theo phác đồ tái tạo DCCT hoặc DCCS, bong điểm bám vùng gai chày được gọi là bong nơi bám DCCT hoặc DCCS.

### **II TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN**

#### **1 Lâm sàng**

##### **Giai đoạn cấp tính**

- Đau khớp gối: đau ngay sau chấn thương, đau tăng lên khi khớp gối vận động, không thể chống chân chịu sức nặng được.
- Giới hạn tầm vận động khớp goosido đau.
- Sưng nề và tụ máu trong khớp:
- Khớp gối bên bị chấn thương sưng to hơn bên lành.
- Dấu hiệu bập bệnh xương bánh chè.
- Sờ thấy bao khớp căng phồng.
- Chọc hút dịch khớp ra máu.
- Có thể bị bầm tím bên trong hoặc bên ngoài nếu kèm tổn thương dây chằng bên.

##### **Giai đoạn mãn tính:**

- Teo cơ đùi
- Lỏng khớp gối (test Lachman dương tính)
- Hạn chế duỗi gối do kẹt mảnh gãy.

#### **2 Cận lâm sàng**

- X quang gối thẳng, nghiêng.
- CT scan khớp gối: giúp chẩn đoán trường hợp gãy độ I, mảnh nhỏ mà x quang thường quy không thấy, ngoài ra giúp đánh giá phân độ gãy xương để định hướng điều trị.
- MRI: rất cần thiết trong chấn thương khớp gối, đánh giá mảnh gãy, và tổn thương phần mềm kết hợp như đứt DCCT, DCCS, rách sụn chêm, rách dây chằng bên.

#### **3 Phân độ**

- Theo Meyers và Mc Keever, phân làm 4 độ
  - o Độ I: gãy không di lệch.
  - o Độ II: gãy di lệch một phần.
  - o Độ III: gãy di lệch hoàn toàn, mảnh gãy còn nguyên.
  - o Độ IV: gãy di lệch hoàn toàn, gãy nhiều mảnh

### **III ĐIỀU TRỊ**

#### **1 Điều trị ngoại trú**

##### **A Chỉ định bảo tồn**

- Điều trị bảo tồn với gãy độ I ít di lệch, hoặc khi bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật/có bệnh nội khoa kèm không thích hợp phẫu thuật.
- Phương pháp: bó bột đùi bàn chân
- Thuốc
- Tập vật lý trị liệu

- Sáu tuần đầu: giữ bột, tập đi nặng, không chống chân đau
- Sáu – 12 tuần: bỏ bột, chuyển sang dung nẹp chức năng căng bàn chân, tập vận động khớp gối, tập đi nặng chống chân đau một phần.
- Sau 12 tuần: bỏ nạng, tập vận động tăng dần.

#### B Thuốc sử dụng:

- Giảm đau: Paracetamol
- Kháng viêm: Alphasymotrypsin, NSAID, Steroid
- Canxi D

#### C Tái khám:

- Khi có dấu hiệu nguy hiểm cần tái khám ngay. Nếu ổn, tái khám định kỳ sau 1, 3, 6, 8 tuần.
- Chụp XQ kiểm tra ổ gãy mỗi lần tái khám

#### 2 Điều trị nội trú

##### A Chỉ định phẫu thuật:

- Gãy độ II, III, IV.
- Thất bại với điều trị bảo tồn.

##### B Chuẩn bị

###### 1 Phương tiện

- Bộ dụng cụ KHX chi trên.
- Đinh Kirschner, đinh Kirschner ren, nẹp khóa xương gót, nẹp khóa mắt xích, vít vỏ, vít khóa, vít xóp, vít xóp rộng, vít Herbert (vít rộng nén ép chìm đầu), chỉ thép.
- C-arm

###### 2 Bệnh nhân

- Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến, biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (tổn thương thần kinh, khớp giả, tai biến do gây tê đám rối...). Nhịn ăn trước 6 giờ.

###### 3 Hồ sơ bệnh án

- Ghi đầy đủ, chi tiết các lần thăm khám, hội chẩn, giải thích cho bệnh nhân và gia đình.

##### C Tiến hành

Vô cảm: tê từng thần kinh, mê NKQ.

- Tư thế BN: nằm ngửa nếu đường mổ phía trước; nằm nghiêng nếu đường mổ phía sau.
- Phương pháp:
  - Mổ mở gãy bong điểm bám dây chằng chéo trước
- Tiến hành: rạch da cạnh trong xương bánh chè, rạch dọc bao khớp theo đường rạch da bộc lộ ổ khớp. Rửa sạch ổ khớp nhiều lần, xác định ổ gãy tại điểm bám dây chằng chéo trước (gai chày).
- Làm sạch 2 mặt gãy, nắn ổ gãy, cố định xương bằng vít xóp/ vít rộng ruột/vít Herbert/vít vỏ; hoặc dùng sợi chỉ siêu bền Fiberwire cột néo ép cố định ổ gãy.
  - Mổ mở gãy bong điểm bám dây chằng chéo sau
- Rạch da đường chữ L ngược ở khoeo chân, bóc tách lớp cân, cơ kéo cơ bụng chân về một phía để bảo vệ bó mạch thần kinh vùng khoeo. Rạch dọc bao khớp sau vào khớp gối, xác định ổ gãy tại điểm bám dây chằng chéo sau ở mâm chày.
- Làm sạch 2 mặt gãy, nắn ổ gãy, cố định xương bằng vít xóp/ vít rộng ruột/vít Herbert/vít vỏ; hoặc dùng sợi chỉ siêu bền Fiberwire cột néo ép cố định ổ gãy.
  - Mổ nội soi cố định mảnh gãy bong điểm bám dây chằng chéo trước:
- Vào ổ khớp bằng hai cổng trước trong và trước ngoài.
- Khám nội soi khớp gối xác định các thương tổn.
- Dùng lưỡi bào nội soi, curet làm sạch hai mặt ổ gãy

- Khoan hai đường hầm ở mâm chày đến vị trí hai bên gai chày, nắn ổ gãy, cố định ổ gãy bằng sợi chỉ siêu bền Fiberwire cột néo ép.
- Đặt dẫn lưu kín áp lực âm trước khi băng vết mổ.

#### D Thuốc sử dụng

- Kháng sinh: Penicilin phổ rộng, Cephalosporin
- Giảm đau: Paracetamol, Tramadol
- Kháng viêm: Alphasitrymotrypsin, NSAID, Steroid
- Nhóm vitamin, khoáng chất hỗ trợ điều trị: Calci, vitamin D, vitamin C, kẽm
- Có thể kết hợp các nhóm thuốc hỗ trợ phòng và chống viêm loét dạ dày: Omeprazol, Pantoprazol, Esomeprazol

#### E Theo dõi sau mổ

- Sưng, đau, chảy máu vết mổ.
- Vận động cảm giác các ngón chân
- Dấu hiệu tưới máu chi.

#### F Tái khám

- Tái khám sau 1, 3, 6, 8 tuần
- Chụp x quang kiểm tra ổ gãy mỗi lần khám.
- Kiểm tra vận động cảm giác chi.
- Tập phục hồi chức năng
- Các biến chứng:
  - o Nhiễm trùng vết mổ, viêm xương,
  - o Tổn thương mạch máu, thần kinh
  - o Không lành xương, khớp giả
  - o Hạn chế vận động chi, teo cơ, cứng khớp

### VII TÀI LIỆU THAM KHẢO

Phác đồ điều trị Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình TP.HCM 2019

## GÃY TRẬT KHỚP LISFRANC

### I ĐẠI CƯƠNG

- Khớp Lisfranc là vùng chuyển tiếp giữa bàn chân trước và bàn chân giữa, bao gồm khớp giữa 3 xương chêm với xương bàn 1, 2, 3, khớp giữa xương hộp với xương bàn 4, 5.

### II TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

#### 1 Lâm sàng

- Sưng, đau, bầm tím vùng cổ - bàn chân.
- Không đi chống chân được.
- Ấn đau chói vùng khớp giữa xương cổ chân và xương bàn chân.

#### 2 Cận lâm sàng

- X quang bàn chân thẳng, nghiêng, x quang bàn chân tư thế chịu lực.
- MRI: có thể phát hiện tổn thương dây chằng.
- CT: phát hiện rõ gãy xương kín đáo.

#### 3 Phân độ

##### Theo Quenu và Kuss

Type A: toàn bộ xương bàn tạo thành 1 khối di lệch về 1 hướng trong hoặc ngoài.

Type B: trật 1 phần của khớp Lisfranc, trật khớp xương bàn 1-chêm trong hoặc trật toàn bộ xương bàn còn lại.

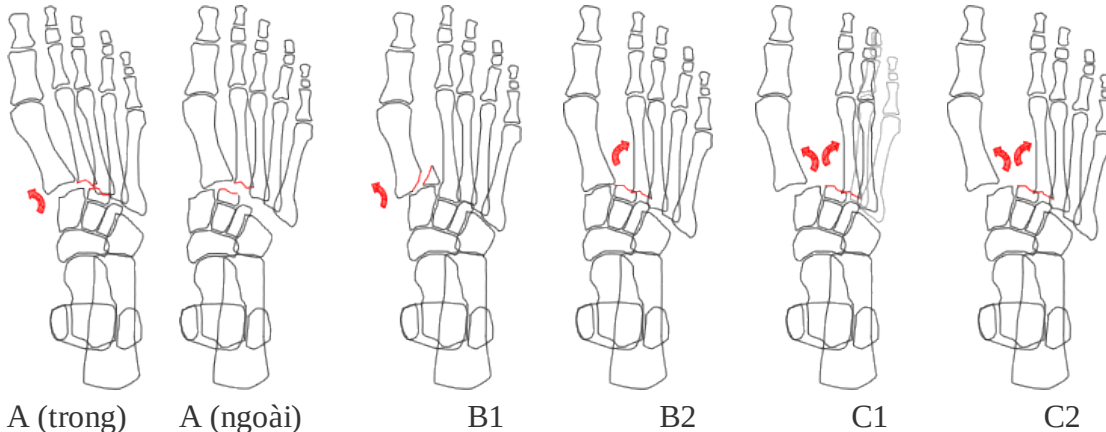
Type C: trật toàn bộ khớp Lisfranc trong đó xương bàn I và các xương bàn còn lại di lệch theo hướng khác nhau.

**Theo Myerson**, ông mô tả thêm tổn thương của cột trong bàn chân bao gồm khớp giữa các xương chêm với nhau và với xương ghe, có kèm gãy nền xương bàn 2 hoặc không.

Type A: tất cả 5 xương bàn chân di lệch tạo thành 1 khối, có thể kèm gãy nền xương bàn 2.

Type B: còn lại ít nhất 1 khớp nguyên vẹn, B1 xương bàn di lệch vào trong, B2 xương bàn di lệch ra ngoài.

Type C: thường gặp do chấn thương nặng, các xương bàn di lệch theo kiểu phân ly thành 2 hướng khác nhau. C1 vẫn còn ít nhất 1 khớp nguyên vẹn, C2 tất cả khớp đều trật.



### III ĐIỀU TRỊ

#### 1 Điều trị ngoại trú

##### A Chỉ định bảo tồn

Trật kín, di lệch mặt khớp < 2mm, không có dấu hiệu mất vững trên X quang.

Phương pháp: bó bột căng bàn chân thấp, chân đau không chịu lực trong 6 tuần.

Bó bột tiếp 4 tuần đi chịu lực tăng dần.

##### B Thuốc sử dụng:

- Giảm đau: Paracetamol

- Kháng viêm: Alphasitrymotrypsin, NSAID, Steroid
- Canxi D
- Theo dõi các dấu chèn ép bột: sưng, tê, lạnh, tím các đầu ngón chân.

#### C Tái khám:

- Khi có dấu hiệu nguy hiểm cần tái khám ngay. Nếu ổn, tái khám định kỳ sau 1, 3, 6, 8 tuần.
- Chụp XQ kiểm tra ổ gãy mỗi lần tái khám

## 2 Điều trị nội trú

### A Chỉ định phẫu thuật:

Khi có di lệch mặt khớp >2mm, trật hờ.

### B Chuẩn bị

#### 1 Phương tiện

- Bộ dụng cụ KHX chi dưới
- Đinh Kirschner, đinh Kirschner ren, nẹp khóa bàn tay, vít khóa, vít xóp, vít xóp rộng, vít Herbert (vít rộng nén ép chìm đầu).
- C-arm

#### 2 Bệnh nhân

- Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến, biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (tổn thương thần kinh, khớp giả, tai biến do gây tê đám rối...). Nhịn ăn trước 6 giờ.

#### 3 Hồ sơ bệnh án

- Ghi đầy đủ, chi tiết các lần thăm khám, hội chẩn, giải thích cho bệnh nhân và gia đình.
- CTiến hành
- Vô cảm: tê tủy sống, mê nội khí quản.
- Tư thế BN: nằm ngửa nếu đường mổ phía trước; nằm nghiêng nếu đường mổ phía sau.
- Phương pháp:
  - Đường mổ: rạch dọc kẻ ngón 1-2 4-5
  - Nắn kín kiểm tra dưới màn tăng sáng hoặc mổ nắn phục hồi sự liên tục mặt khớp và hình dạng giải phẫu.
  - Cố định vững chắc bằng vít xóp/vít xóp rộng/vít Herbert, nẹp khóa bàn tay 9cufng vít khóa) hoặc đinh Kirschner.
  - Sau mổ tăng cường nẹp bột 7-10 ngày, sau đó bó bột đi không chịu lực 6 tuần, rồi chịu lực tăng dần đến khi chịu lực hoàn toàn mà không đau thì bỏ bột.

### D Thuốc sử dụng

- Kháng sinh: Penicilin phổ rộng, Cephalosporin
- Giảm đau: Paracetamol, Tramadol
- Kháng viêm: Alphasitrymotrypsin, NSAID, Steroid
- Nhóm vitamin, khoáng chất hỗ trợ điều trị: Calci, vitamin D, vitamin C, kẽm
- Có thể kết hợp các nhóm thuốc hỗ trợ phòng và chống viêm loét dạ dày: Omeprazol, Pantoprazol, Esomeprazol

### E Theo dõi sau mổ

- Sưng, đau, chảy máu vết mổ.
- Vận động cảm giác các ngón tay.
- Dấu hiệu tưới máu chi.

### F Tái khám

- Tái khám sau 1, 3, 6, 8 tuần



- Chụp x quang kiểm tra ổ gãy mỗi lần khám.
- Kiểm tra vận động cảm giác chi.
- Tập phục hồi chức năng
- Các biến chứng:
  - Chèn ép khoang
  - Nhiễm trùng vết mổ, viêm xương,
  - Tổn thương mạch máu, thần kinh
  - Không lành xương, khớp giả
  - Hạn chế vận động chi, teo cơ, cứng khớp

## **VII TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Phác đồ điều trị Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình TP.HCM 2019

## **GẤY XƯƠNG BẢ VAI**

### **I ĐẠI CƯƠNG**

- Chiếm 3-5% gãy xương vùng vai, và hầu hết là chấn thương nặng lượng cao, thường kèm tổn thương phổi hợp. Đa số gãy xương bả vai được điều trị bảo tồn. Điều trị phẫu thuật dành cho các kiểu gãy ổ chảo, gãy móm cùng vai, gãy thân xương bả vai di lệch nhiều.

### **II TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN**

#### **1 Lâm sàng**

- Chấn thương nặng lượng cao.
- Sưng đau, bầm máu, biến dạng vùng vai.
- Cánh tay áp vào thân mình.
- Khó thở (nếu có kèm gãy xương sườn gây tràn dịch, tràn khí màng phổi).

#### **2 Cận lâm sàng**

- XQ vai từ thể thẳng, nghiêng, tư thế hốc nách (Axillary view)
- XQ phổi thẳng: đánh giá gãy xương sườn, tràn dịch màng phổi, tràn khí màng phổi.
- C.T scan tái tạo 3 chiều: xác định kiểu gãy, định hướng điều trị

#### **3 Phân độ theo Dravkovic và Damholt**

- Type I: gãy thân xương bả vai
- Type II: gãy các móm xương (móm quạ, móm cùng)
- Type III: gãy góc trên: cổ, ổ chảo xương bả vai.

### **III ĐIỀU TRỊ**

#### **1 Điều trị ngoại trú**

##### **A Chỉ định bảo tồn**

- Hầu hết các trường hợp gãy cổ và thân xương bả vai.
- Phương thức: bệnh nhân được bất động 2-3 tuần bằng đai Desault. Bắt đầu tập vận động khớp vai khi hết đau. Tập vận động chủ động khi xương bả vai có dấu hiệu lành trên XQ.

##### **B Thuốc sử dụng:**

- Giảm đau: Paracetamol
- Kháng viêm: Alphasitrypsin, NSAID, Steroid
- Canxi D
- Theo dõi các dấu hiệu nguy hiểm: sưng, tê, lạnh, tím các đầu ngón tay.

##### **C Tái khám:**

- Khi có dấu hiệu nguy hiểm cần tái khám ngay. Nếu ổn, tái khám định kỳ sau 1, 3, 6, 8 tuần.
- Chụp XQ kiểm tra ổ gãy mỗi lần tái khám

#### **2 Điều trị nội trú**

##### **A Chỉ định phẫu thuật:**

- Gãy ổ chảo
- Di lệch > 4mm
- Bán trật, mất tương thích khớp vai
- Gãy thân xương bả vai
- Gãy thân xương bả vai di lệch trên 2 cm
- Gập góc thân xương > 45° trên XQ tư thế hốc nách (Axillary view)

- Góc cổ thân < 22°.
- Gãy thân xương bả vai kèm gãy xương đòn hoặc phức hợp móm cùng – xương đòn.

Chống chỉ định

Shock chấn thương

Tổn thương kèm theo nặng nề: chấn thương cột sống cổ, dập phổi, tràn khí/tràn dịch màng phổi

B Chuẩn bị

1 Phương tiện

- Bộ dụng cụ KHX chi trên.
- Đinh Kirschner, đinh Kirschner ren, nẹp khóa mắt xích, nẹp khóa đầu dưới xương quay, nẹp chủ T, vít vỏ, vít khóa, vít xóp, vít xóp rộng, vít Herbert (vít rộng nén ép chìm đầu), chỉ thép.
- C-arm

2 Bệnh nhân

- Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến, biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (tổn thương thần kinh, khớp giả, tai biến do gây tê đám rối...). Nhịn ăn trước 6 giờ.

3 Hồ sơ bệnh án

- Ghi đầy đủ, chi tiết các lần thăm khám, hội chẩn, giải thích cho bệnh nhân và gia đình.
- CTiến hành
- Vô cảm: tê tủy thần kinh, mê NKQ.
- Tư thế BN: nằm ngửa nếu đường mổ phía trước; nằm nghiêng nếu đường mổ phía sau.
- Phương pháp:
  - o Đường mổ: rãnh Delta ngực hoặc đường Judet.
  - o Tiếp cận ổ gãy qua một trong hai đường mổ trên, cố định tạm ổ gãy bằng đinh Kirschner/đinh Kirschner ren.
  - o Nắn, KHX bằng nẹp – vít ( gãy thân xương), bằng vít xóp/vít rộng/vít Herbert (gãy ổ chảo), phương pháp nén ép (đinh Kirschner và chỉ thép) với gãy móm cùng.

D Thuốc sử dụng

- Kháng sinh: Penicilin phổ rộng, Cephalosporin
- Giảm đau: Paracetamol, Tramadol
- Kháng viêm: Alphasitrymotrypsin, NSAID, Steroid
- Nhóm vitamin, khoáng chất hỗ trợ điều trị: Calci, vitamin D, vitamin C, kẽm
- Có thể kết hợp các nhóm thuốc hỗ trợ phòng và chống viêm loét dạ dày: Omeprazol, Pantoprazol, Esomeprazol

E Theo dõi sau mổ

- Sưng, đau, chảy máu vết mổ.
- Vận động cảm giác các ngón tay.
- Dấu hiệu tưới máu chi.

F Tái khám

- Tái khám sau 1, 3, 6, 8 tuần
- Chụp x quang kiểm tra ổ gãy mỗi lần khám.
- Kiểm tra vận động cảm giác chi.
- Tập phục hồi chức năng

- Bất động sau mổ: đai Desault 1-3 tuần
- Tập vận động khớp vai có trợ giúp sau 3 tuần
- Tập có kháng lực khi XQ có dấu hiệu lành xương.
- Các biến chứng:
  - Nhiễm trùng vết mổ, viêm xương,
  - Tổn thương mạch máu, thần kinh
  - Không lành xương, khớp giả
  - Hạn chế vận động chi, teo cơ, cứng khớp

## **VII TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Phác đồ điều trị Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình TP.HCM 2019

## GÃY XƯƠNG GÓT

### I ĐẠI CƯƠNG

- Gãy xương gót thường gặp nhất trong các gãy xương vùng cổ chân. Khoảng 75 % gãy xương gót liên quan mặt khớp.
- Nửa trước của mặt khớp phía trên có ba mấu khớp khớp với xương sên. Mấu khớp phía sau lớn nhất và tạo thành bề mặt chịu lực chính. Mấu khớp giữa nằm về phía trước trông trên mỏm chân đế sên. Mấu khớp trước thường liên tục với mấu cấp giữa. Hiuxax mấu khớp giữa và mấu khớp sau có một khe gian cốt cùng với khe xương sên tạo thành xoang sên.
- Cơ chế chấn thương của hầu hết cái gãy xương gót là té cao với lực nén dọc trục.
- Trong các tai nạn xe máy có thể bị gãy xương gót khi vào số bạn đạp thắng tác động vào mặt lòng của bàn chân. Các lực xoắn có thể đi kèm với gãy xương gót ngoài khớp như vậy mắt trước mắt rửa móng chân để sinh. Ở những bệnh nhân tiểu đường, Có sự gia tăng tỉ lệ bị gãy lồi củ sau xương gót do gân Achilles đứt.

### II TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

#### 1 Lâm sàng

- Bệnh nhân đau gót chân từ nhẹ đến nặng, kèm với sưng, nề rộng và ngứa gót. Vết bầm quanh gót lan rộng đến vòm bàn chân gợi ý nhiều đến gãy xương gót. Thường có bóng nước do hệ quả từ xoắn này nhiều thường xuất hiện trong vòng 36h đầu tiên sau chấn thương. Gãy hở thường hiếm gặp, nếu có thường ở phía trong.
- Đánh giá cẩn thận mô mềm và tình trạng mạch máu thần kinh. Hội chứng chèn ép khoang bàn chân phải được tầm soát do biến chứng này xuất hiện 10 % trong gãy xương gót và có thể dẫn đến bàn chân móng vuốt.
- Các tổn thương kèm theo năm mươi phần trăm bệnh nhân gãy xương gót có thể có các tổn thương khác gồm gãy cột sống thắt lưng hoặc gãy xương khác ở chi dưới.
- Gãy hai xương gót chiếm khoảng năm đến 10 % các trường hợp.

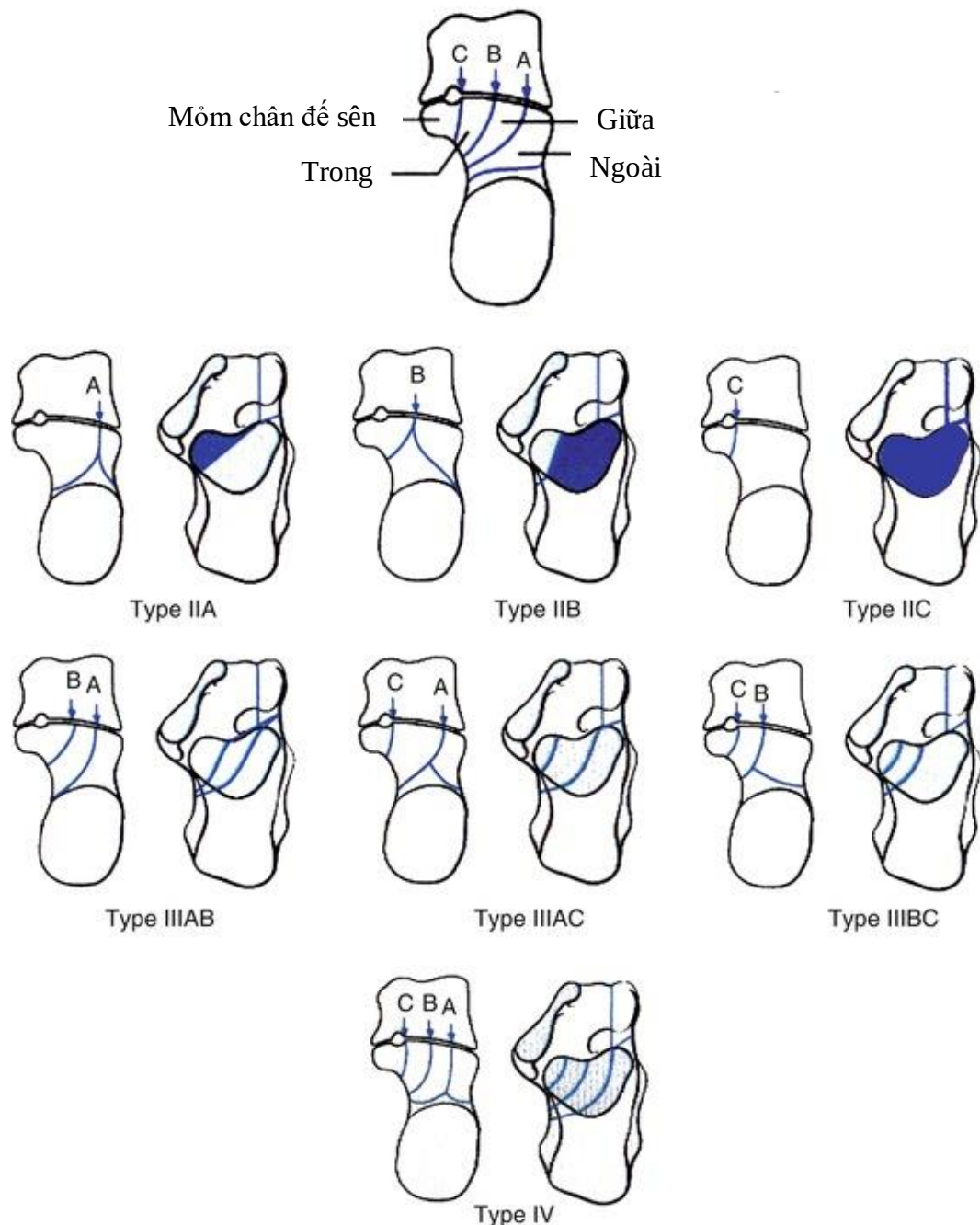
#### 2 Cận lâm sàng

- Tư thế trước sau bàn chân, tư thế nghiêng bàn chân sau, tư thế trục Harris và một loạt hình cổ chân.
- Tư thế nghiêng
- Góc Bohler bình thường khoảng 20 đến 40 ° giảm góc Bohler cho biết mấu khớp sao bị sụp.
- Góc Gissane: Bình thường trong khoảng chín mươi lăm đến 100 độ 5 ° gia tăng góc này cho biết lún mấu cấp sau.
- Tư thế trước sau của bàn chân có thể cho thấy sự lan rộng của đường gãy vào khớp gót khớp.
- Tư thế trục Harris: Được chụp với bàn chân gấp lưng với chùm tia hướng về phía đầu một góc bốn mươi lăm độ, Cho thấy bề mặt khớp cũng như giảm chiều cao, Tăng bề rộng của mảnh gãy củ xương gót.
- Tư thế Broden: Bệnh nhân nằm ngửa, cát sét chụp được đặt dưới cổ chân và cẳng chân. Bàn chân tư thế trung tính và cẳng chân xoay trong 30 đến 40 °, sau đó trục tủy được đặt ở trung tâm trên mắt cá ngoài và bốn phim được chụp với đầu đen ta một góc 40 ° 30 ° 20 ° 10 ° hướng về phía đầu của bệnh nhân. Những hình X quan này cho thấy mấu khớp sau khi di chuyển từ sau ra trước. Hình góc 10 ° cho thấy phần phía sau của mấu khớp và hình 40 ° cho thấy phần phía trước của mấu khớp, tư thế chụp này hữu ích nhất để đánh giá nắn ổ gãy trong mô.
- CT scan: giúp xác định và đánh giá ổ gãy, mặt khớp.

#### 3 Phân độ

- Gãy ngoài khớp khi ổ gãy không liên quan đến mỏm khớp sau, chiếm 25%-30% các trường hợp, gồm:

- Gãy mỏm phía trước
- Gãy lồi củ xương gót
- Gãy mỏm trong
- Gãy thân xương gót không liên quan khớp dưới sên
- Gãy phạm khớp, phân loại theo Essex Lopresti
- Gãy kiểu lưới: đường gãy phụ xuất hiện bên dưới mấu khớp đi ra phía sau qua lồi củ xương gót.
- Gãy lún: đường gãy phụ đi ran gay phía sau mấu khớp sau.
- Phân loại Sanders: dựa trên CT scan, phân theo số lượng và vị trí các mảnh khớp dựa trên mặt phẳng chếch trán 30° cho thấy bề mặt rộng nhất của mấu khớp dưới của xương sên. Mấu khớp sau của xương gót được chia thành ba đường gãy (A, B C tương ứng với đường gãy ngoài, giữa và trong trên



mặt phẳng trán. Theo Sanders, ta có bốn type

| Type | Đặc điểm                                               |
|------|--------------------------------------------------------|
| I    | Không di lệch mấu khớp sau (bất kể số lượng đường gãy) |

|     |                                   |
|-----|-----------------------------------|
| II  | Gãy 2 mảnh máu khớp sau           |
| III | Gãy 3 mảnh máu khớp sau           |
| IV  | Gãy nhiều hơn 3 mảnh máu khớp sau |

### III ĐIỀU TRỊ

#### 1 Điều trị ngoại trú

##### A Chỉ định bảo tồn

- Gãy ngoài khớp không di lệch hoặc di lệch ít.
- Gãy phạm khớp không di lệch.
- Gãy mỏm trước diện tích nhỏ hơn 25% khớp gót hộp.
- Gãy xương ở những bệnh nhân có bệnh lý mạch máu ngoại biên nặng hoặc đái tháo đường phụ thuộc insulin.
- Những bệnh nhân có các bệnh lý nội khoa ngăn cản việc phẫu thuật.
- Gãy xương có kèm theo bóng nước và phù nề nhiều kéo dài, hoặc các chấn thương đe dọa tính mạng.

##### Phương pháp điều trị

Mang nẹp nâng đỡ để giảm bớt khối máu tụ ở gãy ban đầu, thời gian 2-3 tuần tùy trường hợp, sau đó chuyển qua bó bột căng bàn chân tư thế bàn chân gấp trung tính để ngăn co rút bàn chân ngựa và nẹp vớ ép đàn hồi để làm giảm tối thiểu phù nề.

Đi 2 nạng không chống chân đau. Tái khám sau 2-3 tuần tính từ lúc tiếp nhận ban đầu sau khi gãy, khi có bất thường trong thời gian chờ tái khám thì khám lại ngay (như đau nhức nhiều, sưng nhiều hơn...) khám cấp cứu nếu cần.

Các bài tập tầm vận động khớp cổ chân và khớp dưới sên được bắt đầu sớm và giới hạn không chống chân đau được duy trì khoảng 10-12 tuần cho đến khi lành xương trên x quang.

##### B Thuốc sử dụng:

- Giảm đau: Paracetamol
- Kháng viêm: Alphasitrymotrypsin, NSAID, Steroid
- Canxi D
- Theo dõi các dấu hiệu nguy hiểm: sưng, tê, lạnh, tím các đầu ngón tay.

##### C Tái khám:

- Khi có dấu hiệu nguy hiểm cần tái khám ngay. Nếu ổn, tái khám định kỳ sau 1, 3, 6, 8 tuần.
- Chụp XQ kiểm tra ổ gãy mỗi lần tái khám

#### 2 Điều trị nội trú

##### A Chỉ định phẫu thuật:

- Gãy phạm khớp di lệch có liên quan đến máu khớp sau.
- Mỏm khớp trước của xương gót > 25% mặt khớp gót hộp.
- Gãy lồi củ gót di lệch.
- Gãy hở xương gót chọn lọc.

Thời điểm phẫu thuật bệnh nhân gãy xương gót thường kèm theo sưng nề nhiều ở bàn chân cổ chân, cần nhắc tri hoãn ca mổ sau 2-3 tuần đến khi cổ bàn chân giảm sưng nề.

##### B Chuẩn bị

##### 1 Phương tiện

- Bộ dụng cụ KHX chi trên.

- Đinh Kirschner, đinh Kirschner ren, nẹp khóa xương gót, nẹp khóa mắt xích, vít vỏ, vít khóa, vít xóp, vít xóp rỗng, vít Herbert (vít rỗng nén ép chìm đầu), chỉ thép.

- C-arm

## 2 Bệnh nhân

- Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến, biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (tổn thương thần kinh, khớp giả, tai biến do gây tê đám rối...). Nhịn ăn trước 6 giờ.

## 3 Hồ sơ bệnh án

- Ghi đầy đủ, chi tiết các lần thăm khám, hội chẩn, giải thích cho bệnh nhân và gia đình.
- CTiến hành
- Vô cảm: tê tủy thần kinh, mê NKQ.
- Tư thế BN: nằm ngửa nếu đường mổ phía trước; nằm nghiêng nếu đường mổ phía sau.
- Phương pháp:
  - o Đường mổ: rãnh Delta ngực hoặc đường Judet.
  - o Nắn, KHX bằng nẹp – vít ( gãy thân xương), bằng vít xóp/vít rỗng/vít Herbert (gãy ổ chảo), phương pháp nén ép (đinh Kirschner và chỉ thép) với gãy mỏm cùng.

## Gãy ngoài khớp

- Gãy mỏm trước:
  - o Xử trí phẫu thuật cho gãy mỏm trước xương gót khi mảnh gãy >> 25% khớp gót hợp trên phim CT-scan
  - o Bệnh nhân có thể đi trên giày đế gỗ nhưng không được phép đi giày thường 10-12 tuần sau phẫu thuật.
- Gãy giứt lồi củ gót
  - o Chỉ định phẫu thuật: da phía sau có nguy cơ bị ép do mảnh gãy lồi củ gót di lệch.
  - o Phần phía sau của xương nhô lên nhiều ảnh hưởng tới việc mang giày sau này.
  - o Phức hợp cơ bụng chân – cơ dóp bị yếu./
  - o Mảnh gãy lan đến mặt khớp
  - o Điều trị KHX vít nén ép kèm chỉ thép.
- Gãy thân xương gót
  - o Gãy di lệch ít (<1cm) được điều trị bằng cử động sớm và không đi chống chân đau trong 10-12 tuần.
  - o Gãy thân xương gót di lệch nhiều dẫn đến biến dạng vẹo trong / vẹo ngoài, cần bên ngoài, giảm chiều cao gót hoặc trượt lồi củ gót phía sau cần mổ nắn và KHX.
- Gãy mỏm trong hoặc mỏm ngoài
  - o Gãy không di lệch có thể điều trị bằng bó bột căng bàn chân ngấn, đi chống chân đau cho tới khi ổ gãy lành ở tuần 8-10.
  - o Khi ổ gãy di lệch, nên xét nắn kín.
- Gãy phạm khớp
  - o Chỉ định mổ khi gãy phạm khớp di lệch, mục tiêu là phục hồi sự nguyên vẹn khớp dưới sên, phục hồi góc Bohler, phục hồi lại bề rộng và chiều cao bình thường của xương gót, duy trì được khớp gót hợp bình thường, trung hòa biến dạng vẹo trong của ổ gãy.
  - o Mổ nắn KHX thường được thực hiện qua đường rạch da chữ L bên ngoài, cần cẩn thận tránh làm tổn thương thần kinh sural cả ở phía trên và phía dưới. Có thể sử dụng nẹp và vít khóa. Cần kiểm tra C-arm mặt khớp và kiểm tra nẹp vít có phạm khớp hay không. Sau mổ nẹp bó bột căng bàn chân. Khi vết thương ổn chuyển sang bó bột căng bàn chân.



- Mấu khớp sau được nắn và cố định bằng vít nén ép vào mấu chân đế sên. Khớp gót hộp và thành ngoài được nắn lại. Chiều cao của gót được phụ chồi với sự trung hòa vẹo trong. Một nếp mỏng được đặt phía ngoài, được sử dụng như nếp nâng đỡ và có thể ghép xương để phục hồi lại khối lượng xương.
- Gãy kiểu lưỡi có thể nắn kín qua da dưới C-arm (phương pháp Essex Lopresti) và cố định bằng vít nén ép (vít xoắn, vít xoắn rộng, vít Herbert), đinh Steinmann hoặc đinh Kirschner, bó bột cẳng bàn chân.
- Hàn ba khớp hoặc khớp dưới sên thì đầu.

#### D Thuốc sử dụng

- Kháng sinh: Penicilin phổ rộng, Cephalosporin
- Giảm đau: Paracetamol, Tramadol
- Kháng viêm: Alphasitrymotrypsin, NSAID, Steroid
- Nhóm vitamin, khoáng chất hỗ trợ điều trị: Calci, vitamin D, vitamin C, kẽm
- Có thể kết hợp các nhóm thuốc hỗ trợ phòng và chống viêm loét dạ dày: Omeprazol, Pantoprazol, Esomeprazol

#### E Theo dõi sau mổ

- Sưng, đau, chảy máu vết mổ.
- Vận động cảm giác các ngón tay.
- Dấu hiệu tưới máu chi.

#### F Tái khám

- Tái khám sau 1, 3, 6, 8 tuần
- Chụp x quang kiểm tra ổ gãy mỗi lần khám.
- Kiểm tra vận động cảm giác chi.
- Tập phục hồi chức năng
- Các biến chứng:
  - Nhiễm trùng vết mổ, viêm xương,
  - Tổn thương mạch máu, thần kinh
  - Không lành xương, khớp giả
  - Hạn chế vận động chi, teo cơ, cứng khớp

### VII TÀI LIỆU THAM KHẢO

Phác đồ điều trị Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình TP.HCM 2019

## GÃY XƯƠNG SÊN

### I ĐẠI CƯƠNG

- Gãy xương sên là loại gãy xương thường gặp trong các gãy xương vùng cổ chân. Chiếm 2% tất cả các chấn thương ở chi dưới và 5-7% các chấn thương ở bàn chân.
- Cơ chế thường gặp nhất nhất liên quan đến tai nạn xe cộ hoặc té cao với tư thế gập lưng cổ chân quá mức. Cổ xương sên va mạnh vào bờ trước xương chày gây ra gãy cổ xương sên.

### II TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

#### 1 Lâm sàng

- Sưng, đau cổ chân, tầm vận động của bàn chân đau một cách điển hình và có thể gây ra tiếng kêu.
- Sưng bàn chân sau lan rộng kèm theo đau khi sờ vào xương sên và khớp dưới sên.
- Các gãy xương liên quan của cổ bàn chân thường được thấy kèm theo gãy cổ xương sên và thân xương sên.

#### 2 Cận lâm sàng

- XQ cổ chân 3 tư thế: thẳng, nghiêng, tư thế gong chày và XQ bàn chân 3 tư thế: thẳng, nghiêng, chéo.
- XQ tư thế Canale: cho thấy cổ xương sên rõ nhất.
- CT scan: xác định rõ kiểu gãy, đánh giá mặt khớp.
- MRI: đánh giá hoại tử xương sên khi đến muộn hoặc sau khi mổ KHX.

#### 3 Phân độ

Theo giải phẫu xương sên

- Gãy mỏm ngoài xương sên.
- Gãy mỏm sau xương sên.
- Gãy chỏm xương sên.
- Gãy thân xương sên.
- Gãy cổ xương sên.
- Theo Hawkins cho gãy cổ xương sên

- o Type I: không di lệch.
- o Type II: gãy cổ xương sên kèm trật hoặc bán trật khớp dưới sên
- o Type III: gãy cổ xương sên kèm trật khớp cổ chân và khớp dưới sên.
- o Type IV (Canale và Kelly): gãy Hawkins III kèm trật hoặc bán trật khớp sên ghe.



**Type I**

**Type II**

**Type III**

**Type IV**

### III ĐIỀU TRỊ

## 1 Điều trị ngoại trú

### A Chỉ định bảo tồn

#### **Gãy cổ và thân xương sên**

- Gãy Hawkins I, gãy không di lệch.
- Phương pháp:
  - o Bó bột căng bàn chân ngắn 8-12 tuần, không đi chống chân trong 6 tuần cho đến khi có dấu lành xương trên lâm sàng và X quang. Có thể kết hợp xương bằng vít xóp qua da dưới C-Arm trong trường hợp này để tránh di lệch thứ phát, sau đó bó bột căng bàn chân ngắn, xẻ dọc bột nếu cần thiết.
  - o Đi hai nạng không chống chân đau.
  - o Các bài tập tầm vận động khớp cổ chạn và khớp dưới sên được bắt đầu sớm và giới hạn đi không chống chân đau trong 8-12 tuần cho đến khi lành xương trên x quang.

#### **Gãy mỏm ngoài xương sên**

- Bảo tồn với gãy di lệch dưới 2mm trên phim CT scan.
- Phương pháp: Bó bột căng bàn chân ngắn trong 6 tuần và đi không chống chân đau trong 4-6 tuần.

#### **Gãy mỏm sau xương sên**

- Bảo tồn với gãy không di lệch hoặc di lệch ít:
- Phương pháp: Bó bột căng bàn chân ngắn trong 6 tuần và đi không chống chân đau trong 4-6 tuần.

#### **Gãy chỏm xương sên**

- Bảo tồn khi gãy không di lệch.
- Phương pháp: Bó bột căng bàn chân ngắn và thuôn bột để bảo tồn cung dọc bàn chân. Đi cho sngn chân một phần trong 6 phần. Một cung nâng đỡ được đặt trong giày đế nẹp khớp sên ghe trong 3-6 tháng.

### B Thuốc sử dụng:

- Giảm đau: Paracetamol
- Kháng viêm: Alphasitrypsin, NSAID, Steroid
- Canxi D
- Có thể kết hợp các nhóm thuốc hỗ trợ phòng và chống viêm loét dạ dày: Omeprazol, Pantoprazol, Esomeprazol

### C Tái khám:

- Dẫn dò bệnh nhân theo dõi các dấu hiệu chèn ép bột và khám lại ngay khi có dấu hiệu chèn ép bột.
- Tái khám mỗi 2 tuần, tái khám ngay khi có bất thường (đau, sưng nhiều hơn). Chụp XQ kiểm tra ổ gãy mỗi lần tái khám

## 2 Điều trị nội trú

### A Chỉ định phẫu thuật: Khi gãy di lệch hoặc gãy hở.

### B Chuẩn bị

#### 1 Phương tiện

- Bộ dụng cụ KHX chi trên.

- Đinh Kirschner, đinh Kirschner ren, vít xóp, vít xóp rộng, vít Herbert (vít rộng nén ép chìm đầu).

- C-arm

## 2 Bệnh nhân

- Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến, biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (tổn thương thần kinh, khớp giả, tai biến do gây tê đám rối...). Nhịn ăn trước 6 giờ.

## 3 Hồ sơ bệnh án

- Ghi đầy đủ, chi tiết các lần thăm khám, hội chẩn, giải thích cho bệnh nhân và gia đình.

- CTiến hành

- Vô cảm: tê từng thần kinh, mê NKQ.

- Tư thế BN: nằm ngửa

- Phương pháp:

### **Gãy cổ và thân xương sên**

- Mổ KHX bằng vít xóp, vít xóp rộng, vít Herbert dưới sự kiểm soát của C-arm, sau đó bó bột cố bàn chân ngắn và điều trị như Hawkins I. Gãy hở howjc nắn thất bại có chỉ định mổ hở. Các mảnh xương gãy nên được giữ lại tối đa và tránh hàn khớp thì đầu.
- Đường mổ:
  - Đường trước trong: đường này có thể mở rộng từ mở bao khớp tới thiểu sang bộc lộ rộng kèm đục gãy gãy mất cá trong. Đường vào ở ngay bờ trong gân cơ chày trước, cho phép thấy rõ cổ và thân xương sên. Cần cẩn thận bảo vệ rthaafrn kinh và tĩnh mạch hiển, động mạch chày sau.
  - Đường sau ngoài: đường mổ này cho phép tiếp cận thân và mỏm sau xương sên. Đường vào ở giữa gân mác ngắn và gân gấp ngón cái dài từ tồn rãnh ở mỏm sau xương sên.
  - Đường trước bên: đường mổ này cho phép thấy rõ xoang sên, cổ xương sên ở bên ngoài và khớp dưới sên. Tổn thương động mạch xoang sên một cách vô ý có thể xảy ra khi đi bằng đường mổ này.
- Mổ KHX:
  - Hai vít nén ép giữa hai mảnh gãy hoặc các vít không đầu được xuyên vuông góc với đường gãy. Các vít có thể xuyên ngược howjc xuôi dòng. Vít xuyên theo chiều trước sau giữ vững ổ gãy lveef mặt cơ học hơn. Bệnh nhân dùng vít titanium có thể chụp MRI để đánh giá biến chứng hoại tử xương sên. Vùng mất xương hoặc gãy nát nên được ghép xương.
  - Có thể dụng nẹp vít để nâng đỡ vùng xương gãy nát.
  - Sau mổ, bó bột cố bàn chân ngắn trong 8-12 tuần và đi không chống chân đau.

### **Gãy mỏm ngoài xương sên**

- Mổ mổ KHX bằng vít nén ép (vít xóp, vít xóp rộng, vít Herbert) hoặc đinh Kirschner/đinh Kirschner ren bằng đường mổ bên ngoài, các mảnh gãy vụn có thể lấy bỏ.

### **Gãy mỏm sau xương sên**

- Mổ mổ KHX bằng vít nén ép (vít xóp, vít xóp rộng, vít Herbert) hoặc đinh Kirschner/đinh Kirschner ren bằng đường mổ sau ngoài, các mảnh gãy vụn có thể lấy bỏ.

### **Gãy chỏm xương sên**

- Mổ mổ KHX bằng vít nén ép (vít xóp, vít xóp rộng, vít Herbert) hoặc đinh Kirschner/đinh Kirschner ren bằng đường mổ phía trước hoặc phía trước trong, các mảnh gãy vụn có thể lấy bỏ.

## D Thuốc sử dụng

- Kháng sinh: Penicilin phổ rộng, Cephalosporin

- Giảm đau: Paracetamol, Tramadol
- Kháng viêm: Alphasitrymotrypsin, NSAID, Steroid
- Nhóm vitamin, khoáng chất hỗ trợ điều trị: Calci, vitamin D, vitamin C, kẽm
- Có thể kết hợp các nhóm thuốc hỗ trợ phòng và chống viêm loét dạ dày: Omeprazol, Pantoprazol, Esomeprazol

#### E Theo dõi sau mổ

- Đối với trường hợp gãy hở hoặc gãy kín mà cuộc mổ kéo dài, tùy đánh giá của phẫu thuật viên, sau mổ nên làm nẹp bột để tiện việc chăm sóc và theo dõi vết thương. Khi vết thương ổn định có thể bỏ bột cứng bàn chân 8-12 tuần.
- Các bài tập tập tầm vận động khớp cổ chân và khớp dưới sên được bắt đầu sớm và giới hạn không chống chân đau trong 8-12 tuần cho đến khi có dấu lành xương.

#### F Tái khám

- Tái khám sau 1, 3, 6, 8 tuần
- Chụp x quang kiểm tra ổ gãy mỗi lần khám.
- Kiểm tra vận động cảm giác chi.
- Tập phục hồi chức năng
- Các biến chứng:
  - o Nhiễm trùng vết mổ, viêm xương
  - o Hoại tử xương sên: liên quan đến mức độ di lệch ổ gãy ban đầu.
  - o Không lành xương, khớp giả
  - o Hoại tử da
  - o Gân gấp các ngón chèn vào ổ gãy làm nắn kín thất bại, phải mổ hở
  - o Hội chứng chèn ép khoang bàn chân
  - o Tồn thương mạch máu, thần kinh
  - o Hạn chế vận động chi, teo cơ, cứng khớp

## VII TÀI LIỆU THAM KHẢO

Phác đồ điều trị Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình TP.HCM 2019

## HỘI CHỨNG DE QUERVAIN

### I ĐẠI CƯƠNG

- Hội chứng De Quervain ảnh hưởng đến hai gân chi phối vận động ngón cái, đó là gân cơ duỗi ngắn ngón cái và gân cơ dạng dài ngón cái. Hai gân này chi phối hai động tác rất quan trọng của ngón cái là duỗi và dạng ngón cái. Khi thực hiện động tác, hai gân này trượt đi trượt lại dọc theo bờ bên của khớp cổ tay. Ở vùng cổ tay, cả hai gân trượt trong một đường hầm nằm sát đầu dưới của xương quay
- Hai gân trượt trong đường hầm được bao bọc bởi bao hoạt dịch gân, có tác dụng làm trơn để hai gân trượt được dễ dàng. Tình trạng viêm của bao hoạt dịch gân và gân dẫn đến đau, hạn chế vận động của gân trong đường hầm gọi là hội chứng De Quervain
- Nguyên nhân :
  - o Hay gặp ở phụ nữ, do vận động ngón cái quá mức kéo dài như giặt, bế con, dệt.... Các nguyên nhân khác có thể gặp như chấn thương dạng ngón cái quá mức, viêm khớp dạng thấp, lao, sẹo sau phẫu thuật hoặc không rõ nguyên nhân

### II TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

#### 1 Lâm sàng

- Bệnh nhân thường đau vùng ngón cái, đau tăng khi cử động ngón cái
- Sưng đau vùng mỏm trâm xương quay, đau tăng khi vận động ngón cái, đau liên tục, đau nhiều về đêm. Đau có thể lan ra ngón cái và lan lên cẳng tay
- Sờ thấy bao gân phía ngoài mỏm trâm quay dày lên, có thể có nóng đỏ, ấn thấy đau chói  
Khi vận động ngón cái có thể nghe thấy tiếng kêu cọt kẹt  
Test Finkelstein: gấp ngón cái vào trong lòng bàn tay, nắm các ngón tay trùm lên ngón cái, uốn cổ tay nghiêng về phía trụ. Khi bệnh nhân thấy đau chói vùng gân dạng dài và gân duỗi ngón cái hay ở gốc ngón cái là triệu chứng của viêm bao gân

#### 2 Cận lâm sàng;

- Điện cơ thường được dùng để chẩn đoán hội chứng ống cổ tay và các bệnh lý chèn ép thần kinh ngoại biên khác.

#### 3 Phân độ

- Điện cơ đánh giá tính dẫn truyền của thần kinh giữa, phân 3 mức độ gồm nhẹ, trung bình, và nặng.

### III ĐIỀU TRỊ

#### 1 Điều trị ngoại trú

##### A Chỉ định

- ✓ Ngừng lại tất cả các động tác gây đau, đặc biệt là dạng duỗi ngón cái. Tránh những động tác phải sử dụng cổ tay lặp đi lặp lại như: nắm, duỗi cầm, xoắn .
- ✓ Mang nẹp hoặc băng thun cổ tay để ở tư thế trung gian
- ✓ Có thể sử dụng thuốc giảm đau kháng viêm thông thường như : paracetamol, giảm đau kháng viêm NSAID
- ✓ Nếu biện pháp trên thất bại có thể tiêm kháng viêm corticoid tại chỗ vào đường hầm. Có thể tiêm tối đa 3 lần, mỗi lần cách nhau 7-10 ngày

##### B Thuốc sử dụng:

- Giảm đau: Paracetamol,
- Kháng viêm: NSAID, Steroid
- Có thể kết hợp các nhóm thuốc hỗ trợ phòng và chống viêm loét dạ dày: Omeprazol, Pantoprazol, Esomeprazol

Tái khám:

- Sau 2 – 4 tuần, đánh giá hiệu quả điều trị.

## 2 Điều trị nội trú

### A Chỉ định phẫu thuật:

- Nếu các biện pháp trên thất bại ta có thể dùng đến phương pháp phẫu thuật. Mục tiêu của phẫu thuật là tạo nhiều không gian hơn cho gân hoạt động không cọ xát vào đường hầm

### Quy trình phẫu thuật

#### B Chuẩn bị

##### 1 Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật giải áp thần kinh giữa
- Vật tư tiêu hao: Dao 10 hay dao 15, chỉ không tan 3.0 / 4.0, chỉ tan chậm 2.0 / 3.0, gạc, băng thun.

##### 2 Bệnh nhân

- Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến, biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (tê kéo dài giảm dần sau phẫu thuật, đau-chảy máu vết mổ...). Nhịn ăn trước 6 giờ.

##### 3 Hồ sơ bệnh án

- Ghi đầy đủ, chi tiết các lần thăm khám, hội chẩn, giải thích cho bệnh nhân và gia đình.

#### CTiến hành

- Vô cảm: tê tại chỗ + tiền mê
- Tư thế BN: nằm ngửa
- Rạch da 2 cm mồm trâm quay. Bóc tách đến mạc giữ gân duỗi nhóm 1. Rạch dọc mạc giữ gân duỗi.

#### D Thuốc sử dụng:

- Kháng sinh: Penicilin phổ rộng, Cephalosporin
- Giảm đau: Paracetamol,
- Kháng viêm: Alphasitrypsin, NSAID, Steroid
- Có thể kết hợp các nhóm thuốc hỗ trợ phòng và chống viêm loét dạ dày: Omeprazol, Pantoprazol, Esomeprazol

#### E Theo dõi sau mổ

- Sưng, đau, chảy máu vết mổ.
- Vận động cảm giác các ngón tay.
- Dấu hiệu tưới máu chi.

#### F Tái khám

- Tái khám sau 2 tuần, cắt chỉ.

## IV TÀI LIỆU THAM KHẢO

Phác đồ điều trị Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình TP.HCM 2019

## HỘI CHỨNG ỚNG GUYON

### I ĐẠI CƯƠNG

- Hội chứng ớng Guyon là hậu quả của chèn ép thần kinh trụ trong cấu trúc sợi hình ớng tam giác dài khoảng 1.5 cm ở cổ tay. Thành của ớng này gồm dây chằng ngang cổ tay nông ở phía trước, dây chằng ngang cổ tay sâu ở phía sau, xương đậu và dây chằng đậu – móc ở phía trong.

### II TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

#### 1 Lâm sàng

- Dự cảm vùng phân bố cảm giác của thần kinh trụ: ngón V và ½ trong ngón IV.
- Bệnh nhân có teo cơ gian cốt mu tay hoặc có dấu vuốt trụ.
- Dấu Tinel của thần kinh trụ ở cổ tay dương tính.
- Test Froment dương tính ở tay tổn thương.

#### 2 Cận lâm sàng;

- Điện cơ thường được dùng để chẩn đoán hội chứng ớng Guyon và các bệnh lý chèn ép thần kinh ngoại biên khác.

#### 3 Phân độ

- Điện cơ đánh giá tính dẫn truyền của thần kinh trụ, phân 3 mức độ gồm nhẹ, trung bình, và nặng.

### III ĐIỀU TRỊ

#### 1 Điều trị ngoại trú

##### A Chỉ định

- Khi bệnh nhân có triệu chứng nhẹ, không ảnh hưởng nhiều đến cuộc sống và sinh hoạt, không teo cơ gian cốt.
- Đeo nẹp cải căng bàn tay tư thế trung tính.
- Tránh hoạt động lặp đi lặp lại của cổ tay, cầm nắm mạnh, sử dụng cụ rung lắc nhiều (máy khoan).
- Thư giãn cổ tay khi dùng máy vi tính lâu.

##### BThuốc sử dụng:

- Giảm đau: Paracetamol,
- Kháng viêm: NSAID, Steroid
- Nhóm vitamin, thuốc hỗ trợ thần kinh: vitamin B6, Gabapentin, Pregabalin
- Có thể kết hợp các nhóm thuốc hỗ trợ phòng và chống viêm loét dạ dày: Omeprazol, Pantoprazol, Esomeprazol

##### Tái khám:

- Sau 2 – 4 tuần, đánh giá hiệu quả điều trị.

#### 2 Điều trị nội trú

##### A Chỉ định phẫu thuật:

- Triệu chứng tê, đau thường trực, ảnh hưởng chất lượng cuộc sống
- Teo cơ gian cốt, có dấu vuốt trụ
- Phân độ trung bình, nặng trên điện cơ.

##### Quy trình phẫu thuật

##### B Chuẩn bị



### 1 Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật giải áp thần kinh giữa
- Vật tư tiêu hao: Dao 10 hay dao 15, chỉ không tan 3.0 / 4.0, chỉ tan chậm 2.0 / 3.0, gạc, băng thun.

### 2 Bệnh nhân

- Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến, biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (tê kéo dài giảm dần sau phẫu thuật, đau-chảy máu vết mổ...). Nhịn ăn trước 6 giờ.

### 3 Hồ sơ bệnh án

- Ghi đầy đủ, chi tiết các lần thăm khám, hội chẩn, giải thích cho bệnh nhân và gia đình.

### CTiến hành

- Vô cảm: tê tại chỗ + tiền mê
- Tư thế BN: nằm ngửa
- Đánh dấu vị trí xương đầu và mỏm xương móc (1cm lên trên và ra ngoài so với xương đầu).
- Rạch da cong nhẹ bắt đầu từ khoảng giữa xương đầu và mỏm xương móc.
- Đường rạch mở rộng lên trên hướng cổ tay đi về phía quay của gân gấp cổ tay trụ.
- Khi đường rạch da qua cổ tay nên zig zag để tránh sẹo co rút.
- Bộc lộ thần kinh trụ từ đoạn gần đến đoạn xa, xác định thần kinh trụ ở gần mạc giữ gân gấp và đi theo nó qua ống Guyon bằng cách vén gân gấp cổ tay trụ và dây chằng đầu – móc. Cắt dây chằng, cơ gan tay ngắn và mô sợi để giải ép thần kinh trong suốt ống Guyon.
- Đóng vết mổ từng lớp, băng vết mổ.

### D Thuốc sử dụng:

- Kháng sinh: Penicilin phổ rộng, Cephalosporin
- Giảm đau: Paracetamol,
- Nhóm vitamin, thuốc hỗ trợ thần kinh: vitamin B6, Gabapentin, Pregabalin
- Kháng viêm: Alphasitrypsin, NSAID, Steroid
- Có thể kết hợp các nhóm thuốc hỗ trợ phòng và chống viêm loét dạ dày: Omeprazol, Pantoprazol, Esomeprazol

### E Theo dõi sau mổ

- Sưng, đau, chảy máu vết mổ.
- Vận động cảm giác các ngón tay.
- Dấu hiệu tưới máu chi.

### F Tái khám

- Tái khám sau 2 tuần, cắt chỉ.

## IV TÀI LIỆU THAM KHẢO

Phác đồ điều trị Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình TP.HCM 2019

## GÃY CHÔM QUAY

### I ĐẠI CƯƠNG

- Chòm quay được tính từ cổ xương quay trở lên, mặt khớp trên lõm hình đĩa tiếp khớp với chòm con xương cánh tay và mặt khớp nằm viên xung quanh chòm quay tiếp khớp với hõm sigma nhỏ của đầu trên xương trụ.

### II TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

#### 1 Lâm sàng

- Đau, sưng, cứng vùng khuỷu và cẳng tay.
- Biến dạng khuỷu.
- Hạn chế gấp duỗi khuỷu, sấp ngửa cẳng tay.
- Đau chói vùng chòm quay.

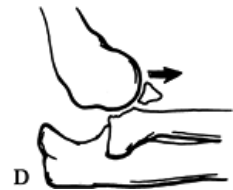
#### 2 Cận lâm sàng

- XQ khuỷu thẳng và nghiêng
- C.T. scan khuỷu.

#### 3 Phân độ

Theo Mason

- Loại I: gãy không di lệch
- Loại II: gãy viên chòm quay có di lệch
- Loại III: gãy nhiều mảnh
- Loại IV: gãy kèm trật khớp khuỷu



### III ĐIỀU TRỊ

#### 1 Điều trị ngoại trú

##### A Chỉ định

- Bệnh nhân trẻ tuổi, gãy ít hoặc không di lệch; (Mason I, II) hoặc bệnh nhân lớn tuổi có nhiều bệnh nội khoa không đảm bảo an toàn phẫu thuật.
- Phương pháp: bó bột hoặc nẹp bột cánh bàn tay: khuỷu gấp 90° trong 6 tuần.

Thuốc sử dụng:

- Giảm đau: Paracetamol
- Kháng viêm: Alprazolam, NSAID, Steroid
- Canxi D
- Theo dõi các dấu hiệu nguy hiểm: sưng, tê, lạnh, tím các đầu ngón tay.

Tái khám:

- Khi có dấu hiệu nguy hiểm cần tái khám ngay. Nếu ổn, tái khám định kỳ sau 1-2 tuần.
- Chụp XQ kiểm tra ổ gãy mỗi lần tái khám

#### 2 Điều trị nội trú

A Chỉ định: gãy di lệch (từ 2mm trở lên), Mason II, III, IV

- Phương pháp: mổ KXH hoặc cắt bỏ chòm, hoặc thay chòm.

##### B Chuẩn bị

##### i Phương tiện

- Bộ dụng cụ KXH chi trên.
- Nẹp vít thường, nẹp khóa bàn ngón tay chữ T, L, Y; đinh Kirschner, chỉ thép, vít khóa, vít vỏ, vít xóp, vít Herbert, vít xóp rộng...

##### ii Bệnh nhân

- Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến, biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (tổn thương thần kinh quay, khớp giả, tai biến do gây tê đám rối...). Nhịn ăn trước 6 giờ.

### iii Hồ sơ bệnh án

Ghi đầy đủ, chi tiết các lần thăm khám, hội chẩn, giải thích cho bệnh nhân và gia đình.

### CTiến hành

- Vô cảm: tê từng thần kinh, mê NKQ.
- Tư thế BN: nằm ngửa, nằm nghiêng 90°.
- Đường mổ: Đường bên ngoài khuỷu (đường Kocher)
- Kỹ thuật
  - o Gãy Mason II, III: mổ nắn, KHX bằng các phương tiện khác nhau như đinh Kirschner, nẹp khóa, vít khóa, vít vỏ, vít rộng ruột, vít Herbery... Trường hợp gãy Mason III ở gãy nhiều mảnh phức tạp, có thể cắt bỏ chỏm quay.
  - o Gãy Mason IV: trước tiên nắn trật khớp khuỷu, rồi KHX như gãy Mason II, III.

### D Thuốc sử dụng

- Kháng sinh: Penicilin phổ rộng, Cephalosporin
- Giảm đau: Paracetamol, Tramadol
- Kháng viêm: Alphasitrypsin, NSAID, Steroid
- Nhóm vitamin, khoáng chất hỗ trợ điều trị: Calci, vitamin D, vitamin C, kẽm
- Có thể kết hợp các nhóm thuốc hỗ trợ phòng và chống viêm loét dạ dày: Omeprazol, Pantoprazol, Esomeprazol

### E Theo dõi sau mổ

- Sung, đau, chảy máu vết mổ.
- Vận động cảm giác các ngón tay.
- Bắt mạch quay, dấu hiệu tưới máu chi.

### F Tái khám

- Tái khám sau 1, 2 tuần
- Chụp x quang kiểm tra ổ gãy mỗi lần khám.
- Kiểm tra vận động cảm giác chi.
- Tập phục hồi chức năng
- Các biến chứng:
  - o Nhiễm trùng vết mổ, viêm xương,
  - o Tổn thương mạch máu, thần kinh
  - o Khớp giả
  - o Hạn chế vận động chi, teo cơ, cứng khớp

## VII TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Phác đồ điều trị Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình TP.HCM 2019
- Chapman's Orthopaedic Surgery, 3rd Edition

## XỬ TRÍ CƠ BẢN VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM

### 1. Định nghĩa

---

Vết thương là sự cắt đứt hay dập rách da và tổ chức dưới da hoặc các tổ chức khác của cơ thể. Vết thương có thể là vết thương kín hoặc vết thương hở.

-Vết thương kín (VT bên trong) là loại VT để cho máu thoát ra ngoài hệ thống tuần hoàn nhưng không chảy ra khỏi cơ thể. Loại này bao gồm: bầm tím, tụ máu dưới da.

-Vết thương hở (VT bên ngoài) là loại vết thương để cho máu chảy ra khỏi cơ thể. Loại này bao gồm: các vết trích rạch, vết thương đâm xuyên hoặc thậm chí là vết trượt xây xát trên da.

- Trên thực tế có nhiều vết thương vừa là VT kín vừa là VT hở.

### 2. Phân loại vết thương

---

- Vết thương sạch.
- Vết thương ô nhiễm (dơ).
- Vết thương nhiễm khuẩn.

### PHƯƠNG CÁCH ĐIỀU TRỊ CÁC LOẠI VẾT THƯƠNG

| LOẠI     | SẠCH                       | Ô NHIỄM                                                         |                                                                            | NHIỄM KHUẨN                                          |
|----------|----------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| ↓        | Vết thương sạch<br>Cầm máu | Tích cực chăm sóc vết thương tại chỗ: cắt lọc, rửa, cầm máu,... |                                                                            | Rửa sạch vết thương<br>Dẫn lưu<br>Không khâu kín     |
|          | ↓                          | Nếu sớm & ít yếu tố ngăn trở<br>↓                               | Nếu trễ & có nhiều yếu tố ngăn trở (vật lạ, mô hoại tử, máu nuôi kém)<br>↓ | ↓                                                    |
|          |                            | Khâu ngay lần đầu hoặc ghép da                                  | Khâu trì hoãn kể cả ghép da hoặc để lành kiểu mô hạt                       |                                                      |
| ĐIỀU TRỊ | Khâu ngay lần đầu          | ↓                                                               | ↓                                                                          | Lành kiểu mô hạt hoặc khâu thứ phát. Ghép da nếu cần |
| ↓        | ↓                          |                                                                 |                                                                            | ↓                                                    |
| KẾT QUẢ  | Tốt nhất                   | Tốt                                                             | Khá                                                                        | Xấu nhất                                             |

### 3. Thuốc

- Kháng sinh: Cefuroxime, klamentin, cefixime... hoặc Quinolon
- Thuốc giảm đau: Hapacol, paracetamol...
- Thuốc chống viêm: Celecoxib, meloxicam, alpha choay...
- Tùy theo từng trường hợp mà cho chính ngừa SAT

#### Tài liệu tham khảo:

- .Phẫu thuật thực hành- Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

## GẤY XƯƠNG BÁNH CHÈ

### I. Đặc điểm chung:

- Xương bánh chè nằm trong hệ thống duỗi gối, che chở mặt trước khớp gối. Mặt sau xương bánh chè liên quan trực tiếp với khớp gối->nên gãy xương bánh chè là gãy xương phạm khớp.
- Xương bánh chè là xương vùng to nhất cơ thể, tăng cường sức mạnh cho khớp gối, cho căng chân-> do đó trong điều trị khi lấy bỏ xương bánh chè thì không làm ảnh hưởng nhiều mà chỉ làm giảm sức mạnh của hoạt động chức năng tại khớp gối.
- 8. Gãy xương bánh chè chiếm 2 -4 % tổng số các trường hợp gãy xương.
- 9. Gãy xương bánh chè nếu điều trị sớm-đúng pp sẽ cho kết quả tốt.

### II. Chẩn đoán:

1. Lâm sàng:
  - Đau chói vị trí khớp gối.
  - Không nâng chân lên được khỏi mặt ngang nhưng vẫn gập gối được và đi lại được khi chân duỗi thẳng.
  - Biến dạng chi.
  - Ấn có điểm đau chói.
  - Lao xao xương.
  - Dấu hiệu gián cách xương bánh chè( cử động bất thường).
  - Tràn dịch khớp gối.
  - Bất lực vận động duỗi gối.
2. Cận lâm sàng:
  - XQ Nghiêng cho giá trị hơn Thẳng( do xương bánh chè bị che khuất).

### III. Chẩn đoán phân biệt:

1. Bong gân khớp gối:
    - Vẫn nhấc gót chân lên được khỏi mặt giường.
  2. Tổn thương sụn chêm:
    - Vẫn đi lại được.
    - Có hiện tượng kẹt khớp tái diễn( đang đi tự nhiên khớp gối bị mắc cứng lại, không gập-duỗi được, phía gối nghỉ 2-3 phút, xoa xoa tại chỗ rồi sau đó đi lại bình thường).
    - Cù: Nghiệm pháp Steimann (+).
    - Nghiệm pháp Mc Murray (+).
    - XQ sau bơm hơi khớp gối: Thấy rõ vị trí rách sụn chêm.
    - CT/MRI.
    - Nội soi ổ khớp->Tốt nhất hiện nay.
  3. Đứt dây chằng chéo:
    - Đau vùng khớp gối.
    - Bất lực vận động gần như hoàn toàn.
    - Biến dạng khớp gối.
    - Dấu hiệu ngăn kéo( +).
    - Dấu hiệu Lachmann.
- Chẩn đoán chủ yếu dựa vào LS.

### IV. Biện chứng:

1. Teo cơ tứ đầu đùi, xơ hoá, vôi hoá dây chằng bao khớp-> Hạn chế vận động gập duỗi gối gây ảnh hưởng xấu tới phục hồi chức năng chi thể.
2. Liên lệch( -> thoái hoá khớp gối).
3. PT kết xương->Biện chứng Trời đình, tụt đình, đứt dây thép.
4. Viêm mũi khớp gối.
5. Khớp giả.

### V. Nguyên nhân và cơ chế:

1. Chấn thương trực tiếp: Thường gặp ngã đập đầu gối xuống đất/đập gối vào vật cứng khi gối đang ở tư thế gập/đánh trực tiếp vào từ xương bánh chè.
2. Chấn thương gián tiếp: ít gặp hơn( người chơi thể thao do cơ gập căng chân đột ngột).

### VI. Đặc điểm tổn thương GPB:

1. Vị trí gãy:

Có thể gãy ngang chính giữa, gãy ở bờ trên/cực dưới( hay gấp).

Có thể( ít gặp) gãy theo chiều dọc/chiều dày.

2.Đường gãy:

Có thể gãy ngang,nhiều mảnh,gãy dọc.

3.Di lệch:

Khi gãy ngang: hay gấp di lệch giản cách( do đầu trên xương bánh chè bị kéo lên trên và hơi chệch ra ngoài do cơ tứ đầu đùi).

**VII. Điều trị:**

**1.Bảo tồn:**

1.1.CĐ: Gãy xương bánh chè có di lệch giản cách < 3mm và chênh diện khớp ở mặt sau xương bánh chè < 1mm/gãy rạn xương bánh chè.

1.2.PP:

- Chọc hút hết máu tụ trong khớp( kim 16/18).

- Bó bột đùi –cổ-bàn chân trong tư thế gối duỗi hoàn toàn( máng bột/tren có rạch dọc) trong 8-10W.

- Tập vận động.

-Thuốc giảm đau: Hapacol, paracetamol...

-Thuốc chống viêm: Celecoxib, meloxicam, alphachoay...

-Sinh tố: Calci

**2.Phẫu Thuật:**

2.1.CĐ: Gãy xương bánh chè có giản cách > 3 mm và gãy ngang.

2.2.PP:

- Tốt nhất là pp kết xương bằng cách xuyên 2 đinh Kirschner song song và buộc néo ép số 8 dựa trên nguyên lý cột trụ của Pauwels.

Ưu: đơn giản,cố định vững chắc ổ gãy,tập vận động được sớm,càng tập càng nhanh liền xương( thường tập vận động sau 2W).

- PP khâu cố định xương bánh chè bằng chỉ thép.

- PP buộc vòng thép quanh chu vi xương của Berger: Dùng cho gãy xương bánh chè nhiều mảnh.

2.3.Hậu phẫu:

- Dịch truyền và nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch không quá lâu.

- Kháng sinh: Cephalosporin II, III.Augmentin. Tùy tổn thương có phối hợp với Metronidazol, Ampicillin& sulbactam với Metronidazol

Sau 5-7 ngày có thể đổi kháng sinh uống như Cefuroxime, Klamentin... hoặc các Quinolon

- Giảm đau (Hapacol, paracetamol...)

- Chống phù nề, chống viêm (Alphachoay, celecoxib, meloxicam...)

- Giảm cơ: Eperison,Mephesisin....

- Sinh tố: Calci.

*Tài liệu tham khảo: Kho dữ liệu Phác đồ điều trị Ngành Y tế TPHCM - Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình*

## GẤY MẮT CÁ CHÂN

### I. KHÁI NIỆM :

- Gãy 2 mắt cá là gãy đầu dưới xương mác và mấu trâm chày kèm đứt hoặc không đứt dây chằng chày mác dưới
- Gãy mắt cá ngoài+ toác gọng chày mác
- Gãy bờ sau mặt khớp chày sên của đầu dưới xương chày gọi là gãy mắt cá thứ 3

### II. PHÂN LOẠI :

\* Giúp định hướng điều trị tiên lượng, tổng kết nghiên cứu

#### 1. Phân loại theo Weber và Danis :

- Loại A: gãy 2 mắt cá dưới dây chằng chày mác(không tổn thương dây chằng chày mác dưới)
  - Loại B: gãy 2 mắt cá ngang với dây chằng chày mác dưới (có tổn thương dây chằng chày mác dưới hoặc không )
  - Loại C: gãy 2 mắt cá , trong đó mắt cá ngoài trên dây chằng chày mác dưới. Tổn thương dây chằng chày mác dưới và màng gian cốt
2. Loại gãy 3 mắt cá của Volkmann(1952) là gãy bờ sau mặt khớp chày sên đầu dưới xương chày+ gãy 2 mắt cá
3. Gãy hở mắt cá

### III. ĐIỀU TRỊ :

\* Nguyên Tắc Điều Trị :

- Phục hồi cấu trúc giải phẫu mắt cá, đảm bảo độ vững chắc của gọng chày mác cổ chân
- Đảm bảo xương lành tốt không nhiễm trùng.
- Phục hồi chức năng khớp cổ chân và toàn thân.

#### 1. SƠ CỨU :

- Đau sưng biến dạng sau chấn thương vùng cổ chân cố định tạm chuyển
- XQ : xác định gãy xương mắt cá

#### 2. ĐIỀU TRỊ THẬT SỰ : Dựa vào phân loại trên

##### a.Điều trị bảo tồn: nắn kín và bó bột cẳng bàn chân

- Thuốc giảm đau: Hapacol, paracetamol...
- Thuốc chống viêm: Celecoxib, meloxicam, alphachoay...
- Giảm cơ: Eperison, Mephenesin....
- Sinh tố: Calci

##### b.Phẫu thuật

- Gãy hở : cắt lọc - KHX
- Gãy kín :
- Loại A và B : Nắn bột cng bàn chân. XQ kiểm tra tốt giữ bột 6 -8 tuần. Tập vận động trong bột- XQ sau nắn không tốt : mổ KHX
- Loại C : – Mổ KHX. Chú ý phục hồi dây chằng chày mác dưới
- Loại gãy 3 mắt cá : diện tích khớp đầu dưới xương chày ( theo diện trước sau ) lớn hơn 1/3 thì mổ KHX

#### 3. CÁC PHƯƠNG TIỆN KHX : nẹp vis, vis xoắn, chỉ thép, kim kischner.

##### a. Hậu phẫu:

- Dịch truyền và nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch không quá lâu.
- Kháng sinh: Cephalosporin II, III.Augmentin. Tùy tổn thương có phối hợp với Metronidazol, Ampicillin& sulbactam với Metronidazol
- Sau 5-7 ngày có thể đổi kháng sinh uống như Cefuroxime, Klamentin... hoặc các Quinolon
- Giảm đau (Hapacol, paracetamol...)
- Chống phù nề, chống viêm (Alphachoay, celecoxib, meloxicam...)
- Sinh tố: Calci
- Giảm cơ: Mephenesin, Eperison.

##### b. XQ KIỂM TRA SAU NẮN KHÔNG TỐT LÀ KHI :

- Khe khớp không đều hoặc toác rộng gọng chày mác
- Kênh mặt khớp > 3mm
- Chèn mảnh gãy trong khe khớp



- Chèn dây chằng , bao khớp vào ổ gãy không nắn sửa xương tốt được.

4. **TẬP VLTL :**

- Tập vận động trong bột – sau 4 tuần có thể đi chống chân chịu 1 phần sức nặng trong bột
  - Tiếp tục tập vận động cổ chân sau khi bỏ bột
  - Ca mổ KHX tập vận động cổ chân sớm
- 

*Tài liệu tham khảo: Kho dữ liệu Phác đồ điều trị Ngành Y tế TPHCM - Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình*

---

## THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM THẮT LƯNG

### A. TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN

- Đau theo rễ thần kinh + Đau lưng
- Hội chứng chùm đuôi ngựa
- Đã được chẩn đoán nơi khác

### B. BỆNH LÝ

#### I. ĐẠI CƯƠNG

- Thoát vị đĩa đệm (TVĐĐ) là tình trạng nhân nhầy đĩa đệm thoát ra khỏi vị trí bình thường trong vòng xơ, gây chèn ép ống sống hay rễ thần kinh,
- Thoát vị: nhân đệm di lệch khu trú ( $<50\%$  hay  $180^\circ$ ) vượt ngoài chu vi đĩa đệm: Khu trú:  $<25\%$  chu vi, Vừa:  $25\% - 50\%$  chu vi, Lồi: mảnh vỡ không có “cổ”, Vỡ ra: Mảnh vỡ có “cổ” (2 loại: mảnh rời hẵn, mảnh vỡ dính).

#### II. CHẨN ĐOÁN

##### 1. Đặc điểm lâm sàng

- Khởi đầu đau lưng, vài ngày vài tuần, hoặc đau đột ngột đau theo rễ thần kinh, thường khi đó đau lưng giảm. Đau tăng khi làm nặng, ho, nhảy mũi, rặn, giảm khi nghỉ ngơi hay khi gấp gối và cúi.
- Thường không dám vận động mạnh. Tuy nhiên, giữ quá lâu một tư thế (đứng, ngồi hay nằm) cũng gây ra đau, do đó cần phải thay đổi tư thế trong vài phút đến 10- 20 phút.
- Triệu chứng bàng quang, như tiểu khó, tiểu gắt hay tiểu không hết, thường gặp trong những trường hợp nặng.

##### 2. Thăm khám

###### a. Dấu hiệu gợi ý chèn ép rễ bao gồm

- Triệu chứng rễ thần kinh: đau xuống chi dưới, yếu vận động chi dưới, thay đổi cảm giác theo khoanh cảm giác da, giảm phản xạ gân xương.

Dấu hiệu căng rễ thần kinh dương tính (nghiệm pháp Lasègue + ....). Đau khi ấn dọc đường đi của dây thần kinh.

###### b. Dấu hiệu căng rễ thần kinh

- Nghiệm pháp Lasègue: Bệnh nhân nằm ngửa, nâng chân từ từ trong tư thế duỗi gối cho đến khi đau xuất hiện (thường dưới  $60^\circ$ ). Dương tính khi đau theo đường đi của dây thần kinh. Nghiệm pháp Lasègue nhạy với  $L_5$  và  $S_1$ , rễ  $L_4$  ít nhạy hơn, những rễ thần kinh thắt lưng khác rất ít nhạy.

- Nghiệm pháp Cram, nghiệm pháp căng đùi (nghiệm pháp Lasègue ngược), nghiệm pháp Bowring, nghiệm pháp duỗi gối không gối ghe.

**Bảng 1.** Biểu hiện triệu chứng theo tầng thoát vị

|                      | <b>Tầng đĩa đệm thắt lưng</b>     |                              |                                   |
|----------------------|-----------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
|                      | <b>L3-4</b>                       | <b>L4-5</b>                  | <b>L5S<sub>1</sub></b>            |
| Rễ thường bị chèn ép | L <sub>4</sub>                    | L <sub>5</sub>               | S <sub>1</sub>                    |
| Tỷ lệ % đĩa đệm bị   | 3%-10%(TB5%)                      | 40% - 45%                    | 45% -50%                          |
| Giảm PXGX            | Phản xạ gối                       | Gân vùng khoeo               | Phản xạ gót                       |
| Yếu vận động         | Cơ tứ đầu đùi (đuối gối)          | Cơ chày trước (bàn chân rớt) | Cơ bụng chân (gấp lòng bàn chân)  |
| Giảm cảm giác        | Mất cá trong và bờ trong bàn chân | Ngón I và mu bàn chân        | Mất cá ngoài và bờ ngoài bàn chân |
| Vị trí đau           | Mặt trước đùi                     | Mặt sau chân                 | Mặt sau chân, thường đến cổ chân  |

**c. Hội chứng chùm đuôi ngựa**

- *Dấu hiệu lâm sàng:* Rối loạn cơ vòng: ứ đọng nước tiểu; tiêu tiểu không tự chủ; trương lực cơ vòng hậu môn giảm. Mất cảm giác vùng hội âm. Yếu 2 chi dưới. Đau thắt lưng và/hoặc đau thần kinh tọa. Mất phản xạ gân gót hai bên. Rối loạn chức năng tình dục.

- Nguyên nhân do đĩa đệm bị vỡ một mảnh lớn ở đường giữa, chủ yếu tại tầng L4L5, thường xảy ra ở bệnh nhân có tình trạng hẹp ống sống, dị tật tủy bẩm sinh...

**d. Những điểm quan trọng của bệnh lý đĩa đệm thắt lưng**

- Ổ thắt lưng, rễ thần kinh ra ở bên dưới và ngay dưới chân cung của đốt sống.
- Khoang đĩa đệm nằm cách xa dưới chân cung.
- Không phải tất cả bệnh nhân có 5 đốt sống thắt lưng.

**3. Cận lâm sàng: Hình ảnh học**

**a. X quang:** Cần chụp tư thế cúi ngửa tối đa. Giúp phát hiện những bất thường bẩm sinh và hình ảnh thoái hóa...

**b. MRI:** MRI được lựa chọn đầu tiên. Thuận lợi: Cung cấp thông tin tốt hơn ở bình diện đứng dọc, thấy rõ hình ảnh mô mềm, không xâm lấn và không bị nhiễu xạ. Bất lợi: khó thực hiện ở bệnh nhân đau nhiều hay sợ nhốt kín, đánh giá xương không tốt, đắt tiền, khó đọc kết quả ở trường hợp vẹo cột sống.

**c. CT cột sống thắt lưng – cùng:** CT có thể phát hiện phần lớn bệnh lý cột sống. Thuận lợi: hình ảnh xương rõ, không xâm lấn, bệnh nhân ngoại trú được, nhanh, rẻ. Bất lợi: không khảo sát bình diện đứng dọc, độ nhạy thấp.

**d. Myelogram/CT:** độ nhạy 62% - 100% và đặc hiệu 83% -94%. Thuận lợi: cung cấp thông tin trên bình diện đứng dọc, đánh giá được chùm đuôi ngựa. Bất lợi: xâm lấn, bệnh nhân phải nằm viện, có thể có tác dụng phụ (đau đầu, buồn nôn, động kinh).

**e. Điện cơ:** Khi nghi ngờ bệnh lý khác (bệnh lý thần kinh cơ, bệnh lý tủy....) hoặc bệnh lý rễ chưa chắc chắn.

**III. ĐIỀU TRỊ****1. Nội khoa bảo tồn**

- Thay đổi sinh hoạt: nghỉ tại giường 2-4 ngày khi đau theo rễ nhiều: Hạn chế khuân nặng, ngồi lâu, cúi ngửa hay vận cột sống thắt lưng. Trong tháng đầu tập thể dục nhẹ nhàng giúp cơ thể giảm suy nhược, tập tăng dần mang lại kết quả tốt, chỉ ngưng tập khi đau.

- Thuốc giảm đau: Acetaminophene hay NSAIDS đầu tiên. Giảm đau mạnh hơn (á phiện) khi đau dữ dội và không dùng quá 2-3 tuần.

- Thuốc giãn cơ: Eperisone, mephenesin,..tác dụng chưa rõ, có hệ tác dụng phụ (li bì, uể oải), dùng dưới 2-3tuần.
- Giáo dục cho bệnh nhân.
- Liệu pháp xoa bóp cột sống (Spinal manipulationtheraphy-SMT).
- Tiêm ngoài màng cứng: hiệu quả không rõ ràng.

## **2. Điều trị ngoại khoa**

### **➤ Chỉ định:**

- Điều trị nội khoa trung bình 6 tuần không hiệu quả.
- “Phẫu thuật cấp cứu”: hội chứng chùm đuôi ngựa, khiếm khuyết vận động tiến triển, hay bệnh nhân đau không chịu được dù thuốc giảm đau mạnh.
- Bệnh nhân không kiên nhẫn điều trị nội khoa.

### **➤ Bệnh viện chuyên tuyến trên.**

*Tài liệu tham khảo: Kho dữ liệu Sở Y tế TPHCM*

## THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỔ

### I. ĐẠI CƯƠNG

Thoát vị đĩa đệm (TVĐĐ) cổ có thể gây ra chèn ép rễ thần kinh hay tủy sống. Vì vậy bệnh cảnh biểu hiện có thể bệnh lý tủy (myelopathy), bệnh lý rễ (radiculopathy) hay phối hợp cả hai.

### II. CHẨN ĐOÁN

#### 1. Biểu hiện lâm sàng

Ở vùng cổ, rễ thần kinh đi ra trên chân cung của đốt sống cùng tên và ngay dưới chân cung của đốt sống trên. Khoang đĩa đệm nằm ngay phần dưới của chân cung.

**Bảng 1. Hội chứng rễ thần kinh cổ**

|                         | Đĩa đệm cổ             |                                                 |                            |                    |
|-------------------------|------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------|--------------------|
|                         | C4-5                   | C5-6                                            | C6-7                       | C7-T <sub>1</sub>  |
| Tỷ lệ (%)               | 2                      | 19                                              | 69                         | 10                 |
| Rễ thần kinh bị chèn ép | C <sub>5</sub>         | C <sub>6</sub>                                  | C <sub>7</sub>             | C <sub>8</sub>     |
| Giảm phản xạ            | Cơ ngực lớn & cơ delta | Cơ nhị đầu và cơ cánh tay quay                  | Cơ tam đầu                 | Gấp các ngón tay   |
| Yếu vận động            | Delta                  | Gấp cẳng tay                                    | Duỗi cẳng tay (bàn tay rú) | Cơ nội tại bàn tay |
| Dị cảm và giảm cảm giác | Vùng vai               | Phía trên cánh tay, ngón cái, bên quay cẳng tay | Ngón 2, 3 và đầu các ngón  | Ngón 4,5           |

**2. Chẩn đoán phân biệt:** Thoái hóa cột sống cổ (kể cả viêm mấu khớp), bong gân cột sống cổ, gãy cột sống cổ do chấn thương hay bệnh lý, đau thần kinh vùng chẩm-cổ, bất thường khớp chẩm-cổ, đau thần kinh-cơ, hội chứng Eegle.

**3. Các dấu hiệu giúp phát hiện bệnh lý rễ thần kinh cổ:** Phần lớn TVĐĐ cổ gây hạn chế vận động cổ. Ngửa cổ thường gây đau tăng. Một số trường hợp giảm đau bằng cách nâng cánh tay và đặt bàn tay sau hay đỉnh đầu. Dấu L'hermitte dương tính (cảm giác giống điện giật lan xuống cột sống).

#### 4. Dấu hiệu khác

– **Dấu Spurling:** đau lan theo rễ khi người khám đè tay lên vùng đỉnh trong khi đầu nghiêng về bên đau. Nguyên nhân do gây hẹp lỗ liên hợp và làm đĩa đệm phồng. Tương tự như dấu Lasègue trong thoát vị đĩa đệm thắt lưng.

– **Kéo cột sống cổ:** kéo dọc trục với trọng lượng 10-15kg làm triệu chứng bệnh lý rễ của bệnh nhân giảm hay mất.

– **Nghiệm pháp dạng vai:** bệnh nhân ngồi, nâng bàn tay BN lên trên đầu, triệu chứng rễ thần kinh giảm hay mất.

#### 5. Cận lâm sàng:

– **MRI:** lựa chọn đầu tiên để chẩn đoán. Độ chính xác thấp hơn Myelography- CT (khoảng 85%-90%), nhưng không xâm lấn. Với bệnh lý tủy, MRI có giá trị chẩn đoán trên 95%.

– **CT VÀ MYELOGRAM-CT:** CT khi không thực hiện được MRI, MRI không đủ chẩn đoán hay khi cần xem chi tiết xương. Myelogram-CT là xét nghiệm xâm lấn, cần nhập viện, chẩn đoán chính xác bệnh đĩa đệm cổ tới 98%.

### III. ĐIỀU TRỊ:

**1. Điều trị nội khoa:** trên 90% bệnh nhân bị bệnh lý rễ thần kinh cổ cấp tính do TVĐĐ cổ có thể cải thiện mà không cần phải phẫu thuật. Điều trị bảo tồn gồm: giảm đau đầy đủ, thuốc giãn cơ, thuốc chống viêm (non-steroid hay steroid) ngắn hạn và kéo cột sống cổ (ngày kéo 2-3 lần, mỗi lần 10-15 phút với trọng lượng 4-6kg).

**2. Phẫu thuật:** phẫu thuật được chỉ định nếu điều trị bảo tồn thất bại hay khiếm khuyết thần

kinh tiến triển mặc dù đã điều trị bảo tồn.  
➤ Bệnh viện chuyển lên tuyến trên.

*Tài liệu tham khảo: Kho dữ liệu Sở Y tế TPHCM*

# SẢN KHOA

## QUI TRÌNH KHÁM THAI

### 1. BA THÁNG ĐẦU: (tính từ ngày đầu kinh cuối đến 13 tuần 6 ngày)

- **Khám lần đầu:** xác định có thai, vị trí thai, tình trạng thai, tuổi thai, đánh giá tiền căn và sức khỏe mẹ, lập sổ khám thai (khi thai đã có tim thai).

+ **Khám lâm sàng:** khám âm đạo bằng mỏ vịt và bằng tay.

+ **Cận lâm sàng:**

- Siêu âm ( lần 1): Xác định vị trí thai, tuổi thai, tình trạng thai
- Xét nghiệm máu tổng quát khi siêu âm có tim thai: Tổng phân tích tế bào máu, nhóm máu, HIV, giang mai, HBsAg, Rubella, đường huyết lúc đói.
- Tổng phân tích nước tiểu.
- Đo ECG.
- Tầm soát bệnh Thalassemia.
- Các cận lâm sàng liên quan khi các cận lâm sàng đã thực hiện có kết quả bất thường.

+ **Bổ sung viên sắt/folic (60mg/400mcg):**

- Dự phòng: uống 1 viên/ngày.
- Điều trị: các trường hợp thiếu máu thiếu sắt liệu điều trị tùy theo từng thai phụ (phác đồ điều trị của Bệnh viện về thiếu máu thiếu sắt).

+ **Tư vấn chuyển khám chuyên khoa các trường hợp có chỉ định:** khám gan mật khi HBsAg (+), khám da liễu khi VDRL (+), khám nội tiết, khám tim mạch.....

+ Tư vấn về dinh dưỡng, vệ sinh, sinh hoạt, lịch tái khám.

### - Khám lần 2: lúc thai từ 11 – 13 tuần 6 ngày

+ Siêu âm đo độ mờ da gáy.

+ Tư vấn thai phụ làm xét nghiệm Combined test.

+ Tư vấn thai phụ làm xét nghiệm NIPT các trường hợp nguy cơ cao.

+ Các cận lâm sàng bổ sung khi thai phụ có bất thường.

+ **Bổ sung viên sắt/folic (60mg/400mcg):**

- Dự phòng: uống 1 viên/ngày.
- Điều trị: các trường hợp thiếu máu thiếu sắt liệu điều trị tùy theo từng thai phụ (phác đồ điều trị của Bệnh viện về thiếu máu thiếu sắt).

+ **Bổ sung Canxi:** 500mg - 1000mg/ngày.

+ Tư vấn khám chuyên khoa khi có chỉ định.

+ Tư vấn về dinh dưỡng, vệ sinh, sinh hoạt, lịch tái khám.

### 2. BA THÁNG GIỮA: (tính từ tuần 14 đến 28 tuần 6 ngày): 1 tháng khám 1 lần hay khi có bất thường

#### - Khám lâm sàng:

+ Phát hiện các bất thường của thai phụ: hở eo tử cung (chỉ định khâu eo tử cung khi thai từ 14 đến 18 tuần), bệnh lý buồng trứng, tiền sản giật, dọa sảy thai to hoặc dọa sinh non, đái tháo đường thai kỳ.

+ Theo dõi sự phát triển của thai: trọng lượng mẹ, bẻ cao tử cung, tim thai.

+ Phát hiện những bất thường của thai kỳ: đa thai, đa ối, nhau tiền đạo.....

+ Tư vấn khám tiền sản cho những thai phụ có nguy cơ cao hoặc siêu âm phát hiện bất thường, chuyển tuyến trên các trường hợp có u buồng trứng tồn tại đến thai 16 tuần hay các trường hợp hở eo tử cung.

+ Tư vấn khám chuyên khoa khi có chỉ định.

+ **Tuổi thai từ 15 – 20 tuần:** tư vấn làm xét nghiệm tripble test hoặc làm xét nghiệm NIPT (các trường hợp nguy cơ cao) cho những thai phụ chưa thực hiện sàng lọc ở ba tháng đầu.

+ **Tuổi thai từ 24 – 28 tuần:** tư vấn làm nghiệm pháp dung nạp 75g đường.



+ **Tiêm ngừa VAT.**

+ **Bổ sung viên sắt/folic (60mg/400mcg):**

- Dự phòng: uống 1 viên/ngày.
- Điều trị: các trường hợp thiếu máu thiếu sắt liều điều trị tùy theo từng thai phụ (phác đồ điều trị của Bệnh viện về thiếu máu thiếu sắt).
- + **Bổ sung Canxi:** 500mg - 1000mg/ngày.
- + Tư vấn về dinh dưỡng, vệ sinh, sinh hoạt, theo dõi thai máy, lịch tái khám.
- + Tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ.

**- Cận lâm sàng:**

+ **Siêu âm hình thái học thai nhi khi thai từ 20 – 24 tuần.**

+ Siêu âm thai theo dõi sự phát triển của thai: siêu âm mỗi 2 – 4 tuần tùy theo tình trạng thai.

+ Tổng phân tích nước tiểu : mỗi 4 tuần hay khi có các bất thường.

+ Xét nghiệm 75g đường: tuổi thai từ 24 tuần hay khi nghi ngờ đái tháo đường thai kỳ.

+ Những xét nghiệm chuyên biệt theo y lệnh BS: bệnh tim, thận, tuyến giáp, u buồng trứng, nhiễm siêu vi B.....

**3. BA THÁNG CUỐI: ( tính từ tuần 29 đến tuần 40 )**

+ Thai 29 – 32 tuần: khám 1 lần.

+ Thai 32 – 36 tuần: khám mỗi 2 tuần.

+ Thai > 36 tuần: khám mỗi 5 -7 ngày.

+ Khám khi có các triệu chứng bất thường.

**- Khám lâm sàng:**

+ Theo dõi sự phát triển của thai: trọng lượng mẹ, bề cao tử cung, tim thai.

+ Điều trị viêm nhiễm đường sinh dục (nếu có).

+ **Thai từ tuần 36 cần xác định:** ngôi thai, ước lượng cân thai, khung chậu, tiên lượng sinh thường hay sinh khó.

+ Phân loại thai kỳ nguy cơ cao.

+ Tư vấn tình trạng thai cho thai phụ, hướng dẫn theo dõi cử động thai và các triệu chứng bất thường (ra huyết âm đạo, ra nước ối, đau bụng từng cơn, phù, nhức đầu, chóng mặt ).

+ Tư vấn chuẩn bị đồ cho mẹ và bé khi sinh, tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ sau sinh.

+ **Chuyển tuyến trên các trường hợp thai kỳ nguy cơ cao khi thai 38 tuần hay khi có triệu chứng bất thường.**

+ **Bổ sung viên sắt/folic (60mg/400mcg):**

- Dự phòng: uống 1 viên/ngày.
- Điều trị: các trường hợp thiếu máu thiếu sắt liều điều trị tùy theo từng thai phụ (phác đồ điều trị của Bệnh viện về thiếu máu thiếu sắt).
- + **Bổ sung Canxi:** 500mg - 1000mg/ngày

**- Cận lâm sàng:**

+ Tổng phân tích nước tiểu: mỗi lần khám (mỗi 2 tuần).

+ Siêu âm: Lặp lại mỗi 1 hoặc 2 tuần (tùy vào tình trạng thai) hay khi có triệu chứng bất thường.

+ Siêu âm màu thai (khi thai > 28 tuần): khi nghi ngờ thai chậm phát triển, tăng huyết áp, đái tháo đường thai kỳ, dây rốn bám rìa, mạch máu tiền đạo. Lặp lại mỗi 2 tuần hoặc khi có chỉ định.

+ Non stress test: khi thai từ 34 tuần và có chỉ định.

+ Các cận lâm sàng phát sinh khi có chỉ định.

+ Những xét nghiệm chuyên biệt theo y lệnh BS: bệnh tim, thận, tuyến giáp.....

**\*Xét nghiệm máu tổng quát trước sinh cho các thai phụ khi có dấu hiệu chuyển dạ.**

**\*Các trường hợp thai quá ngày dự sinh: thai từ 40 tuần 1 ngày đến 40 tuần 6 ngày**

+ Tái khám ngoại trú mỗi 3 ngày và đo NST.

+ Hướng dẫn các dấu hiệu cần nhập viện ngay.

**\*Có thể siêu âm nhiều lần hơn nếu cần.**

**Tài liệu tham khảo:**

- Kho dữ liệu của sở y tế
- Phác đồ điều trị sản phụ khoa – Bệnh viện Từ dũ năm 2019
- Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2016

**VIÊM ÂM HỘ ÂM ĐẠO DO NẤM CANDIDA ALBICANS**

---

**I./ CHẨN ĐOÁN**

**1. Lâm sàng:**

- Ngứa âm hộ, âm đạo, đôi khi có cảm giác nóng, tiểu rát, giao hợp đau.
- Âm hộ, âm đạo viêm đỏ.
- Huyết trắng đục, đặc, lợn cợn thành mảng giống như sữa đông.

**2. Cận lâm sàng:**

- Soi tươi: có sợi tơ nấm hoặc bào tử nấm.

**II./ ĐIỀU TRỊ**

**1. Thuốc uống:**

- Fluconazole 150mg uống 1 viên duy nhất hoặc mỗi 72 giờ x 3 lần
- Itraconazole 100mg uống 2 viên/ngày x 3 ngày

**2. Thuốc đặt âm đạo:** cho người có gia đình hoặc BN độc thân đồng ý sử dụng.

- Miconazole hay Clotrimazole 100mg đặt 1 viên/ngày x 6 ngày hoặc
- Miconazole hay Clotrimazole 200mg/lần/ngày x 3 ngày hoặc
- Econazol 150mg đặt 1 viên/ngày x 3 ngày hoặc
  - Clotrimazole 500mg đặt 1 viên duy nhất
  - Phối hợp với policresulen 90mg đặt 1 viên/ngày x 6 ngày.

**3. Thuốc bôi âm hộ:**

- Ketoconazole, clotrimazole bôi âm hộ ngày 3 lần x 14 ngày

**4. Thuốc rửa âm hộ:**

- Dung dịch Bicarbonat

**III./ CHÚ Ý**

- Phụ nữ có thai và cho con bú không sử dụng thuốc uống.
- Tái khám sau khi kết thúc điều trị 3 ngày: nếu hết nấm thì có thể bỏ túc thêm 1 đợt điều trị nữa, nếu không hết nấm thì đổi sang thuốc khác.
- Tái phát nhiều lần thì thử glycemie, điều trị cho bệnh tiểu đường, điều trị dự phòng tái phát.

**VIÊM ÂM ĐẠO DO GARDNERELLA VAGINALIS**

---

**I./ CHẨN ĐOÁN**

**1. Lâm sàng:**

- Huyết trắng nhiều màu vàng xám hôi, nhất là sau giao hợp
- PH âm đạo > 4,5

**2. Cận lâm sàng:**

- Whiff test (+): nhỏ KOH 10% sẽ có mùi hôi như cá ươn.
- Phết âm đạo: nhiều Clue cell (> 20% quang trường), ít BC.

**II. ĐIỀU TRỊ**

**1. Thuốc uống:**

- Metronidazole 500mg x 2 lần/ngày x 7 ngày, hoặc 2g/ngày liều duy nhất, hoặc
- Secnidazole 500mg x 2 lần/ngày x 7 ngày, hoặc 2g/ngày liều duy nhất, hoặc
- Clindamycin 300mg x 2 lần/ngày x 7 ngày.

**2. Thuốc đặt âm đạo:** có thể sử dụng phối hợp viên đặt âm đạo 1 viên/ngày x 7 – 10 ngày

- Viên tổng hợp chứa metronidazol + cloramphenicol + nystatin + dexamethason acetat hoặc
- Viên tổng hợp chứa metronidazol + neomycin + nystatin
- Có thể phối hợp với policresulen 90mg đặt 1 viên/ngày x 6 ngày.

**3. Thuốc rửa âm hộ:**

- Đồng sulfat hoặc
- Acid lactic + lactoserum atomisat.

**III. CHÚ Ý**

- Metronidazole không sử dụng trong 3 tháng đầu thai kỳ.

## VIÊM ÂM ĐẠO DO TẠP TRÙNG

---

### I. CHẨN ĐOÁN:

- Huyết trắng nhiều không đặc hiệu.
- Phết tế bào không tìm thấy nấm, trichomonas hay clue cell, có nhiều bạch cầu.

### II. ĐIỀU TRỊ:

#### 1. Đặt âm đạo:

- Chỉ cần đặt kháng sinh tại chỗ: Viên thuốc phối hợp đặt âm đạo 1 viên/ ngày x 7-10 ngày.
- Viên tổng hợp chứa Nystatin + neomycin + polymyxin B hoặc
- Viên tổng hợp chứa metronidazol + cloramphenicol + nystatin + dexamethason acetat hoặc
- Viên tổng hợp chứa metronidazol + neomycin + nystatin
- Có thể phối hợp với policresulen 90mg đặt 1 viên/ngày x 6 ngày

#### 2. Thuốc rửa âm hộ:

- Đồng sulfat hoặc
- Acid lactic + lactoserum atomisat.

## VIÊM ÂM ĐẠO DO TRICHOMONAS

---

### I. CHẨN ĐOÁN:

#### 1. Lâm sàng:

- Huyết trắng nhiều, màu vàng hay xanh loãng, có bọt, mùi tanh, có thể gây ngứa, tiểu rát.

#### 2. Cận lâm sàng:

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

### II. ĐIỀU TRỊ:

#### 1. Thuốc uống:

- Metronidazole/secnidazole/tinidazole 2g uống liều duy nhất, hoặc
- Metronidazole/secnidazole/tinidazole 500mg x 2 lần/ngày x 7 ngày.

#### 2. Thuốc đặt âm đạo:

- Có thể đặt thêm thuốc viên tổng hợp có Metronidazole 1 viên/ngày x 7 – 10 ngày.

#### 3. Thuốc rửa âm hộ:

- Đồng sulfat hoặc
- Acid lactic + lactoserum atomisat.

### III. CHÚ Ý:

- Luôn luôn điều trị cho bạn tình: Metronidazole 2g uống liều duy nhất.

## VIÊM ÂM ĐẠO DO THIẾU NỘI TIẾT

---

### I. CHẨN ĐOÁN:

#### 1. Lâm sàng:

- Thường là viêm không đặc hiệu, khí hư ít, có mũ có thể lẫn máu.
- Cảm giác đau trần, tức hạ vị, nóng rát âm hộ, âm đạo, tiểu lắt nhắt, tiểu buốt.
- Niêm mạc âm đạo nhợt nhạt, có thể có nhiều chấm xuất huyết, đau khi khám.

#### 2. Cận lâm sàng:

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

### II. ĐIỀU TRỊ: sử dụng thuốc tại chỗ, sử dụng kháng sinh khi có bội nhiễm.

- Estriol 0,5mg đặt âm đạo 1 viên/ngày x 14 ngày, hoặc
- Estrogen cream thoa âm đạo 1 lần/ngày x 14 ngày, hoặc
- Promestriene 10mg đặt âm đạo 1 viên/ngày x 14 ngày, hoặc
- Promestriene cream bôi âm hộ, âm đạo 1 lần/ngày x 14 ngày hoặc
- Promestrien + clorquinaldol đặt âm đạo 1 viên/ngày x 14 ngày
- Có thể cân nhắc sử dụng Estriol 1mg uống 1 viên/ngày x 14 ngày

## VIÊM CỔ TỬ CUNG

---

### I. CHẨN ĐOÁN:

#### 1. Lâm sàng:

- Có nhiều huyết trắng màu vàng hay xanh từ cổ trong CTC ra.

- Cổ tử cung lộ tuyến, viêm đỏ, phù nề, dễ chảy máu.

## 2. Cận lâm sàng:

- Nhuộm Gram huyết trắng: nhiều bạch cầu, có song cầu Gram âm ( nhiễm lậu cầu).
- Xét nghiệm PCR để chẩn đoán Chlamydia.

## II. ĐIỀU TRỊ:

### 1. Viêm âm đạo do lậu cầu:

- Cefixime 400mg uống liều duy nhất, hoặc
- Ciprofloxacin 500mg uống liều duy nhất, hoặc
- Ofloxacin 400mg uống liều duy nhất, hoặc
- Ceftriaxone 250mg tiêm bắp liều duy nhất
- Kết hợp với:
  - + Doxycycline 100mg uống 1 viên x 2 lần/ngày x 14 ngày, và
  - + Metronidazole 500mg uống 1 viên x 2 lần/ngày x 14 ngày.
- Có thể kết hợp với Promestrien + clorquinaldol đặt âm đạo 1viên/ngày x 14 ngày

### 2. Viêm âm đạo do Chlamydia:

- Doxycycline 100mg uống 1 viên x 2 lần/ngày x 7 ngày, hoặc
- Ofloxacin 200mg uống 1 viên x 2 lần/ngày x 7 ngày, hoặc
- Erythromycin 500mg uống 1 viên x 4 lần/ngày x 7 ngày, hoặc
- Azithromycin 1g uống liều duy nhất
- Có thể kết hợp với Promestrien + clorquinaldol đặt âm đạo 1viên/ngày x 7 - 14 ngày

## III. CHÚ Ý

- Luôn luôn điều trị cho bạn tình: Metronidazole 2g uống liều duy nhất.
- Nếu có thai chỉ dùng Ceftriaxone, Erythromycin, Azithromycin.
- Nếu XN lậu (+) thì tư vấn xét nghiệm HIV, VDRL, HbsAg.

## VIÊM SINH DỤC DO HERPES

### I. CHẨN ĐOÁN: chủ yếu dựa vào lâm sàng

#### 1. Lâm sàng:

- Sốt, đau cơ, khí hư đục như mủ, hạch bẹn(+) đau.
- Sang thương là những bóng nước, nổi lên từng mảng, sau đó vỡ ra thành một vết loét rộng, nông, đau, bông rát, kéo dài 2-3 tuần.

#### 2. Cận lâm sàng: nếu có điều kiện

- Cây virus
- Phết tế bào: thể vùi trong tế bào
- Kỹ thuật miễn dịch huỳnh quang (đáy vết loét)
- Phản ứng huyết thanh: tăng gấp 4 lần (2-3 tuần).

## II. ĐIỀU TRỊ: tùy giai đoạn bệnh

### 1. Giai đoạn cấp:

- Acyclovir 400mg uống 3 lần/ngày x 7-10 ngày, hoặc
- Famcyclovir 250mg uống 3 lần/ngày x 7-10 ngày, hoặc
- Valacyclovir 1g uống 2 lần/ngày x 7-10 ngày.

### 2. Giai đoạn tái phát:

- Acyclovir 400mg uống 3 lần/ngày x 5 ngày, hoặc
- Famcyclovir 125mg uống 2 lần/ngày x 5 ngày, hoặc
- Valacyclovir 1g uống 1 lần/ngày x 5 ngày.

### 3. Có thể kết hợp với: thuốc bôi, kháng sinh nếu có bội nhiễm, giảm đau, vệ sinh tại chỗ.

## III. CHÚ Ý

- Không điều trị trong 3 tháng đầu thai kỳ.
- Không nên sinh đường âm đạo nhằm tránh lây nhiễm cho con.
- Khả năng lây nhiễm cho bạn tình rất cao.

## SÙI MÀO GÀ SINH DỤC

### I. NGUYÊN NHÂN:

- Siêu vi HPV type 6, 11

- Gây ra nhiều tổn thương ở niêm mạc và da
- Lây qua đường tình dục

**II. CHẨN ĐOÁN:** dựa vào lâm sàng là chính

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

**III. ĐIỀU TRỊ:** chuyển điều trị chuyên khoa da liễu.

---

*Tài liệu tham khảo:*

- *Phác đồ điều trị sản phụ khoa – Bệnh viện Hùng Vương năm 2014*
- *Hướng dẫn điều trị sản phụ khoa – Bệnh viện Nhân dân Gia định 2015*
- *Kho dữ liệu Phác đồ điều trị Ngành Y tế TPHCM – BV Từ Dũ*

## **I. TUỔI DẬY THÌ**

---

### **1. Siêu âm đánh giá nội mạc tử cung:**

- Nội mạc mỏng:
  - + Transamin 500mg uống 1 viên x 3 lần/ngày x 5-10 ngày
  - + Estrogen uống 1 viên x 2 lần/ngày x 5-10 ngày
  - + Sắt folic uống 1 viên x 2 lần/ngày x 5-10 ngày
  - + Tái tạo chu kỳ bằng thuốc ngừa thai viên phối hợp 1 viên/ngày liên tục 1-3 tháng.
- Nội mạc dày:
  - + Transamin 500mg uống 1 viên x 3 lần/ngày x 5-10 ngày
  - + Dydrogesterone (Duphaston 10mg), Norethisterone 5mg uống 1 viên x 2 lần/ngày x 5-10 ngày
  - + Sắt folic uống 1 viên x 2 lần/ngày x 5-10 ngày
  - + Tái tạo chu kỳ bằng thuốc ngừa thai viên phối hợp 1 viên/ngày liên tục 1-3 tháng.

### **2. Nếu tái phát điều trị tương tự lần đầu thêm 1-2 đợt.**

## **II. TUỔI SINH ĐẸ**

---

### **1. Xét nghiệm loại trừ có thai (test thai nhanh hoặc beta HCG).**

### **2. Siêu âm:**

- Nội mạc mỏng:
  - + Transamin 500mg uống 1 viên x 3 lần/ngày x 5-10 ngày
  - + Estrogen uống 1 viên x 2 lần/ngày x 5-10 ngày
  - + Sắt folic uống 1 viên x 2 lần/ngày x 5-10 ngày
  - + Tái tạo chu kỳ bằng thuốc ngừa thai viên phối hợp 1 viên/ngày liên tục 1-3 tháng.
- Nội mạc dày:
  - + Transamin 500mg uống 1 viên x 3 lần/ngày x 5-10 ngày
  - + Progestin (Lynestrenol 5mg, Dydrogesterone 10mg, Norethisterone 5mg) uống 1 viên x 2 lần/ngày x 5-10 ngày
  - + Sắt folic uống 1 viên x 2 lần/ngày x 5-10 ngày
  - + Tái tạo chu kỳ bằng thuốc ngừa thai viên phối hợp 1 viên/ngày liên tục 1-3 tháng.

## **III. TUỔI TIỀN MÃN KINH**

---

### **1. Loại trừ nguyên nhân ác tính: siêu âm, nạo sinh thiết từng phần**

- Transamin 500mg uống 1 viên x 3 lần/ngày x 5-10 ngày
- Progestin (Lynestrenol 5mg, Dydrogesterone 10mg, Norethisterone 5mg) uống 1 viên x 2 lần/ngày x 5-10 ngày
- Sắt folic uống 1 viên x 2 lần/ngày x 5-10 ngày

### **2. Dùng progestin (Orgametril 5mg, Norethisterone 5mg) nửa chu kỳ sau liên tục 3-6 tháng**

*Tài liệu tham khảo: Phác đồ điều trị sản phụ khoa – Bệnh viện Hùng Vương năm 2014*

- Kho dữ liệu Phác đồ điều trị Ngành Y tế TPHCM – BV Từ Dũ

## RỐI LOẠN TIỀN MÃN KINH

### I. ĐỊNH NGHĨA

---

- Là giai đoạn 2-5 năm trước khi mãn kinh
- Giảm hoặc thiếu progesteron, cường Estrogen tương đối, FSH và LH tăng.

### II. LÂM SÀNG

---

- Tăng tính thấm thành mạch: đau vú, dễ bị phù.
- Tăng phân bào ở mô vú và nội mạc tử cung.
- Chất nhớt CTC trong và lỏng suốt chu kỳ.
- Rối loạn kinh nguyệt.
- Hội chứng tiền kinh: tăng cân, chướng bụng, trằn bụng dưới, đau vú, lo âu, căng thẳng, bất an.

### III. ĐIỀU TRỊ

---

- Thuốc ngừa thai thế hệ mới: khi không có chống chỉ định và có nhu cầu ngừa thai. Sử dụng tối đa đến 50 tuổi phải đổi sang nội tiết thay thế.
- Progestins: được sử dụng khi không có nhu cầu ngừa thai và được dùng trong 10 ngày mỗi tháng.
- Vitamin E.
- Tập thể dục, yoga, thư giãn.
- Ăn nhiều rau quả tươi, ăn cá, ít ăn thịt.

*Tài liệu tham khảo:*

- *Phác đồ điều trị sản phụ khoa – Bệnh viện Hùng Vương năm 2014*
- *Kho dữ liệu Phác đồ điều trị Ngành Y tế TPHCM – BV Từ Dũ*



## TĂNG SINH NỘI MẠC TỬ CUNG

### I. PHÂN LOẠI

---

gồm 4 nhóm

1. Tăng sinh đơn giản điển hình (2% => K NMTC).
2. Tăng sinh đơn giản không điển hình (23% => K NMTC).
3. Tăng sinh phức tạp điển hình (8% => K NMTC).
4. Tăng sinh phức tạp không điển hình (23% => K NMTC).

### II. YẾU TỐ NGUY CƠ

---

**1. Tuổi dậy thì** (không phóng noãn).

**2. Phụ nữ trẻ, tiền mãn kinh, mãn kinh** (suy giảm progesterone)

- Nội sinh: béo phì, u buồng trứng sản xuất estrogen, thiếu năng buồng trứng, hội chứng buồng trứng đa nang.

- Ngoại sinh: sử dụng estrogen đơn thuần.

- Các bệnh lý đi kèm như cao huyết áp, tiểu đường.

**3. Hậu mãn kinh:**

- Sử dụng estrogen đơn thuần, có thể do estrogen nội sinh.

- Do thuốc Tamoxifen.

### III. CHẨN ĐOÁN

---

**1. Lâm sàng:**

- Xuất huyết âm đạo bất thường, đau trần vùng hạ vị.

- Khám: âm đạo có huyết chảy ra từ buồng tử cung, có thể đi kèm u buồng trứng.

**2. Cận lâm sàng:**

- Siêu âm: Nội mạc tử cung dày  $\geq 4\text{mm}$  (mãn kinh),  $> 9\text{mm}$  (đầu chu kỳ kinh). Có thể có u buồng trứng, buồng trứng đa nang.

- Test thai nhanh: âm tính.

- Nạo sinh thiết từng phần gởi GPBL.

### IV. ĐIỀU TRỊ

---

điều kiện đầu tiên là mẫu nạo sinh thiết đã được lấy cẩn thận không bỏ sót tổn thương

**1. Tăng sinh đơn giản điển hình:**

- Trẻ tuổi và chưa mãn kinh:

+ Thuốc ngừa thai phối hợp chu kỳ ít nhất 6 tháng

+ Progestins nên liên tục ít nhất 12-14 ngày/tháng x 3-6 tháng (MPA 10mg/ngày, norethisterone 5-15mg/ngày, lynestrenol 5-10mg/ngày....).

+ Sau đó theo dõi: chu kỳ kinh nguyệt và rụng trứng, NMTC và sinh thiết NMTC khi có xuất huyết TC bất thường.

- Tuổi mãn kinh: chuyển bv tuyến trên điều trị.

**2. Các nhóm khác:** chuyển BV tuyến trên điều trị.

*Tài liệu tham khảo: Phác đồ điều trị sản phụ khoa – Bệnh viện Hùng Vương năm 2014*

- Kho dữ liệu Phác đồ điều trị Ngành Y tế TPHCM – BV Từ Dũ

## LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG

### I. GIỚI THIỆU

#### 1. Định nghĩa

Lạc nội mạc tử cung (LNMTC) là bệnh lý liên quan đến sự xuất hiện của các tuyến nội mạc tử cung và mô đệm ở một vị trí khác ngoài lòng tử cung. Sự hiện diện của mô lạc chỗ này gợi ý một quá trình viêm mạn phụ thuộc estrogen.

#### 2. Tần suất mắc:

- 6 – 10% phụ nữ trong tuổi sinh đẻ
- 20 – 50% phụ nữ vô sinh
- 71 – 87% phụ nữ có đau vùng chậu mạn

#### 3. Yếu tố nguy cơ:

- Tiền sử gia đình có người mắc bệnh LNMTC
- Cấu trúc đường sinh dục bất thường và tắc nghẽn hành kinh
- Có kinh sớm trước 11 tuổi, có kinh nhiều, kinh kéo dài, chu kỳ kinh ngắn < 27 ngày
- Chưa sinh đẻ, hiếm muộn, ít sinh con có nguy cơ cao hơn sinh nhiều

### II. CHẨN ĐOÁN

#### 1. Tiền căn bản thân và gia đình có liên quan đến LNMTC

Tuổi và tính chất kinh nguyệt, các yếu tố nguy cơ liên quan sinh sản, quá trình dùng thuốc ngừa thai uống hoặc nội tiết, thuốc hãm phẫu thuật có liên quan tới LNMTC, ung thư phụ khoa

#### 2. Triệu chứng điển hình

- Đau: có chu kỳ, đau chu kỳ gặp ở trẻ thành niên
- + Đau bụng kinh dữ dội
- + Đau sâu khi giao hợp
- + Tiểu đau
- + Tiểu đau
- + Đau lưng hay khó chịu ở bụng
- + Đau vùng chậu mạn tính (đau bụng không có chu kỳ và đau vùng chậu ít nhất 6 tháng). Thỉnh thoảng đau bụng cấp khi vỡ hoặc xoắn u LNMTC BT
- + Triệu chứng theo chu kỳ hoặc quanh kỳ kinh gợi ý LNMTC: đau chân, đau thần kinh hông, ra máu hậu môn và tiêu máu, khó thở (tràn khí màng phổi do LNMTC màng phổi)
- Hiếm muộn
- Không có triệu chứng, chỉ phát hiện tình cờ với một bệnh lý khác, khi chẩn đoán hình ảnh, khi phẫu thuật
- Cần chẩn đoán phân biệt đau do:
- + Bệnh lý viêm vùng chậu mãn tính, dính vùng chậu, rối loạn tiêu hóa và những nguyên nhân khác của đau vùng chậu mãn tính
- + Bệnh nhân đau bụng kinh nên phân biệt đau bụng kinh nguyên phát và thứ phát
- + Bệnh nhân giao hợp đau chẩn đoán phân biệt bệnh viêm vùng chậu mãn, u nang buồng trứng và triệu chứng tử cung ngả sau
- + Đau bụng đột ngột như thai ngoài tử cung, viêm vùng chậu cấp, xoắn phần phụ và vỡ nang hoàng thể hoặc nang buồng trứng

#### 3. Khám lâm sàng:

Không phát hiện bất thường (LNMTC nhẹ); tổn thương LNMTC dễ đánh giá và phát hiện khi đang hành kinh:

- Tổn thương LNMTC quan sát thấy ở vết mổ, may TSM, âm đạo, cổ tử cung (bị lệch, di động kém). Nốt thâm nhiễm sâu sờ được ở dây chằng tử cung – cùng hay túi cùng Douglas, vách trực tràng – âm đạo.
- Tử cung có thể ngã sau, bình thường hoặc lớn, di động kém
- Hai phần phụ có thể sờ thấy trong u LNMTC ở buồng trứng

#### 4. Cận lâm sàng:

- Siêu âm: cho hình ảnh điển hình của u LNMTC buồng trứng

- + Siêu âm ngả âm đạo/trực tràng giúp phát hiện tổn thương thâm nhiễm sâu vùng chậu, trực tràng, vách âm đạo/trực tràng.
- + Siêu âm Doppler cho thấy thành nang phân bố mạch máu ít, không có dấu hiệu nghi ngờ ác tính

### III. ĐIỀU TRỊ

#### \* Nguyên tắc điều trị dựa vào:

- Vấn đề chính của bệnh nhân (đau, hiếm muộn, khối u LNMTC)
- Tuổi
- PARA

#### \* Mục tiêu:

- Giảm đau vùng chậu
- Hạn chế can thiệp ngoại khoa
- Bảo tồn khả năng sinh sản

#### 1. Liệu pháp theo dõi:

Khi không có chỉ định điều trị nội hay ngoại khoa:

- + Bệnh nhân không có triệu chứng hoặc nhẹ và đang muốn có thai
- + Bệnh nhân lớn tuổi sắp mãn kinh và có triệu chứng nhẹ

#### 2. Điều trị nội khoa:

Hiệu quả điều trị giảm đau tối thiểu sau 3 tháng

##### a. Giảm đau kháng viêm non-steroid (NSAID):

Đáp ứng với đau bụng kinh nguyên phát hơn LNMTC, thường dùng với thuốc ngừa thai phối hợp hoặc liệu pháp nội tiết khác trong giai đoạn đầu trị liệu

##### b. Thuốc ngừa thai phối hợp (COCs):

Uống theo chu kỳ hoặc liên tục là lựa chọn đầu tiên trong điều trị nội khoa đau do LNMTC. Điều trị COCs liên tục có thể ngăn ngừa đau bụng vì tránh được hành kinh. Sau 3 tháng điều trị không hiệu quả nên chuyển sang liệu pháp nội tiết khác.

##### c. Liệu pháp progestin:

- Norethisteron acetate: uống 5-20mg mỗi ngày có hiệu quả trong thống kinh và đau vùng chậu mãn. Duy trì mật độ xương (BMD) nhưng làm giảm HDL, tăng LDL, TG(triglycerides). Xét nghiệm HDL, LDL, TG khi trị liệu > 6 tháng và nếu bệnh nhân nguy cơ tăng cholesterol nên XN trước và sau 3 tháng trị liệu.

- Depo medroxyprogesterone acetate (DMPA): 104-150mg/3 tháng tiêm bắp hoặc tiêm dưới da, chỉ định trong LNMTC sót lại sau cắt tử cung có hoặc không cắt phần phụ. Không dùng cho bệnh nhân mong có thai, đôi khi gây rong huyết kéo dài khó điều chỉnh và giảm mật độ xương khi dùng lâu dài. Tình trạng mật xương khi sử dụng DMPA sẽ trở lại mức độ như trước khi điều trị sau 12 tháng.

- Medroxyprogesterone (MPA) uống: 10mg x 3 lần/ngày tối đa 100mg/ngày, được chọn lựa cho bệnh nhân muốn có thai.

- Danazol: 600-800mg/ngày là một androgen có hiệu quả cao nhưng tác dụng phụ androgenic trầm trọng, tăng lipid và nguy cơ ung thư buồng trứng nên ít sử dụng lâu > 6 tháng.

#### 3.3 Điều trị ngoại khoa: Chuyển tuyến trên điều trị

Chỉ định:

- + Điều trị nội thất bại.
- + Tình trạng đau bụng cấp ngoại khoa
- + U LNMTC buồng trứng chưa loại trừ khả năng ác tính
- + Can thiệp để hỗ trợ có thai

### IV. THEO DÕI VÀ TIỀN LƯỢNG

LNMTC là bệnh lý phổ biến, mãn tính tiến triển phức tạp, lâm sàng đa dạng ảnh hưởng chất lượng cuộc sống do đau, hiếm muộn, nguy cơ tái phát cao. Tỷ lệ ung thư xuất phát từ mô LNMTC 0,7 – 1%. Điều trị nội khoa giảm đau 80 – 90%, giảm kích thước nhưng không loại bỏ được tổn thương LNMTC, tái phát khi ngưng điều trị, nhiều tác dụng phụ, không cải thiện tỷ lệ có thai trong hiếm muộn. Điều trị nội khoa kéo dài cần theo dõi biến chứng do tác dụng phụ thuốc gây ra. Nguy cơ mãn kinh sớm ở bệnh nhân phẫu thuật tận gốc. Nên có kế hoạch quản lý và điều trị lâu dài đối với từng cá thể bệnh khác nhau.

---

*Tài liệu tham khảo:*

*- Phác đồ điều trị sản phụ khoa – Bệnh viện Hùng Vương năm 2014.*

### I. CHẨN ĐOÁN

---

#### 1. Lâm sàng:

- Bệnh nhân có thai kèm ra máu âm đạo lượng ít đỏ tươi hoặc bầm đen.
- Có thể trằn bụng dưới, đau âm ỉ vùng hạ vị hoặc đau lưng.
- Khám: cổ tử cung dài đóng kín, tử cung to tương đương tuổi thai.

#### 2. Cận lâm sàng:

- Siêu âm: thấy hình ảnh túi ối và thai trong buồng tử cung, có thể có hình ảnh khối máu tụ quanh trứng hay gai nhau (nếu bóc tách trên 50% tiền lượng máu).
- Định lượng beta HCG.
- Xét nghiệm TPTTBM, CRP, Glycemie (nếu cần).

### II. ĐIỀU TRỊ

---

- Nằm nghỉ, ăn nhẹ, tránh táo bón.
- Alverine citrate 40mg uống 2 viên x 2 lần/ngày
- Progesteron (Utrogestan 100mg) 2-3 viên/ngày (uống hoặc đặt âm đạo), hoặc
- Dydrogesterone (Duphaston 10mg) uống 1 viên x 2 lần/ngày.
- Tư vấn cho thai phụ những tiến triển có thể xảy ra, tránh lao động nặng, tránh giao hợp ít nhất 2 tuần sau khi hết ra máu âm đạo.

---

#### Tài liệu tham khảo:

- *Phác đồ điều trị sản phụ khoa – Bệnh viện Hùng Vương năm 2014*
- *Kho dữ liệu Phác đồ điều trị Ngành Y tế TPHCM – BV Từ Dũ*

### SÃY THAI 3 THÁNG ĐẦU THAI KỲ

#### I. SÃY THAI KHÓ TRÁNH:

##### 1. Chẩn đoán:

- Lâm sàng:
  - + Có thai ra huyết âm đạo nhiều đỏ tươi, đau hạ vị từng cơn ngày càng tăng.
  - + Khám: CTC xóa mờ, có thể vỡ ối.
- Cận lâm sàng:
  - + Siêu âm đánh giá tình trạng thai
  - + Xét nghiệm TPTTBM, nhóm máu, glycemie, đông máu, beta HCG.

##### 2. Điều trị:

- Tư vấn cho thai phụ khả năng diễn tiến sảy thai.
- Nhập viện theo dõi.
- Chờ sảy thai tự nhiên hoặc Misoprostol 200mcg ngậm (nếu ra huyết vừa, tổng trạng bình thường) + Lactate Ringer 500ml (truyền TM) XX giọt/phút.
- Nạo hút thai cầm máu (nếu ra huyết nhiều):
  - + Lactate Ringer 500ml (truyền TM) XX Xgiọt/phút.
  - + Atropin 0,25mg 1 ống (TDD).
  - + Fentanyl 100mg 1/3 ống pha loãng TMC.
  - + Doxycyclin 100mg uống 1 viên x 2 lần/ngày x 7 ngày.
- + Nạo hút thai + GPBL
- + Có thể sử dụng Oxytocin 5đv 2 ống TB hoặc cho vào chai dịch đang truyền nếu tử cung gò không tốt.

#### II. SÃY THAI ĐANG DIỄN TIẾN:

##### 1. Chẩn đoán:

- Lâm sàng:
  - + Có thể có choáng.
  - + Có thai ra huyết âm đạo nhiều đỏ tươi có máu cục, đau hạ vị từng cơn nhiều.
  - + Khám: Đoạn dưới TC phình to, CTC xóa mờ, có thể có khối nhau thai thập thò ở CTC.
- Cận lâm sàng:
  - + Siêu âm đánh giá tình trạng thai
  - + Xét nghiệm TPTTBM, nhóm máu, glycemie, đông máu, beta HCG.

##### 2. Điều trị: Nhập viện

- Hồi sức chống choáng (nếu có).
- Tư vấn cho thai phụ tình trạng diễn tiến sảy thai.
- Nạo hút thai cầm máu:
  - + Lactate Ringer 500ml (truyền TM) XX Xgiọt/phút.
  - + Atropin 0,25mg 1 ống (TDD).
  - + Fentanyl 100mg 1/3 ống pha loãng TMC.
  - + Doxycyclin 100mg uống 1 viên x 2 lần/ngày x 7 ngày.
- + Nạo hút thai + GPBL
- + Có thể sử dụng Oxytocin 5đv 2 ống TB hoặc cho vào chai dịch đang truyền nếu tử cung gò không tốt.

#### III. SÃY THAI KHÔNG TRỌN

##### 1. Chẩn đoán:

- Lâm sàng:
  - + Có thai và có triệu chứng dọa sảy thai trước đó, có ghi nhận một phần mô thai được tổng xuất ra khỏi âm đạo, vẫn còn ra huyết âm đạo và đau bụng âm ỉ.
  - + Khám: CTC đóng kín hay vẫn còn hé mở có thể có mô nhau thập thò. Thân TC còn to hơn bình thường.
- Cận lâm sàng:

- + Siêu âm: có khối echo hỗn hợp giống hình ảnh sót nhau.
- + Xét nghiệm TPTTBM, nhóm máu, glycemie, đông máu, beta HCG.

## **2. Điều trị:**

- Tư vấn cho bệnh nhân tình trạng sót nhau thai và hướng điều trị.
- Không nhiễm trùng, ra huyết ít:
- + Doxycyclin 100mg uống 1 viên x 2 lần/ngày x 2 ngày.
- + Misoprostol 200mg ngâm 2 viên x 2 lần/ngày x 2 ngày.
- + Tái khám sau 2 ngày nếu khối echo hỗn hợp không ra sạch thì kiểm tra BTC.
- Ra huyết nhiều, không nhiễm trùng hoặc điều trị nội thất bại:
- + Nạo kiểm tra BTC + GPBL.
- + Lactate Ringer 500ml (truyền TM) XX Xgiọt/phút.
- + Atropin 0,25mg 1 ống (TDD).
- + Fentanyl 100mg 1/3 ống pha loãng TMC.
- + Doxycyclin 100mg uống 1 viên x 2 lần/ngày x 7 ngày.
- + Nạo kiểm tra BTC + GPBL.
- + Có thể sử dụng Oxytocin 5đv 2 ống TB hoặc cho vào chai dịch đang truyền nếu tử cung gò không tốt.

## **IV. CHÚ Ý:**

Sảy thai nhiễm khuẩn chỉ nạo kiểm tra BTC sau khi đã điều trị kháng sinh phổ rộng.

## **SẢY THAI TỪ 12 TUẦN ĐẾN <22 TUẦN**

---

Chuyển lên tuyến trên điều trị.

*Tài liệu tham khảo:*

- *Phác đồ điều trị sản phụ khoa – Bệnh viện Hùng Vương năm 2014*
- *Kho dữ liệu Phác đồ điều trị Ngành Y tế TPHCM – BV Từ Dũ*

## PHÁ THAI BẰNG THUỐC ĐẾN HẾT 7 TUẦN

Phá thai bằng thuốc là phương pháp chấm dứt thai kỳ bằng cách sử dụng thuốc Mifepristone và Misoprostol đối với thai đến hết 7 tuần (49 ngày) kể từ ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối cùng.

### I. Điều kiện áp dụng

Khách hàng cần ở gần Bệnh viện (khoảng cách từ nơi ở đến BV không quá 60 phút khi đi bằng bất cứ phương tiện gì).

### II. Người được phép thực hiện

Bác sĩ sản phụ khoa được huấn luyện về phá thai bằng thuốc và thành thạo kỹ thuật phá thai bằng phương pháp ngoại khoa.

### III. Chỉ định

Thai trong tử cung có tuổi thai đến hết 49 ngày (theo siêu âm).

### IV. Chống chỉ định:

#### 1. Tuyệt đối

- Hen suyễn đang điều trị.
- Tiểu đường.
- Bệnh lý tuyến thượng thận
- Điều trị bằng Corticoid toàn thân lâu ngày.
- Tăng huyết áp, hẹp van 2 lá, tắc mạch hoặc có tiền sử tắc mạch
- Rối loạn đông máu, sử dụng thuốc chống đông.
- Thiếu máu nặng và trung bình.
- Dị ứng với Mifepristone hoặc Misoprostol.
- Thai bám vết sẹo mổ cũ ở tử cung.
- Dị dạng đường sinh dục.

#### 2. Tương đối

- Đang cho con bú.
- Đang đặt dụng cụ tử cung (có thể lấy dụng cụ tử cung (DCTC) trước khi PTBT).
- Đang viêm nhiễm sinh dục cấp tính (nên điều trị viêm nhiễm trước khi PTBT).
- Vết mổ cũ ở tử cung.

### V. Quy trình kỹ thuật:

#### 1. Tư vấn

- Thảo luận về quyết định chấm dứt thai kỳ.
- Tư vấn về các biện pháp phá thai hiện có tại cơ sở.
- Tư vấn về phương pháp phá thai bằng thuốc
- Tư vấn về các tai biến có thể xảy ra và tác dụng phụ của thuốc.
- Tư vấn về theo dõi sau phá thai bằng thuốc.
- Các dấu hiệu cần khám lại ngay.
- Sự cần thiết của việc khám lại sau 1 tuần.
- Các dấu hiệu bình thường sau khi dùng thuốc.
- Các dấu hiệu phục hồi sức khỏe và khả năng sinh sản sau phá thai.
- Thông tin về các biện pháp tránh thai, hướng dẫn chọn lựa biện pháp thích hợp và sử dụng đúng để tránh phá thai lần nữa.

#### 2. Chuẩn bị khách hàng

- Hỏi tiền sử để loại trừ chống chỉ định.
- Khám toàn thân.
- Khám phụ khoa.
- Siêu âm.
- Ký cam kết tự nguyện phá thai.

#### 3. Phác đồ sử dụng thuốc

- Uống 1 viên Mifepristone 200mg tại Bệnh viện (BV). Theo dõi mạch, huyết áp, tình trạng toàn thân của khách hàng trong vòng 30 phút. Sau đó cho khách hàng về nhà.
- Sau 36-48 giờ, ngâm dưới lưỡi 800mcg Misoprostol tại Bệnh viện (nếu khách hàng nôn nhiều có thể đặt túi cùng sau).



- Theo dõi tại BV ít nhất 3 giờ.

## VI. Theo dõi sau khi dùng thuốc:

### 1. Theo dõi trong những giờ đầu sau dùng thuốc

- Dấu hiệu sinh tồn mỗi giờ 1 lần trong 3 giờ đầu.
- Tình trạng ra máu âm đạo, đau bụng và các tác dụng phụ (nôn, buồn nôn, tiêu chảy, sốt).

### 2. Khám lại sau 1 tuần: để đánh giá hiệu quả điều trị

- Khai thác bệnh sử, khám lâm sàng, siêu âm kiểm tra.
  - + Sảy thai hoàn toàn: kết thúc điều trị.
  - + Ứ máu nhiều, sốt nhau, thai lưu: có thể tiếp tục dùng Misoprostol đơn thuần liều 400-600 mcg uống hay ngâm dưới lưỡi hoặc hút buồng tử cung.
  - + Thai tiếp tục phát triển: hút thai hoặc tiếp tục liệu trình phá thai bằng thuốc nếu khách hàng mong muốn và trong giới hạn tuổi thai cho phép.

## VI. Tai biến và xử trí

- **Chảy máu nhiều:** khi ra máu âm đạo ướt đầm 2 băng vệ sinh dày trong 1 giờ và kéo dài 2 giờ liên tiếp.

Xử trí:

- Khi không ảnh hưởng tổng trạng
  - + Nếu thấy sảy thai đang tiến triển và nhau thập thò cổ tử cung (CTC) thì dùng kèm tim gấp mô nhau ra và dùng thuốc co hồi tử cung (TC): Oxytocine, Misoprostol...
  - + Nếu ứ dịch buồng TC nhiều thì hút buồng TC cầm máu.
- Khi có ảnh hưởng tổng trạng: vừa hồi sức vừa thực hiện thủ thuật như trên. Có thể nhập viện.

- **Rong huyết kéo dài, một mối, có dấu hiệu thiếu máu:** điều trị nội, ngoại khoa tùy tình trạng lâm sàng, có thể nhập viện.

- **Nhiễm khuẩn:** rất hiếm khi xảy ra

- Triệu chứng: sốt hoặc ớn lạnh, dịch tử cung có mùi hôi, đau vùng bụng hoặc vùng chậu, ra máu âm đạo kéo dài hoặc ra máu thấm giọt, tử cung di động đau hoặc lượng bạch cầu (BC), CRP tăng.

- Xử trí:

- + Nhập viện.
- + Kháng sinh liều cao hoặc phối hợp.
- + Điều trị nội hoặc ngoại khoa tùy tình trạng bệnh.
- + Hút buồng tử cung nếu cần.

## Tài liệu tham khảo:

- Kho dữ liệu của sở y tế
- Phác đồ điều trị sản phụ khoa – Bệnh viện Từ dũ năm 2019
- Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2

## ÁP XE VÚ

### I. CHẨN ĐOÁN:

#### 1. Lâm sàng:

- Xảy ra trong 2 tuần đầu cho bú.
- Vú sưng đỏ, đau khi chạm.
- Triệu chứng toàn thân: sốt, khó chịu, yếu.
- Áp xe có thể vỡ qua đầu vú hoặc vị trí mỏng nhất.

#### 2. Cận lâm sàng:

- Siêu âm: Chẩn đoán áp xe, kích thước ổ áp xe.
- Tổng phân tích tế bào máu, CRP (Nếu cần).

#### 3. Chẩn đoán phân biệt:

- Lao nguyên phát hay thứ phát.
- Ung thư viêm.

### II. ĐIỀU TRỊ:

#### 1. Nội khoa:

- Sử dụng kháng sinh: 1 trong các loại sau từ 5 – 7 ngày:

+ Cephalosporin 500mg – 1000mg uống mỗi 8 giờ

+ Clindamycin 300mg uống mỗi 8 giờ.

+ Trimethoprim/sulfamethoxazole 960mg uống mỗi 12 giờ.

- Giảm đau, kháng viêm.
- Chườm mát tại vú.
- Bù đủ nước.
- Ngưng cho bé bú bên vú bị bệnh.

#### 2. Ngoại khoa:

- Chọc hút mủ: Nếu sinh hiệu ổn, áp xe nhỏ hơn 3cm chỉ cần chọc hút, ổ lớn hơn có thể chọc hút hay đặt ống dẫn lưu. Có thể cấy mủ làm kháng sinh đồ.
- Rạch dẫn lưu: triệu chứng xấu hơn dù đã chọc hút và dùng kháng sinh hay ổ áp xe không giảm kích thước hay có bằng chứng da hoại tử. Có thể cấy mủ làm kháng sinh đồ.

## **BỆNH LÝ LÀNH TÍNH TUYẾN VÚ**

### **A- ĐAU VÚ**

#### **I. CHẨN ĐOÁN:**

##### **1. Lâm sàng:**

- Đau 1 hay 2 vú.
- Khám vú không tổn thương.

##### **2. Cận Lâm Sàng:**

- Siêu âm.
- Chụp nhũ ảnh.

##### **3. Chẩn đoán phân biệt:**

- Đau trong vú: Đau vú chức năng, đau vú chu kỳ, đau vú liên tục.
- Đau ngoài vú: Đau đám rối thần kinh cổ, đau thần kinh liên sườn, đau cơ ngực, đau sụn sườn, viêm ức sườn, bệnh màng phổi, bệnh phổi.

#### **II. ĐIỀU TRỊ:**

##### **1. Đau trong vú:**

- Đau vú chức năng:

+ Giảm đau.

+ Vitamin A, E, C, Canxi, Magnesium.

- Đau vú chu kỳ, đau vú liên tục:

+ Giảm đau.

+ Điều trị nội tiết: lựa chọn 1 trong các loại sau:

- Progesterone gel thoa da vú 50mg x 02 lần/ngày liên tục.
- Progestine: uống 5mg 01 – 02 viên/ngày 15 – 25 chu kỳ.
- Tamoxifen uống 10mg/ngày.
- Danazol uống 100 – 400mg/ngày.
- NSAIDs: điều trị theo nhóm thuốc.

##### **2. Đau ngoài vú:**

+ Giảm đau.

+ Khám chuyên khoa.

### **B- THAY ĐỔI SỢI BỌC CỦA VÚ**

#### **I. CHẨN ĐOÁN:**

##### **1. Lâm sàng:**

- Tuổi: 50% phụ nữ tuổi sinh sản hay gặp nhất là tuổi 30 – 45.
- Đau vú thường liên quan chu kỳ kinh nguyệt, đau khi va chạm.
- Có thể có tiết dịch núm vú màu xanh, nâu, không phải máu.
- Sờ vú cảm nhận những mảng mô vú dày có thể đau hoặc không. Sờ có thể phát hiện một hay nhiều u, xuất hiện một hay cả hai vú.
- Sự biến đổi về kích thước và sự xuất hiện hay biến mất nhanh của một khối mô vú.

##### **2. Cận lâm sàng:**

- Siêu âm vú.
- Nhũ ảnh.
- MRI.
- Sinh thiết.

##### **3. Chẩn đoán phân biệt:**

- Carcinoma

#### **II. ĐIỀU TRỊ:**

##### **1. Nguyên tắc điều trị:**

- Cá thể hoá trên từng bệnh nhân, tùy theo triệu chứng lâm sàng (đau, khối u, tiết dịch, không triệu chứng, nguy cơ).

- Điều trị thuốc cần cân nhắc giữa lợi ích, hiệu quả điều trị và tác dụng phụ không mong muốn.
- Không có phương pháp điều trị khỏi hoàn toàn tổn thương thay đổi sợi bọc lan tỏa.

## 2. Điều trị:

### - BIRADS 1- 3:

+ Không triệu chứng: Theo dõi, khám 3 – 6 tháng.

+ Nang to, đau: Chọc hút nang, giải áp.

+ Đau vú:

- Tư vấn, giảm stress.
- Giảm cân nếu BMI tăng.
- Hạn chế: trà, café, chocolate, thuốc lá.
- Bổ sung: Vitamin A, E, C, Canxi, Magnesium.
- Giảm đau: Acetaminophen, NSAIDs
- Nội tiết: Progesterone gel thoa da mỗi ngày trong 3 – 6 tháng, Progestatine uống vào ngày thứ 15 – 25 của chu kỳ, Bromocriptine 2,5 – 5mg/ngày trong 3 tháng.
- Tamoxifen, Danazol khi nội tiết thất bại.

## C- VÚ TIẾT SỮA:

### I. CHẨN ĐOÁN.

#### 1. Lâm sàng:

- Loại trừ thai kỳ trước đó 12 tháng, đang mang thai.
- Rối loạn kinh nguyệt: vô kinh, kinh thưa.
- 2 Núm vú tiết dịch giống sữa, nhiều lỗ, tự phát.
- Thuốc tăng Prolactine máu: estrogene tổng hợp, ngừa thai Estro-Progestatif, Antiandrogene (Androcur), Tâm thần (động kinh, trầm cảm, amphetamine, morphine), chống nôn (metoclopramide,

metopimazide), hạ áp (reserpine, clonidine, alphamethyldopa), lợi tiểu (spironolactone), chống loét (cimetidine), INH, Verapamil.

#### 2. Cận lâm sàng:

- Siêu âm, nhũ ảnh.
- Prolactine máu, TSH, free T3, T4.
- MRI, CTscan não.

### II. ĐIỀU TRỊ:

#### 1. PROLACTINE MÁU BÌNH THƯỜNG: vô căn (chiếm 1/3)

- Theo dõi không điều trị.

#### 2. PROLACTINE MÁU TĂNG:

- Nguyên phát:

+ U tuyến yên

+ Khám và điều trị nội thần kinh.

- Thứ phát:

+ Kích thích núm vú: ngừng kích thích.

+ Do thuốc: không điều trị.

+ Rối loạn nội tiết nữ: Xét nghiệm bilan nội tiết.

+ Các bệnh lý: suy thận, xơ gan, zona, phồng ngực, sang chấn ở não và ngực

#### 3. BỆNH NỘI TIẾT KHÔNG LIÊN QUAN PROLACTINE:

- Bệnh to đầu chi, bệnh thượng thận, loạn dưỡng giáp.
- Khám và điều trị chuyên khoa.

## D- TẮC TUYẾN SỮA:

### I. CHẨN ĐOÁN:

#### 1. Lâm sàng:

- Đang cho con bú.

- vú căng to, đau, đau rất nôm vú.
  - vú bị tắc sữa to hơn, đau nhiều hơn khi sờ chạm, đôi khi nôm vú có nốt trắng nhỏ (phẳng, đỏ nhẹ xung quanh, đau).
- 2. Cận lâm sàng:**
- Siêu âm vú.
- 3. Chẩn đoán phân biệt:**
- Viêm tuyến vú.
  - Áp xe vú.
  - Ung thư vú.

**II. ĐIỀU TRỊ:**

- Giảm đau (nếu cần): Acetaminophen 500mg mỗi 6 – 8 giờ.
- Hướng dẫn cho bé bú mẹ đúng cách, mát xa vú nhẹ nhàng trước khi cho bú. Nếu có nốt trắng trên nôm vú thì lau mơn bằng gòn hoặc gạc sạch.
- Tái khám khi: sốt, 12 – 24 giờ không giảm đau, sưng to, đỏ da.

**E- VIÊM VÚ :**

**I. CHẨN ĐOÁN:**

**1. Lâm sàng:**

- Khởi phát đột ngột kèm khó chịu.
- Sốt nhẹ.
- Vú: sưng nóng đỏ, đau khu trú, thường gặp ở ¼ trên ngoài.
- Thường gặp # 60% phụ nữ cho con bú.

**2. Cận lâm sàng:**

- Siêu âm vú.
- Nhũ ảnh.

**3. Chẩn đoán phân biệt:**

- Áp xe vú.

**II. ĐIỀU TRỊ:**

- Kháng sinh: sử dụng 5 – 7 ngày.

+ Cephalosporin: mỗi 8 giờ.

+ Clindamycin, Erythromycin: nếu bệnh nhân dị ứng Penicillin.

- Có thể cho bé bú.
- Hướng dẫn cho bé bú đúng cách.

*Tài liệu tham khảo: Trang 150 – 163, tập 2, Hướng dẫn điều trị 2016 của Bệnh viện Hùng Vương.*

# CHUYÊN KHOA LỄ

## THOÁI HÓA HOÀNG ĐIỂM TUỔI GIÀ

### ĐẠI CƯƠNG

Thoái hóa hoàng điểm tuổi già (Age-related Macular Degeneration - AMD) là bệnh thoái hóa hoàng điểm liên quan đến quá trình lão hóa, là nguyên nhân hàng đầu gây mù lòa sau tuổi 50. Đến năm 2040, dự kiến trên toàn cầu sẽ có 170 triệu bệnh nhân AMD, tập trung tại khu vực châu Á với 110 triệu bệnh nhân.

Thoái hóa hoàng điểm tuổi già được chia làm 3 giai đoạn: sớm (AREDS 2), trung gian (AREDS 3), và muộn (AREDS 4). Giai đoạn muộn có hai thể là thể khô (dry AMD - dAMD) và thể ướt (wet AMD - wAMD) còn gọi là thoái hóa hoàng điểm tuổi già thể tân mạch (neovascular Age-related Macular Degeneration - nAMD).

Thoái hóa hoàng điểm tuổi già thể tân mạch (thể ướt) tuy chỉ chiếm 10% tổng số trường hợp thoái hóa hoàng điểm tuổi già, nhưng lại gây ra gần 90% trường hợp mất thị lực trung tâm nghiêm trọng.[3]

### NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân chính xác của AMD chưa được hiểu rõ. Tuy nhiên, các yếu tố được xác định là nguy cơ của bệnh AMD bao gồm các yếu tố nguy cơ không thay đổi được như tuổi cao, chủng tộc, di truyền, cùng các yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được, trong đó nổi bật nhất là hút thuốc lá.

**Yếu tố di truyền:** các gen CFH Y402, ARMS2/HtrA1 có liên quan đến nguy cơ cao AMD.

**Chủng tộc:** bệnh lý mạch máu hắc mạc dạng polyp (polypoidal choroidal vasculopathy - PCV), một phân nhóm của wAMD, chiếm 20% - 60% số trường hợp wAMD ở châu Á (so với chỉ từ 8% - 13% ở các nước phương Tây).

**Thuốc lá:** hút thuốc lá làm tăng nguy cơ AMD, nguy cơ tương đối có tương quan với phơi nhiễm (gói-năm). Ngưng hút thuốc lá làm giảm nguy cơ tiến triển wAMD.

Tỷ số vòng eo/mông cao làm tăng nguy cơ AMD.

### CHẨN ĐOÁN

#### 1. Lâm sàng

**Hỏi bệnh sử:** khai thác các triệu chứng:

- Ám điểm : nhìn có chấm đen hoặc vùng tối trước mắt.
- Nhìn méo: nhìn hình ảnh biến dạng, vật thu nhỏ, méo mó.
- Nhìn mờ: do suy thoái tế bào biểu mô sắc tố và tế bào thần kinh cảm thụ. Có thể nhìn mờ nhanh đột ngột do xuất huyết.
- Có chớp sáng.
- Khó thích nghi với môi trường thiếu ánh sáng.

Khai thác về tiền sử nhãn khoa, nội khoa, dị ứng, hút thuốc lá. Khai thác tiền sử gia đình, nhất là liên quan đến AMD.

**Khám thực thể:** Khám đáy mắt để phát hiện các dấu hiệu như xuất huyết, xuất tiết cứng, dịch dưới võng mạc, phù hoàng điểm, xơ dưới võng mạc, biến đổi biểu mô sắc tố.

Tân mạch thường khó quan sát trên lâm sàng, nên đánh giá gián tiếp qua các triệu chứng như:

- Bong biểu mô sắc tố.
- Bong thanh dịch võng mạc.
- Xuất huyết võng mạc/ dưới võng mạc.
- Phù hoàng điểm.
- Xuất tiết.
- Drusen (tổn thương điển hình của AMD giai đoạn sớm).
- Biến đổi biểu mô sắc tố; di thực sắc tố, teo biểu mô sắc tố.
- Sẹo xơ.

**Test Amsler:** Sử dụng lưới Amsler để đánh giá bệnh nhân có tổn thương vùng hoàng điểm nghi do tân mạch.

#### 2. Cận lâm sàng:

**Chụp cắt lớp coherence quang học (Optical Coherence Tomography - OCT):** OCT rất quan trọng trong việc chẩn đoán và quản lý AMD, đặc biệt để xác định dịch dưới võng mạc và đánh giá độ dày võng mạc. OCT cung cấp hình ảnh lát cắt qua các lớp cấu tạo võng mạc, giúp phát hiện dịch khi lượng

dịch chưa đủ để quan sát khi khám mắt bằng sinh hiển vi, hình ảnh gián tiếp của tân mạch/ màng tân mạch. OCT còn giúp theo dõi chính xác đáp ứng điều trị của võng mạc và biến đổi của lớp biểu mô sắc tố võng mạc.

Chụp ảnh màu đáy mắt (Fundus color photography) giúp đánh giá bong thanh dịch võng mạc thần kinh cảm thụ và biểu mô sắc tố, giúp theo dõi bệnh nhân đang điều trị.

Chụp mạch huỳnh quang (Fluorescein Angiography - FA) được chỉ định khi có các triệu chứng cơ năng như nhìn méo mới xuất hiện, giảm thị lực hay có các dấu hiệu thực thể như phù hoàng điểm, xuất huyết võng mạc/dưới võng mạc, xuất tiết cứng, xơ dưới võng mạc, biến đổi biểu mô sắc tố hoặc khi OCT cho thấy có dịch. FA cho phép chẩn đoán xác định có tân mạch đặc biệt là thể tân mạch cổ điển (classic CNV).

Chụp mạch ICG (Indocyanine Green Angiography - ICGA): giúp quan sát tuần hoàn hắc mạc. ICGA có ích trong việc xác định các thể đặc biệt của AMD như tân mạch võng mạc (CNV) thể ẩn, bệnh hắc mạc polyp (PCV), và các tổn thương tăng sinh mạch máu hắc võng mạc.

Việc sử dụng các xét nghiệm cận lâm sàng cần tuân thủ chỉ định và chống chỉ định của bệnh nhân với từng xét nghiệm cụ thể.

### **3. Chẩn đoán xác định**

#### **3.1 Chẩn đoán xác định dAMD dựa trên:**

- Triệu chứng cơ năng: nhìn mờ
- Dấu hiệu thực thể:

Drusen

Biến đổi biểu mô sắc tố: di thực sắc tố, teo biểu mô sắc tố (geographic atrophy)

- Cận lâm sàng:

Hình màu đáy mắt: theo dõi vùng teo biểu mô sắc tố, hiện tượng tự phát quang do chất lipofuscin

Chụp mạch kí huỳnh quang: tăng quang do hiệu ứng cửa sổ, tiêu chuẩn vàng để theo dõi và đánh giá teo biểu mô sắc tố

OCT: theo dõi đánh giá các lớp võng mạc, các ổ tăng quang, drusen, vùng teo biểu mô sắc tố

#### **3.2 Chẩn đoán xác định wAMD dựa trên:**

- Bệnh nhân từ 50 tuổi
- Triệu chứng cơ năng: nhìn mờ, nhìn méo và có ám điểm
- Dấu hiệu thực thể:

Bong biểu mô sắc tố.

Bong thanh dịch võng mạc.

Xuất huyết võng mạc/ dưới võng mạc.

Phù hoàng điểm.

Xuất tiết.

Drusen (tổn thương điển hình của AMD giai đoạn sớm).

Biến đổi biểu mô sắc tố: di thực sắc tố, teo biểu mô sắc tố.

Sẹo xơ

- Cận lâm sàng:

Chụp mạch kí huỳnh quang: có dò huỳnh quang thì sớm và tăng huỳnh quang thì muộn

OCT: có phù hoàng điểm, dịch dưới võng mạc, bong biểu mô sắc tố

Chụp ICG: khi nghi ngờ có tân mạch ẩn.

Chẩn đoán thể bệnh lý mạch máu hắc mạc dạng polyp (PCV) rất phổ biến ở khu vực châu Á, bao gồm Việt Nam. Tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định thể bệnh lý mạch máu hắc mạc dạng polyp (PCV) là chụp mạch ICG (ICGA), một xét nghiệm có tính xâm lấn. Trong điều kiện không có ICGA, vẫn có thể nghi ngờ PCV với độ nhạy 95% và độ đặc hiệu 95% khi có  $\geq 2$  trong 4 tiêu chí sau:[5]

- Bong biểu mô sắc tố võng mạc hình chữ V hoặc xuất huyết (trên chụp ảnh màu đáy mắt)
- Bong biểu mô sắc tố có đỉnh sắc nhọn (góc rõ 70° - 90° trên OCT)
- Bong biểu mô sắc tố hình chữ V hoặc nhiều thùy (trên OCT)
- Vùng tổn thương tăng sáng phía dưới lớp bong biểu mô sắc tố (trên OCT)

### **4. Phân loại thể, mức độ**

Thoái hóa hoàng điểm tuổi già thể tân mạch được chia làm các thể sau:



- Tân mạch điển hình (classic CNV)
- Tân mạch hắc mạc thể tiềm ẩn (occult CNV)
- Tân mạch hỗn hợp (mixed CNV)
- Bệnh lý mạch máu hắc mạc dạng polyp (PCV)
- Tăng sinh mạch máu võng mạc (RAP)

### 5. Chẩn đoán phân biệt:

Cần chú ý phân biệt với một số bệnh lý khác như:

- Loạn dưỡng hoàng điểm dạng lòng đỏ (Vitelliform Macular Dystrophy - VMD)
- Bệnh hắc võng mạc trung tâm thanh dịch (Central Serous Chorioretinopathy - CSC)
- Bệnh lý tân mạch hắc mạc (Pachychoroid Neovascularopathy)
- Tân mạch hắc mạc chưa rõ nguyên nhân (Idiopathic CNV)
- Cận thị bệnh lý (Pathological Myopia)
- Hội chứng co kéo dịch kính hoàng điểm (Vitreomacular Traction Syndrome - VMT)
- Sao mạch hoàng điểm (Macular Telangiectasia)
- Vết giả mạch (Angioid Streaks)
- Tắc tĩnh mạch nhánh nhỏ (Small Branch Retinal Vein Occlusions)
- Phình động mạch võng mạc (Retinal Arterial Macroaneurysm)

## ĐIỀU TRỊ

### 1. Nguyên tắc điều trị

Chẩn đoán và điều trị sớm AMD, đặc biệt là wAMD để ngăn chặn quá trình mất thị lực, giúp bệnh nhân duy trì chất lượng cuộc sống và sống không phụ thuộc.

Các liệu pháp điều trị wAMD bao gồm thuốc kháng VEGF tiêm nội nhãn, điều trị laser quang động PDT và phẫu thuật laser quang đông. Việc điều trị cần tuân thủ đúng phác đồ và đủ liều lượng.

Cần chú trọng tư vấn đầy đủ để bệnh nhân tuân thủ việc tái khám và điều trị nhằm đạt được kết quả tối ưu.

Điều trị dAMD bao gồm cung cấp chất chống oxy hóa

Những bệnh nhân hút thuốc lá cần được tư vấn cai thuốc lá.

### 2. Điều trị cụ thể

#### 2.1 Điều trị dAMD

Theo nghiên cứu AREDS bổ sung hàng ngày 80 mg oxide kẽm, 2 mg oxide đồng, 15 mg  $\beta$ -carotene, 500 mg vitamin C và 400 IU vitamin E.

Lutein và Zeaxanthin: có thể tăng sắc tố hoàng điểm

#### 2.2 Điều trị wAMD

Tiêm nội nhãn các thuốc kháng VEGF: là lựa chọn điều trị đầu tay.

- Liều tiêm nội nhãn thuốc kháng VEGF: aflibercept 2mg, ranibizumab 0,5 mg, bevacizumab 1,25mg.

- Trong pha khởi đầu điều trị (pha nạp - loading dose), thực hiện 3 mũi tiêm nội nhãn được, cách nhau mỗi 4 tuần.

- Trong pha điều trị duy trì tiếp theo, việc tiêm nội nhãn được khuyến cáo thực hiện cá thể hóa theo mỗi bệnh nhân: liều cố định (mỗi 4 tuần với thuốc ranibizumab và bevacizumab; mỗi 8 tuần với thuốc aflibercept), điều trị tùy biến (PRN), điều trị và giãn cách (TAE).

- Theo dõi và điều trị sau đó phụ thuộc vào các dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá của bác sĩ điều trị. Nên cá thể hóa điều trị để đạt được hiệu quả tối đa đồng thời giảm gánh nặng điều trị.

Các phương pháp điều trị AMD thể tân mạch khác:

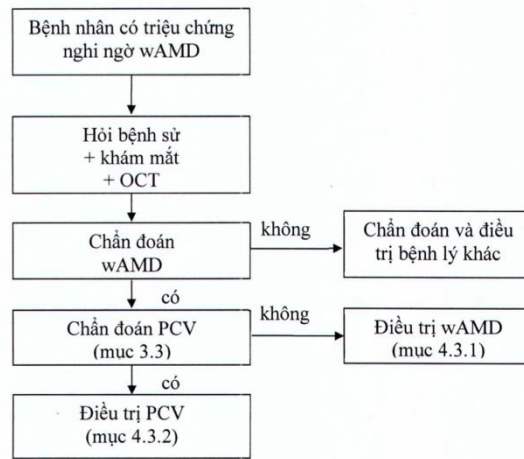
- Điều trị laser quang động PDT + verteporfin (theo kết quả nghiên cứu TAP và VIP)
- Phẫu thuật laser quang đông nhiệt (theo kết quả nghiên cứu MPS)

#### 2.2. Điều trị thể bệnh hắc mạc polyp (PCV)

Điều trị PCV đầu tay là sử dụng thuốc ức chế VEGF tương tự như điều trị wAMD.

Lựa chọn thuốc ức chế VEGF có thể sử dụng đơn trị liệu (theo nghiên cứu Planet) hay có thể sử dụng phối hợp với điều trị laser quang động PDT (theo nghiên cứu EVEREST II) để đạt kết quả tốt.

Sơ đồ chẩn đoán, điều trị:



### 3. Quản lý bệnh

Theo dõi mắt lành: bệnh nhân wAMD có nguy cơ cao mắc wAMD ở mắt còn lại. Do đó mắt lành cần được thăm khám thường xuyên bằng OCT để đánh giá và can thiệp kịp thời.

### TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

Thoái hóa hoàng điểm tuổi già có tân sinh mạch máu (thể ướt) là một thể trong giai đoạn muộn của thoái hóa hoàng điểm tuổi già. Bệnh wAMD có thể diễn tiến nhanh chóng gây mất thị lực trung tâm. Nếu không điều trị, hơn 50% bệnh nhân sẽ bị mù lòa trong vòng 3 năm.

Xuất huyết dưới võng mạc: hiếm gặp nhưng gây hậu quả nghiêm trọng, dẫn đến tổn thương tế bào cảm thụ trong vòng 24h và thoái hóa các lớp ngoài của võng mạc trong vòng 3 ngày. Hậu quả về mặt lâm sàng thường gặp là gây giảm thị lực trầm trọng cần điều trị sớm.

### PHÒNG BỆNH

Tuyên truyền, hướng dẫn người dân về các yếu tố nguy cơ và biện pháp phòng ngừa (bỏ thuốc lá, chống béo phì, v.v.).

Nâng cao năng lực ở các tuyến dưới để chẩn đoán sớm wAMD nhằm điều trị kịp thời.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 4928/QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn “ Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh dịch kính võng mạc thường gặp”

Bandello, Francesco et al, “Recent advances in the management of dry age-related macular degeneration: A review.” F1000Research vol. 6 245. 9 Mar. 2017.

Đỗ Như Hơn , " Thoái hóa hoàng điểm tuổi già", Nhân khoa Tập 3. Nhà xuất bản y học, trang 204 – 213.

## PHÙ HOÀNG ĐIỂM DO ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

### ĐẠI CƯƠNG

Phù hoàng điểm do đái tháo đường (Diabetic Macular Edema - DME) là tình trạng tích lũy dịch ở khu vực trung tâm võng mạc, xuất phát từ sự phá vỡ hàng rào máu võng mạc (Blood-Retinal Barrier - BRB). Phù lan tỏa xuất hiện khi mạng lưới mao mạch rò dịch lan rộng, trong khi đó phù khu trú xuất hiện bởi sự rò dịch giới hạn, xung quanh một nhóm các vi phình mạch. DME có thể bao gồm xuất tiết cứng và gây ra hiện tượng mờ hoặc méo hình ở vùng thị lực trung tâm, đồng thời suy giảm thị lực.

Phù hoàng điểm do đái tháo đường là nguyên nhân hàng đầu gây mất thị lực ở độ tuổi 20-74, ảnh hưởng 7% bệnh nhân đái tháo đường và là nguyên nhân chính gây mất thị lực ở bệnh nhân đái tháo đường.

Việt Nam có tần suất hiện mắc đái tháo đường là 4.9% (2016). Ước tính cả nước có 320.527 bệnh nhân mắc bệnh DME gây đe dọa thị lực (2016).

### NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân chính của DME xuất phát từ tình trạng tăng đường huyết kéo dài, mạn tính của bệnh lý đái tháo đường (ĐTĐ) kéo theo kích thích các con đường sinh hóa dẫn đến tình trạng viêm và rối loạn hoạt động mạch máu. Yếu tố tăng trưởng nội mô mạch máu (Vascular Endothelial Growth Factor - VEGF) đóng vai trò chính yếu trong con đường bệnh sinh thông qua việc thúc đẩy tăng sinh mạch máu mới và phá vỡ hàng rào máu võng mạc do làm thay đổi mối liên kết chặt chẽ giữa những tế bào nội mô võng mạc. Điều này dẫn đến sự rò rỉ và tích lũy dịch trong vùng hoàng điểm. Một thành viên khác trong họ VEGF, yếu tố tăng trưởng nhau thai (Placenta Growth Factor - PGF) cũng được chứng minh có vai trò gây nên bệnh sinh DME.

### CHẨN ĐOÁN

#### 1. Lâm sàng

Thị lực: nhìn mờ, méo hình; mất màu/nhạt màu; giảm độ tương phản; có ám điểm; thậm chí bệnh nhân có thể bị suy giảm hoặc mất thị lực.

#### 2. Cận lâm sàng:

Soi đáy mắt/chụp hình màu đáy mắt, OCT hay FA là các phương tiện thường được sử dụng để xác định DME.

Bệnh nhân có thể có các dấu hiệu như: dày võng mạc, vi phình mạch, xuất huyết, xuất tiết cứng, xuất tiết mềm.

Trường hợp nặng hơn, có thể đi kèm: biến đổi mạch máu bất thường trong võng mạc, nốt phồng tĩnh mạch, tăng sinh xơ.

#### 3. Chẩn đoán xác định

Soi đáy mắt/chụp hình màu đáy mắt nên được sử dụng để phát hiện hiện tượng dày võng mạc và/hoặc xuất tiết cứng, đồng thời xác định vị trí bị ảnh hưởng.

OCT là một phương pháp thực hiện nhanh, không xâm lấn giúp cung cấp hình ảnh võng mạc. Hình ảnh OCT có thể đánh giá định lượng bề dày hoàng điểm, vị trí phù và rất hữu ích trong việc xác định phù hoàng điểm có/không ảnh hưởng đến vùng trung tâm hố hoàng điểm. OCT có thể cho biết giá trị như: độ dày võng mạc trung tâm (CRT), dịch dưới võng mạc (SRF), nang dịch trong võng mạc (IRC), đứt gãy hoặc sự thay đổi độ dày võng mạc, hoặc đánh giá giao diện dịch kính võng mạc nhằm đánh giá hoạt động của bệnh.

Chụp mạch huỳnh quang (FA) là một thủ thuật xâm lấn, tuy nhiên hữu ích để đánh giá võng mạc trung tâm và chu biên. Từ hình ảnh FA có thể xác định được vị trí rò dịch/phù và hỗ trợ theo dõi tình trạng rò dịch về sau. Bên cạnh đó, FA giúp xác định sự hiện diện của biến đổi mạch máu bất thường trong võng mạc (IRMA), và cho biết các khu vực thiếu tưới máu (non-perfusion) cũng như sự mở rộng của vùng hố hoàng điểm vô mạch (FAZ) trong trường hợp thiếu máu hoàng điểm.

#### 4. Phân loại thể, mức độ

Có nhiều cách để phân loại DME. Thông dụng nhất, DME thường được chia thành thể khu trú hoặc lan tỏa dựa trên sự rò dịch quan sát được trên FA.

Thể khu trú: Vùng rò dịch từ các vi phình mạch là xác định, cục bộ và tách biệt, tương trưng bởi những vùng tăng sáng huỳnh quang trên FA.

Thể lan tỏa: Đặc trưng bởi sự lan rộng của dịch rỉ trong võng mạc từ mạng mao mạch bị giãn nở và/hoặc bất thường mạch máu nhỏ trong võng mạc.

Bên cạnh đó, hệ thống phân loại quốc tế ICDRDME (International Classification of Diabetic Retinopathy and Diabetic Macular Edema) chia DME ra thành 2 loại dựa trên đánh giá lâm sàng và OCT:

DME không ảnh hưởng vùng võng mạc trung tâm: dày võng mạc trong hoàng điểm không bao gồm vùng nào trong 1mm đường kính vùng trung tâm hố hoàng điểm.

DME có ảnh hưởng vùng võng mạc trung tâm: dày võng mạc trong hoàng điểm có bao gồm một khu vực/phần nằm trong 1mm đường kính vùng trung tâm hố hoàng điểm

#### **4. Chẩn đoán phân biệt:**

Chụp mạch huỳnh quang (FA) và OCT là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán DME. Phương pháp này có thể phát hiện những chỉ dấu khác nhau trong tiến trình phát triển của bệnh võng mạc ĐTD như vi phình mạch, võng mạc đái tháo đường tăng sinh, vùng thiếu máu hay DME do rò rỉ dịch từ mạch máu

### **ĐIỀU TRỊ**

#### **1. Nguyên tắc điều trị chung**

##### **1.1. Điều trị và kiểm soát tốt bệnh đái tháo đường**

Kiểm soát tốt các yếu tố chuyển hóa toàn thân, đặc biệt là đường huyết, huyết áp, lipid máu cần được chú trọng trong quá trình điều trị cho bệnh nhân.

##### **1.2. Điều trị tại mắt**

Thuốc kháng VEGF nên là điều trị đầu tay cho bệnh nhân DME có ảnh hưởng võng mạc trung tâm.

Trong trường hợp lựa chọn điều trị bị giới hạn, laser quang đông khu trú/lưới có thể được ứng dụng để giảm/ngăn ngừa tiến triển bệnh nhưng chỉ nên cân nhắc sử dụng ở mức thấp nhất.

Corticosteroid (tiêm nội nhãn/cạnh nhãn cầu) chỉ nên được cân nhắc trong một vài trường hợp, như ở bệnh nhân có đặt thấu kính (pseudophakic), hoặc sau cắt dịch kính, hoặc có nguy cơ cao các biến cố huyết khối tắc mạch.

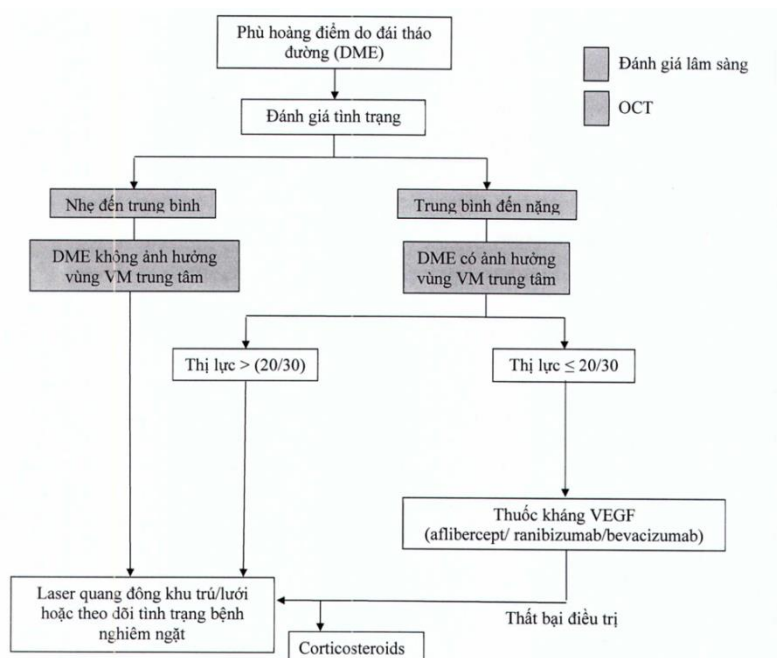
#### **2. Điều trị cụ thể**

Tiêm nội nhãn các thuốc ức chế VEGF (aflibercept, ranibizumab, bevacizumab). Liều tiêm nội nhãn thuốc kháng VEGF: aflibercept 2mg, ranibizumab 0,5 mg, bevacizumab 1,25mg.

Trong pha khởi đầu điều trị (pha nạp- loading dose), việc tiêm nội nhãn được thực hiện mỗi 4 tuần với tối thiểu 6 mũi tiêm liên tiếp.

Trong pha điều trị duy trì tiếp theo, việc tiêm nội nhãn được khuyến cáo thực hiện mỗi 4 tuần với thuốc ranibizumab và bevacizumab; mỗi 8 tuần với thuốc aflibercept.

Theo dõi và điều trị sau đó phụ thuộc vào các dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá của bác sĩ điều trị. Các liệu trình điều trị đang được áp dụng là liệu trình cố định (fixed dose), điều trị tùy biến (PRN) hay điều trị và mở rộng (TAE). Nên cá thể hoá điều trị để đạt được hiệu quả tối đa đồng thời giảm gánh nặng điều trị với các liệu trình điều trị như điều trị tùy biến (PRN) hay điều trị và mở rộng (TAE).



Sơ đồ quyết định điều trị cho bệnh nhân DME dựa trên ảnh hưởng vùng võng mạc trung tâm và thị lực

### 3. Quản lý bệnh

Bệnh nhân nên được tư vấn đầy đủ để đảm bảo tuân thủ lịch trình tiêm, đồng thời cá thể hóa điều trị để giảm bớt gánh nặng chăm sóc y tế.

Phối hợp liên chuyên khoa với các bác sĩ đa khoa/tổng quát/nội tiết/ĐTĐ để kiểm soát các yếu tố toàn thân, duy trì đường huyết và huyết áp ở mức tối ưu.

### TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

DME có thể phát triển âm thầm mà bệnh nhân không thể nhận biết cho đến khi dẫn đến mất thị lực, DME có thể gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống cũng như sinh hoạt hằng ngày, đặc biệt cho bệnh nhân ĐTĐ càng khó khăn hơn trong việc kiểm soát bệnh ĐTĐ (cũng như các bệnh đồng mắc khác), như khả năng đọc toa thuốc, dinh dưỡng, tự kiểm tra đường huyết, vết loét lòng bàn chân và trong đi lại tái khám bệnh lý ĐTĐ.

### PHÒNG BỆNH

DME có thể được phòng ngừa nếu kiểm soát tốt các yếu tố toàn thân bao gồm đường huyết, lipid máu và huyết áp. Kiểm soát tốt đường huyết với HbA1c <7.0%, điều trị cao huyết áp và rối loạn lipid máu nên được áp dụng.

Chương trình tầm soát phát hiện sớm bệnh nhân DME là rất cần thiết. Phối hợp chặt chẽ giữa bác sĩ nhãn khoa và bác sĩ đa khoa/nội tiết/ĐTĐ đóng vai trò quan trọng trong việc phát hiện sớm và ngăn ngừa tiến triển bệnh DME

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định số 4928/QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn “ Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh dịch kính võng mạc thường gặp”

## PHÙ HOÀNG ĐIỂM THỨ PHÁT DO TẮC TĨNH MẠCH VÔNG MẠC

### 1. ĐẠI CƯƠNG

Tắc tĩnh mạch vông mạc là bệnh lý mạch máu vông mạc biểu hiện sự ngừng trệ tuần hoàn đi ra khỏi vông mạc, xảy ra ở thân tĩnh mạch trung tâm vông mạc ngay đĩa thị, sau lá sàng được gọi là tắc tĩnh mạch trung tâm vông mạc (CRVO) hoặc tắc ở thân tĩnh mạch sau khi phân chia hai nhánh gọi là tắc tĩnh mạch nửa vông mạc (HRVO) hoặc tắc ở nơi bất chéo động - tĩnh mạch gọi là tắc nhánh tĩnh mạch vông mạc (BRVO).

Tắc tĩnh mạch vông mạc gây phá vỡ hàng rào máu vông mạc dẫn tới phù hoàng điểm thứ phát. Phù hoàng điểm thứ phát do tắc tĩnh mạch là một trong các nguyên nhân thường gặp gây mất thị lực đứng thứ hai trong nhóm các bệnh lý mạch máu vông mạc, sau bệnh lý vông mạc đái tháo đường. Tỷ suất mới mắc trong 10 năm là 1.6% (The Blue Mountains Eye Study) và tỷ suất mới mắc tích lũy trong 15 năm là 2.3% (The Beaver Dam Eye Study), trong đó BRVO chiếm 1.8% và CRVO chiếm 0,5%. Tỷ suất mắc bệnh được chứng minh ngày càng gia tăng với tuổi tác<sup>[2]</sup>.

### 2. NGUYÊN NHÂN

#### 2.1. Nguyên nhân RVO

Bệnh sinh RVO bao gồm nhiều nguyên nhân khác nhau, trong đó các bệnh lý của động mạch gây nên đa số các trường hợp, như xơ vữa động mạch vông mạc gia tăng chèn ép lên các tĩnh mạch vông mạc lân cận gây tắc mạch.

##### 2.1.1. Các nguyên nhân toàn thân

Tăng huyết áp (vô căn): là nguyên nhân thường gặp nhất.

Xơ vữa động mạch: có thể đã gây tăng huyết áp hoặc chưa.

Tắc hay hẹp động mạch cảnh trong: do bám sinh hoặc do mảng xơ vữa động mạch gây nên.

Bệnh đái tháo đường.

Rối loạn mỡ máu: tăng cholesterol máu hoặc tăng triglyceride hoặc cả hai.

Bệnh thận: suy thận các mức độ, viêm cầu thận cấp, viêm cầu thận mãn...

Các bệnh về máu: thiếu máu, bệnh bạch cầu cấp, đa hồng cầu, thiếu máu, bệnh lý hồng cầu, rối loạn globulin máu...

Các bệnh lý mạch máu: viêm tĩnh mạch, viêm thành mạch mãn tính nguyên phát hay thứ phát sau nhiễm trùng tại chỗ hay toàn thân: bệnh giang mai, bệnh Behçet, bệnh Eales, bệnh hệ thống collagen...

##### 2.1.2. Các nguyên nhân tại chỗ

Xơ vữa động mạch vông mạc.

Tăng áp lực hồ mắt.

Tăng nhãn áp do glôcôm mãn tính.

Viêm tổ chức hốc mắt mãn tính, viêm thành mạch...

#### 2.2. Bệnh sinh phù hoàng điểm (Macular Oedema - ME/MO)

Cục máu đông hình thành trong lòng tĩnh mạch vông mạc có thể gây gia tăng áp lực mao mạch vông mạc dẫn đến tăng tính thấm thành mạch và rò dịch, máu vào vông mạc. Yếu tố tăng trưởng nội mô mạch máu (VEGF), yếu tố tăng trưởng nhau thai (PGF) và các yếu tố gây viêm được chứng minh góp phần vào bệnh sinh RVO. VEGF, PGF làm gia tăng tính thấm thành mạch và rò dịch vào khoảng gian bào gây nên tình trạng phù hoàng điểm.

### 3. CHẨN ĐOÁN

#### 3.1. Lâm sàng

Bệnh thường xảy ra ở một mắt, giảm thị lực từ ít đến nhiều, có thể chỉ còn đếm ngón tay nhưng không hoàn toàn mất thị lực.

Mắt bị bệnh không đau nhức, không đỏ mắt.

Khi nghi ngờ RVO, nên tiến hành khám nhãn khoa toàn diện gồm đo thị lực (VA), khám móng mắt để loại bỏ nguy cơ tổn thương mắt, và khám đáy mắt toàn diện. Kết hợp hỏi tiền sử bệnh để định hướng chẩn đoán. Xác định thêm tình trạng phù hoàng điểm hoặc thiếu máu vông mạc.

#### 3.2. Cận lâm sàng

##### • Khám đáy mắt:

Tắc tĩnh mạch trung tâm vông mạc (CRVO) có 4 dấu hiệu chính: (1) Tĩnh mạch giãn to, ngoằn ngoề; (2) Phù đĩa thị, phù vông mạc và có thể phù hoàng điểm; (3) Xuất huyết vông mạc trải rộng từ đĩa thị

ra tận chu biên võng mạc, có thể xuất huyết nông hoặc xuất huyết sâu trong võng mạc; (4) Vết dạng bông (xuất tiết mềm) tập trung quanh đĩa thị ít hay nhiều tùy thể (gặp nhiều ở thể thiếu máu).

Tắc tĩnh mạch nửa võng mạc (HRVO) hay tắc nhánh tĩnh mạch võng mạc (BRVO): các triệu chứng khu trú ở vùng võng mạc được dẫn lưu bởi nhánh tắc.

Giai đoạn có biến chứng: ngoài 4 dấu hiệu trên còn có thể xuất hiện tân mạch (đĩa thị, võng mạc hoặc móng mắt, góc tiền phòng), xuất huyết dịch kính, bong võng mạc.

- **Chụp mạch huỳnh quang võng mạc (FA):**

Thì tĩnh mạch chậm, không có thuốc huỳnh quang trong lòng mao mạch (thiếu máu võng mạc), mao mạch vùng hoàng điểm không hiện lên (thiếu máu hoàng điểm). Khuếch tán thuốc huỳnh quang qua thành mao mạch và các tĩnh mạch lớn gây tăng huỳnh quang ở võng mạc, đĩa thị, các hốc xung quang hoàng điểm (phù hoàng điểm dạng nang).

- **OCT:**

Giúp đo chính xác bề dày võng mạc và thể tích hoàng điểm. Hiện tại là phương pháp tối ưu nhất để chẩn đoán và đánh giá phù hoàng điểm do RVO. Trang bị thêm OCT-A hữu ích để đánh giá mạng lưới mạch máu nhỏ trong võng mạc, phát hiện được mức độ thiếu máu trong đa số trường hợp và đặc biệt là không xâm lấn (khi có hạn chế sử dụng với FA).

Ngoài ra, có thể cần thêm các xét nghiệm phục vụ cho chẩn đoán các bệnh toàn thân như: sinh hóa máu, huyết học.

### 3.3. Chẩn đoán xác định

Dựa vào các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng.

### 3.4. Phân loại thể, mức độ

- **Phân loại theo vị trí tắc giải phẫu:**

Tắc tĩnh mạch trung tâm võng mạc (CRVO): tắc ở thân tĩnh mạch võng mạc khi chui qua mảnh sàng ở đĩa thị, tắc cả 4 nhánh tĩnh mạch: thái dương trên, mũi trên, thái dương dưới, mũi dưới.

Tắc nhánh tĩnh mạch võng mạc (BRVO): tắc tĩnh mạch tại nơi bắt chéo động tĩnh mạch võng mạc. Có thể tắc nhánh tĩnh mạch thái dương trên hoặc mũi trên, thái dương dưới hoặc mũi dưới.

Tắc tĩnh mạch nửa võng mạc (HRVO): là tắc nhánh tĩnh mạch thái dương trên và mũi trên (tắc tĩnh mạch nửa võng mạc trên) hoặc tắc nhánh tĩnh mạch thái dương dưới và mũi dưới (tắc tĩnh mạch nửa võng mạc dưới).

- **Phân loại theo lâm sàng:**

Tắc tĩnh mạch võng mạc thể thiếu máu (ischemic): thị lực giảm đột ngột và trầm trọng, thị trường thu hẹp, có ám điểm trung tâm tuyệt đối. Khám đáy mắt: có đầy đủ các dấu hiệu của tắc tĩnh mạch võng mạc nhưng xuất huyết võng mạc rất nhiều, ở cả lớp nông và sâu; có  $\geq 10$  xuất tiết dạng bông. Chụp mạch huỳnh quang võng mạc có vùng võng mạc thiếu tưới máu trên 10 đường kính đĩa thị. Giai đoạn sau: bệnh gây biến chứng tân mạch võng mạc, tân mạch đĩa thị, tân mạch móng mắt, góc tiền phòng gây glôcôm tân mạch, xuất huyết dịch kính... Đĩa thị teo.

Tắc tĩnh mạch võng mạc thể không thiếu máu (non-ischemic): thị lực giảm vừa, hoặc giảm trầm trọng, có thể có ám điểm trung tâm. Khám đáy mắt: có đầy đủ các dấu hiệu của tắc tĩnh mạch võng mạc nhưng xuất huyết võng mạc chủ yếu ở lớp nông, không có hoặc có từ 1 - 9 xuất tiết mềm; Chụp mạch huỳnh quang võng mạc có phù võng mạc lan tỏa, phù hoàng điểm hoặc phù hoàng điểm dạng nang ở giai đoạn sau. Phù võng mạc, hoàng điểm trên chụp cắt lớp võng mạc.

Tắc tĩnh mạch thể lành tính ở người trẻ: thường gặp ở người trẻ < 40 tuổi, không có bệnh toàn thân phối hợp. Thị lực giảm ít, không biến đổi thị trường hoặc điểm mù rộng ra. Khám đáy mắt: có đầy đủ các dấu hiệu của tắc tĩnh mạch võng mạc nhưng xuất huyết võng mạc nông, xuất hiện rải rác ở võng mạc hậu cực; không có hoặc có ít vết xuất tiết mềm nhỏ. Tuy nhiên, chụp mạch huỳnh quang võng mạc không thấy tổn thương hệ mao mạch võng mạc.

### 3.5. Chẩn đoán phân biệt

Bệnh võng mạc đái tháo đường: có tiền sử bệnh đái tháo đường, bệnh xuất hiện ở 2 mắt, tổn thương chủ yếu là vi phình mạch võng mạc.

Bệnh thiếu máu đầu trước thị thần kinh cấp tính: đĩa thị phù nhiều, xuất huyết nông tập trung chủ yếu quanh đĩa thị.

Bệnh tắc, hẹp tĩnh mạch và động mạch mắt gây hội chứng thiếu máu mắt: xuất huyết võng mạc tập trung nhiều ở võng mạc xích đạo và võng mạc chu biên. Xác định hẹp, tắc tĩnh mạch, động mạch mắt trên siêu âm màu Doppler hệ mạch cảnh.

## **4. ĐIỀU TRỊ**

### **4.1. Nguyên tắc chung**

Điều trị bệnh tại mắt: các thuốc tiêu huyết khối, các thuốc tiêu máu, chống thiếu máu. Nếu có biến chứng, kết hợp phẫu thuật khi cần thiết.

Phối hợp điều trị các bệnh toàn thân: tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn mỡ máu...

Thuốc kháng VEGF gồm aflibercept, ranibizumab, bevacizumab là điều trị đầu tay đối với phù hoàng điểm thứ phát sau RVO.

Nếu không thể khởi trị với thuốc kháng VEGF, có thể cân nhắc sử dụng Corticosteroids tiêm nội nhãn/ cạnh nhãn cầu trong các trường hợp nguy cơ cao các biến cố tim mạch, trên bệnh nhân đã phẫu thuật đặt thể thủy tinh nhân tạo.

### **4.2. Mục tiêu điều trị**

Điều trị sớm với thuốc kháng VEGF là rất quan trọng cho bệnh nhân để đạt được kết quả điều trị tối ưu.

Cần theo dõi bệnh nhân CRVO thường xuyên hơn BRVO (có thể phải theo dõi hàng tháng cho đến khi thị lực ổn định và hết dịch trên OCT).

RVO là bệnh lý mạn tính, do vậy điều trị và theo dõi lâu dài là rất cần thiết. Nên cá thể hoá điều trị để giảm gánh nặng cho bệnh nhân và nhân viên y tế <sup>[1]</sup>.

### **4.3. Điều trị cụ thể**

Thuốc kháng VEGF trở thành điều trị đầu tay trên bệnh lý RVO.

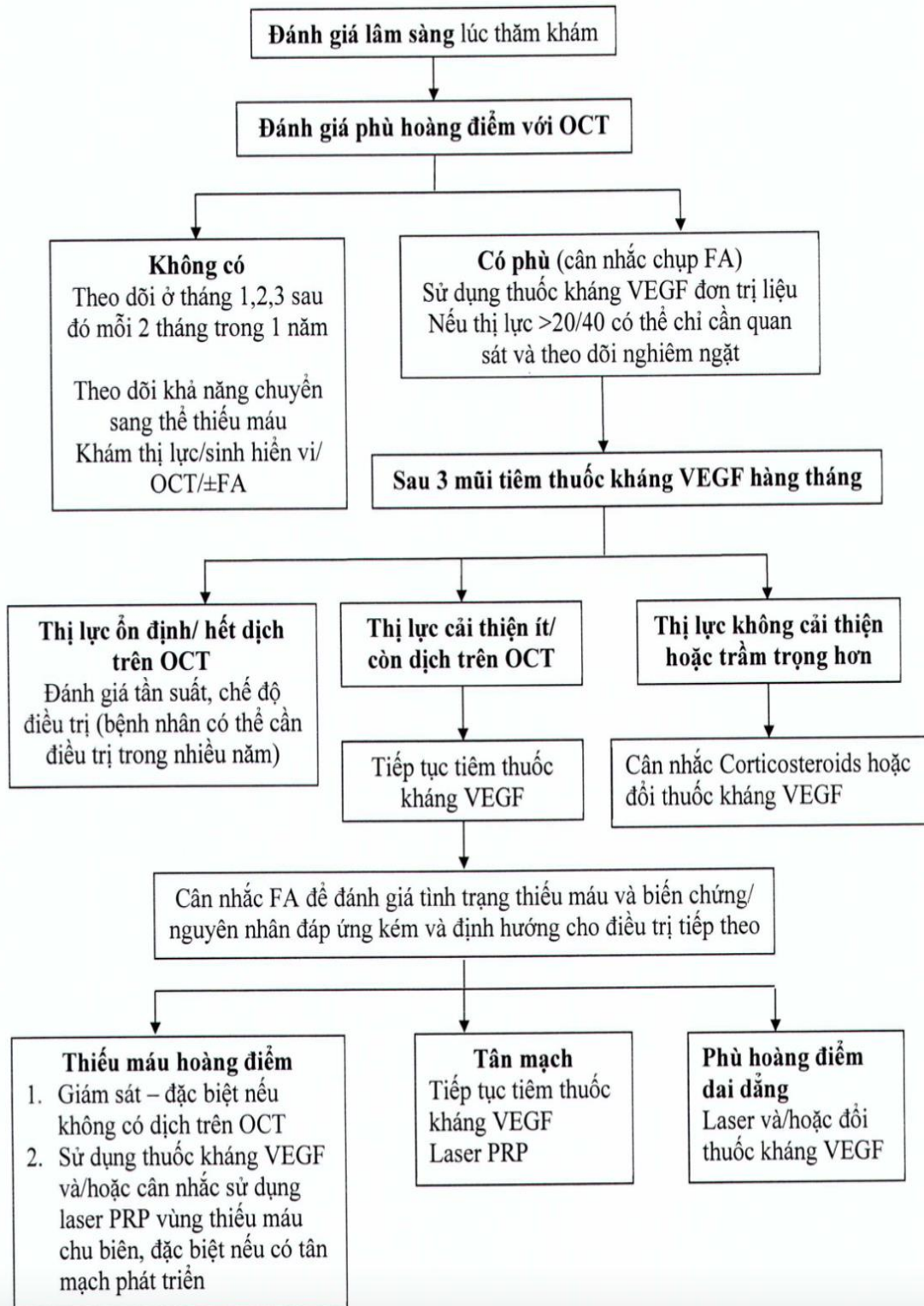
Liều tiêm nội nhãn thuốc kháng VEGF: aflibercept 2mg, ranibizumab 0,5 mg, bevacizumab 1,25mg.

Laser là lựa chọn thứ hai sau thuốc kháng VEGF. Laser nên được lựa chọn nếu phát hiện RVO có kèm theo tân mạch.

Corticosteroids là lựa chọn trên bệnh nhân đã đặt thể thủy tinh nhân tạo hoặc nếu thất bại với thuốc kháng VEGF. Trong trường hợp sử dụng, nhãn áp (IOP) nên được giám sát mỗi 4-6 tuần. Tăng nhãn áp, đục thủy tinh thể cần được chú ý khi sử dụng Corticosteroids.

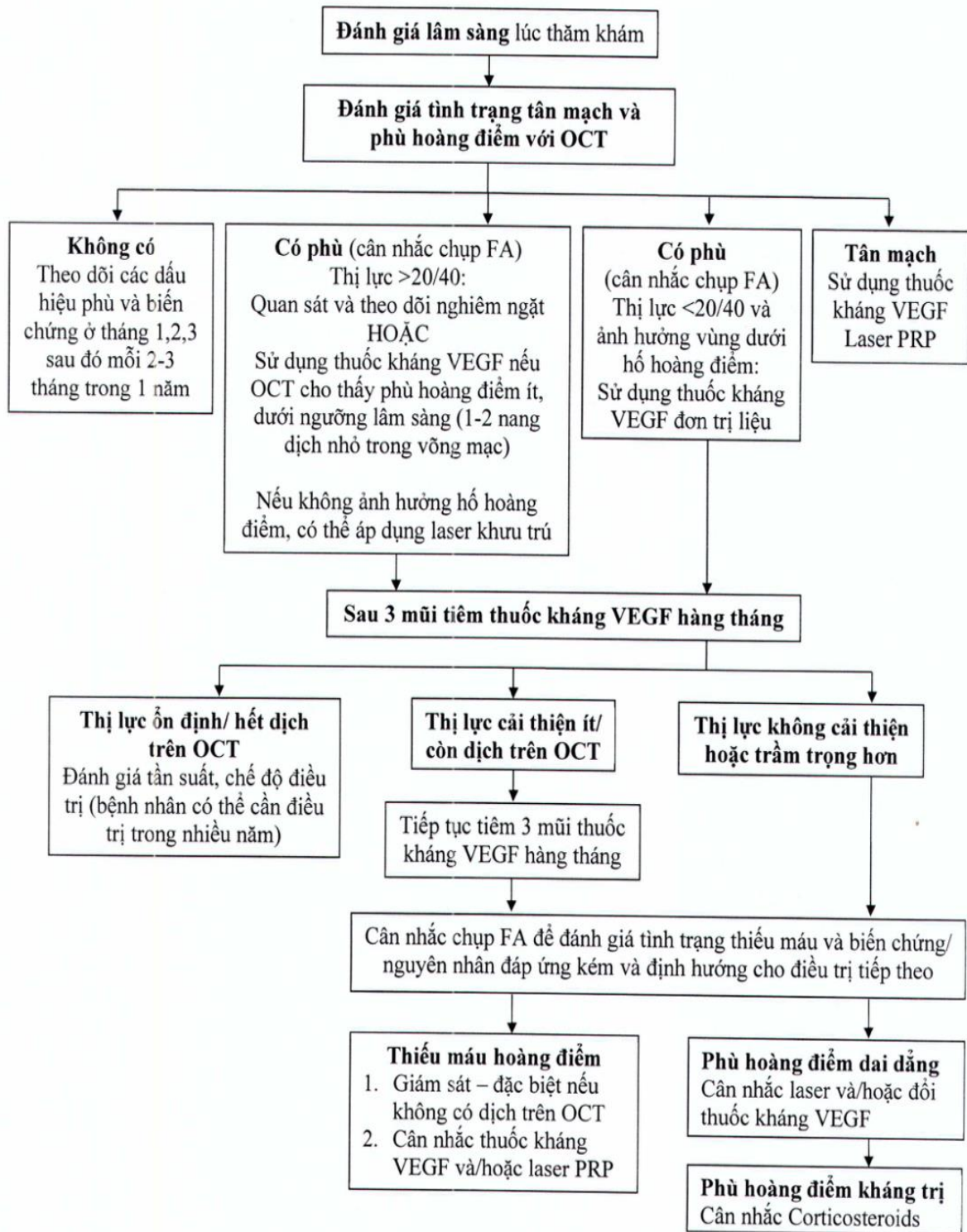


## Sơ đồ điều trị CRVO



## Sơ đồ điều trị BRVO

## Sơ đồ điều trị BRVO



### 4.4. Quản lý bệnh

Bệnh nhân cần tuân thủ điều trị và theo dõi chặt chẽ, đặc biệt là bệnh nhân CRVO.

Khuyến cáo kiểm soát tối ưu các bệnh lý toàn thân (cao huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, ...) và theo dõi nhãn áp (IOP), tình trạng tân mạch để phòng ngừa các biến chứng <sup>[4]</sup>.

### 5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

Tắc tĩnh mạch võng mạc lành tính ở người trẻ: bệnh tự thoái triển.

Tắc tĩnh mạch thể thiếu máu: có thể gây glôcôm tân mạch sau 100 ngày, hoặc tân mạch đĩa thị, tân mạch móng mắt, góc tiền phòng, tân mạch võng mạc gây xuất huyết dịch kính, bong võng mạc co kéo...

Tắc tĩnh mạch thể không thiếu máu: phù hoàng điểm kéo dài gây lỗ hoàng điểm, có thể chuyển thể bệnh sang thể thiếu máu.

## **6. PHÒNG BỆNH**

Khuyến cáo bệnh nhân phải điều trị các bệnh toàn thân có nguy cơ cao như xơ vữa mạch máu, rối loạn mỡ máu, tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh thận...

Khuyến cáo bệnh nhân không nên hút thuốc lá, tránh lạm dụng thuốc tránh thai dạng hormone.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

2. Quyết định số 4928/QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn “ Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh dịch kính võng mạc thường gặp”

## CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ GLAUCOMA MẠN

### I. ĐẠI CƯƠNG:

Glaucoma là một bệnh lý của thần kinh thị giác, tiến triển mãn tính, đặc trưng bởi sự chết dần tế bào hạch võng mạc, biểu hiện bằng teo lõm đĩa thị, tổn hại thị trường đặc hiệu và thường liên quan đến một tình trạng nhãn áp cao.

Nhãn áp là yếu tố nguy cơ duy nhất có thể điều chỉnh trong bệnh Glaucoma, được chứng minh có thể trì hoãn sự tiến triển của bệnh.

### II. TIẾP NHẬN BỆNH NHÂN CÓ YẾU TỐ NGUY CƠ VÀ TRIỆU CHỨNG NGHI NGỜ BỆNH GLAUCOMA:

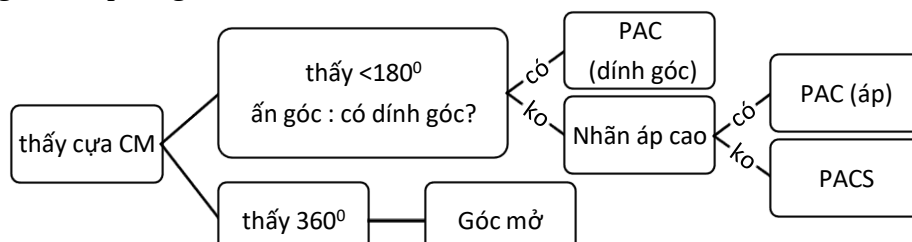
- + Tuổi > 35
- + Có tiền sử bệnh glôcôm trong gia đình, truyền máu, dùng thuốc corticoid, chấn thương mắt, mổ mắt.
- + Có các bệnh toàn thân: tăng huyết áp, bệnh lý mạch vành, rối loạn tuần hoàn não, đau nửa đầu, đái tháo đường, tăng mỡ máu, bệnh lý tuyến giáp, bệnh lý mạch máu toàn thân.
- + Có triệu chứng nghi ngờ: nhìn mờ, mắt đỏ, nhức mắt, đau đầu, nhìn đèn thấy quầng xanh đỏ, thích nghi sáng tối kém, nhìn khuyết góc.

### III. QUY TRÌNH KHÁM PHÁT HIỆN SỚM VÀ CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH GLÔCÔM

- ❖ Thử thị lực, xác định sơ bộ vùng thị trường của bệnh nhân.
- ❖ Đo nhãn áp: Nhãn áp cao (Schiotz > 20 mmHg) hoặc mức chênh lệch NA giữa 2 mắt  $\geq 5$  mmHg cần theo dõi dao động nhãn áp trong 3 ngày.
- ❖ Khám bán phần trước: kết mạc, giác mạc, góc tiền phòng, móng mắt, thủy tinh thể tìm các dấu hiệu cơn tăng áp cấp trước đó hoặc dấu hiệu của các glaucoma thứ phát (như lắng đọng mật sau giác mạc, Haab's striae, sắc tố, phản ứng viêm, chất giả trúc bao, đồng tử, PXAS, dính hoặc rách móng mắt do viêm hay chấn thương, đục hoặc rung thủy tinh thể, glaucomaflecken)
- ❖ Soi đáy mắt khám gai thị: đánh giá kích thước đĩa thị, tỉ lệ cup/ disc, qui luật ISNT, lớp sợi thần kinh, teo quanh gai, xuất huyết đĩa thị.
  - Nếu khám gai thị không nghi ngờ glaucoma và nhãn áp 2 trong 3 lần đo < 20 mmHg: **không chẩn đoán glaucoma**, theo dõi bệnh nhân mỗi 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng.
  - Nếu khám gai thị nghi ngờ glaucoma (lõm gai theo chiều dọc, không tuân theo qui luật ISNT, bất tương xứng lõm đĩa 2 bên  $\geq 0.2$ , khuyết lớp sợi thần kinh lan tỏa hoặc khu trú, teo quanh đĩa thị, xuất huyết đĩa thị, mạch máu gấp khúc, mạch máu dẹt về phía mũi, khuyết hình chêm) hoặc nhãn áp 2 trong 3 lần đo > 20 mmHg: **chẩn đoán Glaucoma nghi ngờ** cần: *Chụp cắt lớp võng mạc OCT đánh giá chiều dày lớp sợi thần kinh quanh gai thị và lớp tế bào hạch vùng hoàng điểm và đo thị trường (nếu thị lực bệnh nhân đủ điều kiện đo)*
    - Nếu OCT và thị trường bình thường: theo dõi nhãn áp sát và đo lại OCT sau 6 – 12 tháng.
    - Nếu OCT giảm lớp sợi thần kinh và/hoặc giảm lớp tế bào hạch và/hoặc thị trường có tổn thương như ám điểm cạnh trung tâm, ám điểm hình cung Bjerrum, tổn thương bậc mũi, khuyết hình chêm phía thái dương, điểm mù kéo dài theo chiều dọc (ám điểm Seidel)...: **Chẩn đoán Glaucoma**.

### IV. PHÂN LOẠI VÀ ĐÁNH GIÁ GIAI ĐOẠN

- ❖ **Phân loại glaucoma nguyên phát hay thứ phát**
- ❖ **Phân loại glaucoma góc đóng hay góc mở:** đánh giá góc tiền phòng
  - + Nghiệm pháp ánh sáng chéo
  - + Nghiệm pháp ước lượng độ sâu tiền phòng Van Herick
  - + Soi góc tiền phòng



❖ **Đánh giá giai đoạn và phân loại nguy cơ:** (theo Asia Pacific Glaucoma Guidelines, 2<sup>nd</sup> edition, 2016).

- **Phân loại nguy cơ**

1. Glaucoma nghi ngờ có nguy cơ thấp mất thị lực:

- Tăng nhãn áp
- Tuổi già
- PACs (nghi ngờ góc đóng nguyên phát): góc hẹp không kèm dính góc hoặc tăng nhãn áp
- Hội chứng phân tán sắc tố với nhãn áp bình thường
- Nghi ngờ đĩa thị glaucoma
- Tiền sử gia đình bị glaucoma.

2. Glaucoma nghi ngờ có nguy cơ trung bình mất thị lực:

- Mất còn lại của mắt bị GON (Glaucomatous optic neuropathy: tổn thương thần kinh thị do glaucoma); trừ glaucoma thứ phát một mắt
- Tăng nhãn áp nhiều yếu tố nguy cơ:
  - chiều dày giác mạc trung tâm mỏng
  - nhãn áp cao ( $> 27$  mmHg hoặc  $> 24$  mmHg kèm chiều dày giác mạc  $< 550\mu\text{m}$ )
  - gai thị nghi ngờ: CDR  $> 0.6$ , giảm RNFL, xuất huyết gai thị,
  - hội chứng giả tróc bao
  - trẻ tuổi.

3. Glaucoma nguy cơ trung bình mất thị lực hoặc glaucoma nghi ngờ có nguy cơ cao mất thị lực cao:

- Tổn thương thần kinh thị do glaucoma mức độ nhẹ tương ứng tổn thương thị trường sớm (MD  $> -6\text{dB}$ ) và nhãn áp cao,
- Glaucoma nhẹ đến trung bình với nhãn áp thấp,
- PAC (Primary angle closure: góc đóng nguyên phát) có nhãn áp cao và dính góc
- Trẻ tuổi.

4. Glaucoma nguy cơ mất cao thị lực:

- Tổn thương thần kinh thị do glaucoma giai đoạn trung bình và nặng tương ứng với tổn thương thị trường (trung bình  $-6\text{dB} > \text{MD} > -12\text{dB}$  và nặng  $\text{MD} < -12\text{dB}$ ) kèm:
  - tiến triển nặng trong thời gian ngắn
  - nhãn áp cao
  - tổn thương thị trường hai bên
  - glaucoma sắc tố và glaucoma giả tróc bao
  - tổn thương thị trường nặng, đe dọa điểm định thị hoặc mù,
  - trẻ tuổi và bệnh giai đoạn nặng,
  - glaucoma thứ phát,
  - glaucoma góc đóng.

**V. ĐIỀU TRỊ:**

❖ Mục tiêu điều trị: kiểm soát nhãn áp, kiểm soát tình trạng góc, loại trừ đóng góc, điều trị các yếu tố hoặc bệnh lý dẫn đến glaucoma (tiểu đường, viêm màng bồ đào, steroids).

❖ **Nhãn áp mục tiêu:**

1. Glaucoma nghi ngờ có nguy cơ thấp mất thị lực: Theo dõi không điều trị.
2. Glaucoma nghi ngờ có nguy cơ trung bình mất thị lực: theo dõi sát, giảm nhãn áp  $\geq 20\%$  khi có nhiều yếu tố nguy cơ.
3. Glaucoma nguy cơ trung bình mất thị lực hoặc glaucoma nghi ngờ có nguy cơ cao mất thị lực cao: giảm nhãn áp  $> 30\%$
4. Glaucoma nguy cơ cao mất thị lực: giảm nhãn áp  $\geq 40\%$  (hoặc nhãn áp còn 9 – 12 mmHg)

Chọn nhãn áp mục tiêu theo tỉ lệ phần trăm không phù hợp khi nhãn áp quá cao hoặc quá thấp → dùng dữ liệu trung bình trong dân số của mắt người Việt Nam ( $15 \leq \text{NA} < 22$  mmHg); hạ nhãn áp tùy giai đoạn.

Glôcôm giai đoạn sớm: nhãn áp đích  $\leq 21$  mmHg.

Glôcôm giai đoạn tiến triển: nhãn áp đích  $\leq 18$  mmHg

Glôcôm giai đoạn muộn: nhãn áp đích  $\leq 16$  mmHg.

Trong Glaucoma cấp, nhãn áp đích nên thấp hơn mức trước phát bệnh hoặc bằng mắt bình thường còn lại.

❖ **Kiểm soát tình trạng góc:** với mục tiêu làm tiền phòng sâu thêm và mở góc tiền phòng bằng cách:

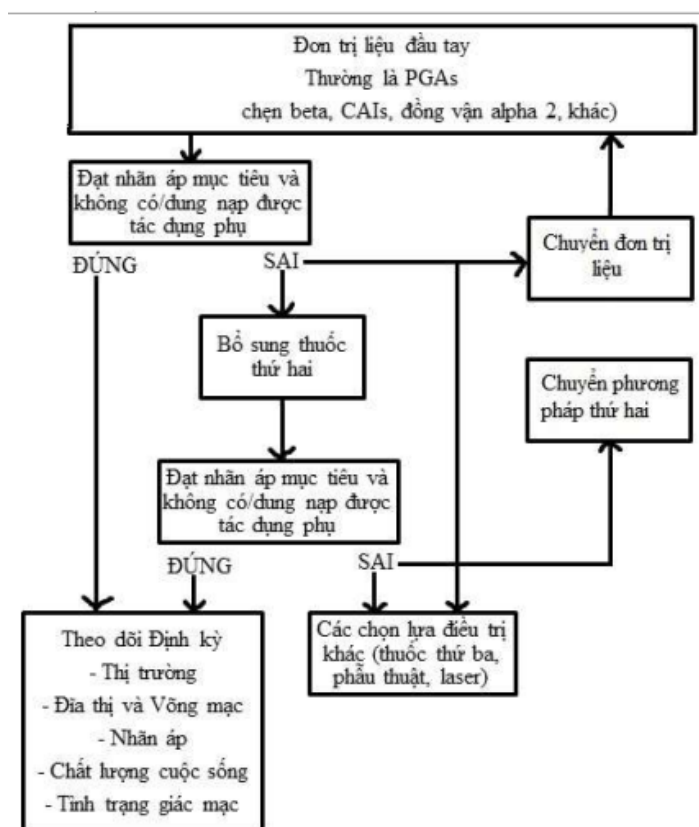
- Laser cắt mỏng loại trừ nghẽn đồng tử.
- Lấy thủy tinh thể nhằm giảm nghẽn đồng tử hoặc đưa mỏng mắt ra phía sau.

❖ **Điều trị nguyên nhân trong glaucoma thứ phát:** điều trị viêm màng bồ đào hoặc bệnh lý võng mạc đái tháo đường tăng sinh, loại bỏ thuốc làm tăng nhãn áp (steroids) và phối hợp các chuyên khoa khác điều trị các vấn đề toàn thân.

➤ **Điều trị với thuốc hạ nhãn áp:**

Nguyên tắc lựa chọn thuốc hạ nhãn áp: Thuốc có tác dụng làm giảm NA: đạt và duy trì NA đích ổn định lâu dài, dao động NA trong ngày không quá 5 mmHg; Dung nạp tốt; Tối thiểu tác dụng không mong muốn; Tiện sử dụng (ít lần tra, giá thành hợp lý, dễ tuân thủ),

- Nguyên tắc chỉ định điều trị thuốc: Bắt đầu bằng một nhóm thuốc. Nếu chưa đạt hiệu quả hoặc gây tác dụng không mong muốn cần thay một thuốc khác (có thể đổi thuốc trong cùng nhóm PG) hoặc chuyển nhóm khác. Nếu vẫn không đạt hiệu quả cần bổ sung thêm thuốc nhóm khác hoặc dùng thuốc phối hợp cố định. Trong một số trường hợp nhãn áp cao, có thể phối hợp nhiều nhóm thuốc với nhau để hạ nhãn áp, có thể dùng kết hợp thuốc nhỏ và uống hạ nhãn áp.



### Các nhóm thuốc điều trị Glaucoma

| Cơ chế tác dụng                                    | Nhóm thuốc                        | Thuốc                                                  |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Tăng thoát thủy dịch<br>- Qua màng bồ đào củng mạc | Nhóm tương tự Prostaglandin (PGA) | Latanoprost<br>Travoprost<br>Bimatoprost<br>Tafluprost |

|                         |                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| - Qua vùng bè           | Cholinergics                                                                                 | Unprostone<br>Pilocarpine<br>Carbachol                                                                                                                                                                                                                   |
| Giảm sản xuất thủy dịch | $\beta$ – blocker<br><br>Đồng vận $\alpha_2$ adrenergic<br><br>Ức chế men Carbonic Anhydrase | Không chọn lọc $\beta_1$<br>-Timolol<br>-Levobunolol<br>-Carteolol<br>Chọn lọc $\beta_1$<br>-Betaxolol<br>Brimonidine<br>Apraclonidine<br>Toàn thân<br>-Acetazolamide<br>-Methazolamide<br>-Dichlorphenamide<br>Tại chỗ<br>-Dorzolamide<br>-Brinzolamide |

## VI. THEO DÕI

- + Khám định kì mỗi 1, 3 hoặc 6 tháng: theo dõi nhãn áp, đĩa thị
- + Chụp ảnh đĩa thị, chụp sợi thần kinh thị giác, OCT/HRT, thị trường mỗi 6 – 12 tháng.

## CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ CƠN GÓC ĐÓNG CẤP TÍNH

### I. TRIỆU CHỨNG

Xuất hiện đột ngột, thường xảy ra ở 1 mắt

Đau nhức mắt dữ dội, đau lan lên nửa đầu cùng bên

Nhìn mờ như qua sương mù, thấy quầng màu sắc quanh ánh đèn, chói, sợ ánh sáng

Toàn thân: nôn, buồn nôn, vã mồ hôi, tim đập nhanh, loạn nhịp...

Đo thị lực giảm

Nhãn áp tăng cao, có khi lên 50 – 60 mmHg

Khám: cương tụ kết mạc nhãn cầu, giác mạc phù, tiền phòng nông, khám có thể thấy Tyndall, đồng tử giãn méo; nhiều sắc tố bám ở nội mô giác mạc, trên mống mắt và diện đồng tử; bờ đồng tử dính mắt trước thủy tinh thể.

### II. ĐIỀU TRỊ

#### *Xử lý cấp cứu*

- + Nhãn áp quá cao: Mannitol 20% 250ml 2 chai TTM C giọt/phút
- + Acetazolamide 250 mg dùng 2 – 4 viên/ ngày
- + Kali chloride 600mg dùng 1 – 2 viên/ ngày
- + Giảm đau: Paracetamol 500mg 2 – 3 viên / ngày
- + An thần
- + Timolol 0,5% hoặc Brimonidine 0,015% nhỏ 2 lần/ngày
- + Pilocarpin 2% nhỏ 4 lần/ngày (Chống chỉ định: giả tróc bao, glaucoma sắc tố: thoái Krukenberg – hình thoi sắc tố đứng dọc mặt sau giác mạc...)
- + Steroids nhỏ mắt 4 – 6 lần/ngày

#### *Điều trị sau cấp cứu*

- + Nếu giác mạc trong, đánh giá đồng tử có phản xạ, soi góc:
  - + Góc đóng < 180°: Cắt mống mắt chu biên bằng laser
  - + Góc đóng > 180°:
    - Đồng tử co tốt: Cắt mống mắt chu biên bằng laser
    - Đồng tử không co hoặc co không tốt: phẫu thuật cắt bè củng mạc hoặc phẫu thuật lấy thủy tinh thể đục.





## CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ MỘT SỐ TRƯỜNG HỢP GLAUCOMA THỨ PHÁT

### I. GLAUCOMA THỂ MI (HỘI CHỨNG POSNER – SCHLOSSMAN)

Cơn tăng nhãn áp cấp tái diễn thành từng đợt kèm theo những dấu hiệu viêm nhẹ ở trong mắt.

Nhãn áp có thể tăng cao gây phù giác mạc hoặc chỉ có cảm giác đau nhức nhẹ, nhìn mờ nhẹ, nhìn thấy đèn xanh đỏ.

Hiếm khi thấy tổn thương thần kinh thị trong những cơn cấp. Một số bệnh nhân vẫn bị tổn hại thị trường và xuất hiện glaucoma góc mở mạn tính.

Điều trị:

+ Nhỏ steroids 4 – 6 lần/ ngày, giảm liều khi có đáp ứng

+ Nhỏ thuốc hạ nhãn áp: ức chế  $\beta$ -giao cảm, cường  $\alpha_2$  - giao cảm, thuốc ức chế men

Carbonic Anhydrase

### II. GLAUCOMA ÁC TÍNH

Còn gọi là hội chứng đổi hướng thủy dịch (posterior aqueous diversion syndrome), dòng thủy dịch chảy ra sau đi vào dịch kính đẩy mỏng mắt ra trước. Thường xảy ra sau phẫu thuật nội nhãn, nhất là sau phẫu thuật có sử dụng thuốc co đồng tử hoặc trên bệnh nhân glaucoma.

Triệu chứng biểu hiện cấp tính, tiền phòng nông, nhãn áp tăng cao

Điều trị:

+ Acetazolamide 250 mg 2 viên dùng 2 lần/ ngày

+ Kali chloride 600mg 1 viên dùng 2 lần/ ngày

+ Dẫn đồng tử: Atropin 1% nhỏ 4 lần/ngày

+ Nhỏ thuốc hạ nhãn áp: ức chế  $\beta$ -giao cảm, cường  $\alpha_2$  - giao cảm, thuốc ức chế men

Carbonic Anhydrase

+ Steroids nhỏ mắt 4 – 6 lần/ngày

+ Đã lấy thủy tinh thể: laser Yag cắt màng hyaloid trước

+ Còn thủy tinh thể: Cắt MMCB bằng laser mắt bệnh và mắt còn lại phòng ngừa.

### III. GLAUCOMA TÂN MẠCH

Hình thái glaucoma thứ phát gây ra bởi sự tăng sinh của tổ chức xơ mạch tại vùng góc tiền phòng, xảy ra khi thiếu máu võng mạc và thể mi.

Điều trị:

+ Dẫn đồng tử: Atropin 1% nhỏ 2 – 4 lần/ngày

+ Steroids nhỏ mắt 4 – 6 lần/ngày

+ Nhỏ thuốc hạ nhãn áp: ức chế  $\beta$ -giao cảm, cường  $\alpha_2$  - giao cảm, thuốc ức chế men

Carbonic Anhydrase

+ Đợt nhãn áp tăng cao: Acetazolamide 250 mg 2 viên dùng 2 lần/ ngày

+ Giảm đau

+ Tiêm nội nhãn thuốc ức chế tăng sinh tân mạch: Bevacizumab, Ranibizumab

### IV. TĂNG NHÃN ÁP SAU CHẨN THƯƠNG ĐỤNG DẠP: chống viêm, tiêu máu, hạ nhãn áp, giảm phù, an thần.

+ Chống viêm:

Tại chỗ: tra mắt: dung dịch steroid, thuốc chống viêm không steroid.

Toàn thân : prednisolon 1mg/1kg cân nặng/ ngày.

+ Tiêu máu: điều trị theo phác đồ điều trị xuất huyết tiền phòng và xuất huyết nội nhãn.

+ Thuốc hạ nhãn áp :

• Tra thuốc ức chế beta.

• Nếu nhãn áp không điều chỉnh bằng thuốc tra: có thể uống Acetazolamid 0,25g và phối hợp Kaliorid 0,6g.

+ Giảm phù: Tra nước muối 3% 4 lần/ngày.

+ Tăng sức đề kháng và dinh dưỡng.

+ An thần giảm đau

#### Tài liệu tham khảo:

1. Nhãn khoa (tập 2). Nhà xuất bản y học

2. Nhãn khoa lâm sàng. Nhà xuất bản Y học, Tp. Hồ Chí Minh

3. Asia Pacific Glaucoma Guidelines, 2<sup>nd</sup> edition, 2016

## **BỔNG MẮT DO HÓA CHẤT**

Điều trị cần được tiến hành **NGAY LẬP TỨC** ngay khi tiếp xúc với bệnh nhân bỏng.

Gồm có các bỏng kiềm (như là bột giặt quần áo hay các dung dịch kiềm khác trong công nghiệp như xi-măng, vôi, vữa), axit, hơi cay.

### **I. CẦN LÀM NGAY**

1. Rửa mắt ngay lập tức thật nhiều với dung dịch nước muối sinh lý hoặc Ringer's lactat tối thiểu 30 phút. Nếu không có sẵn các dung dịch trên thì dùng bất cứ một loại nước sạch nào để rửa (thí dụ như nước khoáng hoặc nước tinh khiết ở trong chai....). Không sử dụng các dung dịch axit để trung hòa các bỏng kiềm hay ngược lại. Trường hợp bỏng vôi cục, trước khi rửa, phải gấp hết các cục vôi ra khỏi mắt (nhất là trong cùng đồ kết mạc) và rửa với dung dịch đường. Nên dùng vành mi và nhỏ thuốc thuốc tê trước khi rửa. Phải rửa được sạch mắt, nhất là trong các cùng đồ trên và dưới. Thường thì người ta dùng một đường dịch qua dây truyền tĩnh mạch với một kim uốn cong để rửa.
2. 5 phút sau khi ngừng rửa để bệnh nhân bình tĩnh trở lại, đặt vào cùng đồ 1 miếng giấy quỳ tím để khử độ pH của nước mắt, nếu độ pH còn axit hoặc kiềm thì phải rửa tiếp cho đến khi độ pH trở nên trung tính.
3. Rửa tiền phòng trong trường hợp vừa và nặng.

### **II. ĐIỀU TRỊ TIẾP THEO**

#### **A. BỔNG MẮT NHẸ:**

##### **1. DẤU HIỆU:**

Các tổn thương khu trú biểu mô kết giác mạc, từ dạng chấm rải rác đến mắt biểu mô thành đám.

KHÔNG có dấu hiệu thiếu máu kết mạc nhãn cầu (Kết mạc trắng, mất các dòng máu ở trong lòng mạch của kết mạc và thượng củng mạc). Phản ứng viêm trong tiền phòng nhẹ, không có phù nhu mô giác mạc. Phù nề kết mạc khu trú, cương tụ có thể có xuất huyết hay không. Thường kèm theo bỏng mi và xung quanh mắt độ 1, độ 2.

Nên hỏi kỹ bệnh sử để biết rõ thời gian bị tai nạn, các phương pháp cấp cứu ban đầu (dung dịch rửa và thời gian rửa). Khám sinh hiển vi để biết mức độ tổn thương biểu mô và phản ứng ở trong tiền phòng. Kiểm tra nhãn áp bằng tay.

##### **2. ĐIỀU TRỊ**

- Dùng 1 tấm bông thấm ướt để làm sạch cùng đồ trên và dưới, nếu là bỏng vôi thì tấm bông được thấm với Sodium EDTA.
- Nhỏ mắt với dung dịch Atropin 1-2% 1 giọt x 2 lần / ngày , trong 5 ngày
- Bôi mỡ kháng sinh (như Tobrex, Oflovid) 1 lần / ngày , trong 5 ngày
- Băng ép 24 giờ
- Thuốc giảm đau và an định thần kinh:
  - Paracetamol 0,5g 1 viên x 3 lần/ ngày , trong 5 ngày .
  - Diazepam 5 mg uống 1 viên (buổi tối) trong 5 ngày.
- Nếu nhãn áp cao dùng Diamox 250mg mỗi 12 giờ hoặc mỗi 6 giờ đến khi nhãn áp điều chỉnh.

##### **3. THEO DÕI:**

Tình trạng lành biểu mô (xem có loét giác mạc không). Phản ứng viêm ở trong tiền phòng, nếu có thì có thể dùng thêm thuốc chống viêm non-steroid. Tình trạng nhãn áp, có thể phối hợp với thuốc nhỏ Beta-Blocker. Những ngày sau có thể dùng nước mắt nhân tạo nhiều lần.

#### **B. BỔNG VỪA ĐẾN NẶNG: (chuyển lên tuyến trên điều trị)**

*Tài liệu tham khảo: 1. Phác đồ điều trị các bệnh mắt thường gặp - Bệnh viện Chợ Rẫy.*

## VIÊM KẾT MẠC CẤP

### I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm kết mạc cấp là tình trạng viêm cấp tính của kết mạc, thường do nhiễm trùng (do virus, vi khuẩn) hoặc dị ứng.

### II. NGUYÊN NHÂN

Viêm kết mạc cấp có nhiều hình thái do các tác nhân gây bệnh khác nhau

- Viêm kết mạc cấp tiết tổ mủ do vi khuẩn: thường gặp do lậu cầu (*Neisseria Gonorrhoeae*), hiếm gặp do não mô cầu (*Neisseria Menigitidis*).
- Viêm kết mạc cấp tiết tổ màng do vi khuẩn: thường gặp do vi khuẩn bạch hầu (*C. Diphtheria*) và liên cầu (*Streptococcus Pyogene*), phế cầu...
- Viêm kết mạc do virus: do Adeno virus, Entero virus...

### III. CHẨN ĐOÁN

#### 1. Viêm kết mạc cấp tiết tổ có mủ.

- + Thời gian ủ bệnh từ vài giờ đến vài ngày, thường mủ nhiều nhất vào ngày thứ 5. Bệnh diễn biến rất nhanh.
- + Bệnh xuất hiện ở một mắt, sau đó lan sang hai mắt.
- + Có nhiều tiết tổ mủ bắn, hình thành rất nhanh sau khi lau sạch.
- + Xét nghiệm: Nhuộm soi (tiết tổ mủ kết mạc): có song cầu khuẩn Gram (-) hình hạt cà phê.

#### 2. Viêm kết mạc cấp tiết tổ màng do vi khuẩn.

- + Mi phù nề, căng cứng khó mở. Sau 1-3 ngày mi mềm dần.
- + Kết mạc cương tụ, phù nề. Sau 1-3 ngày xuất hiện màng thật hoặc màng giả trên bề mặt kết mạc. Màng thường bắn, màu xám. Màng thật khi bóc sẽ lộ lớp tổ chức liên kết phía dưới và chảy máu nhiều. Màng giả bóc dễ dàng và ít chảy máu.
- + Nếu không điều trị kịp thời có thể bị viêm loét giác mạc, viêm nội nhãn.
- + Toàn thân: Có thể có sốt, khó thở.

Cận lâm sàng:

- + Nhuộm soi: Vi khuẩn Gram (+)
- + Nuôi cấy: phân lập vi khuẩn.

#### 3. Viêm kết mạc do virus

- + Cảm giác xốn cộm như có bụi trong mắt.
- + Mi phù nề.
- + Kết mạc cương tụ, phù nề, ra nhiều tiết tổ trắng hoặc dịch hồng.
- + Sau 3-5 ngày có thể thấy có giả mạc màu trắng ở kết mạc sụn mi dày mỏng tùy từng trường hợp.
- + Giác mạc có thể viêm chấm biểu mô.
- + Toàn thân: triệu chứng cảm cúm: nhức đầu nhẹ, đau mỏi người sốt nhẹ...; hạch trước tai.

### IV. ĐIỀU TRỊ

#### 1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị tích cực và khẩn trương
- Điều trị tại chỗ và toàn thân
- Điều trị theo nguyên nhân
- Phát hiện nguồn lây để điều trị và phòng lây lan

#### 2. Phác đồ điều trị

**Tại mắt:**

- + Bóc màng hằng ngày
- + Rửa mắt liên tục bằng nước muối sinh lý 0,9 % để loại trừ mủ và tiết tổ
- + Trong những ngày đầu bệnh diễn biến nhanh, tra nhiều lần thuốc dưới dạng dung dịch (15-30 phút/lần) một trong các nhóm sau: Aminoglycosid (tobramycin...), Fluoroquinolon (ofloxacin, ciprofloxacin, levofloxacin, moxifloxacin, gatifloxacin...).

- + Thuốc nhỏ kháng Histamin: Ketofiten 0,025%, Pemirolast 0,1%, Epinastin 0,05%, Olopatadine 0,1% ...
- + Thận trọng khi dùng Corticoid: Prednisolon acetat, Fluorometholon ...
- + Khi bệnh thuyên giảm có thể giảm số lần tra mắt.
- + Phối hợp tra thuốc mỡ một trong các nhóm trên trưa và tối.
- + Dinh dưỡng giác mạc và nước mắt nhân tạo.

**Toàn thân:**

- + Cephalosprin thế hệ 3 (Cefuroxim): Chỉ dùng trong viêm kết mạc do lậu cầu, bạch hầu.
- + Nếu giác mạc chưa loét: Liều duy nhất 1 gram tiêm bắp .
- + Nếu giác mạc bị loét: 1 gram x 3 lần / ngày tiêm tĩnh mạch
- + Thuốc nâng cao thể trạng.
- + Kháng Histamin: Loratadine, Fexofenadine ...
- +

**V. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

- + Đối với hình thái viêm kết mạc do lậu cầu: Tốt nếu điều trị sớm và tích cực, có thể thủng hoại tử giác mạc nếu điều trị muộn và không tích cực.
- + Đối với hình thái viêm kết mạc do bạch hầu thường không tốt nếu không điều trị toàn thân kịp thời và đúng.
- + Đối với hình thái viêm kết mạc do vi rus: điều trị tích cực, đúng phác đồ bệnh sẽ khỏi sau 5-10 ngày, bệnh có thể kéo dài gây viêm giác mạc biểu mô.

*Tài liệu tham khảo: Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh về mắt của Bộ Y tế.*

## VIÊM KẾT MẠC DỊ ỨNG CẤP TÍNH

### I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm kết mạc dị ứng cấp tính là hình thái dị ứng nhanh của viêm kết mạc dị ứng khi bệnh nhân tiếp xúc với dị nguyên.

### II. NGUYÊN NHÂN

Dị nguyên thường là các mỹ phẩm lạ, thuốc tra mắt, hóa chất, bụi, phấn hoa,....

### III. CHẨN ĐOÁN

#### 1. Lâm sàng

- + Triệu chứng xảy ra rất cấp tính.
- + Triệu chứng cơ năng: bệnh nhân có cảm giác bỏng rát trong mắt, ngứa mắt, đau, sợ ánh sáng, chảy nước mắt, nhiều khi không mở được mắt.
- + Dấu hiệu thực thể: mi sưng nề, mọng đỏ, kết mạc cương tụ, phù nề mọng nước, chảy nhiều dịch, tiết tổ nhầy, phát triển nhú to trên kết mạc sụn mi, đôi khi xuất hiện viêm giác mạc chấm.

**2. Cận lâm sàng:** Xét nghiệm tìm dị nguyên khi có điều kiện.

#### 3. Chẩn đoán xác định

Lâm sàng:

- + Ngứa mắt, đau, bỏng rát, sợ ánh sáng, chảy nước mắt
- + Mi kết mạc phù nề, tiết tổ nhầy, nhú viêm trên kết mạc sụn mi.

**4. Chẩn đoán phân biệt:** Viêm kết mạc cấp: không có tiền sử tiếp xúc dị nguyên, kết mạc cương tụ nhưng không phù nề nhiều như dị ứng, nhiều tiết tổ nhầy...

### IV. ĐIỀU TRỊ

#### 1. Nguyên tắc điều trị

- + Ngừng tiếp xúc với dị nguyên gây dị ứng (nếu xác định được)
- + Chống dị ứng tại chỗ và toàn thân.
- + Tra tại chỗ: chống viêm, chống dị ứng
- + Toàn thân: chống dị ứng, chống phù (nếu cần)

#### 2. Điều trị cụ thể

- Việc đầu tiên là phải loại trừ tác nhân gây dị ứng bằng rửa mắt bằng dung dịch như nước muối sinh lý.

- Dùng thuốc:

- + Thuốc tra:
  - + Corticosteroid: prednisolon acetate 1%, fluorometholone 0,1% 6-8 lần/ngày, trong vài ngày đầu, sau đó bệnh giảm có thể tra rút xuống 3-4 lần/ngày và dùng khi các triệu chứng khỏi hẳn.
  - + Nếu da mi phù, đỏ ngứa: bôi da mi mỡ có corticoid 3 lần/ ngày
  - + Thuốc nhỏ kháng Histamin: Ketofiten 0,025%, Pemirolast 0,1%, Epinastin 0,05%, Olopatadine 0,1% ...
- + Thuốc uống:
  - + Thuốc kháng histamin: có thể dùng 1 trong các loại thuốc chống dị ứng như: loratadine, fexofenadine hydrochloride...
  - + Thuốc Corticosteroid

Trong những trường hợp có kèm theo triệu chứng toàn thân nặng cần phối hợp hoặc chuyển bệnh nhân đến chuyên khoa dị ứng.

### V. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

Bệnh thường khỏi sau vài ngày.

Bệnh có thể tái phát khi bệnh nhân lại tiếp xúc với dị nguyên gây dị ứng.

### VI. PHÒNG BỆNH

Tránh tiếp xúc với dị nguyên nếu xác định được tác nhân gây dị ứng.

*Tài liệu tham khảo: Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh về mắt của Bộ Y tế.*

## VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO VI KHUẨN

### I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm loét giác mạc do vi khuẩn (bacterial keratitis) là hiện tượng mất tổ chức giác mạc do hoại tử gây ra bởi một quá trình viêm trên giác mạc do vi khuẩn, là một nguyên nhân thường gặp gây mù loà.

### II. NGUYÊN NHÂN

#### 1. Các loại vi khuẩn thường gặp gây viêm loét giác mạc

- Vi khuẩn Gr(+): Staphylococcus aureus, Streptococcus pneumonia, Staphylococcus epidermidis, Mycobacterium, Nocardia...
- Vi khuẩn Gr(-): Pseudomonas aeruginosa, Moraxella, Hemophilus influenza,...

#### 2. Yếu tố nguy cơ

- Chấn thương: công nghiệp, nông nghiệp, bỏng
- Biến chứng từ mí mắt: nhiễm trùng mí, hờ mí, quặm mí, sạn vôi...
- Biến chứng từ lệ đạo: viêm mù túi lệ
- Giác mạc mất cảm giác hoặc sẹo cũ, khô mắt
- Do bệnh toàn thân: người già, đái tháo đường, suy dinh dưỡng, suy giảm miễn dịch
- Nhãn áp cao làm tổn thương biểu mô giảm sức chống đỡ với yếu tố viêm nhiễm

### III. CHẨN ĐOÁN

#### 1. Lâm sàng

Triệu chứng cơ năng

- Đau nhức mắt, cộm chói, sợ ánh sáng, chảy nước mắt.
- Nhìn mờ hơn, có thể chỉ cảm nhận được ánh sáng.

Triệu chứng thực thể

- Kết mạc cương tụ rìa.
- Trên giác mạc có một ổ loét ranh giới không rõ, đáy ổ loét thường phủ một lớp hoại tử bản. Khi nhuộm giác mạc bằng fluorescein 2% ổ loét sẽ bắt màu xanh, nếu ổ loét hoại tử nhiều sẽ có màu vàng xanh.
- Giác mạc xung quanh ổ loét bị thâm lậu.
- Mống mắt cũng có thể bị phù nề, mất sắc bóng. Đồng tử thường co nhỏ, có thể dính vào mặt trước thể thủy tinh, tuy nhiên khó quan sát.

#### 2. Cận lâm sàng

- Bệnh phẩm: là chất nạo ổ loét.
- Soi tươi: thấy có vi khuẩn.
- Soi trực tiếp: xác định vi khuẩn gram (+) hay gram (-).
- Nuôi cấy vi khuẩn: xác định được các loại vi khuẩn gây bệnh: tụ cầu, liên cầu, trực khuẩn mủ xanh,...Nếu có điều kiện có thể kết hợp làm kháng sinh đồ để xác định kháng sinh điều trị phù hợp.

#### 3. Chẩn đoán phân biệt

- Loét giác mạc do nấm
- Loét giác mạc do virus herpes.
- Loét giác mạc do amip (acanthamoeba): giác mạc có ổ loét tròn hoặc bầu dục, xung quanh có vòng thâm lậu đặc (áp xe vòng). Xét nghiệm vi sinh chất nạo ổ loét sẽ tìm thấy acanthamoeba.

### IV. ĐIỀU TRỊ

#### 1. Nguyên tắc điều trị

- Cần phải tìm được vi khuẩn gây bệnh và điều trị bằng kháng sinh nhạy cảm với loại vi khuẩn đó (dựa vào kháng sinh đồ), nếu không xác định được loại vi khuẩn gây bệnh cần phải dùng kháng sinh phổ rộng.
- Điều trị bằng thuốc tra mắt là chính, có thể kết hợp với dùng đường toàn thân.
- Phối hợp điều trị triệu chứng và biến chứng.
- Điều trị ngoại khoa khi cần thiết.



## 2. Điều trị cụ thể

**Kháng sinh nhỏ mắt:** Tùy theo phân loại sang thương và nguy cơ ảnh hưởng đến thị lực:

| <b>1. Ít nguy cơ giảm hoặc mất thị lực</b>                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Đặc điểm</b>                                                                                                                                                                                                                                                                        | (1) Những thâm nhiễm nhỏ;<br>(2) Không nhuộm màu ở chu biên giác mạc;<br>(3) Phản ứng tiền phòng và xuất tiết tối thiểu.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Điều trị</b>                                                                                                                                                                                                                                                                        | Fluoroquinolone (Moxifloxacin, Gatifloxacin, Levofloxacin, Ciprofloxacin )<br>Collyre Levofloxacin 0.5% ( Cravit )<br><b>Mỗi 2 – 4 giờ.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>2. Nguy cơ trung bình</b>                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Đặc điểm</b>                                                                                                                                                                                                                                                                        | (1) Ổ thâm nhiễm kích thước trung bình (đường kính 1 – 1.5 mm) ở chu biên giác mạc hoặc bất cứ thâm nhiễm nào có kích thước nhỏ hơn nhưng có tróc vẩy mô đi kèm.<br>(2) Phản ứng tiền phòng nhẹ và xuất tiết trung bình.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Điều trị</b>                                                                                                                                                                                                                                                                        | Fluoroquinolone (Moxifloxacin, Gatifloxacin, Ciprofloxacin)<br><b>Nhỏ mỗi giờ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>3. Đe dọa thị lực</b>                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Đặc điểm</b>                                                                                                                                                                                                                                                                        | (1) Những ổ thâm nhiễm lớn hơn 1- 2 mm; (2) nằm trên trục thị giác; (3) không đáp ứng với điều trị ban đầu.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Điều trị</b>                                                                                                                                                                                                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- KHÔNG nên dùng Fluoroquinolone đơn trị liệu.</li> <li>- Phải dùng <b>kháng sinh phối hợp</b> có tác dụng trên gram dương + gram âm; <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fluoroquinolone + aminoglycosides (Tobramycin, Gentamycin.</li> <li>• Fluoroquinolone/ Tobramycin/ Gentamycin + Cefazolin/ Vancomycin</li> </ul> </li> <li>- Ngoài trừ Fluoroquinolone có thể dùng loại thuốc nhỏ mắt có nồng độ có sẵn trên thị trường, các thuốc kháng sinh khác phải được tăng nồng độ, như: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tobramycin/ Gentamycin là 15 – 20mg/ml</li> <li>• Cefazolin/ Vancomycin là 50mg/ml</li> </ul> </li> <li>- Nên dùng Vancomycin cho những trường hợp các vi khuẩn kháng thuốc hoặc những bệnh nhân dị ứng với Penicillin hoặc Cephalosporin:</li> <li>- Liều tán công: 1 giọt mỗi 2 phút x 5 liều, sau đó nhỏ mỗi 30 phút. Ban đêm: nhỏ 1 giọt mỗi 1 phút x 3 liều, 4 giờ sau lặp lại 3 liều như trên, sau đó nhỏ mỗi 30 phút.</li> </ul> |
| <b>Chú ý:</b> - Nếu không đáp ứng điều trị, dựa vào kết quả nuôi cấy và KS đồ. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ngưng kháng sinh nhỏ 7 -10 ngày sau khi lành loét.</li> <li>- Nếu do Pseudomonas thì dùng thêm 3 – 4 tuần (loại có nồng độ có sẵn trên thị trường).</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

### Thuốc tiêm dưới niêm mạc:

- Loét dọa thủng khi không đảm bảo liều nhỏ tán công thuốc kháng sinh tăng nồng độ do bệnh nhân tuân thủ kém.
- Gentamycin, Cefazolin hoặc Vancomycin tiêm mỗi 12 – 24 giờ tại các vị trí kết mạc khác nhau trong 24 – 48 giờ.

### Kháng sinh toàn thân:

- Nhiễm trùng lan ra củng mạc, loét thủng hoặc có viêm mù nội nhãn: Fluoroquinolone đường uống.
- Kháng sinh toàn thân cũng cần thiết trong những trường hợp nhiễm Neisseria và Haemophilus (Ceftriaxone 1g tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm bắp, mỗi 12 -24 giờ) để ngăn chặn nhiễm trùng lan rộng toàn thân.

### Điều trị phối hợp

- Chống viêm non-steroid: Tra mắt: dung dịch indomethacine 0,1% tra mắt 4 lần/ngày.
- Giảm đồng tử, liệt cơ mi: Dùng atropin 1% tra mắt 2 lần mỗi ngày. Nếu đồng tử không giãn phải tiêm tách dính móng mắt (tiêm dưới kết mạc bốn điểm cạnh rìa) hỗn hợp: atropin 1% và adrenalin 0,1%.
- Tăng cường dinh dưỡng tại chỗ và toàn thân: Vit C, A, E

- Giảm đau: Paracetamol, Diclofenac, Paracetamol + Ibuprofen
  - Hạ nhãn áp: khi loét giác mạc gây tăng nhãn áp, loét dọa thủng hoặc thủng.
  - Tiêm huyết thanh tự thân dưới kết mạc: có tác dụng tăng cường dinh dưỡng cho giác mạc và hạn chế hoại tử giác mạc. Dùng trong những trường hợp loét hoại tử nhiều (đặc biệt do trực khuẩn mủ xanh).
  - Chống chỉ định tuyệt đối dùng corticoid trong giai đoạn ổ loét đang tiến triển.
- Chuyển viện:** viêm loét giác mạc lan đến rìa, loét dọa thủng, thâm nhiễm sâu nhu mô, tiến triển nặng.

## V. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

### 1. Tiến triển

Loét giác mạc do vi khuẩn là một bệnh nặng, nhất là những bệnh nhân được điều trị muộn và đã dùng corticoid trước đó. Khi bệnh khỏi sẽ để lại sẹo trên giác, ảnh hưởng đến thị lực của người bệnh.

### 2. Biến chứng

- Loét giác mạc dọa thủng (phồng màng Descemet).
- Tăng nhãn áp.
- Trường hợp nặng có thể gây loét thủng giác mạc, viêm mủ nội nhãn.

## VI. PHÒNG BỆNH

- Luôn giữ gìn mắt sạch sẽ, tránh những sang chấn vào mắt.
- Khi bị chấn thương trên giác mạc cần phải phát hiện và điều trị kịp thời bằng các kháng sinh tra mắt để phòng biến chứng viêm loét giác mạc do vi khuẩn.
- Cần phải điều trị các bệnh mắt là yếu tố thuận lợi gây viêm loét giác mạc: lông quặm, lông xiêu, hờ mi,...

*Tài liệu tham khảo: Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh về mắt của Bộ Y tế.*

# VIÊM GIÁC MẠC DO HERPES

## I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm giác mạc do herpes là hiện tượng thâm nhiễm tế bào viêm và hoại tử gây tổn thương mắt tổ chức giác mạc do herpes.

## II. NGUYÊN NHÂN

Do virus herpes có tên khoa học là herpes simplex virus (HSV) thuộc họ herpes viridae. Herpes có 2 type: type 1 (HSV-1) gây bệnh ở nửa trên cơ thể từ thất lưng trở lên (gây viêm loét giác mạc), type 2 (HSV-2) gây bệnh ở nửa dưới cơ thể từ thất lưng trở xuống. Tuy nhiên, có trường hợp HSV-2 gây bệnh ở mắt do mắt bị nhiễm dịch tiết đường sinh dục (đặc biệt ở trẻ sơ sinh) nhưng rất hiếm gặp.

## III. CHẨN ĐOÁN

### 1. Triệu chứng cơ năng

- Đau nhức mắt.
- Kích thích: cộm chói, chảy nước mắt, sợ ánh sáng.
- Thị lực: giảm nhiều hay ít tùy mức độ tổn thương.

### 2. Triệu chứng thực thể

- Tổn thương của giác mạc do herpes có đặc điểm: đa dạng, hay tái phát, gây giảm hoặc mất cảm giác giác mạc.

+ Loét giác mạc hình cành cây: là triệu chứng đặc trưng và điển hình.

+ Loét giác mạc hình địa đồ.

- Viêm giác mạc hình đĩa: nhu mô giác mạc trung tâm thâm lậu làm cho giác mạc phù dày lên về phía nội mô, có thể có nếp gấp màng Descemet, tựa sau giác mạc.

- Viêm nhu mô kê: là hình thái nặng ngay từ đầu. Trong nhu mô có những đám thâm lậu màu trắng vàng, ranh giới không rõ (hình phomat). Có thể có vành phản ứng miễn dịch cạnh tổn thương.

- Viêm màng bồ đào: tổn thương giác mạc do herpes có thể kèm theo viêm màng bồ đào hoặc viêm bán phần trước. Khám lâm sàng sẽ thấy: có tựa mặt sau giác mạc, tế bào viêm trong thủy dịch (Tyndall tiền phòng), đồng tử co nhỏ, có thể dính vào mặt trước thể thủy tinh. Đây là hình thái nặng, khó điều trị.

- Cảm giác giác mạc: bị giảm hoặc mất.

- Ngoài ra bệnh nhân có thể bị sốt, nổi hạch trước tai. Xuất hiện mụn nước ở mép, mặt,...

### 3. Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm tế bào học: bệnh phẩm là chất nạo bờ ổ loét, sẽ thấy các tổn thương: tế bào nhiều nhân, hiện tượng đông đặc nhiễm sắc chất quanh rìa nhân, tế bào biểu mô thoái hóa nhân trương, hoặc tìm thấy tiêu thể Lipschutz.

- Xét nghiệm PCR: tìm gen của virus herpes, bệnh phẩm là chất nạo bờ ổ loét hoặc thủy dịch. Xét nghiệm có tính đặc hiệu cao.

### 4. Chẩn đoán phân biệt

- Loét giác mạc do vi khuẩn.
- Loét giác mạc do nấm.
- Loét giác mạc do acanthamoeba.

## IV. ĐIỀU TRỊ

### 1. Nguyên tắc chung

- Dùng thuốc ức chế tổng hợp axit nhân (AND) của virus đường tra và uống.
- Phối hợp điều trị thuốc chống viêm, tăng cường dinh dưỡng và kháng sinh chống bội nhiễm khi cần thiết.
- Điều trị biến chứng

### 2. Điều trị cụ thể

#### • Điều trị đặc hiệu

- Thuốc tra mắt: Acyclovir 3% (Virupos, Zovirax, Herpacy...) : tra mắt 5 lần mỗi ngày.
- Thuốc uống: Acyclovir viên 200 mg, 800mg. Thường dùng viên Acyclovir 200mg, uống ngày 5 viên chia 5 lần trong 7-10 ngày. Trẻ em dưới 2 tuổi liều dùng bằng nửa liều của người lớn, trẻ em trên 2 tuổi dùng bằng liều người lớn.

- **Điều trị bổ sung**

- Chống bội nhiễm vi khuẩn: dùng kháng sinh phổ rộng tra mắt, một trong các loại sau: tobramycin, ofloxacin, levofloxacin, moxifloxacin: tra mắt 5 lần mỗi ngày.
- Thuốc giãn đồng tử, liệt cơ thể mi: tra atropin 1- 4% khi có phản ứng màng bồ đào.
- Thuốc chống viêm steroid: dùng trong các trường hợp sau: loét rìa, viêm giác mạc hình đĩa, viêm nhu mô kể khi có phản ứng màng bồ đào (Dùng corticoid dạng tra mắt. Tuy nhiên, cần hết sức thận trọng và bao giờ cũng phải dùng kèm với thuốc chống virus. Khi bệnh thoái triển phải dùng liều giảm dần).
- Nhỏ Atropin 1% 2 lần/ngày
- Tăng cường dinh dưỡng tại chỗ và toàn thân (Vit C, A, E).
- Giảm đau.
- Nước mắt nhân tạo (phòng ngừa loét do loạn dưỡng thần kinh)
- Ghép màng ối: với những trường hợp bệnh kéo dài, ổ loét khó hàn gắn, có thể phẫu thuật gọt giác mạc ghép màng ối sẽ cho kết quả tốt.

- **Điều trị chống tái phát**

Có thể dùng liều Acyclovir 200 mg ngày uống 4 viên chia 2 lần trong 1 đến 2 năm để phòng tái phát. Ngoài ra bệnh nhân cần có cuộc sống lành mạnh để tăng cường sức đề kháng. Chuyên viện: ổ loét dọa thủng, bệnh tiến triển nặng.

## **V. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

Nếu không được phát hiện sớm và điều trị kịp thời bệnh có thể gây ra một số biến chứng

- Loét giác mạc dọa thủng (phồng màng Descemet) hoặc thủng.
- Tăng nhãn áp do phản ứng màng bồ đào.
- Trường hợp nặng có thể biến chứng viêm mủ nội nhãn.

## **VI. PHÒNG BỆNH**

Tránh bị sơ nhiễm herpes (HSV và varicella zoster): bằng cách tránh xa các nguồn lây là dịch tiết từ những tổn thương của người bệnh bị herpes. Nếu người mẹ mang thai bị herpes đường sinh dục thì phải điều trị khỏi trước khi sinh hoặc phải mổ đẻ để tránh lây nhiễm cho con.

Khi đã bị nhiễm herpes: phải nâng cao thể trạng bằng việc tập luyện, có chế độ làm việc, sinh hoạt lành mạnh để tránh herpes tái phát.

*Tài liệu tham khảo: Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh về mắt của Bộ Y tế.*

## VIÊM BỜ MI

### 1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm bờ mi là tình trạng viêm nhiễm thường gặp ở cả 2 bờ mi trên dưới và đồng nhất ở cả hai mắt.

### 2. NGUYÊN NHÂN

Có 3 loại:

- Viêm bờ mi trước do nhiễm *Staphylococcus*.
- Viêm bờ mi sau thường gặp do rối loạn chức năng tuyến Meibomius (MGD), viêm tuyến Meibomius.
- Viêm bờ mi hỗn hợp trước và sau

### 3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

- Cảm giác dị vật, bỏng rát, thường vào buổi sáng.
- Viêm bờ mi trước: tiết tổ dạng vẩy cứng đọng ở chân lông mi bờ mi trước, dẫn mạch bờ mi.
- MGD: bọng dầu ở tuyến Meibomius, phim nước mắt nhiều bọt.
- Viêm tuyến Meibomius: chất tiết bị cô đặc, tắc nghẽn gây dẫn túi tuyến tạo thành những nang tuyến.
- Thường kèm theo khô mắt tùy độ nặng và thời gian viêm bờ mi. Gây biến chứng viêm biểu mô giác mạc chấm và viêm kết mạc dạng nhú.

### 4. ĐIỀU TRỊ

- Viêm bờ mi trước:
  - Đánh bờ mi, vệ sinh bờ mi: dùng đầu tăm bông thấm dung dịch xà bông gội đầu trẻ em hoặc Povidine 5% chùi rửa vùng lông mi.
  - Tra thuốc mỡ kháng sinh.
  - Steroid nhẹ tại chỗ flumetholone 4 lần/ ngày phòng ngừa viêm kết mạc nhú gai, viêm rìa giác mạc
  - Bổ sung nước mắt nhân tạo.
- Viêm bờ mi sau:
  - Kháng sinh toàn thân: Azithromycin 1 – 1,5g/ngày/tuần x 3 tuần hoặc Tetracyclin 250mg 4 lần/ngày trong 1 tuần, sau đó 2 lần/ngày trong 6 – 12 tuần( hoặc doxycyclin 100mg 2 lần/ngày trong 1 tuần sau đó 1 lần/ngày).
  - Corticoid tại chỗ và nước mắt nhân tạo.
  - Nặn tuyến bờ mi, chườm ấm mi
  - Kháng sinh tại chỗ nếu có viêm kết mạc đi kèm

Tài liệu tham khảo: *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh về mắt của Bộ Y tế.*

## VIÊM TÚI LỆ

### I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm túi lệ là một bệnh lý thường gặp trong nhãn khoa, là tình trạng viêm mạn tính hoặc cấp tính tại túi lệ. Bệnh thường xảy ra thứ phát sau tắc ống lệ mũi bẩm sinh hoặc mắc phải.

### II. NGUYÊN NHÂN

- Là hậu quả của tắc ống lệ mũi bẩm sinh hoặc tắc ống lệ mũi mắc phải.
- Tác nhân vi sinh vật thường gặp gây viêm túi lệ khá đa dạng. Các vi sinh vật có thể gây viêm túi lệ bao gồm vi khuẩn Gram dương như *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus Aureus*, *Streptococcus pneumoniae*; vi khuẩn gram âm như : *Pseudomonas aeruginosa*, *Hemophilus influenza*, *Proteus*, kể cả vi khuẩn kỵ khí như *Propionibacterium acnes*.

### III. CHẨN ĐOÁN

#### 1. Lâm sàng:

Viêm túi lệ biểu hiện ở hình thái mạn tính hoặc có những đợt viêm cấp tính.

##### Viêm túi lệ mạn tính

- Chảy nước mắt thường xuyên, có thể kèm chảy mủ nhầy.
- Dính mí mắt do các chất tiết nhầy.
- Vùng túi lệ có khối nề, căng, ấn vào có mủ nhầy trào ra ở góc trong mắt.
- Viêm kết mạc góc trong.
- Bơm lệ đạo: nước trào qua lỗ lệ đối diện có nhầy mủ kèm theo.

##### Viêm túi lệ cấp tính

- Có tiền sử chảy nước mắt, hoặc chảy nước mắt kèm nhầy mủ.
- Đau nhức vùng túi lệ, có thể đau tăng lên khi liếc mắt vì phản ứng viêm có thể tác động đến cơ chéo dưới. Đau có thể lan ra nửa đầu cùng bên, đau tai hoặc đau răng.
- Vùng túi lệ sưng, nóng, đỏ.
- Túi lệ giãn rộng, lan ra phía dưới ngoài hoặc một phần ở phía trên.
- Nếu quá trình nhiễm trùng nặng hơn, gây áp xe túi lệ.
- Giai đoạn muộn hơn, có thể gây dò mủ ra ngoài da. Mủ nhầy thoát từ túi lệ ra ngoài qua lỗ dò này.
- Toàn thân: mệt mỏi, sốt, đặc biệt các triệu chứng toàn thân thể hiện rõ hơn ở người già. Có thể có hạch trước tai.

#### 2. Cận lâm sàng

- Chụp phim cắt lớp vùng túi lệ và hốc mắt sẽ cho thấy rõ hình ảnh túi lệ bị viêm hay u túi lệ.
- Xét nghiệm vi sinh vật: xác định loại vi sinh vật gây viêm túi lệ bằng xét nghiệm nhuộm soi, nuôi cấy mủ nhầy từ túi lệ.

#### 3. Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm kết mạc mạn tính:
- U túi lệ. Chụp cắt lớp sẽ phân biệt được rõ u và viêm túi lệ.
- U vùng túi lệ.
- Áp xe vùng túi lệ.

### IV. ĐIỀU TRỊ

#### 1. Viêm túi lệ mạn tính

- Thông lệ đạo: được chỉ định cho các trường hợp viêm túi lệ do tắc lệ đạo bẩm sinh.
- Phẫu thuật nối thông túi lệ mũi qua đường rạch da hoặc qua nội soi đường mũi, kết hợp với đặt ống silicon qua lệ quản xuống mũi.
- Cắt bỏ túi lệ để loại trừ ổ viêm và tránh các biến chứng như viêm túi lệ cấp hoặc nhiễm trùng tại bề mặt nhãn cầu.

#### 2. Viêm túi lệ cấp tính

Điều trị viêm túi lệ cấp được chia làm 2 giai đoạn: điều trị viêm cấp tính và điều trị dự phòng tái phát, bao gồm cả việc điều trị nguyên nhân.

- Điều trị viêm túi lệ cấp tính:

- + Dùng kháng sinh chống nhiễm trùng: dùng kháng sinh phổ rộng toàn thân đường tiêm hoặc uống tùy theo mức độ nặng nhẹ của viêm túi lệ.
- + Kháng sinh nhỏ mắt: có thể dùng : levofloxacin, moxifloxacin...
- + Giảm phù nề: dùng các thuốc giảm phù nề: alphachymotrypsin
- + Giảm đau: dùng thuốc giảm đau nếu có đau nhức nhiều.
- + Chích rạch áp xe : tháo bớt mủ ở ổ áp xe giúp cho bệnh nhân đỡ đau và lấy bệnh phẩm để nuôi cấy tìm tác nhân gây bệnh và làm kháng sinh đồ. Có thể hút mủ qua đường lệ quản hoặc rạch trực tiếp vào túi lệ qua đường rạch ở da.
- Điều trị dự phòng tái phát: điều trị nội khoa sẽ làm viêm túi lệ cấp ổn định rồi chuyển sang giai đoạn viêm túi lệ mãn tính trong vòng 1 -2 tuần. Để tránh viêm túi lệ cấp tái phát, bệnh nhân cần được tiếp tục điều trị bằng phẫu thuật nối thông túi lệ mũi hoặc cắt bỏ túi lệ.

## **V. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

Nếu không được điều trị, viêm túi lệ mãn gây viêm kết mạc, viêm giác mạc. Viêm túi lệ mãn có các đợt viêm cấp, gây áp xe túi lệ thậm chí gây viêm tổ chức hốc mắt. Viêm túi lệ cấp có thể gây dò mủ ra ngoài da, viêm mi, hốc mắt.

Phẫu thuật nối thông túi lệ mũi có tỷ lệ khỏi bệnh sau phẫu thuật từ 85% - 95% tùy theo từng nghiên cứu.

Sau cắt túi lệ, bệnh nhân hết viêm túi lệ nhưng vẫn bị chảy nước mắt vì không phục hồi được chức năng lệ đạo.

## **VI. PHÒNG BỆNH**

Điều trị sớm các trường hợp tắc ống lệ mũi là biện pháp có hiệu quả để phòng viêm túi lệ mãn. Các trường hợp viêm túi lệ mãn được điều trị sớm thì sẽ tránh được biến chứng viêm túi lệ cấp.

*Tài liệu tham khảo: Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh về mắt của Bộ Y tế.*

## I. CHẨN ĐOÁN

### 1. Chẩn đoán lâm sàng:

#### 1.1. Triệu chứng chủ quan:

- Khó chịu, xốn cộm, nóng rát, châm chích, ngứa
- Cảm giác khô, khó mở mắt buổi sáng, đôi khi phải dùng tay mở mắt
- Mờ khi đọc sách, lúc chiều tối, dễ mệt mỏi
- Chảy nước mắt do phản xạ tiết, nhạy cảm ánh sáng
- Đỏ mắt (dễ kích thích gió, bụi)
- Tiết ghèn (rỉ, nhử) dạng dây, nhầy
- Tăng nặng trong tình huống đặc biệt: làm việc với máy tính, máy lạnh, gió, môi trường khô, đọc sách, lò sưởi, phòng máy lạnh, nắng gió, nơi ô nhiễm, khoang máy bay
- Khô miệng

#### 1.2. Triệu chứng khách quan:

- Lồi mắt
- Phì đại tuyến lệ
- Khuyết mí, co trợn mí, hờ mí (do liệt VII, phẫu thuật mí), lật mí, quặm mí, nhão mí người già, rách mí do chấn thương.
- Chớp không hoàn toàn, ít chớp
- Viêm bờ mí, rối loạn tuyến Meibomius; tân mạch, sừng hóa, sẹo bờ mí
- Lông xiêu, lông quặm
- Chiều cao ngăn nước mắt (mm) (khô mắt < 0,1 mm)
- Viêm kết mạc, sa kết mạc, sẹo xơ kết mạc
- Bất thường cùng đồ (dính mí cầu)
- Khô giác mạc, sừng hóa, màng máu, sẹo, tân mạch
- Viêm giác mạc chấm nông, viêm giác mạc sợi, loét giác mạc

### 2. Chẩn đoán nguyên nhân:

- Phỏng hóa chất, chấn thương mắt
- Viêm kết mạc dị ứng
- Viêm giác mạc do HSV, HZV
- Sẹo kết giác mạc
- Hội chứng Steven Johnson, hội chứng Sjögren, GVHD (Graft versus host disease)
- Tật không móng mắt
- Liệt VII
- Nút điểm lệ, bệnh lý tuyến lệ, tuyến lệ phụ
- Bệnh tuyến giáp
- Xơ cứng, trứng cá đỏ, vảy nến, Pemphigus, viêm da tiết bã (seborrhea), chàm, quá mẫn atopy, Lupus ban đỏ hệ thống
- Viêm khớp dạng thấp, gout
- Lymphoma, Sarcoidosis
- Viêm gan siêu vi C, HIV
- Parkinson, đau thần kinh V
- Xạ trị hốc mắt

### Yếu tố nguy cơ:

- Lớn tuổi, đái tháo đường, mãn kinh
- Tiếp xúc tia cực tím, bụi, mùn cưa, hơi ...
- Kính tiếp xúc
- Phẫu thuật: Ghép giác mạc, Lasik, Phaco
- Phẫu thuật mí: Mí đôi, sụp mí
- Phẫu thuật ghép tủy xương
- Phẫu thuật đầu mặt cổ
- Thuốc: Kháng histamine, lợi tiểu, Hormone, kháng hormone, ngừa thai, chống trầm cảm, an thần, chống loạn nhịp, Isotretinoin, vitamin tổng hợp, Diphenoxylate, Acetylcystein, Atropin, ức chế beta, kháng cholinergic, hóa trị



- Hút thuốc/ hút thuốc thụ động

**3. Chẩn đoán phân biệt:** Chẩn đoán bệnh nguyên nhân

**4. Chẩn đoán cận lâm sàng:** Xét nghiệm chẩn đoán bệnh nguyên nhân

## II. ĐIỀU TRỊ

### 1. Bảng phân độ khô mắt:

| Mức độ                                             | 1                                                     | 2                                                          | 3                                                             | 4                                                                    |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <b>Sự khó chịu, mức độ trầm trọng &amp; tần số</b> | Nhẹ<br>Xảy ra từng lúc dưới tác động của môi trường . | Trung bình<br>Từng lúc hoặc mạn tính, hoặc lúc căng thẳng. | Nặng<br>Thường xuyên hoặc không giảm, không liên quan stress. | Nặng và / hoặc vô hiệu hóa và liên tục                               |
| <b>Thị lực</b>                                     | Có những đợt mờ mắt nhẹ                               | Khó chịu có thể tự khỏi                                    | Khó chịu, mạn tính và/ hoặc không tự khỏi.                    | Liên tục và / hoặc có khả năng vô hiệu hóa                           |
| <b>Cương tụ kết mạc</b>                            | Không có đến nhẹ                                      | Không có đến nhẹ                                           | +/-                                                           | + / ++                                                               |
| <b>Nhuộm kết mạc</b>                               | Không có đến nhẹ                                      | Có thể có                                                  | Có mức độ trung bình                                          | Rõ rệt                                                               |
| <b>Nhuộm giác mạc (độ nặng vị trí)</b>             | Không có đến nhẹ                                      | Có thể có                                                  | Tổn thương ở trung tâm                                        | Viêm loét lốm đốm nặng                                               |
| <b>Giác mạc/ Dấu hiệu phim nước mắt</b>            | Không có đến nhẹ                                      | Debris nhẹ, giảm phim nước mắt                             | Viêm giác mạc sợi, nứt nhờn, debris                           | Viêm giác mạc sợi<br>Vón cục chất nhầy<br>↑ vỡ phim nước mắt<br>Loét |
| <b>Mi mắt/ Tuyến Meibomius</b>                     | Có thể có                                             | Có thể có                                                  | Thường xuyên                                                  | Chứng lông quặm sừng hóa<br>Dính kết mạc mí mắt                      |
| <b>TFBUT (giây)</b>                                | Thay đổi                                              | ≤ 10                                                       | ≤ 5                                                           | Ngay tức thì                                                         |
| <b>Schirmer test (mm/ 5 phút)</b>                  | Thay đổi                                              | ≤ 10                                                       | ≤ 5                                                           | ≤ 2                                                                  |

(TFBUT = Tear film break up time)

## 2. Các khuyến cáo điều trị theo mức độ nặng:

| ĐỘ 1                                                                            | ĐỘ 2                                                                                                                                 | ĐỘ 3                          | ĐỘ 4                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------|
|                                                                                 | Bổ sung các điều trị trước đó                                                                                                        | Bổ sung các điều trị trước đó | Bổ sung các điều trị trước đó                          |
| Giáo dục, môi trường, chế độ ăn.                                                | Thuốc kháng viêm.<br>Tetracycline<br>(Meibomianitis<br>Rosacea).<br>Nút chặn điểm lệ<br>Thuốc giúp tăng tiết nước mắt<br>Kích tạo ẩm | Huyết thanh tự thân           | Thuốc kháng viêm toàn thân.                            |
| Dùng gián đoạn thuốc toàn thân hoặc tấn công tại chỗ                            | Nút ống dẫn                                                                                                                          | Kính áp tròng                 | Phẫu thuật (mì khâu cò mi, cắt kết mạc, ghép màng ối). |
| Dùng thay thế nước mắt nhân tạo (nước, gel, mỡ).                                | Chất kích thích bài tiết                                                                                                             | Đóng điểm lệ vĩnh viễn        |                                                        |
| Điều trị các rối loạn mắt đi kèm (viêm tuyến meibomius, bệnh viêm mi mắt, ....) | Mắt kính chuyên dụng                                                                                                                 |                               |                                                        |

### a. Nước mắt nhân tạo ( sử dụng loại không chứa chất bảo quản hoặc chất bảo quản có khả năng tự phân hủy khi tiếp xúc bề mặt nhãn cầu như genqua, purite hoặc sodium perbonate):

- **Dạng nước:** Carboxymethylcellulose sodium (Refresh tear, Refresh plus 0.05%); Sodium hyaluronate (Vismed 0.18%); Glycerin phối hợp polysorbate (Endura 1%) hoặc glycerol, tyloxapol, poloxaner188 phối hợp hydroclodrid (Cartionorm) hoặc hypromellose (Genteal 0.3%), Natri Diquafosol 3% ...

- **Dạng liquigel:** Carboxymethylcellulose Sodium 0.5% (Optive hoặc Refresh liquid gel)

- **Dạng gel:** Carbomer (Liposic eye gel); Dexapanthenol phối hợp polyacrylic polymer (Corneregel Eye gel 5%).

### b. Các thuốc kháng viêm bề mặt nhãn cầu:

- **Nhóm corticosteroid:** Prednisolone acetate 1% (Pred fort 1%); loteprednol etabonate 0.5% (Lotemax 0.5%); fluormetholone 0.1% (Flarex 0.1% hoặc FML 0.1%).

- **Nhóm điều hòa miễn dịch:** Cyclosporin 0.05% (Restasis 0.05%)

## III. THEO DÕI

- Đáp ứng điều trị

- Bệnh nguyên nhân

- Tái khám tùy theo đáp ứng điều trị: 1 tuần – 2 tuần – 1 tháng.

### Tài liệu tham khảo:

1. Cẩm nang thực hành nhãn khoa - BV Mắt TP Hồ Chí Minh.

## BỆNH VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO TRƯỚC CẤP TÍNH

### I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm màng bồ đào trước cấp tính là viêm cấp tính của mống mắt và thể mi. Bệnh khá phổ biến, nếu không được điều trị kịp thời có thể gây biến chứng nặng và dẫn đến mù loà.

### II. NGUYÊN NHÂN

- + Nhiễm trùng: Vi khuẩn (Tụ cầu, liên cầu, phế cầu...). Virus (Herpes, Zona, cúm...). Nấm (Candida, Aspergillus...). Ký sinh trùng (Toxoplasma, giun, ấu trùng sán...)
- + Miễn dịch: Yếu tố kháng nguyên HLA, hội chứng Behçet, hội chứng Vogt-Koyanagi-Harada...
- + Dị ứng: Chất nhân protein của thủy tinh thể.
- + Nhiễm độc: Hoá chất, độc tố tác nhân nhiễm khuẩn, u ác trong nhãn cầu...

### III. CHẨN ĐOÁN

#### 1. Lâm sàng

##### ❖ Triệu chứng cơ năng:

- + Nhìn mờ: do đục các môi trường trong suốt...
- + Đau: Đau do co thắt thể mi và đầu thần kinh bị kích thích bởi độc tố.
- + Sợ ánh sáng và chảy nước mắt: do kích thích dây V.
- + Đỏ mắt: do cương tụ rìa.

##### ❖ Triệu chứng thực thể:

- + Cương tụ rìa.
- + Tủa sau giác mạc: Dạng bụi
- + Trong giai đoạn cấp của viêm màng bồ đào mãn tính có thể có hạt trên mống mắt :
  - + Hạt Koepe: nhỏ và nằm trên bờ đồng tử.
  - + Hạt Busacca: lớn hơn. Nằm trên bề mặt mống mắt, trong các đợt cấp VMBĐ mãn tính.
    - + Tyndall (+)
    - + Xuất tiết: do tổn thương mạch máu mống mắt, rò rỉ protein ra thủy dịch.
    - + Mủ tiền phòng: Có thể có.
    - + Dính mống mắt vào mặt trước thủy tinh thể
    - + Tế bào ở dịch kính trước
    - + Nhãn áp: giai đoạn đầu nhãn áp hạ do thể mi giảm tiết thủy dịch. Giai đoạn cuối nhãn áp thấp vĩnh viễn do thể mi bị huỷ hoại gây teo nhãn cầu. Trong đợt viêm cấp có thể tăng nhãn áp do nghẽn đồng tử hoặc góc tiền phòng.

#### 2. Cận lâm sàng:

Các khám nghiệm cận lâm sàng để chẩn đoán bệnh như:

- + Siêu âm để phát hiện tình trạng vẩn đục của dịch kính do viêm màng bồ đào sau hoặc tổ chức hoá dịch kính hoặc bong võng mạc là biến chứng của viêm màng bồ đào.
- + Chụp mạch huỳnh quang đáy mắt để phát hiện tình trạng viêm mạch máu, ổ viêm hắc-võng mạc, tình trạng thiếu máu võng mạc hoặc phù võng mạc do viêm ...
- + Chụp OCT đáy mắt để phát hiện tình trạng phù võng mạc, tân mạch võng mạc... do viêm.
- + Các xét nghiệm cận lâm sàng để tìm nguyên nhân: Xét nghiệm sinh hoá, xét nghiệm huyết học, xét nghiệm miễn dịch
- + Chẩn đoán hình ảnh: X quang, CT scanner, chụp cộng hưởng từ...

#### 3. Chẩn đoán phân biệt: Glôcôm góc đóng; Viêm kết mạc cấp; Viêm loét giác mạc.

### IV. ĐIỀU TRỊ

#### 1. Nguyên tắc chung:

- + Chống viêm
- + Chống dính
- + Điều trị ngoại khoa khi cần thiết

#### 2. Điều trị cụ thể:

##### ❖ Thuốc giãn đồng tử và liệt thể mi

- + Dùng dung dịch Artropin 1% - 4% tra ngày 2 -3 lần, nếu đồng tử giãn được cần duy trì ngày 1 lần.
- + Nếu đồng tử không giãn với thuốc tra, cần tiêm dưới kết mạc quanh rìa dung dịch Adrenalin 1mg + Artropin 1/4 mg, vị trí tiêm 4 điểm: 3-9-6-12 giờ nếu đồng tử dính toàn bộ. Nếu không dính toàn bộ, tiêm dưới kết mạc tương ứng với chỗ dính đồng tử.

#### ❖ **Dùng kháng sinh và các thuốc đặc hiệu theo nguyên nhân**

+ Kháng sinh:

- + Dùng theo kháng sinh đồ nếu có lấy bệnh phẩm nuôi cấy và làm kháng sinh đồ.
- + Dùng các kháng sinh phổ rộng (Cefalosporin thế hệ 2,3, nhóm new quinolon, nhóm Macrolid) đường uống hoặc tiêm truyền.

+ Thuốc chống virus, chống lao, chống nấm.

+ Thuốc chống viêm: Corticoid là thuốc chủ lực trong điều trị viêm màng bồ đào

*Corticoid đường tra tại mắt*

- Là phương pháp điều trị chủ yếu của viêm màng bồ đào trước cấp
- Số lần dùng tùy thuộc mức độ của viêm màng bồ đào.
- Nên dùng liều cao từ đầu để khống chế được phản ứng viêm, sau đó giảm dần liều trong nhiều ngày hoặc nhiều tuần, mỗi lần giảm khoảng 50% liều khi triệu chứng lâm sàng đã cải thiện.

*Tiêm cạnh nhãn cầu:*

- Dùng điều trị hỗ trợ cho các trường hợp viêm màng bồ đào trước nặng
- Thường tiêm 1ml chứa 40mg Methyl-prednisolon hoặc Triamcinolon.

*Đường toàn thân*

- Được chỉ định trong các trường hợp viêm màng bồ đào trước nặng.
- Có thể dùng prednisolon uống với liều khởi đầu 1mg/kg trong 1 tuần sau đó giảm liều dần hoặc dùng đường truyền tĩnh mạch Methyl prednisolon trong các trường hợp nặng.
- + Các thuốc chống viêm không steroid, được sử dụng trong những trường hợp chống chỉ định corticoid hoặc để giảm bớt liều corticoid, như: Indomethacin, Diclofenac...
- + Thuốc ức chế miễn dịch: Phối hợp với bác sĩ nội khoa, chỉ định khi không đáp ứng điều trị với corticoid hoặc chống chỉ định với corticoid.

#### **V. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG:**

Đa số các trường hợp viêm màng bồ đào trước đáp ứng tốt với điều trị nội khoa. Tuy nhiên, nếu không phát hiện và điều trị kịp thời, bệnh có thể gây ra các biến chứng nặng như glôcôm, đục thủy tinh thể, phù hoàng điểm, bong võng mạc, teo nhãn cầu...

**VI. PHÒNG BỆNH:** Hiện chưa có biện pháp phòng bệnh đặc hiệu.

*TÀI LIỆU THAM KHẢO:*

1. *Nhãn khoa (tập 3). Nhà xuất bản y học*
2. *Nhãn khoa lâm sàng. Nhà xuất bản Y học, Tp. Hồ Chí Minh*

# VIÊM TỔ CHỨC HỐC MẮT

## I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm tổ chức hốc mắt là viêm của phần mô mềm trong hốc mắt. Viêm tổ chức hốc mắt gặp ở cả trẻ em và người lớn. Ở trẻ em dưới 5 tuổi thì hay phối hợp với viêm đường hô hấp trên. Ở trẻ em trên 5 tuổi hay phối hợp với viêm xoang. Ở người lớn hay gặp ở những người đái tháo đường, suy giảm miễn dịch hay do dị vật nằm trong hốc mắt.

## II. NGUYÊN NHÂN

- Do vi khuẩn, nấm, virus và ký sinh trùng.
- Các yếu tố thuận lợi như :
  - + Ở trẻ em hay gặp do viêm đường hô hấp trên, viêm xoang.
  - + Ở người lớn hay gặp ở những người đái tháo đường, suy giảm miễn dịch.
  - Có thể gặp do những nguyên nhân lan truyền trực tiếp từ những cấu trúc như nhãn cầu, mi và phần phụ cận của nhãn cầu cũng như các xoang lân cận.
  - Do chấn thương xuyên làm tổn thương vách hốc mắt, đặc biệt những chấn thương có dị vật hốc mắt.
  - Những phẫu thuật như phẫu thuật giảm áp hốc mắt, phẫu thuật mi, phẫu thuật lác, nội nhãn... viêm tổ chức hốc mắt cũng có thể gặp sau viêm nội nhãn sau phẫu thuật.

## III. CHẨN ĐOÁN

### 1. Lâm sàng

Cơ năng

- Xuất hiện đau đột ngột, đau ở vùng hốc mắt
- Đau khi vận động nhãn cầu, liếc mắt...
- Đau đầu

Thực thể

- Mi phù
- Xung huyết kết mạc , phù kết mạc
- Lồi mắt: lồi mắt có thể lồi thẳng trục hoặc không thẳng trục
- Song thị
- Sụp mi
- Hạn chế vận nhãn hoặc liệt vận nhãn
- Giảm thị lực nhiều mức độ khác nhau
- Nếu viêm gần đỉnh hốc mắt có thể có giảm thị lực trầm trọng
- Có thể có viêm hắc mạc hoặc viêm thị thần kinh
- Có thể tăng nhãn áp do chèn ép

Triệu chứng toàn thân

- Mệt mỏi, sốt
- Những triệu chứng hô hấp hay xoang

### 2. Cận lâm sàng

- Chụp XQ hoặc chụp CT: hình ảnh viêm tổ chức hốc mắt, hình ảnh viêm xoang.

Có thể thấy hình ảnh viêm xoang với những xương và màng xương đẩy về phía hốc mắt.

Hình ảnh ổ áp-xe cạnh màng xương: điển hình trên CT là hình ảnh tổn thương cạnh xoang mờ, có bờ xung quanh mềm mại và có thể có khí bên trong.

Trong trường hợp chấn thương có thể xác định được dị vật hốc mắt.

- Siêu âm: có giá trị trong một số trường hợp chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt như có viêm dịch quanh nhãn cầu.
- Công thức máu: bạch cầu đa nhân trung tính tăng cao, CRP tăng trong nhiễm khuẩn.
- Lấy bệnh phẩm ở hốc mắt hoặc mũi ở ổ áp-xe làm xét nghiệm soi tươi, soi trực tiếp, nuôi cấy vi khuẩn để chẩn đoán nguyên nhân và để điều trị.
- Lấy bệnh phẩm ở xoang hay vùng mũi họng.
- Cây máu nếu nghi ngờ hoặc có nhiễm trùng huyết

### 3. Chẩn đoán xác định

Dựa vào triệu chứng lâm sàng

- Đau đầu, đau quanh mắt, đau khi liếc mắt
- Lòi mắt
- Phù mi và kết mạc
- Hạn chế vận nhãn
- Viêm hắc mạc hoặc viêm thị thần kinh, phù gai
- Tăng nhãn áp do chèn ép

Dựa vào triệu chứng cận lâm sàng

- CT thấy hình ảnh viêm xoang, hình ảnh ổ áp xe hay dị vật
- Siêu âm có hình ảnh viền dịch quanh nhãn cầu
- Công thức máu: bạch cầu đa nhân trung tính cao.

#### **4. Chẩn đoán phân biệt**

- Những trường hợp lòi mắt khác như lòi mắt do bệnh Basedow, lòi mắt viêm giả u, viêm tuyến lệ: lòi mắt những không đau khi vận nhãn. Chụp CT có thể giúp chẩn đoán phân biệt.
- Do khối u hốc mắt, ung thư nguyên bào võng mạc xuất ngoại, ung thư cơ vân. Chụp CT thấy hình ảnh khối u hốc mắt.
- Siêu âm có thể thấy hình ảnh khối u nội nhãn có ổ canxi
- Bệnh sarcoidose: bệnh toàn thân có biểu hiện ở hốc mắt. Chụp XQ phổi và xét nghiệm miễn dịch giúp chẩn đoán phân biệt.
- Bị côn trùng đốt: chỉ ảnh hưởng đến tổ chức ở trước vách hốc mắt.

### **IV. ĐIỀU TRỊ**

#### **1. Nguyên tắc chung:**

- Phải điều trị cấp cứu viêm tổ chức hốc mắt cấp tính để phòng biến chứng viêm màng não, tắc xoang hang và nhiễm khuẩn huyết.
- Người bệnh phải được điều trị nội trú.
- Điều trị theo kháng sinh đồ.
- Tìm các ổ viêm phối hợp như viêm xoang, viêm đường hô hấp trên để điều trị.
- Điều trị ngoại khoa khi cần thiết.

#### **2. Điều trị cụ thể**

- Kháng sinh đường tĩnh mạch liều cao, phổ rộng trong giai đoạn sớm và kháng sinh đặc hiệu sau khi đã nuôi cấy phân lập được vi khuẩn.
- Trong thời gian chờ đợi nuôi cấy vi khuẩn có thể dùng kháng sinh nhóm Cephalosporin thế hệ 3: 15mg/kg cân nặng uống hoặc truyền tĩnh mạch.
- Chống viêm: Steroid đường uống và đường tĩnh mạch (Methyl prednisolon 1mg/kg cân nặng).
- Nâng cao thể trạng: vitamin nhóm B, C.
- Điều trị phối hợp những trường hợp viêm xoang, viêm đường hô hấp, đái tháo đường.

### **V. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

Viêm tổ chức hốc mắt là bệnh nặng, diễn biến phức tạp và có thể gây biến chứng nặng. Tuy nhiên nếu điều trị tốt bệnh cũng có thể khỏi không để lại di chứng gì.

Những biến chứng có thể xảy ra là:

- Nhiễm trùng huyết có thể gây tử vong hoặc tắc xoang hang.
- Áp xe hốc mắt.
- Viêm màng não.
- Viêm thị thần kinh giảm thị lực.

### **VI. PHÒNG BỆNH**

Điều trị những viêm nhiễm của mi, viêm phần trước vách phòng lan vào tổ chức hốc mắt.

Phòng những bệnh như hô hấp, viêm xoang ở trẻ em. Khi trẻ mắc bệnh cần được điều trị và theo dõi cẩn thận để những biến chứng không xảy ra.

Theo dõi và điều trị tốt những người có bệnh mạn tính như đái tháo đường, viêm xoang, viêm răng...

Khi có viêm tổ chức hốc mắt phòng các biến chứng xảy ra

*Tài liệu tham khảo: Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh về mắt của Bộ Y tế.*

## VIÊM THỊ THẦN KINH

### I. ĐỊNH NGHĨA

Là hiện tượng viêm do nguyên nhân đặc hiệu (lao, giang mai, virus, nấm...) hay không đặc hiệu (thiếu máu, bệnh hệ thống...) của thị thần kinh.

### II. NGUYÊN NHÂN

- + Nguyên phát (không thấy căn nguyên)
- + Nhiễm trùng các vùng lân cận (xoang, răng) hoặc toàn thân.
- + Nhiễm virus ở trẻ em ( sởi, quai bị, thủy đậu...)
- + Các nhiễm trùng virus khác ( viêm não, herpes..)
- + Lao, giang mai, bệnh Sarcoid, bệnh xơ cứng màng...

### III. CHẨN ĐOÁN

#### 1. Lâm sàng:

- Lứa tuổi thường gặp: 18 – 45 tuổi.
- Giảm thị lực một hoặc hai mắt ở các mức độ khác nhau, bệnh có thể từ từ hoặc tiến triển nhanh (vài ngày đến vài tuần).
- Đau nhức hố mắt, có thể đau khi vận nhãn, hai mắt không đỏ, không chói cộm.
- Tổn thương sắc giác: giảm sắc giác
- Có thể có các triệu chứng hệ thống thần kinh , hô hấp, tim mạch...
- Phản xạ đồng tử nghịch thường: Khuyết phản xạ đồng tử liên ứng trong trường hợp bị một mắt hoặc tổn thương hai mắt nhưng không cân xứng
- Tổn thương đáy mắt có hai hình thái:

*Viêm thị thần kinh phía trước còn gọi là viêm gai thị:* Bờ gai thị mờ do cương tụ quanh gai thị, mạch máu gai thị giãn, có thể kèm xuất huyết quanh gai hình ngọn nến.

*Viêm thị thần kinh hậu nhãn cầu:* Đáy mắt hầu như không có gì bất thường.

#### 2. Cận lâm sàng:

- Thị trường: tổn hại thị trường đa dạng: Hẹp đều hoặc từng góc góc một một phần tư, ám điểm trung tâm hoặc cạnh trung tâm, điểm mù sinh lý to ra.
- Siêu âm: lồi gai thị, thị thần kinh to ra, bờ không đều
  - OCT vùng gai thị: lồi gai thị
- X-Quang sọ não thẳng nghiêng; X-Quang xoang chụp Blondeux và Hirtz (có thể thấy hình ảnh viêm xoang).
- Chụp C.T scanner sọ, chụp MRI (thị thần kinh to ra, bờ không đều).
- Điện chậm kích thích (PEV: giảm hoặc mất).
- Xét nghiệm máu (công thức máu, máu lắng...)

#### 3. Chẩn đoán xác định:

- Giảm thị lực, giảm phản xạ đồng tử hướng tâm
- Viêm phù gai thị
- Ám điểm trung tâm

#### 4. Chẩn đoán phân biệt:

- Thiếu máu đầu thị thần kinh: hẹp động mạch cảnh, viêm động mạch tế bào khổng lồ (thường gặp ở người già, hình ảnh đáy mắt có thể gặp xuất huyết cạnh gai thị kèm phù gai nhẹ).
- Phù gai thị do tăng áp lực nội sọ: u não, áp xe não...( kèm các dấu hiệu khác của tăng áp lực nội sọ, rối loạn tri giác)
- Con tăng huyết áp kích phát (tiền sử tăng huyết áp, đo huyết áp thấy tăng cao)
- Ngộ độc thị thần kinh (do rượu, thuốc chống lao...)
- Khối u nội nhãn chèn ép thị thần kinh (dấu hiệu tăng áp lực nội sọ, chụp CT scanner, MRI giúp chẩn đoán phân biệt).
- Ngoài ra còn có các trường hợp viêm gai thị phối hợp như: viêm màng bồ đào gai thị, viêm màng bồ đào màng não.

### IV. ĐIỀU TRỊ

#### 1. Nguyên tắc:



- Chống viêm
- Giảm phù
- Dinh dưỡng thị thần kinh.

## **2. Điều trị cụ thể**

### **Mức độ 1: Thị lực giảm ít hoặc vừa**

- + Chống viêm đặc hiệu:

Kháng sinh chống lao, giang mai nếu xác định được nguyên nhân.

Kháng sinh phổ rộng: cephalosporine thế hệ 3, quinolone...

- + Chống viêm:

Prednisolon 0,5mg/kg/ngày, khi bệnh đỡ hạ liều dần.

Hoặc Indomethaxin 0,025g x 4 viên/ngày, khi bệnh đỡ hạ liều dần.

- + Thuốc dẫn mạch, tăng cường tuần hoàn: Ginkgo biloba 40mg x 2 viên/ngày trong 2 đến 4 tuần.

- + Dinh dưỡng thần kinh: Vitamin B1, B6, B12 (3B hay Neramin ) x 2 viên/ ngày trong 2 đến 4 tuần.

### **Mức độ 2: Thị lực giảm nhiều hoặc điều trị tuyến dưới không khởi.** Chuyển tuyến trên

## **V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG**

- + Tiên lượng phụ thuộc vào thời gian mắc bệnh, nguyên nhân gây bệnh

Thị lực phục hồi hoàn toàn

Thị lực phục hồi một phần

Thị lực không phục hồi, teo gai thị

- + Biến chứng: teo gai thị sau viêm.

+

## **VI. PHÒNG BỆNH**

Theo nguyên nhân bệnh.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. *Nhãn khoa* - Nhà xuất bản y học - 1978
2. *Nhãn khoa giảm yếu* - Nhà xuất bản y học – 2002

## **BỆNH HẮC VỒNG MẠC TRUNG TÂM THANH DỊCH**

### **I. ĐỊNH NGHĨA**

Bệnh hắc võng mạc trung tâm thanh dịch (HVMTTTD) biểu hiện bằng một vùng bong thanh dịch của lớp võng mạc thần kinh do dịch dò từ mao mạch hắc mạc xuyên qua lớp biểu mô sắc tố võng mạc. Bệnh thường gây giảm thị lực tạm thời một bên mắt, hay gặp ở nam giới trong độ tuổi từ 20 đến 50. Một số trường hợp thị lực giảm không phục hồi dù bong thanh dịch võng mạc đã hết.

### **II. NGUYÊN NHÂN**

Nguyên nhân của bệnh còn chưa rõ.

Các giả thuyết trước đây cho rằng nguyên nhân gây bệnh là vận chuyển ion bất thường qua lớp biểu mô sắc tố võng mạc và bệnh lý khu trú của mạch máu hắc mạc.

Gần đây, hình ảnh chụp mạch huỳnh quang với Indocyanin Green (ICG) đã cho thấy sự tổn thương của lớp mao mạch hắc mạc gây rối loạn chức năng của lớp biểu mô sắc tố võng mạc.

Các cá thể có trạng thái thần kinh căng thẳng, cao huyết áp hay bị bệnh. Bệnh còn được cho có liên quan đến sự tăng nồng độ cortison và epinephrine trong máu, tác động đến cơ chế tự điều hoà của mao mạch hắc mạc.

Các nghiên cứu gần đây còn cho thấy có sự liên quan giữa bệnh và tình trạng nhiễm *Helicobacter pylori*.

Bệnh do dịch dò từ mao mạch hắc mạc xuyên qua lớp biểu mô sắc tố võng mạc gây bong thanh dịch của lớp võng mạc thần kinh.

### **III. CHẨN ĐOÁN**

#### **1. Lâm sàng**

- + Cơ năng: Bệnh nhân bị giảm nhanh thị lực trung tâm kèm theo các triệu chứng: nhìn vật nhỏ đi, rối loạn thị lực màu, ám điểm dương tính trung tâm.... Bệnh nhân có thể đau nhức nhẹ hố mắt, căng thẳng, mất ngủ.
- + Soi đáy mắt:

+ Thấy vùng bong võng mạc do thanh dịch (không có dịch xuất huyết phía dưới)

+ Có thể thấy các tổn thương khác kèm theo như: bong biểu mô sắc tố võng mạc, thoái hoá sắc tố võng mạc, các sợi tơ huyết hoặc các cặn lipid dưới võng mạc...

#### **2. Cận lâm sàng**

- + Chụp mạch huỳnh quang: Cho thấy hình ảnh các điểm dò riêng rẽ của bệnh HVMTTTD điển hình hoặc các vùng tăng huỳnh quang không đều với các điểm dò kín đáo của bệnh biểu mô sắc tố lan toả. Giai đoạn muộn còn cho thấy hình ảnh lấp đầy huỳnh quang của bong thanh dịch dưới võng mạc.
- + Hình ảnh chụp cắt lớp võng mạc (OCT): Cho thấy rõ các tổn thương của bệnh như: dịch dưới võng mạc, bong biểu mô sắc tố...và ngày càng được sử dụng rộng rãi để chẩn đoán và theo dõi bệnh.
- + Hình ảnh ICG hoặc OCTA : cho thấy hình ảnh tổn thương của mạch máu hắc mạc, mao mạch hắc mạc tăng tính thấm.

#### **3. Phân loại**

Bệnh chia làm hai thể lâm sàng:

- + Bệnh HVMTTTD điển hình gây ra bởi một hoặc nhiều điểm dò riêng biệt của lớp biểu mô sắc tố trên phim chụp mạch huỳnh quang.
- + Bệnh biểu mô sắc tố toả lan (Bệnh HVMTTTD mạn tính) do rối loạn toả lan chức năng của lớp biểu mô sắc tố, biểu hiện trên đáy mắt là vùng bong thanh dịch võng mạc trên nền một vùng thoái hoá của biểu mô sắc tố, biểu hiện trên phim chụp huỳnh quang là một vùng tăng huỳnh quang không đều với một hoặc nhiều điểm dò kín đáo.

#### **4. Chẩn đoán phân biệt**

Cần phân biệt với các nguyên nhân gây bong thanh dịch vùng hoàng điểm khác như: hố đĩa thị bẩm sinh, tân mạch hắc mạc, khối u.

### **IV. ĐIỀU TRỊ**

#### **1. Nguyên tắc chung**

- + Bệnh thường tự khỏi sau 1 đến 6 tháng mà không cần điều trị.
- + Bệnh không có nguồn gốc viêm nên không chỉ định thuốc chống viêm đường toàn thân.
- + Chỉ định điều trị laser được đặt ra trong một số trường hợp đặc biệt.

## **2. Điều trị cụ thể**

Điều trị nội khoa:

Với các trường hợp bị bệnh lần đầu, chỉ cần điều trị nội khoa và theo dõi hằng tháng.

- + Thuốc giúp thanh dịch dưới võng mạc rút nhanh hơn: acetazolamid viên 250mg ngày uống 1 đến 2 viên (uống chia 2 lần) trong 2 tuần. Dùng kèm kali viên 600mg ngày uống 1 viên (uống 1 lần) trong 2 tuần
- + Thuốc tăng cường sự vững bền thành mạch: acid ascorbic (vitamin C) viên 500mg ngày uống uống 1 lần trong 10 ngày
- + Vitamin giúp phục hồi chức năng của lớp biểu mô sắc tố võng mạc: nicotinamid (vitamin PP) viên 50mg ngày uống 2 viên (chia 2 lần) trong 2 tuần.
- + Thuốc giãn mạch, tăng cường tuần hoàn: ginkgo biloba viên 40mg ngày uống 3 viên (chia 3 lần) trong 2 tuần.
- + Kháng viêm NSAID nhỏ mắt

Điều trị laser:

- + Chỉ định điều trị laser đặt ra nếu điểm dò nằm cách xa hoàng điểm trên 300 micron và bệnh nhân cần phục hồi thị lực nhanh (laser không làm tăng kết quả thị lực cuối cùng), hoặc các trường hợp bong võng mạc thanh dịch kéo dài trên 4 tháng hoặc tái phát trên mắt đã bị giảm thị lực vì bệnh HVMTTTD lần trước.
- + Sử dụng nốt laser có đường kính 100 micron, thời gian từ 0,1 - 0,2s, năng lượng vừa đủ để nốt bắn có màu xám nhạt và thường chỉ bắn từ 1 đến 5 nốt cho mỗi điểm dò.

## **V. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

- + Bệnh HVMTTTD thường tự khỏi sau 1 đến 6 tháng và đa số bệnh nhân (80-90%) phục hồi thị lực tốt (từ 8/10 trở lên). Dù thị lực được phục hồi, bệnh nhân vẫn có thể bị các triệu chứng như: nhìn vật biến dạng, giảm độ tương phản...
- + Số ít bệnh nhân còn lại phục hồi thị lực kém hơn và có nhiều nguy cơ tái phát hoặc chuyển thành bệnh biểu mô sắc tố lan toả, gây giảm thị lực nặng (từ 1/10 trở xuống) vĩnh viễn.
- + Có 40-50% bệnh nhân bị HVMTTTD điển hình bị tái phát bệnh trên cùng một mắt.
- + Nguy cơ gây tân mạch hắc mạc là khá thấp (dưới 5%) nhưng nguy cơ này tăng cao hơn ở người lớn tuổi.

## **VI. PHÒNG BỆNH**

Nguyên nhân sinh bệnh chưa được xác định rõ nên chưa có biện pháp phòng bệnh đặc hiệu. Tuy nhiên, bác sĩ nên khuyên bệnh nhân nghỉ ngơi hợp lý, tránh làm việc căng thẳng và không nên sử dụng các chất kích thích như rượu, bia, cà phê...

*Tài liệu tham khảo: Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh về mắt của Bộ Y tế.*

## BỆNH LÝ VÔNG MẠC DO ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

### I. ĐẠI CƯƠNG

Định nghĩa: Bệnh vông mạc tiểu đường là bệnh mạch máu vông mạc thường gặp nhất và là nguyên nhân hàng đầu gây mù trong độ tuổi từ 30-65. Nếu bệnh lý vông mạc tăng sinh là hình thái trầm trọng nhất thì bệnh lý vông mạc không tăng sinh là hình thái gây mù và tàn phế nhiều nhất<sup>4</sup>.

Bệnh vông mạc đái tháo đường xảy ra ở hầu hết các trường hợp đái tháo đường tiến triển sau 10 - 15 năm. Tỷ lệ phù hoàng điểm do đái tháo đường tăng từ 0 – 3% ở những bệnh nhân mới phát hiện, cho đến 28 – 29% ở những bệnh nhân có đái tháo đường hơn 20 năm.

### II. YẾU TỐ NGUY CƠ

- Thời gian từ lúc phát hiện bệnh đái tháo đường: yếu tố nguy cơ quan trọng nhất.
- Kiểm soát đường huyết kém.
- Có thai.
- Tăng huyết áp.
- Có tổn thương thần kinh ngoại biên do bệnh đái tháo đường.
- Các yếu tố nguy cơ khác: Béo phì, rối loạn lipid máu, thiếu máu.

### III. CHẨN ĐOÁN

#### 1. Những tổn thương đáy mắt trong bệnh lý vông mạc đái tháo đường:

- Vi phình mạch
- Xuất huyết vông mạc.
- Phù hoàng điểm
- Xuất tiết cứng
- Xuất tiết dạng bông.
- Bất thường vi mạch trong vông mạc
- Những tổn thương khác:
  - + Bất thường tĩnh mạch: dẫn mạch
  - + Bất thường động mạch: động mạch co nhỏ như sợi dây đồng, tắc động mạch.
  - + Xuất huyết dạng đám sẫm màu.
- Tân mạch vông mạc

#### 2. Cận lâm sàng

- OCT hoàng điểm
- Chụp hình màu đáy mắt
- Chụp đáy mắt có tiêm thuốc cản quang hoặc OCTA
- Xét nghiệm toàn thân đánh giá tình trạng đường huyết và tổn thương do đái tháo đường.

#### 3. Đánh giá giai đoạn

Bảng 1: Các mức độ tổn thương đáy mắt do bệnh đái tháo đường.

| Mức độ nặng của bệnh         | Biểu hiện đáy mắt qua soi đáy mắt.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Chưa có tổn thương lâm sàng  | Không bất thường                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Không tăng sinh- nhẹ         | Chỉ có vi phình mạch.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Không tăng sinh – trung bình | Tổn thương trung gian giữa nhẹ và nặng                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Không tăng sinh – nặng       | Quy tắc 4-2-1: Có một trong các đặc điểm sau, và không có bằng chứng của bệnh lý vông mạc tăng sinh: <ul style="list-style-type: none"><li>- Xuất huyết trong vông mạc nặng, và/ hoặc vi phình mạch trong 4 góc tư.</li><li>- Dẫn tĩnh mạch có ý nghĩa lâm sàng trong <math>\geq 2</math> góc tư.</li><li>- Bất thường vi mạch trong vông mạc mức độ trung bình trong <math>\geq 1</math> góc tư.</li></ul> |
| Tăng sinh                    | Một hoặc hai đặc điểm sau: <ul style="list-style-type: none"><li>- Tân mạch vông mạc</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

|  |                                                        |
|--|--------------------------------------------------------|
|  | - Xuất huyết dịch kính hoặc xuất huyết trước võng mạc. |
|--|--------------------------------------------------------|

Bảng 2: Các mức độ phù hoàng điểm

| Mức độ nặng             | Biểu hiện đáy mắt qua soi đáy mắt                                                       |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Không có phù hoàng điểm | Không phù võng mạc và không có xuất tiết cứng ở cực sau.                                |
| Có phù hoàng điểm       | Có phù võng mạc hoặc có xuất tiết cứng ở cực sau                                        |
| Nhẹ                     | Phù võng mạc hoặc xuất tiết cứng ở cực sau nhưng cách xa vùng hoàng điểm                |
| Trung bình              | Phù võng mạc hoặc xuất tiết cứng tiến về trung tâm hoàng điểm nhưng chưa đến trung tâm. |
| Nặng                    | Phù võng mạc hoặc xuất tiết cứng ở cực sau có xâm lấn đến trung tâm hoàng điểm.         |

#### IV. TẦM SOÁT BỆNH LÝ VÕNG MẠC DO ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Bảng 3: Kế hoạch tầm soát bệnh lý võng mạc do đái tháo đường.

| Phân loại đái tháo đường              | Thời điểm khám lần đầu                                            | Tái khám                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Typ 1                                 | 3-5 năm sau chẩn đoán bệnh ĐTĐ                                    | Mỗi năm                                                                                                                                                                                    |
| Typ 2                                 | Ngay khi chẩn đoán bệnh ĐTĐ                                       | Mỗi năm                                                                                                                                                                                    |
| Trước khi mang thai (typ1 hoặc typ 2) | Trước khi có dự định mang thai, và khám sớm trong tam cá nguyệt 1 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Không BLVMĐTĐ hoặc BLVMĐTĐ không tăng sinh nhẹ đến trung bình: tái khám mỗi 3-12 tháng</li> <li>- BLVMĐTĐ nặng: tái khám mỗi 1-3 tháng</li> </ul> |

Vào mỗi lần tái khám, đánh giá các vấn đề sau:

##### 1. Bệnh sử:

- Các triệu chứng bất thường.
- Tình trạng toàn thân (có thai, huyết áp, cholesterol huyết thanh, chức năng thận).
- Tình trạng đường huyết (HbA1c)

##### 2. Khám lâm sàng:

- Thị lực.
- Khám mắt bằng kính sinh hiệu vi, bao gồm cả khám móng mắt.
- Nhãn áp.
- Soi góc (nếu có hoặc nghi ngờ có tân mạch móng mắt).
- Khám đáy mắt có dẫn đồng tử
- Chụp OCT : khi có phù võng mạc hoặc có xuất tiết cứng ở cực sau

Bảng 4: Sử dụng OCT trong chẩn đoán bệnh võng mạc do đái tháo đường<sup>1</sup>:

| Tình huống                                                      | Thường xuyên | Đôi khi | Không bao giờ |
|-----------------------------------------------------------------|--------------|---------|---------------|
| Đánh giá giảm thị lực không rõ nguyên nhân                      | x            |         |               |
| Xác định vùng co kéo pha lê thể - hoàng điểm                    | x            |         |               |
| Đánh giá bệnh nhân nghi ngờ phù hoàng điểm do đái tháo đường    | x            |         |               |
| Cần xác định nguyên nhân khác gây phù hoàng điểm                |              | x       |               |
| Tầm soát bệnh nhân có ít tổn thương võng mạc do đái tháo đường. |              |         | x             |

#### V. ĐIỀU TRỊ

### 1. Nguyên tắc:

- Kiểm soát tốt đường huyết.
- Dùng thuốc tăng cung cấp oxy cho võng mạc (nếu có thiếu máu) và giảm phù.
- Các điều trị phối hợp:
  - + Kiểm soát tốt huyết áp.
  - + Đánh giá chức năng thận.
  - + Duy trì cân nặng lý tưởng.

### 2. Quản lý bệnh nhân

Bảng 5: Quản lý điều trị bệnh nhân bị bệnh võng mạc đái tháo đường

| Tôn thương võng mạc          | Đánh giá     |              | Laser        |                                        | Theo dõi/<br>tháng |
|------------------------------|--------------|--------------|--------------|----------------------------------------|--------------------|
|                              | FA /OCT      | Hình màu     | Tại chỗ      | Quang đông                             |                    |
| Không tăng sinh- nhẹ         |              |              |              |                                        |                    |
| Không phù hoàng điểm         | Không        | Thỉnh thoảng | Không        | Không                                  | 12                 |
| Phù hoàng điểm               | Thỉnh thoảng | Có           | Không        | Không                                  | 4-6                |
| Phù hoàng điểm rò            | Có           | Có           | Có           | Không                                  | 2-4                |
| Không tăng sinh – trung bình |              |              |              |                                        |                    |
| Không phù hoàng điểm         |              |              |              |                                        |                    |
| Phù hoàng điểm               | Thỉnh thoảng | Có           | Không        | Không                                  | 6-8                |
| Phù hoàng điểm rò            | Có           | Có           | Có           | Không                                  | 2-4                |
| Không tăng sinh – nặng       |              |              |              |                                        |                    |
| Không phù hoàng điểm         | Không        | Có           | Không        | Hiếm                                   | 3-4                |
| Phù hoàng điểm               | Thỉnh thoảng | Có           | Có thể       | Có thể sau khi điều trị phù hoàng điểm | 2-3                |
| Phù hoàng điểm rò            | Có           | Có           | Có           | Có thể sau khi điều trị phù hoàng điểm | 2-3                |
| Tăng sinh nhẹ/ trung bình    |              |              |              |                                        |                    |
| Không phù hoàng điểm         | Không        | Có           | Không        | Thỉnh thoảng                           | 2-3                |
| Phù hoàng điểm               | Thỉnh thoảng | Có           | Thỉnh thoảng | Có thể sau khi điều trị phù hoàng điểm | 2-3                |
| Phù hoàng điểm rò            | Có           | Có           | Có           | Có thể sau khi điều trị phù hoàng điểm | 2-3                |
| Tăng sinh có nguy cơ cao     |              |              |              |                                        |                    |
| Không phù hoàng điểm         | Không        | Có           | Không        | Có                                     | 2-3                |
| Phù hoàng điểm               | Có           | Có           | Có           | Có                                     | 1-2                |
| Phù hoàng điểm rò            | Có           |              | Có           | Có                                     | 1-2                |

### 3. Điều trị:

- Laser võng mạc: hiện nay ít sử dụng
- Điều trị thuốc chống tân mạch khi có phù hoàng điểm (anti – VEGF): Bevacizumab (1,25mg/0.05mL), Ranibizumab(0,3mg hoặc 0,5 mg/0,05 mL), Aflibercept (2 mg/0,05 mL) tiêm nội nhãn.
  - + Tiêm nội nhãn Ranibizumab (0,3mg hoặc 0,5 mg/0,05 mL), đánh giá lại sau mỗi 4 tuần, nếu cải thiện hoặc xấu đi trên OCT và thị lực thì tiếp tục tiêm. Ngưng tiêm khi tình trạng mắt ổn định sau 2 mũi tiêm liên tiếp.

- Cắt dịch kính khi xuất huyết pha lê thể kèm tăng sinh xơ mạch, co kéo dịch kính võng mạc, bong võng mạc co kéo

*Tài liệu tham khảo: Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh về mắt của Bộ Y tế.*

## TẮC TĨNH MẠCH VÔNG MẠC

### I. ĐẠI CƯƠNG

Tắc tĩnh mạch vông mạc là rối loạn mạch máu vông mạc thường gặp, đứng thứ hai sau bệnh lý vông mạc do đái tháo đường. Tắc tĩnh mạch vông mạc là biến chứng nặng do ngừng trệ tuần hoàn hồi qui ở tĩnh mạch trung tâm vông mạc hoặc một trong các nhánh của tĩnh mạch vông mạc.

*Tùy theo vị trí tắc có:*

- ❖ Tắc tĩnh mạch trung tâm vông mạc:
  - + Thê thiếu máu
  - + Thê không thiếu máu
- ❖ Tắc một nhánh tĩnh mạch chỉ tác động đến một khu vực vông mạc.
  - + Tắc nhánh chính
  - + Tắc nhánh hoàng điểm.

### II. YẾU TỐ NGUY CƠ

Tuy cơ chế bệnh sinh tắc tĩnh mạch trung tâm vông mạc chưa rõ ràng nhưng nhiều yếu tố nguy cơ đã được đặt ra bao gồm:

- Bệnh toàn thân: bệnh đái tháo đường, cao huyết áp.
- Những bệnh lý gây tăng đông máu như tăng homocystein máu, hội chứng kháng phospholipid, thiếu yếu tố V Leiden và anti-thrombin III.
- Yếu tố tại mắt: tăng nhãn áp.
- Rối loạn huyết học: tăng chất đối kháng protein C hoạt hóa do mang thai, uống thuốc ngừa thai, lupus; rối loạn tiểu cầu; tăng độ nhớt huyết tương do tăng hồng cầu, tăng bạch cầu, tăng lipid máu ...
- Những bệnh lý gây viêm mạch vông mạc như bệnh Behçets, viêm đa khớp, sarcoidosis, viêm hạt Wegener's và hội chứng Goodpasture's.

### III. CHẨN ĐOÁN

#### 1. Chẩn đoán thê thiếu máu và không thiếu máu

|                          | Thê không thiếu máu                                      | Thê thiếu máu                                                      |
|--------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Thị lực                  | Thường >1/10                                             | Thường <1/10                                                       |
| PXAS trực tiếp           | Bình thường                                              | Kém so với mắt lành                                                |
| Đáy mắt                  |                                                          |                                                                    |
| Tĩnh mạch                | Dẫn                                                      | Dẫn ngoằn ngoèo                                                    |
| Động mạch                | Bình thường                                              | Cơ hẹp như sợi chỉ                                                 |
| Xuất huyết               | Chấm rải rác                                             | Rất nhiều, lan rộng, dày đặc                                       |
| Nốt dạng bông            | Không có hoặc 1-2 chấm                                   | Nhiều hơn                                                          |
| Gai thị                  | Ít biến đổi                                              | Phù, cương tụ                                                      |
| Móng mắt, góc tiền phòng | Không có tân mạch                                        | Có tân mạch                                                        |
| Chụp mạch huỳnh quang    |                                                          |                                                                    |
| Thị tay – vông mạc       | Bình thường                                              | Kéo dài                                                            |
| Thị lấp đầy tĩnh mạch    | Kéo dài                                                  | Thường kéo dài                                                     |
| Dò fluorescein           | Dọc theo mạch máu do tăng tính thấm                      | Dò nhiều                                                           |
| Mạch bàng hệ             | Nhiều và có sớm                                          | Có ít và xuất hiện muộn                                            |
| Mắt cấp máu mao mạch     | Không có hoặc diện tích <10 đường kính gai thị, chu biên | Diện tích >10 đường kính gai thị, lan rộng từ chu biên đến cực sau |
| Tân mạch                 | Không                                                    | Trước, quanh gai hoặc ở vông mạc vùng thiếu máu                    |
| Thiếu máu hoàng điểm     | Ít gặp                                                   | Thường gặp                                                         |

#### 2. OCT:

- Đánh giá phù hoàng điểm
- + Tiên lượng phục hồi thị lực: tình trạng IS/OS có nguyên vẹn



+ Thay đổi cấu trúc hoàng điểm: màng trước võng mạc, lỗ hoàng điểm/ lỗ dạng lớp, teo vùng hoàng điểm

- Chẩn đoán phân biệt

+ Bệnh võng mạc do đái tháo đường

+ Bệnh võng mạc do cao huyết áp

+ Bệnh võng mạc do tắc động mạch cảnh – hội chứng thiếu máu nhãn cầu.

#### IV. ĐIỀU TRỊ

##### 1. Nguyên tắc điều trị:

+ Xác định những yếu tố nguy cơ có thể thay đổi và điều trị bằng thuốc được.

+ Theo dõi phát hiện và điều trị những biến chứng đe dọa tổn hại thị lực bao gồm phù hoàng điểm, tân mạch mống mắt và góc tiền phòng, tân mạch võng mạc. Trong đó phù hoàng điểm là nguyên nhân gây mất thị lực thường gặp nhất.

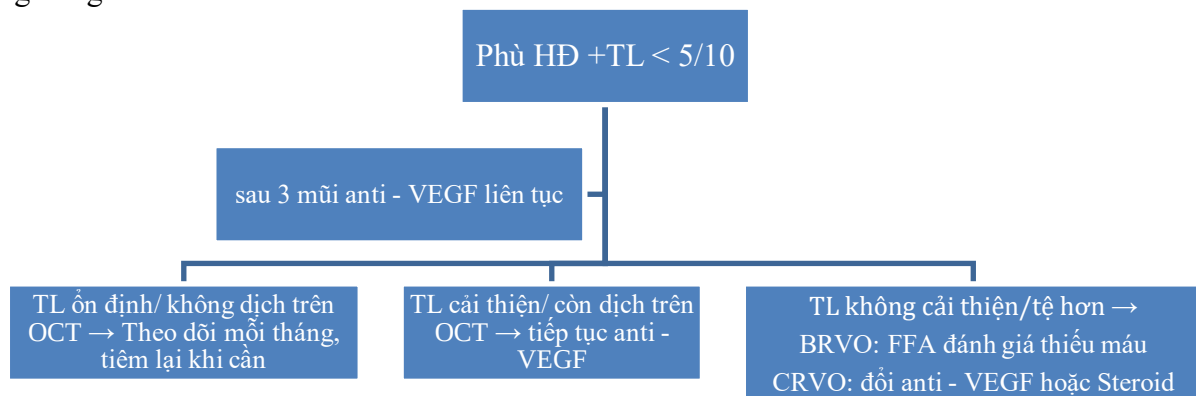
##### 2. Điều trị tắc tĩnh mạch trung tâm võng mạc

+ Thể thiếu máu: Điều trị ngay vì khả năng tự phục hồi rất thấp. Việc điều trị nhằm giảm nguy cơ hình thành tân mạch.

- Quang đông vùng võng mạc thiếu máu

- Theo dõi tân mạch, phù hoàng điểm, glaucoma mỗi 4 tuần trong 6 tháng đầu.

+ Điều trị phù hoàng điểm: TL  $\geq 5/10$ : theo dõi sát, nếu là BRVO không ảnh hưởng hố trung tâm  $\rightarrow$  quang đông.



+ Thể không thiếu máu:

- Tái khám theo dõi phát hiện phù hoàng điểm mỗi 4 tuần trong 6 tháng đầu, sau đó 3 tháng/lần trong 3 năm để phát hiện chuyển thể.

##### 3. Tắc nhánh tĩnh mạch võng mạc

- Chờ xuất huyết tan trong 3 tháng. Sau đó chụp mạch huỳnh quang.

- Hoàng điểm không thiếu máu, thị lực tăng: theo dõi tiếp mỗi 3-6 tháng.

- Phù hoàng điểm, phù võng mạc: Quang đông lưới.

- Thiếu máu võng mạc: theo dõi trong 24 tháng vì có nguy cơ sinh tân mạch.

- Tân mạch: laser quang đông toàn võng mạc

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nhãn khoa (tập 3). Nhà xuất bản y học

2. Võ Quang Minh (2007), “Bệnh tắc tĩnh mạch võng mạc”, trong: Nhãn khoa lâm sàng, nhà xuất bản Y học, Tp. Hồ Chí Minh, trang 221 - 227

## **DỊ VẬT GIÁC MẠC NÔNG**

### **I. TRIỆU CHỨNG**

Cảm giác dị vật, chảy nước mắt, nhìn mờ, sợ ánh sáng, bệnh sử có dị vật vào mắt.

#### ***DẤU HIỆU CHÍNH***

Có dị vật giác mạc, có thể có vòng rỉ sắt.

Cương tụ kết mạc, phù nề mi, phản ứng tiền phòng nhẹ, viêm giác mạc chấm nông.

Có thâm lậu quanh dị vật (thường vô trùng).

#### ***KHÁM***

Hỏi bệnh sử để phân loại dị vật, gợi ý có dị vật nội nhãn hay không.

Khám đèn khe: khu trú dị vật, tìm dị vật ở kết mạc mi và cùng đồ, xem phản ứng tiền phòng.

Nhỏ giãn đồng tử khám kiểm tra dịch kính võng mạc.

### **II. ĐIỀU TRỊ**

Lấy dị vật giác mạc: nhỏ thuốc tê, lấy bằng dụng cụ hoặc kim tiêm với kính phóng đại, phối hợp đèn khe.

Nếu có nhiều dị vật nông ở giác mạc thì tưới rửa giác mạc sẽ dễ dàng gạt đi hết.

Lấy vòng rỉ sắt (nếu có).

Có trường hợp lấy sạch dễ dàng, đôi khi gặp trường hợp vòng rỉ sắt nằm sâu ở trung tâm giác mạc thì cứ để yên, sau một thời gian rỉ sắt trôi lên mặt giác mạc dễ lấy hơn.

Sau đó đánh giá kích thước tổn thương giác mạc.

Nhỏ thuốc liệt thể mi.

Tra thuốc mỡ kháng sinh :Oflovid hoặc Tobramycin 1 lần / 1 ngày / 5 ngày.

Nhỏ mắt bằng ofloxacin 0,3 % hoặc ciprofloxacin 0,3 % 1-2 giọt/1 lần x 4 lần/ ngày, trong 5 ngày.

Băng ép 24 giờ.

### **III. THEO DÕI**

Sau khi lấy dị vật nếu tổn thương nhỏ (đường kính < 1-2 mm), sạch không ở trung tâm: bỏ băng mắt sau 23 giờ, nhỏ thuốc kháng sinh trong 3-4 ngày.

Tổn thương giác mạc ở trung tâm sâu rộng có chất tiết nhầy, mủ, có thâm lậu, còn rỉ sắt ở giác mạc phải theo dõi 24 giờ. Thăm khám bệnh nhân mỗi ngày, nuôi cấy vi khuẩn và điều trị tích cực như loét giác mạc

#### ***Tài liệu tham khảo:***

- *Phác đồ điều trị các bệnh mắt thường gặp - Bệnh viện Chợ Rẫy.*

## CHẤP

### I. ĐẠI CƯƠNG

Còn gọi là nang tuyến Meibomius. Đây là tổn thương viêm nhiễm dạng hạt mỡ mạn tính do sự tắc nghẽn của tuyến này. Có thể tạo thành đa chấp hoặc nang tái phát.

### II. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Tổn thương dạng nốt lồi lên từ sụn mi có đặc điểm:

- Không đau
- Sẫm màu
- Khi vỡ có thể làm lộn mi với u dạng hạt
- Có thể tái phát

### III. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Trường hợp chấp tái phát cần phân biệt

- Ung thư tuyến Meibomius
- Ung thư da tế bào đáy
- Lúc này cần sinh thiết lấy bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh.

### IV. ĐIỀU TRỊ

Chấp nhỏ có thể tự biến mất.

Chấp lớn, chấp tái phát cần điều trị phẫu thuật.

+ Các bước rạch chấp:

B1. Sát khuẩn mi mắt.

B2. Chích tê vào vùng trên chấp.

B3. Kẹp bờ mi có chấp bằng dụng cụ.

B4. Dùng dao 15 rạch kết mạc sụn thẳng góc với bờ mi.

B5. Dùng curett nạo chấp lấy sạch chất nhầy bên trong.

B6. Cầm máu, mờ kẹp chấp.

B7. Tra mỡ kháng sinh tetracycline vào chỗ rạch.

B8. Băng mắt.

Kháng sinh tại chỗ và toàn thân dự phòng nhiễm khuẩn chỗ rạch và chấp tái phát.

Điều trị triệu chứng: kháng viêm, giảm đau sau rạch chấp.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Nhãn khoa tập 2, Bệnh viện Mắt Trung Ương (2012)

## **LỆO – ÁP XE MI MẮT**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Là ổ áp xe nhỏ ở bờ mi.

Lẹo trong: Nhiễm trùng cấp Staphylococcus của tuyến Meibomius

Lẹo ngoài: Nhiễm trùng Staphylococcus của nang lông mi mắt, hoặc đi kèm tuyến Zeis, tuyến Moll.

### **II. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG**

- Lẹo trong:
  - + Ổ viêm phồng, mềm
  - + Nằm bên trong đĩa sụn
  - + Xuất tiết ra sau xuyên qua kết mạc, hoặc ra trước xuyên qua da.
- Lẹo ngoài.
  - + Ổ viêm phồng, mềm.
  - + Nằm ở bờ mi.
  - + Xuất tiết ra trước xuyên qua da.
  - + Có thể xuất hiện nhiều tổn thương tạo thành những ổ abcess nhỏ trên bờ mi.
  - + Nặng có thể dẫn đến viêm tổ chức hốc mắt trước vách.
  - +

### **III. ĐIỀU TRỊ**

#### **1. Lẹo trong**

Kháng sinh, kháng viêm nhỏ mắt và toàn thân làm giảm viêm và ngừa bội nhiễm trước và sau rạch.

Điều trị triệu chứng: giảm đau.

Rạch kết mạc và nạo chấp lấy toàn bộ chất tiết trong lòng lẹo (như các bước rạch chấp).

#### **2. Lẹo ngoài**

Nếu không điều trị, lẹo sẽ tự vỡ ra trước, cạnh chân lông mi.

Chườm nóng.

Kháng sinh, kháng viêm làm giảm viêm trước và sau rạch.

Rạch lẹo, rạch áp xe mi

Dẫn lưu mủ nếu nhiều.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

Nhân khoa tập 2, Bệnh viện Mắt Trung Ương (2012)

## **RÁCH KẾT MẠC**

### **I. TRIỆU CHỨNG**

(a) . Chủ quan: cộm xốn, đỏ mắt sau một chấn thương.

(b) . Khách quan:

- Rách kết mạc trên sinh hiển vi.

### **II. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT**

Tổn thương củng mạc bên dưới, nhất là khi có xuất huyết hay phù mọng kết mạc che lấp tổn thương củng mạc.

### **III. NGUYÊN NHÂN**

- Xung đột, tai nạn, thể thao.
- Vật gây thương tích: dao, kéo, kim, đạn, dây kềm...

### **IV. CẬN LÂM SÀNG**

- Xét nghiệm máu: TS - TC.
- X- Quang hốc mắt nếu nghi ngờ dị vật

### **V. ĐIỀU TRỊ**

#### **1. Phẫu thuật**

- Nhỏ tê tại chỗ.
- Khâu kết mạc bằng vicryl 8.0.
- Tra thuốc mỡ kháng sinh.
- Băng mắt.

#### **2. Điều trị hậu phẫu**

(1) Kháng sinh: nhỏ tại chỗ + Uống x 5 ngày.

(2) Kháng viêm: Uống x 5 ngày.

(3) Giảm đau: Uống x 5 ngày.

### **VI. THEO DÕI**

- Kết mạc khâu kín, sạch.
- Cắt chỉ sau 1 tuần nếu chỉ gây cộm xốn. Chỉ vicryl thường tự tiêu sau 2 tuần.

*Tài liệu tham khảo: Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh về mắt của Bộ Y tế.*

## MỘNG THỊT

### I. ĐỊNH NGHĨA

Mộng thịt là sự tăng sinh của kết mạc nhãn cầu góc trong hay góc ngoài của mắt hướng vào trung tâm giác mạc.

### II. DỊCH TỄ HỌC

Mộng thịt thường gặp :

- Khí hậu nóng ẩm
- Nhiều ánh sáng mặt trời
- Nhiều gió, bụi, đông dân cư
- Nam nhiều hơn nữ, tập trung ở độ tuổi lao động
- Yếu tố gia đình.

### III. SINH BỆNH HỌC

- Sự thoái hóa collagen
- Tăng sinh mô xơ → rối loạn tế bào mầm ở vùng rìa → rào cản giữa kết mạc và giác mạc bị phá vỡ → kết mạc sẽ bò qua và xâm lấn vào giác mạc.

### IV. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

\* Triệu chứng cơ năng :

- Đỏ mắt, kích thích, cảm giác nóng rát, chảy nước mắt, cảm giác có dị vật trong mắt, mờ mắt

\* Triệu chứng thực thể :

- Viêm
- Khô mắt
- Giảm thị lực
- Loạn thị không đều

### V. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Mộng giả
- Mộng mỡ
- Các u ở vùng rìa

### VI. PHÂN LOẠI

#### 1. Dựa vào mức độ xâm lấn giác mạc

- Độ 1 : rìa giác mạc
- Độ 2 : giữa rìa và nhỏ hơn 1/4 bán kính giác mạc
- Độ 3 : từ 1/2 bán kính giác mạc đến bờ đồng tử
- Độ 4 : quá bờ đồng tử

#### 2. Dựa vào hình thái

- Mộng teo : thấy rõ mạch máu ở lớp thượng củng mạc
- Mộng trung gian : thấy một phần mạch máu ở thượng củng mạc
- Mộng thân dày : không thấy mạch máu ở thượng củng mạc

#### 3. Dựa vào mức độ tái phát

- Mộng nguyên phát : chưa phẫu thuật lần nào.
- Mộng thứ phát : đã phẫu thuật

### VII. YẾU TỐ NGUY CƠ TÁI PHÁT

- Tuổi : càng trẻ tái phát càng cao
- Triệu chứng của mộng : đỏ, đau mộng dày, nhiều mạch máu, thâm nhiễm đầu mộng.
- Công việc

### VIII. PHÒNG BỆNH

- Hạn chế tiếp xúc với môi trường có nhiều gió bụi, ánh sáng mặt trời, đeo kính râm.

## **IX. ĐIỀU TRỊ**

### **1. Mộng độ 1, 2**

Điều trị nội khoa khi bị kích thích : nước mắt nhân tạo, kháng viêm, đeo kính mắt...

### **2. Mộng độ 3, 4**

- a. Mộng teo hay ít tái phát : cắt mộng đơn thuần + phủ kết mạc.
- b. Mộng có nguy cơ tái phát : có thể dùng một trong các phương pháp sau tùy phẫu thuật viên.
  - Ghép kết mạc rời
  - Ghép màng ối
- c. Mộng tái phát :
  - Ghép kết mạc rời
  - Ghép màng ối
  - Ghép tế bào gốc

*Tài liệu tham khảo: Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh về mắt của Bộ Y tế.*

## **DƯ MỠ - DA MI TRÊN, MI DƯỚI**

### **I. TRIỆU CHỨNG**

- Da mi chùn, mắt nếp mi che khuất tầm nhìn.
- Mỡ tích tụ nhiều ở mi trên - mi dưới.
- Mắt sụp mắt thâm mỹ.

### **II. NGUYÊN NHÂN DƯ MỠ DA MI TRÊN, MI DƯỚI**

- Lão hóa da làm da mất tính đàn hồi dẫn đến các khối túi mỡ nằm trong các tổ chức mi đẩy ra trước.
- Da dần làm sa da mi.

### **III. CẬN LÂM SÀNG DƯ MỠ DA MI TRÊN, MI DƯỚI**

- Nội khoa tổng quát nếu trên 60 tuổi.
- Công thức máu.
- TS – TC.
- Glycemie.

### **IV. ĐIỀU TRỊ DƯ MỠ DA MI TRÊN, MI DƯỚI**

Cắt dư da và lấy mỡ phối hợp.

#### **1. Dư Da Mi Trên**

- Cắt da dư theo đường nếp mí.
- Tạo lại mí sau khi cắt da – lấy mỡ.

#### **2. Dư Da Mi Dưới**

- Cắt da dư theo đường bờ mi dưới.
- Khâu lại da mũi liên tục sau khi cắt da – lấy mỡ.

### **V. CHĂM SÓC SAU MỔ DƯ MỠ DA MI TRÊN, MI DƯỚI**

- Làm sạch vết thương bằng Povidin 10% mỗi ngày.
- Giữ vết thương khô ráo.
- Cắt chỉ sau 7 ngày.

### **VI. THUỐC SAU MỔ DA DƯ – MỠ MI TRÊN, MI DƯỚI**

1. Cephalaxine 500mg 15 viên Ngày uống 3 lần, lần 1 viên
2. Paracetamol 500mg 15 viên Ngày uống 3 lần, lần 1 viên
3. Alphachymotrypsine Choay 25 U.C.Hb 20 viên Ngày uống 2 lần, lần 2 viên
4. Col.Efticol 0,9% 2 lọ Nhỏ rửa MP, MT ngày 2 lần.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

*Phác đồ điều trị nhãn khoa – Bệnh viện mắt tp.hcm*



## U MI, U KẾT MẠC

### I. TRIỆU CHỨNG

#### 1. Chủ quan

- Cộm, xốn, vướng do u chà vào mắt.
- U lớn nhanh gây mất thẩm mỹ.
- Đôi khi chảy máu hoặc dịch tiết.

#### 2. Khách quan

- Kích thước u.
- Tính chất: bờ, màu sắc, độ dính, bề mặt trơn láng hay lồi sùi lở loét, dễ gây chảy máu, dẫn mao mạch.
- Mật độ u: chắc, mềm, cứng, xơ chai...
- Mất một vùng lông mi hay bờ mi bị xóa.

### II. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Nốt viêm hoặc mảng viêm.
- Dị ứng.
- Phì đại tuyến.

### III. NGUYÊN NHÂN

- Bẩm sinh.
- Kích thích cơ học hoặc hóa chất.
- Loạn sản hoặc viêm mãn tính.

### IV. CẬN LÂM SÀNG

- Công thức máu, TQ, TCK, Glycemie, ECG (nếu cần).

### V. ĐIỀU TRỊ

#### 1. Những tổn thương lành tính

- U nhú TB vẩy
- Mụn cơm thường
- Mụn cơm Nơ-vi
- Nốt ruồi
- Dày sừng bã nhờn
- Tăng sản giả Epithelioma
- Tăng sản tuyến bã nhờn
- Nang vùi biểu bì
- Ban vàng ( Xanthelasma)
- U tuyến mồ hôi, dày sừng quang hóa, sừng da, sừng ga
- U bã da mi, u bã cục lệ, u kết mạc : papilloma, u bì, bì mỡ, sắc tố, u hạt sinh mủ, u sợi thần kinh

#### 2. Những tổn thương ác tính

- Carcinoma TB đáy, Carcinoma TB gai, Carcinoma tuyến bã nhờn.
- Sarcome Kaposi.
- U hắc tố của da, u hắc tố nốt ruồi son ác tính.
- U di căn.
- U lympho kết mạc.

#### 3. Cắt u

- U lành: cắt trọn u gửi Giải phẫu bệnh.
- U nghi ác tính: cắt u + 1-2mm mô lân cận gửi Giải phẫu bệnh.

#### 4. Khâu da hoặc khâu kết mạc

#### 5. Ghép kết mạc

- Nếu u to mất nhiều kết mạc.

#### 6. Cắt sụn + tạo hình bờ mi

- Cắt <1/3 bờ mi: Nối bờ mi trực tiếp.
- Cắt >1/3 và <2/3: Nối bờ mi + tạo hình góc ngoài
- Cắt >2/3: Phải ghép sụn.

#### **7. Thuốc sau mổ u mi**

1. Cephalaxine 500mg 15 viên / Ngày uống 3 lần, lần 1 viên
  2. Paracetamol 500mg 9 viên / Ngày uống 3 lần, lần 3 viên
  3. Alphachymotrypsine Choay 25 U.C.Hb 20 viên/ Ngày uống 2 lần, lần 2 viên
  4. Col.Tobrex 0,3% 1 lọ / Nhỏ MP, MT ngày 6 lần, lần 1 giọt
- **Lưu ý:** Trường hợp Kyst, nốt ruồi, u nhỏ... không cần sử dụng thuốc kháng sinh uống.

#### **VI. THEO DÕI**

- U đã cắt hết và tạo hình đúng giải phẫu học.
- Đánh giá về thẩm mỹ.
- Kết quả giải phẫu bệnh.
- Tái phát hoặc di căn

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Lê Minh Thông chủ biên. *Nhãn khoa lâm sàng ĐHYD Tp.HCM. Bộ môn Mắt. NXB Y học 2007.*
2. *Hốc mắt, mi mắt và hệ thống lệ. Giáo trình khoa học cơ sở và lâm sàng 1998 - 1999.*

## ĐIỀU TRỊ MỖ BAO SAU ĐỤC BẰNG LASER YAG

### I. Đại cương:

- Đục bao sau là một biến chứng thông thường về sau của phẫu thuật đục T3: làm giảm thị lực, chói sáng, những triệu chứng như bị đục T3.
- Mỡ bao sau đục bằng Laser là tạo lỗ thủng ở trung tâm bao sau nhằm cải thiện chức năng thị giác cho người bệnh hoặc để thuận tiện cho việc theo dõi và điều trị các bệnh lý võng mạc

### II. Chỉ định:

- Giảm thị lực  $\leq 3/10$
- TL  $> 3/10$  nhưng đục bao sau làm cản trở sinh hoạt hàng ngày, gây chói sáng hoặc gây khó khăn khi soi đáy mắt

### III. Chống chỉ định:

#### 1. Chống chỉ định tương đối

- Sẹo đục hoặc phù giác mạc
- Thủy tinh thể nhân tạo có chất liệu là thủy tinh
- Đang viêm mống mắt
- Phù hoàng điểm dạng nang hoặc nghi ngờ CME
- Mắt không cố định được

#### 2. Chỉ định thận trọng trong các trường hợp:

- Bệnh nhân có tiền sử rách võng mạc hoặc bong võng mạc
- Bệnh nhân mới vừa phẫu thuật T3 vì IOL chưa được cố định chắc
- Bệnh nhân glaucoma đang có nhãn áp cao

### IV. Biến chứng:

#### 1. Tăng NA thoáng qua:

- Thường gặp nhất
- NA tăng sau capsulotomy, đạt đỉnh sau 3 giờ
- Điều trị NA về bình thường trong 1 tuần

#### 2. Phù hoàng điểm dạng nang (CME):

- Tỷ lệ: 0.04-2.3%
- Phá vỡ màng hyaloid trước tăng nguy cơ CME

#### 3. Chạm IOL:

- Ít bị ảnh hưởng trong khi nhìn
- Tỷ lệ cao khi PTV ít kinh nghiệm: phòng tránh

#### 4. Tăng áp cấp:

- Mắt không có TTT, không có cắt mống chu biên
- Cơ chế do PLT làm nghẽn dòng từ

#### 5. Vỡ màng hyaloid trước → CME

#### 6. BVM có lỗ rách:

- 0.1-3.6%
- Sau capsulotomy: 1-7 tháng
- Có những yếu tố nguy cơ đi kèm:
  - Cận thị trục  $> 25\text{mm}$
  - Tiền sử thoái hóa lattice
  - Tiền sử BVM mắt còn lại

#### 7. Biến chứng hiếm gặp

- Viêm mống, u tiền phòng
- Tràn dịch hắc mạc thể mi
- Lỗ hoàng điểm
- Xuất huyết VM chu biên

- Lỗ mở bao sau mở rộng hơn
- Lệch IOL
- Viêm mủ nội nhãn: do propionibacterium acnes
- Đục bao sau tái phát

#### **V. Theo dõi và tái khám:**

- Nhỏ steroid tránh viêm (4-6 lần/ngày, từ 5-7 ngày), thuốc hạ nhãn áp
- Tái khám sau 1 tuần:
  - Kiểm tra nhãn áp
  - Viêm nhiễm, đo khúc xạ
  - CME hoặc rách võng mạc khi nghi ngờ
  - Tái khám sau 1 tháng
  - Chiếu lại laser nếu mở bao sau chưa đủ.

#### ***TÀI LIỆU THAM KHẢO***

*1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành nhãn khoa, Bộ Y Tế, Nhà xuất bản Y học Hà Nội (2012)*

## **ĐIỀU TRỊ CẮT MÓNG MẮT CHU BIÊN BẰNG LASER YAG**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Cắt móng mắt bằng laser là thủ thuật dùng tia laser để tạo một lỗ thủng nhỏ ở ngoại vi, gần chân móng mắt nhằm tạo điều kiện cho thủy dịch lưu thông dễ dàng từ hậu phòng ra tiền phòng, giải phóng được tình trạng nghẽn đồng tử, chân móng mắt không còn bị đẩy ra trước để áp vào vùng bè.

### **II. CHỈ ĐỊNH:**

- Điều trị dự phòng đối với những mắt có nguy cơ đóng góc cao (không quan sát được phần bè sắc tố ở trên 180 độ của góc nguyên phát).
- Góc đóng nguyên phát hoặc glôcôm góc đóng nguyên phát giai đoạn sớm: khi nhãn áp ổn, đồng tử co, góc tiền phòng đóng dưới 1/2 chu vi.
- Những trường hợp có dính móng mắt gây nghẽn đồng tử.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Giác mạc phù hoặc giác mạc mờ đục, loét giác mạc.
- Đang có phản ứng viêm bồ đào.
- Người bệnh có bệnh lý toàn thân không cho phép

### **IV. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ LÝ BIẾN CHỨNG**

- Xuất huyết tiền phòng:
  - o Nhiều: ngừng laser, ấn kính ép nhãn cầu, cho bệnh nhân uống nhiều nước và hẹn điều trị vào ngày khác.
  - o Ít: ấn kính ép nhãn cầu, khi máu ngừng chảy chọn vị trí khác để laser.
- Tổn thương giác mạc gây mờ đục giác mạc, chọn vị trí khác laser hoặc hẹn điều trị bổ sung vào ngày khác.
- Tiền phòng bị vẩn đục không quan sát được: hẹn điều trị bổ sung.

### **V. ĐIỀU TRỊ VÀ THEO DÕI**

- Nhỏ mắt Steroid 4 lần /ngày trong 5 - 7 ngày
- Nhỏ mắt Non - Steroid 4 lần /ngày trong 5 - 7 ngày
- Thuốc hạ nhãn áp
- Theo dõi định kì để phát hiện kịp thời những trường hợp nhãn áp cao.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Nhân khoa tập 2, Bệnh viện Mắt Trung Ương, Nhà xuất bản Y học Hà Nội (2011).
2. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành nhãn khoa, Bộ Y Tế , Nhà xuất bản Y học Hà Nội (2012) .

## **DỊ VẬT GIÁC MẠC VÀ VÒNG RỈ SÉT**

### **I. TRIỆU CHỨNG**

- Chủ quan: đau, cộm xốn, chảy nước mắt.
- Khách quan: - Dị vật trên hay trong nhu mô giác mạc.
  - Vòng rỉ sét sâu trong giác mạc nếu dị vật là sắt.

### **II. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT**

- Viêm kết mạc.
- Viêm giác mạc.

### **III. NGUYÊN NHÂN**

- Xung đột, tai nạn, thể thao, lao động.

### **IV. ĐIỀU TRỊ**

#### **1. Phẫu thuật:**

- Nhỏ tê tại chỗ.
- Lấy dị vật GM sâu = kim 26 + Đánh vòng rỉ sét bằng dụng cụ.
- Tra thuốc mỡ kháng sinh.
- Băng mắt.

#### **2. Điều trị hậu phẫu:**

- Kháng sinh:  
Nhỏ tại chỗ 1- 2 tuần.  
Uống (5 ngày)
- Kháng viêm
  - Giảm đau

### **V. THEO DÕI**

Lấy sạch dị vật, biểu mô giác mạc lành, sạch.

*Tài liệu tham khảo: Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh về mắt của Bộ Y tế.*

## ÁP – XE QUANH CHÓP RĂNG

### I./CHẨN ĐOÁN

#### 1. Triệu chứng:

##### 1.1. Lâm sàng:

- Răng có thể có lỗ sâu hoặc không, mô mềm xung quanh răng có sưng đỏ có mủ.
- Gõ đau ít hay nhiều tùy tổn thương hoặc không đau.
- Răng lung lay từ độ 1 tới độ 4 (tùy nhiễm trùng ít hay nhiều).

##### 1.2. Cận lâm sàng (nếu có):

Phim tia – X: có thấu quang xung quanh răng, có thể tiêu xương chân răng

#### 2. Chẩn đoán xác định: Áp -xe quanh chóp răng (K0.46).

### II./ ĐIỀU TRỊ

#### 1. Chỉ định: Rạch áp – xe , cho toa thuốc.

#### 2. Chống chỉ định:

Bệnh nhân có tiền sử về các bệnh tim mạch, bệnh về máu,... ( cho trẻ khám chuyên khoa và có ý kiến của bác sĩ chuyên khoa cho phép điều trị và các thuốc trẻ có thể dùng được trong thời gian điều trị).

#### 3. Phác đồ điều trị:

##### 3.1 Phương pháp điều trị:

- Rạch áp-xe, bơm rửa tháo mủ bằng dung dịch nước muối sinh lý, cho toa thuốc và hẹn tái khám.
- Tái khám:

● Cho chụp phim tia –X: nếu được có thể điều trị lấy tủy chân răng để bảo tồn răng.

● Nhổ răng.

##### 3.2. Thuốc: Tùy thực tế trên lâm sàng, có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp.

##### - Kháng sinh:

##### ●Amoxicillin 250mg( viên nang, gói), 500mg(viên nang):

○Trẻ em trên 12 tuổi: Dùng liều người lớn: 500mg, cách 8 giờ 1 lần

○Trẻ em đến 10 tuổi: 125-250mg, cách 8 giờ 1 lần.

○Trẻ em dưới 20kg thường dùng liều 20 - 40mg/kg thể trọng/ ngày

##### ●Metronidazole 250mg:

○Liều thường dùng cho trẻ em: 20 – 30mg/kg/ngày, chia làm 4 lần uống

##### - Kháng viêm:

##### ● Lysozym 90mg:

○Trẻ em trên 30 tháng tuổi: 4,5 mg/kg/ngày, chia làm 3 lần uống

##### ●Dexamethasone 0,5mg:

○Liều thường dùng cho trẻ em: 0,024 – 0,34 mg/kg/ngày, chia làm 4 liều

##### ●Prednisone 5mg:

○Liều thường dùng cho trẻ em: 0,14 – 2 mg/kg/ngày chia làm 4 lần uống.

##### - Giảm đau:

##### ●Paracetamol 500mg, 325mg, 250mg (gói) , 125mg (gói):

○Trẻ em trên 12 tuổi: Dùng theo liều người lớn: 500mg, 4- 6 giờ 1 lần uống.

○Trẻ em 10 - 11 tuổi: 480mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống.

○Trẻ em 9 – 10 tuổi: 400mg , mỗi 4 – 6 giờ một lần uống

○Trẻ em 6 – 8 tuổi: 320mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống

○Trẻ em 4 – 5 tuổi: 240mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống

○Trẻ em 2 – 3 tuổi: 160mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống

○Trẻ em 1 – 2 tuổi: 120mg, mỗi 4 – 6 giờ một lần uống

Thời gian dùng thuốc từ 5 – 7 ngày.

##### 3.3. Thời gian điều trị:

Tùy tổn thương trên lâm sàng, bác sĩ trực tiếp điều trị sẽ hẹn bệnh hai hoặc ba, bốn lần...

##### 3.4. Theo dõi, chế độ chăm sóc, tái khám:

- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng cho trẻ, cách cho trẻ ăn uống trong thời gian điều trị.
- Hẹn tái khám theo ngày giờ ghi trong sổ khám bệnh và lưu trong sổ hẹn bệnh của khoa.

##### 3.5. Biến chứng , cách xử trí:

- Bác sĩ trực tiếp điều trị phải hỏi kỹ về tiền sử bệnh và dị ứng thuốc nếu có.
- Trẻ phải hợp tác mới điều trị (phải thuyết phục trẻ).

*Tài liệu tham khảo:*

- *Kho dữ liệu Phác đồ điều trị ngành y tế TPHCM – Bệnh viện Răng Hàm Mặt TPHCM.*



## ÁP XE QUANH CHÓP TÁI PHÁT

Là trường hợp viêm quanh chóp mạn bất thành lĩnh có triệu chứng.

### I./ CHẨN ĐOÁN

#### 1. Triệu chứng:

##### 1.1. Lâm sàng:

- Tiến triển nhanh từ nhẹ đến sung nhiều.
- Đau dữ dội khi gõ và sờ.
- Răng bị lung lay và trời cao hơn.
- Trường hợp nặng, bệnh nhân bị sốt.

##### 1.2. Cận lâm sàng: X-Quang có thấu quang quanh chóp.

#### 2. Chẩn đoán xác định: Áp - xe tái phát.

### II./ ĐIỀU TRỊ

Tùy thực tế trên lâm sàng, có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp.

- Thuốc dùng đường uống:

#### ● Kháng sinh:

- Amoxicillin 500mg + Acid Clavulanic 125mg: Liều thường dùng cho người lớn: 1 viên x 3 lần /ngày (uống).
- Spiramycin 750.000 UI + Metronidazole 125mg: liều thường dùng cho người lớn 2 viên x 3 lần /ngày (uống).

#### ● Kháng viêm:

- Prednisone 5mg: 1 viên x 3 lần /ngày.
- Dexamethasone 0,5mg: 1 viên x 3 lần /ngày.
- Methylprednisolone 16mg : 1 viên /ngày(sáng).
- Lysozym 90mg :1 viên x 3 lần /ngày.

#### ● Giảm đau:

Paracetamol 500mg : 1 viên x 3 lần/ngày.

#### ● Kháng viêm & giảm đau:

Ibuprophen 200mg + paracetamol 325mg : 1viên x 3 lần/ngày.

- Uống từ 5 – 7 ngày.
- Sau đó điều trị như điều trị viêm quanh chóp mãn.

*Tài liệu tham khảo:*

- Kho dữ liệu Phác đồ điều trị ngành y tế TPHCM – Bệnh viện Răng Hàm Mặt TPHCM.

## HERPES SIMPLEX VÙNG HÀM MẶT

### 1. Đại cương

Bệnh do herpes simplex virus (HSV) gây nên, là bệnh thường gặp, gây tổn thương da và niêm mạc, hiếm hơn là nội tạng và hay tái phát nhất là Herpes sinh dục

Bệnh lây qua tiếp xúc da-da, da – niêm mạc

HSV cùng họ với virus thủy đậu, Zona, CMV, EBV

Có 2 loại HSV thường gặp: HSV- 1 và HSV- 2:

- HSV – 1 gây tổn thương ở vùng thắt lưng trở lên, hay gặp: miệng, mặt.
- HSV – 2 gây tổn thương từ thắt lưng trở xuống: cơ quan sinh dục

Yếu tố thuận lợi gây tái phát: kích thích da niêm (tia UV), stress, nhiễm trùng toàn thân, giao hợp, rối loạn kinh nguyệt, thuốc, thức ăn và tất cả các trường hợp thay đổi tình trạng miễn dịch cơ thể (nhiễm HIV, bệnh ác tính, ghép cơ quan, hóa trị...)

### 2. Lâm sàng : bệnh phát triển qua 2 giai đoạn

#### 2.1. **Giai đoạn sơ nhiễm:** Viêm lợi – miệng

- Gặp ở trẻ từ 1- 5 tuổi
- Ủ bệnh từ 4 -5 ngày
- Dấu hiệu toàn thân: sốt cao, mệt mỏi
- Khám thấy viêm đỏ niêm mạc đồng thời xuất hiện nhiều vết xước, vết loét và aphte rất đau gây cảm giác khó chịu, khó nuốt hoặc thấy chùng mụn nước vỡ nhanh xung quanh môi má
- Hạch vùng to và đau
- Lành tự nhiên 10-15 ngày

#### 2.2. **Herpes tái phát:**

Sở dĩ Herpes tái phát vì virus Herpes có khả năng tồn tại lâu dài trong cơ thể mà không cho miễn dịch hoàn toàn. Trước kia cho rằng virus tồn tại ở hạch thần kinh, hiện nay người ta biết sau khi vào hạch thần kinh, virus theo thần kinh ngoại biên đến da, niêm mạc để tạo những ổ nhỏ virus tại đó, khi gặp yếu tố thuận lợi tổn thương Herpes dễ bộc phát.

- Khởi đầu bệnh nhân thường có cảm giác nóng bỏng, kiến bò hay ngứa ở vùng sắp nổi hồng ban, vài giờ sau giai đoạn hồng ban xuất hiện mụn nước nhỏ, mọc thành chùm trên nền hồng ban, có khi các mụn nước hợp lại thành bóng nước. Sau vài ngày mụn nước hoa đục, vỡ ra đóng mủi.
- Lâm sàng Herpes tái phát khác với sơ nhiễm:

+ Tổn thương kết thành chùm

+ Mụn nước có kích thước nhỏ

+ Không kèm tổn thương toàn thân

- Vị trí: bất kỳ vị trí nào trên cơ thể (da – niêm mạc)
- Diễn tiến: lành tự nhiên sau 7-10 ngày

#### 2.3. **Cận lâm sàng :** Không có giá trị trong chẩn đoán

- Tế bào học Tzanck
- Phân lập siêu vi
- Huyết thanh chẩn đoán: chỉ có giá trị giai đoạn sơ nhiễm. Hiệu giá kháng thể tăng 4 lần và cách nhau 2 tuần thì mới có giá trị chẩn đoán

### 3. **Chẩn đoán:** Chủ yếu dựa vào lâm sàng

Một số ca không điển hình thì chẩn đoán phân biệt với các bệnh mụn nước – bóng nước khác như:

-Da: Zona, thủy đậu, chốc, Duhring

-Niêm mạc:

+ Aphthes, Pemphigus

+ Nấm Candida

+ Hạ cam mềm, giang mai

### 4. **Điều trị:**

Cho đến nay chưa có biện pháp điều trị nào hữu hiệu nhất, nhất là Herpes tái phát, nên mục đích điều trị là kéo dài thời gian tái phát và hạn chế sự lan toả của bệnh.

#### 4.1. **Tại chỗ:**

- Chống bội nhiễm: Thuốc tím pha loãng 1/10.000 ngâm rửa, thoa dung dịch sát trùng màu: milian, Eosin 2% hoặc kháng sinh tại chỗ (Fucidin, Bactroban).
- Thuốc kháng virus tại chỗ chỉ có tác dụng giai đoạn hồng ban
- Chống chỉ định Corticoid bôi tại chỗ.

**4.2. Toàn thân:**

- Kháng sinh: nếu có nhiễm trùng
- Thuốc chống virus: thường chỉ định Herpes sinh dục
- Nâng đỡ tổng trạng: Vitamin C liều cao

**4.3. Phòng tái phát:** Cho các ca nặng, tái phát hơn 6 lần/ năm

- Acyclovir: 400mg x2 lần/ ngày thời gian kéo dài hàng năm
  - Valacyclovir: 500mg/ ngày
  - Famcyclovir: 250mg x2 lần/ ngày

*Tài liệu tham khảo: Phác đồ điều trị Herpes Simplex BV Trung Vương.*

## ĐAU DÂY THẦN KINH V

### I. ĐỊNH NGHĨA

Đau dây thần kinh V hay đau tam thoa là chứng đau nửa mặt với đặc trưng là các cơn đau ngắn, dữ dội, xuất hiện tự nhiên hoặc do kích thích.

### II. NGUYÊN NHÂN

- Thường không xác định rõ được nguyên nhân gây đau dây V.
- Trong một số trường hợp, có thể do:
  - + Chèn ép dây thần kinh V.
  - + Rối loạn khử myelin nguyên phát: bệnh xơ cứng rải rác.
  - + Dây thần kinh V bị xâm nhập vào vùng rễ thần kinh V hay hạch Gasser trong một số bệnh: Carcinoma, Sarcoidosis...

### III. CHẨN ĐOÁN

#### 1. Chẩn đoán xác định

##### 1.1. Lâm sàng

##### 1.1.1. Toàn thân Không có biểu hiện gì đặc biệt.

##### 1.1.2. Cơ năng

a. Đau kịch phát kéo dài một vài giây đến vài phút, xảy ra chủ yếu vào buổi sáng, hiếm khi về đêm.

##### b. Tính chất cơn đau

- Thường khu trú một bên mặt.
- Vùng đau là vùng chi phối một nhánh hoặc nhiều nhánh thần kinh V.
- Đau khởi phát đột ngột, với tính chất đau buốt, như dao đâm, như cháy bỏng, hay như điện giật.
- Cường độ đau dữ dội.
- Đau khởi phát từ vùng bị kích thích như: ăn nhai, đánh răng, rửa mặt...
- Giữa các cơn đau là khoảng im lặng, hoàn toàn không có triệu chứng.
- Tuy nhiên, một vài bệnh nhân có thể có đau đầu âm ỉ vào những thời điểm khác.
- + Không kèm theo dấu hiệu rối loạn cảm giác.
- + Kiểu đau là cố định trên mỗi bệnh nhân.
- + Ngoài ra có thể kèm theo những dấu hiệu do bệnh lý nguyên nhân gây nên.

##### c. Thực thể

- Trong một số trường hợp, có thể xác định được các tổn thương là yếu tố kích thích.
- Trong cơn đau, khi sờ nắn vùng mặt bên đau làm cơn đau tăng lên dữ dội.

##### 1.2. Cận lâm sàng

- X quang thường quy: có thể thấy hình ảnh khối u chèn ép dây V.
- Chụp cộng hưởng từ: có thể phát hiện hình ảnh u thần kinh dây VIII hoặc hình ảnh các khối u chèn ép dây V.

#### 2. Chẩn đoán phân biệt

- Đau thần kinh sau Herpes: phân biệt dựa vào tiền sử có nhiễm Herpes.
- Đau đầu từng chuỗi (Cluster Headache): kèm theo đau một bên mặt còn có dấu hiệu chảy nước mắt, nước mũi, vã mồ hôi ....
- Đau co thắt nửa mặt (Hemifacial Spasm): đau do thần kinh VII bị kích thích, với tính chất đau kèm theo co giật các cơ một bên mặt, nhưng không dữ dội như đau thần kinh V.

### IV. ĐIỀU TRỊ

#### 1. Nguyên tắc

- Trong các trường hợp phát hiện được nguyên nhân thì phải điều trị loại bỏ nguyên nhân gây đau.
- Trong các trường hợp không xác định được nguyên nhân thì điều trị triệu chứng.

#### 2. Điều trị cụ thể

##### 2.1. Điều trị nguyên nhân

- Chỉ định: Trong các trường hợp xác định được nguyên nhân gây đau dây V.
- Kỹ thuật: Trường hợp dây V bị chèn ép thì phải phẫu thuật cắt bỏ các khối u (phẫu thuật giải áp thần kinh V):
  - + Vô cảm: thường thực hiện dưới gây mê.

- + Phẫu thuật bóc lột khối u.
- + Cắt bỏ khối u, giải phóng dây thần kinh V.
- + Cầm máu và kiểm soát vùng phẫu thuật.
- + Đặt dẫn lưu.
- + Khâu phục hồi theo các lớp giải phẫu.

## 2.2. Điều trị triệu chứng

### 2.2.1 Nội khoa

- Chỉ định: trong các trường hợp không xác định được nguyên nhân thì điều trị nội khoa luôn là lựa chọn đầu tiên trước khi tiến hành điều trị ngoại khoa.
- Phác đồ điều trị
- + Carbamazepine thường là lựa chọn đầu tiên khi điều trị đau thần kinh V, có thể thay thế bằng Oxcarbazepine hoặc gabapentin để giảm tác dụng phụ.
- + Khởi đầu bằng một liều thấp, tăng dần đến liều đáp ứng. Sau khi đạt liều đáp ứng, duy trì trong 4 – 6 tuần, sau đó giảm dần về liều khởi đầu.
- + Trường hợp thuốc lựa chọn không đáp ứng thì lựa chọn giải pháp điều trị khác.

### 2.2.2 Ngoại khoa

- Chỉ định: khi không xác định được nguyên nhân và điều trị nội khoa thất bại.
- Kỹ thuật: tùy trường hợp có thể áp dụng một trong các phương pháp dưới đây:
  - a. Phương pháp phá hủy rễ thần kinh V Phá hủy rễ thần kinh có thể là phá hủy một phần (phá hủy chọn lọc) hoặc phá hủy hoàn toàn (microsurgical rhizotomy).
  - + Phá hủy rễ thần kinh V một phần: có một số phương pháp sau:
    - Phương pháp xuyên da: có 3 kỹ thuật
    - + Phá hủy rễ thần kinh V bằng Glycerol.
    - + Phá hủy rễ thần kinh V bằng bóng áp lực.
    - + Phá hủy rễ thần kinh V bằng nhiệt đông.
  - Phẫu thuật cắt rễ thần kinh.
  - b. Phương pháp phá hủy thần kinh ngoại vi Phá hủy thần kinh ngoại vi có thể thực hiện bằng tiêm Alcohol hoặc phẫu thuật cắt thần kinh V ngoại vi.
    - Tiêm Alcohol
    - + Tiêm Alcohol vào các vị trí: lỗ cằm, lỗ dưới ổ mắt, gai Spix, bờ trên ổ mắt: sử dụng Alcohol loại 100%, gây tê trước khi tiêm lượng Alcohol khoảng 1ml.
    - Phẫu thuật cắt thần kinh V ngoại vi:
      - + Xác định vị trí vùng khởi phát và nhánh thần kinh V cần cắt bỏ.
      - + Vô cảm.
      - + Phẫu thuật bóc lột nhánh thần kinh.
      - + Cắt bỏ đoạn nhánh dây V.
      - + Cầm máu.
      - + Khâu phục hồi.

## V. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

### 1. Tiên lượng

- Các trường hợp xác định được nguyên nhân: cho kết quả điều trị tốt.
- Các trường hợp không xác định được nguyên nhân.
- Điều trị nội khoa: dễ tái phát.
- Điều trị ngoại khoa: kết quả điều trị thường tốt, tuy nhiên vẫn có tỷ lệ tái phát nhất định.

### 2. Biến chứng

- Dị cảm.
- Mất cảm giác xúc giác vùng dây V chi phối.

## VI. PHÒNG BỆNH

Khám sức khỏe định kỳ để phát hiện sớm các nguyên nhân gây đau và điều trị kịp thời.

*Tài liệu tham khảo:* Hướng dẫn Chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt – Bộ Y tế - Năm 2015

## VIÊM TUYẾN NƯỚC BỌT

Nước bọt được tiết ra bởi ba đôi ống tuyến chính đối xứng là tuyến mang tai, tuyến dưới lưỡi và tuyến dưới hàm, và rất nhiều những tuyến phụ rải rác ở niêm mạc miệng.

### I. VIÊM TUYẾN NƯỚC BỌT DO SỎI :

#### 1. Sỏi tuyến dưới hàm:

- Chiếm chủ yếu khoảng 85%, chủ yếu ở ống Wharton.
- Gặp ở cả trẻ em và người lớn, nam nhiều hơn nữ.
- Sỏi gồ ghề, vàng nhạt, thường 1 sỏi đơn độc hoặc nhiều hơn, đa số gặp ở ống tuyến.
- Thường không gây tắc ống hoàn toàn, ít hoặc không cản quang.

##### 1.1. Triệu chứng lâm sàng:

- Thoát vị nước bọt: triệu chứng Garel: trong bữa ăn tự nhiên tuyến dưới hàm sưng phồng do sỏi làm tắc nước bọt, ứ trong tuyến. Sau đó nước bọt thoát ra được tuyến hết sưng, không đau.
- Con đau nước bọt: giữa bữa ăn tự nhiên bệnh nhân thấy đau chói ở lưỡi và sàn miệng. Đồng thời vùng dưới hàm phồng lên khá to và rất nhanh, sau đó đau dịu dần và giảm hẳn sau ăn.

##### 1.2. Cận lâm sàng:

- Xquang : Tư thế Belot: thấy rõ sỏi nhất ở phần trước ống.
- Tư thế Bonneau: đầu ngả sang bên lành, tia từ sau vai bên có sỏi lướt mặt trong góc hàm thấy rõ sỏi ở tuyến và phần sau ống.
- Siêu âm tuyến nước bọt.

##### 1.3. Biện chứng:

- Viêm tấy sàn miệng.
- Viêm tuyến dưới hàm mãn tính, gây xơ cứng tuyến nặng hơn có thể dò mủ ra ngoài da.

##### 1.4. Điều trị :

- Kháng sinh: Nhóm Macrolid, Imidazole, Betalactamines, Quinolone, Cyclin...

Có thể phối hợp.

- Kháng viêm-giảm đau: NSAID, Corticoid, Men kháng viêm, Acetaminophen.
- Nâng cao thể trạng, tích cực bồi dưỡng cơ thể.
- Thuốc lợi tiết nước bọt : Pilocarpin ...
- Phẫu thuật lấy sỏi.

#### 2. Sỏi tuyến mang tai:

- Hiếm gặp khoảng 10% thường ở ống Stenon.
- Ít gặp ở trẻ em, nam nữ như nhau.
- Sỏi đơn độc hoặc nhiều sỏi theo đường ống hình san hô.

##### 2.1. Triệu chứng lâm sàng:

- Biểu hiện của 1 bệnh cảnh viêm ống Stenon, sau đó viêm tuyến, cơn đau do sỏi thường không có.
- Có thể có mủ ở lỗ ống Steno cương nề, hoặc áp xe một bên má.
- Sờ dọc có thể thấy sỏi ở ống tuyến.

##### 2.2. Cận lâm sàng:

- Xquang chụp tuyến có cản quang.
- Siêu âm tuyến.

##### 2.3. Điều trị:

Như sỏi tuyến dưới hàm

Trường hợp viêm nhiễm nhiều lần xơ hóa ảnh hưởng toàn thân cần lấy bỏ tuyến và bảo tồn dây VII.

#### 3. Sỏi tuyến dưới lưỡi

- Hiếm gặp
- Lâm sàng giống sỏi khúc trước tuyến dưới hàm kèm viêm nhiễm sàn miệng
- Cần thiết chụp phim có cản quang thấy sỏi nằm ngoài ống.
- Điều trị giống sỏi dưới hàm.

### II. VIÊM TUYẾN NƯỚC BỌT :

Gồm viêm cấp tính và mãn tính

#### 1. Viêm nhiễm cấp tính :

1.1. Nguyên nhân: có thể do vi khuẩn, hoặc virus.

##### 1.2. Triệu chứng lâm sàng:

- Giai đoạn đầu : sốt, sưng to hai tuyến, ăn uống khó.
- Giai đoạn toàn phát: sốt cao dữ dội, không ăn uống được. Da vùng tuyến căng đỏ, ửng đỏ, đau, há miệng khó, nghe kém, ống tiết đỏ tấy, vuốt có mủ.

### **1.3. Cận lâm sàng:**

- Xét nghiệm máu
- Siêu âm tuyến
- Xquang

### **1.4. Điều trị :**

+ Giai đoạn đầu :

- Kháng sinh Nhóm Macrolid , Imidazole , Betalactamines, Quinolone, Cyclin,...

Có thể phối hợp.

- Kháng viêm-giảm đau: NSAID, Corticoide, Men kháng viêm, Acetaminophen.
- Nâng cao thể trạng, tích cực bồi dưỡng cơ thể.

+ Giai đoạn 2 :

Kết hợp điều trị như giai đoạn đầu và chích xẻ áp xe dẫn lưu.

## **2. Viêm tuyến mãn tính**

### **2.1. Nguyên nhân:**

- Có thể sau một đợt viêm cấp không điều trị triệt để.
- Có thể tắc do sỏi.
- Sau viêm ống tiết Stenon.

### **2.2. Triệu chứng lâm sàng:**

- Hai tuyến sưng thường xuyên, vướng khó chịu, nước bọt tanh.
- Da bên ngoài bình thường sờ chắc, không đau.
- Các lỗ tuyến hơi đỏ.

### **2.3. Cận lâm sàng:**

- Siêu âm tuyến, xquang, xét nghiệm

### **2.4. Điều trị:**

- Giống điều trị viêm cấp.
- Kết hợp loại trừ tổn thương sỏi, dịch ứ đọng bằng xoa chườm nóng
- Kết hợp phẫu thuật cắt bỏ tuyến.

Tài liệu tham khảo : Bộ Y Tế

## **VIÊM TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI DO VIRUS - BỆNH QUAI BỊ (MUMPS)**

### **I. Bệnh học**

Là bệnh nhiễm virus cấp tính, lây truyền chủ yếu qua đường nước bọt ăn uống, thường gặp ở người trẻ và trẻ em. Virus gây bệnh thuộc nhóm Paramyxovirus (ARN), biểu hiện sưng đau không chảy mủ ở các tuyến nước bọt, thường gặp là tuyến mang tai, có thể liên quan đến tuyến nước bọt dưới hàm và dưới lưỡi. Khoảng 30% nhiễm virus không có biểu hiện lâm sàng.

### **II. Lâm sàng.**

Thời gian ủ bệnh từ 2-3 tuần. Trước khi có biểu hiện sưng tuyến, bệnh nhân thấy sốt, khó chịu, đau đầu, ớn lạnh, đau ở vùng trước và dưới tai, sau đó là sưng ở tuyến mang tai, 70% sưng cả 2 bên. Thường sưng 1 bên trước, 1 vài ngày sau sưng tiếp bên đối diện. Thường sưng vùng trước và dưới tai đến bờ dưới sau cánh lên xương hàm dưới. Đau ở vùng tuyến mang tai, đặc biệt trong 2-3 ngày đầu, đau nhiều khi vận động hàm, nói hoặc khi nhai. Đau nhói khi có sự kích thích bài tiết nước bọt do thức ăn, thức uống. Tuyến sưng sờ cứng dai đàn hồi, đạt độ lớn tối đa sau 2-3 ngày và kéo dài 7-10 ngày..

Trong miệng, có thể có tắc nghẽn 1 phần ống tuyến, gai mang tai đỏ và sưng nhưng đây là dấu hiệu không thường gặp. Một số biến chứng thường gặp ở người lớn như viêm tinh hoàn, buồng trứng, viêm não- màng não.

### **III. Chẩn đoán**

Chủ yếu dựa lâm sàng.

### **IV. Điều trị**

Điều trị triệu chứng và nghỉ ngơi tại giường, sử dụng giảm đau là chính, kháng sinh ngừa bội nhiễm ( nếu có dấu chứng nhiễm trùng )

*Tài liệu tham khảo: Giáo trình giảng dạy Bộ môn Bệnh học miệng - Khoa Răng-Hàm-Mặt, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh*



## VIÊM TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI DO SỎI

Nước bọt được tiết ra bởi ba đôi ống tuyến chính đối xứng là tuyến mang tai, tuyến dưới lưỡi và tuyến dưới hàm, và rất nhiều những tuyến phụ rải rác ở niêm mạc miệng.

### I. VIÊM TUYẾN NƯỚC BỌT DO SỎI :

#### 1. Sỏi tuyến dưới hàm:

- Chiếm chủ yếu khoảng 85%, chủ yếu ở ống Wharton.
- Gặp ở cả trẻ em và người lớn, nam nhiều hơn nữ.
- Sỏi gồ ghề, vàng nhạt, thường 1 sỏi đơn độc hoặc nhiều hơn, đa số gặp ở ống tuyến.
- Thường không gây tắc ống hoàn toàn, ít hoặc không cản quang.

##### 1.1. Triệu chứng lâm sàng:

- Thoát vị nước bọt: triệu chứng Garel: trong bữa ăn tự nhiên tuyến dưới hàm sưng phồng do sỏi làm tắc nước bọt, ứ trong tuyến. Sau đó nước bọt thoát ra được tuyến hết sưng, không đau.
- Con đau nước bọt: giữa bữa ăn tự nhiên bệnh nhân thấy đau chói ở lưỡi và sàn miệng. Đồng thời vùng dưới hàm phồng lên khá to và rất nhanh, sau đó đau dịu dần và giảm hẳn sau ăn.
- Sờ dọc ống Wharton có thể thấy sỏi.

##### 1.2. Cận lâm sàng:

- Xquang : Tư thế Belot: thấy rõ sỏi ống Wharton nhất ở phần trước ống.  
Tư thế Bonneau: đầu ngả sang bên lành, tia từ sau vai bên có sỏi lướt mặt trong góc hàm thấy rõ sỏi ở tuyến và phần sau ống.
- Siêu âm tuyến nước bọt.

##### 1.3. Biến chứng:

- Viêm tấy sàn miệng.
- Viêm tuyến dưới hàm mãn tính, gây xơ cứng tuyến nặng hơn có thể dò mủ ra ngoài da.

##### 1.4. Điều trị :

- Kháng sinh: Nhóm Macrolid, Imidazole, Betalactamines, Quinolone, Cyclin... Có thể 580ang phối hợp.
- Kháng viêm-giảm đau: NSAID, Corticoid, Men kháng viêm, Acetaminophen.
- Nâng cao thể trạng, tích cực bồi dưỡng cơ thể.
- Thuốc lợi tiết nước bọt : Pilocarpin ...
- Phẫu thuật lấy sỏi.

#### 2. Sỏi tuyến mang tai:

- Hiếm gặp khoảng 10% thường ở ống Stenon.
- Ít gặp ở trẻ em, nam nữ như nhau.
- Sỏi đơn độc hoặc nhiều sỏi theo đường ống hình san hô.

##### 2.1. Triệu chứng lâm sàng:

- Biểu hiện của 1 bệnh cảnh viêm ống Stenon, sau đó viêm tuyến, cơn đau do sỏi thường không có.
- Có thể có mủ ở lỗ ống Steno cương nề, hoặc áp xe một bên má.
- Sờ dọc có thể thấy sỏi ở ống tuyến.

##### 2.2. Cận lâm sàng:

- Xquang chụp tuyến có cản quang.
- Siêu âm tuyến.

##### 2.3. Điều trị:

Như sỏi tuyến dưới hàm

Trường hợp viêm nhiễm nhiều lần xơ hóa ảnh hưởng toàn thân cần lấy bỏ tuyến và bảo tồn dây VII.

#### 3. Sỏi tuyến dưới lưỡi

- Hiếm gặp
- Lâm sàng giống sỏi khúc trước tuyến dưới hàm kèm viêm nhiễm sàn miệng
- Cần thiết chụp phim có cản quang thấy sỏi nằm ngoài ống.
- Điều trị giống sỏi dưới hàm.

### II. VIÊM TUYẾN NƯỚC BỌT :

Gồm viêm cấp tính và mãn tính

#### 1. Viêm nhiễm cấp tính :

**1.1.Nguyên nhân:** có thể do vi khuẩn, hoặc virus.

**1.2. Triệu chứng lâm sàng:**

- Giai đoạn đầu : sốt, sưng to hai tuyến, ăn uống khó.
- Giai đoạn toàn phát: sốt cao dữ dội, không ăn uống được. Da vùng tuyến căng đỏ, ấn lõm đau, há miệng khó, nghe kém, ống tiết đỏ tấy, vết có mủ.

**1.3.Cận lâm sàng :**

- Xét nghiệm máu
- Siêu âm tuyến
- Xquang

**1.4.Điều trị :**

+ Giai đoạn đầu :

- Kháng sinh Nhóm Macrolid , Imidazole , Betalactamines, Quinolone, Cyclin,...

Có thể phối hợp.

- Kháng viêm-giảm đau: NSAID, Corticoide, Men kháng viêm, Acetaminophen.
- Nâng cao thể trạng, tích cực bồi dưỡng cơ thể.

+ Giai đoạn 2 :

Kết hợp điều trị như giai đoạn đầu và chích xé áp xe dẫn lưu.

**2. Viêm tuyến mãn tính**

**2.1.Nguyên nhân:**

- Có thể sau một đợt viêm cấp không điều trị triệt để.
- Có thể tắc do sỏi.
- Sau viêm ống tiết Stenon, Wharton.

**2.2. Triệu chứng lâm sàng:**

- Hai tuyến sưng thường xuyên, vướng khó chịu, nước bọt tanh.
- Da bên ngoài bình thường sờ chắc, không đau.
- Các lỗ tuyến hơi đỏ.

**2.3. Cận lâm sàng:**

- Siêu âm tuyến, X-quang, xét nghiệm.

**2.4. Điều trị:**

- Giống điều trị viêm cấp.
- Kết hợp loại trừ tổn thương sỏi, dịch ứ đọng bằng xoa chườm nóng
- Kết hợp phẫu thuật cắt bỏ tuyến.

Nguồn : Bộ Y Tế

## LOÉT ÁP TƠ NIÊM MẠC MIỆNG

### **I/ ĐẠI CƯƠNG**

- Thương tổn là các vết loét hình tròn hoặc hình oval, kích thước to nhỏ khác nhau, số lượng ít hoặc nhiều, xung quanh có quầng đỏ, đáy vết loét có màu vàng hoặc màu xám. Có thể gặp loét áp ở bất kỳ vị trí nào trong miệng, nhưng hay gặp nhất là nơi có sang chấn lặp đi lặp lại, ví dụ như niêm mạc môi dưới nơi răng nanh hay cắn vào, đầu lưỡi, phan lưỡi. Các vết loét gây đau, khó chịu, ăn uống khó. Loét tái diễn lâu làm người bệnh sụt cân, lo lắng, giảm chất lượng cuộc sống.

- Theo kích thước, số lượng, thời gian lành vết loét, loét áp tơ được chia thành ba thể: loét áp tơ nhỏ (minor) chiếm tỷ lệ cao nhất, khoảng 90-95%; loét áp tơ lớn (major) chiếm 5-10% , loét áp tơ dạng khổng lồ có thể kèm bội nhiễm ; loét áp tơ dạng herpes chiếm 1-5%.

### **II/ CHẨN ĐOÁN**

- Chẩn đoán loét áp tơ chủ yếu dựa vào lâm sàng và tiến triển của loét.

### **III/ ĐIỀU TRỊ**

- Căn nguyên và cơ chế bệnh sinh của loét áp tơ chưa rõ ràng cho nên mục đích điều trị là giảm triệu chứng và ngăn ngừa các yếu tố khởi phát hoặc làm nặng bệnh.

- Dùng thuốc (khi có dấu hiệu nhiễm trùng) :

+ Augmentin 625mg, uống ngày 3 lần , mỗi lần 1 viên.

+ Medrol 16mg, uống ngày 1 lần, mỗi lần 1 viên, 7 ngày

+ Paracetamol 500mg, uống ngày 3 lần, mỗi lần 1 viên.

- Súc miệng với Chlorhexidin 0,12 % sau khi đánh răng , 02 lần / ngày , tối đa không quá 2 tuần

- Hướng dẫn: uống nhiều nước, ăn trái cây, hạn chế thức ăn mặn cay. Ăn mềm, lỏng.

- Nâng cao thể trạng ,tăng sức đề kháng : bổ sung vitamin C , vitamin PP , vitamin A

*Tài liệu tham khảo: Giáo trình giảng dạy Bộ môn Bệnh học miệng - Khoa Răng-Hàm-Mặt, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh*

## VIÊM NƯỚU

### I/ ĐẠI CƯƠNG

- Viêm nướu răng cấp tính (VNRCT) là một bệnh lý khá phổ biến . VNRCT là thuật ngữ dùng để chỉ tình trạng viêm nhiễm cấp tính chỉ khu trú ở phần nướu của răng, còn các mô khác của hệ thống nha chu (như xương ổ răng, dây chằng nha chu, cement gốc răng) thì không bị ảnh hưởng.
- VNRCT có thể chỉ khu trú ở gai nướu, viêm nướu một răng hay một nhóm răng, hoặc lan tỏa cả một cung hàm hay hai hàm.

### II. CHẨN ĐOÁN

a. Hỏi bệnh: tiền sử bệnh nhân có các vấn đề như:

- Vệ sinh răng miệng kém.
- Đang mọc răng sữa hoặc răng vĩnh viễn.
- Trẻ đang bị sốt vì một bệnh toàn thân nào đó.

b. Khám

- Đau và sưng nướu, biếng ăn.
- Màu sắc của nướu thay đổi từ màu hồng nhạt sang hơi đỏ hoặc đỏ sậm.
- Sưng nhẹ hoặc căng phồng ở viền nướu hay gai nướu.
- Nướu mềm, bờ, dễ chảy máu.
- Đau hoặc ngứa ở nướu.
- Có thể có bóng nước hoặc vết loét đi kèm xuất hiện ở nướu răng hoặc niêm mạc miệng – lưỡi.

c. Chẩn đoán xác định

Tiền sử bệnh + các dấu hiệu viêm cấp tính của nướu như nướu sưng, đau, đỏ, mềm, dễ chảy máu.

d. Chẩn đoán phân biệt

Bệnh nha chu viêm cấp tính:

có viêm nướu + tổn thương xương ổ răng, dây chằng nha chu, cement chân răng.

### III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị tại chỗ.
- Điều trị nguyên nhân toàn thân nếu có.

2. Xử trí ban đầu

- Cạo vôi răng
- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng đúng cách và phù hợp cho từng lứa tuổi.

Với trẻ lớn có thể tự khắc nhổ được: ngâm và súc miệng dung dịch sát khuẩn tại chỗ Chlohexidin 0,12%. Với trẻ nhỏ: dùng gạc tẩm dung dịch Chlohexidine 0,12% vệ sinh vùng nướu viêm .

. Tái khám sau 01 tuần

3. Xử trí tiếp theo

- Vitamin PP, Vitamin C: 10 – 30 mg/kg/ngày.
- Thuốc giảm đau: Acetaminophen 10 – 15 mg/kg, ngày 3 lần. Uống 30 phút trước khi ăn để đạt hiệu quả giảm đau, bé sẽ ăn uống tốt hơn.
- Chế độ ăn nhẹ, ngọt, hơi lạnh để giảm đau. Tránh thức ăn nóng và nhiều gia vị vì có thể gây đau rất nướu răng.
- Có chế độ nghỉ ngơi.
- Nếu có bệnh toàn thân, kết hợp với các chuyên khoa khác để điều trị.

### IV. PHÒNG NGỪA

- Cạo vôi răng định kỳ.
- Trám răng đúng kỹ thuật.
- Chỉnh hình răng nếu có sai lệch.
- Vệ sinh răng miệng đúng cách.

Tài liệu tham khảo: Phác đồ điều trị Viêm nướu - BV Trung Vương.

## HERPES MIỆNG

### I. TRIỆU CHỨNG

- Bệnh Herpes miệng thường xuất hiện vùng quanh viền môi là đám vết phỏng rộp nhỏ trên môi và xung quanh miệng do virus Herpes simplex (HSV) gây ra.
- Vùng da xung quanh chỗ phỏng thường đỏ, sưng lên và đau nhức. Chỗ phỏng có thể vỡ, dịch trong chảy ra và sau đó đóng vảy rồi biến mất sau vài ngày.
- Gây cảm giác ngứa, râm ran, châm chích.
- Ngoài ra còn có thể có những triệu chứng khác như:
  - Miệng bị đau ảnh hưởng đến việc ăn uống và ngủ. Mụn rộp có thể gây đau đớn.
  - Bị sốt
  - Bị đau họng
  - Sưng hạch cổ
  - Chảy nước dãi ở trẻ nhỏ
- Lần đầu nhiễm virus có thể không biểu hiện mụn. Tuy nhiên nếu biểu hiện, nó thường nghiêm trọng hơn những lần bùng phát sau này. Trong lần đầu phát bệnh, mụn rộp có thể lan tràn đến mọi nơi trong miệng.
- Sau khi bị nhiễm, virus sẽ tồn tại trong cơ thể và trở bệnh tái đi tái lại
- Bệnh mụn rộp tái diễn thường phát triển ở mép môi. Giai đoạn tiền phát trong khoảng 6 đến 48 giờ đầu tiên khi mụn chưa mọc, bạn sẽ có cảm giác nhói nhói, nóng, ngứa, tê, căng hoặc đau ở vùng nhiễm bệnh.

#### Những nguyên nhân kích thích tái phát gồm:

- Tiếp xúc với ánh mặt trời, đặc biệt vùng môi.
- Căng thẳng hay mệt mỏi.
- Bị nhiễm bệnh khác chẳng hạn như cảm hoặc cúm.
- Dị ứng thực phẩm.
- Chứa răng hay tổn thương vùng môi hay nướu.
- Hệ thống miễn dịch suy yếu.
- Phẫu thuật thẩm mỹ ví dụ như xóa sẹo hay làm mịn da bằng tia laser.
- Mang thai và thay đổi hormone phụ nữ do chu kỳ kinh nguyệt.
- Herpes miệng biểu hiện nặng và kéo dài hơn ở người có hệ miễn dịch bị suy giảm so với người khỏe. Ở người có hệ miễn dịch suy giảm thì nhiễm Virus HSV có thể tăng nguy cơ bội nhiễm

### II. XỬ TRÍ

- Dùng thuốc:
  - + Aciclovir 400mg, ngày uống 3-4 lần, mỗi lần 1 viên.
  - + Paracetamol 500mg, ngày uống 2 lần, mỗi lần 1 viên
  - + Vitamin C 500mg, ngày uống 2 lần, mỗi lần 1 viên
  - + Aciclovir thoa niêm mạc 3-4 lần/ ngày
- Nâng cao thể trạng ,tăng cường sức đề kháng : bổ sung vitamin C
- Không dùng thức ăn nóng , cay . có nhiều gia vị.
- Hướng dẫn: nghỉ ngơi, tái khám theo lịch hẹn

*Tài liệu tham khảo: Giáo trình giảng dạy Bộ môn Bệnh học miệng - Khoa Răng-Hàm-Mặt, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh*

## VIÊM QUANH CHÓP MẠN

### I./ CHẨN ĐOÁN

#### 1. Triệu chứng:

##### 1.1. Lâm sàng:

- Bệnh nhân không có triệu chứng toàn thân.
- Răng bị đổi màu sậm, hơi đau khi gõ và sờ.
- Có thể có lỗ dò ở nướu tương ứng với răng đau.
- Răng lung lay độ I , độ II
- Răng không có phản ứng với các phương pháp thử tủy.

##### 1.2. Cận lâm sàng:

XQuang có thấu quang quanh chóp tương ứng với răng nguyên nhân(có thể lớn hay nhỏ,có hay không có giới hạn rõ).Khoảng dây chằng nha chu giãn rộng

#### 2. Chẩn đoán xác định: Viêm quanh chóp mạn.

### III./ ĐIỀU TRỊ

#### - Điều trị nội nha:

- Mở tủy để trống
- Làm sạch, tạo hình ống tủy.
- Băng thuốc :  $\text{Ca}(\text{OH})_2$ .
- Trám bít ống tủy.
- Trám kết thúc hoặc phục hình.

- Theo dõi lâm sàng, X-Quang để đánh giá sự phục hồi của tổ chức vùng chóp răng sau 03 , 06 tháng.

- Điều trị nội nha .

- Nhổ răng: các trường hợp răng không thể phục hồi chức năng ăn nhai, thẩm mỹ hoặc điều trị không thành công bằng phương pháp nội nha.

#### Tài liệu tham khảo:

- Kho dữ liệu Phác đồ điều trị ngành y tế TPHCM – Bệnh viện Răng Hàm Mặt TPHCM.

## **ÁP XE QUANH CHÓP CẤP**

### **I./ CHẨN ĐOÁN**

#### **1. Triệu chứng:**

##### **1.1. Lâm sàng:**

- Tiến triển nhanh từ nhẹ đến sưng nhiều vùng chóp răng nguyên nhân.
- Đau dữ dội khi gõ và sờ.
- Răng có thể lung lay , hoặc trôi nhẹ
- Trường hợp nặng , bệnh nhân có thể sốt
- 

1.2. Cận lâm sàng: trên phim X-Quang: thấu quang quanh chóp , dây chằng nha chu giãn rộng.

#### **2. Chẩn đoán xác định: Áp xe quanh chóp cấp**

### **II./ ĐIỀU TRỊ**

- Rạch áp xe hoặc mở tủy để cho thoát mủ.
  - Thuốc : Tùy thực tế lâm sàng, có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp.
  - Kháng sinh:
    - Amoxicillin 500mg + Acid Clavulanic 125mg: Liều thường dùng cho người lớn: 1 viên x 3 lần /ngày (uống).
    - Spiramycin 750.000 UI + Metronidazole 125mg: liều thường dùng cho người lớn 2 viên x 3 lần /ngày (uống).
  - Kháng viêm:
    - Prednisone 5mg : 3 viên /lần / ngày.( sáng )
    - Dexamethasone 0,5mg: 1 viên/lần /ngày. ( sáng )
    - Methylprednisolone 16mg : 1 viên /ngày(sáng).
    - Lysozym 90mg :1 viên x 3 lần /ngày.
  - Giảm đau:
    - Paracetamol 500mg : 1 viên x 3 lần/ngày.
  - Kháng viêm & giảm đau:
    - Ibuprophen 200mg + paracetamol 325mg : 1viên x 3 lần/ngày.
- Uống từ 5 – 7 ngày.
- Điều trị nội nha (như điều trị hoại tử tủy) hoặc chuyển nhổ.
  - Băng thuốc : Ca(OH)<sub>2</sub>

#### **Tài liệu tham khảo:**

- Kho dữ liệu Phác đồ điều trị ngành y tế TPHCM – Bệnh viện Răng Hàm Mặt TPHCM.

## **NHA CHU VIÊM TOÀN BỘ/KHU TRÚ ÁP – XE NHA CHU**

### **I./ CHẨN ĐOÁN**

#### **1. Triệu chứng:**

- Vôi răng, vết dính.
- Chảy máu tự phát, nướu có thể sưng hay có mủ.
- Răng lung lay ( 1 răng hay nhiều răng).
- Túi nha chu sâu( > 4mm).
- X quang: có tiêu xương ít hoặc nhiều theo chiều ngang, dọc.
- Miệng hôi (có thể có).

#### **2. Chẩn đoán xác định: Nha chu viêm khu trú/ toàn bộ/ áp – xe nha chu .**

### **II./ ĐIỀU TRỊ**

#### **1. Chỉ định:**

- Phẫu thuật nha chu.

#### **2. Phác đồ điều trị:**

- Khám và làm bệnh án.
- Xét nghiệm máu: công thức máu, TS, TC (có thể có TQ, TCK, thử đường huyết nếu cần) (tùy theo cơ địa bệnh nhân mà có chỉ định cần thiết)
- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng.
- Cạo vôi răng.
- Gây tê tại chỗ bằng Lidocain 2% .
- Nạo túi nha chu loại bỏ mô hạt viêm, xử lý mặt gốc răng.
- Bơm rửa với dung dịch nước muối sinh lý NACL 0,9% pha dung dịch povidine.
- Bơm kháng sinh tại chỗ vào túi nha chu (Metronidazole )
- Thời gian điều trị: 01 ngày.
- Tái khám sau 07 ngày.

#### **3. Thuốc dùng trong điều trị: Tùy thực tế trên lâm sàng, có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp.**

##### **- Kháng sinh:**

##### **● Cephalixin 500mg:**

○Liều thường dùng cho người lớn: 1 viên x 3 lần / ngày (uống).

○Dùng từ 5 – 7 ngày tùy từng trường hợp.

##### **● Spiramycin 750.000 UI + Metronidazole 125mg :**

○Liều thường dùng cho người lớn: 2 viên x 3 lần / ngày (uống).

○Dùng từ 5 – 7 ngày tùy từng trường hợp.

. Doxycylin 100mg : liều dùng cho người lớn : 1 viên x 2 lần /ngày ( uống )

##### **- Kháng viêm:**

##### **● Dexamethasone 0,5mg:**

○Liều thường dùng cho người lớn: 1 viên/lần / ngày (uống).

○Dùng khoảng 3 – 6 ngày tùy từng trường hợp nhiễm trùng nặng hay nhẹ

○Chống chỉ định: loét dạ dày, tá tràng, cao huyết áp, bệnh tuyến giáp...

##### **- Giảm đau:**

##### **● Paracetamol 500mg ( viên nén, viên sủi):**

○Liều thường dùng cho người lớn: 1 viên x 3 lần / ngày (uống).

○Dùng khoảng 3 ngày hoặc nhiều ngày hơn tùy từng trường hợp.

##### **● Paracetamol 325mg + Ibuprofen 200mg:**

○Liều thường dùng cho người lớn: 1 viên x 3 lần / ngày (uống).

○Dùng khoảng 3 ngày hoặc nhiều ngày hơn tùy từng trường hợp.

○Chống chỉ định: loét dạ dày, tá tràng, hội chứng polyp mũi, tiền sử phù mạch...

- Súc miệng với Chlorhexidine 0,12 % : 02 lần/ ngày sau khi đánh răng xong , tối đa 02 tuần

#### **Tài liệu tham khảo:**

- Kho dữ liệu Phác đồ điều trị ngành y tế TPHCM – Bệnh viện Răng Hàm Mặt TPHCM.



## VIÊM NƯỚU TRIỂN DƯỠNG

(Do cao răng có hoặc không có kết hợp bệnh lý toàn thân như tiểu đường, tăng huyết áp, tim mạch, rối loạn nội tiết, thai nghén....)

### I./ CHẨN ĐOÁN

---

#### 1. Triệu chứng:

- Chảy máu nướu tự phát hay khi có kích thích.
- Vôi răng nhiều.
- Nướu viêm triển dưỡng tạo túi nướu giả 3 – 4 mm

#### 3. Chẩn đoán xác định: Viêm nướu triển dưỡng.

### II./ ĐIỀU TRỊ

---

#### 1. Chỉ định:

- Phẫu thuật tái tạo nướu.

#### 2. Phác đồ điều trị:

- Khám và làm bệnh án.
- Xét nghiệm máu: công thức máu, TS, TC (có thể có TQ, TCK, thử đường huyết nếu cần) (tùy theo cơ địa bệnh nhân mà có chỉ định cần thiết)
- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng.
- Cạo vôi răng.
- Gây tê tại chỗ bằng Lidocain 2% .
- Đo đáy túi nướu giả.
- Bấm điểm chảy máu.
- Tái tạo viền nướu (loại bỏ mô hạt viêm).
- Bơm rửa với dung dịch NaCl 9‰.
- Đắp bột băng nha chu.
- Thời gian điều trị: 01 ngày.
- Tái khám sau 06 tháng.

3. Thuốc dùng trong điều trị: Tùy thực tế trên lâm sàng, có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp.

#### - Kháng sinh:

##### ● Cephalexin 500mg:

- Liều thường dùng cho người lớn: 1 viên x 3 lần / ngày (uống).
- Dùng từ 5 – 7 ngày tùy từng trường hợp.

##### ● Spiramycin 750.000 UI + Metronidazole 125mg :

- Liều thường dùng cho người lớn: 2 viên x 3 lần / ngày (uống).
- Dùng từ 5 – 7 ngày tùy từng trường hợp.

#### - Kháng viêm:

##### ● Dexamethasone 0,5mg:

- Liều thường dùng cho người lớn: 1 viên x 3 lần / ngày (uống).
- Dùng khoảng 3 – 6 ngày tùy từng trường hợp nhiễm trùng nặng hay nhẹ
- Chống chỉ định: loét dạ dày , tá tràng, cao huyết áp, bệnh tuyến giáp...

#### - Giảm đau:

##### ● Paracetamol 500mg (viên nén, viên sủi):

- Liều thường dùng cho người lớn: 1 viên x 3 lần / ngày (uống).
- Dùng khoảng 3 ngày hoặc nhiều ngày hơn tùy từng trường hợp.

##### ● Paracetamol 325mg + Ibuprofen 200mg:

- Liều thường dùng cho người lớn: 1 viên x 3 lần / ngày (uống).
- Dùng khoảng 3 ngày hoặc nhiều ngày hơn tùy từng trường hợp.

○ Chống chỉ định: loét dạ dày tá tràng, hội chứng polyp mũi, tiền sử phù mạch....

- **Kem đánh răng.**
- **Nước súc miệng.**

---

*Tài liệu tham khảo:*

- *Kho dữ liệu Phác đồ điều trị ngành y tế TPHCM – Bệnh viện Răng Hàm Mặt TPHCM.*

## **HỘI CHỨNG NÓNG BỎNG VÙNG MIỆNG (BMS - BURNING MOUTH “SYNDROME”)**

- Burning mouth ‘syndrome’
- Oral dysaesthesia
- Stomatodynia

### **I/ ĐẠI CƯƠNG**

**BMS:** là thuật ngữ thường được sử dụng nhiều vì cảm giác đau nóng bỏng mà bệnh nhân thường mô tả.

- BMS là một thể bệnh đau mãn tính khá hay gặp
- Tỷ lệ 0,7 đến 2.6 % dân số. Thường gặp ở tuổi trung niên / và người lớn tuổi.
- Đa số gặp nhiều ở phái nữ. Mặc dù BMS thường gặp ở nữ sau thời kỳ mãn kinh (10-40% bn nữ đang điều trị các triệu chứng liên quan đến mãn kinh có BMS) -> không có sự liên quan giữa những thay đổi về hormon và BMS.
- 50% BMS không tìm thấy bất kỳ nguyên nhân
- 20% có yếu tố tâm sinh như lo lắng quá mức, trầm cảm, sợ ung thư.
- Khởi phát tự phát hoặc sau khi sử dụng thuốc, sau điều trị R hoặc sau nhiễm virus, nhiễm trùng đường hô hấp trên.
- Scala & cs (2003) đề nghị phân loại BMS thành hai dạng lâm sàng:
  - **Nóng rát miệng nguyên phát** : khi không phát hiện bất thường nào trên lâm sàng hay cận lâm sàng thì bệnh nhân được chẩn đoán là nóng rát miệng nguyên phát
  - **Nóng rát miệng thứ phát** : Khi các bệnh lý và tình trạng tại chỗ hay toàn thân làm cho bệnh nhân xuất hiện triệu chứng nóng rát vùng miệng .

**Các vấn đề tiềm ẩn có thể liên quan đến tình trạng nóng rát miệng thứ phát :**

#### **Yếu tố tại chỗ :**

- Khô miệng , có thể do sử dụng nhiều loại thuốc , vấn đề sức khỏe , vấn đề về chức năng tuyến nước bọt hoặc tác dụng phụ của điều trị ung thư.
- Thở miệng mạn tính
- Chấn thương cơ học
- Đau dây thần kinh sinh ba.
- Các tình trạng răng miệng khác : như nhiễm nấm miệng , lichen phẳng .
- Do tiếp xúc bởi thực phẩm , hương liệu và phụ gia thực phẩm , nước hoa , thuốc nhuộm , có thể do kem đánh răng có chất mài mòn , lạm dụng nước súc miệng hay các thức uống có tính acid.

#### **Yếu tố toàn thân :**

- Thiếu hụt dinh dưỡng, như thiếu sắt, kẽm, axit folic, thiamin (vitamin B1), riboflavin (vitamin B2), pyridoxine (vitamin B6) và cobalamin (vitamin B12).
- Một số loại thuốc , đặc biệt là thuốc trị tăng huyết áp gây khô miệng .
- Rối loạn nội tiết như bệnh tiểu đường hoặc suy giáp, thiếu hụt estrogen.
- Yếu tố tâm lý như lo lắng , trầm cảm hoặc căng thẳng .
- Bệnh Parkinson.
- Suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS)

### **II/ TRIỆU CHỨNG:**

- Đau ở lưỡi, khẩu cái , môi và xương ổ HD
- Đặc biệt cảm giác nóng bỏng ở lưỡi, ở đầu lưỡi và 2 hông lưỡi
- Đau thường giảm khi ăn, uống ( khác với những loại đau có nguyên nhân thực thể gia tăng khi ăn)
- Triệu chứng kèm theo như khô miệng, thay đổi vị giác, khát nước....
- Khám lâm sàng không phát hiện bất kỳ tổn thương thực thể nào

### **III/ ĐIỀU TRỊ**

#### **Chẩn đoán BMS dựa vào lâm sàng**

- Chủ yếu là phải loại trừ được các nguyên nhân thực thể gây đau rát lưỡi
- Amitriptyline : 10 mg trước ngủ
- Clonazepam (0.5 – 1- 2mg) (orally và topically) dùng liều thấp 0.25-0.75mg/ ngày.

- Bổ sung : sắt, kẽm, axit folic, thiamin (vitamin B1), riboflavin (vitamin B2), pyridoxine (vitamin B6) và cobalamin (vitamin B12).

*Tài liệu tham khảo: Giáo trình giảng dạy Bộ môn Bệnh học miệng - Khoa Răng-Hàm-Mặt, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh*

# RỐI LOẠN CƠ KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM

## I/ ĐẠI CƯƠNG

### I.1 Định nghĩa

- Khớp thái dương hàm là khớp chuyển động tự do giữa lồng cầu xương hàm dưới và hố thái dương thông qua đĩa khớp.
- Rối loạn cơ khớp thái dương hàm (TDH) là thuật ngữ chung chỉ những rối loạn liên quan đến cơ nhai, khớp TDH hoặc bộ răng.

### I.2 Nguyên nhân

- Chấn thương: tai nạn, há hàm quá mức trong thời gian dài ...
- Vi chấn thương mãn tính: nguồn chấn thương mức độ thấp nhưng kéo dài trong một khoảng thời gian (vd: nghiến răng/ siết chặt răng, mất nâng đỡ phía sau do mất các răng hàm...)
- Dị dạng / bất thường hình thái giải phẫu các thành phần khớp: thiếu sản/ quá sản lồng cầu,...
- Rối loạn tâm sinh lý
- Rối loạn khớp cắn.

### I.3 Phân loại

- Rối loạn nội khớp
- Loạn năng- Viêm khớp TDH

## II/ ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN

### II.1 Bệnh sử:

- Đau khớp TDH tự phát hay khi vận động chức năng (ăn nhai đồ cứng, há miệng lâu...) lặp lại nhiều lần, tăng dần cường độ.
- Tiếng kêu lụp cụp, lạo xạo lúc há, ngậm miệng.
- Giới hạn vận động hàm.
- Triệu chứng khác: đau đầu, mỏi cổ, vai cánh tay, đau ù tai, giảm thính lực, rối loạn thăng bằng...

### II.2 Khám lâm sàng

- Tiếng kêu khớp khi vận động hàm
- Có/Không đau vùng trước tai một hoặc hai bên
- Lệch hàm khi há miệng

## III/CHẨN ĐOÁN

- Chủ yếu dựa vào lâm sàng và bệnh sử.
- Cận lâm sàng: X-quang (phim sọ nghiêng, phim toàn cảnh, CT Scanner, MRI, Schuller)

## IV/ ĐIỀU TRỊ

### IV.1 Điều trị triệu chứng

#### IV.1.1 Mục đích

- Giảm triệu chứng bệnh, không tác động trên yếu tố bệnh căn, không điều trị kéo dài.

#### IV.1.2 Điều trị nội khoa

- Thuốc giảm đau: Nhóm salicyles, Acetaminophen, Propioniques.
- Thuốc kháng viêm: Thường sử dụng thuốc NSAIDS (Vd: Ibuprofen, Celecoxib, Meloxicam...)
- Thuốc chống trầm cảm: ví dụ Amitriptyline liều thấp (10mg) dùng trước ngủ có hiệu quả giảm đau sau nhiều tuần thuốc, liều lượng này có tác dụng giảm nghiến răng ban đêm.
- Thuốc chống lo âu: khi nghi ngờ stress là yếu tố bệnh căn. Thường sử dụng Diazepam (Valium) 2,5-5mg trước ngủ.
- Thuốc giãn cơ : epirison 50 mg , Cyclobenzaprine 10 mg trước khi ngủ
- Gây tê tại chỗ: khi đau khu trú, đặc biệt ở cơ.

#### IV.1.3 Vật lý trị liệu

- Chườm nóng: 10-15 phút
- Điều trị siêu âm
- Tập há miệng có hướng dẫn.
- Liệu pháp kích thích điện gây dẫn cơ và tuần hoàn máu đến cơ.

## **IV.2 Điều trị**

**IV.2.1 Mục đích:** loại bỏ yếu tố bệnh căn

**IV.2.2 Điều trị cắn khớp:**có hai loại

- Điều trị cắn khớp có phục hồi: máng nhai
- Điều trị cắn khớp không phục hồi: mài chọn lọc khớp cắn, chỉnh hình, phục hình, phẫu thuật.

*Tài liệu tham khảo:*

*Phác đồ điều trị Bệnh loạn năng khớp thái dương hàm - Bệnh viện Nhân dân 115*

## ĐAU THẦN KINH SAU CHẤN THƯƠNG

### I/ ĐẠI CƯƠNG

- Đa số xảy ra sau chấn thương, tiểu phẫu thuật trong miệng,
- Đặc biệt sau khi nhổ PT răng khôn hàm dưới (HD)
- Sau khi đặt Implant HD
- Chấn thương nhẹ : chưa gây thoái hóa sợi trục TK; gây triệu chứng tạm thời như dị cảm trong vài giờ hoặc vài ngày
- Tổn thương thần kinh ở mức nặng hơn gây thoái hóa sợi trục thần kinh (thần thần kinh vẫn còn nguyên vẹn) có thể gây ra các triệu chứng trong nhiều tháng nhưng có thể hồi phục sau khi sự tái tạo của sợi trục hoàn tất
- Đứt toàn bộ dây thần kinh thường gây ra tổn thương thần kinh vĩnh viễn dẫn đến mất và hoặc rối loạn cảm giác

### II/ TRIỆU CHỨNG

- Đau liên quan đến tổn thương thần kinh có thể hiện diện thường xuyên hoặc chỉ xảy ra khi có kích thích
- Thường là đau nóng bỏng
- Triệu chứng tùy theo mức độ tổn thương
  - ✓ Mất cảm giác (anesthesia)
  - ✓ Dị cảm(paresthesia): châm chích, kiến bò
  - ✓ Tăng cảm giác đau (hyperalgesia)
- Triệu chứng rõ hơn ở người lớn tuổi
- Xuất hiện ngay sau khi đặt Implant
  - ✓ Tê (numb)
  - ✓ Nóng bỏng (Burning),
  - ✓ Râm ran (tingling)
- Sau khi lấy implant
  - ✓ Đau nóng bỏng
  - ✓ Đau từng cơn , đau nhói

### III/ ĐIỀU TRỊ

- Có thể PT hoặc không tùy theo tính chất của chấn thương và độ trầm trọng của TC đau
- Điều trị corticosteroids giúp giảm tỉ lệ và độ trầm trọng của các triệu chứng -Hiệu quả cao nhất trong tuần đầu tiên sau chấn thương (ít có hiệu quả /không hiệu quả nếu điều trị steroids ở giai đoạn trễ)
- Thuốc
  - ✓ Tricyclic antidepressants (amitryptiline)
  - ✓ Gabapentin (neurontin)
  - ✓ Vitamin nhóm B (B1+B6+B12)

*Tài liệu tham khảo: Giáo trình giảng dạy Bộ môn Bệnh học miệng - Khoa Răng-Hàm-Mặt, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh*

## ĐAU THẦN KINH SAU ZONA

### I/ ĐẠI CƯƠNG

- Biến chứng nặng nhất sau zona
- Là tình trạng đau kéo dài hơn ba tháng sau khi bệnh khởi phát hoặc tái phát đau 2-3 tháng sau khi tổn thương ngoài da đã lành
- Đau mãn tính khó điều trị
- Tổn thương thần kinh do virus

#### Yếu tố thuận lợi:

- Tuổi
- Chấn thương
- Bệnh ác tính ( bệnh về máu)
- Thuốc ức chế miễn dịch (corticosteroids)
- Ghép tạng
- Nhiễm HIV (test HIV Bn <50t)

Thường gặp ở thân mình

Tỉ lệ 18.5% liên quan TK V -nhiều nhất nhánh V1

#### Các giai đoạn tiến triển:

- Đau nhói, nóng bỏng
- Cực kỳ nhạy với tiếp xúc và nhiệt
- Châm chích tê rần
- Sốt, Đau đầu
- 2-3 ngày nổi ban đỏ trên da
- Nổi mụn nước thành chùm ở ngoài da và trong miệng 93-5 ngày sau)
- Vỡ -đóng vẩy lành sẹo (2-3 tuần)
- Giảm cảm giác châm chích, da vẫn tăng nhạy cảm khi sờ tiếp xúc, đau kéo dài 2-3 tuần

### II/ CHẨN ĐOÁN

- Đau liên tục, đau bỏng rát ( burning ) hoặc đau râm ran( stinging) rất khó chịu. (Ít kiểu đau kịch phát từng cơn như trong ITN)
- Chẩn đoán qua
  - ✓ Hỏi bệnh sử – ( có tiền sử nổi mụn rộp)
  - ✓ khám lâm sàng quan sát vùng tổn thương da tăng sắc /giảm sắc
- Điều trị rất khó khăn

### III/ ĐIỀU TRỊ

Trường hợp nhẹ-người trẻ: Điều trị triệu chứng

- Điều trị thuốc kháng virus
- 40-60mg prednisone / 1-2 tuần
- Amitriptyline ngừa đau tk sau zona

Nhiều nghiên cứu cho thấy sử dụng thuốc kháng virút có thể ngăn ngừa sự phát triển cơ chế đau thần kinh mãn tính

- Acyclovir (zovirax) 800mg -5 lần mỗi ngày / liên tục trong 7 ngày
- Famciclovir (Famvir) 500mg -3 lần mỗi ngày /liên tục trong 7 ngày
- Valacyclovir(Valtrex)1000mg -3 lần mỗi ngày liên tục trong 7 ngày
- Miếng dán Lidocaine 5% 1-3 miếng /12 giờ
- Capsaicin 0.025-0,075 bôi 3-4 lần/ ngày
- Amitriptyline 25mg 1-2 lần/ngày
- Gabapentin (neurontin)300mg 3-6 v/ngày
- Nortriptyline 25mg 1-2v/ngày

*Tài liệu tham khảo: Giáo trình giảng dạy Bộ môn Bệnh học miệng - Khoa Răng-Hàm-Mặt, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh*





## **ĐAU THẦN KINH V NGUYÊN PHÁT (Idiopathic trigeminal neuralgia-INT)**

### **I/ ĐẠI CƯƠNG**

- ITN là một trong những thể rối loạn thần kinh gây ra các cơn đau kịch phát
- Thường gặp ở tuổi 50-70 tuổi, nữ > nam
- Nguyên nhân chưa rõ ràng
- Giả thuyết cho rằng mạch máu não ở người lớn tuổi trở nên xơ cứng không còn mềm mại > chèn ép lên rễ thần kinh V ở hố sọ sau
- Đau dây thần kinh V nguyên phát (classical TN, essential/idiopathic TN)
- Đau dây thần kinh V triệu chứng (symptomatic TN)
- SNT :
  - ✓ Triệu chứng đau không hoặc khó phân biệt được với INT
  - ✓ Được gây ra bởi một tổn thương cấu trúc có thể chứng minh được (không kể các rối loạn do chèn ép của mạch máu)
- 95% trường hợp đau liên quan dây V2 hoặc V3
- Thường gặp nhất liên quan đến V2
- INT là loại đau vùng mặt thường được chẩn đoán nhầm là đau do răng > Điều trị ở răng không cần thiết
- Đa số ITN trải qua điều trị răng trước khi được chẩn đoán bệnh
  - ✓ Nhổ răng
  - ✓ Điều trị nội nha
  - ✓ Cắt chóp
  - ✓ Phẫu thuật xương...

#### Đặc điểm đặc trưng của đau dây thần kinh V

- Cơn đau kịch phát vùng trán hoặc vùng mặt kéo dài từ vài giây đến phút (ít hơn 2 phút)
- Phân bố theo 1 hoặc nhiều nhánh của dây thần kinh sinh 3
- Thường đau một bên
- Đặc biệt các cơn kịch phát thường xuất hiện vào buổi sáng
- Hiếm khi gây rối loạn giấc ngủ

#### Đau có các đặc điểm:

- Đau đột ngột, đau nhói như dao đâm, điện giật,
- Cường độ đau rất nghiêm trọng, dữ dội.
- Khởi phát đau liên quan đến sự hiện diện của vùng cò (trigger areas)
- Hiện diện ở da hoặc niêm mạc quanh mũi, quanh miệng, trong miệng), ăn uống, nói, rửa mặt, cạo râu hoặc đánh răng.
- BN thường có hành động bảo vệ vùng cò)
- Giữa các cơn kịch phát BN hoàn toàn không đau (thời kỳ trơ)  
(một vài trường hợp BN có cảm giác đau âm ỉ và dị cảm gọi Atypical trigeminal neuralgia)
- Tix douloureux là một thể của TN – đau kèm theo co thắt các cơ vùng mặt

### **II/ CHẨN ĐOÁN**

- Các khám nghiệm về thần kinh trong giới hạn bình thường
- Chủ yếu dựa vào bệnh sử và đặc điểm đau
- 10% Trigeminal neuralgia có thể có nguyên nhân thực thể
- BN cần được chụp MRI để loại trừ u bướu, xơ cứng rải rác (multiple sclerosis) và dị dạng mạch máu não.
  - ✓ Đau âm ỉ, Đau nhói ở răng, đau từng cơn kịch phát ngắn như điện giật
  - ✓ Phản ứng đau với các kích thích nóng lạnh gõ thử không tin tưởng và không tương xứng
  - ✓ Đau dai dẳng, không thay đổi cả tuần, cả tháng
  - ✓ Cảm giác đau trên nhiều vùng hoặc ở răng
  - ✓ Phản ứng với gây tê tại chỗ mơ hồ
  - ✓ Các điều trị răng liên tiếp không làm giảm đau

### **III/ ĐIỀU TRỊ**

Điều trị nội + phẫu thuật ( khi không đáp ứng với điều trị thuốc)

**Carbamazepine (tegretol)**

- 100 -200mg 2-3 lần /ngày
- 400 – 1200 mg / ngày
- Chống mặt, giảm bạch cầu, dị ứng da

**Oxcarbazepine (trileptal)**

- Có cùng tác dụng nhưng ít gây dị ứng hơn
- Liều khởi đầu 300mg/ngày
- Liều thường 600-1800mg/ngày

**Phenytoin**

- Ít được ưa chuộng vì nhiều tác dụng phụ
  - Liều 300 -400 mg/ ngày
  - Thường sử dụng kết hợp carbamazepine
  - Gabapentin (neurontin) (300mg) x 3l/ngày
  - Baclofen(5mg)
- Cũng là một trong thuốc điều trị hiệu quả  
5-10 mg/ ngày > 50-60 mg/ngày  
Chống mặt, lừ đừ

**Bổ sung vitamin nhóm B (B1, B6, B12 ...)**

- Neutrifore (B1 + B6 + B12, 250mg, 250mg, 250mg) 2 lần/ ngày

**Điều trị phẫu thuật**

- TK ngoại biên
  - ✓ Peripheral Nerve blocks (Bupivacaine, Cồn tuyệt đối 95%) –
  - ✓ Peripheral neurectomy
- Hạch gasser
- Rễ tK sinh ba /thân não

*Tài liệu tham khảo: Giáo trình giảng dạy Bộ môn Bệnh học miệng - Khoa Răng-Hàm-Mặt, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh*

## NHIỄM NẤM CANDIDA VÙNG MIỆNG

### I/ ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm nấm niêm mạc miệng thường gặp nhất là nhiễm nấm candida. Trong đó Candida albicans là gặp nhiều nhất, ngoài ra còn có thể gặp một số khác như Candidaglabrata, Candida tropicalis.

Candida albicans chỉ gây bệnh khi gặp điều kiện thuận lợi. Candida albicans là loại nấm lưỡng hình, tùy thuộc vào môi trường phát triển, thường tồn tại dưới hai dạng: dạng men (yeast form) (sống cộng sinh không gây bệnh và dạng sợi tơ nấm (hyphal form) (dạng gây bệnh). Một số yếu tố như tình trạng suy giảm miễn dịch toàn thân, những thay đổi của môi trường miệng có thể là nguyên nhân chính dẫn đến sự chuyển đổi của nấm candida albicans từ thể không gây bệnh sang thể gây bệnh.

Một số yếu tố thuận lợi cho sự phát triển của nấm Candida và gây nhiễm nấm ở niêm mạc miệng:

1. Nhiễm HIV/AIDS

2. Sử dụng thuốc

a. Sử dụng kháng sinh liều cao phổ rộng kéo dài toàn thân hoặc tại chỗ (viên ngậm) .

b. Dùng kháng viêm (corticosteroids) toàn thân hay tại chỗ (các thuốc bôi niêm mạc) các thuốc này có khả năng ức chế cơ chế miễn dịch tạo điều kiện cho vi nấm phát triển.

c. Một số thuốc ức chế miễn dịch sử dụng cho bệnh nhân ghép tạng.

d. Một số thuốc điều trị, đặc biệt thuốc chống trầm cảm dẫn đến tình trạng giảm tiết nước bọt làm khô miệng.

3. Một số bệnh toàn thân mạn tính: như tiểu đường không kiểm soát, suy giáp, suy tuyến thượng thận...

4. Thể trạng: Trẻ sơ sinh (hệ miễn dịch chưa phát triển đầy đủ), người già, người suy dinh dưỡng, suy nhược.

5. Yếu tố tại chỗ: vệ sinh răng miệng kém (vi nấm dễ bám dính và phát triển vào bề mặt niêm mạc); khô miệng (giảm các globulin miễn dịch có trong nước bọt làm giảm hiệu quả ức chế sự phát triển của vi nấm) (Sjogren's syndrome).

6. Bệnh nhân mang hàm giả: Tình trạng viêm mạn tính của niêm mạc bên dưới nền hàm giả do hàm giả không khít sát hoặc do dị ứng. Do tình trạng viêm niêm mạc mạn tính kéo dài kèm với môi trường bên dưới hàm giả không có nước bọt chải rửa, môi trường yếm khí tạo điều kiện cho nấm phát triển gây nhiễm nấm cả ở niêm mạc vào nền hàm.

### II/ TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

- Lát miệng ăn không ngon.
- Cảm giác đắng và khô miệng
- Nóng bỏng trong miệng và họng
- Đau rát niêm mạc miệng
- Niêm mạc teo đỏ, mất gai lưỡi
- Khó nuốt

#### Các thể lâm sàng

1. Dạng màng giả - Dạng đẹn sữa (Pseudomembranous candidiasis)
2. Dạng tăng sản mãn tính (Chronic hyperplastic candidiasis)
3. Dạng teo cấp tính (Acute atrophic candidiasis) (Antibiotic stomatitis)
4. Dạng teo mạn tính (Chronic atrophic candidiasis)
5. Viêm lưỡi giữa hình thoi (Median rhomboid glossitis)
6. Chóc mép (Angular cheilitis) (Perleche)

### III/ CHẨN ĐOÁN

Nhiễm nấm candida albicans nông ở niêm mạc miệng thường có những dấu chứng rõ (màng trắng cạo tróc bằng cây đè lưỡi hoặc gạc chùi, niêm mạc bên dưới đỏ rát, chảy máu) nên đa số các trường hợp được chẩn đoán dựa trên lâm sàng; một số trường hợp chẩn đoán dựa vào việc điều trị thử bằng thuốc kháng nấm.

Ngoài ra, trong một số trường hợp cần thiết nên kết hợp với xét nghiệm cận lâm sàng như phết cạo nhẹ tế bào biểu mô trực quan sát trực tiếp dưới kính hiển vi (hiện diện tế bào nấm men và sợi nấm); nhuộm PAS (Periodic acid schiff), nuôi cấy trong môi trường thạch Sabouraud (mọc khóm trắng sau 2-3 ngày); sinh thiết niêm mạc để chẩn đoán.

#### **IV. ĐIỀU TRỊ**

##### **1. Nguyên tắc chung:**

- Giảm thiểu hoặc loại bỏ các yếu tố thuận lợi cho nấm phát triển
- Giữ vệ sinh răng miệng tốt
- Điều trị nhiễm nấm nông ở niêm mạc miệng thường chủ yếu sử dụng các thuốc kháng nấm tại chỗ.
- Sử dụng thuốc kháng nấm toàn thân trong một số trường hợp cần thiết

##### **2. Một số thuốc sử dụng điều trị nhiễm nấm niêm mạc miệng**

a) Nystatin: kháng nấm thuộc nhóm polyene: Nystatin (Mycostatin) kém hấp thu qua đường uống nên được sử dụng điều trị chủ yếu tại chỗ và thường được sử dụng như điều trị ban đầu

- Nystatin ointment / Mycostatin ointment 100.000 IU (Tube) bôi lên vùng nhiễm nấm 4-6 lần/ ngày x 14 ngày liên tiếp
- Nystatin oral troche / Mycostatin pastills 200.000 IU ngậm 1 viên trong miệng 4-5 lần ngày x 14 ngày liên tiếp
- Nystatin vaginal tablets (troche) / Nilstat 100.000IU ngậm 1 viên trong miệng x 5 lần /ngày x 14 ngày liên tiếp
- Nystatin oral suspension 100.000 IU/ml súc 1 muỗng cafe (2 -5ml) 2 phút rồi nuốt x 4 lần /ngày x 14 ngày liên tiếp

##### **b) Amphotericin B kháng sinh kháng nấm cũng thuộc nhóm Polyene**

- Đường toàn thân thường dùng để điều trị các trường hợp nhiễm nấm sâu
- Sử dụng các dạng thuốc tại chỗ như cream, lotion, ointment để điều trị chốc mép và một số dạng nhiễm nấm niêm mạc miệng, Fungizone (30ml) 3-4 lần / ngậm nuốt

##### **c) Azoles**

- Clotrimazole troches (10mg) (Mycetex troches) (Imidiazoles)
- Ngậm 1 viên trong miệng / 5 lần / ngày x 14 ngày liên tiếp
- Ketoconazole (200mg) Nizoral (200mg) (Imidiazoles)
- Ngày 1 viên / 2 tuần
- Fluconazole (200mg) (Triazoles)
- Uống 2 viên ngày trong ngày đầu và 1 viên / ngày trong những ngày tiếp theo

##### **d) Thuốc súc miệng**

- Chlorhexidine gluconate 0,2% ( Eludril ) Súc miệng ngày 2 lần
- Povidone – iodine (Betadine oral ) Súc miệng ngày 2 lần

*Tài liệu tham khảo: Giáo trình giảng dạy Bộ môn Bệnh học miệng - Khoa Răng-Hàm-Mặt, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh*

# PHẪU THUẬT CẮT CHÓP

## I/ ĐỊNH NGHĨA

- Phẫu thuật theo đường niêm mạc xương nhằm loại bỏ mô viêm.
- Cắt bỏ một phần chóp răng và trám ngược hệ thống ống tủy chân răng

## II/ CHỈ ĐỊNH

- Sau thất bại của nội nha thông thường. Biểu hiện lâm sàng:
  - Sưng
  - Đau
  - Lỗ dò
  - Thấu quang quanh chóp tăng hay không giảm kích thước.

## III/ NGUYÊN NHÂN

### III.1 Cấu trúc giải phẫu

- Ống tủy phụ
- Chân răng bất thường
- Răng chưa đóng chóp
- Gãy chân răng ở 1/3 chóp
- Lộ chóp chân răng

### III.2 Yếu tố ngoại lai

- Chất trám dư/ thiếu
- Gãy dụng cụ
- Lủng ống tủy

### III.3 Phục hình cố định

## IV/ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

### IV.1 Toàn thân

- Bệnh toàn thân giai đoạn cuối
- Tổng trạng cơ thể yếu
- Leukemia không ổn định.
- Đang mang thai.

### IV.2 Vùng

Chân răng gần các cấu trúc giải phẫu nguy hiểm:

- Xoang hàm
- Hố mũi
- Chân khẩu cái
- Lỗ cằm

### IV.3 Tại chỗ

- Chân răng còn quá ngắn
- Răng viêm nha chu
- Nứt chân răng

## V/ KỸ THUẬT PHẪU THUẬT

### Qui trình phẫu thuật:

- 1/ Gây tê vùng/ gây tê tại chỗ
- 2/ Rạch vạt bán nguyệt/ tam giác/ hình thang
- 3/ Bóc tách vạt
- 4/ Mở xương:  
Dùng mũi khoan hoặc cây tách nướu dựa trên vị trí chóp răng đã ước đoán.
- 5/ Nạo tách tổn thương-xương
- 6/Cắt chóp
- 7/ Trám ngược
  - Cô lập hệ thống ống tủy và mô quanh chóp
  - Tạo xoang trám: tay khuỷu và mũi khoan tròn số 1
  - Cầm máu bằng sáp xương (Horsley) / Spongel (Surgicel)
  - Trám bít bằng MTA/BIODENTIN (mineral trioxide aggregate)/ IRM

8/ Khâu

Dùng chỉ vicryl 3.0

#### **VI/ THỜI GIAN ĐIỀU TRỊ**

Theo dõi sau phẫu thuật, hẹn sau 1 tuần cắt chỉ.

-Không ngâm nước muối sau nhổ răng, ngâm nước đá lạnh thời gian đầu.

-Vệ sinh răng miệng sạch sẽ, ăn thức ăn mềm...

#### **VII/ BIẾN CHỨNG**

-Chảy máu: tìm nguyên nhân chảy máu xử lý tại chỗ, khâu cầm máu.

-Phù nề: cắt chỉ mũi rời thoát dịch, bơm rửa ổ răng.

*Tài liệu tham khảo: Giáo trình giảng dạy Bộ môn Phẫu thuật miệng - Khoa Răng-Hàm-Mặt,  
Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh*

## TIÊU PHẪU RĂNG KHÔNG LỆCH NGANG, NGẦM, KỆT

### 1.CHẨN ĐOÁN:

#### 1.1.Chẩn đoán sơ bộ:

##### 1.1.1.Lâm sàng:

- Mặt sưng nề, mắt cân xứng, đau nhẹ hay đau nhiều.
- Há miệng hạn chế.
- Vùng răng liên hệ sưng đỏ, đau, có mủ.
- Bệnh nhân có thể thấy sốt nhẹ.

##### 1.1.2.Cận lâm sàng:

- X-Quang: Panorex, cận chóp.
- Trên phim thấy hình ảnh răng khôn lệch, ngang, ngầm biến chứng.

#### 1.2.Chẩn đoán xác định:

Biến chứng răng khôn: lệch, ngang, ngầm.

### 2.ĐIỀU TRỊ:

#### 2.1Chỉ định:

- Răng khôn lệch, ngang, ngầm.

#### 2.2.Chống chỉ định:

- Bệnh nhân tiểu đường, tim mạch, các bệnh lý về máu...(muốn phẫu thuật phải xin ý kiến Bác sĩ chuyên khoa).
- Trong giai đoạn điều trị ung thư (xạ trị).
- Phụ nữ có thai: 3 tháng đầu, 3 tháng cuối của thai kỳ.

#### 2.3.Phác đồ điều trị:

##### 2.3.1.Phương pháp điều trị:

Khám và làm bệnh án.

- Xét nghiệm máu: công thức máu, TS, TC (có thể có TQ, TCK, thử đường huyết nếu cần) (tùy theo cơ địa bệnh nhân mà có chỉ định cần thiết)

-X-Quang.

-Phẫu thuật được tiến hành các bước như sau

- Sát trùng tại chỗ bằng Povidone Iodine 10%.
- Gây tê vùng gai Spix, gây tê tại chỗ.
- Rạch vạt hình tam giác hoặc tứ giác.
- Bóc tách niêm mạc, bộc lộ răng 8 mặt ngoài, mặt xa.
- Khoan xương ổ răng + tạo điểm tựa, cắt chia răng.
- Nạo dừa, bơm rửa, kiểm tra vết thương.
- Khâu vết thương

##### Thuốc dùng trong điều trị:

Tùy thực tế trên lâm sàng, có thể lựa chọn thuốc điều trị cho phù hợp.

-KHÁNG SINH:

##### •Clindamycin (viên nang 150mg , 300mg):

oĐối với người lớn:

150–300 mg, uống mỗi 6 giờ 1 lần.

Nhiễm khuẩn nặng: 450 mg, uống mỗi 6 giờ 1 lần.

oĐối với trẻ em:

3-6 mg/kg thể trọng, uống mỗi 6 giờ 1 lần.

Trẻ em dưới 1 tuổi hoặc cân nặng dưới 10 kg:

3,75mg, uống mỗi 8 giờ/lần.

Dùng 5 đến 7 ngày tùy từng trường hợp.

##### •Hoặc Cephalexin (viên nang 250mg, 500mg):

oĐối với người lớn:

Liều thường dùng: 250–500 mg, uống mỗi 6 giờ một lần.

liều có thể lên tới 4g/ngày. Nhưng khi cần liều cao hơn, cần cân nhắc dùng một cephalosporin tiêm.



oĐối với trẻ em:

Liều thường dùng: 25–60mg/kg thể trọng trong 24 giờ, chia thành 2–3 lần uống.

Trường hợp nhiễm khuẩn nặng, liều tối đa là 100mg/kg thể trọng trong 24 giờ.

oDùng 5 đến 7 ngày tùy từng trường hợp.

•Hoặc Ciprofloxacin (viên nén 200mg, 500mg):

oChỉ dùng cho người lớn: Liều thường dùng 500 mg × 2 lần/ngày (uống).

oDùng 5-7 ngày tùy từng trường hợp nhiễm trùng nặng nhẹ.

oChống chỉ định: Quá mẫn cảm với Ciprofloxacin hay các loại Quinolone khác, trẻ em thiếu niên, phụ nữ có thai, cho con bú.

-KHÁNG VIÊM:

•Dexamethasone (viên nén 0,5mg):

oNgười lớn: 1 viên x 3 lần/ngày (uống).

oDùng 3 –6 ngày tùy từng trường hợp nhiễm trùng nặng hay nhẹ.

oChống chỉ định: Loét dạ dày, tá tràng, cao huyết áp, bệnh tuyến giáp....thận trọng khi dùng đối với trẻ em.

•Hoặc Acid Tiaprofenic (viên nén 100mg):

o Người lớn:

Liều tấn công: 2 viên × 3 lần/ngày (uống).

Liều duy trì: Tính từ ngày thứ 4: 3-4 viên/ngày.

oChỉ dùng cho trẻ em trên 3 tuổi: 10mg/ kg/ ngày, chia làm 3–4 lần uống.

oNên uống thuốc vào bữa ăn, thời gian điều trị từ 5 – 10 ngày.

oChống chỉ định: Quá mẫn với Tiaprofenic Acid. Bệnh nhân lên cơn suyễn hoặc nổi mề đay, loét dạ dày, tá tràng, suy gan, suy thận, phụ nữ có thai 3 tháng cuối.

-GIẢM ĐAU:

•Paracetamol (viên nén, viên sủi 500mg):

oĐối với người lớn: 1 viên x 3 lần/ngày.

oĐối với trẻ em: Liều dùng: 20 – 30 mg/kg/ngày.

oDùng khoảng 3 ngày hoặc nhiều ngày hơn tùy từng trường hợp.

•Hoặc Ibuprofen 200 mg + Paracetamol 325 mg (viên nén):

oNgười lớn và trẻ em trên 12 tuổi: Liều thường dùng 1 viên mỗi 6 giờ.

Chống chỉ định: Hội chứng polyp mũi, tiền sử phù mạch, loét dạ dày tá tràng. Dùng 3-5 ngày tùy từng trường hợp.

#### **2.4. Thời gian điều trị:**

-Theo dõi sau phẫu thuật, hẹn sau 1 tuần cắt chỉ.

-Không ngâm nước muối sau nhổ răng, ngâm nước đá lạnh thời gian đầu.

-Vệ sinh răng miệng sạch sẽ, ăn thức ăn mềm...

#### **2.5. Biện chứng:**

-Chảy máu sau nhổ răng khôn: tìm nguyên nhân chảy máu xử lý tại chỗ, khâu cầm máu.

-Phù nề: cắt chỉ mũi rời thoát dịch, bơm rửa ổ răng.

*Tài liệu tham khảo: Phác đồ điều trị Tiểu phẫu răng khôn lệch ngầm - Bệnh viện Răng-Hàm-Mặt Thành phố Hồ Chí Minh.*

# **ĐIỀU TRỊ TỦY RĂNG VÀ HÀN KÍN HỆ THỐNG ỐNG TỦY BẰNG GUTTA-PERCHA NGUỘI CÓ SỬ DỤNG TRÂM XOAY CẦM TAY**

## **I. ĐẠI CƯƠNG**

- Là kỹ thuật dùng trâm xoay cầm tay để tạo hình hệ thống ống tủy
- Gutta percha nguội là vật liệu được sử dụng để hàn kín hệ thống ống tủy theo 3 chiều không gian có sử dụng bộ lèn ngang.

## **II. CHỈ ĐỊNH**

- Viêm tủy không hồi phục
- Tủy hoại tử
- Viêm quanh cuống răng

## **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Răng sữa
- Răng vĩnh viễn chưa đóng cuống
- Răng có chỉ định nhổ

## **IV. CHUẨN BỊ**

### **1. Ngõng thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

### **2. Phương tiện**

#### **2.1. Dụng cụ:**

- Ghế máy nha khoa
- Máy siêu âm, đầu siêu âm nội nha
- Máy đo chiều dài ống tủy
- Bộ khám: khay, gương, gắp, thám trâm...
- Dụng cụ điều trị nội nha
- Bộ cách ly cô lập răng
- Bộ lèn nội nha A-D...

#### **2.2. Thuốc và vật liệu:**

- Thuốc tê
- Thuốc sát khuẩn
- Dung dịch bơm rửa
- Vật liệu điều trị nội nha...

### **3. Người bệnh:**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

### **4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim chụp răng để xác định hệ thống ống tủy.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

- Kiểm tra, đối chiếu hồ sơ bệnh án theo quy định
- Xem lại các phim chụp răng để xác định hệ thống ống tủy.

### **2. Kiểm tra ngõng bệnh:**

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và răng cần điều trị

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

### **4. Thực hiện kỹ thuật**

#### **3.1. Vô cảm**

Nếu tủy răng sống thì vô cảm bằng gây tê tại chỗ hoặc/và gây tê vùng bằng Xylocain 2%.

#### **3.2. Cách ly răng**

Sử dụng ê cao su

#### **3.3. Mở tủy**

- Dùng mũi khoan thích hợp mở đường vào buồng tủy
- Dùng mũi khoan thích hợp để mở toàn bộ trần buồng tủy.

#### **3.4. Sửa soạn hệ thống ống tủy**

- Lấy sạch tủy ở buồng tủy và ống tủy.
- Xác định miệng ống tủy và số lượng ống tủy bằng các dụng cụ thích hợp.
- Xác định chiều dài làm việc của các ống tủy.
- Tạo hình và làm sạch hệ thống ống tủy bằng các trâm xoay cầm tay clv
- + Dùng trâm tay số 10 hoặc 15 để thăm dò ống tủy.
- + Sử dụng các trâm xoay cầm tay để tạo hình và làm rộng hệ thống ống tủy.
- + Bơm rửa hệ thống ống tủy bằng dung dịch Natri hypochlorid 2,5-5%, hoặc nước muối sinh lý, hoặc ôxy già 3 thể tích...

### 3.5. Hàn kín hệ thống ống tủy

- Chọn cây lèn ngang với các kích thước phù hợp:  
Chọn cây lèn vừa khít và ngắn hơn chiều dài làm việc ống tủy 1-2mm.
- Chọn côn gutta-percha chính:  
+ Chọn và đặt 1 côn gutta-percha chuẩn phù hợp với file đã tạo hình sau cùng
- + Kiểm tra côn gutta-percha trong ống tủy trên Xquang.
- + Rút côn gutta-percha ra khỏi ống tủy.
- Đặt và lèn côn Gutta percha vào ống tủy:
- + Đưa xi măng trám bít vào thành ống tủy ở 1/3 ống tủy về phía cuống răng.
- + Đặt Gutta-percha chính vào ống tủy.
- + Lèn Gutta bằng cây lèn ngang.
- + Đặt côn phụ vào khoảng trống được tạo ra bởi cây lèn, dùng cây lèn tiếp theo để lèn.
- + Lặp lại nhiều lần đặt và lèn Gutta đến khi cây lèn chỉ còn đi được 1/3 trên ống tủy.
- + Lấy bỏ Gutta-percha thừa trong buồng tủy sát đến miệng ống tủy bằng nhiệt.
- + Lèn 1/3 trên ống tủy bằng cây plugger đã được hơi nóng.
- Đặt và lèn Gutta các ống tủy còn lại:  
Lặp lại các bước đặt và lèn Gutta như đã trình bày ở trên lần lượt ở từng ống tủy còn lại.
- Kiểm tra kết quả hàn hệ thống ống tủy bằng Xquang.

### 3.6. Hàn phục hồi thân răng

Hàn kín buồng tủy và phục hồi thân răng bằng vật liệu thích hợp.

## VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 1. Trong quá trình điều trị

- Thủng sàn tủy: Hàn kín vị trí thủng bằng MTA/BIODENTIN, hoặc Canxi hydroxide, hoặc GIC.
- Thủng thành ống tủy: Hàn kín vị trí thủng bằng MTA/BIODENTIN, hoặc Canxi hydroxide, hoặc GIC.
- Gãy dụng cụ trong ống tủy: lấy dụng cụ gãy.

### 2. Sau điều trị

Viêm quanh cuống răng: điều trị viêm quanh cuống.

*Tài liệu tham khảo: Danh mục 347 Hướng dẫn quy trình kỹ thuật, khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Răng-hàm-mặt, Bộ Y tế (2013)*

# **ĐIỀU TRỊ TỦY RĂNG VÀ HÀN KÍN HỆ THỐNG ỐNG TỦY BẰNG GUTTA PERCHA CÓ SỬ DỤNG TRÂM XOAY MÁY**

## **I. ĐẠI CƯƠNG**

- Là kỹ thuật dùng trâm xoay máy để tạo hình hệ thống ống tủy.
- Gutta percha nguội là vật liệu được sử dụng để hàn kín hệ thống ống tủy theo 3 chiều không gian có sử dụng bộ lèn ngang.

## **II. CHỈ ĐỊNH**

- Răng viêm tủy không hồi phục.
- Răng tủy hoại tử.
- Răng viêm quanh cuống.

## **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Các bệnh lý tủy ở các răng sữa.
- Các bệnh lý tủy ở các răng vĩnh viễn chưa đóng cuống.
- Răng có chỉ định nhổ.

## **IV. CHUẨN BỊ**

### **1. Ngời thực hiện**

- Bác sĩ Răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

### **2. Phương tiện**

#### **2.1. Phương tiện và dụng cụ:**

- Ghế máy nha khoa
- Máy siêu âm, đầu siêu âm nội nha
- Máy đo chiều dài ống tủy
- Bộ khám: Khay, gương, gắp, thám trâm...
- Tay khoan nội nha
- Bộ trâm xoay máy điều trị nội nha
- Bộ cách ly cô lập răng
- Bộ lèn nội nha A-D...

#### **2.2. Thuốc và vật liệu:**

- Thuốc tê
- Thuốc sát khuẩn
- Dung dịch bơm rửa ống tủy
- Vật liệu điều trị nội nha...

### **3. Người bệnh:**

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

### **4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim chụp răng để xác định hệ thống ống tủy.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

- Kiểm tra, đối chiếu hồ sơ bệnh án theo quy định
- Xem lại các phim chụp răng để xác định hệ thống ống tủy.

### **2. Kiểm tra người bệnh:**

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và răng cần điều trị

### **3. Thực hiện kỹ thuật**

#### **3.1. Vô cảm**

Nếu tủy răng sống thì vô cảm bằng gây tê tại chỗ hoặc/và gây tê vùng bằng Xylocain 2%.

#### **3.2. Cách ly răng**

Sử dụng ê cao su

#### **3.3. Mở tủy**

- Dùng mũi khoan thích hợp mở đường vào buồng tủy
- Dùng mũi khoan Thích hợp để mở toàn bộ trần buồng tủy.

#### **3.4. Sửa soạn hệ thống ống tủy**

- Lấy sạch tủy ở buồng tủy và ống tủy.
- Xác định miệng ống tủy và số lượng ống tủy bằng các dụng cụ thích hợp.
- Xác định chiều dài làm việc của các ống tủy.
- Tạo hình và làm sạch hệ thống ống tủy bằng các trâm xoay máy với tay khoan nội nha ( tốc độ 300 vòng/ phút ):

clxii

- + Dùng trâm tay số 10 hoặc 15 để thăm dò ống tủy.
- + Sử dụng các trâm xoay máy để tạo hình và làm rộng hệ thống ống tủy.
- + Bơm rửa hệ thống ống tủy bằng dung dịch Natri hypoclorid 2,5-5%, hoặc nước muối sinh lý, hoặc ôxy già 3 thể tích...

### 3.5. Hàn kín hệ thống ống tủy

- Chọn cây lèn ngang với các kích thước phù hợp: Chọn cây lèn vừa khít và ngắn hơn chiều dài làm việc ống tủy 1-2mm.

- Chọn côn gutta-percha chính:

- + Chọn và đặt 1 côn gutta-percha chuẩn phù hợp với file đã tạo hình sau .cùng

- + Kiểm tra côn gutta-percha trong ống tủy trên Xquang.

- + Rút côn gutta-percha ra khỏi ống tủy.

- Đặt và lèn côn Gutta percha vào ống tủy:

- + Đưa chất dán dính vào thành ống tủy ở 1/3 dưới ống tủy về phía cuống răng.

- + Đặt Gutta-percha chính vào ống tủy.

- + Lèn Gutta bằng cây lèn ngang.

- + Đặt côn phụ vào khoảng trống được tạo ra bởi cây lèn, dùng cây lèn tiếp theo để lèn.

- + Lặp lại nhiều lần đặt và lèn Gutta đến khi cây lèn chỉ còn đi được 1/3 trên ống tủy.

- + Lấy bỏ Gutta-percha thừa trong buồng tủy sát đến miệng ống tủy bằng nhiệt.

- + Lèn 1/3 trên ống tủy bằng cây plugger đã được hơi nóng.

- Đặt và lèn Gutta các ống tủy còn lại:

Lặp lại các bước đặt và lèn Gutta như đã trình bày ở trên lần lượt ở từng ống tủy còn lại.

- Kiểm tra kết quả hàn hệ thống ống tủy bằng Xquang.

### 3.6. Hàn phục hồi thân răng

Hàn kín buồng tủy và phục hồi thân răng bằng vật liệu thích hợp.

clxiii

## VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 1. Trong quá trình điều trị

- Thủng sàn tủy: Hàn kín vị trí thủng bằng MTA/BIODENTIN, hoặc Canxi hydroxide, hoặc GIC.

- Thủng thành ống tủy: Hàn kín vị trí thủng bằng MTA/BIODENTIN, hoặc Canxi hydroxide, hoặc GIC.

- Gãy dụng cụ trong ống tủy: lấy dụng cụ gãy.

### 2. Sau điều trị

- Viêm quanh cuống răng: điều trị viêm quanh cuống.

*Tài liệu tham khảo: Danh mục 347 Hướng dẫn quy trình kỹ thuật, khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Răng-hàm-mặt, Bộ Y tế (2013)*

## VIÊM HỌNG- AMIDAN CẤP

### 1. Định nghĩa

Là tình trạng viêm cấp niêm mạc họng – amidan trong đó có lớp liên bào, có tuyến nhầy, có nang lympho, các nang này có thể ở rải rác hoặc tập trung từng khối.

### 2. Nguyên nhân

Đa số do vi khuẩn, vài trường hợp có thể do virus

### 3. Chẩn đoán

#### 3.1 Triệu chứng lâm sàng:

- Viêm đỏ niêm mạc họng màn hầu, trụ trước và trụ sau amidan, thành sau họng. Có thể có giả mạc ở họng và amidan.
- Đau rát họng, khát nước, đau mình mẩy
- Hạch viêm vùng góc hàm
- Sốt, ớn lạnh, nhức đầu

#### 3.2 Cận lâm sàng: Bạch cầu tăng hoặc không tăng

### 4. Điều trị nội khoa

Có thể dùng thuốc ho thảo dược: Tragutan, Sp. Pectol, Sp. Astex, Sp Zecup.

-Hạ sốt + giảm đau: Paracetamol hay Paracetamol kết hợp Tramadol (Ultracet), Diclofenac.

-Thuốc ngậm: Tyrothricin + Benzocain + Benzalkonium (Dorithicin), Tyrothricin + Tetracain (Tyrotab), Zecuf.

-Thuốc xịt họng: Anginovag, Hexaspray.

-Thuốc súc họng: Medoral, Povidine Iodine

| Viêm họng do virus                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Viêm họng do vi trùng                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <p>-Kháng sinh:</p> <p>1.Penicillins, Beta-lactams: Amoxicillin + acid clavulanic, Amoxicillin + sulbactam, Sultamicillin.</p> <p>2.Cephalosporin thế hệ I – II – III: Cefadroxil, Cefuroxim, Cefaclor, Cefixim, Cefpodoxim, Cefdinir, Cefditoren, Cefprozil)</p> <p>3.Macrolides: Azithromycin, Roxithromycin, Clarithromycin, Spiramycin, Spiramycin + Metronidazole.</p> <p>4.Trong vài trường hợp nặng có thể sử dụng nhóm Quinolones: Ciprofloxacin, Ofloxacin, Moxifloxacin, Levofloxacin.</p> |
| <p>-Chống viêm:</p> <p>1.Corticoid: Methylprednisolone (Medrol 4mg, 5mg, 16mg).</p> <p>2.NSAIDs: Clonixin, Etodolac, Floctafenin, Loxoprofen, Piroxicam, Paracetamol + Ibuprofen, Celecoxib, Taniflumate...</p> <p>-Long đàm: Ambroxol, Eprazion, N-Acetylcystein, Bromhexin, Carbocystein, Erdosteine, Sulfogaiacol, Guaifenesin.</p> <p>-Kháng histamin: thế hệ 1 (Chlorpheniramin, Dexchlorpheniramin, Promethazine, Alimemazin), thế hệ 2 (Fexofenadin, Loratadin, Desloratadin, Cetirizin, Ebastin, Acrivastine, Bilastin...)</p> <p>-Chống ho: Dextromethorphan, Dextromethorphan hydrobromua + Chlorpheniramin maleat + Sodium citrate dihydrat + Glyceril guaiacolat (sp Atussin), Leprozin, Terpin codein, Actifed, Codeinphosphat, Glyceril gaiacol, Codein camphosulphonat + Sulfoguaiacol + cao mêm Grindelia (Neocodion), Oxomemazin + Guafenasin + Paracetamol + natri benzoate (Toplexil).</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

## 5. Nhập viện

- Viêm họng do vi trùng bạch hầu
- Bệnh nhân có triệu chứng nặng hoặc biến chứng: sốt cao, bạch cầu cao, biến chứng áp xe quanh amidan, viêm tấy quanh amidan... Kháng sinh sử dụng đường tĩnh mạch:
  1. Penicillins, Beta-lactams: Amoxicillin + acid clavulanic, Amoxicillin + sulbactam (VD: Augmentin...)
  2. Cephalosporin thế hệ II – III: Cefuroxim, Cefprozid, ... (VD: Zinacef, Fortum...)
  3. Macrolides: Roxithromycin, Clarithromycin
  4. Metronidazol

## 6. Dự phòng

- Nâng cao sức đề kháng.
- Có thể dùng Broncho Vaxom đối với các bệnh nhân tái phát nhiều lần

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng 2016 của Bộ Y tế
2. Phác đồ điều trị nội trú 2018 của Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM  
Phác đồ điều trị ngoại trú 2018 của Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM
3. Phác đồ điều trị nội trú 2019 của Bệnh viện Nguyễn Tri Phương  
Phác đồ điều trị ngoại trú 2019 của Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

## VIÊM HỌNG MẠN TÍNH

### 1. Định nghĩa

Là tình trạng viêm mạn tính niêm mạc họng – amidan trong đó có lớp liên bào, có tuyến nhầy, có nang lympho, các nang này có thể ở rải rác hoặc tập trung từng khối.

### 2. Nguyên nhân

- Viêm mũi xoang lâu ngày
- Viêm Amidan mạn tính
- Vẹo vách ngăn, cuốn mũi quá phát, polyp
- Chất kích thích: hơi hoá học, bụi vôi, bụi xi măng, thuốc lá, rượu...

### 3. Chẩn đoán

#### 3.1 Triệu chứng lâm sàng:

- Cảm giác khô, cay, ngứa, vướng họng.
- Ho, khạc, đờm hắng.

#### 3.2 Cận lâm sàng: Bạch cầu tăng hoặc không tăng

### 4. Điều trị

- Kháng sinh (khi có tình trạng bội nhiễm):
  1. Penicillins, Beta-lactams: Amoxicillin + acid clavulanic, Amoxicillin + sulbactam, Sultamicillin.
  2. Cephalosporin thế hệ I – II – III: Cefadroxil, Cefuroxim, Cefaclor, Cefixim, Cefpodoxim, Cefdinir, Cefditoren, Cefprozil
  3. Macrolides: Azithromycin, Roxithromycin, Clarithromycin, Spiramycin, Spiramycin + Metronidazole.
  4. Lincosamid (Clindamycin)
  5. Metronidazole
- 4. Trong vài trường hợp nặng có thể sử dụng nhóm Quinolones: Ciprofloxacin, Ofloxacin, Moxifloxacin, Levofloxacin.

*Điều trị chủ yếu là triệu chứng kèm theo súc miệng bằng nước muối để điều hoà lại tình trạng viêm ở niêm mạc họng. Có thể dùng các thuốc sau:*
- Chống viêm:
  1. Corticoid: Methylprednisolone (Medrol 4mg, 5mg, 16mg).
  2. NSAIDs: Clonixin, Etodolac, Floctafenin, Loxoprofen, Piroxicam, Paracetamol + Ibuprofen, Celecoxib, Taniflumate...
- Long đàm: Ambroxol, Eprazon, N-Acetylcystein, Bromhexin, Carbocystein, Erdosteine, Sulfogaiacol, Guaifenesin.
- Kháng histamin: thế hệ 1 (Chlorpheniramin, Dexchlorpheniramin, Promethazine, Alimemazin), thế hệ 2 (Fexofenadin, Loratadin, Desloratadin, Cetirizin, Ebastin, Acrivastine, Bilastin...)
- Chống ho: Dextromethorphan, Dextromethorphan hydrobromua + Chlorpheniramin maleat + Sodium citrate dihydrat + Glyceril guaiacolat (sp Atussin), Leprozin, Terpin codein, Actifed, Codeinphosphat, Glyceril gaiacol, Codein camphosulphonat + Sulfoguaiacol + cao mềm Grindelia (Neocodion), Oxomemazin + Guafenasin + Paracetamol + natri benzoate (Toplexil).

Có thể dùng thuốc ho thảo dược: Tragutan, Sp. Pectol, Sp. Astex, Sp Zecup.
- Hạ sốt + giảm đau: Paracetamol hay Paracetamol kết hợp Tramadol (Ultracet), Diclofenac.
- Thuốc ngậm: Tyrothricin + Benzocain + Benzalkonium (Dorithicin), Tyrothricin + Tetracain (Tyrotab), Zecuf.
- Thuốc xịt họng: Anginovag, Hexaspray.
- Thuốc súc họng: Medoral

Chống trào ngược dạ dày thực quản trong trường hợp có trào ngược đi kèm: Omeprazole, Esomeprazole, Pantoprazole, Lanzoprazole, Rabeprazole, Domperidon, Mozapide, Natri Alginate 500mg + Calcicarbonate, Itoprid

### 5. Phòng ngừa



- Tránh ăn đồ chua cay nóng, rượu, cafe, bia, thuốc lá...
- Ăn trước khi nằm 3 giờ.
- Có thể dùng Broncho Vaxom đối với các bệnh nhân tái phát nhiều lần.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng 2016 của Bộ Y tế
2. Phác đồ điều trị nội trú 2018 của Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM  
Phác đồ điều trị ngoại trú 2018 của Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM
3. Phác đồ điều trị nội trú 2019 của Bệnh viện Nguyễn Tri Phương  
Phác đồ điều trị ngoại trú 2019 của Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

# VIÊM THANHQUẢN CẤP

## 1. Định nghĩa

Tình trạng viêm cấp niêm mạc ở thanh quản có thể khu trú ở niêm mạc hoặc lan xuống những lớp dưới, đi từ sung huyết phù nề, loét niêm mạc đến viêm cơ, hoại tử sụn kéo dài dưới 3 tuần

## 2. Nguyên nhân:

### 2.1. Tác nhân gây bệnh

- Virus thường gặp là: *Influenzae* (cúm), APC...
- Vi khuẩn: *S.pneumoniae* (phế cầu), *Hemophilus influenzae*
- Trực khuẩn bạch hầu ngày nay ít gặp.

### 2.2. Điều kiện thuận lợi

- Sau một viêm đường hô hấp: bệnh mũi xoang, bệnh phổi, bệnh họng amidan, VA ở trẻ em.
- Bệnh đái tháo đường ở người lớn tuổi.
- Sử dụng giọng gắng sức: nói nhiều, hét, hát to...
- Sặc các chất kích thích: bia, rượu...
- Trào ngược họng, thanh quản.
- Dị ứng.

## 3. Chẩn đoán:

### 3.1 Lâm sàng:

- Cảm giác khô họng, nuốt rất
- Khàn tiếng và có khi mất hẳn
- Ho, ho khan hoặc đàm trắng, màu xanh hoặc vàng
- Triệu chứng toàn thân: có thể sốt ớn lạnh, đau mình.
- Ở người lớn không có khó thở, ở trẻ em có thể có khó thở thanh quản nhất là trong viêm thanh quản phù nề hạ thanh môn.

### 3.2 Triệu chứng thực thể:

- ✓ Khám họng: niêm mạc họng đỏ, amidan có thể sưng.
- ✓ Khám thanh quản bằng gương soi gián tiếp hoặc nội soi thanh quản thấy:
  - Niêm mạc phù nề, đỏ ở vùng thanh môn, tiền đình thanh quản.
  - Dây thanh sung huyết đỏ, phù nề, khép không kín khi phát âm, có xuất tiết nhầy ở mép trước dây thanh.

### 3.3. CLS:

- Xét nghiệm máu: bạch cầu có thể tăng hay không tăng.
- Nội soi thanh quản:
  - + Niêm mạc sung huyết, phù nề, dây thanh – sụn phễu – thanh thiệt nề đỏ.
  - + Xuất tiết tăng: tiết nhầy đặc đọng ở mép sau, ở thanh môn.

### 3.3 Chẩn đoán xác định

- Tiền sử phơi nhiễm với các nguyên nhân.
- Khàn tiếng hoặc khóc khàn, ho khan đột ngột.
- Khám họng thanh quản: niêm mạc họng, thanh quản và dây thanh sung huyết đỏ.

## 3.5. Phân loại thể lâm sàng

### 3.5.1. Viêm thanh quản ở trẻ em

- VTQ hạ thanh môn: là bệnh lý gặp chủ yếu ở trẻ nhỏ 1-3 tuổi.
- ✓ Bệnh thường phát hiện về ban đêm trên một trẻ nhỏ đang bị viêm mũi họng thông thường, tiến triển từ từ và đột nhiên xuất hiện khó thở thanh quản. Tiếng ho cứng và ông ổng, giọng nói gần như bình thường nhưng sau đó trở nên trầm và cứng hơn. Sáng dậy trẻ vẫn chơi bình thường. Con khó thở kiểu này còn có thể xuất hiện vào tối khác.
- ✓ Chẩn đoán xác định dựa vào bệnh sử, soi thanh quản ổng mềm.
- Viêm thanh quản co thắt hoặc viêm thanh quản giả bạch hầu: Viêm và phù nề khu trú ở vùng hạ họng, co thắt thanh quản gây ra các cơn khó thở thường xảy ra nửa đêm về sáng, cơn khó thở và thở rít, giọng khàn. Ho ông ổng, co kéo cơ hô hấp và các cơ liên sườn. Cơn khó thở có thể đi qua trong nửa giờ nhưng có thể tái diễn cơn khó thở khác. Không sốt, không có dấu hiệu toàn thân khác.

- Viêm thanh thiệt: thanh thiệt bị sưng nề, bệnh nhân có nuốt đau, khó thở tăng tiết, nhều nước bọt, cổ ngà về trước, khó thở tăng khi nằm ngửa thường do *Hemophilus influenza*.

- VTQ bạch hầu: do vi khuẩn *Loeffler* xâm nhập vào thanh quản gây phù nề và loét có màng giả. Màng giả trắng, dai, dính, bít tắc đường thở gây khó thở thanh quản nặng dần, nói khàn, kèm theo sốc nhiễm độc nội độc tố khiến tiên lượng rất nặng, dễ dẫn tới tử vong.

### 3.5.2. Viêm thanh quản ở người lớn

- VTQ do cúm: có thể do cúm đơn thuần hoặc kết hợp với vi khuẩn khác, gây nên các thể bệnh sau:

- ✓ Thể xuất tiết: triệu chứng giống VTQ xuất tiết thông thường nhưng bệnh nhân có sốt, mệt mỏi kéo dài. Khám thanh quản đôi khi có điểm xuất huyết dưới niêm mạc, đó là dấu hiệu đặc hiệu của VTQ do cúm.

- ✓ Thể phù nề: đó là giai đoạn tiếp theo của xuất tiết, phù nề thường khu trú ở thanh thiệt và mặt sau của sụn phễu. Bệnh nhân nuốt đau và đôi khi có khó thở, tiếng nói ít thay đổi.

- ✓ Thể loét: soi thanh quản sẽ thấy những vết loét nông, bờ đỏ, sụn phễu và sụn thanh thiệt bị phù nề.

- ✓ Thể viêm tấy:

- Triệu chứng toàn thân nặng, sốt cao, mạch nhanh, mặt hắc hác.

- Triệu chứng cơ năng rõ rệt: khó nuốt, đau họng, nhói bên tai, giọng khàn đặc hoặc mất hẳn, khó thở thanh quản.

- Triệu chứng thực thể: vùng trước thanh quản viêm tấy, sưng to, ấn đau. Sau khi hết viêm bệnh để lại di chứng sẹo hẹp thanh quản.

- ✓ Thể hoại tử: màng sụn bị viêm và bị hoại tử, các tổ chức liên kết lỏng lẻo ở cổ bị viêm tấy, cứng, hoặc viêm tấy mũ, thanh quản bị sưng to và có màng giả che phủ. Bệnh nhân khó nói, nuốt đau và khó thở.

Triệu chứng toàn thân rầm rộ. Nhiệt độ cao, mạch nhanh yếu, thở nhanh nông, huyết áp thấp, nước tiểu có Albumin, tiên lượng rất xấu, thường tử vong do phế quản viêm truy tìm mạch.

### 3.6. Chẩn đoán phân biệt

Dị vật thanh quản: tiền sử hội chứng xâm nhập. Soi thanh khí phế quản để chẩn đoán xác định và lấy dị vật.

## 4. Điều trị:

### 4.1 Nguyên tắc điều trị

#### 4.1.1. Viêm thanh quản không có khó thở

- Quan trọng nhất là kiêng nói, tránh lạnh.
- Nội khoa: thuốc kháng sinh, giảm viêm, kháng histamin H1, tiêu đờm, giảm ho...
- Điều trị tại chỗ bằng các thuốc giảm viêm nhóm corticoid, men tiêu viêm, tinh dầu...
- Nâng cao sức đề kháng, bổ sung dinh dưỡng, điện giải.

#### 4.1.2. Viêm thanh quản có khó thở

- Khó thở thanh quản độ I: điều trị nội khoa.
- Khó thở thanh quản độ II: mở khí quản cấp cứu.
- Khó thở thanh quản độ III: mở khí quản cấp cứu kết hợp hồi sức tích cực.

### 4.2 Nội khoa:

Trường hợp viêm thanh quản xuất tiết thông thường, bệnh nhân chỉ có khàn tiếng hay ho nhiều, không có triệu chứng khó thở thì có thể điều trị ngoại trú và hẹn tái khám:

- Kiêng nói, giữa ẩm
- Kháng sinh đường tĩnh mạch theo thứ tự ưu tiên:

1. Penicillins, Beta-lactams: Amoxicillin + acid clavulanic, Amoxicillin +

sulbactam (VD: Augmentin...)

2. Cephalosporin thế hệ II – III: Cefuroxim, Cefprozid, ... (VD: Zinacef, Fortum...)

3. Macrolides (Clarithromycin) như Dalacin như trong trường hợp dị ứng với Penicillins.

Trường hợp viêm thanh quản nặng gây khó thở như: viêm thanh quản bạch hầu – viêm thanh quản phù nề hay viêm thanh quản dưới thanh môn -> có chỉ định nhập viện và theo dõi tích cực.

- Chống viêm:

1. Corticoid: Methylprednisolone (Medrol 4mg, 5mg, 16mg).

2. NSAIDs: Clonixin, Etodolac, Floctafenin, Loxoprofen, Piroxicam, Paracetamol + Ibuprofen, Celecoxib, Taniflumate...

- Long đàm: Ambroxol, Eprazin, N-Acetylcystein, Bromhexin, Carbocystein, Erdostein, Sulfogaiacol, Guaifenesin.

- Kháng histamin: thế hệ 1 (Chlorpheniramin, Dexchlorpheniramin, Promethazine, Alimemazin), thế hệ 2 (Fexofenadin, Loratadin, Desloratadin, Cetirizin, Ebastin, Acrivastine, Bilastin...)

- Chống ho: Dextromethorphan, Dextromethorphan hydrobromua + Chlorpheniramin maleat + Sodium citrate dihydrat + Glyceril guaiacolat (sp Atussin), Leprozin, Terpin codein, Actifed, Codeinphosphat, Glyceril guaiacol, Codein camphosulphonat + Sulfoguaiacol + cao mềm Grindelia (Neocodion), Oxomemazin + Guafenasin + Paracetamol + natri benzoate (Toplexil).

Có thể dùng thuốc ho thảo dược: Tragutan, Sp. Pectol, Sp. Astex, Sp. Zecup.

- Hạ sốt + giảm đau: Paracetamol hay Paracetamol kết hợp Tramadol (Ultracet), Diclofenac.

- Chống trào ngược: Omeprazole, Esomeprazole, Pantoprazole, Lanzoprazole, Rabeprazole, Domperidon, Mozapide, Natri Alginate 500mg + Calcicarbonate, Itoprid

#### 4.2 Ngoại khoa:

Phẫu thuật mở khí quản cấp cứu trong các trường hợp khó thở nặng không đáp ứng với điều trị nội khoa.

### 5. **Biến chứng**

Viêm thanh quản cấp ở người lớn không gây ra các tình trạng nguy hiểm có khả năng hồi phục tốt, nhưng ở trẻ em phải theo dõi sát vì dễ gây khó thở thanh quản, có thể ảnh hưởng đến sinh mạng.

Viêm thanh quản cấp có thể tiến triển thành viêm phế quản, viêm phổi nhưng hiếm gặp.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng 2016 của Bộ Y tế
2. Phác đồ điều trị nội trú 2018 của Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM  
Phác đồ điều trị ngoại trú 2018 của Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM
3. Phác đồ điều trị nội trú 2019 của Bệnh viện Nguyễn Tri Phương  
Phác đồ điều trị ngoại trú 2019 của Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

## VIÊM THANHQUẢNMẠN

### 1. Định nghĩa

Là tình trạng viêm mạn tính ở thanh quản kéo dài trên 3 tuần. Bệnh tích chủ yếu khu trú ở dây thanh: giai đoạn đầu niêm mạc bị sung huyết, các tế bào trụ bị mất lông chuyển và biến thành tế bào dẹt. Giai đoạn thứ 2, biểu mô thoái hoá trở nên dẹt ở những nơi bị che kín và dày ở những nơi bình thường có biểu mô lát.

### 2. Nguyên nhân

- Yếu tố thuận lợi:
  - ✓ Do lạm dụng giọng: nói to, nói nhiều, gắng sức... ở những nghề như giáo viên, bán hàng, ca sĩ...
  - ✓ Do bệnh lý của đường hô hấp như: viêm mũi xoang, viêm họng, viêm amidan, viêm phế quản...
  - ✓ Hít phải khí độc như hút thuốc lá, thuốc lào, hoá chất...
  - ✓ Khí hậu ẩm ướt, thay đổi quá nhiều nhiệt độ trong ngày, một số nghề nghiệp làm việc ngoài trời, nấu ăn, làm thủy tinh...
- Các bệnh toàn thân: bệnh goutte, bệnh gan, béo phì...
- Hội chứng trào ngược (GERD).

### 3. Chẩn đoán:

- 3.1 Lâm sàng: không đặc hiệu trừ VTQ do lao hoặc do bệnh toàn thân khác, sẽ có dấu hiệu của bệnh toàn thân
  - Khàn giọng kéo dài từng đợt, đầu tiên tiếng nói không vang, làm cho người bệnh phải cố gắng nhiều mới nói to được, về sau tiếng nói bị rè, khàn và yếu. Nhìn chung khàn tiếng là dấu hiệu quan trọng nhất, khàn tiếng kéo dài lúc tăng, lúc giảm, kèm theo ho, đôi khi có kèm cảm giác nói đau. Bệnh nhân luôn phải đằng hắng cho giọng nói được trong.
  - Tăng tiết nhày, nhất là buổi sáng
  - Cảm giác ngứa, khô rát.
- 3.2 Cận lâm sàng:
  - 3.2.1. Nội soi thanh quản
    - Tiết nhày đọng 1/3 trước và 1/3 giữa dây thanh
    - Tổn thương dây thanh:
      - +Nhẹ: niêm mạc dây thanh, sung huyết đỏ.
      - +Nặng: quá sản dây thanh như sợi dây thừng, niêm mạc hồng, mất bóng.
    - Bề mặt thanh thất cũng quá phát to và che kín dây thanh khi phát âm
    - Trong trường hợp viêm thanh quản lâu ngày có thể thấy được đường vân hoặc kẻ dọc trên mặt thanh đai.
    - Nếu viêm thanh quản do đài tháo đường, thấy niêm mạc ở màn hầu và họng cũng dày và xuất tiết
  - 3.2.2. Chụp Xquang tim phổi xác định bệnh liên quan.
  - 3.2.3 Xét nghiệm đờm.
  - 3.2.. Xét nghiệm đường niệu, đường máu với người lớn.

### 4. Chẩn đoán xác định

- Khàn tiếng trên 3 tuần, ho khan
- Niêm mạc họng thanh quản tiết nhày
- Dây thanh dày mất bóng đôi khi có bờ răng cưa, mạch máu nổi, sung huyết, có thể có hạt xơ...

### 5. Các thể lâm sàng

- Phù Reinke: Do khoảng Reinke có cấu trúc lỏng lẻo nên dịch viêm tích tụ làm phù nề một hoặc cả hai bên dây thanh, giống như dạng polyp. Bệnh nhân khàn tiếng nặng, kéo dài, tăng dần.
- Hạt xơ dây thanh: VTQ mạn tính tái phát hoặc phát triển thành hạt xơ dây

thanh. Hạt xơ là loại u nhỏ bằng hạt tằm nhỏ, đường kính khoảng 1mm, mọc ở bờ tự do của dây thanh ở vị trí 1/3 trước và 1/3 giữa của hai dây thanh. Khi phát âm hai hạt xơ hai bên dây sẽ tiếp xúc với nhau làm cho dây thanh ở phía trước và phía sau không thể tiếp xúc được gây ra khàn tiếng.

## 6. Chẩn đoán phân biệt

- Khối u ở thanh quản: u nang, polip, papilom, ung thư thanh quản. Thường khàn tiếng từ từ tăng dần, mức độ khàn nặng hơn, soi thanh quản và sinh thiết khối u cho chẩn đoán xác định.
- Liệt thần kinh hồi qui: xuất hiện đột ngột hoặc từ từ, sặc các chất lỏng vào phổi. Mức độ khàn tiếng nặng, mất tiếng.

## 7. Điều trị:

### 7.1. Nguyên tắc điều trị

- Hạn chế sử dụng giọng khi điều trị bệnh.
- Điều trị tại chỗ: các thuốc giảm viêm, giảm phù nề như: corticoid, men tiêu viêm...
- Điều trị toàn thân: bằng thuốc giảm viêm, giảm phù nề như: corticoide, men tiêu viêm...
- Điều trị các ổ viêm mũi họng, viêm xoang, hội chứng trào ngược dạ dày thực quản và các bệnh toàn thân khác.
- Liệu pháp luyện giọng.
- Phẫu thuật khi điều trị nội khoa không hiệu quả, VTQ có hạt xơ dây thanh.

### 7.2. Điều trị cụ thể

#### 7.2.1. Tại chỗ

Xông, khí dung hoặc làm thuốc thanh quản: Hydrocortisone 100mg ½ ống xông họng x 1 lần / ngày +/- Alpha chymotripsine...

#### 7.2.2. Toàn thân

- Chống viêm steroid 1mg/kg/ngày: prednisolon, methylprednisolon, dexamethasone  
NSAIDs: Clonixin, Etodolac, Floctafenin, Loxoprofen, Piroxicam  
Chống viêm dạng men: alpha chymotrypsin 2v x 3 lần/ ngày, lysozym...
- Kháng sinh chỉ sử dụng khi có bội nhiễm đi kèm:
  1. Penicillins, Beta-lactams: Amoxicillin + acid clavulanic, Amoxicillin + sulbactam, Sultamicillin.
  2. Cephalosporin thế hệ I – II – III: Cefadroxil, Cefuroxim, Cefaclor, Cefixim, Cefpodoxim, Cefdinir, Cefditoren, Cefprozil)
  3. Macrolides: Azithromycin, Roxithromycin, Clarithromycin, Spiramycin, Spiramycin + Metronidazole.
- Lao thanh quản: thuốc kháng sinh theo phác đồ lao
- Long đàm: Ambroxol, Eprazon, N-Acetylcystein, Bromhexin, Carbocystein, Erdosteine, Sulfogaiacol, Guaifenesin.
- Kháng histamin: thế hệ 1 (Chlorpheniramin, Dexchlorpheniramin, Promethazine, Alimemazin), thế hệ 2 (Fexofenadin, Loratadin, Desloratadin, Cetirizin, Ebastin, Acrivastine, Bilastin...)
- Chống ho: Dextromethorphan, Dextromethorphan hydrobromua + Chlorpheniramin maleat + Sodium citrate dihydrat + Glyceryl guaiacolat (sp Atussin), Leprozin, Terpin codein, Actifed, Codeinphosphat, Glyceril gaiacol, Codein camphosulphonat + Sulfoguaiacol + cao mềm Grindelia (Neocodion), Oxomemazin + Guaifenasin + Paracetamol + natri benzoate (Toplexil).  
Có thể dùng thuốc ho thảo dược: Tragutan, Sp. Pectol, Sp. Astex, Sp Zecup.
- Hạ sốt + giảm đau: Paracetamol hay Paracetamol kết hợp Tramadol (Ultracet), Diclofenac.
- Chống trào ngược: Omeprazole, Esomeprazole, Pantoprazole, Lanzoprazole, Rabeprazole, Domperidon, Mozapide, Natri Alginate 500mg + Calcicarbonate, Itoprid

### **7.2.3. Luyện giọng**

Căn cứ vào tình trạng tổn thương giọng, cách thức sử dụng giọng của bệnh nhân để phối hợp cùng chuyên viên luyện giọng, đưa ra các bài tập thích hợp.

### **7.2.4. Phẫu thuật**

Vì phẫu thuật thanh quản qua soi thanh quản trực tiếp hoặc gián tiếp, qua ống soi mềm hoặc soi treo thanh quản...

Chỉ định:

- Phù Reinke
- Hạt xơ dây thanh
- VTQ mạn kết hợp bệnh lý khối u thanh quản

Sinh thiết dây thanh khi nghi ngờ tổn thương Lao hay Ung thư thanh quản để có hướng điều trị tốt nhất.

### **4. Phòng ngừa:**

- Tránh: hơi hoá chất, bụi.
- Nói ít, nói nhỏ, ngưng ca hát.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng 2016 của Bộ Y tế
2. Phác đồ điều trị nội trú 2018 của Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM  
Phác đồ điều trị ngoại trú 2018 của Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM
3. Phác đồ điều trị nội trú 2019 của Bệnh viện Nguyễn Tri Phương  
Phác đồ điều trị ngoại trú 2019 của Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

## **VIÊM THANH THIỆT CẤP**

### **1. Định nghĩa**

Viêm thanh thiệt cấp là tình trạng viêm phù nề của thanh thiệt có hay không có đi kèm với viêm họng thanh quản. Đây là một cấp cứu y khoa vì có thể dẫn đến tử vong nếu không được điều trị kịp thời.

### **2. Nguyên nhân:**

Nguyên nhân thường do nhiễm trùng (vi khuẩn *H.influenzae* type B, *Streptococcus pneumoniae*, *H. parainfluenzae*, virus thủy đậu, virus herpes simplex type 1, *Staphylococcus aureus*...), do nhiệt, dị ứng...

### **3. Chẩn đoán:**

#### **3.1 Lâm sàng:**

- Viêm thanh thiệt thường xảy ra cấp tính nhưng cũng có thể diễn tiến trong vài giờ đến vài ngày.
- Triệu chứng: đau họng, khàn giọng, nói khó, sốt, nuốt đau, nhịp tim nhanh, khó thở. Trẻ em: sốt, khó nuốt, nuốt đau, chảy nước bọt, khàn tiếng, thở rít, bé luôn ngồi chồm tới trước và nhanh chóng đưa đến khó thở.

#### **3.2 CLS:**

Xét nghiệm máu: bạch cầu thường tăng.

Soi thanh quản gián tiếp hoặc trực tiếp: phù nề đỏ mọng thanh thiệt che lấp thanh môn (cẩn thận đối với trẻ nhỏ có thể gây khó thở do co thắt).

X quang cổ nghiêng hình ảnh ngón tay cái (thumb sign) do sưng to thanh thiệt.

### **4. Điều trị:**

#### **4.1 Nội khoa:**

- Kháng sinh:
  - 1. Penicillins, Beta-lactams: Amoxicillin + acid clavulanic, Amoxicillin + sulbactam, Sultamicillin.
  - 2. Cephalosporin thế hệ I – II – III: Cefadroxil, Cefuroxim, Cefaclor, Cefixim, Cefpodoxim, Cefdinir, Cefditoren, Cefprozil)
  - 3. Macrolides: Azithromycin, Roxithromycin, Clarithromycin, Spiramycin, Spiramycin + Metronidazole.
- Corticoid: Methylprednisolone (Medrol 4mg, 5mg, 16mg).
- NSAIDs: Clonixin, Etodolac, Floctafenin, Loxoprofen, Piroxicam, Paracetamol + Ibuprofen, Celecoxib, Taniflumate...
- Long đàm: Ambroxol, Eprazon, N-Acetylcystein, Bromhexin, Carbocystein, Erdosteine, Sulfogaiacol, Guaifenesin.
- Kháng histamin: thế hệ 1 (Chlorpheniramin, Dexchlorpheniramin, Promethazine, Alimemazin), thế hệ 2 (Fexofenadin, Loratadin, Desloratadin, Cetirizin, Ebastin, Acrivastine, Bilastin...)
- Chống ho: Dextromethorphan, Dextromethorphan hydrobromua + Chlorpheniramin maleat + Sodium citrate dihydrat + Glyceryl guaiacolat (sp Atussin), Leprozin, Terpin codein, Actifed, Codeinphosphat, Glyceril gaiacol, Codein camphosulphonat + Sulfoguaiacol + cao mềm Grindelia (Neocodion), Oxomemazin + Guafenasin + Paracetamol + natri benzoate (Toplexil). Có thể dùng thuốc ho thảo dược: Tragutan, Sp. Pectol, Sp. Astex, Sp Zecup.
- Hạ sốt + giảm đau: Paracetamol hay Paracetamol kết hợp Tramadol (Ultracet), Diclofenac

Nếu bệnh nhân khó thở có chỉ định nhập viện điều trị

#### **4.2 Ngoại khoa:**

Bệnh nhân khó thở nhiều không đáp ứng với điều trị nội khoa, hay tình trạng khó thở cấp do thanh thiệt quá phù nề -> có chỉ định mở khí quản cấp cứu.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng 2016 của Bộ Y tế
2. Phác đồ điều trị nội trú 2018 của Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM



- Phác đồ điều trị ngoại trú 2018 của Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM
3. Phác đồ điều trị nội trú 2019 của Bệnh viện Nguyễn Tri Phương
- Phác đồ điều trị ngoại trú 2019 của Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

## TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN

### 1. ĐỊNH NGHĨA

Trào ngược dạ dày thực quản là khi có sự trào ngược của dịch vị vào trong thực quản. Trong một tờ báo xuất bản năm 1935 Asher Winkelstein lần đầu tiên đề cập đến thuật ngữ “viêm thực quản pepsin” Bài báo mô tả triệu chứng lâm sàng của một vài bệnh nhân mà nguyên nhân được cho là viêm thực quản thứ phát do trào ngược acid dịch vị HCl và pepsin.

### 2. CÁC THUẬT NGỮ TRÀO NGƯỢC

- Gastro Esophageal Reflux Disease (GERD) (trào ngược thực quản - dạ dày): biểu hiện nóng rát vùng sau xương ức.
  - Laryngo Pharyngeal Reflux (LPR) (tạm dịch: trào ngược họng - thanh quản):
    - + LPR hiện diện ở 4-10% bệnh nhân đến phòng khám tai mũi họng (Koufman, 1991).
    - + LPR hiện diện ở 55% bệnh nhân khàn tiếng (Koufman, 2000).
  - Supra Esophageal Reflux Disease (SERD) (tạm dịch: trào ngược thực quản lan lên trên) tất cả triệu chứng LPR + viêm mũi xoang và hen.
- Phân biệt GERD và LPR:
- GERD gồm rối loạn chức năng cơ khít thực quản dưới.
  - LPR gồm rối loạn chức năng cơ thực quản trên và dưới.

### 3. CÁC BỆNH LÝ TẠI MŨI HỌNG LIÊN QUAN ĐẾN TRÀO NGƯỢC

- Viêm thanh quản sau: phù nề, sưng đỏ, phì đại biểu mô thanh môn sau.
- Hạt, polyp, loét hoặc granuloma dây thanh.
- Thoái hóa dạng polyp của dây thanh (phù Reinke).
- Hẹp hạ thanh môn hoặc khí quản.
- Carcinoma thanh quản hoặc vùng hầu.
- Viêm họng và phù nề họng.
- Túi thừa Zenker.
- Mềm sụn khí quản.
- Viêm xoang.
- Mài mòn răng và mảng bám răng.

### 4. TRIỆU CHỨNG, LÂM SÀNG

- Triệu chứng của GERD:
  - + Ợ nóng: cảm giác nóng lan lên dọc sau xương ức, hạ họng hoặc mang tai.
  - + Trớ: là sự ứa ngược dịch trong thực quản lên miệng.
- Triệu chứng của LPR theo Cumming (2003)

|                               |     |
|-------------------------------|-----|
| + Khàn giọng                  | 71% |
| + Ho mạn tính                 | 51% |
| + Cảm giác tắc nghẽn vùng hầu | 47% |
| + Ợ nóng/trớ                  | 43% |
| + Khạc đàm mạn tính           | 42% |
| + Khó nuốt                    | 35% |

THANG ĐIỂM ĐÁNH GIÁ TRÀO NGƯỢC RIS = REFLUX INDEX SCALE  
 Theo Peter Belafsky, Koufman tại hội nghị SAN DIEGO

| Trong 1 tháng nay, có những triệu chứng nào dưới đây và mức độ ra sao? | 0 = Không có triệu chứng   |   |   |   |   |   |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---|---|---|---|---|
|                                                                        | 5 = Triệu chứng trầm trọng |   |   |   |   |   |
| 1. Khàn tiếng hoặc rối loạn giọng nói                                  | 0                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Tăng hắng - khịt khạc                                               | 0                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Họng nhiều đờm hoặc đờm chảy sau họng                               | 0                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Khó nuốt thức ăn, nước, thuốc                                       | 0                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Ho sau khi ăn hoặc sau khi nằm xuống                                | 0                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Khó thở hoặc cơn ngộp thở                                           | 0                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Ho gây khó chịu, bức dọc                                            | 0                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Cảm giác vướng, như vật lạ ở họng                                   | 0                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Nóng thượng vị, đau ngực, khó tiêu, ợ hơi                           | 0                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

< 5 điểm: (-) GERD

5 - 10 điểm: (±) GERD

> 10 điểm: >95% khả năng là GERD

**SỰ KHÁC BIỆT ĐIỂN HÌNH CỦA BỆNH NHÂN TIÊU HÓA VÀ BỆNH NHÂN TAI MŨI HỌNG (Koufman, 1991)**

|                                               | Tiêu hóa | Tai mũi họng |
|-----------------------------------------------|----------|--------------|
| <b>Triệu chứng</b>                            |          |              |
| Ợ nóng và/hoặc trớ                            | Có       | Không        |
| Khàn giọng, khó nuốt, nghẹn, khạc đàm, ho ... | Không    | Có           |
| <b>Nội soi</b>                                |          |              |
| Viêm thực quản/nội soi                        | Có       | Không        |
| Viêm thanh quản                               | Không    | Có           |

**5. XÉT NGHIỆM CÂN LÂM SÀNG**

|                                   | Tiêu hóa | Tai mũi họng |
|-----------------------------------|----------|--------------|
| <b>Các xét nghiệm chẩn đoán</b>   |          |              |
| Phim chụp XQ thực quản bất thường | Có       | Đôi khi      |
| Theo dõi pH thực quản             | Có       | Có           |

|                        |         |         |
|------------------------|---------|---------|
| Theo dõi pH hầu        | Không   | Có      |
| <b>Kiểu trào ngược</b> |         |         |
| Nằm (đêm)              | Có      | Đôi khi |
| Đứng (thức)            | Đôi khi | Có      |

## 6. ĐIỀU TRỊ

### 6.1. Thuốc trung hòa acid

- Có tác dụng trung hòa acid dịch vị. Thường dùng là: các muối nhôm (hydroxyd, carbonat, phosphat), các muối maginesi (hydroxyd, carbonat, trisilicat) với các sản phẩm như alusi, maalox, gastropulgit..

- Được đánh giá không hiệu quả nhiều với LPR.

### 6.2. Thuốc kháng thụ thể H<sub>2</sub>

- Kháng histamine H<sub>2</sub> làm giảm tiết acid (Tagamet, Ranitidine, Zantac..).

- Không hiệu quả cho LPR.

### 6.3. Thuốc ức chế bơm proton (PPI)

- Ngăn tiết acid tốt nhất: omeprazole, rabeprazole, esoprazole, pantoprazole...

- Chọn lựa cho LPR.

### 6.4. Điều trị qui ước khi nghi ngờ LPR

#### *Thay đổi chế độ ăn:*

- Không ăn hoặc uống trong vòng 3 giờ trước khi ngủ.

- Tránh ăn quá nhiều hoặc nằm sau khi ăn.

- Tránh thức ăn chiên và quá nhiều mỡ.

- Tránh trà, cà phê, chocolate, bạc hà và soda (vì những loại này làm tăng trào ngược).

- Tránh mọi chất có chứa caffein.

- Tránh rượu, đặc biệt là buổi tối.

- Tránh gia vị, các chế phẩm từ cà chua.

#### *Thay đổi lối sống:*

- Đầu giường cao 10 - 15 cm.

- Tránh mặc đồ quá chật.

- Ngừng hút thuốc lá.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng 2016 của Bộ Y tế
2. Phác đồ điều trị nội trú 2018 của Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM  
Phác đồ điều trị ngoại trú 2018 của Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM
3. Phác đồ điều trị nội trú 2019 của Bệnh viện Nguyễn Tri Phương  
Phác đồ điều trị ngoại trú 2019 của Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

## VIÊM MŨI XOANG DỊ ỨNG

### 1. Định nghĩa

Là phản ứng toàn thân giữa kháng nguyên, kháng thể sinh ra hoá chất trung gian histamin và serotonin biểu hiện bằng quá trình viêm ở mũi. Khi có nhiễm trùng kèm theo gọi là viêm mũi dị ứng bội nhiễm.

### 2. Nguyên nhân:

Bụi, phấn hoa, lông chó mèo, mọt nhà... Thức ăn: trứng, thịt gà, bò, hải sản, cá biển...

### 3. Chẩn đoán:

-Triệu chứng lâm sàng:

- + Ngứa mũi, hắt hơi, chảy nước mũi trong, nghẹt mũi.
- + Trong trường hợp có bội nhiễm: nước mũi đục, vàng, xanh.
- + Khám: niêm mạc tái nhợt, nhiều dịch mũi trong, cuốn mũi phù nề quá phát.

-CLS:

- + CTM: bình thường, IgE trong máu tăng
- + Dịch mũi có nhiều tế bào ái toan
- + Xquang: không có gì bất thường.
- + Test dưới da tìm dị nguyên: sẽ thực hiện trong tương lai.

### 4. Điều trị:

- Nguyên tắc:

Nghỉ ngơi, phòng tránh các tác nhân, nguyên nhân gây viêm mũi xoang. Đảm bảo dẫn lưu tốt mũi xoang, chống phù nề niêm mạc. Kết hợp điều trị tại chỗ và toàn thân.

- Điều trị tại chỗ:

- + Rửa mũi bằng Hydroxypropyl methylcellulose, nước muối sinh lý hoặc nước biển sâu (Sterima, Hummer, NeiMed...) hoặc xịt mũi thảo dược (Capsio,...).
- + Xịt mũi bằng corticoid: Tixocortol (Pivalon...), Fluticasone, Fluticasone Furoate (Avamys), Fluticasone Propionat (Flixonase...), Budesonide (Rhinocort...), Mometasone Furoate (Nassomex...), Beclometasone dipropionate, Flunisolide, Betnesol

- Điều trị toàn thân:

- + Kháng histamin
- + Trong trường hợp cần thiết sử dụng corticoid đường uống
- + Một số thuốc ngừa tái phát như Montelukast
- + Nhóm Thymomodulin
- + Trường hợp viêm phù nề các lỗ thông xoang gây nhức đầu nhiều hoặc sốt có thể sử dụng nhóm giảm đau: Paracetamol
- + Kháng sinh khi có bội nhiễm, tùy từng người bệnh và mức độ nặng mà bác sĩ có thể sử dụng các nhóm kháng sinh sau:
  - 1.Penicillins, Beta-lactams: Amoxicillin + acid clavulanic, Amoxicillin + sulbactam, Sultamicillin.
  - 2.Cephalosporin thế hệ I – II – III: Cefadroxil, Cefuroxim, Cefaclor, Cefixim, Cefpodoxim, Cefdinir, Cefditoren, Cefprozil)
  - 3.Macrolides: Azithromycin, Roxithromycin, Clarithromycin, Spiramycin, Spiramycin + Metronidazole.
  4. Lincosamid (Clindamycin).

5. Nitroimidazol (Metronidazol).

6. Trong vài trường hợp nặng có thể sử dụng nhóm Quinolones: Ciprofloxacin, Ofloxacin, Moxifloxacin, Levofloxacin.

### 5. Phòng ngừa:

- Tránh, giảm tiếp xúc với dị nguyên.
- Vệ sinh môi trường nơi ở, nơi làm việc.
- Không hút thuốc lá, thuốc lào, hạn chế rượu bia.

- Thường xuyên rèn luyện sức khỏe, nâng cao thể lực.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng 2016 của Bộ Y tế
2. Phác đồ điều trị nội trú 2018 của Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM  
Phác đồ điều trị ngoại trú 2018 của Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM
3. Phác đồ điều trị nội trú 2019 của Bệnh viện Nguyễn Tri Phương  
Phác đồ điều trị ngoại trú 2019 của Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

## VIÊM XOANG CẤP TÍNH

### 1. Định nghĩa

Viêm mũi xoang cấp tính là quá trình viêm cấp xảy ra ở niêm mạc mũi và các xoang cạnh mũi từ 4 tuần trở lại.

### 2. Nguyên nhân:

- Thường gặp nhất là do sự nhiễm trùng từ hốc mũi vào một hoặc nhiều xoang. Cảm thường là nguyên nhân phổ biến gây viêm niêm mạc xoang, nhưng thường không có triệu chứng. Ngoài ra dị ứng cũng là yếu tố ảnh hưởng đến viêm xoang cấp.
- Sinh bệnh học: virus, Pneumococci, H.influenza, Streptococcus tan huyết, Staphylococci, E.coli và yếm khí ít gặp (thường do răng).

### 3. Chẩn đoán:

#### 3.1 Lâm sàng:

Cần phải nghĩ tới viêm mũi xoang cấp tính do vi khuẩn khi viêm nhiễm đường hô hấp trên do virus sau 5-7 ngày triệu chứng ngày càng xấu đi hoặc kéo dài hơn 10 ngày chưa khỏi bệnh.

Các triệu chứng giúp chẩn đoán viêm mũi xoang cấp tính gồm có:

- Các triệu chứng chính:
  - + Cảm giác đau và nhức ở vùng mặt
  - + Sưng và nề vùng mặt
  - + Tắc ngạt mũi
  - + Chảy mũi, dịch đổi màu hoặc mủ ra mũi sau.
  - + *Ngủ kém hoặc mất ngủ*
  - + Có mủ trong hốc mũi
  - + Sốt
- Các triệu chứng phụ:
  - + Đau đầu
  - + Thở hôi
  - + Mệt mỏi
  - + Đau răng
  - + Ho
  - + Đau nhức ở tai

Soi mũi trước: là cần thiết với tất cả các bệnh nhân nghi ngờ bị viêm mũi xoang. Cần chú ý phát hiện chất nhầy mủ, sung huyết, dị hình vách ngăn...

#### 3.2 CLS:

- Xquang: niêm mạc xoang có phản ứng viêm như dày niêm mạc xoang hoặc mức khí dịch
- Nội soi mũi xoang: các lỗ thông khe phù nề, xuất tiết. Có thể thấy dòng nhầy đục chảy ra từ khe giữa, khe trên.
- CTM: bạch cầu tăng nhẹ.
- CT scan mũi xoang, MRI

### 4. THỂ LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ:

#### 4.1. Viêm mũi xoang nguyên nhân do virus:

Đại đa số giữa những đợt viêm mũi xoang cấp là do nhiễm trùng vi- rút. Vi- rút phổ biến nhất là rhinovirus, nhưng coronavirus, influenza A and B, parainfluenza, vi- rút hợp bào hô hấp, adenovirus, và enterovirus cũng là những tác nhân gây bệnh. Rhinovirus, influenza, và parainfluenza viruses là những nguồn bệnh nguyên phát trong 3-15% bệnh nhân với viêm xoang cấp tính. Khoảng 0.5-2% trường hợp viêm xoang do vi- rút có thể tiến triển thành viêm xoang vi khuẩn cấp tính.

Viêm hô hấp trên do vi- rút là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất cho sự phát triển của viêm xoang nhiễm khuẩn cấp tính. Khoảng 90% bệnh nhân có viêm hô hấp trên do vi- rút có liên quan đến xoang, nhưng chỉ có 5-10% của những bệnh nhân này có bội nhiễm vi khuẩn đòi hỏi phải sử dụng kháng sinh. Quan điểm điều trị không kháng sinh bao gồm: corticosteroids tại chỗ, chống sung huyết tại chỗ hoặc toàn thân, long đàm, xịt nước muối tại chỗ.

#### 4.2. Viêm mũi xoang nguyên nhân do vi khuẩn tại mũi:

- Kháng sinh:

1. Penicillins, Beta-lactams: Amoxicillin + acid clavulanic, Amoxicillin + sulbactam, Sultamicillin.

2. Cephalosporin thế hệ I – II – III: Cefadroxil, Cefuroxim, Cefaclor, Cefixim, Cefpodoxim, Cefdinir, Cefditoren, Cefprozil)

3. Macrolides: Azithromycin, Roxithromycin, Clarithromycin, Spiramycin, Spiramycin + Metronidazole.

4. Trong vài trường hợp nặng có thể sử dụng nhóm Quinolones: Ciprofloxacin, Ofloxacin, Moxifloxacin, Levofloxacin.

- Chống viêm:

1. Corticoid: Methylprednisolone (Medrol 4mg, 5mg, 16mg).

2. NSAIDs: Clonixin, Etodolac, Floctafenin, Loxoprofen, Piroxicam, Paracetamol + Ibuprofen, Celecoxib, Taniflumate...

- Long đàm: Ambroxol, Eprazion, N-Acetylcystein, Bromhexin, Carbocystein, Erdosteine, Sulfogaiacol, Guaifenesin.

- Kháng histamin: thế hệ 1 (Chlorpheniramin, Dexchlorpheniramin, Promethazine, Alimemazin), thế hệ 2 (Fexofenadin, Loratadin, Desloratadin, Cetirizin, Ebastin, Acrivastine, Bilastin...)

- Chống ho: Dextromethorphan, Dextromethorphan hydrobromua + Chlorpheniramin maleat + Sodium citrate dihydrat + Glyceryl guaiacolat (sp Atussin), Leprozin, Terpin codein, Actifed, Codeinphosphat, Glyceril gaiacol, Codein camphosphonolat + Sulfoguaiacol + cao mềm Grindelia (Neocodion), Oxomemazin + Guafenasin + Paracetamol + natri benzoate (Toplexil).

- Có thể dùng thuốc ho thảo dược: Tragutan, Sp. Pectol, Sp. Astex, Sp. Zecup.

- Hạ sốt + giảm đau: Paracetamol hay Paracetamol kết hợp Tramadol (Ultracet), Diclofenac.

- Rửa mũi bằng Hydroxypropyl methylcellulose, nước muối sinh lý hoặc nước biển sâu (Sterima, Hummer, NeiMed...) hoặc xịt mũi thảo dược (Capsio,...).

- Xịt mũi bằng corticoid: Tixocortol (Pivalon...), Fluticasone, Fluticasone Furoate (Avamys), Fluticasone Propionat (Flixonase...), Budesonide (Rhinocort...), Mometasone Furoate (Nassomex...), Beclometasone dipropionate, Flunisolide, Betnesol

#### 4.3. Viêm mũi xoang nguyên nhân do nhiễm khuẩn từ răng 4,5,6,7 hàm trên:

Điều trị: nhổ răng

| Điều trị                                                              | Thuốc                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kháng sinh ( dùng 1 trong các loại trên)<br>Thường dùng trong 15 ngày | Giống như trên, nhưng kèm theo Metronidazol như Flagyl 0,5g 1vx4 trong 10 ngày, hoặc Rodogyl 1vx4 trong 10 ngày                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Kháng viêm                                                            | - Chống viêm loại enzym: Alphachymotrypsine ( $\alpha$ 21 $\mu$ K) 2vx2-3 lần/ngày<br>- Corticosteroids: methyl prednisolone (medrol 4mg, 16mg), metasulfobenzoat prednisone (solumedrol 5mg, 20mg), prednisone 5mg: 0,5- 1,5mg/ kg/ ngày. Corticosteroids có lợi ích đáng kể chưa rõ ràng. Có thể sử dụng toàn thân hoặc tại chỗ, nhất là trong trường hợp có viêm mũi dị ứng kèm theo. Corticosteroids tại chỗ: Budesonide (Rhinocort), Fluticasone propionate (Flixonase), Fluticasone furoate (Avamys), Mometasone furoate (Nasonex). Fluticasone furoate (Avamys) có thể sử dụng cho trẻ từ 2 tuổi |
| Long đàm                                                              | Ambrosol 30mg, bromhexin (bisolvon) 8mg: 1vx3 lần/ngày<br>Acetyl cystein 200mg (Exomuc, Acemuc): 1 gói x3 lần/ngày                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |



|          |                                                                                                                                           |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|          | Trẻ 2-5 tuổi: 1/2 gói x 3 lần/ngày                                                                                                        |
| Giảm đau | Paracetamol (Panadol, Efferalgan) 0,5g 1x3 lần/ngày trong 3 ngày                                                                          |
| Rửa mũi  | NaCL 0.9% hay ưu trương, nhược trương.<br>Thuốc xịt mũi thảo dược.<br>Nước biển sâu đẳng trương, ưu trương, nhược trương.<br>Natribicart. |

#### 4.4. Điều trị ngoại khoa:

- Sau 4-6 tuần điều trị bằng thuốc kháng sinh phù hợp, corticoid tại chỗ và liệu pháp corticoid toàn thân không kết quả nên cân nhắc phẫu thuật. Điều trị phẫu thuật có thể cần thiết nếu có những bằng chứng về tổn thương niêm mạc hoặc tắc phức hợp lỗ ngách (khi được xác định bằng CT Scanner hoặc khám nội soi). Bệnh nhân chắc chắn có các bất thường về giải phẫu mũi xoang có thể cũng phải phẫu thuật.
- Phương pháp mổ tùy bệnh tích phát hiện được qua nội soi và CT Scan: lấy sạch bệnh tích và đảm bảo thông khí xoang tốt.
- Viêm xoang hàm và sàng trước: mở khe mũi giữa và bóng sàng
- Viêm xoang sàng trước và sau: nạo sàng
- Viêm xoang trán: mở ngách trán
- Viêm xoang bướm: mở thông xoang bướm
- Phẫu thuật nội soi giảm áp ổ mắt
- Phẫu thuật giải áp thần kinh thị giác

#### 5. TIỀN LƯỢNG

Viêm xoang không gây bất cứ tử vong đáng kể nào. Tuy nhiên, biến chứng viêm xoang có thể dẫn đến hoành hành bệnh tật và trong những trường hợp hiếm có thể gây tử vong

- Khoảng 40% viêm xoang cấp có thể tự khỏi mà không dùng kháng sinh. Viêm xoang do vi- rút thì khả năng tự khỏi là 98%.
- Kháng sinh thích hợp thường cải thiện bệnh nhân với viêm xoang cấp. Tần suất tái phát sau điều trị thành công là dưới 5%
- Không đáp ứng hoặc triệu chứng tồi tệ hơn trong vòng 48 giờ, cần đánh giá lại bệnh nhân.
- Bệnh nhân với viêm mũi dị ứng, điều trị tích cực các triệu chứng ở mũi và dấu hiệu của phù nề niêm mạc mũi mà có thể gây tắc nghẽn dẫn lưu mũi, có thể làm giảm viêm xoang thứ phát.
- Nếu VA nhiễm trùng mạn tính, nạo VA để loại bỏ ổ nhiễm trùng và có thể làm giảm viêm xoang.

**6. Biến chứng:** Không điều trị hoặc điều trị không đầy đủ viêm xoang có thể dẫn đến các biến chứng:

- Viêm xoang mạn
- Viêm màng não, áp-xe não
- Thuyên tắc tĩnh mạch xoang hang
- Các nhiễm trùng khác: cốt tủy viêm xương, viêm mô tế bào
- Giảm hoặc mất khứu: do tắc nghẽn mũi và viêm thần kinh khứu giác có thể gây giảm khứu tạm thời hoặc vĩnh viễn
- Áp-xe ổ mắt.
- Thị lực: nhiễm trùng lan vào hốc mắt gây giảm thị lực hoặc mù, có thể mù vĩnh viễn.

#### 6. Phòng ngừa:

Tránh bụi khói, hóa chất. Không hút thuốc. Làm ẩm, ẩm không khí. Cân bằng dinh dưỡng đầy đủ

Có thể sử dụng Broncho-vaxom, thành phần gồm bacterial lysates of haemophilus influenzae, diplococcus pneumoniae, klebsiella pneumoniae and azaenae

Mục đích: điều trị tăng cường miễn dịch, phòng ngừa nhiễm khuẩn tái phát đường hô hấp và nhiễm khuẩn cấp kích phát của viêm phế quản mãn tính. điều trị phối hợp trong nhiễm khuẩn cấp đường hô hấp.

Người lớn:

- Điều trị dự phòng và/hoặc điều trị củng cố: mỗi ngày uống 1 viên khi đói, dùng 10 ngày liên trong mỗi tháng x dùng trong 3 tháng.
- Điều trị giai đoạn cấp tính: mỗi ngày uống một viên khi đói tới khi hết triệu chứng (nhưng phải dùng ít nhất 10 ngày). trong trường hợp phải dùng kháng sinh, nên phối hợp với broncho-vaxom từ lúc khởi

đầu điều trị.

Trẻ em (từ 6 tháng tuổi đến 12 năm tuổi): cách điều trị như ở người lớn, 1 viên/ gói broncho-vaxom cho trẻ em chứa nửa liều broncho-vaxom cho người lớn.

Liều lượng:

Người lớn: 1 viên 7mg/ ngày

Trẻ em: 1 viên(gói) 3,5mg/ ngày

**TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

4. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng 2016 của Bộ Y tế
5. Phác đồ điều trị nội trú 2018 của Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM  
Phác đồ điều trị ngoại trú 2018 của Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM
6. Phác đồ điều trị nội trú 2019 của Bệnh viện Nguyễn Tri Phương  
Phác đồ điều trị ngoại trú 2019 của Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

1.

## VIÊM MŨI CẤP

### 1. Định nghĩa

Là quá trình viêm cấp xảy ra tại mũi làm niêm mạc mũi sung huyết.

### 2. Nguyên nhân:

Viêm mũi cấp tính có thể do siêu vi, vi trùng, do môi trường ô nhiễm, bụi khói, hoá chất, do lạnh, hoặc có thể sau khi bị tổn thương niêm mạc mũi do dị vật, chấn thương...

### 3. Chẩn đoán:

- Triệu chứng cơ năng: sốt nhẹ, ngứa mũi, hắt hơi, chảy mũi, nghẹt mũi, nhức đầu, mệt mỏi.
- Triệu chứng thực thể: niêm mạc mũi sung huyết, cuốn mũi cương tụ, mũi xuất tiết.
- CLS: bạch cầu có thể tăng. XQ các xoang đều sáng.

### 4. Điều trị:

Nguyên tắc:

- Nghỉ ngơi, phòng tránh các tác nhân, nguyên nhân gây viêm mũi xoang.
- Đảm bảo dẫn lưu tốt mũi xoang, chống phù nề niêm mạc.
- Kết hợp điều trị tại chỗ và toàn thân.

#### 4.1 Điều trị tại chỗ:

Rửa mũi bằng Hydroxypropyl methylcellulose, nước muối sinh lý hoặc nước biển sâu (Sterima, Hummer, NeiMed...) hoặc xịt mũi thảo dược (Capsio,...).

#### 4.2 Điều trị toàn thân:

- + Kháng histamin
- + Trong trường hợp cần thiết sử dụng corticoid đường uống
- + Một số thuốc ngừa tái phát như Montelukast
- + Nhóm Thymomodulin
- + Trường hợp viêm phù nề các lỗ thông xoang gây nhức đầu nhiều hoặc sốt có thể sử dụng nhóm giảm đau: Paracetamol
- + Kháng sinh khi có nhiễm trùng, tùy từng người bệnh và mức độ nặng mà bác sĩ có thể sử dụng các nhóm kháng sinh sau:
  1. Penicillins, Beta-lactams: Amoxicillin + acid clavulanic, Amoxicillin + sulbactam, Sultamicillin.
  2. Cephalosporin thế hệ I – II – III: Cefadroxil, Cefuroxim, Cefaclor, Cefixim, Cefpodoxim, Cefdinir, Cefditoren, Cefprozil)
  3. Macrolides: Azithromycin, Roxithromycin, Clarithromycin, Spiramycin, Spiramycin + Metronidazole.
  4. Lincosamid (Clindamycin).
  5. Nitroimidazol (Metronidazol).
  6. Trong vài trường hợp nặng có thể sử dụng nhóm Quinolones: Ciprofloxacin, Ofloxacin, Moxifloxacin, Levofloxacin.

### 5. Biến chứng:

Viêm mũi mạn

Viêm xoang

### 6. Phòng ngừa:

- Tránh, giảm tiếp xúc với yếu tố nguy cơ
- Vệ sinh môi trường nơi ở, nơi làm việc.
- Không hút thuốc lá, thuốc lào, hạn chế rượu bia.
- Thường xuyên rèn luyện sức khỏe, nâng cao thể lực.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng 2016 của Bộ Y tế
2. Phác đồ điều trị nội trú 2018 của Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM  
Phác đồ điều trị ngoại trú 2018 của Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM
3. Phác đồ điều trị nội trú 2019 của Bệnh viện Nguyễn Tri Phương  
Phác đồ điều trị ngoại trú 2019 của Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

## VIÊM XOANG MẠN TÍNH

### 1. Định nghĩa:

Là tình trạng viêm tại niêm mạc mũi xoang kéo dài trên  $\geq 12$  tuần, tái đi tái lại nhiều lần làm phù nề, bít tắc lỗ thông xoang.

### 2. Nguyên nhân:

Theo những quan điểm mới hiện nay, viêm mũi xoang mạn tính là một bệnh lý viêm đa yếu tố.

Các yếu tố góp phần vào quá trình viêm này:

- Nhiễm trùng kéo dài (bao gồm biofilm và viêm xương)
- Dị ứng và các bệnh lý miễn dịch khác
- Các yếu tố nội tại của đường hô hấp trên
- Siêu kháng nguyên
- Nhiễm nấm
- Các bất thường cấu trúc giải phẫu
- Các bất thường chuyển hóa như nhạy cảm với aspirin

### 3. Chẩn đoán

#### 3.1. Triệu chứng lâm sàng

##### 3.1.1 Cơ năng

Nghẹt mũi

Chảy mũi

Đau, nặng mặt

Giảm khứu

##### 3.1.2 Thực thể

Khám mũi: niêm mạc mũi phù nề, hốc mũi đọng nhầy đục

Khám họng: dịch mũi chảy xuống thành sau họng

#### 3.2. Cận lâm sàng

Nội soi mũi xoang: đánh giá tình trạng niêm mạc hốc mũi, dịch nhầy đục ở các khe mũi

X-quang: phim Blondeau-Hirtz thấy hình ảnh mờ xoang

CT scan: Khi không đáp ứng điều trị nội khoa hay khi chuẩn bị phẫu thuật, giúp đánh giá chính xác tình trạng viêm các xoang, góp phần tiên lượng khả năng điều trị, đánh giá bệnh, cũng như phát hiện nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ đi kèm.

#### 3.3. Tiêu chuẩn chẩn đoán

Theo EPOS 2012:

Viêm mũi xoang mạn tính được chẩn đoán khi có ít nhất 1 trong 2 triệu chứng nghẹt mũi hay chảy mũi / chảy đàm xuống họng kèm theo:

- Đau mặt
- Giảm hay mất mùi

Nội soi có các hình ảnh

- Polyp mũi
- Nhầy đục khe giữa
- Niêm mạc phù nề, thoái hóa khe giữa

Thay đổi trên CT-scan: thay đổi niêm mạc ở phức hợp lỗ thông hay niêm mạc xoang

#### 3.4. Các thể lâm sàng

Viêm mũi xoang mạn tính không có polyp mũi

Viêm mũi xoang mạn tính có polyp mũi

### 4. Điều trị:

#### 4.1 Điều trị nội khoa:

-Kháng sinh:

1. Penicillins, Beta-lactams: Amoxicillin + acid clavulanic, Amoxicillin + sulbactam, Sultamicillin.

2. Cephalosporin thế hệ I – II – III: Cefadroxil, Cefuroxim, Cefaclor, Cefixim, Cefpodoxim, Cefdinir, Cefditoren, Cefprozil)

3. Macrolides: Azithromycin, Roxithromycin, Clarithromycin, Spiramycin, Spiramycin + Metronidazole.

4. Trong vài trường hợp nặng có thể sử dụng nhóm Quinolones: Ciprofloxacin, Ofloxacin, Moxifloxacin, Levofloxacin.

- Chống viêm:

1. Corticoid: Methylprednisolone (Medrol 4mg, 5mg, 16mg).

2. NSAIDs: Clonixin, Etodolac, Floctafenin, Loxoprofen, Piroxicam, Paracetamol + Ibuprofen, Celecoxib, Taniflumate...

- Long đàm: Ambroxol, Eprazion, N-Acetylcystein, Bromhexin, Carbocystein, Erdosteine, Sulfogaiacol, Guaifenesin.

- Kháng histamin: thế hệ 1 (Chlorpheniramin, Dexchlorpheniramin, Promethazine, Alimemazin), thế hệ 2 (Fexofenadin, Loratadin, Desloratadin, Cetirizin, Ebastin, Acrivastine, Bilastin...)

- Chống ho: Dextromethorphan, Dextromethorphan hydrobromua + Chlorpheniramin maleat + Sodium citrate dihydrat + Glyceryl guaiacolat (sp Atussin), Leprozin, Terpin codein, Actifed, Codeinphosphat, Glyceril gaiacol, Codein camphosulphonat + Sulfoguaiacol + cao mềm Grindelia (Neocodion), Oxomemazin + Guaifenasin + Paracetamol + natri benzoate (Toplexil).

Có thể dùng thuốc ho thảo dược: Tragutan, Sp. Pectol, Sp. Astex, Sp. Zecup.

- Hạ sốt + giảm đau: Paracetamol hay Paracetamol kết hợp Tramadol (Ultracet), Diclofenac.

- Rửa mũi bằng Hydroxypropyl methylcellulose, nước muối sinh lý hoặc nước biển sâu (Sterima, Hummer, NeiMed...) hoặc xịt mũi thảo dược (Capsio,...).

- Xịt mũi bằng corticoid: Tixocortol (Pivalon...), Fluticasone, Fluticasone Furoate (Avamys), Fluticasone Propionat (Flixonase...), Budesonide (Rhinocort...), Mometasone Furoate (Nassomex...), Beclometasone dipropionate, Flunisolide, Betnesol

#### 4.2 Điều trị phẫu thuật: Chỉ định:

- Viêm xoang mạn tính do nấm

- Viêm xoang mạn tính không đáp ứng điều trị nội khoa

- Viêm xoang – Polyp mũi có chỉ định phẫu thuật

- Viêm xoang mạn tính có biến chứng u nhầy, biến chứng ổ mắt hay thần kinh,...

Phương pháp phẫu thuật:

- Phương pháp mổ tuỷ bệnh tích phát hiện được qua nội soi và CT scan

- Viêm xoang hàm và sàng trước: mở khe mũi giữa và bóng sàng

- Viêm xoang sàng trước và sau: nạo sàng

- Viêm xoang trán: mở ngách trán

- Viêm xoang bướm: mở thông xoang bướm.

#### 5. **Biến chứng**:

Viêm mô tế bào ổ mắt, áp xe ổ mắt: giảm thị lực, mất hoặc thay đổi vận nhãn.

Thần kinh: áp xe dưới màng cứng, ngoài màng cứng, viêm màng não, áp xe não. Răng: dò xoang răng

Viêm xương tuỷ: cốt tuỷ viêm xương trán hoặc xương hàm trên.

#### 6. **Phòng ngừa**:

Chủ yếu bằng vệ sinh môi trường và cơ thể khoẻ mạnh.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng 2016 của Bộ Y tế
2. Phác đồ điều trị nội trú 2018 của Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM  
Phác đồ điều trị ngoại trú 2018 của Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM
3. Phác đồ điều trị nội trú 2019 của Bệnh viện Nguyễn Tri Phương  
Phác đồ điều trị ngoại trú 2019 của Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

## BỆNH POLYP MŨI

### 1. Định nghĩa

Polyp mũi là tổn thương giả u do thoái hoá cục bộ của niêm mạc mũi hay xoang mà chủ yếu là tổ chức đệm.

Polyp mũi là bệnh rất thường gặp, có thể đơn thuần ở hốc mũi, có thể ở các xoang hay cả ở mũi và xoang.

### 2. NGUYÊN NHÂN

- Do viêm mũi xoang mạn tính.
- Do viêm mũi xoang dị ứng.
- Do rối loạn vận mạch, rối loạn nội tiết hay do cơ địa tạo nên.

### 3. CHẨN ĐOÁN

#### 3.1. Chẩn đoán xác định

##### 3.1.1. Lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng:
  - + Ngạt tắc mũi thường xuyên.
  - + Xi mũi hoặc khịt khạc mũi nhầy hay mũi đặc thường xuyên.
  - + Đau nhức vùng mặt.
  - + Mất ngủ hoặc giảm ngủ.
- Triệu chứng thực thể: soi mũi thấy:
  - + Khối u mềm, nhẵn bóng, mọng, màu hồng nhạt.
  - + Tùy theo kích thước của polyp mũi, chia làm 4 độ:
    - Độ I: Polyp khu trú gọn trong phức hợp lỗ ngách.
    - Độ II: Polyp phát triển ra ngách giữa nhưng chưa vượt quá bờ tự do của cuốn giữa.
    - Độ III: Polyp vượt quá bờ tự do của cuốn giữa đến lưng cuốn dưới. Độ IV: Polyp che kín toàn bộ hốc mũi, ra tận cửa mũi sau.

##### 3.1.2. Cận lâm sàng

- Phim X quang thông thường (Blondeau, Hirtz) cho hình ảnh không rõ:
  - + Hình mờ đều hoặc không đều các xoang và hốc mũi.
  - + Hình ảnh polyp trong xoang.
- Phim CT Scan: cho hình ảnh:
  - + Hình ảnh polyp mũi xoang kèm mờ các xoang, có thể mờ đều hoặc không đều
  - + Các cấu trúc giải phẫu bất thường như: vẹo lệch vách ngăn, bóng hơi cuốn giữa, cuốn giữa đảo chiều,...
- MRI:

Cho phép phân biệt polyp với các tổn thương do tắc lỗ thông mũi xoang (dày niêm mạc, dịch trong xoang).

##### 3.1.3. Kết quả mô bệnh học

Giúp chẩn đoán xác định polyp mũi.

### 3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Với bệnh lý u mũi xoang:
  - + Khối u thường không nhẵn, mật độ không đều, bề mặt sùi, loét, dễ chảy máu.
  - + Ngạt mũi, chảy mũi, giảm ngủ, thường ở một bên.
  - + Hay xì ra máu mũi.
  - + Hay gặp ở người lớn tuổi.
  - + Kết quả mô bệnh học cho kết quả tổn thương u.

### 4. ĐIỀU TRỊ

#### 4.1. Nguyên tắc điều trị

- Nghỉ ngơi, phòng tránh các tác nhân, nguyên nhân gây viêm mũi xoang.

- Đảm bảo dẫn lưu tốt mũi xoang, chống phù nề niêm mạc.
- Kết hợp điều trị tại chỗ và toàn thân.

#### 4.2. Phác đồ điều trị

- Điều trị nội khoa.

- Điều trị ngoại khoa.

#### **4.3. Điều trị cụ thể**

##### **4.3.1. Điều trị nội khoa**

Chỉ định: khi khối polyp độ I, II.

- Điều trị toàn thân:
  - + Thuốc kháng sinh khi có viêm mũi xoang kèm theo.
  - + Thuốc corticosteroid đường uống.
- Điều trị tại chỗ:
  - + Dùng thuốc co mạch.
  - + Rửa mũi bằng nước muối sinh lý.
  - + Thuốc corticosteroid dạng xịt, dùng kéo dài.

##### **4.3.2. Điều trị phẫu thuật**

- Chỉ định:
  - + Khi khối polyp độ I, II điều trị nội khoa không đỡ.
  - + Khi khối polyp độ III, IV.
- + Điều trị toàn thân:
  - Thuốc kháng sinh: thường từ 1 đến 2 tuần.
  - Thuốc corticosteroid đường uống.
  - Chế độ dinh dưỡng hợp lý, nâng cao thể trạng.
- + Điều trị tại chỗ:
  - Rút merocel mũi sau 24 giờ.
  - Dùng thuốc co mạch.
  - Rửa mũi bằng nước muối sinh lý.
  - Làm thuốc mũi, rửa mũi xoang.
  - Thuốc corticosteroid dạng xịt kéo dài.

### **5. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG**

#### **5.1. Tiên lượng**

Bệnh polyp mũi do nhiều nguyên nhân, điều trị thường dài ngày nên để có kết quả tốt đòi hỏi bệnh nhân phải tuân thủ điều trị theo hướng dẫn của bác sỹ.

#### **5.2. Biến chứng**

Biến chứng đường hô hấp:

- Viêm tai giữa
- Viêm thanh quản
- Viêm giãn khí phế quản

### **6. PHÒNG BỆNH**

- Nghỉ ngơi, phòng tránh các tác nhân, nguyên nhân gây viêm mũi xoang.
- Vệ sinh môi trường nơi ở, nơi làm việc.
- Không hút thuốc lá, thuốc lào, hạn chế rượu bia.
- Thường xuyên rèn luyện sức khỏe, nâng cao thể lực.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng 2016 của Bộ Y tế
2. Phác đồ điều trị nội trú 2018 của Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM  
Phác đồ điều trị ngoại trú 2018 của Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM
3. Phác đồ điều trị nội trú 2019 của Bệnh viện Nguyễn Tri Phương  
Phác đồ điều trị ngoại trú 2019 của Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

## NÚT BIỂU BÌ – RÁY TAI

### 1. Định nghĩa

Nút biểu bì là một bệnh lý của ống tai ngoài, được hình thành do những mảnh da chết của ống tai ngoài bong ra và kết lại thành khối.

### 2. Nguyên nhân:

Do những mảnh biểu bì của ống tai bong ra và kết lại thành khối

### 3. Chẩn đoán xác định:

Cảm giác như có vật gì chèn chặt lấy tai, thỉnh thoảng lau tai có mùi thối hoặc nước trắng đục chảy ra cửa tai.

- Khám:

Nút biểu bì màu trắng vàng giống cục giấy bản vo viên (thường bị 1 bên ống tai).

Ráy tai màu đen hoặc nâu

### 4. Chẩn đoán phân biệt:

- Ráy tai với nút biểu bì

- Cholesteoma

### 5. Diễn tiến:

Viêm ống tai ngoài

Nhọt ống tai ngoài

### 6. Điều trị:

Nếu lấy lần đầu không được do nút biểu bì cứng có thể cho nhỏ thuốc làm mềm ráy tai sau 1 tuần tái khám lại

Làm mềm nút ráy tai bằng:

Bảng: Các thuốc sử dụng tại chỗ

| Dạng thuốc            | Thuốc                                                                                                        | Cơ chế tác dụng                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dạng nước             | Acetic acid<br>Cerumene<br>x Colace<br>Hydrogen peroxide<br>Sodium bicarbonate<br>Nước muối sinh lý vô trùng | Acetic acid dạng dung dịch<br>Triethanolamine polypeptide oleate-condensate<br>Docusate sodium<br>Dung dịch Hydrogen peroxide<br>Sodium bicarbonate<br>Nước<br>Dầu Almond<br>Dầu Arachis<br>Dầu arachis, dầu almond, dầu long não<br>Dầu Olive<br>Dung dịch mỡ<br>Choline salicylate, glycerine<br>Carbamide peroxide (urea-hydrogen peroxide). |
| Dạng dầu              | Dầu Almond<br>Dầu Arachis<br>Earex                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Không nước, không dầu | Dầu Olive<br>Dầu khoáng/ Dung dịch mỡ<br>Audax<br>Debrox                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

Lấy bỏ nút biểu bì bằng: móc tù hoặc hút ra.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng 2016 của Bộ Y tế
- Phác đồ điều trị nội trú 2018 của Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM



- Phác đồ điều trị ngoại trú 2018 của Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM
3. Phác đồ điều trị nội trú 2019 của Bệnh viện Nguyễn Tri Phương
- Phác đồ điều trị ngoại trú 2019 của Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

## VIÊM MÓNG TAI NGOÀI

### 1. Định nghĩa

Là tình trạng nhiễm trùng của ống tai ngoài do tổn thương da ống tai. Phân loại:

- Cấp: khi nhiệt độ và độ ẩm trong ống tai tăng lên làm tổn thương hàng rào bảo vệ da ống tai, vi khuẩn xâm nhập -> gây bệnh.
- Bán cấp và mạn: khi không điều trị đầy đủ, da ống tai trở nên khô, tróc vảy giống trong bệnh eczema, có khi tăng sản da làm ống tai dày lên làm bít ống tai.

### 2. Yếu tố thuận lợi:

- Môi trường ẩm và ấm
- Hẹp ống tai ngoài, nút ráy tai
- Đeo máy trợ thính, nút tai
- Chấn thương ống tai ngoài do ngoáy tai, lấy ráy tai bằng dụng cụ không phù hợp hay thô bạo
- Bơi lội

### 3. Chẩn đoán:

Chia làm 3 giai đoạn:

-Giai đoạn 1: Ngứa tai, thường xuất hiện sau khi BN dùng tắm bồn ngoáy tai hoặc dùng đồ móc tai.

-Giai đoạn 2: Viêm cấp

+Nhẹ: ngứa tai, đau tai nhẹ, da ống tai đỏ, phù nề nhẹ.

+Vừa: ngứa tai, đau tai nhiều hơn, da ống tai đỏ, phù nề nhiều, tiết dịch trong.

+Nặng: tai rất đau, đôi khi lan ra vùng quanh tai, làm ống tai hẹp, chảy mủ tai, xuất hiện hạch cổ.

-Giai đoạn 3: viêm mạn

Đau tai ít, ngứa tai nhiều và kéo dài, da ống tai bắt đầu dày lên, tróc vảy.

### 4. Điều trị:

#### 4.1. Điều trị tại chỗ

- Làm sạch ống tai thường xuyên
- Sử dụng kháng sinh phù hợp
- Điều trị chống viêm và giảm đau
- Phòng ngừa tái phát

#### 4.1. Thuốc nhỏ tai:

Dexacol, Otifar, Otofa, Otipax, Polydexa, Ciplox, Ofloxacin, Candibitic Auricularum, Foscin, Ray-C.

#### 4.2. Điều trị toàn thân:

|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kháng sinh                        | Nhóm Fluoroquinolones<br>-Ciprofloxacin 500mg x 2 lần/ngày uống.<br>-Hoặc Levofloxacin 500mg x 1 lần/ngày uống.<br>-Hoặc Moxifloxacin 400mg x 1 lần/ngày uống.<br>Chú ý bổ sung men vi sinh trong trường hợp loạn khuẩn ruột (như Lactobacillus Acidophilus,...) |
| Chống viêm chống phù nề: steroids | Kháng viêm:<br>a. Steroid: Prednisone 5mg, Methylprednisolone: 2-60mg/ngày có thể chia 2-3 lần (uống).<br>b. Non-steroid:                                                                                                                                        |

|                 |                                                                                                                                                                                   |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                 | . diclofenac 50mg 1v x 2-3 lần/ngày (uống)<br>. Ibuprofen 400mg 1v x 2-3 lần/ngày (uống)<br>. Meloxicam 7.5mg 1v x 2 lần/ngày (uống).<br>c. Dạng men: alpha chymotrypsine, Aescin |
| Giảm đau        | Paracetamol hay Paracetamol kết hợp Tramadol (Ultracet), Diclofenac.                                                                                                              |
| Kháng histamine | Thế hệ 1 (Chlorpheniramin, Dexchlorpheniramin, Promethazine, Alimemazin)<br>Thế hệ 2 (Fexofenadin, Loratadin, Desloratadin, Cetirizin, Ebastin, Acrivastine, Bilastin...)         |

#### 5. Phòng ngừa:

- Tránh sử dụng những dụng cụ: đồ móc tai, tăm bông...
- Dùng nút tai khi bơi, tắm
- Nếu BN vẫn bị tái đi tái lại thì sử dụng thuốc nhỏ tai có tính acid hoặc cồn.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng 2016 của Bộ Y tế
2. Phác đồ điều trị nội trú 2018 của Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM  
Phác đồ điều trị ngoại trú 2018 của Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM
3. Phác đồ điều trị nội trú 2019 của Bệnh viện Nguyễn Tri Phương  
Phác đồ điều trị ngoại trú 2019 của Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

## NẤMÔNG TAI NGOÀI

### 1. Định nghĩa:

Là tình trạng hiện diện nấm ở ống tai ngoài, có thể nguyên phát hay thứ phát

### 2. Nguyên nhân:

Tác nhân: thường do *Aspergillus*, *Candida*.

Nguyên nhân hay gặp: dùng các dụng cụ lấy ráy tai, ngoáy tai không sạch.

### 3. Chẩn đoán:

- Triệu chứng cơ năng: Ngứa tai

Nghe kém

Có dịch chảy ra ngoài cửa tai màu trắng, vàng hoặc nâu bẩn.

- Khám:

Ống tai ngoài có những mảng màu xám, đen hoặc trắng

### 4. Điều trị:

-Lấy sạch nấm

-Nhỏ tai với Cồn Boric 3%, Candibiotic (Cloramphenicol, Beclomethasone, Clotrimazole, Lidocain) trong 1-2 tuần.

-Trong 1 số trường hợp có thể dùng kháng nấm đường uống: Sporol (Itraconazole) 200mg/ 1 ngày x 7 ngày.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng 2016 của Bộ Y tế
2. Phác đồ điều trị nội trú 2018 của Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM  
Phác đồ điều trị ngoại trú 2018 của Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM
3. Phác đồ điều trị nội trú 2019 của Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

Phác đồ điều trị ngoại trú 2019 của Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

## NHỌT ỚNG TAI NGOÀI

### 1. Định nghĩa:

Là một tình trạng viêm cấp của tai ngoài.

Những chấn thương nhẹ (ngoáy tai) hoặc eczema, hoặc chảy mủ tai là nguyên nhân khởi phát của bệnh. Nhọt ống tai cũng hay ở những thể địa suy kém hoặc ở những người đái tháo đường.

### 2. Nguyên nhân:

Thường do staphylococcus xâm nhập vào tuyến bã nhờn và nang lông ở ống tai ngoài.

### 3. Chẩn đoán:

#### 3.1 Chẩn đoán xác định:

Lâm sàng:

Đau tai, đau tỏa lan ra vùng thái dương, gáy... Đau khi há mồm, nhai hoặc khi ấn vào vành tai. Thính lực vẫn bình thường hoặc giảm nhẹ.

Soi tai nốt gờ màu đỏ hồng, chàm vào đau, da chung quanh bị phù nề, long ống tai bịt hẹp, màng nhĩ khó xem được.

Một số biến chứng thường gặp: viêm hạch sau tai.

Tiêu chuẩn chẩn đoán

Đau khi há mồm, nhai hoặc khi ấn vào vành tai.

Soi tai nốt gờ màu đỏ hồng, chàm vào đau, da chung quanh bị phù nề, long ống tai bị thu hẹp, màng nhĩ khó xem được.

#### 3.2 chẩn đoán phân biệt

Viêm xương chũm cấp, viêm tuyến mang tai, viêm tai xương chũm cholesteatoma gây sụp thành ống tai.

### 4. Điều trị:

#### 4.1 Trong giai đoạn sung nề

-Kháng sinh, kháng viêm, giảm đau, kháng histamine.

- Nhỏ tai với kháng sinh kết hợp kháng viêm tại chỗ: Chloramphenicol + dexamethasone

(Dexacol), Rifamycin (Otafa), Phenazone + Lidocaine (Otipax), Polymyxin B +

Neomycin Dexamethasone, Ciprofloxacin, Ofloxacin, Chloramphenicol + Beclomethasone +

Clotrimazole + Lidocaine, Fosfomycin

#### 4.2 Trong giai đoạn mưng mủ:

Chích rạch nhọt ống tai, đặt một đoạn meche povidine 10% dẫn lưu, thay meche mỗi ngày trong 5-7 ngày

Kháng sinh có thể sử dụng:

- Penicillins, beta-lactams

- Cephalosporins thế hệ I-II-III

- Macrolides.

- Lincosamid.

- Nitroimidazol.

- Trong vài trường hợp nặng hay không đáp ứng điều trị với các nhóm kháng sinh trên có thể sử dụng nhóm Quinolones.

Chống viêm.

Hạ sốt và giảm đau.

Kháng histamine

Thuốc nhỏ tai: chloramphenicol + dexamethasone, chloramphenicol + Beclomethasone +

Dipropionat + clotrimazole + lidocaine, ciprofloxacin, fosfomycin, ofloxacin, acid acetic.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng 2016 của Bộ Y tế
2. Phác đồ điều trị nội trú 2018 của Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM  
Phác đồ điều trị ngoại trú 2018 của Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM
3. Phác đồ điều trị nội trú 2019 của Bệnh viện Nguyễn Tri Phương  
Phác đồ điều trị ngoại trú 2019 của Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

## VIÊM TAI GIỮA CẤP TÍNH

### 1. Định nghĩa:

Viêm tai giữa cấp là tình trạng viêm niêm mạc tai giữa xảy ra trong khoảng 3 tuần đầu.

### 2. Nguyên nhân gây bệnh:

Nhiễm trùng hô hấp trên.

Hoặc rối loạn chức năng vòi nhĩ.

Vi khuẩn thường gặp: streptococcus pneumomiae, Heamophilus influenza, Moraxella catarrhalis,.... Ở trẻ sơ sinh thường gặp nhất là vi khuẩn gram âm: Escheria coli, enterococci.

### 3. Chẩn đoán

#### 1. Triệu chứng lâm sàng:

##### Triệu chứng chính

- Đau tai : trạng thái vật vã
- Chảy tai : qua lỗ thủng
- Nghe kém
- Triệu chứng ít gặp hơn :
- ù tai
- Chóng mặt, mất cân bằng
- Liệt mặt ngoại biên
- Triệu chứng không đặc hiệu:
- Sốt , vật vã
- Chán ăn , nôn, tiêu chảy

#### 2. Cận lâm sàng

- Soi tai: màng nhĩ viêm đỏ, sung huyết, hoặc có dịch trong hòm nhĩ. Nếu không điều trị không kịp thời và đúng phương pháp sẽ dẫn tới chảy mủ(thủng nhĩ).
- Thính lực đồ: nghe kém dẫn truyền
- Nhĩ lượng đồ: Type B hay Cs

#### 3. Tiếp cận chẩn đoán: bao gồm

Lâm sàng khởi phát nhanh  
Cận lâm sàng

#### 4. Thể lâm sàng

##### 4.1 Viêm tai giữa cấp xuất tiết dịch thẳm:

Nguyên nhân do : u vòm , mất thăng bằng áp lực khí ở tai giữa và tai ngoài như khi đi máy bay thay đổi độ cao đột ngột, hoặc thợ lặn .., dị ứng

Triệu chứng ù tai , điếc dẫn truyền nhẹ

Màng nhĩ đỏ dọc cán búa , hoặc có mức nước ngang rốn nhĩ

##### 4.2 Viêm tai giữa cấp sung huyết :

Nguyên nhân chính là do viêm vòm mũi họng

Đau tai là triệu chứng chính và cũng là độc nhất

Bệnh diễn tiến trong khoảng thời gian ngắn rồi khỏi

#### 4.3 Viêm tai giữa cấp tính có mủ

##### 5. Biến chứng

##### Trong xương thái dương

- Viêm xương chũm
- Viêm mê nhĩ
- Liệt mặt
- Viêm xương đá
- Áp xe dưới màng cứng

##### Nội sọ

- Viêm màng não
- Viêm tắc xoang tĩnh mạch bên
- Áp xe não

### **Lâu dài**

- Viêm tai giữa mạn tính
- Thủng màng nhĩ
- Giảm thính lực

## **4. Điều trị**

### 4.1.Điều trị nội khoa:

#### 4.1.1. Điều trị tại chỗ

Rửa tai nếu có chảy mủ

Thuốc nhỏ tai:

#### 4.1.2. Điều trị toàn thân:

|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kháng sinh:<br>Có thể sử dụng 1 trong các loại sau       | 1.Nhóm Beta lactamase:<br>1.1 Penicilline dạng phối hợp<br>- Amoxicilline+ Acid Clavulanic<br>- Amoxicilline+ Sulbactam<br>- Ampicillin/sulbactam<br>1.2Cephalosporines<br>- Cefaclor, Cefuroxime, Cefprozil<br>-<br>Cefixime,Cefdinir,Cefditoren,Cefetamet,Cefpodoxime, Ceftazidi<br>1.3. Nhóm Macrolide: khi có dị ứng với |
| Kháng viêm:<br>Có thể sử dụng 1 trong các loại sau       | - <i>Steroide</i> :<br>Prednisolone 5mg, Methylprednisolone<br>- Enzyme:<br>Alpha chymotrypsin, Escinum, Alpha amylase                                                                                                                                                                                                       |
| Giảm đau:<br>Có thể sử dụng 1 trong các thuốc sau        | - Acetaminophen<br>- Floctafenine<br>- Nếu đau tai do co thắt có thể dùng thêm:<br>Coltramyl, Decontracyl                                                                                                                                                                                                                    |
| Kháng Histamine:<br>Có thể sử dụng 1 trong các thuốc sau | - Chlopheniramin 4mg, Dexclopheniramin 2mg<br>- Loratidine, Desloratidine<br>- Fexofenadine<br>- Cetirizine , Levocetirizine                                                                                                                                                                                                 |

### 4.2.Điều trị ngoại khoa: có thể trích nhĩ

## **5. Biện chứng:**

Viêm tai giữa mạn tính  
Thủng màng nhĩ  
Giảm thính lực.

## **6. Phòng ngừa:**

Giữ vệ sinh môi trường sống. có biện pháp phòng tránh, bảo vệ bản thân tốt khi có những vụ dịch liên quan đến đường hô hấp.

Điều trị triệt để các bệnh lý mũi họng khác như viêm VA, viêm mũi, viêm xoang, viêm răng miệng,...

Luyện tập thể dục, thể thao, sử dụng các thuốc bổ tăng cường sức đề kháng của cơ thể.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng 2016 của Bộ Y tế
2. Phác đồ điều trị nội trú 2018 của Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM

- Phác đồ điều trị ngoại trú 2018 của Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM
3. Phác đồ điều trị nội trú 2019 của Bệnh viện Nguyễn Tri Phương
- Phác đồ điều trị ngoại trú 2019 của Bệnh viện Nguyễn Tri Phương



## VIÊM TAI GIỮA MẠN TÍNH

### 1. Định nghĩa:

Viêm tai giữa (VTG) mạn tính được định nghĩa là tình trạng viêm niêm mạc tai giữa và xương chũm (sào đạo, sào bào, thông bào) kéo dài trên 12 tuần, không đáp ứng với điều trị nội khoa.

### 2. Nguyên nhân

Viêm tai giữa thường được gây ra bởi nhiễm các tác nhân gây bệnh do virus, vi khuẩn hay nấm. Vi khuẩn gây bệnh thường gặp nhất là *Streptococcus pneumoniae*. Những trường hợp khác bao gồm *Pseudomonas aeruginosa*, *Haemophilus influenzae* và *Moraxella catarrhalis*. Trong số các thanh thiếu niên lớn tuổi hơn và người lớn trẻ tuổi, nguyên nhân phổ biến nhất của bệnh nhiễm trùng tai là *Haemophilus influenzae*. Các loại virus như virus hợp bào hô hấp (RSV) và những loại gây ra cảm lạnh thông thường cũng có thể dẫn đến viêm tai giữa bằng cách làm tổn hại đến hệ thống phòng thủ bình thường của các tế bào biểu mô đường hô hấp trên.

Viêm tai giữa thường xảy ra ở trẻ em vì vòi nhĩ ngắn, hẹp, và hơi nằm ngang so với người lớn. Vòi nhĩ (Eustachian tube) nối liền tai giữa với vòm họng, nó giúp dẫn lưu dịch tiết trong hòm nhĩ về họng. Nếu vòi nhĩ bị tắc, dịch nhầy bị ứ đọng trong tai giữa và gây nên viêm tai giữa. Do viêm tai giữa cấp không được điều trị và theo dõi tốt. Viêm tai giữa sau các bệnh nhiễm trùng lây: như cúm, sởi. Viêm tai giữa do chấn thương áp lực.

Các yếu tố thuận lợi: Cấu trúc xương chũm loại có thông bào nhiều, độc tố của vi khuẩn nhất là *streptococcus hemolytique*, *pneumococcus mucosus*... và thể trạng, cơ địa của bệnh nhân: trẻ em suy dinh dưỡng, người lớn bị suy nhược cơ thể thì sức đề kháng bị giảm, do đó dễ bị viêm tai giữa.

Thường xuất hiện trong bệnh cảnh viêm tai giữa mạn tính thủng nhĩ, vi khuẩn từ tai giữa lan vào các thông bào chũm dẫn đến tắc nghẽn đường thông thường giữa các thông bào chũm gây ứ đọng, tắc nghẽn kéo dài và dẫn đến bệnh lý niêm mạc hay mô hạt viêm trong tai giữa và xương chũm gây ra tình trạng chảy tai kéo dài mặc dù đã điều trị nội khoa tích cực.

Viêm xương chũm mạn tính có thể dẫn đến xơ hệ thống thông bào chũm.

### 3. Chẩn đoán

#### 3.1. Lâm sàng

##### 3.1.1. Viêm tai giữa mạn tính xuất tiết

Là viêm tai xơ, không chảy nước ra ngoài tai, ít khi thủng nhĩ, còn gọi là xơ nhĩ. Triệu chứng lâm sàng:

Điếc: tăng dần, có tính chất dẫn truyền.

Ù tai, giọng trầm.

Khám tai: màng nhĩ, đục, lõm...

##### 3.1.2. Viêm tai giữa mạn tính tiết nhầy mũ

Nguyên nhân do mũi xoang, viêm (VA) kèm thêm bệnh tích ở sào bào, thượng nhĩ gây chảy mũ tai kéo dài.

- Lâm sàng:

o Dịch tai vàng nhạt hoặc trong quánh, không thối.

o Lỗ thủng màng nhĩ trước dưới.

o Không bao giờ có cholestatoma.

##### 3.1.3. Viêm tai giữa mạn tính mũ

Hay gặp, thường kèm bệnh tính xương chũm. Lâm sàng:

- Chảy mũ tai vàng hoặc xanh thối.

- Điếc: kiểu dẫn truyền.

- Đau: ít gặp, nhưng khi có là dấu hiệu có giá trị, đáng lưu ý.

- Khám tai: lỗ thủng nguy hiểm khi ở ¼ sau trên ngoạm vào xương, thủng hoặc sùi ở màng chũm.

- Đôi khi có thể thấy cholesteatoma là một khối mềm trắng giống bã đậu gồm những tế bào biểu mô lẫn với mỡ và cholesterine, rất nguy hiểm, có thể gây biến chứng nội sọ.

##### 3.1.4. Viêm tai xương chũm mạn tính

Lâm sàng

- Nhức đầu.

- Chảy mũ tai: thối.

- Điếc.

- Khám tai: lỗ thủng góc trên sau ngoam xương. Thở lâm sàng:
- Viêm tai xương chũm mạn tính có lỗ dò sau tai, dò Gelle.
- Viêm tai xương chũm mạn tính có cholesteatoma: nguy hiểm, có thể có biến chứng nội sọ.
- Thể diễn biến ở bệnh nhân lao hoặc giang mai.

### 3.2. Cận lâm sàng

- Soi tai
- Cây dịch tai
- X-quang Schuller
- CT-scan xương thái dương.
- Thính lực đồ

## 4. Điều trị

### 4.1. Điều trị nội khoa

#### 4.1.1. Điều trị tại chỗ

- Chăm sóc tai:
- Làm thuốc tai để loại bỏ dịch tiết nhiễm trùng trong tai. Có thể dùng nước muối sinh lý hoặc nước oxy già 6-10 đơn vị nhỏ vào tai, hút rửa và sau đó lau khô
- Nhỏ thuốc tai: cloramphenicol + dexamethasone, cloramphenicol + Beclometasone + Dipropionat + clotrimazole + lidocaine, ciprofloxacin, fosfomycin, ofloxacin, acid acetic, Neomycin, Polymyxin, Chloromycetin hoặc Gentamycin trong trường hợp không có thủng nhĩ

#### 4.1.2. Điều trị toàn thân

Kháng sinh:

Kháng viêm

Giảm đau

Kháng histamine

Điều trị các bệnh ở mũi, họng đi kèm với bệnh viêm tai xương chũm mạn tính.

Trong thời gian điều trị khuyên bệnh nhân cố gắng tránh nước vào tai như: bơi lội, gội đầu v. v...

### 4.2. Điều trị ngoại khoa

- trích rạch màng nhĩ/ đặt ống thông nhĩ Diabolo có thể kèm nạo VA.
- phẫu thuật:
- + Phẫu thuật phục hồi: vá nhĩ đơn thuần và/hoặc kèm mở sào bào.
- + Phẫu thuật tiết căn xương chũm: Hai phương pháp: giữ nguyên thành sau ống tai hoặc hạ thấp thành sau ống tai.

## 5. Biến chứng:

### 5.1. Trong xương thái dương

- Viêm tai giữa mạn tính
- Thủng màng nhĩ
- Giảm thính lực
- Túi co lõm
- Viêm tai xương chũm có cholesteatoma
- Viêm tai giữa xơ dính
- Xơ nhĩ
- Dính hay gián đoạn chuỗi xương con
- Viêm xương đá
- Viêm mê nhĩ
- U hạt cholesterol

### 5.2. Nhiễm trùng trong sọ

- Viêm màng não do tai
- Tụ mủ dưới màng cứng
- Abscess não, tiểu não
- Viêm tắc xoang tĩnh mạch bên
- Não thủy thũng do tai.

## 6. Phòng ngừa

Ngăn ngừa viêm tai giữa cấp tính biến thành viêm tai giữa mạn tính  
Tránh dùng kháng sinh với liều lượng ít và gián đoạn.

Phải giải quyết những ổ viêm như viêm mũi, viêm xoang, vẹo vách ngăn, quá phát cuốn mũi, VA, amydan...

**TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng 2016 của Bộ Y tế
2. Phác đồ điều trị nội trú 2018 của Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM  
Phác đồ điều trị ngoại trú 2018 của Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM
3. Phác đồ điều trị nội trú 2019 của Bệnh viện Nguyễn Tri Phương  
Phác đồ điều trị ngoại trú 2019 của Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

## VIÊM TAI GIỮA THANH DỊCH

### 1. Định nghĩa:

Là tình trạng viêm niêm mạc tai giữa kèm theo có dịch thấm trong hòm nhĩ.

### 2. Nguyên nhân:

Thường do cơ học

- Tắc vòi nhĩ: do u vòm, VA to, trong hòm nhĩ áp lực âm tạo dịch thấm vô trùng.
- Vi khuẩn: thường gặp như S.pneumoniae, H.influenza
- Viêm do virus
- Viêm do dị ứng: gây giãn mao mạch và dịch thấm tai giữa.

### 3. Chẩn đoán:

#### 3.1 Triệu chứng:

- Trẻ nhỏ: có thể phát hiện khi khám trong bệnh cảnh viêm hô hấp hoặc cha mẹ phàn nàn:
  - + Trẻ không quay đầu về phía có âm thanh
  - + Trẻ chậm đáp ứng hoặc giảm với việc học và phát triển ngôn ngữ.
- Trẻ lớn: nghe ở lớp không rõ hoặc khó chịu trong tai
- Người lớn: khi đi máy bay lao nhanh xuống sẽ cảm thấy tai căng hoặc đau nhói, sau đó cảm giác đầy tai.

#### 3.2 Khám:

- Soi tai:
  - + Màng nhĩ bình thường hoặc mất bóng
  - + Hình ảnh mức nước hoặc bóng khí nước sau màng nhĩ
  - + Màng nhĩ có thể co lõm với cán xương búa ngấn lại, máu ngấn nhô ra.
  - + Khi khám thấy màng nhĩ giảm hoặc mất di động với speculum SIEGLE.
- Vòm họng: viêm VA, VA quá phát
- Mũi xoang: viêm xoang, bệnh lý u

#### 3.3 CLS:

- Đo nhĩ lượng đồ: type B
- Đo thính lực: thường điếc dẫn truyền từ 20-40 dB.

### 4. Biến chứng:

- Nhiễm trùng: sẽ thành viêm tai giữa mũ nhầy mạn tính gây thủng nhĩ.
- Xơ dính trong hòm nhĩ: dính chuỗi xương con, tiêu xương.
- Xơ nhĩ: hình thành những mảng trắng ở lớp liên kết màng nhĩ
- Cholesteoma.

### 5. Điều trị:

#### 1.1 Điều trị nội khoa: cần phân biệt các nguyên nhân của viêm tai giữa thanh dịch trước

- Điều trị toàn thân: Kháng sinh
  - Kháng viêm
  - Kháng histamin
- Điều trị tại chỗ:
  - Làm thông thoáng mũi: nước biển (Sterima,...), xịt mũi bằng corticoid tại chỗ (Nasonex, Rhinocort,...)
  - Làm nghiệm pháp Valsava mỗi ngày hoặc thông vòi nhĩ mỗi tuần.

#### 1.2 Điều trị ngoại khoa:

- Chích rạch màng nhĩ
- Nạo VA Đặt Diabolo nếu sau theo dõi và điều trị 3 tháng mà không hiệu quả, còn viêm tai giữa thanh dịch tái phát.

### 6. Phòng ngừa:

- Giữ ấm cho trẻ, không để viêm hô hấp kéo dài
- Nếu trẻ bị Amidan hoặc VA to gây tắc nghẽn đường hô hấp và viêm nhiễm tái phát thì nên nạo VA và cắt Amidan.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng 2016 của Bộ Y tế

2.      Phác đồ điều trị nội trú 2018 của Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM  
         Phác đồ điều trị ngoại trú 2018 của Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM
3.      Phác đồ điều trị nội trú 2019 của Bệnh viện Nguyễn Tri Phương  
         Phác đồ điều trị ngoại trú 2019 của Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

## CHẤN THƯƠNG ỐNG TAI NGOÀI

### 1. Định nghĩa:

Chấn thương tai ngoài là tình trạng va chạm cơ học vào tai tạo nên những thương tổn ở tai ngoài. Vành tai và ống tai ngoài bị tổn thương do sang chấn.

### 2. Nguyên nhân:

Do sang chấn chạm vào tai ngoài từ tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt hoặc tai nạn lao động.

### 3. Chẩn đoán:

#### 3.1 Triệu chứng:

- U máu vành tai:
  - + Sau sang chấn đập vào vành tai
  - + Bọc máu thường ở phần ba trên của mặt trước vành tai
- Rách vành tai: vành tai bị giập, rách hay cắt đứt
- Rách ống tai: da ống tai bị rách, xương nhĩ bị bộc lộ.
- Vỡ xương nhĩ:
  - + Thường sau té đập cằm vào vật cứng làm lòi cầu đập vào thành trước ống tai
  - + Khám có máu chảy trong tai, thành ống tai sưng nề, hẹp và đau.

#### 3.2 CLS:

- Xét nghiệm máu: bạch cầu có thể tăng nhẹ
- CT scan: nếu nghi ngờ có vỡ xương nhĩ
- Nội soi tai ghi hình: trong trường hợp chấn thương tai ngoài

### 4. Điều trị:

#### 4.1 Điều trị ngoại khoa:

- U máu vành tai: rạch bóc máu hoặc chọc hút rồi băng ép vành tai. Theo dõi tái khám mỗi ngày, xem vành tai có bị tím không.
- Rách vành tai: rửa sạch vành tai, cắt lọc những mảnh sụn bị giập nát tách rời màng sụn và khâu lại, theo dõi tái khám sau 1 tuần.
- Rách da ống tai ngoài: đặt mèche có pomade Penicilline ép mảnh da rách vào ống tai xương, theo dõi và tái khám sau 1 tuần.
- Vỡ xương nhĩ: nắn lại khớp thái dương hàm và thành trước ống tai rồi nhét mèche ống tai. Không nhai trong 3 tuần. Theo dõi tái khám sau 1 tuần.

#### 4.2 Điều trị nội khoa:

- Kháng sinh
- Chống viêm, chống phù nề steroids
- Kháng histamin thế hệ 1, 2
- Giảm đau

### 5. Biến chứng:

- Viêm hoại tử sụn vành tai
- Vành tai hình bông cải
- Sẹo hẹp ống tai

### 6. Tiên lượng:

- Tụ máu vành tai: tốt
- Rách vành tai: khá có thể gây viêm sụn vành tai
- Rách da ống tai ngoài: khá có thể gây sẹo hẹp ống tai ngoài
- Vỡ xương nhĩ: tốt ít gây biến chứng

### 7. Phòng bệnh:

Tránh gói đầu vào vật cứng

Không ngoáy tai hay tự lấy ráy tai bằng que cứng.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng 2016 của Bộ Y tế
2. Phác đồ điều trị nội trú 2018 của Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM  
Phác đồ điều trị ngoại trú 2018 của Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM
3. Phác đồ điều trị nội trú 2019 của Bệnh viện Nguyễn Tri Phương  
Phác đồ điều trị ngoại trú 2019 của Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

## TỤ DỊCH VÀNH TAI

### 1. Định nghĩa:

Là một tình trạng tích tụ thanh dịch hoặc máu ở vành tai. Đây là một bệnh ít gặp và thường lành tính. Thường xảy ra sau chấn thương đụng dập. cơ chế chấn thương là do đứt mạch máu màng sụn làm máu chảy ra và tụ lại giữa lớp sụn và màng sụn làm tách màng sụn ra khỏi sụn. nếu tổn thương không được điều trị sớm, khối máu tụ sẽ chèn ép làm viêm hoại tử sụn vành tai gây biến chứng vành tai hình bông cải.

### 2. Nguyên nhân:

- Chấn thương: thường gặp nhất
- Do các thương tích nhẹ lặp đi lặp lại
- Các dị tật bẩm sinh liên quan đến hệ bạch mạch và mạch máu

### 3. Chẩn đoán:

Triệu chứng:

- Sưng nề vành tai
- Đau tai hiếm khi xảy ra (thường chỉ xuất hiện khi có tình trạng nhiễm trùng)
- Sưng nề vành tai, thường chỉ một điểm
- Đỏ, nóng nếu tình trạng nhiễm trùng xảy ra.

### 4. Điều trị

#### 4.1 Nội khoa:

- Kháng sinh
- Kháng viêm
- Giảm đau

Theo dõi: tình trạng nhiễm trùng và biến chứng

#### 4.2 Ngoại khoa:

- Chọc hút lấy máu tụ bằng kim hoặc rạch lấy máu tụ. chỉ định chọc hút khi:
  - + Khối máu tụ lớn, làm mất các gờ, rãnh vùng vành tai, sờ có cảm giác phập phều.
  - + Không có chống chỉ định về bệnh lý nội khoa (huyết học, nội tiết...)
  - + Bệnh nhân đồng ý bằng ép, hợp tác trong điều trị và tái khám đúng hẹn.
- Phòng ngừa khối máu tụ tái lập:
  - + Phương pháp không xâm lấn: Dùng những miếng bông gòn và gạc ép chặt vào vùng khối máu tụ, trước và sau tai; hoặc có thể dùng kẹp mũi của vận động viên bơi lội để kẹp sau khi chọc hút; hoặc có thể ép tụ dịch bằng nam châm tại chỗ.
  - + Phương pháp xâm lấn: dùng chỉ khâu ép xuyên qua các lớp của loa tai có lót gạc đệm.

### 5. Biến chứng:

- Viêm màng sụn do chấn thương
- Tụ máu vành tai
- Viêm đa sụn tái phát.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng 2016 của Bộ Y tế
2. Phác đồ điều trị nội trú 2018 của Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM  
Phác đồ điều trị ngoại trú 2018 của Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM
3. Phác đồ điều trị nội trú 2019 của Bệnh viện Nguyễn Tri Phương  
Phác đồ điều trị ngoại trú 2019 của Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

## VIÊM SỤN VÀNH TAI

### 1. Định nghĩa:

Là tình trạng nhiễm trùng của sụn. Bệnh có thể xuất hiện sau quá trình điều trị không phù hợp những trường hợp như: viêm ống tai ngoài cấp, viêm mô tế bào tai ngoài, sau tai nạn có tổn thương loa tai, sau phẫu thuật hoặc sau xỏ lỗ tai xuyên sụn.

### 2. Nguyên nhân

Có thể do tụ mủ, dịch vành tai, sau sang chấn (gây xước) hay sau chấn thương (đụng, đập).

Thường gặp nhất là *Pseudomonas*, tụ cầu.

### 3. Chẩn đoán

Ban đầu chỉ thấy ngứa rát, hơi đau nơi bị xây sát (thường ở phần trên vành tai) sau đó biểu hiện nóng, sưng đỏ.

Khi viêm tấy thành mủ đau tăng, sưng ngày càng tăng, sờ nóng, làm mất các nếp sụn ở vành tai.

Viêm sụn hoại tử: đau dữ dội, sưng tấy căng mọng lan rộng cả một phần của vành tai làm mất các hố và nếp của vành tai, cả mặt trước lẫn mặt sau vành tai.

Nếu không được xử trí tốt sụn bị hoại tử, sưng tấy hóa mủ và vỡ mủ làm cho vành tai bị co rúm ảnh hưởng nhiều đến thẩm mỹ.

### 4. Điều trị

#### 4.1. Taichỗ:

Khi mới viêm tấy da vành tai, chiếu tia hồng ngoại, chườm nóng, sát khuẩn vết xước bằng Betadin.

Để chống viêm, hoại tử sụn có thể chấm nitrat bạc, axit boric, đặt bắc tẩm Betadin hay kháng sinh tại chỗ.

Cần theo dõi sát diễn biến của bệnh, dùng kháng sinh đầy đủ, tránh hoại tử sụn gây hẹp co rúm vành tai.

Khi tai viêm mủ, hoại tử sụn: phải trích rạch rộng tháo mủ, nạo bỏ hết các mảnh sụn hoại tử và tạo hình da vành tai.

#### 4.2. Điều trị toàn thân:

|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kháng sinh                        | Nhóm Fluoroquinolones<br>-Ciprofloxacin 500mg x 2 lần/ngày uống.<br>-Hoặc Levofloxacin 500mg x 1 lần/ngày uống.<br>-Hoặc Moxifloxacin 400mg x 1 lần/ngày uống.<br>Chú ý bổ sung men vi sinh trong trường hợp loạn khuẩn ruột (như <i>Lactobacillus Acidophilus</i> ,...) |
| Chống viêm chống phù nề: steroids | Kháng viêm:<br>a. Steroid: Prednisone 5mg, Methylprednisolone: 2-60mg/ngày có thể chia 2-3 lần (uống).<br>b. Non-steroid:<br>. diclofenac 50mg 1v x 2-3 lần/ngày (uống)                                                                                                  |



|                 |                                                                                                                                                                           |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                 | . Ibuprofen 400mg 1v x 2-3 lần/ngày (uống)<br>. Meloxicam 7.5mg 1v x 2 lần/ngày (uống).<br>c. Dạng men: alpha chymotrypsine, Aescin                                       |
| Giảm đau        | Paracetamol hay Paracetamol kết hợp Tramadol (Ultracet), Diclofenac.                                                                                                      |
| Kháng histamine | Thế hệ 1 (Chlorpheniramin, Dexchlorpheniramin, Promethazine, Alimemazin)<br>Thế hệ 2 (Fexofenadin, Loratadin, Desloratadin, Cetirizin, Ebastin, Acrivastine, Bilastin...) |

Trong trường hợp bệnh nặng, bệnh nhân đau nhiều, vành tai sưng, đỏ, có mủ, đung vào rất đau, có khi đỏ lan ra cả vùng xung quanh tai thì cần phải nhập viện điều trị.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng 2016 của Bộ Y tế
2. Phác đồ điều trị nội trú 2018 của Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM  
Phác đồ điều trị ngoại trú 2018 của Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM
3. Phác đồ điều trị nội trú 2019 của Bệnh viện Nguyễn Tri Phương  
Phác đồ điều trị ngoại trú 2019 của Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

## ZONA TAI

### 1. Định nghĩa:

Zona tai hay còn gọi là hội chứng Ramsay Hunt là do nhiễm virus varicella zoster thứ phát (nhiễm nguyên phát gọi là bệnh thủy đậu) xảy ra tại hạch gối.

### 2. Nguyên nhân:

Nguyên nhân làm tái kích hoạt virus varicella zoster vẫn chưa rõ ràng, tuy nhiên tình trạng suy giảm miễn dịch khi lớn tuổi, nhiễm HIV hoặc điều trị thuốc ức chế miễn dịch đều có liên quan đến bệnh.

### 3. Chẩn đoán:

Triệu chứng sớm: triệu chứng cảm cúm (khoảng 2 ngày)

- Sốt
- Nóng rát 1 bên tai
- Nhức đầu

Triệu chứng:

- Mụn nước xuất hiện gờ đối luân, hổ thuyền, thành sau ống tai ngoài
- Tổn thương mụn nước khác với herpes, có viền đỏ xung quanh, khi lành để lại sẹo.
- Liệt mặt có nhiều mức độ từ nhẹ đến nặng.

Thể lâm sàng:

#### 1. Thể không đầy đủ:

- Đau tai, nổi mụn nước
- Không liệt mặt

#### 2. Thể tổn thương thần kinh VIII: thêm triệu chứng

- Nghe kém
- Ò tai
- Chóng mặt

#### 3. Thể tổn thương dây V: thêm triệu chứng

- Tổn thương niêm mạc phần trên amidan, đau nửa mặt

### 4. Điều trị:

- Kháng virus (uống) (sử dụng một trong những nhóm sau):
  - +Acyclovir (Zovirax): 800 mg x 5 lần/ ngày x 7 ngày
  - +Famcyclovir (Famvir): 500-700 mg x 3 lần/ ngày x 7 ngày
  - +Valacyclovir (Valtrex): 1g x 3 lần/ ngày x 7 ngày
- Giảm đau (uống) (sử dụng một trong những nhóm sau):
  - +Acetaminophen (Panadol, efferalgan,...) liều 500mg x 3-4 lần/ ngày
  - +Amitriptyline (apo-amitriptyline) liều 25 mg x 3 lần/ ngày.
- Kháng viêm Steroids (uống):
  - +Methylprednisolone (Medrol 4mg, 16mg) hoặc Prednisolone ( Prednisone 5mg) liều 60 mg/ ngày x 4 ngày
  - Giảm liều dần
  - Thời gian điều trị 10-14 ngày

Trong trường hợp những vết loét do mụn nước vỡ ra để lại có dấu hiệu nhiễm trùng, có thể sử dụng thêm kháng sinh:

- Amoxiciline + Acid Clavulanic:
- Cephalosporin thế hệ I, II, III:
- Nhóm Quinolon:
- Nhóm Macrolid:
- Clindamycin:

Trong trường hợp có liệt thần kinh VII có thể cho bệnh nhân nhập viện.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng 2016 của Bộ Y tế
2. Phác đồ điều trị nội trú 2018 của Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM  
Phác đồ điều trị ngoại trú 2018 của Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM
3. Phác đồ điều trị nội trú 2019 của Bệnh viện Nguyễn Tri Phương  
Phác đồ điều trị ngoại trú 2019 của Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

## ĐIẾC ĐỘT NGỘT

### 1. Định nghĩa:

Nghe kém tiếp nhận trên 30 dB ở 3 tần số liên tiếp và khởi phát trong vòng 3 ngày.

### 2. Nguyên nhân: có nhiều giả thuyết, có thể do các nguyên nhân chủ yếu

- Do nhiễm virus: viêm ốc tai virus (quai bị, zona, Cytomegalo virus...)
- Do mạch máu, bệnh về máu: tăng huyết áp, bệnh tăng đông máu, bệnh Berger, đa hồng cầu, hồng cầu hình liềm...
- Chấn thương: chấn thương sọ não kín, dò ngoại dịch, chấn thương ốc tai, chấn thương âm thanh lớn, bị điện giật, xạ trị...
- Nhiễm độc: thuốc kháng sinh Aminozid, do rượu, thuốc lá...
- Bệnh lý tự miễn
- Rối loạn chuyển hoá: suy thận, đái tháo đường, toan hoá máu, tăng lipid máu, suy giáp...
- Những nguyên nhân sau ốc tai: u dây thần kinh VII, VIII, u não, bệnh xơ cứng rải rác...

### 3. Chẩn đoán:

- Triệu chứng:

Nặng tai, ù tai, cảm giác đầy tai, nghe kém đột ngột 1 tai hoặc 2 tai, có thể kèm theo chóng mặt, nôn ói.

- CLS:

+ Thính lực đồ: điếc tiếp nhận ít nhất 30dB ở 3 tần số liên tiếp ở một hoặc hai tai.

+ Nhĩ lượng đồ: thường là dạng A.

+ Phản xạ cơ bàn đạp

+ Nội soi tai: để loại trừ viêm tai giữa cấp, mạn, viêm tai giữa thanh dịch

+ Đo ABR: thực hiện ngay từ đầu.

+ MRI, CT scan sọ não: có thể tìm các nguyên nhân như u não, màng não, u dây thần kinh, nhồi máu não, viêm não màng não...

Chẩn đoán phân biệt:

- Nghe kém do viêm tai giữa thanh dịch, viêm tai giữa cấp, mạn, nút ráy tai...
- Nghe kém do hệ thần kinh trung ương: viêm màng não, viêm não, nhồi máu não, u não chèn ép, u dây VII, dây VIII...
- Nghe kém do chấn thương tai, vỡ xương thái dương.

### 4. Điều trị - tiên lượng:

Điều trị ngoại trú: áp dụng cho bệnh nhân đã điều trị nội trú hoặc không có điều kiện nhập viện

| BN đã điều trị nội trú<br>(Sau khi xuất viện cấp toa điều trị ngoại trú tối đa 2 tháng, hẹn tái khám và đo thính lực đồ lại vào tháng thứ 3 và tháng thứ 6 sau xuất viện) | BN không có điều kiện nhập viện                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Corticoid: dùng thêm 5 ngày:<br>Prednisolone 5mg 2v/ ngày x 5 ngày                                                                                                        | Corticoid toàn thân:<br>- N1-3: liều khởi đầu 1 mg/kg/ngày<br>- N4-7: liều 0,5 mg/kg/ngày<br>- N8-14: liều 0,25 mg/kg/ngày.<br>Corticoid chích xuyên nhĩ (đơn thuần hoặc phối hợp corticoid toàn thân)<br>- Dexamethasone 4mg/1ml tiêm tai bệnh 0,5ml/lần/ngày, 3 liều, giữa các liều cách ngày. |

Thuốc hướng thần kinh:

- Piracetam 800mg 1v x 3 uống

Thuốc giãn mạch ngoại biên:

Tiêu chuẩn tiêm corticoid xuyên nhĩ:

+ Bệnh nhân thoả các tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường và có bệnh lý nội khoa đi kèm, không thể sử dụng corticoid đường toàn thân (THA, ĐTĐ, viêm dạ dày nặng...) hay bệnh nhân kém đáp ứng nội khoa.

+ Đồng ý tiêm corticoid xuyên nhĩ.- Flunarizine 5mg 2v/ngày (BN < 65 tuổi), 1v/ngày (BN > 65 tuổi).

- Cinnarizine 25mg 1v x 3 uống, Cinnarizine + Piracetam 1v x 3 uống
- Dihydro ergotamine mesylat 3mg 1v x 3 uống
- Almitrine + Raubasine 1v x 2 uống
- Trimetazidime 20 mg 1v x 3 uống
- Ginko biloba 1v x 2-3 uống
- Ginko biloba + Magne B6 + Vitamin B6
- Ginko biloba + cao lá cây táo gai, cao lá cây tía tô đất, tinh dầu vôi.

Thuốc điều trị chóng mặt:

- Acetylleucin 500mg 1v x 2-3 lần/ ngày.
- Betahistine 1v x 2-3 lần/ ngày

Thuốc điều trị các biểu hiện cơ năng của cơn lo lắng cấp tính:

- Mange B6 1v x 2-3 lần/ ngày
- Magne B6 + men Saccharomyces
- Vitamin B 1v x 2-3 lần/ngày

Thuốc hướng thần kinh, thuốc giãn mạch máu ngoại biên, thuốc điều trị

chóng mặt, thuốc điều trị các biểu hiện cơ năng của cơn lo lắng cấp tính: có thể dùng tối đa nếu BN còn nghe kém và ù tai.

Có thể thở oxy cao áp nếu không có chống chỉ định.

### 5. Biện chứng:

- Tác dụng phụ của thuốc Corticoid: viêm, loét dạ dày, tăng huyết áp, tăng đường huyết, rối loạn nhịp tim, giảm sức đề kháng, rối loạn nội tiết tố...
- Tác dụng phụ của Piracetam khi dùng liều cao: rối loạn giấc ngủ, rối loạn tâm thần (kích động, lo lắng, ảo giác...), rối loạn đông máu, mất điều hoà vận động, chóng mặt, rối loạn tiêu hoá...
- Tác dụng phụ của Flunarizine: buồn ngủ, tăng cân, tăng ngon miệng, trầm cảm (chống chỉ định trên những bệnh nhân có tiền sử trầm cảm), triệu chứng ngoại tháp...

### 6. Phòng ngừa:

Chủ yếu là nghỉ ngơi, thư giãn hợp lý. Tránh thức khuya, làm việc quá sức, tránh tình trạng căng thẳng, stress, có những xúc cảm quá mức (lo âu, buồn phiền, giận dữ...).

### TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh tai mũi họng (Ban hành kèm theo Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế).
2. Phác đồ điều trị ngoại trú Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM (2018)
3. AAO – HNFS Updated clinical practice guideline: Adult sinusitis (2015).

## CHÂM ỐNG TAI NGOÀI

### 1. Định nghĩa:

Thường gặp ở trẻ nhỏ, chàm có thể cấp tính hay mạn tính, bệnh thường gặp ở nếp sau tai và cửa ống tai ngoài, thương tổn có thể lan rộng toàn bộ da ống tai và thậm chí cả màng nhĩ.

Thường xảy ra trên người có cơ địa dị ứng, kích thích cục bộ.

Chàm cấp tính làm tổn thương bề mặt của da, chàm mạn tính tổn thương sâu hơn.

Chàm khô hay gặp ở người lớn và chàm ướt gặp ở trẻ nhỏ.

### 2. Nguyên nhân:

Bệnh nhân có bệnh lý toàn thân: ĐTĐ, gout... hay do kích thích da tại chỗ như mũ tai, chảy thường xuyên hay ứ đọng mũ lâu. Chàm từ ống tai lan ra vành tai.

Do dị ứng, chàm có thể từ đầu, cổ lan đến vành tai và ống tai ngoài.

### 3. Chẩn đoán:

#### 3.1 Chẩn đoán xác định:

- Chàm cấp tính: da vùng tai ngoài sưng huyết, dày, sưng nề, rỉ dịch keo, dịch này khô lại thành vảy vàng, mịn như cám, biểu hiện giống viêm ống tai ngoài lan toả, có thể gây nhọt ống tai ngoài.
- Chàm mạn tính: thường khu trú, bệnh thường gặp ở nếp sau tai và cửa ống tai ngoài, thương tổn có thể lan rộng toàn bộ da ống tai. Triệu chứng ngứa ngáy, bệnh cảm thấy ngứa tai và thường ngoáy tai. Biểu bì mịn như cám bong vảy và có thể kết lại thành nút biểu bì. Da khô và dày. Bệnh kéo dài và thỉnh thoảng có đợt cấp tính.

#### 3.2 Chẩn đoán phân biệt:

- Dị ứng thuốc nhỏ tai.
- Viêm ống tai lan toả bội nhiễm.

### 4. Điều trị:

- Chăm sóc tại chỗ:

Rửa tai (nếu ống tai có tiết dịch mũ):

+ Bôi nitrat bạc 5%.

+ Nếu bội nhiễm vi khuẩn -> Bôi xanh methylene.

- Kháng sinh:

- + Penicillins, Beta-lactams: Amoxicillin + acid clavulanic, Amoxicillin + sulbactam, Sultamicillin.
- + Cephalosporin thế hệ I – II – III: Cefadroxil, Cefuroxim, Cefaclor, Cefixim, Cefpodoxim, Cefdinir, Cefditoren, Cefprozil)
- + Macrolides: Azithromycin, Roxithromycin, Clarithromycin, Spiramycin, Spiramycin + Metronidazole.
- + Lincosamid (Clindamycin).
- + Nitroimidazol (Metronidazol).
- + Trong vài trường hợp nặng có thể sử dụng nhóm Quinolones: Ciprofloxacin, Ofloxacin, Moxifloxacin, Levofloxacin.

- Chống viêm:

Corticoid: Methylprednisolone (Medrol 4mg, 5mg, 16mg).

NSAIDs: Clonixin, Etodolac, Floctafenin, Loxoprofen, Piroxicam, Paracetamol + Ibuprofen, Celecoxib, Taniflumate...

- Hạ sốt và giảm đau: Paracetamol, Acetaminophen + Tramadol.
- Kháng histamin: thế hệ 1 (Chlorpheniramin, Dexchlorpheniramin, Promethazine, Alimemazin), thế hệ 2 (Fexofenadin, Loratadin, Desloratadin, Cetirizin, Ebastin, Acrivastine, Bilastin...)
- Thuốc nhỏ tai: Cloramphenicol + Dexamethasone (Dexacol), Rifamycin (otofar), Phenazone + Lidocain (Otipax), Polymycin B + Neomycin + Dexamethasone (Polydexa),

Cloramphenicol + Beclometasone + Dipropionat + Clotrimazole + Lidocaine (Candibiotic), Ciprofloxacin, Fosfomycin (Fosmicin-S), Ofloxacin.

- Tăng sức đề kháng: Multivitamin, kẽm, Vitamin B6 + Magnesi, Vitamin C + Kẽm, Vitamin PP, Vitamin B1 + Vitamin B6 + Vitamin B12.

**5. Phòng ngừa:**

- Không sử dụng vật sắc nhọn, chưa được sát khuẩn ngoáy ống tai ngoài.
- Khi có dị vật trong ống tai hoặc ráy tai phải đến cơ sở y tế để lấy và vệ sinh.
- Không tự động xử trí những vết trầy xước xảy ra trên bề mặt da vành tai.

# DA LIỄU

## **BỆNH LICHEN PHẪNG** **(Lichen planus)**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

Lichen phẳng (LP) là một tình trạng viêm không rõ nguyên nhân của da, niêm mạc, tóc, móng. Bệnh có thể cấp tính hoặc diễn biến mạn tính trong thời gian dài, nhiều năm và có thể ổn định.

### **2. CHẨN ĐOÁN**

#### **2.1. Chẩn đoán xác định**

- Lâm sàng
  - + Tổn thương da: sẩn nhẵn, bóng, dẹt, hình đa giác, màu tím hoa cà, kích thước 1-10mm, bề mặt có những khía ngang dọc gọi là mạng lưới Wickham. Sẩn có thể liên kết thành mảng, khi khò để lại vết thâm. Vị trí thường gặp ở cổ tay, thắt lưng, cẳng chân, đầu, dương vật. Có thể gặp hiện tượng Koebner.
  - + Tổn thương niêm mạc là những dải hoặc mạng lưới màu trắng như sứ hoặc xám.
  - + Tổn thương da đầu có thể rụng tóc vĩnh viễn
  - + Tổn thương móng với các biểu hiện là những khía dọc, dày móng, tách móng, hoặc teo móng
  - + Cơ năng: ngứa ít hoặc nhiều.
- Cận lâm sàng
  - Mô bệnh học: dày sừng, dày lớp hạt, thoái hóa lớp đáy. Phản trung bì nông các tế bào thâm nhiễm làm biến dạng nhú bì tạo thành vòm, giới hạn rõ.

#### **2.2. Chẩn đoán thể lâm sàng**

- Thể thông thường: như mô tả trên
- Thể xơ teo
- Thể có mụn nước, bong nước
- Thể quanh nang lông
- Thể khu trú ở sinh dục

#### **2.3. Chẩn đoán phân biệt**

- Lichen đơn mạn tính
- Vẩy nến
- Giang mai II
- Viêm miệng do Candida

### **3. ĐIỀU TRỊ**

#### **3.1. Nguyên tắc điều trị**

- Thuốc bôi ngoài da và niêm mạc
- Điều trị toàn thân
- Điều trị các bệnh khác kèm theo (nếu có)

#### **3.2. Điều trị tại chỗ**

- Bôi corticoid dạng kem, mỡ, có thể băng bột. Khi thương tổn dày, nhiều tiêm corticoid tại chỗ.
- Axít salicylic: dạng mỡ có các nồng độ 3%, 5% và 10%, tác dụng làm tiêu sừng, bong vảy. Nên bôi mỗi ngày 2-3 lần.
- Tacrolimus 0,1%: chỉ định đối với những trường hợp có tổn thương niêm mạc miệng, nhất là tổn thương có loét, trợt.
- Trường hợp chỉ có tổn thương niêm mạc: bôi các dung dịch hoặc kem có chứa corticoid 1%, tránh các chất kích thích như rượu, bia, hút thuốc lá.

#### **3.3. Điều trị toàn thân**

- + Chống ngứa: kháng histamin thế hệ 1, thế hệ 2 (không gây ngủ).
- + Corticoid uống: 1-2mg/ kg cân nặng/ngày, uống trong đợt ngắn (sau khi loại trừ viêm gan).

Trường hợp không đáp ứng với corticoid có thể sử dụng một trong các thuốc sau:

- + Vitamin A acid
- + Cyclosporin A
- + Griseofulvin



+ Heparin trọng lượng phân tử thấp: tiêm dưới da trong 12 tuần

#### **4. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

Bệnh tiến triển sau một thời gian có thể ổn định. Theo một nghiên cứu có 65% người bệnh ổn định sau 1 năm tiến triển. Các tổn thương ở da khi ổn định thường để lại các dát tăng sắc tố, ở vùng da đầu thường để lại các sẹo rụng tóc vĩnh viễn hoặc sẹo dính ở móng.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị, Bệnh viện Da Liễu tp HCM, 2017
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Da Liễu, Bộ Y tế, 2015

## BỆNH CHỐC ( Impetigo )

### 1. ĐẠI CƯƠNG

Chốc là một bệnh nhiễm khuẩn da rất phổ biến, đặc trưng bởi các thương tổn cơ bản là bong nước nông, rải rác, nhanh chóng hoá mủ, dập vỡ đóng vảy tiết. Nguyên nhân do tụ cầu vàng, liên cầu hoặc phối hợp cả hai.

Bệnh có thể gây các biến chứng tại chỗ và toàn thân nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời.

### 2. CHẨN ĐOÁN

#### 2.2. Chẩn đoán xác định

Dựa vào lâm sàng với các biểu hiện

+ Bong nước nông nhanh chóng dập vỡ, đóng vảy tiết màu vàng nâu giống màu mật ong. Ở đầu, vảy tiết làm bết tóc.

+ Vị trí: vùng da hở như tay, mặt, cổ, chi dưới, đặc biệt chốc ở đầu thường kèm theo chảy.

+ Tổn thương phối hợp khác: viêm bờ mi, chốc mép hoặc viêm cầu thận nhưng tiên lượng lành tính

+ Toàn thân: thường không sốt, đôi khi có hạch viêm phản ứng

+ Cơ năng: ngứa nhiều hoặc ít.

Cận lâm sàng

+ Nhuộm Gram dịch hoặc mủ tại tổn thương thấy Cầu khuẩn gram dương

+ Nuôi cấy dịch hoặc mủ xác định chủng gây bệnh và làm kháng sinh đồ trong những trường hợp khó.

#### 2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Nấm da
- Thủy đậu
- Herpes simplex
- Hội chứng bong vảy da do tụ cầu

### 3. ĐIỀU TRỊ

#### 3.1. Nguyên tắc

- Kháng sinh là thuốc chính trong điều trị. Kháng sinh lựa chọn phải chống được cả *S. aureus* và *S. pyogenes*
- Làm sạch vết thương tại chỗ.

#### 3.2. Điều trị tại chỗ

- Thuốc mỡ mupirocin 2%, acid fusidic dạng kem hay mỡ, thoa 2-3 lần/ ngày trong 7- 10 ngày
- Chấm dung dịch màu vào bong nước, bong mủ
- Ngâm tắm hàng ngày bằng thuốc tím pha loãng 1/10.000

#### 3.3. Điều trị toàn thân

| Kháng sinh                                  | Liều lượng                     |                                  |
|---------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
|                                             | Người lớn                      | Trẻ em                           |
| Cephalexin                                  | 250mg x 4 lần/ ngày, uống      | 25mg/kg/ngày chia 4 lần, uống    |
| Docloxacilin                                | 250mg x 4 lần/ngày, uống       | 12mg/kg/ngày chia 4 lần, uống    |
| Clindamycin                                 | 300-400mg x 3 lần/ngày, uống   | 10-20mg/kg/ngày chia 3 lần, uống |
| Amoxicillin/clavulanic                      | 875/125mg x 2 lần/ngày, uống   | 25mg/kg/ngày chia 2 lần, uống    |
| Trường hợp do tụ cầu vàng kháng methicillin |                                |                                  |
| Trimetoprim-sulfamethaxazol                 | 30mg/kg/ngày, chia 2 lần, uống | 8-12mg/kg, chia 2 lần, uống      |
| Vancomycin                                  | 30mg/kg/ngày, chia 4 lần, pha  | 40mg/ngày chia 4 lần             |

|  |                        |  |
|--|------------------------|--|
|  | loãng truyền tĩnh mạch |  |
|--|------------------------|--|

- Thời gian dung kháng sinh: 5-7 ngày, trường hợp nặng, lan rộng có thể dùng tới 14 ngày
- Kháng histamine tổng hợp nếu ngứa
  - Chốc kháng thuốc thì điều trị theo kháng sinh đồ
  - Điều trị biến chứng nếu có

#### **4. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG**

Chốc bọng nước nếu không điều trị tự lành trong 3-6 tuần

Chốc không bọng nước lành tính, tự giới hạn, tổn thương tự lành trong vòng 2 tuần, không để lại sẹo

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị, Bệnh viện Da Liễu tp HCM, 2017
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Da Liễu, Bộ Y tế, 2015

## **NHỌT** **( Furuncle )**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

Nhọt là tình trạng viêm cấp tính gây hoại tử nang lông và tổ chức xung quanh. Mọi lứa tuổi đều có thể mắc bệnh, tuy nhiên thường gặp hơn ở trẻ em.

### **2. NGUYÊN NHÂN**

Thường do tụ cầu vàng gây bệnh.

### **3. CHẨN ĐOÁN**

Chủ yếu dựa vào lâm sàng

+ Ban đầu là sẩn nhỏ màu đỏ, sưng nề, chắc, tấy đỏ ở nang lông. Sau 2-3 ngày, tổn thương lan rộng hóa mủ tạo ổ abscess, ở giữa hình thành ngòi mủ. Cơ năng: đau nhức. Vị trí: đầu, mặt, cổ, lưng, mông, chân, tay. Có thể kèm theo các triệu chứng toàn thân như sốt, mệt mỏi, hội chứng nhiễm trùng

+ Biểu chứng nhiễm khuẩn huyết có thể gặp

+ Nhọt vùng môi trên, má có thể dẫn đến viêm tĩnh mạch xoang hang và nhiễm khuẩn huyết

+ Nhọt cụm: là một số nhọt xếp thành đám.

Cận lâm sàng:

+ tăng bạch cầu ngoại vi

+ Máu lắng tăng

+ Mô bệnh học: ổ abscess ở nang lông, thâm nhập nhiều tế bào viêm xung quanh

+ Nuôi cấy mủ có tụ cầu vàng

### **4. ĐIỀU TRỊ**

#### **4.1. Nguyên tắc**

- Vệ sinh cá nhân: rửa tay thường xuyên bằng xà phòng, tránh tự lây nhiễm ra vùng da khác.
- Nâng cao thể trạng
- Điều trị chống nhiễm khuẩn toàn thân và tại chỗ

#### **4.2. Điều trị tại chỗ**

- Giai đoạn chưa có mủ: bôi dung dịch sát khuẩn
- Giai đoạn có mủ: phẫu thuật rạch rộng làm sạch tổn thương
- Kháng sinh tại chỗ:

Mỡ Mupirocin 2% bôi 3 lần/ ngày

Mỡ neomycin bôi 2-3 lần/ ngày

Kem fusidic acid 2% bôi 2-3 lần/ ngày

Kem sulfadiazine bạc 1% bôi 1-2 lần/ ngày

#### **4.3. Điều trị toàn thân**

- Nhóm betalactam

Claxacillin: 250-500mg mỗi 6 giờ

Augmentin: người lớn 1.5-2g/ngày chia 3 lần, trẻ em 80mg/kg/ngày chia 3 lần, uống ngay khi ăn.

- Nhóm macrolid

Roxithromycin : người lớn 150mg x 2 lần/ ngày, trẻ em 5-8mg/kg/ngày chia 2 lần

Azithromycin: người lớn 500mg trong ngày đầu tiên, sau đó 250mg/ngày trong 4 ngày tiếp theo. Trẻ em 10mg/kg/ngày trong 3 ngày.

- Acid fusidic viên 250mg, 1-1,5g/ngày chia 2 lần
- Thời gian điều trị kháng sinh: 7-10 ngày.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh Da Liễu, Bộ y tế, 2015

## **VIÊM NANG LÔNG ( Folliculitis )**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

Viêm nang lông là tình trạng viêm của đơn vị nang lông gây ra do nhiễm trùng, dị ứng hóa chất hay chấn thương vật lý. *S. aureus* là nguyên nhân thường gặp nhất.

### **2. CHẨN ĐOÁN**

2.1.Chẩn đoán xác định: dựa vào lâm sàng

Tổn thương là những sẩn nhỏ ở nang lông, trên có vảy tiết, không đau. Vị trí ở bất kỳ vùng da có lông nào của cơ thể.

2.2.Chẩn đoán phân biệt

- Nhọt
- Sẩn ngứa

### **3. ĐIỀU TRỊ**

3.1.Nguyên tắc

- Loại bỏ yếu tố thuận lợi
- Làm giảm số lượng vi khuẩn trên da
- Điều trị kháng sinh

3.2.Điều trị tại chỗ

- Mupirocin 2%, fusidic acid 2% hay clindamycin cho *S.aureus*
- Povidone-iodine hay gentamycin cho *P.aeruginosa*
- Kem permethrine cho Demodex
- Gel metronidazole cho Demodex
- Corticosteroid cho viêm nang lông bạch cầu ái toan
- Tacrolimus cho viêm nang lông bạch cầu ái toan
- Kháng nấm

3.3.Điều trị toàn thân

Amoxicillin+ clavulanic acid: 25mg/kg x 3 lần/ ngày

Cephalexin 250-500mg x 4 lần/ ngày

Azithromycin 500mg ngày đầu, 250mg trong 4 ngày tiếp theo

Clindamycin 15mg/kg/ngày chia làm 3 lần

Erythromycin 250-500mg x 4 lần/ ngày

Tetracyclin 500mg x 4 lần/ ngày

Trường hợp tụ cầu kháng methicillin dùng Vancomycin 30mg/kg/ngày chia 4 lần, pha loãng truyền tĩnh mạch chậm

Trường hợp do nấm hoặc nguyên nhân khác cần điều trị theo nguyên nhân cụ thể.

### **4. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG**

Vấn đề cần lưu ý là sự lan rộng của vi khuẩn ra mô xung quanh và sự tái phát

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị, Bệnh viện Da Liễu tp HCM, 2017
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Da Liễu, Bộ Y tế, 2015

## **TRÚNG CÁ ( *Acne vulgaris* )**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

Trứng cá (acne) là bệnh da thông thường gây nên do tăng tiết chất bã và viêm của hệ thống nang lông tuyến bã.

### **2. CHẨN ĐOÁN**

#### **2.1. Chẩn đoán xác định**

Dựa vào lâm sàng: mụn cám, sẩn, mụn mủ, mụn bọc, nang, tập trung chủ yếu ở vùng tiết nhiều chất bã như mặt, lưng, ngực, ít khi xuống thất lưng

#### **2.2. Chẩn đoán phân biệt**

- Viêm nang lông
- Giang mai II dạng trứng cá
- Dày sừng nang long
- Á lao sẩn hoại tử

#### **2.3. Phân độ trứng cá**

- Mức độ nhẹ
- Mức độ vừa
- Mức độ nặng

### **3. ĐIỀU TRỊ**

#### **3.1. Nguyên tắc**

- Chống tiết bã
- Chống dày sừng
- Chống nhiễm khuẩn

#### **3.2. Thuốc bôi tại chỗ**

- Retinoid
- Benzoyl peroxide (BPO)
- Kháng sinh bôi: erythromycin 4%, clindamycin 1%
- Dạng bôi kết hợp giữa kháng sinh và BPO hoặc kháng sinh và retinoid
- Acid azelaic 20%
- Dapsone gel 5%
- Sulfur sodium dạng lotion hoặc rửa mặt

#### **3.3. Thuốc dùng toàn thân**

- Nhóm cyclin
  - + Doxycycline 100mg/ngày
  - + Minocycline
  - + Tetracycline
- Nhóm Macrolide
  - + Azithromycin
  - + Erythromycin
- TMP/SMX và trimethoprim
- Thuốc tránh thai kết hợp
  - Viên tránh thai kết hợp được FDA chấp thuận trong điều trị trứng cá bao gồm
    - Ethinyl estradiol/ norgestimate
    - Ethinyl estradiol/drospirenone
- Isotretinoin: cần đạt tổng liều 10-150mg/kg
- Theo dõi điều trị: triglyceride, chức năng gan, công thức máu
- Giảm tiết bã nhờn: kẽm, l-cystein, vitamin B2, biotin
- Kháng androgen: spironolactone
- Liệu pháp ánh sáng xanh

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị, Bệnh viện Da Liễu tp HCM, 2017
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Da Liễu, Bộ Y tế, 2015

# **BỆNH VẢY NẾN (Psoriasis)**

## **1. ĐẠI CƯƠNG**

Vảy nến là bệnh da viêm mạn tính, chiếm khoảng 2-3% dân số chung. Bệnh do nhiều gen chi phối qua trung gian miễn dịch. Một số yếu tố từ môi trường như chấn thương, nhiễm trùng hay thuốc... có thể làm bệnh khởi phát trên một cơ địa di truyền.

Hiện nay vảy nến được xem như là một bệnh viêm hệ thống, tác động xấu đến chất lượng cuộc sống bệnh nhân và hiện vẫn chưa có phương pháp điều trị thật sự hiệu quả.

## **2. CHẨN ĐOÁN**

### **2.1. Thương tổn đặc trưng**

- Mảng hồng ban không tẩm nhuận, giới hạn rõ, bề mặt có vảy trắng. Kích thước có thể thay đổi từ những sản bằng đầu kim cho đến những mảng bao phủ phần lớn cơ thể. Vị trí: thường chỗ tỳ đè, vùng hay bị cọ sát như khuỷu tay, đầu gối, mấu chủy, mặt duỗi các chi, chỗ bị sang chấn, vết cào gãi gọi là dấu hiệu Koebner. Thương tổn có khuynh hướng đối xứng. Đặc điểm của vảy da là khô gồm nhiều lớp xếp chồng lên nhau, độ dày không đều, dễ bong, màu trắng đục như xà cừ, cạo Brocq dương tính

- Thương tổn móng: thường kèm với thương tổn da ở đầu ngón hoặc rải rác ở toàn thân, Nếu chỉ có thương tổn móng đơn thuần thì khó chẩn đoán, phải sinh thiết móng. Móng mất trong, bong móng ở bờ tự do, dày sừng dưới móng với dày móng và mụn.

- Thương tổn khớp: chiếm khoảng 10-20% tổng số bệnh nhân vảy nến. Biểu hiện là đau các khớp, hạn chế và viêm một khớp; viêm đa khớp vảy nến hình ảnh lâm sàng giống viêm đa khớp dạng thấp

- Thương tổn niêm mạc: thường gặp ở niêm mạc qui đầu. Đó là những vết màu hồng, không thâm nhiễm, giới hạn rõ, ít hoặc không vảy, tiến triển mạn tính. Ổ lưỡi giống viêm lưỡi hình bản đồ.

### **2.2. Xét nghiệm**

- Mô bệnh học: lớp sừng dày có hiện tượng á sừng, lớp hạt biến mất, lớp gai nông, mầm liên nhú dài ra, có vi áp xe Munro trong lớp gai.
- Xét nghiệm sinh hóa, đặc biệt là định lượng canxi máu trong trường hợp vảy nến thể mủ.
- Xét nghiệm ASLO hay nuôi cấy vi khuẩn ( ngoáy họng) đối với bệnh nhân vảy nến thể giọt.

### **2.4. Chẩn đoán xác định**

Thường dựa vào lâm sàng. Trong một số trường hợp bệnh sử và lâm sàng không đủ chẩn đoán mới có chỉ định sinh thiết làm giải phẫu bệnh để chẩn đoán xác định.

### **2.5. Phân thể**

- Thể thông thường: như mô tả ở trên
- Vảy nến thể mủ khu trú của Barber
- Viêm da đầu chi liên tục của Hallopeau
- Vảy nến thể mủ lan tỏa điển hình
- Vảy nến đỏ da toàn thân

### **2.6. Chẩn đoán phân biệt**

- Giang mai thời kỳ thứ II
- Lupus đỏ kinh
- Á vảy nến
- Vảy phấn hồng Gibert
- Vảy phấn đỏ nang lông

## **3. ĐIỀU TRỊ**

### **3.1. Thuốc điều trị tại chỗ**

- Dithranol, anthralin
- Salicylic acid đơn thuần



- Salicylic acid kết hợp với corticoid
- Calcipotriol ( dẫn xuất của vitamin D3)
- Calcipotriol kết hợp với corticoid
- Vitamin A acid dùng tại chỗ
- Kẽm oxyt
- Corticoid tại chỗ

### 3.2.Quang trị liệu

- UVA,UVB,PUVA.

### 3.3.Toàn thân

- Methotrexate: 7,5mg mỗi tuần, tăng liều sau 4 tuần nếu không đáp ứng, cần theo dõi chức năng gan khi dùng thuốc kéo dài
- Acitretin: khởi đầu người lớn 25mg/ ngày, sau 1-2 tuần tùy theo kết quả và dung nạp thuốc sẽ điều chỉnh tăng hoặc giảm liều cho phù hợp.
- Cyclosporin: 2,5-5mg/kg/ngày

Các thuốc trên có nhiều tác dụng phụ như gây quái thai, rối loạn chức năng gan, thận, giảm bạch cầu. Vì vậy, phải thận trọng khi chỉ định và phải theo dõi nghiêm ngặt trong quá trình điều trị.

- Corticoid: sử dụng khi thật sự cần thiết. Không nên lạm dụng và dùng kéo dài vì sẽ gây nhiều biến chứng nguy hiểm, đặc biệt là gây đỏ da toàn thân hay vảy nến mủ.
- Sinh học trị liệu

## 4. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

### 4.1.Tiến triển:

Bệnh tiến triển từng đợt, xen kẽ những đợt bùng phát là thời kỳ tạm lắng. Khi thương tổn biến mất hoàn toàn gọi là “vảy nến yên lặng”. Khi chỉ còn một vài mảng thương tổn khu trú ở vị trí nào đó, tồn tại dai dẳng trong nhiều tháng, nhiều năm gọi là “vảy nến ổn định”. Vì vậy, khi sạch thương tổn da cũng không thể coi là bệnh đã khỏi hoàn toàn.

### 4.2.Biến chứng

- Đỏ da toàn thân
- Vảy nến khớp
- Lichen hóa, bội nhiễm, ung thư da hiếm gặp.

## **BỆNH VẢY PHẤN ĐỎ NANG LONG** (Pityriasis rubrapilaris)

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

Vảy phấn đỏ nang long được đặc trưng bởi các biểu hiện dày sừng nang long khu trú, dày sừng long bàn tay bàn chân và đỏ da.

Bệnh gặp ở cả hai giới, tuổi hay gặp nhất 40-60 tuổi và 1-10 tuổi.

### **2. CHẨN ĐOÁN**

#### **a) Chẩn đoán xác định**

- Lâm sàng: thương tổn là những mảng vảy màu đỏ cam, tăng sừng long bàn tay, lòng bàn chân, sẩn sừng nang long. Bệnh diễn tiến dần đến đỏ da toàn thân, nhưng vẫn có những vùng không bị ảnh hưởng tạo thành hình ảnh những đảo da lành.

- Mô bệnh học: nang lông nút sừng dày đặc, á sừng ở xung quanh các nang lông, lớp hạt teo, tắc mạch máu ở trung bì giãn nhưng không xoắn, thâm nhiễm các tế bào lympho và tổ chức bào

#### **b) Chẩn đoán thể lâm sàng**

- Thể điển hình ở người lớn ( type I )
- Thể không điển hình ở người lớn ( type II )
- Thể điển hình ở trẻ em ( type III )
- Thể vòng ở trẻ em ( type IV )
- Thể không điển hình ở trẻ em ( type V )
- Thể liên quan tới HIV ( type VI )

### **3. ĐIỀU TRỊ**

#### **a) Điều trị tại chỗ**

- + Giữ ẩm
- + Tiêu sừng
- + vitamin D3

#### **b) Điều trị hệ thống**

- + Retinoids: thường cải thiện sau 4 tuần, cần điều trị trong khoảng 6 tháng
- + Acitretin: 0.5-0.75mg/kg/ngày
- + Isotretinoin: 0.5-2mg/kg/ngày
- + methotrexate: 10-25mg/ tuần
- + Azithioprim: 100-200mg/ ngày
- + Cyclosporin: 5mg/kg/ngày, khi bệnh ổn định giảm liều xuống 2-3mg/kg/ngày
- + Đối với người bệnh HIV: sử dụng các thuốc chống virus

### **4. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

Thể khu trú thường tiến triển tốt sau một vài năm. Thể điển hình tiến triển dai dẳng và có thể gây đỏ da toàn thân sau 2 đến 3 tháng. Một số trường hợp giảm dần rồi ổn định từ 2 đến 3 năm và có thể tự khỏi. Bệnh có thể tái phát nhưng hiếm gặp.

# **VẢY PHẤN HỒNG**

( Pityriasis rosea of Gibert)

## **1. ĐẠI CƯƠNG**

Vảy phấn hồng Gibert là bệnh da cấp tính, lành tính, có thể tự khỏi, gặp cả hai giới, chủ yếu từ 10-35 tuổi.

## **2. CHẨN ĐOÁN**

a) Chẩn đoán xác định: chủ yếu dựa vào các đặc điểm lâm sàng

- Tổn thương da

- + Thương tổn tiên phát ( dát Herald): dát hình tròn hay bầu dục, giới hạn rõ, kích thước 2-10cm, bờ xung quanh có màu hồng tươi, giữa nhạt màu hơn và hơi nhẵn nhéo, giữa hai vùng được cách biệt bằng lớp vảy da dính vào da ở phía ngoài, còn bờ tự do ở phía trong. Thương tổn có xu hướng lan ra xung quanh. Vị trí: thân mình, cổ hoặc phần gốc chi.

- + Thương tổn thứ phát: xuất hiện từ 2-20 ngày sau khi có thương tổn tiên phát, các dát đỏ hình huy hiệu, kích thước nhỏ, các sẩn màu hồng hơi nổi cao lên mặt da, thương tổn sắp xếp theo nếp căng da và tạo nên hình ảnh cây thông.

- Cơ năng: 25% bệnh có ngứa
- Toàn trạng: không ảnh hưởng
- Mô bệnh học: không đặc hiệu, có sự thâm nhiễm các tế bào viêm ở nhú bì.
- Xét nghiệm nấm âm tính

b) Chẩn đoán phân biệt

- Nấm da
- Viêm da đầu
- Vảy nến thể giọt
- Chàm khô
- Đào ban trong giang mai II

## **3. ĐIỀU TRỊ**

a) Nguyên tắc:

- Điều trị triệu chứng là chủ yếu
- Tránh những yếu tố kích ứng da

b) Điều trị tại chỗ

- Bôi kem corticosteroid loại trung bình hoặc loại nhẹ: kem hydrocortison, desonid, betamethason.

- Kem làm dịu da, mềm da.

c) Điều trị toàn thân

Trong trường hợp nhiều thương tổn hoặc không đáp ứng với thuốc bôi đơn thuần cần kết hợp điều trị tại chỗ với các biện pháp sau

- Erythromycin : người lớn 1-2g/ ngày x 14 ngày, trẻ em 25-40mg/kg/ngày
- Acyclovir : 800mg x 4 lần/ ngày trong 1 tuần
- Chiếu UVB dải hẹp trong 1-2 tuần
- Corticoid uống: 15-20mg/ngày, được chỉ định với thể nặng, thương tổn lan tỏa, có triệu chứng toàn thân

## **4. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

a. Tiến triển

Bệnh thường tiến triển tự khỏi sau 6-8 tuần

Có thể để lại những dát thâm màu hay nhạt màu

b. Biến chứng

Chàm hóa

Bội nhiễm

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị, Bệnh viện Da Liễu tp HCM, 2017
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Da Liễu, Bộ Y tế, 2015

## **VIÊM DA TIẾP XÚC** (Contact dermatitis)

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

Viêm da tiếp xúc (VDTX) là phản ứng của cơ thể đối với tác nhân bên ngoài, VDTX do hoạt tính của chất gây kích ứng không liên quan đến đáp ứng miễn dịch qua trung gian tế bào T, hoặc VDTX do dị nguyên liên quan đến đáp ứng miễn dịch qua trung gian tế bào.

### **2. CHẨN ĐOÁN:** dựa vào lâm sàng

#### **2.1. VDTX kích ứng:**

- Cấp tính: thương tổn da thay đổi từ hồng ban đến mụn nước, ăn mòn da, hoại tử. Hồng ban giới hạn rõ và phù nề tương xứng với nơi tiếp xúc kích ứng.
- Mạn tính: thương tổn da là khô da, nứt nẻ, hồng ban, tăng sừng và tróc vảy, rãnh khe nứt và tróc mảy.

Phân bố đơn độc, tại chỗ rồi lan đến một vùng hoặc toàn thân tùy vào đặc tính của tác nhân.

#### **2.2. VDTX dị ứng**

- Cấp tính: Thương tổn là mụn nước trên nền hồng ban giới hạn rõ và phù hay trường hợp những bong nước, chất tiết, đóng mảy.
- Bán cấp: mảng hồng ban nhẵn, vảy khô.
- Mạn tính: mảng lichen hóa, tróc vảy
- Phân bố đơn độc, tại chỗ rồi lan đến một vùng, toàn thân hoặc vùng phơi bày.

### **3. ĐIỀU TRỊ**

#### **a) VDTX kích ứng**

+ Cấp tính

- Xác định và lấy đi tác nhân gây VDTX kích ứng
- Nhúng vùng bị bệnh với dung dịch Burow (aluminum acetate), hoặc thuốc tím pha loãng 1/10.000..
- Glucocorticoid tại chỗ loại I-II.
- Trong trường hợp nặng Glucocorticoid toàn thân có thể được chỉ định Prednisone dùng trong 2 tuần, khi dùng 60mg, giảm mỗi 10mg/ lần..

+ Bán cấp và mạn

- Xác định và lấy đi tác nhân gây VDTX kích ứng .
- Glucocorticoid tại chỗ nhóm mạnh betamethasone dipropionate hoặc clobetasol propionate và bôi chất làm mềm, giữ ẩm.
- Khi lành tiếp tục bôi chất làm mềm.
- Pimecrolimus, tacrolimus tại chỗ có hiệu quả.

#### **b) VDTX dị ứng**

Xác định và lấy đi tác nhân gây viêm da tiếp xúc.

- Nhúng vùng bị bệnh với dung dịch Burow (aluminum acetate), hoặc thuốc tím pha loãng 1/10.000.
- Glucocorticoid tại chỗ loại I đến III hiệu quả trong giai đoạn sớm.
- Ngoài trị VDTX dị ứng theo đường không khí có thể còn điều trị toàn thân.
- Pimecrolimus, tacrolimus tại chỗ có hiệu quả.
- Glucocorticoid toàn thân dùng trong trường hợp nặng, prednisone khởi đầu dùng 60mg, giảm dần mỗi 5-10mg/ngày trong 1-2 tuần.

### **4. DỰ PHÒNG**

- Tránh tiếp xúc với các chất gây kích ứng hoặc các hóa chất bằng các phương tiện bảo vệ như gang tay, kính, tấm chắn...
- Nếu tiếp xúc với các chất dị ứng, rửa vùng tiếp xúc với nước hoặc dung dịch trung hòa.
- VDTX kích ứng do nghề nghiệp, thay đổi nghề có thể cải thiện.
- Nên mang găng tay bảo vệ tay khi làm bất cứ việc gì.
- Dùng các chất ít bị kích ứng như thay thế xà phòng khi tắm rửa.

- Sau khi lành tiếp tục chăm sóc da thêm nhiều tháng để tránh tái phát.
- VDTX kích ứng là yếu tố nguy cơ của VDTX dị ứng do đó phòng ngừa VDTX kích ứng cũng đang phòng ngừa VDTX dị ứng..

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị, Bệnh viện Da Liễu tp HCM, 2017
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Da Liễu, Bộ Y tế, 2015

## VIÊM DA CƠ ĐỊA (Atopic dermatitis)

### 1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm da cơ địa là bệnh mạn tính tiến triển từng đợt, thường bắt đầu ở trẻ nhỏ với đặc điểm là ngứa và có tổn thương dạng chàm. Bệnh thường xuất hiện ở những cá thể có tiền sử bản thân hay gia đình mắc các bệnh có yếu tố dị ứng như: hen, viêm mũi xoang dị ứng, sẩn ngứa, dị ứng thuốc, mề đay.

### 2. CHẨN ĐOÁN:

#### 2.1. Lâm sàng

Bệnh viêm da cơ địa có các biểu hiện khác nhau tùy theo lứa tuổi.

- Viêm da cơ địa ở trẻ nhũ nhi: Bệnh phát sớm khoảng 3 tuần sau sinh, thường cấp tính với các đám đỏ da, ngứa, sau đó xuất hiện nhiều mụn nước nông, dễ vỡ, xuất tiết và đóng vảy tiết, có thể bội nhiễm. Vị trí hay gặp nhất là 2 má, có thể ở da đầu, trán, cổ, thân mình, mặt dưới các chi. Khi trẻ biết bò có thể xuất hiện tổn thương ở đầu gối. Không thấy tổn thương ở vùng tả lót.

#### a) Viêm da cơ địa ở trẻ em

+ Thường từ viêm da cơ địa nhũ nhi chuyển sang.

+ Thương tổn là các sẩn đỏ, vết trợt, da dày, mụn nước khu trú hay lan toả cấp tính kèm theo nhiễm khuẩn thứ phát.

+ Vị trí hay gặp nhất là ở khoeo, nếp gấp khuỷu tay, mi mắt, hai bên cổ, cẳng tay, ở cổ có sạm da mạng lưới, ít khi ở mặt dưới các chi.

#### a) Viêm da cơ địa ở thanh thiếu niên và người lớn

+ Biểu hiện là mụn nước, sẩn đỏ dẹt, có vùng da mỏng trên mảng da dày, lichen hoá, ngứa.

+ Vị trí hay gặp: nếp gấp khuỷu, khoeo, cổ, rốn, vùng da quanh mắt đối với thanh thiếu niên. Khi bệnh lan toả thì vùng nặng nhất là các nếp gấp.

+ Viêm da lòng bàn tay, chân: gặp ở 20-80% người bệnh, là dấu hiệu đầu tiên của viêm da cơ địa ở người lớn.

+ Viêm da quanh mi mắt, chàm ở vú.

#### b) Các biểu hiện khác của viêm da cơ địa

+ Khô da: do tăng mất nước qua biểu bì.

+ Da cá, dày da lòng bàn tay, bàn chân, dày sừng nang lông, lông mi thưa.

+ Viêm môi bong vảy.

+ Dấu hiệu ở mắt, quanh mắt: mi mắt dưới có thể có 2 nếp gấp, tăng sắc tố quanh mắt, viêm kết mạc tái diễn có thể gây lộn mi, có thể có đục thủy tinh thể.

+ Chứng da vẽ nổi trắng.

#### 2.2. Cận lâm sàng

- Tăng nồng độ IgE trong huyết thanh.

- Mô bệnh học: thượng bì có xốp bào xen kẽ với hiện tượng á sừng; trung bì có sự xâm nhập của bạch cầu lympho, mono, dưỡng bào.

#### 2.3. Chẩn đoán định: Dựa vào tiêu chuẩn của Hanifin và Rajka

##### *Tiêu chuẩn chính*

- Ngứa

- Vị trí và biểu hiện điển hình của tổn thương:

+ Lichen hoá ở các nếp gấp trẻ em hoặc thành dải ở người lớn

+ Mặt và mặt dưới các chi ở trẻ em và trẻ sơ sinh

- Tổn thương phát ban tái phát hoặc mạn tính.

- Tiền sử cá nhân hay gia đình có mắc các bệnh dị ứng.

##### *Tiêu chuẩn phụ*

- Khô da, vảy cá, dày sừng nang lông, tăng đường kẽ lòng bàn tay.

- Viêm da ở tay, chân.

- Chàm vú, viêm môi, vảy phấn, nếp ở cổ.

- Tổn thương nặng lên dưới ảnh hưởng của các yếu tố môi trường và tâm lý.

- Ngứa khi bài tiết mồ hôi.

- Tăng IgE huyết thanh.
- Tăng sắc tố quanh mắt.
- Dấu hiệu Dennie-Morgan (mi mắt dưới có 2 nếp gấp).
- Viêm kết mạc.
- Giác mạc hình chớp.
- Đục thủy tinh thể dưới bao sau.

Để chẩn đoán xác định cần phải có  $\geq 3$  tiêu chuẩn chính kết hợp với  $\geq 3$  tiêu chuẩn phụ.

### 3. ĐIỀU TRỊ

#### 3.1. Nguyên tắc điều trị

- Dùng thuốc chống khô da, dị da.
- Chống nhiễm trùng.
- Chống viêm.
- Tư vấn cho người bệnh và gia đình biết cách điều trị và phòng bệnh.

#### 3.2. Điều trị cụ thể

##### -Bôi corticosteroids

Là thuốc được chọn lựa đầu tiên trong điều trị viêm da cơ địa.

Tùy theo tuổi, vị trí, tính chất thương tổn, đáp ứng của bệnh nhân...để chọn lựa mạnh yếu khác nhau.

Loại mạnh, dùng khoảng 2-4 tuần, để giảm triệu chứng nhanh. Sau đó chuyển sang loại nhẹ hơn, dùng 2 lần/tuần để duy trì.

Liều: không quá 45g/tuần loại mạnh, 100g/tuần loại trung bình hoặc yếu.

Thời gian duy trì : từ 2 đến 16 tuần.

##### c) Bôi ức chế calcineurin

Là chọn lựa thứ hai cho điều trị viêm da cơ địa.

Không dùng cho trẻ em dưới 2 tuổi.

Thoa 2 lần / ngày tối đa 3 tuần giảm còn 1 lần/ ngày.

Thời gian: khi không còn tổn thương thì ngưng (có thể kéo dài 3 năm)

##### d) Kháng histamine

Là điều trị hỗ trợ trong viêm da cơ địa.

Có tác động giảm ngứa, cải thiện giấc ngủ, cải thiện chất lượng cuộc sống bệnh nhân..

Trẻ em có thể sử dụng chế phẩm siro.

Nên dùng nhóm có tác dụng an thần.

- e) *Corticoid*: có thể được chỉ định trong thời gian ngắn khi bệnh bùng phát nặng. Không dùng thuốc kéo dài.

Prednisolon 5mg  $\times$  2-4 viên/ngày  $\times$  7 ngày

- f) *Các thuốc khác như cyclosporin, methotrexat.*

### 4. TIẾN TRIỂN VÀ TIỀN LƯỢNG

-Khoảng 70% trẻ bị viêm da cơ địa sẽ khỏi khi lớn lên. Còn lại 30% kéo dài dai dẳng.

- Khoảng 30-50% người bệnh viêm da cơ địa sẽ xuất hiện thêm các bệnh dị ứng khác như viêm mũi dị ứng, hen phế quản.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị, Bệnh viện Da Liễu tp HCM, 2017
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Da Liễu, Bộ Y tế, 2015



## **CHÀM BÀN TAY**

(Hand dermatitis)

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

Chàm bàn tay hay còn gọi là viêm da bàn tay là bệnh thường gặp, tỉ lệ hiện mắc khoảng 4% dân số người lớn.

Nguyên nhân bệnh sinh rất đa dạng, các tác nhân kích thích (xà bông, các chất tẩy rửa, hóa chất...) là nguyên nhân thường gặp nhất.

Điều trị rất khó lành, bệnh thường diễn tiến mạn tính và ảnh hưởng đến chất lượng sống của bệnh nhân.

### **2. CHẨN ĐOÁN**

#### **2.1. Lâm sàng**

- Tổ đũa: mụn nước ở lòng bàn tay, lòng bàn chân, mặt bên các ngón tay.
- Chàm dày sừng bàn tay: mảng dày sừng lòng bàn tay, tróc vảy, có đường nứt đau, không có mụn nước.
- Viêm da các ngón tay mạn tính: viêm da các ngón tay tróc vảy, có đường nứt, đôi khi có mụn nước từng đợt.
- Chàm đồng tiền bàn tay: mảng hồng ban hình đồng tiền trên mu bàn tay.

#### **2.2. Chẩn đoán phân biệt**

- Vẩy nến
- Nấm bàn tay
- Lichen phẳng
- Ghẻ
- U hạt vòng

### **3. ĐIỀU TRỊ**

- Thoa corticoids là lựa chọn đầu tay trong điều trị chàm bàn tay. Thoa corticoids tấn công trong 4-8 tuần, duy trì 3 lần/tuần, có thể kéo dài 36 tuần.
- UVB và PUVA (tại chỗ) được xem là lựa chọn hàng thứ 1 trong điều trị chàm bàn tay mà không đáp ứng với thuốc thoa. Dùng 3 lần/tuần, liên tục 10-12 tuần.
- Acitretin và alitretinoin được châu Âu và Canada công nhận trong điều trị chàm bàn tay nặng, có tăng sừng, kháng trị với thuốc bôi ( Mỹ chưa công nhận). Liều 10-30mg/ngày, liên tục 3 đến 6 tháng, hiệu quả 40-50%.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị, Bệnh viện Da Liễu tp HCM, 2017

# **BỆNH MÀY ĐAY**

## **(Urticaria)**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

Mày đay là phản ứng của mao mạch trên da với các yếu tố khác nhau gây nên phù cấp hoặc mạn tính ở trung bì. Cơ chế phức tạp, đa số là thông qua kháng thể IgE; trong đó có vai trò quan trọng của các chất trung gian hóa học, nhất là histamin. Căn nguyên gây bệnh mày đay rất phức tạp. Trên cùng một người bệnh, có thể có một hoặc nhiều căn nguyên gây mày đay cùng kết hợp.

### **2. CHẨN ĐOÁN**

2.1. Chẩn đoán xác định: dựa vào lâm sàng

+ Thương tổn cơ bản: là các sẩn phù kích thước to nhỏ khác nhau xuất hiện ở bất kì vùng da nào trên cơ thể. Sẩn phù hơi nổi cao trên mặt da, màu sắc hơi đỏ hoặc nhợt nhạt hơn vùng da xung quanh. Kích thước và hình dáng của các mảng sẩn thay đổi nhanh chóng, xuất hiện nhanh, mất đi nhanh.

+ Phân bố: có thể khu trú hoặc lan rộng toàn thân.

+ Cơ năng: đa số trường hợp mày đay rất ngứa, càng gãi càng ngứa và nổi thêm nhiều sẩn khác.

+ Cận lâm sàng:

Công thức máu: xác định số lượng bạch cầu đa nhân ái toan, nếu có tăng gợi ý bệnh dị ứng hoặc do ký sinh trùng; số lượng bạch cầu giảm trong bệnh lupus ban đỏ hệ thống.

Định lượng kháng thể IgE

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Chứng da vẽ nổi
- Viêm mạch mày đay
- Phù quincke
- Hồng ban đa dạng, phản ứng do côn trùng đốt

2.3. Tiến triển

+ Mày đay cấp: là phản ứng tức thì xảy ra trong vòng 24 giờ, có thể kéo dài đến 6 tuần.

+ Mày đay mạn: là mày đay tồn tại trên 6 tuần, có thể kéo dài hàng tháng, thậm chí hàng năm. Bệnh xảy ra với bất cứ người nào, nhưng thường gặp ở phụ nữ độ tuổi 40-60, hầu hết các trường hợp (80-90%) không rõ căn nguyên.

### **3. ĐIỀU TRỊ**

3.1. Nguyên tắc điều trị

Xác định và loại bỏ dị nguyên gây bệnh, tránh tiếp xúc lại với dị nguyên là cách tốt nhất trong điều trị và phòng bệnh. Tuy nhiên, nhiều trường hợp rất khó phát hiện các dị nguyên này.

3.2. Điều trị kiểm soát triệu chứng

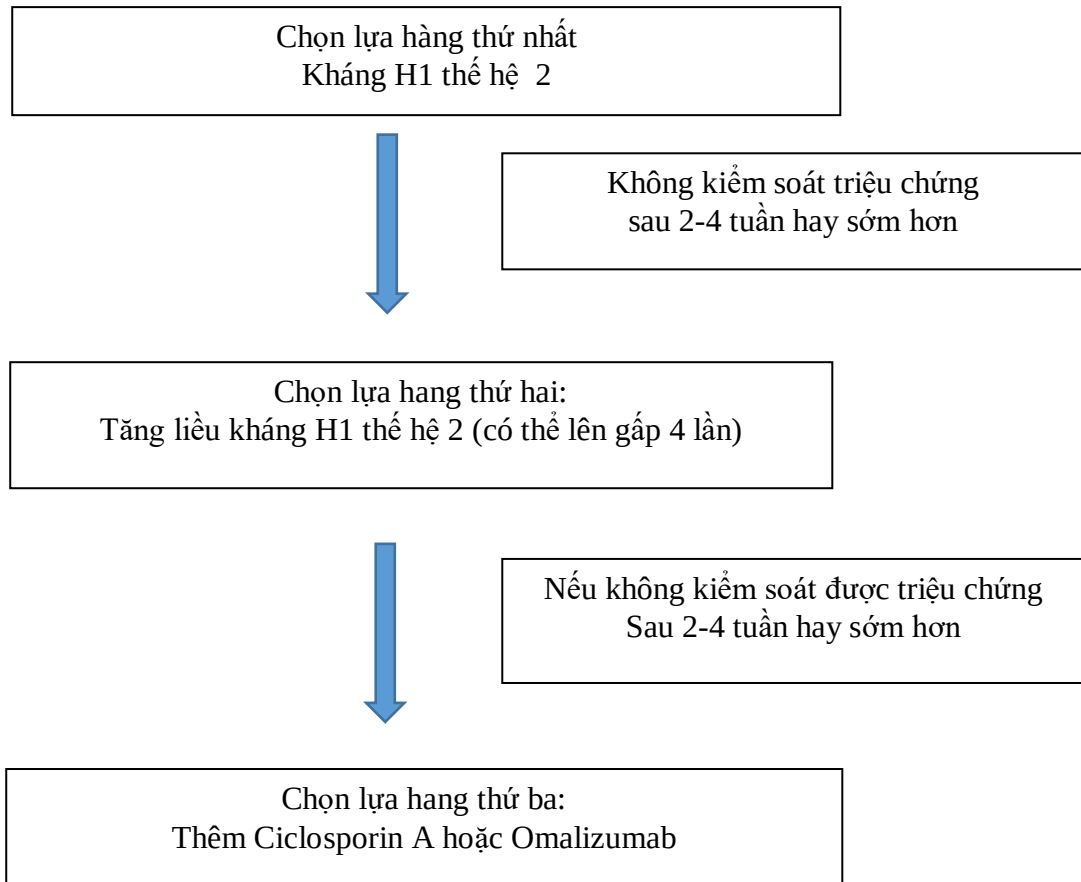
- Các trường hợp nhẹ: kháng histamin H1
- Các trường hợp nặng: phối hợp kháng histamin H1 với corticoid

Corticoid (uống hay tiêm): chỉ nên dùng trong điều trị mày đay cấp, nặng và/hoặc có phù thanh quản, hoặc một số trường hợp mày đay do viêm mạch, do áp lực không đáp ứng với các thuốc kháng histamin thông thường. Không nên dùng để điều trị mày đay mạn tính tự phát.

Epinephrin (adrenalin) kết hợp kháng histamin liều cao: được chỉ định khi có phù mạch cấp tính.

Đối với mày đay mạn tính: thường liên quan đến các bệnh lý bên trong nên người bệnh cần được khám chuyên khoa, làm thêm các xét nghiệm cần thiết để tìm đúng nguyên nhân và có cách điều trị thích hợp.

Có thể phối hợp kháng histamin H1 với kháng histamin H2.



#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị, Bệnh viện Da Liễu tp HCM, 2017
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Da Liễu, Bộ Y tế, 2015

## **HỒNG BAN ĐA DẠNG** (Erythema multiforme)

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

Hồng ban đa dạng (HBDD) là một bệnh lý viêm cấp tính và hay tái phát. Nhiều yếu tố có thể gây ra biểu hiện này, bao gồm các tác nhân nhiễm trùng, thuốc, yếu tố vật lý, tia X, mang thai, bệnh lý ác tính. Hồng ban đa dạng thường liên quan đến nhiễm trùng đường hô hấp trên trước đó, nhiễm Herpes simplex virus (HSV) hay *Mycoplasma pneumoniae*.

### **2. CHẨN ĐOÁN**

#### **2.1. Chẩn đoán xác định**

- Thương tổn da: Thương tổn đặc trưng của hồng ban đa dạng là hình bia bắn điển hình. Thương tổn hình bia bắn có thể không điển hình với 2 vòng tròn đồng tâm, hoặc thương tổn hình đa cung với ranh giới không rõ ràng.

Ngoài ra, trên da bệnh nhân còn có các thương tổn khác như dát đỏ, sẩn phù, mụn nước, bóng nước.

Vị trí: thường xuất hiện ở các chi và vùng mặt, trong đó, hình bia bắn hay gặp ở chi trên. Thương tổn thường đối xứng hai bên ở bàn tay và bàn chân, cẳng tay và cẳng chân.

Có thể gặp hiện tượng Koebner, thương tổn hình bia bắn xuất hiện ở vùng da bị sang chấn (ví dụ như do cào xước).

- Xét nghiệm:

+ Các xét nghiệm phát hiện căn nguyên do vi sinh vật: Test nhanh chẩn đoán nhiễm *Mycoplasma pneumoniae*, PCR tìm *Mycoplasma pneumoniae* hoặc PCR tìm HSV, ....

+ Các xét nghiệm phát hiện căn nguyên do thuốc: test áp, test lấy da, phản ứng chuyển dạng lympho bào.

#### **a. Chẩn đoán phân biệt**

- Mày đay
- Hội chứng Steven-Johnson
- Bệnh Dühring-Brocq
- Bệnh thủy đậu

### **3. ĐIỀU TRỊ**

#### **3.1. Nguyên tắc điều trị**

- Mục tiêu điều trị: hạ sốt, giảm thời gian phát ban.

- Ngăn ngừa nguyên nhân nếu có:

+ Herpes simplex (tuýp 1 hoặc 2): Acyclovir, valacyclovir hoặc famciclovir.

+ *Mycoplasma pneumoniae*: Macrolide, quinolone.

- Điều trị chung:

+ Nâng đỡ tổng trạng.

+ Kháng histamine, giảm đau, hạ sốt.

+ Điều trị chuyên khoa nếu có tổn thương cơ quan khác như mắt.

- Điều trị tại chỗ:

+ Thuốc thoa corticosteroids.

+ Dung dịch màu, kháng sinh thoa, chlorhexidine 0,05% ngừa bội nhiễm.

+ Dung dịch nước súc miệng: nước muối sinh lý, diphenhydramines, xylocaine.

#### **3.2. Điều trị cụ thể**

- Dạng nhẹ: không cần điều trị

- Dạng nặng:

Prednisone: Liều 0.5–1 mg/kg/ngày hay 40 – 80 mg/ngày cho đến khi đạt được đáp ứng lâm sàng, sau đó giảm liều nhanh trong vòng 1 tuần.

Acyclovir:

+ Chỉ dùng thuốc trong giai đoạn sớm như nghi ngờ HBDD do HSV

+ Điều trị phòng ngừa:

Acyclovir 400mg x 2 lần/ngày (10 mg/kg/ngày) trong 6 – 12 tháng.

HBDD tái phát nên chỉ định acyclovir đường uống (400 mg ngày 2 lần) trong vòng 6 -12 tháng.

Trường hợp điều trị thất bại, dùng dapsone hoặc kháng sốt rét tổng hợp. Có biến chứng thay cho dapsone (100 – 150 mg/ngày) có thể ức chế hoàn toàn hoặc một phần HBDD.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị, Bệnh viện Da Liễu tp HCM, 2017
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Da Liễu, Bộ Y tế, 2015

## **BỌNG NƯỚC DẠNG PEMPHIGUS** (Pemphigoid)

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

Là bệnh da bong nước tự miễn, tiến triển mạn tính, ít khi có tổn thương niêm mạc, hay gặp ở người lớn tuổi. Quá trình hình thành bong nước dạng pemphigus là do đáp ứng miễn dịch dịch thể và tế bào chống lại 2 kháng nguyên BP180 (BPAG2, hoặc collagen type XVII) và BP230 (BPAG1).

### **2. CHẨN ĐOÁN**

#### **2.1 . Lâm sàng**

- Tuổi > 60 tuổi.

- Tiền triệu: ngứa, hồng ban, sẩn phù... có thể kéo dài nhiều tháng.

- Bong nước: 1-7cm, căng, dịch trong mọc rải rác/ chumgf trên nền da lành/hồng ban. Nikolsky

(-). Bong nước xuất huyết, vỡ nhanh trong khoảng 1 tuần để lại vết trợt, đóng mài, lành nhanh.

- Vị trí: phát ban thường đối xứng, khởi đầu mặt trong đùi, lan xuống chân cánh tay, phần bụng dưới, bẹn, mặt gáy chi.

- Cơ năng: thường có ngứa.

#### **2.2. Cận lâm sàng**

- Giải phẫu bệnh: Bong nước dưới thượng bì, thâm nhiễm bạch cầu ái toan trong bì và các khoang bong nước.

- Miễn dịch huỳnh quang trực tiếp: Lắng đọng IgG và/hoặc C3 thành đường tại vùng neo bì-thượng bì . Có thể có IgA, IgM, IgE.

- Miễn dịch huỳnh quang gián tiếp: Phát hiện kháng thể kháng BP180 đơn thuần trong 90% các trường hợp với kỹ thuật ELISA.

### **3. ĐIỀU TRỊ**

#### **3.1. Nguyên tắc điều trị**

- Kết hợp thuốc điều trị tại chỗ và toàn thân.

- Chống bội nhiễm, kiểm soát ngứa, nâng cao thể trạng.

- Sử dụng thuốc corticosteroid, ức chế miễn dịch.

#### **3.2. Điều trị cụ thể**

- Corticosteroid

+ Toàn thân: liều 0,5-1mg/kg/ngày, sau 1-2 tuần giảm liều dần.

+ Tại chỗ: dùng chế phẩm tác dụng mạnh.

- Thuốc ức chế miễn dịch, dùng khi bệnh không đáp ứng với corticosteroid

+ Azathioprin (0,5-2,5mg/kg/ngày)

+ Chlorambucil (0,1mg/kg/ngày, 4-6mg/ngày)

+ Cyclophosphamid (1-3mg/kg/ngày)

+ Cyclosporin (1-5mg/kg/ngày)

- Kết hợp nicotinamid (500-2000 mg/ngày) với minocyclin hoặc tetracyclin

- Dapsone (50-100mg/ngày)

- Tacrolimus bôi tại chỗ

- Gammaglobulin truyền tĩnh mạch

- Lọc huyết tương

### **4. TIẾN TRIỂN VÀ TIÊN LƯỢNG**

Nếu không được điều trị, bệnh có thể tự khỏi nhưng có thể kéo dài vài tháng hoặc nhiều năm.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị, Bệnh viện Da Liễu tp HCM, 2017
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Da Liễu, Bộ Y tế, 2015

## **TRÚNG CÁ ĐỎ** (Rosacea)

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

Trúng cá đỏ là bệnh da mãn tính do rối loạn đơn vị nang lông tuyến bã ở mặt đặc trưng bởi đỏ bừng mặt (flushing), hồng ban giãn mạch thường gặp ở vùng hờ của mặt (trán, mũi, má, cằm).

### **2. CHẨN ĐOÁN**

#### **a) Tiêu chuẩn chẩn đoán**

Có ít nhất 1 triệu chứng tiên phát và 1 triệu chứng thứ phát:

- + Hồng ban/ đỏ bừng mặt thoáng qua hay dai dẳng
- + Sẩn, mụn mủ
- + Giãn mạch ở mặt
- Triệu chứng thứ phát:
- + Bỏng rát, châm chích
- + Mảng đỏ hơi gồ cao có hay không có tróc vảy
- + Da khô/ tróc vảy
- + Phù mặt dai dẳng

#### **b) Cận lâm sàng**

- + Cây vi trùng: để loại trừ nhiễm S.aureus. Cạo vảy da tìm sự hiện diện của Demodex Folliculorum.
- + Giải phẫu bệnh: không đặc hiệu, viêm quanh nang lông, viêm quanh mao mạch trở thành các nang dạng lao.

### **3. ĐIỀU TRỊ**

#### **a) Hồng ban giãn mạch**

- Chăm sóc da
- Tránh nắng
- Tại chỗ: metronidazole gel, acid azelaic
- Laser / IPL: điều trị giãn mạch

#### **b) Sẩn, mụn mủ**

- Tại chỗ: metronidazole gel, acid azelaic, dung dịch lưu huỳnh 5%, erythromycin 2%, clindamycin lotion 1%, benzoyl peroxide 5%
- Toàn thân: doxycycline, minocycline, tetracyclin, erythromycin, azithromycin, metronidazole, isotretinoin 10-40mg/ngày liều thấp đến TB

#### **c) Dạng tăng sinh tuyến bã**

- Isotretinoin liều trung bình đến cao
- Phẫu thuật, laser CO<sub>2</sub>

#### **d) Dạng tổn thương mắt**

- Vệ sinh mắt và nhỏ nước mắt nhân tạo
- Fusidic acid bôi
- Metronidazole thoa ngoài da
- Cyclosporin 0,5% nhũ dịch nhỏ mắt
- Kháng sinh toàn thân

### **4. TIẾN TRIỂN VÀ TIỀN LƯỢNG**

Bệnh mạn tính có thể gây phì đại các tuyến, tăng sụn mô làm da dày biểu hiện bằng các tăng sinh tuyến bã thường gặp ở nam giới, hiếm khi ở nữ.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị, Bệnh viện Da Liễu tp HCM, 2017
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Da Liễu, Bộ Y tế, 2015

## **ERYTHRASMA**

(Viêm nếp kẽ do vi khuẩn)

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

Erythrasma là nhiễm trùng nông mạn tính các nếp kẽ, nếp gấp của da do vi khuẩn *Corynebacterium minutissimum* gây ra.

### **2. CHẨN ĐOÁN**

Lâm sàng: Các nếp kẽ có những dát màu nâu hoặc hồng, ranh giới rõ, bong vảy mỏng, bề mặt có những vết nứt nông, ngứa ít hoặc vừa. Các vị trí hay gặp là nách, háng, giữa các ngón chân, nếp dưới vú, quanh rốn.

Cận lâm sàng:

- Soi đèn Wood: dưới ánh sáng cực tím có bước sóng dài, thương tổn da của erythrasma có màu đỏ san hô phát quang, do chất coproporphyrin III vi khuẩn giải phóng ra.
- Nhuộm Gram: có vi khuẩn hình sợi dây bắt màu Gram dương.
- Nuôi cấy vi khuẩn

### **3. ĐIỀU TRỊ**

Dùng thuốc sát khuẩn hoặc kháng sinh tại chỗ, ví dụ:

- Kem acid fusidic (Fucidin)
- Dung dịch clindamycin
- Mỡ Whitfield

Các trường hợp lan tỏa có thể dùng kháng sinh toàn thân như erythromycin hoặc tetracyclin, clarithromycin, doxycycline

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Noah Craft (2012), “Superficial cutaneous infections and pyodermas”,
2. Fitzpatrick’s Dermatology in General Medicine, 8th edition, Mc Graw Hill, pp.



## **LUPUS BAN ĐỎ** (Lupus erythematosus)

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

Đây là bệnh mô liên kết tự miễn thường gặp nhất. Lâm sàng đa dạng với diễn tiến và tiên lượng thay đổi. Tồn thương da đặc hiệu lupus gồm 3 thể: lupus đỏ da cấp, lupus đỏ da bán cấp và lupus đỏ da mạn tính.

### **2. LUPUS ĐỎ DA MẠN TÍNH**

#### **2.1. Lupus đỏ da dạng đĩa**

- Lâm sàng: da: Mảng hồng ban dạng đĩa với tăng sừng nang lông và nhạy đau. Bệnh tồn thương hoạt động với hồng ban và tăng sản xơ, Sẹo teo ở trung tâm( ở da đầu gây rụng tóc có sẹo)

- 15-25% lupus đỏ dạng đĩa là biểu hiện trong bệnh lupus đỏ da hệ thống.

- Cận lâm sàng:

+ Mô học: tăng sừng, trực sừng, nang lông dẫn nở chứa đầy keratin, thoái hóa lỏng màng đáy và thâm nhiễm nhiều tế bào đơn nhân quanh mạch máu và nang lông ở lớp bì.

+ Lupus band test: 90% (+) tại tổn thương da (với IgG, IgM và C3).

+ Kháng thể kháng nhân: 35% (+) với hiệu giá thấp, 5% (+) với hiệu giá cao.

+ Anti-dsDNA: hiếm (+).

#### **2.2. Viêm mô mỡ lupus (Lupus panniculitis)**

- Lâm sàng: Tổn thương da: mảng, cục dưới da sau đó dính với da bên trên. Vị trí thường gặp: mặt, vai, cánh tay, ngực, mông, đùi.

- Lành để lại sẹo teo do teo mô mỡ sâu.

- 35-50 % bệnh nhân lupus đỏ sâu có hiện diện tiêu chuẩn chẩn đoán lupus đỏ hệ thống.

- Cận lâm sàng

+ Mô học: viêm mô mỡ thùy thâm nhiễm tế bào lympho với hoại tử hyalin mô mỡ, nang dạng lympho, tế bào lympho và không có viêm mạch

+ Lupus band test: 70% (+) ở tổn thương da (với IgG, IgM và C3).

+ Kháng thể kháng nhân: 75% (+).

+ Anti-dsDNA: hiếm khi (+).

### **3. LUPUS ĐỎ DA BÁN CẤP**

#### **3.1. Lâm sàng: 2 dạng**

- Dạng vảy nến (42%): sẩn, mảng hồng ban tróc vảy giống vảy nến.

- Dạng vòng (39%): mảng hồng ban hình vòng hoặc bầu dục với vảy ở bờ và lành ở trung tâm.

Cận lâm sàng:

- Mô học: giống lupus dạng đĩa, trong đó thoái hóa lỏng màng đáy và phù mô bì nhiều, nút sừng nang lông và thâm nhiễm viêm ít hơn.

- Lupus band test: 86% (+) ở tổn thương da (với IgG, IgM và IgA).

- Kháng thể kháng nhân: 60-80% (+).

- Anti-dsDNA, anti-Sm, anti-U1RNP: khoảng 10% (+).

- Anti-Ro: 75-90% (+), anti-La: 30-50% (+), RF: 30% (+).

### **4. LUPUS ĐỎ DA CẤP**

#### **4.1. Lâm sàng**

*Dạng khu trú: hồng ban cánh bướm*

- Thường là biểu hiện đầu tiên của lupus đỏ hệ thống: có thể xuất hiện trước bệnh từ vài tuần đến nhiều tháng hoặc xuất hiện trong đợt cấp của bệnh. Hồng ban với bờ rõ, ở 2 má bắt qua mũi, không có ở rãnh mũi má. Lành không để lại sẹo.

*Dạng lan tỏa: phát ban dát sẩn toàn thân*

- Ít gặp, 5-10% trong lupus đỏ hệ thống

- Thường xuất hiện đồng thời với đợt cấp của bệnh hệ thống.

- Vị trí toàn thân, nhưng thường trên thắt lưng

- Dát, sẩn hồng ban ± xuất huyết ở khắp người, lòng bàn tay, lòng bàn chân, mặt lòng khớp liên đốt ngón tay

- Thường ngứa

#### 4.2. Cận lâm sàng

- Mô học: thượng bì teo, thoái hóa lỏng màng đáy, phù mô bì và thâm nhiễm tế bào lymphohistiocyte quanh mạch lớp bì nông.

- Lupus band test: (+) cao ở da lành không tiếp xúc (với IgG hoặc IgG kết hợp với các Ig khác).

- Kháng thể kháng nhân: > 80% (+).

- Anti-dsDNA: 40-90% (+)

- Anti-Sm: 10-30% (+)

- Anti-Ro: 75-90% (+), anti-La: 30-50% (+)

### 5. LUPUS ĐỎ HỆ THỐNG Chẩn đoán:

- Theo tiêu chuẩn ACR 1997 : Chẩn đoán lupus đỏ hệ thống khi đạt được  $\geq 4/11$  tiêu chuẩn

- Hoặc tiêu chuẩn SLICC 2012: Chẩn đoán lupus đỏ hệ thống:  $\geq 4$  tiêu chuẩn trong đó ít nhất có 1 tiêu chuẩn lâm sàng và 1 tiêu chuẩn miễn dịch. Hoặc viêm thận lupus được xác định bằng sinh thiết thận kết hợp với ANA hoặc anti-dsDNA dương tính.

### 6. ĐIỀU TRỊ

#### 6.1 Mục đích điều trị

- Làm ngưng quá trình viêm và lành tổn thương da.

- Giảm lan rộng của tổn thương.

- Hạn chế xuất hiện tổn thương mới.

- Ngăn chuyển thành bệnh hệ thống.

#### 6.2. Điều trị tại chỗ

+ *Corticoid tại chỗ*

- Hiệu quả trên sang thương da của lupus đỏ da.

- Giảm nhanh các triệu chứng đỏ và vảy.

- Lựa chọn dạng chế phẩm và loại corticosteroid tùy thuộc vào vị trí và độ nặng của tổn thương da.

- Corticosteroid tiêm trong tổn thương da hiệu quả cao trong lupus dạng đĩa. Liều lượng: 2.5-5mg/ml ở mặt và 5-10mg/ml ở vùng da khác. Tiêm trong bì và nhắc lại sau 4- 6 tuần.

+ *Ức chế calcineurin*

- Gồm: Tacrolimus 0.1% và 0.03% và Pimecrolimus 1%.

- Cũng hiệu quả trong điều trị lupus đỏ dạng đĩa và lupus đỏ da bán cấp.

- Thích hợp cho sử dụng vùng mặt.

- Có thể dùng phối hợp với corticosteroid tại chỗ.

+ *Retinoid*

- Gồm: Tazarotene 0.05% và tretinoin 0.025% và 0.05%

- Hiệu quả trong một số trường hợp lupus đỏ dạng đĩa tăng sừng.

- Lựa chọn 2 trong điều trị lupus đỏ dạng đĩa không đáp ứng TCS.

#### 6.3. Điều trị toàn thân

+ *Kháng sốt rét*

- Lựa chọn 1 trong điều trị lupus đỏ da với hiệu quả 50-90%.

- Soi đáy mắt trước khi bắt đầu điều trị và tái khám mỗi 12 tháng trong 5 năm.

- Nên định lượng G6PD trước khi điều trị kháng sốt rét.

- Không được phối hợp Hydroxychloroquine và Chloroquine.

- Nếu không hiệu quả sau 6-8 tuần, phối hợp Hydroxychloroquine hoặc Chloroquine với Quinacrine.

+ *Dapsone*

- Lựa chọn 1 trong điều trị lupus đỏ bong nước.

- Lựa chọn 2 trong điều trị lupus đỏ da (lupus đỏ dạng đĩa, viêm mô mỡ lupus và lupus đỏ da bán cấp) không đáp ứng với kháng sốt rét.

- Liều khởi đầu: 50mg/ngày và tăng liều đến tối đa 1.5mg/kg/ngày.

- Bắt buộc định lượng men G6PD trước khi sử dụng.

+ *Retinoid*

- Lựa chọn 2 trong điều trị một số bệnh nhân lupus đỏ da (lupus đỏ dạng đĩa , viêm mô mỡ lupus và lupus đỏ da bán cấp) không đáp ứng với kháng sốt rét.

- Liều: Isotretinoin và Acitretin 0.2-1mg/kg/ngày.

- Hiệu quả nhanh trong 2-6 tuần đầu điều trị, nhưng dễ tái phát khi ngưng thuốc.

+ *Corticosteroid toàn thân*

- Hiệu quả cao trong điều trị lupus đỏ da (95%).

- Lựa chọn 1 trong điều trị lupus đỏ da (thường kết hợp với kháng sốt rét).

- Chỉ định trong những trường hợp lupus đỏ da nặng và cấp tính.

- Liều: 0.5-1mg/kg/ngày x 2-4 tuần, giảm liều đến liều tối thiểu  $\leq 7.5\text{mg/ngày}$  và sau đó ngưng thuốc ngay khi bệnh được kiểm soát.

+ *Methotrexate*

- Lựa chọn 2 trong điều trị lupus đỏ dạng đĩa và lupus đỏ da bán cấp kháng trị.

- Liều: 7.5-25mg/tuần.

- Bổ sung folic acid 5 mg/ ngày x 5 ngày/tuần.

+ *Mycophenolate mofetil*

- Lựa chọn 3 trong điều trị lupus đỏ da kháng trị.

- Liều: 500mg x 2 lần/ngày, có thể tăng đến 3g/ngày tùy đáp ứng của bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị, Bệnh viện Da Liễu tp HCM, 2017
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Da Liễu, Bộ Y tế, 2015

## **VIÊM BÌ CƠ** ( Dermatomyositis )

### **ĐẠI CƯƠNG**

- Là một bệnh tự miễn, thương tổn chủ yếu là viêm da và cơ.
- Bệnh ít gặp, tỉ lệ là 1/100.000 dân, nữ hay gặp hơn nam.
- Căn nguyên không rõ. Có một vài yếu tố liên quan đến sự xuất hiện bệnh:
  - + Di truyền: liên quan đến HLADR3-B8, HLA-DQA1 và HLA-DQA1.
  - + Nhiễm khuẩn: Cocksackie B, Echovirus, Streptococcus pyogenes, nhiễm khuẩn đường hô hấp và đường tiêu hóa và hoặc sử dụng kháng sinh.

### **1. CHẨN ĐOÁN**

Tiêu chuẩn chẩn đoán của Bohan và Peter (1975):

- (1) Ban điển hình ở da.
  - (2) Yếu cơ đoạn gần đối xứng có thể có bao gồm cả khó nuốt và yếu cơ hô hấp.
  - (3) Bất thường về sinh thiết cơ.
  - (4) Tăng nồng độ men cơ trong huyết thanh.
  - (5) Bất thường về điện cơ.
- Chẩn đoán chắc chắn viêm bì cơ khi có ban ở da và  $\geq 2$  trong số 4 tiêu chuẩn còn lại.
  - Thường chẩn đoán viêm bì cơ khi bệnh nhân có ban ở da, yếu cơ và tăng nồng độ men cơ trong huyết thanh.

### **2. ĐIỀU TRỊ**

- a) Nguyên tắc
  - Cải thiện sức mạnh của cơ, ngăn chặn teo cơ, cứng khớp.
  - Phòng ngừa và giảm biến chứng ngoài cơ.
  - Giảm thương tổn da.
- b) Điều trị tại chỗ
  - Thoa chống nắng phổ rộng.
  - Corticoids: Dùng từng đợt 2 tuần rồi ngưng 2 tuần dùng lại.
  - Ức chế Calcineurin.
  - Dưỡng ẩm nếu có khô da.
  - Điều trị poikiloderma: pulsed dye laser.
- c) Điều trị toàn thân
  - + *kháng sốt rét tổng hợp*
    - Chỉ có tác dụng làm giảm thương tổn da, không có tác dụng với thương tổn cơ.
    - Liều 200-400 mg/ngày.
    - Khám mắt định kỳ trước và trong quá trình điều trị.
  - + *Corticoids*
    - Liều khởi đầu:  $\geq 1$  mg/kg/ngày trong 4-6 tuần.
    - Hạ liều chậm trong khoảng 9-12 tháng để đạt liều 5mg/ngày prednison.
    - Theo dõi các tác dụng phụ, chú ý tác dụng phụ gây yếu cơ do corticoid toàn thân.
    - Thuốc lựa chọn đầu tay cho viêm bì cơ có tổn thương cơ và da, điều trị sớm cải thiện tiên lượng.
  - + *Globulin miễn dịch tiêm tĩnh mạch (IVIG)*: dùng khi bệnh rất nặng, nguy hiểm tới tính mạng, nhất là khi có thương tổn cơ nặng hoặc không đáp ứng với corticoid hoặc để giảm liều corticoid.
  - + *Ức chế miễn dịch khác*: dùng đơn độc hoặc phối hợp với corticoids để giảm liều corticoids
    - Methotrexate: 7,5 mg/tuần ( không đáp ứng, tăng 2,5mg/tuần, tối đa 50 mg/tuần)
    - Azathioprin: 2-3 mg/kg/ngày. Khi kết hợp với corticoids đạt hiệu quả không chế bệnh thì giảm liều về 1mg/kg/ngày khi liều corticoids còn 15mg/ngày. Tốc độ giảm 25mg/tháng.
    - Cyclophosphamid: 1-2 mg/kg/ngày; ở trẻ em 2-4 mg/kg/ngày.
    - Cyclosporin: 3-5 mg/kg/ngày
    - Clorambucil 2-6mg/ngày

- Mycophenolate 1-3g/ngày
- + *Điều trị Calcinosis:*
- Chế độ ăn ít Calci
- Probenecid 250mg/ngày
- Warfarin 1mg/ngày
- Colchicin 1,2-1,8mg/ngày
- Phẫu thuật
- + *Thuốc sinh học*
- Rituximab: kháng thể kháng CD20.
- Infliximab: kháng thể đơn dòng kháng TNF alpha.
- Abatacept: một protein gây độc lympho TCD4 và phần Fc của IgG1.
- d) Theo dõi
- Lâm sàng: triệu chứng da, cơ, biến chứng: phổi, tim, dấu hiệu gợi ý ung thư, tác dụng phụ của thuốc
- Cận lâm sàng: bilan chuyển hóa, men cơ, nồng độ kháng thể

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị, Bệnh viện Da Liễu tp HCM, 2017
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Da Liễu, Bộ Y tế, 2015

# **BẠCH BIẾN**

## **(Vitiligo)**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

Bạch biến là một bệnh da do rối loạn sắc tố với các đám da giảm hoặc mất sắc tố có thể gặp ở mọi vị trí trên cơ thể nhưng thường gặp ở vùng mặt, cẳng tay và bộ phận sinh dục.

Nguyên nhân có thể do di truyền hoặc phát sinh trong quá trình phát triển.

Cơ chế bệnh sinh: hình thành các tự kháng thể chống lại kháng nguyên của tế bào sắc tố, gây độc cho tế bào, hoặc làm giảm sản xuất sắc tố melanin.

### **2. CHẨN ĐOÁN**

#### **a) Lâm sàng**

- Thương tổn là những dát mất sắc tố, tròn hay bầu dục, giới hạn rất rõ, thường bao quanh bởi viền tăng sắc tố, không teo, không vảy. Kích thước khác nhau, phát triển ra ngoại vi, có thể liên kết nhau thành từng vùng rộng, giới hạn không đồng đều.

- Thương tổn thường nhạy cảm với tia cực tím, dễ bị bỏng rát khi tiếp xúc nhiều với ánh nắng mặt trời. Nhiều trường hợp bệnh khởi phát sau khi bỏng nắng nặng.

- Có thể gặp ở vị trí bất kỳ của cơ thể, thường ở mu bàn tay, cổ tay, cẳng tay, mặt, cổ, bộ phận sinh dục, quanh bộ phận sinh dục.

- Lông, tóc vùng thương tổn thường bạc trắng.

- Phân bố có thể đối xứng hoặc không.

- Thường không có tổn thương lòng bàn tay, bàn chân, niêm mạc.

#### **b) Giải phẫu bệnh**

- Thương tổn mới: thấy phản ứng viêm kín đáo.

- Về sau: mất sắc tố trong vùng thương tổn, tập trung sắc tố ở rìa.

#### **c) Các thể lâm sàng**

- Thể khu trú

- Thể lan tỏa

- Thể hỗn hợp

### **3. ĐIỀU TRỊ**

#### **a) Nguyên tắc chung**

- Tránh ánh nắng mặt trời

- Điều trị thuốc bôi tại chỗ kết hợp với điều trị toàn thân

#### **b) Điều trị cụ thể**

- *Thuốc bôi tại chỗ*

+ Mỡ corticoid: khoảng 1 tuần, nghỉ 10 ngày sau đó bôi thêm 1 đến 2 đợt nữa.

+ Hoặc bôi dung dịch meladinin 1,0% tại tổn thương ngày từ 1-2 lần.

+ Bôi tại chỗ hay tắm nước có pha psoralen hoặc uống sau đó chiếu tia UVA, UVB. Chú ý nếu chiếu nhiều có thể làm tăng tỷ lệ ung thư da.

+ Gây bỏng tại tổn thương có thể làm tăng sắc tố sau viêm.

+ Tacrolimus 0,03-0,1%, bôi ngày 2 lần sáng, tối, kéo dài hàng tháng, nhiều trường hợp bệnh giảm hoặc khỏi, nhất là ở trẻ em.

+ Bôi mỹ phẩm: loại kem có cùng màu sắc với da của mỗi người khi trang điểm.

+ Cây da kết hợp với thuốc ức chế miễn dịch.

- *Thuốc toàn thân*

+ Meladinin 10mg uống 1 viên/ngày, từ 1-3 tháng, thậm chí là 6 tháng.

+ Một số trường hợp lan tỏa có thể dùng corticoid toàn thân liều thấp hoặc một số thuốc ức chế miễn dịch. Tuy nhiên, cần theo dõi các biến chứng và các tác dụng phụ của thuốc.

+ Uống viatmin liều cao, đặc biệt là vitamin nhóm B.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị, Bệnh viện Da Liễu tp HCM, 2017
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Da Liễu, Bộ Y tế, 2015

## **VIÊM DA TIẾT BÃ** (Seborrheic Dermatitis)

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

Viêm da dầu là một bệnh da mạn tính. Thương tổn cơ bản là dát đỏ, giới hạn rõ, trên có vảy mỡ, khu trú ở vùng có nhiều tuyến bã như da đầu, mặt và phần trên của thân mình. Nguyên nhân gây bệnh chưa rõ ràng. Tăng tiết chất bã/dầu là điều kiện gây viêm da dầu. Nấm *Malassezia ovale* (*Malassezia furfur*), vi khuẩn *P. acne* và một số vi khuẩn khác đóng vai trò quan trọng trong cơ chế bệnh sinh của bệnh.

### **2. CHẨN ĐOÁN**

Chủ yếu dựa vào lâm sàng

#### **2.1. Lâm sàng**

- + Tổn thương là các dát đỏ thẫm, trên có vảy da khô ở vùng da có nhiều tuyến bã như da đầu, mặt, trước xương ức, vùng giữa hai bả vai và các nếp gấp.
- + Ở mặt: dát đỏ và vảy da, thường ở vùng giữa hai lông mày, rãnh mũi má.
- + Ở các nếp gấp như nách, bẹn, nếp dưới vú, hậu môn sinh dục, viêm da dầu biểu hiện như viêm kẽ, da đỏ, giới hạn rõ, trên có vảy mỡ.

#### **2.2. Cận lâm sàng**

- + Mô bệnh học: không đặc hiệu, có hiện tượng á sừng, tăng lớp tế bào gai và xốp bào nhẹ. Xốp bào là dấu hiệu quan trọng giúp chẩn đoán phân biệt với vẩy nến. Trung bì có hiện tượng thâm nhiễm nhẹ các tế bào viêm.
- + Soi nấm trực tiếp phát hiện *M. furfur*.
- + Người bệnh viêm da dầu cần làm xét nghiệm HIV.

### **3. ĐIỀU TRỊ**

#### **a) Kháng nấm**

Tại chỗ: dùng dưới dạng dầu gội, kem bôi

Toàn thân: trong trường hợp lan tỏa, dai dẳng

#### **b) Corticoids: dùng trong trường hợp viêm da, ngứa**

#### **c) Ức chế calcineurin**

#### **d) Isotretinoin: có tác dụng làm giảm sự bài tiết chất bã. Liều lượng 0,5mg/kg/ngày trong ít nhất 8 tháng. Theo dõi chức năng gan, mỡ máu trong quá trình điều trị.**

#### **e) Thuốc thoa kháng sinh và/hoặc chống nấm tách riêng hay phối hợp steroids đôi khi có thể dùng.**

### **4. TIẾN TRIỂN VÀ TIỀN LƯỢNG**

Viêm da tiết bã tiên lượng tốt. Bệnh thường kéo dài từ nhiều ngày đến nhiều tháng.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị, Bệnh viện Da Liễu tp HCM, 2017
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Da Liễu, Bộ Y tế, 2015



## **DỊ SỪNG NANG LÔNG** (Follicular dyskeratosis)

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

Còn gọi là bệnh dị sừng nang lông của Darier, do rối loạn sừng hóa. Dị sừng nang lông là bệnh di truyền trội. Gen bệnh di truyền ở vị trí nhiễm sắc thể 12q 23- 24.1

### **2. CHẨN ĐOÁN**

#### **a) Lâm sàng**

Thương tổn cơ bản là sẩn sừng nhỏ, kích thước từ 1-3mm, màu hồng hoặc hơi nâu. Trên sẩn phủ vảy tiết màu nâu hơi xám, bản, sần sùi, dính vào da. Các sẩn kết hợp lại với nhau tạo thành mảng lớn.

Vị trí thương tổn ưu tiên ở vùng da mỡ như ở mặt, thái dương, da đầu, mặt bên cổ, vùng giữa lưng, ngực, đôi khi thấy ở các nếp gấp.

Lòng bàn tay, bàn chân, khám kỹ có thể tìm những chấm nhỏ lõm giữa, màu vàng nhạt, trong suốt (giếng nhỏ). Thương tổn này rất có giá trị giúp chẩn đoán xác định bệnh.

Thương tổn móng: móng bè rộng, có những khía dọc, có các băng dọc màu đỏ xen kẽ các băng trắng, đôi khi thấy vết nứt.

Thương tổn niêm mạc: gặp 20% trường hợp, là các sẩn hơi lõm giữa, màu trắng ngà hoặc hồng, tập trung thành đám.

Triệu chứng toàn thân hiếm gặp như: teo não, động kinh, chậm phát triển, có thể tổn thương bộ phận sinh dục, tuyến giáp, phổi, loạn sản mạch máu, u nang xương.

#### **b) Cận lâm sàng: Mô bệnh học**

+ Vị trí xẻ thớ thượng bì ngay trên lớp đáy kèm theo bất thường sừng hóa của một số tế bào sừng. Những tế bào này đứt cầu nối, tách ra và hình thành những vật thể hình tròn.

+ Lớp sừng có biểu hiện dày sừng từng chỗ và á sừng.

+ Lớp hạt bị đứt đoạn bởi các ổ dị sừng rải rác.

#### **c) Thể lâm sàng**

+ Dạng khu trú: thương tổn sắp xếp theo dây thần kinh.

+ Thể da mỡ: mặt thương tổn tiết nhiều bã nhờn, gặp ở vùng ngực lưng. Thương tổn là các sẩn màu hồng hơi gờ cao.

+ Thể nhẹ: thương tổn như khi mới phát, là sẩn như hạt kê, bóng, ít dày sừng.

+ Thể bong nước, mụn nước: thương tổn là các mụn mủ trên các sẩn sừng hoặc các bong nước chứa dịch đục. Bong nước đập vỡ để lại mảng da tiết dịch, bờ dày hình nhiều vòng cung giống như pemphigus sùi.

### **3. ĐIỀU TRỊ**

+ Thuốc tại chỗ: kem dịu da, thuốc bạt sừng, mỡ kháng sinh, thuốc sát trùng, vitamin A axít bôi tại chỗ.

+ Thuốc toàn thân:

. Kháng sinh để chống lại mùi hôi và chống bội nhiễm.

. Vitamin A axít có tác dụng tốt, liều 0,25mg/kg/ngày.

. Corticoid liều thấp 20-40mg/ngày.

+ Ngoại khoa: mài da, laser CO<sub>2</sub>, đốt điện, cắt bỏ đám da sùi ghép da, đôi khi gây hiện tượng Koebner.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Da Liễu, Bộ Y tế, 2015

## **GHẺ** (Scabies)

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

Ghẻ là một bệnh lây nhiễm ngoài da do một loại ký sinh trùng có tên khoa học là *Sarcoptes scabiei* (cái ghẻ) xâm nhập vào thượng bì.

### **2. CHẨN ĐOÁN**

#### **a) Chẩn đoán xác định**

- Lâm sàng
  - + ủ bệnh 2-3 ngày đến 2-6 tuần
  - + Mụn nước trên nền da lành, rải rác, riêng rẽ, thường ở vùng da mỏng như ở kẽ ngón tay, mặt trước cổ tay, cẳng tay, vú, quanh thắt lưng, rốn, kẽ mông, mặt trong đùi và bộ phận sinh dục. Ở trẻ sơ sinh mụn nước hay gặp ở lòng bàn tay, chân.
  - + Đường hầm ghẻ còn gọi là “luống ghẻ” dài 3-5mm.
  - + Săng ghẻ thường xuất hiện ở vùng sinh dục, dễ nhầm với săng giang mai.
  - + Sẩn cục hay sẩn huyết thanh: hay gặp ở nách, bẹn, bẹn.
  - Vết xước, vảy da, đỏ da, dát thâm. Có thể có bội nhiễm, chàm hoá, mụn mủ.
  - + Ghẻ Na Uy là một thể đặc biệt, gặp ở người bị suy giảm miễn dịch. Thương tổn là các lớp vảy chồng lên nhau và lan toả toàn thân, có thể tìm thấy hàng nghìn cái ghẻ trong các lớp vảy.
- Cơ năng: ngứa nhiều về đêm
- Cận lâm sàng: soi tìm cái ghẻ tại tổn thương

#### **b) Chẩn đoán phân biệt**

- Tổ đũa
- Sẩn ngứa
- Viêm da cơ địa
- Nấm da
- Săng giang mai

### **3. ĐIỀU TRỊ**

#### **a) Nguyên tắc chung**

- Điều trị cho tất cả những người trong gia đình, tập thể, nhà trẻ...nếu phát hiện bị ghẻ.
- Nên tầm soát các bệnh lây qua đường tình dục với các người bệnh trên 18 tuổi.
- Quần áo, chăn màn đệm, vỏ gối, đồ dùng... giặt sạch phơi khô, là kĩ.

#### **b) Điều trị tại chỗ**

- + Gamma benzen 1%
- + Permethrin 5%
- + Benzoat benzyl 25%
- + Diethylphtalat (DEP)
- + Mỡ lưu huỳnh 5-10% cho trẻ em và cho người lớn, đặc biệt là người bệnh dưới 2 tháng tuổi, phụ nữ có thai và cho con bú (rất an toàn, nhược điểm có mùi hôi).
- + Crotaminton 10%

#### **c) Điều trị toàn thân**

- + Uống kháng histamin tổng hợp.
- + Ivermectin liều 200µg/kg cân nặng, liều duy nhất. Chỉ định trong những trường hợp ghẻ kháng trị với các thuốc điều trị cổ điển, ghẻ Na Uy, ghẻ ở người nhiễm HIV. Chống chỉ định cho trẻ dưới 5 tuổi, phụ nữ có thai.

### **4. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG**

- Chàm hóa
- Bội nhiễm
- Lichen hóa
- Viêm cầu thận cấp

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị, Bệnh viện Da Liễu tp HCM, 2017
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Da Liễu, Bộ Y tế, 2015

## BỆNH ZONA

### 1. ĐẠI CƯƠNG

Zona là bệnh nhiễm siêu vi, ảnh hưởng đến da và thần kinh. Bệnh do sự tái hoạt của virus Varicella zoster (VZV) tiềm ẩn ở rễ thần kinh cảm giác cạnh cột sống. Bệnh hay gặp ở những người già, những người suy giảm miễn dịch, đặc biệt ở người nhiễm HIV/AIDS.

### 2. CHẨN ĐOÁN

- a) Chẩn đoán xác định: chủ yếu dựa vào lâm sàng
  - Tiền triệu: bệnh khởi đầu với các cảm giác bất thường trên một vùng da như bỏng, nóng rát, châm chích, tê, đau, nhất là về đêm, hiếm gặp hơn là dị cảm ở một vùng hoặc nhiều dây thần kinh chi phối từ 1-5 ngày.
  - Khởi đầu là dát, sẩn hồng ban, dọc theo đường đi của nhánh nông của dây thần kinh cảm giác. Sau 1-2 giờ trên mảng đỏ xuất hiện những mụn nước, mọc thành chùm chứa dịch trong, căng, khó vỡ, tồn tại trong 12-24 giờ.
  - Vị trí: thường chỉ ở một bên, không vượt quá đường giữa cơ thể và theo đường phân bố của một dây thần kinh ngoại biên; cá biệt bị cả hai bên hay lan toả.
  - Hạch bạch huyết vùng lân cận sưng to.
  - Triệu chứng cơ năng: đau xuất hiện sớm, có thể trước cả tổn thương ngoài da và luôn thay đổi trong suốt thời gian bệnh tiến triển. Mức độ đau rất đa dạng từ nhẹ như cảm giác rát bỏng, âm ỉ tại chỗ hay nặng như kim châm, giập từng cơn.
- b) Các thể lâm sàng đặc biệt
  - Zona mắt: chiếm 10-15% các thể zona. Do tổn thương thần kinh V hay thần kinh sinh ba chi phối cho mắt, hàm trên và hàm dưới, trong đó tổn thương nhánh mắt gấp 5 lần các nhánh khác.
  - Zona hạch gối hay hội chứng Ramsay Hunt: do thương tổn hạch gối của dây thần kinh VII. Bệnh nhân liệt mặt một bên, ù tai, nghe kém hoặc mất khả năng nghe, buồn nôn, nôn, chóng mặt và giập nhãn cầu. Mất cảm giác vị giác một bên 2/3 trước lưỡi, mụn nước mọc ở màng nhĩ, ống tai, vành tai.
  - Zona vùng xương cụt (S2, S3, S4): do viêm dây thần kinh chi phối vùng bàng quang. Bệnh nhân khó tiểu, tiểu dắt, bí tiểu, có trường hợp tiểu máu và tiểu mù.
  - Zona ở người nhiễm HIV/AIDS: bệnh zona ở người có HIV dương tính giai đoạn sớm tương tự như bệnh zona ở người bình thường. Nếu nhiễm HIV giai đoạn muộn/AIDS, zona có thể tái phát thường xuyên, tổn thương không điển hình như xuất hiện trên diện rộng, mụn nước xuất huyết, hoại tử, nhiễm khuẩn, sẹo xấu, bệnh kéo dài.
- c) Cận lâm sàng
  - + Chẩn đoán tế bào Tzanck: thấy các tế bào gai lệch hình và tế bào đa nhân khổng lồ.
  - + Nuôi cấy virus: thường ít thực hiện.
  - + PCR với bệnh phẩm trong dịch và các mô.
  - + Sinh thiết da: được tiến hành nếu lâm sàng không điển hình.
  - + Xét nghiệm HIV.

### 3. ĐIỀU TRỊ

- a) Điều trị tại chỗ
  - Tại chỗ: bôi hồ nước, dung dịch màu millian, castellani, mỡ acyclovir, mỡ kháng sinh nếu có nhiễm khuẩn
  - Tránh băng kín bụng glucocorticoid dạng dầu hay kem.
  - Bôi tại chỗ Acyclovir (54% polyethylene glycol), bôi mỗi 4 giờ trong vòng 10 ngày, có tác dụng lành tổn thương tại chỗ ở người suy giảm miễn dịch, nhưng không ngăn ngừa đau sau zona.
  - Thoa thuốc gây tê:
    - + Miếng dán 5% Lidocain, dán 12 giờ mỗi ngày, tuy nhiên có thể gây phát ban, đỏ da.
    - + Thoa EMLA cream ngày 1 lần, sau đó băng ép kín

- Miếng dán Capsaicin 8% trong 1 giờ, có hiệu quả giảm đau từ tuần thứ 2, thời gian sử dụng 12 tuần.
- b) Điều trị toàn thân
  - *Thuốc kháng siêu vi*
    - + Acyclovir 800mg x 5 viên/ngày x 7-10 ngày hoặc
    - + Famciclovir (Famvir) 500 mg x 3 viên/ngày x 7 ngày hoặc
    - + Valacyclovir (Valtrex) 1g x 3 lần/ngày x 7 ngày.
  - Suy giảm miễn dịch nhẹ, bao gồm cả nhiễm HIV giai đoạn đầu:
    - + Famciclovir 500mg x 3 lần/ngày x 7 ngày hoặc
    - + Valacyclovir 1g x 3 lần/ngày x 7 ngày hoặc
    - + Acyclovir 800mg x 5 lần/ngày x 7-10 ngày.
  - *Thuốc kháng viêm*
    - Glucocorticoid toàn thân được dùng trong trường hợp có liệt mặt và viêm nhiều dây thần kinh sọ não, nhằm giảm chèn ép thần kinh, giảm biến chứng.
    - Corticoid: có tác dụng giảm đau trong thời kỳ cấp tính và nhiều tác giả cho rằng thuốc có tác dụng giảm đau sau zona.
  - *Thuốc giảm đau*: dùng điều trị cơn đau cấp tính
  - **Đau sau Zona**
    - + Gabapentin: 300mg- 900mg mỗi ngày (có thể tối đa 1800mg)
    - + Pregabalin ( Lyrica 75 mg): khởi đầu 75mg x 2 lần/ ngày, có thể tăng lên 150mg x 2 lần/ ngày sau 3-7 ngày. Giảm liều dần mỗi tuần.
    - + Amitripylin viên 25mg, liều 25-75mg/ngày.
    - + Carbamazepin viên nén 200mg, liều 400-1.200mg/ngày.
    - + Bôi kem chứa lidocain và prilocain tại chỗ, ngày 3-4 lần.
    - + Tramadol: 50mg-100mg ngày 1 lần, IV hoặc IM, lập lại mỗi 4-6 giờ khi cần.
    - Không được quá 400mg mỗi ngày.
  - Có thể bổ sung thêm vitamin nhóm B, Magie...

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị, Bệnh viện Da Liễu tp HCM, 2017
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Da Liễu, Bộ Y tế, 2015

# THỦY ĐẬU (Varicella)

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Thủy đậu là bệnh ngoài da do virus Varicella-zoster gây nên, rất lây, có khả năng gây thành dịch. Virus lây qua đường hô hấp qua những giọt nước bắn ra từ người bệnh.

## 2. CHẨN ĐOÁN: dựa vào lâm sàng

### 2.1. Lâm sàng

- Thời kỳ ủ bệnh: 10-21 ngày, không triệu chứng.
- Thời kỳ khởi phát: 24-48 giờ. Bệnh nhân sốt nhẹ, chán ăn, mệt mỏi, nhức đầu đôi khi có đau bụng nhẹ.
- Thời kỳ toàn phát:

Thương tổn cơ bản: nổi lên những mụn nước tròn trên viền da màu hồng, xuất hiện ở thân mình sau lan đến mặt và tứ chi, mụn nước trong, sau 24 giờ hóa đục, trên một vùng da bệnh nhân có nhiều lứa tuổi khác nhau. Đặc biệt là mụn nước lõm ở giữa, có thể có 1 chấm đen ở giữa.

Vị trí: Thân mình, mặt, tứ chi, có thể mọc ở niêm mạc miệng, đường tiêu hoá, hô hấp, tiết niệu thậm chí cả âm đạo.

Triệu chứng cơ năng: ngứa, sốt nhẹ hoặc không, đôi khi hạch ngoại biên to.

- Thời kỳ hồi phục: Sau một tuần, hầu hết mụn nước đóng vảy, chuyển sang giai đoạn hồi phục, lành không để lại sẹo.

### 2.2. Cận lâm sàng

- Công thức máu: bình thường.
- Test Tzanck ở tổn thương có giá trị chẩn đoán nhanh trong thủy đậu.
- Huyết thanh chẩn đoán: Test Elisa tìm thấy kháng thể màng là test nhạy cảm nhất.
- Phân lập virus ở tổn thương: chẩn đoán xác định.
- Kỹ thuật PCR: Phương tiện chẩn đoán.

## 3. ĐIỀU TRỊ

### 3.1. Nguyên tắc điều trị

- Dùng kháng virus trong giai đoạn sớm.
- Phòng ngừa bội nhiễm và các biến chứng khác.
- Nghỉ ngơi, cắt đứt nguồn lây lan.

### 3.2. Điều trị cụ thể

- Dự phòng bội nhiễm da: Cắt móng tay, tắm bằng các loại xà phòng hay dung dịch sát trùng. Không bôi các loại thuốc bột, nếu cần thì nên bôi eosine, milian...

- Giảm đau, hạ sốt:

- Dùng kháng sinh toàn thân nếu có bội nhiễm.

- Chống ngứa: kháng H1 gây ngủ có tác dụng tốt.

- Thuốc kháng virus: Trẻ em: 20mg/kg uống 4 lần/ ngày x 5-7 ngày. Người lớn: 800mg uống 5 lần/ ngày x 7 ngày

## NẤM DA

### 1. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh nấm da do các vi nấm có khả năng xâm nhập và sinh sống trên da gây nên, gồm có các loài:

- + Dermatophytes
- + Candida species
- + Malassezia species

### 2. BỆNH DA DO NẤM SỢI

#### 2.1. Lâm sàng

##### - *Nấm ở bàn chân*

- + Hình thái bong vảy: lòng bàn chân đỏ, bong vảy nhiều, có thể bong vảy từng đám nhỏ hoặc lan tràn toàn bộ lòng bàn chân. Thường ở 1 bên sau lan sang 2 bên, ngứa ít.
- + Hình thái viêm kẽ: thường ở kẽ ngón 3-4 bàn chân. Bệnh rất hay gặp ở những vận động viên điền kinh do đi giày nhiều. Tổn thương đỏ, nứt trên có nhiều bọt trắng, chảy nước. Người bệnh có thể đau và ngứa nhiều.
- + Hình thái tổ đĩa: mụn nước nằm sâu dưới da, khó vỡ, các mụn nước vỡ để lại bề mặt lở chỗ, ngứa nhiều và đau.
- + Hình thái viêm móng: móng có những đám trắng, đường trắng từ bờ tự do hoặc bờ bên, dần móng dày lên, màu vàng bẩn, dễ rụng.

##### - *Nấm bẹn*

- + Tổn thương là những chấm đỏ, có vảy nhỏ, dần lan ra thành mảng hình tròn hoặc bầu dục, bề mặt đỏ, bờ hơi gồ cao, trên bờ có nhiều mụn nước và vảy da. Các mảng liên kết với nhau thành mảng lớn hình cung, giữa nhạt màu.
- + Ngứa

##### - *Nấm vùng mặt*

Lâm sàng: thường là dát đỏ, kích thước 1-5 cm, bờ hơi nổi cao đôi khi không rõ, bong vảy, ngứa.

##### - *Nấm thân mình*

Tổn thương là mụn nước, thành đám tạo thành hình tròn hay hình nhiều cung. Tổn thương có xu hướng lành giữa, lan ra xung quanh, ngứa nhiều. Nhiễm nấm có thể khu trú hay lan toả toàn thân tùy thuộc vào đặc điểm vi nấm hay vật chủ..

##### - *Nấm vùng râu:* ít gặp, thường ở nông dân tiếp xúc với súc vật

- + Hình thái nông: do *Viola*, *T. rubrum* gây nên. Sợi râu gãy và bong vảy hoặc tồn tại nhưng khô, không bong, khi nhổ lên chân vẫn bình thường.
- + Hình thái sâu: do *T. mentagrophytes* gây nên. Tiến triển chậm, các u nhỏ liên kết với nhau tạo thành mảng thâm nhiễm và ăn sâu xuống hình thành các áp xe. Da trên bề mặt viêm tấy, sợi râu rụng hoặc không có, mủ chảy ra qua lỗ chân râu.

#### 2.2. Cận lâm sàng

- Soi tươi tìm sợi nấm: xét phát hiện các sợi nấm chia đốt trên nền tế bào sừng.
- Nuôi cấy trên các môi trường để định loại chủng nấm dựa vào đặc điểm khuẩn lạc của từng loại nấm.

#### 2.3. Điều trị

\* Thuốc bôi tại chỗ: các loại kem chống nấm

- Ciclopiroxolamin 1%
- Ketoconazol 2%
- Terbinafin 1%
- Clotrimazol 1%

Bôi ngày 1-2 lần, thời gian bôi thuốc ít nhất từ 3 - 4 tuần.

\* Thuốc kháng nấm toàn thân

- Khi thương tổn lan rộng hoặc dai dẳng bôi lâu không khỏi.
- Nên kiểm tra chức năng gan trước và trong quá trình điều trị
- + Griseofulvin viên 500mg: trẻ em dùng liều 10- 20mg/kg/ngày. Người lớn

1-2 viên/ngày, thời gian điều trị 4-6 tuần.

+ Hoặc terbinafin 250mg/viên/ngày x 10-14 ngày, uống trước bữa ăn.

+ Hoặc itraconazol 100mg/viên x 2 viên/ngày x 3-4 tuần, uống sau bữa ăn.

+ Fluconazole 150 mg 1 lần mỗi tuần trong 4-6 tuần là tất cả lựa chọn chấp nhận được.

### **3. BỆNH DA DO NẤM CANDIDA**

#### **3.1.Chẩn đoán**

- Nhiễm Candida da: vị trí hay gặp là kẽ như kẽ ngón tay, ngón chân, nếp lằn dưới vú, mông, nách, khoeo. Các yếu tố thuận lợi mắc bệnh là ngâm nước nhiều, nóng, ẩm và béo phì. Nhiễm Candida da biểu hiện mảng ban đỏ rõ rệt, đôi khi trợt thường đi kèm với mụn mủ vệ tinh. Candida có thể phát triển trên tổn thương kẽ do viêm da dầu hoặc bệnh vẩy nến.
- Nhiễm Candida niêm mạc
  - + Viêm lưỡi giả mạc
  - + Viêm teo
  - + Viêm góc miệng
  - + Bạch sản
  - + Viêm quy đầu
  - + Viêm quanh bóng
- Cận lâm sàng

Soi tươi trong dung dịch KOH hay trong tiêu bản nhuộm gram, giê-m-sa thấy hình ảnh bào tử nấm men kèm giả sợi.

Nuôi cấy trong môi trường Sabouraud mọc khuẩn lạc màu trắng hoặc vàng kem, bề mặt bóng, mịn. Nuôi cấy lên men đường để phân lập các loài Candida khác nhau.

#### **3.2.Điều trị**

- Tại chỗ: thuốc bôi nhóm imidazole, allylamines bôi 2 lần/ ngày đến khi thương tổn khỏi
  - Viêm miệng: nystatin dạng dung dịch, súc miệng 2-3 lần/ngày (khuyến cáo sau khi súc miệng nên nuốt thuốc).
  - Viêm âm hộ/âm đạo: thuốc chống nấm nhóm azol dạng đặt hoặc dạng kem gồm butoconazol, clotrimazol, econazol lipogel, fenticonazol, ketoconazol, miconazol, omoconazol, oxiconazol và terconazol. Thuốc đặt tại chỗ: miconazole hoặc clotrimazol 200 mg, đặt âm đạo 1 lần/tối trong 3 ngày; clotrimazol 500 mg, đặt âm đạo liều duy nhất; econazol 150 mg, đặt âm đạo 1 lần/tối trong 2 ngày. Có thể sử dụng thuốc uống: fluconazol 150 mg, uống liều duy nhất; itraconazol 100 mg, uống 2 lần/ngày trong 3 ngày.
- Toàn thân
  - Ketoconazol 200 mg/ngày, trong 7 ngày.
  - Fluconazol 150 mg/tuần, trong 4 tuần.
  - Itraconazol 200 mg x 2 lần/ngày, trong 4 tuần.
  - Posaconazol 800 mg/ngày, trong 3 tuần.
  - Trong trường hợp Candida kháng thuốc: sử dụng thuốc chống nấm echinocandin (caspofungin, micafungin).

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị, Bệnh viện Da Liễu tp HCM, 2017
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Da Liễu, Bộ Y tế, 2015



## NẤM TÓC

### 1. ĐẠI CƯƠNG

Nấm tóc là tình trạng viêm, gây thương tổn tóc, nang tóc da đầu và vùng da xung quanh do nấm.

### 2. CHẨN ĐOÁN

2.1.Nấm tóc Piedra: có hai dạng chính là Piedra đen và Piedra trắng.

+ Người bệnh Piedra đen thường biểu hiện triệu chứng nốt màu nâu hoặc đen dọc theo thân tóc. Tóc vỡ có thể xảy ra do vỡ nốt tại thân tóc. Khi các nốt lớn, chúng có thể bọc thân tóc.

+ Nấm tóc Piedra trắng, nhiễm nấm cũng bắt đầu bên dưới lớp biểu bì và phát triển thông qua thân tóc gây suy yếu và gãy tóc. Các nốt mềm, ít dính, màu trắng nhưng cũng có thể là màu đỏ, xanh lá cây hoặc màu nâu sáng.

2.2.Nấm đầu

+ Biểu hiện có thể nhẹ không viêm tương tự như viêm da dầu (nguyên nhân hay gặp là *T. tonsurans*) đến phản ứng mụn mủ nặng kèm rụng tóc, với tên hay gọi là kerion (tàng ong). Rụng tóc có hoặc không kèm vảy da.

+ Là hậu quả phản ứng quá mức của cơ thể gây biểu hiện mảng mủ, ướt, kèm hình thành các ổ áp xe nhỏ và rụng tóc. Một số người bệnh có biểu hiện toàn thân, mệt mỏi, sưng hạch. Tóc ở vùng tổn thương có thể mọc lại, tuy nhiên khi tổn thương lâu, có thể để lại sẹo và gây rụng tóc vĩnh viễn.

+ Dạng Favus là dạng nặng nhất của nhiễm nấm dermatophyte ở tóc. Nguyên nhân chủ yếu là do *T. schoenleinii*. Favus biểu hiện mảng vảy tiết màu vàng, dày chứa sợi và mảng da chết. Khi nhiễm nấm mãn tính có thể gây nên rụng tóc sẹo.

2.2.Cận lâm sàng:

- Soi tươi: bệnh phẩm là vảy da, tóc. Soi tươi trực tiếp trong KOH 10-20%, có thể sử dụng với mực xanh. Trên tiêu bản soi tươi trực tiếp thấy hình ảnh sợi nấm chia đốt và phân nhánh.
- Nuôi cấy: môi trường cơ bản là Sabouraud. Thời gian nuôi cấy để kết luận dương tính là 7-14 ngày và để kết luận âm tính là 21 ngày.

### 3. ĐIỀU TRỊ

- *Nấm tóc Piedra*: nhổ tóc có tổn thương nốt cùng với gội đầu bằng dầu gội có lưu huỳnh, ketoconazol 2%. Terbinafin uống có hiệu quả.

- *Nấm da đầu*

Người lớn: dùng một trong các thuốc sau

+ Fluconazol: 6 mg/kg/ngày × 3-6 tuần

+ Griseofulvin: 20 mg/kg/ngày × 6-8 tuần

+ Itraconazol: 5 mg/kg/ngày × 4-8 tuần

+ Terbinafin: 250 mg/ngày × 2-4 tuần

Trẻ em: dùng một trong các thuốc sau

+ Fluconazol: 6 mg/kg/ngày × 6 tuần

+ Griseofulvin: 20-25 mg/kg/ngày × 6-8 tuần

+ Itraconazol: 3-5 mg/kg/ngày × 6 tuần

+ Terbinafin: 62,5 mg/ngày (<20 kg), 125 mg/ngày (20-40 kg) hoặc 250 mg/ngày (>40 kg) × 2-6 tuần.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị, Bệnh viện Da Liễu tp HCM, 2017
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Da Liễu, Bộ Y tế, 2015

## NẤM MÓNG

### 1. ĐẠI CƯƠNG

Nấm móng là nhiễm nấm ở phần bản móng của ngón tay, ngón chân được gây bởi nhiều loài vi nấm khác nhau.

Dermatophytes *Trichophyton rubrum* và *Trichophyton mentagrophytes* là nguyên nhân của nấm móng tay và nấm móng chân.

### 2. CHẨN ĐOÁN

- a) Nấm móng dưới móng xa
  - Đây là thể thường gặp nhất.
  - Nấm xâm nhập phần xa của giường móng.
  - Bản móng xa trở nên vàng hoặc trắng tích tụ các mảnh vỡ tầng sừng làm cho móng dày lên và tách khỏi giường móng bên dưới.
- b) Nấm móng bề ngoài trắng
  - Bề mặt móng mềm, khô, giống bột phấn và dễ vỡ.
  - Bản móng không dày và vẫn dính chặt vào bản móng.
- c) Nấm móng dưới móng gần
  - Vi nấm đi vào phần sau khu vực biểu bì của nếp móng và xâm nhập bản móng từ bên dưới.
  - Bề mặt của bản móng vẫn còn nguyên vẹn.
  - Các mảnh sừng vỡ làm tách móng.
  - *Trichophyton rubrum* là nguyên nhân thường gặp nhất.
  - Đây là dạng nấm móng thường gặp nhất ở bệnh nhân nhiễm HIV.
- d) Nấm móng *Candida*
  - Nói chung tổn thương liên quan đến tất cả mọi móng tay.
  - Bản móng trở nên dày và chuyển màu vàng hoặc nâu.
- e) Cận lâm sàng
  - Xét nghiệm với dung dịch KOH mảnh cắt của phần dưới móng hoặc bản móng để phát hiện nấm.
  - Nên thử công thức máu toàn phần và chức năng gan trước điều trị và trong 6 tuần điều trị.

### 3. ĐIỀU TRỊ

a. Điều trị tại chỗ: thuốc bôi chống nấm

b. Điều trị toàn thân:

- Fluconazole: Liều 150-300mg mỗi tuần 1 lần trong 6-12 tháng cho đến khi móng hồi phục bình thường.
- Itraconazole: Itraconazol: 200 mg/ngày × 12 tuần hoặc 200 mg x 2 lần/ngày × 1tuần/tháng trong 23 tháng.
- Griseofulvin: 1-2 g/ngày cho tới khi móng trở nên bình thường.
- Terbinafin: 250 mg/ngày × 12 tuần hoặc 250 mg/ngày x 4 tuần, nghỉ 4 tuần, điều trị tiếp 4 tuần.

*Đối với trẻ em*

- + Fluconazol: 6 mg/kg/tuần × 12-16 tuần (móng tay) hoặc 18-26 tuần (móng chân).
- + Griseofulvin: 20 mg/kg/ngày cho tới khi móng trở về bình thường.
- + Itraconazol: 5 mg/kg/ngày (<20 kg), 100 mg/ngày (20-40 kg), 200 mg/ngày (40-50 kg), hoặc 200 mg x 2 lần/ngày (>50 kg) × 1 tuần/tháng trong 2 tháng liên tiếp (móng tay) hoặc 3 tháng liên tiếp (móng chân).
- + Terbinafin: 62,5 mg/ngày (<20 kg), 125 mg/ngày (20-40 kg) hoặc 250 mg/ngày (>40 kg) × 6 tuần (móng tay) hoặc 12 tuần (móng chân)

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị, Bệnh viện Da Liễu tp HCM, 2017
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Da Liễu, Bộ Y tế, 2015

## LANG BEN

### 1. ĐẠI CƯƠNG

Lang ben (pityriasis versicolor) là bệnh da thường gặp.

Lang ben do nấm thuộc nhóm *Malassezia* gây nên.

Bệnh hay gặp ở tuổi thiếu niên và người trẻ.

### 2. CHẨN ĐOÁN

#### 2.1. Lâm sàng

- Tổn thương là dát hình tròn hay hình bầu dục trên có vảy da mỏng. Các tổn thương liên kết với nhau thành mảng lớn hình nhiều cung. Vị trí thường gặp ở vùng da tiết bã, đặc biệt là vùng ngực và vùng liên bả vai. Ngoài ra, tổn thương có thể gặp ở mặt (thường gặp ở trẻ em), da đầu, khoeo, dưới vú và bẹn.
- Màu tổn thương hay gặp nhất là màu nâu (tăng sắc tố) và nâu vàng (giảm sắc tố); thỉnh thoảng có hiện tượng viêm nhẹ (màu hồng).
- Bệnh nhân có thể có ngứa nhẹ nhất là khi thời tiết nóng bức.
- Dưới ánh sáng đen Wood, tổn thương lang ben có màu vàng sáng hoặc vàng huỳnh quang.

#### 2.2. Cận lâm sàng

- Soi trực tiếp: hình ảnh bào tử xen kẽ với sợi nấm ngắn từ bệnh phẩm được lấy bằng băng dính hoặc cạo vảy da ở thương tổn.
- Nuôi cấy: khi nuôi cấy *Malassezia* cần phủ trên đó lớp dầu bởi khả năng ưa dầu tự nhiên của nấm.

### 3. ĐIỀU TRỊ

- Thuốc chống nấm tại chỗ: ketoconazol (1-2%) hoặc selenium sulfid (2,5%) có hiệu quả. Điều trị 2 lần/tuần trong 2 đến 4 tuần. Để thuốc trong 10-15 phút rồi rửa.
- Các thuốc khác như nhóm azol, allylamin dạng kem và dung dịch, glycol propylen, nystatin, axit salicylic.
- Điều trị thuốc kháng sinh đường toàn thân:
  - + Ketoconazol 200 mg/ngày x 5-7 ngày
  - + Itraconazol 100-200 mg/ngày x 5 ngày
  - + Fluconazol 300 mg/tuần x 2 tuần
- Phòng tái phát:
  - + Loại bỏ và hạn chế các yếu tố thuận lợi.
  - + Sử dụng dầu gội ketoconazol 1 lần/tuần như xà phòng.
  - + Ketoconazol 400 mg x 1 lần/tháng
  - + Fluconazol 300 mg x 1 lần/tháng
  - + Itraconazol 400 mg x 1 lần/tháng

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Da Liễu, Bộ Y tế, 2015

## VIÊM DA DO DEMODEX

### 1. ĐẠI CƯƠNG

Demodex là một loại kí sinh trùng có thể gặp ở trên da người bình thường khoẻ mạnh, khi tăng lên về số lượng có thể gây các biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu. Việc chẩn đoán xác định sớm giúp tăng hiệu quả điều trị và tiết kiệm chi phí cho bệnh nhân.

### 2. CHẨN ĐOÁN

- Không có bệnh lý viêm da trước đó hoặc xảy ra đồng thời như trứng cá, trứng cá đỏ,...
- Tăng bất thường về số lượng Demodex, xác định tại thời điểm có tổn thương đang hoạt động (> 5 Demodex/cm<sup>2</sup>)
- Lùi bệnh sau khi được điều trị bằng thuốc diệt Demodex tại chỗ/toàn thân (không phải bằng KS có hoạt tính chống viêm như cycline, macrolide)

### 3. ĐIỀU TRỊ

- Tại chỗ: các thuốc diệt kí sinh trùng  
Benzyl benzoat 10%: bôi tại chỗ 2 lần/ngày  
Lindan 1%  
Permethrin  
Crotamiton  
Metronidazole bôi 1%
- Toàn thân  
Ivermectin: Uống 200mcg/kg liều duy nhất, thường uống sau ăn 2 tiếng
- Metronidazole: cơ chế chưa rõ ràng, chưa xác định được liều tối ưu, thường 500 mg/ngày, có thể lên tới 750 hoặc 1g/ ngày.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Human demodicosis: revisit and a proposed classification, W Chen 2014
2. Bộ Y Tế (2013), "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Vi sinh Y học", truy cập ngày 22 tháng 1, 2016 từ <http://www.Kcb.com>.

## VIÊM DA TIẾP XÚC DO CÔN TRÙNG

### 1. ĐẠI CƯƠNG

- Là một phản ứng cấp tính của da với các chất kích ứng từ côn trùng.
- Viêm da tiếp xúc do Paederus là loại thường gặp nhất.
- Ở Việt Nam, bệnh thường xuất hiện vào mùa mưa bão, thành dịch, có thể rải rác suốt cả năm.
- Bệnh do một loại côn trùng vùng nhiệt đới nóng, ẩm có tên khoa học là Paederus hay còn gọi là kiến khoang

### 2. CHẨN ĐOÁN

#### 2.1.Chẩn đoán xác định

- Ban đầu chỉ có một hoặc vài đám da đỏ, dài như vết cào xước, hơi phù nề, kích thước từ vài mm đến vài cm. Sau vài giờ hoặc một ngày xuất hiện mụn nước, bóng nước giữa dát đỏ.
- Vị trí: bất kỳ nơi nào nhưng hay gặp ở các vùng da hở.
- Cơ năng: bỏng rát, ngứa. Nếu bội nhiễm sẽ thấy đau nhức, khó chịu.
- Toàn thân: một số trường hợp tổn thương lan rộng có thể gây đau nhức, sốt, mệt mỏi, nổi hạch cổ, nách, hoặc bẹn tùy theo vùng tổn thương.

#### 2.2.Chẩn đoán phân biệt

- Bệnh zona
- Bệnh herpes da
- Viêm da tiếp xúc do nguyên nhân khác

### 3. ĐIỀU TRỊ

- Tại chỗ
  - + Ngay khi bị tổn thương: có thể dùng nước muối sinh lý (NaCl 9‰), rửa tổn thương 3-4 lần/ngày nhằm trung hòa độc tố của côn trùng.
  - + Khi các tổn thương đỏ, đau rát: dùng các thuốc làm dịu da, chống viêm như các loại hồ (hồ nước, hồ Tetra-Pred) hay các loại mỡ kháng sinh phối hợp với corticoid bôi 2-3 lần/ngày.
  - + Trường hợp bóng nước, bóng mủ: chấm dung dịch màu milian, castellani, nước thuốc tím pha loãng...bôi 1-2 lần/ngày.
- Toàn thân
  - + Trường hợp thương tổn lan rộng, bóng mủ rộng và có dấu hiệu nhiễm trùng toàn thân: kháng sinh uống.
  - + Kháng histamin để giảm ngứa, giảm kích ứng da.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Da Liễu, Bộ Y tế, 2015

# BỆNH DA DO ÁNH SÁNG

## (Photodermatosis)

### 1. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh da do ánh sáng là một bệnh da hay gặp, tổn thương lâm sàng đa dạng.  
Bệnh thường xuất hiện ở những người thường xuyên tiếp xúc với ánh sáng mặt trời.

### 2. CHẨN ĐOÁN: dựa vào lâm sàng

- *Nhiễm độc ánh sáng*
  - + Sau 5-20 giờ từ khi bắt đầu tiếp xúc với ánh sáng sẽ xuất hiện các triệu chứng giống bỏng nắng như ban đỏ, phù nề, xuất hiện bong nước, cảm giác ngứa tại chỗ. Tổn thương khỏi bong vảy để lại dát tăng sắc tố kéo dài.
  - + Tổn thương thường khu trú vùng hở như mặt, cổ, chi trên, nhưng đôi khi cũng xuất hiện ở vùng da kín.
- *Dị ứng với ánh sáng*
  - + Bệnh xuất hiện chậm và kín đáo hơn so với nhiễm độc ánh sáng với các biểu hiện lâm sàng là: sau khi tiếp xúc với ánh sáng 24 giờ, có thể có biểu hiện của chàm cấp tính như đỏ da, phù nề, chảy nước, có thể có sẩn ngứa, mẩn ngứa và thường tiến triển mạn tính.
  - + Bệnh thường có liên quan đến sử dụng thuốc tại chỗ hay toàn thân như kháng histamin, thuốc giảm đau tại chỗ, các kem chống nắng chứa aminobenzoique, các thuốc khác như griseofulvin, các quinidin.
- *Sẩn ngứa do ánh nắng*

Bệnh thường biểu hiện ở phụ nữ, nhất là về mùa hè, với biểu hiện là da đỏ, ngứa, sau đó mọc các sẩn, sẩn có kích thước bằng hạt ngô, chắc, nổi cao hơn mặt da, sẩn có khi là sẩn huyết thanh hay sẩn phù.

Ngoài ra môi cũng có thể có hiện tượng phù nề, có vảy da, vảy tiết, có khi môi khô, nứt. Tổn thương thường xuất hiện vùng hở, tổn thương tái phát và không bao giờ tự khỏi.
- *Mụn nước dạng thủy đậu*

Bệnh có tính chất bẩm sinh, tổn thương xuất hiện từ khi trẻ được 2-5 tuổi, cũng có khi xuất hiện sớm hơn khi trẻ mới 8 tháng hay 1 tuổi.

Lâm sàng là trẻ kém ăn, buồn nôn hoặc nôn mửa, ngứa, trên da xuất hiện dát đỏ trên đó có mụn nước, bong nước, mọc rải rác hoặc cụm lại, mụn nước, bong nước thường lõm giữa giống như thủy đậu.
- *Khô da đậm sắc tố*

Các triệu chứng lâm sàng chỉ xuất hiện khi ra nắng với các biểu hiện da đỏ, phù nề, mụn nước, bong nước trên nền da đỏ trông giống như chàm.

### 3. ĐIỀU TRỊ

- Tránh tiếp xúc với ánh nắng
  - + Mặc quần áo, đội mũ rộng vành, đeo găng tay khi ra nắng
  - + Bôi kem chống nắng trước khi ra ngoài trời 30 phút.
- Thuốc đường toàn thân
  - + Thuốc kháng sốt rét tổng hợp:
    - Chloroquin 250mg × 2 viên/ngày
    - Hydroxychloroquin 200mg × 2 viên/ngày
  - + Thuốc có caroten: phenoro liều lượng 1 viên nang/10kg cân nặng/ngày x 3 tuần. Uống trong khi ăn. Sau 3 tuần dùng nửa liều điều trị ban đầu.
  - + Ngoài ra còn uống vitamin PP, vitamin B, L-cystin.
- Giải mẫn cảm với ánh nắng.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị, Bệnh viện Da Liễu tp HCM, 2017
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Da Liễu, Bộ Y tế, 2015

## U HẠT VÒNG

### 1. ĐẠI CƯƠNG

U hạt vòng là một bệnh da lành tính, mạn tính, thường không triệu chứng cơ năng, tổn thương ở lớp bì.

Dạng khu trú và dưới da thường xảy ra ở trẻ em và người lớn trẻ tuổi. Dạng toàn thân thường xảy ra ở người lớn nhiều hơn.

Hầu hết các trường hợp u hạt vòng khu trú tự lành trong vòng 2 năm.

### 2. CHẨN ĐOÁN

#### a) Lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng: Thường không triệu chứng hoặc ngứa nhẹ, không đau

- Triệu chứng thực thể: Thương tổn cơ bản là sẩn, thỉnh thoảng có dạng nốt, sắp xếp thành hình tròn hay vòng cung, ly tâm.

#### b) Cận lâm sàng

Mô bệnh học: U hạt vòng là viêm da u hạt đặc trưng bởi thoái hóa trung tâm của sợi tạo keo (collagen) và sợi đàn hồi (elastic), lắng đọng mucin, thâm nhiễm lympho bào và mô bào ở quanh mạch và mô kẽ. Tổn thương ở lớp bì trên và bì giữa.

### 3. ĐIỀU TRỊ

*Tại chỗ*

- Corticosteroid bôi có hoặc không có băng ép
- Tacrolimus
- Imiquimod cream 5%: bôi 1 lần/ ngày x 12 tuần

*Toàn thân*

- Erythromycin, colchicine
- Allopurinol
- Kháng sốt rét
- Dapson
- 

### 4. TIẾN TRIỂN VÀ TIỀN LƯỢNG

- U hạt vòng dạng khu trú thường tự lành không để lại di chứng.
- Thương tổn lành

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Da Liễu, Bộ Y tế, 2015

## **LOÉT ÁP-TƠ** (Aphte)

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

Bệnh aphthose được đặc trưng bởi các vết loét ở niêm mạc miệng, sinh dục giới hạn rõ ràng, đau nhức nhiều và dễ tái phát. Nguyên nhân của bệnh chưa được biết rõ.

### **2. CHẨN ĐOÁN**

2.1. Chẩn đoán xác định: dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng

a) Lâm sàng

+ Tổn thương cơ bản lúc đầu là dát đỏ sau đó loét hình tròn hoặc hình bầu dục, đáy màu vàng, bờ đều, mềm, xung quanh là quầng đỏ. Tổn thương rất đau và không có hạch vùng.

+ Tất cả các vị trí của khoang miệng có thể có tổn thương. Tuy nhiên, rất hiếm gặp ở lợi, vòm cứng và bờ tự do của môi.

b) Cận lâm sàng

+ Mô bệnh học cho thấy tổn thương loét không đặc hiệu do tắc nghẽn các mạch máu.

+ Công thức máu

+ Máu lắng

+ Chức năng gan thận

+ HIV

2.2. Thử lâm sàng

- Thử thông thường: 86%, như mô tả trên

- Thử nhiều tổn thương

+ Mỗi đợt phát bệnh gồm nhiều tổn thương (trên 3 tổn thương).

+ Tiến triển từ 3 đến 4 tuần, đôi khi kéo dài hơn.

- Loét không lồ

+ Kích thước vết loét lớn trên 1cm, tổn thương thường đơn độc. Loét đôi khi phù nề hay hoại tử và tiến triển nhiều tuần hoặc nhiều tháng.

+ Các triệu chứng cơ năng thường trầm trọng như nói khó, nuốt khó.

+ Khi khỏi có thể để lại sẹo co kéo.

- Loét aphthosis trong các bệnh lý toàn thân

+ Bệnh Behcet

+ Bệnh viêm mạn tính đường tiêu hóa: bệnh Crohn, viêm xuất huyết đại trực tràng

+ Bệnh lý huyết học: bệnh giảm bạch cầu đa nhân và vô bạch cầu hạt, thiếu máu

### **3. ĐIỀU TRỊ**

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị phù hợp với từng dạng lâm sàng

- Điều trị các bệnh lý toàn thân (nếu có)

- Điều trị triệu chứng

- Giảm tái phát

3.2. Điều trị tại chỗ

- Corticoid thoa: loại mạnh (dành cho niêm mạc miệng), Thoa 3-4 lần/ngày, không ăn uống gì 30 phút sau đó.

+ Triamcinolone 0,1%

+ Fluocinolone 0,05%

+ Clobetasol 0,05%

+ Betamethasone 0,05%

- Thuốc bọc da dày có tác dụng bọc vết loét, thường dùng đối với những người bệnh có nhiều tổn thương.

- Triamcinolone tiêm trong sang thương

- Corticoid dạng xịt (fluticasone hoặc budesonide)

- Thuốc tê tại chỗ: lidocaine

- Nước súc miệng có chlorhexidine, triclosan, Amlexanox 5%

- Tacrolimus solution 5mg/ml: Ngậm 5ml/ 3 phút. 3 - 4 lần/ngày, không ăn uống trong 30 phút



### 3.2. Điều trị toàn thân

- + Colchicine: 1mg x lần/ngày x 4-6 tuần
- + Dapsone: khởi đầu là 25 mg, có thể tăng lên 75-100 mg/ngày
- + Phối hợp Colchicine và Dapsone
- + Prednisone 0,5-1mg/kg x 7-10 ngày
- + Azathioprine 50-100mg/ngày
- + Pentoxifyline: 400mg ngày x 3 lần/ngày hoặc 800 mg x 2 lần/ngày.
- + Cyclosporin
- + Cyclophosphamide
- + Infliximab và Etanercept
- + Các thuốc khác
  - Vitamin C 2g/ngày trong 15 ngày hoặc bằng đường tĩnh mạch hoặc bằng đường uống.
  - Acyclovir
  - Sulfat kẽm
  - . Sắt
  - . Vitamin B1, B6, B12

## 4. TIẾN TRIỂN VÀ TIỀN LƯỢNG

Tùy từng dạng lâm sàng, bệnh có thể diễn tiến từ vài ngày đến vài tuần, vài tháng. Bệnh thường hay tái phát. 2/3 những bệnh nhân có những thương tổn tái phát sẽ hết bệnh trong vòng 15 năm, 1/3 còn lại bệnh có thể diễn tiến đến 40 năm.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị, Bệnh viện Da Liễu tp HCM, 2017
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Da Liễu, Bộ Y tế, 2015

# VIÊM QUẪNG VÀ VIÊM MÔ TẾ BÀO (Erysipelas and Cellulitis)

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm quầng là nhiễm trùng của lớp bì nông và mạch bạch huyết nông.

Viêm mô tế bào là tình trạng nhiễm trùng ở lớp bì sâu và mô dưới da hầu hết do *S. Pyogenes* hay *S. aureus*

## 2. CHẨN ĐOÁN

- **Viêm quầng:** thường bị trên mặt hay ở chi dưới, có dấu hiệu đau báo trước, hồng ban trên bề mặt, mảng phù có ranh giới rõ với mô bình thường, và hồng ban có màu đỏ tươi.

Những đặc điểm này được mô tả là hình ảnh vỏ cam. Nếu có phù trước hay những bất thường về giải phẫu, bờ có thể không rõ ràng.

- **Viêm mô tế bào:** mặc dù cũng có những đặc điểm của viêm quầng nhưng bờ giữa vùng da bệnh và da bình thường không rõ ràng, thỉnh thoảng có mủ.

- Triệu chứng toàn thân có thể có như sốt, lạnh run và mệt mỏi, viêm hạch
- Cận lâm sàng: nhuộm gram và cấy vi khuẩn

## 3. ĐIỀU TRỊ

### 3.1. Nguyên tắc

- Điều trị trong hầu hết trường hợp là tiêu diệt *Streptococci* và *S. aureus*.
- Những trường hợp nhẹ, điều trị 10 ngày kháng sinh bao phủ vi khuẩn Gr(+).

### 3.2. Điều trị cụ thể

#### - **Viêm quầng**

- + Penicillin V 500mg/6 giờ
- + Dicloxacillin 500mg 4 lần/ngày
- + Amoxicillin + clavulanic acid 25mg/kg 3 lần/ngày
- + Cefuroxime
- + Cephalosporin thế hệ 3

Nếu dị ứng penicillin, thay bằng macrolide hay clindamycine:

- + Clindamycine 15mg/kg/ngày chia làm 3 lần
- + Erythromycine 250-500mg 4 lần/ngày
- + Clarithromycin 500mg 2 lần/ngày

#### - **Viêm mô tế bào**

*Trường hợp nhẹ*

- + Cephalexin 250-500mg 4 lần/ngày
- + Dicloxacillin 500mg 4 lần/ngày
- + Lựa chọn thay thế
- + Clindamycine 15mg/kg/ngày chia làm 3 lần
- + Azithromycin 500mg ngày đầu, 250mg trong 4 ngày tiếp theo
- + Roxithromycin

*Trường hợp nặng*

- + Ampicillin/sulbactam (Sulbactam) 25-50mg/kg/ngày chia làm 2 lần
- + Ticarcillin/clavulanate (Timentin) 3,1g tĩnh mạch mỗi 4-6 giờ
- + Imipenem/cilastatin (Primaxin) 500mg tĩnh mạch mỗi 6-8 giờ
- + Meropenem 500mg tĩnh mạch mỗi 8 giờ
- + Cephazolin tĩnh mạch 1g mỗi 8 giờ

*Trường hợp kháng trị*

- + Vancomycin 1g tĩnh mạch 2 lần/ngày
- + Linezolid 600mg 2 lần/ngày

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị, Bệnh viện Da Liễu tp HCM, 2017

## **DÀY SỪNG ÁNH SÁNG** (Actinic Keratosis)

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

Dày sùng ánh sáng là 1 sang thương da gây ra bởi tia tử ngoại mà có thể tiến triển đến ung thư tế bào đáy. Đây là những sang thương thường gặp nhất ở da và chúng có khả năng tiến triển thành ác tính

### **2. CHẨN ĐOÁN**

- Sang thương da ở những vùng phơi bày ánh sáng lâu dài, bao gồm: mặt, 2 tai, vùng da đầu hói ở nam, cổ tay và bàn tay.
- những chấm gồ cao nhỏ, thường được mô tả là thô ráp khi chà sát
- Dạng biến thể có thể là màu nâu (dày sùng ánh sáng màu nâu), atropic, bowen, giống như lichen phẳng hoặc sự tăng sùng quá mức, tạo ra 1 chất sừng nhô ra trên bề mặt da (như sùng hóa da).

### **3. ĐIỀU TRỊ**

- Tổn thương khu trú  
Áp nito lạnh  
Đốt Laser Co2  
Đốt điện
- Tổn thương lan tỏa  
Thuốc bôi 5FU, Imiquimod
- Phẫu thuật: ít được dùng

#### *TÀI LIỆU THAM KHẢO*

1. *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị, Bệnh viện Da Liễu tp HCM, 2017*
2. *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Da Liễu, Bộ Y tế, 2015*

## **HỒNG BAN NÚT** (Erythema Nodosum)

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

Hồng ban nút là một trong những dạng thường gặp nhất của viêm mô mỡ,  
Hồng ban nút là một dạng phản ứng quá mẫn liên quan đến sự hình thành phức hợp miễn dịch hoặc phản ứng quá mẫn muộn loại 4 đối với các kháng nguyên khác nhau.

### **2. CHẨN ĐOÁN**

#### **a) Lâm sàng**

- Thương tổn da
  - + Thương tổn là một hay nhiều nốt màu đỏ tươi, sưng đau, nóng, hình tròn hay oval, bờ không rõ, kích thước 2-6 cm, thường ở 1 hoặc 2 bên mặt duỗi chi dưới ± đối xứng. Tuy nhiên cũng có thể gặp ở những vị trí khác: đùi, mặt, cánh tay, cổ, thân.
  - + Không bao giờ loét hay để lại sẹo.
  - + Sau 1-2 tuần, những nốt bắt đầu đổi từ màu đỏ tươi sang xanh, sau đó chuyển sang màu vàng, tróc vảy và để lại vết thâm đen.
- Hạch lympho ngoại biên; Có thể phát triển do phản ứng quá mẫn của hồng ban nút. Hạch xuất hiện 1 bên thường có trong các trường hợp do nhiễm trùng hay bệnh lý ác tính đi kèm.
- Đau khớp:
  - + Các khớp sưng đỏ, căng cứng, đau nhức nhiều, đôi khi có tràn dịch khớp. Bệnh nhân có thể có cứng khớp buổi sáng. Vị trí thường gặp: mắt cá chân, khớp gối, khớp cổ tay.
- Triệu chứng khác: ho, đau đầu, tiêu chảy dạ dày ruột, viêm kết mạc mắt, gan lách to, và viêm màng phổi.

#### **b) Cận lâm sàng**

- Công thức máu, tốc độ lắng máu, CRP.
- Cây bệnh phẩm ở họng, ASO, PCR: loại trừ nhiễm vi khuẩn streptococcus beta- hemolytic nhóm A.
- X quang phổi, IDR, Quantiferon gold: loại trừ lao và sarcoidosis.
- Xét nghiệm phân loại trừ nhiễm Yersinia, Salmonella, Campylobacter
- Giải phẫu bệnh: Giai đoạn sớm có hình ảnh viêm vách mô mỡ. Lớp mô mỡ dưới da bị dày nhiều.

#### **c) Chẩn đoán phân biệt**

- Hồng ban cứng Bazin
- Viêm mạch dạng nốt
- Viêm tắc tĩnh mạch nông
- Bệnh Weber-Christian
- Hồng ban nút bệnh phong

### **3. ĐIỀU TRỊ**

#### **3.1. Nguyên tắc điều trị**

- Điều trị những bệnh lý toàn thân (nếu có).
- Ngưng ngay những loại thuốc nghi ngờ là tác nhân gây bệnh
- Điều trị triệu chứng.
- Nghỉ ngơi, hạn chế đi lại, nệm kê cao chân, có thể sử dụng vớ băng ép (15-20 mmHg).

#### **3.2. Điều trị cụ thể**

- NSAIDs:
  - + Aspirin 600mg mỗi 4 giờ
  - + Ibuprofen: 400 mg x 3 lần/ngày
  - + Naproxen: 500 mg x 1-2 lần/ngày
- Potassium iodide:
  - + Liều 100 - 300 mg x 3 lần/ngày
  - + Có thể tăng lên mỗi tuần đến liều 500 mg x 3 lần/ngày x 3-4 tuần.
- Colchicine 0,6-1,2 mg x 2 lần/ngày

- Những trường hợp bệnh mạn tính hoặc tái phát mà không đáp ứng với những điều trị nêu trên: tiêm 1 lượng nhỏ triamcinolone 5mg/ml giữa nốt hồng ban hoặc prednisone uống 40 mg/ngày hoặc 1mg/kg/ngày x 1-2 tuần

#### **4. TIẾN TRIỂN VÀ TIÊN LƯỢNG**

- Bệnh thường lành tính và tự giới hạn. Hầu hết các trường hợp bệnh diễn tiến từ 3-4 tuần trừ một số trường hợp nặng lên đến 6 tuần.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị, Bệnh viện Da Liễu tp HCM, 2017

## ÁU TRÙNG DI CHUYỂN Ở DA

### 1. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh ấu trùng di chuyển ở da (Cutaneous larval migrans – creeping eruption) là một hội chứng lâm sàng với tổn thương da đặc trưng là ban đỏ hình dải vằn vèo hoặc hình lượn sóng, di chuyển kèm theo ngứa rất nhiều. Bệnh thường là hậu quả của nhiễm qua da ấu trùng giun móc của chó, mèo.

### 2. CHẨN ĐOÁN

- Khởi phát thường là sẩn đỏ có ngứa ở vị trí ấu trùng xâm nhập. Một vài ngày sau đó tổn thương trở nên ngứa dữ dội, xuất hiện ban màu đỏ nâu, vằn vèo, lượn sóng, nổi gờ nhẹ tương ứng với đường di chuyển của ấu trùng
- Vị trí: thường gặp ở chi dưới, đặc biệt là bàn chân. Ngoài ra có thể gặp ở mông, sinh dục; thân và chi trên rất ít gặp
- Có thể gặp tổn thương sưng đỏ, phù nề tại chỗ
- Tổn thương có thể trở nên chàm hóa, đóng vảy tiết hoặc có thể bị nhiễm trùng thứ phát.
- Cơ năng: ngứa rất dữ dội (98-100% bệnh nhân có triệu chứng này), có thể gây mất ngủ.

### 3. ĐIỀU TRỊ

- Ivermectin là lựa chọn hàng đầu vì hiệu quả cao, dễ dung nạp và ít tác dụng phụ. Liều dùng: 200mcg/kg uống liều duy nhất. Liều duy nhất của Ivermectin có thể khỏi 94-100%.
- Albendazole: 400mg uống trong 3 ngày liên tiếp. Đối với bệnh nhân có nhiều tổn thương hoặc tổn thương lan rộng có thể dùng 1 đợt Albendazole kéo dài 5-7 ngày
- Thiabendazole 15%: bôi trong 5 ngày có thể có hiệu quả trong giảm ngứa và ngăn chặn sự lan rộng của tổn thương. Albendazole 10% cũng được báo cáo là có hiệu quả khi dùng 3 lần mỗi ngày trong 10 ngày.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. F. Lacarrubba, A. E. Verzi, F. Dinotta và cộng sự (2015). Dermatoscopy in inflammatory and infectious skin disorders. *G Ital Dermatol Venereol*, 150 (5), 521-531.
2. “Bệnh da do ấu trùng” -Bệnh viện da liễu trung ương ( 2017)- lấy từ nhdv.vn

## **GIANG MAI** (Syphilis)

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

- Bệnh giang mai là bệnh lây truyền qua đường tình dục do xoắn khuẩn *Treponema pallidum* gây nên.
- Bệnh có thể gây thương tổn ở da-niêm mạc và nhiều tổ chức, cơ quan của cơ thể như cơ, xương, khớp, tim mạch và thần kinh.
- Bệnh lây truyền chủ yếu qua quan hệ tình dục và có thể lây truyền qua đường máu, lây truyền từ mẹ sang con.

### **2. CHẨN ĐOÁN:** dựa vào lâm sàng và xét nghiệm

#### a) Lâm sàng

#### - ***Giang mai thời kỳ I***

- + Săng giang mai: là vết loét nông, chỉ mất một phần thượng bì, hình tròn hay bầu dục, không có bờ nổi gờ lên hoặc lõm xuống, bề mặt bằng phẳng, màu đỏ thẫm tươi. Nền của săng giang mai thường rắn, cứng như tờ bìa
- + Hạch: Hạch rắn, không đau, không hóa mủ, không dính vào nhau và vào tổ chức xung quanh, di động dễ.

#### - ***Giang mai thời kỳ II sơ phát***

- + Đào ban: Là những vết màu hồng tươi như cánh đào, bằng phẳng với mặt da, hình bầu dục, số lượng có thể ít hoặc nhiều, sờ mềm, không thâm nhiễm, không ngứa, không đau.
- + Mảng niêm mạc
- + Vết loang trắng đen
- + Viêm hạch lan tỏa
- + Rụng tóc: kiểu “rừng thưa”

#### - ***Giang mai II tái phát***

- + sẩn vảy
- + sẩn phì đại

#### - ***Giang mai thời kỳ III***

- + Đào ban giang mai III
- + Củ giang mai
- + Gôm giang mai
- + Ngoài thương tổn ở da/niêm mạc, giang mai thời kỳ III cũng thường lan vào phủ tạng như:

Tim mạch: gây phình động mạch, hở động mạch chủ.

Mắt: viêm củng mạc, viêm mống mắt.

Thần kinh: viêm màng não cấp tính hoặc kinh điển. Gôm ở màng não, tủy sống gây tê liệt.

#### - ***Giang mai bẩm sinh***

Tùy theo mức độ nhiễm xoắn khuẩn từ người mẹ vào bào thai mà có thể xảy ra các trường hợp sảy thai hoặc thai chết lưu, trẻ đẻ non và có thể tử vong. Nếu nhiễm xoắn khuẩn nhẹ hơn nữa, em bé mới sinh ra trông có vẻ bình thường, sau vài ngày hoặc 6-8 tuần lễ thấy xuất hiện các thương tổn giang mai, khi đó gọi là giang mai bẩm sinh sớm. Giang mai bẩm sinh có thể xuất hiện muộn hơn khi trẻ trên 2 tuổi, khi 5-6 tuổi hoặc lớn hơn gọi là giang mai bẩm sinh muộn.

#### b) Cận lâm sàng

- Tìm xoắn khuẩn: Ở các thương tổn như sẩn, mảng niêm mạc, sẩn hoặc hạch. Soi tìm xoắn khuẩn trên kính hiển vi nền đen.
- Phản ứng huyết thanh
  - + RPR
  - + VDRL
  - + T.P.H.A
  - + T.P.I
  - + F.T.A

### 3. CÁC GIAI ĐOẠN CỦA GIANG MAI

Bệnh giang mai nếu không được chẩn đoán và điều trị có thể tồn tại rất nhiều năm và được chia làm 2 giai đoạn: giang mai sớm và giang mai muộn

- Giang mai sớm, gồm:
  - + Giang mai thời kỳ I
  - + Giang mai thời kỳ II
  - + Giang mai kín sớm
- Giang mai muộn, gồm
  - + Giang mai kín muộn
  - + Giang mai thời kỳ III

### 4. ĐIỀU TRỊ

#### a) Nguyên tắc

- Điều trị sớm và đủ liều để khỏi bệnh, ngăn chặn lây lan, đề phòng tái phát và di chứng.
- Điều trị đồng thời cho cả bạn tình của người bệnh.
- Lựa chọn phác đồ điều trị dựa vào giai đoạn bệnh: Giang mai sớm hay giang mai muộn

#### b) Điều trị cụ thể

- Giang mai sớm
  - + Benzathin penixilin G, 2.400.000 đơn vị tiêm bắp sâu liều duy nhất
  - + Nếu không có Benzathin Penicillin thì thay thế bằng phác đồ:  
Penixilin procain : tổng liều 1.2 triệu đơn vị tiêm bắp sâu, 1 lần/ ngày, trong 10-14 ngày.
  - + Nếu không có Penicillin Procain hoặc bệnh nhân có tiền sử dị ứng với Penicillin thì lựa chọn một trong các phác đồ sau:
    - Doxycyclin 100mg, uống 2 lần/ ngày trong 14 ngày
    - Ceftriaxon 1g tiêm bắp sâu 1 lần/ ngày, trong 10-14 ngày
    - Azithromycin 2g, uống liều duy nhất.
- Giang mai muộn
  - + Benzathin Penicillin 2.4 triệu đơn vị, tiêm bắp sâu, 1 lần/ tuần trong 3 tuần liên tiếp, thời gian giữa 2 lần tiêm không quá 14 ngày.
  - + Nếu không có Benzathin Penicillin thì thay thế bằng phác đồ  
Procain Penicillin 1.2 triệu đơn vị, tiêm bắp sâu, 1 lần/ ngày trong 20 ngày
  - + Nếu không có Procain Penicillin hoặc bệnh nhân có tiền sử dị ứng với Penicillin thì lựa chọn phác đồ  
Doxycyclin 100mg, uống 2 lần/ ngày trong 30 ngày
- Giang mai ở phụ nữ có thai
  - + Giang mai sớm:
    1. Benzathin penixilin G, 2.400.000 đơn vị tiêm bắp sâu liều duy nhất



2. Nếu không có Benzathin Penicillin thì thay thế bằng phác đồ:  
Penixilin procain : tổng liều 1.2 triệu đơn vị tiêm bắp sâu, 1 lần/ ngày, trong 10 ngày
  3. Nếu không có Penicillin Procain hoặc bệnh nhân có tiền sử dị ứng với Penicillin thì lựa chọn một trong các phác đồ sau:  
Erythromycin 500mg, uống 4 lần/ ngày trong 14 ngày  
Ceftriaxon 1g tiêm bắp sâu 1 lần/ ngày, trong 10-14 ngày  
Azithromycin 2g, uống liều duy nhất.
- + Giang mai muộn:
4. Benzathin Penicillin 2.4 triệu đơn vị, tiêm bắp sâu, 1 lần/ tuần trong 3 tuần liên tiếp, thời gian giữa 2 lần tiêm không quá 14 ngày.
  5. Nếu không có Benzathin Penicillin thì thay thế bằng phác đồ  
Procain Penicillin 1.2 triệu đơn vị, tiêm bắp sâu, 1 lần/ ngày trong 20 ngày
  6. Nếu không có Procain Penicillin hoặc bệnh nhân có tiền sử dị ứng với Penicillin thì lựa chọn phác đồ  
Erythromycin 500mg, uống 4 lần/ ngày trong 30 ngày
- Giang mai bẩm sinh
- + Benzyl Penicillin 100.000-150.000 đơn vị/ kg/ ngày, tiêm tĩnh mạch chậm trong 10-15 ngày
- + Procain Penicillin 50.000 đơn vị/ kg/ ngày, tiêm bắp 10-15 ngày
- 5. THEO DÕI**
- Đối với GM I, II, tiềm ẩn sớm: thử VDRL sau 6, 12 tháng sau điều trị, thường giảm >4 lần hiệu giá so trước điều trị.
- Nếu triệu chứng lâm sàng không giảm, hiệu giá VDRL tăng > 4 lần so trước điều trị:
- + Khả năng tái nhiễm.
- + Thất bại.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị, Bệnh viện Da Liễu tp HCM, 2017
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Da Liễu, Bộ Y tế, 2015
3. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh Giang mai, Bộ Y tế, 2021

## BỆNH SÙI MÀO GÀ

### 1. ĐẠI CƯƠNG

Sùi mào gà sinh dục là một bệnh LTQĐTD hay gặp, do Human papilloma virus (HPV) gây nên.

### 2. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán xác định dựa trên khám lâm sàng

- Màu sắc của sùi mào gà không sừng hoá có màu hồng tươi, đỏ, khi bị sừng hoá có màu xám trắng và các thương tổn nhiễm sắc có màu tro xám, nâu đen. Tổn thương sùi không có xu hướng nhiễm sắc nhưng các thương tổn nhiễm sắc có thể thấy ở môi lớn, thân dương vật, mu, bẹn, đáy chậu và hậu môn.
- Cận lâm sàng
  - + Soi cổ tử cung, hậu môn: khi thương tổn chồi sùi ở cổ tử cung và sùi mào gà hậu môn tái phát nhiều lần.
  - + test acid acetic 3-5%
  - + sinh thiết: làm khi thương tổn không điển hình
- Chẩn đoán phân biệt
  - + u mềm treo, sản ngọc quy đầu, u tuyến bã, u mềm lây
  - + vẩy nến, viêm da dầu, bệnh Bowen, ung thư tế bào gai do HPV

### 3. ĐIỀU TRỊ

#### a) Nguyên tắc

- Cần khám nghiệm các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác.
- Khám và điều trị bạn tình.
- Lựa chọn phương pháp điều trị dựa vào tuổi bệnh nhân, vị trí, số lượng,

kích thước tổn thương, chi phí và khả năng chuyên môn cũng như trang thiết bị của cơ sở điều trị

#### b) Điều trị cụ thể

- + Podophylotoxin 0,5% dạng dung dịch hoặc kem.
- + Kem imiquimod 5% kích thích sản xuất interferon và các cytokin.
- + Trichloroacetic (TCA) hoặc bichloroacetic (BCA) 80-90% được dùng bôi các thương tổn nhỏ, ẩm ướt.
- + áp lạnh
- + phẫu thuật
- + Laser CO<sub>2</sub>, đốt điện: cần phải gây tê

| Vị trí tổn thương       | Lựa chọn điều trị                           |
|-------------------------|---------------------------------------------|
| Sinh dục ngoài, hậu môn | Imiquimod cream 3.75% hoặc 5%               |
|                         | Podofilox 0.5% dung dịch hoặc gel           |
|                         | Sinecatechins mỡ 15%                        |
|                         | Liệu pháp lạnh                              |
|                         | Các phương pháp phá hủy, loại bỏ tổn thương |

|                                   |             |                                             |
|-----------------------------------|-------------|---------------------------------------------|
|                                   |             | Dung dịch TCA hoặc BCA 80-90%               |
| Đường sinh dục trong, ống hậu môn | Niệu đạo    | Liệu pháp lạnh                              |
|                                   |             | Các phương pháp phá hủy, loại bỏ tổn thương |
|                                   | Âm đạo      | Liệu pháp lạnh                              |
|                                   |             | Các phương pháp phá hủy, loại bỏ tổn thương |
|                                   |             | Dung dịch TCA hoặc BCA 80-90%               |
|                                   | Cổ tử cung  | Liệu pháp lạnh                              |
|                                   |             | Các phương pháp phá hủy, loại bỏ tổn thương |
|                                   |             | Dung dịch TCA hoặc BCA 80-90%               |
|                                   | Ống hậu môn | Liệu pháp lạnh                              |
|                                   |             | Các phương pháp phá hủy, loại bỏ tổn thương |
|                                   |             | Dung dịch TCA hoặc BCA 80-90%               |
| Niêm mạc miệng, lưỡi, hầu ho      |             | Liệu pháp lạnh                              |
|                                   |             | Các phương pháp phá hủy, loại bỏ tổn thương |
|                                   |             | Dung dịch TCA hoặc BCA 80-90%               |

Các phương pháp phá hủy, loại bỏ tổn thương bao gồm: bằng dao, kéo, nạo, laser, đốt điện

#### ***TÀI LIỆU THAM KHẢO***

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị, Bệnh viện Da Liễu tp HCM, 2017
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Da Liễu, Bộ Y tế, 2015
3. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh Sùi mào gà, Bộ Y tế, 2021

## MỤN CỐC

### 1. ĐẠI CƯƠNG

- Mụn cóc là tăng sinh lành tính/da và niêm mạc
- Các biểu hiện lâm sàng của nhiễm HPV gồm: mụn cóc thông thường, MC sinh dục, MC phẳng, và MC lòng bàn tay – lòng bàn chân sâu (myrmecia).

-

### 2. CHẨN ĐOÁN

- Mụn cóc thông thường: Là các sẩn sừng với bề mặt không đều, thô.
- Mụn cóc dạng sợi chỉ: mụn cóc mọc dài thon, thường thấy trên mặt, xung quanh môi, mí mắt, hoặc lỗ mũi.
- Mụn cóc sâu lòng bàn tay- lòng bàn chân
- Mụn cóc phẳng: Là sẩn bằng phẳng hoặc nhô ít, màu hồng # da, bề mặt mịn hoặc hơi tăng sừng.

### 3. ĐIỀU TRỊ

- Thuốc bôi tiêu sừng
  - + Salicylic acid 5 - 40%
  - + Trichloroacetic acid 50% - 80%
  - + Podophyllin 25%
  - + Podophyllotoxin 0,5%
  - + Aminolevulinic acid (ALA) dung dịch 20%
  - + 5-Fluorouracil (5FU)
  - + Tretinoin là một acid retinoic tại chỗ sử dụng để trị mụn trứng cá.
- Phương pháp áp lạnh bằng nitơ lỏng 2-3 tuần/lần. Dùng trong mụn cóc LBC có hiệu quả.
- Imiquimod gel 5% bôi 2 lần/ ngày, bôi 3 ngày/tuần; bôi trước khi ngủ và rửa sạch sau 6-10 giờ.
- Laser CO2
- Đốt điện
- Toàn thân: Retinoids

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. “ Mụn cóc ngoài sinh dục “ – bài giảng bệnh học da liễu- bộ môn da liễu ĐHYDHCM

## **BỆNH GAI ĐEN** (Acanthosis nigricans)

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

- Bệnh gai đen (acanthosis nigricans) đặc trưng bởi hiện tượng dày sừng và tăng sắc tố ở các nếp gấp, khi sờ có cảm giác như sờ vào vải nhung.
- Bệnh thường gặp ở những người béo phì và những người tiểu đường không đáp ứng với insulin. Một số yếu tố khác liên quan đến bệnh như tăng androgen máu, yếu tố gia đình, u ác tính ở các cơ quan.
- Tuy nhiên, 80% các trường hợp không rõ căn nguyên.

### **2. CHẨN ĐOÁN**

a) Chẩn đoán xác định: dựa vào lâm sàng

+ Dày da.

+ Tăng sắc tố: da có thể nâu, nâu xám hay đen.

+ Sờ vào thấy có cảm giác như sờ vào vải mịn.

+ Vị trí thường gặp ở nách, cổ, bẹn, bộ phận sinh dục, quanh rốn, vú.

+ Khi thương tổn tăng lên, các nếp da rõ, dày da, bề mặt trở nên thô hơn.

+ Lòng bàn tay bàn chân dày.

+ Trường hợp nặng có thể bị toàn thân.

+ Thể trạng có thể biểu hiện thừa cân, béo phì.

+ Tiền sử: Gia đình có người bị bệnh. Bản thân: mắc bệnh tiểu đường, u ở các cơ quan nội tạng.

+ Tiền sử dùng thuốc axit nicotinic, fusidic, stilboestrol.

- Cận lâm sàng: Thương bì: dày sừng, tăng nhú, tăng sắc tố, đôi khi có thể thấy cả hiện tượng teo da. Trung bì: luôn có các tế bào viêm gồm nhiều loại tế bào khác nhau.

+ Các xét nghiệm khác

. Đường máu: có thể tăng.

. Siêu âm: có thể phát hiện các khối u ở các cơ quan.

b) Thể lâm sàng

- Thể di truyền lành tính

- Thể lành tính

- Pseudo acanthosis nigricans (giả gai đen)

- Thể do thuốc: axit nicotinic, fusidic, stilboetrol

- Thể kết hợp với u ác tính

- Thể dạng bột

### **3. ĐIỀU TRỊ**

3.1. Nguyên tắc:

- Thuốc bôi tại chỗ

- Thuốc toàn thân

- Điều trị các bệnh phối hợp (nếu có)

3.2. Điều trị tại chỗ: bôi kem vitamin A axit hoặc các thuốc bạt sừng bong vảy như mỡ salicylé 3-5%.

3.3. Điều trị toàn thân

+ Acitretin

o Liều tấn công từ 0,5-0,75mg/kg/ngày.

o Khi tình trạng bệnh tiến triển tốt thì giảm liều dần.

o Thời gian điều trị từ 6 đến 12 tháng.

+ Calcipotriol có tác dụng kìm hãm sự nhân lên của các tế bào sừng

+ Laser CO2: làm bốc bay đối với những thương tổn dày không cải thiện bằng các thuốc bôi.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Da Liễu, Bộ Y tế, 201

## LICHEN ĐƠN MẠN TÍNH VÀ SẼN NGỨA

### 1. ĐẠI CƯƠNG

Sẻn ngứa là bệnh da thường gặp, do phản ứng viêm xuất tiết xuất hiện ở vùng lớp trung bì nông với sự thâm nhiễm của tế bào lympho và bạch cầu đa nhân trung tính. Mặc dù một số trường hợp có nguyên nhân cụ thể, nhưng nhiều trường hợp không phát hiện được nguyên nhân.

### 2. CHẨN ĐOÁN

- a) Lâm sàng
  - + Sẻn phù dạng mày đay.
  - + Sẻn huyết thanh.
  - + Mụn nước:
  - + Sẻn cục:
- b) Cận lâm sàng
  - + Xét nghiệm tìm nguyên nhân: công thức máu, sinh hóa máu phát hiện rối loạn chức năng các cơ quan.
  - + Sinh thiết da: ít được chỉ định.
- c) Thể lâm sàng
  - + Thể cấp tính
  - + Thể bán cấp
  - + Thể mạn tính

### 3. ĐIỀU TRỊ

- a) Nguyên tắc
  - Tìm nguyên nhân để loại bỏ
  - Điều trị tùy từng giai đoạn
  - Hạn chế gãi, chà xát
- b) Điều trị cụ thể
  - Corticosteroid bôi:
    - + Hydrocortison, desonid, clobetason: dạng kem hoặc mỡ 0,5%, 1%.
    - + Betamethason (dipropionat hoặc valerat): dạng kem hoặc mỡ 0,5%, 1%.
    - + Triamcinolon acetonid: dạng kem hoặc mỡ 0,025%, 0,1% và 0,5%.
    - + Fluocinolon acetonid: dạng mỡ 0,05%.
    - + Clobetasol propionat: dạng mỡ hoặc kem 0,05%
  - Kháng histamin uống
  - Tránh côn trùng đốt: DEP, permethrin 5%, crotamiton 10%.
  - Thuốc ức chế miễn dịch điều trị trong thời gian ngắn: cần có ý kiến của bác sĩ chuyên khoa như corticosteroid đường toàn thân, methotrexat, cyclosporin và azathioprin.

## **DÀY SỪNG LÒNG BÀN TAY BÀN CHÂN**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

- Dày sừng lòng bàn tay chân có thể do di truyền, do mắc phải, tuy nhiên đa số là do di truyền.
- Bệnh thường có tính chất gia đình và phần lớn là do đột biến gen mã hoá cấu trúc thành phần của tế bào sừng, có thể là di truyền trội, di truyền lặn hay liên quan đến nhiễm sắc thể X

### **2. CHẨN ĐOÁN**

#### **a) Chẩn đoán xác định**

- Lâm sàng
  - + Dày sừng lòng bàn tay, bàn chân lan toả
  - + Dày sừng lòng bàn tay, chân khu trú
    - Dày móng bẩm sinh típ I hay hội chứng Jadasohn-Lewandowsky: Dày sừng dưới gốc móng. Chai ở lòng bàn chân trên khắp những điểm tỳ đè.
    - Bệnh Buschke-Fischer-Brauer: Có nhiều các nốt chấm dày sừng trên khắp bề mặt lòng bàn tay, chân, rìa bên của ngón. Trên các điểm tỳ đè bàn chân các nốt dày sừng thành khối lan toả hơn.
    - Dày sừng dạng gai: Nhiều nốt sừng nhỏ xú, như là các gai nhỏ toàn bộ lòng bàn tay, bàn chân. Có thể phối hợp với tăng sản tuyến bã ở mặt.
  - + Dày sừng và các hội chứng phối hợp
- Mô bệnh học: lớp sừng dày, tăng sinh lớp gai có thể có hiện tượng ly gai.

#### **b) Chẩn đoán phân biệt**

- Vảy nến lòng bàn tay, chân
- Dày sừng do nhiễm độc arsen
- Nấm bàn chân mạn tính
- Chàm bàn tay, chân

### **3. ĐIỀU TRỊ**

- Tại chỗ: các phương pháp sau đây làm cho da mềm và đỡ ảnh hưởng hơn
  - + Ngâm bàn chân bàn tay vào nước ấm
  - + Chất làm mềm da
  - + Bôi các thuốc bong sừng (mỡ salicylic 10%)
  - + Thuốc bôi có retinoid (vitamine A a-xít)
  - + Thuốc bôi có vitamin D (calcipotriol)
- Toàn thân: retinoid (vitamine A a xít)

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Da Liễu, Bộ Y tế, 2015

## LOÉT SINH DỤC

### 1. ĐẠI CƯƠNG

Loét sinh dục là tình trạng mất lớp biểu mô của da hay niêm mạc của cơ quan sinh dục. Nguyên nhân chiếm tỉ lệ cao là các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

### 2. CHẨN ĐOÁN

#### a) Lâm sàng

+ TTCB: vết loét sâu, có thể tổn thương toàn bộ lớp bì, lành thường để lại sẹo

+ Tùy theo nguyên nhân gây bệnh là vết loét sẽ có những dấu hiệu đặc trưng

Giang mai: ranh giới rõ, gờ cao, hình bầu dục hay tròn, đáy trơn láng, nền cứng.

Herpes: bờ hồng ban, loét nông, nền không cứng

Hạ cam mềm: bờ không đều, xói mòn, loét sâu, đáy có mủ, nền mềm

+ Cơ năng: đau, ngứa, dị cảm tại tổn thương

#### b) Cận lâm sàng:

Nhằm xác định nguyên nhân: soi trực tiếp, huyết thanh, cấy vi khuẩn, tế bào học

### 3. ĐIỀU TRỊ

Điều trị theo nguyên nhân gây bệnh

+ Hạ cam mềm:

Ceftriaxone 250mg tiêm bắp liều duy nhất

Azithromycin 1g uống liều duy nhất

Ciprofloxacin 500mg x 2 lần/ ngày x 3 ngày

Erythromycin 500mg x 4 lần/ ngày x 7 ngày

+ Giang mai

Benzathine penicillin

Dị ứng thì dùng: Tetracyclin hoặc Erythromycin trong 15 ngày

+ Herpes sinh dục

Tiên phát: Acyclovir 200mg x 5 lần/ ngày x 7 ngày

Tái phát: Acyclovir 200mg x 5 lần/ ngày x 5 ngày

Acyclovir 400mg x 3 lần/ ngày x 5 ngày

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. “Loét sinh dục”, Bài giảng Bệnh Da Liễu, nxb Y học tp HCM 2005, trang 121-128



## **VIÊM DA THẦN KINH KHU TRÚ VÀ LAN TỎA**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

Là vùng viêm da lichen hóa mạn tính ranh giới rõ không do hoặc kích thích bên ngoài hoặc dị nguyên được xác định

Nguyên nhân: liên quan đến stress hoặc rối loạn xúc cảm, gây ra chu kỳ ngứa- gãi- ngứa.

Bệnh phổ biến ở nữ giới

### **2. CHẨN ĐOÁN**

- Lâm sàng: mảng hơi gờ lên, lichen hóa, có màu hoa cà đặc trưng phân vùng rõ, vị trí thường ở gáy, cẳng tay, chân, hoặc có thể toàn thân. Cơ năng: ngứa nhiều
- Mô bệnh học: được làm khi tổn thương giống vẩy nến

### **3. ĐIỀU TRỊ**

- Kháng histamin đường uống
- Corticoids tại chỗ để ức chế viêm
- Thuốc bạt sừng
- Tiêm nội tổn thương bằng corticoids

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. “Viêm da thần kinh”, Lâm sàng Da Liễu- Ronam.Mackie, (bản dịch), nhà xuất bản Y học 2002, trang 97-99

## **DA U NANG TUYẾN BÃ**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

Là một bệnh di truyền hiếm gặp, trên da có rất nhiều kén tuyến bã, bắt đầu ở tuổi dậy thì. Bệnh được mô tả như một biến dạng hình thái kiểu hamartoma của đơn vị nang lông-tuyến bã.

### **2. CHẨN ĐOÁN**

- Lâm sàng
  - + Các kén tuyến bã có kích thước 2-20 mm, mật độ mềm tới chắc, có màu da, màu ngà vàng, chứa chất dịch vàng, nhầy mỡ
  - + Vị trí hay gặp nhất là bụng, ngực, phân trên cánh tay, nách, mặt
- Các thể lâm sàng
  - + Thể khu trú
  - + Thể lan tỏa
  - + Thể viêm mủ
  - + Thể đầu cứng, thể ở mặt

### **3. ĐIỀU TRỊ**

Hiện nay chưa có thuốc điều trị khỏi bệnh. Các biện pháp điều trị mang tính chất loại bỏ thương tổn, hạn chế viêm, bội nhiễm để tránh sẹo gây mất thẩm mỹ.

- + phẫu thuật, laser, đốt điện, áp lạnh.
- + Sử dụng kháng sinh nếu có viêm, nhiễm khuẩn.
- + Isotretinoin đường uống làm giảm tình trạng bệnh, giảm viêm tạm thời.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO:** Bệnh viện Da Liễu Trung ương, lấy từ nguồn dalieu.vn (2018)

## **U MỀM TREO**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

Đây là một sự tăng sinh lành tính của da bình thường. Thực sự cho đến nay, người ta vẫn chưa biết rõ được nguyên nhân chính xác gây ra tình trạng này là gì. Tuy nhiên, người ta nhận thấy rằng nguy cơ xuất hiện tăng dần theo tuổi ở cả nam lẫn nữ và xem đây như là một biểu hiện của tuổi tác trên những người lớn tuổi khỏe mạnh. Những người thừa cân, béo phì, chứng gai đen cũng có nhiều nguy cơ xuất hiện hơn.

### **2. CHẨN ĐOÁN**

- Lâm sàng
  - + Những tổn thương kích thước lớn giống như một cái túi có thể chứa tổ chức mỡ được gọi là u xơ mềm (soft firoma) hoặc polyp xơ thượng bì (firoepithelial polyp).
  - + vị trí: Nách, cổ, dưới vú hoặc ở bẹn
- Cận lâm sàng: không cần thiết
- 

### **3. ĐIỀU TRỊ**

- Áp ni tơ lỏng.
- Cắt bỏ với kéo/dao phẫu thuật.
- Đốt điện tổn thương.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO:** Acrochordon, Dermatology Secrets Plus, 5e, 305

## XƠ CỨNG BÌ

### 1. ĐẠI CƯƠNG

Xơ cứng bì là bệnh lý tự miễn mạn tính, chưa rõ nguyên nhân, ảnh hưởng đến các tế bào nội mô mạch máu, nguyên bào sợi và lympho bào, dẫn đến gây các tổn thương ở da, phổi, tim, thận.

### 2. PHÂN LOẠI

#### 2.1. Xơ cứng bì khu trú

#### 2.2. Xơ cứng bì hệ thống

- Xơ cứng bì hệ thống giới hạn
- Xơ cứng bì hệ thống lan tỏa
- Hội chứng CREST

### 3. CHẨN ĐOÁN

#### *Tiêu chuẩn ARA năm 1980*

- Tiêu chuẩn chính: xơ cứng da ở vùng gần
  - Tiêu chuẩn phụ
    - + Xơ cứng ngón
    - + Loét hay sẹo lõm đầu ngón tay
    - + Xơ hóa hai đáy phổi
- Chẩn đoán: 1 tiêu chuẩn chính hoặc có từ 2 tiêu chuẩn phụ

#### *Tiêu chuẩn ACR/EULAR năm 2013*

- Dày da các ngón ở hai bàn tay kéo dài đến khớp bàn ngón: 9 điểm
  - Dày da ngón: 2 điểm/ xơ cứng ngón: 4 điểm
  - Thương tổn da ngón tay: Loét 2 điểm/ sẹo 3 điểm
  - Giãn mạch: 2 điểm
  - Bất thường mao mạch nếp móng: 2 điểm
  - Tăng áp động mạch phổi hoặc bệnh phổi mô kẽ: 2 điểm
  - Hiện tượng Raynaud: 3 điểm
  - Các tự kháng thể liên quan: 3 điểm ( anticentromere/ anti Scl-7-/ anti RNA polymerase III)
- Chẩn đoán:  $\geq 9$  điểm

### 4. ĐIỀU TRỊ

#### 4.1. Xơ cứng bì khu trú

##### a) Nguyên tắc chung

- + Giáo dục bệnh nhân
- + Làm mềm da
- + Chống nắng
- + Vật lý trị liệu

##### b) Điều trị cụ thể

- Tại chỗ:
  - + corticosteroid mạnh: bôi hoặc băng bột
  - + Tiêm corticosteroid vùng rìa thương tổn
  - + Tacrolimus
  - + Calcipotriene
- Toàn thân:
  - + Kháng sốt rét
  - + colchicine, Phenytoin, D-penicillamine
  - + Corticosteroid uống, Cyclosporin, Methotrexate: dùng trong trường hợp nặng
  - + PUVA điều trị dạng lan tỏa
- Thẩm mỹ:
  - + Trang điểm
  - + Phẫu thuật thẩm mỹ, ghép da tự thân
  - + Laser điều trị giãn mạch/ rối loạn sắc tố

#### 4.2. Xơ cứng bì hệ thống

##### a) Nguyên tắc chung

Điều trị càng sớm, ngăn ngừa được biến chứng nội tạng, cải thiện chất lượng sống

## **b) Điều trị cụ thể**

### ***Da:***

- Cứng da: vật lý trị liệu, thoa dưỡng ẩm, thuốc bôi tại chỗ ( corticosteroid/ calcineurin).  
Toàn thân: corticoid ngắn ngày( liều thấp < 15mg/ ngày)  
ức chế miễn dịch: Methotrexate 15-25mg/ tuần, Mycophenolate mofetil 2-3g/ ngày, cyclophosphamide liều thấp 2mg/kg/ ngày  
UVA1/ PUVA
- Khô, ngứa da: corticoid tại chỗ, capsaicin
- Loét ngón: chăm sóc vết thương( thuốc bôi kháng sinh, kích thích mô hạt)
- Vật lý trị liệu thường xuyên để duy trì sức cơ, vận động khớp và tuần hoàn
- Nếu kèm bệnh lý cơ: kèm theo Gammaglobulin IV

### ***Cơ xương***

- NSAIDs
- Corticoid liều thấp <10mg/ngày
- Methotrexate ( lựa chọn hàng đầu)
- Kèm theo Gammaglobulin IV nếu có bệnh lý cơ

### ***Hội chứng Raynaud***

- Giữ ấm, không hút thuốc, tránh chấn thương
- Điều trị giãn mạch: Nifedipin 30mg/ ngày, ức chế thụ thể angiotensin II
- Loét đầu ngón:  
+ Nitroglycerin tại chỗ  
+ Ức chế phosphodiesterase ( Sildenafil 50mg x 02 lần/ ngày, Tadalafil 20mg mỗi 2-3 ngày)
- Loét ngón tái phát: ức chế thụ thể endothelin ( Bosentan 37,5-125ng x 02 lần/ ngày)

### ***Tiêu hóa***

- Chế độ ăn: chia nhiều bữa nhỏ, ăn thức ăn lỏng, hạn chế ăn thức ăn chua cay. Chế độ ăn nhiều xơ, probiotic, chất làm mềm phân.
- Thuốc:  
+ Ức chế bơm proton, ức chế thụ thể H2  
+ Thuốc điều hòa hoạt động tiêu hóa Motilium M 1-2-mg/ 3 lần/ ngày trước khi ăn, trước khi ngủ

***Các tổn thương nội tạng khác:*** hội chẩn và điều trị chuyên khoa.

## **5. THEO DÕI**

- Đo chức năng phổi và siêu âm tim: hàng năm
- CT scan ngực nếu có triệu chứng khó thở
- Huyết áp tại nhà
- Định lượng kháng thể tự miễn
- XN tổng quát: CTM, chức năng gan thận

## **6. TIỀN LƯỢNG**

Có thể tử vong do xơ hóa phổi và cơn tăng huyết áp do thận, tăng áp động mạch phổi

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. BV Da Liễu TP HCM (2019), “ Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh da liễu” , NXB Y học.
2. Bệnh viện Da Liễu Trung Ương, “ Hình ảnh lâm sàng, chẩn đoán và điều trị trong chuyên ngành Da Liễu, tập 1”, nhà xuất bản y học, 2019

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Lao da là bệnh nhiễm khuẩn da mạn tính, do trực khuẩn lao có tên là Mycobacterium Tuberculosis (MT). Bệnh thường gặp ở những nước kém phát triển, người suy dinh dưỡng, giảm miễn dịch.

## 2. CHẨN ĐOÁN

### 2.1. Lâm sàng

#### a) *Săng lao*

Do MT xâm nhập vào da lần đầu ở những người chưa có đáp ứng miễn dịch

- Thường gặp trẻ em
- Ủ bệnh: 15- 20 ngày
- Vị trí: vùng sang chấn
- TTCB: Vết loét không đau, kích thước 0,5cm sau đó lan rộng, bờ không đều, hàm ếch, đáy không cứng, màu đỏ nhạt, hôi. Dần dần đáy vết loét thâm nhiễm và trở nên cứng. Ở niêm mạc thường là các vết trợt, màu hồng, phù nề, không đau.
- Hạch vùng dương tính, phát triển thành phức hợp lao nguyên phát, lúc đầu hạch cứng sau đó mềm loét, chảy dịch chứa nhiều vi khuẩn.
- Tiến triển nhiều tháng, có thể tự khỏi.

#### b) *Lupus lao*

- Trẻ em hay bị hơn người lớn
- Thường gặp ở vùng mặt
- TTCB: củ lao màu vàng đỏ, ấn kính củ lao xẹp xuống, trong suốt màu vàng nâu, châm kim vào cảm giác như châm kim vào bơ. Các củ lao tập trung thành đám lan rộng ra xung quanh, có thể có loét ở giữa, sau một thời gian có thể lành sẹo nhăn nhúm, co kéo, trên có những cầu da.

#### c) *Lao cóc*

Mảng sùi màu đỏ tím, tiến triển ly tâm, khuynh hướng tạo sẹo ở trung tâm, có tăng sưng và chảy mủ. Vị trí chủ yếu ở các chi như mu bàn tay, ngón tay, mu bàn chân.

#### d) *Lao tăng( Scrofuloderma)*

- Thường gặp trẻ em hoặc người lớn tuổi
- Vị trí: tuyến mang tai, trên xương đòn, cổ dưới hàm
- TTCB: cục chắc sâu dính liền với da màu đỏ bầm, tiến triển theo dạng mưng mủ, rò rỉ dịch đục và nhầy, vỡ ra để lại các vết loét và rò, nhiều lỗ rò thông với nhau tạo thành đường hầm dưới da.

#### e) *Hồng ban rắn Bazin*

- TTCB: cục dưới da nhỏ phát triển chậm, màu đỏ tím, đau khi sờ nắn, thương tổn lúc đầu cứng sau đó mềm ở giữa và loét, giới hạn không rõ với da lành, khi lành có thể để lại sẹo.
- Vị trí: thường ở cẳng chân.

### 2.2. Cận lâm sàng

- Giải phẫu bệnh: hình ảnh nang lao điển hình
- PCR
- IDR dương tính > 15mm
- Đáp ứng với điều trị lao.

## 3. ĐIỀU TRỊ

### 3.1. Nguyên tắc điều trị

- Nâng cao thể trạng
- Chăm sóc tại chỗ
- Thuốc kháng lao: đa hóa trị liệu

### 3.2. Điều trị cụ thể

- Isoniazide (H): 5mg/kg
- Rifamicin (R): 10mg/kg
- Pyrazinamide(Z): 25mg/kg
- Ethambutol(E): 15mg/kg

- Thường chọn phác đồ: 2HZR/6HE
- Theo dõi tác dụng phụ của thuốc kháng lao: trên da và gan

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. BV Da Liễu TP HCM (2019), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh da liễu”, NXB Y học.
2. Bộ y tế (2015), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh da liễu”

## NHIỄM MYCOBACTERIUM KHÔNG ĐIỂN HÌNH

### 1. ĐẠI CƯƠNG

Hiện tại, chủng atypical mycobacteria thường gây nhiễm trùng nhiều hơn các chủng MT. Chúng phân bố rộng trong tự nhiên, sống trong môi trường nước, đất, nhiễm trùng thường lành tính và bệnh có thể giới hạn.

### 2. CHẨN ĐOÁN: dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng

#### 2.1. Lâm sàng: 1 số dạng AM thường gặp

##### *Mycobacterium ulcerans*

- Trẻ em và thanh niên
- Vị trí: ở chi
- TTCB: nốt dưới da lớn dần và gây loét, không đau, còn gọi là loét Buruli

##### *Mycobacterium marinum*

- Gặp trong nguồn nước hồ bơi, bể cá
- Yếu tố nguy cơ: tiền sử có chấn thương, nghề nghiệp tiếp xúc với nước, vi khuẩn xâm nhập qua vùng da bị trầy xước.
- Vị trí: tay, chân, đầu gối, cùi chỏ
- TTCB: sẩn màu hơi tím tại chỗ chấn thương, có thể biểu hiện giống mảng sùi, mảng dạng vảy nền hoặc nốt.

##### *Mycobacterium Kansasii*

- Bệnh gặp ở người lớn có tình trạng suy giảm miễn dịch như bệnh Hodgkin, AIDS, ghép cơ quan
- TTCB: sẩn phân bố theo kiểu sporotrichose, nốt ở sâu.

##### *Mycobacterium scrofulaceum*

- Thường gặp ở trẻ em
- Bệnh cảnh viêm hạch cổ 1 bên, hạch dưới hàm, loét tạo lỗ dò.

#### 2.2. Cận lâm sàng

- Giải phẫu bệnh
- PCR

### 3. ĐIỀU TRỊ

- Thời gian: điều trị đến khi mất hồng ban, trung bình 10-14 ngày, khuyến cáo dùng 1-2 tháng sau khi biến mất thương tổn.
- Các loại kháng sinh thường dùng kết hợp với nhau
  - + Macrolid: Azithromycin, Clarithromycin
  - + Nhóm cyclin: Minocyclin, Doxycyclin, Tetracylin,
  - + Cotrimoxazole
  - + Clofazimin
  - + Dapson,
  - + Ethambutol, Isoniazide, Rifampicin, Streptomycin, Amikacin
  - + ciprofloxacin

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. BV Da Liễu TP HCM (2019), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh da liễu”, NXB Y học.
2. Bệnh viện Da Liễu Trung Ương, “Hình ảnh lâm sàng, chẩn đoán và điều trị trong chuyên ngành Da Liễu, tập 1”, nhà xuất bản y học, 2019



## Á VẢY NÉN

### 1. ĐẠI CƯƠNG

Á vảy nén là nhóm bệnh da mạn tính gồm hai thể là á vảy nén mảng nhỏ và á vảy nén mảng lớn, gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi trung niên và người cao tuổi

### 2. CHẨN ĐOÁN

#### 2.1. Á vảy nén mảng nhỏ

*Lâm sàng:*

- thương tổn là những đám màu hồng nâu hoặc đỏ, hình ovan, số lượng nhiều, giới hạn rõ, phẳng với mặt da lành, kích thước 2-5cm, trên có vảy da mỏng, đôi khi trông giống như các ngón tay, sắp xếp theo cùng một hướng ở mạng sườn, ngực hoặc mặt trong các chi.
- Cơ năng: có thể ngứa hoặc không

*Giải phẫu bệnh:* Hình ảnh viêm da không đặc hiệu. Một số trường hợp (khoảng 1/3) có xâm nhập bạch cầu lympho vào thượng bì thành đám, có á sừng từng điểm, phù, tăng gai và xốp bào nhẹ.

#### 2.2. Á vảy nén mảng lớn

*Lâm sàng*

- mảng có kích thước từ 10-20 cm, màu đỏ hoặc nâu, giới hạn không rõ, trên có vảy nhỏ, số lượng ít. Vị trí hay gặp ở thân mình, gốc chi, đặc biệt là ở vùng mông, đùi, phụ nữ hay gặp ở ngực. Có hai hình thái hay gặp:
  - + Á vảy nén dạng mảng lớn, không teo. Đặc trưng là những mảng dát đỏ bong vảy phân lớn, màu nâu xám hoặc mờ xỉn, hơi thâm nhiễm.
  - + Á vảy nén dạng mảng lớn, teo: đặc trưng là những mảng teo da không đều thành vết, có thể giãn mạch, tăng sắc tố thành vết văn vò tạo thành đám loang lổ hình mạng lưới
- Cơ năng: ngứa nhẹ

*Giải phẫu bệnh:* hình ảnh mô bệnh học có thể là viêm không đặc hiệu hoặc là xốp bào mạn tính. Dạng có teo da và một số trường hợp không teo, mô bệnh học có hình ảnh của mycosis fungoides.

### 3. ĐIỀU TRỊ

#### 3.1. Tại chỗ

- Dưỡng ẩm
- Corticoid tại chỗ
- UVA/PUVA/ UVB-NB

#### 3.2. Toàn thân

- Retinoid
- Methotrexate
- Thuốc ức chế viêm không đặc hiệu

Đối với á vảy nén mảng lớn nên được kiểm tra 3-6 tháng/ lần, sinh thiết theo dõi tiến triển của bệnh.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. BV Da Liễu TP HCM (2019), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh da liễu”, NXB Y học.
2. Bộ y tế (2015), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh da liễu”

## VẢY PHẦN DẠNG LICHEN MẠN TÍNH

### 1. ĐẠI CƯƠNG

Vảy phần dạng lichen là bệnh phát ban tróc vảy da chưa rõ nguyên nhân, có hai thể lâm sàng:

- Cấp tính: vảy phần dạng lichen và đậu mùa cấp tính (PLEVA)
- Mạn tính: vảy phần dạng lichen mạn tính (PLC)

### 2. CHẨN ĐOÁN

#### 2.1. Vảy phần dạng lichen và đậu mùa cấp tính (PLEVA)

- TTCB: dát đỏ và sẩn phù, trung tâm có thể thấy mụn nước và xuất huyết. Các sẩn này sau loét, hoại tử và đóng vảy tiết; khi lành để lại sẹo lõm, màu thâm, dạng đậu mùa và có thể tăng hoặc giảm sắc tố da. Ở mặt, lòng bàn tay, bàn chân không có thương tổn. Niêm mạc hiếm khi bị tổn thương. Sau một hoặc nhiều lần phát thương tổn, bệnh dần được cải thiện, có thể chuyển thành vảy phần dạng lichen mạn tính.
- Triệu chứng toàn thân đôi khi sốt nhẹ, nhức đầu, suy nhược, tăng tốc độ lắng máu, hạch ngoại biên to
- Mô bệnh học: hoại tử thượng bì, xuất huyết, xâm nhập dày đặc tế bào lympho quanh mạch máu ở trung bì nông

#### 2.2. Vảy phần dạng lichen mạn tính (PLC)

- TTCB: à các sẩn chắc, hơi nổi cao, màu đỏ hồng hoặc nâu xám, giống như sẩn giang mai, lúc đầu nhỏ bằng hạt đỗ, sau lớn dần, trên sẩn xuất hiện vảy da màu trắng xám, khô và dính vào thương tổn. Thương tổn rải rác khắp thân mình và các chi.
- Cơ năng: không ngứa. Toàn trạng ít bị ảnh hưởng.
- Mô bệnh học: Không đặc hiệu, thượng bì có hiện tượng á sừng, tế bào sừng còn nhân, mầm liên nhú kéo dài. Lớp gai có thâm nhiễm bạch cầu đơn nhân rải rác, có hiện tượng thoát dịch vào giữa các tế bào gai, đứt cầu nối. Trung bì có hiện tượng phù, thâm nhiễm bạch cầu đơn nhân và lympho, nhưng ít hơn so với các thể á vảy nến khác, đôi khi thấy bạch cầu đa nhân.

### 3. ĐIỀU TRỊ

#### 3.1. Tại chỗ

- Corticoid
- Tacrolimus
- Tắm nắng
- UVB/ UVA

#### 3.2. Toàn thân

- Erythromycin 500mg x 2-4 lần/ ngày
- Tetracycline 500mg x 2-4 lần/ ngày
- Azithromycin
- Minocycline 100mg x 2 lần/ ngày
- Prednisolon
- Methotrexate 10-25mg/ tuần
- Cyclosporine 2.5-4mg/kg/ngày
- Retinoid

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. BV Da Liễu TP HCM (2019), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh da liễu”, NXB Y học.
2. Bộ y tế (2015), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh da liễu”
3. Bệnh viện Da Liễu Trung Ương, “ Hình ảnh lâm sàng, chẩn đoán và điều trị trong chuyên ngành Da Liễu, tập 1”, nhà xuất bản y học, 2019

## VIÊM MẠCH MÁU

### 1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm mạch là tình trạng viêm và hoại tử mạch máu, có thể là động mạch, tĩnh mạch hoặc cả hai.

Viêm mạch có thể bị ở mạch máu nhỏ và mạch máu lớn.

### 2. PHÂN LOẠI

Theo kích thước mạch máu bị tổn thương

*Viêm mạch máu lớn*

- Viêm động mạch thái dương
- Viêm động mạch Takayasu

*Viêm mạch máu trung bình*

- Viêm nút quanh động mạch (PAN)
- Bệnh Kawasaki
- Bệnh Buerger

*Viêm mạch máu nhỏ*

- Viêm đa mạch vi thể
- U hạt Wegener's
- Hội chứng Churg- Strauss
- Viêm mạch do thuốc
- Ban xuất huyết Henoch Schonlein
- Viêm mạch Cryoglobulins
- Lupus đỏ
- Viêm mạch dạng thấp
- Hội chứng Sjogren
- Bệnh Behcet
- Hội chứng Goodpasture
- Bệnh huyết thanh
- Viêm mạch do nhiễm trùng

### 3. LÂM SÀNG

#### 3.1. Triệu chứng toàn thân

- Sốt không rõ nguyên nhân: sốt cao, dao động
- Sụt cân
- Cơ thể mệt mỏi, yếu dần

#### 3.2. Triệu chứng các cơ quan bị viêm mạch máu lớn và trung bình

- Động mạch cảnh: chóng mặt, nhức đầu, ngất
- Động mạch mắt: mù, giảm thị lực
- Động mạch thận: tăng huyết áp, suy thận
- Động mạch vành: đau ngực, thiếu máu cơ tim, nhồi máu cơ tim
- Động mạch phúc mạc: viêm ruột do thiếu máu
- Động mạch phổi: ho ra máu, khó thở, nhồi máu phổi

#### 3.3. Triệu chứng các cơ quan bị viêm mạch máu nhỏ

- Da: mảng tím xanh viêm, ban xuất huyết, loét da, hoại tử các đầu ngón tay, ngón chân, hội chứng Reynaud
- Cơ: đau cơ
- Khớp: đau khớp, tràn dịch màng khớp
- Thận: viêm cầu thận hoại tử
- Tiêu hóa: loét niêm mạc, xuất huyết tiêu hóa, đi cầu phân đen
- Tim: viêm cơ tim, rối loạn nhịp
- Phổi: xuất huyết tiểu thùy
- Thanh mạc: viêm màng phổi, viêm màng ngoài tim
- Mắt: xuất huyết võng mạc

### 4. ĐIỀU TRỊ

#### 4.1. Điều trị triệu chứng

- Nâng đỡ tổng trạng

- Antihistamin
- NSAID

#### **4.2.Điều trị đặc hiệu**

**Tại chỗ:** đối với có tổn thương ở da

- Corticosteroid bôi mức độ mạnh, trung bình
- Tacrolimus
- Dung dịch màu đối với thương tổn loét

**Toàn thân**

- Corticosteroides: 60-80 mg/ ngày, giảm liều sau 2-3 tuần
- Methotrexate: 10-25mg/ tuần
- Colchicine: 0,6mg x 02 lần/ ngày
- Dapson: 50-200mg/ ngày
- Azathioprine: 50-200mg/ngày
- Cyclosporine: 3-5mg/kg/ ngày
- Kháng sinh nếu bị bội nhiễm
- Hydroxychloroquine: 200mg/ ngày

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. BV Da Liễu TP HCM (2019), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh da liễu”, NXB Y học.
2. Bệnh viện Da Liễu Trung Ương, “Hình ảnh lâm sàng, chẩn đoán và điều trị trong chuyên ngành Da Liễu, tập 2”, nhà xuất bản y học, 2019

## NHIỄM HERPES SIMPLEX

### 1. ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm Herpes simplex là bệnh do vi rút HSV-1 và HSV-2 gây nên bệnh tại vùng môi miệng và sinh dục ở người.

Herpes sinh dục là một trong những bệnh lây truyền qua đường tình dục phổ biến nhất thế giới. HSV-1 thường gây bệnh tại vùng miệng, HSV-2 thường gây bệnh tại vùng sinh dục, tuy nhiên cả hai loại đều có thể gây bệnh tại miệng, mắt hay sinh dục do xu hướng tăng quan hệ miệng-sinh dục.

Bệnh lây qua đường tiếp xúc trực tiếp da-da, da – niêm, niêm mạc- niêm mạc.

### 2. CHẨN ĐOÁN

#### 2.1.Lâm sàng

##### 2.1.1. Tiên phát

Herpes da niêm

- Tiền triệu: hạch cổ, mệt mỏi, biếng ăn, sốt
- Tổn thương: chùm mụn nước, hoặc vết loét giống aphthosae với lớp giả mạc màu vàng. Cơ năng: ngứa, đau rát bỏng tại chỗ.
- Vị trí: khẩu cái cứng, khẩu cái mềm, nướu, niêm mạc miệng

Herpes sinh dục

- Tiền triệu: sốt, mệt mỏi, nhức đầu, đau cơ
- Tổn thương: đám thương tổn mụn nước thành chùm, nhanh chóng thành mụn mủ rồi vỡ để lại vết trợt nông, đôi khi bội nhiễm thành vết loét. Thương tổn có thể có vảy tiết, lành sau 2-4 tuần. Cơ năng: đau ngứa, tiểu khó, tiết dịch niệu đạo/ âm đạo.

Viêm kết – giác mạc

Herpes sơ sinh

##### 2.1.2. Tái phát

Herpes da

- Tổn thương: mụn nước mọc thành chùm nhỏ hơn, thường không có triệu chứng toàn thân.
- Tái phát ngay vùng cũ
- Vị trí: niêm mạc, bán niêm mạc

Herpes sinh dục

- Tổn thương: mụn nước nhỏ mọc thành chùm sau đó vỡ ra tạo thành loét nền không cứng.
- Cơ năng: cảm giác bỏng rát, khó chịu
- Thời gian bệnh ngắn hơn herpes sinh dục tiên phát

#### 2.2.Cận lâm sàng

- Tế bào học Tzanck
- PCR với HSV-1 và HSV-2
- Miễn dịch huỳnh quang trực tiếp
- Huyết thanh chẩn đoán: tìm kháng thể kháng HSV-1 và HSV-2

### 3. ĐIỀU TRỊ

#### 3.1.Nguyên tắc

- Điều trị tại chỗ
- Thuốc kháng virus
- Chống nhiễm trùng
- Điều trị phòng ngừa: cho bệnh nhân tái phát 4-6 đợt/ năm hoặc hơn.

#### 3.2.Điều trị tại chỗ

- Dung dịch màu: xanh metylen, eosin, milian
- Kem acyclovir

### 3.3.Điều trị toàn thân

|                   |                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                   | Vị thành niên, người trưởng thành, phụ nữ có thai                                                                                                                                                                 | Người nhiễm HIV và suy giảm miễn dịch                                                                                                                          |
| Herpes tiên phát  | Acyclovir 200mg x 5v/ngày trong 10 ngày<br>Acyclovir 400mg uống 3 lần/ ngày trong 10 ngày<br>Valacyclovir 500mg x 2 lần/ ngày trong 10 ngày<br>Famciclovir 250mg x 3 lần/ngày trong 10 ngày                       |                                                                                                                                                                |
| Herpes tái phát   | Acyclovir 400mg x 3 lần/ ngày hoặc 800mg x 2 lần/ ngày trong 5 ngày<br>Acyclovir 800mg uống 3 lần/ ngày trong 2 ngày.<br>Famciclovir 250mg x 2lần/ ngày trong 5 ngày<br>Valacyclovir 500mg x 2 lần/ ngày x 3 ngày | Acyclovir 400mg x 3 lần/ ngày trong 5 ngày<br>Valacyclovir 500mg x 2 lần/ ngày x 5 ngày<br>Famciclovir 500mg x 2lần/ ngày trong 5 ngày                         |
| Điều trị dự phòng | Acyclovir 400mg x 2 lần/ ngày trong 6-12 tháng<br>Valacyclovir 500mg uống 1 lần/ ngày trong 6-12 tháng<br>Famciclovir 250mg uống 2 lần/ngày, trong 6-12 tháng.                                                    | Acyclovir 400mg x 2 lần/ ngày trong 6-12 tháng<br>Valacyclovir 500mg uống 1 lần/ ngày trong 6-12 tháng<br>Famciclovir 500mg uống 2 lần/ngày, trong 6-12 tháng. |

- Điều trị Eczema Hepeticum: Acyclovir 200mg x 5 lần/ ngày hoặc 400mg x 3 lần/ ngày x 2-3 tuần

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. BV Da Liễu TP HCM (2019), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh da liễu, NXB Y học.
2. Bộ y tế (2015), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh da liễu, Hà nội
3. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Nhiễm Herpes Simplex sinh dục, Bộ Y tế (2021)

## LẬU CẦU

### 1. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh lậu là bệnh lây truyền qua đường quan hệ tình dục, do song cầu Gram âm *Neisseria gonorrhoeae* gây nên.

Bệnh có thể phối hợp với một số tác nhân gây viêm niệu đạo khác như *Chlamydia trachomatis*, trùng roi, *Mycoplasma*

### 2. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

- Tiền sử quan hệ tình dục với người bị bệnh, có yếu tố nguy cơ
- Lâm sàng  
Nam giới: tiểu buốt, tiểu rất, tiết dịch mủ, miệng sáo sưng đỏ. Biểu chứng viêm mào tinh hoàn, viêm tinh hoàn, viêm tuyến tiền liệt, viêm túi tinh  
Nữ giới: mủ ở âm hộ, lỗ niệu đạo viêm đỏ, có mủ, viêm tuyến Skene, Bartholin, cổ tử cung viêm đỏ có mủ nhày màu vàng hoặc xanh.  
Lậu hầu họng: đau họng, họng đỏ có mủ, có thể kèm theo giả mạc  
Lậu hậu môn- trực tràng: mót rặn, đại tiện liên tục, phân kèm nhiều chất nhày, có thể lẫn máu  
Lậu mắt: mắt sưng nề không mở được, có mủ chảy ra từ mắt, viêm kết mạc, giác mạc
- Cận lâm sàng:
  - + Nhuộm Gram thấy song cầu Gram âm trong và ngoài bạch cầu đa nhân trung tính
  - + PCR với lậu cầu

### 3. ĐIỀU TRỊ

#### 3.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị đồng thời nhiễm *Chlamydia trachomatis*
- Điều trị sớm, đúng phác đồ điều trị cả bạn tính
- Tuần thủ điều trị: không quan hệ tình dục, không làm thủ thuật trong thời gian điều trị
- Xét nghiệm huyết thanh giang mai và HIV để sàng lọc

#### 3.2. Điều trị cụ thể

##### 3.2.1. Nhiễm lậu sinh dục và hậu môn trực tràng

- Tốt nhất là dựa vào kháng sinh đồ
- Nếu không có kháng sinh đồ, chọn một trong các phác đồ sau  
Cefixim 400mg liều duy nhất  
Ceftriaxone 250mg tiêm bắp liều duy nhất  
Spectinomycin 2g tiêm bắp liều duy nhất
- Kết hợp với Azithromycin 1g uống liều duy nhất để điều trị đồng nhiễm Chlamydia.
- Phác đồ này được áp dụng cho cả phụ nữ mang thai, nhưng cần theo dõi chặt chẽ.

##### 3.2.2. Nhiễm lậu hầu họng

- Tốt nhất dựa vào kháng sinh đồ
- Nếu không có kháng sinh đồ thì chọn một trong các phác đồ sau  
Cefixim 400mg liều duy nhất  
Ceftriaxone 250mg tiêm bắp liều duy nhất
- Kết hợp với Azithromycin 1g uống liều duy nhất để điều trị đồng nhiễm Chlamydia.
- Phác đồ này được áp dụng cho cả phụ nữ mang thai, nhưng cần theo dõi chặt chẽ.

##### 3.2.3. Thất bại điều trị

- Cần phân biệt thất bại điều trị với tái nhiễm. Xác định thất bại điều trị khi có một trong các tiêu chuẩn sau:

- + Không giảm triệu chứng sau 3- 5 ngày điều trị mặc dù không quan hệ tình dục.
- + Nuôi cấy dương tính sau  $\geq 3$  ngày điều trị hoặc PCR dương tính sau  $\geq 7$  ngày điều trị mặc dù không quan hệ tình dục.
- + Nuôi cấy dương tính và có giảm nhạy cảm các kháng sinh cephalosporin trên kháng sinh đồ, bất kể có quan hệ tình dục lại hay không.
- Khi xác định thất bại điều trị, sử dụng phác đồ sau:
  - + Nếu đã được điều trị theo phác đồ được quy định ở trên thì chọn một trong các phác đồ sau:
    - Ceftriaxon 500 mg, tiêm bắp liều duy nhất và azithromycin 2 g, uống liều duy nhất
    - Cefixim 800 mg, uống liều duy nhất và azithromycin 2 g, uống liều duy nhất
    - Gentamicin 240 mg, tiêm bắp liều duy nhất và azithromycin 2 g, uống liều duy nhất
    - Spectinomycin 2 g, tiêm bắp liều duy nhất (nếu không phải là nhiễm trùng hậu họng) và azithromycin 2 g, uống liều duy nhất
  - + Nếu đã điều trị nhưng không theo phác đồ được quy định trong hướng dẫn này thì điều trị lại theo hướng dẫn đầu tiên.
  - + Nếu thất bại điều trị và có kháng sinh đồ, điều trị lại dựa vào kết quả kháng sinh đồ.
  - + Nếu nghi ngờ tái nhiễm, điều trị lại theo phác đồ đầu tiên và điều trị cho bạn tình.

#### **3.2.4. *Lậu mắt ở trẻ sơ sinh***

- a) Điều trị viêm kết mạc mắt do lậu cầu ở trẻ sơ sinh, lựa chọn một trong các phác đồ sau:
  - Ceftriaxon 50 mg/kg (tối đa 150 mg), tiêm bắp liều duy nhất
  - Kanamycin 25 mg/kg (tối đa 75 mg), tiêm bắp liều duy nhất
  - Spectinomycin 25 mg/kg (tối đa 75 mg), tiêm bắp liều duy nhất.
- Chú ý theo dõi các tác dụng không mong muốn của thuốc.
- b) Điều trị dự phòng viêm kết mạc mắt do lậu và Chlamydia cho tất cả trẻ sơ sinh ngay sau sinh và cho cả hai mắt. Lựa chọn một trong các phác đồ sau:
  - Mỡ mắt tetracyclin hydrochlorid 1%
  - Mỡ mắt erythromycin 0,5%
  - Dung dịch povidon iod 2,5% (dung môi nước)
  - Dung dịch bạc nitrat 1%
  - Mỡ chloramphenicol 1%
- Lưu ý: Cần tránh chạm vào mắt trong khi tra thuốc. Không khuyến cáo sử dụng dung dịch povidon iod dung môi cồn.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. BV Da Liễu TP HCM (2019), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh da liễu, NXB Y học.
  2. Bộ y tế (2015), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh da liễu, Hà nội
- Bộ y tế (2021), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Bệnh Lậu



## VIÊM NIỆU ĐẠO KHÔNG DO LẬU

### 1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm niệu đạo không do lậu là một trong những nguyên nhân thường gặp của các bệnh lây truyền qua đường tình dục ở nam giới

Nguyên nhân thường do vi khuẩn ( Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium, Trichomonas vaginalis, chủng Haemophilus, chủng Streptococcus..), virus ( HSV, Adenovirus), Amip. E.coli

### 2. CHẨN ĐOÁN

- Tiết dịch nhầy mủ hay mủ qua thăm khám
- Nhuộm Gram  $\geq 5$  bạch cầu/vi trường
- Soi kính hiển vi cận lẳng nước tiểu giữa dòng  $\geq 10$  bạch cầu/vi trường
- Xét nghiệm không thấy vi khuẩn lậu
- Soi tươi: T. vaginalis, Candida spp, amip
- Test nhanh Chlamydia trachomatis dương
- PCR: Mycoplasma Genitalium, Chlamydia trachomatis

### 3. ĐIỀU TRỊ

- Điều trị khuyến cáo  
Azithromycin 1g uống liều duy nhất hoặc  
Doxycycline 100mg uống 2 lần/ ngày x 7 ngày
- Điều trị thay thế  
Erythromycin 500mg x 4 lần/ ngày x 7 ngày  
Tetracyclin 500mg uống 4 lần/ ngày x 7 ngày  
Ofloxacin 200-400mg x 2 lần/ ngày x 7 ngày
- Điều trị bạn tình: điều trị Chlamydia
- Trường hợp dai dẳng và tái phát  
M. genitalium: Moxifloxacin 400mg x 1 lần/ngày x 7 ngày  
T. vaginalis: Metronidazole 2g liều duy nhất hoặc Tinidazole 2g uống liều duy nhất
- Nhiễm Chlamydia ở phụ nữ có thai

Các thuốc được lựa chọn ưu tiên theo thứ tự: Azithromycin, Amoxicillin, erythromycin.

+ Azithromycin 1g, uống liều duy nhất

+ Amoxicillin 500mg, uống 3 lần/ ngày trong 7 ngày

+ Erythromycin 500mg, uống 4 lần/ ngày trong 7 ngày

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. BV Da Liễu TP HCM (2019), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh da liễu, NXB Y học.
2. Bộ y tế (2021), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh Chlamydia Trachomatis

## VIÊM ÂM ĐẠO

### 1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm âm đạo là bệnh thường gặp ở phụ nữ, nguyên nhân gây bệnh phổ biến là do vi khuẩn, nấm *Candida albicans*, trùng roi *T. Vaginalis*

### 2. CHẨN ĐOÁN

#### 2.1. Viêm âm đạo do *Candida albicans*

- Lâm sàng:
  - + Ngứa âm hộ, đau khi giao hợp
  - + tiết dịch âm đạo khí hư như váng sữa, dính vào thành âm đạo, không có mùi hôi
  - + Âm hộ: đỏ, sưng phù, phủ lớp màng trắng, trợt, thành âm đạo màu đỏ tươi.
- Cận lâm sàng
  - + PH dịch âm đạo < 4,5
  - + Soi tươi: TB hạt men, sợi tơ nấm giả
  - + Nuôi cấy: khuẩn lạc nấm, màu trắng ngà

#### 2.2. Viêm âm đạo do vi khuẩn

- Lâm sàng:
  - + Ngứa âm hộ ít, đau khi giao hợp, đau bụng dưới
  - + dịch âm đạo ít, có màu xám đồng nhất, có bọt, có mùi hôi
  - + Âm hộ, cổ tử cung khám thấy bình thường
- Cận lâm sàng
  - + PH dịch âm đạo > 4,5
  - + test Whiff: có mùi cá ươn
  - + Soi tươi, nhuộm gram thấy tế bào Clue cell

#### 2.3. Viêm âm đạo do trùng roi

- Lâm sàng:
  - + Ngứa âm hộ, đau khi giao hợp, đau bụng dưới
  - + Dịch âm đạo nhiều, dịch mủ vàng hoặc xanh, có bọt, loãng, có mùi hôi
  - + Âm đạo đỏ sưng phù, cổ tử cung đỏ, phù nề, xuất huyết điểm hình quả dâu tây.
- Cận lâm sàng
  - + PH dịch âm đạo > 5
  - + Soi tươi: thấy trùng roi di động xoay tròn hoặc giạt lùi
  - + Nuôi cấy: trùng roi di động

### 3. ĐIỀU TRỊ

#### 3.1. Viêm âm đạo do nấm *Candida albicans*

- Khuyến cáo
  - Itraconazole 100mg x 2 viên/ ngày x 3 ngày hoặc
  - Fluconazole 150mg 1 viên duy nhất hoặc
  - Clotrimazole 100mg đặt âm đạo, 1 viên/ ngày x 7 ngày hoặc
  - Clotrimazole 500mg đặt âm đạo 1 viên duy nhất hoặc
  - Miconazole 200mg x 1 viên/ ngày x 3 ngày đặt âm đạo hoặc
- Kem bôi
  - Clotrimazole 1%
  - Miconazole 2%, 4%

#### 3.2. Viêm âm đạo do vi khuẩn

- Khuyến cáo
  - Metronidazole 500mg x 2 lần/ ngày x 7 ngày hoặc
  - Metronidazole 0,75% gel bôi
  - Clindamycin 2% cream bôi
- Thay thế
  - Tinidazole 2g uống 1 lần/ ngày x 2 ngày hoặc
  - Tinidazole 1g x 1 lần/ ngày x 5 ngày hoặc
  - Clindamycin 300mg x 2 lần/ ngày x 7 ngày hoặc
  - Clindamycin 100mg x 1 lần/ ngày x 3 ngày đặt âm đạo

### **3.3. Viêm âm đạo do trùng roi**

- Khuyến cáo  
Metronidazole 2g uống liều duy nhất hoặc  
Tinidazole 2g uống liều duy nhất
- Thay thế  
Metronidazole 500mg x 2 lần/ ngày x 7 ngày

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. BV Da Liễu TP HCM (2019), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh da liễu”, NXB Y học.
2. Bộ y tế (2015), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh da liễu”

## RỤNG TÓC

### 1. ĐẠI CƯƠNG

Rụng tóc là tình trạng thường gặp ở mọi lứa tuổi, thường tập trung ở thanh thiếu niên và trung niên. Nguyên nhân gây ra tình trạng rụng tóc rất nhiều như stress, rối loạn nội tiết, rối loạn miễn dịch, tật nhổ tóc, các bệnh lý tự miễn gây rụng tóc thứ phát như lupus, nấm da đầu...

Hai thể rụng tóc hay gặp nhất là rụng tóc từng mảng và rụng tóc do androgen

Rụng tóc từng mảng là dạng rụng tóc không sẹo tái diễn, ảnh hưởng tới bất kỳ vùng da nào có lông có tóc. Cơ chế là do tình trạng tự miễn dịch qua trung gian tế bào T xảy ra ở những cơ thể dễ cảm nhiễm về mặt di truyền

Rụng tóc do androgen hay gọi là rụng tóc kiểu nam hay kiểu nữ, là dạng rụng tóc tiến triển từ từ với thu nhỏ dần nang tóc nhưng không tạo sẹo, thiên hướng về gen

### 2. CHẨN ĐOÁN: chủ yếu dựa vào lâm sàng

#### 2.1.Rụng tóc mảng

- Các đám rụng tóc với mật độ tóc thưa thưa hoặc rụng hết. Nghiệp pháp giập tóc dương tính
- Móng: rỗ móng, đường beau, tách móng

#### 2.2.Rụng tóc androgen

- Rụng tóc tiến triển từ từ và kéo dài nhiều năm với mỏng dần tóc vùng trán và đỉnh đầu.
- Tiền sử gia đình có người rụng tóc androgen
- Nghiệp pháp giập tóc âm tính.

### 3. ĐIỀU TRỊ

#### 3.1.Rụng tóc mảng

- Tại chỗ  
Corticosteroides nội thương tổn ( triamcinolone), tiêm nhắc lại sau mỗi 4-6 tuần  
Corticosteroid bôi: loại trung bình, mạnh đối với vùng da đầu  
Anthralin 1%  
Minoxidil 2%, 5%  
Tacrolimus tại chỗ
- Toàn thân  
Corticosteroid toàn thân không phải là lựa chọn tốt vì nhiều tác dụng phụ, tái phát sau khi ngừng thuốc. Liều prednisolin 200mg mỗi tuần 01 lần x 3 tháng  
Methotrexate đơn thuần hoặc kết hợp với corticosteroid toàn thân  
Hỗ trợ: biotin, niacin, kẽm, thuốc gội

#### 3.2.Rụng tóc androgen

- Tại chỗ  
Minoxidil 2%, 5% x 2 lần/ ngày
- Toàn thân  
Finasteride 1mg/ ngày ( cho nam giới)  
Thuốc kháng androgen ( dành cho nữ giới)
- Hỗ trợ: biotin, niacin, kẽm, thuốc gội
- Điều trị khác: lăn kim, tiêm PRP, mesotherapy

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. BV Da Liễu TP HCM (2019), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh da liễu”, NXB Y học.
2. Bệnh viện Da Liễu Trung Ương, “ Hình ảnh lâm sàng, chẩn đoán và điều trị trong chuyên ngành Da Liễu, tập 2”, nhà xuất bản y học, 2019

## ĐỎ DA TOÀN THÂN

### 1. ĐẠI CƯƠNG

Đỏ da toàn thân (ĐĐTT) là tình trạng da đỏ bong vảy lan tỏa, chiếm trên 90% diện tích cơ thể. Bệnh tiến triển kéo dài, trường hợp nặng có thể nguy hiểm tới tính mạng. Nguyên nhân dẫn tới ĐĐTT rất phức tạp, có nguyên nhân thường gặp là:

- Vảy nến (23%)
- Bệnh chàm 20%
- Vảy phấn đỏ nang lông
- Pemphigus lá
- Viêm da dầu
- Do thuốc
- Do các bệnh lý ác tính như Mycosis fungoides
- Vô căn chiếm 20%
- Trẻ em: bệnh Leiner, hội chứng 4S do tự cầu.

### 2. CHẨN ĐOÁN

#### 2.1. Lâm sàng

- *Da niêm và phần phụ*
  - + M ảng hồng ban gia tăng kích thước và lan toàn thân, > 90% diện tích cơ thể. Vài ngày sau bắt đầu xuất hiện vảy mịn màu trắng hay vàng. Giai đoạn cấp tính có thể thấy mảng vảy lớn.
  - + Da dày và các nếp da hằn sâu xuống, lichen hóa
  - + Lòng bàn tay, bàn chân tăng sừng
  - + Tóc rụng Telogen, alopecia, thưa lông mày
  - + Móng: tăng sừng dưới móng, rỗ móng, tách móng
  - + Rối loạn sắc tố
  - + Niêm mạc: viêm môi, viêm kết mạc
- *Cơ năng*: ngứa nhiều, ngứa dữ dội, da khô
- *Toàn thân*: sốt cao, ớn lạnh, rét run, ăn uống kém. Đôi khi hạch to, phù chi dưới, gan, lách to.

#### 2.2. Cận lâm sàng

- Công thức máu: hồng cầu bình thường hoặc giảm, bạch cầu ĐNTT tăng, BC ưa acid trong bệnh chàm, VS tăng
- Sinh hóa: albumin giảm, men gan, ion đồ đánh giá tình trạng nước và điện giải
- Cây máu nếu sốt cao
- HIV
- Mô bệnh học: tìm nguyên nhân

### 3. ĐIỀU TRỊ

#### 3.1. Nguyên tắc điều trị

- Xác định và điều trị nguyên nhân gây ĐĐTT
- Điều trị triệu chứng, ngăn ngừa biến chứng

#### 3.2. Điều trị cụ thể

- *Tại chỗ*
  - + da khô tróc vảy: dưỡng ẩm, các chất tiêu sừng salicylic
  - + rửa dịch: dùng dung dịch màu, sát khuẩn eosin, xanh metylen
  - + ngâm tắm nước thuốc tím 1/10000
  - + kháng viêm: corticosteroid nhẹ đến trung bình, tacrolimus, calcipotriol ( vảy nến)
- *Toàn thân*:
  - + kháng histamine
  - + vitamin, khoáng chất nếu cần
  - + bù đạm nếu thiếu đạm
  - + kháng sinh uống nếu có bội nhiễm
  - + thuốc đặc biệt tùy thuộc vô nguyên nhân
  - Prednisolone ( dị ứng thuốc, chàm)
  - Methotrexate ( vảy nến, mycosis fungoid, vảy phấn đỏ nang lông)

Kháng sinh ( hội chứng 4S)

Dẫn xuất vitamin A acid ( Acitrein đối với vảy nến)

Azathioprin

Cyclosporin

Mycophenolate mofetil

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. BV Da Liễu TP HCM (2019), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh da liễu”, NXB Y học.
2. Bộ y tế (2015), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh da liễu”

## UNG THƯ DA THƯỜNG GẶP

### 1. ĐẠI CƯƠNG

Ung thư da là loại ung thư thường gặp nhất, xuất phát từ các tế bào biểu mô da.

Có 3 loại ung thư da thường gặp

- Ung thư tế bào đáy
- Ung thư tế bào vảy
- Ung thư hắc tố

### 2. UNG THƯ TẾ BÀO ĐÁY

#### 2.1. Chẩn đoán thể

##### 2.1.1. Thể u/ u loét

- Hay gặp nhất
- Bắt đầu là tổn thương dạng sần nhỏ, mật độ chắc, trên có giãn mạch, sau đó tiến triển thành u lan ra xung quanh, hoại tử và loét, hạt ngọc trai đen xung quanh.
- Vị trí: vùng đầu mặt cổ, nửa lưng trên

##### 2.1.2. Thể nông

- Tổn thương dát, sần màu hồng, hoặc đỏ nâu, có vảy da, giới hạn rõ, trung tâm có thể teo đóng vảy hoặc loét, có giãn mạch hoặc xuất hiện các đốm sắc tố.
- Vị trí: vùng thân, ít có xu hướng xâm lấn

##### 2.1.3. Thể xơ

- Tổn thương dạng mảng hoặc sần xơ dạng sẹo, có màu trắng như da thường, hoặc hồng hoặc màu trắng, bờ thương tổn không rõ, trên có giãn mạch
- Vị trí: vùng mũi hoặc trán
- Tỷ lệ tái phát cao

##### 2.1.4. Thể tăng sắc tố

- Khó chẩn đoán với ung thư tế bào hắc tố
- Thường gặp

#### 2.2. Mô bệnh học

- Thể u/ u loét: lớp thượng bì bị phá hủy, các tế bào ung thư có nhân thâm màu, hình bầu dục sắp xếp thành khối, giới hạn rõ, được bao bọc xung quanh bởi các bó xơ.
- Thể nông: các tế bào ung thư khu trú ở thượng bì, có thể xâm lấn xuống trung bì nông
- Thể xơ: các tế bào ung thư thâm màu xen kẽ các tế bào xơ, giới hạn không rõ, đôi khi xâm lấn xuống trung bì sâu

#### 2.3. Điều trị

- Phẫu thuật cắt bỏ khối u
  - + phẫu thuật điều trị cắt bỏ u theo quy ước
  - + phẫu thuật điều trị cắt bỏ u theo yêu cầu- phẫu thuật Mohs
- Phẫu thuật tạo hình tổn khuyết
- Các điều trị khác
  - + áp nito lỏng
  - + laser CO2 bốc bay tổ chức u
  - + đốt điện
  - + xạ trị

### 3. UNG THƯ TẾ BÀO ĐÁY

#### 3.1. Lâm sàng

- Tổn thương sùi hoặc mảng cứng nổi cao, chắc, màu hồng đến màu đỏ, loét, dễ chảy máu, đóng vảy tiết màu nâu đen. Khối u có thể loét, di căn tới các hạch lân cận hoặc nội tạng.

#### 3.2. Mô bệnh học

- Các tế bào sừng ác tính, nhiều nhân chia, nhân quái, mất phân cực xâm lấn sâu xuống trung bì. Mức độ biệt hóa khác nhau

#### 3.3. Các xét nghiệm khác

- Hóa mô miễn dịch với dấu ấn CK, EMA
- Xác định mức độ di căn: siêu âm, PET scans, XQuang

#### 3.4. Các dạng ung thư biểu mô tế bào vảy đặc biệt

##### 3.4.1. Bệnh Bowen

- Là ung thư tế bào vảy khu trú ở da
- Tổn thương là mảng màu đỏ bề mặt có vảy, giới hạn rõ với da lành. Vị trí ở vùng tiếp xúc với ánh sáng, niêm mạc miệng, hậu môn
- 3.4.2. *Dày sừng ánh sáng***
  - Thương tổn tiền ung thư
  - Dát đỏ giới hạn không rõ, dày sừng, vị trí vùng da phơi bày ánh sáng, môi dưới
- 3.4.3. *Ung thư tế bào vảy quanh miệng ( bạch sản)***
  - Sần, trợt đỏ cứng trên một số thương tổn trước đó như viêm bôi ánh sáng, bạch sản ở người hút thuốc, nhiễm HPV, người ăn trầu
- 3.4.4. *Hồng sản Queyrat***
  - Bệnh Bowen ở dương vật
  - Tổn thương là mảng đỏ giới hạn rõ, bề mặt ướt, khu trú ở niêm mạc sinh dục nam, không ngứa, không đau
- 3.4.5. *Keratoacanthoma***
  - Ung thư xuất phát từ nang lông tuyến bã, phát triển nhanh với nút sừng trung tâm
  - TTCB: nốt nhô cao màu hồng đỏ, tiến triển nhanh 1-2 tháng, trung tâm có tổ chức giống miệng núi lửa.
  - Vị trí: mặt, mu tay
- 3.5. Điều trị**
  - Phẫu thuật loại bỏ tổ chức ung thư
  - Phẫu thuật Mohs
  - Phẫu thuật nạo hạch
  - Các phương pháp khác
    - + phẫu thuật lạnh bằng dùng nito lỏng
    - + laser CO2 bốc bay tổ chức
    - + đốt điện
    - + xạ trị
    - + hóa chất tại chỗ: 5FU, imiquimod
    - + hóa trị liệu toàn thân: Ciplastin truyền tĩnh mạch, Cetuximab

## **4. UNG THƯ TẾ BÀO HẮC TỔ**

### **4.1. Lâm sàng**

- *Thể u:*
  - + U nổi cao trên bề mặt, hình vòm đôi khi có cuống, thường có màu nâu hoặc đen không đồng nhất, có thể loét hay dễ chảy máu.
  - + Vị trí: thường gặp ở thân mình.
  - + Bệnh tiến triển nhanh, tiên lượng xấu
- *Thể nông*
  - + Tổn thương có màu nâu xen kẽ màu xanh, bờ không đều, kích thước nhỏ, sau tiến triển lan rộng xung quanh, để lại sẹo teo hoặc nhạt màu ở giữa. Sau một thời gian xuất hiện các nốt cục, loét chảy máu, hiện tượng màu sắc không đồng nhất.
  - + Vị trí: bất kỳ vị trí nào
- *Thể của Dubreuilh*
  - + Gặp ở người nhiều tuổi
  - + Các dát màu nâu hay đen hình dạng không điển hình, sau nhiều tháng nhiều năm xu hướng lan rộng xung quanh, lành ở giữa.
  - + Vị trí: vùng da hờ như má, thái dương và trán
- *Thể đầu chi*
  - + Khởi đầu là vùng da tăng sắc tố không đồng nhất, giới hạn không rõ, không đau, không ngứa, tổn thương lan rộng ra xung quanh, có thể loét, hoặc các khối u nổi cao.
  - + Vị trí: lòng bàn tay, lòng bàn chân, gót chân
- *Thể niêm mạc*
  - + Vị trí: niêm mạc miệng, sinh dục, quanh hậu môn
  - + Thương tổn là mảng da tăng sắc tố, tiến triển nhanh chóng lan ra quanh quanh.



- Thẻ không nhiễm sắc tố
- + Tổn thương u sùi, màu đỏ, loét, dễ chảy máu, có thể nhầm với u hạt nhiễm khuẩn.

#### **4.2.Mô bệnh học**

- Hình ảnh tăng sinh, thâm nhập các tế bào hắc tố ở thượng bì và trung bì, các tế bào chưa biệt hóa, nhân to, bắt màu đậm, có hiện tượng rối loạn phân bào, thâm nhiễm bạch cầu, tăng sinh mạch máu, loét

#### **4.3.Điều trị**

- Phẫu thuật loại bỏ tổ chức ung thư
- Nạo vét hạch
- Quang trị liệu
- Hóa trị liệu: Dacarbazin, Interferon alpha 2a

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. BV Da Liễu TP HCM (2019), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh da liễu”, NXB Y học.
2. Bộ y tế (2015), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh da liễu”

## LY THƯỢNG BÌ BỌNG NƯỚC MẮC PHẢI

### 1. ĐẠI CƯƠNG

Là bệnh lý bong nước tự miễn, hiện diện tự kháng thể chống lại collagen type VII  
Thường xuất hiện ở 44-54 tuổi, bất kỳ giới tính nào

### 2. CHẨN ĐOÁN

#### 2.1. Lâm sàng

- *Dạng bong nước cơ học cổ điển*
  - + Da mỏng, bong nước căng trên nền da lành, trợt. Bong nước khi lành để lại sẹo và hạt kê.
  - + Vị trí: ở vùng da tì đè, chấn thương: lưng bàn tay, đốt ngón tay, khuỷu tay, đầu gối, vùng xương cùi, các ngón chân.
- *Dạng bong nước viêm*
  - + Dạng giống pemphigoid: mảng hồng ban, mào đay, bong nước căng trên nền hồng ban. Da mỏng để lại sẹo và hạt kê. Vị trí: chủ yếu ở thân mình, các nếp gấp. Ngứa nhiều.
  - + Dạng giống pemphigoid sẹo: tổn thương trợt và sẹo gấp ở niêm mạc miệng, kết mạc, hậu môn, âm đạo. Có hoặc không kèm tổn thương da.
  - + Dạng Brunsting- Perry pemphigoid: bong nước dưới thượng bì, khi lành tạo sẹo, có hoặc không kèm theo thương tổn niêm mạc. Vị trí: vùng đầu cổ.
  - + Dạng giống IgA đường: bong nước căng, xếp thành vòng, kèm theo thương tổn niêm mạc

#### 2.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán

Theo tiêu chuẩn Roenigk 1981

- (1) Thương tổn lâm sàng của ly thượng bì bong nước loạn dưỡng
- (2) Khởi phát người lớn
- (3) Không có tiền căn gia đình ly thượng bì bong nước
- (4) Loại trừ tất cả những bệnh lý bong nước tự miễn khác
- (5) Miễn dịch huỳnh quang trực tiếp: lắng đọng IgG ở vùng màng đáy
- (6) Mô học: hình ảnh bong nước dưới lớp lamina densa
- (7) Miễn dịch huỳnh quang: lắng đọng IgG bên dưới lớp lamina densa của vùng màng đáy.

### 3. ĐIỀU TRỊ

#### 3.1. Nguyên tắc

- Điều trị hỗ trợ
- Tránh chấn thương, ma sát

#### 3.2. Điều trị cụ thể

- Prednisolone 0,5-2mg/kg/ ngày
- Dapsone 1-2 mg/kg/ngày
- Mycophenolate mofetil 2g/ ngày
- Cyclosporine 3-6mg/ kg/ngày
- Kháng sinh chống nhiễm trùng
- Bong nước: dung dịch màu, sát khuẩn
- Hồng ban: corticoid tại chỗ, tacrolimus

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. BV Da Liễu TP HCM (2019), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh da liễu”, NXB Y học

## **BỆNH IGA ĐƯỜNG VÀ BỌNG NƯỚC MẠN TÍNH Ở TRẺ EM**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

- Bệnh IgA đường là bệnh da bong nước tự miễn dưới thượng bì, đặt trung bởi sự thâm nhiễm neutrophil và kháng thể IgA kháng màng đáy.
- Người lớn khởi phát phần lớn do thuốc. Tuổi > 60
- Ở trẻ em bệnh IgA đường được gọi là bệnh bong nước mạn tính ở trẻ em (CBDC). Tuổi 2-3.

### **2. CHẨN ĐOÁN**

#### **2.1. IgA đường**

- Sẩn, mụn nước, bong nước, tập hợp lại thành hình vòng hay nhóm, hình ảnh điển hình là cụm hoa hồng
- Vị trí: đối xứng mặt duỗi, khuỷu tay, gối, mông.
- Ngứa nhiều

#### **2.2. CBDC**

- Bong nước căng trên nền hồng ban hoặc da thường, tụ lại thành đám hoa hồng
- Vị trí: bộ phận sinh dục ngoài, quanh miệng, vùng dưới thân, mặt trong đùi
- Ngứa nhiều

#### **2.3. Niêm mạc miệng**

- Thường gặp
- Loét rộng hoặc trợt niêm mạc miệng

#### **2.4. Cận lâm sàng**

- Mô bệnh học: bong nước dưới thượng bì, thâm nhiễm bạch cầu đa nhân trung tính và eosin ở đỉnh nhú bì
- Miễn dịch huỳnh quang trực tiếp: lắng đọng IgA thành đường ở màng đáy
- Miễn dịch huỳnh quang gián tiếp: lưu hành kháng thể IgA kháng màng đáy trong máu

### **3. ĐIỀU TRỊ**

- **Tại chỗ**
  - + bong nước, trợt: dung dịch màu xanh metylen, eosin, milian
  - + tổn thương đóng mài: kem, mỡ kháng sinh
  - + hồng ban, ngứa: corticoid tại chỗ, tacrolimus
- **Toàn thân**
  - + kháng histamine
  - + kháng sinh ngừa bội nhiễm
  - + Dapson đáp ứng tốt
  - + Prednisolon: dùng phối hợp với Dapson

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. BV Da Liễu TP HCM (2019), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh da liễu”, NXB Y học
2. Bệnh viện Da Liễu Trung Ương, “ Hình ảnh lâm sàng, chẩn đoán và điều trị trong chuyên ngành Da Liễu, tập 1”, nhà xuất bản y học, 2019

## VIÊM DA DẠNG HERPES

### 1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm da dạng herpes ( Duhring – Brocq) là bệnh da bong nước tự miễn hiếm gặp.

Liên quan đến hình thành kháng thể tự miễn IgA chống lại transglutaminas 3 ở thượng bì

Yếu tố di truyền và môi trường: chế độ ăn nhiều gluten và gliadin, hút thuốc lá, tiếp xúc iodin.

Bệnh gặp ở độ tuổi 30-50 tuổi.

### 2. CHẨN ĐOÁN

#### 2.1.Lâm sàng

- Tiền triệu: mệt mỏi, sốt hoặc không, ngứa, rát bỏng hoặc đau
- TTCB: hồng ban, sẩn, mảng mày đay, mụn nước, bong nước trên nền dát đỏ, sắp xếp riêng lẻ hoặc cụm lại thành đám như trong bệnh Herpes. Bong nước kích thước bằng hạt ngô, căng, chứa dịch màu vàng chanh, vỡ để lại vết trợt, đóng vảy tiết.
- Dấu Nikolsky âm tính
- Vị trí: mặt dưới chi, khuỷu tay, đầu gối, lưng, mông, đùi, vai, gáy, xương cụt, thường phân bố đối xứng.
- Niêm mạc: ít gặp

#### 2.2.Cận lâm sàng

- Mô bệnh học: bong nước dưới thượng bì, thâm nhiễm bạch cầu đa nhân trung tính, đôi khi có bạch cầu ái toan ở đỉnh nhú bì
- Miễn dịch huỳnh quang trực tiếp: lắng đọng IgA dạng hạt ở đỉnh nhú bì, có thể thấy sự lắng đọng của bổ thể C3, và fibrinogen.

### 3. ĐIỀU TRỊ

#### 3.1.Nguyên tắc điều trị

- Nâng đỡ thể trạng
- Điều trị triệu chứng
- Điều trị đặc hiệu

#### 3.2.Điều trị tại chỗ

- Tắm thuốc tím 1/10000
- Bong nước: dung dịch màu
- Vảy tiết: mỡ, kem kháng sinh
- Hồng ban, sẩn phù: corticoid tại chỗ

#### 3.3.Điều trị toàn thân

- Chế độ ăn không gluten
- Dapsone 25-100mg/ ngày, trẻ em 1-2mg/kg/ngày
- Sulfapyridine 500mg x lần/ ngày
- Tetracyclin + Vitamin PP
- Colchicin
- Corticosteroid toàn thân
- Cyclosporine

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. BV Da Liễu TP HCM (2019), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh da liễu”, NXB Y học.
2. Bộ y tế (2015), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh da liễu”

## **BỆNH PELLAGRA**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

Là bệnh do rối loạn chuyển hóa vitamin PP. Nặng lên vào mùa xuân hè, giảm vào mùa đông. Ngoài tổn thương da, còn tổn thương nội tạng như tiêu hóa, thần kinh, có thể tử vong.

### **2. CHẨN ĐOÁN**

#### **2.1.Lâm sàng**

- Da: dát đỏ giới hạn rõ, trên có vảy da, đôi khi có bóng nước, mụn nước, dần dần da trở nên khô dày và thâm màu. Cơ năng: ngứa, nóng tại vùng thương tổn. Vị trí: hai bên vành tai, rãnh mũi má, trán, cằm, vùng tam giác cổ áo, my tay, mặt duỗi cẳng tay, mu chân
- Niêm mạc: viêm môi, viêm lợi
- Tiêu hóa: ỉa chảy, chán ăn, buồn nôn
- Thần kinh: đau các dây thần kinh ngoại biên, đau đầu, chóng mặt, rối loạn thị giác

#### **2.2.Cận lâm sàng**

- Giảm vitamin PP trong máu
- Giảm protein huyết thanh, thiếu máu thiếu sắc, giảm canxi
- Mô bệnh học: bóng nước trong thượng bì, thâm nhập các tế bào viêm tại trung bì nông

#### **2.3.Chẩn đoán xác định**

- Bệnh nhân thiếu ăn hoặc nghiện rượu
- Tổn thương da điển hình
- Rối loạn tiêu hóa
- Rối loạn thần kinh
- Giảm vitamin PP trong máu

### **3. ĐIỀU TRỊ**

#### **3.1.Điều trị tại chỗ**

- Thuốc bong sừng: corticoid tại chỗ, salicylic
- Kem chống nắng

#### **3.2.Điều trị toàn thân**

- Vitamin PP 500mg/ ngày
- Vitamin B1,B6,B12
- Điều trị hỗ trợ: bù đạm

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. BV Da Liễu TP HCM (2019), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh da liễu”, NXB Y học.
2. Bộ y tế (2015), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh da liễu”

## VIÊM DA ĐẦU CHI RUỘT

### 1. ĐẠI CƯƠNG

Là bệnh lý di truyền do sự thiếu hụt kẽm, hay còn gọi là viêm da đầu chi do thiếu kẽm, biểu hiện lâm sàng với các dát đỏ quanh hốc tự nhiên.

### 2. CHẨN ĐOÁN

#### 2.1. Lâm sàng

- Khởi phát ở trẻ bú mẹ khi bắt đầu cai sữa mẹ hoặc ở trẻ bú sữa bột
- Tam chứng lâm sàng: phát ban quanh lỗ tự nhiên và đầu chi, rụng tóc và tiêu chảy
  - + TTCB: sần hoặc mảng sau đó thành mụn nước, bóng nước giống chàm, khi vỡ ra để lại vết trợt đóng mủ đặc trưng ở bờ thương tổn. Vị trí: ở đầu chi, quanh các lỗ tự nhiên, phân bố đối xứng.
  - + Rụng tóc: tóc khô, dễ gãy, thưa lông mày, lông mi
  - + Rối loạn tiêu hóa: ỉa chảy
  - + Rối loạn tinh thần: dễ kích thích, quấy khóc

#### 2.2. Cận lâm sàng

- Nồng độ kẽm huyết thanh giảm
- Phosphate kiềm trong máu thấp
- Mô học: tăng sản giống vẩy nến với hình ảnh á sừng, bọt bào, mỏng nhú bì, rối loạn sừng dạng điểm

### 3. ĐIỀU TRỊ

#### 3.1. Tại chỗ

- Thương tổn rỉ dịch: dung dịch sát khuẩn màu
- Vẩy tiết, hồng ban: kem chứa kẽm, kháng sinh tại chỗ

#### 3.2. Toàn thân

- Kẽm đường tiêu hóa hoặc tiêm tĩnh mạch
  - + trẻ em: kẽm gluconate 5mg/kg x 2-3 lần/ ngày
  - + người lớn: kẽm gluconate 220mg x 3 lần/ ngày
- Thời gian: suốt đời
- Kháng histamin giảm ngứa

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. BV Da Liễu TP HCM (2019), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh da liễu”, NXB Y học.
2. Bộ y tế (2015), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh da liễu”

## HỘI CHỨNG RAYNAUD

### 1. ĐẠI CƯƠNG

Hiện tượng Raynaud là tình trạng thiếu máu cục bộ từng đợt của đầu chi do tiếp xúc với lạnh, stress tâm lý.

Phân loại

- Raynaud nguyên phát
- Raynaud thứ phát: do bệnh lý tự miễn, thường gặp nhất là xơ cứng bì

### 2. CHẨN ĐOÁN

#### 2.1. Lâm sàng

- Da đầu chi trắng hoặc tái xanh khi tiếp xúc với lạnh, stress với biểu hiện điển hình: trắng- tím- đỏ, trở nên đỏ hồng khi được làm ấm trở lại. Mỗi cơn kéo dài vài phút đến vài giờ. Cơ năng có thể đau. Vị trí đầu ngón, mũi, dải tai, núm vú
- Da teo mỏng, căng, biến dạng móng, đầu ngón loét, đau.
- Triệu chứng khác của bệnh mô liên kết: đau khớp, viêm khớp, nuốt khó, giãn mạch quanh móng, calcinosis, ...

#### 2.2. Cận lâm sàng

- Thử nghiệm kích thích lạnh tại chỗ
- Soi mao mạch nếp móng: phân biệt Raynaud nguyên phát hay thứ phát
- Chụp động mạch đầu chi
- CTM, VS, kháng thể kháng nhân, RF, XQ ngực, ...

### 3. ĐIỀU TRỊ

#### 3.1. Nguyên tắc

- Điều chỉnh lối sống
- Điều trị dựa trên mức độ nặng của bệnh
- Điều trị nguyên nhân

#### 3.2. Điều trị cụ thể

- Điều chỉnh lối sống
  - + giữ ấm đầu chi
  - + tránh tiếp xúc lạnh
  - + giảm stress
  - + thận trọng các thuốc co mạch
- Điều trị dựa trên mức độ nặng của bệnh
  - + cơn nhẹ, không thường xuyên: phòng ngừa, cai thuốc lá
  - + cơn nặng, thường xuyên: ức chế canxi ( Nifedipin, diltiazem), ức chế giao cảm ( Prazosin, Reserpin), Nitroglycerin tại chỗ
  - + cơn thiếu máu cấp, nặng: PGE1, prostacyclin tĩnh mạch, phẫu thuật mạch máu nhỏ
  - + loét đầu chi: thoa kháng sinh, ức chế canxi ( Nifedipin liều tối đa), PGE1, prostacyclin tĩnh mạch
  - + hoại tử, loét nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân, giảm đau, phẫu thuật cắt lọc, cắt cụt.
- Điều trị nguyên nhân

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. BV Da Liễu TP HCM (2019), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh da liễu”, NXB Y học.
2. Bệnh viện Da Liễu Trung Ương, “ Hình ảnh lâm sàng, chẩn đoán và điều trị trong chuyên ngành Da Liễu, tập 1”, nhà xuất bản y học, 2019

## SẸO LỖI- SẸO PHÌ ĐẠI

### 1. ĐẠI CƯƠNG

Sẹo lồi, sẹo phì đại là sự bất thường trong quá trình lành vết thương, thường xảy ra ở những vùng chịu áp lực cao như vai, xương ức, cẳng dưới, cánh tay.

Sinh bệnh học đặc trưng bởi sự tăng sinh tại chỗ nguyên bào sợi và sản xuất collagen quá mức trong quá trình lành vết thương

### 2. CHẨN ĐOÁN

2.1.**Lâm sàng:** là những nốt hay mảng giới hạn rõ, bề mặt trơn láng, thường có màu hồng hay tím.

#### 2.2.Phân biệt sẹo lồi và sẹo phì đại

| Đặc điểm                  | Sẹo lồi                                       | Sẹo phì đại                                                   |
|---------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Tuổi                      | 10-30                                         | Bất cứ tuổi nào                                               |
| Khởi phát sau chấn thương | Trễ                                           | Khởi phát ngay                                                |
| Sự phát triển             | Vượt ra ngoài giới hạn của thương tổn ban đầu | Thường nằm trong giới hạn của thương tổn ban đầu              |
| Khả năng tự khỏi          | Rất ít                                        | Đôi khi tự khỏi                                               |
| Tái phát                  | Hay tái phát                                  | Hiếm khi tái phát                                             |
| Hình dạng bất thường      | Hay có hình dạng bất thường                   | Hiếm khi có hình dạng bất thường                              |
| Mô học                    | Tăng sản xuất collagen                        | Tăng sinh nguyên bào sợi và nguyên bào sợi sắp xếp vô trật tự |
| Đáp ứng điều trị          | Kém                                           | Tốt                                                           |

### 3. ĐIỀU TRỊ

#### 3.1.Sẹo phì đại

- Có thể không cần điều trị
- Tiêm corticosteroid nội thương tổn
- Laser xung màu bước sóng 585 đến 595nm
- Phẫu thuật cắt bỏ
- Corticoid tiêm nội thương tổn+ Laser xung màu

#### 3.2.Sẹo lồi

- Tiêm corticosteroid nội thương tổn: 6 tuần/ 1 lần, tối đa 4-5 lần
- Áp nito lỏng: 1-4 tuần/ lần
- Dán gel silicon 12 giờ/ ngày
- Bôi retinoid acid 0,05% 2 lần/ ngày
- Phẫu thuật kết hợp với tiêm corticoid nội thương tổn
- Bôi 5FU, bleomycin, botulinum toxin

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. BV Da Liễu TP HCM (2019), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh da liễu”, NXB Y học.
2. Bệnh viện Da Liễu Trung Ương, “ Hình ảnh lâm sàng, chẩn đoán và điều trị trong chuyên ngành Da Liễu, tập 2”, nhà xuất bản y học, 2019



## U MỀM LÂY

### 1. ĐẠI CƯƠNG

U mềm lây là nhiễm trùng da nông do virus *Molluscum contagiosum* gây nên.

Phương thức lây truyền là tiếp xúc trực tiếp hay gián tiếp qua các dụng cụ, tắm cùng bể tắm, dùng khăn, dụng cụ thể thao chung hoặc ngồi cùng ghế.

### 2. CHẨN ĐOÁN

Chủ yếu dựa vào lâm sàng

- Ủ bệnh: 2 tuần đến 6 tháng
- TTCTB: sần tròn, chắc, màu trắng hoặc hồng nhạt hoặc màu da, kích thước 2-6mm, lõm giữa, đứng riêng lẻ hoặc từng đám, bên trong có chứa chất trắng đục, có thể có dấu hiệu Koebner
- Vị trí: trẻ em thường gặp ở vùng da hở như mặt cổ nếp gấp. Người lớn thường vùng bụng dưới, xương mu, sinh dục.
- Những người suy giảm miễn dịch tổn thương u mềm lây thường có kích thước lớn hơn 5mm, lan tỏa toàn thân, và tồn tại dai dẳng

### 3. ĐIỀU TRỊ

#### 3.1. Nguyên tắc

- Loại bỏ tổn thương
- Phòng tái phát
- Điều trị bệnh lý đi kèm như viêm da cơ địa, khô da

#### 3.2. Điều trị cụ thể

- Nạo bỏ tổn thương bằng thìa nạo
- Dung dịch KOH 10%: 2 lần/ ngày
- Áp lạnh bằng nitơ lỏng
- Đốt laser CO<sub>2</sub>
- TCA 50%
- Salicylic acid 10%
- Imiquimod 5% áp dụng với trẻ trên 12 tuổi
- Tretinoin
- Điều trị kết hợp với kem dưỡng ẩm da, sát khuẩn, không dùng corticoid bôi tại chỗ

### 4. TIẾN TRIỂN

- Bệnh lành tính, có thể tự khỏi sau một thời gian tiến triển

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. BV Da Liễu TP HCM (2019), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh da liễu”, NXB Y học.
2. Bộ y tế (2015), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh da liễu”

## UỐNG TUYẾN MỜ HÔI

### 1. ĐẠI CƯƠNG

Là u lành tính do sự phát triển quá mức của các tế bào ống tuyến mờ hôi.  
Tuổi hay gặp là 30-40 tuổi, nữ nhiều hơn nam  
Bệnh có tính chất gia đình.

### 2. CHẨN ĐOÁN

Chủ yếu dựa vào lâm sàng

- TTCTB: các sẩn nhỏ, kích thước 1-5mm, màu da hay màu vàng nhạt, trắng, sẩn chắc, trơn nhẵn, thường có tính đối xứng
- Vị trí: ở vùng quanh mắt, gò má, trán, mặt, cổ, nách, ngực bụng sinh dục, cẳng chân.
- Cơ năng: có thể ngứa hoặc không
- Toàn thân: không ảnh hưởng
- Mô bệnh học: tăng sinh các ống tuyến mờ hôi, long ống chưa mảnh vụn không bắt màu thuốc nhuộm, xâm nhập tế bào lympho quanh nang long.

*Thể lâm sàng*

- Thể khu trú
- Thể gia đình
- Thể lan tỏa
- Thể kết hợp với hội chứng Down

### 3. ĐIỀU TRỊ

- Nội khoa
  - + retinoid acid bôi mỏng buổi tối
  - + atropine 1% thoa 1 lần/ ngày
  - + tranilast uống 300mg/ngày trong 6 tháng
- Ngoại khoa
  - + Laser CO2 bốc bay tổ chức
  - + phẫu thuật cắt bỏ
  - + Radio surgery

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ y tế (2015), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh da liễu”
2. Bệnh viện Da Liễu Trung Ương, “ Hình ảnh lâm sàng, chẩn đoán và điều trị trong chuyên ngành Da Liễu, tập 2”, nhà xuất bản y học, 2019

## HỒNG BAN NHIỄM SẮC CỐ ĐỊNH

### 1. ĐẠI CƯƠNG

Hồng ban nhiễm sắc cố định (HBNSCD) là một trong những biểu hiện da của tình trạng dị ứng thuốc. Đặc trưng với lâm sàng dát đỏ, cố định, nhiễm sắc.

### 2. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào lâm sàng

- Bệnh xuất hiện khoảng từ 30 phút đến 16 giờ sau khi dùng thuốc
- TTCB: một hoặc nhiều dát đỏ tươi hoặc thâm màu, giới hạn rõ, có thể hơi phù nề và có bóng nước. Vị trí thường ở sinh dục, hậu môn. Khi lành để lại dát tăng sắc tố.
- Tổn thương tái phát sẽ ở chính vị trí cũ nếu tiếp tục dùng lại loại thuốc gây dị ứng.
- Cơ năng: ngứa hoặc rát bỏng.

### 3. ĐIỀU TRỊ

- Ngừng thuốc gây dị ứng
- Điều trị triệu chứng
  - + kháng histamine
  - + corticoid bôi loại trung bình/ mạnh x 2 lần/ ngày
  - + corticoid toàn thân với tổn thương lan tỏa liều trung bình ngắn ngày

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Da Liễu Trung Ương, “Hình ảnh lâm sàng, chẩn đoán và điều trị trong chuyên ngành Da Liễu, tập 1”, nhà xuất bản y học, 2019

## BỆNH DA XUẤT HUYẾT TĂNG SẮC TỔ

### 1. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh da xuất huyết tăng sắc tố hay còn gọi là viêm da xuất huyết tăng sắc tố là nhóm bệnh viêm da mãn tính, đặc trưng lâm sàng bởi các chấm xuất huyết, tăng sắc tố màu nâu đỏ, có hoặc không kèm theo giãn mạch.

Cơ chế bệnh sinh còn chưa rõ ràng.

### 2. CHẨN ĐOÁN

#### 2.1. Lâm sàng

- TTCB: các dát đỏ nâu tăng sắc tố, chấm xuất huyết, đôi khi có giãn mạch, vị trí thường ở hai chi dưới. Cơ năng: ngứa hoặc không
- Phân loại có 6 nhóm chính dựa vào đặc điểm lâm sàng
  - + Bệnh Schamberg (Bệnh da sắc tố tiến triển): thường gặp ở người trẻ. TTCB: dát xuất huyết màu nâu đỏ với các đốm như đầu đinh ghim rải rác hoặc thành cụm dạng “ớt bột”, phân bố ở hai cẳng chân, tổn thương tồn tại lâu.
  - + Bệnh Majocchi: thường gặp ở nữ tuổi trưởng thành. TTCB: dát, mảng xuất huyết tăng sắc tố màu đỏ- nâu, trung tâm có teo da nhẹ kèm giãn các mao mạch nhỏ, sắp xếp theo hình vòng tròn đồng tâm. Vị trí đối xứng chi dưới, hoặc vị trí khác. Bệnh lành tính, tự giới hạn.
  - + Ban xuất huyết dạng eczema của Doucas-Kapetanakis: gặp ở nam giới tuổi trưởng thành. TTCB: tương tự như bệnh Schamberg. Bệnh lành tính, tự giới hạn.
  - + Viêm da xuất huyết tăng sắc tố dạng lichen của Gougerot-Blum: TTCB: dát màu nâu đỏ hình đa giác hoặc tròn kèm ban xuất huyết/ giãn mạch, tập trung rải rác hoặc thành mảng lớn. Vị trí ở chi dưới, đôi khi ở cánh tay
  - + Ban ngứa xuất huyết: thường gặp ở nam giới tuổi trung niên. TTCB: các dát nâu- vàng cam, kèm theo ngứa nhiều. Vị trí: chi dưới, sau đó có thể lan rộng. Bệnh mạn tính.
  - + Lichen vàng: TTCB: dát màu nâu đỏ, có thể vàng cam, vị trí thường một bên cơ thể, hay gặp chi dưới, cơ năng có thể ngứa nhiều.

#### 2.2. Cận lâm sàng

- Công thức máu, đông máu cơ bản: để loại trừ nguyên nhân gây xuất huyết
- Dermoscopy
- Mô bệnh học: xâm nhập lympho bào quanh mạch ở trung bì nông, thoát hồng cầu. Thượng bì có á sừng, xốp bào.

### 3. ĐIỀU TRỊ

- *Điều trị nguyên nhân*: thuốc, chất dị ứng, bệnh lý toàn thân liên quan
- *Điều trị triệu chứng*
  - + Ngứa: kháng histamine, corticoid bôi, tacrolimus ngày 2 lần
  - + Dưỡng ẩm
- *Điều trị toàn thân*
  - + Bioflavonoid (Rutosid) 50mg x 2 lần/ ngày
  - + Ascorbic acid 500mg x 2 lần/ ngày
  - + Pentoxifyllin 400mg x 3 lần/ ngày
  - + Colchicin 0,5mg x 2 lần/ ngày
  - + Griseofulvin 500-750mg/ ngày
  - + Dapsone
  - + Cyclosporin
  - + Methotrexate
  - + nhóm Cyclin ( Minocyclin, Tetracyclin)
- Liệu pháp ánh sáng: PUVA, Laser và IPL

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Da Liễu Trung Ương, “ Hình ảnh lâm sàng, chẩn đoán và điều trị trong chuyên ngành Da Liễu, tập 2”, nhà xuất bản y học, 2019