

VIÊM PHẾ QUẢN

I. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Viêm long đường hô hấp trên, viêm mũi họng (hắt hơi, sổ mũi, đau rát họng)
- Ho từng cơn, khàn tiếng sau đó ho khạc đờm nhầy, màu trắng.
- Có thể có khó thở.
- Tức ngực.
- Khám phổi nghe rải rác ran ẩm, sau có thể thấy ran rít ran ngáy.

2. Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm CTM : Số lượng bạch cầu và tốc độ máu lắng tăng.
- Xét nghiệm đờm.
- XQ: phổi hình ảnh dày thành phế quản

II. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Hen phế quản bội nhiễm: có tiền sử hen phế quản, đáp ứng với thuốc giãn phế quản
- Giãn phế quản: bệnh kéo dài, tiền sử ho và khạc đờm nhiều vào buổi sáng, ngón tay hình dùi trống.
- Dị vật đường thở: tiền sử có hội chứng xâm nhập, có ho khạc đờm hoặc ho máu, viêm phổi tái diễn nhiều đợt sau chỗ tắc do dị vật.
- Lao phổi: làm xét nghiệm BK
- Ung thư phổi: tiền sử hút thuốc lá thuốc lào nhiều năm, ho ra máu, đau ngực, gầy sút cân. Xquang có tổn thương dạng đám mờ hoặc xẹp phổi.

III. HƯỚNG ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

- Nội khoa

2. Điều trị cụ thể:

- Điều trị hỗ trợ:

Ăn uống dễ tiêu, đảm bảo đủ calo, thêm đạm và các loại vitamin nhóm B,C
Bù nước và điện giải vì sốt cao, ăn uống kém, nôn, đi chảy.

- Điều trị triệu chứng:

Hạ sốt (nếu có sốt) : paracetamol 500mg x 3 – 4viên/ngày.

Kháng sinh:

Nhóm Cephalosporin thế hệ III:

Cefotaxone 1g x 2-3g/ ngày chia 2 - 3 lần

Hoặc nhóm betalactam:

Ampicillin 1g x 2-3g/ngày chia 2 -3 lần.

- Có thể phối hợp:

Gentamycin 80mg/2ml x 2 ống/ngày.

- Các loại giảm ho long đờm:

- Nếu đờm đặc khó khạc: Dùng Tecrpin codein 3-4 viên/ ngày hoặc Acenew 100mg x 2-3 gói/ngày.

V.DỰ PHÒNG

- Ngắn hạn:

+ Loại bỏ các chất kích thích, không hút thuốc, tránh khói bụi, môi trường ô nhiễm, giữ ấm vào mùa lạnh.

+ Điều trị các nhiễm trùng tai mũi họng, răng hàm mặt, tình trạng suy giảm miễn dịch.

- Dài hạn:

+ Tiêm vaccine phòng cúm.

+ Vệ sinh răng miệng

V. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Giáo trình bệnh học Nội khoa I nhà xuất bản Thành phố Hồ Chí Minh.

HEN PHẾ QUẢN

I. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Tiền sử dị ứng.
- Tiền sử gia đình
- Khó thở cơn, chủ yếu khó thở thì thở ra.
- Ho khan hoặc khạc đờm nhầy trắng, khô khè, nặng ngực.
- Có kéo các cơ hô hấp phụ, tím tái.
- Cơn khó thở có tính chất hồi quy.
- Khám phổi có ran rít, ran ngáy...

2. Cận lâm sàng:

- X- Quang phổi lồng ngực căng phồng các khoảng gian sườn giãn rộng hoành hạ thấp xuống, rốn phổi đậm.
- Đo SPO₂ < 95.
- Phim phổi có hình ảnh khí phế thũng

II. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:

- Hen tim: có tiền sử về bệnh van tim như hẹp 2 lá, tăng huyết áp, khó thở cả 2 thì, khó thở nhanh, phổi nghe nhiều ran ứ dịch, rất ít ran ngáy. Phim phổi có hình ảnh ứ dịch.
- Đợt cấp của bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính: không có tiền sử cá nhân và gia đình về dị ứng hay hen, phổi có ran ẩm to hạt kèm ran rít, ran ngáy.

III. HƯỚNG ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

- Nội khoa

2. Điều trị cụ thể:

- Thở oxy nếu có thở
- Thuốc giãn phế quản: Salbutamol 2mg, 4mg x 8mg/ngày.
- + Diaphylin 4,8% 5ml truyền tĩnh mạch với dung dịch Glucose 5%.
- + Butoasma 100mcg xịt 3 nhát sau thành họng khi khó thở.
- + Sabulet 2,5mg/2,5ml hòa nước cất 5ml chạy khí dung.
- + Kháng sinh: nếu có nhiễm trùng hoặc hen nặng: Cefotaxone 1g x 2-3g/ngày.
Hoặc Aubidil 1,2gx 2-3 lọ/ngày.
- Kết hợp với Gentamycin 80mg/2ml x 2 ống/ngày.
- + Corticoid: Misonin inj 40mg x 80mg/ngày hoặc Medsolu 4mg x 16mg/ngày

IV.DỰ PHÒNG

- Ngắn hạn:

- + Tránh tiếp xúc với bụi, khói, nhất là khói thuốc lá và các chất kích thích khác.
- + Tránh tiếp xúc với những người bị nhiễm trùng hô hấp.

- Dài hạn: Giữ môi trường trong nhà trong lành, tránh ẩm mốc...

V.TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Giáo trình bệnh học Nội khoa tập I nhà xuất bản Thành phố Hồ Chí Minh.

VIÊM DẠ DÀY

I. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng:

- Đau vùng thượng vị, khó chịu, chậm tiêu, sinh bụng ngay sau khi ăn, nóng rát vùng thượng vị, ợ hơi, ợ chua, buồn nôn, nôn.
- Đôi khi không có triệu chứng

2. Cận lâm sàng:

- Nội soi dạ dày: viêm phù nề niêm mạc dạ dày.
- H.pylori.

II. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Ung thư dạ dày: thường xảy ra ở người lớn tuổi, đau không có tính chu kỳ, ngày càng gia tăng, không đáp ứng điều trị loét.
- Viêm tụy mạn: có tiền sử viêm tụy cấp, có thể kèm đi chảy mãn tính và kém hấp thu. Đau thường lan ra sau lưng ở vùng tụy. Xét nghiệm men tụy tăng 2-3 lần. Siêu âm thấy tụy lớn, ống tụy giãn.
- Viêm đường mật túi mật mạn tính do sỏi: tiền sử sỏi mật. Lâm sàng có cơn đau quặn gan, nhiễm trùng và tắc mật.

III. HƯỚNG ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

- Nội khoa

2. Điều trị cụ thể:

Viêm dạ dày có nhiễm HP

- Phác đồ 1:

Amoxicilline 500mg x 4 viên/2 Lần/ngày + Clarithromycin 500mg x 2 lần/ngày.

- Phác đồ 2:

PPI + AM: Metronidazol 500mg x 4 viên/2 lần/ngày + Clarithromycin 500mg x 2 lần/ngày.

- Phác đồ 3:

PPI + AM: Amoxicillin 500mg x 4 viên/ 2 lần/ngày + Metronidazol 500mg x 4 viên/ 2 lần/ ngày.

+ Các phác đồ thường dung theo thứ tự ưu tiên như sau:

- OAC: Omeprazole + Amoxicillin + Clarythromycine.
- OMC: Omeprazole + Metronidazole + Clarythromycine.
- OAM: Omeprazole + Amoxicilline + Metronidazole.

Viêm dạ dày không có nhiễm HP:

a. Thuốc ức chế bơm Proton:

+ Omeprazole 20mg/Lansoprazole 15mg/ngày x 4 tuần.

b. Thuốc đối kháng H₂ receptor:

+Cimetidine 200mg x 4 viên/2 lần/ngày

Thuốc băng niêm mạc: Phosphalugel 20g x 2 gói/2 lần/ ngày.

IV. DỰ PHÒNG

- Ngắn hạn: tránh sử dụng các chất kích thích như chua, cay, cà phê, gia vị, rượu bia, nước uống có ga...

- Dài hạn: tránh căng thẳng, các yếu tố tâm lý.

V. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Giáo trình bệnh học Nội khoa tập I nhà xuất bản Thành phố Hồ Chí Minh.

LOÉT DẠ DÀY

I. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng:

Đau vùng thượng vị từng đợt, mỗi đợt kéo dài 2 – 8 tuần cách nhau vài tháng đến vài năm. Đau có tính chất chu kỳ, đau gia tăng theo mùa nhất là mùa đông. Đau liên quan đến bữa ăn, sau ăn 30 phút – 2h, thường đau nhiều sau bữa ăn trưa và tối.

Đau vùng thượng vị có khi lan ra sau lưng, đau bất kỳ chỗ nào trên bụng.

Đau kiểu quặn tức, đau đói hiếm hơn đau kiểu rất bỏng.

2. Cận lâm sàng :

- Nội soi dạ dày có hình ảnh ổ loét

- Tìm vi khuẩn HP

III. HƯỚNG ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

Điều trị nội khoa

2. Điều trị cụ thể:

* Điều trị loét:

- Ức chế tiết acid trong vòng 12 tuần.

- Các thuốc ức chế bơm proton: liều mỗi ngày trước ăn sáng ít nhất 30p Omeprazol 20 – 40mg, Lansoprazol 30mg.

- Các thuốc các kháng thụ thể H2 liều mỗi ngày Ranidin 200mg có thể chia 2 lần uống trước ăn sáng và tối trước 30 phút hoặc chỉ uống 1 lần trước ngủ tối.

- Thuốc bảo vệ niêm mạc dạ dày: Phosphagaspain 1 - 4g/ ngày trước 3 bữa ăn 1h và khi đi ngủ.

* Điều trị diệt HP:

Clarithromycin 500mg + Amoxicillin 500mg x 2 lần/ ngày

Uống trước ăn liên tục từ 10 – 14 ngày.

Hoặc Clarithromycin 500mg + metronidazol 250mg x 2 lần/ngày

IV. DỰ PHÒNG

- Ngăn hạn: Không hút thuốc lá, uống rượu bia.

- Dài hạn: Tái khám định kỳ.

V. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Giáo trình bệnh học Nội khoa tập I nhà xuất bản Thành phố Hồ Chí Minh.

VIÊM CẦU THẬN CẤP

I. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Phù
- Tăng huyết áp
- Thiếu niệu hoặc vô niệu

2. Cận lâm sàng

Protein niệu.

HC niệu có thể có urê, creatinin máu tăng.

ASLO tăng cao > 200 đv TOLĐ

ECG: PR kéo dài

II. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Đợt cấp của viêm thận mãn:

- + Dựa vào tiền sử với bệnh sử
- + Siêu âm đố kích thước thận lớn hơn bình thường

- Viêm cầu thận cấp sau nhiễm liên cầu với viêm cầu thận cấp không do liên cầu:

- + Dựa vào bệnh sử
- + Cây vi khuẩn, dịch mũi họng, mủ ngoài da, kháng thể ASLO và các kháng thể liên cầu khác.

III. HƯỚNG ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

- Điều trị nội khoa

2. Điều trị cụ thể:

Thuốc: - Kháng sinh khi còn tồn tại dấu hiệu nhiễm liên cầu:

Penicillin 1000000IU x 2 – 3 viên/ngày nếu dị ứng thì dùng Erythromycin 250mg x 4 viên/ngày. Dùng trong 10 – 12 ngày.

- Corticoid: Meprednol inj 40mg hoặc Medsolu 4mg liều dung 1mg/kg/ngày

- Điều trị biến chứng tăng huyết áp:

Thuốc hạ huyết áp: + Nhóm chẹn kênh canxi như: Nifedipin 20mg

+Ức chế men chuyển: Lisinapril 5mg

- Thê vô niệu: Furosemid 20mg, 40mg

IV. DỰ PHÒNG

- Ngắn hạn:

- + Phát hiện sớm các ổ nhiễm khuẩn như viêm họng, viêm amydal, viêm xoang
- + Điều trị triệt để các ổ nhiễm khuẩn do liên cầu.

- Dài hạn:

- + Nâng cao vệ sinh cá nhân
- + Điều trị tốt các bệnh hệ thống, dự phòng tổn thương viêm cầu thận.

V. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Giáo trình bệnh học Nội khoa tập I nhà xuất bản Thành phố Hồ Chí Minh

HỘI CHỨNG THẬN HƯ

I. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Phù: xuất hiện nhanh, phù toàn thân, phù trắng, mềm, ấn lõm
- Tiểu ít

2. Cận lâm sàng:

- Protein niệu >3.5g/24h
- Trụ mỡ trong nước tiểu
- Lipit máu tăng >900mg%, cholesterol máu tăng >6.5mmol/l
- Điện di protein máu giảm: Albumin giảm, tỷ lệ A/G <1, α_2 tăng, β tăng
- Urê, Creatinin máu tăng
- Protein máu giảm, Albumin máu giảm.

II. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

a. Hội chứng thận hư đơn thuần và không đơn thuần (HCTH):

* HCTH đơn thuần:

- Huyết áp bình thường, không có suy thận, không có đái máu
- Protein niệu chủ yếu là Albumin

* Hội chứng thận hư không đơn thuần: Huyết áp tăng và/hoặc suy thận và/hoặc đái máu

Ngoài ra còn dựa vào điện di protein (protein niệu chọn lọc).

b. Phù do các nguyên nhân khác:

Xơ gan, suy tim, phù suy dinh dưỡng.

III. HƯỚNG ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

- Điều trị nội khoa:
- Chế độ ăn hạn chế muối, tăng protid, hạn chế nước uống, sinh hoạt, nghỉ ngơi.
- Điều trị triệu chứng
- Điều trị cơ chế bệnh sinh

2. Điều trị cụ thể:

+ Điều trị phù: verospiron 25mg

Bổ sung thêm canxi, sắt các loại vitamin

+ Điều trị cơ chế bệnh sinh: Corticoid: prednisolon 1mg/kg/ngày.

Liều tấn công 4 – 8 tuần.

Liều củng cố 0.5g/kg/ngày

Liều duy trì 5 – 10m/ngày

Thời gian của liệu trình corticoid thường từ 4,5 – 6 tháng.

IV. DỰ PHÒNG

- Ngắn hạn: nghỉ ngơi tuyệt đối tại giường, ăn nhạt.
- Dài hạn: tránh sử dụng các thuốc và các chất gây độc cho thận

V.TÀI LIỆU THAM KHẢO

Giáo trình bệnh học nội khoa nhà xuất bản thành phố Hồ Chí Minh.

TĂNG HUYẾT ÁP

I. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

Đau đầu, chóng mặt, hồi hộp, khó thở, mờ mắt, phù mắt.

Chủ yếu dựa vào trị số huyết áp đo được.

Huyết áp tâm thu ≥ 140 và hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 .

2. Cận lâm sàng:

- Máu: Kali máu, creatinin máu, cholesterol máu, đường máu, hematocrit, acid uric máu.

- Nước tiểu: Hồng cầu, protein.

Siêu âm, X – quang, Điện tim, soi đáy mắt...

- Chẩn đoán giai đoạn tăng huyết áp:

+ Tăng huyết áp độ 1: HATT 140 – 159 và/ hoặc HATTr 90 – 99.

+ Tăng huyết áp độ 2: HATT 160 – 179 và/ hoặc HATTr 100 – 109.

+ Tăng huyết áp độ 3: HATT ≥ 180 và/ hoặc HATTr ≥ 110 .

III. HƯỚNG ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị nội khoa:

- Chế độ ăn hợp lý, đảm bảo đủ kali và các yếu tố vi lượng:

+ Giảm ăn mặn

+ Tăng cường rau xanh, hoa quả tươi

+ Hạn chế thức ăn có nhiều cholesterol và axit béo no.

- Tránh dùng các chất kích thích như rượu bia, trà đặc, thuốc lá...

- Tránh lo âu, căng thẳng thần kinh, cần chú ý đến việc thư giãn, nghỉ ngơi hợp lý.

- Tránh bị lạnh đột ngột.

- Tăng cường hoạt động thể lực ở mức thích hợp: tập thể dục, đi bộ, vận động ở mức độ vừa phải khoảng 30 – 60 phút mỗi ngày.

2. Thuốc điều trị cụ thể:

- Lợi tiểu: Furosemid 40mg x 1 -2 viên/ngày.

-Ức chế men chuyển: Captopril viên 25- 50mg liều 5mg/ngày hoặc Enalapril viên 5 –

- 20mg liều 20mg/ngày.

-Ức chế calci: Nifedipin viên 10 – 20mg liều 2 viên/ngày.

IV. DỰ PHÒNG

- Ngăn hạn: chế độ ăn nhạt, hạn chế muối

- Dài hạn: kiểm tra huyết áp định kỳ

V. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Phác đồ điều trị chuẩn của Bộ y tế về chẩn đoán và điều trị bệnh tăng huyết áp.

SUY TIM

I.CHẨN ĐOÁN

1.Lâm sàng:

- Khó thở kịch phát về đêm, xanh tím.
- TM cổ nổi, ho khan, có khi có đàm lẫn máu.
- Phù lúc đầu ở 2 chi dưới, sau phù toàn thân, phù mềm có thể kèm theo cổ trướng, gan to
- Tiểu ít 200 – 300ml/24h
- Ral ứ đọng ở phổi
- Khám tim: mỏm tim lệch về bên trái, nghe được tiếng thổi tâm thu nhẹ ở mỏm do hở van 2 lá.
- Tim nhịp nhanh có khi có tiếng ngựa phi
- trường hợp hen tim nghe có ral rít ral ngáy

2.Cận lâm sàng:

- X- Quang: tim to, mỏm tim chệch xuống, cung động mạch phổi giãn, mỏm tim héch lên, phổi mờ, rôn phổi mờ.
- ECG: dày thất trái, dày thất phải, tăng gánh tâm trương hay tâm thu thất trái.

II.CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

a.Chẩn đoán phân biệt với các bệnh phổi COPD:

- Dựa vào bệnh sử: Hen phế quản, khạc đàm
- Tim không to
- ECHO tim bình thường

b.Thuyên tắc ĐMP:

- XQ tim phổi: phát hiện bệnh phổi trên XQ phổi
- Xuất hiện đột ngột
- Đau ngực kiểu màng phổi
- Ho ra máu
- ECG: Tăng gánh thất phải

c.Các trường hợp có phù, gan to khác:

- Mất tương hợp giữa thông khí và tuần hoàn trên scan phổi
- Phù trước xương chày có thể do bệnh lý tim mạch, trọng lực, nhưng những nguyên nhân này không có áp lực tĩnh mạch cảnh, tim bình thường...
- Phù do thận: dễ dàng ghi nhận bằng các test chức năng thận và phân tích nước tiểu.
- Gan to và cổ chướng do xơ gan: tĩnh mạch cổ áp lực bình thường và không có dấu phản hồi gan tĩnh mạch cổ.

III. HƯỚNG ĐIỀU TRỊ

1.nguyên tắc điều trị:

Điều trị nội khoa.

2.Điều trị cụ thể:

- Trợ tim:

+ Digoxin 0,25mg x 2 lần/ngày trong 1 tuần sau đó duy trì ½ - 1 viên/ngày

- Lợi tiểu: Furosemid 40mg x 2 lần/ngày. Lợi tiểu thải muối nên phải cho thêm từng đợt muối kali kèm theo (1 – 2g ngày)

- Dẫn mạch: Nitrocor 2,5mg x 2 lần/ngày

-Ức chế men chuyển: Bidinatec 5mg x ½ viên/ngày

IV.DỰ PHÒNG

- Ngắn hạn: nghỉ ngơi tuyệt đối tại giường, ăn nhạt.

- Dài hạn:

+ Tránh làm việc nặng

+ Kiểm tra sức khỏe định kỳ

V. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Phác đồ điều trị chuẩn của Bộ y tế về chẩn đoán và điều trị bệnh suy tim.

ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

I. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

Mệt mỏi, ăn nhiều, uống nhiều, sút cân, tiểu nhiều.

2. Cận lâm sàng

- HbA1c > 6,5%
- Đường huyết lúc đói > 7,0 mmol/l (ít nhất 2 lần)
- Đường huyết bất kỳ > 11,1 mmol/l
- Đường niệu > 55 mmol/l

3. Chẩn đoán tuýp

- ĐTĐ tuýp 1:

+ Tiến triển nhanh gặp ở người trẻ < 30 tuổi, triệu chứng lâm sàng rầm rộ khát nhiều, uống nhiều, sút cân, mệt mỏi. Biến chứng cấp tính hay gặp là hôn mê nhiễm toan ceton... Điều trị bắt buộc phải điều trị bằng insulin.

- ĐTĐ tuýp 2:

+ ĐTĐ tuýp 2 được gọi là ĐTĐ không phụ thuộc insulin, ĐTĐ ở người lớn, bệnh có tính gia đình đặc trưng của ĐTĐ tuýp 2 là kháng insulin đi kèm với thiếu hụt insulin tương đối. Tuổi > 30 tuổi, triệu chứng lâm sàng âm thầm từ từ, thường phát hiện muộn. Biến chứng cấp tính hay gặp là hôn mê áp lực thẩm thấu. Có thể điều trị bằng chế độ ăn, thuốc uống hoặc insulin. Tỷ lệ gặp 90 – 95%.

- **ĐTĐ thai kỳ:** ĐTĐ thai kỳ là tình trạng rối loạn dung nạp ĐH xảy ra trong thời kỳ mang thai.

II. HƯỚNG ĐIỀU TRỊ

Điều trị nội khoa

1. Điều trị cụ thể:

- **Chế độ ăn:** Thực hiện chế độ ăn hợp lý, cân đối các thành phần, ăn 3 bữa chính (sáng, trưa, tối) BN đang tiêm insulin có thể chia thành 4 – 5 bữa phòng hạ ĐH
- Hoạt động thể lực: Luyện tập đi bộ, bơi lội, cầu lông, leo cầu thang tối thiểu 30 phút/ngày, 5 ngày/tuần, lưu ý kiểm tra đường huyết, HA, tình trạng tim mạch trước tập. (lưu ý khi 14 mmol/l < Đường huyết đói < 5mmol/l không luyện tập).
- Điều trị bằng thuốc

* **ĐTĐ tuýp 1:** Insulin tác dụng chậm: Liều khởi đầu từ 0,4 – 0,5IU/kg/ngày
Liều thông thường 0,6IU/kg, tiêm dưới da 1-2 lần trong ngày. Sau đó căn cứ vào đường huyết tăng hoặc giảm liều 1-2 IU lần.

Các loại thuốc uống:

Nhóm thuốc kích thích tụy bài tiết insulin(sulphonylurea)

Diamicron 80mg x 1-3 viên/ngày. Dùng 2 lần trong ngày(trước hoặc trong bữa ăn sáng và trong bữa ăn tối).

Glucophage 850mg x 2 lần/ngày uống sau ăn 30 phút.

Hoặc Glirit 500mg/2,5mg. Liều ban đầu uống 1 viên vào trước bữa ăn sáng 30 phút nếu cần phải điều chỉnh liều sau 2 tuần tăng lên uống 1 viên.

Liều tối đa 2000mg/20mg/ngày(4 viên glirit 500mg/5mg/ngày) uống vào trước các bữa ăn.

IV.DỰ PHÒNG

- Ngắn hạn:

+ Giáo dục cho BN về bệnh ĐTĐ, cách dùng thuốc, chế độ ăn, tai biến của thuốc, dấu hiệu hạ đường huyết.

+ Vận động và luyện tập thể dục vừa phải.

- Dài hạn: kiểm tra đường huyết định kỳ hàng tháng.

V.TÀI LIỆU THAM KHẢO

Phác đồ điều trị chuẩn của Bộ y tế về chẩn đoán và điều trị bệnh đái tháo đường.

GOUT

I.CHẨN ĐOÁN

1.lâm sàng:

- Xuất hiện đột ngột ban đêm, đau khớp thường là khớp bàn ngón chân cái
- Khớp sưng to, đỏ, phù, căng bóng, đau giữ dội và ngày càng tăng chạm nhẹ cũng rất đau. Các khớp có thể gặp là cổ chân, gối, bàn tay, cổ tay, khuỷu tay. Hiếm gặp ở khớp hang, cột sống, vai. Lúc đầu bị một khớp sau có thể bị nhiều khớp.
- Hình thành các hạt tophi ở dưới da, hay thấy ở sụn vành tai, khuỷu tay, ngón chân cái, mu bàn chân, gót chân, gân Achille.

2.Cận lâm sàng:

Acid uric máu $>70\text{mg/l}$ ($>420\mu\text{mol/L}$)

BC tăng, CRP (+), VSS tăng.

X-Quang hình ảnh sưng nề phần mềm, biến dạng khớp.

II.CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

1.Viêm khớp gout cấp:

- Viêm khớp nhiễm trùng, Lao khớp.
- Viêm mô tế bào quanh khớp.
- Giả Gout (Pseudogout)
- Chấn thương khớp và quanh khớp.

2.Viêm khớp Gout mãn:

- Viêm khớp dạng thấp.
- Viêm khớp vảy nến.
- Thoái hóa khớp...

III.HƯỚNG ĐIỀU TRỊ

1.Nguyên tắc điều trị:

Nội khoa

2.Điều trị cụ thể:

- Chế độ ăn: không ăn các phủ tạng động vật, thịt, cá, tôm, cua....

Không uống rượu

Uống nhiều nước 2-4 lít/ngày nhất là nước khoáng.

-Thuốc:

+ Colchicin 1mg x 3 lần trong ngày đầu, 1mg x 2 lần trong ngày thứ hai và 1mg từ ngày thứ 3 trở đi.

Liều duy trì để tránh cơn tái phát 0,5-1mg/ngà uống trong 3 tháng.

+ Một loại kháng viêm không phải là Steroid:

Diclophenac 50mg x 3 lần/ngày hoặc 75mg x 2 lần/ngày hoặc Meloxicam 15mg/ngày trong 5-7 ngày.

- Corticosteroid: Uống Prednisolon 30-40mg/ngày hoặc tiêm MethylPrednisolon trong 3-4 ngày từ 3-5 sau đó giảm dần và ngưng sau 10-14 ngày.
- Thuốc làm giảm sinh tổng hợp Acid uric: Allopurinol 300mg/ngày/ uống 1 lần uống liên tục không ngắt quãng.

IV. DỰ PHÒNG

- Ngắn hạn: phòng tái phát cơn gout
- Dài hạn: phòng lắng đọng urat trong các tổ chức, phòng các biến chứng thông qua điều trị hội chứng tăng acid uric máu.

V. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Giáo trình bệnh học nội khoa nhà xuất bản Hà Nội.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Cường chế vị: đặt người bệnh nằm đầu thấp, gác chân lên cao, tiêm 1 ống atropine 1/4mg pha loãng với 2ml Natriclorua 0.9% tĩnh mạch hoặc 1 ống tiêm dưới da.
- Khó thở , ho nhiều: thở oxy, khám lâm sàng phát hiện biến chứng tràn khí màng phổi, phù phổi cấp.
- Phù phổi cấp: thở oxy mask, đặt nội khí quản thở máy nếu cần...
- Tràn khí màng phổi: thở oxy, chọc hút khí hoặc dẫn lưu màng phổi.
- Tràn máu màng phổi: mở màng phổi dẫn lưu, nếu nặng truyền máu, chuyển ngoại khoa can thiệp phẫu thuật.

VII.GHI CHÚ: không rút quá 1 lít/1 lần tháo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ y tế “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật bệnh viện tập I”. Nhà xuất bản Y học (1999).

- Đo thể tích nước tiểu trong 24h.
- Khuấy đều nước tiểu trong bình, lấy một mẫu nước tiểu cho các xét nghiệm cần thiết.

3.2.Đối với người bệnh đặt sonde tiểu

- Giải thích cho NB và người nhà về thủ thuật
- Rửa tay bằng dung dịch sát khuẩn.
- Đeo găng tay thường loại dung 1 lần để phòng nước tiểu bị nhiễm bẩn.
- Sát trùng đầu túi đựng nước tiểu bằng gạc có dung dịch sát khuẩn để tránh làm nhiễm bẩn nước tiểu.

Tháo nước tiểu từ túi đựng nước tiểu vào bình chứa, có thể lặp lại nhiều lần trong ngày nếu túi nước tiểu quá đầy.

- Đo lượng nước tiểu và quan sát tính chất của nước tiểu.
- Khuấy đều nước tiểu trong bình, lấy 1 mẫu nước tiểu cho các xét nghiệm cần thiết.

4. Ghi hồ sơ

- Số lượng nước tiểu 24h
- Tên người tiến hành hướng dẫn Người bệnh.

VI. THEO DÕI

- Số lượng nước tiểu và tính chất nước tiểu