

# MỤC LỤC

<b>BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG</b> .....	2
<b>BỆNH HEN PHẾ QUẢN</b> .....	4
<b>BỆNH SUY TIM</b> .....	7
<b>BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP</b> .....	9
<b>BỆNH VIÊM TỤY CẤP</b> .....	12
<b>BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MÃN TÍNH (COPD)</b> .....	14

# BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

## I. CHẨN ĐOÁN

**1. Chẩn đoán sớm bệnh đái tháo đường typ II:** đối tượng có yếu tố nguy cơ dễ sang loại bệnh ĐTĐ typ 2: tuổi  $\geq 45$  và có 1 trong các yếu tố nguy cơ sau đây:

- BMI  $\geq 23$ ,
- HA  $> 130/85$ mmHg,
- Trong gia đình có người mắc bệnh ĐTĐ ở thế hệ cận kề,
- Tiền sử được chẩn đoán mạch hội chứng chuyển hóa, tiền ĐTĐ,
- Phụ nữ có tiền sử thai sản đặc biệt (ĐTĐ thai kỳ, sinh con to nặng  $> 3600$ g),
- Người có rối loạn lipid máu.

### Còn đối với chẩn đoán ĐTĐ typ I:

- Tiền triễn nhanh thường gặp ở người trẻ  $< 30$  tuổi,
- Triệu chứng lâm sàng rầm rộ: khát nhiều, uống nhiều, ăn nhiều, gầy sút),
- Biến chứng cấp tính hay gặp là hôn mê nhiễm toan ceton điểu trị bắt buộc bằng insulin.

## 2. Chẩn đoán tiền đái tháo đường

- Rối loạn dung nạp glucose, nếu mức glucose huyết tương ở thời điểm 2 giờ nghiệm pháp tăng glucose máu bằng đường uống từ  $7,8$ mmol/l-  $11$ mmol/l.
- Suy giảm glucose máu lúc đói, nếu lượng glucose huyết tương lúc đói (sau ăn 8h) từ  $6,1$ mmol/l-  $6,9$ mmol/l và lượng huyết tương ở thời điểm 2 giờ của nghiệm pháp tăng glucose máu  $< 7,8$  mmol/l.

**3. Chẩn đoán xác định đái tháo đường:** tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh ĐTĐ (WHO-1999), dựa vào 1 trong 3 tiêu chí sau đây:

- Đường huyết lúc đói  $\geq 7$ mmol/l trong 2 buổi sáng khác nhau
- Đường huyết 2 giờ sau khi uống  $75$ g glucose  $\geq 11$ mmol/l
- Đường huyết bất kỳ  $\geq 11,1$  mmol/l kèm triệu chứng của tăng đường huyết (khát nhiều, tiểu nhiều, ăn nhiều, gầy sút)

## II. HƯỚNG ĐIỀU TRỊ

### 1. Nguyên tắc chung

*a. Mục đích:*

- Duy trì được lượng glucose máu khi đói, glucose máu sau ăn gần như mức độ sinh lý, đạt được mức HbA1c lý tưởng, nhằm giảm các biến chứng và giảm tỷ lệ tử vong
- Giảm cân nặng

*b. Nguyên tắc*

- Thuốc phải kết hợp với chế độ ăn và luyện tập. Đây là bộ ba phương pháp điều trị bệnh đái tháo đường
- Phải phối hợp điều trị hạ glucose máu, điều chỉnh các rối loạn lipid, duy trì số đo huyết áp hợp lý, phòng và chống các rối loạn đông máu
- Khi cần phải dung Insulin

**2. Lựa chọn thuốc và phương pháp điều trị**

- Nếu HbA1c trên 9.0% mà mức glucose huyết tương lúc đói trên 13.0mmol/l có thể chỉ định hai loại thuốc viên hạ glucose máu phối hợp
- Nếu HbA1c trên 9.0% mà mức glucose huyết tương lúc đói trên 15.0mmol/l có thể xét chỉ định dung ngay Insulin
- Bên cạnh việc điều chỉnh lượng glucose máu phải đồng thời lưu ý cân bằng các thành phần lipid máu, thông số về đông máu, duy trì số đo huyết áp
- Theo dõi, đánh giá tình trạng kiểm soát mức Glucose trong máu

**3. Thuốc điều trị trong đái tháo đường**

*a. Insulin :*

- Các loại Insulin hay dùng
  - Insulin tác dụng ngắn: insulin Regula
  - Insulin hỗn hợp: Insulin Mixtard (Insulin M 30/70 UI)
- Liều tiêm Insulin
  - Liều cần thiết ở BN ĐTD typ1 là từ 0.7 – 0.9 UI/Kg cân nặng. Tuy nhiên liều khởi đầu thường 0.4 – 0.5 UI/Kg cân nặng, tiêm dưới da 1-2 lần/ ngày. Sau đó căn cứ trên kết quả của đường huyết để tăng hoặc giảm liều.
  - Liều Insulin ở bệnh nhân ĐTD typ2 là 0.2 – 0.5UI/kg/ngày
- Các phác đồ điều trị

- Đa số bệnh nhân đáp ứng tốt với phác đồ tiêm 1-2 lần/ ngày. Có thể sử dụng Insulin hỗn hợp hoặc Insulin bán chậm đơn thuần vào hai bữa ăn sáng và tối.
- Khi phác đồ quy ước thất bại, chế độ ăn và chế độ sinh hoạt thất thường hoặc khi cần kiểm soát chặt chẽ đường huyết như khi có thai hoặc có biến chứng nặng thì chuyển sang phác đồ nhiều mũi.

*b. Các thuốc viên điều trị đái tháo đường*

- Metformin: là thuốc sử dụng rộng rãi ở tất cả các quốc gia
  - Liều lượng Metformin ( biệt dược. Glucophage, Metforal, Glyfor). Có 3 dạng viên: 500mg, 850mg, 1000mg.
  - Liều khởi đầu viên 500mg hoặc 850mg: 500mg hoặc 850mg(v/ngày)
  - Liều tối đa 2500mg/ngày
- Sulphonylurea
  - Thế hệ 1: Chlopropamid, tolbutamide, diabetol
  - Thế hệ 2: Glibenclamide ( 1.25 – 15 mg/ngày), GliclazideMR ( 30 – 120 mg/ngày ), Glipizide (2.5 -20mg/ngày)  
Lưu ý: thuốc chỉ uống một lần trong ngày
- Ức chế Anphaglucosidase
  - Thế hệ 1: nhóm Acabose ( Glucobay 50/100mg : 50 – 200mg x 3 lần / ngày)
  - Thế hệ 2: nhóm voglibose ( basen 0.2/0.3mg: 0.2-0.3mg x 3 lần trên ngày)
- Gliptin

### III. DỰ PHÒNG

*- Ngắn hạn:*

- Giáo dục cho bệnh nhân về bệnh đái tháo đường, 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

### IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

# BỆNH HEN PHẾ QUẢN

## I. CHẨN ĐOÁN

### 1. Chẩn đoán xác định

#### a. Lâm sàng

- Tiền sử bản thân hoặc người thân cùng huyết thống bị các bệnh dị ứng hoặc hen phế quản
- Tiền sử có cơn hen phế quản điển hình, tự mất đi hoặc cắt cơn được bằng các thuốc giãn hoặc corticoid
- Hoặc có các triệu chứng: ho tăng về đêm, tiếng cò cữ, tiếng rít tái phát, khó thở tái phát, nặng ngực xuất hiện và tái phát nhiều lần, ngoài cơn bệnh nhân có thể hoàn toàn bình thường
- Các triệu chứng xuất hiện hoặc nặng lên khi có tiếp xúc với các dị nguyên đường hô hấp, gắng sức, thay đổi cảm xúc mạnh
- Khẳng định chẩn đoán nếu thấy cơn hen với các dấu hiệu đặc trưng:
  - Tiền triệu: hắt hơi, sổ mũi, ngứa mắt, ho khan, buồn ngủ
  - Cơn khó thở: lúc bắt đầu khó thở chậm ở thì thở ra, có tiếng cò cữ người khác cũng thấy sau khó thở tăng dần, khó thở nhiều, vã mồ hôi, khó nói. Cơn khó thở giảm dần và kết thúc với ho và khạc đờm

#### b. Cận lâm sàng

- Xquang: phổi lồng ngực căng phồng, các khoang liên sườn giãn rộng, cơ hoành hạ thấp, rốn phổi động
- Đo SPO<sub>2</sub> <95
- Phim phổi có hình ảnh khi phế quản

### 2. Chẩn đoán mức độ nặng của hen phế quản

Biểu hiện	Hen nhẹ, từng lúc	Hen nhẹ, dai dẳng	Hen trung bình, dai dẳng	Hen nặng, dai dẳng
Triệu chứng ban ngày	≤ 2 cơn/tuần	≥2 cơn/tuần, nhưng ít hơn 1 lần/ngày	Hàng ngày	Cơn liên tục
Triệu chứng ban đêm	≤ 2 cơn/tháng	3-4 cơn/tháng	≥1 cơn/tuần	Hàng đêm
Giới hạn	không	ít	Một số	Nhiều

<b>hoạt động</b>				
<b>Đợt bùng phát</b>	0-1 lần/năm	≥2 lần/năm	≥2 lần/năm	≥2 lần/năm

## II. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

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

## III. HƯỚNG ĐIỀU TRỊ

### 1. Nguyên tắc điều trị: điều trị nội khoa

### 2. Điều trị cụ thể

#### a. Con hen nhẹ

- Thuốc giãn phế quản dạng phun hít:
  - Salbutamol dạng xịt x 3 lần/ngày hoặc nang khí dung 5mg x 3 lần/ngày.
- Corticoid đường phun hít: Budesonid 0.5mg x 3nang/ngày
- Khi không có các thuốc trên có thể dùng các thuốc uống như:
  - Salbutamol 4mg x 4 viên/ngày chia 4 lần
  - Prednisolon 5mg x 1mg/kg/ngày dùng trong 3 đến 5 ngày rồi chuyển sang dùng thuốc đường phun hít
- Xem xét việc dùng kháng sinh nếu có bộ nhiễm (thay đổi màu sắc của đờm, khạc đờm tăng, sốt) – có thể dùng kháng sinh Cephalosporin thế hệ hai 1.5g/ngày.

#### b. Con hen trung bình

- Điều trị tương tự như trên , nên kết hợp giữa các thuốc dạng phun, hít với thuốc dạng uống
- Corticoid đường tĩnh mạch 1-2mg/kg/ngày X 3-5 ngày
- Dùng kháng sinh khi có bộ nhiễm

#### c. Con hen nặng dai dẳng

- Theo dõi mạch huyết áp, nhịp thở, SPO2
- Thở Oxy 1-2lit/phút sao cho SPO2 > 90%
- Tăng liều thuốc giãn phế quản dạng khó dung: 6-8 lần/ngày
- Corticoid đường tĩnh mạch 1-2mg/kg/ngày x7-10 ngày

- Dùng kháng sinh khi có bội nhiễm: cefotaxim 1g x 3 lần /ngày hoặc ceftazidim 1g x 3 lần/ ngày và phối hợp với nhóm Aminoglycosid

#### **IV. DỰ PHÒNG**

- Ngăn hạn : tránh tiếp xúc với bụi, khói ,nhất là khói thuốc lá và các chất kích thích khác. Tránh tiếp xúc với những nguwoif bị nhiễm trùng hô hấp
- Dài hạn : giữ môi trường trong nhà trong lành tránh ẩm mốc

#### **V. TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Hướng dẫn và chẩn đoán điều trị bệnh nội khoa của bệnh viện Bạch Mai

# BỆNH SUY TIM

## I. CHẨN ĐOÁN

### 1. Lâm sàng

- Khó thở kích phát về đêm, xanh tím
- TM cổ nổi, ho khan, có khi có đờm lẫn máu
- Phù lúc đầu ở hai 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 hai lá
- Tim nhịp nhanh có khi có tiếng ngựa phi
- Trường hợp hen tim có thể nghe ral rít Ral ngáy

### 2. Cận lâm sàng

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

## II. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

### 1. 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

### 2. Thuyên tắc ĐMP

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

### 3. Các trường hợp có phù, gan to khác

- Mất tương hợp giữa thông khí và tuần hoàn trên Scan phổi
- Phù trước xương dầy có thể do bệnh lý tim mạch, trọng lực, 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 hiệu phản hồi gan tĩnh mạch cổ

### III. HƯỚNG ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị: điều trị nội khoa

2. Điều trị cụ thể

Giai đoạn suy tim (NYHA)	Phương pháp kinh điển	Phương pháp thay thế
Độ I	Không điều trị	Không điều trị
Độ II	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hạn chế thể lực</li> <li>- Chế độ ăn kiêng muối</li> <li>- Digital</li> <li>- Digital + lợi tiểu Thiazid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hạn chế thể lực</li> <li>- Chế độ ăn kiêng muối</li> <li>- Lợi tiểu +UCMC hoặc lợi tiểu + giãn mạch</li> </ul>
Độ III	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Digital + Lợi tiểu quai</li> <li>- Digital + Lợi tiểu + Giãn mạch</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lợi tiểu + UCMC hoặc giãn mạch + Digital</li> <li>- Chẹn beta</li> <li>- Ghép tim</li> </ul>
Độ IV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Digital + lợi tiểu + giãn mạch+ thuốc trợ tim mới</li> <li>- Ghép tim</li> </ul>	

### 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.

# BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP

## I. CHUẨN ĐOÁN

1. **Chẩn đoán xác định tăng huyết áp dựa vào trị số huyết áp đo được sau khi đo huyết áp đúng quy trình, ngưỡng chẩn đoán tăng huyết áp thay đổi tùy theo từng cách đo huyết áp (bảng 1).**

	Huyết áp tâm thu huyết áp tâm trương	
1. cán bộ y tế đo theo đúng quy trình	≥ 140mmHg	≥ 90mmHg
2. đo bằng máy đo HA tự động 24 giờ	≥ 130mmHg	và/hoặc ≥ 80mmHg
3. tự đo tại nhà (đo nhiều lần)	≥ 135mmHg	≥ 85mmHg

*Bảng 1 các ngưỡng chẩn đoán tăng huyết áp theo từng cách đo*

## 2. Chẩn đoán độ tăng huyết áp

Chẩn đoán độ tăng huyết áp theo JNC VI hay áp dụng trên lâm sàng nhiều nhất

Phân độ huyết áp	HATT		HATTr
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

- Nếu HATT và HATTr không cùng một mức phân độ thì chọn mức cao hơn để xếp loại. Ví dụ: HATT 140-159 ; HATTr 100-109 thì tăng huyết áp độ 2
- Nếu HATT cao mà HATTr bình thường thì gọi là tăng huyết áp đơn độc
- Nếu HATT bình thường mà HATTr cao thì gọi là tăng huyết áp cụt đầu
- Nếu HA bệnh nhân trong ngưỡng bình thường mà 1 lúc nào đó HA tăng ở ngưỡng độ 1 gọi là tăng HA dao động
- Nếu bình thường HA đã tăng 1 lúc nào đó HA tăng cơn rất cao gọi là tăng HA kịch phát
- Nếu HA tăng cao thường xuyên trên độ III khó điều trị, tổn thương dồn dập ở cơ quan đích gọi là tăng HA ác tính

### 3. Chẩn đoán giai đoạn THA theo WHO

- Gđ1: có THA nhưng chưa có triệu chứng gì về lâm sàng và cận lâm sàng chỉ đo khám thấy HA tăng nhưng không biểu hiện gì về lâm sàng
- Gđ2: có tổn thương cơ quan đích nhưng chưa nặng
- Gđ3: tổn thương nặng nề ở cơ quan đích

### 4. Chẩn đoán nguyên nhân

- 95% THA không rõ nguyên nhân gọi là THA vô căn
- 5% có nguyên nhân rõ ràng gọi là THA thứ phát

## II. HƯỚNG ĐIỀU TRỊ

### 1. Nguyên tắc điều trị

- Dùng thuốc HA phải dùng thường xuyên và suốt đời, thường hay dùng buổi sáng vì HA hay tăng buổi sáng hay chia theo thời gian bán thải thuốc
- Huyết áp phải được hạ từ từ đặc biệt ở người già trừ khi có tổn thương cấp tính ở cơ quan đích mà không phải là TBMMN
- HA được hạ xuống thấp nhất ở mức bệnh nhân thấy dễ chịu nhất
- Dùng thuốc theo thể bệnh
- Nếu bệnh nhân không ở 1 thể nào đặc biệt thì thuốc chọn đầu tay là ức chế men chuyển hoặc chẹn kênh canxi

### 2. Thuốc điều trị cụ thể

Độ \ Gđ	I	II	III
I	0	T	T
II	T	T	T
III	T	T	T

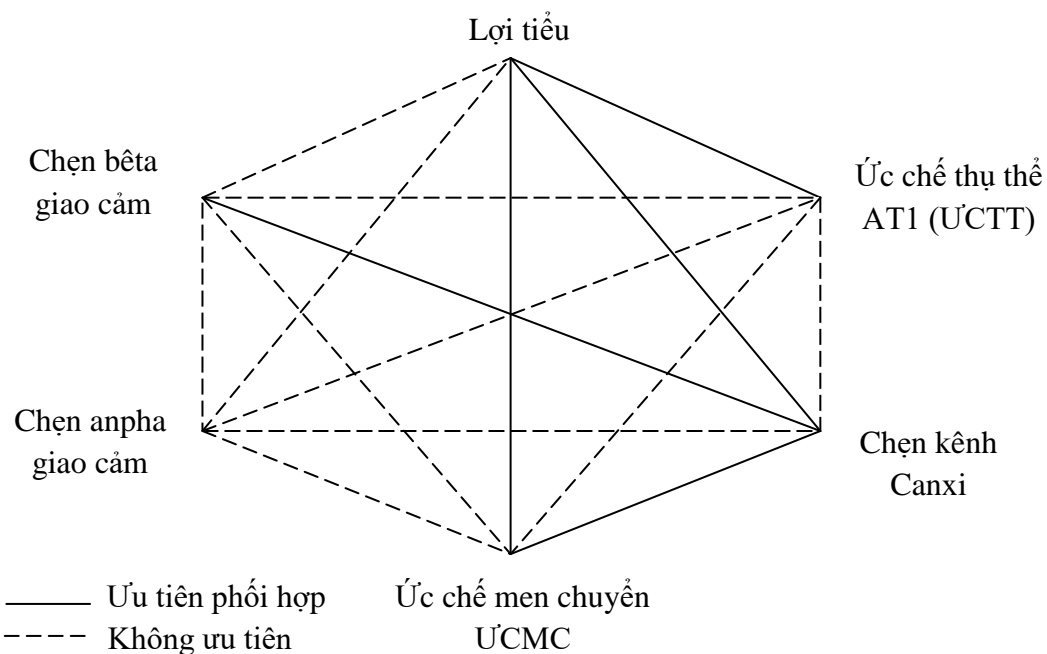
*Lưu ý:* Trong đó “0” chưa cần dùng thuốc chỉ cần thay đổi lối sống và chế độ ăn “T” dùng thuốc

#### ➤ Các nhóm thuốc điều trị tăng huyết áp:

- Lợi tiểu:
  - Lợi tiểu thiazide (hydrochlorothiazide 12,5mg x1-2 viên/ngày)
  - Lợi tiểu quai (furosemide 20mg x 1-4 viên/ngày)
  - Lợi tiểu giữ kali (spironolactone 25mg x1-3 viên/ngày)
- Chẹn kênh canxi: Amlodipine 5mg x1/2-2 viên/ngày

- Tác động lên hệ reninangiotensin: có loại ức chế men chuyển (enalapril 5mg x1-8 viên/ngày).ngoài ra còn có loại ức chế thụ thể AT1 của angiotensin II
- Loại chẹn beta giao cảm gồm có:
  - Chẹn  $\beta$  chọn lọc trên  $\beta_1$  (metoprolol 50mg x1-2 viên/ngày hoặc Atenolol 25mg x1-4 viên/ngày)
  - Chẹn  $\beta$  không chọn lọc (propranolol 40mg x1-4 viên/ngày)
  - Chẹn  $\beta$  và  $\alpha$  giao cảm (labetalol)

### 3. Sơ đồ phối hợp các thuốc điều trị trong tăng huyết áp



### III. DỰ PHÒNG

- **Ngăn hạn** : chế độ ăn nhạt, hạn chế muối
- **Dài hạn** : kiểm tra huyết áp định kỳ

### IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

# BỆNH VIÊM TỤY CẤP

## I. CHẨN ĐOÁN

### 1. Chẩn đoán xác định

- *Lâm sàng*
  - Đau bụng
  - Nôn và buồn nôn
  - Thăm khám lâm sàng
    - Toàn thân: 40% bệnh nhân có biểu hiện nhịp tim nhanh, tụt huyết áp
    - Khoảng 60% bệnh nhân có biểu hiện sốt
    - Bụng trướng , ấn đau
    - Nghe tiếng sôi bụng thường giảm hoặc mất
    - Các dấu hiệu khác: tràn dịch màng phổi hay gặp bên trái, vàng da
- *Cận lâm sàng*
  - Xét nghiệm Amylase hoặc Lipase tăng lớn hơn 3 lần
  - Công thức máu: bạch cầu tăng, Hematocrit tăng, CRP thường tăng vào ngày thứ 2 sau VTC
  - Sinh hóa máu: ALT, Bilirubin tăng trong viêm tụy cấp do sỏi mật, LDH tăng
  - Rối loạn đông máu gặp ở bệnh nhân nặng
  - Chụp bụng không chuẩn bị: loại bỏ các cấp cứu ngoại khoa khác như thủng tạng rỗng, tràn dịch màng phổi, sỏi tụy
  - Siêu âm là phương tiện tốt để chẩn đoán về VTC

### 2. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Các trường hợp đau bụng cấp: thủng tạng rỗng, sỏi mật, tắc ruột, phình tách động mạch chủ bụng, nhồi máu cơ tim thành sau
- Bệnh lý dạ dày- hành tá tràng
- Các trường hợp Amylase máu: như suy thận, viêm tuyến màng tai
- U tụy: lâm sàng bệnh nhân cũng có đau
- Đợt cấp viêm tụy mạn

## II. HƯỚNG ĐIỀU TRỊ

### 1. Nguyên tắc điều trị: điều trị nội khoa

### 2. Điều trị chung:

- Nhịn ăn : bệnh nhân không ăn uống cho tới khi triệu chứng đau giảm

- Sode tá tràng, hút dịch, lưu sod echo đến khi bệnh nhân đỡ nôn, chướng bụng
- Chăm sóc theo dõi chặt các chỉ số sống, độ bão hòa Oxy, nếu có các dấu hiệu nước tiểu ít, rối loạn huyết động, giảm độ bão hòa Oxy máu chuyển đơn vị tích cực
- Nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch: bệnh nhân được truyền qua đường tĩnh mạch để đảm bảo đủ nước, điện giải và năng lượng. Tốc độ truyền tùy thuộc vào tình trạng bệnh nhân. Đặt sonde tá tràng cho thức ăn xuống ruột non có kết quả không kém nuôi dưỡng đường tĩnh mạch.
- Giảm đau: dùng các thuốc giảm đau theo đường tĩnh mạch sử dụng theo cung bậc
- Kiểm soát các rối loạn chuyển hóa
- Canxi huyết giảm là một trong những yếu tố làm nặng bệnh tuy nhiên phải bù canxi từ từ
- Kháng sinh: trường hợp viêm tụy cấp nhẹ không có chỉ định dùng, tuy nhiên trong ca viêm tụy cấp nặng đặc biệt là trường hợp VTC hoại tử có nguy cơ nhiễm khuẩn phổi đường niệu thì có chỉ định kháng sinh như: Metronidazol, Quinolones, cephalosporins thế hệ 3
- Các thuốc giảm tiết axit dịch vị chủ yếu nhóm ức chế bơm proton giúp duy trì tác dụng kéo dài

### III. DỰ PHÒNG

- **Ngăn hạn** : nghỉ ngơi tuyệt đối tại giường
- **Dài hạn** : kiêng các thức ăn có chất kích thích như rượu bia, thuốc lá đồ cay nóng, hạn chế đồ mỡ

### IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn và chẩn đoán điều trị bệnh nội khoa của bệnh viện Bạch Mai

# BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MÃN TÍNH (COPD)

## I. CHẨN ĐOÁN

### 1. Chẩn đoán xác định

#### a) Triệu chứng lâm sàng

- Bệnh thường gặp ở nam giới 40 tuổi
- Ho, khạc đờm kéo dài.
- Tiền sử: hút thuốc lá, thuốc lào, tiếp xúc với khói bụi và hóa chất. Ho dai dẳng hoặc gián đoạn từng đợt (ho kéo dài ít nhất 3 tháng trong 1 năm và trong 2 năm liên tiếp trở lên), ho khan hoặc ho có đờm, thường ho khạc đờm về buổi sáng. Ho đờm mủ là một trong các dấu hiệu của đợt cấp do bội nhiễm.
- Khó thở: tiến triển nặng dần theo thời gian, lúc đầu là khó thở khi gắng sức, sau khó thở cả khi nghỉ ngơi và khó thở liên tục
- Các triệu chứng ho khạc đờm, khó thở dai dẳng và tiến triển nặng dần theo thời gian, thường là ho khạc đờm xuất hiện trước sau đó mới xuất hiện thêm khó thở, khi khó thở mà bệnh nhân cảm nhận được lúc đó bệnh đã ở giai đoạn nặng.

#### ➤ Khám lâm sàng:

- Giai đoạn sớm của bệnh khám phổi có thể bình thường
- Giai đoạn nặng hơn khám phổi thường gặp nhất là rì rào phế nang giảm. Các dấu hiệu khác có thể thấy bao gồm: lồng ngực hình thùng, gõ vang trống, ran rít, ran ngáy, ran ẩm, ran nổ.
- Giai đoạn muộn có thể thấy những biểu hiện của suy hô hấp mạn tính: tím môi, tím đầu chi, thở co cơ hô hấp phụ, những biểu hiện của suy tim phải (tâm phế mạn): tĩnh mạch cổ nổi, phù 2 chân, gan to, phản hồi gan tĩnh mạch cổ dương tính.

#### b) Cận lâm sàng

##### ➤ Xquang phổi:

- Giai đoạn sớm của có thể có hình ảnh Xquang phổi bình thường.
- Giai đoạn muộn và điển hình có hình ảnh trường phổi 2 bên quá sáng, cơ hoành hạ thấp, có thể thấy cơ hoành hình bậc thang, khoang liên sườn giãn rộng, các bóng khí

##### ➤ Điện tâm đồ:

- Ở giai đoạn muộn có thể thấy các dấu hiệu của tăng áp động mạch phổi và suy tim phải: sóng P cao ( $>2,5\text{mm}$ ) nhọn đối xứng (P phé), trục phải ( $>1100$ ), dày thất phải (R/S ở V6  $<1$ ).

## 2. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Lao phổi: ho kéo dài, khạc đờm hoặc có thể ho máu. Xquang phổi: tổn thương thâm nhiễm hoặc dạng hang, thường ở đỉnh phổi. Xét nghiệm đờm, dịch phế quản: thấy hình ảnh trực khuẩn kháng cồn, kháng toan, hoặc nuôi cấy môi trường lỏng MGIT Bactec dương tính.
- Giãn phế quản: ho khạc đờm kéo dài, đờm đục hoặc đờm mủ nhiều, nghe phổi có ran nổ, ran ẩm
- Hen phế quản
- Hội chứng chông lấp

## II. HƯỚNG ĐIỀU TRỊ

### 1. Các điều trị chung

- Ngừng tiếp xúc với: khói thuốc lá thuốc lào, bụi, khói bếp củi than, khí độc..
- Cai nghiện thuốc lá, thuốc
- Tiêm vaccine phòng cúm mỗi năm một lần vào đầu mùa thu, vaccine phòng phế cầu 5 năm một lần
- Vệ sinh mũi họng thường xuyên.
- Giữ ấm cổ ngực về mùa lạnh.
- Phát hiện sớm và điều trị kịp thời các nhiễm trùng tai mũi họng, răng hàm mặt.
- Phát hiện và điều trị các bệnh đồng mắc phải.

### 2. Thuốc giãn phế quản và corticosteroid

- Các thuốc giãn phế quản sử dụng điều trị BPTNMT: ưu tiên các loại thuốc giãn phế quản loại kéo dài, dạng phun hít khí dung. Liều lượng và đường dùng của các thuốc này tùy thuộc vào mức độ và giai đoạn bệnh (xem bảng 4).
- Corticosteroid được chỉ định khi bệnh nhân BPTNMT giai đoạn nặng ( $\text{FEV1} < 50\%$ ), có đợt cấp lặp đi lặp lại (3 đợt trong 3 năm gần đây).

#### ***Bảng 4: Các thuốc giãn phế quản và Corticosteroid***



<b>Thuốc</b>	<b>Biệt dược</b>	<b>Liều dùng</b>
<b><i>Cường beta 2 tác dụng ngắn (SABA)</i></b>		
Salbutamol	Ventolin, Salbutamol	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Viên 4mg, uống ngày 4 viên, chia 4 lần, hoặc</li> <li>- Nang khí dung 5mg, khí dung ngày 4 nang, chia 4 lần, hoặc 6 nang chia 3 - 6 lần hoặc</li> <li>- Ventolin xịt 100mcg/ lần xịt, xịt ngày 4 lần, mỗi lần 2 nhát</li> </ul>
Terbutaline	Bricanyl	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Viên 5mg, uống ngày 4 viên, chia 4 lần, hoặc</li> <li>- Nang khí dung 5mg, khí dung ngày 4 nang, chia 4 lần</li> </ul>
<b><i>Cường beta 2 tác dụng kéo dài (LABA)</i></b>		
Formoterol	Oxis	Dạng hít 4,5mcg/ liều. Hít ngày 2 lần, mỗi lần 2 liều
Salmeterol	Serevent	Dạng xịt, mỗi liều chứa 25mcg, xịt ngày 2 lần, mỗi lần 2 liều
Indacaterol	Onbrez	Dạng hít mỗi liều chứa 150mcg hoặc 300mcg, ngày hít 1 viên
<b><i>Kháng cholinergic tác dụng ngắn (SAMA) và tác dụng kéo dài (LAMA)</i></b>		
Ipratropiumbromide	Atrovent	Nang 2,5ml. Khí dung ngày 3 nang, chia 3 lần
Tiotropium	Spiriva	Dạng hít bột khô 18mcg, hít 1 viên/ngày
Tiotropium	Spiriva Respimat	Dạng phun hạt mịn 2,5mcg/liều, ngày hít 2 liều vào buổi sáng
<b><i>Kết hợp cường beta 2 tác dụng ngắn và kháng cholinergic tác dụng ngắn</i></b>		
Fenoterol/Ipratropium	Berodual	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dạng khí dung: khí dung ngày 3 lần, mỗi lần pha 1-2ml berodual với 3 ml</li> </ul>

		natriclorua 0,9% - Dạng xịt: xịt ngày 3 lần, mỗi lần 2 nhát
Salbutamol/Ipratropium	Combivent	Nang 2,5ml. Khí dung ngày 3 nang, chia 3 lần
Aminophylline	Diaphyllin	- Ống 240mg. Phatruyền tĩnh mạch ngày 2 ống, hoặc - Pha 1 ống với 10 ml glucose 5%, tiêm tĩnh mạch chậm trong cấp cứu con khó thở cấp.
Theophylline (SR)	Theophylline Theostat	- Viên 0,1 g uống 4 viên/ngày chia 4 lần - Viên 0,1g hoặc 0,3g. Liều 10mg/kg/ngày. Uống chia 2 lần.

### ***Corticosteroid dạng phun hít (ICS)***

*Chú ý: cần súc miệng sau sử dụng các thuốc dạng phun hít có chứa corticosteroid*

Beclomethasone	Becotide	Dạng xịt chứa 100mcg/ liều. Xịt ngày 4 liều, chia 2 lần
Budesonide	Pulmicort khí dung, hoặc xịt	- Nang khí dung 0,5mg. Khí dung ngày 2-4 nang, chia 2 lần, hoặc - Dạng hít, xịt, liều 200mcg/ liều. Dùng 2-4 liều/ ngày, chia 2 lần.
Fluticasone	Plixotide	- Nang 5mg, khí dung ngày 2-4 nang, chia 2 lần

### ***Kết hợp corticosteroid và vòng beta 2 tác dụng kéo dài (ICS + LABA)***

Pormoterol/Budesonide	Symbicort	Dạng ống hít. Liều 160/4,5 cho 1 liều hít. Dùng 2-4 liều/ ngày, chia 2 lần
Salmeterol/Fluticasone	Seretide	Dạng xịt hoặc hít. Liều 50/250 hoặc 25/250 cho 1 liều. Dùng ngày 2-4 liều, chia 2 lần.

<b>Corticosteroid đường toàn thân</b>		
Prednisone	Prednisone	Viên 5mg. Uống ngày 6-8 viên, uống 1 lần sau sáng.
Methylprednisolone	Solumedrol Methylprednisone	Lọ tiêm tĩnh mạch. Ngày tiêm 1-2 lọ
<b>Chất ức chế Phosphodiesterase 4</b>		
Chất ức chế Phosphodiesterase 4	Roflumilast	Roflumilast 500mcg. Uống 1 viên/ ngày

### 3. Thử oxy dài hạn tại nhà

- Làm giảm khó thở và giảm công hô hấp do giảm kháng lực đường thở và giảm thông khí phút.
- Giảm tỷ lệ tâm phế mạn do cải thiện tình trạng thiếu oxy máu mạn tính, giảm hematocrit, cải thiện huyết động học phổi
- Chỉ định trong trường hợp BPTNMT có suy hô hấp mạn tính

### III. THEO DÕI BỆNH NHÂN

- Tái khám định kỳ 1 tháng 1 lần.
- Đánh giá sự hiểu biết và tuân thủ phương pháp điều trị, phương pháp dự phòng đợt cấp, kỹ thuật phun hít, sử dụng các thuốc giãn phế quản, Corticosteroid

### IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Phác đồ điều trị chuẩn của bệnh viện về chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.