**PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GOUT**

**1. ĐẠI CƯƠNG**

**1.1 Định nghĩa:**

Bệnh gout là một bệnh khớp do rối loạn chuyển hóa các nhân purin, một bệnh lý quan trọng nhất trong nhóm các bệnh khớp do tinh thể đưa đến tình trạng tăng acid uric trong máu và hậu quả của quá trình trên là sự lắng động các tinh thể muối urate ở các mô trong cơ thể.

**1.2 Nguyên nhân:**

Nguyên nhân bệnh gout chia làm 3 nhóm:

- Gout nguyên phát: chiếm 90- 95%, chưa rõ nguyên nhân. Bệnh liên quan yếu tố gia đình, lối sống và một số bệnh rối loạn chuyển hóa khác.

- Bệnh gout do thiếu hụt một số enzyme chuyển hóa, đưa đến sản xuất quá nhiều acid uric

- Gout thứ phát:

o Do bệnh thận như suy thận

o Do dùng thuốc như thuốc kháng lao, thuốc chống ung thư, thuốc lợi tiểu...

o Do bị bệnh ác tính cơ quan tạo máu o Mắc một số bệnh khác như vẩy nến, sarcoidose, giả gout.

**1.3 Phân loại:**

-Gout cấp

-Gout tiếp diễn

-Gout mạn

**2. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN**

**2.1 Bệnh sử**

- trên 90% là nam giới

- đa phần trong độ tuổi 30, 40 tuổi

- cơn gout cấp thường khởi phát sau ăn quá mức, uống rượu, gắng sức, căng thẳng, bị lạnh, nhiễm trùng...

**2.2 Khám lâm sàng:**

- Vị trí: đa số bắt đầu ở khớp bàn ngón chân I hoặc khớp cổ chân

- Tính chất của cơn viêm khớp cấp: đột ngột đau dữ dội kèm sưng tấy, nóng, đỏ, sung huyết.. .ở 1 khớp, tái đi tái lại, không đối xứng, thường xảy ra về đêm.

- Triệu chứng viêm khớp tăng tối đa trong 12-24 giờ và kéo dài từ vài ngày đến vài tuần rồi có thể tự khỏi, không để lại dấu vết gì.

**2.3 Cận lâm sàng**

**\*X Quang:**

- Trong đợt viêm cấp, chỉ thấy hình ảnh sưng phù nề mô mềm xung quanh khớp nên ít giá trị chẩn đoán

- Hình ảnh X quang khá đặc trưng của bệnh khi đã tiến triển là khuyết xương thành hốc, thường ở đầu các xương gần khớp bị ảnh hưởng.

**\*Xét nghiệm máu**

- Công thức máu:

Bạch cầu có thể hơi tăng, VS tăng. CRP tăng.

Acid uric máu tăng > 420 pmol/ L (> 7 mg%). Acid uric máu thường tăng > 2 tuần sau khi hết đợt cấp (#12-43% bệnh nhân có acid uric máu trong giới hạn bình thường hoặc thấp trong giai đoạn cấp)

\*Dịch khớp: đây là 1 xét nghiệm rất quan trọng và có ý nghĩa giúp ích cho chẩn đoán xác định bệnh và chẩn đoán phân biệt ngay từ cơn viêm khớp cấp đầu tiên. Soi tìm dịch khớp dưới kính hiển vi phân cực, độ nhạy 85%, độ đặc hiệu 100%

Dịch viêm, đục do tinh thể urate, bạch cầu thường tăng khoảng 5000 – 100.000/ mm3Chẩn đoán xác định khi tìm thấy tinh thể urat tự do trong dịch khớp.

**3. CHẨN ĐOÁN**

**3.1 Chẩn đoán có bệnh**

**3.1.1 Nghi ngờ bệnh nhân bị gout:**

Bệnh nhân nam, tuổi khoảng 30-40 tuổi, khởi phát đau đột ngột sau bữa ăn quá mức, uống rượu hay gắng sức.. .bắt đầu ở khớp bàn ngón chân I hay khớp cổ chân cần nghĩ tới Gout

**3.1.2 Tiêu chuẩn chẩn đoán** ( có thể áp dụng một trong các tiêu chuẩn sau)

**TIÊU CHUẨN ARA (American Rheumatology Association) -1968 độ nhạy 70%, độ đặc hiệu 82,7%**

1. Tìm thấy tinh thể acid uric trong dịch khớp hoặc cặn lắng urate trong tổ chức

2. Hoặc có > 2 trong số các tiêu chuẩn sau

- Có tiền sử chắc chắn và/ hoặc quan sát thấy trên 2 đợt sưng đau cấp ở 1 khớp, bắt đầu đột ngột, đau dữ dội và hoàn toàn mất đi trong vòng 2 tuần.

- Có tiền sử chắc chắn và/ hoặc quan sát thấy một cơn viêm cấp đáp ứng tiêu chuẩn 1 ở khớp bàn ngón ngón chân cái

- Có các hạt tophi ở vành tai, quanh khớp

- Sự công hiệu đặc biệt của Colchicin ( trong vòng 48 giờ), được quan sát thấy hoặc hỏi trong tiền sử

**TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN GOUT CỦA ILAR VÀ OMERACT năm 2003 Độ nhạy 70%, độ đặc hiệu 78,8%**

(a) Có tinh thể urate đặc trưng trong dịch khớp, và /hoặc

(b) Tophi được chứng minh có chứa tinh thể urate bằng phương pháp hóa học hoặc kính hiển vi phân cực, và/ hoặc

(c) Có 6/12 trạng thái 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 khớp ở 1 khớp

4. Đỏ vùng khớp

5. Sưng, đau khớp bàn ngón chân 1

6. Viêm khớp bàn ngón chân I ở một bên

7. Viêm khớp cổ chân 1 bên

8. Tophi nhìn thấy được

9. Tăng acid uric máu

10. Sưng khớp không đối xứng

11. Nang dưới vỏ xương, hốc khuyết xương

12. Cấy vi sinh âm tính

3.1.3 Chẩn đoán phân biệt Cơn Gout cấp phân biệt với

- Viêm khớp nhiễm trùng

- Giả gout ( vôi hóa sụn khớp)

- Viêm mô tế bào quanh khớp

- Chấn thương khớp và quanh khớp

- Lao khớp

- Thoái hóa khớp

**Gout mãn phân biệt**

Viêm khớp dạng thấp

Thoái hóa khớp

**3.2 Chẩn đoán giai đoạn:**

***Gout cấp:***

**Lâm sàng khởi phát của cơn gout cấp điển hình:**

- Khởi phát đột ngột sau bữa ăn quá mức, uống rượu, gắng sức.. .vị trí ở khớp ngón I bàn chân hoặc khớp gối ( chiếm 80%), khớp sưng tấy, đau dữ dội, sung huyết.. thường về đêm. Triệu chứng tăng tối đa trong 12-24 giờ và kéo dài từ vài ngày đến vài tuần, có thể tự khỏi hoàn toàn.

- Những khớp khác có thể bị ảnh hưởng như: mắt cá chân, cổ tay, ngón tay, vai, khớp ức đòn, cột sống, háng. điều này có thể làm chẩn đoán nhầm lẫn.

- Biểu hiện toàn thân: có thể sốt, rét run, cứng gáy, mệt mỏi, suy nhược...

***Tiêu chuẩn chẩn đoán gout cấp***

1. Tiền sử có viêm cấp 1 khớp tiếp theo đó có những giai đoạn khỏi hoàn toàn không có triệu chứng.

2. Hiện tượng viêm đáp ứng tốt với Colchicin ( trong vòng 48 giờ) và không viêm khớp khác (trong ít nhất 7 ngày)

3. Tăng acid uric máu > 420 ụ,mol/L ( hay > 7 mg/dl)

***Gout tiếp diễn:***

- Càng về sau đợt viêm cấp càng kéo dài, không tự khỏi, không thành cơn điển hình, biểu hiện ở nhiều khớp, đối xứng và để lại di chứng cứng khớp, teo cơ, hạn chế vận động.

- Khoảng cách giữa các cơn gout cấp thì hoàn toàn im lặng, khớp khỏi hoàn toàn. Khoảng cách giữa cơn đầu tiên và cơn thứ hai có thể từ vài tháng đến nhiều năm, thậm chí > 10 năm.

***Gout mãn:***

- Viêm nhiều khớp, có thể đối xứng, biến dạng khớp, teo cơ, cứng khớp.

- Nốt tophi ở sụn vành tai, ở phần mềm cạnh khớp và quanh khớp,.

- Biểu hiện toàn thân:

o Thiếu máu mãn

o Suy thận mãn

o Sỏi thận

o Cao huyết áp

o Đái tháo đường..

**3.4 Yếu tố thúc đẩy làm bệnh tiến triển xấu:**

- Sử dụng dài ngày thuốc kháng viêm nhóm Corticosteroid, Aspirin liều thấp, thuốc lợi tiểu Thiazide và lợi tiểu quai,...

- Uống bia và rượu (nhưng không phải rượu vang), ăn uống quá mức, béo phì, chế độ ăn nhiều thịt, hải sản, stress, nạn đói, mất nước, chấn thương, phẫu thuật...

- Không kiểm soát tốt các bệnh lý đi kèm: cao huyết áp, rối loạn lipid máu, đái tháo đường, suy thận mạn...

**4.ĐIỀU TRỊ**

**4.1 Mục đích**

- Khống chế các đợt viêm khớp gout cấp

- Ngừa tái phát

- Kiểm soát tốt các bệnh kèm theo

**4.2 Nguyên tắc điều trị:**

- Khống chế các đợt viêm gout cấp càng nhanh, càng sớm càng tốt

- Làm giảm và duy trì acid uric máu ở mức cho phép

o Không sử dụng khi đang đợt viêm cấp

o Bắt đầu ở liều thấp, tăng dần tới liều điều trị, sử dụng liên tục, không ngắt quãng

o Trong thời kỳ đầu cần dùng kèm các thuốc ngừa cơn gout cấp.

o Điều trị hạ acid uric máu lâu dài ở Bn có nốt tophi sau khi giải quyết đợt cấp để phòng ngừa bệnh Gout mạn tính

- Xem xét các bệnh đi kèm có ảnh hưởng đến tính an toàn và hiệu quả của việc lựa chọn thuốc kháng viêm để điều trị bệnh gout: chức năng thận, bệnh tim mạch, bệnh đường tiêu hóa, tiền căn sử dụng thuốc, dị ứng thuốc.

- Các biện pháp hổ trợ như chườm lạnh, nghỉ ngơi khớp đau, và các thuốc giảm đau ( vd: Acetaminophen hoặc Opioids)

**4.3 Điều trị cụ thể:**

**4.3.1 Điều trị đợt Gout cấp:**

**NSAIDs:**

- Nên điều trị trong vòng 24-48 giờ đầu của cơn Gout cấp

- Tổng số thời gian điều trị thông thường khoảng 5-7 ngày hoặc có thể dài ngày hơn ( ở những bệnh nhân này cần dùng thêm thuốc để tránh bệnh lý dạ dày do NSAIDs ( vd: ức chế bơm proton)

- Có thể ngưng NSAIDs 1-2 ngày sau khi dấu hiệu lâm sàng được cải thiện

- Chống chỉ định NSAIDs:

• Bệnh thận mạn với độ lọc cầu thận < 60ml/phút/1,73 m2

• Loét dạ dày tá tràng đang hoạt động

• Bệnh tim mạch, đặc biệt là suy tim và cao huyết áp khó kiểm soát

• Dị ứng NSAIDs

• Đang dùng thuốc kháng đông

- Lựa chọn thuốc:

|  |
| --- |
| Các thuốc kháng viêm NSAIDs trong điều trị cơn viêm khớp gout cấp |
| Thuốc | Liều dùng \* |
| Didofenac | 50mg x 4 lần/ ngày |
| Fenoprofen | 600mg x 4 lần/ ngày |
| Flubiprofen | 100mg x 3 lần/ ngày |
| Ibuprofen | 800mg x 4 lần/ ngày |
| Indomethacin | 50mg x 4 lần/ ngày |
| Ketoprofen | 75mg x 4 lần/ ngày |
| Meclofenamic acid | 100mg x 3 lần/ ngày |
| Naproxen | 500mg x 2 lần/ ngày |
| Piroxicam | 40mg /ngày |
| Meloxicam | 15mg / ngày |
| Etoricoxib | 120mg / ngày |
| \* thường dùng liều tối đa, ngắn ngày |

**Colchicine:**

-Colchicine uống có hiệu quả tốt nhất trong vòng 12-24 giờ khởi phát triệu chứng -Ngày 1: 1mg x 2 lần

-Sau đó 1mg x 1-2 lần/ ngày tùy thuộc sự dung nạp thuốc của bệnh nhân -Ngưng Colchicine trong 2-3 ngày sau khi giải quyết hết cơn cấp

-Giảm liều Colchicine ở bệnh nhân có CrCl < 45 ml/phút

-Chống chỉ định của việc sử dụng Colchicine:

\* Sử dụng Colchicine (vd, để dự phòng ) trong vòng 14 ngày trước ở bệnh nhân suy gan nặng hoặc suy thận nặng độ lọc cầu thận <30 ml/phút

\* Sử dụng đồng thời với 1 loại thuốc ức chế mạnh Cytochrome P450 hoặc ức chế P-glycoprotein với sự hiện diện của suy thận hoặc gan

-Tác dụng phụ thường gặp của Colchicine là tiêu chảy và đau bụng, 1 số trường hợp dùng lâu dài có thể gây bệnh lý thần kinh cơ

**Glucocorticoids:**

-Bao gồm: dạng tiêm trong khớp, dạng uống, dạng tiêm (tĩnh mạch, bắp).

-Glucocorticoid tiêm trong khớp được chỉ định cho bệnh nhân không thể uống NSAIDs hoặc Colchicine, và chỉ viêm 1 hoặc 2 khớp. Tuy nhiên, cần loại trừ nhiễm trùng khớp và cần áp dụng đúng kỹ thuật chuyên môn.

-Thuốc sử dụng: Triamcinolone acetonide: khớp lớn (khớp gối) 40-80mg, khớp trung bình (cổ tay, mắt cá chân, khuỷu tay) 30-40mg, khớp nhỏ 10-20mg hoặc liều tương đương của Methylprednisolone acetate.

- Glucocorticoid toàn thân đường uống hoặc tiêm được chỉ định cho bệnh nhân bị viêm nhiều khớp -Thận trọng ở bệnh nhân suy tim, tăng huyết áp khó kiểm soát, không dung nạp glucose

-Có thể sử dụng Glucocorticoid ở những bệnh nhân suy thận vừa đến nặng -Thuốc sử dụng:

- Liều uống: Prednisone (hoặc Glucocorticid khác tương đương) 30-50mg mỗi ngày 1 lần hoặc chia 2 liều cho đến khi hết cơn bùng phát gout cấp, sau đó giảm liều, thường là hơn 7-10 ngày, thậm chí 21 ngày đối với những bệnh nhân bị cơn gout cấp tái phát nhiều lần

-Liều tiêm tĩnh mạch điển hình là 40mg Methylprednisolone 1 lần buổi sáng mỗi ngày, sau đó chuyển sang dạng uống và giảm liều dần.

-Tác dụng phụ Glucocorticoid: thay đổi tâm trạng, tăng đường huyết, tăng huyết áp, giữ nước...

**Thuốc sinh học ức chế Interleukin-1:**

**-**Chỉ định: bệnh nhân không đáp ứng với các biện pháp điều trị trên và những người có cơn Gout cấp tái phát thường xuyên.

-Các thuốc được chấp thuận bao gồm: Canakinumab, Anakinra...



**4.3.2 Ngừa tái phát:**

-Thuốc ngừa vào cơn cấp:

\*Colchicine liều thấp 0,5mg 1-2 lần/ngày. Hoặc NSAIDs liều thấp có kèm với thuốc ức chế bơm proton hoặc glucocorticoid uống liều thấp < 10mg/ngày).

\*Thời gian điều trị dự phòng ít nhất là 6 tháng, hoặc 3 tháng sau khi nồng độ acid uric máu đạt mục tiêu (đối với Gout không có tophi), hoặc 6 tháng sau khi nồng độ acid uric máu đạt mục tiêu ( đối với Gout có tophi)

-Làm hạ acid uric: bằng

\*Chế độ dinh dưỡng:

o Tránh các chất có nhiều purin như phủ tạng động vật, thịt cá, tôm trứng, hoa quả. Ăn thịt cá không quá 150 gam/ ngày.

o Tránh uống bia rượu, nước ngọt có gaz o tăng cường uống sữa và ăn các chế phẩm của sữa

o Cần giảm cân, tập luyện thể dục thường xuyên...

o Uống nhiều nước, giúp hạn chế lắng động urat trong đường tiết niệu

o Tránh các thuốc làm tăng acid uric máu

o Tránh các yếu tố khởi phát gout cấp như stress, chấn thương...

o Dùng Vitamin C 500mg/ngày

\* Thuốc:

*Thuốc làm giảm acid uric máu:*

**+Nguyên tắc:**

- không dùng trong đợt viêm cấp

- bắt đầu ở liều thấp, tăng dần tới liều điều trị, sử dụng liên tục, không ngắt quãng

- trong thời kỳ đầu cần dùng kèm các thuốc để ngừa cơn gout cấp

**+Thuốc chống tổng hợp acid uric Allopurinol:**

- Khởi đầu 100mg/ ngày , tăng dần đến 300mg/ ngày, uống 1 lần duy nhất sau ăn.

- Liều tối đa 800 -900 mg/ ngày

- Khi bệnh nhân điều trị bằng Allopurinol cần lưu ý:

o Thận trọng khi sử dụng các thuốc nhóm beta lactam (Ampi, Amox...) vì làm tăng nguy cơ dị ứng thuốc

o Allopurinol làm tăng nồng độ của Azathiopurine, Mercaptopurine, Theophylline, thuốc chống đông

o Allopurinol làm tăng tác dụng của thuốc thải acid uric **Febuxostat:**

Có thể thay thế Allopurinol khi bị dị ứng Allopurinol hoặc kết hợp với Allopurinol.

Liều dùng: bắt đầu 40mg, tăng dần 80-120mg/ngày.

**+Thuốc tăng thải acid uric khỏi cơ thể**

**Probenecid**

- Khởi đầu 250mg x 2 lần/ ngày, tăng mỗi 0,5g/tuần và duy trì 500mg x 2 lần/ngày

- Liều tối đa 1g x2 lần/ ngày

- Có thể tăng nguy cơ sỏi thận

**Sulfinpyrazone**

- Khởi đầu 50mg x2 lần/ ngày, tăng dần tới 100mg x 3 lần/ ngày,

- Tối đa 200mg x 3-4 lần / ngày

**Benzbromarone**

- Có hiệu quả đối với bệnh nhân suy thận nhẹ hoặc trung bình (độ lọc cầu thận 30-59ml/phút), bao gồm một số bệnh nhân không đáp ứng hoặc không dung nạp với Allopurinol

- Liều 25-50mg/ngày, tối đa 200mg/ngày. Liều thông thường sử dụng là 100mg/ngày

- Nên tránh sử dụng ở những bệnh nhân bệnh gan

+**Pegloticase**

- Là 1 uricase

- Sử dụng ở những bệnh nhân bị Gout tiến triển, có triệu chứng tích cực hoặc khi những biện pháp hạ acid uric máu khác không hiệu quả hoặc có chống chỉ định các thuốc hạ acid uric máu khác.

- Truyền 8mg mỗi 2 tuần hoặc 8mg mỗi 4 tuần. Điều trị dự phòng cơn Gout cấp bằng Colchicine hoặc và NSAIDs và ức chế bơm proton.

- Sử dụng Fexofenadine và Acetaminophen vào buổi sáng trước khi truyền và 200mg Hydrocortisone tiêm tĩnh mạch ngay lập tức trước mỗi lần truyền

+**Rasburicase**: còn đang nghiên cứu



**4.3.3 Khống chế bệnh đi kèm:**

-Kiểm soát tốt các bệnh kèm theo: Tăng huyết áp (ưu tiên dùng ức chế thụ thể angiotensin II Losartan), Rối loạn lipid máu (ưu tiên nhóm fibrate) , đái tháo đường, bệnh mạch vành...

-Giảm cân nặng.

**5.THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM:**

- Theo dõi các đợt Gout cấp tái phát, sự xuất hiện nốt tophi, và thay đổi trên X-quang

- Ở những bệnh nhân đang uống thuốc hạ acid uric, lúc đầu cần theo dõi nồng độ acid uric máu mỗi 1-3 tháng, sau đó mỗi 6 tháng ( với mục tiêu nồng độ acid uric máu < 6 mg%), theo dõi nồng độ acid uric và PH trong nước tiểu, sỏi đường niệu

- Theo dõi tác dụng phụ của NSAIDs và Colchicine, làm các xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu, chức năng gan, chức năng thận mỗi 3-6 tháng

- Khi bắt đầu uống Allopurinol lúc, cần theo dõi cẩn thận hội chứng tăng nhạy cảm của thuốc ( tăng eosinophile, viêm da, suy đa cơ quan)

**Tài liệu tham khảo:**

1. Phác đồ điều trị Gout 2011, Bộ Y tế

2. Phác đồ điều trị Gout 2013, Bệnh viện Chợ Rẫy

3. Michael A Becker (2014). Clinical manifestations and diagnosis of gout. Treatment of acute gout. Prevention of recurrent gout. Uptodate.

4. Dinesh Khanna, Puja P.Khanna (2012) “Part 1: Systematic Nonpjarmacologic and Pharmacologic Therapeutic Approaches to Hyeruricemia” and “ Part 2: Therapy and Antiinílammatory Prophylaxis of Acute Gouty Arthritis”. American College of Rheumatology Guidelines for Management of Gout. Vol. 64, No.10, October 2012, pp 1447-1461.

# DINH DƯỠNG ĐIỀU TRỊ BỆNH CAO HUYẾT ÁP

**1. Nguyên tắc điều trị:**

- Lối sống năng động, tránh thừa cân

- Hạn chế muối natri, cholesteron trong khẩu phần ăn

- Tăng cường kali, canxi

- Cung cấp đủ các chất dinh dưỡng, vitamin và khoáng chất

**2. Nhu cầu dinh dưỡng:**

**2.1 Năng lượng**: trung bình 25-35 kcal/kg/ngày

Mức năng lượng phụ thuộc từng đối tượng nhằm duy trì cân nặng lý tưởng với BMI khoảng 22.5 - 25kg/m2 và chu vi vòng eo < 102 cm đối với nam và < 88 cm đối với nữ.

**2.2 Chất đạm (protid):** Duy trì mức 0.8 - 1.0 g/kg/ngày

Nên sử dụng nguồn đạm thực vật như đậu đỗ, các loại thực phẩm từ đậu nành, các loại hạt.

Đối với đạm động vật nên ăn thịt gia cầm, cá thay cho các loại thịt đỏ, chọn thịt nạc, bỏ da, mỡ (trừ mỡ cá)

Khi chế biến có thể nấu, luộc, hấp, quay, nướng không nên chiên.

Các chế phẩm từ sữa ít béo, hoặc tách béo cũng là một nguồn đạm tốt cho cơ thể.

**2.3 Chất béo (lipid)**: Chiếm dưới 25% nhu cầu năng lượng, dùng nguồn béo từ dầu thực vật, mỡ cá, đậu tương, lạc, vừng hạn chế bơ, mỡ, shortening, sữa nguyên kem.

Hạn chế những loại thực phẩm chứa nhiều cholesterol như lòng đỏ trứng, óc, lòng, tim, gan, phủ tạng (cholesterol < 300mg/ngày).

**2.4 Chất bột đường (glucid)**: chiếm 55 - 65% nhu cầu năng lượng.

Nên sử dụng thêm các loại ngũ cốc nguyên hạt như gạo lức, bánh mì đen, bắp ngoài gạo trắng, bún, phở, bánh mì trắng trong bữa ăn hằng ngày.

Hạn chế sử dụng các loại carbohydrate chế biến sẵn như bánh, kẹo, sữa đặc, đường đơn, các loại nước trái cây đóng hộp, nước ngọt.

**2.5 Chất khoáng:**

**2.5.1 Hạn chế lượng muối Natri trong khẩu phần ăn:**

Hạn chế muối tổng cộng trong khẩu phần ăn khoảng 5 - 6g/ngày

Ngoài muối là nguồn cung cấp natri chủ yếu, còn có nhiều gia vị khác cũng cung cấp một nguồn natri đáng kể như nước tương, nước mắm, bột ngọt, các loại sốt, tương. Đồng thời bản thân một số nhóm thực phẩm cũng chứa nhiều natri:

o Các loại đồ hộp, thực phẩm chế biến sẵn: thịt, cá đóng hộp, thịt hun khói, thịt muối, xúc xích, lạp xưởng, mì gói, các loại bánh.

o Sữa và các sản phẩm từ sữa như bơ, phô mai.

Do đó khi tính toán lượng natri trong khẩu phần cần quan tâm đến tất cả các nguồn thực phẩm cung cấp natri ngoài muối.

**2.5.2 Chế độ ăn giàu Kali:**

Chế độ ăn giàu Kali từ 4g - 5g /ngày có thể giảm huyết áp ở những người có tiền sử gia đình tăng huyết áp.

Rau xanh, quả chín là nguồn thực phẩm cung cấp Kali chủ yếu. Nhóm rau quả cung cấp nhiều Kali nhất là đậu đỗ (đậu nành, đậu xanh), bông cải xanh, rau cần, rau dền, rau ngót,, mồng tơi, cà chua, chuối, đu đủ, am quít, các loại ngũ cốc. Lượng rau quả tươi nên dùng mỗi ngày > 400 - 500g/ ngày.

**2.5.3 Calci, magnesi, các loại chất khoáng khác:**

Nhu cầu theo khuyến nghị dành cho người Việt Nam. Các loại rau lá màu xanh đậm, đậu đỗ có nhiều canxi, magnese. Ngoài ra uống 1- 2 ly sữa tách béo mỗi ngày giúp cung cấp đủ nhu cầu canxi cho cơ thể (500 - 1000 mg/ngày)

**2.6 Vitamin và nước: theo nhu cầu của người bình thường.**

**3. Tư vấn người bệnh:**

**3.1 Những điều nên thực hiện:**

- Theo dõi cân nặng thường xuyên ít nhất mỗi tháng 01 lần để điều chỉnh kịp thời. Đối với những người thừa cân/béo phì (chỉ số BMI > 25, hoặc vòng eo ở nam > 90cm, ở nữ > 80 cm ): cần thực hiện chế độ giảm cân, nên ăn những loại thực phẩm ít đường, ít béo phối hợp với tập thể dục đều đặn.

- Đối với những người có cân nặng chuẩn BMI < 23, nên theo dõi cân nặng thường xuyên để duy trì trọng lượng của mình không để tăng cân.

- Chế độ ăn giàu rau xanh, nên dùng mỗi ngày 300- 500g/ngày.

- Ăn nhiều quả chín Rau là nguồn cung cấp Kali, canci, magne, các loại vitamin, chất xơ đồng thời giúp giảm hấp thu cholesterol toàn phần trong thực phẩm.

- Tập thể dục thường xuyên: Nên tập thể dục từ 30 - 45 phút mỗi ngày. Người lớn tuổi nên chọn hình thức đi bộ, đạp xe đạp

- Uống thêm 1-2 ly sữa mỗi ngày: sữa ít béo, sữa đậu nành

**3.2 Những điều cần tránh:**

- Hút thuốc lá: cần ngưng hút thuốc lá, nếu cần có thể dùng các loại thuốc ngưng thuốc lá như liệu pháp nicotin thay thế, bupropion, hay varenicline.

- Uống quá nhiều rượu bia: Nam: chỉ nên uống tối đa 2 lon bia (khoảng 720mL bia), 300 mL rượu nho, hoặc 1ly rượu mạnh (< 60ml/ ngay một ngày), Nữ: chỉ nên uống tối đa 1 lon bia, 150 mL rượu nho hoặc → ly rượu mạnh (< 30ml/ ngay một ngày).

- Thói quen ăn mặn, dùng thêm nước chấm mặn trong bữa ăn

- Các thực phẩm chế biến sẳn có nhiều muối, bột nêm: giò chả, xúc cích, thịt hộp, chà bông, dưa muối chua, mì gói,...

- Ăn quá nhiều chất béo bão hòa và cholesterol: Hạn chế các chất béo bão hòa và cholesterol góp phần phòng tránh bệnh tim mạch.

- Các chất có cafein gây kích thích thần kinh như trà đặc, cà phê.

**4. Phụ lục:**

**4.1 Hàm lượng muối trong các thực phẩm thông thường**

- 100g giò lụa: 4 g muối

- 100g lạp xưởng: 4 g muối

- 100g dăm bông heo: 2.5g muối

- 01 gói mì ăn liền: 2 g muối

- Một muỗng cà phê nước mắm: 1g muối

- Một muỗng cà phê nước tương: 0. 7g muối

**4.2 Thực phẩm giàu cholesteron**

- Óc heo: 2.500mg

- Lòng đỏ trứng gà: 1790mg

- Phô mai: 406mg

- Bầu dục heo: 375mg

- Gan heo: 300mg

- Tôm: 200mg

- Tim heo: 140mg

- Lưỡi bò: 108mg

- Dạ dày bò: 95 mg

**5. Tài liệu tham khảo:**

5.1 Nguyễn Thị Lâm. Chế độ ăn trong phòng và điều trị tăng huyết áp. Dinh dưỡng lâm sàng 2002. Viện Dinh dưỡng. Trang 189 - 200.

5.2 Hướng dẫn chế độ ăn bệnh viện. Bộ Y tế 2006. Trang 22.

5.3 L.Kathleen Mahan, Sylvia Escott - Stump. Krause’ Food, nutrition, and diet therapy 2000. Page 596 - 610.

5.4 The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). 2013 ESH/ESC Guidelines for themanagement of arterial hypertension. European Heart Journal (2013) 34, 2185-2187 doi:10.1093/eurheartj/eht151.

# PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CƠN HEN PHẾ QUẢN

**1. ĐỊNH NGHĨA:**

- Hen phế quản là hội chứng biểu hiện bằng các cơn khó thở kịch phát chiếm

ưu thế thì thở ra kèm theo ho & khạc đàm nhầy dính.

- Theo GINA ( 2012 ) : Hen phế quản là một bệnh viêm mạn tính đường hô hấp.

Đường thở viêm mạn tính bị gia tăng phản ứng; chúng trở nên tắc nghẽn và luồng

khí bị giới hạn (do co thắt phế quản, nghẽn đàm, và gia tăng tình trạng viêm) khi

đường thở gặp các yếu tố nguy cơ khởi phát.

- Về mặt chức năng hô hấp có:

. Tắc nghẽn không đồng đều từng vùng phế quản, có thể hồi phục được.

. Giảm thể tích khí lưu thông, tăng thể tích cặn.

**2. CHẨN ĐOÁN:**

**2.1. Chẩn đoán cơn hen phế quản :**

***2.1.1. Lâm sàng cơn hen phế quản điển hình***

**a. Tiền triệu:**bệnh nhân cảm thấy khó chịu ngứa họng, ngứa mũi, ho cơn.

**b. Cơn hen phế quản:**

- Xảy ra ban đêm khoảng 1-4 giờ sáng, một cách đột ngột.

- Bệnh nhân phải ngồi chống tay lên giường để thở, không nằm được.

- Co kéo cơ hô hấp phụ, cánh mũi phập phồng, co lõm ngực, co kéo hõm ức.

- Nghe phổi: ran rít, ran ngáy khắp 2 phế trường.

- Cơn kéo dài 15-30 phút và tự giảm dần hoặc nhanh chóng dưới tác dụng của thuốc dãn phế quản.

**c. Cuối cơn hen phế quản:** Ho có đàm, lượng ít, nhày, trắng, trong, dai, từng hạt tròn nhỏ, rất khó khạc ra ngoài. Khi khạc được đàm bệnh nhân thấy khoẻ, cơn khó thở bớt dần. Trong đàm khạc ra có tế bào ái toan và tinh thể Charcort-Leyden.

**d. Sau cơn hen phế quản:** Bệnh nhân rất mệt mỏi, khám phổi gần như bình thường, thể hiện tính phục hồi của hen phế quản.

**e. Giữa các cơn hen phế quản :**không có triệu chứng khó thở và chức năng hô hấp trong giới hạn bình thường.

***2.1.2. Các yếu tố khởi phát:***

- Các dị nguyên, nhiễm trùng hô hấp, gắng sức, tăng thông khí, thay đổi thời tiết hoặc khí hậu lạnh, khí SO2, thức ăn, thức uống, các chất bảo quản thực phâm và dược phẩm (như aspirin và thuốc chặn beta).

- Biểu lộ xúc cảm quá mức (cười lớn hoặc la lớn)

***2.1.3. Cận lâm sàng:***

**a. Đo chức năng hô hấp :**

- Đo hô hấp ký: rối loạn thông khí tắc nghẽn phục hồi hoàn toàn với thuốc giãn phế quản: chỉ số Gaensler **( FEV1/ FVC ) < 70%, và**> **70% sau phun hít**400→ salbutamol.

- Lưu lượng đỉnh kế :

□ Tăng > 15% sau 30 phút hít thuốc cường β2 tác dụng ngắn.

□ Giảm > 15% sau 6 phút đi bộ hoặc gắng sức.

□ Khi hen nặng < 80% trị số ước đoán

**b. Khí máu động mạch (Arterial Blood Gases )**

- Hen nhẹ : pCO2 giảm do tăng thông khí

- Hen phế quản mức độ trung bình : pO2 >60mmHg, pCO2 <40mmHg

- Hen nặng : pCO2 tăng tỷ lệ với mức độ nặng của bệnh: pO2 giảm, pH giảm

**c. X quang ngực :**

- Hen phế quản nhẹ : bình thường hoặc ứ khí nhẹ

- Hen phế quản nặng : các biến chứng có thể thấy: tràn khí màng phổi, tràn khí dưới da, tràn khí trung thất, viêm phổi, xẹp phổi.

**2.2. Chẩn đoán phân biệt :**

***2.2.1. Đợt cấp của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính***

- Tiền sử: có tiền sử VPQ mạn tính (ho, khạc đờm kéo dài), nghiện thuốc lào thuốc lá.

- Đặc điểm LS: đờm nhiều, đục, đờm càng nhiều khó thở càng nặng. Nghe phổi thường có giảm rì rào phế nang, ran ẩm (ran nổ).

- X quang phổi: thường có hình ảnh VPQ mạn tính hoặc giãn phế nang; trong cơn hen, thường có lồng ngực giãn căng, phổi tăng sáng.

- Phân tích khí máu động mạch: thường có tăng HCO3 kèm theo tăng PaCO2

***2.2.2. Tràn khí màng phổi***

- Đây là điều quan trọng nhất trong chẩn đoán phân biệt HPQ.

- Khó thở, đau ngực thường xuất hiện đột ngột, trong khi đó, 80% các cơn hen cấp xuất hiện từ từ trong vòng 48 giờ.

- Dấu hiệu của TKMP ở một bên phổi (mất rì rào phế nang, lồng ngực giãn căng, gõ trong).

- Thường kèm theo tràn khí dưới da.

- Chụp X quang hoặc CT phổi trong trường hợp tràn khí ít sẽ khẳng định chẩn đoán.

***2.2.3. Phù phổi cấp do tim***

- Thường xuất hiện khó thở đột ngột.

- Có tiền sử mắc bệnh tim mạch hoặc cao huyết áp.

- Có các triệu chứng của bệnh tim mạch (suy tim, cao huyết áp...).

***2.2.4. Nhồi máu phổi***

- Khó thở, đau ngực, ho khạc ra máu xuất hiện đột ngột.

- Có yếu tố nguy cơ gây nhồi máu phổi (bất động kéo dài, bệnh lí đa hồng cầu...).

- Nghe phổi có ran ẩm, ran nổ. D dimer thường tăng. Điện tâm đồ có thể thấy S1Q3.

*-* XQ phổi có đám mờ khu trú hoặc xẹp phổi hình dải hoặc phổi quá sang một vùng, bên.

- MSCT phổi có tiêm thuốc cản quang sẽ khẳng định chẩn đoán khi thấy cục huyết khối.

***2.2.5. Viêm phổi cấp***

- Sốt, khạc đờm vàng, xanh

- Nghe phổi có ran ẩm, ran nổ.

- XQ phổi có hình ảnh viêm phổi

***2.2.6. Dị vật đường thở***

- Bệnh sử sặc, hít phải dị vật

- Hội chứng xâm nhập sau khi hít dị vật: cơn ho dữ dội, ngạt thở cấp.

- Không có tiền sử hen phế quản

**2.3. Chẩn đoán mức độ bệnh:**

**Bảng 1: Phân loại độ nặng của bệnh**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Triệu chứng | Trịệu chứng vê đêm | Lưu lượng đỉnh (Peak Flow) |
| ***Bậc 4******Nặng kéo dài*** | ✓Liên tục✓Họat động thể lực bị hạn chế | Thường xuyên | ✓< 60% lý thuyết ✓Thay đổi > 30% |
| ***Bậc 3******Vừa******Kéo dài*** | ✓Có mỗi ngày✓Hoạt động thể lực và giấc ngủ bị ảnh hưởng .✓Phải hít chất đồng vận β2tác dụng ngắn mỗi ngày | > 1 lần/tuần | ✓60-80% lý thuyết ✓Thay đổi >30% |
| ***Bậc 2******Nhẹ Kéo dài*** | ✓>1 lần/tuần nhưng <1 lần/ngày✓ Hoạt động thể lực và giấc ngủ có thể bị ảnh hưởng | > 2 lần/tháng | ✓-> 80% lý thuyết✓Thay đổi 20- 30% |
| ***Bậc 1******Từng cơn*** | ✓ 1 lần/tuần.✓Đợt ngắn (từ vài giờ đến vài ngày).✓Không triệu chứng và lưu lượng đỉnh bình thường giữa các cơn | < 2 lần/tháng | ✓> 80% lý thuyết✓Thay đổi < 20% |

- Chỉ cần bệnh nhân có môt trong các biểu hiện nêu trên là đủ để xếp vào độ nặng tương ứng.

- Mặt khác, ở mỗi độ nặng của bệnh khi xuất hiện cơn hen phế quản thì cơn hen này cũng được phân chia: nhẹ - trung bình - nặng

Bảng 2: Độ nặng của cơn hen phế quản

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Thông số** | **Nhẹ** | **Vừa** | **Nặng** | **Dọa ngưng thở** |
| Khó thở | Khi đi lại,có thể nằm được | Khi nói chuyện, ngồi dễ chịu hơn | Cả khi nghỉ ngơi. Chồm ra trước |  |
| Nói chuyện | Từng câu | Từng nhóm từ | Từng từ |  |
| Tri giác | Có thể bị kích động | Thường bị kích động | Thường bị kích động | Buồn ngủ hay lẫn lộn |
| Nhịp thở | Tăng | Tăng | Thường >30 lần/phút |  |
| Co kéo các cơ hô hấp phụ và trên ức | Thường không có | Thường có | Thường có | Cử động nghịch đảo ngực bụng |
| Khò khè | Trung bình, thường chỉ cuối thì thở ra | Lớn | Thường lớn | Không có khò khè |
| Mạch/phút | <100 | 100-200 | >200 | Chậm |
| Mạch nghịch | Không có < 10 mmHg | Có thể có 10-25mmHg | Thường có>25mmHg(ngườilớn)20-40mmHg (trẻ em) | Không có , gợi ý tình trạng nhược cơ hô hấp |
| Lưu lượng đỉnh so với ban đầu | > 80% | Khoảng 60% -80% | <60% (<100L/ph ở người lớn ) hoặc đáp ứng kéo dài <2 giờ |  |
| PaO2 (khí trời ) và /hoặc | Bình thường (thường không cần làm ) | > 60mmHg | < 60mmHg có thể tím tái |  |
| PaCO2 | < 45mmHg | < 45 mmHg | > 45 mmHg có thể suy hô hấp |  |
| SaO2 %( khí trời ) | > 95% | 91 - 95% | < 90% |  |
|  | Tăng CO2/máu ( giảm không khí ) thường gặp ở trẻ em nhiều hơn người lớn và tuổi thiếu niên |

**3. ĐIỀU TRỊ:**

**3.1. Mục tiêu và phương hướng điều trị:**

***3.1.1. Muc tiêu:***

- Cải thiện chất lượng cuộc sống.

- Kiểm soát triệu chứng cơn hen.

- Ngừa cơn kịch phát.

- Duy trì chức năng phổi bình thường.

- Duy trì hoạt động sinh lý bình thường (kể cả gắng sức).

- Hạn chế tác dụng phụ của thuốc.

***3.1.2. Phuơng hướng:***

- Cắt cơn.

- Phòng ngừa.

- Giải mẫn cảm đặc hiệu.

**3.2. Điều trị cắt cơn:**

***3.2.1. Cơn nhẹ:***

**a. Điều trị cắt cơn**: kích thích β2 dạng khí dung MDI (bình định chuẩn liều) hay Nebulizer ( khí dung) dùng 3 lần/ngày.

**b. Theo dõi & điều trị tiếp theo:**

- Các triệu chứng thường giảm đi sau dùng kích thích P2 và sẽ cắt cơn kéo dài khoảng 4giờ.

- Peak flow >80% số ước đoán.

- Tiếp tục dùng kích thích β2 mỗi 3-4 h trong 1-2 ngày tiếp.

***3.2.2. Cơn trung bình:***

- Tiếp tục khí dung kích thích β2.

- Thêm Corticoids viên hay siro.

- Có thể dùng Corticoids dạng toàn thân nếu không có đáp ứng hay trước đó bệnh nhân đã dùng Corticoids viên hay siro.

- Không được dùng an thần.

***3.2.3. Cơn hen nặng & ác tính :***

**a. O2 liệu pháp**: 4-5 l/phút qua mũi. Giữ PaO2 >65mmHg, đảm bảo SpO2 > 92%. Trong trường hợp tăng thán rõ rệt → O2 liệu pháp cần thận trọng vì biện pháp này với lưu lượng không thích hợp ,sẽ có thể làm giảm PaO2 & tăng PaCO2.

**b. Đặt đường truyền tĩnh mạch**& bù dịch thỏa đáng 2- 2,5l/ng để bù giảm thể tích & loãng đàm.

**c. Tiếp tục khí dung kích thích** β2 Salbutamol hay Terbutalin 2,5-5 mg/0,5-1ml + 3ml nước cất; lặp lại mỗi 20phút trong giờ đầu. Nếu đáp ứng tốt lặp lại 1 lần /2h.

**d. Corticoid:** càng sớm càng tốt. Methyl Prednisolone 125mg TTM/ 6h lần. Hay Hydrocortisone 1000mg/24h (200mg TM mỗi 4h).

**e. Nếu không hiệu quả**→ dùng kích thích β2

- Bricanyl 0.5mg 1 ống TDD . Có thể lặp lại sau 30 phút, tối đa 2mg trong 24 giờ (4 lần ).

Hoặc truyền tĩnh mạch : Bolus 0.1mg (0.2ml)/10 phút sau đó duy trì 3-10pg/phút (dùng bơm tiêm điện), tổng liều 8-20 pg/ngày.

**f. Aminophylin:** nếu bệnh nhân không đáp ứng, dùng thêm Aminophylin.

- Tấn công 6mg/kg/20phút (nếu đã dùng Theophylin ở nhà: chỉ tấn công 3mg/kg/20 phút).

- Duy trì : 0,4-0,6 mg/kg/h.

**g. Nếu không kết quả :** bổ sung thêm kháng Cholinergic: Ipratropium bromide dạng MDI xịt 2 nhát mỗi 6h hoặc khí dung (Berodual).

**h. Chống nhiễm trùng :** dùng kháng sinh thích hợp, hệ thống, đủ liều.

**i. Dinh dưỡng :**Lưu ý đến vấn đề dinh dưỡng vì bệnh nhân có thể chết vì suy kiệt đưa đến kiệt thông khí.

**j. Chất tan đàm & loãng đàm :**sử dụng N-acetylcystein (Mucomyst) hay uống Natribenzoate 3% 15mL 2-3 lần/ngày.( ngày nay không khuyến cáo dùng trong hen nặng ).

**k. Kiềm hóa huyết tương :**

- Dùng dung dịch NaHCO3 0,4%.

- Chỉ nên dùng khi :

. pH <7,2.

. Có rối loạn huyết động.

. Kèm toan chuyển hóa.

**l. Thông khí cơ học:** Chỉ định rất hạn chế vì có nhiều biến chứng :tràn khí màng phổi, tràn khí trung thất, suy tim phải, trụy mạch.

- Chỉ định:

. Rối loạn tri giác,hôn mê.

. Trụy mạch.

. Bệnh nhân kiệt lực, kiệt thông khí . PaO2<35mmHg ; pH <7,20 ; PaCO2>70 mmHg

- Có thể dùng thêm thuốc an thần để bệnh nhân thích ứng với máy.

- Không dùng các dẫn chất thuốc phiện.

- Hạn hữu mới sử dụng đến Curare : khi các biện pháp trên không hiệu quả. Có thể gây mê toàn thân bằng Halothane 1%.

**l. Các điều lưu ý:**

- Theo dõi Monitor nhịp tim, kiểm tra kỹ điện giải đồ.

- Theo dõi sát triệu chứng ngộ độc thuốc giãn phế quản .

- Theo dõi khí máu động mạch.

**3.3. Điều trị ngoài cơn:**

- Tránh các yếu tố thuận lợi.

- Tùy theo độ nặng của bệnh mà có các chế độ ngừa cơn khác nhau.

***3.3.1. Bậc 1: cơn nhẹ ngắt quãng***

Không cần phòng ngừa lâu dài. Chỉ dùng giãn phế quản tác dụng ngắn dạng hít hay Ipratropium bromide khi cần để điều trị triệu chứng không quá 3 lần/tuần.

***3.3.2. Bậc 2: Cơn nhẹ kéo dài:***

□ Corticoid hít 200-400 pg/ngày hay

□ Cromoglycate MDI hay máy khí dung hay 800pg/d chia làm 3-4 lần

□ Zafirlukast (20mg uống 2 lần/ngày) là thuốc kháng thụ thể Leukotrien dạng uống. Khởi phát tác dụng chậm khoảng 2-3 tuần. Zileuton 600mg uống 4lần/ngày là thuốc ức chế 5-Lipoxygenase dạng uống. Những thuốc này đặc biệt được quan tâm ở bệnh nhân hen liên quan đến Aspirin.

***3.3.3. Bậc 3: cơn vừa kéo dài***

Hít định liều 400-800 pg Corticoide hay khí dung 2 lần /ngày phối hợp với kích thích β2 dạng hít ngày 2 lần.

**3.3.4. *Bậc 4: cơn nặng kéo dài***

. Hít Corticoide có thể dùng thêm dạng uống với liều thấp nhất mỗi buổi sáng cách ngày.

. Kết hợp kích thích β2 với liều như trên.

**3.4. Điều trị giải mẫn cảm:**

□ Hiện nay chưa áp dụng tại bệnh viện.

□ Có thể gửi bệnh nhân sang trung tâm Phạm Ngọc Thạch.

4. **GIÁO DỤC BỆNH NHÂN**

Giới thiệu mục đích của liều thuốc trong điều trị hen( thuốc cắt cơn, thuốc duy trì ), kĩ thuật sử dụng thuốc hít, phun khí dung, buồng đệm và ống định liều chuẩn (MDI), tự theo dõi dấu hiệu, triệu chứng hen nặng, kiểm soát kém, tầm quan trọng của việc sử dụng corticosteroid sớm trong đợt kịch phát.

- Hẹn tái khám mỗi tháng, làm hô hấp ký mỗi 3 tháng để phân loại bậc, tái khám sớm nếu triệu chứng hen nặng lên.

- Thuốc cắt cơn : Các thuốc cắt cơn hen làm giãn cơ trơn bao quanh đường dẫn khí,có tác dụng trong vòng vài phút giúp làm giảm nhanh triệu chứng hen phế quản. Trên thị trường Việt Nam hiện nay có:

• Salbutamol (VENTOLIN)

• Terbutaline (BRICANYL)

- Các thuốc hít làm giãn đường dẫn khí tác dụng kéo dài thường được sử dụng. Tại Việt Nam, có những hoạt chất sau: Salmeterol, Formoterol

- Thuốc dự phòng hen là những thuốc hít chứa corticosteroid hoặc thuốc giãn phế quản tác dụng kéo dài hoặc phối hợp cả hai corticosteroid & thuốc giãn phế quản tác dụng kéo dài.

- Thuốc hít corticosteroid (ICS) :làm giảm viêm đường dẫn khí, giúp cho

• Cải thiện chức năng phổi

• Dự phòng triệu chứng hen suyễn

• Giảm thiểu việc sử dụng thuốc cắt cơn

• Giảm thiểu khả năng tổn thương dài hạn đường dẫn khí

Thuốc corticosteroid hít hiện có tại việt nam: Beclomethasone, Budesonide, Fluticasone

***-*** Hai chế phẩm phối hợp dưới dạng thuốc hít dùng trong dự phòng hen suyễn thường được sử dụng là:

• SERETIDE Evohaler: phối hợp Salmeterol và Fluticasone

• SYMBICORT Turbuhaler: phối hợp Formoterol và Budesonide

5. LƯU ĐỒ ĐÁNH GIÁ ĐÁP ỨNG ĐIỀU TRỊ HEN PHẾ QUẢN



Hình 1: Lưu đồ đánh giá và xử trí ban đầu bệnh nhân hen PQ

Viết tắt - DHST: dấu hiệu sinh tồn, NC: nguy cơ, BN bệnh nhân, ICU: hồi sức tích cực, TS: tiền sử, NKQ: nội khí quản, CC: cấp cứu, NV: nhập viện, TB: trung bình, HT: hoàn toàn, SHH: suy hô hấp

**Hình 2 : Lưu đồ đánh giá đáp ứng điều trị bệnh nhân hen PQ**

**TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

1. Phác đồ điều trị cơn hen phế quản, bệnh viện Nhân Dân 115, năm 2008

2. GINA Executive and Science Committees. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, Revised (2006, 2012)

3. Stephen C. Lazarus, M.D., Emergency Treatment of Asthma, the Division of Pulmonary and Critical Care Medicine and the Cardiovascular Research Institute, University of California, San Francisco, San Francisco.

# VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG

**I. Định nghĩa:**

Viêm phổi là tình trạng nhiễm trùng cấp tính của nhu mô phổi bao gồm: phế nang và mô kẻ, có thể ảnh hưởng toàn bộ thùy , phân thùy , phế nang tiếp cận phế quản hay tổ chức mô kẻ.

**II. Nguyên nhân gây bệnh:**

1. Tác nhân gây viêm phổi ngoài cộng đồng:

- Streptococcus pneumonia.

- Hemophilus influenzae

- Mycoplasma pneumonia

- Chlamydia pneumonia

- Legionella pneumonia

- Virus

- Không rõ bệnh nguyên: 40 – 50% ( cấy không tìm được tác nhân gây bệnh )

**2. Các yếu tố làm tăng nguy cơ**

- Tuổi > 65
- Điều trị beta -lactam trong 3 tháng gần đây.
- Nghiện rượu.
- Bệnh lý ức chế miễn dịch.
- Nhiều bệnh nội khoa kết hợp.
- Sống tại viên dưỡng lão, viện điều dưỡng.
- Bệnh tim mạch, phổi mạn tính.
- Bệnh lý về cấu trúc phổi ( giãn phế quản )
- Điều trị bằng corticoid
- Điều trị kháng sinh phổ rộng trong thời gian > 07 ngày trong tháng qua.
- Nhiễm phế cầu kháng thuốc và kháng penicillin.
- Suy dinh dưỡng.

**III. Chẩn đoán:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Viêm phổi điển hình | Viêm phổi không không điển hình |
| TC cơ năng | - Sốt cao ± rét run- Ho khan lúc đầu, sau đó đàm đục.- Có thể kèm đau ngực kiểu màng phổi- Khó thở ±- Herpes labialis: 40% trong viêm do phế cầu. | - Sốt nhẹ, từ từ.- Ho khan hoặc có ít đàm nhầy.- Khó thở hiếm gặp.- Triệu chứng ngoài phổi: đau đầu, đau cơ, mệt mỏi, đau họng , buồn nôn, tiêu chảy. |
| TC thực thể | - Ran nổ tại vùng tổn thương- Có thể có HC đông đặc kèm âm thổi ống.- Có thể nghe cọ màng phổi | - Có thể có vài ran phế quản.- Không có hội chứng đông đặc.- Lú lẩn mất định hướng ở người già có thể gặp do nhiễm Legionella. |
| Mầm bệnh thường gặp | - Streptococcus pneumonia- Haemophillus influenza- Moraxella catarrhalis. | - Mycoplasma pneumonia- Chlamydia pneumonia- Legionella pneumonia- Vi khuẩn yếm khí |

- Viêm phổi không điển hình để chỉ mầm bệnh không điển hình ( Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumonia, Legionella pneumonia ) chứ không để chỉ bệnh cảnh lâm sàng mà nhóm vi khuẩn này gây ra.

**IV. Chẩn đoán phân biệt:**

- Cần nhận biết và loại trừ vi khuẩn lao.

- Các bệnh khác: tràn dịch màng phổi, suy tim xung huyết...

- . Xét nghiệm cận lâm sàng:

**1. Các xét nghiệm có giá trị trong chẩn đoán và điều trị:**

- X. quang tim phổi thẳng - nghiêng

***-*** Cấy đàm phải chắc chắn mẫu đàm từ phế quản - phổi ( dựa trên tiêu chuẩn Bartlett khi nhuộm Gram: > 25 neutrophil và < 10 tế bào thượng bì lát trên quang trường x10 )

- Nhuộm kháng acid tìm vi khuẩn lao ( nếu nghi ngờ lao )

- Cấy máu 02 mẫu trước khi điều trị kháng sinh ( xem chỉ định )

- Kỹ thuật lấy bệnh phẩm: chọc hút xuyên phế quản, nội soi phế quản, chọc hút xuyên thành ngực chỉ thực hiện ở bệnh nhân nặng không đáp ứng với điều trị ban đầu.

\* Chỉ định cấy đàm và cấy máu trong viêm phổi cộng đồng

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Cấy máu | Cấy đàm |
| Nhập ICU | + | + |
| Không đáp ứng với kháng sinh điều trị ngoại trú |  | + |
| Có ổ nhiễm trùng | + | + |
| Giảm bạch cầu | + |  |
| Nghiện rượu | + | + |
| Bệnh gan mạn nặng | + |  |
| Bệnh phổi tắc nghẽn nặng, bệnh phổi cấu trúc. |  | + |
| Cắt lách | + |  |
| Tràn dịch màng phổi | + | + |
| Bất thường kháng nguyên Legionella trong test nước tiểu. |  | + |
| Bất thường kháng nguyên phế cầu trong test nước tiểu. | + | + |

**2. Các xét nghiệm có giá trị tiên lượng và phân loại mức độ nặng bệnh nhân:**

- Công thức máu, ion đồ, AST, ALT, đường huyết, BUN, Creatinin, CRP

- Khí máu động mạch.

**VI. Phân tầng nguy cơ và tiêu chuẩn nhập viện.**

1. Phân tầng nguy cơ.

a. Theo hiệp hôi lồng ngực Anh: CURB-65

C = Confusion: lẫn lộn, mất định hướng trong không gian và thời gian.

U = Uremia: BUN > 7 mmol/L ( 20mg/dl )

R = Respiratory Rate ≥ 30 lần/phút

B = Blood Pressure: HA tâm thu <90 mmHg hoặc HA tâm trương < 60 mmHg 65 = tuổi > 65

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Số yếu tố nguy cơ*** | ***Tỉ lệ tử vong (%)*** | ***Khuyến cáo nơi điều trị*** |
| 0 | 0,7 | Ngoại trú |
| 1 | 2,1 |
| 2 | ***9,2*** | Nội trú (ngắn hạn) |
| 3 | 14,5 | Nội trú (khoa Hô Háp) |
| 4 | 40 | ICU |
| 5 | 57 |

b. Theo tác giả FINE:

FINE: mọi bệnh nhân viêm phổi đều nên được phân tầng nguy cơ theo chỉ số độ nặng của viêm phổi ( Pneumoniae Severity Index: PSI )





2. Tiêu chuẩn nhập viện:



**Nhập ICU khi có 01 tiêu chuẩn chính hoặc 03 tiêu chuẩn phụ**

**VII. Tiêu chuẩn viêm phổi nặng:** theo khuyến cáo của IDSA/ATS (Infectious Diseases Society of America and the American Thoracic Society ) 2007

|  |  |
| --- | --- |
| Tiêu chuẩn phụ: | Tiêu chuẩn chính: |
| Nhịp thở ≥ 30 lần/phútPaO2/FiO2 ≤ 250Viêm phổi lan rộng nhiều thùyLú lẫn, mất định hướng BUN ≥ 7 mmol/L ( 20 mg/dl )Giảm bạch cầu < 4,000 mm3Giảm tiểu cầu < 100,000 mm3Hạ thân nhiệt < 26°CHạ HA cần truyền dịch tích cực. | Cần thông khí cơ học.Sốc nhiễm trùng cần truyền thuốc vận mạch |

**VIII. Điều trị: theo IDSA/ATS 2007**

1. Bệnh nhân ngoại trú, không bệnh lý kèm theo, không yếu tố nguy cơ:

|  |  |
| --- | --- |
| Mầm bệnh | Điều trị |
| Streptococcus neumoniae Mycoplasma neumoniae Chlamydia neumoniae Haemophilus influenza | Macrolide thế hệ mới: Azithromycin 500 mg/ngày hoặc Clarithromycin 1g/ngày hoặc Doxycycline 100 mg X 2 lần /ngày |

2. Bệnh nhân ngoại trú có bệnh nội khoa đi kèm.

|  |  |
| --- | --- |
| Mầm bệnh | Điều trị |
| Streptococcus pneumonia ( kể cả DRSP ) Mycoplasma pneumoniae Chlamydia pneumoniae Haemophilus influenzae Nhiễm khuẩn hỗn hợp ( vi khuẩn + mầm bệnh không điển hình )Vi khuẩn Gram âm đường ruột, | Fluoroquinolon hô hấp: moxifloxacin 400 mg/ngày, gemifloxacin 320 mg/ngày, levofloxacin 750mg, đơn trị liệu hoặcLactam đường uống, Amox+clavulanate (2g x 2), cefpodoxime 200 mg X 2 lần/ngày, cefuroxime 500 mg X 2 lần/ ngày. Phối hợp Macrolide hoặc doxycycline |

3. Bệnh nhân nội trú không nằm ICU:

|  |  |
| --- | --- |
| Mầm bệnh | Điều trị |
| Streptococcus pneumonia Haemophilus influenza Mycoplasma pneumonia Chlamydia pneumonia Nhiễm khuẩn hỗn hợp ( vi khuẩn + nấm bệnh không điển hình )Vi khuẩn gram âm đường ruột, Yếm khíLegionella sppCác vi khuẩn khác M. tuberculosis, nấm, P. carrini | Fluonoquinolone hô hấp tiêm mạch ( levofloxacin 750mg/ngày, Moxifoxacin 400 mg/ngày ) đơn trị liệu HoặcLactam tiêm mạch: cefotaxime 1- 2 g/8 giờ, ceftriaxone 1- 2g ngày, hoặc ampi/sulbactam 1,5 - 3g/ 6 giờ Ertapenem 1g/ngày Cộng vớiMacrolide uống/tiêm hoặc doxycycline |

**4. Bệnh nhân nằm ICU:**

|  |  |
| --- | --- |
| Mầm bệnh | Điều trị |
| Streptococcus pneumonia ( kể cả DRSP )Legionella sppHemophilus influenzaTrực khuẩn gram âm đường ruộtStaphylococcus aureusMycoplasma pneumoniaVirusCác vi khuẩn khác: Chlamydia pneumonia, M. tuberculosis, nấm. | Lactam tiêm mạch:Cefotaxime 1 - 2g /8 giờ, ceftriaxone 1 -2 g/ngày hoặc ampi/sulbactam 1,5- 3 g/6 giờ Cộng vớiHoặc Macrolide tiêm mạch ( azithromycin 500mg/ngày) hoặc fluoroquinolone tiêm mạch ( levofloxacin 750 mg/ngày, Moxifloxacin 400 mg/ngày |
| Có yếu tố nguy cơ nhiễm Pseudomonas aeuginosa |
| Tất cả các mầm bệnh trên cộng với Pseudomonas aeruginosa | Lactam diệt Pseudomonas tiêm mạch ( cefepime 2g/8 giờ, imipenem 500mg/6 giờ, meropenem 1g/ 8 giờ, piperacillin/tazobactam 4,5 g/6 giờ ) cộng với quinolone diệt Pseudomonas ( ciprofloxacine 400mg/8 giờ hoặc levofloxacin 750 mg)HoặcLactam diệt Pseudomonas tiêm mạch, cộng với aminoglycoside tiêm mạch, cộng với hoặc macrolide tiêm mạch hoặc fluoquinolone diệt được phế cầu TM |

**5. Thời gian điều trị:**

- Điều trị các vi khuẩn thường gặp: 7 - 10 ngày

- Điều trị M. pneumonia, C. pneumoniae và Legionella: 10 - 14 ngày

- Những bệnh nhân dung corticoid lâu ngày, suy giảm miểm dịch, nội cần thời gian: ≥ 14 ngày.

**IX. Diễn tiến lâm sàng và đáp ứng điều trị:**

\* Diễn tiến lâm sàng thường thong thường qua 3 giai đoạn:

- Giai đoạn đầu: bắt đầu khi bệnh nhân được liều kháng sinh đầu tiên, kéo dài 24 - 72 giờ, trong giai đoạn này lâm sàng ổn định dần.

- Giai đoạn 2: bắt đầu ngày thứ 3 khi lâm sàng ổn định được chứng minh bằng cải thiện triệu chứng, dấu hiệu và các giá trị cận lâm sàng.

- Giai đoạn 3: giai đoạn hồi phục các triệu chứng bình thường.

\* Các yếu tố làm cho sự cải thiện lâm sàng muộn hơn:

- Tuổi cao.

- Nhiều bệnh lý kết hợp.

- Nghiện rượu.

- Viêm phổi nhiều thùy.

- Có nhiễm trùng huyết.

Diễn tiến lâm sàng xấu đi thường xảy ra sớm trong vòng 3 ngày đầu. biểu hiện lâm sàng lúc đầu cải thiện sau đó xấu đi thường gặp ở bệnh nhân nhiễm trùng sâu ( tràn mủ màng phổi )

\* Chuyển kháng sinh qua đường uống khi:

- Giảm ho và giảm khó thở.

- Không sốt (t°< 37,8°C ) vào hai lần đo nhiệt độ cách nhau 8 giờ.

- Bạch cầu máu giảm.

- Ăn uống được

Tuy nhiên nếu đáp ứng lâm sàng thuân lợi, có thể chuyển kháng sinh đường uống mà không cần chờ hết sốt khi;

***-*** Theo hướng dẫn của kháng sinh đồ.

- Nếu không xác định được mầm bệnh thì dung kháng sinh có phổ diệt khuẩn tương tự kháng sinh đường chích.

- Cảnh giác có thể nhiễm khuẩn không điển hình đi kèm.

\* Khi nào xuất viện:

- Sinh hiệu bệnh nhân ổn định trong 24 giờ ( t° < 37,8°C, nhịp thở < 24 lần/phút, nhịp tim < 100 lần/phút, HA tâm thu > 90 mmHg, độ bảo hòa O2 > 90% khi bệnh nhân thở khí trời )

- Bệnh nhân có thể uống thuốc được.

- Bệnh nhân có thể duy trì ăn uống đầy đủ.

- Tri giác tỉnh táo (hoặc về tình trạng trước kia)

- Bệnh nhân không có bệnh lý khác hoặc tình trạng tâm thần, bệnh nội khoa không cần theo dõi tại bệnh viện.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

1. Phác đồ điều trị viêm phổi cộng đồng BV Chợ Rẫy

2. UpToDate 2013

3. Pneumonia Guidelines

# DINH DƯỠNG ĐIỀU TRỊ BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

**1. Nguyên tắc điều trị:**

- Điều chỉnh lối sống, duy trì cân nặng hợp lý

- Ôn định đường huyết.

- Kiểm soát tốt mỡ máu

- Phòng ngừa các biến chứng

**2. Nhu cầu dinh dưỡng:**

**2.1 Năng lượng**

Phụ thuộc cân nặng, mức độ vận động và tình trạng bệnh lý Đối với người bệnh có mức hoạt động nhẹ thì nhu cầu trung bình là: 30 kcal/kg/ngày

**2.2 Chất đạm (protid):**15-20% tổng năng lượng hoặc 1-1.5g/kg/ngày Nguồn chất đạm: đạm động vật 50%, đạm thực vật 50% ( đạm đậu nành ) Giảm đạm <0.8g/kg/ngày khi có biến chứng suy thận

**Chất béo (lipid):** 25-30 % tổng năng lượng

Acid béo chưa no một nối đôi: chiếm 1/3 tổng số lipid (10-15%)

Acid béo chưa no nhiều nối đôi: chiếm 1/3 tổng số lipid (10%)

Acid béo no: chiếm < 1/3 tổng số lipid (7-10%)

cholesterol: <300mg/ngày (200- 250mg/ngày)

**Chất bột đường (glucid):** 50-60% tổng năng lượng

Đường surose <10% tổng lượng glucid

Hạn chế tổng lượng glucid, nên chọn các glucid phức, glucid có chỉ số đường huyết và chỉ số tải đường thấp.

**2.4.1 Khái niệm về chỉ số đường huyết ( Glycemic Index: GI )**

Chỉ số đường huyết của thực phẩm là khả năng làm tăng đường huyết sau khi ăn một loại thực phẩm được so sánh mức tăng đường huyết sau khi ăn một lượng thực phẩm chuẩn (50g đường glucose hoặc bánh mì trắng)

GI của Glucose và bánh mì được chon mức chuẩn 100

✓ GI ≤ 55: thấp

✓ GI 56 - 69: trung bình

✓ GI ≥ 70: cao

GI của thực phẩm phụ thuộc vào thành phần cũng như cách thức chế biến

**2.4.2 Khái niệm về chỉ số tải đường ( Glycemic Load: GL )**

✓ Lượng tải đường phụ thuộc 02 yếu tố: lượng đường của phần thực phẩm ăn vào và chỉ số đường huyết của thực phẩm đó. Vì vậy lượng tải đường phản ánh cả về số lượng và chất lượng của chất bột đường, nó giúp tiên đoán đáp ứng đường huyết với một lượng cụ thể thức ăn có chứa chất bột đường.

✓ Công thức tính tải đường: GL = [GI / 100 x lượng chất bột đường /phần]

GL thấp ≤ 10

GL trung bình 11 - 19

GL cao ≥ 20

**2.5 Chất xơ:** 20-40g

**2.6 Muối:** <6 g/ngày. Nếu có kèm cao huyết áp suy tim < 4 g muối/ngày

**2.7 Vitamin, khoáng chất:theo nhu cầu khuyến nghị**

**3. Tư vấn người bệnh:**

**3.1 Những điều nên thực hiện:**

- Ăn điều độ đúng giờ, phụ thuộc vào giờ uống thuốc hoặc chích insulin

- Ăn chậm, nhai kỹ

- Nên ăn 3 bữa chính và 1-2 bữa phụ.

- Ăn 4 bữa: sáng 20%, trưa 30%, chiều 30%, tối 20% tổng năng lượng

- Bũa ăn có đa dạng các loại thực phẩm

- Giảm bớt lượng tinh bột trong khẩu phần ( cơm, mì, bánh mì, khoai tây,...), thay các loại thực phẩm tinh chế như gạo trắng, bún, phở, bánh mì trắng trong bữa ăn hằng ngày bằng các ngũ cốc thô như gạo lức, bánh mì đen, bắp, khoai củ.

- Chọn trái cây có chỉ số đường huyết và lượng tải đường huyết thấp

- Nên ăn cá thay thịt tối thiểu 3 lần / tuần.Cá béo có lợi cho tim mạch (cá thu, cá trích, cá hồi, cá basa,...).

- Chế độ ăn nhiều rau xanh. Lượng rau quả tươi nên dùng mỗi ngày > 400 -500g/ngày.

- Ăn vừa đủ các loại trái cây (2-3 suất /ngày): bưởi, bơ, dưa hấu, cam, đào, lê, táo tây. Hạn chế trái cây ngọt: sầu riêng, mít, nhãn, vải, nho, dứa, chuối, xoài,...

- Hạn chế muối < 6g/ngày. Chú ý ăn nhạt hơn nếu có kèm cao huyết áp.

- Tập thể dục thường xuyên: Nên tập thể dục từ 30 - 45 phút mỗi ngày. Người lớn tuổi nên chọn hình thức đi bộ, đạp xe đạp.

**3.2 Những điều cần tránh:**

- Bỏ bữa ăn, ăn dồn vào bữa sau

- Các thức ăn có nhiều đường và muối

- Ăn nhiều thực phẩm nhiều cholesreton và chất béo no: đồ lòng, phomai, bơ, mỡ,..

***-*** Uống rượu bia vì có nguy cơ gây hạ đường huyết, đặc biệt uống rượu mà không ăn

**4. Phụ lục**

**Bảng chỉ số đường huyết của một số loại thực phẩm**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nhóm thực phẩm | Tên thực phẩm | GI |
| Lương thực | Bánh mì trắng | 100 |
| Bột dong | 95 |
| Gạo trắng | 89 |
| Gạo lứt | 72 |
| Lúa mạch | 35 |
| Quả chín | Dưa hấu | 72 |
| Sầu riêng, mít, nhãn, vải | 70 |
| Dứa | 66 |
| Chuối | 62 |
| Xoài | 55 |
| Nước ép bưởi | 48 |
| Cam | 40 |
| Táo tây | 39 |
| Bưởi | 25 |
| Bơ | 20 |
| Khoai củ | Khoai lang | 54 |
| Khoai sọ | 58 |
| Khoai mì | 50 |
| Khoai từ | 51 |
| Khoai tây nghiền | 74 |
| Khoai tây bỏ lò | 135 |
| Đậu | Đậu xanh | 49 |
|  | Đậu nành | 18 |
| Sữa | Sữa gầy | 32 |
|  | Sữa chua | 52 |
| Đường | Đường cát | 86 |

**Bảng GI và GL của một số trái cây**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| FOOD | Glycemic index (glucose = 100) | Serving size (grams) = 1 suất | Glycemic load per serving |
| Bưởi (Grapefruit) | 25 | 120 | 3 |
| Lê (Pear, average) | 38 | 120 | 4 |
| Táo tây (Apple, average) | 39 | 120 | 6 |
| Cam (Orange, average) | 40 | 120 | 4 |
| Đào (Peach, average) | 42 | 120 | 5 |
| Nho (Grapes, average) | 59 | 120 | 11 |
| Chuối (Banana, ripe) | 62 | 120 | 16 |
| Dưa hấu (Watermelon) | 72 | 120 | 4 |

**5. Tài liệu tham khảo:**

5.1 Nguyễn Thị Lâm. Chế độ ăn trongbệnh đái tháo đường. Dinh dưỡng lâm sàng 2002. Viện Dinh dưỡng. Trang 202-213.

5.2 Bộ y tế. Hướng dẫn chế độ ăn bệnh viện 2007. Trang16-19

5.3 Chế độ ăn cho bệnh nhân đái tháo đường. Một số chế độ ăn điều trị 2000. Bệnh viện Chợ Rẫy - Trang 11-15

5.4 Daid Mendosa. Revised International Table of Glycemic Index (GI) and Glycemic Load (GL) values - 2008. http://www.mendosa.com/gilists.htm.

5.5 Kaye Foster-Powell, Susanna H.A. Holt, and Janette C. Brand-Miller in the July 2002 ***American Journal of Clinical Nutrition,*** Vol. 62, pages 5-56. International tables of glycemic index and glycemic load values: 2002.

# LOÉT DẠ DÀY - TÁ TRÀNG

**1.ĐẠI CƯƠNG**

**1.1 Định nghĩa**

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

**1.2 Nguyên nhân**

**1.2.1 - Loét dạ dày - tá tràng có liên quan nhiễm trùng**

- Nhiễm Helicobacter pylori

- Nhiễm Helicobacter heilmannii

- Nhiễm virus như: CMV, herpes virus

**1.2.2 - Loét dạ dày - tá tràng không liên quan nhiễm trùng**

- Do stress, Yếu tố tâm lý: loét thường xảy ra ở ngườì có nhiều sang chấn tình cảm, hoặc trong giai đoạn căng thẳng tinh thần nghiêm trọng như trong chiến tranh,biến động xã hội,..

- Do hóa chất: chất ăn mòn, NSAID, aspirin, rượu, coticosteroid, acid mật, urê huyết cao....

• Aspirin: gây loét và chảy máu, gặp ở dạ dày nhiều hơn tá tràng, do tác dụng tại chỗ và toàn thân. Trong dạ dày pH acide, làm cho tinh thể aspirin không phân ly và hòa tan được với mỡ, nên xuyên qua lớp nhầy và ăn mòn niêm mạc gây loét,Đồng thời Aspirin ức chế Prostaglandin, làm cản trở sự đổi mới tế bào niêm mạc và ức chế sự sản xuất nhầy ở dạ dày và tá tràng.

• Kháng viêm nonsteroide: gây loét và xuất huyết tương tự như Aspirin nhưng tính acid yếu hơn nên không gây ăn mòn tại chỗ.

• Corticoide: không gây loét trực tiếp, vì làm ngăn chận sự tổng hợp Prostaglandin, nên chỉ làm bộc phát lại các ổ loét cũ, hoặc ở người có sẵn nguy cơ loét.

- Do bất thường nội tiết : Tăng tiết acetylcholin gây co thắt cơ trơn dạ dày, gây thiếu dinh dưỡng và làm giảm sức đề kháng của niêm mạc dạ dày tạo điều kiện phát sinh vết loét; Tăng tiết ACTH, cortisol gây tăng tiết HCl và pepsin (hoặc có thể gây giảm tiết chất nhầy bảo vệ); Hiện tượng tăng tiết dịch vị khi đường máu hạ có thể do tuyến tụy tăng cường hoạt động trong ung thư tuyến tụy, Hội chứng Zolhnger - Ellison

Ngoài ra còn thấy rối loạn các tuyến nội tiết khác có thể kèm theo vết loét, như trong xơ gan, rối loạn tuyến sinh dục, tuyến giáp, tuyến cận giáp

- Di truyền: loét tá tràng có tần suất cao ở một số gia đình, loét đồng thời xảy ra ở 2 anh em sinh đôi đồng noãn, hơn là dị noãn.

- Rối loạn vận động: liên quan sự làm trống dạ dày, sự trào ngược của tá tràng- dạ dày. Trong loét tá tràng có sự làm trống dạ dày quá nhanh làm tăng lượng acid tới tá tràng. Ngược lại trong loét dạ dày sự làm trống dạ dày quá chậm, gây ứ trệ acide ở dạ dày.

- Yếu tố môi trường

• Thói quen về ăn uống: Bắc Ân ăn nhiều lúa mì loét ít hơn ở Nam Ân ăn toàn gạo. Caféine và calcium là những chất gây tiết acide; rượu gây tổn thương niêm mạc dạ dày.

• Thuốc lá: loét dạ dày tá tràng thường gặp ở người hút thuốc lá, thuốc lá cũng làm xuất hiện các ổ loét mới và làm chậm sự lành sẹo hoăc gây đề kháng với điều trị do ức chế yếu tố tăng trưởng của niêm mạc dạ dày tá tràng.

**1.3 Các thể loét DD-TT**

**1.3.1 - Loét câm**

- BN không có triệu chứng

- Phát hiện tình cờ khi nội soi hay khi đã có biến chứng (xuất huyết tiêu hóa, thủng ...)

**1.3.2 - Loét khổng lồ**

- Là ổ loét có đường kính > 2 cm, thường gặp ở phần bệnh nhân dùng NSAIDs, suy thận mạn

- Thường gặp biến chứng : xuất huyết tiêu hóa, thủng, ung thư.....

**1.3.3**- Loét hậu hành tá tràng

- Thông thường các ổ loét tá tràng chỉ nằm trong phạm vi 2 - 3 cm kể từ môn vị

- Các ổ loét hậu hành tá tràng ít gặp và thường gợi ý sự tồn tại của khối u tiết gastrin hay các tình trạng tăng tiết khác

- Cần chẩn đoán phân biệt với túi thừa, sang thương tân sinh của tá tràng.....

**1.3.4 - Loét dạ dày - tá tràng, H.p (+) : xem bài “ Điều trị Helicobacter pylori ”**

**1.3.5 - Loét dạ dày - tá tràng do thuốc**

Phân tầng nguy cơ tổn thương niêm mạc ổng tiêu hóa do thuốc

Các yếu tố nguy cơ

• Tuổi > 65

• Dùng NSAIDs liều cao

• Tiền căn ghi nhận loét dạ dày tá tràng

• Dùng Aspirin liều thấp, Corticostreroid hay thuốc kháng đông.

Nguy cơ cao

• Tiền căn ghi nhận loét dạ dày tá tràng có biến chứng

• Có > 2 yếu tố nguy cơ

Nguy cơ trung bình : có từ 1 đến 2 yếu tố nguy cơ Nguy cơ thấp: Không yếu tố nguy cơ nào kể trên Phân tầng nguy cơ tim mạch

• Nguy cơ cao : đang dùng Aspirin liều thấp

• Nguy cơ thấp : không dùng Aspirin liều thấp

**2. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN**

**2.1 - Lâm sàng**

**2.1.1 Đau**

- Đau thượng vị thường gặp nhất

- Đau các vị trí bất thường khác

Đau sát cơ hoành lan lên trên : tổn thương ở tâm vị, cần phân biệt với bệnnh lý tim mạch

Đau sau lưng lan lên trên : tổn thương ở mặt sau dạ dày tá tràng, cần phân biệt với bệnh lý thận, cột sống

Đau hạ sườn trái : tổn thương ở bờ cong lớn, cần phân biệt với bệnh lý tụy

***-*** Loét dạ dày: Đau từng đợt mỗi đợt kéo dài 2 - 8 tuần cách nhau vài tháng đến vài năm. Đau gia tăng theo mùa nhất là vào mùa đông tạo nên tính chu kỳ của bệnh loét. Tuy nhiên các biểu hiện lâm sàng của viêm vùng hang vị xảy ra trước loét có thể làm mất tính chu kỳ này. Đau liên hệ đến bữa ăn, sau ăn 30 phút - 2 giờ; thường đau nhiều sau bữa ăn trưa và tối hơn là bữa ăn sáng. Đau kiểu quặn tức, đau đói hiếm hơn là đau kiểu rát bỏng. Đau được làm dịu bởi thuốc kháng acid hoặc thức ăn, nhưng khi có viêm kèm theo thì không đỡ hoặc có thể làm đau thêm. Vị trí đau thường là vùng thượng vị lan lên trên dọc theo xương ức hay vùng trước tim. Nếu ổ loét nằm ở mặt sau thì có thể đau lan ra sau lưng. Một số trường hợp loét không có triệu chứng và được phát hiện khi có biến chứng

- Loét tá tràng: đau của loét tá tràng thường rõ hơn loét dạ dày, vì ở đây không có viêm phối hợp. Các đợt bộc phát rất rõ ràng. Giữa các kì đau, thường không có triệu chứng nào cả. Đau xuất hiện 3 - 4 giờ sau khi ăn và kéo dài cho đến bửa ăn tiếp theo, tạo thành nhịp ba kỳ, hoặc đau vào đêm khuya 1 - 2 giờ sáng. Đau đói và đau kiểu quặn thắt nhiều hơn là đau kiểu nóng ran. Đau ở thượng vị lan ra sau lưng về phía bên phải (1/3 trường hợp) và thường kèm thêm ựa chua. Cũng có 10% trường hợp không đau, được phát hiện qua nội soi hoặc do biến chứng và 10% trường hợp loét lành sẹo nhưng vẫn còn đau. Về nhịp điệu thì đau loét tá tràng thường nhịp nhàng và có tính chu kì hơn là đau do loét dạ dày.

**2.1.2 Triệu chứng khác**

- Rối loạn tiêu hoá: ăn không tiêu, , ợ hơi, ợ chua, ăn kém,

- Sụt cân...

- Có thể có hội chứng nhiễm trùng

**2.1.3 Biến chứng**

+ Xuất huyết tiêu hóa

+ Thủng dạ dày - tá tràng

+ Hẹp môn vị

+ Ung thư trên nền ổ loét........

**2.2 - Cận lâm sàng**

- Để chẩn đoán xác định

***+*** Nội soi dạ dày tá tràng

+ Sinh thiết niêm mạc qua nội soi, xét nghiệm mô bệnh học

- Để tìm nguyên nhân gây loét dạ dày tá tràng

+ Các xét nghiệm chẩn đoán Hp

+ Xét nghiệm mô bệnh học, cấy vi khuẩn mẫu sinh thiết niêm mạc dạ dày + Xét nghiệm dịch vị, chất nôn : Tìm vi trùng, độc chất ...

- Để chẩn đoán phân biệt / biến chứng : Tùy theo các chẩn đóan phân biệt / biến chứng mà chỉ định các cận lâm sàng phù hợp

**3. CHẨN ĐOÁN**

**3.1 Chẩn đoán có bệnh :**

Lâm sàng có cơn đau loét điển hình CLS: Nội soi, XQ dạ dày baryte.

**3.2 Chẩn đoán phân biệt**

- Viêm dạ dày mạn: Đau vùng thượng vị mơ hồ, liên tục, không có tính chu kỳ, thường đau sau ăn, kèm chậm tiêu đầy bụng. Chẩn đoán dựa vào nội soi sinh tiết có hình ảnh viêm dạ dày mạn với tẩm nhuận tế bào viêm đơn nhân, xơ teo các tuyến

- 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. Cần nội soi sinh thiết nhiều mảnh cho hình ảnh ung thư dạ dày.

- Viêm tuỵ mạn: Có tiền sử viêm tuỵ cấp nhất là nghiện rượu, có thể kèm tiêu chảy mạn tính và hội chứng kém hấp thu. Đau thường lan ra sau lưng ở vùng tuỵ. Xét nghiệm amylase máu thường tăng 2-3 lần. Siêu âm và chụp phim X quang thấy tuỵ xơ teo có sỏi, ống tuỵ dãn.

- Viêm túi mật mạn do sỏi: Tiền sử sỏi mật, lâm sàng có cơn đau quặn gan, nhiễm trùng và tắc mật. Chẩn đoán dựa vào siêu âm và chụp đường mật ngược dòng cho hình ảnh sỏi, túi mật xơ teo.

**3.2 Chẩn đoán nguyên nhân /** yếu tố thúc đẩy : Hp (+), do thuốc ....

**3.3 Chẩn đoán biến chứng :**

***3.3.1 Xuất huyết tiêu hóa:*** thường gặp, 15-20% bệnh nhân loét có một hoặc nhiều lần xuất huyết; loét tá tràng dễ xuất huyết hơn loét dạ dày, người già dễ xuất huyết hơn người trẻ. Chẩn đoán dựa vào nội soi

***3.3.2. Thủng:*** loét ăn sâu vào thành dạ dày hay tá tràng có thể gây thủng. Đây là biến chứng thứ nhì sau xuất huyết, đàn ông nhiều hơn phụ nữ. Loét mặt trước hoặc bờ cong nhỏ thì thủng vào khoang phúc mạc lớn, loét mặt sau thì thủng vào cơ quan kế cận hoặc hậu cung mạc nối.

- Triệu chứng: thường khởi đầu bằng cơn đau dữ dội kiểu dao đâm đó là dấu viêm phúc mạc và nhiễm trùng nhiễm độc. Chụp phim bụng không sửa soạn hoặc siêu âm có liềm hơi dưới hoành

***3.3.3. Loét xuyên thấu dính vào cơ quan kế cận:*** thường là tụy, mạc nối nhỏ, đường mật, gan, mạc nối lớn, mạc treo đại tràng, đại tràng ngang thường gặp là loét mặt sau hoặc loét bờ cong lớn. Các loét này thường đau dữ dội ít đáp ứng với điều trị, loét xuyên vào tụy thường đau ra sau lưng hoặc biểu hiện viêm tụy cấp, loét thủng vào đường mật chụp đường mật hoặc siêu âm có hơi trong đường mật

***3.3.4. Hẹp môn vị:*** thường gặp khi ổ loét nằm gần môn vị. Gây ra do loét dạ dày hoặc tá tràng hoăc phản ứng co thắt môn vị trong loét dạ dày nằm gần môn vị, hẹp có thể do viêm phù nề môn vị.

- Triệu chứng: Nặng bụng sau ăn, nôn ra thức ăn củ > 24 giờ. Dấu óc ách dạ dày lúc đói và dấu Bouveret. Gầy và dấu mất nước.

- Chẩn đoán hẹp môn vị:

+ Nội soi

+ Thông dạ dày có dịch ứ >100ml.

+ Phim baryte dạ dày còn tồn đọng baryte >6giờ.

+ Phim nhấp nháy, chậm làm vơi dạ dày >6 giờ khi thức ăn có đánh dấu đồng vị phóng xạ Technium 99.

***3.3.5. Loét ung thư hóa:*** viêm mạn tính hang vị thể teo, thường đưa đến ung thư hóa nhiều hơn (30 %)

**4. ĐIỀU TRỊ**

**4.1- Mục tiêu điều trị**

- Giảm nhanh và lâu dài các triệu chứng

- Bảo vệ và kích thích tái sinh niêm mạc

- Loại trừ các nguyên nhân gây bệnh

**4.2- Điều trị không dùng thuốc**

***-*** Cần tránh tuyệt đối thức ăn gây tổn thương niêm mạc dạ dày, tá tràng : Rượu bia, thuốc lá, thức ăn có nhiều gia vị chua cay.

- Tránh hoạt hóa acid mật : giảm ăn chất béo

- Tạo môi trường đệm trong dạ dày : Nên ăn nhiều bữa trong ngày, mỗi bữa không nên ăn quá no, ăn nhẹ, ăn lỏng - Ăn bữa cuối trước ngủ tối 3 giờ

- Tránh suy nghĩ căng thẳng, stress

- Có thể dùng sữa để trung hòa nhanh acid dạ dày

**4.3 - Điều trị bằng các thuốc tác động vào nồng độ HCl trong dịch dạ dày**

**4.3.1- Thuốc ức chế bơm proton ( PPI = Proton Pump Inhibitor )**

- Dùng trước ăn 30’

- Liều chuẩn

|  |  |
| --- | --- |
| + Esomeprazole | 40mg/ ngày |
| + Omeprazole | 20 mg/ ngày |
| + Pantoprazole | 40mg/ ngày |
| + Rabeprazole | 20 mg/ ngày |
| + Lansoprazole | 30mg/ ngày |

- Kiểm soát acid tốt hơn khi sử dụng liều cao hơn chuẩn và nhiều lần trong ngày ( 2 lần /ngày tốt hơn 1 lần / ngày)

- Trong những ngày đầu có sự chậm trễ trong tác dụng ức chế acid do phải ức chế dần các bơm proton. Sử dụng liều cao hơn liều chuẩn có thể rút ngắn thời gian này

- Tùy tình trạng của bệnh nhân mà lựa chọn liều và đường dùng thích hợp

+ Nếu bệnh nhân có biểu hiện viêm dạ dày mức độ nặng ( đau nhiều thượng vị, đau lăn lộn, đau thượng vị liên tục, nôn ói không thể uống thuốc, không đáp ứng với PPI liều chuẩn...) có thể dùng PPI đường tĩnh mạch hoặc đường uống với liều cao hơn chuẩn, nhiều lần trong ngày để nhanh chóng kiểm soát acid dạ dày cho bệnh nhân.

+ Các trường hợp biểu hiện triệu chứng nhẹ có thể dùng PPI liều chuẩn đường uống

**4.3.2- Thuốc trung hòa acid ( Antacid)**

- Nhóm Aluminum hydroxide ( Al(OH)3 ), Magne hydroxide ( Mg(OH)2 ).

- Dùng trước ăn 30’

- Dùng 3- 4 lần/ ngày vào 3 bữa ăn chính và trước khi ngủ

**4.3.3 Thuốc ức chế thụ thể H2 ( Anti H2 Receptor)**

- Dùng trước ăn 30’

- Nhóm Famotidine 20mg x 2 lần/ ngày + 20mg trước khi ngủ tối

- Nhóm Nizatidine 150mg x 2 lần/ ngày + 300mg trước khi ngủ tối

- Nhóm Cimetidine 400mg x 2 lần/ ngày + 800mg trước khi ngủ tối

- Nhóm Ranitidine 150mg x 2 lần/ ngày + 300mg trước khi ngủ tối

**4.4 Điều trị bằng các thuốc tác động lên yếu tố bảo vệ niêm mạc 4.4.1Thuốc thuộc dẫn chất Prostaglandin**

+ Nhóm Misoprostol 200mcg x 4lần/ ngày + Nhóm Enprotil 35mcg x 2 lần/ ngày

**4.4.2 Thuốc thuộc nhóm Sucralfate**

+ Dùng trước ăn 30’

+ Dùng 1 gói x 3 - 4 lần / ngày

**4.4.3 Thuốc thuộc nhóm muối Bismuth**

+ Dùng trước ăn 30’

+ Dùng 300- 600mg x 3 - 4 lần / ngày

**4.5 Điều trị bằng các thuốc tác động lên chức năng vận động dạ dày, ruột**

- Thuốc chống co thắt hướng cơ trơn Papavarine : nhóm Drotaverine, nhóm Mebeverine......

- Thuốc chống co thắt đối vận thụ thế 5 - HT3 : Nhóm Odansetron.....

- Thuốc hỗ trợ vận động dạ dày, ruột

+ Nhóm đối vận thụ thể D2 : Nhóm Domperidone , nhóm Metoclopramide.....

***+*** Nhóm đồng vận thụ thể 5- HT4 : Nhóm Mosapride ....

**4.6 Điều trị Loét dạ dày - tá tràng, H.p (+) : xem bài “ Điều trị Helicobacter pylori ”**

**4.7 Điều trị dự phòng khi dùng các thuốc có nguy cơ gây tổn thương niêm mạc dạ dày - tá tràng**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Nguy cơ tiêu hóa |
| cao | trung bình | thấp |
| Nguycơtimmạch | cao | PPI / Misoprostol Không dùng NSAIDs kể cả ức chế COX2 | PPI / Misoprostol+/- Chỉ dùng Naproxen (nếu cần ) | PPI / Misoprostol+/- Chỉ dùng Naproxen (nếu cần) |
| thấp | PPI / Misoprostol+/ - chỉ dùng ức chế COX2 ( nếu cần) | PPI / Misoprostol +/- NSAID ( nếu cần) | NSAID ít gây loét nhất ở liều thấp nhất có hiệu quả |

Tuy nhiên vì vẫn có 1 tỷ lệ những ổ loét câm, bệnh nhân không hề có triệu chứng hay tiền căn gì về viêm loét dạ dày, nên dù bệnh nhân chỉ có nguy cơ thấp về tiêu hóa lẫn tim mạch vẫn nên dùng PPI / Misoprostol dự phòng khi được chỉ định các thuốc có nguy cơ gây tổn thương niêm mạc dạ dày.

- Misoprostol 200mcg x 4 lần / ngày

- PPI theo liều chuẩn 40mg/ ngày 20 mg/ ngày 40mg/ ngày 20 mg/ ngày 30mg/ ngày

- Esomeprazole

- Omeprazole

- Pantoprazole

- Rabeprazole

- Lansoprazole

***-*** Tất cả bệnh nhân trước khi điều trị lâu dài với các thuốc có nguy cơ gây tổn thương niêm mạc dạ dày - tá tràng cần làm các xét nghiệm tìm Hp và cần điều trị tiệt trừ Hp nếu kết quả dương tính

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Andrew, H (2013), “ Clinical manifestations of peptic ulcer disease ”, *có thể tải về* *từ http://www.uptodate.com*

2. Feldman, M (2013), “ NSAIDS : Primary prevention of gastroduodenal toxicity ”, *có* *thể tải về từ http://www.uptodate.com*

3. Gyawali, C và Manasra,A (2010), “ Gastrointestinal diseases ”, *The Washington manual of medical therapeutics 33rd edition*

4. Đặng Vạn Phước và Châu Ngọc Hoa (2009), *Điều trị học nội khoa,* Nhà xuất bản Y học.

5. Tadataka, Y (2008), “ Gastrointestinal diseases *”, Textbook of gastroenterology 5rdedition*

#### PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CƠN TĂNG HUYẾT ÁP (HYPERTENSIVE CRISES)

**1. ĐỊNH NGHĨA**

Cơn tăng huyết áp là tình trạng tăng huyết áp đột ngột với huyết áp tâm trương vượt >120mmHg. Bao gồm:

**2. PHÂN LOẠI**

- Tăng huyết áp cấp cứu (emergency): Tăng huyết áp cấp cứu được định nghĩa là huyết áp tâm thu > 180mmHg hoặc huyết áp tâm trương > 120mmHg kết hợp với tiến triển tổn thương cơ quan đích như các thay đổi rõ rệt về thần kinh, bệnh não do tăng huyết áp, nhồi máu não, xuất huyết nội sọ, suy tim trái cấp, phù phổi cấp, bóc tách động mạch chủ, suy thận hay sản giật. Đòi hỏi phải hạ áp ngay bằng thuốc đường tĩnh mạch để ngăn chặn hay hạn chế tối thiểu tổn thương cơ quan đích

- Tăng huyết áp khẩn trương (urgency): là cơn tăng huyết áp không kèm triệu chứng tổn thương cơ quan đích tiến triển cấp tính nhưng đe dọa xảy ra, huyết áp có thể được giảm dần trong vài giờ đến vài ngày bằng thuốc đường uống.

- Các danh pháp khác (hiện nay ít sử dụng)

- THA ác tính - gia tăng (accelerated-malignant hypertension): Là

một dạng THA cấp cứu có kèm phù gai thị (THA ác tính) và/hoặc xuất huyết và xuất tiết đáy mắt (THA gia tăng).

- Bệnh não do THA (hypertensive encephalopathy): Là một dạng THA cấp cứu có kèm nhức đầu nhiều, kích thích, rối loạn ý thức, co giật và các biểu hiện khác của rối loạn chức năng thần kinh trung ương, các triệu chứng này hồi phục khi HA giảm.

**3. CHẨN ĐOÁN**

**3.1 Chẩn đoán xác định :**

Huyết áp tăng cao nhiều, huyết áp tâm trương ≥ 120mmHg, kèm triệu chứng nặng hay tổn thương các cơ quan đích tiến triển như

- Phù gai thị.

- Suy thận gia tăng.

- Biến chứng thần kinh cấp tính.

- Biến chứng tim mạch cấp tính.

**3.2 Chẩn đoán loại cơn tăng huyết áp**

**3.2.1 Tăng huyết áp cấp cứu**

- Bệnh não do tăng huyết áp: Thay đổi ý thức, đau đầu, buốn nôn, phù gai thị

- Tăng huyết áp ác tính-gia tăng.

- Tăng huyết áp nặng kèm các biến chứng cấp tính.

\* Mạch máu não:

- Xuất huyết trong sọ.

- Xuất huyết dưới nhện.

- Nhũn não nghẽn mạch nặng cấp tính.

\* Thận : suy thận tiến triển nhanh.

\* Tim mạch:

- Phình bóc tách động mạch chủ.

- Suy tim trái cấp với phù phổi.

- Nhồi máu cơ tim.

- Cơn đau thắt ngực không ổn định.

- Sản giật hay tăng huyết áp nặng khi có thai.

- Tình trạng tăng tiết Catecholamin:

\* Cơn u tủy thượng thận

\* Do ngưng thuốc hạ huyết áp đột ngột (Clonidine, Methyldopa).

**3.2.2 Tăng huyết áp khẩn trương**

- Bỏng nặng.

- Viêm cầu thận cấp với tăng huyết áp nặng.

- Viêm mạch máu toàn thân cấp tính.

- Tăng huyết áp liên quan phẩu thuật.

+ Tăng huyết áp sau phẩu thuật.

+ Tăng huyết áp nặng ở bệnh nhân hậu phẫu

+ THA nặng sau ghép thận

- Chảy máu cam nặng.

- THA phản ứng dội ngược sau ngưng đột ngột thuốc hạ áp

- THA do thuốc: Quá liều các thuốc giống giao cảm, cơn THA do Metodopramide, tương tác giữa các thuốc đối vận alpha và đối vận beta không chọn lọc

**3.3 Chẩn đoán phân biệt**

- Đợt THA cấp tính không cấp cứu hay khẩn trương (acute hypertensive episode - non emergency/non urgency): Khi bệnh nhân có THA ≥ 180/110mmHg, không có triệu chứng, không có dấu hiệu đe dọa tổn thương cơ quan đích.

- Cơn THA thoáng qua (Transient Hypertension): HA chỉ tăng thoáng qua kết hợp với các tình trạng khác như : hồi hộp lo âu, hội chứng bỏ rượu, hội chứng áo choàng trắng...

**3.4 Cận lâm sàng đề nghị**

- Thường quy:

+ Công thức máu, đường huyết, BUN, creatinine, điện giải đồ, bilan lipid máu + Acid uric máu + Điện tâm đồ + Chụp XQ tim phổi

+ Tổng phân tích nước tiểu, microalbumin niệu + Siêu âm tim

- Bổ sung tùy theo tổn thương cơ quan đích và nguyên nhân:

+ BNP, men tim (khi có đau ngực, khó thở)

+ Chụp CT scan ngực (nếu nghi ngờ bóc tách ĐMC)

+ Xem xét CT não ở bệnh nhân hôn mê hay khám lâm sàng nghi ngờ có TBMMN.

+ Các xét nghiệm tầm soát nguyên nhân THA thứ phát (nếu nghi ngờ)

**4. ĐIỀU TRỊ**

**Sơ đồ chỉ dẫn điều trị cơn THA**



**4.1 Mục đích và yêu cầu đối với tăng huyết áp cấp cứu :**

- Giảm 20 - 25% trị số huyết áp trung bình hay giảm trị số huyết áp tâm trương xuống <110mmHg trong vòng vài phút đến vài giờ.

- Điều trị bằng các thuốc đường tĩnh mạch

- Bệnh nhân THA cấp cứu cần được nhập viện, điều trị và theo dõi ở phòng săn sóc tích cực khoa tim mạch.

- Kiểm soát tổn thương cơ quan đích tiến triển/cấp tính quan trọng hơn là trị số tuyệt đối của HA.

- Tổn thương cơ quan đích có thể xảy ra hay tiến triển nặng thêm do giảm HA quá nhanh. Nếu triệu chứng xấu hơn trong quá trình hạ HA, tốc độ giảm HA phải chậm lại hay phải ngưng tạm thời.

- Tránh dùng thường qui lợi tiểu quai khi không có quá tải thể tích vì có thể gây ra phản xạ co mạch.

- Nên dùng thuốc hạ áp uống sớm để có thể giảm liều và ngừng thuốc TTM sớm. Chuyển đột ngột từ thuốc TTM sang thuốc uống có thể làm tăng đột ngột HA lại.

Bảng 1: Xử trí tăng huyết áp cấp cứu : các thuốc đường tĩnh mạch

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Thuốc | Liều | Khởi phát/Thời gian tác dụng | Tác dụng phụ | Chỉ định |
| Furosemide LASIX ống 20mg | 20-40mg trong vòng 1-2’, lặp lại với liều cao hơn nếu có suy tim, suy thận | 1-5’ | Giảm thể tích Hạ kali máu | Suy tim, suy thận, có quá tải thể tích |
| Nitroprusside | ✓0,25- 10gg/kg/phút | ✓Ngay lập tức/2-3 phút sau khi truyền | ✓Buồn nôn, nôn ói; dùng lâu dài gây ngộ độc cyanide, metHb | ✓Hở van động mạch chủ, hở van 2 lá, phẩu thuật tim. |
| Nitroglycerin | ✓5-100pg/phút | ✓2-5phút/5-10phút | ❖ Nhức đầu, đỏ mặt, nhịp tim nhanh, metHb | ❖ Nhồi máu cơ tim, cơn đau thắt ngực. |
| Nicardipin | ✓TM 10mg/ trong 10 phút . ✓Duy trì 0,5-2mg/giờ | ✓1-5’/15-30’ ; có thể đến 12 giờ nếu truyền lâu dài | ❖ Nhịp tim nhanh, nôn ói, nhức đầu, tăng áp lực nội sọ | Bệnh não do THA |
| LabetalolTRANDATEống10mg/20ml | ✓Bolus TM 20-80mg hay 1mg/kg mỗi 5-10 phút(max 300mg) .✓Duy trì 0,5-2mg/phút trong 8-12 giờ. | ✓5-10phút/2- 6giờ | ✓Co thắt phế quản, block tim, suy tim, tụt huyết áp tư thế | Bệnh não do THATai biến mạch máu não |
| Verapamine ISOPTIN ống 5mg/2ml | TM 5-10mg Duy trì TTM 25mg/giờ | 1-5’/30-60’ | Nhịp chậm, bloc tim đặc biệt khi dung chung với ức chế beta | Nhịp tim nhanh hoặc TMCT |

**4.2 Đối với tăng huyết áp khẩn trương :**

- Cho phép hạ huyết áp trong vòng vài giờ đến 72 giờ.

- Điều trị bằng các thuốc đường uống

- Thường đòi hỏi phối hợp thuốc.

- Cũng phải được theo dõi tại bệnh viện trong 24-72 giờ để chắc chắn

bệnh nhân có đáp ứng điều trị và không gặp tác dụng phụ hay biến chứng.

- Nên tránh dùng Nifedipine ngậm dưới lưỡi trong xử trí cấp cứu THA đặc biệt là bệnh nhân bệnh mạch vành hay TBMMN do có thể gây ra tác dụng phụ trên tim mạch (đột quỵ/ NMCT).

**Bảng 2: Các thuốc hạ áp dùng trong THA khẩn trương**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Thuốc | Liều | Khởi phát/thời gian tác dung | Thán trọng |
| Captopril | 25mg-50mg uống hay ngậm dưới lưỡi, lập lại nếu cần | Uống :15-30phút/6-8giờNgậm:15- 30phút/2-6giờ | Tụt huyết áp, suy thận, tăng kali máu |
| Labetalol TRANDATE viên 200mg | 200-400mg lập lại mỗi 2-3giờ | 30phút-2giờ/2- 12giờ | Co thắt phế quản, block tim, tụt huyết áp tư thế |
| Furosemid Lasix viên 40mg | 20-40 mg | 30-60phút/6-8giờ | Hạ kali máu |
| Propranolol Inderal viên 40mg | 20-40mg | 15-30 phút/3-6giờ | Co thắt phế quản, block tim, tụt huyết áp tư thế |
| Amlodipine | 5-10 mg | 60-120 phút/12-18 giờ |  |
| Nicardipine | 20-40 mg | 60-120 phút/8- 12 giờ |  |

**4.3 Cơn tăng HA không phải cấp cứu và không phải khẩn trương (acute hypertensive episode - non emergency/non urgency);**

- Trong trường hợp này không cần điều trị hạ áp ngay lập tức.

- Cần tìm và điều trị các nguyên nhân thúc đẩy (lo lắng, đau đớn, giảm oxy máu, ngưng điều trị thuốc hạ áp, dùng thuốc hạ áp không đủ liều...)

- Điều trị như THA thông thường.

- Nếu điều trị hạ áp trước đó hiệu quả và dung nạp tốt thì nên bắt đầu

lại chế độ điều trị đó; nếu điều trị hạ áp trước đó không hiệu quả và dung nạp kém thì nên thay đổi thuốc khác phù hợp hơn.

- Chỉ cần lưu bệnh nhân lại tại phòng cấp cứu trong vài giờ, cho thuốc

hạ áp điều trị lâu dài sau xuất viện, nên hẹn tái khám vài ngày sau.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. CRAWFORD.M, CARDIOLOGY. 2010; P: 607-618

2. Kaplan.NM: Kaplan’s Clinical hypertension. 2006, p: 311-322.

3. Mancia.G et al: Manual of Hypertension of the European Sociaty of Hypertension. 2008: 249-254

4. Guidelines for the management of arterial hypertention, ESH/ESC, 2013