

Số: 89^a /QĐ-BV

Hà Giang, ngày 30 tháng 01 năm 2018

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành quy trình chuyên môn khám, chữa bệnh
Và quy trình chuyên môn của một số bệnh thường gặp trong danh mục 26
Quy trình chuyên môn của một số bệnh theo hướng dẫn của Bộ Y tế

GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HÀ GIANG

Căn cứ Luật khám chữa bệnh số 40/2009/QH12;

Căn cứ Quyết định số 494/QĐ-SYT, ngày 25/5/2015 của Sở Y tế Hà Giang về việc ban hành Quy định phân công, phân cấp về Tổ chức bộ máy và công chức, viên chức, hợp đồng theo Nghị định số 68/NĐ-CP;

Căn cứ Quyết định số 4068/QĐ-BYT, ngày 29/7/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Hướng dẫn biên soạn Quy trình chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ Công văn số 70/SYT-NVY ngày 15 tháng 01 năm 2018 về việc biên soạn Quy trình chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh và quy trình chuyên môn của một số bệnh thường gặp trong danh mục 26 quy trình chuyên môn của một số bệnh theo hướng dẫn của Bộ Y tế;

Xét đề nghị của Trưởng phòng KHTH,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo quyết định này 24 quy trình chuyên môn khám chữa bệnh là tài liệu hướng dẫn về thực hành chuyên môn kỹ thuật được áp dụng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Giang: (Có danh sách kèm theo)

Điều 2. Giao cho các khoa lâm sàng chịu trách nhiệm triển khai áp dụng quy trình chuyên môn trong cải tiến chất lượng chẩn đoán, điều trị, chăm sóc tại Bệnh viện.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký.

Điều 4. Trưởng phòng KHTH, các khoa lâm sàng căn cứ quyết định thi hành./. *lu*

Nơi nhận:

- Phòng NVY Sở Y tế
- Ban Giám đốc;
- BHXH tỉnh Hà Giang;
- Website bệnh viện;
- Lưu VT, KHTH.



GIÁM ĐỐC

Hoàng Tiến Việt



**QUY TRÌNH CHUYÊN MÔN
ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA BASEDOW**

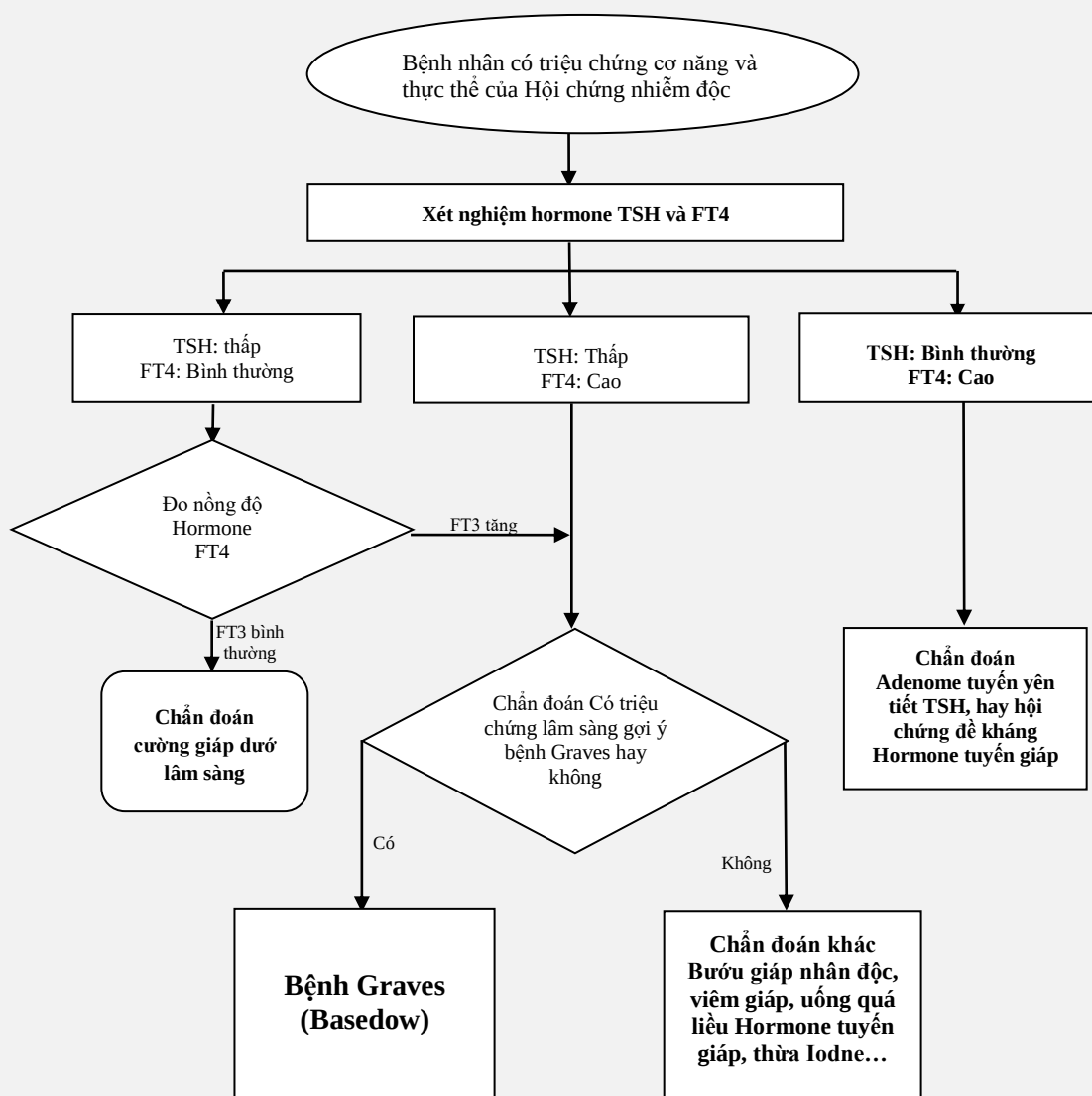
Họ và tên BN:.....
Ngày sinh:.....Giới:.....
Địa chỉ:.....
Số phòng:.....Số giường:.....
Mã BN/ Số HSBA:.....

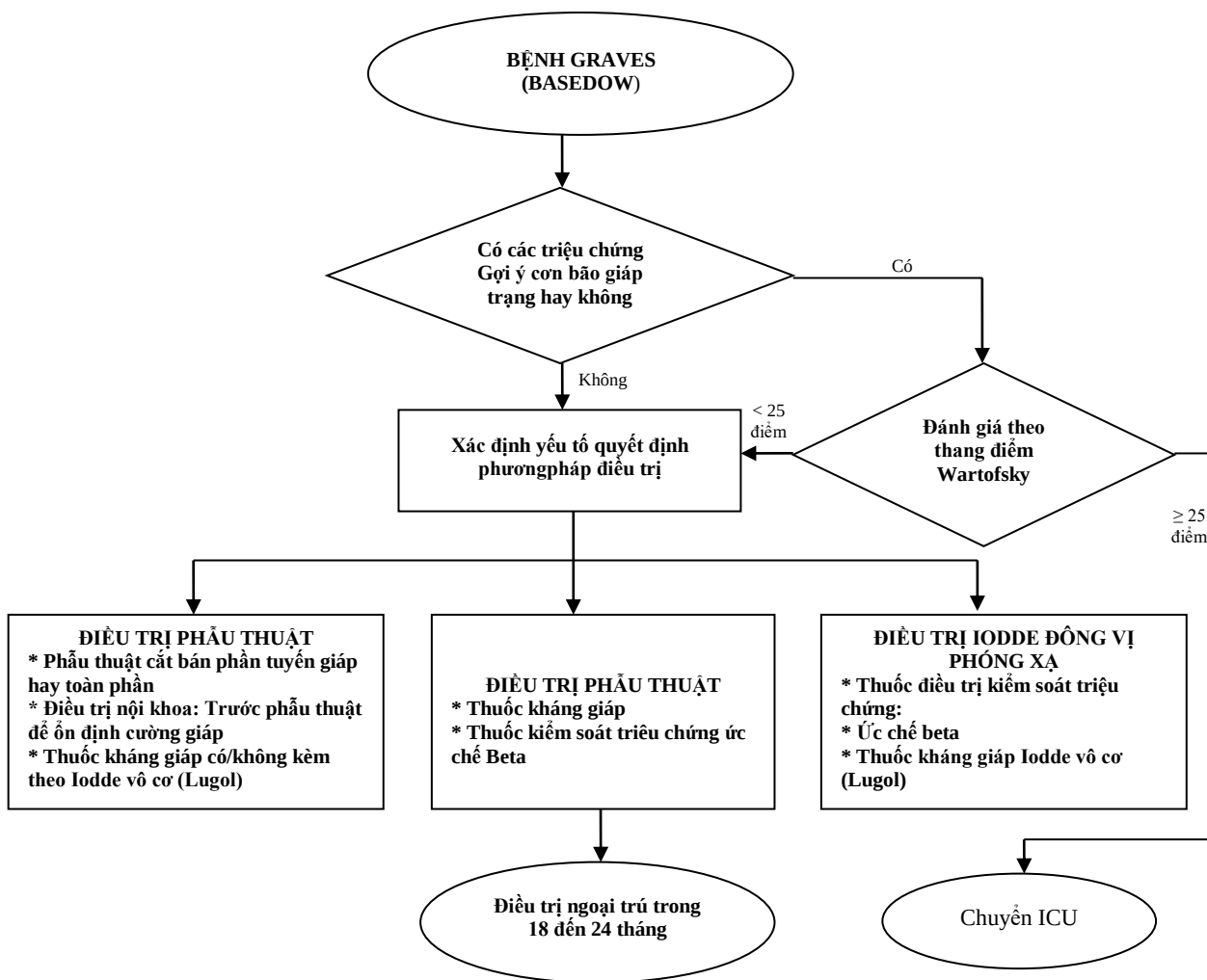
Lưu ý: Đánh dấu sự lựa chọn (“√” : có “X” : không) vào ô ☐. Khoanh tròn **O** nếu lựa chọn nội dung; ^ xem thêm chi tiết nội dung trong phụ lục x tương ứng.

1. ĐÁNH GIÁ TRƯỚC KHI VÀO QUY TRÌNH

Tiêu chuẩn đưa vào:	☐ Triệu chứng nhiễm độc giáp	☐ Bướu giáp to lan tỏa
	☐ Ft4 tăng, TSH giảm	
Tiêu chuẩn loại ra:	☐ Điểm Wartofsky > 24 điểm ☐ Giảm bạch cầu hạt	☐ Bệnh nhân muốn phẫu thuật ☐ Bướu giáp lớn ☐ Đã từng thất bại với điều trị nội khoa
	☐ Bệnh nhân muốn điều trị iode phóng xạ ☐ Nghi ngờ ung thư	
Tiền sử	☐ Tiền sử dị ứng Ghi rõ.....	

2. QUY TRÌNH CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ





3. NGUYÊN TẮC CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị:

1. Kiểm soát triệu chứng cường giáp
2. Đưa tình trạng bệnh nhân về bình giáp
3. Phòng ngừa cơn bão giáp trạng
4. Phòng ngừa các biến chứng do điều trị

4. NGUY CƠ BỊ BÃO GIÁP

	☐ Có	☐ Không
Điểm Wartofsky	Xử trí	
< 25 điểm	☐ Ít có nguy cơ bị bão giáp	
25 – 44 điểm	☐ Có khả năng bị bão giáp, cần theo dõi, điều trị nội khoa tích cực	
≥ 44 điểm	☐ Có khả năng cao bị bão giáp -> Chuyển ICU điều trị tích cực	

5. CHẨN ĐOÁN BỆNH GRAVES (BASEDOW)

- | | |
|--|--|
| ☐ Tăng động, dễ kích thích mất ngủ
☐ Đổ mồ hôi, không chịu được nóng
☐ Hồi hộp
☐ Yếu, mệt mỏi
☐ Sụt cân dù là ăn nhiều, tăng cân nghịch thường có thể xảy ra
☐ Tiêu chảy, tiêu phân có mỡ, uống nhiều
☐ Giảm ham muốn tình dục, thiếu kinh ở nữ
☐ Nhịp xoang nhanh, rung nhĩ trên bệnh nhân lớn tuổi
☐ Run tay
☐ Có bướu cổ
☐ Co kéo mi trên
☐ Yếu cơ, teo cơ | ☐ Lòi mắt
☐ Phù niêm mạc trước xương chày
☐ Ngón tay dùi trống
☐ Bướu giáp lan tỏa
☐ Nghe có âm thổi tâm thu, sờ thấy rung miu trên tuyến giáp
☐ Yếu, liệt 2 chân |
|--|--|

Cận lâm sàng chẩn đoán nhiễm độc giáp trạng	Cận lâm sàng gợi ý chẩn đoán Basedow	Cận lâm sàng khác
☐ FT4: cao ☐ FT3: tăng ☐ TSH: Thấp	☐ Kháng thể kích thích tuyến giáp TSAb: thyroid-stimulating antibody (TSAb) ☐ Kháng thể kháng Thyroid Peroxidase (TPO Ab) ☐ Kháng thể kháng Thyroglobulin (Tg Ab) ☐ Kháng thể kháng thụ thể TSH (TrAb)	☐ Siêu âm Doppler tuyến giáp ☐ Xạ hình tuyến giáp ☐ Đo điện tâm đồ ☐ Khác:.....
Não ☐ Kích động ☐ Lú lẫn ☐ Lơ mơ ☐ Hôn mê	Tim ☐ Rung nhĩ ☐ Nhịp nhanh ☐ Suy tim ☐ Ngoại tâm thu	Mắt ☐ Co kéo cơ mi trên ☐ Lòi mắt ☐ Rối loạn vận nhãn ☐ Phù giác mạc ☐ Mất thị lực

6. DIỄN TIẾN BỆNH VÀ XỬ TRÍ

Dấu hiệu		N1	N2	N3	.....	Nn
Lâm sàng	Tăng động, dễ kích thích, mất ngủ	☐	☐	☐	☐	☐
	Sốt	☐	☐	☐	☐	☐
	Đồ mồ hôi, không chịu được nóng	☐	☐	☐	☐	☐
	Hồi hộp	☐	☐	☐	☐	☐
	Yếu, mệt mỏi	☐	☐	☐	☐	☐
	Sụt cân	☐	☐	☐	☐	☐
	Tiêu chảy	☐	☐	☐	☐	☐
	Nhịp nhanh xoang	☐	☐	☐	☐	☐
	Rung nhĩ	☐	☐	☐	☐	☐
	Run tay	☐	☐	☐	☐	☐
	Có bướu cổ	☐	☐	☐	☐	☐
	Cơ kéo mi trên	☐	☐	☐	☐	☐
	Liệt hai chi dưới	☐	☐	☐	☐	☐
	Yếu cơ	☐	☐	☐	☐	☐
Cận lâm sàng	FT4	☐	☐	☐	☐	☐
	FT3	☐	☐	☐	☐	☐
	TSH	☐	☐	☐	☐	☐
	ECG	☐	☐	☐	☐	☐
	Siêu âm tuyến giáp	☐	☐	☐	☐	☐
	Tổng phân tích tế bào máu	☐	☐	☐	☐	☐
	SGOT	☐	☐	☐	☐	☐
	SGPT	☐	☐	☐	☐	☐
	Xạ hình tuyến giáp	☐	☐	☐	☐	☐
	TSAb	☐	☐	☐	☐	☐
	TPOAb	☐	☐	☐	☐	☐
	Tg Ab	☐	☐	☐	☐	☐
	TRAb	☐	☐	☐	☐	☐
	Ure máu	☐	☐	☐	☐	☐
	Creatinin	☐	☐	☐	☐	☐
	Điện giải đồ	☐	☐	☐	☐	☐
	Khác:	☐	☐	☐	☐	☐
Điều trị	Kháng giáp tổng hợp (Phụ lục III)	☐	☐	☐	☐	☐
	Ức chế Beta (Phụ lục IV)	☐	☐	☐	☐	☐
	Thuốc Iode vô cơ (Phụ lục V)	☐	☐	☐	☐	☐
Chăm sóc	Chăm sóc cấp 1	☐	☐	☐	☐	☐
	Chăm sóc cấp 2	☐	☐	☐	☐	☐
	Chăm sóc cấp 3	☐	☐	☐	☐	☐

7. XUẤT VIỆN

Tiêu chuẩn xuất viện	☐ Nhịp tim < 100 lần/phút ☐ Không dấu hiệu suy tim	☐ Hết sốt ☐ Điểm Wartofsky < 25 điểm
Hướng điều trị tiếp theo	☐ Hướng điều trị Nội khoa tiếp tục đủ 24 tháng ☐ Tuân thủ chế độ ăn cử muối Iode	Số ngày điều trị:.....

8. QUẢN LÝ VÀ TƯ VẤN BỆNH NHÂN

- ☐ Tái khám mỗi 1 – 2 tháng trong hai năm
- ☐ Sau đó, tái khám mỗi năm để đánh giá tái phát
- ☐ Hướng dẫn bệnh nhân cử muối Iode
- ☐ Hướng dẫn bệnh nhân khi có triệu chứng sốt, đau họng...tái khám ngay để phát hiện những trường hợp giảm bạch hạt khi đang điều trị thuốc kháng giáp tổng hợp
- ☐ Tư vấn phụ nữ khi cần tái khám ngay, khi muốn mang thai hay phát hiện mang thai khi đang uống thuốc kháng giáp

9. PHỤ LỤC

Phụ lục 1: Thang điểm Warstofsky

Triệu chứng	Điểm
Rối loạn điều hòa nhiệt độ	
Nhiệt độ:	
37 ⁰ 2 -> 37 ⁰ 7	6
37 ⁰ 8 -> 38 ⁰ 2	10
38 ⁰ 3 -> 38 ⁰ 8	15
38 ⁰ 9 -> 39 ⁰ 4	20
39 ⁰ 5 -> 39 ⁰ 9	25
≥ 40 ⁰	30
Ảnh hưởng thần kinh trung ương	
- Không có	0
- Nhẹ, kích động	10
- Trung bình: Nói sảng, rối loạn tâm thần, lừ đừ	20
- Nặng: Co giật hoặ hôn mê	30
Rối loạn tiêu hóa/chức năng gan	
- Không có	0
- Trung bình: Tiêu chảy, ói, buồn ói, đau bụng	10
- Nặng: vàng da không giải thích được	20
Rối loạn chức năng tim mạch	
Tim đập nhanh	
90 -> 109 nhịp/phút	5
110 -> 119 lần/phút	10
120 -> 129 lần/phút	15
130 -> 139 lần/phút	20
≥ 140 lần/lần	25
Suy tim	
- Không có	0
- Nhẹ: Phù cổ chân	5
- Trung bình: Rạn hai bên phổi	10
- Nặng: Phù phổi	15
Rung nhĩ	
- Không	0
- Có	10
Yếu tố thúc đẩy	
- Không	0
- Có	10

Tổng số điểm

- < 25: Ít có khả năng bị cơn bão giáp
- 25 -> 44: Có khả năng là cơn bão giáp
- > 45: rất nhiều khả năng là cơn bão giáp

Phụ lục 2: Điều trị nội khoa bệnh Graves (Basedow)

Lựa chọn bệnh nhân:

- + Là lựa chọn hàng đầu cho bệnh nhân < 50 tuổi, phụ nữ mang thai và trẻ em.
- + Hiệu quả: 30 -> 40 % trường hợp đạt bình giáp sau điều trị
- + Khả năng hết bệnh xảy ra trên những trường hợp bệnh nhẹ, bướu giáp nhỏ
- + Nếu tái phát, có thể phải điều trị lại đợt hai
- + 10 đến 15% bệnh nhân bị suy giáp sau điều trị
- + Thường mất 2 đến 3 tuần để kiểm soát triệu chứng, có thể sử dụng thuốc ức chế Beta để kiểm soát triệu chứng trong thời gian này.

Thuốc điều trị:

- + Nhóm Carbimazole và Methimazole được ưa thích hơn nhóm Propylthiouracil (PTU) so ít độc trên gan hơn
- + Nhóm Propylthiouracil (PTU): được ưu tiên lựa chọn cho trường hợp mang thai 3 tháng đầu, cho con bú, trong nhiễm độc giáp trạng nặng hay cơn bão giáp trạng.
- + Nhóm ức chế Beta: Giảm triệu chứng nhiễm độc giáp trạng
- + Nhóm Iode vô cơ: Giảm phóng thích hormon giáp.

Phụ lục 3: Thuốc kháng giáp tổng hợp

Thuốc	Liều	Ghi chú
Carbimazole	Chính liều - Liều khởi đầu: 15 -> 60 mg/ngày Chia làm 1 -> 2 lần. Giảm liều khi bệnh nhân bình giáp - Liều duy trì: 5 -> 15 mg/ngày trong 18 tháng - Cách điều trị khác (Block-replace) 20 -> 60 mg/ngày phối hợp với Levothyroxine 50 -> 150 Mcg/ngày trong 18 tháng	Hai phương pháp: Chính liều hay Block-relace đều cho hiệu quả như nhau Levothyroxine được thêm vào sau 3 -> 6 tuần điều trị thuốc kháng giáp. Chính liều Levothyroxine để duy trì bình giáp Tác dụng phụ: + Tác dụng phụ trên đường tiêu hóa + Phát ban, mề đay, sốt, đau khớp + Giảm bạch cầu hạt có thể xảy ra < 1% bệnh nhân + Hiếm hơn: Viêm gan, hội chứng giống Lupus ban đỏ hệ thống + Đa số xảy ra trong hai tháng đầu tiên điều trị + PTU có nguy cơ gây viêm gan hay tổn thương gan không triệu chứng cao hơn nhóm thuốc khác + Hướng dẫn khác: - Liều thuốc kháng giáp tùy thuộc vào đáp ứng của từng bệnh nhân và kích thước bướu giáp - Hướng dẫn bệnh nhân các triệu chứng phát hiện giảm bạch cầu hạt: đau họng, sốt.... - Nếu nghi ngờ giảm bạch cầu hạt phải ngưng thuốc kháng giáp cho đến khi kết quả xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu loại trừ giảm bạch cầu hạt.
Thiamazole (Methimazole)	- Liều khởi đầu: + Nhẹ: 15 mg/ngày + Trung bình: 40 -40 mg/ngày + Nặng, đặc biệt bướu giáp lớn: 60 mg/ngày Thuốc uống, chia làm 1 ->2 lần.ngày Khi bình giáp giảm liều dần - Liều duy trì: 5 -> 15 mg/ngày	
Propylthiouracil (PTU)	Chính liều: - Liều khởi đầu: 150 -> 600 mg/ngày chia làm 3 lần, uống Giảm liều khi bệnh nhân bình giáp - Liều duy trì: 50 -> 200 mg/ngày uống trong vòng 18 tháng	

Phụ lục 4: Thuốc ức chế Beta

Thuốc	Liều	Ghi chú
Atenolol	25 -> 30mg/ngày	Có thể được sử dụng để điều trị triệt để triệu chứng cường giao cảm trước khi thuốc kháng giáp có tác dụng Tác dụng phụ: Mệt mỏi, nhịp chậm, hạ huyết áp, suy tim, Block nhánh trong một số bệnh nhân có bệnh lý tim mạch từ trước Hướng dẫn: Liều cao có thể cần thiết trong cường giáp Giảm liều dần và ngưng khi triệu chứng cường giáp giảm.
Propranolol	Nhiễm độc giáp trạng 10 -> 40 mg uống x 3 đến 4 lần/ngày	

Phụ lục 5: Thuốc Iode vô cơ

Thuốc	Liều	Ghi chú
Potassium Iode (KI)	Trước phẫu thuật: 60 -> 250 mg uống x 3 lần/ngày trong 7 -> 10 ngày Con bão giáp trạng: 50 -> 100 mg uống x 2 lần.ngày. Bắt đầu sau khi uống thuốc kháng giáp 1 giờ	Tác dụng phụ: Phát ban, sưng tuyến nước bọt, vị kim loại, đau răng hay nướu, dị ứng Hướng dẫn khác: Pha dung dịch Lugol với sữa, nước hay nước trái cây để giảm triệu chứng khó chịu ở đường tiêu hóa.
Dung dịch Lugol 5%	Trước phẫu thuật: Uống 5 -> 10 giọt x 3 lần trong 7 -> 10 ngày Con bão giáp trạng: 10 giọt mỗi 8 giờ. Bắt đầu sau khi uống thuốc kháng giáp 1 giờ.	



**QUY TRÌNH CHUYÊN MÔN KCB
BỆNH TRĩ CÓ CAN THIỆP NGOẠI KHOA**

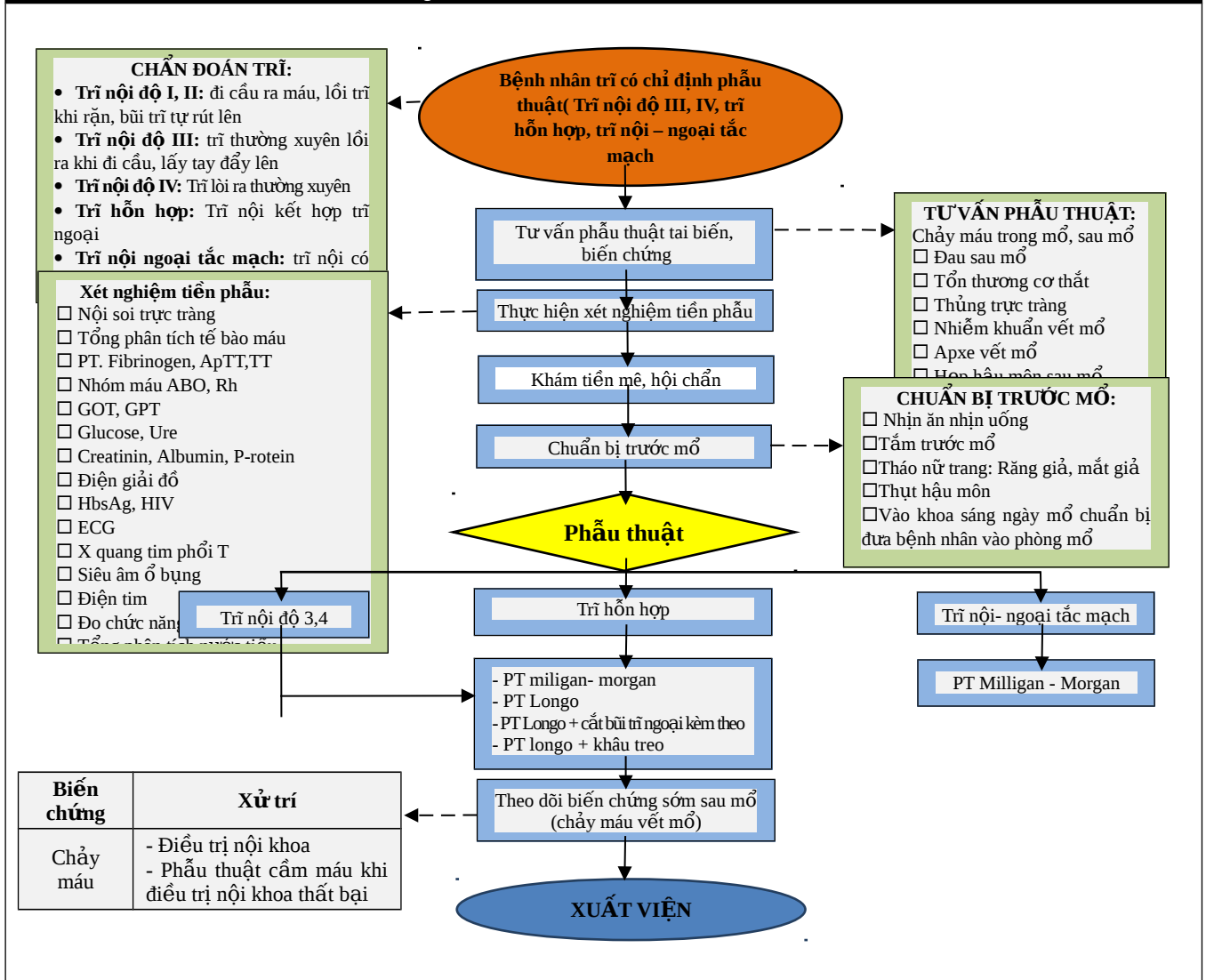
Họ và tên BN:.....
Ngày sinh:.....Giới:.....
Địa chỉ:.....
Số phòng:.....Số giường:.....
Mã BN/ Số HSBA:.....

Lưu ý: Đánh dấu sự lựa chọn (“√” : có; “X” : không) vào ô □. Khoanh tròn **O** nếu lựa chọn nội dung; ^ xem thêm chi tiết nội dung trong phụ lục x tương ứng.

1. ĐÁNH GIÁ TRƯỚC KHI VÀO QUY TRÌNH

Tiêu chuẩn đưa vào:	☐ Búi trĩ lòi ra, đau, không đẩy lên được ☐ Búi trĩ lòi ra, chảy máu, máu dính găng	☐ Búi trĩ to, không đẩy lên được, hoại tử, sờ đau,...
Tiêu chuẩn loại ra:	☐ Búi trĩ không lòi ra, không đau, không gây khó chịu hay chảy máu, ... ☐ Sa trực tràng, sa hậu môn	☐ Bệnh lý nội khoa chưa điều trị ổn định, chống chỉ định phẫu thuật
Tiền sử	☐ Tiền sử dị ứng	Ghi rõ.....

2. ĐÁNH GIÁ TRƯỚC KHI VÀO QUY TRÌNH



3. NGUYÊN TẮC CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Tư vấn, giải thích cho bệnh nhân
2. Dùng thuốc sau mổ
3. Phẫu thuật
4. Theo dõi, phòng tránh tái phát

4. CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN LOẠI	
Trĩ nội	☐ Búi trĩ lòi khi rặn, ho, tự rút lên hoặc phải đẩy lên... ☐ Búi trĩ có niêm-mạc phủ chủ yếu
Trĩ ngoại	☐ Búi trĩ có thường xuyên hiện diện, không đẩy lên được ☐ Búi trĩ thường là da phủ chủ yếu
Trĩ hỗn hợp	☐ Trĩ nội kết hợp với trĩ ngoại

DIỄN TIẾN BỆNH VÀ XỬ TRÍ TRƯỚC PHẪU THUẬT						
DẤU HIỆU			N1	N2	N3	 Nn
	Toàn thân					
Lâm sàng	Dấu hiệu toàn thân	Huyết áp	☐	☐	☐	☐
		Mạch	☐	☐	☐	☐
		Nhiệt độ	☐	☐	☐	☐
		Nhịp thở	☐	☐	☐	☐
	Tri giác		☐	☐	☐	☐
	Các dấu hiệu toàn thân khác (nôn, ói, ho, táo bón)		☐	☐	☐	☐
	Chuyên khoa					
	Búi trĩ vùng hậu môn lòi		☐	☐	☐	☐
	Búi trĩ đau, chảy máu,...		☐	☐	☐	☐
	Khó chịu vùng hậu môn		☐	☐	☐	☐
Cận lâm sàng	Triệu chứng khác (ghi rõ):		☐	☐	☐	☐
	Nội soi trực tràng		☐	☐	☐	☐
	Tổng phân tích tế bào máu bằng máy đếm tự động		☐	☐	☐	☐
	PT, TT, APTT, Fibrinogen		☐	☐	☐	☐
	Nhóm máu ABO, RhD		☐	☐	☐	☐
	SGOT		☐	☐	☐	☐
	SGPT		☐	☐	☐	☐
	Ure		☐	☐	☐	☐
	Albumin		☐	☐	☐	☐
	Protein		☐	☐	☐	☐
	Glucose máu		☐	☐	☐	☐
	Creatinin máu		☐	☐	☐	☐
	Điện giải đồ		☐	☐	☐	☐
	HbsAg		☐	☐	☐	☐
	HIV		☐	☐	☐	☐
	ECG		☐	☐	☐	☐
	Siêu âm ổ bụng		☐	☐	☐	☐
	X quang tim phổi		☐	☐	☐	☐
	Nước tiểu toàn phần		☐	☐	☐	☐
	Điện tim		☐	☐	☐	☐
	Đo chức năng hô hấp		☐	☐	☐	☐
Điều trị	Theo phác đồ A (Phụ lục 6)					
Chăm sóc	Cấp 3					

5. PHẪU THUẬT		
Phương pháp phẫu thuật	Cấp cứu	☐ Phương pháp Milligan - Morgan ☐ Phương pháp Longo
	Chương trình	☐ Phương pháp Milligan - Morgan ☐ Phương pháp Longo

Phương pháp vô cảm	☐ Gây tê tủy sống	☐ Gây mê toàn thân	☐ Khác:.....
Chẩn đoán sau phẫu thuật	☐ Phù hợp	☐ Không phù hợp	☐ Khác:.....
Tai biến/ Biến chứng	☐ Chảy máu trong mô ☐ Chảy máu vết mổ ☐ Đứt cơ thắt ☐ Thủng trực - tràng ☐ Nhiễm trùng vết mổ ☐ Khác:.....		
Thời gian phẫu thuật			

DIỄN TIẾN BỆNH VÀ XỬ TRÍ TRƯỚC PHẪU THUẬT							
DẤU HIỆU			N1	N2	N3	.....	Nn
	Toàn thân						
Lâm sàng	Dấu hiệu toàn thân	Huyết áp	☐	☐	☐	☐	☐
		Mạch	☐	☐	☐	☐	☐
		Nhiệt độ	☐	☐	☐	☐	☐
		Nhịp thở	☐	☐	☐	☐	☐
	Tri giác		☐	☐	☐	☐	☐
	Các dấu hiệu toàn thân khác (nôn, ói, ho, táo bón)		☐	☐	☐	☐	☐
	Chuyên khoa						
	Đau vết mổ		☐	☐	☐	☐	☐
	Chảy máu vết mổ		☐	☐	☐	☐	☐
	Dịch thấm vết mổ		☐	☐	☐	☐	☐
	Sưng nề vết mổ		☐	☐	☐	☐	☐
	Nhiễm trùng vết mổ		☐	☐	☐	☐	☐
Khác (ghi rõ)		☐	☐	☐	☐	☐	
Điều trị	Theo phác đồ B (Phụ lục 7)						
Chăm sóc	Cấp 3						

6. XUẤT VIỆN		
Tiêu chuẩn xuất viện	☐ Vết mổ khô, giảm đau ☐ Đi cầu ít đau, ít hoặc không chảy máu ☐ Khác:..... ☐ Không sốt ☐ Bệnh nhân tự đi lại, sinh hoạt cá nhân	
Tình trạng xuất viện	☐ Khởi bệnh ☐ Dấu hiệu sinh tồn Ổn định ☐ Bệnh tỉnh ☐ Kết thúc qui trình	
Hướng điều trị tiếp theo	☐ Ngâm rửa hậu-môn ☐ Uống thuốc theo đơn ☐ Tái khám theo hẹn ☐ chế độ dinh dưỡng	
Số ngày điều trị:		

7. QUẢN LÝ VÀ TƯ VẤN BỆNH NHÂN		
☐ Thông tin GDSK	☐ Hạn chế làm việc nặng, gắng sức	☐ Táo bón
	☐ Hạn chế ngồi lâu, đứng lâu	☐ Khác:.....
☐ Hẹn tái khám: ngày.....tháng.....năm.....; Phòng khám số:.....		

8. PHỤ LỤC	
QUẢN LÝ VÀ GIÁO DỤC BỆNH	PHÁC ĐỒ A

1. Chế độ chăm sóc:

- Ngâm hậu môn bằng nước ấm có hoặc không pha muối hoặc betadin
- Rửa vết mổ hàng ngày tại cơ sở y tế

2. Chế độ dinh dưỡng:

- Ăn uống nhiều chất xơ, dễ tiêu (ra, chuối, khoai tây...)
- Uống nhiều nước
- Cữ ăn chất cay (tiêu, ớt...)

3. Chế độ làm việc & hoạt động:

- Hạn chế đứng lâu ngồi lâu: Nghỉ ngơi giữa giờ khoảng 15 phút sau 45 phút làm việc, nằm gác chân cao
- Tập thói quen đi cầu mỗi ngày đúng giờ (1 lần/ngày)

4. Tái khám:

- Tái khám 1 tuần sau mổ hoặc khi đau nhiều, chảy máu nhiều khi đi cầu.
- Sưng nề vùng hậu môn.
- Uống thuốc tiếp tục sau mổ Longo
- Tái khám khi đi cầu khó sau mổ.

➤ Dịch truyền

Lactate Ringer 500ml
Natricloride 0,9% 500ml
Glucose 5% 500ml

➤ Kháng sinh

CEPHALOSPORIN

Basultam 2g+1g 1lọ TMC x 2 lần/ngày
Ceftazidime 2g 1lọ TMC x 2 lần/ngày
Suprapime 1g 1lọ TMC x 2 lần/ngày
Chống vi khuẩn kỵ khí
Metronidazole 500mg 1chai TTM x 2 lần/ngày

➤ PPI

Rabeloc 20mg 1lọ TMC 1 lần/ngày
Faditac 20mg 1lọ TMC 1 lần/ngày
Biticans 40mg 1lọ TMC 1 lần/ngày

➤ NSAID

Mobic 15mg 1A TB x 2 lần/ngày
Voltaren 75mg 1A TB x 2 lần/ngày

➤ Giảm đau

Paracetamol 1g 1chai TTM x 4 lần/ngày

PHÁC ĐỒ B**➤ Dịch truyền**

Lactate Ringer 500ml
Natricloride 0,9% 500ml
Glucose 5% 500ml

➤ Kháng sinh

CEPHALOSPORIN

Basultam 2g+1g 1lọ TMC x 2 lần/ngày
Ceftazidime 2g 1lọ TMC x 2 lần/ngày
Suprapime 1g 1lọ TMC x 2 lần/ngày

FLUOROQUINOLON

Ciprofloxacin 200mg 1chai TTM x 2 lần/ngày
Levofloxacin 750mg 1chai TTM 1 lần/ngày
Chống vi khuẩn kỵ khí
Metronidazole 500mg 1chai TTM x 2 lần/ngày

➤ PPI

Rabeloc 20mg 1lọ TMC 1 lần/ngày
Faditac 20mg 1lọ TMC 1 lần/ngày
Biticans 40mg 1lọ TMC 1 lần/ngày

➤ NSAID

Mobic 15mg 1A TB x 2 lần/ngày
Voltaren 75mg 1A TB x 2 lần/ngày

➤ Giảm đau

Paracetamol 1g 1chai TTM x 4 lần/ngày

➤ Cầm máu

Cammic 250mg 2A TMC x 2 lần/ngày

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phương pháp phẫu thuật sử dụng máy cắt nối tự động niêm mạc trực tràng, nhằm treo các búi trĩ vào lại ống hậu môn, đảm bảo chức năng sinh lý của các búi trĩ.

II. CHỈ ĐỊNH

Trĩ độ III

Có thể độ IV

Trĩ hỗn hợp có tạo vòng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Trĩ tắc mạch, apxe hậu môn kèm theo.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH phẫu thuật (PT) chung cho các bệnh lý nội khoa khác liên quan gây mê hồi sức, bệnh lý đông cầm máu, HIV, Lao, đái tháo đường chưa kiểm soát, ...

IV. CHUẨN BỊ

1. Cán bộ chuyên khoa:

Phẫu thuật viên (PTV) chuyên khoa ngoại tổng quát theo phê duyệt của Giám đốc bệnh viện.

2. Phương tiện

Ngoài các dụng cụ thông thường cần có: Đèn chiếu sáng tốt, rọi, ánh sáng lạnh,

Bộ dụng cụ phẫu thuật hậu môn, máy cắt nối tự động (PPH03, EEA33,..), dao điện (đơn cực, dao siêu âm, dao Ligasure, ...) máy hút, chỉ chậm tiêu 3.0, chỉ silkl.0, chỉ không tiêu Prolene 2.0, gel bôi trơn, xanh methylen.

Bàn phẫu thuật: Đặt người bệnh ở tư thế phụ khoa, đùi dạng, háng và gối gấp, mông kéo ra khỏi rìa bàn 10-15cm.

3. Người bệnh

Được giải thích những lợi ích cũng tai biến có thể xảy ra trong và sau PT.

Giải thích các biến chứng sớm cũng như muộn. Tái phát trĩ.

Thực hiện các XÉT NGHIỆM cần thiết theo qui định.

Nội soi trực tràng nên làm để loại trừ hoặc phát hiện các bệnh lý khác kèm theo Có thể phẫu thuật trong ngày

Hoặc mổ chương trình, tối hôm trước ngày phẫu thuật: nhịn ăn uống từ 22h đêm.

Thụt tháo sạch phân trước mổ bằng thuốc (Fleet Enema, Evacnema, ...) ngay trước mổ 30-60 phút, phẫu thuật hậu môn cũng cần đại tràng sạch nhưng trong đa số trường hợp không nghiêm khắc như phẫu thuật đại tràng.

Có thể được uống thuốc an thần như Seduxen tối trước mổ.

Ngày phẫu thuật: Nhịn ăn, uống và cần đi tiểu trước khi vào phòng mổ

4. Hồ sơ bệnh án

Ghi rõ diễn tiến bệnh, tình trạng toàn thân và bệnh lý khác theo quy định của Bộ y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm thường là tê tủy sống, phương pháp khác tùy theo đánh giá của bác sĩ gây mê, hồi sức.

Nong và cố định hậu môn bằng CAD33, khâu mũi túi dưới niêm (thường bắt đầu và kết thúc ở 6h, hoặc kỹ thuật Belt loop, double string), trên đường lược 2cm (có thể thay đổi) bằng Propylen 2.0.

Đặt Anvil máy qua mũi túi, cột mũi túi. Kiểm tra thành sau âm đạo (nếu là bệnh nhân nữ).

Bấm máy cắt nối tự động.

Lấy máy ra, nong hậu môn kiểm tra miệng cắt.

Khâu cầm máu bằng chỉ tiêu chậm (nếu có).

Kiểm tra ghi nhân phần niêm mạc được cắt bỏ.

Có thể cắt bớt da thừa kèm theo.

Có thể chích Xanh Methylen giảm đau sau mổ.

Phụ lục 5:
PHẪU THUẬT CẮT TRĨ PHƯƠNG PHÁP MILLIGAN-MORGAN

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phương pháp phẫu thuật ứng dụng nhiều nhất nhằm cắt bỏ từng búi trĩ riêng rẽ. trước khi cắt phải thấy tam giác trình bày da niêm. Cố gắng chữa cầu da niêm để tránh hẹp hậu môn, nhất là trĩ vòng

II. CHỈ ĐỊNH

Trĩ độ III, độ IV, trĩ hỗn hợp Trĩ ngoại tắc mạch, huyết khối.

Trĩ đã điều trị bằng phương pháp khác thất bại.

Trĩ có kèm các bệnh cần phẫu thuật khác ở hậu môn như: nứt hậu môn mãn, dò, áp xe hậu môn,...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có CHỐNG CHỈ ĐỊNH tuyệt đối.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH phẫu thuật (PT) chung cho các bệnh lý nội khoa khác liên quan gây mê - hồi sức, bệnh lý đông cầm máu, đái tháo đường chưa kiểm soát, lao, HIV,.

IV. CHUẨN BỊ

1. Cán bộ chuyên khoa:

Phẫu thuật viên (PTV) chuyên khoa ngoại tổng quát theo phê duyệt của Giám đốc bệnh viện..

2. Phương tiện:

Ngoài các dụng cụ thông thường cần có: Đèn chiếu sáng tốt, rọi, ánh sáng lạnh,

Bộ dụng cụ phẫu thuật hậu môn, dao điện (đơn cực, dao siêu âm, dao Ligasure, .), máy hút, chỉ chậm tiêu 3.0, gel bôi trơn, xanh methylen.

Bàn phẫu thuật: Đặt người bệnh ở tư thế phụ khoa, mông kéo ra khỏi rìa bàn 10-15cm.

3. Người bệnh:

Được giải thích những lợi ích cũng như tai biến có thể xảy ra trong và sau PT.

Thực hiện các XÉT NGHIỆM cần thiết theo qui định.

Có thể phẫu thuật trong ngày

Hoặc mổ chương trình, tối hôm trước ngày phẫu thuật: nhịn ăn uống từ 22h đêm.

Thụt tháo sạch phân trước mổ bằng thuốc (Fleet Enema, Evacema, ...) ngay trước mổ 30-60 phút, phẫu thuật hậu môn cũng cần đại tràng sạch nhưng trong đa số trường hợp không nghiêm khắc như phẫu thuật đại tràng.

Có thể được uống thuốc an thần như Seduxen tối trước mổ.

Ngày phẫu thuật: Nhịn ăn, uống và cần đi tiểu trước khi vào phòng mổ

4. Hồ sơ bệnh án:

Ghi rõ diễn tiến bệnh, tình trạng toàn thân và bệnh lý khác theo quy định của Bộ y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Tư thế: tư thế phụ khoa, mông chìa ra bàn 10-15cm.

Vô cảm thường là tê tủy sống, khác tùy theo đánh giá của bác sĩ gây mê, hồi sức.

Dùng 3 kẹp: kẹp thứ nhất ở rìa hậu môn, kẹp thứ hai ở đường lược, kẹp thứ ba ở niêm mạc trực tràng, các búi trĩ lộ ra rất rõ. Tách các búi trĩ khỏi cơ, đi từ nông vào sâu, cho tới đầu kẹp thứ ba. Kẹp ngang sát chân kẹp thứ ba nơi gốc búi trĩ. Cắt trên kẹp. Dùng chỉ khâu khâu dưới chân kẹp.

Lấy các búi trĩ phụ.

Cắt bớt da thừa, cố gắng chữa lại các cầu da niêm mạc (ít nhất là 2)

Kiểm tra đút lọt 2 ngón tay.

Cầm máu, băng ép.

Không nên đặt ống dẫn lưu hay gạc trong hậu môn.

--



**QUY TRÌNH CHUYÊN MÔN KCB
CẮT AMIDAN**

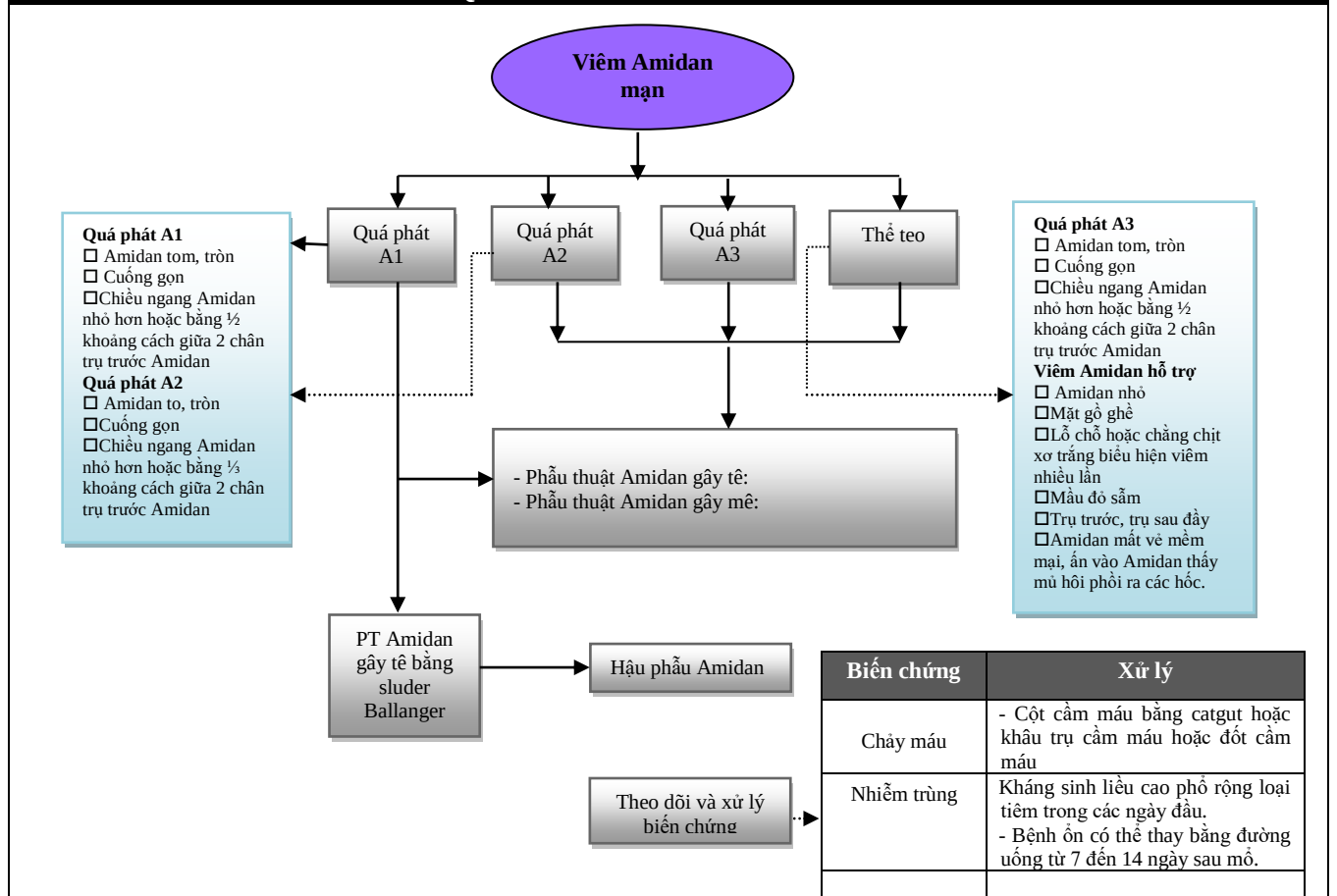
Họ và tên BN:.....
Ngày sinh:.....Giới:.....
Địa chỉ:.....
Số phòng:.....Số giường:.....
Mã BN/ Số HSBA:.....

Lưu ý: Đánh dấu sự lựa chọn (“√”: có “X”: không) vào ô ☐. Khoanh tròn **O** nếu lựa chọn nội dung; ^ xem thêm chi tiết nội dung trong phụ lục x tương ứng.

1. ĐÁNH GIÁ TRƯỚC KHI VÀO QUY TRÌNH

Tiêu chuẩn đưa vào:	☐ Viêm Amidan mạn tính 7 lần/năm; 5 lần hàng năm/2 năm; 3 lần hàng năm/3 năm. ☐ Viêm Amidan mạn tính điều trị nội khoa tích cực trong vòng 4-6 tuần, bệnh nhân vẫn đau họng, viêm hạch cổ, hơi thở hôi. ☐ Viêm Amidan gây biến chứng thấp khớp, viêm vi cầu thận, viêm tai giữa, viêm xoang... tái đi tái lại nhiều lần.	☐ Viêm Amidan gây Apxe quanh Amidan ☐ Amidan quá phát gây tắc nghẽn đường hô hấp trên ☐ Amidan quá phát có hội chứng ngưng thở trong lúc ngủ ☐ Nghi ngờ ung thư Amidan
Tiêu chuẩn loại ra:	☐ Bệnh nhân có rối loạn đông cầm máu (Hemophilia A, B, C; Suy tủy, xuất huyết giảm tiểu cầu, ung thư máu...) ☐ Bệnh mạn tính điều trị chưa ổn định (tiểu đường, lao, cường giáp, suyễn...)	☐ Bệnh nhân đang có nhiễm khuẩn đường hô hấp trên ☐ Ở vùng đang có bệnh dịch; ☐ Phụ nữ có thai ☐ Phụ nữ đang hành kinh...
Tiền sử	☐ Tiền sử dị ứng	Ghi rõ.....

2. ĐÁNH GIÁ TRƯỚC KHI VÀO QUY TRÌNH



3. NGUYÊN TẮC CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị

1. Tư vấn và hướng dẫn bệnh nhân trước và sau phẫu thuật
2. Phẫu thuật theo đúng quy trình kỹ thuật
3. Dùng thuốc theo phác đồ
4. Theo dõi, phòng ngừa và điều trị các biến chứng

4. CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN LOẠI

Chẩn đoán và phân loại	
------------------------	--

Viêm Amidan quá phát A1		Viêm Amidan quá phát A2	
☐ Amidan to, tròn	☐ Chiều ngang Amidan nhỏ hơn hoặc bằng $\frac{1}{4}$ khoảng cách giữa 2 chân trụ trước Amidan	☐ Amidan to, tròn	☐ Chiều ngang Amidan nhỏ hơn hoặc bằng $\frac{1}{3}$ khoảng cách giữa 2 chân trụ trước Amidan
Viêm Amidan quá phát A3		Viêm Amidan thể teo	
☐ Amidan to, tròn	☐ Chiều ngang Amidan nhỏ hơn hoặc bằng $\frac{1}{2}$ khoảng cách giữa 2 chân trụ trước Amidan	☐ Amidan nhỏ	☐ Mầu đỏ sẫm
☐ Cuống gọn		☐ Mặt gồ ghề	☐ Trụ trước, trụ sau đầy
		☐ Lỗ chỗ hoặc chẳng chị xơ trắng biểu hiện viêm nhiều lần	☐ Amidan mất vẻ mềm mại, ấn vào amidan thấy mũ hôi phòi ra các hóc
Phân tầng nguy cơ			
Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình		Nguy cơ cao
☐ A1	☐ A2	☐ Thể xơ teo	☐ A3

DIỄN TIẾN BỆNH VÀ XỬ TRÍ TRƯỚC PHẪU THUẬT

DẤU HIỆU		N1	N2	N3	.....	Nn
Lâm sàng	Sốt	☐	☐	☐	☐	☐
	Ho	☐	☐	☐	☐	☐
	Khạc đàm	☐	☐	☐	☐	☐
	Khó thở	☐	☐	☐	☐	☐
Cận lâm sàng	Tổng phân tích tế bào máu	☐	☐	☐	☐	☐
	Đường huyết	☐	☐	☐	☐	☐
	Nhóm máu ABO, Rh(D)	☐	☐	☐	☐	☐
	Thời gian máu chảy máu đông (TS-TC) hoặc Prothrombin (PT, TQ)	☐	☐	☐	☐	☐
	SGOT, SGPT	☐	☐	☐	☐	☐
	Protein toàn phần	☐	☐	☐	☐	☐
	Tổng phân tích nước tiểu	☐	☐	☐	☐	☐
	Creatomin	☐	☐	☐	☐	☐
	Nội soi họng	☐	☐	☐	☐	☐
	ECG	☐	☐	☐	☐	☐
	XQ tim phổi	☐	☐	☐	☐	☐
Điều trị	Theo phác đồ A (phụ lục 1)	☐	☐	☐	☐	☐
Chăm sóc	Cấp 3	☐	☐	☐	☐	☐

5. PHẪU THUẬT		☐ Cấp Cứu	☐ Chương trình
Phương pháp phẫu thuật	☐ Cắt Amidan bằng dụng cụ Sluder - Ballanger	☐ Cắt Amidan bằng phương pháp bóc tách. Cụ thể: ☐ Bằng thông lòng ☐ Bằng dao điện cực đơn (môn) ☐ Bằng dao điện lưỡng cực (bipolar) ☐ Bằng Coblator	
Phương pháp gây mê	☐ Gây tê tại chỗ	☐ Gây mê nội khí quản	☐ Khác:.....
Chẩn đoán sau phẫu thuật	☐ Phù hợp	☐ Không phù hợp	☐ Cụ thể:.....
Tai biến/ Biến chứng	☐ Không	☐ Có	☐ Cụ thể:.....
Thời gian phẫu thuật	☐ <15 phút	☐ 15-30 phút	☐ 30-60 phút ☐ >60 phút

DIỄN TIẾN BỆNH VÀ XỬ TRÍ TẠI PHÒNG HỒ SỨC NGOẠI					
DẤU HIỆU		Giờ	Giờ	Giờ	Giờ
Triệu chứng theo dõi (phụ lục 4)	Sốt	☐	☐	☐	☐
	Ho	☐	☐	☐	☐
	Khạc đàm	☐	☐	☐	☐
	Đau họng	☐	☐	☐	☐
	Khó thở	☐	☐	☐	☐
	Buồn nôn	☐	☐	☐	☐
	Nôn	☐	☐	☐	☐
	Chảy máu	☐	☐	☐	☐
	Chóng mặt	☐	☐	☐	☐
	Đau bụng	☐	☐	☐	☐
Cận lâm sàng	Tổng phân tích tế bào máu	☐	☐	☐	☐
	Đường huyết	☐	☐	☐	☐
	Nhóm máu ABO, Rh(D)	☐	☐	☐	☐
	Thời gian máu chảy máu đông (TS-TC) hoặc Prothrombin (PT, TQ)	☐	☐	☐	☐
	Protein toàn phần	☐	☐	☐	☐
	Creatinin	☐	☐	☐	☐
	ECG	☐	☐	☐	☐
	XQ tim phổi	☐	☐	☐	☐
	Siêu âm bụng tổng quát	☐	☐	☐	☐
	HIV	☐	☐	☐	☐
	HbsAg	☐	☐	☐	☐
	Điện giải đồ	☐	☐	☐	☐
	APTT	☐	☐	☐	☐
	TT	☐	☐	☐	☐
	Fibrinogen	☐	☐	☐	☐
	Ure	☐	☐	☐	☐
	Đo chức năng hô hấp	☐	☐	☐	☐
Điều trị	Theo phác đồ B (phụ lục 2)	☐	☐	☐	☐
Chăm sóc	Cấp 2	☐	☐	☐	☐

DIỄN TIẾN BỆNH VÀ XỬ TRÍ SAU PHẪU THUẬT TẠI KHOA						
DẤU HIỆU		N1	N2	N3	....	Nn
Triệu chứng theo dõi (phụ lục 4)	Sốt	☐	☐	☐	☐	☐
	Ho	☐	☐	☐	☐	☐
	Khạc đàm	☐	☐	☐	☐	☐
	Đau họng	☐	☐	☐	☐	☐
	Khó thở	☐	☐	☐	☐	☐
	Buồn nôn	☐	☐	☐	☐	☐
	Nôn	☐	☐	☐	☐	☐
	Chảy máu	☐	☐	☐	☐	☐
	Chóng mặt	☐	☐	☐	☐	☐
	Đau bụng	☐	☐	☐	☐	☐
	Khô	☐	☐	☐	☐	☐
	Chảy máu	☐	☐	☐	☐	☐
	Rỉn máu	☐	☐	☐	☐	☐
	Sưng đỏ	☐	☐	☐	☐	☐
	Phù nề niêm mạc họng	☐	☐	☐	☐	☐
	Khô	☐	☐	☐	☐	☐
Điều trị	Theo phác đồ C (phụ lục 3)	☐	☐	☐	☐	☐
Chăm sóc	Cấp 1	☐	☐	☐	☐	☐
	Cấp 2	☐	☐	☐	☐	☐
	Cấp 3	☐	☐	☐	☐	☐

6. XUẤT VIỆN		
Tiêu chuẩn xuất viện	☐ Không sốt ☐ Ăn uống được ☐ Tự vận động được	☐ Kiểm soát được tình trạng đau ☐ Hô hấp không chảy máu
Tình trạng xuất viện	☐ Bệnh tình ☐ Sinh niệu ổn	☐ Kết thúc qui trình ☐ Ra khỏi qui trình
Hướng điều trị tiếp theo	☐ Chế độ dinh dưỡng ☐ Uống thuốc theo đơn ☐ Tái khám theo hẹn	Số ngày điều trị:.....

7. QUẢN LÝ VÀ TƯ VẤN BỆNH NHÂN	
Quản lý	Theo hướng dẫn tại Phụ lục 5
Giáo dục	Theo hướng dẫn tại Phụ lục 6

8. PHỤ LỤC

Phụ lục 1: Phác đồ A - Trước phẫu thuật

- **Dùng một trong các kháng sinh sau:**
 - Beta-lactams: amox + acid clavulanic : 1g/ lần x 2- 4 lần/ ngày
 - Macrolides: clarithromycin 500mg/ lần x 2 lần truyền tmc
 - Cephalosporin I: cefalotin(kezlin), cefazolim (kefzol)... tiêm bắp or tiêm tmc 3-6g/ ngày
 - Cephalosporin II: cefamandole (kefandol), cefuroxim liều 3-6g/ ngày TTMC
 - Cephalosporin III: cefotaxim (claforan), cefizoxim (ceftizox), ceftriaxone (rocephin)... liều 1-6g/ ngày chia 3-4 lần.
 - Cephalosporin IV: Cefepim tmc 2g x 2 lần/ ngày.
 - Vancomycin: 1g x 2 lần/ ngày ttmc
 - Clindamycin: 150-300mg/ lần x 4 lần/ ngày
 - Metronidazole: 20-30mg/ kg chia 3 lần
 - Lincomycin: 600mg- 1000mg ^ truyền tmc 8-12h/ 1 lần
- Giảm đau: paracetamol liều 15mg/kg/ lần x 4 lần, tối đa 120mg/kg/ngày
- Tan đàm: acetylcysteine, carbocystein, ambroxol...
- Kháng dị ứng: trong trường hợp có dị ứng.
- Xúc hộng.
- Khí dung hộng.

Phụ lục 2: Phác đồ B - Phòng hồi sức

- **Bù dịch**
 - Ringerlactate 500ml - 1000ml / ngày, truyền 40-60 giọt/ phút
 - Glucosse 5 % x 500ml / ngày, truyền 40-60 giọt / phút
 - Glucose 10 % x 500ml / ngày, truyền 40- 60 giọt / phút
- **Dùng một trong các kháng sinh sau: (Dùng tiếp theo ks trước phẫu thuật)**
 - Beta-lactams: amox + acid clavulanic : 1g/ lần x 2-4 lần/ ngày
 - Macrolides: clarithromycin 500mg/ lần x 2 lần truyền tmc
 - Cephalosporin I: cefalotin(kezlin), cefazolim (kefzol)... tiêm bắp or tiêm tmc 3-6g/ ngày
 - Cephalosporin II: cefamandole (kefandol), cefuroxim liều 3-6g/ ngày TTMC
 - Cephalosporin III: cefotaxim (claforan), cefizoxim (ceftizox), ceftriaxone (rocephin)... liều 1-6g/ ngày chia 3-4 lần.
 - Cephalosporin IV: Cefepim tmc 2g x 2 lần/ ngày.
 - Vancomycin: 1g x 2 lần/ ngày ttmc
 - Clindamycin: 150-300mg/ lần x 4 lần/ ngày
 - Metronidazole: 20-30mg/ kg chia 3 lần
 - Lincomycin: 600mg- 1000mg ^ truyền tmc 8-12h/ 1 lần
 - Kháng viêm: Methyprednisolone 40mgx 1 lọ/ ngày. Hoặc hydrocortisol 100mg x 2 lọ/ ngày.
- **Cầm máu:**
 - Transamin 250mg x 2 ống x 2 /ngày, tiêm TMC
- **Thuốc giảm đau:**
 - Paracetamol 1g x 2g / ngày .Truyền 80-100 giọt /phút.
 - Hoặc paracetamol 15mg/ kg/lần x 4 lần/ ngày.
- **Khác:**
 - Chống nôn nếu bệnh nhân có nôn ói: primperan 10mg x 1 lọ/ lần, tiêm TMC hoặc tiêm bắp hoặc 2-->10mg/kg/ngày.

Phụ lục 3: Phác đồ A - Hậu phẫu thuật ngày 1, 2, 3

- **Dùng tiếp theo ks hồi sức ngoại, hoặc Dùng một trong các kháng sinh sau:**
 - Beta-lactams: amox + acid clavulanic : 1g/ lần x 2- 4 lần/ngày
 - Macrolides: clarithromycin 500mg/ lần x 2 lần truyền TMC
 - Cephalosporin I: cefalotin(kezlin), cefazolim (kefzol)... tiêm bắp or tiêm TMC 3-6g/ ngày
 - Cephalosporin II: cefamandole (kefandol), cefuroxim liều 3-6g/ ngày TMC
 - Cephalosporin III: cefotaxim (claforan), cefizoxim (ceftizox), ceftriaxone (rocephin)... liều 1-6g/ ngày chia 3-4 lần.
 - Cephalosporin IV: Cefepim TMC 2g x 2 lần/ ngày.
 - Vancomycin: 1g x 2 lần/ ngày TTMC
 - Clindamycin: 150-300mg/ lần x 4 lần/ ngày
 - Metronidazole: 20-30mg/ kg chia 3 lần
 - Lincomycin: 600mg- 1000mg ^ truyền TMC 8-12h/ 1 lần
- **Kháng viêm:**
 - Methyprednisolone 40mgx 1 lọ/ ngày. Hoặc hydrocortisol 100mg x 2 lọ/ ngày hoặc prednisolon 5mg x 4 viên uống hoặc methyprednisolone 16mg x2viên uống.
 - Alphachymotrypsine 5000 UI x 2 ống/ngày, tiêm bắp hoặc alphachymotrypsine 4,2mg x 2 viên/ lần x 4 lần/ ngày.
- **Cầm máu:**
 - Transamin 250mg x 2 ống/ngày, tiêm TMC
- **Thuốc giảm đau:**
 - Paracetamol 1g x 2g / ngày .Truyền 80-100 giọt /phút.
Hoặc paracetamol 15mg/ kg/lần x 4 lần/ ngày hoặc paracetamol 500mg x 1 viên x 4 lần/ ngày uống
- **Khác:**
 - Chống nôn nếu bệnh nhân có nôn ói: primperan 10mg x 1 lọ/ lần, tiêm TMC hoặc tiêm bắp hoặc primperan 2-->10mg/kg/ngày.
 - Tan đàm : acetylcysteine, carbocystein, ambroxol
 - Kháng dị ứng : trong trường hợp có dị ứng.
 - Thuốc ho nếu có ho: terpincodein, neocodion, atussin, ...
 - Xúc họng.
 - Khí dung họng

Phụ lục 4: Theo dõi và xử lý tai biến phòng hồi sức

Theo dõi: sốt, ho, khạc đàm, đau họng, khó thở, buồn nôn, nôn, chảy máu, chóng mặt...

Người bệnh được nằm lưu từ 24 giờ đến 3 ngày, không cho về trước 12 giờ sau khi cắt.

Chảy máu: có khay quả đậu để người bệnh đùn, nhổ ra dễ dàng và theo dõi được chảy máu, tránh nuốt.

Mạch, huyết áp sau mổ để phát hiện chảy máu ít nhất 2-6 giờ sau mổ.

Nếu đùn, nhổ ra máu tươi liên tục vài phút phải báo ngay phẫu thuật viên kiểm tra, cầm máu kịp thời.

Nếu có chảy máu: cột cầm máu., đốt cầm máu, khâu trụ..

Phụ lục 5: Quy trình kỹ thuật cắt Amidan

I. Định nghĩa:

Là qui trình phẫu thuật bóc tách amidan ra khỏi hố amidan.

II. Chuẩn bị:

1. **Chuyên khoa:** bác sĩ chuyên khoa tai mũi họng.

2. **Phương tiện:** bộ dụng cụ cắt amidan.

- Đèn clar, banh miệng David, cán dao, dao 12, bóc tách vén trụ, kẹp cong, kéo, alice, kẹp kim, ống hút và dây hút, gạc, bông cầu, chỉ catgut hoặc viryl.

- Tùy theo phương pháp cắt amidan có bộ dụng cụ đi kèm: sluder ballenger, mono, bipolar, coblator,

microdebrider, laser co2, dao siêu âm, dao plasma...

3. Người bệnh:

- Có xét nghiệm cơ bản đầy đủ, bình thường.
- Thể trạng bình thường, không có chống chỉ định.

III. Các bước tiến hành.

1. Vô cảm: Gây mê nội khí quản hoặc gây tê tại chỗ; phối hợp tốt giữa thầy thuốc, nhân viên gây mê. Gây tê chủ yếu giữa trụ trước và amidan để bóc tách cuống amidan.

2. Tư thế:

+ Phương pháp cắt amidan gây tê: Bệnh nhân ngồi, đối với trẻ em có người kèm. Phẫu thuật viên đội đèn Clar và ngồi trước mặt bệnh nhân.

+ Phương pháp cắt amidan mê nội khí quản: Bệnh nhân nằm ngửa cổ, Phẫu thuật viên đội đèn Clar và ngồi ở vùng đầu của bệnh nhân. Một bên phụ mổ, bên kia là chuyên viên gây mê

IV. Kỹ thuật:

1. Cắt amidan bằng Sluder-Ballanger:

Bước 1: Gây tê bằng xylocain 2% hoặc lidocain 2% có pha adrenaline 1/100.000 tại cuống amidan, hố amidan (gây tê bóc tách); có thể thêm trụ trước, trụ sau.

Bước 2: Làm lộ khối amidan: dùng banh miệng banh rộng miệng bệnh nhân.

Bước 3: Đưa dụng cụ sluder ballanger vào từ cực dưới, PTV Cắt amidan bên nào cầm dụng cụ tay đó, ép cán dụng cụ vào mép môi đối diện bên cắt theo kiểu đòn bẩy. Lỗ dụng cụ đến sát khối amidan.

Bước 4: Cho amidan vào lỗ dụng cụ: ép lỗ dụng cụ vào khối amidan, đồng thời ép mép môi đối diện theo kiểu đòn bẩy. Đây là động tác cơ bản phải đẩy hết khối amidan nhưng không để lọt cả trụ trước và trụ sau.

Bước 5: Tách amidan ra khỏi hố: PTV dùng ngón trỏ vuốt đầu của dụng cụ để tách rời khối amidan với hố amidan. Đồng thời đưa dụng cụ tới để bóc tách hoàn toàn. Ta phải tiếp tục bóp dụng cụ để khối amidan được giải phóng vẫn còn dính vào lỗ của dụng cụ. Tránh khối amidan rớt xuống họng. Kéo dụng cụ, có amidan vừa cắt, ra khỏi khoang họng. Tránh amidan khỏi hố là động tác khó nhất, đòi hỏi phải phối hợp tốt 2 tay.

Bước 6: Kiểm tra và cầm máu hố mổ: dùng kẹp cong kẹp bông cầu ép hố mổ để cầm máu trong vài phút. Sau đó lấy kẹp ra và kiểm tra hố mổ với vén trụ, nếu có chảy máu động mạch thì phải kẹp và cột cầm máu.

2. Cắt amidan bằng phương pháp bóc tách: thông lọng (Tyding hoặc Vacher)

Thì 1: Gây tê bằng xylocain 2% hoặc lidocain 2% có pha adrenaline 1/100.000 tại cuống amidan, hố amidan (gây tê bóc tách); có thể thêm trụ trước, trụ sau.

Thì 2: Tách cực trên amidan: dùng alicep kẹp gần cực trên amidan kéo nhẹ vào trong, lấy dao 12 rạch nhẹ niêm mạc trụ trước cách bờ tự do khoảng 2mm. Dùng bóc tách bóc tách nhẹ niêm mạc tới bao amidan, tiếp tục bóc tách lên cực trên. Chú ý cực trên có một số động mạch dễ chảy máu.

Thì 3: Bóc tách khối amidan: Tách trụ trước ra khỏi amidan kể đến tách thành sau, sau đó tách trụ sau đến phần cực dưới amidan, cuối bước này bảo đảm amidan chỉ còn dính với hố mổ ở cuống.

Thì 4: Cắt cực dưới bằng thông lọng: Lấy alicep kẹp amidan qua thông lọng, đưa đầu thông lọng đến sát cực dưới, siết cán thông lọng từ từ cho đến khi cực dưới bị đứt lìa. Lấy kẹp alicep có khối amidan và thông lọng ra ngoài.

Thì 5: Kiểm tra, cầm máu hố mổ: dùng kẹp cong kẹp bông cầu ép hố mổ để cầm máu trong vài phút. Sau đó lấy kẹp ra và kiểm tra hố mổ với vén trụ, nếu có chảy máu động mạch thì phải kẹp và cột hoặc đốt cầm máu. Nếu bên cắt đã ổn định thì tiến hành cắt amidan bên đối diện.

Cắt amidan gây mê nội khí quản: bóc tách bằng thông lọng hoặc bằng dao đơn cực hoặc bằng lưỡng cực hoặc Microdebrider hoặc Coblator hoặc dao siêu âm hoặc daoplasma...

Các thì cắt giống như cắt amidan bằng phương pháp bóc tách.

Các kỹ thuật cắt có thể cắt bằng thông lọng, bằng dao điện đơn cực, lưỡng cực, bằng coblator...

Cần cầm máu thật chu đáo đảm bảo hai hố amidan khô tốt.

Phụ lục 6: Hướng dẫn sau cắt Amidan

Bệnh nhân sau cắt Amidan, cần lưu ý các vấn đề sau:

VẤN ĐỀ ĐAU:

Sau cắt Amidan, ngày thứ 2 có thể đau hơn ngày hôm qua, do ngày hôm qua có dùng thuốc giảm đau truyền tĩnh mạch, nên tác dụng giảm đau tốt hơn, từ ngày thứ 2 về sau dùng giảm đau uống nên thấy đau hơn nhưng đau có thể chịu đựng được.

Càng về sau sẽ giảm đau dần, thường sau 5-7 ngày sẽ dễ chịu hơn.

VƯỚNG ĐÀM:

Sau cắt Amidan, đàm tăng tiết và đọng ở 2 hố Amidan, đồng thời do đau nên bệnh nhân không nuốt nước bọt nhiều, làm tăng tiết đàm nhớt, làm khó chịu ở họng. Tuy vậy, bệnh nhân chú ý: không được khạc nhổ, không tăng hắng.

Sự chảy máu dễ xảy ra nếu bệnh nhân khạc, tăng hắng nhiều, do đó bệnh nhân tuyệt đối tuân thủ.

VẤN ĐỀ HO:

Toa thuốc ra viện có kèm thuốc ho, long đàm, và có cho mua thêm thuốc ho (nếu có ho nhiều).

Cố gắng kiềm hãm cơn ho vì ho nhiều dễ chảy máu, nếu có ho xin liên hệ bác sĩ hoặc tái khám ngay

VẤN ĐỀ ĂN UỐNG:

Tuyệt đối kiêng ăn các thức ăn: CỨNG - NÓNG - CHUA - CAY. Cữ rượu bia, thuốc lá.

Sau mổ, ngày đầu tiên chỉ uống sữa, cháo loãng nguội.

Ngày thứ 2, 3: ăn súp nguội, sữa lạnh, cháo loãng

Ngày thứ 4 --> 14: có thể ăn cháo đặc, bún, phở, thức ăn mềm...

Ngày thứ 15 ăn cơm bình thường.

VẤN ĐỀ TÁI KHÁM:

Sau ra viện có cấp toa thuốc uống 5 ngày, tuy nhiên cần tái khám đúng ngày để BS phẫu thuật theo dõi tốt hơn.

VẤN ĐỀ CHẢY MÁU:

Sau mổ có thể chảy máu bất cứ lúc nào trong 15 ngày đầu, do bong lớp giả mạc gây chảy máu Bình thường ở ngày thứ 5-10 nếu có chảy máu với lượng ít và khoảng 5-10 phút tự cầm thì không đáng lo và không cần đến bệnh viện, nhưng nếu chảy nhiều và chảy không tự cầm, chảy rỉ rả kéo dài thì phải đến bệnh viện gấp để được Bs xử trí.

Bất cứ thời gian nào (sáng, trưa, chiều, tối) vào khoa cấp cứu BV để được Bs xử trí, nếu tình trạng nguy kịch ảnh hưởng đến tính mạng cần phải đến BV để xử trí nhanh và kịp thời.

VẤN ĐỀ LÀNH VẾT MỔ:

Thường vết thương sẽ lành hoàn toàn về sinh lý sau 3 tuần. Tuy nhiên, sự lành còn phụ thuộc từng người, phụ thuộc vào vấn đề dinh dưỡng, nhiễm trùng.

Mỗi ngày sẽ lành một ít, và khi lành sẽ bớt đau hơn.

VẤN ĐỀ NÓI VÀ LÀM VIỆC:

Sau cắt Amidan không kiêng nói hoàn toàn, có thể nói nhỏ nhẹ, không nên nói lớn và nói nhiều. Nếu không kiêng cử sẽ dễ chảy máu.

Có thể hoạt động nhẹ nhàng sau mổ 10 ngày, nhưng không lao động nặng, hoạt động mạnh trong thời gian ít nhất 2 tuần.

ĐIỆN THOẠI THAM VẤN:

KHOA TAI MŨI HỌNG



**QUY TRÌNH CHUYÊN MÔN KCB
CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ
BỆNH MẠCH VÀNH MẠN
(ĐAU THẮT NGỰC ỔN ĐỊNH)**

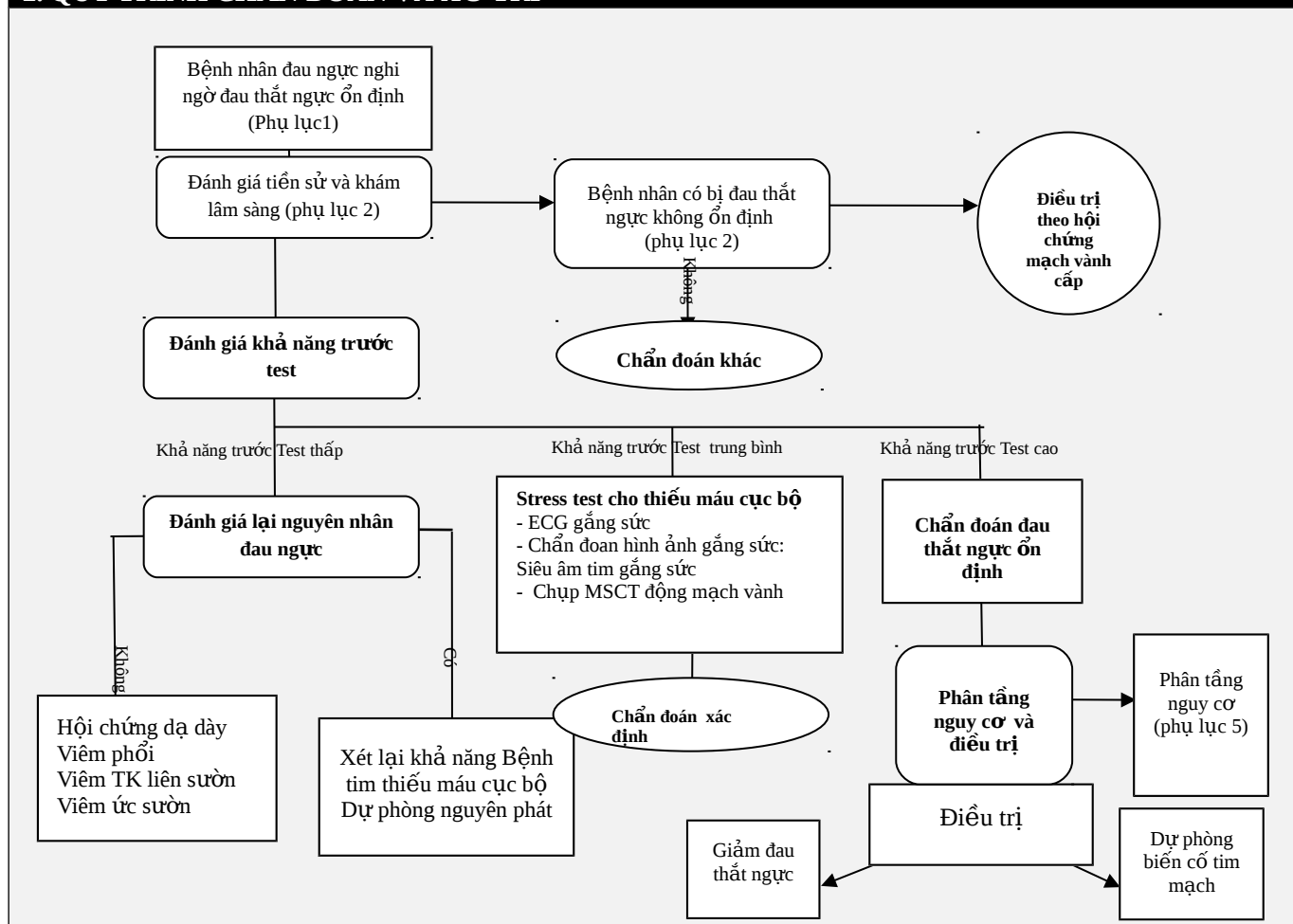
Họ và tên BN:.....
Ngày sinh:.....Giới:.....
Địa chỉ:.....
Số phòng:.....Số
giường:.....
Mã BN/ Số HSBA:.....

Lưu ý: Đánh dấu sự lựa chọn ("√" : có; "X" : không) vào ô □. Khoanh tròn O nếu lựa chọn nội dung; ^ xem thêm chi tiết nội dung trong phụ lục x tương ứng.

1. ĐÁNH GIÁ TRƯỚC KHI VÀO QUY TRÌNH

Tiêu chuẩn đưa vào:	☐ Bệnh nhân đau vùng ngực, đau tăng khi gắng sức, stress, hết khi dùng nitrat ☐ cơn đau dữ dội, diễn hình của hội chứng vành cấp	☐ Đã được chụp mạch vành với tổn thương <70% của LAD,LCx,RCA hoặc hẹp < 50% của LM
Tiêu chuẩn loại ra:	☐ Hội chứng vành cấp ☐ Tình trạng cấp cứu	☐ Các bệnh lý nội khoa khác điển hình
Tiền sử	☐ Tiền sử	Ghi rõ.....

2. QUY TRÌNH CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ



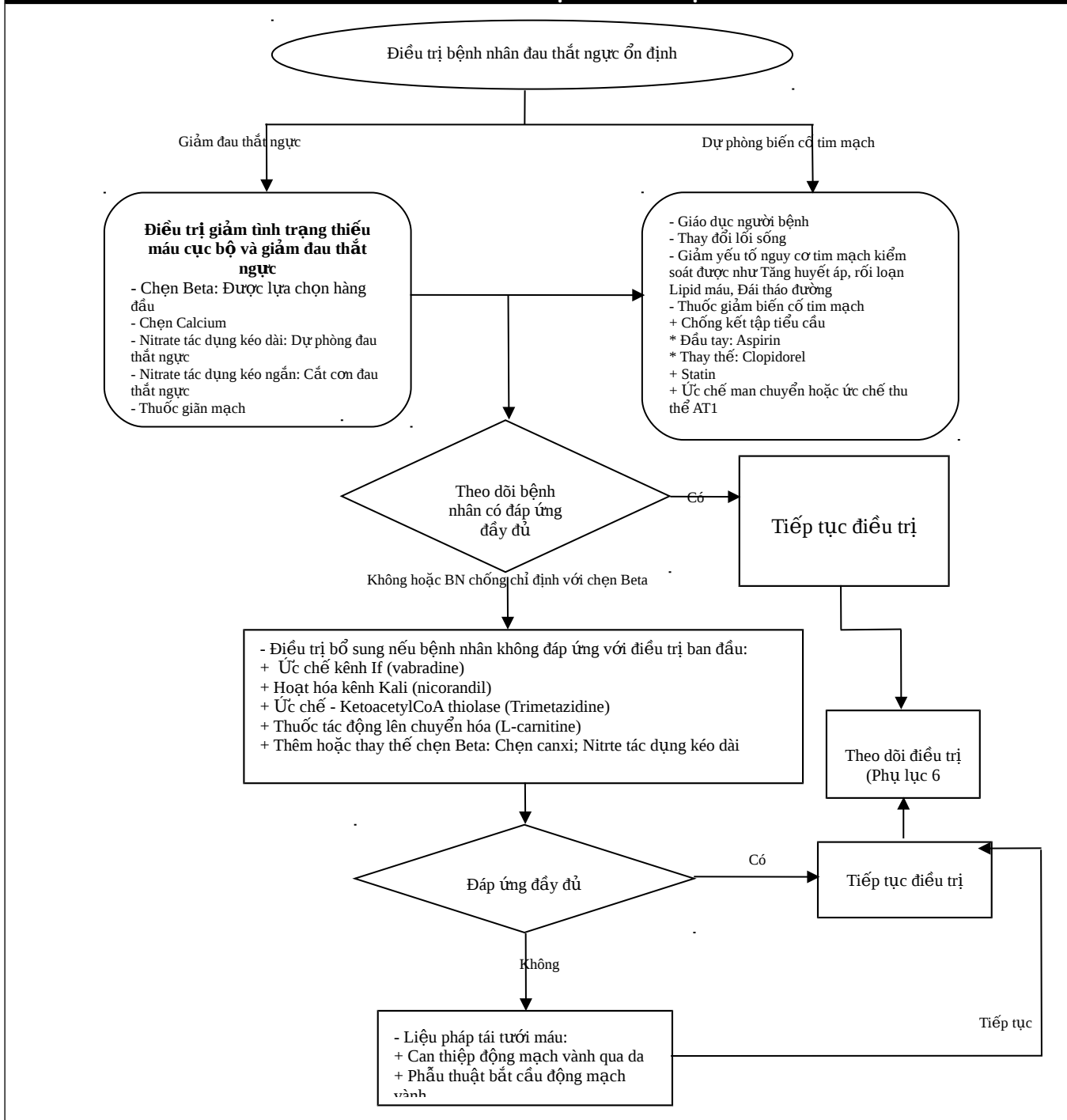
3. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

☐ Mục tiêu chung: ☐ Giảm đau thắt ngực và dự phòng biến cố tim mạch ☐ Cải thiện khả năng	☐ Giảm đau thắt ngực: ☐ Chẹn beta ☐ Chẹn calcium ☐ Nitrate	☐ Phòng biến cố tim mạch: ☐ Giáo dục người bệnh ☐ Thay đổi lối sống	☐ Điều trị bổ sung nếu không đáp ứng với điều trị ban đầu: ☐ Ức chế kênh If ☐ Hoạt hóa kênh kali (Nicorandil)
--	--	---	---

găng sức cho người bệnh		☐ Kiểm soát yếu tố nguy cơ ☐ Chống kết tập tiểu cầu ☐ Statin ☐ Ức chế men chuyển hoặc ức chế thụ thể AT1	☐ Ức chế 3-KAT (Trimetazidine)
-------------------------	--	---	---

- ☐ Tái thông mạch vành
☐ Can thiệp động mạch vành qua
☐ Phẫu thuật bắc cầu động mạch vành

LƯU ĐỒ TIẾP CẬN ĐIỀU TRỊ



4. XỬ TRÍ CẤP CỨU	☐ Có (Hoàn thành bảng bên dưới)	☐ Không
Dấu hiệu	Xử trí	

☐ Đau thắt ngực ổn định có cơn đau điển hình	☐ Nitrate tác dụng ngắn ☐ Chẹn Beta ☐ Nitrate tác dụng kéo dài ☐ Chống kết tập tiểu cầu ☐ Statin ☐ UCMC/UCTTAT1 ☐ Chẹn kênh calcium ☐ Hoạt hóa kênh Kali (nicorandil) ☐ Ức chế KetoacetylCoA thiolase (Trimetazidine)	Theo dõi ☐ Sinh hiệu ☐ Tình trạng đau ngực ☐ Điện tâm đồ lúc nghỉ ☐ Men tim có biến đổi ST-T trên điện tâm đồ theo thời gian
☐ Đau thắt ngực ổn định không có cơn đau	☐ Chẹn Beta ☐ Nitrate tác dụng kéo dài ☐ Chống kết tập tiểu cầu ☐ Statin ☐ UCMC/UCTTAT1 ☐ Chẹn kênh calcium ☐ Hoạt hóa kênh Kali (nicorandil) ☐ Ức chế KetoacetylCoA thiolase (Trimetazidine)	Theo dõi ☐ Sinh hiệu ☐ Tình trạng đau ngực ☐ Điện tâm đồ lúc nghỉ ☐ Men tim có biến đổi ST-T trên điện tâm đồ theo thời gian
Trường hợp khẩn cấp ☐ Hội chứng mạch vành cấp	☐ Điều trị tại khoa Hồi sức tích cực/ khoa cấp cứu/ phòng cấp cứu khoa tim mạch ☐ Thông tin can thiệp cấp cứu ☐ Điều trị nội trú tái tưới máu	

5. DIỄN TIẾN BỆNH VÀ XỬ TRÍ TRƯỚC PHẪU THUẬT

Dấu hiệu	N1/...../.....	N2/...../.....	N3/...../...	N.../...../.....	Nn/...../.....
Lâm sàng - Đau ngực - Khó thở	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Cận lâm sàng - Ure, Creatinin - AST;ALT - Ion đồ - Đường huyết, HbA1C (Nếu có đái tháo đường) - Bilan Lipid máu - Tổng phân tích nước tiểu - Tổng phân tích TB máu - X quang tim phổi thẳng - Điện tâm đồ - Men tim - Siêu âm tim - ECG gắng sức - Siêu âm gắng sức - Chụp CTScanner ĐMV	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Điều trị - Giảm đau thắt ngực - Chẹn Beta - UCMC hoặc UCTTAT1 - Statin - Chống kết tập tiểu cầu - Chẹn Canxi - Nitrate	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Theo dõi - Sinh hiệu - Triệu chứng	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
Chế độ ăn nhạt - Cơm - Cháo - Sữa, súp	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐
Chế độ ăn nhạt - Cấp 1 - Cấp 2 - Cấp 3	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐

6. XUẤT VIỆN

Tiêu chuẩn xuất viện	☐ Các triệu chứng cải thiện ☐ Không biến cố tim mạch cấp ☐ Bệnh nhân được đánh giá nguy cơ và điều trị đầy đủ ☐ Bệnh nhân được hướng dẫn chế độ điều trị, chăm sóc tại nhà phù hợp	
Tình trạng xuất viện	☐ Ổn định không di chứng ☐ Di chứng sau xuất viện ☐ Không thay đổi so với trước nhập viện ☐ Tử vong hoặc bệnh nặng xin về	☐ Kết thúc quy trình ☐ Ra khỏi quy trình
Hướng điều trị tiếp theo	Điều trị tiếp tục theo các thuốc: ☐ Chẹn Beta ☐ Nitrate tác dụng kéo dài ☐ Chống kết tập tiểu cầu ☐ Statin ☐ UCMC hoặc UCTTAT1 ☐ Chẹn kênh Calcium ☐ Điều trị không dùng thuốc ☐ Tập thể dục ☐ Giảm cân ☐ Ăn nhiều rau củ ☐ Ăn nhạt ☐ Lưu ý khác:.....	
Số ngày điều trị:.....		

7. QUẢN LÝ VÀ TƯ VẤN BỆNH NHÂN

☐ Giáo dục người nhà	☐ Giáo dục người bệnh về tình trạng bệnh (nguyên nhân gây bệnh, lựa chọn điều trị và tiên lượng) ☐ Hướng dẫn người bệnh hoặc người thân những kỹ năng để tự theo dõi, nhận biết tình huống diễn biến xấu và có những hoạt động ban đầu thích hợp (ngừng vận động và ngậm Nitrate tác dụng ngắn khi đau ngực) ☐ Hướng dẫn người bệnh tuân thủ điều trị, điều chỉnh lối sống và kiểm soát yếu tố nguy cơ ☐ Tiêm ngừa vaccine cúm
☐ Hướng thay đổi lối sống	☐ Lượng muối ăn vào: hạn chế 5 đến 6 g/ngày ☐ Thức uống có cồn: Nam < 20 -> 30g/ngày; Nữ < 10 -> 20 g/ngày. ☐ BMI cần đạt: dưới 23 Kg/m ² ☐ Vòng eo: Nam < 90 cm; Nữ < 80 cm ☐ Tập luyện: ≥ 30 phút/ngày từ 5 -> 7 ngày/tuần ☐ Không hút thuốc tránh xa khói thuốc ☐ Hằng ngày ăn nhiều rau, trái cây, ít chất béo, thay chất béo bão hòa thành chất béo không bão hòa; Tăng ăn cá có dầu ☐ Kiểm soát huyết áp dưới hoặc bằng 140/90mmHg ☐ Kiểm soát Lipid máu theo hướng dẫn hiện hành ☐ Kiểm soát đường huyết với HbA1C nhỏ hơn hoặc bằng 7% hoặc cá nhân hóa điều trị tùy theo tình trạng người bệnh.

8. PHỤ LỤC

Phụ lục 1: Dấu hiệu gợi ý chẩn đoán đau thắt ngực ổn định

- ☐ Bệnh nhân đau ngực sau xương ức. Khởi phát khi gắng sức hoặc Stress.
 - Giảm khi nghỉ ngơi hoặc với Nitrate.
 - ☐ Tình trạng cơn đau ổn định, đã có trước không tăng về tần số, thời gian và mức độ nặng của cơn đau
- ### Phụ lục 4: Chẩn đoán cơn đau thắt ngực không ổn định
- ☐ Cơn đau ngực xảy ra lúc nghỉ và thường kéo dài trên 20 phút
 - ☐ Cơn đau thắt ngực mới xảy ra dưới hai tháng, nhưng làm giới hạn hoạt động thể lực
 - ☐ Cơn đau thắt ngực ổn định trước đó nặng thêm về cường độ (Giảm ngưỡng, gây đau, tăng độ nặng cơn đau, kéo dài hơn và tần suất tăng hơn).
 - ☐ Cơn đau thắt ngực tái phát trong vòng 4 đến 6 tuần sau nhồi máu cơ tim cấp

Phụ lục 2: Đánh giá tiền sử và khám lâm sàng

- ☐ Đánh giá tính chất, mức độ cơn đau ngực; vị trí cơn đau; thời gian đau; các yếu tố khởi phát cơn
- ☐ Đánh giá nguy cơ bệnh mạch vành
- ☐ Hút thuốc lá, rối loạn Lipid máu, đái tháo đường, hội chứng chuyển hóa, ít hoạt động thể lực và tiền sử gia đình mắc bệnh tim mạch sớm.
- ☐ Tiền sử bệnh mạch máu não hoặc bệnh mạch máu ngoại biên
- ☐ Phân loại lâm sàng đau ngực:
- ☐ Đau ngực điển hình có đủ 3 tính chất: Đau ngực sau xương ức; đau khi gắng sức hoặc Stress và giảm khi nghỉ ngơi hoặc dùng Nitrate
- ☐ Đau ngực không điển hình chỉ có hai đặc điểm trên
- ☐ Đau ngực không do tim: chỉ có 1 hoặc không có những đặc điểm trên.
- ☐ Phân độ đau ngực theo Hội Tim mạch Canada (CCS)
- ☐ Độ I: Những hoạt động thể lực bình thường không gây đau thắt ngực
- ☐ Độ II: Hạn chế nhẹ hoạt động thể lực bình thường. Đau thắt ngực xuất hiện khi leo cao > 1 tầng gác thông thường bằng cầu thang hoặc đi bộ dài hơn 2 dặm nhà.
- ☐ Độ III: Hạn chế đáng kể hoạt động thể lực thông thường. Đau thắt ngực khi đi bộ dài từ 1 -> 2 dặm nhà hoặc leo cao 1 tầng gác
- ☐ Độ VI: Các hoạt động thể lực bình thường đều gây đau thắt ngực. Đau thắt ngực khi làm việc nhẹ, khi gắng sức nhẹ.

Phụ lục 4: Đánh giá khả năng trước Test.

- ☐ Đánh giá dựa vào các yếu tố như tuổi, giới và tình trạng đau thắt ngực
- ☐ Khả năng rất thấp (< 5%)
- ☐ Nữ < 49 tuổi, không đau ngực
- ☐ Nữ < 39 tuổi, đau ngực không điển hình
- ☐ Khả năng thấp (Từ 5 -> 10%)
- ☐ Nữ từ 50 -> 59 tuổi hoặc nam < 39 tuổi, không đau ngực.
- ☐ Nữ từ 40 -> 49 tuổi, đau ngực không điển hình
- ☐ Khuyến cáo để loại trừ nguyên nhân đau ngực khác (Phổi, dạ dày, cơ xương)
- ☐ Khả năng trung bình (10 -> 90%)
- ☐ Nữ < 59 tuổi hoặc nam < 39 tuổi, đau thắt ngực điển hình
- ☐ Nữ > 50 tuổi và nam ở mọi lứa tuổi, đau thắt ngực không điển hình
- ☐ Nữ > 60 tuổi và nam > 40 tuổi, không có đau thắt ngực
- ☐ Khuyến cáo khảo sát mạch vành bằng các Test không xâm lấn
- ☐ Khả năng cao (> 90%)
- ☐ Nữ > 60 tuổi hoặc nam > 40 tuổi, Đau thắt ngực điển hình.
- ☐ Khuyến cáo chụp mạch vành để chẩn đoán.

Phụ lục 5: Phân tần nguy cơ nhồi máu cơ tim hoặc tử vong tim mạch.

- ☐ Rối loạn chức năng thất trái khi nghỉ nặng (EF < 35%) mà không thể giải thích được bởi những nguyên nhân không mạch vành
- ☐ Bất thường tưới máu cơ tim khi nghỉ $\geq 10\%$ ở những BN không có tiền sử hoặc bằng chứng NMCT trước.
- ☐ ECG gắng sức ghi nhận có ST chênh xuống ≥ 2 mm tại mức gắng sức thấp hoặc tồn tại tiếp trong giai đoạn phục hồi, hoặc ST chênh lên hoặc có nhịp nhanh thất/rung thất liên quan với gắng sức
- ☐ Rối loạn chức năng thất trái nặng liên quan gắng sức EF < 45% hay giảm $\geq 10\%$ tại đỉnh gắng sức).
- ☐ Bất thường tưới máu cơ tim liên quan gắng sức $\geq 10\%$ hoặc cho điểm vùng khi gắng sức chỉ ra có bất thường nhiều phân khu mạch vành
- ☐ Dẫn thất trái liên quan gắng sức
- ☐ Rối loạn vận động vùng > 2 vùng hoặc ≥ 2 giường mạch vành
- ☐ Rối loạn vận động vùng xuất hiện tại liều thấp Dobutamine (nhỏ hơn hoặc bằng 10 microgam/kg/phút) hoặc tại tần số tim thấp (< 120l/phút)
- ☐ Điểm vô hóa MV > 4000 đơn vị Agatston
- ☐ Bệnh mạch vành tắc nghẽn nhiều nhánh (Hẹp $\geq 70\%$) hoặc hẹp thân chung ($\geq 50\%$) trên MSCT mạch vành

Phụ lục 6: Theo dõi bệnh nhân

- ☐ Bệnh nhân được theo dõi đều mỗi 4 -> 6 tháng/năm đầu và 6 -> 12 tháng sau năm đầu nếu bệnh nhân Ổn định
- ☐ Theo dõi bào gồm:
- ☐ Đánh giá triệu chứng đau thắt ngực và khả năng gắng sức
- ☐ Tồn tại của các biến chứng như: rối loạn nhịp hoặc/và suy tim
- ☐ Theo dõi các yếu tố nguy cơ tim mạch
- ☐ Đánh giá sự tuân thủ thay đổi lối sống và điều trị.



QUY TRÌNH CHUYÊN MÔN KCB CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

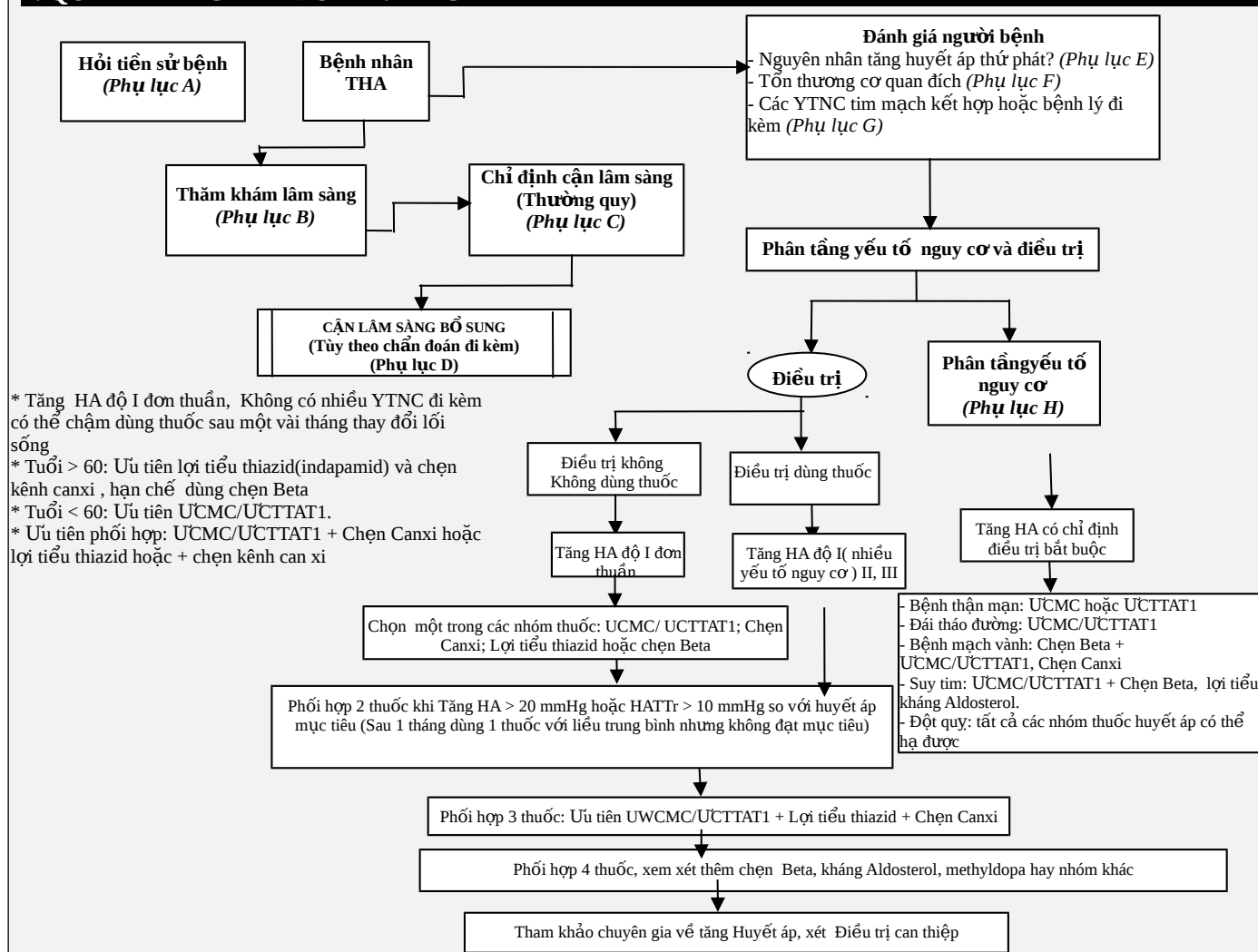
Họ và tên BN:.....
Ngày sinh:.....Giới:.....
Địa chỉ:.....
Số phòng:.....Số giường:.....
Mã BN/ Số HSBA:.....

Lưu ý: Đánh dấu sự lựa chọn (“√” : có “X” : không) vào ô ☐. Khoanh tròn **O** nếu lựa chọn nội dung; ^ xem thêm chi tiết nội dung trong phụ lục x tương ứng.

1. ĐÁNH GIÁ TRƯỚC KHI VÀO QUY TRÌNH

Tiêu chuẩn đưa vào:	☐ Không có tổn thương cơ quan đích: HA $\geq$ 140/90mmHg được đo ít nhất 2 lần ☐ Có tổn thương cơ quan đích: HA $\geq$ 140/90 mmHg (Chỉ đo 1 lần) ☐ HA $\geq$ 180/100 mmHg	☐ Đo huyết áp tại nhà, HA trung bình ít nhất 5 lần đo $\geq$ 135/85mmHg ☐ Đo huyết áp kể lưu động 24 giờ HA $\geq$ 130/80 mmHg
Tiêu chuẩn loại ra:	☐ Bệnh nhân không có tiền sử tăng HA hoặc HA bình thường qua hai lần đo được, không có tổn thương cơ quan đích ☐ Tiền tăng HA phân loại theo JNC hoặc ESC 2013 được đồng thuận bởi VNHA, có ít hơn một yếu tố nguy cơ	☐ Tăng HA cấp cứu phải dùng thuốc điều trị tăng HA đường tĩnh mạch (Có quy trình xử trí riêng) ☐ Tăng HA phụ nữ có thai
Tiền sử	☐ Tiền sử dị ứng	☐ Ghi rõ:.....

. QUY TRÌNH CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ



3. NGUYÊN TẮC CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

☐ Điều trị nguyên nhân (Nếu có)	Mục tiêu điều trị tăng HA Mục tiêu điều trị Tăng HA ☐ THA > 18 tuổi: HA < 140/90 mmHg ☐ THA > 80 tuổi: HA < 150/90 mmHg ☐ Đái tháo đường, bệnh thận mạn: HA < 130/80 mmHg	Điều trị thuốc khi: ☐ Người ≥ 60 tuổi có HA ≥ 140/90 mmHg, nếu có bệnh thận mạn (BTM) hoặc đái tháo đường (ĐTĐ) HA ≥ 140/90 ☐ Người ≤ 60 tuổi bao gồm bệnh thận mạn và ĐTĐ điều trị khi HA ≥ 140/90 ☐ Bắt đầu 2 loại thuốc khi HA ≥ 160/100	Các nhóm thuốc điều trị: ☐ ƯCMC/ƯCTTAT1 ☐ Chẹn kênh Canxi ☐ Lợi tiểu Thiazide ☐ Chẹn Beta được chỉ định trong một số trường hợp bắt buộc(chú ý bệnh nhân > 60 tuổi)
☐ Kiểm soát lối sống là xuyên suốt trong quá trình điều trị	☐ chú ý Không phối hợp ƯCTTAT1 với ƯCMC ☐ Kháng Aldosterol không dùng trong bệnh thận mạn đặc biệt phối hợp cùng ƯCMC/ƯCTTAT1	☐ Liệu pháp Hoormon thay thế không được khuyến cáo trong dự phòng bệnh tim mạch nguyên phát hoặc thứ phát. ☐ Phụ nữ tuổi sinh đẻ không nên dùng ƯCMC/ƯCTTAT1 (chống chỉ định với phụ nữ có thai)	☐ Không điều trị hạ HA thường quy trong 3 – 7 ngày đầu sau đột quỵ cấp tùy từng tình trạng bệnh, duy trì huyết áp tối đa từ 140-150mmhg. ☐ Không điều trị HA bình thường khi có Hội chứng chuyển hóa

4. XỬ TRÍ CẤP CỨU

☐ Có (Hoàn thành bảng bên dưới)

☐ không

Lâm sàng		Cận lâm sàng
Dấu hiệu	Xử trí	
Phân loại A ☐ HA ≥ 180/110 mmHg ☐ Triệu chứng do HA tăng ☐ Tuổi ☐ Tiền sử tổn thương cơ quan đích ☐ Tổn thương cơ quan đích nhẹ ☐ Đái tháo đường ☐ Bệnh thận mạn	Thuốc hạ huyết áp ☐ Lợi tiểu Thiazide ☐ ƯCMC/ƯCTTAT1 ☐ Chẹn kênh Canxi ☐ Nhóm thuốc hạ HA khác như chẹn beta giao cảm Hoặc các thuốc đường tĩnh mạch hạ được huyết áp	☐ thuốc điều trị tổn thương cơ quan đích ☐ Thuốc điều trị triệu chứng: Thuốc giảm đau Thuốc cải thiện tuần hoàn não Thuốc an thần , chống lo âu Thuốc ức chế bơm proton nếu cần ☐ Theo dõi HA sau: 15 phút, 30 phút, một giờ đến khi ổn định.
Phân loại B ☐ 140/90 mmHg ≤ HA ≤ 160/100 mmHg ☐ Triệu chứng do HA tăng ☐ Tuổi	Thuốc hạ huyết áp ☐ Lợi tiểu Thiazide ☐ ƯCMC/ƯCTTAT1 ☐ Chẹn kênh Canxi	☐ Thuốc điều trị tổn thương cơ quan đích ☐ Thuốc điều trị triệu chứng: ☐ Thuốc điều trị bệnh kèm theo

☐ tổn thương cơ quan đích nhẹ ☐ Đái tháo đường ☐ Bệnh thận mạn	☐ Nhóm thuốc HA khác như tác dụng lên thần kinh trung ương, chẹn alpha, beta giao cảm nếu phù hợp	☐ Theo dõi HA sau: 30 phút, 01 giờ
Phân loại C ☐ HA $\leq 140/90$ mmHg ☐ Triệu chứng do HA tăng ☐ Tuổi ☐ tiền sử Tổn thương cơ quan đích ☐ Đái tháo đường ☐ Bệnh thận mạn	Thuốc hạ huyết áp ☐ Lợi tiểu Thiazide ☐ UCMC/ỨCTTAT1 ☐ Chẹn kênh Canxi ☐ Nhóm thuốc HA khác như tác dụng lên thần kinh trung ương, chẹn beta, lpha nếu phù hợp	☐ Thuốc điều trị triệu chứng: ☐ Thuốc điều trị bệnh kèm theo ☐ Theo dõi HA sau 01 giờ
Trường hợp khẩn cấp ☐ Tăng HA cấp cứu HATTr $> 180 / 110$ mmhg có tổn thương cơ quan đích tiến triển như: ☐ Phù phổi cấp ☐ Hội chứng mạch vành cấp ☐ Suy thận cấp ☐ suy tim cấp ☐ phù gai thị ☐ Con tăng HA liên quan u tủy thượng thận ☐ Phình bóc tách động mạch chủ ☐ Bệnh não do tăng huyết áp ☐ Xuất huyết não	☐ Điều trị tại khoa Hồi sức tích cực/ khoa cấp cứu/ phòng cấp cứu khoa tim mạch	

Nhóm thuốc hạ huyết áp

Lợi tiểu: ☐ Hydrochloro Thiazide: 12.5 - 50 mg/ngày ☐ Indapamide: 1.25 - 2.5 mg/ngày	Chẹn Canxi ☐ Amlodipine: 2.5-10 mg/ngày ☐ Nifedipine: 30-90 mg/ngày ☐ Lecardipine: 10-20 mg/ngày	Ức chế man chuyển ☐ Captopril: 1.25-100 mg/ngày ☐ Enalapril: 5-40 mg/ngày ☐ Lisinopril: 5-40 mg/ngày ☐ Peridopril: 4-8 mg/ngày	Ức chế thụ thể AT1 ☐ Telmisartan: 40-80 mg/ngày ☐ Irbesartan: 150-300 mg/ngày ☐ Valsartan: 80-320 mg/ngày ☐ Candesartam: 4-32 mg/ngày
Chẹn Beta: ☐ Atenolol: 25 - 100 mg/ngày ☐ Bisoprolol: 5 - 10mg/ngày ☐ Carvedilol: 3.125 - 25 mg/ngày x 2 ☐ Nebivolol: 2.5 - 10 mg/ngày ☐ Metoprolol succinate: 25 - 100 mg/ngày x2 ☐ Metroprolol tartrate: 25 - 100 mg/ngày x 2			

5. CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN LOẠI (VÍ DỤ)

Chẩn đoán

Tăng huyết áp nguyên phát ☐ Nhóm triệu chứng do HA tăng: Nhức đầu vùng chẩm sau khi thức dậy, chóng mặt, hồi hộp, mau mệt mỏi (đa phần không có triệu chứng) ☐ Nhóm triệu chứng mạch máu do tăng HA: Chảy máu mũi, nhìn lóa do tổn thương đáy mắt; đau ngực do bóc tách động mạch chủ ngực, đau thắt mạch vành, chóng mặt tư thế, liệt thần kinh)	Tăng huyết áp thứ phát ☐ Nhức đầu từng cơn kèm hồi hộp đánh trống ngực, đỏ bừng mặt trong u tủy thượng thận. ☐ Yếu cơ, hạ Kali máu trong bệnh Cohn ☐ Tiền sử bệnh thận mạn đang điều trị hoặc đang lọc máu ☐ :huyết áp chênh lệch giữa các chi trong hẹp eo động mạch chủ ☐ Thường xuyên cao ở người trẻ trong hẹp động mạch thận.
---	--

Phân độ tăng huyết áp

Tăng huyết áp độ I ☐ HATT ≥ 140-159 mmHg và/hoặc ☐ HATTr ≥ 90-99 mmHg	Tăng huyết áp độ II ☐ HATT ≥ 160-179mmHg và/ hoặc ☐ HATTr ≥ 100-109 mmHg	Tăng huyết áp độ III ☐ HATT ≥ 180 mmHg và/hoặc ☐ HATTr ≥ 110 mmHg
---	--	---

☐ Tăng huyết áp tâm thu đơn độc: HATT ≥ 140 mmhg và HATTr < 90 mmHg

Phân tầng nguy cơ

Nguy cơ thấp ☐ HA 130-139/85-89 mmHg chỉ có 1-2 YTNC tim mạch ☐ HA 140-159/90-99 mmHg không có YTNC tim mạch	Nguy cơ trung bình ☐ HA 130-139/85-89 mmHg chỉ có ≥ 3 YTNC tim mạch hoặc TTCQĐ hoặc BTM giai đoạn III hoặc ĐTD ☐ HA 140-159/90-99 mmHg có 1-2 YTNC tim mạch hoặc có ≥ 3 YTNC tim mạch ☐ HA 160-179/100-109 mmHg không có TYNC tim mạch hoặc có 1-2 YTNC	Nguy cơ cao ☐ HA 140-159/90-99 mmHg có TTCQĐ hoặc BTM giai đoạn III hoặc ĐTD ☐ HA 160-179/100-109 mmHg ≥ 3 YTNC hoặc có TTCQĐ hoặc BTM giai đoạn 3 hoặc ĐTD ☐ HA $\geq 180/110$ mmHg	Nguy cơ rất cao ☐ Bệnh tim mạch có triệu chứng ☐ Bệnh thận mạn giai đoạn IV ☐ Đái tháo đường có tổn thương cơ quan đích ☐ HA $\geq 180/110$ mmHg hoặc có TTCQĐ hoặc BTM giai đoạn III hoặc Đái tháo đường
--	---	---	--

Tổn thương cơ quan đích

Não ☐ Đột quỵ ☐ Con thoáng thiếu máu não ☐ Suy giảm trí nhớ	Tim ☐ Dày thất trái ☐ Suy tim ☐ Bệnh mạch vành ☐ rung nhĩ, rối loạn nhịp	Thận ☐ Đạm niệu ☐ GER (mức lọc cầu thận) ≤ 60 ml/phút 1.73 m² da	Mạch máu ngoại biên ☐ Bệnh động mạch ngoại biên xơ vữa, phình lóc tách. ☐ Phình, bóc tách động mạch chủ	Mắt ☐ Bệnh võng mạc mắt do tăng huyết áp
---	--	--	---	--

--

6. DIỄN TIẾN BỆNH VÀ XỬ TRÍ					
DẤU HIỆU	N1/...../.....	N2/...../.....	N3/...../.....	N4/...../.....	N5/...../.....
Lâm sàng					
Huyết áp	☐	☐	☐	☐	☐
Nhức đầu	☐	☐	☐	☐	☐
Chóng mặt	☐	☐	☐	☐	☐
Hồi hộp	☐	☐	☐	☐	☐
Đau ngực	☐	☐	☐	☐	☐
Khoa thở	☐	☐	☐	☐	☐
.....	☐	☐	☐	☐	☐
.....	☐	☐	☐	☐	☐
Cận lâm sàng					
Ure, Creatinin	☐	☐	☐	☐	☐
AST; ALT	☐	☐	☐	☐	☐
Ion đồ	☐	☐	☐	☐	☐
Đường huyết	☐	☐	☐	☐	☐
Bilan lipid máu	☐	☐	☐	☐	☐
Tổng phân tích nước tiểu	☐	☐	☐	☐	☐
Tổng phân tích TB máu	☐	☐	☐	☐	☐
X quang tim phổi thẳng	☐	☐	☐	☐	☐
Điện tâm đồ	☐	☐	☐	☐	☐
Siêu âm tim	☐	☐	☐	☐	☐
Xét nghiệm men tim nếu cần	☐	☐	☐	☐	☐
Siêu âm mạch máu nếu cần	☐	☐	☐	☐	☐
Chụp CTscanner	☐	☐	☐	☐	☐
Soi đáy mắt	☐	☐	☐	☐	☐
Holter HA 24 giờ nếu cần	☐	☐	☐	☐	☐
Holter ECG 24 giờ	☐	☐	☐	☐	☐
Xét nghiệm hormon giáp nếu cần	☐	☐	☐	☐	☐
Xét nghiệm bệnh kèm theo	☐	☐	☐	☐	☐

	☐	☐	☐	☐	☐
Điều trị					
Lợi tiểu thiazide	☐	☐	☐	☐	☐
ỨCMC/ỨCTTA1	☐	☐	☐	☐	☐
Chẹn kênh Canxi	☐	☐	☐	☐	☐
Chẹn betagiao cảm	☐	☐	☐	☐	☐
Tác dụng lên thần kinh TW	☐	☐	☐	☐	☐
Thuốc điều trị bệnh kèm theo	☐	☐	☐	☐	☐
Thuốc điều trị triệu chứng	☐	☐	☐	☐	☐
Theo dõi					
Dấu hiệu sinh tồn	☐	☐	☐	☐	☐
Triệu chứng	☐	☐	☐	☐	☐
Chế độ ăn nhạt					
Cơm	☐	☐	☐	☐	☐
Cháo	☐	☐	☐	☐	☐
Sữa, súp	☐	☐	☐	☐	☐
Chế độ chăm sóc					
Cấp I	☐	☐	☐	☐	☐
Cấp II	☐	☐	☐	☐	☐
Cấp III	☐	☐	☐	☐	☐

7. XUẤT VIỆN

Tiêu chuẩn xuất viện	☐ Các triệu chứng cải thiện ☐ Không biến chứng tổn thương cơ quan đích hoặc những tổn thương đã ổn định, không tiến triển thêm ☐ Huyết áp đạt mục tiêu ☐ Bệnh nhân đã được hướng dẫn chế độ điều trị, chăm sóc tại nhà phù hợp	
Tình trạng xuất viện	☐ Ổn định không di chứng ☐ Di chứng sau xuất viện ☐ Không thay đổi so với trước nhập viện ☐ Tử vong hoặc bệnh nặng xin về	☐ Kết thúc quy trình ☐ Ra khỏi quy trình
Hướng điều trị tiếp theo	Điều trị tiếp tục theo các thuốc ☐ Lợi tiểu Thiazide ☐ ỨCMC/ỨCTT ☐ Chẹn kênh Canxi ☐ chẹn beta giao cảm ☐ cá nhóm thuốc khác	Điều trị không dùng thuốc ☐ Tập thể dục, Giảm cân, tránh stress ☐ theo dõi huyết áp thường xuyên ☐ Ăn nhiều rau củ, hạn chế đồ nướng chiên xào ☐ Ăn nhạt, bỏ thuốc lá ☐ Lưu ý khác:.....
	Số ngày điều trị:	

8. QUẢN LÝ VÀ TƯ VẤN BỆNH NHÂN	
☐ Giáo dục người bệnh	☐ Khuyến khích bệnh nhân đo huyết áp tại nhà ☐ Thảo luận với bệnh nhân về phương pháp tối ưu để kiểm soát huyết áp ☐ Hướng dẫn bệnh nhân tuân thủ điều trị ☐ Chú ý vấn đề tập quán thói quen có thể ảnh hưởng tới sự tuân thủ điều trị của người bệnh
☐ Hướng dẫn thay đổi lối sống	☐ Lượng muối ăn vào: Hạn chế 5-6 g/ngày ☐ Đồ uống có cồn: Nam < 20-30 g/ngày; Nữ < 10-20 g/ngày ☐ BMI cần đạt: Dưới 23 Kg/m ² ☐ Vòng eo: Nam < 90 cm; Nữ < 80 cm ☐ Tập luyện: ≥ 30 phút/ngày từ 5-7 ngày/tuần ☐ Không hút thuốc trực tiếp hay gián tiếp ☐ Hằng ngày ăn nhiều rau, củ, trái cây, ít chất béo, thay chất béo bão hòa thành chất béo không bão hòa, tăng ăn các loại cá có dầu

9. PHỤ LỤC		
Phụ lục A: Hối tiền sử ☐ Mức độ, thời gian bị THA ☐ Thuốc điều trị tại nhà ☐ Triệu chứng tăng HA thứ phát (Nhức đầu, hồi hộp, yếu cơ, Tetani...) ☐ Lối sống (Hút thuốc, uống rượu, ăn mặn...) ☐ Tiền sử dùng thuốc ☐ Tiền sử tổn thương cơ quan đích ☐ Tiền sử gia đình	Phụ lục B: Thăm khám lâm sàng ☐ Đo huyết áp cả hai tay ☐ Soi đáy mắt ☐ Tính BMI và vòng eo ☐ Nhịp tim lúc nghỉ ☐ Nghe âm thổi tim, mạch máu ☐ Khám tim, phổi, tuyến giáp ☐ Khám bụng ☐ Đo ABI ☐ Khám thần kinh	Phụ lục C: Chỉ định cận lâm sàng ☐ Công thức máu toàn phần ☐ Chức năng thận ☐ Đường huyết lúc đói ☐ Ion đồ ☐ Acid Uric máu ☐ Bilan Lipid máu ☐ X quang tim phổi thẳng ☐ Điện tâm đồ ☐ Tổng phân tích nước tiểu ☐ <i>CL S bổ sung</i>
Phụ lục D: Cận lâm sàng bổ sung (Tùy theo chẩn đoán đi kèm) ☐ HbA1C (Nếu có nghi ngờ ĐTĐ hoặc có tiền sử ĐTĐ) ☐ Siêu âm tim ☐ Holter HA 24 giờ ☐ Holter ECG 24 giờ nếu có loạn nhịp tim ☐ Siêu âm mạch máu: ĐM cảnh và/hoặc mạch máu ngoại biên bụng ☐ Đo vận tốc sóng mạch ☐ Định lượng Protein niệu ☐ Chụp cắt lớp vi tính sọ não	Phụ lục E: Nguyên nhân tăng HA thứ phát 1. Bệnh thận mạn 2. Dùng Steroide lâu ngày hội chứng Cushing. 3. Hẹp eo động mạch chủ. 4. Béo phì 5. U rủy thượng thận 6. Cường Aldosterol nguyên phát 7. Hẹp mạch máu thận 8. Hội chứng ngưng thở khi ngủ 9. Bệnh lý tuyến giáp	
Phụ lục F: Tổn thương cơ quan đích của tăng huyết áp 1. Tim: Phì đại thất tim trái, suy tim, bệnh mạch vành 2. Não: Đột quỵ, TIA, giảm trí nhớ 3. Thận: Bệnh thận mạn 4. Mạch máu ngoại vi: Bệnh mạch máu ngoại vi 5. Mắt: Bệnh võng mạc	Phụ lục G: Các yếu tố nguy cơ tim mạch 1. Hút thuốc lá 2. Rối loạn Lipid máu 3. Béo phì, béo phì trung tâm 4. Đái tháo đường 5. Giới nam 6. Tuổi: Nam > 55; Nữ > 65 7. Tiền sử gia đình mắc bệnh tim mạch sớm: Nam < 55; Nữ < 65	

Phụ lục H: Phân tầng nguy cơ tăng huyết áp					
Huyết áp (mmHg)	Không YTNC	1 - 2 YTNC	≥ 3 YTNC	TTCQĐ; BTM gđ 3 hoặc ĐTĐ	Bệnh tim mạch có triệu chứng; BTM gđ 4; ĐTĐ có TTCQĐ
HATT 130 – 139 hoặc HATTr 85 – 89		Thấp	Thấp đến Trung bình	Trung bình Đến cao	Rất cao
HATT 140 – 159 hoặc HATTr 90 - 99	Thấp	Trung bình	Trung bình Đến cao	Cao	Rất cao
HATT 160 – 179 hoặc HATTr 100 – 109	Trung bình	Trung bình Đến cao	Cao	Cao	Rất cao
HATT ≥ 180 hoặc HATTr ≥ 110	Cao	Cao	Cao	Cao đến rất cao	Rất cao
Chú thích: HATT: Huyết áp tâm thu; HATTr: Huyết áp tâm trương; YTNC: Yếu tố nguy cơ tim mạch; TTCQĐ: Tổn thương cơ quan đích; BTM: Bệnh thận mạn; GĐ: Giai đoạn; ĐTĐ: Đái tháo đường					

Phụ lục F: Thay đổi lối sống

1. Bỏ thuốc lá 2. Giảm rượu	3. Tập thể dục thường xuyên 4. Giảm cân	5. Giảm lượng muối Na ăn vào 6. Chế độ ăn nhiều rau, củ, quả, thực phẩm ít béo, cá để giảm lượng béo bão hòa và Cholesterol
--------------------------------	--	--



**QUY TRÌNH CHUYÊN MÔN KCB
CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO**

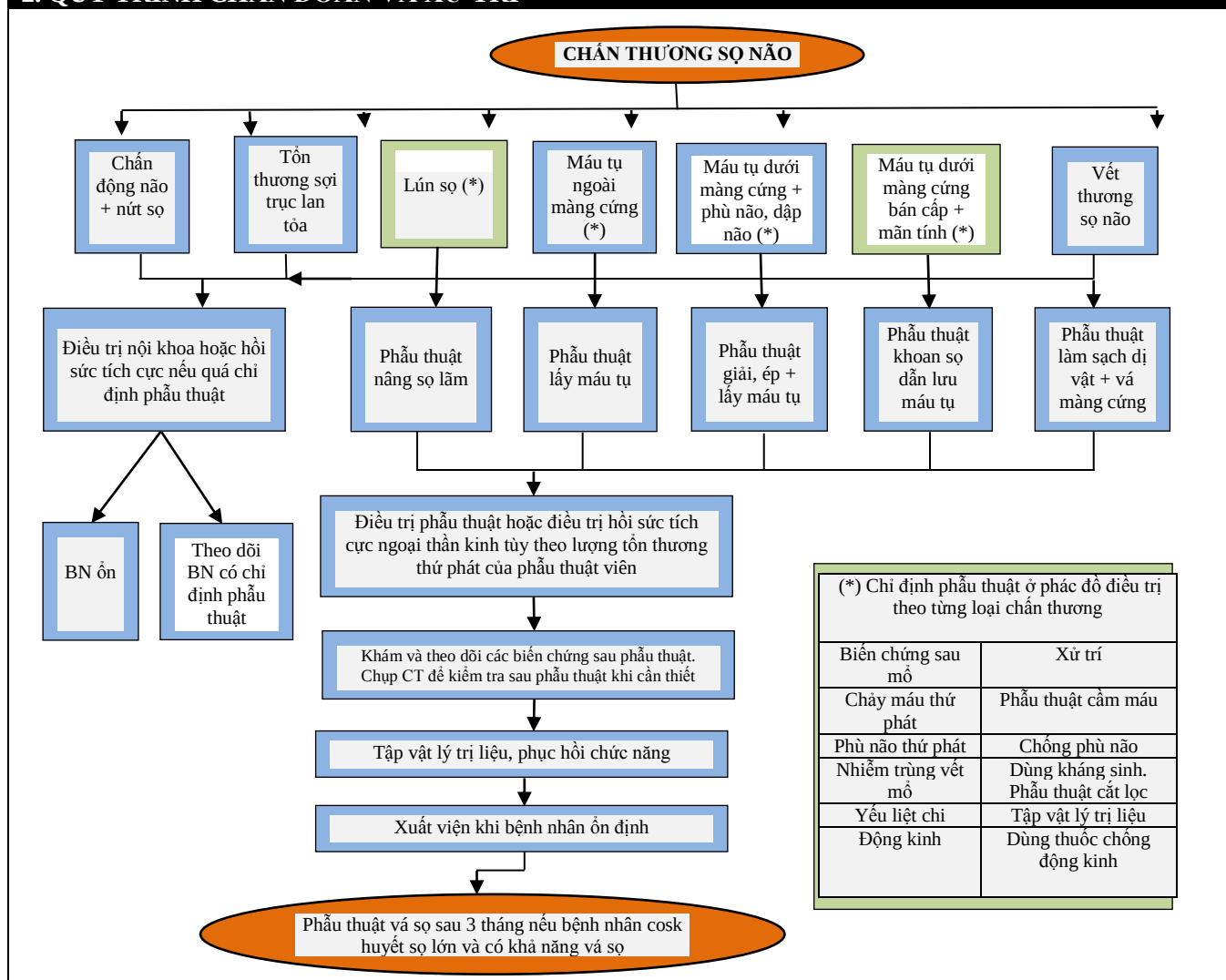
Họ và tên BN:.....
Ngày sinh:.....Giới:.....
Địa chỉ:.....
Số phòng:.....Số giường:.....
Mã BN/ Số HSBA:.....

Lưu ý: Đánh dấu sự lựa chọn (“√”: có “X”: không) vào ô ☐. Khoanh tròn **O** nếu lựa chọn nội dung; ^ xem thêm chi tiết nội dung trong phụ lục x tương ứng.

1. ĐÁNH GIÁ TRƯỚC KHI VÀO QUY TRÌNH

Tiêu chuẩn đưa vào:	Hỏi bệnh	☐ Có cơ chế chấn thương vào vùng đầu	
	Lâm sàng	☐ Có dấu hiệu tăng áp lực sọ não	☐ Có vết thương vùng đầu
		☐ Có giảm chi giác theo thang điểm Glasgow	☐ Có dấu hiệu quên sự việc xảy ra trước đây sau chấn thương
Cận lâm sàng	☐ XQ sọ có dấu nứt sọ	☐ CT Scan sọ có tổn thương nội sọ + nứt sọ	
Tiêu chuẩn loại ra:	☐ Bệnh nhân có tăng áp lực sọ não do các nguyên nhân khác nhau như U não, xuất huyết não....		
Tiền sử	☐ Dị ứng các loại thuốc Kháng sinh, các thuốc Kháng viêm.	☐ Có sử dụng các thuốc hướng thần hoặc phụ thuộc rượu không	☐ Đang mang thai (Đối với phụ nữ)

2. QUY TRÌNH CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ



3. NGUYÊN TẮC CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

- ☐ Tư vấn và hướng dẫn bệnh nhân trước và sau phẫu thuật
- ☐ Phẫu thuật theo đúng quy trình kỹ thuật
- ☐ Dùng thuốc theo phác đồ
- ☐ Theo dõi, phòng ngừa và điều trị các biến chứng

4. XỬ TRÍ CẤP CỨU

- ☐ Ổn định sinh liệu, xử trí shock (nếu có)
- ☐ Xử trí ban đầu vết thương: Cầm máu, băng ép, cố định gãy xương...
- ☐ Đặt nội khí quản khi bệnh nhân có vấn đề về đường thở hoặc glasgow bằng hoặc dưới 8 điểm
- ☐ Khám toàn diện để tìm các bệnh lý hoặc thương tổn đi cùng. Nếu có xử trí cấp cứu các thương tổn cơ quan khác thì được kết hợp xử trí nhiều chuyên khoa.
- ☐ Chuẩn bị phẫu thuật cấp cứu cho bệnh nhân nếu bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật cấp cứu.
- ☐ Nếu quá chỉ định hoặc chưa có chỉ định phẫu thuật thì chuyển hồi sức tích cực theo dõi và điều trị.

5. CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN LOẠI

Chấn thương sọ não có nhiều loại và được phân loại dựa trên hình ảnh CT scan sọ não và/hoặc NRI sọ não bao gồm:

- | | |
|---|--|
| ☐ Chấn động não | ☐ Lún xương sọ |
| ☐ Máu tụ dưới màng cứng cấp tính | ☐ Phù não |
| ☐ Vết thương sọ não | ☐ Tổn thương sợi trục lan tỏa |
| ☐ Nứt sọ | ☐ Máu tụ ngoài màng cứng |
| ☐ Máu tụ dưới màng cứng nằm tính | ☐ Dập não |
| ☐ Máu tụ trong não | ☐ Máu tụ dưới màng cứng bán cấp |

Chú ý: các thương tổn này có thể kết hợp với nhau xuất hiện cùng một vị trí hoặc ở những vị trí khác nhau tùy theo cơ chế chấn thương.

DIỄN BIẾN BỆNH VÀ XỬ TRÍ TRƯỚC PHẪU THUẬT

DẤU HIỆU		N1	N2	N3	....	Nn
	GSC (Glasgow coma scale)					
Lâm sàng	Dấu hiệu toàn thân	Huyết áp	☐	☐	☐	☐
		Mạch	☐	☐	☐	☐
		Nhiệt độ	☐	☐	☐	☐
		Nhịp thở	☐	☐	☐	☐
	Đau đầu	☐	☐	☐	☐	☐
	Nô ói	☐	☐	☐	☐	☐
	Chóng mặt	☐	☐	☐	☐	☐
	Dò dịch não tủy qua đường mũi	☐	☐	☐	☐	☐
	Dò dịch não tủy hoặc máu qua đường tai	☐	☐	☐	☐	☐
	Đồng tử	☐	☐	☐	☐	☐
	Dấu hiệu thần kinh khu trú	☐	☐	☐	☐	☐
Cận lâm sàng	Chụp CT-Scanner	☐	☐	☐	☐	☐
	Điện giải đồ (Na ⁺ , Cl ⁻ , K ⁺ , Ca ²⁺)	☐	☐	☐	☐	☐
	HIV, HBV	☐	☐	☐	☐	☐
	Ure, Creatinin	☐	☐	☐	☐	☐
	Protein, Albumin	☐	☐	☐	☐	☐
	Tổng phân tích tế bào máu	☐	☐	☐	☐	☐
	Đường huyết	☐	☐	☐	☐	☐
	Nhóm máu ABO, Rh(D)	☐	☐	☐	☐	☐
	Thời gian máu chảy máu đông (TS-TC) hoặc Prothrombin (PT,TQ)	☐	☐	☐	☐	☐
	Protein toàn phần	☐	☐	☐	☐	☐
	Creatinin	☐	☐	☐	☐	☐

	ECG		☐	☐	☐	☐	☐
	XQ tim phổi		☐	☐	☐	☐	☐
	Khí máu động mạch		☐	☐	☐	☐	☐
	Khác:		☐	☐	☐	☐	☐
Điều trị	Nội khoa	☐ Dịch truyền ☐ Chống động kinh	☐ Giảm đau ☐ Chống phù não (Nếu có)		☐ Cầm máu		
	Kháng sinh	(Tuân thủ theo phác đồ điều trị)					
Chăm sóc	☐ Theo dõi sát sao chỉ số sinh tồn và tri giác mỗi 30 phút đến 1h/1 lần ☐ Hạn chế đi lại ☐ Làm thông thoáng đường thở ☐ Dinh dưỡng cho bệnh nhân qua đường tự nhiên ☐ Nằm đầu cao 30°. ☐ Dinh dưỡng cho bệnh nhân qua đường tĩnh mạch ☐ Vật lý trị liệu khi bệnh nhân có di chứng chấn thương sọ não ☐ Xoay trở chống loét ☐ Tập hô hấp cho bệnh nhân nằm lâu để chống xẹp phổi ☐ Chống teo cơ cứng khớp						

6. PHẪU THUẬT			
Phương pháp phẫu thuật	☐ Nâng xương sọ lún		
	☐ Mở sọ lấy máu tụ cầm máu	☐ Đặt lại nắp sọ	
	☐ Mở sọ giải áp lấy máu tụ, cầm máu	☐ Không đặt lại nắp sọ	
	☐ Khoan sọ dẫn lưu máu tụ		
	☐ Làm sạch vết thương	☐ Cầm máu	☐ Vá màng cứng
	☐ Mở sọ giải áp	☐ Lấy máu tụ	☐ Cầm máu
	☐ Lấy não dập	☐ Máu tụ đi kèm	☐ Cầm máu
Phương pháp vô cảm	☐ Gây mê nội khí quản		
Chẩn đoán sau phẫu thuật	☐ Phù hợp	☐ Không phù hợp	☐ Cụ thể:.....
Tai biến/ Biến chứng	☐ Không ☐ Có		
Thời gian phẫu thuật			

DIỄN BIẾN BỆNH VÀ XỬ TRÍ TẠI PHÒNG MỔ							
DẤU HIỆU			Giờ	Giờ	Giờ	Giờ	Giờ
	GSC (Glasgow coma scale)						
Lâm sàng	Dấu hiệu toàn thân	Huyết áp	☐	☐	☐	☐	☐
		Mạch	☐	☐	☐	☐	☐
		Nhiệt độ	☐	☐	☐	☐	☐
		Nhịp thở	☐	☐	☐	☐	☐
	Đau đầu		☐	☐	☐	☐	☐
	Nôn ói		☐	☐	☐	☐	☐
	Chóng mặt		☐	☐	☐	☐	☐
	Dò dịch não tủy qua đường mũi		☐	☐	☐	☐	☐
	Dò dịch não tủy hoặc máu qua đường tai		☐	☐	☐	☐	☐
	Đồng tử		☐	☐	☐	☐	☐
	SpO2, PaCO2		☐	☐	☐	☐	☐
	Dấu hiệu thần kinh khu trú		☐	☐	☐	☐	☐
	Chụp CT-Scanner		☐	☐	☐	☐	☐
	Tổng phân tích tế bào máu		☐	☐	☐	☐	☐

	Đường huyết		☐	☐	☐	☐	☐
	Creatinin		☐	☐	☐	☐	☐
	ECG		☐	☐	☐	☐	☐
	Khí máu động mạch		☐	☐	☐	☐	☐
	Khác:		☐	☐	☐	☐	☐
Điều trị	Nội khoa	☐ Dịch truyền	☐ Giảm đau		☐ Cầm máu		
		☐ Chống động kinh	☐ Chống phù não (Nếu có phù não)				
	Kháng sinh	(Tuân thủ theo phác đồ)					
Chăm sóc	☐ Theo dõi sát sao chỉ số sinh tồn và chi giác mỗi 30 phút đến 1h/lần ☐ Hạn chế đi lại ☐ Rút nội khí quản ☐ Nằm đầu cao 30° ☐ Dinh dưỡng cho bệnh nhân qua đường tĩnh mạch						

DIỄN BIẾN BỆNH VÀ XỬ TRÍ SAU PHẪU THUẬT							
DẤU HIỆU			N1	N2	N3	.....	Nn
Lâm sàng	Dấu hiệu toàn thân	Huyết áp	☐	☐	☐	☐	☐
		Mạch	☐	☐	☐	☐	☐
		Nhiệt độ	☐	☐	☐	☐	☐
		Nhịp thở	☐	☐	☐	☐	☐
	Đau đầu		☐	☐	☐	☐	☐
	Nôn ói		☐	☐	☐	☐	☐
	Chóng mặt		☐	☐	☐	☐	☐
	Dò dịch não tủy qua đường mũi		☐	☐	☐	☐	☐
	Dò dịch não tủy hoặc máu qua đường tai		☐	☐	☐	☐	☐
	Đồng tử		☐	☐	☐	☐	☐
Dấu hiệu thần kinh khu trú		☐	☐	☐	☐	☐	
Cận lâm sàng	Chụp CT-Scanner		☐	☐	☐	☐	☐
	Tổng phân tích tế bào máu, Nhóm máu		☐	☐	☐	☐	☐
	Đường huyết, Ure, Creatinin		☐	☐	☐	☐	☐
	Thời gian máu chảy, máu đông (TS-TC) hoặc Prothrombin (PT,TQ)		☐	☐	☐	☐	☐
	Albumin						
	Protein toàn phần		☐	☐	☐	☐	☐
	Điện giải đồ		☐	☐	☐	☐	☐
	ECG		☐	☐	☐	☐	☐
	Xquang tim phổi		☐	☐	☐	☐	☐
	Khí máu động mạch		☐	☐	☐	☐	☐
	Khác:		☐	☐	☐	☐	☐
Điều trị	Nội khoa	☐ Dịch truyền	☐ Giảm đau		☐ Cầm máu		
		☐ Chống động kinh	☐ Chống phù não (Nếu có phù não)				
	Kháng sinh	☐ An thần ☐ Tăng tuần hoàn máu não (Tuân thủ theo phác đồ)					
Chăm sóc	☐ Theo dõi sát sao chỉ số sinh tồn và chi giác mỗi 30 phút đến 1h/lần ☐ Hạn chế đi lại ☐ Làm thông thoáng đường thở						

	☐ Dinh dưỡng cho bệnh nhân qua đường tự nhiên ☐ Nằm đầu cao 30° ☐ Dinh dưỡng cho bệnh nhân qua đường tĩnh mạch ☐ Vật lý trị liệu khi bệnh nhân có di chứng chấn thương sọ não ☐ Xoay trở chống loét ☐ Tập hô hấp cho bệnh nhân nằm lâu để chống xẹp phổi ☐ Chống teo cơ cứng khớp
--	--

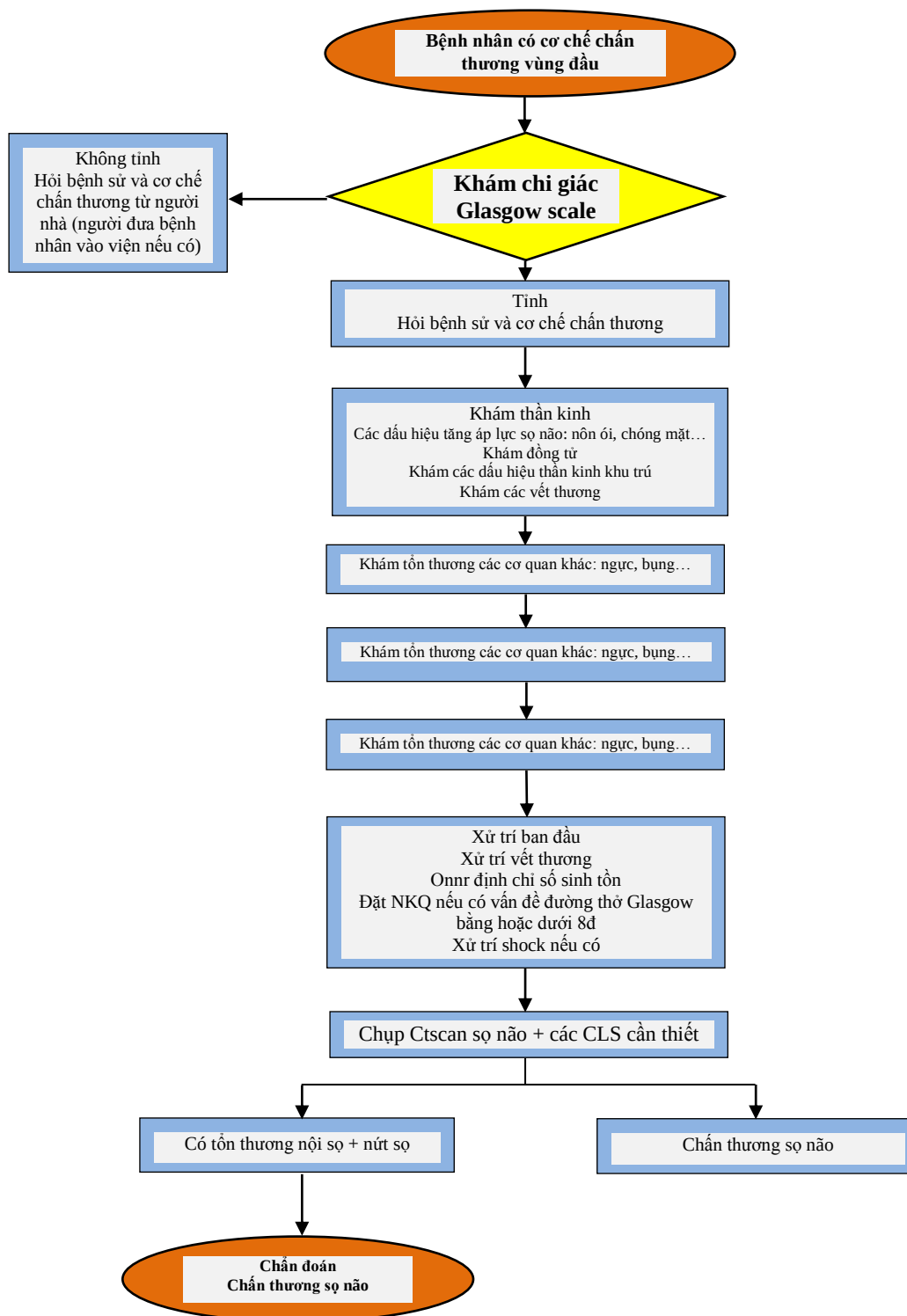
7. XUẤT VIỆN

Tiêu chuẩn xuất viện	☐ Bệnh nhân sẽ được xuất viện khi các triệu chứng lâm sàng đã ổn và CT-Scanner máu tụ đã ổn định (được hấp thu hoặc không chảy máu thêm nữa). ☐ Bệnh nhân sẽ được lên lịch tái khám và tiếp tục sử dụng thuốc theo từng trường hợp. ☐ Những bệnh nhân có di chứng do chấn thương sọ não sẽ tiếp tục được điều trị ngoại trú và tập phục hồi chức năng. ☐ Những bệnh nhân có phẫu thuật mở sọ giải áp được găm sọ lõm sẽ theo lịch vá sọ sau 2 hoặc 3 tháng khi bệnh nhân ổn định.
-----------------------------	--

8. QUẢN LÝ VÀ TƯ VẤN BỆNH NHÂN

☐ Dặn dò bệnh nhân các dấu hiệu lâm sàng để bệnh nhân quay lại tái khám ngay hoặc tuân thủ theo đúng lịch hẹn tái khám		
Các dấu hiệu nguy hiểm cần được theo dõi và đưa bệnh nhân kịp thời đến bệnh viện gần nhất	☐ Tình trạng lúc mê lúc tỉnh ☐ Ngủ mê, kêu không thức dậy ☐ Ói mửa nhiều lần ☐ Lỗ tai, lỗ mũi chảy nước trong, chảy máu	☐ Đau đầu dữ dội ☐ Co giật chân tay ☐ Sưng lớn nơi da đầu
☐ Có thể giáo dục bệnh nhân thấy được sự nguy hiểm cũng như biến chứng của chấn thương sọ não để bệnh nhân nghiêm túc hơn trong vấn đề về an toàn giao thông hay an toàn lao động.		
☐ Hẹn tái khám: ngày.....tháng.....năm.....; Phòng khám số:.....		

PHỤ LỤC I
CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO



PHỤ LỤC II

QUY TRÌNH PHẪU THUẬT CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

I. Mục đích.

1. Đặt xương sọ vào đúng vị trí.
2. Lấy bỏ hết dị vật mảnh xương vụn.
3. Đánh giá được những tổn thương kèm theo do xương lún gây ra.

II. Chỉ định.

1. Lún quá $\frac{1}{2}$ chiều dày bản xương.
2. Lún sọ vùng xoang tĩnh mạch: không nên phẫu thuật nếu như không có chèn ép não do máu tụ.
3. Vết thương trên xoang tĩnh mạch cần phải chuẩn bị kỹ.

III. Chẩn bị.

1. Phẫu thuật viên chuyên khoa thần kinh.
 - Chụp CT scanner
 - Nếu vết thương chảy máu nhiều thì băng ép, nằm cao đầu, hồi sức.
2. Phương tiện.

Bộ phẫu thuật sọ não

3. Người bệnh.
 - Hồ sơ bệnh án theo quy định chung.
 - Xét nghiệm tiền phẫu, X quang tim phổi thẳng, siêu âm ổ bụng, CT Scanner.

IV. Các bước tiến hành.

1. Lún sọ.
 - Vô cảm: Gây mê nội khí quản
 - Kỹ thuật
 - + Rạch da có hai cách.

Cách 1: Rạch vòng cung như mở sọ cách bờ lún 2 -> 3 cm, đường rạch đủ rộng để thăm dò, tránh mất thời gian và mất máu.

Cách 2: Rạch chữ S qua vùng lún sọ, áp dụng trong lỗm sọ nhỏ, khó khăn trong khi thăm dò để đánh giá tổn thương.

+ Lấy bỏ xương vỡ.

* Nếu đường vỡ quá khít nhau thì khoan nhiều lỗ để mở cửa sổ xương.

* Nếu mảnh vỡ chồng lên nhau thì dùng kìm lấy từng mảnh xương rời.

* Giữ lại mảnh xương lớn có dính màng xương và cố định vững chắc.

* Trường hợp mảnh xương nhỏ rời thì nên lấy bỏ.

* Chú ý: Không làm rách màng não khi xử lý mảnh xương. Phẫu thuật rộng, cho tới khi chắc chắn sự toàn vẹn của màng não.

+ Màng não.

* Nếu rách: Vá lại hoặc vá bằng cân cơ thái dương tránh vỡ xương tiến triển ở trẻ em sau này.

* Nếu màng não tím căng phải mở màng não để kiểm tra.

2. Lún sọ hở.

- Vô cảm: Mê nội khí quản

- Kỹ thuật.

+ Rạch da: như lún sọ kín, nhưng nếu vết thương rộng thì không cần rạch da chỉ cần cắt lọc.

+ Xương và màng não: như lún sọ kín, quan trọng là phải lấy bỏ dị vật và mảnh vụn.

- Lún sọ đặc biệt>

+ Lún sọ trên xoang tĩnh mạch dọc trên và xoang tĩnh mạch bên.

- * Rạch da theo kiểu mở sọ đủ rộng.
- * Trước khi nhắc xương lún: chuẩn bị miếng cơ thái dương hoặc surgicel để cầm máu xoang.
- * Nhắc mảnh xương nhẹ nhàng không làm tổn thương thêm xoang tĩnh mạch + Lún sọ xoang trán.
- * Phải lấy hết niêm mạc xoang hoặc đốt điện, nhét spongel vào lỗ thông từ xoang trán xuống mũi.
- * Cố gắng giữ tối đa mảnh xương vì nhu cầu thẩm mỹ.

PHẪU THUẬT MÁU TỤ NGOÀI MÀNG CỨNG

I. Đại cương.

Máu tụ ngoài màng cứng phải được phẫu thuật cấp cứu thật khẩn trương.

Chẩn đoán dựa vào: Khoảng tỉnh hay tri giác xấu dần, CTScanner

II. Chỉ định.

Phẫu thuật tuyệt đối: Khi thể tích khối máu tụ > 30 cm³ trên Ctscanner.

Nếu có tổn thương sọ não phối hợp nên lấy máu tụ ngoài màng cứng và theo dõi trừ trường hợp dập não thái dương nên có thể lấy đi cùng khối máu tụ.

III. Chống chỉ định. Người bệnh đã ngừng thở không hồi phục. Mê sâu (GSC từ 3 -> 4 điểm), hai đồng tử giãn to đều, mất phản xạ ánh sáng.

IV. Chuẩn bị.

- Cán bộ chuyên khoa: phẫu thuật viên ngoại thần kinh.

- Phương tiện: bộ phẫu thuật sọ não.

* Các bước tiến hành: Vô cảm. mê nội khí quản

* Kỹ thuật.

MỘT SỐ NGUYÊN TẮC

- Gội đầu bằng xà phòng sau cạo đầu, sát khuẩn bằng Betadin

- Tư thế đầu phụ thuộc vào vùng phẫu thuật, đầu cao hơn tim, cổ không quá vặn về một bên, cố định đầu bằng dụng cụ cố định hay vải vô khuẩn.

- Vải vô khuẩn cần phải phủ rộng nhưng hạn chế da đầu để hở.

- Vẽ đường vật da theo vị trí phẫu thuật sao cho đảm bảo lấy được khối máu tụ và vật da được nuôi dưỡng tốt.

- Gây tê da đầu bằng Lidocain và Adrenalin.

- Đường rạch vòng cung: Phẫu thuật máu tụ ở bán cầu. Đường rạch thẳng với máu tụ hố sau hay đường rạch thăm dò.

- Mở xương: mở cửa sổ xương khi xác định vị trí máu tụ trên lều qua Ctscanner sọ não.

Khoan một lỗ khoan rộng với máu tụ hố sau hay phẫu thuật thăm dò.

MỞ HỘP SỌ

- Phẫu thuật viên và phụ đề vào hai bên đường rạch, rạch da.

- Nâng tách vật da và độn vật da về phía có độn gạc phía dưới.

- Cắt cân, cơ, màng xương bằng dao điện theo đường rạch da, dùng lóc xương tách màng xương sang hai bên.

- Khoan sọ 4 -> 5 lỗ tùy theo kích thước vùng phẫu thuật và khoan vuông góc bản xương.

- Cưa xương: Mở rộng lỗ khoan bằng dụng cụ thích hợp, tách màng cứng ra khỏi bản trong xương luôn dần cưa vừa tiến vừa quét sang hai bên và đi sát bản xương, cưa dè tay và không trùng dây cưa, dùng hai nẹp xương bẻ gập cửa sổ xương về phía bản lè tránh làm tổn thương màng cứng. Găm xương sọ ở chỗ bản lè vừa đủ để dẩy cửa sổ không kênh.

- Lấy máu tụ: hút máu tụ và cạo nhẹ nhàng bằng thìa nạo

- Cầm máu xương bằng sấp, cầm máu màng cứng bằng đốt điện, nước muối sinh lý ấm,

oxy già, đặt surgicel và khâu màng cứng vào xương.

- Khâu treo màng cứng: khâu treo màng cứng vào cửa sổ xương vừa mở, với màng cứng trung tâm thì treo vào cửa sổ qua lỗ xuyên giữa cửa sổ xương.

ĐẶT LẠI BẢN SỢ

- Dẫn lưu ngoài màng cứng và dẫn lưu dưới da đầu vào lọ kín, rút sau 24 -> 48 giờ.
- Khâu da đầu hai lớp.
- Với máu tụ ngoài màng cứng hồ sau thì.
 - + Rạch da theo đường thẳng (dọc) cắt đường vỡ xương hoặc khối máu tụ trên phim.
 - + Rạch cơ bậc thang theo bán tận (ngang hoặc dọc thớ cơ).
 - + Khoan sọ vùng chằm và găm rộng xương.
 - + Nếu máu tụ trên và dưới lều thì khoan thêm 1 lỗ bên trên và găm rộng về phía đỉnh để lại lỗ trên bán tận cơ bậc thang để treo màng cứng hay cầm máu xoang tĩnh mạch.
 - + Các bước khác làm tương tự trên.

PHẪU THUẬT MÁU TỤ DƯỚI MÀNG CỨNG

I. Đại cương:

- Máu tụ dưới màng cứng thường là ở vùng trán và thái dương
- Nguồn chảy máu từ tĩnh mạch vỏ não nơi mạch máu đổ máu vào xoang tĩnh mạch dọc trên hoặc đứt tĩnh mạch cầu nối.
- Máu tụ dưới màng cứng thường có đập não đi kèm nhưng cũng có thể đơn thuần.
- Máu tụ dưới màng cứng có thể cấp hay mạn tính hay bán cấp.
- Chẩn đoán dựa vào Ctscanner sọ não.

II. Chỉ định.

- Máu tụ dưới màng cứng cấp hoặc bán cấp: Phẫu thuật có chọn lọc chỉ phẫu thuật khi tri giác giảm từ 2 đến 3 điểm trở lên, khối máu tụ lớn hay tiến triển đe dọa tụt não.
- Máu tụ hồ sau mỗi khi có rối loạn hô hấp hay chèn ép não thất 4.
- Máu tụ dưới màng cứng mạn: Chỉ định phẫu thuật.

IV. Chuẩn bị.

- Như máu tụ ngoài màng cứng.
- Tiến hành.
 - + Máu tụ cấp và bán cấp.
 - + Vô cảm bằng mê nội khí quản.

V. Kỹ thuật.

- Nguyên tắc chung: Giống máu tụ ngoài màng cứng.

MỞ HỘP SỌ

- Phẫu thuật viên và phụ đề vào hai bên đường rạch, rạch.
- Nâng tách vạt da và độn vạt da về phía có độn gạc phía dưới.
- Cắt cân, cơ, màng xương bằng dao điện theo đường rạch da, dùng lóc xương tách màng xương sang bên.
- Khoan sọ 4 -> 5 lỗ tùy theo kích thước vùng phẫu thuật, khoan vuông góc bản xương.
- Cửa xương: như ngoài màng cứng.
- Lấy máu tụ: Mở màng cứng hình vòng cung hay hình sao, hút máu tụ, bơm NaCl 0,9% ấm để lấy hết máu tụ, cầm máu vỏ não, lấy hết máu tụ và não giáp.
- Cầm máu vỏ não và nguồn chảy máu khác bằng dao điện, surgicel.

ĐÓNG MÀNG CỨNG

- Khâu treo màng cứng: khâu treo màng cứng vào cửa sổ xương vừa mở, với màng cứng trung tâm thì treo vào cửa sổ qua lỗ xuyên giữa cửa sổ xương.
- Đặt dẫn lưu (dẫn lưu này có thể rút sau 24 giờ).

- Gửi sọ ngâm hàng mô.
- Lắp sọ sau 3 tháng.

PHẪU THUẬT MÁU TỤ CUỐI MÀNG CỨNG BÁN CẤP

I. Đại cương:

- Máu tụ dưới màng cứng bán cấp phải được phẫu thuật cấp cứu hoặc trì hoãn cấp cứu.
- Chẩn đoán dựa vào: Đau đầu nhiều hay tri giác xấu dần đi, Ctscaner

II. Chỉ định:

- Phẫu thuật tuyệt đối.
- Nếu có tổn thương não hoặc dấu hiệu thần kinh như giảm tri giác hay đau đầu nhiều.

III. Chống chỉ định: Người bệnh đã ngừng thở không phục hồi. Mê sâu (Glasgow từ 3 -> 4 điểm), hai đồng tử giãn to đều, mất phản xạ ánh sáng.

IV. Chuẩn bị:

- Cán bộ chuyên khoa: Phẫu thuật viên ngoại thần kinh.
- Phương tiện: Bộ dụng cụ phẫu thuật sọ não.
- Người bệnh:
 - + Cạo đầu nhẹ nhàng, không lacer đầu bệnh nhân mạnh.
 - + Đặt kim luồn tĩnh mạch nhỏ giọt NaCl 0,9%
 - + Nội khí quản với bệnh nhân mê, cần hỗ trợ hô hấp.

V. Các bước tiến hành:

- Vô cảm: mê nội khí quản.
- Kỹ thuật:

MỘT SỐ NGUYÊN TẮC CHUNG

- Gội đầu bằng xà phòng sau cạo đầu, sát khuẩn bằng Betadin.
- Tư thế đầu phụ thuộc vào vùng phẫu thuật, đầu cao hơn tim, cổ không quá vặn về một bên, cố định đầu bằng dụng cụ cố định hay cố định bằng vớ vô khuẩn.
- Vải vô khuẩn cần phải phủ rộng nhưng hạn chế da đầu để hở.
- Vẽ đường vật da theo vị trí phẫu thuật theo đường hình móng ngựa.
- Gây tê da đầu bằng Lidocain và Adrenalin.
- Đường rạch vòng cung ở bán cầu có máu tụ.

MỞ XƯƠNG

Mở cửa sổ xương theo hình chữ nhật theo đường mổ

MỞ HỘP SỌ

- Phẫu thuật viên và phụ đề vào hai bên đường rạch, rạch da.
- Nâng tách vật da và độn vật da về phía độn gạc phía dưới.
- Cắt cân, cơ, màng xương bằng dao điện theo đường rạch ra, dùng lóc xương tách màng xương sang hai bên.
- Khoan sọ 4 -> 5 lỗ tùy theo kích thước vùng phẫu thuật và khoan vuông góc bản xương.

CỬA XƯƠNG

- Mở rộng lỗ khoan bằng dụng cụ thích hợp, tách màng cứng ra khỏi bản trong xương luồn dần cửa vừa tiến vừa quét sang hai bên và đi sát bản xương, cửa đề tay và không trùng dây cửa. Dùng hai nẹp xương bẻ gấp cửa sổ xương về phía bản lề tránh làm tổn thương màng cứng. Găm xương sọ ở chỗ bản lề vừa đủ để dây cửa sổ không kênh.
- Cầm máu xương bằng sấp, cầm máu màng cứng bằng đốt điện, nước muối sinh lý ấm, oxy già, đặt surgicel và khâu màng cứng vào xương.

KHÂU TREO MÀNG CỨNG

- Khâu treo màng cứng vào cửa sổ xương vừa mở, với màng cứng trung tâm thì treo vào cửa sổ qua lỗ xuyên giữa cửa sổ xương.

- Xẻ màng cứng theo khung cửa sổ xương.
- Lấy và bơm rửa máu tụ, cầm máu kỹ trong sọ.

ĐẶT LẠI NẮP SỌ

- Dẫn lưu dưới da đầu vào lọ kín, rút sau 24 -> 48 giờ.
- Khâu da đầu hai lớp.

PHẪU THUẬT MÁU TỤ TRONG NÃO

I. Đại cương:

- Máu tụ do chấn thương cần phân biệt máu tụ do bệnh lý.
- Chẩn đoán nhờ Ctscanner sọ não.

II. Chỉ định:

Khi tri giác xấu đi, nguy cơ tụt não và nhất là loại trừ dị dạng mạch máu não.

III. Chống chỉ định:

- Người bệnh ngưng thở không hồi phục hôn mê quá mức.
- Glasgow bằng hoặc thấp hơn 3 điểm, đồng tử giãn rộng, mất phản xạ ánh sáng, rối loạn thần kinh thực vật.
- Chuẩn bị: Như máu tụ ngoài màng cứng

IV. Các bước tiến hành:

- Vô cảm: Mê nội khí quản

KỸ THUẬT

- Nguyên tắc chung: giống tụ máu ngoài màng cứng

MỞ HỘP SỌ

- Phẫu thuật viên và phụ đề vào hai bên đường rạch, rạch da.
- Nâng tách vạt da và độn vạt da về phía có độn gạc phía dưới.
- Cắt cân, cơ, màng xương bằng dao điện theo đường rạch ra, dùng lóc xương tách màng xương sang hai bên.
- Khoan sọ 4 -> 5 lỗ tùy theo kích thước vùng phẫu thuật và khoan vuông góc bản xương.

CỬA XƯƠNG

Như ngoài màng cứng

LẤY MÁU TỤ

Cầm máu vỏ não, chọc dò xác định ổ máu tụ, dùng van mềm tách tổ chức não và ổ máu tụ, hút nhẹ lấy máu tụ.

- Cầm máu bằng dao điện và surgicel.
- Đóng màng cứng và treo màng cứng.

ĐÓNG HỘP SỌ

PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG SỌ HỖ

Vết thương sọ hở là vết thương rách da đầu có vỡ hoặc nún sọ nhưng không rách màng não

I. Mục đích:

- Phòng tránh nhiễm khuẩn bằng cách lấy hết dị vật, cắt lọc sạch tổ chức dập nát.
- Đánh giá đầy đủ tổn thương cho vết thương sọ hở gây ra.

II. Chỉ định: Phẫu thuật tuyệt đối.

- Chuẩn bị:
 - + Cán bộ chuyên khoa: Bác sỹ ngoại thần kinh
 - + Phương tiện: Bộ phẫu thuật sọ não
- Người bệnh:

- + Chuẩn bị như phẫu thuật thông thường.
- + Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân theo quy định chung.
- Xét nghiệm tiền phẫu: Ctscanner

III. Tiến hành:

- Vô cảm: Mê nội khí quản

KỸ THUẬT

- Cắt lọc kỹ tổn thương mép da, cân cơ, phần mềm bằng dụng cụ riêng.
- Rửa sạch, kỹ bằng nước ấm.
- Nếu vết thương đủ rộng để thăm dò phần dưới thì không cần cắt rộng thêm da.
- Vết thương nhỏ thì rạch da theo hình chữ S hoặc vòng cung.
- Lấy bỏ toàn bộ dị vật.
- Xương vỡ: mảnh nhỏ dập nát không dính với màng xương, cân cơ thì bỏ, những mảnh cài vào nhau không lấy ra được thì khoan một lỗ cạnh đó rồi găm xương, mở rộng về vùng lỗ khoan rồi găm sạch bờ xương.
- Cầm máu kỹ xương và màng não.
- Màng não rách thì xử lý như vết thương sọ não.

ĐẶT DẪN LƯU

- Cắt lọc phần tổ chức dập nát trước khi đóng da.
- Vết thương dác đầu.
- Cắt lọc
- Khâu vết thương, quay vạt da nếu cần.
- Đặt dẫn lưu nếu cần

PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG SỌ NÃO

I. Định nghĩa:

Vết thương sọ não là vết thương có tổn thương da đầu kèm vỡ, lún sọ, rách màng cứng làm dịch não tủy và tổ chức não thông với môi trường bên ngoài.

II. Mục đích:

- Cắt lọc làm sạch vết thương, lấy bỏ dị vật, xương vụn, não dập, cầm máu.
- Phục hồi lại sự ngăn cách giữa bên trong và bên ngoài hộp sọ.

III. Chuẩn bị:

- Cán bộ chuyên khoa là Bác sỹ ngoại thần kinh.
- Phương tiện là bộ dụng cụ phẫu thuật sọ não.
- Người bệnh:
 - + Tiêm phòng uốn ván
 - + Kháng sinh dự phòng.
 - + Không dùng thuốc sát khuẩn bôi lên vết thương, không gạt tổ chức não bị lòi ra.
 - + Hồi sức chống phù não cho người hôn mê.

IV. Các bước tiến hành:

- Vô cảm: Mê nội khí quản
- Kỹ thuật:
 - + Cắt lọc mở rộng vết thương, lấy hết tổ chức dập nát và dị vật.
 - Găm bờ tổ chức xương lún tới khi lộ mép màng cứng nguyên vẹn.
 - Lấy hết tổ chức não dập, cầm máu, rửa ổ não dập bằng NaCl 0,9% ấm, vá lại màng cứng bằng cân, cơ hoặc vật liệu nhân tạo.
 - Khâu treo màng cứng.
 - Đặt dẫn lưu.



**QUY TRÌNH CHUYÊN MÔN KCB
ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TUYP II
KHÔNG BIẾN CHỨNG**

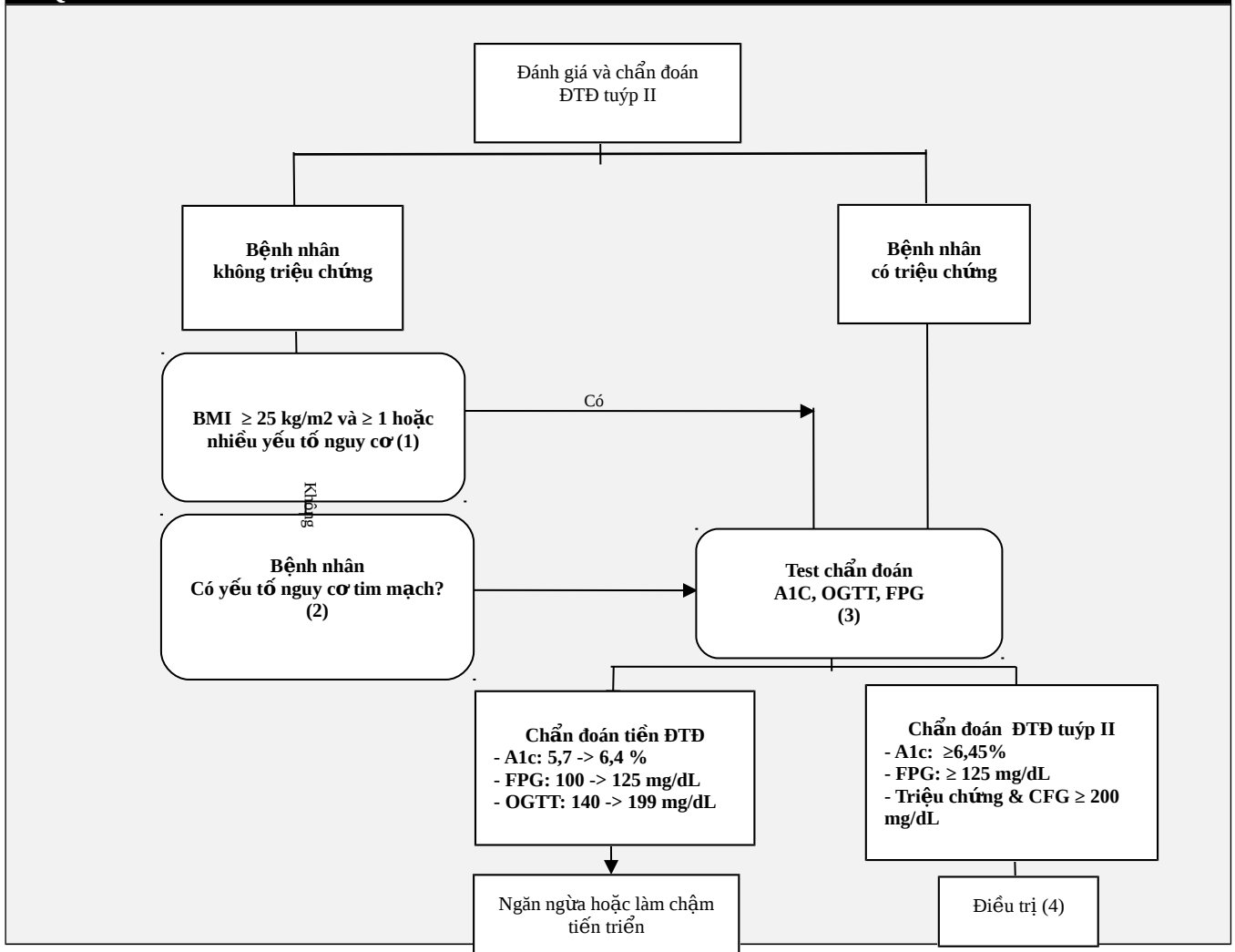
Họ và tên BN:.....
Ngày sinh:.....Giới:.....
Địa chỉ:.....
Số phòng:.....Số giường:.....
Mã BN/ Số HSBA:.....

Lưu ý: Đánh dấu sự lựa chọn ("√" : có, "X" : không) vào ô □. Khoanh tròn **O** nếu lựa chọn nội dung; ^ xem thêm chi tiết nội dung trong phụ lục x tương ứng.

1. ĐÁNH GIÁ TRƯỚC KHI VÀO QUY TRÌNH

Tiêu chuẩn đưa vào:	☐ ĐH lúc đói ≥ 126 mg (nhỏ hơn hoặc bằng 7 mmol/l hoặc ☐ HbA1C $\geq 6,5$ %	☐ DH ngẫu nhiên ≥ 200 mg/dl ($\geq 11,1$ mmol/l và ☐ Triệu chứng cổ điển
Tiêu chuẩn loại ra:	☐ ĐH ngẫu nhiên ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l) không có triệu chứng cổ điển	☐ HbA1C $< 6,5\%$ (không có tiền sử ĐTD)
Tiền sử	☐ Tiền sử dị ứng	Ghi rõ.....

2. QUY TRÌNH CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ



3. MỤC TIÊU ĐIỀU TRỊ

- Đường huyết trước bữa ăn và lúc đói: 80 -> 130 mg/dL (4,4 -> 7,2 mmol/l)
- Đường huyết ngẫu nhiên: < 180 mg/dL (8 -> 10 mmol/l)
- Đường huyết sau ăn 2 giờ: < 180 mg/dl
- Huyết áp nhỏ hơn hoặc bằng 130/80 mmHg; BMI: 18,5 -> 23

4. DIỄN TIẾN BỆNH VÀ ĐIỀU TRỊ

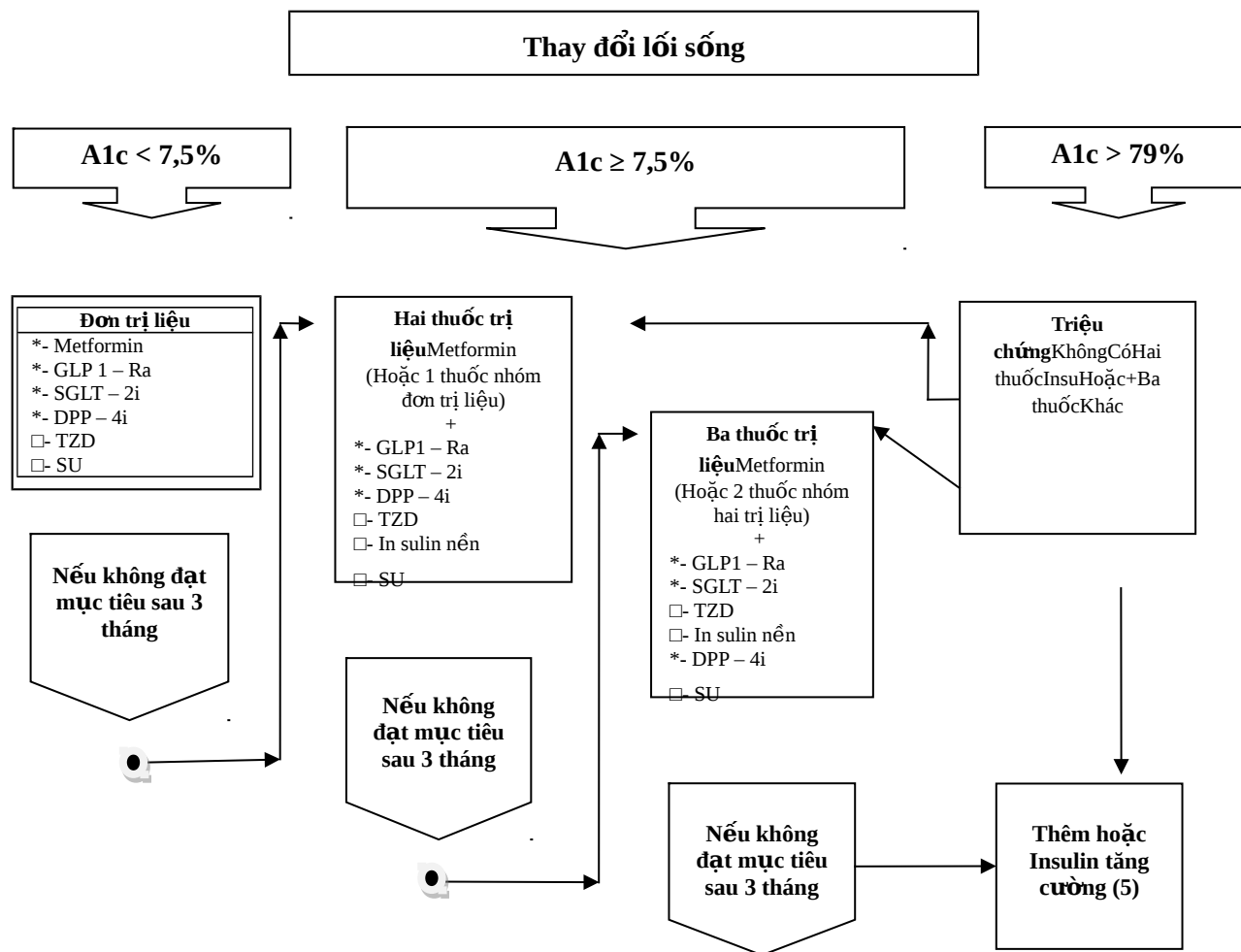
	N1	N2	N3	N4	Nn					
Lâm sàng: - Uống nhiều - Khát nhiều - Tiểu nhiều - Cân nặng - Khác	☐ ☐ ☐Kg	☐ ☐ ☐Kg	☐ ☐ ☐Kg	☐ ☐ ☐Kg	☐ ☐ ☐Kg					
Cận lâm sàng: - ĐH (mg/dL) - A1c (%)	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....					
Điều trị: - Metformin Liều/ngày - DPP – 4i Liều.....mg/ngày - TZD Liều.....mg/ngày - SU Liều.....mg/ngày - Insulin Liều.....UI/ngày	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐					
Chăm sóc: - Chế độ ăn - Hạn chế muối -										
5. XUẤT VIỆN										
Tiêu chuẩn xuất viện	☐ Hết triệu chứng cổ điển ☐ Bệnh nhân tỉnh táo hoàn toàn		☐ FPG < 140 mg/dL							
Tình trạng xuất viện	☐ Khỏe ☐ Không khỏe ☐ Nặng hơn ☐ FPG: .....mg/dL		☐ Kết thúc quy trình ☐ Ra khỏi quy trình							
Hướng điều trị tiếp	☐ Mục tiêu: A1c.....% ☐ Metfomin ☐ DPP – 4I ☐ SU ☐ TZD		☐ Insulin ☐ Tự kiểm soát ĐH mỗi lần/tuần ☐ HbA1c: mỗi 3 tháng ☐ Tái khám mỗi tháng ☐ Số ngày điều trị tiếp theo: ...ngày							
6. QUẢN LÝ VÀ TƯ VẤN BỆNH NHÂN										
☐ Thông tin GDSK (Thay đổi lối sống)	☐ Tự kiểm tra ĐH mao mạch ☐ Chế độ ăn bình thường ☐ Giảm muối < 2,3 mg/ngày ☐ Hoạt động thể lực 150 phút/tuần (đi nhanh) ☐ Giảm cân khi BMI > 25 (giảm 5 -> 10% so với cân nặng ban đầu)		☐ Dấu hiệu nhận biết hạ đường huyết ☐ Chăm sóc chân ☐ Ruwouk < 20g/ngày (bia được chọn lựa tốt hơn rượu) ☐ Ngưng thuốc lá (nếu có hút)							
7. PHỤ LỤC										
Phụ lục 1: Bảng các yếu tố nguy cơ - Phụ nữ sinh con có cân nặng > 9 lb		Phụ lục 2: Yếu tố nguy cơ tim mạch - Bệnh lý mạch vành								

hoặc tiền xử Đái tháo đường trong thai kỳ - Phụ nữ có H/c buồng trứng đa nang - Tiền Đái tháo đường - Tình trạng lâm sàng liên quan đến đề kháng Insulin (v.d béo phì)	- Tăng huyết áp ($> 140/90$ mmHg hoặc đang điều trị tăng huyết áp) - HDL Cholesterol < 35 mg/dL - Triglyceride > 250 mg/dL - LDL Cholesterol > 70 và thang điểm nguy cơ biến cố tim mạch trong 10 năm $> 7,5$
---	---

Phụ lục 3: Test chẩn đoán

- HbA1c $\geq 6,5$ %
- FPG ≥ 126 mg/dL ($\geq 11,1$ mmol/l)
- Bệnh nhân có triệu chứng ĐTĐ + CPG (đường huyết ngẫu nhiên) ≥ 200 mg/dL ($\geq 11,1$ mmol/l)

Phụ lục 4: Điều trị



Ghi chú:

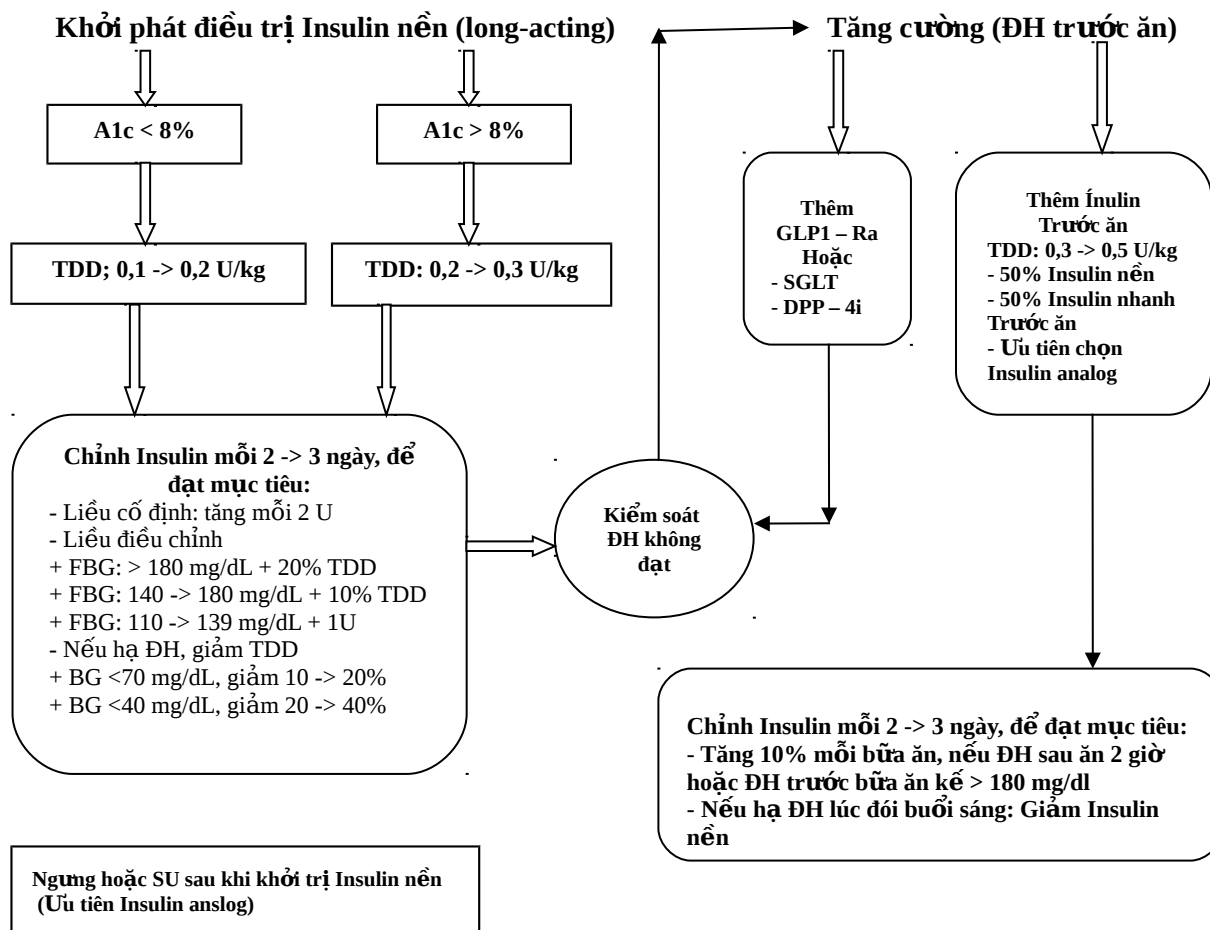
* Nên thực hiện (Ưu tiên)

□ Cần cân nhắc (Lựa chọn thứ 2)

FPG: Đường huyết lúc đói

OGTT: Nghiệm pháp dung nạp đường qua đường uống

Phụ lục 5: Thêm hoặc Insulin tăng cường



Ghi chú:

TDD: Tổng liều/ngày

FBG: Đường huyết lúc đói

OGTT: Nghiệm pháp dung nạp ĐH qua đường uống 75 g Glucose

ĐH: Đường huyết

CFG: Đường huyết ngẫu nhiên

HA: Huyết áp

TDD: Tiêm dưới da



**QUY TRÌNH CHUYÊN MÔN KCB
ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN
MẠN TÍNH**

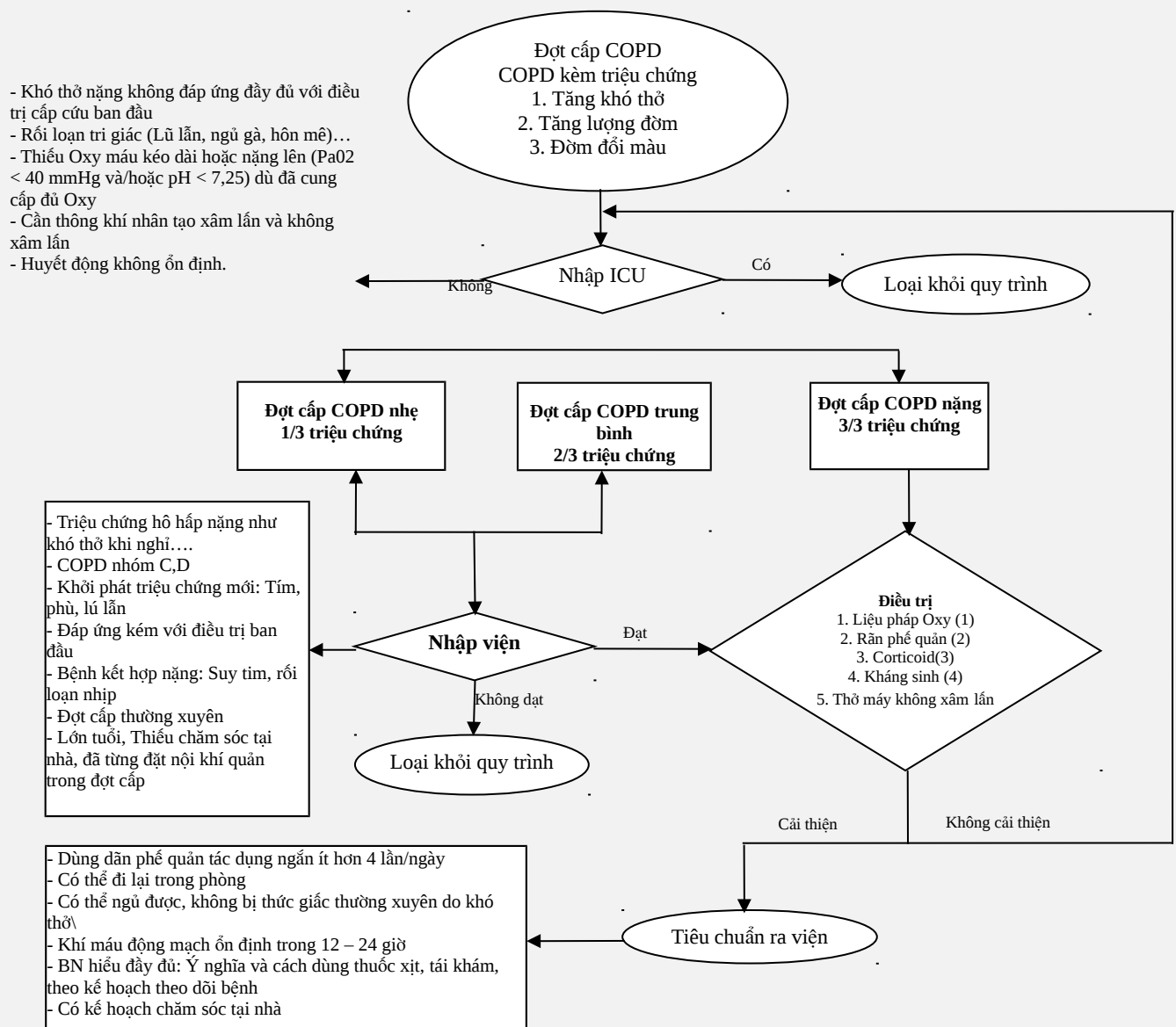
Họ và tên BN:.....
Ngày sinh:.....Giới:.....
Địa chỉ:.....
Số phòng:.....Số giường:.....
Mã BN/ Số HSBA:.....

Lưu ý: Đánh dấu sự lựa chọn (“√” : có; “X” : không) vào ô ☐. Khoanh tròn **O** nếu lựa chọn nội dung; ^ xem thêm chi tiết nội dung trong phụ lục x tương ứng.

1. ĐÁNH GIÁ TRƯỚC KHI VÀO QUY TRÌNH

Tiêu chuẩn đưa vào:	☐ COPD đợt cấp			
Tiêu chuẩn loại ra:	☐ Đợt cấp COPD nặng nhập ICU		☐ Đợt cấp COPD nhẹ ngoại trú	
	☐ COPD giai đoạn ổn định			
Tiền sử	☐ Phấn hoa	☐ Lông thú	☐ Bụi nhà	☐ Khói thuốc
	☐ Rượu bia	☐ Thời tiết	☐ Thức ăn	☐ Thuốc

2. QUY TRÌNH CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ



3. NGUYÊN TẮC CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ										
☐ Thở Oxy có kiểm soát nồng độ tránh ứ CO ₂ ☐ Phối hợp kích thích beta 2 và kháng phó giao cảm tăng hiệu quả điều trị ☐ Chỉ định kháng sinh đúng ☐ Corticoid toàn thân giúp ngắn thời gian nằm viện ☐ Thông khí không xâm lấn										
YẾU TỐ KHỎI PHÁT										
☐ Nhiễm trùng hô hấp (Vi khuẩn hoặc vi rút) nguyên nhân thường gặp nhất ☐ Ô nhiễm không khí ☐ Không khí lạnh ☐ Dị ứng ☐ Hút thuốc lá ☐ Tự ý ngưng điều trị ☐ Phenotype ☐ Dùng thuốc không phù hợp: An thần.... ☐ Không rõ yếu tố thúc đẩy: 1/3 trường hợp ☐ Kèm bệnh lý khác: Viêm phổi, thuyên tắc phổi, suy tim, rối loạn nhịp, tràn khí màng phổi, tràn dịch màng phổi ☐ Quá liều Oxy										
4. XỬ TRÍ CẤP CỨU ☐ Có ☐ không										
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Lâm sàng</th> <th>Cận lâm sàng</th> </tr> <tr> <th>Dấu hiệu</th> <th colspan="2">Xử trí</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> ☐ Lơ mơ, ngủ gà ☐ Kích động, bứt dứt ☐ Lòng ngực yên lặng ☐ Khó thở ☐ Thở co kéo cơ hô hấp ☐ Thở nhanh ☐ Tím tái ☐ Tụt huyết áp ☐ SpO₂ < 92% </td> <td colspan="2"> ☐ Thở Oxy sonde mũi ☐ Thở Oxy mask venturi ☐ Thở máy không xâm lấn ☐ Kích thích Beta 2 tiêm truyền (Hoạt chất, liều lượng):..... ☐ SABA MDI hoặc khí dung (Hoạt chất, liều lượng):..... ☐ SABA MDI hoặc khí dung (Hoạt chất, liều lượng):..... ☐ Corticoide khí dung (Hoạt chất, liều lượng):..... ☐ Corticoide đường toàn thân (Hoạt chất, liều lượng):..... ☐ Kháng sinh (Hoạt chất, liều lượng):..... ☐ Theophyllin truyền TM (Hoạt chất, liều lượng):..... </td> </tr> </tbody> </table>		Lâm sàng		Cận lâm sàng	Dấu hiệu	Xử trí		☐ Lơ mơ, ngủ gà ☐ Kích động, bứt dứt ☐ Lòng ngực yên lặng ☐ Khó thở ☐ Thở co kéo cơ hô hấp ☐ Thở nhanh ☐ Tím tái ☐ Tụt huyết áp ☐ SpO ₂ < 92%	☐ Thở Oxy sonde mũi ☐ Thở Oxy mask venturi ☐ Thở máy không xâm lấn ☐ Kích thích Beta 2 tiêm truyền (Hoạt chất, liều lượng):..... ☐ SABA MDI hoặc khí dung (Hoạt chất, liều lượng):..... ☐ SABA MDI hoặc khí dung (Hoạt chất, liều lượng):..... ☐ Corticoide khí dung (Hoạt chất, liều lượng):..... ☐ Corticoide đường toàn thân (Hoạt chất, liều lượng):..... ☐ Kháng sinh (Hoạt chất, liều lượng):..... ☐ Theophyllin truyền TM (Hoạt chất, liều lượng):.....	
Lâm sàng		Cận lâm sàng								
Dấu hiệu	Xử trí									
☐ Lơ mơ, ngủ gà ☐ Kích động, bứt dứt ☐ Lòng ngực yên lặng ☐ Khó thở ☐ Thở co kéo cơ hô hấp ☐ Thở nhanh ☐ Tím tái ☐ Tụt huyết áp ☐ SpO ₂ < 92%	☐ Thở Oxy sonde mũi ☐ Thở Oxy mask venturi ☐ Thở máy không xâm lấn ☐ Kích thích Beta 2 tiêm truyền (Hoạt chất, liều lượng):..... ☐ SABA MDI hoặc khí dung (Hoạt chất, liều lượng):..... ☐ SABA MDI hoặc khí dung (Hoạt chất, liều lượng):..... ☐ Corticoide khí dung (Hoạt chất, liều lượng):..... ☐ Corticoide đường toàn thân (Hoạt chất, liều lượng):..... ☐ Kháng sinh (Hoạt chất, liều lượng):..... ☐ Theophyllin truyền TM (Hoạt chất, liều lượng):.....									

DẤU HIỆU	N1	N2	N3		N5
1. Lâm sàng					
Khạc đờm đục	☐	☐	☐	☐	☐
Ho	☐	☐	☐	☐	☐
Đờm khó khạc	☐	☐	☐	☐	☐
Khó thở gắng sức	☐	☐	☐	☐	☐
Đau ngực	☐	☐	☐	☐	☐
Khó thở về đêm	☐	☐	☐	☐	☐
Rối loạn tri giác	☐	☐	☐	☐	☐
Tím tái	☐	☐	☐	☐	☐
Phù	☐	☐	☐	☐	☐
Tăng huyết áp	☐	☐	☐	☐	☐
Tụt huyết áp	☐	☐	☐	☐	☐
Sốt	☐	☐	☐	☐	☐
Thở nhanh	☐	☐	☐	☐	☐
SpO2	☐	☐	☐	☐	☐
Rối loạn nhịp tim	☐	☐	☐	☐	☐
Tĩnh mạch cổ nổi	☐	☐	☐	☐	☐
Thở co kéo cơ hô hấp phụ	☐	☐	☐	☐	☐
Hô hấp nghịch thường	☐	☐	☐	☐	☐
Kéo dài thì thở ra	☐	☐	☐	☐	☐
Ran rít, ran ngáy	☐	☐	☐	☐	☐
Ran nổ	☐	☐	☐	☐	☐
Chế độ ăn uống	☐	☐	☐	☐	☐
Tình trạng tiêu biểu	☐	☐	☐	☐	☐
Vận động	☐	☐	☐	☐	☐
2. Cận lâm sàng					
CTM	☐	☐	☐	☐	☐
X quang phổi	☐	☐	☐	☐	☐
CTScanner	☐	☐	☐	☐	☐
Khí máu động mạch	☐	☐	☐	☐	☐
ECG	☐	☐	☐	☐	☐
Đo chức năng hô hấp	☐	☐	☐	☐	☐

Ure/Creatinin	☐	☐	☐	☐	☐
SGOT/SGPT	☐	☐	☐	☐	☐
CRP	☐	☐	☐	☐	☐
Procalcitonin	☐	☐	☐	☐	☐
Cấy nhuộm Gram đờm	☐	☐	☐	☐	☐
Albumin	☐	☐	☐	☐	☐
Protein máu	☐	☐	☐	☐	☐
Điện giải đồ	☐	☐	☐	☐	☐
D-dimer	☐	☐	☐	☐	☐
Nồng độ Theophyllin	☐	☐	☐	☐	☐
Siêu âm tim	☐	☐	☐	☐	☐

3. Điều trị:

Nghỉ ngơi tại giường	☐	☐	☐	☐	☐
Thở oxy sonde mũi	☐	☐	☐	☐	☐
Thở oxy mask veturi	☐	☐	☐	☐	☐
Kích thích Beta 2 tiên truyền	☐	☐	☐	☐	☐
SABA MDI hoặc khí dung	☐	☐	☐	☐	☐
SABA MDI hoặc khí dung	☐	☐	☐	☐	☐
Corticoid khí dung	☐	☐	☐	☐	☐
LABA/ICS	☐	☐	☐	☐	☐
LAMA	☐	☐	☐	☐	☐
Corticoid đườngt oàn thân	☐	☐	☐	☐	☐
Kháng sinh	☐	☐	☐	☐	☐
Thở máy không xâm lấn	☐	☐	☐	☐	☐

4. Chăm sóc:

Chế độ ăn	☐	☐	☐	☐	☐
Vật lý trị liệu hô hấp	☐	☐	☐	☐	☐

5. XUẤT VIỆN

Tiêu chuẩn xuất viện	☐ Dùng dẫn phế quản tác dụng ngắn ít hơn 4 lần/ngày ☐ Có thể đi lại trong phòng ☐ Có thể ngủ được, không bị thức giấc thường xuyên do khó thở	☐ Khí máu động mạch ổn định trong 12 – 24 giờ ☐ BN hiểu đầy đủ: ý nghĩa và cách dùng thuốc xịt, tái khám, kế hoạch theo dõi bệnh ☐ Có kế hoạch chăm sóc tại nhà
	☐ SABA (Hoạt chất, liều lượng):..... ☐ SAMA (Hoạt chất, liều lượng):.....	

Hướng điều trị tiếp theo	☐ LABA (Hoạt chất, liều lượng):..... ☐ LABA/ICS (Hoạt chất, liều lượng):..... ☐ LAMA (Hoạt chất, liều lượng):..... ☐ Corticoid uống (Hoạt chất, liều lượng):..... ☐ Theophyllin (Hoạt chất, liều lượng):..... ☐ Kháng sinh (Hoạt chất, liều lượng):..... ☐ Thở oxy tại nhà
--------------------------	---

6. QUẢN LÝ VÀ TƯ VẤN BỆNH NHÂN

- ☐ Cải thiện môi trường sống
- ☐ Cai thuốc lá
- ☐ Chủng ngừa cúm, phế cầu
- ☐ Phục hồi chức năng hô hấp
- ☐ Biết cách phân biệt và sử dụng thuốc cắt cơn và thuốc ngừa cơn
- ☐ Sử dụng thành thạo các dụng cụ hít, khí dung
- ☐ Biết cách xử trí đợt cấp nhẹ tại nhà
- ☐ Biết các dấu hiệu nặng cần nhập viện ngay

7. PHỤ LỤC

Phụ lục I: Liều pháp Oxy

Nên khởi đầu bằng mask venturi 24% với 2 – 4 l/phút hoặc Venturi 28% với oxy 4 l/phút, giữ SpO₂ từ 88% - 92% Trong lúc chờ KMDM

Mục tiêu SpO₂ 94% - 88% nếu PaCO₂ bình thường (Trừ bệnh nhân có tiền căn NIV hoặc IPPV – Nonintermittent Positive Pressure Ventilation).

Thử lại KMDM sau điều chỉnh liều Oxy sau 30 – 60 phút nếu PaCO₂ bình thường.

Điều chỉnh phương thức thở oxy dựa vào bảng 1

PaO ₂ (mmHg)	PaCO ₂ (mmHg)	pH	Chỉ định oxy
> 60	Bình thường	Bình thường	Không thay đổi lưu lượng
> 60	Tăng nhẹ	Bình thường	Không thay đổi lưu lượng theo dõi khí máu
> 60	Cao	Bình thường	Không thay đổi lưu lượng theo dõi khí máu
> 60	Cao	Thấp	Mask Venturi, nếu không cải thiện NIPPV
< 60	Không tăng	Bình thường	Tăng lưu lượng, theo dõi khí máu
< 60	Tăng nhẹ	Bình thường	Tăng lưu lượng theo dõi khí máu
< 60	Cao	Thấp	Mask venturi, nếu không cải thiện NIPPV

Phụ lục II: Cách sử dụng dẫn phế quản trong đợt cấp

Điều trị	Nhẹ	Trung bình	Nặng
Dẫn phế quản	Intratropium và/hoặc SABA dạng MDI/NEB 4 – 6 lần/ngày Xem xét LABA kết hợp	Intratropium và/hoặc SABA dạng MDI/NEB 6 -8 lần/ngày Xem xét Salbutamol, Terbutalin TTM 0,5 – 2	Intratropium và/hoặc SABA dạng MDI/NEB nhiều lần Xem xét Salbutamol Terbutalin TTM 0,5 – 2 mg/giờ, chỉnh liều theo đáp ứng mỗi 5 – 10 phút/lần.

		mg/giờ, chỉnh liều theo đáp ứng mỗi 5 – 10 phút/lần. Xem xét Aminophylin 0,24 g TTM trong 30 phút sau đó chuyển duy trì 0,3 – 0,5 mg/kg/giờ. Tổng liều không quá 10mg/kg/24 giờ	Xem xét Aminophylin 0,24 g TTM trong 30 phút, sau đó chuyển duy trì 0,3 – 0,5 mg/kg/giờ. Tổng liều không quá 10 mg/kg/24 giờ.
Phụ lục III: Sử dụng Corticoid			
Nhẹ: Uống Methylprednisolon 40 mg x 5 – 10 ngày nếu không cải thiện sau 1 giờ dẫn phế quản nhanh			
Trung bình hoặc nặng: TM Methylprednisolon 2 mg/kg/ngày chia 2 lần x 5-10 ngày.			

Phụ lục IV: Kháng sinh			
Giảm nguy cơ tử vong sớm 77%, dùng khi có ít nhất 1 trong 4:			
1. Cần thông khí cơ học			
2. Có cả 3 triệu chứng: Tăng khó thở, ho, tăng và/hoặc đổi màu sắc đờm			
3. Có ít nhất hai triệu chứng đột cấp trong đó có đờm mủ			
4. Có bằng chứng nhiễm trùng			
Điều trị	Nhẹ	Trung bình	Nặng
Kháng sinh: Sử dụng khi có chỉ định. - Điều chỉnh kháng sinh theo kháng sinh đồ. - Dùng Anti-pseudomonas khi có nguy cơ nhiễm Pseudomonas	Beta-Lactam/betalactamase (Amoxicillin-Clavulanat; Ampicilin-Sulbactam) 3 gam/ngày hoặc Cefuroxime 1,5g/ngày hoặc Moxifloxacin 400mg/ngày hoặc Levofloxacin 750mg/ngày	Cephalosporin thế hệ 3 (Cefotaxim 1 g x 3 lần/ngày hoặc Beta-lactam/betalactamase + Amikacin 15 mg/kg/ngày hoặc Fluoroquinolon (Ciprofloxacin 1g/ngày, Levofloxacin 1 gam/ngày, levofloxacin 750 mg/ngày uống hoặc truyền tĩnh mạch	Cephalosporin thế hệ 3 (Ceftazidin 3 g/ngày) hoặc Imipenem 50 mg/kg/ngày kết hợp với Amikacin 15 mg/kg/ngày hoặc Ciprofloxacin 800 mg/ngày truyền TM chia 2 lần, Levofloxacin 750 mg/ngày truyền tĩnh mạch
Nguy cơ nhiễm Pseudomonas - Mới nhập viện gần đây. - Thường xuyên điều trị kháng sinh (4 đợt/năm) - COPD giai đoạn IV - Tìm thấy trực khuẩn mủ xanh trong đợt cấp trước hoặc cư trú giai đoạn ổn định - Tìm thấy trực khuẩn mủ xanh Antipseudomonas Carbapenem, Ticarcilin, Piperacillin, Cefoperazol, Ceftazidin, Cefepim, Quinolon thế hệ 3,4			

Phụ lục V: Thở máy không xâm lấn

Chỉ định thông khí không xâm lấn (NIV: Non-invasive ventilation)

Tỷ lệ thành công 80 đến 85 %. Xét chỉ định khi có ít nhất 2 trong 3 tiêu chuẩn sau:

1. Khó thở vừa tới nặng có co kéo cơ hô hấp phụ hoặc thở ngực bụng nghịch thường.
2. Toan hô hấp trung bình tới nặng ($pH < 7,35$) và/hoặc tăng thán khí trong máu ($PaCO_2 > 45$ mmHg)
3. Nhịp thở > 25 lần/phút

Chống chỉ định NIV

- Ngưng thở
- Tình trạng tim mạch không ổn định: Tụt huyết áp, rối loạn nhịp nặng, nhồi máu cơ tim.
- Rối loạn tri giác, không hợp tác
- Nguy cơ hít sặc cao
- Nhiều đờm khó khác
- Mới phẫu thuật vùng mặt hoặc hệ tiêu hóa
- Chấn thương vùng hầu họng
- Bỏng
- Béo phì quá mức.

Phụ lục 6: Các thuốc dẫn phế quản và Corticoid

Thuốc	Dạng hít (µg)	Khí dung (mg/ml)	Khí dung (mg/ml)	Uống (mg)	Thời gian bán hủy (giờ)
Cường β2 tác dụng nhanh và ngắn (SABA)					
Fenoterol	100-200 (MDI)	1	0.05% (Siro)		4-6
Salbutamol	100, 200 (MDI)	0,5%	2, 4 (viên) 60/150ml siro	0,5	4-6
Terbutalin	400-500 (DPI)	2,5; 5	2,5; 5 (Viên)	0,5	4-6
Cường β2 tác dụng chậm và kéo dài (LABA)					
Formterol	4,5 – 12 (MDI-DPI)				≥ 12
Salmeterol	25-50 (MDI-DPI)				≥ 12
Kháng phó giao cảm tác dụng nhanh (SAMA)					
Ipratropium bromid	20,40 (MDI)	0,25 – 0,5			6-8
Kháng phó giao cảm tác dụng kéo dài (LAMA)					
Tiotropium	18(DPI)				≥ 24
Kết hợp cường β2 với kháng phó giao cảm dạng hít					
Fenoterol/ Ipratropium	50/20 (MDI)	0,5/0,25			6-8
Salbutamol/ Ipratropium	100/20 (MDI)	2,5/0,5			6-8
Methylxanthin					
Aminophylin			200-330 (Viên)	240 mg	Thay đổi có thể

					đến 24	
Theophyllin			100-600 (Viên)		≥ 12	
Glucocorticosteroids dạng hít (ICS)						
Beclomethason	100,250,160 (DPI)					
Budesonid		0,5				
Fluticason	50,5000 (MDI)					
Triamcinolon		40		40		
Kết hợp cường β2 tác dụng kéo dài với Corticosteroid dạng hít (LABA + ICS)						
Formoterol/ Budesonid	4,8/80; 160 (DPI)					
Salmeterol/ Fluticason	50/100; 250; 500 (DPI) 25/50; 125; 250 (MDI)					
Corticosteroid toàn thân						
Prednisolon			5-20 (Viên)	40		
Methyl-Prednisolon			4; 8; 16 (Viên)			



**QUY TRÌNH CHUYÊN MÔN KCB
HEN PHẾ QUẢN ĐỢT CẤP**

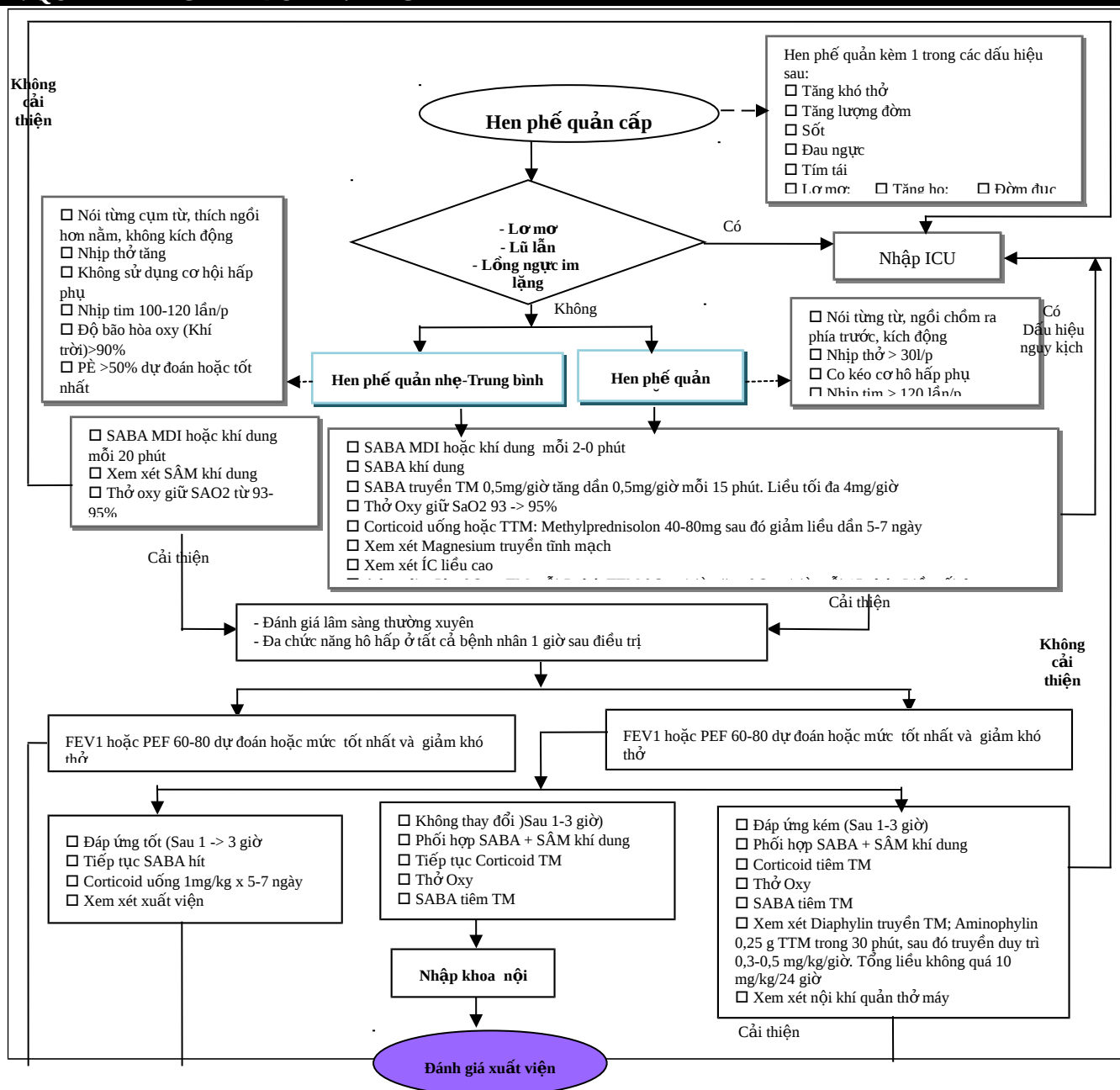
Họ và tên BN:.....
Ngày sinh:.....Giới:.....
Địa chỉ:.....
Số phòng:.....Số giường:.....
Mã BN/ Số HSBA:.....

Lưu ý: Đánh dấu sự lựa chọn (“√” : có/ “X” : không) vào ô ☐. Khoanh tròn **O** nếu lựa chọn nội dung; ^ xem thêm chi tiết nội dung trong phụ lục x tương ứng.

1. ĐÁNH GIÁ TRƯỚC KHI VÀO QUY TRÌNH

Tiêu chuẩn đưa vào:	☐ Khó thở cấp nghi hen	☐ Đợt cấp hen phế quản
Tiêu chuẩn loại ra:	☐ Đợt cấp hen nguy kịch có chỉ định nhập ICU ☐ Đợt cấp hen phế quản điều trị ngoại trú	☐ Hen phế quản giai đoạn ổn định ☐ Có bệnh đồng mắc
Tiền căn dị ứng:	☐ Phấn hoa ☐ Rượu bia	☐ Lông thú ☐ Thời tiết ☐ Mọc nhà ☐ Thức ăn ☐ Khói thuốc ☐ Thuốc

2. QUY TRÌNH CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ



3. NGUYÊN TẮC CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị

- ☐ Điều trị tích cực dựa vào mức độ nặng cơn hen và đáp ứng với điều trị ban đầu
- ☐ Đánh giá các yếu tố nguy cơ tử vong
- ☐ Kế hoạch điều trị kiểm soát sau xuất viện

4. XỬ TRÍ CẤP CỨU

☐ Có

☐ Không

Dấu hiệu	Xử trí
☐ Lợ mơ, ngủ gà ☐ Kích động bất rút ☐ Lồng ngực yên lặng ☐ Khó thở ☐ Thở co kéo cơ hô hấp ☐ Thở nhanh ☐ Tím tái ☐ Tụt huyết áp ☐ SpO ₂ < 92 %	☐ Thở Oxy sonde mũi ☐ Thở Oxy mask venturi ☐ Kích thích Beta 2 tiêm truyền (Hoạt chất, liều lượng): ☐ SABA MDI hoặc khí dung (Hoạt chất, liều lượng): ☐ SAMA MDI hoặc khí dung (Hoạt chất, liều lượng): ☐ Corticoid khí dung (Hoạt chất, liều lượng): ☐ Corticoid đường toàn thân (Hoạt chất, liều lượng): ☐ Kháng sinh (Hoạt chất, liều lượng): ☐ Theophyllin truyền TM (Hoạt chất, liều lượng): ☐ Adrenaline truyền TM (Hoạt chất, liều lượng): ☐ Nhập ICU

CHỈ ĐỊNH NHẬP VIỆN TRONG ĐỢT HEN KỊCH PHÁT

- ☐ Cơn hen nặng nguy kịch
- ☐ FEV₁/PEF < 25% mức dự đoán hoặc tốt nhất hoặc FEV₁/PE < 40% mức dự đoán hoặc tốt nhất
- ☐ FEV₁/PEF 40 – 60 % mức dự đoán hoặc tốt nhất + Yếu tố nguy cơ tử vong do hen
- ☐ Giới nữ, lớn tuổi và sắc dân da trắng
- ☐ Dùng hơn 8 nhát SABA trong 24 giờ qua
- ☐ Tiền sử cơn hen nặng (Thở máy xâm lấn.....)
- ☐ Sử dụng Corticoid uống kéo dài trước đó

CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ TỬ VONG DO HEN

- ☐ Bệnh hen dọa tử vong, cần đặt nội khí quản và thở máy
- ☐ Nhập viện hoặc thăm khám cấp cứu do hen trong năm vừa qua
- ☐ Đang sử dụng hoặc vừa mới ngưng sử dụng thuốc Corticoid đường uống
- ☐ Hiện tại không sử dụng Corticoid dạng hít
- ☐ Sử dụng SABA quá mức, nhất là sử dụng hơn một ống Salbutamol (hoặc tương đương) mỗi tháng
- ☐ Tiền sử bệnh tâm thần hoặc có vấn đề tâm lý – xã hội
- ☐ Tuân thủ việc dùng thuốc hen kém và/hoặc tuân thủ kém
- ☐ Dị ứng thức ăn ở bệnh nhân hen

CHỈ ĐỊNH THỞ MÁY TRONG ĐỢT HEN KỊCH PHÁT

- ☐ Người bệnh có dấu hiệu mỏi cơ
- ☐ Có rối loạn ý thức
- ☐ Khí máu động mạch: PaCO₂ > 50 mmHg hoặc Pao₂ < 50 mmHg hoặc pH < 7,3
- ☐ Cơn hen không giảm dù là điều trị tích cực
- ☐ Cơn hen có giảm nhưng lại nặng lên trong vòng 12 đến 24 giờ.

4. DIỄN TIẾN BỆNH, XỬ TRÍ VÀ CHĂM SÓC

Mục	N1	N2	N3	.....	Nn
1. Lâm sàng	Đánh dấu (X) vào ô vuông nếu có, mô tả				
Khắc đờm đục	☐	☐	☐	☐	☐
Ho	☐	☐	☐	☐	☐
Đờm khó khạc	☐	☐	☐	☐	☐
Khó thở gắng sức	☐	☐	☐	☐	☐
Đau ngực	☐	☐	☐	☐	☐
Khó thở về đêm	☐	☐	☐	☐	☐
Rối loạn tri giác	☐	☐	☐	☐	☐
Tím tái	☐	☐	☐	☐	☐
Phù	☐	☐	☐	☐	☐
Tăng huyết áp	☐	☐	☐	☐	☐
Sốt	☐	☐	☐	☐	☐
Thở nhanh	☐	☐	☐	☐	☐
SpO2	☐	☐	☐	☐	☐
Rối loạn nhịp tim	☐	☐	☐	☐	☐
Tính mạch cổ nổi	☐	☐	☐	☐	☐
Thở co kéo cơ hô hấp phụ	☐	☐	☐	☐	☐
Hô hấp nghịch thường	☐	☐	☐	☐	☐
Kéo dài thì thở ra	☐	☐	☐	☐	☐
Ran rít, ran ngáy	☐	☐	☐	☐	☐
Ran nổ	☐	☐	☐	☐	☐
Chế độ ăn uống	☐	☐	☐	☐	☐
Tình trạng tiêu biểu	☐	☐	☐	☐	☐
Vận động	☐	☐	☐	☐	☐
Khác	☐	☐	☐	☐	☐
1. Cận lâm sàng					
CTM	☐	☐	☐	☐	☐
X quang tim phổi	☐	☐	☐	☐	☐
CTScanner	☐	☐	☐	☐	☐
ECG	☐	☐	☐	☐	☐
Ure/Creatinin	☐	☐	☐	☐	☐
SGOT/SGPT	☐	☐	☐	☐	☐
CRP	☐	☐	☐	☐	☐
Procalcitonin	☐	☐	☐	☐	☐

Cấy nhuộm Gram đờm	☐	☐	☐	☐	☐
Albumin	☐	☐	☐	☐	☐
Protein	☐	☐	☐	☐	☐
Điện giải đồ	☐	☐	☐	☐	☐
D-dimer	☐	☐	☐	☐	☐
Nồng độ theophylin	☐	☐	☐	☐	☐
Siêu âm tim	☐	☐	☐	☐	☐
Đo chức năng hô hấp	☐	☐	☐	☐	☐
Khác....	☐	☐	☐	☐	☐

3. Điều trị

Nghỉ ngơi tại giường	☐	☐	☐	☐	☐
Thở Oxy sonde mũi	☐	☐	☐	☐	☐
Thở Oxy mask venturi	☐	☐	☐	☐	☐
Kích thích Beta 2 tiêm truyền (hoạt chất, liều lượng)	☐	☐	☐	☐	☐
SAMA MDI hoặc khí dung (Hoạt chất, liều lượng)	☐	☐	☐	☐	☐
Corticoid khí dung (Hoạt chất, liều lượng)	☐	☐	☐	☐	☐
LABA/ICS (Hoạt chất, liều lượng)	☐	☐	☐	☐	☐
Corticoid đường toàn thân (Hoạt chất, liều lượng)	☐	☐	☐	☐	☐
Kháng sinh (Hoạt chất, liều lượng)	☐	☐	☐	☐	☐
Thở máy không xâm lấn	☐	☐	☐	☐	☐
Theophylin truyền TM (Hoạt chất, liều lượng)	☐	☐	☐	☐	☐
Adrenalin truyền TM (Hoạt chất, liều lượng)	☐	☐	☐	☐	☐

4. Chăm sóc

Chế độ ăn	☐	☐	☐	☐	☐
Vật lý trị liệu hô hấp	☐	☐	☐	☐	☐

5. XUẤT VIỆN

Tiêu chuẩn xuất viện	☐ Triệu chứng cải thiện không cần SABA ☐ Độ bão hòa oxy > 94% với khí trời ☐ Nguồn lực tại nhà đầy đủ ☐ Có kế hoạch chăm sóc tại nhà	☐ PEF cải thiện và 60 – 80 % tốt nhất của cá nhân ☐ BN hiểu đầy đủ; Ý nghĩa và cách dùng thuốc xịt, tái khám, kế hoạch theo dõi bệnh nhân
Sắp xếp khi về	☐ Thuốc cắt cơn: tiếp tục khi cần ☐ Thuốc kiểm soát: Bắt đầu hoặc xem xét nâng bậc	☐ Prednisolon: Tiếp tục, thường 5 – 7 ngày ☐ Theo dõi tái khám trong 2 – 7 ngày
Hướng điều trị tiếp theo	☐ SABA (Hoạt chất, liều lượng):..... ☐ SAMA (Hoạt chất, liều lượng):.....	

	☐ LABA (Hoạt chất, liều lượng):..... ☐ LABA/ICS (Hoạt chất, liều lượng): ☐ LAMA (Hoạt chất, liều lượng): ☐ Corticoid uống (Hoạt chất, liều lượng): ☐ Theophyllin (Hoạt chất, liều lượng): ☐ Kháng sinh: ☐ Kháng leukotriene (hoạt chất, liều lượng): ☐ Kháng IgE (Hoạt chất, liều lượng):
--	--

6. QUẢN LÝ VÀ TƯ VẤN BỆNH NHÂN

- ☐ Kiểm soát yếu tố kích phát và chiến lược dự phòng
- ☐ Cai thuốc lá
- ☐ Phục hồi chức năng hô hấp
- ☐ Hiểu và sử dụng bảng kế hoạch hành động

7. PHỤ LỤC

Phụ lục 1: Liều thuốc ICS hít

Thuốc	Liều hằng ngày (Mcg)		
	Thấp	Trung bình	Cao
<i>Beclomethasone dipropionate (CFC)</i>	200 – 500	> 500 – 1.000	> 1.000
<i>Beclomethasone dipropionate (HFA)</i>	100 - 200	> 200 – 400	> 400
<i>Budesonide (DPI)</i>	200 - 400	> 400 - 800	> 800
<i>Ciclesonide (HFA)</i>	80- 160	> 160 - 320	> 320
<i>Fluticasone Propionate (DPI)</i>	100 - 250	>250 - 500	> 500
<i>Fluticasone Propionate (HFA)</i>	100 - 250	>250 - 500	> 500
<i>Mometasone Furoate</i>	110 - 220	> 220 – 440	> 440
<i>Triamcinolone acetonide</i>	400 – 1.000	> 1.000- 2.000	> 2.000

7. Phụ lục 2: Các thuốc giãn phế quản và Corticoid

Thuốc	Dạng hít (µg)	Khí dung (mg/ml)	Uống (mg)	Tiêm truyền (mg)	Thời gian bán hủy (Giờ)
Cường β2 tác dụng nhanh và ngắn (SABA)					
Fenoterol	100-200 (MDI)	1	0.5.05% (Siro)		4 - 6
Salbutamol	100, 200 (MDI)	0.5%	2, 4 (viên) 60/150ml sirô	0.5	4 - 6
Terbutalin	400- 500 (DPI)	2,5; 5	2,5; 5 (viên)	0.5	4 – 6
Cường β2 tác dụng chậm và kéo dài (LABA)					
Formoterol	4,5 - 12 (MDI, DPI)				≥ 12
Salmeterol	25 - 50 (MDI, DPI)				≥ 12
Kháng phó giao cảm tác dụng nhanh (SAMA)					
Ipratropium bromid	20, 40 (MDI)	0,25 – 0,5			6-8
Kháng phó giao cảm tác dụng kéo dài (LAMA)					
Tiotropium	18 (DPI)				≥ 24
Kết hợp cường β2 với kháng phó giao cảm dạng hít					

Fenoterol/ Ipratropium	50/20 (MDI)	0,5/0,25			6-8
Salbutamol/ Ipratropium	100/20 (MDI)	2,5 / 0,5			6-8
Methylxanthin					
Aminophylin			200–300(viên)	240 mg	Thay đổi, có thể đến 24
Theophylin			100 – 600 (viên)		≥ 12
Glucocorticosteroids dạng hít (ICS)					
Beclomethason	100, 250, 400 (MDI)				
Budesonid		0,5			
Fluticason	50, 500 (MDI)				
Triamcinolon		40		40	
Kết hợp cường β2 tác dụng kéo dài với corticosteroid dạng hít (LABA+ICS)					
Formoterol/ Budesonid	4,5/ 80, 160 (DPI)				
Salmeterol/ Fluticason	50/100,250,500 (DPI) 25/50,125, 250 (MDI)				
Corticosteroid toàn thân					
Prednisolon Methyl-prednisolon			5-20 (viên) 4, 8, 16 (viên)	40	

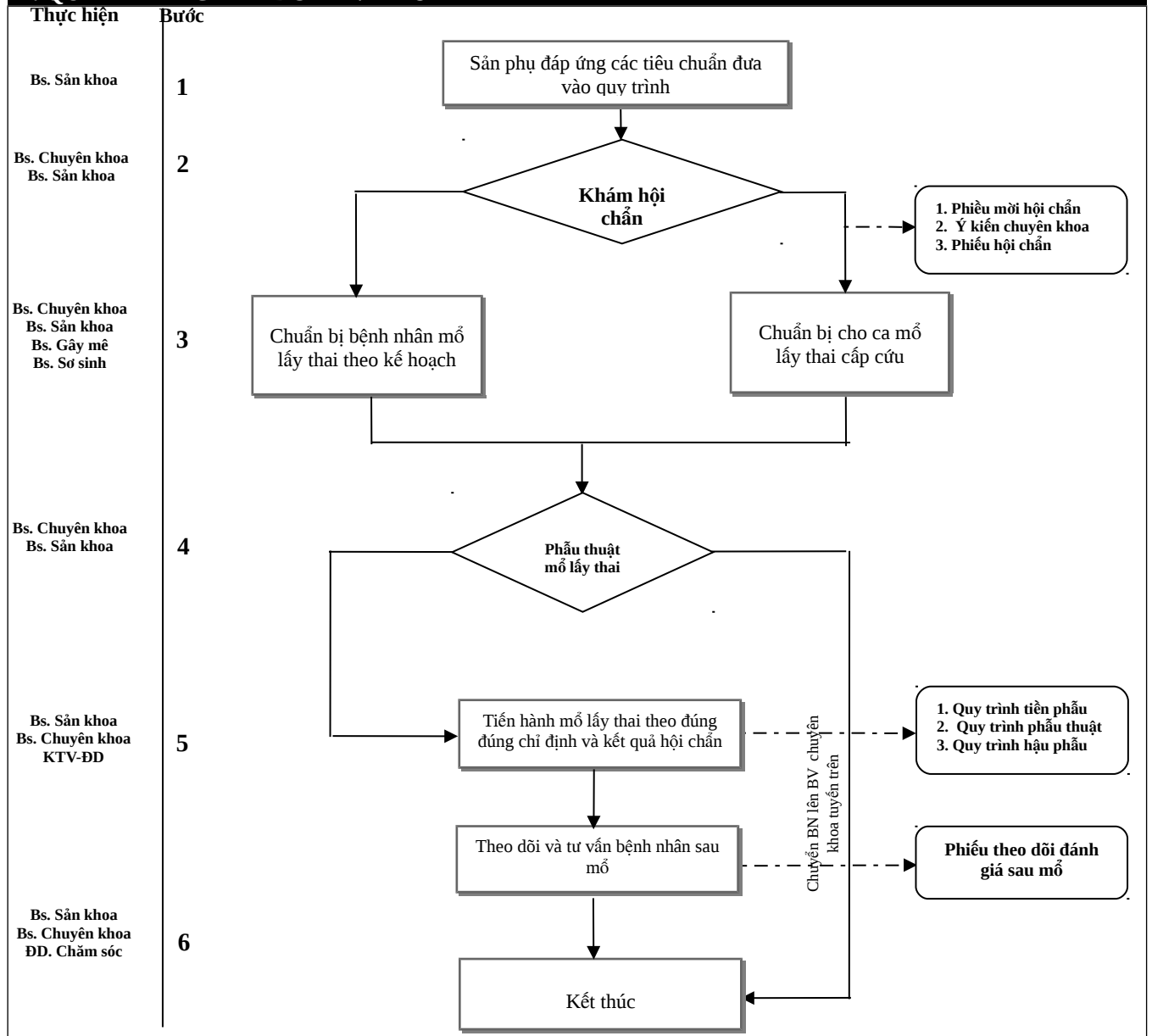
 QUY TRÌNH CHUYÊN MÔN KCB MỔ LẤY THAI	Họ và tên BN:.....
	Ngày sinh:.....Giới:.....
	Địa chỉ:.....
	Số phòng:.....Số giường:.....
	Mã BN/ Số HSBA:.....

Lưu ý: Đánh dấu sự lựa chọn (“√” : có; “X” : không) vào ô ☐. Khoanh tròn **O** nếu lựa chọn nội dung; ^ xem thêm chi tiết nội dung trong phụ lục x tương ứng.

1. ĐÁNH GIÁ TRƯỚC KHI VÀO QUY TRÌNH

Tiêu chuẩn đưa vào:	☐ Chỉ định từ phía mẹ	☐ Chỉ định từ phía mẹ và con
	☐ Chỉ định mổ từ phía con (Thai và phần phụ của thai)	☐ Chỉ định do nguyên nhân khác
Tiêu chuẩn loại ra:	☐ Yêu cầu của thai phụ hoặc người nhà ☐ Mẹ có nguy cơ tử vong cao nếu mổ	☐ Khác;.....
Tiền sử	☐ Tiền sử dị ứng	Ghi rõ.....
	☐ can thiệp ngoại khoa	Ghi rõ.....

2. QUY TRÌNH CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ



Chẩn đoán		
Hội chẩn Chẩn đoán xác định Chẩn đoán phân biệt Chẩn đoán kèm theo Tiên lượng		
3. PHẪU THUẬT		
Bác sỹ phẫu thuật		
Khám người bệnh trước mổ		☐
Khám lại thai trước mổ		☐
Khám xong lúc	giờ.....phút, ngày... tháng....năm.....	
Bác sỹ gây mê		
Thực hiện bảng kiểm trước gây mê		☐
Hình thức thực hiện		☐
Thực hiện xong phiếu gây mê lúc	giờ.....phút, ngày... tháng....năm.....	
Thực hiện phiếu phẫu thuật		☐
Phẫu thuật bắt đầu lúc		giờ.....phút, ngày... tháng....năm.....
Tiến hành phẫu thuật		
- Mở bụng		☐
- Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung		☐
- Rạch ngang cơ tử cung đoạn dưới đến màng ối		☐
- Lấy thai, rau và kiểm soát tử cung		☐
- Khâu vết rạch tử cung và phúc mạc		☐
- Lau sạch ổ bụng, kiểm tra tử cung phần phụ, các tạng xung quanh, đếm đủ gạc, ấu, dụng cụ...		☐
- Đóng thành bụng theo từng lớp		☐
- Lấy máu và lau âm đạo		☐
- Chỉ định giải phẫu bệnh sinh thiết (Nếu cần)		☐
Xử trí kèm theo		
Triệt sản		☐
Bóc u nang buồng trứng		☐
Bóc u xơ		☐
Thắt động mạch tử cung		☐
Cắt tử cung bán phần		☐
Cắt tử cung toàn phần		☐
KTV kiểm tra dụng cụ		☐
Hộ sinh chăm sóc trẻ sơ sinh ngay sau đẻ		☐
Hoàn thành các giấy tờ (ghi biên bản phẫu thuật, chỉ định y lệnh điều trị)		☐

4. HỒI TỈNH		
Theo dõi 2 giờ đầu 30 phút/lần	Lần 1	Lần n
Tiếp theo 1 giờ/lần		
Hộ sinh/Điều dưỡng theo dõi		
Tình thần	☐	☐

Mạch	☐	☐
Huyết áp	☐	☐
Nhịp thở	☐	☐
Bụng	☐	☐
Vết mổ	☐	☐
Co tử cung	☐	☐
Ra máu âm đạo	☐	☐
Bác sỹ chỉ định		
Chỉ định thở oxy	☐	☐
Chế độ chăm sóc	☐	☐
Thay băng	☐	☐
Kiểm tra sonde dẫn lưu	☐	☐
Chế độ dinh dưỡng	☐	☐
Thuốc dịch truyền bổ sung	☐	☐
Thuốc giảm đau	☐	☐
Thuốc khác	☐	☐
Chuyển về khoa điều trị		
Đảm bảo chỉ số sinh tồn ổn định	☐	☐
Kiểm soát được tình trạng đau	☐	☐
Vết mổ khô	☐	☐
Theo dõi co hồi tử cung	☐	☐
Theo dõi sản dịch	☐	☐
Số lượng nước tiểu đạt ở mức độ sinh lý	☐	☐
Bác sỹ khám lại và chỉ định chuyên khoa	☐	☐
Chuyển khoa hậu sản lúc	giờ.....phút	giờ.....phút
Bác sỹ chỉ định		
Thuốc	☐	☐
Dịch truyền	☐	☐
Glucose 5%	☐	☐
NatriClorua	☐	☐
Kháng sinh	☐	☐

5. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC HẬU PHẪU

	Ngày 1	Ngày n
Bác sỹ điều trị		
Kiểm tra vết mổ	☐	☐
Kiểm tra bảng ghi các chỉ số sinh tồn	☐	☐
Theo dõi co hồi tử cung	☐	☐
Theo dõi sản dịch	☐	☐
Kiểm tra sự tiết sữa	☐	☐
Điều chỉnh chế độ dinh dưỡng (nếu cần)	☐	☐
Chỉ định thuốc điều trị (nếu cần)	☐	☐
Giải thích diễn tiến bệnh, tiên lượng cho BN,..	☐	☐

Chăm sóc		
Động viên tinh thần bệnh nhân	☐	☐
Trợ giúp vệ sinh cá nhân	☐	☐
Theo dõi chỉ số sinh tồn	☐	☐
Theo dõi số lượng nước tiểu	☐	☐
Theo dõi co hồi tử cung	☐	☐
Theo dõi sản dịch	☐	☐
Thực hiện y lệnh thuốc	☐	☐
Hướng dẫn cho con bú	☐	☐
Tắm trẻ sơ sinh	☐	☐
Làm thuốc âm đạo	☐	☐
Động viên bệnh nhân vận động	☐	☐
Thay băng vết mổ	☐	☐
Tư vấn chế độ ăn	☐	☐
Hướng dẫn, động viên bệnh nhân tự phục vụ	☐	☐
Báo với Bác sỹ nếu có vấn đề	☐	☐

6. XUẤT VIỆN

Tiêu chuẩn xuất viện	☐ Toàn trạng ổn định	☐ Đại tiểu tiện bình thường
	☐ Ăn uống bình thường	☐ Tự vận động, sinh hoạt được
		☐ Vết mổ khô, không có dấu hiệu nhiễm trùng

7. QUẢN LÝ VÀ GIÁO DỤC SK CHO BỆNH NHÂN

☐ Thông tin	☐ Đến cơ sở y tế gần nhất khi có dấu hiệu đau bụng, sốt, ra huyết ☐ Chăm sóc sức khỏe hậu phẫu ☐ Dinh dưỡng đầy đủ dưỡng chất ☐ Vận động, sinh hoạt vừa sức ☐ Tái khám đúng hẹn
	☐ Hẹn tái khám: ngày.....tháng.....năm.....; Phòng khám số:.....



**QUY TRÌNH CHUYÊN MÔN KCB
PHẪU THUẬT GỠY 1/3 GIỮA 2 XƯƠNG
CẰNG CHÂN Ở NGƯỜI LỚN**

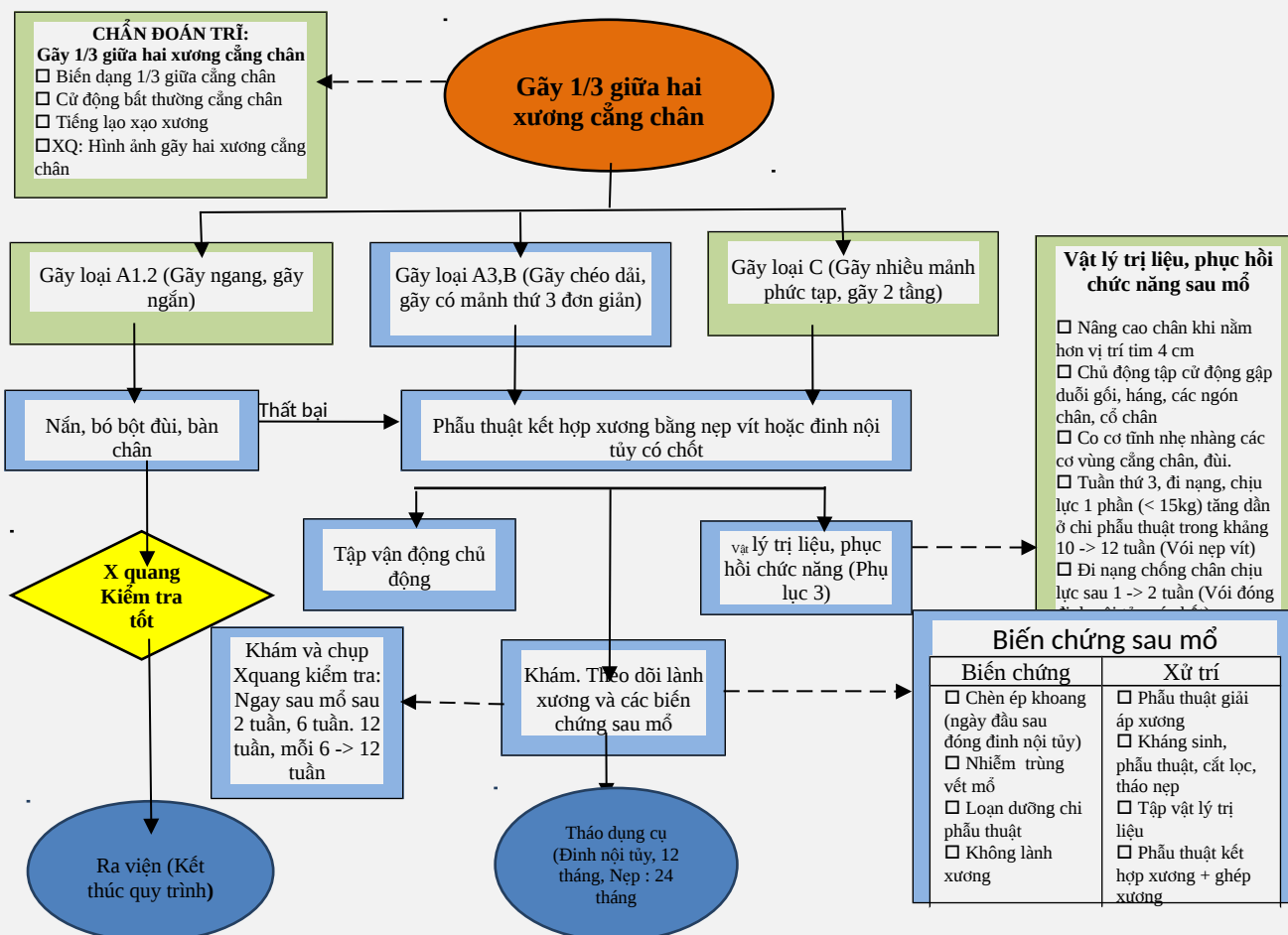
Họ và tên BN:.....
Ngày sinh:.....Giới:.....
Địa chỉ:.....
Số phòng:.....Số giường:.....
Mã BN/ Số HSBA:.....

Lưu ý: Đánh dấu sự lựa chọn ("√": có; "X": không) vào ô ☐. Khoanh tròn **O** nếu lựa chọn nội dung; ^ xem thêm chi tiết nội dung trong phụ lục x tương ứng.

1. ĐÁNH GIÁ TRƯỚC KHI VÀO QUY TRÌNH

Tiêu chuẩn đưa vào:	☐ Gãy 1/3 giữa thân xương chày và mác	☐ Gãy kín
	☐ Bệnh nhân trên 18 tuổi	
Tiêu chuẩn loại ra:	☐ Gãy hở	☐ Tình trạng toàn thân chưa cho phép phẫu thuật
	☐ Gãy xương bệnh lý	
Tiền sử	☐ Tiền sử dị ứng	Ghi rõ.....
	☐ Can thiệp ngoại khoa	Ghi rõ.....

2. QUY TRÌNH CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ



3. NGUYÊN TẮC CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị:

1. Nắn chỉnh phục hồi hoàn chỉnh giải phẫu.
2. Cố định vững chắc, đúng kỹ thuật.

3. Tập vận động chủ động + Vật lý trị liệu, phục hồi chức năng sau mổ.
4. Theo dõi, phòng ngừa, điều trị các biến chứng.

4. CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN LOẠI

CHẨN ĐOÁN		
Lâm sàng	☐ Biến dạng chi	☐ Cử động bất thường
	☐ Sưng	☐ Điểm đau chói
Cận lâm sàng	☐ Xquang cẳng chân thẳng, nghiêng: gãy 1/3 giữa hai xương cẳng chân	
PHÂN LOẠI		
Theo AO cho các trường hợp gãy kín		
Độ A (Xương chày gáy đơn giản) ☐ A1: Gãy ngang ☐ A2: Gãy chéo vát < 30° ☐ A3: gãy chéo vát > 30°	Độ B (Xương chày gáy có mảnh rời) ☐ B1: Gãy xoắn vặn có mảnh rời ☐ B2: Gãy có mảnh rời chéo vát ☐ B3: Gãy có nhiều mảnh rời nhỏ	Độ C (Xương chày gãy phức tạp) ☐ C1: Gãy chéo xoắn nhiều mảnh ☐ C2: Gãy hai tầng ☐ C3: Gãy vụn cả 1 đoạn xương

5. PHÂN TẦNG NGUY CƠ

Nguy cơ thấp ☐ Độ A	Nguy cơ trung bình ☐ Độ B	Nguy cơ cao ☐ Độ C
---	---	--

DIỄN TIẾN BỆNH VÀ XỬ TRÍ TRƯỚC PHẪU THUẬT

DẤU HIỆU			N1	N2	N3	.....	Nn	
Toàn thân								
Lâm sàng	Dấu hiệu Sinh tồn	Huyết áp	☐	☐	☐	☐	☐	
		Mạch	☐	☐	☐	☐	☐	
		Nhiệt độ	☐	☐	☐	☐	☐	
		Nhịp thở	☐	☐	☐	☐	☐	
	Tri giác		☐	☐	☐	☐	☐	
	Các dấu hiệu toàn thân khác (nôn, ói, ho, táo bón)		☐	☐	☐	☐	☐	
	Chi gãy							
	Chèn ép khoang		☐	☐	☐	☐	☐	
	Tắc mạch máu do mỡ		☐	☐	☐	☐	☐	
	Rối loạn dinh dưỡng		☐	☐	☐	☐	☐	
Tổn thương mạch máu, thần kinh		☐	☐	☐	☐	☐		
Cận lâm sàng	Tổng quát							
	Tổng phân tích tế bào máu, nhóm máu		☐	☐	☐	☐	☐	
	Thời gian máu chảy máu đông (TS-TC) hoặc Prothrombin (PT,TQ)		☐	☐	☐	☐	☐	
	Đường huyết		☐	☐	☐	☐	☐	
	Ure, Creatinin		☐	☐	☐	☐	☐	
	Protein, Albumin		☐	☐	☐	☐	☐	
	HIV, HBV, HBsAg		☐	☐	☐	☐	☐	
	SGOT, SGPT		☐	☐	☐	☐	☐	
	Creatinin/máu		☐	☐	☐	☐	☐	
	Tổng phân tích nước tiểu		☐	☐	☐	☐	☐	
	Đo điện tim (ECG)		☐	☐	☐	☐	☐	
	X quang tim phổi		☐	☐	☐	☐	☐	
	X quang cẳng chân thẳng, nghiêng		☐	☐	☐	☐	☐	
	Nhóm máu ABO, RhD		☐	☐	☐	☐	☐	
	Điện giải đồ		☐	☐	☐	☐	☐	
	Điện tim		☐	☐	☐	☐	☐	
	Đo chức năng hô hấp		☐	☐	☐	☐	☐	

Điều trị	Theo phác đồ điều trị trước phẫu thuật gãy hai xương cẳng chân (Phụ lục 1)				
Chăm sóc	Cấp 3				

6. PHẪU THUẬT CHƯƠNG TRÌNH (PHỤ LỤC 3)					
Phương pháp phẫu thuật	Kết hợp xương bằng nẹp vít; đóng đinh nội tủy có chốt				
Phương pháp vô cảm	☐ Gây tê tủy sống ☐ Gây mê nội khí quản ☐ Khác:				
Chẩn đoán sau phẫu thuật	☐ Phù hợp ☐ Không phù hợp ☐ Cụ thể:				
Tai biến/biến chứng	☐ Không ☐ Có ☐ Cụ thể:				
Thời gian phẫu thuật	Nẹp vít: 90 ph -> 20 ph; đóng đinh nội tủy: 60 ph -> 90 ph				

DIỄN TIẾN BỆNH VÀ XỬ TRÍ TẠI PHÒNG MỔ							
DẤU HIỆU			Giờ	Giờ	Giờ	Giờ	Giờ
	Toàn thân						
Lâm sàng	Dấu hiệu sinh tồn	Huyết áp	☐	☐	☐	☐	☐
		Mạch	☐	☐	☐	☐	☐
		Nhiệt độ	☐	☐	☐	☐	☐
		Nhịp thở	☐	☐	☐	☐	☐
	Tri giác		☐	☐	☐	☐	☐
	Các dấu hiệu toàn thân khác (nôn, ói, ho, táo bón)		☐	☐	☐	☐	☐
	Chi gãy						
	Tình trạng chảy máu vết mổ		☐	☐	☐	☐	☐
Theo dõi mạch mu chân		☐	☐	☐	☐	☐	
Cận lâm sàng	Các cận lâm sàng được chỉ định trong phòng mổ (nếu có)						
Điều trị	1. Kháng sinh 2. Giảm đau sau mổ 3. Điều trị các biến chứng (phụ lục 3) 4. Điều trị theo các phác đồ của phòng mổ khi xảy ra bệnh lý toàn thân						
Chăm sóc	Chăm sóc cấp III						

DIỄN TIẾN BỆNH VÀ XỬ TRÍ TRƯỚC PHẪU THUẬT							
DẤU HIỆU			N1	N2	N3	.....	Nn
	Toàn thân						
Lâm sàng	Dấu hiệu Sinh tồn	Huyết áp	☐	☐	☐	☐	☐
		Mạch	☐	☐	☐	☐	☐
		Nhiệt độ	☐	☐	☐	☐	☐
		Nhịp thở	☐	☐	☐	☐	☐
	Tri giác		☐	☐	☐	☐	☐
	Các dấu hiệu toàn thân khác (nôn, ói, ho, táo bón)		☐	☐	☐	☐	☐
	Chi gãy						
	Đau vết mổ		☐	☐	☐	☐	☐
	Chi gãy	Tắc mạch máu do mỡ	☐	☐	☐	☐	☐
		Rối loạn dinh dưỡng	☐	☐	☐	☐	☐
		Chèn ép khoang	☐	☐	☐	☐	☐
	Vết mổ	Chảy máu	☐	☐	☐	☐	☐
		Nhiễm trùng	☐	☐	☐	☐	☐
	Tình trạng vận động chi	Gấp duỗi cổ bàn chân	☐	☐	☐	☐	☐
		Gấp duỗi các ngón chân	☐	☐	☐	☐	☐
		Gấp duỗi gối	☐	☐	☐	☐	☐
Chủ động		☐	☐	☐	☐	☐	

		Thụ động	☐	☐	☐	☐	☐
Cận lâm sàng	Công thức máu		☐	☐	☐	☐	☐
	X quang cẳng chân (thẳng, nghiêng)		☐	☐	☐	☐	☐
Điều trị	Theo phác đồ điều trị sau phẫu thuật gãy hai xương cẳng chân (Phụ lục 1)						
Chăm sóc	Cấp III						

7. XUẤT VIỆN

Tiêu chuẩn xuất viện	☐ Vết mổ khô	☐ Giảm sưng nề
	☐ Hết đau	☐ X quang kiểm tra tốt
	☐ Vận động chủ động chi gãy được	
Tình trạng xuất viện	☐ Không có dấu hiệu nhiễm trùng vết mổ	☐ Kết thúc quy trình
	☐ Vận động chủ động chi gãy tốt	
Hướng điều trị tiếp theo	☐ Uống thuốc theo đơn	☐ Chế độ vận động
	☐ Thay băng vết thương hàng ngày	☐ VLTL, Phục hồi chức năng sau mổ
	☐ Theo dõi và xử trí các biến chứng	

8. QUẢN LÝ VÀ TƯ VẤN BỆNH NHÂN

☐ Thông tin GDSK	☐ Vật ký trị liệu, Phục hồi chức năng sau mổ (phụ lục III)
	☐ Hướng dẫn điều trị sau phẫu thuật (phụ lục IV)

☐ Hẹn tái khám: ngày.....tháng.....năm.....; Phòng khám số:.....

9. PHỤ LỤC

Phụ lục I
PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT
GỠ 1/3 GIỮA HAI XƯƠNG CẰNG CHÂN Ở NGƯỜI LỚN

I. Chỉ định:

- Tất cả các trường hợp trừ độ AI
- Năm bó bột thất bại

II. Chống chỉ định:

- Nhiễm trùng da gần xương gãy
- Mắc các bệnh nội khoa chưa được điều trị ổn định.
- Gãy xương chày trẻ em.

III. Điều trị trước phẫu thuật:

- Giảm đau: Paracetamol liều 15 mg/Kg/lần x 4 lần; Idarac 200mg 1 viên x 2 lần/ngày.
- Chống phù nề.
- Bất động tạm thời xương gãy.
- Kháng sinh tĩnh mạch dự phòng trước phẫu thuật: Cephalosporin thế hệ I, II liều từ 1 -> 2gam/lần trước phẫu thuật 30 -> 60 phút.
- Theo dõi và xử trí hồi sức sau phẫu thuật.
- Theo dõi về tri giác, các dấu hiệu shock do thuốc tê hoặc thuốc gây mê và các dấu hiệu sinh tồn, toàn thân khác.
- Tình trạng chảy máu tại vết mổ.
- Vận động của chi mổ.
- Khi có xảy ra tai biến, biến chứng toàn thân thì được điều trị theo các phác đồ của khoa Phẫu thuật gây mê hồi sức.
- Các dấu hiệu toàn thân nhất là các dấu hiệu shock phản vệ do thuốc tê hoặc thuốc gây mê.

IV. Điều trị sau phẫu thuật:

Bệnh nhân tiếp tục được điều trị tại khoa Chấn thương chỉnh hình.

*** Kháng sinh đường tĩnh mạch:**

- Cephalosporin thế hệ I, II với liều 2 -> 4 gam/ngày chia làm 2 lần. Dùng từ 3 đến 5 ngày.

- Moc phin, Đông miên

*** Hoặc thuốc đường uống:**

- Uống kháng viêm : Alphachymotrypsine 2 viên x 3 lần/ngày. Dùng trong 5 ngày.
- Uống giảm đau: Paracetamol 500mg 1 viên x 3 lần/ ngày. Dùng trong 5 ngày.
- Uống Meloxicam 15 mg 1 viên x 1 lần/ngày. Dùng trong 5 ngày
- Hoặc Etoricoxib 60mg 1 viên x 2 lần/ngày. Dùng trong 5 ngày.
- Hoặc Celecoxib 200mg 1 viên x 2 lần/ngày. Dùng trong 5 ngày.
- Uống Vitamin (Vitamin C, Vitamin A...). Dùng trong 5 ngày
- Calci – D 500mg 1 viên x 2 lần/ngày. Dùng trong 5 ngày.
- Dịch truyền: Truyền dịch nếu bệnh nhân ăn uống kém.
- Có xảy ra tai biến, biến chứng.
- Tùy từng loại tai biến hay biến chứng xảy ra mà khi đó có những điều trị thêm cho phù hợp.

Phụ lục II

QUY TRÌNH PHẪU THUẬT

A. QUY TRÌNH PHẪU THUẬT ĐÓNG ĐINH NỘI TỦY XƯƠNG CHÀY

I. Định nghĩa:

Là quy trình phẫu thuật nắn kín xương gãy dưới màn hình tăng sáng, sau đó đóng đinh xuôi dòng từ củ chày, chốt vít đầu xa và đầu gần xương gãy. Nếu nắn kín thất bại, rạch da mở ổ gãy, nắn và đóng đinh tương tự như nắn kín.

II. Chuẩn bị:

- Phẫu thuật viên chính/phụ: Bác sỹ chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình.
- Phương tiện: Dụng cụ, máy C-Arm, trang thiết bị phẫu thuật, thuốc.
- Người bệnh:
 - + Các xét nghiệm thường quy.
 - + Giải thích cho người bệnh về lợi ích và nguy cơ, tai biến trong phẫu thuật.
 - + Khám tiền phẫu, chuyên khoa và duyệt phẫu thuật.
 - + Chuẩn bị bệnh nhân trước phẫu thuật.
 - + Đưa bệnh nhân vào khoa Phẫu thuật gây mê hồi sức.
- Hồ sơ bệnh án: Hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án theo đúng quy định của Bộ Y tế.

III. Các bước tiến hành:

1. Vô cảm: Gây tê tủy sống.

2. Kỹ thuật:

- Sát trùng da.
- Trải săng.
- Ga rô hơi đùi bên phẫu thuật.
- Nắn kín dưới màn hình tăng sáng.
- Rạch da 2 cm bộc lộ bờ trước mâm chày.
- Khoa, doa lòng tủy xương chày.
- Đóng đinh nội tủy xuôi dòng.
- Chốt vít đầu xa.
- Kiểm tra ổ gãy dưới màn hình tăng sáng.
- Chốt vít đầu gần.
- Xả garo cầm máu.
- Khâu vết mổ theo lớp.

B. QUY TRÌNH PHẪU THUẬT NẸP VÍT THÂN XƯƠNG CHÀY

I. Chỉ định:

- Gãy nhiều mảnh, có mảnh 3,4.
- Gãy chéo xoắn.

II. Chống chỉ định:

- Gãy hở nặng.
- Gãy hở nhiễm trùng.

III. Chuẩn bị:

- Phẫu thuật viên và Bác sỹ phụ mổ.
- Kíp gây mê và KTV phụ dụng cụ.
- Bộ dụng cụ kết hợp xương cẳng chân, nẹp vít.

IV. Các bước tiến hành:

- Gây mê toàn thân hoặc gây tê tủy sống.
- Sát trùng vùng phẫu thuật
- Trải băng vô khuẩn.
- Garo 1/3 dưới đùi.
- Rạch da dọc thân xương chày phải ngoài mào chày 1 cm.
- Bộc lộ ổ gãy, nắn xương.
- Đặt nẹp vít phía ngoài đảm bảo 4 vít trên ổ gãy và 4 vít dưới ổ gãy.
- Đặt dẫn lưu.
- Khâu vết mổ theo lớp.

V. Điều trị sau phẫu thuật:

- Gác chân trên nẹp Braun.
- Rút dẫn lưu sau phẫu thuật 48 giờ.
- Kháng sinh toàn thân.
- Giảm đau, giảm viêm, giảm phù nề.
- Tháo nẹp sau 1,5 năm đến 2 năm.

VI. Tai biến và xử trí:

- Nhiễm trùng: Tăng liều hoặc thay kháng sinh.
- Chảy máu sau phẫu thuật: Băng ép nếu không được có thể mở vết mổ cầm máu.
- Hoại tử da mặt trước: cắt lọc da hoại tử, khâu da thì 2 hoặc xoay cân, da - vùng lân cận che xương.
- Chậm liền xương hoặc không liền xương: kết hợp xương và ghép xương hoặc ghép xương đơn thuần.

Phụ lục III VẬT LÝ TRỊ LIỆU, PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SAU PHẪU THUẬT

Nguyên tắc:

- Tạo điều kiện tốt nhất cho quá trình liền xương.
- Giảm sưng, giảm đau, chống rối loạn tuần hoàn, chống kết dính khớp, ngừa hội chứng đau

vùng (hội chứng rối loạn dinh dưỡng giao cảm phản xạ - Hội chứng Sudeck).

- Duy trì tầm vận động khớp, ngừa teo cơ.

MỤC TIÊU ĐIỀU TRỊ	CHƯƠNG TRÌNH ĐIỀU TRỊ
Giai đoạn sau phẫu thuật: - Giảm sưng nề, cải thiện tuần hoàn, chống teo cơ, giảm đau. - Chống kết dính các cơ vùng cẳng chân, gia tăng tầm vận động khớp gối, khớp cổ chân, duy trì tầm vận động khớp háng, ngón chân, phục hồi chức năng sinh hoạt	Giai đoạn sau phẫu thuật: - Tuần 1: + Tư thế trị liệu: Nâng cao chân khi nằm hơn vị trí tim 4 cm + Chủ động tập cử động gập duỗi các gối, háng, các ngón chân. + Cổ chân, co cơ tĩnh nhẹ nhàng các cơ vùng cẳng chân, đùi. - Từ tuần thứ 3: đi nặng, chịu lực một phần tăng dần ở chi phẫu thuật trong khoảng từ 10 đến 12 tuần.

Phụ lục IV

HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ SAU PHẪU THUẬT

I. Sử dụng thuốc:

* **Kháng sinh tĩnh mạch:**

- Cephalosporin I, II với liều 2 -> 4 gam/ngày chia làm 2 lần. Dùng trong 3 -> 7 ngày.

- Mọc phin, đông miên.
- Đạm, máu.....

*** Thuốc viên đường uống:**

- Uống kháng viêm: Alphachymotrypsine với liều 2 viên x 3 lần/ngày. Dùng trong 5 ngày.
- Uống giảm đau: Paracetamol 500mg với liều 1 viên x 3 lần/ngày. Dùng trong 5 ngày.
- Uống Meloxicam 15 mg với liều 1 viên x 1 lần/ngày. Dùng trong 5 ngày.
- Hoặc Etoricoxib 60 mg với liều 1 viên x 2 lần/ngày. Dùng trong 5 ngày.
- Hoặc Celecoxib 200 mg với liều 1 viên x 2 lần/ngày. Dùng trong 5 ngày.
- Uống Vitamin (Vitamin C. Vitamin A...). Dùng trong 5 ngày.
- Omeprazol 20 mg với liều 1 viên/ngày (Dự phòng viêm loét dạ dày, tá tràng khi dùng NSAIDs)

II. Chế độ sinh hoạt:

- Những việc nên làm:
 - + Nằm nghỉ ngơi kê cao chi đã được phẫu thuật, cao hơn tim 4 cm.
 - + Tập vận động chủ động ngay sau khi được phẫu thuật.
 - + Từ tuần thứ 3 đi nặng, chịu lực một phần tăng dần ở chi phẫu thuật trong khoảng từ 10 tuần -> 12 tuần. (với kết hợp xương bằng nẹp vít); Đi nặng chống chân chịu lực sau 1 -> 2 tuần (với đóng đinh nội tủy có chốt).
 - + Chụp X quang kiểm tra sau 2,6,12 tuần và mỗi 6 -> 12 tuần.
- Những việc không nên làm:
 - + Không nâng vật nặng.
 - + Tránh hút thuốc lá, uống rượu, uống bia.
- Sau 3 tháng các hoạt động sinh hoạt cá nhân có thể trở về như bình thường.

III. Chế độ dinh dưỡng:

- Ăn thức ăn nhẹ, nhiều rau và trái cây hoặc uống sữa, tránh ăn thức ăn quá cứng và dai.
- Không sử dụng các chất kích thích trong tháng đầu sau phẫu thuật.

IV. Chế độ theo dõi và tái khám:

- Tái khám theo định kỳ: Sau 2,6,12 tuần và mỗi 6 -> 12 tuần.
- Tái khám ngay nếu có một trong các dấu hiệu sau:
 - + Đau mà không đỡ sau khi đã dùng thuốc.
 - + Sưng nề vết mổ.
 - + Chảy dịch vết mổ.
- Tháo nẹp vít sau phẫu thuật 24 tháng.
- Tháo đinh sau phẫu thuật 24 tháng.



**QUY TRÌNH CHUYÊN MÔN KCB
PHẪU THUẬT GỠ 1/3 GIỮA 2 XƯƠNG
CẰNG TAY Ở NGƯỜI LỚN**

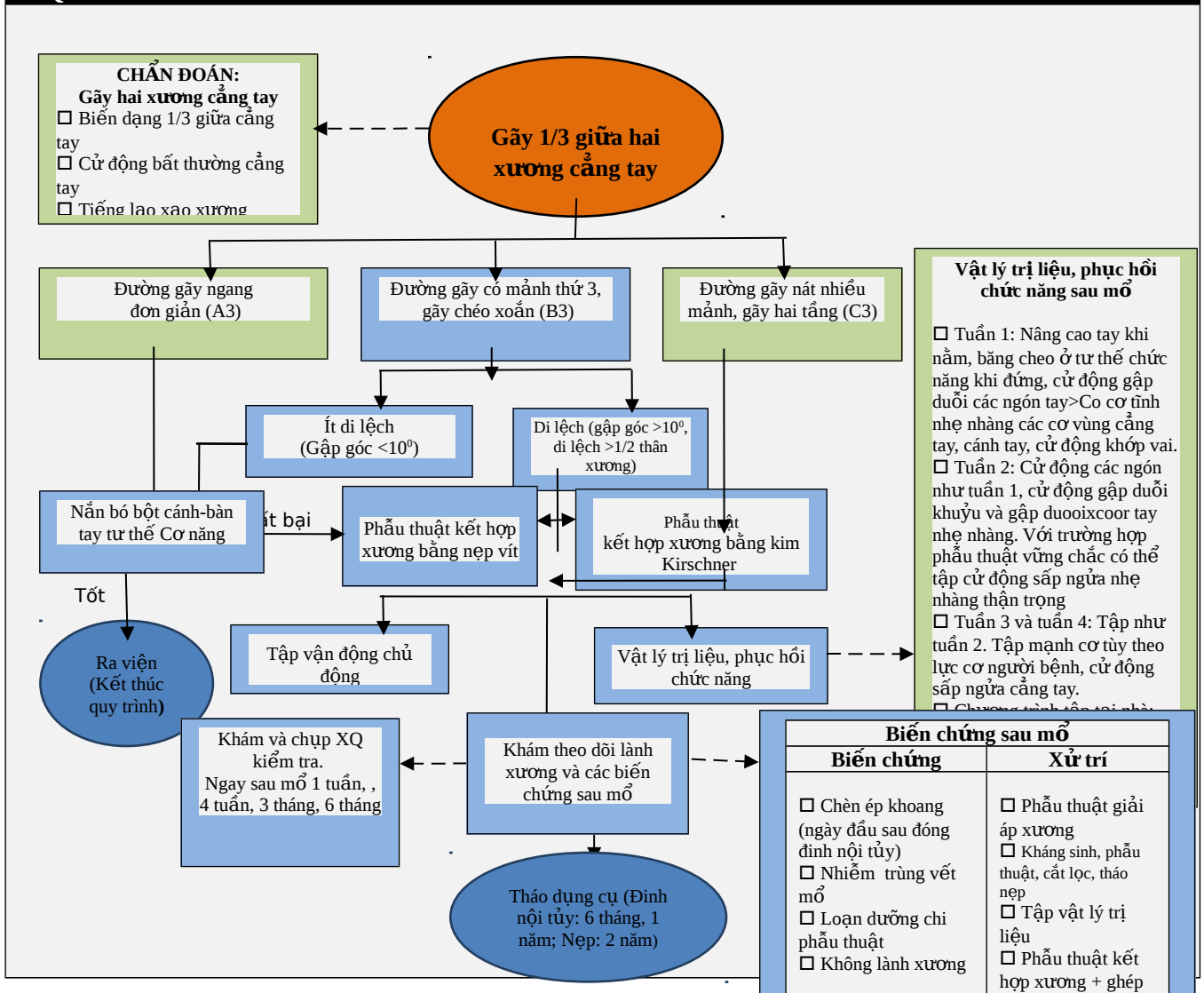
Họ và tên BN:.....
Ngày sinh:.....Giới:.....
Địa chỉ:.....
Số phòng:.....Số
giường:.....
Mã BN/ Số HSBA:.....

Lưu ý: Đánh dấu sự lựa chọn ("√" : có; "X" : không) vào ô □. Khoanh tròn **O** nếu lựa chọn nội dung; ^ xem thêm chi tiết nội dung trong phụ lục x tương ứng.

1. ĐÁNH GIÁ TRƯỚC KHI VÀO QUY TRÌNH

Tiêu chuẩn đưa vào:	☐ Gãy thân xương quay và xương trụ	☐ Gãy kín
	☐ Bệnh nhân trên 18 tuổi	
Tiêu chuẩn loại ra:	☐ Gãy hở	☐ Tình trạng toàn thân chưa cho phép phẫu thuật
	☐ Gãy xương bệnh lý	
Tiền sử	☐ Tiền sử dị ứng	Ghi rõ.....

2. QUY TRÌNH CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ



3. NGUYÊN TẮC CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị:

1. Nắn chỉnh phục hồi hoàn chỉnh giải phẫu.
2. Cố định vững chắc, đúng kỹ thuật.
3. Tập vận động chủ động + Vật lý trị liệu, phục hồi chức năng sau mổ.
4. Theo dõi, phòng ngừa, điều trị các biến chứng.

4. CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN LOẠI

CHẨN ĐOÁN		
Lâm sàng	☐ Biến dạng chi	☐ Cử động bất thường
	☐ Sưng	☐ Điểm đau chói
Cận lâm sàng	☐ Xquang cẳng tay thẳng, nghiêng: gãy 1/3 giữa hai xương cẳng tay	
PHÂN LOẠI GỠY 1/3 GIỮA 2 XƯƠNG CẢNH TAY Theo AO		
Loại A3 ☐ Gãy hai xương đơn giản không có mảnh thứ 3	Loại B3 ☐ Gãy hai xương cẳng tay có mảnh thứ 3	Loại C1, C2, C3 ☐ Gãy nhiều mảnh hai xương cẳng tay

5. PHÂN TẦNG NGUY CƠ

Nguy cơ thấp ☐ Loại A3	Nguy cơ trung bình ☐ Loại B3	Nguy cơ cao ☐ Loại C1, C2, C3
---	---	--

DIỄN TIẾN BỆNH VÀ XỬ TRÍ TRƯỚC PHẪU THUẬT

DẤU HIỆU			N1	N2	N3	.....	Nn
Lâm sàng	Toàn thân						
	Dấu hiệu Sinh tồn	Huyết áp	☐	☐	☐	☐	☐
		Mạch	☐	☐	☐	☐	☐
		Nhiệt độ	☐	☐	☐	☐	☐
		Nhịp thở	☐	☐	☐	☐	☐
	Tri giác	☐	☐	☐	☐	☐	
	Các dấu hiệu toàn thân khác (nôn, ói, ho, táo bón)		☐	☐	☐	☐	☐
	Chi gãy						
	Đau	☐	☐	☐	☐	☐	
	Sưng	☐	☐	☐	☐	☐	
	Vận động chủ động	☐	☐	☐	☐	☐	
	Chèn ép khoang	☐	☐	☐	☐	☐	
	Tắc mạch máu do mỡ	☐	☐	☐	☐	☐	
	Rối loạn dinh dưỡng	☐	☐	☐	☐	☐	
	Tổn thương mạch máu, thần kinh	☐	☐	☐	☐	☐	
Cận lâm sàng	Tổng quát						
	Tổng phân tích tế bào máu		☐	☐	☐	☐	☐
	Thời gian máu chảy máu đông (TS-TC) hoặc Prothrombin (PT,TQ)		☐	☐	☐	☐	☐
	Đường huyết		☐	☐	☐	☐	☐
	Protein		☐	☐	☐	☐	☐
	Albumin		☐	☐	☐	☐	☐
	HIV, HBV, HbA1c		☐	☐	☐	☐	☐
	SGOT, SGPT		☐	☐	☐	☐	☐
	Ure; Creatinin/máu		☐	☐	☐	☐	☐
	Tổng phân tích nước tiểu		☐	☐	☐	☐	☐
	Đo điện tim (ECG)		☐	☐	☐	☐	☐
	X quang tim phổi		☐	☐	☐	☐	☐
	X quang cẳng tay thẳng, nghiêng		☐	☐	☐	☐	☐
	Nhóm máu ABO, RhD		☐	☐	☐	☐	☐
	Điện giải đồ		☐	☐	☐	☐	☐
Điều trị	Theo phác đồ điều trị trước phẫu thuật gãy hai xương cẳng tay (Phụ lục 1)						
Chăm sóc	Cấp III						

6. PHẪU THUẬT CHƯƠNG TRÌNH (PHỤ LỤC 3)

Phương pháp phẫu thuật	Kết hợp xương bằng nẹp vít; đóng đinh nội tủy có chốt		
Phương pháp vô cảm	☐ Gây tê tủy sống	☐ Gây mê nội khí quản	☐ Khác:
Chẩn đoán sau phẫu	☐ Phù hợp	☐ Không phù hợp	☐ Cụ thể:

thuật		.....
Tai biến/biến chứng	☐ Không	☐ Có
Thời gian phẫu thuật		

DIỄN TIẾN BỆNH VÀ XỬ TRÍ TẠI PHÒNG MỔ							
DẤU HIỆU			Giờ	Giờ	Giờ	Giờ	Giờ
	Toàn thân						
Lâm sàng	Dấu hiệu sinh tồn	Huyết áp	☐	☐	☐	☐	☐
		Mạch	☐	☐	☐	☐	☐
		Nhiệt độ	☐	☐	☐	☐	☐
		Nhịp thở	☐	☐	☐	☐	☐
	Tri giác		☐	☐	☐	☐	☐
	Các dấu hiệu toàn thân khác (nôn, ói, ho, táo bón)		☐	☐	☐	☐	☐
	Chi gãy						
	Tình trạng chảy máu vết mổ		☐	☐	☐	☐	☐
Theo dõi mạch quay		☐	☐	☐	☐	☐	
Cận lâm sàng	Các cận lâm sàng được chỉ định trong phòng mổ (nếu có)						
Điều trị	1. Kháng sinh 2. Giảm đau sau mổ 3. Điều trị các biến chứng (phụ lục 2) 4. Điều trị theo các phác đồ của phòng mổ khi xảy ra bệnh lý toàn thân						
Chăm sóc	Chăm sóc cấp III						

DIỄN TIẾN BỆNH VÀ XỬ TRÍ SAU PHẪU THUẬT							
DẤU HIỆU			N1	N2	N3	.....	Nn
	Toàn thân						
Lâm sàng	Dấu hiệu Sinh tồn	Huyết áp	☐	☐	☐	☐	☐
		Mạch	☐	☐	☐	☐	☐
		Nhiệt độ	☐	☐	☐	☐	☐
		Nhịp thở	☐	☐	☐	☐	☐
	Tri giác		☐	☐	☐	☐	☐
	Các dấu hiệu toàn thân khác (nôn, ói, ho, táo bón)		☐	☐	☐	☐	☐
	Chi gãy						
	Chi gãy	Rối loạn dinh dưỡng	☐	☐	☐	☐	☐
		Chèn ép khoang	☐	☐	☐	☐	☐
		Chảy máu	☐	☐	☐	☐	☐
	Vết mổ	Đau	☐	☐	☐	☐	☐
		Nhiễm trùng	☐	☐	☐	☐	☐
	Tình trạng vận động	Các ngón tay	☐	☐	☐	☐	☐
		Cổ tay	☐	☐	☐	☐	☐
Khủy tay		☐	☐	☐	☐	☐	
Cận lâm sàng	Công thức máu		☐	☐	☐	☐	☐
	X quang cẳng tay (thẳng, nghiêng)		☐	☐	☐	☐	☐
Điều trị	Theo phác đồ điều trị sau phẫu thuật gãy hai xương cẳng tay ở người lớn (Phụ lục 1)						
Chăm sóc	Cấp III						

7. XUẤT VIỆN	
Tiêu chuẩn xuất viện	☐ Vết mổ khô ☐ Giảm sưng nề ☐ X quang kiểm tra tốt ☐ Hết đau

	☐ Vận động chủ động chi gãy được	
Tình trạng xuất viện	☐ Không có dấu hiệu nhiễm trùng vết mổ ☐ Vận động chủ động chi gãy tốt	☐ Kết thúc quy trình
Hướng điều trị tiếp theo	☐ Uống thuốc theo đơn ☐ Thay băng vết thương hàng ngày	☐ Chế độ vận động ☐ VLTL, Phục hồi chức năng sau mổ ☐ Tái khám theo hẹn

8. QUẢN LÝ VÀ TƯ VẤN BỆNH NHÂN

☐ Thông tin GDSK	☐ Vật ký trị liệu, Phục hồi chức năng sau mổ (phụ lục III)
	☐ Quản lý và giáo dục bệnh nhân sau phẫu thuật (Phụ lục IV)
☐ Hẹn tái khám: ngày.....tháng.....năm.....; Phòng khám số:.....	

9. PHỤ LỤC

Phụ lục I

**PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ
GỠY 1/3 GIỮA HAI XƯƠNG CẰNG TAY Ở NGƯỜI LỚN**

I. Chỉ định:

- Gãy 1/3 giữa hai xương cẳng tay di lệch
- Gãy 1/3 giữa hai xương cẳng tay nắn bó bột thất bại

II. Chống chỉ định:

- Nhiễm trùng da gần xương gãy
- Gãy hai xương cẳng tay ở trẻ em.
- Mắc các bệnh nội khoa chưa ổn định.

III. Phương pháp phẫu thuật:

- Kết hợp xương bằng nẹp vít

VI. Điều trị trước phẫu thuật:

- Giảm đau: Paracetamol liều 15 mg/Kg/lần x 4 lần; Idarac 200mg 1 viên x 2 lần/ngày.
- Chống phù nề. Alphachymotrypsin....
- Bất động tạm thời xương gãy (nẹp bột cánh bàn tay).
- Kháng sinh tĩnh mạch dự phòng trước phẫu thuật: Cephalosporin thế hệ I, II liều từ 1 -> 2gam/lần trước phẫu thuật 30 -> 60 phút.

IV. Điều trị sau phẫu thuật:

1. Theo dõi và xử trí hồi sức sau phẫu thuật:

- Theo dõi tri giác, các dấu hiệu shock do thuốc gây tê hoặc thuốc gây mê và các dấu hiệu sinh tồn toàn thân khác.
- Theo tình trạng chảy máu sau phẫu thuật, theo dõi mạch quay.
- Khi có xảy ra tai biến và biến chứng toàn thân thì được điều trị theo phác đồ của khoa Phẫu thuật gây mê hồi sức.
- Các dấu hiệu toàn thân nhất là các dấu hiệu của Shock phản vệ do thuốc tê hoặc thuốc gây mê.

2. Điều trị tại khoa Chấn thương chỉnh hình.

- Tiếp tục sử dụng kháng sinh đường tĩnh mạch: Cephalosporin thế hệ I, II với liều 2 -> 4 gam/ngày chia làm 2 lần. Dùng từ 3 đến 5 ngày.
- Uống kháng viêm: Alphachymotrypsine 2 viên x 3 lần/ngày. Dùng trong 5 ngày.
- Uống giảm đau: Paracetamol 500mg 1 viên x 3 lần/ ngày. Dùng trong 5 ngày.
- Uống kháng viêm NSAIDs (Meloxicam, Etoricoxib..). Dùng trong 5 ngày
- Uống Vitamin (Vitamin C, Vitamin A...). Dùng trong 3 -> 5 ngày
- Uống Calci – D 500mg 1 viên x 2 lần/ngày. Dùng trong 5 ngày.
- Dịch truyền: Truyền dịch nếu bệnh nhân ăn uống kém.
- Kê cao tay phẫu thuật.
- Chườm lạnh vùng phẫu thuật.

3. Có xảy ra tai biến, biến chứng:

- Tùy từng loại tai biến hay biến chứng xảy ra mà khi đó có những điều trị thêm cho phù hợp.

**Phụ lục II
QUY TRÌNH PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG
BẰNG NẸP VIT GỠY 1/3 GIỮA 2 XƯƠNG CẰNG TAY**

I. Định nghĩa:

Là quy trình phẫu thuật nắn hoàn hảo xương gãy, sau đó cố định bằng nẹp vít

II. Chuẩn bị:

- Phẫu thuật viên chính/phụ: Bác sỹ chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình.
- Phương tiện: Dụng cụ, máy C-Arm, trang thiết bị phẫu thuật, thuốc.
- Người bệnh:
 - + Các xét nghiệm thường quy.
 - + Giải thích cho người bệnh về lợi ích và nguy cơ, tai biến trong phẫu thuật.
 - + Khám tiền phẫu, chuyên khoa và duyệt phẫu thuật.
 - + Chuẩn bị bệnh nhân trước phẫu thuật.
 - + Đưa bệnh nhân vào khoa Phẫu thuật gây mê hồi sức.
- Hồ sơ bệnh án: Hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án theo đúng quy định của Bộ Y tế.

III. Các bước tiến hành:

1. Vô cảm: Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê.

2. Kỹ thuật:

2.1. Tư thế người bệnh: Nằm ngửa, tay gãy dạng 90^0 đặt trên bàn mổ

2.2. Đường mổ với xương quay:

Gãy 1/3 giữa: Có thể dùng đường rạch sau ngoài hoặc đường Henry, khi bộc lộ xương hướng ra trước tránh gây tụ máu. Tách gân cơ gan tay lớn và gân gấp riêng ngón I.

2.3. Đường mổ với xương trụ:

- Đường mổ phía sau theo hướng từ móm khuỷu tới móm trâm trụ
- Bóc tách cân và cơ nhẹ nhàng.

2.4. Làm sạch máu tụ diện gãy:

2.5. Đặt lại xương:

Dùng kẹp giữ lại xương nhỏ đưa hai đầu gãy vào vị trí giải phẫu, trong tư thế khuỷu duỗi với xương quay và khuỷu gấp 90^0 kê ngả vào thân mình với xương trụ.

2.6. Cố định:

Đặt nẹp vít nhỏ 6 đến 8 lỗ đảm bảo đầu gãy cố định ít nhất 3 vít đường kính 3,5 mm. Chú ý kiểm tra sấp ngửa bàn tay trước khi đặt nẹp vít chính thức.

2.7. Rửa vùng mổ, kiểm tra cầm máu:

2.8. Đặt hai dẫn lưu nhỏ 24 giờ.

2.9. Khâu phục hồi các lớp cơ, cân, da theo giải phẫu.

2.10. Băng vô khuẩn.

2.11. Nẹp bột cánh bàn tay.

IV. Theo dõi và xử trí tai biến:

1. Theo dõi:

- Mạch, nhịp thở, nhiệt độ.
- Tình trạng vết mổ, sưng nề, chảy máu...
- Kháng sinh, giảm đau.
- Sau 3 ngày tập vận động nhẹ nhàng.

2. Xử trí:

- Tụ máu: Cắt nút chỉ lấy máu tụ.
- Nhiễm khuẩn: Cắt chỉ sớm, nạo viêm, làm sạch, lấy nẹp vít nếu cần.

**QUY TRÌNH PHẪU THUẬT
ĐÓNG ĐINH NỘI TỦY GỖ 1/3 GIỮA 2 XƯƠNG CẰNG TAY**

I. Chuẩn bị:

1. Người thực hiện:

Phẫu thuật viên là Bác sỹ chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình đã được đào tạo.

2. Phương tiện: Bộ định nội tủy xương cẳng tay các cỡ, máy C-arm.

3. Người bệnh và gia đình:

- Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (Tổn thương thần kinh quay, trụ, nhiễm trùng, tai biến do gây tê đám rối)...
- Nhịn ăn trước 6 giờ.

4. Hồ sơ bệnh án:

Ghi đầy đủ, chi tiết các lần thăm khám, hội chẩn, giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh.

II. Các bước tiến hành:

1. Vô cảm: Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê.

2. Kỹ thuật:

2.1. Tư thế người bệnh: nằm ngửa, tay gãy dạng 90° đặt trên bàn nhỏ.

2.2. Đường mổ với xương quay:

- Gãy 1/3 giữa. Có thể dùng đường rạch sau ngoài hoặc đường Henry, khi bộc lộ xương hướng ra trước tránh gây tụ máu. Tách gân cơ gan tay lớn và gân gấp riêng ngón 1..

2.3. Đường mổ với xương trụ:

- Đường mổ phía sau theo hướng từ móm khuỷu tới móm trâm trụ.
- Bóc tách cân và cơ nhẹ nhàng.

2.4. Làm sạch máu tụ diện gãy:

2.5. Đặt lại xương:

Dùng kẹp giữ xương nhỏ đưa hai đầu gãy vào vị trí giải phẫu, trong tư thế khuỷu duỗi với xương quay và khuỷu gấp 90° khi nắn xương trụ.

2.6. Cố định:

- Xương quay: Cẳng tay duỗi, rạch da từ móm trâm quay lên 1,5 cm, tách gân, dùng đinh qua ổ gãy (*Từ diện gãy ngoài vi tới diện gãy trung tâm*)
- Xương trụ: Cẳng tay gấp 90° , rạch da từ móm khuỷu 1,5 cm, tách gân cơ tam đầu, bộc lộ móm khuỷu dùng đinh xuôi dòng qua ổ gãy.

2.7. Rửa vùng mổ, kiểm tra cầm máu.

2.8. Khâu phục hồi các lớp cơ, cân, da theo giải phẫu.

2.10. Băng vô khuẩn.

2.11. Nẹp bột cánh bàn tay.

III. Theo dõi và xử trí tai biến:

1. Theo dõi:

- Mạch, nhịp thở, nhiệt độ.
- Tình trạng vết mổ: Sưng nề, chảy máu...
- Kháng sinh, giảm đau.
- Sau phẫu thuật 3 ngày tập vận động nhẹ nhàng.

2. Xử trí:

- Tụ máu: Cắt nút chỉ để lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: Cắt chỉ sớm, nạo viêm, làm sạch, lấy đinh nội tủy nếu cần.

Phụ lục III

VẬT LÝ TRỊ LIỆU, PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SAU PHẪU THUẬT

Nguyên tắc:

- Tạo điều kiện tốt nhất cho quá trình liền xương.
- Giảm sưng, giảm đau, chống rối loạn tuần hoàn, chống kết dính khớp, ngừa hội chứng đau vùng (hội chứng rối loạn dinh dưỡng giao cảm phản xạ - Hội chứng Sudeck).
- Duy trì tầm vận động khớp, ngừa teo cơ.
- Phục hồi chức năng các hoạt động tinh tế bàn tay sau bất động.

MỤC TIÊU ĐIỀU TRỊ	CHƯƠNG TRÌNH ĐIỀU TRỊ
Giai đoạn sau phẫu thuật: - Giảm sưng nề, cải thiện tuần hoàn, chống teo cơ, giảm đau. - Chống kết dính các cơ vùng cẳng tay, gia tăng tầm vận động khớp khuỷu, khớp cổ tay, duy trì tầm vận động khớp vai, ngón tay, phục hồi chức năng sinh hoạt	Giai đoạn sau phẫu thuật: - Tuần 1: Tư thế trị liệu: Nâng cao tay khi nằm, băng treo tay ở tư thế chức năng khi đứng. Chủ động tập nhanh cử động gập duỗi các ngón tay. Co cơ tĩnh nhẹ nhàng các cơ vùng cẳng tay, cánh tay. Chủ động tập trợ giúp các cử động của khớp vai. - Tuần II: Chủ động tập nhanh cử động các ngón tay như tuần 1. Chủ động trợ giúp cử động gập duỗi khuỷu và gập duỗi cổ tay nhẹ nhàng. Tiếp tục tập khớp vai như tuần 1. Với trường hợp phẫu thuật vững chắc có thể tập cử động sắp ngửa nhẹ nhàng, thận trọng. - Tuần thứ 3 và tuần thứ 4: Tập như tuần II. Tập quay cơ tùy theo lực cơ người bệnh. Chú ý với cử động sắp ngửa cẳng tay, khi thực hiện chủ động tập để kháng cần kiểm tra bằng X quang để xem có liền tốt hay chưa và lực để kháng không được đặt lên ổ gãy. - Chương trình tập tại nhà: Tập cài nút áo từ thấp đến cao... - Hoạt động trị liệu: Bắt bóng và ném bóng....

I. Sử dụng thuốc:

*** Kháng sinh tĩnh mạch:**

- Cephalosporin I, II với liều 2 -> 4 gam/ngày chia làm 2 lần. Dùng trong 3 -> 7 ngày.
- Moc phin, đông miên.

*** Hoặc có thể dùng thuốc uống:**

- Uống kháng viêm: Alphachymotrypsine với liều 2 viên x 3 lần/ngày. Dùng trong 5 ngày.
- Uống giảm đau: Paracetamol 500mg với liều 1 viên x 3 lần/ngày. Dùng trong 5 ngày.
- Uống Meloxicam 15 mg với liều 1 viên x 1 lần/ngày. Dùng trong 5 ngày.
- Hoặc Etoricoxib 60 mg với liều 1 viên x 2 lần/ngày. Dùng trong 5 ngày.
- Hoặc Celecoxib 200 mg với liều 1 viên x 2 lần/ngày. Dùng trong 5 ngày.
- Uống Vitamin (Vitamin C. Vitamin A....). Dùng trong 5 ngày.
- Omeprasol 20 mg với liều 1 viên/ngày (Dự phòng viêm loét dạ dày, tá tràng khi dùng NSAIDs)

II. Chế độ sinh hoạt:

- Những việc nên làm:
 - + Nằm nghỉ ngơi kê cao chi đã được phẫu thuật.
 - + Tập vận động chủ động ngay sau khi được phẫu thuật.
- Những việc không nên làm:
 - + Không nâng vật nặng.
 - + Tránh hút thuốc lá, uống rượu, uống bia.
- Sau 3 tháng các hoạt động sinh hoạt cá nhân có thể trở về như bình thường.

III. Chế độ dinh dưỡng:

- Ăn thức ăn nhẹ, nhiều rau và trái cây hoặc uống sữa, tránh ăn thức ăn quá cứng và dai.
- Không sử dụng các chất kích thích trong tháng đầu sau phẫu thuật.

IV. Chế độ theo dõi và tái khám:

- Tái khám theo định kỳ: Sau 1 tuần, 2 tuần, 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng sau phẫu thuật.
- Tái khám ngay nếu có một trong các dấu hiệu sau:
 - + Đau mà không đỡ sau khi đã dùng thuốc.
 - + Sưng nề vết mổ.
 - + Chảy dịch vết mổ.
- Tháo dụng cụ sau 1 năm đối với đinh nội tủy, sau 2 năm đối với nẹp vít.



**QUY TRÌNH CHUYÊN MÔN KCB
PHẪU THUẬT PHACO**

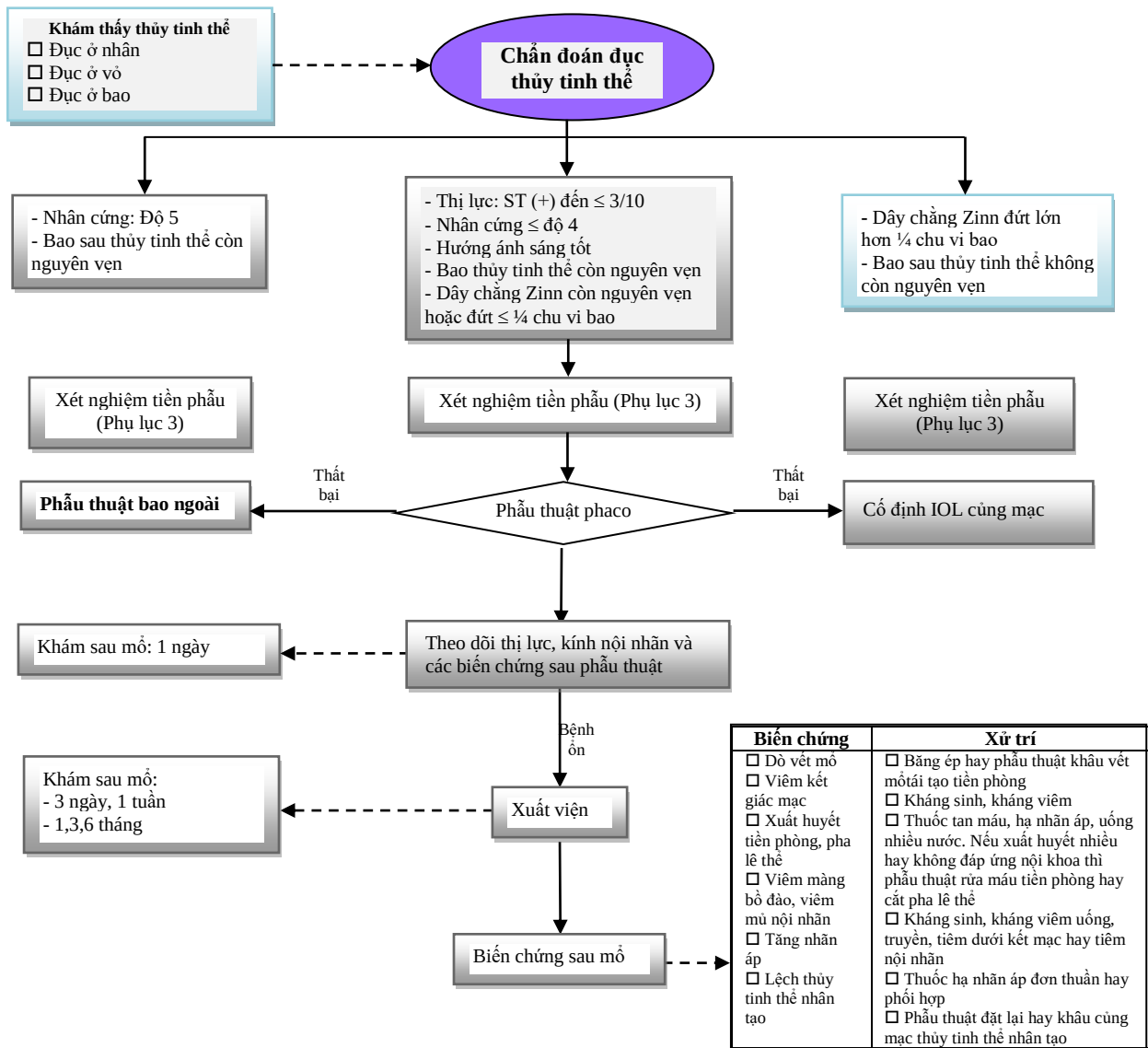
Họ và tên BN:.....
Ngày sinh:.....Giới:.....
Địa chỉ:.....
Số phòng:.....Số giường:.....
Mã BN/ Số HSBA:.....

Lưu ý: Đánh dấu sự lựa chọn (“√” : có/ “X” : không) vào ô ☐. Khoanh tròn **O** nếu lựa chọn nội dung; ^ xem thêm chi tiết nội dung trong phụ lục x tương ứng.

1. ĐÁNH GIÁ TRƯỚC KHI VÀO QUY TRÌNH

Tiêu chuẩn đưa vào:	☐ Thị lực: ST (+) - $\leq 3/10$ (Đặc biệt có thể $> 3/10$) ☐ Dây chằng Zinn đứt $\leq \frac{1}{4}$ chu vi bao	☐ Độ cứng nhân $\leq$ độ 4 ☐ Bao còn nguyên vẹn
Tiêu chuẩn loại ra:	☐ Đục bao dạng màng xơ ☐ Đục dạng tiêu nhân ☐ Viêm mủ túi lệ	☐ Đục kèm các bệnh gây giảm thị lực trầm trọng khác (Bong võng mạc, teo thần kinh thị nặng) ☐ Các bệnh viêm cấp tại chỗ, vùng lân cận ☐ Bệnh toàn thân chưa cho phép phẫu thuật
Tiền sử	☐ Tiền sử dị ứng	Ghi rõ.....

2. QUY TRÌNH CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ



3. NGUYÊN TẮC CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị

1. Nắn chỉnh, phục hồi hoàn chỉnh giải phẫu
2. Cố định vững chắc, đúng kỹ thuật
3. Tập vận động chủ động + Vật lý trị liệu, Phục hồi chức năng sau mổ
4. Theo dõi và phòng ngừa, điều trị biến chứng

4. CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN LOẠI

Chẩn đoán

Khám lâm sàng (đèn pin, soi đáy mắt, đèn khe) thấy thủy tinh thể bị đục ở nhân, vỏ, dưới bao, bao

Phân loại

Theo độ cứng của nhân (Thường dùng)

Độ 1	Độ 2	Độ 3	Độ 4	Độ 5
☐ Nhân mềm, màu xám nhạt	☐ Nhân hơi cứng, xám hay xám vàng	☐ Nhân cứng trung bình, màu vàng nhạt	☐ Nhân cứng màu nâu hoặc vàng hồ phách	☐ Nhân rất cứng, màu nâu hoặc đen

Theo độ chín

☐ Đục chưa hoàn toàn	☐ Đục toàn bộ (Đục chín)	☐ Đục thủy tinh thể phồng	☐ Đục quá chín	☐ Đục Morgagnian
---	---	--	---------------------------------------	---

Theo nguyên nhân

☐ Đục thủy tinh thể bẩm sinh	☐ Đục thủy tinh thể già	☐ Đục thủy tinh thể do chấn thương	☐ Đục thủy tinh thể do chuyển hóa	☐ Đục thủy tinh thể thứ phát
---	--	---	--	---

Theo vị trí

☐ Đục nhân	☐ Đục vỏ	☐ Đục dưới bao	☐ Đục bao
-----------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	----------------------------------

5. PHÂN TẦNG NGUY CƠ

Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ cao
☐ Nhân cứng độ 1,2,3	☐ Nhân cứng độ 4 ☐ Đục thứ phát (Do chấn thương hay viêm nhiễm) gây dính mống ☐ Đục ở người trẻ hay trẻ em ☐ Đục ở người cận thị nặng	☐ Đục có kèm đứt dây chằng Zinn ☐ Đục phồng hoặc đục có kèm tăng nhãn áp ☐ Đục quá chín ☐ Đục dưới bao sau ☐ Đục ở mắt có đồng tử nhỏ

DIỄN TIẾN BỆNH VÀ XỬ TRÍ TRƯỚC PHẪU THUẬT							
DẤU HIỆU			N1	N2	N3	.....	Nn
Lâm sàng	Toàn thân						
	Dấu hiệu sinh tồn	Huyết áp					
		Mạch					
		Nhiệt độ					
	Tri giác	☐	☐	☐	☐	☐	
	Các dấu hiệu toàn thân khác (Nôn, ói, ho, táo bón)		☐	☐	☐	☐	☐
	Mắt						
	Giảm thị lực		☐	☐	☐	☐	☐
	Lóa, song thị một mắt		☐	☐	☐	☐	☐
	Cận thị hóa		☐	☐	☐	☐	☐
Thủy tinh thể: Đục ở nhân, vỏ, dưới bao, bao		☐	☐	☐	☐	☐	
Cận lâm sàng	Tổng quát						
	Tổng phân tích tế bào máu		☐	☐	☐	☐	☐
	Nhóm máu hệ ABO		☐	☐	☐	☐	☐
	Thời gian Thromboplastin một phần hoạt hóa (APTT)		☐	☐	☐	☐	☐
	Thời gian máu chảy, máu đông (TS-TC) hoặc Prothrombin (PT,TQ)		☐	☐	☐	☐	☐
	Định lượng Fibrinogen, thời gian Thrombin (TT)						
	Đường huyết		☐	☐	☐	☐	☐
	Ure máu		☐	☐	☐	☐	☐
	Creatinin/máu		☐	☐	☐	☐	☐
	Albumin		☐	☐	☐	☐	☐
	Protein		☐	☐	☐	☐	☐
	SGOT, SGPT		☐	☐	☐	☐	☐
	HIV		☐	☐	☐	☐	☐
	HBV		☐	☐	☐	☐	☐
	HBsAg		☐	☐	☐	☐	☐
	Tổng phân tích nước tiểu		☐	☐	☐	☐	☐
	Đo điện tim (ECG)		☐	☐	☐	☐	☐
	X quang ngực thẳng		☐	☐	☐	☐	☐
	Chuyên khoa mắt						
	Đo thị lực		☐	☐	☐	☐	☐
	Soi đáy mắt (Nếu được)		☐	☐	☐	☐	☐
	Đo nhãn áp (Maclakov, Goldmann, Schiotz...)		☐	☐	☐	☐	☐
	Đo công suất giác mạc		☐	☐	☐	☐	☐
	Siêu âm mắt và xác định công suất thủy tinh thể nhân tạo		☐	☐	☐	☐	☐
	Điều trị	Theo phác đồ điều trị phẫu thuật đục thủy tinh thể bằng phương pháp Phaco					
	Chăm sóc	Cấp III					

5. PHẪU THUẬT CHƯƠNG TRÌNH (PHỤ LỤC 3)			
Phương pháp phẫu thuật	Tán nhuyễn thủy tinh thể bằng sóng siêu âm (PHACO)		
Phương pháp vô cảm	Gây tê tại chỗ: ☐ Nhỏ tê bề mặt nhãn cầu không hoặc có kết hợp với bơm tê tiền phòng ☐ Chích tê: Dưới kết mạc, cạnh hoặc hậu nhãn cầu	☐ Gây mê: Trẻ em và một số trường hợp đặc biệt khác	☐ Khác:.....
	Chẩn đoán sau phẫu thuật	☐ Phù hợp	☐ Không phù hợp	☐ Cụ thể:.....
Tai biến/ Biến chứng	☐ Không	☐ Có	☐ Cụ thể:.....
Thời gian phẫu thuật			

DIỄN TIẾN BỆNH VÀ XỬ TRÍ TẠI PHÒNG MỔ										
DẤU HIỆU						Giờ	Giờ	Giờ	Giờ	Giờ
Lâm sàng	Toàn thân									
	Dấu hiệu sinh tồn	Nhịp thở								
		Huyết áp								
		Mạch								
		Nhiệt độ								
	Tri giác					☐	☐	☐	☐	☐
	Các dấu hiệu toàn thân khác					☐	☐	☐	☐	☐
	Mắt									
Cận lâm sàng	Mắt phẫu thuật					☐	☐	☐	☐	☐
	Đồng tử dẫn					☐	☐	☐	☐	☐
	Các cận lâm sàng được chỉ định trong phòng mổ (Nếu có)					☐	☐	☐	☐	☐
						☐	☐	☐	☐	☐
						☐	☐	☐	☐	☐
Điều trị	1. Phẫu thuật phaco (Phụ lục 1)									
	2. Điều trị theo các phác đồ của phòng mổ khi xảy ra bệnh lý toàn thân									
Chăm sóc	Cấp I; II hay III tùy thuộc vào tình hình diễn biến của bệnh toàn thân phát sinh (Nếu có) và phương pháp vô cảm									
DIỄN TIẾN BỆNH VÀ XỬ TRÍ SAU PHẪU										
DẤU HIỆU						N1	N2	N3	....	Nn
	Toàn thân									
	Dấu hiệu sinh tồn	Nhịp thở								
		Huyết áp								
		Mạch								
		Nhiệt độ								
	Tri giác					☐	☐	☐	☐	☐
Các dấu hiệu toàn thân khác:										

Lâm sàng	+ Nôn		☐	☐	☐	☐	☐
	+ Ói		☐	☐	☐	☐	☐
	+ Ho		☐	☐	☐	☐	☐
	+ Táo bón		☐	☐	☐	☐	☐
	Mắt						
	Đau nhức/cộm xốn mắt		☐	☐	☐	☐	☐
	Chảy nước mắt		☐	☐	☐	☐	☐
	Rử mắt		☐	☐	☐	☐	☐
	Mi mắt	Sung nề	☐	☐	☐	☐	☐
		Xuất huyết	☐	☐	☐	☐	☐
		Khác:					
	Kết mạc	Cương tụ/phù	☐	☐	☐	☐	☐
		Xuất huyết	☐	☐	☐	☐	☐
		Khác:					
	Vết mổ	Hở	☐	☐	☐	☐	☐
		Hở/ Kẹt móng	☐	☐	☐	☐	☐
		Khác:					
	Giác mạc	Tróc biểu mô	☐	☐	☐	☐	☐
		Viêm khĩa	☐	☐	☐	☐	☐
		Bong màng Descemet	☐	☐	☐	☐	☐
		Phù (Đục)	☐	☐	☐	☐	☐
		Loạn dưỡng	☐	☐	☐	☐	☐
		Khác:					
	Móng mắt	Nông/Xẹp	☐	☐	☐	☐	☐
		Sốt nhân, vò	☐	☐	☐	☐	☐
		Máu	☐	☐	☐	☐	☐
		Phản ứng viêm (Tyndall (+))/Fibrin/mủ	☐	☐	☐	☐	☐
		Khác:					
		Phản xạ ánh sáng (-)	☐	☐	☐	☐	☐
		Phản xạ ánh sáng (+)	☐	☐	☐	☐	☐
		Co nhỏ	☐	☐	☐	☐	☐
		Bình thường	☐	☐	☐	☐	☐
		Dẫn to	☐	☐	☐	☐	☐
		Méo mó, biến dạng	☐	☐	☐	☐	☐
		Màng Fibrin	☐	☐	☐	☐	☐
		Khác:					
	Thủy tinh thể	Lệch khỏi vị trí	☐	☐	☐	☐	☐
	Nhân tạo	Dính sắc tố	☐	☐	☐	☐	☐
		Màng viêm	☐	☐	☐	☐	☐
		Khác:					
	Pha lê thể	Bong	☐	☐	☐	☐	☐
		Xuất huyết	☐	☐	☐	☐	☐

		Khác:				
	Võng mạc	Phù hoàng điểm				
		Xuất huyết				
		Bong				
		Khác:				
Cận lâm sàng	Đo thị lực					
	Soi đáy mắt					
	Đo nhãn áp (Sờ tay/đo)					
	Khác:					
Điều trị	Theo phác đồ điều trị phẫu thuật đục thủy tinh thể bằng phương pháp Phaco					
Chăm sóc	Cấp III					

7. XUẤT VIỆN

Tiêu chuẩn xuất viện	☐ Vết mổ kín ☐ Giác mạc trong/đục ít ☐ Kiểm soát được tình trạng đau		☐ Tiền phòng sâu ☐ Nhãn áp ổn (Sờ tay/đo)	
Tình trạng xuất viện	☐ Bệnh tình ☐ Chỉ số sinh tồn ổn ☐ Số ngày điều trị	☐ Kết thúc quy trình ☐ Ra khỏi quy trình		
Hướng điều trị tiếp theo	☐ Uống và nhỏ thuốc theo đơn ☐ Chế độ vệ sinh, chăm sóc	☐ Chế độ dinh dưỡng ☐ Tái khám theo hẹn		

8. QUẢN LÝ VÀ TƯ VẤN BỆNH NHÂN

- | | |
|---|--|
| ☐ Thông tin giáo dục sức khỏe (Phụ lục II) | ☐ Quản lý bệnh nhân sau phẫu thuật (Phụ lục II) |
| ☐ Hẹn tái khám: Ngày .....tháng .....năm.....; Phòng khám số:..... | |

**Phụ lục I
Phẫu thuật phaco****I. Định nghĩa:**

Là quy trình phẫu thuật tán nhuyễn nhân thủy tinh thể bởi máy Phaco bằng cách tạo ra hoạt động rung ở tần số siêu âm. Chính quá trình rung tại đầu Phaco sẽ phá vỡ nhân thủy tinh thành các mảnh nhỏ và được hút ra ngoài.

II. Chuẩn bị:

- **Thủ thuật viên chính/phụ:** Bác sỹ chuyên khoa mắt đã được đào tạo về phẫu thuật này.

- **Phương tiện:** Dụng cụ, máy móc, trang thiết bị phẫu thuật, thuốc.

- Máy Phaco
- Kính hiển vi phẫu thuật
- Bộ dụng cụ mổ Phaco
- Các loại kính nội nhãn
- Các loại bơm tiêm, kim, dao mổ cần thiết
- Lidocain 2%, Novocain, Dicain, Tetracaine 1%.
- Hyaluronidase.
- Betadine 5%, Betadine 10%.
- Adrenalin 0,1%
- Chất nhầy.
- Thuốc nhuộm bao.
- Lactacringer.
- Pilocarpine 1%
- Kháng sinh nước và mỡ.

- **Người bệnh:**

• Các xét nghiệm thường quy: ECG, XQ ngực thẳng, Glucose máu, Albumin máu, Protein máu, SGOT, SGPT, Creatinin máu, Tổng phân tích nước tiểu, thời gian máu chảy, máu đông (TS-TC) hoặc Prothrombin (PT,TQ), Định lượng Fibrinogen thời gian Thrombin (TT), APTT, Tổng phân tích tế bào máu, Định nhóm máu hệ ABO, HIV, HbsAg.

• Đo thị lực, soi đáy mắt (Nếu được), đo công suất giác mạc, siêu âm mắt A,B, Xác định công suất kính nội nhãn, đo nhãn áp.

- Giải thích cho người bệnh về lợi ích và nguy cơ, tai biến phẫu thuật.
- Khám tiền phẫu, chuyên khoa và duyệt mổ.
- Bơm rửa lệ đạo bằng kháng sinh nhỏ mắt.
- Rửa mắt và nhỏ kháng sinh.
- Băng mắt.
- Nhỏ thuốc dẫn đồng tử bằng Mydrin-P, nhỏ 3 lần, mỗi lần cách nhau 30 phút.
- Uống 1 viên Acetazolamide 0,25 và 01 viên Kaleorid 0,6 hoặc Kcl 0,5 g trước mổ 2 giờ.
- Đưa bệnh nhân vào khoa Phẫu thuật gây mê hồi sức.

- **Hồ sơ bệnh án:** Hoàn chỉnh theo quy định của Bộ Y tế.

III. Các bước tiến hành:**1. Vô cảm:**

- **Tê tại chỗ:** Tê bằng một hay phối hợp các phương pháp

- Nhỏ tê tại chỗ bằng Dicain, Novocain hay Tetracain 1%.
 - Nhỏ tê tại chỗ bằng Dicain, Novocain hay Tetracain 1% + bơm tê tiền phòng 0,5ml Lidocain 2% không có chất bảo quản
 - Chích tê dưới kết mạc, cạnh cầu hay hậu cầu bằng 3 – 4ml Lidocain 2% + 3.000UI Hyaluronidase.
- Mê: Trẻ nhỏ hay trong một số trường hợp đặc biệt.

2. Kỹ thuật:

- Sát trùng da bằng Betadin 10%
- Đưa bệnh nhân lên bàn mổ
- Thở Oxy mũi 3-5l/phút (Nếu có)
- Trải băng vô khuẩn
- Đặt vành mi và miếng dán mi (Nếu có)
- Sát trùng bề mặt nhãn cầu bằng Betadin 5%
- Rửa sạch bề mặt nhãn cầu và cùng đồ bằng Lattac Ringer
- Tạo đường hầm giác mạc bằng dao từ 1,9 – 3,2 mm
- Bơm drenaline đã pha loãng vào tiền phòng để làm giãn đồng tử tối đa (Nếu đồng tử nhỏ)
- Bơm chất nhầy làm đầy tiền phòng
- Xé liên tục bao trước thủy tinh thể
- Đục lỗ phụ bằng dao 150
- Thủy tách nhân ra khỏi bao thủy tinh thể
- Xoay nhân
- Tán nhuyễn nhân và hút ra bằng máy Phaco
- Hút rửa sạch vỏ nhân
- Bơm chất nhầy đầy tiền phòng
- Đặt kính noioj nhãn vào đúng vị trí trong bao thủy tinh thể.
- Rửa sạch chất nhày
- Bơm phủ làm kính vết mổ chính là lỗ phụ
- Bơm kháng sinh dự phòng vào sinh tiền phòng (Nếu có)
- Tiêm Dexamethasone dưới kết mạc mắt (Nếu chính tê hoặc mê).
- Nhỏ thuốc co đồng tử Pilocarpine 1%.
- Tra Pomade kháng sinh hoặc kháng sinh + kháng viêm.
- Rửa sạch mắt, tháo vành mi, băng mắt.

PHỤ LỤC II

HƯỚNG DẪN SAU PHẪU THUẬT PHACO

1. Sử dụng thuốc:

- Dùng thuốc theo đơn của Bác sỹ
- Trong trường hợp ho, nôn ói hay táo bón phải đi khám và điều trị theo đơn thuốc của Bác sỹ
- Thuốc nhỏ mắt:
 - Giữ thuốc nhỏ mắt đúng theo quy định.
 - Trước khi sử dụng phải vệ sinh tay sạch sẽ, đảm bảo bông băng và thuốc rửa mắt vô trùng
 - Lắc đều chai thuốc nhỏ mắt trước khi sử dụng
 - Cách nhỏ thuốc: Nghiêng đầu ra sau, nhìn lên và kéo mi mắt dưới xuống rồi nhỏ một giọt vào mắt, tránh không để đầu chai thuốc tiếp xúc với lông mi. Đợi 5 phút trước khi nhỏ thêm 1 giọt khác.

+ Sau một tháng thỉn gung thuốc nhỏ mắt.

2. Chế độ sinh hoạt:

- Những việc nên làm:
 - Nằm nghỉ ngơi, đầu ngửa thẳng, không nên nằm đầu cao
 - Có thể đọc sách, báo và xem ti vi, tập thể dục nhẹ nhàng
 - Có thể đi ra ngoài nhưng cố gắng tránh nơi đông người và bụi bẩn.
 - Đo khúc xạ lại sau một tháng.
- Những việc không nên làm:
 - Không nâng vật nặng
 - Không cúi gập người ra trước
 - Không dụi tay chạm vào mắt mổ trong tháng đầu phẫu thuật
 - Tránh lắc đầu mạnh và tập thể thao như tập Yoga, chạy bộ....
 - Tránh hút thuốc lá, uống rượu bia
 - Cần tránh cử động mạnh như ho, táo bón, nôn ói nhiều, bế em bé...
 - Hạn chế sử dụng mắt để xem tivi, đọc sách trong tuần đầu tiên sau mổ.
- Sau một tháng thì các hoạt động sinh hoạt cá nhân có thể trở về như bình thường.

3. Chế độ vệ sinh mắt và đảm bảo an toàn mắt:

- Vệ sinh mắt:
 - Tránh những nơi đông người và môi trường ô nhiễm
 - Không đi bơi, không để nước vào mắt khi gội đầu trong 4 tuần đầu sau phẫu thuật
 - Rửa mặt bằng khăn ướt.
 - Mang kính bảo hộ hay kính râm để hạn chế bụi bẩn
- Đảm bảo an toàn cho mắt:
 - Đeo kính bảo vệ mắt trong tuần đầu tiên sau mổ
 - Dùng kính râm khi đi ra ngoài
 - Đặt tấm chắn che mắt khi ngủ ít nhất trong vòng một tuần đầu để tránh đụng chạm vào mắt.

4. Chế độ dinh dưỡng:

- Ăn thức ăn nhẹ, nhiều rau và trái cây hoặc uống sữa, tránh ăn thức ăn quá cứng và quá dai
- Không ăn các chất kích thích trong tháng đầu sau phẫu thuật

5. Tái khám:

- Tái khám theo định kỳ: 1 ngày, 1 tuần, 1 thnags, 3 tháng và 6 tháng sau mổ.
- Tái khám ngay nếu có dấu hiệu:
 - Đau mà không đỡ sau khi dùng thuốc
 - Sưng nề mi mắt.
 - Thị lực kém đi
 - Chảy dịch, nhiều dử ở mắt phẫu thuật
 - Mắt bị chói và mờ đột ngột

PHỤ LỤC 3
CÁC XÉT NGHIỆM TIỀN PHẪU

1. Tổng phân tích tế bào máu
2. Thời gian máu chảy, máu đông (TS-TC) hoặc Prothrombin (PT,TQ)
3. Đường huyết
4. SGOT, SGPT
5. Creatinin máu
6. Tổng phân tích nước tiểu
7. Đo điện tim (ECG)
8. X quang tim phổi thẳng
9. Đo thị lực
10. Soi đáy mắt (Nếu được)
11. Đo nhãn áp (Maclakov, Goldmann, Schiotz....)
12. Đo công suất giác mạc
13. Siêu âm mắt và xác định công suất thủy tinh thể nhân tạo.
14. Đếm tế bào nội mô giác mạc
15. Đo (Chụp) bản đồ giác mạc
16. Điện võng mạc



QUY TRÌNH CHUYÊN MÔN KCB SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

Họ và tên BN:.....
Ngày sinh:.....Giới:.....
Địa chỉ:.....
Số phòng:.....Số giường:.....
Mã BN/ Số HSBA:.....

Lưu ý: Đánh dấu sự lựa chọn ("√" : có "X" : không) vào ô ☐. Khoanh tròn **O** nếu lựa chọn nội dung; ^ xem thêm chi tiết nội dung trong phụ lục x tương ứng.

1. ĐÁNH GIÁ TRƯỚC KHI VÀO QUY TRÌNH

Tiêu chuẩn đưa vào:	☐ Sốt xuất huyết Dengue	☐ Sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo
Tiêu chuẩn loại ra:	☐ Sốt xuất huyết Dengue nặng	
Tiền sử	☐ Có	☐ Không
		☐ Cụ thể:.....

2. QUY TRÌNH CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ

* Chẩn đoán sơ bộ ca lâm sàng sốt xuất huyết Dengue

Sống/đi tới vùng dịch tễ, sốt liên tục 2-7 ngày có ít nhất 2 trong số các tiêu chuẩn sau:

- Chán ăn, buồn nôn
- Xung huyết da
- Đau đầu, đau người

Có một trong các dấu hiệu cảnh báo

nghiệm pháp dây thắt dương tính

Giảm bạch cầu, giảm tiểu cầu

Test NSI (+) và/hoặc Dengue IgM (+)

* Các dấu hiệu cảnh báo

Vật vã, li bì, lừ đừ

- Đau bụng vùng gan hoặc ấn đau vùng gan
- Gan to > 2cm
- Nôn nhiều
- Xuất huyết niêm mạc
- Tiểu ít
- Xét nghiệm máu:
- + Hematocrit tăng cao
- + Tiểu cầu giảm nhanh chóng

1. Điều trị triệu chứng

- Hạ sốt: Lau ấm, Paracetamol đơn chất 10 – 15 mg/kg (Mỗi 4-6 giờ). Tổng liều không vượt quá 60 mg/kg/24 giờ. Không dùng Aspirin, Ibuprofen.

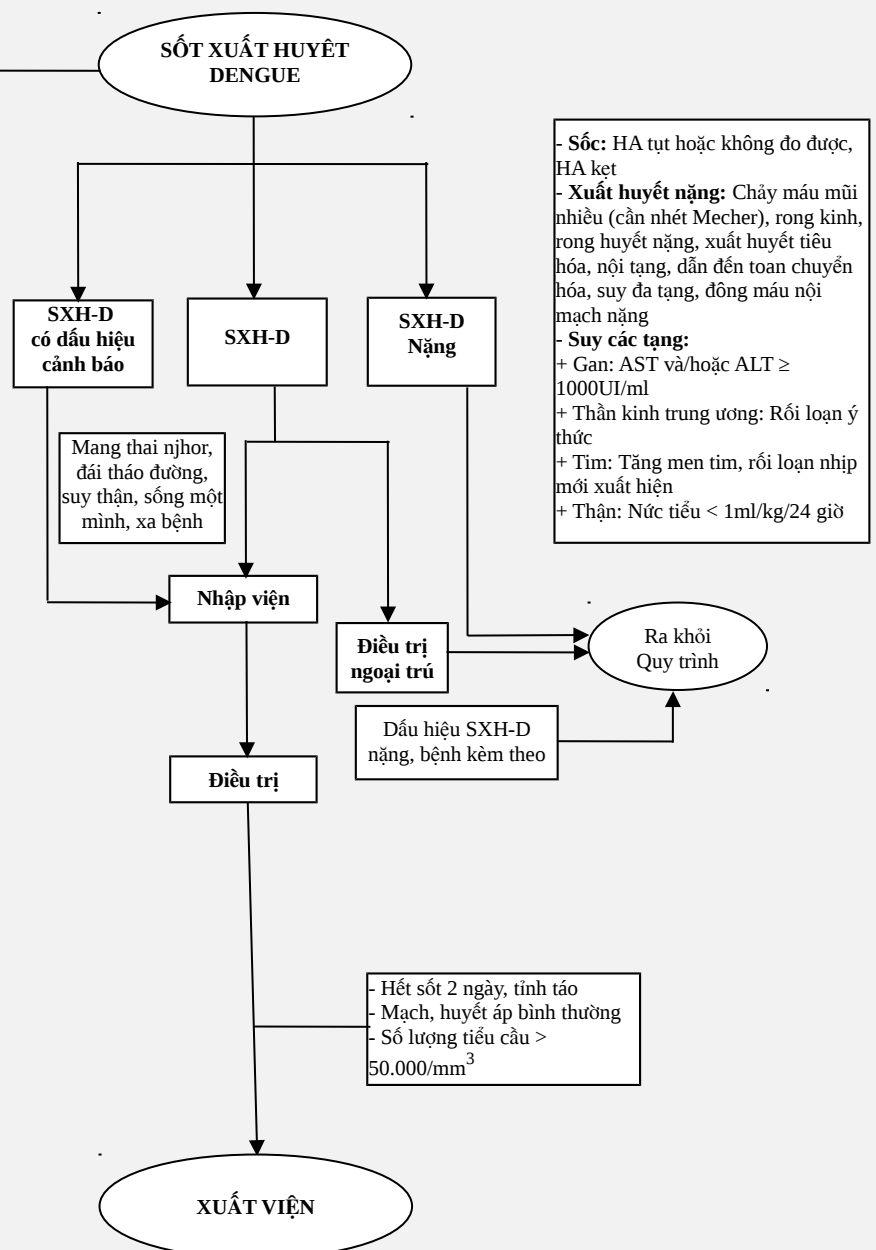
2. Bù dịch: ORS, nước trái cây, nước cháo

- Truyền dịch: (Ringerlactac hoặc Normam saline) khi. Không uống được, nôn nhiều, dấu hiệu mất nước, lừ đừ, HCT tăng cao (huyết áp ổn định). Liều 6-7 ml/kg/giờ, từ 1 đến 3 giờ (1)
+ HCT giảm, mạch và HA ổn định, nước tiểu nhiều. Giảm liều 5 ml/kg trong 1-2 giờ.
+ Cải thiện giảm liều còn 3ml/kg/giờ trong 1-2 giờ
+ Tiếp tục cải thiện ngừng truyền dịch khi mạch, huyết áp ổn định, bài tiết nước tiểu tốt (không quá 24 – 48 giờ)
+ Nếu truyền dịch với liều (1) trong 1 – 3 giờ không cải thiện (mạch nhanh, huyết áp hạ hoặc kẹt, HCT tăng cao, thiếu niệu): Chuyển qua chống sốc bằng cao phân tử với liều 15 – 20 ml/kg/giờ (Ra khỏi quy trình).

3. Theo dõi:

Đối với SXH – D hoặc SXH – D có dấu hiệu cảnh báo nhưng không có chỉ định truyền dịch: Mạch, huyết áp, nhiệt độ mỗi 4 – 6 giờ trước xuất viện 24 giờ, tình trạng tăng tính thấm thành mạch (Tràn dịch màng bụng/phổi/tim, dày thành túi mật...), theo dõi các dấu hiệu chuyển độ nặng (sốc, xuất huyết, suy tạng).

Đối với SXH – D có dấu hiệu cảnh báo đang truyền dịch: Ngoài theo dõi như trên thì trong quá trình truyền dịch phải theo dõi Mạch, Huyết áp, nước tiểu mỗi giờ cho đến khi kết thúc truyền dịch.



3. NGUYÊN TẮC CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị:

- ☐ Điều trị triệu chứng
☐ Bù dịch đối với xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo

Sốt xuất huyết Dengue

Lâm sàng		Cận lâm sàng	
☐ Sốt liên tục 2 – 7 ngày	☐ Nhức đầu, chán ăn, buồn nôn	☐ Hematocrit bình thường (Không có biểu hiện cô đặc máu) hoặc tăng nhẹ	☐ Số lượng bạch cầu thường giảm
☐ Dấu hiệu dây thắt dương tính	☐ Da sung huyết, phát ban	☐ Số lượng tiểu cầu bình thường hoặc hơi giảm	☐ Test Dengue NS1 dương tính
☐ Chảy máu chân răng/hoặc chảy máu cam	☐ Đau cơ, đau khớp, đau hốc mắt	☐ Test Dengue IgM dương tính	

Sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo

Lâm sàng		Cận lâm sàng
☐ Vật vã, lừ đừ, li bì	☐ Nôn nhiều	☐ Hematocrit tăng cao
☐ Đau bụng vùng gan hoặc ấn đau vùng gan	☐ Xuất huyết niêm mạc	☐ Số lượng tiểu cầu giảm nhanh chóng
☐ Gan to > 2 cm	☐ Tiểu ít	

4. DIỄN TIẾN BỆNH XỬ TRÍ VÀ CHĂM SÓC

MỤC	N1	N2	N3		N5
Triệu chứng cơ năng Đánh dấu (x) vào ô vuông nếu có, mô tả					
Sốt cao liên tục	☐	☐	☐	☐	☐
Chán ăn, buồn nôn	☐	☐	☐	☐	☐
Đau đầu	☐	☐	☐	☐	☐
Da xung huyết	☐	☐	☐	☐	☐
Đau cơ, khớp	☐	☐	☐	☐	☐
Nhức hai hốc mắt	☐	☐	☐	☐	☐
Đau thượng vị	☐	☐	☐	☐	☐
Chảy máu cam, chân răng	☐	☐	☐	☐	☐
Rong kinh, rong huyết	☐	☐	☐	☐	☐
Đại tiện phân đen	☐	☐	☐	☐	☐
Nôn ói nhiều	☐	☐	☐	☐	☐
Nôn ra máu	☐	☐	☐	☐	☐
Tiểu ít	☐	☐	☐	☐	☐
Dấu hiệu sinh tồn					
Mạch	☐	☐	☐	☐	☐
Nhiệt độ	☐	☐	☐	☐	☐
Huyết áp	☐	☐	☐	☐	☐
Nhịp thở	☐	☐	☐	☐	☐

Nước tiểu 24 giờ	☐	☐	☐	☐	☐
Triệu chứng thực thể					
Tỉnh	☐	☐	☐	☐	☐
Da xung huyết	☐	☐	☐	☐	☐
Xuất huyết dưới da	☐	☐	☐	☐	☐
Vết mặt nhiễm trùng	☐	☐	☐	☐	☐
Hạch to	☐	☐	☐	☐	☐
Phù	☐	☐	☐	☐	☐
Chi ấm, mạch đều rõ	☐	☐	☐	☐	☐
Nhịp tim đều và rõ	☐	☐	☐	☐	☐
Tiếng tim bệnh lý	☐	☐	☐	☐	☐
CRT < 2 giây	☐	☐	☐	☐	☐
Phổi trong	☐	☐	☐	☐	☐
Rale ẩm – Rale nổ	☐	☐	☐	☐	☐
Rale rít – Rale ngáy	☐	☐	☐	☐	☐
Hội chứng 3 giảm	☐	☐	☐	☐	☐
Bụng mềm	☐	☐	☐	☐	☐
Bụng chướng	☐	☐	☐	☐	☐
Ấn đau thượng vị	☐	☐	☐	☐	☐
Gan to, đau vùng gan	☐	☐	☐	☐	☐
Lách to	☐	☐	☐	☐	☐
Cận lâm sàng					
CTM (Tiểu cầu, Ht)	☐	☐	☐	☐	☐
Đông máu cơ bản	☐	☐	☐	☐	☐
Điện giải đồ (Na ⁺ , K ⁺ , Cl ⁻)	☐	☐	☐	☐	☐
Ure máu	☐	☐	☐	☐	☐
Creatinin máu	☐	☐	☐	☐	☐
Đường máu	☐	☐	☐	☐	☐
SGOT, SGPT	☐	☐	☐	☐	☐
CRP	☐	☐	☐	☐	☐
Protein	☐	☐	☐	☐	☐
Albumin	☐	☐	☐	☐	☐

X quang tim phổi	☐	☐	☐	☐	☐
Siêu âm ổ bụng	☐	☐	☐	☐	☐
.....	☐	☐	☐	☐	☐
TPT nước tiểu	☐	☐	☐	☐	☐
Kháng nguyên NS 1	☐	☐	☐	☐	☐
IgM chẩn đoán Dengue	☐	☐	☐	☐	☐
Điều trị	Thuốc/Hàm lượng	Liều lượng	Cách dùng	Giờ dùng	Ghi chú
1. Hạ sốt					
2. Tuyền dịch					
3. Giảm đau					
4. Nâng đỡ					

5. Các thuốc khác: - Cầm máu; - PPI; - Điều hòa nhu động ruột; - Chống nôn

6. XUẤT VIỆN

Tiêu chuẩn xuất viện	☐ Hết sốt > 48 giờ ☐ Hết đau đầu ☐ Hết buồn nôn - nôn ☐ Ăn ngon miệng trở lại	☐ Mạch huyết áp ổn định ☐ Không còn xuất huyết ☐ Tiểu cầu > 50.000/mm ³ hoặc hướng tăng ☐ Tử ban hồi phục
----------------------	--	---

6. QUẢN LÝ VÀ TƯ VẤN BỆNH NHÂN

- ☐ Phổ biến về các triệu chứng nghi ngờ sốt xuất huyết Dengue như sốt cao đột ngột; mệt mỏi, chán ăn, nhức đầu, có biểu hiện xuất huyết ở da, niêm mạc, gia đình nên đưa người bệnh đến khám tại trạm Y tế để theo dõi điều trị.
- ☐ Phổ biến cách chăm sóc người bệnh sốt xuất huyết Dengue để điều trị ngoại trú tại gia đình như cho trẻ ăn bình thường, cho uống nhiều nước trái cây, biết cách pha chế ORS để uống (1 gói pha với 1 lít nước đun sôi để nguội), khi sốt cao $\geq 30^{\circ}\text{C}$ biết cách lau mát hoặc cho uống Paracetamol đúng liều.
- ☐ Cấm dùng Aspirin (Acetyl salicylic acid), Analgin, Ibuprofen để điều trị vì có thể gây xuất huyết, toan máu.
- ☐ Hướng dẫn cho gia đình người bệnh biết các triệu chứng nặng của sốt xuất huyết Dengue và cần đưa ngay người bệnh đến khám tại cơ sở y tế như đang sốt mà nhiệt độ đột ngột hạ xuống, chân tay lạnh, bứt rứt, vật vã, li bì, da ẩm, vã nhiều mồ hôi, nôn ói nhiều, đau bụng nhiều, tiểu ít và có các biểu hiện xuất huyết nặng.



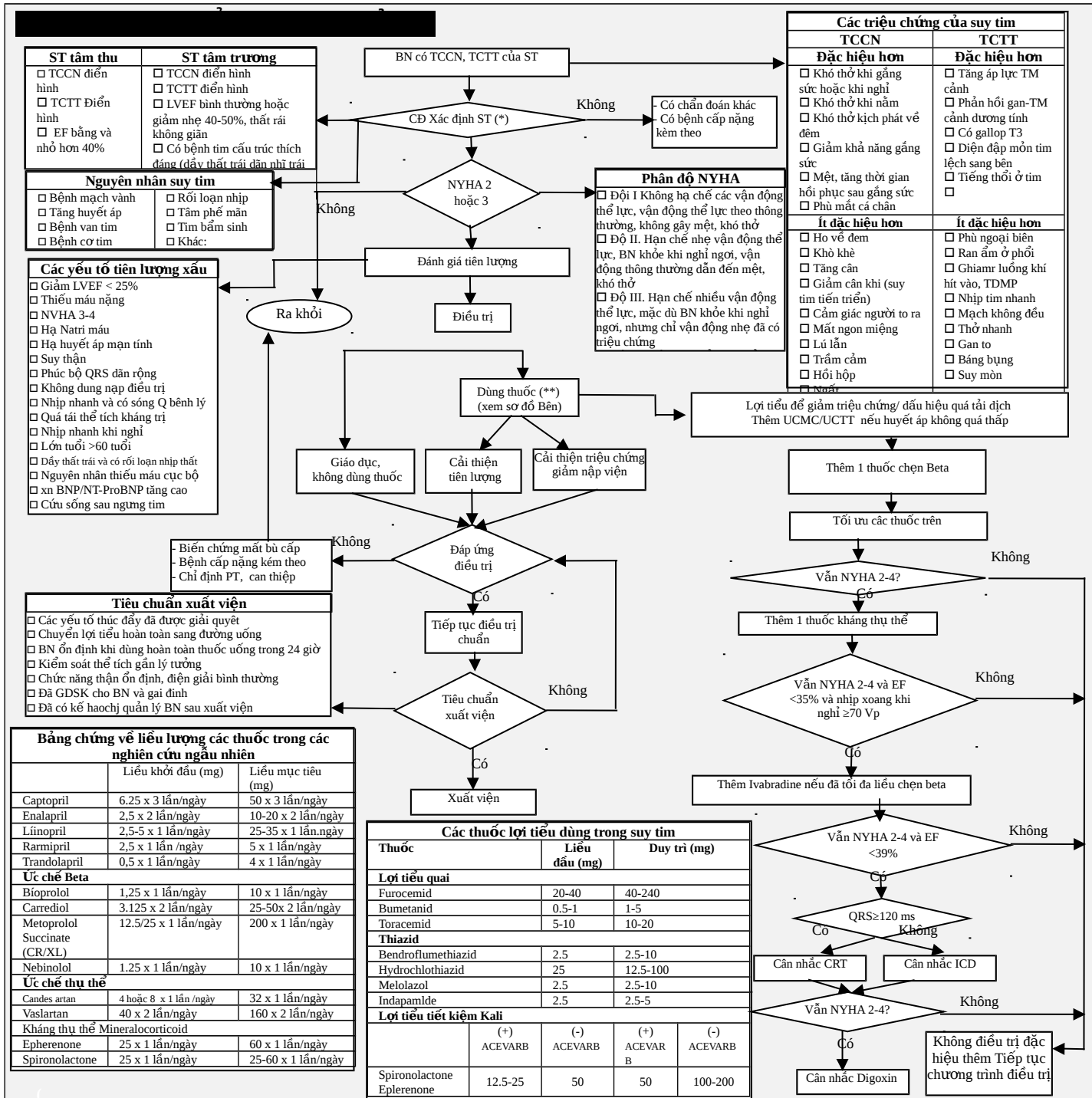
**QUY TRÌNH CHUYÊN MÔN KCB CHẨN
ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ SUY TIM MẠN, NYHA 2-3**

Họ và tên BN:.....
Ngày sinh:.....Giới:.....
Địa chỉ:.....
Số phòng:.....Số giường:.....
Mã BN/ Số HSBA:.....

Lưu ý: Đánh dấu sự lựa chọn (“√” : có “X” : không) vào ô ☐. Khoanh tròn **O** nếu lựa chọn nội dung; ^ xem thêm chi tiết nội dung trong phụ lục x tương ứng.

1. ĐÁNH GIÁ TRƯỚC KHI VÀO QUY TRÌNH

Tiêu chuẩn đưa vào:	☐ Suy tim mạn	☐ NYHA 1- 2-3
Tiêu chuẩn loại ra:	☐ Suy tim cấp; ☐ Bệnh cấp, nặng kèm theo	☐ Bệnh ngoại khoa kèm theo phẫu thuật
Tiền sử	☐ Tiền sử dị ứng	Ghi rõ.....



(*) Chẩn đoán suy tim dựa vào peptid bài niệu
 (***) Khuyến cáo chi tiết trong phụ lục 1 và 2

3. NGUYÊN TẮC CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị:

Nguyên tắc chung	☐ Điều trị theo y học chứng cứ ☐ Bắt đầu liều thấp, tăng liều từ từ đến liều tối ưu nếu bệnh nhân dung nạp được	☐ Điều trị nguyên nhân ☐ Kết hợp với điều trị không dùng thuốc	☐ Theo dõi chức năng thận, điện giải định kỳ ☐ Chỉ định can thiệp kịp thời
Điều trị triệu chứng giảm nhập viện	☐ Lợi tiểu ☐ Nitrate	☐ Digoxin ☐ Hydralazine	☐ Ivabradine ☐ Khác:.....
Điều trị cải thiện tiên lượng	☐ UCMC ☐ UCTT (Nếu CCĐ hoặc không dung nạp UCMC)		☐ Chẹn Beta ☐ Kháng Aldosterone
Điều trị bệnh căn nguyên, yếu tố thúc đẩy bệnh kèm theo	☐ Aspirin	☐ Thuốc kháng đông thể hệ mới	☐ Statin
	☐ Ức chế ADP tiểu cầu	☐ Ức chế Canxi loại DHP	☐ Can thiệp
	☐ Kháng Vitamin K	☐ Thuốc chống loạn nhịp	☐ Điều trị khác

Xử trí cấp cứu	☐ Có (ra khỏi quy trình)	☐ Không
Các dạng	Triệu chứng, dấu hiệu cơ bản	Điều trị
BN có quá tải thể tích	☐ Khó thở ☐ Phù ngoại vi ☐ Sung huyết phổi ☐ Khác:	☐ Xem quy trình điều trị suy tim cấp
BN có suy bơm chủ yếu	☐ Khó thở ☐ Hạ huyết áp ☐ Tiểu ít ☐ Gallop T3 ☐ Rối loạn tri giác ☐ Hội chứng sốc ☐ Khác:	☐ Xem quy trình điều trị suy tim cấp
BN vừa quá tải thể tích vừa tụt huyết áp	☐ Lâm sàng phối hợp của hai dạng trên	☐ Xem quy trình điều trị suy tim cấp

4. DIỄN TIẾN BỆNH, XỬ TRÍ VÀ CHĂM SÓC

DẤU HIỆU	N1	N2	N3	...	Nn
1. Lâm sàng	Đánh dấu x vào ô vuông nếu có mô tả				
SH (M, T ⁰ , NT, SpO ₂)	☐	☐	☐	☐	☐
Khó thở (Khi nằm, GS, KPVD)	☐	☐	☐	☐	☐
Ho	☐	☐	☐	☐	☐
Đau thắt ngực	☐	☐	☐	☐	☐
Phù	☐	☐	☐	☐	☐
Tĩnh mạch cổ nổi	☐	☐	☐	☐	☐
Gan to, phản hồi gan-TMC	☐	☐	☐	☐	☐
Gallop T3	☐	☐	☐	☐	☐
Âm thổi	☐	☐	☐	☐	☐
Loạn nhịp tim	☐	☐	☐	☐	☐
Cọ màng tim	☐	☐	☐	☐	☐
Ran ở phổi	☐	☐	☐	☐	☐
Lượng nước tiểu(ml/24h)	☐	☐	☐	☐	☐
Cân nặng (Kg)	☐	☐	☐	☐	☐
Chế độ ăn uống	☐	☐	☐	☐	☐
Vận động	☐	☐	☐	☐	☐
Đại tiểu tiện	☐	☐	☐	☐	☐
Khác:.....	☐	☐	☐	☐	☐
2. Cận lâm sàng:					
Công thức máu	☐	☐	☐	☐	☐
PT/aPTT	☐	☐	☐	☐	☐
Ure/Creatinin máu	☐	☐	☐	☐	☐
SGOT, SGPT	☐	☐	☐	☐	☐
Ion đồ(Na ⁺ , K ⁺ , Ca ⁺⁺)	☐	☐	☐	☐	☐
Glucose máu	☐	☐	☐	☐	☐
Bộ mỡ máu	☐	☐	☐	☐	☐
Aciduric máu	☐	☐	☐	☐	☐
Troponin I tùy trường hợp	☐	☐	☐	☐	☐
BNP/NT-ProBNP	☐	☐	☐	☐	☐
Nước tiểu 10 thông số	☐	☐	☐	☐	☐
ECG	☐	☐	☐	☐	☐
Siêu âm tim	☐	☐	☐	☐	☐
X quang tim phổi	☐	☐	☐	☐	☐
Khác	☐	☐	☐	☐	☐
3. Điều trị:					
Nghỉ ngơi	☐	☐	☐	☐	☐
Nằm đầu cao	☐	☐	☐	☐	☐
Thở Oxy	☐	☐	☐	☐	☐
Ăn nhạt	☐	☐	☐	☐	☐
Lợi tiểu quai	☐	☐	☐	☐	☐
UCMC	☐	☐	☐	☐	☐
UCTT	☐	☐	☐	☐	☐

Chẹn Beta	☐	☐	☐	☐	☐
Spironolactone	☐	☐	☐	☐	☐
Ivabradine	☐	☐	☐	☐	☐
Digoxin	☐	☐	☐	☐	☐
Nitrate	☐	☐	☐	☐	☐
Hoạt hóa kênhkali(Nicorandil)	☐	☐	☐	☐	☐
Thuốc điều trị bệnh kèm theo	☐	☐	☐	☐	☐
4. Chăm sóc					
Cấp chăm sóc	☐	☐	☐	☐	☐
Đo dấu hiệu sinh tồn	☐	☐	☐	☐	☐
Mắc Monitor	☐	☐	☐	☐	☐
Đo ECG	☐	☐	☐	☐	☐
Cho BN thở Oxy	☐	☐	☐	☐	☐
Lấy bệnh phẩm gửi XN	☐	☐	☐	☐	☐
Tiêm truyền theo chỉ định	☐	☐	☐	☐	☐
Đưa BN đi làm CDHA	☐	☐	☐	☐	☐
Cho BN uống thuốc	☐	☐	☐	☐	☐
Đo lượng nước tiểu 24 giờ	☐	☐	☐	☐	☐
Hướng dẫn người nhà và BN chế độ ăn và CS	☐	☐	☐	☐	☐
Giải thích cho người nhà về tình trạng bệnh nhân	☐	☐	☐	☐	☐
Tìm hiểu các bản khoản từ NB và người nhà	☐	☐	☐	☐	☐
Các công việc hành chính	☐	☐	☐	☐	☐

5. XUẤT VIỆN

Tình trạng xuất viện	Lâm sàng	☐ Chỉ số sinh tồn: M.....l/phút; HA.....mmHg; SpO2.....%; Nước tiểu.....ml/24 giờ ☐ Khó thở (Phân loại theo NYHA):..... ☐ Đau thắt ngực (Phân độ theo CCS) ☐ Phù (Có-Không):..... ☐ Tĩnh mạch cổ nổi (Có-Không): ☐ Ran ở phổi (Có-Không): ☐ Gallop T3 (Có-Không):..... ☐ Khác (Ghi rõ):.....	
	Cận lâm sàng	☐ EF:.....% ☐ ECG: ☐ Creatinin:.....mg/dl; Na+:.....Mmol/l; K+: .....mmol/l ☐ BNP/NT-proBNP:..... ng/L ☐ Holter huyết áp hoặc điện tim nếu cần.....	
	Thuốc cấp phát sau khi xuất viện(số khám chữa bệnh mạn tính)	☐ Lợi tiểu quai (Hoạt chất, liều lượng):..... ☐ Uc men chuyển (Hoạt chất, liều lượng):..... ☐ Chẹn thụ thể Angiotensin II (Hoạt chất, liều lượng): ☐ Chẹn Beta (Hoạt chất, liều lượng): ☐ Kháng Aldosterol (hoạt chất, liều lượng): ☐ Ivabradin (Hoạt chất, liều lượng): ☐ Digoxin (Hoạt chất, liều lượng): ☐ Nitrate (Hoạt chất, liều lượng): ☐ Chẹn kênh canci (Hoạt chất, liều lượng): ☐ Chống loạn nhịp (Hoạt chất, liều lượng): ☐ Chống kết tập tiểu cầu (Hoạt chất, liều lượng): ☐ Chống đông (Hoạt chất, liều lượng): ☐ statin (Hoạt chất, liều lượng):..... ☐ Thuốc khác (Hoạt chất, liều lượng): 	
	Quy trình	☐ Kết thúc quy trình	☐ Ra khỏi quy trình
Tổng kết ra viện	☐ Bệnh đỡ, giảm ☐ Bệnh nặng xin về	☐ Chuyển viện ☐ Tử vong	
	☐ Tiếp tục điều trị nội khoa tối ưu ☐ Giảm các yếu tố nguy cơ	☐ Phục hồi chức năng tim ☐ Can thiệp, phẫu thuật	

6. QUẢN LÝ VÀ TƯ VẤN BỆNH NHÂN

CHỦ ĐỀ GIÁO DỤC	KỸ NĂNG CỦA BỆNH NHÂN VÀ HÀNH VI TỰ CHĂM SÓC
Định nghĩa và nguyên nhân	- Hiểu được nguyên nhân gây suy tim và tại sao các triệu chứng suy tim xảy ra
Tiền lượng	- Hiểu được các yếu tố tiền lượng quan trọng để đưa ra quyết định phù hợp

Theo dõi triệu chứng và tự chăm sóc bản thân	- Theo dõi và nhận biết được các dấu hiệu và triệu chứng - Ghi lại cân nặng hàng ngày và nhận ra sự tăng cân nhanh chóng - Biết làm thế nào và khi nào để thông báo cho cơ quan chăm sóc y tế - Trong trường hợp tăng khó thở hoặc phù hoặc tăng cân bất ngờ dđootjngọt trên 2 Kg trong 3 ngày, bệnh nhân có thể tăng liều thuốc lợi tiểu và/hoặc thông báo cho Ekip chăm sóc sức khỏe của họ. - Sử dụng liệu pháp lợi tiểu linh hoạt nếu phù hợp và được khuyến cáo sau khi đã giáo dục và cung cấp chỉ dẫn chi tiết phù hợp cho beenhjn hân.
Điều trị thuốc và sự tuân thủ điều trị	- Hiểu được chỉ định, liều dùng và tác dụng phụ của thuốc đang uống - Hiểu được tầm quan trọng của việc điều trị và lý do phải tuân thủ điều trị lâu dài - Tránh dùng các thuốc kháng viêm Non-Steroid.
Chế độ ăn	- Tránh nạp lượng dịch quá mức - Không cần hạn chế dịch thường quy ở beenhjn hân suy tim độ II, III - hạn chế muối ăn vào <2g/ngày (Khoản ¼ muỗng café) - Hạn chế ăn chất béo bão hòa - Hạn chế uống Café, uống quá mức có thể làm cho nhịp tim tăng, tăng huyết áp và khởi phát rối loạn nhịp tim - Bổ sung thêm Omega-3 - Ăn nhiều chất xơ, tránh táo bón (Để gây đau tahwts ngực, khó thở hay rối loạn nhịp) - Nên ăn làm nhiều bữa nhỏ trong ngày
Rượu, thuốc lá và các chất cấm	- Rượu gây độc trực tiếp lên tim, có thể làm giảm co bóp cơ tim và làm tăng rối loạn nhịp - Hạn chế uống rượu, bia. Kiêng rượu, bia nếu bệnh nhân bị bệnh cơ tim do rượu. Giới hạn lượng rượu mỗi ngày: 2 đơn vị cho nam giới và 1 đơn vị cho nữ giới (1 đơn vị tương đương 10ml rượu nguyên chất hay 1 ly rượu vang hoặc 0,5 lít bia) - Bỏ thuốc lá và/hoặc các chất cấm, tránh hút thuốc lá thụ động - Tư vấn và điều trị cai thuốc lá
Hoạt động tập luyện	- Hiểu được lợi ích của tập thể dục - Mức độ và hình thức tập luyện dựa trên từng bệnh nhân cụ thể - Khuyến khích tập luyện khoảng 30 phút/ngày, từ 5 -> 7 ngày trong tuần với cách tăng cường độ từ từ lúc khởi đầu và giảm dần cường độ lúc cuối buổi tập. - Khi lâm sàng ổn định, khuyến khích bệnh nhân thực hiện các công việc hàng ngày và các hoạt động lúc nhàn rỗi mà không gây ra triệu chứng.
Hoạt động tình dục	- Quan hệ tình dục có vẻ an toàn ở bệnh nhân có khả năng hoạt động > 6 METs (Tương đương leo lên được hai tầng lầu mà không mệt hay khó thở và đau ngực). - Bệnh nhân có thể dùng Nitroglycerin dưới lưỡi để ngừa đau ngực và khó thở trong quá trình giao hợp - Bệnh nhân có thể dùng thuốc rối loạn cương (Tadalafil, Sildenafil...) nhưng phải nhớ chống chỉ định dùng Nitrate sau đó (chỉ cho Nitrate sau khi uống Tadalafil ≥ 48 giờ và Lildenafil ≥ 24 giờ) hoặc có hạ huyết áp, rối loạn nhịp hay đau thắt ngực.
Mang thai và uống thuốc tránh thai	- Uống thuốc tránh thai liều thấp có nguy cơ (nhưng ít) gây tăng huyết áp và sinh huyết khối - Mang thai và uống thuốc tránh thai nên cân nhắc nguy cơ và lợi ích mang lại
Tiêm chủng	- Nếu không có chống chỉ định, tất cả beenhjn hân suy tim nên được tiêm ngừa phế cầu và cúm hàng năm - Sung huyết phổi và tăng áp phổi làm tăng nguy cơ viêm phổi (1 trong những nguyên nhân chính gây suy tim mất bù cấp, đặc biệt là ở người lớn tuổi)

Du lịch	- Cần phải thảo luận kế hoạch trước Bác sỹ điều trị - Đi máy bay sẽ tốt hơn các phương tiện khác, đặc biệt nếu đi đường dài. Mặc dù vậy nếu ngồi máy bay lâu, bệnh nhân vẫn có nguy cơ huyết khối tĩnh mạch chi dưới, phù chân - Tránh du lịch lên những nơi độ cao >1.500m vì không khí loãng giảm Oxy - Mang theo thuốc uống hàng ngày và hồ sơ bệnh tật
Các rối loạn thở trong khi ngủ	- Bệnh nhân suy tim có triệu chứng thường có rối loạn thở trong lúc ngủ (Ngưng thở khi ngủ do trung ương hoặc do tắc nghẽn) - Để giảm nguy cơ trên cần phải bỏ thuốc lá, rượu bia và giảm cân nếu có béo phì - Tìm hiểu các biện pháp điều trị nếu có rối loạn thở trong lúc ngủ
Lĩnh vực tâm lý xã hội	- Hiểu được triệu chứng trầm cảm và rối loạn nhận thức là khá phổ biến ở những bệnh nhân bị suy tim và quan trọng cần sự giúp đỡ từ xã hội - Tìm hiểu thêm về các biện pháp điều trị.

7. PHỤ LỤC

Phụ lục 1: Khuyến cáo điều trị suy tim bằng dụng cụ

Khuyến cáo	Nhóm	Chứng cứ
Liệu pháp ICD được khuyến cáo nhằm phòng ngừa tiên phát đột tử do tim ở nhóm bệnh nhân chọn lọc có suy tim giảm EF sau nhồi máu cơ tim ít nhất 40 ngày với LVEF nhỏ hơn và bằng 35% vẫn còn triệu chứng	I	A
CRT được chỉ định cho những bệnh nhân có EF $\leq 35\%$, nhịp xoang LBBB với ORS ≥ 150 ms và có triệu chứng suy tim NYHA 2,3, hoặc 4 còn đi lại được mặc dù đã được điều trị nội khoa theo khuyến cáo	I	A (NYHA 3 hoặc 4) B (NYHA 2)
Liệu pháp ICD được khuyến cáo để phòng ngừa tiên phát đột tử do tim ở nhóm bệnh nhân chọn lọc có suy tim giảm EF sau nhồi máu cơ tim ít nhất 40 ngày với LVEF $\leq 30\%$ có triệu chứng suy tim NYHA 1 mặc dù đã được điều trị nội khoa theo khuyến cáo, khả năng còn sống lớn hơn 1 năm	I	B
CRT có thể có ích cho những bệnh nhân có LVEF $\leq 35\%$ nhịp xoang, không-LBBB với ORS ≥ 150 ms, còn triệu chứng suy tim NYHA 3 hoặc 4 còn đi lại được mặc dù đã được điều trị nội khoa theo khuyến cáo	Ia	A
CRT có thể có ích cho những bệnh nhân có LVEF $\leq 35\%$, nhịp xoang, LBBB với ORS 125-149 ms, còn triệu chứng suy tim NYHA 2, 3 hoặc 4 còn đi lại được dù đã được điều trị nội khoa theo khuyến cáo.	IIa	B
CRT có thể hữu ích ở bệnh nhân rung nhĩ và LVEF $\leq 35\%$ dù đã được điều trị nội khoa theo khuyến cáo nếu: a/ Bệnh nhân cần tạo nhịp thất hoặc có tiêu chuẩn CRT và b/ Triệt đối nút nhĩ thất hoặc kiểm soát tần số cho phép gần 100% tạo nhịp thất với CRT	IIa	B
CRT có thể hữu ích ở bệnh nhân có LVEF $\leq 35\%$ dù đã được điều trị nội khoa theo khuyến cáo được cấy thiết bị mới hoặc thiết bị thay thế với tạo nhịp thất mong muốn ($> 40\%$)	IIa	C
ICD có lợi ích không chắc chắn để kéo dài sự sống có ý nghĩa ở những bệnh nhân có nguy cơ cao đột tử: Nhập viện thường xuyên, suy kiệt hoặc các bệnh phối hợp nặng	IIb	B

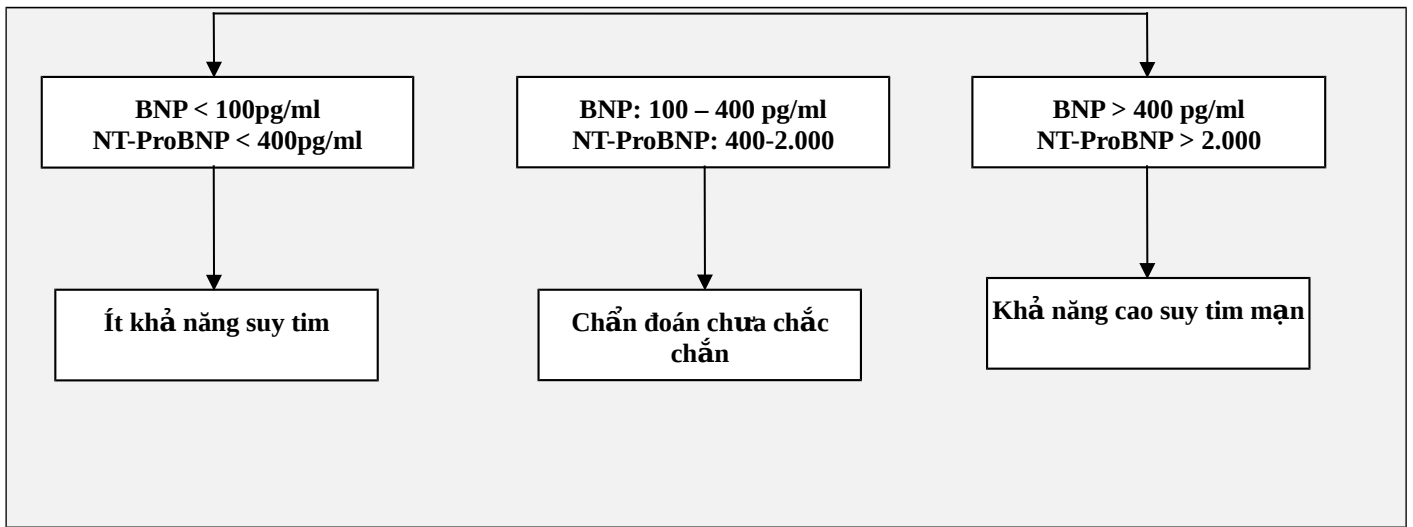
CRT có thể được cân nhắc ở những bệnh nhân có LVEF $\leq 35\%$ nhịp xoang, không LBBB cói ORS 120 – 149 ms và NYHA 3 hoặc 4 còn đi lại được dù đã được điều trị nội khoa theo khuyến cáo	IIb	B
CRT có thể được cân nhắc ở những bệnh nhân có LVEF $\leq 35\%$ nhịp xoang, không LBBB cói ORS ≥ 150 ms và triệu chứng suy tim NYHA 2 dù đã được điều trị nội khoa theo khuyến cáo	IIb	B
CRT có thể được cân nhắc ở những bệnh nhân có LVEF $\leq 30\%$ nhịp tim do thiếu máu cục bộ, nhịp xoang LBBB với ORS ≥ 150 ms và triệu chứng suy tim NYHA 1 dù đã được điều trị nội khoa theo khuyến cáo	IIb	C
CRT không được khuyến cáo cho beenhjn hân suy tim NYHA 1 hoặc 2 không LBBB và có QRS < 150 ms	III. không có lợi	B
CRT không được chỉ định cho những bệnh nhân có nhiều bệnh phối hợp và/hoặc suy kiệt với kỳ vọng sống dưới 1 năm.	III. không có lợi	C
Phụ lục 2: Khuyến cáo các thuốc điều trị suy tim		
Khuyến cáo	Nhóm	Chứng cứ
* Thuốc lợi tiểu: - Thuốc lợi tiểu được khuyến cáo ở những bệnh nhân suy tim giảm phân suất tổng máu có quá tải dịch	I	C
* Thuốc ức chế men chuyển: - Thuốc ức chế men chuyển được khuyến cáo ở tất cả các bệnh nhân suy tim giảm phân suất tổng máu.	I	A
* Thuốc ức chế thụ thể Angiotensin (ARBs) - ARBs được khuyến cáo ở những bệnh nhân suy tim giảm phân suất tổng máu không dung nạp thuốc ức chế men chuyển - ARBs là hợp lý nhằm thay thế các thuốc ức chế men chuyển như là lựa chọn điều trị đầu tiên trong suy tim giảm phân suất tổng máu - Xem xét bổ sung 1 thuốc ARB cho những bệnh nhân suy tim EF giảm vẫn còn triệu chứng dai dẳng khi đã điều trị theo khuyến cáo - Kết hợp thường quy thuốc ức chế men chuyển, ARB và lợi tiểu kháng Aldosterone có thể gây hại(CÂN NHẮC TRÊN TỪNG BỆNH NHÂN, THEO DÕI HÀNG THÁNG)	I IIa IIb III. có hại	A A A C
* Thuốc chẹn β giao cảm - Sử dụng 1 trong 4 thuốc chẹn β đã được chứng minh để làm giảm tỷ lệ tử vong được khuyến cáo ở tất cả các bệnh nhân Ổn định	I	A
* Thuốc kháng Aldosterone - Thuốc kháng Aldosterone được khuyến cáo ở bệnh nhân suy tim NYHA 2-4 có phân suất tổng máu $\leq 35\%$ - Thuốc kháng Aldosterone được khuyến cáo ở bệnh nhân sau nhồi máu cơ tim cấp có triệu chứng suy tim EF $\leq 40\%$ hoặc đái tháo đường - Sử dụng không phù hợp thuốc kháng Aldosterone có thể gây hại	I I III. có hại	A B B
* Hydralazine và Isosorbide dinitrate - Sự kết hợp Hydralazine và Isosorbide dinitrate được khuyến cáo cho người Mỹ gốc Phi có suy tim giảm phân số tổng máu NYHA 3-4	I IIa	A B

- Kết hợp Hydralazine và Isosorbide dinitrate có thể hữu ích ở bệnh nhân không sử dụng được thuốc ức chế men chuyển hoặc ARBs		
* Digoxin - Digoxin có thể có lợi ở bệnh nhân suy tim giảm phân tổng máu	IIa	B
* Thuốc kháng đông - BN suy tim mạn tính có rung nhĩ (Kích phát/dai dẳng/vĩnh viễn) và có thêm một yếu tố nguy cơ lấp mạch não nên được điều trị kháng đông lâu dài - Việc lựa chọn thuốc chống đông nên được cá thể hóa từng BN - BN suy tim mạn có rung nhĩ (kích phát/dai dẳng/vĩnh viễn) và không có thêm yếu tố nguy cơ lấp mạch não khác được điều trị kháng đông lâu dài là hợp lý - Thuốc chống đông không được khuyến cáo ở bệnh nhân có suy tim mạn giảm phân số tổng máu mà không rung nhĩ hoặc thuyên tắc huyết khối trước đó hoặc huyết khối có nguồn gốc từ tim	I I IIa III. Không có lợi	A C B B
* Statins - Statin không có lợi như một liệu pháp thêm vào khi chỉ điều trị cho suy tim	III. Không có lợi	A
* Acid béo Omega-3 - Bổ sung acid béo không bão hòa đa nối đôi là hợp lý như liệu pháp thêm vào trong điều trị suy tim (EF giảm hoặc không) mới cập nhật.	IIa	B
* Các thuốc khác - Không khuyến cáo bổ sung chất dinh dưỡng như là điều trị suy tim cho bệnh nhân suy tim giảm phân suất tống máu - Liệu pháp hormone ngoài lý do là để sửa chữa thiếu hụt hormone không được khuyến cáo trong suy tim giảm phân suất tống máu - Các thuốc được biết có ảnh hưởng xấu đến lâm sàng của bệnh nhân suy tim giảm phân suất tống máu nên tránh hoặc phải thu hồi - Sử dụng lâu dài thuốc Inotrope (+) đường tĩnh mạch không được khuyến cáo và có thể có hại ngoại trừ để điều trị dục bột.	III. không có lợi III. Không có lợi III. Có hại III. Có hại	B C B C
* Thuốc chẹn kênh Canxi - Thuốc chẹn kênh canxi không được khuyến cáo như điều trị thường quy trong suy tim giảm phân suất tống máu	III. không có lợi	A

Phụ lục 3: Chẩn đoán suy tim dựa vào PEPTID bài niệu theo ESC 2008

LS, ECG, XQ ngực thẳng,
Siêu âm tim

BNP hoặc
NT-ProBNP





**QUY TRÌNH CHUYÊN MÔN KCB
THAI NGOÀI TỬ CUNG (TNTC)**

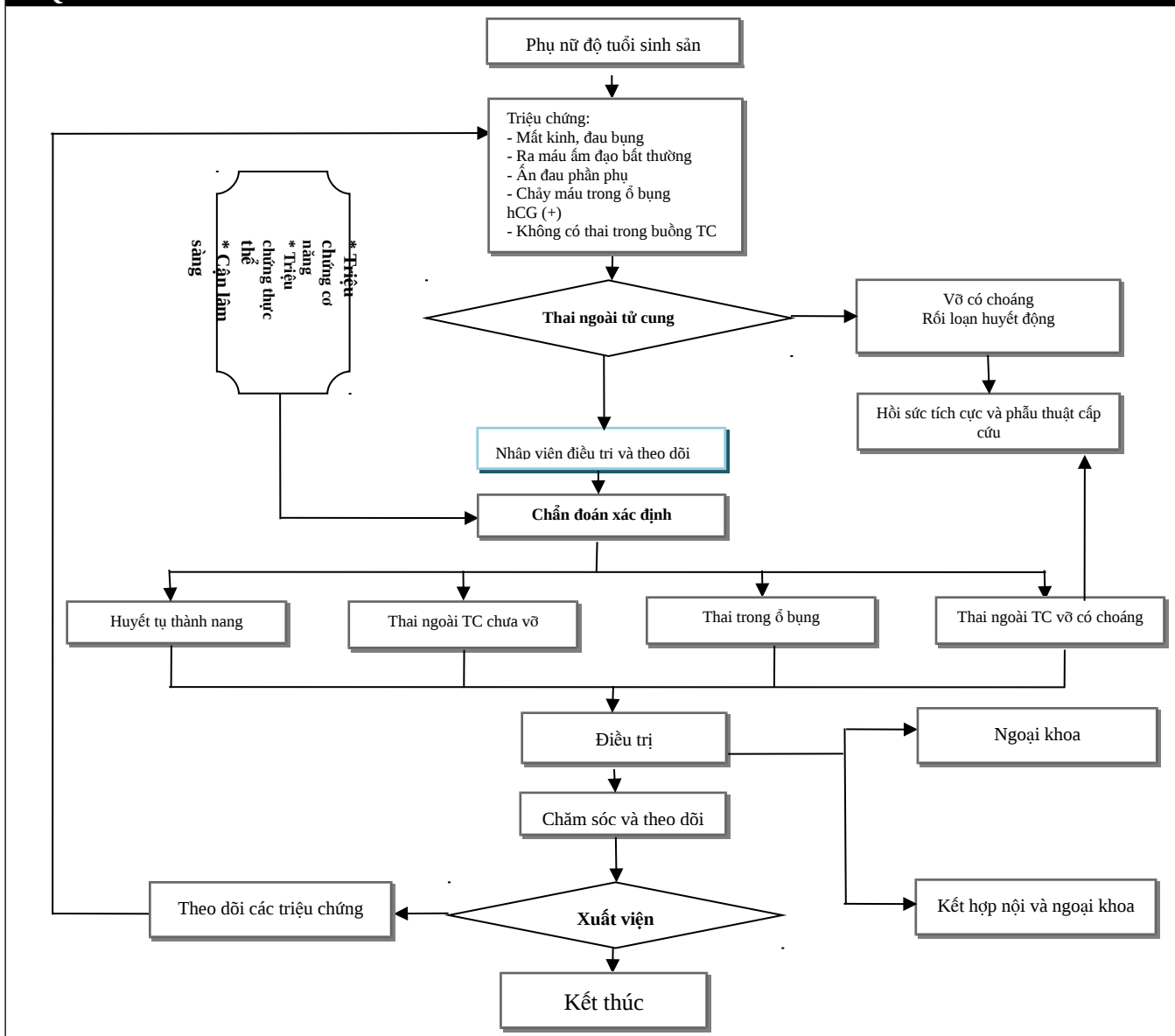
Họ và tên BN:.....
Ngày sinh:.....Giới:.....
Địa chỉ:.....
Số phòng:.....Số giường:.....
Mã BN/ Số HSBA:.....

Lưu ý: Đánh dấu sự lựa chọn ("√" : có; "X" : không) vào ô ☐. Khoanh tròn **O** nếu lựa chọn nội dung; ^ xem thêm chi tiết nội dung trong phụ lục x tương ứng.

1. ĐÁNH GIÁ TRƯỚC KHI VÀO QUY TRÌNH

Tiêu chuẩn đưa vào:	☐ Triệu chứng kinh điển: mất kinh, đau bụng, ra máu âm đạo bất thường ☐ Chảy máu trong ổ bụng ☐ HCG (+)	☐ Ấn đau phần phụ ☐ Phôi thai không nằm đúng trong buồng tử cung
Tiêu chuẩn loại ra:		
Tiền sử	☐ Tiền sử dị ứng ☐ Can thiệp ngoại khoa	Ghi rõ..... Ghi rõ.....

2. QUY TRÌNH CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ



3. NGUYÊN TẮC CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

CHẨN ĐOÁN

- Tam chứng kinh điển: Mất kinh, đau bụng, ra máu âm đạo bất thường
- Bằng chứng chảy máu trong ổ bụng
- Ấn đau phần phụ
- Phôi thai không nằm đúng trong tử cung
- hCG (+)

ĐIỀU TRỊ

- Giải quyết khối TNTC
- Ngừa tái phát TNTC
- Duy trì khả năng sinh sản

4. XỬ TRÍ CẤP CỨU

☐ Có (hoàn thành bảng bên dưới)

☐ Không (chuyển đến mục 5)

Triệu chứng	Xử trí
☐ TNTC có biến chứng (vỡ, choáng)	☐ Phẫu thuật cấp cứu, hồi sức tích cực
☐ Triệu chứng khác:	☐ Xử trí khác:

5. CHẨN ĐOÁN

Triệu chứng cơ năng	☐ Chậm kinh	☐ Rong huyết	☐ Đau vùng hạ vị
Triệu chứng thực thể	☐ Âm đạo có máu đen chảy ra từ CTC ☐ Tử cung không to, mềm	☐ Khối u cạnh tử cung đau	
Cận lâm sàng	Nội dung thực hiện ☐ Định lượng β HCG ¹ ☐ Siêu âm đầu dò đường âm đạo ² ☐ Nội soi ổ bụng ☐ Nạo sinh thiết buồng tử cung ☐ Tổng phân tích TB máu, nhóm máu, sinh hóa, ĐMTP, NTTP,...		Kết quả
Chẩn đoán xác định	☐ Thai ngoài tử cung vỡ có choáng ☐ Huyết tụ thành nang ☐ Thai ngoài tử cung chưa vỡ		☐ Thai trong ổ bụng ☐ Khác:

6. ĐIỀU TRỊ, CHĂM SÓC VÀ THEO DÕI

ĐIỀU TRỊ		
☐ Điều trị nội khoa	☐ Điều trị ngoại khoa	☐ Kết hợp Nội khoa và Ngoại khoa
Thai ngoài tử cung vỡ có choáng	☐ Hồi sức chống choáng tích cực ☐ Cắt Tử cung sát sừng ☐ Phẫu thuật cắt góc tử cung	☐ Phẫu thuật kiểm soát mất máu ☐ Đính sản được chỉ định ☐ Phẫu thuật nội soi/mổ mở
Huyết tụ thành nang	Phẫu thuật	
TNTC chưa vỡ	☐ Mổ bụng ☐ Phẫu thuật nội soi	☐ Cắt vòi tử cung ☐ Điều trị bảo tồn vòi tử cung
Thai trong ổ bụng	☐ Phẫu thuật lấy thai chết	☐ Phẫu thuật lấy thai sống
Điều trị nội khoa	☐ MTX đơn liều ☐ MTX đa liều	

CHĂM SÓC THEO DÕI				
	Ngày 1	Ngày 2	Ngày 3	Ngày n
Đau	☐	☐	☐	☐
Dấu hiệu sinh tồn	☐	☐	☐	☐
Sốt	☐	☐	☐	☐
Vết mổ	☐	☐	☐	☐
Bụng	☐	☐	☐	☐
Ra máu âm đạo	☐	☐	☐	☐
β HCG + Siêu âm nếu điều trị bảo tồn				

7. XUẤT VIỆN**Tiêu chuẩn xuất viện**☐ Triệu chứng lâm sàng ổn định☐ β hCG giảm nhiều (Điều trị bảo tồn)**8. QUẢN LÝ VÀ TƯ VẤN BỆNH NHÂN**☐ Thông tin GDSK**Theo dõi tái nhập viện khi xuất hiện**☐ Tam chứng kinh điển☐ Ấn đau phần phụ☐ β hCG không giảm hoặc tăng**Theo dõi sau phẫu thuật**☐ Theo dõi bằng siêu âm thai kỳ để phòng nguy cơ tái phát☐ Gặp bác sỹ tư vấn khi quyết định mang thai☐ Hẹn tái khám: ngàytháng.....năm.....; Phòng khám số:.....



**QUY TRÌNH CHUYÊN MÔN KCB
THOÁT VỊ BỆN**

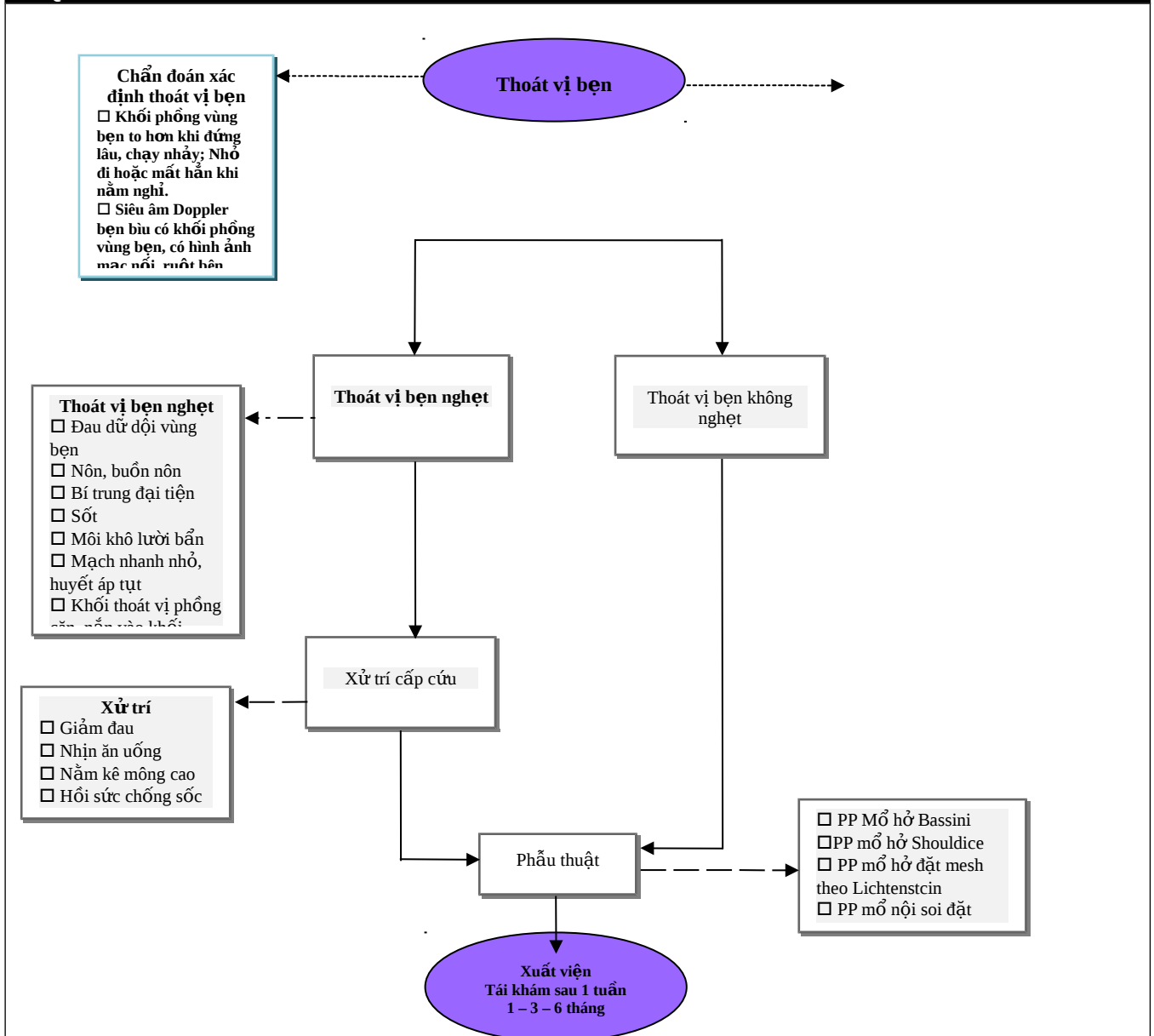
Họ và tên BN:.....
Ngày sinh:.....Giới:.....
Địa chỉ:.....
Số phòng:.....Số giường:.....
Mã BN/ Số HSBA:.....

Lưu ý: Đánh dấu sự lựa chọn (“√” : có; “X” : không) vào ô ☐. Khoanh tròn **O** nếu lựa chọn nội dung; ^ xem thêm chi tiết nội dung trong phụ lục x tương ứng.

1. ĐÁNH GIÁ TRƯỚC KHI VÀO QUY TRÌNH

Tiêu chuẩn đưa vào:	☐ Khối phồng vùng bẹn có từ lúc nhỏ ☐ Khối phồng vùng bẹn mới xuất hiện gần đây sau khi ăn no, rặn mạnh hay làm việc nặng	☐ Khối phồng vùng bẹn to hơn khi đứng lâu, chạy nhảy, nhỏ lại hoặc mất hẳn khi nằm nghỉ
Tiêu chuẩn loại ra:	☐ Khối phồng nằm dưới đường Malgel (Đường nối gai chậu trước trên và gai mu) = Thoát vị đùi	☐ Bệnh lý nội khoa chưa điều trị ổn định, chống chỉ định phẫu thuật
Tiền sử	☐ Tiền sử dị ứng	Ghi rõ.....

2. QUY TRÌNH CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ



Phân loại thoát vị bẹn:
 - Thoát vị bẹn trực tiếp: Khối phồng đi trực tiếp từ trước ra sau và dãn ép vào ổ bụng. Khối phồng không xuống búi.
 - Thoát vị bẹn gián tiếp: Khối phồng di chuyển từ trên xuống dưới, từ ngoài vào trong. Khi dãn ép túi thoát vị, khối phồng đi lệch lên trên và ra ngoài. Khối phồng

3. NGUYÊN TẮC CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị

1. Tư vấn và hướng dẫn bệnh nhân trước và sau phẫu thuật
2. Phẫu thuật theo đúng quy trình kỹ thuật
3. Dùng kháng sinh sau mổ
4. Theo dõi, phòng ngừa tái phát

4. XỬ TRÍ CẤP CỨU NGOẠI KHOA

Dấu hiệu		
Triệu chứng cơ năng	Triệu chứng toàn thân	Triệu chứng thực thể
☐ Đau dữ dội vùng bẹn ☐ Nôn, buồn nôn ☐ Bí trung đại tiện	☐ Sốt ☐ Môi khô, lưỡi bẩn ☐ Mạch nhanh nhỏ ☐ Huyết áp hạ	☐ Khối thoát vị phồng căng, khó bóp nhỏ, không thay đổi thể tích khi ho, rặn mạnh ☐ Nắn vào khối thoát vị bệnh nhân rất đau ☐ Giảm đau ☐ Nhịn ăn uống

5. CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN LOẠI

Thoát vị bẹn trực tiếp	Thoát vị bẹn gián tiếp
☐ Khi dãn ép túi thoát vị, khối phồng đi trực tiếp từ trước ra sau vào ổ bụng ☐ Khối phồng không xuống đến búi	☐ Khi bệnh nhân ho mạnh, khối phồng di chuyển từ trên xuống dưới, từ ngoài vào trong. Khi dãn ép túi thoát vị, khối phồng đi lệch lên trên và ra ngoài ☐ Khối phồng xuống đến búi

DẤU HIỆU			N1	N2	N3	.....	Nn
Lâm sàng	Dấu hiệu sinh tồn	Huyết áp	☐	☐	☐	☐	☐
		Mạch	☐	☐	☐	☐	☐
		Nhiệt độ	☐	☐	☐	☐	☐
	Khối phỏng vùng bẹn		☐	☐	☐	☐	☐
	Đau vùng bẹn		☐	☐	☐	☐	☐
	Triệu chứng khác		☐	☐	☐	☐	☐
Cận lâm sàng	Siêu âm tổng quát, Siêu âm tinh hoàn		☐	☐	☐	☐	☐
	Siêu âm Doppler khảo sát mạch máu, cơ, phần mềm, các tuyến, bẹn, bìu.		☐	☐	☐	☐	☐
	Nước tiểu 10 thông số		☐	☐	☐	☐	☐
	Tổng phân tích tế bào máu bằng máy đếm tự động		☐	☐	☐	☐	☐
	PT, TQ		☐	☐	☐	☐	☐
	APTT, Fibrinogen		☐	☐	☐	☐	☐
	Nhóm máu ABO, RhD		☐	☐	☐	☐	☐
	SGOT		☐	☐	☐	☐	☐
	SGPT		☐	☐	☐	☐	☐
	Glucose máu		☐	☐	☐	☐	☐
	Protein máu		☐	☐	☐	☐	☐
	U rê máu, Albumin		☐	☐	☐	☐	☐
	Creatinin máu		☐	☐	☐	☐	☐
	Điện giải đồ		☐	☐	☐	☐	☐
	HbsAg, HIV		☐	☐	☐	☐	☐
	AntiHCV		☐	☐	☐	☐	☐
	AV test		☐	☐	☐	☐	☐
	ECG, Đo chức năng hô hấp		☐	☐	☐	☐	☐
	X quang tim phổi thẳng, X quang ổ bụng		☐	☐	☐	☐	☐
	Điều trị	Theo phác đồ A		☐	☐	☐	☐	☐
Chăm sóc	Cấp III		☐	☐	☐	☐	☐
5. PHẪU THUẬT			☐ Cấp Cứu		☐ Chương trình		
Phương pháp phẫu thuật (Phụ lục C)	☐ Phương pháp Bassini ☐ Phương pháp Lichtenstein		☐ Phương pháp Shouldice ☐ Phương pháp phẫu thuật nội soi (TEP/TAPP)				
Phương pháp gây mê	☐ Tê tủy sống và ngoài màng cứng		☐ Gây mê toàn thân				
Chẩn đoán sau phẫu thuật	☐ Phù hợp ☐ Không phù hợp		☐ Cụt thể:..... ☐ Cụt thể:.....				
Tai biến/ Biến chứng	☐ Chảy máu trong mổ ☐ Rách thủng bàng quang ☐ Khâu vào ruột, thủng ruột ☐ Tổn thương thần kinh chậu - hạ vị, chậu - bẹn sinh dục đùi gây rối loạn cảm giác vùng bẹn đùi, tê bì.		☐ Chảy máu vết mổ ☐ Sưng hoặc teo tinh hoàn ☐ Nhiễm trùng vết mổ ☐ Khác:				
Thời gian phẫu thuật							

DIỄN TIẾN BỆNH VÀ XỬ TRÍ TẠI PHÒNG HỒI SỨC NGOẠI							
DẤU HIỆU			Giờ	Giờ	Giờ	Giờ	Giờ
	Dấu hiệu sinh tồn	Huyết áp	☐	☐	☐	☐	☐
		Mạch	☐	☐	☐	☐	☐
		Nhiệt độ	☐	☐	☐	☐	☐
	Khối phồng vùng bẹn		☐	☐	☐	☐	☐
	Đau vùng bẹn		☐	☐	☐	☐	☐
	Triệu chứng khác		☐	☐	☐	☐	☐
Điều trị	Theo phác đồ B		☐	☐	☐	☐	☐
Chăm sóc	Cấp I		☐	☐	☐	☐	☐

DIỄN TIẾN BỆNH VÀ XỬ TRÍ SAU PHẪU							
DẤU HIỆU			Giờ	Giờ	Giờ	Giờ	Giờ
	Dấu hiệu sinh tồn	Huyết áp	☐	☐	☐	☐	☐
		Mạch	☐	☐	☐	☐	☐
		Nhiệt độ	☐	☐	☐	☐	☐
	Khối phồng vùng bẹn		☐	☐	☐	☐	☐
	Đau vùng bẹn		☐	☐	☐	☐	☐
	Triệu chứng khác		☐	☐	☐	☐	☐
Cận lâm sàng	Công thức máu		☐	☐	☐	☐	☐
	X quang cẳng chân (Thẳng, nghiêng)		☐	☐	☐	☐	☐
Điều trị	Theo phác đồ C		☐	☐	☐	☐	☐
Chăm sóc	Cấp III		☐	☐	☐	☐	☐

7. XUẤT VIỆN			
Tiêu chuẩn xuất viện	☐ Vết mổ khô, giảm đau ☐ Bệnh nhân tự đi lại, sinh hoạt cá nhân		☐ Không sốt ☐ Khác:.....
Tình trạng xuất viện	☐ Khỏi bệnh ☐ Truyền giảm	☐ Tử vong ☐ Ra khỏi quy trình	☐ Kết thúc qui trình
Hướng điều trị tiếp theo	☐ Cắt chỉ vết mổ ☐ Uống thuốc theo đơn ☐ Tái khám theo hẹn		
		Số ngày điều trị:.....	

8. QUẢN LÝ VÀ TƯ VẤN BỆNH NHÂN			
Phòng tránh tái phát	☐ Hạn chế làm việc nặng, gắng sức ☐ Tiểu khó	☐ Táo bón ☐ Ho kéo dài	☐ Khác:
☐ Hẹn tái khám: Ngày .....tháng .....năm.....; Phòng khám số:.....			

Phụ lục A: Chỉ định phẫu thuật			Phụ lục B: Phân cấp chăm sóc người bệnh
Trẻ em	Người lớn		* Căn cứ theo điều 2 chương I, chương II của thông tư hướng dẫn công tác điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện của Bộ Y tế số: 07/2011/TT-BYT. * Căn cứ theo tài liệu Điều dưỡng cơ bản 1, trang 186 ->188, Nhà xuất bản Y học năm 2008 Phân cấp chăm sóc và nội dung theo từng cấp chăm sóc được quy định như sau:
Thoát vị bẩm sinh: Không nên mổ ngay, chờ 1 năm sau khi sinh	Thoát vị nghẹt Mổ cấp cứu	Thoát vị thường Mổ phiên	

Phụ lục C

Phương pháp tạo hình thành bẹn bằng mảnh ghép nhân tạo

- Lựa chọn phương pháp vô cảm: Tê tủy sống, mê nội khí quản, mê Mash thanh quản....
- Tư thế phẫu thuật: Bệnh nhân nằm ngửa
- Rạch da đường phân giác góc bẹn
- Bóc tách cân cơ tìm túi thoát vị
- Đưa tạng thoát vị vào trong ổ bụng
- Khâu cột cổ tử
- Khâu tạo hình sau Ống bẹn 3 lớp: cơ chéo trong, cơ ngang bụng và lá trên của mạc ngang vào dây chằng bẹn bằng các mũi khâu rời.
- Khâu cân cơ chéo ngoài
- Khâu da
- Băng ép.

Phương pháp tạo hình thành bẹn bằng mảnh ghép nhân tạo

- Lựa chọn phương pháp vô cảm: Tê tủy sống, mê nội khí quản, mê Mash thanh quản...
- Tư thế phẫu thuật: bệnh nhân nằm ngửa
- Rạch da đường phân giác góc bẹn
- Bóc tách cân cơ tìm túi thoát vị
- Đưa tạng thoát vị vào trong ổ bụng
- Khâu cột cổ tử
- Đặt và khâu cố định mảnh ghép vào thành sau Ống bẹn bằng những mũi khâu vắt liên tục
- Xẻ đôi mảnh ghép và khâu lại, ôm sát thừng tinh tại lỗ bẹn sâu
- Khâu cân cơ chéo ngoài
- Khâu da, băng ép

Phương pháp tạo hình thành bẹn Shouldice

- Lựa chọn phương pháp vô cảm: Tê tủy sống, mê nội khí quản, mê Mash thanh quản...
- Tư thế phẫu thuật: Bệnh nhân nằm ngửa
- Rạch da đường phân giác góc bẹn
- Bóc tách cân cơ tìm túi thoát vị
- Đưa tạng thoát vị vào trong ổ bụng
- Khâu cột cổ tử
- Khâu phục hồi thành bẹn 4 lớp
- Lớp trong cùng bắt đầu từ củ mu ra lỗ bẹn sâu: Khâu dải chậu mu với mặt sau của bao sau cơ thẳng bụng ở trong, mặt dưới của mạc ngang-cân cơ ngang-cơ chéo bụng trong ở ngoài.
- Lớp thứ hai, từ lỗ bẹn sâu vào củ mu: Khâu dây chằng bẹn với bờ dưới của cân cơ ngang-cơ chéo bụng trong.
- Lớp thứ ba và thứ tư: Khâu cân cơ ngang-cơ chéo bụng trong với mặt trong của vạt dưới cân cơ chéo ngoài, song song và ngay trên dây chằng bẹn.
- Khâu cân cơ chéo ngoài
- Khâu da
- Băng ép

Phác đồ A	Phác đồ B	Phác đồ C
➤ Dịch truyền LactacRinger 500ml Natriclorid 0,9% Glucose 5% ➤ Kháng sinh Cephalosporin Basultam 1g+1g x 1 lọ TMC hai lần/ngày Ceftazidime 2 g x 1 lọ TMC hai lần/ngày Suprapime 1 g x 1 lọ TMC hai lần/ngày Fluoroquinolon Ciprofloxacin 200mg x 1 chai TTM hai lần/ngày Levofloxacin 750mg x 1chai TTM một lần/ngày Carbapenem Tienam 0,5+0,5 g x 1 lọ pha với NaCl 0,9% TTM hai lần/ngày Invanz 1g x 1 lọ pha với NaCl 0,9% TTM 1 lần/ngày Chống vi khuẩn kỵ khí Metronidazole 500mg x 1 chai TTM hai lần/ngày ➤ PPI Rabeloc 20 mg x1 lọ TMC Một lần/ngày Faditac 20mg x 1 lọ TMC một lần/ngày Biticans 40mg x 1 lọ TMC một lần/ngày ➤ NSAID Mobic 15 mg x 1A tiêm bắp hai lần/ngày Voltaren 75mg 1A tiêm bắp hai lần/ngày ➤ Giảm đau Paracetamol 1g x 1 chai TTM bốn lần/ngày	➤ Dịch truyền LactacRinger 500ml Natriclorid 0,9% Glucose 5% ➤ Kháng sinh Cephalosporin Basultam 1g+1g x 1 lọ TMC hai lần/ngày Ceftazidime 2 g x 1 lọ TMC hai lần/ngày Suprapime 1 g x 1 lọ TMC hai lần/ngày Fluoroquinolon Ciprofloxacin 200mg x 1 chai TTM hai lần/ngày Levofloxacin 750mg x 1chai TTM một lần/ngày Carbapenem Tienam 0,5+0,5 g x 1 lọ pha với NaCl 0,9% TTM hai lần/ngày Invanz 1g x 1 lọ pha với NaCl 0,9% TTM 1 lần/ngày Chống vi khuẩn kỵ khí Metronidazole 500mg x 1 chai TTM hai lần/ngày ➤ PPI Rabeloc 20 mg x1 lọ TMC Một lần/ngày Faditac 20mg x 1 lọ TMC một lần/ngày Biticans 40mg x 1 lọ TMC một lần/ngày ➤ NSAID Mobic 15 mg x 1A tiêm bắp hai lần/ngày Voltaren 75mg 1A tiêm bắp hai lần/ngày ➤ Giảm đau Paracetamol 1g x 1 chai TTM bốn lần/ngày ➤ Cầm máu Cammic 250 mg 2A TMC hai lần/ngày	➤ Dịch truyền LactacRinger 500ml Natriclorid 0,9% Glucose 5% ➤ Kháng sinh Cephalosporin Basultam 1g+1g x 1 lọ TMC hai lần/ngày Ceftazidime 2 g x 1 lọ TMC hai lần/ngày Suprapime 1 g x 1 lọ TMC hai lần/ngày Fluoroquinolon Ciprofloxacin 200mg x 1 chai TTM hai lần/ngày Levofloxacin 750mg x 1chai TTM một lần/ngày Carbapenem Tienam 0,5+0,5 g x 1 lọ pha với NaCl 0,9% TTM hai lần/ngày Invanz 1g x 1 lọ pha với NaCl 0,9% TTM 1 lần/ngày Chống vi khuẩn kỵ khí Metronidazole 500mg x 1 chai TTM hai lần/ngày ➤ PPI Rabeloc 20 mg x1 lọ TMC Một lần/ngày Faditac 20mg x 1 lọ TMC một lần/ngày Biticans 40mg x 1 lọ TMC một lần/ngày ➤ NSAID Mobic 15 mg x 1A tiêm bắp hai lần/ngày Voltaren 75mg 1A tiêm bắp hai lần/ngày ➤ Giảm đau Paracetamol 1g x 1 chai TTM bốn lần/ngày ➤ Cầm máu Cammic 250 mg 2A TMC hai lần/ngày



**QUY TRÌNH CHUYÊN MÔN KCB
THÙNG Ổ LOÉT DẠ DÀY Tá TRÀNG**

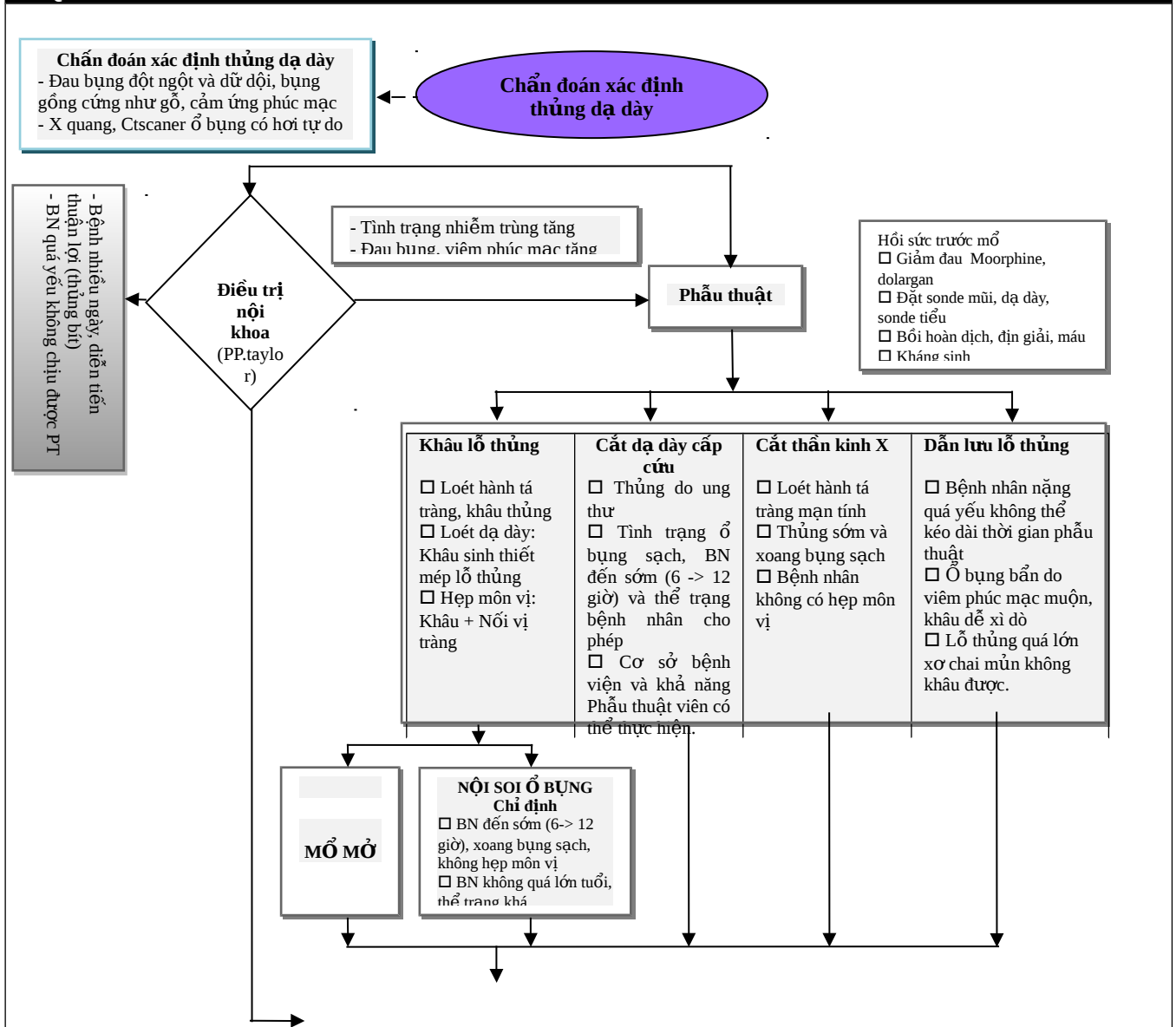
Họ và tên BN:.....
Ngày sinh:.....Giới:.....
Địa chỉ:.....
Sốphòng:.....Số
giường:.....
Mã BN/ Số HSBA:.....

Lưu ý: Đánh dấu sự lựa chọn (“√” : có; “X” : không) vào ô ☐. Khoanh tròn **O** nếu lựa chọn nội dung; ^ xem thêm chi tiết nội dung trong phụ lục x tương ứng.

1. ĐÁNH GIÁ TRƯỚC KHI VÀO QUY TRÌNH

Tiêu chuẩn đưa vào:	☐ Đau bụng đột ngột dữ dội vùng thượng vị, sau lan khắp ổ bụng ☐ Bụng gồng cứng hoặc cảm ứng phúc mạc	☐ X quang ổ bụng hoặc CTscaner ổ bụng có hơi tự do trong ổ bụng
Tiêu chuẩn loại ra:	☐ Đau bụng quặn từng cơn ☐ Khám bụng mềm, không đề kháng	☐ X quang ổ bụng hoặc Ctsaner ổ bụng không có hơi tự do ổ bụng (Chưa loại trừ cần theo dõi thêm)
Tiền sử	☐ Tiền sử dị ứng	Ghi rõ.....

2. QUY TRÌNH CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ



Xuất viện

Theo dõi tại bệnh viện:
- Chảy máu sau
- Áp xe tồn lưu
- Xi, dò tiêu hóa
- Hẹp môn vị

Chẩn đoán phân biệt:
- Viêm tụy cấp
- Viêm PM ruột thừa
- Viêm túi mật

3. NGUYÊN TẮC CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị

1. Tư vấn, giải thích cho người bệnh
2. Thuốc điều trị:
 - Kháng sinh
 - Giảm đau
 - Kháng tiết
3. Phẫu thuật:
 - Khâu lỗ thủng ± nối vị tràng/Dẫn lưu lỗ thủng/Cắt dạ dày/Cắt TK X
 - Sinh thiết tổn thương nếu cần (dạ dày)
 - Làm sạch ổ bụng
 - Dẫn lưu ổ bụng
4. Chăm sóc, theo dõi:

4. XỬ TRÍ CẤP CỨU NGOẠI KHOA

	Dấu hiệu	Xử trí
Triệu chứng cơ năng	☐ Đau bụng dữ dội đột ngột ☐ Buồn nôn, nôn ☐ Bí trung đại tiện (Tối muộn) ☐ Sốt	☐ Giảm đau ☐ Nhịn ăn, uống ☐ Đặt sonde dạ dày ☐ Hạ sốt
Triệu chứng toàn thân	☐ Môi khô, lưỡi đỏ ☐ Mạch nhanh, nhẹ, huyết áp hạ	☐ Chống shock ☐ Kháng sinh toàn thân
Triệu chứng thực thể	☐ Đau khắp bụng, gồng cứng, cảm ứng phúc mạc ☐ Gõ mất vùng đục trước gan ☐ Gõ đục vùng thấp ☐ XQ liềm hơi dưới cơ hoành 2 bên, dưới gan ☐ CT hơi tự do ổ bụng, dịch tự do ổ bụng ☐ Siêu âm dịch ổ bụng, chọc dò ổ bụng có dịch đục	☐ Phẫu thuật cấp cứu
Cận lâm sàng		

5. CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN LOẠI

- ☐ Thủng ổ loét mặt sau dạ dày: Áp xe hậu cung mạc nối
- ☐ Thủng bít: Con đau ban đầu giảm dần, bụng bớt cứng
- ☐ Thủng kèm hẹp môn vị: Tiền căn có dấu hiệu hẹp môn vị, thể trạng suy kiệt
- ☐ Thủng kèm chảy máu: Gặp trong trường hợp ổ loét đối nhau (Kissing Ulser)
- ☐ Thủng ở bệnh nhân già yếu, nghiện ma túy: Bụng không gồng cứng

DIỄN TIẾN BỆNH VÀ XỬ TRÍ TRƯỚC PHẪU THUẬT

DẤU HIỆU			N1	N2	N3	...	Nn
	Toàn thân						
Lâm sàng	Dấu hiệu sinh tồn	Huyết áp					
		Mạch					
		Nhiệt độ					
	Tình trạng bụng		☐	☐	☐	☐	☐
	Vết mổ		☐	☐	☐	☐	☐
	Triệu chứng khác		☐	☐	☐	☐	☐
Cận lâm sàng	Siêu âm tổng quát		☐	☐	☐	☐	☐
	X quang ổ bụng đứng		☐	☐	☐	☐	☐
	CTScanner ổ bụng		☐	☐	☐	☐	☐

	X quang tim phổi	☐	☐	☐	☐	☐				
	ECG	☐	☐	☐	☐	☐				
	Tổng phân tích tế bào máu	☐	☐	☐	☐	☐				
	Nhóm máu ABO, Rh(D)	☐	☐	☐	☐	☐				
	PT, APTT, TT, Fibrinogen	☐	☐	☐	☐	☐				
	SGOT, SGPT	☐	☐	☐	☐	☐				
	Ure	☐	☐	☐	☐	☐				
	Creatinin máu	☐	☐	☐	☐	☐				
	Glucose máu	☐	☐	☐	☐	☐				
	Amylase máu	☐	☐	☐	☐	☐				
	Điện giải đồ (Na ⁺ , K ⁺ , Cl ⁻)	☐	☐	☐	☐	☐				
	Protein	☐	☐	☐	☐	☐				
	Albumin máu	☐	☐	☐	☐	☐				
	HbsAg	☐	☐	☐	☐	☐				
	Amti HCV	☐	☐	☐	☐	☐				
	Test EV	☐	☐	☐	☐	☐				
	Xét nghiệm khác, CRP, NTTP	☐	☐	☐	☐	☐				
Điều trị	Điều trị theo phác đồ	☐	☐	☐	☐	☐				
Chăm sóc	Cấp I	☐	☐	☐	☐	☐				
6. PHẪU THUẬT										
		☐ Cấp Cứu	☐ Chương trình							
Phương pháp phẫu thuật	☐ Khâu lỗ thủng, rửa bụng, dẫn lưu ổ bụng qua nội soi	☐ Mổ mở khâu lỗ thủng, rửa bụng, dẫn lưu ổ bụng	☐ Cắt bán phần dạ dày							
Phương pháp vô cảm	☐ Gây mê toàn thân	☐ Gây mê toàn thân	☐ Gây mê toàn thân							
Chẩn đoán sau phẫu thuật	☐ Phù hợp	☐ Không phù hợp	☐ CỤ thể:.....							
Lượng mất máu										
Tai biến/ Biến chứng	☐ Không	☐ Có	☐ CỤ thể:.....							
Thời gian phẫu thuật										
DIỄN TIẾN BỆNH VÀ XỬ TRÍ TRƯỚC PHẪU THUẬT										
DẤU HIỆU		N1	N2	N3	...	Nn				
	Toàn thân									
Lâm sàng	Dấu hiệu sinh tồn	Huyết áp								
		Mạch								
		Nhiệt độ								
	Tình trạng bụng		☐	☐	☐	☐				
	Đau khắp bụng, bụng gồng cứng, cảm ứng phúc mạc		☐	☐	☐	☐				
	Gõ mất vùng đục trước gan		☐	☐	☐	☐				
	Gõ đục vùng thấp									
Cận lâm sàng	Siêu âm tổng quát		☐	☐	☐	☐				
	X quang ổ bụng đứng		☐	☐	☐	☐				
	CTScanner ổ bụng		☐	☐	☐	☐				
	X quang tim phổi, Ổ bụng		☐	☐	☐	☐				
	ECG		☐	☐	☐	☐				

	Tổng phân tích tế bào máu	☐	☐	☐	☐	☐
	Nhóm máu ABO, Rh(D)	☐	☐	☐	☐	☐
	PT, APTT, TT, Fibrinogen	☐	☐	☐	☐	☐
	SGOT, SGPT	☐	☐	☐	☐	☐
	Ure	☐	☐	☐	☐	☐
	Creatinin máu	☐	☐	☐	☐	☐
	Glucose máu	☐	☐	☐	☐	☐
	Amylase máu	☐	☐	☐	☐	☐
	Điện giải đồ (Na ⁺ , K ⁺ , Cl ⁻)	☐	☐	☐	☐	☐
	Protein	☐	☐	☐	☐	☐
	Albumin máu	☐	☐	☐	☐	☐
	HbsAg	☐	☐	☐	☐	☐
	Amti HCV	☐	☐	☐	☐	☐
	Test EV	☐	☐	☐	☐	☐
	Xét nghiệm khác	☐	☐	☐	☐	☐
	CRP	☐	☐	☐	☐	☐
	NTTP	☐	☐	☐	☐	☐
Điều trị	Điều trị theo phác đồ	☐	☐	☐	☐	☐
Chăm sóc	Cấp I	☐	☐	☐	☐	☐

7. XUẤT VIỆN

Tiêu chuẩn xuất viện	☐ Mạch huyết áp ổn định ☐ Hết sốt	☐ Hết đau bụng ☐ Bụng mềm, không đau
Tình trạng xuất viện	☐ Khỏi bệnh ☐ Thuyên giảm ☐ Ra khỏi quy trình	☐ Tử vong ☐ Chuyển viện
Hướng điều trị tiếp theo	☐ Cắt chỉ vết mổ: ☐ Tái khám	☐ Uống thuốc theo toa: ☐ Dinh dưỡng:

8. QUẢN LÝ VÀ TƯ VẤN BỆNH NHÂN

☐ Thông tin GDSK (phụ lục II)	☐ Không tự mua uống giảm đau không có chỉ dẫn của Bác sỹ. ☐ Điều trị triệt để viêm dạ dày và HP
☐ Hẹn tái khám: ngày .....tháng.....năm.....; Phòng khám số:.....	

9. PHỤ LỤC

Phụ lục 1 PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ	
Bù dịch	☐ Lactat Ringer ☐ Natri Chloride 0,9% ☐ Glucose 5% ☐ Đạm ☐ Mỡ
	☐ Khi chưa có kết quả kháng sinh đồ - Cephalosporin + Busaltam 1g +1g một lọ TMC x 2 lần/ngày + Ceftazidime 2g một lọ TMC x 2 lần/ngày - Fluoroquinolon + Ciprofloxacin 200mg một chai TTM x 2 lần/ngày + Levofloxacin 750mg một chai TTM x 1 lần/ngày - Carbapenem + Ertapenem (Invanz) 1g pha 100ml NaCl 0,9% TTM x 1 lần/ngày + Tienam 0,5+0,5g một lọ pha NaCl 0,9% TTM x 2 lần/ngày + Chống vi khuẩn kỵ khí

	+ Metronidazol 0,5g TTM một chai x 2 lần/ngày ☐ Có kháng sinh đồ: Theo kết quả kháng sinh đồ
Giảm đau	☐ Moorphin ☐ Tramadol ☐ Paracetamol
Kháng tiết	☐ PPI ☐ Ức chế H ⁺



QUY TRÌNH CHUYÊN MÔN ĐIỀU TRỊ BỆNH TIÊU CHẢY CẤP Ở TRẺ EM

Họ và tên BN:.....
Ngày sinh:.....Tuổi:.....Giới:.....
Địa chỉ:.....
Số bệnh án:.....CN (Kg):.....

- (1) CÁC TÌNH HUỐNG BỆNH CẦN PHÂN BIỆT VỚI BỆNH TCC
- ☐ Lòng ruột (Đổi với trẻ đại tiện phân có máu)
 - ☐ Viêm não cấp: Dịch tể, chùng ngừa VNMB, dấu hiệu TK, RLTG
 - ☐ Bệnh TCM (phát ban, lết họng, dấu hiệu toàn thân)
 - ☐ Nhiễm khuẩn huyết (Sốt cao, tổng trạng, phát ban)
 - ☐ Bệnh tả
 - Dịch tể
 - Đại tiện rất nhiều nước, phân lờ lờ như nước vo gạo
 - Thường có dấu hiệu mất nước

Xử trí theo quy trình tương ứng

Trẻ tiêu chảy phân nhiều nước từ 3 lần/ngày trở lên
Và thời gian bệnh từ khi khởi phát < 14 ngày

Suy hô hấp nặng?

Không

Sốc?

Không

Co giật?

Không

Nghỉ ngờ tả hoặc bệnh toàn thân khác (tiêu chảy triệu chứng (1))

Không

- (2) ĐÁNH GIÁ MẤT NƯỚC
- | | |
|--|-------------------------------|
| ☐ Li bì hoặc khó đánh thức | Có hai dấu hiệu mất nước nặng |
| ☐ Mắt trũng | |
| ☐ Không uống được, rất kém | |
| ☐ Véo da mất rất chậm (>2s) | |
| ☐ Vật vã, kích thích | Có hai dấu hiệu mất nước |
| ☐ Mắt trũng | |
| ☐ Uống háo hức | |
| ☐ Véo da mất chậm | |

Nhập viện nội trú, bù dịch theo phác đồ B (4) (Fom-8B)

(*) Phân loại mất nước (2)

Không mất nước

(4) BÙ DỊCH THEO PHÁC ĐỒ B: BÙ ORS TRONG 4 GIỜ (75 ml/kg)

Tuổi	<4 Th	4-11Th	2-4T	5-14T	≥ 15T
CN(Kg)	< 5	5-7,9	11-15,9	16-29,9	≥ 30
Số ml	200-400	400-600	800-1200	1200-2200	2200-400

Bù dịch theo phác đồ A (5) (Fom-8A)

(3) BÙ DỊCH THEO PHÁC ĐỒ C

Tuổi	Khởi đầu: 30ml/kg	Sau đó: 70ml/kg
< 12Th	ml/1 giờ	ml/5 giờ
12 th -5 T	ml/30 Ph	ml/2,5 giờ

Xem xét khả năng bệnh lý khác theo quy trình tương ứng

Thực hiện cận lâm sàng

Dấu hiệu QLS của Bệnh khác

Dấu hiệu Liên quan Biến chứng TCC

Có bất thường trên CLS

Không

Tìm nguyên nhân và điều chỉnh các rối loạn trên CLS

- (7B) ĐIỀU TRỊ HỖ TRỢ
- ☐ Probiotics (Không dùng nếu có HC lý)
 - ☐ Diosmectic
 - ☐ Racecadotril
- DỪNG KHI TRẺ ĐẾN SỚM TRONG VÒNG 2 NGÀY ĐẦU
- DỪNG TỐI ĐA 3 NGÀY (Nếu không hiệu quả hoặc đến khi trẻ lành bệnh)
- KHÔNG PHỐI HỢP 2 VÀ 3

(8) TIÊU CHẢY RA VIỆN-ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ

- Có đủ các tiêu chuẩn sau:
- ☐ Không có dấu hiệu mất nước
 - ☐ Không có bệnh lý kèm theo khác cần điều trị nội trú
 - ☐ Thân nhân đã được hướng dẫn cách chăm sóc trẻ TCC tại nhà (theo phác đồ A) và uống bù dịch hiệu quả
 - ☐ Có đủ điều kiện tái khám khi trẻ có dấu hiệu nặng

ĐÁNH GIÁ TRƯỚC KHI ĐƯA VÀO QUY TRÌNH

Số lần tiêu/24 giờ qua:.....lần; ☐ Phân có máu

TG bệnh:.....ngày ☐ > 14 ngày

☐ Có bệnh mạn tính (Tim mạch, hô hấp....)

NHẬP CẤP CỨU/HỒI SỨC TÍCH CỰC

- ☐ Hồi sức hô hấp (nếu có)
- ☐ Hồi sức sốc (Nếu có): Bù dịch ban đầu theo phác đồ sốc nhiễm khuẩn: LR 20 ml/Kg/15 phút (Tối đa 3 lần)
- ☐ Cắt cơn co giật (Nếu có)

Lưu ý: Nguyên nhân thường gặp ở trẻ bệnh TCC có suy hô hấp và mất nước là **toan chuyển hóa nặng**

Nhập cấp cứu Bù dịch theo phác đồ C (3) (Fom-8C)

- (6) CHỈ ĐỊNH CẬN LÂM SÀNG
- ☐ Khí máu động mạch: Trẻ có thở nhanh đặc biệt ở trẻ còn thở nhanh khi hết dấu hiệu mất nước(*)
 - ☐ TP T TBM: sốt cao, nghi nhiễm khuẩn ngoài ruột
 - ☐ Điện giải đồ: Mất nước, chướng bụng, co giật
 - ☐ Đường huyết nhanh: RLTG, co giật
 - ☐ CLS theo dõi người bệnh có sốc (Phác đồ sốc NK)
 - ☐ CLS khác: Chẩn đoán phân biệt

CHỈ ĐỊNH KHÁNG SINH

A. Bệnh TCC (HC lý)

- ☐ Ciprofloxacin 15mg/kg/lần x 2 lần/ngày x 3 ngày (U) - Hoặc
- ☐ Ceftriaxone 50-100mg/kg/ngày (1 lần)x 2-5 ngày (TB,TTMC)

B ☐ Bệnh phổi hợp: Theo HDĐT, OTĐT tương ứng

(7A) Vitamin A cho trẻ SDD nặng

< 1 tuổi ☐ 100.000 UI/ uống

Tiêu chuẩn điều trị tại nhà? (8)

Điều trị ngoại trú Tái khám mỗi 1-2 ngày Khám ngay khi có dấu hiệu nặng

Tiếp tục theo dõi tại bệnh viện

Bs khám bệnh

I. MỤC TIÊU VÀ CÁC BIẾN ĐỔI CHẤP NHẬN ĐƯỢC (Normal variance)

1. Mục tiêu cần đạt:

- Giảm tỷ lệ bỏ sót bệnh toàn thân nặng có biểu hiện đại tiện lỏng
- Giảm tỷ lệ nhập viện của người bệnh tiêu chảy cấp
- Giảm thời gian nằm viện của người bệnh tiêu chảy cấp
- Tăng tỷ lệ
 - Phân loại mất nước đúng và chọn lựa đúng phác đồ bù nước
 - Chỉ định kháng sinh đúng
 - Dùng kẽm đúng liều, đủ thời gian
 - Sử dụng Diosmectic, Racecadotril, Probiotics hợp lý

2. Các biến đổi chấp nhận được:

- Bù dịch đường tĩnh mạch khi có 1 trong 2 tình huống sau đây
 - Người bệnh có dấu hiệu mất nước + nôn (Uống không đủ)
 - Nôn nhiều, tốc độ thải phân cao và không mất nước
- Nhập viện do không đủ điều kiện theo dõi tại nhà
- Dùng hoặc không dùng Probiotics, Racecadotril, Diosmectic (1 trong 3 thuốc) trong 48 giờ đầu từ khi bệnh khởi phát
- Dùng NH thay cho LR)Không có)
- Dùng ORS thay cho ORS giảm thẩm thấu (không có)

II. BẢNG LƯỢNG GIÁ THỰC HIỆN QUY TRÌNH ĐIỀU TRỊ TIÊU CHẢY CẤP

Mã hóa các biến khảo sát

- Chỉ định nhập viện: 0=Hợp lý; 1+Nhập viện quá mức; 2=Không nhập viện ở trẻ có chỉ định
- Phân loại mất nước: 0=Phù hợp; 1=Cao hơn; 2=Thấp hơn (Mức thực tế)
- Chọn phác đồ bù dịch: 0=Phù hợp; 1=Cao hơn; 2=Thấp hơn (Mức phân loại)
- Chỉ định kháng sinh: 0=Không dùng; 1=Phân không có máu; 2=Kháng sinh khác Cipro/Ceftri; 3=Thời gian sử dụng dài hơn khuyến cáo của HDĐT
- Sử dụng kẽm: 0=Sử dụng đúng HDĐT; 1=Dùng dưới 10 ngày; 2=Không dùng
- (a,b,c) Probiotics, Racecadotril, Diosmectic: 0=Không dùng Hoặc dùng trong hai ngày đầu tiên; 1=Dùng từ ngày 3 trở đi; 2= dùng > 3 ngày nhưng không hiệu quả; 3=Kết hợp Racecadotril và Diosmectic
- Phát hiện bệnh toàn thân nhóm chẩn đoán phân biệt vào ngày cuối cùng: 0=Không; 1=Có
- Thời gian nằm viện: (Ngày, giờ ra viện) – (Ngày, giờ vào viện)

Ngày thực hiện giám sát --- Số bệnh án	Ngày, giờ thực hiện	nhập viện(1) Chỉ định	nước(2) Phân loại mất	dịch(3) Chọn phác đồ bù	(4) Chỉ định kháng sinh	(5) Sử dụng kẽm	(6a) Probiotics	(6b) Racecadotril	(6c) Diosmectic	(7) Bệnh lý loại trừ	Ngày, giờ ra viện	(8) Thời gian nằm viện	Ghi chú
													1
													2
													3
													4
													5
													6
													7
													8
													9
													10
													11
													12

TC													
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



**QUY TRÌNH CHUYÊN MÔN KCB
U LÀNH TUYẾN VÚ (ULTV)**

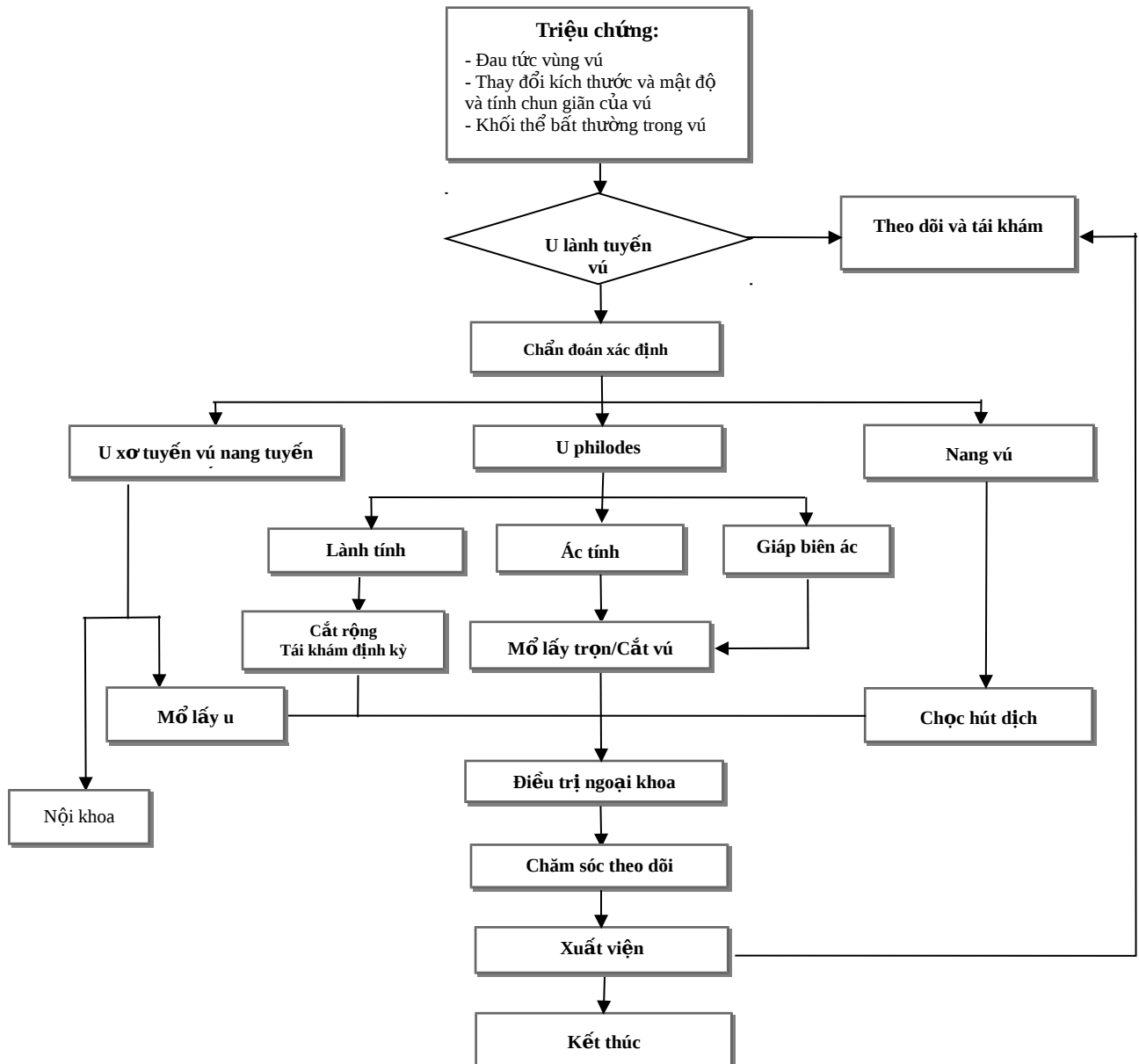
Họ và tên BN:.....
Ngày sinh:.....Giới:.....
Địa chỉ:.....
Sốphòng:.....Số
giường:.....
Mã BN/ Số HSBA:.....

Lưu ý: Đánh dấu sự lựa chọn (“√” : có, “X” : không) vào ô ☐. Khoanh tròn **O** nếu lựa chọn nội dung; ^ xem thêm chi tiết nội dung trong phụ lục x tương ứng.

1. ĐÁNH GIÁ TRƯỚC KHI VÀO QUY TRÌNH

Tiêu chuẩn đưa vào:	☐ Đau tức vùng vú	☐ Khối thể bất thường trong vú
	☐ Thay đổi kích thước vú, mật độ và tính chun giãn của vú	
Tiêu chuẩn loại ra:	☐ Người mắc bệnh xác định về vú	
Tiền sử	☐ Tiền sử dị ứng	Ghi rõ.....
	☐ Can thiệp ngoại khoa	Ghi rõ.....

2. QUY TRÌNH CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ



3. NGUYÊN TẮC CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ ⁽¹⁾

- Cần ưu tiên chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời
- Chẩn đoán có thể dựa vào triệu chứng cơ năng và hình thái vú. Chẩn đoán dựa trên hình ảnh siêu, chụp nhũ ảnh hoặc chọc hút tế bào.
- Các biện pháp can thiệp ngoại khoa cần cố gắng chú trọng đến tính thẩm mỹ và bắt buộc phải có sự tư vấn và cam kết đồng ý thực hiện của người bệnh.
- Dặn dò người bệnh tái khám và theo dõi đúng lịch.

4. XỬ TRÍ CẤP CỨU

☐ Có (hoàn thành bảng bên dưới)

☐ Không (chuyển đến mục 5)

Triệu chứng	Xử trí
☐ Triệu chứng 1 ☐ Triệu chứng 2 ☐ Triệu chứng n ☐ Triệu chứng khác:	☐ Hồi sức ☐ Dịch truyền ☐ Thuốc ☐ Xử trí khác:.....

5. CHẨN ĐOÁN

	Triệu chứng	Khám lần 1	Khám lần n
U xơ tuyến vú	- Sờ thấy khối mềm - Ranh giới thay đổi theo chu kỳ kinh nguyệt - Gây đau - Cảm giác cương, tức - Vú mất cân đối - Tăng kích thước vú - Siêu âm vú - Nhũ ảnh - Chọc hút tế bào - Sinh thiết giải phẫu bệnh	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
U phyllodes	- Sờ khối u to, cứng, chắc - Khối u chiếm toàn bộ vú - Da trên bướu căng bóng, mỏng - Tĩnh mạch dân bên trên bướu - Hạch nách - Siêu âm vú - Nhũ ảnh - Chọc hút tế bào - Sinh thiết giải phẫu bệnh	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Nang vú	- Khối riêng rẽ - Di động - Mật độ căng - Kích thước không đồng nhất - Siêu âm - Nhũ ảnh - Chọc hút tế bào - Sinh thiết giải phẫu bệnh	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

6. ĐIỀU TRỊ VÀ CHĂM SÓC THEO DÕI

ĐIỀU TRỊ				
☐ Điều trị nội khoa		☐ Điều trị ngoại khoa		
		Ngày 1	Ngày 2	Ngày n
Điều trị nội khoa	U xơ tuyến vú			
	☐ Progesteron dạng bôi	☐	☐	☐
	☐ Progesteron dạng uống	☐	☐	☐
	☐ Progesteron dạng dán	☐	☐	☐
	☐ Thuốc giảm đau	☐	☐	☐
	☐ Kháng sinh	☐	☐	☐

Điều trị ngoại khoa	Thực hiện	
	U xơ tuyến vú	☐ Mổ lấy trọn
	U phyllodes lành tính	☐ Cắt rộng ☐ Tái khám định kỳ 6 tháng
	U phyllodes lành tính	☐ Mổ laaysh oàn toàn bộ khối u và tổ chức lành quanh khối u ☐ Cắt vú ☐ Tạo hình

CHĂM SÓC THEO DÕI				
	Ngày 1	Ngày 2	Ngày 3	Ngày n
- Tổng trạng, tri giác	☐	☐	☐	☐
- Dấu hiệu sinh tồn	☐	☐	☐	☐
- Đánh giá đau	☐	☐	☐	☐
- Tình trạng vết mổ	☐	☐	☐	☐
- Dịch truyền	☐	☐	☐	☐
- Kháng sinh	☐	☐	☐	☐
- Thuốc khác	☐	☐	☐	☐
- Vận động	☐	☐	☐	☐
- Sonde dẫn lưu (nếu có)	☐	☐	☐	☐
- XN sinh hóa, CTM,....	☐	☐	☐	☐
Chăm sóc cấp				

7. XUẤT VIỆN

Tiêu chuẩn xuất viện	☐ Triệu chứng lâm sàng ổn định	☐ Bệnh nhân tỉnh táo hoàn toàn
-----------------------------	---	---

8. QUẢN LÝ VÀ TƯ VẤN BỆNH NHÂN

☐ Thông tin GDSK	Theo dõi tái nhập viện khi xuất viện
	☐ Sốt ☐ Đau tức vùng vú và quanh vú ☐ Vết mổ đau, tiết dịch nhiều ☐ Các triệu chứng bất thường khác Sinh hoạt ☐ Để vết mổ thông thoáng, không mặc áo gầy hãm, bí ☐ Sinh hoạt vận động nhẹ nhàng ☐ Dinh dưỡng đầy đủ ☐ Tái khám định kỳ 3 tháng hoặc 6 tháng theo đúng hẹn ☐ Không tự ý làm thủ thuật thẩm mỹ vú khi chưa có chỉ định của Bác sỹ.
☐ Hẹn tái khám: ngày .....tháng.....năm.....; Phòng khám số:.....	



**QUY TRÌNH CHUYÊN MÔN KCB
U NANG BUỒNG TRỨNG**

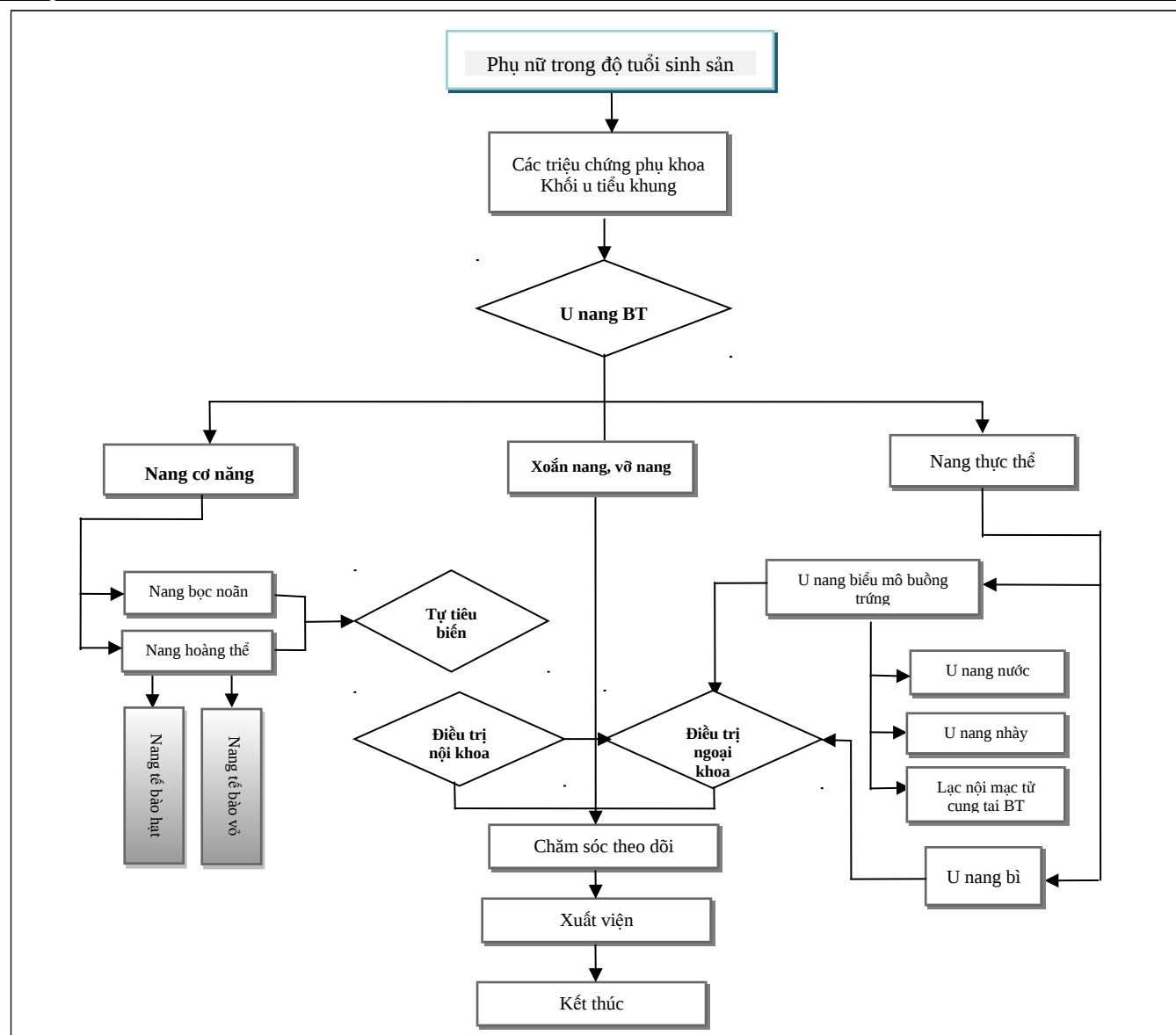
Họ và tên BN:.....
Ngày sinh:.....Giới:.....
Địa chỉ:.....
Số phòng:.....Số giường:.....
Mã BN/ Số HSBA:.....

Lưu ý: Đánh dấu sự lựa chọn (“√” : có; “X” : không) vào ô ☐. Khoanh tròn **O** nếu lựa chọn nội dung; ^ xem thêm chi tiết nội dung trong phụ lục x tương ứng.

1. ĐÁNH GIÁ TRƯỚC KHI VÀO QUY TRÌNH

Tiêu chuẩn đưa vào:	☐ Khối u buồng trứng	☐ Tắc nặng bụng
		☐ Các XN sinh hóa, CTM, nhóm máu, ĐMTP, NTTP, HIV, HCV, HbsAg,...
		☐ Siêu âm TCPP, Chụp CTScanre ổ bụng,...
Tiêu chuẩn loại ra:	☐ Triệu chứng phụ khoa do bệnh lý khác	
Tiền sử	☐ Tiền sử dị ứng	Ghi rõ:.....
	☐ can thiệp ngoại khoa	Ghi rõ:.....

2. QUY TRÌNH CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ



3. NGUYÊN TẮC CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ ⁽¹⁾

Khi đã chẩn đoán u nang thực thể nên mổ cắt u sớm

- Đối với người trẻ: Bóc u, bảo tồn chức năng sinh sản

- Đối với người mãn kinh: Cắt cả hai phần phụ

- U nang nhầy: Cắt phần phụ để tránh tái phát

- Nghi ngờ ung thư: Lấy dịch túi cùng Douglas làm tế bào + cắt phần phụ có u và sinh thiwwts buồng chứng đối diện.

4. XỬ TRÍ CẤP CỨU

☐ Có (Hoàn thành bảng bên dưới)

☐ Không (Chuyển đến mục 5)

Triệu chứng	
☐ Xoắn hoặc vỡ nang	☐ Phẫu thuật cấp cứu
☐ Đau đột ngột	☐ Hồi sức tích cực
☐ Choáng	☐ Truyền dịch
☐ Nôn	
☐ Triệu chứng khác:.....	☐ Xử trí khác:.....

5. ĐIỀU TRỊ VÀ CHĂM SÓC THEO DÕI

ĐIỀU TRỊ				
☐ Điều trị nội khoa		☐ Điều trị ngoại khoa		
Điều trị nội khoa	Nang cơ nang: Theo dõi + dùng thuốc tránh thai 3 tháng liên tục			
Điều trị ngoại khoa	Nang thực thể: Mổ nội soi hoặc mổ bụng			
CHĂM SÓC THEO DÕI				
	Ngày 1	Ngày 2	Ngày 3	Ngày n
Tổng trạng, tri giác	☐	☐	☐	☐
Dấu hiệu sinh tồn	☐	☐	☐	☐
Tình trạng vết mổ	☐	☐	☐	☐
Tình trạng bụng	☐	☐	☐	☐
Dịch truyền	☐	☐	☐	☐
Kháng sinh	☐	☐	☐	☐
Thuốc khác	☐	☐	☐	☐
Vận động	☐	☐	☐	☐
Sonde dẫn lưu	☐	☐	☐	☐
Các XN sinh hóa, CTM, Nhóm máu, NTTP,...	☐	☐	☐	☐
Siêu âm ổ bụng, Siêu âm tử cung, phần phụ...	☐	☐	☐	☐
Chăm sóc cấp:	.....	.....	.....	.....

6. XUẤT VIỆN

Tiêu chuẩn xuất viện	☐ Triệu chứng lâm sàng ổn định	☐ Bệnh nhân tỉnh táo hoàn toàn
----------------------	---	---

7. QUẢN LÝ TƯ VẤN BỆNH NHÂN

☐ Thông tin Giáo dục sức khỏe	Theo dõi tái nhập viện khi xuất viện ☐ Sốt ☐ Đau tức vùng ú và vùng quanh vú ☐ Vết mổ đau, tiết dịch nhiều ☐ Các triệu chứng bất thường khác Sinh hoạt ☐ Sinh hoạt vận động nhẹ ☐ Dinh dưỡng đầy đủ ☐ Tái khám đúng hẹn ☐ Gặp Bác sỹ tư vấn khi quyết định mang thai
--	--

☐ Hẹn tái khám: Ngày.....tháng.....năm.....; Phòng khám số:

8. PHỤ LỤC

Một số điểm lưu ý trong điều trị U nang buồng trứng

8.1. Biến chứng hay gặp là:

- Xoắn nang: hay gặp ở khối u có kích thước nhỏ, cuống dài, không dính, xoắn nang có thể xảy ra khi đang mang thai (nhất là trong những tháng đầu thai nghén), hoặc sau khi đẻ
- Triệu chứng: Đau đột ngột dữ dội, vã mồ hôi, choáng, nôn.
- Xử trí: Mổ cấp cứu, tháo xoắn, nếu buồng trứng hồng trở lại thì bóc tách u bảo tồn buồng trứng.
- Vỡ nang: Thường xảy ra khi nang bị xoắn hoặc sau chấn thương vùng bụng dưới.
- Nhiễm khuẩn nang: Xảy ra khi xoắn nang nhiễm khuẩn làm cho nang to lên, dính vào các tạng xung quanh. Biểu hiện lâm sàng giống viêm nội mạc tử cung.
- Chèn ép tiểu khung: Khối u đè vào trực tràng, bàng quang. Nang to, tiến triển trong nhiều năm choán hết ổ bụng, chèn ép tĩnh mạch chủ dưới gây phù, tuần hoàn bàng hệ, cổ chướng.

8.2. Có thai kém u nang buồng trứng:

- Được chẩn đoán qua khám thai định kỳ hoặc qua siêu âm.
- Có thể gặp bất kỳ loại nang nào, nhưng hay gặp là nang hoàng thể hay u nang bì, ít khi gặp nang ác tính.
- Nên mổ vào thời gian 13 tuần vì lúc này rau thai đã tiết đủ hoocmon để nuôi dưỡng thai, nếu là nang hoàng thể thì thường giảm kích thước hoặc không phát triển nữa, có thể không cần phải mổ và xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.
- Nếu U phát triển to lên trong 3 tháng giữa thai kỳ, thì nên mổ ngay, trừ khi chỉ phát hiện được trong thời kỳ cuối thai nghén.



**QUY TRÌNH CHUYÊN MÔN KCB
U PHÌ ĐẠI (LÀNH TÍNH) TUYẾN TIỀN LIỆT**

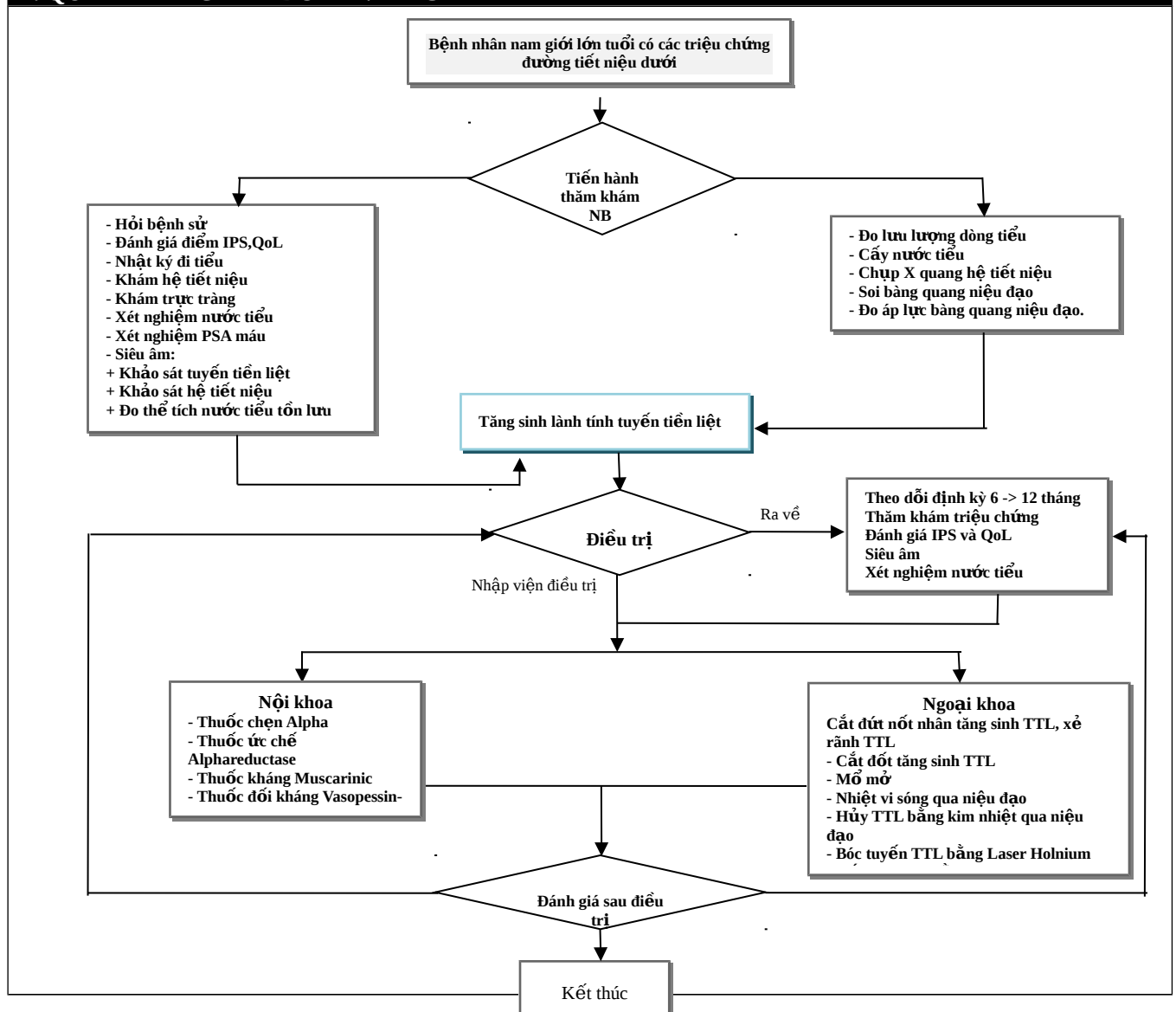
Họ và tên BN:.....
Ngày sinh:.....Giới:.....
Địa chỉ:.....
Sốphòng:.....Số
giường:.....
Mã BN/ Số HSBA:.....

Lưu ý: Đánh dấu sự lựa chọn (“√” : có; “X” : không) vào ô ☐. Khoanh tròn **O** nếu lựa chọn nội dung; ^ xem thêm chi tiết nội dung trong phụ lục x tương ứng.

1. ĐÁNH GIÁ TRƯỚC KHI VÀO QUY TRÌNH

Tiêu chuẩn đưa vào:	☐ Triệu chứng roioids loạn tiểu tiện chưa xác định nguyên nhân (Nhóm triệu chứng kích thích tắc nghẽn) ⁽¹⁾ ☐ Bí tiểu, Tắc nghẽn dòng nước tiểu	☐ Nam giới, trung niên ☐ Bất thường trên LS và CLS nghi do U phì đại tuyến tiền liệt
Tiêu chuẩn loại ra:	☐ Rối loạn tiểu tiện do bệnh lý hệ tiết niệu. ☐ Bí tiểu cấp do dùng thuốc	☐ Bí tiểu cấp do uống rượu, bia ☐ Bí tiểu cấp do bất động kéo dài: chấn thương hoặc bệnh lý thần kinh
Tiền sử	☐ Tiền sử dị ứng ☐ Can thiệp ngoại khoa	Ghi rõ..... Ghi rõ.....

2. QUY TRÌNH CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ



3. NGUYÊN TẮC CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

Chỉ định điều trị dựa vào mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng, mức độ bận tâm và nguyện vọng của bệnh nhân. Thông tin về nguy cơ và lợi ích của việc lựa chọn điều trị nên được giải thích cho tất cả các bệnh nhân.

Nguyên tắc điều trị

1. Theo định kỳ 6 đến 12 tháng
2. Điều trị nội khoa
3. Điều trị ngoại khoa
4. Khác:

4. XỬ TRÍ CẤP CỨU		☐ Có hoàn thành bảng bên dưới	☐ Không chuyển đến mục 5
Triệu chứng		Xử trí	
☐ Bí tiểu cấp ☐ Có cầu bàng quang ☐ Đái khó phải rặn ☐ Triệu chứng khác:.....		☐ Dẫn lưu bàng quang trên xương mu ☐ Mở thông bàng quang trên xương mu ☐ Xử trí khác:.....	
5. CHẨN ĐOÁN			
Đánh giá điểm IPSS ⁽²⁾	☐ Nhẹ (0->7 điểm)	☐ Trung bình (8->19 điểm)	☐ Nặng (20->35 điểm)
Đánh giá điểm QoL ⁽³⁾	☐ Sống tốt hoặc bình thường (1->2 điểm) ☐ Sống được hoặc tạm được 3->4 điểm ☐ Không chịu được (5->6 điểm)		
Nhật ký đi tiểu	☐ Theo dõi ít nhất trong hai ngày		
Khám lâm sàng	☐ Khám hệ tiết niệu: Thận, điểm niệu quản ☐ Khám cầu bàng quang	☐ Khám bộ phận SD ngoài ☐ Thăm khám trực tràng	
Phân tích nước tiểu	☐ Nitrite ☐ Bạch cầu niệu	☐ Hồng cầu niệu ☐ Đường niệu ☐ Khác:.....	
Xét nghiệm máu	☐ Định lượng Creatinin, Ure máu, Glucose máu, SGOT, SGPT, Protein, Albumin ☐ Điện giải đồ	☐ Định lượng PSA ☐ Đông máu, nhóm máu ☐ HIV, HbsAg	
Siêu âm đường bụng Đường trực tràng	☐ Khảo sát tuyến tiền liệt ☐ Khảo sát hệ tiết niệu	☐ Đo thể tích nước tiểu tồn lưu	
Các xét nghiệm bộ trợ	☐ Đo lượng dòng tiểu ☐ Cấy nước tiểu ☐ Điện tim, Đo chức năng hô hấp ☐ Chụp X quang hệ tiết niệu ☐ X quang ngực trái ☐ X quang ổ bụng không chuẩn bị	☐ Soi bàng quang – niệu đạo ☐ Đo áp lực bàng quang, niệu đạo	

6. ĐIỀU TRỊ

ĐIỀU TRỊ		
Theo dõi	☐ Điều trị nội khoa	☐ Điều trị ngoại khoa
	☐ Định kỳ 6 -> 12 tháng	☐ Siêu âm khảo sát hình thái hệ tiết niệu
	☐ Thăm khám lâm sàng	☐ Siêu âm đo thể tích nước tiểu tồn lưu
	☐ Đánh giá IPSS, QoL	☐ Đo lưu lượng dòng nước tiểu
	☐ Xét nghiệm nước tiểu	
	☐ Siêu âm đo kích thước TTL	
Điều trị nội khoa	☐ Thuốc chẹn Alpha	☐ Thuốc kháng muscarinic
	☐ Thuốc ức chế 5-alpha reductase	☐ Thảo dược
	☐ Thuốc đối kháng Vassopresin - desmopressin	☐ Khác:.....
Điều trị ngoại khoa	☐ Dẫn lưu bàng quang trên xương mu	☐ Nhiệt vi sóng qua niệu đạo

	☐ Cắt đứt đốt nhân tăng sinh ☐ Xẻ rãnh TTL ☐ Cắt đốt tăng sinh TTL ☐ Mổ mở bóc TTL ☐ Bóc hơi TTL bằng Laser Greenlight	☐ Hủy TTL bằng kim nhiệt qua niệu đạo ☐ Bóc TTL bằng Laser Holmium ☐ Khác:.....
--	---	--

7. XUẤT VIỆN

Tiêu chuẩn xuất viện	☐ Bác sỹ chỉ định ☐ Triệu chứng lâm sàng ổn định ☐ Bệnh nhân/thân nhân yêu cầu được xuất viện/chuyển viện	☐ Các chỉ số lâm sàng cải thiện
-----------------------------	--	--

8. QUẢN LÝ VÀ TƯ VẤN BỆNH NHÂN

☐ Thông tin GDSK	☐ Hạn chế uống nước trước khi đi ngủ ☐ Tránh: Đồ uống có chứa Caffeine hoặc thức ăn có gia vị. ☐ Tránh sử dụng một số loại thuốc như: Thuốc lợi tiểu, thuốc thông mũi, thuốc kháng Histamin, thuốc chống trầm cảm... khi chưa có ý kiến của Bác sỹ. ☐ Luyện tập cách thở tiều tiện giúp cho bàng quang hoạt động tốt ☐ Thực hiện các bài tập tăng sức mạnh sàn chậu ☐ Ăn uống thức ăn dễ tiêu và hoạt động để tránh táo bón.
☐ Hẹn tái khám: ngày .....tháng.....năm.....; Phòng khám số:.....	

9. PHỤ LỤC. PHỤ LỤC

Phụ lục 1 U PHÌ ĐẠI LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT Các triệu chứng do kích thích

- Đái nhiều lần nhất là về ban đêm gây mất ngủ cho bệnh nhân.
- Đái vội: Đột nhiên bệnh nhân có cảm giác buồn đái dữ dội, có cảm giác nước tiểu són ra ngoài không kiểm soát được.
- Đái buốt thường có kết hợp với viêm đường tiết niệu.
- Các triệu chứng do tắc nghẽn: Bệnh nhân đái khó, phải rặn, tia nước tiểu yếu, đái xong không có cảm giác thoải mái.

Phụ lục II THANG ĐIỂM ĐÁNH GIÁ TRIỆU CHỨNG IPSS

	Hoàn toàn không	Có ít hơn 1/5 lần	Có ít hơn 1/2 lần	Có khoảng 1/2 lần	Có hơn 1/2 lần	Hầu như thường xuyên
1. Khoảng 1 tháng qua, bao nhiêu lần bệnh nhân có cảm giác còn nước tiểu trong bàng quang sau khi tiểu xong						
2. Khoảng 1 tháng qua, sau khi tiểu xong có bao nhiêu lần bệnh nhân phải đi tiểu lại trong khoảng thời gian chưa đến 2 giờ						
3. Khoảng một tháng qua có bao nhiêu lần bệnh nhân thấy khi đang đi tiểu bị ngưng và sau đó phải đi tiểu lại nhiều lần như vậy.						
4. Khoảng một tháng qua có bao nhiêu lần bệnh nhân cảm thấy khó nín tiểu.						
5. Khoảng một tháng qua có bao nhiêu lần bệnh nhân cảm thấy tia nước tiểu nhỏ và yếu.						
6. Khoảng một tháng qua có bao nhiêu lần bệnh nhân phải rặn hoặc cố sức mới có thể bắt đầu đi tiểu được.	0 lần	1 lần	2 lần	3 lần	4 lần	≥ 5 lần
7. Khoảng một tháng qua ban đêm có bao nhiêu lần bệnh nhân phải tỉnh dậy và đi tiểu						

Phụ lục III CÂU HỎI QoL

Chất lượng cuộc sống	Hoàn nguyên	Tốt	Khá	Tạm	Khó chịu	Khổ	Khổ sở
Bạn cảm thấy thế nào nếu như bạn phải sống hết quãng đời còn lại với các triệu chứng này?							



**QUY TRÌNH CHUYÊN MÔN KCB
U XƠ TỬ CUNG (UXTC)**

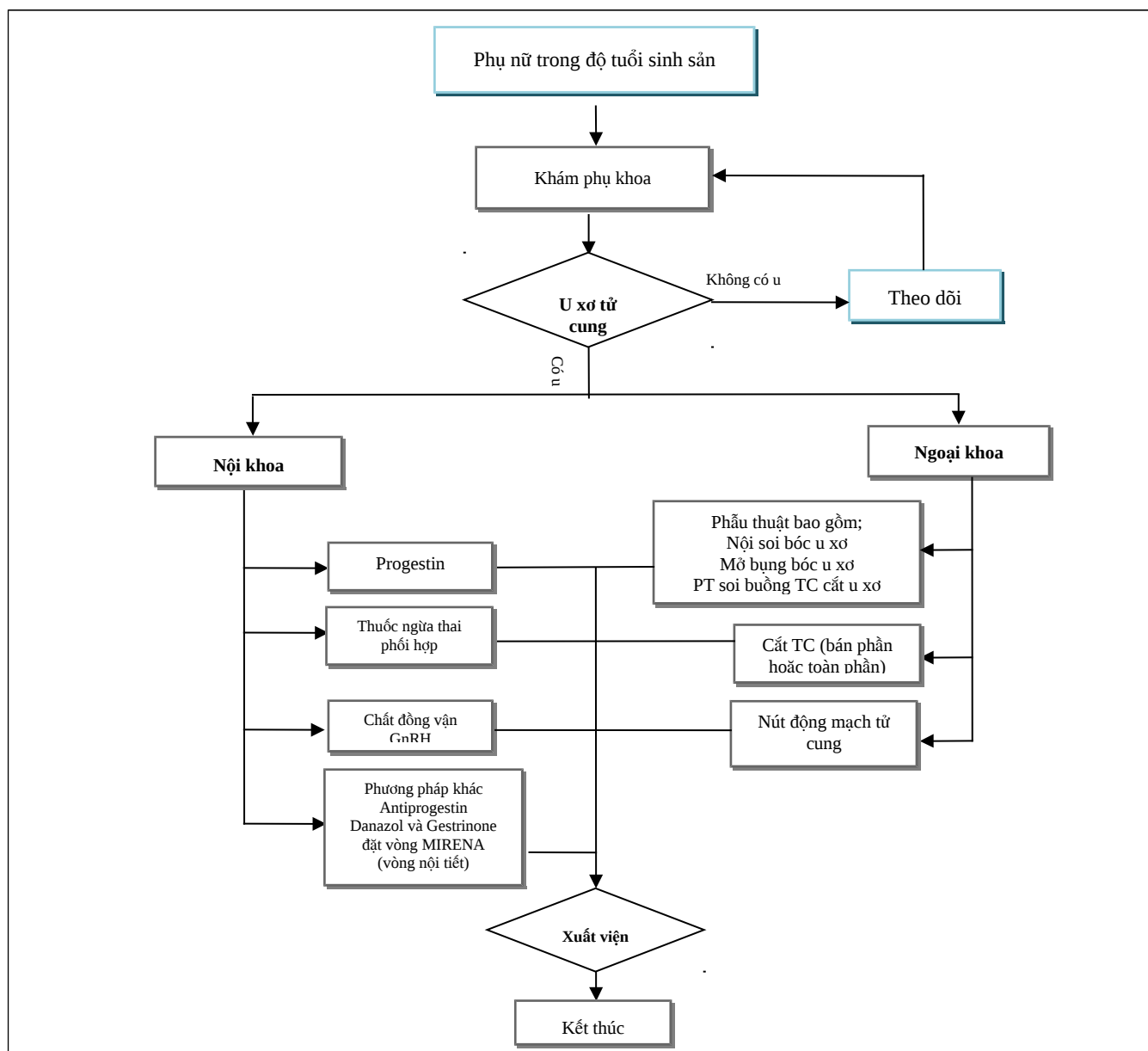
Họ và tên BN:.....
Ngày sinh:.....Giới:.....
Địa chỉ:.....
Số phòng:.....Số giường:.....
Mã BN/ Số HSBA:.....

Lưu ý: Đánh dấu sự lựa chọn (“√” : có; “X” : không) vào ô ☐. Khoanh tròn **O** nếu lựa chọn nội dung; ^ xem thêm chi tiết nội dung trong phụ lục x tương ứng.

1. ĐÁNH GIÁ TRƯỚC KHI VÀO QUY TRÌNH

Tiêu chuẩn đưa vào:	☐ Xuất huyết tử cung bất thường ☐ Các triệu chứng chèn ép vùng hạ vị	☐ Người bệnh yêu cầu khám phụ khoa
Tiêu chuẩn loại ra:	☐ Xuất huyết tử cung bất thường do nguyên nhân, bệnh lý xác định khác ☐ Đau vùng chậu do nguyên nhân khác ☐ Khối u hạ vị	
Tiền sử	☐ Tiền sử dị ứng ☐ can thiệp ngoại khoa	Ghi rõ..... Ghi rõ.....

2. QUY TRÌNH CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ



3. NGUYÊN TẮC CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ ⁽¹⁾

Chẩn đoán:

Phần lớn phụ nữ có u xơ tử cung không có triệu chứng lâm sàng nhưng cũng có thể có triệu chứng nặng.

Điều trị:

- làm giảm nhẹ các triệu chứng
- Giảm kích thước khối u xơ
- Cách thức can thiệp nên tùy vào từng người bệnh
- Xử lý u xơ tử cung có thể bằng biện pháp theo dõi, điều trị nội khoa hay phẫu thuật.

4. XỬ TRÍ CẤP CỨU ☐ Có (Hoàn thành bảng bên dưới) ☐ Không (Chuyển đến mục 5)

Triệu chứng	
☐ Shock, choáng do xuất huyết nặng	☐ Phẫu thuật cấp cứu, hồi sức, truyền máu
☐ Tắc nghẽn đường tiểu	☐ Thông tiểu, theo dõi
☐ Triệu chứng khác	☐ Xử trí khác

5. CHẨN ĐOÁN

	Triệu chứng	Khám lần 1	Khám lần n
Xuất huyết tử cung bất thường	Rong kinh Rong huyết Cường kinh	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐
Các triệu chứng chèn ép vùng hạ vị	Cảm giác trần nặng Táo bón Tiểu lắt nhắt Bí tiểu Khác:.....	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Thăm khám	Nhọt nhạt, thiếu máu Tử cung to, chắc, mật độ không đều Khác:.....	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐
Cận lâm sàng	- Siêu âm phát hiện u xơ TC - Cộng hưởng từ MRI và CT scanner - XN sinh hóa, Huyết học, ĐM TP, NTTP, HIV, HCV, HbsAg, Ca125,	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐

6. ĐIỀU TRỊ VÀ CHĂM SÓC THEO DÕI

ĐIỀU TRỊ				
☐ Điều trị nội khoa		☐ Điều trị ngoại khoa		
Điều trị nội khoa		Ngày 1	Ngày 2	Ngày n
	Progestins			
	☐ Lynestenol 5 mg	☐	☐	☐
	☐ Norethisterone 5 mg	☐	☐	☐
	☐ Dysrogestone	☐	☐	☐
	☐ Nomegestrol acetate 5 mg	☐	☐	☐
	☐ Khác (vòng nội tiết....)	☐	☐	☐
	☐ Thuốc ngừa thai phối hợp	☐	☐	☐
	Chất đồng vận GnRH			
	☐ Triptorelin 3,75 mg/tháng	☐	☐	☐
	☐ Leuprolide 3,75 mg/tháng	☐	☐	☐
	☐ Goserelin 3,6 mg/tháng	☐	☐	☐
	☐ Antiprogesterins	☐	☐	☐
	☐ gestrinone Androgenic steroids	☐	☐	☐
Điều trị ngoại khoa bóc nhân xơ	Điều kiện chỉ định	Thực hiện		
	☐ UXTC ở cơ và dưới thanh mạc	☐ Mở bụng bóc u xơ		
	☐ UXTC dưới niêm mạc	☐ Nội soi BTC cắt u xơ ☐ Nội soi bóc u xơ		
Cắt tử cung	☐ Người bệnh được tư vấn và đồng ý	☐ Cắt tử cung		
Tắc động mạch	☐ Có chống chỉ định gây mê toàn thân	☐ Đặt Catheter động mạch		

tử cung	☐ Muốn giữ lại tử cung ☐ Bệnh nhân từ chối phaauxt huật	☐ Bơm plastic ☐ Bơm Gel ☐ Thuốc giảm đau ☐ Theo dõi biến chứng ☐ Bệnh nhân ra viện sau một này		
	☐ Polype buồng tử cung, u xơ tử cung dưới niêm mạc <4 cm ☐ Điều trị triệu chứng xuất huyết bất thường	☐ Cắt nhân xơ tử cung		
CHĂM SÓC VÀ THEO DÕI				
	Ngày 1	Ngày 2	Ngày 3	Ngày n
Tổng trạng, tri giác	☐	☐	☐	☐
Dấu hiệu sinh tồn	☐	☐	☐	☐
Tình trạng vết mổ	☐	☐	☐	☐
Tình trạng ổ bụng	☐	☐	☐	☐
Tình trạng âm đạo	☐	☐	☐	☐
Nhu động ruột và trung tiện	☐	☐	☐	☐
Dịch truyền	☐	☐	☐	☐
Kháng sinh	☐	☐	☐	☐
Thuốc khác	☐	☐	☐	☐
Vận động	☐	☐	☐	☐
Sonde dẫn lưu (nếu có)	☐	☐	☐	☐
Chăm sóc cấp:	.....	.....	.....	.....
7. XUẤT VIỆN				
Tiêu chuẩn xuất viện	☐ Triệu chứng lâm sàng ổn định ☐ Bệnh nhân tỉnh táo hoàn toàn		☐ Bác sỹ chỉ định	
8. QUẢN LÝ TƯ VẤN BỆNH NHÂN				
☐ Thông tin Giáo dục sức khỏe	Theo dõi tái nhập viện khi xuất viện ☐ Sốt ☐ Đau phần phụ, đau vùng bụng dưới ☐ Các triệu chứng bất thường khác Sinh hoạt ☐ Sinh hoạt vận động nhẹ ☐ Dinh dưỡng đầy đủ ☐ Tái khám đúng hẹn ☐ Gặp Bác sỹ tư vấn khi quyết định mang thai			
☐ Hẹn tái khám: Ngày.....tháng.....năm.....; Phòng khám số:				



**QUY TRÌNH CHUYÊN MÔN KCB
VIÊM MÀNG NÃO VI KHUẨN Ở NGƯỜI
LỚN**

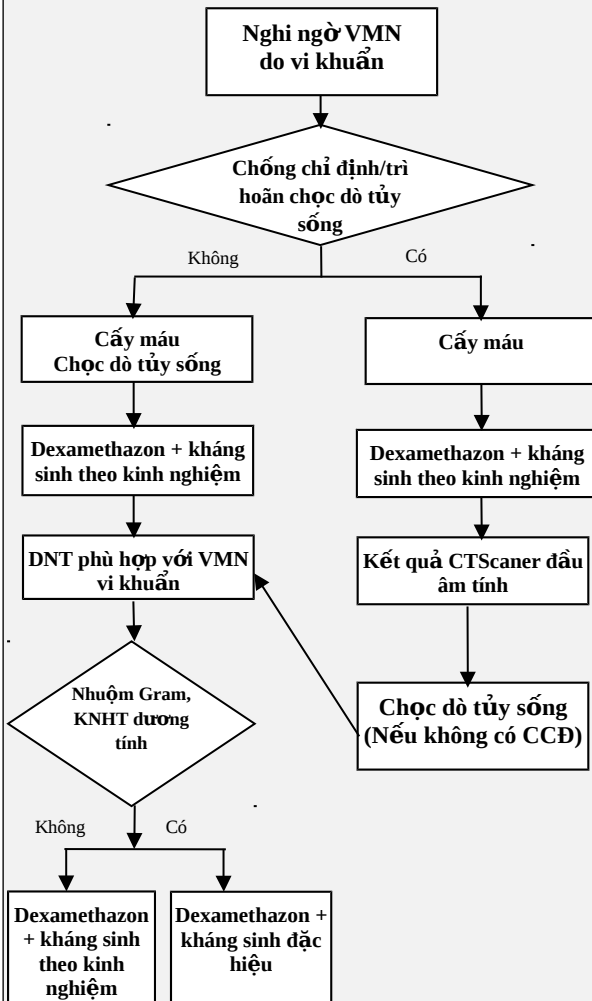
Họ và tên BN:.....
Ngày sinh:.....Giới:.....
Địa chỉ:.....
Sốphòng:.....Số
giường:.....
Mã BN/ Số HSBA:.....

Lưu ý: Đánh dấu sự lựa chọn (“√” : có “X” : không) vào ô ☐. Khoanh tròn **O** nếu lựa chọn nội dung; ^ xem thêm chi tiết nội dung trong phụ lục x tương ứng.

1. ĐÁNH GIÁ TRƯỚC KHI VÀO QUY TRÌNH

Tiêu chuẩn đưa vào:	Có dịch viêm màng não	☐ Có	☐ Không
	Sốt	☐ Có	☐ Không
	Đau đầu	☐ Có	☐ Không
	Thay đổi tri giác	☐ Có	☐ Không
	Cứng gáy	☐ Có	☐ Không
	Sợ ánh sáng	☐ Có	☐ Không
Tiêu chuẩn loại ra:	VMN Ở bệnh nhân chấn thương đầu	☐ Có	☐ Không
	VNM Sau phẫu thuật thần kinh	☐ Có	☐ Không
	VNM Do lao	☐ Có	☐ Không
Tiền sử	☐ Tiền sử dị ứng	Ghi rõ.....	
	Tiếp xúc viêm màng não	☐ Có	☐ Không
	Tiếp xúc do lao	☐ Có	☐ Không

2. QUY TRÌNH CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ



DẤU HIỆU	THỰC HIỆN
Không có chống chỉ định/tri hoãn chọc dò tủy sống	☐ Cấy máu ngay ☐ Dexamethazon TM ☐ Chọc dò tủy sống và sử dụng kháng sinh nếu SDNT phù hợp với VMN vi khuẩn
Có CCD/tri hoãn Chọc dò tủy sống CTScanner trước chọc dò ☐ Phù gai thị ☐ BN có ức chế miễn dịch ☐ Thay đổi tri giác ☐ Dấu hiệu thần kinh khu trú ☐ Co giật khu trú mới xuất hiện ☐ Tiền căn bệnh lý thần kinh trung ương Chống chỉ định chọc dò ☐ Sốc nặng ☐ Rối loạn đông máu ☐ Nhiễm trùng da khu trú Dấu hiệu nặng ☐ Hôn mê/co giật ☐ Rối loạn huyết động ☐ Rối loạn chuyển hóa nặng, Nhiễm toan nặng, Giảm Natri máu... ☐ Cần thở máy	☐ Cấy máu ngay ☐ Dexamethazone TM ☐ Kháng sinh TM ☐ CTScanner đầu ☐ Nhập Hồi sức tích cực
Dexamethazone 10 mg TM mỗi 6 giờ trong 3 – 5 ngày nếu có ☐ Thay đổi tri giác ☐ Dấu hiệu thần kinh khu trú ☐ Áp lực dịch não tủy trên 40 cm H ₂ O ☐ Bằng chứng phù não trên chẩn đoán hình ảnh ☐ VMN do H.Influenzic, phế cầu và VMN do lao	

3. XỬ TRÍ CẤP CỨU ☐ Có (Hoàn thành bảng bên dưới) ☐ Không			
Dấu hiệu		Xử trí	
☐ Thay đổi tri giác hoặc ngủ gà ☐ Sốc ☐ Rối loạn đông máu ☐ Co giật kéo dài		Hồi sức theo ABCD ☐ A Thở oxy lưu lượng cao ☐ B Thông khí hỗ trợ ☐ B Đặt NKQ nếu không đáp ứng ☐ C Đặt đường truyền TM hoặc trong xương ☐ C Truyền nhanh 20 ml/kg NaCl 0,9% nếu cần ☐ D Thử đường huyết và chích TM Dextrose 10% 2ml/kg nếu cần Điều trị khác ☐ Cấy máu ☐ PCR não mô cầu nếu nghi ngờ do não mô cầu ☐ Dexamathzone + kháng sinh theo kinh nghiệm	
Sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm		Thời gian sử dụng kháng sinh	
Tuổi	VK thường gặp	Kháng sinh	Vi khuẩn
2->50	N. Meningitidis S. Pneumoniae	Vancomycin + Cephalosporin thế hệ 3	Neisseria meningitidis Haemophilus Infuenzae
> 50	S. Pneumoniae N. Meningitidis L. Monocytogenes, Trực khuẩn Gram âm hiếu khí	Vancomycin + Ampicilline+ Cephalosporin thế hệ 3	Streptococcus pneumoniae Streptococcus agalactiae Trực khuẩn Gram âm hiếu khí Listeria monocytogenes
			Thời gian điều trị
			7 ngày 7 ngày 10-14 ngày 14-21 ngày 21 ngày 21-28 ngày

4. DIỄN TIẾN BỆNH VÀ XỬ TRÍ					
DẤU HIỆU	N1/...../.....	N2/...../.....	N3/...../.....	N4/...../.....	N5/...../.....
Lâm sàng					
Sốt	☐	☐	☐	☐	☐
Rối loạn tri giác	☐	☐	☐	☐	☐
Co giật	☐	☐	☐	☐	☐
Dấu hiệu thần kinh khu trú	☐	☐	☐	☐	☐
.....					
.....					
.....					
.....					
Cận lâm sàng					
Máu	☐	☐	☐	☐	☐
CTM	☐	☐	☐	☐	☐
Cấy máu	☐	☐	☐	☐	☐
CRP	☐	☐	☐	☐	☐
Điện giải đồ	☐	☐	☐	☐	☐
Đường huyết	☐	☐	☐	☐	☐
Lactate	☐	☐	☐	☐	☐
LDH	☐	☐	☐	☐	☐
Ure/Creatinin	☐	☐	☐	☐	☐

Protein	☐	☐	☐	☐	☐
Albumin	☐	☐	☐	☐	☐
SGOT - SGPT	☐	☐	☐	☐	☐
Nước tiểu toàn phần					
.....	☐	☐	☐	☐	☐
.....	☐	☐	☐	☐	☐
Chẩn đoán hình ảnh/ECG					
X quang tim phổi	☐	☐	☐	☐	☐
CTScanner	☐	☐	☐	☐	☐
ECG	☐	☐	☐	☐	☐
MRI	☐	☐	☐	☐	☐
Siêu âm ổ bụng	☐	☐	☐	☐	☐
.....	☐	☐	☐	☐	☐
.....	☐	☐	☐	☐	☐
Dịch não tủy					
Nhuộm Gram	☐	☐	☐	☐	☐
Nuôi cấy	☐	☐	☐	☐	☐
Kháng nguyên hòa tan	☐	☐	☐	☐	☐
ELISA	☐	☐	☐	☐	☐
PCR	☐	☐	☐	☐	☐
Sinh hóa	☐	☐	☐	☐	☐
Màu sắc	☐	☐	☐	☐	☐
Áp lực	☐	☐	☐	☐	☐
BC/Neutrophil	☐	☐	☐	☐	☐
Glucose	☐	☐	☐	☐	☐
Protein	☐	☐	☐	☐	☐
.....	☐	☐	☐	☐	☐
Điều trị					
.....	☐	☐	☐	☐	☐
.....	☐	☐	☐	☐	☐
.....	☐	☐	☐	☐	☐
.....	☐	☐	☐	☐	☐

.....	☐	☐	☐	☐	☐
.....	☐	☐	☐	☐	☐
.....	☐	☐	☐	☐	☐
.....	☐	☐	☐	☐	☐

Nanitidine 150mg uống mỗi 12 giờ hoặc Omeprazol 20-40 mg nếu có sử dụng Corticoid

6. XUẤT VIỆN

Tiêu chuẩn xuất viện	☐ Triệu chứng lâm sàng cải thiện ☐ Protein dịch não tủy < 0,4g/l		☐ Đủ liệu trình điều trị ☐ Tế bào dịch não tủy 10-20tb/ml	
Tình trạng xuất viện	☐ Khỏe ☐ Di chứng	☐ Nặng xin về ☐ Tử vong	☐ Kết thúc quy trình ☐ Ra khỏi quy trình	
Hướng điều trị tiếp theo	☐ Kháng sinh ☐ Vật lý trị liệu ☐ Khác:.....		☐ Tái khám Số ngày điều trị:	

6. QUẢN LÝ VÀ TƯ VẤN BỆNH NHÂN

☐ Theo dõi	☐ Tái khám sau 1-2 tuần (Nếu cần thiết)		
	Nếu có di chứng: Tái khám		
	☐ Mỗi 1 tháng	☐ Mỗi 3 tháng	☐ Mỗi 6 tháng
	☐ Khác:.....		

7. PHỤ LỤC

Phụ lục A: Kháng sinh lựa chọn theo tác nhân gây bệnh

Vi khuẩn	Kháng sinh đầu tay	Kháng sinh thay thế
Streptococcus pneumoniae	Vancomycin + Cephalosporin thế hệ 3 (Cefotaxime hoặc Ceftriaxone)	Cefepime, meropenem, fluroquinolone Peniciline MIC > 1µg/ml: tiếp tục Vancomycin Penicillin MIC < 0,1 µg/ml: Penicillin hoặc Ampicillin
Neisseria meningitidis	Ceftriaxone	Chloramphenicol, meropenem
Haemophilus influenzae type B	Cephalosporin thế hệ 3	Cefepime, Chloramphenicol, Fluoroquinolone
Listeria monocytogenes	Ampicillin hoặc Penicillin G	Meropenem, trimethoprim sulfamethoxazole
Streptococcus agalactiae	Ampicillin hoặc Penicillin G	Cephalosporin thế hệ 3
Pseudomonas aeruginosa	Cefepime hoặc Ceftazidime	Carbapenem (Ngoại trừ Ertapenem)

Phụ lục B. Liều kháng sinh trong VMN vi khuẩn

Kháng sinh	Tổng liều trong ngày (Khoảng cách liều “Giờ”)	Kháng sinh	Tổng liều trong ngày (Khoảng cách liều “Giờ”)
Amikacin	15mg/kg (8)	Gen tamycin	5mg/kg (8)
Ampicillin	12g (4)	Mepropenem	6g (8)
Aztreonam	6 – 8g (6-8)	Moxifloxacin	400mg (24)
Cefepime	6g (8)	Nafcillin	9-12g (4)
Cefotaxime	8 – 12g (4-6)	Oxacillin	9-12g (4)
Ceftazidime	6g (8)	Penicillin G	24 triệu UI (4)
Ceftriaxone	4g (12-24)	Tobramycin	5mg/kg (8)
Chloramphenicol	4 – 6g (6)	TMP-SMZ	10-20 mg/kg (6-12)
Ciprofloxacin	800 – 1.200 mg (8-12)	Vancomycin	30-45mg/kg (8-12)

Phụ lục C. Đặc điểm dịch não tủy trong viêm màng não					
	Bình thường	VMN vi khuẩn	VMN do lao	VMN do Cryptococcus	VMN do vi rút
Áp lực (mmH2O)	<180	> 180	> 180	> 180	> 180
Bạch cầu/mm3	0 - 5	100-5.000 BC đa nhân	< 500 BC lympho	10-200 BC lympho	10-1000 BC lympho
Glucose (mg/dl)	50 – 75	< 40	< 50	< 40	Bình thường
Protein (mg/dl)	15 – 40	100-500	100-200	50-200	50-100
XN vi sinh	Không	Nhuộm Gram Nuôi cấy	Nhuộm tìm AFB Nuôi cấy PCR	Tìm kháng nguyên Cryptococcus Nhuộm mực tàu Nuôi cấy	PCR
Phụ lục D. Các trường hợp cần chụp CT trước khi chọc dò tủy sống					
Tiêu chuẩn		Giải thích			
Tình trạng ức chế miễn dịch		HIV hoặc AIDS đang điều trị ức chế miễn dịch, sau ghép			
Tiền căn bệnh lý thần kinh trung ương		Khối choáng chỗ, đột quy, nhiễm trùng khu trú			
Co giật mới khởi phát		Khởi phát trong vòng 1 tuần: Cân nhắc không chọc dò tủy sống ở bệnh nhân co giật kéo dài hoặc trì hoãn chọc dò trong 30 phút ở bệnh nhân có cơn co giật ngắn			
Phù gai thị		Gợi ý tăng áp lực nội sọ			
Rối loạn tri giác					
Dấu hiệu thần kinh khu trú		Bao gồm mất phản xạ đồng tử, vận động mắt bất thường, thị trường bất thường, liệt, yếu chân tay			



**QUY TRÌNH CHUYÊN MÔN KCB
VIÊM TÚI MẬT CẤP DO SỎI**

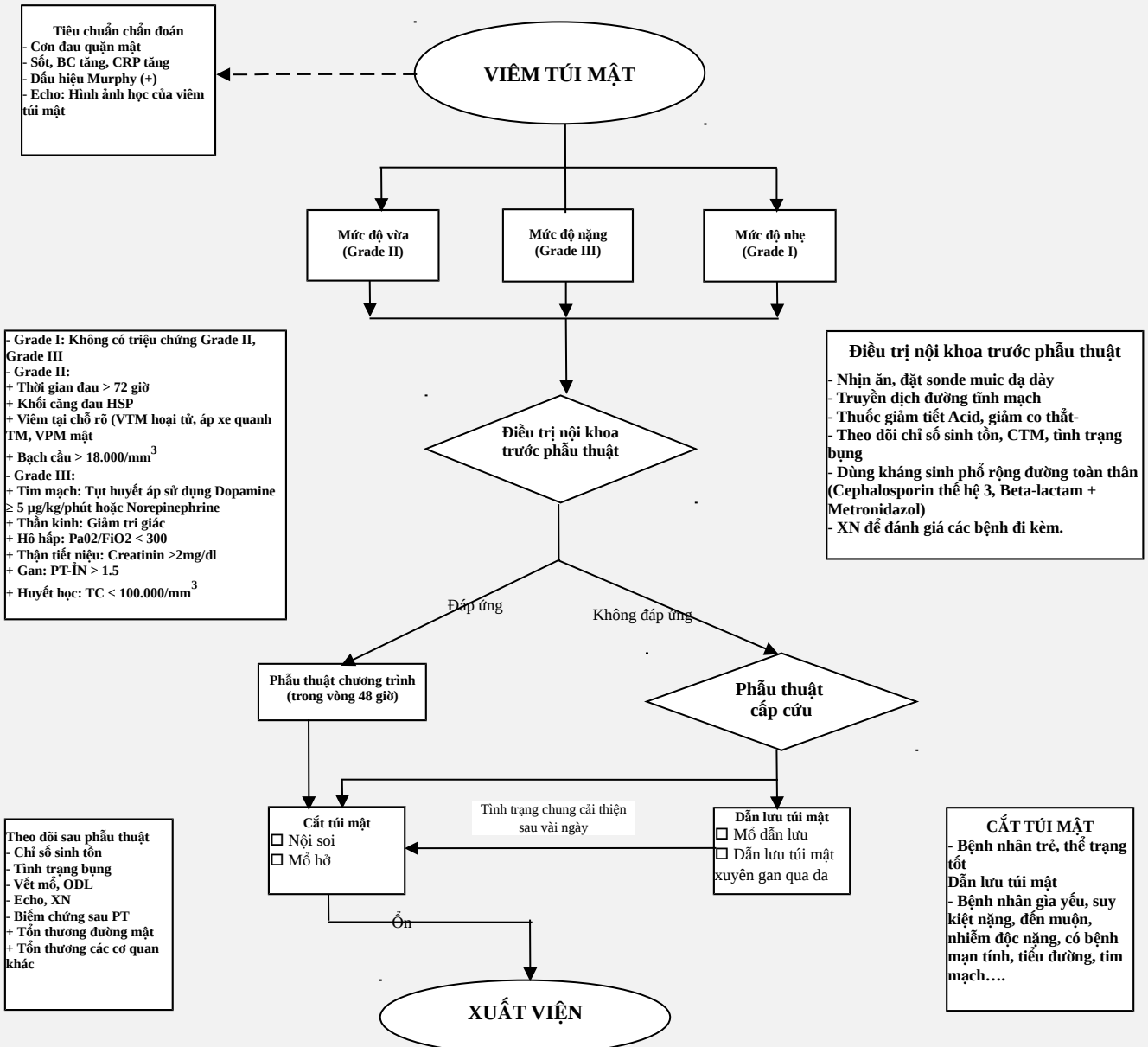
Họ và tên BN:.....
Ngày sinh:.....Giới:.....
Địa chỉ:.....
Số phòng:.....Số giường:.....
Mã BN/ Số HSBA:.....

Lưu ý: Đánh dấu sự lựa chọn (“√” : có; “X” : không) vào ô ☐. Khoanh tròn **O** nếu lựa chọn nội dung; ^ xem thêm chi tiết nội dung trong phụ lục x tương ứng.

1. ĐÁNH GIÁ TRƯỚC KHI VÀO QUY TRÌNH

Tiêu chuẩn đưa vào:	☐ Cơ đau quặn mật ☐ Dấu hiệu Murphy (+), đề kháng ở HSP (+/-)	☐ Sốt, bạch cầu tăng, CRP tăng ☐ SA có hình ảnh học của viêm túi mật
Tiêu chuẩn loại ra:	☐ Bệnh nhân có kèm theo sỏi đường mật	
Tiền sử	☐ Tiền sử dị ứng	Ghi rõ:.....

2. QUY TRÌNH CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ:



3. NGUYÊN TẮC CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị

1. Tư vấn, giải thích cho người bệnh
2. Phẫu thuật theo đúng quy trình kỹ thuật
3. Dùng thuốc theo đúng phác đồ
4. Theo dõi và phòng ngừa, phát hiện các biến chứng

4. CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN LOẠI**CHẨN ĐOÁN****Khám lâm sàng:**

- Đau ở HSP, dấu hiệu Murphy (+)
- Sốt
- Bạch cầu tăng
- CRP tăng

Khám Cận lâm sàng:

- Siêu âm có hình ảnh học của viêm túi mật

PHÂN LOẠI

(Phân loại theo TOKYO GUIDELINE 2013)

☐ Mức độ nhẹ (Grade I)☐ Mức độ vừa (Grade II)☐ Mức độ nặng (Grade III)**XÉT NGHIỆM TRƯỚC PHẪU THUẬT**

DẤU HIỆU		N1	N2	N3	...	Nn
Cận lâm sàng	Tổng phân tích tế bào máu	☐	☐	☐	☐	☐
	Thời gian Prothrombin, thời gian Thromboplastin hoạt hóa toàn phần, (APTT, Fibrinogen, TT)	☐	☐	☐	☐	☐
	Nhóm máu ABO, Định nhóm RhD	☐	☐	☐	☐	☐
	SGOT, SGPT, Protein TP, Albumin	☐	☐	☐	☐	☐
	Creatinin	☐	☐	☐	☐	☐
	Ure máu	☐	☐	☐	☐	☐
	Bilirubin TT, GT, TP	☐	☐	☐	☐	☐
	HbsAg	☐	☐	☐	☐	☐
	Điện giải đồ, định lượng can xi máu	☐	☐	☐	☐	☐
	CRP	☐	☐	☐	☐	☐
	Amylase máu	☐	☐	☐	☐	☐
	Đường huyết	☐	☐	☐	☐	☐
	Nước tiểu toàn phần	☐	☐	☐	☐	☐
	Đo điện tâm đồ ECG	☐	☐	☐	☐	☐
	X quang tim phổi thẳng	☐	☐	☐	☐	☐
	Siêu âm tổng quát	☐	☐	☐	☐	☐
	CTscanner ổ bụng	☐	☐	☐	☐	☐
Điều trị	Điều trị nội khoa trước phẫu thuật viêm túi mật	☐	☐	☐	☐	☐
Chăm sóc	Cấp I	☐	☐	☐	☐	☐

5. PHẪU THUẬT☐ Cấp Cứu☐ Chương trình

Phương pháp phẫu thuật	☐ Cắt túi mật ☐ Dẫn lưu túi mật ra ngoài		
Phương pháp vô cảm	☐ Tiền mê và tê tại chỗ	☐ Gây mê NKQ	☐ Khác:
Chẩn đoán sau phẫu thuật	☐ Phù hợp	☐ Không phù hợp	☐ Cụ thể:.....
Tai biến/ Biến chứng	☐ Không	☐ Có	☐ Cụ thể:.....
Thời gian phẫu thuật			

DIỄN TIẾN BỆNH VÀ XỬ TRÍ TRƯỚC PHẪU THUẬT

DẤU HIỆU	N1	N2	N3	...	Nn
-----------------	----	----	----	-----	----

	Toàn thân					
Lâm sàng	Dấu hiệu sinh tồn	Huyết áp				
		Mạch				
		Nhiệt độ				
		Nhịp thở				
	Tri giác		☐	☐	☐	☐
	Tình trạng ổ bụng		☐	☐	☐	☐
	Vết mổ		☐	☐	☐	☐
	Ống dẫn lưu		☐	☐	☐	☐
Điều trị	Điều trị theo phác đồ		☐	☐	☐	☐
Chăm sóc	Cấp II		☐	☐	☐	☐

6. XUẤT VIỆN

Tiêu chuẩn xuất viện	☐ Dấu hiệu sinh tồn ổn định ổn		☐ Kiểm soát được tình trạng đau	
	☐ Bụng mềm		☐ Siêu âm không có gì bất thường	
Tình trạng xuất viện	☐ Vết mổ khô			
	☐ Bệnh tĩnh	☐ Kết thúc quy trình	☐ Tổng số ngày điều trị:	
	☐ Sinh niệu ổn	☐ Ra khỏi quy trình	.....	
Hướng điều trị tiếp theo	☐ Uống thuốc theo đơn		☐ Chế độ dinh dưỡng	
	☐ Chế độ tự vệ sinh, chăm sóc		☐ Tái khám theo hẹn	

7. QUẢN LÝ VÀ TƯ VẤN BỆNH NHÂN

☐ Thông tin GDSK	Chế độ chăm sóc:	☐ Thay băng vết mổ hàng ngày tại cơ sở y tế
	Chế độ dinh dưỡng:	☐ Ăn uống nhiều chất xơ, dễ tiêu
☐ Hẹn tái khám: ngày .....tháng.....năm.....; Phòng khám số:.....		

8. PHỤ LỤC

Phụ lục 1

VIÊM TÚI MẬT CẤP

I. Định nghĩa:

Viêm túi mật cấp là tình trạng viêm cấp tính ở túi mật, thường là do sỏi túi mật, ngoài ra còn có nguyên nhân khác (thiếu máu, rối loạn vận động, tổn thương trực tiếp hóa chất, vi trùng, động vật đơn bào, ký sinh trùng, bệnh collagen, phản ứng, dị ứng).

II. Nguyên nhân:

- Do sỏi túi mật: từ 90 -> 95%
- Không do sỏi: từ 5 -> 10%
- Các nguyên nhân khác: Chấn thương, thương hàn, ung thư, hẹp cơ vòng oddi.
- Vi khuẩn: Cây dịch túi mật hay dịch đường mật (+) khoảng 15 -> 50 %, vi khuẩn thường gặp

Escherichia coli, Enterococcus, Klebsiella và Enterobacter.

III. Dấu hiệu lâm sàng:

1. Giai đoạn 1: Túi mật căng to

- Đau bụng vùng thượng vị quặn từng cơn.
- Ói không bớt đau

2. Giai đoạn 2 Viêm túi mật mủ

- Đau bụng khu trú hạ sườn phải (đau liên tục), có thể đau sau lưng hoặc đau ở vai phải.
- Toàn thân: sốt, tăng bạch cầu.
- Khám: Murphy (+)

3. Giai đoạn 3 Túi mật hoại tử

- Toàn thân: Dấu hiệu nhiễm độc, sốt cao, tăng bạch cầu.
- Có phản ứng thành bụng, co cứng thành bụng, phản ứng dữ dội.

4. Giai đoạn 4 Thủng túi mật

Trung bình thời gian thủng túi mật là 48 đến 72 giờ, sớm hơn với bệnh nhân ĐTĐ, bệnh tạo keo, viêm tắc động mạch...

VI. Cận lâm sàng:

1. Bạch cầu tăng, CRP tăng

2. Amygdales máu tăng ít

3. Bilirubin huyết thanh có thể tăng <60mmol/l do hội chứng Mirrizzin, >60mmol/l thường do sỏi ống mật chủ.

4. X quang ổ bụng không chuẩn bị: 10 -> 15% thấy sỏi (phân biệt sỏi thận). Có thể thấy mực nước hơi trong túi mật.

5. CTscaner: Là một chẩn đoán có giá trị cao, nhưng không phải là xét nghiệm đầu tay.

6. MRI: Giá trị chẩn đoán cao, xác định vị trí giải phẫu, mật độ, cấu trúc sỏi, độ nhạy 96,5%, độ đặc hiệu 97,7%

7. Siêu âm: Độ nhạy sỏi mật ngoài gan 95,9%, thành túi mật dày >3mm, đường kính ngang túi mật >4cm, đường kính dọc >8cm.

V. Tiêu chuẩn chẩn đoán: (Tokyo Guidelines 2006)

1. Dấu hiệu viêm túi mật khu trú: Đau ¼ bụng trên bên phải, Murphy (+).
2. Dấu hiệu toàn thân: Sốt, tăng CRP, tăng bạch cầu.
3. Hình ảnh học của viêm túi mật.
4. Chẩn đoán: 01 dấu hiệu A và dấu hiệu B (dấu hiệu tích cực)
5. Hình ảnh học của viêm túi mật khẳng định chẩn đoán khi lâm sàng nghi ngờ.

VI. Phân loại theo cấp độ (Theo Tokyo guideline 2013)

1. Cấp I (VTM nhẹ)

- Tình trạng viêm túi mật cấp tính nhưng không có thay đổi chức năng các cơ quan.
- Không có các triệu chứng của viêm túi mật cấp II, cấp III.

2. Cấp II (VTM trung bình)

(Viêm túi mật cấp tính kèm với bất kỳ dấu hiệu nào dưới đây).

- Thời gian xuất hiện triệu chứng >72 giờ.
- Sờ được khối Mass ở ¼ bụng trên bên phải.
- Viêm phúc mạc khu trú do túi mật hoại tử, áp xe túi mật.
- Bạch cầu tăng > 18.000/ml

3. Cấp III (VTM nặng)

(Viêm túi mật tính kèm với bất kỳ dấu hiệu nào dưới đây.

- Rối loạn cấp chức năng tim mạch (hạ huyết áp cần điều trị với Dopamin $\geq$ μ g/kg/phút hoặc liều bất kỳ Dopamine
- Rối loạn chức năng thần kinh (Giảm mức độ ý thức)
- Rối loạn chức năng hô hấp (Tỷ lệ PaO₂/FiO₂ <300)
- Rối loạn chức năng thận (Thiếu niệu, Creatinin >2mg/dl)
- Rối loạn chức năng gan (PT INR > 1.5)
- Rối loạn huyết học (Tiểu cầu giảm < 100.000/mm³).

VII. Điều trị:

Điều trị viêm túi mật cấp tính cơ bản bao gồm: Phẫu thuật cắt bỏ túi mật sớm và phẫu thuật điều trị tối ưu cho từng loại mức độ nghiêm trọng của viêm túi mật cấp tính được yêu cầu.

1. Nội khoa:

- Mức độ nhẹ và vừa:
 - + Nhịn, đặt sonde mũi, dạ dày.
 - + Truyền dịch đường tĩnh mạch.
 - + Dùng thuốc ức chế phó giao cảm (Như Atropin, Propanthelin) để ức chế thần kinh X (Giảm tiết acid, giảm co thắt cơ vòng Oddi và co bóp túi mật).

+ Theo dõi công thức máu mỗi 6 giờ, theo dõi nhiệt độ mỗi 2 giờ, theo dõi khám bụng mỗi 2 -> 3 giờ.

- Mức độ vừa không đáp ứng và mức độ nặng
- Mức độ nhẹ và mức độ vừa đáp ứng.
- Bổ sung các xét nghiệm để đánh giá các bệnh lý đi kèm..
- Dùng kháng sinh phổ rộng bằng đường toàn thân để hạn chế nhiễm trùng chất là các bệnh nhân già trên 70 tuổi, bệnh nhân có tiểu đường.... (Cephalosporin thế hệ III, Beta-lactam +Metronidazol).

2. Ngoại khoa:

- Nếu bệnh nhân già yếu, suy kiệt nặng, đến muộn, nhiễm độc nặng, có bệnh mạn tính như tiểu đường, lao phổi, bệnh tim mạch... và nếu túi mật không viêm nặng thì dẫn lưu túi mật.

- Nếu bệnh nhân trẻ, thể trạng tốt, mổ sớm trước 48 giờ giờ và túi mật nặng (Nung mủ hay hoại tử) thì nên cắt túi mật.

- Thời gian để chuyển mổ nội soi sang mổ mở cắt túi mật:

+ Khi phẫu thuật nội soi gặp khó khăn (Tùy theo khả năng của phẫu thuật viên nội soi) Bác sỹ phẫu thuật không ngần ngại chuyển sang mổ mở. (Không phải là bất lợi cho bệnh nhân mà là ngăn chặn tai biến và biến chứng khi phẫu thuật nội soi cắt túi mật khó khăn).

- Thời gian để mổ cắt túi mật sau mổ dẫn lưu túi mật ra da:

- + Thực hiện vài ngày sau dẫn lưu túi mật ra da.
- + Tình trạng bệnh nhân cải thiện sau dẫn lưu.
- + Không có biến chứng dẫn lưu: Tụ máu, áp xe, viêm phúc mạc mật, tràn dịch màng phổi....

- Biến chứng phẫu thuật:

- + Tổn thương đường mật và các cơ quan khác.
- + Nhiễm trùng vết mổ, tắc ruột, chảy máu. Xẹp phổi, thuyên tắc mạch do huyết khối, nhiễm khuẩn đường niệu.

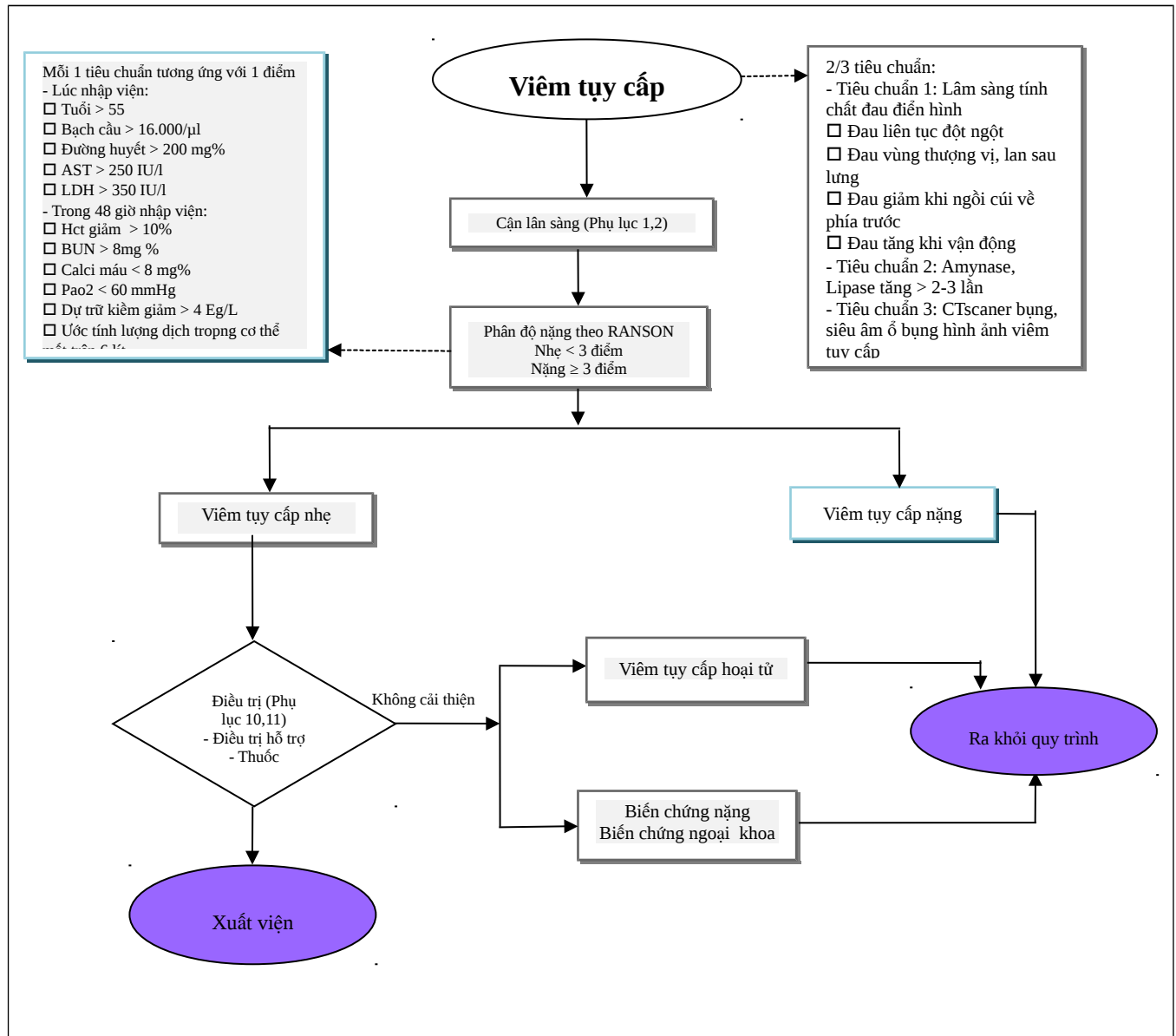
 QUY TRÌNH CHUYÊN MÔN KCB VIÊM TỤY CẤP	Họ và tên BN:.....
	Ngày sinh:.....Giới:.....
	Địa chỉ:.....
	Số phòng:.....Số giường:.....
	Mã BN/ Số HSBA:.....

Lưu ý: Đánh dấu sự lựa chọn (“√” : có, “X” : không) vào ô ☐. Khoanh tròn **O** nếu lựa chọn nội dung; ^ xem thêm chi tiết nội dung trong phụ lục x tương ứng.

1. ĐÁNH GIÁ TRƯỚC KHI VÀO QUY TRÌNH

Tiêu chuẩn đưa vào: (≥2/3 tiêu chuẩn	☐ Tính chất đau bụng phù hợp viêm tụy cấp ☐ Chẩn đoán hình ảnh CTscaner, siêu âm phù hợp	☐ Amylase máu hay Lipase máu tăng ≥2-3 lần giá trị bình thường ☐ Siêu âm có hình ảnh học của viêm túi mật
Tiêu chuẩn loại ra:	☐ Viêm tụy cấp nặng	☐ Viêm tụy cấp hoại tử
Tiền sử	☐ Có ☐ Không	Cụ thể:

2. QUY TRÌNH CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ



3. NGUYÊN TẮC CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị

- ☐ Hạn chế các biến chứng toàn thân
- ☐ Ngăn ngừa hoại tử và nhiễm trùng tụy
- ☐ Điều trị tình trạng viêm tụy
- ☐ Điều trị nguyên nhân

4. CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN LOẠI

Chẩn đoán xác định

Khi có hai trong ba tiêu chuẩn (Theo Atlanta)

- ☐ Tính chất đau bụng phù hợp viêm tụy cấp
- ☐ Amylase máu hay Lipase máu tăng $\geq 2-3$ lần giá trị bình thường
- ☐ Chẩn đoán hình ảnh CTscaner

Chẩn đoán viêm tụy cấp thể nhẹ

- ☐ RANSON ≥ 3 điểm, BISAP < 3 điểm
- ☐ CT score < 6 điểm
- ☐ Không có các yếu tố tiên lượng viêm tụy cấp đơn độc khác

4. DIỄN TIẾN BỆNH, XỬ TRÍ VÀ CHĂM SÓC

Mục	N1	N2	N3	.....	Nn
1. Lâm sàng	Đánh dấu (X) vào ô vuông nếu có, mô tả				
Tri giác	☐	☐	☐	☐	☐
Mạch	☐	☐	☐	☐	☐
Nhiệt độ	☐	☐	☐	☐	☐
Huyết áp	☐	☐	☐	☐	☐
Nhịp thở	☐	☐	☐	☐	☐
Buồn nôn, nôn	☐	☐	☐	☐	☐
Vàng da	☐	☐	☐	☐	☐
Đau bụng	☐	☐	☐	☐	☐
Báng bụng	☐	☐	☐	☐	☐
Bụng đề kháng	☐	☐	☐	☐	☐
Rales đáy phổi	☐	☐	☐	☐	☐
Chế độ ăn	☐	☐	☐	☐	☐
Tiêu, tiểu	☐	☐	☐	☐	☐
1. Cần lâm sàng					
CTM	☐	☐	☐	☐	☐
Nhóm máu	☐	☐	☐	☐	☐
Đông máu	☐	☐	☐	☐	☐
LDL-C	☐	☐	☐	☐	☐
HDL-C	☐	☐	☐	☐	☐
Protein	☐	☐	☐	☐	☐
Albumin	☐	☐	☐	☐	☐
HIV	☐	☐	☐	☐	☐
HBsAg	☐	☐	☐	☐	☐
Điện giải đồ	☐	☐	☐	☐	☐
Glucose máu	☐	☐	☐	☐	☐
Amylase máu	☐	☐	☐	☐	☐
Amylase niệu	☐	☐	☐	☐	☐
Bilirubin TP	☐	☐	☐	☐	☐

Bilirubin TT	☐	☐	☐	☐	☐
Cholesterol, Triglyceride	☐	☐	☐	☐	☐
Amylase dịch màng bụng hay màng phổi	☐	☐	☐	☐	☐
Ure/Creatinin	☐	☐	☐	☐	☐
SGOT/SGPT	☐	☐	☐	☐	☐
CRP	☐	☐	☐	☐	☐
Procalcitonin	☐	☐	☐	☐	☐
X quang tim phổi	☐	☐	☐	☐	☐
XQ ổ bụng không chuẩn bị	☐	☐	☐	☐	☐
Chụp CTscaner ổ bụng	☐	☐	☐	☐	☐
Điện tâm đồ	☐	☐	☐	☐	☐
Siêu âm tim tổng quát	☐	☐	☐	☐	☐
3. Xử trí					
Bồi hoàn dịch	☐	☐	☐	☐	☐
Chăm sóc hô hấp	☐	☐	☐	☐	☐
Hỗ trợ tim mạch	☐	☐	☐	☐	☐
Cân bằng chuyển hóa	☐	☐	☐	☐	☐
Đặt ống mũi dạ dày	☐	☐	☐	☐	☐
Hỗ trợ DD, bảo tồn chức năng	☐	☐	☐	☐	☐
Giảm đau	☐	☐	☐	☐	☐

5. XUẤT VIỆN

Tiêu chuẩn xuất viện	☐ Viêm tụy cấp nhẹ ☐ Ăn uống được	☐ Không có bằng chứng của bệnh lý đường mật
Tình trạng xuất viện	Bệnh nhân xuất viện cần đạt: ☐ Đau bụng được kiểm soát bằng thuốc uống ☐ Kiểm soát được hết các biến chứng	☐ Dung nạp được chế độ ăn đủ năng lượng qua đường miệng
Hướng điều trị tiếp theo	☐ Tái khám sau xuất viện 7 -> 10 ngày để phát hiện biến chứng và nang giả tụy ☐ Tái khám: Khám lâm sàng, hình ảnh học và men tụy.	

6. QUẢN LÝ VÀ TƯ VẤN BỆNH NHÂN

Chăm sóc	☐ Đau do viêm tụy cấp: Uống nước soup hoặc gelatin. Tiếp tục chế độ ăn này cho đến khi cải thiện các triệu chứng ☐ Chế độ ăn ít béo (< 30 gram/ngày) ☐ Chế độ ăn nhiều protein và carbohydrates ☐ Chia nhỏ bữa ăn, ăn nhiều bữa trong ngày ☐ Bỏ thuốc lá ☐ Giảm cân (Nếu đang thừa cân) ☐ Không tự ý dùng tân dược hay thảo dược ☐ Không uống rượu ☐ Nếu kém hấp thu chất béo, cần bổ sung men tụy trong mỗi bữa ăn
Kiểm soát cơn đau	☐ Đầu tiên: Bỏ thuốc lá, rượu, thức ăn... gây đau ☐ Thuốc đầu tay: Acetaminophen hoặc NSAIDs, như ibuprofen
Tái khám ngay	☐ Đau không giảm sau khi dùng các thuốc không kê đơn ☐ Nôn ói khi ăn uống hay uống thuốc ☐ Khó thở hay nhịp tim nhanh ☐ Đau bụng kèm sốt, vật vã, nôn ói liên tục, mệt, yếu chi ☐ Sụt cân hay ăn uống không tiêu ☐ Vàng da vàng mắt.

7. PHỤ LỤC

Phụ lục 1 Xét nghiệm men tụy trong viêm tụy cấp

□ Amylase máu:

- Tăng sau 6 -> 12 giờ (75% tăng ngày 1), kéo dài 2 -> 3 ngày có thể kéo dài 5 ngày nếu không có biến chứng và đôi khi không tăng trong viêm tụy cấp do tăng Triglyceride.

- Amylase tăng ≥ 3 lần giới hạn trên bình thường giúp chẩn đoán.

- Có thể tăng trong các trường hợp khác nhưng thường < 3 lần.

- Thời gian bán hủy 10 giờ

- Amylase niệu và độ thanh thải (ACCR): ACCR – Amylase niệu/Amylase máu x Creatinin máu/Creatinin niệu. (ACCR: *The urinary amylase to creatinine clearance*). Bình thường $< 4\%$, tăng trong viêm tụy cấp, không có giá trị trong suy thận.

□ Lipase máu và isoamylase:

- Tăng ngày đầu và kéo dài 7 – 14 ngày.

- Tăng ≥ 3 lần giới hạn trên bình thường giúp chẩn đoán.

- Độ nhạy tương đương với Amylase nhưng độ chuyên cao hơn.

- Lipase không tăng trong những trường hợp tăng Amylase như: Bệnh tuyến nước bọt, bệnh phụ khoa, Macroamylamia.

- Lipase vẫn tăng nhưng nhỏ hơn 3 lần: Bệnh trong ổ bụng khác và suy thận

Khi PH $< 7,32$ làm tăng Amylase máu giả tạo điều này giải thích vì sao những bệnh nhân bị đái tháo đường biến chứng nhiễm aceton làm tăng Amylase máu mà không tổn thương tụy, để loại trừ chẩn đoán có thể sử dụng lipase máu.

Amylase tăng cao hơn trong viêm tụy cấp do sỏi, lipase tăng cao hơn trong viêm tụy cấp do rượu. Mức độ tăng của Amylase là lipase không đánh giá mức độ nặng của viêm tụy cấp.

Phụ lục II Các xét nghiệm khác trong viêm tụy cấp

□ Công thức máu:

- Dung tích hồng cầu (Hct) $> 44\%$ dấu hiệu nặng có thể suy cơ quan.

- Bạch cầu tăng (15.000 -> 20.000/ μ L) có thể do phản ứng viêm hay nhiễm trùng, đặc biệt tăng rất cao trong viêm tụy cấp nặng.

□ Tăng đường huyết:

Thường gặp do nhiều yếu tố: Giảm tiết Insulin, tăng tiết Glucagon, tăng Glucocorticoid và Catecholamin.

□ BUM:

- Tăng > 20 mg% do mất huyết tương vào khoảng sau phúc mạc và khoang phúc mạc

- BUM tăng cao là dấu hiệu nguy cơ tử vong.

□ Creatinin $> 2\%$ cũng là dấu hiệu tiên lượng nặng.

□ ALT > 150 UI/L (> 5 lần): viêm tụy cấp do sỏi mật có giá trị tiên lượng dương 95%, độ chuyên 96%, nhạy 48%.

□ Bilirubin $> 4\%$ (10%): Tăng thoáng qua và bình thường sau 4 -> 7 ngày.

□ AST, ALP tăng thoáng qua.

□ Cholesterol, Triglyceride:

- Tăng triglyceride khoảng 5 -> 10%

- Triglyceride > 1000 mg% là nguyên nhân của viêm tụy cấp.

- 500 -> 1000 mg% có thể là nguyên nhân của viêm tụy cấp.

❑ Calcium: Hạ calci khoảng 25%

❑ Khí máu động mạch:

- Chỉ định khi bệnh nhân khó thở hoặc thở nhanh, $SpO_2 < 95\%$, cần xác định do ARDS, kích thích cơ hoành hay do tràn dịch màng phổi.

- $PaO_2 < 60$ mmHg 5 -> 10 % trường hợp.

❑ CRP, interleukin 6 tăng 24 -> 48 giờ dấu hiệu tiên lượng nặng.

❑ LDH > 500 U/L tiên lượng xấu.

❑ Amylase dịch màng bụng hay màng phổi: Tăng > 1.500 mmol/L (5.000U/dl) chẩn đoán do viêm tụy cấp.

Phụ lục III

Hình ảnh trong viêm tụy cấp

❑ X quang bụng: Có vai trò hạn chế trong viêm tụy cấp với mục đích:

- Phân biệt thủng tạng rỗng và tắc ruột
- Nốt vôi hóa ở tụy trong viêm tụy mãn.
- Dấu cắt cụt đại tràng và quai ruột cạnh góc.

❑ X quang phổi:

- Tràn dịch màng phổi bên trái có thể hai bên.
- Xẹp đáy phổi, thâm nhiễm.

❑ Siêu âm bụng:

- Phát hiện sỏi mật, giãn đường mật.
- Dịch ổ bụng, dịch màng phổi
- Tụy lớn, echo kém lan tỏa hay khu trú.
- Không là phương tiện tốt để đánh giá quá trình viêm lan rộng ra ngoài tụy, hoại tử cũng như mức độ của viêm tụy.
- Độ nhạy 70 -> 80% do hơi trong ổ bụng nhiều.

❑ Siêu âm qua nội soi (EUS)

- Là một thủ thuật nội soi cho phép đầu dò siêu âm tần số cao để đưa vào đường tiêu hóa khảo sát đường mật và tuyến tụy. Phương pháp này cho hình ảnh chi tiết hơn so với siêu âm bụng.

- Vai trò chính xác là xác định các vi sỏi mật và hình dạng tổn thương mà các phương tiện chẩn đoán khác không phát hiện được.

❑ CT scanner cản quang:

- Là phương tiện quan trọng nhất để chẩn đoán, đánh giá mức độ và phát hiện biến chứng.
- Chỉ định:
 - + Loại trừ những bệnh nặng khác như thủng tạng rỗng, nhồi máu mạc treo...
 - + Đánh giá mức độ
 - + Phát hiện biến chứng
- Mức độ nặng viêm tụy trên CT (Balthazar Score)

❑ MRI và MR đường mật (Mrcolangiopancreatography)

- Đánh giá mức độ viêm tụy, hoại tử tương tự như CTscanner
- Tốt hơn CT trong phát hiện sỏi ống mật và bất thường ống mật.

❑ ERCP

- Thận trọng và không bao giờ sử dụng như là công cụ chẩn đoán đầu tiên và có thể làm cho viêm tụy cấp nặng thêm.

- Mặc dù CRCP không nhạy như ERCP nhưng an toàn, không xâm lấn, nhanh chóng và cung cấp hình ảnh hữu ích trong việc hướng dẫn các quyết định chăm sóc lâm sàng.

Phụ lục IV
Bảng đánh giá mức độ nặng viêm tụy trên CT (Balthazar Score)

Viêm tụy cấp	Điểm
Grade (không tiêm chất cản quang)	
A: Tụy bình thường kích thước bình thường, giới hạn rõ, bờ đều, đậm độ cản quang đồng nhất, lớp mỡ quanh tụy sau phúc mạc không tăng độ cản quang.	0
B: Tụy phì đại khu trú hoặc lan tỏa, bờ không đều, đậm độ cản quang có thể không đồng nhất nhưng có tình trạng viêm quanh tụy.	1
C: Viêm quanh tụy, có bất thường bên trong tụy	2
D: Có một ổ tụ dịch bên trong hay ngoài tụy	3
E: Có hai hay nhiều hơn ổ động dịch hay khí trong tụy hay sau phúc mạc	4
Mức độ hoại tử (Có thuốc cản quang)	
Không hoại tử	0
< 33%	2
33 – 50%	4
> 50%	6
CT severity index = điểm grade + điểm mức độ hoại tử - Điểm tối đa: 10 điểm - Khi ≥ 6 điểm bệnh nặng	

Severity index	Tử vong (%)	Biến chứng (%)
0 -> 1	0	0
2 -> 3	3	8
4 -> 6	6	35
7 -> 10	17	92

Phụ lục V
Thang điểm RANSON

Lúc nhập viện: ☐ Tuổi > 55 ☐ Bạch cầu > 16.000/ μ l ☐ Đường huyết > 200 mg% ☐ AST > 25m IU/L ☐ LDH > 350 IU/L Trong 48 giờ nhập viện: ☐ Hct giảm > 10% ☐ BUM > 8 mg% ☐ Calci máu < 8 mg% ☐ PaO ₂ < 60 mmHg ☐ Dự trữ kiềm giảm > 4 mEq/L ☐ Ước tính lượng dịch trong cơ thể mất trên 6 lít	Mỗi một tiêu chuẩn tương ứng với 1 điểm nếu: ☐ ≥ 3 điểm viêm tụy cấp nặng ☐ < 3 điểm nhẹ Độ nặng ☐ 0 -> 2 điểm: 2% tử vong ☐ 3 -> 5 điểm: 10 -> 20% tử vong ☐ > 5 điểm: tử vong > 50% Thang điểm này có vài khuyết điểm như: - Chỉ đánh giá được trong 48 giờ sau nhập viện mà không đánh giá được quá trình diễn tiến bệnh. - Giá trị ngưỡng bình thường phụ thuộc vào nguyên nhân gây viêm tụy cấp do rượu hay không do rượu.
--	--

Phụ lục VI
Thang điểm APACHE II

- Dựa vào nhiều yếu tố có độ chính xác cao nhưng rất phức tạp và thường áp dụng trong hồi sức cấp cứu.

- Đánh giá lúc nhập viện và trong bất cứ thời điểm nào để phân biệt viêm tụy cấp nhẹ hay nặng và tiên lượng tử vong.
- Tuy nhiên không đặc trưng cho viêm tụy cấp mà còn có giá trị trong suy đa cơ quan và nhiều bệnh nặng khác.

Phụ lục VII Thang điểm BISAP

Là chỉ số đánh giá mức độ nặng trong CTC thực hiện ngay tại giường bệnh (BISAP): một phương pháp đơn giản để phát hiện sớm các bệnh nhân có nguy cơ tử vong trong khi nằm viện, thực hiện trong 24 giờ nhập viện.

Thang điểm BISAP (bedside index of severity in acute pancreatic) gồm:

- ☐ BUM > 22 mg%
- ☐ Suy giảm tình trạng tri giác
- ☐ SIRS
- ☐ Trên 60 tuổi
- ☐ Tràn dịch màng phổi

SIRS: khi có hai trong bốn tiêu chuẩn sau:

- ☐ Nhiệt độ > 38°C hoặc < 36°C
- ☐ Mạch > 90 lần/phút
- ☐ Nhịp thở > 20 lần/phút hay PCO₂ < 32 mmHg
- ☐ Bạch cầu > 12.000/ μ l.

Sau khi BISAP ≥ 3 gia tăng nguy cơ các biến chứng và mức độ nặng

Phụ lục VIII Viêm tụy cấp hoại tử

- ☐ Thường xảy ra 2 -> 4 tuần sau khi khởi phát VTC
- ☐ Nếu bệnh nhân có suy cơ quan hay nhiễm độc hệ thống không cải thiện sau 7 ngày, sốt cao, bạch cầu tăng > 20.000/ μ l. nghĩ đến VTC nhiễm trùng
- ☐ VTC hoại tử nhiễm trùng có thể chẩn đoán bởi bóng khí sau phúc mạc trên CT Scanner
- ☐ Chính xác nhất chọc hút dưới hướng dẫn của CT scanner, nhuộm Gram, cấy cả môi trường hiếu khí, kỵ khí và nấm
- ☐ Vi trùng thường gặp là vi trùng đường ruột Gr (+), (-), yếm khí nhất là klebsiella (10%), *E.coli* (26%), *Enterococcus* (3%), *Pseudomonas* (16%), *S.Aureus* (15%), *Streptococcus species* (4%), Yếm khí (16%)

Phụ lục IX Tỷ lệ tử vong của viêm tụy cấp

Viêm tụy cấp	Trung bình	Thay đổi
Tất cả các trường hợp:	5%	2 -> 9%
- Viêm tụy cấp mô kẽ	3%	1 -> 7%
- Viêm tụy hoại tử	17%	8 -> 39%

- Hoại tử nhiễm trùng	30%	14 -> 62%
- Hoại tử vô trùng	12%	2 -> 44%

Phụ lục X

Điều trị hỗ trợ

1. Bồi hoàn dịch:

- Bù dịch sẽ ngăn ngừa được các biến chứng VTC, hoại tử và cải thiện tình trạng suy cơ quan.
- Dịch đẳng trương hoặc tinh thể đều được, tốc độ bù phụ thuộc vào tình trạng thể tích dịch, tim mạch của bệnh nhân, khoảng 250 – 300ml/giờ trong vòng 48 giờ đối với VTC nặng.
- Dấu hiệu sinh tồn, lượng nước tiểu (> 0,5 ml/kg/giờ), CVP, Hct và BUM được chỉ định mỗi 12 – 24 giờ giúp đánh giá bù dịch đủ hay chưa.
- Nên tiếp tục truyền dịch cho đến khi đảm bảo hết nguy cơ suy cơ quan.

2. Chăm sóc hô hấp:

Duy trì SaO₂ > 95%

3. Cân bằng chuyển hóa:

- Tăng đường huyết điều trị cẩn thận với Insulin.
- Bù Mg, Ca khi cần thiết

4. Đặt ống mũi dạ dày:

- Không cần trong VTC nhẹ
- Cần thiết khi ói nhiều, tránh viêm phổi hít và tắc ruột.

5. Hỗ trợ dinh dưỡng, bảo tồn chức năng:

- Đối với VTC nhẹ: Bệnh nhân cần nhịn ăn vài ngày đầu, bù dịch qua đường tĩnh mạch, bệnh nhân thường ăn trở lại sau 3 – 7 ngày.

6. Giảm đau:

- Pethidin (Meperidin) là một opioids 50 – 100mg mỗi 4 giờ.
- Fentanyl IV: an toàn VTC nhẹ ngay cả khi có suy thận, có thể ức chế hô hấp với liều 20 – 50 µg trong 10 phút.
- Morphin và các dẫn xuất của nó làm xấu tình trạng viêm tụy do tăng trương lực cơ vòng Oddi.
- Anticholinergic như Atropin nên tránh dùng do làm nặng tình trạng tắc ruột.
- Acetamynophen chỉ định trong VTC nhẹ hay sốt.

Phụ lục XI

Điều trị theo thể viêm tụy

Viêm tụy cấp nhẹ

- Điều trị hỗ trợ gồm truyền dịch, giảm đau, nhịn ăn.
- Đặt ống thông mũi dạ dày không cần thiết trừ khi bệnh nhân nôn ói nhiều, tắc ruột.
- Tiên lượng tốt phần lớn phục hồi có thể ăn lại sau 3 -> 7 ngày.
- Thuốc sử dụng:

PPI: Omeprazole 20 mg TTM/ngày hay

Lansoprasole 30 mg TTM/ ngày hay

Pantoprasole 40 mg TTM/ngày hay

Esomeprasole 40 mg TTM/ngày

Octreotide (hay Somatostatin): 100 microgram TDD mỗi 8 giờ.