

PGS NGUYỄN ĐỨC HÀM

ĐIỀU TRỊ



CẤP CỨU

NỘI KHOA



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC



## MỤC LỤC

	<i>Trang</i>
- Lời nói đầu	5
- Mục lục	7
- Một số thủ tục phải làm khi cần và có điều kiện.	11
- Ngừng tuần hoàn và hô hấp - hồi sinh nội khoa.	13
- Truy mạch cấp (Sốc) do mất nước và mất muối.	20
- Truy mạch do nhiễm khuẩn (Sốc nhiễm khuẩn).	26
- Truy mạch do bệnh tim mạch.	30
- Truy mạch do ép tim (do tràn dịch màng ngoài tim cấp).	33
- Sốc phản vệ.	38
- Phù phổi cấp.	42
- Suy tim trái cấp.	47
- Cơ đau thắt ngực do bệnh mạch vành.	47
- Nhồi máu cơ tim.	50
- Tắc động mạch phổi - Nhồi máu phổi.	56
- Đợt kịch phát của tâm phế mãn.	60
- Nhịp nhanh kịch phát trên thất.	62
- Rung nhĩ.	65
- Cường động nhĩ.	66
- Nhịp nhanh thất.	68
- Nhịp chậm - Hội chứng Stokes - Adams.	73
- Nhịp xoắn đỉnh.	77
- Chảy máu đường tiêu hóa.	79
- Hôn mê gan.	83
- Viêm tụy cấp.	86
- Ho ra máu.	87
- Cơ hen ác tính.	91



- Trần dịch màng phổi nặng.	93
- Trần khí màng phổi.	93
- Khí phế thũng cấp.	96
- Con động kinh liên tục.	96
- Tai biến mạch máu não.	100
- Hôn mê đái tháo đường - Hôn mê hạ đường huyết.	103
- Con cường giáp trạng cấp.	109
- Urê máu cao (Suy thận cấp).	111
- Rối loạn thăng bằng nước và điện giải.	115
- Sốt rét ác tính.	117
- Bệnh (dịch) tả.	122
- Sốt xuất huyết Dengue có sốc.	125
- Uốn ván.	127
- Tai biến do truyền máu.	130
- Say nắng - Say nóng.	135
- Điện giật - Sét đánh.	137
- Chết đuối (cũng áp dụng cho thắt cổ).	138
- Rắn cắn.	140
- Rết cắn - Bò cạp cắn.	142
- Ong đốt.	143
- Ngộ độc cấp.	144
- Ngộ độc cấp thuốc trừ sâu.	150
- Ngộ độc Clo hữu cơ.	155
- Ngộ độc cấp trong công nghiệp (dầu hoả , Ét xăng, ma dút và dẫn xuất)	157
- Méthemoglobin - máu.	159
- Oxyt - Cacbon (CO)	161
- Oxyt - Nitơ	163
- Ngộ độc cấp do ăn uống.	165



+ Thịt cóc	165
+ Gấu tầu (củ ô tầu, củ gấu tầu, phụ tử)	166
+ Dứa	167
+ Nấm độc	168
+ Rượu	172
+ Sắn	173
Ngộ độc thuốc	174
+ Acsenic (nhân ngôn)	174
+ Aconit - Aconitin (phụ tử)	175
+ Axit mạnh và Alkali mạnh (kiềm mạnh)	176
+ Digitan - Nériolin (lá trúc đào)	178
+ Quinidin và dẫn xuất	181
+ Thuốc ngủ (Gacdenal - Phenobachital - Cloran...)	182
+ Opi (cả các dẫn xuất... Opi, Mocphin, codéin, Héroin... Dolosan)	185
- Ngộ độc cấp các thuốc khác	187
+ Adrénalin	187
+ Noradrénalin	188
+ Aminazin (Chlopromazin)	189
+ Anilin và dẫn xuất (Paracétamol, acétanilid, Phénacétin)	189
+ Antipyrin, Amidopyrin	190
+ Aspirin, Salicylat	190
+ Bãng phiến (Naphtalin)	192
+ Benladon (Atropin, cà độc dược)	193
+ Benzen (Benzon, Benzin)	194
+ Chi và muối chi	194



+ Cocain	195
+ Dầu giun (Chénopot)	196
+ Dextran	196
+ Đồng (Cu)	196
+ Ephédrin	197
+ Fluo và dẫn xuất	197
+ Focmol	198
+ Iot (chủ yếu là Iot cản quang)	198
+ Kháng giáp trạng tổng hợp	199
+ Kháng histamin tổng hợp	199
+ Méprobamat	200
+ Méthyl Bromua - Méthyl clorua	200
+ Nitrat - Nitrit - Axyt Nitric	201
+ Phénol	201
+ Phenylbutazon	202
+ Phốt pho vô cơ	202
+ Pilocacpin - Acétylcholin - (Esérin, Prostigmin, Néostigmin...)	203
- Các loại thuốc chống sốt rét	204
+ Quinin	204
+ Quinacrin (Acrichin, Mépacrin...)	] 205
+ Nivaquin (Delaguin, Cloroquin...)	
+ Pamaquin (Plasmoquin, Primaquin...)	
+ Santonin	206
+ Strychnin (mã tiền)	207
+ Sulfamit	207
+ Thủy ngân (Sublimé, Calomel...)	208



## MỘT SỐ THỦ THUẬT PHẢI LÀM KHI CẦN VÀ CÓ ĐIỀU KIỆN

**1. Bộc lộ tĩnh mạch :** Có thể bộc lộ các tĩnh mạch :

- Tĩnh mạch cánh tay, đầu, tĩnh mạch nền trong cánh tay (Veine basilique).

- Tĩnh mạch hiển trong, ở trên và phía trước gân mắt cá trong cẳng chân.

- Cung tĩnh mạch hiển, 15 cm dưới đường Maligne 1cm phía trong động mạch đùi.

- Trình tự bộc lộ tĩnh mạch :

+ Sát trùng da.

+ Che chỗ rạch bằng khăn mổ có lỗ vô trùng.

+ Gây tê tại chỗ bằng Xylocaine.

+ Rạch da ngang tĩnh mạch muốn bộc lộ.

+ Nâng nhẹ tĩnh mạch lên bằng một thông máng (Sonde cannelée).

+ Đặt một sợi chỉ dưới tĩnh mạch ở trên thông 1cm và phía dưới thông cũng 1cm, thắt tĩnh mạch bằng sợi chỉ phía dưới này.

+ Rạch một đường nhỏ 2mm ngang tĩnh mạch bằng một kéo mũi nhỏ.

+ Đút ống thông để truyền dịch qua lỗ rạch.

+ Thắt tĩnh mạch vào ống thông ở phía trên.

+ Khâu da lại và buộc một sợi chỉ vào ống thông.

Bộc lộ tĩnh mạch tạo một đường truyền rộng và chắc



nhưng có điều bất lợi là thất vĩnh viễn một tĩnh mạch. Có nguy cơ nhiễm trùng và huyết đông, huyết tắc nhất là với tĩnh mạch hiển.



*Các giai đoạn bộc lộ tĩnh mạch*

## **2. Cho bệnh nhân thở oxy qua đường mũi :**

Mục đích là tăng đường oxy cho bệnh nhân - trước hết phải kiểm tra và làm cường thở được thông suốt.

- Đo khoảng cách từ canh mũi đến rái tai và đưa thông vào mũi một khoảng dài như vậy, oxy đưa vào màn hầu (Voile du palais) đưa vào quá sâu bệnh



nhân sẽ nôn, đưa vào không đủ sâu lượng oxy đưa xẽ không được bệnh nhân hít hết.

- Nối ống thông với dụng cụ giảm áp (manodé-tendeur) bằng một ống nối.

- Lượng oxy sử dụng tùy theo khổ người và tình trạng bệnh nhân, trung bình là 5 lít 1 phút - với bệnh nhân khó thở mãn tính bị tăng anhydrit carbonic huyết (Hyper - capnie), lưu lượng oxy đưa vào không được quá 1 lít 1 phút để tránh gây suy giảm hô hấp.

## NGỪNG TUẦN HOÀN VÀ HÔ HẤP - HÔI SINH NỘI KHOA

I - Do tai nạn hay biến chứng bất ngờ của một bệnh làm ngừng tuần hoàn hoặc hô hấp, hoặc ngừng cả hai đồng thời.

- Ngừng tuần hoàn là do cơ quan bơm máu (tim) không còn hiệu lực, có thể tim còn đập nhưng không đủ khả năng tống máu ra ngoài vì - vì vậy ngừng tuần hoàn không đồng nghĩa với ngừng tim. Hậu quả là : Tổn thương tế bào xuất hiện rất nhanh do thiếu oxy và nhiễm axit - hiện tượng thiếu oxy và kích thích chuyển hoá kỵ khí làm phát sinh nhiễm axit lactic. Sự tích tụ axit lactic sẽ gây ra rất nhanh nhiễm axit hô hấp đưa đến tăng anhydrit ca rbonic máu - não là cơ quan dễ bị tổn thương nhất do thiếu oxy vì não có



chuyển hoá ưa khí (aérobie) nên chỉ còn hoạt động được trong 2 đến 4 phút khi thiếu oxy - trước khi não ngừng hoạt động thường xảy ra phù não và phù não vẫn tồn tại khi đã phục hồi được tuần hoàn não, vì vậy cần lưu ý chống phù não - các cơ quan khác chịu đựng trạng thái thiếu oxy được lâu hơn ví dụ : thận được 15 phút, gan trong 2 giờ, cơ tim 6 giờ.

- Triệu chứng ngừng tuần hoàn : Thường báo hiệu trên máy chiếu điện đồ tim (électrocardioscope) biểu hiện lâm sàng :

- + Bất tỉnh, có khi co giật.
- + Xanh tái toàn thân, da lạnh.
- + Mất mạch bẹn và mạch cảnh.
- + Không lấy được huyết áp.
- + Thường ngừng thở đột ngột hoặc từ từ.
- + Đồng tử hai bên giãn là triệu chứng của tổn thương não nặng nề.

Bệnh nhân ngừng thở và ngừng tuần hoàn do tim ngừng đập hoặc còn đập nhưng rời rạc, không hiệu quả, hoặc rung thất, hoặc cả ba trạng thái này xen lẫn, thay phiên nhau. Phải nghe tim thật chính xác và ghi điện tim mới xác định được.

**Xử trí :** Cấp cứu bệnh nhân đòi hỏi đồng thời 3 yêu cầu :

- Bảo đảm tuần hoàn não.
- Bảo đảm tiếp oxy có hiệu quả.



- Chống nhiễm toan.

Phải cấp cứu ngay tại chỗ không được để chậm một giây phút nào, không đợi chuyển bệnh nhân sang phòng cấp cứu, không chờ đợi bác sĩ.v.v... Phải vừa cấp cứu vừa cho người đi mời bác sĩ và nhân viên khác đến hỗ trợ.

Phải cấp cứu liên tục, không để gián đoạn, cấp cứu ngay tức khắc, sớm chừng nào hay chừng ấy. Đơn giản nhất và có thể làm ngay là thổi ngạt và xoa bóp tim ngoài lồng ngực, phục hồi đồng thời cả hô hấp và tuần hoàn - Đặt nhanh điện cực, điện tim để theo dõi.

Nguyên tắc của hồi sinh nội khoa là: Khẩn trương, bình tĩnh, kiên nhẫn - Có trường hợp sau 1 giờ hồi sinh mới cứu được bệnh nhân, vì vậy phải hồi sinh trong hai giờ không có kết quả mới nên thôi.

## II. Xoa bóp tim :

- Đặt bệnh nhân nằm ngửa trên một nền cứng, đầu thấp, chân gác cao.

- Quỳ bên phải bệnh nhân, đặt lòng bàn tay trái ở 1/3 dưới xương ức bệnh nhân, không ấn lên xương sườn - lòng bàn tay phải đặt lên trên bàn tay trái, dùng sức mạnh của 2 tay và cơ thể ấn mạnh, nhịp nhàng 60 lần/phút - Lực ấn phải đủ cho xương ức và lồng ngực bệnh nhân xẹp xuống khoảng 4 cm nhưng



không quá nặng tùy theo cơ thể bệnh nhân gầy, béo, lồng ngực to, nhỏ, chắc, mềm mà xác định lực ấn.

Dấu hiệu xoa bóp tim có hiệu quả.

- Mỗi lần ấn, sờ thấy mạch ben đập.
- Huyết áp động mạch : 70 - 100 mmHg.
- Đồng tử không giãn to do não thiếu máu.
- Sắc mặt bệnh nhân hồng hơn.
- Chỉ chống chỉ định xoa bóp tim khi bệnh nhân bị vết thương ở lồng ngực, ú máu, chảy máu màng ngoài tim, màng phổi, khí thủng phổi.

Những biến chứng do xoa bóp tim gây nên như gãy xương ức, vỡ gan, vỡ lách, chảy máu màng ngoài tim, màng phổi, rất ít gặp, gãy xương sườn thường gặp hơn nhưng cần cố tránh. Tràn khí màng phổi có thể xảy ra nếu đồng thời vừa ấn tim vừa thổi ngạt rất mạnh.

### III - Thổi ngạt.

- Quỳ bên trái bệnh nhân gần đầu bệnh nhân.
- Chuẩn bị bệnh nhân : đường khí đạo bệnh nhân phải thông suốt, nhanh chóng lau sạch mồm họng, lấy hết dị vật, răng giả, thức ăn, đờm dãi...
- Để đầu bệnh nhân thật ngả ra sau cho thông đường khí đạo độn gối dưới cổ bệnh nhân, kéo mạnh hàm dưới ra phía trước và lên trên cho lưỡi không tụt ra sau bịt khí quản.

*Thổi :*



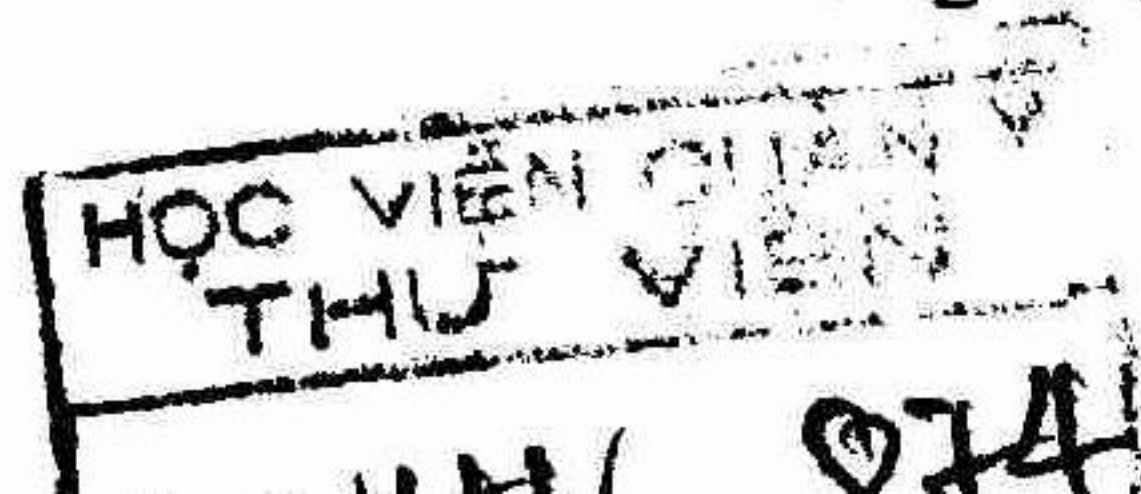
- Bóp mũi bệnh nhân bằng ngón cái và ngón trỏ.
- Đặt 1 lớp gạc mỏng ở miệng bệnh nhân được giữ cho há to.
- Hit vào thật sâu, áp mồm vào mồm bệnh nhân thổi mạnh và dài hơi, làm sao cho lồng ngực bệnh nhân nở rộng ra, mỗi phút thổi 15 lần, khi thổi thì người ấn tim ngưng ấn (4 lần ấn tim 1 lần thổi ngạt).
- Thỉnh thoảng nhớ lau đờm rãi cho đường hô hấp luôn luôn được lưu thông.
- Nếu người cấp cứu chỉ có một mình thì vừa xoa bóp tim vừa thổi ngạt, cứ 15 lần ấn tim thì 2 lần thổi ngạt liên, mạnh và sâu - Có thể dùng ống nội khí quản để thổi - Dùng máy hô hấp hỗ trợ nếu có.

Nếu bệnh nhân nôn, co giật hoặc cứng hàm (trismus) thì có thể thổi vào mũi - ở trẻ nhỏ có thể thổi cả vào mồm lẫn mũi.

Cần đặt một đường truyền tĩnh mạch có lưu lượng lớn ở tĩnh mạch đùi hoặc dưới đòn, truyền dung dịch kiềm bicarbonat Na hoặc THAM (Trishydroxy - Amino - Méthane) với lưu lượng lớn.

#### **IV. Nếu rung thất (có điện tim theo rồi)**

- Chuẩn bị khẩn trương máy chống rung, trong khi đó vẫn tiếp tục xoa bóp tim. Nếu chống rung một lần chưa kết quả thì chống rung tiếp 1 - 2 lần nữa với điện thế tăng dần. Nếu vẫn không đạt kết quả thì lại





xoa bóp tim, hô hấp hỗ trợ và truyền dịch kiềm để lại tiếp tục chống rung một lần nữa.

- Nếu xoa bóp tim không kết quả và không có điều kiện dùng máy chống rung có thể tiêm thẳng vào tim Procainamid 0,10 - 0,50 gr và tiếp tục xoa bóp tim.

*Nếu ngừng tim (Thể hiện trên điện tim)*

- Dùng máy chủ nhịp (Pace maker)

- Nếu xoa bóp tim không kết quả và không có điều kiện dùng máy chủ nhịp thì tiêm thẳng vào tim adrénalin 1mg hòa trong 10ml dung dịch ngọt, 5 phút sau nếu cần có thể tiêm thêm 1 lần nữa, hoặc Ca clorua, Ca gluconat 10ml dung dịch 10%, đồng thời truyền tĩnh mạch Noradrénaline (Lévophed) 2 ống 4ml + 500ml dung dịch glucoza, hoặc Isuprel 5 ống 1ml + 250ml dung dịch glucoza.

- Đồng thời với phục hồi hô hấp và tuần hoàn cần chống toan chuyển hóa và tăng Kali máu do thiếu ôxy gây nên, bằng dung dịch Bi Carbonat Na 14%. 300 - 500ml truyền tĩnh mạch hoặc tiêm tĩnh mạch ngay từ phút thứ 5 và sau đó cứ 10 phút 1 lần, mỗi lần 3,75gr Nabicarbonat hoặc THAM 200ml dung dịch 0,3 với tốc độ 5 - 10 ml/phút (chống toan và lợi niệu tốt). Tiêm tĩnh mạch Calci liều cao chống tăng kali máu - Truyền máu vào động mạch nếu thiếu khối lượng máu.



- Các trường hợp nhịp nhanh tim nguy kịch (như nhịp nhanh thất...) cũng cần được điều trị bằng sốc điện sau khi bệnh nhân được thở ôxy tốt và kiểm hóa máu.

- *Kỹ thuật tiêm vào tim :*

Dùng kim nhỏ cỡ tiêm bắp thịt dài 7cm, chọc vào gian sườn 4 sát bờ xương ức và bờ trên xương sườn 5. Chọc thẳng xuống 3cm, sau đó nghiêng kim về phía xương ức và hơi xuống dưới, đi qua cơ tim máu sẽ trào vào bơm tiêm, bơm thuốc thẳng vào tim.

*Ghi chú :*

- Với các bệnh nhân suy kiệt ở giai đoạn cuối của một bệnh nặng điều trị đã lâu không hồi phục như K gan, suy tim giai đoạn 4... thì phương pháp hồi sinh như trên thực tế thường không kết quả.

- Trong khi xoa bóp tim và thổi ngạt, nếu thấy đồng tử giãn to kéo dài liên tục trong 30 phút không thay đổi là triệu chứng tổn thương ở não không thể phục hồi, dù có tiếp tục cấp cứu cũng không kết quả.

- Có thể tim đập trở lại, nhưng nếu não đã bị thiếu ôxy kéo dài thì tình trạng bệnh nhân vẫn xấu, cấp cứu khó khăn, bệnh nhân vẫn hôn mê sâu.

Trong trường hợp này cần :

- Giữ tốt huyết áp.

Hô hấp hỗ trợ tốt, nếu có máy hô hấp phải bảo



đảm hô hấp trên 10 lit/phút với nhịp 16-20 lần/phút dù dùng ôxy hay khí trời.

- Cân bằng nước và điện giải - cần biết điện giải máu và đo khí trong máu (gazométrie) để điều chỉnh rối loạn điện giải (nhất là Kali) và rối loạn kiềm - toan.

- Kiểm tra tình hình não bằng điện não đồ (nếu có) để xác định di chứng của thiếu ôxy não và quyết định ngưng hay tiếp tục hô hấp hỗ trợ.

### TRUY MẠCH CẤP (SỐC) DO MẤT NƯỚC, MẤT MUỐI

Thường do nôn mửa, ỉa chảy gây nên.

#### I. Xử trí :

- Cho bệnh nhân nằm đầu thấp.
- Nếu trời lạnh : sưởi ấm, đắp chăn ấm.
- Nếu huyết áp tối đa dưới 80 mmHg, mạch nhanh nhỏ :

+ Truyền dung dịch muối 9‰ từ 2-3 lít (truyền tĩnh mạch) 60 giọt/phút, lúc đầu có thể truyền nhanh hơn.

+ Vitamin C 0,10 x 5 ống.

+ Dung dịch muối 10% : 20 - 40 ml tiêm tĩnh mạch.



+ Clorua kali uống hoặc tiêm. ] tùy theo tình hình  
+ Clorua Ca tiêm tĩnh mạch. ] điện giải  
+ Long não nước 0,20 gr tiêm tĩnh mạch ; 3 giờ 1  
lần nếu cần (hoặc Eucoran, Coramin nếu sau khi  
điều trị như trên mà huyết áp vẫn không lên). Có khi  
huyết áp không lấy được, mạch không bắt được).

+ Điều trị như trên, thêm :

- \* Noradrenalin 1 - 2mg - Truyền tĩnh mạch.
- \* Dung dịch đường đẳng trương 250ml XV-XX  
truyền 1 - 5 lần trong ngày giọt/phút  
nếu cần.

Nếu có triệu chứng nhiễm axit : truyền thêm  
dung dịch Na bicarbonat.

\* Dépersolon ống 30mg x 1 - 2 ống tiêm tĩnh  
mạch.

\* DOCA ống 10mg x 1 - 3 ống tiêm bắp thịt. Nếu  
điều trị như trên mà huyết áp vẫn không lên :

\* Truyền thêm Plasma, hoặc Dextran, Moramine  
500ml.

*Nguyên tắc chung* : Nếu có điều kiện theo dõi  
được số lượng nước mất đi do ỉa chảy thì cứ 1 lít  
nước mất do ỉa chảy phải bổ sung bằng truyền tĩnh  
mạch.

\* 750ml dung dịch ngọt đẳng trương (5%)

\* 4 gr ClNa.

\* 2 gr ClK.

\* 250 ml dung dịch Na bicarbonat. Nếu cần có



thể cho thêm : Carbonat bismuth, Elixir parégorique, Atropin, kháng sinh tùy theo nguyên nhân và kháng sinh đồ.

**Ỉa chảy cấp ở trẻ em :** Chúng tôi nói thêm phần này vì tỷ lệ mắc bệnh và tỷ lệ tử vong ở trẻ em rất cao. Trẻ em đi đại tiện trên 3 lần/ngày, phân loãng, nhiều nước là ỉa chảy - Tỷ lệ mắc bệnh và tỷ lệ tử vong rất cao nhất là ở các nước đang phát triển - Theo tài liệu của OMS, hàng năm trên thế giới có 750 triệu trẻ em dưới 5 tuổi bị ỉa chảy. Theo giám đốc UNICEF năm 1986 trên thế giới có 5 triệu trẻ em dưới 5 tuổi chết vì ỉa chảy, chiếm 35,4% tổng số tử vong. Ở Việt Nam, số trẻ em mắc bệnh ỉa chảy chiếm 22% tổng số bệnh nhân điều trị tại các bệnh viện. Bệnh này còn là nguyên nhân gây suy dinh dưỡng.

**Nguyên nhân :** Bị ỉa chảy là do ăn, uống phải thức ăn, nước uống bị nhiễm khuẩn, hoặc tiếp xúc với phân của người bị mắc bệnh. Cần tránh những thói quen xấu : Không rửa tay trước khi ăn, ăn rau sống rửa không sạch, uống nước lã chứa vi khuẩn gây bệnh. Ngày nay nhờ tiến bộ khoa học kỹ thuật, người ta đã phát hiện được 75% trường hợp phân có vi khuẩn gây bệnh, các tác nhân gây bệnh là :

- Rotavirut gây ỉa chảy nhiều nhất với tỷ lệ 15 - 50% ở các nước, ở Việt Nam là 21,5%.



**Ecoli** : ở miền Bắc Việt Nam, tỷ lệ do vi khuẩn này là 8,2 - 8,6%.

- **Shigella** : vi khuẩn gây痢疾 trùng, theo OMS tỷ lệ ỉa chảy do vi khuẩn này từ 5 - 20%, ở Việt Nam là 3,7%.

- **Vibrio choléra** : gây dịch tả v.v...

Độc tố của vi khuẩn gây rối loạn chức năng tế bào biểu mô ruột làm giảm hấp thụ  $\text{Na}^+$  và tăng tiết  $\text{Cl}^-$ , vì vậy nước và điện giải bị xuất tiết vào trong ruột nhiều hơn bình thường - một số vi khuẩn khác như *Shigella*... gây tổn thương biểu mô thành ruột.

Có khi trẻ ỉa chảy 10 - 15 lần trong ngày, phân chua, khó ngủi có nhiều mũi nhầy hoặc có máu - có khi kèm cả nôn. Ỉa chảy và nôn làm mất nhiều nước và điện giải là nguyên nhân chính gây tử vong. Do đó cần đánh giá mức độ mất nước. Bệnh nhân mất nước nhiều, nước tiểu giảm khối lượng, quấy khóc hoặc lơ đãng, mắt trũng, miệng khô, thở nhanh hơn bình thường, da mất đàn hồi, mạch nhanh nhỏ, huyết áp hạ, có thể sốt hoặc không.

- **Xử trí** :

+ *Cần xét nghiệm* :

\* Cấy phân, soi phân tươi, pH phân.

\* Điện giải đồ.

\* Hematocrit (tăng là hiện tượng đặc máu).

\* Công thức bạch cầu.



+ *Điều trị* : Mất nước và điện giải là quan trọng nhất, 80% bệnh nhân chết vì cơ chế này.

\* Có thể đưa nước và điện giải vào cơ thể bằng đường uống, tiêm truyền qua tĩnh mạch, dùng ống thông mũi - dạ dày.

\* Một số dung dịch dùng để uống : ORS (oresol) của OMS - một gói pha 1 lít nước gồm clorua Na 3,5 gr, Bicarbonat Na 2,5 gr, Clorua K 1,5 gr, gluco 20 gr - Nếu không có sẵn dung dịch này thì có thể pha lấy theo công thức :

- . 1 thìa cà phê muối (3,5 gr)
- . 8 thìa cà phê đường (40 gr)
- . 1 lít nước sôi để nguội.

\* Một số dung dịch tiêm truyền thường dùng :  
Dung dịch NaCl 9‰, dung dịch glucoza 5%, Lacta-tringer.

Sau khi đánh giá tình trạng mất nước, tùy mức độ mà bù nước và điện giải :

. Nếu mất nước nhẹ : cho uống oresol (50ml/kg /4 giờ)

. Mất nước vừa : uống oresol (100 ml/kg/4 giờ).

\* Nếu bệnh nhi nôn nhiều, vẫn cho uống nhưng uống từng thìa.

\* Nếu hôn mê : truyền tĩnh mạch dung dịch Lactat ringer 30 ml/kg/giờ - Với trẻ em 1 tuổi, truyền nhanh hơn.



\* Đánh giá lại các triệu chứng mất nước, nếu bệnh nhi đỡ, cho uống Oresol : 20 ml/kg/giờ.

\* Nếu không có Lactat ringer có thể dùng dung dịch muối đẳng trương. Nếu không tiêm truyền được thì bù nước qua ống thông mũi - dạ dày 20ml/kg/giờ (Tổng số 120 ml/kg).

\* Sau khi hồi phục nước và điện giải cần cho trẻ bú, với trẻ nuôi bằng sữa bò : Cho trẻ ăn sữa pha loãng hơn thường ngày, có thể pha với ORS (1/3 sữa + 2/3 ORS), dần dần cho ăn theo chế độ bình thường. Khi trẻ khỏi bệnh mỗi ngày cho ăn thêm 1 bữa trong 1 tuần để chóng lại sức.

+ *Thuốc dùng :*

\* Kháng sinh, chỉ nên dùng trong một số trường hợp :

. Bệnh tả : Tetraxilin 50mg/kg/ngày - chia làm 4 lần uống, trong 3 ngày, hoặc furazolidone 5mg/kg/ngày, cũng chia làm 4 lần, trong 3 ngày - hoặc Eritromyxin 30 mg/kg/ngày, chia làm 3 lần, trong 3 ngày.

. Bệnh lỵ trực trùng : ampixy lin 100mg/kg/ngày chia làm 4 lần, trong 5 ngày, hoặc Triméthopprime 10 mg/kg/ngày, Sunfathoxazole (bisepton, bactrim v.v...) : 50mg/kg/ngày chia làm 4 lần.

. Bệnh lỵ amyp cấp : Métronidazol 30mg/kg/ngày, trong 5 ngày (Flagyl, klion) - Trường hợp nặng dùng déhydroémétin hydrochlorid 1mg/kg/ngày, trong 5 ngày.



*Chú ý* : Nếu bệnh nhi ỉa chảy và sốt cao, co giật :  
Chú ý tìm ổ nhiễm khuẩn ở tai, phổi, tiết niệu v.v...

**TRUY MẠCH DO NHIỄM KHUẨN**  
**(Sốc nhiễm khuẩn)**

Triệu chứng truy mạch xảy ra ở một bệnh nhân bị nhiễm khuẩn nặng, thường do vi khuẩn gram (âm). Trước đó bệnh nhân thường sốt cao và khi có sốc thì nhiệt độ hạ xuống.

**Triệu chứng cơ bản** : Trong quá trình diễn biến của một bệnh nhiễm khuẩn (ví dụ : thương hàn, nhiễm trùng huyết...) bỗng bệnh nhân :

- Tụt huyết áp.
- Mạch nhỏ, khó bắt.
- Các chi lạnh, nhiệt độ hạ...
- Xanh tím.
- Thiếu niệu v.v...

Cần phát hiện sớm và điều trị kịp thời. Điều trị đồng thời cả suy tuần hoàn cấp và nguyên nhân, cần xác định nguyên nhân, cấy máu và làm kháng sinh đồ.

**Xử trí** :

- Cho nằm đầu thấp, chườm lạnh ở đầu nếu sốt cao, giữ thông đường khí đạo.
- Dùng Uabain 1/4mg (hoặc lanatosit C) } tiêm tĩnh mạch chậm  
Dung dịch ngọt 5% 20 ml }



- DOCA ống 10 mg x 2 - 3 ống/ngày - tiêm bắp thịt.

- Hydrocortison hémisuccinat liều cao, lần đầu 1gr tiêm tĩnh mạch, sau đó 3 giờ 1 lần tiêm thêm 100-200 mg.

- Truyền dịch và thuốc tác dụng trên vận mạch tùy theo giai đoạn của sốc.

*Giai đoạn sớm :*

Giai đoạn nóng (sốc nóng) da bệnh nhân nóng, nhiệt độ cao, huyết áp hạ : dùng thuốc co mạch :

- Métaraminol (aramin) ống 1ml =  
0,01gr x 4-5 ống } truyền tĩnh  
- Dung dịch ngọt 5% - 500ml } mạch

Nếu không có Métaraminol thì dùng Nordrénalin.

*Chú ý :* Không dùng Métaraminol cho bệnh nhân đái tháo đường, cường giáp trạng, bệnh nhân vừa gây mê bằng xiclopropan.

*Giai đoạn muộn :* giai đoạn lạnh : da bệnh nhân lạnh, tái nhợt, nhiệt độ thấp, huyết áp hạ...

- Dùng Isoprotérénol (Isuprel) có tác dụng tăng sức co bóp của cơ tim và làm giãn mạch ngoại vi...

- Isoprotérénol ống 0,2mg x 4 ống } truyền tĩnh  
- Dung dịch ngọt 5% - 200 ml } mạch

Truyền 2 lần nếu cần.



Nếu không có Isoprotérenol thì thay bằng chlopromazin (Aminazin) liều thấp 10mg mỗi lần.

Trường hợp có chống chỉ định dùng Isoprotérenol do tâm thất ở trong tình trạng bị kích thích mạnh, có thể thay bằng Dopamine với liều trung bình 6 - 15  $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{phút}$ .

Truyền tĩnh mạch với lưu lượng không thay đổi có tác dụng kích thích  $\beta$  (tăng sức co bóp cơ tim, làm giảm sức kháng ngoại vi. Không dùng với dung dịch kiềm.

Nếu bệnh nhân nôn, tim đập nhanh và loạn nhịp, tăng huyết áp là triệu chứng quá liều, phải giảm lưu lượng truyền ngay.

*Chú ý* : Nếu dùng Isoprotérenol nên dùng đồng thời với corticoid, không nên dùng đồng thời với Adrenalin nhất là khi mạch nhanh trên 120/phút vì dễ gây loạn nhịp tim thêm.

- Truyền thêm dung dịch mặn 9‰ và dung dịch Na cacbonat 14‰.

Nên kết hợp truyền máu. Nếu Hématocrit 45% thì truyền Plasma - Nói chung phải truyền một lượng dịch nhiều : 2 lít ngay trong những giờ đầu. Chú ý theo dõi sự chịu đựng của tim và phổi. Theo dõi gan, tĩnh mạch cổ, tim và áp lực tĩnh mạch trung tâm.

- Kháng sinh liều cao tùy theo loại nhiễm khuẩn và kháng sinh đồ. Nếu không biết được mầm bệnh và



không có kháng sinh đồ thì thử dùng Gentamixin : 5 - 7mg/kg/ngày, tiêm bắp thịt, có thể phối hợp với Ampixilin 300mg/kg/ngày, tiêm tĩnh mạch - Nếu trực khuẩn kháng các kháng sinh trên kháng sinh đồ thì dùng amikaxin : 15mg/kg/ngày, tiêm bắp thịt.

- Theo dõi và giải quyết kịp thời những biến cố xấu có thể xảy ra làm nặng thêm tình trạng sốc nhiễm khuẩn, ví dụ :

- Tan máu cấp (huyết tương đỏ và Hématocrit) hạ thấp : nguyên tắc là nên truyền thay máu (exsanguino-transfusion) nhưng nếu không có điều kiện thì cũng phải truyền máu để chống lại tình trạng sốc nhiễm khuẩn phối hợp với sốc mất máu.

- Nhiễm axit : Điều chỉnh pH máu bằng truyền các dung dịch kiềm.

- Suy thận cấp : Bệnh nhân vẫn vô niệu tuy tình trạng tim và tuần hoàn đã được phục hồi tốt, mạch, huyết áp đã bình thường, các đầu chi, môi đã hết xanh tím. Phải theo dõi Urê máu, nếu cao  $\geq 3$ gr thì phải lọc máu bằng thận nhân tạo hay thẩm phân phúc mạc nếu có điều kiện. Nếu tình trạng huyết động và tuần hoàn đã được phục hồi, có thể dùng thử Furoxémid (Lasix) liều cao ; 5 - 6 ống 20mg tiêm tĩnh mạch, sau đó cứ 4 giờ một lần tiêm thêm 2 - 3 ống. Điều trị sớm và theo dõi tình hình phục hồi bài niệu.



- Rối loạn hô hấp : Phù phổi do truyền dịch hoặc suy hô hấp cấp. Phải hô hấp hỗ trợ.

## TRUY MẠCH DO BỆNH TIM MẠCH

Trụy mạch (sốc) là do thiếu ôxy ở tế bào xảy ra bởi suy tuần hoàn cấp trong sốc tim mạch vì tim bị suy yếu. Lưu lượng tim suy giảm gây kích thích giao cảm adrenalin làm co mạch ngoại vi. Từ đó làm tăng hiệu số ôxy động - tĩnh mạch gây chuyển hóa yếm khí tạo nhiều ion  $H^+$  (nhiễm axit chuyển hóa) làm co các tĩnh mạch nhỏ, máu có thể vào các tiểu động mạch nhưng không thoát đi được làm áp lực thủy tĩnh tăng và huyết tương thấm sang các kẽ gian bào. Khối lượng máu tuần hoàn bị tụt xuống và lưu lượng tim giảm - vì vậy tạo nên bệnh cảnh lâm sàng :

- Rối loạn ý thức : Triệu chứng sớm của suy tuần hoàn não, bệnh nhân mệt mỏi, vô cảm, nhầm lẫn và vật vã.

- Huyết áp động mạch tối đa tụt xuống < 80mmHg và huyết áp kẹt - với bệnh nhân vốn có huyết áp cao (tăng huyết áp) khi huyết áp giảm xuống 25% thì phải coi là sốc.

+ Da lạnh, vã mồ hôi.

+ Xanh tím đầu chi.



+ Thiếu niệu  $< 20\text{ml/giờ}$ , Na trong nước tiểu thấp  $\leq 30\text{mEq/l}$ , tỷ lệ  $\frac{Na}{K} < 1$ .

Đi đôi với tình trạng trên là các triệu chứng xấu về lâm sàng :

- + Khó thở.
- + Mạch nhanh.
- + Tim có tiếng ngựa phi.
- + Phổi có rên nổ.

### **Xử trí :**

Trụy mạch do bệnh tim mạch có nhiều nguyên nhân, phải xử trí tùy theo nguyên nhân.

Đồng thời tiến hành điều trị, phải :

- + Ghi điện tim.
- + Đo huyết áp và theo dõi tần số tim liên tục.
- + Đo áp lực trong buồng tim : nhĩ phải, thất phải, động mạch phổi, áp lực mao mạch phổi, tính cung lượng tim.

1. Nếu do suy tim quá độ (thường là suy tim toàn bộ) tiên lượng xấu.

- Cho nằm đầu thấp (trừ trường hợp khó thở).
- Thở oxy qua xông mũi (5-10l/phút), nếu tình trạng nặng nhiều phải đặt ống nội khí quản và cho thở có kiểm tra.
- Đặt cathéter dưới đòn để truyền dịch và đo áp lực tĩnh mạch trung tâm.



- Đặt xông bàng quang đo lượng nước tiểu.
- Chọc tháo cổ chướng nếu có.
- Uabain 1/4 mg hoặc Isolanid 4/10 mg tiêm tĩnh mạch chậm nếu mạch nhanh.

Nếu trụy mạch do nhồi máu cơ tim, cần thận trọng.

- Lasix 20mg tiêm tĩnh mạch chậm.

+ Hydrocortison Hémisuccinat

100mg - 200mg.

+ Dung dịch ngọt ưu trương

30% - 200ml.

nhỏ giọt  
tĩnh mạch

Chậm XV giọt/phút, có thể truyền 1-2 lần trong 24 giờ nếu cần, lượng dung dịch không quá 200ml mỗi lần, không quá 500ml trong 24 giờ.

- Dopamin  $10\mu\text{g}/\text{kg}/\text{phút}$ , ít ảnh hưởng tới nhịp tim, làm giãn các động mạch nhỏ làm giảm sức kháng ngoại vi, tăng tưới máu cho thận, tăng độ lọc cầu thận và thải Na. Truyền tĩnh mạch với lưu lượng đều, nếu có bơm tiêm điện thì tốt hơn.

- Nếu không kết quả hoặc bệnh nhân vẫn bị co mạch các đầu chi kéo dài, có thể cho thêm :

+ Isoprotérenol (Isuprel)  $5\mu\text{g}/\text{phút}$ , tiêm tĩnh mạch.

*Chú ý* : Cho các loại thuốc giãn mạch cần rất thận trọng vì làm tụt huyết áp - cần có bơm tiêm điện để điều chỉnh tốc độ tiêm cần thiết.



+ Long não, coramin, Heptaminol.

+ Không chích huyết.

+ Nếu có rối loạn nhịp tim :

\* Xilocaine 60mg x 1 ống tiêm tĩnh mạch chậm. Sau 30 phút nếu còn loạn nhịp thì tiêm thêm một liều như trên - sau đó dùng liều duy trì 1 - 2 mg/phút truyền nhỏ giọt tĩnh mạch chậm.

\* Amiodarone, cordaron.

+ Nếu có cơn nhịp nhanh thất hoặc rung thất thì phải dùng sốc điện.

+ Nitroglycerin hoặc tiêm : 5 - 40  $\mu$ g/phút, có tác dụng làm giãn tĩnh mạch do đó làm giảm áp lực đổ máu về tim.

### **Theo dõi bệnh nhân :**

Trạng thái tinh thần, da, điện tim theo dõi rối loạn nhịp, rối loạn dẫn truyền, triệu chứng thiếu máu cơ tim, theo dõi lượng nước tiểu, nếu lượng nước tiểu tăng là triệu chứng điều trị có hiệu lực.

- Bệnh nhân có thể truy mạch do suy tim trái cấp, do ép tim... (xem các phần này).

## **TRUY MẠCH DO ÉP TIM (DO TRÀN DỊCH MÀNG NGOÀI TIM CẤP)**

**Ép tim cấp :**



Gồm những triệu chứng nguy kịch chứng tỏ tim bị chèn ép nặng, chẩn đoán hoàn toàn dựa vào lâm sàng.

- Bệnh nhân ngồi trên giường, thường cúi về phía trước.

- Xanh tím.

- Khó thở nặng.

- Có khi đau ngực, có khi không đau.

- Tĩnh mạch cảnh và các tĩnh mạch nông cương máu, phù.

- Mạch nhanh và nhỏ, huyết áp thấp và kẹt.

- Các đầu chi lạnh.

Chứng tỏ truy mạch với các triệu chứng sốc.

Các triệu chứng trên tăng lên khi bệnh nhân nằm, bệnh nhân có thể ngất hoặc lịm đi.

- Tim đập nhanh, tiếng mờ khó nghe, có thể có tiếng cọ màng ngoài tim, gan to và đau.

Chẩn đoán được xác định chắc chắn thêm, dựa vào :

- Áp lực tĩnh mạch trung tâm thường xuyên tăng cao - Bệnh nhân không nằm xuống được.

- Điện tim : Điện thế thấp rối loạn tái cực đồng dạng trong tất cả các đạo trình - Tổng số biên độ QRS ở cả 3 chuyển đạo mẫu  $< 15\text{mm}$   $\text{QRS}_{V2} \leq 9\text{mm}$  -  $\text{QRS}_{V6} \leq 7\text{mm}$ .

- X quang : Tim to, đập nhẹ.



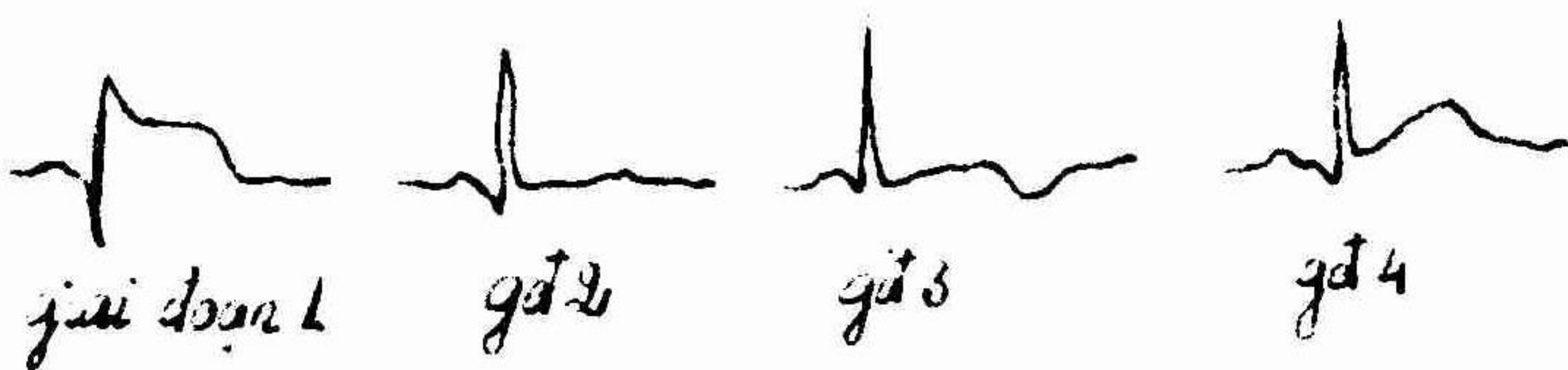
## Ép tim bán cấp :

Cũng có những triệu chứng như trên nhưng mức độ nhẹ hơn - vì vậy riêng triệu chứng lâm sàng không đủ khẳng định chẩn đoán do tràn dịch màng ngoài tim và suy tim phải.

Thông tim phải nếu có thể :

- Xác định lưu lượng tim bị suy giảm.
- Áp lực đổ máu vào tim phải tăng cao. - Thấy hình xông cách xa bờ ngoài tim.
- Phải chọc dò màng ngoài tim và chọc tháo dịch mới khẳng định được chẩn đoán và chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch.

Hình ảnh điện tim của 4 giai đoạn diễn biến của tái cực, lớp cơ dưới thượng tâm mạc cũng bị viêm làm ST chênh cao và đồng hướng ở cả 3 chuyển đạo mẫu.



Giai đoạn 1    Giai đoạn 2    Giai đoạn 3    Giai đoạn 4

Điện thế thấp hoặc tương đối thấp.

## Xử trí :

- Phải giải quyết nhanh nếu không bệnh nhân sẽ chết vì truy mạch.
- Nằm tư thế Fowler cao hoặc ngồi.



- Thở ôxy.

- Chọc tháo nước màng ngoài tim ngay, nên dùng đường Dieulafoy vì tràn dịch nhiều dễ tháo, đỡ tai biến.

Khi đã hết truy mạch thì mở đường tháo nước bằng phẫu thuật phía bên lồng ngực, chú ý tránh làm tổn thương phế mạc, đỡ đau bệnh nhân.

- Không nên dùng Digitalin hay Ubain vì không hiệu quả và có khi nguy hiểm.

- Luôn chú ý đề phòng và cấp cứu ngắt hoặc ngừng tim có thể xảy ra.

### **Kỹ thuật chọc tháo nước màng ngoài tim**

#### **1. Kiểu Dieulafoy :**

Đi vào màng ngoài tim bằng đường trước trái của Dieulafoy

- Bệnh nhân ở tư thế ngồi hoặc tư thế Fowler cao (thường dùng).

- Tiêm bắp thịt :

+ Long não nước 0,20gr x 1 ống	] Nếu không có truy mạch
+ Mócphin 0,01gr x 1/2 ống - 1 ống	
+ Atropin sulfat 1/4mg x 1 ống	

- Gây tê đường chọc bằng novocain 1% - 10ml, bảo đảm quy tắc vô trùng.

- Kiểm tra kim và thông trước khi chọc. Kim có đường kính trong 1mm, dài 6-7cm.



- Điểm chọc : gian sườn 5, bờ trên xương sườn 6, cách bờ trái xương ức 6cm (ngoài động mạch vú trong).

- Chọc từ ngoài vào trong, kim chéch  $45^{\circ}$  với mặt phẳng của thành ngực. Khi kim đã vào sâu 2cm thì đi rất từ từ, vừa đâm kim vừa hút, khi thấy dịch ra thì dùng kim lại, giữ kim cố định.

- Dùng bơm tiêm 20ml rút dịch nhanh để giảm chèn ép, ngừng rút dịch khi tình trạng bệnh nhân đã đỡ nguy kịch và cảm thấy mũi kim cọ vào thượng tâm mạc khi tim đập.

- Quan sát và xét nghiệm nước màng ngoài tim để điều trị nguyên nhân.

## 2. Kiểu Marphan : Đường dưới móm ức.

Chống chỉ định khi có chướng hơi ở bụng hoặc có cổ chướng.

- Bệnh nhân nằm tư thế Fowler cao.

- Chuẩn bị như trên, gây tê theo đường kim chọc.

- Dùng một kim dài kiểu chọc nước não tủy, chọc đúng sát mũi xương ức, qua da, hạ kim xuống, chọc kim lên, đi sát mặt sau xương ức - Dịch ra có thể vàng chanh, mù, nước máu (không đông).

- Nguy cơ : Chọc phải động mạch vú trong cách bờ xương ức trái 1,25 - 2,5cm ở gian sườn 5.

- Chọc phải 1 động mạch vành.



- Chọc vào nhĩ, vì cơ nhĩ mỏng rất dễ tổn thương gây chảy máu nguy kịch (đã có nhiều lần xảy ra). Nếu đi đường Dieulafoy cũng có thể chọc vào thất trái nếu kỹ thuật kém, nhưng vì cơ thất dày nên ít nguy hiểm hơn và đường chọc nông.

## SỐC PHẢN VỆ

Các biểu hiện dị ứng thuốc thường biểu hiện nhẹ, chóng qua khỏi, nhiều khi không cần phải xử trí gì nên gia đình và thầy thuốc dễ bỏ qua, không chú ý phòng ngừa. Đó là một trong nhiều lý do dẫn đến sốc phản vệ.

Ở Việt Nam hàng năm có nhiều trường hợp dị ứng thuốc trong đó có hàng chục trường hợp tử vong, chủ yếu là sốc phản vệ do Penixilin.

Các trường hợp đưa thuốc vào cơ thể như tiêm bắp, tiêm dưới da, vào tĩnh mạch, vào cột sống... uống, xoa bóp ngoài da, đặt vào hậu môn, âm đạo... đều có thể gây dị ứng - Thực tế thường gặp các dị ứng do tiêm, nhất là các kháng sinh.

Sốc phản vệ xảy ra sau 1 vài phút đến 1 giờ sau khi dùng thuốc. Mọi loại thuốc với đường vào nào cũng có thể gây sốc phản vệ, nhưng thường gặp nhất là với penixiline ngay cả khi mới làm Test.



- *Thể tối cấp* : Tai biến xảy ra tức thì hoặc sau vài phút :

- + Bệnh nhân nôn nao, khó chịu.
- + Da tím tái, thở nhanh.
- + Nóng, vã mồ hôi.
- + Nôn hoặc buồn nôn, phân lỏng.
- + Mạch và huyết áp không lấy được.
- + Hôn mê, có khi co giật toàn thân, cần phải lười... do phù não.

Nếu cấp cứu kịp thời có thể phục hồi rồi khỏi hoàn toàn, nếu không kịp thời, tử vong rất nhanh.

*Thể cấp và bán cấp* : Thường xảy ra sau khoảng 10 phút : bệnh nhân ngứa ở gan bàn tay, bàn chân - trên da nổi các ban đỏ từng vùng rồi mề đay toàn thân nổi rất nhanh - Có thể phù Quincke : Chủ yếu phù ở mặt, môi, có khi cả trong thanh quản làm nghẹt thở phải kịp thời mở khí quản hoặc cho thở bằng máy.

- Tim đập nhanh, đều, huyết áp hạ.
- Ho khan, khó thở như bị hen, nếu phù thanh quản thì khó thở vào.
- Nôn, buồn nôn, ỉa lỏng.
- Chảy nước mắt, nước mũi, xuất tiết trong phế quản, dạ dày, vã mồ hôi.
- Nôn nao, hoảng hốt, vật vã.

Cần phân biệt với một số sốc khác như sốc nhiễm trùng, sốc xuất huyết, sốc do bệnh tim : Một số thuốc



có tác dụng kéo dài như procain (pénicyllin + procain) protamin kềm có trong Insulin bệnh nhân cũng bị nôn nao, ngất xỉu nhưng không có hoặc ít có dấu hiệu ngoài da như ngứa, nổi mề đay... tiến triển thường tốt.

Người ta đã chứng minh là các triệu chứng của sốc phản vệ xảy ra dữ dội khi nồng độ Histamin trong máu tăng nhanh đột ngột làm giãn các tiểu động mạch - mao mạch, tăng thấm thấu thành mao mạch, tăng nhu động dạ dày, ruột, co thắt phế quản, làm giảm đột ngột khối lượng máu.

Một kết quả âm tính khi làm Test chưa loại trừ được những tai biến có thể xảy ra khi dùng thuốc - Đã có hàng chục bệnh nhân bị tử vong khi tiêm pénixilin mà trước đó làm Test kết quả âm tính.

Ít gặp dị ứng ở trẻ em, thường gặp và tai biến thường nặng ở người trưởng thành, người có tuổi, nhất là đối với người đã có tiền sử dị ứng với thức ăn, thời tiết... hoặc trong gia đình đã có người mắc các bệnh dị ứng.

**Xử trí :** Phải cấp cứu ngay tức khắc.

- Nếu rối loạn hô hấp hoặc ngừng thở : cho bệnh nhân nằm đầu thấp, thở ôxy dưới áp lực cao (10-12 lít/phút) hô hấp nhân tạo nếu cần, cởi bớt quần áo.

- Nếu có phù thanh môn hay thanh quản phải mở khí quản.



- Tiêm ngay 1 mg adrenalin vào bắp thịt (chú ý không vào mạch máu) sau đó hút 10 ml máu trong bơm tiêm và tiêm luôn vào tĩnh mạch.

Theo dõi mạch, huyết áp 15 phút 1 lần, nếu vẫn không lấy được mạch, huyết áp thì có thể tiêm thêm 1 mg adrenalin.

Nếu sau 15 phút tình trạng vẫn không tốt hơn thì tiêm tĩnh mạch 100 mg hemisuccinate hydro cortison (hoặc 2 ống dépersolon 30 mg). Có thể tiêm vào bắp thịt nếu không tìm được tĩnh mạch do trụy mạch.

Sau đó truyền tĩnh mạch 40-50 giọt/phút :

- Dépersolon 30mg x 2 ống.
- Dung dịch ngọt 5% - 500ml

Trong 4 giờ đầu của sốc phản vệ có thể dùng đến 4 ống Dépersolon (120 mg) và 8 ống trong 24 giờ.

- Pipolphen (ống 50 mg) tiêm bắp, là loại kháng Histamin giải quyết các ban đỏ, mề đay.

- Uabain 1/4 mg
  - Dung dịch ngọt 30% - 20 ml
- ]      tiêm  
]      tĩnh mạch

Nếu có ỉa ra máu : Truyền máu (cần hết sức cẩn thận trong việc xác định nhóm máu, không gây sốc thêm do truyền máu).

- Acid amino caproique (Hémocaprol ống 10 ml = 2 gr. Tiêm 1-2 ống vào tĩnh mạch.

Truyền thêm :



- Hémocaprol - 1 ống
  - Dung dịch ngọt 5% - 500 ml
- Truyền tĩnh mạch trong 2h

Chú ý bảo đảm đủ thể tích máu lưu hành bằng truyền thêm các dung dịch ngọt v.v... Nếu tình trạng sốc vẫn kéo dài.

## PHỤ PHỔI CẤP

### **Triệu chứng chính :**

- Bệnh nhân có bệnh tim mạch : bệnh van tim, tăng huyết áp bệnh mạch vành. ..
- Con xảy ra đột ngột và thường vào ban đêm.
- Bệnh nhân khó thở dữ dội, thở nhanh, ngạt thở, ho nhiều, ho liên tục khạc ra nhiều bọt hồng hoặc trắng.
- Hai phổi nhiều rên nổ, lúc đầu ở 2 nền phổi rồi tràn nhanh lên trên.
- Tiếng tim thường khó nghe vì tiếng mờ và bị rên ở phổi át đi, có khi nghe tiếng ngựa phi, hoặc một tiếng thổi tâm thu ở mỏm do hở van hai lá.
- Mạch nhanh nhỏ, có khi không đều, huyết áp thấp và kẹt. Không nên nhầm với cơn khó thở do hen phế quản hay do bệnh phổi.
- Điện tim có thể dày thất trái, rối loạn nhịp tim hay rối loạn dẫn truyền, một nhồi máu cơ tim mới xảy ra.



- Có thể tăng anhydritcarbonic trong máu (Hypercapnie) sau khi cấp cứu sẽ chụp phổi, xét nghiệm men... tìm nguyên nhân.

### **Xử trí :**

- Để bệnh nhân nằm tư thế Fowler cao hoặc ngồi dựa gối ruồi chân tay buông thõng chân xuống thành giường.

- Trích huyết lấy ra 300 ml nếu xét cần. Kinh nghiệm là kim phải có nòng thông và dung dịch Héparin để đung nòng kim tránh máu đông làm tắc kim.

- Cần chọn một tĩnh mạch lớn.

- Không trích huyết nếu có truy mạch hoặc huyết áp hạ nhiều, nhồi máu cơ tim mới xảy ra, hồng cầu dưới 3 triệu.

- Thay trích huyết bằng tiêm tĩnh mạch Lasix liều cao ống 40 mg x 6 ống và đặt garo tĩnh mạch 3 chi sát gốc chi 15 phút di chuyển 1 chi.

- Uabain 1/4 mg hoặc Isolanid 4/10 mg hòa với 10-20 ml dung dịch ngọt 30% (Thân trọng nếu phù phổi cấp nhồi máu cơ tim).

- Tiêm mocphin 1ctg nếu bệnh nhân không hôn mê, không truy mạch, không suy thận, không suy hô hấp do hen phế quản, viêm phổi, tâm phế mãn, nghẽn đường hô hấp, phù phổi cấp do hơi độc.



- Lợi tiểu mạnh bằng lasix 40-80 mg tiêm tĩnh mạch.

- Hút bọt và đờm rãi.

- Thở ôxy bằng máy dưới áp lực lưu lượng 8-12 lít/phút nên cho ôxy qua cồng 90°.

- Thuốc giãn mạch (vaso - Dilatateurs) càng ngày càng được dùng rộng rãi hơn, chống suy thất trái do làm giảm công của tim, giảm tiêu thụ ôxy ở cơ tim, tăng lưu lượng tim làm máu thấm tốt vào các tế bào.

- Thuốc tiêm tĩnh mạch khi suy tim trái cấp do nhồi máu cơ tim... lúc đầu tiêm liều thấp rồi tăng dần sau 15 phút tùy theo tình hình lâm sàng và huyết động.

- Nitroglycérin làm giãn tĩnh mạch do đó làm giảm lượng máu tĩnh mạch trở về tim và áp lực máu đổ về thất.

- Liều 5-40  $\mu$ g/phút.

- Chống chỉ định khi áp lực máu đổ về thất thấp.

- Phentolamin (Régitine) chẹn tác dụng trên các tiểu động mạch làm tăng lưu lượng tim.

Liều 1,5 - 6mg/kg/phút.

Chống chỉ định : khi huyết áp dưới 80 mmHg.

- Nitroprussiat Na 0,2 - 2  $\mu$ g/kg/phút.

Chống chỉ định : Khi huyết áp dưới 80 mmHg.



**Lưu ý :** khi có truy mạch

- Không tích huyết, không tiêm mocphin.
- Lasix liều cao 250 mg.
- Nếu không có rối loạn nhịp và nhiễm axit nhiều.

**Truyền :** 5 ống Isuprel

Dung dịch ngọt 250 ml.

Lưu lượng truyền tĩnh mạch 5 - 10 giọt/phút dựa theo tần số tim :

- Giảm lưu lượng nếu nhịp tim nhanh nhiều hoặc xuất hiện các ngoại tâm thu thất.

Khi nhịp tim nhanh nhiều có thể thay Isuprel bằng Dopamin ( $5 \mu\text{g}/\text{kg}$ ) truyền bằng bơm tiêm điện.

Nếu các triệu chứng của sốc còn nặng, bệnh nhân vẫn truy mạch và rối loạn tri giác - các thông số về các khí trong máu vẫn bất thường : PH dưới 7,3  $\text{PaCO}_2 > 50$  Torr và  $\text{SaO}_2$  dưới 50% phải đặt nội khí quản và hô hấp hỗ trợ.

- Một số thuốc nên dùng thêm Lobélin, long não, Synthophylin (nhất là khi có bệnh phổi mãn).

- Có thể thay thế mocphin (nếu chống chỉ định) bằng Aminazin 25 - 50 mg, Pipolphen 50 mg tiêm bắp thịt.

- Nếu truy mạch vẫn còn tồn tại : tiêm tĩnh mạch Hydrocortizon hémissucinat 100 mg hay Dépersolon 30 mg x 2 ống/ lần, tiêm từ 1 - 3 lần tùy tình hình diễn biến.



- Nếu có cơn nhịp nhanh phải điều trị cơn nhịp nhanh (theo phác đồ điều trị nhịp nhanh). Các ngoại tâm thu thất thường xảy ra khi thiếu oxy, thường mất khi bệnh nhân được thở oxy. Nếu rối loạn nhịp nguy kịch thì phải điều trị bằng sốc điện. Chống cơn tăng huyết áp :

- Catapressan x 1 ống 150 mg tiêm tĩnh mạch hay bắp thịt. Nếu chưa đạt kết quả thì cho thêm :

Arfonad 1 ống 0,25g+)	}	truyền tĩnh mạch với liều lượng tùy theo diễn biến của huyết áp.
Dung dịch ngọt 5% - 250 ml)		

- Chống cơn đau do nhồi máu cơ tim : Mocphin, việc điều trị nguyên nhân sẽ tiến hành sau để tránh phù phổi cấp tái phát, ví dụ : điều trị tăng huyết áp, mổ cấp cứu hẹp van hai lá, nếu điều trị nội khoa kém kết quả...

- Sau cơn phù phổi cấp, tiếp tục điều trị để tránh phù phổi cấp trở lại :

- Tiếp tục nằm tư thế Fowles, thở oxy ngắt quãng.
- Tuyệt đối yên tĩnh nghỉ ngơi.
- Ăn nhạt tuyệt đối, ít nước trong những ngày sau.
- Tiếp tục Uabain hay Isolanid, lợi tiểu, an thần.



## SUY TIM TRÁI CẤP

(Hen tim chưa đến mức phù phổi cấp)

**I. Triệu chứng :** tương tự như ở phù phổi cấp nhưng mức độ nhẹ hơn, không khạc ra bọt hồng.v.v...

**II. Xử trí :** Tham khảo thêm phác đồ xử trí phù phổi cấp.

- Nằm tư thế Fowler.
- Thở oxy.
- Buộc garô 3 chi, 15 phút luân chuyển 1 chi.
- Uabain 1/4 mg tiêm tĩnh mạch hoặc Isolanid 4/10 mg tiêm tĩnh mạch nếu nhịp tim nhanh.
- Mocphin 0,01 gr tiêm tĩnh mạch.
- Lasix 40 mg tiêm tĩnh mạch chậm.

Chống chỉ định của các thuốc trên : Xem phù phổi cấp.

Có thể dùng thêm Synthophylin, lobelin

Nếu 15 phút sau không đỡ thì xử trí như phù phổi cấp.

## CÓN ĐAU THẮT NGỰC DO BỆNH MẠCH VÀNH

Xảy ra ở người lớn tuổi (trên 40 tuổi) vì thường



do vữa xơ động mạch vành - cơn thường xảy ra khi đang gắng sức, gặp lạnh ăn no, cảm xúc, lo lắng, giận dữ.

Cơn đau ngực dữ dội sau xương ức hoặc ở vùng trước tim, lan lên vai trái, ra tay trái... kéo dài 2 - 3 phút hoặc lâu hơn nữa.

Bệnh nhân đã có tiền sử xảy ra những cơn đau tương tự, nhất là đã từng điều trị bằng Nitroglycerin kết quả rõ rệt.

Chẩn đoán chủ yếu bằng điện tim.

Chú ý không nhầm với nghẽn động mạch ngoài tim hay tách thành động mạch chủ (dissection aortique).

#### **Xử trí :**

- Bệnh nhân phải ngừng hoạt động ngay. Nằm nghỉ tuyệt đối và yên tĩnh, tránh lạnh và gió lùa.

- Ngậm dưới lưỡi 1 viên Trinitrin 1/2 mg (hay Nitroglycerin) cắn vỡ trước khi ngậm, sau 2-3 phút không đỡ ngậm thêm một viên nữa, có thể ngậm 10-20 viên trong 24 giờ nếu cần.

- Nếu cần phải thêm Papaverin 0,04 g - 0,08 g uống hoặc tiêm.

- Dibasol viên 20 mg x 1-2 viên.

- An thần : Meprobumat, gacdenal, plégomazin, valium...



Nếu không hiệu quả hoặc cơn xảy ra liên tục, tiên lượng đáng ngại và sợ nhồi máu cơ tim sẽ xảy ra, phải thêm :

- Mócphin 0,01g tiêm dưới da, không dùng khi nhịp thở chậm hoặc rối loạn, truy mạch.

- Gácdenal 0,10g x 1-2 viên trong 24 giờ.

- Arynophilin 0,24 - 0,48 g x 1-2 ống trong 24 giờ, tiêm bắp thịt.

- Thở ôxy.

**Cơn đau thắt ngực kiểu Prinemétal (angor de prinz metal)**

Cơn đau xảy ra đột ngột, cường độ đau rất mạnh, tái đi tái lại, thường xảy ra vào một giờ nhất định, kèm theo : xanh tái, vã mồ hôi, trống ngực, bệnh nhân lịm đi hoặc ngất do rối loạn nhịp tim.

*Điện tim :*

- Ngoài cơn : thường bình thường, hoặc có những triệu chứng thông thường của suy mạch vành.

- Trong cơn : có 3 hình ảnh đặc biệt :

+ ST chênh lên cao gộp cả sóng T vào.

+ Biến đổi trục QRS.

+ Rối loạn nhịp tim, có thể là : rung nhĩ ngoại tâm thu thất, cơn nhịp nhanh thất rung thất, kèm theo rối loạn dẫn truyền.

+ Các men đều bình thường.



**- Xử trí :**

- + Cần theo dõi điện tim liên tục.
- + Nghỉ tuyệt đối tại giường trong mấy ngày.
- + Cho Hépxarine tĩnh mạch với liều đủ hiệu lực.
- + Dẫn xuất nitơ liều cao.
- + Có khi cho thêm thuốc chẹn  $\beta$ .
- + Cho thuốc chống loạn nhịp và điện tâm thu khi loạn nhịp nặng đe dọa tiên lượng.
- + Chụp cấp mạch vành : có thể phát hiện tổn thương làm hẹp khu trú 1 động mạch vành lớn, ở nơi có điều kiện người ta làm ngay cầu nối động mạch chủ - động mạch vành để dự phòng hoại tử hoặc chết đột ngột.

**NHỒI MÁU CƠ TIM**

- Cơ đau như trong cơn đau thắt ngực nhưng kéo dài hơn (trên 20 phút) dùng Trinitrine nhiều lần không đỡ, đau ngực vẫn kéo dài, đồng thời có các triệu chứng :

- + Tim đập nhanh, nhẹ, có khi loạn nhịp.
- + Khó thở, mặt tái, vã mồ hôi, nắc, nôn.
- + Huyết áp hạ.

- Điện tim : có triệu chứng nhồi máu cơ tim.

- Có khi sốt : thường sốt muộn, sau khi nhồi máu 10-12 giờ. Đồng thời bạch cầu tăng, máu lắng nhanh.



- *Men* :

+ GOT : Khá tốt trong chẩn đoán nhồi máu cơ tim mức độ tăng tương ứng với mức độ nhồi máu, càng tăng cao càng nặng, bình thường trong máu : GOT =  $1,31 \pm 0,38 \mu\text{mol}/1\text{ml}$ . Bắt đầu tăng từ 6-12 giờ sau khi bị nhồi máu. Tăng tối đa vào giờ thứ 12-36 giờ, rồi giảm dần và trở lại bình thường sau 5-6 ngày.

*Chú ý* : Thuốc chống đông, nhồi máu phổi, ứ máu ở gan do bệnh tim cũng làm men này tăng.

- *LD (Lactat - déshydrogénaza)* :

Bình thường LD = 120 - 300 đơn vị quốc tế. Trong nhồi máu cơ tim LD tăng kéo dài từ 7 - 12 ngày, xét nghiệm có lợi khi bệnh nhân tăng chậm. Tăng từ 24 - 36 giờ sau khi nhồi máu.

- *CK (Créatinin - Kinase)*

Bình thường CK =  $0,2 - 2,05 \mu\text{mol}/1\text{ml}$

Nhồi máu CK >  $3 \mu\text{mol}/1\text{ml}$  có giá trị chẩn đoán nhồi máu cơ tim rất lớn. Ít khi không phải nhồi máu cơ tim mà CK lại tăng, vì vậy có giá trị đặc hiệu hơn GOT và LD.

Ngay trong những giờ đầu CK tăng gấp 10 - 20 lần bình thường. Tăng tối đa vào giờ thứ 18 - 36 giờ. Sau 5 - 6 ngày trở lại bình thường.

*Cần lưu ý* : Có những thể dễ làm lạc hướng chẩn



đoán đưa đến xử lý chậm, ví dụ :

+ Thể tiêu hóa : Nhầm với một cấp cứu về bụng hoặc chỉ nghĩ đến rối loạn ở dạ dày.

+ Thể thần kinh : Bệnh nhân chóng mặt, ngất, hôn mê, liệt nửa người.

+ Thể phù phổi : Nhầm với cơn hen phế quản.

+ Hoại tử cơ tim : Mà không có sóng Q bệnh lý trên điện tim, đó là hoại tử dưới nội tâm mạc, ổ hoại tử nhỏ, hoại tử có bloc nhánh trái.

Nên làm thêm các xét nghiệm thông thường : Urê máu, CTM, đường huyết, điện giải máu, X quang tim, phổi, máu lắng.

### **Xử trí :**

- Nằm tư thế Fowler, nghỉ tuyệt đối trong 8 ngày, yên tĩnh về tinh thần, tránh mọi cảm xúc, lo nghĩ... Hết sức hạn chế vận động, di chuyển bệnh nhân.

- Thở ôxy liên tục (5lít/phút).

- Chống tắc nghẽn đường hô hấp, hút dịch nếu có.

- Nếu đau ngực nhiều : Mocphin 0,01 gr tiêm dưới da, có thể tiêm 3 - 4 lần trong ngày nếu cơn đau vẫn kéo dài (chống chỉ định xem phù phổi cấp. có thể thay Mocphin bằng Dolosal 0,1 gr.

Nếu đau ngực ít : có thể cho các loại thuốc an thần với liều trung bình, có lợi khi bệnh nhân lo sợ, suy nghĩ như :



- + Gacdénal 0,10 - 0,20 gr/ngày.
- + Phéneccgan, pipolphen.
- + Aminazine.

Cần theo dõi huyết áp.

Nếu không có suy tim, cho thuốc chẹn  $\beta$  nếu cơn đau ngực vẫn kéo dài

- Thuốc giãn mạch vành tác dụng kéo dài :
  - + Risordan (Dinitrat - Isosorbid) : viên 5mg : 2 - 4 viên/ngày. Tác dụng kéo dài được 4 - 6h (hơn các loại thuốc khác).

+ Nếu không có Risordan thì dùng các loại như Nitropenton viên 0,01gr, mỗi lần uống 2 viên, mỗi ngày uống 3 lần cách đều nhau hoặc Nitropenthrit, Pentanifrin, Persantin, Segontin, Amplivix, Intensain, Ildamen, Nitrong, Lénitral...

Thuốc giãn mạch phối hợp trong ngày :

+ Papavérin 0,04 x 2 - 4 viên/ngày.

+ Syntophylin 0,48gr x 1- 2 ống/ngày, tiêm bắp.

+ Dibasol 0,02gr x 2 - 3 viên.

- Trợ sức và tim mạch : Long não, caféin, spartéin, coramin...

- Nếu có trụy mạch :

+ Hept - Amyl (chlorhydrat Heptaminol) ống 5ml x 2-4 ống/ngày. Tiêm tĩnh mạch.

+ Hémisucinat - Hydrococtison 100mg tiêm tĩnh mạch.



+ Noradrénalin 2mg x 5 ống  
+ Dung dịch ngọt 30% - 200ml

truyền tĩnh  
mạch chậm

Khi huyết áp lên 100mmHg thì giảm tốc độ truyền và giữ huyết áp ổn định ở mức đó.

- Chống đông máu : Truyền tĩnh mạch Héparine có tác dụng giảm đau, hạn chế sự phát triển cục máu đông trong động mạch vành và dự phòng các biến chứng huyết đông, huyết tắc.

- Héparin 50.000 đơn vị (2 lọ 5ml).  
- Dung dịch ngọt 30% - 200ml

Truyền tĩnh  
mạch kéo dài  
trong 24h.

Nếu sợ truyền nhiều dịch tăng gánh cho tim thì tiêm Heparin tĩnh mạch 12.000 đơn vị, sau đó cứ 4 giờ 1 lần tiêm thêm 8.000 - 10.000 đơn vị. Không dùng quá 50.000 đơn vị trong 24 giờ.

Cần theo dõi tỷ lệ Prothrombin (không hạ dưới 30%) và thời gian Howell (giữ ở mức 3 phút đến 4 phút 30 giây). Xét nghiệm mỗi ngày một lần trong những ngày đầu.

Chống chỉ định thuốc chống đông với bệnh nhân có loét dạ dày - hành tá tràng, loét ruột, có bệnh gan, thận mãn tính hoặc có tiền sử chảy máu và bệnh nhân trên 70 tuổi.

Thuốc chống lại Heparin khi có nguy cơ chảy máu :

Sulfat protamin dung dịch 5% ống 5ml, dùng liều



tương đương với liều Héparine vừa dùng.

- Nếu có suy tim : dùng Cédilanid nhưng phải thận trọng, không dùng khi kali máu, ca máu hạ.

- + Cédilanid ống 4/10mg : 1/2-1 ống
  - + Dung dịch ngọt 5% : 20ml
  - + Lazix : 200 - 40mg
- tiêm tĩnh mạch chậm

- Khi có suy hô hấp và tuần hoàn nặng kéo dài gây nhiễm axit máu : Truyền dung dịch Bicarbonat Na 200ml.

- Nếu có loạn nhịp tim hoặc có 5 ngoại tâm thu thất trở lên trong 1 phút hoặc ngoại tâm thu thất da ổ :

+ Xylocain 40mg x 2 ống tiêm tĩnh mạch, sau đó cứ 4 giờ tiêm 3 ống vào bắp thịt (tổng liều không quá 2gr trong ngày).

+ Nếu điều trị như trên không đỡ thì điều trị như trong phần cấp cứu loạn nhịp tim, nhưng phải thận trọng.

*Chú ý :*

Tổng số các dung dịch truyền cùng các loại thuốc trong 24 giờ không quá 600ml, mỗi lần truyền không quá 200ml.

Tóm lại trong việc điều trị cấp cứu bệnh nhân cần theo dõi sự xuất hiện các biến chứng : Khu vực hoại tử lan rộng, rối loạn nhịp tim, suy tim và sốc



tim, có ngoại tâm mạc và ép tim (phải giảm liều Héparin).

## TÁC ĐỘNG MẠCH PHỔI - NHỒI MÁU PHỔI

Thường xảy ra ở bệnh nhân tim hoặc viêm tắc tĩnh mạch bị huyết đông trong tĩnh mạch và trong tim. Nghi tới tắc động mạch phổi ở một bệnh nhân phải nằm lâu. Đột nhiên đau ngực dữ dội như dao đâm, cơn ho kéo dài, thở nhanh và nông, sau 2 - 3 ngày khạc ra máu - chẩn đoán thường khó hơn ở bệnh nhân có bệnh tim vì triệu chứng lẫn lộn với bệnh tim như : Bệnh nhân lo lắng, sốt, khạc ra máu, chức năng tim suy giảm đột ngột, rung nhĩ, tràn dịch hay tràn máu màng phổi.

Khám lâm sàng có thể thấy : Huyết đông trong tĩnh mạch, nhịp tim rất nhanh (120 lần/phút), tiếng ngựa phi bên tim phải, tiếng thứ hai vang mạnh ở ổ động mạch phổi - hội chứng đông đặc cục bộ ở một vùng phổi.

- Chụp X quang phổi : Có khi thấy hình ảnh 1 động mạch phổi bị cắt cụt, tiếp đó là 1 vùng phổi quá sáng, 1/2 cơ hoành bên đó nhô cao lên, về sau thấy đám mờ do nhồi máu phổi (hình ảnh đông đặc).



- Điện tim : Có thể thấy triệu chứng tim phổi cấp : hình S<sub>1</sub>, Q<sub>3</sub>, T<sub>3</sub>(-), trục điện tim chuyển phải, Bloc nhánh phải không hoàn toàn, T cũng (-) từ V<sub>1</sub> - V<sub>3</sub>, ST chênh cao ở các đạo trình trước tim phải.

- Men LD (Lactat déshydrogénase) tăng cao đến 200 đơn vị/ml nhưng GOT và CK (Creatinin kinase) lại không tăng.

Chẩn đoán có thể không rõ đòi hỏi phải làm thêm tại giường thăm dò về huyết động, cho thấy :

- Áp lực động mạch phổi tăng, áp lực mao mạch phổi bình thường và thất trái không suy - nhưng trong mọi trường hợp đều quan trọng là có gradient giữa động mạch và mao mạch phổi.

- Chụp lấp lánh phổi sẽ thấy chỗ khuyết.

- Nhưng chụp động mạch phổi sẽ giúp chẩn đoán tốt hơn.

*Tóm lại* : Tắc động mạch phổi sẽ đưa đến hậu quả tức thì là tăng áp lực trong phổi, tăng gánh thất phải, làm giảm lưu lượng tim và lưu lượng trong mạch vành. Tình trạng sốc tim có khi xảy ra rất nhanh.

- Bắt đầu đột ngột, bệnh nhân ngất.

- Triệu chứng hô hấp trước tiên, thở nhanh và tím tái.

- Truy tim mạch, nhịp tim thường nhanh trên 120 phút. Triệu chứng suy tim phải rõ.



- Điện tim chứng tỏ một tim phổi cấp. - Đo khí trong máu thấy rõ thiếu ôxy.

- Chuyển nhanh sang nhồi máu phổi.

**Xử trí :** - Nằm tư thế Fowler.

- Thở ôxy bằng thông qua mũi, liều lượng cao : 8-10 lit/phút.

- Chống đau và chống rối loạn phản xạ thần kinh vận mạch :

+ Mocphin 0,1gr x 3-4 lần tiêm bắp thịt trong ngày.

+ Atropin 1/4mg x 3-4 lần tiêm bắp thịt trong ngày.

- Nếu đau ít : Aminazin (nếu bệnh nhân không có loét dạ dày, hành tá tràng) - Gardénal.

- Chống co thắt mạch máu :

+ Papaverin 0,04g x 4 lần uống hoặc tiêm bắp thịt.

+ Novocain 1% - 10ml tiêm tĩnh mạch chậm

+ Syntophylin 0,48gr x 1-2 lần tiêm bắp thịt.

- Chống đông máu :

+ Héparin : Bao giờ cũng phải cho, với liều trung bình : lúc đầu 3-5 đơn vị/kg, sau tăng dần liều, xem điều trị nhồi máu cơ tim - Những ngày sau có thể thay bằng Dicoumarol 200 - 300 mg/ngày, uống.



Cần theo dõi tỷ lệ prothrombin, giữ ở mức 30% và thời gian Howell giữ ở mức 3 phút - 4 phút rưỡi.

- Chống cục máu đông nếu bệnh nhân đến viện trước giờ thứ 12 kể từ khi tai biến xảy ra, và không có chống chỉ định như : mới bị chảy máu, mới lắp một bộ phận giả vào cơ thể (ví dụ mắt giả), không có rối loạn đông máu, không có mang - không chọc qua kim động mạch.

Người ta ưa dùng Urokinase hơn Streptokinase, Urokinase : 1500 đơn vị/kg trong 30 phút, sau đó truyền liên tục trong 24 giờ liên 1500 đơn vị/kg. Cùng với dung dịch ngọt 5%, tùy theo kết quả lâm sàng, nếu cần có thể dùng kéo dài đến 48h. Dùng đồng thời với dùng Heparin đủ hiệu lực.

- Chống suy tim nếu có : Uabain 1/4 mg hay Isolanid 4/10 mg tiêm tĩnh mạch.

- Lasix 20 - 40 mg tiêm tĩnh mạch.

- Nếu có trụy mạch : truyền Isuprel hay Noradrénalin (xem cấp cứu nhồi máu cơ tim). Có tác dụng làm co sợi cơ và tác động đến vận mạch ở phổi.

+ 5 ống Isuprel) Truyền tĩnh mạch và theo dõi tình hình bệnh nhân để quyết định lưu lượng truyền hoặc ngừng truyền

+ Dung dịch ngọt 5%)

Nếu bệnh nhân khó thở nặng, tím nhiều và có triệu chứng suy tim phải cấp và nặng hoặc có triệu chứng phù phổi cấp : Trich huyết 300 ml (chống chỉ



định xem phù phổi cấp Lasix 20 - 40 mg tiêm tĩnh mạch.

*Cần lưu ý* : đến nguy cơ chảy máu và dị ứng - cần kiểm tra Fibrinogen 12 giờ một lần.

- Kháng sinh chống bội nhiễm trong những ngày sau.

Nếu tiến hành điều trị nội khoa đầy đủ và đúng cách mà tình trạng lâm sàng và huyết động không tiến bộ hoặc nặng thêm, nên chuyển bệnh nhân đến trung tâm hồi sức ngoại khoa để mổ lấy cục huyết tắc với tuần hoàn ngoài cơ thể và sau khi chụp x quang mạch ở phổi.

## ĐỘT KỊCH PHÁT CỦA TÂM PHẾ MÃN

### **Triệu chứng chính :**

Đây là một cơn ngạt thở và suy thất phải, xảy ra ở bệnh nhân hen phế quản nhất là khi có bội nhiễm, viêm phế quản mãn, xơ phổi... đã có ảnh hưởng đến tim phải.

- Môi, da, móng tay tím, khó thở, nhịp tim nhanh, phù, gan to, tĩnh mạch cổ nổi, có thể có nước trong màng phổi, hoặc cổ chướng, nghe tim có thể có tiếng ngựa phi, tiếng thứ hai ở động mạch phổi tăng mạnh.

- XQ tim và điện tim : Triệu chứng đây thất phải, nhĩ phải và giãn động mạch phổi.







- Nếu có nhiễm trùng đường hô hấp : cho kháng sinh liều cao có phổ rộng : Totapen, penixylin, ampixylin...

*Chú ý* : Tuyệt đối không được dùng các thuốc chống ho, các thuốc ức chế hô hấp như : Mocphin, gacdenal, plégomazin (aminazin).

- Chọc tháo nước màng phổi, cổ chướng nếu có.

- Dùng loại ACTH tổng hợp, không dùng ACTH tự nhiên vì sợ gây thêm sốc dị ứng.

- Kiêng muối chặt chẽ.

## NHỊP NHANH KỊCH PHÁT TRÊN THẮT (Bouveret)

### **Đặc điểm :**

- Thường gặp ở người không có bệnh tim. - Con bắt đầu và kết thúc rất đột ngột.

- Nhịp tim rất nhanh, rất đều, thường từ 160 - 220/phút thông thường hay gặp từ 160 - 180/phút. Tần số không biến đổi nếu hết cơn thì đột nhiên ngừng lại.

- Triệu chứng điện tim chính : Sóng P khó thấy vì thường lẫn vào sóng T của thất đồ trước. Nếu muốn thấy sóng P thì phải làm đạo trình thực quản hay trong buồng tim.



- QRST hình dáng bình thường, các khoảng RR rất đều nhau. Xử trí : Nên dùng các biện pháp từ đơn giản đến phức tạp.

- Cho bệnh nhân tự làm các động tác tăng phản xạ trương lực thần kinh phế vị : Thay đổi tư thế đột ngột, thở thật mạnh, thật sâu, làm nghiệm pháp Valsalva (hít vào thật sâu, bịt mồm và mũi, thổi ra thật mạnh), nuốt 1 miếng bánh hay chuối to, nuốt 1 ngụm nước lạnh hay nóng...

- Ấn nhãn cầu hay xoa nắn xoang cảnh để kích thích thần kinh phế vị : Thường phải ấn đều hai mắt khá mạnh và lâu (3 - 5 phút) mới làm ngừng được cơn.

- Dùng 1 trong các loại thuốc sau đây nếu các phương pháp trên không có tác dụng :

+ Mepropamat (Equanil...) ống 400 mg tiêm bắp thịt.  
- Acétycolin 0,05 gr - 0,10 gr ) tiêm tĩnh mạch chậm  
+ Dung dịch ngọt 5% - 10 ml )  
+ Novocain 1% - 10ml, tiêm tĩnh mạch chậm.  
+ Isolanid 4/10 mg hay 8/10 mg tiêm tĩnh mạch chậm, cần lắm mới phải dùng đến một trong các loại thuốc sau đây :

- Phenasolin (Analergin, antistin...) ống 0,10 gr tiêm tĩnh mạch chậm.

Nếu sau 10 - 15 phút không đỡ có thể tiêm thêm 1 ống nữa.



- Ajmalin (cardiorythmin) ống 50 mg tiêm tĩnh mạch chậm.

- Propanolon (trasicor, Indéral...) ống 2 mgr tiêm tĩnh mạch chậm, hoặc uống viên 10 mg hay 40 mg : uống 20 - 40 mg mỗi lần, có thể uống 3 - 4 lần trong ngày - không dùng khi có block nhĩ - thất, block nhánh, suy tim.

- Quinidin : 0,10 gr tiêm tĩnh mạch chậm, không dùng khi có block nhĩ thất, block nhánh, nhịp thất tự động.

- Procainamid : Tiêm bắp thịt 2 - 5 ml dung dịch 10%, không dùng khi có block nhĩ - thất, block nhánh (xem cách sử dụng Procainamid ở phác đồ nhịp nhanh thất...)

Nếu các thuốc trên đều không có hiệu lực, cơn nhịp nhanh vẫn tồn tại kéo dài, gây đau ngực, bệnh nhân lịm đi, huyết áp tụt... thì phải dùng sốc điện.

*Dự phòng để tránh các cơn tái phát :*

- Tránh các yếu tố gây cơn : ăn quá no, uống rượu, cà phê, chè, hút thuốc, làm việc quá sức, mất ngủ, buồn phiền, giận giữ, lo nghĩ.v.v...

- Uống thuốc an thần, nhất là Résecpin 1/2 - 1 mg mỗi ngày.

- Digitalin : XV - XXX giọt trong mỗi tuần, v.v....

Khi tiêm Phénazolin, propanolon và nhất là Quinidin, procainamid cần theo dõi điện tim để điều



chỉnh liều lượng và ngừng thuốc đúng lúc, tránh tai biến, vì vậy ít khi dùng Quinidin hay procainamid.

## RUNG NHĨ (Fibrillation auriculaire)

Nhĩ không bóp mà chỉ rùng, dễ gây máu đông trong nhĩ, từ đó cục máu đông có thể lên não gây liệt 1/2 người.

Nếu không có block nhĩ thất thì nhịp thất không đều (loạn nhịp hoàn toàn), thất sẽ bị to, giãn rộng.

### **Xử trí :**

Nếu nhịp thất loạn nhịp nhanh, cho digitalin uống.

- Điều trị bằng sốc điện, nhưng trước khi làm sốc 2 - 3 ngày cần cho thuốc chống đông máu và ngừng dùng các thuốc digitalin, chẹn  $\beta$  và các thuốc chống loạn nhịp.

- Nếu dùng sốc điện kết quả, nhịp tim đã đều thì nên củng cố bằng một trong các loại dưới đây :

- Cardioquin 3 - 5 viên chia đều trong ngày.

- Longacor : 2 viên, chia sáng và chiều.

- Rythmodan : 4 - 6 viên, chia đều trong ngày.



## CUỒNG ĐỘNG NHĨ (Flutter auriculaire)

### Đặc điểm :

- Thường gặp trong các bệnh tim nhất là bệnh van hai lá.

- Nhịp tim thường vào khoảng 150 (Flutter 2/1, với nhịp nhĩ 300).

- Triệu chứng điện tim chính :

+ Sóng P nối đuôi nhau liên tục như một hình răng cưa rất đều và lớn hơn sóng P bình thường, tần số thường 300/phút.

+ QRST nói chung bình thường, nhưng luôn bị biến dạng do trông lên sóng P, tần số thường khoảng 150/phút.

+ Flutter thường chuyển loại nọ sang loại kia, ấn nhân cầu có thể đột ngột làm tăng block, Flutter nhĩ đang 2/1, chuyển sang 3/1, 4/1... giúp ích rất nhiều cho chẩn đoán.

### Xử trí :

- Với Flutter nhĩ nhịp tim nhanh (1/1 hay 2/1) tim khó chịu đựng.

- Sốc điện là biện pháp điều trị hiệu quả nhất, có thể đưa ngay tim về nhịp xoang.



- Nếu không có điều kiện làm sốc điện thì dùng 1 trong các loại thuốc sau đây và theo dõi bệnh nhân thường xuyên trong khi dùng thuốc :

1 - Digitalin 0,1% : là loại thuốc chính và có hiệu quả nếu cho đủ liều, XXX giọt lần đầu (hay 6 viên Digitoxin 1/10 mg). Sau đó kiểm tra bằng điện tim 4 giờ 1 lần, nếu nhịp thất không chậm lại thì cho thêm X giọt Digitalin. Mỗi ngày không cho quá 1 mg - Có thể cho 2 - 3 ngày như trên, khi có triệu chứng nhiễm độc Digitalin hoặc nhịp thất 70 - 80/phút thì ngừng thuốc. Thường chỉ làm chậm được nhịp thất hoặc chuyển Flutter nhĩ thành rung nhĩ.

Phải dùng Digital đủ liều gây ức chế dẫn truyền trong bó His nhưng chưa có triệu chứng nhiễm độc có thể thay Digitalin bằng : Isolanid ống 4/10 mg hay Digitoxin ống 2/10 mg, 3 - 4 ống mỗi ngày nếu cần, tiêm tĩnh mạch cách 4 giờ 1 lần.

*Chú ý :* Cần hỏi bệnh nhân trước đó đã dùng Digital chưa ?

- Theo dõi chặt bệnh nhân khi dùng thuốc, chủ yếu phát hiện kịp thời triệu chứng nhiễm độc Digital (Xem ngộ độc Digital)

2 - Quinidin : Dùng Quinidin khi Digital không tác dụng :

- Ngày thứ nhất : Viên 0,20 gr x 5 viên, chia đều cách 2 giờ uống 1 viên, mỗi lần cho thêm 1 viên đều phải kiểm tra bệnh nhân.



- Ngày thứ hai : Nếu Flutter không ngừng, tăng lên 6 viên.

- Ngày thứ ba : Nếu Flutter vẫn không ngừng, tăng lên 7 viên.

Liều tối đa trong 24 giờ chỉ nên dùng đến 8 viên, với cán bộ chuyên khoa tim và có điều kiện theo dõi có thể cho 2 - 3 gr trong 24 giờ.

*Chống chỉ định* : Xem Bouveret

Viên Hydroquinidin 0,15 gr tương đương với viên Quinidin sulfat 0,20 gr.

Nếu đã dùng Digital mà không hiệu quả phải nghỉ 2 - 3 ngày mới dùng Quinidin.

3 - Nếu vẫn không hiệu quả, có thể dùng :

Propanolon hoặc Procainamid (Xem Bouveret)

4 - Kích thích điện trong buồng tim.

Điều trị củng cố cũng như trong rung nhĩ.

## NHIP NHANH THẮT

- **Đặc điểm** :

- Thường xảy ra ở một cơ tim tổn thương nặng (viêm cơ tim, nhồi máu cơ tim, suy tim nặng, nhiễm độc Digital, Uabain, Quinidin...)



- Nhịp nhanh thường vào khoảng 150 - 250/phút, không đều lắm (tần số khi 140, khi 180.v.v...) có khi xen kẽ từng đợt nhịp bình thường.

**- Triệu chứng điện tim chính :**

- QRS biến dạng, dẫn rộng, trát dâm, có móc, T trái chiều với QRS, ST chênh theo chiều của T.

- P có dạng bình thường đập theo tần số riêng (thường khoảng 60 - 100/phút) không có liên quan với QRS, rơi vào bất cứ chỗ nào trên thất đồ hay trên đường đồng điện - Đây là dấu hiệu rất quan trọng để chẩn đoán nhịp nhanh thất.

Khi nghi ngờ, chẩn đoán dựa vào các phức bộ bắt được thất hoặc phải dùng đạo trình thực quản hay trong buồng tim.

**Xử trí :**

1 - Làm ngay sốc điện nếu không có nhiễm độc Digital, rất hiệu quả, nhanh chóng và ít nguy hiểm, nhất là khi nhịp nhanh thất làm bệnh nhân không chịu đựng nổi, gây ngừng tuần hoàn, đau ngực, suy tim... Nếu suy tuần hoàn thì trước khi làm sốc điện nên cho bệnh nhân thở oxy và xoa bóp tim. Nếu làm một sốc điện không hiệu quả thì nên làm thêm một sốc thứ hai.

2 - Nếu không có điều kiện làm sốc điện, có thể dùng : Procainamid (Pronestyl) : hiệu quả tốt với nhịp nhanh thất ống 10 ml bằng 1000 mg, tiêm tĩnh



mạch chậm 1 ml/phút hoặc truyền tĩnh mạch với 100 ml dung dịch ngọt 5%, tốc độ 2 ml/phút. Dùng thuốc này khi cơn nhịp nhanh thất không nguy kịch lắm hoặc chống chỉ định làm sốc điện. Liều tối đa có thể dùng bằng 15ml.

- Phải theo dõi thường xuyên điện tim về huyết áp trong khi truyền thuốc, nếu thấy phức bộ thất dẫn ra, biến sang nhiều dạng, hay huyết áp hạ xuống thì phải giảm tốc độ truyền hay ngừng truyền. Nếu huyết áp vẫn hạ, tiêm bắp thịt một ống Neosynephrine hay Aramin hoặc truyền tĩnh mạch 5 ống với dung dịch ngọt đẳng trương với lưu lượng đủ giữ huyết áp tối đa 100 mmHg. Các loại thuốc này bản thân chúng cũng có khi làm ngừng được cơn nhịp nhanh thất. Đồng thời cho bệnh nhân thở oxy - Về nguyên tắc không được dùng các loại Digitalic.

- Chuẩn bị máy phá rung và máy kích thích điện để khi cần thì dùng ngay.

- Nếu không có điện tim theo dõi thì tiêm bắp thịt 5 ml Pronestyl, 2 giờ sau không đỡ tiêm thêm 5 ml nữa.

Uống sau cơn để củng cố : Pronestyl viên 0,25 gr x 2 viên mỗi lần, uống 4 lần trong 24 giờ, giảm dần sau vài ngày.

3 - Các thuốc khác : Có thể dùng một trong các loại thuốc dưới đây :



Ajmalin (Cardiorythmin) ít gây giảm áp hơn - tiêm tĩnh mạch chậm trong một phút cho đến khi ngừng cơn, nhưng không bao giờ được dùng quá 1 ống 50 mg - thường có kết quả nhưng cũng có thể có tai biến.

Quinidin độc hơn Procainamid nên ít dùng.

- Propanolon ] xem Bouoeret
- Phénazolin ]
- Mocphin : 0,01 - 0,02 tiêm tĩnh mạch chậm.
- Calci gluconat dung dịch 10% - 10 ml tĩnh mạch chậm.
- Kali chlorua : 1 - 3 gr/lần, uống 2 - 4 lần/ngày.
- Dilantin : 1 ống ] tiêm tĩnh mạch  
30 ml dung dịch ngọt 5% ] chậm trong 10 phút

Nếu chưa đạt kết quả thì 15 phút sau tiêm thêm nửa ống nữa.

Nếu nhịp nhanh thất do Digital gây nên thì ngừng ngay Digital và dùng ngay Kali Chlorua :

- Kali Chlorua : 2 - 3 gr. ] Truyền tĩnh
- Dung dịch ngọt 5% - 500 ml ] mạch

Nếu nhịp nhanh thất xảy ra ở người bị block nhĩ thất thì không được dùng Procainamid hay Quinidin mà nên dùng Isuprel (xem phần Stokes - Adams)

- **Điều trị dự phòng cơn nhịp nhanh thất tái phát :**



- Xylocain : 300 - 500 mg.
  - Dung dịch ngọt 5% - 500 ml
- Truyền trong  
24 giờ.

Phải theo dõi bằng điện tim trong khi truyền. Ngừng truyền khi bệnh nhân co giật - phải làm tét trước khi dùng.

- Hoặc Pronestyl 1000 mg
  - Dung dịch ngọt 5%-150ml
- Tốc độ truyền phụ  
thuộc vào triệu chứng  
điện tim theo dõi
- Hoặc Cardiorythmin 4 - 10 ống truyền trong 24 giờ.
  - Hoặc Av lo cardin (chẹn  $\beta$ ) khi không có suy tim.
  - Ngoài ra có thể dùng Bretylat hay Ajamalin truyền tĩnh mạch

Sự lựa chọn các loại thuốc trên và liều dùng tùy theo trạng thái mỗi bệnh nhân.

*- Trường hợp đặc biệt cơn nhịp nhanh thất hay nhịp xoắn đỉnh (Torsades de pointe) xảy ra ở một bệnh nhân có block nhĩ thất.*

Cơn xảy ra do nhịp tim quá chậm, do đó phải đưa nhịp tim nhanh lên bằng truyền Isuprel nhưng phải theo dõi điện tim chặt chẽ và phải ngừng truyền nếu trên điện tim xuất hiện các ổ lạc chỗ. Cách điều trị hợp lý trường hợp này là nên dùng máy điều khiển điện tâm thu.



- Điều trị những trường hợp nhịp nhanh thất hay tái diễn khi đã dùng mọi biện pháp điều trị nội khoa :

- Cắt bỏ vùng cơ tim bị hoại tử do nhồi máu hoặc một vùng tâm thất bị phình ra, nguồn gốc gây ra cơn nhịp nhanh thất.

- Làm cầu nối động mạch chủ, động mạch vành ngay khi suy động mạch vành cấp.

- v.v...

## NHỊP CHẬM HỘI CHỨNG STOKES - ADAMS

- **Đặc điểm** : Hội chứng này biểu hiện các triệu chứng thần kinh do thiếu máu ở não do ngừng tuần hoàn nguyên nhân thường do Bloc nhĩ - thất với nhịp thất quá chậm ( $\leq 30$  lần/phút).

Nếu ngừng tuần hoàn dưới 30 giây, các rối loạn xảy ra chỉ nhẹ : bệnh nhân choáng váng, mặt xanh tái thoáng qua, thoáng ngất...

Nếu kéo dài trên 30 giây, các biểu hiện lâm sàng sẽ nặng hơn : ngất kéo dài, xanh tái, tim ngừng đập, mất mạch.

- Đặc điểm điện tim ở người có Bloc nhĩ thất :

+ P và QRS không có liên quan gì với nhau.



+ Dạng sóng P vẫn bình thường, tần số cũng bình thường (70/phút).

+ Dạng QRST cũng bình thường nhưng tần số rất chậm (#30 lần/phút).

**Xử trí :**

Khi có cơn ngất :

- Cho bệnh nhân nằm đầu thấp và dùng gan bàn tay đập ngay lên vùng trước tim bệnh nhân, thường làm hết cơn.

- Nếu không hiệu quả phải xoa bóp tim (xem bài ngừng tuần hoàn).

- Khi bệnh nhân tỉnh lại làm ngay điện tim nếu đúng là Bloc nhĩ thất.

- Cho bệnh nhân thở oxy và tùy tình hình nặng hay nhẹ, cho các thuốc dưới đây :

+ Éphédrin 0,01 gr x 2 ống tiêm dưới da, cho 3 - 4 lần trong 24 giờ - tối cho thêm Gacdenan 0,10 gr để bệnh nhân dễ ngủ.

+ Adrénalin 1 mg tiêm bắp thịt x 3 - 4 lần trong ngày.

+ Atropin sulfat 1/4 mg x 2 ống tiêm dưới da hay tĩnh mạch chậm x 3-4 lần/ngày.

- Nếu không tác dụng dùng :

+ Isopropyn - Noadrénalin (Isupprel) : không dùng đồng thời với Adrénalin.



Nếu cần thì phải dùng cách nhau ít nhất 4 giờ.

- Ống 0,2 mg x 5 ống
  - Dung dịch ngọt 5%-300 ml
- truyền tĩnh mạch  
chậm 20 giọt/phút.

Nếu dung dịch này không đưa được nhịp thất lên 40/phút thì bơm thêm 2 - 5 ống Isuprel vào dung dịch truyền.

Nếu không có Isuprel loại tiêm truyền, có thể cho bệnh nhân uống những viên 10 mg.

Nếu có ngoại tâm thu thất xoắn hiện hoặc có triệu chứng lâm nghĩ tới thất do rung thất gây nên thì phải thận trọng hơn trong việc dùng Isuprel. Trong trường hợp Bloc nhĩ thấp độ I hay II lưu lượng truyền thuốc phải chậm hơn nhiều, khoảng 5 giọt/phút.

- Lactat Na dung dịch 112 gr/lít - 500 ml truyền tĩnh mạch.

- Dùng máy dẫn nhịp (Pace Maker) cho tim đập 70 lần/phút.

Nếu có suy tim : Dùng Uabain, không dùng Digital.

*Chú ý :*

- Các bloc nhĩ thất độ I và độ II thường không gây tai biến gì nghiêm trọng nếu nhịp thất không chậm lắm.

- Các Bloc nhĩ thất hoàn toàn cũng có thể không nghiêm trọng nếu Bloc ổn định và nhịp tim không



quá chậm và không có bệnh tim phổi hợp, nhưng cũng có thể gây hội chứng Adams Stokes hoặc nhịp xoắn đỉnh.

- Bloc nhĩ thất độ I biểu hiện bằng PR > 0,20 giây ở người lớn và > 0,18 giây ở trẻ em.

- Bloc nhĩ thất độ II bằng PR dài dần, rồi đến một phức bộ chỉ có P, không có QRS, hoặc PR không dài dần nhưng có những sóng P không có QRS (kiểu 2/1, 3/1 v.v...).

- Bloc nhĩ thất độ III thì mất hẳn liên hệ giữa P và QRS. Nhịp thất có thể do 1 ổ ở nút Tawara hay có His điều khiển nhưng nếu ổ điều khiển nằm dưới bó His, nhịp riêng của tâm thất (idioventriculaire) với nhịp rất chậm (khoảng 20/phút). Các phức bộ thất rộng (0,12 giây) ST và T trái chiều với QRS thì dễ gây nên hội chứng Adams - Stokes.

Trong trường hợp Bloc nhĩ thất mãn tính do thoái hóa thường gây ra cơn ngất, người ta thường phải đặt một máy tạo nhịp (Pace-Maker) vĩnh viễn.

### **Bloc xoang - nhĩ (Blocs Sino - auriculaire)**

- *Bloc xoang nhĩ độ II* : Có thể làm nhịp tim chậm nhiều gây lịm hay ngất.

Điện tim : trên một nhịp tim do nút xoang điều khiển, có những khoảng không có sóng P (nhĩ không bóp). Những khoảng này có thể đều kiểu Bloc 2/1, 3/1...







+ Con ngắn ngắn hoặc dài, thường kèm theo co giật toàn thân.

+ Bệnh nhân có thể hồi phục, nhưng hay ngất lại, có khi chết.

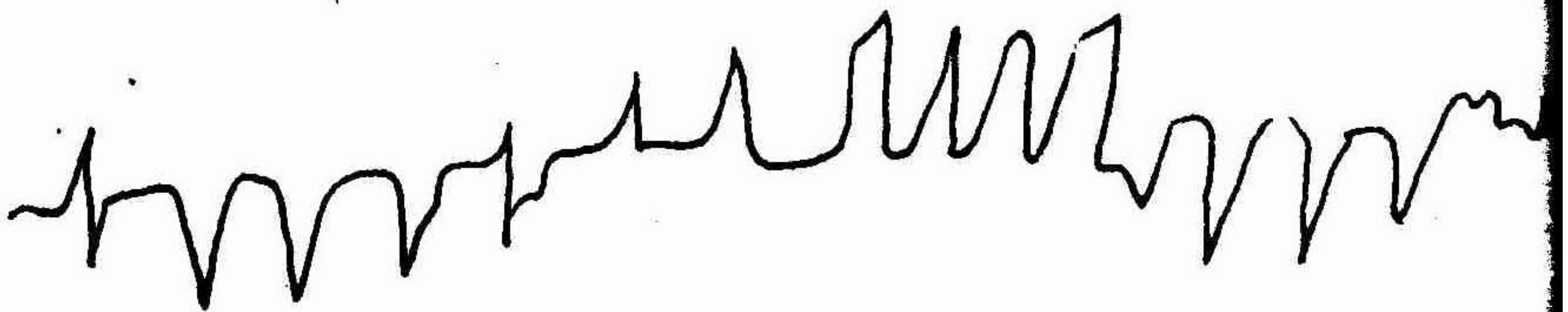
- Điện tim : Điện tim bị rối loạn, có những biểu hiện :

+ Nhịp chậm.

+ QT dài.

+ Sóng U nhô cao.

+ 1 ngoại tâm thu với R chông lên sóng T của thất đồ trước, tiếp theo là những phức bộ thất rộng, tần số nhanh 200-250/phút. Hình thái và biên độ thay đổi và có dạng xoắn xung quanh đường đẳng điện. Con xoắn đỉnh có thể ngừng đột ngột nhưng lại tái phát và có thể chuyển thành rung thất.



**Xử trí :**

- Ngừng cho các thuốc làm chậm nhịp tim hoặc rối loạn tái cực.

- Điều trị thiếu Kali - máu.



- Các thuốc điều trị loạn nhịp đều có thể làm nặng thêm rối loạn dẫn truyền và nhịp xoắn đỉnh, không nên dùng.

- Trường hợp nguy kịch, truyền Isuprel trong khi chờ đợi đặt máy dẫn nhịp với tần số  $> 100$ /phút để tránh cơn xoắn đỉnh tái phát.

## CHẢY MÁU ĐƯỜNG TIÊU HÓA (NÔN RA MÁU, ỈA RA MÁU)

Cần lưu ý không nhầm với ho ra máu.

- Chỗ chảy máu có thể ở thực quản, dạ dày, tá tràng do giãn tĩnh mạch thực quản, loét dạ dày, tá tràng, cũng có thể do ung thư thực quản, ung thư dạ dày, loét miệng nổi rối loạn thể chất của máu.

Nôn ra máu đôi khi có một số tiền triệu, buồn nôn, đau thượng vị, số lượng máu nôn ra khó xác định, máu có dạng bã cà phê cũng có thể chỉ ỉa ra máu màu đen, bóng, dính, nhớt và mùi thối - không nhầm với một số thuốc làm cho phân có màu xám đen : sắt, than, Bitmut.

Tiếp theo một chảy máu đường tiêu hóa bệnh nhân có thể sốt ( $38-39^{\circ}$ ). Urê huyết tạm thời tăng do sự hấp thu lại các protéin của máu.

Đánh giá mức độ chảy máu không chỉ dựa vào định lượng hồng cầu và Hématocrit mà phải chú ý các



triệu chứng lâm sàng của sốc, thể tích của chảy máu tiêu hóa thường bị ước lượng thấp hơn thực tế.

- Cần kiểm tra thể chất của máu : Thời gian Prothranbin, tiểu cầu.

- Nếu tình trạng lâm sàng của bệnh nhân cho phép, trong những giờ tiếp sau của chảy máu tiêu hoá, soi thực quản - dạ dày sau khi đã rửa và hút dạ dày.

- **Xử trí :**

1. *Trường hợp nhẹ :*

- Huyết áp tối đa trên 100 mmHg.

- Hồng cầu trên 3 triệu, huyết sắc tố  $\geq 75\%$ .

- Để bệnh nhân nằm tại giường, chưa cần nằm đầu thấp.

- Chườm đá ở bụng.

- Ăn sữa lạnh, ít một.

- Theo dõi mạch huyết áp 2 giờ một lần.

- Theo dõi : hồng cầu, huyết sắc tố, Hématocrit và định nhóm máu.

- *Xử trí :*

- Atropin 1/4 mg x 2-4 ống, tiêm dưới da trong 24 giờ.

- Adrenoxyl ống 1500 $\gamma$  x 1-2 ống trong 24 giờ tiêm bắp thịt.

- Vitamin C 1gr tiêm tĩnh mạch.

- Vitamin K ống 5 mg x 2-3 ống, tiêm bắp thịt.



- Posthypophyso (ituitrin hay hypantin) ống 5 đơn vị x 2-3 ống, tiêm tĩnh mạch chậm.

2 - Trường hợp vừa :

- Huyết áp tối đa > 80 mmHg, hồng cầu : 2-3 triệu, huyết sắc tố > 50%.

Xử trí :

- Nằm đầu thấp, sưởi ấm nếu lạnh.
- Chườm đá, ăn sữa như trên.
- Theo dõi mạch, huyết áp mỗi giờ.
- Theo dõi hồng cầu, huyết sắc tố, Hématocrit, NH<sub>3</sub> Urê huyết nếu cần.

- Truyền máu cùng nhóm : 250 - 500 ml. Trong khi chờ máu truyền Plasma 250 - 500ml.

- Post hypophyse : 30 đơn vị
  - Dung dịch ngọt 5% - 250 ml
  - Thuốc khác : như loại nhẹ.
- Truyền  
tĩnh mạch

3 - Trường hợp nặng :

- Huyết áp dưới 80 mmHg, hồng cầu dưới 2 triệu, huyết sắc tố dưới 50%.

Xử trí :

- Chăm sóc và theo dõi như loại vừa.
- Thở ôxy.
- Truyền máu cùng nhóm : 500 ml hoặc hơn nữa tùy theo diễn biến.

- Post hypophyso : 40 đơn vị
  - Dung dịch ngọt 5% - 250 ml
- Truyền tĩnh  
mạch



- Thuốc khác : như loại nhẹ và vừa.
- Trợ tim bằng Uabain, thật cần thiết mới dùng.

Nếu chảy máu tái diễn nhiều lần hoặc xử trí như trên mà diễn biến vẫn không tốt, hội chẩn với bác sĩ ngoại khoa để xử trí bằng phẫu thuật cắt dạ dày bỏ chỗ loét, cũng có thể chỉ khâu chỗ chảy máu nếu tình trạng bệnh nhân không cho phép cắt dạ dày.

*Chú ý :*

Tuyệt đối không dùng Xêđà, aspirin, Pyramidon hoặc các thuốc kích thích dạ dày, không cho uống nước chanh, nước nóng, không cho thuốc bằng đường uống kể cả Bitmut làm cho khó theo dõi phân.

Khi còn ỉa phân đen là còn phải thận trọng và theo dõi bệnh nhân chặt chẽ.

Chủ yếu là truyền máu và nâng huyết áp lên từ từ, không lạm dụng các dung dịch mặn, ngọt, nếu không cần lắm thì không dùng các thuốc trợ tim mạch (Uabain, digoxin) vì càng làm cho chảy máu kéo dài...

Không dùng Posthypophysơ cho phụ nữ có mang.

*Nếu xuất huyết do sơ gan, thận :*

- Kháng sinh đường ruột Néomycin, Terramicine.
- Nếu cần : cho Axitglutamic 5% - 500 ml truyền tĩnh mạch, tùy theo NH<sub>3</sub>.







do viêm gan SVT nặng, xơ gan cổ chướng, K gan v.v...

- Những yếu tố kết hợp dễ gây hôn mê gan :

+ Chảy máu đường tiêu hoá.

+ Tuần hoàn bàng hệ của chủ, phẫu thuật nối của chủ.

+ Chọc tháo cổ chướng nhiều, lạm dụng thuốc lợi tiểu mạnh gây rối loạn nước và điện giải.

+ Hạ huyết áp, thiếu máu làm giảm lưu lượng máu qua gan.

+ Dùng các thuốc mocphin, Bacbiturin...

+ Cho bệnh nhân nhiều chất đạm bằng ăn hay thuốc.

+ Nhiễm trùng.

- Giai đoạn tiền hôn mê : Bệnh nhân vật vã, giãy dụa.

- Hôn mê : mới đầu còn giãy dụa, sau nằm im, li bì.

-  $\text{NH}_3 > 100\gamma$  , xét nghiệm chức năng gan suy giảm.

- Cần theo dõi GOT, GPT,  $\text{NH}_3$  máu, Ure máu, Cholésterol toàn phần và Este hoá, đường huyết.

### **Xử trí :**

- Kiêng ăn đạm, chủ yếu cho Gluxit cho đến khi bệnh nhân tỉnh.

- Hút đờm rãi nếu có, chống loét, vệ sinh thân thể nhất là răng miệng.



- |  |   |                     |
|--|---|---------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Dung dịch ngọt 30% - 500ml</li> <li>+ Isulin X đơn vị</li> <li>+ Vitamin C 0,100 x 5 ống</li> </ul> | } | Truyền<br>tĩnh mạch |
|--|---|---------------------|

Truyền 2 lần như trên trong ngày.

- Kháng sinh đường ruột : Néomicin 1gr hoặc Tétracylin 0,50gr x 6 giờ 1 lần.

- Nếu chảy máu tiêu hóa : Điều trị chảy máu, đồng thời truyền máu, tốt nhất là chỉ truyền hồng cầu. Thụt tháo ruột 2 lần trong ngày để giảm hiện tượng thối rữa trong ruột làm tăng  $\text{NH}_3$  trong máu.

- Trung hòa  $\text{NH}_3$

+ Axit glutamic dung dịch 5% - 500ml truyền tĩnh mạch (hoặc Acginin chlohydrat, ornithin...)

Còn nhiều loại thuốc đã từng được dùng nhưng hiện nay ít dùng hoặc không dùng nữa vì không hiệu quả gì hơn hoặc hiệu quả không đáng kể, như :

L.dopa, prednisolon liều cao, coenzyme A, truyền thay máu, thẩm phân phúc mạc, lọc máu v.v...

- Kháng sinh chống bội nhiễm.

- Trợ tim mạch.

- Điều chỉnh thăng bằng điện giải (theo điện giải đồ).

- Không dùng các loại thuốc lợi tiểu, Mócphin, bacbituric, các thuốc có Nitơ như Methionin, Cholin v.v...



## VIÊM TỤY CẤP

Tuyến tụy bị hoại tử chảy máu cấp.

Thường do sỏi túi mật hoặc ống mật chủ làm trào ngược mật đã nhiễm khuẩn vào ống tụy - xảy ra sau một bữa ăn nhiều Lipit và uống rượu.

Bệnh cảnh lâm sàng nguy kịch - cần điều trị khẩn trương và mạnh vì tỷ lệ tử vong cao.

### Triệu chứng :

- Đau dữ dội vùng thượng vị.
- Nôn nhiều, ỉa chảy.
- Tình trạng choáng : vã mồ hôi, chân tay lạnh, mạch nhanh, huyết áp hạ.
- Bụng chướng hơi, thành bụng cứng.

**Xét nghiệm :** Công thức máu, Hematocrit, điện giải đồ, Amilaza máu, lipaza máu (tăng)

- Điện tâm đồ T dẹt hoặc (-).
- Soi ổ bụng nếu có điều kiện, có dịch trong ổ bụng, dịch này rất giàu Amilaza.
- Siêu âm : Tụy to.

### Xử trí :

- Nhịn ăn, uống hoàn toàn.
- Hút dịch vị liên tục.
- Truyền dịch để duy trì khối lượng tuần hoàn và



thăng bằng kiềm toan và điện giải.

- Dung dịch clorua Na 9‰ - 1000ml.
- Dung dịch Glucoza 5% - 1000ml.
- Procain : 2 - 3 ống 5ml loại 2% pha trong 500ml dung dịch glucoza 5% truyền tĩnh mạch trong 24 giờ.

- Cho điện giải theo kết quả điện giải đồ.

Giảm đau bằng :

- Atropin 1/4mg x 3 - 4 ống/ngày.
- Hoặc Dolosal 1 - 2 ống/ngày.

Thuốc ức chế men Proteaza : Aprotinin, Trasylol hay Zymofren : tiêm tĩnh mạch chậm, liều đầu tiêm 500.000 đơn vị, sau đó cứ 4-5 giờ lại tiêm 200.000 đơn vị cho đến khi amylaza máu trở về bình thường.

- Cimétydin 1gr/ngày.
- Kháng sinh : Khi biến chứng nhiễm khuẩn đã rõ.
- Điều trị ngoại khoa : chỉ được chỉ định trong giai đoạn cấp khi có sỏi ống mật chủ gây viêm đường dẫn mật hoặc áp xe tụy.
- Cho ăn lại một cách thận trọng khi giai đoạn cấp đã qua, ăn lỏng, không mỡ, chống uống rượu.

## HO RA MÁU

Cần chẩn đoán phân biệt với nôn ra máu. Ho ra máu ở mức độ nào dù nhiều hay ít đều quan trọng.

Cần chú ý tìm nguyên nhân để xử trí đúng, nhất



là phân biệt ho ra máu do bệnh phổi hay bệnh tim.

- Bệnh phổi gây ho ra máu hay gặp :

- Bệnh chủ yếu là lao phổi rồi đến giãn phế quản, ung thư phế quản - phổi, viêm phế quản, viêm phổi...

- Bệnh tim gây ho ra máu hay gặp :

+ Chủ yếu là hẹp hai lá, các bệnh gây suy tim trái, nhồi máu phổi.

Các nguyên nhân khác ít gặp.

**Xử trí :**

- Cho bệnh nhân nằm tư thế Fowler, nằm Fowler rất thấp nếu có trạng thái sốc.

- Nghi ngơi tuyệt đối, yên tĩnh, ít ánh sáng.

- Hạn chế thăm hỏi, di chuyển, hạn chế nói.

- Khám nhẹ nhàng, giải thích cho bệnh nhân khỏi hoang mang, lo lắng, những xét nghiệm chưa thật cấp bách sau khi ngừng ho ra máu sẽ làm.

- Ăn lỏng.

- Xử trí theo từng mức độ ho ra máu :

1. *Ho ra máu ít :*

- Cho thuốc an thần : Valium viên 5 - 10mg x 2 viên/ngày hoặc dichorhydrat Hydroxyzin, hoặc gacdé-nan 0,10g bằng đường uống.

- Dionin 0,22g x 2-4 lần/ngày.

- Siro Opi : 40-60ml/ngày, mỗi lần 20ml.



## 2. Ho ra máu trung bình, tái phát :

- Theo dõi mạch, huyết áp.
- Mocphin 0,01gr tiêm dưới da, có thể tiêm 2-3 lần/ngày.
- Valium hoặc Gácdenan 0,10 - 0,200gr uống hoặc tiêm.

Có người sợ dùng Mocphin có thể ức chế trung tâm hô hấp và gây liệt phế quản nên muốn dùng : Héroin 5 - 10mg tiêm dưới da, tối đa tiêm 20mg/24 giờ.

Hoặc dùng phối hợp :

- Aminazin 0,05gr
  - Phénecgan 0,05gr
  - Gacdénan Sodíc 0,05gr
  - Posthypophysơ 10-20 đơn vị
  - Dung dịch ngọt 5% - 250ml
- tiêm bắp
- truyền tĩnh mạch

Có tác dụng co mạch mạnh.

- Adrênoxyl 1500  $\gamma$  x 2 ống - 3 ống/24 giờ, tiêm bắp thịt.

- Vitamin K<sub>1</sub> - Vitamin C.

- Pénicillin, Streptomycine : Nếu ho ra máu kéo dài bệnh nhân nằm lâu sợ bội nhiễm.

## 3. Ho ra máu nặng có trụy mạch :

Theo dõi mạch, huyết áp, Hématocrit, định nhóm máu.



- An thần, cầm máu.

- Nếu giảm thông khí phổi rõ, cho thở ôxy bằng thông qua mũi hút máu ứ đọng ở khí quản. - Trợ tim mạch.

- Truyền máu 300 ml.

- *Chỉ định đặc biệt :*

Ho ra máu nặng hoặc kéo dài điều trị nội khoa không giải quyết được.

- Nếu do lao phổi : Gây khí phế mạc nhân tạo.

- Nếu do áp xe phổi, u phổi hay phế quản đã có chẩn đoán rõ hoặc xác định bằng soi phế quản, hội chẩn với bác sĩ ngoại khoa điều trị phẫu thuật.

- Nếu do tắc động mạch phổi, nhồi máu phổi, chụp động mạch phế quản có thể xác định chỗ tắc và hướng cho việc cắt bỏ hoặc thắt mạch (xem thêm phần nhồi máu phổi).

- Nếu do hẹp hai lá hay suy tim trái cấp : xem phù phổi cấp, suy tim trái cấp.

- Sau khi giải quyết tốt ho ra máu, cho bệnh nhân nằm nghỉ 7 ngày, hạn chế nói, chỉ nói nhỏ khi cần, ăn nhẹ, tránh các thứ kích thích, không dùng các loại thuốc gây xung huyết như viên sắt...

- Điều trị nguyên nhân để tránh tái phát.



## CÒN HEN ÁC TÍNH

- Cần hỏi kỹ bệnh tiền sử vì bệnh nhân đang khó thở nặng nên phải hỏi người nhà, khám bệnh nhân để chắc chắn là hen phế quản chứ không phải là khó thở do nguyên nhân khác (tràn khí phế mạc, u phế quản, tâm phế mãn, khí thũng phổi v.v...)

- Cần chú ý điều trị viêm nhiễm kết hợp, viêm phế quản và tâm phế mãn nếu có.

### Xử trí :

- Thở ôxy ngắt quãng 15 - 30 phút 1 lần, không dùng ôxy liên tục nhất là khi bệnh nhân lơ mơ, bán hôn mê, vì ôxy ức chế hô hấp.

- Truyền tĩnh mạch chậm kéo dài trong 3 giờ.

- Ngày thứ 1 và 2 :

+ ACTH 25 mg - 50 mg.

+ Dung dịch ngọt 5% đến 250 ml. ]

Truyền 2 lần trong ngày, nếu cần có thể tăng thêm liều ACTH.

- Ngày thứ 3-4-5 : Giảm dần lượng ACTH hoặc thay ACTH bằng Hémisucinat Hydrocortison 200 mg - 500 mg.

Ăn nhạt trong thời gian dùng ACTH. Nên dùng loại ACTH tổng hợp và ACTH tiêm tĩnh mạch.



Có thể cho thêm Coctiod uống : 30 - 40 mg/ngày rồi giảm dần liều.

**Chú ý :** Cocticoid chỉ dùng trong trường hợp hen phế quản đặc biệt nặng điều trị bằng các thuốc thường dùng không kết quả, để tránh tai biến và quen thuốc.

- Nên phối hợp thêm :

+ Vitamin C 0,100 gr x 5 - 10 ống/ngày, tiêm tĩnh mạch.

+ Suntophylin ống 0,48 gr x 2-3 lần trong ngày, tiêm tĩnh mạch chậm.

+ Lasix 20 mg tiêm tĩnh mạch chậm.

- Kháng sinh : Tétracylin, auréomycine, teramycin, ampicilin chống nhiễm trùng và phòng bội nhiễm.

- Uabain 1/4 mg tiêm tĩnh mạch chậm, chống trụy mạch.

- Ăn nhạt, hút đờm rãi nếu có, phải hút nhanh gọn.

- Nếu bệnh nhân ở tình trạng ngạt thở dữ dội, huyết áp kẹt (tối đa giảm, tối thiểu tăng) tình trạng lơ mơ, hôn mê :

- Trích huyết nhanh 200 - 300 ml.

- Sau đó cho ACTH.

Chống chỉ định ACTH và Coctizon : Loét dạ dày, hội chứng Cushing, có mang, tăng huyết áp, đái đường.

Không dùng các loại thuốc ức chế hô hấp, đặc biệt là các loại thuốc opi.



- Không nên dùng Adrenalin, Ephédrin vì thường bệnh nhân đã dùng nhiều, và Bacbituric vì ức chế hô hấp.

- Điều trị các rối loạn nước, điện giải, nhiễm axit chuyển hoá.

## TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI NẶNG

Tràn dịch màng phổi có nhiều nguyên nhân phải chọc dò hút nước màng phổi tím tế bào, làm phản ứng Rivalta, định lượng albumin và nếu cần chọc tháo nhiều nước rồi chụp XQ tìm tổn thương ở phổi. xét nghiệm công thức máu, đờm, nước tiểu.v.v...

Có thể là lao, ung thư phổi, màng phổi hoặc suy tim nặng gây phù toàn thân.

### **Xử trí :**

Nếu tràn dịch nhiều gây khó thở nặng thì phải chọc tháo hút bớt nước để bệnh nhân dễ thở. Sau đó tìm nguyên nhân và điều trị.

## TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI

- Tràn khí màng phổi có thể tự phát xuất hiện ở những người bề ngoài khoẻ mạnh và không có bất cứ bệnh phổi nào. Hay gặp nhất ở nam giới từ 20 - 30



tuổi, sau một gắng sức quá mạnh. Người ta cho rằng do vỡ các bóng khí thũng ở dưới màng phổi, diễn biến lành tính, nhưng có khuynh hướng hay tái phát.

- Tràn khí màng phổi thứ phát sau một bệnh phổi : Khí phế thũng, tổn thương u nang, áp-xe phổi, lao phổi, chấn thương lồng ngực...

**- Triệu chứng :**

- Bệnh nhân đau ngực dữ dội và khó thở đột ngột, có thể đau xuyên lên vai hay xuống bụng làm nghi tới nhồi máu cơ tim hay một bụng cấp.

- Ho rũ rượi, mệt lử, nhịp tim nhanh...

- Khám phổi : rung thành và rì rào phế nang mất.

+ Gõ vang, âm sắc cao, có thể tưởng nhầm là một tiếng gõ đục "tiếng đục vang" (mâtité tympanique)

- XQ : chụp XQ thấy phổi bị xẹp, trung thất bị đẩy sang phía đối diện trong trường hợp tràn khí rộng.

Nếu tràn khí lẫn tràn dịch : cho bệnh nhân cúi ngang người lác bệnh nhân sẽ nghe tiếng óc ách.

**Xử trí :**

- Ngồi hoặc nằm tư thế Fowler.

- Thở ôxy.

- Mocphin 0,01gr tiêm dưới da x 1-2 lần tùy tình hình.



- Atropin 1/4mg tiêm dưới da hay tĩnh mạch.

- Trợ tim mạch : long não, Caphêin... Uabain 1/4 mg tiêm tĩnh mạch.

- Tràn khí màng phổi gây ngạt thở do có nắp (Soupape), lỗ thủng màng phổi tạo thành một cái nắp làm không khí lọt vào trong khoang màng phổi nhưng không thoát ra được. Áp lực trong màng phổi cao, đẩy lệch trung thất, làm giảm máu tĩnh mạch trở về, đe dọa suy tim, suy hô hấp gây tử vong. Phải dùng máy Kuss để hút không khí ra, nếu hút bằng bơm tiêm nhiều rồi mà bệnh nhân vẫn khó thở, áp lực hơi trong màng phổi vẫn đẩy pittông bơm tiêm ra.

Nói chung khi có tràn khí màng phổi thì chọc hút hơi ra bằng một kim đường kính nòng 1mm, chọc vào gian sườn 2 trên bờ trên xương sườn 3 ở phía trước ngực, nếu tràn khí bên phổi trái chú ý chọc ra xa phía ngoài tránh các mạch máu lớn. Có thể chọc ở gian sườn 4 đến gian sườn 6 trên đường rạch giữa kim nối với 1 ống cao su, hút ra từng bơm tiêm một, kẹp ống cao su khi nhắc bơm tiêm ra, không cho không khí vào màng phổi thêm, ngừng hút hơi khi bệnh nhân đã thấy dễ chịu (khoảng 1000ml).

Điều trị nguyên nhân (kháng sinh...)



## KHÍ PHẾ THŨNG CẤP

### **Nguyên nhân :**

- Do gắng sức thể lực mạnh và kéo dài : thi đấu thể thao, cuộc đê kéo dài. - Do nghẽn tắc trong thanh - khí quản, dị vật trong phế quản, bệnh bạch hầu thanh quản (Croup), phù thanh quản.

Trong một số trường hợp dị vật hoạt động như một van xú páp không khí vào nhưng không ra được.

### **Điều trị :**

Phải điều trị cấp cứu loại bỏ trở ngại hoặc mở khí quản.

## CƠN ĐỘNG KINH LIÊN TỤC

Cơn động kinh diễn ra liên tiếp, bệnh nhân chưa tỉnh cơn sau đã đến, tình trạng hôn mê và những cơn co giật nối tiếp nhau, kéo dài vài giờ, có khi vài ngày, thân nhiệt có thể tăng cao 40-41<sup>o</sup>. Trường hợp nặng, bệnh nhân có thể chết vì phù não, phù phổi cấp, trụy mạch, rối loạn nước và điện giải.

### **Đặc điểm cơn động kinh :**

Bệnh nhân kêu lên rồi ngã ra bất tỉnh, chân tay



cứng, ngừng thở vài giây, tím tái, nghiến răng, mắt trợn ngược. Con đến đột ngột, bệnh nhân có thể bị thương vì ngã.

Tiếp đó là cơn co giật toàn thân, lưỡi thè, hàm nghiến chặt, hay cắn phải lưỡi, mặt nhăn, sùi bọt mép, đái ra quần.

Vài ba phút sau toàn thân giãn ra, bệnh nhân thở dài rồi nằm yên như người ngủ say khoảng 15 phút đến vài giờ mới tỉnh dần. Khi tỉnh không biết mình vừa lên cơn.

*Cần phân biệt với các trường hợp hôn mê xảy ra nhanh và có thể có co giật do các nguyên nhân khác :*

- Hittêri : cơn đến không đột ngột lắm, bao giờ cũng xảy ra trước mặt người khác. Bệnh nhân biết cơn xảy ra nên không bao giờ bị thương vì ngã. Có thể co giật nhưng không tím tái, không ngừng thở, không cắn lưỡi, không đái ra quần...

- Cơn Stokes - Adams : Ng' e tim thấy thay đổi rõ rệt về nhịp : rất chậm hoặc rất nhanh, có khi ngừng tim.

- Hôn mê do hạ đường huyết, trước một trường hợp hôn mê còn nghi vấn về nguyên nhân phải xét nghiệm đường huyết, Urê huyết.

- Hôn mê do ngộ độc như ngộ độc Strychnin...

- Sốt rét ác tính : Tiền sử sốt, có ký sinh trùng sốt rét trong máu.



- Uốn ván : Co cứng, không hôn mê, không sùi bọt mép.

**Xử trí :**

- Ngáng miệng bằng một cuộn băng để bệnh nhân khỏi cắn phải lưỡi.

- Giữ cho bệnh nhân khỏi ngã (buộc ngang giường).

- Hút đờm rãi nếu nhiều để tránh làm tắc đường khí đạo.

- Theo dõi mạch nhiệt, huyết áp, nhịp thở.

- Không cho ăn uống khi còn cơn, hết cơn cho ăn lỏng.

- *Cắt cơn co giật* : Dùng lần lượt như sau :

+ *Tiêm ngay* : Phénobacbitan (Gacdénan, Lépinan) 0,20gr tiêm bắp thịt.

Hoặc tiêm tĩnh mạch chậm 10mg Valium.

• Nếu 15 - 30 phút sau không đỡ thì tiêm thêm một lần nữa như trên.

Nếu có kết quả thì có thể tiêm 5mg Valium vào tĩnh mạch x 4-6 giờ/lần, với tổng liều trong 24 giờ đầu là 25-35mg Valium. Khi cần có thể tăng tổng liều trong ngày lên 40 - 50 mg. Phải duy trì cách điều trị này cho đến khi bệnh nhân tỉnh lại nhưng giảm liều dần.

Trường hợp không hiệu quả, có thể dùng Rivotril (Clonazepam) ống 1mg 1-3 ống tiêm tĩnh mạch, hoặc



hémineurin (Clo métiazol). Truyền tĩnh mạch 50 - 100ml và theo dõi nhịp thở.

- Một số trường hợp cơn co giật vẫn kéo dài, phải soi đáy mắt để chắc chắn không có u não rồi chọc nước não tủy ở tư thế nằm, lấy ra 20 - 30ml, trước khi lấy nước não tủy bơm vào một lượng không khí tương đương.

- *Chống phù não :*

+ Dung dịch ngọt 30% - 300ml.

(hoặc Maniton 20% - 300ml)

+ Atropin 1/4mg x 1 ống

+ Vitamin C 0,100 x 5 ống

Truyền tĩnh  
mạch chậm.

Nếu bệnh nhân cơn co giật không truyền được thì tiêm Atropin, sinh tố C vào tĩnh mạch.

- *Chống trụy mạch :*

+ Uabain 1/4mg x 1 ống

+ Dung dịch ngọt 30% - 20ml

tiêm tĩnh  
mạch

- Nếu nhiệt độ cao : Chườm đá.

- Nếu hôn mê kéo dài : Péniciline và Streptomycin chống bội nhiễm.

- Nếu tím tái do các cơn ngừng thở : hô hấp hỗ trợ, thở oxy.

- Nếu cơn động kinh do chấn thương sọ não, u não, điều trị nội khoa tích cực không đỡ : Hội chẩn phẫu thuật thần kinh điều trị phẫu thuật.



- *Chống chỉ định* : Long não, eucoran, coramin và làm tăng thêm cơn động kinh.

- *Các xét nghiệm cần làm* :

+ Soi đáy mắt.

+ Chụp X quang hộp sọ nếu có chấn thương sọ não cũ hoặc mới.

+ Xét nghiệm : Urê huyết, ký sinh trùng sốt rét, điện giải nếu cơn kéo dài, đường huyết.

## TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO

- Có thể do chảy máu não.

- Nghẽn mạch máu não (Thrombose)

- Tắc mạch máu não (embolie)

### **Triệu chứng :**

- Xảy ra đột ngột (chảy máu, tắc mạch), riêng nghẽn mạch máu não có thể xảy ra từ từ.

- Thường hôn mê, nếu kéo dài quá 48 giờ thì tiên lượng rất xấu nhất là nếu có sốt.

- Hội chứng thân kinh khu trú : Liệt nửa người, babinski (+)

*Chú ý* : Đo huyết áp, khám tim, tìm triệu chứng vữa xơ động mạch, áp xe não, u não, chấn thương sọ não cũ hoặc mới, viêm màng não và não nhất là ở trẻ em.



## **Xử trí :**

### **1. Nằm đầu cao.**

- Thở oxy.
- Hút đờm rãi.
- Chống loét.
- Theo dõi huyết áp, mạch, nhiệt, nhịp thở.
- Xét nghiệm : Đường huyết, Urê huyết, dự trữ kiềm.

### **2. Chống phù não và co thắt mạch não.**

- Dung dịch Maniton 20%
  - 200 - 300ml
  - Hoặc dung dịch ngọt 30%-200ml
  - Nôvocain 1% - 30ml
- } truyền tĩnh mạch chậm

Truyền 2 lần như trên trong ngày.

Kết hợp với dùng Lasix.

Nếu có tăng huyết áp và có sốt, thêm vào dung dịch truyền :

- Aminazin 25mg.
- Pipolphen 25mg.

Theo dõi huyết áp và nhiệt độ.

- Magiesulphat 15% - 10ml
  - Dung dịch ngọt 30% - 10ml
- tiêm tĩnh mạch chậm.

Tiêm 2 - 3 lần trong ngày.

- Glycérol 0,05gr/kg thể trọng : uống 3 giờ 1 lần



(3 giờ hết tác dụng)), tốt trong tăng áp sọ kinh điển, tiểu đường và không độc.

- Pervincamin (Vincaminor) tốt trong điều trị rối loạn tuần hoàn não (tắc mạch, nghẽn mạch, vữa động mạch não) tác dụng chủ yếu là khôi phục lại quá trình sử dụng oxy ở tế bào não và tăng lưu lượng tuần hoàn não, 1 viên = 10mg, uống 6 viên/ngày, có loại tiêm bắp thịt hoặc truyền tĩnh mạch chậm - bệnh nhân chịu đựng tốt, thường không có phản ứng gì.

- Chống chỉ định : Tăng áp sọ, u não, người có mang.

### 3. Làm khô đường hô hấp.

- Atropin sulfat 1/4mg x 3-4 lần trong ngày tiêm dưới da.

- Chống bội nhiễm nếu bệnh nhân hôn mê : Penicillin, Streptomycin.

- Nếu huyết áp vẫn cao : Cho thêm thuốc hạ huyết áp nhưng không hạ nhiều, nhất là ở người nhiều tuổi, giữ huyết áp tối đa vào khoảng 160 - 170 mmHg.

- Nếu có rối loạn hô hấp (nhịp thở nhanh và nông hoặc thở không đều) : Truyền thêm dung dịch Nabicarbonat 0,14% - 250 ml tĩnh mạch chậm.

- Trợ tim mạch : Spactein...

- Đảm bảo dinh dưỡng :

+ Sinh tố B, C.

+ Ăn sữa bằng xông, cần hết sức thận trọng đảm



bảo xông vào dạ dày.

Hiện nay quan niệm về điều trị tai biến mạch máu não có những thay đổi cơ bản.

1. Với chảy máu não : Chụp động mạch não xác định vùng bị tổn thương và điều trị bằng phẫu thuật. Kết quả tốt đối với việc cấp cứu bệnh nhân và cả với hậu quả liệt 1/2 người.

2. Với nghẽn mạch não : Điều trị bằng Dipipidamon hoặc Aspirin, có tác dụng ức chế quá trình nghẽn mạch : - Aspirin 1,5gr/ngày, tiêm tĩnh mạch.

- Khi bắt đầu hồi phục tiêm vitamin B<sub>12</sub> tĩnh mạch 1000γ /ngày.

Khi biết thật chính xác nguyên nhân, có thể dùng thuốc chống đông (Hêpharin) trong tắc mạch não do hẹp van 2 lá, loạn nhịp hoàn toàn.

Cần chú ý đến công tác phục hồi chức năng trong giai đoạn cấp và lâu dài sau này, hạn chế sự tàn phế đến mức thấp nhất.

**HÔN MÊ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG  
HÔN MÊ HẠ ĐƯỜNG HUYẾT**

Hai trường hợp hôn mê này đều có thể xảy ra trên bệnh nhân đái tháo đường, cần phân biệt rõ, xử trí sai hiệu quả sẽ rất tai hại.



## Chẩn đoán phân biệt

	Hôn mê đái tháo đường	Hôn mê hạ đường huyết
Bệnh sử	Không được điều trị hoặc điều trị không đúng cách như : ăn nhiều calo, cho không đủ liều Insulin - Bị nhiễm trùng - Rối loạn tiêu hoá	- ăn không đủ calo : - cho quá nhiều Insulin - hoạt động thể lực nặng, nhiều
Khởi phát	- Thường hôn mê từ từ	- Hôn mê xảy ra nhanh sau vài giờ dùng Insulin thường, sau 10-20 h dùng Insulin chậm.
Trạng thái hôn mê	- Hôn mê hoàn toàn hoặc gần hoàn toàn. - Nằm li bì	- Thường hôn mê không hoàn toàn. - Kích động, co giật giật cơ.
Triệu chứng chính	- <i>Triệu chứng thiếu nước</i> - Da khô - Mạch nhanh, nhỏ - Huyết áp hạ - Mắt lõm, ấn nhãn cầu mềm - <i>Triệu chứng nhiễm toan</i> - Thở Kussmaul - Thường nôn  Trước khi hôn mê : chán ăn, khát nước - Babinski (-)	- <i>Không có triệu chứng thiếu nước</i> - Da ướt, vã mồ hôi - Mạch nhanh, có khi nảy. - Huyết áp bình thường hoặc tăng. - Ấn nhãn cầu bình thường - <i>Không có triệu chứng nhiễm toan</i> - Không thở Kussmaul - Ít khi nôn - Trước khi hôn mê : đói, muốn ăn, không khát nước - Babinski (+) do một vùng vỏ não thiếu Glucoza
	- Nước tiểu : Glucoza (+) thể xetoníc (+)  - Máu : Đường huyết cao (> 300mg%) - Dự trữ kiềm hạ (< 30 thể tích %) Bạch cầu, hồng cầu, Hematocrit... tăng	Nước tiểu : Glucoza và thể xetoníc (-) chú ý lấy mẫu nước tiểu sau khi đã thông bỏ nước tiểu ứ đọng ở bàng quang từ trước. - Máu : đường huyết thấp - Dự trữ kiềm bình thường  - Bình thường.



## **Xử trí hôn mê đái tháo đường :**

### *Trước hết :*

1. Xét nghiệm máu : đường huyết, dự trữ kiềm, urê huyết, ion đồ.

- Xét nghiệm nước tiểu : Đường niệu, thể xetonic, albumin niệu, urê niệu nếu urê máu cao.

- Theo dõi huyết áp, mạch, nhiệt, nhịp thở.

2. Dùng Insulin : Trước kia thường cho Insulin thường liều mạnh, gần đây người ta thấy tiêm Insulin, thời gian bán hủy của Insulin chỉ được 4 - 5 phút, vì vậy tiêm một liều rất cao cũng không lợi gì hơn, lại thêm nguy cơ gây biến động lớn : làm lượng Insulin tăng vọt, sau đó lại có khoảng trống không có Insulin trong máu, đường huyết xuống quá thấp, lại lên quá cao gây hạ kali máu, làm rối loạn chuyển hóa trầm trọng thêm, vì vậy người ta chủ trương điều trị hôn mê đái tháo đường bằng liều Insulin thấp và kéo dài 2 - 7 đơn vị/giờ, truyền tĩnh mạch liên tục.

3. Tiêm long não, Uabair (thận trọng), Doca, nhất là khi huyết áp thấp.

- Vitamin B<sub>2</sub> : 20mg, Vitamin B<sub>1</sub> : 100mg, tiêm bắp thịt.

- Truyền tĩnh mạch dung dịch mặn nhược trương 0,45% từ 500 - 1000ml (pha 1/2 dung dịch mặn 0,9% với 1/2 nước cất).



Sau đó :

- Nếu bệnh nhân chưa tỉnh hoặc đường huyết vẫn trên 300mg% tiếp tục truyền Insulin và dung dịch mặn (500ml)

- Từ giờ thứ 5 : Chỉ cần tiêm Insulin dưới da và tiếp tục truyền dung dịch mặn 500ml.

Thay nước cất bằng dung dịch ngọt 5% và thêm KCl 1,5gr cho mỗi giờ truyền.

Cần theo dõi kali máu, không được để kali máu tăng, rất nguy hiểm.

- Kháng sinh chống bội nhiễm nếu hôn mê kéo dài.

*Khi bệnh nhân đã tỉnh :*

- Tiếp tục dùng Insulin theo đường huyết.

- Cho uống nhiều nước và các nước hoa quả.

- Mỗi ngày uống 2gr KCl

*Nếu có trụy mạch :*

- Truyền dung dịch mặn 0,9%, không truyền dung dịch mặn nhược trương như trên.

- Truyền thêm plasma, máu hoặc Dextran, nếu trụy mạch kéo dài.

- Dùng các thuốc trợ tim mạch nói trên.

- Chống chỉ định : Aramin và Noradrenalin.

*Nếu dự trữ kiềm quá thấp : ( $\leq 10$  thể tích %)*



Pha thêm vào dung dịch truyền, dung dịch Na bicacbonat 0,14%.

*Nếu có suy thận :*

- Cũng pha thêm dung dịch kiềm như trên, nếu có THAM thì tốt hơn, với dung dịch 0,3M.
- Nếu cần, phải dùng thận nhân tạo.

*Chú ý :*

- Phải theo dõi đường huyết trong khi dùng Insulin.

- Lượng dung dịch truyền trong ngày trung bình phải từ 5000 - 7000ml.

- Trường hợp hôn mê thể tăng áp lực thẩm thấu huyết tương (Coma hyperosmolaire) là hôn mê rất nặng do đường huyết quá cao phải truyền rất nhiều dung dịch mận nhược trương (10 lit trong ngày hoặc hơn nữa). Tất nhiên phải theo dõi tình trạng tăng gánh tim mạch trong khi truyền.

- Tuyệt đối không được nhầm hôn mê đái tháo đường với hôn mê hạ đường huyết và với hôn mê do nguyên nhân khác.

Bệnh nhân đái tháo đường lâu ngày thường có tổn thương thận (sơ mao mạch cầu thận Kimmelstiel - Wilson, viêm thận, bể thận...) do đó thường có urê huyết cao, có khi khá cao, tiên lượng xấu hơn, nhưng chú ý không nhầm với hôn mê urê huyết cao, ở đây điều trị hôn mê đái tháo đường là cơ bản - Tốt nhất là nên dùng thận nhân tạo.



### **Xử trí hôn mê hạ đường huyết :**

Có thể do bệnh nhân điều trị đái tháo đường không đúng cách như nói ở trên hoặc do các tổn thương nặng ở tụy, gan (viêm, ung thư) suy tuyến yên (bệnh Simmonds) suy vỏ thượng thận (Addison)...

#### *Xử trí :*

- Đơn giản, chủ yếu là Glucoza nhưng phải khẩn trương, để kéo dài sẽ gây ra tổn thương não không hồi phục, điều trị sẽ khó khăn hơn nhiều.

- Cần xét nghiệm ngay đường huyết thật chính xác.

- Dung dịch đường 30% - 200 - 300ml truyền tĩnh mạch dùng 2 lần như trên trong ngày tùy tình hình bệnh nhân.

- Nước đường uống 500 - 1000 ml nếu không có dung dịch Glucoza và bệnh nhân không hôn mê sâu.

Điều trị củng cố bằng dung dịch Glucoza hoặc nước đường nếu cần.

Nếu xét thấy dung dịch Glucoza chưa đủ hiệu quả có thể tiêm Adrenalin 1 mg dưới da hoặc Glucagon 1mg dưới da.

- Nếu hạ đường huyết do suy vỏ thượng thận hoặc suy tuyến yên : Hémissucinat Hydrocortison 50mg tiêm tĩnh mạch.

Sau đó phải tìm nguyên nhân để tìm phương pháp điều trị thích hợp.



## CƠN CUỒNG GIÁP TRẠNG CẤP

Diễn biến qua 2 giai đoạn, **triệu chứng chính** là :

1. *Tiền chứng* : Kéo dài vài giờ đến 2 ngày trước khi bước vào mê sảng, xảy ra cấp diễn ở một bệnh nhân bị Basedow.

- Tinh thần kích động nói nhiều, luyên thuyên, lảm nhảm.

- Sốt cao 40 - 41 độ không có nguyên nhân rõ.

- Tim đập rất nhanh 140 - 160 lần/phút. Có khi loạn nhịp hoàn toàn.

- Nôn mửa, ỉa chảy.

- Mệt mỏi rã rời, yếu cơ.

2. *Mê sảng* : Thường vẫn ở tình trạng kích động, mê man không biết gì, nói sảng, mặt đỏ, da nóng, vẫn sốt cao, nhịp tim nhanh v.v...

Bước giáp thường loại lan toả hay có rung mi' nghe có tiếng thổi liên tục.

- Nếu không điều trị đúng cách, tử vong rất cao có thể chết trong vài ngày, có khi trong vài giờ, cơn thường xảy ra ở bệnh nhân Basedow không được điều trị tốt (dùng liều thuốc quá thấp, ngừng thuốc quá sớm, bỏ dở liệu trình) có bệnh khác phối hợp (nhiễm



trùng, đáí tháo đường, ung thu), phẫu thuật tuyến giáp kém chuẩn bị.

### **Xử trí :**

#### **1. Chống tác dụng của Thyroxin tiết ra quá nhiều :**

- Cho uống dung dịch Lugol 5% XXX - L giọt trong 24 h hoặc pha 2ml Lugol 5% và dung dịch glucoza 5% (do khoa dược pha chế) truyền tĩnh mạch máu nếu cần cấp cứu nhanh.

- Cho uống MTU 25mg x 8 viên/ngày hoặc Alkiron viên 50 mg x 4 viên/ngày.

- Cocticoit : Dépecsolon 30 mg x 1 ống tiêm tĩnh mạch.

- Rèsecpin : 1 - 2mg tiêm bắp thịt hoặc guanêthidin viên 25mg 2 - 4 viên/ngày.

#### **2. Truyền nước và dinh dưỡng :**

- Dung dịch đường 5% - 1000 - 2000ml truyền tĩnh mạch.

- Dung dịch đường 30% - 200 - 300ml truyền tĩnh mạch, sau đó thay bằng dung dịch mặn 9% và cho bệnh nhân uống nhiều nước.

#### **3. Trợ tim và làm chậm nhịp tim :**

- Digitoxin 2/10mg x 1 ống tiêm tĩnh mạch hoặc Cédilanid 4/10 mg x 1 ống tiêm tĩnh mạch, nếu mạch vẫn nhanh có thể tiêm 2 - 3 lần trong ngày.

#### **4. An thần hạ nhiệt :**



- Diazépam (Valium) 10mg x 2 viên/ngày.
- Gacdenan 0,10gr.
- Nếu cần dùng hỗn hợp liệt hạch tiêm bắp thịt.
  - + Aminazin 25mg
  - + Dimédron 50mg (hay pipolphen)
  - + Dolosal 50mg.
- Chuøm đá ở đầu, nách, bụng v.v...

5. Chế độ ăn : Nhiều đường, ít đạm

Theo dõi nhiệt độ, huyết áp, mạch, nếu có nhiễm khuẩn thì cho kháng sinh.

**URÊ MÁU CAO**  
(suy thận cấp)

Để xử trí có hiệu quả hơn cần chú ý :

Tìm nguyên nhân nhất là những nguyên nhân gây tăng Urê có thể giải quyết được :

1. *Suy thận cấp thực tổn* :
  - Viêm thận cấp, đợt cấp của viêm cầu thận mãn.
  - Viêm thận bể thận, viêm thận kẽ : kháng sinh có thể có kết quả nếu chọn đúng thuốc.
  - Viêm ống thận cấp hay hư ống thận cấp.
  - Do nhiễm độc thủy ngân, P<sup>b</sup>...



- Do tan máu cấp (truyền máu, nhiễm trùng huyết...)

- Do sốc (chấn thương sau mổ)

## 2. Do cản trở đường tiết niệu :

- Sỏi tiết niệu : hay gặp, nếu chưa rõ nguyên nhân cần chú ý tìm sỏi ngay.

- Bệnh ở bàng quang.

- Tiền liệt tuyến : Chú ý khám tiền liệt tuyến nhất là ở người lớn tuổi).

## 3. Suy thận chức năng :

- Do rối loạn nước và điện giải, nhất là giảm nước ngoài tế bào (do nôn mửa, ỉa chảy, điều trị các bệnh tim, gan, thận... không đúng quy cách...)

- Sốc làm huyết áp tụt, nếu huyết áp tối đa < 60 mmHg, cầu thận không lọc được nước tiểu nữa.

## Cần lưu ý nhận xét :

- Tình hình Urê nội sinh (chế độ ăn, tình trạng nhiễm trùng...) Urê máu, urê nước tiểu, Créatinin máu để đánh giá đúng mức độ suy thận.

- Tình trạng rối loạn nước và điện giải, nhiễm axit, trạng thái thiếu nước ngoài tế bào (da khô, nhãn nheo, giữ nếp lâu, huyết áp hạ, mạch nhanh nhỏ..., thừa nước ngoài tế bào (phù).

- Tình trạng chảy máu : mũi, răng, lợi, tiêu hóa ...



## **Xử trí :**

- Theo dõi : + Huyết áp, nhịp thở, mạch, nhiệt.  
+ Urê máu, créatinin máu, urê nước tiểu, điện giải đồ, dự trữ kiềm.

- *Điều chỉnh nước, điện giải, thăng bằng kiềm toan :*

- Nước : cho dung dịch Glucoza 5%, số lượng mỗi ngày căn cứ vào lượng nước tiểu 24 giờ, cộng thêm 500 - 600ml, chú ý bù thêm nếu bệnh nhân ra mồ hôi nhiều, nôn mửa. Không cho nhiều hơn vì bất thận bài tiết quá sức trong khi thận đã suy.

- Điện giải : Căn cứ vào lâm sàng và điện giải đồ. Tránh kiêng muối một cách máy móc, phải cho muối trong trường hợp thiếu nước và thiếu muối. Nhiều khi thiếu Natri làm urê máu tăng thêm.

Kiêng muối chủ yếu trong trường hợp đe dọa phù phổi, phù não, chạt chẽ trong trường hợp viêm ống thận cấp.

- Thăng bằng kiềm toan : Giải quyết nhiễm toan bằng các dung dịch kiềm như Natri bicacbonat 14‰, nhưng nên thận trọng vì có Natri. Do đó nên dùng THAM nếu có (không có Na). Dung dịch 0,3M, truyền tĩnh mạch chậm, hoặc cho uống THAM Citrat 20%, 30 - 40ml/ngày.

- Nếu thiếu niệu hoặc vô niệu rõ ràng và sau khi đã loại bỏ được cản trở đường tiết niệu (sỏi, u sơ tiền



liệt tuyến...). Dùng thuốc lợi tiểu thẩm thấu : Manitol 10% - 500ml truyền tĩnh mạch, nếu vẫn không đái được, phải thôi truyền.

Lasix : 2 - 4 mg/kg thể trọng, tiêm tĩnh mạch 4 giờ 1 lần.

Theo dõi áp lực tĩnh mạch trung tâm.

Nếu bệnh nhân đái được, cho nước và điện giải theo lượng nước tiểu.

- Kháng sinh chống nhiễm trùng tiết niệu : Streptomycin, Kanamycin, Tetracyclin, Terramycin... (theo kháng sinh đồ) chú ý giảm liều tùy theo mức độ suy thận.

- Trợ tim mạch.

- Điều trị các biến chứng chảy máu nếu có.

- Điều trị thiếu máu nếu thiếu máu nhiều hoặc có tan máu : truyền máu ít một 200ml mỗi lần, bỏ huyết tương chỉ truyền hồng cầu để tránh làm tăng ure máu và phù.

Dùng Fe và tinh chất gan thường không có kết quả.

- Nếu điều trị như trên không hiệu quả hoặc ure máu > 3gr/lít hoặc Kali máu > 6,5 mEq/lít.

- Cần điều trị bằng : Thân nhân tạo hoặc thẩm phân phúc mạc.

- Điều trị nguyên nhân : rất quan trọng như :



- + Mổ lấy sỏi.
- + Chống nhiễm trùng bằng kháng sinh thích hợp.
- Điều trị sốc...
- Chế độ ăn : chỉ nên cho khoảng 1200 - 1500 calo mỗi ngày chủ yếu bằng glucit và lipit, ăn nhạt nếu vô niệu.

## RỐI LOẠN THĂNG BẰNG NƯỚC VÀ ĐIỆN GIẢI

Các trường hợp : nôn mửa, ỉa chảy, nhiễm trùng gây sốt cao, sốc, dùng thuốc lợi tiểu nhiều, kiêng ăn mặn kéo dài, các bệnh nội tiết và chuyển hoá (đái tháo đường...), các bệnh tim, gan, thận... gây rối loạn nước và điện giải khá phức tạp. Nếu chỉ căn cứ vào điện giải đồ, xét nghiệm máu... nhiều khi cũng chưa đủ giúp xác định được đúng tình trạng rối loạn nước và điện giải như thế nào, ví dụ : Vừa mất nước, vừa mất muối thì Na và Cl vẫn tăng chứ không giảm, nhưng bệnh nhân vẫn cần được truyền CLNa tuy điện giải đồ Na và Cl có thể đều tăng.

Vì vậy cần nắm một số triệu chứng và nguyên tắc xử lý cơ bản để công tác cấp cứu và điều trị có hiệu quả hơn.



Sinh lý bệnh	Tăng nước ngoài tế bào	Giảm nước ngoài tế bào	Tăng nước trong tế bào	Giảm nước trong tế bào
	Tích nước và muối	Mất nước và muối	Mất nước ít (hoặc không mất) mất nhiều muối	Mất nước, không mất muối
<b>Nguyên nhân</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bệnh tim, gan, thận suy dinh dưỡng</li> <li>- Dùng các thuốc ACTH, Cortizol, Testosterol, oestrogen...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nôn mửa, ỉa chảy, ra mồ hôi nhiều, đái nhiều trong bệnh đái tháo đường, trong một số trường hợp suy thận mãn.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nôn mửa, ỉa chảy, ra mồ hôi nhiều nhưng chỉ uống nhiều nước không bổ xung muối.</li> <li>- Bệnh thận : bệnh nhân uống nhiều nước và kiêng muối quá mức.</li> <li>- Suy thượng thận (Addison) thải Na và Cl nhiều</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Đái nhiều, sốt cao, thở nhanh và sâu, tắc ruột...</li> <li>- Giữ muối do suy thận.</li> </ul>
<b>Triệu chứng chính</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Phù, nếu tích nước ít (&lt; 2 lít) thường không thấy rõ phù, phải theo dõi cân</li> <li>- bình thường</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Da khô, nhẽo, nhăn nhẽo, giữ nếp lâu</li> <li>- nhăn cầu nấn mềm</li> <li>- bình thường</li> <li>- nhanh</li> <li>nhỏ <input type="checkbox"/> trụy</li> <li>- hạ <input type="checkbox"/> mạch</li> <li>- Không</li> <li>- Mệt mỏi rã rời</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bình thường</li> <li>- Bình thường</li> <li>- Bình thường</li> <li>- Không</li> <li>- Mệt mỏi, chuột rút, đau mình mẩy, nhức đầu, rối loạn tinh thần, hôn mê</li> <li>- Nôn nhiều</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Da khô nhưng không nhăn nhẽo không giữ nếp. Mắt lõm</li> <li>- Sốt cao, bạch cầu tăng</li> <li>- Bình thường</li> <li>- Bình thường</li> <li>- Khát nước nhiều</li> <li>- Mệt mỏi, buồn ngủ, giật cơ, rối loạn tinh thần, hôn mê, nhịp thở rối loạn.</li> <li>- Không nôn, lưỡi khô</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Da</li> <li>- Nhiệt độ</li> <li>- Mạch</li> <li>- Huyết áp</li> <li>- Khát nước</li> <li>- Triệu chứng khác</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tăng</li> <li>- Không</li> </ul>			



Xét nghiệm máu	Loãng : Huyết cầu và tỷ lệ các chất hòa tan trong máu giảm tương đối	- Cô đặc : Huyết cầu tăng, Na và Cl tăng		
Nguyên tắc điều trị	- Kiêng muối - chọc tháo cổ chướng.v.v... - Cho thuốc lợi tiểu	- Truyền dung dịch NaCl đẳng trương, truyền huyết tương nếu cần. - Cho DOCA	- Giảm nước (nhịn uống) - Tiêm tinh mạch ClNa ưu trương từ từ và theo dõi (chú ý phù phổi cấp).	- Cho uống nhiều nước 3 - 4 lít/ngày. Nếu không uống được thì truyền dung dịch Glucoza 5%.

## SỐT RÉT ÁC TÍNH

- Hầu hết các trường hợp là do Plasmodium Falciparum.

- Nguyên nhân thuận lợi : Cường độ lao động cao, thể trạng yếu, cơ thể chưa có miễn dịch với sốt rét, không điều trị sốt rét kịp thời... Người ta cho sốt rét ác tính là do yếu tố miễn dịch gây kết dính hồng cầu và KST sốt rét (phản ứng kháng nguyên kháng thể) gây tắc mạch, nhất là mạch não.

Có nhiều thể bệnh khác nhau :

1. *Thể não* : Chiếm tuyệt đại đa số trường hợp - có thể bắt đầu đột ngột : đang bình thường bỗng ngã lăn ra mê man bất tỉnh... có khi co giật như động kinh... hoặc hôn mê xảy ra sau mấy ngày sốt, trước



khi hôn mê thường bị kích động, cường sáng 1 - 2 ngày hôn mê thường kéo dài 1 - 3 ngày. Đôi khi Kecnic (+), đái dầm hoặc đi đái, nôn mửa...

2. *Thể đái ra huyết sắc tố* : tan máu cấp, đái ra huyết sắc tố : tình trạng choáng, thiếu máu, vàng da, lách to, gan to...

3. *Thể sốc* : (thể lạnh) hội chứng sốc nhiễm trùng : da lạnh vã mồ hôi, mạch nhanh nhỏ, tinh thần lơ đãng, huyết áp hạ.

4. *Thể giông tá* : nôn mửa, ỉa chảy dữ dội.

5. *Thể phổi* : phù phổi cấp, suy hô hấp.

Thể bệnh khá phức tạp, khó chẩn đoán, phải xét nghiệm máu tỉ mỉ, nhiều lần khi bệnh nhân sốt và trước khi dùng thuốc sốt rét.

Tùy tình hình, cần xét nghiệm thêm urê huyết, đường huyết,  $\text{NH}_3$ ... để chẩn đoán phân biệt với các nguyên nhân gây hôn mê khác :

**Xử trí :**

- Phát hiện sớm, xử trí khẩn trương tích cực từ tuyến dưới khi chớm xuất hiện triệu chứng nặng.

- Điều trị đặc hiệu ngay từ đầu chủ yếu bằng Quinin chlhydrat truyền nhỏ giọt tĩnh mạch hoặc dùng quinosérum tiêm tĩnh mạch chậm.



- Rất coi trọng khâu hồi sức cấp cứu, điều trị triệu chứng, biến chứng và khâu chăm sóc, nuôi dưỡng bệnh nhân.

- Với người lớn : Quinindichlohydrat : 20 - 40 mg/kg cân nặng trong 24 giờ, truyền nhỏ giọt tĩnh mạch : 6 giờ đầu Quinindichlohydrat 0,5 gr pha trong 2500 ml dung dịch ngọt 5% hoặc dung dịch mặn 9%. XXX giọt/phút - Truyền 4 lần như trên kéo dài trong 24 giờ - sau 2-3 ngày, nếu bệnh nhân chuyển biến tốt ra khỏi hôn mê thì chuyển sang thuốc uống cho đủ liều 5-7 ngày.

Nếu không có điều kiện truyền tĩnh mạch thì tiêm tĩnh mạch như sau :

- 6 giờ đầu Quinosérum 0,20-0,25 gr hoặc Quinin dichlohydrat ,25 gr pha với 20 ml Glucoza 10% tiêm thật chậm vào tĩnh mạch. Sau đó tiêm bắp thịt 1 ống Quinin Chlohydrat 0,25 gr.

Sau 6 giờ tiêm nhắc lại 1 lần - tiêm như vậy trong 24 giờ.

*Chú ý :*

Không dùng Quinin Sulfat tiêm tĩnh mạch.

Khi tiêm Quinin Sulfat vào bắp thịt phải thật vô trùng vì rất dễ gây áp xe.

- Phansidar : ở vùng P, Falciparum kháng thuốc, dùng Quinin phối hợp với fansidar ống 2,5 ml x 1 ống/ngày, tiêm bắp thịt trong 3 ngày - Nếu không có



fansidar ống để tiêm thì thay bằng fansidar viên nghiền nhỏ cho qua xông vào dạ dày.

- Có thể dùng Mefloquin, Artêsunat, hay Artemether, Artemisinin.

- Chloroquin : Nếu không có Quinin hoặc bệnh nhân quá mẫn cảm với Quinin và không có thuốc đặc hiệu nào khác, có thể dùng Chloroquin dipphosphat tiêm bắp thịt, ngày đầu 200 - 300 mg sau sáu giờ tiêm thêm một lần nữa - 2 ngày sau liều bằng nửa ngày đầu.

Tiêm bắp thịt thuốc cũng được hấp thu nhanh như truyền tĩnh mạch, không nên truyền tĩnh mạch vì dễ gây nguy cơ tụt huyết áp.

*Chú ý* : Không được tiêm Chloroquin trực tiếp vào tĩnh mạch, không tiêm cho trẻ dưới 5 tuổi.

*Điều trị triệu chứng và các biến chứng* : Hạ nhiệt : Nếu sốt cao trên  $39^{\circ}\text{C}$  cần hạ nhiệt bằng chườm lạnh, dùng thuốc hạ nhiệt Paracetamon.

- Chống co giật bằng Diazepam, valium ống 10 mg tiêm tĩnh mạch chậm, có thể tiêm thêm nếu cần nhưng tối đa là 8 ống/24 giờ, hoặc dùng Phenobarbital 100 - 200 mg tiêm bắp thịt một liều duy nhất.

- Chống suy tuần hoàn : Phải rôi mạch và huyết áp để phát hiện sớm suy tuần hoàn - Nếu có cần bù dịch bằng truyền tĩnh mạch dung dịch mặn hay ngọt



đẳng trương - Theo dõi áp lực tĩnh mạch trung tâm, duy trì không quá + 5cm nước để tránh phù phổi cấp.

- Chống suy hô hấp : Khi có biểu hiện suy hô hấp, cho bệnh nhân thở ôxy và tìm nguyên nhân để xử trí.

- Nếu có ùn tắc đờm rãi, đặt bệnh nhân ở tư thế dẫn lưu, đầu thấp nghiêng về một bên, lau hút đờm rãi, hạn chế việc dùng các thuốc ức chế thần kinh.

- Rối loạn hô hấp do toan huyết, dùng dung dịch Natri bicacbonat 1,4% - 200ml truyền tĩnh mạch, 1 - 2 lần trong ngày.

Suy hô hấp do bội nhiễm viêm phổi, viêm phế quản - phổi, phải dùng kháng sinh.

- Nếu có phù phổi cấp : ngừng truyền dịch, cho lợi tiểu Furosemid 40 - 80mg tiêm tĩnh mạch. Đặt garô 3 chi và luân chuyển, cho thở ôxy.

Nếu có điều kiện, đặt nội khí quản và hô hấp hỗ trợ.

- Cân bằng nước - điện giải :

Truyền nước quá nhiều dễ gây phù phổi, phù não. Thiếu nước gây suy tuần hoàn, ảnh hưởng đến não và nội tạng.

Vì vậy cần dựa vào lâm sàng và xét nghiệm.



Thường lượng nước vào bằng lượng nước ra + 300ml.

- Chống suy thận : Theo dõi lượng nước tiểu/24 giờ, Créatinin, urê huyết, điện giải đồ, tỷ trọng nước tiểu. Nếu không có nước tiểu, cho Furosemid 40 - 80mg 1 lần tiêm tĩnh mạch, 2 giờ tiêm 1 lần. Nếu dùng Furosemid không tác dụng cần làm thận nhân tạo hoặc thẩm phân phúc mạc.

- Chống chảy máu và rối loạn đông máu :

Nếu chảy máu đường tiêu hoá thì truyền máu tươi, rửa dạ dày bằng dung dịch mangan đẳng trương để lạnh, mỗi lần rửa khoảng 2 lít, tiêm Vitamin K, ống 5mg x 4-5 ống/ngày.

Không dùng Heparin, Corticoid, Aspirin.

## BỆNH (DỊCH) TẢ

Phẩy khuẩn tả là *Vibrio Cholerae* typ Eltor, là bệnh nhiễm khuẩn cấp tính, bệnh dịch tễ và bệnh dịch địa phương, do vậy khuẩn tả, triệu chứng đặc trưng là ỉa chảy nhiều và nôn, gây mất nước và trụy tuần hoàn.

Bệnh lây truyền do nước và thức ăn bị ô nhiễm bởi phân của bệnh nhân mang mầm bệnh, do tay bẩn và ruồi.



### **Triệu chứng :**

- **Ỉa chảy :** Thường rất nhiều, đau quặn bụng, phân loãng có những hạt như hạt gạo, có thể đi đại tiện tới 80 - 100 lần/24 giờ.

Đồng thời với ỉa chảy, bệnh nhân nôn không cầm được.

- **Mất nước :** Mất nước nhanh là hậu quả của ỉa chảy và nôn, lưỡi và da khô, mắt và má lờm, da xanh tím. Đồng thời bị giảm Natri huyết - Thiếu niệu rồi vô niệu gây ra nhiễm axit và tăng urê huyết, thường bị chuột rút rất đau, huyết áp giảm, nhiệt độ bình thường hay gần bình thường, mạch và nhịp thở nhanh.

Ý thức và cảm giác vẫn bình thường. Nếu không điều trị, bệnh nhân có thể chết trong 2 - 3 ngày.

### **Xét nghiệm :**

- Soi kính phết phân nhuộm bằng cacbofuchxin cho thấy thấy khuẩn trong đa số trường hợp.

- Nuôi cấy phân hay chất nôn và xác định bằng phản ứng ngưng kết.

- Bạch cầu máu tăng tới khoảng 20.000, hồng cầu tăng do cô máu.

- Mất các điện giải nhất là Na, Cl, K. Cần chẩn đoán phân biệt với :

+ Những bệnh do Salmonella.



+ Ngộ độc thức ăn.

+ Những thể cấp của ly trực khuẩn.

Không được điều trị, bệnh gây tử vong đến 50% trường hợp. Nếu điều trị sớm và đúng cách tỷ lệ tử vong không quá 1%.

### **Điều trị :**

- Truyền tĩnh mạch các dung dịch sinh lý mặn, ngọt, 1 lít dung dịch truyền cần :

- Natri clorua 5 gr.

- Natri Hydrocacbonat 4 gr.

- Kali clorua 1 gr.

- Khi bệnh nhân nôn, không nên cho bệnh nhân ăn mà cho uống một ít dung dịch muối, 15 phút 1 lần, để bù thêm nước.

- Hàng ngày bệnh nhân có thể mất trên 5 lít nước, vì vậy phải bù cho đủ số nước cần thiết để bình thường hóa thể tích nước và tỷ trọng của huyết tương. Đồng thời phải cho dung dịch Kali clorua.

- Kháng sinh : Tetraxilin 0,5 gr x 6 giờ 1 lần bằng đường uống trong 3-5 ngày để loại trừ phẩy khuẩn trong phân và giảm thời gian ỉa chảy.

### **Phòng bệnh :**

- Kiểm tra thức ăn, giáo dục vệ sinh, diệt ruồi - phẩy khuẩn bị diệt ở 80<sup>0</sup> trong 5 phút và bằng những thuốc diệt khuẩn thông thường. Ở những vùng có dịch



địa phương chỉ uống nước đã đun sôi và thức ăn nấu chín. Hiện nay Vacxin chống bệnh tả mới chỉ có hiệu lực hạn chế, chưa bảo vệ được an toàn.

## SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE CÓ SỐC

Khởi phát đột ngột - sốt liên tục hoặc thành 2 pha - nhức đầu, đau mỏi toàn thân, da và niêm mạc mắt xung huyết - xung hạch ngoại vi (hạch cổ, khuỷu tay) gan to (thường gặp ở trẻ em).

Biểu hiện xuất huyết : Có dấu hiệu dây thắt, chấm xuất huyết, đám xuất huyết dưới da, chảy máu cam, chân răng, tiêu hoá, hành kinh sớm hoặc kéo dài.

*Hội chứng sốc Dengue* : Với các triệu chứng trên kèm theo hạ hay kẹt huyết áp (dưới hay bằng 20 mmHg). Da lạnh, ẩm - Nếu sốc nặng : Mạch và huyết áp không đo được.

### **Xét nghiệm :**

- Công thức máu : xét nghiệm đông máu toàn bộ khi có xuất huyết nặng.
- Tiểu cầu hạ ( $\leq 100.000/\text{mm}^3$ ), thường hạ vào ngày thứ 3.
- Hématocrit tăng  $> 20\%$ , theo dõi hàng ngày và cứ 2 giờ 1 lần nếu có sốc - Nếu Hématocrit giảm mà



tình trạng bệnh nhân không tốt lên. Phải nghi có xuất huyết nội tạng.

- Phân lập virút Dengue từ máu (3-4 ngày đầu)
- Huyết thanh chẩn đoán : làm 2 lần cách nhau 7 ngày.
- X quang tim phổi.

### **Điều trị :**

- Phải hồi phục nhanh lượng plasma đã mất :
- Dung dịch Ringer Lactat hoặc dung dịch NaCl 9‰. truyền tĩnh mạch nhanh, lưu lượng 20 ml/kg/giờ liên tục cho đến khi mạch rõ, huyết áp tối đa lên tới 100 mmHg thì giảm dần tốc độ truyền, có thể dùng dung dịch mặn ngọt.

Nếu không đỡ, sốc sâu hơn, truyền Plasma hoặc Dextran, tốc độ 10 - 2 ml/kg/giờ.

Khi bệnh nhân khá hơn truyền tĩnh mạch 1/2 Ringer Lactat, 1/2 dung dịch NaCl 9‰, tốc độ 10 ml/kg/giờ, điều chỉnh theo Hématocrit, ngừng truyền khi Hématocrit 40% và bệnh nhân ăn được.

Không cần truyền dịch sau khi hết sốt 48 giờ.

Sau khi ra khỏi sốc, 1 số bệnh nhân có phù, có thể dùng lợi tiểu Furo semid.

- Truyền khối tiểu cầu hoặc Plasma tươi khi tiểu cầu giảm từ  $50.000/mm^3$  trở xuống và có nguy cơ xuất huyết nội tạng.

Truyền máu tươi khi có xuất huyết nhiều.



## UỐN VÁN

Uốn ván là trường hợp nhiễm độc - nhiễm trùng do trực khuẩn *Clostridiumtétani* đột nhập vào vết thương bẩn - Thời kỳ ủ bệnh có thể từ 2 ngày đến 60 ngày, trung bình từ 5-15 ngày. Thời kỳ ủ bệnh càng ngắn bệnh càng nặng.

Triệu chứng điển hình nhất là co cứng cơ, lúc đầu cứng hàm làm há miệng khó khăn (trismus), rồi cứng cổ họng (khó nuốt), cứng gáy (ngửa đầu ra sau), cứng toàn thân (uốn ngửa).

- Mỗi khi bị kích thích (tiếng động, ánh sáng...) lại lên những cơn co giật rất mạnh (nghiến răng, nhăn mặt, giật đầu, co cứng chi...) có khi chết ngạt vì co cơ hô hấp và thanh môn, đồng thời sốt cao, mạch nhanh, thở nhanh, vã mồ hôi, bí ỉa, bí đái...

Bệnh nhân vẫn hoàn toàn tỉnh táo. Mức độ nặng, nhẹ (theo Mollaret)

- Độ 1 : chỉ co cứng hàm và co cứng địa phương.
- Độ 2 : Nuốt khó, có cơn co giật toàn thân.
- Độ 3 : Có nhiều cơn ngạt thở liên tiếp.

**Xử trí :**

1. *Chống các cơn co giật :*

Hiện nay cho rằng dùng Diazepam tác dụng tốt



và thích hợp nhất : Diazépam (Seduxen, Vallium...) viên 10 mg : 3 mg/kg nặng tức là khoảng 150mg/ngày, chia đều trong 24 giờ (trung bình 5 - 10mg/giờ).

Ngoài ra có thể dùng xen kẽ : Phéno bacbitan (gacdénan), Aminazin (plégomazin, clopromazin) Dolosal (Dolacgan, Dolantan...) hoặc hỗn hợp liệt hạch (Plégomazin, Dolosal, Pipolphen...).

Nếu phải tiêm có thể dùng Dolosal ống 2 ml = 0,1 gr tiêm dưới da hay bắp thịt.

Nếu không có Diazépam, thay bằng phenobacbitan 10-20mg/kg nặng, chia đều trong 24 giờ.

Tùy theo cơn co giật nhiều hay ít mà sử dụng các thuốc trên để chống cơn, và phân phối đều trong 24 giờ để tránh ngộ độc và khống chế cơn được hiệu quả - Ban đêm và khi hết cơn co giật (chỉ còn co cứng) nên giảm liều.

- Thể nặng (độ 3 của Mollaret : nên dùng curarơ kết hợp với hô hấp hỗ trợ (mời bác sĩ gây mê hồi sức phối hợp), cần nhớ là nguy cơ về tim mạch của Curarơ rất lớn (trụy mạch) vì vậy chỉ dùng Curarơ trong những thể rất nặng mà các thuốc an thần không tác dụng tuy đã phối hợp nhiều loại.

- Trường hợp co thắt thanh quản, ức chế hô hấp và ức chế thần kinh trung ương do các thuốc an thần gây nên phải mở thanh quản và hô hấp hỗ trợ.



2. *Giải độc tố uốn ván* : Anatoxin ống 2ml : tiêm dưới da 4 lần, mỗi lần cách nhau 2 ngày với liều tăng dần : 1 ml, 2 ml, 4 ml, 6 ml.

Huyết thanh chống uốn ván (SAT) 10.000 ĐV tiêm dưới da.

3. *Điều trị vết thương* : Nếu vết thương lớn và sâu :

- Rửa sạch và mở rộng vết thương, cắt lọc... tưới nhỏ giọt bằng nước oxy bão hòa hoặc bằng nước pha  $MnO_4K$ , vết thương để mở thoáng, không rắc bột thuốc lấp kín.

- Pénicilin : 2-5 triệu đơn vị/ngày trong 7 ngày.

- Streptomycin 1 gr/ngày, và Ampicilin nếu cần : tiêm hoặc uống 80-100 mg/kg/ngày.

4. *Nếu sốt cao ( $40^{\circ}$ )* chườm đá, ủ lạnh :

- Chống táo bón (thụt tháo), bí đái (thông đái).

- Cho ăn thức ăn lỏng, nếu cần thì cho ăn bằng xông qua mũi bảo đảm đủ calo và vitamin (khoảng 2000 calo/ngày). Nên đặt một xông vào dạ dày để cho ăn và cho thuốc để giảm bớt tiêm. Trước khi cho ăn 15-20 phút, cho thuốc an thần để tránh cơn co giật, tránh sặc và hít thức ăn vào đường thở.

- Cho nằm riêng trong buồng tối, yên tĩnh, mát mẻ, thoải mái.

- Tránh loét nếu bệnh nhân phải nằm kéo dài.



- Theo dõi mạch, nhiệt, huyết áp, nhịp thở, kịp thời hút đờm rãi, chống trụy tim mạch, hô hấp hỗ trợ khi cần...

### **Điều trị dự phòng :**

- Tiêm Anatoxin thường : 3 lần dưới da ở cơ dưới xương bả vai, mỗi tuần tiêm 1 lần - Lần đầu 1 ml, 2 lần sau mỗi lần 2 ml - Tiêm nhắc lại 2 ml sau 1 năm.

Sau đó cứ 5 năm lại tiêm nhắc lại.

Như vậy không cần tiêm huyết thanh chống uốn ván dự phòng nữa vì thời gian tác dụng của nó rất ngắn, không được quá 15 ngày, hơn nữa tiêm huyết thanh có thể bị phản ứng, dị ứng.

Nếu 1 bệnh nhân nghi có khả năng bị uốn ván mà đã tiêm phòng dưới 5 năm, chỉ cần tiêm nhắc lại 2 ml Anatoxin. Nếu bệnh nhân chưa tiêm phòng thì tiêm huyết thanh chống uốn ván 1500 đơn vị, và tiêm vào một chỗ khác trên cơ thể bệnh nhân 1 ml Anatoxin, sau đó tiêm nhắc lại như trên.

## TAI BIẾN DO TRUYỀN MÁU

Dưới đây chỉ nói về hai loại tai biến :

1. Dị ứng (choáng phản vệ)
2. Tan máu do máu không hợp.



1. **Dị ứng** : Những trường hợp nhẹ thì chỉ ngứa, nổi mẩn, lên cơn hen, phù Quincke... Trường hợp nặng có thể bị sốc dị ứng.

*Xử trí* :

- Nhẹ : Chỉ cần tiêm Pipolphen...
- Nặng : Điều trị sốc dị ứng (xem bài sốc phản vệ).

## 2. **Tan máu do máu không hợp** :

- Chủ yếu do truyền nhầm nhóm máu A, B, O, một số trường hợp do nhóm máu phụ, truyền máu nhóm O nhiều lần, máu Rh - hoặc máu bị nhiễm trùng...

*Triệu chứng chính* : Trong khi đang truyền hoặc ngay sau khi truyền máu, bệnh nhân bị :

- Nhức đầu, khó chịu, vật vã, nôn mửa...
- Khó thở tăng dần, đau dữ dội ngang thắt lưng.
- Huyết áp hạ và xuất hiện tình trạng sốc : da xanh xám, vã mồ hôi, mạch nhanh nhỏ, chân tay lạnh, huyết áp hạ...
- Thiếu niệu rồi vô niệu, Uré máu tăng dần có khi đến 4 gr, 5 gr/lít (viêm ống thận cấp do tan máu) nhiễm toan, Kali máu tăng...

Sốc tan máu do nhiễm trùng (bệnh nhân đang bị nhiễm trùng hoặc máu cho bị nhiễm trùng) xảy ra chậm hơn sốc tan máu do sai nhóm. Thường xảy ra



vào khoảng 4 giờ sau khi truyền máu, bắt đầu bằng sốt cao, rồi xuất hiện sốc và vô niệu. Đây là trường hợp nhiễm trùng huyết. Phải xác định vi khuẩn thật nhanh vì có thể tìm bằng nhuộm Gram máu trong lọ máu bị nhiễm để điều trị kháng sinh kịp thời.

#### *Xử trí :*

1. Đình chỉ truyền máu và kiểm tra ngay nhóm máu bệnh nhân và máu cho.

2. Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, lượng nước tiểu (đặt xông bàng quang).

- Uré máu, dự trữ kiềm, điện giải, tỷ lệ kháng thể của máu truyền vào máu bệnh nhân, mức độ ngưng kết hồng cầu trong máu bệnh nhân để đặt vấn đề thay máu.

- Xét nghiệm Hémoglobin trong nước tiểu và huyết tương.

**3. Có thể gây bài niệu thẩm thấu bằng Manitol 10% - 200 ml truyền tĩnh mạch chậm :**

Hoặc cho Lasix liều mạnh, nhưng chú ý bù nước khi bệnh nhân đái nhiều.

Chưa có biện pháp thật hiệu quả để giải quyết vô niệu, không cho thuốc lợi tiểu khác vì không có tác dụng.

**4. Chống sốc :** Truyền máu mới lấy, kiểm tra thật chính xác bảo đảm cùng nhóm máu với bệnh nhân và làm phản ứng Coombs nếu máu bệnh nhân Coombs



(+) phải truyền hồng cầu rửa, nếu máu cho Coombs (+) phải đổi máu khác. Truyền thử 20 ml, quan sát bệnh nhân không có gì xảy ra thêm thì mới truyền tiếp.

- Trợ tim mạch.

### **5. Điều chỉnh thăng bằng nước và điện giải :**

Bổ sung số lượng nước mất do nôn mửa, ỉa chảy, ra mồ hôi, thở, dung dịch ngọt 5% - 300-500 ml truyền tĩnh mạch chậm, không dùng dung dịch ưu trương. - Với dung dịch mặn phải hết sức thận trọng khi bệnh nhân còn vô niệu, vì có thể gây phù phổi, phải dựa vào xét nghiệm điện giải và theo dõi áp lực tĩnh mạch trung tâm. Nếu bệnh nhân nôn mửa và Cl máu thấp, có thể truyền 300-500 ml dung dịch mặn 9‰ và theo dõi bệnh nhân chặt chẽ trong khi truyền. Nếu thấy bệnh nhân đỡ nôn, tình trạng chung tốt hơn, không có triệu chứng phù phổi và áp lực tĩnh mạch trung tâm không vượt quá 16 cm nước thì cứ tiếp tục truyền, nhiều trường hợp cho kết quả tốt. Bệnh nhân đái nhiều hơn. Nếu diễn biến ngược lại thì phải dừng truyền.

6. Chống nhiễm toan : Cho uống hoặc thụt nhỏ giọt hậu môn Na bicarbonat hay Na citrat : 2 gr mỗi lần, mỗi ngày 3 lần. Cho ion Na có thể có tai biến phù, vì vậy nếu có THAM thì tốt hơn.

7. Chống tăng Kali máu : cho bệnh nhân ăn đường, glucoza nước quả, lipit... kiêng các thức ăn có



nhiều Kali như khoai tây, chuối, thịt...

8. Héparin 25.000 - 50.000 đơn vị trong ngày để chống đông máu trong mạch có thể xảy ra. Chú ý theo dõi tỷ lệ Protrombin, fibrin, tiểu cầu.

9. Phóng bé novocain quanh thận hoặc tiêm tĩnh mạch chậm 10 ml novocain 1% để chống phản xạ co thắt mạch gây thêm thiếu niệu.

10. Nếu tình trạng chuyển biến xấu, Uré huyết và Kali vẫn tăng cao (Uré huyết  $> 3\text{gr/lit}$ , Kali  $> 6,5\text{ mEq/lit}$  :

- Thẩm phân phúc mạc.
- Thận nhân tạo.
- Hoặc thay máu cho bệnh nhân.

Để đợi ống thận phục hồi.

*Theo dõi và điều trị bệnh nhân sau thời kỳ vô niệu.*

Lúc này ống thận đã phục hồi, bệnh nhân đái được và có khi đái rất nhiều (4-5 lit/ngày hoặc hơn nữa) làm mất Cl, Na, K và nước, gây rối loạn điện giải và thiếu nước, phải xét nghiệm điện giải và đo lượng nước tiểu hàng ngày. Truyền bổ xung nước và điện giải theo yêu cầu.

Tham khảo thêm phác đồ Urê máu cao.

Tai biến do truyền máu rất nguy kịch, vì vậy truyền máu là một vấn đề quan trọng trong lâm sàng, không nên lạm dụng và truyền máu trong những trường hợp chưa thật sự cần thiết.



## SAY NẮNG - SAY NÓNG

### **Triệu chứng chính :**

- Mất nước ngoài tế bào, thể tích máu từ các phủ tạng chuyển ra ngoài da, rối loạn điều hòa trương lực mạch máu, rối loạn điều hòa thân nhiệt.

- Dễ xảy ra ở người nhiều tuổi (trên 40 tuổi) người sức yếu hoặc có bệnh mãn tính nhất là bệnh tim.

- Bệnh nhân mệt lả, nhức đầu, chóng mặt, có khi nôn mửa, da khô, nóng, mặt đỏ, thân nhiệt có khi rất cao : 41-42-43<sup>o</sup>C (thường do say nắng hơn là say nóng) mạch nhanh, đập mạnh, huyết áp tâm thu cao. Nếu tình trạng nặng và kéo dài, bệnh nhân có thể co giật, hôn mê và trụy mạch, lúc đó huyết áp sẽ tụt xuống, da tái chứ không đỏ nữa.

Thường có di chứng, ổ máu tụ dưới màng cứng có thể xảy ra ở trẻ nhỏ, cần khám kỹ.

**Xử trí :** - Phải giải quyết khẩn trương, chủ yếu là làm sao cho thân nhiệt giảm xuống bằng biện pháp nhanh nhất.

- Để bệnh nhân nằm chỗ mát, thoáng khí nhưng không quạt vì sẽ làm tăng thêm mất nước, không để nhiều người trong phòng hoặc vây quanh bệnh nhân.



- Cởi hết quần áo.
- Chườm đá hoặc ủ lạnh ở đầu và toàn thân.
- Nếu nhiệt độ  $\geq 40^{\circ}\text{C}$ , nên tắm nước  $38^{\circ}\text{C}$ , theo dõi thân nhiệt và ngừng tắm khi nhiệt độ hạ xuống  $38^{\circ}\text{C}$ .

- Cho thuốc giảm nhiệt : Aspirin (uống hoặc đặt hậu môn).

- Cho uống nước muối 9%, nước chè.

*Tùy theo mức độ nặng nhẹ :*

### *1. Chống mất nước, mất muối :*

- Dung dịch mặn 9% : 1500-2000 ml truyền tĩnh mạch, lúc đầu truyền nhanh 1000 ml/30 phút, sau đó truyền chậm hơn.

- Dung dịch đường 5% : 500-1000 ml, truyền tĩnh mạch.

- Dung dịch kiềm 0,14% : 250 ml, truyền tĩnh mạch, chú ý theo dõi phù phổi cấp.

### *2. Trợ tim mạch và hô hấp :*

- Thổi ngạt nếu ngừng thở, cho thở bằng máy hô hấp.

- Long não, Cafein.

- Uabain 1/4 mg tiêm tĩnh mạch, DOCA 10 mg tiêm bắp thịt, nếu có truy mạch.

3. Nếu sốt cao  $40-41^{\circ}\text{C}$  và vật vã nhiều : Cho hỗn hợp liệt hạch.



- Aminazin 25 mg)
  - Pipolphen 50 mg)
  - Dolosal 5 mg)
- ] tiêm bắp thịt

## ĐIỆN GIẬT - SÉT ĐÁNH

Dòng điện 110 v có thể gây chết do rung thất. Các dòng điện cao thế còn làm liệt trung khu hô hấp. Sét có điện thế rất cao (trên 1 triệu vôn).

Bị điện giật nặng có thể vừa ngừng tim, vừa ngừng thở. Bị nhẹ có thể bị ngừng tim một thời gian ngắn, lên cơn co giật, sau đó nạn nhân mệt mỏi, hồi hộp, mê sảng...

Chỗ tiếp xúc với điện bị hồng.

**Xử trí :**

- Ngắt dòng điện. Phải chú ý tự bảo vệ, đề phòng bệnh nhân ngã khi ngắt điện.

1. *Nếu ngừng tim và ngừng thở* : Áp dụng phương pháp hồi sinh nội khoa (xem bài ngừng tuần hoàn và hô hấp).

- Dùng máy phá rung thất và máy hô hấp hỗ trợ.

- Nếu hồi sức chậm có kết quả tiêm thẳng vào tim 1 ống Uabain 1/4 mg và tiếp tục hồi sức (không dùng Adrenalin).



- Trợ tim và hô hấp : Tiêm tĩnh mạch long não nước, lobélin 10 mg - có thể tiêm lobélin 15 phút 1 lần nếu nạn nhân vẫn ngừng thở.

- Khi nạn nhân tỉnh, chữa bóng...

- Chú ý theo dõi viêm ống thận gây toan máu.

2. Nếu bệnh nhân chỉ mê man bất tỉnh nhưng vẫn thở và tim vẫn đập : Kích thích bằng gọi, giật tóc, vã nước vào mặt...

- Tiêm long não Coramin...

- Theo dõi mạch, nhịp thở, huyết áp.

## CHẾT ĐUỐI (cũng áp dụng cho thất cổ)

Bị ngạt cấp do nước tràn vào phế nang gây nên 2 rối loạn quan trọng : - Phù phổi cấp. - Thiếu oxy.

- Xử trí nhanh tại chỗ khi mới vớt ở nước lên : Vác xấp nạn nhân lên vai, để bụng tỳ đúng vào vai, đầu gấp ngược xuống lưng người vác, chạy tại chỗ khoảng 20-30 bước cho nước ở dạ dày, phổi, đường khí đạo thoát ra, đồng thời cũng có tác dụng như làm hô hấp nhân tạo. Sau đó để nạn nhân nằm đầu thấp lấy gạc hoặc khăn bọc ngón tay móc hết đờm rãi trong mồm, chú ý không để đờm rãi, thức ăn làm tắc đường khí đạo, nhất là phế quản, phải làm thật khẩn trương.



1. *Nếu còn thở và tim còn đập nhưng bất tỉnh :*

- Cho thở oxy.
- Tiêm long não (coramin, spactêin...)
- Dùng khăn trà xát cho nóng người.
- Tiêm Penicilin để phòng viêm phổi.

2. *Nếu ngừng thở nhưng tim còn đập :*

- Thổi ngạt.
- Đặt nội khí quản và cho thở oxy bằng máy hô hấp hỗ trợ bảo đảm trên 10 lít/phút với nhịp đều khoảng 16-20 lần. Chú ý hút đờm rãi.
- Trợ tim mạch, kháng sinh như trên...

3. *Nếu ngừng thở và ngừng tim :*

- Hồi sinh nội khoa (xem ngừng tuần hoàn và hô hấp).
- Trường hợp ngạt thở xanh tím do nước tràn vào đường hô hấp : trích huyết 300-400 ml để làm nhẹ gánh nặng cho tim và giảm ứ đọng ở phổi, đồng thời tiêm lasix. Trong khi đó vẫn tiếp tục hồi sinh.

- Tiêm thẳng vào tim 1 ống Uabain 1/4 mg.
- Khi nạn nhân tỉnh : Tiêm long não, coramin.
- Cho thuốc giãn phế quản, Théophilin, Synto-phylin...

- Giữ thẳng bằng nước và điện giải : Nếu có máu thì truyền Plasma hoặc dung dịch ngọt đẳng trương 5%. Chú ý theo dõi tăng gánh và phù phổi cấp.



Nếu có toan chuyển hóa cho THAM hoặc dung dịch Bicacbonat.

- Cho Penicillin tiếp tục trong 1 tuần.

**Nguyên tắc :**

- Phải giữ thông đường thở.

- Kiên nhẫn hồi sinh nạn nhân, ít nhất phải xoa bóp tim và hô hấp bằng máy (hoặc thổi ngạt) trong 2 giờ.

- Ngạt do thắt cổ cũng hồi sinh như trên.

## RẮN CẮN

### Triệu chứng chính

1. Rắn hổ mang, rắn ráo... (loại Colubridae) : độc tố thần kinh.

- Chỗ rắn cắn không đau lắm nhưng chân tê bại, mệt mỏi cao độ, buồn ngủ, muốn ngất, nấc, nôn, rối loạn cơ tròn...

- Mạch yếu, huyết áp hạ, khó thở, hôn mê, rồi tử vong sau 6 giờ.

2. Rắn lục (loại Vipéridae) : Độc tố gây xuất huyết.

- Toàn chi bị rắn cắn đau dữ dội, da đỏ bầm, có những đám xuất huyết, chỗ bị rắn cắn phù (sau dễ bị hoại tử).



- Sau 30 phút đến 1 giờ : nôn, ỉa lỏng, mạch nhanh, nhỏ, huyết áp hạ, ngất.

3. Nếu bị rắn cắn sau 15-30 phút mà vết cắn không đau, không phù, chi bị cắn không tê bại thì không phải rắn độc.

### **Xử trí :**

- Đặt garô trên chỗ rắn cắn : không thắt quá chặt, không để garô lâu quá 30 phút.

- Rửa nhẹ da ở vết rắn cắn, hút máu bằng ống giác... rửa vết thương bằng nước Javel hòa loãng 1/5 hoặc nước  $MnO_4K$  1%.

- Tiêm huyết thanh kháng nọc rắn đặc hiệu hoặc toàn năng (ống 5-10ml) : 1 ống xung quanh chỗ rắn cắn, 1 ống dưới da ở đùi bị rắn cắn. Trường hợp nạn nhân đến muộn, tình trạng thật nguy kịch không thể trì hoãn được, có thể tiêm tĩnh mạch thật chậm 1 ống, thử phản ứng trước (Test) nếu xét thời gian cho phép.

Nếu không có huyết thanh kháng nọc rắn :

- Tiêm dưới da xung quanh vết rắn cắn dung dịch  $MnO_4K$  1% (vô trùng) 10ml.

- Truyền tĩnh mạch dung dịch mặn 9‰ : 1500 - 2000 ml.

- Tiêm huyết thanh kháng uốn ván (SAT) 1500 đơn vị, dưới da và anatoxin 2 ml cũng tiêm dưới da, ở vị trí khác và bằng một bơm tiêm khác.



- Kháng sinh : Pênicillin, Streptomycin...
- Trợ tim mạch : Long não, coramin, caféin, uống nước chè nóng.
- Chống sốc và dị ứng : Dépecsolon 30 mg x 1-2 ống tiêm tĩnh mạch.
- Nếu có tan huyết : Truyền máu, vitamin C, Ca gluconat tiêm tĩnh mạch.
- Nếu ngạt : thở oxy, hô hấp hỗ trợ.
- Nọc Colubridae giải phóng nhiều histamin trong cơ thể, phải chống dị ứng : tiêm pipolphen, prométhazin...
- Nếu đau nhiều, cho thuốc giảm đau : atropin, analzin..., nhưng không dùng các loại Opi vì có thể ức chế trung tâm hô hấp.

## RẾT CẢN, BÒ CẠP CẢN

### **Triệu chứng chính :**

- Đau giữ tại chỗ, có khi đau ra toàn chi bị cắn. Da sưng tấy, có khi hoại tử tại vết cắn.
- Sau 1-2 giờ : Nhức đầu, chảy nước rãi, nôn oẹ, mạch nhanh, khó thở, có khi co giật, phù phổi cấp (nhất là ở trẻ em).

### **Xử trí :**



- Rửa sạch vết cắn bằng thuốc tím 1-2‰.
- Tiêm quanh vết cắn : Novocain 0,5% - 10-20 ml.
- Nếu co giật : Gácđenan 0,10 - 0,20.
- Nếu phù phổi cấp : Xử trí như phổi cấp.
- Canxi gluconat : ống 10 ml tiêm tĩnh mạch (xem thêm bài điều trị rắn cắn).

## ONG ĐỐT

### **Triệu chứng chính :**

- Đau dữ dội và sưng đỏ, phù tại chỗ bị ong đốt.
- Triệu chứng nặng hơn nếu bị nhiều ong đốt một lúc hoặc nọc ong vào đúng mạch máu.

Có thể : Khó thở, tức ngực, chóng mặt, mạch nhanh, huyết áp hạ, có khi co giật (nhất là ở trẻ em).

- Có khi có phản ứng dị ứng : Nổi mẩn, phù Quinck...

- Nếu bị đốt vào miệng, vào họng có thể bị ngạt thở.

### **Xử trí :**

- Rút kim châm của ong.
- Rửa vết đốt bằng thuốc tím 0,1-0,2‰.
- Chấm vết đốt bằng dung dịch Amoniac hoặc một dung dịch kiềm.
- Tiêm Hydrocortison 2-3 ml tại chỗ đốt.



- Chống sốc dị ứng.
- Adrenalin 1 mg tiêm bắp thịt (chú ý không vào mạch máu).
- Pipolphen, Prométhazin... tiêm bắp thịt.
- Hémissucinat Hydrocortison 100 mg tiêm tĩnh mạch hoặc Dépeccolon 30 mg tiêm tĩnh mạch (Xem thêm sốc phản vệ).
- Trợ tim mạch : Long não, coramin...
- Nếu bị ong đốt vào miệng gây phù thanh môn : cho corticoid, nếu ngạt thở : mở khí quản.

## NGỘ ĐỘC CẤP

### **Nguyên tắc xử trí ngộ độc cấp :**

- Nhiều chất độc không có bệnh cảnh lâm sàng đặc biệt nên nhiều trường hợp không thể nào xác minh được chất gây độc, vì vậy cần nắm một số nguyên tắc chung về xử trí ngộ độc cấp.

#### **1. Chẩn đoán :**

- Phải khám toàn diện và tỉ mỉ các hệ thống tim mạch, tiêu hoá, hô hấp, tiết niệu, thần kinh...

- Điều tra tỉ mỉ về hoàn cảnh gây ngộ độc : quan sát nạn nhân, quần áo, chất nôn..., lọ đựng thuốc độc, giấy gói đáng nghi vấn người nhà mang theo đến bệnh viện, hỏi người nhà về tình hình tư tưởng, sinh hoạt, quan hệ,... của nạn nhân trước khi xảy ra ngộ



độc, thời gian phát hiện bệnh nhân bị ngộ độc, nếu cần thì có thể và quan sát môi trường (nhất là những vụ ngộ độc xảy ra cho nhiều người một lúc...)

- Xét nghiệm độc chất :

## 2. Xử trí :

Trường hợp không xác minh được chất gây ngộ độc thì tiến hành điều trị theo nguyên tắc chung cho mọi ngộ độc cấp.

- Loại chất độc ra khỏi cơ thể.

### 2.1. Trường hợp ăn, uống phải chất độc :

- Rửa dạ dày : Làm ngay nếu ăn, uống phải chất độc chưa quá 6 giờ. Dùng nước đun sôi để ấm, rửa nhiều lần, số lượng từ 5-10 lít.

Chú ý cho nạn nhân nằm nghiêng đầu thấp để nước khỏi lọt vào đường thở. Giữ đúng nguyên tắc kiểm tra bảo đảm ống rửa vào dạ dày (xem kỹ thuật rửa dạ dày ở cuối bài).

Chống chỉ định rửa dạ dày :

- Uống phải axit hay kiềm mạnh.
- Có loét thực quản.
- Nuốt phải dầu hoả hoặc dẫn chất, chỉ rửa trong trường hợp nuốt phải một lượng lớn có khả năng đưa đến những biến chứng thần kinh nguy kịch.
- Nạn nhân đang nôn hoặc mới nôn ra máu.
- Nạn nhân có phồng động mạch chủ ngực.



- Bệnh nhân hôn mê hoặc co giật.

Nếu xét không cần thiết hoặc không có điều kiện rửa dạ dày... thì gây nôn bằng một trong các biện pháp sau đây :

- Móc họng.

- Tiêm Apomocphin ống 5 mg dưới da, chú ý có khi gây ức chế hô hấp.

- Cho uống bột Ipéca 0,5 gr - 1,5 gr.

2.2. *Trường hợp hít phải chất độc* : Đưa nạn nhân ra khỏi nơi có khí độc, để nạn nhân nằm yên tĩnh, cho thuốc an thần nhẹ, điều trị phù phổi nếu có, cho thở oxy bằng thông qua mũi hoặc bằng mặt nạ, hoặc đặt nội khí quản.

2.3. *Trường hợp chất độc thấm qua da* : Cởi hết quần áo bị nhiễm và rửa da bằng nước xà phòng.

2.4. *Trường hợp chất độc bắn vào mắt* : Dù chất độc là gì cũng phải rửa mắt bằng một dòng nước nhẹ trong 10 phút, sau đó nhỏ thuốc Collyre vô trùng và mời thầy thuốc nhãn khoa khám.

2.5. *Trường hợp tiêm vào bắp thịt hay dưới da mới xảy ra* :

Đặt garô ở gốc chi bị tiêm, gây co thắt mạch ở chỗ tiêm bằng đặt nước đá hoặc tiêm tại chỗ Néosynéphrin dưới da và hội chẩn với thầy thuốc ngoại khoa cắt lọc nhanh chỗ đó.



- Trợ tim mạch và tuần hoàn, thanh lọc thận nếu không có suy tim, suy thận, theo dõi huyết áp và áp lực tĩnh mạch trung tâm.

- Dùng lợi tiểu thẩm thấu truyền luân chuyển manitol 10% và dung dịch ngọt 10% = 500 ml/2 giờ 1 lần, cho thêm vào mỗi lọ dịch truyền 1,5g CLK và 0,5gr CLNa.

- *Nếu huyết áp hạ, huyết áp tối đa dưới 8 mmHg* : truyền thêm Noradénalin 2-4 mg cho mỗi chai 500 ml Glucoza - Liều Noradrênaline tăng giảm tùy theo tình hình huyết áp, duy trì huyết áp tối đa ở mức 100 mmHg - 110 mmHg.

- Nếu trụy tim mạch kéo dài :

+ Thay một phần dung dịch trên bằng huyết tương, dextran...

+ Uabain 1/4 mg, tiêm tĩnh mạch chậm.

Tùy tình hình diễn biến về tim mạch dùng các biện pháp hồi sức về tim mạch (xem phần hồi sức về tim mạch).

- *Nếu ngừng tim* : xoa bóp tim ngoài lồng ngực và thổi ngạt (nếu ngừng cả hô hấp).

- Thanh lọc thận : cho những trường hợp nhiễm độc nhiều và chất độc có thể thẩm phân được, hoặc nạn nhân chức năng thận và tim bị rối loạn không thanh lọc qua thận được, thanh lọc bằng thận nhân tạo hay thẩm phân phúc mạc.



Các chất độc có thể thấm phân được rất nhiều, như các loại thuốc ngủ, thuốc an thần, thuốc giảm đau, các loại Bromua, chlorua, iodua, fluorua.v.v. ..

- Trợ hô hấp :

Giữ đường hô hấp được lưu thông : Hút đờm rãi, cho nằm nghiêng hoặc kéo lưỡi khỏi bịt họng (chú ý nạn nhân cần phải lưỡi) đặt nội khí quản hoặc mở khí quản nếu cần.

- Thở oxy nếu khó thở, hô hấp hỗ trợ nếu ngừng hô hấp.

- Kháng sinh : Nếu nạn nhân hôn mê : Penicilin, Streptomycin.

- Chống co giật và kích động : Phenobarbital, diazepam, truyền tĩnh mạch Valium, liều lượng tùy theo tình hình co giật.

- Cho ăn bằng xông qua mũi nếu hôn mê.

*Chú ý* : Những sản sóc cần thiết đối với nạn nhân hôn mê.

Không được dùng các thuốc trợ tim, trợ lực như : Caphéin, long não, cardiazol, coramin, nicéthamid, lobêlin, theophylin.

*Kỹ thuật rửa dạ dày :*

- Dùng ống Paucher : ống cao su dài 1 m, đường kính 10-12 mm, một đầu tròn để đưa vào dạ dày, đầu



kia có phễu để đổ nước vào, ống có đánh dấu độ dài ở mức 40-50 cm.

- Nước rửa dạ dày : Nước đun sôi để ấm (cần nước ấm bằng nhiệt độ cơ thể nhất là về mùa lạnh)) có pha lòng trắng trứng hoặc than hoạt, lượng nước khoảng 5-10 lít.

- Động viên nạn nhân thở bình thường và không phản ứng chống lại. Bôi một chút dầu paraffin vào đầu ống, đẩy nhẹ ống vào họng, rồi vào thực quản, chú ý hướng ống theo đúng đường giữa xương ức, đồng thời động viên nạn nhân nuốt, đẩy ống vào đến mức răng cắn đúng vào khoảng 40-50 cm. Chú ý kiểm tra chắc chắn ống vào dạ dày, dùng bơm tiêm hút thử nước trong dạ dày sau đó đổ nước vào phễu cho chảy vào dạ dày, mỗi lần 1/2 lít, khi đã đủ lượng 1/1 lít, đúng lúc nước ở trong ống chưa chảy hết vào dạ dày hạ nhanh phễu xuống một thùng để dưới sàn. Theo nguyên tắc bình thông nước và các chất trong dạ dày sẽ chảy ra. Làm như vậy khoảng 1-2 lần, tiếp đó đổ nước có pha lòng trắng trứng hoặc than hoạt (3-4 lòng trắng trứng hay 30-40 gr than hoạt trong 1/2 lít nước) để độ 5-10 phút rồi lại tháo ra, tiếp tục rửa cho đến hết 5-10 lít và khi nước ở dạ dày chảy ra đã thật trong. Chú ý ghi nhận xét tính chất nước và các chất tháo ở dạ dày ra như : viên thuốc, thức ăn, mùi gợi ý một loại thuốc độc bốc hơi, lấy một lọ thuốc đó gửi đi thử độc chất.



Tẩy sau khi rửa dạ dày : Sau khi rửa xong cho vào dạ dày qua xông 30 gr Sulfat Natri hòa tan trong 200 ml nước.

Có thể tránh hấp thu các chất tan trong mỡ như phospho, thuốc trừ sâu... bằng cách cho qua xông vào dạ dày 150 - 200 ml dầu parafin.

## NGỘ ĐỘC CẤP THUỐC TRỪ SÂU

### **Phốt pho hữu cơ :**

Rất quan trọng vì khá phổ biến do dùng thuốc trừ sâu rộng rãi trong nông nghiệp và rất nguy hiểm, tỷ lệ tử vong rất cao nếu bị ngộ độc nặng. Tuy vậy Atropin và PAM là những thuốc điều trị đặc hiệu rất hiệu quả nếu được sử dụng sớm.

4 loại phốt pho hữu cơ đã và đang được dùng phổ biến ở nước ta là :

1. Thiophốt (Parathion) màu vàng, mùi tỏi, dạng nhũ tương.

2. Vôfatóc (méthyl-parathion) dạng nhũ tương (màu nâu thẫm) hoặc bột (màu đỏ tươi) mùi cỏ thối.

3. Diptérec (clôrôphốt) dạng tinh thể, màu trắng.

4. DDVP, màu vàng nhạt (Dichloro- Diphenyl-Vinyl-Phoshatte).



Bây giờ thêm Mycin, nông dân thường dùng trên với Parathion công hiệu hơn nhưng cũng rất độc, nhiễm độc nhanh và nặng.

Hai loại trên dùng để trừ sâu trong nông nghiệp, với nồng độ cao hơn thì làm rụng lá, diệt cỏ, hai loại dưới dùng để diệt ruồi, bọ.

Thiophốt độc hại hơn cả, liều chết đối với người lớn là 0,5 - 3 g. Chất độc có phốt pho dùng trong chiến tranh là Tabun, Sarin, Soman... độc tính còn cao hơn.

Phốt pho hữu cơ vào cơ thể bằng đường hô hấp, da, niêm mạc nhất là mắt, và chủ yếu là đường tiêu hóa (tay dính thuốc cầm thức ăn hoặc thuốc lá..., uống nhầm phải hoặc cho vào thức ăn vì nhầm với nước mắm, tự tử, đầu độc...).

- Phốt pho hữu cơ xâm nhập vào cơ thể, gây ức chế men Cholinestêraza làm ứ đọng Acétylcholin, gây ra các triệu chứng hưng phấn của các hệ thần kinh Phó giao cảm, vận động và trung ương. Nhiễm độc phốt pho hữu cơ là nhiễm độc bởi Acétylcholin của bản thân mình và triệu chứng nhiễm độc hốt pho hữu cơ giống nhiễm độc bởi Acétylcholin.

**Triệu chứng chính** : Có hai nhóm triệu chứng :

1. *Giống Muscarin* : Kích thích hệ thần kinh phó giao cảm, gây :

- Co đồng tử (có khi nhỏ như đầu danh ghim).



- Tăng tiết (vã mồ hôi, nhiều nước bọt).
- Tăng co bóp ruột : Đau bụng, nôn mửa.
- Co thắt phế quản : Tim tái, phù phổi, tối đa có thể liệt hô hấp.
- Hạ huyết áp.

2. *Giống Nicotin* : Kích thích các hạch thần kinh thực vật và hệ thần kinh trung ương.

- Giật cơ, co cơ : : Co giật mi mắt, cơ mặt, rút lưỡi, co cứng toàn thân...
- Rối loạn phối hợp vận động...
- Hoa mắt, chóng mặt, run, nói khó, nhìn loá, nặng thì hôn mê.

Thường thì chẩn đoán không khó nếu là vô tình bị ngộ độc, bệnh nhân hoặc gia đình biết là do thuốc trừ sâu, triệu chứng quan trọng và khá đặc trưng là đồng tử co nhỏ, có khi rất nhỏ giúp đánh giá mức độ ngộ độc, vã mồ hôi và nước bọt tiết nhiều, hơi thở mùi tỏi...

- Xét nghiệm máu : Hoạt độ men cholinesteraza bình thường là :

- + Ở nam giới :  $2,54 \pm 0,53$  micromol.
- + Ở nữ giới :  $2,18 \pm 0,51$  micromol.

Nếu : - Giảm 30% là nhiễm độc nhẹ.

- Giảm 50% là nhiễm độc vừa.



- Giảm 70% trở lên là nhiễm độc nặng.

- Xét nghiệm nước tiểu định lượng paranitrophenol :

Chỉ có trong nước tiểu người bị ngộ độc Thiophốt và Vôphatốc.

Các triệu chứng trên thường xuất hiện một vài giờ sau khi bị ngộ độc - nhiễm độc nặng có khi chết ngay sau 30 phút đến 1 giờ nhưng thường kéo dài được 8-9 giờ - Nhiễm độc nhẹ triệu chứng giảm dần sau 2-3 ngày, ít khi kéo dài hàng tuần.

**Xử trí :**

Phải rất khẩn trương. Sớm phút nào lợi phút ấy.

1. Nếu uống phải, rửa dạ dày trước 6 giờ - rửa xong, cho vào dạ dày 200 ml dầu paraffin với người lớn và 3 ml/kg nặng với trẻ em.

- Nếu hấp thụ qua da : bỏ hết quần áo bị nhiễm và rửa da bằng nước và xà phòng.

- Nếu nhiễm vào mắt : Rửa mắt bằng nước trong 10 phút (xem bài ngộ độc cấp).

2. *Sulfat Atropin liều cao* : Giải quyết triệu chứng nhiễm độc giống musca rin. Phải cho đầu tiên, tiêm ngay tức khắc khi xác định là ngộ độc photpho hữu cơ - tiêm atropin ngay sau khi cấp cứu ngạt bằng đặt nội khí quản và hô hấp hỗ trợ.



- *Ngộ độc nặng* : Tiêm tĩnh mạch 2-3 mg sau đó cứ cách 10 phút lại tiêm một lần cho đến khi đồng tử bắt đầu giãn thì đổi sang *tiêm dưới da*, cách 30 phút lại tiêm 1-2 mg cho đến khi tỉnh lại và đồng tử trở lại bình thường.

Tổng liều có thể tới 20 mg đến 60 mg.

Liều thường phải dùng : 24 mg trong 24 giờ.

- *Ngộ độc vừa* : Tiêm dưới da 1-2 mg, 15-30 phút 1 lần. Tổng liều 10 - 30 mg.

- *Ngộ độc nhẹ* : Tiêm dưới da ,5-1 mg, 2 giờ 1 lần - tổng liều 3-9 mg.

Phải theo dõi chặt chẽ nạn nhân trong khi dùng thuốc, chú ý triệu chứng nhiễm độc Atropin : khô niêm mạc, da khô, đỏ, đồng tử giãn to, nhịp tim nhanh, nếu nặng : triệu chứng kích thích mạnh, mê sảng... Nếu có các triệu chứng này thì phải ngừng Atropin.

3-2 PAM (2-Pyridin Aldoxin iodomethylat) dung dịch 2,5% (biệt dược Pralidoxime, Contrathion, giúp phục hồi hoạt tính men Cholinesténaza, dùng với Atropin, tăng hiệu quả Atropin - Chỉ dùng trước 36 giờ kể từ khi bị nhiễm độc - Dùng sau 36 giờ ít hiệu quả.

Mới đầu tiêm tĩnh mạch 1-2 gr, sau đó truyền nhỏ giọt tĩnh mạch mỗi giờ 0,5 gr, hoặc cách 2-3 giờ tiêm tĩnh mạch 1 lần 0,5-1 gr. Liều tổng cộng tối đa



đã dùng là 3000 mg - tiêm rất chậm 500 mg trong 10 phút, tiêm nhanh thường bệnh nhân có phản ứng vật vã, khó chịu - Dùng đúng chỉ định và đúng liều, tiến triển tốt rất nhanh : giảm hôn mê, vật vã, giảm mất phản xạ và rút ngắn thời gian điều trị.

Truyền dung dịch Glucoza, thở oxy, hô hấp hỗ trợ, chống co giật, kháng sinh... (xem nguyên tắc xử trí ngộ độc cấp).

*Chống chỉ định* : Mocfin, Aminazin, Coramin, Théophylin vì cho là làm giảm thêm men Cholinesteraza.

*Chú ý* : Lau rửa da, thay quần áo cho nạn nhân ngay nếu có dính thuốc, tiêu độc bằng dung dịch Amoniac 5-10%, hoặc nước vôi, nước xà phòng.

- Có thể dùng thêm Hydrocortison - Hémissucinal 100-200 mg/ngày trong vài ngày.

## NGỘ ĐỘC CLO HỮU CƠ

(Thuốc trừ sâu 666 và DDT)

Ngộ độc ít hơn và nhẹ hơn Phospho hữu cơ.

Không có điều trị đặc hiệu.

1. **666** ( $C_6H_6Cl_6$  = Hexaclorocyclohexan) :



Chất kết tinh trắng, thường dùng trong nông nghiệp dưới dạng bột hay nhũ tương, mùi hôi, tan trong rượu và các dung môi hữu cơ.

Vào cơ thể làm tăng Kali máu và Acetylcolin gây hưng phấn thần kinh, làm tổn thương gan, thận.

## **2. DDT (Dichoro Diphényl Tricloroetan) :**

Tinh thể không màu, tan trong mỡ và các dung môi hữu cơ, dùng dưới dạng bột, nhũ tương hay dung dịch, độc chủ yếu cho tế bào thần kinh, gây thiếu oxy não đưa đến hôn mê co giật.

### **Triệu chứng chính :**

- Nếu uống phải : Đau bụng, nôn mửa, ỉa chảy, nhức đầu, mệt mỏi, chóng mặt, tim đập nhanh, chuột rút, tê chân tay, co giật, hôn mê.

- Nếu hít phải : ho, đau ngực, nhức đầu, mỏi mệt, nôn mửa... có thể phù phổi cấp, viêm gan, thận.

### **Xử trí :**

- Xử trí theo nguyên tắc xử trí ngộ độc cấp.

- Nếu uống phải : rửa dạ dày, gây nôn. Sau khi rửa dạ dày cho vào 200 ml dầu parafin để ức chế không cho hấp thụ chất độc này tan trong mỡ...

- Nếu hít phải : thở oxy, kháng sinh, giảm ho...

- Nếu thuốc ngấm qua da : Cởi bỏ quần áo bị nhiễm, rửa da bằng nước xà phòng. Cho gluco nat calci 10% : 10 ml tiêm tĩnh mạch.



- Vitamin C
- Methionin : 3-5 gr/ngày.
- Dung dịch glucoza 30% : 300 ml truyền tĩnh mạch.
- Lợi tiểu : Lazix.
- Nếu co giật : Valium ống 10 mg tiêm tĩnh mạch.
- Nếu mất tri giác nặng : đặt ống nội khí quản và hô hấp hỗ trợ.
- *Chống chỉ định :*
  - + Thuốc tẩy có dầu, mỡ, sữa, rượu.
  - + Mocfin.
  - + Các loại Adrenalin, Noradrénalin dù có truyền tĩnh mạch vì chúng có thể gây rối loạn kích thích tâm cơ.

**NGỘ ĐỘC CẤP TRONG CÔNG NGHIỆP**  
(Dầu hoá, Etxăng, madút và dẫn xuất)

Độc tính chủ yếu đối với các hệ hô hấp, thần kinh trung ương dạ dày và ruột - Nếu có tử vong, đa số là do biến chứng phổi, ở người lớn, hầu hết do hít vào phổi (Hút xăng bằng mồm...) ở trẻ em thường là do uống phải.

Nếu chỉ uống phải một lượng nhỏ thì thường chưa gây nhiễm độc, nguy cơ nhiễm độc sẽ lớn nếu uống phải quá 30 ml, nhiễm độc hệ thần kinh trung ương và dạ dày, ruột - trong thực tế nhiều khi khó xác định được số lượng làm cho thầy thuốc phân vân có nên



rửa dạ dày hoặc gây nôn không, vì rửa dạ dày hoặc gây nôn để làm cho bệnh nhân hít phải dầu từ dạ dày ra, đưa đến viêm phổi.

Có người cho rằng dùng ipeca gây nôn, nạn nhân đồ hít phải dầu từ dạ dày ra hơn là rửa dạ dày.

### **Triệu chứng :**

- Ho, khó thở, nôn, rối loạn hô hấp, hội chứng đông đặc ở phổi.
- Triệu chứng ho, khó thở và sốt chứng tỏ chất độc đã vào phế quản.
- Choáng váng, tím tái, nhức đầu, co giật, ngất...
- Triệu chứng viêm dạ dày, ruột nếu uống phải.

### **Xử trí :**

- Nếu hít phải : Thở oxy và kháng sinh.
  - Nếu uống phải : cho uống Ipeca 0,5 gr - 1,5 gr.
- Nói chung chống chỉ định rửa dạ dày khi uống phải dầu hoả, etxăng hoặc dẫn xuất - chỉ đặc biệt rửa dạ dày trong trường hợp uống phải một lượng lớn có khả năng gây những biến chứng thần kinh nguy kịch.
- Có người đề nghị hút dạ dày, nhưng nguy cơ gây nôn khi đưa xông vào rất dễ xảy ra.
  - Nếu bệnh nhân hôn mê : Đặt ống nội khí quản và hô hấp hỗ trợ, thông khí mạnh có tác dụng làm tăng đào thải chất độc qua phổi.



Với trẻ em khó thở và tím tái : cho thở oxy trong lều (Tente). Người ta tránh cho oxy qua nội khí quản vì sợ gây tràn khí màng phổi.

- Nếu huyết áp tụt : cho Metaraminol (Aramin) 1 ống 1 ml (0,01 g) tiêm bắp thịt.

- Nếu rối loạn thông khí quan trọng : cho corticoit.

Chống chỉ định tuyệt đối các thức ăn có mỡ, sữa.

### **Diễn biến :**

- Thường khả quan, nhưng phải lưu ý các biến chứng như apxe phổi, vì vậy phải theo dõi bằng XQ lâu dài, dù không có triệu chứng lâm sàng.

- Các rối loạn tiêu hóa (nôn ọc, đau bụng).

Điều trị bằng phosphalugel hay Primperan :

1 ống tiêm bắp thịt ở người lớn...

1 mg/kg nặng ở trẻ em.

## **MÉTHÉMOGLOBIN - MÁU**

Gặp trong nhiều loại ngộ độc cấp, do ngộ độc một số chất ôxy hoá, Méthémoglobin tạo ra quá nhiều vượt khả năng khử của các men trong cơ thể, tích lại trong máu gây nên Méthémoglobin - máu.

Những chất có thể gây Méthémoglobin máu :



- Hóa chất : Nitrit, nitrat, clorat, anilin, nitrobenzen, alloxan.

- Thuốc : Hydroquinon, bitmut nitratbazo, plas-mokin (pamaquin).

### **Triệu chứng chính :**

Lúc bình thường méthémoglobin có rất ít trong máu tỷ lệ méthémoglobin /Hb chỉ từ 0-2%. Nếu ngộ độc tỷ lệ này tăng lên :

- Nếu tỷ lệ méthémoglobin/Hb lên 100% : da xanh tím.

- Nếu tỷ lệ méthémoglobin/Hb lên 20% : có triệu chứng toàn thân.

- Nếu tỷ lệ méthémoglobin/Hb trên 60% : rối loạn tri giác và có thể chết.

Méthémoglobin không độc, nhưng là một hợp chất vững bền, không có khả năng vận chuyển ôxy, gây nên tình trạng thiếu ôxy mô nghiêm trọng.

Tùy theo mức độ tích lũy méthémoglobin trong máu, xuất hiện các triệu chứng :

1. Xanh tím rõ ở niêm mạc ~~trong~~, mắt, ở các đầu chi và toàn thân.

2. Nhức đầu, chóng mặt, trống ngực, tim đập nhanh, thở nhanh...

Nếu nặng : có thể co giật, phù phổi cấp, hôn mê, chết.



### **Xử trí :**

1. Xanh méthylen : tiêm tĩnh mạch ngay khi đã xác định là méthémoglobin máu.

Coloxyd, glutylen : Dung dịch 1%, ống 10ml = 0,10 gr xanh méthylen - Liều trung bình : 1 - 2 mg/kg nặng (tức là 1 ống coloxyd 10 ml cho 1 người 50kg).

Nếu còn xanh tím thì tiêm thêm : Tổng liều 24 giờ không quá 15mg/kg nặng (7 ống coloxyd 10ml cho 1 người 50kg), vì tiêm nhiều quá chính bản thân Xanh méthylen cũng gây méthémoglobin máu.

Tác dụng rất tốt, sau 1 - 2 giờ là bớt xanh tím.

2. Vitamin C liều cao : 1gr tiêm tĩnh mạch làm 2 lần.

- Truyền dung dịch glucoza.

3. Trợ tim và hô hấp bằng long não, Lobélin...

4. Thở ôxy, hoặc hô hấp hỗ trợ nếu cần.

Nếu nặng quá : Truyền thay máu.

5. Rửa dạ dày nếu là mới ăn phải (ví dụ : Nitrat ammon : phân đạm).

## OXÝT - CÁCBON (CO)

Khí CO không màu, không mùi nên có thể bị nhiễm độc mà không biết, sức chịu đựng của mỗi người có khác nhau, nhưng trung bình nếu ở khu vực



có nồng độ CO - 0,2 thể tích % trong 1 giờ là có thể tử vong.

Nguồn tạo lên CO : Khí thấp sáng, đốt lò than, củi, lò cao, khí nổ (hầm mỏ...), khí thoát ra từ các máy nổ, xe hoả, hàn xì...

Nếu khí thoát ra trong phòng kín có thể bị ngộ độc.

### **Triệu chứng chính :**

CO hợp với Hémoglobin thành Cacboxyhémoglobin (Hb CO), không có khả năng vận chuyển ôxy, gây thiếu ôxy ở mô.

- Nhức đầu, ù tai, nôn ọc, trống ngực, đi loạng choạng, lơ đờ, hôn mê, ở thời kỳ này da nạn nhân đỏ hồng, thở nông, có khi nhịp thở sâu - Stôkơ. Mạch nhanh, huyết áp hạ... chết trong mấy giờ hoặc mấy ngày do liệt hô hấp.

- Qua thời kỳ ngộ độc cấp nếu thoát chết, có thể để lại nhiều di chứng thần kinh do thiếu ôxy não (mất ngủ, nhức đầu, chóng mặt, liệt, hội chứng Parkinson...)

- Suy tuần hoàn cấp và thiếu máu cơ tim.

- Phù phổi cấp, nếu qua được cũng để lại các di chứng về tim mạch (cơn thất tim, nhồi máu cơ tim), nội tiết (Basedow), thiếu máu.



### **Xử trí :**

- Mang nạn nhân ra nơi thoáng khí.
- Thở ôxy, hô hấp hỗ trợ nếu cần, tiêm lobélin, thở ôxy với áp lực cao, đặt nội khí quản nếu có điều kiện.
- Trợ tim mạch, tìm triệu chứng thiếu máu cơ tim trên diện tim.
- Dung dịch glucoza 30% : 200 ml, truyền tĩnh mạch để chống phù não, nếu có phù phổi cấp truyền cùng với glucoza 1 ống Phéneegan, Lacgactil, Dolasal.
- Trích huyết và truyền thay máu nếu cần.
- Kháng sinh phòng nhiễm trùng phổi.

## ÔXYT - NITƠ

Khí ôxyt - ni-tơ gây độc gồm 3 chất :

- Protoxyt Nitơ ( $N_2O$ )
- Bioxyt Nitơ ( $NO$ )
- Peroxyt Nitơ ( $NO_2$ )

Các khí này bốc ra khi có ôxy hóa nitơ, như khi dùng axit nitric, sản xuất và dùng các thuốc nổ, các phân đạm, hàn xì...

Tác hại của khí ôxyt nitơ :

1. Đối với niêm mạc đường hô hấp và màng tiếp hợp : hòa hợp với nước thành axit gây bỏng nặng từ mũi, họng, đến khí quản, phế quản, có khi đưa đến phù phổi cấp.



2. Đối với máu : oxy hóa hémoglobin thành méthemoglobin (xem bài méthemoglobin máu).

### **Triệu chứng chính :**

Diễn biến qua 3 giai đoạn :

#### *1. Giai đoạn đầu :*

Ngay khi hít phải khí oxyt nitơ : sặc sụa hoặc ho khan từng cơn, đau rát cổ, cảm giác ngạt thở, cay mắt, chảy nước mắt - có khi choáng váng, ngất, sau đó mệt mỏi nhức đầu.

*2. Giai đoạn tiềm tàng :* kéo dài khoảng 4 - 10 giờ. Các triệu chứng trên dịu đi, nạn nhân yên trí như mọi việc sẽ qua đi...

#### *3. Giai đoạn nhiễm độc nặng :*

- *Thể nặng :* Phù phổi cấp điển hình và nặng : phù não, chảy máu các niêm mạc - nạn nhân chết vì phù phổi cấp - tỷ lệ tử vong cao (trên 50%).

- *Thể vừa :* Khó thở, tím tái, ho nhiều, đờm hơi vàng, mạch nhanh, sốt nhẹ, 2 đáy phổi có rên nổ - Có thể chuyển thành thể nặng, nhưng thường đỡ dần và khỏi hẳn - viêm đường hô hấp kéo dài 2 - 3 tuần.

- *Thể nhẹ :* ho, tức ngực, nhức đầu, đau họng, mệt mỏi, phổi bình thường.

### **Xử trí :**

- Đưa nhanh nạn nhân ra khỏi vùng khí độc. Bất nằm nghỉ, tuyệt đối không được đi lại, ăn nhẹ, ăn



lòng.

- Thở ôxy liên tục hay gián đoạn tùy nặng nhẹ.
- Kháng sinh : Pénexylin 500.000 - 1 triệu đơn vị phòng viêm nhiễm đường hô hấp.
- Nếu phù phổi cấp : Xử trí xem phù phổi cấp. Đặt ống nội khí quản hoặc mở khí quản nếu cần. Không được dùng Mocphin và thuốc lợi tiểu thùy ngân.
- Nếu ho nhiều : Dùng các loại an thần nhẹ. Không được dùng Opi và các dẫn xuất của Opy.
- Nếu khó thở do co thắt phế quản : Tiêm Théophylin 0,24, tĩnh mạch.
- Trợ sức : Vitamin C, Glucoza ưu trương...

## NGỘ ĐỘC CẤP DO ĂN UỐNG

### THỊT CỐC

#### **Triệu chứng chính :**

Mệt mỏi, lạnh, nhức các chi, chướng bụng, buồn nôn. Đặc điểm là tim đập rất chậm : 40 lần/phút, có khi chậm hơn, hoặc loạn nhịp hoàn toàn.

#### **Xử trí :**

- Gây nôn, rửa dạ dày bằng dung dịch Tanin 2%.
- Cho uống nước cam thảo, nước luộc đỗ xanh, lòng trắng trứng.



- Điều trị triệu chứng.
- Không được dùng Adrénalin, Uabain...

**GẤU TÀU**  
(củ ô đầu, củ gấu tàu, phụ tử)

- Ngộ độc củ gấu tàu tức là ngộ độc Aconitin, kích thích mạnh phó giao cảm và làm tổn thương thần kinh trung ương.

- Nhiễm độc củ gấu tàu ít gặp nhưng rất nguy hiểm.

**Triệu chứng chính :**

- Nôn mửa, chóng mặt, người lạnh, huyết áp hạ, nhịp tim nhanh, có thể rung thất.

- Cảm giác kiến bò, tê các đầu chi, họng, mặt, rối loạn tiêu hóa nặng : nôn, ỉa lỏng, co giật, ngừng thở...

Chết do liệt hô hấp, tim đập chậm rồi kích thích mạnh cơ tim có thể làm nạn nhân chết.

**Xử trí :**

- Để cho nạn nhân nôn.  
- Rửa dạ dày với dung dịch tanin 2% hoặc than hoạt.

- Atropin 0,5 - 1 mg tiêm nhiều lần nếu cần.  
- Trợ tim mạch : long não, caféin... Các rối loạn về tim cần được theo dõi bằng điện tim liên tục.



- Thở ôxy, hô hấp hỗ trợ nếu cần.
- Truyền dung dịch Glucoza.
- Chống co giật.
- Tùy tình hình tham khảo thêm : nguyên tắc xử trí ngộ độc cấp, ngừng tuần hoàn và hô hấp.

## DỨA

Ngộ độc dứa là do dị ứng với nấm *Candida Tropicalis*. Nấm nằm ở những mắt dứa, nhất là những quả dập nát.

### **Triệu chứng chính :**

- Nôn mửa, ỉa chảy, ngứa, nổi mề đay, có khi khó thở như hen do co thắt phế quản.
- Trạng thái sốc : da lạnh, mạch nhanh, huyết áp hạ...

### **Xử trí : Xem sốc dị ứng**

- Truyền dịch tùy theo tình trạng mất nước do nôn mửa và ỉa chảy (xem trụy mạch cấp do mất nước, mất muối) nhưng cần lưu ý trụy mạch ở đây còn do sốc dị ứng, có khi không mất nước mà vẫn trụy mạch.

Nếu cần, theo dõi áp lực tĩnh mạch trung tâm mà truyền dịch.



## NẤM ĐỘC

Ngộ độc nấm không chỉ phụ thuộc vào loại nấm mà còn phụ thuộc vào cơ địa người bị ngộ độc, rất nặng nếu xảy ra ở trẻ em, phụ nữ có mang, người nghiện rượu.

Có nhiều loại nấm độc : khó xác định. Tuy vậy mỗi loại có hội chứng lâm sàng khác nhau, nhờ đó mà quyết định cách xử trí.

### 1. Hội chứng Phalloid (do nấm loại Phalloid).

Hội chứng xuất hiện chậm và nặng : Những triệu chứng đầu tiên xuất hiện 6 - 30 giờ sau khi ăn. Nói chung thời gian ủ bệnh từ 12 - 24 giờ, kể từ khi ăn đến khi có rối loạn đầu tiên. Khởi phát muện là triệu chứng đặc trưng của hội chứng này - Loại này gây nhiễm độc nặng nhất trong các loại nấm.

- Triệu chứng về tiêu hóa nặng : Triệu chứng viêm dạ dày, ruột rất dữ dội, đau bụng dữ dội, nôn mửa, ỉa lỏng nặng gây mất nước, tụt huyết áp và tổn thương thận, đái ít làm Urê huyết cao, rối loạn điện giải...

3 ngày sau : Triệu chứng viêm gan nhiễm độc (vàng da, chảy máu...), có khi teo gan vàng cấp, men Transaminase rất cao và rối loạn thể chất máu nặng nề.



Trong trường hợp nhiễm độc nặng, diễn biến thường rất nguy kịch với bệnh cảnh rối loạn não do gan và chảy máu nặng.

2. *Hội chứng Cortinarius orellanus* : Thời gian ủ bệnh : 4 - 5 ngày với các triệu chứng :

- Rối loạn tiêu hóa nặng và tổn thương thận (đái ra albumin, phù, urê huyết cao).

- Có khi có triệu chứng màng não và nổi ban. Diễn biến có thể nguy kịch do suy thận kéo dài.

**Xử trí :**

- Rửa dạ dày có lợi nếu phát hiện sớm, đây là trường hợp ít gặp.

- Chống mất nước và rối loạn điện giải tùy theo trạng thái mất nước và điện giải đồ : thường phải truyền 4 - 5 lít dung dịch mặn và ngọt đẳng trương, ngọt ưu trương... dung dịch Bicacbonat 14% với 1,5 gr CLK trong 1 chai 500 ml.

- Truyền axitamin.

- Trợ tim mạch.

- Giảm đau, an thần.

- Điều trị viêm gan, theo dõi men GPT và các yếu tố đông máu làm điện não đồ để theo dõi triệu chứng tổn thương não.

- Pénicylin liều cao.

3. *Hội chứng Muscarin* : Do nấm loại inocybo...

Triệu chứng xảy ra sớm, thời gian ủ bệnh 1 - 2



giờ sau khi ăn. Hội chứng giống ngộ độc phospho hữu cơ - Thường ít nặng hơn các loại trên, tiên lượng khả quan hơn.

- Triệu chứng kích thích thần kinh phó giao cảm : ra nhiều mồ hôi, chảy rãi, chảy nước mắt, nước mũi, tăng tiết trong phế quản, nhịp tim chậm, hạ huyết áp, nôn mửa, phù phổi, co đồng tử.

#### **Xử trí :**

- Gây nôn, rửa dạ dày với than thực vật.
- Atropin 0,5 - 1 mg tiêm dưới da, tiêm nhiều lần tùy tình trạng lâm sàng.
- Trợ tim mạch.
- Truyền dung dịch mặn đẳng trương, dung dịch ngọt đẳng trương và ưu trương.

4. *Hội chứng Panthérin* : (do nấm Panthérol) giống ngộ độc Atropin.

Thời gian ủ bệnh : 1 - 2 giờ sau khi ăn.

- Triệu chứng : Bắt đầu bằng triệu chứng viêm dạ dày, ruột, nôn mửa, ỉa chảy ...

Sau đó là triệu chứng nhiễm độc Atropin, kích thích, khô niêm mạc, khát nước, nhịp tim nhanh, đồng tử giãn, nhức đầu, co giật, liệt hô hấp, hôn mê.

#### **Xử trí :**

- Gây nôn, rửa dạ dày với than thực vật.
- An thần.
- Trợ tim mạch : Long não, Spactein, Uabain...



- Trường hợp nặng Truyền tĩnh mạch dung dịch mặn, ngọt.

- Chống chỉ định : Các loại rượu, Atropin.

#### **5. Nấm độc gây tan máu :**

Hội chứng đến muộn - Thời gian ủ bệnh 4 - 10 giờ sau khi ăn.

**Triệu chứng :** Nôn mửa, ỉa ra máu, đái ra huyết sắc tố, vàng da, mệt lả, có thể hôn mê rồi chết.

#### **Xử trí :**

- Gây nôn, rửa dạ dày nếu ăn chưa quá 6 giờ.

- Trợ tim mạch.

- Truyền máu. Nếu cần thì truyền thay máu.

- Chống mất nước và mất muối.

#### **6. Hội chứng Lividien :**

Hội chứng viêm dạ dày - ruột cấp.

Thời gian ủ bệnh : 1 - 3 giờ sau khi ăn.

#### **Xử trí :**

- Gây nôn, rửa dạ dày với than thực vật.

- Truyền dung dịch mặn, ngọt và điện giải, truyền dịch với lượng nhiều.

- Có khả năng tổn thương gan : Định lượng men và xét nghiệm các yếu tố đông máu.



## RƯỢU (Cồn Ethylic)

Lúc đầu biểu hiện bằng triệu chứng kích thích, sau đến triệu chứng ức chế, rồi hôn mê : hơi thở toàn mùi rượu, thở nhanh, nông, tim đập nhanh, huyết áp hạ...

### **Xử trí :**

Điều trị các rối loạn về tri giác, nếu rối loạn cao độ có thể gây liệt hô hấp.

- Chống toan chuyển hóa do chuyển hóa của cồn éthylic gây nên.
- Đề phòng hạ đường huyết thứ phát.
- Rửa dạ dày với dung dịch Na bicacbonat. Không dùng Apomocphin.
- Cho uống từ 1-2 giọt Ammoniac trong một cốc nước muối (hay cà phê) hoặc cho hít amoniac.
- Trợ tim mạch.
- Lợi tiểu : Lasix tiêm tĩnh mạch.
- Nếu vật vã : cho an thần (cần thận trọng) .
- Nếu nặng : Thở oxy, hô hấp hỗ trợ và cho thở nhiều để loại nhanh cồn éthylic.
- Truyền glucoza 10%-500 ml, luân chuyển với dung dịch bicacbonat 14%o - 2 giờ 1 lần.
- Pênicillin đề phòng viêm phổi (nếu hôn mê).



**SẮN**  
**(Axit - xyanhydric)**

Chất gây độc trong sắn là axit-xyanhydric-sắn độc chứa trên 7 mg axit-xyanhydric trong 100g sắn - sắn càng đắng càng nhiều axit xyanhydric, không nên ăn.

Vỏ và đầu củ chứa nhiều chất độc.

**Triệu chứng chính :**

- Đau bụng, nôn, ỉa chảy.
- Rúc đầu, chóng mặt, nóng bừng mặt, ù tai, ngứa, tê chân tay...
- Ngộ độc nặng : vật vã, run, co giật, chết.

**Điều trị :**

- Rửa dạ dày với thuốc tím 1‰.
  - Xanhmethylene (coloxyd,glutylen) dung dịch 1‰.
- Ống 10 ml tiêm tĩnh mạch chậm.

Nếu nặng : cách 10-15 phút tiêm 1 ống - có thể tiêm 5-6 ống trong 24 giờ cho người lớn (xem méthémoglobin - máu).

Tiêm xanh methylen để tạo méthéglobin máu, kết hợp với axit xyanhdric thành xyanméthémoglobin là chất không độc.

- Có thể thay xanh methylen bằng Natri - Nitrit 1‰ - 10 ml tiêm tĩnh mạch chậm - sau đó tiêm Natri hyposulphit 20‰-10 đến 20 ml tiêm tĩnh mạch chậm.



- Truyền dung dịch glucoza 30%-500 ml và dung dịch glucoza đẳng trương.

Cho uống nước đường.

- Trợ hô hấp và tim mạch : tiêm long não, cafêin, lobélin.

- Thở oxy. Hô hấp hỗ trợ nếu cần.

## NGỘ ĐỘC THUỐC

### ACSÉNIC (nhân ngôn)

- Các loại Acsénic dùng trong công nghiệp - nông nghiệp : acid arsénieux, anhydride ars' enieux...

- Thuốc có Acsénic : Arséniode, Liqueur de boudin (có 1% anhydride arsénieux, Liqueur de Fowler (có 1% Arséniate de - potassum).

#### **Triệu chứng chính :**

- Nếu uống phải : thời gian ủ bệnh từ 12-14 giờ.

- Đau bụng dữ dội, nôn, ỉa chảy, nổi mẩn, mạch nhanh, huyết áp hạ... sau đó : thiếu niệu, vô niệu, co giật, hôn mê.

Nếu nhiễm độc kinh điển : hoại tử gan, phổi hợp



với các triệu chứng tiêu hoá, ngoài da và thần kinh (viêm da dầy thần kinh, viêm thị thần kinh).

**Xử trí :**

- Rửa dạ dày với nước pha lòng trắng trứng, rồi nước hòa than thực vật.

- BAL (British-Anti-Lewisita, Dimeccaptopropanol) dung dịch dầu 5%-10% tiêm bắp thịt (ống 1ml = 50 mg - 100mg) liều lượng 3 mg/kg nặng cho mỗi lần tiêm.

+ 2 ngày đầu : tiêm 4 giờ 1 lần.

+ Ngày thứ ba : tiêm 6 giờ 1 lần.

+ Sau đó tiêm mỗi ngày hai lần.

- Truyền dung dịch mặn đẳng trương tùy tình hình mất nước do nôn và ỉa chảy. Thêm ClK tùy theo điện giải đồ.

- Valium tiêm tĩnh mạch chống co giật.

- Trợ tim mạch.

- Nếu vô niệu : Thận nhân tạo hoặc thẩm phân phúc mạc. Nếu là nhiễm độc kinh điển : tiêm BAL 3 mg/kg nặng vào bắp thịt, 4 lần trong 24 giờ, đồng thời kiểm tra tình hình Acsenic loại ra trong nước tiểu.

**ACONIT - ACONITIN (Phụ tử)**

Xem ngộ độc gấu tầu (ngộ độc do ăn uống)



## AXÍT MẠNH VÀ ALCALI MẠNH (kiềm mạnh)

- Uống nhầm hoặc cố ý các loại Axit clohydric, nitric, sunfuric, phosphoric, axêtic...

- Các loại Alkali : sút (NaOH), Potaxơ (KOH) vôi, ammoniac, cácbur canxi, nước Javen...

- Nếu dây vào da và niêm mạc : bỏng, phù thanh quản.

- Hít phải hơi axit : khó thở, nặng ở ngực, phù phổi cấp có thể xảy ra trong 48 giờ, bất ngờ vì không có triệu chứng báo trước.

- Uống phải : tổn thương nặng đường tiêu hóa : khó nuốt, đau sau xương ức và dạ dày, nôn, ọẹ. Nếu nặng : có thể thủng thực quản, viêm trung thất, thủng dạ dày, ruột, viêm phúc mạc, tổn thương gan thận, trạng thái sốc, chết hoặc bội nhiễm, để lại di chứng nếu thoát chết : Hẹp thực quản, tâm vị, môn vị...

### **Xử trí :**

- Không được rửa dạ dày vì nguy cơ làm thủng thực quản, dạ dày.

1. *Nếu do axit* : Rửa mềm và nơi bỏng, cho uống các chất kiềm nhẹ để trung hòa : canximagiê 15-20 gr trong 500 ml nước, nếu không có canximagiê có thể



dùng sữa, lòng trắng trứng, hoặc Albumin hydroxyt - Rửa mắt và da bằng nước muối sinh lý cho sạch axit, bôi Xanh methylen hoặc dầu cá rổi đắp gạc vô trùng - bôi mật ong hoặc xanh methylen vào niêm mạc miệng, lưỡi.

4-5 ngày sau khi đỡ viêm loét đường tiêu hoá, phải đặt ống thông thực quản (nhỏ và mềm, cần rất nhẹ nhàng phòng thủng). Để cho bệnh nhân ăn dặm và đường.

Trường hợp nặng cần hồi sức tốt.

- Đặt Catheter tĩnh mạch trung tâm, hồi phục điện giải, chống sốc, nuôi dưỡng bệnh nhân :

- + NaCl 9‰ - 1000 ml
- + Glucoza 5% - 500 ml
- + Glucoza 30% - 1000 ml
- + Moriamin (Alvesin) 500 ml.

Chống viêm bằng MethylPrednisolon 30mg/6 giờ - Chống bội nhiễm bằng Cefotaxim (Claforan) 1gr/12 giờ tiêm bắp thịt.

Thời gian điều trị như trên thường độ 1 tuần - sau đó đặt vấn đề ngưng thực quản.

Không dùng Bicarbonat vì làm bốc hơi CO<sub>2</sub>, có thể gây thủng dạ dày.

## 2. Nếu do Alcali mạnh :

- Bỏng da, niêm mạc, giác mạc, phù nề thanh môn, có khi phù phổi cấp.



- Đau bụng dữ dội dọc theo ống tiêu hoá.
- Xuất huyết tiêu hoá, có thể thủng thực quản, dạ dày.

**Xử trí :** Không rửa dạ dày.

- Rửa mồm... và cho uống các chất Axít nhẹ : dấm 50gr trong 500ml nước, nước chanh, hoặc các loại Axít Axêtic, Xitric, Tactric hòa loãng.

- Cho uống giảm đau toàn thân và tại chỗ : phun Novocain vào họng... không dùng Mocfin.

- Kháng sinh phòng viêm nhiễm.

- Trợ tim mạch.

- Băng niêm mạc dạ dày bằng uống Phosphalugel...

- Nếu phù thanh môn : tiêm tĩnh mạch Hémissuccinat Hydrocortison, bơm vào họng Hydrocortison.

Nếu cần thì mở khí quản.

- Cần theo dõi sức có thể xảy ra, thủng thực quản, dạ dày, hẹp thực quản, tâm vị, môn vị...

**DIGITAN - NERIOLIN**  
**(Lá trúc đào)**

Digitan bao gồm tất cả các thuốc như : Digitalin, Digitoxin, Digoxin, Isolanid, Cedilanid...



### **Triệu chứng chính :**

- Tiêu hóa : chán ăn, nôn mửa, ọc, ỉa chảy, đau bụng.

- Thần kinh : Rúc đầu, chóng mặt, mất định hướng, vật vã...

- Tim mạch : nhịp chậm nhiều  $\leq 5$  lần/phút, ngoại tâm thu có khi nhịp nhanh hơn lên, cần lưu ý nếu nhịp tăng lên khi đang dùng digitan.

Điện tim : rối loạn dẫn truyền nhĩ - thất phối hợp với tăng kích thích tâm cơ, bệnh nhân có thể chết - ngoại tâm thu hay gặp nhất, thường là ngoại tâm thu thất, đi thành nhịp đôi, có thể chuyển thành cơn nhịp nhanh thất hoặc rung thất nếu không phát hiện được nhiễm độc digitan và cứ tiếp tục dùng.

Rung nhĩ... hoặc chỉ có nhịp chậm xoang. Bloc nhĩ - thất các loại...

Rối loạn tái cực : ST chênh xuống, T hai pha hoặc (-)

### **Xử trí :**

- Ngừng ngay Digitan (hay Nériolin).

- Nếu có Bloc nhĩ - thất hoặc nhịp quá chậm : Atropin 1 mg, tiêm dưới da, sau 2 giờ nếu nhịp còn chậm, có thể tiêm thêm 1 mg nữa.

- Nếu nhiễm độc nặng và mới uống thuốc khoảng 4-5 giờ thì nên rửa dạ dày hoặc gây nôn. Nếu bệnh nhân mệt nhiều thì dùng ống nhỏ hút nước dạ dày.



- Kaliclorua 2%, tiêm tĩnh mạch chậm 15-20 ml hoặc cho uống 5-10 gr (thường bệnh nhân thiếu kali do dùng thuốc lợi tiểu, xét nghiệm điện giải, chú ý kali.

- EDTA (Tétraxemat disodic, Edtocal...) ống 10 ml = 2 gr hòa với 200 ml dung dịch glucoza 5%, truyền tĩnh mạch trong 30 phút.

- Nếu không có EDTA thì chỉ truyền dung dịch glucoza nếu thiếu nước do nôn mửa...

Truyền Noradrénalin nếu trụy mạch... chú ý tránh tăng gánh cho tim ở bệnh nhân suy tim.

- Trợ tim mạch : long não, cafein.

- Nếu rung thất : xoa bóp tim ngoài lồng ngực và thổi ngạt (xem hồi sinh nội khoa).

Tiên lượng rất xấu nhất là nếu do digitan.

*Chống chỉ định :*

- Các loại glucozit trợ tim.

- Quinidin, thuốc chẹn bêta (Propanolon, indéran...) résecpin.

- Các muối canxi (có thể gây rung thất).

- Adrénalin, Procainamit.

- Isuprel (có thể gây rung thất không hồi phục được)

Chọc điện có thể làm ngừng tim.



## QUINIDIN VÀ DẪN XUẤT

- Trước hết là có hiện tượng co thắt các mạch máu ở vòng mạc.
- Tim mạch : Triệu chứng quyết định tiên lượng.
- Khả năng co bóp của cơ tim suy giảm.
- Rối loạn dẫn truyền trong thất với hội chứng "tim nhịp chậm, QT dài", trước đó có nhịp xoắn đỉnh, phức bộ QRS rộng.
- Rối loạn dẫn truyền nhĩ - thất và xoang - nhĩ.
- Các rối loạn nhịp tim : nhịp chậm xoang, ngoại tâm thu nhịp nhanh và rung thất.

### **Xử trí :**

- Rửa dạ dày thật nhiều nước, nếu có rối loạn tri giác thì đặt nội khí quản và hô hấp hỗ trợ.
- Phát hiện sớm các rối loạn nhịp tim theo dõi bằng máy điện tử.
- Truyền Lactat sodium nếu QRS rộng  $> 0,12$  s.

### **Chống chỉ định :**

- Các thuốc chống loạn nhịp chỉ làm tăng thêm rối loạn điện tim.
- Chọc điện có thể làm ngừng tim.



**THUỐC NGỦ**  
**(Gacdénal - Phénobacbital - Cloran...)**

- Liều gây chết 5 gr với Gacdénal (nhưng có người chỉ uống 1 gr cũng có thể chết), 10 g với Cloran...

**Triệu chứng chính :**

- *Ngộ độc nhẹ* : ngủ say, thở vẫn đều, mạch vẫn đều và rõ, còn phản ứng khi véo da, châm kim... các phản xạ gân và đồng tử giảm hoặc vẫn bình thường.

- *Ngộ độc nặng* : Hôn mê sâu, thở chậm, nông, khò khè, mạch nhanh, huyết áp hạ hoặc không đo được - đồng tử co, giảm phản xạ với ánh sáng, phản xạ gân mất.

Tìm Bacbituric trong nước tiểu (+)

Nếu kéo dài, sản sóc không tốt, có thể liệt trung tâm hô hấp, phù phổi cấp, viêm phổi...

**Xử trí :**

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.

- Xét nghiệm nước tiểu và chất nôn tìm bacbituric (cần lấy 50 ml nước tiểu) .

Xét nghiệm đường huyết, Uré huyết, Amoniac huyết, dự trữ kiềm, đường niệu, xeton niệu, để loại các nguyên nhân hôn mê khác.



1. *Rửa dạ dày* : Nếu uống thuốc ngủ chưa quá 6 giờ, nước rửa pha than thực vật (30-40 gr trong 500 ml nước). Nếu nạn nhân hôn mê sâu thì không nên rửa vì có thể gây ngạt thở, viêm phổi nên hút nước dạ dày bằng xông nhỏ, bơm dung dịch ngọt hoặc kèm vào dạ dày mỗi lần khoảng 50 ml rồi rút ra. Làm nhiều lần cho đến khi sạch dạ dày.

2. *Loại chất độc* : Bằng cách cho đi tiểu nhiều...  
Xử trí theo 2 nhóm lớn Bacbituric.

- *Bacbituric chậm và rất chậm* :

+ Phênobacbitan (gacdenan).

+ Bacbitan (vêrian.).

Loại này thải qua thận và gây hôn mê kéo dài.

- *Bacbituric trung gian và nhanh* : Loại này thải qua gan gây hôn mê ngắn nhưng nguy hiểm hơn do có thể gây ngừng thở nhanh.

Bacbituric trung gian gồm :

+ Amobacbitan (Eunoctan).

+ Butanbitan (optalidon).

+ Butobacbitan (Sonéryn).

+ Vinbacbitan (Somectan).



+ Vinylbacbitan (Optanox).

Bacbituric nhanh :

+ Pentobacbitan (Nembutan).

+ Sécobacbitan (imménoctan).

- Nếu nhiễm độc do Bacbituric chậm hoặc rất chậm :

- Cho lợi tiểu thẩm thấu và kiểm hóa bằng truyền tĩnh mạch 6 lít dung dịch phối hợp luân chuyển :

+ Dung dịch bicacbonat 14‰ - 50 ml

+ Dung dịch maniton 10% - 500 ml

+ Dung dịch ngọt 10% - 500 ml

Thêm vào mỗi chai 1,5 gr ClK

Với phụ nữ và người cỡ nhỏ thì giảm lượng dịch đi một chút.

- Nếu nạn nhân có bệnh chống chỉ định cho lợi tiểu thẩm thấu như suy tim, suy thận thì nên chạy thận nhân tạo hoặc thẩm phân phúc mạc với các dung dịch kiềm.

- *Nếu nhiễm độc do Bacbituric nhanh hoặc trung gian :*

Gây đi tiểu không có lợi vì các chất này chuyển hóa qua gan chỉ truyền dịch để giữ thăng bằng nước và điện giải - Nhưng phải sẵn sàng hô hấp hỗ trợ bằng máy hoặc thổi ngạt nếu bệnh nhân ngừng thở hoặc có rối loạn nhịp thở.

• - *Nếu nhiễm độc không rõ do loại Bacbituric gì hoặc do phối hợp nhiều loại thuốc độc :* Chỉ có cách là cho lợi tiểu thẩm thấu vì biện pháp này không gây nguy cơ gì lớn.



3. *Chống trụy mạch* : Dùng Uabain... nếu huyết áp tối đa dưới 8 mmHg thì truyền thêm Noradrénalin 2-4 mg cho mỗi lọ dung dịch glucoza 500 ml (không pha vào các dung dịch có Na như ClNa, Bicacbonat Na : .. Noradrénalin sẽ bị phá huỷ.

4. *Thở oxy ngắt quãng từng 15 phút một* :

Luôn luôn giữ cho đường thở lưu thông, thường xuyên hút đờm rãi, để bệnh nhân đầu thấp và nghiêng đầu cho đờm rãi dễ chảy ra... phải sẵn sàng chống ngừng thở, đặt nội khí quản và hô hấp hỗ trợ khi cần.

5. *Chống nhiễm trùng đường hô hấp* : Pénixylin 1 triệu đơn vị/ngày.

6. Tiêm lobelin, vitamin...

7. Theo dõi dự trữ kiềm và điện giải đồ trong thời gian truyền dung dịch kiềm.

*Chú ý* : Việc nuôi dưỡng bệnh nhân, chống loét, giữ ấm nếu trời rét hoặc thân nhiệt thấp.

OPI

**(Cả các dẫn xuất và thể phẩm :**

**Opi, Mocfin, codein, Herôin... Dolosan.)**

Triệu chứng ngộ độc bắt đầu xuất hiện với liều 00,05 gr với người không nghiện, liều chết vào khoảng



0,25 gr. Những bệnh nhân gan, phù niêm, addison nhạy cảm hơn với mocfin.

### **Triệu chứng :**

- Ngộ độc nặng : hôn mê, đồng tử giãn, chết trong mấy giờ.

- Ngộ độc ở mức nhẹ hơn : mạch nhanh, tim đập nhanh, nôn oẹ, mửa liên tiếp, thiếu niệu, vật vã, mê sảng, đồng tử co. Sau mấy giờ : mạch và nhịp thở chậm lại, huyết áp hạ, tim tái tăng, co giật, giãn đồng tử báo hiệu sắp chết. Tổn thương trung khu hô hấp có thể gây ngừng thở và chết nhanh.

Tiên lượng khả quan nếu nạn nhân còn phản ứng dù rất nhẹ với các kích thích bên ngoài.

### **Xử trí :**

1. Rửa dạ dày bằng thuốc tím 1‰ Tanin 1-2% kể cả ngộ độc do tiêm vì mocfin thải một phần qua niêm mạc dạ dày.

2. Nếu trụy hô hấp : hô hấp hỗ trợ cấp. Đặt nhanh nội khí quản và dùng máy hô hấp.

3. Thuốc giải độc : Tiêm Nallylnormocfin (Nalorphin) thuốc kháng các loại opi, có tác dụng kích thích hô hấp mạnh, liều 0,25 mg/kg năng tiêm dưới da 5-10mg.

4. Kích thích hô hấp : tiêm lobélin, Caféin, Syntophylin.



5. Nếu huyết áp tụt... truyền dung dịch Glucoza 5% với Aramin, Noradrénalin, tiêm long não.

6. Lợi tiểu : tiêm lasix.

7. Kháng sinh chống bội nhiễm nếu hôn mê kéo dài.

Nếu tình trạng thiếu ôxy không nặng, bệnh nhân khỏi không có di chứng.

## NGỘ ĐỘC CẤP CÁC THUỐC KHÁC

### ADRENALIN (Kích thích $\alpha$ và $\beta$ )

#### **Triệu chứng :**

- Kích thích thần kinh, tăng huyết áp, mặt tái, mạch nhanh, hồi hộp.

- Nếu nặng : toát mồ hôi, đồng tử giãn, loạn nhịp tim, chân tay lạnh, thở hỗn hển, ngất, có thể phù phổi cấp, rung thất do cơ tim bị kích thích mạnh vì thiếu ôxy.

#### **Xử trí :**

- Ngậm Trinitrin dưới lưỡi.

- Syntophillin tiêm bắp.



- Axetylcholin 0,20gr tiêm bắp.
- Chống phù phổi cấp : Atropin, Pipolphen, thở ôxy.
- Chống trụy tim mạch : truyền tinh mạch glucoza 30% - 200ml.
- Nếu tim ngừng đập : xoa bóp tim.
- Chống kích thích cơ tim : dùng một cách thận trọng chẹn  $\beta$  có theo dõi điện tim liên tục : avlocacdyl 1 ống 5mg + 500ml dung dịch ngọt 5% truyền tinh mạch.
- Chống rung thất nếu có.
- Bacbituric : chống vật vã.

<p><b>NORADRENALIN</b>  <b>(Kích thích <math>\alpha</math>)</b></p>
---

**Triệu chứng :**

- Nếu tiêm Noradrénalin ra ngoài tinh mạch sẽ gây co thắt mạch dữ dội làm hoại tử da, huyết tương thoát ra ngoài mạch.

**Điều trị :**

Tiêm Rêgitin trong vùng thoát mạch.



**AMINAZIN  
(chlopromazin)**

- Buồn ngủ, ngủ say.
- Nặng : co giật như động kinh.

**Điều trị :**

- Rửa dạ dày.
- Truyền glucoza 5%.
- Chữa triệu chứng.

**ANILIN VÀ DẪN XUẤT  
(Paracétamol, acêtanilid, Phénacétin)**

- Tạo Méthémoglobin - máu, gây khó thở, chóng mặt, xanh tím (xem méthémoglobin - máu).
- Có thể gây tan máu.
- Rối loạn tiêu hoá, các giác quan, suy sụp phần nào thần kinh trung ương.

Paracetamol có thể gây viêm gan cấp với rối loạn đông máu.

**Điều trị :**

- Xem bài Méthemoglobin - máu.
- Tiêm tĩnh mạch hoặc truyền tĩnh mạch với dung



dịch ngọt 5% 500ml + 1 ống 10ml - 1% xanh methylen.

- Nếu có Méthemoglobin - máu > 5gr% hoặc tan máu nặng : truyền thay máu và đề phòng suy thận cấp bằng tiêm tĩnh mạch 4 ống Lasix.

- Nếu vô niệu rõ : chạy thận nhân tạo.

- Nếu uống Paracetamol : rửa dạ dày, định lượng Paracetamol trong máu, xét nghiệm men Tranzaminaza và thời gian Quick.

### ANTIPYRIN, AMIDOPYRIN

#### **Triệu chứng :**

Mạch nhỏ và không đều, nhiệt độ cao, trụy tim mạch, phù, đái ít, suy tuỷ.

#### **Điều trị :**

- Rửa dạ dày bằng dung dịch thuốc tím 1‰.

- Trợ tim mạch : Caféin, Adrénalin, Uabain.

### ASPIRIN, SALICYLAT

#### **Triệu chứng :**

- Nhiễm độc các loại Salicylé, thường nguy hiểm đối với trẻ em với liều lớn hơn 0,10gr/kg nặng (uống phải), tương đối nhẹ với người lớn.



- Ở trẻ em cần đề phòng diễn biến nặng bằng cách loại ngay chất độc, điều trị toan chuyển hoá, hô hấp tốt, điều trị hôn mê có khi co giật, chú ý hạ đường huyết và hạ Prothombin huyết thú phát.

- Phù thanh quản do dị ứng.

- Thể sinh xêton : tím tái, ra nhiều mồ hôi, nôn mửa, kích thích rời li bì, hơi thở có mùi xêton, thở Kussmaul... lơ đờ, mê sảng, co giật - hạ thân nhiệt, thiếu niệu, vô niệu, trụy tim mạch... Xét nghiệm : Dự trữ kiềm hạ, có thể xêton trong nước tiểu.

**Xử trí :**

- Chống dị ứng (kháng Histamin tổng hợp...) mở khí quản.

- Dung dịch kiềm truyền tĩnh mạch : Dung dịch Bicacbonat 14‰, chú ý có thể mất tri giác và thay đổi Kali máu. Liều Bicacbonat cần truyền tính theo sự thiếu hụt. Nếu pH < 7,20 một nửa liều phải được tiêm tĩnh mạch chậm, một nửa truyền tĩnh mạch.

- Dung dịch mặn, ngọt truyền tĩnh mạch : 2 - 4 lít/ngày.

- Gây nôn hoặc rửa dạ dày nếu không phù thanh quản.

- Thở ôxy. Trường hợp nạn nhân mất tri giác phải đặt nội khí quản và hô hấp hỗ trợ, chú ý làm ấm khí ôxy.

- Lợi tiểu để thải chất độc qua thận : Lợi tiểu



thẩm thấu bằng maniton 10% - 10ml/kg nặng, sau đó truyền dung dịch ngọt 10% - 150ml/kg nặng/24 giờ, và điều chỉnh điện giải bị mất qua nước tiểu.

Trong những trường hợp thật nặng : Cần chạy thận nhân tạo hoặc thẩm phân phúc mạc để đào thải các salisylé.

- Sinh tố K... truyền máu nếu xuất huyết.

#### **Triệu chứng :**

- Thể kích động hành tủy : nôn mửa, thở nhanh và sâu, vật vã co giật kiểu Tétani, mê sảng, hôn mê. Xét nghiệm dự trữ kiềm hạ, pH máu tăng.

#### **Xử trí :**

- Phénobacbitan.
- Ca, Clorua tiêm tĩnh mạch.

<b>BẢNG PHIẾN (Naphtalin)</b>
-----------------------------------

#### **Triệu chứng :**

- Thiếu máu tiêu huyết sau khi ngộ độc mấy ngày.
- Nặng : Tổn thương gan, đục nhân mắt.

#### **Xử trí :**

- Rửa dạ dày với nước hòa than thực vật, lòng trắng trứng.
- Kiểm hóa nước tiểu (xem ngộ độc gacdenan).







- Chống co giật : bacbitueic loại nhanh hoặc valium.
- Chống sốt cao : chườm đá.
- Truyền dịch, theo dõi điện giải và tình hình lâm sàng.

**BENZEN**  
**(Benzon, Benzin)**

**Triệu chứng :**

- Thường xảy ra ở các nhà máy cao su, sơn, vécnit...
- Kích thích, co giật, hôn mê, trụy mạch, phù phổi.

**Xử trí :**

- Nếu hít phải : thở ôxy, hô hấp hỗ trợ, hô hấp nhân tạo.
- Tiêm Lobélin - Trợ tim mạch.
- Nếu uống phải : Rửa dạ dày.

**CHÌ VÀ MUỐI CHÌ**

**Triệu chứng :**

- Xảy ra ở nhà máy sản xuất chì, nhà máy ắc quy, hoặc hít phải hơi chì khi họ rửa các xitéc, thùng đựng ét zăng pha chì.



- Uống phải : nôn mửa, chảy nước dãi, đau bụng dữ dội, vô niệu, hạ thân nhiệt, sốc...

- Hít phải hơi chì : Nhức đầu, chóng mặt, nôn mửa, ứa nước dãi, đau bụng, vật vã, mê sảng, hạ thân nhiệt, mạch chậm...

### **Xử trí :**

- Uống phải : rửa dạ dày với dung dịch Na sulfat 3%, sau đó rửa với dung dịch nước pha lòng trắng trứng. Tiêm tĩnh mạch calci - gluconat liều cao, sau đó cho vitamin D, C.

- Hít phải : Để chỗ thoáng, thở ôxy, ngửi amoniac, truyền dung dịch kiềm và ClNa 9‰, thuốc an thần, trợ tim mạch.

COCAIN

### **Triệu chứng :**

Kích động, hoang tưởng, tim đập nhanh, tăng huyết áp, giãn đồng tử, vã mồ hôi, sốt, có khi lên cơn động kinh.

Bôi vào niêm mạc có thể ngất.

### **Xử trí :**

- Uống phải : Rửa dạ dày, an thần, thở ôxy, trợ tim mạch, truyền dung dịch glucoza. Nếu ngất do bôi thuốc : tiêm adrénalin 1mg dưới da, thở ôxy, hồi sức nội khoa nếu ngừng thở và ngừng tim.



## DẦU GIUN CHENOPOT

### **Triệu chứng :**

- Ủ tai, điếc, ỉa chảy.

### **Xử trí :**

- Tiêm tinh chất thùy sau tuyến yên hòa với dung dịch mặn 9‰.
- Chữa triệu chứng.

## DEXTRAN

### **Triệu chứng :**

- Nếu dùng nhiều : trên 500ml dung dịch 10% trong 24 giờ vài ngày liền. Triệu chứng : vô niệu, suy thận cấp.

### **Xử trí :**

- Xem suy thận cấp.

## ĐỒNG (Cu)

### **Triệu chứng :**

Viêm dạ dày, ruột nặng, ỉa phân xanh nếu uống phải sunfat đồng, tan máu.



**Xử trí :**

- Rửa dạ dày bằng Kali - Ferocyanua 0,1 - 0,2%, sau đó cho vào xông sữa hoặc lòng trắng trứng.

- Bal - trợ tim mạch, điều trị mất nước, truyền máu nếu tan máu.

**EPHEDRIN**

**Triệu chứng :**

- Nôn mửa, nhịp nhanh, đồng tử giãn, giãn dạ, co giật, thiếu niệu, vô niệu.

**Xử trí :**

- Rửa dạ dày, tiêm phénobacbitol, uống siro opi.

**FLUO VÀ DẪN XUẤT**

**Triệu chứng :**

- Xảy ra nhà máy sản xuất nhôm... viêm dạ dày, ruột nặng, loét niêm mạc tiêu hoá, chảy máu, canxi máu giảm, tetani, đường huyết tăng do chuyển hoá đường bị ức chế.

**Xử trí :**

- Rửa dạ dày bằng nước vôi trong.



- Tiêm tĩnh mạch canxi gluconat 2 - 3g/ngày.
- Chống mất nước, mất muối.
- Kháng sinh.

FOCMOL

**Triệu chứng :**

- Nôn mửa, niêm mạc bị kích thích, đau dữ dội, co thắt ngực, say, phù phổi, anbumin niệu, vô niệu, trụy mạch.

**Xử trí :**

- Rửa dạ dày bằng nước hòa than thực vật 30gr/lít.
- Uống sữa, nước có lòng trắng trứng.
- Truyền tĩnh mạch dung dịch kiềm 14% : 250-500ml.
- Trợ tim mạch

IOT

(chủ yếu là Iot cản quang)

**Triệu chứng :**

- Phản ứng dị ứng : Ngứa, nổi mẩn, sốc.
- Dọa ngất, ngất, trụy mạch.
- Suy thận cấp, Urê máu tăng.







dây dụa, co giật, mê sảng, mạch nhanh, đái ít.

**Xử trí :**

- Rửa dạ dày, gây nôn.
- Dùng dịch Glucoza truyền tĩnh mạch.
- Lasix.
- Trợ tim mạch - sưởi ấm.
- Chống co giật bằng Bromua cloran.
- Chống chỉ định : Bacbituric, Aminazin, tấy.

**MÉPROBAMAT**

**Triệu chứng :**

- Ngủ lơ mơ, có khi suy hô hấp, có thể chết vì suy tuần hoàn cấp.

**Xử trí :**

- Rửa dạ dày.
- Điều trị không đặc hiệu.
- Nếu trụy mạch : Truyền Noradrénalin với dung dịch ngọt.

**MÉTHYL BROMUA - MÉTHYL CLORUA**

**Triệu chứng :**

Sau khi hít phải vài giờ : nhức đầu, chóng mặt, ỉa chảy, có khi ngất, co giật, phù phổi.



**Xử trí :**

- Thở ôxy - an thần.
- Điều trị ỉa chảy và phù phổi cấp.

**NITRAT, NITRIT, AXIT NITRIC  
(Kể cả Nitroglycérin, Nitrit Amyl...)**

**Triệu chứng :**

- Giãn mạch toàn thể, nhức đầu dữ dội, hạ huyết áp, ngất.
- Méthémoglobin - máu, xanh tím.

**Xử trí :**

- Nếu uống phải : rửa dạ dày với than thực vật và Na sulfat (20g).
- Nếu nặng : thở ôxy, trích máu và truyền máu, tiêm tĩnh mạch chậm xanh méthylen (xem bài méthémoglobin - máu).

**PHENOL**

**Triệu chứng :**

- Say như say rượu, mệt lả, mạch nhanh, yếu, thở chậm và nông.



- Hạ huyết áp, co giật, hôn mê... viêm thận, nhiễm toan...

**Xử trí :**

- Thở ôxy.
- Truyền dung dịch mặn, ngọt đẳng trương, dung dịch kiềm.

**PHENYLBUTAZOL**

**Triệu chứng :**

- Nhức đầu, chóng mặt, hồi hộp, nôn mửa, ỉa chảy, có thể thủng dạ dày, nôn ra máu, xuất huyết toàn thể.

- Thiếu niệu, urê máu tăng, viêm gan, phù, phù phổi, giảm bạch cầu, tiểu cầu, hồng cầu.

**Xử trí :**

- Rửa dạ dày với dung dịch thuốc tím 1‰.
- Tiêm tĩnh mạch Canxigluconat 1g.
- Nếu có tai biến về máu : Truyền máu...

**PHỐT PHO VÔ CƠ**

**Triệu chứng :**

- Uống phải : triệu chứng viêm dạ dày, ruột cấp, có thể chết trong mấy giờ.



- Hit phải hơi phốt pho : nhức đầu, chóng mặt, khô thờ, ngất.

- Vai ba ngay sau : vàng da nặng, thường hôn mê gan do teo gan vàng cấp. Thường kèm cả suy thận. Nạn nhân chết trong 8 - 10 ngày.

**Xử trí :**

- Rửa dạ dày bằng 500ml Sulfat đồng 0,5%, sau đó rửa bằng thuốc tím 1‰.

- Cho qua xông 30g Na sulfat - Tiếp đó cho vào 100ml dầu parafin.

- Điều trị suy gan.

- Kiêng sữa, mỡ, các loại dầu ăn.

**PILOCACPIN, ACETHYLCHOLIN  
Eserin, Prostigmin, Néostigmin...**

**Triệu chứng :**

- Gây cường phó giao cảm, giống triệu chứng muscarin, mạch chậm, vã mồ hôi, ứa nước rãi, chảy nước mắt, đau quặn bụng, nôn mửa, ỉa chảy, đái dắt, co đồng tử, nhức đầu, chóng mặt, rung cơ.

- Hạ huyết áp, phù phổi.

**Xử trí :**

- Atropin 1mg tiêm dưới da, tiêm thêm nếu cần.



- Rửa dạ dày với Tanin 1 - 2% hoặc thuốc tím 1‰.
- Nặng : thở ôxy, trợ tim mạch và hô hấp, điều trị phù phổi nếu có.

## CÁC LOẠI THUỐC CHỐNG SỐT RÉT

- Quinin chủ yếu gây rối loạn về giác quan.
- Cloroquin liều cao gây các rối loạn về tim mạch.
- Tổn thương về máu (tan máu) và thận ít gặp, nhưng có thể xảy ra ở một cơ địa đặc biệt thiếu men (G6PD) nhất là với Primaquin, quinin.

### QUININ

#### **Triệu chứng :**

- Û tai, chóng mặt, thị trường bị thu hẹp, đồng tử giãn to, co thắt các mạch máu võng mạc.
- Giã dạ, ảo giác, mê sảng, nhức đầu.
- Tim : nhịp nhanh, rối loạn dẫn truyền nhĩ thất (QR dài, QT dài, T dẹt hoặc đảo ngược, QRS rộng  $> 0,12^s$  ở V2).