



CỤC QUẢN LÝ KHÁM CHỮA BỆNH



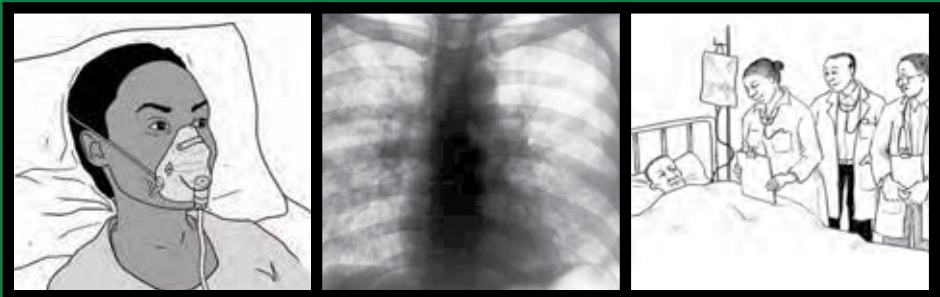
World Health
Organization

Western Pacific Region

HƯỚNG DẪN

XỬ TRÍ CẤP CỨU LỒNG GHÉP CHO NGƯỜI LỚN VÀ TRẺ EM

Integrated Management of Adolescent and Adult Illness (IMAI)



TÀI LIỆU TẬP HUẤN

“Tăng cường kỹ năng cấp cứu hô hấp và cấp cứu ban đầu với một số bệnh thường gặp”

dành cho bác sỹ tuyến tỉnh/thành phố và tuyến quận/huyện

© Tổ chức Y tế Thế giới 2016

Một số quyền được bảo lưu. Ấn bản này được phát hành theo Giấy phép Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Theo các điều khoản của giấy phép này, bạn có thể sao chép, phân phối và chuyển thể ấn phẩm không nhằm mục đích thương mại, với điều kiện ấn phẩm được trích dẫn một cách thích hợp, như được chỉ ra dưới đây. Trong bất kỳ cách sử dụng nào, không nên có gợi ý cho rằng WHO chứng thực bất cứ tổ chức, sản phẩm hay dịch vụ cụ thể nào. Việc sử dụng logo của WHO là không được phép. Nếu bạn chuyển thể ấn phẩm, bạn phải cấp phép cho ấn phẩm được chuyển thể theo giấy phép Creative Commons hoặc tương đương. Nếu bạn dịch ấn phẩm này, bạn nên thêm khuyến cáo sau đây cùng với trích dẫn gợi ý: “Bản dịch này không do Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) dịch. WHO không chịu trách nhiệm về nội dung hoặc tính chính xác của bản dịch này. Phiên bản gốc tiếng Anh sẽ là phiên bản ràng buộc và xác thực “.

Bất kỳ hòa giải nào liên quan đến các tranh chấp phát sinh trong giấy phép phải được tiến hành phù hợp với các quy tắc hòa giải của Tổ chức Sở hữu Trí tuệ Thế giới (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules>).

Trích dẫn được đề xuất. Hướng dẫn xử trí cấp cứu lồng ghép cho người lớn và trẻ em. Tài liệu tập huấn tăng cường kỹ năng cấp cứu hô hấp và cấp cứu ban đầu với một số bệnh thường gặp. Dành cho bác sỹ tuyến tỉnh/thành phố và tuyến quận/huyện, Hà Nội, Việt Nam: Tổ chức Y tế Thế giới; 2016. Giấy phép: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Dữ liệu biên mục trong Xuất bản (CIP). Dữ liệu CIP có sẵn tại <http://apps.who.int/iris>.

Bán hàng, quyền và cấp phép. Để mua các ấn phẩm của WHO, xem <http://apps.who.int/bookorders>. Để gửi yêu cầu về sử dụng thương mại và các truy vấn về quyền và cấp phép, xem <http://www.who.int/about/licensing>.

Đối với Ấn phẩm WHO khu vực Tây Thái Bình Dương, yêu cầu cấp phép tái bản phải được gửi đến Bộ phận Xuất bản phẩm, Tổ chức Y tế Thế giới, Văn phòng khu vực Tây Thái Bình Dương, P.O. Box 2932, 1000, Manila, Philippines, Fax. (632) 521-1036, email: wpropuballstaff@who.int

Tài liệu của bên thứ ba. Nếu bạn muốn tái sử dụng tài liệu từ ấn phẩm này được quy cho một bên thứ ba, chẳng hạn như bảng biểu, số liệu hoặc hình ảnh, thì trách nhiệm để xác định xem sự cấp phép là cần thiết cho việc tái sử dụng đó và việc xin cấp phép từ người giữ bản quyền thuộc về bạn. Nguy cơ của khiếu nại phát sinh từ việc vi phạm bất kỳ thành phần nào do bên thứ ba sở hữu trong ấn phẩm hoàn toàn thuộc về người sử dụng

Phủ nhận chung. Các tên gọi được sử dụng và trình bày của các tài liệu trong ấn phẩm này không bao hàm sự biểu hiện bất kỳ quan điểm nào của WHO liên quan đến trạng thái pháp lý của bất kỳ quốc gia, vùng lãnh thổ, thành phố hoặc khu vực nào hoặc trạng thái pháp lý của chính quyền của quốc gia, vùng lãnh thổ, thành phố hoặc khu vực đó, hoặc liên quan đến việc phân định biên giới hay ranh giới. Các đường chấm và nét đứt trên các bản đồ thể hiện đường biên giới tương đối, đường biên giới tương đối này có thể chưa nhận được sự đồng thuận đầy đủ.

Việc đề cập đến các công ty cụ thể hoặc các sản phẩm của nhà sản xuất nhất định không có nghĩa họ được WHO xác nhận hoặc khuyến cáo ưu tiên hơn các công ty hoặc các sản phẩm của nhà sản xuất khác có tính chất tương tự nhưng không được đề cập trong ấn phẩm. Các sai sót và thiếu sót được miễn trừ, tên của các sản phẩm độc quyền được phân biệt bằng chữ cái đầu được viết hoa.

Tất cả các biện pháp phòng ngừa hợp lý đã được WHO thực hiện để xác minh các thông tin trong ấn phẩm này. Tuy nhiên, tài liệu xuất bản đang được phân phối không có sự bảo đảm nào, kể cả rõ ràng hay ngụ ý. Trách nhiệm đối với việc giải thích và sử dụng tài liệu này thuộc về người đọc. Trong bất kỳ trường hợp nào WHO cũng không phải chịu trách nhiệm bồi thường thiệt hại phát sinh từ việc sử dụng nó.

ISBN 978 92 9061 786 0

LỜI GIỚI THIỆU

Cấp cứu ban đầu đóng vai trò hết sức quan trọng trong việc cứu sống người bệnh. Những xử trí đúng đắn ngay khi người bệnh tiếp cận với bệnh viện hay cơ sở y tế đã giúp người bệnh thoát khỏi nguy cơ tử vong, mất chức năng cơ quan vĩnh viễn hay tạo cơ hội cứu chữa người bệnh sau này. Thầy thuốc tại đơn vị cấp cứu thường phải chịu áp lực rất lớn trong việc ra quyết định nhanh, kịp thời nhưng phải chính xác. Để có những kiến thức, kỹ năng, kinh nghiệm như vậy thật không hề đơn giản, đòi hỏi các thầy thuốc luôn phải học hỏi, rèn luyện, trao đổi kinh nghiệm.

Ở các nước đang phát triển như Việt Nam, cơ sở y tế tuyến dưới còn gặp nhiều khó khăn về cơ sở vật chất, trang thiết bị, nhân lực thiếu nhưng điểm đáng lo ngại hơn cả là trình độ, kỹ năng chuyên môn, kỹ năng nghề nghiệp còn có những hạn chế nhất định do cơ hội đào tạo liên tục, cập nhật, tiếp cận với các kiến thức mới, hiện đại còn khó khăn. Thông qua dự án thí điểm “Nâng cao năng lực quản lý lâm sàng các ca bệnh hô hấp cấp tính nặng (SARI)” do Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) hỗ trợ kỹ thuật và Cơ quan phát triển quốc tế Hoa Kỳ (USAID) tài trợ, Bộ Y tế đã triển khai các khóa tập huấn thí điểm về “Tăng cường kỹ năng cấp cứu hô hấp và cấp cứu ban đầu với một số bệnh thường gặp” tại tỉnh Quảng Ngãi và tỉnh Bến Tre trong năm 2015, do các giảng viên là các chuyên gia có kinh nghiệm trong lĩnh vực hồi sức cấp cứu chống độc hướng dẫn cho các thầy thuốc làm việc tại các khoa cấp cứu, hồi sức tích cực và chống độc tuyến tỉnh, tuyến huyện. Thông qua 2 khóa tập huấn thí điểm, chúng tôi nhận thấy, nhu cầu đào tạo liên tục, huấn luyện các kỹ năng cấp cứu cơ bản chú trọng vào thực hành là hết sức cần thiết. Kiến thức mang tính tổng hợp về cấp cứu trên các đối tượng người bệnh khác nhau cả người lớn và trẻ em là rất quan trọng cho các thầy thuốc để vận dụng trong quá trình thực hành hàng ngày.

Tổ chức Y tế Thế giới, với sự tham gia của các chuyên gia hàng đầu trong lĩnh vực này đã biên soạn bộ tài liệu rất có giá trị, là tổng hợp những kiến thức, kinh nghiệm trong xử trí cấp cứu lồng ghép cho người lớn và trẻ em (Integrated Management of Adolescent and Adult Illness: IMAI). Tài liệu IMAI có thể là “cẩm nang” cho tất cả các thầy thuốc làm công tác hồi sức cấp cứu chống độc nói riêng và tất cả các thầy thuốc tiếp cận người bệnh trong mọi hoàn cảnh khác nhau tại cộng đồng. Vì vậy, cuốn tài liệu IMAI đã được biên dịch bởi các thầy thuốc có kinh nghiệm trong lĩnh vực hồi sức cấp cứu chống độc và có biên tập hiệu chỉnh một số chi tiết về nội dung kèm theo chú giải phù hợp với quy định của Bộ Y tế Việt Nam.

Xin trân trọng cảm ơn GS. Vũ Văn Đính - Anh hùng lao động, người thầy của nhiều thế hệ bác sỹ hồi sức cấp cứu chống độc Việt Nam, đã quan tâm dành thời gian hiệu đính cho tài liệu quan trọng này.

Chân thành cảm ơn các bác sỹ với tư cách chuyên gia kỹ thuật đã tích cực tham gia biên dịch, đóng góp chuyên môn, kinh nghiệm của mình với sự tự nguyện, nhiệt tình và có trách nhiệm để bảo đảm chất lượng cuốn tài liệu IMAI được tốt nhất:

1. Nguyễn Kim Cương - Phó Trưởng khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Phổi Trung ương, Giảng viên Bộ môn Lao và Bệnh Phổi Trường Đại học Y Hà Nội;
2. Vũ Quốc Đạt - Khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương, Giảng viên Bộ môn Truyền nhiễm Trường Đại học Y Hà Nội;
3. Võ Quang Huy - Phó Giám đốc Trung tâm Cấp cứu 115 thành phố Hồ Chí Minh;
4. Nguyễn Trọng Khoa - Phó Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Bộ Y tế;
5. Phan Hữu Phúc - Phó Trưởng khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Nhi Trung ương;
6. Võ Hồng Thanh - Phòng Quản lý chất lượng, Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Bộ Y tế;
7. Nguyễn Thành - Trưởng khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Thanh Nhàn Hà Nội;
8. Bùi Nghĩa Thịnh - Giảng viên Bộ môn Cấp cứu, Hồi sức tích cực, Chống độc, Trường Đại học Y Phạm Ngọc Thạch thành phố Hồ Chí Minh;
9. Nguyễn Minh Tiến - Phó giám đốc, Trưởng khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Nhi Đồng 1 thành phố Hồ Chí Minh;
10. Tôn Thanh Trà - Trưởng phòng Quản lý chất lượng, Bệnh viện Chợ Rẫy;
11. Nguyễn Anh Tuấn - Khoa Cấp cứu Bệnh viện Bạch Mai, Giảng viên Bộ môn Hồi sức cấp cứu chống độc Trường Đại học Y Hà Nội;
12. Tạ Anh Tuấn, Trưởng khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Nhi Trung ương.

Một lần nữa, chúng tôi trân trọng cảm ơn và đánh giá cao sáng kiến của Tổ chức Y tế Thế giới (Văn phòng đại diện tại Việt Nam) đã tài trợ và cho phép xuất bản tài liệu này bằng tiếng Việt để phổ biến cho các thầy thuốc trên phạm vi toàn quốc.

Cuốn tài liệu IMAI được biên dịch và giới thiệu lần đầu tại Việt Nam nên khó tránh khỏi những thiếu sót. Rất mong nhận được những phản hồi của độc giả để những bản in sau được hoàn thiện. Các ý kiến đóng góp cho bản dịch tiếng Việt xin gửi về Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Bộ Y tế để chúng tôi tiếp tục tiếp thu, hoàn chỉnh cho lần xuất bản sau.



PGS.TS. Lương Ngọc Khuê
Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh - Bộ Y tế

LƯU Ý VỀ BẢN QUYỀN

Văn phòng Tổ chức Y tế Thế giới tại Việt Nam (WHO) và Cục Quản lý Khám chữa bệnh, Bộ Y tế (MSA-MOH) cho phép sao chép và phổ biến toàn bộ hay từng phần tài liệu này với điều kiện trích dẫn rõ ràng về WHO/ MSA-MOH; đồng thời không được chỉnh lý về nội dung nếu không được phép và không được sử dụng vì mục đích lợi nhuận.

Mục đích của tài liệu này là phục vụ việc hướng dẫn đào tạo, tập huấn cho các thầy thuốc hồi sức cấp cứu chống độc của cơ sở y tế tuyến tỉnh/ thành phố và tuyến quận/ huyện để nâng cao năng lực cấp cứu cơ bản và quản lý lâm sàng các ca bệnh hô hấp cấp tính nặng (SARI). Bản thân tài liệu này không đủ để làm tài liệu tập huấn hoàn chỉnh. Vì vậy, phải kết hợp các bài học, các bài tập thảo luận nhóm, bài kiểm tra và tình huống diễn tập do các giảng viên đã được Bộ Y tế cấp chứng nhận hướng dẫn. Học viên cần được cùng tham gia thực hành kỹ năng với giảng viên có kinh nghiệm mới có thể áp dụng phù hợp và hiệu quả toàn văn bộ tài liệu này./.

1. Giới thiệu, các yêu cầu và nguyên tắc của tài liệu hướng dẫn

Mục lục

1. Giới thiệu, các yêu cầu và nguyên tắc của hướng dẫn	3
1.1 Đối tượng và yêu cầu	3
1.2 Các xét nghiệm cần thiết tại trung tâm y tế và bệnh viện quận/huyện	4
1.3 Các tài liệu hướng dẫn khác kèm theo của TCYTTG	6
1.4 Mạng lưới y tế quận / huyện	7
1.5 Phạm vi tài liệu hướng dẫn	8
1.6 Biện luận lâm sàng	10

1. Giới thiệu, các yêu cầu và nguyên tắc của hướng dẫn

1.1 Đối tượng và yêu cầu

Yêu cầu nguồn nhân lực

Hướng dẫn này dành cho nhân viên y tế ở bệnh viện quận/huyện, gồm bác sĩ, kỹ thuật viên, điều dưỡng tâm niên làm việc tại bệnh viện quận/huyện trong điều kiện nguồn lực hạn chế. Hướng dẫn này dành cho các bệnh viện quận/huyện đa khoa, có thể có hoặc không các chuyên khoa chẳng hạn nội khoa, nhi khoa hoặc tâm thần (mặc dù có thể hội chẩn tuyến trên).

Các yêu cầu tại bệnh viện quận/huyện:

- **Thuốc thiết yếu** (xem Mục 8 danh mục thuốc cuối sách hướng dẫn; danh mục thuốc thiết yếu có thể thay đổi phù hợp theo từng quốc gia).
- **Trang thiết bị thiết yếu** - không có máy thở, ngoại trừ trong khi phẫu thuật (nếu có máy thở, xem tài liệu hướng dẫn về sử dụng máy thở đơn giản).
- **Xét nghiệm thăm dò thiết yếu** - luôn sẵn có tại bệnh viện¹, được liệt kê trong Bảng: các xét nghiệm cần thiết tại trung tâm y tế và bệnh viện quận/huyện, với các xét nghiệm “gửi ra ngoài” lên tuyến trên để thực hiện.

Quy trình chẩn đoán và phác đồ điều trị trong hướng dẫn này dựa vào các xét nghiệm cần thiết tối thiểu trong các bệnh viện quận/huyện với nguồn lực hạn chế. Ngoài ra còn dựa vào các kết quả xét nghiệm từ mẫu gửi ra bên ngoài thực hiện hoặc gửi người bệnh đến nơi khác để xét nghiệm bổ sung.

Các xét nghiệm bổ sung, không có sẵn ở bệnh viện quận/huyện được in nghiêng trong văn bản.

¹ Tư vấn về các khuyến cáo kỹ thuật và hoạt động cho việc cân đối và tiêu chuẩn hóa xét nghiệm lâm sàng: Giúp mở rộng xét nghiệm có chất lượng, ổn định để cải thiện việc chăm sóc và điều trị người bị nhiễm và ảnh hưởng bởi HIV/AIDS, lao và sốt rét. Tổ Chức Y Tế Thế Giới, 2008, xem thông tin tại trang http://www.who.int/diagnostics_laboratory/3by5/Maputo_Meeting_Report_7_7_08.pdf

1.2 Các xét nghiệm cần thiết tại trung tâm y tế và bệnh viện quận/huyện²

Bảng: Các xét nghiệm cần thiết tại trung tâm y tế và bệnh viện quận/huyện	
Tại trung tâm y tế Các xét nghiệm thiết yếu	Tại bệnh viện huyện Các xét nghiệm bổ sung
<ul style="list-style-type: none"> Hemoglobin hoặc hematocrit <p>Chẩn đoán HIV</p> <ul style="list-style-type: none"> Xét nghiệm nhanh tìm kháng thể kháng HIV (xét nghiệm lần đầu tiên và thứ hai) Chẩn đoán ở trẻ nhỏ; chuẩn bị giọt đặc (DBS) sau đó gửi đi xét nghiệm vi rút học Lấy máu và gửi đi để đếm số lượng tuyệt đối tế bào CD4 và tỷ lệ <p>Chẩn đoán bệnh lao</p> <ul style="list-style-type: none"> Gửi mẫu soi phết lam (hoặc soi phết lam tại chỗ tìm trực khuẩn lao) Gửi mẫu cấy đờm và làm kháng sinh đồ <p>Xét nghiệm sốt rét (nếu ở vùng dịch tễ)</p> <ul style="list-style-type: none"> Xét nghiệm phết máu ngoại biên hoặc Xét nghiệm nhanh để phát hiện và phân biệt giữa Plasmodium falciparum và Plasmodium khác <p>Các xét nghiệm khác</p> <ul style="list-style-type: none"> Xét nghiệm nhanh chẩn đoán giang mai Thử thai nhanh Que thử nước tiểu xác định đường và protein niệu (nếu có, cũng xác định bạch cầu và keton niệu) 	<ul style="list-style-type: none"> Công thức máu Tốc độ lắng máu <p>Chẩn đoán HIV</p> <ul style="list-style-type: none"> Xét nghiệm nhanh tìm kháng thể kháng HIV (xét nghiệm lần đầu tiên và thứ hai và thứ ba) Số lượng tế bào CD4 tuyệt đối và tỷ lệ <p>Chẩn đoán bệnh lao</p> <ul style="list-style-type: none"> Xét nghiệm soi phết lam tại chỗ tìm trực khuẩn lao Gửi mẫu cấy đờm và làm kháng sinh đồ Xét nghiệm phân tử được công nhận bởi Tổ Chức Y Tế Thế Giới như Xpert MTB/RIF <p>Các xét nghiệm khác</p> <ul style="list-style-type: none"> Alanine aminotransferase (ALT) Điện giải đồ Amylase Đường máu (glucose) Creatinin và urê máu Nhuộm Gram Xét nghiệm nhanh chẩn đoán giang mai Soi phết lam và xét nghiệm sinh hóa cho dịch não tủy, nước tiểu, dịch màng phổi, màng bụng. Soi phết dịch âm đạo với nước muối sinh lý hoặc kali hydroxit (KOH) tìm vi khuẩn hoặc ký sinh trùng trichomonas Xét nghiệm bilirubin ở trẻ sơ sinh Cấy máu và đờm (có thể gửi mẫu ra ngoài thực hiện) Kháng nguyên cryptococcus huyết thanh hoặc dịch não tủy hay nhuộm mực Ấn độ dịch não tủy. Lactate máu Định nhóm máu và phản ứng chéo Soi phân tìm trứng và ký sinh trùng đường ruột Xét nghiệm miễn dịch enzym viêm gan B

² Thực hiện nhanh xét nghiệm chẩn đoán Xpert MTB/RIF: chú ý thực tế “cách làm” về mặt kỹ thuật và hoạt động. TCYTTG, 2011 xem thông tin chi tiết tại: whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501569_eng.pdf

Xét nghiệm thăm dò bổ sung cần dụng cụ đặc biệt

Tại trung tâm y tế	Tại bệnh viện huyện (ngoài các thiết bị của trung tâm y tế)
<ul style="list-style-type: none"> Bảng đo chu vi giữa cánh tay trên Đo huyết áp (HA): máy đo HA Nghe tim phổi và đo HA: ống nghe Nhịp thở: đồng hồ 	<ul style="list-style-type: none"> Máy đo độ bão hòa oxy theo nhịp mạch (SpO₂) X-quang: ngực, bụng không chuẩn bị, cột sống cổ và xương Siêu âm Điện tâm đồ ECG Soi tai: đèn soi tai Soi đáy mắt: đèn soi đáy mắt Đo chỉ số khối cơ thể (BMI): cân người lớn và thước đo chiều cao Đo lưu lượng đỉnh khí thở ra Bảng đo thị lực Snellen Soi cổ tử cung: đèn soi cổ tử cung

Xét nghiệm bổ sung có thể thực hiện tại các phòng thí nghiệm khu vực hoặc trung ương (như mẫu gửi xét nghiệm)

- Aspartate aminotransferase (AST) máu*
- Bilirubin máu*
- Protein toàn phần máu, dịch não tủy.*
- Đường dịch não tủy*
- Lipid máu*
- Cấy đờm tìm trực khuẩn lao và kháng sinh đồ.*
- Tải lượng vi rút HIV*
- Nhuộm nấm*
- Cấy nước tiểu*
- Cấy phân*
- Huyết thanh chẩn đoán toxoplasma*
- Đếm tế bào, loại (ví dụ trong dịch não tủy, cổ tử cung)*
- Nhuộm bạc hoặc kháng thể huỳnh quang trực tiếp để chẩn đoán viêm phổi do Pneumocystis jiroveci*
- Cấy nấm các mẫu bệnh phẩm, bao gồm cả máu*
- Mô học (ví dụ như sinh thiết da, hạch, cổ tử cung)*

Các xét nghiệm huyết thanh khác, phản ứng khuếch đại chuỗi nhân (PCR), các xét nghiệm thăm dò khác hoặc nuôi cấy đặc biệt có thể thực hiện tại phòng xét nghiệm trung ương để chẩn đoán bệnh brucella, sốt xuất huyết dengue, bệnh sán lá gan, bệnh Leishmania, bệnh ấu trùng lạc chỗ, giun lươn, bệnh trypanosoma.

Xem Mục 11 và sách Hướng dẫn thích ứng.

1.3 Các tài liệu hướng dẫn khác kèm theo của TCYTTG

Tài liệu hướng dẫn này cần có các tài liệu hướng dẫn khác kèm theo của TCYTTG. Các Mục Đánh giá nhanh và Điều trị cấp cứu nhằm hỗ trợ cho cả cấp cứu nội khoa lẫn ngoại khoa sau đó kết nối với hướng dẫn bổ sung về sản khoa và các can thiệp phẫu thuật khác có thể tìm trong các nguồn dưới đây:

Các tài liệu hướng dẫn lâm sàng đi kèm:

- IMPAC Quản lý các biến chứng trong thai kỳ và sinh đẻ (MCPC) (TCYTTG, UNFPA, Quỹ Nhi đồng liên hiệp quốc, Ngân hàng Thế giới 2003)³
- Sổ tay chăm sóc trẻ em tại bệnh viện (TCYTTG 2005) với phụ lục mới⁴
- Hướng dẫn về chăm sóc và điều trị trẻ em nhiễm HIV cho các bệnh viện huyện IMCI (TCYTTG 2009)⁵
- Kế hoạch hóa gia đình: Sổ tay toàn cầu dành cho nhân viên y tế (USAID, John Hopkins, TCYTTG 2011, sửa đổi)⁶
- Chăm sóc phẫu thuật tại bệnh viện huyện (TCYTTG 2003)⁷
- Hướng dẫn cắt bao quy đầu dưới gây tê tại chỗ (TCYTTG, Jhpiego và UNAIDS 2008)⁸

Hỗ trợ chẩn đoán xét nghiệm: xem Mục 7 Các kỹ thuật hỗ trợ

³ http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9241545879/en/index.html

⁴ <http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241546700.pdf>

⁵ http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501026_eng.pdf

⁶ http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9780978856304/en/index.html

⁷ <http://www.who.int/surgery/publications/en/SCDH.pdf>

⁸ http://www.who.int/hiv/pub/malecircumcision/who_mc_local anaesthesia.pdf

1.4 Mạng lưới y tế quận / huyện

Quan hệ với các mô-đun hướng dẫn cấp 1

Bác sĩ và điều dưỡng tại khoa khám bệnh và trung tâm y tế sẽ sử dụng các hướng dẫn chăm sóc sức khỏe ban đầu đơn giản hơn, bao gồm:

- *Xử trí lồng ghép bệnh người lớn và trẻ vị thành niên - Chăm sóc cấp cứu*⁹
- *Xử trí lồng ghép bệnh người lớn và trẻ vị thành niên - Xử trí lồng ghép bệnh trẻ em - Chăm sóc người bệnh HIV mạn tính với điều trị và phòng ngừa bằng thuốc kháng retrovirút*¹⁰
- *Xử trí lồng ghép bệnh người lớn và trẻ vị thành niên - Nguyên tắc chung của chăm sóc chuẩn bệnh mạn tính*¹⁰
- *Xử trí lồng ghép bệnh người lớn và trẻ vị thành niên - Xử trí lồng ghép bệnh trẻ em - Chăm sóc giảm nhẹ: Điều trị triệu chứng và chăm sóc bệnh giai đoạn cuối*¹⁰
- *Xử trí lồng ghép bệnh người lớn và trẻ vị thành niên - chống lao: Chăm sóc người bệnh lao, lao đồng nhiễm HIV*¹⁰
- *Xử trí lồng ghép bệnh người lớn và trẻ vị thành niên - chống lao: Điều trị lao đa kháng thuốc: Hướng dẫn thực địa*¹⁰
- *Xử trí lồng ghép bệnh trẻ em - Sổ tay sơ đồ chăm sóc người bệnh nhiễm HIV*¹¹
- *Xử trí lồng ghép bệnh lý thai phụ và sơ sinh. Chăm sóc thai phụ, lúc sinh, sau sinh và trẻ sơ sinh*¹²
- *Bộ công cụ xử trí lồng ghép bệnh ngoại khoa cấp cứu thường gặp*¹³

Vai trò bác sĩ quận huyện: giới thiệu chuyên người bệnh và nhận người bệnh

Bác sĩ quận/huyện cần hiểu những hướng dẫn đơn giản này và áp dụng điều trị chăm sóc ban đầu cho người bệnh không có biến chứng lúc nhập viện, qua đó biết được người bệnh nào cần được giới thiệu chuyên viện để chăm sóc cấp 2 (đó là những người bệnh xuất hiện biến chứng, bệnh diễn tiến nặng hoặc điều trị thất bại) và để giám sát và tham vấn điều dưỡng làm việc tại khoa khám bệnh viện và trung tâm y tế.

Hướng dẫn này không đề cập đến trách nhiệm quản lý các chương trình y tế (như chương trình phòng chống HIV, chương trình phòng chống lao, chương trình sức khỏe bà mẹ và trẻ em và các chương trình khác). Các chương trình này cung cấp giám sát và hỗ trợ quan trọng cho trung tâm y tế, bao gồm cả vật tư, xét nghiệm, tuyển dụng nhân viên y tế, luân chuyển và đào tạo. Tài liệu này cũng không đề cập đến công tác quản lý, các yêu cầu hậu cần để quản lý một bệnh viện tuyến quận/huyện.

⁹ IMAI/IMCI trung tâm y tế/các mô-đun hướng dẫn chăm sóc ban đầu tại <http://www.who.int/hiv/pub/imai/primary/en/index.html>

¹⁰ http://www.who.int/hiv/pub/malecircumcision/who_mc_local_anaesthesia.pdf

¹¹ http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9789241597388/en/

¹² http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/924159084x/en/

¹³ IMEESC toolkit that can be accessed at <http://www.who.int/surgery/publications/imeesc/en/index.html>

1.5 Phạm vi tài liệu hướng dẫn

10 tuổi trở lên

Tài liệu hướng dẫn này đề cập đến trẻ từ 10 tuổi trở lên và người lớn, đến tuổi già và chết. Trẻ em dưới 10 tuổi được đề cập trong cuốn sổ tay chăm sóc trẻ em tại bệnh viện¹⁴

Tài liệu hướng dẫn đề cập đến những người sống chung với HIV (PLHIV) và tất cả trẻ vị thành niên và người lớn bị bệnh cấp tính.

Tài liệu hướng dẫn được xây dựng để cải thiện chăm sóc cấp tính và mạn tính cho những người sống với HIV và những người khác. Người bệnh nhiễm HIV, kể cả hệ thống miễn dịch còn tốt và suy giảm miễn dịch, có thể có nhiều bệnh hoặc các mầm bệnh ảnh hưởng đến một số cơ quan cùng một lúc. Khi sử dụng thuốc, người sống với HIV cũng có nguy cơ cao về độc tính và tương tác thuốc. Các bệnh phổ biến xảy ra ở những người không nhiễm HIV cũng xảy ra với người nhiễm HIV. Nhiễm HIV không bảo vệ chống lại các bệnh này. Do đó, khi có các triệu chứng lúc nhập viện, chẩn đoán phân biệt đầy đủ cần được xem xét và được đề cập trong tài liệu hướng dẫn này. Như vậy, tài liệu hướng dẫn này được áp dụng cho tất cả trẻ vị thành niên và người lớn bị bệnh cấp tính. Ngoài ra, việc chẩn đoán HIV đặt ra gánh nặng lớn đối với sự ổn định tâm lý xã hội và kinh tế của người bệnh và gia đình. Cách tiếp cận bền vững và hiệu quả nhất là ghi danh người sống với HIV vào danh sách chăm sóc mạn tính trong mối quan hệ hợp tác tôn trọng người bệnh. Sức mạnh của một mạng lưới y tế quận/ huyện có thể được đo bằng chất lượng chăm sóc mạn tính ở quận / huyện đó. Vai trò của bác sĩ huyện bao gồm hỗ trợ chăm sóc sức khỏe ban đầu ở những nơi chăm sóc mạn tính, cả trung tâm y tế và khoa khám bệnh của bệnh viện quận / huyện. Chăm sóc dài hạn bệnh lao, chăm sóc HIV mạn tính và sử dụng thuốc được đề cập trong Tập 2 với các kế hoạch bổ sung chăm sóc các bệnh mạn tính khác trong tương lai.

Một số biểu tượng xuất hiện xuyên suốt tài liệu hướng dẫn



Những bệnh lý liên quan đến HIV hoặc những lưu ý đặc biệt trong việc xử trí người bệnh nhiễm HIV. Một số bệnh lý được đánh dấu bằng các dải băng màu đỏ có thể cũng xảy ra ở những người không nhiễm HIV nhưng ít phổ biến hơn.



Chú ý đặc biệt trong xử trí thai phụ, sau sinh và cho con bú.



Những bệnh lý phải khai báo. Đây là những bệnh truyền nhiễm cần báo cáo cho nhà chức trách quốc gia vì sự xuất hiện của chúng có ảnh hưởng lớn đối với công chúng. Những bệnh này thường không phổ biến hoặc thậm chí hiếm, nhưng cần liệt kê trong các băng chẩn đoán phân biệt vì cần sớm nhận biết và cần phải báo cáo ngay những tác nhân gây bệnh và các bệnh nguy hiểm để có biện pháp kiểm soát kịp thời. Xem Mục 21.



Phẫu thuật có thể cần thiết - hội chẩn ngoại khoa.

¹⁴ http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9241546700/en/

Tài liệu hướng dẫn có các Mục sau:

Tập 1

- Mục 1 Giới thiệu, các yêu cầu và nguyên tắc của tài liệu hướng dẫn
- Mục 2 Đánh giá nhanh và phương pháp điều trị cấp cứu
- Mục 3 Phương pháp tiếp cận người bệnh nặng (người bệnh bị bệnh cấp tính đe dọa tính mạng)
- Mục 4 Chấn thương: tiếp cận người bệnh bị chấn thương nặng
- Mục 5 Các xét nghiệm thăm dò
- Mục 6 Phòng chống và kiểm soát nhiễm khuẩn
- Mục 7 Thủ thuật
- Mục 8 Các loại thuốc và phương pháp điều trị

Tập 2

- Mục 9 Chẩn đoán HIV
- Mục 10 Chăm sóc cấp (và bán cấp tính): dựa vào các triệu chứng chính. Cung cấp các chẩn đoán phân biệt và khuyến cáo điều trị đặc biệt (thường theo kinh nghiệm).
- Mục 11 Các bệnh truyền nhiễm tổn thương đa cơ quan, các vấn đề về thận và bệnh ung thư liên quan đến HIV (theo thứ tự ABC)
- Mục 12 Nguyên tắc chung của chăm sóc chuẩn bệnh mạn tính
- Mục 13 Chăm sóc HIV mạn tính với ART và phòng ngừa cấp độ hai
- Mục 14 Chăm sóc và điều trị HIV, phòng ngừa lây truyền từ mẹ sang con trong khi mang thai và kế hoạch hóa gia đình
- Mục 15 Chăm sóc dài hạn bệnh lao, bao gồm lao đa kháng thuốc
- Mục 16 Xử trí ngộ độc rượu, nghiện rượu
- Mục 17 Sử dụng thuốc khác
- Mục 18 Chăm sóc lão khoa
- Mục 19 Phòng ngừa ở trẻ vị thành niên và người lớn
- Mục 20 Chăm sóc giảm nhẹ
- Mục 21 Theo dõi người bệnh, ghi hồ sơ và báo cáo các bệnh phải khai báo

Tham khảo Mục 8 về công thức, liều lượng, tác dụng phụ, chống chỉ định và cảnh báo khi dùng hoặc kê đơn thuốc.

Chăm sóc giảm nhẹ được lồng ghép như thế nào trong tài liệu hướng dẫn

Điều quan trọng là các bác sĩ lâm sàng điều trị đặc hiệu nguyên nhân của bệnh và điều trị cả triệu chứng trong quá trình chăm sóc cấp tính và mạn tính. Điều trị đặc hiệu được tóm tắt trong Mục chăm sóc cấp tính theo các triệu chứng chính (Mục 10), và điều trị triệu chứng hoặc là được tóm tắt hoặc được tham khảo chéo với Mục 20. Mục 20 về chăm sóc giảm nhẹ đề cập đến xử trí đau và các triệu chứng khác, cũng như chăm sóc giai đoạn cuối.

Nhân viên y tế cần hiểu mối quan tâm về chất lượng sống của người bệnh và tôn trọng mong muốn của họ khi bệnh ở giai đoạn cuối. Thường thì các cuộc thảo luận như vậy rất khó khăn trong một hoàn cảnh khẩn cấp. Đối với người bệnh bị bệnh giai đoạn cuối, cần thảo luận trước “các tình huống xấu có thể xảy ra sắp tới” với người bệnh và gia đình khi tình trạng của người bệnh đang còn ổn định. Đối với những người bệnh được chẩn đoán mắc bệnh hiểm nghèo, nên ưu tiên điều trị giảm nhẹ các triệu chứng.

1.6 Biện luận lâm sàng

Quá trình này cần các nhân viên y tế tự tin vào kiến thức và kỹ năng của họ, cũng như biết hạn chế của họ, cung cấp sự chăm sóc tốt nhất có thể cho người bệnh trong điều kiện hạn chế về năng lực chẩn đoán, điều trị và nguồn lực.

Thứ nhất, đối với tất cả người bệnh, phân loại sàng lọc nhanh bệnh nặng, bệnh diễn tiến xấu bằng cách sử dụng Đánh giá nhanh (Mục 2). Điều trị cấp cứu ngay lập tức và thực hiện xét nghiệm cấp cứu.

Sau đó, khai thác thêm thông tin về lý do nhập viện và xem xét các dấu hiệu và triệu chứng. Bảo đảm xem xét kỹ những tình trạng nặng hoặc có khả năng đe dọa đến tính mạng liên quan đến mỗi triệu chứng. Thiết lập khả năng xuất hiện những tình trạng nặng và giữ ở gần đầu danh sách cho đến khi loại trừ một cách an toàn. Nhanh chóng thực hiện xét nghiệm phù hợp và các xét nghiệm thăm dò khác đối với các tình trạng nặng. Bắt đầu xét nghiệm sớm đối với các tình trạng nặng với nguồn lực sẵn có tại các cơ sở y tế.

Tiếp theo, xác định nguyên nhân có thể có của mỗi triệu chứng lúc nhập viện. Sử dụng bảng chẩn đoán phân biệt thích hợp. Điều này liên quan đến một quá trình cân nhắc khả năng một chẩn đoán với các chẩn đoán có thể khác bằng cách thu thập bằng chứng sẵn có - bệnh sử, thăm khám lâm sàng và xét nghiệm thêm. Hãy xem xét:

- Nhân khẩu học người bệnh - tuổi, giới tính, tình trạng mang thai
- Các yếu tố nguy cơ - yếu tố môi trường và bất kỳ yếu tố riêng biệt nào đối với người bệnh
- Những dấu hiệu âm tính quan trọng - nhớ tích cực tìm kiếm để loại trừ những dấu hiệu này.
- Kết hợp các dấu hiệu và triệu chứng liên quan đến một bệnh lý nào đó
- Tiền căn can thiệp trước đây đối với tình trạng bệnh hiện tại.

Xác định tất cả các chẩn đoán (có thể có nhiều hơn một). Lập kế hoạch điều trị và cùng có một kế hoạch điều trị phối hợp, giải quyết một số vấn đề mà một người bệnh bị bệnh cấp tính có thể có. Nếu có nhiều triệu chứng không giải thích được theo thời gian, xem xét khả năng một vấn đề sức khỏe tâm thần (xem Mục 10.11).

Biện luận lâm sàng và sự không chắc chắn của y tế

Nhân viên y tế trong điều kiện nguồn lực hạn chế thường xuyên phải ra những quyết định lâm sàng với sự hỗ trợ chẩn đoán không đầy đủ từ X-quang hoặc xét nghiệm.

Áp dụng biện luận lâm sàng dựa trên kiến thức có được để hỗ trợ việc ra quyết định là yếu tố quyết định quan trọng đối với chất lượng thực hành lâm sàng.

Tư vấn lâm sàng và giám sát hỗ trợ rất quan trọng cho các quyết định lâm sàng và để cải thiện thực hành lâm sàng theo thời gian. Tại các bệnh viện có nguồn lực cao về chẩn đoán và điều trị, việc ra quyết định kém làm lãng phí nguồn lực; một tỷ lệ lớn các biện pháp can thiệp có thể không cần thiết trong khi một số lượng lớn những can thiệp hữu ích lại không được thực hiện cho người bệnh.

Nội dung của những hướng dẫn lâm sàng (như là danh mục các dấu hiệu và triệu chứng và điều trị các bệnh thông thường) rất quan trọng. Tuy nhiên, quá trình ra quyết định lâm sàng khác biệt với những hướng dẫn này. Để có được quyết định lâm sàng dựa trên bằng chứng đòi hỏi đánh giá người bệnh toàn diện, có hệ thống dựa vào bệnh sử và thăm khám lâm sàng, liên kết điều này với thông tin trong hồ sơ bệnh án của người bệnh. Hồ sơ bệnh án đầy đủ và chính xác về người bệnh sẽ cho phép các nhân viên y tế đưa ra quyết định có thông tin tốt hơn.

Mỗi quá trình chẩn đoán bắt đầu với sự không chắc chắn, nhưng đưa ra được chẩn đoán dựa trên kiến thức hiểu biết về bệnh lý và trong bệnh cảnh cụ thể, cũng dựa trên dữ liệu thống kê y sinh học và công cụ hỗ trợ. Các bác sĩ chuyển các thông tin hoặc bằng chứng có sẵn thành quyết định với hành động hợp lý, dựa trên kiến thức, bối cảnh môi trường, kinh tế xã hội và dịch tễ học cùng các dữ liệu tích lũy từ các trường hợp bệnh cụ thể.

Việc đưa ra quyết định lâm sàng tập trung vào chẩn đoán phân biệt (viết tắt CD trong suốt hướng dẫn). Ban đầu, hoạt động này xem xét mở rộng nhiều CD phân biệt, tiếp theo là từng bước loại bỏ các khả năng không có đủ bằng chứng. Quá trình loại bỏ bao gồm cả tìm kiếm bằng chứng hỗ trợ một chẩn đoán cụ thể và bằng chứng để loại trừ một khả năng. Tuy nhiên, chỉ liệt kê các tình trạng bệnh có khả năng giải thích cho các triệu chứng ở một người bệnh thì không đủ, đặc biệt là ở người nhiễm HIV.

Điều quan trọng là phải xem xét các bệnh nặng khác hoặc bệnh kèm theo có thể xảy ra. Cần xem xét đến khả năng bệnh lan tỏa, ảnh hưởng đến nhiều cơ quan, hệ thống cơ thể và các bệnh có triệu chứng đa dạng (xem Mục 11). Cần thiết lập bối cảnh phù hợp bằng cách xem xét các yếu tố nguy cơ của người bệnh, cũng như bất kỳ yêu cầu phòng ngừa nào chưa được đáp ứng.

Tần suất và độ nặng của bệnh có thể ảnh hưởng đến việc phân loại sắp xếp các bệnh trong bảng chẩn đoán phân biệt theo thứ tự các bệnh thường gặp và nặng được xem xét khảo sát trước. Bảng chẩn đoán phân biệt (CD) cần được xem xét trong bối cảnh bệnh tật địa phương, cả những vùng dịch tễ và đại dịch. Xác định tình trạng miễn dịch của một người bệnh nhiễm HIV có hữu ích trong phân loại sắp xếp khả năng của một tác nhân gây bệnh cụ thể. Việc thăm khám bổ sung hoặc lặp đi lặp lại, xét nghiệm và xét nghiệm thăm dò khác, hội chẩn chuyên khoa và xem xét các dịch bệnh địa phương có thể hỗ trợ xác định hay loại trừ chẩn đoán. Điều quan trọng là thực hiện sớm các xét nghiệm cho các tình trạng bệnh nặng với nguồn lực sẵn có tại cơ sở y tế (xem Mục 5.1).

Nếu không thể xác định chẩn đoán tại cơ sở y tế địa phương, xem xét giới thiệu chuyển viện hoặc điều trị theo kinh nghiệm các tình trạng bệnh thông thường hoặc đe dọa tính mạng tùy thuộc vào phác đồ hướng dẫn địa phương. Đối với tất cả xét nghiệm thăm dò và điều trị, cần đánh giá nguy cơ, lợi ích và chi phí xét nghiệm so với điều trị theo kinh nghiệm. Theo thời gian, có thể cần điều chỉnh chẩn đoán ban đầu và đánh giá lại diễn tiến lâm sàng, đặc biệt là tình trạng của người bệnh có được cải thiện hay không theo khung thời gian dự kiến.

Thiết lập chẩn đoán lâm sàng bằng cách sử dụng các bằng chứng chẩn đoán phân biệt khác nhau

1. Sử dụng các bằng chứng chẩn đoán phân biệt để thiết lập mối liên hệ giữa đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán bệnh nền tương ứng có thể.
2. Ưu tiên danh sách các chẩn đoán có thể dựa vào tình trạng bệnh lý có nhiều khả năng xảy ra trong bối cảnh cụ thể hoặc đe dọa tính mạng.
3. Đề nghị và thực hiện các xét nghiệm chẩn đoán chuyên biệt (ví dụ chọc dò dịch não tủy vùng thắt lưng, xét nghiệm mẫu cạo da, chọc hút sinh thiết bằng kim nhỏ) để hỗ trợ hay loại trừ chẩn đoán từ danh sách các chẩn đoán phân biệt ban đầu.
4. Xác định người bệnh cần nhập viện.
5. Xác định có hay không dấu hiệu lâm sàng hoặc kết quả xét nghiệm hỗ trợ chẩn đoán bệnh từ danh sách chẩn đoán phân biệt ban đầu.
 - a. Nếu có, điều trị phù hợp.
 - i. Nếu điều trị thành công, theo dõi người bệnh theo chỉ định.
 - ii. Nếu điều trị không thành công, đánh giá lại người bệnh, điều chỉnh chẩn đoán và quay lại bước 1.
 - b. Nếu không, đánh giá lại người bệnh, điều chỉnh chẩn đoán và trở về bước 1.
6. Nếu chẩn đoán không chắc chắn:
 - a. Xem xét bắt đầu điều trị theo kinh nghiệm cho các tình trạng bệnh nặng hoặc đe dọa tính mạng.
 - b. Xem xét bắt đầu điều trị theo kinh nghiệm cho các tình trạng bệnh không nặng nếu chẩn đoán nghi tới nhiều nhất và điều trị có thể hiệu quả.

Cải thiện quyết định lâm sàng thường đi đôi với kinh nghiệm và kiến thức về mô hình bệnh tật của địa phương. Đối với nhân viên có ít kinh nghiệm, giám sát hỗ trợ và tham vấn chuyên môn lâm sàng rất quan trọng trong việc xây dựng sự tự tin.

Tránh sai sót trong biện luận lâm sàng

Các nguyên tắc sau đây thường được trích dẫn để hướng dẫn quá trình biện luận lâm sàng.

- Hãy thử nghĩ về một bệnh duy nhất giải thích hầu hết hoặc tất cả các dấu hiệu lâm sàng (“dao cạo của Occam”). Nguyên tắc này không phải lúc nào cũng áp dụng ở người già và ở người bệnh suy giảm miễn dịch (ví dụ như người bệnh nhiễm HIV đang tiến triển), những người có thể có nhiều bệnh lý xảy ra tại cùng lúc, cùng một cơ quan hoặc trong các cơ quan khác nhau của cơ thể.
- Ngay cả khi một biểu hiện lâm sàng trông tương tự hoặc là “đại diện của” một bệnh lý cụ thể, điều này không chứng minh nguyên nhân là do bệnh lý đó. Các bệnh phổ biến đôi khi có những biểu hiện không phổ biến và những bệnh không phổ biến đôi khi có thể biểu hiện giống như những bệnh rất phổ biến.
- Một biểu hiện không phổ biến của một bệnh phổ biến thường là nhiều hơn so với một biểu hiện điển hình của một bệnh không phổ biến. (Xem xét “Luật của Sutton” đặt theo tên của một tên cướp ngân hàng nổi tiếng, kẻ đã giải thích rằng hãn cướp ngân hàng bởi “đó là nơi có tiền”). Điều này cho thấy một bác sĩ cần xem xét các nguyên nhân phổ biến trong khu vực địa phương đối với các triệu chứng của người bệnh trước khi xem xét các nguyên nhân không phổ biến.)
- Hãy xem điều gì có thể giết chết người bệnh một cách nhanh chóng, ngay cả khi chẩn đoán có thể không phổ biến (điều này đối nghịch Luật của Sutton).
- Lập kế hoạch điều trị theo kinh nghiệm hoặc điều trị triệu chứng cho những nguyên nhân phổ biến nhất và những nguyên nhân có thể nặng nhất (đe dọa tính mạng).
- Tránh ngưng sớm quá trình chẩn đoán. Bắt đầu với nhiều chẩn đoán phân biệt rộng để không sớm loại bỏ những chẩn đoán không có đủ bằng chứng.
- Không quá tự tin. Tìm lý do tại sao quyết định có thể sai và xem xét các giả thuyết thay thế.
- Đặt những câu hỏi phản biện, cũng như chứng minh giả thuyết hiện tại.
- Các tình trạng bệnh lý được chẩn đoán lỗ gần đây, đặc biệt là những tình trạng bệnh rất ấn tượng hoặc đã mắc một sai lầm ở trường hợp đó mà cần tránh trong tương lai.
- Tránh “tương quan ảo tưởng”. Điều này có nghĩa rằng chỉ vì hai dấu hiệu xuất hiện cùng nhau, thì điều đó không nhất thiết là cái này gây ra cái kia.
- Biết những gì bạn không biết. Nếu bạn có một lỗ hổng kiến thức, hãy thừa nhận điều đó và tìm kiếm các thông tin còn thiếu, ví dụ: từ một cuốn sách, từ các đồng nghiệp của bạn, một cố vấn lâm sàng, từ đường dây nóng (một dịch vụ tư vấn điện thoại mà gọi lại cho người sử dụng trong một thời gian ngắn với các thông tin và hỗ trợ có liên quan), hoặc từ các trang web có uy tín.

2. Đánh giá nhanh và điều trị cấp cứu

Mục lục

2. Đánh giá nhanh và điều trị cấp cứu trẻ vị thành niên và người lớn	15
Đánh giá nhanh đối với trẻ vị thành niên và người lớn	18
Đánh giá đầu tiên: Đường thở và hô hấp	18
Sau đó đánh giá: tuần hoàn (sốc hoặc mất máu nặng)	20
Rối loạn tri giác/co giật	22
Đau do nguyên nhân đe dọa tính mạng	24
Những dấu hiệu và triệu chứng ưu tiên	26
Cách xử trí người bệnh bị dị vật đường thở	28
Cách cho adrenaline	29
Điều trị cấp cứu	30
Cách xử trí đường thở	30
Cách cung cấp oxy	34
Cách cung cấp oxy tăng dần	35
Nếu thở khô khè - làm thế nào để cho thuốc giãn phế quản theo trình tự	38
Làm thế nào để đặt đường truyền tĩnh mạch và truyền dịch nhanh	40
Cách cho naloxone	41
Làm thế nào để cung cấp glucose	42
Làm thế nào để cho diazepam đường tĩnh mạch hoặc trực tràng	42
Làm thế nào để đặt người bệnh ở tư thế nằm nghiêng an toàn	43
Làm thế nào để cho kháng sinh TM/TB theo kinh nghiệm đối trong xử trí cấp cứu	43
Làm thế nào để điều trị kháng sốt rét khẩn cấp nếu nghi ngờ do falciparum	44
Làm thế nào để điều trị cấp cứu thuốc kháng virus	44
Cách cố định cột sống CHO ĐẾN KHI XÁC ĐỊNH RÕ RÀNG: KHÔNG BỊ THƯƠNG TÍCH CỘT SỐNG	45
Làm thế nào để loại trừ chấn thương cột sống cổ rõ ràng và có thể bỏ nẹp cổ	46

Làm thế nào để xử trí chấn thương đầu nặng	46
Làm thế nào để xử trí tràn khí màng phổi áp lực hoặc tràn máu màng phổi lượng nhiều	47
Làm thế nào để điều trị vết thương hút ngực	47
Cách băng ép cầm máu	48
Làm thế nào để gắn băng bụng vùng chậu	48
Cách xử trí xuất huyết tiêu hóa trên nặng	49
Làm thế nào để xử trí ho ra máu lượng nhiều.....	49
Xử trí bệnh nhân chảy máu mũi nặng (chảy máu cam)	50
Xuất huyết âm đạo ở phụ nữ mang thai hoặc phụ nữ lứa tuổi sinh đẻ	51
Cách xoa bóp tử cung và lấy ra các cục máu đông	53
Cách làm phồng bao cao su trên ống thông Foley để chèn ép chảy máu tử tử cung	54
Làm thế nào để thực hiện nén tử cung bằng hai tay	55
Cách ấn động mạch chủ	55
Cách sử dụng oxytocin	55
Cách lấy nhau thai bằng tay trong chảy máu sau khi sinh	56
Sau khi lấy nhau thai bằng tay	57
Cách dùng misoprostol cho chảy máu sau sinh nếu không đáp ứng với oxytocin và ergometrine	57
Cách dùng Magnesium sulfate	58
Các lưu ý quan trọng trong việc chăm sóc một phụ nữ bị sản giật hoặc tiền sản giật	59
Cách sử dụng ketamine theo phác đồ	59
Xử trí bệnh nhân hưng dữ hoặc rất kích động	60
Xử trí người bệnh tự tử/tự làm hại mình	62
Xử trí đường thở nâng cao: đối với bác sĩ lâm sàng tuyến huyện được đào tạo	63
Chuyển viện người bệnh nặng lên tuyến trên	71
Cách vận chuyển các người bệnh nặng	72
Xe dụng cụ cấp cứu	73

2. Đánh giá nhanh và điều trị cấp cứu trẻ vị thành niên và người lớn

Việc đánh giá nhanh được thực hiện cho tất cả người bệnh khi đến cơ sở y tế. Các dấu hiệu cấp cứu ABC (đường thở, hô hấp, tuần hoàn, tri giác, co giật) là một nhóm đặc biệt các dấu hiệu khẩn cấp cần được đánh giá nhanh và thường xuyên.

Phân loại là quá trình sàng lọc người bệnh nhanh chóng ngay sau khi đến bệnh viện để xác định:

- Người bệnh có dấu hiệu khẩn cấp cần điều trị cấp cứu ngay lập tức;
- Người bệnh có dấu hiệu ưu tiên cần được ưu tiên và xếp ở đầu hàng để họ có thể được đánh giá và điều trị không chậm trễ;
- Người bệnh không khẩn cấp, không có dấu hiệu cấp cứu cũng như ưu tiên có thể xếp hàng.

Phần này sẽ hướng dẫn chung cho nhân viên y tế toàn bệnh viện. Đánh giá nhanh bao gồm cả đánh giá đầu tiên ngay lập tức khi người bệnh đến bệnh viện và đánh giá lại người bệnh trong bệnh viện, hoặc đang chờ đợi trong phòng cấp cứu.

4 cột của Đánh giá nhanh trên các trang 18-24 (và trên biểu đồ Đánh giá nhanh) được sử dụng như sau:

1. Đánh giá các dấu hiệu cấp cứu (cột bên trái trong Đánh giá nhanh) nên được thực hiện bởi bất kỳ nhân viên nào của bệnh viện, kể cả những người gác cổng. Dấu hiệu cấp cứu được khoanh tròn màu đỏ trên biểu đồ Đánh giá nhanh. Nếu xuất hiện bất kỳ dấu hiệu khẩn cấp nào, gọi giúp đỡ!
2. Điều trị cấp cứu ban đầu (cột thứ hai) nên được cung cấp ngay lập tức bởi các điều dưỡng hoặc bác sĩ khác tiếp nhận người bệnh.
3. Nếu có chấn thương, họ cũng nên làm theo các hướng dẫn ở cột thứ ba, cột chấn thương.
4. Cột thứ tư bên tay phải tóm tắt phương pháp điều trị khẩn cấp. Cột này chỉ đạo các bác sĩ huyện tiếp tục các hoạt động xử trí khác đối với người bệnh nặng (xem phần 3). Cần tham khảo thêm IMPAC MCPC 1 (Xử trí các biến chứng trong thời kỳ mang thai và sinh nở) và IMEESC, những hướng dẫn chấn thương áp dụng cho tất cả các độ tuổi.¹⁵

Sử dụng IMCI ETAT (lọc bệnh và xử trí cấp cứu, xử trí lồng ghép bệnh trẻ em) cho trẻ em dưới 5 năm tuổi (chứ không phải là những hướng dẫn này). Phiên bản dành cho trẻ em có thể được tìm thấy trong Sổ tay Chăm sóc Bệnh viện đối với trẻ em http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9241546700/en/index.html

¹⁵ Chăm sóc phẫu thuật tại bệnh viện huyện. WHO, năm 2003 <http://www.who.int/surgery/publications/en/SCDH.pdf>

Một số phần của mục này đã được chuyển thể từ Chăm sóc phẫu thuật tại bệnh viện huyện¹⁶. Để thêm thông tin về đánh giá và điều trị phẫu thuật triệt để cũng như chăm sóc người bệnh nội trú đối với những người bệnh chấn thương, xem hướng dẫn này và bộ công cụ IMEESC, có thể truy cập tại <http://www.who.int/surgery/publications/imeesc/en/index.html>.

Ngoài ra, sử dụng các hướng dẫn điều trị trong IMPAC MCPC 1 (Xử trí các biến chứng trong thai kỳ và lúc sinh) và PCPNC¹⁷ (chăm sóc thai phụ lúc sinh, sau sinh và trẻ sơ sinh) khi xử trí phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ có thể mang thai (đề cập trên trang 19-24, 50).

Sử dụng biện pháp phòng ngừa kiểm soát lây nhiễm trong quá trình phân loại, kiểm tra nhanh và điều trị cấp cứu

- Biện pháp phòng ngừa chuẩn cần được thực hiện đối với tất cả các người bệnh.
- Thêm biện pháp phòng ngừa lây nhiễm đặc biệt qua không khí, tiếp xúc, giọt bắn đối với các thủ thuật tạo khí dung khi thích hợp (xem phần 6).

Từ viết tắt

AVPU	Tỉnh táo, đáp ứng với lời nói, đáp ứng với đau, không đáp ứng
l	Lít
oxy 5 litres	5 lít/phút
Hb	Hemoglobin
LR	LR: Lactat Ringers
NS	NS: Normal saline: nước muối sinh lý (0,9%)
RR	NT: nhịp thở
SBP 90	HATT: huyết áp tâm thu 90 mmHg
SpO₂ 90	Độ bão hòa oxy mạch 90%

¹⁶IMPAC Xử trí biến chứng trong thai kỳ và sinh con. WHO, 2003 http://www.who.int/making_pregnancy_saf-er/documents/9241545879/en/index.html

¹⁷www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/924159084X/en/

Ghi chú

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Đánh giá nhanh đối với trẻ vị thành niên và người lớn

DẤU HIỆU CẤP CỨU

Tất cả nhân viên y tế có thể đánh giá những dấu hiệu này. Nếu có dấu hiệu xuất hiện, người bệnh bị bệnh nặng. Kêu gọi giúp đỡ. Nhân viên y tế điều trị cấp cứu ngay.

ĐIỀU TRỊ CẤP CỨU BAN ĐẦU

Nếu có bất kỳ dấu hiệu cấp cứu nào, bác sĩ và điều dưỡng cần điều trị cấp cứu ngay, kêu gọi giúp đỡ và đặt đường truyền tĩnh mạch. Sau khi đánh giá nhanh, xét nghiệm đường huyết, xét nghiệm nhanh chẩn đoán sốt rét, hemoglobin. Đảm bảo đánh giá đầy đủ những dấu hiệu sinh tồn và SpO₂ tất cả các người bệnh có dấu hiệu cấp cứu và tiếp tục theo dõi các dấu hiệu này.

Đánh giá đầu tiên: Đường thở và hô hấp

- Xuất hiện tắc nghẽn hoặc
- Tim trung tâm hoặc
- Suy hô hấp nặng

Kiểm tra tắc nghẽn (thở ồn ào), khô khè, nghẹt thở, không thể nói

Không cử động cổ nếu có thể chấn thương cột sống cổ - bất động cột sống (xem trang 29).

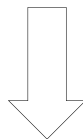
Nếu đường thở bị tắc nghẽn:

- Nếu do dị vật, xử trí dị vật đường thở (xem tr. 27).
- Nếu nghi ngờ sốc phản vệ, cho epinephrine 1:1000 (adrenaline) TB - 0,5 ml nếu 50 kg trở lên, 0,4 ml nếu 40 kg, 0,3 nếu 30 kg (xem tr. 28).

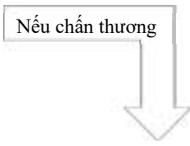
Đối với tất cả người bệnh:

- Xử trí đường thở (xem tr. 30).
- Thở oxy 5 lít/p (xem p.34).
- Nếu hô hấp không hiệu quả, bóp bóng với mặt nạ túi khí dự trữ (xem tr. 31).
- Giúp người bệnh ở tư thế thoải mái.
- Nếu thở khô khè, cho salbutamol (xem tr. 37).

SAU ĐÓ ĐÁNH GIÁ: TUẦN HOÀN



Sử dụng biểu đồ này để đánh giá phân loại, sau đó điều trị cấp cứu. Đánh giá tình trạng mang thai của phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ để xử trí và chuyển viện thích hợp.



Nếu chấn thương đầu hoặc cổ, xử trí đường thở và bất động cột sống (xem tr. 44-45).

Tìm dấu hiệu TKMP

- Suy hô hấp
- Lệch khí quản
- Giảm âm phế bào
- Tụt huyết áp

Điều trị giảm áp
 bằng cách dùng kim chọc hút dẫn lưu cấp cứu tràn khí màng phổi áp lực

- Cho thở oxy 5 lít (xem tr. 34-36).
- Nếu có vết thương ngực hở kèm TKMP -> điều trị (xem trang 46.).
- Điều trị đau (Phần 20).
- Nếu chấn thương ngực, hội chẩn chuyên khoa để có thể can thiệp phẫu thuật

Sử dụng các **biện pháp phòng ngừa chuẩn** cho tất cả người bệnh.

Sử dụng **biện pháp phòng ngừa giọt bắn** nếu nhiễm trùng đường hô hấp cấp.

Thêm **biện pháp phòng ngừa qua đường không khí** nếu xử trí đường thở hoặc đặt nội khí quản.
 Xem Phần 6.

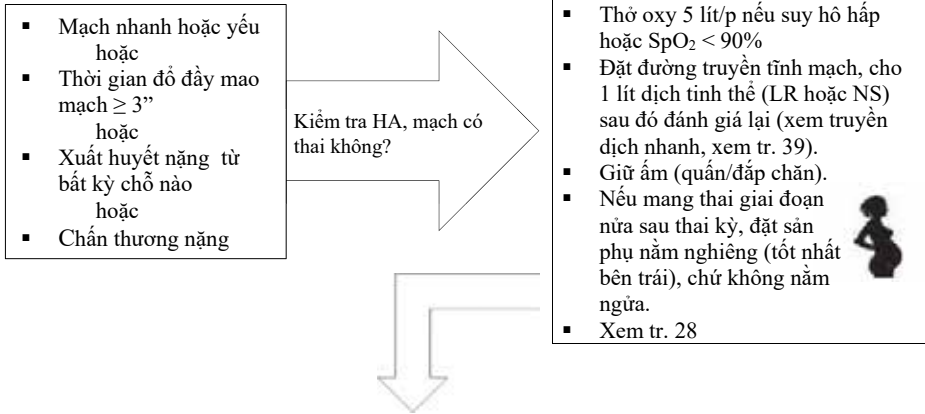
TIẾP TỤC XỬ TRÍ CẤP CỨU NGƯỜI BỆNH CÓ DẤU HIỆU CẤP CỨU

Hoàn thành phần còn lại của Đánh giá nhanh:

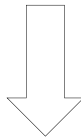
- Đếm mạch, NT; đo HA, SpO₂
- Chỉnh lưu lượng oxy để SpO₂ > 90%
- Cho kháng sinh nếu sốt và NT > 30 (xem Phần 3.2)
- Cho kháng vi rút nếu nghi ngờ cúm
- Đặt đường truyền tĩnh mạch và bắt đầu truyền dịch 1 ml/kg/giờ.

Nếu...	Thì...
Người bệnh bị bệnh nặng khó thở: Xem xét phổi cảm do co thắt phế quản	Xem phần 3.2.
Nếu thở khò khè vừa - nặng tiếp tục	Cho salbutamol (một liều khác) và ipratropium (xem tr. 37).
	Xem Phần 3.2 các nguyên nhân thở khò khè khác
Co đồng tử và nghi ngờ ngộ độc phospho hữu cơ	Cho atropine. Xem phần 3.8.
Co đồng tử và nghi ngờ ngộ độc thuốc phiện và NT < 10 hoặc SpO ₂ < 90%	Hỗ trợ thông khí và cho naloxone. Xem tr.22 và Phần 3.6.
Nghi ngờ ngộ độc khác hoặc rắn cắn	Xem phần 3.8 và 3.9.
Nghi ngờ bong đường thở do hít phải	Xem phần 3.2 và 3.10.

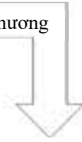
Sau đó đánh giá: tuần hoàn (sốc hoặc mất máu nặng)



SAU ĐÓ ĐÁNH GIÁ: TRI GIÁC/CO GIẬT



Nếu chấn thương



Nếu chấn thương và người bệnh bị sốc (HATT<90, mạch>110) hoặc nghi ngờ xuất huyết nội hoặc xuất huyết bên ngoài đáng kể.

- Cho thở oxy 5 lít/ph nếu SpO₂ < 90 hoặc suy hô hấp
- Truyền dịch tĩnh mạch nhanh (xem tr. 39).
- Giữ ấm
- Gửi máu ngay để định nhóm máu và phân ứng chéo.

Nếu xuất huyết bên ngoài:

- Băng ép cầm máu ngay lập tức (xem tr. 47).

Nếu nghi ngờ xuất huyết nội:

xuất huyết không thể băng ép, không kiểm soát được, được (bụng, ngực, xương chậu hoặc gãy xương dài) cần can thiệp phẫu thuật khẩn cấp.

- Nếu gãy xương đùi - nẹp bất động (xem Phần 4).
- Nếu gãy xương chậu - băng ép vùng chậu (xem tr. 47).
- Gọi giúp đỡ và lập kế hoạch can thiệp phẫu thuật khẩn cấp (xem phần 4).
- Nếu người bệnh vẫn còn sốc sau 2 lít dịch truyền tĩnh mạch - truyền máu (xem phần 4).

TIẾP TỤC XỬ TRÍ CẤP CỨU NGƯỜI BỆNH CÓ DẤU HIỆU CẤP CỨU

Quyết định loại sốc và điều trị phù hợp (xem phần 3.1)

Nếu...	Thì...
Sốc , xem xét sốc nhiễm trùng và sốc rét	Cho thuốc kháng sinh theo kinh nghiệm (xem trang 42) Thuốc kháng sốt rét và glucose (nếu đường máu thấp hoặc không rõ). Cấy máu nếu có thể trước khi bắt đầu dùng thuốc kháng sinh. Xem Phần 3.1.
Nghi ngờ suy tim, sốc tim hoặc thiếu máu nặng	Thận trọng với cung cấp dịch. Xem Phần 3.2.
Tiêu chảy	Phân loại mất nước. Nếu nặng, truyền dịch nhanh chống sốc và điều trị theo phác đồ C. Xem các phần 3.1.2 và 10.7.
Xuất huyết âm đạo	Đánh giá tình trạng mang thai, lượng máu chảy và điều trị. Xem tr. 50-52.
Chảy máu mũi nhiều	Xem tr. 49.
Nôn ra máu	Xem tr. 48.

Rối loạn tri giác/co giật

- Rối loạn tri giác hoặc
- Co giật

Có thai không?

Không cử động cổ nếu chấn thương cột sống cổ.

Đối với tất cả:

- Tránh ngã hoặc chấn thương.
- Xử trí đường thở và hỗ trợ người bệnh ở tư thế nằm nghiêng an toàn (xem tr.29).
- Thở oxy 5 lít/p.
- Gọi giúp đỡ nhưng không để người bệnh một mình.
- Cho đường (nếu đường huyết thấp hoặc không rõ) (xem tr. 41).
- Kiểm tra (sau đó theo dõi và ghi lại) mức độ tri giác theo thang AVPU.

Nếu co giật:

- Cho diazepam TM hoặc bơm Trục tràng (xem tr. 41).
- Nếu co giật trong nửa sau thai kỳ hoặc sau khi sinh đến một tuần, cho magiê sunfat hơn là diazepam (xem tr. 57).¹
- Sau đó kiểm tra HATT, mạch, NT, nhiệt độ.

Nếu con co giật tiếp tục sau 10 phút:

- Tiếp tục theo dõi đường thở, thở, tuần hoàn.
- Kiểm tra lại đường huyết.
- Cho liều diazepam thứ hai (trừ khi mang thai/sau khi sinh).
- Hội chẩn để bắt đầu sử dụng phenytoin (xem phần 3.5).



¹⁸Khuyến cáo của WHO đối với phòng ngừa và điều trị tiền sản giật và sản giật. WHO, năm 2011 có sẵn tại http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241548335/en/index.html

Nếu chấn thương



Kiểm tra các dấu hiệu chấn thương đầu và cột sống nặng:

- **Bất động cột sống (Xem tr. 44).**
- **Cho thở oxy 5 lít/p**
- **Sử dụng phương pháp lăn gỗ khi di chuyển người bệnh**
- **Bộc lộ toàn thân người bệnh để thăm khám toàn diện**
- **Nhìn /cảm nhận sự biến dạng của hộp sọ.**
- **Tim:**
 - Đồng tử không đều hoặc không phản ứng với ánh sáng
 - Máu/dịch chảy ra từ tai hoặc mũi
 - Các chấn thương liên quan (cột sống, ngực, xương chậu) (xem phần 4)
- **Hội chẩn chuyên khoa ngoại.**

TIẾP TỤC XỬ TRÍ CẤP CỨU NGƯỜI BỆNH CÓ DẤU HIỆU CẤP CỨU

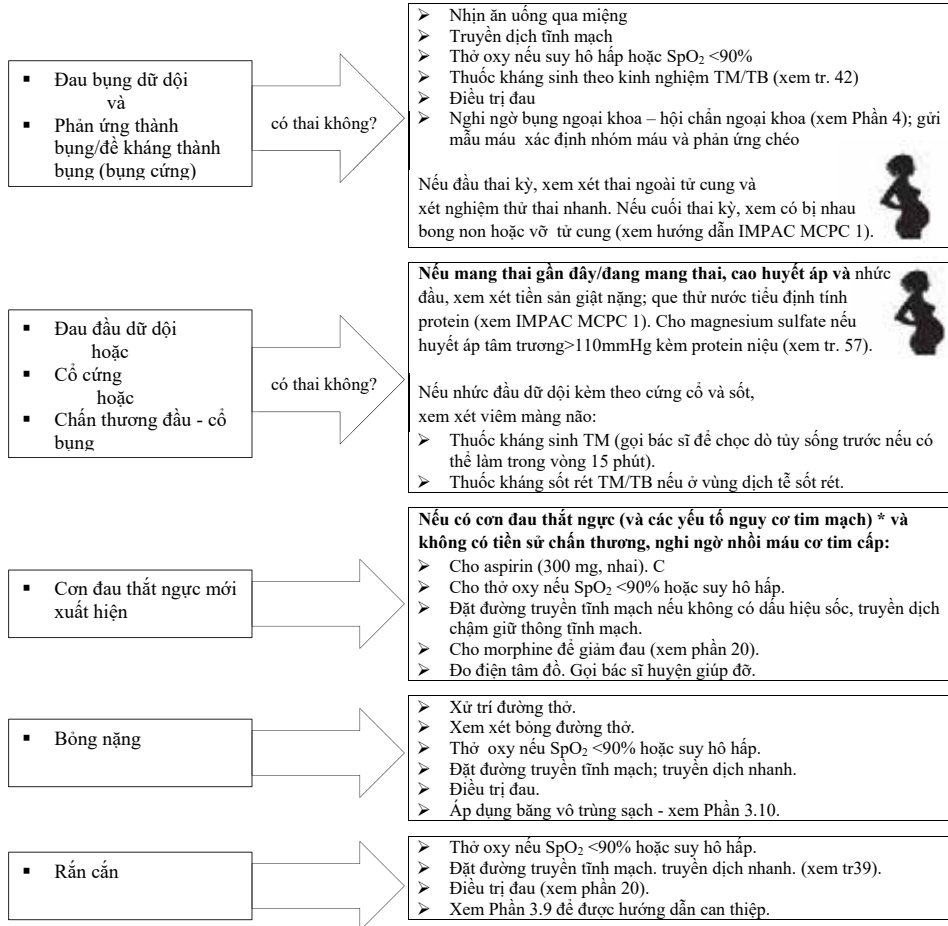
Nếu...	Thì...
Rối loạn tri giác	xem phần 3.4.
Co giật	xem phần 3.5.
Sốt	Cho thuốc kháng sinh theo kinh nghiệm (xem tr 42) Cho thuốc kháng sốt rét nếu vùng dịch tễ sốt rét (xem phần 11.25).
Đồng tử co nhỏ và nghi ngờ ngộ độc phospho hữu cơ	Cho atropine. Xem phần 3.8.
Đồng tử co nhỏ và nghi ngờ ngộ độc thuốc phiện và NT <10 hoặc SpO₂ <90%	Hỗ trợ thông khí và cho naloxone. Xem tr. 31 và phần 3.6
Ngộ độc rượu hoặc hội chứng cai nghiện	Xem phần 3.7
Ngộ độc	Xem phần 3.8
Rắn cắn	Xem phần 3.9

Đau do nguyên nhân đe dọa tính mạng

Thông thường:

- Không thể đi được
- Và mờ mắt
- Đề kháng với đau/tư thế bất thường
- Rất im lặng hoặc rên rỉ

Nếu có những triệu chứng này thì kiểm tra HA, mạch, NT, nhiệt độ và tìm kiếm:



* Để thích ứng quốc gia.

Sau Đánh giá nhanh, thử đường máu và hemoglobin máu, soi tìm ký sinh trùng sốt rét (nếu chưa có ngay thì xét nghiệm chẩn đoán nhanh sốt rét có thể được thực hiện trong khi chờ đợi kết quả của lam phết máu). Đảm bảo đánh giá đầy đủ những dấu hiệu sinh tồn và SpO₂ tất cả các người bệnh có dấu hiệu cấp cứu và tiếp tục theo dõi các dấu hiệu này.

Nếu chấn thương



Không cử động cổ nếu chấn thương cột sống cổ.

Nếu chấn thương kèm với đau bụng:

- Xem xét có thể tổn thương gan hoặc lách.
- Nếu vết thương xuyên thấu bụng hoặc bụng căng chướng hoặc đau:
 - Kiểm tra Hb.
 - Gửi mẫu máu để định nhóm máu và phân ứng chéo.
 - Xem xét rửa phúc mạc chẩn đoán hoặc siêu âm để kiểm tra xem có xuất huyết nội không.

Nếu chấn thương với đau cổ hoặc chấn thương cột sống cổ có thể:

KHÔNG CỬ ĐỘNG CỔ => bất động cổ (xem trang 44.)

- Nếu nhức đầu dữ dội, xử trí như chấn thương đầu (xem tr. 44).

Nếu chấn thương ngực:

- Sờ nắn ngực xem có gãy xương sườn.
 - Nếu có, xem xét tràn khí màng phổi (xem tr. 46).

TIẾP TỤC XỬ TRÍ CẤP CỨU NGƯỜI BỆNH CÓ DẤU HIỆU CẤP CỨU

Nếu...	hì...
Chấn thương	Xem phần 4.
Mang thai đau bụng hoặc nhức đầu dữ dội với cao huyết áp	Quyết định xem có tiền sản giật nặng không Xem Hướng dẫn IMPAC MCPC
Nhức đầu dữ dội	Xem phần 10.10b.
Nghi ngờ nhồi máu cơ tim cấp	Thực hiện theo hướng dẫn quốc gia Xem phần 3.3 để chẩn đoán.
Bóng nặng	Xem phần 3.10.
Rắn cần	Xem phần 3.9.

Những dấu hiệu và triệu chứng ưu tiên

Sau khi sàng lọc các dấu hiệu cấp cứu, sàng lọc tất cả người bệnh có dấu hiệu ưu tiên.

Dấu hiệu ưu tiên cho kiểm soát nhiễm khuẩn: nếu ho hay các dấu hiệu khác của bệnh đường hô hấp, áp dụng kiểm soát nguồn lây (sử dụng giấy vệ sinh, khăn tay hoặc khẩu trang y tế) cho người bệnh trong phòng chờ khi ho hoặc hắt hơi và thực hiện vệ sinh tay. Nếu có thể, bố trí người bệnh cách xa các người bệnh khác ít nhất 1 mét hoặc trong một phòng riêng và đánh giá càng sớm càng tốt - xem Phần 6.

Dấu hiệu ưu tiên:

- Có dấu hiệu suy hô hấp hoặc khó thở
- Kích động
- Rất nhợt nhạt
- Rất yếu/ôm
- Ngất xỉu gần đây
- Xuất huyết:
 - Ho ra máu nhiều
 - Xuất huyết tiêu hóa (nôn hoặc trong phân)
 - Xuất huyết ngoài
- Gãy xương hoặc trật khớp
- Bong
- Động vật đại cắn
- Tiêu chảy > 5 lần mỗi ngày
- Thay đổi thị lực
- Mối mất chức năng (có thể đột quy)
- Nghi ngờ hiếp dâm/lạm dụng tình dục
- Phát ban mới lan rộng cùng với bong da và tổn thương niêm mạc (Stevens-Johnson,...)
- Đau cấp, ho hoặc khó thở, cương cứng dương vật hoặc sốt ở người bệnh có bệnh hồng cầu liềm

Kiểm tra HA, mạch và nhiệt độ

- Có dấu hiệu suy hô hấp hoặc khó thở - đo SpO₂; thở oxy 5 lít nếu SpO₂ < 90% (xem Phần 3.2 và 10.6).
- Nếu thở khô khè, cho salbutamol (xem tr.38 và Mục 3.2.4).
- Nếu có hành vi bạo lực hoặc rất kích động, bảo vệ, trấn an và làm dịu người bệnh theo cách thích hợp (xem tr. 59). Kiểm tra đường máu và SpO₂ và xem xét nguyên nhân (xem Phần 3.4).

Tiến hành xử trí tạm thời nếu không có bác sĩ:

- Đo hemoglobin nếu xuất huyết, xanh xao, yếu, ngất, đau bụng.
- Nếu tiêu phân đen hoặc nôn ra máu, xử trí như tr. 48 và cho nhập viện.
- Nếu ho ra máu nhiều (Xem tr. 48).
- Nếu có thể nhìn thấy biến dạng, đánh giá và điều trị gãy xương có thể/trật khớp (xem Phần 4).
- Xử trí bong (Xem Phần 3.10).
- Nếu nghi ngờ hiếp dâm hoặc lạm dụng (Xem phần 4).
- Nếu có cơn đau tắc mạch từ bệnh hồng cầu liềm - kiểm soát cơn đau, bù nước và thở oxy nếu SpO₂ < 90% (Xem Phần 10,18).

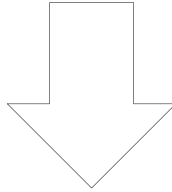
Người bệnh cần được đánh giá lâm sàng và không nên xếp hàng chờ đợi. **Lặp lại Đánh giá nhanh nếu xếp hàng hơn 20 phút.**

Trong tất cả các trường hợp chấn thương, xem xét:

- Rượu có thể là nguyên nhân? Nếu có, tư vấn về tác hại khi sử dụng rượu.
- Sử dụng thuốc có thể là nguyên nhân? Nếu có, tư vấn và điều trị.
- Liệu đây có phải là muốn tự tử? Nếu có thể, hỏi người bệnh, bạn đã cố gắng để gây tổn hại cho chính mình phải không? (Xem p. 61 và mục 10.11).
- Lạm dụng tình dục có liên quan không? (Xem phần 4.4.).
- Bạo lực giữa các cá nhân có thể là nguyên nhân? Có nguy cơ xảy ra bạo lực nữa? Nếu có, giúp can thiệp việc này và ngăn ngừa bạo lực xảy ra.

Nếu không có dấu hiệu cấp cứu và
không có dấu hiệu ưu tiên,

KHÔNG KHẨN CẤP



- Người bệnh có thể xếp hàng chờ khám
- Chăm sóc thường xuyên và sử dụng các hướng dẫn xử trí thích hợp
- Lập lại đánh giá nhanh nếu diễn tiến xấu

Cách xử trí người bệnh bị dị vật đường thở

Nghi ngờ tắc nghẽn đường thở do dị vật nếu suy hô hấp xảy ra đột ngột trong khi ăn uống, người bệnh giữ chặt cổ họng của họ, hoặc khi có ho không thành tiếng, tím tái, thở rít.

TRƯỜNG HỢP NGƯỜI BỆNH TỈNH TÁO

Nếu người bệnh có thể nói chuyện hoặc ho

- Khuyến khích người bệnh ho và quan sát một cách cẩn thận cho đến khi loại bỏ được tắc nghẽn.

Nếu người bệnh không có khả năng nói chuyện hoặc ho

- Báo người bệnh rằng bạn sẽ giúp họ.
- Ấn mạnh 5 cái vào vùng thượng vị (nếu người bệnh đang mang thai ấn mạnh vào ngực):
 - Đứng sau người bệnh.
 - Giữ người bệnh đứng nếu có thể.
 - Nắm một tay lại đặt ngay dưới xương ức.
 - Đặt tay kia lên nắm đấm.
 - Ấn vào trong lên trên nhanh, mạnh, điều này sẽ tạo áp lực không khí trong phổi giúp người bệnh tống xuất dị vật gây tắc ra khỏi đường thở.
- Nếu vẫn tắc nghẽn, đấm vào lưng 5 cái.
- Lặp lại hoạt động ấn vào bụng sau đó lại đấm vào lưng cho đến khi người bệnh nói hoặc ho được hoặc người bệnh trở nên bất tỉnh

Ấn vào
bụng



Nếu người bệnh
đang mang thai
ấn vào ngực



TRƯỜNG HỢP NGƯỜI BỆNH BẤT TỈNH

- Đặt người bệnh nằm trên bề mặt cứng, khai thông đường thở và bóp bóng qua mặt nạ hơi thở (BVM) 2 cái nếu có.
- Nếu bạn có thể nhìn thấy dị vật trong miệng, dùng tay loại bỏ nó (nếu soi thanh quản có sẵn thì có thể sử dụng để tìm kiếm dị vật).
- Ấn vào bụng 5 cái

Cách cho adrenaline

- Đối với sốc phản vệ: cho adrenaline 1:1000 TB 0,5 ml nếu 50 kg hoặc hơn, 0,4 ml nếu 40 kg, 0,3 ml nếu 30 kg.
- TB ở phía trước ngoài đùi.
- Lặp lại trong năm phút nếu không có đáp ứng.
- Xem Mục 3.1.3 để tiếp tục xử trí.

Điều trị cấp cứu

Cách xử trí đường thở

Chỉ sau vài phút, một người bệnh không có oxy có thể bị tổn thương não và chết. Hầu hết người bệnh có thể được điều trị bằng oxy và các thao tác đơn giản, hiếm có người bệnh cần xử trí đường thở nâng cao và đặt nội khí quản.

BUƯỚC 1

ĐÁNH GIÁ ĐƯỜNG THỞ

- Nói chuyện với người bệnh. Nếu người bệnh nói rõ thì có nghĩa đường thở thông thoáng.
- Nhìn/nghe các dấu hiệu tắc nghẽn đường thở.
 - Ngáy hoặc rít.
 - Thở rít
- Dị vật hoặc chất nôn trong miệng.

BUƯỚC 2

NẾU ĐƯỜNG THỞ BỊ BÍT TẮC, KHAI THÔNG NHƯ DƯỚI ĐÂY: NẾU KHÔNG TẮC, TIẾP ĐẾN BUƯỚC 4

Không có chấn thương

- Đặt người bệnh trên bề mặt cứng.
- Ngửa đầu.
- Nâng cằm.
- Bỏ dị vật nếu nhìn thấy.
- Làm sạch chất tiết
- Nếu bất tỉnh, đặt ở tư thế nằm nghiêng an toàn (xem tr.42).



Chấn thương

- Cố định cột sống cổ - không ngửa đầu.
- Đặt ngón tay phía sau hai bên hàm dưới và nâng lên (ấn vào hàm).
- Bỏ dị vật nếu nhìn thấy.
- Làm sạch chất tiết bằng cách hút.



Nếu chấn thương đầu hoặc cổ NẶNG

Người bệnh bị chấn thương nặng đầu hoặc cổ thường có những chấn thương liên quan đến đến đường thở và cột sống cổ. Khi chăm sóc các người bệnh này, cũng:

- Thở oxy 5 lít.
- Đặt ống thông miệng hầu.

Một đường thở hoàn chỉnh bao gồm có đặt nội khí quản hoặc có thể cần phẫu thuật mở màng nhĩ cấp.

BƯỚC 3 **NẾU ĐƯỜNG THỞ BỊ TẮC DO TỤT LƯỠI, ĐẶT ỐNG THÔNG MIỆNG HẦU ĐỂ GIỮ THÔNG ĐƯỜNG THỞ VÀ SAU ĐÓ THỰC HIỆN BƯỚC 4.**

NẾU ĐƯỜNG THỞ KHÔNG CÒN TẮC, TIẾP TỤC THỰC HIỆN BƯỚC 4.

CÁCH ĐẶT ỐNG THÔNG ĐƯỜNG THỞ

Ống thông miệng hầu

- Sử dụng nếu người bệnh bất tỉnh.
- Sử dụng kích cỡ thích hợp (đo từ phía trước tai đến góc miệng).
- Đặt nhẹ đường thở trên lưỡi.
- Cho thở oxy sau khi đặt.
- Nếu người bệnh chống lại, ợ hoặc nôn thì bỏ ngay lập tức



Ống thông mũi hầu

- Chịu đựng tốt hơn nếu người bệnh nửa tỉnh nửa mê.
- Đưa ống thông được bôi trơn vào một lỗ mũi hướng về phía sau cổ họng.
- Cho thở oxy sau khi đặt.



BƯỚC 4 **ĐÁNH GIÁ THÔNG KHÍ**

- Nếu thông khí kém hoặc người bệnh tím tái hoặc bất tỉnh kèm suy hô hấp, thì bóp bóng giúp qua mặt nạ (đi đến BƯỚC 5).
- Nếu thông khí đủ, cho thở oxy và điều chỉnh lưu lượng (xem tr. 33-34).

BƯỚC 5

HỖ TRỢ THÔNG KHÍ VỚI MẶT NẠ TÚI KHÍ

- Gắn bóng mặt nạ giúp thở (BVM) với bình oxy lưu lượng cao nhất có thể.
- Đặt mặt nạ che miệng và mũi của người bệnh (nếu hai người: một người bóp bóng hỗ trợ hô hấp và người kia giữ mặt nạ trên mặt của người bệnh).
- Đặt mặt nạ áp kín mũi miệng người bệnh để không khí không bị rò rỉ ra ngoài.
- Nếu người bệnh đang tự thở, Bóp bóng khi người bệnh hít vào. Không cố gắng bóp bóng khi người bệnh thở ra.
- Bóp bóng với tần suất 6 giây 1 lần.
- Nếu không thể thông khí hiệu quả, xem xét lại khả năng có dị vật đường thở hoặc rò rỉ khí. Đặt ống thông miệng hầu hay mũi hầu nếu chưa đặt (xem Bước 3).

Một người



Hai người



Cách bóp bóng giúp thở cho người bệnh

- Giữ bóng trong một tay và ép bóng hai lít còn 1/3 thể tích của nó.
- Sau mỗi lần bóp bóng cho phép người bệnh thở ra hoàn toàn trước khi cho bóp bóng tiếp.
- Theo dõi lồng ngực lên và xuống đều theo từng nhịp thở.
- Tránh bóp bóng quá mạnh, vì sẽ gây tổn thương cho phổi.

BƯỚC 6

ĐÁNH GIÁ NHU CẦU XỬ TRÍ ĐƯỜNG THỞ NÂNG CAO

Một số người bệnh có tình trạng dễ phục hồi có thể nhanh chóng cải thiện và có khả năng tự thở tốt sau khi được điều trị cấp cứu.

Những người bệnh khác có thể tiếp tục cần tiếp tục hỗ trợ thông khí hay đặt nội khí quản để bảo vệ đường hô hấp. Tìm những dấu hiệu:

- Liệu $SpO_2 < 90\%$, tím tái hoặc suy hô hấp nặng sau khi sử dụng liệu pháp oxy lưu lượng cao không?
- Liệu suy hô hấp có xảy ra (ví dụ như tổn thương đường hô hấp, phù mạch)?
- Liệu những thao tác đường thở cơ bản (bước 1-5) không thể duy trì hoặc bảo vệ đường thở?
- Liệu việc thông khí kéo dài có cần thiết (ví dụ như nghi ngờ tiếp tục thất bại từ việc dùng thuốc quá liều thuốc hay do rấn cần)?

Nếu có, kêu gọi sự giúp đỡ từ bác sĩ huyện và xem hướng dẫn xử trí đường thở nâng cao (xem tr. 62).

Cách cung cấp oxy

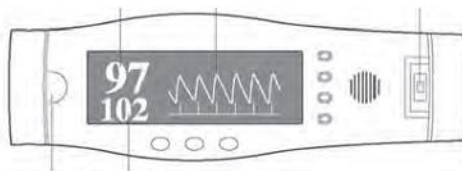
LẮP THIẾT BỊ OXY

Có thể sử dụng máy tạo oxy với bình oxy dự trữ hoặc bình oxy.

- Nếu là máy tạo oxy, hãy đảm bảo cắm vào nguồn điện.
- Nối chắc ống dẫn oxy không bị gấp uốn dẹp với bộ chuyển đổi ống tại ổ ra oxy của máy tạo oxy hoặc bình oxy.
- Mở hết bình oxy bằng cách xoay khóa ngược chiều kim đồng hồ.
- Vận nùm trên lưu lượng kế để điều chỉnh lưu lượng dựa trên chỉ số ghi trên lưu lượng kế (kiểm tra hướng dẫn cách đọc của nhà sản xuất).
- Kiểm tra oxy đang ra bằng cách giữ đầu cuối sát tay bạn và cảm nhận luồng khí hoặc giữ gọng thở oxy dưới nước để xem có sủi bọt khí hay không.

SỬ DỤNG MÁY ĐO ĐỘ BÃO HÒA OXY ĐỂ THEO DÕI SpO₂

- Bật máy đo độ bão hòa oxy.
- Gắn đầu dò vào ngón tay hoặc ngón chân.
- Đợi cho đến khi có một tín hiệu mạch phù hợp (điều này có thể mất 20-30 giây).
- Ghi nhận SpO₂ trên một biểu đồ theo dõi.
- Nếu điều chỉnh giảm lưu lượng oxy, kiểm tra lại SpO₂ trong vòng 15 phút và ghi lại trên biểu đồ theo dõi.
- Nếu khó đọc hoặc không phù hợp với tình trạng lâm sàng, gắn đầu dò ở ngón khác không có sơn móng tay



Nút
bật/tắt

Màn hình hiển
thị NT

Cách cung cấp oxy tăng dần



Đặt 2 ngạnh bên trong 2 lỗ mũi.
Móc ống dẫn phía sau tai.
Tốc độ lưu lượng cao hơn 5 lít/p
sẽ làm khô niêm mạc.

- Bắt đầu oxy 5 lít/p
- Sử dụng ống thở oxy gọng kính
- Đánh giá đáp ứng

▪ Nếu tăng suy hô hấp
hoặc $SpO_2 < 90\%$



Đặt mặt nạ chắc ôm kín mũi và miệng.
Kéo dây đeo trên đầu.

- Sử dụng mặt nạ
- Tăng lượng oxy lên 6-10 lít/phút
- Đánh giá đáp ứng

▪ Nếu tăng suy hô hấp
hoặc $SpO_2 < 90\%$



Bảo đảm túi dự trữ đầy để cung cấp nồng
độ oxy cao nhất.
Túi dự trữ xẹp là nguy hiểm

- Sử dụng mặt nạ có túi dự trữ
- Tăng lượng oxy lên 10-15 lít/p
- Bảo đảm làm phồng túi dự trữ
- Gọi sự giúp đỡ từ bác sĩ huyện
- Đánh giá đáp ứng

- Nếu suy hô hấp nặng hơn
hoặc $SpO_2 < 90\%$
hoặc
- Nếu không cải thiện với thở oxy qua mặt
mạ với lưu lượng oxy cao
VÀ
- Người bệnh có tình trạng dễ phục hồi (ví
dụ như dùng thuốc quá liều, rấn cần) và
thông khí giúp thở qua mặt nạ (bóp
bóng giúp thở, tr. 31)
hoặc
- Chuyển đến một bệnh viện có sẵn máy
giúp thở xâm lấn. Xem Giới thiệu
chuyên viện và chuyển các người bệnh
nặng, tr.70.

- Gọi sự giúp đỡ từ bác sĩ huyện để có thể đặt nội
khí quản - xem xử trí đường thở nâng cao, tr. 32.
- Bắt đầu thông khí bằng tay (bóp bóng giúp thở)
với lưu lượng oxy cao - xem tr. 31.

ỨNG PHÓ VỚI GIẢM SPO₂ HOẶC TĂNG NHỊP THỞ Ở NGƯỜI BỆNH ĐANG THỞ OXY

- Tăng cung cấp oxy. Xem trang trước.
- Kiểm tra để đảm bảo việc cung cấp oxy và tắt cả các thiết bị đang hoạt động tốt:
 - Kiểm tra bình oxy vẫn còn đủ oxy.
 - Kiểm tra xem oxy có đi ra khỏi các ngạnh mũi hay mặt nạ không - giữ
 - Đoạn cuối gần bàn tay của bạn và bạn sẽ cảm nhận được luồng khí.
 - Kiểm tra xem có rò rỉ ở các điểm kết nối hoặc ống dẫn oxy hay không.
- Loại trừ tràn khí màng phổi, tràn dịch màng phổi, suy tim, ngộ độc.
- Nếu thở khô khè, cho salbutamol.
- Kiểm tra xem đã cho thuốc kháng sinh và thuốc kháng sốt rét chưa.
- Nếu người bệnh nhiễm HIV, xem xét viêm phổi do Pneumocystis carinii (PCP) - cho cotrimoxazole và steroid (xem phần 10.6).
- Kiểm tra tình trạng lao, nhuộm soi trực tiếp tìm AFB.

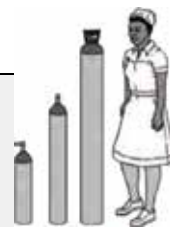
ĐIỀU CHỈNH GIẢM OXY NẾU NGƯỜI BỆNH ỔN ĐỊNH HOẶC CẢI THIẾN

Giảm lưu lượng oxy xuống mỗi 1-2 lít/p.

- Quan sát người bệnh trong ít nhất 2-3 phút.
- Nếu người bệnh không chịu được lượng oxy ít hơn, thì không điều chỉnh lưu lượng oxy cho đến khi người bệnh ổn định hơn.
- Nếu người bệnh chịu được lượng oxy ít hơn, thì kiểm tra lại người bệnh trong 15 phút và đo SpO₂.
- Nếu người bệnh suy hô hấp hơn hoặc SpO₂ < 90%, thì tăng lưu lượng oxy đến mức lưu lượng trước đó.
- Nếu người bệnh vẫn ổn định và SpO₂ > 90%, tiếp tục giảm lưu lượng oxy xuống mức chịu đựng được.

Kiểm tra lại tình trạng lâm sàng và SpO₂ trên người bệnh sau 1 giờ để có thể phát hiện tình trạng thiếu oxy hoặc suy hô hấp sau đó.

SỐ LÍT OXY TRONG BÌNH ĐẦY OXY THEO CHIỀU CAO VÀ CHỮ CÁI CỦA BÌNH



Lưu lượng oxy cho người bệnh:

Hàng trên: một bình oxy kích thước như thế này sẽ cung cấp oxy bao lâu.

Hàng dưới: Cần bao nhiêu bình oxy trong 24 giờ để cung cấp oxy.

1 inch = 2,54cm

Tỷ lệ cung cấp oxy cho một người bệnh	Bình O ₂ C 170 lít 14 inches	Bình O ₂ D 340 lít 18 inches	Bình O ₂ E 680 lít 31 inches	Bình O ₂ F 1360 lít 34 inches	Bình O ₂ G 3400 lít 49 inches	Bình O ₂ J 6800 lít 57 inches
2 lít/phút	1 giờ 25 phút	2 giờ 50 phút	5 giờ 40 phút	11 giờ 20 phút	28 giờ 20 phút	56 giờ
	16 bình	8 ½ bình	4 bình	2 ½ bình	1 bình	½ bình
5 lít/phút	34 phút	1 giờ 8 phút	2 giờ 16 phút	4 giờ 30 phút	11 giờ 20 phút	23 giờ
	48 bình	21 bình	10 bình	5 bình	2 bình	1 bình
8 lít/phút	21 phút	42 phút	1 giờ 24 phút	2 giờ 50 phút	7 giờ	14 giờ
	72 bình	34 bình	17 bình	8 bình	4 bình	2 bình
10 lít/phút	17 phút	34 phút	1 giờ 8 phút	2 giờ 16 phút	5 giờ 40 phút	11 giờ
	96 bình	42 bình	21 bình	10 bình	4 bình	2,2 bình

Nếu thở khò khè - làm thế nào để cho thuốc giãn phế quản theo trình tự

Ngoài ra xem Phần 3.2.4

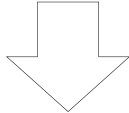
CHO SALBUTAMOL ĐỐI VỚI THỞ KHÒ KHÈ TRUNG BÌNH-NẶNG

Các dấu hiệu của mức độ nặng: khó thở lúc nghỉ ngơi hoặc khi nói chuyện; nói ngắt quãng, từng từ hoặc không nói được; lú lẫn, ngủ gà, hoặc kích động; hoặc $SpO_2 < 90\%$ khí trời. Xem Phần 3.2.4 để xem xét nguyên nhân khác của thở khò khè.



- Gọi giúp đỡ từ bác sĩ huyện.
- Bằng bộ khí dung: đối với người bệnh hơn 20 kg: cho 5 mg salbutamol với 5 ml nước muối sinh lý vô trùng vào bầu khí dung chạy bằng oxy. Phun khí dung đến hết thuốc trong bầu.
- Bằng bình hít định liều: xịt vào buồng đệm 5 nhát, sau đó cứ 2 phút một lần xịt 2 nhát vào buồng đệm.

**Đánh giá đáp
ứng**

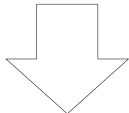


**Nếu không đáp ứng hoặc đáp ứng kém - còn
dấu hiệu nặng**

Cho salbutamol khí dung, 10-20 phút một lần, hoặc cho salbutamol khí dung liên tục nếu đáp ứng kém.

- Bổ sung **ipratropium** bình hình định liều (**2 nhát**) trong đệm hoặc phun khí dung.
- Ròi tiếp tục salbutamol.

**Đánh giá đáp
ứng**



**Nếu không đáp ứng hoặc đáp ứng kém - còn
dấu hiệu nặng**

Cho salbutamol khí dung liên tục

- Đối với thở khò khè **đe dọa tính mạng**, cho **2 g magnesium sulfate TTM** 20 phút hoặc TB. Xem Phần 3.2.4.

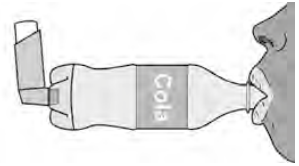
CHO SALBUTAMOL ĐỐI VỚI THỞ KHÒ KHÈ NHẸ

Bằng bình hít định liều: 100 mcg/nhát; 200 nhát/một bình hít định liều.

- Sử dụng buồng đệm gắn bình hít nếu người bệnh có thể điều phối nhịp thở, nếu không thể điều phối nhịp thở sẽ gắn thêm mặt nạ - buồng đệm - bình hít định liều.
- Cho 2 nhát cứ 20 phút một lần x 3 lần, sau đó 2 nhát mỗi 3-6 giờ.
- Xem Mục 10.6.

CÁCH LÀM BUỒNG ĐỆM TỪ CHAI NHỰA

- Dùng một chai nhựa thể tích 300-500 ml sạch (cọ rửa bằng chất tẩy và tráng sạch).
- Hàng tháng rửa sạch và xịt 5 nhát cho điều trị.
- Mở nắp bình hít định liều và áp miệng của nó ở đáy chai nhựa, đối diện với miệng chai để tạo hình
- Cắt một khe hở chính xác theo hình ở đáy chai (hoặc nhỏ hơn một tí) so với kích thước tạo hình trước đó bằng một chiếc kẹp giấy nung nóng. Một cách khác là tạo một khe bên sườn chai và đặt miệng bình hít định liều qua lỗ này.



- Đặt bình hít định liều vào buồng đệm để kiểm tra xem vừa chưa.
- Đối với cơn khò khè nặng hoặc nếu người bệnh không thể hợp tác, cắt bỏ cổ chai và sử dụng phần chai còn lại như một mặt nạ.

Làm thế nào để đặt đường truyền tĩnh mạch và truyền dịch nhanh

- Nếu xuất huyết nặng hoặc sốc, đặt hai đường truyền tĩnh mạch lớn - ít nhất là 16G hoặc 18G
- Truyền LR hoặc NS. Cho một lít dịch truyền nhanh.
- Đánh giá đáp ứng của mạch, huyết áp tâm thu và dấu hiệu tưới máu (lượng nước tiểu, trạng thái tinh thần).
- Nếu vẫn còn bị sốc và không có bằng chứng tình trạng quá tải dịch truyền, cho một liều dịch truyền nhanh nữa.
- Nếu vẫn còn bị sốc sau 2 lít và nghi ngờ mất máu liên tục, bắt đầu truyền máu và tìm nguồn gốc xuất huyết.
- Nếu vẫn còn bị sốc sau 2 lít, kêu gọi sự giúp đỡ từ bác sĩ huyện và xem Phần 3.1.
- Đặt thông tiểu (xem mục 7.3.2 và 7.3.6) và theo dõi lượng nước tiểu mỗi giờ. Một lượng nước tiểu ít nhất 30 ml/giờ thì là đủ nước.

Xem Phần 3.1 (sốc) và 4 (chấn thương) để biết thêm thông tin về xử trí dịch.

Nếu không có khả năng đặt đường truyền tĩnh mạch ngoại vi, sử dụng biện pháp thay thế:

- Hãy gọi để có sự hỗ trợ với kinh nghiệm nhiều hơn, xem xét:
 - Đặt catheter tĩnh mạch cổ ngoài.
 - Đặt catheter tĩnh mạch đùi (hoặc đặt catheter tĩnh mạch dưới đòn hoặc tĩnh mạch cảnh trong, nếu được đào tạo).
 - Bộc lộ tĩnh mạch - xem 7.3.10

Cách cho naloxone

Quan trọng: tác dụng của naloxone chỉ kéo dài 40 phút.

Có đặt đường truyền không ?

có

không

- Cho naloxone 100 mcg TM - lặp lại liều cho đến khi NT >10 lần/p.
- Đáp ứng thường là trong vòng 30 giây. Có thể lặp lại.

- Cho naloxone 400 mcg TB hoặc 800 mcg TM - lặp lại 2 phút sau nếu cần

Thứ hai, quyết định xem thuốc phiện có tác dụng ngắn (heroin) hay kéo dài (methadone).

Nếu có tác dụng ngắn

Nếu có tác dụng kéo dài

- Tư vấn chờ hai tiếng đồng hồ. Nếu không có dấu hiệu nặng, theo dõi

- Nếu thông khí không đủ, hỗ trợ bằng bóp bóng qua mặt nạ với oxy lưu lượng cao.
 - Gọi sự giúp đỡ từ bác sĩ huyện - xem xử trí đường thở nâng cao tr. 62.
 - Nếu người bệnh đáp ứng với naloxone:
 - Cho tiêm truyền tĩnh mạch naloxone – 0,4 mg/giờ (khoảng 12 giờ).
 - Cố gắng giữ người bệnh 12 giờ sau liều cuối cùng.
 - Theo dõi sát: HA, NT, SpO₂ với mức báo động (nếu có thể).
- Lưu ý:** người bệnh có thể tử vong nếu tiêm truyền naloxone bị gián đoạn hoặc người bệnh tự bỏ viện.

- Trước đó, giải thích cho gia đình hoặc người đi theo tại sao cho naloxone là cần thiết. Tư vấn cho người đi theo rằng naloxone sẽ mất tác dụng một cách nhanh chóng và người bệnh có thể hôn mê trở lại.
- Cần biết được khi thức dậy, người bệnh có thể giận dữ và hiếu chiến và có thể làm tổn thương bản thân hoặc người khác.
- Nếu người bệnh không tỉnh dậy sau một số liều, loại trừ các nguyên nhân hôn mê khác (xem Phần 3.4 hoặc suy hô hấp nặng (xem Phần 3.2)).
- Giải thích cho người bệnh không tiêm lại trong 12 giờ, hoặc dùng quá liều có thể gây tử vong

Làm thế nào để cung cấp glucose

Nếu có các triệu chứng hạ đường huyết hoặc đường huyết thấp (<3 mmol/l (54 mg/dl)):

- Truyền glucose:
 - Đảm bảo đường truyền tĩnh mạch hoạt động tốt.
 - Đối với trẻ vị thành niên hoặc người lớn, cho D50 25-50 ml hoặc nếu có sẵn D10, cho 125 - 250 ml nhanh chóng (D50 cũng giống như dextrose 50% và glucose 50%).
- Nếu không có sẵn glucose TM, cho uống nước đường (nếu tỉnh) hoặc qua ống thông mũi dạ dày.
 - Hòa tan bốn thìa đường (20 gram) trong một cốc 200 ml với nước sạch.
- Lặp lại nếu cần thiết.

Làm thế nào để cho diazepam đường tĩnh mạch hoặc trực tràng

- Liều diazepam TM tối đa 30 mg
- Không cho thêm diazepam nếu thở dưới 16 lần/p. Nếu ngừng thở, bóp bóng giúp thở qua mặt nạ (xem tr. 31).
- **Xem xét tất cả các nguyên nhân nếu tiếp tục co giật - xem Phần 3.5.**

Liều thông thường cho người lớn 50 kg	TIÊM MẠCH (10 mg/2 ml dung dịch)	BƠM TRỰC TRÀNG (10mg/2 ml dung dịch)
Liều khởi đầu	2 ml (10 mg)	4 ml (20 mg)
Liều thứ hai sau 10 phút	1 ml (5 mg)	2 ml (10 mg)

- Nếu tiếp tục co giật, cho thuốc chống động kinh TM như phenytoin (xem phần 3.5).
- Cho phenytoin 15-18 mg/kg trong dung dịch muối sinh lý TTM 1 giờ.
- Theo dõi nhịp tim và nhịp thở.

Làm thế nào để đặt người bệnh ở tư thế nằm nghiêng an toàn



Làm thế nào để cho kháng sinh TM/TB theo kinh nghiệm đối trong xử trí cấp cứu

- Cho ceftriaxone 1 gm TM hoặc TB (2 gm nếu nghi ngờ viêm màng não).
- Nếu ceftriaxone không có sẵn, cho:
 - Ampicillin*† 2 gm TM hay TB và
 - Gentamicin 240 mg TM hoặc TB
- Đối với gãy xương hở hoặc vết thương hở, một biện pháp thay thế là cephalosporin thế hệ thứ nhất hoặc cloxacillin.

- Nếu ampicillin không có sẵn, cho benzylpenicillin 3 triệu đơn vị.
- Nếu người bệnh bị dị ứng penicillin, xem Phần 8.4 các giải pháp thay thế.

Làm thế nào để điều trị kháng sốt rét khẩn cấp nếu nghi ngờ do falciparum¹⁹

Điều trị thích hợp nhất là artesunate TM. Sử dụng artesunate hoặc artemether hơn là quynin, nếu có. Cho artesunate TM ở những người bệnh bị sốc, nếu có thể (trừ phụ nữ mang thai trong ba tháng đầu - cho quynine).

	ARTESUNATE TM/TB		ARTEMETHER TB		QUININE TB/TM			
		2,4 mg/kg khi nhập viện, sau đó vào lúc 12 giờ và 24 giờ, sau đó mỗi ngày một lần. Đổi với mỗi liều, trộn tươi 60 mg ống artesunic axit khan với 1 ml dung dịch sodium bicarbonate 5%		Liều ban đầu: 3,2 mg/kg	Các liều tiếp theo 1.6 mg/kg mỗi ngày cho đến khi có thể uống được	Liều khởi đầu: 20 mg/kg TB (chia liều bằng nhau thành 2 lần và cho 1 lần vào mỗi đầu trước) hoặc TM bằng cách truyền có kiểm soát tốc độ không quá 5 mg/kg/giờ		Những liều tiếp theo 10mg/kg 8 giờ một lần
Trọng lượng	Đổi với TM, tiếp tục pha loãng với 5 ml dextrose 5% (10 mg/ml)	Đổi với TB, tiếp tục pha loãng với 2 ml dextrose 5% (20 mg/ml)	80 mg/ml (trong ống tiêm 1 ml)	80 mg/ml (trong ống tiêm 1 ml) 150 mg/ml	(trong ống tiêm 2 ml)	300 mg/ml (trong ống tiêm 2 ml)	150 mg/ml (trong ống tiêm 2 ml)	300 mg/ml (trong ống tiêm 2 ml)
30 kg	7,2 ml	3,6 ml	1,2 ml	0,6 ml	4,0 ml	2,0 ml	2,0 ml	0,5 ml
40 kg	9,6 ml	4,8 ml	1,6 ml	0,8 ml	5,4 ml	2,6 ml	2,6 ml	0,7 ml
50 kg	12,0 ml	6,0 ml	2,0 ml	1,0 ml	6,6 ml	3,3 ml	3,3 ml	0,8 ml
60 kg	14,4 ml	7,2 ml	2,4 ml	1,2 ml	8,0 ml	4,0 ml	4,0 ml	1,0 ml
70 kg	16,8 ml	8,4 ml	2,8 ml	1,4 ml	9,3 ml	4,7 ml	4,7 ml	1,2 ml
80 kg	19,2 ml	9,6 ml	3,2 ml	1,6 ml	10,6 ml	5,3 ml	5,3 ml	1,3 ml
90 kg	21,6 ml	10,8 ml	3,6 ml	1,8 ml	12,0 ml	6,0 ml	6,0 ml	1,5 ml

Luôn cho glucose cùng quinine

- Nếu cho quynine bằng đường tĩnh mạch, truyền chậm 4 giờ.
- Nếu cho liều TB lớn, chia làm 2 lần, tiêm vào 2 đầu.
- Cho ít nhất 24 giờ artesunate, artemether hoặc quynine qua đường tĩnh mạch. Bắt đầu uống thuốc ngay khi có thể uống được và hoàn thành liệu trình điều trị (xem Phần 11,25).

Làm thế nào để điều trị cấp cứu thuốc kháng vi rút²⁰

Trọng lượng	Oseltamivir	
	Liều thông thường	Bệnh nặng hoặc suy giảm miễn dịch nặng
24–40 kg	60 mg hai lần mỗi ngày	60 mg hai lần mỗi ngày trong 10 ngày
>40 kg	75 mg hai lần mỗi ngày	150 mg hai lần mỗi ngày trong 10 ngày

¹⁹Hướng dẫn điều trị sốt rét - xuất bản lần 2. WHO, năm 2010 Chương: 8 Điều trị bệnh sốt rét P. falciparum nặng. <http://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241547925/en/index.html>

²⁰Các khuyến nghị oseltamivir dựa trên các hướng dẫn của WHO được công bố cho Xử trí đợt đại dịch cúm A (H1N1) năm 2009 và virus cúm khác sửa đổi tháng hai năm 2010. http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/h1n1_guidelines_pharmaceutical_mngt.pdf

Cách cố định cột sống CHO ĐẾN KHI XÁC ĐỊNH RÕ RÀNG: KHÔNG BỊ THƯƠNG TÍCH CỘT SỐNG

Người bệnh bị nghi ngờ chấn thương cột sống nên được cố định cho đến khi chấn thương cột sống được loại trừ về mặt lâm sàng hoặc X-quang. Quan trọng là ghi nhận tất cả những biểu hiện khi thăm khám bệnh.

Cố định:

- Tất cả những người bệnh chấn thương hôn mê.
- Tất cả những người bệnh chấn thương đầu, mặt, chấn thương cổ còn tỉnh táo.
- Tất cả những người bệnh chấn thương bị đau cổ sau hoặc đau cột sống cổ, và/hoặc có dấu hiệu thần kinh.

Làm thế nào để cố định cột sống cổ:

- Áp dụng nẹp cổ hoặc bất động cổ với vật dụng sẵn có tại địa phương.
- Để người bệnh nằm trên một mặt phẳng.
- Ngăn cổ không cử động bằng vật liệu sẵn có tại địa phương (cuộn khăn, báo, bao cát hoặc túi dịch truyền) hoặc dùng nẹp cổ nếu có sẵn.
- Nếu người bệnh nôn mửa, xoay toàn bộ cơ thể người bệnh nằm nghiêng, giữ cho đầu cổ theo trục cơ thể.
- Cần có một người luôn ở cùng người bệnh để theo dõi hô hấp.



Làm thế nào để cố định ngực và cột sống thắt lưng:

- Đặt người bệnh trên một mặt phẳng.
- Nếu cần phải di chuyển người bệnh, sử dụng kỹ thuật log roll.

Kỹ thuật log roll



Làm thế nào để loại trừ chấn thương cột sống cổ rõ ràng và có thể bỏ nẹp cổ:

Về mặt lâm sàng, người bệnh phải tỉnh táo, hợp tác, không say rượu và có thể tập trung vào khám bệnh (không có thương tích lớn khác). Nếu người bệnh còn tỉnh táo, kiểm tra:

- Đau sau cổ lúc nghỉ.
- Nhạy cảm đau khi sờ sau cột sống cổ.
- Giảm vận động và cảm giác.

Nếu người bệnh không có những triệu chứng này yêu cầu họ cử động cổ.

Nếu không đau hoặc không có dấu hiệu thần kinh khi vận động chủ động thì loại trừ chấn thương cột sống cổ.

Nếu người bệnh không được loại trừ chấn thương cột sống cổ về lâm sàng, người bệnh vẫn nên cố định cho đến khi chấn thương cột sống cổ được loại trừ bởi X-quang. Ba lần chụp X-quang là cần thiết để loại trừ chấn thương cột sống cổ (nghiêng bên, trước sau, há miệng để khảo sát khớp răng). Quan trọng nhất là X-quang tư thế nghiêng và lấy hết C7/T1.

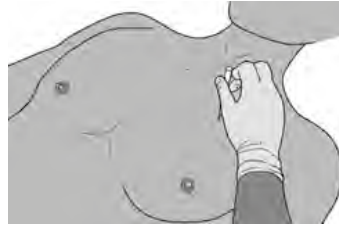
Nếu người bệnh mê, phải cố định cột sống cổ cho đến khi loại trừ chấn thương cột sống cổ bằng X-quang.

Làm thế nào để xử trí chấn thương đầu nặng

- Theo dõi đường thở. Theo dõi tình trạng nôn ói và hít sặc.
- Cho nằm cao 30° trong khi duy trì biện pháp phòng ngừa cột sống.
- Sử dụng kỹ thuật lăn gỗ khi di chuyển người bệnh.
- Nếu nghi ngờ gãy hở hộp sọ, cho kháng sinh TM (ví dụ như ceftriaxone).
- Không ăn uống qua đường miệng.
- Truyền dịch tĩnh mạch để duy trì.
- Theo dõi và ghi nhận:
 - Mức độ tri giác theo thang AVPU
 - Lượng dịch xuất nhập
 - Khám thần kinh kỹ lưỡng
- Nếu có thể, **chuyển viện khẩn cấp** đến bệnh viện có cấp chăm sóc cao hơn (xem tr. 71). Nếu không thể, tiếp tục chăm sóc hỗ trợ.

Làm thế nào để xử trí tràn khí màng phổi áp lực hoặc tràn máu màng phổi lượng nhiều

- Điều trị tràn khí màng phổi áp lực bằng chọc hút màng phổi bằng kim giải áp cấp cứu:
 - Đặt kim lớn (#14G) bờ trên của xương sườn thứ ba qua khoang liên sườn thứ hai đường giữa đòn
 - Nếu tràn khí màng phổi áp lực, sẽ có một luồng khí đẩy ra ngoài.



- Thở oxy lưu lượng cao.
- Gọi sự giúp đỡ từ bác sĩ huyện và xem Phần 7.3.1.
- Nên đặt ống dẫn lưu màng phổi càng sớm càng tốt sau giảm áp bằng kim (ngay cả khi không có khí đẩy ra ngoài) hoặc nghi ngờ tràn máu màng phổi lượng nhiều
- Cho kháng sinh TM

Làm thế nào để điều trị vết thương hút ngực

Vết thương ngực hở hút không khí khi người bệnh thở hít vào (hiệu ứng chân không):

- Thở oxy lưu lượng cao.
- Băng vết thương bằng gạc vô khuẩn.
- Dán ba cạnh của gạc băng, để lại một cạnh hở để làm nắp van.
- Điều trị triệt để là để đặt ống dẫn lưu màng phổi (không bao giờ đặt ống dẫn lưu qua vết thương).
- Cắt lọc vết thương và xem xét đóng lại.
- Cho kháng sinh TM

Cách băng ép cầm máu

- Áp gạc chặt, trực tiếp lên vết thương chảy máu.
- Đắp thêm băng sát khuẩn để tạo áp lực nhiều hơn.

NẾU tất cả các biện pháp kiểm soát chảy máu khác đã thất bại và xuất huyết đang đe dọa tính mạng, xem xét sử dụng kỹ thuật garô cho đến khi kiểm soát chảy máu bằng phẫu thuật hoặc chỉ phục vụ việc vận chuyển người bệnh.



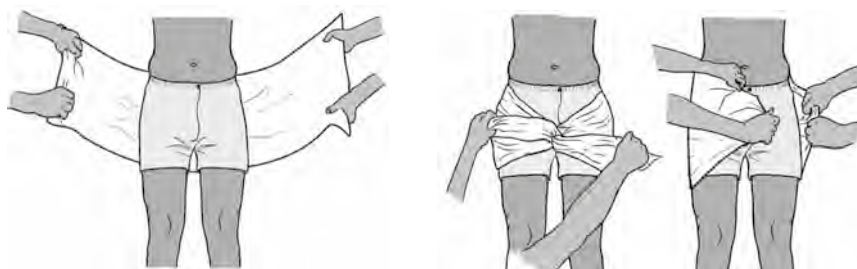
Kỹ thuật garô:

- Nếu có sẵn, sử dụng ga rô khí nén (như băng cuộn máy đo huyết áp) đặt ở phần phía trên nơi tổn thương, bơm hơi băng cuộn máy đo huyết áp cho đến khi dừng chảy máu ở vết thương bên dưới.
- Nếu không, sử dụng băng đàn hồi hoặc miếng vải hoặc dây đai (rộng hơn càng tốt) đặt ở phần phía trên nơi tổn thương.
- Buộc càng gần vết thương càng tốt.
- Dùng đủ áp lực để làm cho các mạch ngoại biên biến mất và đánh giá lại chảy máu. Nếu dừng lại, băng vết thương và tiến hành phẫu thuật hoặc vận chuyển khẩn trương. Nếu không, tăng áp lực garô cho đến khi ngừng chảy máu phun trào (“bơm” động mạch).
- Thả ra 10 phút mỗi 2 giờ một lần, trong khi đè mạnh trực tiếp lên vết thương. Không áp dụng lại trừ khi có bằng chứng về tiếp tục chảy máu.
- Không bao giờ garô quá 4 giờ.
- Hãy chắc chắn rằng garô có thể nhìn thấy rõ ràng.

Làm thế nào để gắn băng bụng vùng chậu

Để kéo với nhau các xương bị rời nhằm chèn ép chảy máu, cầm máu.

- Đặt tấm ga trải giường dưới xương chậu.
- Kéo qua các mẫu chuyển lớn/cánh chậu - vòng về đằng trước.
- Kéo chặt và buộc lại.



Cách xử trí xuất huyết tiêu hóa trên nặng

Kêu gọi giúp đỡ.

- Đặt đường truyền tĩnh mạch và truyền dịch nhanh (xem tr. 39).
- Gửi mẫu máu xác định nhóm máu và làm phản ứng chéo sau đó truyền máu khi cần thiết.
- Lập lại Đánh giá nhanh và theo dõi nhịp tim, huyết áp và huyết sắc tố.
- Đặt ống thông mũi dạ dày để giảm áp - không rửa (xem mục 7.3.8).
- Nếu nội soi và bác sĩ nội soi được đào tạo tốt, có kinh nghiệm: xác định vị trí chảy máu và đốt cầm máu.
- Cho thuốc ức chế bơm proton liều cao (ví dụ omeprazole 80 mg).
- Kiểm tra chức năng đông máu toàn bộ.

Làm thế nào để xử trí ho ra máu lượng nhiều

- Xử trí đường thở.
- Gửi mẫu máu xác định nhóm máu và làm phản ứng chéo sau đó truyền máu khi cần thiết.
- Cân nhắc dùng kháng sinh.
- Theo dõi Đánh giá nhanh và hemoglobin (xem phần 10.6).
- Kiểm tra X-quang ngực. Nếu có tổn thương một bên, đặt bên người bệnh nằm nghiêng bên bị ảnh hưởng.

Xử trí người bệnh chảy máu mũi nặng (chảy máu cam)

1. Áp lực. Yêu cầu người bệnh xì mũi nhẹ để loại bỏ tất cả các cục máu đông.
 - Yêu cầu người bệnh há miệng, sau đó kẹp chặt hai lỗ mũi bằng các ngón tay.
 - Giữ áp lực liên tục. Chảy máu thường chấm dứt trong vòng 10 phút.
2. Cân nhắc việc đốt (bạc nitrat) chỉ khi xác định rõ vị trí chảy máu.



3. Đắp khăn ướt trước lỗ mũi ngoài - bên chảy máu. Đầu tiên đắp khăn ướt tại nơi chảy máu chính. Sử dụng gạc băng dầu (nếu không có sẵn, ngâm gạc vào dung dịch epinephrine 1 mg pha loãng trong 200 ml nước muối sinh lý).
4. Đắp cả hai bên.



Đối với tất cả người bệnh: Cần theo dõi đường thở, hô hấp và Tuần hoàn (theo cách đánh giá nhanh).

Đặt người bệnh ngồi tư thế thoải mái, đầu hướng về phía trước.

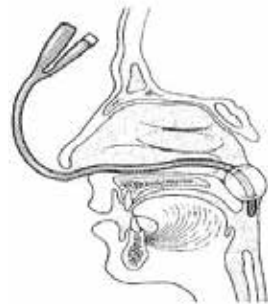
Nếu tình trạng huyết động người bệnh không ổn định: Đặt đường truyền tĩnh mạch, cho dịch truyền Ringer lactate hoặc Natriclorua 0,9 %, lấy máu làm xét nghiệm Hemoglobin, nhóm máu và phản ứng chéo.

Nếu người bệnh quá lo lắng, có thể dùng diazepam liều thấp.

Đối với tất cả người bệnh: Đắp khăn ướt trên mũi, cho thuốc kháng sinh để ngăn ngừa hội chứng sốc nhiễm độc.

5. Sử dụng một ống thông tiểu để cầm máu từ vòm mũi họng sau:

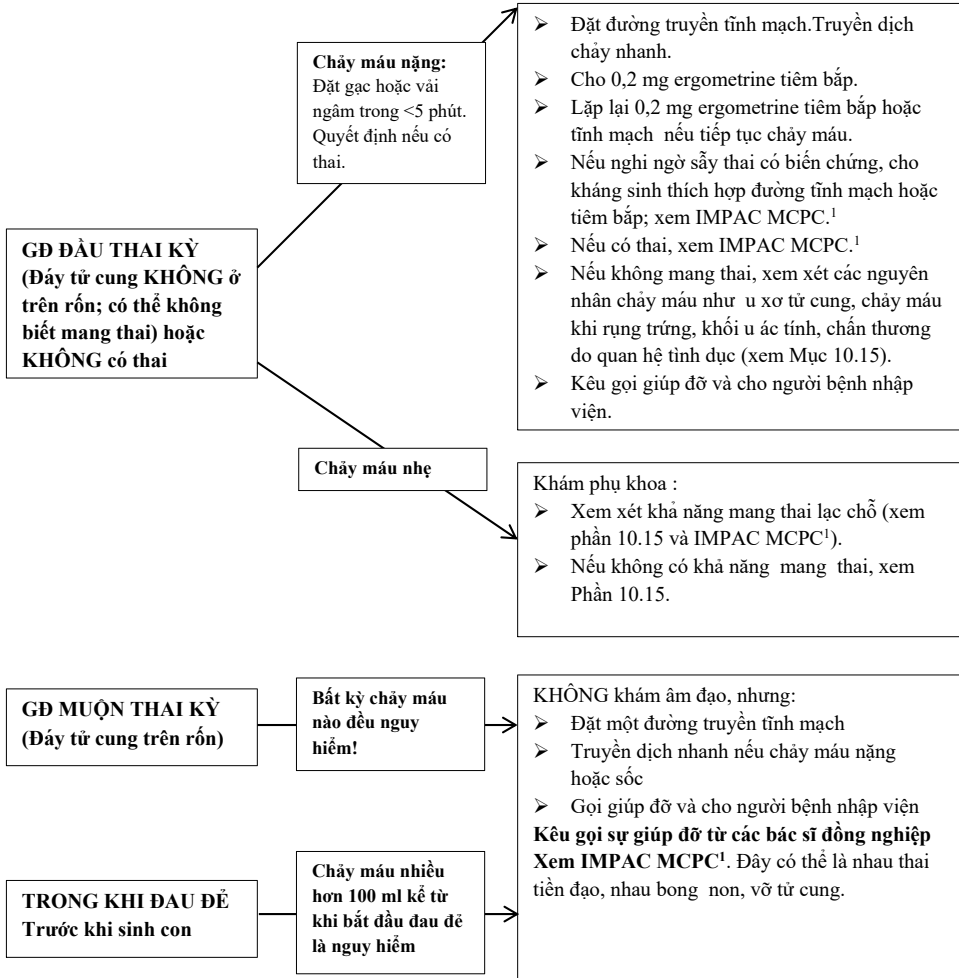
- Bôi trơn ống thông và luồn qua mũi cho đến khi nhìn thấy đầu ống thông tại vùng hầu họng.
- Làm phồng bóng chèn với 5-10 ml nước.
- Nhẹ nhàng kéo ống thông về phía trước cho đến khi bóng được giữ ở phần sau của mũi.
- Trong khi giữ ống thông tại chỗ, đắp khăn ướt trước lỗ mũi ngoài bằng gạc thấm ướt dầu hoặc nước muối.
- Băng lại hoặc buộc tại chỗ.
- Làm xẹp ống thông Foley sau 24 giờ, và nếu chảy máu không tái diễn thì rút bỏ ống thông.
- Cho bệnh nhân nhập viện để chẩn đoán nguyên nhân và theo dõi tình trạng chảy máu.



Xuất huyết âm đạo ở phụ nữ mang thai hoặc phụ nữ lứa tuổi sinh đẻ¹

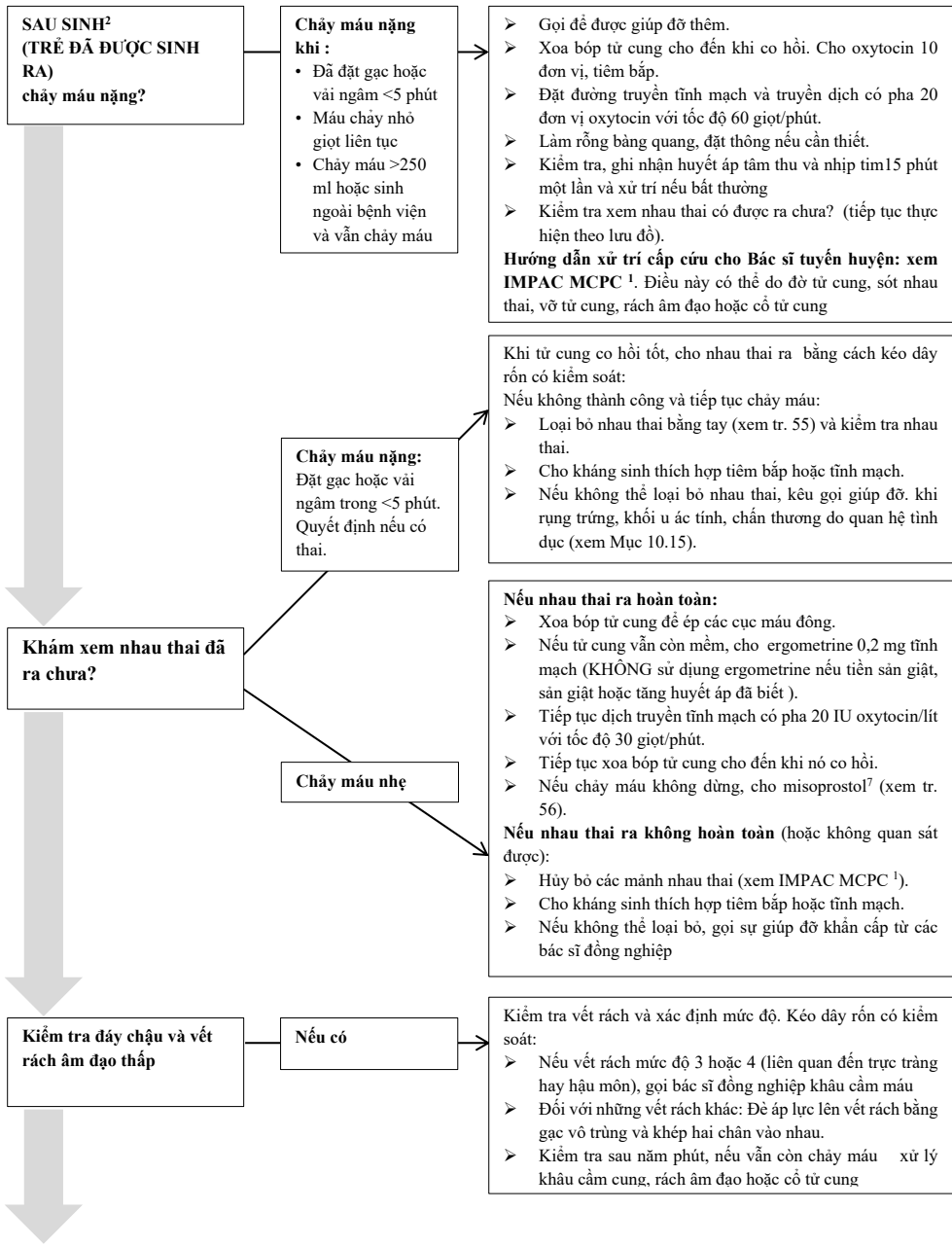


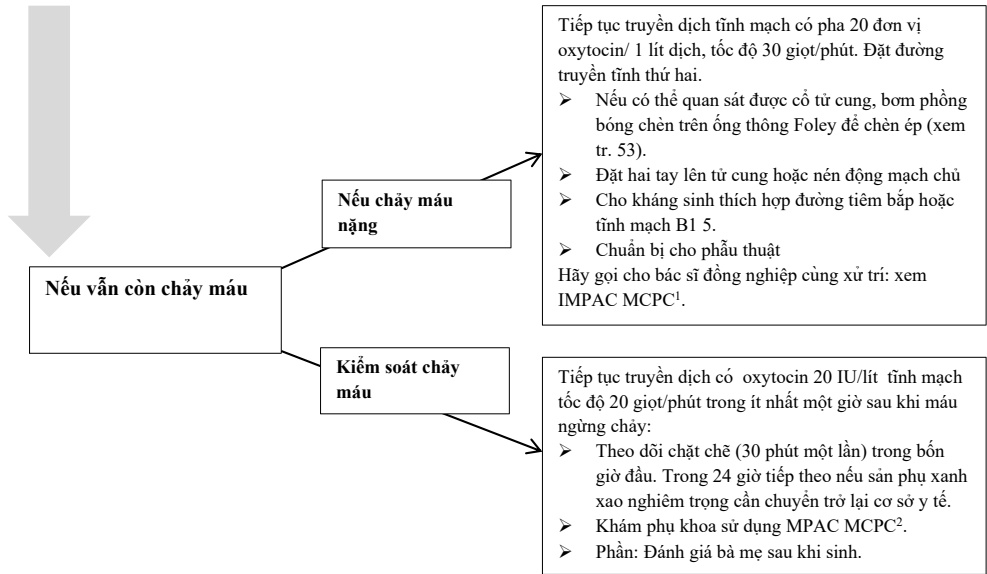
- Đánh giá tình trạng thai.
- Đánh giá lượng máu chảy



¹ Hướng dẫn của WHO về cấp cứu bằng huyết sau sinh và sót nhau. WHO, 2009.

http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241598514/en/index.html





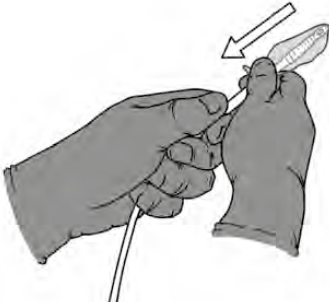
Cách xoa bóp tử cung và lấy ra các cục máu đông

Nếu vẫn còn chảy máu nặng sau khi nhau thai được sinh ra, hoặc tử cung không co tốt (mềm):

- Đặt lòng bàn tay úp vào đáy tử cung và cảm nhận tình trạng co.
- Xoa bóp đáy theo chuyển động tròn với lòng bàn tay khum cho đến khi tử cung co tốt.
- Khi co hồi tốt, đặt các ngón tay sau đáy và đẩy xuống nhanh chóng để trục xuất các cục máu đông.
- Bỏ máu vào một hộp. Đo hoặc ước tính lượng máu mất.

Cách làm phòng bao cao su trên ống thông Foley để chèn ép chảy máu tử tử cung

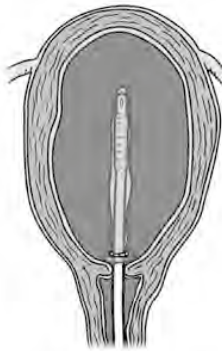
Cần được đào tạo và đảm bảo tất cả các thiết bị vô trùng:



Đút ống thông Foley vô trùng sâu 3-5 cm vào bao cao su.

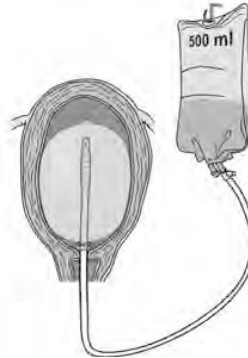


Buộc bao cao su chặt xung quanh thân ống thông bằng cách sử dụng dây gạc vô trùng.



Sử dụng một mỏ vịt vô trùng và miếng gạc sponge giữ kẹp, đưa ống thông và bao cao su vào khoang tử cung.

Kẹp ống thông và để lại đầu xa trong âm đạo



Nối một túi đựng dịch vô trùng vào cuối ống thông (đảm bảo vừa chặt) và để dịch chảy vào bên trong và làm đầy bao cao su.

Tiếp tục kế hoạch điều trị.

Làm thế nào để thực hiện nén tử cung bằng hai tay

Nếu vẫn chảy máu sau sinh nặng mặc dù đã xoa bóp tử cung, điều trị oxytocin/ergometrine/misoprostol và loại bỏ nhau thai:

- Mang găng tay sạch hoặc vô trùng.
- Đưa tay phải vào trong âm đạo, nắm chặt bàn tay, mu bàn tay hướng ra sau và các khớp ngón tay trong vòm phía trước.
- Đặt tay kia trên bụng vùng đáy tử cung và ép tử cung mạnh vào giữa hai bàn tay.
- Tiếp tục nén cho đến khi máu ngừng chảy (không còn chảy máu nếu ngưng nén).
- Nếu chảy máu kéo dài, áp dụng nén động mạch chủ và vận chuyển sản phụ đó đến bệnh viện.

Cách ấn động mạch chủ

Nếu vẫn chảy máu nặng sau sinh mặc dù đã xoa bóp tử cung, điều trị oxytocin/ergometrine/misoprostol⁽⁶⁾ và loại bỏ nhau thai:

- Bắt mạch đùi.
- Dùng áp lực đè để cầm máu. Cần ép một lực đủ để không bắt được mạch đùi.
- Sau khi tìm đúng chỗ, chỉ cho người trợ giúp hoặc thân nhân bệnh nhân cách tạo áp lực, nếu cần thiết.
- Tiếp tục ép áp lực cho đến khi máu ngừng chảy. Nếu vẫn còn chảy máu, tiếp tục đè ép và chuẩn bị cho phẫu thuật, vận chuyển sản phụ đến bệnh viện tuyến trên.

Cách sử dụng oxytocin

Nếu chảy máu sau sinh nặng:

Liều khởi đầu	Liều tiếp theo
Tiêm bắp: 10 đơn vị	Tiêm bắp: lặp lại 10 đơn vị sau 20 phút nếu chảy máu nặng vẫn tiếp diễn
Truyền tĩnh mạch liên tục: 20 IU trong 1 lít tốc độ 60 giọt/phút	Truyền tĩnh mạch: 20 đơn vị trong 1 lít dịch với tốc độ 30 giọt/phút

Liều tối đa
Chú ý: không nhiều
hơn 3 lít dịch TM
chứa oxytocin

Cách lấy nhau thai bằng tay trong chảy máu sau khi sinh

- Nếu nhau thai không ra sau sinh 30 phút và bị chảy máu

HOẶC

- Nếu vẫn chảy máu âm đạo nặng mặc dù đã xoa bóp tử cung và oxytocin, nhau thai không thể ra được bằng cách kéo dây rốn có kiểm soát, hoặc nếu nhau thai không ra hoàn toàn và chảy máu tiếp diễn.

Chuẩn bị:

- Giải thích cho sản phụ sự cần thiết phải loại bỏ nhau thai bằng tay và được sự đồng ý.
- Đặt đường truyền tĩnh mạch. Nếu chảy máu, cung cấp dịch chảy nhanh. Nếu không chảy máu, truyền dịch chậm.
Tiêm bắp oxytocin: lặp lại 10 đơn vị sau 20 phút nếu chảy máu nặng vẫn tiếp diễn
Truyền tĩnh mạch: 20 đơn vị oxytocin trong 1 lít với tốc độ 30 giọt/phút
- Đặt sản phụ nằm ngửa.
- Cho diazepam (10 mg tĩnh mạch) hoặc thuốc an thần ketamine (xem tr. 58) nếu sản phụ tỉnh
- Làm sạch Âm hộ và vùng tầng sinh môn
- Đảm bảo bàng quang rỗng. Đặt thông nếu cần thiết.
- Rửa kỹ tay, cánh tay và đeo găng tay dài vô trùng (và tạp dề hoặc áo choàng nếu có).

Cách loại bỏ nhau thai bằng tay:

- Dùng tay trái giữ dây rốn bằng kẹp. Sau đó, kéo dây nhẹ nhàng cho đến khi nó nằm ngang.
- Đưa bàn tay phải vào âm đạo và thành tử cung.
- Bỏ dây ra và giữ đáy tử cung bằng tay trái để hỗ trợ đáy của tử cung và kéo ngược trong quá trình loại bỏ.
- Di chuyển các ngón tay của bàn tay phải sang một bên cho đến khi nắm được mép của nhau thai.
- Tháo nhau thai từ vị trí dính vào da bằng cách giữ chặt các ngón tay với nhau và sử dụng các cạnh của bàn tay để dần dần tạo ra một không gian giữa nhau thai và thành tử cung.
- Rút tay phải từ tử cung một cách từ từ, cầm theo nhau thai.
- Tìm bên trong khoang tử cung để đảm bảo tất cả các mô nhau thai đã được loại bỏ.
- Với bàn tay trái, kéo ngược tới đáy qua bụng bằng cách đẩy nó theo hướng ngược lại của bàn tay đang rút ra. Điều này ngăn cản sự đảo ngược của tử cung.
- Kiểm tra bề mặt tử cung của nhau thai để đảm bảo rằng các thùy và màng thai được ra hết. Nếu bất cứ thùy nhau thai hoặc mảnh vỡ mô nào bị mất, tìm một lần nữa trong khoang tử cung để loại bỏ chúng.

Nếu sau sinh con nhiều giờ hoặc nhiều ngày hoặc nếu nhau thai được giữ lại do cơ vòng hoặc cổ tử cung khép kín, có thể không thể cho tay vào tử cung. **KHÔNG cố gắng.** Gọi trợ giúp; nhập viện hoặc chuyển viện.

Nếu nhau thai không tách rời khỏi bề mặt tử cung bằng cách chuyển động nhẹ nhàng của các ngón tay sang một bên ở đường phân cắt, nghi ngờ nhau thai dính bất thường. **KHÔNG nỗ lực để loại bỏ nhau thai.** Gọi trợ giúp; nhập viện hoặc giới thiệu chuyển viện.

Sau khi lấy nhau thai bằng tay

- Lặp lại oxytocin 10 đơn vị tiêm bắp hoặc tĩnh mạch
- Xoa bóp đáy tử cung để kích thích co tử cung
- Cho ampicillin 2 g tĩnh mạch hoặc tiêm bắp.
- Nếu sốt > 38,5°C, sản dịch có mùi hôi hoặc có tiền sử vỡ ối trong 18 giờ hoặc hơn, cần cho thêm Gentamicin 80 mg tiêm bắp.
- Nếu chảy máu đã cầm:
 - Cho dịch truyền chậm ít nhất 1 giờ sau khi loại bỏ nhau thai.
- Nếu chảy máu nặng vẫn tiếp diễn:
 - Dùng ergometrine 0,2 mg tiêm bắp
 - Cho 20 đơn vị oxytocin trong mỗi lít dịch truyền và truyền tĩnh mạch nhanh
 - Cho bệnh nhân nhập viện và gọi giúp đỡ phẫu thuật (xem IMPAC MCPC1).
- Trong thời gian vận chuyển, liên tục xoa bóp tử cung cho dù tử cung co lại (cứng và tròn). Nếu không, tiếp tục xoa bóp và lặp lại oxytocin 10 đơn vị tiêm bắp hoặc tĩnh mạch
- Nén bằng hai tay hoặc nén động mạch chủ nếu chảy máu nghiêm trọng trước và trong khi vận chuyển đến phẫu thuật.

Cách dùng misoprostol cho chảy máu sau sinh nếu không đáp ứng với oxytocin và ergometrine

- Cho misoprostol 800 mcg ngậm dưới lưỡi.

Cách dùng Magnesium sulfate

Đối với tiền sản giật và sản giật nặng:

Cho đường tĩnh mạch và tiêm bắp kết hợp (dò nạp):

- Đặt đường truyền tĩnh mạch và truyền dịch chậm (Natriclorua hoặc Lactate Ringer) 1 lít trong 6-8 giờ (3 ml/phút)
- Cho 4 g magnesium sulfate (20 ml dung dịch 20%) tĩnh mạch chậm trong hơn 20 phút (Sản phụ có thể cảm thấy ấm khi tiêm)

VÀ

- Cho tiêm bắp 10 g Magnesium sulfate: cho 5 g (10 ml dung dịch 50%) tiêm bắp sâu tại góc phần tư bên ngoài phía trên mỗi bên mông với 1 ml 2% lidocaine trong cùng ống tiêm.

Nếu không thể cho đường tĩnh mạch, dùng đường tiêm bắp (dò liều):

- Cho 10 g magnesium sulfate tiêm bắp: cho 5 g (10 ml dung dịch 50%) tiêm bắp sâu tại góc phần tư bên ngoài trên của mỗi bên mông với 1 ml dung dịch 2% lidocaine trong cùng ống tiêm.

Nếu cơn co giật tái phát:

- Sau 15 phút, cho thêm 2 g Magnesium sulfate (10 ml 20% dung dịch) tĩnh mạch trong hơn 20 phút.
- Nếu cơn co giật vẫn tiếp tục, cho diazepam.

Nếu việc chuyển viện bị trì hoãn lâu hoặc sản phụ trong cuối kỳ sinh nở, tiếp tục điều trị:

- Cho 5 g 50% dung dịch magnesium sulfate TB với 1 ml 2% lidocaine thay thế bốn giờ một lần

Theo dõi:

- Theo dõi lượng nước tiểu: Thu thập nước tiểu và theo dõi số lượng.
- Trước khi cho liều magnesium sulfate tiếp theo, đảm bảo:
 - Có phản xạ khớp gối (knee jerk present)
 - Nước tiểu >100 ml/4 giờ.
 - Nhịp thở > 16 lần/phút.
- **KHÔNG** cho liều kế tiếp nếu có các dấu hiệu:
 - không có phản xạ khớp gối
 - Lượng nước tiểu <100 ml/4 giờ.
 - Nhịp thở <16 lần/phút.
- Ghi lại các dấu hiệu và lượng thuốc đã dùng.

Các lưu ý quan trọng trong việc chăm sóc một phụ nữ bị sản giật hoặc tiền sản giật

- Không để người phụ nữ ở một mình.
 - Giúp sản phụ nằm nghiêng bên trái và bảo vệ sản phụ khỏi ngã và chấn thương.
- Cho magnesium sulfate tĩnh mạch phải chậm trong suốt 20 phút. Tiêm nhanh có thể gây ra suy hô hấp và tử vong.
 - Nếu suy hô hấp (Nhịp thở dưới 16 lần/phút) xảy ra sau khi magnesium sulfate: **KHÔNG** được cho thêm magnesium sulfate.
- Cho thuốc giải độc: Canxi gluconat 1 g tĩnh mạch (10 ml dung dịch 10%) trong 10 phút.
- **KHÔNG** cho dịch truyền tĩnh mạch nhanh.
- **KHÔNG** tiêm tĩnh mạch magnesium sulfate 50 % mà phải pha loãng nó đến 20%.
- Xem xét mổ lấy thai trừ khi sắp chuyển dạ (sắp đẻ).
- Nếu sắp đẻ, xử trí như trong khi sinh con và đi cùng với người phụ nữ trong khi vận chuyển.
 - Cho sản phụ ở vị trí nằm nghiêng bên trái.
 - Nếu co giật xảy ra trong quá trình vận chuyển, cung cấp magnesium sulfate và bảo vệ sản phụ khỏi ngã và chấn thương.

Cách sử dụng ketamine theo phác đồ

- Chuẩn bị: Đặt đường truyền tĩnh mạch; gắn thiết bị theo dõi, máy hút, oxy và mặt nạ, ống thông mũi hầu hoặc miệng hầu và bóng mask bên cạnh giường.
- Điều trị trước để phòng ngừa phản ứng (kích động hoặc ảo giác) trước khi dùng ketamine.
 - Cho Midazolam 0,05 mg/kg tĩnh mạch trong 2 phút ngay trước khi cho ketamine; **HOẶC**
 - Giải pháp thay thế, cho Diazepam 0,05-0,1 mg/kg TM (Cần theo dõi lâu hơn sau khi cho thuốc an thần); **HOẶC**
 - Giải pháp thay thế, điều trị tác dụng phụ của Ketamine bằng Midazolam hoặc diazepam chỉ khi có các ảo giác hoặc kích động.
- Cho thuốc an thần:
 - Ketamine 1-2 mg/kg tĩnh mạch trong 2 phút.
 - Lặp lại 0,5 mg/kg tĩnh mạch trong 10 phút một lần khi cần thiết.
 - Thay thế cho đường tĩnh mạch: Cho 4 mg/kg tiêm bắp.
- Theo dõi:
 - Kiểm tra huyết áp, mạch, nhịp thở và SpO₂ mỗi 2 phút một lần.
 - Theo dõi chất tiết, co thắt thanh quản và các phản ứng phụ.

Xử trí người bệnh hưng dữ hoặc rất kích động

Làm dịu đi và bảo vệ

- Bảo vệ người bệnh không để tự làm tổn hại đến người bệnh và những người xung quanh.
- Đảm bảo rằng bạn đang ở trong một khu vực yên tĩnh không có người nào theo dõi.
- Giữ khoảng cách để bảo vệ mình.
- Kêu gọi sự giúp đỡ của các đồng nghiệp, an ninh và các thành viên trong gia đình có thể giúp hòa giải tình hình và làm cho người bệnh bình tĩnh vì sự an toàn của nhân viên và người bệnh.
- Tiếp cận một cách bình tĩnh và tự tin.
 - Nói chuyện một cách bình tĩnh và trấn an.
 - **Không đối đầu, không phán xét và đánh lạc hướng những lời chỉ trích.**
- Giữ cảm xúc của bạn khi khám bệnh. Không để bản thân bị ảnh hưởng bởi phát biểu kích động hoặc đe dọa.
- Hãy nhận biết những thứ có thể làm vũ khí và loại bỏ các vật không an toàn.
- **Cần chẩn đoán phân biệt:**
 - Kiểm tra lượng đường trong máu và điều trị hạ đường nếu có (xem tr. 41).
 - Kiểm tra các dấu hiệu sinh tồn bao gồm cả nhiệt độ.
 - Kiểm tra SpO₂ và cung cấp oxy nếu SpO₂ < 90 %
 - Xem xét các chẩn đoán phân biệt mê sảng để xem xét nguyên nhân nội khoa như ngộ độc và sử dụng chất gây nghiện (xem Phần 3.4).
 - Chẩn đoán nguyên nhân gây kích động.

Cho thuốc an thần phù hợp

Nếu nghi ngờ kích động là do sử dụng các chất (ví dụ như rượu hoặc rút thuốc an thần khác hoặc nhiễm độc chất kích thích):

- Cho diazepam đường miệng 10-20mg - nhắc lại nếu cần thiết (xem Mục 3.6 và 3.7)

Nếu nghi ngờ kích động là do rối loạn tâm thần, hưng cảm hoặc rối loạn tâm thần khác, xem xét việc sử dụng haloperidol để giảm bớt kích động:

■ Đối với hầu hết người bệnh:

- Cho haloperidol 2 mg tiêm bắp hoặc đường miệng mỗi giờ đến 5 liều (liều tối đa = 10 mg).

■ Đối với người bệnh cao tuổi và những người có bệnh lý phức tạp, bao gồm cả mê sảng và sa sút trí tuệ:

- Dùng haloperidol 0,5-1 mg uống hoặc tiêm bắp mỗi giờ đến 3 lần (liều tối đa = 3 mg).

■ Đối với phần lớn các người bệnh không kiểm soát được có nguy cơ đối với bản thân và những người khác:

- Yêu cầu hỗ trợ ngay lập tức từ các nhân viên an ninh, cảnh sát. Đảm bảo an toàn cho nhân viên.
- Nếu cần thiết sử dụng thuốc an thần, cho thêm haloperidol 5 mg tiêm bắp, lặp lại trong 15-30 phút. Nếu cần sử dụng trên 15 mg, cần hội chẩn với Bác sĩ chuyên khoa.

Không dùng thuốc an thần (diazepam) trừ khi có chẩn đoán rõ ràng hội chứng cai rượu hoặc nhiễm độc chất kích thích.

Nếu nghi ngờ kích động là do nhiễm độc với phosphor hữu cơ hoặc chloroquine

➤ Cho diazepam tốt hơn là haloperidol (xem phần 3.8).

Xem phần 3.6, 3.7 và 10.11 Sức khỏe tâm thần.

Liều cao diazepam có thể gây ức chế hô hấp. Cần theo dõi các dấu hiệu suy hô hấp trong 4 giờ. Liều cao haloperidol có thể gây ra phản ứng rối loạn trương lực. Nếu cấp tính, điều trị giải độc bằng biperiden (xem phần 8.4).

Sau khi người bệnh bắt đầu bình tĩnh lại, chờ đợi để xem tác dụng đầy đủ của thuốc an thần trước khi cho thêm thuốc an thần. Khi người đó không còn kích động mạnh, xem Phần 10.11 Sức khỏe tâm thần để xử trí phù hợp.

■ **Nếu người bệnh vẫn còn bị kích động sau khi đã xử lý như trên:**

- Tìm nguyên nhân bao gồm cả nguyên nhân đau
- Kiểm tra lại SpO₂ và glucose máu.
- Tìm sự giúp đỡ và tư vấn.

Xử trí người bệnh tự tử/tự làm hại mình

■ **Đánh giá xem người đó đã cố gắng hành động tự tử/tự làm hại mình nghiêm trọng về mặt y tế hay chưa:**

- Hỏi người bệnh hoặc bạn bè hoặc gia đình đi cùng về các nỗ lực tự làm hại mình hoặc tình trạng ngộ độc gần đây.
- Tìm dấu hiệu của ngộ độc hoặc nhiễm độc hoặc các dấu hiệu tự gây chấn thương.
- Can thiệp y tế khi cần thiết.
- Đảm bảo rằng người đó được theo dõi chặt chẽ để ngăn chặn họ tự làm hại.
- Không để người bệnh một mình hoặc không được giám sát.

■ **Đánh giá xem có nguy cơ sắp xảy ra của tự huỷ hoại hoặc tự sát hay không:**

- Hỏi người bệnh về suy nghĩ hiện tại hay kế hoạch tự tử hoặc tự làm hại và về cách tiếp cận các phương tiện để tiếp tục theo đuổi những suy nghĩ hay kế hoạch đó.
- Tìm dấu hiệu của cảm xúc buồn khổ, tuyệt vọng, kích động, hành vi e dè, cô lập xã hội.

■ **Nếu nguy cơ sắp xảy ra:**

- Không cho tiếp cận với các phương tiện tự gây hại.
- Tạo ra một môi trường an toàn và hỗ trợ, đảm bảo rằng người đó không bị bỏ lại một mình.
- Chú ý cảm xúc buồn khổ và trạng thái tinh thần, giải quyết các khó khăn, tìm nguyên nhân và cách để bảo vệ
- Chẩn đoán và điều trị nguyên nhân.
- Hội chẩn chuyên gia sức khỏe tâm thần nếu có.

■ **Nếu rủi ro không phải là sắp xảy ra nhưng có tiền sử nghĩ về tự tử hoặc tự hại:**

- Bỏ, hoặc tư vấn loại bỏ việc tiếp cận với các phương tiện tự gây hại.
- Chú ý vào cảm xúc buồn khổ và trạng thái tinh thần, giải quyết các khó khăn, tìm nguyên nhân và điều trị
- Hỗ trợ tâm lý xã hội.
- Chẩn đoán và điều trị nguyên nhân.
- Hội chẩn chuyên gia sức khỏe tâm thần nếu có.

Trong mọi trường hợp, cần đánh giá người bệnh về sức khỏe tâm thần, thần kinh, các thuốc đang sử dụng, đau kéo dài và/hoặc các triệu chứng cảm xúc đòi hỏi phải xử trí.

Xem Phần 10.11 sức khỏe tâm thần để biết thêm về việc xử trí người bệnh tự tử và để xử trí các rối loạn sức khỏe tâm thần.

CHỈ ĐỊNH ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN

Đặt nội khí quản là một thủ thuật kiểm soát đường thở nâng cao và chỉ nên thực hiện nếu hiểu được các chỉ định đặt nội khí quản, thành thạo về kỹ thuật và có thể chăm sóc sau khi đặt nội khí quản. Nếu bạn không có kỹ năng đặt nội khí quản, hãy kiểm soát đường thở theo những cách khác. **Tất cả các trường hợp đặt nội khí quản có thể gặp khó khăn** và người bệnh chỉ nên được đặt nội khí quản nếu xử trí đường thở cơ bản (oxy, vị trí đầu, ống thông miệng hầu, bóp bóng qua mặt nạ) không đủ.

Trước khi cố gắng đặt nội khí quản, hỏi những câu hỏi:

1. Người bệnh có chỉ định đặt nội khí quản?
 - Không thể duy trì và bảo vệ đường hô hấp (nguy cơ hít phải).
 - Không thể cung cấp oxy hoặc thông khí.
 - Đe dọa tắc nghẽn đường thở (ví dụ như tổn thương đường hô hấp, phù mạch).
2. Dụng cụ đặt nội khí quản có hoạt động tốt không?
 - Đèn soi thanh quản hoạt động tốt.
 - Kích cỡ ống nội khí quản phù hợp.
 - Sử dụng ống 6,0-7,0 ở phụ nữ và ống 7,0-8,0 ở nam giới.
 - Nguồn oxy.
 - Bóng ambu (Bag valve mask).
 - Máy hút.
3. Có kế hoạch chăm sóc sau đặt nội khí quản không?
 - Có sẵn máy thở xâm nhập không? Nếu **KHÔNG** thì chỉ xem xét đặt nội khí quản trong những điều kiện sau:
 - Nếu người bệnh có thể hồi phục nhanh chóng và chỉ cần đặt nội khí quản ngắn hạn (ví dụ như rắn cắn, dùng thuốc quá liều) và có thể thông khí bằng bóp bóng.
 - Nếu nghi ngờ người bệnh có thể cần phải đặt nội khí quản lâu hơn và có thể chuyển đến bệnh viện có sẵn thở máy xâm nhập.
 - Có sẵn các loại thuốc an thần?
 - Người bệnh thường phải dùng thuốc an thần trong và sau khi đặt nội khí quản. Thuốc dùng trong đặt nội khí quản và thuốc an thần chỉ được sử dụng bởi các bác sĩ được đào tạo về đặt nội khí quản, là những người hiểu chỉ định và sử dụng thuốc thích hợp.

Nếu câu trả lời cho các câu hỏi này là KHÔNG, thì không cố đặt nội khí quản và tiếp tục can thiệp đường thở cơ bản và sử dụng thông khí bằng bóng ambu với lưu lượng oxy cao. Hãy gọi cho bác sĩ có kinh nghiệm hơn.

CÁCH ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN

Đặt nội khí quản không nên quá 30 giây.

Quy trình:

- Cho oxy lưu lượng cao bằng cách bóp bóng qua mặt nạ hoặc mặt nạ có túi dự trữ khí trước.
- Đặt người bệnh ở tư thế vị trí hít vào (đặt gối dưới cổ nếu không có chấn thương).
- Cho an thần nếu cần (nếu không hôn mê) - midazolam 0,2 mg/kg TM hoặc ketamine 1,5 mg/kg TM.*
- Mở miệng của người bệnh bằng cách tách môi ra và kéo về phía hàm trên bằng ngón trỏ.
- Cầm đèn soi thanh quản bằng tay trái, đưa lưỡi đèn vào miệng người bệnh với phần lưỡi đèn hướng vào amidan bên phải. Khi gần đến amidan bên phải, quét đèn soi thanh quản vào giữa, giữ lưỡi ở bên trái để nhìn thấy nắp thanh môn.
- Nâng cao lưỡi đèn soi thanh quản cho đến khi chạm góc nằm giữa đáy lưỡi và nắp thanh môn.
- Tiếp theo, nâng đèn soi thanh quản lên ở một góc 45 độ để nhìn thấy dây thanh âm. Người phụ án lên xuống vào sụn thanh quản để người đặt có thể thấy dây thanh âm.
- Cầm ống nội khí quản bằng tay phải và đưa ống vào miệng. Đưa ống nội khí quản qua dây thanh âm sao cho bóng hơi của ống nằm bên dưới dây thanh.
- Làm phồng bóng hơi để cố định ống.
- Gắn ống vào bóng bóp và nối với oxy lưu lượng cao.
- Nếu thành công, bắt đầu phần chăm sóc sau đặt nội khí quản (xem trang 66-67).
- Nếu không thể đặt nội khí quản trong 30 giây, thực hiện thông khí bóp bóng qua mặt nạ với oxy lưu lượng cao.
- Nếu không thể đặt nội khí quản và cũng không thể thông khí, xem sơ đồ thiết lập đường thở thất bại (xem tr. 65).

* Bác sĩ có kinh nghiệm cũng có thể thêm thuốc giãn cơ như succinylcholine để tạo điều kiện đặt nội khí quản dễ dàng.

CÁCH XÁC ĐỊNH VỊ TRÍ ĐẶT ỐNG NỘI KHÍ QUẢN (NKQ)

- Bóp bóng qua NKQ với oxy lưu lượng cao.
- Tìm ngưng tụ hơi trong ống NKQ.
- Xem ngực có căng phồng lên.
- Nghe âm thanh ở hai phế trường và ở dạ dày.
- Nếu nghe thấy tiếng hơi ở dạ dày, mà không nghe ở vùng phổi, có thể NKQ đã vào thực quản và ngay lập tức rút ống.
- Cung cấp 6-8 nhịp thở qua thông khí bóp bóng mặt nạ với oxy lưu lượng cao hoặc cho đến khi oxy hóa máu tốt lại. Cố gắng đặt nội khí quản lần nữa.
- Nếu âm thanh ở phế trường bên phải rõ hơn bên trái hoặc ngực trái không phồng lên với thông khí, ống nội khí quản nằm trong phế quản phải. Kéo NKQ ra từng nấc nhỏ (1-2 cm) và nghe một lần nữa - cho đến khi âm thanh đều trên cả hai bên phổi.
- Cố định NKQ tại chỗ (vải, gạc, băng cuộn).
- Tiếp tục thông khí bằng tay, xem chăm sóc sau đặt nội khí quản tr. 66-67.

10 cách kiểm tra đặt vị trí ống chính xác: nếu nghi ngờ, rút ống ra!

Kiểm tra	Kết quả	Tầm quan trọng	Sự tin tưởng
Nhìn bằng soi thanh quản	Ống giữa các dây thanh	Đặt nội khí quản đúng	Chắc chắn
Nghe/cảm giác	Hơi thở qua ống	Đặt nội khí quản đúng	Chắc chắn
Gõ xương ức	Phụt không khí ra từ ống khí quản	Đặt nội khí quản đúng	Chắc chắn
Bóp bóng và làm phồng bóng	Ngực phồng lên và xẹp xuống	Đặt nội khí quản đúng	Có thể xảy ra
Bóp bóng và làm phồng bóng	Nghe thấy âm thanh lọc xọc	Nội khí quản vào thực quản	RÚT ỐNG
Đưa ống hút vào ống NKQ	Người bệnh ho (nếu không bị liệt)	Rất có khả năng đúng	Có thể xảy ra
Nhìn	Da người bệnh hồng sau khi đặt nội khí quản	Nội khí quản đúng	Có thể xảy ra
Nhìn	Da người bệnh trở nên tím tái sau đặt nội khí quản	Đặt nội khí quản thực quản	RÚT ỐNG
Nghe bằng ống nghe	Thông khí nghe được ở các đỉnh, nách và đáy phổi	Đặt nội khí quản đúng	Có thể xảy ra
Nghe bằng ống nghe	Thông khí nghe được ở dạ dày	Rất có khả năng sai	RÚT ỐNG

ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN CÓ THÀNH CÔNG?

Đã đặt nội khí quản thành công?

CÓ

KHÔNG

Đến chăm sóc sau
đặt nội khí quản

Sơ đồ đường thở thất bại

- Gọi giúp đỡ
- Tiếp tục thông khí bằng bóng ambu
- Xem lại nhu cầu đặt nội khí quản

Người bệnh có thể được thông khí bằng bóng ambu?

Ví dụ, lồng ngực phồng lên tương ứng mỗi lần bóp bóng.

CÓ

KHÔNG

Tối ưu hóa điều kiện và cố gắng đặt nội khí quản lần nữa

- Ngửa cổ
- Đặt gối dưới vai
- Hãy thử lưỡi soi thanh quản khác nhau
- Nắn thanh quản lên và sang bên phải để xem dễ hơn

Nếu vẫn không thể đặt nội khí quản, tiếp tục bóp bóng với mặt nạ túi khí

- Đặt mặt nạ thanh quản nếu có và thông khí qua đường thở này.
- Cân nhắc phẫu thuật mở sụn nhân giáp (xem trang 69):
 - Đây là một thủ thuật đặc biệt và chỉ được thực hiện trong những trường hợp đe dọa tính mạng bởi những người được đào tạo bài bản và khi không thể thông khí và không thể đặt nội khí quản.

Cũng như đặt nội khí quản, chỉ cố gắng nếu:

- Không thể chăm sóc người bệnh với kỹ thuật đường thở cơ bản.
- Các dụng cụ có sẵn và hoạt động tốt.
- Có một kế hoạch sau đặt nội khí quản để xử trí thông khí.

CHĂM SÓC SAU ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN

■ Thông khí cho người bệnh đặt nội khí quản

Phải kiểm tra chắc chắn tất cả những điều sau đây khi bắt đầu thông khí bằng tay

- Kiểm tra bóng được nối với nguồn oxy lưu lượng cao và ống NKQ một cách chính xác.
- Kiểm tra xem ống NKQ có đúng vị trí, được cố định chưa và bóng chèn của ống NKQ có được bơm căng.
- Phát hiện và điều trị tràn khí màng phổi, chấn thương dập ngực, và hút, dẫn lưu vết thương ngực, nếu có.
- Nếu có, kiểm tra thiết bị hút còn hoạt động không.
- Nếu người bệnh cắn vào ống, đặt ống thông miệng hầu hoặc Mayo ngang lưỡi để ngăn cắn.
- Thực hiện thông khí bằng tay, xem trang tiếp theo.

■ Sử dụng thuốc an thần ở người bệnh đặt nội khí quản

- An thần cho người bệnh bằng thuốc tiêm tĩnh mạch dựa trên thuốc có sẵn tại chỗ (như midazolam, liều 0,02-0,1 mg/kg/giờ).
- Hầu hết người bệnh cần an thần sau đặt nội khí quản để điều trị lo âu hay kích động.
- Đánh giá sự lo lắng và kích động để gia giảm lượng thuốc an thần tiêu chuẩn, nếu có thể.
- Sau khi cho thuốc an thần, người bệnh cần được đánh giá lại ít nhất 30 phút một lần để xác định xem thuốc an thần có đủ không.
- Những dấu hiệu cho thấy người bệnh cần nhiều thuốc an thần hơn:
 - Người bệnh cắn vào ống NKQ.
 - Người bệnh đang cố gắng kéo ống NKQ ra.
 - Cảm nhận sức đề kháng tăng trong túi khi cố gắng thông khí người bệnh.
 - HA tâm thu và/hoặc nhịp tim tăng.
 - (nếu người bệnh đang thở máy, ghi áp lực đỉnh).

CHĂM SÓC SAU ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN

■ Nếu người bệnh tím tái hoặc thiếu oxy

- Xác định vị trí ống NKQ (xem tr. 64).
- Kiểm tra bóng chèn của ống NKQ được bơm căng chưa.
- Xem nguồn oxy có đang hoạt động tốt không.
- Hút dịch tiết.
- Cho thêm thuốc an thần nếu thuốc an thần chưa đủ.
- Nếu thở rít, cho salbutamol (xem tr. 17).
- Tìm những dấu hiệu của tràn khí màng phổi áp lực- khí quản lệch sang một bên, giảm RRPN, tĩnh mạch cổ nổi hoặc có tiếng lạo xạo, điều trị nếu nghi ngờ (xem tr. 46).
- Tìm dấu hiệu phù phổi, điều trị nếu nghi ngờ (xem mục 3.2.5).
- Nếu người bệnh đang thở máy, ngắt kết nối người bệnh khỏi máy thở và bóp bóng bằng tay cho đến khi người bệnh cải thiện.
- Nếu người bệnh vẫn còn thiếu oxy và nghi ngờ ống NKQ không đúng vị trí thì rút ống NKQ và thông khí bằng bóngambu.

■ Người bệnh được đặt nội khí quản cần theo dõi sát

- Đánh giá lại thường xuyên, ít nhất 30 phút một lần: Đánh giá nhanh, đo dấu hiệu sinh tồn, SpO₂.
- Nếu có điều kiện, nên theo dõi SpO₂ người bệnh liên tục.
- Đặt ống thông mũi dạ dày (hoặc ống thông miệng dạ dày nếu nghi ngờ chấn thương đầu; xem phần 17.5.1).
- Sử dụng đai tay mềm để giữ người bệnh.
- Ghi lại tất cả các quan sát của bạn.

BÓP BÓNG BẰNG TAY – CÁCH HƯỚNG DẪN CHO GIA ĐÌNH HOẶC NGƯỜI CHĂM SÓC KHÁC

Bóp bóng quá mức có thể gây tổn thương nặng cho phổi của người bệnh và cũng có thể làm chết người bệnh.

Điều quan trọng là người bóp bóng hiểu được đúng kỹ thuật, khi nào cần bóp bóng liên tục và khi nào kêu gọi giúp đỡ.

Giải thích cách bóp bóng, sau đó theo dõi họ làm

- Giữ bóng bằng một tay và ép bóng 2 lít còn khoảng 1/3 thể tích của nó.
- Cho mỗi lần bóp bóng khoảng 1 giây
- Bóp khoảng 10 lần/phút.
- Sau mỗi lần bóp bóng đảm bảo cho người bệnh thở ra hoàn toàn trước lần bóp bóng tiếp theo.
- Theo dõi để đảm bảo ngực phồng lên và xẹp xuống đều theo nhịp thở. Dạ dày của người bệnh không nên nở ra theo từng hơi thở. Nếu bạn không chắc chắn liệu bạn đang bóp bóng đúng, yêu cầu giúp đỡ từ điều dưỡng hoặc bác sĩ.
- Nếu người bệnh còn tự thở, bóp bóng khi người bệnh hít vào. Không cố gắng bóp bóng khi người bệnh thở ra.
- Bóp bóng nhẹ nhàng và bạn chỉ cảm thấy có lực kháng nhỏ. Nếu cảm thấy có lực kháng lại thì yêu cầu sự giúp đỡ từ điều dưỡng hoặc bác sĩ.

Khi nào gọi trợ giúp

- Nếu người bệnh nôn, gọi giúp đỡ:
 - Dừng bóp bóng người bệnh trong một khoảng thời gian ngắn trong khi hút hoặc dùng tay loại bỏ tất cả chất nôn ra khỏi miệng và ống của người bệnh.
 - Nếu không có chấn thương cột sống, quay đầu người bệnh sang bên để chất nôn ra càng nhiều càng tốt.
 - Tiếp tục bóp bóng khi đã ngừng nôn và loại bỏ càng nhiều chất nôn càng tốt ra khỏi đường thở.
- Nếu bạn cần nghỉ, phải chắc chắn có một người nào đó làm thay bạn và người bệnh phải luôn được thông khí.
- Gọi giúp đỡ ngay lập tức nếu:
 - Người bệnh tím tái.
 - Người bệnh tỉnh và cắn vào ống, hoặc cố gắng kéo ống ra khỏi miệng mình.
 - Khó bóp bóng hoặc cảm thấy lực kháng tăng
 - Người bệnh nôn.
 - Nghe thấy tiếng lọc xọc khi bóp bóng hay ống NKQ đầy chất tiết.
 - Dạ dày của người bệnh có vẻ đầy khí hoặc đang căng.
 - Khi chạm vào da của người bệnh nó có cảm giác như đầy khí và tiếng lạo xạo dưới ngón tay.
 - Khí quản của người bệnh (một cấu trúc cứng nằm dưới da ở giữa cổ) có vẻ lệch sang một bên.
 - Nếu mức oxy của người bệnh (SpO₂) giảm xuống dưới 90% (chỉ với người bệnh được theo dõi bằng dụng cụ đo độ bão hòa oxy mao mạch).
 - Bạn phải nghỉ và không có ai giúp đỡ bạn.

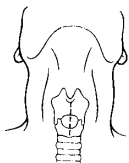
CÁCH MỞ SỤN NHẪN GIÁP KHI TẮC NGHẼN ĐƯỜNG THỞ TRÊN ĐE DỌA TÍNH MẠNG VÀ KHÔNG THỂ THÔNG KHÍ

Phẫu thuật mở sụn nhĩn giáp phải được thực hiện đối với mọi người bệnh đã được đặt nội khí quản hai lần thất bại và/hoặc người bệnh không thể thông khí được.

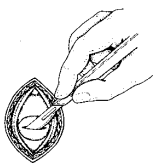
Kỹ thuật:

1. Ngửa cổ hết mức (trừ khi biết hoặc nghi ngờ chấn thương cột sống cổ), làm cho người bệnh thoải mái (hình 1).
2. Sát trùng vị trí mổ và gây tê cục bộ.
3. Rạch qua da bằng một đường cắt dọc 1,5 cm và sử dụng kẹp phẫu tích bóc tách để đảm bảo rằng bạn có thể nhìn thấy màng giáp nhĩn.
4. Dùng dao cõ # 22 hoặc #23, đâm qua màng vào lòng khí quản (Hình 2).
5. Xoay lưỡi dao 90°, chèn một cái kẹp động mạch cong cùng với lưỡi dao, bỏ dao và mở kẹp từng bên, mở rộng không gian giữa sụn giáp và sụn nhĩn (Hình 3).
6. Đưa vào một dụng cụ dẫn hoặc một ống thông vào khí quản nếu lối vào rất nhỏ (Hình 4).
7. Luồn một ống nội khí quản 4-6 qua dụng cụ dẫn và đưa vào khí quản (Hình 5).

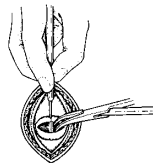
Hình 1



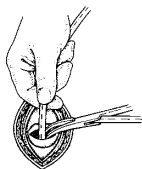
Hình 2



Hình 3



Hình 4



Hình 5



8. Bỏ dụng cụ dẫn, nếu đã sử dụng.

- Ống này có thể lưu tại chỗ trong tối đa 3 ngày.
- Thủ thuật này nên được thực hiện bởi một người có kinh nghiệm, có kiến thức về giải phẫu và tình trạng sức khỏe của người bệnh.

Thủ thuật này không được xem nhẹ vì sai vị trí, chảy máu và sự chậm trễ có thể gây tử vong.

Chuyển viện người bệnh nặng lên tuyến trên

Các người bệnh nặng có thể chuyển viện lên tuyến trên để tiếp cận chuyên gia, chẩn đoán xét nghiệm, thiết bị, dịch vụ chuyên khoa mà không có sẵn tại bệnh viện huyện. Người bệnh chỉ nên được vận chuyển nếu bệnh viện tiếp nhận có các nguồn lực cần thiết và phù hợp để chăm sóc cho người bệnh đó và đồng ý tiếp nhận.

Người bệnh nặng có thể gặp nguy hiểm trong thời gian vận chuyển, nhất là trong trường hợp vận chuyển xa, và tổn chi phí cho gia đình.

Quy trình tiêu chuẩn đối với chuyển viện trong bệnh viện sẽ giúp vận chuyển an toàn và giảm thiểu tác hại cho người bệnh.

- Trao đổi với bệnh viện tiếp nhận. Thống nhất thỏa thuận rõ ràng là bệnh viện tiếp nhận có các nguồn lực cần thiết và sẵn sàng chăm sóc người bệnh và sẽ nhận người bệnh này vào để chăm sóc.
- Chuẩn bị giấy chuyển viện bao gồm: các dấu hiệu sinh tồn, bao gồm cả những lúc mới nhập viện và trong quá trình điều trị, tóm tắt quá trình thăm khám, phương pháp điều trị đã thực hiện (ví dụ dịch truyền tĩnh mạch, truyền máu, thuốc, kháng sinh) và tất cả các kết quả xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh. Gửi tài liệu này cùng với người bệnh.
- Cần quyết định người chăm sóc đi kèm.
- Giữ người bệnh thoải mái. Điều trị đau và lo âu cho người bệnh. Che cho người bệnh và giữ ấm.

Cách vận chuyển các người bệnh nặng

Vận chuyển một người bệnh nặng có thể trong bệnh viện hoặc liên bệnh viện. Người bệnh cần được ổn định trước khi vận chuyển.

- Vận chuyển cần các nguồn lực, bao gồm cả nhân viên đi cùng với người bệnh.
- Các biến chứng xảy ra trong quá trình vận chuyển từ nhỏ cho đến đe dọa tính mạng có thể liên quan đến tình trạng lâm sàng, thiết bị vận chuyển hoặc khâu tổ chức.
- Cần được chỉ định: bảo đảm đường thở, bất động cột sống cổ, ép bằng tay hoặc băng ép đối với người bệnh có chảy máu, bảo đảm đường truyền tĩnh mạch, ổn định các chấn thương có thể đe dọa tính mạng trong khi vận chuyển (ví dụ như gãy xương chậu, tràn khí màng phổi).
- Sử dụng một bảng kiểm (checklist, xem bên dưới) để đảm bảo sự an toàn và có đầy đủ dụng cụ quan trọng, lưu ý đảm bảo thông tin liên lạc trước khi lên đường.

Thông tin giấy chuyển viện:

- Ống thông đường thở và ống thông mũi dạ dày.
- Kiểu thở và đủ SpO₂.
- Tuần hoàn, và đường truyền tĩnh mạch theo dõi sát.
- Cố định/nẹp cổ /chăm sóc tổn thương ở đầu.
- Theo dõi sát người bệnh, kiểm tra thiết bị, dụng cụ trên người bệnh có an toàn.
- Thông báo cho gia đình.
- Những chú ý cuối cùng:
 - Yêu cầu tài liệu ghi chép, X-quang và kết quả khác.
 - Xác nhận có giường bệnh tại bệnh viện tiếp nhận.
 - Người bệnh có được đảm bảo chăm sóc liên tục? Bảo đảm thông tin liên lạc.
 - Thuốc và thuốc dự phòng? Hồ sơ bệnh án, bao gồm cả bệnh sử.
 - Tất cả mọi thứ bảo đảm? Thuốc đủ? Đủ oxy? Đủ nhiên liệu? Đủ dịch truyền tĩnh mạch?
- Nhân viên y tế đi kèm người bệnh đã sẵn sàng?

Xe dụng cụ cấp cứu

Thiết bị bảo vệ nhân viên y tế

Găng tay
Khẩu trang (phẫu thuật và N95)
Bảo vệ mắt
Áo choàng
Hộp đựng chất thải sắc nhọn
Còn sát khuẩn



Dụng cụ/ thiết bị (kích cỡ ở trẻ em và người lớn)

Ống thông hút	Catheter mạch máu số 14, 16 và 18
Ống oxy mũi	Ống luông tĩnh mạch
Mặt nạ oxy	Bơm tiêm
Mặt nạ oxy với túi dự trữ	Kim
Mặt nạ oxy kèm khí dung	Dụng cụ truyền tủy xương
Ống oxy	Còn lau hoặc chất khử trùng tương đương cho da
Mặt nạ bóp bóng treo bên xe	Ga rô
Đường thở miệng	Ống lấy máu
Đường thở mũi	Băng gạc vô trùng
Đo oxy mạch với kẹp dò	Băng quấn (cuộn)
Dụng cụ đè lưỡi	Khâu
Soi thanh quản	Băng dán
Kẹp Magill	Dầu bôi trơn
Buồng đệm khí dung	

Thuốc

Epinephrine (adrenaline) TM	Thuốc chống sốt rét cấp cứu
Atropine TM	Oseltamivir
Naloxone TM	Glucose (dextrose D50)
Salbutamol khí dung định liều MDI với buồng đệm	Paracetamol
Ống salbutamol	Aspirin
Hydrocortisone TM, đường uống	Morphine hoặc tương đương*
Furosemide TM, đường uống	Diazepam TM/TT*(tọa dược)
Ipratropium khí dung định liều MDI	Magnesium sulfate TM
Dịch truyền LR hoặc NS	Haloperidol
Kháng sinh cấp cứu	Ergometrine TB
	Oxytocin TM

Đối với chảy máu âm đạo - xem IMPAC MCPC'

* Để trong hộp có khóa

3. Cách tiếp cận và điều trị đối với người bệnh bị bệnh nặng (sau bước đánh giá nhanh)

Mục lục

3.0	Nguyên tắc chung khi tiếp cận và xử lý người bệnh bị bệnh nặng	76
3.1	Người bệnh mắc bệnh nặng có sốc	81
3.1.0	Cách tiếp cận người bệnh bị sốc	81
3.1.1	Điều trị sốc mất máu (xem Đánh giá nhanh trang 20 và Phần 4)	86
3.1.2	Điều trị sốc giảm thể tích tuần hoàn	88
3.1.3	Điều trị sốc phản vệ	89
3.1.4	Điều trị sốc tim	89
3.1.5	Điều trị sốc nhiễm trùng	91
3.2	Người bệnh nặng có tình trạng khó thở	100
3.2.1	Tiếp cận người bệnh nặng có tình trạng khó thở	100
3.2.2	Xử trí ban đầu người bệnh nặng có tình trạng khó thở	106
3.2.3	Xử trí suy hô hấp ở người bệnh nghi ngờ viêm phổi nặng hoặc chấn thương phổi cấp tính không kèm theo sốc	109
3.2.4	Xử trí người bệnh suy hô hấp nặng có thất phế quản cấp tính (Hen, COPD, và các nguyên nhân khác gây khó khè cấp tính)	114
3.2.5	Xử trí người bệnh bị suy hô hấp nặng do phù phổi cấp hoặc quá tải thể tích	119
3.2.6	Xử trí bệnh tim mất bù	127
3.3	Tiếp cận người bệnh biểu hiện đau ngực	128
3.4	Tiếp cận người bệnh rối loạn ý thức (bao gồm cả tình trạng hôn mê, lú lẫn, ngộ độc, kích động và co giật)	130
3.4.1	Tiếp cận lâm sàng với người bệnh có rối loạn ý thức	130
3.4.2	Xử trí mê sảng	136
3.4.3	Xử trí tiểu đường nhiễm toan ceton	136
3.4.4	Xử trí hạ đường huyết	140
3.4.5	Thiếu hụt steroid (bệnh Addison, suy thượng thận)	141

3.5	Cách tiếp cận và điều trị người bệnh bị co giật hoặc trạng thái động kinh	143
3.6	Xử trí ngộ độc hoặc quá liều, hoặc hội chứng cai hoặc sử dụng các chất dạng opioid khác, thuốc kích thích loại amphetamine hoặc cocaine	146
	3.6.1 Ngộ độc hoặc quá liều opioid	146
	3.6.2 Xử trí hội chứng cai opioid	147
	3.6.3 Xử trí ngộ độc và quá liều chất kích thích	149
	3.6.4 Xử trí hội chứng cai chất kích thích	150
3.7	Hội chứng cai rượu cấp tính và ngộ độc rượu	151
	3.7.1 Hội chứng cai rượu cấp tính	151
	3.7.2 Ngộ độc rượu cấp	160
3.8	Ngộ độc	162
	3.8.1 Ngộ độc qua đường tiêu hóa hoặc uống quá liều thuốc	162
	3.8.2 Chất độc hít vào	188
	3.8.3 Hóa chất trên da và mắt	190
3.9	Rắn cắn	191
	3.9.1 Đánh giá rắn cắn	191
	3.9.2 Điều trị rắn cắn	194
3.10	Bỏng	199
	3.10.1 Xử trí ban đầu và ổn định tình trạng bỏng sử dụng Đánh giá nhanh	199
	3.10.2 Đánh giá và phân loại bỏng	200
	3.10.3 Điều trị bỏng	203
3.11	Bảng theo dõi người bệnh nặng	207

3.0 Nguyên tắc chung khi tiếp cận và xử lý người bệnh bị bệnh nặng

Phần này sẽ giới thiệu các nội dung sau:

- Cách đánh giá nhanh và xử lý cấp cứu
- Cách theo dõi - ghi chép - đánh giá đáp ứng với điều trị
- Cách cung cấp oxy
- Cách chăm sóc cho người bệnh nặng
- Sự tham gia của gia đình trong việc chăm sóc người bệnh nặng
- Điều trị và chăm sóc giảm nhẹ
- Dinh dưỡng
- Những chú ý khi chăm sóc những người bệnh mang thai mắc bệnh nặng

Người bệnh trong tình trạng cấp cứu cần được thăm khám và đánh giá cẩn thận để phát hiện những bất thường từ đó đưa ra được phương pháp điều trị phù hợp và người bệnh phải được theo dõi sát diễn biến của bệnh để xử lý kịp thời. Những người bệnh trong tình trạng nặng cấp cứu có tỷ lệ tử vong rất cao và nhân viên y tế cần lưu ý tới những hạn chế khi thực hiện các thủ thuật cho người bệnh đang ở trong tình trạng này. Phần này đề cập đến tình trạng nặng nghiêm trọng do các nguyên nhân y tế. Phần 4 đề cập đến chấn thương.

Đánh giá nhanh và xử lý cấp cứu

Người bệnh trong tình bệnh nặng cần được đánh giá nhanh để phát hiện các dấu hiệu bất thường và được xử lý phù hợp. Đánh giá nhanh cần được tiến hành đối với các người bệnh khi vào viện và những người bệnh đã nhập viện nhưng tiến triển xấu. Thực hiện đánh giá nhanh theo ABC đó là: đánh giá về đường thở, hô hấp, tuần hoàn và tinh thần hoặc co giật. Đánh giá ABC cần được nhắc lại sau mỗi lần xử lý.

Điều trị ban đầu đối với người bệnh bị bệnh nặng

Trước tiên cần xử lý để đưa các chức năng sống về giới hạn bình thường và ngăn chặn tổn thương các cơ quan.

- Thở nhanh hoặc khó thở: đánh giá đường thở của người bệnh, cho thở oxy, nghe phổi nếu có thở khò khè cần cho salbutamol, thăm khám phát hiện tình trạng quá tải dịch.
- Mạch nhanh hay huyết áp thấp: nhanh chóng thiết lập đường truyền tĩnh mạch, truyền dịch nhanh, thăm khám đánh giá nhanh tìm nguyên nhân để xử lý theo nguyên nhân như: sốc phản vệ, mất máu hoặc nhiễm khuẩn

Tiếp theo, đánh giá và điều trị theo nguyên nhân gây bệnh. Ví dụ, cho kháng sinh với sốc nhiễm trùng, viêm phổi hoặc viêm màng não. Chi tiết hơn xem phần sốc (3.1), suy hô hấp (3.2), hôn mê, co giật và tình trạng rối loạn ý thức (3.4). Nếu nguyên nhân không rõ ràng, bước đầu có thể áp dụng phương pháp điều trị bao vây cho nhiều nguyên nhân, ví dụ như dùng thuốc kháng sinh điều trị cho nguyên nhân vi khuẩn phối hợp với thuốc điều trị sốt rét, trong khi chờ đợi kết quả xét nghiệm và các đánh giá thăm khám lâm sàng tiếp theo để tìm nguyên nhân.

Theo dõi – ghi chép - đáp ứng

Theo dõi sát người bệnh nặng là cực kỳ quan trọng. Cần xây dựng các quy trình để thực hiện việc theo dõi này. Nếu có thể, những người bệnh nặng cần được bố trí ở nơi dễ quan sát, gần

với nơi thường trực và làm việc của điều dưỡng. Người bệnh cần được điều dưỡng thường xuyên theo dõi đánh giá các chức năng sống quan trọng (có thể hàng giờ hoặc thường xuyên hơn, tùy thuộc vào tình trạng của người bệnh) và cần có chỉ định theo dõi thật cụ thể về:

Trong 6 giờ đầu tiên, 30 phút một lần theo dõi những dấu hiệu sau (nếu người bệnh ổn định thì theo dõi 60 phút/lần)

- HA tâm thu (bình thường - tâm thu > 90)
- Nhịp thở (bình thường 12 đến 16, sử dụng mục 3.2 nếu > 25, Mục 10.6 nếu 20-25)
- SpO₂ (bình thường: > 95%, cung cấp oxy nếu < 90%)
- Tình trạng tinh thần (thang điểm AVPU – A: tỉnh táo, B: đáp ứng với lời nói, P: đáp ứng với đau, U: không phản ứng)
- Nhịp tim (bình thường 60-100).

Theo dõi trong 6 giờ tiếp theo

- Nhiệt độ (bình thường 36-38°C)
- Lượng nước tiểu (bình thường > 30 ml/giờ) - ghi lại số lượng nếu có thể; nếu không ghi lại khoảng thời gian người bệnh đi tiểu.
- Thăm khám đánh giá hệ thống hô hấp và tim mạch

Ngoài ra cần theo dõi và ghi lại các phương pháp điều trị đã sử dụng bao gồm: thuốc (kháng sinh, thuốc giãn phế quản), lưu lượng và nồng độ oxy, các loại dịch truyền tĩnh mạch (khối lượng và tốc độ truyền). Ra y lệnh điều trị, theo dõi thật chi tiết cụ thể và ghi chép rõ các đáp ứng sau mỗi y lệnh điều trị.

Quá trình theo dõi và đánh giá người bệnh cần được thực hiện lại sau mỗi y lệnh điều trị; ví dụ, ngay sau khi người bệnh được truyền TM nhanh một liều dịch cần được đánh giá xem huyết áp đã tăng lên và mạch đã giảm chưa. Nếu thấy HA không cải thiện hoặc chỉ cải thiện ít cần kiểm tra lại đường truyền TM (ví dụ như đường truyền tĩnh mạch bị chệch ven hay bị tắc), đánh giá chẩn đoán, truyền dịch nhanh liều khác và đánh giá đáp ứng và hội chẩn với bác sĩ có nhiều kinh nghiệm hơn.

Tương tự như vậy, khi cung cấp oxy cho người bệnh những người bệnh khó thở và thiếu oxy máu, thông thường nếu đáp ứng sẽ thấy SpO₂ tăng ngay lập tức; nếu không thấy đáp ứng cần thì nên kiểm tra các yếu tố kỹ thuật (ví dụ như kiểm tra để chắc chắn rằng nguồn cung cấp oxy hoạt động bình thường hay không?) và tìm nguyên nhân khác (ví dụ như người bệnh bị hen nặng). Nếu tình trạng quá tải dịch được điều trị bằng furosemide tĩnh mạch, thì tình trạng khó thở của người bệnh sẽ cải thiện trong vòng một giờ sau điều trị và lượng nước tiểu của người bệnh tăng.

Cách theo dõi đối với các người bệnh nặng tại mục 3.11. Sau khi xử lý, chức năng sống của người bệnh ổn định, người bệnh vẫn cần được theo dõi chặt các chức năng đó vì người bệnh vẫn có khả năng bị nặng trở lại, tuy nhiên thời gian theo dõi có thể ít thường xuyên hơn.

Cung cấp oxy (xem Đánh giá nhanh ở trang 34-36)

Cung cấp oxy cần được thực hiện ngay lập tức khi người bệnh nặng có dấu hiệu suy hô hấp nặng hoặc SpO₂ < 90. Trong hầu hết các trường hợp, người bệnh sẽ đáp ứng với liệu pháp oxy biểu hiện trên lâm sàng như: cải thiện tình trạng suy hô hấp hoặc SpO₂ trong

vòng vài phút. Tuy nhiên, với những người bệnh không cải thiện với liệu pháp oxy cần sử dụng phương pháp điều trị được nêu ở mục đánh giá nhanh - Làm thế nào cung cấp oxy và cải thiện nồng độ oxy ở trang 35. Ngoài ra, cần kiểm tra và đánh giá các nguyên nhân về kỹ thuật và tìm các nguyên nhân khác gây suy hô hấp được mô tả trong phần Đánh giá nhanh - Đáp ứng với giảm SpO₂ hoặc nhịp thở tăng khi thở oxy ở trang 36.

Khi người bệnh ổn định hoặc bắt đầu cải thiện, cần giảm oxy một cách từ từ và dõi sát như mô tả ở phần Đánh giá nhanh - Giảm oxy nếu người bệnh ổn định hoặc cải thiện, trang 36. Hãy chú ý những điều sau đây, sau khi người bệnh được cung cấp oxy:

- Biện pháp cung cấp oxy đơn độc sẽ không giúp cải thiện được tình trạng tắc nghẽn đường hô hấp trên hoặc giúp cải thiện tình trạng thông (xem phần Đánh giá nhanh - Làm thế nào để xử lý đường thở ở trang 30-33).
- Ở những người bệnh hôn mê, mở thông đường thở bằng canum mũi miệng hoặc mũi có thể giúp giữ cho đường thở thông thoáng giúp cung cấp oxy hiệu quả hơn.
- Sau khi cung cấp oxy, cần điều trị các nguyên nhân gây thiếu oxy máu, như viêm phổi nặng hoặc chấn thương phổi cấp (xem phần 3.2.3), co thắt phế quản nặng (xem mục 3.2.4 và 10.6), hoặc phù phổi cấp hoặc tình trạng quá tải dịch (xem phần 3.2.5).

Chăm sóc điều dưỡng cho người bệnh nặng

- Kiểm soát đau - cho thuốc giảm đau như chỉ định.
- Kiểm soát nhiệt độ - đảm bảo người bệnh không bị lạnh hoặc quá nóng.
- Kiểm tra ống đường truyền TM hàng ngày và thay thế nếu có dấu hiệu phù nề hoặc nhiễm trùng. Cần rút bỏ đường truyền TM khi không có chỉ định tiêm truyền TM. Nếu có thể đổi sang kháng sinh đường uống hoặc bù dịch bằng đường cẳng sớm càng tốt.
- Cần chú ý khả năng thể lầy lan các bệnh nhiễm trùng cho người bệnh khác; thực hiện tốt các gói và chiến lược phòng chống kiểm soát nhiễm khuẩn (xem Phần 6) vào kế hoạch điều trị và cung cấp các dịch vụ chăm sóc.
- Chỉ định chăm sóc đặc biệt cho miệng, mũi và mắt khi người bệnh được điều trị oxy lưu lượng cao để phòng tổn thương niêm mạc (bi kích thích hoặc khô), hoặc gây đau do áp lực ở phía sau tai hoặc ở phía trong mũi, tình trạng dị ứng da với mặt nạ hoặc gọng mũi.
- Chăm sóc phòng tránh tổn thương do tỳ đè bằng cách thay đổi tư thế.
- Tạo sự thoải mái - để người bệnh ở tư thế thoải mái, vệ sinh người bệnh, tôn trọng các nhu cầu cơ bản của người bệnh cũng như sự an toàn và riêng tư của họ.
- Bảo đảm người bệnh được bố trí ở nơi dễ quan sát, theo dõi sát để có thể phát hiện kịp thời các dấu hiệu bất thường và dễ dàng thông báo kịp thời cho bác sĩ lâm sàng khi người bệnh có những thay bất thường
- Ghi lại theo dõi, thăm khám, các thủ thuật đã thực hiện, kế hoạch chăm sóc và điều trị, những thay đổi về tình trạng của người bệnh.
- Người bệnh được đảm bảo theo dõi và chăm sóc liên tục - giữ biểu đồ theo dõi diễn biến của người bệnh giúp thuận lợi trong việc bàn giao giữa các ca trực.
- Thông báo cho người bệnh và gia đình người bệnh về kế hoạch điều trị chăm sóc, cách thức làm việc, nội quy của khoa và những hỗ trợ cần thiết

Sự tham gia của gia đình trong việc chăm sóc người bệnh nặng

Ở một số bệnh viện có số nhân viên y tế hạn chế và với những gia đình có kiến thức về việc chăm sóc cho những người thân của họ khi ở bệnh viện, thì gia đình có thể được đào tạo để giúp thực hiện những chăm sóc đơn giản và giúp theo dõi người bệnh.

Những công việc này có thể là: cho người bệnh ăn và lau rửa vệ sinh, thay đổi tư thế người bệnh để phòng tránh loét do tỳ đè. Trong một số trường hợp, người chăm sóc người bệnh có thể được hướng dẫn giúp gọi nhân viên y tế khi tình trạng của người bệnh thay đổi hoặc khi túi dịch truyền hết, hoặc một số trợ giúp phức tạp hơn như giúp thông khí bằng tay.

Điều trị và chăm sóc giảm nhẹ

Với những người bệnh nặng hoặc mắc bệnh hiểm nghèo, tiên lượng tử vong cần có biện pháp làm giảm sự đau đớn, tạo sự thoải mái và tôn trọng nhân phẩm của họ, cần có những hỗ trợ, động viên gia đình trong thời gian này. Khi có các bằng chứng cho thấy khi phương pháp điều trị không có tác dụng và là lúc thích hợp để ngừng các phương pháp điều trị tích cực và tập trung vào việc điều trị giảm sự đau đớn cho người bệnh (xem phần 20). Nếu có thể, tốt nhất quyết định này cần phải được thực hiện bởi một bác sĩ có trình độ chuyên môn cao hơn sau khi thảo luận và trao đổi với gia đình.

Dinh dưỡng

Khi người bệnh đã ổn định, hoặc sau 1-2 ngày, cần chú ý đến dinh dưỡng. Hai nhóm người bệnh không có chỉ định cho ăn uống bằng đường miệng:

- Những người bệnh bị viêm dạ dày ruột hoặc sau phẫu thuật đường tiêu hóa (ví dụ như tắc ruột, viêm tụy);
- Người bệnh không thể ăn uống an toàn để có nguy cơ hít phải (ví dụ như thay đổi tinh thần, khó thở nặng hoặc nôn mửa liên tục).

Loại trừ hai nhóm người bệnh trên, các người bệnh còn lại cần cho ăn bằng đường miệng sớm, do phần lớn người bệnh không có cảm giác ngon khi ăn vì vậy cần cung cấp thức ăn mềm (ví dụ như rau quả nghiền, súp) và dịch uống (ví dụ như dung dịch bù nước bằng đường uống) sẽ dễ tiêu hóa hơn. Các bữa ăn nên chia nhỏ thành nhiều bữa cũng giúp dung nạp tốt hơn. Nếu người bệnh có lại cảm giác ngon miệng là một dấu hiệu tốt chứng tỏ người bệnh phục hồi tốt.

Những người bệnh không thể nuốt một cách an toàn có thể cho ăn qua ống sonde mũi dạ dày. Thức ăn bao gồm các loại thực phẩm xay nhuyễn (cần phải nhỏ để không gây tắc ống sonde mũi dạ dày). Với những người bệnh nặng sức khỏe yếu, ban đầu nên bắt đầu với một lượng nhỏ thức ăn (ví dụ: 20-40 ml/giờ) và theo dõi khả năng hấp thụ thức ăn bằng việc định kỳ hút dịch dạ dày để kiểm tra. Số lượng cho ăn có thể tăng dần nếu người bệnh hấp thụ được.

Những chú ý khi chăm sóc người bệnh mang thai mắc bệnh nặng

- Điều trị người bệnh mang thai cần sử dụng các pháp điều trị hiệu quả nhất
- Đặt người bệnh mang thai bị sốc hoặc suy hô hấp nặng ở tư thế nằm nghiêng (tốt nhất là nghiêng trái) để cải thiện lưu lượng máu tử cung - rau.
- Khi lựa chọn điều trị thuốc hiệu quả, chọn loại thuốc an toàn nhất với thai nhi
- Theo dõi thai nhi (ví dụ như nhịp tim thai) thường xuyên, theo thực hành lâm sàng của bệnh viện.



Ra quyết định lâm sàng với những người bệnh bị bệnh nặng

Trong tình huống cấp cứu, cần đánh giá và điều trị đồng thời để giúp nhanh chóng đưa người bệnh thoát khỏi tình trạng nặng đe dọa tính mạng. Bất cứ nhân viên y tế nào của bệnh viện cũng thực hiện được Đánh giá người bệnh trong vòng vài phút đầu, bằng cách sử dụng Đánh giá nhanh.

Bác sĩ tại tuyến huyện cần đánh giá người bệnh (hỏi bệnh sử ngắn gọn và thăm khám nhanh) từ đó đưa ra được các chỉ định điều trị cấp cứu

Cần xây dựng một danh sách các bệnh cùng với các triệu chứng và dấu hiệu lâm sàng giúp chẩn đoán (kể cả chẩn đoán phân biệt). Các yếu tố khác, bao gồm tiền sử môi trường sống, tiền sử đi du lịch, hoàn cảnh kinh tế xã hội, tiêm chủng, bệnh mạn tính và đặc điểm bệnh dịch tại địa phương sinh sống, tất cả tiền sử này đều có thể giúp chẩn đoán phân biệt. Đặc biệt, tình trạng miễn dịch của người bệnh, tiền sử sử dụng thuốc kháng virus của những người bệnh mắc HIV rất có giá trị giúp chẩn đoán xác định và kể cả chẩn đoán phân biệt. Danh sách ban đầu về các bệnh nên mở rộng; bổ sung thêm các chứng cứ y học hoặc có thể loại dần các bệnh nếu không đủ bằng chứng y học. Nó sẽ được dựa trên những chẩn đoán hay gặp nhất, nhưng cũng cần có những bệnh nặng nguy hiểm hiếm gặp. Những chỉ định xét nghiệm và điều trị ban đầu ở người bệnh bị bệnh nặng cần tập trung vào các bệnh nặng có thể điều trị được.

Tiếp tục khai thác tiền sử và thăm khám để tìm ra những thông tin có giá trị giúp cho chẩn đoán theo dõi và điều trị như cũng như giúp đánh giá đáp ứng của người bệnh với điều trị ban đầu, kết quả xét nghiệm, kiến thức giúp chẩn đoán các nguyên nhân khác của bệnh và ý kiến của các bác sĩ có trình độ chuyên môn cao khác có thể giúp chẩn đoán tốt hơn. Cần lưu ý rằng có một số xét nghiệm lâm sàng có thể không hoàn toàn hoàn toàn chính xác; chúng có thể dương tính giả hoặc không dương tính.

Chẩn đoán và điều trị cho những người bệnh nặng thường rất khó khăn và quan trọng nhất là biết cách tiếp cận người bệnh một cách hệ thống trong cách tiếp cận. Sử dụng các hướng dẫn lâm sàng được trình bày trong phần 1.

Phần này cung cấp hướng dẫn về chẩn đoán và điều trị cấp cứu ban đầu, nhưng cũng có thể cần tham khảo thêm ở mục 10 và 11, có nói rõ chi tiết hơn về chẩn đoán phân biệt và điều trị cụ thể theo từng bệnh. Cần nhớ rằng người bệnh có thể biểu hiện với nhiều triệu chứng và có thể có nhiều bệnh cùng song hành và cần đưa ra nhiều hướng dẫn chẩn đoán phân biệt cho cùng một người bệnh. Các hướng dẫn chẩn đoán phân biệt có thể không đầy đủ, nhưng có thể bao phủ được các bệnh và các tình trạng bệnh nặng phổ biến nhất.

Vấn đề (hoặc các vấn đề) gì?

- Tình trạng hạ huyết áp (sốc) Phần 3.1
- Đường thở hoặc khó thở (hoặc thở chậm) Phần 3.2
- Đau ngực Phần 3.3
- Hôn mê, lú lẫn hay kích thích Phần 3.4
- Co giật Phần 3.5
- Ngộ độc thuốc hoặc hội chứng cai Phần 3.6
- Ngộ độc rượu hoặc hội chứng cai rượu Phần 3.7
- Ngộ độc Phần 3.8
- Răn cắn Phần 3.9
- Bỏng Phần 3.10

3.1 Người bệnh mắc bệnh nặng có sốc

Trong phần này sẽ giới thiệu

3.1.0 Tiếp cận người bệnh bị sốc

- Các dấu hiệu của sốc chung cho tất cả các nguyên nhân
- Năm loại sốc chính
- Chẩn đoán phân biệt các loại sốc
- Nguyên tắc chung điều trị sốc
- Theo dõi - ghi chép - đáp ứng

3.1.1 Điều trị sốc do mất máu

- Xác định nguyên nhân gây chảy máu
- Thăm dò cấp cứu
- Cầm máu
- Khôi phục thể tích tuần hoàn

3.1.2 Điều trị sốc giảm thể tích

3.1.3 Điều trị sốc phân vệ

3.1.4 Điều trị sốc tim

- Bảng: Hướng dẫn cách cung cấp các thuốc vận mạch theo đường ngoại biên

3.1.5 Điều trị sốc nhiễm khuẩn

- Truyền dịch nhanh
- Cho kháng sinh theo đường tĩnh mạch theo kinh nghiệm trong giờ đầu tiên
- Xác định ổ gây bệnh
- Bảng: hướng dẫn điều trị sốc nhiễm khuẩn theo nguyên nhân đặc hiệu
- Lưu đồ (flowchart): Hướng dẫn điều trị sốc nhiễm khuẩn và suy hô hấp nặng không có sốc

3.1.0. Cách tiếp cận người bệnh sốc

Sốc là tình trạng giảm huyết áp dẫn đến giảm tưới máu và không cung cấp đầy đủ oxy cho các cơ quan quan trọng (ví dụ như lượng nước tiểu thấp, thay đổi tinh thần). Sốc không phải là chẩn đoán cuối cùng. Điều quan trọng là xác định được nguyên nhân gây sốc. Điều này sẽ giúp đưa ra điều trị và chăm sóc phù hợp.

Dấu hiệu lâm sàng chính của sốc cho tất cả các nguyên nhân

- Huyết áp thấp (huyết áp tâm thu <90)
- Mạch nhanh
- Tím hoặc lạnh ngoại biên
- Độ tái đẫm đầy mao mạch giảm
- Hoa mắt chóng mặt hoặc không đứng được
- Giảm bài niệu (số lượng nước tiểu <30 ml/giờ)
- Khó thở
- Rối loạn ý thức, lơ mơ, kích thích lú lẫn

Lưu ý: Đánh giá mạch và huyết áp cần được so sánh với thời điểm trước khi mắc bệnh của người bệnh, khi mang thai, so với tuổi và thuốc sử dụng. Một số phụ nữ mang thai, những người bệnh có bệnh mạn tính và một số người có thể có huyết áp tâm thu <90 mmHg nhưng có tinh thần, độ đàn hồi mao mạch và lượng nước tiểu bình thường không phải bị sốc.

Dấu hiệu lâm sàng gợi ý chẩn đoán các nhóm nguyên nhân chính của sốc

Loại sốc	Nguyên nhân có thể gặp
Mất máu	<ul style="list-style-type: none">• Chấn thương• Chảy máu - ngoài hoặc trong• Biến chứng trong thai kỳ mang thai
Giảm thể tích tuần hoàn	<ul style="list-style-type: none">• Tiền sử tiêu chảy và ói mửa• Mất nước• Bỏng• Viêm tụy
Nhiễm khuẩn	<ul style="list-style-type: none">• Rối loạn điều hòa thân nhiệt• Các dấu hiệu của nhiễm khuẩn• Nhiễm khuẩn huyết có thể biểu hiện dưới dạng “sốc ấm” (mạch nảy mạnh chìm sâu, tay ấm) hoặc “sốc lạnh” (co mạch, lạnh ngoại biên, chi)
Phản vệ	<ul style="list-style-type: none">• Khởi phát đột ngột, phù mạch, khó thở rít• Mê đay• Sử dụng thuốc mới hoặc dị ứng không rõ nguyên nhân
Tim	<ul style="list-style-type: none">• Người bệnh lớn tuổi• Tiền sử có bệnh tim• Đau ngực và khó thở, vã mồ hôi

Các loại sốc ít gặp hơn và nguyên nhân

- Sốc tắc nghẽn xảy ra khi dòng máu chảy vào hoặc ra khỏi tim bị cản trở và tim không thể bơm máu được bình thường, các nguyên nhân hay gặp là do tràn khí màng phổi áp lực, tràn dịch màng ngoài tim hoặc tắc mạch phổi lớn.
- Sốc do nguyên nhân nội tiết xảy ra khi một trong những hệ thống hormon của cơ thể rối loạn chức năng. Thông thường, tình trạng này được kích hoạt bởi một stress do nhiễm trùng hoặc chấn thương
- Sốc thần kinh xảy ra khi người bệnh bị tổn thương tủy sống nghiêm trọng.

Tiền sử

- Các triệu chứng nổi trội - Liệu chúng có gợi ý tổn thương khu trú ở một hệ thống cơ quan cụ thể nào, ví dụ phổi hoặc tim?
- Tiền sử bệnh tật trước đó hoặc tiền sử sử dụng thuốc - tiêu chảy và nôn mửa, đau bụng, sốt?
- Cách khởi phát: khởi phát đột ngột, có phát hiện được bất kỳ phản ứng phản vệ nào hay không? (ví dụ tiếp xúc với chất có thể gây dị ứng hoặc chất độc)?
- Chấn thương gần đây?
- Bệnh trước đây - HIV, bệnh tim, các vấn đề nội tiết?
- Hiện tại hoặc gần đây mang thai?
- Tiền sử phẫu thuật?







Thăm khám bệnh nhân

Thăm khám cẩn thận để xác định các nguyên nhân có khả năng gây bệnh. Đánh giá:

- Dấu hiệu chức năng sống
- Dấu hiệu của sốc phản vệ - phát ban, thờ rít, thờ khô khè
- Dấu hiệu của nhiễm trùng huyết - sốt, nhiễm khuẩn khu trú
- Dấu hiệu chảy máu - chảy máu có thể nhìn thấy, bụng cứng (chảy máu trong), nôn ra máu, chảy máu âm đạo
- Dấu hiệu của bệnh tim mạch - tĩnh mạch cổ phình to, tiếng thổi của tim

Chẩn đoán nguyên nhân Sốc

Nguyên nhân	Các dấu hiệu lâm sàng có thể gặp
Sốc phản vệ	<ul style="list-style-type: none">• Sưng nề vùng cổ hoặc lưỡi• Thở khô khè và thờ rít• Nổi mề đay hoặc nổi mẩn đỏ• Phù mạch• Tiếp xúc với thức ăn hoặc thuốc ngay trước khi bị bệnh
Sốc tim	
Rối loạn nhịp tim	<ul style="list-style-type: none">• Mạch rất nhanh hoặc rất chậm• Mạch không đều
Bệnh cơ tim	<ul style="list-style-type: none">• Tiền sử HIV, xung quanh cuộc đẻ, nhiễm virus gần đây, tăng huyết áp• Dẫn truyền xung động tim tối đa lệch hướng, tiếng ngoài tim
Nhồi máu cơ tim	<ul style="list-style-type: none">• Bệnh tim thiếu máu cục bộ đã biết• Đau thắt ngực nặng hoặc kín đáo kèm theo buồn nôn hoặc vã mồ hôi hoặc lan ra cánh tay hoặc cổ• Các yếu tố nguy cơ (hút thuốc, tuổi trên 50, cao huyết áp, đái tháo đường)
Tràn dịch màng ngoài tim hoặc chèn ép tim Xem tràn dịch màng ngoài tim hoặc chèn ép tại mục 3.1.4 về sốc tim	<ul style="list-style-type: none">• Yếu tố nguy cơ (lao, HIV, bệnh ác tính)• Đau nhói sau xương ức, đau tăng khi nằm phẳng• Tiếng tim mờ• Tĩnh mạch cổ nổi
Bệnh van tim	<ul style="list-style-type: none">• Tiền sử có thấp khớp hoặc bệnh tim do thấp• Tiếng thổi
Chảy máu	
Chấn thương có thể nhìn thấy chảy máu	<ul style="list-style-type: none">• Tiền sử vết thương xuyên thấu hoặc xâm nhập• Nhìn thấy chảy máu
Chấn thương có chảy máu trong (lách, gan, xương đùi hoặc gãy xương chày)	<ul style="list-style-type: none">• Tiền sử vết thương xuyên thấu hoặc xâm nhập• Chấn thương nặng hoặc gãy xương dài• Đau khu trú• Đau bụng, bụng có phản ứng, bụng chướng
Xuất huyết tiêu hóa (loét dạ dày, xuất huyết giãn tĩnh mạch)	<ul style="list-style-type: none">• Nôn ra máu hoặc đại tiện máu đen• Lịch sử bệnh loét dạ dày tá tràng• Lịch sử xơ gan• Đau bụng và bụng có phản ứng

 Chửa ngoài tử cung vỡ	<ul style="list-style-type: none"> Xanh xao thiếu máu Chảy máu âm đạo - nhẹ (thường là sau đau bụng và không thấy chu kỳ kinh) Phản ứng vùng chậu hoặc hố chậu Có thể có khô Thử thai dương tính (có thể là quá sớm để phát hiện thai về mặt lâm sàng)
 Nhiễm trùng sau phá thai hoặc sót rau thai	<ul style="list-style-type: none"> Chảy máu nặng Cổ tử cung mở Đau thắt bụng hoặc đau bụng dưới Có thể thấy rau thai còn sót chảy ra âm đạo Nếu nhiễm trùng sau phá thai, cổ tử cung có mủ hoặc có mùi hôi âm đạo
 Rau bong non	<ul style="list-style-type: none"> Gặp ở giai đoạn cuối của thai kỳ Đau bụng Tử cung căng và có tăng phản ứng đau Có thể xảy ra sau khi chấn thương tương đối nhỏ Có thể suy thai hoặc thai chết
 Rau tiền đạo	<ul style="list-style-type: none"> Tuổi mang thai muộn Thai nhi nằm phần trên xương chậu Có thể sảy ra khi giao hợp
 Băng huyết sau khi sinh (PPH) xem Đánh giá nhanh trang QC 52	<ul style="list-style-type: none"> Mới sinh và tử cung không co được (chảy máu, thường là ngay sau khi sinh) Rau thai có thể không được lấy ra hết PPH thứ phát cũng có thể xảy ra do các phần phụ của thai không ra hết Cần nghĩ tới băng huyết sau sinh do chấn thương
 Vỡ tử cung	<ul style="list-style-type: none"> Đau bụng dữ dội (có thể giảm sau khi tử cung vỡ) Chảy máu âm đạo hoặc có thể trong ổ bụng Bụng chướng có dịch tự do Cử động của thai nhi giảm hoặc không có, suy thai, Không có nhịp tim thai Tiền sử mổ đẻ, mang thai kéo dài, động tác ép tử cung khi đỡ đẻ
Động mạch chủ bụng phình bị vỡ	<ul style="list-style-type: none"> Đau bụng khòí phát đột ngột, dữ dội lan sau lưng Khóí phình mạch động mạch chủ bụng đập Viêm phúc mạc Không đối xứng (từ trái sang phải) của mạch bên hoặc mạch chi
Sốc giảm thể tích	
Tình trạng mất nước nặng do tiêu chảy	<ul style="list-style-type: none"> Tiêu chảy nhiều Có dịch bưng phát hoặc đi đến vùng có dịch tả
Sốt xuất huyết nặng	<ul style="list-style-type: none"> Có người bệnh sốt xuất huyết gần đây, ở trong vùng dịch Sốt, nhức đầu, chấm xuất huyết
Sốt xuất huyết Xem phần 11.46	<ul style="list-style-type: none"> Tiếp xúc với dịch đã biết hoặc ở trong vùng dịch Sốt, nhức đầu, chóng mặt Bầm tím, chảy máu dạ dày - ruột hoặc đường hô hấp
Ngộ độc Xem phần 3.8	<ul style="list-style-type: none"> Tiền sử tiếp xúc Phospho hữu cơ (đồng tử co nhỏ, tiết nước bọt, nhịp tim chậm, đi tiêu không tự chủ, kích thích, hôn mê)

Bông (Xem phần 3.10)	<ul style="list-style-type: none"> Bông nặng
Viêm tụy	<ul style="list-style-type: none"> Đau bụng lan ra sau lưng (thời gian kéo dài hơn 6 giờ) Ôi mửa Tiền sử bị sỏi mật hoặc nghiện rượu nặng Sử dụng didanosine
Nhiễm khuẩn	
Sốc nhiễm khuẩn	<ul style="list-style-type: none"> Sốt (nhiệt độ > 38 độ C) hoặc hạ thân nhiệt (dưới 36 độ C) Chi ấm, mạch nảy mạnh chìm sâu (thường không có) hoặc yếu, mạch chi và lạnh ngoại biên do giảm thể tích tuần hoàn do rối loạn phân bố dịch Các dấu hiệu của nhiễm trùng: nhức đầu, cứng cổ (viêm màng não), phát ban nặng, đau bụng dữ dội (viêm phúc mạc), ho hoặc khó thở (viêm phổi), đi tiểu buốt hoặc có máu trong nước tiểu (viêm bể thận)
Tắc nghẽn	
Chèn ép xem tràn dịch màng ngoài tim hoặc chèn ép tại mục 3.1.4 về sốc tim	<ul style="list-style-type: none"> Các yếu tố nguy cơ (lao, HIV, bệnh ác tính) Đau nhói dữ dội sau xương ức, khi nằm đầu tăng Không thấy tiếng tim, tĩnh mạch cổ nổi
Nghẽn mạch phổi	<ul style="list-style-type: none"> Khó thở khởi phát đột ngột, khó thở, đau ngực do viêm màng phổi Phù chân một bên Ho ra máu Nhịp tim nhanh Yếu tố nguy cơ (đi xa, ngồi lâu, phẫu thuật gân dây, gãy xương dài gân dây, bệnh ác tính, bệnh hồng cầu liềm)
Tràn khí màng phổi do áp lực	<ul style="list-style-type: none"> Khó thở khởi phát đột ngột, khó thở, đau ngực do viêm màng phổi Có tiền sử của chấn thương hoặc bệnh phổi mạn tính (ví dụ như khí phế thũng) Lồng ngực bên tổn thương nhỏ vòng hơn so với bên bình thường Rì rào phế nang bên tràn khí màng phổi giảm Khí quản bị lệch sang bên đối diện (bên phổi bình thường)
Nội tiết	
Chứng suy thượng thận (cơn bệnh Addison)	<ul style="list-style-type: none"> Mệt mỏi, chóng mặt Nôn mửa Tiền sử điều trị các thuốc steroid (hoặc các thuốc đông y có chứa steroid) trong thời gian dài và bị dừng một cách đột ngột Sang chấn gân dây như: nhiễm trùng, phẫu thuật Bệnh lao thượng thận (sốt, đổ mồ hôi đêm, giảm cân) Hạ đường huyết Hạ natri máu, tăng kali máu
Thần kinh	
Chấn thương tủy sống cấp tính	<ul style="list-style-type: none"> Chấn thương cấp tính cột sống ngực hoặc cổ làm liệt hai chân hoặc tứ chi Mạch chậm Mất trương lực cơ và phản xạ gân xương trong giai đoạn chấn thương cấp tính

Nguyên tắc chung điều trị người bệnh sốc

- Cung cấp oxy (xem Đánh giá nhanh các trang 34-36).
- Cung cấp dịch TM nhanh chóng (xem Đánh giá nhanh trang 40 và kiến nghị dịch cụ thể theo loại sốc trong các phần tiếp theo).
- Điều trị nguyên nhân cơ bản.
- Xem xét các thuốc co mạch nếu HA tâm thu <90 và các dấu hiệu của chưa bù đủ dịch truyền sau khi truyền dịch nhanh
- Theo dõi - ghi chép - đáp ứng (xem phần 3.0).

Theo dõi – ghi chép – đáp ứng

Ngoài ra các dấu hiệu lâm sàng khác cũng cần được theo dõi đối với tất cả người bệnh nặng như đã mô tả trong phần 3.0. Với người bệnh bị sốc cần đặc biệt chú ý đến các dấu hiệu tưới máu và những dấu hiệu của tình trạng quá tải dịch để đưa ra các chỉ định điều trị phù hợp tiếp theo:

- Dấu hiệu bù chưa đủ khối lượng tuần hoàn
 - Giảm lượng nước tiểu
 - Thay đổi trạng thái tâm thần.
- Dấu hiệu của tình trạng quá tải dịch:
 - Nghe phổi thấy ran ẩm tăng
 - Khó thở
 - Tĩnh mạch cổ nổi, Áp lực tĩnh mạch trung tâm tăng
 - Phù ngoại biên.

Hướng dẫn điều trị sốc theo nguyên nhân

3.1.1 Điều trị sốc mất máu (xem Đánh giá nhanh trang 20 và Phần 4)

Sốc mất máu xảy ra khi mất máu xảy ra nhanh. Triệu chứng thường gặp là: nhịp tim nhanh và thở nhanh (sốc còn bù), có thể gặp huyết áp trong giới hạn bình thường. Nếu huyết áp hạ (sốc mất bù) là tình trạng sốc rất nặng đe dọa tính mạng. Ngay cả với trường hợp HA tâm thu > 90, nghi ngờ một người bệnh sốc mất máu do chấn thương nếu người bệnh có các dấu hiệu của giảm tưới máu (ví dụ như lạnh ngoại biên, da ẩm, nổi vân tím, đàn hồi mao mạch kéo dài, vã mồ hôi, xanh tái, thở nhanh, lú lẫn, kích thích).

Cần chú ý không nên chủ quan khi người bệnh có các dấu hiệu của sốc có huyết áp bình thường. Đặc biệt ở những người bệnh trẻ khỏe mạnh bị chấn thương, vì ở giai đoạn này cơ thể còn khả năng bù trừ vì vậy có thể duy trì huyết áp trong giới hạn bình thường cho đến khi lượng máu mất khoảng $\geq 25\%$ khối lượng tuần hoàn mới có HA hạ. Các dấu hiệu lâm sàng thường gặp là thay đổi tinh thần như: lo lắng, khát nước. Vì vậy cần nhận biết được các dấu hiệu sớm của sốc ở giai đoạn còn bù này và điều trị sớm mới giảm được tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong.

Cần hội chẩn sớm với bác sĩ ngoại khoa hoặc bác sĩ có trình độ chuyên môn cao hơn

- Xử lý đường thở (xem Đánh giá nhanh ở trang 30-33)
- Cung cấp oxy nếu người bệnh có suy thở hoặc $SpO_2 < 90$ (xem phần Đánh giá nhanh các ở trang 34-36)

Xác định nguyên nhân gây mất máu

Nguyên nhân thường gặp bao gồm chấn thương và băng huyết sau sinh. Nguyên nhân gây mất máu có thể thấy được (băng huyết sau sinh hoặc vết thương hở) hoặc nếu do chảy máu trong ít rõ ràng hơn (chấn thương bụng, chửa ngoài tử cung). Dấu hiệu đau có thể lan lên vai sau lưng, có dịch trong ổ bụng khi người bệnh chảy máu trong ổ bụng.

Bảng: Kiểm tra người bệnh để xác định nguồn và dấu hiệu chảy máu	
Nơi chảy máu	Dấu hiệu
Mũi và miệng	Chảy máu cam (chảy máu mũi), nôn ra máu (nôn ra máu)
Phổi	Rì rào phế nang giảm do tràn máu màng phổi
Bụng	Chướng to, căng, đau bụng có thể do chảy máu quanh phúc mạc
Cơ xương khớp	Gãy xương dài và xương chậu
Trực tràng	Đại tiện máu đen, máu đỏ tươi cho thấy xuất huyết tiêu hóa dưới hoặc chảy máu nặng đường tiêu hóa trên
Âm đạo (không nên kiểm tra âm đạo ở cuối thai kỳ)	(Xem phần Đánh giá nhanh ở trang 51-53)

Các xét nghiệm cấp cứu

- Hb, nhóm máu và thử máu chéo
- Xét nghiệm chẩn đoán thai trong cho tất cả các phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ
- Siêu âm ổ bụng và hố chậu (có thể giúp nhanh chóng xác định dịch tự do trong bụng do chấn thương bụng hoặc chửa ngoài tử cung nhưng thường không thể xác định nguồn gốc chảy máu; xem Phần 7.2.21).

Ngăn chặn tiếp tục chảy máu

- Băng cầm máu với những vết thương hở hoặc với các trường hợp chảy máu biết được nguyên nhân (xem Đánh giá nhanh trang 48).
- Cố định xương dài hoặc gãy xương vùng chậu (xem Phần 4.5.2 và Đánh giá nhanh ở trang 48).
- Dẫn lưu màng phổi nếu tràn máu màng phổi (xem Phần 7.3.1 và Đánh giá nhanh ở trang 47).
- Nếu chảy máu âm đạo¹, xem phần Đánh giá nhanh ở trang 51-53.
- Nếu có chỉ định, cần tổ chức hội chẩn với các chuyên khoa để cầm máu ngay lập tức hoặc phẫu thuật cấp cứu (ví dụ như chảy máu do vỡ gan, vỡ lách) hoặc nội soi (ví dụ như để điều trị xuất huyết đường tiêu hóa trên do loét hoặc giãn tĩnh mạch) (xem Đánh giá nhanh trang 49)

Hướng dẫn điều trị băng huyết sau sinh và sót rau. WHO (2009). Geneva, Thụy Sĩ. Có tại http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598514_eng.pdf 2

Hỏi phục thể tích máu lưu thông

Để biết thông tin đầy đủ về truyền máu, xem Sổ tay sử dụng lâm sàng truyền máu²

- Trong quá trình Đánh giá nhanh (xem trang 30) người bệnh sốc cần phải được truyền dịch nhanh 1-2 lít Ringer lactat hoặc NaCL 0,9%
- Kiểm tra xem người bệnh đã được đặt hai đường truyền TM chưa? (kim truyền cỡ 14 hoặc 16)
- Nếu người bệnh còn sốc (HA tâm thu <90) hoặc có dấu hiệu tưới máu kém, truyền tĩnh mạch nhanh 1-2 lít Ringer lactat hoặc NaCL 0,9%
- Nếu người bệnh không cải thiện sau khi truyền nhanh 2 lít dịch TM hoặc chỉ cải thiện thoáng qua cần nhanh chóng truyền máu (xem phần 4) trong khi chờ đợi có máu (nếu máu không có sẵn ngay lập tức), tiếp tục truyền dịch trong khi chờ đợi).
- Đặt ống thông Foley và theo dõi lượng nước tiểu.
- Giữ ấm người bệnh. Điều này là rất quan trọng để làm chậm chảy máu (cho chức năng yếu tố đông máu bình thường).

3.1.2 Điều trị sốc giảm thể tích tuần hoàn

Người bệnh bị sốc do mất nước nặng (ví dụ như dịch tả) sẽ có các dấu hiệu lâm sàng khác của tình trạng mất nước nặng như: như li bì, suy giảm ý thức, mắt trũng, hoặc da khô, nếp véo da mất chậm. Hầu hết các người bệnh bị tả có thể được bù nước bằng đường uống (ORS), nhưng với người bệnh có sốc cần được bù dịch theo đường truyền TM nếu họ không thể uống hoặc uống được rất ít.

Điều trị người bệnh bị mất nước nặng và sốc do bệnh tiêu chảy theo phác đồ điều trị C (xem phần 10.7).

- Phương pháp tốt nhất của liệu pháp bù dịch là bằng đường truyền tĩnh mạch.
- Trong 30 phút đầu tiên lượng dịch cần bù là truyền nhanh 30 ml/kg, sử dụng Ringer lactat hoặc NaCL 0,9%. Nếu vẫn còn bị sốc, lặp lại lần 2. (Điều này bao gồm 1 lít bolus khuyến cáo trong Đánh giá nhanh người bệnh sốc ở trang 30). 2,5 giờ tiếp theo cho 70 ml/kg.
- Cũng như trong điều trị sốc do các nguyên nhân khác cần theo dõi người bệnh 30 phút một lần và điều chỉnh dịch truyền theo theo đáp ứng lâm sàng. Nếu người bệnh vẫn còn bị sốc, có thể tăng tốc độ dịch.
- Cho người bệnh uống ORS (khoảng 5 ml/kg/giờ) ngay sau khi người bệnh có thể uống được

Lưu ý: Nếu không lấy được ven hoặc lấy ven khó khăn kéo dài cần mời những người có kinh nghiệm giúp đỡ (xem Đánh giá nhanh trang 30). Trong khi chờ đợi, đặt sonde dạ dày để bù dịch bằng dung dịch ORS với liều 20 ml/kg/giờ trong 6 giờ (tổng cộng 120 ml/kg/giờ).

Nếu bệnh nôn mửa hoặc chướng bụng tăng, giảm tốc độ bù.

Các nguyên nhân khác của sốc giảm thể tích tuần hoàn bao gồm bông rộp (do giảm thể tích do mất nước vô hình từ vết bông rộp) và sốt xuất huyết nặng (do thoát dịch khỏi lòng mạch) Xem hướng dẫn điều trị chi tiết, ở Phần 3.10 về Điều trị bông, mục 3.1.5 về điều trị sốc nhiễm trùng và mục 11.9 cho bệnh sốt xuất huyết.

²Sổ tay sử dụng lâm sàng trong truyền máu. WHO, 2002 Geneva, Thụy Sĩ. Hướng dẫn hiện đang sửa đổi.

Tại http://www.who.int/bloodsafety/clinical_use/en/

3.1.3 Điều trị sốc phản vệ

- Cho epinephrine (adrenaline) 0,5 ml 1:1000 tiêm bắp (xem Đánh giá nhanh trang 29 đến 29) liều 0,5 ml nếu 50 kg trở lên, 0,4 ml nếu 40 kg, 0,3 ml nếu 30 kg. Có thể lặp lại 5 phút một lần trong nhiều lần nếu không đáp ứng hoặc đáp ứng kém (người bệnh vẫn còn sốc).
- Người bệnh bị sốc lại kéo dài cần truyền epinephrine đường tĩnh mạch (xem bảng hướng dẫn liều sử dụng các thuốc vận mạch dưới đây).
- Truyền dịch nhanh.
- Hỗ trợ hô hấp: Cung cấp oxy nếu có suy hô hấp hoặc nếu $SpO_2 < 90$ (xem Đánh giá nhanh ở trang 34-36).
- Cho hydrocortisone tĩnh mạch với liều 200 mg hoặc prednisolone 50 mg uống.
- Điều trị khác:
 - Cho kháng histamin nếu có triệu chứng ngứa và phát ban, ví dụ: chlorpheniramine 10-20 mg TM trong 1 phút (có thể được lặp đi lặp lại), hoặc promethazine 25 mg (uống) hay diphenhydramine 25 mg (uống). (Những loại thuốc này có thể gây ra buồn ngủ.)
 - Các loại thuốc kháng histamine khác hoặc kháng H2 (ví dụ như ranitidine) có thể có hiệu quả

3.1.4 Điều trị sốc tim

Đặt người bệnh ở tư thế người bệnh cảm thấy dễ chịu nhất.

- Cung cấp oxy nếu có suy hô hấp hoặc nếu $SpO_2 < 90$ (xem phần Đánh giá nhanh ở trang 34-36).
- Nếu có các dấu hiệu của chèn ép tim do tràn dịch màng ngoài tim, sẽ cần dẫn lưu cấp (tham khảo chọc màng ngoài tim tại Mục 7.2.12).
- Ghi điện tim cấp hoặc theo dõi điện tim trên monitor
 - Đánh giá xem đoạn ST thấp có thể do nhồi máu cơ tim và cho chỉ định điều trị thích hợp.
 - Điều trị rối loạn nhịp tim nặng
- Nếu không có các dấu hiệu lâm sàng của tình trạng quá tải dịch, cần bù dịch thận trọng (250-500 ml).
- Nếu có dấu hiệu lâm sàng của quá tải dịch, cân nhắc sử dụng thuốc co mạch. Xem bảng ở trang tiếp theo.

Bảng: Hướng dẫn sử dụng các thuốc vận mạch ngoại biên (sử dụng trong sốc tim hoặc sốc nhiễm trùng)

Cơ chế: Thuốc vận mạch có tác dụng co mạch và tăng co bóp của tim. Các thuốc vận mạch có trên thị trường gồm: epinephrine (adrenaline) và dopamine.

Tác dụng phụ: Có rất nhiều tác dụng phụ nguy hiểm, đặc biệt là hoại tử mô nếu bị chèn ven, loạn nhịp tim và gây thiếu máu các cơ quan (da, ruột, thận). Để giảm thiểu những rủi ro này, cần dùng liều tối thiểu nhưng vẫn có thể duy trì được huyết áp (huyết áp tâm thu mục tiêu 90) và cần dừng khi người bệnh tốt lên. Những người bệnh được truyền thuốc co mạch sẽ có nhịp tim nhanh, chỉ có thể trở nên lạnh hoặc tím tái do bị co mạch ngoại vi.

Cung cấp: Đường truyền an toàn nhất khi sử dụng thuốc vận mạch là truyền qua tĩnh mạch lớn (tĩnh mạch trung tâm). Tuy nhiên, đặt tĩnh mạch trung tâm thường chỉ được thực hiện với bác sỹ có kinh nghiệm, có tay nghề cao với kỹ thuật chính xác và thường thực hiện tại các bệnh viện lớn và được theo dõi, chăm sóc bởi các nhân viên y tế có tay nghề cao. Đặt tĩnh mạch trung tâm thường có các biến chứng, đặc biệt là tràn khí màng phổi, thủng động mạch và nhiễm trùng máu. Xem các hướng dẫn khác và các Hướng dẫn phù hợp khác để nắm được cách đặt catheter tĩnh mạch trung tâm. Nếu không đặt được tĩnh mạch trung tâm, có thể chấp nhận sử dụng truyền thuốc co mạch qua đường tĩnh mạch ngoại vi, cần lưu ý với biến chứng và cách phòng tránh khi sử dụng

- Sử dụng tĩnh mạch lớn nhất có thể để đưa thuốc với nồng độ cao
- Luôn luôn pha loãng thuốc và đưa thuốc vào cơ thể bằng tĩnh mạch cùng với tuân thủ nghiêm ngặt các chống chỉ định.
- Sử dụng một kẹp kim loại trong khi truyền TM hơn là thiết bị cuộn toàn bộ dây truyền vì có thể gây tụt
- Không đo huyết áp trên cùng một cánh tay đang truyền thuốc co mạch.
- Kiểm tra ven truyền thường xuyên để phát hiện xem có bị chèn ven thuốc thoát vào tổ chức hay không.

Dừng truyền nếu:

- Bị chèn ven và thuốc truyền vào tổ chức (ví dụ như đau buốt và sưng tại chỗ tiêm truyền)
- Người bệnh có rối loạn nhịp (nhịp tim nhanh hoặc mạch bất thường).

Hướng dẫn cách sử dụng và tính liều thuốc co mạch

1. Xem người bệnh đã bù đủ khối lượng tuần hoàn hay chưa?

Trước tiên, cần đánh giá xem người bệnh có chỉ định thuốc vận mạch hay không. Nếu người bệnh vẫn còn bị sốc và còn các dấu hiệu lâm sàng của giảm tưới máu (HA thấp, lượng nước tiểu thấp, thay đổi mức độ ý thức) sau khi truyền dịch nhanh, hãy xem xét việc sử dụng các thuốc co mạch để tạm thời hỗ trợ tuần hoàn. Một số trường hợp phụ nữ mang thai, người bệnh có bệnh mạn tính và ở những người bình thường có huyết áp tâm thu <90 mmHg (nhưng phải có ý thức tỉnh táo, có trạng thái tâm thần bình thường, độ đàn hồi mao mạch bình thường và lượng nước tiểu bình thường). Những người bệnh này có thể không cần thiết cho thuốc vận mạch để nâng huyết áp vì họ không có dấu hiệu lâm sàng của giảm tưới máu

2. Lựa chọn thuốc vận mạch và chuẩn bị truyền nhỏ giọt

Việc lựa chọn thuốc vận mạch cần dựa vào các thuốc có sẵn tại bệnh viện, dựa vào thói quen và kinh nghiệm sử dụng (liều dùng đường dùng...) nhằm đảm bảo an toàn tối ưu cho người bệnh và phòng tránh các biến chứng, sai sót gặp phải khi sử dụng. Đối với đa số nguyên nhân gây sốc, cho tới nay vẫn chưa có bằng chứng rõ ràng trong việc sử dụng thuốc co mạch nào là tốt nhất. Ví dụ trong trường hợp sốc rét nặng, dopamine thường hay được sử dụng hơn. Liều sử dụng cần dựa vào cân nặng của người bệnh. Nếu không thể cân người bệnh, có thể ước tính cho người bệnh nhỏ (50 kg), trung bình (60 kg), lớn (70 kg). Sử dụng bảng dưới đây giúp tính toán liều lượng chính xác. Khi chỉ định thuốc vận mạch cần được kiểm tra bởi một đồng nghiệp khác để kiểm tra lại xem bạn đang tính toán liều dùng và chỉ định đường truyền đã chính xác hay chưa?

3. Theo dõi người bệnh đánh giá liều dùng đã hiệu quả?

Cần theo dõi sát khi người bệnh dùng thuốc co mạch, vì những thay đổi về nhịp tim và huyết áp có thể xảy ra rất nhanh. Điều này có nghĩa là có thể cần giảm hoặc tăng tốc độ truyền trong vòng vài phút sau khi sử dụng. Tốt nhất là sử dụng Monitor theo dõi liên tục tình trạng huyết động của người bệnh, nhưng không phải có sẵn trong nhiều bệnh viện tuyến huyện. Tại thời điểm ban đầu mới cho thuốc cần theo dõi sát nhất có thể phải theo dõi mạch từng phút và huyết áp 2-5 phút/lần. Nếu huyết áp tâm thu vẫn <90 mm Hg, tăng tốc độ truyền. Nếu HATT > 90 mm Hg, giảm tốc độ truyền tới liều tối thiểu cần thiết để duy trì huyết áp và tưới máu bình thường. Đối với epinephrine, liều tăng dần là 0,05 mcg/kg/phút. Đối với dopamine, liều tăng dần là 2 mcg/kg/phút cho mỗi lần tăng.

Nếu chỗ tại chỗ truyền pháp hiện thuốc ra ngoài tổ chức, cần dừng và chuyển ở vị trí khác, tốt nhất là ở cánh tay đối diện. Theo dõi da. Giữ chi cao. Những người bệnh bị dò thuốc vận mạch ra khỏi ven có thể gây hoại tử da và có thể cần phẫu thuật sau vài ngày.

4. Khi nào ngừng thuốc vận mạch

Thuốc vận mạch thường chỉ sử dụng trong thời gian ngắn nhằm hỗ trợ giúp các phương pháp điều trị khác phát huy tác dụng. Trong khi dùng thuốc vận mạch cần tiếp tục truyền dịch và máu nếu cần thiết. Khi tình trạng lâm sàng của người bệnh cải thiện cần giảm dần liều thuốc vận mạch cho tới liều tối thiểu. Ngừng truyền thuốc vận mạch ngay khi người bệnh có thể duy trì huyết áp trong giới hạn bình thường và cần tiếp tục theo dõi sát.

Làm thế nào để cung cấp thuốc vận mạch qua tĩnh mạch ngoại vi						
Thuốc vận mạch	Truyền epinephrine ngoại vi			Truyền dopamine ngoại vi		
Hàm lượng thuốc có trên thị trường	1 lọ = 1 mg epinephrine (adrenaline) trong 1 ml*			(tốt hơn đôi với sốc do sốt rét ác tính)		
Cách pha thuốc để được nồng độ thường sử dụng	Dùng 2 lọ trong 200 ml nước muối sinh lý bình thường ** HOẶC 10 lọ trong 1000 ml nước muối sinh lý bình thường**			Dùng 1 lọ trong 200 ml nước muối sinh lý bình thường ** HOẶC 5 lọ trong 1000 ml nước muối sinh lý bình thường**		
	Epinephrine			Dopamine		
liều dùng***	0,05 mcg/ kg/ Phút	0.2 mcg/kg/phút cho mỗi lần tăng liều khi HA thấp		10 mcg/ kg/ phút	15 mcg/ kg/ phút	20 mcg/ kg/ phút
Tốc độ truyền (ml/h)****						
Trọng lượng người bệnh (kg)	50 kg	15 ml/giờ	60 ml/giờ	30 ml/giờ	45 ml/giờ	60 ml/giờ
	60 kg	18 ml/giờ	72 ml/giờ	36 ml/giờ	54 ml/giờ	72 ml/giờ
	70 kg	21 ml/giờ	84 ml/giờ	42 ml/giờ	63 ml/giờ	84 ml/giờ

* 1 milligram (mg) tương đương 1000 micrograms (mcg).
 ** Đọc nhãn ống 3 lần để xác định nồng độ trước khi trộn.
 *** Liều mong muốn theo cân nặng.
 **** Tốc độ truyền thông thường trong một giờ. Tốc độ truyền = liều mong muốn hoặc nồng độ thuốc trong dịch truyền

3.1.5. Điều trị sốc nhiễm trùng

Tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm trùng huyết nặng hoặc sốc nhiễm trùng
 Nghi ngờ nhiễm trùng cộng với
 Hạ huyết áp (huyết áp tâm thu <90 mmHg) cộng với
 Có một hoặc nhiều dấu hiệu sau đây:

- Mạch > 100 mỗi phút
- Nhịp thở > 24 lần mỗi phút
- Thay đổi thân nhiệt (<36 độ C hoặc > 38 độ C).

Sử dụng sơ đồ ở các trang sau đây hướng dẫn chẩn đoán và điều trị sốc nhiễm khuẩn, suy hô hấp nặng do viêm phổi hoặc chấn thương phổi cấp. Sơ đồ hướng dẫn tiếp cận từng bước theo mục tiêu chi tiết theo hàng giờ kể từ người bệnh đến viện, lưu đồ hướng dẫn từ cách tiếp cận người bệnh, cách nhận biết dấu hiệu lâm sàng, cung cấp ô xy, truyền dịch, cách theo dõi người bệnh, ghi chép và cách nhận biết đáp ứng điều trị cho cả sốc nhiễm trùng và suy hô hấp nặng mà không sốc (mô tả chi tiết tại mục 3.2.4).

Những hướng dẫn cơ bản này được áp dụng cho các nguyên nhân gây sốc nhiễm trùng. Dưới đây là những hướng dẫn chi tiết về các biện pháp can thiệp cơ bản. Bảng hướng dẫn chẩn đoán điều trị sốc nhiễm trùng sẽ được thay đổi cho phù hợp với các nguyên nhân khác nhau gây sốc nhiễm trùng, dưới đây là các hướng dẫn điều trị cụ thể sốc nhiễm trùng theo nguyên nhân.

Truyền dịch nhanh (bolus dịch)

- Sau khi truyền nhanh 1000 ml LR hoặc NS (xem Đánh giá nhanh trang 40), tiếp tục truyền LR hoặc NS với liều 20 ml/kg/giờ, lượng dịch truyền tối đa là 60 ml/kg trong 2 giờ đầu tiên (bao gồm cả bolus ban đầu).
- Theo dõi huyết áp tâm thu và các dấu hiệu lâm sàng của tình trạng tưới máu (lượng nước tiểu, trạng thái tinh thần).
- Cân nhắc sử dụng thuốc vận mạch nếu HA tâm thu vẫn còn <90 và người bệnh vẫn còn dấu hiệu của giảm tưới máu mặc dù đã được truyền dịch nhanh (khoảng 60 ml/kg) trong 2 giờ đầu tiên.
- Ở thời điểm 2-6 giờ, nếu huyết áp tâm thu vẫn còn dưới 90 và vẫn còn dấu hiệu tưới máu giảm, tiếp tục truyền dịch với tốc độ 5-10 ml/kg/giờ.
- Tại thời điểm 2-6 giờ, nếu huyết áp tâm thu tăng trên 90, tiếp tục truyền dịch với tốc độ 2 ml/kg/giờ. Tuy nhiên, nếu mạch vẫn còn cao và có những dấu hiệu của tưới máu kém, có thể khối lượng tuần hoàn chưa đủ và cần tiếp tục truyền thêm dịch.
- Theo dõi sát những dấu hiệu của tình trạng quá tải dịch (tĩnh mạch cổ nổi, ran ẩm tăng). Nếu có quá tải dịch cần, giảm tốc độ truyền dịch.

Với phụ nữ mang thai bị sốc, điều đặc biệt quan trọng cần phải sử dụng thuốc vận mạch sớm, ngay sau liều truyền dịch nhanh nếu không hiệu quả, để nhanh chóng cải thiện tình trạng tưới máu truyền dịch để duy trì tưới máu thai nhi.



Cho kháng sinh TM theo kinh nghiệm trong giờ đầu tiên. Đây là điều hết sức quan trọng (xem Đánh giá nhanh trang 44)

- **Thuốc kháng sinh:** Nhanh chóng càng sớm càng tốt cho kháng sinh phổ rộng qua đường TM. Cây máu trước khi cho kháng sinh, nhưng không được phép cho kháng sinh muộn
 - Lựa chọn kháng sinh phụ thuộc vào bộ phận cơ quan bị nhiễm khuẩn, phụ thuộc vào đặc điểm vi khuẩn của từng vùng và những kháng sinh sẵn có.
 - Nếu nghi ngờ viêm phổi ở cộng đồng, tham khảo hướng dẫn sử dụng kháng sinh của cơ sở y tế hoặc theo hướng dẫn của quốc gia. Kháng sinh hay lựa chọn bao gồm: ceftriaxone (1 gram hàng ngày - TM) hoặc ampicillin 2 gram 4 giờ một lần cộng với gentamicin 1,5 mg/kg TM 8 giờ một lần, cộng với hoặc là macrolide hoặc là fluoroquinolone có tác dụng với đường hô hấp
 - Nếu nghi lao (xem bên dưới), hoặc nếu điều trị cho phụ nữ có thai cần hạn chế sử dụng fluoroquinolone nếu có kháng sinh thay thế.
- **Thuốc chống sốt rét:** sốt rét nên được nghi ngờ cả ở những vùng có bệnh sốt rét lưu hành và cho những người trở về từ vùng dịch sốt rét (xem Đánh giá nhanh trang 44 và mục 11.25). Bắt đầu cho thuốc chống sốt rét ngay lập tức và sau đó làm xét nghiệm chẩn đoán sốt rét bằng soi tìm KST sốt rét dưới kính hiển vi càng sớm càng tốt (nếu không có khả năng thực hiện được ngay, có thể điều trị bệnh sốt rét trong khi chờ đợi kết quả của kính phết máu).
- **Dùng thuốc kháng virus:** nếu nghi ngờ bệnh cúm, cho kháng virus. Xem Đánh giá nhanh ở trang 44 và Mục 11.17.³

³Hướng dẫn sử dụng thuốc điều trị trong dịch cúm 2009 (H1N1) và các loại virus cúm khác, WHO, năm 2010 có sẵn tại http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/h1n1_use_antivirals_20090820/en/index.html

Cần nghi ngờ lao đặc biệt là ở những người nhiễm HIV (xem Phần 15): Người bệnh nhiễm HIV có lao phổi hoặc lao ngoài phổi thường có nguy cơ diễn biến nặng nhanh và tử vong cao.⁴ Cần làm các xét nghiệm giúp chẩn đoán (xem phần 15) và cần xét nghiệm HIV. Nếu có khả năng cần sử dụng các xét nghiệm sinh học phân tử để chẩn đoán lao theo khuyến cáo của WHO ví dụ Xpert MTB/RIF, theo khuyến cáo của Bộ Y tế. Nếu không, gửi đờm xét nghiệm AFB theo phương pháp nhuộm lam kính, chụp X-quang; nếu xét nghiệm kính phết âm tính hoặc nghi ngờ MDR/TB gửi đờm để cấy. Thăm khám lâm sàng (và chẩn đoán khác) đối với lao ngoài phổi (xem phần 15).

Cần xem xét điều trị lao theo kinh nghiệm sớm cho những người bệnh HIV nặng nếu các dấu hiệu trên X quang gợi ý hoặc có các dấu hiệu lâm sàng nghi ngờ có khả năng cao người bệnh bị lao toàn thể gây sốt.

Cần nghĩ đến lao toàn thể đặc biệt nếu người bệnh có suy dinh dưỡng và sụt cân. Trong một số trường hợp với những người bệnh lao nhiễm HIV bị sốt nhiễm khuẩn, cần điều trị đồng thời cả lao và nhiễm khuẩn. Cần hội chẩn với các chuyên gia có kinh nghiệm.

Xác định nguồn lây nhiễm

- Sử dụng các phần khác của tài liệu này theo trình tự các dấu hiệu hoặc các triệu chứng chính để chẩn đoán nguồn lây nhiễm.
- Việc xác định nguồn lây nhiễm cần song song với việc chỉ định các phương pháp điều trị cho thuốc kháng sinh theo kinh nghiệm.
- Cố gắng sử dụng các xét nghiệm vi sinh hoặc giải phẫu. Các xét nghiệm ban đầu có thể bao gồm:
 - Xét nước tiểu bằng que thử hoặc soi dưới kính hiển vi tìm bạch cầu (xem mục 7.2.16)
 - Xét nghiệm tìm KST sốt rét
 - Kéo lam kính AFB và cấy đờm
 - Chụp x quang
 - Nhuộm Gram
 - Cấy máu.
- Nếu có chẩn đoán xác định (ví dụ như viêm phổi, sốt sốt xuất huyết), sử dụng các hướng dẫn để điều trị những trường hợp này.

Các xét nghiệm khác bao gồm

- Glucose - hạ đường huyết là biểu hiện của nhiễm trùng huyết nặng.
- BUN và creatinine - tổn thương thận cấp có thể là một biểu hiện của nhiễm trùng huyết nặng
- Hb hoặc Hct
- Điện giải đồ

Sử dụng sơ đồ ở các trang sau đây hướng dẫn chẩn đoán và điều trị sốt nhiễm khuẩn, suy hô hấp nặng do viêm phổi hoặc chấn thương phổi cấp. Sơ đồ hướng dẫn tiếp cận từng bước theo mục tiêu chi tiết theo hàng giờ kể từ người bệnh đến viện, lưu đồ hướng dẫn từ cách tiếp cận người bệnh, cách nhận biết dấu hiệu lâm sàng, cung cấp ô xy, truyền dịch, cách theo dõi người bệnh, ghi chép và cách nhận biết đáp ứng điều trị cho cả sốt nhiễm trùng và suy hô hấp nặng mà không sốt (mô tả chi tiết tại mục 3.2.4). Hai cách tiếp cận khác nhau nhưng tương tự nhau về các xét nghiệm thăm dò, khác nhau về hướng dẫn bù dịch. Những khuyến cáo cơ bản này được áp dụng cho rất nhiều nguyên nhân của sốt nhiễm trùng, với một số khác biệt được tóm tắt trong bảng dưới đây.

⁴Hướng dẫn nâng cao chẩn đoán và điều trị bệnh lao tại phổi và lao ngoài phổi khi phết kính âm tính đối với người lớn và thanh thiếu niên. Những khuyến cáo cho các trường hợp dịch HIV với nguồn lực hạn chế. WHO, 2007. Tại http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/WHO_HTM_TB_2007.379_eng.pdf

Bảng: Hướng dẫn điều trị sốt nhiễm trùng theo nguyên nhân nhiễm trùng	
Nguyên nhân nghi ngờ	Biện pháp điều trị thêm ngoài các hướng dẫn điều trị sốt nhiễm trùng
Sốt xuất huyết ⁵ xem phần 11.9	<ul style="list-style-type: none"> • Đối với người bệnh sốt xuất huyết có sốt, sử dụng dịch truyền khác với hướng dẫn chung cho sốt nhiễm trùng. Lượng dịch bù cho bệnh sốt xuất huyết ít hơn, sử dụng liều 20 ml/kg trong giờ đầu tiên (bao gồm cả bolus ban đầu), theo dõi sát; truyền dịch với liều 20 ml/kg trong giờ tiếp theo. Tổng cộng 40 ml/kg trong 2 giờ đầu tiên, chứ không phải là 60 ml/kg trong 2 giờ đầu tiên cho người bệnh bị sốt nhiễm khuẩn khác. • Haematocrit cần được theo dõi thường xuyên. • Theo dõi cẩn thận những dấu hiệu của tình trạng quá tải dịch. Nếu xuất hiện tình trạng quá tải dịch, xem Phần 3.2.5 và 11.9. <p>Lưu ý rằng sốt xuất huyết nặng có sốt có thể biểu hiện hoặc là sốt bù (HA tâm thu trong giới hạn bình thường, nhưng có dấu hiệu tưới máu kém) hoặc sốt không còn bù (HA tâm thu thấp). Trong liệu pháp dịch (số lượng và tốc độ dịch truyền) phụ thuộc vào loại sốt (xem Mục 11.9).</p>
Sốt rét nặng Xem phần 11.25 ⁶	<ul style="list-style-type: none"> • Cho thuốc chống sốt rét. • Sốt rét nặng thường kết hợp với nhiễm trùng huyết (đặc biệt Vi khuẩn Gram âm). Cho kháng sinh phổ rộng (ampicillin cộng với gentamicin, hoặc ceftriaxone). • Dịch và, chăm sóc hỗ trợ khác thực hiện tương tự như sơ đồ hướng dẫn ở các trang sau. • Theo dõi cẩn thận các dấu hiệu phù phổi và quá tải dịch (ho, nhịp thở nhanh, khó thở, thiếu oxy máu, tĩnh mạch cổ nổi, xuất hiện ran ẩm hai phổi). • Trong khi thực hiện bù dịch với liều 60 ml/kg trong 2 giờ đầu tiên cần cho người bệnh thuốc điều trị sốt rét. • Nếu phù phổi, xem Phần 3.2.5. Ngừng truyền dịch và sử dụng thuốc vận mạch để nhanh chóng nâng huyết áp về bình thường (thường hay sử dụng dopamine).
Lao Xem phần 15	<ul style="list-style-type: none"> • Cho thuốc điều trị lao sớm nếu người bệnh có bệnh lao hoặc nghi ngờ cao bị Lao ở người bệnh nặng. Hội chẩn với các chuyên gia có nhiều kinh nghiệm • Dịch, chăm sóc hỗ trợ khác thực hiện tương tự theo lưu đồ hướng dẫn ở trang tiếp theo
Viêm phổi nặng Xem phần 3.2.3 and 10.6	<ul style="list-style-type: none"> • Thuốc kháng sinh có thể khác nhau tùy thuộc vào nguyên nhân nghi ngờ; xem Phần 3.2.3. • Kháng virus cúm cụ thể nếu nghi ngờ cúm. • Nếu túi mủ màng phổi; dẫn lưu. • Chất lỏng, chăm sóc hỗ trợ khác thực hiện tương tự theo lưu đồ hướng dẫn trang sau.

⁵ Hướng dẫn chẩn đoán điều trị Sốt xuất huyết, phòng ngừa và kiểm soát - phiên bản mới. WHO, 2009.

Chương 2: Tổ chức lâm sàng và cung cấp dịch vụ lâm sàng. Tại http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241547871_eng.pdf

⁶ Hướng dẫn điều trị sốt rét, xuất bản lần 2. WHO, năm 2010 Chương 8: Điều trị bệnh sốt rét P. falciparum thể nặng. Tại http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241547925_eng.pdf

Nguyên nhân nghi ngờ	Biện pháp điều trị thêm ngoài các hướng dẫn điều trị sốt nhiễm trùng
Nghi ngờ nhiễm khuẩn ối trong thời kỳ mang thai xem IMPAC MCPC ⁷	<ul style="list-style-type: none"> • Thêm metronidazole cùng với ampicillin và gentamycin. • Theo dõi thai; cân nhắc chuẩn bị cho cuộc đỡ đẻ • Giữ người bệnh nằm bên trái. • Dịch, chăm sóc hỗ trợ khác thực hiện tương tự như lưu đồ hướng dẫn ở trang sau
Nhiễm trùng huyết sau khi sinh hoặc Nhiễm trùng sau phá thai xem Phần 10.15 và IMPAC MCPC ⁷	<ul style="list-style-type: none"> • Thêm metronidazole (hoặc clindamycin) cùng với ceftriaxone, hoặc cho ampicillin cộng với gentamicin. • Nạo tử cung nếu có sót rau. • Dịch, chăm sóc hỗ trợ khác thực hiện tương tự như lưu đồ hướng dẫn ở trang sau
PID , vùng chậu hoặc áp xe buồng trứng xem Phần 10.15 và IMPAC MCPC ⁷	<ul style="list-style-type: none"> • Cho ceftriaxone cộng với doxycycline; Hoặc clindamycin cộng với gentamicin. • Có thể cần phải phẫu thuật cấp cứu nếu nghi ngờ áp xe buồng trứng bị vỡ • Dịch, chăm sóc hỗ trợ khác thực hiện tương tự như lưu đồ hướng dẫn ở trang sau
Viêm tụy, viêm phúc mạc, bụng ngoại khoa hoặc áp xe, viêm đường mật, viêm ruột thừa vỡ, vv xem Phần 10.7	<ul style="list-style-type: none"> • Hội chẩn với các bác sỹ phẫu thuật để có thể dẫn lưu áp xe hoặc thực hiện can thiệp phẫu thuật khác khi cần thiết. • Dịch, chăm sóc hỗ trợ khác thực hiện tương tự như lưu đồ hướng dẫn ở trang sau
Sốt xuất huyết do virus xem Phần 11.46	<ul style="list-style-type: none"> • Sử dụng ribavirin tiêm TM có thể có hiệu quả điều trị arenaviridae (Sốt xuất huyết Nam Mỹ và sốt Lassa), sử dụng bunyaviridae (sốt xuất huyết Crimean-Congo, hantaviruses); tham khảo các hướng dẫn sử dụng của Bộ Y Tế và các chuyên gia khi sử dụng thuốc • Xem phần 6.13 cho kiểm soát nhiễm khuẩn. • Dịch, chăm sóc hỗ trợ khác thực hiện tương tự như lưu đồ hướng dẫn ở trang sau

⁷ Hướng dẫn điều trị các biến chứng trong thời kỳ mang thai và khi sinh: hướng dẫn cho các nữ hộ sinh và bác sĩ. WHO, năm 2003 có tại: http://www.who.int/making_pregnancy_safer/publications/archived_publications/mcpc.pdf

⁸ Hướng dẫn việc Điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục. WHO, năm 2003 Cập nhật phiên bản 2011 hiện tại <http://www.who.int/hiv/pub/sti/en/STIGuidelines2003.pdf>

Lưu đồ: hướng dẫn điều trị sốc nhiễm trùng và suy hô hấp nặng mà không sốc

		Sốc nhiễm trùng	Suy hô hấp nặng không có sốc
2 giờ đầu	Nhận biết sốc	<p>Tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm trùng huyết nặng hoặc sốc nhiễm trùng</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dấu hiệu nghi ngờ nhiễm trùng • Hạ huyết áp (huyết áp tâm thu <90 mmHg) và có 1 hoặc nhiều hơn các dấu hiệu sau: • Mạch > 100 bpm • Nhịp thở > 24 lần/ph • Rối loạn thân nhiệt (<36°C hoặc > 38°C) 	<p>Tiêu chuẩn chẩn đoán lâm sàng suy hô hấp nặng không có sốc:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nếu nhịp thở > 30 lần/ph hoặc SpO₂ <90% • HA tâm thu > 90 mmHg • Không có suy tim • Nghi ngờ viêm phổi hoặc chấn thương phổi cấp
	Ôn định dấu hiệu sống	<p>Oxy: mục tiêu SpO₂ ≥ 90%</p> <p>Dịch: Sau liều bolus ban đầu 1000 ml, tiếp tục truyền dịch nhanh LR hoặc NS với liều 20 ml/kg/giờ, có thể tới 60 ml/kg trong vòng 2 giờ đầu tiên</p>	<p>Oxy: mục tiêu SpO₂ ≥ 90%</p> <p>Dịch: Truyền dịch với tốc độ 1 ml/kg/giờ hoặc bù dịch bằng đường uống. Nếu thở khó khè, cho salbutamol</p>
	Điều trị nhiễm khuẩn	<p>Kháng sinh cho theo kinh nghiệm, cho sớm khi nghĩ đến SNK</p> <ul style="list-style-type: none"> • Thuốc kháng sinh • Thuốc sốt rét • Thuốc kháng virus cúm nếu nghi ngờ cúm <p>Xác định ổ nhiễm khuẩn</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sử dụng các dấu hiệu hoặc triệu chứng lâm sàng để tìm ổ nhiễm khuẩn • Xét nghiệm chẩn đoán sốt rét • Trong trường hợp có thể làm được xét nghiệm sinh học phân tử chẩn đoán lao hoặc lấy đờm phết lam kính AFB nếu ho • X-quang phổi, nhuộm Gram đờm • Gửi cấy máu. 	
	Theo dõi, Ghi chép	<p>Cứ 30 phút một lần cho đến khi ổn định; sau đó cứ 1 giờ một lần</p> <ul style="list-style-type: none"> • HA tâm thu, mạch • Nhịp thở • SpO₂ • Tình trạng tinh thần (AVPU) • Tình mạch cổ nổi, ran ẩm <p>Xem xét kết quả xét nghiệm cấp cứu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nếu hemoglobin <7 mg/dl (Hct <20), xem xét việc truyền máu. • Nếu glucose <3 mmol/L (54 mg/dl), cho dung dịch glucose 50%: 25-50 ml (TM) (xem Đánh giá nhanh trang 42). 	
	Đáp ứng	<p>Nếu có suy hô hấp (nhịp thở nhanh, giảm SpO₂)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cung cấp oxy. • Nếu TM cổ nổi, ran nổ tăng <p style="text-align: center;">Có thể quá tải dịch</p>	<p>Nếu HA tâm thu <90, chuyển sang điều trị như sốc nhiễm trùng</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nếu thở rít, cho salbutamol. • Nếu nghi ngờ tình trạng quá tải dịch, giảm tốc độ thuốc vận mạch nếu vẫn còn bị sốc.

		Sốc nhiễm trùng	Suy hô hấp nặng không có sốc
2-6 giờ	Nhận biết sốc	Xem xét lại chẩn đoán nếu HA tâm thu không thay đổi sau liều bolus dịch Xác định ổ nhiễm khuẩn	Nếu đáp ứng kém, xem xét có tràn khí màng phổi, tràn dịch màng phổi, suy tim, ngộ độc, bệnh lao và PCP liên quan đến HIV.
	Ổn định dấu hiệu sống	Oxy: mục tiêu SpO ₂ >= 90 Dịch: • Nếu huyết áp tâm thu > 90, tiếp tục truyền dịch với liều 2ml/kg/giờ. • Nếu huyết áp tâm thu < 90 tại thời điểm sau 2 giờ, bắt đầu cho thuốc vận mạch và tiếp tục truyền dịch với liều 5-10 ml/kg/giờ.	Oxy: mục tiêu SpO ₂ >= 90 Dịch: Truyền dịch với liều 1 ml/kg/giờ hoặc bù dịch bằng đường uống Nếu thở khó khè, cho salbutamol
	Điều trị nhiễm khuẩn	Đẫn lưu ổ nhiễm trùng, phẫu thuật nếu cần thiết. Hãy khám đánh giá ổ nhiễm trùng. Kiểm tra kết quả xét nghiệm	
	Theo dõi, Ghi chép	Cứ 30 phút một lần cho đến khi ổn định; sau đó cứ 1 giờ một lần • HA tâm thu, mạch • Nhịp thở • SpO ₂ • Tình trạng tinh thần (AVPU) • Tĩnh mạch cổ nổi, ran ẩm 6 giờ một lần • Nhiệt độ • Lượng nước tiểu • Kiểm tra lại glucose và Hb nếu xét nghiệm ban đầu bất thường.	
	Đáp ứng	Nếu có suy hô hấp (nhịp thở nhanh, giảm SpO₂) • Cung cấp oxy. • Nếu TM cổ nổi, ran nổ tăng	HATT <90

Có thể quá tải dịch

		Sốc nhiễm trùng	Suy hô hấp nặng không có sốc
6-24 giờ	Nhận biết sốc	<p>Xem xét lại chẩn đoán nếu HA tâm thu không thay đổi sau liều bolus dịch</p> <p>Xác định ổ lây nhiễm</p> <p>Xem xét nguyên nhân phẫu thuật: cần dẫn lưu ?</p>	<p>Nếu đáp ứng kém, xem xét có</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tràn khí màng phổi • Tràn dịch màng phổi • Suy tim • Ngộ độc • Lao • PCP liên quan đến HIV
	Ổn định dấu hiệu sống	<p>Oxy: mục tiêu SpO₂ >= 90</p> <p>Dịch:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Khi HA tâm thu > 90, tiếp tục truyền dịch với liều 2 ml/kg/giờ. Nếu đang dùng thuốc vận mạch giảm dần liều. • Nếu huyết áp tâm thu < 90, tiếp tục duy trì hoặc tăng liều vận mạch và tiếp tục truyền LR hoặc NS với liều 2 ml/kg/giờ. 	<p>Oxy: mục tiêu SpO₂ >= 90</p> <p>Dịch:</p> <p>Truyền dịch với liều 1 ml/kg/giờ hoặc bù dịch bằng đường uống</p> <p>Nếu thở khô khè, cho salbutamol</p>
	Điều trị nhiễm khuẩn	<p>Tiếp tục cho kháng sinh theo kinh nghiệm - liều kế tiếp</p> <ul style="list-style-type: none"> • Thuốc kháng sinh • Thuốc sốt rét (nếu xét nghiệm bệnh sốt rét là dương tính) • Kháng virus cúm nếu nghi ngờ 	
	Theo dõi, Ghi chép	<p>Cứ 30 phút một lần cho đến khi ổn định; sau đó cứ 1 giờ một lần</p> <ul style="list-style-type: none"> • HA tâm thu, mạch • Nhịp thở • SpO₂ • Tình trạng tinh thần (AVPU) • Tình mạch cổ nổi, ran ẩm <p>6 giờ một lần</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nhiệt độ • Lượng nước tiểu • Kiểm tra lại glucose và Hb nếu xét nghiệm ban đầu bất thường. 	
	Đáp ứng	<p>Đáp ứng với những thay đổi như đã được nêu ở thời điểm 2-6 giờ ở trên.</p>	

		Sốc nhiễm trùng	Suy hô hấp nặng không có sốc
Sau hồi sức	Nhận biết sốc	<p>Cần đánh giá toàn diện người bệnh</p> <p>Xem xét lại các dữ liệu chẩn đoán và các điều trị đã thực hiện theo chẩn đoán có phù hợp?</p> <p>Tim các dấu hiệu của bệnh tim hoặc bệnh phổi, thực hiện điều trị phù hợp với chẩn đoán.</p>	<p>Nếu đáp ứng kém, xem xét có</p> <ul style="list-style-type: none"> • tràn khí màng phổi • tràn dịch màng phổi • suy tim • ngộ độc • Lao • PCP liên quan đến HIV
	Ổn định dấu hiệu sống	<p>Oxy: Mục tiêu SpO₂ = 90 và ngừng khi SpO₂ = 90 khi người bệnh thở ô xy khí trời</p> <p>Dịch: Giảm dịch truyền và đa duy trì với liều 2 ml/kg/giờ và chuyển sang uống khi người bệnh uống được</p>	<p>Oxy: Mục tiêu SpO₂ = 90 và ngừng khi SpO₂ = 90 khi người bệnh thở ô xy khí trời</p> <p>Dịch: cung cấp bằng đường uống nếu người bệnh có thể uống được</p> <p>Nếu thở khô khè, cho salbutamol</p>
	Điều trị nhiễm khuẩn	<p>Tiếp tục kháng sinh - chuyển sang đường uống</p> <ul style="list-style-type: none"> • Thuốc kháng sinh • Thuốc sốt rét (trong 24h đầu dùng đường TM, sau đó chuyển đường uống) • Kháng virus cúm nếu nghi ngờ 	
	Dinh dưỡng	<p>Các điều trị và chăm sóc sau khi bệnh nhân đã ổn định, hoặc sau 1-2 ngày</p> <ul style="list-style-type: none"> • Với các người bệnh có nguy cơ hít vào đường hô hấp, không cho người bệnh ăn uống nếu người bệnh không nuốt được an toàn, (ví dụ do thay đổi tình trạng thái tinh thần, khó thở nặng, hoặc bệnh nặng, nôn liên tục). • Tất cả các người bệnh không có nguy cơ trên phải cho ăn sớm. Hầu hết người bệnh bị mất cảm giác ngon miệng khi bị bệnh, vì thế cần cho ăn thức ăn mềm và chất lỏng để dễ tiêu hóa. Chia các bữa ăn thành các bữa nhỏ và tăng số lần ăn để giúp người bệnh tiêu hóa dễ hơn. • Có thể cho ăn qua sonde dạ dày nếu người bệnh nuốt hạn chế, không an toàn, sử dụng thức ăn xay nhuyễn hoặc dạng súp. • Với người bệnh nặng, ban đầu nên cung cấp thức ăn với lượng nhỏ (ví dụ: 20-40 ml/giờ) và kiểm tra thức ăn tồn đọng để đánh giá sự hấp thụ của bệnh nhân bằng cách hút dịch dạ dày. • Tăng dần lượng thức ăn nếu người bệnh hấp thu được. 	
	Theo dõi, Ghi chép	<p>Cứ mỗi 8 giờ/lần (kiểm tra huyết áp tâm thu nếu đã ngừng thuốc vận mạch): sau đó hàng ngày kiểm tra:</p> <ul style="list-style-type: none"> • HA tâm thu, mạch • Nhịp thở • SpO₂ • Tình trạng tinh thần (AVPU) 	
	Đáp ứng	Đáp ứng với những thay đổi như đã được nêu ở thời điểm 2-6 giờ ở trên.	

3.2 Người bệnh nặng có tình trạng khó thở

Trong phần này:

- 3.2.1 Tiếp cận người bệnh nặng có tình trạng khó thở
 - Dấu hiệu chính của suy hô hấp nặng
 - Bốn nhóm suy hô hấp nặng
 - Chẩn đoán phân biệt nguyên nhân suy hô hấp
 - Chẩn đoán: Tắc nghẽn đường thở trên
 - Chẩn đoán: Khó thở không do tắc nghẽn đường thở trên
 - Chẩn đoán phân biệt dựa trên hình ảnh X-quang ngực
- 3.2.2 Xử trí ban đầu người bệnh nặng có tình trạng khó thở
 - Nguyên tắc xử trí khó thở
 - Kiểm soát đường thở
 - Oxy liệu pháp chỉ định cho tình trạng hạ oxy máu
 - Hỗ trợ thông khí nếu thở không hiệu quả
 - Chẩn đoán và điều trị nguyên nhân chính
 - Bảng: Xử trí ban đầu quan trọng với người bệnh nặng có suy hô hấp
- 3.2.3 Xử trí suy hô hấp ở người bệnh nghi ngờ viêm phổi nặng hoặc chấn thương phổi cấp tính không kèm theo sốc Ngộ độc chất kích thích phức tạp
 - Khi nào nên nghi ngờ viêm phổi nặng dựa trên lâm sàng
 - Nguyên tắc xử trí
 - Điều trị nguyên nhân chính
 - Đảm bảo thể tích
 - Theo dõi - ghi chép - xử trí
 - Nguyên tắc xử trí viêm phổi tại bệnh viện
- 3.2.4 Xử trí người bệnh suy hô hấp nặng có thất phế quản cấp tính
 - Chẩn đoán: Thở khô khè, thở rít cấp tính
 - Nguyên tắc xử trí có thất phế quản cấp tính
 - Chỉ định thuốc giãn phế quản theo mức độ
 - Phân cấp độ nghiêm trọng
 - Theo dõi - ghi chép - xử trí
- 3.2.5 Xử trí người bệnh bị suy hô hấp nặng do phù phổi cấp hoặc quá tải thể tích
 - Chỉ định thuốc lợi tiểu, đánh giá đáp ứng
 - Điều trị tăng huyết áp
 - Điều trị nguyên nhân khởi phát
 - Theo dõi - ghi chép - xử trí
 - Đáp ứng lâm sàng
 - Hướng dẫn xử trí: Phù phổi cấp tính nặng hoặc quá tải dịch
- 3.2.6 Xử trí bệnh tim mất bù

3.2.1 Tiếp cận người bệnh nặng có tình trạng khó thở

Kiểm tra lại dấu hiệu của các nguyên nhân dẫn đến suy hô hấp có thể hồi phục được.

Phần Đánh giá nhanh chỉ ra các dấu hiệu khẩn cấp của đường thở và khó thở, và cung cấp hướng dẫn xử trí cấp cứu ban đầu, bao gồm:

- Nghẹt thở và tắc nghẽn đường hô hấp trên
- Sốc phản vệ
- Tràn khí màng phổi
- Quá liều opioid hoặc thuốc an thần khác
- Ngộ độc photpho hữu cơ
- Co thắt phế quản nặng

Cần nhớ: tắc nghẽn đường thở trên luôn là tình huống khẩn cấp và cần được điều trị ngay.

Hướng dẫn kiểm soát đường thở, chỉ định thở oxy giãn phế quản bằng salbutamol, Đánh giá nhanh, các trang 34 - 38.

Các người bệnh nặng có thể biểu hiện cùng với triệu chứng khó thở do nguyên nhân bệnh nền là bệnh hô hấp (mô phổi, đường hô hấp hoặc cơ hô hấp), hệ thống tim mạch hoặc một bệnh hệ thống.

Dấu hiệu chính của suy hô hấp nặng

- Nhịp thở rất nhanh hoặc rất chậm
- Sử dụng các cơ hô hấp phụ để thở (cơ ức đòn chũm, cơ liên sườn, cơ thành bụng), sườn hoặc cơ bụng
- Không nói được cả câu
- Tím tái
- Mức độ ý thức yếu.

Thực hành trên lâm sàng có thể phân loại thành 4 nhóm nguyên nhân suy hô hấp nặng

	Hô hấp	Tim	Máu	Độc tính thuốc
Thường gặp	Viêm phổi • Vi khuẩn • Cúm • PCP Tràn dịch màng phổi COPD Hen phế quản	Phù phổi (suy tim cấp tính)	Bệnh thiếu máu	Opioid Phốtpho hữu cơ
Ít gặp	Nghẽn mạch phổi * Tràn khí màng phổi Tổn thương phổi cấp tính (sốt rét, nhiễm trùng huyết nghiêm trọng, TB)	* Ép tim (chấn thương, bệnh ác tính, lao)	Toan máu (sốt rét, đái tháo đường nhiễm toan ceton)	ART (Nhiễm toan lactic)

* Mặc dù ít gặp, những nguyên nhân này cần phải được xác định nhanh chóng để xử lý sớm

Hỏi bệnh sử và khám lâm sàng toàn diện, chi tiết để phân biệt các nguyên nhân và chọn lựa biện pháp can thiệp, điều trị ưu tiên.

Bệnh sử

- Khởi phát cấp tính (trong vài phút, vài ngày hoặc tuần)
- Đặc điểm khó thở (lúc nghỉ, khi gắng sức, khi nằm, tỉnh giấc khi đang ngủ)
- Các triệu chứng kèm theo (ho khan hoặc ho có đờm, sốt, đau ngực, phù ngoại vi, sụt cân, ra mồ hôi ban đêm)
- Bệnh có từ trước hoặc sử dụng thuốc
 - Các bệnh phổi (COPD, hen nặng, từng viêm phổi nặng trước đó)

- Vấn đề về tim (nhồi máu cơ tim, tăng huyết áp, bệnh cơ tim, suy tim, đau ngực)
- Bệnh mạn tính (tiểu đường, nhiễm HIV, bệnh lao, ung thư)
- Đang sử dụng thuốc (ART)
- Sử dụng thuốc phiện gần đây
- Hút thuốc lá
- Tiền sử tiền sử chấn thương hoặc phẫu thuật trước đó
 - Chấn thương gần đây hoặc vết cắn
 - Bất động thời gian kéo dài

Khám

Ngoài việc khám toàn thể, cần khám có trọng tâm một số triệu chứng hoặc cơ quan nghi bệnh để có thể phát hiện nguyên nhân:

Thần kinh

- Đồng tử co nhỏ (quá liều opioid) hoặc trạng thái trầm cảm (nghi ngờ nhiễm độc)

Hô hấp

- Thở rít, lưỡi sưng to, phù nề đường thở (nghi ngờ tắc nghẽn đường thở trên)
- Khí quản bị đẩy hoặc kéo sang một bên (nghi ngờ tràn khí màng phổi áp lực)
- Kiểu thở
 - Thời gian hít vào kéo dài (nghi ngờ hen hoặc COPD)
 - Hơi thở sâu, nặng nhọc (nghi ngờ nhiễm toan chuyển hóa)
 - Hơi thở ngắn, nhanh, nông (nghi ngờ viêm phổi nặng, tổn thương phổi cấp tính, suy cơ hô hấp)
- Nghe phổi
 - Thông khí giảm
 - Ran ẩm, ran nổ hai hai đáy phổi (nghi ngờ phù phổi)
 - Tiếng phế quản (nghi ngờ đông đặc do viêm phổi)
 - Khò khè (nếu thở khò khè, phân loại mức độ nghiêm trọng - xem Phần 3.2.4)
- Gõ
 - Gõ đục (nghi ngờ tràn dịch màng phổi)
 - Gõ vang (nghi ngờ giãn phế nang hoặc tràn khí màng phổi)

Tim mạch

- Huyết áp (có thể cao, thấp hoặc bình thường tùy thuộc vào nguyên nhân và mức độ nặng)
- Mạch (nhánh hoặc chậm, đều hoặc không đều, mạch rõ hoặc yếu)
- Tiếng mờ (nghi ngờ tràn dịch màng ngoài tim)
- Các tiếng tim phụ (nghi ngờ bệnh cơ tim)
- Tiếng thổi (nghi ngờ bệnh van tim, viêm nội tâm mạc)
- Tĩnh mạch cổ nổi và phù ngoại biên (nghi ngờ quá tải dịch)

Chuyển hóa

- Hơi thở mùi xeton (nghi ngờ hiện tượng ketoacidosis)
- Huyết học
- Xanh xao, nhợt nhạt (nghi ngờ thiếu máu).

Các xét nghiệm cần làm cấp:

- Đo độ bão hòa Oxy mạch(SpO₂), X-quang phổi, hemoglobin và xét nghiệm HIV (nếu không rõ)
- Nếu sốt: Cây máu, bệnh phẩm khác theo chỉ định lâm sàng.
- Nếu nghi ngờ sốt rét: soi tiêu bản máu tìm ký sinh trùng kính hiển vi có hoặc không có RDT).
- Nếu nghi ngờ lao: xét nghiệm sinh học phân tử theo hướng dẫn của WHO, hoặc Chương trình chống lao quốc gia: ví dụ Xpert MTB/RIF, nếu có. Hoặc gửi mẫu đờm hoặc các bệnh phẩm ngoài phổi khác soi trực tiếp hoặc nuôi cấy tìm AFB hoặc để phát hiện lao kháng đa thuốc
- Nếu thở khò khè: đánh giá lưu lượng đỉnh.
- Nếu nghi ngờ quá tải dịch, kiểm tra creatinin và kali.
- Nếu nghi ngờ vấn đề tim: điện tâm đồ để đánh giá thiếu máu cục bộ (ST chênh lên hoặc chênh xuống), rối loạn nhịp và thực hiện siêu âm tim để đánh giá chức năng tim, phát hiện bệnh lý van tim, tràn dịch màng ngoài tim.

Chẩn đoán phân biệt nguyên nhân suy hô hấp

Chẩn đoán: Tắc nghẽn đường thở trên

Nguyên nhân cần xử trí cấp	Triệu chứng gợi ý
Nghẹt thở xem Đánh giá nhanh trang 28	<ul style="list-style-type: none">• Khởi phát rất đột ngột• Tim tái• Tay ôm chặt cổ• Xuất hiện ngay sau khi ăn, nuốt
Sốc phản vệ xem Đánh giá nhanh trang 18	<ul style="list-style-type: none">• Phù nề cổ hoặc lưỡi• Thở khò khè và thở rít• Nổi mề đay hoặc nổi mẩn đỏ• Phù niêm mạc• Có tiếp xúc với thức ăn hoặc thuốc ngay trước cơn.
Nhiễm trùng nặng đường hô hấp trên nặng (áp xe họng, bạch hầu, áp xe quanh amidan, viêm nắp thanh quản)	<ul style="list-style-type: none">• Bắt đầu từ từ• Tiền sử đau họng• Có thể nhìn thấy họng sưng và đỏ• Chảy nước dãi
Chấn thương đường hô hấp trên	<ul style="list-style-type: none">• Tiền sử chấn thương mặt hoặc cổ
Bong do hít phải xem Phần 3.10	<ul style="list-style-type: none">• Bong quanh miệng và mũi• Lông mặt hoặc mũi bị cháy sém• Khàn tiếng, ho húng hắng• Tiếng thở rít• Có muội trong đờm• Có dấu hiệu của phù thanh môn
Uống phải axit hoặc chất kiềm xem Phần 3.8	<ul style="list-style-type: none">• Đau ở miệng hoặc cổ họng khi nuốt, chảy nước dãi, nôn ra máu• Khàn tiếng, thở rít• Tắc nghẽn đường thở trên, viêm phổi hít• Sốc, suy thận
Hít phải chất kích thích đường hô hấp (ví dụ như clo) xem Phần 3.8	<ul style="list-style-type: none">• Ho, suy hô hấp, đau ngực• Cảm giác bị đốt ở họng, bị dị ứng mắt hoặc mũi• Phù nề đường hô hấp trên, co thắt thanh quản, tổn thương phổi cấp tính

Chẩn đoán phân biệt người bệnh nặng khó thở không do tắc nghẽn đường thở trên

Nguyên nhân cần xử trí cấp	Triệu chứng gợi ý
Tràn khí màng phổi xem Đánh giá nhanh trang 47	<ul style="list-style-type: none"> • Tiền sử chấn thương, bệnh khí phế thũng hoặc hen • Khó thở đột ngột • Đau ngực • Gò vang một bên phổi, bên kia bình thường • Giảm tiếng thở một bên • Nghi ngờ tràn khí có áp lực nếu khí quản bị đẩy lệch một bên, huyết áp thấp, mạch yếu • Giảm SpO₂
Ép tim xem mục 7.4.5	<ul style="list-style-type: none"> • Tiền sử bệnh lao (sốt, sụt cân) hoặc bệnh ác tính • Tĩnh mạch cổ nổi to (tăng áp lực tĩnh mạch cổ) • Tiếng tim xa mờ, nhịp tim nhanh, mạch yếu • Siêu âm xác chẩn
Nguyên nhân thường gặp	
Viêm phổi (có thể là virus, vi khuẩn, nhiễm trùng cơ hội) xem mục 3.2.3	<ul style="list-style-type: none"> • Sốt, ho • Nghi ngờ viêm phổi cộng đồng nếu có đau kiểu màng phổi, âm thanh phế quản • Nghi ngờ PCP nếu ho khan, nhiễm HIV, nghe phổi thông thoáng (xem mục 10.6) • Nghi ngờ TB nếu ho đờm sốt, sụt cân, ho ra máu (xem Phần 15)
Tắc nghẽn đường hô hấp dưới (hen, đợt cấp COPD) xem mục 3.2.4	<ul style="list-style-type: none"> • Thở khò khè (hoặc phổi cảm tím tái) • Sử dụng cơ hô hấp phụ, thở ra gắng sức, lồng ngực giãn căng • Thay đổi của ý thức • Nói rời rạc từng từ
Phù phổi (quá tải dịch do suy tim cấp tính, suy thận)	<ul style="list-style-type: none"> • Ho đờm bọt hồng, nghe ran ẩm dâng dần từ hai đáy phổi • Tĩnh mạch cổ nổi, phù chi dưới • Tiền sử bệnh cơ tim, tăng huyết áp, nhiễm trùng cơ tim • Bệnh tim chu sản (trước sinh) • Nghi ngờ bệnh cơ tim (nhịp tim nhanh, các tiếng tim phụ, mòm tim đẩy lệch) • Nghi ngờ bệnh van tim nếu có tiếng thổi rõ • Tiền sử bệnh lý rối loạn chức năng thận
Sốt rét nặng xem mục 11.25	<ul style="list-style-type: none"> • Sốt • Ở khu vực dịch tễ hoặc trở về từ những vùng có sốt rét • Tổn thương phổi cấp tính (phù phổi không do tim) • Nhiễm toan chuyển hóa
Thiếu máu nặng	<ul style="list-style-type: none"> • Xanh xao (kết mạc, nếp gấp lòng bàn tay) • Gân đáy mắt máu nặng • Dùng AZT • Sốt rét nặng
Các nguyên nhân ít gặp hơn	
Tắc mạch phổi	<ul style="list-style-type: none"> • Khó thở đột ngột • Đột ngột đau ngực kiểu màng phổi • Sưng một bên chân • Ho ra máu • Nhịp tim nhanh • Yếu tố nguy cơ (đi máy bay nhiều giờ, ít vận động kéo dài, phẫu thuật gần đây, gãy xương dài, ung thư)
Tràn dịch màng phổi	<ul style="list-style-type: none"> • Tiền sử bệnh lao • Tiền sử bệnh ung thư

Nguyên nhân cần xử trí cấp	Triệu chứng gợi ý
Tổn thương phổi cấp tính (phù phổi không do tim) xem mục 3.2.3	<ul style="list-style-type: none"> Thâm nhiễm hai phổi khi chụp X-ray Hạ oxy máu nặng và tiến triển nhanh Không có triệu chứng lâm sàng của tình trạng quá tải chất lỏng do suy chức năng tim Không có yếu tố khởi phát (VD; nhiễm trùng huyết nặng, viêm phổi, viêm tụy, viêm phổi hít, truyền máu) <p>Trong thời kỳ mang thai: sử dụng thuốc giảm co, tiền sản giật, tắc mạch phổi nước ối, nhiễm trùng huyết và xuất huyết nặng</p>
Nhiễm toan chuyển hóa (với tăng thông khí để bù)	<ul style="list-style-type: none"> Phổi thông khí rõ Có các triệu chứng của bệnh nền có thể dẫn tới toan chuyển hóa (tiểu đường nhiễm ceton acid, nhiễm khuẩn nặng, nhiễm acid lactic, urê huyết, nhiễm độc với methanol hoặc ethylene glycol)
Ngộ độc opioid xem mục 3.6 và 17	<ul style="list-style-type: none"> Nhịp thở chậm, hoặc ngừng hô hấp Tổn thương phổi cấp tính Đồng tử co tít Có tiền sử sử dụng chất dạng thuốc phiện, có vết tiêm chích, hoặc có bằng chứng dụng cụ tiêm chích Nói lắp, ngủ gà Dáng đi không vững
Ngộ độc photpho hữu cơ xem mục 3.8	<ul style="list-style-type: none"> Đồng tử co tít Tiết nước bọt, dịch tiết dư thừa Co thắt phế quản, tăng tiết đường hô hấp Tiếng thở thò Đồ mồ hôi Nhịp tim chậm Đại tiểu tiện không tự chủ, Từ lo lắng hoảng hốt cho tới hôn mê
Nhiễm độc rượu hoặc thuốc an thần xem mục 3.7	<ul style="list-style-type: none"> Nhịp thở giảm Nói lắp Đi không vững Hơi thở mùi rượu Tim thấy chứng cứ như hộp đựng thuốc hoặc rượu
Ngộ độc xem mục 3.8	<ul style="list-style-type: none"> Tiền sử tiếp xúc qua đường hô hấp hoặc qua đường tiêu hóa Nếu tăng thông khí, nghi ngờ nguyên nhân gây toan qua đường tiêu hóa (như thuốc trừ sâu, ethylene glycol, methanol) hoặc aspirin. Nghe phổi ran nổ, nghi ngờ qua đường hít vào (VD: trầm cảm, rối loạn nhận thức) hay tổn thương phổi cấp tính (ví dụ như thuốc diệt cỏ, carbon monoxide, clo). Nếu thở khô khè, nghi ngờ hít phải tác nhân kích thích đường thở (ví dụ như clo) hoặc photpho hữu cơ. Nếu nhịp thở chậm hoặc ngừng, nghi ngờ chất dạng thuốc phiện, thuốc an thần, carbamazepine.
Kaposi sarcoma lan tỏa xem mục 11.19	<ul style="list-style-type: none"> Tổn thương kaposi sarcoma - nốt tím trên da và vòm miệng
Phản ứng thuốc xem mục 10.2	<ul style="list-style-type: none"> Tiền sử dùng thuốc gần đây, đặc biệt là thuốc kháng virus (ABC, nevirapine), cotrimoxazole Nổi mẩn trên da
Yếu cơ hô hấp (Hội chứng Guillain-Barré hay ngộ độc - xem mục 10.10a, răn cản - xem mục 3.9)	<ul style="list-style-type: none"> Thở nhanh, nông Tiền sử rần rần, ngộ độc Yếu tăng dần (hội chứng Guillain-Barré) Giảm phản xạ Cơ mặt yếu, khó nuốt (ngộ độc)

Chẩn đoán phân biệt dựa trên hình ảnh X-quang ngực

Bảng: Đặc điểm hình ảnh X quang ngực thường gặp	
Chẩn đoán	Hình ảnh X-quang ngực
Tràn khí màng phổi	<ul style="list-style-type: none"> Dải sáng vô mạch, phân cách bởi thành ngực và màng phổi là tạng của phần phổi xẹp.
Ép tim	<ul style="list-style-type: none"> Tràn dịch màng ngoài tim ít khó thấy trên X-quang phổi. Tràn dịch nhiều thấy có hình bóng tim to, bờ tim rõ, tim hình quả bầu, kích thước tăng nhanh chóng
Viêm phổi do vi khuẩn hoặc virus	<ul style="list-style-type: none"> Đông đặc (hình mờ đậm) phân thùy hoặc thùy phổi
PCP	<ul style="list-style-type: none"> Có thể bình thường. Hình kính mờ, hình nốt có xu hướng tập trung hoặc đơn độc.
Lao	<ul style="list-style-type: none"> Rất thay đổi, từ đông đặc hai đỉnh phổi, trung thất rộng cùng với hạch rốn phổi, hình hang, hình nốt kê lan tỏa. Sẹo, xơ hóa, nốt mờ, tràn dịch, xẹp phổi
Đợt cấp COPD hoặc Hen	<ul style="list-style-type: none"> Có thể bình thường hoặc có phổi quá sáng, vòm hoành phẳng, dẹt, dày thành phế quản, tăng mạng lưới mạch phổi
Phù phổi (suy tim cấp tính)*	<ul style="list-style-type: none"> Bóng tim to, xung huyết tổ chức liên kết (hình mờ xu thế tồn thương đông đặc, có thể thấy hình phế quản hơi Tràn dịch màng phổi hai bên mức độ ít
Tôn thương phổi cấp tính (không do tim)	<ul style="list-style-type: none"> Thâm nhiễm hai phổi không có vị trí ưu thế Kích thước tim bình thường.
Tràn dịch màng phổi	<ul style="list-style-type: none"> Từ góc sườn hoành, có thể tạo đường cong có đỉnh cao ờn ngoại vi, thấp ở trung thất Tràn dịch nhiều có thể đẩy trung thất sang bên đối diện
Nhiễm toan chuyển hóa	<ul style="list-style-type: none"> Hoàn toàn bình thường nếu nguyên nhân không có nguồn gốc từ phổi.
Tắc mạch phổi	<ul style="list-style-type: none"> Thường không có gì đặc biệt. Có thể có hình mờ hình nêm hình hang, tràn dịch màng phổi, xẹp phổi, hoặc các dấu hiệu nghèo nàn gần vị trí tắc mạch phổi.

* Dấu hiệu X-quang ngực về phù phổi có thể khó phát hiện trên phim chụp X quang có chất lượng không đạt hoặc phim chụp ở tư thế từ trước - sau (khi đó bóng tim nhìn to hơn so với kích thước thật).

3.2.2 Xử trí ban đầu người bệnh nặng có tình trạng khó thở

Nguyên tắc xử lý người bệnh có khó thở	
Kiểm soát đường thở	Đánh giá nhanh trang 30-33
Cung cấp oxy	Đánh giá nhanh trang 34-36
Nếu thở khò khè, cho salbutamol	Đánh giá nhanh trang 38
Đặt người bệnh trong tư thế thoải mái nhất để thở	
Xác định nguyên nhân và điều trị	
Theo dõi – ghi chép – đáp ứng	Mục 3.0

Kiểm soát đường thở (xem Đánh giá nhanh các trang 30-31)

Xử trí tắc nghẽn đường thở trên

Khi đường hô hấp trên bị tắc nghẽn do phù nề đường hô hấp gây ra bởi sốc phản vệ hoặc chấn thương, hít vật lạ vào, cần phải giải quyết tình trạng tắc nghẽn một phần. Khai thông đường hô hấp cơ bản và điều trị khẩn cấp không làm giảm tình trạng tắc nghẽn này hoặc tình trạng phù nề nặng hơn (ví dụ như chấn thương, nhiễm trùng), thì cần xem xét kiểm soát đường thở tích cực hơn (xem Đánh giá nhanh trang 33). Nếu không được đào tạo về các thủ thuật can thiệp tích cực, yêu cầu trợ giúp từ một bác sĩ có khả năng. Điều này phải được thực hiện một cách nhanh chóng trước khi dẫn tới tình trạng tắc nghẽn hoàn toàn. Trong trường hợp chấn thương đường thở trực tiếp hoặc bấu cổ lớn ép khí quản, một thủ tục gọi là mở thanh quản qua màng nhĩ - giáp (cấp cứu) hoặc mở khí quản có thể cần thiết để vượt qua vị trí tắc nghẽn. Nếu nghi ngờ viêm nắp thanh quản, kịp thời sử dụng thuốc kháng sinh để điều trị *H. influenzae* (ceftriaxone hoặc chloramphenicol) sau khi đường thở được kiểm soát.

Oxy liệu pháp chỉ định cho tình trạng hạ oxy máu

Oxy rất cần thiết để duy trì chức năng và hoạt động bình thường của các mô cơ quan. Nếu nghi ngờ tình trạng thiếu oxy máu (mức độ oxy trong máu không đủ) ở người bệnh suy hô hấp hoặc có hay có bằng chứng về tình trạng thiếu oxy mô hoặc cơ quan trên lâm sàng (rối loạn tinh thần hoặc tím tái). Chỉ số bão hòa oxy máu ngoại vi $SpO_2 < 90$ khẳng định tình trạng hạ oxy máu. Chỉ định oxy liệu pháp với tất cả những trường hợp nghi ngờ hoặc có bằng chứng về tình trạng hạ oxy máu. Tiếp cận một cách hệ thống để chỉ định mức độ oxy liệu pháp phù hợp (xem Đánh giá nhanh các trang 35-36) và đề xử trí cho các vấn đề kỹ thuật có thể gặp phải.

Bất thường chức năng bất cứ thành phần nào của hệ hô hấp có thể dẫn đến tình trạng thiếu oxy máu

- Co thắt phế quản (co thắt và viêm đường thở) gây giảm thông khí của các khu vực phổi và có thể dẫn đến thiếu oxy máu nhẹ đến trung bình. Nguyên nhân này đáp ứng với điều trị oxy.
- Đông đặc phổi, hay tình trạng lấp đầy phế nang với các tế bào viêm (viêm phổi) hoặc chất lỏng (phù phổi) dẫn đến giảm hoặc mất thông khí của một vùng phổi. Máu không được trao đổi oxy dẫn đến thiếu oxy máu từ trung bình đến nặng. Mức độ hạ oxy máu liên quan tới mức độ tổn thương. Trường hợp này ít đáp ứng với việc cung cấp oxy đơn thuần mà cần kết hợp với các điều trị khác.
- Bất thường trong việc cung cấp máu đến phổi (tắc mạch phổi, tăng áp mạch phổi, hoặc sốc) cũng có thể gây thiếu oxy máu.
- Yếu cơ hô hấp (uốn ván, ngộ độc, hội chứng Guillain-Barré) và các nguyên nhân thông khí không thỏa đáng (ví dụ như dùng thuốc quá liều, rấn cắn) có thể gây ra thiếu oxy máu. Nhóm nguyên nhân này có thể cải thiện tình trạng thiếu oxy máu bằng việc cung cấp oxy

Hầu hết các người bệnh bị thiếu oxy máu sẽ được cải thiện khi họ được cho thở oxy. Đối với những người bệnh không đáp ứng với oxy lưu lượng cao (vẫn trong tình trạng nặng hoặc $SpO_2 < 90$), xem xét kiểm soát đường thở tích cực (xem bên dưới).

Hỗ trợ thông khí nếu thở không hiệu quả

Thiếu thông khí xảy ra khi người bệnh có thở chậm hoặc thể tích thông khí qua mỗi lần thở thấp. Nhịp thở giảm có thể là do nguyên nhân hệ thần kinh trung ương, chẳng hạn như quá liều opioid, đột quỵ hoặc chấn thương đầu. Các người bệnh có cơ hô hấp yếu, như là bị uốn ván hoặc ngộ độc, cũng có thể sẽ thông khí không đảm bảo vì thể tích thông khí thấp. Ở người bệnh COPD và hen suyễn, co thắt phế quản nặng cản trở thông khí không phổi, người bệnh phải sử dụng các cơ phụ để thở dẫn đến thiếu thông khí.

Nếu không được xử trí, thông khí không đảm bảo sẽ dẫn đến việc tích tụ carbon dioxide tình trạng toan máu, người bệnh có những biểu hiện rối loạn tâm thần hoặc suy giảm nhận thức cho tới hôn mê. Thiếu hoặc giảm thông khí có thể nhận biết trên lâm sàng nếu không thể đo được mức độ carbon dioxide và acid trong máu, tiền triển sau đó có dẫn đến suy hô hấp cấp, tuy nhiên cần loại trừ các nguyên nhân khác có biểu hiện tương tự nhưng có thể phục hồi nhanh (ví dụ như hạ đường huyết).

Đối với người bệnh thiếu thông khí, tạm thời hỗ trợ bằng thở oxy qua mask có túi khí oxy lưu lượng cao (xem Đánh giá nhanh trang 35). Đối với quá liều của một số loại thuốc nhất định có thể sử dụng các thuốc đối kháng giải độc (như là naloxone đối với liều opioid) cho đến khi người bệnh tỉnh. Đối với những người bệnh cần tiếp tục hỗ trợ thông khí, xem xét kiểm soát đường thở tích cực khi người bệnh trong tình trạng sau:

- Đối với các tình trạng có thể phục hồi (ví dụ như opioid tác dụng kéo dài, quá liều thuốc, ngộ độc, hoặc bị rấn cần), tiền lượng cần kiểm soát đường thở tích cực nếu có thể đảm bảo thông khí bằng bóp bóng tại chỗ.
- Đối với các tình trạng khó hồi phục sớm và có thể cần hỗ trợ thông khí lâu hơn (ví dụ như co thắt phế quản nặng, suy thần kinh cơ tiến triển, tổn thương phổi cấp tính), nên đặt nội khí quản và chuyển người bệnh tới các cơ sở chuyên khoa có máy thở. Thông khí bằng bóp bóng cho một số tình trạng trong số này (ví dụ như co thắt phế quản nặng) rất khó khăn vì khi đó đã có rất nhiều bất thường ở phổi (xem mục 3.2.4).

Chẩn đoán và điều trị nguyên nhân chính

Sau khi xử trí cấp cứu (ví dụ như oxy đối với suy hô hấp nặng), cần xác định điều trị nguyên nhân chính. Cần hỏi tiền sử, thăm khám cẩn thận chi tiết, phân biệt các nguyên nhân theo bảng (Chẩn đoán: Người bệnh nặng khó thở mà không phải là tắc nghẽn đường thở trên) để xác định các chẩn đoán nguyên nhân có khả năng nhất. Xử trí tích cực theo hướng các chẩn đoán có khả năng nhất và đe dọa tính mạng nhất. Thực hiện tiếp các xét nghiệm phù hợp. Chụp X-quang có thể giúp thu hẹp chẩn đoán phân biệt. Không trì hoãn các phương pháp điều trị thích hợp trong khi chờ đợi những kết quả này. Có một số hình ảnh đặc trưng của X-quang phổi có giá trị (xem mục 3.2.1), tuy nhiên không phải lúc nào cũng có thể có ngay lập tức. Lưu ý rằng người bệnh có thể có đồng thời nhiều tình trạng bệnh lý (ví dụ như viêm phổi và co thắt phế quản nặng), vì vậy rất quan trọng để xác định những chẩn đoán có khả năng nhất, xử trí sớm và thường xuyên đánh giá lại.

Bảng: Xử trí ban đầu quan trọng với người bệnh nặng có suy hô hấp	
Chẩn đoán	Xử trí ban đầu
Tắc nghẽn đường thở trên	• Kiểm soát đường thở (xem Đánh giá nhanh trang 30-33).
Sốc phản vệ	• Chỉ định epinephrine (adrenalin) (xem Đánh giá nhanh trang 18 và Mục 3.1.3).
Tràn khí màng phổi	• Chọc kim qua thành ngực, mở màng phổi nếu tràn khí màng phổi có áp lực (xem Đánh giá nhanh trang 47).
Ép tim cấp	• Chọc dẫn lưu dịch màng tim (xem mục 7).
Viêm phổi	• Viêm phổi không nghiêm trọng (xem mục 10.6). • Viêm phổi nặng (xem mục 3.2.3). Chỉ định kháng sinh theo kinh nghiệm phổ rộng trong vòng 1 giờ. Nếu là người nhiễm HIV, điều trị PCP theo kinh nghiệm. Nếu nghi ngờ cúm, chỉ định thuốc chống virus. Nếu nghi lao, điều trị theo phác đồ • Nếu sốc, xem mục 3.1.5.
Co thắt phế quản cấp tính	• Chỉ định salbutamol ngay lập tức (xem Đánh giá nhanh trang 38 và Mục 3.2.4). Nếu nghi ngờ hen hoặc COPD, cho hydrocortisone 100 mg tĩnh mạch hoặc liều uống tương đương
Phù phổi cấp (tình trạng quá tải dịch)	• Chỉ định furosemide 20 mg tĩnh mạch. • Thuốc giãn mạch đối với tăng huyết áp (xem mục 3.2.5).
Tổn thương phổi cấp tính (ví dụ như bệnh sốt rét nặng)	• Điều trị nguyên nhân nền (xem mục 3.2.3). • Nếu bị sốt rét nặng, cho thuốc chống sốt rét. • Nếu nhiễm khuẩn nặng, chỉ định kháng sinh phổ rộng theo kinh nghiệm.
Bệnh thiếu máu	Xem mục 10.18.
Quá liều opioid	• Cho naloxone (xem Đánh giá nhanh trang 41).
Ngộ độc	Xem mục 3.8.

Phần còn lại của Phần 2 sẽ bao gồm những vấn đề sau:

- Viêm phổi nặng và tổn thương phổi cấp tính - xem mục 3.2.3
 - Nếu có dấu hiệu suy tim hoặc các nguyên nhân khác của tình trạng quá tải dịch, sử dụng Mục 3.2.5 chứ không phải là mục này.
 - Nếu sốc (huyết áp tâm thu <90), sử dụng mục 3.1.5.
- Co thắt phế quản - xem mục 3.2.4
- Phù phổi và tình trạng quá tải dịch - xem mục 3.2.5.

3.2.3 Xử trí suy hô hấp ở người bệnh nghi ngờ viêm phổi nặng hoặc chấn thương phổi cấp tính không kèm theo sốc

Thực hiện đánh giá nhanh, đồng thời sử dụng thuốc kháng sinh theo kinh nghiệm ngay khi người bệnh có dấu hiệu cấp cứu của bệnh lý đường thở kèm theo có. Khai thác tiền sử, thăm lâm sàng, kết quả xét nghiệm và chụp X-quang để có được chẩn đoán và xử trí ban đầu phù hợp nhất.

Các nhiễm trùng phổi thông thường gặp (viêm phổi do vi khuẩn, cúm¹, lao tiến triển) và tổn thương phổi cấp tính (ALI). Tổn thương phổi cấp tính có thể là một biến chứng của nhiễm trùng phổi ban đầu nghiêm trọng hoặc có thể được xem là biến chứng từ viêm phổi thông thường (ví dụ như nhiễm trùng huyết nặng từ viêm phúc mạc), sốt rét nặng, viêm phổi hít, viêm tụy, ngộ độc, chấn thương hoặc xuất huyết ồ ạt.

¹ Một số đề xuất quản lý dựa trên quản lý lâm sàng nhiễm trùng người với đại dịch (H1N1) 2009: hướng dẫn sửa đổi. WHO, năm 2009 có sẵn tại http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/clinical_management/en/index.html

Nghi ngờ viêm phổi nặng dựa trên lâm sàng nếu:

- Sốt hoặc nghi ngờ nhiễm trùng
- Ho
- Nhịp thở > 30 lần/phút
- Suy hô hấp nặng
- SpO₂ <90
- Nhiễm trùng phổi ban đầu có thể do vi khuẩn thường gặp ở cộng đồng, virus (cúm), lao và PCP ở những người nhiễm HIV. Chụp X-quang có thể giúp định hướng chẩn đoán phân biệt nguyên nhân

Nghi ngờ tổn thương phổi cấp tính nếu:

- Tình trạng giảm oxy máu nặng tiến triển nhanh chóng (chỉ định oxy lưu lượng cao)
- X-quang phổi thâm nhiễm lan tỏa
- Không có bằng chứng lâm sàng của tình trạng quá tải chất lỏng liên quan đến giảm chức năng tim
- Có nguyên nhân khởi phát, VD: như nhiễm trùng (viêm phổi, nhiễm trùng huyết nặng, sốt rét nặng, sốt xuất huyết nặng) hoặc các nguyên nhân không nhiễm trùng (viêm tụy cấp, ngộ độc, liên quan truyền dịch, xuất huyết). Với người bệnh mang thai, xem xét các nguyên nhân khác (đùng các thuốc giảm co, tiền sản giật hoặc sản giật).

Phần còn lại của mục này nên được sử dụng nếu người bệnh không có dấu hiệu phù phổi hoặc quá tải dịch hoặc sốc tại thời điểm ban đầu

- Nếu có các dấu hiệu của suy tim hoặc các nguyên nhân khác của tình trạng quá tải dịch, sử dụng mục 3.2.5 thay cho mục này.
- Nếu sốc (HA tâm thu <90), sử dụng mục 3.1.4.

Nguyên tắc chung xử trí viêm phổi nặng hoặc tổn thương phổi cấp tính

- Kiểm soát đường thởĐánh giá nhanh trang 30-33 và mục 3.2.1
- Chỉ định oxy.Đánh giá nhanh trang 34-36 và mục 3.2.1
- Điều trị nguyên nhân chính
- Bảo đảm kiểm soát thể tích dịch

Các biểu đồ ở phần cuối của mục 3.1.5 cung cấp chỉ định cụ thể theo giờ đối với oxy và các loại dịch và cách theo dõi, ghi lại và đáp ứng các phát hiện đối với sốc nhiễm trùng và suy hô hấp nặng không bị sốc. Xử trí lâm sàng theo hai cách tương tự tuy nhiên khác nhau về khuyến cáo dịch truyền.

Điều trị nguyên nhân chính

- Đối với viêm phổi nặng, chỉ định kháng kinh nghiệm phổ rộng đường tĩnh mạch trong những giờ đầu tiên là rất quan trọng.
- Tham khảo các khuyến cáo quốc gia hoặc của tổ chức. Lựa chọn phổ biến:
- Ceftriaxone 1-2 gram 1 lần/ngày kết hợp với một macrolid (ưu tiên); HOẶC
 - Ampicillin 2 gram TM 4 lần/ngày kết hợp với gentamicin và một macrolid.
 - Macrolides bao gồm erythromycin 500 mg 4 lần/ ngày, azithromycin 500 mg/1 lần một ngày, clarithromycin 500 mg 2 lần/ ngày. Chọn lựa thay thế cho macrolid bao gồm doxycycline 100 mg 2 lần/ngày (tránh trong thai kỳ) hoặc quinolone qua đường uống (ví dụ, levofloxacin, xem dưới đây để lưu ý).

Lưu ý: Chú ý không sử dụng quinolone trong những trường hợp nghi ngờ bệnh lao việc sử dụng quinolone có thể dẫn tới các triệu chứng của lao không còn rõ ràng hoặc trở thành như một đơn trị liệu trong những trường hợp người bệnh thực sự bị lao. Có thể hạn chế việc sử dụng quinolone ở các quốc gia có tỷ lệ TB cao trừ khi có thể loại trừ chắc chắn nguyên nhân này. Tính an toàn của việc sử dụng quinolone trong điều trị hô hấp ở người bệnh có thai chưa được chứng minh.

- Nếu người bệnh bị dị ứng không ở mức gây phản vệ với penicillin (ví dụ, chỉ có da phát ban), thì có thể sử dụng ceftriaxone.
- Nếu biết hay nghi ngờ người bệnh nhiễm HIV và bị viêm phổi nặng. Chỉ định điều trị PCP trong phác đồ kinh nghiệm (xem Mục 10.6) và xem xét bệnh lao (xem mục 15).
- Nếu nghi ngờ bệnh lao, chỉ định xét nghiệm sinh học phân tử theo hướng dẫn của quốc gia hoặc WHO, ví dụ Xpert MTB/RIF, (nếu có). Chỉ định khác bao gồm: soi đờm trực tiếp, nuôi cấy đờm tìm AFB, chụp X-quang ngực, đánh giá thêm trên lâm sàng²
- Điều trị thuốc kháng lao theo kinh nghiệm có thể chỉ định sớm ở một số trường hợp người bệnh nặng có nhiễm HIV dựa trên hình ảnh X quang có tính chất gợi ý và đánh giá lâm sàng. Ở những trường hợp có dấu hiệu cho thấy viêm phổi nặng, có thể điều trị đồng thời lao, viêm phổi do vi khuẩn và PCP.
- Tham khảo ý kiến bác sĩ có kinh nghiệm

Nếu nghi ngờ cúm, chỉ định thuốc kháng virus tùy theo loại cúm (xem mục 11.17)³

Nếu tổn thương phổi cấp tính không do nhiễm trùng viêm phổi, chẩn đoán và điều trị nguyên nhân chính.

- Nếu nghi ngờ nhiễm trùng huyết nặng, cho kháng sinh phổ rộng (xem mục 3.1.3).
- Nếu nghi ngờ sốt rét nặng, chỉ định thuốc chống sốt rét sớm, và gửi xét nghiệm tìm ký sinh trùng sốt rét trong (kính hiển vi có hoặc không có RDT) (xem mục 11.25).
- Liên quan đến viêm phổi hít, dừng ăn uống qua đường miệng và quan sát sự phát triển của viêm phổi hít
- Đối với ngộ độc cấp tính, xem mục 3.8.
- Đối với viêm tụy cấp, xem mục 10.7.
- Đối với tiền sản giật hoặc sản giật, chỉ định magnesium sulfate (xem Đánh giá nhanh trang 58) và hydralazine TM (xem mục 3.2.5).
- Đối với tổn thương phổi cấp tính liên quan đến thuốc giảm cơn co, cần ngừng thuốc ngay

Bảo đảm thể tích dịch

Người bệnh bị viêm phổi nặng hoặc chấn thương phổi cấp tính thường bị mất nước ở mức độ nhất định.

Tuy nhiên, truyền dịch quá mức có thể làm trầm trọng thêm tình trạng thiếu oxy máu và suy hô hấp. Ngoài ra, giảm protein máu cũng có thể làm tình trạng phù thêm trầm trọng ở những trường hợp sốt rét nặng, tiền sản giật.

²Cải thiện việc chẩn đoán và điều trị bệnh lao phổi và lao ngoài phổi phiên kính âm tính ở người lớn và thanh thiếu niên. Các khuyến nghị cho các trường hợp HIV phổ biến và nguồn lực hạn chế. WHO, 2007. Có tại http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/WHO_HTM_TB_2007.379_eng.pdf

³Hướng dẫn quản lý dược của đại dịch cúm (H1N1) 2009 và cúm virus khác.

WHO, năm 2010 có sẵn tại http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/h1n1_guidelines_pharmaceutical_mngt.pdf

- Nếu người bệnh có thể tự uống nước bằng miệng mà không có nguy cơ sặc, khi đó việc bù nước qua đường uống cần ưu tiên hơn.
- Nếu người bệnh không tự uống được, chỉ định truyền Ringer hoặc muối đẳng trương 1 ml/kg/giờ.
- Theo dõi sát tình trạng hạ oxy máu và tiến triển tổn thương phổi cấp tính
- Nếu có bằng chứng về quá tải thể tích đồng thời huyết áp tâm thu > 100mmHg, chỉ định furosemide 20 mg TM.

Không truyền lượng dịch lớn trong thời gian ngắn (bolus) trừ khi có tình trạng sốc (huyết áp tâm thu giảm xuống dưới 90) (xem mục 3.1) hoặc nếu biết nguyên nhân của tổn thương phổi cấp tính cần bù lượng dịch lớn (ví dụ như viêm tụy cấp tính, xuất huyết nặng).

Theo dõi – ghi chép – xử trí theo đáp ứng

Thay đổi lâm sàng

Nếu HA tâm thu <90, truyền 1000 ml TM (xem mục 3.1).

Nếu giảm chức năng hô hấp (khó thở tăng, tăng nhịp thở hoặc SpO₂ <90)

- Kiểm soát đường thở (xem Đánh giá nhanh các trang 30-33).
- Kiểm tra nguồn oxy và tăng lưu lượng oxy (xem Đánh giá nhanh các trang 34-36).
- Loại trừ tràn khí màng phổi, tràn dịch màng phổi, suy tim và ngộ độc.
- Nếu thở khò khè, chỉ định salbutamol.
- Kiểm tra kháng sinh đã cho (bao gồm cả liều lặp lại như chỉ định). Hãy xem xét chỉ định phổ kháng sinh rộng hơn.
- Cân nhắc nguyên nhân do lao TB (ở tất cả các người bệnh) và PCP trong người nhiễm HIV (xem mục 15 và 10.6).
- Nếu có bằng chứng của tình trạng quá tải thể tích dịch và huyết áp tâm thu > 100mmHg, ngừng dịch truyền tĩnh mạch, chỉ định thêm furosemide 20 mg TM.

Nếu chức năng hô hấp tiếp tục giảm, tiên lượng xấu (xem mục 3.2.2 và Đánh giá nhanh trang 32).

- Đánh giá lại người bệnh và xem xét lại các chẩn đoán và các biến chứng như trên.

Nếu đường huyết <3 mmol (54 mg/dl), tiêm hoặc truyền 50ml đường D50 25-50 ml (xem Đánh giá nhanh trang 42).

Theo dõi sát

Hội chẩn bác sỹ chuyên khoa

- Nếu tình trạng hạ oxy máu nặng không cải thiện với thở oxy lưu lượng cao, xem xét kiểm soát đường thở tích cực và chuyển đến nhưng nơi có máy thở (Đánh giá nhanh trang 69-70). Bóp bóng có oxy kèm theo trong khi chờ đợi chuyển viện. Một người bệnh suy hô hấp do viêm phổi nặng hoặc chấn thương phổi cấp tính có thể có tình trạng phổi cứng, do đó cần áp suất cao để làm nở phổi, điều này dẫn đến việc thông khí bằng bóp bóng khó khăn. Ở thì thở ra, phổi có thể xẹp xuống và sẽ cần áp suất cao để làm phổi nở ra cho nhịp hít vào tiếp theo. Áp lực bơm vào cao cần thiết để phổi nở tuy nhiên cũng có thể có hại. Thông khí hỗ trợ thông quá bóp bóng có nhiều hạn chế do đó những trường hợp người bệnh bị viêm phổi nặng hoặc chấn thương phổi cấp tính cần được đặt nội khí quản khi chuyển đến các cơ sở có máy thở. Máy thở có thể kiểm soát được áp lực đường thở (trong giới hạn an toàn) ở cả hai thì, giúp ngăn chặn xẹp phổi. (Xẹp phổi lặp đi lặp lại có thể có hại.)

Nguyên tắc xử trí viêm phổi tại bệnh viện

Nếu người bệnh bị viêm phổi không cải thiện sau 3 ngày, đánh giá lại người bệnh, chẩn đoán phân biệt, kết quả xét nghiệm, điều chỉnh phác đồ phù hợp.

Các lý do phổ biến khiến dẫn đến điều trị viêm phổi mắc ở cộng đồng không cải thiện bao gồm:

- Sai liều kháng sinh: kiểm tra chính xác liều lượng của thuốc kháng sinh đang được sử dụng;
- Kháng sinh thâm nhập kém do áp xe phổi hoặc viêm màng, hoặc xuất hiện biến chứng xa như viêm nội tâm mạc hoặc viêm màng não;
- Kháng sinh không phù hợp đối với tác nhân gây bệnh: ví dụ, lao, S. aureus, PCP, hoặc mắc các chủng Pseudomonas kháng thuốc kháng với các kháng sinh thông thường trong điều trị viêm phổi ở cộng đồng;
- Chẩn đoán sai: các bệnh lý khác (ví dụ như ung thư, lao phổi) có thể có những hình ảnh thay đổi X-quang ngực gây nhầm lẫn với viêm phổi

Xem lại các kết quả vi sinh. Nếu không giải thích được cho thay đổi trên lâm sàng thì cần chụp lại X-quang phổi lần nữa để tìm kiếm các biến chứng như viêm màng phổi. Cây máu, công thức máu ngoại vi, nhuộm Gram, soi trực tiếp AFB, soi kính hiển vi, nuôi cấy, tìm kiếm tổn thương gợi ý nhiễm nấm trên da.

Thay đổi kế hoạch điều trị theo nguyên nhân nghi ngờ dẫn đến thất bại điều trị

- Dẫn lưu mủ màng phổi
- Cân nhắc sử dụng Ceftriaxone nếu chưa sử dụng

Nếu nghi ngờ nguyên nhân do S. aureus (ví dụ như ở những người bệnh nghi ngờ đồng nhiễm vi khuẩn cúm cùng lúc), xem xét đặc điểm dịch tễ học tại địa phương, tỷ lệ S. aureus kháng methicillin (MRSA). Điều trị theo khuyến nghị hoặc các hiệp hội chuyên khoa quốc gia

- Vancomycin nên được sử dụng như là một lựa chọn hàng đầu để điều trị MRSA viêm phổi.
- Clindamycin, cotrimoxazole, doxycycline cũng có thể chỉ định điều trị MRSA tại những nơi có tỷ lệ mắc cao
- Cloxacillin chỉ nên được thêm vào phác đồ không có hoạt tính kháng lại S. aureus nhạy cảm, hoặc ít nghi ngờ MRSA.
- Tránh dùng doxycycline ở phụ nữ mang thai.

Nếu không cải thiện sau 3-5 ngày (hoặc đánh giá sớm hơn dựa trên lâm sàng)⁴

- Có thể chỉ định điều trị lao ngay cả khi soi đờm âm tính với AFB (xem mục chẩn đoán lao âm tính, mục 15) (Hướng dẫn chương trình chống lao quốc gia). Với người bệnh có nhiễm HIV có dấu hiệu viêm phổi có thể điều trị đồng thời bệnh lao, viêm phổi vi khuẩn và PCP.

Chọn một phác đồ điều trị kháng sinh hợp lý cho bệnh viêm phổi mắc tại cộng đồng

- Thuốc đường tĩnh mạch sau 24h có thể được chuyển sang đường uống (nếu người bệnh có thể hấp thu được)
- Điều trị tối thiểu là 5 ngày. Người bệnh phải hết sốt trong 48-72 giờ trước khi ngưng điều trị.
- Chọn lựa kháng sinh khu trú theo kháng sinh đồ khi có kết quả
- Xem phác đồ điều trị cho PCP, cúm và bệnh lao trong các phần khác.

⁴ Cải thiện việc chẩn đoán và điều trị bệnh lao phổi và lao ngoài phổi smear âm tính trong người lớn và thanh thiếu niên. Các khuyến nghị cho các trường hợp HIV thường thấy và nguồn lực hạn chế, WHO, 2007. Tại http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/WHO_HTM_TB_2007.379_eng.pdf

Theo dõi và cho ra viện người bệnh viêm phổi cộng đồng nặng khi ổn định

- Nếu bị nhiễm HIV và người bệnh chưa được dự phòng bằng cotrimoxazole, bắt đầu dự phòng cotrimoxazole
- Người bệnh có thể cho ra viện khi có thể đi lại và ăn uống được.
- Nếu xét nghiệm đờm tìm AFB dương tính. Điều trị bệnh lao (xem mục 10.6 và 15).

3.2.4 Xử trí người bệnh suy hô hấp nặng có thất phế quản cấp tính (Hen, COPD, và các nguyên nhân khác gây khò khè cấp tính)

Người bệnh có tình trạng cơ thất phế quản nặng có thể ảnh hưởng tới thông khí phổi gây ra suy hô hấp. Nếu không được xử trí, tình trạng thiếu thông khí tiến triển dẫn đến suy hô hấp, tử vong. Điều trị sớm và tích cực có thể ngăn chặn được biến chứng này. Trong thời gian Đánh giá nhanh, có thể chỉ định salbutamol ngay lập tức khi người bệnh có dấu hiệu tắc nghẽn đường thở cấp tính kèm theo khò khè, thở rít (Xem trang 38 Đánh giá nhanh để biết thứ tự sử dụng thuốc giãn phế quản dựa trên đáp ứng lâm sàng). Liều lượng và cách dùng salbutamol được xác định dựa trên mức độ nghiêm trọng của thở khò khè. Ví dụ, đối với những người thở khò khè vừa hoặc nặng, chỉ định salbutamol dạng khí dung. Sau khi điều trị ban đầu, bắt buộc đánh giá lại đáp ứng của người bệnh, tiếp tục điều trị tích cực nếu tình trạng cơ thất phế quản vẫn nặng. Đồng thời, xem xét các nguyên nhân có thể khác dẫn đến thở khò khè, đảm bảo tiếp tục duy trì sử dụng salbutamol hít và các thuốc giãn phế quản thích hợp khác theo phác đồ.

Cơ thất phế quản cấp tính có thể do của nhiều yếu tố. Ở người bệnh có tiền sử bệnh hen suyễn hoặc COPD, biểu hiện khó thở, tức, nặng ngực, ho và thở khò khè có thể là biểu hiện đợt cấp tính của bệnh. Với người bệnh không có tiền sử Hen hoặc COPD, khai thác tiền sử hút thuốc lá nhiều năm có thể định hướng nguyên nhân COPD, hoặc dị ứng với nhiều tác nhân có thể định hướng tới Hen. Xem xét các nguyên nhân khác gây cơ thất phế quản cấp tính như viêm phổi do virus hoặc hít phải tác nhân kích thích đường thở. Phổi phổi không điển hình có thể biểu hiện khó thở khò khè, do đó cần tìm kiếm các dấu hiệu của tình trạng quá tải chất lỏng; nếu nghi ngờ, xem mục 3.2.5.

Phần còn lại của mục này được sử dụng khi người bệnh không có dấu hiệu phù phổi cấp hoặc quá tải dịch

Khai thác tiền sử nhanh chóng có định hướng kết hợp với thăm khám lâm sàng có thể giúp phân loại mức độ nặng của khò khè và các bước xử trí phù hợp

Bệnh sử

- Triệu chứng (tức hoặc nặng ngực, khó thở, ho, thở khò khè)
- Bắt đầu (cấp tính hoặc bán cấp tính)
- Các triệu chứng kèm theo (sốt)
- Yếu tố khởi phát (thời tiết lạnh, tập thể dục, khói bụi, nhiễm virus)
- Tiền sử (bệnh hen, COPD, những lần nhập viện trước, các bệnh dị ứng như sốt mùa)
- Các yếu tố nguy cơ (khói thuốc lá, ô nhiễm không khí trong nhà)
- Tiền sử dùng thuốc (sử dụng trước đó của salbutamol hoặc steroid).

Khám

- Nhịp thở (rất nhanh hoặc rất chậm)
- Mạch và huyết áp (cơn hen rất nặng có thể gây ra huyết áp thấp)
- Mức độ khó thở của người bệnh (khi nghỉ ngơi, lúc nói chuyện hoặc đi bộ)
- Khả năng nói của người bệnh (không thể nói, nói từng từ, nói vài từ một, hoặc đầy đủ câu)
- Sử dụng cơ hô hấp phụ, lồng ngực di động nghịch thường
- Tiếng thở rít âm ỉ hoặc ngược lại phổi cảm như không có thông khí?

Chỉ định ngay

- Đo bão hòa SpO₂
- Đo lại lưu lượng đỉnh sau khi sử dụng giãn phế quản lần đầu (nếu có) so với chỉ số tối ưu của người bệnh
- Đo mức độ mạch nghịch thường
- X-quang phổi nếu nghi ngờ viêm phổi.

Chẩn đoán: Thở khò khè, thở rít cấp tính

Nguyên nhân thở khò khè cấp tính	Triệu chứng gợi ý
Viêm phế quản cấp	<ul style="list-style-type: none">• Thở khò khè hoặc ran ngáy rải rác• Ho có đờm• Trước đó có biểu hiện nhiễm virus đường hô hấp trên (như sốt, ho, chảy nước mũi hoặc nghẹt mũi)
Viêm phổi do vi khuẩn hoặc virus xem mục 10.6	<ul style="list-style-type: none">• Thường gặp hơn viêm phổi do virus• Thở khò khè lan tỏa hay khu trú• Thông thường khởi phát cấp bằng sốt, ho có đờm• Thâm nhiễm X-quang phổi
Hít phải dị vật đường thở	<ul style="list-style-type: none">• Thở khò khè, rít khu trú• Khởi phát cấp tính; có thể ho và khó thở
Cơn hen xem mục 10.6	<ul style="list-style-type: none">• Tức, nặng ngực, khó thở, khò khè, thở rít lan tỏa• Các triệu chứng thường về đêm, ho thường gặp• Yếu tố khởi phát như có tình trạng nhiễm virus, hít phải khói bụi• Tiền sử bệnh hen suyễn hoặc dị ứng• Tiền sử gia đình có bệnh hen
Đốt cấp COPD xem mục 10.6	<ul style="list-style-type: none">• Tăng mức độ khó thở, ho, số lượng đờm so với bình thường• Khò khè, thở rít lan tỏa hoặc rale ngáy• Tiền sử cá nhân COPD, hút thuốc lá hoặc ô nhiễm không khí trong nhà kéo dài (ví dụ như đốt củi, bếp than)
Hít phải các chất kích thích đường hô hấp (ví dụ như thuốc lá, hóa chất, hơi)	<ul style="list-style-type: none">• Thở khò khè, khó thở• Xuất hiện ngay sau khi hít phải một lượng đủ lớn tác nhân kích thích đường thở
Uống phải chất độc xem mục 3.8	<ul style="list-style-type: none">• Ngộ độc phốt pho hữu cơ (đồng tử co nhỏ, tiểu tiện, đại tiện, chảy nước mắt)
Giãn phế quản	<ul style="list-style-type: none">• Thở khò khè lan tỏa hay khu trú• Tăng khó thở so với bình thường, ho đờm, mù, ho ra máu thường gặp• Tiền sử bệnh lao hoặc viêm phổi nặng
Ung thư	<ul style="list-style-type: none">• Thở khò khè khu trú• Ho mạn tính, ho ra máu thường gặp• Gầy sút cân, chán ăn• Tiền sử hút thuốc lá hoặc ô nhiễm không khí trong nhà kéo dài (ví dụ như đốt củi, bếp than)
Phù phổi cấp xem mục 3.2.5	<ul style="list-style-type: none">• Biểu hiện không điển hình với thở khò khè, thở rít lan tỏa, ran nổ• Quá tải thể tích dịch (JVP cao, phù chi dưới)• Tiền sử của bệnh cơ tim, bệnh van tim, tăng huyết áp, thiếu máu cơ tim cục bộ, bệnh thận

Nguyên tắc chung để chăm sóc một người bệnh bị co thắt phế quản cấp tính

- Người bệnh ngồi thẳng ở vị trí thoải mái.
- Kiểm soát đường thở (xem Đánh giá nhanh các trang 30-33).
- Chỉ định oxy liệu pháp (xem Đánh giá nhanh các trang 34-36).
- Chỉ định salbutamol hít ngay (xem Đánh giá nhanh trang 38 về điều trị giãn phế quản theo cấp độ).
- Điều trị nguyên nhân chính.
- Theo dõi - ghi chép - Điều chỉnh xử trí (xem mục 3.0).

Chỉ định thuốc giãn phế quản theo mức độ khó thở trung bình, nặng, hoặc đe dọa tính mạng

Dấu hiệu	Phân loại như	Phương pháp điều trị
<p>Khi có một hoặc nhiều dấu hiệu sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Phổi cảm (không có thông khí) • Tím tái • Thở yếu • Rối loạn ý thức • Kiệt sức 	KHỒ KHÈ, THỞ RÍT ĐE DỌA TÍNH MẠNG	<ul style="list-style-type: none"> • Kiểm soát đường thở (xem Đánh giá nhanh các trang 30-33). • Thở oxy (xem Đánh giá nhanh các trang 34-36). • salbutamol khí dung liên tục (xem Đánh giá nhanh trang 38 cho thuốc giãn phế quản theo trình tự). • Nếu cơn hen cấp hoặc COPD, steroid (100 mg hydrocortisone TM hoặc 40-60 mg methylprednisolone TM hoặc 40-60 mg prednisolone đường uống hoặc tương đương). • Đánh giá lại ngay lập tức (không để người bệnh lại một mình). • Nếu không cải thiện, chỉ định salbutamol liên tục. Thêm ipratropium bằng khí dung. • Nếu không cải thiện, chỉ định magnesium sulfate tĩnh mạch (2 gram trong 20 phút). • Nếu sốt, kháng sinh đường tiêm bắp hoặc tĩnh mạch
<p>Một hoặc nhiều dấu hiệu sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Không thở được lúc nghỉ • Không thể nói câu hoàn chỉnh trong một lần thở • Nhịp thở ≥ 25 hơi/phút • Mạch ≥ 100 	KHỒ KHÈ, THỞ RÍT NẶNG	<ul style="list-style-type: none"> • Cung cấp oxy (xem Đánh giá nhanh các trang 30-33). • Chỉ định salbutamol bằng khí dung (liên tục hoặc 20 phút một lần) (xem Đánh giá nhanh trang 38 chỉ định thuốc giãn phế quản theo trình tự). • Nếu cơn hen cấp hoặc COPD, cho steroid (100 mg hydrocortisone TM hoặc 40-60 mg methylprednisolone tĩnh mạch hoặc 40-60 mg prednisolone đường uống hoặc tương đương). • Đánh giá lại ngay lập tức (15-30 phút). • Nếu không được cải thiện, cung cấp salbutamol 20 phút một lần hoặc nếu xấu đi, cho liên tục. Thêm ipratropium đường khí dung. • Nếu xấu đi, chỉ định magiê (2 gram trên 20 phút). • Nếu sốt, kháng sinh đường tiêm bắp hoặc tĩnh mạch.
<p>Không có triệu chứng của cơn hen nặng</p>	THỞ KHỒ KHÈ TRUNG BÌNH	<ul style="list-style-type: none"> • Thở oxy. • Xịt 5 nhát salbutamol vào buồng đệm, tiếp tục xịt 2 nhát qua buồng đệm mỗi 2 phút. • Nếu cơn hen cấp hoặc COPD, chỉ định steroid - prednisolone uống 40-60 mg (hoặc tương đương). • Nếu sốt, kháng sinh đường tiêm bắp hoặc tĩnh mạch • Đánh giá lại sau 15-30 phút

Các chỉ số phân loại mức độ nghiêm trọng

<ul style="list-style-type: none"> • SpO₂ <90 thở không khí trong phòng • Lưu lượng đỉnh <33% giá trị dự đoán hoặc mức độ tốt nhất của người bệnh • Không có mạch nghịch thường (khi ngừng hô hấp sắp xảy ra, không có mạch nghịch thường là dấu hiệu của mệt cơ hô hấp) 	THỞ KHÒ KHÈ, THỞ RÍT ĐE DỌA TÍNH MẠNG
<ul style="list-style-type: none"> • SpO₂ > 90 • Lưu lượng đỉnh 33-50% giá trị dự đoán hoặc mức độ tốt nhất của người bệnh • Mạch nghịch thường > 25 mmHg 	THỞ KHÒ KHÈ, THỞ RÍT NGHIÊM TRỌNG
<ul style="list-style-type: none"> • SpO₂ > 90 • Lưu lượng đỉnh 50-75% giá trị dự đoán hoặc mức độ tốt nhất của người bệnh • Mạch nghịch thường có thể có (10-25 mmHg) 	THỞ KHÒ KHÈ, THỞ RÍT TRUNG BÌNH

Nếu không có salbutamol dạng hít có sẵn, xem xét một trong những chỉ định sau khi co thắt phế quản nghiêm trọng

- Salbutamol 250 mcg đường tĩnh mạch, tiêm chậm đối với co thắt phế quản cấp tính. (chú ý có thể dẫn đến hạ Kali máu).
- Aminophylline 5 mg/kg tĩnh mạch chậm trong 20 phút
- Epinephrine 0,5 mg (0,5 ml dung dịch 1:1000) tiêm bắp

Lưu ý: Aminophylline không được khuyến cáo do độc tính và hiệu quả thấp và không được đưa vào Danh sách thuốc thiết yếu của WHO, nhưng nó có thể có hiệu quả bằng cách tiêm truyền tĩnh mạch chậm nếu không có sẵn các loại thuốc khác.

Theo dõi – ghi chép – Điều chỉnh xử trí

Ngoài các chỉ số lâm sàng khác được sử dụng để theo dõi đối với người bệnh nặng (xem mục 3.0), người bệnh thở khò khè nặng nên được theo dõi sát như sau: .

- Ban đầu, người bệnh cần được theo dõi ít nhất 15-30 phút, sau mỗi lần điều trị salbutamol, đánh giá đáp ứng và mức độ khó thở, cho đến khi tình trạng cải thiện, sau đó theo dõi sau mỗi giờ trong 6 h đầu tiên. Không để bệnh nhân có các triệu chứng đe dọa tính mạng một mình.
- Theo dõi phải bao gồm:
 - Khám lâm sàng
 - Đếm nhịp thở
 - Đo lưu lượng đỉnh
 - Đếm mạch
 - Đánh giá mạch nghịch thường

Điều trị thuốc giãn phế quản theo mức độ (xem Đánh giá nhanh trang 38)

Chăm sóc người bệnh bị thở khò khè, thở rít từ trung bình đến nặng cần theo dõi chặt chẽ, đánh giá lại và phân loại lại chính xác như đã đề cập ở trên và sau đó chỉ định các thuốc giãn phế quản phù hợp. Điều trị giãn phế quản có tác dụng ngay lập tức trên các cơ trơn đường hô hấp, giúp giảm co thắt, giãn phế quản giúp người bệnh thấy thở dễ hơn.

- Đối với người bệnh với các triệu chứng đe dọa tính mạng, ngoài việc chỉ định khí dung salbutamol liên tục bằng khí dung, chắc chắn việc khí dung thêm ipratropium (một loại thuốc giãn phế quản khác), và dùng đường tĩnh mạch magnesium sulfate (2 gram trên 20 phút).
- Nếu người bệnh thở khò khè nghiêm trọng nhưng tình trạng vẫn tiếp tục xấu đi mặc dù đang sử dụng salbutamol, chuyển sang điều trị như khó thở đe dọa tính mạng bằng cách liên tục dùng salbutamol, ipratropium 4-6 giờ một lần và magnesium sulfate.
- Nếu người bệnh thở khò khè, thở rít nặng chỉ đáp ứng một phần, tiếp tục khí dung salbutamol (liên tục hoặc 20 phút một lần) có thể chỉ định thêm ipratropium.
- Nếu tình trạng thở khò khè thở rít cải thiện, giảm số lần khí dung salbutamol (ví dụ: nếu đang điều trị khí dung liên tục, giảm xuống 20 phút một lần hoặc nếu đang điều trị khí dung 20 phút một lần, giảm xuống 40 phút một lần, sau đó bốn giờ một lần.)

Nếu nghi ngờ bệnh hen suyễn hoặc COPD: cho steroid (hoặc 100 mg hydrocortisone TM hoặc 40-60 mg prednisolone đường uống hoặc tương đương), steroid nên được chỉ định sớm, tuy nhiên sẽ mất một thời gian mới xuất hiện tác dụng của thuốc. Vì vậy, điều trị giãn phế quản cần tiếp tục theo trình tự trong khi chờ đợi những tác động của điều trị steroid. Steroid giúp giảm viêm, phù nề đường hô hấp giúp đường thở thông thoáng và người bệnh có thể thở dễ dàng hơn.

Nếu sốt, điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm (xem Đánh giá nhanh trang 44). Khi người bệnh đến, rất khó chẩn đoán ngay người bệnh có viêm phổi do vi khuẩn hay là đang bị cơn hen hoặc COPD. Chỉ định kháng sinh theo kinh nghiệm sớm có tác dụng trong trường hợp người bệnh có đồng nhiễm khuẩn phổi.

Những điểm cần xem xét nếu tình trạng người bệnh không cải thiện

- Kiểm tra việc cung cấp oxy (nguồn oxy, người bệnh có nhận được đủ oxy cung cấp) và tăng tốc độ dòng chảy nếu $SpO_2 < 90$ (xem Đánh giá nhanh trang 35-36).
- Xem xét lại chẩn đoán phân biệt (tràn khí màng phổi, suy tim, ngộ độc).
- Người bệnh thông khí không đảm bảo không cải thiện với thở oxy lưu lượng lớn và điều trị giãn phế quản tích cực cần xem xét việc kiểm soát đường thở tích cực và chuyển tới các bệnh viện có trang bị máy thở. (xem Đánh giá nhanh các trang 38, 63-68). Người bệnh suy hô hấp do co thắt phế quản nặng có tình trạng luồng khí thở bị cản trở nghiêm trọng, không khí không được đẩy ra, phổi bị căng ứ khí, hậu quả có thể dẫn đến hạ huyết áp và tràn khí màng phổi. Thông khí hỗ trợ bằng bóp bóng khó khăn với những trường hợp co thắt phế quản nặng. Các người bệnh này nên được đặt

nội khí quản nếu chuyển đến một trung tâm có thở máy. Thông khí bằng máy kiểm soát nhịp thở tốt hơn (đủ thời gian để thở ra) và thể tích thở được cung cấp. Trong khi chờ chuyển, đảm bảo thông khí bằng bóp bóng.

- Sử dụng một ống nội khí quản có đường kính lớn (7.5 hoặc 8.0 là tốt nhất để tối ưu hóa thông khí).
- Để thời gian thì thở ra có được bằng điều chỉnh nhịp thở ở tốc độ chậm (ví dụ: với bóp bóng dưới 10 nhịp/1 phút).
- Nếu cần thiết, sử dụng thuốc an thần để làm chậm nhịp thở
- Đảm bảo tiếp tục khí dùng thuốc giãn phế quản qua ống nội khí quản.
- Theo dõi huyết áp và mạch như các dấu hiệu của phổi úr khí (ví dụ như huyết áp tâm thu thấp, mạch nhanh). Nếu sốc, ngừng thông khí để đủ thời gian cho thì thở ra, truyền dịch tốc độ nhanh, tìm kiếm các triệu chứng của tràn khí màng phổi.

3.2.5 Xử trí người bệnh bị suy hô hấp nặng do phù phổi cấp hoặc quá tải thể tích

Phù phổi cấp là sự tích tụ bất thường của dịch ở tổ chức phổi và phế nang, điều này cản trở việc lan tỏa oxy từ phế nang vào máu. Có hai cơ chế có thể xảy ra

- Thường gặp, phù phổi xảy ra khi áp lực đổ đầy tim tăng lên, dẫn tới tăng áp lực ở tim, dẫn tới tăng áp lực mạch phổi. Dịch sẽ từ mạch máu vào phổi. Điều này dẫn tới phù phổi cấp do chức năng tim suy giảm (suy tim xung huyết) hoặc suy thận.
- Ít gặp hơn, phù phổi có thể hình thành khi có tổn thương các mạch phổi nhỏ và của các tế bào lót phế nang dẫn đến sự di chuyển của dịch và protein vào phổi. Hiện tượng này còn gọi là tổn thương phổi cấp tính hoặc phù phổi không do tim.

Sau khi Đánh giá nhanh điều quan trọng là xác định xem người bệnh có thể có phù phổi không (suy hô hấp, nghe phổi có rale ẩm từ đáy phổi lan dần lên trên, thâm nhiễm lan tỏa trên phim X-ray ngực), phân biệt giữa hai loại phù phổi để xử lý sớm. Cho người bệnh thở oxy và xử trí sớm như trong phần đánh giá nhanh.

Tìm các dấu hiệu lâm sàng của tình trạng quá tải thể tích

- Tăng áp lực tĩnh mạch cổ, gan to hoặc cổ trướng, phù hai chi dưới.
- Chụp X-quang: hình mờ lan tỏa hai bên phổi, tập trung nhiều hai rốn phổi, tràn dịch màng phổi hai bên, mức độ ít.
 - Nếu có, xem xét phù phổi cấp do các nguyên nhân tim hoặc thận (xem bảng, Chẩn đoán thông thường mà có thể biểu hiện với phù phổi cấp dưới đây) và xử trí theo hướng dẫn
 - Nếu không có, xem xét tổn thương phổi cấp (phù phổi không do tim) và tìm kiếm các triệu chứng khác của ALI (xem mục 3.2.3).

Nghiên cứu bệnh sử và khám thực thể thu hẹp các chẩn đoán phân biệt.

Bệnh sử

- Khởi phát cấp tính (tháng, tuần, ngày, giờ)
- Các triệu chứng kèm theo (sốt, ho, đau bụng)
- Khó thở lúc nghỉ ngơi, khó thở khi gắng sức, khi nằm, hoặc phải thức dậy ban đêm vì khó thở phẳng (orthopnoea), hoặc vào ban đêm thức giấc khi đang ngủ (khó thở ban đêm)
- Các yếu tố khởi phát ăn nhiều các thức ăn mặn, tăng lượng nước đưa vào, nhiễm khuẩn gần đây, cảm thấy tim đập nhanh bất thường (rung nhĩ) hoặc đau ngực
- Bất kỳ bệnh mạn tính nào - nhiễm HIV, bệnh cơ tim, bệnh gan, bệnh thận
- Mang thai - phụ nữ có tiền sử hẹp van hai lá có thể có hiện tượng suy giảm chức năng tim vào những tháng giữa của thai kỳ. Bệnh cơ tim tiền sản có thể xuất hiện ở những tháng cuối thai kỳ hoặc sáu tháng đầu sau khi sinh. Phụ nữ bị tiền sản giật, sản giật có thể có thể bị co giật, hoặc cao huyết áp.
- Thuốc - nếu người bệnh có tiền sử suy tim, tìm hiểu về việc tuân thủ sử dụng thuốc.
- Mong muốn của người bệnh về mức độ điều trị can thiệp - người bệnh suy tim nặng, giai đoạn cuối có thể không muốn chịu những can thiệp xâm nhập quá nặng nề.

Khám thực thể: xác định nguyên nhân

- Nhịp tim nhanh (hơn 120/phút là phổ biến trong suy tim cấp)
- Huyết áp (tùy thuộc vào nguyên nhân, mà huyết áp của người bệnh có thể cao, thấp, hoặc bình thường). Chênh lệch lớn huyết áp tối đa và tối thiểu vd:120/30 mmHg) gợi ý rằng có thể có hở động mạch chủ nặng
- Sốt (có thể gợi ý viêm phổi cấp hoặc tình trạng nặng hơn của một bệnh cũ hoặc các nhiễm trùng khác)
- Trọng lượng (so sánh với trọng lượng trước)
- Tưới máu kém (lưu lượng máu) – lạnh đầu chi
- Hệ thống tim mạch
- Mồm tim lệch, các tiếng tim phụ, tiếng thổi
- Tĩnh mạch cổ nổi, phù chi dưới
- Hô hấp
- Rales nổ hai phổi
- Giảm thông khí đáy phổi
- Tiêu hóa
- Gan to, cổ trướng
- Đau thượng vị.

Xét nghiệm cấp bao gồm:

- Creatinin, kali, hemoglobin
- Xét nghiệm HIV.
- Nếu nghi ngờ nhiễm trùng: cấy máu hoặc cấy các bệnh phẩm khác phù hợp.
- X-quang ngực
- Điện tim - đánh giá thiếu máu cục bộ, phì đại tâm thất, loạn nhịp tim.
- Siêu âm tim hạn chế- đánh giá chức năng tim, sự hiện diện của hai lá hẹp hoặc tràn dịch màng ngoài tim. Không cần bác sĩ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh hoặc chuyên khoa tim mạch vì có thể được thực hiện với thiết bị siêu âm cơ bản không có Doppler.

Bảng: các nguyên nhân thường gặp dẫn đến phù phổi cấp	
Phù phổi cấp có biểu hiện lâm sàng của quá tải dịch	Triệu chứng gợi ý
Bệnh cơ tim	<ul style="list-style-type: none"> Nhiễm HIV, trước sinh, tăng huyết áp kéo dài Mờm tim lệch, có tiếng tim phụ (bệnh cơ tim giãn) ECG biểu hiện phì đại thất trái (tăng huyết áp) ECG có bằng chứng của thiếu máu cục bộ (bệnh tim thiếu máu cục bộ)
Bệnh van tim	<ul style="list-style-type: none"> Tiếng thổi mỏm tim thì trong tâm trương (hẹp van hai lá) Tiền sử bệnh thấp tim
Viêm cơ tim (bệnh Chagas)	<ul style="list-style-type: none"> Bệnh có tính chất dịch, bệnh cơ tim Ngất, điện tâm đồ có loạn nhịp hoặc bất thường dẫn truyền Các triệu chứng tiêu hóa
Viêm nội tâm mạc	<ul style="list-style-type: none"> Sốt và tiếng thổi mới xuất hiện
Bệnh thận mạn tính	<ul style="list-style-type: none"> Bệnh tiểu đường, tăng huyết áp Bệnh thận liên quan đến HIV
Tổn thương phổi cấp tính	Các triệu chứng
Sốt rét nặng	<ul style="list-style-type: none"> Sốt, xanh xao, đau đầu vàng da Ho, khó thở là dấu hiệu sớm của phù phổi Các dấu hiệu khác của bệnh sốt rét nặng: thay đổi trạng thái tinh thần, chảy máu, sốc, suy nhược, co giật, hạ đường huyết (xem mục 3.2.3 và 11.25).
Viêm phổi nặng	Xem mục 3.2.3
Nhiễm khuẩn nặng	Xem mục 3.1.5
Ngộ độc	Xem mục 3.8
Viêm tụy cấp	<ul style="list-style-type: none"> Đau thượng vị khi ăn, chán ăn
Liên quan đến mang thai	<ul style="list-style-type: none"> Thuốc giảm co, tiền sản giật hoặc sản giật

Phần còn lại của mục này tập trung vào việc xử trí người bệnh phù phổi cấp hoặc quá tải dịch do tim hoặc suy thận.

Nếu viêm phổi nặng và/hoặc tổn thương phổi cấp tính, xem mục 3.2.3 thay thế.

<p>Nguyên tắc chung để xử trí một người bệnh bị phù phổi cấp hoặc quá tải chất lỏng</p> <p>Thuốc lợi tiểu và thuốc giãn mạch ngay lập tức nhằm tối ưu hóa cung lượng tim và huy động các chất dịch từ phổi đến thận để bài tiết.</p> <ul style="list-style-type: none"> Cho người bệnh ngồi thẳng đứng vị trí thoải mái. Quản lý đường hô hấp (xem Đánh giá nhanh các trang 30-33). Cung cấp liệu pháp oxy (xem Đánh giá nhanh các trang 34-36). Cung cấp thuốc lợi tiểu; kiểm tra phản ứng trong 30 phút. Điều trị tăng huyết áp nặng. Điều trị nguyên nhân khởi phát Theo dõi - ghi chép - Điều chỉnh theo đáp ứng (xem mục 3.0).

Chỉ định thuốc lợi tiểu; đánh giá đáp ứng trong 30 phút

Điều trị lợi tiểu làm giảm ứ dịch trong phổi. Liều phụ thuộc vào việc trước đó người bệnh đã dùng và đáp ứng với loại thuốc này hay chưa.

- Nếu người bệnh chưa từng dùng furosemide bắt đầu bằng liều 20 mg furosemide tiêm tĩnh mạch
- Nếu người bệnh đã dùng furosemide đường uống ngoại trú, cho liều furosemide tiêm tĩnh mạch bằng với liều uống. Ví dụ Tiêm tĩnh mạch 40 mg nếu một người bệnh đang sử dụng đường uống 40 mg mỗi ngày một lần, Furosemide đường tĩnh mạch hiệu quả ít nhất gấp hai lần so với đường uống.
- Theo dõi lượng nước tiểu. Furosemide có tác dụng khá nhanh, do đó, nên theo dõi đáp ứng trong vòng 30 phút. Theo dõi huyết áp nếu lượng nước tiểu nhiều và nhanh

Điều trị tăng huyết áp nặng nếu có

Chỉ định các thuốc hạ áp theo cơ chế giãn mạch. Bắt đầu với liều thấp và theo dõi đáp ứng.

- Liều khởi đầu isosorbide dinitrate 5 mg ngâm dưới lưỡi. Nếu vẫn tăng huyết áp, tiếp tục một liều khác sau 10-15 phút, không vượt quá 10 mg trong mỗi 2-3 giờ.
- Nếu không có sẵn isosorbide dinitrate, chỉ định hydralazine liều 5 mg tĩnh mạch. Nếu cần thiết có thể lặp lại liều sau 30 phút.
- Nếu người bệnh đáp ứng tốt với thuốc giãn mạch, chuyển dùng enalapril 5 mg đường uống trong vòng 6-24 giờ nếu xét nghiệm creatinine là bình thường.
- Theo dõi huyết áp tâm thu, vì sự kết hợp của thuốc lợi tiểu và thuốc giãn mạch có thể gây tác dụng hạ áp mạnh.
- Ở người bệnh mang thai bị tiền sản giật hoặc sản giật kèm với tăng huyết áp nghiêm trọng, cho hydralazine TM hoặc nifedipine ngâm dưới lưỡi. Còn thiếu nhiều thông tin về việc sử dụng isosorbide dinitrate ở phụ nữ mang thai. Enalapril (hoặc các chất ức chế ACE khác) và sodium nitroprusside nên tránh dùng ở phụ nữ có thai. Kiểm soát huyết áp tiếp theo bằng labetalol đường miệng, hydralazine, methyldopa alpha hoặc nifedipine dựa trên chi phí, tính sẵn có tại cơ sở và kinh nghiệm sử dụng thuốc. Với xử trí tiền sản giật, hoặc sản giật, xem thêm các xử trí khác ở Đánh giá nhanh trang 58 và tổn thương phổi cấp tính, xem Mục 3.2.3.

Điều trị nguyên nhân khởi phát

Người bệnh có bệnh cơ tim hoặc bệnh thận thường mất khả năng bù trừ dẫn tới phù phổi cấp khi có yếu tố khởi phát. Do đó cần xác định và điều trị nguyên nhân yếu tố khởi phát Ví dụ:

- Tim mạch - thiếu máu, rối loạn nhịp tim, tăng huyết áp, tràn dịch màng ngoài tim, bệnh cơ tim được kiểm soát kém
- Nguyên nhân khác - viêm phổi (xem Phần 3.2.3), không tuân thủ sử dụng thuốc, tăng lượng muối trong chế độ ăn hoặc uống nước, tắc mạch phổi.

⁵ Khuyến cáo của WHO để phòng ngừa và điều trị tiền sản giật và sản giật. WHO, năm 2011 có sẵn tại http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548335_eng.pdf

Theo dõi – ghi chép – phản ứng

Ngoài các thông số lâm sàng khác (xem Phần 3.0), theo dõi người bệnh phù phổi cấp tính để điều chỉnh thuốc lợi tiểu và thuốc giãn mạch.

- Lượng nước tiểu - theo dõi chặt chẽ trong những giờ đầu tiên để đánh giá sớm đáp ứng với furosemide và cần phải tăng liều nếu đáp ứng kém.
- Trọng lượng - theo dõi hàng ngày để đánh giá đáp ứng với thuốc lợi tiểu.
- Điện giải đồ và creatinine - theo dõi hàng ngày để đánh giá hạ kali máu (xem Mục 5.2) hoặc tăng creatinin không (xem phần 11.31 liên quan tới tác dụng phụ của furosemide).

Đáp ứng lâm sàng

Sau 30 phút, lượng nước tiểu ra không đạt (ví dụ 100-150 ml), người bệnh vẫn trong tình trạng nặng

- Tăng gấp đôi liều furosemide ban đầu.

Nếu sau 1-2 giờ người bệnh vẫn trong tình trạng nguy cấp và không có đáp ứng nước tiểu

- Kiểm tra nguồn cung cấp oxy và tăng lưu lượng dòng chảy oxy nếu $SpO_2 < 90$ (xem Đánh giá nhanh trang 36).
- Điều trị bệnh nền là yếu tố khởi phát (loạn nhịp tim, thiếu máu, nhiễm trùng?).
- Xem xét lại chẩn đoán (viêm phổi, tổn thương phổi cấp, tràn dịch màng phổi, tràn khí màng phổi?).
- Xét nghiệm chẩn đoán bổ sung cần thiết (chụp X-quang, siêu âm tim).
- Hội chẩn bác sỹ có kinh nghiệm (xem xét tăng gấp đôi liều cuối cùng của furosemide).
- Kiểm tra creatinine. Nếu người bệnh suy thận, thì cung cấp một liều lượng furosemide cao hơn (ví dụ 80-160 mg) và xem xét việc bổ sung thuốc lợi tiểu thiazide (ví dụ như hydrochlorothiazide 25 mg đường uống hàng ngày trước liều furosemide).
- Theo dõi chặt chẽ.

Nếu HA tâm thu < 90 , cung cấp 250-500 ml LR hoặc NS TM (xem mục 3.1.5).

- Hội chẩn bác sỹ có kinh nghiệm.
- Dừng thuốc lợi tiểu.

Hướng dẫn xử trí: Phù phổi cấp tính nặng hoặc quá tải dịch

2 giờ đầu tiên	Nhận biết	<p>Triệu chứng lâm sàng của phù phổi cấp nặng</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nhịp thở > 30 hoặc SpO₂ <90 và • Ran ẩm, nổ rã rác hai phổi • Các dấu hiệu của quá tải dịch: tĩnh mạch cổ nổi, gan to, cổ trướng, phù chi dưới • Tiền sử bệnh cơ tim hoặc bệnh thận
	Xử trí ban đầu lập lại cân bằng sinh lý	<p>Oxy: điều chỉnh lưu lượng dòng chảy đến lúc đạt SpO₂ 90%</p> <p>Lợi tiểu : Cho furosemide 20 mg TM</p>
	Điều trị yếu tố khởi phát	<p>Nếu tăng huyết áp: isosorbide dinitrate 5 mg ngậm dưới lưỡi</p> <p>Nếu thiếu máu cơ tim cục bộ: aspirin; quản lý khác theo hướng dẫn quốc gia</p> <p>Nếu rối loạn nhịp tim: Điều trị theo hướng dẫn quốc gia</p> <p>Nếu sốt: điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm</p> <ul style="list-style-type: none"> • Thuốc kháng sinh • Thuốc sốt rét • Kháng virus nếu nghi ngờ cúm
	Theo dõi, ghi chép	<p>Cứ 30 phút một lần cho đến khi ổn định; sau đó 1 giờ một lần</p> <ul style="list-style-type: none"> • HA tâm thu, mạch, nhịp thở, SpO₂, tri giác), lượng nước tiểu • Tĩnh mạch cổ, ran ẩm đáy phổi • Trọng lượng khi nhập viện • Creatinine, kali thời điểm nhập viện
	Điều chỉnh đáp ứng	<p>Nếu suy hô hấp không cải thiện hoặc xấu đi và lượng nước tiểu tạo ra không đạt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kiểm tra cung cấp oxy, tăng dòng thở oxy • Tiêm tĩnh mạch furosemide 40 mg (liều gấp đôi) • Nếu suy thận, hội chẩn bác sỹ có kinh nghiệm, xem sử dụng furosemid liều cao hơn hoặc thêm thuốc lợi tiểu khác nhóm

Hướng dẫn xử trí: Phù phổi cấp tính nặng hoặc quá tải dịch

2 - 6 giờ	Nhận biết	<p><u>Nếu đáp ứng kém, xem xét lại</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Viêm phổi nặng, tổn thương phổi cấp tính, tràn khí màng phổi, tràn dịch màng phổi, ngộ độc, bệnh lao, PCP ở người nhiễm HIV, sốt rét
	Điều chỉnh về mức sinh lý cần đạt	<p>Oxy: đạt mức bão SpO₂ 90</p> <p>Dịch tuần hoàn: Nếu lượng nước tiểu không đạt (150-200 ml). Tiêm tĩnh mạch 40 mg furosemide. Không tiếp tục điều trị lợi tiểu nếu vẫn không có nước tiểu</p>
	Điều trị nguyên nhân khởi phát	<p>Nếu vẫn tăng huyết áp: Thêm một liều isosorbide dinitrate SL (5-10 mg). Có thể lặp lại 2-3 giờ một lần.</p>
	Theo dõi, ghi chép	<p>Cứ 30 phút một lần cho đến khi ổn định; nhưng giờ sau 1 giờ một lần</p> <ul style="list-style-type: none"> HA tâm thu, mạch, nhịp thở Tình trạng tri giác (AVPU) Lượng nước tiểu đạt được Tĩnh mạch cổ, rale ẩm nô đáy phổi
	Điều chỉnh đáp ứng	<p><u>Nếu suy giảm chức năng hô hấp</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Kiểm tra nguồn oxy, tăng tốc lưu lượng dòng chảy oxy <p><u>Nếu tăng lợi niệu không làm giảm tình trạng quá tải dịch</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Hội chẩn bác sỹ có kinh nghiệm chỉ định liều furosemide cao hơn hoặc phối hợp các thuốc lợi tiểu khác <p><u>Nếu suy thận</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Hội chẩn bác sỹ có kinh nghiệm sử dụng lợi tiểu liều cao, phối hợp hoặc xem xét chuyển tới cơ sở có thể lọc máu <p><u>Nếu HA tâm thu <90</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Dùng lợi tiểu. Truyền nhanh 250ml ringer lactat hoặc muối đẳng trương. Hội chẩn bác sỹ chuyên khoa; nếu có sốc tim, xem xét sử dụng thuốc vận mạch

Hướng dẫn xử trí: Phù phổi cấp tính nặng hoặc quá tải dịch

6 - 24 giờ	Nhận biết	<p>Nếu đáp ứng kém, xem xét tình trạng</p> <ul style="list-style-type: none"> • Viêm phổi nặng, tổn thương phổi cấp tính, tràn khí màng phổi, tràn dịch màng phổi, ngộ độc, bệnh lao, PCP trong người sống với HIV, sốt rét
	Điều chỉnh về mức sinh lý cần đạt	<p>Oxy: Đạt mức SpO₂ 90</p> <p>Furosemide: Lặp lại liều có hiệu quả mỗi 6-8 giờ</p>
	Điều trị nguyên nhân khởi phát	<p><u>Tiếp tục điều trị tăng huyết áp:</u> Bắt đầu enalapril 5 mg đường uống tác dụng lâu nếu creatinine bình thường</p> <p><u>Tiếp tục điều trị thiếu máu cục bộ cơ tim</u> - Liều kế tiếp</p> <p><u>Tiếp tục điều trị rối loạn nhịp tim</u> - Liều kế tiếp</p> <p><u>Tiếp tục điều trị viêm phổi:</u> Kháng sinh theo kinh nghiệm - Liều kế tiếp</p>
	Theo dõi, ghi chép	<p>Mỗi giờ nếu HA tâm thu <90 hoặc đang dùng thuốc co mạch; nếu không theo dõi 2 giờ một lần</p> <ul style="list-style-type: none"> • HA tâm thu, mạch • Tỷ lệ hô hấp • SpO₂ • Đánh giá tri giác (AVPU) • Tĩnh mạch cổ, rale ẩm nổ đáy phổi <p><u>Theo dõi 6 giờ một lần</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nhiệt độ • Lượng nước tiểu • Làm lại glucose máu, Hb nếu giá trị ban đầu bất thường
	Điều chỉnh đáp ứng	<p>Xem “Điều chỉnh đáp ứng” Hướng dẫn theo dõi xử trí trong khoảng 2-6 giờ</p>

Hướng dẫn xử trí: Phù phổi cấp tính nặng hoặc quá tải dịch

Sau hồi sức	Nhận biết	Đánh giá lại toàn diện Xem kết quả chẩn đoán, thuốc điều trị nguyên nhân hiện tại Chuyên xử trí nguyên nhân cụ thể
	Điều chỉnh về mức sinh lý cần đạt	Oxy: thở oxy đạt SpO ₂ 90; ngừng khi đạt 90 khí thở trong phòng Furosemide: Giảm xuống liều đạt, tiếp tục mỗi 8-12 giờ một lần. Chuyên đường uống
	Điều trị nguyên nhân khởi phát	Tiếp tục điều trị tăng huyết áp - liều kế tiếp Tiếp tục điều trị thiếu máu cục bộ cơ tim - liều kế tiếp Tiếp tục điều trị rối loạn nhịp tim - liều kế tiếp
	Dinh dưỡng	<ul style="list-style-type: none"> Bắt đầu khi người bệnh đã ổn định và với tất cả các trường hợp bệnh sau 1-2 ngày. Do nguy cơ hít phải thức ăn, không cho ăn đường miệng nếu người bệnh nuốt khó khăn không đảm bảo an toàn, ví dụ tình thần không tỉnh táo, khó thở nặng hoặc bị bệnh nặng, nôn mửa liên tục. Người bệnh phải được đảm bảo dinh dưỡng. Hầu hết người bệnh bị mất cảm giác ngon miệng, thức ăn mềm, chất lỏng giúp người bệnh dễ ăn hơn. Chia nhỏ bữa ăn giúp thức ăn dung nạp tốt hơn. Xem xét cho ăn qua sonde các loại thực phẩm xay nghiền tránh nguy cơ hít phải thức ăn Ở những người bệnh nặng bắt đầu với thể tích thấp, ví dụ 20-40 ml/giờ và theo sonde dạ dày để kiểm tra sự hấp thụ. Tăng số lần cho ăn nếu người bệnh hấp thu được
	Theo dõi, ghi chép	8 giờ một lần (kiểm tra huyết áp tâm thu theo giờ, nếu người bệnh không phải dùng vận mạch); sau đó hàng ngày <ul style="list-style-type: none"> HA tâm thu Tỷ lệ hô hấp SpO₂ Tình trạng tri giác
	Điều chỉnh xử trí	Theo dõi để có những chỉ định sớm

3.2.6 Xử trí bệnh tim mất bù

Người bệnh có bệnh tim mạch mạn tính trong những đợt nặng (mất bù) có thể biểu hiện tình trạng nặng hoặc các dấu hiệu suy hô hấp. Mục 3.2.hướng dẫn xử trí ban đầu phù phổi cấp do nhiều nguyên nhân.Điều trị cụ thể với từng nguyên cấp tính hay mạn tính bệnh cơ tim, bệnh van tim, loạn nhịp tim và trường hợp tăng huyết áp khẩn cấp, tham khảo hướng dẫn quốc gia.

Tổ chức y tế thế giới có hướng dẫn cho các điều trị cụ thể.

3.3 Tiếp cận người bệnh biểu hiện đau ngực

Đau ngực là một chứng phổ biến, có thể là của bệnh nghiêm trọng, đặc biệt là khi kèm theo khó thở, huyết áp thấp hoặc sốt. Đau ngực có thể liên quan với tình trạng ít nghiêm trọng hơn. Khai thác đầy đủ tiền sử, khám toàn diện và chi tiết có thể giúp thu hẹp chẩn đoán phân biệt nguyên nhân. Đặc điểm cơn đau rất có giá trị gợi ý nguyên nhân VD: đau kiểu màng phổi (đau buốt, khu trú, đau tăng khi ho, hít thở) thường liên quan tới nguyên nhân của phổi như viêm phổi, tràn dịch màng phổi hoặc tắc mạch phổi.

Đau ngực dữ dội hay nặng ngực (có thể lan đến cánh tay trái, họng, hoặc hàm) có thể gặp ở người bệnh thiếu máu cơ tim cục bộ. Bảng dưới đây bao gồm các nguyên nhân thường gặp và ít gặp liên quan tới đau ngực.

CHẨN ĐOÁN: ĐAU NGỰC

Nguyên nhân	Triệu chứng gợi ý
Đau thắt ngực ổn định	<ul style="list-style-type: none">Đau ngực khi gắng sức (đau tự nhiên, lên hàm hoặc dọc theo cánh tay)Kèm theo buồn nôn, khó thởGiảm khi nghỉ ngơiTiền sử bệnh timYếu tố nguy cơ - tăng huyết áp, đái tháo đường, thuốc lá, tăng lipit máu, có tiền sử gia đình
Hội chứng mạch vành cấp tính (đau thắt ngực không ổn định, nhồi máu cơ tim ST chênh hoặc không chênh)	<ul style="list-style-type: none">Đau ngực dữ dội (nặng ngực, tức) lan lên hàm hoặc dọc theo hay cánh tay lúc nghỉ ngơiLạnh, ra mồ hôiKèm theo buồn nôn và khó thởTiền sử bệnh timYếu tố nguy cơ - tăng huyết áp, tiểu đường, thiếu máu hồng cầu liềm, thuốc lá,Tăng lipit huyết, có tiền sử gia đìnhThay đổi điện tâm đồ - sóng Q, ST chênh lên hoặc chênh xuống, sóng T thay đổi)
Viêm phổi xem Phần 3.2.3 và 10.6	<ul style="list-style-type: none">Sốt và hoĐau tăng thêm lúc thở (viêm màng phổi)Suy hô hấp, hạ oxy máuNghe phổi có ran nổ, tiếng phế quảnTổn thương đồng đặc trên X-quang ngực
Tắc mạch phổi	<ul style="list-style-type: none">Các yếu tố nguy cơ - ít vận động, di chuyển khoảng cách xa bằng máy bay, mang thai, ung thư, phẫu thuật gần đây, gãy xương dài hoặc xương chậuBảng chứng của tắc tĩnh mạch chi sâu - chân sưngCó thể có sốt (thường nhẹ)Khó thởHo ra máuNhịp tim nhanhECG - nhịp tim nhanh xoang

Nguyên nhân	Triệu chứng gợi ý
Trào ngược thực quản (GERD) Xem Phần 10.7b	<ul style="list-style-type: none"> Đau bùng rát sau xương ức, đau vùng thượng vị Đau nhiều hơn vào ban đêm Đau nhiều hơn khi ăn Triệu chứng có từ lâu Đỡ, giảm các triệu chứng khi dùng thuốc kháng hoặc ức chế acid dạ dày
Cơ xương khớp	<ul style="list-style-type: none"> Đau xuất hiện khi ấn, nắn Đau tăng khi cử động hoặc hít vào Thường liên quan đến căng cơ hoặc chấn thương nhỏ
Nguyên nhân ít gặp hơn	
Thủng rách thực quản	<ul style="list-style-type: none"> Đau giữa ngực xuất hiện đột ngột, kèm với đau bụng Trong hoặc sau khi nôn hoặc ói mửa nặng Nôn ra máu Sốt
Tách động mạch chủ	<ul style="list-style-type: none"> Đau lan sau lưng, bụng hay giữa bả vai Mạch hoặc huyết áp bất đối xứng Mới đột quy
Tràn khí màng phổi áp lực xem Đánh giá nhanh trang 47	<ul style="list-style-type: none"> Khó thở Tăng áp lực tĩnh mạch cổ Khí quản đẩy lệch sang phía đối diện Giảm, mất rung thanh, rì rào phế nang bên bệnh Gõ vang bên bệnh
Lao xem Phần 15	<ul style="list-style-type: none"> Có thể ở phổi, màng tim, màng phổi Sốt, ho, ra máu Thường gặp ở người bệnh HIV
Cơn hoảng loạn xem Phần 10.11	<ul style="list-style-type: none"> Tăng thông khí Tiền sử lo lắng hoặc căng thẳng gần đây
Viêm màng ngoài tim	<ul style="list-style-type: none"> Đau buốt, nhói phía sau Đau giảm khi gập người về phía trước Sốt thấp khớp cấp tính, viêm màng ngoài tim do lao, chấn thương ngực Điện tim có hình ảnh ST chênh lên nhiều chuyển đạo

Đối với viêm phổi, xem Phần 3.2.3 và 10.6.

Đối với TB, xem Phần 15.

Đối với trào ngược thực quản, xem Phần 10.7.

Đối với quản lý tràn khí màng phổi, xem Đánh giá nhanh trang 47.

Đối với cơn hoảng loạn và rối loạn hoảng sợ, xem Phần 10.11.

Đối với quản lý hội chứng mạch vành cấp tính và bệnh động mạch vành, tham khảo hướng dẫn quốc gia. Tổ chức y tế thế giới có hướng dẫn

3.4 Tiếp cận người bệnh rối loạn ý thức (bao gồm cả tình trạng hôn mê, lú lẫn, ngộ độc, kích động và co giật)

Trong phần này:

- 3.4.1 Tiếp cận lâm sàng đối với người bệnh rối loạn ý thức
 - Đánh giá và xử trí cấp
 - Chẩn đoán phân biệt: Nếu một người bệnh bất tỉnh hoặc giảm mức độ tỉnh táo hoặc lú lẫn hoặc mê sảng
- 3.4.2 Xử trí mê sảng
- 3.4.3 Xử trí nhiễm toan ceton tiểu đường
 - Biểu hiện lâm sàng của nhiễm toan ceton tiểu đường
 - Xác định nhiễm toan ceton do tiểu đường
 - Điều trị nhiễm toan ceton tiểu đường
 - Bảng: Xử trí tiểu đường nhiễm toan ceton nếu đánh giá được thành phần K+ huyết thanh, điện tâm đồ huyết áp tâm thu > 90
- 3.4.4 Xử trí hạ đường huyết
- 3.4.5 Thiếu hụt steroid (bệnh Addison, suy thượng thận)

3.4.1 Tiếp cận lâm sàng với người bệnh có rối loạn ý thức

Đánh giá và xử trí cấp

Cần chú ý ở những trường hợp người bệnh có rối loạn ý thức, cần đảm bảo đường thở và tuần hoàn được kiểm soát.

Chú ý tránh không để người bệnh tự gây nguy hiểm cho chính mình cũng như tới các nhân viên y tế.

Đánh giá hôn mê, co giật, hoặc trạng thái tinh thần không bình thường khác. Kiểm tra mức độ nhận thức theo các tiêu chí

- A (alert) - tỉnh táo
- V (voice) - đáp ứng với giọng nói
- P (pain) - đáp ứng với đau
- U (unresponsive) - không đáp ứng

Nếu người bệnh không trả lời được, cần khai thác thông tin một cách ngắn gọn, có tập trung từ người đưa người bệnh đến bệnh viện trước khi họ ra về (xem dưới đây).

- Nếu người bệnh không tỉnh táo, cố gắng đánh thức người bệnh bằng cách gọi hỏi, lay, lắc cánh tay. Nếu người bệnh phản ứng với giọng nói, người bệnh ở trạng thái ngủ gà, nếu người bệnh không đáp ứng với gọi hỏi hoặc không đáp ứng đau (bấm vào móng tay, day ấn xương ức), người bệnh trong tình trạng hôn mê (vô thức) cần xử trí cấp cứu.
- Người bệnh có co giật không (có cơn co giật)? có tình trạng co cơ, lặp lại cử động ở người bệnh hôn mê không? Chú ý rằng động kinh có thể biểu hiện chỉ bằng những cử động nhỏ.
- Nếu một người bệnh nữ có co giật, xem xét người bệnh có thai hoặc tiền sử có thai gần đây không? (xem phần 3.5).

Đánh giá chỉ số sinh tồn - nhịp thở, mạch, nhiệt độ, huyết áp

- Làm thêm các xét nghiệm, đo đường máu, Hb, tìm ký sinh trùng sốt rét (kính hiển vi với hoặc không với RDT), SpO₂, điện giải đồ.

Tình trạng mất nhận thức có thể liên quan tới những bệnh lý của não (nhiễm trùng, thiếu máu cục bộ, động kinh), một số thuốc, sử dụng ma túy, các rối loạn chuyển hóa nghiêm

trọng. Người bệnh có tiền sử không hoàn toàn tỉnh táo minh mẫn trước đó: vd người có bệnh mất trí nhớ, có thể dễ dàng đột ngột xuất hiện tình trạng lẫn lộn do liên quan tới các nhiễm trùng, suy giảm chức năng các cơ quan, liên quan tới việc sử dụng một loại thuốc mới. Những mức độ thay đổi của ý thức có thể nhầm lẫn với những hội chứng khác như các dấu hiệu của shock hay suy hô hấp. Shock thường có các dấu hiệu rối loạn ý thức liên quan tới tình trạng giảm oxy não. Suy hô hấp nặng có thể dẫn tới hôn mê do tích tụ carbon dioxide. Phần này đề cập chung xử trí người bệnh có biểu hiện thay đổi ý là vấn đề chính sau khi đã được đánh giá và xử trí ban đầu.

Xử trí cấp cứu bao gồm:

- Hạ đường huyết (glucose máu $<3,0$ mmol/l hoặc <50 mg/dl) – cho người bệnh uống nước ngọt (nếu người bệnh có thể tự uống và không có nguy cơ hít phải) hoặc bơm qua ống thông mũi dạ dày, hoặc sử dụng đường dextrose 50% 25-50 ml tiêm tĩnh mạch trong 2 phút (xem Đánh giá nhanh trang 42 và Mục 3.4.2);
- Nhiễm trùng - viêm màng não (xem Phần 10.10b), nhiễm trùng huyết nặng (xem mục 3.1.5), sốt rét nặng (xem mục 11.25);
- Các vấn đề trao đổi chất - nhiễm toan ceton tiểu đường (xem phần 3.4.1), mất cân bằng chất điện phân (xem Phần 5.2), thiếu oxy máu (xem mục 3.2);
- Chấn thương và vết thương ở đầu (Đánh giá xem nhanh trang 45, mục 4);
- Ngộ độc (xem Phần 3.8) - opioid, phốt pho hữu cơ;
- Khác - tăng huyết áp, tình trạng động kinh (xem phần 3.5).

Tiền sử

Khai thác bệnh sử từ các thành viên gia đình hoặc người làm chứng tập trung vào những điểm sau:

- Cách thức khởi phát và thời gian bị bệnh
- Các chấn thương - đặc biệt là chấn thương cổ và chấn thương đầu
- Các vấn đề y tế khác - bệnh hen suyễn, tiểu đường, động kinh, sử dụng thuốc và uống rượu, mất trí nhớ, vấn đề sức khỏe tâm thần, HIV.
- Nguy cơ phơi nhiễm - bệnh sốt rét, thương hàn, du lịch từ những vùng có dịch
- Sử dụng thuốc quá liều.

Thăm khám

- Nếu nghi ngờ chấn thương đầu hoặc cổ, không cử động cổ (xem Đánh giá nhanh trang 45).
- Loại trừ các nguyên nhân nghiêm trọng bổ sung - sốc (tụt huyết áp), suy hô hấp (tím tái, khó thở).
- Nhiệt độ bất thường ($> 38^{\circ}\text{C}$ hoặc $<36^{\circ}\text{C}$)
- Đồng tử co nhỏ (opioid, phốt pho hữu cơ)
- Cổ cứng (viêm màng não)
- Vỡ xương sọ
- Các dấu hiệu thần kinh khu trú - đồng tử hai bên không đều, trương lực cơ bất đối xứng, cử động bất thường (đột quy, thoát vị não, vv)
- Tổn thương thần kinh - khi có tình trạng phản xạ nôn ọe nhiều, mất phản xạ của cung mạc, dấu hiệu “mắt búp bê”
- Cử động mắt sang hai bên vô thức

Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán: Nếu một người bệnh bất tỉnh, giảm ý thức, lẫn lộn, mê sảng

Nguyên nhân	Triệu chứng gợi ý
Những nguyên nhân có thể phục hồi nhanh chóng	
Hạ đường huyết xem Phần 3.4.2	<ul style="list-style-type: none"> Vã mồ hôi Động kinh Lũ lẫn Sử dụng các thuốc gây hạ đường huyết hoặc sử dụng rượu mạnh Nhiễm trùng huyết nặng hoặc bệnh sốt rét Đáp ứng nhanh với đường glucose
Tình trạng mất nước nghiêm trọng xem Phần 3.1.2	<ul style="list-style-type: none"> Các dấu hiệu của sốc (mạch cao, huyết áp thấp) Giảm sức căng bề mặt da Giảm hấp thu nước do nguyên nhân nào đó
Say nắng xem Phần 10.1	<ul style="list-style-type: none"> Tiếp xúc kéo dài với nguồn nhiệt hoặc ánh nắng mặt trời Nhiệt độ cao (> 40.5°C)
Hạ oxy máu xem Phần 3.2.2 và 10.6	<ul style="list-style-type: none"> Tím tái (nền móng tay, môi, tím tái có thể không rõ ràng ở người bệnh thiếu máu) Khó thở SpO₂ thấp
Nhiễm trùng	
Sốt rét thể não xem Phần 11.25	<ul style="list-style-type: none"> Ở vùng dịch tễ vào mùa dịch Đến từ nơi có dịch Sốt, rối loạn ý thức Xét nghiệm nhanh hoặc nhuộm soi tiêu bản dương tính
Viêm màng não xem Phần 10.10b	<ul style="list-style-type: none"> Sốt Cổ cứng, sợ ánh sáng, đau đầu Đang có dịch viêm màng não Có hoặc nhiều khả năng nhiễm HIV
Nhiễm trùng huyết do các nguyên nhân khác nhau bao gồm viêm phổi, nhiễm trùng hô hấp trên xem Phần 3.1.5	<ul style="list-style-type: none"> Sốt Sốc Đôi khi: nóng tứ chi, viêm nội tâm mạc Các dấu hiệu nhiễm trùng tại chỗ
Bệnh não do HIV xem Phần 13	<ul style="list-style-type: none"> Mất nhận thức hoặc rối loạn vận động Ảnh hưởng tới sinh hoạt hàng ngày Tiến triển trong vài tuần hoặc vài tháng mà không nghĩ tới nguyên nhân nào khác Chọc dịch não tủy loại trừ các nguyên nhân khác Nhiễm HIV giai đoạn số lượng tế bào CD4 thấp
Bệnh do đơn bào Trypanosomiasis Xem Phần 11.41	Dịch chi gặp ở Châu Phi <ul style="list-style-type: none"> Sốt cách quãng, đau đầu Hạch to toàn thân, đặc biệt là ở tam giác cổ sau Khởi phát chậm Giảm tập trung và thay đổi tính cách



Nguyên nhân	Triệu chứng gợi ý
Bệnh do đơn bào Trypanosomiasis Xem Phần 11.41	<ul style="list-style-type: none"> • Dịch chỉ gặp ở Châu Phi • Sốt cách quãng, đau đầu • Hạch to toàn thân, đặc biệt là ở tam giác cổ sau • Khởi phát chậm • Giảm tập trung và thay đổi tính cách
Viêm não	<ul style="list-style-type: none"> • Sốt • Rối loạn ý thức thay đổi, thay đổi tính cách, hôn mê • Động kinh
Bệnh dại xem Phần 11.30	<ul style="list-style-type: none"> • Viêm não (kích động, sợ nước (sợ uống), “thử nghiệm quạt” (bị kích động khi có gió thổi), co thắt thanh hầu họng, chảy nước dãi) • Liệt (câm): tiểu không tự chủ • Tiên sử bị động vật cắn
Rối loạn chuyển hóa	
Nhiễm toan ceton Đái tháo đường (DKA) hoặc Hôn mê tăng áp lực thẩm thấu không nhiễm ceton (HONK) xem Phần 3.4.1	<ul style="list-style-type: none"> • Tiền sử bệnh Đái tháo đường (Type 2 ở HONK) • Hơi thở nhiễm toan: thở sâu, mệt nhọc (thường gặp ở DKA) • Mùi ceton (hơi thở có mùi tỏi) gặp ở DKA • Lượng đường máu hoặc đường trong nước tiểu cao (rất cao ở HONK) • Mất nước • Dấu hiệu thần kinh khu trú (thường gặp ở HONK) • Ceton trong nước tiểu và máu (không có hoặc hoặc dạng vết ở HONK)
Tăng natri máu xem Phần 5.2.1	<ul style="list-style-type: none"> • Ngủ gà, yếu, dễ bị kích thích (sớm) • Co rút, co giật, hôn mê (muộn)
Hạ natri máu xem Phần 5.2.1	<ul style="list-style-type: none"> • Buồn nôn, nôn, mệt mỏi • Vô cảm • Hôn mê • Động kinh
Tăng kali máu xem Phần 5.2.2	<ul style="list-style-type: none"> • Co rút, đau bụng, dị cảm, co giật
Hạ kali máu xem Phần 5.2.2	<ul style="list-style-type: none"> • Ngủ lịm, yếu toàn thân, tiến tới liệt tăng dần, liệt ruột
Tăng canxi huyết xem Phần 5.2.3	<ul style="list-style-type: none"> • Buồn nôn, nôn • Yếu cơ, đau xương khớp • Lẫn lộn, mệt mỏi, hôn mê • Đi tiểu nhiều, khát nước quá mức, sỏi thận, suy thận cấp, suy thận mạn. • Đau bụng, táo bón, viêm tụy • Nhịp chậm
Giảm canxi huyết	<ul style="list-style-type: none"> • Táo bón, lẫn lộn, đau toàn thân, đau xương • Động kinh, cơn tetany • Tiền sử mô tuyến giáp (tim sẹo cổ)
Phù niêm	<ul style="list-style-type: none"> • Suy giáp • Trạng thái tinh thần xấu dần • Bướu cổ, sưng da/mô mềm • Giảm phản xạ gân xương • Phụ nữ cao tuổi

Nguyên nhân	Triệu chứng gợi ý
Ngộ độc	
Ngộ độc xem Phần 3.8	<ul style="list-style-type: none"> Tiền sử tiếp xúc hóa chất gây độc Phốtpho hữu cơ - đồng tử co nhỏ, tiết nước bọt, nhịp tim chậm, tiểu không tự chủ, lo âu, hôn mê
Dùng thuốc quá liều, ngộ độc hay tương tác - thuốc xem Phần 3.8	<ul style="list-style-type: none"> Quá liều thuốc (vô tình hay có chủ ý) các loại thuốc theo quy định Ngộ độc ARV: suy gan tối cấp do NVP, đặc biệt là ở phụ nữ có thai; nhầm lẫn ngộ độc EFV Tương tác thuốc ở người bệnh AIDS dùng nhiều loại thuốc (xem Phần 13)
Dùng thuốc quá liều, ngộ độc - sử dụng chất thần kinh xem Phần 3.6, 3.7,17	<ul style="list-style-type: none"> Được biết đến sử dụng rượu độc hại hoặc sử dụng ma túy thần kinh Bằng chứng về sử dụng ma túy - dấu niêm, các chất bất hợp pháp trong túi Rượu - hơi thở có mùi rượu, mặt đỏ Opioid - an thần, đồng tử nhỏ Các loại thuốc amphetamine - giãn đồng tử, kích động, đổ mồ hôi, sốt
Nhiễm độc thần kinh do răn cắn xem Phần 3.9	<ul style="list-style-type: none"> Tiền sử răn cắn hoặc tìm thấy dấu răng cắn ở một bên cánh nhiễm độc thần kinh do nọc răn
Các nguyên nhân khác	
Tình trạng động kinh xem Phần 3.5	<ul style="list-style-type: none"> Đang hoặc co cứng, co giật tái phát các chi Có tiền sử co giật
Tình trạng sau cơn động kinh	<ul style="list-style-type: none"> Tiền sử co giật gần đây (có cứng, cử động co giật) Cắn lưỡi, tiểu không tự chủ Tiền sử co giật Thời gian trở lại bình thường sau vài phút hoặc giờ sau: <ul style="list-style-type: none"> lẫn lộn giảm chú ý giảm trí nhớ ngắn hạn suy giảm ý thức so với bình thường
Sản giật xem Đánh giá nhanh trang 59	<ul style="list-style-type: none"> Thường kết hợp với tăng huyết áp, phù Thường xảy ra trong giai đoạn mang thai, trong khi sinh hoặc ngay sau sinh
Chấn thương đầu xem Phần 4	<ul style="list-style-type: none"> Vết bầm tím, vết rách, vết thương có thể nhìn thấy, hoặc tiền sử chấn thương quanh đầu, mắt,tai Tiền sử tai nạn giao thông gần đây, ngã, va chạm Tím hai hố mắt “Mắt gấu trúc” hoặc bầm tím sau tai Dịch não tủy chảy ra từ mũi (rhinorrhoea) hoặc tai (otorrhoea) Dấu hiệu thần kinh khu trú (đồng tử không đều, liệt mềm chi) Động kinh
Khối nội sọ	<ul style="list-style-type: none"> Đau đầu Buồn nôn, nôn Dấu hiệu và triệu chứng thần kinh khu trú (đồng tử không đều, tổn thương thần kinh sọ, chân tay yếu, phù gai thị)

Nguyên nhân	Triệu chứng gợi ý
Bệnh não do tăng huyết áp	<ul style="list-style-type: none"> Huyết áp tâm thu > 180 Tiền sử tăng huyết áp Phù gai thị và xuất huyết, xuất tiết võng mạc
Tai biến mạch máu não (CVA)	<ul style="list-style-type: none"> Triệu chứng thiếu hụt hoặc tổn thương thần kinh Khởi phát đột ngột Kéo dài > 24 giờ (có thể dẫn đến tử vong) Có thể nguồn gốc mạch máu
Thiếu máu não thoáng qua (TIA)	<ul style="list-style-type: none"> Các triệu chứng hoặc dấu hiệu thần kinh khu trú Kéo dài < 24 giờ, phục hồi hoàn toàn
Hạ thân nhiệt	<ul style="list-style-type: none"> Giảm nhiệt độ cơ thể Tiếp xúc với nhiệt độ thấp
Suy gan cấp tính hoặc bệnh não do gan	<ul style="list-style-type: none"> Asterixis – Dấu hiệu vẫy tay Tiền sử uống rượu nhiều, độc hại hoặc bệnh gan Các dấu hiệu của bệnh gan mạn tính (màng nhện trên da, móng trắng ngón tay, các mảng xuất huyết trên da) Gan lách to, cổ trướng, hơi thở mùi xạ hương Vàng da (hoàng đản), hạ đường huyết
Tăng ure máu xem Phần 11.31	<ul style="list-style-type: none"> Run tay, yếu cơ, giảm trương lực cơ - biểu hiện thần kinh của tăng ure máu Phù ngoại biên, cổ trướng, lắng đọng tinh thể urat trên da Tiền sử bệnh thận Tăng creatinine và BUN
Hội chứng sau cai rượu hoặc các chất thay thế (Phần 16) và sử dụng chất khác (Phần 17)	<ul style="list-style-type: none"> Ngừng sử dụng đột ngột ở người sử dụng rượu kéo dài hoặc ma túy an thần Chứng run Lấn lộn Động kinh Ảo giác hình ảnh
Bệnh não W e r n i c k e - Korsakoff xem Phần 16	<ul style="list-style-type: none"> Lấn lộn Mất điều hòa Soi đáy mắt (chứng song thị, không có khả năng di chuyển mắt sang một bên) Lấn lộn Tiền sử nhiễm độc rượu
Một số vấn đề sức khỏe tâm thần có thể biểu hiện tình trạng lấn lộn; (không kèm theo suy giảm ý thức)	
Rối loạn tâm thần, mất trí nhớ, hưng cảm, suy giảm trầm trọng khả năng học tập xem Phần 10.11	<ul style="list-style-type: none"> Xem hành vi bất thường, mục 10.11 sức khỏe tâm thần

3.4.2 Xử trí mê sảng

Xử trí toàn diện người bệnh mê sảng bao gồm điều trị nguyên nhân và điều trị các triệu chứng. Nếu đó là một trường hợp cấp tính, khi khám bệnh cần chú ý những điểm sau:

- Có các biện pháp phòng ngừa người bệnh tự gây nguy hiểm cho bản thân hoặc người khác do kích động hoặc lú lẫn.
- Đánh giá tình trạng mất nước bù dịch nếu cần
- Xét nghiệm đường máu, điều chỉnh phù hợp (xem Đánh giá nhanh trang 42).
- Quyết định nơi người bệnh nằm điều trị. (Thông thường cần chỉ định nhập viện).
- Phối hợp chăm sóc các nhóm khác (bác sĩ huyện, điều dưỡng, y sĩ), người nhà người bệnh mê sảng. Việc này giúp đánh giá, chăm sóc và chỉ định phù hợp trong quá trình theo dõi.
- Điều trị nguyên nhân
- Đối với mê sảng do hội chứng cai rượu, tiêm tĩnh mạch benzodiazepine (diazepam) (xem Phần 3.7), thiamine và sau đó tiêm glucose. Đảm bảo cơ thể đủ dịch. Nếu người bệnh hôn mê, cần nhắc sử dụng thuốc chống loạn thần: haloperidol 2.5-5 mg uống 3 lần mỗi ngày.
- Đối với kích động hoặc rối loạn tâm thần, sử dụng thuốc chống loạn thần liều thấp (xem Đánh giá nhanh trang 60 và Mục 10.11 về sức khỏe tâm thần).
- Mục tiêu xử trí mê sảng như sau:
- Xác định các nguyên nhân, điều trị các nguyên nhân cơ bản gây ra tình trạng mê sảng
- Đảm bảo người bệnh an toàn và thoải mái. Giám sát người bệnh có tình trạng kích động.
- Xác định chỉ định nằm điều trị phù hợp với người bệnh (so sánh nhà với bệnh viện). Đối với trường hợp mê sảng nặng, cần điều trị tại bệnh viện hoặc cơ sở y tế có khả năng). Việc điều trị cần phối hợp các chuyên khoa lâm sàng, cần có. Nếu người có mê sảng có triệu chứng nhẹ hơn, họ có thể được điều trị tại một cơ sở điều dưỡng hoặc ở nhà.
- Đảm bảo không gian phù hợp để không làm nặng thêm tình trạng mê sảng, lẫn lộn hoặc hoặc nhận thức sai.
- Một số yếu tố môi trường xung quanh bao gồm:
 - Ánh sáng trong ứng theo chu kỳ ngày và đêm để giúp giảm rối loạn giấc ngủ; phòng có cửa sổ cũng giúp người bệnh có thể định hướng thời gian
 - Kiểm soát mức độ tiếng ồn, không quá to gây khó chịu cũng không quá yên tĩnh;
 - Đề những người bệnh tiếp tục đeo kính hoặc máy trợ thính nếu hàng ngày người bệnh sử dụng để người bệnh đỡ bị nhầm lẫn hoặc mất phương hướng
 - Đề đồng hồ và lịch trong phòng để giúp người bệnh xác định được thời gian trong ngày và trong tuần

Đánh giá việc sử dụng thuốc hướng thần có thích hợp không. Nếu các triệu chứng không giảm mặc dù đã xử trí thuốc cũng như các yếu tố môi trường xung quanh cần xem xét có thể do thuốc chống loạn thần sử dụng có liều còn thấp (xem Đánh giá nhanh trang 60). Nếu do hội chứng cai rượu, xem Phần 3.7 Hội chứng cai rượu cấp.

3.4.3 Xử trí tiểu đường nhiễm toan ceton

Biểu hiện lâm sàng của nhiễm toan ceton (DKA)

Ba biểu hiện chính của toan ceton là: tăng đường huyết, nhiễm toan và ceton máu:

- Tăng đường huyết khi đường huyết thông thường hơn 300 mg/dl (hơn 17 mmol/l);
- Ceton niệu và Ceton máu với tổng ceton (beta-hydroxybutyrate [β OHB] và acetoacetate) trong huyết thanh hơn 3 mmol/l;

- Nhiễm toan với độ pH máu <7.3 hoặc bicarbonate huyết thanh <15 mEq/l;
- Mất nước tăng thâm thấu với độ thâm thấu huyết thanh > 320 mmol/l.

DKA thường gặp ở người bệnh trẻ mắc bệnh đái tháo đường type 1, có thể biểu hiện ngay ở lần đầu tiên hoặc ở những người bệnh đã từng bị. DKA cũng có thể xảy ra ở những người bệnh người lớn biểu hiện bệnh đái tháo đường type 2 lần đầu hoặc đã được xác định đái tháo đường trước đó. DKA có thể là biến chứng của tình trạng nhiễm trùng, nhồi máu cơ tim, ngừng dùng thuốc đột ngột, hoặc sau một thời gian dài bị bệnh đái tháo đường. DKA rất thường kết hợp với các bệnh lý khác và là nguyên nhân gây tử vong; do đó mục tiêu chính là phải phòng ngừa tình trạng nhiễm toan ceton xảy ra.

DKA có thể gây ra

- Mất nước - mất chất lỏng thường là 3-6 lít; cần phải bù nhiều dịch.
- Toan máu dẫn đến mất K^+ - tất cả các người bệnh cần được bù K^+

Biểu hiện thông thường

- Buồn nôn, nôn, đau bụng
- Tiểu nhiều, uống nhiều và giảm cân thường là các dấu hiệu sớm của tăng đường huyết
- Thờ ơ ngoại cảnh
- Một tiền sử nặng dần lên sau từ 2-3 ngày có tình trạng nhiễm khuẩn trước đó
- Người bệnh có biểu hiện khó thở (tăng thông khí với hơi thở sâu, kiểu thở liên quan tới tình trạng nhiễm toan)
- Sốt (do mất nước hoặc nhiễm trùng huyết)
- Hôn mê
- Hơi thở có mùi ceton đặc trưng
- Dấu hiệu gợi ý ổ nhiễm trùng (viêm phổi, nhiễm trùng đường tiết niệu).

Những vấn đề rối loạn chuyển hóa cấp tính và mất nước nguy hiểm hơn tình trạng tăng đường máu và cần được giải quyết sớm

Xác định nhiễm toan ceton DKA

Chẩn đoán xác định khi

- Đường huyết hơn 14 mmol/l hoặc 252 mg/dl.

Nếu không định lượng được đường trong máu cần làm các xét nghiệm sau:

- Que thử nhanh nước tiểu 3+ hoặc 4+ glucose có thể xeton.
- Kiểm tra điện giải, creatinin, bicarbonate. Tính khoảng trống anion (huyết thanh natri - (huyết thanh clorua + huyết thanh bicarbonate). Khoảng trống anion trên 12 mEq/l là bình thường; nghi ngờ nhiễm toan.
- Nếu có thể (không bắt buộc), kiểm tra khí máu động mạch nếu có ceton nước tiểu hoặc khoảng trống anion tăng. Xác định nhiễm toan khi khí máu pH < 7.3 (nếu tĩnh mạch, thì +0.03 ít hơn động mạch).
- Xét nghiệm điện tâm đồ (xem Theo dõi, bên dưới).
- Tìm nguyên nhân có thể khởi phát tình trạng DKA
 - Que thăm nước tiểu và soi kính (đối với nhiễm trùng đường tiểu)
 - Cây máu (nếu sốt)
 - X-quang phổi (nếu nghi ngờ viêm phổi)
 - ECG nếu người bệnh có đau ngực (nhồi máu cơ tim).

Xử trí nhiễm toan ceton

Nguyên tắc xử trí bao gồm dịch truyền tĩnh mạch và insulin, điều chỉnh các bất thường điện giải (K^+), điều trị nguyên nhân gây khởi phát tình trạng nhiễm toan ceton. Sử dụng Đánh giá nhanh trang 18-19 để đánh giá đường thở và nhịp thở, đảm bảo đường thở, và hỗ trợ oxy khi cần thiết. Sử dụng Đánh giá nhanh trang 20 để đánh giá tuần hoàn.

Nếu người bệnh bị sốc, đặt đường truyền tĩnh mạch

- Đảm bảo thể tích
 - Truyền ngay 1 lít nước muối sinh lý - không truyền cùng K^+
 - Truyền nước muối sinh lý càng nhanh càng tốt.
 - Nếu huyết động ổn định, tốc độ truyền là 10-5 ml/kg trọng lượng cơ thể mỗi giờ trong những giờ đầu tiên (tối đa 50 ml/kg trong 4 giờ đầu tiên) - nói chung là 1 lít mỗi giờ với một người thể trạng trung bình.
 - Dịch thay thế nên thận trọng hơn ở những người bệnh lớn tuổi, đang mang thai, hoặc mắc bệnh tim hoặc suy thận.
- Điều chỉnh nồng độ kali máu (xem .5.2.2)
 - Hydrat hóa nhanh bằng nước muối đẳng trương và truyền sớm insulin, do insulin làm K^+ nhanh chóng di chuyển vào trong tế bào dẫn đến nồng độ K^+ huyết thanh giảm thấp vì có thể dẫn đến rối loạn nhịp tim.
 - Cần theo dõi K^+ huyết thanh hoặc ECG hàng giờ trong 3 giờ đầu tiên nếu có thể (sau đó 2 giờ một lần) và bù K^+ một cách cẩn thận để tránh hạ kali máu. K^+ phải được truyền chậm trong nhiều giờ, không truyền K^+ bằng liều lớn bolus.
 - Bổ sung Kali clorua - duy trì mức K^+ giữa 4-5 mEq/l.
 - Không bổ sung K^+ khi nồng độ < 5.3 và có lượng nước tiểu đạt (hơn 50 ml/h).
 - Thêm 20 mmol cho mỗi lít dung dịch muối sau đó (nếu không có tình trạng tăng kali máu hoặc hạ kali máu (xem Theo dõi bên dưới)). Một lít dung dịch muối có K bổ sung cần được truyền trên 1h. có thêm K nên được truyền trong hơn 1 giờ.
 - Tăng kali máu - khi nồng độ K^+ huyết thanh ≥ 5.3 hoặc sóng T cao, nhọn và QRS giãn rộng, khi đó tiếp tục truyền NS hay dung dịch Ringer mà không cần K^+ và kiểm tra nồng độ mỗi 2 giờ một lần, hoặc làm lại ECG
 - Giảm kali máu - nếu nồng độ K huyết thanh < 3.3 , sóng T nhỏ hoặc không có sóng T, hoặc sóng U lớn sau sóng T trên điện tâm đồ, bổ sung 20-30 mmol K^+ /giờ cho đến khi mức cao hơn 3.3.
 - Nếu không có khả năng đo K^+ và không có điện tâm đồ, cân nhắc bù dịch tốc độ chậm và bù K^+ theo kinh nghiệm từ giờ thứ hai (20 mmol K^+ trong mỗi lít nước). Không bù K^+ theo kinh nghiệm cho đến khi người bệnh có nước tiểu.
- Sử dụng đường với insulin
 - Cung cấp insulin TM hoặc TB hòa tan (tác dụng ngắn) ngay khi bắt đầu truyền dịch (xem bảng dưới đây). Hãy biết rằng trẻ em và thanh thiếu niên dưới 18 tuổi nhiều nguy cơ phù não, bắt đầu truyền Insulin từ 1-2 giờ sau khi truyền dịch.
 - Tiếp tục theo dõi đường huyết và điều chỉnh insulin theo bảng.

Bảng: Điều trị DKA nếu đo được K⁺ máu hoặc điện tâm đồ có sẵn, huyết áp tâm thu > 90 (Nếu sốc với huyết áp tâm thu < 90, xem Đánh giá nhanh trang 19 và mục 3.1.)

	Bù dịch	Bổ sung K ⁺ và insulin theo nồng độ K ⁺ huyết thanh và hình ảnh điện tâm đồ		
		Nếu K ⁺ < 3.3 mEq/l hoặc điện tâm đồ (hoặc không có) sóng T thấp và sóng U theo sau sóng T	Nếu K ⁺ 3.3–5.3 mEq/l hoặc ECG bình thường	Nếu K ⁺ > 5.3 mEq/l hoặc ECG sóng T cao nhọn, QRS giãn rộng
Giờ đầu tiên từ lúc bắt đầu dịch TM	Cho 1 lít NS TM hơn 1 giờ	Bù K⁺ nhanh: thêm 40 mEq/l K vào một nửa NS; truyền trong hơn 1 giờ. Không điều trị insulin cho đến khi K > 3.3 mEq/l	Không thêm K⁺. Thêm insulin tác dụng nhanh bằng truyền tĩnh mạch hoặc tiêm bắp * • Nếu tiêm tĩnh mạch, sau liều nền 0.15 U/kg trọng lượng cơ thể tiếp theo truyền ở 0.1 U/kg/giờ • Nếu tiêm bắp hay dưới da, 0.4 U/kg tương đương một nửa đường TM và một nửa đường tiêm bắp hoặc dưới da	Không thêm K⁺. Cho insulin như khung bên trái.
Giờ thứ 2 và thứ 3	Truyền muối đẳng trương 1 lít/giờ (người có vóc dáng trung bình)	Truyền K⁺ đủ, nhanh: thêm 40 mEq/l K ⁺ vào 1/2 muối đẳng trương truyền trong 1 giờ. Không điều trị insulin cho đến khi K ⁺ > 3.3 mEq/l.	20 mmol K⁺ trong mỗi lít dịch Tiếp tục truyền insulin và điều chỉnh theo mức độ giảm glucose máu. Nếu trong giờ đầu tiên, lượng đường máu không giảm được 50 mg/dl hoặc 2.8 mmol/l. Tăng tỷ lệ insulin lên 50% và lặp lại liều trên cho đến khi đường giảm 50 mg/dl hay 2.8 mmol/l trong khoảng thời gian 1 giờ.	Không thêm K⁺. Tiếp tục insulin như trên.
Trong 4 giờ tiếp theo	Truyền muối đẳng trương 1 lít/giờ (người có vóc dáng trung bình). Chuyển sang đường 5% dextrose trong 0,45% NS khi glucose máu < 14 mmol/l hoặc < 250 mg/dl.	Tiếp tục bù K⁺ như trên Tạm ngừng hoặc giảm tốc độ truyền insulin cho đến khi K ⁺ > 3,3 mEq/l.	20 mmol K⁺ trong mỗi lít dịch Tiếp tục truyền insulin và giảm xuống 0,05 U/kg/giờ khi glucose máu < 14 mmol/l hoặc < 250 mg/dl.	Không thêm K⁺. Tiếp tục truyền insulin và giảm xuống 0,05 U/kg/giờ khi glucose máu < 14 mmol/l hoặc < 250 mg/dl.

* Đối với trẻ em và thanh thiếu niên dưới 18 tuổi, trì hoãn truyền insulin sau giờ bù dịch đầu tiên để tránh phù não. Xem các hướng dẫn xử trí toan ceton máu do tiểu đường DKA trẻ em.

Theo dõi nhiễm toan ceton máu

- Đếm mạch của người bệnh, huyết áp, tình trạng mất nước sau khi được truyền dịch, tình trạng ý thức sau mỗi giờ, lượng nước thực sự đã được đưa vào tĩnh mạch
- Nếu có thể, kiểm tra đường huyết mỗi giờ cho đến khi ổn định (< 12 mmol/l hoặc < 216 mg/dl), sau đó duy trì truyền dextrose và kiểm tra 2 giờ một lần.
- Đo nồng độ K⁺ huyết thanh, kiểm tra lại sau mỗi 4 giờ, và sau đó sau mỗi 6 giờ.

Ngừng truyền tinh mạch và insulin sau khi người bệnh có thể ăn uống hoặc có thể tự làm các việc, và không có dấu hiệu của nhiễm toan (thở dài, sâu), nếu có xét nghiệm đường máu,

khi lượng đường trong máu là <12 mmol/l hoặc 216 mg/dl. Tiếp tục duy trì phác đồ insulin khi họ đang ăn uống. Xem hướng dẫn về điều trị bệnh đái tháo đường mạn tính .

Đánh giá các dấu hiệu nhiễm trùng và bắt đầu chỉ định kháng sinh theo hướng dẫn.

3.4.4 Xử trí hạ đường huyết

Hạ đường huyết được định nghĩa khi lượng đường trong máu <3.1 mmol/lít (<50 mg/dl). Tuy nhiên, những người có bệnh đái tháo đường có thể có dấu hiệu của triệu chứng của hạ đường huyết ở những nồng độ đường máu rất khác nhau. Vì vậy, ba dấu hiệu của Whipple được nhiều người chấp nhận là dấu hiệu của hạ đường máu khi: có các triệu chứng có nguyên nhân do hạ đường huyết, đường huyết thấp đo tại thời điểm có triệu chứng, và các triệu chứng này giảm khi lượng đường được nâng lên. Ngưỡng nồng độ đường trong máu để xác định hạ đường vẫn còn là một vấn đề chưa được kết luận.

Thiếu glucose để cung cấp cho não có thể dẫn đến:

- Chóng mặt, lú lẫn, khó nói
- Giảm ý thức hay buồn ngủ
- Co giật
- Thay đổi hành vi
- Các dấu hiệu thần kinh khu trú
- Dấu hiệu cường giao cảm - đổ mồ hôi, lo lắng, hồi hộp, đói, run rẩy.

Khi có những dấu hiệu này, cần phải nghĩ đến nguyên nhân Hạ đường huyết, đặc biệt là ở những người bệnh được điều trị với các thuốc hạ đường huyết (thuốc uống hoặc insulin) cho bệnh đái tháo đường hoặc thuốc quinine điều trị sốt rét, hoặc sau khi uống lượng lớn rượu, hoặc ở những người có bệnh nhiễm trùng nặng hay trong tình trạng suy dinh dưỡng. Nếu nghi ngờ hạ đường huyết, lấy máu mao mạch đầu ngón tay gửi phòng xét nghiệm cấp để khẳng định hoặc loại trừ tình trạng hạ đường huyết, tiêm chậm 25-50 ml đường dextrose 50% chậm.

Nếu không có xét nghiệm đường hoặc mất nhiều thời gian để có kết quả, có thể điều trị bằng đường glucose theo kinh nghiệm.

Một số nguyên nhân gây hạ đường huyết

Ma túy và các chất độc	Insulin, sulphonylureas (ví dụ như glibenclamide), rượu, quynine, pentamidine, β -blockers, thuốc thảo dược, cotrimoxazole, haloperidol
Suy tạng	Suy gan, suy tuyến yên, suy thượng thận, phù niêm, suy thận mạn tính, suy tim mạn tính
Nhiễm trùng	Nhiễm trùng huyết, sốt rét
Giảm lượng thức ăn đưa vào	Suy dinh dưỡng, đói, không thể ăn do bệnh tật, ăn chay kéo dài (do tôn giáo hay các nguyên nhân khác)

Điều trị hạ đường huyết

Mục tiêu điều trị hạ đường huyết là tăng đường huyết đến một mức độ an toàn và ngăn chặn đi chứng bằng cách sử dụng một can thiệp có tác dụng nhanh và làm giảm triệu chứng nhanh chóng trong khi tránh tăng đường huyết phục hồi.

- Hạ đường huyết nhẹ đến trung bình thường được điều trị với thức ăn, bột glucose uống hoặc viên nén, hoặc dung dịch sucrose. Hướng dẫn là cung cấp 15-20g glucose để tăng đường huyết đến khoảng 3 mmol/L (65 mg/dl). Nếu người bệnh tinh táo, cho đồ uống ngọt (trừ bệnh đái tháo đường hoặc đồ uống không đường), ví dụ: cola, nước trái cây, nước ngọt.
- Sau khi cung cấp 15-20 g glucose đầu tiên, người bệnh phải chờ đợi 15 phút cho các triệu chứng giảm dần. Việc cung cấp đường có thể được lập đi lập lại sau thời gian đó nếu các triệu chứng vẫn còn hoặc nếu mức đường huyết được kiểm tra vẫn còn thấp.
- Trong trường hợp mất tinh táo, cho glucose (xem Đánh giá nhanh trang 42). Phương pháp điều trị là 20-30g dextrose TM như 200-300 ml 10% dextrose hoặc 25-50 ml D50 (50% dextrose) từ từ, tiếp theo là rửa nước muối sinh lý để tránh ảnh hưởng không tốt đến các tĩnh mạch.
- Khi người bệnh hồi phục ý thức, cung cấp thực phẩm càng sớm càng tốt khi người bệnh có thể tiêu hóa thực phẩm một cách an toàn. Người bệnh sẽ cần đồ uống có đường, tiếp theo là carbohydrate tác dụng kéo dài (ví dụ như bánh mì, gạo, ngô) để ngăn chặn các triệu chứng tái phát.
- Theo dõi lượng đường trong máu 1-2 giờ một lần. Truyền liên tục dextrose (1 lít hơn 8 giờ) có thể cần nếu lượng đường trong máu giảm xuống <3 mmol/l.
- Tìm kiếm và điều trị các nguyên nhân cơ bản.
- Nếu có khả năng tiêu thụ rượu độc hại hoặc nếu người bệnh suy dinh dưỡng, cũng cung cấp thiamine ngoài đường tiêu hóa (xem phần 16).

Phòng ngừa hạ đường huyết

- Tất cả mọi người dùng thuốc chống đái tháo đường (insulin hoặc viên nén) nên được dạy cách nhận biết các triệu chứng của hạ đường huyết và cách xử trí kịp thời, ngay cả khi các triệu chứng còn kín đáo để phòng ngừa tình trạng thiếu glucose não tiên triên,
- Người thân, bạn bè, thầy cô giáo, đồng nghiệp cũng cần được hướng dẫn nhận biết các triệu chứng của hạ đường huyết và theo dõi người bệnh khi thấy họ có những biểu hiện không bình thường.
- Cần điều trị ở tất cả các giai đoạn hạ đường huyết, ngay cả trong trường hợp không có triệu chứng.

3.4.5 Thiếu hụt steroid (bệnh Addison, suy thượng thận)

Người bệnh có thiếu hụt hormone steroid (cortisol và aldosterone) có thể biểu hiện bằng hạ huyết áp, mất nước và trong trường hợp nặng có thể có sốc và hạ đường huyết.

Nguyên nhân của suy thượng thận

Suy thượng thận cần được xem xét trong tất cả các trường hợp sốc (xem phần 3.1).

Thượng thận là nơi sản xuất các hormone steroid, thiếu hụt do tổn thương thượng thận có thể là kết quả của các nhiễm trùng sau đây.

- TB (phổ biến nhất)
- HIV (nhiễm trùng cơ hội)
- Nhiễm nấm toàn thân
- Nhiễm trùng huyết não mô cầu (dẫn đến xuất huyết thượng thận)
- Trypanosomiasis
- Giang mai.



Suy thượng thận cũng có thể do bệnh viêm thượng thận tự miễn, ung thư di căn, một số loại thuốc, ví dụ ketoconazole, dùng các steroid được chỉ định trong thời gian dài (tức là hơn 2 tuần) hay thuốc cổ truyền chứa steroid.

Một cơn suy thượng thận cấp có thể xuất hiện do một nguyên nhân cơ bản, nhưng cũng có thể xảy ra do tác động của một đợt nhiễm trùng, một bệnh cấp tính, phẫu thuật, ngừng steroid, đột ngột hoặc sử dụng một số loại thuốc như (ví dụ như rifampicin hoặc phenytoin) do những thuốc này làm tăng quá trình phân hủy cortisol tại gan

Xét nghiệm

- Điện giải
- Glucose (chích ngón tay hoặc xét nghiệm sinh hóa),
- Na⁺ thấp, K⁺ cao, đi kèm với hạ đường huyết; có thể không có thấy canxi huyết cao
- X-quang phổi (tìm TB)
- X-quang bụng (tìm vôi hóa tuyến thượng thận)
- Máu và cấy nước tiểu (có thể giúp chỉ ra nguyên nhân cơ bản)
- ECG, chú ý phát hiện mất cân bằng điện giải.

Điều trị

- Ở những người bệnh có hạ huyết áp hoặc sốc, thiết lập đường truyền tĩnh mạch, hồi sức bằng truyền ngay 1 lít dịch dextrose, 1 lít dịch tiếp theo được truyền trong khoảng 1 giờ, truyền tiếp ở tốc độ chậm hơn theo đáp ứng của người bệnh và lượng dịch đưa vào
- Nếu người bệnh hạ đường huyết, cung cấp 25-50 ml D50 TM chậm (xem Đánh giá nhanh trang 42).
- Dùng steroid khẩn cấp. Cho 100 mg hydrocortisone TM hoặc 8 mg dexamethasone TM ngay lập tức, sau đó lặp lại mỗi 8 giờ một lần. Nếu không có sẵn, sử dụng 50 mg prednisolone đường uống một lần mỗi ngày, tuy nhiên biện pháp thay thế này ít hiệu quả.
- Xem các lượng tương đương liều của các corticosteroid khác nhau tại mục 8.2.
- Xem xét các biện pháp hỗ trợ chung, bao gồm oxy và thuốc kháng sinh TM phổ rộng điều trị nhiễm khuẩn nếu có, đặt ống thông Foley để theo dõi cân bằng dịch.
- Theo dõi nhịp tim và huyết áp liên tục, theo dõi điện tâm đồ, điện giải, glucose máu nếu có thể.
- Tìm và điều trị các nguyên nhân gây bệnh chính.

Chăm sóc liên tục

- Khi người bệnh hồi phục và bắt đầu ăn uống không cần trợ giúp, có thể dừng dịch truyền tĩnh mạch. Truyền glucocorticoid đường tĩnh mạch với liều giảm dần trong 3-4 ngày và sau đó chuyển liều duy trì đường uống. Phác đồ thường dùng là hydrocortisone 10 mg và 5 mg và 5 mg (trong bữa ăn) hoặc prednisone 5-7.5 mg mỗi ngày một lần.
- Người bệnh mới được chẩn đoán cần được thông tin về việc sẽ cần sử dụng steroid kéo dài, tầm quan trọng của việc tuân thủ điều trị, cần thiết tăng gấp đôi liều khi có thêm bệnh khác. Nếu không có mineralocorticoid, phải dùng một chế độ ăn mặn, ít K⁺. Tư vấn chế độ ăn uống K⁺ thấp, nhiều muối

Giảm liều dần dần sau khi sử dụng steroid dài ngày

- Khi steroid được chỉ định điều trị kéo dài hơn 2 tuần, cần giảm liều dần trước khi ngừng sử dụng

3.5. Cách tiếp cận và điều trị người bệnh bị co giật hoặc trạng thái động kinh¹

Co giật (con) là những biểu hiện của hoạt động điện quá mức hoặc bất thường trong não. Co giật đặc trưng bởi những cử động bất thường, hoặc ít gặp hơn là những bất thường thoáng qua trong ý thức hay cảm giác. Những biểu hiện này thường kéo dài trong vài giây hoặc vài phút nhưng có thể tái phát.

Trạng thái động kinh là những cơn co giật liên tục kéo dài hoặc các cơn co giật tái phát, và giữa các cơn ý thức của người bệnh không tỉnh.

Tùy thuộc vào nguyên nhân, trạng thái động kinh có tỷ lệ tử vong cao, đặc biệt là nếu cơn co giật kéo dài hơn 30 phút. Nếu có điều kiện cần kiểm tra đường huyết.

- Co giật ở người bệnh nữ mang thai thường do sản giật, tuy nhiên cũng cần phải tìm các nguyên nhân khác.
- Ở những người bệnh nghi ngờ hoặc nhiễm HIV, thường dễ mắc các nhiễm trùng cơ hội, chẳng hạn như toxoplasmosis, bệnh lao, cryptococcus và u lympho, đây có thể là những nguyên nhân gây co giật.
- Nhiễm trùng là nguyên nhân thường gặp nhất của co giật, bao gồm viêm màng não, sốt rét, viêm não và nhiễm ký sinh trùng (*Taenia solium*, sán não).

Chẩn đoán co giật và trạng thái động kinh

Hầu hết các cơn co giật diễn ra trong thời gian ngắn, chỉ kéo dài vài phút. Các triệu chứng lặp lại giống nhau - ít nhất là vào lúc bắt đầu - của mỗi cơn. Sau cơn co giật người bệnh từ từ trở lại trạng thái tinh thần bình thường, được gọi là giai đoạn sau cơn bệnh. Nhiều người bệnh có tiền sử co giật, nếu cơn co giật tái diễn nhiều lần được gọi là bệnh động kinh.


Co giật được biểu hiện dưới hai loại:

Co giật khu trú (cục bộ): là những cơn co giật bắt đầu từ một điểm tổn thương của não; các triệu chứng khởi đầu phụ thuộc vào phần vỏ não bị tổn thương. Ví dụ, tổn thương ở khu vận động, co giật cục bộ thường bắt đầu với các cử động bất thường ở một bên cơ thể (ví dụ: co giật cánh tay trái). Người bệnh có thể vẫn tỉnh. Ít gặp hơn, cơn động kinh khu trú phát nhanh, rối loạn cảm giác lặp đi lặp lại giống nhau (tê bì hoặc dị cảm), rối loạn tâm thần (ví dụ: luôn nghĩ về một việc xảy ra trong quá khứ), hoặc các mức độ mất phân ứng khác nhau, hoặc có những cử động giống nhau lặp đi lặp lại (ví dụ: cơn chép miệng). Cơn động kinh khu trú có thể tiến triển lan đến các phần khác của cơ thể (cơn co giật toàn thân thứ phát). Giai đoạn sau cơn co giật, phần co giật có thể xuất hiện yếu cơ (liệt Todd).

Co giật toàn thân - trong loại động kinh này, người bệnh hầu như không đáp ứng. Dạng co giật hay gặp nhất trên lâm sàng là dạng co giật tonic-clonic (cơn co cứng – rung giật), cơn co giật bắt đầu bằng động tác duỗi cứng rồi hết cơn duỗi cứng (tonic); sau đó là các cơn co co giật của các chi xảy ra (clonic). Người bệnh có thể đại tiện không tự chủ hoặc cắn vào lưỡi.

¹ Hướng dẫn can thiệp mhGAP cho rối loạn tâm thần, thần kinh và sử dụng chất các cơ sở không có chuyên môn y tế. WHO và Khu trú Băng chứng Tài nguyên mhGAP, năm 2010. Có sẵn tại: http://www.who.int/mental_health/evidence/mhGAP_intervention_guide/en/index.html. Hướng dẫn mhGAP và mhGAP-IG sẽ được xem xét và cập nhật trong vòng 5 năm. Bất kỳ sửa đổi và cập nhật nào trước đó sẽ được thực hiện cho các phiên bản trực tuyến của tài liệu.

Chẩn đoán: cơn co giật

Nguyên nhân	Các triệu chứng gợi ý chẩn đoán theo nguyên nhân
Bệnh giun sán	<ul style="list-style-type: none"> Bệnh có tính khu trú bệnh địa phương Tiền co giật tái diễn Có thể có hoặc không có dấu hiệu thần kinh khu trú
Mang thai	<ul style="list-style-type: none"> Sản giật, thường kết hợp với tăng huyết áp, phù Thường xảy ra ở thai kỳ, trong khi sinh hoặc ngay sau khi sinh
Bệnh động kinh	<ul style="list-style-type: none"> Có xu hướng co giật tái diễn, kể cả trường hợp không biết nguyên nhân
Hạ đường huyết	<ul style="list-style-type: none"> Người bệnh đái tháo đường đang được điều trị Đáp ứng với glucose
Cai rượu hoặc ngừng thuốc an thần xem Phần 3.6 và 3.7	<ul style="list-style-type: none"> Tiền sử nghiện rượu hoặc sử dụng các loại thuốc ngủ - an thần, gần đây ngừng hay sử dụng với liều ít hơn nhiều so với liều thường dùng
Nhiễm trùng thần kinh trung ương (viêm màng não, bệnh sốt rét não)	<ul style="list-style-type: none"> Sốt Các dấu hiệu của bệnh viêm màng não (cứng gáy, sợ ánh sáng) Dấu hiệu của viêm não (lú lẫn) Các dấu hiệu của áp xe não (dấu hiệu thần kinh khu trú hoặc thuyên tắc mạch do nhiễm trùng máu)
 Liên quan đến HIV	<ul style="list-style-type: none"> Toxoplasmosis, bệnh lao, u lympho não - tất cả có dấu hiệu khu trú Nếu X-quang ngực gợi ý bệnh lao, điều trị bệnh lao (xem phần 15). Nếu chụp X-quang không nghi lao, điều trị bệnh toxoplasmosis (xem Mục 11.40). Rối loạn điện giải (canxi, natri, kali)
Ngộ độc xem Phần 3.8	<ul style="list-style-type: none"> Thuốc trừ sâu, thuốc chống trầm cảm, các chất kích thích

Điều trị cấp cứu cơn co giật

- Đánh giá đường thở và hô hấp của người bệnh. Đặt người bệnh ở tư thế nằm nghiêng an toàn (xem Đánh giá nhanh trang 43). Cung cấp oxy qua thở o xy gọng mũi.
- Truyền tĩnh mạch chậm dung dịch glucose 50% với liều 25-50 ml (xem Đánh giá nhanh trang 42).
- Những cơn co giật ngắn, riêng lẻ mà tự ngừng (dưới 5 phút) có thể không cần dùng thuốc.
- Nếu sau 5 phút cơn co giật không ngừng, cho diazepam 10 mg TM hoặc thụ hậu môn. Nếu có, có thể thay thế bằng lorazepam 4 mg TM.
- Tìm nguyên nhân gây ra cơn co giật. Đặc biệt, hãy chú ý cơn co giật liên quan đến tình trạng mang thai (chẳng hạn như sản giật), hạ đường huyết, viêm màng não (xem 10.10b) và bệnh sốt rét (xem Phần 11.25).
- Nếu nguyên nhân của cơn co giật là do cai rượu, cho thiamine 100 mg TM. Để cắt cơn cho diazepam 10-20 mg 2 giờ một lần cho đến khi người bệnh ngủ nông (hoặc đã nhận tổng cộng 120 mg) để điều trị hội chứng cai nghiện và dự phòng tái diễn các cơn co giật (xem Phần 3.7 Cai rượu).

Cơ giật trong thai kỳ (thường gặp ở tuần thứ 30, hoặc ngay sau khi có thai) nguyên nhân của cơn cơ giật là do sản giật nặng.

- Điều trị sản giật: Cho magnesium sulfate (xem Đánh giá nhanh trang 58); cân nhắc đình chỉ thai, cho thuốc chống tăng huyết áp (xem IMPAC MCPC).

Điều trị các cơn cơ giật liên tục (trạng thái động kinh)

Là tình trạng động kinh được định nghĩa là các cơn cơ giật kéo dài hơn 30 phút, hoặc người bệnh có nhiều cơn cơ giật liên tiếp giữa các cơn người bệnh không tỉnh.

Trạng thái động kinh có tỷ lệ tử vong cao. Điều trị bao gồm:

- Tiêm TM chậm dung dịch glucose 50% với liều 25-50 ml
- Tiêm nhắc lại liều diazepam 10 mg TM hoặc thụ hậu môn. Theo dõi sát nhịp thở của người bệnh.
- Cho phenytoin 15-18 mg/kg (thường là 1g) pha trong dung dịch muối đẳng trương truyền TM trong 1 giờ, đường truyền riêng với đường cho diazepam.
- Theo dõi mạch (tốt nhất là theo dõi điện tim qua monitor) và nhịp thở 15 phút một lần.
- Nếu người bệnh đã được dùng phenytoin hoặc nếu không có phenytoin có thể dùng phenobarbital liều 10 mg/kg TM trong 15 phút.
- Cho thiamin 100 mg TM (nếu cơn cơ giật do cai rượu) hoặc nếu trước đó chưa cho.

Trong điều trị theo dõi trạng thái động kinh cần chú ý kiểm tra đường huyết của người bệnh. Nếu có nguồn lực (cả thiết bị và nhân viên y tế) trong xử lý đường thở có thể thông khí bằng mặt nạ với túi khí hoặc đặt nội khí quản thông khí bằng tay hoặc cho người bệnh thở máy nếu có (xem Đánh giá nhanh trang 32), sau đó cho thêm một liều phenobarbital 10 mg/kg. Suy hô hấp là biến chứng chính khi sử dụng phenobarbital, đặc biệt với liều lặp lại. Sử dụng một cách thận trọng, đặc biệt trong sốt rét thể nặng nếu đã được sử dụng các thuốc khác cũng có thể gây suy hô hấp. Vì vậy cần theo dõi người bệnh chặt vì có thể gặp ngừng thở đột ngột.

Điều trị duy trì tiếp theo sau khi điều trị cấp cứu bước đầu cơn cơ giật (xem phần 10.10c)

Cơn cơ giật ở người lớn thường có khả năng tái phát cao, vì vậy cần phải thăm khám và chỉ định các xét nghiệm để tìm nguyên nhân gây cơn cơ giật. Chỉ định điều trị cho người bệnh bị cơn cơ giật tái diễn. Tuy nhiên, điều trị duy trì có thể không cần đối với cơn động kinh liên quan đến cai rượu hoặc thai kỳ (sản giật).

Phác đồ điều trị duy trì chống cơn cơ giật bao gồm:

- Phenytoin bắt đầu với liều 150-200 mg/ngày, liều điều trị có thể tăng từng ít một từ 25-30 mg cho đến khi đạt được liều duy trì có hiệu quả thường từ 200-400 mg/ngày
- Carbamazepine 100-200 mg/ngày, hàng tuần tăng 100-200 mg cho tới khi đạt liều duy trì tối đa có thể lên đến 400-1400 mg/ ngày chia làm nhiều lần;
- Phenobarbital bắt đầu từ 1 mg/kg/ngày trong 2 tuần. Nếu đáp ứng kém, tăng liều 2 mg/kg/ngày trong 2 tháng. Nếu cơn cơ giật vẫn còn, tăng tới 3 mg/kg/ngày(180 mg) chia làm nhiều lần.



Đối với người bệnh HIV, có thể điều trị nguyên nhân như do lao (xem phần 15) và toxoplasmosis (xem mục 11.40).

3.6 Xử trí ngộ độc hoặc quá liều, hoặc hội chứng cai hoặc sử dụng các chất dạng opioid khác, thuốc kích thích loại amphetamine hoặc cocaine^{2,3}

Trong phần này:

- 3.6.1 Ngộ độc hoặc quá liều opioid
 - Điều trị ngộ độc opioid hoặc quá liều
- 3.6.2 Xử trí hội chứng cai opioid
 - Ảnh hưởng của hội chứng cai opioid cấp tính
 - Xử trí hội chứng cai opioid cấp tính
- 3.6.3 Xử trí ngộ độc chất kích thích và quá liều - ngộ độc chất kích thích tiêu chuẩn
 - Ngộ độc chất kích thích phức tạp
 - Ngộ độc cấp tính amphetamine và cocaine - xử trí ban đầu
 - Các đặc điểm của ngộ độc hoặc quá liều cocaine
- 3.6.4 Xử trí hội chứng cai chất kích thích
 - Điều trị triệu chứng của hội chứng cai
 - Điều trị không dùng thuốc hội chứng cai

3.6.1 Ngộ độc hoặc quá liều opioid

Quá liều là một nguyên nhân hàng đầu gây bệnh tật và tử vong ở những người nghiện opioid.

Có tới 80% người sử dụng ma túy đã từng trải qua quá liều. Nguy cơ quá liều cao có liên quan đến những điều sau đây:

- Sử dụng đồng thời 2 hoặc nhiều loại thuốc có tương tác (ví dụ: sử dụng kết hợp thuốc phiện, rượu và các benzodiazepin hoặc thuốc an thần khác);
- Sử dụng đường tiêm thay vì hút opioid;
- Tiêm chích hoặc sử dụng heroin khi có một mình - khi không có ai khác ở đó;
- Khi sức chịu đựng thấp (ví dụ như trong một vài tuần đầu tiên sau khi được thả khỏi nhà tù, sau cai nghiện, hoặc sau khi xuất viện từ một trung tâm phục hồi chức năng).

Thuốc trầm cảm như opioid (ví dụ như heroin) và thuốc an thần (ví dụ như benzodiazepine và rượu) làm chậm các chức năng của cơ thể. Một người sử dụng thuốc giảm đau quá liều có thể bị ngừng thở, tức là nhịp thở của họ sẽ trở nên rất chậm hoặc sẽ ngừng hoàn toàn, dẫn đến tử vong. Tử vong thường xảy ra 1-3 giờ sau khi tiêm chứ không phải là ngay lập tức.

Các dấu hiệu và triệu chứng của ngộ độc hoặc quá liều opioid:

- **đồng tử co nhỏ và**
- **thở chậm, thường kèm theo với**
- nói lắp bắp hoặc ngắt quãng
- đầu gật gật
- dáng đi không vững.

Cần nhắc chẩn đoán phân biệt với các nguyên nhân khác của mức giảm ý thức và lẫn lộn (xem Phần 3.4). Hãy xem xét người bệnh có thể đang sử dụng các loại thuốc khác.

² Hướng dẫn cho việc điều trị dược lý có hỗ trợ về tâm lý xã hội việc phụ thuộc opioid. WHO, 2009.

Tại <http://www.who.int/rpc/guidelines/9789241547543/en/>

³ Hướng dẫn can thiệp mhGAP cho rối loạn tâm thần, thần kinh và sử dụng chất các cơ sở không có chuyên môn y tế. WHO và Khu trú Bằng chứng Tài nguyên mhGAP, năm 2010. Có sẵn tại: http://www.who.int/mental_health/evidence/mhGAP_intervention_guide/en/index.html.

Hướng dẫn mhGAP và mhGAP-IG sẽ được xem xét và cập nhật trong vòng 5 năm. Bất kỳ sửa đổi và cập nhật nào trước đó sẽ được thực hiện cho các phiên bản trực tuyến của tài liệu.

Điều trị ngộ độc hoặc quá liều opioid

Xem Đánh giá nhanh (trang 41) để được hướng dẫn về naloxone. Không phải trường hợp nào cũng có đồng tử nhỏ và các dấu hiệu trên cần naloxone. Naloxone được chỉ định khi nhịp thở <10 lần/phút, hoặc SpO₂ <90.

Tiêm naloxone cho một người đã quá liều có thể sớm dẫn đến hội chứng cai opioid và điều này có thể gây ra sự rất kích động và khó chịu tạm thời. Người đó có thể trở nên buồn bã vì rằng họ đã bị mất “cái oai” của họ. Họ sẽ từ chối ở lại bệnh viện và có thể trở nên hung dữ nếu bị hạn chế. Để giảm thiểu rủi ro này, naloxone nên được dùng với liều lượng nhỏ như được chỉ ra trong Đánh giá nhanh. Điều này làm cho sự đảo chiều của quá liều chậm hơn và dễ kiểm soát hơn.

Naloxone có tác dụng ngắn và hết tác dụng sau 2-3 giờ. Tác dụng đủ lâu để đảo ngược hiệu ứng của opioid tác dụng ngắn như heroin. Nếu một người đã sử dụng opioid tác dụng kéo dài (như methadone hoặc morphine chậm), họ có thể xuất hiện các dấu hiệu quá liều một lần nữa khi hết tác dụng của naloxone. Do đó, điều quan trọng là cần xác định liệu người này đã sử dụng opioid tác dụng ngắn hay dài. Bệnh viện tuyến huyện cần có đủ lượng naloxone và nhân viên cần được huấn luyện về sử dụng naloxon đúng cách.

Khi người bệnh đã ổn định, cần trao đổi với người bệnh về:

- Xác định các loại thuốc đã được sử dụng.
- Giải thích ý nghĩa của quá liều.
- Xem xét liệu họ có thể cần cai nghiện ma túy hoặc điều trị thay thế opioid hay không (xem phần 17).
- Hãy xem xét họ có thể mắc bệnh lao hoặc bị nhiễm HIV hoặc viêm gan siêu vi B hoặc C.
- Đề nghị tư vấn và xét nghiệm HIV (xem Phần 9), đánh giá lao và viêm gan siêu vi và tiêm phòng cho viêm gan siêu vi B.
- Tư vấn về giảm tác hại (xem phần 17).
- Tư vấn về an toàn tình dục. Khuyến khích và cung cấp bao cao su nếu cần thiết.

3.6.2 Xử trí hội chứng cai opioid

Những ảnh hưởng của hội chứng cai opioid cấp tính

Các triệu chứng của hội chứng cai khác nhau tùy thuộc vào liều lượng và thời gian tác dụng của các opioid đã sử dụng và tình trạng thích ứng thần kinh của người bệnh. Dùng opioid tác dụng ngắn dẫn đến các triệu chứng cai nghiện ở giai đoạn sớm hơn so với opioid tác dụng dài; triệu chứng đỉnh và xử trí sớm hơn. Hầu hết các opioid có một thời gian tác dụng ngắn (giờ) và hội chứng cai nghiện thường kéo dài 4-5 ngày. Các trường hợp ngoại lệ chủ yếu là methadone và buprenorphine và các tiêu bản chế phẩm giải phóng chậm morphine và oxycodone.

Các dấu hiệu và triệu chứng của hội chứng cai opioid cấp tính:

- Run, run rẩy
- Chảy nước mắt, chảy mũi, ngáp
- Chuột rút cơ bắp
- Bồn chồn

- Nổi da gà
- Giấc ngủ bị xáo trộn hay mất ngủ
- Tiêu chảy
- Cục kỳ lo lắng
- Buồn nôn và nôn
- Nhịp tim nhanh.

Khi đánh giá hội chứng cai, cần chú ý các triệu chứng chủ quan và khách quan. Triệu chứng cai nghiện chủ quan nhạy cảm hơn các biện pháp cai opioid, nhưng khi các triệu chứng khách quan xuất hiện, thì những dấu hiệu này đáng tin cậy hơn.

Xử trí hội chứng cai cấp tính

(Xem Phần 17.8 xử trí hội chứng cai ở những người bệnh điều trị nội trú có tình trạng bệnh gây ra cơn đau cấp tính.)

Việc xử trí hội chứng cai cấp tính phụ thuộc vào các loại thuốc có sẵn. Buprenorphine (chất kích thích opioid bán phần) và methadone (chất kích thích hoàn toàn)⁴ là hiệu quả nhất để giảm các triệu chứng và đảm bảo rằng người bệnh có thể hoàn thành lịch trình cai nghiện.

- Buprenorphine được cho dưới lưỡi ở một phạm vi liều 4-16 mg/ngày trong 3-14 ngày. Không được cung cấp loại thuốc này trong khi người đó có dấu hiệu nhiễm độc opioid bởi vì có nguy cơ dẫn đến hội chứng cai.
- Methadone được cho uống với liều ban đầu là 15-20 mg, tăng lên 30-40 mg/ngày, sau đó dần dần ngừng lại trong 3-28 ngày.
- Cần chăm sóc đặc biệt nếu người bệnh được chỉ định thuốc an thần khác.
- Điều trị triệu chứng khi cần thiết sử dụng các biện pháp dùng thuốc hoặc không dùng thuốc.

Nếu người bệnh có:

- Chuột rút và đau
→ cho ibuprofen hoặc các NSAID khác
- Nôn và buồn nôn
→ cho chống nôn (xem Phần 10.7c)
- Rối loạn giấc ngủ hoặc bồn chồn
→ cho thuốc an thần nhẹ như là antihistamin gây ngủ
- Tiêu chảy
→ xem Mục 10.7d. cần nhắc cho loperamide.

Tư vấn cho người bệnh về giảm thiểu tác hại, an toàn tình dục và khuyến cáo nên xét nghiệm HIV.

Hãy xem xét giới thiệu đến một cơ sở điều trị bằng thuốc thay thế opioid - xem Phần 3.6.1 ở trên.

⁴ Nếu các loại thuốc này không có sẵn, dùng đường uống chất kích thích alpha-2: clonidine 300 mcg-1.2 mg mỗi ngày (với liều 75-300 mcg, 3-4 lần mỗi ngày) hoặc lofexidine 600 mcg-2.4 mg mỗi ngày (với liều 150-600 mcg 3-4 lần mỗi ngày). Liều lượng chính xác phụ thuộc vào trọng lượng cơ thể, mức độ cai và phản ứng của người bệnh. Tiếp tục trong 4-7 ngày.

Xem Hướng dẫn thích ứng.

3.6.3 Xử trí ngộ độc và quá liều chất kích thích

Ngộ độc chất kích thích từ amphetamine, chất kích thích loại amphetamine (ATS) hoặc cocaine có thể được phân loại là “tiêu chuẩn” hoặc “phức tạp”.

Ngộ độc chất kích thích điển hình

Triệu chứng của ngộ độc điển hình bao gồm giãn đồng tử liên quan những dấu hiệu sau đây:

- Dễ bị kích thích, hiếu động thái quá
- Nghiến răng
- Bồn chồn
- Hoang tưởng từng lúc
- Mạch nhanh.

Ngộ độc chất kích thích phức tạp

Ngộ độc phức tạp biểu hiện như là một trạng thái tinh thần bị xáo trộn mạnh điển hình là hoang tưởng đáng kể. Ngoài ra, nó có thể liên kết với một số triệu chứng khác, chẳng hạn như:

- Buồn nôn và ói mửa
- Đỏ mồm hôi
- Mệt
- Đau bụng
- Sốt
- Đau ngực
- Rối loạn nhịp tim (có thể dẫn đến nhồi máu cơ tim)
- Rối loạn tâm thần tiến triển, bao gồm ảo giác thính giác
- Hành vi nguy hiểm cho người bệnh hoặc cho người khác
- Co giật
- Tăng huyết áp không kiểm soát được.

Ngộ độc cấp tính amphetamine và cocaine - xử trí ban đầu

Người bệnh bị ngộ độc cấp tính chất kích thích thần kinh phức tạp nên nhập viện ngay lập tức để điều trị. Xử trí người bệnh như sau:

- Đảm bảo người bệnh được cung cấp đủ dịch và theo dõi lượng nước tiểu của họ.
- Bố trí môi trường yên tĩnh, không kích thích và không đe dọa.
- Đối với kích động, lo âu và rối loạn tâm thần nghiêm trọng, cho diazepam với liều chuẩn độ cho đến khi người đó bình tĩnh và cho dùng thuốc an thần nhẹ.
- Nếu đáp ứng không đủ với diazepam và xác định không có nguyên nhân khác của cơn mê sảng, cho thuốc chống loạn thần (haloperidol hoặc chlorpromazine).
- Định kỳ theo dõi điện tâm đồ, huyết áp, và nhiệt độ cơ thể.

Đối với ngộ độc kích thích thần kinh điển hình (ít nghiêm trọng), các biện pháp can thiệp phần lớn là xã hội và hỗ trợ.

- Bố trí môi trường không kích thích, với sự hỗ trợ và bảo đảm.
- Ngăn chặn người đó làm tổn hại đến bản thân hoặc người khác (cung cấp một không gian an toàn để “thư giãn”).
- Tránh đối đầu.
- Khuyến khích hỗ trợ từ gia đình hoặc bạn bè tỉnh táo.

Đặc điểm đặc biệt của ngộ độc hoặc quá liều cocaine

Quá liều cocaine có liên quan đặc biệt đến một số phản ứng có khả năng gây chết người, bao gồm nhồi máu cơ tim, cơn tăng huyết áp, xuất huyết não, giải phẫu động mạch chủ và tăng thân nhiệt. Loạn nhịp tim cũng có thể xảy ra, nhưng có thể sẽ gây chết người chỉ khi có sự hiện diện của tổn thương cơ tim trước đó.

3.6.4 Xử trí hội chứng cai chất kích thích

Đặc điểm của hội chứng cai chất kích thích thần kinh bao gồm:

- Mệt mỏi và kiệt sức (thiếu năng lượng)
- Đói
- Rối loạn cảm xúc và khó chịu
- Tâm trạng chán nản và lo lắng
- Bồn chồn và kích động
- Sợ hãi
- Buồn ngủ và rất thèm ngủ (nhưng có thể ngủ kém)
- Cảm giác thèm ăn.

Hội chứng cai nghiện thường kéo dài 2-4 tuần, mặc dù “vụ đụng độ” cấp tính chỉ kéo dài 1-4 ngày. Tiếp theo hội chứng này là sự thôi thúc mạnh mẽ sử dụng amphetamine một lần nữa, có thể tăng trong 6 tuần tiếp theo. Các triệu chứng bao gồm:

- Giấc ngủ bị gián đoạn
- Đau đầu
- Nhức mỏi cơ thể
- Tăng thèm ăn
- Khó chịu
- Hoang tưởng
- Hiêu nhảm.

Điều trị triệu chứng cai

Các hội chứng cai nên được điều trị một cách tiết kiệm và theo triệu chứng (chăm sóc thêm nếu benzodiazepines được sử dụng). Người đó thường không có triệu chứng trong 1-3 tháng sau khi ngưng sử dụng amphetamine, mặc dù cảm giác thèm ăn có thể tồn tại trong nhiều năm.

Các biện pháp cai không dùng thuốc

Ngoài việc điều trị triệu chứng trên, việc quản lý môi trường là rất quan trọng. Một môi trường an toàn bao gồm tình hình an toàn, bảo đảm tiếp cận với sự ủng hộ của gia đình và sự hỗ trợ khác, chỉ dẫn trong thư giãn, tư vấn giấc ngủ với quản lý dự phòng và tư vấn thuốc khác.

Một cơ sở điều trị nội trú hoặc trung tâm cai nghiện có thể thích hợp, đặc biệt nếu có sự phụ thuộc nhiều thuốc, biến chứng tâm thần, không có hỗ trợ xã hội hoặc cai nghiện phức tạp trước đây.

3.7 Hội chứng cai rượu cấp tính và ngộ độc rượu

3.7.1 Hội chứng cai rượu cấp tính

Hội chứng cai rượu là tình trạng quá kích động thần kinh xảy ra khi một người nghiện rượu đột nhiên dừng tiêu thụ rượu nặng.

Để chẩn đoán hội chứng cai rượu

Phải có sự chấm dứt gần đây hoặc giảm uống rượu sau tiêu thụ rượu nguy hiểm và thường kéo dài, lặp đi lặp lại.

Triệu chứng và dấu hiệu tương hợp với các đặc điểm nhận biết của cai rượu:

- Run lợm, mí mắt hoặc tay dang ra
- Đỏ mồm hôi
- Buồn nôn, ọc hoặc nôn mửa
- Nhịp tim nhanh hoặc tăng huyết áp
- Kích động tâm thần
- Đau đầu
- Mất ngủ
- Mệt mỏi hoặc yếu
- Ảo giác hoặc ảo tưởng thoáng qua thị giác, xúc giác, thính giác
- Co giật động kinh lớn.

Triệu chứng và dấu hiệu không được giải thích bởi một rối loạn sức khỏe không liên quan đến việc sử dụng rượu và không được giải thích tốt hơn bởi một rối loạn tâm thần hoặc hành vi. Nếu có mê sảng, việc chẩn đoán nên là tình trạng cai rượu có mê sảng (cuồng sảng rượu cấp).

Hội chứng cai rượu thường nhẹ và có thể không cần can thiệp y tế. Tuy nhiên, khi nghiêm trọng, nó có thể đe dọa tính mạng và có thể bao gồm co giật tonic-clonic và mê sảng đặc trưng bởi sự mất phương hướng và ảo giác hình ảnh. Mục đích của quản lý là để xác định người bệnh có nguy cơ cai rượu và điều trị triệu chứng cai nghiện trước khi chúng trở nên quá nghiêm trọng.

Các dấu hiệu của hội chứng cai rượu thường xuất hiện trong vòng 24 giờ sau lần uống cuối cùng, lên đỉnh tại 2-3 ngày và thường tự khỏi trong vòng 5 ngày. Co giật do cai xảy ra thường là trong vòng 48 giờ đầu tiên. Nhầm lẫn, mê sảng và ảo giác xảy ra trong cai nghiêm trọng và có thể kéo dài trong nhiều ngày hoặc (hiếm khi) lên đến 2 tuần.

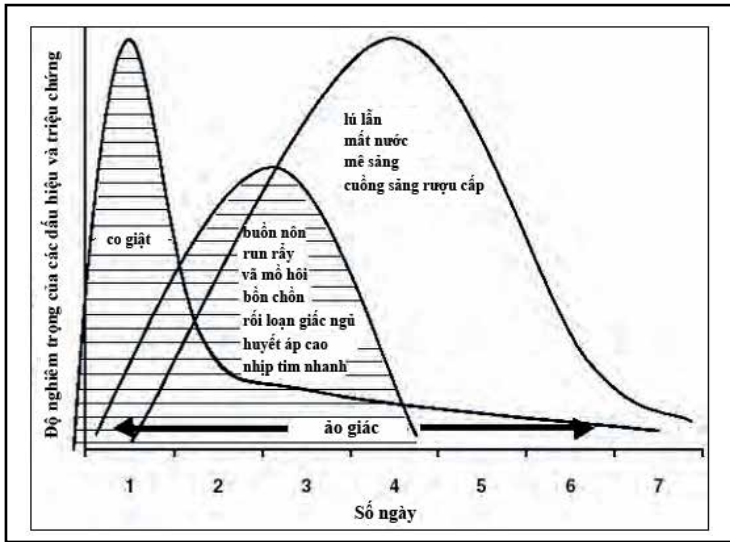
An thần bằng benzodiazepin làm giảm mức độ nghiêm trọng của tình trạng mê sảng và ảo giác do cai rượu. Tuy nhiên, phải thừa nhận rằng có thể có các nguyên nhân khác của mê sảng và ảo giác, mà sẽ cần hình thức xử trí bổ sung, cụ thể.

⁵ Hướng dẫn can thiệp mhGAP cho rối loạn tâm thần, thần kinh và sử dụng chất các cơ sở không có chuyên môn y tế. WHO và Khu trú Bằng chứng Tài nguyên mhGAP, năm 2010. Có sẵn tại: http://www.who.int/mental_health/evidence/mhGAP_intervention_guide/en/index.html.

Hướng dẫn mhGAP và mhGAP-IG sẽ được xem xét và cập nhật trong vòng 5 năm. Bất kỳ sửa đổi và cập nhật nào trước đó sẽ được thực hiện cho các phiên bản trực tuyến của tài liệu.

Hình dưới đây tóm tắt tiến triển của hội chứng cai rượu qua thời gian.

Tiến triển của hội chứng cai rượu



Một người bệnh cai rượu thường có các vấn đề y tế khác. Điều này làm tăng khả năng cai rượu nặng. Những vấn đề y tế khác có thể bao gồm:

- Nhiễm trùng đường tiết niệu
- Viêm phổi
- Bệnh não Wernicke
- Bệnh não gan
- Xuất huyết tiêu hóa
- Chấn thương đầu có hoặc không có tụ máu dưới màng cứng
- Đột quỵ
- Hạ đường huyết
- Chuyển hóa, mất nước và rối loạn điện giải
- Bệnh tâm thần cấp tính.

Điều quan trọng là phải xem xét và xử lý những vấn đề y tế khác. Sử dụng Đánh giá nhanh, sau đó xem chăm sóc cấp tính mục 10 cho mỗi triệu chứng chính.

Cá nhân nghiện rượu cũng có thể phụ thuộc vào benzodiazepin. Điều này có nghĩa là liều diazepam cao hơn sẽ cần thiết để điều trị cai rượu.

Cuồng sáng rượu cấp

- Xuất hiện ở khoảng 5% người bệnh cai rượu.
- Khởi phát - thường là 24 giờ đến 96 giờ sau lần uống cuối cùng.
- Co giật có thể báo trước sự khởi đầu của cuồng sáng rượu cấp, các đặc điểm cai rượu khác thường diễn ra trước.

Đặc điểm lâm sàng của cuồng sáng rượu cấp

Các triệu chứng tương tự như cai rượu nghiêm trọng cùng biểu hiện run rờ ràng và các vấn đề sau đây:

- Mê sảng (kích động, mất phương hướng và sự lú lẫn)
- Áo giác (thường là thị giác, đôi khi thính giác)
- Áo giác hoang tưởng
- Hiệu động thái quá tự chủ, kích động rõ rệt
- Đổ mồ hôi, mất nước, rối loạn điện giải (hạ kali máu, giảm magne huyết)
- Có thể truy tìm mạch.

Cuồng sáng rượu cấp không được điều trị có tỷ lệ tử vong lên đến 30%. Người bệnh cai rượu nghiêm trọng và đặc biệt, cuồng sáng rượu cấp cần phải nhập viện khẩn cấp và điều tra để xác định những yếu tố tăng nặng.

Điều trị hội chứng cai rượu

Điều trị cai rượu bằng benzodiazepine, thường là diazepam. Các liều cần thiết có thể thay đổi từ 5-10 mg đến vài trăm mg. Nguyên tắc điều trị an toàn là điều chỉnh liều, dựa trên theo dõi thường xuyên mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng cai và đáp ứng điều trị. Mục đích điều trị là để giữ cho người bệnh ở trong trạng thái an thần nhẹ trong 3 ngày. Mức độ nghiêm trọng của cai rượu có thể dễ dàng đánh giá trên lâm sàng.

Thang điểm cai rượu, chẳng hạn như Thang điểm của Viện lâm sàng Đánh giá mức độ cai sửa đổi (CIWA-AR) có thể được sử dụng để định lượng mức độ nghiêm trọng của cai rượu, có thể hỗ trợ trong việc phát hiện sớm và theo dõi và có thể hướng dẫn liều lượng diazepam cho nhân viên điều dưỡng (xem ví dụ dưới đây).

An thần vừa đủ giảm sự lo lắng và kích động và giúp ngăn ngừa ảo giác, co giật, mê sảng và cuồng sáng rượu. Một người bệnh cai rượu tiến triển thành một hội chứng nghiêm trọng và cuồng sáng rượu cấp có thể cần mức độ chăm sóc y tế và điều dưỡng cao.

Chế độ sau đây thích hợp với những người bệnh không có rối loạn y học phức tạp

1. An thần

Nếu không có chống chỉ định, nên cho benzodiazepine. Diazepam được sử dụng phổ biến nhất. Nếu người bệnh có biểu hiện trong tình trạng cai rượu, cho diazepam 10-20 mg uống 2 giờ một lần cho đến khi người bệnh bình tĩnh và cho dùng thuốc an thần nhẹ. Điều chỉnh liều diazepam có thể được giao cho nhân viên ngoài ngành y với sự hỗ trợ mức độ cai. Hết sức thận trọng trong việc sử dụng diazepam nếu người bệnh có chấn thương ở đầu hoặc nguyên nhân bệnh lý gây lú lẫn hoặc mê sảng khác (chẳng hạn như bệnh não gan). Người bệnh có thể có xu hướng lạm dụng benzodiazepin; do đó, không nên chỉ định hơn 1 tuần. Chế độ diazepam cho cai đơn giản sẽ được hoàn thành trong vòng một tuần để tránh nguy cơ lệ thuộc benzodiazepine.

Sau cuồng sáng rượu cấp, có thể cần tối đa 10 ngày kể từ ngày giảm thuốc an thần. Không nên cho người bệnh xuất viện với một toa thuốc benzodiazepine.

2. Thuốc chống loạn thần

Không sử dụng thuốc chống loạn thần trong xử trí hội chứng cai rượu đơn giản. Nếu người bệnh sáng do cai rượu, diazepam là thuốc ưa thích (xem dưới đây để biết lịch dùng liều). Các thuốc chống loạn thần như haloperidol 2.5-5 mg uống 3-4 lần mỗi ngày, có thể được sử dụng ngoài benzodiazepines để xử trí mê sảng mà vẫn còn sau khi biểu hiện run và đổ mồ hôi đã giảm. Việc sử dụng các loại thuốc chống loạn thần sớm trong cai làm tăng khả năng co giật.

3. Bổ sung thiamine và vitamin tổng hợp

Cung cấp thiamin 100 mg một lần ngày đường uống trong 5 ngày cho tất cả các người bệnh. Nếu người bệnh đang bị suy dinh dưỡng hoặc không thể dùng thuốc uống, cung cấp thiamine 100 mg một lần ngày tiêm bắp trong 5 ngày, sau đó chuyển sang dạng uống nếu có thể. Tiếp tục 100 mg thiamine hàng ngày trong thời gian dài. Xem xét bổ sung vitamin khác khi có chỉ định. Đảm bảo rằng người bệnh đủ nước và ăn tốt.

4. Bù dịch đường uống hoặc truyền tĩnh mạch

Nếu một người bệnh bị mất nước, tình trạng này cần phải được xử lý. Sử dụng ORS nếu có dấu hiệu mất nước (xem phần 10.7 về tiêu chảy). Sử dụng truyền dịch tĩnh mạch nếu người bệnh hồi phục chậm sau khi co giật

5. Kali

Xử trí hạ kali máu với lượng bổ sung kali thích hợp 80-240 mmol hàng ngày (xem phần 5.2).

6. Magnesium

Xử trí giảm magiê huyết, ví dụ magiê aspartate 500 mg uống 2-4 lần một ngày, uống trong bữa ăn (chống chỉ định trong các trường hợp suy thận).

7. Chăm sóc hỗ trợ

Nếu người bệnh bị hạ đường huyết, cung cấp glucose (xem Đánh giá nhanh trang 42) nhưng chỉ sau khi người bệnh đã nhận được 100 mg thiamine tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm bắp. Nếu đã có những giai đoạn bất động kéo dài có thể gây tiêu cơ vân và suy thận cấp, kiểm tra CPK. Xoay trở người bệnh thường xuyên.

8. Chăm sóc điều dưỡng

Chăm sóc bởi điều dưỡng có kinh nghiệm là rất quan trọng trong việc xử trí hội chứng cai rượu. Quản lý môi trường, chăm sóc người bệnh trong một căn phòng thiếu sáng, yên tĩnh, liên tục trấn an và các định hướng lại cho người bệnh và thường xuyên kiểm tra mức độ cai rượu, ví dụ: 2-4 giờ một lần trong bệnh viện.

9. Theo dõi chặt chẽ

Theo dõi chặt chẽ (2-4 giờ một lần) cai rượu được khuyến khích đối với tất cả người bệnh (CIWA-AR nên <10).

Nếu người bệnh lên cơn co giật

- Sử dụng Đánh giá nhanh và Mục 3.5.
- Đảm bảo luôn có một người chịu trách nhiệm chăm sóc người bệnh.
- Đặt người bệnh trong một căn phòng yên tĩnh không có đèn sáng.
- Cứ 30-60 phút theo dõi huyết áp, mạch, nhiệt độ, nhịp thở và ghi lại điểm cai rượu.
- Nếu hồi phục tri giác chậm, đảm bảo đủ dịch truyền tĩnh mạch.

Sau khi hồi phục từ cơn co giật, cho diazepam 10-20 mg 2 giờ một lần cho đến khi người bệnh được dùng thuốc an thần nhẹ (hoặc đã nhận được 80 mg) để quản lý hội chứng cai, ngăn chặn cơn co giật hơn nữa và làm giảm khả năng mê sảng. Không cần phải điều trị chống co giật liên tục sau một cơn co giật cai rượu.

Nếu người bệnh có mê sảng do hội chứng cai rượu

- Sử dụng Đánh giá nhanh và Mục 3.4.
- Đặt đường truyền tĩnh mạch
- Tiêm tĩnh mạch 5 mg diazepam, lặp đi lặp lại nếu cần thiết sau 15 phút một lần cho đến khi người bệnh trong tình trạng an thần hoặc có thể uống diazepam.
- Loại trừ các nguyên nhân khác gây tình trạng lú lẫn, ví dụ tình trạng thiếu oxy, nhiễm trùng, tụ máu dưới màng cứng, trao đổi chất và sự mất cân bằng điện giải, CVA hoặc bệnh gan mất bù.
- Đảm bảo có điều dưỡng kinh nghiệm để chăm sóc.
- Đặt người bệnh trong một căn phòng yên tĩnh phù hợp nhưng không có điện sáng.
- Cứ 30 phút một lần theo dõi huyết áp, mạch, nhiệt độ, nhịp thở và ghi lại số điểm cai rượu.
- Cho thiamin 100 mg tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm bắp hàng ngày.
- Cung cấp đầy đủ dịch truyền tĩnh mạch.

Sau khi hồi phục từ cơn mê sảng, cho diazepam theo mức độ nghiêm trọng của tình trạng cai còn lại.

Những thận trọng với những người bệnh có rối loạn y tế phức tạp

Nếu người bệnh có rối loạn thông khí tắc nghẽn mạn tính mà không suy hô hấp, nên giảm liều diazepam và tăng liều một cách cẩn thận. Theo dõi SpO₂ trước và sau mỗi liều diazepam.

Nếu suy hô hấp, KHÔNG cho thuốc an thần. Sử dụng hướng dẫn quản lý đường thở. Đánh giá nhanh (trang 30) và yêu cầu sự giúp đỡ khẩn cấp để duy trì đường thở thông suốt. Cho oxy thận trọng và hỗ trợ thông khí.

Ở những người bệnh bị bệnh gan với suy gan mất bù (bệnh não, cổ chướng, vàng da), benzodiazepines có thể làm trầm trọng thêm bệnh não do gan. Trong những trường hợp hợp đó, thường là những người bệnh đã buồn ngủ và không cần diazepam. Nếu người bệnh có những dấu hiệu tăng hoạt động tự động phù hợp với cai rượu, cung cấp cho họ một liều nhỏ diazepam và chờ đợi hiệu lực và thời gian tác dụng của nó. Thông thường, một liều là đủ.

Một ví dụ thang điểm cai rượu tiếp theo - **thang điểm cai rượu CIWA-AR⁶**. Thang điểm được sử dụng để theo dõi và điều trị tất cả các người bệnh có thể nghiện rượu và đã ngừng uống rượu trong 72 giờ trước đó.

Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, Naranjo CA, Sellers EM. Đánh giá cai rượu: Thang điểm đánh giá cai rượu sửa đổi Viện lâm sàng (CIWA-AR). Tạp chí Anh Addiction, 1989;84:1353-7

Người bệnh có nguy cơ hội chứng cai rượu thấp?

- uống <6 ly một lần ngày và
- không có tiền sử hội chứng cai rượu

Điều trị như thường lệ

Người bệnh hiện đang trải qua hội chứng cai nghiêm trọng (CIWA > 20) hoặc có thể trải nghiệm cai rượu nghiêm trọng?

- ngừng uống rượu nặng trong tuần trước và
- cơn cai rượu nặng nghiêm trọng trước đây hoặc
- co giật cai rượu trước đây hoặc mê sảng cai rượu.

Điều trị triệu chứng cai khi chúng xuất hiện với 20 mg diazepam 2 giờ một lần cho đến khi người bệnh được sử dụng thuốc an thần nhẹ.

Theo dõi với CIWA trong 1 tuần và điều trị sự

Theo dõi cho sự xuất hiện của cai rượu với CIWA.

Điều trị triệu chứng cai khi chúng xuất hiện.

- 10-20 mg diazepam nếu CIWA ≥ 10 và lặp lại CIWA trong 2 giờ.
- 5-10 mg diazepam nếu CIWA <10, cho các triệu chứng cai nhẹ. Lặp lại CIWA trong 4-8 giờ.
- Tiếp tục cho đến khi CIWA <10 trong vòng 24 giờ sau liều cuối cùng của diazepam.
- Không cho diazepam nếu người bệnh bình thường, không có vấn đề gì với điểm CIWA.
- Không xử lý căn bản trên điểm CIWA nếu nó nâng lên vì những lý do khác (ví dụ vấn đề y tế khác).

Thang điểm cai rượu CIWA-AR (AWS)

Ghi lại quan sát theo thang điểm sau. Chuyển điểm đến bản tóm tắt ở trang sau.

<p>Buồn nôn và nôn Hỏi “Bạn có cảm thấy khó chịu ở bụng? Bạn nôn chưa?”</p> <p>0 Không buồn nôn và không nôn 1 Hơi buồn nôn và không nôn 2 3 4 Buồn nôn liên tục với nôn khan 5 6 7 Buồn nôn liên tục, thường nôn khan và nôn</p>	<p>Rối loạn xúc giác Hỏi “Bạn có ngứa, cảm giác tê tê buồn buồn, đốt nóng, bị tê, hay bạn cảm thấy rộp bò dưới da không?”</p> <p>0 Không 1 Ngứa rất nhẹ, cảm giác tê tê buồn buồn, đốt nóng hoặc tê 2 Ngứa nhẹ, cảm giác tê tê buồn buồn, đốt nóng hoặc tê 3 Ngứa vừa, cảm giác tê tê buồn buồn, đốt nóng hoặc tê 4 Áo giác nghiêm trọng vừa phải 5 Áo giác nghiêm trọng 6 Áo giác cực kỳ nghiêm trọng 7 Áo giác liên tục</p>
<p>Run Quan sát cánh tay của người bệnh mở rộng và các ngón tay xò ra</p> <p>0 Không run 1 Không nhìn thấy, nhưng có thể cảm thấy ngón tay này với ngón tay kia 2 3 4 Vừa phải, với cánh tay của người bệnh mở rộng 5 6 7 Nghiêm trọng, ngay cả khi cánh tay không mở rộng</p>	<p>Áo giác thính giác Hãy hỏi “Bạn có nhận ra âm thanh xung quanh bạn? Chúng có chói tai? Chúng có làm bạn sợ? Bạn đang nghe những thứ gây khó chịu với bạn? Bạn đang nghe những thứ bạn biết không có ở đó?”</p> <p>0 Không có 1 Chói tai rất nhẹ hoặc có khả năng làm cho sợ 2 Chói tai nhẹ hoặc có khả năng làm cho sợ 3 Chói tai vừa phải hoặc có khả năng làm cho sợ 4 Áo giác nghiêm trọng vừa phải 5 Áo giác nghiêm trọng 6 Áo giác cực kỳ nghiêm trọng 7 Áo giác liên tục</p>
<p>Đổ mồ hôi kịch phát Ghi lại quan sát.</p> <p>0 Không thấy mồ hôi 1 Hầu như không cảm nhận được mồ hôi, lòng bàn tay ẩm 2 3 4 Những giọt mồ hôi rõ ràng trên trán 5 6 7 Mồ hôi đổ như mưa</p>	<p>Rối loạn thị giác Hỏi “Có sáng quá không? Màu sắc của nó khác không? Liệu nó có làm tổn thương mắt của bạn? Bạn thấy có điều gì làm bạn khó chịu không? Bạn có nhìn thấy những thứ bạn biết không có ở đó?”</p> <p>0 Không có 1 Nhạy cảm rất nhẹ 2 Nhạy cảm nhẹ 3 Nhạy cảm vừa phải 4 Áo giác nghiêm trọng vừa phải 5 Áo giác nghiêm trọng 6 Áo giác cực kỳ nghiêm trọng 7 Áo giác liên tục</p>

<p>Lo lắng Hỏi “Bạn có cảm thấy lo lắng không?”</p> <p>0 Không lo lắng, thoải mái 1 Hơi lo lắng 2 3 4 Lo lắng vừa phải hoặc được bảo vệ, do đó, suy ra là lo lắng 5 6 7 Tương đương với tình trạng hoảng loạn cấp như thấy trong cơn mê sảng nặng hoặc phản ứng tâm thần phân liệt cấp tính</p>	<p>Nhức đầu, nặng đầu Hỏi “Đầu cảm thấy khác không? Có cảm thấy như có một bàn nhạc xung quanh đầu bạn?” Không đánh giá chóng mặt hoặc váng đầu. Nếu không đánh giá mức độ nghiêm trọng.</p> <p>0 Không có 1 Rất nhẹ 2 Nhẹ 3 Vừa phải 4 Khá nghiêm trọng 5 Nghiêm trọng 6 Rất nghiêm trọng 7 Cực kỳ nghiêm trọng</p>
<p>Kích động</p> <p>0 Hoạt động bình thường 1 Hoạt động hơi nhiều hơn bình thường 2 3 4 Đứng ngồi không yên và không chịu nghỉ mức vừa phải 5 6 7 Đi đi lại lại trong hầu hết cuộc phỏng vấn hoặc liên tục tranh luận</p>	<p>Định hướng và sự u ám của các giác quan Hỏi: “Hôm nay ngày thứ mấy? Anh đang ở đâu? Tôi là ai?”</p> <p>0 Định hướng và có thể làm nhiều phép tính cộng 1 Không thể cộng dồn hoặc là không chắc chắn về ngày 2 Mất phương hướng về ngày không > 2 ngày lịch 3 Mất phương hướng về ngày bằng > 2 ngày lịch 4 Mất phương hướng về địa điểm hoặc người</p>

Ngày dự kiến và lần uống cuối cùng _____

Ngày:														
Thời gian:														
Buồn nôn và nôn														
Run														
Đồ mồ hôi kịch phát														
Lo lắng														
Kích động														
Rối loạn xúc giác														
Ảo giác thính giác														
Rối loạn thị giác														
Nhức đầu, nặng đầu														
Định hướng và sự u ám														
Của các giác quan														

Dấu hiệu quan trọng:														
Nhiệt độ														
Mạch														
Nhịp thở														
Huyết áp														

3.7.2 Ngộ độc rượu cấp

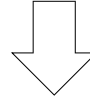
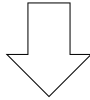
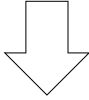
Phần này tóm tắt các can thiệp ngộ độc rượu cấp tính và các hội chứng cấp tính liên quan đến uống rượu cấp tính. Những người bị ngộ độc rượu hoặc những người đang chịu đựng các vấn đề cấp bách do sử dụng rượu, có thể đến các dịch vụ như trạm y tế, cảnh sát, dịch vụ xe cứu thương, các phòng cấp cứu và phòng khám cấp tính.

Đảm bảo người bệnh trong một môi trường an toàn. Sử dụng Đánh giá nhanh và theo dõi dấu hiệu quan trọng. Lặp lại Đánh giá nhanh thường xuyên. Tiến hành đánh giá tổng thể ngắn gọn.

- a. Người đó hưng hăng hay hiếu động? Nếu có, thì:
 - Xem xét liệu người đó đã sử dụng các chất kích thích thần kinh hoặc có rối loạn tâm thần;
 - Hãy cẩn thận khi cho thuốc an thần nếu ngộ độc là do chỉ uống rượu vì điều này có thể làm tăng mức độ hưng hăng hoặc gây ra mất ý thức đột ngột;
 - Hỗ trợ y tế có thể cần thiết.
- b. Người đó tiếp xúc chậm, lú lẫn hay người đó giảm mức độ ý thức? Nếu có, sau đó:
 - Đảm bảo rằng các dấu hiệu quan trọng ổn định bằng cách thường xuyên theo dõi đường hô hấp, thở, tuần hoàn.
- c. Người đó mất ý thức? Nếu có, hãy xem xét những điều sau đây:
 - Đặt người bệnh nằm nghiêng (ở “vị trí hôn mê”) để tránh sặc.Hãy xem xét sự cần thiết phải hỗ trợ hô hấp cho người bệnh bị ức chế hô hấp nặng.
 - Kiểm tra các bằng chứng của chấn thương đầu, vết thương khác, sốt và các nguyên nhân khác gây lú lẫn và làm giảm ý thức.
 - Nếu người bệnh lú lẫn, cho tiêm thiamine.
 - Bảo vệ người bệnh khỏi ngã và tránh tình trạng bất động kéo dài để ngăn chặn tiêu cơ vân.
 - Kiểm tra đường huyết.

Việc sử dụng lặp đi lặp lại những lượng rượu gây độc đặt một người vào nguy cơ tác hại cấp tính cao và tổn thương dài hạn (xem phần 16 về rượu).

Đặt người đó vào một môi trường an toàn và tiến hành đánh giá tổng thể ngắn gọn
Hỏi về việc sử dụng rượu



**Nếu người đó hung hăng hay
hiếu động thái quá và là mối
nguy hiểm cho bản thân hoặc
người khác.**

Tìm kiếm hỗ trợ y tế
(người bệnh có thể có sử dụng
các chất kích thích thần kinh
hoặc có một bệnh tâm thần và
có thể cần thuốc an thần hoặc
thuốc chống loạn thần)

**Nếu người đó tiếp xúc chậm,
lú lẫn hoặc giảm ý thức**

Sử dụng Đánh giá nhanh (lặp lại):
Đường thở
Thở
Lưu thông

Theo dõi các dấu hiệu quan trọng

Nếu người đó bất tỉnh

Đặt họ nằm nghiêng ở vị trí hôn
mê để tránh sặc

Sử dụng Đánh giá nhanh (lặp lại):

Đường thở

Thở

Lưu thông

Theo dõi các dấu hiệu quan
trọng

Quản lý đường hô hấp
(xem Đánh giá nhanh trang 30)



Kiểm tra các bằng chứng của chấn thương đầu, vết thương khác, sốt và các nguyên nhân khác
gây lú lẫn và làm giảm mức độ ý thức.

Bảo vệ người bệnh khỏi ngã và tránh tình trạng bất động kéo dài để ngăn chặn tiêu cơ vân
Hãy gọi hỗ trợ y tế

3.8 Ngộ độc

Trong phần này:

- 3.8.1 Ngộ độc hoặc quá liều opioid
- Uống hoặc quá liều các loại thuốc
 - Tránh hít phải các chất từ dạ dày
 - Đánh giá đường thở và thở
 - Đánh giá tuần hoàn
 - Đánh giá rối loạn thần kinh
 - Đánh giá nhu cầu về thuốc giải độc
 - Đánh giá rủi ro
 - Ngộ độc các chất thông thường
 - Nguyên tắc xử trí đối với ngộ độc đường tiêu hóa
 - Những điểm cần cân nhắc quan trọng trong hồi sức và ổn định người bệnh ngộ độc khác với hồi sức những người bệnh không bị ngộ độc
 - Sự khác biệt với hướng dẫn tiêu chuẩn về xử trí loạn nhịp tim và hồi sức tim mạch nâng cao
 - Tiêu chuẩn nhập viện điều trị nội trú
 - Loại bỏ chất độc ra khỏi đường tiêu hóa (khử độc ruột)
 - Gây nôn (nôn) để điều trị ngộ độc thường không sử dụng
 - Vai trò hạn chế của rửa dạ dày
 - Than hoạt tính có thể hữu ích trong 1-2 giờ đầu tiên sau khi hấp thụ một số chất độc
 - Vai trò hạn chế rửa ruột toàn phần (WBI) để khử độc ruột
 - Xử trí một số ngộ độc cụ thể
 - Bảng: Các chất độc hoặc độc tố, các triệu chứng ngộ độc, và hướng dẫn ngắn gọn về xử trí cụ thể
- 3.8.2 Hít chất độc
- Bảng: Các chất độc hoặc độc tố hít phải, các triệu chứng ngộ độc và hướng dẫn ngắn gọn về xử trí cụ thể
- 3.8.3 Hóa chất trên da hoặc trong mắt
- Bảo vệ sức khỏe nhân viên y tế
 - Xử trí hóa chất trong mắt
 - Xử trí hóa chất trên da
 - Xử trí phốt pho hữu cơ hoặc carbamate trên da
 - Xử trí tiếp xúc với hơi cay (ví dụ như khí CN hoặc CS)

Nghi ngờ ngộ độc nếu một người bệnh khỏe mạnh trước đó có biểu hiện mắc bệnh không giải thích được. Ngộ độc có thể xảy ra với các chất dược phẩm, thuốc kích thích, hóa chất thương mại và hộ gia đình, hóa chất nông nghiệp, thực vật và nấm. Thuốc đông y, thực phẩm và nước bị ô nhiễm cũng có thể là nguồn nhiễm độc. Nuốt phải là đường tiếp xúc phổ biến nhất, nhưng ngộ độc có thể xảy ra do hít phải và tiếp xúc với da, cũng như do bị cắn và đốt (xem Phần 3.9 Rắn cắn). Ngộ độc có thể từ rượu, opioid và các thuốc kích thích khác được thảo luận tại mục 3.6 và 3.7.

3.8.1 Ngộ độc qua đường tiêu hóa hoặc uống quá liều thuốc

Người bệnh bị ngộ độc có thể đến một cơ sở y tế với nhiều các tình huống lâm sàng. Họ có thể bước vào trong tình trạng buồn ngủ với những dấu hiệu sinh tồn ổn định hoặc được đưa đến trong tình trạng bất tỉnh, tắc nghẽn đường thở trên và trạng thái tim mạch không ổn định (sốc hoặc loạn nhịp tim). Tất cả những người bệnh có khả năng ngộ độc cần được đánh giá ngay lập tức đối với tình trạng đe dọa tính mạng như hạ huyết áp, tình trạng thiếu oxy, hạ đường huyết và bất thường điện giải, tiếp theo là đánh giá rủi ro.

- Sử dụng Đánh giá nhanh để đánh giá tình trạng khẩn cấp của đường thở, hô hấp, tuần hoàn, hôn mê hoặc co giật và để đưa ra những phương pháp điều trị khẩn cấp.

Tránh hít các chất từ dạ dày

Đây là một trong những khía cạnh quan trọng nhất của công tác xử trí ngộ độc với hoặc là thuốc làm dịu hệ thần kinh trung ương hoặc là những chất gây ra nôn ọc. Tránh hít vào cũng rất quan trọng trong quá trình vận chuyển người bệnh từ địa điểm ngộ độc đến cơ sở y tế gần nhất.

- Những người bệnh buồn ngủ nên được chăm sóc ở vị trí nằm nghiêng an toàn (xem Đánh giá nhanh trang 43) để tránh hít vào dạ dày.

Đánh giá đường thở và thở

Sử dụng Đánh giá nhanh để được hướng dẫn về việc đánh giá trường hợp khẩn cấp đường thở và thở và cách xử trí cấp cứu, chẳng hạn như cách xử trí đường thở (ví dụ ngửa đầu), cách cho thở oxy, cách cho salbutamol khi khò khè và xử trí đường thở nâng cao (ví dụ như chỉ định đặt nội khí quản, bóp bóng, vận chuyển một người bệnh). Ngoài ra, xem Phần 3.2.3 cho thảo luận chi tiết hơn về chăm sóc người bệnh nặng bị suy hô hấp.

Người bệnh bị ngộ độc có thể biểu hiện suy hô hấp nặng từ nhiều nguyên nhân, chẳng hạn như không có khả năng để bảo vệ đường hô hấp, nỗ lực hô hấp kém, tắc nghẽn đường thở trên, co thắt phế quản, hít, tổn thương phổi cấp tính. Tìm dấu hiệu suy hô hấp nghiêm trọng ở các người bệnh bị nhiễm độc, chẳng hạn như:

- Nhịp thở nhanh hoặc rất chậm
- Tim tái, $SpO_2 < 90$
- Nghe phổi thấy những bất thường (ví dụ như co thắt phế quản, ran)
- Di động lồng ngực chậm với di động bụng bù gợi ý yếu cơ hoành nghiêm trọng và là dấu hiệu thiếu thông khí.
- Điểm AVPU thấp (P hoặc tệ hơn) cho thấy người bệnh có thể không có khả năng bảo vệ đường thở và có nguy cơ hít vào cao. Nếu người bệnh không ho trong quá trình hút các chất tiết trong hầu họng, có thể là dấu hiệu không bảo vệ đường thở của họ.

Thật khó để khái quát nhịp thở an toàn ở người bệnh bị ngộ độc. Trong đánh giá đường thở, điều là tối quan trọng là phải nhớ các đặc điểm lâm sàng nêu trên và theo dõi người bệnh chặt chẽ để xem các triệu chứng tồi tệ hơn hoặc được cải thiện. Nhịp thở < 8 cho phép hành động càng sớm càng tốt. Ví dụ, ở những người bệnh bị ngộ độc opioid, cho naloxone và hỗ trợ thông khí bằng bóp bóng qua mặt nạ (BVM) (xem Đánh giá nhanh trang 32) cho đến khi người bệnh hồi phục và có thể thở không cần trợ giúp. Nhịp thở 12 (bình thường) có thể chỉ ra sự cần thiết phải đánh giá thêm các thông số lâm sàng và theo dõi chặt chẽ để xem hô hấp có bất thường không. Nếu người bệnh có nhịp thở lớn hơn 25 hoặc có dấu hiệu suy hô hấp khác, tìm nguyên nhân. Thở nhanh có thể được gây ra bởi nhiều yếu tố, ví dụ:

- Tình trạng thiếu oxy thứ phát đến dịch tiết quá mức từ niêm mạc đường hô hấp, như trong trường hợp tự ngộ độc phốt pho hữu cơ. Điều này sẽ được khẳng định bằng nghe tim thai tim tiếng ran hoặc thở khò khè, tiếp theo cung cấp atropine.
- Tình trạng thiếu oxy do hít chất dịch dạ dày. Nghe tim sẽ cho thấy tiếng ran thô trong một bên phổi trong hầu hết các trường hợp. Điều này có thể dẫn đến tổn thương phổi cấp tính, ran ẩm và hình ảnh thâm nhiễm lan tỏa trên phim X-quang phổi (xem mục 3.2.3).

- Thay đổi trong tình trạng acid-base, chẳng hạn như nhiễm toan chuyển hóa hoặc kích thích trung tâm hô hấp (gây nhiễm kiềm hô hấp), như trong ngộ độc salicylate. Cần nghĩ tới khả năng này nếu người bệnh có độ bão hòa ô xy bình thường và phổi không có tổn thương. (Phân tích khí máu động mạch hoặc tĩnh mạch là cần thiết.)

Đánh giá tuần hoàn

Nếu người bệnh đang nói chuyện và tỉnh táo, không thể có bất thường tim mạch nghiêm trọng. Trong hầu hết các trường hợp ngộ độc, có thể điều trị hạ huyết áp bằng bù dịch tĩnh mạch (xem Đánh giá nhanh trang 40 và Mục 3.1). Ngoài ra, một số trường hợp có thể cần cung cấp thuốc giải độc. Xác định nhu cầu thêm dịch dựa trên đáp ứng lâm sàng (tìm kiếm dấu hiệu của đủ dịch truyền và các dấu hiệu quá tải dịch). Xem Phần 3.1 để biết thêm chi tiết về xử trí sốc. Đối với sốc không đáp ứng với hồi sức bằng dịch truyền và thuốc giải độc, hãy xem xét thuốc vận mạch sớm, vì nhiều chất độc có thể làm cơ bóp cơ tim yếu đi. Sự xuất hiện tăng huyết áp theo sau khi quá liều là rất hiếm và cần cảnh báo khả năng của cocaine, amphetamine hoặc các chất cường giao cảm khác (xem mục 3.6.3).

Đánh giá thần kinh

Tình trạng thần kinh cần được đánh giá bằng cách sử dụng thang điểm AVPU (xem Phần 3.4). Nếu điểm là P hoặc tệ hơn và người bệnh không có phản xạ ho, người bệnh có nguy cơ hít vào cao. Không bảo vệ được đường thở là một dấu hiệu để xử trí đường thở nâng cao bằng đặt nội khí quản. Điều này cần được xem xét khi việc thực hiện bóp bóng qua nội khí quản trong thời gian ngắn hoặc nếu chuyển đến một bệnh viện khác có thể thở máy. Xem Đánh giá nhanh trang 30-33 để biết thêm chi tiết về xử trí đường thở nâng cao. Những người bệnh có tình trạng ý thức lơ mơ nên được chăm sóc ở tư thế nằm nghiêng an toàn (xem Đánh giá nhanh trang 43) để tránh hít.

Đánh giá nhu cầu thuốc giải độc

Sau khi hồi sức, nhu cầu của người bệnh đối với thuốc giải độc nên được đánh giá.

Đánh giá nguy cơ

Cố gắng xác định đã dùng thuốc gì (tên thuốc, sản phẩm, thực vật), đã sử dụng nhiều chất chưa (ethanol thường là một chất cùng uống), bao nhiêu (độ mạnh của viên nén, khối lượng và nồng độ của chất lỏng), sử dụng khi nào (thời gian trôi qua kể từ khi tiếp xúc) và thời gian tiếp xúc, người bệnh có nôn không, đã sơ cứu chưa (mô tả sơ cứu). Tìm hiểu lý do tại sao ngộ độc xảy ra là việc quan trọng: đó là vô tình hay cố ý? Nếu sau đó (có gắng tự sát hoặc giết người), thì quá liều có thể nặng hơn. Nếu đây là một cố gắng tự tử, Đánh giá xem nhanh trang 71 và Mục 10.11.2. Đường tiếp xúc rất quan trọng vì điều này có thể xác định tốc độ bắt đầu của ảnh hưởng độc hại. Có thể có nhiều đường tiếp xúc (ví dụ hít phải, qua da).

- Hỏi về vật đựng, chai hoặc mẫu thực vật được mang cùng với người bệnh (có thể tìm thấy ở gần người bệnh hoặc trong một thùng rác).
- Kiểm tra xem người khác có liên quan không.
- Kiểm tra tiền sử bệnh và nghề nghiệp của người bệnh từ các yếu tố có thể ảnh hưởng đến nguy cơ ngộ độc, ví dụ bệnh mạn tính như bệnh tiểu đường, bệnh tim mạch, phụ thuộc thuốc, tiếp xúc nghề nghiệp hóa chất hoặc các vấn đề về tâm lý và gia đình. Tình trạng dinh dưỡng cũng rất quan trọng, ví dụ suy dinh dưỡng có thể làm tăng nguy cơ ngộ độc trong quá liều paracetamol.

- Kiểm tra xem người bệnh đang dùng những loại thuốc nào, bao gồm cả đông y, bởi vì chúng có thể tương tác với chất đã được dùng trong quá liều, dẫn đến các hiệu ứng độc hại khởi phát nhanh hơn hoặc kéo dài hơn hoặc hiệu ứng độc hại nghiêm trọng. Ví dụ, cùng uống hai loại thuốc serotinerpic làm tăng nguy cơ hội chứng serotonin. Một nhóm thuốc quan trọng là chất ức chế kháng vi-rút protease, được chuyển hóa bởi các enzym P450 gan. Ví dụ, ritonavir ức chế sự chuyển hóa của dextropropoxyphen dẫn đến nguy cơ ngộ độc lớn hơn và một số thuốc ức chế protease ức chế trao đổi chất của benzodiazepin như diazepam.¹

Các chất ngộ độc phổ biến

- Thuốc: thuốc giảm đau (như paracetamol [acetaminophen], opioid, salicylat), thuốc chống trầm cảm, thuốc chống co giật, thuốc an thần, thuốc chống sốt rét, muối sắt, thuốc hạ huyết áp, hạ đường huyết, thuốc giãn phế quản và các loại thuốc lạm dụng.
- Thực vật: ví dụ cây cà độc dược datura (táo gai, cô jimson), cà độc dược merel (trumpet của thiên thần), thầu dầu communis (đậu thầu dầu), thevetia peruviana (cây trúc đào vàng), atropa belladonna (deadly nightshade), gloriosa superba (glorilylily).
- Nấm: ví dụ amanita phalloides, loài gyromitra.
- Chế phẩm thảo mộc: ví dụ cây trồng làm thuốc, mướp đắng, kim sa, aristolochia.
- Thuốc trừ sâu: ví dụ thuốc diệt chuột, (ví dụ như thuốc chống đông máu, nhôm, phosphide kẽm), thuốc trừ sâu (ví dụ như lân hữu cơ và hợp chất carbamate), thuốc diệt cỏ (ví dụ như thuốc diệt cỏ, 2, 4-D, glyphosate, propanil, natri bispyribac).
- Các sản phẩm gia dụng: ví dụ chất tẩy rửa, thuốc tẩy, nước rửa cống, pin đĩa.
- Hóa chất thông thường: ví dụ axit, kiềm, dầu hoặc nến, bật lửa, sơn, methanol, ethylene glycol, thạch tín, chì.

Quyết định chẩn đoán và điều trị nên dựa trên sự kết hợp hỏi bệnh sử (danh tính của các chất độc, số lượng đã dùng), khám lâm sàng (đánh giá dấu hiệu sinh tồn, sự hiện diện của các triệu chứng và dấu hiệu, tức là toxidromes), xét nghiệm cạnh giường đơn giản (ví dụ như xét nghiệm màu sắc nước tiểu và SpO₂) và xét nghiệm chung (đường máu, điện tâm đồ và áp lực khí máu động mạch hoặc tĩnh mạch). Trong trường hợp opioid, chẩn đoán liều naloxone thách thức nhưng cần thận trọng, đặc biệt là ở những người bệnh nghiện opioid (xem Đánh giá nhanh trang 41 và Mục 3.6).

Bảng điều trị dưới đây hướng dẫn các liều thuốc độc hại. Tuy nhiên, cần lưu ý một số yếu tố ảnh hưởng đến nguy cơ ngộ độc, chẳng hạn như trọng lượng cơ thể, tuổi tác, các vấn đề sức khỏe trước đây, việc sử dụng lâu dài các loại thuốc và yếu tố di truyền. Vì vậy, người bệnh cần được đánh giá một cách tổng thể, chứ không chỉ dựa vào tiền sử dùng quá liều. Nếu có

một phòng thí nghiệm độc chất để đo nồng độ huyết thanh, điều này cung cấp các chỉ số hữu ích của nhu cầu điều trị đối với một số loại thuốc nhất định và các chất độc hại.

¹ Thông tin tương tác y học có thể được tìm thấy trong Lập công thức thuốc mẫu của WHO, năm 2008 có sẵn tại <http://apps.who.int/emlib/ModelList.aspx?Language=EN&MdType=FORMULARY>, Lập công thức thuốc quốc gia Anh (BNF), có sẵn thông qua HINARI tại <http://extranet.who.int/hinari/en/journals.php>. BNF cũng bao gồm một đoạn ngắn về ngộ độc.

Nếu không biết tiền sử uống rõ ràng chẩn đoán chất ngộ độc cần dựa trên các triệu chứng và dấu hiệu và một số xét nghiệm. Nếu điều này là không thể, người bệnh cần được điều trị hỗ trợ và nên ổn định các chỉ số sinh tồn, chẳng hạn như huyết áp và SpO₂.

- Sử dụng Đánh giá nhanh để kiểm tra các dấu hiệu khẩn cấp và cung cấp phương pháp điều trị khẩn cấp thích hợp (ví dụ như quản lý đường hô hấp, oxy, truyền dịch TM, glucose, naloxone).
- Nhìn vào trong miệng người bệnh và ngửi hơi thở.
- Cảm giác nhịp tim và làm điện tâm đồ để kiểm tra chứng loạn nhịp tim.
- Kiểm tra người bệnh từ đầu đến chân: tìm kiếm chấn thương, tím tái, mụn nước, bóng trong hoặc xung quanh miệng và kiểm tra tiếng thở rít (hư hại thanh quản từ các chất ăn mòn).

Nguyên tắc xử trí ngộ độc qua đường tiêu hóa

- Thực hiện Đánh giá nhanh để đánh giá các trường hợp khẩn cấp về đường thở, thở, tuần hoàn, hôn mê hoặc co giật.
- Xử trí đường thở (xem Đánh giá nhanh các trang 18-19).
- Nếu thông khí không đủ, hỗ trợ thông khí bằng bóp bóng qua mặt nạ (xem Đánh giá nhanh các trang 18-19).
- Nếu có dấu hiệu suy hô hấp nặng hoặc SpO₂ <90, cung cấp oxy (xem Đánh giá nhanh các trang 34-36).
- Nếu thở khô khè, cho salbutamol (xem Đánh giá nhanh trang 38).
- Có chỉ định xử lý đường thở nâng cao bằng cách đặt nội khí quản (xem Đánh giá nhanh các trang 63-68) không?
 - Không thể duy trì hoặc bảo vệ đường thở?
 - Không thể đảm bảo ô xy hoặc thông khí?
 - Tác nghẽn đường thở sắp xảy ra?
- Đối với những người bệnh có chỉ định đặt nội khí quản và cần phải tiếp tục hỗ trợ thông khí, xem xét các yêu cầu của xử trí đường thở nâng cao (xem Đánh giá nhanh các trang 63-68 và mục 3.2.2):
 - Đối với những tình trạng dễ cải thiện (ví dụ như opioid tác dụng lâu dài, quá liều thuốc khác hoặc ngộ độc dự đoán gặp các vấn đề về thông khí trong một số ngày), có thể thực hiện thông khí bằng tay;
 - Đối với những tình trạng không dễ thay đổi và có thể cần hỗ trợ thông khí dài hạn (ví dụ như tổn thương phổi cấp tính liên quan đến paraquat hoặc đường thở tắc nghẽn trên từ tiêu hóa chất ăn mòn), chuyển đến bệnh viện nơi có máy thở với tay nghề cao.
- Nếu sốc, cho truyền dịch ringer lactat hoặc muối sinh lý nhanh (xem Đánh giá nhanh trang 40 và mục 3.1). Nếu không bị sốc, truyền dịch chậm hơn (100 ml một giờ), theo dõi chặt chẽ các dấu hiệu của đủ dịch (nước tiểu) và dấu hiệu của tình trạng quá tải dịch để điều chỉnh dịch cho phù hợp.
- Nếu ý thức bị thay đổi, kiểm tra đường huyết và điều trị nếu thấp (<3 mmol/54 mg/dl) hoặc không biết (xem Đánh giá nhanh trang 42).
- Nếu ý thức giảm, đặt ở tư thế hồi phục.
- Xử trí co giật bằng diazepam hoặc lorazepam (xem Đánh giá nhanh trang 42 và Phần 3.5). Nếu nghi ngờ ngộ độc, phenobarbital nên là thuốc chống co giật cấp hai (phenytoin thường được coi là thuốc chống co giật lựa chọn cuối cùng của co giật do

thuốc vì nó có thể không hiệu quả hoặc có thể làm trầm trọng thêm độc tính trên tim).

- Kiểm tra Hb, Hct và phân tích nước tiểu.
- Nếu người bệnh hạ thân nhiệt (sử dụng một nhiệt kế đo đường trực tràng) ở người bệnh bằng chân ấm và truyền dịch ấm đường tĩnh mạch nếu cần thiết.
- Nếu người bệnh sốt cao, xem Phần 10.1 và hướng dẫn dưới đây cho các chất cụ thể.
- Kiểm tra các dấu hiệu thần kinh khu trú hoặc không đối xứng (xem Phần 10.10a).
- Xử trí kích động bằng diazepam (xem Đánh giá nhanh 60 trang và Mục 3.4). Tránh haloperidol và chlorpromazine, đặc biệt là trong trường hợp huyết động không ổn định.
- Rất ít người bệnh cần phải loại bỏ các chất độc hoặc sử dụng các thuốc giải độc.
- Thường xuyên theo dõi các dấu hiệu sinh tồn, tình trạng thần kinh và hô hấp (xem Mục 3.0 về các nguyên tắc chung cho việc chăm sóc người bệnh nặng).

Những điểm cần cân nhắc quan trọng trong hồi sức và ổn định người bệnh ngộ độc khác với hồi sức những người bệnh không bị ngộ độc

- Nuốt phải chất ăn mòn có thể dẫn đến tổn thương nghiêm trọng đường hô hấp trên (viêm niêm mạc và hoại tử), thở rít và tắc nghẽn, cần phải xử trí đường thở nâng cao (xem phần 3.2.2). Cần sự hỗ trợ của một bác sĩ có kinh nghiệm ngay lập tức vì tắc nghẽn hoàn toàn có thể tiến triển nhanh chóng. Đây là loại tổn thương có thể làm cho việc đặt nội khí quản rất khó khăn. Đảm bảo có bác sĩ có kinh nghiệm và chuẩn bị mở khí quản cấp cứu nếu cần thiết. Nếu đường thở đã bị tắc hoàn toàn, tiến hành mở sụn nhĩn giáp khẩn cấp (xem Đánh giá nhanh trang 70) hoặc mở khí quản cấp cứu để xử lý tắc nghẽn.
- Đồng tử giãn và không còn phản ứng không nhất thiết là một chỉ số tiên lượng xấu ở người bệnh hôn mê do ngộ độc thuốc chống trầm cảm ba vòng hoặc ngộ độc anticholinergic khác hoặc những người đang được điều trị bằng atropine.
- Việc đặt nội khí quản và đặt ống thông dạ dày trong ngộ độc thuốc ức chế beta có thể đồng thời làm trầm trọng thêm nhịp tim chậm. Sử dụng atropine dự phòng (0.6 mg cho người lớn) trước khi làm thủ thuật.

Sự khác biệt với hướng dẫn tiêu chuẩn về xử trí loạn nhịp tim và hồi sức tim mạch nâng cao (phác đồ ACLS)

- Hồi sức với dịch truyền tĩnh mạch và thuốc vận mạch có thể cần lâu hơn so với người bệnh không bị nhiễm độc.
- Cần liều atropine cao hơn ở những người bệnh có triệu chứng cholinergic do phốt pho hữu cơ gây ra.
- Các thuốc chống loạn nhịp nhóm 1a như procainamide, quynidine và disopyramide bị chống chỉ định đối với rối loạn nhịp thất trong quá liều với thuốc chống trầm cảm vòng và các chất chẹn kênh natri cơ tim khác.
- Nên tránh sử dụng thuốc chống loạn nhịp nhóm 1a và nhóm III trong trường hợp rối loạn nhịp tim do sotalol gây ra.
- Can xi đường tĩnh mạch được chỉ định trong nhiễm độc acid hydrofluoric, các chất chẹn kênh canxi và magiê (xem nhanh Đánh giá trang 29).
- Muối canxi cần tránh trong ngộ độc digoxin.
- Sốc điện đồng bộ cho nhịp nhanh nhĩ có thể dẫn đến vô tâm thu trong ngộ độc digoxin.

- Nên cho sodium bicarbonate để điều trị nhịp nhanh thất do các chất độc gây ra (xem hướng dẫn cá nhân về xử trí) và những người bị ngộ độc salicylate.
- Insulin-dextrose nên được sử dụng sớm trong việc xử trí hạ huyết áp nặng do ngộ độc thuốc chẹn kênh canxi và có thể vai trò trong ngộ độc thuốc chẹn beta.

Tiêu chuẩn nhập viện điều trị nội trú

Bao gồm những người bệnh:

- Đã có tình đầu độc chính mình;
- Có thể được người khác cố ý cho thuốc hoặc chất độc;
- Có nguy cơ tái phát tự huỷ hoại hoặc giết người;
- Xuất hiện với mức ý thức giảm;
- Xuất hiện với hạ huyết áp hoặc suy tim mạch khác;
- Đã uống phải thuốc trừ sâu, methanol, sắt, paracetamol, aspirin, ma túy, thuốc chống trầm cảm, chloroquine, thuốc chống loạn nhịp hoặc các chất khác có độc tính cao liên quan đến bệnh tật nghiêm trọng hoặc tử vong;
- Đã nuốt chất độc có tác dụng chậm, ngay cả khi chúng xuất hiện rõ. Chất độc bị trì hoãn tác dụng bao gồm aspirin, sắt, lithium, paracetamol, thuốc diệt cỏ, thuốc chống trầm cảm ba vòng và thuốc chống đông máu. Những tác động của các chế phẩm lộ ra ngoài biến đổi hoặc kéo dài cũng có thể bị trì hoãn.
- Đã tiêu hóa phải các chất ăn mòn hoặc các sản phẩm dầu khí. Những người bệnh này nên được nhập viện hay quan sát ít nhất 6 giờ. Các chất ăn mòn có thể gây bỏng thực quản nhưng có thể không rõ ràng ngay lập tức. Sản phẩm dầu khí, nếu hít vào có thể gây ra phù phổi và có thể mất vài giờ để phát triển.

Nếu không đủ nhân viên và các nguồn lực để xử trí các người bệnh ngộ độc nặng và có một bệnh viện chuyên khoa với các nguồn lực sẵn có để điều trị người bệnh (xem Đánh giá nhanh các trang 71-72), chuyển người bệnh một cách an toàn sau khi đảm bảo rằng đường hô hấp được bảo vệ. Chuyển người bệnh không ổn định có thể phát sinh các vấn đề khác trong quá trình chuyển.

Tham khảo ý kiến một chuyên gia về chất độc. Một số quốc gia có trung tâm chống độc với đường dây nóng. Nếu không có, có thể sử dụng các dịch vụ này bằng cách gọi điện thoại đến một trung tâm chống độc ở quốc gia khác². Một thư mục các trung tâm chống độc có thể được tìm thấy tại <http://www.who.int/ipcs/poisons/centre/directory/en/>.

Loại bỏ các chất độc từ đường tiêu hóa (khử nhiễm ruột)

Không nên cố gắng khử nhiễm ruột ở người bệnh buồn ngủ hoặc bất tỉnh với đường thở không an toàn do nguy cơ hít vào phổi.

Thường không sử dụng biện pháp làm cho nôn để điều trị ngộ độc

Không có bằng chứng nôn làm giảm hấp thu chất độc và nó có thể tăng nguy cơ hít. Hơn nữa, ảnh hưởng của các chất dùng để gây nôn có thể làm việc chẩn đoán phức tạp. Đặc biệt, không nên gây nôn sau khi hấp thụ các chất ăn mòn và hydrocarbon, vì nó làm tăng nguy cơ biến chứng.

² Cài số điện thoại của các trung tâm hợp tác; đặt đường dây nóng hoặc âm nếu có, thích ứng trong nước.

Vai trò hạn chế của rửa dạ dày

Rửa dạ dày hiếm khi được yêu cầu và chỉ nên xem xét nếu trong vòng một giờ trước đó người bệnh đã uống một lượng chất độc đe dọa tính mạng và không thể loại bỏ chất độc một cách hiệu quả bằng cách khác (ví dụ như sặc). Rửa dạ dày là không cần thiết nếu nguy cơ ngộ độc nhỏ hoặc nếu người bệnh đến quá muộn. Rủi ro chính là hít phải các chất từ dạ dày và chấn thương đối với người bệnh bất hợp tác.

Các điều kiện tiên quyết để rửa dạ dày là:

- Sự đồng ý của người bệnh
- Người bệnh tỉnh táo và có thể bảo vệ đường hô hấp hoặc được đặt nội khí quản
- Người bệnh đã được hồi sức đầy đủ và có trạng thái tim mạch ổn định.

Các chống chỉ định rửa dạ dày là:

- Người bệnh có đường thở không được bảo vệ, chẳng hạn như một người bệnh bị suy giảm mức độ ý thức và không đặt nội khí quản;
- Người bệnh đã nuốt phải các chất ăn mòn (có khả năng làm tăng nguy cơ chấn thương thực quản và dạ dày trong quá trình rửa dạ dày);
- Nếu việc sử dụng nó làm tăng nguy cơ và mức độ nghiêm trọng của hít vào (ví dụ như một người bệnh nuốt hydrocarbon với khả năng hít vào cao);
- Người bệnh có nguy cơ bị xuất huyết hoặc thủng đường tiêu hóa do bệnh lý, phẫu thuật gần đây hoặc tình trạng y tế khác.

Rửa dạ dày cần được thực hiện bởi một bác sĩ có trình độ và kinh nghiệm và phải giải thích thủ tục cho người bệnh. Mạch và huyết áp cần được theo dõi trong suốt quá trình rửa. Không bao giờ sử dụng sức mạnh để đặt ống. Đặt người bệnh ở vị trí bên trái, đầu nghiêng xuống. Đặt một ống thông dạ dày đường miệng (36-40 cỡ chuẩn của Pháp hoặc 30 cỡ chuẩn của Anh ở người lớn, có đường kính ngoài từ 12 đến 13,3 mm; và 24-28 cỡ chuẩn của Pháp ở trẻ em, đường kính ngoài 7,8-9,3 mm). Đưa vào 200 đến 300 ml (10 ml/kg ở trẻ em) nước muối sinh lý hoặc nước (tốt hơn là làm ấm đến 38°C - tránh nước ở trẻ em để ngăn chặn hạ natri máu). Bỏ lượng đưa vào trước khi cho thêm dịch. Nếu người bệnh trở nên bồn chồn hoặc nếu huyết áp giảm, từ bỏ quy trình. Cho một liều than hoạt tính (50 g) cho một người lớn và 1 g/kg cho một trẻ em sau khi thực rửa (xem bên dưới).

Than hoạt tính có thể hữu ích trong 1-2 giờ đầu tiên sau khi nuốt một số loại chất độc

Than hoạt tính có tác dụng hấp thụ chất độc và ngăn không cho chất độc được hấp thụ bởi người bệnh.

- Nó không hiệu quả trong các trường hợp ngộ độc do chất kiềm, axit, kim loại nặng, sắt, lithium, rượu độc, glycol và hydrocarbon như dầu lửa.

Than hoạt tính được chống chỉ định:

- Nếu người bệnh có đường hô hấp không được bảo vệ, chẳng hạn như người bệnh có suy giảm mức độ ý thức và không đặt nội khí quản;
- Nếu việc sử dụng nó làm tăng nguy cơ và mức độ nghiêm trọng của hít vào (ví dụ như hydrocarbon với một khả năng hít vào cao);

- Ở những người bệnh có nguy cơ xuất huyết tiêu hóa hoặc thủng do bệnh lý, phẫu thuật gần đây hoặc tình trạng y tế có thể tiếp tục bị tổn thương bởi liệu than hoạt tính duy nhất.

Làm thế nào để chuẩn bị than hoạt tính

Than hoạt tính nên được pha với nước theo hướng dẫn của nhà sản xuất và được lắc kỹ.

- Đối với thanh thiếu niên và người lớn: cung cấp 50-100 g như một liều duy nhất (trẻ em 1-12 tuổi: cho 1 g/kg, tối đa 50 g).
- Dung dịch có thể được cung cấp qua một ống thông mũi dạ dày nếu đường hô hấp được bảo vệ và người bệnh tuân thủ.

Có than hoạt tính ở đường tiêu hóa có thể che khuất hình ảnh nội soi. Tuy nhiên, chất ăn mòn không phải là chống chỉ định khi sử dụng than đối với các chất cùng uống mà có độc tố toàn thân.

Thường không sử dụng biện pháp làm cho nôn để điều trị ngộ độc

Mục đích làm sạch toàn bộ đường tiêu hóa sử dụng một dung dịch điện giải polyethylene glycol được cân bằng thẩm thấu.

NB: WBI chỉ nên được thực hiện bằng cách sử dụng dung dịch này, được pha chế một cách cẩn thận để ngăn chặn các rối loạn nước và điện giải.

- Các chỉ dẫn cho WBI là việc tiêu hóa có khả năng độc hại các thuốc được tráng trong ruột hoặc thuốc tác dụng chậm, sắt và các gói ma túy trái phép.
- WBI chống chỉ định khi có tắc ruột, nghẽn ruột, thủng ruột, xuất huyết tiêu hóa đáng kể về lâm sàng, sự bất ổn định huyết động, nôn không kiểm soát được và đường thở bị tổn hại không được bảo vệ.

Ống thông Pháp A 12 được đặt vào dạ dày (xác định vị trí dạ dày bằng ống nghe khi không khí vào). Ống sau đó được gắn với một túi chứa dung dịch rửa được treo từ một vị trí cao. Người bệnh nên ngồi hoặc nâng đầu giường lên ít nhất là 45°. Dung dịch rửa được cho ở mức 1500-2000 ml/h cho người lớn và thanh thiếu niên. Nên đặt người bệnh trên một cái ghế dùng để tiểu tiện hoặc vật tương tự để thu thập nước thải. Nên tiếp tục WBI ít nhất cho đến khi nước thải trực tràng trong.

Xử trí ngộ độc các chất độc cụ thể

Hướng dẫn tóm tắt về xử trí các ngộ độc cụ thể được trình bày trong bảng ở trang tiếp theo, chất độc và độc tố, các triệu chứng của ngộ độc khi quá liều và hướng dẫn ngắn gọn về xử trí cụ thể. Điều này không bao gồm tất cả các khía cạnh của điều trị hoặc biến chứng, người đọc nên tham khảo các nguồn bổ sung. Một số hóa chất nông nghiệp và các loại thuốc ít có khả năng dẫn tới hậu quả xấu nghiêm trọng trên lâm sàng và chỉ nên được điều trị bằng chăm sóc hỗ trợ (xem Bảng: hóa chất nông nghiệp và dược phẩm ít có khả năng dẫn đến kết quả xấu trên lâm sàng).

Bảng: Các chất độc hoặc độc tố, triệu chứng nhiễm độc khi quá liều và hướng dẫn ngăn gọn về xử trí cụ thể

Chất độc hoặc độc tố	Triệu chứng	Xử trí
Thuốc		
<p>Aspirin (acetylsalicylic acid)</p> <p>Liều độc hại: > 150 mg/kg hoặc 6,5 g thuốc aspirin tương đương (mức ít hơn)</p> <p>Tiêu hóa > 4 ml dầu lộc đề (98% methyl salicylate) hoặc nhiều hơn một lần liếm hay nếm cho <6 tuổi</p>	<p>Nôn, điếc, ù tai, rối loạn, tăng thông khí, mạch nhanh, huyết áp tâm thu thấp, mất nước, hạ đường huyết, hôn mê</p> <p>Sự hấp thu có thể kéo dài hoặc trì hoãn</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nếu hạ huyết áp hay sốc, truyền dịch TM nhanh (xe Đánh giá nhanh trang 40, mục 3.1). Mục tiêu đầy đủ lượng nước tiểu. • Cho than hoạt tính, theo sau là một liều thứ hai 4 giờ sau đó. • Theo dõi điện giải và bicarbonate 2 giờ một lần. • Xử trí hạ kali máu. Duy trì K⁺ huyết thanh từ 4 đến 4,5 mmol/l. • Kiểm tra và theo dõi nồng độ salicylate trong huyết thanh. • Xử trí nhiễm toan chuyển hóa bằng natri bicarbonate 1-2 mmol/kg tiêm TM nhanh, tiếp theo là truyền dịch duy trì. • Nếu mức độ salicylate > 500 mg/l, cho sodium bicarbonate để kiềm hóa nước tiểu (pH > 7,5). Cho sodium bicarbonate 225 mmol (225 ml của một dung dịch 8,4%) tiêm tĩnh mạch trong 1 giờ. <p>Cho bổ sung nhanh natri bicarbonate tĩnh mạch để duy trì độ pH trong nước tiểu khoảng 7,5-8,5.</p> <p>Lưu ý: chỉ nên thực hiện kiềm hóa nước tiểu nếu có cơ sở để theo dõi bicarbonate trong huyết thanh và pH nước tiểu.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Thường xuyên theo dõi pH nước tiểu, bicarbonate và kali, huyết thanh. • Cân nhắc cho lọc máu nếu nồng độ salicylate > 700 mg/l, suy thận, phù phổi, suy giảm sự tiến triển của các dấu hiệu quan trọng, hôn mê, co giật, rối loạn toan kiềm hoặc mất cân bằng điện giải, mặc dù điều trị thích hợp, hoặc tổn thương gan.

Chất độc hoặc độc tố	Triệu chứng	Xử trí
<p>Beta-blocker (chẹn beta)</p> <p>Liều độc hại: phản ứng đa dạng với quá liều</p>	<p>Hạ huyết áp và nhịp tim chậm, bloc nhĩ thất, phân ly điện cơ, sự chậm dẫn truyền trong não thất và suy giảm thần kinh trung ương ngừng tim và co giật với propranolol</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nếu hạ huyết áp hay sốc, truyền dịch tĩnh mạch nhanh chóng (xem Đánh giá nhanh trang 42, mục 3.1). Hãy thận trọng với các dấu hiệu của tình trạng quá tải dịch ở người bệnh bị bệnh tim. • Cung cấp than hoạt tính nếu tiêu hóa trong vòng 2 giờ, người bệnh được cung cấp ổn định. • Đối với các chế phẩm tác dụng chậm, cho nhiều liều than hoạt tính và xem xét việc rửa toàn bộ ruột. • Theo dõi tim và làm điện tâm đồ 12 chuyển đạo. Nếu QRS rộng hơn 120 phần nghìn giây, cho sodium bicarbonate (50 ml dung dịch 8,4% hoặc 1-2 mmol/kg). • Tiêm atropine tĩnh mạch nếu nhịp tim chậm kèm theo hạ huyết áp: 0,5-1 mg TM. Lặp lại 3-5 phút một lần đến tổng liều 0,04 mg/kg. • Nếu sốc không đáp ứng với bù dịch, cho thuốc vận mạch, bắt đầu dopamine tiếp theo là epinephrine (xem Phần 3.1.4) và điều chỉnh liều khi cần thiết. • Đối với nhịp tim chậm không đáp ứng kèm theo hạ huyết áp, cho isoprenaline (1 mg/phút). • Nếu HA không cải thiện, hãy cân nhắc cho canxi tĩnh mạch: cung cấp canxi gluconate 10% - 0,6 ml/kg lên tới đa là 30 ml trên 5 phút. Có thể lặp đi lặp lại 10-20 phút một lần đến 4 liều. <p>Đề thay thế, xem ghi chú ở dưới.³</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nếu có thể, cho glucagon như sau: dò liều 5 - 10 mg pha với dung dịch dextrose 5% tiêm TM và sau đó truyền 1-10 mg/giờ pha với dextrose 5%, chỉnh liều theo đáp ứng, liều duy trì tối đa không quá 48 giờ. • Nếu HA tâm thu không cải thiện, điều trị insulin - dextrose với dò liều insulin tác dụng ngắn 1-2 U/kg với 50 ml dextrose 50% sau 0,5-2 U/kg mỗi giờ và dịch truyền dextrose được chuẩn độ theo mức độ đường huyết. • Theo dõi chặt chẽ lượng đường máu (kiểm tra khoảng 30-60 phút) và kali huyết thanh. Lưu ý: Với phương pháp điều trị insulin, hạ kali máu có thể xảy ra do K⁺ dịch chuyển từ huyết tương vào các tế bào, do đó chú ý không điều chỉnh quá mức. • Điều trị co giật bằng diazepam (xem Đánh giá nhanh trang 42 và mục 3.5). Tránh việc sử dụng phenytoin trong quá liều propranolol.

³ Canxi clorua 10% - 0,2 ml/kg đến tối đa là 10 ml hơn 5 phút.

Chất độc hoặc độc tố	Triệu chứng	Xử trí
<p>Calcium-channel Blockers</p> <p>Liều độc hại: bất kỳ quá liều thể nào đều có thể nghiêm trọng</p>	<p>Hạ huyết áp và nhịp tim chậm, sốc tim</p> <p>Phản xạ nhịp tim nhanh với nifedepine</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nếu hạ huyết áp hay sốc, bù dịch TM nhanh chóng (xem Đánh giá nhanh trang 42, mục 3.1). Hãy thận trọng với các dấu hiệu của tình trạng quá tải dịch ở người bệnh bị bệnh tim. • Cho than hoạt tính nếu người bệnh tới viện trong vòng 2 giờ và ổn định. • Đối với các chế phẩm tác dụng chậm, cho nhiều liều than hoạt tính và xem xét việc rửa toàn bộ ruột. • Theo dõi tim và thực hiện ECG 12 điện cực. • Nếu không đáp ứng với bù dịch, cho canxi tĩnh mạch (canxi clorua 10% - 0,2 ml/kg đến tối đa là 10 ml hơn 5 phút; hoặc calcium gluconate 10% - 0,6 ml/kg lên đến tối đa 30 ml hơn 5 phút). Có thể lặp đi lặp lại 10-20 phút một lần lên đến 4 liều. • Nếu có nhịp tim chậm, cho atropine: 0,5-1 mg TM. Lặp lại 3-5 phút một lần đến tổng liều 0,04 mg/kg. • Theo dõi canxi, khí máu động mạch, glucose và kali. • Nếu HA tâm thu không đáp ứng với muối canxi, bắt đầu điều trị insulin - dextrose như sau: dò liều insulin tác dụng ngắn 1-2 U/kg với 50 ml dextrose 50% tiếp theo là 0,5-1 U/kg mỗi giờ và dịch truyền dextrose điều chỉnh theo mức độ đường huyết. • Theo dõi chặt chẽ lượng đường máu (kiểm tra khoảng 30-60 phút) và kali huyết thanh. Lưu ý: Với phương pháp điều trị insulin, hạ kali máu có thể xảy ra do phân phối lại từ huyết tương vào các tế bào, do đó không điều chỉnh quá mức. • Hạ huyết áp không đáp ứng với phương pháp điều trị trên nên điều trị bằng thuốc vận mạch bắt đầu với epinephrine (xem Mục 3.1.4). Có thể cần liều lượng lớn. Nếu nifedepine là thuốc gây ngộ độc, điều trị bằng dopamine. • Nếu cần thiết, tiếp theo cho glucagon: dò liều 5-10 mg pha với dung dịch dextrose 5% và sau đó truyền tĩnh mạch 1-10 mg/giờ pha với dextrose 5%, điều chỉnh liều theo đáp ứng, liều duy trì không hơn 48 giờ. • Nếu không đáp ứng với các biện pháp khác và nếu có sẵn, cân nhắc cho nhũ tương lipid tiêm tĩnh mạch nhanh (1,5 ml/kg dung dịch 20%) sau đó 0,5 ml/kg/phút trong 30 đến 60 phút).
<p>Carbamazepine</p> <p>Liều độc hại: > 20 mg/kg</p>	<p>Rung giật nhãn cầu, giãn đồng tử, mất điều hòa, nói lắp, rối loạn ý thức, hạ huyết áp, nhịp tim nhanh, bí tiểu</p> <p>Trong nhiễm độc nặng: co giật, hôn mê, suy hô hấp và rối loạn nhịp tim</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kiểm soát đường thở và hỗ trợ thông khí khi cần thiết (xem Đánh giá nhanh các trang 30-33). • Nếu suy hô hấp nặng hoặc SpO₂ <90, cho thở oxy (xem Đánh giá nhanh các trang 34-36). • Nếu hạ huyết áp hay sốc, truyền dịch TM nhanh chóng (xem Đánh giá nhanh trang 40, mục 3.1). Hãy thận trọng với các dấu hiệu của tình trạng quá tải dịch ở người bệnh bị bệnh tim. • Cho lặp lại liều than hoạt tính nếu có sỏi bụng và đường thở được bảo vệ. • Theo dõi tim và làm điện tâm đồ 12 chuyển đạo. • Nếu vẫn còn bị sốc sau bù dịch, cho thuốc vận mạch (xem Mục 3.1.4). • Cho sodium bicarbonate với liều 50 ml dung dịch 8,4% hoặc 1-2 mmol/kg để điều trị người bệnh nhiễm toan chuyển hóa hay loạn nhịp tim, hoặc QRS giãn rộng (hay QRS lâu hơn 120 phần nghìn giây). • Đối với người bệnh co giật, cho diazepam là thuốc cắt cơn bậc 1, tiếp theo là phenobarbital nếu cần thiết (xem Đánh giá nhanh 42 trang và Mục 3.5). Không cho phenytoin.

Chất độc hoặc độc tố	Triệu chứng	Xử trí
<p>Thuốc chống trầm cảm ba vòng, ví dụ amitriptyline, imipramine</p> <p>Liều độc hại: despiramine, trimipramine và nortriptyline > 2,5 mg/kg</p> <p>Protriptyline > 1 mg/kg</p> <p>những thứ khác > 5 mg/kg</p>	<p>Tim mạch: hạ huyết áp, loạn nhịp, ngừng tim</p> <p>Hệ thống thần kinh trung ương: kích thích, bồn chồn, rung giật cơ, tăng phản xạ, mất phương hướng, lú lẫn, ảo giác, hôn mê, co giật</p> <p>Kháng cholinergic: tăng thân nhiệt, bí tiểu, liệt ruột, giãn đồng tử, khô miệng, đỏ bừng da</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kiểm soát đường thở và hỗ trợ thông khí khi cần thiết (xem Đánh giá nhanh các trang 30-33, 63). • Nếu suy hô hấp nặng hoặc $SpO_2 < 90$, cho thở oxy (xem Đánh giá nhanh các trang 34-36). • Nếu hạ huyết áp hay sốc, truyền dịch tĩnh mạch nhanh chóng (xem Đánh giá nhanh trang 40, mục 3.1). • Cho than hoạt tính nếu người bệnh tới trong vòng 2 giờ sau khi uống, cần bảo vệ đường thở. • Theo dõi khí máu động mạch, xử trí tình trạng thiếu oxy. • Theo dõi tim và làm điện tâm đồ 12 chuyển đạo, đo chiều rộng QRS. • Nếu sốc vẫn còn, cho thuốc vận mạch (xem phần 3.1.4) - norepinephrine là tốt nhất hoặc cho epinephrine. • Xử trí nhiễm toan nếu có thể định lượng bicarbonate. • Sodium bicarbonate (50 ml dung dịch 8,4% hoặc 1-2 mmol/kg) nên cho tất cả những người bệnh có QRS rộng (> 120 phần nghìn giây) hoặc loạn nhịp tim. Cho liều bolus sodium bicarbonate lặp đi lặp lại để giữ QRS ở mức <120 phần nghìn giây và pH động mạch giữa 7,45-7,55. • Điều trị co giật bằng diazepam (xem Đánh giá nhanh trang 20, mục 3.5). Tránh sử dụng phenytoin. • Sau cơn co giật, đề xuất liều bicarbonate để xử trí nhiễm toan và giảm thiểu nguy cơ ngộ độc thêm.
<p>Chloroquine</p> <p>Liều độc hại: > 20 mg/kg là độc hại</p>	<p>Buồn nôn, nôn, tiêu chảy, đau bụng, chóng mặt, co giật, hôn mê, hạ huyết áp, loạn nhịp tim, ngừng tim đột ngột</p>	<p>Kiểm soát đường thở và hỗ trợ thông khí khi cần thiết (xem Đánh giá nhanh các trang 30-33).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nếu suy hô hấp nặng hoặc $SpO_2 < 90$, cho thở oxy (xem Đánh giá nhanh các trang 34-36). • Nếu hạ huyết áp hay sốc, truyền dịch tĩnh mạch nhanh chóng (xem Đánh giá nhanh trang 40, mục 3.1). • Nếu sốc vẫn còn, cho thuốc vận mạch (xem phần 3.1.4) - epinephrine hay được sử dụng • Cho than hoạt tính nếu đường thở được bảo vệ và ngộ độc trong vòng 1 giờ. • Theo dõi trong ít nhất 12 giờ, theo dõi các dấu hiệu sinh tồn. • Theo dõi glucose máu, urê, chất điện giải, khí máu. • Theo dõi tim và làm điện tâm đồ 12 chuyển đạo và đo chiều rộng QRS. Nếu > 120 phần nghìn giây, cung cấp sodium bicarbonate (50 ml dung dịch 8,4% hoặc 1-2 mmol/kg). Cho liều bolus sodium bicarbonate lặp đi lặp lại để giữ QRS ở mức <120 phần nghìn giây và giữ pH động mạch giữa 7,45-7,55. • Xử trí hạ kali máu nếu <3 đến không quá 3,5 (hãy cẩn thận với tăng phục hồi kali). • Co giật nên được điều trị bằng diazepam (xem Đánh giá nhanh trang 42, mục 3.5). Tránh thuốc an thần vì những thuốc này có thể dẫn đến ngừng tim. Tránh phenytoin.

Chất độc hoặc độc tố	Triệu chứng	Xử trí
<p>Thuốc chống Quynine</p> <p>Liều độc hại: > 15 mg/kg có thể độc hại</p>	<p>Ù tai, điếc, đau bụng, thay đổi hình ảnh, mù lòa, mất điều hòa, tình trạng hôn mê, co giật, rối loạn nhịp tim, xoắn đỉnh, hạ đường huyết</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kiểm soát đường thở và hỗ trợ thông khí khi cần thiết (xem Đánh giá nhanh các trang 30-33, 63). • Nếu suy hô hấp nặng hoặc $SpO_2 < 90$, cho thở oxy (xem Đánh giá nhanh các trang 34-36). • Nếu hạ huyết áp hay sốc, truyền dịch tĩnh mạch nhanh chóng (xem Đánh giá nhanh trang 40, mục 3.1). • Cho than hoạt tính nếu đường thở được bảo vệ. • Trong trường hợp nghiêm trọng, đường thở được bảo vệ, cho lặp lại liều than hoạt tính. • Giám sát urê, chất điện giải, đường trong máu, khí máu động mạch. • Theo dõi tim và làm điện tâm đồ 12 chuyển đạo và đo chiều rộng QRS - nếu > 120 phần nghìn giây có một nguy cơ loạn nhịp tim • Nếu sốc vẫn còn, cho thuốc vận mạch để điều trị hạ huyết áp • (xem mục 3.1.4). • Điều trị nhiễm độc tim (hạ huyết áp, QRS rộng và QTc kéo dài) với natri bicarbonate (50 ml dung dịch 8,4% hoặc 1-2 mmol/kg). Cho liều bolus sodium bicarbonate lặp đi lặp lại để giữ QRS ở mức <120 phần nghìn giây và pH động mạch giữa 7,45-7,55. • Điều trị xoắn đỉnh bằng magnesium sulfate 1-2 gram tiêm tĩnh mạch. • Điều trị co giật bằng diazepam (xem Đánh giá nhanh trang 42, mục 3.5). Tránh thuốc an thần và phenytoin.
<p>Digoxin, cây trúc đào (Thevetia peruviana, Nerium oleander, Digitalis spp)</p> <p>Liều độc hại digoxin: ≥ 3 mg (sản sinh mức độc hại ở người lớn). Lưu ý: ≥ 10 mg thường gây chết người.</p> <p>Người bệnh được điều trị digoxin khá nhạy cảm trong quá liều.</p>	<p>Buồn nôn, nôn, đau bụng, thay đổi hình ảnh, nhức đầu, mệt mỏi, tình trạng hôn mê, Chèn tim, rối loạn nhịp tim, nhanh hoặc chậm</p>	<p>Cho một liều than hoạt tính nếu có biểu hiện trong vòng 1 giờ.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Có thể xem xét nhiều liều than hoạt tính (4 giờ một lần trong 24 giờ) khi không có kháng thể kháng digoxin. • Theo dõi điện tâm đồ. • Theo dõi điện giải ít nhất 6 giờ một lần và điều chỉnh nếu cần thiết (đặc biệt là kali). • Theo dõi khí máu và pH và xử trí nhiễm toan chuyển hóa với natri bicarbonate. • Nên cho kháng thể kháng digoxin nếu có, theo chỉ dẫn sau: <ul style="list-style-type: none"> ◦ kali huyết thanh > 6 mmol/l ◦ Chậm nhịp tim hoặc chèn tim với hạ huyết áp ◦ rối loạn nhịp tim với hạ huyết áp. • Điều trị tăng kali máu: nếu $K^+ > 5,5$ mmol/l cho sodium bicarbonate (1mmol/kg), đường (0,5 g/kg TM), cộng với insulin (0,1 U/kg TM) (xem mục 5.2.2). Lưu ý: Không sử dụng canxi, furosemide hoặc salbutamol vì chúng có thể làm trầm trọng thêm độc tính. • Nếu nhịp chậm hoặc nhịp chậm kèm hạ huyết áp, cho atropine • Nếu có sẵn, xem xét chuyển người bệnh để đặt máy tạo nhịp tạm thời nếu có bằng chứng nhịp tim chậm đáng kể hoặc block nhĩ thất với huyết động bị nguy hiểm. • Rối loạn nhịp thất - cho magnesium sulfate 2 g TM hơn 20 phút ở người lớn lúc ban đầu. Nếu không đáp ứng, cân nhắc cho lidocaine.

Chất độc hoặc độc tố	Triệu chứng	Xử trí
<p>Các thuốc điều trị tiểu đường: Các chất hạ đường huyết (nếu metformin, xem mục tách riêng) Liều độc đối với suphonylurea và insulin, hơn liều đề xuất thông thường</p>	<p>Đồ mờ hôi, kích động, chóng mặt, lú lẫn, hôn mê. Có thể khởi phát hạ đường huyết chậm, cũng hạ đường huyết tái phát</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kiểm soát đường thở và hỗ trợ thông khí khi cần thiết (xem Đánh giá nhanh các trang 30-33, 63). • Nếu suy hô hấp nặng hoặc $SpO_2 < 90$, cho thở oxy (xem Đánh giá nhanh các trang 34-36). • Nếu không tỉnh, cho 25-50 ml glucose 50% (xem Đánh giá nhanh trang 42). Có thể truyền liên tục 10% dextrose (1 lít hơn 8 giờ) nếu lượng đường trong máu giảm xuống $< 3 \text{ mmol/l}$ (xem mục 3.4.2). • Khi người bệnh hồi phục ý thức, cung cấp đồ uống có đường và thực phẩm, theo sau là carbohydrate tác dụng kéo dài (ví dụ như bánh mì, lúa, ngô) để ngăn chặn các triệu chứng tái phát. • Cho than hoạt tính nếu đường thở được bảo vệ và uống trong vòng 1 giờ một loại thuốc hạ đường huyết. • Kiểm tra lượng đường máu và theo dõi 1-2 giờ một lần. • Tiếp tục theo dõi ít nhất 24 giờ. • Theo dõi mức độ ý thức sử dụng AVPU. • Xử trí hạ đường huyết có triệu chứng với đồ uống ngọt (không cho bệnh đái tháo đường hoặc không đường), ví dụ cola, nước trái cây, nước ngọt, bột glucose uống hoặc viên nén (xem mục 3.4.2). • Không cho dextrose dự phòng nếu không có triệu chứng hoặc đường trong máu thấp. • Nếu có octreotide, có thể cung cấp cho người bệnh có đường máu không bình thường sau các biện pháp trên.
<p>Các thuốc điều trị tiểu đường: metformin</p> <p>Liều độc hại: phản ứng có thể thay đổi</p>	<p>Nhiễm toan lactic (không gây ra hạ đường huyết)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cho than hoạt tính nếu đường thở được bảo vệ và trong vòng 2 giờ tiêu hóa. • Theo dõi khí máu và lactate. • Nếu nhiễm toan, đảm bảo người bệnh được thông khí tốt và truyền dịch và cho sodium bicarbonate đường tĩnh mạch.
<p>opioid ví dụ morphine, diamorphine (heroin), thuốc phiện tươi, codeine, methadone, dextropropoxyphene, oxycodone, tramadol</p> <p>Liều độc hại: Có thể thay đổi</p>	<p>Suy hô hấp, Suy giảm hệ thần kinh trung ương (buồn ngủ đến hôn mê), co cứng tử, hạ huyết áp, hạ thân nhiệt, mất điều hòa, ngừng hô hấp, phù phổi không do tim Tramadol: co giật, hội chứng serotonin Dextropropoxyphen: rối loạn nhịp tim</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kiểm soát đường thở và hỗ trợ thông khí khi cần thiết (xem Đánh giá nhanh các trang 30-33, 63). • Nếu suy hô hấp nặng hoặc $SpO_2 < 90$, cho thở oxy (xem Đánh giá nhanh các trang 34-36). • Cho naloxone (xem Đánh giá nhanh trang 41 và Mục 3.6). • Cho than hoạt tính nếu ngộ độc trong vòng 2 giờ và đường thở được bảo vệ. • Theo dõi tim và làm điện tâm đồ 12 chuyển đạo nếu sử dụng dextropropoxyphene. Nếu QRS > 120 phần nghìn giây, cung cấp natri bicarbonate (50 ml dung dịch 8,4% hoặc 1-2 mmol/kg). • Đối với hội chứng serotonin, xem SSRIs.

Chất độc hoặc độc tố	Triệu chứng	Xử trí
<p>Paracetamol (acetaminophen)</p> <p>Lưu ý: rủi ro độc tính tăng ở những người bệnh dùng các loại thuốc gây ra enzyme, ví dụ carbamazepine, phenobarbital, phenytoin, primidone, rifampicin.</p>	<p>Nôn mửa, đau bụng khoang phía trên bên phải, bệnh não gan</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cho than hoạt tính nếu ngộ độc dưới 2 giờ. • Định lượng nồng độ trong máu nếu có thể; Tuy nhiên, lấy mẫu 4 tiếng hoặc hơn sau khi uống. • Hiệu quả của thuốc giải độc giảm từ 8 giờ sau uống, vì vậy cho thuốc giải độc dựa trên tiền sử chỉ khi có sự chậm trễ trong việc có được nồng độ paracetamol hoặc không thể có được. • Xem bảng paracetamol nomogram dưới đây. • Nếu không định lượng được nồng độ paracetamol, điều trị trên cơ sở liều đã uống: <ul style="list-style-type: none"> ◦ 75 mg/kg nếu có nguy cơ cao (thiếu dinh dưỡng, đói cấp, AIDS, nghiện rượu, đang dùng thuốc sản sinh enzyme); ◦ 150 mg/kg nếu không có nguy cơ cao. • Cho acetylcystein TM hoặc đường uống: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Acetylcystein TM: ban đầu 150 mg/kg trong 15 phút, sau đó 50 mg/kg trong 4 giờ, sau đó 100 mg/kg trong 16 giờ. Cung cấp: pha loãng liều cần thiết trong dịch truyền tĩnh mạch glucose 5% như sau - ban đầu 200 ml cho hơn 15 phút, sau đó 500 ml hơn 4 giờ, sau đó 1 lít hơn 16 giờ. ◦ Acetylcystein đường uống (dung dịch acetylcysteine dành cho việc tiêu độc, không hạt để sử dụng tan đờm) - cung cấp một liều 140 mg/kg trọng lượng cơ thể. Bốn giờ sau khi dùng dò liều, bắt đầu một liều duy trì 70 mg/kg cung cấp cách quãng 4 giờ cho 17 liều. Dung dịch acetylcystein nên được cho đến 72 giờ sau khi hấp thụ - tiếp tục trong thời gian dài hơn nếu xét nghiệm chức năng gan bất thường. Pha loãng dung dịch 5% trong soda, nước trái cây hoặc nước trước khi cung cấp qua đường miệng hoặc xông dạ dày. ◦ Kiểm tra chức năng gan, INR (thời gian prothrombin), creatinine và BUN và điện giải.
<p>Thuốc ức chế tái hấp thu serotonin có chọn lọc (SSRI) e.g. fluoxetine, paroxetine, sertraline</p> <p>Liều độc hại: Có thể thay đổi</p>	<p>Buồn nôn, nôn, khô miệng, nhịp tim nhanh, lơ mơ, hôn mê hội chứng serotonin có thể xảy ra: kích động, nhâm lẫn, mê sảng, lơ mơ, hôn mê, run, ngẩn rờn, rung giật cơ và tăng phản xạ, tăng huyết áp hoặc hạ huyết áp, co giật, tăng thân nhiệt, tiêu cơ vân, suy thận, đông máu có thể xảy ra</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cho than hoạt tính trong vòng 2 giờ tiêu hóa. • Thực hiện điện tâm đồ 12 chuyển đạo. • Quản lý hội chứng serotonin: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Theo dõi urê, chất điện giải, CK và chức năng thận. ◦ Theo dõi tim và thực hiện ECG 12 điện cực. ◦ Truyền dịch tĩnh mạch để duy trì lượng nước tiểu tốt. Nếu bị sốc, cho truyền nhanh (xem Đánh giá nhanh trang 40). ◦ Nếu suy hô hấp nặng hoặc SpO₂ <90, cho thở oxy (xem Đánh giá nhanh các trang 34-36). ◦ Nếu kích động hoặc co giật: cho thuốc an thần bằng diazepam (xem Đánh giá nhanh các trang 42, 60). ◦ Tăng thân nhiệt (> 40,5°C) nên được điều trị bằng làm lạnh nhanh (xem phần 10.1). ◦ Cyproheptadine có thể được xem xét nếu có và không đáp ứng với các biện pháp trên. Cho 4-8 mg cứ 1 đến 4 giờ. Lặp lại cho đến khi đạt được đáp ứng điều trị. Liều tối đa 32 mg trong 24 giờ. <ul style="list-style-type: none"> ◦ Trong trường hợp tăng thân nhiệt nghiêm trọng (> 41°C) không được cải thiện mặc dù cho thuốc an thần và làm mát, xem xét cho thuốc an thần sâu hơn và giãn cơ, có thể đặt nội khí quản - hoặc thông khí bằng tay hoặc chuyển đến một bệnh viện có thở máy.

Chất độc hoặc độc tố	Triệu chứng	Xử trí
<p>Chất ức chế monoamine oxidase (MAOI), ví dụ phenelzine, tranylcypromin</p> <p>Liều độc hại: Ở người lớn > 5 viên của bất kỳ chế phẩm nào có thể gây độc</p>	<p>Lo âu, nôn, bồn chồn, nhâm lẫn, đờ đẫn, đờ mồ hôi, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, co giật</p> <p>Lưu ý: MAOIs tương tác với một loạt các loại thuốc và một số loại thực phẩm gây ra tăng huyết áp nặng. Chúng tương tác với pethidine đe dọa tính mạng.</p> <p>Hội chứng serotonin có thể xảy ra.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cho than hoạt tính nếu đường thở được bảo vệ và uống trong vòng 2 giờ. • Nếu có triệu chứng, theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở và điểm AVPU 30 phút một lần. • Kiểm tra urê, điện giải đồ và công thức máu • Kiểm tra CK hoạt hóa ở tất cả các người bệnh có triệu chứng. • Tăng huyết áp: cho diazepam TM (0,1-0,2 mg/kg). Nếu không hiệu quả, cho nitrate tĩnh mạch như sodium nitroprusside. Chống chỉ định beta blocker. • Cho diazepam đối với kích động hoặc co giật (xem Đánh giá nhanh trang 42, 60). • Tăng thân nhiệt (> 40,5°C) nên được điều trị bằng làm lạnh nhanh (xem phần 10.1). • Trong trường hợp tăng thân nhiệt nghiêm trọng (>41°C) không được cải thiện mặc dù đã cho thuốc an thần và các biện pháp làm mát, thì xem xét thuốc an thần sâu hơn và giãn cơ, có thể đặt nội khí quản, bóp bong bóng tay hoặc chuyển đến một bệnh viện có thở máy. • Nếu co giật không đáp ứng với thuốc chống co giật bậc 1 và bậc hai (xem Đánh giá nhanh trang 42, mục 3.5), có thể đặt nội khí quản, cần nhắc gây mê (ví dụ thiopental hoặc propofol). • Xem thêm xử trí hội chứng serotonin thuộc SSRIs.
<p>Sắt (muối sắt)</p> <p>Liều độc hại: > 40 mg/kg sắt nguyên tố, hoặc nếu có nôn mửa hoặc tiêu chảy liên tục</p> <p>Ước tính hàm lượng sắt nguyên tố của muối sắt là:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sắt fumarate 210 mg (68 mg sắt) • sắt gluconat 300 mg (35 mg sắt) • sắt succinate 100 mg (35 mg sắt) • sắt sulfate 300 mg (60 mg sắt) • sulfate sắt khô 200 mg (65 mg sắt) <p>Lưu ý: Kiểm tra nhận để chắc chắn.</p>	<p>Nôn và tiêu chảy - thường có máu; buồn ngủ, hôn mê, mê sảng, sốc, co giật, suy gan, Hẹp môn vị bị trì hoãn.</p> <p>Lưu ý: triệu chứng ban đầu có thể theo sau là sự phục hồi rõ ràng, sau đó tái phát. Vì vậy tất cả người bệnh có triệu chứng nên được theo dõi tối thiểu là 12 giờ.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nếu hạ huyết áp hay sốc, truyền dịch tĩnh mạch nhanh chóng (xem Đánh giá nhanh trang 40, mục 3.1). • Nếu lượng sắt uống nhiều hơn 40 mg/kg trọng lượng cơ thể: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Chụp X quang bụng (nếu có thể) để kiểm tra xem có thấy viên trong ruột không (Lưu ý: X-quang âm tính không nhất thiết phải loại trừ tiêu hóa sắt.) • Nếu trong vòng 4 giờ tiêu hóa, bắt đầu rửa toàn bộ ruột với dung dịch điện giải polyethylene glycol cân bằng thẩm thấu (2 lít mỗi giờ cho người lớn và 0,5 lít/giờ cho trẻ em - xem ở trên). • Nếu không có WBI, cho rửa dạ dày (với một ống lỗ rộng) trong vòng 1 giờ tiêu hóa hoặc nếu chụp X quang cho thấy các viên trong dạ dày. • Theo dõi urê và điện giải, bạch cầu, đường trong máu, chức năng gan, thời gian đông máu, chức năng thận và khí máu động mạch. • Nếu có thể, hãy kiểm tra nồng độ sắt 4 giờ sau khi hấp thụ và cho deferoxamine nếu mức độ sắt trong huyết thanh trên 90 mmol/l. • Nếu không có nồng độ sắt, cho deferoxamine nếu người bệnh đã: <ul style="list-style-type: none"> ◦ uống 60 mg/kg sắt nguyên tố (xem bảng sắt nguyên tố nội dung hay kiểm tra nhãn hiệu), hoặc ◦ bất kỳ những điều sau đây: nhiễm toan chuyển hóa, hạ huyết áp, sốc, hôn mê, co giật. • Cho deferoxamine tiêm tĩnh mạch chậm: ban đầu 15 mg/kg/giờ, giảm sau 4-6 giờ để tổng liều không vượt quá 80 mg/kg trong 24 giờ.

Chất độc hoặc độc tố	Triệu chứng	Xử trí
<p>Lithium</p> <p>Liều độc hại: Quá liều cấp tính là > 2g ở người lớn</p> <p>Lưu ý: quá liều cấp tính thường chịu đựng tốt. Cấp tính trên nền mạn tính: bất kỳ lượng nào hơn liều thông thường hàng ngày có thể độc hại</p>	<p>Ngộ độc nhẹ: buồn nôn, nôn mửa, tiêu chảy, run nhẹ</p> <p>Ngộ độc vừa phải: nhầm lẫn, co cứng cơ cục bộ và tăng phản xạ</p> <p>Ngộ độc nặng: tình trạng hôn mê, co giật và rối loạn nhịp tim</p>	<ul style="list-style-type: none"> Quá liều cấp tính với chức năng thận bình thường - không cần thiết khử nhiễm ruột. Quá liều ở người bệnh đang điều trị lithium (dùng thuốc kéo dài thời gian phân hủy) hoặc suy thận - xem xét việc rửa toàn bộ ruột. <p>Tất cả:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nếu hạ huyết áp hay sốc, truyền dịch tĩnh mạch nhanh (xem Đánh giá nhanh trang 40, mục 3.1) - dung dịch muối sinh lý là tốt nhất. điều chỉnh dịch để đảm bảo tốt lượng nước tiểu. Theo dõi tim và làm điện tâm đồ 12 chuyển đạo. Theo dõi chức năng thận. Theo dõi và xử trí mất cân bằng điện giải. Điều trị co giật bằng diazepam (xem Đánh giá nhanh trang 42, mục 3.5). Lọc máu đối với người bệnh hôn mê, co giật, suy hô hấp hoặc suy thận cấp.
<p>Phenobarbital</p> <p>Liều độc hại: Phản ứng có thể thay đổi</p>	<p>Buồn ngủ, thờ ơ, nói lắp bắp, rung giật nhãn cầu, tình trạng hôn mê, hô hấp trầm cảm, hạ huyết áp, nhịp tim nhanh, hạ thân nhiệt</p>	<ul style="list-style-type: none"> Kiểm soát đường thở và hỗ trợ thông khí khi cần thiết (xem Đánh giá nhanh các trang 30-33, 63). Nếu suy hô hấp nặng hoặc $SpO_2 < 90$, cung cấp oxy (xem Đánh giá nhanh các trang 34-36). Nếu hạ huyết áp hay sốc, truyền dịch tĩnh mạch nhanh chóng (xem Đánh giá nhanh 40 trang và Mục 3.1). Nếu có triệu chứng, cung cấp một lượng lặp lại than hoạt tính có sỏi bụng và nếu đường thở được bảo vệ. Kiểm soát hạ thân nhiệt. Cung cấp chăm sóc hỗ trợ. Theo dõi mạch, nhịp thở, huyết áp, nhiệt độ, AVPU. Lọc máu nếu tắc ruột, không đáp ứng với điều trị hỗ trợ.
<p>Theophylline</p> <p>Liều độc hại > 20 mg/kg</p>	<p>Nôn (có thể kéo dài), nôn ra máu, kích động, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, hạ huyết áp, tăng thông khí, rối loạn nhịp tim, co giật, rối loạn toan kiềm, hạ kali máu, tiêu cơ vân, ngừng thở</p>	<ul style="list-style-type: none"> Kiểm soát đường thở và hỗ trợ thông khí khi cần thiết (xem Đánh giá nhanh các trang 30-33, 63). Nếu suy hô hấp nặng hoặc $SpO_2 < 90$, cho thở oxy (xem Đánh giá nhanh các trang 34-36). Nếu hạ huyết áp hay sốc, truyền dịch tĩnh mạch nhanh chóng (xem Đánh giá nhanh 40 trang và Mục 3.1). Cung cấp nhiều liều than hoạt tính. Cho thuốc chống nôn như metoclopramid (có thể cần liều lớn) hoặc ondansetron. Theo dõi điện giải và xử trí hạ kali máu một cách thận trọng nếu <3 đến không quá 3,5 (cần thận trọng với sự tăng trở lại trong kali). Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn. Theo dõi tim và thực hiện điện tâm đồ 12 chuyển đạo. Điều trị cơn nhịp nhanh kịch phát trên thất nếu gây nguy hiểm cho huyết động. Cho thuốc chẹn beta (tốt hơn là thuốc chẹn chọn lọc beta-1 chẳng hạn như esmolol, metoprolol, nhưng hãy cẩn thận với co thắt phế quản ở người bệnh hen và những người bị COPD - trong những trường hợp này xem xét verapamil hoặc adenosine). Đối với loạn nhịp thất gây nguy hiểm cho huyết động, sử dụng magiê hoặc lidocaine. Nếu nghiêm trọng, điều trị sốc điện DC. Diazepam cho co giật (xem Đánh giá nhanh các trang 42, 60). Nếu không đáp ứng, tiếp theo với phenobarbital. <p>Nếu co giật là không đáp ứng với thuốc chống co giật bậc 1 (xem phần 3.5) và có khả năng đặt nội khí quản, thì cân nhắc gây mê (ví dụ thiopental). Không sử dụng phenytoin.</p> <ul style="list-style-type: none"> Xem xét lọc máu, nếu có, đối với độc tính đe dọa tính mạng.

Chất độc hoặc độc tố	Triệu chứng	Xử trí
Warfarin	Xem thêm thuốc trừ sâu chống đông máu bên dưới	
Thuốc trừ sâu		
Phospho nhôm hoặc kềm	Đốt sau xương ức, nôn liên tục, hạ huyết áp, sốc, nhịp tim chậm hoặc nhịp tim nhanh, suy yếu cơ tim, kháng hạ huyết áp, nhức đầu, chóng mặt, bồn chồn, hạ đường huyết, nhiễm toan chuyển hóa, phù phổi không do tim, hô hấp cấp tính hội chứng suy nhược, suy thận cấp, hư hại gan	<ul style="list-style-type: none"> • Kiểm soát đường thở và hỗ trợ thông khí khi cần thiết (xem Đánh giá nhanh các trang 30-33, 63). • Nếu suy hô hấp nặng hoặc $SpO_2 < 90$, cho thở oxy (xem Đánh giá nhanh các trang 34-36). • Nếu hạ huyết áp hay sốc, truyền dịch tĩnh mạch nhanh chóng (xem Đánh giá nhanh trang 40, mục 3.1). • Nếu sốc vẫn còn sau khi hồi sức bằng truyền dịch, bắt đầu thuốc vận mạch (xem phần 3.1). • Theo dõi tim và làm điện tâm đồ 12 chuyển đạo. • Theo dõi và xử trí hạ đường huyết. • Theo dõi và xử trí mất cân bằng điện giải. • Cho sodium bicarbonate (1-2 mmol/kg) với nhiễm toan chuyển hóa. • Magnesium sulfate có thể cải thiện cung lượng tim - cho 1g đến 6g, hàng giờ. • Yêu cầu chăm sóc hỗ trợ khác. • Theo dõi chức năng gan, thận
Thuốc diệt chuột chống đông máu (các loại thuốc diệt chuột) hoặc thuốc chống đông máu điều trị (warfarin)	Chảy máu: bầm tím tự phát, ồ ạt huyết, đái ra máu, chảy máu trực tràng và xuất huyết trong bất kỳ cơ quan nội tạng nào Khởi đầu chậm và có thể kéo dài	<ul style="list-style-type: none"> • Theo dõi INR tại thời điểm 24 và 48 giờ. • Nếu ngộ độc và INR nhẹ đến cao vừa phải mà không chảy máu nhiều, cho vitamin K uống 10-20 mg. • Nếu người bệnh điều trị bằng thuốc chống đông máu và không có đang chảy máu nhưng INR kéo dài (INR 5,0-9,0), bỏ qua 2 lần warfarin, sau đó lặp lại INR. Có thể không cần thêm liều hơn khi cần thiết, chuẩn độ INR. Bắt đầu lại ở liều duy trì thấp hơn một khi INR trong phạm vi điều trị. • Nếu người bệnh điều trị bằng thuốc chống đông máu và không có đang chảy máu nhưng INR là nguy hiểm kéo dài (INR $\geq 9,0$), nên dừng warfarin và cung cấp vitamin K 2,5-5 mg đường miệng. Có thể cho liều lượng khác nếu cần thiết, chuẩn độ INR. • Nếu chảy máu nghiêm trọng hoặc đe dọa tính mạng, ngừng warfarin và cho vitamin K 10 mg TM bằng truyền chậm (trên 20 đến 60 phút), bổ sung bằng truyền huyết tương tươi đông lạnh (FFP) 2-3 đơn vị ban đầu, hoặc phức hệ prothrombin cô đặc. • Trong trường hợp thuốc diệt chuột chống đông máu tác dụng kéo dài, có thể điều trị vitamin K trong vài tuần. Điều chỉnh liều độ cho đến khi có đáp ứng.

Chất độc hoặc độc tố	Triệu chứng	Xử trí
<p>Thuốc diệt cỏ chlorphenoxy ví dụ MCPA, 2, 4-D</p>	<p>Đau rất trong miệng và thượng vị. Đau và cứng nhắc cơ bắp, co giật cơ, kích động, co giật, sốt cao, tiêu cơ vân dẫn đến suy thận. Nhiễm toan trao đổi chất, tăng thông khí, nhịp tim nhanh, hạ huyết áp, điện tâm đồ bất thường, tình trạng hôn mê kéo dài</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kiểm soát đường thở và hỗ trợ thông khí khi cần thiết (xem Đánh giá nhanh các trang 30-33, 63). • Nếu suy hô hấp nặng hoặc $SpO_2 < 90$, cho thở oxy (xem Đánh giá nhanh các trang 34-36). • Nếu hạ huyết áp hay sốc, truyền dịch tĩnh mạch nhanh (xem Đánh giá nhanh trang 40, mục 3.1). Điều chỉnh dịch để duy trì đủ lượng nước tiểu. • Theo dõi khí máu, chức năng thận và gan, men CK. • Tìm nước tiểu sẫm màu (kiểm tra myoglobin). • Theo dõi tim và thực hiện ECG 12 điện cực. • Trong trường hợp có triệu chứng, kiểm hóa nước tiểu đến pH > 7,5 bằng sodium bicarbonate tĩnh mạch. Phác đồ điều trị đề xuất: bicarbonate natri 225 mmol (225 ml dung dịch 8,4%) tiêm tĩnh mạch trong 1 giờ. Cho liều bổ sung tiêm tĩnh mạch natri bicarbonate để duy trì pH nước tiểu trong khoảng 7,5-8,5. Chỉ nên thực hiện kiểm hóa nước tiểu nếu có cơ sở theo dõi được bicarbonate máu và pH nước tiểu. • Điều trị tiêu cơ vân bằng dịch thay thế để duy trì nước tiểu tốt cùng với kiểm hóa nước tiểu. • Trong ngộ độc nghiêm trọng, sử dụng lọc máu nếu có.
<p>Phospho hữu cơ và carbamate</p>	<p>Hiệu ứng muscarinic: DUMBELS (đi vệ sinh, đi tiêu, co đồng tử, co thắt phế quản, đa tiết phế quản, nôn, chảy nước mắt, tiết nước bọt) Tác dụng nicotinic: suy nhược, rung cơ cục bộ, tê liệt, giãn đồng tử Khác: kích động, lú lẫn, hôn mê, co giật, hôn mê</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kiểm soát đường thở và hỗ trợ thông khí khi cần thiết (xem Đánh giá nhanh các trang 30-33, 63). • Nếu suy hô hấp nặng hoặc $SpO_2 < 90$, cho thở oxy (xem Đánh giá nhanh các trang 34-36). • Nếu hạ huyết áp hay sốc, truyền dịch tĩnh mạch nhanh (xem Đánh giá nhanh trang 40, mục 3.1). Điều chỉnh dịch để duy trì đủ lượng nước tiểu. • Cho atropine 1-3 mg tiêm tĩnh mạch một liều bolus. • Nghe phổi, đo nhịp mạch và đo huyết áp. • Mục đích là phổi rõ, huyết áp ổn định • (> 90 mmHg tâm thu), niêm mạc khô và bão hòa oxy > 95%. • Kiểm tra lại tại năm phút. Nếu không cải thiện, cung cấp gấp đôi liều atropine ban đầu. Nếu chỉ giãn đồng tử và nhịp tim nhanh không nên coi là điểm kết thúc. • Tiếp tục cho tăng gấp đôi liều atropine cứ 5-10 phút cho đến khi người bệnh ổn định. Nếu còn ran ẩm ở phổi sau 3-5 với liều atropine (tăng gấp đôi liều), xem người bệnh có hít không • Nếu huyết áp không cải thiện với atropine, hãy xem xét cho liều bolus dịch và loại trừ nhiễm toan chuyển hóa. • Một khi người bệnh đã được thẩm atropine, bắt đầu truyền atropine (20% tổng liều cần thiết đối với thẩm atropin, truyền theo giờ). • Theo dõi dấu hiệu nhiễm độc atropine (kích động, lú lẫn, tăng thân nhiệt) cứ 4-6 giờ. Nếu nhiễm độc atropine tiến triển, ngừng truyền và bắt đầu lại ở mức 70% của tốc độ truyền cuối cùng đến khi ngộ độc lắng xuống. • Theo dõi nhịp thở, nhịp tim và huyết áp. Chuẩn bị để đặt nội khí quản và thông khí nếu cần thiết. • Cho diazepam 5-10 mg TM đối với kích động, co giật và rung cơ cục bộ (xem Đánh giá nhanh các trang 42, 60 và mục 3.5). Lặp lại liều khi cần thiết. • Riêng với phốt pho hữu cơ, cho pralidoxime nếu có.

⁴ Pralidoxime clorua hoặc mesylate: 30 mg/kg TM trong 5-10 phút, sau đó cùng một liều lượng cứ 4-6 giờ, hoặc bằng TM 8 mg/kg/giờ, tối đa là 12 g trong 24 giờ. Hiệu quả nhất trong vòng 24-48 giờ. Pralidoxime không ở trong EML WHO.

Chất độc hoặc độc tố	Triệu chứng	Xử trí
<p>Paraquat</p>	<p>Giai đoạn đầu (vài giờ cho đến vài ngày): đau rất miệng, môi và lưỡi. ăn mòn đường tiêu hóa dẫn đến nuốt đau (odynophagia), buồn nôn, nôn, đau bụng.</p> <p>Hấp thu lượng lớn: co giật hôn mê, truy tìm mạch và khó thở. Cảm giác da như bị đốt.</p> <p>Sau đó (vài ngày): loét lưỡi và khoang miệng với chảy máu tiếp xúc, khó thở do viêm phế nang cấp, phù phổi, tràn khí màng phổi và tràn khí trung thất. Suy thận cấp và viêm gan. viêm tụy cấp tính.</p> <p>Nhiều tuần sau đó: Tình trạng thiếu oxy mạn tính do xơ hóa phổi tiến triển. Suy thận.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nếu sốc, truyền dịch tĩnh mạch nhanh (xem Đánh giá nhanh trang 40 và Phần 3.1). Điều chỉnh dịch để duy trì đủ lượng nước tiểu. • Tránh cho thở oxy nếu có thể làm cho tổn thương phổi xấu đi. Oxy có thể cần thiết trong giai đoạn cuối khi xơ hóa phát triển. • Cho than hoạt tính hoặc đất Fuller cho người bệnh có biểu hiện trong vòng 2 giờ. • Đặt ống thông mũi dạ dày càng sớm càng tốt để tạo điều kiện ăn uống. • Xác nhận hấp thu toàn thân bằng xét nghiệm nước tiểu dithionite, nếu có. • Kiểm tra điện giải đồ, creatinine, công thức máu và khí máu, xử trí tất cả những bất thường có thể đảo ngược. • Theo dõi và điều trị nhiễm trùng huyết - theo dõi nhiệt độ, kiểm tra bạch cầu, cấy máu khi có chỉ định. bắt đầu kháng sinh theo kinh nghiệm (xem phần 3.1.5). • Truyền dịch để duy trì hiệu suất thận tốt. • Giảm đau và cho thuốc an thần với opioid và benzodiazepine khi cần thiết.

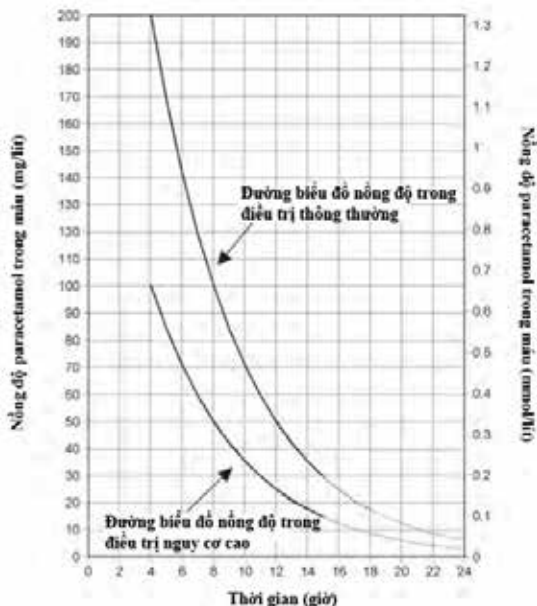
Chất độc hoặc độc tố	Triệu chứng	Xử trí
Propanil	Gây methaemoglobin máu. Buồn nôn, nôn mửa, tiêu chảy, chóng mặt, tím tái, nhức đầu, nhịp tim nhanh, hạ huyết áp, suy hô hấp, nhiễm toan lactic, đau ngực, lú lẫn, hôn mê và co giật. Nước tiểu nâu sẫm hoặc hơi đỏ	<ul style="list-style-type: none"> • Kiểm soát đường thở và hỗ trợ thông khí khi cần thiết (xem Đánh giá nhanh các trang 30-33, 63). • Nếu suy hô hấp nặng hoặc $SpO_2 < 90$, cho thở oxy (xem Đánh giá nhanh các trang 34-36). • Nếu hạ huyết áp hay sốc, truyền dịch tĩnh mạch nhanh (xem Đánh giá nhanh trang 40). • Cho than hoạt tính. • Theo dõi khí máu với phân áp oxy (Lưu ý: đo độ bão hòa oxy qua da sẽ cho kết quả sai lệch về sự xuất hiện của methaemoglobin). • Theo dõi tim mạch cho đến khi người bệnh duy trì tình trạng tim mạch ổn định. • Kiểm tra nồng độ hemoglobin để phát hiện thiếu máu do tan máu. • Người bệnh có biểu hiện mức độ giảm ý thức thường có tiên lượng xấu. Những người bệnh này nên được theo dõi chặt chẽ. • Kiểm tra nồng độ methaemoglobin, nếu có thể. • Xét nghiệm định tính methaemoglobin nhỏ 1-2 giọt máu của người bệnh trên giấy trắng. Máu bình thường sẽ màu đỏ đậm hoặc tím và sẽ sáng lên khi tiếp xúc với oxy. Methaemoglobin sẽ có màu nâu “sô cô la” và sẽ không thay đổi màu sắc. <ul style="list-style-type: none"> • Nếu người bệnh có nồng độ methaemoglobin > 20-30% hoặc là có triệu chứng (rối loạn, nhịp tim nhanh, tụt huyết áp, đau ngực, tím tái) trong trường hợp không xuất hiện nồng độ methaemoglobin, điều trị với xanh methylen. <ul style="list-style-type: none"> ◦ Cho dò liều xanh methylen 2 mg/kg TM dung dịch 1% (10 mg/ml) trong 5 phút. Đánh giá sau 15 phút. Nếu không cải thiện, cung cấp thêm liều 1 mg/kg và chuyển viện nếu có thể để điều trị thêm với xanh methylen. ◦ Sau 6 giờ kiểm tra lại nồng độ methaemoglobin, trạng thái lâm sàng và khí huyết. Sau đó, nếu cần lặp lại liều 1 mg/kg. Tiếp tục lặp lại 6 giờ một lần trong khi người bệnh có triệu chứng hoặc nồng độ methaemoglobin vẫn còn > 30%. ◦ Có thể cần xanh methylen trong 2-3 ngày. <ul style="list-style-type: none"> • Nếu người bệnh đang xấu đi với phương pháp điều trị này, hãy xem xét khả năng thiếu hụt G6PD hay tán huyết. <ul style="list-style-type: none"> ◦ Nếu không có xanh methylen hoặc người bệnh có thiếu G6PD, tiêm TM hoặc uống acid ascorbic 500 mg 12 giờ một lần. • Nếu người bệnh tiếp tục xấu đi xem xét thay máu.

Chất độc hoặc độc tố	Triệu chứng	Xử trí
Các loại hóa chất khác		
Các chất ăn mòn	<p>Đau ở miệng, cổ họng, thương vị, hoặc bụng. Khó nuốt, tăng tiết nước bọt (chảy nước dãi), nói khàn và thở rít. Chảy máu đường tiêu hóa và nôn ra máu.</p> <p>Thùng, sốc. viêm phổi hít vào, tắc nghẽn đường hô hấp.</p> <p>Các axit gây ra hoại tử do đông máu. Axit axetic mạnh cũng gây ra tán huyết và suy thận.</p> <p>Alkalis gây ra hoại tử do hóa lỏng các mô có thể dẫn đến thâm nhập mô.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kiểm soát đường thở và hỗ trợ thông khí khi cần thiết (xem Đánh giá nhanh các trang 30-33, 63). • Nếu thở rít, cân nhắc xử trí đường thở nâng cao (xem Đánh giá nhanh các trang 63-66) và mở khí quản (xem Đánh giá nhanh trang 70, mục 3.2.2). • Nếu suy hô hấp nặng hoặc SpO₂ <90, cung cấp oxy (xem Đánh giá nhanh các trang 34-36). • Nếu hạ huyết áp hay sốc, truyền dịch tĩnh mạch nhanh chóng (xem Đánh giá nhanh trang 40, mục 3.1). • Không được gây nôn hoặc rửa dạ dày cho hoặc cho than hoạt tính. • KHÔNG cố gắng trung hòa. • Cho đầy đủ thuốc giảm đau opioid đường tĩnh mạch. • Hội chẩn để đánh giá tổn thương đường tiêu hóa bằng nội soi thận trọng trong khoảng 6-24 giờ sau uống • Nếu chấn thương cấp III, đặt ống thông tá tràng dưới nội soi hoặc tiến hành cho ăn qua mở thông tá tràng • Theo dõi độ pH, chất lỏng và tình trạng điện giải, hemoglobin và thời gian đông máu. • Nếu có thể thực hiện X-quang bụng và chụp để đánh giá hít và thủng. • Người bệnh uống acid: xử trí nhiễm toan chuyển hóa bằng sodium bicarbonate. • Xem xét can thiệp phẫu thuật cho bất kỳ dấu hiệu thủng nào.

Chất độc hoặc độc tố	Triệu chứng	Xử trí
Ethylene glycol	<p>Tình trạng say rượu, buồn nôn, nôn, nhiễm toan chuyển hóa, suy thận, tinh thể canxi oxalate trong nước tiểu, hạ calci máu, co giật, hôn mê, tetany</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kiểm soát đường thở và hỗ trợ thông khí khi cần thiết (xem Đánh giá nhanh các trang 30-33, 63). • Nếu suy hô hấp nặng hoặc $SpO_2 < 90$, cho thở oxy (xem Đánh giá nhanh các trang 34-36). • Nếu hạ huyết áp hay sốc, truyền dịch tĩnh mạch nhanh (xem Đánh giá nhanh trang 40, mục 3.1) và điều chỉnh dịch để duy trì tốt lượng nước tiểu. • Cho đồ uống có cồn mạnh (ví dụ thương hiệu vodka hoặc whisky, rượu mạnh được chưng cất) để ngăn chặn sự trao đổi chất. Dùng bằng đường miệng (bằng đường uống hoặc ống thông dạ dày) - 1,8 ml/kg rượu 40-43% uống trong 15-30 phút (pha loãng). Người bệnh cần được quản lý tại cơ sở cấp ba. Chuyển ở giai đoạn này nếu cần thiết. • Tiếp tục cung cấp đồ uống có cồn như sau. • Liều duy trì: <ul style="list-style-type: none"> ◦ 0,2 ml/kg/giờ (với người không uống) ◦ 0,46 ml/kg/giờ (người sử dụng rượu nặng). • Liều duy trì trong thời gian chạy thận: <ul style="list-style-type: none"> ◦ 0,5 ml/kg/giờ (với người không uống) ◦ 0,77 ml/kg/giờ (người sử dụng rượu nặng). • Có thể cần phải cung cấp rượu trong 2-3 ngày. • Xử trí toan chuyển hóa bằng sodium bicarbonate (có thể cần liều cao) và dịch thay thế. Quan trọng để theo dõi điện giải xem có tăng natri máu và hạ kali máu. • Để xác nhận chẩn đoán, nếu có thể, kiểm tra khoảng trống thẩm thấu, khoảng trống anion và ethanol trong huyết thanh. Trong những giai đoạn đầu, một khoảng trống > 19 mOsm/kgH₂O có thể biểu hiện của ngộ độc ethylene glycol nếu ethanol trong huyết thanh là 0 (nếu không, trừ đi 24 mOsm/kgH₂O trên 100 mg/dl ethanol). Sau đó, toan chuyển hóa có tăng khoảng trống anion phát triển. • Lọc máu nếu nhiễm toan chuyển hóa nặng (pH < 7.25 hoặc thâm hụt base > 15 mm mặc dù có đệm) hoặc suy thận. Xem xét thẩm phân phúc mạc nếu không có lọc máu. • Fomepizole là một chất thay thế cho ethanol. Cho một liều bolus 15 mg/kg tiếp theo là 10 mg/kg hai lần mỗi ngày cho tối đa 4 liều; tiếp theo là 15 mg/kg TM 12 giờ một lần sau đó. • Nếu hạ calci máu - xử trí thận trọng với canxi gluconate. • Nếu có sẵn, pyridoxine 50 mg TM hoặc TB 6 giờ một lần cho 6 liều và thiamin 100 mg TM hay TB cứ 8 giờ 6 liều. Phương pháp này có thể mang lại lợi ích nếu người bệnh là người nghiện rượu.

Chất độc hoặc độc tố	Triệu chứng	Xử trí
Methanol	<p>Đặc điểm không đặc hiệu: triệu chứng GI (buồn nôn, nôn, đau bụng), đau ngực, khó thở. Đặc điểm cụ thể hơn: nhiễm toan biến đổi, rối loạn hình ảnh của tất cả các loại dẫn đến mù, hôn mê.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kiểm soát đường thở và hỗ trợ thông khí khi cần thiết (xem Đánh giá nhanh các trang 30-33, 63). • Nếu suy hô hấp nặng hoặc $SpO_2 < 90$, cho thở oxy (xem Đánh giá nhanh các trang 34-36). • Nếu hạ huyết áp hay sốc, truyền dịch tĩnh mạch nhanh (xem Đánh giá nhanh trang 40, mục 3.1) và điều chỉnh dịch để duy trì tốt lượng nước tiêu. • Cho đồ uống có cồn mạnh (ví dụ thương hiệu vodka hoặc whisky, rượu mạnh được chưng cất) để ngăn chặn sự trao đổi chất. Dùng liều bằng đường miệng (bằng đường uống hoặc ống thông dạ dày) - 1,8 ml/kg rượu 40-43% uống trong 15-30 phút (pha loãng). Người bệnh cần được quản lý tại cơ sở cấp ba. Chuyển ở giai đoạn này nếu cần thiết. • Tiếp tục cung cấp đồ uống có cồn như sau. • Liều duy trì: <ul style="list-style-type: none"> ◦ 0,2 ml/kg/giờ (với người không uống) ◦ 0,46 ml/kg/giờ (người sử dụng rượu nặng). • Liều duy trì trong thời gian chạy thận: <ul style="list-style-type: none"> ◦ 0,5 ml/kg/giờ (với người không uống) ◦ 0,77 ml/kg/giờ (người sử dụng rượu nặng). • Có thể cần phải cung cấp rượu trong 2-3 ngày. • Xử trí toan chuyển hóa bằng sodium bicarbonate và thay thế chất lỏng. • Để xác nhận chẩn đoán, nếu có thể, kiểm tra khoảng trống osmolar, khoảng trống anion và ethanol trong huyết thanh. Trong những giai đoạn đầu, một khoảng trống $> 19 \text{ mOsm/kgH}_2\text{O}$ có thể biểu hiện của ngộ độc ethylene glycol nếu ethanol trong huyết thanh là 0 (nếu không, trừ đi $24 \text{ mOsm/kgH}_2\text{O}$ trên 100 mg/dl ethanol). Sau đó, phát triển toan chuyển hóa có tăng khoảng trống anion. • Lọc máu nếu nhiễm toan chuyển hóa nặng ($\text{pH} < 7.25$ hoặc thâm hụt base $> 15 \text{ mm}$ mặc dù có đệm) hoặc có dấu hiệu ngộ độc cơ quan cuối, hôn mê và co giật, suy thận, hoặc có dấu hiệu rối loạn hình ảnh. Hãy xem xét thăm phân phức mạc nếu không có lọc máu. • Acid folic 50 mg TM 4 giờ một lần trong 6 liều.
Xăng, dầu hỏa và các hydrocarbon dễ bay hơi - hấp thụ	<p>Buồn nôn, nôn, đau bụng, nôn ra máu, ho, khó thở, thở nhanh, phù phổi, tình trạng hôn mê.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kiểm soát đường thở và hỗ trợ thông khí khi cần thiết (xem Đánh giá nhanh các trang 30-33, 63). • Nếu suy hô hấp nặng hoặc $SpO_2 < 90$, cho thở oxy (xem Đánh giá nhanh các trang 34-36). • Nếu hạ huyết áp hay sốc, truyền dịch tĩnh mạch nhanh (xem Đánh giá nhanh trang 40, mục 3.1). • Không được gây nôn, cố gắng rửa dạ dày hoặc cho than hoạt tính. • Nếu tổn thương phổi cấp tính, xem phần 3.2. • Theo dõi ít nhất là 6 giờ đối với các triệu chứng hô hấp. Nếu không có triệu chứng, cho người bệnh xuất viện. • X-quang phổi ngay lập tức nếu có triệu chứng.

Chuẩn độ của Paracetamol ⁵



Bảng: Các hóa chất nông nghiệp và dược phẩm ít có khả năng dẫn đến hậu quả xấu trên lâm sàng

Hóa chất nông nghiệp		Dược phẩm
<ul style="list-style-type: none"> • Etofenprox acephate • Acetamiprid • Azadirachtin • Beta-cyfluthrin • Bispyribac • Carbenazim • Chlorfluazuron • Chlorothalonil -1023.8 • Cyhalothrin • Cypermethrin • Deltamethrin • D-trans allethrin • Edifenphos • Etofenprox 	<ul style="list-style-type: none"> • Thiram fenoxaprop-ethyl • Fenvalerate • Hexaconazole • Imidacloprid • Mancozeb • Permethrin • Propiconazole • Propineb • Pyrethroid (những thứ khác) • Tebuconazole • Tebufenozide • Thiophanate • Thiram 	<ul style="list-style-type: none"> • Kháng sinh • Thuốc lợi tiểu và thuốc ức chế ACE • Viên tránh thai uống • Các chất kháng viêm không steroid (trừ salicylat và mefenamic acid) • Thuốc ức chế acid (các chất ức chế bơm proton, thuốc chẹn cơ quan nhận cảm H2) • Thuốc hạ lipid

⁵ Được sử dụng với sự cho phép của Trung tâm trị liệu và chất độc All Wales, Cardiff, Anh

3.8.2 Chất độc hít vào

Chất độc hít vào có thể dưới dạng khí, hơi hoặc bụi. Những chất độc này có thể gây nhiễm độc toàn thân (ví dụ như carbon monoxide, hơi thủy ngân) hoặc kích thích đường hô hấp (ví dụ như chlorine).

Bảng: Chất độc hít vào hoặc chất độc, các triệu chứng ngộ độc và hướng dẫn ngăn gọn về quản lý cụ thể		
Chất độc hoặc độc tố	Triệu chứng	Xử trí
Carbon monoxide	<p>Độc tính nhẹ đến vừa phải: chóng mặt, nhức đầu, buồn nôn, nôn mửa, suy nhược và nhầm lẫn.</p> <p>Ngộ độc nặng: ngất, thở nhanh, khó thở, suy hô hấp hoặc phù nề phổi, hôn mê, co giật, phù não, rối loạn nhịp tim, thiếu máu cục bộ cơ tim, tổn thương da bóng nước, hoại tử cơ bắp, tiêu cơ vân, hội chứng khoang.</p> <p>Có thể có biến chứng thần kinh tâm thần muộn.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kiểm soát đường thở và hỗ trợ thông khí khi cần thiết (xem Đánh giá nhanh các trang 30-33, 63). • Cho thở oxy lưu lượng cao với mục tiêu tới 100% trong 6-24 giờ (xem Đánh giá nhanh các trang 34-36, mục 3). Cho thở ô xy mà không cần quan tâm đến độ bão hòa oxy và không điều chỉnh. • Theo dõi tim và làm điện tâm đồ 12 chuyển đạo. • Theo dõi urê, điện giải đồ, chức năng thận, khí máu và pH. • Đo mức carboxyhaemoglobin, nếu có thể. • Điều trị co giật (xem phần 3.5). • Cung cấp chăm sóc hỗ trợ. • Nếu nghi ngờ phù não, cân nhắc đặt nội khí quản, tăng thông khí (xem Đánh giá nhanh trang 63). • Những lợi ích của liệu pháp oxy cao áp trong việc ngăn ngừa biến chứng thần kinh là không chắc chắn. • Kiểm tra xem có các nạn nhân khác không.

Chất độc hoặc độc tố	Triệu chứng	Xử trí
Clo	<p>Ngộ độc nhẹ tới trung bình: ho, khó thở, đau ngực, cảm giác rất ở họng và sau xương ức, buồn nôn hoặc nôn, kích ứng mắt và mũi, ngạt, yếu cơ, choáng váng, đau bụng, đau đầu.</p> <p>Ngộ độc nặng: phù nề đường hô hấp trên, co thắt thanh quản, phù phổi cấp không do tim, viêm phổi, hạ oxy máu dai dẳng, suy hô hấp, tổn thương phổi cấp tính.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kiểm soát đường thở và hỗ trợ thông khí nếu cần (xem Đánh giá nhanh, trang 29-32, 62). • Xem xét đặt khí quản sớm nếu thở rít. • Nếu suy hô hấp nặng hoặc $SpO_2 < 90\%$, cho thở oxy. • Cho salbutamol nếu khò khè (xem Đánh giá nhanh trang 37). • Rửa mắt. • Đo lưu lượng đỉnh. • Chụp X-quang ngực nếu có triệu chứng. • Theo dõi SpO_2 và điện giải. • Điều trị phù phổi cấp không do tim (xem Phần 3.2.3).
Cyanua	<p>Đau đầu, khó thở, lẫn lộn, hôn mê, co giật, suy tuần hoàn, toan chuyển hóa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kiểm soát đường thở và hỗ trợ thông khí nếu cần (xem Đánh giá nhanh trang 29-32, 62). • Thở oxy liều cao để đạt SpO_2 100% (xem Đánh giá nhanh trang 33-35 và Phần 3). Cho thở oxy ở mọi mức SpO_2 và không chỉnh liều. • Đo lactate. • Điều chỉnh toan chuyển hóa dai dẳng bằng $NaHCO_3$. • Ngộ độc nặng (hôn mê): <ul style="list-style-type: none"> • Cho natri nitrit: 300 mg (10 ml dung dịch 3%) tiêm tĩnh mạch chậm trong 5-20 phút. ◦ Sau đó cho natri thiosulfat: 12.5 g (50 ml dung dịch 25%) tiêm tĩnh mạch chậm trong 10 phút. ◦ Nếu không đáp ứng sau 30 phút, cho thêm 150 mg natri nitrit sau đó là 12.5 g natri thiosulfat. • Hoặc, tiêm tĩnh mạch 5g hydroxocobalamin trong 15 phút. • Ngộ độc trung bình (tỉnh lại sau khi hôn mê, co giật, tím) nạn nhân hít khói, hoặc nghi ngộ độc cyanua: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Tiêm tĩnh mạch chậm 12.5 g natri thiosulfat (83 ml dung dịch 15%) trong 10 phút.

3.8.3 Hóa chất trên da và mắt

Bảo vệ nhân viên y tế

Người sơ cứu vết thương cần phải sử dụng biện pháp bảo hộ hợp lý: găng tay và tạp dề để tránh phơi nhiễm với hóa chất.

Luôn đặt cấp cứu đường thở, hô hấp và tuần hoàn lên hàng đầu.

Xử trí hóa chất vào mắt

- Để mắt mở (người bệnh có thể cần gây tê để tránh co thắt mi mắt).
- Rửa mọi loại hóa chất bằng nước sạch, mắt trong 15-20 phút. Chú ý không để nước chảy vào mắt còn lại. Nếu là kiềm hoặc acid, kiểm tra pH của dịch kết mạc cho tiếp tục rửa cho đến khi pH là 7.4.
- Không để người bệnh dụi mắt.
- Điều trị đau.
- Nếu ánh sáng gây đau, che mắt bằng gạc vô khuẩn.
- Khám mắt (xem Phần 10.12).

Xử trí hóa chất vào da

- Cởi quần áo hoặc yêu cầu người bệnh cởi quần áo. Tránh kéo áo qua đầu. Cắt quần áo nếu cần.
- Rửa sạch da trong vòng 15 phút bằng nhiều nước.
- Nếu bong kiềm, rửa với nước cho đến khi pH da đạt mức trung hòa.
- Phát hiện các dấu hiệu ngộ độc do hấp thụ chất độc qua da.
- Hội chẩn chống độc để xin ý kiến về từng loại độc chất cụ thể.
- Cho quần áo bẩn vào một túi có thể khóa lại để tránh nhiễm bẩn thứ phát.

Xử trí phospho hữu cơ hoặc carbamate vào da

- Dự phòng hấp thụ bằng việc chuyển người bệnh tới nơi thoáng khí, bỏ quần áo bẩn, và rửa sạch da với xà phòng và nước.
- Xử trí phơi nhiễm với hơi cay
- Hơi cay kích ứng niêm mạc mắt, gây cảm giác cay và gây chảy nước mắt. Nó cũng kích ứng đường hô hấp trên, gây ho, ngạt và yếu.
- Quần áo nhiễm bẩn có thể tiếp tục giải phóng hơi cay, ảnh hưởng đến những người xung quanh. Do đó, nếu có thể, cởi quần áo người bệnh trước khi chuyển vào khu vực điều trị.
- Thực hiện hướng dẫn ở trên để làm sạch mắt và da. Tuy nhiên, rửa sạch da với xà phòng và nước, sau đó rửa với nước ấm trong 15 phút. Các loại kem làm dịu như calamine có thể bôi cho da bị kích ứng sau khi đã rửa sạch.

⁶ Public health response to biological and chemical weapons. WHO Guidance, 2004. Available at <http://www.who.int/csr/deliberatedemics/biochemguide/en/>

3.9 Rắn cắn^{1,2}

Trong phần này:

3.9.1 Đánh giá rắn cắn

- Khai thác hoàn cảnh bị cắn
- Đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán
- Bảng: Một số loài rắn có tầm quan trọng với y học và các đặc điểm ngộ độc chính

3.9.1 Điều trị rắn cắn

- Điều trị ngộ độc toàn thân
- Xử trí biến chứng
- Xử trí hoại tử cục bộ và hội chứng khoang
- Tôn thương mắt do nọc rắn (rắn hổ mang phun)
- Xử trí liệt cơ (độc tính thần kinh)
- Xử trí chảy máu do rối loạn yếu tố đông máu
- Một số niềm tin sai lầm

Nọc rắn khác nhau giữa các loài về tác dụng, từ loại không gây tác dụng gì hoặc rất ít dụng với cơ thể con người, cho tới những loại có khả năng đe dọa tính mạng. Thông thường, người bệnh có tiền sử rắn cắn, nhưng nên xem xét chẩn đoán rắn cắn ở bất kỳ người bệnh nào có đau nhiều hoặc sưng nề chi không rõ nguyên nhân, hoặc khi người bệnh có bất kỳ bệnh lý nào không rõ nguyên nhân có biểu hiện chảy máu hoặc các dấu hiệu thần kinh bất thường.

3.9.1 Đánh giá rắn cắn

Khai thác hoàn cảnh bị cắn

Ở hầu hết người bệnh rắn cắn, vết cắn rõ ràng và đa số người bệnh đau tại vị trí cắn dữ dội. Tuy nhiên, vết cắn của các loài rắn có độc tố thần kinh có thể hầu như không đau, và một số trường hợp, vết cắn không nhìn thấy. Ngoài ra, không phải tất cả các loài rắn đều gây độc nghiêm trọng: 10-50% vết cắn không có nọc hoặc không đủ để gây triệu chứng lâm sàng. Nên nghi ngờ, theo dõi sát người bệnh.

Nếu người bệnh bị rắn cắn, xem xét các vấn đề sau:

- Thời gian từ khi bị cắn
- Có xác định được loài rắn không? Hiểu biết về rắn tại địa phương giúp xác định đúng loài rắn. Ngoài ra, một số loài rắn thay đổi hình dáng đáng kể trong vòng đời. Nên nghi ngờ, điều trị như trường hợp rắn cắn không rõ loài.
- Người bệnh có triệu chứng ngộ độc rõ ràng không? Ở một số khu vực, các loài rắn cụ thể có thể có những hội chứng lâm sàng điển hình (xem Bảng: Một số loài rắn có tầm quan trọng với y học và các đặc điểm ngộ độc chính).

¹ Guidelines for the prevention and clinical management of snake-bite in Africa. Chapters 10, 12, 15. WHO Regional Office for Africa, 2010. Available at <http://www.afro.who.int/en/clusters-a-programmes/hss/essential-medicines/highlights/2731-guidelines-for-the-prevention-and-clinical-management-of-snake-bite-in-africa.html>

² Guidelines for the management of snake-bites. WHO Regional Office for South-East Asia, 2010. Available at http://www.searo.who.int/LinkFiles/BCT_snake_bite_guidelines.pdf

Đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán

Đánh giá lâm sàng nên tập trung vào xác định người bệnh có bị ngộ độc không. Các đặc điểm lâm sàng có thể không rõ ràng cho tới vài giờ sau khi bị cắn. Do đó, cần đánh giá liên tục. Đánh giá liên tục bao gồm những nội dung sau:

- Đánh giá nhanh: Đường thở, Hô hấp, và Tuần hoàn (xem Đánh giá nhanh, trang 17-19).
- Khám vị trí vết cắn tìm vết răng, hoại tử cục bộ, hình thành phỏng nước, hoặc chảy máu.
- Các hạch bạch huyết xung quanh có thể đau hoặc sưng.
- Phù nề cục bộ có thể lan dần dọc theo chi bị cắn và dẫn tới hội chứng khoang.
- Các triệu chứng không đặc hiệu của ngộ độc toàn thân bao gồm buồn nôn, nôn, đau bụng, chóng mặt và đau đầu.
- Đánh giá chảy máu
 - Chảy máu ngoài: lợi, vết thương, loét, chỗ tiêm truyền;
 - Chảy máu trong: đặc biệt là chảy máu trong sọ, đái máu và kéo dài thời gian máu chảy (xét nghiệm). Nên tiến hành xét nghiệm thời gian máu chảy 20 phút thường quy. Xem thêm phần 7.2.18 và 10.19.
- Đánh giá dấu hiệu của độc tính thần kinh, bao gồm:
 - Liệt vận nhãn (lác), nhìn đôi, khó nuốt (liệt thần kinh IX-XII), và khó nói, liệt cơ, khó thở, và liệt mềm kèm theo suy hô hấp.
- Đánh giá các dấu hiệu tiêu cơ, bao gồm đau cơ, và nước tiểu màu đen (xét nghiệm tổng phân tích nước tiểu có máu gợi ý tiêu cơ vân gây myoglobin niệu).

Không thể có hướng dẫn chung cho tất cả các khu vực và các trường hợp rắn cắn và cần sử dụng hiểu biết tại khu vực và điều chỉnh kế hoạch xử trí.³

Ghi chú: Do các loại nọc rắn có độc tính khác nhau, người bệnh rắn cắn thường có nhiều hội chứng lâm sàng. Xem bảng dưới để biết một số loài rắn có tầm quan trọng trong y học và các đặc điểm ngộ độc chính.

Xét nghiệm thời gian máu chảy 20 phút

Lấy 2-3 ml máu toàn phần vào một ống thủy tinh mới, sạch và khô và đặt trong nhiệt độ phòng trong 20 phút. Lắc nhẹ ống để xem cục máu đông đã hình thành chưa. Nếu máu không đông, xét nghiệm dương tính. Thành ống phải làm bằng thủy tinh thay vì nhựa để hoạt hóa các yếu tố đông máu. Tuy nhiên, ống thủy tinh có thể sẽ không hoạt hóa các yếu tố đông máu nếu rửa bằng chất tẩy rửa hoặc còn ướt.

³ Updated snake distributions maps are available at <http://apps.who.int/bloodproducts/snakeantivenoms/database/>

Bảng: Một số loài rắn có tầm quan trọng với y học và các đặc điểm ngộ độc chính⁴

	Tác dụng tại	Rối loạn đông	Liệt cơ	Tiêu cơ	Hạ huyết áp	Suy thận
Nam Mỹ						
• Bothrops spp	+++	++		+	+	++
• Crotalus durissus terrificus	±	++	++	+++		+++
Bắc Mỹ						
• Crotalus spp	++	++	+	+	++	+
• Micrurus spp	±		++	++	±	
Úc và Thái Bình Dương						
• Pseudonaja spp	±	+++	±			±
• Notechis spp	+	+++	+++	++		+
• Pseudechis australis	++	++	±	+++		
• Pseudechis porphyriacus	+	+		+		
• Acanthophis spp	±		+++			
• Oxyuranus spp	+	+++	+++	+		
• Rắn biển	±		+++	+++	+	++
Đông và Đông Nam Á						
• Daboia russelii	++	+++	±	+++	++(+)	++(+)
• Naja spp (rắn hổ mang)	+++		+++		++	
• Naja philippinensis (rắn hổ Philippine)	+		+++		+	
• Echis carinatus	+++	+++			+	+
• Bungarus spp (rắn cạp nong/niá)			++			
• Hypnale spp	+++	+		+		+
• Rắn biển	±		+++	+++	+	++
Châu Phi						
• Bitis arietans	+++	++				
• Echis ocellatus	++	+++			+	+
• Naja spp (rắn hổ mang phun châu Phi)	+++					
• Naja spp (rắn hổ mang gây độc TK c. Phi)	+++	±				
• Atractaspis spp	++	±				
• Dendroaspis polylepis	+		+++		+	
Châu Âu						
• Vipera spp	+	±	±		++	++

Ghi chú: Bảng này cung cấp những thông tin chung do có thể có một số khác biệt giữa các loài trong dải phân bố và mức độ nặng của biểu hiện lâm sàng. Chú thích: + nhẹ, ++ trung bình, +++ nặng, ± có thể có hoặc không

⁴ Adapted from Meier J, White J. Clinical toxicity of animal venoms and poisons, 1995. CRC Press. Boca Raton FL. and <http://www.toxinology.com/>

3.9.2 Điều trị rấn cắn

Nạn nhân bị rấn cắn thường lo lắng và kích động nhiều. Biện pháp sơ cứu đầu tiên là trấn an, bất động chi bị cắn và nhanh chóng chuyển tới cơ sở y tế.

Một số trường hợp rấn cắn có thể tiến triển nhanh tới suy hô hấp và suy tuần hoàn. Sử dụng Đánh giá nhanh trang 17-18 để đánh giá đường thở, hô hấp và tuần hoàn. Cần phải tháo bỏ nhẫn và vòng, vì các có thể làm nặng thêm phù nề ở chi bị cắn. Khi người bệnh đã tới cơ sở y tế, vấn đề quan trọng nhất trong xử trí là xác định nhu cầu cần sử dụng thuốc kháng nọc và nếu có chỉ định, dùng càng sớm càng tốt.

Điều trị ngộ độc toàn thân

Thuốc kháng nọc được chỉ định nếu có triệu chứng ngộ độc toàn thân (trên lâm sàng hoặc trên xét nghiệm) do rấn độc cắn. Các triệu chứng bao gồm:

- Độc tính thần kinh
- Rối loạn đông máu (chảy máu tự phát hoặc thời gian máu chảy 20 phút dương tính)
- Tiêu cơ - đau cơ hoặc nước tiểu đen hoặc tổng phân tích nước tiểu (+++) với máu
- Hạ huyết áp, shock, loạn nhịp kéo dài
- Hoại tử cục bộ hoặc phù nề lan rộng (qua ½ chi bị cắn), phù nề cục bộ tiến triển nhanh, cắn ở ngón tay và ngón chân.

Nếu người bệnh không có triệu chứng lâm sàng như trên, tiếp tục theo dõi sát người bệnh. Mỗi giờ một lần, kiểm tra người bệnh xem có yếu cơ (bao gồm sụp mí và khó nuốt), giảm cơ lực, khó thở và chảy máu không. Nếu nghi ngờ chảy máu hoặc rối loạn đông máu do rấn cắn, làm xét nghiệm thời gian máu chảy 20 phút.

Thông thường, không nên sử dụng thuốc kháng nọc cho tới khi có bằng chứng ngộ độc toàn thân hoặc hoại tử cục bộ. Nếu không có thuốc kháng nọc, xem xét chuyển người bệnh tới một cơ sở y tế có thuốc kháng nọc (xem Đánh giá nhanh trang 70). Trong khi thay thế dịch, có thể xem xét truyền huyết tương tươi đông lạnh hoặc lọc máu (xem Phần 11.31). Nếu người bệnh suy hô hấp nặng, xem Đánh giá nhanh trang 17-18 và xem xét kiểm soát đường thở nâng cao (xem Đánh giá nhanh trang 62-67).

Sử dụng thuốc kháng nọc

Vấn đề lâm sàng

- Liều dùng phụ thuộc vào số lượng nọc tiêm vào; do đó, không liên quan tới việc người bệnh là người lớn hay trẻ em.
- Thuốc kháng nọc luôn dùng đường tĩnh mạch.
- Nên có epinephrine (adrenaline) để dùng ngay cho trường hợp phản vệ. Xem Đánh giá nhanh trang 17 và Phần 3.1.3 về xử trí phản vệ.
- Thuốc kháng nọc hiệu quả hơn nếu dùng sớm (trong những giờ đầu bị cắn). Tuy nhiên, khi dùng muộn (vài ngày), người bệnh vẫn có cải thiện.

Đáp ứng mong đợi khi dùng thuốc kháng nọc

- Các triệu chứng toàn thân cải thiện sau vài giờ.
- Điều chỉnh rối loạn đông máu sau vài giờ (phụ thuộc vào loại rắn). Làm lại xét nghiệm thời gian máu chảy 20 phút sau 3-6 giờ.
- Liệt cơ không tiến triển, nhưng có thể không cải thiện ngay.
- Không đảo ngược hoại tử cục bộ nhưng không tiến triển.
- Tiêu cơ ngừng tiến triển, nhưng có thể vẫn suy thận.

Nguyên nhân thất bại trong điều trị thuốc kháng nọc

- Sai loại thuốc kháng nọc (đặc biệt là các thuốc kháng nọc đơn loài).
- Thuốc kháng nọc bị bất hoạt hoặc không có hiệu quả.
- Không đủ liều.
- Trị hoãn quá lâu kể từ khi ngộ độc cho tới khi dùng thuốc.

Xử trí biến chứng

Tất cả các người bệnh rắn cắn đều cần theo dõi biến chứng: khám lâm sàng (nhịp thở, thể tích thông khí quan sát bằng mắt thường hoặc đo chức năng hô hấp, mạch và huyết áp; triệu chứng của hội chứng khoang và hoại tử), xem lại các biểu đồ (số lượng nước tiểu, màu sắc nước tiểu, và thân nhiệt), và thăm dò sinh hóa (kali máu, creatinine máu và đông máu).

Dự phòng suy thận bằng việc bù đủ dịch. Suy giảm ý thức có thể là dấu hiệu của chảy máu trong não.

Xử trí hoại tử cục bộ và hội chứng khoang

Mức độ hoại tử cục bộ phụ thuộc vào loại nọc rắn. Dùng thuốc kháng nọc rắn sớm là cách tốt nhất để dự phòng tiêu cơ. Hội chứng khoang hiếm gặp và khó phân biệt với hoại tử cục bộ.

- Giảm đau.
- Hội chẩn ngoại khoa nếu sưng nề ngón tay/chi nhiều.
- Xem xét rạch cân mạc nếu:
 - Có bằng chứng về hội chứng khoang (đau dữ dội không tương xứng với lâm sàng, liệt cơ trong khoang, đau khi căng thụ động các cơ trong khoang, giảm cảm giác vùng da do thần kinh đi qua khoang chi phối, và căng tức phát hiện được khi bóp khoang); và
 - Áp lực trong khoang đo được >40 mmHg (ở người lớn); và
 - Rối loạn đông máu đã được điều chỉnh bằng thuốc kháng nọc.
- Nhiễm trùng ít gặp
 - Kháng sinh chỉ nên được dùng khi có vết thương hoại tử hoặc triệu chứng của nhiễm trùng rõ ràng (ví dụ, sưng, đỏ, nóng, và bùng nhùng).
- Tiêm vaccine uốn ván cho người bệnh không được tiêm chủng.

Tổn thương mắt do nọc rắn (rắn hổ mang phun)

Sau khi nọc rắn bắn vào mắt, nên rửa giác mạc bằng nhiều nước sạch, và che mắt bằng gạc sạch và bôi kháng sinh tại chỗ (ví dụ: tetracycline). Nếu cần, dùng một liều gây tê cục bộ tại chỗ để giúp mắt mở để có thể làm sạch mắt. Xem xét sử dụng epinephrine 0,1% nhỏ mắt để giảm cảm giác rát. Không khuyến cáo thuốc kháng nọc pha loãng.

Xử trí liệt cơ (độc tố thần kinh)

Thuốc kháng nọc đa giá thường không dự phòng được tiến triển của độc tính thần kinh ở giai đoạn cấp, cụ thể là liệt cơ hô hấp, và người bệnh sẽ tử vong nếu không hỗ trợ sống. Dùng thuốc kháng nọc muộn có thể giúp đảo ngược liệt cơ sau khi bị một số rắn độc cắn. Nếu không có thuốc kháng nọc, nên xử trí suy hô hấp bằng thông khí hỗ trợ cho tới khi người bệnh tự cải thiện.

Theo dõi sát người bệnh để phát hiện các dấu hiệu liệt cơ tiến triển

- Triệu chứng sớm: sụp mi, nhìn đôi, khó nuốt, và chảy nước bọt. Các triệu chứng này có thể gợi ý người bệnh sẽ liệt cơ hô hấp.
- Triệu chứng muộn: liệt cơ toàn thân, liệt cơ hô hấp. Khi cơ hô hấp bắt đầu yếu, người bệnh sẽ thở nhanh hơn, nông, và cuối cùng phải huy động cơ hô hấp phụ.
- Hạ oxy máu là dấu hiệu đe dọa; thường do không đủ thông khí hoặc không đủ cung cấp oxy cho cơ thể (xem Phần 3.2.1). Khi $SpO_2 < 90\%$, cho người bệnh thở oxy (xem Đánh giá nhanh trang 33-35). Đây là biện pháp tạm thời, vì chỉ cho thở oxy sẽ KHÔNG cải thiện thông khí.

Nếu thông khí không đủ, hỗ trợ thông khí bằng mặt nạ với bóng (xem Đánh giá nhanh trang 31). Với các trường hợp có thể dễ dàng đảo ngược tình trạng, mặt nạ và bóng nên được tiếp tục cho tới khi thuốc kháng nọc có hiệu quả. Các trường hợp rắn cắn có độc tố thần kinh, thời gian liệt cơ có thể kéo dài hơn và do đó cần kiểm soát đường thở nâng cao bằng đặt ống nội khí quản (xem Đánh giá nhanh trang 32-37) nếu có thể hỗ trợ thông khí bằng tay hoặc chuyển tới bệnh viện nơi có thở máy.

Kiểm soát đường thở nâng cao nên được xem xét nếu có dấu hiệu liệt dây IX-XII (chảy nước dãi, khó nuốt, hội chứng hít), và có các dấu hiệu mất bảo vệ đường thở.

Người bệnh có triệu chứng do độc tính thần kinh, trừ những người bệnh bị rắn lục châu Phi (mamba) cắn, nên làm test anticholinesterase. Lí tưởng nhất là dùng edrophonium do tác dụng ngắn; tuy nhiên, không phải chỗ nào cũng có edrophonium, và có thể sử dụng neostigmine thay thế. Neostigmine dùng rộng rãi trong gây mê để đảo ngược phong bế thần kinh-cơ cạnh tranh.

Các bước tiến hành test anticholinesterase

1. Ghi nhận tình trạng nền của người bệnh.
2. Tiêm tĩnh mạch chậm atropin sulfat (0,6 mg cho người lớn) để phong bế các tác dụng khó chịu và có thể nghiêm trọng của acetylcholine trên receptor muscarin (ví dụ con đau quặn bụng).
3. Sau đó, tiêm tĩnh mạch chậm edrophonium chlorid (10 mg ở người lớn) hoặc tiêm bắp neostigmin bromide 0,02 mg/kg cho người lớn.
4. Đáp ứng thuyết phục là tăng cơ lực hoặc cải thiện sụp mí.

Nếu người bệnh có đáp ứng thuyết phục (+), duy trì tiêm tĩnh mạch/tiêm bắp hoặc dưới da neostigmin 0,5-2,5 mg mỗi 1-3 giờ, tới tối đa 10 mg/24 giờ cho người lớn cùng với atropin như ở trên.

Xử trí chảy máu do rối loạn yếu tố đông máu

(Xem Phần 10.19 về Bất thường chảy máu và bầm tím)

- Chảy máu toàn thân tự phát thường ngừng trong vòng 15-30 phút, và đông máu phục hồi trong vòng 6 giờ nếu như dùng đủ liều kháng nọc. Thời gian máu chảy 20 phút nên được sử dụng để theo dõi liều thuốc kháng nọc ở người bệnh có rối loạn đông máu. Nếu máu vẫn không đông sau 6 giờ kể từ liều đầu, nên lặp lại thuốc kháng nọc mỗi 6 giờ cho tới khi đông máu được hồi phục.
- Nếu người bệnh bắt đầu chảy máu nhiều, điều chỉnh bằng huyết tương tươi đông lạnh, tiểu cầu hoặc tủa lạnh cùng với thuốc kháng nọc. Nếu những chế phẩm máu này không có, sử dụng máu tươi toàn phần (xem Phần 10.19).
- Không nên dùng heparin.
- Không nên cố đặt đường truyền trung tâm và phẫu thuật trừ phi đã điều chỉnh được rối loạn đông máu bằng thuốc kháng nọc.

Xử trí tiêu cơ vân

- Dấu hiệu sớm bao gồm đau cơ và tổng phân tích nước tiểu dương tính với máu (phản ứng chéo với myoglobin trong cơ).
- Dấu hiệu muộn bao gồm nước tiểu đen và suy thận.
- Truyền tĩnh mạch dung dịch Ringer lactate hoặc NaCl 0,9% (>3l/ngày). Duy trì đủ dịch cho người bệnh bằng theo dõi áp lực tĩnh mạch cảnh (bằng cách quan sát tĩnh mạch cổ) cao hơn bình thường một chút, và sử dụng furosemide khi cần (xem Phần 11.31).
- Nên theo dõi số lượng nước tiểu, và tốc độ truyền dịch điều chỉnh theo đó.
- Điều chỉnh toan hóa và rối loạn điện giải.
- Có thể cần lọc máu hoặc lọc màng bụng để điều trị suy thận cấp và các biến chứng kèm theo như tăng kali máu và toan hóa (xem Phần 11.31).

Một số tin tưởng sai lầm

1. “Thuốc kháng nọc nào cũng được” - SAI.

Thuốc kháng nọc đặc hiệu cho từng loài rắn. Ví dụ, thuốc kháng nọc làm từ rắn Ấn Độ sẽ không có hiệu quả với rắn ở Papua New Guinea. Tuy nhiên, một số thuốc kháng nọc là loại đa giá, nghĩa là chứa nhiều hơn nọc độc của một loại rắn (có thể tới 10 hoặc hơn).

2. “Rạch vết cắn” - SAI.

Có thể gây tổn thương thêm vết thương do rắn cắn. Nếu người bệnh bị rối loạn đông máu, họ có thể chảy máu đến chết.

3. “Garo để chặn nọc độc lan trong cơ thể” - SAI.

Cắt nguồn cấp máu không làm nọc độc ngừng lan trong cơ thể, và có thể gây nguy hiểm cho chi bị thiếu máu.

4. “Thuốc thảo dược chữa rắn cắn có hiệu quả trong điều trị rắn cắn” - SAI.

Thuốc kháng nọc tĩnh mạch là phương pháp điều trị đặc hiệu duy nhất cho rắn cắn. Không có viên nén, chiết xuất thảo dược, hoặc thuốc đắp nào, bao gồm cả than và tro, được chứng minh có hiệu quả trong đảo ngược tác dụng của nọc độc.

Các niềm tin sai lầm khác bao gồm làm lễ hiến tế, tiêm vào vết thương các loại tinh thể, sử dụng dòng điện và hút máu từ vết thương.

3.10 Bỏng¹

Trong phần này:

- 3.10.1 Xử trí ban đầu và ổn định tình trạng bỏng sử dụng
 - Đánh giá nhanh
 - Đường thở và hô hấp
 - Tuần hoàn
 - Cắt bỏ quần áo bị bỏng và làm mát da bằng nước.
 - Xử trí chấn thương kèm theo
 - Che vết bỏng để giảm đau và cung cấp giảm đau phù hợp.
- 3.10.2 Đánh giá và phân loại bỏng
 - Xác định độ bỏng
 - Ước tính diện tích bỏng bề mặt ở người lớn
 - Phân loại bỏng
 - Phân loại bỏng để quyết định cách xử trí
- 3.10.3 Xử trí bỏng
 - Xử trí tổn thương phổi do hít
 - Hồi sức dịch ở người bệnh bỏng nặng
 - Chăm sóc da bỏng

Bỏng là một dạng chấn thương nặng có thể gây tổn thương phần mềm đáng kể cũng như thay đổi về chuyển hóa ảnh hưởng tới cân bằng dịch. Bỏng rộng là một cấp cứu đe dọa tính mạng. Phạm vi bỏng, tuổi quá nhỏ hoặc quá cao, các bệnh đồng mắc và tình huống gây bỏng đều ảnh hưởng tới kết cục của người bệnh.

3.10.1 Xử trí ban đầu và ổn định tình trạng bỏng sử dụng Đánh giá nhanh

Đường thở và hô hấp

- Xem xét đặt nội khí quản hoặc mở khí quản sớm cho tất cả các loại bỏng mặt, bỏng cổ trước và bỏng ngực trên để bảo vệ đường thở khỏi phù nề.
- Cho thở oxy cho tất cả người bệnh có dấu hiệu cấp cứu theo Đánh giá nhanh, bỏng nặng (>15% tổng diện tích da hoặc bao gồm đường thở), rối loạn ý thức, SpO₂ < 90%, hoặc nghi ngờ độc carbon monoxide (hít khói, lửa trong nhà kín).

T tuần hoàn

- Đặt đường truyền tĩnh mạch. Tính toán lượng dịch truyền theo công thức Parkland cho người bệnh bỏng nặng và có dấu hiệu cấp cứu theo Đánh giá nhanh.

Công thức Parkland

Tính toán số lượng dịch cần truyền trong vòng 24 giờ đầu sau bỏng;
 $4\text{ml} \times \text{cân nặng (kg)} \times \% \text{ da bỏng theo tổng diện tích da}$

¹ Surgical care at the district hospital. WHO, 2003. Available at www.who.int/child_adolescent_health/documents/9241545755/en/index.html and Integrated management for emergency and essential surgical care. WHO, 2003. Available at www.who.int/surgery/publications/imeesc/en/index.html

Cắt bỏ quần áo bị bỏng và làm mát da bằng nước.

- Nếu bỏng cấp, đắp khăn ướt và mát trong 30 phút để làm mát vết bỏng.
- Cần thận hạ thân nhiệt.

Xử trí chấn thương kèm theo.

Che vết bỏng để giảm đau, và điều trị giảm đau phù hợp.

3.10.2 Đánh giá và phân loại bỏng

Xác định độ bỏng

Độ bỏng gợi ý độ sâu và độ nặng, và xem có cần phẫu thuật không.

Độ 1	Nông	đỏ, đau, da lành, không phỏng nước
Độ 2	nông hoặc sâu tới ½ chiều dày	đỏ, phỏng nước, ướt, đau, trợt
Độ 3	toàn bộ chiều dày	trắng hoặc đen/màu da thuộc, không cảm giác, khô

Bác sĩ bỏng có kinh nghiệm thường đánh giá phân loại bỏng khi đã khám vết thương ở thời điểm 72 giờ sau chấn thương.

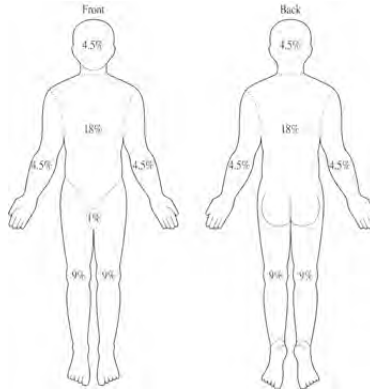
- Bỏng độ 1 thường lành không để lại di chứng, ngay cả không điều trị.
- Bỏng độ 2 thường lành, nhưng để lại sẹo rõ rệt và co kéo.
- Bỏng độ 3 thường lành do co kéo và để lại sẹo và tật nguyên đáng kể. Bỏng độ 3 cũng bao gồm tổn thương cơ hoặc dây chằng.

Ghép da được chỉ định cho bỏng độ 2 sâu và bỏng độ 3 để cải thiện thẩm mỹ và chức năng. Nếu vết thương không biểu mô hóa sau 21 ngày, nên ghép da.

Ước tính phạm vi bỏng theo tổng diện tích da

- Xác định % diện tích bỏng theo quy tắc số 9, trong đó cơ thể chia làm 9 phần.
- Nếu bỏng không bao gồm hết 1 phần cơ thể hoặc nhiều hơn 1 phần, % có thể tính bằng diện tích lòng bàn tay: mỗi lòng bàn tay người bệnh ~ 1% tổng diện tích da.
- Nếu bỏng độ 2 hoặc 3 bao gồm mặt, cổ, bàn tay, bàn chân hoặc vùng đáy chậu, hoặc vòng quanh cơ thể, nên điều trị như bỏng nước và chỉ định phẫu thuật, ngay cả khi tổng diện tích bỏng nhỏ.

Ước tính diện tích bề mặt ở người lớn



Quy tắc số 9

Phân loại bỏng

Bỏng do lửa là loại thường gặp nhất. Người bệnh bỏng do lửa trong khu vực kín có thể bị tổn thương phổi do hít khói. Tìm vết muội than trong miệng và lông mũi bị cháy xém. Cần nhắc thật kỹ bảo vệ đường thở trước khi phủ nề thanh quản khiến việc đặt nội khí quản gặp khó khăn. Bỏng do lửa thường là bỏng sâu có bờ nham nhờ do bỏng độ 2. Lau sạch vết muội và da với xà phòng và nước.

Bỏng rộp. Rất khó để đánh giá đúng độ sâu của bỏng rộp trong vài giờ đầu. Tổn thương có thể không rõ ràng cho tới ngày thứ 3.

Bỏng tiếp xúc thường nhỏ nhưng rất sâu, tới tận lớp cơ, và có thể cần phẫu thuật cắt lọc và ghép da.

Bỏng do dầu mỡ. Dầu ăn khi đang đun nấu thường rất nóng. Tổn thương bỏng này điển hình là những vết thương sâu, bỏng độ 2 hoặc độ 3.

Bỏng do tia lửa điện. Xảy ra khi tua-vít hay vật dẫn điện khác được đưa trực tiếp vào hộp điện. Tia này mang nhiệt độ rất cao, nhưng dòng điện không qua cơ thể. Vị trí bỏng điển hình là mặt và tay. Khám mắt người bệnh với fluorescein và ánh sáng xanh để tìm tổn thương giác mạc. Nếu có thương tổn giác mạc, điều trị bằng nhỏ mắt hoặc mỡ kháng sinh. Thậm chí nếu không có khói, bỏng tia lửa điện có thể gây ra phù nề thanh quản, và việc bảo vệ đường thở cần được cân nhắc. Còn lại, điều trị như với bỏng nhiệt.

Bỏng do điện giật do điện cao thế truyền qua cơ thể. Nếu người bệnh tỉnh, người bệnh có thể kể rằng họ không thể buông tay khỏi dây điện hoặc các nguồn truyền điện khác. Bề mặt vết bỏng chỉ là những vết thương nhỏ ở nơi điện truyền vào và truyền ra, nhưng sâu bên trong có thể là tổn thương mô rất lớn. Tìm dấu hiệu loạn nhịp tim và gãy xương. Tiêu cơ gây myoglobulin niệu và suy thận (xem Phần 11.31). Đặt sonde tiểu cho tất cả các trường

hợp. Nếu nước tiểu sẫm màu, nâng pH nước tiểu lên bằng cách truyền thật nhiều dịch Dextrose 5% với 150 mEq dung dịch NaHCO₃ cho 1l dextrose. (Dùng bicarbonate với dung dịch muối đẳng trương sẽ khiến cho dung dịch ưu trương). Dùng mannitol liều bolus và furosemide. Đánh giá áp lực khoang ở chi bị điện giật và tiến hành phẫu thuật rạch cân sớm. Nhớ rằng áp lực khoang sẽ tăng khi bù dịch, và do đó, phải đánh giá lại người bệnh thường xuyên.

Bỏng hóa chất. Bỏng hóa chất có thể do nhiều loại hóa chất gây ra, nhưng bỏng a-xít và kiềm là thường gặp nhất. Luôn luôn bảo vệ nhân viên y tế trước! Đầu tiên, loại bỏ chất hóa học khô, sau đó rửa toàn bộ cơ thể trong ít nhất 40 phút dưới dòng nước chảy để làm loãng chất hóa học. Rửa toàn bộ mắt.

Phân loại bỏng để đưa ra quyết định xử trí

TRIỆU CHỨNG	PHÂN LOẠI	ĐIỀU TRỊ
<ul style="list-style-type: none"> Bỏng độ 3 Bỏng độ 2 <ul style="list-style-type: none"> ≥ 15 % diện tích da ở người lớn ≥ 10 % ở trẻ em Vị trí đặc biệt (bàn tay, mặt, bàn chân, đáy chậu) Bỏng vòng quanh cơ thể Chấn thương nặng đi kèm HOẶC Bỏng ở trẻ rất nhỏ hoặc người già HOẶC Bệnh lý nặng trước bỏng (đái tháo đường, HIV) 	BỎNG NẶNG	<ul style="list-style-type: none"> Bảo vệ đường thở (chú ý phù nề thanh quản kèm hoặc không kèm theo tổn thương do hít khói). Làm mát vùng bị bỏng nếu đến sớm. Bồi phụ dịch <ul style="list-style-type: none"> Truyền dịch theo công thức Parkland, và đặt sonde tiểu để theo dõi số lượng nước tiểu. Cân nhắc cắt lọc các tổ chức hoại tử khô trong trường hợp bỏng vòng quanh cơ thể. Dùng giải độc tổ uồn ván. Chăm sóc da vùng bỏng (xem phía dưới) Không khuyến cáo dùng kháng sinh dự phòng. <p>Chỉ dùng kháng sinh cho chỉ định về nhiễm trùng trên lâm sàng</p> <ul style="list-style-type: none"> Kiểm soát đau cấp tính (xem Phần 20) Đặt sonde dạ dày để nuôi dưỡng và dùng thuốc ức chế bài tiết acid dịch vị (chẹn H2 hoặc ức chế bơm proton) Nhập viện
<p>Bỏng độ 2</p> <ul style="list-style-type: none"> <15% diện tích da (người lớn) <p>Bỏng độ 1</p> <ul style="list-style-type: none"> >50% diện tích da 	BỎNG TRUNG BÌNH	<ul style="list-style-type: none"> Chăm sóc da vùng bỏng (xem phía dưới) Dùng giải độc tổ uồn ván. Một số trường hợp cần nhập viện để điều trị giảm đau và băng bó. Trường hợp khác có thể được điều trị tại nhà và theo dõi chặt chẽ. <ul style="list-style-type: none"> Thay băng hàng ngày Vận động khớp hai lần một ngày, đặc biệt mỗi lần thay băng (vận động hết tầm vận động). Kiểm soát đau cấp tính: dùng thuốc trước khi thay băng. Lên kế hoạch theo dõi cho ngày hôm sau và định kỳ sau đó. Bác sĩ phải thăm khám tổn thương bỏng vào ngày thứ 3 để xác định đầy đủ mức độ nặng của vết bỏng và khi nào thì cần phẫu thuật ghép da.
Bỏng nhỏ ở những vị trí không nguy hiểm	BỎNG NHẸ	<ul style="list-style-type: none"> Chăm sóc da vùng bỏng (xem dưới) Dùng giải độc tổ uồn ván. Kiểm soát đau cấp tính Người bệnh có thể được điều trị tại nhà. Lưu ý người bệnh đến khám lại khi sốt, chảy mủ, hoặc đau tăng hoặc tấy đỏ.

3.10.3 Điều trị bỏng

Kiểm soát tổn thương do hít khói

Nghi ngờ tổn thương đường thở trên mọi người bệnh bị bỏng ở không gian xung quanh. Quan sát các thương tích bỏng vùng mặt, muội than trong miệng, và lông mũi cháy xém. Phù nề đường thở có thể tiến triển nhanh chóng trong những giờ đầu đến tận vài ngày sau tổn thương; việc tái đánh giá thường xuyên là yêu cầu với bất kỳ người bệnh nào có nghi ngờ tổn thương đường thở.

3 yếu tố cần cân nhắc trong tổn thương do hít khói.

1. Phù nề thanh quản có thể là hậu quả của việc hít khí nóng hoặc bởi bất kì bỏng nào ở vùng mặt, vùng cổ trước, và ngực trên, bao gồm bỏng rộp và tia lửa hồ quang điện. Thương tích bỏng rộp hơn 30% diện tích da, còn gọi là “bỏng chuyển hóa”, sẽ có thể gây phù nề; cần thận trọng bảo vệ đường thở.
2. Nghi ngờ ngộ độc carbon monoxit với bất kỳ người bệnh nào bất tỉnh trong đám cháy. Đặt nội khí quản và cung cấp 100% oxy mọi nơi có thể nếu người bệnh lú lẫn hoặc mất ý thức.
3. Hít khói gây ra viêm phổi có thể không rõ ràng trên phim X- Quang ngực tới tận 72 giờ sau tổn thương.

Bảo vệ đường thở trước khi xuất hiện thở rít. Thở rít là dấu hiệu rất muộn của phù nề đường thở đe dọa tính mạng. Cần cân nhắc mở khí quản ở những nơi không có khả năng cho người bệnh thở máy. Gọi hỗ trợ nếu không có kinh nghiệm kiểm soát đường thở.

DẤU HIỆU CẢNH BÁO: thương tổn bỏng vùng mặt và cổ, đờm đen, thở rít, khàn tiếng, lông mũi cháy xém.

Bồi phụ dịch ở người bệnh bỏng nặng

Những người bệnh bị bỏng nặng sẽ cần truyền dịch tĩnh mạch.

- Đặt 2 đường truyền TM lớn ở vùng cơ thể xa vị trí da bỏng
- Dùng dung dịch Ringer lactat hoặc dung dịch muối đẳng trương thông thường.
- Cân nhắc sử dụng sonde bàng quang để theo dõi lượng nước tiểu.
- Dùng công thức Parkland để ước tính lượng dịch cần thiết:
- Một nửa dùng trong 8 giờ đầu và còn lại cho trong 16 giờ tiếp theo (bắt đầu từ lúc bị bỏng, không phải tính từ thời gian bắt đầu bồi phụ dịch)
- Theo dõi lượng nước tiểu ở mọi người bệnh bỏng và điều chỉnh lượng dịch truyền tĩnh mạch để đảm bảo lượng nước tiểu thích hợp (0.5-1cc/kg/giờ). Không bồi phụ quá nhiều dịch.

Ví dụ: Tính toán Parkland

Người lớn 60 kg với bỏng 30% diện tích da, độ 2

Dịch truyền TM yêu cầu trong 24 giờ = $4 \times$ trong lượng cơ thể tính theo $\text{kg} \times \%$ diện tích da

Với bỏng độ 2 và độ 3 $4 \times 60 \times 30 = 7200$ ml (7.2 lít)

Người bệnh cần tổng cộng là 7200 ml dịch truyền tĩnh mạch trong 24 giờ

Cung cấp 3600 ml trong 8 giờ đầu và 3600 ml trong 16 giờ tiếp theo.

Chăm sóc da bỏng

- Sử dụng kỹ thuật vô trùng để làm sạch và cắt lọc vết thương.
- Loại bỏ vùng da chùng, hoại tử và các phòng nước vỡ, căng hoặc bị nhiễm khuẩn
- Băng vết thương không chặt và cung cấp môi trường ẩm cho quá trình lành vết thương.
 - Ở những cơ sở thiếu nguồn lực, kháng sinh tại chỗ cần được dành riêng cho các vết thương nhiễm trùng. Gạc mỡ như gạc parafin hay mật ong và bơ loãng (bơ lọc sạch) là lựa chọn thay thế có thể chấp nhận cho các tổn thương bỏng không nhiễm trùng. Làm gạc mật ong và bơ loãng bằng cách trộn lẫn các phần bằng nhau mật ong và hoặc bơ loãng hoặc dầu ăn và trải hỗn hợp này lên gạc vô trùng đặt trong chảo phẳng.
 - Nếu nghi ngờ vết bỏng nhiễm trùng, sử dụng kháng sinh tại chỗ (ví dụ bacitracin, sulfadiazine bạc). Kháng sinh tĩnh mạch hoặc tiêm bắp có thể được chỉ định nếu có bằng chứng nhiễm trùng vết thương.
- Thay băng hàng ngày
- Vận động khớp bị bỏng hai lần mỗi ngày khi thay băng (vận động hết tầm vận động, giảm đau nếu cần).
- Nếu vết bỏng vòng quanh chi, phù nề có thể xảy ra và giảm khối lượng tuần hoàn.
 - Nâng cao các chi bị bỏng và theo dõi thường xuyên.
 - Cắt tổ chức hoại tử khô được chỉ định cho chi tím tái, mạch yếu, hoặc chức năng thần kinh tồi tệ.
- Cần nhắc cắt tổ chức hoại tử khô ở những người bệnh bỏng nặng gặp khó khăn trong việc thông khí mà vùng da bỏng hạn chế sự di động của lồng ngực.

Các vấn đề đặc biệt

Điều tra bất kỳ trường hợp nào nghi ngờ **lạm dụng trong gia đình hay lạm dụng trẻ em** với mọi loại bỏng.

Bỏng rộng. Người bệnh với bỏng rộng (>30% diện tích da) nên được đưa tới trung tâm chuyên về bỏng càng sớm càng tốt. Nhưng trước tiên:

- Làm mát tổn thương bỏng để ngừng quá trình phá hủy mô đang tiếp diễn, nhưng phải duy trì và theo dõi nhiệt cơ thể-chú ý hạ thân nhiệt tiềm tàng;
- Bảo vệ đường thở;
- Tiến hành bồi phụ dịch;
- Đặt sonde tiêu và thông dạ dày cho ăn.
- Dùng giải độc tổ uốn ván;
- Dùng omeprazole ²;
- Can thiệp ngoại khoa nếu được chỉ định;
- Băng vết bỏng.

Sau đó nhanh chóng chuyển người bệnh đến trung tâm bỏng.

Biểu hiện muện. Nhiều người bệnh có biểu hiện muện. Đánh giá thật cẩn thận tình trạng mất nước và dinh dưỡng. Bồi phụ dịch để phục hồi thể tích bình thường. Loại bỏ tổn thương (với giảm đau thích hợp). Điều trị nhiễm trùng và suy dinh dưỡng.

²Ranitidine có thể dùng thay thế

Bỏng bàn tay là thường gặp và có thể mất chức năng trầm trọng. Sau khi rửa tay sạch, cần nhắc thủ thuật cắt tổ chức hoại tử khô ở mặt mu và các ngón tay, dùng kháng sinh tại chỗ và che vết thương bằng túi nhựa hoặc găng tay phẫu thuật cỡ to hoặc quấn lên trên cổ tay. Đặt nẹp cố định bàn tay ở “vị trí an toàn” (xem hình dưới), nâng cao cánh tay, và vận động các khớp hai lần một ngày, dùng giảm đau thích hợp.

Phồng nước. Những phồng nước nhỏ có thể để nguyên, nhưng với những phồng nước lớn, mềm, sung huyết hoặc mưng mủ, và ở vị trí khiến hạn chế vận động khớp thì không nên làm vỡ và dùng băng che phủ tổn thương lại.

Tắm rửa. Hữu ích khi vệ sinh người bệnh sạch sẽ bằng xà phòng và nước sạch tại thời điểm tiếp nhận. Tắm rửa là một cách tốt để loại bỏ mảnh vụn khỏi vết thương. Tuy nhiên, việc ngâm mình như thường lệ trong các bồn tắm không vô trùng đối với các người bệnh bỏng lại không có ích và gây nhiễm trùng lây lan.

Bỏng vùng mặt. Giữ băng vùng mặt khá là khó khăn. Điều trị để hở vết thương hay được dùng, bằng cách lau rửa thường xuyên, nhẹ nhàng và bôi kháng sinh tại chỗ dạng mỡ. Cạo sạch lông mặt 2 ngày một lần để dự phòng ứ đọng mủ và nhiễm trùng. Khám mắt bằng fluorescein và, nếu thấy viêm giác mạc hay loét giác mạc, tra mắt bằng mỡ kháng sinh thường xuyên. Mi mắt bị co kéo sẽ làm lộ bề mặt nhãn cầu; nên tiến hành phẫu thuật ghép mi mắt sớm. Tra thuốc mỡ để giữ mắt luôn được bảo vệ tốt. Phẫu thuật mi mắt (khâu mi) hiếm khi được chỉ định, khi khâu vết thương sẽ tồi tệ hơn.

Bỏng vòng quanh cơ thể, bỏng độ hai, bỏng độ ba. Da bị bỏng mất khả năng đàn hồi, do đó, khi mô dưới da bị sưng nề, tuần hoàn tới chi có thể bị cắt đứt do áp lực. Tình trạng này có thể không biểu hiện rõ ngay ban đầu; tuy nhiên, sưng nề sẽ tăng lên khi tiếp tục bồi phụ dịch. Cắt tổ chức hoại tử khô được tiến hành bằng cách cắt qua vùng da cháy theo trục giữa trong và giữa ngoài của chi. Tổn thương bỏng độ 3 làm mất cảm giác, nhưng vùng rìa vết bỏng độ 2 vẫn có cảm giác đau mạnh, vì thế gây tê vùng là cần thiết. Cắt qua tổn thương bỏng tới lớp mỡ, và ta sẽ thấy vùng da bị kéo căng một phần. Rạch một chữ “T” nhỏ cuối đường cắt vùng bỏng tiếp xúc với da lành để mở rộng hơn. Không bao giờ được cắt qua vùng da bỏng. Băng lại tổn thương.

Chỉ định phẫu thuật. Tất cả mọi bỏng nặng nên được các bác sĩ ngoại khoa đánh giá. Tổn thương bỏng lành được là nhờ sự kết hợp của quá trình tái tạo biểu mô và co kéo cơ. Sự xuất hiện của các hạt biểu mô trắng ở vết thương cho thấy quá trình tái tạo biểu mô từ vùng biểu mô lành dưới đáy các nang lông và tuyến mồ hôi. Tuy nhiên, mô hạt đỏ, mặc dù nhìn sạch sẽ, vẫn là hạt trung bì và mỡ; nếu vết bỏng lành, đó là do co kéo vết thương. Ghép da với bất kì tổn thương bỏng không lành trong 3 tuần.

Dinh dưỡng. Ở người bệnh bỏng nặng, nhu cầu protein và năng lượng cao gấp đôi bình thường. Lượng lớn protein đã mất qua vết bỏng, và như vậy quá trình lành vết thương sẽ

cần lượng protein tương tự. Tốc độ chuyển hóa tăng cao, và nhu cầu về carbohydrate cũng tăng. Do đau và các bệnh lý kèm theo, ít người bệnh bỏng cảm thấy đói. Chiến lược tốt nhất là đặt sonde dạ dày và cho ăn qua đường ruột. Các dung dịch nuôi dưỡng chuẩn tốt nhưng chi phí cao. Các dung dịch đầy đủ có thể được làm từ các thức ăn thông thường sẵn có và người nhà người bệnh có thể cho ăn. Với nguồn nguyên liệu giới hạn, một chế độ dinh dưỡng tốt có thể là sự can thiệp quan trọng nhất giúp người bệnh bỏng sống sót và lành vết thương. ORESOL (ORS) có thể được dùng qua sonde dạ dày thay cho bồi phụ dịch đường tĩnh mạch nếu khó đặt đường truyền tĩnh mạch. Người bệnh dung nạp thuốc và dung dịch qua đường miệng có thể uống ORESOL tùy theo nhu cầu.

Giảm đau. Bỏng gây đau ngoài khả năng chịu đựng, vì thế giảm đau đủ rất quan trọng. Sử dụng phương thức tiếp cận nhiều mô hình với các nhóm thuốc giảm đau khác nhau. Paracetamol và morphin giúp làm giảm đau nền tốt nhưng nên phối hợp với các thuốc tác dụng ngắn khi thay băng và tiến hành vật lý trị liệu hàng ngày.

Nẹp cố định và tư thế. Cần cố định bàn tay bị bỏng ở tư thế cổ tay gấp, khớp bàn ngón tay gấp 90° , và các ngón tay duỗi thẳng. Băng nẹp có thể dễ dàng được đúc khuôn bằng thạch cao và được bảo vệ bằng băng cuộn bên ngoài túi nhựa hoặc găng tay. Nói chung, nẹp các khớp khác ở tư thế chống lại lực co. Người bệnh bỏng vùng cổ không được ngủ với gối (khiến cổ bị gấp); cần bỏ gối để cổ duy trì ở tư thế duỗi càng nhiều càng tốt. Tư thế của vai bị bỏng là 90° . Dự phòng co kéo dễ hơn điều trị sau này.

Hình: “Tư thế an toàn” để cố định bàn tay bỏng.



3.11. Bảng theo dõi người bệnh nặng

Theo dõi sát người bệnh nặng là việc rất quan trọng. Sau khi sử dụng Đánh giá nhanh ban đầu, nếu người bệnh có các dấu hiệu cấp cứu cần kịp thời đưa ra phác đồ điều trị phù hợp, đánh giá lại đáp ứng của người bệnh đối với phương pháp điều trị đã sử dụng. Trong chương 3, đã nói rõ về cách theo dõi-ghi chép- biện pháp điều trị. Phần 3.0 đã hướng dẫn cách ghi chép các dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng, cách theo dõi người bệnh. Chương này cũng cung cấp một ví dụ mẫu về cách theo dõi người bệnh cũng như cách ghi chép các dấu hiệu lâm sàng, đáp ứng của người bệnh kể từ khi đến viện và trong suốt quá trình nằm viện.

Bảng theo dõi người bệnh sẽ hướng dẫn cách tiếp cận các thông tin lâm sàng, các yêu cầu cần theo dõi trong quá trình tiến triển bệnh (Tình hình bệnh có khá hơn, hay trở nên tồi tệ?). Bảng theo dõi người bệnh còn giúp cho thầy thuốc lâm sàng dễ dàng xem xét lại tình trạng người bệnh tại một thời điểm nhất định, đồng thời cho phép các thầy thuốc biết được các loại thuốc đã được dùng cho người bệnh hay những biện pháp điều trị đã được tiến hành trên người bệnh đó, từ đó giúp đưa ra được các phương pháp điều trị chuyên sâu tại thời điểm thích hợp. Bảng theo dõi này bao gồm phần dành cho việc ghi chép các xét nghiệm nhằm giúp thầy thuốc theo dõi xem những xét nghiệm nào đã làm, và kết quả của xét nghiệm (nếu đã hoàn thành), và xét nghiệm nào cần nhắc chỉ định tiếp.

Thầy thuốc nên điền đầy đủ vào bảng theo dõi ngay khi tiếp nhận người bệnh. Tuy nhiên, không nên vì việc này khiến việc cấp cứu người bệnh bị gián đoạn. Những nội dung cần điền vào bảng theo dõi gồm các thông tin dưới đây:

1. Ghi tên, tuổi, giới tính, số điện thoại nơi người bệnh khám, ngày và giờ nhập viện.
2. Ghi chẩn đoán.
3. Ghi các xét nghiệm chỉ định. Khoanh tròn các xét nghiệm phù hợp, nếu đã gửi đi, và ghi lại kết quả.
4. Với người bệnh là nữ kiểm tra xem có thai?, nếu có, ghi ngày sinh dự kiến (EDD)
5. Ghi lại tiền sử dị ứng thuốc hay các dạng phản ứng
6. Ghi giờ tại mỗi thời điểm thăm khám, bắt đầu từ thời điểm nhập viện. Mẫu này có đặc trưng là thời gian giữa các lần thăm khám tính bằng phút, bắt đầu từ thời điểm 0. Thay vào đó, nếu bảng theo dõi người bệnh được ghi lại sau khi người bệnh đã nhập viện, ghi lại thời gian khi tiến hành hồi sức

Ghi lại các thông số lâm sàng dưới đây cứ mỗi 30 phút cho tới khi ổn định, sau đó là cứ mỗi 60 phút.

- SpO₂
- Huyết áp tâm thu bằng mmHg
- Mạch
- Nhịp thở mỗi phút
- Trạng thái tinh thần-sử dụng thang điểm AVPU: Tỉnh táo (A)-đáp ứng với lời nói (V)- đáp ứng với đau (P) - không đáp ứng (U). Với người bệnh chấn thương, ghi điểm hôn mê Glasgow đầu tiên; đánh giá lại với người bệnh chấn thương sọ não.

7. Ghi chép lại các thông tin dưới đây cứ mỗi 6 giờ vào cột tương ứng kể từ thời điểm nhập viện:
 - Nhiệt độ tính bằng độ C
 - Lượng nước tiểu ** tính bằng ml mỗi giờ. Ghi lại thể tích nước tiểu nếu người bệnh được đặt sonde Foley theo dõi nước tiểu. Nếu không, chỉ cần điền dấu tích (✓).
 - Kiểm tra lại glucose và haemoglobin nếu giá trị ban đầu phát hiện bất thường.
8. Ghi lại kết quả glucose, haemoglobin.
9. Khám - ghi lại các dấu hiệu khi thăm khám người bệnh.
- 10.Đánh giá - ghi lại đánh giá lâm sàng về các vấn đề chính cùng với chẩn đoán sơ bộ hoặc chẩn đoán phân biệt.
- 11.Biện pháp điều trị - đưa ra biện pháp điều trị và thời điểm nào đã được tiến hành.
- 12.Họ tên viết tắt (Chữ cái đầu của họ tên) - Họ tên người bệnh luôn được viết tắt sau khi đã ghi lại thông tin của người bệnh.
- 13.Những ghi chú khác - chú thích các thông tin bổ sung về bệnh sử, thăm khám, các can thiệp, và đáp ứng khi cần thiết, nhằm cung cấp thông tin về tình trạng bệnh cho các nhân viên y tế khác.
- 14.Các mục tiêu điều trị cần đạt được - đây là các ghi chép các can thiệp nên được hoàn thành trong những khung thời gian nhất định. Chúng được dùng như những chỉ điểm cho việc chăm sóc điều trị người bệnh nặng với chất lượng cao. Ví dụ, một người bệnh shock nhiễm trùng nên được dùng kháng sinh kinh nghiệm trong vòng 1 giờ. Sử dụng bảng kiểm theo cách này có thể giúp nhân viên y tế tiến hành chăm sóc chất lượng cao.

Tên: _____		Ngày sinh: ____ / ____ / ____		Tuổi: _____		Giới: Nam / nữ		Ngày nhập viện: _____		Giờ nhập viện: _____	
Chẩn đoán: _____		Có/Không		NaCl 0.9%DK:		Thời gian trong ngày		0		30	
Màng thái:		Thời gian trong ngày		Khoảng thời gian theo dõi (phút) từ nhập viện hoặc bắt đầu điều trị		0		30		60 (1 giờ)	
Sau 30- 60 phút (tốt khi bình thường)		SpO ₂ :		Nhiệt độ (°C)		120 (2 giờ)		150		180 (3 giờ)	
Sau 1 – 6 giờ, làm lại nếu bất thường		Nhiệt độ (°C)		Glucose		120 (2 giờ)		150		180 (3 giờ)	
Khám		Lượng nước tiểu*		Haemoglobin							
Đánh giá											
Bận pháp điều trị		Dịch (loại, tốc độ)		Oxy (phương pháp/tương)							
		Salbutamol		Co mạch (loại/tỷ lệ)							
		Glucose		Kháng sinh							
		Thuốc chống sốt rét		Kháng virus							
		Furosemide		Máu							
		Khác		Khác							
Bác sĩ (tên họ viết tắt)											

Tên:		Người bệnh số: / /		Ngày sinh: / /		Tuổi:		Giới: Nam / N		Thời gian vận chuyển:		Khoai:	
Chẩn đoán:		Có/Không		NaCl 0.9%DK:		Điện giải:		Số rút:		Thư nước tiểu:		X-quang ngực:	
Cổ thài:		Thời gian trong ngày		Số rút:		Số rút:		Số rút:		Số rút:		Số rút:	
Sau 1 giờ nếu HA < 90 hoặc nếu co mạch nếu không thì sau 2 giờ		Khoảng thời gian theo dõi (giờ) từ khi nhập viện hoặc bắt đầu điều trị		7		8		9		10		11	
Sau 6 giờ		Y thực (AVPU)		Y thực (AVPU)		Y thực (AVPU)		Y thực (AVPU)		Y thực (AVPU)		Y thực (AVPU)	
Lâm lại nếu giá trị hematocrit bất thường		Nhiệt độ (°C)		Nhiệt độ (°C)		Nhiệt độ (°C)		Nhiệt độ (°C)		Nhiệt độ (°C)		Nhiệt độ (°C)	
Khám		Glucose		Glucose		Glucose		Glucose		Glucose		Glucose	
Đánh giá		Hemoglobin		Hemoglobin		Hemoglobin		Hemoglobin		Hemoglobin		Hemoglobin	
Biện pháp điều trị		Dịch (loại, tốc độ)		Dịch (loại, tốc độ)		Dịch (loại, tốc độ)		Dịch (loại, tốc độ)		Dịch (loại, tốc độ)		Dịch (loại, tốc độ)	
		Oxygen (phương pháp, tốc độ)		Oxygen (phương pháp, tốc độ)		Oxygen (phương pháp, tốc độ)		Oxygen (phương pháp, tốc độ)		Oxygen (phương pháp, tốc độ)		Oxygen (phương pháp, tốc độ)	
		Salbutamol		Salbutamol		Salbutamol		Salbutamol		Salbutamol		Salbutamol	
		Co mạch (loại, tốc độ)		Co mạch (loại, tốc độ)		Co mạch (loại, tốc độ)		Co mạch (loại, tốc độ)		Co mạch (loại, tốc độ)		Co mạch (loại, tốc độ)	
		Glucose		Glucose		Glucose		Glucose		Glucose		Glucose	
		Kháng sinh		Kháng sinh		Kháng sinh		Kháng sinh		Kháng sinh		Kháng sinh	
		Thuốc chống sốt rét		Thuốc chống sốt rét		Thuốc chống sốt rét		Thuốc chống sốt rét		Thuốc chống sốt rét		Thuốc chống sốt rét	
		Kháng virus		Kháng virus		Kháng virus		Kháng virus		Kháng virus		Kháng virus	
		Furosemide		Furosemide		Furosemide		Furosemide		Furosemide		Furosemide	
		Máu		Máu		Máu		Máu		Máu		Máu	
		Khác		Khác		Khác		Khác		Khác		Khác	
Bảng 37 (viết tắt)													

Ghi chú khác (vui lòng ghi lại bất kỳ thay đổi nào từ phác đồ chuẩn)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

TIÊU CHUẨN – chọn các tình trạng liên quan, sau đó kiểm tra lại sau khi đã hoàn thành

<p>Nếu suy hô hấp nặng, nghi do viêm phổi, hoặc tổn thương phổi cấp tính, trong vòng 30 phút:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Thở Oxy Đo SpO₂ <p><input type="checkbox"/> Đặt đường truyền tĩnh mạch</p> <p>Nếu thở rít, dùng salbutamol</p> <p>Kiểm soát nhiễm trùng hợp lý</p> <p>Trong vòng 1 giờ:</p> <p>Kháng sinh phổ rộng</p> <p>Dùng thuốc kháng sốt rét nếu có khả năng mắc</p> <p>Dùng thuốc kháng virus nếu mắc cúm.</p>	<p>Nếu phù phổi cấp, trong vòng 30 phút:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Thở oxy Đo SpO₂ Dùng Furosemide 20 mg đường tĩnh mạch Nếu tăng huyết áp, dùng isorbide dinitrate Nếu nhồi máu (đau ngực), dùng aspirin <p>Nếu có tiếng thổi rít, trong vòng 30 phút:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dùng Salbutamol Nếu hen/COPD, dùng steroid 	<p>Nếu shock, trong vòng 30 phút:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Đặt đường TM và truyền dịch nhanh bolus 1000 ml dịch <p>Trong vòng 1 giờ, nếu có sốt hoặc shock nhiễm khuẩn huyết:</p> <ul style="list-style-type: none"> Dùng kháng sinh Dùng thuốc kháng sốt rét nếu có khả năng mắc Dùng thuốc kháng virus nếu mắc cúm <p>Trong vòng 2 giờ đầu:</p> <ul style="list-style-type: none"> Truyền tĩnh mạch 3 lít dịch 	<p>Nếu ý thức thay đổi/co giật:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Thở Oxy Đo độ bão hòa Oxy Tư thế hồi sức Kiểm tra và truyền glucose Nếu đang co giật, dùng diazepam Nếu đang co giật và mang thai, dùng magnesium sulphate <p>Nếu chấn thương, trong vòng 30 phút:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Thở Oxy Đo độ bão hòa Oxy Cố định cột sống tới khi loại trừ tổn thương Nếu shock, đặt đường TM và truyền dịch nhanh liều bolus Nếu shock, hội chẩn phẫu thuật Hb định nhóm máu và làm chéo
---	--	--	---

4. Chấn thương: tiếp cận người bệnh chấn thương cấp tính

Mục lục

4.0 Các nguyên tắc chung trong chăm sóc chấn thương	214
4.1 Làm việc theo nhóm lâm sàng trong chăm sóc người bệnh chấn thương	216
4.2 Đánh giá và điều trị người bệnh chấn thương	218
4.3 Bạo lực và dự phòng chấn thương	227
4.4 Xử trí cưỡng bức hoặc lạm dụng ở vị thành niên và người trưởng thành.....	228
4.5 Vết thương (tổn thương mô mềm)	230
4.6 Gãy xương	233



4. Chấn thương: tiếp cận người bệnh chấn thương cấp tính¹

Cuốn hướng dẫn này chỉ gồm đánh giá cấp cứu ban đầu và kiểm soát chấn thương cấp tính ở người bệnh thanh thiếu niên và người lớn, trước khi phẫu thuật. Xem phần chăm sóc phẫu thuật tại bệnh viện tuyến quận/huyện về thông tin bổ sung phương pháp điều trị phẫu thuật tin cậy và chăm sóc người bệnh nội trú.

4.0 Các nguyên tắc chung trong chăm sóc chấn thương

Kiểm soát đúng đắn người bệnh chấn thương trong những giờ đầu là điểm then chốt. Có thể làm giảm tỷ lệ tử vong nếu cấp cứu kịp thời, bao gồm cả xử trí tràn khí màng phổi, chảy máu trong ổ bụng, gãy xương chậu và xương lớn. Phát hiện sớm và điều trị các tổn thương có thể ngăn ngừa các biến chứng muộn và tử vong do nhiễm trùng và suy đa tạng. Các bệnh viện có nguồn lực hạn chế phải đối mặt với nhiều thách thức khi chăm sóc người bệnh chấn thương. Những người bệnh phải di chuyển quãng đường dài để tới bệnh viện, và có biểu hiện lâm sàng muộn có thể dẫn đến tăng nguy cơ tử vong do các vết thương không điều trị, vết thương vùng bụng, và gãy xương. Những thách thức khác bao gồm việc thiếu các chuyên gia chăm sóc chấn thương, trang thiết bị và tài chính. Hơn nữa, thời gian di chuyển kéo dài có thể làm giảm khả năng vận chuyển an toàn người bệnh tới nơi chăm sóc chuyên sâu.^{1,2}

Mặc dù có các trở ngại này, cách tiếp cận theo nhóm có tổ chức sẽ giúp cải thiện quá trình chăm sóc người bệnh chấn thương trong những hoàn cảnh nguồn lực hạn chế. Thường xuyên thực hành làm việc nhóm trong công việc hàng ngày, và trong các buổi tập huấn hoặc diễn tập. Sử dụng Đánh giá nhanh để nhận biết và điều trị kịp thời những người bệnh có tổn thương nguy kịch với các triệu chứng cấp cứu. Sớm đưa ra những ưu tiên cho người bệnh chấn thương bao gồm kiểm soát đường thở cấp cứu, cố định cột sống, kiểm soát chảy máu, và điều trị sốc. Những người bệnh chấn thương được xác định có các dấu hiệu cấp cứu sau khi áp dụng Đánh giá nhanh (quyck check) (đường thở và hô hấp, tuần hoàn, thay đổi ý thức hay co giật) thường rất nặng và có thể diễn biến xấu đi nhanh chóng. Bất kỳ người bệnh chấn thương nào có các dấu hiệu sinh tồn bất thường được coi là không ổn định (HA tâm thu <90, mạch >110, SpO₂ <90). Các cơ chế thường gặp gây ra các chấn thương nặng bao gồm tai nạn xe máy, ngã cao, và vết thương do hỏa khí (bị bắn) hay bị đâm. Đối với các người bệnh nguy kịch, việc theo dõi thường xuyên, ghi chép, và đáp ứng với thay đổi lâm sàng là yếu tố quan trọng cho sự sống còn.

Khi chăm sóc người bệnh chấn thương nặng

- Phát hiện và ngay lập tức xử trí tắc nghẽn đường thở, tràn khí màng phổi áp lực, hay shock mất máu.
- Ngay lập tức cố định cột sống cổ. Chỉ được phép di chuyển người bệnh sử dụng kỹ thuật mức thìa (log-roll) cho tới khi tổn thương tủy sống đã loại trừ trên lâm sàng hoặc sau khi kiểm tra trên phim X-quang. Xem trang 45 Đánh giá nhanh.
- Xử trí chảy máu ngoài bằng cách ép tay hoặc băng ép bằng gạc.

¹ Tham khảo Surgical Care at the District Hospital. WHO, 2003. Xem tại http://www.who.int/surgery/publications/scdh_manual/en/index.html with updates based on the evidence review

² Biết thêm thông tin về đánh giá và điều trị người bệnh chấn thương, xem sổ tay và hỗ trợ IMEESC có thể truy cập tại <http://www.who.int/surgery/publications/imeesc/en/index.html>

- Đặt ít nhất 2 đường truyền tĩnh mạch lớn (14G hoặc 16G), và gửi máu làm xét nghiệm haemoglobin, định nhóm và làm chéo. Một số người bệnh chấn thương cần truyền máu gấp và số lượng lớn.
- Chỉ dùng dịch tinh thể đẳng trương (nước muối sinh lý 0.9% (NaCl 0.9%) hoặc Lactate Ringer (Ringer lactate)) để hồi sức cho người bệnh chấn thương. Nếu có thể, ưu tiên truyền tĩnh mạch dung dịch ấm.
- Nếu người bệnh tiếp tục chảy máu nhiều, hoặc có nguy cơ chảy máu nhiều, dùng acid tranexamic. Kiểm soát liều lượng truyền tĩnh mạch 1g acid tranexamic trong 10 phút, duy trì bằng truyền tĩnh mạch 1g trong 8 giờ. Acid tranexamic nên được dùng càng sớm càng tốt. Tác dụng của acid tranexamic phụ thuộc vào khoảng thời gian từ lúc bị thương cho tới khi bắt đầu điều trị. Một phân tích của nghiên cứu CRASH-2 năm 2010 chỉ ra rằng nên sử dụng acid tranexamic cho những người bệnh chấn thương mất máu càng sớm càng tốt. Nếu quá trình điều trị không được tiến hành trước 3 giờ hoặc thực hiện muộn sau chấn thương thì sẽ ít hiệu quả.
- Nếu sau khi truyền tĩnh mạch 2-3 lít dịch mà người bệnh vẫn ở trong tình trạng shock (HA tâm thu < 90), thì phải phát hiện và kiểm soát các nguồn chảy máu và truyền khối hồng cầu. Các chỉ định truyền máu nên áp dụng theo các hướng dẫn của quốc gia hoặc địa phương. Quy trình truyền máu an toàn nên được theo dõi với mọi người bệnh, bao gồm các người bệnh cấp cứu.
- Sau khi xử trí các dấu hiệu cấp cứu, càng nhanh càng tốt thăm khám người bệnh toàn diện từ đầu đến chân để phát hiện các tổn thương khác. Bộc lộ người bệnh toàn bộ khi khám thương (cởi bỏ hết quần áo, và quan sát cả mặt trước và sau người bệnh) để phát hiện các tổn thương. Sau khi khám xong, đắp chăn và giữ ấm cho người bệnh.
- Đánh giá lại người bệnh thường xuyên trong những giờ đầu, và sau bất kỳ can thiệp nào. Theo dõi và ghi chép lại các dấu hiệu sinh tồn (HA, nhịp tim, nhịp thở, SpO₂) và tình trạng ý thức (cả thang điểm hôn mê Glasgow (GCS) và AVPU) khi nhập viện, và ít nhất cứ mỗi 15 phút trong giờ đầu tiên. Tiếp tục đánh giá thang điểm hôn mê Glasgow với những người bệnh chấn thương sọ não. Với những người bệnh chấn thương nặng khác, đánh giá lại điểm Glasgow cho tới khi ổn định, sau đó sử dụng AVPU.
- Nếu tình trạng người bệnh xấu đi, thực hiện lại Đánh giá nhanh và tiến hành thăm khám kỹ lưỡng để tránh bỏ sót bất kỳ tổn thương nào. Nếu người bệnh trong tình trạng shock (HA tâm thu < 90 mmHg) và không phát hiện chảy máu ngoài, thì khả năng người bệnh đang có chảy máu trong.
- Điều trị đau càng sớm càng tốt.
- Nếu người bệnh cần phải được chăm sóc chuyên sâu, và tình trạng người bệnh ổn định ở mức chấp nhận cho vận chuyển an toàn, thì chuyển người bệnh tránh chậm trễ.

³ Xem thêm WHO Essential Medicine List at the March 2011 expert meeting http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/18/applications/TRANEXAMIC_ACID_10_2.pdf based on the clinical trial Shakur H, Roberts I, Bautista R, et al. Effects of tranexamic acid on death, vascular occlusive events, and blood transfusion in trauma patients with significant haemorrhage (CRASH-2): a randomised, placebo-controlled trial. *Lancet*. 2010;376(9734):23-32. Available at [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)60835-5/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)60835-5/abstract)

⁴ The CRASH-2 collaborators. CRASH-2: tranexamic acid and trauma patients. *Lancet*, 2011. Xem tại <http://www.thelancet.com/crash-2>

Lưu ý những cân nhắc đặc biệt trong Đánh giá nhanh dành cho các người bệnh chấn thương. Những hiểu biết về cơ chế chấn thương có thể giúp nhận định những người bệnh có nguy cơ cần đánh giá và điều trị tức thời. Ngoài các chấn thương thấy rõ ràng hay các dấu hiệu cấp cứu, phân loại người bệnh như cấp cứu trong Đánh giá nhanh nếu thấy cơ chế chấn thương có nguy cơ cao hoặc xuất hiện các vết thương đặc biệt mà cho thấy người bệnh bị thương bởi một lực lớn. Những người bệnh lúc đầu không tìm thấy tổn thương có thể có các tổn thương nguy kịch bị che lấp, giả dụ như chảy máu trong. Theo dõi những người bệnh chấn thương thường xuyên, nhất là trong giờ đầu tiên, và tới khi các tổn thương nguy kịch đã được loại trừ. Nếu người bệnh không ổn định, tiếp tục theo dõi cho tới khi tình trạng ổn định và sắp xếp được việc chăm sóc chuyên khoa.

Cơ chế chấn thương nguy cơ cao

Ngã cao trên 3 mét

Tai nạn giao thông đường bộ với tốc độ trên 30 km/giờ hoặc phương tiện bị phá hủy nặng nề

Văng ra khỏi phương tiện hoặc mắc kẹt trong phương tiện

Người đi bộ hoặc xe đạp bị ô tô đâm

Người lái xe văng khỏi xe sau va chạm giao thông.

Người khác trong cùng tai nạn tử vong

Tổn thương do vũ khí tốc độ nhanh hoặc chậm

Chấn thương nguy cơ cao

Vết thương xuyên thấu ở vùng đầu, cổ, thân mình, và các chi gần khuỷu và đầu gối

Màng sườn di động

Phối hợp chấn thương và bồng.

Gãy hai hoặc nhiều đầu gần xương dài

Vỡ xương chậu

Liệt chi

Vết thương cắt cụt chi gần cổ tay hoặc mắt cá chân

Những người bệnh có các bệnh lý mạn tính hoặc cao tuổi/trẻ em có nhiều nguy cơ gặp các biến chứng do tổn thương sau chấn thương. Cần nghi ngờ chấn thương đối với các người bệnh có bệnh phối hợp nguy cơ cao. Thường những người bệnh này cần được nhập viện theo dõi, ngay cả khi không có các chấn thương nặng rõ ràng.

Các bệnh phối hợp nguy cơ cao

Tuổi <5 tuổi hoặc >55 tuổi

Bệnh tim mạch hoặc hô hấp

Đái tháo đường phụ thuộc insulin

Xơ gan

Béo phì

Có thai

Suy giảm miễn dịch

Rối loạn chảy máu đã biết nguyên nhân hoặc dùng thuốc chống đông

4.1 Làm việc theo nhóm lâm sàng trong chăm sóc người bệnh chấn thương

Chuẩn bị

Việc kiểm tra khu vực hồi sức luôn sẵn sàng mọi lúc trước khi tiếp nhận người bệnh chấn thương rất quan trọng,:

- Cáng cấp cứu tại khu vực hồi sức bao gồm các thuốc và dụng cụ cấp cứu cần thiết (Đánh giá nhanh trang 72)
- Trang bị đầy đủ dịch bồi phụ (Ringer hoặc NaCl 0.9%) và máu an toàn để truyền.

- Dụng cụ để cố định cột sống cổ và ván cứng để vận chuyển người bệnh khi cần thiết.
- Kế hoạch và dụng cụ để vận chuyển người bệnh tới phòng mổ khi được yêu cầu.

Phân công trách nhiệm trong nhóm lâm sàng

Chăm sóc người bệnh chấn thương nguy kịch đòi hỏi nhiều công việc tiến hành đồng thời, như bảo vệ đường thở và cột sống cổ, cởi bỏ quần áo hoàn toàn, kiểm tra các dấu hiệu sinh tồn, đặt đường truyền tĩnh mạch và truyền dịch, khai thác bệnh sử và tiến hành thăm khám thực thể, gửi xét nghiệm và thu thập thông tin. Giữ bình tĩnh và kiểm soát trong các tình huống có vai trò quan trọng để bảo đảm chất lượng chăm sóc và điều trị. Phân công công việc sớm nếu có thể. Việc xử trí các dấu hiệu cấp cứu đường thở, hô hấp, và tuần hoàn luôn được ưu tiên hàng đầu mà không cần quan tâm đến số lượng thành viên của nhóm chăm sóc lâm sàng.

Trong suốt quá trình hồi sức chấn thương, một thành viên có thể đóng vai trò là “nhóm trưởng”. Nhóm trưởng thường là thành viên có kinh nghiệm nhất. Trách nhiệm của nhóm trưởng bao gồm tổ chức và kiểm soát việc hồi sức, yêu cầu các thủ thuật và xét nghiệm chẩn đoán và đưa ra quyết định chuyển phẫu thuật hoặc chuyển tuyến. Mặc dù tại nhiều bệnh viện tuyến quận/huyện chỉ có 1 hoặc 2 người chăm sóc người bệnh, tất cả các bệnh viện nên sớm phát triển kế hoạch thành lập nhóm chấn thương dựa trên nhân lực và nguồn lực có sẵn. Kế hoạch này có thể thay đổi phụ thuộc vào thời gian trong ngày khi số lượng nhân viên y tế ít hơn vào ban đêm hoặc cuối tuần.

Mẫu phân công vai trò trong nhóm chăm sóc lâm sàng cho người bệnh chấn thương ở bệnh viện tuyến quận/huyện ⁵

Nhóm trưởng

Điều phối và kiểm soát quá trình hồi sức

Phân nhiệm vụ cho thành viên khác

Đảm bảo điều trị mọi dấu hiệu cấp cứu theo Đánh giá nhanh

Đảm bảo an toàn cột sống cổ và vận chuyển người bệnh hợp lý

Chỉ định dùng thuốc, dịch truyền TM, máu.

Chỉ định các thủ thuật và xét nghiệm chẩn đoán.

Thực hiện các thủ thuật nếu cần (ví dụ bảo vệ đường thở, xử trí tràn khí màng phổi áp lực, đặt nẹp gãy xương) hoặc chỉ định thành viên khác có kỹ năng.

Theo dõi diễn biến bệnh

Quyết định chuyển người bệnh phẫu thuật hoặc điều trị chuyên sâu.

Điều dưỡng chính

Đặt đường tĩnh mạch

Theo dõi và ghi lại các dấu hiệu sinh tồn và lượng nước tiểu

Truyền dịch TM, máu và thuốc điều trị.

Hộ lý

Cởi bỏ hết quần áo người bệnh

Giúp đỡ thu thập các dấu hiệu sinh tồn

Trợ giúp di chuyển và vận chuyển người bệnh

Gửi bệnh phẩm máu tới khoa xét nghiệm

Trợ giúp thu gom dụng cụ và trang thiết bị cần thiết.

Sau khi hồi sức chấn thương, bổ sung các dụng cụ đã được sử dụng, các loại thuốc và dịch truyền tĩnh mạch. Kiểm tra căng cấp cứu và bình oxy ít nhất hai lần mỗi ngày và ghi chép vật tư vào sổ theo dõi vật tư tiêu hao.

⁵ Lấy từ: Krantz B. Field triage in resources for optimal care of the injured patient. Chicago: American College of Surgeons, 1993.

Chuyển viện

Những người bệnh chấn thương nặng có thể cần được chuyển tuyến trên để điều trị chuyên sâu. Nên có hệ thống tiêu chuẩn rõ ràng và thống nhất giữa các đơn vị cho việc ra quyết định khi nào sẽ chuyển viện và thủ tục chuyển viện. Thông tin giữa bệnh viện nơi chuyển người bệnh và bệnh viện tiếp nhận quyết định đến chất lượng chăm sóc người bệnh. Ngoài các khuyến cáo chung về chuyển viện dành cho tất cả người bệnh (xem Đánh giá nhanh trang 71), không được chậm trễ trong vận chuyển người bệnh để chờ xét nghiệm chẩn đoán bổ sung nếu các xét nghiệm này có thể thực hiện tại cơ sở tiếp nhận. Ví dụ, nếu một người bệnh cần được chuyển tới bệnh viện để tiến hành phẫu thuật do nghi ngờ người bệnh có chấn thương trong ổ bụng, không trì hoãn chuyển viện để tiến hành siêu âm ổ bụng để khẳng định chẩn đoán. Cần thiết lập một hệ thống theo dõi người bệnh để thu nhận thông tin về tình hình của người bệnh ở bệnh viện chuyển tới, phục vụ cho đào tạo liên tục và cải tiến chất lượng.

Nhiều người bệnh chấn thương nặng có thể không đủ ổn định để vận chuyển và cần sử dụng tất cả các biện pháp phù hợp để ổn định người bệnh. Những người bệnh chấn thương nặng vùng đầu và cổ có thể xuất hiện chèn ép đường thở đe dọa tính mạng. Nếu có nhân viên có kinh nghiệm và trang thiết bị thích hợp và có chỉ định trên lâm sàng, đặt nội khí quản để bảo vệ đường thở trước khi vận chuyển. Khi vận chuyển những người bệnh chấn thương nặng, cần một nhân viên y tế được đào tạo phù hợp để đánh giá người bệnh và phản ứng với các tình trạng cấp cứu. Sử dụng kháng sinh tĩnh mạch liều đầu cho các trường hợp gãy xương hở trước khi vận chuyển người bệnh, nếu việc này không làm trì hoãn chăm sóc. Điều trị đau trước khi vận chuyển. Ghi chép tất cả các điều trị đã thực hiện và gửi báo cáo hoặc các xét nghiệm chẩn đoán đi cùng người bệnh.

4.2 Đánh giá và điều trị người bệnh chấn thương

Đánh giá người bệnh chấn thương bao gồm các phần sau:

- Đánh giá nhanh (phân loại và khảo sát ban đầu)
- Thăm khám thì hai (khảo sát thì hai)
- Đánh giá và theo dõi liên tục.

Đồng thời với việc đánh giá, các bước kiểm soát nên được thực hiện bao gồm:

- Điều trị cấp cứu
- Hồi sức và ổn định
- Chăm sóc và điều trị chuyên khoa.

Thời gian	Đánh giá	Kiểm soát
0–10 phút (đánh giá lại nếu tình trạng bệnh xấu đi)	Đánh giá nhanh Đánh giá thì hai	Điều trị cấp cứu Hồi sức
Sau 10 phút	Theo dõi có sử dụng mẫu theo dõi người bệnh Đánh giá và ghi lại mỗi 15–30 phút cho đến khi ổn định	Hồi sức liên tục Ổn định Chăm sóc và các biện pháp điều trị chuyên khoa (làm các xét nghiệm chẩn đoán, chuyên phẫu thuật, chuyển tới chăm sóc chuyên sâu)

Điều trị cấp cứu riêng cho các người bệnh chấn thương được mô tả trong Đánh giá nhanh bao gồm:

- Kiểm soát đường thở (trang 30-33)
- Xử trí tràn khí màng phổi áp lực hoặc tràn máu màng phổi số lượng lớn (trang 47)
- Xử trí vết thương thấu ngực có van (trang 47)
- Cố định cột sống và loại trừ chấn thương cột sống cổ (trang 45)
- Xử trí chấn thương sọ não nặng (trang 46)
- Xử trí chảy máu ngoài (trang 48)
- Xử trí ban đầu các trường hợp nghi ngờ chấn thương ổ bụng (trang 21)

Liệu pháp oxy cho người bệnh chấn thương

Người bệnh chấn thương có thể có nhiều cơ chế phối hợp dẫn tới hậu quả là giảm cung cấp oxy. Ví dụ, một người bệnh tai nạn xe máy có thể bị tắc nghẽn đường thở do hôn mê, giảm thông khí do đụng dập phổi, tràn khí màng phổi hoặc gãy xương sườn, hoặc giảm cung cấp oxy do thiếu máu hoặc hạ huyết áp.

Trong đánh giá ban đầu (đánh giá thi đầu), cung cấp oxy cho mọi người bệnh có chấn thương nặng, đặc biệt là các người bệnh nghi ngờ chấn thương sọ não. Tăng nồng độ oxy thở vào làm giảm nguy cơ thiếu oxy mô trong khi tiến hành chẩn đoán và điều trị chấn thương.

Một số chấn thương, như đụng dập phổi, sẽ tiến triển xấu theo thời gian khi nhu mô bị phù nề và tổn thương nhiều hơn. Những người bệnh này có thể có nhu cầu oxy cao hơn từ nhiều giờ đến nhiều ngày (thiếu oxy mô muộn). Liệu pháp sử dụng oxy trong chấn thương nặng thông thường nên được sử dụng nồng độ cao, sau đó đánh giá thường xuyên và điều chỉnh lại (Đánh giá nhanh trang 34–36).

Ngay lập tức áp dụng Đánh giá nhanh và bắt đầu xử trí cấp cứu, hoàn thành thăm khám thì hai đầy đủ (còn được gọi là khảo sát thì hai) tìm các tổn thương khác từ đầu đến chân.

Khai thác thêm các thông tin dưới đây:

- Bệnh sử chi tiết về tổn thương
- Tiền sử bệnh
- Các loại thuốc đã dùng
- Các dị ứng thuốc
- Tiền sử xã hội

Đánh giá ban đầu và xử trí tức thời các tổn thương đe dọa tính mạng

Đánh giá	Nhìn, nghe và sờ	Chẩn thương nghi ngờ và xử trí
Đường thở	Tắc nghẽn đường thở (yếu tố nguy cơ bao gồm ngủ gà, chấn thương đường thở rõ ràng, tụ máu lan rộng vùng cổ)	Khai thông đường thở sử dụng thủ thuật đẩy hàm Đặt thiết bị kiểm soát đường thở đường miệng hoặc mũi (tránh đường mũi nếu nghi ngờ gãy xương vùng giữa mặt). Bảo vệ đường thở bằng ống nội khí quản nếu được chỉ định trên lâm sàng, có trang thiết bị phù hợp và nhân lực sẵn sàng. (Đánh giá nhanh trang 31).
Hô hấp	Tím trung ương Suy hô hấp nặng Lệch khí quản Giảm rì rào phế nang	Cho thở oxy Xử trí tràn khí màng phổi áp lực hoặc tràn máu màng phổi nếu nghi ngờ. Xử trí vết thương ngực có van. Hỗ trợ thông khí bằng bóp bóng, nếu thông khí không bảo đảm
Tuần hoàn	Mạch yếu hoặc nhanh Thời gian làm đầy mao mạch lâu hơn 3 giây Chảy máu lớn từ bất kỳ vị trí nào Chấn thương nặng- HA tâm thu <90, nhịp tim >110	Đặt 2 đường truyền tĩnh mạch lớn và truyền nhanh 1 lít dung dịch Ringer lactate (hoặc dung dịch NaCl 0.9%) Giữ ấm Nếu có thai, đặt nằm nghiêng một bên (tốt nhất bên trái) Ép để cầm máu đang chảy Gửi xét nghiệm Hb, Hct, nhóm máu và làm chéo Chuẩn bị phòng mổ nếu nghi ngờ tổn thương tạng trong ổ bụng hoặc chảy máu bị che lấp. Nếu người bệnh vẫn hạ huyết áp sau khi truyền nhanh 2 lít dịch (Ringer hoặc NaCl 0.9%) hoặc nghi ngờ mất máu lớn tiếp diễn, truyền máu theo hướng dẫn điều trị quốc gia hoặc địa phương và cân nhắc việc sử dụng acid tranexamic Tiến hành siêu âm (Siêu âm tập trung đánh giá chấn thương-FAST) để đánh giá dịch tự do trong ổ bụng (xem Phần 7.2.20).
Ý thức thay đổi và co giật	Mức thay đổi của ý thức Co giật Biến dạng xương sọ Đồng tử phản xạ không đều với ánh sáng Chảy máu hoặc dịch từ tai hoặc mũi	Dự phòng chấn thương mới Kiểm soát đường thở Cung cấp oxy Cung cấp glucose Dùng diazepam nếu có co giật Nghi ngờ tổn thương cột sống hoặc chấn thương sọ não kín và điều trị (xem điều trị cấp cứu)
Nguyên nhân đau đe dọa tính mạng	Đau bụng dữ dội hoặc bụng cứng khi khám sờ (trướng, căng, phản ứng thành bụng, cảm ứng phúc mạc) Vết thương thấu bụng	Nghi ngờ chấn thương trong ổ bụng. Nhịn ăn. Truyền dịch tĩnh mạch. Gửi bệnh phẩm định nhóm máu và làm chéo. Hội chẩn phẫu thuật Giảm đau Tiến hành siêu âm thăm dò FAST để đánh giá dịch tự do trong ổ bụng (xem Phần 7.2.20)
	Chấn thương vùng đầu hoặc cổ	Khai thông đường thở sử dụng thủ thuật đẩy hàm Đặt thiết bị kiểm soát đường thở đường miệng hoặc mũi (tránh đường mũi nếu nghi ngờ gãy xương vùng giữa mặt). Bảo vệ đường thở bằng ống nội khí quản nếu được chỉ định trên lâm sàng, có trang thiết bị phù hợp và nhân lực sẵn sàng. (Đánh giá nhanh trang 31).

Đánh giá	Nhìn, nghe và sờ	Chẩn thương nghi ngờ và xử trí
	Đau ngực Bầm tụ máu thành ngực Khí dưới da	Nghi ngờ tràn khí màng phổi hoặc tràn máu màng phổi Nghi ngờ gãy xương sườn Giảm đau Chụp X-quang ngực thẳng nếu có thể

Sau đó phát hiện và điều trị các tổn thương khác (xem phía dưới)

Thăm khám thì hai: Đánh giá người bệnh toàn diện từ đầu đến chân và phát hiện các dấu hiệu dưới đây

Đánh giá	Nhìn, nghe và sờ phát hiện	Tổn thương nghi ngờ và xử trí
Ý thức	Lú lẫn, kích thích, hôn mê, co giật	Chấn thương sọ não Nếu suy giảm ý thức, kích thích hoặc co giật, nghi ngờ và kiểm soát chấn thương sọ não nặng (xem Đánh giá nhanh) Kiểm soát đường thở Ghi lại AVPU Ghi lại điểm hôn mê Glasgow Truyền glucose nếu biết tình trạng hạ đường huyết hoặc còn nghi ngờ Kiểm soát co giật
Đầu và đồng tử	Kích thước, hình dạng và phản xạ của đồng tử. Kiểm tra da đầu xem có vết rách và gãy xương sọ Sờ thấy biến dạng	Chấn thương sọ não Theo dõi tình trạng ý thức và kiểm soát đường thở Điều trị vết thương phần mềm, gãy xương hở, hoặc vết rách da đầu. Nếu người bệnh lú lẫn, kích thích, co giật, hoặc hôn, điều trị như với chấn thương sọ não nặng (xem Đánh giá nhanh trang 46) Tổn thương mắt Bảo vệ mắt Kiểm tra thị lực Nếu nghi ngờ vết thương xuyên nhãn cầu, gọi phẫu thuật trợ giúp.
Hàm mặt	Giảm thị giác Giữa mặt vững chắc Răng lệch vị trí Sờ lạo xạo xương	Gãy xương vùng mặt Theo dõi đường thở Khám và ghi lại tổn thương dây thần kinh sọ Tránh xì mũi Dùng kháng sinh cho các gãy xương mặt hở Nếu chấn thương vùng mặt lớn hoặc răng lệch vị trí, gọi phẫu thuật trợ giúp.
Cổ	Chấn thương nhìn thấy Tràn khí dưới da Tụ máu Cột sống cổ đau hoặc cảm ứng	Tổn thương thanh quản, khí quản hoặc thực quản Kiểm soát đường thở Không được ăn uống Gọi phẫu thuật trợ giúp Tổn thương mạch máu Kiểm soát đường thở Không được ăn uống Kiểm soát chảy máu tiếp diễn Gọi phẫu thuật trợ giúp Tổn thương cột sống cổ Cổ định cột sống cổ (Đánh giá nhanh trang 45) Đánh giá tổn thương trên phim X-quang

Đánh giá	Nhìn, nghe và sờ phát hiện	Tổn thương nghi ngờ và xử trí
Ngực	Vết bầm, biến dạng Di động thành ngực bất thường Khí dưới da Rì rào phế nang giảm Tiếng tim mờ Đau lưng dữ dội	Tràn khí màng phổi hoặc tràn máu màng phổi, màng sườn di động, vết thương ngực có van (xem Đánh giá nhanh trang 47) Giãy xương sườn Giảm đau Kiểm tra tràn khí màng phổi đi kèm Tập hít thở sâu Nếu bán cấp, kiểm tra xem có viêm phổi thứ phát. Tổn thương mạch máu Kiểm soát đường thở Gửi máu làm xét nghiệm Hb, nhóm máu và làm chéo Gọi phẫu thuật trợ giúp Ép tim Nếu huyết động không ổn định (HA tâm thu < 90 mmHg), chọc dịch màng ngoài tim cấp cứu. Siêu âm tập trung đánh giá trong chấn thương để khẳng định chẩn đoán nếu người bệnh ổn định và trang thiết bị và nhân lực sẵn sàng Chụp X-quang ngực cho mọi chấn thương nặng vùng ngực
Bụng hoặc hông	Đau bụng hoặc cảm ứng Bụng trướng Bụng có cảm ứng hoặc phản ứng thành bụng Vết thương bụng nhìn thấy Bầm máu vùng lưng hoặc bụng, vết hằn của dây an toàn bất chéo vùng bụng dưới.	Tổn thương gan hoặc lách, tổn thương tụy, tổn thương đại tràng, chảy máu sau phúc mạc, tổn thương động mạch chủ. Nhịn ăn. Truyền nhanh dịch tĩnh mạch. Gửi máu làm xét nghiệm Hb, Hct, nhóm máu và làm chéo. Dùng thuốc giảm đau Chụp X-quang khung chậu Gọi phẫu thuật trợ giúp Tiền hành siêu âm tập trung đánh giá chấn thương FAST nếu chẩn đoán không chắc chắn và trang thiết bị và nhân lực sẵn sàng.
Khung chậu hoặc sinh dục-tiết niệu	Tim các vết bầm tụ máu Sờ xương chậu tìm điểm đau Sờ phát hiện giãn khớp mu Nếu không thấy tổn thương rõ ràng, đánh giá độ vững khung chậu. Quan sát tầng sinh môn và phát hiện xem có máu ra từ lỗ niệu đạo. Thăm khám trực tràng và âm đạo.	Gãy xương chậu Nếu nghi ngờ gãy xương chậu mất vững, cố định chắc bằng nẹp khung chậu hoặc ga trái giường (Đánh giá nhanh trang 48) Nhịn ăn. Truyền nhanh dịch tĩnh mạch. Gửi máu làm xét nghiệm Hb, Hct, nhóm máu và làm chéo. Dùng thuốc giảm đau Chụp X-quang khung chậu Gọi phẫu thuật trợ giúp Tổn thương hệ sinh dục tiết niệu, trực tràng, âm đạo, dây chậu. Nếu người bệnh tỉnh táo và có thể đại tiểu tiện tự chủ, đánh giá thể tích tuần hoàn. Không được đặt sonde Foley nếu phi đại tiện liệt tuyến hoặc có máu từ lỗ niệu đạo. Sonde sẽ qua niệu đạo dễ dàng, không được ăn.
Cột sống	Sờ phát điểm các điểm đau cột sống hoặc lún. Chức năng vận động Trương lực trực tràng, mất cảm giác yên ngựa Đau và cảm giác	Tổn thương đốt sống cổ và cột sống Cố định cột sống (xem Đánh giá nhanh trang 45) Theo dõi đường thở Giảm đau Chủ thích và theo dõi thăm khám mạch-thần kinh Đánh giá tổn thương trên phim X-quang Gọi phẫu thuật trợ giúp

Đánh giá	Nhìn, nghe và sờ phát hiện	Tổn thương nghi ngờ và xử trí
Chi	Sưng nề, bầm tím, hoặc đau Biến dạng Gãy hở (vết thương hở quanh vị trí xương gãy) Mất mạch hoặc mạch bất yếu Chi nhợt hoặc lạnh Rối loạn chức năng thần kinh Các khoang căng	Gãy xương Kiểm tra và ghi lại tình trạng mạch-thần kinh. Nếu rối loạn mạch-thần kinh, xử trí ngay. Băng nẹp Giảm đau Nếu gãy hở, thêm: <ul style="list-style-type: none"> Dùng kháng sinh, và giải độc tổ uốn ván Rửa sạch và băng nẹp Gọi hỗ trợ phẫu thuật Nếu gãy xương đùi, thêm: <ul style="list-style-type: none"> Gửi máu xét nghiệm Hb, nhóm máu và làm chéo. NPO Truyền TM nhanh Gọi hỗ trợ phẫu thuật Tổn thương mạch máu Ghi lại thăm khám NPO Gọi hỗ trợ phẫu thuật
Da	Bầm tím, xước da, rách da	Rách da, xước da Rửa sạch vết thương Khâu vết thương và nẹp cố định, nếu cần. Giảm đau. Dùng giải độc tổ uốn ván. Đụng dập Giảm đau, nâng cao và chườm lạnh, nếu có khả năng

Sau khi đánh giá thì hai và bắt đầu điều trị khẩn cấp, ghi lại các kết quả khám, kết quả xét nghiệm, các loại thuốc hoặc điều trị đã thực hiện.

Hồi sức và ổn định

Giả định rằng bất kỳ người bệnh chấn thương trong tình trạng shock (HA tâm thu < 90 mmHg, mạch > 110) là do chảy máu. Ưu tiên là nhanh chóng phát hiện và cầm máu. Kiểm soát chảy máu ngoài bằng cách ép cầm máu. Ngay lập tức gửi máu định nhóm, làm chéo và Hb. Giữ ấm cho người bệnh. Đặt sonde Foley và theo dõi lượng nước tiểu. Siêu âm tập trung vùng chấn thương có thể được sử dụng để phát hiện dịch tự do trong ổ bụng hoặc tràn dịch màng ngoài tim (xem Phần 7.2.21). Nếu người bệnh không ổn định với nghi ngờ chảy máu trong, không được trì hoãn điều trị khi chờ các xét nghiệm chẩn đoán. Chuyển người bệnh vào phòng mổ để mở bụng thăm dò. Khi đã xác định được nguồn chảy máu, mà người bệnh vẫn trong tình trạng hạ huyết áp sau khi truyền tĩnh mạch dịch và máu, cần nhắc đến các khả năng shock khác, như là shock nhiễm trùng, shock tim, và shock do nguyên nhân thần kinh.

Dịch truyền tĩnh mạch

- Chỉ nên sử dụng các dịch đẳng trương (Ringer lactate hoặc NaCl 0.9%)
- Truyền dịch tĩnh mạch đáp ứng nhanh chóng với các dấu hiệu sinh tồn bất thường.
- Nếu HA tâm thu < 90 mmHg, nhịp tim > 110, hoặc nghi ngờ mất máu đang tiếp diễn, truyền nhanh 1000 ml Ringer lactate hoặc NaCl 0.9% và theo dõi các dấu hiệu sinh tồn.
- Theo dõi lượng nước tiểu.

Máu

(để tìm hiểu rõ các thông tin về truyền máu xin xem Sổ tay cách sử dụng máu trên lâm sàng⁶ của WHO)

Nếu đã truyền tĩnh mạch 2 lít dịch, hoặc nếu vẫn còn nghi ngờ mất máu đáng kể, chuẩn bị truyền máu càng nhanh càng tốt. Nếu người bệnh cần được truyền máu, phải tiếp tục hồi sức bằng truyền dịch tĩnh mạch cho tới khi giữ được HA tâm thu > 90 mmHg bằng truyền máu.

- Sử dụng các hướng dẫn quốc gia hoặc địa phương khi truyền máu.
- Máu nên được làm ấm nếu có thể. Luôn luôn làm làm phản ứng chéo trước truyền, nhưng có thể không đủ thời gian trong các trường hợp cấp cứu.
 - Máu không ngưng kết (O- âm tính) thường sẵn sàng trong 0-5 phút
 - Nhóm máu đặc hiệu không ngưng kết thường sẵn sàng trong vòng 10-20 phút.
 - Máu ngưng kết thường sẵn sàng trong vòng 60 phút
- Nếu người bệnh đang có chảy máu tiếp diễn và trong tình trạng không ổn định (HA tâm thu < 90 mmHg, truyền dịch đáp ứng kém), bắt đầu truyền ngay khối hồng cầu (PRBC) trong vòng 5 phút và truyền càng nhanh càng tốt. Truyền máu O-âm tính cho phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, hoặc nếu là nam, truyền O-dương tính hoặc O-âm tính.
- Nếu người bệnh đang có chảy máu tiếp diễn, nhưng HA tâm thu > 90 và người bệnh chưa có biểu hiện kém đáp ứng với truyền dịch, thì việc chờ nhóm máu đặc hiệu không ngưng kết sẵn sàng là chấp nhận được. Truyền khối hồng cầu máu nên được thực hiện trong vòng 30 phút và truyền càng nhanh càng tốt. Đánh giá lại người bệnh thường xuyên. Nếu người bệnh tiến triển không ổn định và nhóm máu đặc hiệu chưa có sẵn, truyền O-âm tính (phụ nữ), và nếu là nam giới, truyền O-dương tính hoặc O-âm tính.
- Nếu người bệnh ổn định hoặc đã làm làm chéo, truyền máu cho người bệnh.
- Theo dõi các phản ứng truyền máu (xem Phần 10.18)
- Nếu người bệnh cần truyền máu lượng lớn, cần xác định là truyền thay thế.
- Số lượng máu mất trong vòng 24 giờ nhiều hơn tổng thể tích máu của người bệnh (70 ml/kg), sau đó phải truyền các chế phẩm khác của máu (ví dụ như huyết tương tươi đông lạnh và tiểu cầu) để giúp điều trị các rối loạn đông máu.
- Calci giảm khi truyền máu số lượng lớn và nên được bổ sung.

Acid tranexamic

Điều trị bằng acid tranexamic đã được chứng minh giúp giảm số tử vong ở người bệnh chấn thương bị mất máu. Những chỉ định cho điều trị bao gồm bằng chứng của chảy máu mức độ nhiều (HA tâm thu <90, nhịp tim >110) hoặc được cân nhắc từ phía thầy thuốc đối với nguy cơ chảy máu. Do tác dụng cầm máu của acid tranexamic phụ thuộc vào khoảng thời gian từ lúc bị chấn thương tới khi bắt đầu điều trị, vì thế nên được sử dụng càng sớm càng tốt và trong vòng 3-4 giờ sau chấn thương.

⁶ The Clinical Use of Blood Handbook. WHO, 2002 (in revision). Xem tại http://www.who.int/bloodsafety/clinical_use/en/

Theo dõi

Đối với các người bệnh không ổn định, thường xuyên theo dõi các dấu hiệu sinh tồn, tình trạng tinh thần, số lượng nước tiểu, và tiến hành thăm khám thực thể thường xuyên. Những người bệnh ổn định nhưng bị thương với cơ chế nguy hiểm, như là ngã cao, cũng nên được theo dõi chặt chẽ trong những giờ đầu tiên. Sử dụng mẫu theo dõi người bệnh, bao gồm các dấu hiệu sinh tồn và tình trạng tinh thần, ít nhất là mỗi 15 phút. Sau giờ đầu tiên, khoảng thời gian giữa các lần theo dõi tương tự như đối với các người bệnh nặng, chẳng hạn người bệnh bị shock nhiễm khuẩn. Không ngừng hồi sức cho tới khi người bệnh ổn định hoặc được chuyển tới nơi điều trị phẫu thuật.

Xét nghiệm ban đầu và thăm khám chẩn đoán	Lúc đầu và cứ mỗi 15 phút trong giờ đầu sau đó cứ mỗi 30-60 phút cho tới khi cải thiện	Lúc đầu sau đó cứ mỗi 1-2 giờ	Nhắc lại sau 4 giờ
<p>Glucose Hb và Hct Định nhóm máu và làm chéo Nước tiểu để thử thai (nếu có chỉ định) Tổng phân tích nước tiểu AVPU và nếu chấn thương sọ não, đánh giá theo thang điểm Glasgow</p> <p>Nếu có chỉ định và có thể:</p> <ul style="list-style-type: none"> • X-quang: ngực, khung chậu, cột sống, nghi ngờ gãy xương dài • Chọc rửa ổ bụng chẩn đoán • Siêu âm bụng (FAST-xem Phần 7.2.20) 	<p>Mạch (bình thường: 60-100 lần/phút)</p> <p>Huyết áp (bình thường: HA tt > 90mm hg)</p> <p>Nhịp thở (bt 12- 16; đáp ứng nếu > 20)</p> <p>SpO₂ (bt > 95, dùng oxy nếu < 90)</p>	<p>Nhiệt độ (bình thường <38°C)</p> <p>Lượng nước tiểu</p> <p>Thăm khám thực thể: phổi, hệ tim mạch, tuần hoàn ngoại vi)</p> <p>Tình trạng ý thức AVPU (đánh giá lại GCS nếu CTSN)</p>	<p>Hb và Hct nếu giá trị ban đầu bất thường hoặc nghi ngờ mất máu tiếp diễn.</p>

Bảng điểm hôn mê Glasgow (GSC)

Sử dụng bảng điểm hôn mê Glasgow để đánh giá và theo dõi người bệnh chấn thương sọ não. Người bệnh được đánh giá về đáp ứng mở mắt, đáp ứng với lời nói và đáp ứng về vận động. Điểm càng thấp, người bệnh chấn thương sọ não càng nặng:

- Chấn thương sọ não nặng - GSC 8 điểm hoặc ít hơn
- Chấn thương sọ não trung bình - GSC từ 9 đến 12 điểm
- Chấn thương sọ não nhẹ - GSC từ 13 đến 15 điểm.

Thang điểm hôn mê Glasgow (GCS)		
Chức năng	Đáp ứng	Điểm
Mắt (4)	Mở mắt tự nhiên	4
	Mở mắt khi gọi	3
	Mở mắt khi gây đau	2
	Không mở mắt dù kích thích đau	1
Lời nói (5)	Trả lời đúng	5
	Trả lời lẫn lộn	4
	Trả lời không thích hợp	3
	Ú ớ	2
	Im lặng	1
Vận động (6)	Đáp ứng đúng mệnh lệnh	6
	Gạt đúng vị trí kích thích đau	5
	Co chân hoặc tay yếu ớt (quờ quạng)	4
	Co cứng mất vỏ não khi kích thích đau	3
	Duỗi cứng mất não khi kích thích đau	2
	Không đáp ứng với kích thích	1

Nếu người bệnh có bất kỳ dấu hiệu nào xấu đi, đánh giá lại bằng cách sử dụng Đánh giá nhanh và đưa ra xử trí cần thiết. Thực hiện lại đánh giá thì hai để phát hiện các tổn thương bị che lấp hoặc bỏ sót.

Các dấu hiệu sinh tồn bình thường và tình trạng ý thức cải thiện có thể gợi ý người bệnh đang ổn định. Những người bệnh chấn thương nặng sẽ không ổn định tới khi xử trí các vết thương bằng phẫu thuật. Quyết định khi nào cần đẩy thẳng người bệnh vào phòng mổ cần được cân nhắc kỹ lưỡng và thông tin giữa nhóm điều trị chấn thương, bác sĩ ngoại, bác sĩ gây mê, và gia đình người bệnh. Một khi quyết định phẫu thuật cấp cứu người bệnh đã đưa ra thì không nên chậm trễ.

Nếu người bệnh vẫn không ổn định dù đã nỗ lực hồi sức, hoặc người bệnh có chấn thương không sống được, thì cân nhắc liệu điều trị thêm có hiệu quả không.

Chăm sóc và điều trị chuyên khoa

Sau khi Đánh giá nhanh, tiến hành thăm khám thì hai và hỏi sức ban đầu, chuyển người bệnh tới cơ sở y tế điều trị chuyên khoa (khoa lâm sàng, phòng mổ, chuyển tuyến trên). Nếu ổn định, lúc này người bệnh có thể được chuyển tới khoa chẩn đoán hình ảnh để làm các xét nghiệm cần thiết.

Những người bệnh chấn thương nặng có nguy cơ cao bị các biến chứng khi nằm viện điều trị, như nhiễm trùng hô hấp, loét do nằm lâu, loét dạ dày-tá tràng, và huyết khối tĩnh mạch sâu. Xem Phần 3.0 chi tiết về các nguyên tắc chung trong chăm sóc người bệnh nặng.

Những người bệnh chấn thương có nhu cầu dinh dưỡng cao trong giai đoạn sớm điều trị tại bệnh viện, và chế độ dinh dưỡng nên được bắt đầu trong vòng 1-2 ngày. Nếu người bệnh không thể ăn đường miệng an toàn, đặt sonde mũi-dạ dày nuôi dưỡng từ từ và tăng dần tới mức chịu được nếu không có chống chỉ định (v.d tắc ruột nặng).

Với những người bệnh đa chấn thương, bắt đầu dự phòng loét dạ dày-tá tràng bằng thuốc ức chế bơm proton hoặc thuốc chẹn thụ thể H2 trong vòng 1-2 ngày.

Những người bệnh bị chấn thương nặng kèm tổn thương cột sống, hoặc gãy xương chậu hoặc xương dài có nguy cơ tăng cao hình thành huyết khối TM sâu. Dự phòng trong vòng 24 giờ đầu:

- Nếu không chảy máu và không có nguy cơ chảy máu cao, tiêm dưới da heparin 5000 UI x 3 lần/ngày để phòng huyết khối TM sâu. Nếu có, tiêm dưới da enoxaparin 30 mg x 2 lần/ngày sẽ hiệu quả hơn.
- Đối với những người bệnh đang chảy máu hoặc có nguy cơ khả năng chảy máu cao, sử dụng tất áp lực hoặc thiết bị tạo áp lực bằng khí ngắt quãng để dự phòng huyết khối tĩnh mạch sâu.

Xem IMEESC về xử trí chấn thương đầy đủ.⁷

4.3 Bạo lực và dự phòng chấn thương

Bạo lực giữa cá nhân với nhau

Các trường hợp cấp cứu một khi đã được nhận biết và ổn định, khai thác bệnh sử chi tiết liên quan đến chấn thương. Bạo lực giữa các cá nhân với nhau là nguyên nhân phổ biến dẫn tới tổn thương. Các nhân viên y tế nên luôn luôn cảnh giác với các chấn thương do bạo lực giữa các cá nhân. Trong các trường hợp bạo lực gia đình, khuyên người bệnh và đảm bảo chắc chắn rằng, nếu được ra viện, người bệnh sẽ có nơi ở an toàn. Hỏi thăm những nạn nhân khác có nguy cơ khi ở nhà, cụ thể là trẻ em. Nhiều người bệnh có thể miễn cưỡng cung cấp thông tin về bạo lực giữa các cá nhân. Phòng vấn người bệnh ở nơi riêng tư, thoải mái và an toàn. Thỉnh thoảng người lạm dụng cũng có thể cùng người bệnh tới viện. Hãy cảnh giác trong những tình huống này. Nói chuyện trực tiếp với người bạo hành hoặc buộc tội người bạo hành có thể tăng nguy cơ với người bệnh, cụ thể là khi người bệnh chọn việc trở về nhà. Cố gắng dành chút thời gian nói chuyện một mình với người bệnh và đưa ra kế hoạch với mục đích người bệnh sẽ được an toàn.

⁷ Integrated Management for Emergency and Essential Surgical Care (IMEESC) tool kit. WHO, 2009. Xem tại <http://www.who.int/surgery/publications/imeesc/en/index.html>

Bạo lực và dự phòng chấn thương

Cách tốt nhất để điều trị chấn thương là dự phòng. Đội ngũ bác sĩ - điều dưỡng có vị trí đặc biệt trong việc giáo dục người bệnh và nhân viên y tế về các phương pháp hiệu quả để dự phòng chấn thương.

Các chiến lược dự phòng bao gồm:

- Cải thiện an toàn đường bộ
- Nhận thức của người đi bộ và xe đạp
- Đeo dây đai bảo hiểm khi đi ô tô hoặc đội mũ bảo hiểm khi đi xe máy.
- Ngăn người điều khiển phương tiện sử dụng chất có cồn
- Thúc đẩy an toàn ở nơi làm việc
- Phát hiện và điều trị những người bệnh bị bạo lực quan hệ
- Đào tạo sử dụng súng an toàn
- Các chương trình can thiệp bạo hành.

Mọi trường hợp chấn thương cần hỏi:

- Cồn có phải là tác nhân? Nếu có, hãy giải thích về tác hại của việc sử dụng đồ uống có cồn.
- Thuốc gây nghiện có phải là tác nhân? Nếu có, hãy giải thích và sắp xếp điều trị.
- Đây có phải là ý định tự tử? Nếu có thể, hỏi người bệnh xem có cố tự hại bản thân không?
- Các yếu tố lạm dụng tình dục hay bạo lực có liên quan không?
- Bạo lực giữa các cá nhân có phải là tác nhân? Có nguy cơ của bạo lực trả thù sau đó? Nếu có, hãy giúp đỡ để ngăn cản và ngăn chặn bạo lực về sau.

4.4 Xử trí cưỡng bức hoặc lạm dụng ở vị thành niên và người trưởng thành ⁸

Trấn an ngay lập tức

- Không được để phụ nữ một mình.
- Động viên liên lạc với bạn của nạn nhân có thể tới và giúp đỡ
- Tiếp xúc người bệnh với thái độ thương cảm, bình tĩnh và chuyên nghiệp (“Em/chi/cô an toàn rồi”)
- Nếu có thể, nhân viên y tế nên là người cùng giới với nạn nhân. Một nhân viên y tế nam nên cần một nữ nhân viên tham gia cùng nếu người bệnh là nữ giới.
- Cố gắng tạo ra sự tin tưởng.
- Không được tỏ ra tò mò, không được răn dạy, và tránh những phát ngôn gây tổn thương cho người bệnh.
- Bảo đảm bí mật.

Những lưu ý đặc biệt khi thăm khám

- Thăm khám ở nơi riêng tư.
- Đạt được sự nhất trí qua nói chuyện trước khi thăm khám.
- Đảm bảo với người bệnh rằng những thông tin khai thác được và các dấu hiệu thăm khám sẽ được giữ bí mật.

⁸ Clinical management of rape survivors. WHO, UNFPA and UNHCR, 2004. Xem tại <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/924159263X/en/>

- Giải thích những việc chúng ta sẽ thực hiện trong suốt cuộc thăm khám-người bệnh cần cảm thấy kiểm soát được tình hình.
- Cho phép người bệnh che những phần cơ thể đã được thăm khám.
- Cố gắng thấu hiểu trạng thái cảm xúc của người bệnh. Hãy nói chuyện với người bệnh trước khi tiến hành thăm khám.
- Tìm các biến chứng do lạm dụng (đầu đến chân) như là:
 - Các vết tích cắn, đâm, bầm máu, vết do bị trói ở bàn tay hoặc cổ tay.
 - Chấn thương vùng sinh dục (vết rách, tụ máu, xước da, tấy đỏ, sưng nề) và vùng hậu môn (tìm các vết nứt và chảy máu), vùng đầu, ngực hoặc bụng;
 - Kiểm tra các tổn thương bên trong (âm hộ, màng trinh, cổ tử cung) nếu được đào tạo, và được sự đồng ý của người bệnh.
- Các tổn thương thực thể có thể không có.
- Thay đổi theo từng quốc gia
- Nếu được đào tạo, thu thập bằng chứng pháp y theo các yêu cầu pháp lý tại địa phương và sử dụng nhân viên được đào tạo thích hợp và được luật pháp công nhận.
- Thực hiện các yêu cầu về báo cáo và ghi nhận tất cả:
 - Ghi lại chi tiết các tổn thương và hành động tình dục thực sự hoặc bất thành.
 - Sử dụng nguyên lời trình dẫn của nạn nhân khi ghi chép.
 - Tư vấn người bệnh tới các dịch vụ pháp y chuyên môn nếu có thể.

Điều trị

Điều trị các tổn thương

- Nếu da hoặc niêm mạc bị rách:
 - Chăm sóc vết thương
 - Dùng giải độc tố uốn ván hoặc globulin miễn dịch theo các phác đồ của cơ sở y tế.
- Giảm đau và kiểm soát các triệu chứng.
- Đưa ra biện pháp điều trị phù hợp cho các truyền nhiễm lây qua đường tình dục⁹.
- Các loại thuốc khuyến cáo nên được dùng phù hợp với tình trạng mỗi quốc gia. Ví dụ, dùng cho điều trị phù hợp với bệnh lậu, giang mai, và chlamydia lây nhiễm ở phụ nữ:

Lựa chọn 1:

- Uống cefixime 400 mg hoặc tiêm bắp ceftriaxone 250 mg; KÈM
- Uống azithromycin 1 g; KÈM
- Uống đơn liều metronidazole 2 g, nếu trichomonas phổ biến (tránh sử dụng đồ có cồn khi dùng metronidazole)

Lựa chọn 2: (Nếu không mang thai và không dị ứng với penicillin)

- Tiêm bắp cefixime 400 mg hoặc ceftriaxone 250 mg; KÈM
- Tiêm bắp benzathine benzylpenicillin 2.4 triệu đơn vị; KÈM
- uống doxycycline 100 mg, hai lần mỗi ngày trong 7 ngày hoặc uống azithromycin 1g; KÈM

⁹ Guidelines for the management of sexually transmitted infections. WHO, 2003. Xem tại <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241546263.pdf>

- Uống đơn liều metronidazole 2 g, nếu trichomonas phổ biến (tránh dùng các chất có cồn khi sử dụng metronidazole).
- Dự phòng sau phơi nhiễm HIV trong vòng 72 giờ.
- Khuyến cáo tư vấn và xét nghiệm HIV ban đầu.
- Dùng biện pháp tránh thai khẩn cấp nếu khả năng có thai (xem Chương 14.5 - chế độ dinh dưỡng là như nhau giữa phụ nữ HIV dương tính và âm tính).
- Thông báo cho phụ nữ rằng:
 - Tránh thai khẩn cấp có thể làm giảm nguy cơ có thai nếu sử dụng trong vòng 3-5 ngày sau khi hành hung (tùy thuộc vào chế độ dinh dưỡng);
 - Thuốc điều trị không đem lại hiệu quả 100%;
 - (nếu nạn nhân quan tâm) Thuốc tránh thai khẩn cấp không gây sảy thai (làm chậm hoặc ngăn chặn quá trình rụng trứng hoặc làm tổ)
 - Để tránh cảm giác buồn nôn và nôn, dùng thuốc sau khi ăn, nếu nôn trong vòng 1 giờ, uống thuốc chống nôn và dùng lại thuốc sau đó.
 - Dùng cụ buồng tử cung đạt hiệu quả cao, đối với cả trong khẩn cấp và tiếp tục tránh thai, nếu người phụ nữ quan tâm đến việc tiếp tục tránh thai.
- Nhập viện hoặc chuyển khi cần thiết
- Sắp xếp việc theo dõi sau đó nếu cho người bệnh về nhà.

4.5 Vết thương (tổn thương mô mềm)

Các vết thương và vết rách là các tổn thương phổ biến và các nhân viên y tế nên nắm rõ các nguyên tắc cơ bản trong kiểm soát vết thương.

Mục tiêu xử trí vết thương:

- Tránh nhiễm trùng
- Phục hồi chức năng bình thường của vùng bị tổn thương
- Kết quả thẩm mỹ chấp nhận được (hạn chế sẹo)

Tránh nhiễm trùng là một nguyên tắc quan trọng hàng đầu trong chăm sóc vết thương, và trực tiếp ảnh hưởng tới khả năng phục hồi đạt kết quả tốt, chức năng và thẩm mỹ.

Bảng: Các yếu tố gia tăng nguy cơ nhiễm trùng và chậm lành vết thương	
Yếu tố chủ thể	Yếu tố vết thương
Tuổi cao Đái tháo đường Thiếu máu Úc chế miễn dịch <ul style="list-style-type: none"> • HIV • Ung thư, hóa trị và xạ trị • Suy thận mạn Suy dinh dưỡng Không có khả năng chăm sóc vết thương tại nhà	Vị trí vết thương <ul style="list-style-type: none"> • Vùng kém cấp máu (như là bàn tay và bàn chân) • Vùng khớp hoặc gãy xương hở • Tổn thương dây chằng Cơ chế của vết thương <ul style="list-style-type: none"> • Tổn thương do đè ép • Cấn • Bị đâm Khả năng nhiễm bẩn <ul style="list-style-type: none"> • Dị vật • Vết bẩn hoặc mảnh vụn vết thương

Cách tiếp cận tổng quát để xử trí vết thương

Đây là chung cho tất cả người bệnh có các vết thương và vết rách:

- Ôn định người bệnh, đánh giá và điều trị các tổn thương nguy hiểm tính mạng (Đánh giá nhanh)
- Tiến hành băng ép các tổn thương đang chảy máu.
- Kiểm tra và ghi lại sự cấp máu vùng dưới vết thương (mạch ngoại biên, phản hồi mao mạch). Gọi hỗ trợ nếu tình trạng tuần hoàn xấu đi.
- Giảm đau (xem Phần 20).
- Khai thác bệnh sử và phát hiện các tác nhân làm tăng nguy cơ nhiễm trùng hoặc lâu lành vết thương (xem bảng ở trên)
- Khám vết thương.
 - Chú thích các dấu hiệu tìm được (thường có ích khi vẽ hình ghi lại vết thương)
 - Tìm và loại bỏ các dị vật.
 - Ghi lại các suy giảm chức năng vận động hoặc cảm giác. Nếu có suy giảm, thì người bệnh có thể cần được hội chẩn hoặc chuyển đi.
- Dùng giải độc tố uốn ván hoặc globulin miễn dịch với các vết thương nguy cơ uốn ván theo các phác đồ địa phương (xem Phần 11.39).
- Rửa kỹ vết thương bằng nước muối sinh lý hoặc nước sạch. Đây là khâu quan trọng trong xử trí một vết thương. Rửa vết thương làm giảm nguy cơ nhiễm trùng bằng cách làm sạch vi khuẩn và mảnh vụn khỏi vết thương. Sử dụng lượng lớn dịch để loại bỏ các vết bẩn nhìn thấy và mảnh vụn khỏi vết thương là quan trọng. Với các vết thương bẩn, sử dụng ít nhất 2 lít dịch để rửa sạch vết thương.
- Cắt lọc vết thương: Nếu mép vết thương nhìn hoại tử, cắt bỏ phần mô chết. Phần da lành nhìn sẽ hồng, ẩm và dễ chảy máu. Da chết trông sẽ màu đen hoặc xám, có thể thấy giả mạc và không dễ chảy máu. Da chết làm vết thương khó lành và tăng nguy cơ nhiễm trùng.
 - Nhờ hỗ trợ nếu không biết rõ kỹ thuật cắt lọc vết thương.
 - Tiêm gây tê cục bộ. Cắt lọc tổ chức ở những vùng da hoại tử lớn có thể cần được thực hiện với gây mê toàn thân ở trong phòng mổ.
 - Sử dụng các kỹ thuật vô trùng và kéo hoặc dao, cắt vùng da chết bỏ đi theo những lớp mỏng tới khi thấy phần mô hồng, chảy máu.
 - Đánh giá lại vết thương.
- Xác định chăm sóc vết thương cuối cùng dựa vào vị trí và bộc lộ vết thương, nguyên liệu có sẵn, và khả năng nhiễm trùng (xem bảng trên)
 - Đóng da thì đầu
 - ◇ Biện pháp này được chỉ định cho các vết thương sạch đến trước 8 giờ với nguy cơ nhiễm trùng thấp. Nếu sạch, vết thương vùng mặt hoặc da đầu có thể được gân 24 giờ.
 - ◇ Khâu lại bằng chỉ để kéo mép vết thương lại với nhau, ngăn ngừa nhiễm bẩn và tạo điều kiện tốt cho lành vết thương.
 - ◇ Phần đích là kéo các mép vết thương lại cùng với nhau (ước lượng tốt) và căng hoặc co kéo da có giới hạn. Sử dụng cả mũi khâu sâu (lớp dưới da và cơ) và mũi khâu nông (trên bề mặt) có thể cần thiết để làm giảm căng vết thương.

- Đóng da thì đầu có tri hoãn
 - ◇ Biện pháp này có thể được sử dụng nếu người bệnh có vết thương đến sau 8 giờ, hoặc lo ngại nhiễm bẩn.
 - ◇ Làm sạch và cắt lọc vết thương như mô tả trước đó.
 - ◇ Băng vết thương lại bằng gạc được làm ẩm bằng nước muối sinh lý.
 - ◇ Cho uống kháng sinh trong 5-7 ngày (ví dụ cephalosporin thế hệ 1)
 - ◇ Dẫn người bệnh khám lại sau 2 ngày để đánh giá vết đóng da. Một lựa chọn khác với những người bệnh nằm viện điều trị là khâu đóng da sau khi cắt lọc tổ chức, nhưng không buộc lại; buộc chỉ khâu đóng da tại giường bệnh trong lần thay băng đầu tiên sau đó 48-72 giờ; nếu vết thương sạch.
- Lành vết thương thì hai
 - ◇ Biện pháp này nên được sử dụng cho:
 - Các vết thương rất bẩn hoặc nhiễm trùng.
 - Các vết thương với các lỗ há miệng khi không có đủ da vùng mép để đóng vết thương.
 - Các vết thương do bị đâm
 - Các vết thương hỏa khí
 - Các vết thương do cắn.
 - ◇ Vết thương còn lại để hở và được băng lại bằng gạc ướt đẫm nước muối sinh lý.
 - ◇ Gạc được bỏ ra cứ mỗi 48-72 giờ và vết thương được rửa thường xuyên, đánh giá lại và thay băng.
 - ◇ Vết thương từ từ thu hẹp lại, và liền từ “trong ra ngoài”.

Điểm mấu chốt

- Không phải tất cả các vết thương cần được đóng lại. Sau khi rửa sạch, những vết thương nhỏ và các vết trầy da cần được điều trị bằng mỡ kháng sinh tại chỗ và băng sạch.
- Trước khi khâu đóng vết thương, xác định rằng việc đóng vết thương sẽ không làm tăng nguy cơ nhiễm trùng dựa vào tình trạng bệnh lý đi kèm, thời gian và cơ chế của vết thương, sự nhiễm bẩn và vị trí.
- KHÔNG BAO GIỜ khâu đóng vết thương đã nhiễm khuẩn. Mủ sẽ tích tụ dưới vùng da đóng và nhiễm trùng sẽ nặng thêm. Nếu lo lắng về nguy cơ nhiễm khuẩn, thì kiểm soát một cách thận trọng được khuyến cáo. Tiến hành đóng vết thương khi lành ở thì hai.
- Giáo dục người bệnh về cách chăm sóc vết thương hợp lý bao gồm các dấu hiệu và triệu chứng của nhiễm trùng và khi nào nên tái khám để chăm sóc theo dõi.
- Cần nhắc khâu vết thương nếu:
 - Vết thương lớn (thường lớn hơn 1 cm);
 - ◇ Các vết thương lớn có thể được cân nhắc hội chẩn chuyên khoa hoặc chuyên phẫu thuật ghép da.
 - Vết thương đang chảy máu
 - Vết thương đầu khớp

- Vết thương ở vị trí mà phục hồi thẩm mỹ là quan trọng (ví dụ như mặt)
- Cách sử dụng kháng sinh
 - Kháng sinh không được chỉ định thông thường cho các vết thương.
 - Cân nhắc sử dụng kháng sinh nếu có nguy cơ nhiễm khuẩn (xem bảng: Các tác nhân gia tăng nguy cơ nhiễm khuẩn và chậm lành vết thương).
 - Nếu có gãy xương hở hoặc can thiệp vào khớp hoặc dây chằng mà nghi ngờ, sử dụng liều kháng sinh ban đầu tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm bắp (vd. Cephalosporin thế hệ một).
 - Cân nhắc khi cần thiết hội chẩn hoặc chuyển tới chăm sóc chuyên sâu.
 - Tất cả người bệnh có vết thương nên nhận được hướng dẫn phù hợp sau khi ra viện về cách nhận biết các dấu hiệu và triệu chứng nhiễm trùng. Nếu một vết thương có biểu hiện nhiễm trùng, hoặc có nguy cơ nhiễm trùng cao, hoặc một vết thương nhiễm trùng đang trở nên tồi tệ khi người bệnh đã uống kháng sinh, thì cân nhắc sử dụng kháng sinh tiêm tĩnh mạch và theo dõi. Xem xét lại khả năng còn dị vật tại vết thương.

Kỹ thuật khâu

Trước khi cắt lọc vết thương và khâu lại, kiểm soát đau thích hợp bằng gâ y tê tại chỗ.

Khi tiến hành gâ y tê tại chỗ:

- Hỏi về tiền sử dị ứng thuốc.
- Tiêm lượng thuốc tê qua một kim nhỏ và bơm chậm để giảm đau.
- Bơm thuốc tê vào mép vết thương, vùng không hoặc ít nhiễm bẩn.
- Không được sử dụng thuốc có chứa epinephrine ở trên các ngón tay, ngón chân, tai, dương vật, hoặc chóp mũi.

Tham khảo phác đồ IMEESC về kiểm soát vết thương, bông, các kỹ thuật khâu, tổn thương khớp, kiểm soát các vết rách đặc biệt, vết thương hỏa khí, và tổn thương do mìn nổ.

4.6 Gãy xương

Tham khảo Chăm sóc phẫu thuật trong sổ tay các bệnh viện tuyến quận/huyện 1 (Phần 17 và 18) về các kỹ thuật băng nẹp đặc biệt, bó bột, các phương pháp kéo liên tục.

Nguyên tắc chung

- Ở người bệnh đa chấn thương, xử trí các tổn thương nguy hiểm tính mạng trước, các tổn thương chính hình không quan trọng.
- Gãy xương là gián đoạn tính liên tục của xương hoặc sụn.
- Gãy xương có thể mất 2-4 tháng để lành. Quá trình lành xương phụ thuộc vào loại xương, tuổi và các bệnh lý đi kèm khác. Điều trị bong gân và căng cơ nặng cũng như với gãy xương.

- Mục đích của kiểm soát gãy xương:
 - Điều trị và giảm đau.
 - Ngăn ngừa nhiễm khuẩn
 - Đặt thẳng lại các mảnh xương để quá trình lành và kết hợp xương có thể diễn ra và chức năng bình thường được phục hồi.
- Chẩn đoán gãy xương
 - Nghi ngờ gãy xương nếu có mất chức năng, đau, sưng nề, đổi màu, hoặc biến dạng sau chấn thương.
 - Hầu hết các gãy xương có thể được chẩn đoán trên lâm sàng.
 - Nếu X-quang có sẵn, nên chụp tối thiểu 2 phim vuông góc trước khi băng bó.
 - ◇ Nếu có bất kì mối đe dọa chức năng tuần hoàn, ngay lập tức băng nẹp chi gãy trước khi đi chụp X-quang.
 - Nếu X-quang không sẵn sàng và gãy xương nghi ngờ, xử trí người bệnh như trường hợp có gãy xương.
 - Mặc dù nếu trên X-quang không thấy gãy xương, nếu vẫn nghi ngờ gãy xương trên lâm sàng, người bệnh ban đầu nên được cố định để điều trị gãy xương.
- Điều trị
 - Luôn luôn đánh giá và ghi lại tình trạng mạch máu chi ở dưới vị trí xương gãy.
 - ◇ Nếu không có sự cấp máu (chi lạnh, nhợt, mất mạch, phản hồi mao mạch chậm hoặc mất), thì chỉnh lại ngay (nắn) các biến dạng lớn để hồi phục tuần hoàn.
 - ◇ Nếu vẫn không có tưới máu sau khi đặt thẳng lại chi, đặt nẹp nên cân nhắc hội chẩn chuyên khoa chấn thương chỉnh hình hoặc chuyên tuyến ngay.
 - ◇ Nếu tưới máu tốt sau khi đặt thẳng lại, nẹp đoạn tổn thương và chụp X-quang, nếu có thể.
 - Cố định xương gãy (xương được đặt thẳng lại bằng tay để trả các chi về vị trí bình thường của chúng)
 - ◇ Cố định xương gãy ban đầu sẽ gây ra đau, và người bệnh cần được thông báo về việc đang diễn ra và điều trị đau.
 - ◇ Gãy xương nếu không được băng nẹp đúng cách sẽ không thể liền và dẫn đến hậu quả giảm hoặc mất chức năng.
 - ◇ Luôn luôn kiểm tra tình trạng mạch-thần kinh trước và sau khi băng nẹp.
 - ◇ Chỉnh lại các khớp lệch vị trí càng sớm càng tốt.
 - Cố định (tránh vận động ở vị trí gãy xương)
 - ◇ Băng nẹp và bó bột được sử dụng để cố định.
 - ◇ Băng nẹp thường phù hợp hơn cho các tổn thương cấp tính bởi chúng có thể sử dụng trong sưng nề tiếp diễn.
 - ◇ Băng nẹp ngăn sự vận động của xương gãy, làm giảm đau, và giảm đến mức tối thiểu tổn thương về sau tới mô mềm, các dây thần kinh, và mạch máu.
 - ◇ Nhìn chung, khớp ở trên và dưới vị trí gãy xương nên được cố định.
 - ◇ Cần phải kéo xương liên tục để ổn định tạm thời các xương gãy trong một số chấn thương nhất định, như gãy xương chậu và xương đùi. Điều trị chuyên

khoa sẽ phụ thuộc vào tình hình cụ thể, nguồn lực và các tổn thương khác.

- ◇ Cân nhắc gãy xương hở ở bất kỳ người bệnh nào nếu có vết thương (nhiều hơn một vết trầy da) gần vị trí gãy xương.
- Gãy xương hở là cấp cứu phẫu thuật chỉnh hình.
- Nếu nghi ngờ một gãy xương hở:
 - ◇ Kiểm soát chảy máu bằng cách băng ép vô khuẩn.
 - ◇ Tiến hành băng nẹp ngay lúc đó nếu có bất kỳ mối đe dọa tới mạch-thần kinh.
 - ◇ Giảm đau
 - ◇ Cân thận loại bỏ mảnh vụn lớn ở vết thương.
 - ◇ Băng nẹp
 - ◇ Rửa sạch bằng nước muối sinh lý và che vết thương bằng gạc làm ướt ẩm bằng nước muối sinh lý.
 - ◇ Dùng kháng sinh đường tĩnh mạch (ví dụ như cephalosporin thế hệ 1)
 - ◇ Thực hành dự phòng uốn ván dựa vào tình trạng miễn dịch và phác đồ khu vực.
 - ◇ Lưu ý hội chẩn hoặc chuyển đi để có thể làm sạch và sửa lại xương gãy tại phòng phẫu thuật.

Nẹp và bó bột

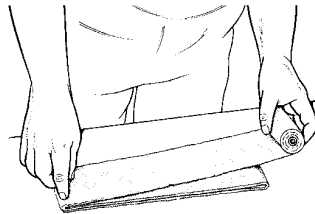
Điểm cốt yếu về băng nẹp và bó bột

- Nẹp và bó bột hỗ trợ và bảo vệ xương và mô mềm khỏi tổn thương, làm giảm đau, sưng nề, và sự co cơ.
- Thanh nẹp là vật liệu cứng được sử dụng để cố định các tổn thương chi cấp tính (gãy xương, bong gân và căng cơ, tổn thương mô mềm). Nẹp (thường chỉ đặt ở một bên cánh tay hoặc bàn tay) hỗ trợ và bảo vệ kém hơn so với bó bột và có thể không được dùng điều trị trong các trường hợp, nhưng có thể có ích cho kiểm soát ban đầu khi đang có sưng nề cấp tính.
- Bó bột thường được làm bằng thạch cao và bao vòng quanh chi, được đúc để hỗ trợ và bảo vệ chi, cố định chắc chắn hơn là băng nẹp, dễ bị chèn ép do sưng nề hơn nẹp vì khoảng trống ít hơn. Chúng được sử dụng trong một số trường hợp điều trị chuyên khoa gãy xương, và thường được áp dụng vài ngày sau tổn thương khi chi hết sưng nề.
- Đặt nẹp với thạch cao.
- Nếu cần thiết, gỗ và bìa cứng sẽ đóng vai trò như nẹp tạm thời.
- Theo nguyên tắc chung, cố định các khớp ở “vị trí chức năng”(nghĩa là khuỷu tay gấp 90°, mắt cá chân ở vị trí trung gian). Các khớp bàn đốt ngón tay (vị trí ngón tay nối với bàn tay) nên luôn được cố định tư thế gấp, không bao giờ duỗi thẳng.
- Tiến hành bó bột khi khớp ở vị trí mong muốn.
- Tránh vận động các khớp khi bột đã được bó lại, vì việc vận động này có thể gây ra gập nếp trong bột và gây đau do đè ép.
- Luôn luôn đánh giá lại tuần hoàn và sự cấp máu khi bột thạch cao đã cứng.

Đặt nẹp

- Vật liệu:

- Vải dệt chữ V và vật đệm lót-bảo vệ da và cho phép sưng nề
 - Vật liệu hỗ trợ-thạch cao, nẹp theo khuôn, vật liệu sẵn có tự chế
 - Băng chun giữ nẹp đúng vị trí
 - Băng dính
 - Dao hoặc kéo để cắt nẹp cho vừa chiều dài:
 - Thùng hoặc xô đựng thạch cao ướt.
 - Áo phủ và găng tay.
- Quy trình
 1. Luôn giải thích người bệnh việc chúng ta đang làm và lý do.
 2. Giảm đau trước khi đặt nẹp
 3. Cởi bỏ quần áo để xác định chi tổn thương tương ứng.
 4. Kiểm tra và ghi lại tình trạng mạch-thần kinh (tuần hoàn, vận động, cảm giác) trước và sau khi đặt nẹp.
 5. Che các gãy xương hở hoặc khớp bằng gạc sạch làm ẩm bằng nước muối sinh lý.
 6. Đặt nẹp để cố định khớp phía trên và phía dưới vị trí nghi ngờ gãy xương.
 7. Nếu nhìn thấy chi tổn thương bị biến dạng, kéo thẳng trục chi (cố định xương) trước khi tiến hành đặt nẹp.
 8. Đưa khớp về vị trí mong muốn trước khi băng nẹp.
 9. Nếu tổn thương gồm cả vùng ngón chi, đặt vật đệm lót giữa các ngón tay và ngón chân.
 10. Nếu có sẵn, đặt vải dệt chữ V trên da:
 - Vải dệt chữ V nên rộng 10-15 cm xa vị trí để đặt nẹp mỗi đầu.
 - Đảm bảo rằng vải thun phải trơn nhẵn và không có nếp nhăn.
 - Có thể cần cắt một khe hở để tránh nếp nhăn ở vị trí xương lồi.
 11. Quấn vật đệm lót quanh khắp vị trí đặt nẹp
 - Quấn dày ít nhất 2-3 lớp
 - Vòng sau đè lên phòng trước 25%
 - Cách mép băng nẹp 5 cm về phía mỗi đầu.
 - Dùng tấm đệm lớn che vùng xương trồi lên
 - Tránh bị gấp nếp
 12. Đo chiều dài của vật liệu cần dùng để cố định chi:
 - Bề rộng của bột nên lớn hơn một chút so với kích thước của chi cần băng nẹp.



- Dùng 6-12 lớp phụ thuộc vào vị trí cần băng nẹp
13. Ngâm cuộn thạch cao trong xô nước ở nhiệt độ phòng. Không dùng nước ấm bởi nhiệt tỏa ra từ thạch cao khi băng bó có thể làm bỏng người bệnh. Nhấc cuộn thạch cao ra khỏi nước cho tới khi ướt hoàn toàn và các bong bóng khí dừng nổi lên.



14. Giữ băng thạch cao ở mỗi đầu. Vuốt phẳng bột ướt bằng lòng bàn tay thành một lớp đồng đều. Luôn luôn giữ bột ướt bằng lòng bàn tay, không dùng đầu ngón tay, như vậy có thể tạo các vị trí bị ép và gây đau về sau:
- Thạch cao sẽ nóng khi ướt và có thể gây bỏng da;
 - Băng bó nhanh chóng vì thạch cao sẽ khô.



15. Đặt nẹp thạch cao trên bề mặt được cố định. Giữ vùng này được băng nẹp vững chắc vào vị trí mong muốn.
16. Cuộn vật đệm lót và vải dệt chữ V lại để giữ nẹp đúng vị trí và hình thành các mép tròn phẳng
17. Khi bột còn ướt, cuộn thạch cao theo các vòng chi và giữ cố định bằng băng thun hoặc dùng gạc quấn quanh



Hướng dẫn người bệnh

Nói với người bệnh và ghi lại các chỉ dẫn cho người thân có mặt hoặc người khác đi kèm. Sử dụng ngôn từ không thuộc chuyên môn để người bệnh có thể hiểu. Giải thích các chỉ dẫn dưới đây.

- Giữ khô băng nẹp mọi lúc.
- Không cố gắng gãi xước vùng da dưới bột bó hoặc băng nẹp bằng bất cứ dụng cụ sắc hoặc tù.
- Với các tổn thương cấp tính, đánh giá phần tổn thương trong 24-48 giờ và thường xuyên cử động các ngón tay và ngón chân.
- Đến ngay phòng khám y tế nếu:
 - Băng nẹp của bạn bị ướt hoặc mềm hoặc bị gãy;
 - Bạn bị đau tăng;
 - Bạn thấy tê bì hoặc ngứa, hoặc gặp khó khăn cử động các ngón tay và ngón chân;
 - Bạn thấy đổi màu da ở chi;
 - Bột hoặc nẹp của bạn có mùi hôi.

Biến chứng

Hầu hết các vấn đề gây ra bởi bước thực hiện ban đầu sai.

Đau do đè ép là hậu quả từ hoại tử da do đè ép tại chỗ. Chúng xảy ra ở những bề mặt xương lồi, từ các vết hằn hình thành do bó bột không đúng và do các dị vật dưới bột. Các vị trí thường gặp là:

- Gót chân
- Mắt cá chân
- Mặt mu bàn chân
- Đầu xa xương trụ ở cổ tay

Những vùng chịu áp lực bắt đầu với các điểm đau nhưng, nếu bỏ qua, vùng da phía dưới sẽ trở nên mất cảm giác như vết thương hở tiến triển. Dịch dẫn lưu về sau, thường có mùi hôi. Người bệnh phàn nàn về cảm giác đau dưới nẹp, đặc biệt cách xa vị trí xương gãy hoặc ở những chỗ da xương lồi, nên tháo nẹp, kiểm tra da vùng dưới đó, và đặt lại nẹp.

Hội chứng chèn ép khoang

Đây là tối cấp cứu nặng nề gây ra bởi tăng áp suất mô trong các khoang được ngăn cách ở chi tổn thương, mà không thể tăng kích thước. Tăng áp lực trong khoang có thể dẫn tới hậu quả cản trở tuần hoàn cung cấp cho chi và rối loạn chức năng thần kinh và cơ khu vực. Nếu nghi ngờ hội chứng khoang, mà không yên tâm với việc kiểm soát, hãy gọi hỗ trợ.

Tăng áp lực khoang thường do:

- Băng hoặc bó bột chặt
- Chèn ép chi từ bên ngoài
- Bông đóng vảy
- Gãy xương

- Tổn thương đụng dập phần mềm
- Tổn thương mạch máu

Những vị trí hay bị hội chứng khoang bao gồm khoang trước và sau sâu cẳng chân và khoang cẳng lòng bàn tay. Những vị trí khác bao gồm đùi, mặt mu cẳng tay, bàn chân, mu bàn tay và, hiếm khi ở mông. Các triệu chứng thực thể giúp chẩn đoán bao gồm:

- Các khoang cơ căng cứng khi chạm vào
- Giảm vận động của các nhóm cơ bị chèn ép
- Đau khi duỗi căng các nhóm cơ bị chèn ép
- Mức độ đau không tương xứng với tổn thương
- Giảm cảm giác (triệu chứng muện)
- Chi tái nhợt và phản hồi mao mạch giảm (triệu chứng muện)
- Áp lực khoang tăng (nếu có thể đo được)

Hội chứng chèn ép khoang là một phẫu thuật cấp cứu và cần giải áp lực. Xem IMEESC7 để biết kiểm soát cụ thể về hội chứng chèn ép khoang.

Những lưu ý khi chăm sóc thai phụ có bệnh nặng và chấn thương

- Những ưu tiên về kiểm soát chấn thương cũng tương tự như với các người bệnh không mang thai.
- Điều trị người bệnh có thai bằng các biện pháp hiệu quả nhất có sẵn.
- Cho người bệnh có thai bị shock hoặc suy hô hấp nặng nằm nghiêng (tốt nhất là nghiêng trái) để cải thiện cấp máu cho thai trong buồng tử cung. (Dùng phương pháp mức thìa (log-roll) nếu nghi ngờ tổn thương cột sống - xem Đánh giá nhanh trang 45.)
- Chú ý các biến chứng liên quan với chấn thương như là đẻ non, vỡ tử cung, sảy thai.
- Theo dõi thai (ví dụ, tim thai) thường xuyên, theo thực hành địa phương.



5. Tiếp cận các xét nghiệm

Mục lục

5.1	Đọc kết quả xét nghiệm	242
5.2	Xử trí các rối loạn natri, kali và canxi	247
5.2.1	Rối loạn nồng độ natri máu	247
5.2.2	Rối loạn nồng độ kali máu	250
5.2.3	Rối loạn canxi máu	253

5.1 Đọc kết quả xét nghiệm

Y học dựa trên bằng chứng: các bước sử dụng kết quả xét nghiệm

Sau khi khai thác bệnh sử và thăm khám thực thể, sử dụng kiến thức bản thân và dựa vào các bằng chứng chẩn đoán phân biệt thích hợp để đưa ra được các chẩn đoán phân biệt có liên quan, phân cấp theo mức độ thường gặp và theo mức nguy hiểm tính mạng.

- Các xét nghiệm thường được sử dụng trong việc khẳng định hoặc loại trừ một chẩn đoán (hoặc các chẩn đoán phân biệt); hoặc để xác định mức độ bệnh (chẳng hạn số lượng tế bào CD4); hoặc để theo dõi hiệu quả điều trị; hoặc để sàng lọc bệnh (phát hiện trường hợp lao hoạt động). Các xét nghiệm được các bác sĩ chọn để làm đều dựa trên y học bằng chứng, các hướng dẫn quốc gia, và sự đánh giá người bệnh trên lâm sàng.
- Lựa chọn “xét nghiệm tốt nhất” mà bạn có khả năng đề xuất trong điều kiện đơn vị của bạn để hoặc “đưa ra” hoặc “loại trừ” chẩn đoán mà bạn đang cân nhắc. Rất ít các xét nghiệm trong y học là hoàn hảo, vì thế một điều quan trọng đối với thầy thuốc là bạn cần biết độ chính xác của một xét nghiệm trước khi đọc kết quả. Ví dụ, giá trị của xét nghiệm đờm khạc một lần như thế nào trong chẩn đoán lao phổi ở người bệnh có hang và không có hang ở phổi?
- Tính chính xác của một xét nghiệm có thể được mô tả bằng độ nhạy và độ đặc hiệu và giá trị dự đoán:
 - **Độ nhạy** chỉ khả năng xét nghiệm nhận biết đúng các cá thể thực sự có bệnh. Nếu bạn tiến hành xét nghiệm có độ nhạy cao cho một bệnh cụ thể và kết quả âm tính, thì khả năng không bệnh; do đó, xét nghiệm có ích trong việc loại trừ bệnh. Ví dụ: Xét nghiệm chẩn đoán nhanh sốt rét (RDT) có độ nhạy rất cao. Vì thế, nếu kết quả âm tính, khả năng mắc sốt rét được loại trừ. Người bệnh không mắc sốt rét.
 - **Độ đặc hiệu** chỉ khả năng xét nghiệm nhận biết đúng các cá thể không có bệnh. Nếu bạn tiến hành xét nghiệm có độ đặc hiệu cao cho một bệnh cụ thể và kết quả là dương tính, bạn giờ đây có thể chắc chắn hơn rằng đã đưa ra chẩn đoán đúng; do đó, xét nghiệm này hữu ích trong việc đưa ra chẩn đoán xác định bệnh. Ví dụ: nhuộm soi AFB trong dịch não tủy là xét nghiệm khá đặc hiệu. Vì thế, nếu kết quả dương tính, khả năng mắc lao màng não được khẳng định. Người bệnh mắc lao màng não.
 - **Giá trị dự đoán** của một xét nghiệm (còn gọi là khả năng mắc bệnh sau làm xét nghiệm) chỉ khả năng xét nghiệm chẩn đoán đúng bệnh. Không như độ nhạy và độ đặc hiệu, không thay đổi trong quần thể, thì giá trị dự đoán của một xét nghiệm thay đổi phụ thuộc và tuổi, giới, vị trí địa lý, và tỉ suất hiện mắc của bệnh.

Kiểm tra kiến thức về đưa ra quyết định dựa trên bằng chứng qua một trường hợp lâm sàng.

- Người bệnh nam 36 tuổi bắt đầu điều trị ARV (AZT + 3TC + EFV) vào tháng 4.

- Số lượng tế bào CD4 trước điều trị là 15. Người bệnh ở giai đoạn 3 theo phân độ lâm sàng của WHO, biểu hiện lâm sàng có nấm miệng.
- Đến tháng 6, sau 2 tháng từ khi điều trị ARV, anh ta xuất hiện đau đầu dữ dội, lảo lộn, cứng gáy và sốt.
- Phim X-Quang ngực bình thường.
- Kết quả chọc dịch não tủy:
 - 19 bạch cầu đa nhân trung tính, 253 bạch cầu lympho
 - Protein 0.92
 - Glucose 2.6
 - Nhuộm Gram-không có vi khuẩn

Câu hỏi:

- Chẩn đoán phân biệt cho viêm màng não?

Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm màng não do lao
- Viêm màng não do Cryptococcus
- Viêm màng não nhiễm khuẩn (đã điều trị một phần)
- Viêm màng não do lymphoma

Bạn quyết định thực hiện nhuộm soi AFB trong dịch não tủy. Khả năng viêm màng não ở người bệnh này do lao là? 1) Nếu xét nghiệm dương tính? 2) Nếu xét nghiệm âm tính?

Những khả năng này phụ thuộc vào độ nhạy và độ đặc hiệu của xét nghiệm, như đã mô tả ở trên và cũng phụ thuộc vào tần số bệnh ở khu vực của bạn (sự phổ biến của bệnh trong quần thể mắc bệnh chung, còn gọi là “khả năng trước xét nghiệm”, như khả năng người bệnh mắc bệnh trước tiến hành xét nghiệm).

Tình huống A

Để chúng tôi nói rằng sự đánh giá của thống kê các người bệnh AIDS sống trong khu vực của bạn chỉ ra rằng 20% số ca mắc viêm màng não là do lao. Bạn có thể vẽ ra bảng:

Bước 1: trong 1000 người bệnh, 200 (20%) mắc bệnh và 800 không mắc bệnh:

		Viêm màng não do lao		Tổng người bệnh
		Mắc	Không mắc	
Kết quả nhuộm soi AFB dịch não tủy	Dương tính			
	Âm tính			
Tổng người bệnh		200	800	1000

Bước 2: Độ nhạy của nhuộm soi AFB trong dịch não tủy là 60%. Vì thế, trong 200 người bệnh mắc bệnh, 120 xét nghiệm (60%) sẽ dương tính.

Độ đặc hiệu của nhuộm soi AFB trong dịch não tủy là 99%. Do đó, trong số 800 người bệnh không mắc bệnh, 792 xét nghiệm (99%) sẽ âm tính

		Viêm màng não do lao		Tổng người bệnh
		Mắc	Không mắc	
Kết quả tế bào AFB dịch não tủy	Dương tính	120	8	120+8=128
	Âm tính	80	792	80+792=872
	Tổng người bệnh	200	800	1000

↓

$$\frac{120}{200}$$

=

Độ nhạy = 60%

↓

$$\frac{792}{800}$$

=

Độ đặc hiệu = 99%

Bước 3:

(a) Giá trị dự đoán dương tính (PPV) là $120/128 = 0.94$. Do đó, nếu phiếu đồ tế bào dịch não tủy dương tính, khả năng sau xét nghiệm người bệnh mắc viêm màng não do lao là 94%

(b) Giá trị dự đoán âm tính (NPV) là $792/872=0.91$. Do đó, nếu phiếu đồ tế bào dịch não tủy âm tính, khả năng sau xét nghiệm người bệnh thực sự mắc viêm màng não do lao chỉ là 9% (100%-91%)

		Viêm màng não do lao			
		Mắc	Không mắc	Tổng người bệnh	
Kết quả tế bào AFB dịch não tủy	Dương tính	120	8	128	⇒ $120/128 = 94\% = \text{PPV}$ ⇒ $792/872 = 91\% = \text{NPV}$
	Âm tính	80	792	872	
	Tổng người bệnh	200	800	1000	

Tình huống B

Nếu trong nhóm người bệnh AIDS sống ở khu vực của bạn thấy rằng thực tế chỉ 2% số viêm màng não là do lao, bảng 2-2 sẽ được thay đổi theo cách dưới đây:

		Viêm màng não do lao		Tổng người bệnh
		Mắc	Không mắc	
Kết quả tế bào AFB dịch não tủy	Dương tính	12	10	22
	Âm tính	8	970	978
	Tổng người bệnh	20	980	1000

$$\Rightarrow 12/22 = 55\% = \text{PPV}$$

$$\Rightarrow 970/978 = 99\% = \text{NPV}$$

↓

$$\frac{12}{20}$$

$$=$$

Độ nhạy

$$= 60\%$$

↓

$$\frac{970}{980}$$

$$=$$

Độ đặc hiệu

$$= 99\%$$

Trong trường hợp này:

- Nếu nhuộm soi AFB trong dịch não tủy cho kết quả dương tính, khả năng sau xét nghiệm người bệnh mắc lao màng não chỉ là 55%. Do đó, nguyên nhân của viêm màng não có thể do lao, nhưng cũng có thể là một bệnh khác ngoài lao. Các xét nghiệm bổ sung là cần thiết.
- Nếu nhuộm soi AFB trong dịch não tủy cho kết quả âm tính, khả năng sau xét nghiệm người bệnh mắc lao màng não chỉ là 1% (100% - 99%). Khả năng viêm màng não do đó hoàn toàn loại trừ.

Bảng: Độ nhạy và độ đặc hiệu của các xét nghiệm chẩn đoán lựa chọn			
Bệnh	Xét nghiệm	Độ nhạy	Độ đặc hiệu
HIV	ELISA HIV	100%	98%
HIV	Xét nghiệm nhanh HIV	99%	98%
Sốt rét	Phết lam máu SR	52.5%	77%
Giang mai	RPR/VDRL	91%	95%
	FTA-ABS	92%	96%
Lao phổi - nuôi cấy dương tính	3 lần xét nghiệm nhuộm soi đờm ¹	70%	96%
	Thử nghiệm kháng sinh để loại trừ lao phổi ở bệnh phẩm âm tính ²	55%	77%
Viêm màng não do nấm Cryptococcal	Nhuộm tế bào DNT bằng mực Tàu (mực Ấn?) ³	72.6%	99%
	Kháng nguyên Cryptococcus trong DNT ⁴	94.1%	99%
	Kháng nguyên Cryptococcus trong máu ⁵	91.4%	83.3%

¹ Crampin AC, et al. Comparison of two versus three smears in identifying culture-positive tuberculosis patients in a rural African setting with high HIV prevalence. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2001, 5(11):994–9.

² Wilkinson D et al. Trial-of-antibiotic algorithm for the diagnosis of tuberculosis in a district hospital in a developing country with high HIV prevalence. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2000, 4(6):513–8.

³ Chen S et al. Epidemiology and host- and variety-dependent characteristics of infection due to *Cryptococcus neoformans* in Australia and New Zealand. *Clinical Infectious Diseases*, 2000, 31(2):499–508.

⁴ Antinori S et al. The role of cryptococcal antigen assay in diagnosis and monitoring of cryptococcal meningitis. *Journal of Clinical Microbiology*, 2005, 43(11):5828–9.

⁵ Asawavichienjinda T, Sithi-Amorn C, Tanyanont V. Serum cryptococcal antigen: diagnostic value in the diagnosis of AIDS-related cryptococcal meningitis. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 1999, 82(1):65–71.

5.2 Xử trí các rối loạn natri, kali và canxi

5.2.1 Rối loạn nồng độ natri máu

Tăng Natri máu

Tăng Natri máu là rối loạn điện giải được định nghĩa bằng sự tăng nồng độ natri trong máu. Nó có thể xuất hiện ở các người bệnh do các nguyên nhân khác nhau (ví dụ tiêu chảy, đái tháo đường toan ceton hoặc sepsis). Người bệnh có thể có các triệu chứng như khát, mệt mỏi, yếu cơ hoặc các triệu chứng của bệnh nguyên. Trong trường hợp nặng, tăng natri máu có thể có các **dấu hiệu cấp cứu** như lú lẫn, hôn mê hoặc co giật (xem mục 3.5).

Luôn luôn nghĩ đến tăng natri máu trong các trường hợp trên.

Việc hỏi bệnh và khám lâm sàng, đặc biệt việc đánh giá tình trạng mất nước hoặc thể tích dịch sẽ giúp chẩn đoán nguyên nhân tăng natri máu và đề ra được điều trị ban đầu.

Chẩn đoán

Nồng độ natri máu > 145 mmol/lít

Nguyên nhân

- Tăng natri máu thường không do nguyên nhân thừa natri mà do thiếu hụt tương đối nước tự do trong cơ thể. Nó có thể xuất hiện trong các tình huống sau :
 - Mất quá nhiều nước
 - ◇ Mất qua đường tiêu hóa - tiêu chảy, nôn
 - ◇ Mất qua da - sốt cao, vã mồ hôi, bỏng
 - ◇ Mất qua thận - tăng đường huyết (do lợi niệu thẩm thấu), đái tháo nhạt (bài tiết ít ADH xuất hiện trong viêm não màng não hoặc do thuốc như lithium).
 - Lượng nước đưa vào không đủ
 - ◇ Thiếu nước
 - ◇ Giảm đưa vào do suy giảm tri giác.
 - Đưa vào quá nhiều natri
 - ◇ Truyền quá nhiều nước muối sinh lý ở các người bệnh nằm viện.

Điều trị

- Tránh điều chỉnh quá nhanh nồng độ natri máu vì có thể gây phù não và tổn thương thần kinh không hồi phục.
- Đánh giá thể tích dịch (tình trạng mất nước) của người bệnh.
- Tính thể tích dịch thay thế. Ở người bệnh mất nước tăng natri máu, thể tích nước bù vào có thể tính theo công thức sau:

$$\text{Lượng nước thiếu (lít)} = \frac{(\text{nồng độ natri máu} - 140)}{140} \times 0.5 \times \text{trọng lượng cơ thể (kg)}$$

Ví dụ nếu nồng độ natri máu là 160 mmol ở 1 người bệnh 70 kg, thì tổng lượng nước thiếu là $(160-140)/140 \times 0.5 \times 70 = 5$ lít. Thể tích này nên được bù trong 48 -72 giờ. Thể tích nước tiếp tục mất cũng cần được tính vào thể tích dịch cần bù.

- Cho người bệnh uống nếu người bệnh tỉnh và huyết động ổn định hoặc cho qua sonde dạ dày.
- Nếu người bệnh không thể uống được, bù dịch qua đường tĩnh mạch. Bù dịch qua đường tĩnh mạch thường được sử dụng trong trường hợp người bệnh bị giảm thể tích (nhịp tim nhanh, huyết áp thấp, hoặc hạ huyết áp tư thế, áp lực tĩnh mạch cảnh thấp, đầu chi lạnh, khô niêm mạc, nếp véo da mất chậm hoặc lượng nước tiểu ít) hoặc người bệnh không thể uống được do suy giảm tri giác. Sử dụng nước muối sinh lý (0.9%) cho đến khi huyết động người bệnh ổn định, sau đó chuyển qua dùng dextrose 5% để bù lượng nước thiếu. Dùng truyền tĩnh mạch khi có thể bù được qua đường uống.
- Theo dõi natri máu và các điện giải khác 2 lần/ngày nếu có thể. Nên giảm nồng độ natri máu không quá 10mmol/lít trong 24 giờ.
- Chẩn đoán và điều trị nguyên nhân khi có thể, kèm theo điều chỉnh các rối loạn điện giải khác.

Hạ natri máu

Hạ natri máu là rối loạn điện giải mà nồng độ natri máu thấp hơn bình thường. Nó có thể là biểu hiện của nhiều rối loạn khác nhau. Người bệnh thường chỉ có triệu chứng khi hạ natri máu nặng hoặc hạ natri diễn biến nhanh, dẫn đến phù não. Hạ natri máu có thể có biểu hiện buồn nôn, uể oải, lú lẫn, yếu cơ và chuột rút, trong trường hợp nặng là co giật và hôn mê. Có thể có các dấu hiệu và triệu chứng của bệnh nguyên.

Chẩn đoán

Nhẹ:	Na 130–135 mmol/lít
Trung bình:	Na 120–129 mmol/lít
Nặng:	Na dưới 120 mmol/lít

Nguyên nhân

Hạ natri máu có thể gây ra bởi nhiều nguyên nhân và việc đánh giá thể tích dịch của người bệnh kèm theo tính áp lực thẩm thấu (sử dụng công thức bên dưới) có thể giúp chỉ ra nguyên nhân và định hướng điều trị.

$$\text{Áp lực thẩm thấu (mmol/l)} = 2 \times (\text{Na} + \text{K}) + \text{urea}/2.8 \text{ mg/dl} + \text{glucose}/18 \text{ mg/dl}$$

(Ngưỡng bình thường = 280–300 mmol/l)

Xem bảng tóm tắt bên dưới để biết thêm chi tiết về nguyên nhân và cách điều trị. Phần lớn nguyên nhân gây hạ natri máu thường kèm theo áp lực thẩm thấu thấp.

Bảng: Đánh giá và điều trị hạ natri máu theo thể tích tuần hoàn và áp lực thẩm thấu huyết thanh		
Thể tích tuần hoàn	Các nguyên nhân có thể	Điều trị
Mất nước hoặc giảm thể tích (mạch nhanh, huyết áp thấp hoặc hạ huyết áp tư thế, áp lực tĩnh mạch cảnh ngoài thấp (tĩnh mạch cổ xẹp), khô niêm mạc, nếp véo da mất chậm, lượng nước tiểu giảm) Phân độ mất nước theo mục 10.7d.2.	Mất qua thận Lợi tiểu (đặc biệt là thiazides) Tăng đường huyết (do lợi niệu thẩm thấu) Bệnh Addison Mất ngoài thận: Mất qua đường tiêu hóa (ôn, tiêu chảy, tắc ruột) Bông	Chú ý trong bù dịch tĩnh mạch theo các nguyên tắc bên dưới và điều trị nguyên nhân khi có thể.
Thể tích bình thường (mạch, huyết áp, áp lực tĩnh mạch cảnh ngoài, mạch ngoại vi và lượng nước tiểu bình thường)	Áp lực thẩm thấu huyết thanh <260 mmol/l Hội chứng bài tiết ADH không phù hợp (SIADH)* Bệnh lý hô hấp: Lao, viêm phổi, áp xe phổi Rối loạn thần kinh trung ương: chấn thương sọ não, viêm não màng não, áp xe não, đột quỵ Bệnh lý ác tính	Điều trị nguyên nhân khi có thể và hạn chế lượng dịch đưa vào bằng 50-60% nhu cầu hàng ngày (trung bình từ 500-1000 ml).
Tăng thể tích (áp lực tĩnh mạch cảnh ngoài tăng (tĩnh mạch cổ nổi), phù ngoại biên)	Hội chứng thận hư Xơ gan Suy tim xung huyết	Điều trị nguyên nhân khi có thể, và hạn chế lượng dịch đưa vào bằng 50-60% nhu cầu hàng ngày (trung bình từ 500-1000 ml). Có thể phải dùng lợi tiểu.

*Hội chứng bài tiết ADH không phù hợp (SIADH) là một nguyên nhân quan trọng gây hạ natri nhưng thường được chẩn đoán quá mức; nhiều người bệnh bị hạn chế dịch không đúng do chẩn đoán nhầm. Các người bệnh SIADH có thể tích dịch bình thường (không thiếu nước hoặc phù, và không cần lợi tiểu). Xét nghiệm cho thấy nước tiểu cô đặc (natri niệu > 20 mmol/l) trong khi natri máu thấp (natri máu < 125 mmol/l) hoặc nồng độ thẩm thấu huyết thanh thấp (< 260 mmol/kg) giúp khẳng định chẩn đoán.

Điều trị

Việc định hướng điều trị dựa vào:

- Thể tích tuần hoàn của người bệnh
- Diễn biến bệnh (hạ natri máu mạn tính thường có triệu chứng)
- Mức độ nặng của triệu chứng.

Điều chỉnh rối loạn natri từ từ để làm giảm nguy cơ tổn thương thần kinh vĩnh viễn hoặc tử vong, hệ quả do thay đổi lượng dịch quá nhanh. Nâng nồng độ natri máu không quá 10 mmol/lít trong 24 giờ đầu và 18 mmol/lít trong 48 giờ đầu .

- Trong tất cả các trường hợp, điều trị nguyên nhân khi có thể. Không cần điều trị tiếp tục khi hạ natri nhẹ hoặc không triệu chứng.
- Làm điện giải đồ mỗi 12 giờ để theo dõi sự tăng natri cũng như kiểm tra xem có các rối loạn điện giải khác kèm theo không.
- Ở các người bệnh giảm thể tích, bù lượng nước thiếu thận trọng bằng nước muối sinh lý

0.9%. Sử dụng bảng 10.7d.2 về hướng dẫn đánh giá mức độ mất nước. Ngừng bù dịch khi huyết áp và thể tích tuần hoàn trở về bình thường.

- Ở các người bệnh thể tích tuần hoàn bình thường, cân nhắc dùng liều thấp furosemide (ví dụ 40mg tiêm tĩnh mạch) để phòng quá tải dịch khi điều trị hạ natri máu
- Ở các người bệnh tăng thể tích tuần hoàn, điều trị bằng hạn chế dịch hàng ngày từ 500-1000 ml và furosemide tiêm tĩnh mạch (40-80 mg). Kiểm tra lại điện giải sau 4 giờ và sau đó mỗi 6 giờ.

Khi người bệnh có biểu hiện co giật hoặc hôn mê, việc điều chỉnh ban đầu cần được tiến hành tích cực. Cân nhắc sử dụng nước muối ưu trương. Nếu không có, sử dụng nước muối sinh lý. Mục đích điều chỉnh ban đầu là nâng thêm 6 mmol/lít trong vòng 4 giờ sau đó điều chỉnh từ từ như ở trên. Tốc độ bù dịch trong 4 giờ đầu có thể được tính theo công thức bên dưới. Tốc độ bù dịch không được quá 70 mmol/giờ.

$$\text{Tốc độ bù dịch cấp cứu (ml/giờ)} = 4 \times \text{cân nặng (kg)} / \text{Nồng độ Natri trong dịch bù (\%)}$$

Ví dụ tốc độ bù nước muối sinh lý ở người bệnh 70 kg nên là $4 \times 70/0.9 \approx 300$ ml/giờ. Tuy nhiên không vượt quá 70 mmol/giờ. 1 lít nước muối sinh lý chứa 154 mmol/l NaCl, vì vậy lượng nước muối sinh lý bù tối đa trong 1 g là khoảng 450 ml. Nước muối ưu trương 3% có 513 mmol/l NaCl.

5.2.2 Rối loạn nồng độ kali máu

Giống như các rối loạn điện giải khác, tăng kali máu và hạ kali máu nhẹ thường không có triệu chứng, và không thể phát hiện bằng lâm sàng nếu không có xét nghiệm máu. Rối loạn kali máu nặng có thể biểu hiện là loạn nhịp tim trầm trọng cần điều chỉnh cấp cứu, và có thể kèm theo mệt mỏi toàn thân và yếu cơ. Luôn luôn cân nhắc các rối loạn điện giải khác đi kèm.

Tăng kali máu

Tăng kali máu khi nồng độ kali máu cao. Tăng kali máu thường không có triệu chứng và có thể gặp ở các người bệnh mắc các bệnh khác nhau (đái tháo đường toan ceton, sốc nhiễm khuẩn), và thường chẩn đoán dựa vào xét nghiệm máu thường quy hoặc điện tâm đồ. Tăng kali máu nặng có thể kèm theo yếu cơ và có thể gây loạn nhịp tim nặng và tử vong.

Chẩn đoán

Nhẹ tới trung bình: K 5.5–6.5 mmol/l

Nặng: K > 6.5 mmol/l hoặc có triệu chứng hoặc có thay đổi trên điện tâm đồ

Nguyên nhân

- Tăng kali giả: Hồng cầu bị vỡ thường gây tăng kali do thoát từ trong tế bào. Làm lại xét nghiệm máu.
- Suy thận
- Sốc do bất kì nguyên nhân gì
- Đái tháo đường toan ceton (tăng đường huyết, thiếu hụt insulin)
- Dùng thuốc: chế phẩm có kali, lợi tiểu giữ kali (ví dụ spironolactone), ức chế men chuyển, chẹn beta không chọn lọc (ví dụ atenolol), chống viêm không steroid, heparin.

- Nguyên nhân khác: Tiêu cơ vân (thoái hóa cơ), toan chuyển hóa, bệnh Addison.

Điều trị

- Nếu có thể, làm điện tâm đồ. Các thay đổi trên điện tim thường xảy ra rõ nhất ở V6 và S1.

Cần nhắc lắp monitor theo dõi liên tục hoặc làm điện tim nhiều lần nếu có bất cứ thay đổi bên dưới nào xuất hiện.

Các thay đổi trên điện tâm đồ: sóng T nhọn, khoảng PR kéo dài, sóng P nhỏ hoặc mất, phức hợp QRS giãn rộng tiến tới sóng hình sin, và nhịp nhanh thất hoặc rung thất.



- Làm lại xét nghiệm máu để kiểm tra kali, đặc biệt khi không có thay đổi trên điện tâm đồ.

Điều trị cấp cứu nếu có thay đổi trên điện tâm đồ hoặc kali máu trên 6.5 mmol/lít.

- Tiêm tĩnh mạch 1000 mg calcium gluconate (10 ml dung dịch 10%) hoặc 500-1000 mg calcium chloride (5-10 ml dung dịch 10%) trong 2 phút, nhằm ổn định màng cơ tim khi có thay đổi trên điện tâm đồ. Lặp lại sau 5 phút nếu vẫn còn thay đổi trên điện tâm đồ.
- Truyền tĩnh mạch 10-15 đơn vị insulin nhanh pha trong 50 ml D50 (dextrose 50%) trong vòng 2 giờ, để hoạt hóa vận chuyển kali vào trong tế bào, sau đó truyền tĩnh mạch dextrose và giám sát đường máu thường xuyên.
- Khí dung 10-20 mg salbutamol hoặc tiêm tĩnh mạch 0.5 mg (500 microgram). Nên tiêm tĩnh mạch chậm trong 15 -20 phút.
 - Nếu không có điều kiện, xịt 1200 microgram salbutamol định liều qua buồng đệm (khoảng 12 nhát xịt).
 - Lặp lại khi cần, đặc biệt khi không có các lựa chọn khác.
- Ở các người bệnh suy thận cấp hoặc bệnh thận giai đoạn cuối (xem mục 11.31), tăng kali máu kèm theo suy thận nặng có thể được điều chỉnh bằng lọc máu khi các phương pháp trên thất bại. Những người bệnh này có thể không có các thay đổi trên điện tâm đồ do tăng kali máu trong thời gian dài.
- Điều trị nguyên nhân.
- Kiểm tra lại kali máu mỗi 12 giờ để theo dõi đáp ứng.
- Lặp lại tất cả các bước trên nếu cần.

Chú ý: Phần lớn các điều trị đề cập ở đây sẽ ít có tác dụng trong các trường hợp suy thận thiếu niệu hoặc suy thận tiến triển.

Điều trị tăng kali máu nhẹ

- Tìm và điều trị nguyên nhân.
- Dừng các thuốc làm tăng kali máu.
- Lợi tiểu, ví dụ 20-40 mg furosemide một lần/ngày hoặc lợi tiểu thiazide sẽ làm tăng

bài xuất kali, và làm giảm kali máu từ từ. Liều cao được dùng ở người bệnh suy thận. Ngoại trừ các trường hợp quá tải dịch nên bù lượng dịch bị mất.

- Kayexelate 15-30 g pha với 50-100 ml sorbitol 20% dùng đường uống hoặc thực trực tràng. Chú ý sự hấp thụ natri quá mức.
- Tránh các thực phẩm giàu kali (ví dụ chuối, cam, xoài, khoai tây, khoai lang, đậu, đậu Hà lan, cải bắp và rau chân vịt).

Hạ kali máu

Hạ kali máu khi nồng độ kali máu thấp. Hạ kali máu thường không có triệu chứng nhưng có thể biểu hiện triệu chứng khi hạ kali máu đột ngột. Hạ kali máu có thể gặp ở các người bệnh mắc các bệnh khác nhau (ví dụ tiêu chảy, đái tháo đường toan ceton, sốc nhiễm khuẩn) và thường được chẩn đoán dựa vào xét nghiệm máu thường quy hoặc điện tâm đồ. Hạ kali máu thường có biểu hiện là yếu cơ và chuột rút. Hạ kali máu nặng gây rối loạn nhịp tim nghiêm trọng và có thể dẫn đến tử vong.

Chẩn đoán

Nhẹ: K 3.0-3.5 mmol/lít

Trung bình: K 2.5-3.0 mmol/lít

Nặng: K < 2.5 mmol/lít, có triệu chứng hoặc thay đổi trên điện tâm đồ

Nguyên nhân

- Mất qua đường tiêu hóa (tiêu chảy, nôn)
- Dùng thuốc: lợi tiểu (ví dụ furosemide) và ngộ độc chloroquine
- Đái tháo đường toan ceton
- Các nguyên nhân khác: bị stress (cường β adrenergic), kiềm chuyển hóa.

Điều trị

- Nếu có thể, làm điện tâm đồ giúp đánh giá mức độ nặng

Các thay đổi trên điện tâm đồ: ST chênh xuống, sóng T phẳng hoặc mất, sóng U (sóng nhọn sau sóng T), khoảng PR kéo dài, loạn nhịp nhĩ hoặc thất.

Hạ kali máu

Hạ kali máu nhẹ tới trung bình:



- Bổ sung chế phẩm chứa kali đường uống ở bất kỳ dạng nào (muối, viên uống, nước) với liều 10-20 mmol mỗi 6-12 giờ. Nếu có thể, ưu tiên dùng kali chloride hơn kali citrate hoặc kali bicarbonate.
- Nếu không bù được bằng chế phẩm chứa kali, khuyến khích người bệnh ăn thức ăn giàu kali như cà chua, chuối, cam, dưa, xoài, khoai tây, khoai lang, đậu, đậu nành, đậu Hà lan, cải bắp và rau chân vịt.

Hạ kali máu nặng:

- Cần nhắc lắp máy monitor theo dõi điện tim liên tục, đặc biệt ở các người bệnh có bất thường trên điện tâm đồ.
- Dừng các chế phẩm kali đường uống liều cao từ 40 - 60 mmol/l mỗi 6-8 giờ.
- Ngoài ra, ở các người bệnh có triệu chứng lo lắng, hoặc người bệnh không dùng được chế phẩm đường uống, truyền tĩnh mạch kali sau khi đã pha với nước muối (dextrose có thể làm nặng thêm hạ kali máu). **KHÔNG** dùng liều bolus kali tĩnh mạch vì có thể gây tử vong. Trong phần lớn các trường hợp nên pha kali với nồng độ từ 20 - 40 mmol/l. **Thận trọng:** Các dung dịch đậm đặc có nồng độ kali 100-200 mmol/l có thể được dùng với thể tích nhỏ ví dụ 100 ml cho các người bệnh không thể dung nạp khi truyền lượng lớn dịch tĩnh mạch. (Theo dõi sát các trường hợp này, đặc biệt chú ý theo dõi điện tâm đồ khi truyền dịch kali đậm đặc do sai sót trong việc tính tốc độ truyền có thể dẫn đến tử vong.)
- Tốc độ truyền tối đa không nên vượt quá 10-20 mmol/giờ.
- Trong tất cả các trường hợp, thường xuyên kiểm tra lại kali máu khi bù và tìm kiếm điều trị nguyên nhân.

5.2.3 Rối loạn canxi máu

Tăng canxi máu

Tăng canxi máu khi nồng độ canxi máu cao. Tăng canxi máu thường gặp trong bệnh lý tuyến cận giáp hoặc bệnh lý ác tính. Trong các trường hợp nhẹ, tăng canxi máu thường không có triệu chứng; tuy nhiên, trong trường hợp nặng, tăng canxi máu có thể biểu hiện bằng lú lẫn, hôn mê hoặc loạn nhịp tim. Các người bệnh có thể biểu hiện bằng các triệu chứng sau:

- Đường tiêu hóa: đau bụng, khó nuốt, táo bón, buồn nôn, nôn
- Thận: mất nước, đa niệu, sỏi thận và suy thận
- Tâm thần kinh: lo lắng, trầm cảm, lú lẫn, co giật, hôn mê
- Cơ xương: đau xương, yếu cơ.

Chẩn đoán

Nếu đo được nồng độ canxi máu, tính nồng độ canxi ion hóa.

$$\text{Canxi ion hóa} = \text{Ca} + (40 - \text{albumin huyết thanh (g/l)}) \times 0.02$$

Nhẹ: 2.65-3 mmol/lít

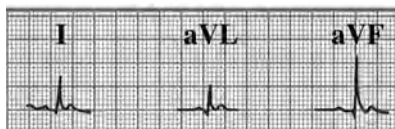
Trung bình: 3-3.5 mmol/lít và không có triệu chứng

Nặng: >3.5 mmol/lít hoặc >3.0 và có triệu chứng hoặc mất nước

Nếu có thể, làm điện tâm đồ.

Các thay đổi trên điện tâm đồ: khoảng QT ngắn, QRS giãn rộng, sóng T phẳng, block nhĩ thất, thỉnh thoảng có loạn nhịp tim nặng đe dọa tính mạng.

Tăng canxi máu



Nguyên nhân

- Bệnh lý ác tính
- Cường cận giáp (tiền phát hoặc sau suy thận)
- Bệnh lý mô hạt: Lao, sarcoidosis
- Thuốc: vitamin D, lợi tiểu thiazide, lithium, các thuốc điều trị khó tiêu
- Nguyên nhân khác: suy thượng thận, cường cận giáp, bất động, tiêu cơ vân (thoái hóa cơ)

Điều trị

Tăng canxi máu nặng kèm các triệu chứng thần kinh trung ương cần điều trị khẩn cấp.

- Kiểm tra chức năng thận và điện giải đồ. Thường kèm theo hạ kali máu và làm tăng nguy cơ loạn nhịp tim.
- Bù nước cho người bệnh bằng nước muối sinh lý với tốc độ ban đầu là 200-300 ml/giờ cho đến khi lượng nước tiểu > 200 ml/giờ, sau đó 3-6 lít trong 24 giờ.
- Xác định tốc độ truyền dựa theo mức độ mất nước ban đầu, tiền sử bệnh lý (suy tim hoặc suy thận), cũng như theo dõi nước tiểu thường xuyên, và tình trạng mất nước (mạch, huyết áp lúc nằm và ở tư thế đứng, áp lực tĩnh mạch cánh ngoài, tưới máu ngoại vi và phù). Nếu có dụng cụ thì nên đặt thông tiểu để theo dõi lượng nước tiểu và cân bằng dịch vào ra.
- Ở các người bệnh bị suy thận hoặc suy tim từ trước, hoặc một khi người bệnh đã được bù dịch, sử dụng lợi tiểu quai, ví dụ 40 mg furosemide mỗi 4-6 giờ kèm truyền tĩnh mạch liên tục nước muối sinh lý. Các chất điện giải đặc biệt là kali và magie thường giảm và nên được kiểm tra thường xuyên và bổ sung khi cần.
- Steroids (ví dụ prednisolone 20-40 mg/ngày) có thể hiệu quả trong một số nguyên nhân nhất định (U lympho, sarcoidosis, lao, ung thư di căn, và ngộ độ vitamin D).
- Một khi người bệnh ổn định, tiến hành tìm và điều trị nguyên nhân.

6. Dự phòng và chống nhiễm khuẩn

Mục lục

6.1	Các nguyên tắc kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện	258
6.2	Vệ sinh bàn tay	260
6.3	Đồ bảo hộ cá nhân phù hợp (PPE)	263
6.4	Vệ sinh đường hô hấp và vệ sinh khí ho	266
6.5	Dự phòng tổn thương do kim đâm và các vật sắc nhọn khác	267
6.6	Vệ sinh môi trường	269
6.7	Đồ vải	270
6.8	Xử lý chất thải	270
6.9	Dụng cụ chăm sóc người bệnh	270
6.10	Lựa chọn các can thiệp bổ sung để kiểm soát nhiễm trùng bao gồm đồ bảo hộ cá nhân dựa trên đánh giá về nguy cơ, dịch tễ hoặc tác nhân gây bệnh nghi ngờ.	272
6.11	Các phòng ngừa đặc biệt đối với các bệnh lý hô hấp cấp tính có nguy cơ bùng phát thành dịch hoặc đại dịch.....	274
6.12	Phòng ngừa đặc biệt đối với người bệnh bị lao	275
6.13	Phòng ngừa khi chăm sóc người bệnh nghi ngờ hoặc xác định bị sốt xuất huyết do Filovirus (Ebola, Marburg)	275

6. Dự phòng và chống nhiễm khuẩn

6.1 Các nguyên tắc kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện

Dự phòng và chống nhiễm khuẩn (DPCNK)^{1,2}, là một phần quan trọng trong việc cung cấp chăm sóc y tế an toàn. DPCNK trong bệnh viện nhằm ngăn chặn sự lan truyền của các bệnh lây nhiễm gồm lao^{3,4}, các tác nhân lây truyền qua đường máu và đường tiêu hóa, các bệnh hô hấp cấp⁵ cũng như dự phòng nhiễm trùng trong khi thực hiện các thủ thuật (xem Mục 7 Các thủ thuật) hoặc phẫu thuật (đã nằm trong các phần khác)

Mục đích của DPCNK bao gồm ngăn ngừa sự lan truyền các bệnh nhiễm trùng lưu hành địa phương và gây dịch. Các nhiễm trùng mắc phải cộng đồng có thể bùng phát bằng sự lây truyền trong cơ sở y tế nếu không thực hành DPCNK hiệu quả, lây truyền giữa các người bệnh, người nhà người bệnh và nhân viên y tế. Việc thực hành này phải được diễn ra hàng ngày cũng như khi có các tác nhân mới gây ra bệnh hô hấp cấp hoặc sốt xuất huyết. Hướng dẫn này dành cho các cơ sở có nguồn lực hạn chế có tỉ lệ mắc lao trung bình hoặc cao, yêu cầu chú ý liên tục tới việc kiểm soát nhiễm lao.

Các nhà quản lý bệnh viện nên huy động thêm các nguồn lực khác để phát triển, thực hiện và theo dõi quy trình DPCNK⁶, đào tạo nhân viên y tế về DPCNK, cung cấp đủ các thiết bị kiểm soát nhiễm trùng, đảm bảo an toàn truyền máu và quản lý khuẩn vô khuẩn trong bệnh viện⁷, cải thiện cơ sở hạ tầng để tạo môi trường làm việc an toàn hơn trong bệnh viện.

Hệ thống cơ sở hạ tầng trong bệnh viện nên được sắp đặt và cải thiện để tạo điều kiện thuận lợi cho vệ sinh bàn tay, quản lý chất thải an toàn và khu vực dành cho người bệnh. Khu vực phân loại và khu ngồi chờ nên thông thoáng (mở các cửa chắn gió có mái được khuyến cáo đối với các khu vực dành cho người bệnh ngồi chờ), tránh sử dụng các hành lang hẹp và kém

¹ Các thành phần chính trong chương trình dự phòng và chống nhiễm khuẩn. Báo cáo của Hội nghị lần thứ 2 của mạng lưới không chính thức về Dự phòng và chống nhiễm khuẩn trong Chăm sóc y tế. TCYTTG, 2008 (WHO/HSE/EPR/2009.1). Có tại http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_HSE_EPR_2009_1/en/index.html

² Operations Manual for Delivery of HIV Prevention, Care and Treatment at Primary Health Centres in High-Prevalence, Resource-Constrained Settings. TCYTTG 2008 (under revision). Có tại http://www.who.int/hiv/pub/imai/operations_manual/en/index.html

³ Chính sách của Tổ chức y tế thế giới (TCYTTG) về kiểm soát nhiễm lao tại các cơ sở y tế, cộng đồng và hộ gia đình. WHO, 2009. Có tại http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598323_eng.pdf

⁴ Thi hành chính sách của Tổ chức y tế thế giới về kiểm soát nhiễm lao tại các cơ sở y tế, cộng đồng và hộ gia đình. Khung chương trình về lập kế hoạch, thực thi và mở rộng các hoạt động kiểm soát nhiễm lao ở mức độ quốc gia, cơ sở và cộng đồng. TBCTA, 2010. Available at http://www.stoptb.org/wg/tb_hiv/assets/documents/TBICImplementationFramework1288971813.pdf

⁵ Hướng dẫn hiện hành của TCYTTG: dự phòng và chống nhiễm khuẩn trong chăm sóc sức khỏe đối với các trường hợp nhiễm hoặc nghi nhiễm đại dịch (H1N1) 2009 và các bệnh giả cúm. WHO, 16 December 2009 (cập nhật 29 Tháng 4, 2009 và 25 Tháng 6, 2009). Có tại <http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/swineinflucont/en/index.html>

⁶ Các thành phần chính trong chương trình dự phòng và chống nhiễm khuẩn. TCYTTG, 2008. Có tại http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_HSE_EPR_2009.1_eng.pdf

⁷ Quy trình vô khuẩn dành cho các trung tâm y. AMRO-PAHO và USAID, 2009 http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=2106&Itemid=229&lang=en

thông khí⁸ làm khu vực chờ. Cải thiện sự thông thoáng trong các buồng bệnh bằng cách mở cửa sổ và cửa chính bất cứ khi nào có thể. Ưu tiên các khuyến cáo về DPCNK dựa trên sự đánh giá về nguy cơ nhiễm trùng bệnh viện tại cơ sở chăm sóc y tế và khu vực chăm sóc người bệnh cụ thể.

Mục này nhằm giới thiệu cho các nhân viên y tế các hướng dẫn về DPCNK cũng như sử dụng các khuyến cáo một cách thích hợp trong công việc lâm sàng của họ.

Vai trò của nhân viên y tế trong DPCNK trong bệnh viện

- Đảm bảo môi trường làm việc an toàn. Một môi trường làm việc an toàn là ưu tiên hàng đầu cho sức khỏe của nhân viên y tế, người bệnh và khách đến bệnh viện. Mỗi nhân viên y tế nên tạo được một môi trường an toàn để ngăn ngừa sự lây truyền các tác nhân gây bệnh trong bệnh viện.
- Nên sử dụng các phòng ngừa chuẩn về dự phòng nhiễm trùng⁹ dù ở mức tối thiểu khi chăm sóc người bệnh, đối với các nhân viên và khách đến bệnh viện. Các phòng ngừa chuẩn có thể giảm thiểu nguy cơ lây truyền các tác nhân gây bệnh từ những nguồn bệnh đã hoặc chưa được phát hiện.
- Đánh giá nguy cơ tiếp xúc đối với chất từ cơ thể hoặc các bề mặt bị nhiễm bẩn trước bất kỳ hoạt động chăm sóc y tế nào. Hãy tạo thành thói quen! Việc đánh giá nguy cơ là cực kỳ quan trọng. Đánh giá tất cả các hoạt động chăm sóc sức khỏe để xác định mức độ nguy cơ để sử dụng đồ bảo hộ cá nhân thích hợp (xem Mục 6.3).
- Thực hiện các biện pháp kiểm soát nguồn đối với tất cả những người có triệu chứng hô hấp thông qua việc tăng cường vệ sinh đường hô hấp và vệ sinh khí ho (xem Mục 6.4).
- Phân loại, phát hiện sớm hoặc nghi ngờ các bệnh lý cụ thể để có thể giúp đưa ra các phòng ngừa đối với khu vực ngồi chờ, nhập viện và cách ly để giảm thiểu sự lây nhiễm.

Các phòng ngừa chuẩn cho người bệnh bao gồm:^{10,11}

- Vệ sinh bàn tay (xem Mục 6.2)
- Đồ bảo hộ cá nhân phù hợp (PPE) (xem Mục 6.3):
 - Găng tay
 - Mặt nạ (mắt, mũi, và miệng)
 - Áo choàng
- Vệ sinh đường hô hấp và vệ sinh khí ho (xem Mục 6.4)
- Dự phòng (và quản lý) bị tổn thương do các dụng cụ sắc nhọn. (xem Mục 6.5)
- Vệ sinh môi trường (xem Mục 6.6)
- Xử lý đồ vải nhiễm bẩn đúng cách (xem Mục 6.7)
- Xử lý chất thải (xem Mục 6.8)
- Dụng cụ chăm sóc người bệnh (xem Mục 6.9).

⁸ Thông khí tự nhiên để kiểm soát nhiễm trùng tại các cơ sở chăm sóc sức khỏe. TCYTTG, 2009. Có tại http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241547857_eng.pdf

⁹ Phòng ngừa chuẩn về kiểm soát nhiễm trùng trong chăm sóc y tế. TCYTTG, 2006. Có tại: http://www.who.int/csr/resources/publications/4EPR_AM2.pdf

¹⁰ Hướng dẫn hiện hành của TCYTTG về DPCNK các bệnh hô hấp cấp có nguy cơ thành dịch trong chăm sóc y tế. TCYTTG, 2007. Có tại http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/WHO_CD_EPR_2007_6/en/index.html

¹¹ Phòng ngừa chuẩn về kiểm soát nhiễm trùng trong chăm sóc y tế. TCYTTG, 2006. Có tại http://www.who.int/csr/resources/publications/4EPR_AM2.pdf

6.2 Vệ sinh bàn tay¹²

- Đảm bảo có sẵn các thiết bị rửa tay và nguồn nước sạch.
- Đảm bảo có sẵn các sản phẩm vệ sinh bàn tay (nước sạch, xà phòng, khăn sạch sử dụng một lần và dung dịch sát khuẩn tay có cồn). Các dung dịch sát khuẩn tay có cồn nên được bố trí ở mọi giường bệnh và là tiêu chuẩn về chăm sóc.
- Khi nào rửa tay bằng xà phòng dưới vòi nước:
 - Khi thấy rõ bàn tay bẩn.
- Khi nào sử dụng dung dịch sát khuẩn tay có cồn:
 - Khi trông bàn tay có vẻ sạch (Ví dụ.không trông rõ vết bẩn).

Các chỉ định cho việc vệ sinh bàn tay

- Trước và sau khi nhân viên y tế tiếp xúc trực tiếp với người bệnh, giữa các lần thăm khám người bệnh dù có đeo găng hay không. Nên rửa tay trước khi đeo găng.
- Ngay sau khi cởi bỏ găng.
- Trước khi cầm vào dụng cụ xâm lấn.
- Sau khi chạm vào máu, dịch từ cơ thể, chất bài tiết, bài xuất, vùng da hở và các đồ vật nhiễm bẩn kể cả khi đã đeo găng.
- Trong khi chăm sóc, ví dụ như khi chuyển từ vị trí bị nhiễm bẩn đến vị trí sạch trên cơ thể người bệnh.
- Sau khi tiếp xúc với các đồ vật trong phạm vi gần người bệnh.
- Đảm bảo bàn tay được khô ráo trước khi bắt đầu bất cứ hoạt động nào.
- Lau khô tay bằng khăn sử dụng một lần.

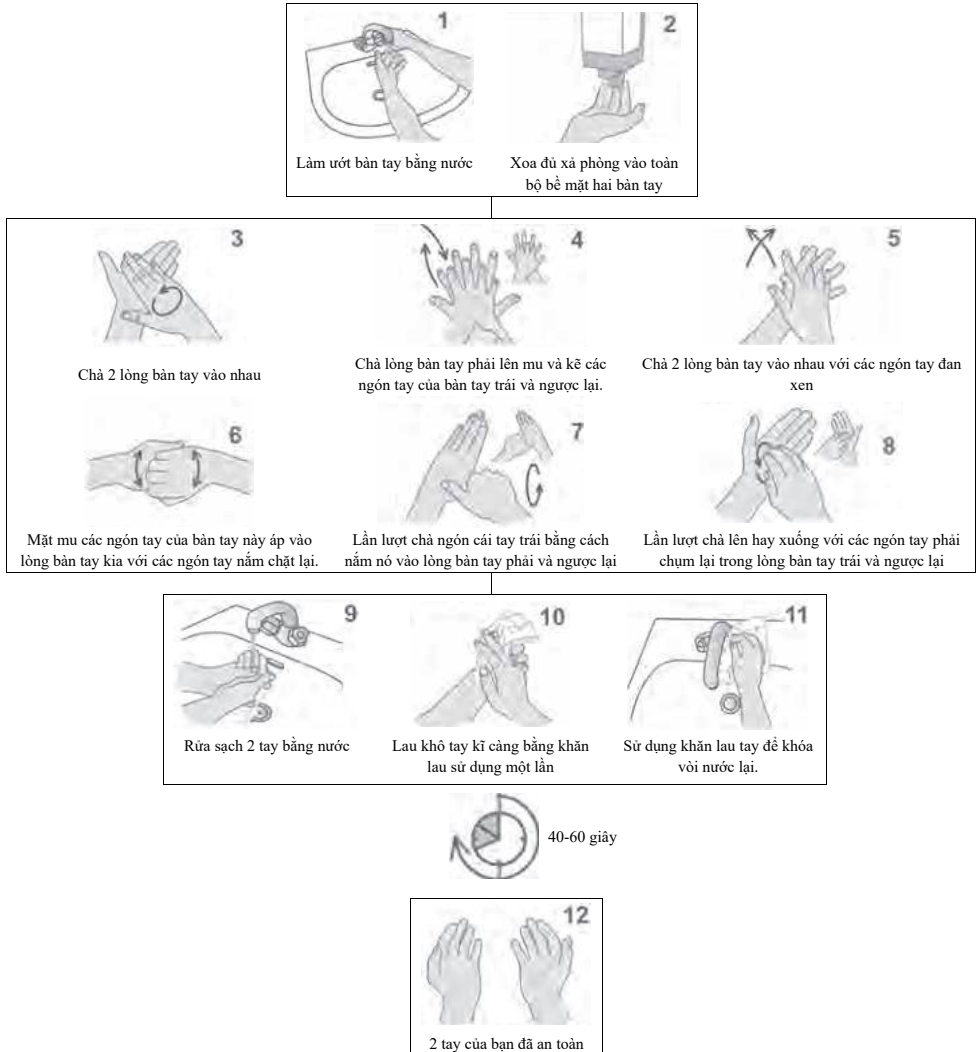
¹²Hướng dẫn của TCYTTG về vệ sinh bàn tay trong chăm sóc y tế.WHO,2009. Có tại http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf

Các kỹ thuật vệ sinh bàn tay

Rửa tay (40-60giây)

- Làm ướt 2 bàn tay và sát xà phòng; chà tất cả các mặt; rửa bằng nước và lau khô bằng khăn sử dụng một lần; sử dụng khăn để khóa vòi nước và bỏ khăn đã sử dụng đi.

Hình: Rửa tay bằng xà phòng và nước như thế nào ¹³



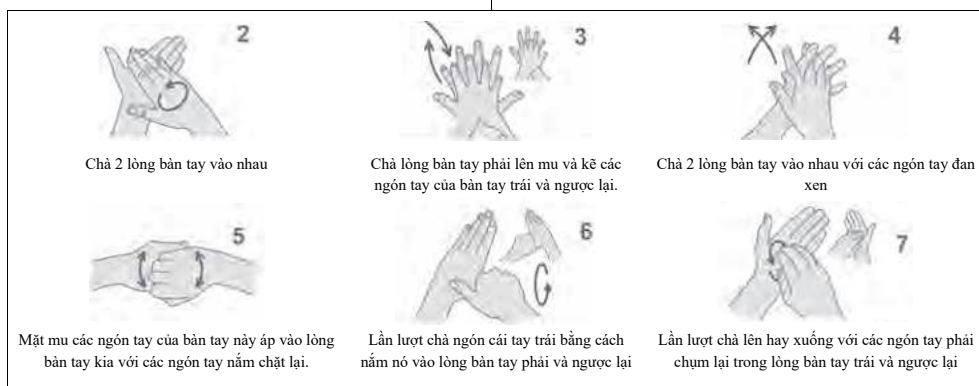
¹³ Hướng dẫn của TCYTTG về vệ sinh bàn tay trong chăm sóc y tế. TCYTTG, 2009. Có tại: http://whqlibdocwho.int/hq12009/WHO_IER_PSP_2009.07_eng.pdf

Các kỹ thuật vệ sinh bàn tay

Sát khuẩn tay (20-30giây)

- Lấy đủ dung dịch sát khuẩn vào toàn bộ các vùng của bàn tay; chà hai bàn tay cho đến khi khô.

Hình: Các bước làm sạch tay bằng dung dịch sát khuẩn có cồn ¹⁴



20-30 giây



Hướng dẫn vô khuẩn dành cho các trung tâm y tế. AMRO-PAHO và USAID, 2009. Có tại: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=2106&Itemid=229&lang=en

6.3 Đồ bảo hộ cá nhân phù hợp (PPE)

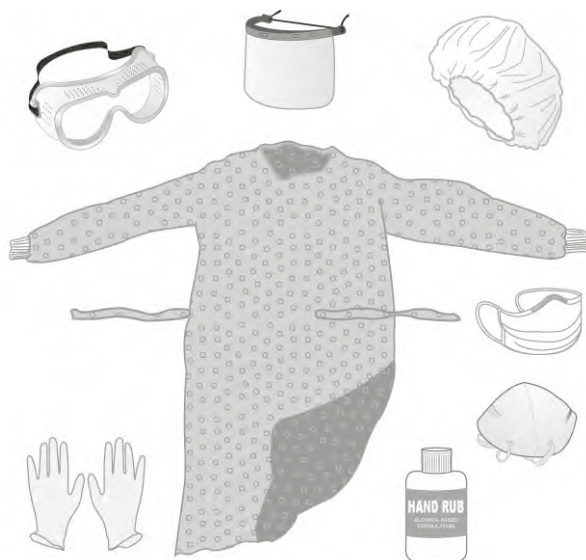
Đánh giá nguy cơ tiếp xúc với các chất từ cơ thể hoặc bề mặt bị nhiễm bẩn trước bất kỳ hoạt động chăm sóc y tế nào. Hãy tạo thành thói quen!

- Lựa chọn thiết bị bảo hộ cá nhân dựa trên đánh giá về nguy cơ:
 - Găng sạch, không vô khuẩn
 - Áo choàng sạch, không thấm nước, không vô khuẩn
 - Mặt nạ và kính bảo vệ hoặc tấm che mặt.
- Đảm bảo luôn cung cấp đủ đồ bảo hộ cá nhân.
- Hướng dẫn và đào tạo nhân viên y tế cách mặc vào, cởi ra và xử lý đồ bảo hộ cá nhân.

Một số đồ bảo hộ cá nhân được sử dụng tùy theo loại thủ thuật hoặc quy trình chăm sóc người bệnh, không phụ thuộc vào tác nhân (chúng là một phần của các dự phòng chuẩn). Một số đồ bảo hộ cá nhân hỗ trợ có thể cần được thêm vào dựa trên chẩn đoán sơ bộ của người bệnh và tác nhân gây bệnh nghi ngờ (ví dụ: nếu nghi ngờ bệnh lý hô hấp cấp, xem Mục 6.1)

Các tác nhân gây bệnh khác nhau về cách lây truyền qua tiếp xúc, qua các giọt bắn kích thước lớn (yêu cầu dự phòng giọt bắn) hoặc qua các hạt rất nhỏ có khả năng phân tán xa hơn 1 mét và lắng đọng trong không khí (yêu cầu dự phòng lây truyền qua đường không khí).

Hình ảnh: Thiết bị bảo hộ cá nhân



Đồ bảo hộ cá nhân sử dụng cho bất kì người bệnh nào có khả năng đã tiếp xúc với máu, dịch tiết, vùng da hở.

Găng

- Đeo găng nếu có khả năng chạm vào máu, dịch cơ thể, dịch tiết, chất thải, niêm mạc hoặc da đặc biệt là vùng da hở.
- Khi chuyển đổi giữa các thủ thuật trên cùng một người bệnh sau khi tiếp xúc với các chất có khả năng lây nhiễm để ngăn ngừa nhiễm bẩn sang nơi khác.
- Bỏ găng đã sử dụng đi, trước khi chạm vào các dụng cụ và bề mặt không bị nhiễm bẩn và trước khi thăm khám người bệnh khác. Tiến hành vệ sinh bàn tay ngay sau khi bỏ găng.

Bảo vệ mặt (mắt, mũi, và miệng)

- Đeo khẩu trang phẫu thuật hoặc làm thủ thuật và thiết bị bảo vệ mắt (kính bảo hộ), hoặc tấm che mặt, để bảo vệ niêm mạc mắt, mũi và miệng trong các hoạt động có thể làm bắn máu, dịch cơ thể, chất tiết hoặc chất thải.
- Nên sử dụng khẩu trang một cách phù hợp và khi được khuyến cáo.

Áo choàng

- Áo choàng bảo vệ da và ngăn ngừa làm bẩn quần áo trong các hoạt động có khả năng vẩy hoặc phun.
- Mặc áo choàng khi có bất kì nguy cơ làm bắn máu và dịch cơ thể ra ngoài.
- Nếu có khả năng bắn máu và các dịch cơ thể ra ngoài và áo choàng không phải loại ngăn nước, mặc một tấm phủ ngăn nước ra ngoài áo choàng.
- Cởi bỏ áo choàng bị nhiễm bẩn ngay khi có thể và thực hiện vệ sinh bàn tay.

Các bước mặc thiết bị bảo hộ cá nhân

1. Đánh giá nguy cơ

2. Lựa chọn các thiết bị bảo hộ cá nhân cần thiết

3. Mặc áo choàng



4. Đeo mặt nạ mắt



5. Đeo thiết bị bảo vệ



6. Đeo găng (qua tay áo)



Các bước cởi bỏ thiết bị bảo hộ cá nhân

1. Cởi bỏ áo choàng và găng, cuộn vào trong



2. Xử lý một cách an toàn

3. Tiến hành vệ sinh bàn tay



4. Cởi bỏ mũ và đồ bảo vệ mắt (từ phía sau đầu)



5. Cho đồ bảo vệ mắt vào một túi riêng để xử lý lại.

6. Cởi bỏ mặt nạ (từ phía sau đầu)



7. Tiến hành vệ sinh bàn tay



6.4 Vệ sinh đường hô hấp và vệ sinh khi ho

- Giáo dục tất cả nhân viên y tế, người bệnh và người nhà về vệ sinh đường hô hấp và vệ sinh khi ho.
 - Che miệng và mũi khi ho hoặc hắt hơi.
 - Vệ sinh bàn tay sau khi tiếp xúc với chất tiết đường hô hấp.
 - Cách ly những người có triệu chứng hô hấp cấp bị sốt
- Có sẵn khăn giấy ở khu vực chờ khám hoặc cung cấp khẩu trang y tế.
- Khi không có sẵn khăn giấy, khăn vải hoặc khẩu trang, tất cả nhân viên y tế, người bệnh và người nhà cần được hướng dẫn khi ho và hắt hơi cần nâng cánh tay lên, che mũi và miệng bằng mặt trong cánh tay hoặc cẳng tay.
- Nhắc nhở nhân viên y tế, người bệnh và người nhà bỏ khăn giấy và khẩu trang vào thùng rác đạp chân và rửa tay.
- Phải có tranh tường ở khu vực ngồi chờ của người bệnh để nhắc nhở người bệnh và nhân viên y tế.

Những người có triệu chứng hô hấp nên được áp dụng các biện pháp kiểm soát nguồn lây

- Những người này cần che mũi và miệng bằng khăn giấy hoặc khẩu trang khi ho hoặc hắt hơi, bỏ giấy và khẩu trang đã sử dụng vào đúng chỗ và vệ sinh bàn tay sau khi ho hoặc hắt hơi.

Hành động tại các cơ sở y tế.

- Người bệnh bị sốt có triệu chứng đường hô hấp cần cách ly ít nhất 1 mét (3 feet) với những người khác trong khu vực chờ.
- Dán các cảnh báo bằng hình ảnh trước cửa cơ sở y tế để hướng dẫn những người có triệu chứng hô hấp thực hành vệ sinh đường hô hấp và vệ sinh khi ho.
- Trang bị chỗ vệ sinh tay, khăn giấy và khẩu trang ở những khu vực chung và những nơi khám người bệnh bị bệnh đường hô hấp.

6.5 Dự phòng tổn thương do kim đâm và các vật sắc nhọn khác¹⁵

Thực hành tiêm truyền không an toàn có thể làm lây truyền các tác nhân lây qua đường máu bao gồm vi-rút viêm gan B (HBV), vi-rút viêm gan C (HCV) và HIV.

Thận trọng khi cầm, sử dụng, vệ sinh và vứt bỏ kim tiêm, dao mổ và các vật sắc nhọn khác.

- Không uốn cong, bẻ gãy hoặc thao tác bằng tay khi sử dụng kim nhọn, dao mổ hoặc các vật sắc nhọn khác.
- Không đẩy lại nắp kim.
- Để thùng đựng vật sắc nhọn gần nơi tiêm. Bỏ bơm kim tiêm sử dụng một lần vào thùng đựng vật sắc nhọn ngay sau khi sử dụng mà không cần đẩy lại nắp và không đưa cho người khác.
- Đậy nắp, dán lại và chuyển thùng đựng vật sắc nhọn tới nơi thiêu hủy trước khi đầy hoàn toàn (thực hiện nghiêm túc theo quy trình tại cơ sở của bạn).

Các chỉ định sử dụng găng tay khi tiêm truyền	Dự phòng
<p>Đeo găng tay sạch sử dụng một lần, vừa tay:</p> <ul style="list-style-type: none">• Khi có khả năng tiếp xúc trực tiếp với máu hoặc các chất lây nhiễm của người bệnh (ví dụ như dịch cơ thể, bề mặt cơ thể ẩm ướt và nước bọt), niêm mạc và vùng da hở.• Khi thực hiện lấy ven để tiêm vì có khả năng tiếp xúc với máu tại vị trí chọc;• Da của nhân viên y tế hoặc người bệnh không lành (ví dụ: eczema, nứt da hoặc da khô)	<p>Không sử dụng găng:</p> <ul style="list-style-type: none">• Khi thực hiện tiêm trong da, tiêm dưới da và tiêm bắp:<ul style="list-style-type: none">◦ Nếu nhân viên y tế không có vùng da bị xây xước.◦ Nếu da của người bệnh không bị xây xước.• Găng tay không bảo vệ được khỏi các vết thương do kim đâm hoặc các vật sắc nhọn khác.• Cần thận trọng khi cầm kim tiêm, dao mổ và các vật sắc nhọn khác.

¹⁵ WHO best practices for injections and related procedures toolkit.WHO,2010. Có tại http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599252_eng.pdf

Tóm tắt cách thực hành tốt nhất trong khi tiêm

Thực hiện	Không thực hiện
<ul style="list-style-type: none"> • Tiến hành vệ sinh bàn tay (sử dụng xà phòng và nước hoặc cồn sát khuẩn), rửa tay kỹ càng bao gồm cả cổ tay và khoảng kẽ các ngón, ít nhất 30 giây. • Sử dụng một đôi găng tay sạch cho mỗi thủ thuật hoặc mỗi người bệnh. • Sử dụng các dụng cụ dùng một lần để lấy máu. • Sát khuẩn vùng da chuẩn bị lấy ven. • Loại bỏ ngay dụng cụ đã sử dụng (bơm và kim tiêm loại sử dụng một lần) vào thùng đựng vật sắc nhọn. • Nếu cần phải đẩy nắp kim, dùng một tay luôn mũi kim vào trong nắp để đẩy lại. <ol style="list-style-type: none"> 1. Đặt nắp kim trên một khay phẳng, đặt trên một nền cứng, với đầu hờ của nắp hướng về phía bạn. 2. Nhấc bơm tiêm có kim theo chiều thẳng đứng và hướng đầu kim vào trong nắp bằng một tay. 3. Sau khi nắp đã phủ lên đầu kim, dùng tay kia ấn chặt nắp kim vào đốc kim 4. Sau đó sát khuẩn lại khay để tránh máu đọng lại. • Dán thùng chứa vật sắc nhọn bằng nắp có niêm phong. • Đặt ống đựng bệnh phẩm vào giá trước khi tiêm qua nắp ống. • Thông báo ngay bất kỳ tai nạn nào liên quan đến tổn thương do kim hoặc vật sắc nhọn và tìm sự hỗ trợ. • Đánh giá nhu cầu sử dụng các biện pháp dự phòng sau phơi nhiễm, sau đó tiến hành các biện pháp này càng sớm càng tốt. (xem mục 19.6) 	<ul style="list-style-type: none"> • Không được quên vệ sinh bàn tay. • Không sử dụng cùng một đôi găng cho nhiều người bệnh. • Không sử dụng lại găng tay. • Không sử dụng bơm, kim tiêm hoặc dao mổ cho người bệnh khác. • Không chạm vào vị trí lấy ven đã sát khuẩn. • Không để kim tiêm hờ nằm bên ngoài thùng chứa vật sắc nhọn. • Không đẩy nắp đầu kim bằng 2 tay. • Không để thùng chứa vật sắc nhọn quá đầy hoặc tự đổ thùng. • Không bơm vào ống xét nghiệm khi đang cầm bằng tay kia. • Không chậm trễ dự phòng sau phơi nhiễm sau khi tiếp xúc với chất có thể bị nhiễm bẩn. Dự phòng sau phơi nhiễm không có hiệu quả sau 72 giờ.

6.6 Vệ sinh môi trường

- Sử dụng đầy đủ các biện pháp để vệ sinh và khử trùng thường quy môi trường và các bề mặt tiếp xúc thường xuyên khác.
 - Sàn nhà và các bề mặt phẳng sử dụng trong công việc nên được vệ sinh ít nhất một lần/ngày.
 - Nên tiến hành vệ sinh từ khu vực “sạch” sang khu vực “bẩn” để tránh việc lan truyền các chất gây ô nhiễm.
 - Không bao giờ quét dọn khô bằng chổi.
 - Không rũ giẻ lau có bụi bẩn và không dùng giẻ khô để lau các bề mặt. Lau bằng giẻ ướt giúp tránh phát tán các phần tử lây truyền bệnh qua không khí vào trong không khí.
- Lau sạch trước khi khử trùng.
- Thường xuyên thay đổi hóa chất và thiết bị tẩy rửa vì những dụng cụ này có thể bị nhiễm bẩn nhanh chóng (làm theo hướng dẫn tại cơ sở của bạn).

Bảng: Lau chùi, khử trùng, hoặc vô khuẩn¹⁶			
Môi trường	Lau chùi bằng tay có sử dụng nước và hóa chất tẩy rửa	Khử trùng (sodiumhypochlorite 1% hòa loãng khi sử dụng, bột tẩy, cồn (70%))	Vô khuẩn (vô khuẩn bằng hơi nước dưới áp lực, bằng nhiệt khô, hóa chất tự động)
Sàn nhà, trần làm việc	✓		
Vùng vương vãi bệnh phẩm: máu, dịch cơ thể, chất bài tiết, bài xuất	✓	✓	
Bệ xí	✓	✓	
Cây lau sàn	✓		
Xe tiêm	✓	✓	
Ga giường và gối (luôn luôn phủ bằng vỏ nilon)	✓	✓	
Các thiết bị tái sử dụng	✓		✓
Mặt nạ, bóng thở	✓		✓

¹⁶Các thành phần chính trong chương trình kiểm soát và dự phòng nhiễm trùng.TCYTTG,2008. Có tại: http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_HSE_EPR_2009.1_eng.pdf

6.7 Đồ vải¹⁷

Thu gom, vận chuyển và xử lý đồ vải đã sử dụng để:

- Phòng ngừa sự tiếp xúc của da, niêm mạc với đồ vải bị nhiễm bẩn.
- Tránh lan truyền tác nhân gây bệnh cho người bệnh khác hoặc môi trường xung quanh:
 - Nên để tất cả đồ vải đã sử dụng và chất thải trong túi hoặc thùng chứa kín bị hư hỏng trong lúc vận chuyển.
 - Phúi và gạt vào bồn cầu các thứ bám trên đồ vải bị bẩn.
 - Các đồ vải đã sử dụng nên được thu gom cẩn thận để phòng tránh nhiễm bẩn sang mọi người và bề mặt xung quanh.
 - Đồ vải đã sử dụng nên được giặt bằng cách thông thường.

6.8 Xử lý chất thải

- Đảm bảo quản lý chất thải an toàn.
- Xử lý chất thải có máu, dịch cơ thể, chất tiết, chất bài xuất như là chất thải y tế theo quy định tại cơ sở.
- Các chất thải là mô cơ thể hoặc từ phòng xét nghiệm có liên quan trực tiếp đến quy trình lấy bệnh phẩm nên được xử lý giống chất thải y tế.
- Phân loại tại thời điểm phát sinh 4 loại chất thải:
 1. Vật sắc nhọn
 2. Chất thải lây nhiễm không sắc nhọn
 3. Chất thải không lây nhiễm không sắc nhọn.
 4. Chất thải nguy hại
- Bỏ đi các vật dụng sử dụng một lần một cách hợp lý.

6.9 Dụng cụ chăm sóc người bệnh

- Thu gom dụng cụ có máu, dịch cơ thể, chất tiết và chất bài xuất đúng cách để phòng phơi nhiễm da, niêm mạc, nhiễm bẩn lên quần áo hoặc lan truyền các tác nhân gây bệnh sang người bệnh khác và môi trường xung quanh.
- Lau chùi, khử trùng, tiệt trùng và xử lý các dụng cụ có thể tái sử dụng đúng cách trước khi dùng cho người bệnh khác.

¹⁷ Quy trình vô khuẩn dành cho các trung tâm y tế. AMRO-PAHO và USAID, 2009. Có tại http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=2106&Itemid=229&lang=en

Bảng: Trang bị 3 loại thùng đựng chất thải có mã màu sắc cho hầu hết các phòng trong bệnh viện (thêm cả thùng đựng chất thải nguy hại trong khoa dược và phòng xét nghiệm)

Loại chất thải	Phân loại có sử dụng các thùng đựng chất thải theo mã màu sắc	Thu gom	Xử lý
Vật sắc nhọn (kim tiêm, dao mổ)– lây nhiễm hoặc không	MÀU VÀNG • Thùng chứa vật sắc nhọn an toàn phải: • có bảo vệ chống đầu nhọn • có vỏ bọc • có thể đóng được • Dụng cụ thẳng đứng và chắc chắn trong khi sử dụng • các thành và đáy cứng không bị xuyên thủng • dán nhãn rõ ràng	<ul style="list-style-type: none"> • Đậy nắp, dán băng băng dính và đổ đi khi đầy ¾ thùng. • Không để quá đầy hoặc nén rác thải trong các thùng chứa. • Thu gom thường xuyên để xử lý. 	<ul style="list-style-type: none"> • Các dụng cụ sắc nhọn nên bỏ vào trong hồ chôn (thùng chôn tại các trung tâm nhỏ hoặc khu vực cấp cứu, hồ bê tông có nắp tại các nơi khác) • Có thể xử lý tại nơi khác bằng cách thiêu đốt an toàn hoặc phương pháp an toàn khác mà địa phương có hoặc cơ sở tư nhân chịu trách nhiệm thu gom và xử lý.
Chất thải lây nhiễm không sắc nhọn* (chất thải giải phẫu, chất thải bệnh phẩm, băng gạc, bơm tiêm đã sử dụng, găng dùng một lần đã qua sử dụng)	MÀU VÀNG HOẶC ĐỎ • Túi hoặc thùng chứa • Dung tích 15-40 lít, có nắp	<ul style="list-style-type: none"> • Các thùng chứa nên được thu gom, đổ đi, làm sạch và khử trùng và thay thế sau mỗi lần can thiệp (ví dụ trong phòng mổ hoặc phòng đẻ) hoặc 2 lần/ngày. • Không nên làm sạch và tái sử dụng các túi đựng chất thải mà xử lý như các chất thải sắc nhọn lây nhiễm. 	<ul style="list-style-type: none"> • Chất thải lây nhiễm không sắc nhọn nên được chôn trong hồ có nắp kín và ống thông khí để xử lý tại chỗ đối với các cơ sở y tế nhỏ. • Nếu không thì xử lý tại chỗ hoặc ở nơi khác bằng cách thiêu đốt ở nhiệt độ cao hoặc khử khuẩn bằng hơi nóng. • Có thể xử lý nhau thai theo phong tục của địa phương
Chất thải nhiễm lây nhiễm không sắc nhọn (giấy, bao bì)	MÀU XANH *** • Thùng chứa có dung tích 20-60 lít.	<ul style="list-style-type: none"> • Các thùng chứa nên được thu gom, đổ đi, làm sạch và thay thế hàng ngày. • Hoặc có thể để các túi nhựa bên trong các thùng chứa để dễ dàng lấy ra và đem xử lý. 	<ul style="list-style-type: none"> • Có thể xử lý trong hệ thống xử lý rác của thành phố hoặc chôn trong hồ hoặc chôn lấp. • Có thể tái chế rác thải không phải thức ăn hoặc không phải rác thải y tế. • Rác thải nên thiêu đốt nếu không có nhiều diện tích. Tro và những gì sót lại nên được chôn trong hồ.
Chất thải nguy hại**	MÀU ĐEN **** • Các thùng chứa dán nhãn thích hợp đặt trong khu vực an toàn.	<ul style="list-style-type: none"> • Rác thải có thể đựng trong thùng chứa nhỏ có dán nhãn tại khoa dược 	<ul style="list-style-type: none"> • Thực hiện theo quy trình xử lý thích hợp và cụ thể tại cơ sở hoặc chuyên tới cơ sở y tế trung tâm. • Quản lý tốt kho hóa chất và dược phẩm để giảm lượng chất thải và tiết kiệm chi phí đầu vào.

* Phân của người bệnh bị tả, dịch cơ thể từ các bệnh truyền nhiễm cao khác.

** Chất thải nguy hại bao gồm thuốc quá hạn sử dụng, các chất thử xét nghiệm, chất tiết trùng mạnh; rác thải phóng xạ, pin, thủy ngân,... Mỗi loại cần xử lý riêng theo các quy định quốc gia.

*** Chất thải không lây nhiễm, không sắc nhọn sử dụng thùng, túi đựng màu xanh theo hướng dẫn tại thông tư liên tịch số 58/TTLT-BYT-BTNMT ngày 31/12/2015.

**** Chất thải nguy hại có lây nhiễm sử dụng thùng, túi màu đen theo quy định tại TTLT số 58/TTLT-BYT-BTNMT ngày 31/12/2015.

6.10 Lựa chọn các can thiệp bổ sung để kiểm soát nhiễm trùng bao gồm đồ bảo hộ cá nhân dựa trên đánh giá về nguy cơ, dịch tễ hoặc hoặc tác nhân gây bệnh nghi ngờ.

Dự phòng lây truyền theo đường giọt bắn

Phòng ngừa bổ sung cho các nhiễm trùng lan truyền qua giọt lớn

Các giọt đường hô hấp trong một số bệnh nhiễm trùng tạo ra các phân tử hoặc giọt bắn lớn (đường kính >5 μ m) lơ lửng trong không khí trong một khoảng thời gian ngắn và trong phạm vi một mét từ nguồn lây.

Bên cạnh các phòng ngừa chuẩn, cần làm gì khi có nguy cơ lan truyền theo đường giọt bắn.

- Tất cả nhân viên y tế đứng cách người bệnh trong phạm vi một mét nên đeo khẩu trang y tế hoặc khẩu trang phẫu thuật (vừa khít với mặt).
- Sử dụng phòng riêng cho các người bệnh mắc bệnh truyền nhiễm hoặc xếp chung với những người bệnh có cùng nguyên nhân nghi ngờ. Nếu không có điều kiện thì các giường bệnh phải cách nhau ít nhất 1 mét và giữ khoảng cách giữa các người bệnh.

Phòng ngừa lây truyền qua không khí

Phòng ngừa bổ sung đối với các nhiễm trùng lan truyền qua giọt bắn nhỏ

Các phân tử nhỏ (đường kính $\leq 5\mu$ m) bay hơi rất nhanh; phần khô còn lại lắng xuống từ từ và vẫn lơ lửng trong không khí tùy theo thời gian.

Bên cạnh các phòng ngừa chuẩn, cần làm gì khi có nguy cơ lan truyền qua không khí

Khẩu trang loại đặc biệt, ví dụ: N-95 hoặc tương đương.

- Nếu không có phòng riêng, xếp chung các người bệnh có cùng chẩn đoán. Để phòng ngừa lan truyền qua không khí, phòng bệnh có thể để thông khí tự nhiên hoặc cơ học với tốc độ trao đổi khí ít nhất 12 ACH và có kiểm soát hướng gió.

Phòng ngừa lây truyền qua tiếp xúc

Phòng ngừa bổ sung đối với các nhiễm trùng lây truyền qua tiếp xúc

Có thể lây truyền qua tiếp xúc trực tiếp (truyền vi sinh vật qua tiếp xúc trực tiếp da với da) hoặc gián tiếp (ví dụ: bàn tay hoặc thiết bị nhiễm bẩn có thể chứa và lan truyền vi sinh vật).

Ngoài những phòng ngừa chuẩn, cần làm gì:

- Đeo găng và mặc áo choàng khi chăm sóc người bệnh.
- Sử dụng thiết bị dùng một lần hoặc được tặng để chăm sóc người bệnh. Nếu thiết bị phải dùng cho nhiều người bệnh cần lau rửa và khử trùng giữa các lần sử dụng.
- Sử dụng phòng riêng hoặc xếp chung các người bệnh có cùng chẩn đoán. Nếu không, cần xếp giường bệnh cách nhau ít nhất 1m. Đối với các tác nhân gây bệnh có cảnh báo quốc tế, sử dụng phòng riêng là rất quan trọng.

ACH: Air change per hour. Luồng trao đổi khí mỗi giờ

Bảng: Phòng ngừa các tác nhân nghi ngờ -ví dụ	
Phòng ngừa	Bệnh hoặc tác nhân
Phòng ngừa lây truyền qua giọt bắn – Lan truyền qua giọt lớn (bên cạnh các phòng ngừa chuẩn)	Bất kỳ người bệnh nào có bệnh lý hô hấp cấp tính lây truyền qua giọt lớn bao gồm cúm người (cúm mùa, cúm dịch) và bệnh hô hấp cấp tính không rõ tác nhân (bệnh lý giả cúm); các tác nhân được quốc tế quan tâm (cúm gia cầm A (H5N1)), SARS*). Xem mục 6.11
Phòng ngừa lây truyền qua không khí – Lan truyền qua giọt nhỏ (bên cạnh các phòng ngừa chuẩn)	<ul style="list-style-type: none"> • Lao lây nhiễm–xem Mục 6.12 • Sởi • Thủy đậu
Phòng ngừa lây truyền qua tiếp xúc (bên cạnh các phòng ngừa chuẩn)	<ul style="list-style-type: none"> • Adenovirus, cúm, vi-rút hợp bào hô hấp • Tác nhân có cảnh báo quốc tế (cúm gia cầm A (H5N1)), SARS* • Vibrio cholera, các loài Shigella
Khuyến cáo phòng ngừa chuẩn (gồm tất cả các tác nhân lây truyền qua đường máu)	Có nhiều tác nhân đã biết không cần phải phòng ngừa bổ sung; tuy nhiên vẫn cần đánh giá nguy cơ và sử dụng các phòng ngừa chuẩn. Nhiễm trùng đường hô hấp do vi khuẩn hay gặp như Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Chlamydia spp, Mycoplasma pneumoniae. Phần lớn các tác nhân lây truyền qua đường máu là HIV và HBV.

* Chú ý một số tác nhân cần phòng ngừa lây truyền theo cả đường giọt bắn và tiếp xúc (bên cạnh các phòng ngừa chuẩn)

6.11 Các phòng ngừa đặc biệt đối với các bệnh lý hô hấp cấp tính có nguy cơ bùng phát thành dịch hoặc đại dịch.

Cách ly và phát hiện nhanh các người bệnh có hoặc nghi ngờ bệnh hô hấp cấp tính được quan tâm.

- Các bệnh lý hô hấp cấp tính được quan tâm bao gồm SARS-CoV, các chủng virus cúm mới gây nhiễm trùng ở người, và các bệnh lý hô hấp cấp tính lạ có thể gây bùng phát trên diện rộng và dịch có tỉ lệ mắc và tỉ lệ tử vong cao.
- Cách ly những người bệnh đang ho hoặc nghi ngờ bệnh lý hô hấp cấp tính được quan tâm với những người bệnh khác, chẩn đoán nhanh và điều trị trong thời gian ngắn nhất.
 - Các người bệnh này nên được ưu tiên trong tất cả các dịch vụ và được đánh giá kịp thời.
 - Người bệnh nên ngồi chờ gần nơi cửa sổ hoặc khu vực rộng rãi riêng biệt với phòng chờ chung.
- Bố trí người bệnh bị bệnh lý hô hấp cấp tính cách các người bệnh khác ít nhất 1 mét.
- Đối với người bệnh nghi ngờ bị bệnh lý hô hấp cấp tính được quan tâm, phòng ngừa tiếp xúc với thiết bị và môi trường bị nhiễm bẩn.
 - Người bệnh được nằm trong phòng riêng hoặc ở chung với các người bệnh bị nhiễm trùng tương tự.
 - Hạn chế người bệnh đi lại mà không được bảo vệ và cho họ đeo khẩu trang khi ra ngoài.

Bảng: Phòng ngừa bệnh lý hô hấp cấp tính trong các tình huống lâm sàng và các thủ thuật cụ thể¹⁸

Điều kiện hoặc thủ thuật	Các biện pháp kiểm soát nhiễm trùng							
	Vệ sinh bàn tay	Găng tay	Áo choàng	Phẫu thuật đơn giản	Khẩu trang N95	Bảo vệ mắt	Vệ sinh khí ho	Phòng riêng đủ thông thoáng >12 ACH
Tiếp đón (không trực tiếp tiếp xúc người bệnh)							✓	
Phòng cấp cứu Đánh giá nhanh Khám lâm sàng	✓	✓	✓					
Khu vực chờ dành cho người bệnh	✓						✓	
Chăm sóc điều dưỡng chung	✓			✓			✓	
Lấy máu	✓	✓		✓			✓	
Khí dung	✓			✓			✓	
kích thích khạc đờm	✓	✓	✓		✓	✓		✓
Các thủ thuật tạo giọt bắn có liên quan đến lan truyền tác nhân gây bệnh, ví dụ: đặt nội khí quản hoặc rút ống, và thông khí bằng tay, hút, mổ tử thi, hoặc phẫu thuật liên quan đến sử dụng các thiết bị tốc độ cao	✓	✓			✓	✓		✓

¹⁸ Các chiến lược kiểm soát nhiễm trùng đối với các thủ thuật cụ thể tại các cơ sở y tế: Quycckreference guide. TCYTTG,2008. Có tại:http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_HSE_EPR_2008.2_eng.pdf

6.12 Phòng ngừa đặc biệt đối với người bệnh bị lao

- Giống như các bệnh lý hô hấp cấp tính, cách ly người bệnh đang ho hoặc nghi ngờ bị lao với các người bệnh khác và nhanh chóng chẩn đoán và điều trị.
 - Các người bệnh này nên được ưu tiên trong tất cả các dịch vụ và được đánh giá kịp thời.
 - Người bệnh nên ngồi chờ gần nơi cửa sổ hoặc khu vực rộng rãi tách riêng với phòng chờ chung.
 - Phát hiện nhanh nhằm giảm thiểu tối đa thời gian trong bệnh viện đối với người bệnh nghi ngờ mắc lao.
- Nên ưu tiên các cách tiếp cận dựa vào cộng đồng hơn là nhập viện để quản lý người bệnh lao (bao gồm cả lao kháng đa thuốc).
 - Hoàn thành việc giáo dục người nhà và những người tiếp xúc gần với người bệnh về kiểm soát nhiễm lao.
- Tránh để người bệnh lao nhập viện khi không cần thiết.
 - Mở cửa chính và cửa sổ để tận dụng hướng gió tự nhiên trong bệnh viện.
- Tại khoa điều trị lao, người bệnh bị lao nên đeo khẩu trang y tế đặc biệt khi chưa biết cách vệ sinh khi ho đúng cách.
 - Nhân viên y tế nên đeo khẩu trang N-95 khi chăm sóc người bệnh lao ở phạm vi gần.
- Người bệnh bị hoặc nghi ngờ lao kháng thuốc nên được cách ly với những người bệnh bị lao khác.

6.13 Phòng ngừa khi chăm sóc người bệnh nghi ngờ hoặc xác định bị sốt xuất huyết do Filovirus (Ebola, Marburg)¹⁹

Nên áp dụng một cách thận trọng các phòng ngừa chuẩn để ngăn ngừa lây truyền sốt xuất huyết do Filovirus.

Các khuyến cáo hiện hành của Tổ chức y tế thế giới về chăm sóc trực tiếp người bệnh đã hoặc nghi ngờ mắc sốt xuất huyết do Filovirus.

- Hạn chế các nhân viên không có nhiệm vụ vào khu vực chăm sóc người bệnh.
- Duy trì danh sách những người vào phòng người bệnh.
- Hạn chế số lượng khách được phép tiếp cận người bệnh, chỉ bao gồm những người thực sự cần thiết cho việc chăm sóc sức khỏe người bệnh như là bố mẹ của trẻ.
- Đảm bảo tất cả khách đến thăm đều sử dụng đồ bảo hộ cá nhân theo hướng dẫn của cơ sở y tế. Trước khi vào khu vực cách ly, hướng dẫn khách về cách sử dụng đồ bảo hộ cá nhân và vệ sinh bàn tay đúng cách.
- Không cho phép người khác vào khu vực chăm sóc và đảm bảo rằng bất kỳ khách tới thăm muốn quan sát người bệnh đứng đủ khoảng cách với khu vực chăm sóc (khoảng 15m).

- Áp dụng các phòng ngừa kiểm soát nhiễm trùng để tránh bất kì sự tiếp xúc trực tiếp không có bảo vệ với máu và dịch cơ thể khi đang chăm sóc người bệnh nhiễm Filovirus bao gồm cả các trường hợp nghi ngờ.
 - Tiến hành vệ sinh bàn tay trước và sau khi chăm sóc trực tiếp người bệnh, sau khi tiếp xúc với các bề mặt có khả năng bị nhiễm bẩn và sau khi cởi bỏ đồ bảo hộ cá nhân. Việc quên vệ sinh bàn tay sau khi cởi bỏ đồ bảo hộ cá nhân sẽ làm giảm hoặc mất đi hiệu quả của thiết bị bảo hộ.
 - Đeo găng tay khi vào khu vực chăm sóc người bệnh.
 - Mặc áo choàng sử dụng một lần, không thấm để che phủ quần áo và vùng da hở. Mặc thêm tấm chống nước ra ngoài áo choàng có thấm nước hoặc khi tiến hành bất kỳ hoạt động mạnh (ví dụ: vận chuyển người bệnh).
 - Đeo mặt nạ để ngăn ngừa dịch bắn vào mũi, miệng, mắt. Có thể bảo vệ mặt bằng cách (1) đeo khẩu trang và kính bảo vệ hoặc (2) tấm che mặt.
- Trước khi ra khỏi khu vực cách ly người bệnh nghi ngờ nhiễm Filovirus, cởi bỏ và xử lý cẩn thận các thiết bị bảo vệ.
- Khi cởi đồ bảo vệ, chú ý tránh sự tiếp xúc giữa các đồ bị nhiễm bẩn (ví dụ: găng tay, áo choàng) và bất kì vùng nào ở mặt (mắt, mũi hoặc miệng).
- Đảm bảo việc phân công riêng những nhân viên y tế và người không phải nhân viên vào khu vực chăm sóc người bệnh và những nhân viên khác không được di chuyển tự do giữa khu vực cách ly và các khu vực y tế khác trong đợt dịch
- Hạn chế sử dụng kim tiêm và vật sắc nhọn khác khi có thể.
- Chỉ lấy máu và làm các xét nghiệm thực sự cần thiết cho chẩn đoán và chăm sóc người bệnh.

Xem Mục 19 về dự phòng lao và HIV và dịch vụ chăm sóc dành cho nhân viên y tế.

Interim Infection Control Recommendations for Care of Patients with Suspected or Confirmed Filovirus(Ebola, Marburg) Haemorrhagic Fever.WHO,2008. Có tại: http://www.who.int/csr/bioriskreduction/filovirus_infection_control/en/

7. Các thủ thuật

Mục lục

7.1	Các lưu ý chung khi thực hiện thủ thuật	280
7.1.1	Sự đồng ý của người bệnh	280
7.1.2	Lưu ý về sự an toàn, các phòng ngừa và vô cảm	280
7.2	Các thủ thuật chẩn đoán	282
7.2.1	Cạo sinh thiết da	282
7.2.2	Bấm sinh thiết da	284
7.2.3	Cắt da để chẩn đoán ấu trùng giun chỉ	285
7.2.4	Cắt sinh thiết da	286
7.2.5	Chọc hút kim nhỏ (FNA)	287
7.2.6	Sinh thiết hạch (cắt bỏ)	288
7.2.7	Chọc hút và sinh thiết tủy xương	289
7.2.8	Thăm khám tiểu khung	291
7.2.9	Sàng lọc ung thư cổ tử cung: Phiến đồ âm đạo	294
7.2.10	Sàng lọc ung thư cổ tử cung: sàng lọc quan sát	295
7.2.11	Soi cổ tử cung, sinh thiết cổ tử cung và nạo bên trong cổ tử cung	296
7.2.12	Khám vú	298
7.2.13	Sinh thiết niêm mạc tử cung	299
7.2.14	Nhuộm Gram	300
7.2.15	Soi tươi dịch âm đạo	301
7.2.16	Tổng phân tích nước tiểu	301
7.2.17	Cách lấy bệnh phẩm phân, bao gồm cả môi trường Cary-Blair dành cho vi khuẩn tả (cholera)	302
7.2.18	Thời gian máu đông	304
7.2.19	Tiêu bản máu đàn giọt dày và mỏng trong chẩn đoán sốt rét	305
7.2.20	AFB (Nhuộm Ziehl Neelsen)	306
7.2.21	Siêu âm	307

7.3	Các thủ thuật điều trị	310
7.3.1	Dẫn lưu màng phổi	310
7.3.2	Đặt thông tiểu - Nữ	313
7.3.3	Rạch nang hoặc áp xe tuyến Bartholin	314
7.3.4	Đặt dụng cụ tử cung (dụng cụ tử cung bằng đồng)	316
7.3.5	Giải phóng kẹt bao quy đầu	318
7.3.6	Đặt thông tiểu - Nam	320
7.3.7	Dẫn lưu bàng quang trên xương mu.....	322
7.3.8	Đặt ống sonde dạ dày đường mũi	323
7.3.9	Rửa dạ dày	325
7.3.10	Rạch tĩnh mạch	326
7.4	Các thủ thuật chẩn đoán và điều trị	329
7.4.1	Chọc dò màng phổi	329
7.4.2	Chọc dịch não tủy	331
7.4.3	Chọc dò dịch màng bụng	334
7.4.4	Chọc hút dịch khớp	336
7.4.5	Chọc dịch màng ngoài tim	337

7. Các thủ thuật^{1,2}

7.1 Các lưu ý chung khi thực hiện thủ thuật

7.1.1 Sự đồng ý của người bệnh

Trước khi thực hiện một thủ thuật nào đều cần nhận được sự đồng ý của người bệnh. Nếu người bệnh không thể đưa ra ý kiến (ví dụ như người bệnh đang hôn mê hoặc trong tình trạng không thể làm được), người ủy nhiệm (người nhà người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp) có thể thay cho người bệnh. Trong những tình huống như thế này, người ủy nhiệm nên đưa ra quyết định mà họ tin là người bệnh sẽ đồng ý nếu có thể. Không nên xem nhẹ việc người đại diện đưa ra quyết định chấp thuận làm thủ thuật và người bệnh cần có quyền từ chối.

Giải thích những gì sẽ được làm trước khi tiến hành thủ thuật:

- Giải thích tại sao thủ thuật lại cần thiết:
 - Lợi ích của thủ thuật là gì?
 - Thủ thuật có những nguy cơ gì, bao gồm cả đau khi làm thủ thuật?
- Hỏi xem người bệnh có câu hỏi hoặc sự lo lắng gì không và giải thích cho họ.
- Kiểm tra xem người bệnh có hiểu không.
- Đạt được sự đồng ý để tiến hành.
- Ghi vào bệnh án về cuộc trao đổi và sự đồng thuận.
- Chú ý tới sự thoải mái và riêng tư của tất cả người bệnh và gia đình họ.

7.1.2 Lưu ý về sự an toàn, các phòng ngừa và vô cảm

Hầu hết những thủ thuật trong Mục này có thể cần một người hỗ trợ giúp chuẩn bị, bố trí địa điểm và giúp người bệnh cảm thấy thoải mái bên cạnh việc trợ giúp về thủ thuật. Người hỗ trợ là nữ nên có mặt trong khi thực hiện thủ thuật đối với người bệnh nữ được nêu trong các Mục 7.2.8, 7.2.9, 7.2.10, 7.2.11, 7.2.12, 7.2.13, 7.3.2, 7.3.3, và 7.3.4.



Một số cơ sở y tế trang bị xe tiêm đã chuẩn bị các dụng cụ và vật dụng để thực hiện các thủ thuật thông thường. Loại thủ thuật và sự thường xuyên thực hiện tại cơ sở y tế sẽ quyết định các vật dụng cần có.

Các phòng ngừa chuẩn, thực hành tiêm an toàn và quản lý chất thải an toàn nên được áp dụng trước, trong và sau tất cả các thủ thuật. Xem Mục 6.

- Bao gồm vệ sinh bàn tay, đeo găng đối với tất cả các thủ thuật và sử dụng bảo vệ mặt và áo choàng khi cần thiết.

¹ Chăm sóc phẫu thuật ở bệnh viện tuyến huyện. TCYTTG, 2003. Có tại: www.who.int/surgery/publications/en/SCDH.pdf

² Kiểm soát ung thư cổ tử cung toàn diện: Hướng dẫn thực hành thiết yếu TCYTTG, 2006. Có tại: whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241547006_eng.pdf

- Luôn thận trọng khi cầm, sử dụng, làm sạch và thải bỏ kim tiêm, dao mổ và các vật sắc nhọn khác.
- Xử lý chất thải bị nhiễm máu, dịch cơ thể, chất tiết và mô cơ thể như là chất thải y tế theo quy định tại địa phương.
- Nên sử dụng găng tay vô khuẩn và duy trì vùng vô khuẩn đối với :
 - Sinh thiết da cắt bỏ
 - Sinh thiết hạch
 - Chọc dò màng phổi
 - Đặt dẫn lưu màng phổi
 - Chọc dịch não tủy
 - Chọc dịch màng bụng, chọc dịch khớp, chọc dịch màng ngoài tim
 - Sinh thiết tủy xương
 - Đặt sonde tiêu
 - Đặt dụng cụ tử cung
 - Đặt dẫn lưu bàng quang trên xương mu
- Bề mặt vô khuẩn yêu cầu sử dụng thuốc sát khuẩn, bao phủ bằng tấm che vô khuẩn như toan hoặc giấy phủ vô khuẩn
- Luôn nhớ phải vô khuẩn hoặc tiệt trùng tất cả các thiết bị sử dụng lại sau mỗi thủ thuật.

Gây tê bằng lidocaine

Hầu hết các thủ thuật dưới đây có thể thực hiện bằng cách gây tê bằng lidocaine theo một trong 2 cách:

- Tại chỗ
 - Lidocaine được tiêm vào vùng cần gây tê; có thể gây tê vùng một diện tích rộng hơn bằng cách tiêm rộng rãi theo một hình kim cương xung quanh vùng cần gây tê.
- Gây tê ngón tay
 - Tiêm lidocaine tại gốc ngón hoặc gốc dương vật ở vị trí 2, 6 và 10 giờ để gây tê toàn bộ ngón (không dùng epinephrine (adrenaline) ở đây). Gây tê ngón tay được ưa dùng hơn tại vị trí thích hợp vì kỹ thuật này cần ít thuốc tê hơn.
- Liều lidocaine tùy thuộc nhiều vào thủ thuật, kích thích vùng cần vô cảm

Bảng dưới đây cho biết liều tối đa của lidocaine kết hợp hoặc không kết hợp với epinephrine.



Liều tối đa đối với lidocaine			
Thuốc	Nồng độ %	Liều an toàn tối đa mg	Thể tích tối đa ml
Lidocaine	0.5	300	60
	1.0	300	30
	2.0	300	15
Lidocaine-epinephrine	0.5	500	100
	1.0	500	50
	2.0	500	25

* Các thủ thuật lâm sàng trong Cấp cứu, tái bản lần thứ 4 (có điều chỉnh). James R. Roberts, Jerris R. Hedges (Eds). Saunders, Philadelphia, 2004.

- Tránh sử dụng lidocaine cùng với epinephrine tại các ngón, dương vật và đầu chi vì có thể dẫn tới co mạch và gây hoại tử.
- Sử dụng mũi kim nhỏ (25-30 Gauge) để tiêm lidocaine sẽ đỡ gây đau và chảy máu. Đầu kim nhỏ cũng làm giảm tốc độ tiêm và giảm phòng mô. Có thể sử dụng kèm với bơm tiêm nhỏ loại 10 ml.
- Khi sử dụng lidocaine để gây tê vùng, luôn luôn phải rút nòng kiểm tra không có máu trước khi tiêm.
- Cố gắng giảm thiểu tối đa số lần chọc kim (có liên quan tới đau) bằng cách không rút mũi kim ra hoàn toàn sau lần chọc đầu tiên. Thay vào đó chuyển hướng mũi kim sang vùng khác.
- Có thể sử dụng lidocaine dạng gel cho một số thủ thuật nhất định (ví dụ như đặt sonde tiêu, đặt dụng cụ tử cung)

7.2 Các thủ thuật chẩn đoán

7.2.1 Cạo sinh thiết da

Chỉ định

- Tốt nhất đối với các tổn thương lồi hoặc tổn thương bề mặt lồi.

Chống chỉ định

- Không thực hiện cạo sinh thiết đối với tổn thương có sắc tố - ung thư tế bào sắc tố thường khó đánh giá giai đoạn hơn nếu cạo sinh thiết.

Dụng cụ

- Thuốc sát khuẩn
- Lidocaine (bơm tiêm 5-10 ml, kim 23-25 gauge)
- Lưỡi dao mổ và cán
- Môi trường nuôi cấy
- Lam kính
- Formaldehyde.

Tiến hành

1. Sát khuẩn vùng da sinh thiết.
2. Gây tê vùng bằng lidocaine 1-2%.
3. Nếu chỗ sinh thiết phẳng, tiêm thuốc tê hoặc nước cất dưới tổn thương để làm phẳng nhẹ.
4. Cầm dao mổ song song với mặt da và hoàn tất đường rạch bằng một lần cắt. Mục đích là chỉ lấy bệnh phẩm là mô dưới da.
5. Nếu chẩn đoán tổn thương da do Leishmania, nên sử dụng kỹ thuật rạch da. Rạch từ bờ



tổn thương ra phía ngoài khoảng vài milimet, đảm bảo đủ sâu để xuyên qua lớp biểu bì. Sau đó thực hiện giống như trên.

6. Băng vết thương lại bằng gạc khô. Nếu tổn thương ở mô dưới da, nên sử dụng kỹ thuật sinh thiết cắt bỏ để đóng vết thương.

Chẩn đoán tổn thương da do Leishmania (xem Mục 11.20)

- Khả năng chẩn đoán tổn thương da do Leishmania sẽ tăng lên bằng cách:
 - Sử dụng nhiều kỹ thuật (chọc hút kim, sinh thiết bấm cạo)
 - Lấy nhiều mẫu bệnh phẩm với mỗi kỹ thuật
 - Sinh thiết đa vị trí của tổn thương bao gồm các bờ. Chú ý nên tiến hành cạo cuối cùng để tránh nhiễm bẩn.
- Mẫu chọc hút bằng kim nhỏ nên được gửi để cấy.
- Các mẫu sinh thiết bấm nên được chia làm 3 phần và gửi đi:
 - Nuôi cấy
 - Tiêu bản áp (giống với tiêu bản dàn mỏng)
 - Mô bệnh học (ít giá trị để chẩn đoán, nhưng có thể loại trừ các nguyên nhân khác).
- Bệnh phẩm cạo sinh thiết nên gửi làm mô bệnh học.

Xét nghiệm

- Nếu nghi ngờ ác tính và có đủ mẫu sinh thiết, thêm formaldehyde. Nếu không có nhiều bệnh phẩm, làm phiến đồ dàn mỏng, để khô và cố định bằng methanol.

7.2.2 Bấm sinh thiết da

Chỉ định

- Bất kì tổn thương viêm nào hoặc nghi ngờ Kaposi sarcoma.
- Tổn thương do Leishmania.

Dụng cụ

- Thuốc sát trùng
- Lidocaine (bơm tiêm 5-10 ml, kim 23-25 gauge)
- Dao bấm sinh thiết hình trụ
- Formaldehyde
- Chỉ khâu, kim và panh.

Tiến hành

1. Sát khuẩn vùng da sinh thiết.
2. Gây tê vùng bằng lidocaine 1-2%.
3. Căng da vuông góc với các đường vân Langer (nếp gấp tự nhiên ở da)
4. Cầm dao hình trụ (cán dao) vuông góc với mặt da và vừa nhẹ nhàng ấn xuống vừa xoay theo chiều kim đồng hồ và xoay ngược lại để cắt qua lớp da. Trephine (cán dao) nên được kéo lùi lại khi đã xuyên vào mô dưới da.



5. Sử dụng kẹp hoặc kim (có thể sử dụng kim đã dùng để gây tê) để lấy bệnh phẩm ra và cắt rời khỏi mô dưới da. Đảm bảo cắt dưới lớp biểu bì. Tránh cặp mạnh vào bệnh phẩm.
6. Nếu vết thương nhỏ hơn 2 hoặc 3 mm, chỉ cần băng lại và để tự liền. Nếu vết thương lớn hơn 4 mm nên khâu lại bằng một hoặc hai mũi chỉ.



Xét nghiệm

- Gửi mô sinh thiết làm formalin

7.2.3 Cắt da để chẩn đoán ấu trùng giun chỉ

Chỉ định

- Chẩn đoán bệnh giun chỉ do *Onchocerca* hoặc nguyên nhân khác

Dụng cụ

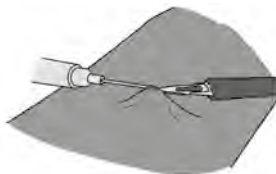
- Thuốc sát khuẩn
- Kim 23-25 gauge
- Lưỡi dao cạo hoặc dao mổ
- Nước hoặc nước muối đẳng trương
- Lam kính có miếng đệm
- Kính hiển vi soi ngược

Tiến hành

1. Lựa chọn các vị trí có số lượng ấu trùng giun chỉ cao nhất để kiểm tra.
 - Tại khu vực Mỹ La tinh: khu vực xương vai hoặc mào chậu.
 - Tại châu Phi: mào chậu hoặc bắp chân.
 - Tại Yemen: Không chỉ định cắt da vì biểu hiện lâm sàng thường gặp nhất là viêm da lichen hóa trong đó rất hiếm khi tìm thấy ấu trùng giun chỉ.
2. Thực hiện 1-2 vết cắt từ các vị trí ở trên.
3. Sát khuẩn da và để khô.
4. Đưa kim vô khuẩn theo phương ngang vào trong da và nâng nhẹ mũi kim nhấc một mảnh da nhỏ có đường kính và chiều cao khoảng 2 mm



5. Cắt rời mảnh da bằng lưỡi dao cạo hoặc dao mổ vô khuẩn.



6. Đảm bảo khử trùng tất cả các dụng cụ sử dụng trong thủ thuật.

- Đặt mảnh mô lên lam kính, nhỏ vài giọt nước muối đẳng trương hoặc nước cất. Đặt miếng đậy lên trên. Gửi ngay bệnh phẩm xuống phòng xét nghiệm vì ấu trùng giun chỉ sẽ giảm và thậm chí dừng chuyển động nếu để lâu.

Nhận xét

- Báo cáo loài và số lượng ấu trùng giun chỉ lấy ra. Số lượng sẽ được đọc là 1-4, 5-14, 15-49, 50-100 hoặc >100 mỗi mảnh cắt.
- Ngoài ấu trùng của *Onchocerca volvulus*, các loài *Mansonella streptocerca* ở Châu Phi và *Mansonella ozzardi* ở Mỹ La tinh cũng có thể khu trú ở da người.
- Ấu trùng trong mắt có thể khám bằng đèn khe. Xem mục 10.12

7.2.4 Cắt sinh thiết da

Chỉ định

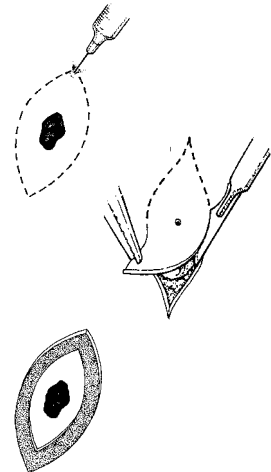
- Ung thư tế bào đáy và tế bào vảy (ung thư tế bào vảy có thể đe dọa tính mạng và nên được điều trị bằng phẫu thuật cắt rộng rãi tại vùng)
- Ung thư tế bào sắc tố

Dụng cụ

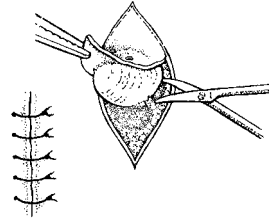
- Găng vô khuẩn, toan vô khuẩn.
- Thuốc sát khuẩn
- Lidocaine (bơm tiêm 5-10 ml, kim 23-25 gauge)
- Lưỡi dao và cán dao
- Formalin
- Chỉ khâu, kim và kẹp phẫu tích

Tiến hành

- Sát khuẩn da vùng sinh thiết.
- Gây tê vùng bằng lidocaine 1-2%.
- Rạch da bằng dao song song với các nếp da (đường Langer). Những đường này có thể tìm bằng cách đặt 2 ngón tay ở 2 bên đường rạch và nhẹ nhàng nhấc da lên.
- Sử dụng đường rạch hình elip, tạo trục dọc đủ lớn để khi đóng da không gây biến dạng. Sử dụng luật ngón cái để tạo trục dọc gấp 2 lần trục ngang.
- Nhấc mẫu bệnh phẩm bằng kẹp và cắt rời khỏi mô bên dưới.



6. Cắt tổn thương dưới da sau khi tiếp cận đường qua vùng da bị cắt. Không cắt bỏ da trừ khi khối dưới da bị dính.
7. Khâu vết cắt bằng các mũi rời nếu cần.



Xét nghiệm

- Thêm formaldehyde.

7.2.5 Chọc hút kim nhỏ (FNA)

Chỉ định

- Chọc hút kim nhỏ là một thủ thuật nhanh và ít xâm lấn để đánh giá hạch hoặc một khối u (xem Mục 10.5).

Chống chỉ định

- Khối có mạch đập hoặc chứa khí

Dụng cụ

- Thuốc sát khuẩn
- Bơm tiêm 10 ml, kim tiêm 22-gauge (kim nòng rộng có thể gây chảy máu hoặc phát tán tế bào khối u)
- Lam kính
- Khẩu trang cho nhân viên y tế nếu nghi ngờ lao.

Quy trình

1. Sát khuẩn da
2. Cố định hạch hoặc khối u. Thầy thuốc thuận tay phải giữ khối u bằng tay trái và cầm bơm tiêm bằng tay phải.
3. Chọc vào hạch theo hướng song song với các ngón tay trái, đảm bảo không chọc vào ngón tay trái.
4. Đặt bơm tiêm hút nhẹ nhàng bằng cách kéo nòng ra 2-3 ml.
5. Khi đã chọc vào khối u, lấy nhiều mảnh theo thứ tự mà không rút kim khỏi mặt da. Nếu đưa ra khỏi mặt da, khí sẽ bị hút vào bơm tiêm, mảnh tế bào sẽ gây tắc đầu kim. Điều này sẽ gây khó khăn khi đưa bệnh phẩm vào lam kính.
6. Lấy bơm tiêm ra khỏi da hoàn toàn.
7. Nhỏ một giọt nhỏ dịch hút được lên lam kính. Tháo kim ra khỏi bơm một cách cẩn thận (có bệnh phẩm nằm ở trong nòng) và kéo nhẹ nòng bơm tiêm ra; sau đó gắn lại kim vào bơm và nhẹ nhàng đẩy nòng bơm tiêm để đẩy bệnh phẩm ra ngoài
8. Làm phiến đồ lam kính bằng cách đẩy nhẹ một lam kính khác từ đỉnh giọt dịch và kéo lam kính để dàn mỏng hoặc sử dụng kim nhỏ để dàn dịch đều ra chiều rộng của lam kính.



Xét nghiệm

- Nếu nghi ngờ hạch lao, gửi đi làm AFB. Xem Mục 15.
- Nếu chỉ có vừa đủ bệnh phẩm, cân nhắc gửi đi nuôi cấy lao hoặc vi khuẩn.
- Nếu nghi ngờ ác tính, dãn nhỏ ra bằng thuốc cố định và gửi làm tế bào học.
- Để soi tươi có thể đặt trong cồn ethyl 95% và xử lý bằng kỹ thuật Papanicolau và nhuộm.
- Bệnh phẩm nên để khô trong không khí và chuẩn bị để nhuộm Wright-Giemsa khi chẩn đoán phân biệt với nước bọt, quá sản hạch hoặc u mỡ.
- Nếu nghi ngờ dịch hạch, chọc hút và tìm cầu trực khuẩn hình bầu dục bắt màu gram âm hoặc đậm 2 cực (dạng kim băng) trên tiêu bản. Cũng có thể gửi đi nuôi cấy (mọc chậm)

Biến chứng

- Trần khí màng phổi - xem Đánh giá nhanh trang 47 và Mục 4.2 để xử trí ngay. (Nếu nặng, người bệnh cần dẫn lưu màng phổi)
- Xuất huyết hoặc tụ máu

Ghi chú

- Nếu nghi ngờ lao, gửi bệnh phẩm đờm soi AFB; cân nhắc chụp X-quang ngực (xem Mục 15).
- Nếu không thể chẩn đoán xác định, nên làm sinh thiết cắt bỏ hạch lympho (xem Mục 7.2.6).
- Nếu chọc vào nang vùng cổ, nên hút toàn bộ và gửi dịch và phần vỏ đi làm tế bào học.

7.2.6 Sinh thiết hạch (cắt bỏ)

Dụng cụ

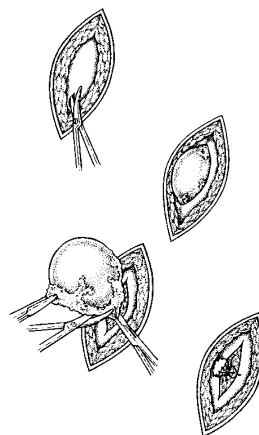
- Găng vô khuẩn và toan vô khuẩn
- Thuốc sát khuẩn
- Lidocaine (bơm tiêm 5-10 ml, kim 23-25 gauge)
- Lưỡi dao mổ và cán dao
- Chỉ khâu, kim, kẹp phẫu tích
- Formalin
- Môi trường nuôi cấy

Quy trình

1. Hạch lympho nằm dưới lớp mạc và do đó cần phẫu tích sâu hơn là sinh thiết da và mô dưới da. Có thể cần phải gây mê.
2. Rạch dọc theo đường da và phẫu tích qua lớp mô dưới da đồng thời kiểm soát chảy máu.
3. Dùng đầu ngón tay để nhận biết hạch và rạch lớp mạc nông ở trên.
4. Cắt hạch khỏi mô xung quanh chứ không kéo.



5. Thay vào đó, tách các mô bám xung quanh bằng một kẹp động mạch nhỏ hoặc buộc chỉ số 8 vào hạch để kéo.
6. Tách tất cả các mô bám quanh hạch ra.
7. Kiểm soát rốn mạch bằng kẹp và thắt bằng chỉ tự tiêu sau khi hạch đã được lấy ra.



Xét nghiệm

- Gửi mô sinh thiết làm tế bào học trong formalin.
- Nếu nghi ngờ nhiễm khuẩn, gửi một phần hạch đi nuôi cấy.

7.2.7 Chọc hút và sinh thiết tủy xương

Chỉ định

- Các rối loạn về máu không giải thích được (ví dụ: thiếu máu, tăng bạch cầu, tăng hay giảm tiểu cầu,...), xem Mục 10.18 và 10.19
- Nghi ngờ bệnh máu ác tính
- Nghi ngờ bệnh do Leishmania, bệnh sán máng hoặc bệnh do các loài mycobacteria, nấm hoặc nhiễm ký sinh trùng khác.
- Chẩn đoán rối loạn chuyển hóa sắt
- Tìm nguyên nhân sốt không rõ nguyên nhân.
- Tìm nguyên nhân gây lách to

Chống chỉ định

- Tuyệt đối
 - Hemophilia
 - Đông máu nội mạch rải rác mức độ nặng (DIC)
 - Rối loạn chảy máu nặng khác
- Tương đối
 - Tiểu cầu thấp (<20 x 10⁹/lít) có thể cần phải truyền tiểu cầu
 - Nhiễm trùng da hoặc viêm xương tủy gần vị trí lựa chọn.

Dụng cụ

- Găng tay vô khuẩn và toan vô khuẩn.
- Thuốc sát khuẩn
- Lidocaine (bơm tiêm 5-10 ml, kim tiêm 21-23 gauge)
- Lưỡi dao và cán dao
- Kim chọc hút tủy xương có nòng rời và bơm tiêm 1-2 ml.
- Kim sinh thiết tủy xương (Jamshidi) có dụng cụ gắn mô sinh thiết.
- Băng gạc
- Lam kính, môi trường nuôi cấy và các vật dụng thu gom cần thiết khác.

Quy trình

1. Chọc hút và sinh thiết tủy xương là các thủ thuật chuyên khoa và nên để các bác sĩ có kinh nghiệm thực hiện thủ thuật này.
2. Thảo luận với phòng xét nghiệm mô bệnh học trước khi làm thủ thuật để xác định xem những xét nghiệm nào làm được và bệnh phẩm nên được gửi như thế nào.
3. Người bệnh có thể được dùng paracetamol trước đó. Có thể kê diazepam hoặc midazolam trong trường hợp người bệnh quá lo lắng.
4. Nên có trợ lý giúp chuẩn bị bệnh phẩm lúc kết thúc thủ thuật; mẫu chọc hút có thể đông lại nhanh và cần chuẩn bị nhanh chóng để phòng.
5. Phía trước và sau mào chậu, xương ức và các vị trí khác có thể lựa chọn để sinh thiết và chọc hút tủy xương. Chống chỉ định sinh thiết (nhưng không chọc hút) ở vị trí xương ức do nguy cơ xuyên vào khoang ngực và gây chảy máu. Phía sau mào chậu hay được chọn hơn là phía trước.
6. Để người bệnh nằm sấp hoặc nằm nghiêng sang bên đối diện với bên thực hiện thủ thuật.
7. Xác định các mốc sử dụng trong thủ thuật: phía sau mào chậu, gai chậu sau dưới, hoặc gai chậu sau trên.
8. Xác định vị trí thường là cách đường giữa 3 khoát ngón tay và dưới mào chậu sau 2 khoát ngón tay. Sát trùng vị trí đó.
9. Gây tê da và mô dưới da tại vị trí trên bằng kim tiêm 23 gauge. Chuyển sang kim tiêm 21 gauge, xuyên qua màng xương và gây tê một diện tích 2 cm vì sinh thiết và chọc hút sẽ cần làm tại 2 vị trí riêng biệt (nhưng gần nhau)
10. Trong khi chờ thuốc tê có hiệu quả, đảm bảo chuẩn bị đầy đủ các dụng cụ để chứa mô sinh thiết hoặc dịch chọc hút.
11. Rạch một đường nhỏ 3 mm tại vị trí xác định.

Chọc hút tủy xương

1. Đưa kim chọc hút tủy xương (có nòng) vào vị trí chọc, cầm vuông góc với mặt da. Khi chọc qua màng xương, chuyển mũi kim hướng đến gai chậu trước trên.
2. Xoay nhẹ nhàng mũi kim (không xoay quá 180°) để vào được khoang tủy. Lưu ý người bệnh có thể cảm thấy đau khi làm bước này.
3. Tháo nòng ra, gắn bơm nhỏ vào và hút tủy ra. Không hút quá 0.5 ml mỗi lần; hút lượng lớn có thể gây đông máu. Sau khi đã hút được lượng cần, rút kim và nòng ra.

Sinh thiết tủy xương

1. Sử dụng chỗ rạch tương tự, đưa kim sinh thiết tủy (kim lớn hơn) vào. Nên lấy cùng một hướng nhưng ở một điểm gần đáy trên màng xương.
2. Xoay cho đến khi gắn chắc chắn trong xương, sau đó tháo nòng ra và đưa vào sâu hơn, khoảng 15-20 mm.
3. Để tách riêng mẫu sinh thiết khỏi mô bên dưới, thay đổi hướng của kim và xoay một lần nữa. Đưa kim vào sâu một lần nữa khoảng vài mm và tháo kim ra. Bước này nhằm đảm bảo bệnh phẩm vẫn còn ở trong mũi kim khi lấy ra.
4. Rút kim ra và băng vết rạch lại, ép trong vài phút.

5. Lấy bệnh phẩm ra bằng cách đưa nòng qua đầu nhọn của kim.
6. Nhớ kiểm tra bệnh phẩm sinh thiết trước khi kết thúc. Nếu nó là màu trắng hoặc ánh trắng, đó có thể là xương hoặc sụn, không phải tủy xương và nên thực hiện sinh thiết lại.

Chăm sóc sau thủ thuật

- Hướng dẫn người bệnh tiếp tục nằm cho đến khi ngừng chảy máu, ít nhất 10-15 phút. Nếu vẫn còn chảy máu, ép lại và cho người bệnh nằm ít nhất 1 giờ mới được ngồi dậy.
- Có thể tiếp tục dùng paracetamol trong 1 ngày để giảm đau.

Xét nghiệm

- Trao đổi trước với khoa giải phẫu bệnh. Các xét nghiệm chuẩn bao gồm: soi dịch hút và tiêu bản lớp buffy coat, cắt lát sinh thiết, nhuộm sắt, cắt lạnh, soi AFB, nuôi cấy mycobacteria.

Biến chứng

- Chảy máu
- Gãy kim
- Phát tán tế bào u
- Nhiễm trùng

7.2.8 Thăm khám tiểu khung

Sau khi lấy bệnh sử, thực hiện thăm khám tiểu khung

Có 3 phần trong thăm khám sinh dục nữ.

1. Khám sinh dục ngoài
2. Thăm khám qua mỏ vịt
3. Khám 2 tay



Các vấn đề cần lưu ý trước khi thăm khám

- Nên có nhân viên nữ đứng cạnh trong khi thăm khám.
- Chuẩn bị sẵn tất cả các dụng cụ cần thiết. Đảm bảo mỏ vịt được sử dụng ở nhiệt độ thích hợp.
- Dẫn người bệnh đi tiểu và cởi quần lót ra. Cần đặc biệt lưu ý tới cảm giác ngại ngùng của người bệnh.
- Hướng dẫn người bệnh lên bàn khám.

Khám bộ phận sinh dục ngoài

- Dùng tay đeo găng, kiểm tra xem quanh vùng sinh dục và giữa các nếp da của âm hộ có sưng, đỏ, có khối lồi, chảy dịch bất thường, sưng tấy, rách và sẹo không. Đây là những dấu hiệu của các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục.

Thăm khám qua lỗ vẹt

1. Cầm khép hai lỗ vẹt lại và đưa vào trong âm đạo. Lưu ý không để tỳ vào niệu đạo hoặc âm vật vì đây là những nơi rất nhạy cảm.



2. Khi đưa vào được nửa đường thì xoay phần cán xuống dưới.



3. Nhẹ nhàng mở 2 lỗ vẹt và tìm cổ tử cung. Di chuyển mỏ vẹt thật chậm và nhẹ nhàng cho tới khi nhìn rõ toàn bộ cổ tử cung.



4. Khóa ốc giữ lại (hoặc khóa mỏ vẹt ở vị trí mở) để giữ mỏ vẹt tại chỗ.



5. Kiểm tra cổ tử cung, bình thường sẽ hồng, tròn và nhẵn; mặc dù điều này có thể tùy theo số lần đẻ.
 - Có thể có các nang nhỏ, vàng nhạt, vùng đỏ xung quanh lỗ ngoài cổ tử cung hoặc dịch nhầy trong chảy ra; đây đều là những dấu hiệu bình thường.
6. Kiểm tra xem có bất thường nào dưới đây không:
 - Âm đạo có khí hư và thành âm đạo đỏ là dấu hiệu hay gặp của viêm âm đạo. Nếu khí hư trắng hoặc dạng bột, đây có thể là nhiễm nấm. Xem Mục 10.15.4.
 - Loét, đau hoặc mụn nước. Loét sinh dục có thể do giang mai, hạ cam, vi rút herpes hoặc một số trường hợp là ung thư. Đau và mụn nước thường do vi rút herpes. Xem Mục 11.15.
 - Các dấu hiệu của nhiễm trùng cổ tử cung như dễ chảy máu khi chạm vào cổ tử cung bằng tăm bông hoặc khí hư nhầy mù. Xem Mục 10.15.4.
 - Sự tăng sinh bất thường hoặc khối u có thể là ung thư cổ tử cung. Xem Mục 10.15.8.
7. Nhẹ nhàng kéo mở vạt cho đến khi lưỡi mở vạt rời khỏi cổ tử cung. Sau đó đóng lưỡi mở vạt cẩn thận không kẹp vào thành âm đạo và lấy mở vạt ra.

Thăm khám hai tay

1. Thăm khám hai tay cho phép người khám sờ được các cơ quan sinh sản trong ổ bụng.
2. Kiểm tra cổ tử cung đau khi di động.
 - Đưa ngón trỏ và ngón giữa của tay đeo găng vào âm đạo của người bệnh.
 - Ngửa phía lòng bàn tay lên.
 - Sờ cổ tử cung xem có chắc và tròn không.
 - Sau đó đưa một ngón tay sang phía bên cổ tử cung vừa di động nhẹ nhàng vừa quan sát nét mặt của người bệnh.
 - Nếu động tác này gây đau (người bệnh nhăn mặt), tức là có đau khi di động cổ tử cung, cô ấy có thể bị viêm tử cung, vòi trứng hoặc buồng trứng (bệnh viêm vùng chậu (PID) xem Mục 10.15.5), hoặc chửa ngoài tử cung.
3. Sử dụng các ngón tay trong âm đạo để di chuyển các bộ phận trong khung chậu hướng ra phía bụng, để tay đặt trên thành bụng có thể sờ thấy. Tử cung có thể đổ trước hoặc đổ sau, chắc, nhẵn và nhỏ hơn trái chanh.
 - Nếu tử cung mềm và to, có thể người bệnh đang có thai.
 - Nếu cảm thấy có khối và rắn, có thể người bệnh có u xơ hoặc loại u khác.
 - Nếu gây đau khi sờ, có thể đang có nhiễm trùng.
 - Nếu không di động tự do được, người bệnh có thể có sẹo từ đợt nhiễm trùng cũ.



4. Sờ vòi trứng và buồng trứng. Bình thường sẽ khó có thể sờ thấy.
 - Nếu có khối to hơn quả hạnh nhân hoặc gây đau, người bệnh có thể bị nhiễm trùng hoặc một tình trạng khác cần điều trị ngay.
 - Nếu có khối đau và đang chậm kinh, người bệnh có thể bị chửa ngoài tử cung. Đây là một cấp cứu - xem Mục 10.15 và tiến hành Đánh giá nhanh.
5. Sờ bên trong âm đạo. Đảm bảo không có khối bất thường, vết rách hoặc đau.
6. Yêu cầu người bệnh ho hoặc rặn như khi đang đại tiện.
 - Quan sát xem có gì phình ra khỏi âm đạo. Nếu có, người bệnh có thể bị sa tử cung hoặc sa bàng quang.



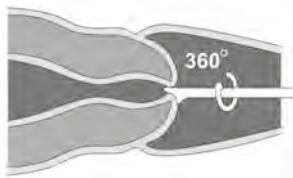
7.2.9 Sàng lọc ung thư cổ tử cung: Phiến đồ âm đạo

Dụng cụ

- Mỏ vịt
- Que gỗ hoặc bàn chải
- Lam kính
- Chất cố định

Quy trình

1. Bắt đầu bằng thực hiện thăm khám bằng mỏ vịt (xem Mục 7.2.8 ở trên).
2. Đưa đầu dài que gỗ hoặc bàn chải vào lỗ cổ tử cung và xoay một vòng (360°).



3. Phết cẩn thận một hoặc hai lần cả 2 cạnh của que gỗ hoặc bàn chải lên lam kính.
4. Lấy mẫu bất kì bất thường nào bên ngoài cổ tử cung và phết lên lam kính khác.
5. Cố định ngay mỗi lam kính. Có thể sử dụng thuốc cố định, phun theo hướng vuông góc và cách lam kính 20 cm hoặc nhúng lam kính vào bình chứa cồn 95% ít nhất 5 phút.
6. Nhẹ nhàng đóng mỏ vịt lại và lấy ra.
7. Cho tất cả các dụng cụ đã sử dụng vào dung dịch khử trùng.

Xét nghiệm và lưu ý

Sau khi làm phiếu đồ, dán nhãn mỗi lam kính cẩn thận và gửi giải phẫu bệnh.

- Kết quả giải phẫu bệnh sẽ bao gồm mẫu bệnh phẩm phù hợp và có hay không tế bào ác tính.
 - Nhận xét liên quan đến sự phù hợp mẫu bệnh phẩm bao gồm:
 - ◇ Đánh giá đầy đủ (lưu ý có hay không vùng chuyển tiếp bên trong cổ tử cung);
 - ◇ Đánh giá không đầy đủ (có lý do cụ thể).
 - Nhận xét liên quan đến ung thư bao gồm (phân loại thông thường):
 - ◇ Không có tổn thương lớp biểu mô hoặc ác tính
 - ◇ Bất thường tế bào biểu mô theo những mô tả dưới đây
- Tế bào vảy không điển hình (ASC);
- Tế bào vảy không điển hình có độ biệt hóa không xác định(ASC-US);
- Tế bào biểu mô vảy không điển hình, không thể loại trừ HSIL(ASC-H);
- Tổn thương biểu mô vảy mức độ thấp, bao gồm những thay đổi HPV và loạn sản nhẹ CIN1 (tân sinh biểu mô cổ tử cung (CIN));
- Tổn thương biểu mô vảy mức độ cao, bao gồm loạn sản trung bình và nặng, CIN2, CIN3;
- Ung thư biểu mô tế bào vảy;
- Tế bào tuyến không điển hình.
 - Các nhận xét khác, ví dụ:
 - ◇ Tế bào nội mạc tử cung ở phụ nữ ≥ 40 tuổi.

7.2.10 Sàng lọc ung thư cổ tử cung: sàng lọc quan sát



Trong sàng lọc quan sát, người khám bôi acid acetic 3-5% (trong VIA) hoặc dung dịch chứa iod Lugol (trong VILI) vào cổ tử cung sau đó quan sát vùng bắt màu. Xét nghiệm VIA dương tính nếu có những mảng trắng dày và lồi lên hoặc vùng biểu mô màu trắng; xét nghiệm VILI dương tính nếu có vùng bắt màu mù tạt hay vàng nghệ, thường ở gần ranh giới biểu mô lót-trụ. Một trong hai xét nghiệm nghi ngờ ung thư nếu cổ tử cung có khối dạng nấm giống hoa cải hoặc vết loét. Sàng lọc bằng quan sát cho kết quả âm tính nếu bề mặt cổ tử cung nhẵn, đều, không có gì bất thường, có màu hồng khi bôi acid acetic và màu nâu gụ hoặc đen khi bôi Lugol.

- Không khuyến cáo sử dụng phương pháp quan sát cho phụ nữ sau mãn kinh vì vùng chuyển tiếp của họ hầu hết nằm trong ống cổ tử cung và không quan sát được qua thăm khám bằng mỏ vịt.

Dụng cụ

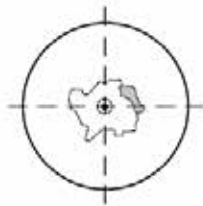
- Mỏ vịt
- Tấm bông
- Acetic acid 3-5% hoặc dung dịch Lugol




Quy trình

1. Bắt đầu bằng thực hiện thăm khám bằng mỏ vịt (xem Mục 7.2.8 ở trên).
2. Điều chỉnh nguồn sáng để quan sát cổ tử cung rõ nhất.

3. Sử dụng tăm bông để làm sạch khí hư, máu và chất nhầy từ cổ tử cung.
4. Nhận diện ranh giới biểu mô vảy-trụ và vùng xung quanh.
5. Bôi acid acetic hoặc Lugol vào cổ tử cung; chờ đổi màu sau 1-2 phút. Quan sát bất kì thay đổi nào trên bề mặt của cổ tử cung. Chú ý tới các bất thường gần vùng chuyển tiếp.
6. Quan sát ranh giới biểu mô lát-trụ một cách cẩn thận và đảm bảo thấy được toàn bộ vùng này. Ghi nhận nếu cổ tử cung dễ chảy máu. Nếu sử dụng acid acetic, tìm xem có các mảng trắng lõi và dày lên hoặc vùng biểu mô màu trắng không. Nếu dùng Lugol thì quan sát vùng có màu vàng nghệ. Lau sạch máu hoặc các mảnh vụn trong quá trình quan sát.
7. Sử dụng tăm bông mới để lau sạch acid acetic hoặc dung dịch iod còn sót lại ở cổ tử cung và âm đạo.
8. Nhẹ nhàng lấy mô vệt ra.
9. Ghi lại những gì quan sát được và kết quả xét nghiệm. Vẽ sơ đồ bất kì dấu hiệu bất thường nào vào phiếu theo dõi.
10. Trao đổi kết quả xét nghiệm sàng lọc với người bệnh. Xem Mục 10.15.8.

7.2.11 Soi cổ tử cung, sinh thiết cổ tử cung và nạo bên trong cổ tử cung.



-  Ranh giới biểu mô lát-trụ
-  Biểu mô trắng (vùng tổn thương nếu bôi acid acetic hoặc lugol)
-  Lỗ tử cung



Chỉ định

Các chỉ định **soi và sinh thiết** cổ tử cung bao gồm:

- Xét nghiệm sàng lọc bất thường
- Các tổn thương nghi ngờ ở cổ tử cung quan sát qua thăm khám bằng mô vệt.
- Xác định vị trí các bất thường trước khi làm liệu pháp lạnh hoặc LEEP.
- Các chỉ định của **nạo buồng cổ tử cung** bao gồm:
 - Người bệnh có dấu hiệu bất thường trên phiếu đồ âm đạo cổ tử cung nhưng không quan sát được bất thường qua soi cổ tử cung.
 - Phiếu đồ âm đạo cổ tử cung gợi ý đến tổn thương tuyến. Các tổn thương này bắt đầu từ biểu mô trụ bên trong ống cổ tử cung. Trong trường hợp này, phải tiến hành nạo buồng tử cung không cần các dấu hiệu trên soi cổ tử cung.
 - Soi cổ tử cung không quan sát được toàn bộ vùng chuyển tiếp.

Dụng cụ

- Mô vệt
- Tăm bông

- Thiết bị soi cổ tử cung
- Dung dịch muối đẳng trương
- Acetic acid 3-5%
- Kẹp phẫu tích
- Sinh thiết bấm
- Thìa nạo buồng cổ tử cung
- Bột Monsel
- Formalin.

Quy trình

1. Cho người bệnh uống paracetamol hoặc ibuprofen 1-2 giờ trước khi thực hiện thủ thuật để giảm đau trong khi sinh thiết cổ tử cung.
2. Quan sát cổ tử cung ở mức phóng đại thấp (5X to 10X), tìm xem có vùng nào bất thường rõ ràng (ví dụ: bạch sản, sùi mào gà). Nhận diện vùng chuyển tiếp, vùng nguyên thể và ranh giới mới giữa tế bào vảy và trụ. Nếu không quan sát được toàn bộ ranh giới tế bào vảy và trụ, quán sát ống cổ tử cung qua mỏ vịt đặt trong cổ tử cung. Nếu vẫn không quan sát được, thủ thuật soi cổ tử cung là không đủ và cần tiến hành nạo buồng cổ tử cung (xem Bước 8 phía dưới).
3. Bôi dung dịch muối đẳng trương vào cổ tử cung. Quan sát cổ tử cung bằng kính lọc xanh và độ phóng đại 15X, chú ý tới các hình thái mạch máu bất thường.
4. Sau khi giải thích cho người bệnh có thể cảm thấy nhức nhẹ, bôi acid acetic. Chờ đổi màu sau 1-2 phút. Quan sát bất kỳ sự thay đổi nào trên bề mặt của cổ tử cung. Chú ý tới các bất thường gần ranh giới biểu mô vảy-trụ.
5. Tổng hợp các dấu hiệu của xét nghiệm dung dịch muối đẳng trương và xét nghiệm acid acetic để tiến hành đánh giá qua soi cổ tử cung.
6. Dẫn người bệnh khi nào sinh thiết cổ tử cung sẽ gây ra co thắt.
7. Sinh thiết hầu hết các vùng bất thường trên cổ tử cung.
8. Nếu cần, tiến hành nạo buồng cổ tử cung. Cầm thìa nạo giống như cầm bút và nạo ống cổ tử cung mỗi nhát ngắn và sâu cho tới khi lấy đủ mẫu. Giữ thìa nạo trong ống cổ tử cung trong khi thực hiện thủ thuật.
9. Nếu có chảy máu, bôi bột Monsel vào vùng chảy máu.
10. Rút dụng cụ soi cổ tử cung và nhẹ nhàng lấy mỏ vịt ra.

Sau thủ thuật

- Dẫn người bệnh cách tự chăm sóc khi về nhà
 - Người bệnh nên kiêng giao hợp cho tới khi không còn ra máu và khí hư. Nếu không thì nên sử dụng bao cao su.
 - Không nên đưa bất kỳ vật gì vào âm đạo trong 3-4 ngày.
 - Dẫn người bệnh những biểu hiện và triệu chứng của biến chứng: chảy máu, co cứng hoặc đau bụng dưới dữ dội, khí hư giống mủ, hoặc sốt. Nếu có những biểu hiện đó, cần phải quay trở lại bệnh viện.
- Phát bao cao su và hướng dẫn người bệnh cách sử dụng.

Xét nghiệm

- Thêm formalin vào mô sinh thiết và bệnh phẩm nao.

7.2.12 Khám vú

Khám vú bao gồm 2 bước: nhìn và sờ. Ngoài khám vú, nên kiểm tra cả cổ, ngực, nách.

Nên có người hỗ trợ là nữ trong suốt quá trình thăm khám.

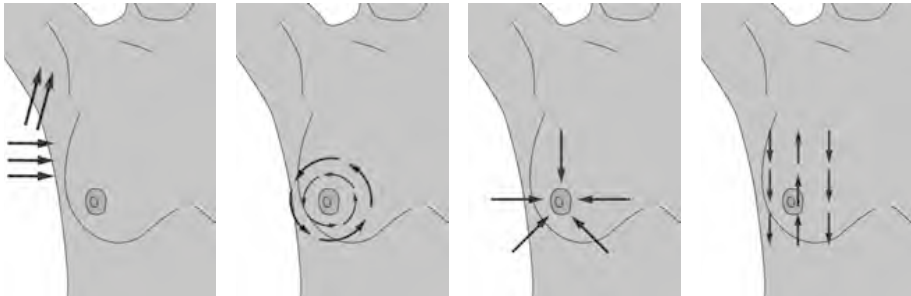


Nhìn

- Yêu cầu người bệnh bộc lộ từ phần eo trở lên.
- Trong mỗi bước dưới đây, quan sát sự không cân đối, chỗ lồi lên hoặc những thay đổi ở da (bao gồm cả chỗ lõm và sưng lên) ở mỗi bên vú. Quan sát một cách cẩn thận núm vú có bị co kéo hay chảy dịch không.
- Bắt đầu khám người bệnh ở tư thế ngồi (đã bộc lộ từ phần eo trở lên)
- Yêu cầu người bệnh đưa cánh tay lên trên đầu.
- Yêu cầu người bệnh hạ cánh tay xuống và tay chống vào hông để làm co các cơ ngực.

Sờ

- Khi người bệnh ở tư thế ngồi, người khám nên sờ các hạch vùng, đặc biệt chú ý tới hạch nách.
- Sau đó khám người bệnh ở tư thế nằm ngửa. Trong khi kiểm tra một bên vú, cánh tay bên kia nên giơ lên qua đầu.
- Sờ vú yêu cầu phải tiếp cận một cách hệ thống để khám toàn bộ vùng ngực, mỗi bên được giới hạn bởi xương đòn, xương ức, xương sườn thấp nhất, đường nách giữa. Người khám nên kiểm tra toàn bộ diện tích này bằng cách khám theo hình tia, theo vòng tròn đồng tâm hoặc theo từng đường dọc. Nên sờ bằng mặt trong các ngón tay, không phải bằng đầu ngón.



7.2.13 Sinh thiết niêm mạc tử cung

Chỉ định



- Vô sinh (để xác định đáp ứng của nội mạc tử cung với kích thích buồng trứng)
- Chảy máu sau mãn kinh (để loại trừ ung thư tử cung)
- Nghi ngờ lao vùng khung chậu
- Nghi ngờ viêm nội mạc tử cung mạn tính

Chống chỉ định

- Có thai

Dụng cụ

- Mỏ vịt
- Tăm bông
- Dung dịch chứa iod
- Kẹp phẫu tích
- Kẹp tử cung
- Dụng cụ thăm tử cung
- Kim tiêm dài và bơm tiêm
- Lidocaine, kim tiêm dài và bơm tiêm
- Dụng cụ nong cổ tử cung
- Thìa nạo sinh thiết và bơm tiêm
- Formalin
- Lam kính
- Môi trường nuôi cấy

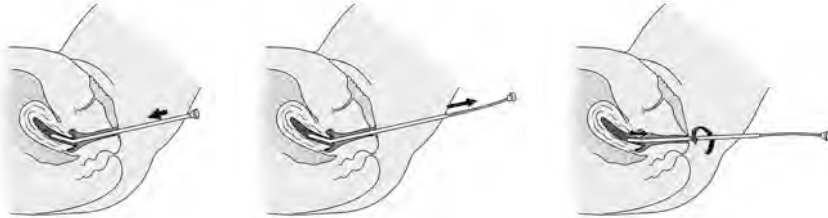
Quy trình

Nên có người hỗ trợ là nữ trong quá trình thăm khám

1. Cho người bệnh uống paracetamol hoặc ibuprofen 1-2 giờ trước khi làm thủ thuật để giảm đau trong khi sinh thiết nội mạc tử cung.
2. Tiến hành thủ thuật trong giai đoạn trước hành kinh của người bệnh.
3. Sau khi chuẩn bị tư thế cho người bệnh, tiến hành khám 2 tay để xác định kích thước tử cung và hướng của cổ tử cung.
4. Tiến hành thăm khám qua mỏ vịt (xem Mục 7.2.8 ở trên).
5. Làm sạch cổ tử cung bằng dung dịch iod
6. Kéo cổ tử cung bằng kẹp tử cung có răng và luồn dụng cụ thăm tử cung để xác định kích thước tử cung. Nếu dụng cụ thăm tử cung không qua được hoặc người bệnh thấy đau, tiến hành cố định cổ tử cung (để gây tê bằng lidocain).
7. Đảm bảo rằng người bệnh đã được gây tê đủ. Nếu dụng cụ thăm tử cung không qua được, cần nong cổ tử cung bằng dụng cụ nong kim loại hẹp, sao đó tiếp tục thăm tử cung



8. Đưa thìa nạo sinh thiết niêm mạc tử cung vào và lấy ít nhất 4 mảnh nội mạc tử cung để làm xét nghiệm mô bệnh học.
9. Kiểm tra những thay đổi về chế tiết nhằm phát hiện chu kỳ phóng noãn.



Xét nghiệm

- Thêm formalin vào mô sinh thiết và yêu cầu nhuộm Gram hoặc soi tìm AFB hoặc cả hai, và nuôi cấy tùy thuộc vào nghi ngờ trên lâm sàng.

Biến chứng

- Thủng tử cung - nghi ngờ khi người bệnh có dấu hiệu chảy máu trong phúc mạc (chướng bụng, tụt huyết áp) hoặc chảy máu nhiều từ âm đạo không phải do rách cổ tử cung. Tiến hành đánh giá nhanh, kiểm soát và chuyển phẫu thuật cấp cứu.
- Co cứng bụng
- Phản xạ mạch-thần kinh phế vị (chóng mặt, ngất).
- Chảy máu.
- Nhiễm trùng sau thủ thuật.

7.2.14 Nhuộm Gram

Dụng cụ

- Lam kính
- Đèn khí đốt hoặc đèn cồn
- Tím tinh thể
- Dung dịch iod
- Chất làm bay màu: acetone hoặc ethanol
- Safranin.

Quy trình

1. Phết tẩm bông chứa bệnh phẩm lên lam kính.
2. Cố định bằng nhiệt bằng cách hơ lam kính qua ngọn lửa đèn cồn.
3. Nhuộm bằng dung dịch tím tinh thể (60 giây) và rửa nước.
4. Nhuộm bằng iod (60 giây) và rửa nước.
5. Khử màu bằng acetone hoặc ethanol trong vài giây (cho tới khi dịch trở nên trong)
6. Nhuộm bằng safranin (60 giây) và rửa nước.
7. Thấm khô nhẹ nhàng và quan sát dưới vật kính dầu (1000X). Vi khuẩn gram dương sẽ bắt màu tím còn vi khuẩn gram âm bắt màu đỏ.

7.2.15 Soi tươi dịch âm đạo

Dụng cụ

- Que ngoáy
- Lam kính và lamen
- 10% potassium hydroxide (KOH).

Quy trình

1. Lấy bệnh phẩm: Dùng que ngoáy lấy dịch ở thành bên hoặc cùng đồ sau âm đạo nơi dịch hay đọng lại.
2. Chuẩn bị lam kính: Chà bệnh phẩm lên trên lam kính và trộn với 1-2 giọt nước muối, đẩy lamen.
3. Cần quan sát: Quan sát ở độ phóng đại 100 và nhìn thấy chuyển động giạt lùi của trichomonas. Quan sát ở độ phóng đại 400 để nhìn các tế bào nấm men và trichomonas.
4. Nhằm xác định dễ dàng các tế bào nấm men trên lam kính, trộn dịch âm đạo với nước muối và thêm 1 giọt KOH 10% để hòa tan các tế bào khác.

Xem mục 10.15.4 về phiên giải kết quả.

7.2.16 Tổng phân tích nước tiểu

Dụng cụ

- Túi đựng nước tiểu vô khuẩn
- Que nhúng nước tiểu
- Ống nghiệm
- Lam kính.

Quy trình

1. Ở nam giới, mẫu nước tiểu giữa dòng lấy từ túi đựng nước tiểu là đủ. Ở người bệnh nữ nên được dẫn rửa sạch cơ quan sinh dục ngoài trước khi lấy bệnh phẩm. Nước tiểu nên được xét nghiệm trong vòng 1 giờ kể từ khi lấy.
2. Nếu không có máy ly tâm, nước tiểu không ly tâm có thể được xét nghiệm bằng que nhúng. Xét nghiệm này cho phép xác định pH và tỷ trọng nước tiểu, có hay không có protein, glucose, bạch cầu, hồng cầu, leukocyte esterase, và nitrite niệu.
3. Ly tâm cho phép xét nghiệm cận nước tiểu, định lượng tốt hơn hồng cầu, bạch cầu, vi khuẩn và phát hiện các tế bào biểu mô, tinh thể và trụ. Ly tâm mẫu nước tiểu 3000 vòng/phút trong ít nhất 3 phút. Sau khi bỏ phần dịch nổi (phần trong trên cùng), lắc nhẹ phần cận. Lấy 1 lượng nhỏ phần dịch còn lại cho lên lam kính để xét nghiệm.

7.2.17 Cách lấy bệnh phẩm phân, bao gồm cả môi trường Cary-Blair dành cho vi khuẩn tả (cholera)

Dụng cụ

- Que ngoáy
- Túi nhựa vô khuẩn
- Môi trường Cary-Blair
- Giấy lọc
- Nước muối.

Quy trình

Lấy bệnh phẩm phân trước khi cho người bệnh dùng kháng sinh. Có nhiều cách lấy bệnh phẩm.

- Lấy mẫu phân tươi (nhúng đầu bông dùng để ngoáy trực tràng vào mẫu phân, đặt trong túi nhựa vô khuẩn) và vận chuyển nhanh đến phòng xét nghiệm (trong vòng 30 phút vì sau 30 phút thể hoạt động của amip sẽ chết và không thể phân biệt được).
- Môi trường vận chuyển như Cary-Blair hoặc nước peptone giúp bảo quản bệnh phẩm tốt hơn. Xem phần bên dưới.
- Dùng các dải giấy thấm hoặc giấy lọc nhúng vào bệnh phẩm phân. Đặt trong ống đựng bệnh phẩm hoặc túi nhựa kèm theo 2-3 giọt nước muối sinh lý (NaCl 9%) để bệnh phẩm không bị khô. Việc vận chuyển lạnh là không cần thiết.

Các ống chứa môi trường Cary-Blair có thể được bảo quản ở nhiệt độ phòng trong 1-2 năm. Môi trường này có thể sử dụng cho đến khi nó bị khô, tạp nhiễm hoặc chuyển màu.

Hướng dẫn sử dụng môi trường Cary-Blair

- Làm ẩm que ngoáy trong môi trường Cary-Blair vô khuẩn.
- Đưa que ngoáy vào sâu trong trực tràng từ 2 tới 3 cm và xoay tròn.
- Lấy que ngoáy và kiểm tra để chắc chắn có bệnh phẩm phân nhìn thấy được.
- Ngay lập tức đặt que ngoáy vào môi trường, đẩy về phía đáy ống.
- Bề gãy phần đầu que chạm vào các ngón tay và bỏ đi.
- Gửi bệnh phẩm đến phòng xét nghiệm trong vòng 7 ngày (không cần thiết phải làm lạnh bệnh phẩm).

Soi phân trực tiếp³

- Dùng bút chì sấp hoặc bút đánh dấu, viết tên người bệnh hoặc mã số bệnh án và ngày ở phía bên trái lam kính.
- Nhỏ 1 giọt nước muối sinh lý vào trung tâm nửa trái lam kính và nhỏ 1 giọt iodine vào trung tâm nửa phải lam kính. Dung dịch nhuộm Iodine thường được sử dụng để quan sát đơn bào, ít khi dùng với giun sán.
- Dùng 1 que ngoáy hoặc que diêm, lấy 1 lượng nhỏ phân (khoảng 2 mg tương đương kích thước đầu que diêm) và cho vào giọt nước muối. Làm tương tự với giọt iodine. Đánh tan phân trong dung dịch tạo hỗn dịch.

³ Hỗ trợ xét nghiệm kí sinh trùng đường ruột. Tổ chức Y tế thế giới, 2004. Xem tại: http://www.who.int/worm-control/documents/benchmarks/training_manual/en/

- Đậy lamen bằng cách giữ 1 góc lamen, đặt lamen chạm vào bờ giọt chất lỏng và nhẹ nhàng hạ thấp lamen phủ trên lam kính sao cho không có bong bóng khí. Chú ý: bệnh phẩm lý tưởng chứa 2mg phân phải đồng nhất - không quá dày vì các mảnh phân có thể gây nhầm lẫn với các vi sinh vật hoặc quá mỏng khi xuất hiện các khoảng trắng.
- Quan sát bệnh phẩm bằng vật kính 10X hoặc khi cần định danh sử dụng vật kính có độ phóng đại cao hơn, quan sát một cách tuần tự (từ trên xuống dưới hoặc sang 2 bên) sao cho quan sát được toàn bộ phần lamen. Khi quan sát được các vi sinh vật hoặc vật thể nghi ngờ có thể chuyển qua độ phóng đại cao hơn để quan sát hình thể ngoài một cách chi tiết.

Xét nghiệm hóa học tìm hồng cầu ẩn trong phân ⁴

Sử dụng xét nghiệm này nhằm sàng lọc nhiễm ký sinh trùng, ví dụ nhiễm sán mang đường ruột, hoặc phát hiện chảy máu đường ruột do polyp, các khối u hoặc viêm.

Chú ý: Một ngày trước xét nghiệm, người bệnh không nên:

- Ăn thịt
- Uống các thuốc chứa sắt
- Đánh răng quá mạnh.

Dụng cụ và thuốc thử

- Máy ly tâm
- Ống ly tâm hình nón
- Tấm bông
- Bơm tiêm, 20 ml
- Ống nghiệm
- Giá đựng ống
- Ống chứa dương (chứa dung dịch hồng cầu 1%)
- Ống chứa âm (chứa nước cất)
- Acid acetic 10% (thuốc thử số 2)
- Hydrogen peroxide nguyên chất 10%
- Ethanol 95%
- Aminopyrine, crystalline.

Chú ý: Các dụng cụ sử dụng trong xét nghiệm phải được làm sạch, không dính các vết máu.

Phương pháp

1. Ngay trước khi thực hiện xét nghiệm, chuẩn bị dung dịch aminopyrine:
 - Cho khoảng 0.25 g aminopyrine vào đáy ống nghiệm
 - Thêm 5 ml ethanol 95%.
2. Cho 1 mẫu phân (khoảng 4 ml) vào ống ly tâm. Thêm 7 ml nước cất và trộn đều.

⁴ Sổ tay các kỹ thuật cơ bản trong xét nghiệm, tập 2. Tổ chức Y tế thế giới, 2003. Xem tại: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545305.pdf>

3. Ly tâm với tốc độ thấp (1000 vòng) trong khoảng 5 phút, hoặc cho đến khi kết tủa hết các chất rắn (có thể dùng máy ly tâm bằng tay).
 4. Gạn lấy phần dịch nổi vào 1 ống nghiệm khác và bảo quản.
 5. Thêm vào ống nghiệm chứa dịch nổi, không trộn:
 - 10 giọt dung dịch acid acetic 10%
 - 5 ml dung dịch aminopyrine.
- Để tránh trộn hoặc lắc ống, giữ đầu pipet chứa dung dịch aminopyrine đối diện thành trong ống nghiệm và để dung dịch tự chảy xuống.
6. Thêm 10 giọt dung dịch hydrogen peroxide 10%. Không trộn. Để ống nghiệm khoảng 1 phút. Đọc kết quả trong vòng 5 phút từ lúc thêm dung dịch hydrogen peroxide.

Kết quả

Nếu phản ứng dương tính sẽ xuất hiện màu đỏ giữa 2 lớp chất béo.

Phiên giải kết quả như sau:

- Đỏ nhạt = Dương tính (+)
- Đỏ = Dương tính mạnh (++)
- Đỏ sẫm = Dương tính rất mạnh (+++)
- Không thay đổi màu sắc = Âm tính (-)

7.2.18 Thời gian máu đông

Chỉ định

- Chẩn đoán haemophilia
- Theo dõi điều trị chống đông
- Phát hiện các rối loạn đông máu (như trong các trường hợp rắn cắn, xem Mục 10.19).

Dụng cụ

- Que ngoáy
- Kim tiêm và bơm tiêm
- Ống nghiệm không có chất chống đông
- Đồng hồ.

Quy trình

1. Lấy 4 ml máu vào 1 ống nghiệm sạch không có chất chống đông.
2. Nghiêng ống máu mỗi 15 giây.
3. Chú ý cục máu đông đầu tiên và tính thời gian.
4. Thời gian máu đông bình thường trong ống thủy tinh là 5-15 phút.

7.2.19 Tiêu bản máu dàn giọt dày và mỏng trong chẩn đoán sốt rét⁵

Chỉ định

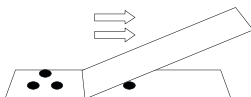
- Chẩn đoán sốt rét (xem Mục 11.25).

Dụng cụ

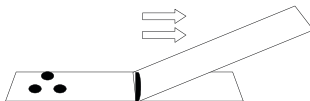
- 2 lam kính
- Methanol
- Dung dịch Giemsa.

Quy trình

1. Nhỏ 1 ít máu gần phần giữa lam kính đối với tiêu bản giọt mỏng.
Nhỏ 2-3 giọt máu ở phía tiêu bản giọt dày. Đặt lam kính trên 1 mặt phẳng.
2. Cầm 1 lam khác nghiêng 1 góc 45 độ, chạm nhẹ vào lam tiêu bản.
Kéo nhẹ lam phía trên về phía giọt máu.



3. Tại vị trí tiếp xúc với lam kéo, máu sẽ được dàn mỏng theo bề rộng của lam kính.



4. Nên kéo lam nhanh và đều tay về phía đối diện, tạo nên 1 bờ có hình lông chim.
5. Dùng 1 góc của lam kéo đi nhẹ máu ở tiêu bản giọt dày. Không cần đi quá nhiều, chỉ đi từ 3-6 lần theo hình vòng tròn hoặc hình chữ nhật.



6. Để khô lam kính và ghi nhãn bằng bút chì mềm.
7. Cố định tiêu bản giọt mỏng bằng cách nhỏ vài giọt methanol và để khô. Cố gắng không để dính methanol ở tiêu bản giọt dày.
8. Rửa lam kính bằng dung dịch Giemsa và để 30-45 phút tránh ánh sáng mặt trời.
9. Rửa lại bằng nước và sấy khô.

⁵ Hướng dẫn chẩn đoán nhiễm sốt rét. Tổ chức Y tế thế giới, 2002. Xem tại: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2000/9241545240.pdf>

10. Ở tiêu bản giọt dày, nhân tế bào bạch cầu sẽ có màu tím sậm. Ký sinh trùng sốt rét có nhân bắt màu đỏ sậm và bào tương màu xanh tím nhạt. Các hồng cầu không bị vỡ có thể quan sát được ở xung quanh; trong trường hợp nhiễm *P.vivax* và *P.ovale* có thể quan sát được hạt Schuffner.

7.2.20 AFB (Nhuộm Ziehl Neelsen)⁶

Chỉ định

- Chẩn đoán lao.

Dụng cụ

- Lam kính
- Đèn cồn hoặc đèn Bunsen
- Que cấy có vòng kim loại 3 mm
- Panh
- Thuốc nhuộm Ziehl Neelsen carbol fuchsin
- Chất tẩy màu: 3% HCL-ethanol hoặc 20-25% H₂SO₄
- Xanh methylene 0.1%.

Quy trình

1. Ghi nhãn lam.
2. Sử dụng que cấy lấy mẫu đờm từ phần đặc nhất của bệnh phẩm (phần đờm lẫn máu, đờm đục, màu xám hoặc vàng như pho mát).
3. Chà bệnh phẩm lên trên lam trong vùng 2.0 x 1.0 cm; có thể sử dụng đầu que gỗ.
4. Để khô trong 15 phút.
5. Cố định bệnh phẩm bằng nhiệt bằng cách hơi lam kính trên ngọn lửa đèn cồn 3 lần. Việc cố định nhiệt đạt tiêu chuẩn khi có thể đọc được chữ in qua lam kính.
6. Rửa lam bằng carbol fuchsin.
7. Hơi lam kính cho đến khi có hơi nước bốc lên và chờ 10 phút.
8. Rửa lại bằng nước và để ráo.
9. Rửa lam bằng chất tẩy màu và chờ 3 phút.
10. Rửa lại bằng nước và để ráo.
11. Rửa lam bằng tím methylene và chờ 1 phút.
12. Rửa lại bằng nước và để ráo.
13. Sấy khô.
14. Cố định bằng nhiệt.
15. Trục khuẩn kháng cồn kháng toan là các trực khuẩn hình que, mảnh bắt màu đỏ trên nền xanh dương.

⁶ Nhuộm AFB. Tổ chức Y tế thế giới, 2004. Xem tại: <http://www.theunion.org/index.php/en/resources/scientific-publications/item/185-afb-smear-staining>.

7.2.21 Siêu âm

Phần này đưa ra những giới thiệu ngắn gọn về siêu âm sản khoa, siêu âm chẩn thương tại giường và siêu âm thực hiện trong lâm sàng nhằm đào tạo cho các bác sĩ tuyến quận (huyện). Nó là các mô tả đơn giản, từng bước về cách thức và thời điểm thực hiện siêu âm. Nếu muốn biết thêm chi tiết, vui lòng đọc các sách giáo khoa về siêu âm^{7,8}. Các phụ bản (1a tới 8) liên quan tới các phần tiếp theo có thể xem lại ở cuối mục này.

Dụng cụ

- Máy siêu âm (đầu dò cong hoặc nhiều pha, và đầu dò âm đạo)
- Gel siêu âm (không dùng cồn; dầu gội hoặc nước có thể được dùng thay thế gel)
- Dung dịch làm sạch không chứa cồn hoặc khăn lau đầu dò
- Bao cao su hoặc mũ che với đầu dò âm đạo.

Siêu âm chẩn thương

Siêu âm trong chẩn thương có thể được thực hiện nhanh chóng ngay tại giường bệnh, và cung cấp thông tin có giá trị theo thời gian xác định tình trạng xuất huyết trong ổ bụng hoặc lồng ngực. Mặc dù siêu âm cung cấp thông tin có giá trị về việc có hay không có chảy máu, nó không thể giúp chẩn đoán cụ thể tạng bị tổn thương hoặc nguồn chảy máu. Nên thực hiện siêu âm sớm ngay khi người bệnh vừa vào viện.

Chỉ định

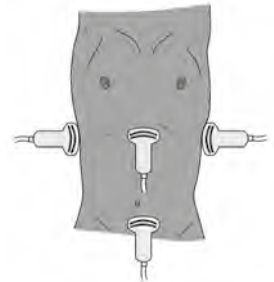
- Chẩn thương nghi ngờ chảy máu phúc mạc, chảy máu lồng ngực hoặc chảy máu màng ngoài tim.
- Chẩn thương có tụt huyết áp, nhịp tim nhanh hoặc sốc.

Quy trình

1. Đặt người bệnh nằm ngửa, sử dụng nẹp cố định cột sống cổ nếu cần.
2. Đặt đầu dò tại 4 vùng trên cơ thể người bệnh để đánh giá có dịch tự do không, dịch có màu đen trên màn hình siêu âm. Dịch tích tụ giữa các tạng đặc có màu xám trên màn hình.

Hình mô tả 4 vùng trong siêu âm chẩn thương.

- a. **Màng ngoài tim (dưới mũi ức).** Đặt đầu dò dưới mũi ức, đầu đánh dấu hướng về phía phải người bệnh. Đưa đầu dò sang bên ngực trái và đánh giá có dịch tự do ở cơ tim (màu xám trên màn hình siêu âm) và màng ngoài tim (viền màu sáng trên màn hình siêu âm) (xem hình 1a-1b).



⁷ Sổ tay siêu âm chẩn đoán. Tập 1, Lần tái bản 2. Tổ chức Y tế thế giới, 2011. Xem tại http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241547451_eng.pdf

⁸ Sổ tay siêu âm trong điều kiện nguồn lực hạn chế. Các bên trong Chăm sóc y tế, 2011. Xem tại http://parthealth.3cdn.net/6e013074d8f4c4c7d8_mblfbx8q.pdf

- b. **Phần tư trên phải (RUQ)**. Đặt đầu dò ở đường nách giữa phải, dọc các xương sườn 10–12, đầu đánh dấu hướng về phía đầu người bệnh. Đánh giá dịch tự do giữa gan và thận (chảy máu phúc mạc) hoặc phần trên cơ hoành là 1 đường thẳng mỏng, trắng trên màn hình (chảy máu lồng ngực) (xem hình 2a-2b).
- c. **Phần tư trên trái (LUQ)**. Đặt đầu dò ở đường nách sau trái, dọc các xương sườn 9-11, đầu đánh dấu hướng về phía đầu người bệnh. Gan bình thường to hơn lách, vì vậy diện lách thận thường nằm cao hơn so với khi quan sát ở góc phần tư trên phải. Đánh giá dịch tự do giữa lách và cơ hoành, lách và thận, và phần trên cơ hoành (xem hình 3a-3b).
- d. **Chậu hông**. Đặt đầu dò ở trên xương mu, đầu đánh dấu hướng về phía phải người bệnh. Thực hiện siêu âm khi bàng quang căng nước tiểu do có thể bỏ sót dịch tự do ổ bụng. Đánh giá dịch tự do giữa bàng quang (cũng có màu đen) và tử cung (ở nữ) hoặc trực tràng (ở nam) (xem hình 4a-4b).

Lỗi có thể mắc phải

- Không quan sát thấy dịch bằng siêu âm trong trường hợp chảy máu phúc mạc, chảy máu lồng ngực hoặc chảy máu màng ngoài tim. Làm lại siêu âm nếu cần. Nếu huyết áp người bệnh xấu đi, cần nhắc chọc dò.
- Do cả dịch và máu đều có màu đen trên màn hình siêu âm nên dịch cổ chướng tử trước và nước tiểu trong phúc mạc do vỡ bàng quang đều gây nên dịch tự do ổ bụng và có hình ảnh giống như chảy máu phúc mạc. Trong trường hợp không chắc về nguyên nhân gây dịch tự do thì việc chọc dò giúp phân biệt các nguyên nhân trên.

Siêu âm sản khoa cơ bản trong 3 tháng đầu

Siêu âm sản khoa có rất nhiều ứng dụng bao gồm đánh giá chửa ngoài tử cung, ước lượng tuổi thai, đánh giá bất thường rau thai (bao gồm rau tiền đạo, khăng định thai chết, thiểu ối hoặc đa ối) và xác định ngôi thai. Phần này tập trung vào đánh giá thai trong buồng tử cung trong các trường hợp nghi ngờ chửa ngoài tử cung.

Chỉ định

- Chảy máu âm đạo hoặc đau bụng kèm theo thử thai dương tính hoặc nghi ngờ có thai.
- Mang thai 3 tháng đầu kèm tụt huyết áp, nhịp tim nhanh, ngất hoặc sốc.
- Nghi ngờ chửa ngoài tử cung có hoặc không kèm các yếu tố nguy cơ (tiền sử chửa ngoài tử cung, tiền sử viêm phần phụ, tiền sử thất vởi tử cung, mang thai dù đang dùng dụng cụ tử cung).

Quy trình

1. Đặt người bệnh nằm ngửa, bàng quang căng với siêu âm đường bụng hoặc bàng quang rỗng với siêu âm đầu dò âm đạo.
2. Bắt đầu bằng siêu âm đường bụng với đầu dò ở vùng trên xương mu, đầu đánh dấu hướng về bên phải người bệnh.

3. Quan sát bằng quang, và phần sau bằng quang, tử cung. Quét dọc tử cung từ trên xuống dưới, sau đó quay đầu đánh dấu hướng về phía đầu và quét theo mặt phẳng đứng dọc, di chuyển đầu dò về bên phải và trái. Đảm bảo rằng bạn quan sát được toàn bộ tử cung.
4. Nếu không có thai trong buồng tử cung, đánh giá dịch tự do bên ngoài tử cung, có thể là dấu hiệu của chửa ngoài tử cung. Quy trình tương tự như trong siêu âm chấn thương vùng chậu hông.
5. Nếu có 1 thai trong buồng tử cung, điều quan trọng là không chỉ nhìn được túi ối (túi chứa nước có màu đen trên màn hình) mà cần quan sát được túi noãn hoàng (vòng màu trắng kèm theo túi ối) hoặc cực thai (phần phôi nhỏ có màu xám trên màn hình siêu âm). Túi noãn hoàng hoặc cực thai có thể quan sát được sớm nhất là 1 tuần sau chậm kinh. Nếu nhìn được túi ối mà không có túi noãn hoàng hoặc cực thai thì chưa loại trừ được chửa ngoài tử cung (xem hình 5). Việc quan sát được thai trong buồng tử cung giúp loại trừ chắc chắn chửa ngoài tử cung. Hiếm khi có đồng thời thai trong buồng tử cung và chửa ngoài tử cung.
6. Nếu không quan sát được thai bằng siêu âm đường bụng, bảo người bệnh đi tiểu và chuẩn bị đầu dò âm đạo có mũ che hoặc bọc bằng bao cao su. Sử dụng gel cả trong và ngoài đầu dò và tránh để lọt khí. Khử trùng đầu dò sau mỗi lần sử dụng. Chú ý rằng siêu âm đầu dò âm đạo cho phép phát hiện sớm và chính xác thai trong buồng tử cung hoặc chửa ngoài tử cung (trừ trường hợp thai trong ổ bụng).
7. Đưa đầu dò vào âm đạo người bệnh từ 4-5 cm và quan sát tử cung ở cả hai mặt phẳng đứng dọc (đầu đánh dấu hướng lên trên) và đứng ngang (đầu đánh dấu hướng về bên phải). Quét toàn bộ tử cung và đánh giá thai trong buồng tử cung và dịch tự do nếu có giống như mô tả ở trên.
8. Nếu buồng tử cung rỗng hoặc chỉ chứa túi ối, cố gắng tìm dịch tự do ổ bụng (giống như mô tả của siêu âm chấn thương ở trên). Khi buồng tử cung rỗng hoặc chỉ có dịch bên trong (không có phôi hoặc túi noãn hoàng) kèm chảy máu phức tạp trên siêu âm thì nên nghi ngờ chửa ngoài tử cung vỡ (Hình 8).

Lỗi có thể mắc phải

- Cả dịch và máu đều có màu đen trên màn hình siêu âm. Trường hợp phân vân dịch ổ bụng hoặc màng ngoài tim là máu hay dịch cổ tử cung và huyết động người bệnh không ổn định thì nên chọc dò phúc mạc chẩn đoán hoặc chọc dò cùng đồ. Xem mục 7.4.3.
- Không nghi ngờ chửa ngoài tử cung ở người bệnh chảy máu âm đạo, đau bụng hoặc tụt huyết áp khi mang thai.
- Chẩn đoán nhầm dịch buồng tử cung là thai trong buồng tử cung và bỏ sót chẩn đoán chửa ngoài tử cung.
- Không chẩn đoán được có dịch tự do ổ bụng và dịch tiểu khung là các dấu hiệu gợi ý chửa ngoài tử cung vỡ ở người bệnh không có thai trong buồng tử cung.

Bình luận

- Siêu âm là an toàn khi có thai, và không có nguy cơ nhiễm bức xạ ion hóa.

7.3 Các thủ thuật điều trị

7.3.1 Dẫn lưu màng phổi

Chỉ định

- Trần khí màng phổi:
 - Trần khí màng phổi dưới áp lực đòi hỏi phải giải áp ngay lập tức bằng cách dùng kim chọc vào màng phổi. Xem Đánh giá nhanh trang 23 để biết thêm chi tiết.
 - Trần khí màng phổi ít (đường viền khí cách thành ngực dưới 3 cm) có thể tự khỏi hoặc chỉ cần chọc hút khí màng phổi đơn thuần.
 - Cần đặt dẫn lưu màng phổi ở tất cả người bệnh tràn khí màng phổi có đặt ống nội khí quản.
- Trần máu màng phổi
- Trần khí tràn máu màng phổi
- Trần mủ màng phổi cấp.

Dụng cụ

- Găng vô khuẩn và toan vô khuẩn
- Thuốc sát trùng
- Lidocaine pha với epinephrine (bơm tiêm 5-10 ml, kim tiêm 23- 25G)
- Dao mổ
- Panh và kẹp cong.
- Ống dẫn lưu và hệ thống dẫn lưu kín dưới mực nước (hoặc túi dẫn lưu kèm van 1 chiều)
- Chỉ khâu (số 0 hoặc 1-0 để cố định dẫn lưu)
- Kim cặp kim,panh cong cặp mạch máu
- Gạc.

Quy trình

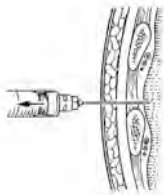
1. Người bệnh cần dùng an thần và thuốc giảm đau khi tiến hành thủ thuật. Cần nhắc dùng ketamine.
2. Đặt người bệnh nằm ngửa, tay bên dẫn lưu đặt lên trên đầu. Trường hợp người bệnh không thể nằm do suy hô hấp, người bệnh có thể ngồi trên giường hoặc ghế. Có thể cần thở oxy hỗ trợ.



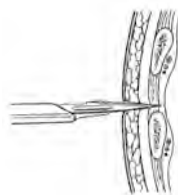
3. Chọn vị trí dẫn lưu, thường là khoang liên sườn 5-6 đường nách giữa.

Để tránh gây tổn thương các tạng, vị trí dẫn lưu cần nằm trong “tam giác an toàn” được xác định bởi phía dưới là đường ngang núm vú đối với nam hoặc ngang đáy bầu vú đối với nữ, phía trước là bờ cơ ngực lớn, và phía sau là cơ lưng rộng. Đỉnh của tam giác nên ở ngay dưới nách.

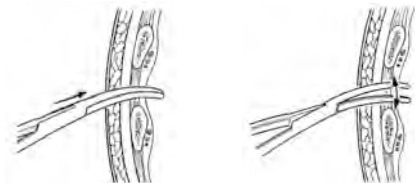
4. Thận trọng trong suốt quá trình làm thủ thuật do gãy tay có thể bị rách do xương sườn gãy đâm vào. Để đề phòng nên mang 2 lớp găng.
5. Sát trùng da.
6. Sử dụng lidocaine gây tê da và cơ. Chú ý chiều dài cần thiết của kim để vào được khoang màng phổi (việc này sẽ hữu ích khi cần đặt ống dẫn lưu lúc sau).



7. Hút dịch từ khoang màng phổi để chắc chắn vị trí của kim.
8. Rạch 1 đường ngang 3-4 cm ngay trên xương sườn để tránh làm tổn thương bó mạch gian sườn ngay dưới bờ dưới xương sườn.

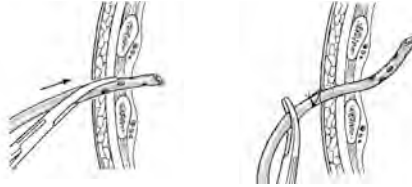


9. Sử dụng thêm lidocaine để gây tê các mô gian sườn và màng phổi tại vị trí đặt dẫn lưu.
10. Sử dụng phẫu tích cùn để tách mô gian sườn tới màng phổi. Đưa kẹp ngay phía trên xương sườn và ngay khi qua xương sườn, mở kẹp và phanh rộng, phẫu tích từ từ để mở rộng đường vào khi tiến vào bên trong. Việc này giúp tạo đường hầm để đặt ống dẫn lưu.



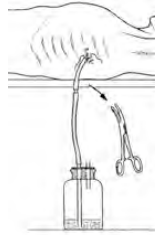
11. Đưa một ngón tay vào trong đường hầm để chắc chắn đã vào đến khoang màng phổi. Quét ngón tay ra xung quanh để đảm bảo không có gan hoặc lách.

12. Sử dụng panh để cặp đầu ống dẫn lưu và đưa vào trong lồng ngực. Không sử dụng các dụng cụ sắc để đưa ống dẫn lưu. Trong trường hợp tràn khí màng phổi, đưa ống hướng lên trên, khi tràn dịch màng phổi đưa ống hướng xuống dưới và ra phía lưng. Đảm bảo đưa ống đủ dài sao cho toàn bộ các lỗ dẫn lưu nằm trong khoang màng phổi.



13. Đóng vết rạch bằng chỉ khâu da mũi rời. Sử dụng chỉ khâu để cố định ống dẫn lưu bằng cách để dài phần đuôi chỉ và buộc quanh ống dẫn lưu và thắt chặt chân ống dẫn lưu vài lần. Để 1 sợi chỉ chờ không buộc ngay cạnh ống dẫn lưu để đóng vết thương sau khi rút ống dẫn lưu. Đặt gạc. Cố định thêm bằng băng dính.

14. Kết nối ống dẫn lưu với hệ thống dẫn lưu kín dưới mực nước và đánh dấu mức dịch ban đầu trong chai dẫn lưu. Có thể sử dụng túi dẫn lưu và van 1 chiều thay thế.



Chăm sóc sau đặt dẫn lưu và rút dẫn lưu

- Việc cho kháng sinh dự phòng nhiễm trùng hàng ngày là không thực sự cần thiết; tuy nhiên trong trường hợp có vết thương ngực hở, việc cho kháng sinh có thể đem lại hiệu quả.
- Dùng 1 cặp panh kẹp mạch máu ở giường bệnh để cặp ống khi thay chai dẫn lưu. Hệ thống dẫn lưu không bị hở khi mức dịch dao động tự do theo thay đổi áp lực khoang màng phổi. Bóng khí xuất hiện liên tục trong vài ngày là dấu hiệu rò phế quản màng phổi và là chỉ định chuyển viện.
- Thay ống dẫn lưu và chai ít nhất mỗi 48 giờ bằng các dụng cụ vô trùng tương đương.
- Nếu không có khí/dịch trong vòng 12 giờ ngay cả khi làm thông ống dẫn lưu thường xuyên, cặp ống thêm 6 giờ và chụp X-Quang ngực. Nếu phổi nở tốt có thể rút ống dẫn lưu.
- Rút ống: đầu tiên nhẹ nhàng tháo gạc. Cho người bệnh dùng paracetamol trước khi tiến hành thủ thuật giúp người bệnh đỡ khó chịu. Sát trùng da. Dùng ngón cái và ngón trỏ lót gạc giữ các mép vết rạch trong khi cắt chỉ cố định ống dẫn lưu. Bảo người bệnh hít vào và làm nghiệm pháp valsava và nhanh chóng rút ống trong khi người phụ buộc lại vết khâu.

Biến chứng

- Phù phổi sau nở phổi - trong khi chưa có bằng chứng rõ ràng thì có thể phòng ngừa biến chứng này bằng cách dẫn lưu tối đa 1.5 lít dịch trong 1 lần.
- Ống dẫn lưu sai vị trí có thể ở dưới da, trong nhu mô phổi hoặc ở bất cứ đâu. Nếu người bệnh ổn định, đặt lại vị trí của ống. Trường hợp người bệnh không ổn định xem mục 2 Đánh giá nhanh về điều trị.
- Tràn khí màng phổi tái phát có thể do đặt ống sai vị trí; cân nhắc điều chỉnh ống hoặc thay ống mới. Trường hợp tràn khí màng phổi dưới áp lực, xem mục 2 Đánh giá nhanh về điều trị.
- Viêm mũ màng phổi - trường hợp người bệnh diễn biến nặng, xem mục 2 Đánh giá nhanh và mục 3.2 về điều trị.

7.3.2 Đặt thông tiểu - Nữ

Chỉ định

- Bí tiểu cấp.
- Theo dõi lượng nước tiểu.

Chống chỉ định

- Nghi ngờ gãy khớp mu (máu rỉ qua lỗ niệu đạo sau chấn thương).

Dụng cụ

- Găng vô khuẩn và toan vô khuẩn
- Thuốc sát trùng
- Dầu khoáng hoặc gel lidocaine 2%
- Ống thông tiểu
- Bơm tiêm 10 ml chứa nước cất hoặc nước muối
- Băng dính hoặc chỉ khâu
- Túi dẫn lưu nước tiểu.

Quy trình

Nên có 1 phụ tá hoặc đồng nghiệp nữ đứng bên cạnh trong suốt thời gian làm thủ thuật.

1. Đặt người bệnh nằm ngửa, gối gập và banh rộng đùi sang 2 bên.
2. Đeo găng vô khuẩn, dùng gạc vô trùng sát khuẩn môi âm hộ và lỗ niệu đạo. Trải toan vô khuẩn có lỗ.
3. Kiểm tra bóng ống thông tiểu và bôi trơn ống thông bằng paraffin vô khuẩn (dầu khoáng) hoặc gel lidocaine.
4. Nhẹ nhàng đưa ống thông tiểu vào niệu đạo, thường ở ngay phía trên âm đạo, và dưới âm vật 2.5 cm. Ở một số phụ nữ việc quan sát lỗ niệu đạo khá khó khăn và phải xác định qua việc sờ.



5. Đưa ống thông vào ít nhất 20 cm để chắc chắn ống thông nằm trong bàng quang.
6. Cố định ống thông.
 - Trường hợp dùng ống thông Foley, bơm bóng bằng 10-15 ml nước cất hoặc nước tiêu sạch. Kéo nhẹ ống thông ra cho đến khi bóng mắc lại tại cổ bàng quang.
 - Trường hợp ống thông không có bóng, buộc 1 nút chỉ quanh ống thông ngay trên lỗ niệu đạo và cố định chân chỉ bằng băng dính ở phần bụng dưới hoặc đùi.
7. Dùng băng dính cố định ống thông vào đùi người bệnh.
8. Nối ống thông với túi nước tiểu vô khuẩn qua 1 hệ thống kín.
9. Nên giảm áp bàng quang căng mạn tính từ từ vì việc dẫn lưu nhanh hơn 1 lít nước tiểu có thể gây đờ bàng quang.

Chăm sóc sau đặt thông tiểu

- Nếu việc đặt ống thông gây chấn thương, cho kháng sinh phổ vi khuẩn Gram âm trong vòng 3 ngày.
- Thay ống thông khi bị tắc hoặc nhiễm trùng hoặc khi có chỉ định khác
- Đảm bảo người bệnh uống đủ nước để ngăn tạo sỏi ở các người bệnh nằm lâu, những người hay bị nhiễm trùng tiết niệu, đặc biệt ở các nước nhiệt đới.

Biến chứng

- Nhiễm trùng đường tiểu hoặc sepsis - khi người bệnh xuất hiện sốt, nhịp tim nhanh và huyết áp tụt, xem trang 19-20 Đánh giá nhanh về kiểm soát tức thì.
- Vỡ bàng quang là biến chứng hiếm gặp do lưu thông tiểu kéo dài- nếu người bệnh đau nhiều hoặc sốt hoặc được xác định vỡ bàng quang vào phúc mạc, xem trang 23-24 Đánh giá nhanh về kiểm soát tức thì và phẫu thuật cấp cứu.
- Đặt nhầm vào âm đạo.
- Chấn thương niệu đạo.

7.3.3 Rạch nang hoặc áp xe tuyến Bartholin

Chỉ định

- Nang tuyến Bartholin ở phụ nữ dưới 40 tuổi không có triệu chứng có thể không cần điều trị. Chỉ định dẫn lưu khi có triệu chứng đau hoặc ảnh hưởng đến quan hệ tình dục.
- Nang tuyến Bartholin ở phụ nữ trên 40 tuổi dù không có triệu chứng cũng nên được dẫn lưu và sinh thiết do nguy cơ cao ung thư hóa.
- Bất kỳ áp xe tuyến Bartholin (nang với bằng chứng nhiễm trùng rõ ràng) nên được rạch, dẫn lưu và rạch để phòng tái phát.



Dụng cụ

- Thuốc sát trùng
- Lidocaine (bơm tiêm 5-10 ml, kim 23-25G)
- Panh nhỏ
- Lưỡi dao và cán dao mổ
- Chỉ khâu, kim cặp kim, panh

- Bơm tiêm 5 ml
- Lam kính
- Môi trường nuôi cấy
- Formalin
- Gạc.

Quy trình

Nên có 1 phụ tá hoặc đồng nghiệp nữ đứng bên cạnh trong suốt thời gian làm thủ thuật.

1. Khám cơ quan sinh dục ngoài. Sát khuẩn khu vực quanh nang hoặc ổ áp xe.
2. Gây tê tại chỗ bằng lidocaine.
3. Dùng panh giữ nang và rạch 1 đường theo chiều dọc từ 1-3cm ở vùng căng nhất, thường ngay phía ngoài màng trinh.
4. Một khi mũ hoặc dịch nang được dẫn lưu hết, lộn mép vết rạch và khâu vào mô mềm xung quanh, sử dụng chỉ tự tiêu. Lỗ mở này sẽ co lại tạo thành 1 lỗ mới của tuyến cho phép dẫn lưu dịch tự do.
5. Đắp gạc để hút dịch còn lại.

Xét nghiệm

- Nếu là áp xe, gửi bệnh phẩm nhuộm Gram và nuôi cấy.
- Ở phụ nữ trên 40 có nang hoặc áp xe, gửi bệnh phẩm trong dung dịch formalin để loại trừ ung thư.



7.3.4 Đặt dụng cụ tử cung (dụng cụ tử cung bằng đồng)

Chỉ định

- Dụng cụ tử cung an toàn và phù hợp với hầu hết tất cả các phụ nữ, bao gồm:
 - Người có hoặc chưa có con
 - Người chưa lập gia đình
 - Ở bất kỳ tuổi nào, bao gồm vị thành niên và phụ nữ trên 40
 - Người có tiền sử sảy thai hoặc thai lưu (không có bằng chứng nhiễm trùng)
 - Người cho con bú
 - Người lao động nặng
 - Người có tiền sử chữa ngoài tử cung
 - Người đã từng viêm phần phụ
 - Người đã từng viêm âm đạo
 - Thiếu máu
 - Nhiễm HIV, hoặc đang dùng thuốc kháng retrovirus và đáp ứng tốt.



Chống chỉ định

- Tiền sử sảy thai nhiễm khuẩn hoặc nhiễm khuẩn hậu sản gần đây, không được điều trị
- Chảy máu âm đạo bất thường (nên được khám trước khi đặt)
- Hiện tại đang mắc ung thư cổ tử cung, ung thư niêm mạc tử cung hoặc bệnh nguyên bào nuôi
- Lao tiểu khung không điều trị
- Viêm cổ tử cung có triệu chứng
- Đang mang thai
- Đánh giá của bác sĩ lâm sàng trong các trường hợp đặc biệt :
 - Trong vòng 48 giờ và 4 tuần từ khi sinh ;
 - Bệnh lý nguyên bào nuôi lành tính;
 - Ung thư buồng trứng;
 - Nguy cơ cao nhiễm lậu hoặc Chlamydia;
 - Bị AIDS và không đáp ứng tốt với điều trị kháng retrovirus (bản thân HIV không là chống chỉ định).

Dụng cụ

- Găng vô khuẩn
- Mỏ vịt
- Tăm bông
- Thuốc sát trùng
- Kẹp cổ tử cung
- Que đo buồng tử cung
- Dụng cụ tử cung
- Kéo.

Quy trình

Nên có 1 phụ tá hoặc đồng nghiệp nữ đứng cạnh trong suốt thời gian làm thủ thuật.

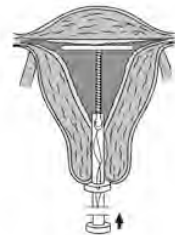
1. Giải thích cho người bệnh về thủ thuật đặt dụng cụ tử cung; chỉ cho người bệnh dụng cụ tử cung và cách sử dụng. Thông báo rằng người bệnh sẽ cảm thấy đôi chút khó chịu và đau trong khi làm thủ thuật, và điều đó là hoàn toàn bình thường.
2. Ibuprofen (200-400 mg), paracetamol (325-1000 mg), hoặc các thuốc giảm đau khác có thể được dùng trước khi đặt 30 phút để giảm đau cho người bệnh. Không dùng aspirin do làm chậm quá trình hình thành cục máu đông.
3. Khám phụ khoa để đánh giá điều kiện đặt, đầu tiên khám bằng 2 tay sau đó đặt mô vịt để quan sát cổ tử cung.

Cần nhắc các câu hỏi sau.

- Có bất cứ dạng tổn thương loét hoặc đổi màu ở âm hộ, âm đạo, cổ tử cung (gợi ý bệnh lây truyền qua đường tình dục)?
- Người bệnh cảm thấy đau ở vùng bụng dưới khi di động cổ tử cung (gợi ý viêm phần phụ)?
- Ấn đau tử cung, buồng trứng hoặc vòi tử cung (gợi ý viêm phần phụ)?
- Chảy dịch mủ từ cổ tử cung (gợi ý bệnh lây truyền qua đường tình dục hoặc viêm phần phụ)?
- Cổ tử cung chảy máu ngay khi chạm nhẹ (gợi ý bệnh lây truyền qua đường tình dục hoặc ung thư cổ tử cung)?
- Có bất thường giải phẫu buồng tử cung ngăn cản việc đặt dụng cụ tử cung (biến dạng buồng tử cung, ngăn cản việc đặt đúng vị trí dụng cụ tử cung)?
- Không xác định được kích thước và tư thế tử cung (yếu tố quan trọng quyết định việc đặt đúng vị trí)?

Nếu bất cứ câu hỏi nào kể trên có trả lời “Có”, chuyển người bệnh đến cơ sở y tế để được chẩn đoán và điều trị phù hợp, và tư vấn các biện pháp tránh thai khác.

4. Nếu người bệnh đủ điều kiện, sát trùng cổ tử cung và âm đạo.
5. Nhẹ nhàng đưa kẹp tử cung qua mô vịt và kẹp nhẹ nhàng cổ tử cung.
6. Đưa que đo buồng tử cung qua cổ tử cung đo độ sâu và tư thế của tử cung. Không đưa thô bạo vì có thể gây thủng tử cung. Không chạm que đo buồng tử cung vào các bề mặt không vô khuẩn bao gồm mô vịt và thành âm đạo.
7. Để dụng cụ vào trong tử cung cần đặt, cả hai vẫn được đặt trong túi vô khuẩn chưa mở. Đặt dụng cụ sao cho ngành ngang nằm trong ống. Đặt que đẩy vào cuối cần đặt. Que đẩy giúp đẩy dụng cụ vào trong tử cung.
8. Đặt dụng cụ tử cung và tháo cần đặt. Không chạm dụng cụ tử cung và cần đặt vào các bề mặt không vô khuẩn bao gồm mô vịt và thành âm đạo.
9. Cắt dây dụng cụ tử cung để lại khoảng 3 cm bên ngoài cổ tử cung.
10. Sau đặt, để người bệnh nghỉ ngơi. Người bệnh nên nằm trên bàn khám cho đến khi thực sự khỏe để mặc lại quần áo.



11. Lưu ý người bệnh về các tác dụng phụ thường gặp, bao gồm thay đổi tính chất kinh nguyệt (đặc biệt trong những tháng đầu sau đặt).

12. Dẫn người bệnh quay trở lại ngay lập tức nếu:

- Người bệnh không cảm nhận thấy dây nối dụng cụ tử cung
- Tuột 1 phần dụng cụ tử cung ra ngoài
- Người bệnh có các triệu chứng của viêm phần phụ
- Người bệnh có thể có thai.

Biến chứng

- Thủng tử cung: ở các người bệnh có dấu hiệu chảy máu trong ổ bụng (chướng bụng, tụt huyết áp) hoặc chảy máu âm đạo nhiều không do rách cổ tử cung, xem Đánh giá nhanh trang 21 về kiểm soát và chuyển người bệnh khi cần mổ cấp cứu
- Chứa ngoài tử cung: nên nghi ngờ ở phụ nữ khi có đau bụng bất thường, chảy máu âm đạo bất thường hoặc chóng mặt, ngất. Nếu người bệnh sốc xem Đánh giá nhanh trang 20-21 về kiểm soát tức thì, chuyển người bệnh đến cơ sở chẩn đoán và chăm sóc thích hợp.
- Thai trong buồng tử cung: kèm theo dụng cụ tử cung sẽ làm tăng nguy cơ đẻ non và thai lưu (thai lưu nhiễm trùng). Nếu người phụ nữ không muốn tiếp tục mang thai cần đưa ra lời tư vấn phù hợp. Nếu người phụ nữ có mong muốn mang thai tiếp thì cần thận trọng dụng cụ tử cung. Nếu người bệnh muốn giữ dụng cụ tử cung thì cần theo dõi chặt chẽ thai kỳ.
- Viêm phần phụ có thể xuất hiện nếu người phụ nữ nhiễm Chlamydia hoặc lậu cầu khi đặt dụng cụ tử cung. Xem mục 10.15 về điều trị.
- Thay đổi tính chất kinh nguyệt (có thể dẫn đến hoặc làm nặng tình trạng thiếu máu).

7.3.5 Giải phóng kẹp bao quy đầu

Kẹp bao quy đầu xảy ra chủ yếu ở trẻ em. Chẩn đoán: bao quy đầu sưng đau sau khi kéo bao quy đầu xuống. Nhìn thấy quy đầu dương vật, xung quanh là vòng phù nề kèm vòng thắt nghẹt ở đầu. Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm bao quy đầu ví dụ do nhiễm trùng
- Sưng do côn trùng đốt
- Trong nhiều trường hợp không nhìn được quy đầu dương vật.



Dụng cụ

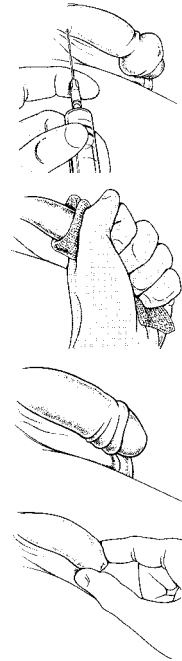
- Găng vô khuẩn và toan vô khuẩn
- Thuốc sát trùng
- Lidocaine không có epinephrine, bơm tiêm 5-10 ml, kim tiêm 23-25G
- Lưỡi dao
- Hai panh kẹp động mạch
- Kéo thẳng
- Chỉ khâu, kim cặp kim, panh.

Quy trình

- Điều trị kẹt bao quy đầu bằng lộn bao quy đầu hoặc nếu thất bại dùng đường rạch nhỏ. Cắt bao quy đầu, 1 thủ thuật không cấp cứu là điều trị triệt căn.

Lộn da quy đầu bằng tay

1. Cho người bệnh dùng an thần nếu cần - cân nhắc ketamine.
2. Sát khuẩn da cơ quan sinh dục.
3. Trải toan có lỗ bộc lộ dương vật, tiêm lidocaine vòng quanh gốc dương vật.
4. Khi gây tê có hiệu quả, nắm một tay giữ phần dương vật phù nề và bóp mạnh; có thể cần dùng gạc lót. Tiếp tục lộn, đổi tay nếu cần, cho tới khi dịch phù nề qua hết dưới dải thắt nghẹt ở thân dương vật.
5. Thông thường sau đó bao quy đầu có thể trùm kín quy đầu.



Rạch vòng thắt nghẹt

6. Nếu lộn bằng tay thất bại, có thể rạch vòng thắt nghẹt.
7. Sát trùng dương vật và trải toan như ở trên, gây tê từ gốc đến đầu dương vật qua vòng thắt nghẹt tại vị trí 12 giờ. Cố gắng đi theo đường vuông góc với vòng thắt nghẹt.
8. Rạch da chậm theo đường trên, chú ý không rạch quá sâu để tránh rạch vào thân dương vật. Sau cắt sẽ có hình kim cương khuyết do các bờ vòng chít hẹp bị tách rời nhau.
9. Phần lớn các vết rạch của thủ thuật này chỉ cần dùng khâu mũi đơn.

Rạch da

10. Theo đường cắt vòng thắt nghẹt có thể lộn da quy đầu dễ dàng. Khi rạch đến đầu xa bao quy đầu thì đường rạch trở thành đường rạch lưng.
11. Đảm bảo gây tê tốt bằng cách dùng panh cặp vào phần bên trong bao quy đầu.
12. Cặp bao quy đầu bằng 2 panh kẹp mạch máu ở mỗi bên đầu xa góc vết rạch và dùng kéo thẳng cắt giữa 2 panh.
13. Một số người bệnh có thể tiếp tục chảy máu hoặc rỉ máu do tách các lớp rạch bao quy đầu sau khi mở panh. Trong trường hợp này nên khâu chỉ tự tiêu dọc mỗi bên đường rạch. Khâu bắt đầu từ đầu gần tới đầu xa. Mũi khâu sẽ có hình chữ “V” lộn ngược sau khi lộn bao quy đầu.

Chăm sóc sau thủ thuật

- Việc lộn bao quy đầu sau thủ thuật là vô cùng quan trọng tránh hẹp bao quy đầu.
- Cắt bao quy đầu, khi người bệnh có nhu cầu, có thể được thực hiện như 1 thủ thuật không cấp cứu một khi đã giảm viêm và sưng.

7.3.6 Đặt thông tiểu - Nam

Chỉ định

- Bí tiểu cấp
- Theo dõi lượng nước tiểu.

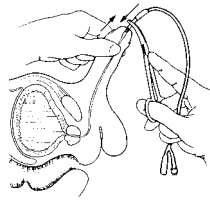
Dụng cụ

- Găng vô khuẩn và toan vô khuẩn
- Thuốc sát khuẩn
- Gel lidocaine 2% hoặc dầu khoáng
- Ống thông tiểu
- Bơm tiêm 10 ml chứa nước cất hoặc nước muối
- Băng dính hoặc chỉ khâu
- Túi đựng nước tiểu.

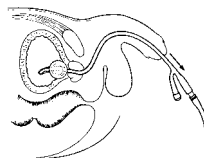
Quy trình

1. Đặt người bệnh nằm ngửa.
2. Rửa cơ quan sinh dục bằng xà phòng và nước, lột da bao quy đầu để làm sạch rãnh quy đầu. Đi găng vô khuẩn và dùng gạc vô khuẩn sát khuẩn lỗ niệu đạo và quy đầu dương vật. Trải toan có lỗ bộc lộ dương vật.
3. Kiểm tra bóng ống thông tiểu và bôi trơn ống thông bằng dầu paraffin (dầu khoáng) hoặc gel lidocaine.

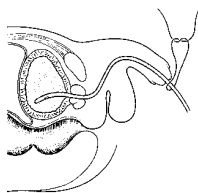
Nếu bạn thuận tay phải, đứng bên phải người bệnh, dựng dương vật vuông góc và kéo nhẹ bằng tay trái, dùng tay phải đưa ống thông nhẹ nhàng.



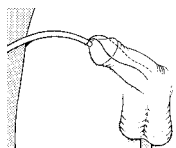
Sau khi đưa vào 12-15 cm, ống thông có thể bị kẹt ở chỗ nối dương vật và hành niệu đạo, trong trường hợp này, hạ thấp dương vật để đưa ống thông qua niệu đạo sau. Đưa thêm vài cm sẽ cảm thấy sức cản từ cơ thắt ngoài bàng quang. Bảo người bệnh thả lỏng để giãn cơ vùng đáy chậu và trực tràng trong khi nhẹ nhàng đẩy ống thông vào sâu.



4. Nước tiểu chảy ra khi ống thông vào trong bàng quang. Đưa ống thông vào sâu thêm từ 5–10 cm trước khi bơm bóng. Như vậy giúp ngăn ngừa bơm bóng trong niệu đạo tiền liệt tuyến.

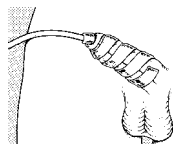


5. Chú ý lộn lại bao quy đầu sau khi đặt xong thông tiểu. Nếu không lộn (lộ quy đầu dương vật), bao quy đầu có thể co lại gây bán hẹp bao quy đầu.

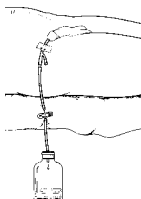


6. Cố định ống thông:

- Trường hợp dùng ống thông Foley, bơm bóng bằng 10-15 ml nước cất hoặc nước tiểu sạch. Kéo nhẹ ống thông cho đến khi bóng mắc lại ở cổ bàng quang.
- Nếu dùng ống thông không có bóng, buộc 1 nút chỉ quanh ống thông ngay trên lỗ niệu đạo và quấn phần thừa dọc thân dương vật, buộc vài vòng xoắn về phía quy đầu và thắt nút.



7. Cố định dương vật và ống thông vào thành bụng bên; tránh làm cong ống thông ở góc bìa-dương vật và giúp phòng ngừa loét do ti đề.



8. Nối ống thông với túi nước tiểu vô khuẩn qua 1 hệ thống kín.
9. Nên giảm áp bàng quang căng mạn tính từ từ vì việc dẫn lưu nhanh hơn 1 lít nước tiểu có thể gây đờ bàng quang.

Chăm sóc sau đặt thông tiểu

- Nếu việc đặt ống thông gây chấn thương, cho kháng sinh phổ vi khuẩn Gram âm trong vòng 3 ngày.
- Thay ống thông khi bị tắc hoặc nhiễm trùng hoặc khi có chỉ định khác. Đảm bảo người bệnh uống đủ nước để ngăn tạo sỏi ở các người bệnh nằm lâu, người hay bị nhiễm trùng tiết niệu đặc biệt ở các nước nhiệt đới.

Biến chứng

- Nhiễm trùng đường tiểu hoặc sepsis - Nếu người bệnh xuất hiện sốt, nhịp tim nhanh và huyết áp tụt, xem trang 19-20 Đánh giá nhanh về kiểm soát tức thì.
- Vỡ bàng quang là biến chứng hiếm gặp do lưu thông tiểu kéo dài- nếu người bệnh đau nhiều hoặc sốt hoặc được xác định vỡ bàng quang vào phúc mạc, xem trang 23-24 Đánh giá nhanh về kiểm soát tức thì và chuẩn bị mô cấp cứu.
- Chấn thương niệu đạo, tiền liệt tuyến.

7.3.7 Dẫn lưu bàng quang trên xương mu

Chỉ định

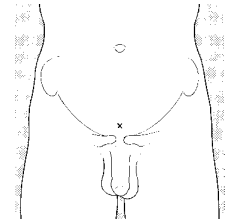
- Cần đặt dẫn lưu bàng quang khi đặt thông tiểu thất bại.

Chống chỉ định

- Thận trọng ở các người bệnh có phẫu thuật ổ bụng từ trước do khả năng dính ruột, làm tăng nguy cơ tổn thương ruột khi đặt dẫn lưu.

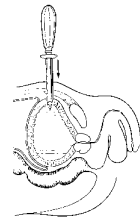
Dụng cụ

- Găng vô khuẩn và toan vô khuẩn
- Thuốc sát trùng
- Lidocaine (bơm tiêm 5-10 ml, kim tiêm 23-25G)
- Kim tiêm 16G, bơm tiêm 50 ml
- Trochar và ống thông
- Bơm tiêm 10 ml chứa nước cất hoặc nước muối sinh lý
- Băng dính và chỉ khâu
- Túi đựng nước tiểu
- Gạc.

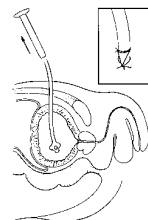
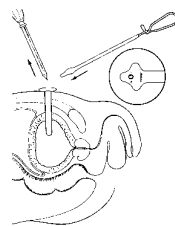


Quy trình

1. Đánh giá mức độ căng của bàng quang qua nhìn và sờ bụng. Nếu được thì siêu âm sẽ giúp xác định vị trí chọc dẫn lưu.
2. Nếu tiến hành dẫn lưu trên xương mu ngay sau khi đặt thông tiểu thất bại thì bỏ toan có lỗ đã dùng, trái toan có lỗ mới trên đường giữa ngay trên xương mu. Không dùng lại găng đã đặt thông tiểu.
3. Sát trùng vị trí chọc.



4. Gãy tê tại chỗ trên đường giữa trên xương mu 2 cm, sau đó đưa kim vào sâu hơn. Dùng kim 16G có gắn bơm 50 ml chọc 1 lỗ trên xương mu 2 cm. Từ từ đưa kim vào sâu khi chọc dò. Khi kim vào trong bàng quang sẽ thấy nước tiểu trào ra. Nếu việc đặt ống thông theo các bước dưới đây gặp khó khăn thì có thể dùng chính bơm tiêm trên để dẫn lưu nước tiểu làm giảm khó chịu cho người bệnh.
5. Cần thận đặt trochar và ống thông theo phương thẳng đứng. Sau khi gập đề kháng nhẹ, bạn sẽ đưa trochar và ống thông dễ dàng vào bàng quang. Khi bạn rút trochar khỏi ống thông sẽ thấy nước tiểu trào ra.
6. Đặt dẫn lưu vào trong bàng quang. Một khi thấy nước tiểu chảy qua dẫn lưu, rút ống thông. Bơm bóng chèn.
7. Cố định dẫn lưu vào da bằng chỉ khâu dùng để đóng vết thương và nối dẫn lưu với túi hoặc chai đựng nước tiểu. Chăm sóc để không tắc dẫn lưu, đặc biệt khi bàng quang căng rờ. Khi cần, dùng nước muối sinh lý bơm rửa dẫn lưu.



Biến chứng

- Thủng ruột. Nếu người bệnh xuất hiện đau bụng dữ dội và ấn bụng thấy đau thì có thể có thủng ruột. Xem bảng Đánh giá nhanh trang 24 về kiểm soát tức thì và chuẩn bị mổ cấp cứu.
- Rò nước tiểu vào ổ bụng.

7.3.8 Đặt ống sonde dạ dày đường mũi

Chỉ định

- Xuất huyết tiêu hóa cao
- Tắc ruột non
- Đánh giá chấn thương dạ dày ruột
- Giảm áp dạ dày trước mổ.

Chống chỉ định

- Gãy xương vùng mặt (sử dụng ống thông miệng dạ dày)
- Rối loạn đông máu nặng
- Chít hẹp thực quản
- Ăn/uống các chất kiềm (có thể gây thủng thực quản).



Dụng cụ

- Ống sonde
- Chất bôi trơn
- 1 cốc nước
- Bơm 50–100 ml.

Quy trình

1. Nâng đầu giường bệnh hoặc bảo người bệnh ngồi dậy.
2. Xác định chiều dài sonde trước khi đặt, đo từ mũi ức (điểm thấp nhất của xương ức) tới tai và từ tai đến mũi. Lấy thêm 15cm so với mức đo làm mốc đặt sonde. Có thể sử dụng chính ống sonde để đo, dùng băng dính đánh dấu vị trí thích hợp trên ống.
3. Bôi trơn ống trước khi đặt.
4. Sau đó đưa sonde 1 cách nhẹ nhàng hướng ra sau (không hướng xuống dưới). Tiếp tục đưa sonde nhẹ nhàng tránh gây tổn thương niêm mạc mũi. Nếu cảm thấy có sức cản, đặt qua lỗ mũi còn lại.
5. Nếu người bệnh cảm thấy khó chịu hãy bảo người bệnh uống 1 chút nước, đồng thời cố gắng đẩy ống sonde vào sâu thêm.
6. Để đưa sonde vào thực quản bảo người bệnh gập cằm vào ngực. Nghi ngờ đặt sonde vào khí quản khi người bệnh ho sặc sụa hoặc có nước ngưng tụ trong ống sonde.
7. Chắc chắn rằng vị trí đặt sonde phải chính xác, đặc biệt ở các người bệnh thay đổi tri giác. Để khẳng định sonde đã vào dạ dày có thể dùng 1 bơm tiêm lớn, bơm nhanh 1 lượng khí sẽ nghe thấy tiếng ục khi đặt ống nghe trên thượng vị. Có thể chụp X-Quang ngực để xác định vị trí sonde.
8. Cố định ống sonde vào mũi người bệnh và áo nằm viện (nhằm tránh tuột sonde khi bị co kéo bất ngờ). Có thể dùng băng dính hoặc băng dán hình con bướm để cố định sonde vào mũi. Tránh để sonde chèn vào thành trong và thành bên của mũi, có thể dẫn đến chảy máu và hoại tử.



Biến chứng

- Nôn và sặc trong khi đặt sonde. Nếu người bệnh thấy khó thở, xem Đánh giá nhanh trang 18 về các kiểm soát tức thì.
- Đặt sonde vào phổi. Nếu người bệnh xuất hiện đau ngực và khó thở, có gợi ý trên X-Quang ngực thì người bệnh có thể bị tràn khí màng phổi. Xem Đánh giá nhanh trang 47 và mục 4.2 về các kiểm soát tức thì. Người bệnh cần được đặt dẫn lưu màng phổi.
- Đặt sonde vào trong sọ. Nếu nghi ngờ đặt sonde vào trong sọ, gọi giúp đỡ từ bác sĩ ngoại khoa.
- Loét và chảy máu dạ dày nếu lưu sonde thời gian dài.

7.3.9 Rửa dạ dày

Chỉ định

- Rửa dạ dày RẤT HIỂM khi được chỉ định trong kiểm soát ngộ độc. Chỉ trong trường hợp người bệnh ăn/uống phải chất độc VÀ thời gian dưới 1 giờ. Xem mục 3.8 Ngộ độc.

Chống chỉ định tuyệt đối

- Người bệnh hôn mê hoặc mất cảm giác kèm theo đường thở không an toàn (nguy cơ sặc)
- Ăn/uống các chất ăn mòn, nguy cơ thủng ống tiêu hóa.
- Ăn/uống các chất như hydrocarbons, trừ trường hợp ăn/uống chất độc hơn có kèm hydrocarbon, như thuốc trừ sâu (nguy cơ sặc)
- Xuất hiện cơn động kinh (nguy cơ sặc)
- Người bệnh có nguy cơ chảy máu hoặc thủng ống tiêu hóa
- Người bệnh không hợp tác (ống sonde có thể gây tổn thương ống tiêu hóa).

Dụng cụ

- Máy hút
- Sonde dạ dày đường mũi hoặc miệng
- Bơm 100 ml
- Nước cất hoặc nước muối.

Quy trình

1. Các người bệnh hôn mê hoặc có đường thở không an toàn phải được đặt nội khí quản trước khi rửa dạ dày. Trường hợp không đặt được nội khí quản thì không nên cố gắng rửa dạ dày.
2. Đặt người bệnh nghiêng trái, đầu cúi 15-30°.Điều này giúp giảm nguy cơ sặc.
3. Đo và đánh dấu chiều dài ống trước khi đặt.
4. Nếu người bệnh ăn/uống chất độc dạng rắn (ví dụ thuốc), đặt sonde cỡ phù hợp (36-40 F) và bôi trơn ống sonde đường miệng.Nếu người bệnh nôn, cẩn thận và nhanh chóng dùng máy hút hút sạch chất nôn. Không dùng lực để đẩy ống sonde.
5. Nếu người bệnh uống phải chất độc dạng lỏng (ví dụ thuốc trừ sâu), đặt sonde đường mũi có bôi trơn.Nếu người bệnh nôn, cẩn thận và nhanh chóng dùng máy hút hút sạch chất nôn. Không dùng lực để đẩy ống sonde.
6. Kiểm tra vị trí sonde trong dạ dày chưa bằng các bơm khí hoặc hút dịch ra thử pH.
7. Mỗi lần rửa, đổ từ 100-300 ml nước ấm hoặc nước muối sinh lý. Để chảy hết dịch trước khi đổ thêm. Lặp lại cho đến khi rửa từ 1-2 lít. Việc rửa bằng lượng nước nhiều hơn không đem lại hiệu quả đáng kể vì chỉ khoảng 100 ml đầu tiên đã loại bỏ phần lớn chất độc còn lại trong dạ dày.

Biến chứng

- Viêm phổi do sặc (xem mục 3.2 về kiểm soát)
- Co thắt thanh quản
- Rối loạn nhịp tim
- Thiếu oxy và tăng carbonic máu
- Chấn thương cơ học: miệng, thực quản và dạ dày
- Rối loạn nước điện giải.

7.3.10 Rạch tĩnh mạch

Chỉ định

- Như 1 biện pháp đưa thuốc vào tĩnh mạch trong cấp cứu khi không dùng được các đường khác :
 - Sốc
 - Ngừng tim vô mạch
 - Dùng làm đường truyền tĩnh mạch khi các tĩnh mạch bị xơ hóa
 - Biến đổi giải phẫu bề mặt.

Chống chỉ định

- Không nên thực hiện nếu có các phương pháp ít xâm nhập hơn.
- Nhiễm trùng tại vị trí đặt.
- Tương đối:
 - Rối loạn đông máu
 - Suy giảm miễn dịch
 - Vết thương lâu liền.

Dụng cụ

- Găng vô khuẩn và toan vô khuẩn
- Thuốc sát trùng
- Lidocaine (bơm tiêm 5-10 ml, kim tiêm 23-25G)
- Chỉ khâu
- Lưỡi dao mổ
- Kẹp cầm máu
- Kéo
- Nong tĩnh mạch
- Ống thông tĩnh mạch đường kính lớn
- Dây truyền
- Kim cặp kim
- Panh
- Mỡ kháng sinh
- Băng dính
- Gạc.

Quy trình

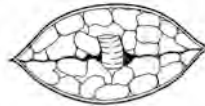
1. Các tĩnh mạch thường được sử dụng trong rạch tĩnh mạch bao gồm tĩnh mạch hiển lớn, tĩnh mạch nền và tĩnh mạch đầu. Tĩnh mạch hiển dễ xác định được vị trí, ngay trước mắt cá trong, thân kinh đi kèm thường không quan trọng do đó nó là vị trí tốt để đặt.



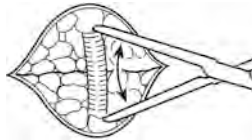
2. Sát khuẩn vị trí chọc và trải toan vô khuẩn; đảm bảo vô trùng trong toàn bộ thủ thuật.
3. Gây tê da và mô dưới da bằng lidocaine.
4. Garo gần vị trí đặt; giúp nổi rõ tĩnh mạch.



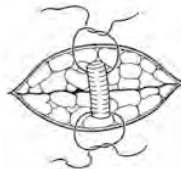
5. Dùng lưỡi dao rạch da theo 1 đường vuông góc với tĩnh mạch. Rạch theo chiều dọc sẽ không cho phép bộc lộ thêm khi cần.



6. Cẩn thận bóc lộ và cô lập tĩnh mạch bằng cặp cùn.



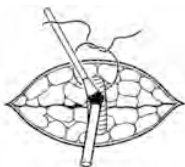
7. Dùng kẹp cầm máu nhẹ nhàng nâng tĩnh mạch khỏi mô liên kết bên dưới và luồn 2 sợi chỉ xuống dưới 2 đầu gân và xa của tĩnh mạch sẽ đặt ống thông.



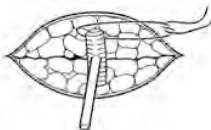
8. Buộc đầu chỉ xa. Để lại đầu chỉ gần chưa buộc, giúp kiểm soát khi có chảy máu.
9. Rạch tĩnh mạch giữa 2 đầu chỉ ở 1 góc 45°. Không rạch quá nửa chiều dài vì có thể gây rách tĩnh mạch và co tụt tĩnh mạch khỏi phẫu trường.



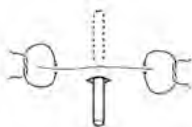
10. Dùng nong tĩnh mạch nâng đầu gần chỗ rạch và cẩn thận luồn ống thông vào lòng tĩnh mạch. Đây có thể là bước lâu nhất của thủ thuật. Bây giờ có thể gắn thêm dây truyền.



11. Buộc đầu chỉ gần quanh tĩnh mạch và ống thông để cố định.



12. Tháo garo và đóng vết rạch.



13. Một khi đã thiết lập được đường vào, vị trí đặt nên được băng lại và nẹp cố định chỉ tránh xoắn hoặc tuột ống.

Biến chứng

- Tụ máu
- Nhiễm trùng
- Viêm tĩnh mạch và huyết khối tĩnh mạch
- Tổn thương các cấu trúc xung quanh.

7.4 Các thủ thuật chẩn đoán và điều trị

7.4.1 Chọc dò màng phổi

Chỉ định

- Chẩn đoán: tràn dịch màng phổi mới phát hiện không do suy tim sung huyết.
- Điều trị: khó thở do tràn dịch màng phổi nhiều.
- Xem mục 10.6 và 15.

Biến chứng

- Giảm tiểu cầu
- Bệnh ưa chảy máu
- Nhiễm trùng tại vị trí chọc.

Dụng cụ

- Găng vô khuẩn và toan vô khuẩn
- Thuốc sát trùng
- Lidocaine (bơm tiêm 5-10 ml, kim 23-25 G, 20G)
- Kim 16G; có thể cần kim dài hơn ở các người bệnh béo— cân nhắc sử dụng kim chọc dịch não tủy
- Bơm 30 ml - có thể cần bơm to hơn (50-100 ml) khi tràn dịch nhiều
- Dây truyền
- Kẹp cầm máu
- Lam kính
- Ống bệnh phẩm và môi trường nuôi cấy.

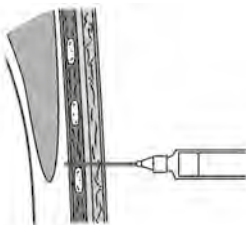
Quy trình

1. Người bệnh ngồi có đỡ đầu và tay (ví dụ ngồi quay về sau). Điều dưỡng hoặc người phụ có thể giúp người bệnh.
2. Xác định vùng tràn dịch màng phổi bằng cách xác định diện đục khi gõ trên thành ngực sau từ trên xuống dưới.
3. Chọn vị trí ở thành ngực sau trên đường giữa xương vai (khoảng 5-10 cm ngoài cột sống). Đánh dấu khoang liên sườn bên dưới vùng bắt đầu đục khi gõ nhưng trên xương sườn số 9 (tránh chọc vào vùng dưới hoành).
4. Sát trùng vị trí chọc; đảm bảo vô khuẩn trong suốt thủ thuật.
5. Gây tê da và mô dưới da bằng lidocaine, sử dụng kim 25G.
6. Sử dụng kim dài cỡ 20G gây tê màng phổi và nhẹ nhàng đưa kim vào sâu hơn đến khi có dịch màng phổi trong bơm tiêm. Sau đó rút kim, đánh dấu độ sâu của kim để xác định chiều dài kim chọc dò.

- Đảm bảo đưa kim chọc đúng vị trí và ngay trên bờ xương sườn, sẽ không gây tổn thương các mạch máu và thần kinh gian sườn nằm ngay dưới mỗi xương sườn.



- Đưa kim 16G vào vị trí chọc lần trước, kim được gắn với 1 bơm tiêm lớn hoặc dây truyền, đầu cuối đặt trong 1 cái xô hoặc gắn với túi đựng nước tiểu. Chú ý rằng 1 số dây truyền có van 1 chiều nên bạn cần cắt bỏ phần đó để dịch chảy ra được.
- Đưa kim từ từ, giữ kim ở ngay trên xương sườn. Hút nhẹ nhàng trong khi đẩy kim.
- Khi thấy có dịch màng phổi, kẹp kim phòng kim trượt về phía trước.
- Tháo 1 lượng dịch vừa đủ (thường khoảng 100 ml để làm xét nghiệm).
 - Không tháo nhiều hơn 1500 ml trong 1 lần vì có thể làm tăng nguy cơ phù phổi hoặc tụt huyết áp. Hơn nữa nguy cơ tràn khí màng phổi cao hơn do kim làm rách lá tạng khi dẫn lưu hết dịch màng phổi.
 - Thông báo với người bệnh rằng họ có thể muốn ho khi phổi bắt đầu nở.
- Người bệnh có thể cảm thấy đau khi hút 1 lượng lớn dịch. Có thể dùng Paracetamol mặc dù trong một số trường hợp có thể cần dùng thuốc giảm đau mạnh hơn.
- Nhẹ nhàng rút kim.



- Việc chụp X-quang ngực sau thủ thuật không được tiến hành thường quy nhưng nên được làm khi nghi ngờ tràn khí màng phổi.

Các xét nghiệm

- Các xét nghiệm phân biệt dịch thấm và dịch tiết (xem Mục 10.6 và 15 về phiên giải kết quả).
- Thu thập 4 ống riêng biệt:
 - Ống 1 (ống thường, nắp đỏ), protein, LDH, và glucose;
 - Ống 2 (EDTA, nắp tím), đếm tế bào, tế bào học;
 - Ống 3 (vô khuẩn), nhuộm Gram và nuôi cấy (bất kỳ ống đựng vô khuẩn nào cũng có thể dùng để làm nhuộm Gram và nuôi cấy);
 - Ống 4 (vô trùng), bảo quản bệnh phẩm trong trường hợp cần làm các xét nghiệm khác ví dụ soi tìm AFB, nuôi cấy lao.

Biến chứng

- Tràn khí màng phổi (xem Đánh giá nhanh trang 47 và mục 4.2 về kiểm soát tức thì) - nếu tràn khí nhiều có thể cần đặt dẫn lưu màng phổi.
- Tràn máu màng phổi (xem Đánh giá nhanh trang 47 và mục 4.2 về kiểm soát tức thì) - cần đặt dẫn lưu màng phổi.
- Chọc vào gan hoặc lách - nếu nghi ngờ chọc kim vào gan hoặc lách, xem Đánh giá nhanh trang 21 và mục 4.2 về kiểm soát tức thì và gọi hỗ trợ từ bác sĩ ngoại khoa nếu tình trạng người bệnh không ổn định.
- Phù phổi sau nở phổi - trong khi chưa có bằng chứng rõ ràng thì có thể phòng ngừa biến chứng này bằng cách dẫn lưu tối đa 1.5 lít dịch trong 1 lần.
- Tắc mạch khí khi tình trạng người bệnh không ổn định, người bệnh thở nhanh, nhịp tim nhanh, huyết áp tụt hoặc có dấu hiệu thần kinh khu trú- xem Đánh giá nhanh trang 20 về kiểm soát tức thì.
- Nhiễm trùng
- Cơn cường dây X.

7.4.2 Chọc dịch não tủy

Chỉ định

- Nghi ngờ nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương (viêm màng não, viêm não)
- Nghi ngờ xuất huyết dưới nhện
- Chẩn đoán ung thư di căn màng não, lơ xê mi màng não
- Chẩn đoán giang mai giai đoạn 3
- Theo dõi điều trị viêm màng não
- Đánh giá sa sút trí tuệ
- Điều trị tăng áp lực nội sọ trong viêm màng não do Cryptococcus
- Điều trị hội chứng giả u não
- Đưa thuốc, chất gây mê hoặc chất cản quang vào hệ thần kinh trung ương.

Chống chỉ định

- Nhiễm trùng tại vị trí chọc.
- Tăng áp lực nội sọ có bằng chứng là các dấu hiệu thần kinh khu trú, phù gai thị, thay

đôi tri giác hoặc cơn co giật. Chọc dịch não tủy ở người bệnh tăng áp lực nội sọ có thể gây thoát vị não dẫn đến tử vong (xem mục 10-10b).

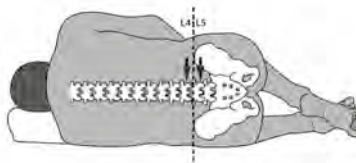
- Rối loạn đông máu hoặc tiểu cầu thấp.

Dụng cụ

- Găng vô khuẩn và toan vô khuẩn
- Thuốc sát trùng
- Lidocaine (bơm 5-10 ml, kim 23-25G)
- Kim chọc dịch não tủy 20-22G có nòng
- Áp kế hoặc dây và cọc truyền tĩnh mạch
- Gạc
- Lam kính
- Ống đựng bệnh phẩm và môi trường nuôi cấy.

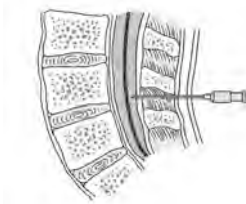
Quy trình

1. Chọc dịch não tủy là 1 thủ thuật gây đau và một số người bệnh cần tiêm an thần trước, đặc biệt khi người bệnh mê sảng hoặc không hợp tác. Khuyến cáo nên cho tất cả người bệnh dùng paracetamol trước khi tiến hành thủ thuật, tuy nhiên, việc này không nên làm chậm thủ thuật và việc chỉ định dùng kháng sinh.
2. Khám cẩn thận để phát hiện các dấu hiệu tăng áp lực nội sọ trên người bệnh như mô tã ở trên. Nếu nghi ngờ tăng áp lực nội sọ hoặc khối choán chỗ thì nên chỉ định chụp CT sọ não (nếu có thể) trước khi thực hiện chọc dịch não tủy (xem mục 10-10b để biết thêm chi tiết).
3. Sổ tay này khuyến cáo nên thực hiện chọc dịch não tủy trước khi dùng kháng sinh nếu có thể thực hiện thủ thuật trong vòng 15 phút. Nếu không thể hoặc hoãn chọc dịch não tủy thì cần cho kháng sinh theo kinh nghiệm khi nghi ngờ viêm màng não.
4. Đặt người bệnh nằm về một phía, cong lưng (đưa vai về phía trước và gập đùi vào bụng). Người bệnh có thể ngồi và cong lưng. Tuy nhiên tư thế này sẽ không cho phép đo chính xác áp lực dịch não tủy. Một người phụ đứng đằng trước giúp cố định người bệnh là cần thiết.

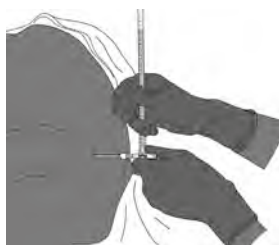


5. Chọc dịch não tủy thường được tiến hành ở khe đốt sống thắt lưng 4-5, ngay dưới vị trí tận cùng của tủy sống. Xác định khe đốt sống bằng cách kẻ 1 đường tưởng tượng qua 2 mào chậu. Đặt 4 ngón tay lên mào chậu và ngón cái đặt vào trong hướng về phía cột sống.
6. Sát trùng.
7. Gây tê da và mô dưới da bằng lidocaine.

8. Nhẹ nhàng đưa kim chọc đi chếch hướng lên phía trên, hợp 1 góc chếch hướng về phía đầu. Từ từ đưa kim vào sâu. Nếu kim chạm xương, rút kim ngay dưới da và thay đổi góc chọc (thường dốc hơn hướng về phía đầu) trước khi đưa kim vào sâu.



9. Khi đã vào khoang dưới nhện có thể cảm thấy “hụt”. Sau đó tháo nòng xem dịch não tủy có chảy không. Dịch nên để chảy tự do và không nên dùng máy hút để hút dịch.
10. Đo áp lực (thường từ 10-20 cm nước).
- Nín thở hoặc căng thẳng có thể làm tăng áp lực. Trấn an và giúp người bệnh thư giãn.
 - Nếu áp lực tăng, chỉ rút ra 5 ml dịch và rút kim.
 - Nếu không có áp kế, bộ dây truyền có đánh dấu bằng băng dính và gắn vào cốc truyền có thể dùng để đo áp lực.



11. Lấy 2 ml dịch não tủy vào mỗi ống trong 4 ống. Ở người bệnh viêm màng não do Cryptococcus, mỗi lần lấy tối đa 30 ml (xem mục 11.5).
12. Đậy lại nòng và rút kim. Dùng gạc vô khuẩn ấn chặt trong vài phút.

Các xét nghiệm

(xem mục 10.10b về phiên giải kết quả)

- Thu thập 4 ống riêng biệt:
 - Ống 1, protein, glucose
 - Ống 2, nhuộm Gram
 - Ống 3, lưu mẫu dịch cho các xét nghiệm bổ sung
 - Ống 4, đếm tế bào.
- Các xét nghiệm bổ sung:
 - Nếu nghi ngờ hoặc đã biết HIV dương tính: nhuộm mực tàu, ngưng kết latex với kháng nguyên Cryptococcus
 - Soi tìm AFB

- VDRL hoặc RPR
- Nuôi cấy vi khuẩn
- Nuôi cấy lao
- Nuôi cấy nấm
- Tế bào học.

Biến chứng

- Thoát vị não - khi tình trạng người bệnh không ổn định, người bệnh thờ chậm, nhịp tim chậm, huyết áp tăng, thay đổi tri giác hoặc có các dấu hiệu thần kinh khu trú, xem Đánh giá nhanh về kiểm soát tức thì và gọi trợ giúp từ bác sĩ ngoại khoa.
- Đau đầu sau chọc dịch (đau nhiều khi đứng), dùng paracetamol.

Các biến chứng khác có thể có :

- Đau kiểu rễ
- Liệt không hoàn toàn 2 chân
- Nhiễm trùng
- Chảy máu.

7.4.3 Chọc dò dịch màng bụng

Chỉ định

- Chẩn đoán
 - Lấy bệnh phẩm xét nghiệm dịch ổ chướng tìm nguyên nhân
 - Đánh giá viêm phúc mạc
 - Đánh giá chảy máu trong ổ bụng hoặc thủng ruột trong chấn thương.
- Điều trị
 - Giảm đau và tức bụng do ổ chướng quá căng
 - Giảm khó thở do ổ chướng đẩy cơ hoành lên cao
 - Bước đầu trong lọc màng bụng.

Chống chỉ định

- Bệnh ưa chảy máu (hơn là đông máu nội mạch rải rác) dù nguy cơ chảy máu thấp
- Ruột chướng hơi hoặc tắc ruột
- Nhiễm trùng hoặc sẹo mổ tại vị trí chọc.

Dụng cụ

- Găng vô khuẩn và toan vô khuẩn
- Thuốc sát trùng
- Lidocaine (bơm 5-10 ml, kim 23-25G)
- Kim tiêm và bơm tiêm
- Túi dẫn lưu và ống dẫn hoặc bộ dây truyền tĩnh mạch
- Gạc
- Lam kính



- Ống đựng bệnh phẩm và môi trường nuôi cấy.

Quy trình

1. Người bệnh nên được hướng dẫn đi tiểu trước khi làm thủ thuật. Một số trường hợp có thể cần phải đặt thông tiểu.
2. Người bệnh cổ chướng nhiều nên nằm ngửa; người bệnh cổ chướng ít có thể nằm nghiêng trái.
3. Góc phân tư dưới trái (2-3 cm bờ ngoài cơ thẳng bụng) là vị trí chọc dịch màng bụng thuận lợi nhất. Góc phân tư dưới phải và vị trí ngay dưới rốn 3-4 cm có thể được lựa chọn.
4. Sát khuẩn.
5. Gây tê vị trí chọc bằng lidocaine.
6. Cần thận đưa kim qua vị trí chọc. Có cảm giác “hụt” khi kim vào trong ổ bụng. Cần thận, tránh đưa kim vào sâu đột ngột.



7. Chỉ tháo 1 lượng dịch cần thiết. Nối kim với túi dẫn lưu bằng ống dẫn khi cần tháo lượng lớn dịch. Chú ý rằng việc tháo nhiều hơn 1 lít dịch có thể gây tụt huyết áp sau chọc dò.



Các xét nghiệm

(xem mục 10.9 về phiên giải kết quả)

- Các xét nghiệm thường quy bao gồm đếm tế bào, albumin, protein toàn phần, nhuộm Gram và nuôi cấy.
- Nếu nghi ngờ lao màng bụng, gửi bệnh phẩm làm soi tìm AFB và nuôi cấy lao.
- Nếu nghi ngờ bệnh lý ác tính, gửi bệnh phẩm làm tế bào học.
- Xét nghiệm glucose và amylase có thể hữu ích.

Biên chứng

- Tụ huyết áp sau chọc dò. Bù dịch ngay lập tức – thường tự khỏi (xem Đánh giá nhanh trang 20 về kiểm soát tức thì).
- Thủng ruột. Nếu người bệnh xuất hiện đau bụng nhiều, ấn bụng thấy đau thì có thể ruột đã bị thủng (xem Đánh giá nhanh trang 21 về kiểm soát tức thì và chuẩn bị mổ cấp cứu).
- Nhiễm trùng vị trí chọc.
- Tụ máu thành bụng.
- Rò dịch cổ chướng.

7.4.4 Chọc hút dịch khớp

Chỉ định

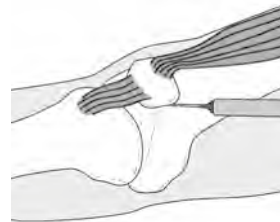
- Nghi ngờ viêm khớp nhiễm khuẩn hoặc viêm khớp tinh thể
- Viêm một khớp hoặc tràn dịch khớp không rõ nguyên nhân
- Giảm triệu chứng do tràn dịch khớp nhiều
- Xem mục 10.13 Đau khớp.

Chống chỉ định

- Viêm mô tế bào hoặc nhiễm trùng phần mềm
- Bệnh ưa chảy máu
- Khớp giả.

Dụng cụ

- Găng vô khuẩn và toan vô khuẩn
- Thuốc sát trùng
- Lidocaine (bơm 5-10 ml, kim 23-25G)
- Kim 21G và bơm tiêm
- Gạc
- Lam kính
- Ống đựng bệnh phẩm và môi trường nuôi cấy.



Quy trình (chọc hút dịch khớp gối)

1. Người bệnh nằm ngửa trên bàn khám. Khám khớp gối, xác định vị trí tràn dịch khớp, và có tình trạng nhiễm trùng da hay không.
2. Sờ sờ trên trong và trên ngoài xương bánh chè, đánh dấu điểm cách 1 cm về phía trên và ra ngoài điểm này. Sát khuẩn.
3. Gây tê vùng, tuy nhiên chỉ cần hơi căng da cũng có thể giúp làm giảm khó chịu cho người bệnh.
4. Cố định xương bánh chè bằng 1 tay.

5. Đưa kim 21G (có gắn bơm tiêm kích cỡ phù hợp) theo 1 góc 45° so với đầu gối, ngay dưới xương bánh chè.



6. Dịch được hút ra dễ dàng một khi đưa kim vào sâu vài cm. Nhẹ nhàng ép phía đối diện ổ khớp để tăng lưu lượng dịch.
7. Một khi rút 1 lượng dịch vừa đủ làm giảm triệu chứng của người bệnh thì rút kim và gửi dịch trong bơm tiêm đi xét nghiệm.

Các xét nghiệm

(xem mục 10.13 phiên giải kết quả trong đau khớp)

- Đếm tế bào, protein
- Nhuộm Gram và nuôi cấy
- Soi kính hiển vi phân cực (ở những nơi có tỷ lệ cao viêm khớp tinh thể).

Biến chứng

- Viêm khớp nhiễm khuẩn do thầy thuốc khi người bệnh xuất hiện sốt với nhịp tim nhanh và huyết áp tụt, xem Đánh giá nhanh trang 20 về kiểm soát tức thì.
- Các biến chứng khác bao gồm:
 - Lỏng lỏng khớp
 - Tràn dịch khớp tái phát.

7.4.5 Chọc dịch màng ngoài tim

Chỉ định

- Lấy bệnh phẩm chẩn đoán xác định nguyên nhân tràn dịch
- Ép tim (bán cấp hoặc cấp).

Chống chỉ định

- Tràn dịch màng ngoài tim số lượng ít
- Chảy máu màng ngoài tim do chấn thương, phình tách động mạch chủ, và viêm mũ màng ngoài tim (ưu tiên phẫu thuật)
- Bệnh ưa chảy máu.

Dụng cụ

- Găng vô khuẩn và toan vô khuẩn
- Thuốc sát trùng

- Lidocaine, bơm 5-10 ml, kim 23-25 G
- Kim dài 18G
- Gạc
- Lam kính và môi trường nuôi cấy.

Quy trình

1. Nếu có thể, thủ thuật này nên được tiến hành bởi bác sĩ có kinh nghiệm dưới hướng dẫn của màn huỳnh quang hoặc siêu âm tim, và trong buồng thông tim hoặc phòng mổ.
2. Sau khi sát trùng và gây tê, đưa kim vào sâu 2 cm chéo về bên trái mũi ức, và hướng về phía vai trái. Kim nên hợp với mặt da 1 góc 30° tránh vào màng phổi và các động mạch gần đó.



3. Trong khi đưa kim nên nhẹ nhàng hút thử và cố gắng cho đến khi thấy dịch trào ra. Nghe tiếng “pop” hoặc thay đổi đột ngột tỉ trọng mô xuyên qua cho thấy đã vào màng ngoài tim. Có thể phân biệt máu và dịch màng tim bằng cách nhỏ lên 1 miếng bọt biển khô và sạch. Nếu là dịch màng tim thì chấm dịch có màu nhạt hơn máu.
4. Trong trường hợp cấp cứu hoặc ép tim, việc tháo đến 50 ml chỉ cải thiện huyết động tạm thời.
5. Không nên hút nhiều hơn 1 lít dịch trong 1 lần để tránh giãn buồng thất phải cấp tính.

Các xét nghiệm

- Nhuộm Gram, sinh hóa và nuôi cấy
- Tế bào
- Nếu nghi ngờ lao màng ngoài tim, làm thêm adenosine deaminase và gửi bệnh phẩm nuôi cấy lao.

Biến chứng

- Rách cơ tim hoặc động mạch vành có thể có biểu hiện muộn là tràn máu màng ngoài tim hoặc ép tim - (xem Đánh giá nhanh trang 21 về kiểm soát tức thì và chuẩn bị mổ cấp cứu).

- Suy thất trái hoặc thất phải cấp kèm phù phổi (xem Đánh giá nhanh trang 21 và mục 3.2.5).
- Rối loạn nhịp tim- làm điện tâm đồ và điều trị theo các hướng dẫn quốc gia.

Nếu người bệnh xuất hiện sốc thể hiện bằng nhịp tim nhanh, huyết áp tụt xem Đánh giá nhanh trang 21 về kiểm soát tức thì.

- Tràn khí màng phổi (xem Đánh giá nhanh trang 47 và mục 4.2 kiểm soát tức thì trong chấn thương). Khi cần có thể phải đặt dẫn lưu màng phổi.
- Tắc mạch khí - khi tình trạng người bệnh không ổn định, thở nhanh, nhịp tim nhanh, huyết áp tụt hoặc có các dấu hiệu thần kinh khu trú, xem Đánh giá nhanh trang 21 về kiểm soát tức thì.
- Chọc vào ổ bụng hoặc các tạng trong ổ bụng. Nếu người bệnh xuất hiện đau bụng dữ dội, ấn bụng thấy đau thì có thể đã chọc vào ổ bụng. Xem Bảng đánh giá nhanh trang 25 về kiểm soát tức thì và gọi trợ giúp từ bác sĩ ngoại khoa.



Hình 1a Màng ngoài tim bình thường



1b Dịch tự do màng ngoài tim



Hình 2a Phần tư trên phải bình thường



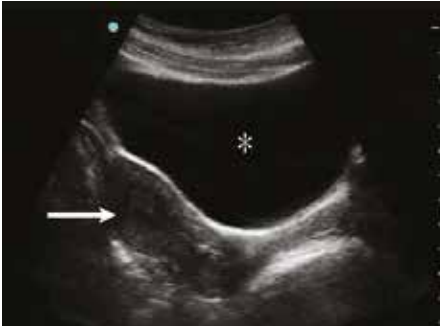
2b Dịch tự do góc phần tư trên phải



Hình 3a Phần tư trên trái bình thường



3b Dịch tự do góc phần tư trên trái



Hình 4a Chậu hông bình thường



4b Dịch tự do vùng chậu hông



Hình 5 Túi ối và túi noãn hoàng



Hình 6 Thai



Hình 7 Nhịp tim thai



Hình 8 Chứa ngoài tử cung vỡ, tử cung rỗng và dịch tự do

8. Thuốc/Điều trị

Mục lục

8.1	Hướng dẫn việc sử dụng các thuốc giảm đau khác nhau (xem phần 20 Chăm sóc giảm nhẹ)	346
8.2	Thông tin về liều tương đương để dùng thay thế các corticoid	347
8.3	Hàm lượng sắt trong các loại muối sắt khác nhau	347
8.4	Tóm tắt các loại thuốc/điều trị ở thanh thiếu niên và người lớn	347

Mục 8 chỉ bao gồm các khuyến cáo điều trị cho các trường hợp được trình bày trong sổ tay này và không bao gồm danh sách đầy đủ các chỉ định cho từng thuốc. Nó cũng không có thuốc tránh thai thông thường, vaccine hoặc liệu pháp miễn dịch.

Thông tin về thuốc trong mục này được trích từ Dược thư mẫu của Tổ chức Y tế thế giới¹, Điều trị thuốc trong các rối loạn tâm thần trong chăm sóc sức khỏe ban đầu², thông tin sản phẩm từ các hãng dược, UpToDate³, và các công thức dựa trên bằng chứng như Dược thư quốc gia Anh⁴ và Sổ tay thuốc của Úc⁵. Các nguồn khác bao gồm Hướng dẫn điều trị kháng sinh của đại học Stanford.⁶

Những tóm tắt này không bao gồm tất cả các phản ứng bất lợi và tương tác thuốc. Thông tin đưa ra nên được phiên giải bằng kiến thức chuyên môn và tham khảo thêm thông tin từ nhà sản xuất đối với từng thuốc cụ thể và nên bổ sung khi cần theo lời khuyên của các chuyên gia.

Ở những phần quan trọng, nguyên tắc kê đơn và chỉ định thuốc được đề cập trong các mục liên quan của cuốn sổ tay. Ví dụ, nguyên tắc kê thuốc trong các rối loạn tâm thần ở mục 10.11.

Nếu có thể, các phản ứng bất lợi được phân loại dựa theo tỉ lệ mới xuất hiện: phổ biến = tỉ lệ mới xuất hiện trên 1%; không thường xuyên hoặc hiếm = tỉ lệ mới xuất hiện dưới 1%.

Mục 8 được chia thành các phần:

8.1 Thuốc giảm đau

8.2 Thông tin về tương đương của các loại corticosteroid

8.3 Viên sắt

8.4 Thông tin về các thuốc cụ thể cho tuổi vị thành niên và người lớn

Mục 8 nên được cập nhật với từng quốc gia để thông nhất với các hướng dẫn quốc gia và danh sách thuốc thiết yếu. Xin hãy tham khảo danh mục thuốc thiết yếu cập nhật của Tổ chức Y tế thế giới và Dược thư mẫu của Tổ chức Y tế thế giới 2008.¹

¹ Dược thư mẫu. Tổ chức Y tế thế giới, 2008. Xem tại www.who.int/selection_medicines/list/WMF2008.pdf

² Điều trị thuốc trong các rối loạn tâm thần trong chăm sóc sức khỏe ban đầu. Tổ chức Y tế thế giới, 2009.

³ UpToDate, xem tại <http://www.uptodate.com/store>.

⁴ Joint Formulary Committee (2010). Dược thư quốc gia Anh. 60th ed. London, British Medical Association and Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. Xem qua HINARI (<http://extranet.who.int/hinari/en/journals.php>).

⁵ Rossi, S. ed, Sổ tay thuốc 2008. Adelaide, Medicines Handbook Pty Ltd, 2008.

⁶ Gilbert DN, Ellopoulos GM, Moellering RC, Saag MS, Chambers HF, eds. Hướng dẫn điều trị kháng sinh của đại học Stanford. 40th ed. Sperryville, Antimicrobial Therapy, 2010.

Danh mục các thuốc trong mục 8.4 là không đầy đủ. Khi cần danh mục đầy đủ hoặc thông tin về tương tác thuốc đặc biệt, tham khảo Dược thư mẫu của Tổ chức Y tế thế giới 2008.¹

Về việc chỉnh liều thuốc trong suy gan và suy thận, xin hãy tham khảo phụ lục 4 và 5 trong Dược thư mẫu của Tổ chức Y tế thế giới 2008¹ và mục 11.31 trong cuốn sổ tay này.

Một số chỉ định quan trọng hoặc thông thường khác không được đề cập trong cuốn sổ tay được liệt kê trong cột bên trái dưới mục “Các chỉ định khác “.

Lời khuyên cụ thể trong việc kê đơn ở người cao tuổi

- Các thuốc thường gây các vấn đề ở người cao tuổi bao gồm thuốc ngủ, lợi tiểu, thuốc chống viêm không steroid, thuốc tăng huyết áp, thuốc hướng thần và digoxin.
- Với một số thuốc, bắt đầu bằng liều thấp, tăng liều chậm, chú ý các tác dụng phụ bất thường và tương tác thuốc.

8.1 Hướng dẫn việc sử dụng các thuốc giảm đau khác nhau (xem phần 20 Chăm sóc giảm nhẹ)

	Thuốc giảm đau	Liều khởi đầu cho thanh thiếu niên và người lớn	Khoảng liều	Tác dụng phụ / Thận trọng
Bước 1	Không phải dạng thuốc phiện			
	Paracetamol (cũng làm giảm sốt)	1 gram mỗi 4-6 giờ nhưng không quá 4 grams trong 24 giờ	Chỉ 1 viên (500 mg) cho người lớn tuổi hay ốm nặng hoặc khi kết hợp với chất dạng thuốc phiện. Có thể kiểm soát được đau vừa phải với liều dùng mỗi 6 giờ	Không dùng quá 4 gram trong 24 giờ (liều lớn hơn gây ngộ độc gan nghiêm trọng)
	Aspirin (acetylsalicylic acid) (còn dùng cho chống viêm và giảm sốt)	600 mg (2 viên 300 mg) Cách nhau 4 giờ		Tránh sử dụng nếu dạ dày có vấn đề, dùng lại nếu đau thượng vị, khó tiêu, phân đen, xuất huyết chàm hoặc chảy máu. Tránh dùng khi có bất kỳ sự chảy máu nào. Không dùng cho trẻ em dưới 16 tuổi
	Ibuprofen (còn dùng cho hạ sốt, chống viêm)	200-400 mg 3-4 lần mỗi ngày. Tối đa 2.4 g mỗi ngày	Liều lớn nhất mỗi ngày là 2.4 g	Trong hoặc sau bữa ăn
Bước 2	Chất dạng thuốc phiện cho đau từ nhẹ đến trung bình (cho thêm vào aspirin hoặc paracetamol)			
	Codeine (nếu không có sẵn hãy xem xét đến aspirin và paracetamol)	Codeine phosphate 30 mg cách nhau 4 giờ	Codeine phosphate 30-60 mg mỗi 4 giờ. Liều giảm đau lớn nhất mỗi ngày là 180-240 mg – chuyển sang dùng morphine nếu vẫn đau	Cho thuốc nhuận tràng để tránh táo bón trừ khi bị tiêu chảy.
Bước 3	Chất dạng thuốc phiện cho đau từ trung bình đến nặng			
	Morphine đường uống: 5 mg/5 ml hoặc 50 mg/5 ml hoặc dạng viên dùng đường uống nhưng nếu cần có thể dùng tiêm tĩnh mạch, tiêm bắp hay tiêm dưới da	Ban đầu, dùng morphine sulfate 2.5-10 mg mỗi 4 giờ, sau tăng lên 30-50% nếu vẫn còn đau	Tùy theo cơn đau Không có liều tối đa. Xem phần 20	Cho thuốc nhuận tràng để tránh táo bón trừ khi bị tiêu chảy. Quá liều có thể gây giảm nhịp thở

8.2 Thông tin về liều tương đương để dùng thay thế các corticoid

Bảng: Tính tương đương của corticoid		
Corticoid	Liều tương đương	Bán hủy
Hydrocortisone	100 mg	8–12 giờ
Prednisone/prednisolone	25 mg	12–36 giờ
Methylprednisolone	20 mg	12–36 giờ
Dexamethasone	4 mg	36–54 giờ

Bảng: Phân loại tiềm lực của các corticoid tại chỗ và khả năng dùng thay thế			
Nhẹ		Mạnh	
Hydrocortisone	0.5%, 1%	Betamethasone	0.05%
Hydrocortisone acetate	0.5%, 1%	Dipropionate	0.1%
		Betamethasone valerate	0.1%
		Hydrocortisone butyrate	0.1%
		Mometasone furoate	0.1%
		Triamcinolone acetonide	
Vừa phải		Rất mạnh	
Betamethasone valerate	0.02%, 0.05%	Clobetasol propionate	0.05%
Clobetasone butyrate	0.05%		
Triamcinolone acetonide	0.02%		

8.3 Hàm lượng sắt trong các loại muối sắt khác nhau

Muối sắt	Hàm lượng	Hàm lượng sắt
Sắt fumarate	200 mg	65 mg
Sắt gluconate	300 mg	35 mg
Sắt sulfate	300 mg	60 mg
Sắt sulfate, khô	200 mg	65 mg

8.4 Tóm tắt các loại thuốc/điều trị ở thanh thiếu niên và người lớn

Ghi chú: Các bảng tóm dưới đây không bao gồm liều hay chỉ định cho trẻ dưới 10 tuổi

Tài liệu tham khảo phần này có trong ngoặc đơn.

Thuốc không nằm trong Dược thư mẫu của WHO được in nghiêng.

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Acamprosate</p> <p>Duy trì quá trình cai rượu (16.5)</p>	<p>Viên: 333 mg bao tan trong ruột</p> <p>>55 kg: 2 viên 3 lần mỗi ngày.</p> <p><55 kg: 2 viên 2 lần mỗi ngày</p>	<p>Phổ biến: Ngứa, ban dát sần; tiêu chảy, thay đổi ham muốn tình dục</p> <p>Hiếm gặp: Buồn nôn, nôn, đau bụng, phản ứng da phỏng nước, phù mạch, sốt phản vệ</p>	<p>Có thai / Cho con bú: Không khuyến cáo khi mang thai hoặc cho con bú.</p> <p>Sử dụng thận trọng: Bị suy thận hoặc gan (cho liều thấp hơn)</p> <p>Không làm thay đổi các tác dụng của uống rượu trên hệ thần kinh trung ương hoặc các triệu chứng cai</p>
<p>Acetazolamide</p> <p>Điều trị trước phẫu thuật tăng nhãn áp góc đóng cấp tính (10.12.2)</p> <p>(Chỉ dẫn khác: điều trị phụ trợ của bệnh tăng nhãn áp mạn tính)</p>	<p>Viên: 250 mg</p> <p>Uống: Ban đầu là 250 mg rồi 500-750 mg/ngày chia làm nhiều lần cho đến khi người bệnh được chuyển tuyến trên</p>	<p>Phổ biến: Dị cảm (tay, mắt, chân, hoặc vùng chuyển tiếp da và niêm mạc), mệt mỏi, buồn ngủ, trầm cảm, giảm ham muốn tình dục, đắng miệng hoặc tanh; buồn nôn, nôn, đau bụng, tiêu chảy, phân đen; đại tiện rất, đại tiện tiết niệu; toan chuyển hóa, hạ kali máu, hạ natri máu</p> <p>Hiếm gặp: Cận thị thoáng qua; Hội chứng Stevens-Johnson; thiếu máu bất sản (đặc biệt là trong 6 tháng đầu tiên), giảm tiểu cầu, mất bạch cầu hạt, giảm bạch cầu</p>	<p>Có thai / Cho con bú: Tránh trong 3 tháng đầu của thai kỳ</p> <p>Chống chỉ định: Hạ kali máu, hạ natri máu, nhiễm toan, suy thận nặng, suy gan nặng, tăng nhãn áp góc đóng mạn tính (có thể che lấp tình trạng bệnh nặng lên)</p> <p>Sử dụng thận trọng: Ở người cao tuổi, đái tháo đường, bệnh gout, tiền sử sỏi thận, dị ứng với sulfonamide</p> <p>Tư vấn: Dùng thuốc khi ăn để giảm nguy cơ đau dạ dày.</p>
<p>Acetylcysteine</p> <p>Quá liều Paracetamol (3.8.1)</p>	<p>Tiêm: 200 mg/ml (tác dụng đối kháng với độc chất, không phải tác dụng ly giải dimer)</p> <p>Uống: 100 mg/ml</p> <p>Tĩnh mạch: ban đầu 150 mg/kg trong 15 phút, sau đó 50 mg/kg trong 4 giờ; rồi 100 mg/ kg trong 16 giờ</p> <p>Uống: Liều ban đầu 140 mg/ kg; 4 giờ sau bắt đầu liều duy trì 70 mg/kg trong 4 giờ, liên tục 17 liều đến 72 giờ (lâu hơn nếu xét nghiệm chức năng gan còn bất thường).</p>	<p>Phổ biến: Ban đỏ, nổi mề đay, ngứa</p> <p>Hiếm gặp: Phản ứng phản vệ hoặc quá mẫn, bao gồm phù niêm, co thắt phế quản/ suy hô hấp, hạ huyết áp, và đôi khi, nhịp tim nhanh hoặc tăng huyết áp. Thường xảy ra 15-60 phút sau khi bắt đầu truyền (xử lý bằng cách giảm tốc độ truyền hoặc dừng truyền cho đến khi hết phản ứng; ngưng tiêm truyền nếu xảy ra sốc phản vệ nặng; phát ban - sử dụng thuốc kháng histamin, hen cấp - sử dụng thuốc đồng vận beta2 tác dụng ngắn như salbutamol.)</p> <p>Ngay khi kiểm soát được phản ứng phản vệ, có thể truyền lại bình thường với tốc độ truyền thấp nhất (100 mg/kg trong 1 lit trong 16 giờ đồng hồ).</p>	<p>Có thai / Cho con bú: Kinh nghiệm lâm sàng cho thấy việc sử dụng acetylcysteine để điều trị quá liều paracetamol có hiệu quả và lợi ích lớn hơn nguy cơ.</p> <p>Sử dụng thận trọng: Những người bệnh bị bệnh hen suyễn hoặc tiền sử co thắt phế quản, nhưng không tri hoãn điều trị acetylcysteine</p> <p>Chỉ định: Đường tĩnh mạch: Pha loãng liều cần thiết trong dịch truyền glucose 5% như sau: 200 ml trong 15 phút đầu, sau đó 500 ml trong 4 giờ, rồi 1 lit trong 16 giờ.</p> <p>Uống: Pha loãng để được dung dịch 5% trong nước ngọt, nước trái cây, hoặc nước trước khi uống hoặc bơm qua xông dạ dày.</p> <p>Báo quan: Đôi khi có sự thay đổi màu sắc của dung dịch thuốc nước sang màu tím nhạt; Sự thay đổi màu sắc này không làm ảnh hưởng đáng kể về tính an toàn hoặc hiệu quả. Bảo quản dưới 25 ° C.</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Acetylsalicylic acid (aspirin)</p> <p>Hội chứng mạch vành cấp tính / nhồi máu cơ tim (Đánh giá nhanh trang 21)</p> <p>Đau từ nhẹ đến trung bình (20,2, 2.4); sốt (10.1.2)</p> <p>(Các chỉ định khác: đột quỵ thiếu máu cục bộ cấp tính; phòng bệnh mạch máu não hoặc nhồi máu cơ tim; xử lý cơn đau nửa đầu cấp tính; viêm khớp)</p>	<p>Viên: 100 mg, 300 mg</p> <p>Uống: 300 mg (tốt nhất là nhai hoặc hòa trong nước) dùng ngay lập tức như một liều duy nhất</p> <p>300 mg-600 mg mỗi 4 giờ khi cần thiết; liều cao (900mg) có thể thể hữu ích để giảm đau ở một số người bệnh; tối đa 4 gram trong 24 giờ</p>	<p>Phổ biến: Kích ứng tiêu hóa với mất máu nhẹ, ù tai; điếc (liều cao), buồn nôn, khó tiêu, nôn mửa, tăng thời gian chảy máu, đau đầu, chóng mặt</p> <p>Hiếm gặp: Hội chứng Steven Johnson, thiếu máu thiếu sắt, suy thận, viêm loét thực quản, xuất huyết tiêu hóa lớn, loạn tạo máu, hội chứng Reyes.</p> <p>Dị ứng, có thể phê quan phù mạch, mề đay hoặc viêm mũi ở người bệnh quá nhạy cảm (đặc biệt là ở những người bị bệnh hen suyễn)</p> <p>* Nếu dùng quá liều, xem phần 3.8</p>	<p>Có thai / Cho con bú: Thận trọng trong 3 tháng đầu tiên và thứ hai - liều thấp có thể không có hại. Hãy xem xét thuốc thay thế khác để giảm đau. Không nên sử dụng trong 3 tháng thứ ba do suy giảm chức năng tiêu cầu và nguy cơ xuất huyết. Làm chậm khởi phát và kéo dài chuyển dạ làm tăng mất máu; tránh liều giảm đau nếu có thể trong vài tuần cuối (liều thấp có thể không gây hại); với liều cao, gây đóng ống động mạch của thai nhi trong tử cung và có thể tăng áp phổi dai dẳng của trẻ sơ sinh; vàng da nhân nào ở trẻ sơ sinh vàng da.</p> <p>Cho con bú: liệu trình ngắn an toàn khi cho con bú ở liều thông thường (giảm sát trẻ sơ sinh, sử dụng thường xuyên ở liều cao có thể gây giảm prothrombin máu nếu dự trữ vitamin K của trẻ thấp; có thể có nguy cơ hội chứng Reye; tránh cho con bú 1-2 giờ sau khi sử dụng để giảm thiểu phơi nhiễm cho trẻ.</p> <p>Chống chỉ định: trong quá mẫn với acetylsalicylic acid hoặc bất kỳ NSAID khác (bao gồm cả hen suyễn, phù mạch, mề đay hoặc viêm mũi), loét dạ dày tiền triển, rối loạn chảy máu, và ở trẻ em và thanh thiếu niên dưới 16 tuổi (Hội chứng Reye). Không cho điều trị bệnh gút</p> <p>Sử dụng thận trọng: trong bệnh hen suyễn, suy tim, tăng huyết áp không được kiểm soát, bệnh dị ứng, loét dạ dày từ trước, suy thận, suy gan, thiếu G6PD, mất nước, và ở người cao tuổi</p> <p>Dùng thuốc: dùng cùng thức ăn, với nhiều (~ 240 ml) nước (trừ khi phải hạn chế dịch) hoặc sữa để giảm thiểu sự kích thích dạ dày.</p> <p>Tư vấn: Nếu bạn phát hiện mắt cá chân bị sưng, khó thở, phân hoặc chất nôn có màu đen như bã cà phê thì ngưng dùng thuốc..</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
Aciclovir	<p>Viên: 200 mg, 400 mg, 800 mg Huyền dịch uống: 200 mg/5 ml. Truyền: 1g, 250 mg Mỡ tra mắt: 3% w/w</p>	<p>Phổ biến: Buồn nôn, nôn, tiêu chảy, áo giác (với liều cao), đau đầu, lơ mơ, lú lẫn, co giật</p>	<p>Có thai: Thân trọng trong 3 tháng đầu</p>
Virus Herpes simplex (HSV); herpes sinh dục, đợt đầu hoặc tái phát (11.15)	<p>Uống: 400 mg 3 lần mỗi ngày Hoặc 200 mg 5 lần mỗi ngày trong 7-10 ngày (lưu ý hơn nếu tổn thương mới xuất hiện hoặc chưa lành)</p>	<p>Hiếm gặp: Phản ứng quá mẫn; kích động, chóng mặt, hoa mắt, yếu; phù, suy thận; đau khớp; đau họng; đau bụng, táo bón; viêm gan, vàng da; rối loạn về máu (thiếu máu, giảm tiểu cầu, giảm bạch cầu), hội chứng Stevens-Johnson, hoại tử ly thượng bì nhiễm độc, sốc phản vệ</p>	<p>Sử dụng thận trọng: Trong suy thận, khi dùng đồng thời các thuốc độc thận khác, sử dụng dạng chế phẩm tĩnh mạch ở người bệnh có bất thường về thần kinh, ở những người bệnh lớn tuổi</p>
Điều trị dự phòng tái phát herpes simplex (ngăn chặn mạn tính) (11.15)	<p>Uống: 200 mg 3-5 lần mỗi ngày hoặc 400 mg 2 lần mỗi ngày, dùng mỗi 6–12 tháng để đánh giá lại.</p>		<p>Dùng thuốc: Duy trì đủ nước khi dùng đường tĩnh mạch (cân bằng với nguy cơ phù não ở người bệnh viêm não).</p>
Viêm não hoặc viêm gan do HSV (11.15)	<p>Tĩnh mạch: 10 mg/kg 3 lần mỗi ngày trong 14–21 ngày</p>	<p>Phản ứng viêm nặng tại chỗ nơi truyền tĩnh mạch</p>	<p>Truyền liều tĩnh mạch trong 1 giờ để ngăn ngừa tổn thương thần. Đảm bảo lượng dịch vào đầy đủ (1,5-2 lít/ngày), cũng nên duy trì đủ dịch khi dùng thuốc đường uống để ngăn ngừa kết tinh trong ống thận. Những thay đổi về chức năng thận trong khi điều trị thường đáp ứng với bù nước và/hoặc giảm liều</p>
Viêm thực quản HSV (11.15, 10.7b.3):	<p>Uống: 200 mg 5 lần mỗi ngày hoặc 400 mg 3 lần mỗi ngày trong 7-10 ngày</p>		
• Nếu không suy giảm miễn dịch	<p>Uống: 400 mg 5 lần mỗi ngày trong 14-21 ngày</p>		
• Điều trị ức chế viêm thực quản HSV	<p>Uống: 400 mg 2 lần mỗi ngày và điều trị ARV</p>		
Bệnh thủy đậu (11.45.1)	<p>Xem liều dùng trong mục 11.45.1</p>		
Bệnh zona (11.45.2)	<p>Uống: 800 mg 5 lần mỗi ngày trong 7 ngày (bắt đầu trong vòng 72 giờ sau khi xuất hiện phát ban sẽ có hiệu quả) và tra thuốc mỡ mắt 3% mỗi 4 giờ nếu có liên quan đến mắt</p>		<p>Tư vấn: Uống nhiều nước (ít nhất là 1,5-2 lít/ngày). Có thể làm rã viên thuốc trong nước nếu muốn. Nếu dùng 5 lần mỗi ngày, cho mỗi 4 giờ trong thời gian còn thức.</p>
Viêm giác mạc herpes (10.12.2)	<p>Tra 1 cm thuốc mỡ 3% trực tiếp vào mắt 5 lần mỗi ngày; tiếp tục ít nhất 3 ngày sau khi lành hẳn. Hoặc uống aciclovir 400 mg 5 lần mỗi ngày cho đến khi lành hẳn</p>		

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
Albendazole Bệnh giun lươn (nếu Ivermectin không có sẵn) (11.36) Bệnh ấu trùng sán dây lớn, là thuốc thay thế cho Praziquantel trong những trường hợp không có biến chứng (11.7) Bệnh giun chỉ (11.12) Bệnh giun đũa (10.7), giun móc (10.18) <ul style="list-style-type: none"> • Điều trị • Dự phòng 	Viên: 400 mg (nhai được) Uống: 400 mg hai lần mỗi ngày trong 3 ngày (xem xét liệu trình dài hơn ở những người bệnh bị suy giảm miễn dịch). Rồi duy trì 400 mg mỗi tháng. Uống: 15 mg/kg mỗi ngày trong 8 ngày Uống: 400 mg một liều duy nhất + Diethyl-carbamazine HOẶC Albendazole 400 mg hai lần mỗi ngày trong 2 tuần + Ivermectin một liều duy nhất Uống: 400 mg một liều duy nhất Uống: 400 mg một liều duy nhất trong mỗi 6 tháng	Phổ biến: Trong thời gian điều trị bệnh ấu trùng sán dây lớn ở hệ thần kinh, triệu chứng thần kinh (sốt, nhức đầu, bệnh nặng hơn, có thể do phản ứng hệ thần kinh trung ương với ký sinh trùng chết) Hiếm gặp: Không dung nạp đường tiêu hóa, tăng men gan, rụng tóc có thể đảo ngược, phát ban, giảm bạch cầu có thể đảo ngược, ứ nước tủy xương (giảm toàn bộ các dòng tế bào máu, thiếu máu bất sản, mất bạch cầu hạt), hội chứng Stevens Johnson	Có thai/ cho con bú: Khuyến cáo chỉ dùng trong 3 tháng thứ hai và thứ ba của thai kỳ và chỉ khi không có lựa chọn thay thế và giá trị lợi ích lớn hơn nguy cơ. Dùng thuốc: Kiểm tra xét nghiệm chức năng gan và công thức máu trước khi điều trị lâu dài và kiểm tra hai lần trong mỗi chu kỳ (mỗi 2 tuần). Ngưng điều trị nếu các enzyme lớn hơn hai lần giới hạn bình thường. Tư vấn: Nhai và dùng thuốc khi dạ dày trống rỗng. Chống chỉ định: Không dùng chung với Ivermectin nếu bệnh giun chỉ Onchocerca hoặc bệnh giun chỉ Loa loa cùng lưu hành với bệnh giun chỉ bạch huyết.
Amiloride Phù nề (10.4.4) (Chỉ định khác: Xơ gan)	Viên: 5 mg Uống: 10 mg mỗi ngày chia ra 1-2 liều, dùng kết hợp với Furosemide	Phổ biến: Tăng kali máu, hạ natri máu, tăng clo máu (đặc biệt là khi kết hợp với thuốc lợi tiểu Thiazide), suy nhược, đau đầu, buồn nôn / nôn, táo bón, bất lực, chóng mặt, chuột rút cơ bắp Hiếm gặp: Tiêu chảy, chán ăn, khô miệng, đau bụng, đầy hơi, tiêu nhiều, phát ban, ngứa, rối loạn thị giác, rối loạn tâm thần nhẹ, đánh trống ngực	Có thai/ cho con bú: không khuyến cáo trong thai kỳ hoặc cho con bú; xem xét các lựa chọn thay thế Chống chỉ định: tăng kali máu, suy thận Sử dụng thận trọng: Ở người già, người bệnh mắt sức có bệnh tim phổi hoặc đái tháo đường typ 1 không kiểm soát được; ở người bệnh xơ gan, có thể thúc đẩy suy thận, nhiễm toan chuyển hóa tăng clo máu, bệnh não gan; với các loại thuốc có thể làm tăng nồng độ kali (thuốc ức chế men chuyển) Tư vấn: Dùng vào buổi sáng. Có thể xuất hiện chóng mặt khi đứng.

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Amitriptyline</p> <p>Trầm cảm (10.11.6); đau bệnh lý thần kinh (10.10a); đau dây thần kinh Herpes (11.45)</p>	<p>Viên: 25 mg, 50 mg</p> <p>Uống: Bắt đầu 50 mg trước khi đi ngủ VÀ tăng dần khi cần thiết từ 25-50 mg mỗi 1-2 tuần đến 100-150 mg mỗi ngày.</p> <p>Liều tối đa là 200 mg mỗi ngày cho bệnh trầm cảm; lên đến 300 mg cho đau bệnh lý thần kinh (liều duy nhất, tốt nhất là trước khi đi ngủ hoặc chia làm nhiều lần).</p> <p>Lưu ý: chậm khởi phát hiệu lực</p> <p>Đổi với người già và bị bệnh nội khoa: Bắt đầu từ 25 mg vào ban đêm, có thể tăng dần đến liều dùng nạp tối đa 100 mg mỗi ngày</p>	<p>Phổ biến: Hạ huyết áp tư thế (nguy cơ ngã), chóng mặt, buồn ngủ, khô miệng, táo bón, buồn nôn, khó tiêu, nhìn mờ, đau đầu, lú lẫn, mất định hướng, tăng men gan, nặng thêm trầm cảm, lo âu, mất ngủ, các vấn đề xuất tinh, liệt dương, sự thèm ăn và trọng lượng thay đổi</p> <p>Các tác dụng phụ nghiêm trọng: rối loạn nhịp tim, đau tim, đột quỵ, động kinh, tăng thân nhiệt, say nắng, hưng cảm/hưng cảm nhẹ</p> <p>Nếu dùng quá liều, xem Phần 3.8.</p>	<p>Có thai: Nhà sản xuất khuyến cáo không nên sử dụng trừ khi cần thiết, đặc biệt là trong 3 tháng thứ nhất và thứ ba.</p> <p>Cho con bú: Sử dụng thận trọng nếu có chỉ định và nếu thuốc được lựa chọn; có thể triệu chứng cai nghiện và tác dụng phụ phục hồi được (theo dõi sự buồn ngủ của trẻ sơ sinh). Tốt nhất, dùng một liều duy nhất hàng đêm sau khi cho con bú</p> <p>Chống chỉ định: Người bệnh đã dùng thuốc MAO-I trong 2 tuần, nhồi máu cơ tim gần đây, loạn nhịp tim (đặc biệt là bloc tim), rối loạn lưỡng cực, bệnh gan nặng. Không sử dụng ở thanh thiếu niên.</p> <p>Sử dụng thận trọng: Người già, người bệnh có tiền sử tim mạch; động kinh, suy gan, bệnh tuyến giáp, u tủy thượng thận, tiền sử hưng cảm, rối loạn tâm thần, bệnh tăng nhãn áp góc đóng, tiền sử bí tiểu, điều trị sốc điện đồng thời, gây mê. Có thể làm tăng nguy cơ suy nghĩ và hành vi tự tử. Dễ bị nhiều tương tác thuốc có ý nghĩa.</p> <p>Tư vấn: Có thể có rối loạn mờ mắt và khô miệng nhưng có thể giảm hoặc biến mất sau khoảng 7 ngày. Cố gắng dùng thuốc vào ban đêm để giảm buồn ngủ ban ngày. Bạn có thể cảm thấy chóng mặt khi đứng lúc dùng thuốc này; đang ngồi phải từ từ đứng lên hoặc nằm xuống để giảm triệu chứng này. Tránh lái xe và vận hành máy móc cho đến khi bạn biết mình phản ứng ra sao với thuốc.</p> <p>Đừng ngưng dùng thuốc đột ngột. Nếu bạn đột nhiên ngừng uống Amitriptyline, bạn có thể gặp các triệu chứng cai như buồn nôn, nhức đầu, và thiếu năng lượng. Bác sĩ của bạn có thể sẽ giảm liều dần dần. Có thể làm tăng tác dụng của rượu.</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Amoxicillin</p> <p>Viêm phổi không nặng (10.6.3)</p> <p>Viêm xoang (11.35)</p>	<p><i>Viên nén/viên bao: 250 mg, 500 mg</i> <i>Thuốc bột để pha uống: 125 mg/5 ml</i></p> <p>Uống: 500-1000 mg 3 lần mỗi ngày trong 5-7 ngày</p>	<p>Phổ biến: Buồn nôn, nôn, tiêu chảy; phát ban quá mẫn (ngưng nếu phát ban nặng, mày đay, thờ khờ khờ); bội nhiễm bao gồm cả nấm Candida</p>	<p>Có thai: Chưa biết là có hại</p> <p>Cho con bú: Được cho là an toàn</p> <p>Chống chỉ định: Đã biết quá mẫn/phản vệ với các loại Pemicillin hoặc các Beta-lactam khác</p>
<p>Bệnh than thể da không nặng (10.2.10)</p> <p>Viêm da dày/loét da dày tá tràng dai dẳng —phác đồ tiết căn cho nhiễm H. pylori đã xác nhận (10.7a.2)</p>	<p>Uống: 1 gram 3 lần mỗi ngày trong 7 ngày</p> <p>Uống: 500 mg mỗi 8 giờ trong 7-10 ngày</p> <p>Uống: 1 g 2 lần mỗi ngày và Clarithromycin và Omeprazole trong 1 tuần</p>	<p>Hiếm gặp: Sốt, ban đỏ, viêm da tróc vảy, phù mạch, viêm đại tràng C. difficile, phản vệ, co thắt phế quản, viêm thần kinh, hội chứng giống bệnh huyết thanh, thiếu máu tán huyết, hoại tử ly thượng bì nhiễm độc, phát ban hồng ban (thường gặp ở sốt viêm hạch, bệnh bạch cầu dòng lympho, nhiễm Cytomegalovirus, nhiễm virus - Epstein Barr, có thể HIV)</p>	<p>Sử dụng thận trọng: Nếu tiền sử dị ứng hoặc suy thận. Duy trì bù đủ nước nếu dùng liều cao (nguy cơ cận tính thể đường tiết niệu). Giảm liều nếu suy thận nặng.</p> <p>Tư vấn: Nuốt cả viên bao với một cốc nước vào đầu bữa ăn hoặc sau khi ăn nhẹ.</p>
<p>Áp xe răng (10.17.5) và áp xe quanh Amyđan (10.17.9)</p> <p>(Chỉ định khác: Viêm phế quản, viêm tai giữa, viêm tủy xương, điều trị dự phòng viêm nội tâm mạc, điều trị dự phòng sau cắt lách)</p>	<p>Uống: 500 mg đến 1 g 3 lần mỗi ngày trong 5-7 ngày</p> <p>VÀ Metronidazole</p>		

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Amoxicillin với Clavulanic acid (Co-amoxiclav)</p> <p>Liều dùng được dựa trên thành phần Amoxicillin.</p> <p>Sảy thai nhiễm trùng (10.15.6)</p> <p>Nhiễm trùng đường tiêu dưới (11.44)</p> <p>Áp xe răng (10.17.5); áp xe quanh Amyđan (10.17.9)</p> <p>Viêm túi mắt (10.7a)</p> <p>Viêm xoang (11.35)</p> <p>(Chỉ định khác: Viêm tai giữa, viêm mô tế bào)</p>	<p><i>Viên nén/viên bao: Amoxicillin 500 mg + Clavulanic acid 125 mg; amoxicillin 875 mg + 125 mg Clavulanic acid</i></p> <p>Uống: 500 mg 3 lần mỗi ngày trong 5 ngày (tăng gấp đôi khi nhiễm khuẩn nặng)</p> <p>Uống 500 mg 3 lần mỗi ngày trong 3-7 ngày</p> <p>Uống 500 mg 3 lần mỗi ngày hoặc 875 mg mỗi 12 giờ trong 14 ngày</p> <p>Uống: 1 g 3 lần mỗi ngày hoặc nếu nặng thì 4 lần mỗi ngày</p> <p>Uống 875 mg 2 lần mỗi ngày trong 7 ngày</p>	<p>Phổ biến: Tăng thoáng qua men gan và bilirubin</p> <p>Xem Amoxicillin.</p> <p>Hiếm gặp: Nốt mụn ngoại ban toàn thân cấp tính; Rất hiếm có các biến cố về gan, chủ yếu ở nam giới và người bệnh cao tuổi; Nhưng điều này có thể liên quan đến điều trị kéo dài. Trong một số trường hợp phải vài tuần sau khi điều trị đã chấm dứt mới biểu hiện rõ. Thường thì những tác dụng phụ này có đảo ngược.</p>	<p>Có thai: Chưa biết là có hại.</p> <p>Cho con bú: Được coi là an toàn</p> <p>Chống chỉ định: Đã biết quá mẫn nặng với các Penicillin hoặc các Beta-lactam khác</p> <p>Sử dụng thận trọng: Tiền sử quá mẫn nhẹ với Beta lactam, suy thận, suy gan</p> <p>Dùng thuốc: Cần điều chỉnh liều thận (Không sử dụng liều cao có CrCl \leq30 ml/giờ).</p> <p>875 mg mỗi 12 giờ có thể thay thế cho 500 mg mỗi 8 giờ.</p> <p>Tư vấn: Để giảm thiểu rối loạn dạ dày, dùng khi bắt đầu bữa ăn</p>
<p>Amphotericin B (loại quy ước)</p> <p>Bệnh do nấm Cryptococcus (11.5)</p> <p>Bệnh do nấm Histoplasma (trung bình- nặng) (11,16);</p> <p>Bệnh do nấm Penicillium (trung bình-nặng) (11,29)</p> <p>Bệnh do Leishmania nội tạng và da (11,20)</p> <p>(Chỉ định khác: Nhiễm nấm sâu lan tỏa)</p>	<p><i>Tiêm, truyền: lọ 50 mg (hòa tan 50 mg trong 10 ml nước vô trùng và pha trong 500 ml Glucose 5% để được 100 mcg/ml)</i></p> <p>Xem phần 11.5 về liều dùng và Dùng thuốc</p> <p>Tĩnh mạch: 0.7 mg/kg cho đến khi cải thiện lâm sàng (thường là 14 ngày) RỒI điều trị duy trì Itraconazole</p> <p>Xem 11.20</p>	<p>Phổ biến: Phản ứng truyền dịch cấp tính (sốt, ớn lạnh, nhức đầu, hạ huyết áp) - giảm dần tần suất theo thời gian; viêm tắc tĩnh mạch, thiếu máu, ngộ độc thận (chủ yếu là độc tính giới hạn theo liều); hạ kali máu, hạ magiê máu</p> <p>Hiếm gặp: Phản vệ hiếm khi xảy ra với bất kỳ sản phẩm Amphotericin tĩnh mạch nào. Nhức đầu, chán ăn, sụt cân, buồn nôn, nôn, tiêu chảy; đau cơ và khớp; độc tính trên hệ tim mạch (loạn nhịp tim và ngừng tim, do truyền nhanh và rối loạn điện giải); rối loạn thần kinh, chức năng gan bất thường (ngừng điều trị)</p>	<p>Mang thai/cho con bú: Sử dụng thận trọng ở thời kỳ mang thai hoặc cho con bú, nếu có chỉ định lâm sàng. Dự liệu an toàn hiện có còn hạn chế.</p> <p>Sử dụng thận trọng: Trong suy thận sử dụng Amphotericin liposom nếu có thể được (xem phần 11.5).</p> <p>Dùng thuốc: Dùng thuốc theo hướng dẫn tại mục 11.5. Truyền tĩnh mạch trong Glucose 5% (không tương thích với NaCl 0,9%, NaCl 0,45%, các dịch muối khác hoặc chất bảo quản) trong 2-6 giờ. Thời gian truyền có thể giảm xuống khoảng 1 giờ ở những người bệnh dung nạp tốt với điều trị. Nếu người bệnh thấy khó chịu trong khi truyền thì có thể kéo dài thời gian truyền. Nên xói thông đường truyền tĩnh mạch có sẵn bằng Glucose 5% trước khi truyền (nếu không khả thi thì dùng thuốc qua đường truyền riêng).</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Amphotericin B (Dạng liposom)</p> <p>Bệnh do Leishmania nội tạng và da (11.20)</p> <p>Nấm Cryptococcus gây viêm màng não ở người bệnh suy thận (11.5)</p>	<p>Tiêm, bột pha: 50 mg (chứa đậu nành, sucrose 900 mg)</p> <p>Xem Phần 11.20 cho dùng thuốc.</p> <p>Xem Phần 11.5 cho dùng thuốc.</p>	<p>Xem Amphotericin B thông thường. Tỷ lệ suy giảm chức năng thận và các vấn đề liên quan đến truyền thuốc thấp hơn so với Amphotericin B thông thường</p> <p>Đối với một người bệnh cảm thấy ớn lạnh, sốt, hạ huyết áp, buồn nôn, hoặc phản ứng không liên quan đến phản vệ khác, có thể dùng các loại thuốc sau đây 30-60 phút trước khi dùng Amphotericin B:</p> <p>Paracetamol hoặc Hydrocortisone 50-100 mg.</p>	<p>Nếu có, Amphotericin B dạng liposom nên được sử dụng thay vì Amphotericin B thông thường ở người bệnh suy thận; hoặc chuyển đổi Amphotericin B nếu suy thận phát triển. (Sẵn có với chỉ phi thấp thông qua hiệp hội WHO-Gilead cho bệnh do Teishmania).</p> <p>Mang thai / cho con bú: Sử dụng thận trọng trong khi mang thai hoặc cho con bú, nếu có chỉ định lâm sàng. Dữ liệu về sự an toàn còn hạn chế.</p> <p>Sử dụng thận trọng: Trong suy thận; theo dõi điện giải liên tục và xét nghiệm chức năng thận mặc dù ảnh hưởng tới thận ít hơn so với Amphotericin thông thường.</p> <p>Dạng chế phẩm: Xem Amphotericin B thông thường.</p>
<p>Ampicillin</p> <p>Nhiễm trùng nặng (nhiễm khuẩn sau sảy hoặc phá thai (10.15.6); sốt nhiễm khuẩn (3.1.5); nhiễm khuẩn đường tiết niệu trên (viêm bể thận) (11.44)</p> <p>Kháng sinh kinh nghiệm cho bệnh viêm màng não, nếu Ceftriaxone không có sẵn (10.10b.3)</p> <p>Kháng sinh ban đầu kiểm soát bệnh cấp lý cấp (QC Tr. 20)</p> <p>Viêm đường mật (10.7a.2), Viêm phúc mạc (10.7a.2) Viêm màng não do Listeria (10.10b.3)</p> <p>Bệnh do Leptospira (11.22) (Chỉ định khác: Viêm xương chũm; viêm tủy)</p>	<p>Tiêm: lọ 500 mg, lọ 1 g</p> <p>TB/TTM: 250 mg /kg mỗi ngày, chia ra mỗi 4 giờ (khoảng 6-12 g / ngày) kết hợp với Gentamicin trong 10-14 ngày, thêm Clindamycin với nhiễm khuẩn sau sảy hoặc phá thai.</p> <p>TB/TTM: 250 mg /kg mỗi ngày chia mỗi 4 giờ (khoảng 6-12 g / ngày) và Gentamicin + Cotrimoxazole trong 10-14 ngày</p> <p>TB/TTM: 2 g một liều duy nhất và Gentamicin 240 mg</p> <p>TTM: 2 g mỗi 4 giờ và Gentamicin + Metronidazole trong 10-14 ngày</p> <p>TTM: 2 g IV mỗi 4 giờ cho ít nhất 21 ngày kết hợp với Gentamicin</p> <p>TTM: 500 mg đến 1 g mỗi 6 giờ trong 7 ngày</p>	<p>Thường gặp: Buồn nôn, nôn, tiêu chảy</p> <p>Không thường xuyên hoặc hiếm: Thiếu máu tán huyết, viêm thận kẽ, rối loạn máu, viêm đại tràng do C.difficile</p> <p>Phản ứng quá mẫn (dùng thuốc nếu nghiêm trọng), sốc phản vệ</p>	<p>Mang thai: Không biết là có hại.</p> <p>Cho con bú: Được coi là an toàn</p> <p>Chống chỉ định: Quá mẫn nặng với Penicilin và Beta-lactam khác</p> <p>Sử dụng thận trọng: Quá mẫn nhẹ với beta-lactam trên nền suy thận. phát hồng ban thường gặp ở sốt tuyền, bệnh bạch cầu lympho, virus Epstein-Barr, nhiễm Cytomegalovirus.</p> <p>Dạng chế phẩm: tiêm chứa 2,7 mmol (62 mg) natri /gram. Giảm liều ở người suy thận nặng.</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
ANTIRETROVIRALS điều trị nhiễm HIV	Chú ý: một liều trình độ trị phải gồm ít nhất 3 đợt		Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
Abacavir (ABC)	<p><i>Viên nang/viên nén: 300 mg</i> <i>Dung dịch uống: 100 mg/ml</i></p>	<p>Thường gặp: Buồn nôn, nôn mửa, tiêu chảy</p> <p>Hiếm gặp: Phản ứng quá mẫn đe dọa tính mạng, rối loạn huyết động, rối loạn mỡ máu, toan lactic.</p>	<p>Thai kỳ/đang cho con bú: Các nghiên cứu vẫn còn hạn chế về mức độ an toàn nhưng tiếp tục sử dụng ARTs trong thai kỳ được khuyến cáo nếu AZT và TDF không tăng trong thai kỳ</p> <p>Cẩn thận khi sử dụng: Các trường hợp bệnh gan có thể dẫn đến toan chuyển hóa nguy hiểm đến tính mạng, có thể sử dụng sau các trường hợp toan chuyển hóa. Không được sử dụng trong các trường hợp quá mẫn nặng</p>
Kháng Retrovirus (13, 14)	<p><i>Uống 300 mg ngày 2 lần hoặc 600 mg ngày 1 lần</i></p> <p><i>Trường hợp có suy gan mức độ nhẹ, liều tối đa 200mg ngày 2 lần.</i></p>	<p>Thường gặp: Tiêu chảy, tăng Bilirubin gián tiếp, vàng da trên lâm sàng, tăng glycemie máu, rối loạn phân bố mỡ, sỏi thận, khoáng PR kéo dài trên chuyển đảo hoặc block nhĩ thất trên vài người bệnh</p> <p>Thường gặp: Buồn nôn, nôn mửa, tiêu chảy</p> <p>Hiếm gặp: Viêm tụy cấp, toan máu, bệnh lý thần kinh ngoại biên, rối loạn chuyển hóa mỡ, tăng ure máu</p>	<p>Thai kỳ và cho con bú: Sử dụng an toàn</p> <p>Thận trọng khi sử dụng: Hemophilie, có thể gây chảy máu kéo dài</p> <p>Sử dụng: Có thể sau ăn hoặc trong khi ăn</p> <p>Thai kỳ hoặc đang cho con bú: Toan máu trong các trường hợp bệnh lý gan nhiễm mỡ có thể gặp ở các phụ nữ mang thai, sử dụng thận trọng khi không còn thuốc nào khác.</p> <p>Chống chỉ định: Không được sử dụng kèm với Stavudine (d4T).</p> <p>Thận trọng khi sử dụng: các trường hợp suy gan thận, chỉnh liều theo phần 11.31</p>
Atazanavir + Ritonavir (ATV/r)	<p><i>Viên nang 300 mg atazanavir;</i> <i>Viên nang ritonavir 100 mg</i></p> <p><i>Uống 300 mg ATV và 100 mg Ritonavir ngày 1 lần</i></p>		
Kháng Retrovirus (13, 14)	<p><i>Viên nang: 400 mg</i></p> <p><i>Uống 250 mg ngày 1 lần nếu cân nặng <60 kg, 400 mg ngày 1 lần nếu cân nặng >60 kg</i></p> <p><i>Sử dụng khi đang đói hoặc trước khi ăn 1h</i></p>		
Didanosine (ddI)			
Kháng Retrovirus (13, 14)			

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Efavirenz (EFV)</p> <p>Kháng Retrovirus (13, 14)</p>	<p>Viên nang: 100 mg, 200 mg Viên nén: 600 mg Dung dịch uống: 150 mg/5 ml</p> <p><i>Uống: 600 mg ngày 1 lần</i></p> <p><i>Xem phần 14 để biết về sử dụng EFV như liệu pháp ART dự phòng MTCT</i></p>	<p>Thường gặp: Phản ứng quá mẫn, nổi ban nhẹ, thường gặp trong 3-5 ngày rồi tự hết trước khi cần đổi thuốc tuy nhiên cần dùng thuốc nếu triệu chứng nặng lên.</p> <p>Mất ngủ hoặc mơ màng thường ít gặp, có thể có các triệu chứng của nhiễm độc thuốc như trầm cảm, lo âu.</p> <p>Nhiễm độc gan: Tăng men gan nếu phản ứng huyết thanh dương tính với virus viêm gan B hoặc C</p> <p>Tăng mỡ máu: Trong bệnh lý nữ hóa tuyến vú ở nam giới, gây quái thai nếu dùng trong 3 tháng đầu của thai kỳ.</p> <p>Hiếm gặp: Hội chứng Steven- Johnson</p>	<p>Thai kỳ hoặc đang cho con bú: Có thể tăng nguy cơ quái thai nếu dùng trong 3 tháng đầu, sử dụng an toàn sau tháng thứ 3, sử dụng phương pháp tránh thai an toàn sau khi đẻ. Thảo luận về yếu tố nguy cơ và lợi ích của việc sử dụng EFV với những phụ nữ dự định có thai hoặc đang chuẩn bị có thai. Với những trường hợp phụ nữ được chẩn đoán đang mang thai trong tháng đầu hoặc dự định có thai, nên dùng chung EFV mà sử dụng NVP hoặc PI thay thế. Không có chỉ định đình chỉ thai nghén trong trường hợp dùng EFV trong 3 tháng đầu thai kỳ.</p> <p>Cung cấp các phương pháp tránh thai hiệu quả cho những phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ đang sử dụng EFV.</p> <p>Thận trọng khi sử dụng: Suy gan (không được dùng khi suy gan nặng), suy thận nặng, tiền sử bệnh tâm thần hoặc lạm dụng thuốc.</p> <p>Ban đỏ thường tự khỏi sau 3- 5 ngày, nhưng nên dùng ART hoặc đổi men AST và ALT nếu ban đỏ nặng lên hoặc có kèm theo các phỏng nước, nốt da hay phản ứng ở niêm mạc, sốt, nên nhập viện theo dõi (xem phần 13)</p> <p>Nhập viện cấp cứu trong các trường hợp nhiễm độc nặng hoặc kèm theo trầm cảm, lo âu tái diễn.</p> <p>Chống chỉ định: Có tiền sử bệnh lý tâm thần nặng</p> <p>Đường dùng: Trước khi đi ngủ hoặc khi đói. Nếu không đáp ứng nên thay bằng NVP hoặc bPI, nếu không dung NNRTI hoặc triple NNRTI khi không còn lựa chọn nào khác.</p>
<p>Emtricitabine (FTC)</p> <p>Kháng Retrovirus (13)</p>	<p>Viên nang 200 mg Dung dịch uống 10 mg/ml</p> <p><i>Uống: 200 mg ngày 1 lần</i></p>	<p>Thường gặp: Nôn, buồn nôn, đau bụng, tiêu chảy, đau đầu, bệnh lý thần kinh ngoại biên</p>	<p>Thai kỳ hoặc đang cho con bú: Các nghiên cứu còn rất ít về việc sử dụng thuốc khi mang thai</p> <p>Thận trọng khi sử dụng: Suy thận, bệnh lý gan</p> <p>Sử dụng điều trị HBV (xem phần 11.14)</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Lamivudine (3TC)</p> <p>Kháng Retrovirus (13, 14)</p>	<p>Viên nén 150 mg Dung dịch uống: 50 mg/5 ml</p> <p><i>Uống: 150 mg ngày 2 lần hoặc 300 mg ngày 1 lần</i> <i>Xem phần 14 về sử dụng ARV dự phòng MTCT của HIV</i></p>	<p>Thường gặp: Dung nạp tốt, có thể gặp nôn hoặc tiêu chảy, viêm tụy</p>	<p>Thai kỳ hoặc đang cho con bú: Nên dùng</p> <p>Điểm trị HBV: Xem phần 11.14</p>
<p>Nevirapine (NVP)</p> <p>Kháng Retrovirus (13, 14)</p>	<p>Viên nén: 200 mg</p> <p><i>Uống: 200 mg ngày 1 lần trong 14 ngày đầu, sau đó nếu không có ban đỏ thì dùng 200mg ngày 2 lần</i></p> <p><i>Xem phần 14 về sử dụng ARV dự phòng MTCT của HIV</i></p>	<p>Thường gặp: Nôn, hoặc buồn nôn, ban đỏ (có thể gặp hội chứng Steven Johnson)</p> <p>Hiếm gặp: Nhiễm độc, ly thượng bì, nhiễm độc gan, vàng da, đau bụng, tiêu chảy, tăng phản ứng quá mẫn</p>	<p>Thai kỳ và cho con bú: Tránh dùng cho các phụ nữ đang mang thai có mức CD4 >350. Với phụ nữ có mức CD4 từ 250 - 350 có thể tăng khả năng nhiễm độc gan, nếu sử dụng cần phải theo dõi sát.. đang giá các nguy cơ khi dùng ART</p> <p>Chống chỉ định: Bệnh suy gan nặng, phụ nữ có thai có mức CD4 > 350</p> <p>Thận trọng khi sử dụng: Suy gan hoặc có tiền sử bệnh gan mạn tính, theo dõi chức năng gan.</p> <p>Cần nhắc: Thảo luận với người bệnh về các dấu hiệu hay triệu chứng của phản ứng quá mẫn. Ngay lập tức tìm kiếm cơ sở y tế nếu các triệu chứng này gia tăng</p>
<p>Lopinavir + ritonavir (LPV/r)</p> <p>Kháng Retrovirus (13, 14)</p>	<p>Viên nén: Liều thay đổi (IPV) 200 mg + Rtv 50 mg) và (IPV 100 mg + Rtv 25 mg)</p> <p><i>Uống: LPV 200 mg + RTV 50 mg (2 viên nén) ngày 2 lần</i> <i>Với những người bệnh đang sử dụng Rifampicin, sử dụng Ritonavir liều super-boost (LPV 400 mg + RTV 400mg hoặc LPV 800 mg + RTV 200 mg) ngày 2 lần</i></p>	<p>Thường gặp: Không dung nạp thuốc, nôn, buồn nôn, tiêu chảy, đau đầu</p> <p>Hiếm gặp: Tăng mỡ máu (đặc biệt là những trường hợp có triglycerid máu cao), tăng transaminase, tăng glycemie, rối loạn phân bố mỡ. kéo dài khoảng PR, kéo dài thời gian QT, xoắn đỉnh</p>	<p>Thai kỳ và đang cho con bú: Tiếp tục sử dụng liệu pháp ART trong thai kỳ được khuyến cáo kèm theo theo dõi sát đường máu, thai kỳ nguy cơ cao với dài tháo đường thai nghén.</p> <p>Thận trọng khi sử dụng: Theo dõi sát lâm sàng và men gan với những người bệnh sử dụng liều Ritonavir super-boosting</p> <p>Chú ý: Có thể có tăng nguy cơ chảy máu với những người bệnh bị Hemophilia</p> <p>Gợi ý thay thế: ATV/r</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Saquinavir (SQV) Kháng Retrovirus (13, 14)</p>	<p>Viên nang: 200 mg <i>Uống: 1 g (với 100 mg Ritonavir), 2 lần/ngày</i></p>	<p>Thường gặp: Tiêu chảy, đau đầu, tăng men gan, loạn đường lipid, tăng đường máu, loét miệng và niêm mạc, tăng bilirubin gián tiếp</p>	<p>Phụ nữ có thai/cho con bú: Khuyến cáo tiếp tục sử dụng kháng Retrovirus trong suốt thời kỳ có thai; theo dõi chặt chẽ đường máu, vì tăng nguy cơ đái tháo đường liên quan đến thai kỳ. Thận trọng: Trong trường hợp suy gan nặng Cách dùng: Uống khi ăn bữa ăn có nhiều chất béo hoặc sau ăn 2h Tránh dùng tói, vì giảm nồng độ Saquinavir trong huyết tương</p>
<p>Tenofovir (TDF) Kháng Retrovirus (13, 14)</p>	<p>Viên nén: 300 mg <i>Uống: viên 300 mg một lần/ngày</i></p>	<p>Thường gặp: Buồn nôn, nôn, tiêu chảy, đau bụng, đau đầu, chóng mặt Ít xảy ra, hiếm gặp: Suy giảm chức năng thận, hội chứng Fanconi, tăng triglycerid, nhuyễn xương. Viêm gan cấp nặng lên có thể xảy ra trên người bệnh mắc cả HBV khi ngừng TDF.</p>	<p>Phụ nữ có thai/cho con bú: Hiệu ứng liên quan đến HBV nếu người mẹ nhiễm cả HBV-HIV ngừng thuốc sau sinh. Rất ít số liệu liên quan đến nhiễm độc xương tiềm tàng cho mẹ và bé. Chống chỉ định: Suy giảm chức năng thận Thận trọng: Bệnh thận, tuổi > 40, BMI < 18,5 (hay cân nặng < 50 kg), đái tháo đường, tăng huyết áp, cùng sử dụng với bPI hay thuốc độc với thận Cách dùng: Không dùng với ddl (tăng mức độ). Tác dụng chống HBV (xem Phần 11.14)</p>
<p>Zidovudine (ZDV, AZT) Kháng Retrovirus (13, 14)</p>	<p>Viên nang: 250 mg <i>Uống: 250-300 mg, 2 lần/ngày</i> <i>Xem phần 14 về sử dụng như ART để phòng lây nhiễm HIV từ mẹ sang con.</i></p>	<p>Thường gặp: Buồn nôn, nôn, tiêu chảy, đau đầu, mệt mỏi, đau cơ Ít xảy ra, hiếm gặp: Giảm sinh tủy (thiếu máu hồng cầu to, giảm bạch cầu); viêm tụy, toan lactic với gan nhiễm mỡ, rối loạn thần kinh trung ương, mất ngủ, nhiễm sắc tố móng tay, da và niêm mạc miệng</p>	<p>Phụ nữ có thai/cho con bú: Dung nạp tốt, nguy cơ thiếu máu Chống chỉ định: Giảm bạch cầu hạt hoặc thiếu máu nặng (Hb < 7.0 g/dl và/hoặc số lượng bạch cầu hạt < 750/mm³); nguy cơ cao thiếu máu và giảm bạch cầu trung tính nếu CD4 < 200, BMI < 18.5 (hoặc cân nặng < 50 kg) Thận trọng: Thiếu vitamin B12, suy gan, suy thận, người già</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Artemether</p> <p>Sốt rét nặng (chú ý: Artesunate tnh mạch được ưu tiên) (Đánh giá nhanh, tr:44 và phần 11.25)</p>	<p>Thuốc tiêm: 80 mg/ml, ống 1 ml</p> <p><i>Liều nạp:</i></p> <p><i>Tiêm bắp (mặt trước đùi): 3.2 mg/kg sau đó 1.6 mg/kg hàng ngày đến khi người bệnh uống được.</i></p> <p><i>Bắt đầu chuyển sang đường uống càng sớm càng tốt khi người bệnh dung nạp và liệu trình đầy đủ (xem Phần 11.25).</i></p>	<p>Thường gặp: Tham khảo tác dụng phụ của Artesunate.</p> <p>Độc tính thần kinh được ghi nhận trên động vật, đặc biệt với liều cao Artemether tiêm bắp, nhưng chưa được nghiên cứu trên người.</p>	<p>Phụ nữ có thai: Cả Artesunate và Quinine có thể cần nhắc điều trị ở người bệnh sốt rét nặng có thai. Xem chú ý Artesunate</p> <p>Thận trọng: Với tất cả người bệnh, Artemether tiêm bắp chỉ nên dùng nếu không có Artesunate hoặc Quinine đường uống, vì sự hấp thu thuốc thất thường.</p>
<p>Artemether + Lumefantrine</p> <p>Sốt rét không ác tính P. falciparum, lựa chọn đầu tay (11.25)</p>	<p>Viên phối hợp 20 mg Artemether + 120 mg Lumefantrine</p> <p><i>Uống: 80 mg Artemether và 480mg Lumefantrine 2 lần/ngày trong 3 ngày</i></p>	<p>Thường gặp: Đau bụng, chán ăn, tiêu chảy, buồn nôn/nôn, đánh trống ngực, ho, đau đầu, chóng mặt, rối loạn giấc ngủ, suy nhược, đau khớp, đau cơ, ngứa, phát ban, QT kéo dài</p> <p>Ít gặp, hiếm gặp: Rối loạn cảm giác, thất điều, giảm cảm giác, tăng men gan</p>	<p>Phụ nữ có thai: Không khuyến cáo trong 3 tháng đầu thai kỳ trừ khi không có điều trị khác thay thế.</p> <p>Chống chỉ định: Tiền sử loạn nhịp, nhịp chậm, suy tim cấp giảm cung lượng tim; tiền sử gia đình có người đột tử hay QT kéo dài.</p> <p>Cách dùng: Hấp thu Lumefantrine tăng lên khi dùng kèm với chất béo, dầu mỡ.</p> <p>Khuyến cáo: Chú ý điều này ngay sau bữa ăn chứa ít nhất 1,2g chất béo. Chóng mặt có thể làm giảm khả năng thực hiện các kỹ năng như vận hành máy móc, lái xe.</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Artesunate</p> <p>Sốt rét nặng (Đánh giá nhanh tr: 44, 11.25.5)</p>	<p>Thuốc tiêm: ống 60 mg với ống 5% Natri bicarbonate riêng</p> <p><i>Tiêm bắp/tiêm tĩnh mạch: 2.4 mg/kg liều nạp I/A</i></p> <p><i>Nhắc lại sau 12 giờ, 24 giờ; sau đó 1 lần/ngày. Bắt đầu chuyển sang đường uống càng sớm càng tốt khi người bệnh dùng nạp và liều trình đầy đủ (xem Phần 11.25).</i></p>	<p>Dùng nạp tốt</p> <p>Ít gặp, hiếm gặp: Rối loạn tiêu hóa nhẹ, chóng mặt, ù tai, giảm hồng cầu lưới, giảm bạch cầu hạt, tăng men gan, bất thường điện tim (nhịp chậm, QT kéo dài).</p> <p>Quá mẫn type I ở khoảng 3000 người bệnh. Tan máu sau điều trị đã được ghi nhận với liều công đơn cao. (Người bệnh nên được theo dõi dấu hiệu của tan máu sau điều trị ký sinh trùng.)</p>	<p>Phụ nữ có thai/cho con bú: Cả Artesunate và Quinine có thể cần nhắc điều trị ở người bệnh sốt rét nặng có thai. Điều trị không được gián đoạn; do đó, nếu chỉ có 1 trong Artesunate, Artemether hay Quinine, cần điều trị ngay lập tức. Dùng quinine nếu có thể trong 3 tháng đầu thai kỳ, trong ba tháng giữa và cuối, ưu tiên dùng Artesunate, cho cả thanh niên và người lớn.</p> <p>Thận trọng: Ở người bệnh phải thực hiện các kỹ năng, như vận hành máy móc, lái xe, khả năng có thể bị suy giảm vì chóng mặt.</p> <p>Cách dùng: Dung dịch phải được sử dụng ngay sau khi bột được hòa tan. Không nên sử dụng truyền tĩnh mạch nếu dung dịch xuất hiện vẩn đục hoặc lắng cặn.</p>
<p>Artesunate + Amodiaquine</p> <p>Sốt rét không ác tính P. falciparum, lựa chọn đầu tay (11.25)</p>	<p>Viên phối hợp Artesunate + Amodiaquine, 25/67.5 mg, 50/135 mg, hay 100/270 mg. Có loại vỉ thuốc tách riêng.</p> <p><i>Uống: 200 mg Artesunate và 540 mg Amodiaquine liều có định 1 lần/ngày trong 3 ngày</i></p>	<p>Thường gặp: Chán ăn, đau bụng, buồn nôn; ngủ gà, mất ngủ; ho.</p> <p>Ít gặp, hiếm gặp: Mệt mỏi, thiếu máu, chóng mặt. Amodiaquine (liều cao và/hoặc điều trị kéo dài) có thể dẫn đến giảm bạch cầu, giảm bạch cầu hạt; rối loạn hệ thống thần kinh.</p> <p>Hiếm gặp: Bệnh thần kinh cơ rối loạn điều tiết th salg qua, mờ giác mạc (thoái lui khi dùng điều trị) rất hiếm, bệnh võng mạc không hồi phục; rối loạn gan mật: Nặng, đôi khi viêm gan gây tử vong; nhiễm sắc tố xám trên da, đặc biệt ảnh hưởng đến ngón tay và móng nhầy.</p>	<p>Phụ nữ có thai: Không khuyến cáo trong 3 tháng đầu thai kỳ trừ khi không có điều trị khác thay thế.</p> <p>Cho con bú: Không có số liệu về sự bài tiết liều cố định Artesunate/Amodiaquine trong sữa mẹ. Có thể cần nhắc sử dụng nếu người bệnh có địa an toàn khi dùng liều phối hợp Artesunate/Amodiaquine.</p> <p>Chống chỉ định: Mẫn cảm với Amodiaquine hay Artesunate, tiền sử nhiễm độc gan hoặc giảm bạch cầu hạt khi điều trị bằng Amodiaquine, bệnh võng mạc (khi điều trị thường xuyên).</p> <p>Thận trọng: Tránh nếu người bệnh HIV đang điều trị Zidovudine hoặc Efavirenz.</p> <p>Khuyến cáo: Ngủ gà, chóng mặt hay mệt có thể gặp. Có thể gây giảm khả năng thực hiện các kỹ năng như vận hành máy móc, lái xe.</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
Artesunate + Sulfadoxine-Pyrimethamine Sốt rét không ác tính P. falciparum, lựa chọn đầu tay (11.25)	Vì phối hợp, viên nén 50mg Artesunate với viên nén 500 mg Sulfadoxine + 25 mg Pyrimethamine <i>Uống: 200 mg artesunate 1 lần/ngày trong 3 ngày VÀ 1500 mg/75 mg sulfadoxine-pyrimethamine liều đơn độc trong ngày đầu</i>	Thường gặp: Buồn nôn/nôn, chán ăn, tiêu chảy Ít gặp, hiếm gặp: Xem Cotrimoxazole.	Phụ nữ có thai: Không khuyến cáo trong 3 tháng đầu thai kỳ trừ khi không có điều trị khác thay thế. Cho con bú: An toàn khi sử dụng Thận trọng: Không lựa chọn thuốc này nếu người bệnh dùng Cotrimoxazole dự phòng. Xem Cotrimoxazole.
Artesunate + Mefloquine Sốt rét không ác tính P. falciparum, lựa chọn đầu tay (11.25)	Vì phối hợp, viên nén 50 mg Artesunate và 250mg Mefloquine <i>Uống: 200 mg Artesunate 1 lần/ngày trong 3 ngày VÀ 1500 mg Mefloquine, thường tách riêng trong ngày 2 và ngày 3 (ví dụ 4 viên trong ngày 2 và 2 viên trong ngày 3)</i>	Thường gặp: Buồn nôn/nôn, tiêu chảy, đau bụng, chán ăn, đau đầu, chóng mặt, mất cân bằng, rối loạn giấc ngủ (ác mộng) Ít gặp, hiếm gặp: Rối loạn tâm thần, ảo giác, lo âu sợ hãi, tình thần không ổn định, kích động, ý tưởng tự sát), rối loạn dẫn truyền tim mạch, yếu cơ/phát ban, rối loạn test chức năng gan	Phụ nữ có thai: Không khuyến cáo trong 3 tháng đầu thai kỳ trừ khi không có điều trị khác thay thế. Cho con bú: An toàn khi sử dụng Chống chỉ định: Không dùng Mefloquine trong vòng 60 ngày từ liệu trình trước. Tiền sử rối loạn tâm thần kinh, động kinh, mất cảm với Quinine Thận trọng: Tránh dùng trong hợp suy gan nặng, rối loạn dẫn truyền trong tim. Khuyến cáo: Có thể gây giảm khả năng thực hiện các kỹ năng như vận hành máy móc, lái xe. Hiệu quả có thể kéo dài đến 3 tuần sau sử dụng liều cuối
Artesunate + Clindamycin Sốt rét không ác tính P. falciparum, lựa chọn đầu tay (11.25)	Xem Clindamycin và Artesunate <i>Uống: Artesunate 2 mg/kg ngày 1 lần VÀ Clindamycin 10 mg/kg 2 lần/ngày trong 7 ngày</i>	Xem Artesunate và Clindamycin.	Phụ nữ có thai: Không khuyến cáo trong 3 tháng đầu thai kỳ trừ khi không có điều trị khác thay thế. Cho con bú: Xem Clindamycin.

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Atropin</p> <p>Ngộ độc. Phốt pho hữu cơ</p>	<p>Dạng tiêm 1mg trong ống 1 ml</p> <p><i>Tiêm bắp/tiêm tĩnh mạch: tiêm bolus 1 - 3 mg (mục đích giảm tăng tiết tại phổi, ổn định huyết áp và giảm tiết dịch nhày ở niêm mạc) sau đó lặp đôi lần ban đầu nếu không cải thiện sau 5 phút. Xem thêm bảng 3.8.1 về điều trị và theo dõi.</i></p>	<p>Thường gặp: Khô miệng, nhịp nhanh, nhìn mờ, sợ ánh sáng, táo bón, bí tiểu, da nóng đỏ, mê sảng, sốt</p> <p>Hiếm gặp: Nôn, đau đầu, liệt ruột, ban đỏ, Glocom góc đóng cấp, cơn động kinh</p>	<p>Phụ nữ có thai: Có thể sử dụng với liều đã nêu. Có thể ảnh hưởng đến nhịp tim thai</p> <p>Phụ nữ cho con bú: Thận trọng khi dùng cho phụ nữ cho con bú, cần theo dõi trẻ (VD giảm tiết, tăng thân nhiệt). Có thể làm giảm bài xuất sữa.</p> <p>Chống chỉ định: Glocom góc mở</p>
<p>Quá liều β - blocker với có huyết áp</p>	<p><i>Tiêm tĩnh mạch: 0,5 - 1 mg. Nhắc lại mỗi 3 - 5 mg đến tổng liều là 0,04 mg/kg</i></p>		<p>Thận trọng: Ở hội chứng Down, nhược cơ, hẹp môn vị, tắc ruột, phì đại tiền liệt tuyến, bệnh lý tim mạch, giảm oxy hóa máu và ở người già. Người bệnh tăng thân nhiệt và ở môi trường nóng: theo dõi nhiệt độ và giữ người bệnh mát</p>
<p>Quá liều β - blocker; dự phòng trước khi đặt ống NKQ</p>	<p><i>Tiêm tĩnh mạch: 25 - 30 μg/kg tiêm trước 30 - 60 giây trước khi dùng thuốc gióng giao cảm</i></p>		
<p>Ngăn chặn hội chứng Muscarin ảnh hưởng của thuốc gióng giao cảm</p>			
<p>(Chỉ định khác: Nhịp chậm, block tim có hạ huyết áp)</p>			
<p>Atropin nhỏ mắt</p>	<p>Đóng gói: Dung dịch nhỏ mắt 0,5%, 1% (sulfate)</p> <p><i>1 giọt (0,5% hoặc 1 % dung dịch) đến 4 lần một ngày</i></p>	<p>Thường gặp: Cảm giác châm đốt, tăng nhãn áp thoáng qua, đau nhức tại chỗ, xung huyết, phù, viêm da tiếp xúc, ngộ độc toàn thân (ở những người rất trẻ và rất già)</p>	<p>Phòng ngừa: Có thể gây nhạy cảm với ánh sáng và giảm thị lực</p> <p>Chống chỉ định: Glocom góc mở</p> <p>Khuyến cáo: Tránh làm việc đòi hỏi kĩ năng ví dụ điều khiển máy móc hoặc lái xe cho đến khi nhìn rõ.</p>
<p>Viêm mống mắt, viêm mống mắt - thể mi, bước đầu điều trị viêm giác mạc do nhiễm khuẩn</p>			
<p>(chỉ định khác: làm liệt cơ thể mi khi đo khúc xạ)</p>			

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Azithromycin</p> <p>Nhiễm trùng đường sinh dục do Chlamydia không có biến chứng (10.15.4)</p> <p>Bệnh mắt hột (10.12.5)</p> <p>Giang mai giai đoạn sớm (11.37)</p> <p>Nhiễm khuẩn bội nhiễm ở người bệnh HIV (MAC) (11.27)</p> <p>Ghê (10.2.5)</p>	<p>Viên nang: 250mg, 500mg, 600mg</p> <p><i>Uống 1g liều duy nhất (>45kg) hoặc 20mg/kg liều duy nhất (<45kg)</i></p> <p><i>Uống: 20mg/kg đến 1g hàng năm và Tetracycline tra</i></p> <p><i>Uống: 2 g mỗi lần (không dùng cho người bệnh HIV)</i></p> <p><i>Uống: 600mg mỗi ngày /Á Ethambutol trong 6 tháng</i></p> <p><i>Uống: 30mg/kg (tối đa 2g) 1 liều</i></p>	<p>Thường gặp: Buồn nôn/ nôn, đi ngoài, đau bụng và chuột rút, đau đầu, hoa mắt, chóng mặt, nhiễm Candida, rối loạn vị giác</p> <p>Hiếm gặp: Táo bón, viêm gan, suy gan, ngất, mất ngủ, kích động, lo lắng, suy nhược, dị cảm, quá mẫn, giảm tiểu cầu, thiếu máu tan máu, viêm thần kinh, suy thần cấp, nhạy cảm với ánh sáng, đổi màu răng và lưỡi. Viêm kết mạc do C. difficile, phản ứng quá mẫn bao gồm cả phản vệ</p>	<p>Phụ nữ có thai/ cho con bú: Thận trọng khi sử dụng cho phụ nữ có thai và cho con bú. Các dữ liệu về an toàn rất hạn chế.</p> <p>Chống chỉ định: Quá mẫn với Macrolides</p> <p>Thận trọng: suy thận, suy gan; phối hợp với các thuốc khác vì có thể gây hội chứng QT kéo dài, nhược cơ</p> <p>Cách dùng: Nên uống lúc đói, không được uống cùng với thức ăn</p> <p>Khuyến cáo: Uống thuốc ít nhất 1 h trước ăn hoặc 2h sau ăn. Không uống cùng nhóm hoặc các thuốc khác có chứa magiê</p>
<p>Beclometasone dạng hít</p> <p>Hen phế quản, COPD (10.6.4, 10.6.5)</p>	<p><i>Hít: Hít dùng 50mg mỗi liều (Dipropionate), 250mg mỗi liều (Dipropionate)</i></p> <p><i>Xem liều ở chương 10.6</i></p>	<p>Thường gặp: Nhiễm nấm Candida hầu họng, ho, khàn tiếng; bầm tím hoặc mảng sắc tố trên da sau khi hít dung</p> <p>Hiếm gặp: Suy thượng thận, chậm phát triển ở trẻ vị thành niên, giảm chuyển hóa của xương, đục thủy tinh thể, tăng nhãn áp với liều cao và khi dùng phối hợp với steroid đường uống, co thắt phế quản phản ứng, mày đay, phát ban, phù mạch, rối loạn giấc ngủ, lo lắng, rối loạn hành vi.</p>	<p>Phụ nữ có thai: Lợi ích về điều trị nhiều hơn nguy cơ. Tác hại chưa được biết rõ.</p> <p>Phụ nữ cho con bú: Được xem như là an toàn</p> <p>Thận trọng: Nếu lao thể hoạt động hoặc thể ẩn</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Benzathine benzylpenicillin</p> <p>Viêm họng do liên cầu (10.17.9)</p> <p>Dự phòng thứ phát sau sốt thấp khớp (11.32)</p> <p>Giang mai giai đoạn sớm (11.37)</p> <p>Giang mai giai đoạn muộn (11.37)</p> <p>Ghê (10.2.5)</p>	<p>Dạng tiêm: Benzathin benzylpenicillin 1,8g (tương đương 2,4 triệu UI) trong lọ 5ml</p> <p><i>Tiêm bắp: 900mg (1,2 triệu UI) một liều duy nhất</i></p> <p><i>Tiêm bắp: 900mg (1,2 triệu UI) mỗi 3 – 4 tuần</i></p> <p><i>Tiêm bắp: 1,8g (2,4 triệu UI), chia 2 vị trí, một liều duy nhất</i></p> <p><i>Tiêm bắp: 1,8g (2,4 triệu UI), chia 2 vị trí, mỗi tuần trong 3 tuần liên tiếp</i></p> <p><i>Tiêm bắp: 900mg (1,2 triệu UI) một liều duy nhất</i></p>	<p>Thường gặp: Đau/viêm tại vị trí tiêm</p> <p>Hiếm gặp: Phản ứng quá mẫn bao gồm phản vệ, thiếu máu huyết tán, viêm thận kẽ, rối loạn về máu, nhiễm độc thần kinh trung ương, phản ứng Jarisch- Herxheimer</p>	<p>Phụ nữ có thai: Chưa rõ tác hại</p> <p>Phụ nữ cho con bú: Cần nhắc mức độ an toàn (theo dõi trẻ)</p> <p>Chống chỉ định: Phản ứng quá mẫn nghiêm trọng với Penicillin hoặc các β lactam khác</p> <p>Thận trọng: Khi có tiền sử dị ứng, suy thận, suy tim</p> <p>Cách dùng: Chỉ được tiêm bắp sâu. Nếu liều trên 900mg nên chia 2 vị trí tiêm. Không được tiêm tĩnh mạch, tránh tiêm vào tủy sống</p>
<p>Benznidazole</p> <p>Bệnh Chagas (11.42)</p>	<p>Viên nén: 100mg</p> <p><i>Uống: 5 mg/kg mỗi ngày chia 2 -3 lần/ ngày, trong 60 ngày liên tục (tối đa 300mg/ngày)</i></p>	<p>Thường gặp: Viêm da với phát ban ở da (ban và ban đỏ); phù toàn thân; sốt, đau môi cơ, đau khớp; rối loạn tiêu hóa; suy tủy; bệnh đa dây thần kinh, dị cảm, bệnh thần kinh ngoại vi, vv..</p>	<p>Phụ nữ có thai/ cho con bú: Không nên dùng trong 3 tháng đầu, nếu sử dụng nên thận trọng trong 3 tháng giữa và 3 tháng cuối và cho con bú. Các dữ liệu sẵn có thì an toàn ở mức giới hạn</p> <p>Chống chỉ định: Suy gan, suy thận</p> <p>Cách dùng: Tốt nhất là dùng sau ăn</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liệu dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Benzyl benzoate</p> <p>Chỉ (10.2.3), điều trị theo kinh nghiệm các tổn thương sản ngứa ngoài da (10.2.3)</p> <p>Chấy (10.2.8)</p>	<p><i>Nước rửa: 25%</i></p> <p><i>Tại chỗ: Theo chỉ dẫn ở bảng 10.2.3</i></p> <p><i>Dùng cho vùng tổn thương sau đó rửa sạch sau 2-4h (dùng thêm nếu cần sau 7 và 14 ngày)</i></p>	<p>Hiểm gặp: Khó chịu, cảm giác bong rộp, ngứa da, kích thích thần kinh trung ương (đông kinh khi dùng quá liều)</p>	<p>Phụ nữ có thai: Có thể sử dụng cho phụ nữ có thai với liều đã nêu, nhưng Permethrin được ưa dùng để điều trị cho phụ nữ có thai hơn</p> <p>Phụ nữ cho con bú: Có thể lựa chọn điều trị với liều đã nêu; hấp thu đường toàn thân giống ngay cả khi dùng liều nhỏ nhất tại chỗ, nhưng lượng lotion dư thừa nên được rửa sạch vùng núm vú để tránh tiếp xúc với da trẻ nhỏ</p> <p>Thận trọng: Không sử dụng khi có viêm hoặc tổn thương da. Tránh tiếp xúc với mắt và niêm mạc</p> <p>Đường dùng: Xem chương 10.2.3. Không tắm trước khi dùng. Dùng trên mặt và đường sinh dục có thể gây kích ứng. Một lựa chọn thay thế là Permethrin</p> <p>Khuyến cáo: Lưu ý cũng dùng cả kẻ các ngón tay và ngón chân, dưới móng, giữa nếp da, rốn, giữa móng và trong háng. Nếu bạn rửa tay hoặc bất cứ phần nào khác của cơ thể trong quá trình điều trị, bạn nên rửa lại vùng phải rửa</p>
<p>Benzoyl peroxide</p> <p>Mụn (10.2.3)</p>	<p>Dùng kem hoặc nước rửa: 2,5%, 5%</p> <p><i>Lúc đầu dùng trực tiếp để làm sạch da cách ngày, tăng số lần lên 1 - 2 lần/ngày như một tác động để kích thích dung nạp. Dùng liên tục đến 2 tuần cho đến khi mụn biến mất</i></p>	<p>Thường gặp: Khó chịu khi dùng lần đầu: khô da hoặc bong da, cảm giác nóng, ban đỏ da và khó chịu nhẹ nhưng sẽ giảm đi khi tiếp tục dùng (trong vài trường hợp phải giảm số lần sử dụng và tạm dừng)</p> <p>Hiểm gặp: Quá mẫn tiếp xúc (tình thoảng, thậm chí có thể gây khó chịu mức độ nặng)</p>	<p>Phụ nữ có thai/ cho con bú: An toàn khi sử dụng</p> <p>Thận trọng: Tránh tiếp xúc với mắt, miệng và niêm mạc, tránh băng kín</p> <p>Khuyến cáo: Trước khi sử dụng, rửa vùng bị tổn thương với xà phòng nhẹ hoặc nước thay thế và nước ấm. Vỗ nhẹ. Sau đó bôi một lớp mỏng lên vùng da bị tổn thương và xoa nhẹ. Có thể tẩy trang sợi cơ, tóc và da. Tránh tiếp xúc với ánh nắng</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Benzylpenicillin (penicillin G)</p> <p>Streptococcal gây viêm màng trong tim (11.10)</p> <p>Giang mai thần kinh (11.37)</p> <p>Bệnh than nguy hiểm (10.2.10, 10.6.2)</p> <p>Xoắn khuẩn Leptospira (11.22)</p> <p>(Các chỉ định khác: Viêm tai giữa, hoại tử sinh hơi, Actinomycosis; viêm tủy xương, áp xe não)</p>	<p>Đường tĩnh mạch: 600 mg (1 triệu đơn vị); 3 g (5 triệu đơn vị) (muối natri hoặc kali)</p> <p><i>Tiêm tĩnh mạch: 7.2-10.8 g (12-18 triệu đơn vị) mỗi ngày chia làm 4 đến 6 lần trong vòng 4 tuần.</i></p> <p><i>Tiêm tĩnh mạch: 1.8-2.4 g (3-4 triệu đơn vị) mỗi 4 giờ trong vòng 2 tuần.</i></p> <p><i>Tiêm tĩnh mạch: 2.4-3.6 g (4-6 triệu đơn vị) mỗi 6 giờ trong vòng 7 đến 10 ngày.</i></p> <p><i>Tiêm tĩnh mạch: 900 mg (1.5 triệu đơn vị) mỗi 6 giờ trong vòng 7 ngày.</i></p>	<p>Xem phần Benzathine benzylpenicillin.</p>	<p>Xem phần Benzathine benzylpenicillin.</p>
<p>Betametasone (tại chỗ)</p> <p>Tình trạng viêm da nặng, bao gồm cả các tình trạng tổn thương da sản trên da: viêm nang lông có tăng bạch cầu ái toan, viêm nang lông do nấm Pityrosporum, mề đay nổi sần, viêm da do tiếp xúc, viêm da dị ứng, chàm thể đồng tiền (Numular eczema); viêm da do tiết nhờn, vẩy nến, tổn thương ban sản ngứa (10.2)</p> <p>(Chỉ định khác: Bệnh Lichen phẳng (Lichen planus)</p>	<p>Kem, thuốc mỡ: 0.1%</p> <p><i>Dùng hạn chế 1 hoặc 2 lần hàng ngày.</i></p>	<p>Thường gặp: Viêm nang lông, bệnh mụn đỏ da, viêm da quanh miệng, teo móng da, rạn da, mất sắc tố, giãn mạch, mụn trứng cá tại vị trí bôi thuốc, khởi phát đợt cấp nhiễm khuẩn tại chỗ hoặc làm nặng thêm tình trạng này, loạn dưỡng (đặc biệt trên mặt và trong các nếp da).</p> <p>Không thường xuyên hoặc hiếm gặp: Viêm da do tiếp xúc, tăng cảm giác, teo mô dưới da, rậm lông.</p>	<p>Phụ nữ có thai/cho con bú: Có thể sử dụng trong thời kỳ mang thai và cho con bú, hấp thụ vào cơ thể ở mức tối thiểu bằng việc bôi tại chỗ.</p> <p>Chống chỉ định: Không điều trị nhiễm khuẩn da, da đã hồng, mụn đỏ da, mụn trứng cá, viêm da quanh miệng.</p> <p>Thận trọng khi sử dụng: Trong bệnh vẩy nến nặng hút mù, tránh dùng trong trường hợp mụn da lớn hoặc trong thời gian dài có nguy cơ ức chế tuyến thượng thận (đặc biệt với miếng dán). Tránh sử dụng trên da mặt quá 7 ngày, nhiễm khuẩn thứ phát cần điều trị với thuốc kháng sinh hợp lý.</p> <p>Lưu ý: bôi một lớp mỏng trên da một cách nhẹ nhàng, tốt nhất sau khi tắm.</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Biperiden</p> <p>Rối loạn trương lực cơ cấp (QC p. 60-61)</p> <p>Thuốc chống loạn thần gây tác dụng phụ ngoại tháp như Parkinson hay Dystonia (10.11.4)</p>	<p>Dạng tiêm: 5 mg TB/TM</p> <p>Dạng viên nén: 2 mg</p> <p><i>Tiêm bắp:</i> 5 mg (tiêm tĩnh mạch nếu trong tình trạng đe dọa); <i>liều tối đa 20mg mỗi 24h</i></p> <p><i>Uống/tiêm tĩnh mạch:</i> Khởi đầu 1mg hai lần mỗi ngày. Tăng liều tới 2mg, 3 lần mỗi ngày cho tới khi đạt mục tiêu liều 3 - 12 mg mỗi ngày.</p>	<p>Thường gặp: Buồn nôn, nôn, khô miệng, táo bón, khô tiêu; mờ mắt, giãn đồng tử, khô mắt; bí tiểu, nhịp tim nhanh; buồn ngủ, lú lẫn, rối loạn trí nhớ đặc biệt là ở người cao tuổi</p> <p>Không thường xuyên hoặc hiếm gặp: Rối loạn nhịp tim, chóng mặt, buồn ngủ, đau đầu, ảo giác, sốt, sốc phản vệ, glaucoma góc đóng, nhợt cơ, tác nghẽn đường tiêu hóa</p>	<p>Phụ nữ có thai và cho con bú: An toàn khi sử dụng</p>
<p>Buprenorphine</p> <p>Cai nghiện Opioid (3.6.2)</p> <p>Thay thế Opioid trong điều trị (17.4)</p>	<p>Viên nén ngậm dưới lưỡi: 2mg, 8 mg</p> <p><i>Ngậm dưới lưỡi:</i> 2-16 mg/ngày trong vòng 3 - 14 ngày.</p> <p><i>Ngậm dưới lưỡi:</i> Bắt đầu 2 - 8 mg và tăng dần liều đến 8mg mỗi ngày, nếu cần thiết có thể dùng tối đa 32mg. Liều trung bình thường là 12 - 16mg mỗi ngày.</p>	<p>Tác dụng chủ vận của Opioid</p> <p>Thường gặp: Hưng phấn; táo bón, chán ăn, buồn nôn, nôn, ra mồ hôi, nhức đầu, chóng mặt, giãn mạch; khô miệng, mệt mỏi, buồn ngủ, lo lắng, hạ huyết áp tư thế, co đồng tử, giảm ham muốn tình dục.</p> <p>Hiếm gặp: Áo giác, lú lẫn, co thắt đường tiết niệu và đường mật, hạ huyết áp, chóng mặt, nhịp tim chậm, nhịp tim nhanh, đánh trống ngực, hạ thân nhiệt, nổi mẩn, đỏ bừng mặt, nổi mề đay.</p> <p>Tác dụng đối kháng Opioid (có thể xảy ra nếu dùng sớm ngay sau một thuốc chủ vận Opioid đầy đủ như metha done) tương tự như Naltrexone trong phụ thuộc Opioid.</p> <p>Thường gặp: Nôn mửa, buồn nôn, tiêu chảy, lo âu, kích động, bồn chồn, mất ngủ, đau nhức cơ bắp, đỏ mồ hôi, giãn đồng tử, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp.</p> <p>Hiếm gặp: Mê sảng, xuất tinh ngoài ý muốn.</p>	<p>Phụ nữ có thai: Liều điều trị trước đây có thể được duy trì.</p> <p>Đang cho con bú: Thận trọng khi đang cho con bú, sinh khả dụng tương đương miêng thấp, nhưng cần theo dõi tác dụng phụ của Opioid ở trẻ sơ sinh.</p> <p>Thận trọng khi sử dụng: Không nên dùng khi người bệnh có bất kì dấu hiệu ngộ độc Opioid do nguy cơ xuất hiện hội chứng cai. Buprenorphine có cả tác dụng chủ vận và đối kháng Opioid và có thể dẫn đến hội chứng cai ở người bệnh dùng nạp cao Opioid, bao gồm cả việc dùng Opioid để giảm đau.</p> <p>Khi dùng Buprenorphine đường tiêm, tác dụng gây nghiện thuốc tương tự như tiêm heroin và có thể dẫn tới nghiện thuốc.</p> <p>Không giống như phần lớn thuốc giảm đau Opioid, ảnh hưởng của Buprenorphin chỉ bị đối kháng phần nào bởi Naloxone.</p> <p>Chú ý: Đặt thuốc dưới lưỡi và đợi tới khi tan hết, không nhai hay nuốt thuốc.</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Calamine dạng kem</p> <p>Ngứa nhẹ, phản ứng thuốc nhẹ (10.2)</p>	<p><i>Thành phần kem: calamine 15%, oxit kẽm 5%, bentonite 3%, xitrate natri 0.5%, liquyd phenol 0.5%, glycerine 5% + nước đủ 100 ml</i></p>		
<p>Calcium gluconate</p> <p>Huyết áp thấp do dùng thuốc chẹn kênh canxi quá liều (3.8.1)</p>	<p><i>Tiêm tĩnh mạch: 100 mg/ml trong ống 10 ml (10%)</i></p> <p><i>Tiêm tĩnh mạch: 0.6 ml/kg (600 mg/kg) cho tới tới đa 30ml trong 5 phút, có thể lặp lại mỗi 10 – 20 phút cho tới 4 liều.</i></p>	<p>Thường gặp: buồn nôn, nôn, táo bón, phản ứng tại chỗ tiêm, tụt huyết áp.</p> <p>Không thường xuyên hoặc hiếm gặp: Chậm nhịp tim/rối loạn nhịp tim, giãn mạch ngoại vi, sỏi calci thận, tổn thương mô nghiêm trọng khi thoát mạch</p>	<p>Phụ nữ có thai: chỉ sử dụng khi có chỉ định (chưa có thử nghiệm kiểm soát hoặc nghiên cứu trên động vật).</p> <p>Phụ nữ đang cho con bú: Calci trong sữa mẹ là thành phần dinh dưỡng bình thường.</p> <p>Chống chỉ định: Các tình trạng liên quan đến tăng calci máu calci niệu (ví dụ, ở một số bệnh lý ác tính)</p>
<p>Là thuốc giải độc với ngộ độc Magiê sulfat (Đánh giá nhanh tr.59)</p>	<p><i>Tiêm tĩnh mạch: 1 g (10 ml trong dung dịch 10%) trong vòng 10 phút.</i></p>		<p>Thận trọng khi sử dụng: Trong suy thận, bệnh sarcoid, tiền sử sỏi thận</p>
<p>Tăng Kali máu có biến đổi trên điện tâm đồ hoặc K >6.5 mmol/l (5.2.2)</p> <p>(Chỉ định khác: Con Tetany do hạ canxi máu)</p>	<p><i>Tiêm tĩnh mạch: tiêm chậm 10 ml dung dịch calcium gluconate 10%, mỗi 2 - 5 phút, có thể lặp lại sau mỗi 5 phút và chỉnh liều để có cái thiện trên điện tâm đồ.</i></p>		<p>Quản lý: theo dõi điện tâm đồ (và nồng độ calci trong huyết tương nếu thực hiện được trong khi tiêm tĩnh mạch)</p> <p>Không tiêm dưới da hoặc tiêm bắp, do có thể gây hoại tử</p> <p>Đổi với truyền tĩnh mạch, pha loãng 100 ml canxi gluconate 10% trong 1 lít glucose 5% hoặc natri clorid 0,9%, với một tốc độ ban đầu là 50 ml/giờ, điều chỉnh theo đáp ứng.</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liệu dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
Carbamazepine Com có cùng cơ giết toàn thể (3.5, 10.10c)	Dạng dịch lỏng uống: 100 mg/5 ml Viên nén (có thể nhai): 100 mg, 200 mg. Viên nén (có vạch cắt để tách nửa): 100 mg, 200 mg <i>Uống: Ban đầu 100 – 200 mg, 1 đến 2 lần mỗi ngày (viên uống) hoặc 50–100 mg mỗi 6 giờ gióng hỗn dịch uống đường miệng, sau đó tăng dần liều 200mg mỗi tuần, nếu cần thiết (thường duy trì liều 400 – 1400 mg mỗi ngày, chia liều)</i> <i>Uống: Khởi đầu 200mg mỗi ngày trước khi đi ngủ sau đó tăng dần đến 400 – 600 mg mỗi ngày (Chia liều), trong trường hợp nặng có thể lên tới 1000mg)</i> <i>(Ở người cao tuổi hoặc có bệnh tật kèm theo: xem ở mục 10.11.5)</i> <i>100 mg một hoặc hai lần mỗi ngày, sau đó tăng tới 200mg 3 đến 4 lần mỗi ngày (có thể tới 1,6 g mỗi ngày ở một số người bệnh)</i>	Thường gặp: Buồn ngủ, chóng mặt, mất điều hòa, đau đầu, nhìn đôi (có thể liên quan với nồng độ cao); khô miệng; hồng ban nhẹ thoáng qua (hết nếu nặng hơn hoặc có các triệu chứng khác); tiêu chảy hoặc táo bón; giảm bạch cầu, giảm tiểu cầu; men gan tăng (thường là không đáng kể về mặt lâm sàng) Không thường xuyên hoặc hiếm gặp: Thiểu hụt kháng thể, viêm da tróc vảy, hội chứng Stevens-Johnson, lupus ban đỏ hệ thống, mất bạch cầu hạt; thiếu máu bất sản, hội chứng quá mẫn đa phủ tạng (bao gồm sốt, bệnh da nặng, nổi hạch bất thường hệ tạo máu, viêm gan); rối loạn tâm thần, rối loạn vận động mặt, vàng da/viêm gan, suy thận cấp, các vấn đề tim mạch (loạn nhịp tim, suy tim, block tim), các vấn đề tâm thần kinh, liệt dương/vô sinh ở nam, nhạy cảm ánh sáng, quáng mắt hô hấp, lú lẫn/kich động (người già), SIADH	Phụ nữ có thai và cho con bú: Tránh dùng ở phụ nữ có thai, có thể dùng cho phụ nữ cho con bú (theo dõi triệu chứng buồn ngủ ở trẻ sơ sinh). Chống chỉ định: Bất thường dẫn truyền nhĩ thất, tiền sử giảm sản tủy xương, rối loạn chuyển hóa Porphyrin; tiền sử nhạy cảm với thuốc chống trầm cảm ba vòng, Oxcarbazepine, hoặc các loại thuốc liên quan đến cấu trúc khác; có sử dụng MAOI trong vòng 2 tuần qua; dùng thuốc kháng virus HIV (mức độ thấp) Thận trọng khi sử dụng: Trong suy gan, suy thận, bệnh tim, phân ứng da, tiền sử bệnh máu, tăng nhãn áp, người cao tuổi. Tránh dùng thuốc đột ngột. Để bị nhiều tương tác thuốc. Theo dõi tương tác thuốc khi bắt đầu bất kỳ loại thuốc mới nào. Chú ý: Dùng cùng với thức ăn để giúp ngăn ngừa rối loạn tiêu hóa. Thuốc này có thể gây buồn ngủ, chóng mặt, hoặc mờ mắt, đặc biệt là vào lúc bắt đầu điều trị hoặc khi tăng liều. Nếu bị ảnh hưởng, không lái xe hoặc vận hành máy móc. Có thể làm tăng tác dụng của rượu. Hãy cho bác sỹ của bạn biết bạn đang dùng Carbamazepine trước khi bắt đầu bất kỳ loại thuốc mới, bao gồm các sản phẩm thảo dược và thuốc không bán theo đơn.
Rối loạn lưỡng cực (10.11.5) Bệnh thần kinh ngoại biên (10.10a.6); đau do thần kinh (20.3)	Viên nang: 400 mg <i>Uống: 400 mg liều duy nhất</i> <i>Uống: 400 mg hai lần mỗi ngày trong vòng 7-10 ngày, sau khi dùng Ceftriaxone trong 3 ngày.</i> <i>Uống: 400 mg hai lần mỗi ngày trong vòng 14 -21 ngày, sau khi dùng Ceftriaxone 3 ngày.</i>	Thường gặp: Buồn nôn, nôn, tiêu chảy, khó chịu ở bụng, đau đầu. Không thường xuyên hoặc hiếm gặp: Phản ứng dị ứng (bao gồm cả sốc phản vệ), hồng ban đa dạng, viêm gan thoáng qua, vàng da, giảm bạch cầu, giảm tiểu cầu, mất bạch cầu hạt, thiếu máu bất sản, thiếu máu tán huyết, viêm thận kẽ.	Phụ nữ có thai và cho con bú: An toàn khi sử dụng Chống chỉ định: Nhạy cảm với Cephalosporin Lưu ý khi sử dụng: Nhạy cảm với Beta – lactam kháng thuốc (tránh dùng nếu có tiền sử phản ứng nhạy cảm pha cấp với thuốc; suy thận nặng). Lưu ý: Có thể gây Glucose niệu trong tình giả và phản ứng Coomb dương tính giả.
Cefixime Lậu không biến chứng (10.15.4) Hội chứng viêm da khớp do lậu (10.13.2) Viêm khớp do lậu (10.13.2)			

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Ceftriaxone</p> <p>Là kháng sinh kinh nghiệm được lựa chọn đầu bảng trong điều trị cấp cứu (Đánh giá nhanh tr. 43); sốc nhiễm khuẩn (3.1.5); viêm phổi nặng (3.2.3); viêm thân bẻ thận cấp (11.44); nhiễm khuẩn liên quan tới nạo phá thai (10.15.6)</p> <p>Viêm nội tâm mạc - Viridans Streptococci (11.10)</p> <p>Viêm màng não (10.10b.3)</p> <p>Nhiễm trùng đường mật (10.7a.2)</p> <p>Nhiễm trùng dịch cổ trướng tiên phát (10.9.2)</p> <p>Lậu không biến chứng (10.15.4, 11.13)</p> <p>Dự phòng cho sự tiếp xúc với viêm màng não do Não mô cầu (10.10b.2)</p> <p>Viêm khớp do lậu (10.13.5)</p> <p>Viêm kết mạc do lậu (10.12.2)</p> <p>Viêm phần phụ (10.15.5)</p> <p>Viêm mô tế bào nặng (10.2.2)</p> <p>Leptospirosis-từ vừa tới nặng (11.22)</p> <p>Sốt thương hàn (11.43)</p>	<p>Dạng tiêm: 250 mg, 1 g trong lọ nhỏ</p> <p>TM: 1g /ngày trong 7-14 ngày cho nhiễm trùng nặng</p> <p>TM: 2g /ngày trong 4 tuần</p> <p>TM: 2g x 2 lần/ ngày trong 5-14 ngày</p> <p>TM: 1 g / ngày và Metronidazole trong 10-14 ngày</p> <p>TM: 2 g / ngày trong 5-14 ng</p> <p>TB: 250 mg liều duy nhất</p> <p>TB: 250 mg liều duy nhất</p> <p>TM: 1 g / ngày; duy trì 1-2 ngày sau khi hồi phục; SAU ĐÓ Cefixime để kết thúc 14-21 ngày điều trị</p> <p>TB: 1 g liều duy nhất trước sinh</p> <p>IM: 250 mg liều duy nhất VẢ Doxycycline + Metronidazole</p> <p>TM: 1 g /ngày trong 7-10 ngày</p> <p>TM: 1 g / ngày trong 7 ngày</p> <p>TM/TB: 1-2 g / ngày trong 10-14 ngày</p>	<p>Thường gặp: Tiêu chảy, nôn, phát ban, rối loạn điện giải, đau và viêm ở vị trí tiêm</p> <p>Không thường gặp hoặc hiếm: Viêm đại tràng liên quan tới kháng sinh (đặc biệt khi dùng liều cao), phản ứng dị ứng (bao gồm cả phản vệ), hồng ban đa dạng, viêm gan hoặc vàng da thoáng qua, bệnh lý về máu (giảm bạch cầu, giảm tiểu cầu, giảm bạch cầu hạt, thiếu máu không hồi phục, thiếu máu tan máu), viêm kê thân, viêm tụy, viêm túi mật, giả sỏi mật (phụ thuộc liều, không triệu chứng và sự hình thành cần đường mật do phức hợp Calcium-Ceftriaxone có thể hồi phục, thông thường khỏi sau khi ngừng điều trị), sỏi thận (sự tạo sỏi Calcium-Ceftriaxone ở thận, thỉnh thoảng cần điều trị, thường tự hồi phục) đau và căng vị trí tiêm (có thể kết hợp với 1% Lidocaine cho người bệnh thoát máu)</p>	<p>Phụ nữ có thai và cho con bú: Được xem là an toàn cho cả phụ nữ có thai và cho con bú (theo dõi tác dụng phụ ở con)</p> <p>Chống chỉ định: Quá mẫn với Cephalosporin (phản vệ, phát ban), Porphyria, giảm albumin máu hoặc suy giảm khả năng gắn bilirubin</p> <p>Thận trọng: Có tiền sử dị ứng với Beta-Lactams (ban nhỏ), bệnh lý túi mật trước đó</p> <p>Cách dùng: Tương kỵ với Calcium; không cho cùng với dung dịch chứa Calcium Chia liều tiêm bắp 1g cho 2 vị trí tiêm.</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Than hoạt Antidote cho một số ngộ độc (3.8)</p>	<p>Dạng bột <i>Uống (người lớn và trẻ >13 tuổi):</i> 50–100g</p>	<p>Thường gặp: Nôn, buồn nôn, táo bón, đi ngoài phân đen, đau quận bụng Ít gặp/hiếm: Tiêu chảy, viêm phổi sắc, mắt nước hoặc mắt cần băng điện giải, tắc ruột/ u phân trên những người bệnh mắt nước</p>	<p>Phụ nữ có thai và cho con bú: Được xem là an toàn cho cả phụ nữ có thai và cho con bú Chống chỉ định: Ngộ độc Hydrocarbon, nguy cơ sặc cao; ngộ độc chất ăn mòn – có thể ngăn ngừa những thương tổn thấy được gây ra bởi ngộ độc Thận trọng: Những người bệnh ngủ gà hoặc hôn mê– nguy cơ sặc (đặt sonde dạ dày trước khi cho thuốc) Không hiệu quả đối với ngộ độc chất kiềm, axit, kim loại nặng, sắt, Lithium, ngộ độc rượu, Glycols, hoặc Hydrocarbon như là Kerosene Cách dùng: Làm mát để cho dễ chịu. Một số sẽ dễ uống hơn khi được đựng trong chai có bọc kín hoặc nhắm mắt lại khi uống</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liệu dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Chloramphenicol</p> <p>Những nhiễm trùng nặng như là Viêm màng não do H.I còn nhạy cảm (10.10b.3); Viêm nắp thanh môn do H.influenza (3.2.2)</p> <p>Điều trị theo kinh nghiệm Viêm màng não do vi khuẩn trên người bệnh dị ứng với penicillin (10.10b.3)</p> <p>Dịch viêm màng não do não mô cầu (10.10b)</p> <p>Sốt thương hàn nếu biết có mẫn cảm với kháng sinh (11.43)</p> <p>Ric ket sia ở phụ nữ có thai (11.33)</p> <p>Uốn ván (11.39)</p> <p>(Chỉ định khác: Áp-xe não Viêm xương chũm; sốt tái phát; bệnh dịch; bệnh virus vệt; bệnh Tularemia; bệnh Whipple)</p>	<p><i>Viên nang: 250 mg</i> <i>Dạng tiêm: 1 g (Sodium succinate) lọ nhỏ Thuốc tiêm dạng dầu: 500 mg/ml, ống tiêm 2ml (chỉ dùng để tiêm bắp)</i></p> <p><i>TM: 1g mỗi 6h</i></p> <p><i>TM: 1g mỗi 6 h VẢ Cotrimoxazole</i></p> <p><i>TB (dạng dầu): 100 mg/kg (tối đa 3 g) liều duy nhất; lặp lại sau 24–48h nếu cần</i></p> <p><i>Uống: 2-3 g/ngày chia 4 lần trong 14 ngày</i></p> <p><i>Uống: 500 mg x 4 lần/ ngày trong 5-7 ngày</i></p> <p><i>TM: 1g mỗi 6h</i></p>	<p>Thường gặp: Nôn, buồn nôn, đau đầu, ức chế tủy xương có hồi phục</p> <p>Không phổ biến/ Hiếm: Tiêu chảy, viêm dạ dày/ viêm lưỡi, trầm cảm, phản ứng quá mẫn (bao gồm phản vệ), thiếu máu không hồi phục, viêm dây thần kinh ngoại vi, phản ứng dạng disulpiram, hội chứng xám ở trẻ em (trẻ sơ sinh và trẻ đẻ non), viêm đại tràng do <i>C.difficile</i></p>	<p>Phụ nữ có thai: Sử dụng thận trọng cho phụ nữ có thai nguy cơ cho trẻ sơ sinh</p> <p>Hội chứng xám với liều cao.</p> <p>Cho con bú: Không khuyến cáo sử dụng một cách hệ thống</p> <p>Thận trọng: Trong Porphyria giảm liều sớm nhất có thể theo định hướng lâm sàng; tránh sử dụng lặp lại và sử dụng kéo dài</p> <p>Giám liều trong tổn thương gan thận</p> <p>Làm công thức máu trước khi dùng thuốc. Theo dõi nồng độ thuốc trong huyết thanh ở người già và suy giảm chức năng gan thận; Hiệu chỉnh liều theo chức năng gan thận</p> <p>Hướng dẫn: Nói cho bác sĩ nếu thấy da nhợt nhạt, đau họng, sốt, mệt mỏi hoặc suy nhược, hoặc chảy máu bất thường hoặc nổi mẩn bầm tím sau vài tháng ngừng thuốc.</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Chloramphenicol - thuốc mỡ và thuốc tra mắt</p> <p>Nhiễm khuẩn bề mặt mắt; dự phòng nhiễm khuẩn sau chấn thương mắt nhẹ (10.12.2)</p> <p>(Chỉ định khác: Viêm mí mắt)</p>	<p>Dạng chế phẩm/Liều dùng <i>Dung dịch tra mắt: 0.5%</i> <i>Thuốc mỡ: 1%</i></p> <p><i>Dung dịch tra mắt:</i> <i>1 - 2 giọt/lần, 2 giờ/lần trong 24h đầu; sau đó, giảm xuống 6 giờ/lần, cho tới 48h sau khi hồi phục</i></p> <p><i>Thuốc mỡ:</i> <i>Có thể sử dụng trước khi đi ngủ (nếu đang sử dụng trước tra trong ngày) hoặc 3-4 lần/ngày (nếu tra một mắt đơn độc).</i></p>	<p>Thường gặp: cảm giác cay mắt thoáng qua</p> <p>Ít gặp và hiếm gặp: Viêm kết mạc, phản ứng dị ứng (dị ứng tại chỗ, phù mạch, phản vệ), viêm da.</p> <p>(Một số nghiên cứu lớn đã chỉ ra rằng không có sự liên quan giữa việc sử dụng Chloramphenicol dạng dung dịch tra mắt với thiếu máu do tủy xương.)</p>	<p>Phụ nữ có thai và cho con bú: an toàn</p> <p>Chống chỉ định: mẫn cảm với Chloramphenicol</p> <p>Thời gian sử dụng tối đa: 7 ngày; sử dụng kéo dài dẫn tới phát triển các vi khuẩn không nhạy cảm với kháng sinh</p>
<p>Chlorhexidine</p> <p>Nhiễm trùng da nhiều vị trí, ngứa (10.2.8)</p> <p>(Chỉ định khác: Khử khuẩn các dụng cụ sạch; khử khuẩn da trước phẫu thuật và rửa tay)</p>	<p>Dung dịch: <i>Nồng độ của dung dịch, 5%</i></p> <p><i>Dung dịch nước 0,05% được sử dụng để tác dụng trên bề mặt</i></p>	<p>Ít gặp và hiếm gặp: Kích ứng da/viêm da tiếp xúc tại chỗ</p>	<p>Phụ nữ có thai và cho con bú: Có thể sử dụng. Hấp thu vào tuần hoàn rất ít với liều tiêu chuẩn.</p> <p>Chú ý khi sử dụng: Không sử dụng cho các khoang, hốc tự nhiên trong cơ thể. Tránh tiếp xúc với mắt, tai giữa, não và màng não.</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liệu dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/Chú ý
<p>Chloroquine</p> <p>Sốt rét do P. malariae, P. vivax hoặc P. ovale (11.25.3)</p> <p>(Chỉ định khác: dự phòng sốt rét; viêm khớp dạng thấp)</p>	<p>Viên nén: Chloroquine base (phosphate hoặc sulfate) 100 mg, 150 mg</p> <p><i>Uống: Khởi đầu một liều 10 mg/kg (600 mg) SAU ĐÓ 5 mg/kg (300 mg) 6-8 giờ sau, SAU ĐÓ, 5 mg/kg (300 mg) mỗi ngày vào 2 ngày tiếp theo (24 và 48 giờ sau liều đầu) SAU ĐÓ điều trị chóng tái phát bằng Primaquine 14 ngày với trường hợp nhiễm P. vivax và P. ovale, trừ trường hợp đang mang thai và cho con bú</i></p>	<p>Thường gặp: Buồn nôn, nôn, tiêu chảy, đau bụng, chuột rút; đau đầu; ban đỏ, ngứa</p> <p>Ít gặp và hiếm gặp (khi điều trị kéo dài): Thay đổi tinh thần, lo âu, thay đổi tính cách, rối loạn thị giác (bệnh võng mạc liên quan tới liều), rụng tóc, mảng sắc tố xanh - đen ở các mảng nhày và da, nhạy cảm với ánh sáng, ù tai, giảm thính giác, ức chế tủy xương, phản ứng tăng mẫn cảm, block nhĩ thất, bệnh Porphyria, đợt cấp của vảy nến, bệnh thần kinh cơ.</p>	<p>Phụ nữ có thai: Lợi ích nhiều hơn nguy cơ. Đang cho con bú: chú ý khi sử dụng.</p> <p>Chú ý khi sử dụng: Đối với người bệnh suy giảm chức năng gan thận, các rối loạn thần kinh (tránh dùng dự phòng cho người có tiền sử động kinh), rối loạn tiêu hóa nặng, thiếu G6PD, có tổn thương thính giác trước đó, người già. Có thể làm nặng thêm bệnh vảy nến và nhược cơ. Nếu người bệnh vẫn tiếp tục nặng thêm khi dùng Chloroquin, dùng thêm Quinine đường tĩnh mạch (nghi ngờ kháng thuốc).</p> <p>Lời khuyên khi dùng thuốc: dùng cùng với thức ăn để giảm tác dụng nôn và buồn nôn. Nếu nôn một phần hoặc toàn bộ liều thì nên nhắc lại một lượng thuốc</p>
<p>Chlorphenamine (chlorpheniramine)</p> <p>Ngứa (10.2.8)</p> <p>Phản ứng dị ứng, Quá mẫn (thuốc phụ) (3.1.3)</p>	<p>Viên nén: 4 mg</p> <p>Thuốc tiêm: 10 mg/ml, ống 1 ml; (nếu cần có thể pha loãng với dung dịch NaCl 0.9%)</p> <p><i>Uống: 4 mg mỗi 4 - 6h (tối đa 24mg/ngày)</i></p> <p><i>Tiêm dưới da/Tiêm bắp/TM: 10-20 mg (tối đa 40mg/ngày); tiêm TM không dưới 1 phút</i></p>	<p>Thường gặp: Buồn ngủ, đau đầu, suy giảm hệ thần kinh vận động, tác dụng kháng Muscarinic như là bị tiêu, khô miệng, nhìn mờ, rối loạn dạ dày ruột</p> <p>Hiếm gặp và ít gặp: Hạ huyết áp, hội hộp, RL nhịp tim, triệu chứng ngoại tháp, chóng mặt, lơ mơ, rối loạn giấc ngủ, run cơ, co giật, phản ứng dị ứng (bao gồm có thất phế quan, phù mạch, và phản vệ, ban đỏ, nhạy cảm với ánh sáng), rối loạn huyết học, rối loạn chức năng gan, Glaucoma góc đóng.</p>	<p>Phụ nữ có thai và cho con bú: Có thể sử dụng ở liều khuyến cáo cho phụ nữ có thai và cho con bú (theo dõi dấu hiệu lơ mơ ngủ gà ở trẻ nhỏ).</p> <p>Chú ý khi sử dụng: Người già; có thể gây ra kích thích ngược. chú ý khi sử dụng ở người bệnh phì đại tiền liệt tuyến, bị tiêu, liệu ruột, tác môn vị, Glaucoma, suy giảm chức năng gan thận, động kinh.</p> <p>Lời khuyên khi dùng thuốc: Buồn ngủ có thể ảnh hưởng tới các hoạt động cần sự khéo léo như lái xe, điều khiển máy móc. Buồn ngủ có thể giảm sau vài ngày điều trị.</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Chlorpromazine</p> <p>Rối loạn tâm thần (bao gồm tâm thần phân liệt) (10.11.4)</p> <p>Nôn (10.7c.3, 14.1.11)</p> <p>Con uốn ván (11.39)</p>	<p><i>Viên nén: 100 mg</i> <i>Dung dịch uống: 25 mg/5 ml</i> <i>Dạng tiêm: 25 mg/ml, ống 2 ml</i></p> <p><i>Uống: bắt đầu 75mg/ngày. Liều hiệu quả 75- 300mg/ngày. Trong trường hợp nặng có thể dùng 1000mg/ngày.</i></p> <p><i>Uống/TB/TM: 25-50 mg 4 lần/ngày cho tới khi ngừng nôn</i></p> <p><i>TB: 50-150 mg mỗi 4-8 h</i></p>	<p>Thường gặp: Tác dụng lên ngoại tháp; phản ứng tăng trương lực cấp, con co cơ nặng, cứng cơ, run cơ, kích thích thần kinh vận động, hội chứng Parkinson; điều trị kéo dài, có thể gây ra các cử động bất thường không hồi phục (tardive dyskinesia)</p> <p>Tác dụng lên hệ thần kinh tự chủ: Buồn ngủ; hạ huyết áp tư thế, chóng mặt; nhịp nhanh; chóng mặt; nhìn mờ; táo bón; bí tiểu</p> <p>Các tác dụng khác: Buồn nôn, chán ăn, khó tiêu; đau đầu; thờ ơ, trầm cảm, mất ngủ; tăng cân; nhạy cảm với ánh sáng; ban đỏ; Galactorrhoea, vú to nam giới, suy giảm chức năng tinh dục, liệt dương, kinh nguyệt không đều; vàng da, tăng men gan</p> <p>Hiếm gặp và ít gặp: Hội chứng thần kinh ác tính; tăng thân nhiệt, sốt; rối loạn huyết học bao gồm: giảm bạch cầu, giảm tiểu cầu, thiếu máu tủy xương; hội chứng giống Lupus ban đỏ; viêm da tróc vảy; Co giật; vàng da tắc mật; rối loạn nhịp; ức chế hô hấp khi dùng liều cao</p> <p>Các tác dụng hiếm gặp khác: Thay đổi điện tim, hạ thân nhiệt; đục thủy tinh thể, giác mạc; màng sắc tố tim trên da, giác mạc và võng mạc (khi dùng liều cao kéo dài)</p>	<p>Phụ nữ có thai: Có thể sử dụng nếu lợi ích nhiều hơn nguy cơ, chú ý khi sử dụng</p> <p>Đang cho con bú: Chú ý khi sử dụng (theo dõi sự lo mơ ngủ gà ở trẻ)</p> <p>Chống chỉ định: Úc chế thần kinh trung ương/ giảm độ tỉnh táo; ức chế tủy xương; u tủy thượng thân, bệnh Porphyrin, rối loạn chức năng nhân xám trung ương, bệnh Parkinson</p> <p>Chú ý khi sử dụng: Bệnh lý tim mạch, rối loạn tuần hoàn máu não, chứng mất trí nhớ, rối loạn hô hấp, động kinh, nhiễm khuẩn cấp tính, suy giảm chức năng gan thận (không sử dụng cho trường hợp nặng), tiền sử vàng da, giảm bạch cầu (làm công thức máu nếu sốt, nhiễm trùng không giải thích được), suy giáp, nhược cơ, phì đại tiền liệt tuyến, Glaucoma góc đóng, ngộ độc phospho hữu cơ; xuất huyết dưới nhện, rối loạn chuyển hóa (hạ kali, hạ canxi, hạ magie), co giật; những người bệnh có sử dụng thuốc làm kéo dài QT khác</p> <p>Người già/ người suy giảm miễn dịch (bao gồm HIV giai đoạn 3 - 4): Ưu tiên Haloperidol; thay thế cho Chlorpromazine 1/3 - 1/2 liều ở người lớn.</p> <p>Tránh dùng đột ngột.</p> <p>Làm công thức máu nếu sốt, nhiễm trùng không giải thích được</p> <p>Quản lý: Tránh để tiếp xúc với da vì có thể gây viêm da tiếp xúc.</p> <p>Vệ sinh khử khuẩn răng miệng khi sử dụng dung dịch uống thường xuyên.</p> <p>Lời khuyên khi dùng thuốc: Sử dụng thuốc có thể làm ảnh hưởng tới các hoạt động cần sự khéo léo như vận hành máy móc, lái xe. Vệ sinh khử khuẩn răng miệng khi sử dụng dung dịch uống thường xuyên.</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
Ciprofloxacin	Viên nén: 250 mg Dung dịch tiêm TM: 2 mg/ml <i>Uống: 500 mg 2 lần/ngày hoặc</i> <i>IV: 400 mg 2 lần/ngày trong 10-14 ngày</i> <i>Uống: 500 mg 2 lần/ngày trong 5-7 ngày và Metronidazole</i> <i>TM: 400 mg 2 lần/ngày và Metronidazole trong 10-14 ngày</i> <i>Uống: 500 mg 2 lần/ngày trong 7 ngày</i> <i>Dự phòng:</i> <i>Uống: 500 mg 3 lần một tuần</i> <i>Xem bảng trong phần 10.15.5.</i>	Thường gặp: Nôn buồn nôn, tiêu chảy, khó tiêu, đau bụng Hiếm gặp và ít gặp: Viêm gan, vàng da, viêm tụy; chóng mặt, rối loạn giác ngữ; co giật, dị cảm, rối loạn vận động (ngừng sử dụng); phản ứng dị ứng (nếu ban đỏ nặng, ngừng sử dụng); xuất huyết màng đệm; nhạy cảm với ánh sáng; các triệu chứng về tâm thần (trầm cảm, ảo giác – ngừng sử dụng); thiếu máu huyết tán; viêm ruột C. difficile. Tồn thương gân (bao gồm đứt gân) đã được ghi nhận ở người bệnh sử dụng Quinolone. Đứt gân thường xuất hiện sau 48h bắt đầu điều trị; một số trường hợp xuất hiện sau vài tháng ngừng sử dụng. Nếu nghi ngờ viêm gân, ngừng sử dụng Quinolone ngay lập tức.	Phụ nữ có thai và cho con bú: Chống chỉ định do có nguy cơ tổn thương sự phát triển sụn; thay thế thuốc nếu có thể; chỉ sử dụng khi không có thuốc thay thế và lợi ích lớn hơn nguy cơ. Chống chỉ định: Tiền sử bệnh lý gân liên quan tới Quinolone Chú ý khi sử dụng: Ở người già và người đang sử dụng Corticoide (tăng nguy cơ viêm gân/ đứt gân); có tiền sử động kinh/ co giật, suy giảm chức năng thận, thiếu G6PD, nhược cơ (nguy cơ gây cơn nhược cơ cấp). Có xu hướng phản ứng chéo với nhiều thuốc. Nếu nghi ngờ lao, hạn chế sử dụng nên có thuốc khác thay thế. Dùng thuốc: Truyền TM trong ít nhất 60 phút. Lời khuyên khi dùng thuốc: uống trước 1 giờ hoặc 2 giờ sau bữa ăn. Uống nhiều nước trong khi sử dụng thuốc. Các thực phẩm hàng ngày; thuốc giảm tiết acid; thuốc bổ sung sắt, kẽm, calci có thể giảm hấp thu; không sử dụng trong vòng 2 giờ khi dùng Ciprofloxacin. Thuốc này có thể làm ảnh hưởng tới các hoạt động cần khéo léo như vận hành máy móc, lái xe. Tránh tiếp xúc nhiều với ánh nắng (ngừng thuốc khi tăng nhạy cảm với ánh sáng mức độ nặng; thông báo với bác sĩ).
Nhiễm khuẩn nặng: Viêm thận bệ thận cấp (11.44); sốt thương hàn (11.43) Viêm túi mật (10.7a.2)			
Viêm đường mật (10.7a.2)			
Viêm ruột do Isosporia belli nhạy cảm Cotrimoxazole hoặc kháng với Ampicillin và Cotrimoxazole (11.18)			
Viêm nhiễm vùng tiêu chung (10.15.5)			
Lậu không biến chứng nếu nghi ngờ (10.15.4); viêm kết mạc do lậu (10.12.2)			
Bệnh than, dưới da (10.2.10)			
Bệnh than, nặng (10.2.10)			
Dự phòng, viêm màng não do não mô cầu khi không có dịch (10.10b.3)			
Tã (10.7d.2)			

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/Chú ý
<p>Clarithromycin</p> <p>MAC trong điều trị PLHIV(11.27)</p> <p>Điều trị nhiễm Helicobacter pylori (10.7a.2)</p> <p>Loét Buruli (10.2.10)</p>	<p>Viên nén: 250 mg, 500 mg Hỗn dịch uống: 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</p> <p><i>Uống: 500mg x 2 lần/ngày kết hợp với Ethambutol 15mg/kg/ngày trong 6 tháng</i></p> <p><i>Uống: 500mg x 2 lần/ngày kết hợp với Amoxicilin+Omeprazole trong 7 ngày</i></p> <p><i>Uống: 7.5 mg/kg x2 lần/ngày (không quá 500mg x 2 lần/ngày)</i> <i>Kết hợp với Rifampicin trong 8 tuần</i></p>	<p>Thường gặp: Khó tiêu</p> <p>Ít gặp hoặc hiếm: Thay đổi màu sắc răng và lưỡi, rối loạn khứu giác và vị giác, viêm niêm mạc miệng lưỡi, đau đầu, đau khớp, đau cơ, viêm gan, viêm tụy, chóng mặt, ù tai, mất ngủ, ác mộng, lo lắng, lẩn lộn, rối loạn tâm thần, dị cảm, co giật, hạ đường huyết, viêm thần kinh, suy thận; giảm bạch cầu, giảm tiểu cầu, thâm nhiễm phổi tăng bạch cầu ái toan; QT kéo dài, xoắn đỉnh; Đối với truyền tĩnh mạch: yếu tại vị trí tiêm, viêm tĩnh mạch</p> <p>Xem thêm cả tác dụng phụ của Erythromycin.</p>	<p>Phụ nữ có thai: Sử dụng nhóm Macrolide khác thay thế nếu có thể</p> <p>Cho con bú: thận trọng khi cho con bú (theo dõi sát trẻ sơ sinh)</p> <p>Chống chỉ định: Nhạy cảm với nhóm Macrolide. Khi kết hợp với một số kháng sinh khác.</p> <p>Thận trọng: Với các trường hợp suy giảm chức năng thận.</p> <p>Khuyến cáo: Hỏi ý kiến bác sĩ trước khi bắt đầu hoặc ngừng sử dụng thuốc khác</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Clindamycin</p> <p>Viêm tế bào (10.2.2).</p> <p>Nhiễm khuẩn mô mềm biến chứng bao gồm viêm cân hoại tử (10.2.2).</p> <p>Say thai nhiễm khuẩn (10.15.6).</p> <p>PID (10.15.5)</p> <p>Sốt rét do <i>P. falciparum</i> không biến chứng trong 3 tháng đầu ở phụ nữ có thai (11.25)</p> <p>(Chỉ định khác: Nhiễm khuẩn xương khớp do tụ cầu; phỏng viêm nội tâm mạc)</p>	<p>Viên nén: 150 mg Tiêm: 150 mg/ml, 2 ml /ống</p> <p>Uống: 300-450mg mỗi 8 tiếng (Tối đa 450mg mỗi 6 tiếng).</p> <p>Tiêm bắp/TM: 900mg mỗi 8 tiếng kết hợp với Ampicillin hoặc Cloxacillin.</p> <p>Tiêm tĩnh mạch: 900mg mỗi 8 tiếng kết hợp với Ampicillin/ Penicillin + Gentamicin trong 14 ngày.</p> <p>Xem bảng ở phần 10.15.5</p> <p>Uống: 600mg x 2 lần/ngày kết hợp với Quinine (600mg mỗi 8 tiếng) trong 7 ngày</p>	<p>Thường gặp: Buồn nôn, nôn, tiêu chảy, đau bụng hoặc chuột rút; ban đỏ, viêm da tiếp xúc.</p> <p>Không thường xuyên hoặc hiếm: Viêm thực quản, tăng men gan, vàng da, rối loạn công thức máu (giảm bạch cầu, mất bạch cầu hạt, tăng bạch cầu ái toan, giảm tiểu cầu); đau/cứng/áp xe sau tiêm bắp, viêm tĩnh mạch huyết khối sau tiêm tĩnh mạch, ban đỏ đa dạng, viêm da khớp; viêm da trang C.difficile (xem phần 10.7d)</p>	<p>Phụ nữ có thai: Không rõ tác dụng có hại</p> <p>Đang cho con bú: Không rõ mức độ an toàn; lượng thuốc trong sữa quá nhỏ để gây hại, ngưng ngay khi xuất hiện tiêu chảy hoặc viêm đại tràng.</p> <p>Chống chỉ định: Đang giai đoạn tiêu chảy, rối loạn chuyển hóa Porphyria.</p> <p>Thận trọng: Rối loạn chức năng gan, theo dõi chức năng gan khi dùng kéo dài.</p> <p>Cách dùng: Pha loãng với Glucose 5% hoặc nước muối sinh lý để đạt được nồng độ không quá 12mg/ml và truyền chậm (Không quá 30mg/phút) để giảm nguy cơ lên tim mạch. Liều trên 600mg chỉ dùng bằng đường truyền tĩnh mạch và không quá 1-2g trong 1 tiếng.</p> <p>Khuyến cáo: Uống nhiều nước. Ngưng ngay thuốc và hỏi ý kiến bác sĩ khi xuất hiện tiêu chảy.</p>
<p>Clindamycin, cục bộ</p> <p>Mụn trứng cá mức độ vừa (10.2.3)</p>	<p>Gel/nước bôi da: Clindamycin 1% (phosphate)</p> <p>Gel: Bôi trực tiếp lên tổn thương ngày 1 lần</p> <p>Nước: Bôi trực tiếp lên tổn thương ngày 2 lần. Tiếp tục dùng 2 tuần sau khi tổn thương lặn.</p>	<p>Thường gặp: Da khô, đỏ, bong vảy.</p> <p>Không thường xuyên hoặc hiếm: Viêm da tiếp xúc, cảm giác nóng rát, ngứa da.</p>	<p>Phụ nữ có thai/Đang cho con bú: An toàn khi sử dụng</p> <p>Khuyến cáo: Cải thiện rõ rệt thường thấy sau 6 tuần; có thể điều trị 8-12 tuần trước khi thấy tác dụng tối đa. Trước khi bôi, rửa sạch da với xà phòng và nước ấm, để khô hoàn toàn. Tránh tiếp xúc với mắt, môi, niêm mạc mũi</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Clofazimine</p> <p>Bệnh phong (Multibacillary)(11.21)</p> <p>Phản ứng phong củ type 2 nếu không đáp ứng với Prednisolon hoặc nếu Chông chỉ định với Steroid (11.21)</p>	<p>Viêm nén: 50 mg, 100 mg</p> <p><i>Xem phần 11.21 về liều của Clofazimine trong sử dụng đa thuốc điều trị vi khuẩn phong.</i></p> <p><i>200-300mg mỗi ngày chia 2-3 liều tối đa trong 3 tháng</i></p>	<p>Thường gặp: Buồn nôn/nôn (khám ngay nếu xuất hiện), đau bụng, đau đầu, mệt mỏi, màu sắc tổn thương chuyển sang nâu đen, màu sắc vùng da tiếp xúc với ánh sáng chuyển từ hồng sang nâu đen, khô da; phân, nước tiểu, và các dịch khác chuyển màu đỏ; ban đỏ, ngứa.</p> <p>Không thường xuyên hoặc hiếm: nhạy cảm ánh sáng, phát ban dạng mụn trứng cá, chán ăn, bệnh lý ruột tăng bạch cầu ái toan, tắc ruột, khô mắt, nhìn mờ, nốt và tăng sắc tố vùng dưới niêm mạc vòng mạc, tăng đường máu, sụt cân, nhồi máu lách, nổi hạch, xuất huyết tiêu hóa.</p> <p>Xem Amitriptyline.</p>	<p>Phụ nữ có thai: Chưa có thông tin</p> <p>Đang cho con bú: Có thể gây biến đổi màu sắc da có hồi phục ở trẻ sơ sinh.</p> <p>Thận trọng: Suy giảm chức năng gan thận và có triệu chứng tiền xuất huyết tiêu hóa.</p> <p>Khuyến cáo: Thuốc hấp thu tốt khi dùng cùng thức ăn. Da chuyển màu sang nâu đen khi dùng thuốc, nhưng có hồi phục. Tránh tiếp xúc với ánh sáng. Nước mắt và nước tiểu có thể chuyển sang màu đỏ nâu...</p>
<p>Clomipramine</p> <p>Rối loạn ám ảnh cưỡng chế; trạng thái ám ảnh sợ, các cơn hoảng sợ(10.11.7).</p>	<p>Viêm nén: 10 mg, 25 mg</p> <p><i>Uống: xem phần chỉ định(10.11.7)</i></p>	<p>Xem Benzylpenicillin.</p> <p>Thường gặp: Buồn nôn/nôn, làm tăng nhất thời men gan và. Bilirubin.</p> <p>Không thường xuyên hoặc hiếm: Viêm gan ứ mật</p>	<p>Phụ nữ có thai: Nếu có chỉ định cần sử dụng thận trọng</p> <p>Đang cho con bú: Thận trọng khi dùng (theo dõi trẻ sơ sinh khi xuất hiện ngủ gà)</p> <p>Chống chỉ định: Xem phần Amitriptylin</p>
<p>Cloxacillin</p> <p>Viêm tế bào (10.2.2).</p> <p>Viêm màng ngoài tim do S.aureus(11.10).</p> <p>Viêm khớp nhiễm khuẩn do S.aureus(10.13.2)</p>	<p>Viêm nén: 500 mg, 1 g</p> <p>Bột pha tiêm : 500 mg/lo</p> <p><i>Uống: 500mg mỗi 6 tiếng.</i></p> <p><i>Tiêm tĩnh mạch: 1-2g mỗi 6 tiếng.</i></p> <p><i>Tiêm tĩnh mạch: 2g mỗi 4 tiếng hoặc 3g mỗi 6 tiếng trong 6 tuần.</i></p> <p><i>Tiêm tĩnh mạch: 2g mỗi 6 tiếng trong 2-4 tuần.</i></p>	<p>Xem Benzylpenicillin.</p> <p>Thường gặp: Buồn nôn/nôn, làm tăng nhất thời men gan và. Bilirubin.</p> <p>Không thường xuyên hoặc hiếm: Viêm gan ứ mật</p>	<p>Phụ nữ có thai/Đang cho con bú: Cần nhắc khả năng an toàn ở cả Phụ nữ có thai và đang cho con bú (theo dõi trẻ sơ sinh).</p> <p>Chống chỉ định: Có tiền sử mẫn cảm với Penicillin và thuốc Beta-lactam khác.</p> <p>Thận trọng: Với những BN có tiền sử mẫn cảm nhẹ với beta-lactam, suy giảm chức năng gan thận.</p> <p>Khuyến cáo: Thuốc hấp thu tốt khi dùng cùng thức ăn.</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Hắc ín</p> <p>Vảy nến mạn tính, cá đơn độc hoặc tiếp xúc với tia cực tím (10.2.7)</p>	<p>Dung dịch: 5%.</p> <p><i>Cách dùng: Bôi trực tiếp lên tổn thương 1-3 lần/ngày, tới hơn hết là bắt đầu với liều thấp hoặc pha 100ml nước ấm và xả phòng để tắm trong 10-20 phút, ngày/lần đến 3 ngày/lần.</i></p>	<p>Thường gặp: Kích ứng, phản ứng nhạy cảm ánh sáng; rối loạn màu sắc da, tóc.</p> <p>Không thường xuyên hoặc hiếm: Tăng nhạy cảm.</p>	<p>Chống chỉ định: Viêm da, rạn da hoặc nhiễm khuẩn da. Có thể sử dụng kết hợp acid Salicylic trong điều trị vẩy nến.</p> <p>Quản lý: Bảo vệ da là cần thiết đối với phải giảm phản ứng tăng nhạy cảm ánh sáng. Có thể tắm xen kẽ giữa các lần tiếp xúc với tia cực tím, cho phép kéo dài tới 24 tiếng giữa mỗi lần tiếp xúc và điều trị hắc ín.</p>
<p>Codeine</p> <p>Đau cấp và mạn (20.2, 20.4)</p>	<p>Viên nang: 30 mg (Phosphate)</p> <p><i>Uống: 30mg mỗi 4 tiếng, liều tối đa để giảm đau là 240mg; cần nhắc chuyển sang dùng Morphine khi liều đạt tới 180mg.</i></p>	<p>Thường gặp: Buồn nôn, nôn, táo bón; chóng mặt, đau đầu, đờng tử co, tiêu khó, khô miệng, khó tiêu.</p> <p>Không thường xuyên hoặc hiếm: Phụ thuộc thuốc, co thắt đường mật, hội hộp đánh trống ngực, nhịp tim chậm, nhịp tim nhanh, hạ thân nhiệt, ảo giác/thay đổi tính tình, phát ban; với liều cao, co giật, suy hô hấp, hạ huyết áp.</p>	<p>Phụ nữ có thai/Đang cho con bú: Cần nhắc khả năng an toàn với liều khuyến cáo ở cả Phụ nữ có thai và Đang cho con bú.</p> <p>Chống chỉ định: Nên tránh sử dụng trong tình trạng có giảm nhu động ruột; đầy bụng; các tình trạng tiêu chảy cấp như viêm loét đại tràng hoặc viêm đại tràng kết hợp với kháng sinh; suy hô hấp cấp.</p> <p>Thận trọng: Trong trường hợp sử dụng kéo dài, dùng nap thuốc hoặc phụ thuộc thuốc có thể xảy ra ở người trưởng thành và những người bệnh suy nhược và người bệnh có bệnh gan thận.</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Cotrimoxazole-Trimethoprim với Sulfamethoxazole (TMP-SMX)</p> <p>(liều phụ thuộc vào liều trimethoprim)</p>	<p><i>Viên nén: Sulfamethoxazole 100 mg + Trimethoprim 20 mg; Sulfamethoxazole 400 mg + Trimethoprim 80 mg (liều đơn=SS); Sulfamethoxazole 800 mg + Trimethoprim 160 mg (liều đôi=DS);</i></p> <p><i>Tiêm: ống Sulfamethoxazole 80 mg + Trimethoprim 16 mg/ml, ống tiêm 5 ml và 10 ml</i></p> <p><i>Truyền tĩnh mạch: 5 mg/kg (dựa vào liều Trimethoprim) 4 lần/ ngày trong 21 ngày.</i></p> <p><i>1 viên liều đôi hoặc 2 viên liều đơn mỗi ngày</i></p> <p><i>Tổng liều trong ngày 960 mg (800 mg SMX + 160 mg TMP)</i></p>	<p>Thường gặp: nôn, buồn nôn, dị ngoài phân lỏng, đau đầu, tăng kali máu, ban đỏ, chán ăn, đau miệng, sốt.</p> <p>Hiếm gặp: Hội chứng Steven Johnson, hoại tử thượng bì nhiễm độc, tăng nhạy cảm ánh sáng, buồn ngủ; tổn thương gan (bao gồm vàng da và hoại tử tế bào gan), viêm tụy cấp, viêm ruột do C.Difficil, viêm cơ tim, ho và khó thở, tổn thương thâm nhiễm phổi, viêm màng não vô trùng, trầm cảm, co giật, bệnh thần kinh ngoại biên, mất thăng bằng, ù tai, chóng mặt, ảo giác, hạ đường huyết, các bệnh lý huyết học (bach cầu cấp, giảm tiểu cầu, thiếu máu hồng cầu to, tăng bạch cầu ưa acid máu), hạ natri máu, tổn thương thận (tổn thương kẽ thận), đau khớp, đau cơ, viêm khớp, Lupus ban đỏ hệ thống, tiêu cơ vân, đất tinh thể.</p>	<p>Mang thai: Tránh sử dụng trong 3 tháng đầu tiên. Tuy nhiên, với người bệnh mang thai nhiễm HIV cần dự phòng bằng Cotrimoxazole cần bắt đầu ở bất cứ giai đoạn phát triển thai nào. Người bệnh ở khu vực dịch tễ sốt rét đang sử dụng Cotrimoxazole để dự phòng không nên dùng phác đồ dự phòng sốt rét bằng sulfadoxine-pyrimethamine. Xem phần 13 và 14 cho PMTCT và điều trị các biến chứng của Cotrimoxazole. Phụ nữ đang cho con bú đang nhiễm HIV nên tiếp tục dự phòng Cotrimoxazole nếu có chỉ định.</p> <p>Chống chỉ định: Suy gan suy thận nặng, tiền sử dị ứng nặng với thuốc có nhóm sulfa.</p> <p>Thận trọng: Người bệnh thiếu Folat, dị ứng thuốc chứa nhóm Sulfa, người già, người bệnh thiếu G6DP. Xem phần 13.3 để xử trí khi có ban đỏ. Ngừng thuốc ngay lập tức nếu người bệnh xuất hiện thiếu máu hoặc vàng da mới xuất hiện. Cần chỉnh liều theo mức lọc cầu thận. Cần tránh ở người bệnh có bệnh lý máu trước đó trừ khi được theo dõi sát bởi các chuyên gia.</p>
<p><i>P. jirovecii (P. carinii)</i></p> <p><i>Pneumonia (PCP) (10.6.3)</i></p> <p>Dự phòng cấp 1 cho PLHIV (xem bảng 13.3; chỉ định dự phòng cấp 1); dự phòng cấp 2 sau khi bị viêm phổi PCP (10.6.3), nhiễm <i>Isospora belli</i> (11.18), nhiễm <i>Toxoplasma</i> (11.40)</p>	<p><i>Truyền tĩnh mạch: 10-20 mg/kg (dựa vào liều Trimethoprim) mỗi ngày, chia 2-4 lần cùng với Ampicilin</i></p> <p><i>Truyền tĩnh mạch: 10-20 mg/kg (dựa vào liều Trimethoprim) mỗi ngày chia 2-4 lần cùng với Chloramphenicol</i></p>		
<p>Viêm màng não mũ cấp tính điều trị kháng sinh kinh nghiệm nhưng không có Ceftriaxone (10.10b.3)</p>	<p><i>Truyền tĩnh mạch: 10-20 mg/kg (dựa vào liều Trimethoprim) mỗi ngày chia 2-4 lần cùng với Chloramphenicol</i></p>		
<p>Viêm màng não mũ cấp tính điều trị kháng sinh kinh nghiệm nhưng không có Ceftriaxone (10.10b.3)</p>	<p><i>Truyền tĩnh mạch: 10-20 mg/kg (dựa vào liều Trimethoprim) mỗi ngày chia 2-4 lần cùng với Chloramphenicol</i></p>		
<p>Viêm màng não mũ cấp tính điều trị kháng sinh kinh nghiệm nhưng không có Ceftriaxone (10.10b.3)</p>	<p><i>Truyền tĩnh mạch: 10-20 mg/kg (dựa vào liều Trimethoprim) mỗi ngày chia 2-4 lần cùng với Chloramphenicol</i></p>		
<p>Viêm màng não do <i>Listeria</i> nhưng dị ứng Penicilin (10.10b.3)</p>	<p><i>Truyền tĩnh mạch: 10-20 mg/kg (dựa vào liều Trimethoprim) hàng ngày chia làm 2-4 lần.</i></p>		<p>Quản lý: Đường tĩnh mạch: Hòa loãng mỗi 5 ml trong 100-125 ml dịch, tốt nhất là Glucose 5% và truyền trong 60-90 phút. Duy trì lượng dịch vào đầy đủ...</p>

<p>Viêm phổi nãn, nghi ngờ nhiễm tụ cầu kháng Methicilin nguồn gốc cộng đồng. (3.2.3)</p> <p>Viêm khớp nhiễm khuẩn nghi ngờ do tụ cầu kháng Methicillin.</p> <p>Viêm màng tinh hoàn nghi ngờ vi khuẩn Coliforms (10.16.4); donovoniasis (u hạt vùng bẹn bìu) (10.14.3)</p> <p>Điều trị kháng sinh kinh nghiệm cho viêm tuyến tiền liệt (10.16.5)</p> <p>Tiêu chảy kéo dài ở người bệnh suy giảm miễn dịch (10.17d.2), nhiễm isospora belli (11.18)</p> <p>Nhiễm toxoplasma (11.40)</p> <p>Viêm mô tế bào không biến chứng, mụn nhọt, hậu bối, áp xe (10.2.2), viêm xoang (11.35)</p>	<p><i>Thêm Cotrimoxazole truyền tĩnh mạch vào phác đồ điều trị.</i></p> <p><i>Truyền tĩnh mạch: 15-20 mg/kg (dựa trên liều trimethoprim) hàng ngày chia làm 2-4 lần trong 2-4 tuần.</i></p> <p><i>Uống: 2 viên liều đơn hoặc một viên liều đôi, hai lần mỗi ngày trong 14 ngày.</i></p> <p><i>Uống: 2 viên liều đơn hoặc một viên liều đôi trong 21 ngày.</i></p> <p><i>Uống: 2 viên liều đôi x 2 lần, ngày trong 14 ngày sau đó 1 viên liều đôi x 2 lần/ngày trong 3 tuần.</i></p> <p><i>Uống: 2 viên liều đôi x 3 lần/ngày trong 6 tuần.</i></p> <p><i>Uống: 1 tới 2 viên liều đôi x 2 lần/ngày trong 7-10 ngày.</i></p>	<p>Khuyến cáo: Uống thuốc trong hoặc sau bữa ăn giúp giảm kích ứng dạ dày. Thông báo cho bác sĩ ngay khi có các triệu chứng đau miệng, sốt, ban đỏ, ho, khó thở, đau khớp, tiêu đục, phân bạc màu</p> <p>Nếu điều trị liều cao, kéo dài: Chú ý uống nhiều nước 2-3 lít/ ngày</p>
--	--	--

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Dapsone</p> <p>Phong thể ít vi khuẩn (11.21)</p> <p>Phong thể nhiều vi khuẩn (11.21)</p> <p>Thay thế Cotrimoxazole dự phòng PLHIV có dị ứng với thuốc chứa nhóm Sulfa (13.3)</p>	<p>Viên nén: 25 mg, 50 mg, 100 mg</p> <p><i>Uống: 100 mg hàng ngày trong 6 tháng dùng cùng Rifampicin trong ngày đầu tiên mỗi tháng.</i></p> <p><i>Uống: 100 mg hàng ngày cho 12 tháng cùng Rifampicin + Clofazimine (xem phần 11.21)</i></p> <p><i>Uống: 100 mg hàng ngày.</i></p>	<p>Thường gặp: Nôn, buồn nôn, tiêu chảy, đau bụng, chuột rút, viêm gan, mẩn đỏ, sốt, vàng da, đau đầu, căng thẳng, nhìn mờ.</p> <p>Hiếm gặp: (liên quan tới liều và liều cao cho điều trị phong): Tan máu, bệnh Methemoglobin máu, viêm da dị ứng bao gồm cả hội chứng Stevens-Johnson.</p>	<p>Mang thai: Dùng khi mang thai quý đầu có thể gây tan máu sơ sinh, bệnh Methemoglobin máu, Nên dùng thêm 5mg acid Folic mỗi ngày cho mẹ trong quá trình điều trị.</p> <p>Đang cho con bú: Tiếp tục cho con bú, theo dõi vàng da ở trẻ.</p> <p>Thận trọng: Ở người bệnh thiếu máu, nghi ngờ tan máu.</p> <p>Quản lý: Xét nghiệm công thức máu toàn bộ trước khi bắt đầu điều trị, sau đó kiểm tra lại mỗi tuần trong tháng đầu, mỗi tháng sau đó trong quá trình điều trị.</p> <p>Khuyến cáo: Uống Dapsone trong hoặc sau bữa ăn để giảm kích ứng dạ dày. Ngừng thuốc ngay và báo lại bác sĩ khi có mẩn đỏ xảy ra.</p>
<p>Deferoxamine (Desferrioxamine mesilate)</p> <p>Ngộ độc sắt cấp tính (3.8.1)</p> <p>(Các chỉ định khác: Thừa sắt mạn tính trong các bệnh lý Hemoglobin máu, thừa nhóm trong suy thận giai đoạn cuối, trong chẩn đoán thừa sắt hoặc thừa nhóm.</p>	<p>Bột pha tiêm: 500 mg (Mesilate) trong lọ</p> <p><i>Truyền tĩnh mạch chậm: Liều khởi đầu 15mg/kg/h, sau đó giảm sau 4-6 giờ, sao cho tổng liều không vượt quá 80mg.kg/24h</i></p>	<p>Thường gặp: Nôn, buồn nôn, ỉa chảy, đau quặn bụng, phản ứng tại chỗ tiêm (đỏ da, đau, sưng nề, đỏ, và ngứa); tụt huyết áp, (đặc biệt khi truyền nhanh); hen phế quản, sốt, đau đầu, đau khớp, đau cơ, chàm phát triển, biến dạng xương.</p> <p>Hiếm gặp: Giảm thính lực, thị lực (bao gồm các tổn thương thị kính, võng mạc); suy hô hấp cấp, các rối loạn thần kinh (bao gồm chóng mặt, bệnh lý dây thần kinh, liệt); bị nhiễm virus dịch hạch, một số loại nấm, mê đậy, suy thận, dị ứng</p>	<p>Mang thai: Chỉ sử dụng nếu lợi ích lớn hơn nguy cơ (nguy cơ gây quái thai).</p> <p>Cho con bú: Thận trọng khi cho con bú; không khuyến khích, nhưng sinh khả dụng đường uống thấp nên không gây ra tác dụng phụ</p> <p>Thận trọng: Trong suy thận, bệnh não nhóm (có thể làm trầm trọng thêm rối loạn chức năng thần kinh)</p> <p>Quản lý: Thực hiện kiểm tra mắt và tai trước khi điều trị và trong khoảng thời gian 3 tháng trong khi điều trị.</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Dexamethasone có thể dùng các loại Steroid khác tương đương trong bảng ở phần 8.2</p> <p>Bệnh Addison (suy thượng thận) (3.4.3)</p> <p>Phù não liên quan đến căn nguyên ác tính (20.3)</p> <p>Viêm màng não mủ (cần nhắc cho trước khi cho kháng sinh tuy nhiên không được làm chậm trễ quá trình cho kháng sinh. (10.10b.3)</p> <p>(Các chỉ định khác: Một số tổ chức ung thư mới, để tránh biến chứng nôn nhiều khi điều trị hóa chất)</p>	<p><i>Viên nén: 500 mg, 4 mg</i> <i>Tiêm: ống 4 mg/ml, 1 ml</i></p> <p><i>Truyền tĩnh mạch: 8 mg: sau đó nhắc lại mỗi 8h</i></p> <p><i>Tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm bắp: liều ban đầu 24 mg mỗi ngày, sau đó giảm 2mg mỗi ngày tới ngưỡng liều thấp nhất mà có hiệu quả.</i></p> <p><i>Đường tĩnh mạch : 10 mg mỗi 6h trong 4 ngày</i></p>	<p>Xem Prednisolone. Ngoài ra: tổn thương bóng hoặc ngứa vùng đáy chậu. (dùng liều cao đường tĩnh mạch).</p> <p>Dexamethasone có thời gian tác dụng kéo dài và có tác dụng Glucocorticoid kết hợp với tác dụng cân bằng nước điện giải. Điều này làm Dexamethasone đặc biệt thích hợp khi điều trị Steroid ở liều cao, khi lượng giảm lượng dịch bị giữ lại trong cơ thể so với các thuốc cùng nhóm khác.</p>	<p>Phụ nữ có thai và cho con bú: Chỉ dùng thuốc khi có chỉ định chắc chắn, lợi ích sẽ lớn hơn nguy cơ (nguy cơ chàm phát triển thai); gần như không có hại ở liều thấp (liều tương đương Prednisolon <40 mg/ngày)</p> <p>Đang cho con bú: Cần chú ý ở người bệnh đang cho con bú, prednisolone nên được ưu tiên.</p> <p>Chống chỉ định: Nhiễm khuẩn toàn thân (trừ khi đã dùng kháng sinh phổ rộng hoặc dùng phổ tác dụng), tránh sử dụng các vaccine sống trong thời gian sử dụng thuốc ức chế miễn dịch.</p> <p>Cần lưu ý: Ở người bệnh nhiễm trùng (các triệu chứng có thể bị che giấu cho đến khi giai đoạn tiến triển, triệu chứng lâm sàng không điển hình): có thể gây bùng phát lao, nhiễm kí sinh trùng, giun lươn; ở người già và thanh thiếu niên, người bệnh tăng huyết áp, nhồi máu cơ tim gần đây, suy tim sung huyết, suy gan, suy thận, đái tháo đường (bao gồm tiền sử gia đình), loãng xương, bệnh tăng nhãn áp (bao gồm tiền sử gia đình), rối loạn tâm thần (do Corticoid có thể gây rối loạn tâm thần), động kinh, bệnh vẩy nến, viêm loét dạ dày tá tràng, suy giáp, tiền sử bệnh cơ Steroid. Suy tuyến thượng thận có thể xảy ra trong quá trình điều trị kéo dài và kéo dài trong nhiều năm sau khi ngưng điều trị.</p> <p>Quản lý: Giám sát cân nặng, huyết áp, cân bằng nước và điện giải, và Glucose trong máu thông qua điều trị kéo dài.</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Diazepam</p> <p>Giảm lo âu (10.11.7); hỗ trợ giảm đau để giảm cơ và đau liên quan lo âu (20.3)</p> <p>Có giết (Đánh giá nhanh 22 và 42 trang 6 và 19, 3.5); ngộ độc phốt pho hữu cơ hoặc Chloroquine (3.8)</p> <p>Hội chứng cai rượu cấp (3.7.1)</p> <p>Ngộ độc cấp Amphetamine hoặc Cocaine với tình trạng vật vã và kích động (3.6)</p> <p>Mất ngủ</p>	<p>Dạng viên nén: 2 mg, 5 mg Dạng tiêm : 5 mg/ml Dạng thụt trực tràng: 10 mg/2 ml</p> <p><i>Uống : Xem phần 10.11.7</i></p> <p><i>Tiêm tĩnh mạch chậm: 10mg hoặc thụt qua trực tràng. Có thể nhắc lại sau 10 phút nếu không cắt được cơn giật. Không được tiêm bắp.</i></p> <p><i>Tùy theo mức độ, liều có thể lên đến 20 mg mỗi 1-2 giờ cho đến khi người bệnh bình tĩnh và an thần nhẹ (Xem Phần 3.7.1 cách đặt liều Diazepam.)</i></p> <p><i>Xem phần 3.6.3.</i></p> <p><i>Xem phần 20.7.</i></p>	<p>Thường gặp: An thần và tác dụng phụ khác xuất hiện tương tự như ngộ độc rượu</p> <p>Không thường xuyên hoặc hiếm gặp: Buồn nôn/nôn, tiêu chảy, đau bụng hoặc chuột rút, ứ chệ hô hấp (thường là do quá liều), hội chứng cai, hạ huyết áp, nhịp tim chậm, phụ thuộc và lạm dụng, buồn ngủ và chóng mặt, vàng vào ngày hôm sau, lẫn lộn và thất điều (đặc biệt là ở người cao tuổi), mất trí nhớ, phụ thuộc, yếu cơ, tăng hưng phấn nghịch thường, rối loạn thị giác, thay đổi ham muốn tình dục, bí tiểu hoặc tiểu không tự chủ, rối loạn về huyết học, tăng enzyme gan/vàng da, hạ huyết áp khi tiêm tĩnh mạch nhanh</p> <p>Thường gặp: Buồn nôn, nôn, đau đầu, chóng mặt</p> <p>Không thường xuyên hoặc hiếm gặp: Phản ứng miễn dịch.</p>	<p>Phụ nữ mang thai: Tránh sử dụng thường xuyên (chỉ sử dụng khi cần thiết, ví dụ như kiểm soát cơn động kinh). Sử dụng liều hiệu quả tối thiểu đối với thời gian ngắn nhất; liên quan với tăng nguy cơ hở hàm ếch; triệu chứng cai ở trẻ sơ sinh đã được báo cáo</p> <p>Phụ nữ cho con bú: Sử dụng thận trọng; Các Benzodiazepin tác dụng ngắn được ưa dùng hơn (theo chỉ định). Các tác dụng phụ có thể gặp (theo dõi trẻ sơ sinh cho thấy buồn ngủ và bú kém)</p> <p>Chống chỉ định: Bệnh hô hấp, suy hô hấp cấp tính, ngưng thở khi ngủ, suy gan nặng, nhược cơ, Glucom góc đồng.</p> <p>Sử dụng thận trọng: Trong yếu cơ, tiền sử lạm dụng rượu hoặc ma túy, rối loạn nhân cách, người cao tuổi hoặc suy nhược, Porphyrin niệu, suy gan nặng, suy thận.</p> <p>Sử dụng lặp đi lặp lại ngay cả ở liều điều trị có thể dẫn đến phụ thuộc. Điều này có lẽ do kéo dài thời gian điều trị đến 4 tuần với liều thông thường, tăng thời gian và liều điều trị. Tránh dùng thuốc đột ngột..</p> <p>Chỉ dẫn: Thuốc có thể làm giảm khả năng làm việc đòi hỏi kỹ năng cao như vận hành máy móc hoặc lái xe.</p> <p>Phụ nữ mang thai/cho con bú: Không sử dụng. Chống chỉ định: DEC không nên được sử dụng ở những nơi cũng mắc với Onchocerciasis hoặc Loiasis do có thể xuất hiện tác dụng phụ nghiêm trọng. Người bệnh cần được kiểm tra đồng nhiệm trước khi sử dụng DEC.. Sử dụng thận trọng: Suy thận, rối loạn tím mạch</p>
<p>Diethylcarbamazine (DEC)</p> <p>Giun chỉ (11.12)</p>	<p>Viên nén: 50 mg, 100 mg</p> <p><i>Uống : 6 mg/kg chia làm 3 lần trong 12 ngày, lặp lại mỗi 6 tháng nếu có triệu chứng hoặc bằng chứng trên xét nghiệm.</i></p>		

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Dihydro-Artemisinin + Piperavaquine</p> <p>Lựa chọn đầu tay cho sốt rét do Plasmodium falciparum có triệu chứng, chưa biến chứng (11.25.3)</p>	<p>Viên kết hợp 40 mg Dihydroartemisinin và 320 mg Piperavaquine</p> <p>Xem liều trong bảng trong 11.25.3.</p>	<p>Thường gặp: Nhức đầu, tăng bạch cầu ái toan, ho, ngứa cơ QTc kéo dài</p>	<p>Phụ nữ mang thai: Không khuyến cáo trong ba tháng đầu của thai kỳ</p> <p>Cách dùng: Uống với nước khi đói. Nếu người bệnh bị nôn trong vòng 30 phút khi dùng thuốc, toàn bộ liều nên được dùng lại ; nếu một người bệnh bị nôn trong vòng 30-60 phút, một nửa liều nên được dùng lại.</p>
<p>Diloxanide</p> <p>A míp trong lòng ruột (11.1.1)</p>	<p>Viên nén: 500 mg (Furoate)</p> <p>Uống : 500mg 3 lần mỗi ngày trong 5 ngày</p>	<p>Thường gặp: Đầy hơi</p> <p>Không thường xuyên hoặc hiếm: Ói mửa, ngứa, nổi mề đay</p>	<p>Phụ nữ mang thai: Trì hoãn việc điều trị cho đến khi sau ba tháng đầu.</p> <p>Phụ nữ cho con bú: Nên tránh.</p>
<p>Dithranol</p> <p>Bệnh vẩy nến vừa đến nặng(10.2.7)</p> <p>Lưu ý: Tính ổn định là một vấn đề với các chế phẩm Dithranol, đặc biệt loại tác dụng kéo dài. Việc bổ sung axit Salicylic, Ascorbicaxit hoặc axit Oxalic như một chất chống oxy hóa nhằm ổn định sản phẩm Dithranol và ngăn ngừa đổi màu và làm bất hoạt. Ổn định nhất trong Parafin mềm và ít nhất là trong dạng kem bôi.</p>	<p>Thuốc mỡ: 0.1-2%</p> <p>Sử dụng tại chỗ: Bắt đầu với loại 0,1%, sử dụng trực tiếp tại vị trí tổn thương trong 30 phút, sau đó rửa sạch thật kỹ; lặp lại hàng ngày, dần dần gia tăng tới 2% và thời gian sử dụng tiếp xúc với 60 phút trong khoảng thời gian hàng tuần; một số loại chế phẩm qua đêm.</p>	<p>Thường gặp: Kích ứng tại chỗ, ban đỏ hoặc lan rộng tổn thương (sử dụng ngưng); viêm kết mạc sau tiếp xúc với mắt; da, tóc, vải.</p>	<p>Thận trọng: Kích ứng (tránh tiếp xúc với mắt, niêm mạc và da khỏe mạnh).</p> <p>Chống chỉ định: Quá mẫn; tránh tiếp xúc trên mặt, ben, mụn nhọt cấp tính, vùng viêm nhiễm nguy hiểm.</p> <p>Quản lý: Thuốc dùng tại chỗ bằng miếng dán Lassar gồm (Miếng dán kèm 96%, acid Salicylic 2%, Parafin 2%) hoặc quán với Parafin quánh da. Dithranol phải được bảo quản tránh ánh sáng và cần được cung cấp trong các thùng chứa phù hợp..</p> <p>Tư vấn: Rửa tay kỹ sau khi sử dụng</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Dopamine</p> <p>Súc nhiễm trùng; khi không đáp ứng với truyền dịch (3.1.5); sóc tim (3.1.4)</p>	<p>Dịch truyền tĩnh mạch: 200 mg trong ống tiêm 5ml</p> <p><i>TM: Xem bảng liều vận mạch và hướng dẫn trong Phần 3.1.</i></p>	<p>Thường gặp: Buồn nôn/nôn, nhịp tim nhanh, loạn nhịp, đánh trống ngực, đau thắt ngực; hạ huyết áp với biểu hiện chóng mặt, tăng huyết áp (trong quá liều), nhức đầu, khó thở</p> <p>Không thường xuyên hoặc hiếm gặp: Phản ứng dị ứng bao gồm phản ứng phản vệ (do Natri Metabisulphite trong sản phẩm), rối loạn dẫn truyền trong tâm thất, nhịp tim chậm, rụng lông, tăng Ure máu, giãn đồng tử, co mạch ngoại vi, hen phế quản cấp, hoại tử / hoại thư tại chỗ tiêm</p>	<p>Phụ nữ mang thai: Chỉ sử dụng nếu lợi ích lớn hơn nguy cơ và không có lựa chọn thay thế sẵn có.</p> <p>Phụ nữ cho con bú: Có thể được sử dụng ở liều khuyến cáo nếu lợi ích lớn hơn nguy cơ; thời gian bán thải ngắn và bị phá hủy trong lòng ống tiêu hóa..</p> <p>Chống chỉ định: Rối loạn nhịp nhanh, rung thất, bệnh tim thiếu máu cục bộ, u tủy thượng thận, cường giáp.</p> <p>Bồi phụ thể tích tuần hoàn trước khi dùng thuốc; duy trì khối lượng tuần hoàn trong quá trình điều trị.</p> <p>Đảm bảo cung cấp oxy trước hoặc trong quá trình điều trị. Xem Phần 3.1.</p> <p>Sử dụng thận trọng: Nếu có tiền sử bệnh mạch máu ngoại vi</p> <p>Cách dùng: Pha loãng trong Glucose 5% hoặc dung dịch muối đẳng trương và truyền ở tĩnh mạch lớn. Không dùng với Natri Bicarbonat hoặc các chất kiềm mạnh khác.</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Doxycycline</p> <p>Viêm phổi không nghiêm trọng (10.6.3)</p> <p>Kết hợp với Quinine và Artesunate để hoàn thành quá trình điều trị sốt rét nặng; Là lựa chọn thứ hai trong điều trị sốt rét do P. falciparum hoặc cho khách du lịch. (11.25)</p>	<p>Viên nang : 100 mg</p> <p><i>Uống : 100 mg hai lần mỗi ngày trong 5-7 ngày</i></p> <p><i>Xem Phần 11.25.</i></p>	<p>Thường gặp: Buồn nôn/nôn, tiêu chảy, chán ăn, đau thượng vị, xin màu răng và đôi khi giảm sản men răng, nhạy cảm ánh sáng</p>	<p>Phụ nữ mang thai/cho con bú: Không chỉ định sau tuần 8 do ảnh hưởng đến sự phát triển xương của thai nhi và sự đổi màu răng; điều trị ngắn hạn có thể được sử dụng nếu thuốc khác không phù hợp; có liên quan tình trạng nhiễm độc gan bà mẹ, đặc biệt là trong ba tháng đầu. Có thể được sử dụng một liệu trình ngắn duy nhất từ 7-10 ngày (theo dõi tác dụng không mong muốn trên trẻ sơ sinh).</p>
<p>Bệnh giang mai, giai đoạn tiềm tàng- chỉ cho người không mang thai và dị ứng Penicillin (11.37)</p>	<p><i>Uống: 100mg 2 lần/ ngày trong 14 ngày</i></p>	<p>Hiếm gặp: Phản ứng quá mẫn ở tai., rối loạn thị giác, nhiễm độc gan, rối loạn máu, viêm đại tràng</p>	<p>Sử dụng thận trọng: Trong suy gan, rối loạn chuyển hóa Porphyrin, Lupus ban đỏ hệ thống</p>
<p>Bệnh giang mai, giai đoạn muộn hoặc không xác định (11.37)</p>	<p><i>Uống: 100mg 2 lần/ ngày trong 30 ngày</i></p>	<p>C. difficile, viêm thực quản và loét thực quản: không thường xuyên hoặc hiếm</p>	<p>Tư vấn: Tư vấn cho người bệnh sử dụng thuốc viên nang nguyên với nhiều nước, để tránh gây kích ứng thực quản; có thể cho sữa/thức ăn để chống kích thích dạ dày. Tránh tiếp xúc với ánh sáng mặt trời hoặc đèn cực tím.</p>
<p>Nhiễm Chlamydia tại đường sinh dục không biến chứng (10.15.4); viêm niệu đạo không do lậu; bệnh Rickettsia (11.33); Leptospirosis (11.22)</p>	<p><i>Uống: 100mg 2 lần/ ngày trong 07 ngày</i></p>		
<p>U hạch bạch huyết hoa liễu (10.14.3)</p>	<p><i>Uống: 100mg 2 lần/ ngày trong 14 ngày</i></p>		
<p>U hạt ben (Donovanosis) (10.14.3)</p>	<p><i>Uống: 100mg 2 lần/ ngày đến khi lành</i></p>		
<p>PID (10.15.5)</p>	<p><i>Uống hoặc tiêm TM: Xem bảng trong phần 10.15.5.</i></p>		

Sốt hồi quy (11.2.3)	<i>Uống: 100mg 2 lần/ ngày từ 4-6 tuần</i>		
Bacillary angiomatosis (11.2.4)	<i>Uống: 100mg 2 lần/ngày trong 3 tuần</i>		
Sốt mào cào (11.2.2)	<i>Uống: 100mg 2 lần/ngày trong 10-14 ngày V/A Rifampicin</i>		
Tả (10.7d.2)	<i>Uống: 300mg một liều đơn độc</i>		
Mụn nặng (10.2.3)	<i>Uống: 50mg hàng ngày trong 3-6 tháng</i>		
Bệnh than, bệnh da liễu (10.2.10); viêm mô không biến chứng, nốt, cụm nốt hậu bối, áp xe (10.2.2)	<i>Uống: 100mg 2 lần/ngày trong 7-10 ngày</i>		
Leptospirosis (11.22)	<i>Uống: 100mg 2 lần/ngày trong 7 ngày</i>		
Eosinophilic folliculitis (10.2.3)	<i>Uống: 100mg 2 lần/ngày trong 8-12 tuần</i>		

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Eflornithine</p> <p>Bệnh do KST Trypanosoma ở người châu Phi - T.b gambiense giai đoạn viêm não màng não (11.41)</p>	<p>Tiêm: 200 mg/ml trong lọ 100 ml</p> <p><i>Đường tĩnh mạch (truyền chậm quá 2 giờ): 200 mg/kg mỗi 12 giờ trong 7 ngày VA uống Nifurtimox (nếu Nifurtimox không có, dùng Eflornithine 100 mg/kg truyền tĩnh mạch mỗi 6 giờ trong 14 ngày.)</i></p>	<p>Thường gặp: Thiếu máu, bạch cầu hạt, giảm tiểu cầu, co giật toàn thể, giảm thính lực, nôn, đau bụng, đau đầu, phù mắt.</p>	<p>Phụ nữ có thai/ cho con bú: Chống chỉ định</p> <p>Cần trọng: Với suy thận cần nhập viện và theo dõi sát trong quá trình điều trị</p> <p>Quản lý: Theo dõi công thức máu do thuốc ức chế tủy xương.</p>
<p>Enalapril</p> <p>Bệnh thận do HIV (11.31.5)</p> <p>(Chỉ định khác: THA, suy tim)</p>	<p><i>Viên nén: 2.5 mg</i></p> <p><i>Uống: 2.5 tới 40 mg hàng ngày. Tham khảo điều chỉnh liều tại phần 11.31.5</i></p>	<p>Thường gặp: Hạ huyết áp nếu dùng lợi tiểu, ho, tăng kali máu, đau đầu, chóng mặt, mệt, buồn nôn, suy thận, viêm da dày, viêm móng mắt</p> <p>Hiếm gặp: Giồng như BNF.</p>	<p>Phụ nữ có thai: Không được dùng</p> <p>Phụ nữ cho con bú: Lượng sữa tiết ra có thể quá ít và có hại với trẻ</p> <p>Chống chỉ định: Tăng đáp ứng với ức chế men chuyển (phù mạch)</p> <p>Cần trọng: Với suy thận, bệnh mạch ngoại vi, hẹp động mạch chủ, suy giảm chức năng gan</p> <p>Theo dõi: Khi bắt đầu, ngừng lợi tiểu khoảng 24 giờ và bắt đầu với liều thấp tại giường. Kiểm tra chức năng thận và rối loạn điện giải trước khi bắt đầu điều trị</p> <p>Khuyến bảo: Trong khi uống thuốc này, có thể cảm thấy chóng mặt khi đứng. Đứng lên từ tư thế ngồi hoặc nằm để giảm tình trạng này; ngồi hoặc nằm xuống nếu cảm thấy chóng mặt</p> <p>Không uống kali trong khi uống thuốc trừ khi bác sĩ kê đơn.</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Epinephrine (Adrenaline)</p> <p>Phân vệ (Đánh giá nhanh tr.29)</p> <p>Sóc nhiễm khuẩn không đáp ứng với truyền dịch (3.1.5); sốc tim (3.1.4)</p> <p>Co thắt phế quản nặng nếu không có sẵn Salbutamol dạng hít (3.2.4)</p>	<p>Tiêm: 1 mg trong ống tiêm 1 ml (1:1000)</p> <p><i>Truyền tĩnh mạch (1:1000): 0,5 ml liều đơn độc nếu 50 kg (0,3 ml nếu 30 kg, 0,4 ml nếu 40 kg) SAU có thể lặp lại mỗi 5 phút</i></p> <p><i>Truyền tĩnh mạch: Liều vận mạch và sử dụng như phân 3.1.</i></p> <p><i>Tiêm bắp: 0,5 mg (0,5 ml của 1:1000)</i></p>	<p>Thường gặp: Lo lắng, đau đầu, sợ hãi, hồi hộp trống ngực, mạch nhanh, run, chóng mặt, vã mồ hôi, buồn nôn, nôn, tăng đường huyết.</p> <p>Hiếm gặp: Tăng huyết áp, rối loạn nhịp, phù phổi (đầu hiệu của quá liều hoặc tình trạng siêu nhạy cảm), hoại tử mô (nếu tiêm bắp hoặc dưới da)</p>	<p>Có thai: Có thể sử dụng với liều khuyến cáo</p> <p>Cho con bú: Cần thận, theo dõi trẻ các tác dụng phụ như cáu kỉnh, khó ngủ, run.</p> <p>Thận trọng: Cường giáp, tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh tim, rối loạn nhịp, bệnh mạch não, giai đoạn chuyển dạ, và người già</p> <p>Theo dõi: Truyền tĩnh mạch Epinephrine chỉ nên sử dụng khi có kinh nghiệm và cần theo dõi sát</p>
<p>Ergometrine</p> <p>Chảy máu trong giai đoạn sớm của thai kì (Đánh giá nhanh tr.51)</p> <p>Chảy máu sau khi sinh: Chảy máu nặng kéo dài với chảy máu các phần phụ tử cung sau khi cung cấp Oxytocin sau khi sinh hoặc lấy thai ra (Đánh giá nhanh tr.52-53 và 56-57)</p>	<p>Tiêm: 200 mcg (0,2 mg) (Hydrogen maleate) trong ống tiêm 1 ml</p> <p><i>Tiêm bắp: 0,2mg trong một liều duy nhất VÀ nhắc lại TB hoặc truyền TM nếu vẫn chảy máu</i></p> <p><i>Truyền tĩnh mạch (chậm) hoặc tiêm bắp: 0,2mg</i></p>	<p>Thường gặp: Buồn nôn, nôn.</p> <p>Hiếm gặp: Đau đầu, chóng mặt, ù tai, đau bụng, đau ngực, hồi hộp trống ngực, khó thở, nhịp chậm, tăng huyết áp, đột quỵ, nhồi máu cơ tim, phù phổi.</p>	<p>Có thai: Chống chỉ định khi có dấu hiệu chuyển dạ vì có thể gây đẻ non, và giảm dòng máu tới tử cung (có thể gây say thai hoặc thai lưu)</p> <p>Cho con bú: Liều đơn độc cơ sau khi sinh có thể gây giảm tiết sữa, tránh dùng kéo dài hoặc dùng đa liều.</p> <p>Chống chỉ định: Bệnh mạch máu, bệnh tim nặng (đau thắt ngực), tăng huyết áp nặng, suy thận hoặc suy giảm chức năng gan, tiền sản giật, hoặc san giạt.</p> <p>Thận trọng: Với bệnh tim mạch, tăng huyết áp, suy thận, mang bầu nhiều thai, Porphyrina.</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Erythromycin</p> <p>Giang mai giai đoạn đầu (11.37)</p> <p>Giang mai giai đoạn muộn (11.37)</p> <p>Nhiễm Chlamydia sinh dục không biến chứng: nhiễm trùng niệu đạo không do khuẩn lậu (10.15.4)</p> <p>Bệnh hạt xoài - bệnh u hạt bạch huyết hoa liễu (10.14.3)</p> <p>U hạt vùng bẹn Granuloma inguinale (Donovaniasis) (10.14.3)</p> <p>Hạ cam Chancroid (10.1.3)</p> <p>Viêm phổi nặng, viêm phổi không đáp ứng với điều trị đường uống sau 3 ngày.</p> <p>Viêm phổi nhẹ (10.6)</p> <p>Sốt viêm khớp, điều trị chính nếu dị ứng với Penicillin (11.32)</p> <p>Dự phòng thứ phát bệnh thấp khớp cấp (11.32)</p> <p>Viêm họng do cầu khuẩn (10.17.9)</p> <p>Viêm nang lông nặng (10.2.3)</p> <p>Vị khuẩn tả kháng Tetracycline tại vùng có dịch (10.7d.2)</p>	<p>Viên nén: 250 mg Viên nang: 250 mg Pha truyền: 500 mg</p> <p><i>Uống: 500 mg 4 lần/ngày trong 14 ngày</i></p> <p><i>Uống 500 mg 4 lần/ngày trong 30 ngày</i></p> <p><i>Uống: 500 mg hai lần/ngày trong 7 ngày</i></p> <p><i>Uống: 500 mg 4 lần/ngày trong 14 ngày</i></p> <p><i>Uống: 500 mg 4 lần/ngày đến khi hết</i></p> <p><i>Uống: 500 mg 4 lần/ngày trong 7 ngày</i></p> <p><i>Truyền TM/uống: 500 mg 4 lần/ngày /Á Ceftriaxone HOẶC Ampicillin + Gentamicin trong 10-14 ngày</i></p> <p><i>Uống: 500 mg 4 lần/ngày trong 5-7 ngày</i></p> <p><i>Uống: 250 mg 4 lần/ngày trong 10 ngày</i></p> <p><i>Uống 250 mg. 2 lần/ ngày</i></p> <p><i>Uống: 250 mg. 4 lần/ ngày trong 10 ngày</i></p> <p><i>Uống: 500mg 2 lần/ ngày</i> <i>Uống: 500 mg 4 lần/ ngày trong 3 ngày</i></p>	<p>Thường gặp: Buồn nôn, nôn, đi ngoài phân lỏng, đau bụng hoặc chuột rút.</p> <p>Hiếm gặp: Dị ứng, giảm thính lực có thể hồi phục, vàng da, ảnh hưởng tim mạch, hội chứng như hen, ban đỏ da (Stevens-Johnson) viêm hoại tử da, QT kéo dài, viêm ruột do <i>C. difficile</i>.</p>	<p>Có thai/cho con bú: Không rõ tác dụng có hại</p> <p>Chống chỉ định: Mẫn cảm với Erythromycin hoặc các Macrolides khác, Porphyria.</p> <p>Thận trọng: với người bệnh suy giảm chức năng gan, nguy cơ QT kéo dài (rối loạn điện giải, và QT kéo dài do thuốc) nguy cơ phản ứng khi dùng nhiều thuốc</p> <p>Theo dõi: Liều tiêm nhắc lại pha với nước cất chỉ để tiêm. Pha loãng hơn khi truyền. Tiêm Erythromycin có thể gây kích thích hoặc tắc mạch vùng tiêm</p> <p>Truyền tốc độ 1-5mg/ml qua 60 phút hoặc chậm hơn, qua catheter trung tâm. Tránh vỡ mạch.</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Erythromycin, bôi</p> <p>Viêm nang lông nhẹ đến vừa (10.2.3)</p>	<p>Gel/ dạng kem: Erythromycin 2%</p> <p><i>Gel: bôi một lớp mỏng vùng da tổn thương, ngày một lần.</i></p> <p><i>Dạng kem: bôi một lớp mỏng vùng da tổn thương, ngày hai lần..</i></p> <p><i>Xem phần 10.2.3</i></p>	<p>Hay gặp: Khô da, ngứa, đau, nóng tại chỗ</p> <p>Ít hoặc hiếm gặp: Bong da, đỏ</p> <p>Nếu gặp tác dụng phụ trên, giảm số lần bôi; nếu triệu chứng vẫn không giảm nên dùng thuốc.</p>	<p>Phụ nữ mang thai/cho con bú: Sử dụng an toàn</p> <p>Chú ý: Trước khi bôi, làm sạch vùng da tổn thương bằng xà bông trung tính và nước ấm, rửa sạch, làm khô bằng khăn sạch. Tránh tiếp xúc với mắt, môi, niêm mạc mũi miệng, bệnh có thể thuyên giảm sau 3-4 tuần. Tuy nhiên, điều trị thuốc trong 6-12 tuần để phát huy tác dụng tối đa của thuốc.</p>
<p>Ethambutol</p> <p>Thuốc sử dụng phối hợp trong giai đoạn tấn công điều trị lao (15.3)</p> <p>Nhiễm MAC (Mycobacterium avium complex) (trên người bệnh nhiễm HIV) (11.27)</p>	<p>Viên nén: 100 mg, 400 mg</p> <p><i>Uống: 15 mg/kg/lần, ngày lần hoặc 30 mg/kg/ngày, tuần 3 lần.</i></p> <p><i>15 mg/kg/ngày V/A Clarithromycin hoặc Azithromycin trong 6 tuần</i></p>	<p>Thường gặp: viêm dây thần kinh tai</p> <p>Ít hoặc hiếm gặp: viêm thần kinh ngoại vi (đặc biệt ở chân), ban, sẩn ngứa, mày đay, giảm tiêu cầu, bệnh gút, vàng da.</p>	<p>Phụ nữ mang thai/cho con bú: Cần nhắc tính an toàn trên hai đối tượng này (theo dõi tác dụng phụ trên trẻ, như vàng da)</p> <p>Chống chỉ định: Tiền sử viêm thần kinh hoặc suy thận nặng</p> <p>Thận trọng: Người già có giảm thị lực, suy thận</p> <p>Chú ý: Cần khám mắt trước và trong quá trình điều trị; nên báo cáo và dùng thuốc ngay lập tức khi có vấn đề về thị giác. Điều chỉnh liều theo mức độ suy thận.</p> <p>Lưu ý: Nếu bạn nhìn không rõ hoặc nhìn màu sắc bị ảnh hưởng, ngừng thuốc và nói với bác sĩ</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Ethanol</p> <p>Ngộ độc Ethylene glycol hoặc Methanol (3.8.1)</p>	<p>Dạng dịch uống: 40-43% rượu (vodka or whiskey)</p> <p><i>Uống (hoặc sonde dạ dày):</i> <i>Tần công: 1.8 ml/kg trong 15-30 phút</i> <i>(pha loãng).</i> <i>Liều duy trì: 0.2 ml/kg/giờ (người không uống rượu) hoặc 0.46 ml/kg/giờ (người hay uống rượu nặng)</i></p>	<p>Thường gặp: Triệu chứng của ngộ độc, lú lẫn, ngủ gà, hôn mê, suy hô hấp, hạ đường máu</p>	<p>Phụ nữ mang thai/cho con bú: Bất buộc khi cần; Tuy nhiên, thai nhi có nhiều nguy cơ bị ảnh hưởng do rối loạn chuyển hóa vì ngộ độc Ethylene glycol/Methanol hơn là vì Ethanol (được dùng với liều của thuốc giải độc). Không nên cho con bú trong khi điều trị Ethanol vì Ethanol bài tiết qua sữa mẹ</p> <p>Chống chỉ định: Quá mẫn với Ethanol.</p> <p>Thận trọng: Gây suy giảm chức năng thần kinh trung ương, và làm tăng tác dụng lên thần kinh trung ương của các thuốc khác như Benzodiazepines. Tăng nguy cơ hạ đường máu trên người nghiện rượu. Trên người bệnh đang sử dụng thuốc ức chế Aldehyde dehydrogenase như Disulfiram, Metronidazole, Griseofulvin, sử dụng ethanol có thể dẫn tới hội chứng Acetaldehyde (mệt mỏi, đỏ toàn thân, mắt tự chủ).</p>
<p>Sắt sulfate</p> <p>Xem các nguyên tố sắt tương đương ở phần 8.3.</p> <p>Thiếu máu thiếu sắt (10.18.3)</p> <p>Bổ sung sắt cho phụ nữ có thai không có thiếu máu (14.1.1)</p>	<p>Viên nén: tương đương 60 mg sắt</p> <p><i>60 mg sắt nguyên tố/ngày, trong thiếu máu nhẹ,</i> <i>120 mg/ ngày, (thêm 400 mcg Folic acid) trong thiếu máu vừa đến nặng.</i></p> <p><i>100 mg sắt nguyên tố và 400 mcg Folic acid hàng ngày</i></p>	<p>Thường gặp: Táo bón (đặc biệt trên người bệnh lớn tuổi); đôi khi gây cứng phân), tiêu chảy, phân đen, buồn nôn, đau thượng vị, kích thích dạ dày ruột</p> <p>Ít hoặc hiếm gặp: Đại thực bào nhiễm sắt</p>	<p>Phụ nữ mang thai/cho con bú: Sử dụng an toàn</p> <p>Chống chỉ định: Đại thực bào nhiễm sắt, chứng nhiễm sắc tố sắt;</p> <p>Thiếu máu mà không phải do thiếu sắt; người bệnh truyền máu nhiều lần; đang bù sắt qua đường tĩnh mạch</p> <p>Thận trọng: Có thể giảm liều nếu xuất hiện tác dụng phụ; có thể lựa chọn muối sắt thay thế. Tuy nhiên một cách đơn giản là có thể sử dụng sản phẩm có thành phần nguyên tố sắt thấp hơn..</p> <p>Xem phần 10.18.3 về theo dõi, thời gian điều trị.</p> <p>Lưu ý: Mặc dù sắt được hấp thụ tốt nhất khi dạ dày không có thức ăn, sắt vẫn có thể được uống sau ăn để giảm tác dụng phụ của thuốc đối với dạ dày. Tránh xa tầm với của trẻ em.</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
Fluconazole Nhiễm nấm Candida âm đạo (10.15.4, 11.4) Nhiễm nấm Candida miệng tái diễn (10.17.3, 11.4) Nhiễm nấm Candida thực quản (10.7b.3, 11.4) Nhiễm nấm Candida nghiêm trọng và nhiễm nấm candida máu (11.4)	Viên nang: 50 mg Tiêm, truyền tĩnh mạch: 2 mg/ml Dung dịch uống: 50mg/5ml <i>Uống: Liều duy nhất 150 mg.</i> <i>Uống: 100-200 mg hàng ngày trong 7-14 ngày</i> <i>Tĩnh mạch/uống: 100-200 mg hàng ngày trong 14-21 ngày</i> <i>Tĩnh mạch/uống: 400 mg hàng ngày, sau khi hết sốt dùng tiếp 14 ngày</i>	Ít hoặc hiếm gặp: Buồn nôn/nôn, đau bụng, tiêu chảy, đau đầu, tổn thương gan, chóng mặt, co giật, rụng tóc, ban (khi dùng thuốc), phản ứng quá mẫn, vẩn đỏ về huyết học, hạ kali máu	Phụ nữ mang thai: Liều đơn độc ít có nguy cơ ảnh hưởng đến thai nhi, tuy nhiên nên tránh sử dụng liều cao và kéo dài. Phụ nữ cho con bú: An toàn khi sử dụng liều thông thường trong thời gian ngắn (theo dõi tác dụng phụ trên trẻ bú sữa) Thận trọng: Tăng nhạy cảm với các thuốc khác nhóm Azole, trên những người bệnh suy thận Theo dõi chức năng gan (dùng thuốc khi có các biểu hiện gan bệnh lý). Có thể làm tăng nguy cơ tác dụng phụ của nhiều thuốc. Điều chỉnh liều theo mức độ suy thận.
Viêm màng não do Cryptococcal, dùng đơn độc hoặc kết hợp với Amphotericin B (11.5) Viêm màng não do Cryptococcal (dự phòng thứ phát) (11.5)	<i>Xem phần 11.5</i> <i>Uống: 200 mg hàng ngày cho đến khi người bệnh dùng nạp thành công ART và số lượng CD4 duy trì trên 200 trong 6 tháng</i> <i>Uống: Liều duy nhất 400 mg</i>		Lưu ý: Thông báo với bác sĩ nếu người bệnh cảm thấy mệt mỏi bất thường, buồn nôn, hoặc chán ăn, hoặc nước tiểu có màu bất thường, da nhợt nhạt hoặc vàng da.
Bệnh vẩy phấn đa hình thái (10.2.8) Bệnh nám da (10.2.7)	<i>Uống: 150-300 mg mỗi tuần đến khi khỏi (6-12 tháng)</i> <i>Uống: 200 mg hàng ngày trong 6 tuần</i>		
Bệnh Leishmaniasis ở da (do kí sinh trùng đơn bào)(11.20.1)			

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Flucytosine (5-FC)</p> <p>Viêm màng não do Cryptococcal (như liệu pháp điều trị cùng với Amphotericin) (11.5)</p>	<p>Dạng chế phẩm: 250 mg Dung dịch: 2.5 g trong 250 ml</p> <p><i>Tình mạch/uống: 100 mg/kg/ngày chia 4 lần trong 14 ngày</i></p>	<p>Hay gặp: Buồn nôn/nôn, ban, tiêu chảy</p> <p>Ít hoặc hiếm gặp: Gây độc với tim, lãn lộn, ảo giác, co giật, đau đầu, lơ mơ; chóng mặt, chức năng gan có thể bị ảnh hưởng (viêm gan và hoại tử gan đã được báo cáo), hoại tử da do độc tố; vẩn đỏ huyết học bao gồm giảm tiểu cầu, giảm bạch cầu, thiếu máu do giảm sinh.</p>	<p>Phụ nữ mang thai: Không sử dụng trên phụ nữ có thai (gây quái thai trên động vật); chỉ cân nhắc sử dụng nếu lợi ích lớn hơn nguy cơ.</p> <p>Phụ nữ cho con bú: Không được khuyến cáo cho đến khi có những dữ liệu đáng tin cậy hơn. Chỉ cân nhắc sử dụng nếu lợi ích lớn hơn nguy cơ</p> <p>Thận trọng: Người lớn tuổi, suy thận người bệnh giảm sinh tủy</p> <p>Chú ý: Theo dõi chức năng gan, chức năng thận, số lượng tế bào máu khi sử dụng cùng Amphotericin B (kiểm tra công thức máu, chức năng thận hàng tuần). Điều chỉnh liều theo chức năng thận.</p> <p>Bảo quản: Để ở nhiệt độ 15–25°C (dạng Fluorouracil bảo quản trên 25°C và có thể bị kết tủa ở dưới 15°C).</p> <p>Lưu ý: Uống thuốc với thức ăn.</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Fluoxetine</p> <p>Trầm cảm mức độ vừa đến nặng (10.11.6); rối loạn hoang sơ mạn tính (10.11.7)</p>	<p>Viên nang/viên nén: 20 mg</p> <p><i>Uống: Bắt đầu điều trị với liều 20 mg hàng ngày (để hạn chế một số tác dụng phụ kin dao, có thể bắt đầu với liều 10 mg (một nửa viên) sau đó dùng liều 20 mg nếu thuốc dùng nạp tốt); SAU ĐÓ</i></p> <p><i>Nếu không đáp ứng sau 4-6 tuần hoặc đáp ứng một phần sau 6 tuần, tăng liều 20 mg (tối đa 60 mg) tùy theo dung nạp và đáp ứng lâm sàng.</i></p> <p><i>Người già và người có bệnh nội khoa, xem phần 10.11.6</i></p>	<p>Thường gặp: Mệt mỏi, kích thích, mất ngủ, chán ăn và rối loạn tiêu hóa, đau đầu, ra mồ hôi, giảm khả năng tình dục</p> <p>Ít hoặc hiếm gặp: Tăng động, rối loạn đông máu trên người bệnh uống Aspirin hoặc các thuốc kháng viêm No-steroid</p>	<p>Phụ nữ mang thai: Cần thận trọng; hội chứng cai trên trẻ sơ sinh (mệt lã, bú kém, rối loạn giấc ngủ).</p> <p>Phụ nữ cho con bú: Không khuyến cáo; thời gian bán thải kéo dài, có thể tích lũy trong sữa mẹ; nếu cần thiết sử dụng với liều thấp nhất.</p> <p>Chống chỉ định: Không dùng kết hợp với nhóm MAO-Is</p> <p>Thận trọng: Suy thận hoặc suy gan (cần nhắc giảm liều), đái tháo đường.</p> <p>Có thể làm tăng nguy cơ tác dụng phụ của nhiều thuốc.</p> <p>Chú ý khi dùng thuốc: Mặc dù triệu chứng có thể thuyên giảm trong 1-3 tuần đầu tiên, tác dụng tối đa chống trầm cảm thường yêu cầu ít nhất 4 tuần hoặc nhiều hơn.</p> <p>Quan sát các rối loạn hành vi như kích động, có ý tự tử (xem phần 10.11). Nếu có tiền sử hưng cảm hoặc rối loạn lưỡng cực thì cần ổn định tâm lý trước (xem phần 10.11.5 trong vấn đề rối loạn lưỡng cực).</p>
<p>Fluphenazine</p> <p>Chống loạn thần: điều trị duy trì tâm thần phân liệt và các dạng khác của loạn thần (10.11.4)</p>	<p>Dạng tiêm: 25 mg, 1 ml dạng ống nang</p> <p><i>Tiêm bắp sâu: Bắt đầu liều 12.5 mg tiêm mỏng SAU ĐÓ nhắc lại sau mỗi 2-4 tuần</i></p> <p><i>Liều thông thường 12.5-100 mg tiêm bắp mỗi 2-5 tuần.</i></p> <p><i>Người già hoặc người bệnh có bệnh nội khoa: Tiêm bắp: Khởi đầu 6.25 mg tiêm vùng mỏng 1/4 nhắc lại mỗi 2-5 tuần sử dụng liều thấp nhất có tác dụng.</i></p>	<p>Xem Chlorpromazine.</p> <p>Ngoài ra còn có: đau ở vị trí tiêm</p> <p>Ngoại trừ các rối loạn vận động muộn, Fluphenazine có tác dụng phụ ngoại tháp nhiều hơn nhưng ít tác dụng phụ về thần kinh thực vật so với Chlorpromazine</p>	<p>Phụ nữ mang thai: Thận trọng khi sử dụng; theo dõi các tác dụng phụ về ngoại tháp (có thể phục hồi) ở trẻ.</p> <p>Phụ nữ cho con bú: Thận trọng khi sử dụng, nếu phải sử dụng (theo dõi các tác dụng phụ có thể có ở trẻ như tác dụng an thần kinh).</p> <p>Chống chỉ định: Xem Chlorpromazine.</p> <p>Thận trọng: Xem Chlorpromazine. Người già/suy nhược (gồm người bệnh HIV giai đoạn 3 hoặc 4); xem Chlorpromazine.</p> <p>Lưu ý: Xem Chlorpromazine. Cảnh báo người bệnh rằng thuốc này có thể làm giảm khả năng thực hiện công việc đòi hỏi tay nghề cao như vận hành máy móc hoặc lái xe</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liệu dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Folic acid</p> <p>Thiếu máu hồng cầu to do thiếu Folate (10.18.3)</p> <p>Dự phòng bệnh tế bào hình liềm (10.18.3)</p> <p>(Chỉ định khác: dự phòng dị dạng ống tủy sống thai nhi trên phụ nữ có thai; dự phòng khuyết tật tủy sống tái phát)</p>	<p>Viên nén: 1 mg, 5 mg</p> <p><i>Uống: 5 mg hàng ngày trong 4 tháng (thai phụ dùng đến khi sinh); tối đa 15 mg hàng ngày trên đối tượng giám hấp thu VA vitamin B12</i></p> <p><i>Uống: 1 mg hàng ngày</i></p>	<p>Ít hoặc hiếm gặp: Buồn nôn/nôn, tiêu chảy, đau bụng hoặc co thắt đại tràng</p>	<p>Phụ nữ mang thai/cho con bú: Có thể sử dụng với liều khuyến cáo cho phụ nữ có thai và cho con bú</p> <p>Chống chỉ định: Bệnh ác tính phụ thuộc Folate</p> <p>Phụ nữ đang điều trị thuốc kháng động kinh cần hội chẩn trước khi bắt đầu dùng Folic acid.</p> <p>Không bao giờ dùng thuốc mà không kết hợp Vitamin B12 trên trường hợp thiếu máu hồng cầu to chưa có chẩn đoán hoặc các trường hợp thiếu Vitamin B12 do nguy cơ kết tủa bán cấp và nguy cơ thoái hóa tủy sống.</p>
<p>Folic acid (Calcium Folate, calcium Leucovorin)</p> <p>Ngộ độc Methanol (3.8.1)</p> <p>Nhiễm Toxoplasma (11.40)</p> <p>(Chỉ định khác: kết hợp với methotrexate và 5 FU trong điều trị hóa chất trên người bệnh ung thư)</p>	<p>Dạng tiêm, dạng bột pha, Folic acid (như muối calcium) 3 mg/ml trong nang 10 ml; viên nén: 15 mg</p> <p><i>Tiêm: 50 mg mỗi 4 giờ, dùng 6 liều</i></p> <p><i>Uống: 10-25 mg với mỗi liều Pyrimethamine</i></p>	<p>Thường gặp: Phản ứng quá mẫn</p> <p>Ít hoặc hiếm gặp: Sốt sau truyền tĩnh mạch</p>	<p>Phụ nữ có thai/cho con bú: Không khuyến cáo dùng. Tham khảo lời khuyên của nhà sản xuất nếu lợi ích lớn hơn nguy cơ.</p> <p>Thận trọng: Sử dụng liều thấp khi có suy gan hoặc suy thận. Không làm thay đổi các tác dụng thần kinh trung ương của việc uống rượu hoặc các biểu hiện của triệu chứng cai</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Furosemide</p> <p>Phù (không chỉ định trong phù bạch huyết) (10.4.3)</p> <p>Phù phổi cấp (3.2.5)</p>	<p>Viên nén: 40 mg Dạng tiêm: 10mg/ml</p> <p><i>Uống: Liều khởi đầu 20-80 mg vào buổi sáng hàng ngày (khuyến cáo liều cao hơn nếu người bệnh đáp ứng kém với thuốc hoặc trên người bệnh suy thận)</i></p> <p><i>Liều duy trì: 20-40 mg hàng ngày (có thể tăng đến liều 80 mg hàng ngày hoặc nhiều hơn nếu vẫn còn phù dai dẳng)</i></p> <p><i>Tĩnh mạch (chậm): 20-50 mg (nếu cần thiết, tăng, 20 mg mỗi 2 giờ) (xem sơ đồ phần 3.2.5)</i></p> <p><i>Tĩnh mạch: Bắt đầu với liều 20 mg; theo dõi số lượng nước tiểu. (xem liều ở phần 11.31.3)</i></p>	<p>Thường gặp: Rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ natri máu, hạ magie máu), tăng calci niệu và gút, hạ huyết áp tư thế, thiếu dịch lòng mạch, ngất, chóng mặt</p> <p>Ít hoặc hiếm gặp: Hạ clo máu, kèm chuyển hóa, hạ calci máu, tăng đường máu (ít gặp hơn so với lợi tiểu nhóm Thiazide), cảm giác khác thường, rối loạn huyết học (gồm giảm tiểu cầu, giảm bạch cầu, giảm bạch cầu hạt, thiếu máu giảm sinh, thiếu máu tan máu), giảm sinh tủy (giai đoạn dùng thuốc); điếc (liều cao và nhanh trên người bệnh suy thận), hạ huyết áp, tăng mẫn cảm (gồm cả sốc phản vệ), tăng tạm thời nồng độ cholesterol và triglyceride máu</p>	<p>Phụ nữ mang thai: Cần nhắc khi sử dụng; thuốc lợi tiểu không được khuyến cáo trừ trường hợp thật cần thiết (như suy tim). Tồn thương tại trẻ sơ sinh đã được báo cáo.</p> <p>Phụ nữ cho con bú: Các bằng chứng còn hạn chế. Không được khuyến cáo; về lý thuyết, có thể gây giảm tiết sữa do dùng lợi tiểu.</p> <p>Chống chỉ định: Suy thận vô niệu, giai đoạn tiền hôn mê gan trong xơ gan, mất điện giải.</p> <p>Thận trọng: Người già (giảm liều), người bệnh hạ huyết áp, suy thận, suy gan, phì đại tiền liệt tuyến.</p> <p>Cách dùng: Pha loãng trong các dung dịch phù hợp trước khi tiêm (muối đẳng trương hoặc LR; không pha trong dung dịch chứa đường), tùy thuộc vào tình trạng dịch của người bệnh, tuy nhiên tốc độ truyền không quá 4 mg/phút.</p> <p>Theo dõi điện giải, đặc biệt kali và natri. Trên người bệnh thiếu niệu cần bù đủ dịch trước khi dùng thuốc.</p>
<p>Thiếu niệu trong tổn thương thận cấp (11.31.3)</p>			<p>Liều uống cao gấp 2 lần liều tĩnh mạch khi chuyển đổi (ví dụ 20 mg tĩnh mạch tương đương 40 mg đường uống)</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/Chú ý
<p>Gabapentin</p> <p>Đau thần kinh (nếu đáp ứng kém với Amitriptyline trên người bệnh HIV đang điều trị ART) (10.10a.6)</p>	<p>Viên nén: 300 mg</p> <p><i>Uống: Liều khởi đầu 300 mg hàng ngày; SAU ĐÓ tăng dần 300 mg, ngày hai lần; SAU ĐÓ 300 mg ngày 3 lần nếu cần.</i></p> <p><i>SAU ĐÓ chuẩn độ với liều 100 mg, tăng dần mỗi 3 ngày để đạt liều 3.6 g hàng ngày (có thể uống ngày 3 lần, mỗi lần 1200 mg, hoặc uống ngày 4 lần, mỗi lần 900 mg)</i></p>	<p>Thường gặp: Buồn nôn, nôn, tiêu chảy, khô miệng, khó tiêu, táo bón, đau bụng, đầy hơi; thay đổi vị giác, viêm lợi, tăng cân; cao huyết áp, giãn mạch, phù; khó thở, ho, viêm mũi</p> <p>Ít hoặc hiếm gặp: Lú lẫn, trầm cảm, kích động, rối loạn giấc ngủ, đau đầu, mệt mỏi, bồn chồn, giảm trí nhớ, mất thăng bằng, rối loạn ngôn ngữ, rung giật nhãn cầu, run rẩy, suy nhược, dị cảm, tăng đông; các triệu chứng giống cúm; liệt dương, tiêu không tự chủ; giảm bạch cầu; đau cơ, đau khớp; song thị, giảm thị lực; phát ban, ban xuất huyết, ngứa, mụn trứng cá; hiếm khi, viêm tụy, viêm gan, vàng da, đánh trống ngực, ảo giác, rối loạn vận động, giảm tiểu cầu, biến động đường huyết ở người bệnh tiểu đường, ù tai, suy thận cấp, hội chứng Stevens-Johnson, rụng tóc.</p>	<p>Phụ nữ mang thai: Rất cần nhắc khi sử dụng; có liên quan đến bất thường ở thai nhi như lỗ tiểu thấp, thiếu sản một bên thận.</p> <p>Phụ nữ cho con bú: Thận trọng khi sử dụng; theo dõi các vấn đề về trí giác ở trẻ bú mẹ.</p> <p>Chú ý: Theo dõi bệnh trầm cảm, ý tưởng tự tử, tâm trạng bất thường, thay đổi hành vi; rối loạn co giật hỗn hợp (bao gồm cả trường hợp không có co giật); suy thận; bệnh não</p> <p>Cách dùng: Điều chỉnh liều theo mức độ suy thận. Không dùng thuốc đột ngột, vì có thể gây lo âu, mất ngủ, buồn nôn, đau và vã mồ hôi. Giám liều dần trong ít nhất 1 tuần.</p> <p>Lưu ý: Thuốc có thể gây trạng thái thờ ơ hoặc mệt mỏi. Nếu có biểu hiện như trên, không lái xe hoặc vận hành máy móc hạng nặng.</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Ganciclovir</p> <p>Viêm vồng mạc do Cytomegalovirus (CMV) trên người bệnh nhiễm HIV (11.8)</p> <p>Viêm thực quản, viêm dạ dày, bệnh thần kinh do CMV trên người bệnh nhiễm HIV(11.8)</p>	<p>Dạng chế phẩm: <i>túi 500 mg</i></p> <p><i>Liều quy nạp:</i> <i>Tĩnh mạch: 5 mg/kg, ngày hai lần trong 3-4 tuần</i></p> <p><i>Tĩnh mạch: 5 mg/kg, ngày hai lần trong 3-6 tuần</i></p> <p><i>Xem phần 11.8 về liều duy trì Ganciclovir</i></p>	<p>Thường gặp: Buồn nôn, nôn, tiêu chảy, khó tiêu, đau bụng, táo bón, đầy hơi, khó nuốt; rối loạn chức năng gan; khó thở, đau ngực, ho; đau đầu, mất ngủ, co giật, chóng mặt, đau thần kinh, trầm cảm, lo lắng, lú lẫn, rối loạn tư duy, mệt mỏi; giảm cân, chán ăn; nhiễm trùng, sốt, ra mồ hôi ban đêm; thiếu máu, giảm bạch cầu, giảm tiểu cầu, giảm nhiều dòng tế bào máu, suy thận; đau cơ, đau khớp; phù hoàng đĩnh, bong vồng mạc, thùy tinh thể nội hạt, đau mắt; đau tai, rối loạn vị giác; viêm da, ngứa; phản ứng tiêm tại chỗ</p> <p>Ít hoặc hiếm gặp: Đau ngực, rét run, loét miệng, ho, khô miệng, buồn ngủ, đau khớp, viêm tụy, loạn nhịp tim, hạ huyết áp, phản ứng phản vệ, loạn tâm thần, run, vô sinh ở nam giới, đái ra máu, rối loạn thính giác và thị giác, rụng tóc</p>	<p>Phụ nữ mang thai/ cho con bú: Không khuyến cáo dùng trừ trường hợp đã cân nhắc chấp nhận các nguy cơ. Tránh có thai khi dùng thuốc, nên sử dụng các biện pháp tránh thai phù hợp.</p> <p>Chống chỉ định: Giảm bạch cầu trung tính (số lượng bạch cầu hạt <500) hoặc giảm tiểu cầu (tiểu cầu <25 000); người bệnh đang dùng Zidovudine</p> <p>Thận trọng: Ganciclovir độc hại. Nhân viên phải được bảo vệ đầy đủ trong quá trình sản xuất và sử dụng thuốc. Nếu thuốc tiếp xúc với da hoặc niêm mạc, rửa ngay bằng xà phòng và nước. Ở người bệnh suy thận, điều chỉnh liều theo mức độ suy thận. Ảnh hưởng đến sinh tinh và sinh sản</p> <p>Chú ý: Để tránh viêm tĩnh mạch tại chỗ tiêm (liên quan đến độ pH cao của thuốc), cần lấy tĩnh mạch đủ lớn với dòng chảy tốt.</p> <p>Duy trì đủ độ ẩm.</p> <p>Theo dõi công thức máu 2-3 lần mỗi tuần.</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Gentamicin</p> <p>Điều trị nhiễm trùng với các vi khuẩn nhạy cảm, như nhiễm trùng tiết niệu trên (11.44); sốt nhiễm trùng (3.1.5); viêm phổi nặng (3.2.3)</p>	<p>Dạng tiêm: 10 mg, 40 mg (sulfate)/ml ống 2 ml</p> <p><i>Tiêm bắp/tĩnh mạch (Chậm): 4-6 mg/kg/ngày chia 3 lần, mỗi 8 giờ trong 2 tuần VÀ Ampicillin</i></p> <p><i>Tĩnh mạch: 240 mg liều duy nhất VÀ Ampicillin 2 g tiêm bắp/Tĩnh mạch</i></p>	<p>Thường gặp: Độc tính trên thận và tai</p> <p>Ít hoặc hiếm gặp: Giảm cơ, mất điện giải qua thận (Mg, K, Ca), viêm đại tràng kết mạc, buồn nôn/ nôn, phản ứng quá mẫn</p>	<p>Phụ nữ mang thai: Tránh trừ khi cần thiết cho bệnh nhiễm trùng nghiêm trọng; theo dõi nồng độ thuốc để giảm thiểu tối đa tiềm năng độc tính trên tai và thận.</p> <p>Phụ nữ cho con bú: Có thể sử dụng với liều khuyến cáo (theo dõi biểu hiện đi ngoài và tưa miệng ở trẻ)</p> <p>Chống chỉ định: Quá mẫn với kháng sinh nhóm Aminoglycoside</p> <p>Thận trọng: Người bệnh suy thận, có biểu hiện ù tai/mất thính lực trước đó, yếu cơ, béo phì, người cao tuổi (điều chỉnh liều lượng cần thiết).</p> <p>Giám sát chức năng thận, thính giác, chức năng tiền đình, Nồng độ máu Gentamicin.</p> <p>Tránh sử dụng kéo dài</p> <p>Nồng độ thuốc trong huyết thanh sau tiêm 1 giờ (đỉnh) không quá 5-10 mg / l (3-5 mg / l đối với viêm nội tâm mạc) và nồng độ thuốc trước liều tiêm tiếp theo <2 mg/l (1 mg/l đối với viêm nội tâm mạc).</p> <p>Tránh sử dụng với các thuốc giãn cơ (tăng tính độc) cũng như các thuốc độc với tai /thận khác.</p> <p>Tránh đơn trị liệu gentamicin đặc biệt là các bệnh nhiễm trùng nghiêm trọng mà nguyên nhân không rõ ràng.</p> <p>Chú ý: Điều chỉnh liều theo mức suy thận.</p> <p>Có thể dùng ngày một lần (4,5 mg/kg) hoặc 1.5 mg/kg/lần, ngày 3 lần, mỗi 8 giờ.</p> <p>Liều kháng sinh theo kinh nghiệm trong các trường hợp cấp cứu là 240 mg (xem tr.43) liều tối đa cho một người 60 kg.</p>
<p>Điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm trong các trường hợp cấp cứu (Đánh giá nhanh tr. 43)</p> <p>Viêm nội tâm mạc không có biến chứng do Viridans streptococci (như một phần của liệu pháp kết hợp thuốc) (11.10)</p>	<p><i>Tĩnh mạch: 1.5 mg/kg mỗi 8 giờ VÀ Clindamycin VÀ Metronidazole</i></p> <p><i>Tĩnh mạch: 1.5 mg/kg mỗi 8 giờ VÀ Ampicillin VÀ Metronidazole</i></p> <p><i>Tĩnh mạch: 5 mg/kg/ ngày chia 3 lần mỗi 8 giờ VÀ Doxycycline trong 15 ngày</i></p>	<p>Thường gặp: Nóng rát, nhức mắt, ngứa, viêm da</p>	<p>Thận trọng: Sử dụng kéo dài có thể dẫn đến sự nhạy cảm và xuất hiện các sinh vật kháng thuốc bao gồm nấm; ngừng sử dụng nếu ri mắt có mù, viêm, đau dữ dội.</p>
<p>Viêm khung chậu(10.15.5)</p> <p>Viêm đường mật và viêm phúc mạc (10.7a.2)</p> <p>Nhiễm trùng do Brucella (11.3)</p> <p>Gentamicin dạng nhỏ mắt</p> <p>Viêm kết mạc vi khuẩn (10.12.2); loét giác mạc hoặc viêm giác mạc (10.12.2)</p>	<p><i>Dung dịch (nhỏ mắt): 0.3%</i></p> <p><i>Nhỏ 1 giọt mỗi 2 giờ, giảm tần suất khi nhiễm trùng được kiểm soát SAU ĐÓ tiếp tục trong 48 giờ sau khi lành.</i></p>		

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Griseofulvin</p> <p>Các nhiễm trùng da, da đầu, khớp, háng (10.2.7); các nhiễm trùng chân và móng (10.2.7)</p>	<p>Viên nén: 125 mg, 250 mg Viên nang: 250 mg</p> <p><i>Uống: 500 mg đến 1 g hàng ngày nhưng không quá 10 mg/kg</i></p> <p><i>Thời gian điều trị tùy thuộc nhiễm trùng và độ dày của lớp keratin ở vị trí nhiễm trùng: ít nhất 4 tuần đối với da và tóc, ít nhất 6 tuần đối với vảy nến ở da đầu và kéo dài tới 3 tháng trong nhiễm trùng nặng; 6 tháng đối với móng tay, 12 tháng trở lên với móng chân.</i></p>	<p>Thường gặp: Buồn nôn, nôn, tiêu chảy, chán ăn, đau đầu</p> <p>Ít hoặc hiếm gặp: Giảm bạch cầu hạt, ngộ độc gan; rối loạn giác ngủ; tăng nhạy cảm với ánh sáng; Lupus ban đỏ hệ thống; phát ban, hoại tử thượng bì nhiễm độc, hồng ban đa dạng; Bệnh thần kinh ngoại biên; lú lẫn, rối loạn vận động phối hợp</p>	<p>Phụ nữ mang thai: Tránh mang thai trong và sau điều trị 1 tháng; nam giới đang điều trị không nên có con trong 6 tháng. Cân nhắc điều trị thay thế.</p> <p>Phụ nữ cho con bú: Không khuyến cáo; chỉ sử dụng nếu có nhiều lợi ích hơn nguy cơ, cân nhắc điều trị thay thế. Không chỉ định: Bệnh lý gan nặng, bệnh Porphyria, Lupus ban đỏ hệ thống</p> <p>Thận trọng: Bệnh lý gan (theo dõi sát chức năng gan trong quá trình điều trị), bệnh máu (theo dõi số lượng tế bào máu hàng tuần trong tháng đầu điều trị), dị ứng Penicillin (có thể xảy ra dị ứng chéo)</p> <p>Cách dùng: Uống cùng sữa hoặc thức ăn. Có thể ảnh hưởng tới khả năng vận hành máy móc hoặc lái xe. Tránh tiếp xúc trực tiếp với ánh sáng. Uống rượu có thể gây tăng nhịp tim và đỏ da trong và sau điều trị 4 tuần.</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Haloperidol</p> <p>Bệnh loạn thần (bao gồm tâm thần phân liệt) (10.11)</p> <p>Điều trị phối hợp ngắn hạn cho kích động, hành vi bạo lực, lo âu nặng (Đánh giá nhanh tr.60-61)</p> <p>Hoặc triệu chứng nặng của hưng cảm cấp có kích động (10.11.5)</p> <p>Sảng rượu (trong hội chứng cai rượu) tồn tại dai dẳng, sau khi giảm run và vã mồ hôi. (3.7)</p> <p>Dùng thuốc chống nôn nếu không có các thuốc khác (10.7c)</p>	<p>Dạng chế phẩm/Liều dùng</p> <p><i>Viên nén: 2 mg; 5 mg</i> <i>Dạng tiêm: 5 mg trong ống tiêm 1 ml</i></p> <p><i>Uống: Liều ban đầu 1.5-3 mg hàng ngày, ngày một lần (liều hiệu quả từ 3-20 mg hàng ngày)</i></p> <p><i>Với người già hoặc người bệnh: Uống: Liều ban đầu 0.5-1 mg ngày một lần, hàng ngày (uống liều hiệu quả thấp nhất có thể)</i></p> <p><i>Tiêm bắp/uống: 2 mg mỗi một giờ, dùng tới 5 liều (liều tối đa 10mg).</i></p> <p><i>Với người già và người bệnh phức tạp: Tiêm bắp/uống: 0.5-1 mg mỗi một giờ, dùng tới 3 liều, liều tối đa 3mg)</i></p> <p><i>Xem liều dùng ở mục 3.7.</i></p>	<p>Xem Chlorpromazine.</p> <p>Ngoài tác dụng phụ gây rối loạn vận động muộn, Haloperidol có nhiều tác dụng phụ trên thân kinh ngoại tháp hơn nhưng ít tác dụng phụ trên thân kinh tự chủ hơn Chlorpromazine.</p>	<p>Phụ nữ mang thai: Thận trọng khi sử dụng và dùng liều hiệu quả thấp nhất; ức chế hô hấp – thờ ngực bụng, tác dụng ngoại tháp, trường hợp trẻ sơ sinh có bú kém được báo cáo.</p> <p>Phụ nữ cho con bú: Thận trọng khi cho con bú (theo dõi nếu ngu gà)</p> <p>Chống chỉ định: Xem Chlorpromazine.</p> <p>Thận trọng: Xem Chlorpromazine. Người già/suy nhược (bao gồm HIV giai đoạn 3 hoặc 4): xem Chlorpromazine.</p> <p>Cách dùng: Theo dõi huyết áp và nằm ngửa 30 phút sau khi tiêm bắp.</p> <p>Lời khuyên: Thuốc có thể ảnh hưởng đến khả năng lái xe hoặc vận hành máy.</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Hydralazine tiêm tĩnh mạch</p> <p>Phù phổi cấp kèm tăng huyết áp nặng mà không có Isosorbide dinitrate (3.2.5); tăng huyết áp nặng trong tiền sản giật và sản giật (3.2.5) - xem IMPAC MCPC</p> <p>(Chỉ định khác: Suy tim; tăng huyết áp (uông); cơn tăng huyết áp)</p>	<p>Bột pha tiêm: 20 mg (Hydrochloride) có đặc</p> <p><i>Tiêm tĩnh mạch (chậm): 5mg pha trong 10 ml natri clorua 0,9%; có thể nhắc lại sau 30 phút</i></p>	<p>Thường gặp: Đỏ mặt, đau đầu, chóng mặt, tăng nhịp tim, nhịp tim nhanh và không đều, phù</p> <p>Ít hoặc hiếm gặp: Buồn nôn/nôn, thiếu máu tổ chức, Hạ huyết áp tư thế, bất thường chức năng gan, hội chứng giống lupus ban đỏ hệ thống, bệnh máu (thiếu máu tan máu, giảm bạch cầu hạt, giảm số lượng tiểu cầu)</p>	<p>Phụ nữ mang thai: Chỉ sử dụng trong điều trị cấp cứu tăng huyết áp cấp; tránh dùng liều bolus lớn, vì trường hợp suy thai và rối loạn nhịp tim đã được báo cáo.</p> <p>Phụ nữ cho con bú: Thận trọng khi dùng thuốc, nếu nhiều lợi ích hơn nguy cơ; theo dõi các ảnh hưởng đối với trẻ bú mẹ như hạ huyết áp, nhịp tim chậm, lơ mơ.</p> <p>Chống chỉ định: Lupus ban đỏ hệ thống tự phát, nhịp tim nhanh nặng, suy tim tăng cung lượng tim, giảm co bóp cơ tim do tác nhân cơ học, suy tim phải, phình tách động mạch chủ, rối loạn chuyển hoá porphyria</p> <p>Thận trọng: Suy gan, suy thận, bệnh mạch vành, bệnh mạch máu não. Có thể gây cơn đau ngực (tránh sử dụng sau khi nhồi máu cơ tim cho đến khi bệnh ổn định).</p> <p>Cách dùng: Cần điều chỉnh liều theo chức năng thận.</p> <p>Lời khuyên: Thuốc này có thể gây chóng mặt, đặc biệt khi mới điều trị. Nếu bị chóng mặt, không lái xe hoặc vận hành máy.</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Hydrochlorothiazide</p> <p>Phù (10.4.3); tăng kali máu nhẹ (5.2.2)</p> <p>Bệnh thận liên quan với HIV(11.31.5)</p> <p>(Chỉ định khác: tăng huyết áp; suy tim)</p>	<p>Viên nén: 25 mg</p> <p>25 mg ngày uống một lần, hàng ngày (12.5 mg đối với người già). Có thể tăng liều tới 50 mg.</p> <p>Xem phần 11.31.5 để xem Hydro- chlorothiazide và Enalapril</p>	<p>Thường gặp: Chóng mặt, khô miệng, yếu chi, yếu cơ, đa niệu, tụt huyết áp tư thế đứng, hạ kali máu, hạ natri máu, kiểm máu hạ clo máu, hạ magie máu tăng ure huyết</p> <p>Ít hoặc hiếm gặp: Buồn nôn/nôn, yếu, ngứa, ngứa gãi, lơ mơ, Co giật, đau đầu, thiếu niệu, rối loạn nhịp tim, tăng canxi máu, tăng đường huyết, Phát ban, tăng nhạy cảm ánh sáng, thay đổi độ tập trung lipid huyết tương ; hiếm gặp, liệt dương (có hồi phục); bệnh máu (bao gồm giảm bạch cầu trung tính, giảm tiểu cầu); viêm tụy, ứ mắt trong gan, suy thận cấp, phản ứng tăng mẫn cảm (bao gồm viêm phổi dị ứng, dị ứng da nặng</p>	<p>Phụ nữ mang thai: Tránh sử dụng; có thể gây rối loạn điện giải hoặc giảm tiêu cầu sơ sinh. Giảm thể tích máu ở người mẹ mang thai có thể làm giảm tưới máu nhau thai.</p> <p>Phụ nữ cho con bú: thận trọng khi dùng thuốc nhưng hiếm khi gây mất sữa.</p> <p>Chống chỉ định: Suy gan hoặc suy thận nặng, hạ natri máu, tăng canxi máu, hạ kali máu không đáp ứng điều trị, tăng ure máu; bệnh Addison</p> <p>Thận trọng: Người già; cần theo dõi điện giải đồ nếu dùng liều cao; có thể làm nặng triệu chứng bệnh tiểu đường hoặc bệnh Gout; có thể khởi phát bệnh Lupus ban đỏ hệ thống; rối loạn chuyển hoá Porphyria</p> <p>Lời khuyên: Uống thuốc một lần hàng ngày, vào buổi sáng. Khi uống thuốc, có thể chống mắt khi đứng. Đứng hoặc nằm từ từ để tránh tác dụng phụ này. Ngồi hoặc nằm khi bị chóng mặt.</p>
<p>Hydrocortisone</p> <p>Xem phần 8.2 bảng thuốc Steroid.</p> <p>Sốc phản vệ (3.1.3); co thắt phế quản trung bình và nặng, nếu nghi ngờ hen hoặc COPD hoặc không thể uống (3.2.4)</p> <p>Hội chứng Addison (suy thượng thận cấp) (3.4.3); mày đay (10.2.9)</p>	<p>Thuốc tiêm: 100 mg (với Natri Succinate) trong ống thủy tinh</p> <p>Tiêm tĩnh mạch (chậm): 100 mg trong một liều</p> <p>Tiêm tĩnh mạch: khởi đầu 100 mg VẢ nhắc lại mỗi 8 giờ. Chuyển sang uống nếu người bệnh ổn định</p>	<p>Liên quan với điều trị kéo dài, không khuyến cáo tiêm Hydrocortisone kéo dài. Xem Prednisolone.</p>	<p>Phụ nữ có thai: Có thể sử dụng theo liều khuyến cáo, thận trọng trong ba tháng đầu vì có thể gây khe hở miệng; hạn chế tác dụng với thai nhi do bị ngăn cản bởi hàng rau máu nhau thai</p> <p>Phụ nữ cho con bú: Có thể sử dụng theo liều khuyến cáo; Thận trọng với liều cao khi tiêml/uống</p> <p>Chống chỉ định: Không có chống chỉ định khi dùng trong cấp cứu. Các chống chỉ định khi dùng kéo dài, xem Prednisolone.</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Hydrocortisone dạng bôi</p> <p>Viêm da nặng bao gồm ban sần; viêm nang lông tăng bạch cầu acid; viêm nang lông do nấm <i>Pityrosporum</i>; mày đay; Eczema; viêm da tiếp xúc, viêm da dị ứng; viêm da tiết bã; vẩy nến (10.2)</p>	<p>Kem bôi: 1%</p> <p><i>Bôi da: Bôi một lượng nhỏ lên vùng da bị tổn thương, ngày 1-2 lần cho đến khi đỡ.</i></p>	<p>Ít hoặc hiếm gặp: Gây nhiễm trùng tại chỗ, viêm da tiếp xúc, viêm da quanh miệng</p>	<p>Phụ nữ mang thai: Dạng bôi ít gây tác dụng phụ cho phụ nữ mang thai và cho con bú vì thuốc ít bị hấp thu.</p> <p>Phụ nữ cho con bú: Lau sạch phần kem bôi ở quanh vú trước khi cho con bú</p> <p>Chống chỉ định: Nhiễm trùng da không được điều trị, broken da bị tổn thương tăng thâm ở các tổ chức keratin</p> <p>Điều trị nhiễm khuẩn thứ phát bằng thuốc kháng sinh phù hợp.</p>
<p>Hydroxypropyl methylcellulose (nhỏ mắt)</p> <p>Viêm mạn tính mắt liên quan với giảm tiết nước mắt hoặc; viêm kết mạc cấp do virus (10.12)</p>	<p>Giọt: 0.5%</p> <p><i>Nhỏ thường xuyên (mỗi giờ một lần) để giảm đau.</i></p>	<p>Thường gặp: nhức mắt</p>	
<p>Ibuprofen</p> <p>Đau nhẹ và trung bình (20.2, 20.4); bệnh lý thần kinh cơ; viêm khớp (10.13); thông kinh (10.15); sốt (10.1); hồng ban nút (10.2)</p>	<p>Viên: 200 mg, 400 mg</p> <p><i>200-400 mg, uống ngày 3-4 lần, hàng ngày. Tối đa 2.4 g mỗi ngày</i></p>	<p>Thường gặp: Khó tiêu, buồn nôn, tiêu chảy; viêm loét và xuất huyết dạ dày, tăng men gan, đau đầu, chóng mặt, giữ muối nước, tăng huyết áp</p> <p>Ít hoặc hiếm gặp: Suy tim; tăng mẫn cảm; co thắt phế quản; suy thận; hiếm gặp suy gan; hồng ban đa dạng, hoại tử da nhiễm độc; viêm loét thực quản, tăng kali máu</p>	<p>Phụ nữ mang thai/cho con bú: Tránh sử dụng; dùng các thuốc khác thay thế như Paracetamol hoặc Opioid; sử dụng thuốc thường xuyên trong 3 tháng cuối có thể gây đông ông động mạch ở thai nhi, có thể gây tăng áp phổi sơ sinh, gây chàm chuyển da hoặc chuyển da kéo dài.</p> <p>Thận trọng: Các bệnh lý gan thận, tăng mẫn cảm, và người già. Ibuprofen có thể giảm hoạt động của tiểu cầu ở liều Aspirin thấp và giảm hoặc ngăn cản hiệu quả bảo vệ tim.</p> <p>Lời khuyên: uống thuốc sau khi ăn.</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/Chú ý
Insulin (hoà tan) Tiểu đường toan ceton (3.4.1) Tăng kali máu (5.2.2) Quá liều thuốc ức chế kênh canxi và ức chế beta dùng phối hợp với Glucose (3.8.1) (Chỉ định khác: tiểu đường type I; type II thất bại với thuốc uống)	Dạng tiêm: 40 đv/ml trong 10 ml ống thủy tinh; 100 đv/ml trong 10 ml <i>Xem phần 3.4.1</i> <i>Tiêm tĩnh mạch: 10-15 đơn vị trong 50 ml Glucose 50 (50% glucose) truyền tĩnh mạch trong 2 giờ SAU ĐÓ truyền Glucose + theo dõi Glucose máu thường xuyên</i> <i>Xem bảng 3.8.1</i>	Thường gặp: Hạ đường huyết, tăng cân; tăng mẫn cảm; hạ kali máu, phù; phản ứng tại chỗ bao gồm hồng ban, ngứa, loạn dưỡng mỡ chi dưới, tiêu mỡ dưới da	Phụ nữ mang thai: Được coi là an toàn cho phụ nữ mang thai (như cầu Insulin cần được đánh giá ở mỗi giai đoạn thai kỳ) Phụ nữ cho con bú: Có thể sử dụng theo liều khuyến cáo Thận trọng: Thận trọng với người suy gan, suy thận, hạ kali máu
Ipratropium bromide Khò khè cấp tính (Đánh giá nhanh tr.38-39); COPD trung bình (10.6)	Dạng hít (khí dung): 20 mcg/liều <i>20 đến 40 mcg 4 lần mỗi ngày (2 nhất)</i> <i>Và Salbutamol dạng hít</i>	Thường gặp: Khô miệng, ngứa họng Ít hoặc hiếm gặp: táo bón, nhịp tim nhanh, rung nhĩ, bí tiểu, Glaucoma góc đóng cấp	Phụ nữ mang thai/cho con bú: An toàn. Thận trọng: Phi đại tiền liệt tuyến. Theo dõi sát khi dùng liều đầu do nguy cơ co thắt phế quản. Lời khuyên: Không dùng để giảm triệu chứng cấp tính.
Isoniazid (INH) (H) Phòng bệnh lao cho người có HIV (13.3)	Viên nén: 300 mg <i>Uống: Chuyển cáo dùng INH 300 mg hàng ngày trong ít nhất 6 tháng, và tới 36 tháng ở vùng có HIV mà tỷ lệ lây bệnh lao cao VA uống cùng vitamin B6</i>	Thường gặp: Cảm giác bông, tê mắt cảm giác ở bàn chân bàn tay; lơ mơ; chán ăn, buồn nôn, đau bụng; vàng da (không do các nguyên nhân khác), viêm gan; ban sẩn và có hoặc không có ngứa (hiếm, nhưng có thể nặng, như hội chứng Stevens-Johnson)	Cách dùng: Tốt nhất là uống cùng vitamin B6 10 mg hàng ngày để phòng biến chứng thần kinh ngoại biên. Lâm chậm IPT khi viêm gan hoạt động (cấp hoặc mạn tính), uống rượu thường xuyên và nghiện rượu và triệu chứng thần kinh ngoại biên Dùng INH nếu vàng da hoặc ban sẩn có hoặc không ngứa. Dùng IPT, và bắt đầu điều trị khi bị bệnh lao hoạt động.

* IPT: INH prevention treatment = Điều trị dự phòng bằng INH

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
Isosorbide dinitrate Phù phổi tăng huyết áp nặng (3.2.5)	Viên (đặt dưới lưỡi): 5 mg <i>Đặt dưới lưỡi: 5 mg đặt dưới lưỡi, nhấc lại trong 10-15 phút, không quá 10 mg mỗi 2-3 giờ</i>	Thường gặp: Đau đầu co thắt, đỏ da, chóng mặt, ngất, hạ huyết áp tư thế, nhịp tim nhanh Ít hoặc hiếm gặp: Nhịp chậm	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý Phụ nữ mang thai: Thận trọng khi dùng. Cần nhắc dùng thuốc thay thế nếu có; dùng liều hiệu quả thấp nhất. Phụ nữ cho con bú: Thận trọng khi dùng thuốc, nếu lợi ích nhiều hơn nguy cơ, theo dõi tác dụng phụ ở trẻ bú mẹ. Chống chỉ định: Tăng nhạy cảm với Nitrates, hạ huyết áp, giảm thể tích, bệnh cơ tim phì đại tắc nghẽn, hẹp chủ, ép tim, viêm màng ngoài tim co thắt, hẹp van; thiếu máu nặng, chấn thương sọ, xuất huyết não, Glaucoma góc đóng. Thận trọng: Suy gan thận nặng, suy giáp, suy dinh dưỡng, hạ nhiệt độ, người già, hoặc bệnh. Tương tác nhiều loại thuốc chuyển hoá qua men CYP3A4.
Itraconazole Viêm thực quản do nấm mà không có Fluconazole (11.4) Bệnh phổi do nấm (11.16) Bệnh nấm Penicilliosis thể nhẹ (11.29) Bệnh Penicilliosis nặng lan rộng (11.29) Bệnh nấm lang ben, tái nhiễm (10.2.7)	Viên nang: 100 mg; Dung dịch uống 10 mg/ml <i>Uống: 100-200 mg ngày hai lần trong 10-14 ngày (có thể tăng tới đa 400 mg một ngày)</i> <i>200 mg 3 lần mỗi ngày trong 3 ngày. SAU ĐÓ 200 mg hai lần mỗi ngày trong 6-12 tháng</i> <i>200 mg hai lần mỗi ngày trong tuần SAU ĐÓ, với người có HIV, 200 mg hàng ngày trong 6 tháng sau khi CD4 > 100</i> <i>Amphotericin B trong 14 ngày SAU ĐÓ Itraconazole 200 mg hàng ngày trong 10 tuần, tiếp tục cho người có HIV trong 6 tháng sau khi CD4 > 100</i> <i>Điều trị hàng tháng trong 3 tháng</i>	Thường gặp: Nóng rất ngực, chán ăn, mờ mắt, ngứa Ít và hiếm gặp: Buồn nôn, nôn, đau bụng, tiêu chảy, táo bón, vàng da, viêm gan; suy tim, phù phổi, đau đầu, chóng mặt, bệnh thần kinh ngoại biên (ngưng điều trị); rối loạn kinh nguyệt; hạ kali máu, ban, ngứa, hội chứng Stevens-Johnson, hời Nhiễm độc gan được báo cáo nhưng rất hiếm; ngừng thuốc nếu có biểu hiện viêm gan tiến triển.	Phụ nữ mang thai: Chống chỉ định trong 3 tháng đầu; dùng thuốc trong 6 tháng cuối nếu không có thuốc thay thế. Phụ nữ cho con bú: Không khuyến cáo—không rõ tác dụng phụ. Dùng Fluconazole nếu có chỉ định và có thuốc. Thận trọng: Cho người bệnh suy tim hoặc có nguy cơ suy tim, giảm thính lực, nhạy cảm với các Azole khác. Theo dõi chức năng gan ở người bệnh có bệnh gan. Cách dùng: Có tương tác với nhiều loại thuốc (nhiều loại có thể dẫn tới suy tuần hoàn nặng). (thuốc thay thế cho viêm thực quản do nấm Itraconazole). Lời khuyên: Uống viên nang trong bữa ăn để hấp thu tốt nhất (dung dịch uống nên uống khi đói). Không uống Antacids trong vòng 2 giờ khi uống thuốc này. Hỏi tư vấn bác sĩ khi mệt mỏi bất thường hoặc chán ăn, buồn nôn, nôn, đau bụng, hoặc nước tiểu sẫm màu.

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
Ivermectin Bệnh giun lươn (11.36)	Viên nén: 3 mg, 6 mg 200 mcg/kg liều duy nhất HOẶC 200 mcg/kg/ngày trong 2 ngày, sau đó điều trị duy trì 6mg/tháng	Thường gặp: Trong bệnh giun lươn: Tiêu chảy, chóng mặt, buồn nôn, ngứa mắt, lờ mờ Bệnh giun chỉ: Phản ứng Mazzotti nhẹ trong vòng 3 ngày điều trị (sốt, đau đầu, ho, ngứa, viêm kết mạc, đau khớp, bệnh bạch huyết, tiêu chảy)	Phụ nữ mang thai/cho con bú: Trì hoãn điều trị đến sau khi sinh và trẻ được 1 tuần tuổi. Cách dùng/Lời khuyên: Không ăn hoặc uống rượu bia trong ít nhất 2 giờ trước và sau uống thuốc.
Bệnh giun chỉ (không trong vùng dịch giun chỉ Loa Loa) (11.28)	150 mcg/kg liều duy nhất cho mỗi 6 tháng hoặc 12 tháng		Chống chỉ định: Không dùng Ivermectin cho bệnh giun chỉ trong vùng có dịch giun chỉ Loa Loa
Ghê (10.2.4)	200 mcg/kg một liều duy nhất và nhắc lại sau 2 tuần.	Ít gặp: Phản ứng trên da hoặc toàn thân.	
Ghê NaUy (tạo vẩy) (10.2.4)	Phối hợp Ivermectin với thuốc trị ghê tại chỗ (Benzyl benzoate hoặc Permethrin)		

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Ketamine</p> <p>An thần trong những thủ thuật nhanh; đặt nội khí quản (Đánh giá nhanh tr.58-59 và 63-64)</p>	<p>Dạng ống tiêm: 50 mg, 100 mg (như hydrochloride) /ml trong ống 10ml</p> <p><i>Tiêm TM: 1-2 mg/kg tiêm tĩnh mạch trong 1 phút</i> <i>Có thể nhắc lại mỗi 10 phút với liều 0,5mg/kg nếu cần HOẶC tiêm bắp: 4 mg/kg</i></p>	<p>Thường gặp: Tăng huyết áp và mạch, tăng trương lực cơ (đôi khi rung cơ và co giật), tăng tiết nước mắt, buồn nôn, nôn, rung giật nhãn cầu, tăng áp lực nội sọ, nhìn đôi; các phản ứng nghiêm trọng (có thể xảy ra sau khi hồi phục đến 24 giờ), các mức nặng nhẹ khác nhau giữa tình trạng nửa mê tới hoa mắt, ảo giác, ác mộng và ảo giác (thường có cảm giác bị cô lập hoặc cảm giác bồng bềnh), lẫn lộn, hưng phấn, hành vi vô lý.</p> <p>Ít gặp: Tăng áp lực nội nhãn, loạn nhịp, hạ huyết áp, nhịp chậm, co thắt thanh quản, lo âu, mất ngủ, tăng tiết nước bọt, ngừng thở, ban, phản ứng nơi tiêm, sóc phản vệ</p>	<p>Phụ nữ mang thai: An toàn</p> <p>Cho con bú: Ít dữ liệu, tránh dùng</p> <p>Chống chỉ định: Huyết áp tăng có thể dẫn đến những nguy cơ nghiêm trọng, bao gồm san giật hoặc tiền sản giật, bệnh mạch vành hoặc bệnh cơ tim nặng, tai biến mạch máu não hoặc chấn thương não</p> <p>Thận trọng khi dùng: Trong tăng áp lực dịch não tủy, dễ dẫn tới ảo giác hoặc ác mộng. Hạn chế Ketamine có thể dẫn tới tình trạng phụ thuộc thuốc.</p> <p>Cách dùng: Để tiêm tĩnh mạch: pha loãng 100 mg/ml đến nồng độ không quá 50 mg/ml với Dextrose 5% hoặc Natrichloride 0,9% hoặc nước cất.</p> <p>Tiêm tĩnh mạch từ từ. Tiêm nhanh có thể gây suy hô hấp và tăng nguy cơ tăng áp.</p> <p>Phản ứng nguy hiểm có thể được hạn chế khi kết hợp Benzodiazepine (Diazepam hoặc Midazolam) và hạn chế những kích thích trong giai đoạn hồi tỉnh.</p>
<p>Lactulose</p> <p>Bệnh não gan trong xơ gan (10.9.2)</p>	<p>lactulose dung dịch: 3.1-3.7 g/5 ml</p> <p><i>20-30 g (30-45 ml) 3-4 lần/ ngày; điều chỉnh liều 1-2 ngày/ lần nhằm giúp người bệnh đi ngoài phân mềm 2-3 lần/ngày</i></p>	<p>Thường gặp: Đầy hơi, khó chịu trong bụng, chuột rút</p> <p>Ít gặp: Tiêu chảy, mất nước, hạ Natri máu, hạ Kali máu</p>	<p>Phụ nữ mang thai: Không có bằng chứng gây hại</p> <p>Cho con bú: Thận trọng.</p> <p>Thận trọng: Ở người bệnh rối loạn điện giải, tiểu đường, dịch truyền chứa Galactose và Lactose</p> <p>Cách dùng: Có thể trộn với nước hoa quả, nước lọc hoặc sữa. Điều trị 1-3 ngày</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Levonorgestrel</p> <p>Đình chỉ thai cấp cứu (ECP) (14.5.2)</p>	<p>Viên: .75 mg; 1.5 mg</p> <p>1.5 mg uống liều duy nhất trong vòng 120 giờ sau quan hệ tình dục không tránh thai, xâm hại tình dục HI. AC uống 0.75 mg sau đó uống tiếp 0.75 mg sau 12 giờ</p>	<p>Thường gặp: Buồn nôn/nôn, cương vú, đau đầu, chóng mặt, đau bụng</p> <p>Ra máu âm đạo bất thường trong 1-2 ngày; kỳ kinh tiếp theo có thể xuất hiện sớm hoặc muộn.</p>	<p>Phụ nữ mang thai: Không hại cho thai nhi nếu định có thai.</p> <p>Phụ nữ cho con bú: Không biết rõ độ an toàn nếu dùng thuốc khi cho con bú. Tuy nhiên thời gian dùng thuốc ngắn.</p> <p>Cách dùng: Thời gian sử dụng ngắn; các tác dụng phụ ít như: biến chứng tim mạch, đau ngực, đau nửa đầu, bệnh gan nặng.</p> <p>Lời khuyên: Nếu nôn 2h sau uống Levonorgestrel, cần uống liều thay thế. Uống thuốc chống nôn 30 -60 phút trước khi uống liều thay thế..</p> <p>Không có hiệu quả phòng bệnh lây qua đường tình dục và HIV</p>
<p>Lidocaine (có hoặc không có Epinephrine)</p> <p>Gây tê tại chỗ (7.1.2); ức chế thần kinh (20.3)</p> <p>(Chỉ định khác: rối loạn nhịp; gây tê tủy sống và gây tê khác)</p>	<p>Dạng tiêm: 1%, 2% trong ống thủy tinh</p> <p>Dạng bôi: 2-4%</p> <p>Ngâm tại chỗ và ức chế thần kinh, dùng dung dịch 0.5%, tới 250 mg (50 ml) cho người lớn</p> <p>Dùng tại chỗ và ức chế thần kinh, dùng dung dịch 1%, tới 250 mg (25 ml) cho người lớn</p> <p>Có Epinephrine: dung dịch 0.5% tới 400 mg (80 ml) hoặc dung dịch 1% tới 400 mg (40 ml) cho người lớn</p>	<p>Thường gặp: Chóng mặt, dị cảm, lơ mơ, lảo; ngừng thở, ức chế hô hấp; hôn mê, co giật; hạ huyết áp, rối loạn nhịp, block, nhịp chậm (có thể ngừng tim); rung giật nhĩ-nhĩ cầu (dấu hiệu của quá liều)</p>	<p>Phụ nữ mang thai: Tránh dùng trong 3 tháng cuối</p> <p>Phụ nữ cho con bú: Lượng quá nhỏ, không có hại</p> <p>Chống chỉ định: Nhiễm khuẩn da, viêm da, thiếu máu nặng, bệnh tim</p> <p>Thận trọng: Trong suy tim (liều thấp hơn) và sau phẫu thuật tim, nhịp chậm, bệnh gan, ức chế hô hấp nặng, và người già</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Magnesium sulphate</p> <p>Giun móc (10.18); giun đũa (10.7)</p> <p>Dự phòng giun đũa, giun móc mỗi 6 tháng cho bé gái tuổi vị thành niên và phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ (19.1)</p> <p>Tiêu chảy kéo dài ở người bệnh suy giảm miễn dịch (10.7d.2)</p> <p>(Chỉ định khác: Nhiễm Echinococcus trước khi phẫu thuật, nhiễm giun gồm giun kim, giun tóc, giun tròn)</p>	<p>Viên: 500 mg, 100 mg</p> <p><i>Uống 500mg một liều duy nhất, hoặc uống 100mg hàng ngày trong 3 ngày (nhắc lại sau 3-4 tuần nếu còn xuất hiện trứng giun trong phân)</i></p> <p><i>Uống 500 mg một liều duy nhất mỗi 6 tháng để dự phòng</i></p> <p><i>Uống 500mg x 2 lần/ngày trong 5 ngày</i></p>	<p>Ít hoặc hiếm gặp: Buồn nôn, nôn, tiêu chảy, đau bụng, đau đầu, chóng mặt; dùng liều cao có thể gây tăng men gan, tăng mẫn cảm, rụng tóc, giảm sản tùy.</p>	<p>Phụ nữ mang thai: Chống chỉ định trong 3 tháng đầu tiên của thai kì. Cần nhắc thay thế thuốc khác trước khi quyết định sử dụng trong những tháng tiếp theo</p> <p>Phụ nữ cho con bú: Có thể sử dụng được, khoảng 2-10% liều uống được hấp thu, và bài tiết vào sữa mẹ</p> <p>Khuyến cáo: Nên uống thuốc vào giữa bữa ăn</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Mebendazole</p> <p>Giun móc (10.18); giun đũa (10.7)</p>	<p><i>Viên: 500 mg, 100 mg</i></p> <p><i>Uống 500mg một liều duy nhất, hoặc uống 100mg hàng ngày trong 3 ngày (nhắc lại sau 3-4 tuần nếu còn xuất hiện trứng giun trong phân)</i></p>	<p>Ít hoặc hiếm gặp: Buồn nôn, nôn, tiêu chảy, đau bụng, đau đầu, chóng mặt; dùng liều cao có thể gây tăng men gan, tăng mỡ cam, rụng tóc, giảm sản tủy.</p>	<p>Phụ nữ mang thai: Chống chỉ định trong 3 tháng đầu tiên của thai kỳ. Cần nhắc thay thế thuốc khác trước khi quyết định sử dụng trong những tháng tiếp theo</p> <p>Phụ nữ cho con bú: Có thể sử dụng được, khoảng 2-10% liều uống được hấp thu, và bài tiết vào sữa mẹ</p> <p>Khuyến cáo: Nên uống thuốc vào giữa bữa ăn</p>
<p>Dự phòng giun đũa, giun móc mỗi 6 tháng cho bé gái tuổi vị thành niên và phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ (19.1)</p> <p>Tiêu chảy kéo dài ở người bệnh suy giảm miễn dịch (10.7 d.2)</p>	<p><i>Uống 500 mg một liều duy nhất mỗi 6 tháng để dự phòng</i></p> <p><i>Uống 500mg x 2 lần/ngày trong 5 ngày</i></p>		
<p>(Chỉ định khác: Nhiễm Echinococcus trước khi phẫu thuật, nhiễm giun gồm giun kim, giun tóc, giun tròn)</p>			

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Meglumine antimoniate</p> <p>Nhiễm Leishmania ruột (11.20.)</p>	<p><i>Dạng tiêm: 30%, tương đương với chế phẩm 8.1% trong ống Sml</i></p> <p><i>Xem bảng ở phần 11.20.2.</i></p>	<p>Thường gặp: Buồn nôn, nôn, đau bụng, chán ăn, thay đổi trên ĐTD (cần phải giảm liều hoặc ngừng điều trị); ho, đau khớp, đau cơ, tăng men gan, vàng da, giảm chức năng thận, li bì.</p>	<p>Phụ nữ mang thai: Không chắc chắn về độ an toàn</p> <p>Phụ nữ cho con bú: Chống chỉ định</p>
<p>Dự phòng Leishmania ở người bệnh nhiễm HIV (11.20.3)</p>	<p><i>Tiêm TM/bấp: 20ml/kg mỗi 3 hoặc 4 tuần</i></p>		<p>Chống chỉ định: Rối loạn nặng chức năng các cơ quan tim, gan, thận. Điều trị tại chỗ nếu tổn thương ở mắt, nhiều vị trí (≥ 3), lớn (đường kính >3 cm), ở khớp, hoặc do <i>L.braziliensis</i>, <i>L.guyanensis</i>, hoặc <i>L.tropica</i>.</p>
<p>Nhiễm Leishmania da, điều trị tại chỗ (11.20.1)</p>	<p><i>Tiêm trong tổn thương: Tiêm từ 1 tới 5 lần trong vài ngày hoặc mỗi tuần, có thể kèm theo hoặc không kèm theo phương pháp áp lạnh.</i></p>		<p>Thận trọng: Nguy cơ có phản ứng nghiêm trọng, thậm chí tử vong, ngộ độc tăng lên ở những người bệnh có xuất hiện dòng thời Bệnh lý tim mạch (đặc biệt là rối loạn nhịp tim), suy thận, bệnh lý gan, suy dinh dưỡng nặng, nhiễm HIV tiến triển, có thai</p>
<p>Nhiễm Leishmania da, điều trị toàn thân (11.20.1)</p> <p>Nhiễm Leishmania da và niêm mạc (<i>L.braziliensis</i>) (11.20.1)</p>	<p><i>Tiêm bắp/TM: 20mg/kg trong 21 ngày</i></p> <p><i>Tiêm bắp: 20mg/kg hằng ngày cho tới khi soi da âm tính và tiếp tục dùng trong ít nhất 4 tuần tiếp theo nếu đáp ứng tốt; nếu đáp ứng không tốt, sử dụng liều 10-15mg/kg mỗi 12h trong cùng khoảng thời gian như trên.</i></p> <p><i>Nhắc lại với thời gian gấp đôi nếu tái phát (nếu không đáp ứng với điều trị có thể thay thế bằng Amphotericin B hoặc Pentamidine).</i></p>		<p>Lưu ý của nhà sản xuất: Nếu xuất hiện bất kỳ nguy cơ nào kể trên phải cung cấp cho người bệnh chế độ ăn giàu đạm, điều chỉnh sắt, và các chất dinh dưỡng thiếu hụt. Theo dõi nhịp tim, và chức năng gan thận.</p>
			<p>Điều trị thành công tổn thương da và niêm mạc do Leishmania có thể dẫn tới tình trạng viêm nặng xung quanh tổn thương (có thể nguy hiểm tới tính mạng nếu có tổn thương thanh quản hoặc khí quản), vì thế có thể kết hợp với Corticoid.</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liên dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Melarsoprol</p> <p>Viêm não, màng não do Trypanosome (11.41)</p>	<p>Dạng tiêm: Dung dịch 3.6%, ống 5ml (Chứa 180mg hoạt chất)</p> <p><i>Tiêm TM chậm 2.2 mg/kg mỗi ngày trong 7-10 ngày</i></p>	<p>Thường gặp: Phản ứng giống Jarisch-Herxheimer (ớn lạnh, sốt, cảm thấy mệt hoặc không thoải mái); đau đầu, cổ cứng, đỏ mắt, đau thần kinh ngoại biên ở khoảng 5-10% người bệnh.</p> <p>Ít hoặc hiếm gặp: Tồn thương cơ tim, tăng huyết áp, tăng mắt cá, rối loạn công thức máu như giảm bạch cầu hạt, tồn thương gan, thận</p>	<p>Phụ nữ mang thai và cho con bú: Chống chỉ định với phụ nữ mang thai</p> <p>Thận trọng: Người bệnh cần được nằm viện và giám sát y tế chặt chẽ trong thời gian điều trị. Ngừng điều trị nếu xuất hiện bệnh não phản ứng. Điều trị các nhiễm trùng tái phát như viêm phổi và sốt rét trước khi sử dụng Melarsoprol. Thận trọng khi sử dụng cho người bệnh suy dinh dưỡng, thiếu G6PD, bệnh phong.</p> <p>Lưu ý của nhà sản xuất: Người bệnh nên được nằm ngửa trong thời gian ít nhất 5h sau khi tiêm.</p>
<p>Methadone</p> <p>Ngừng đột ngột Opioid (3.6.2)</p> <p>Liệu pháp thay thế Opioid (OST) (17.4)</p>	<p>Dung dịch dạng cô đặc để pha: 5 mg/ml, 10 mg/ml (hydrochloride) Dung dịch uống: 5mg/5ml, 10mg/5ml</p> <p><i>Uống: Liều khởi đầu 15-20 mg.</i> <i>Tăng dần lên tới 40 mg/ngày.</i> <i>Giảm dần trong vòng 3-28 ngày. (Xem phần 3.6.2.)</i></p> <p><i>Uống: Liều khởi đầu 20mg, thêm 10mg sau 4h.</i> <i>Nếu khả năng chịu đựng thuốc là thấp hoặc không chắc chắn, có thể bắt đầu với liều 10mg (Xem phần 17.4).</i> <i>(Liều tối ưu dao động 60-120 mg.)</i></p>	<p>Thường gặp: Buồn ngủ, chóng mặt, suy giảm chức năng hô hấp, QT kéo dài, khô mắt, khô miệng, đau bụng kinh</p> <p>Hiếm gặp: Xoắn đỉnh, hạ nhiệt độ, bồn chồn, tăng áp lực nội sọ, kích động/lú lẫn (đặc biệt là người già), bí tiểu khi sử dụng liều cao (đặc biệt là người già)</p>	<p>Phụ nữ mang thai: Có thể sử dụng, chưa thấy sự liên quan với dị tật ở con: thận trọng trong 3 tháng cuối thai kì hoặc khi sử dụng kéo dài có thể gặp triệu chứng cai ở trẻ sơ sinh</p> <p>Phụ nữ cho con bú: Theo dõi tác dụng không mong muốn như khi sử dụng thuốc an thần (chưa có báo cáo tác dụng không mong muốn với liều 20mg/ngày hoặc thấp hơn); hội chứng cai ở trẻ bú mẹ khi mẹ ngừng đột ngột đã được báo cáo.</p> <p>Chống chỉ định: Hen phế quản cấp, tăng CO₂, suy hô hấp mà không có các dụng cụ hỗ trợ đường thở, liệt ruột</p> <p>Không đưa thuốc cho người bệnh có dấu hiệu ngộ độc rượu hoặc trầm cảm.</p> <p>Thận trọng: Ở người bệnh có tổn thương gan hoặc thận, suy giáp, rối loạn thông khí tắc nghẽn như hen, hạ huyết áp, người già, phì đại tiền liệt tuyến, suy thượng thận, chấn thương đầu.</p> <p>Khuyến cáo điều chỉnh liều đối với người bệnh suy gan và thận</p> <p>Lời khuyên: Thuốc có thể làm giảm khả năng thực hiện các kỹ năng cao như điều khiển máy móc hoặc lái xe.</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Methylthioninium chloride (xanh Methylene)</p> <p>Methemoglobin cấp (ngộ độc Propanil) (3.8.1)</p>	<p>Dạng tiêm: 10 mg/ml trong ống 10 ml</p> <p><i>Tiêm TM (liều khởi đầu): 2 mg/kg trong 5 phút SAU ĐÓ sử dụng liều 1mg/kg nếu không cải thiện. Xem phần 3.8.1 về theo dõi và các liều tiếp theo.</i></p>	<p>Thường gặp: Buồn nôn, nôn, đau bụng, đau ngực, đau đầu, chóng mặt, đổ mồ hôi, hạ huyết áp, tăng huyết áp, thiếu máu tan máu (người bệnh thiếu G6PD); da hơi xanh, nước bọt, nước tiểu, phân màu xanh;</p>	<p>Phụ nữ mang thai và cho con bú: Chưa chắc chắn về mức độ an toàn cho phụ nữ mang thai và cho con bú. Cần trọng khi sử dụng thuốc.</p> <p>Chống chỉ định: Suy thận nặng, Methemoglobin gây ra bởi Chlorate hoặc Natri nitrite trong điều trị ngộ độc Cyanua, người bệnh thiếu G6PD (có thể gây thiếu máu tan máu)</p> <p>Thận trọng: Theo dõi nồng độ Methemoglobin trong máu trong quá trình điều trị.</p>
<p>Metoclopramide</p> <p>Buồn nôn, nôn (10.7.3, 14.1.11)</p>	<p>Viên nén : 10 mg Dạng tiêm: 5 mg (Hydrochloride)/ml trong ống 2ml</p> <p><i>Uống/tiêm TM: 10 mg mỗi 8h</i> <i>15-19 tuổi (<60 kg): 5 mg x 3 lần/ngày</i></p>	<p>Thường gặp: Buồn ngủ, đau đầu, chóng mặt</p> <p>Ít hoặc hiếm gặp: Triệu chứng ngoại tháp (đặc biệt ở trẻ em/ người trẻ), tăng Prolactin trong máu, trầm cảm, tiêu chảy, tăng huyết áp, hạ huyết áp, hội chứng ác tính do thuốc an thần kinh (hiếm gặp), phát ban, bất thường dẫn truyền tim sau khi tiêm tĩnh mạch (hiếm gặp).</p>	<p>Phụ nữ mang thai và cho con bú: Cần nhắc mức độ an toàn khi sử dụng cho cả phụ nữ mang thai và cho con bú (theo dõi tác dụng phụ ở trẻ đang bú)</p> <p>Chống chỉ định: Tắc ruột, trong vòng 3-4 ngày sau khi phẫu thuật đường tiêu hóa, co giật, u tủy thượng thận.</p> <p>Thận trọng: Cho người già, trẻ em, người trẻ tuổi, tổn thương gan hoặc thận, người bệnh Parkinson, động kinh, trầm cảm và Porphyria</p> <p>Điều chỉnh liều theo mức độ suy thận.</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
Metronidazole	Viên nén: 200 mg, 500 mg Viên đạn: 0.5 g, 1 g Dạng tiêm: 500 mg trong 100 ml <i>Uống: 500 mg x 2 lần/ngày trong 5 -7 ngày</i> <i>Uống: 400-500 mg x 2 lần/ngày trong 14 ngày kết hợp với Ceftriaxone và Doxycycline hoặc Tetracycline</i> <i>Uống: 500 mg x3 lần/ngày trong 7 ngày kết hợp với Cotrimoxazole</i> <i>Uống: 400 mg mỗi 8 giờ trong 7 ngày</i>	Thường gặp: Buồn nôn/nôn, tiêu chảy, có vị kim loại khó chịu, đau đầu, chóng mặt Ít hoặc hiếm gặp: Viêm lưỡi miệng dị cảm, tăng men gan, rối loạn công thức máu, đau cơ/đau khớp, bệnh lí thần kinh ngoại biên, co giật, giảm sản tủy, rụng tóc	Phụ nữ mang thai: Có thể sử dụng thuốc. Không thấy mối liên quan giữa sử dụng thuốc và các tai biến xấu Phụ nữ cho con bú: Có thể sử dụng với liều thông thường, nhưng tránh sử dụng đơn liều cao; theo dõi tác dụng phụ đối với trẻ đang bú mẹ; có thể gây ra những thay đổi tạm thời về hương vị sữa. Chống chỉ định: Người bệnh nghiện rượu, có thể xảy ra phản ứng với rượu giống như thuốc Disulfiram
Nhiễm trùng âm đạo (10.15.4) Viêm khung chậu (10.15.5)	<i>Uống: 500mg x 3 lần/ngày kết hợp với Phenoxymethyl Penicillin hoặc Amoxicillin</i> <i>Uống: 500mg x3 lần/ngày kết hợp với amoxicillin</i>		Thận trọng: Người bệnh viêm gan. Dễ bị nhiều tương tác thuốc qua hệ thống enzyme CYP. Kiểm tra tương tác với các thuốc mới và thuốc hiện tại đang sử dụng Cách dùng: Thuốc nên được uống cùng với nước, trong hoặc sau bữa ăn. Với chế phẩm tiêm tĩnh mạch nên tiêm trong thời gian 15-30 phút Lời khuyên: Uống thuốc trong bữa ăn để giảm tình trạng khó chịu ở dạ dày
Tiêu chảy dai dẳng hoặc mạn tính ở những người bệnh có suy giảm miễn dịch (theo kinh nghiệm) (10.7d.3)			Thuốc có thể làm bạn cảm thấy chóng mặt hoặc khó chịu. Hạn chế lại xe nếu có các tác dụng không mong muốn này Hạn chế uống rượu trong thời gian sử dụng thuốc và trong vòng 24h sau khi dừng thuốc, để ngăn ngừa nôn, buồn nôn, đau đầu.
Viêm loét chân (10.2.10)			Dùng thuốc và thông báo cho bác sĩ của bạn nếu có cảm thấy tê bì, đau, yếu chi trên hay chi dưới
Viêm lợi cấp tính hoặc viêm nha chu (10.17.6)			
Apxe răng miệng (10.17.5)			
Apxe thành sau họng (10.17.9)			
Viêm đại tràng có liên quan tới kháng sinh; viêm trực tràng do Clostridium difficile (10.7d.2)			

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/Chú ý
<p>Viêm niệu sinh dục do <i>Trichomonas</i> (10.15.4)</p> <p>Điều trị <i>Helicobacter pylori</i> (nếu người bệnh dị ứng với Amoxicillin) (10.7a.2) Uốn ván (11.39)</p> <p>Viêm ruột do amip (11.1.1) hoặc điều trị theo kinh nghiệm những người bệnh có hội chứng lỵ mà lâm sàng không cải thiện sau 2 đợt điều trị kháng sinh tại chỗ có tác dụng với <i>Shigella</i> (10.7d.2)</p> <p>Apixe gan do Amip (11.1.2)</p> <p>Nhiễm trùng kỵ khí nặng-như viêm phúc mạc hoặc viêm đường mật (10.7a.2); viêm tử cung do sảy thai (10.15.6)</p>	<p>Uống: 2g một liều duy nhất hoặc 400-500mg x 2 lần/ngày trong 7 ngày (kết hợp với điều trị cả bạn tình)</p> <p>Uống: 400mg x 2lần/ngày kết hợp với Clarithromycin + Omeprazole Uống/ tiêm tĩnh mạch: 500 mg x 4 lần/ngày trong 10 ngày</p> <p>Uống: 750mg x 3 lần/ngày trong 5-10 ngày sau đó dùng Diloxanide hoặc iodoquinol hoặc Paramomycin</p> <p>Uống: 750mg x 3 lần/ngày trong 5-10 ngày</p> <p>Uống/tiêm tĩnh mạch: 500mg x 3 lần/ngày và ceftriaxone hoặc amikacin + gentamicin</p>		

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Miconazole</p> <p>Nhiễm trùng da do Candida (11.4)</p> <p>Viêm âm đạo do Candida (10.15.4, 11.4)</p> <p>Nấm miệng (11.4)</p>	<p>Kem: 2% (nitrate) Viên đạn: 200 mg</p> <p>Gel bôi miệng</p> <p>Miếng dán lợi</p> <p>Sử dụng kem 2 lần mỗi ngày để làm sạch tổn thương khô trong 5-7 ngày; tiếp tục sử dụng ít nhất 10 ngày sau đó</p> <p>Viên đạn đặt âm đạo: Đặt 200mg mỗi ngày trong 3 ngày</p> <p>Uống: Gel 60mg x 4 lần/ngày trong 7 ngày hoặc sử dụng dạng miếng dán lợi mỗi ngày một miếng trong 7 ngày</p>	<p>Ít hoặc hiếm gặp: Ngứa tại chỗ, viêm da do tiếp xúc (Không tiếp tục sử dụng nếu xảy ra)</p>	<p>Phụ nữ mang thai và cho con bú: Có thể sử dụng với liều được khuyến cáo cho phụ nữ mang thai và cho con bú</p> <p>Phụ nữ cho con bú: Loại bỏ lượng kem dư thừa ở xung quanh núm vú trước khi cho trẻ bú</p> <p>Thận trọng: Hạn chế tiếp xúc với mắt và niêm mạc</p> <p>Lỗi kỹ thuật: Dạng miếng dán lợi: Đặt bề mặt tròn của viên thuốc ở trên răng nanh và răng cửa và giữ chặt môi trên trong vòng 30 giây bằng một ngón tay. Nếu viên thuốc bị bong ra trong thời gian 6h, thay thế bằng một viên thuốc khác</p>
<p>Midazolam</p> <p>Sử dụng trước khi điều trị để ngăn chặn phản ứng xuất hiện với Ketamine Đánh giá nhanh tr. 59)</p> <p>An thần cho người bệnh chuẩn bị đặt nội khí quản nếu không có hôn mê (Đánh giá nhanh tr.64)</p> <p>An thần sau khi đặt nội khí quản (Đánh giá nhanh tr. 67)</p>	<p>Tiêm: (dạng hydrochloride) I</p> <p>mg/ml</p> <p>Tiêm TM: 0.05 mg/kg trong vòng 2 phút ngày trước khi cho ketamine</p> <p>Tiêm TM: 0.2 mg/kg</p> <p>Truyền TM: 0.02-0.1 mg/kg(giờ)</p>	<p>Thường gặp: Hạ huyết áp, ho, nấc</p> <p>Ít hoặc hiếm gặp: Rối loạn tiêu hóa, thay đổi nhịp tim, co thắt phế quản, suy hô hấp và ngừng thở (nếu sử dụng liều cao hoặc tim nhanh); buồn ngủ, lú lẫn, đau đầu, ảo giác, phản ứng da, phản ứng tại vị trí tiêm truyền, phản vệ.</p>	<p>Phụ nữ mang thai: Hạ chế sử dụng nếu có thể. Sử dụng liều cao trong thời kỳ sau của thai kì có thể dẫn tới tình trạng hạ nhiệt độ của trẻ sơ sinh, giảm trương lực cơ, suy hô hấp</p> <p>Phụ nữ cho con bú: Thuốc có xuất hiện trong sữa, nhà sản xuất khuyến nên hạn chế cho con bú trong thời gian 24h kể từ khi được tiêm thuốc</p> <p>Chống chỉ định: Người bệnh có yếu cơ hô hấp bao gồm bệnh nhược cơ, suy hô hấp nặng, suy hô hấp cấp</p> <p>Thận trọng: Ở những người bệnh có bệnh lý tim mạch, suy hô hấp, nhược cơ. Midazolam có liên quan tới tình trạng an thần sâu khi sử dụng đường tĩnh mạch hoặc khi sử dụng chung với thuốc khác.</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Mifeprosone</p> <p>Nhiễm Leishmania nội tạng (11.20.2)</p> <p>Điều trị dự phòng thứ phát Leishmania ở người bệnh HIV (11.20.3)</p>	<p>Viên nang: 10 mg, 50 mg</p> <p>Xem điều trị ở phần 11.20.2.</p> <p>Lập lại mỗi chu kì 28 ngày</p>	<p>Thường gặp: Buồn nôn, nôn, chán ăn, tiêu chảy- thường nhẹ và nhanh chóng ổn định, hiếm gặp trường hợp nặng yêu cầu phải dừng điều trị</p> <p>Hiếm gặp: Dị ứng da, tăng men gan, giảm chức năng thận.</p>	<p>Phụ nữ mang thai và cho con bú: Không sử dụng cho phụ nữ mang thai hoặc trong giai đoạn cho con bú và đảm bảo sử dụng phương pháp tránh thai thích hợp cho phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ trong thời gian điều trị thuốc và 3 tháng sau khi ngừng điều trị.</p>
<p>Misoprostol</p> <p>Sảy thai không hoàn toàn (10.15.2)</p> <p>Chảy máu sau sinh không đáp ứng với Oxytocin và Ergometrine (Đánh giá nhanh tr. 52)</p>	<p>Viên nén uống: 200 mcg</p> <p>Uống: Liều duy nhất 400mcg đặt dưới lưỡi hoặc 600mcg uống</p> <p>Đặt dưới lưỡi: 800 mcg</p>	<p>Thường gặp: Tiêu chảy (có thể nặng và phải dừng điều trị, giảm liều xuống 200mcg và hạn chế thuốc trung hòa acid có chứa magiê), đau bụng, khó tiêu, đầy hơi, nôn, buồn nôn, chảy máu bất thường ở âm đạo (bao gồm chảy máu trong chu kì kinh nguyệt, rong kinh, chảy máu sau mãn kinh), phát ban, sốt</p> <p>Hiếm gặp: Thủng tử cung</p>	<p>Thận trọng khi sử dụng: Đối với người bệnh huyết áp thấp, có nguy cơ xảy ra các biến chứng nặng (bệnh lý tim mạch hoặc não)</p> <p>Tìm hiểu ở các nguồn khác về chống chỉ định khi sử dụng thuốc cho khởi phát chuyển dạ (như rau tiền đạo, tiền sử mổ lấy thai hoặc phẫu thuật lớn ở tử cung...)</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Morphine</p> <p>Cơn đau cấp tính nặng (20.4)</p> <p>Cơn đau mạn tính (20.2)</p> <p>Nhồi máu cơ tim (Đánh giá nhanh tr. 24)</p> <p>Khó thở trong các bệnh nan y (20.5)</p>	<p>Tên: 10mg (Morphine hydrochlorid hoặc Morphine sulfate) trong ống 1ml</p> <p>Dạng uống: 10mg (Morphine hydrochloride hoặc Morphine sulfate) trong 5ml</p> <p>Viên nén: 10 mg (Morphine sulfate)</p> <p>Viên nén (loại phóng thích kéo dài): 10 mg, 30 mg, 60 mg (Morphine sulphate)</p> <p>Xem liều sử dụng và cách dùng ở phần 20.4</p> <p>Xem liều dùng ở phần 20.2</p> <p>Tiêm TM (chậm, 2mg/phút) - liều khởi đầu 10mg sau đó 5-10mg nếu cần thiết,</p> <p>2.5 mg mỗi 4-6h nếu không sử dụng morphin với tác dụng giảm đau, tăng liều lên 25% khi sử dụng với tác dụng giảm đau</p>	<p>Thường gặp: Buồn nôn/nôn (thường gặp trong giai đoạn đầu), khô miệng, táo bón, chán ăn, co thắt đường tiết niệu và đường mật, nhịp tim chậm, nhịp nhanh, sáng chói, ảo giác, quá mẫn, hạ huyết áp tư thế, co đồng tử. Sử dụng liều cao có thể gây suy hô hấp, hạ huyết áp và cứng cơ</p>	<p>Phụ nữ mang thai: Có thể sử dụng nếu được lựa chọn. Không có mối liên quan giữa sử dụng thuốc và các dị tật bẩm sinh; liều cao và kéo dài sử dụng gần thời gian sinh có thể dẫn tới tình trạng suy hô hấp của trẻ sơ sinh và các triệu chứng nghiêm</p> <p>Phụ nữ cho con bú: Thân trong khi sử dụng thuốc, theo dõi các tác dụng không mong muốn như an thần, ngưng đẻ thuốc trong máu ở trẻ sơ sinh bú mẹ có thể đạt ngưỡng điều trị nếu mẹ sử dụng kéo dài hoặc nhắc lại nhiều lần</p> <p>Chống chỉ định: Tình trạng suy hô hấp cấp, hội chứng nghiện rượu, tăng áp lực nội sọ hoặc chấn thương đầu (tác dụng đến đồng tử gây ảnh hưởng đến kết quả đánh giá tri giác của người bệnh), nguy cơ liệt ruột,</p> <p>Thận trọng: Đòi hỏi người bệnh suy thận và suy gan, phụ thuộc (xuất hiện các triệu chứng cai nếu ngừng thuốc đột ngột), suy giáp, nguy cơ suy hô hấp, hen, hạ huyết áp, phì đại tuyến tiền liệt</p> <p>Giảm liều hoặc không sử dụng ở người già và người suy nhược</p> <p>Tương tác thuốc xảy ra thông qua hệ enzyme CYP, kiểm tra lại tương tác thuốc thuốc với những thuốc mới và thuốc đang sử dụng</p> <p>Lưu ý của nhà sản xuất: Liều sử dụng không thích hợp cho người bệnh phù</p> <p>Thuốc có thể được nghiên cứu khi sử dụng</p>
<p>Mupirocin</p> <p>Chốc, lở (10.2.2); Mề đay với mụn nhỏ ở da thứ phát do nhiễm trùng (10.2.3)</p>	<p>Cream (với Mupirocin calcium): 2%</p> <p>Thuốc mỡ: 2%</p> <p>Bôi nhiều hơn 3 lần/ngày trong ít nhất 10 ngày</p>	<p>Ít hoặc hiếm gặp: Phản ứng tại chỗ bao gồm mẩn đỏ, ngứa, phát ban</p>	<p>Phụ nữ mang thai và cho con bú: Sử dụng an toàn cho phụ nữ mang thai và cho con bú</p> <p>Thận trọng: Hạn chế tiếp xúc với mắt và niêm mạc miệng</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/Chú ý
<p>Naloxone</p> <p>Ngộ độc Opioid (Đánh giá nhanh tr. 41)</p>	<p>Tiêm: 400 mcg/ml (hydrochloride) trong ống Iml</p> <p><i>Tiêm TM: 100 mcg một lần</i></p> <p><i>Hoặc tiêm bắp: 400 mcg một lần</i></p> <p><i>Hoặc dưới da: 800 mcg một lần</i></p> <p><i>Có thể nhắc lại mỗi năm phút cho tới 3 lần (liều tối đa 10mg)</i></p> <p><i>Nếu đáp ứng (ví dụ nhịp thở > 10 lần/phút), bắt đầu duy trì tình mạch liều 0.4 mg/giờ trong 12h</i></p>	<p>Thường gặp: Hạ huyết áp, tăng huyết áp, nhịp nhanh thất và rung thất, ngừng tim, tăng thông khí, khó thở, phù phổi cấp</p> <p>Ít hoặc hiếm gặp: Kích động, dị cảm</p>	<p>Phụ nữ mang thai: Chỉ sử dụng thuốc khi thấy lợi ích nhiều hơn nguy cơ; có thể gây sảy thai</p> <p>Phụ nữ cho con bú: Chưa biết rõ mức độ an toàn; hiện nay không khuyến cáo sử dụng</p> <p>Thận trọng: Thận trọng khi sử dụng cho người bệnh phụ thuộc opioid, tình trạng nghiện cấp, bệnh lý tim mạch</p> <p>Lưu ý của nhà sản xuất: Naloxone tác dụng chỉ trong thời gian 40 phút.</p>
<p>Naltrexone</p> <p>Người bệnh phụ thuộc rượu (16.5)</p>	<p>Viên nén: 50 mg</p> <p><i>Bắt đầu với liều 50 mg, uống hàng ngày, sau khi người bệnh bỏ rượu hoặc còn uống ít</i></p> <p><i>Duy trì liều 50-100mg uống hàng ngày</i></p> <p><i>Điều quan trọng là người bệnh không được uống bất kỳ thuốc nào thuộc nhóm Opioid trong thời gian 5 ngày trước khi dùng thuốc</i></p>	<p>Thường gặp: Buồn nôn, nôn, đau bụng, tiêu chảy, táo bón, chán ăn, đau ngực, lo âu, rối loạn giấc ngủ, đau đầu, giảm hoặc tăng năng lượng, dễ kích thích, ớn lạnh, bí tiểu.</p> <p>Giảm xuất tinh, yếu cơ, đau cơ, đau khớp, phát ban, tăng tiết mồ hôi</p> <p>Ít hoặc hiếm gặp: Rối loạn chức năng gan, ý tưởng tự tử, rối loạn lời nói, ảo giác, run, giảm tiêu cầu vôi căn</p>	<p>Phụ nữ mang thai và cho con bú: Không khuyến cáo sử dụng cho phụ nữ có thai và cho con bú</p> <p>Thận trọng: Đối với người bệnh có suy gan hoặc thận. Nếu có sử dụng, kiểm tra chức năng gan thường xuyên</p> <p>Không sử dụng thuốc nhóm Opioid trong vòng 5 ngày trước khi sử dụng, nó sẽ ngăn ngừa tác dụng của các thuốc Opioid khác</p>
<p>Neostigmine</p> <p>Độc thần kinh do rắn cắn (3.9)</p> <p>(Chi định khác: Như cơ, bí tiểu không tắc nghẽn sau phẫu thuật đường tiết niệu)</p>	<p>Dạng tiêm: 500 mcg trong 1 ml</p> <p>Viên nén: 15 mg</p> <p><i>Xem phần 3.9</i></p>	<p>Thường gặp: Buồn nôn, nôn, tăng tiết nước bọt, tiêu chảy, đau bụng. Các triệu chứng của quá liều: Co thắt phế quản, tăng tiết phế quản, chảy nước mắt, tăng tiết mồ hôi, tiểu tiện không tự chủ, co đồng tử, rung giật nhãn cầu, hạ huyết áp, nhịp chậm, loạn nhịp tim, kích động, yếu cơ cuối cùng dẫn tới liệt.</p>	<p>Phụ nữ mang thai: Thận trọng khi sử dụng. Chưa có báo cáo nào về các dị tật, tuy nhiên tình trạng nhược cơ và nhịp tim chậm ở trẻ sơ sinh có thể xuất hiện khi mẹ sử dụng thuốc trong thời kỳ mang thai.</p> <p>Phụ nữ cho con bú: Có thể sử dụng thuốc trong thời gian cho con bú, (theo dõi sát các tác dụng phụ của trẻ đang bú mẹ)</p> <p>Thận trọng: Ở người bệnh hen, sau phẫu thuật đường tiết niệu và tiêu hóa, nhiễm trùng.</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Nifurtimox</p> <p>Bệnh Chagas châu Mỹ (American Trypanosomiasis) (11.42)</p>	<p><i>Viên nén: 30 mg, 120 mg, 250 mg</i></p> <p><i>Uống: 8-10 mg/kg mỗi ngày chia thành 2 hoặc 3 liều, liên tục trong 60 ngày</i></p>	<p>Thường gặp: Buồn nôn/nôn, đau bụng, tiêu chảy, chán ăn, rối loạn thần kinh trung ương (rối loạn giấc ngủ, co giật, kích động, rối loạn hành vi), run, yếu cơ, dị cảm và viêm đa dây thần kinh.</p>	<p>Phụ nữ mang thai: Không rõ về tính an toàn, không có các dữ liệu nghiên cứu trên người, nghiên cứu trên động vật không thấy có bằng chứng gây dị tật bẩm sinh.</p> <p>Phụ nữ cho con bú: Không rõ tính an toàn khi cho con bú; hiện tại không khuyến cáo; chi sử dụng khi lợi ích nhiều hơn nguy cơ.</p> <p>Chống chỉ định: Rối loạn tâm thần hoặc thần kinh</p>
<p>Nitrofurantoin</p> <p>Nhiễm trùng đường tiết niệu dưới cấp (11.44)</p>	<p><i>Viên nén 100 mg</i></p> <p><i>Uống: 100 mg hai lần/ngày trong 5 ngày</i></p>	<p>Thường gặp: Buồn nôn, nôn, chán ăn, tiêu chảy, đau bụng; phản ứng dị ứng da; đau đầu.</p> <p>Ít hoặc hiếm gặp: Viêm gan, vàng da; ban đỏ đa dạng; viêm tụy cấp, rối loạn huyết học; sử dụng lâu dài, xơ phổi, có thể có liên quan với hội chứng giống Lupus ban đỏ; bệnh thần kinh ngoại biên.</p>	<p>Phụ nữ mang thai: Có thể dùng với liều khuyến cáo. Do nguy cơ tan máu thai nhi, tránh sử dụng khi thai gần đủ tháng ở người bệnh thiếu G6PD.</p> <p>Phụ nữ cho con bú: Có thể dùng với liều khuyến cáo, ngoại trừ trẻ sơ sinh và nữ nhi có thiếu men G6PD; theo dõi những tác dụng phụ ở trẻ.</p> <p>Chống chỉ định: Giảm chức năng thận, thiếu G6PD, Porphyria niệu</p> <p>Thận trọng: Với các trường hợp rối loạn hô hấp hoặc suy gan, rối loạn thần kinh dị ứng, thiếu máu, tiểu đường, người cao tuổi, thiếu vitamin B và Folate</p> <p>Lời khuyên: Uống thuốc khi ăn hoặc cùng với sữa để giảm buồn nôn và tăng hấp thu. Thuốc có thể làm cho nước tiểu có màu nâu.</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Omeprazole</p> <p>Viêm dạ dày/loét dạ dày (PUD) (10.7a.2)</p> <p>Viêm dạ dày do <i>Helicobacter pylori</i> (10.7a.2)</p>	<p><i>Viên nén 20 mg</i></p> <p><i>Uống: 20 mg/ngày trong 4-8 tuần</i></p> <p><i>Uống: 20 mg hai lần/ngày</i></p> <p><i>Và Clarithromycin + Amoxicillin</i></p>	<p>Thường gặp: Buồn nôn, nôn, đau bụng, đầy bụng, tiêu chảy, táo bón; đau đầu.</p> <p>Ít hoặc hiếm gặp: Khô miệng, phù ngoại biên, chóng mặt, rối loạn giấc ngủ, mệt, bại chi, đau khớp, đau cơ, ban, ngứa, rối loạn vị giác, viêm miệng, viêm gan, vàng da, kích thích, liệt dương, sốt, trầm cảm, ảo giác, lú lẫn, vú to, viêm thận kẽ, hạ natri, rối loạn huyết học (bao gồm giảm bạch cầu, tăng bạch cầu, giảm tất cả các dòng tế bào máu, giảm tiểu cầu), rối loạn thị giác, vã mồ hôi, tăng nhạy cảm ánh sáng, rụng tóc, hội chứng Stevens-Johnson, hoại tử thượng bì nhiễm độc.</p> <p>Do giảm acid dạ dày, thuốc ức chế bơm proton có thể làm tăng nguy cơ nhiễm trùng dạ dày-ruột (bao gồm nhiễm <i>C. difficile</i>).</p>	<p>Phụ nữ mang thai/cho con bú: Thận trọng khi sử dụng ở phụ nữ có thai và cho con bú. Chỉ sử dụng khi điều trị bằng thuốc kháng H2 và trung hòa acide thất bại.</p> <p>Thận trọng: Suy thận, suy gan, người cao tuổi Có xu hướng tương tác với nhiều thuốc Không nên dùng đồng thời với Clopidogrel.</p> <p>Lời khuyên: nuốt cả viên thuốc, không nhai hay nghiền.</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Ondansetron</p> <p>Nôn do thai nghén (14.1.11); buồn nôn hoặc nôn vừa sau điều trị hóa chất 1–2 ngày (10.7c.3, 20.2)</p> <p>Nôn nặng</p> <p>(Các chỉ định khác: thuốc hóa trị liệu gây nôn nặng)</p>	<p>Viên nén: 4 mg, 8 mg Ông tiêm: 2 ml có 2 mg/ml Dung dịch: 4 mg trong 5 ml</p> <p><i>Uống:</i> 4 mg mỗi 12 giờ- tăng lên tới 8 mg nếu không có hiệu quả. <i>Tiêm tĩnh mạch:</i> 8 mg trong vòng 15 phút mỗi 12 giờ. HỎA C truyền liên tục 1 mg/giờ tới 24 giờ.</p> <p><i>Uống:</i> tới 24 mg mỗi ngày, uống hoặc tiêm tĩnh mạch</p>	<p>Thường gặp: Táo bón, đau đầu, nóng bừng mặt, phản ứng tại chỗ tiêm, tăng men gan thoáng qua.</p> <p>Ít hoặc hiếm gặp: Nấc, hạ huyết áp, nhịp tim chậm, đau ngực, loạn nhịp, rối loạn vận động, co giật; khi dùng đường tiêm tĩnh mạch, hiếm khi có chóng mặt, rối loạn thị giác thoáng qua (rất hiếm, mù thoáng qua).</p>	<p>Phụ nữ mang thai/cho con bú: Không tăng nguy cơ ở phụ nữ mang thai và cho con bú</p> <p>Cách sử dụng: Liều ≤8 mg nên tiêm tĩnh mạch ít nhất là 5 phút, với liều >8 mg nên tiêm tĩnh mạch ít nhất 15 phút.</p> <p>Không cần chỉnh liều ở người cao tuổi hoặc suy thận. Trong trường hợp suy gan nặng, liều tối đa không nên vượt quá 8 mg.</p>
<p>Oseltamivir</p> <p>Dịch cúm H1N1; người bệnh có triệu chứng giống cúm nặng hoặc có nguy cơ cao bệnh giống cúm nặng (Đánh giá nhanh tr. 44, 11.17)</p>	<p>Viên nang 30 mg, 45 mg, 75 mg Nhũ dịch: 12 mg/ml</p> <p>>40 kg: 75 mg hai lần/ngày trong 10 ngày</p> <p>(Chú ý: trường hợp nặng có thể dùng 150 mg hai lần/ngày)</p>	<p>Thường gặp: Buồn nôn, nôn, đau bụng, tiêu chảy, đau đầu, viêm kết mạc.</p> <p>Ít hoặc hiếm gặp: Phát ban, viêm gan, loạn nhịp, rối loạn tâm thần-thần kinh (ở trẻ em và vị thành niên), rối loạn thị giác, hội chứng Stevens-Johnson, hoại tử thượng bì nhiễm độc.</p>	<p>Phụ nữ mang thai: Không rõ tính an toàn ở phụ nữ mang thai</p> <p>Phụ nữ cho con bú: Không khuyến cáo đến khi biết rõ hơn, chỉ sử dụng khi lợi ích nhiều hơn nguy cơ.</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Oxytocin</p> <p>Điều trị xuất huyết sau sinh hoặc sau nạo thai (Đánh giá nhanh tr. 52-53)</p> <p>(Các chỉ định khác: dự phòng xuất huyết sau sinh-khi đẻ ngói vai hoặc ngay sau khi sinh)</p>	<p>Ông tiêm: 1 ml có 10 IU</p> <p><i>Tiêm bắp: 10 IU VẢ</i></p> <p><i>Bắt đầu truyền tĩnh mạch dùng dịch pha 20 IU Oxytocin tốc độ 60 giọt/phút</i></p> <p><i>Xem Đánh giá nhanh trang. 52-53.</i></p> <p><i>Tiếp tục truyền Oxytocin 20 IU tốc độ 20 giọt/phút trong thời gian ít nhất 1 giờ sau khi ngừng chảy máu.</i></p>	<p>Thường gặp: Buồn nôn/nôn, loạn nhịp, đau đầu</p> <p>Ít hoặc hiếm gặp: Đông máu nội quan rải rác, ban; phản ứng phản vệ (khó thở; hạ huyết áp, hoặc sốc), co thắt tử cung (có thể xuất hiện với liều thấp), tăng kích thích tử cung (thường với liều cao; có thể dẫn tới suy thai, ngạt, hoặc tử vong thai nhi, hoặc có thể dẫn tới tình trạng tăng trương lực, co thắt kiểu tetani, tổn thương phần mềm hoặc vỡ tử cung); ngộ độc nước và hạ natri liên quan với liều cao và truyền nhiều dịch không có điện giải; khi quá liều, rách nhau thai, tắc mạch do nước ối.</p>	<p>Phụ nữ mang thai và cho con bú: Không có hại khi cho con bú vì thuốc bắt hoạt nhanh chóng ở đường tiêu hóa.</p> <p>Chống chỉ định: Con co tử cung, tắc nghẽn cơ học khi sinh, suy thai, trong mọi trường hợp không có chỉ định sinh thường tự nhiên. Tránh sử dụng kéo dài với những trường hợp đỡ tử cung kháng Oxytocin, tiền sản giật nặng, bệnh lý tim mạch nặng.</p> <p>Thận trọng: Theo dõi nhịp tim thai và cơn co tử cung (ngừng thuốc ngay khi có tình trạng tăng co bóp tử cung/suy thai)</p> <p>Tránh ngộ độc nước, hạ natri máu; (1) pha thuốc với dung dịch điện giải (không pha với Glucose); (2) tăng nồng độ Oxytocin để giảm lượng dịch; (3) hạn chế uống nước; (4) theo dõi tình trạng dịch và điện giải.</p>
<p>Paracetamol (Acetaminophen)</p> <p>Đau mức độ nhẹ và vừa (20.2, 20.4); sốt (10.1)</p> <p>(Các chỉ định khác: cơn đau nửa đầu cấp; đau đầu)</p>	<p>Viên nén 250 mg, 500 mg, viên nén sủi: 500 mg, viên đạn đặt hậu môn: 250 mg, 500 mg</p> <p><i>Uống: 0.5-1 g mỗi 4-6 giờ (tối đa 4 g/ngày; tối đa 2 g/ngày nếu suy chức năng gan, xơ gan)</i></p> <p><i>Đặt hậu môn: 0.5-1 g mỗi 4-6 giờ</i></p>	<p>Thường gặp: Tăng men Transaminase</p> <p>Ít hoặc hiếm gặp: Ban dị ứng, ban đỏ, rối loạn huyết học, tổn thương gan khi quá liều</p>	<p>Phụ nữ mang thai/cho con bú: Sử dụng an toàn cho phụ nữ mang thai và cho con bú (theo dõi tác dụng phụ ở trẻ)</p> <p>Thận trọng: Suy gan, suy thận, phụ thuộc chất có cồn</p> <p>Lời khuyên: không nên dùng quá 4 gam trong vòng 24 giờ</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Paromomycin</p> <p>Điều trị tại chỗ nhiễm trùng Leishmania ở da (11.20.1)</p> <p>Nhiễm Leishmania ở tạng do một số chủng nhất định</p> <p>Pentamidine</p> <p>Nhiễm Leishmania ở da (do tác dụng phụ nặng, chỉ sử dụng khi không còn lựa chọn điều trị) (11.20.1)</p> <p>Dự phòng nhiễm Leishmania thứ phát ở người bệnh nhiễm HIV (11.20.3)</p> <p>Viêm phổi nặng do Pneumocystis jirovecii (PCP), chỉ định khi người bệnh không dung nạp được hoặc không có đáp ứng với Cotrimoxazole (10.6.3)</p> <p>Nhiễm Trypanosoma châu Phi (T. b. gambiense)- giai đoạn máu-hạch (11.41)</p>	<p>Dạng tiêm: 750 mg base (11 mg base = 15 mg Paromomycin sulfate)</p> <p>Dạng kem 15% Paromomycin + 12% Methyl Benzethonium chloride</p> <p><i>Bôi kem 2 lần/ngày kéo dài tới 20 ngày</i></p> <p><i>Xem bảng ở phần 11.20.2</i></p> <p>Bột pha tiêm: ống 200 mg, 300 mg (Isetionate)</p> <p><i>Tiêm bắp/tĩnh mạch 2-3 mg/kg một lần mỗi ngày hoặc cách ngày đủ 4-7 liều</i></p> <p><i>4 mg/kg (300 mg) mỗi 3-4 tuần</i></p> <p><i>Tiêm tĩnh mạch chậm/tiêm bắp sâu: 4 mg/kg mỗi ngày, trong 5 ngày; sau đó giảm xuống 2mg/kg mỗi ngày tới khi đủ 21 ngày</i></p> <p><i>Tiêm bắp sâu 4 mg/kg mỗi ngày trong 7 ngày liên tục</i></p>	<p>Thường gặp: Phản ứng tại vị trí tiêm, tăng men gan</p> <p>Ít hoặc hiếm gặp: Độc cho tai (hội phục với liều khuyến cáo), độc thận, độc thần kinh (tê bì, rứt cơ, co giật, block thần kinh cơ, liệt hô hấp sau khi dùng liều cao)</p> <p>Thường gặp: Buồn nôn, nôn, tiêu chảy, rối loạn vị giác; phản ứng nặng, đôi khi tử vong, (hạ huyết áp, hạ đường máu, viêm tụy, loạn nhịp); giảm bạch cầu, giảm tiểu cầu, suy thân cấp, hạ can xi máu.</p> <p>Ít và hiếm gặp: Tăng ure máu, rối loạn xét nghiệm chức năng gan, thiếu máu, tăng kali máu, chóng mặt, ngất, đờ bưng mắt, tăng đường máu, nổi ban, hội chứng Stevens-Johnson; Nổi hit phải, co thắt phế quản (có thể dự phòng bằng cho thuốc giãn phế quản trước khi sử dụng), ho, khó thở; khó chịu, đau, mưng mủ, áp xe, hoại tử cơ tại vị trí tiêm.</p>	<p>Phụ nữ mang thai: Tính an toàn khi mang thai không rõ; không có số liệu trên người. Chỉ sử dụng khi lợi ích nhiều hơn nguy cơ.</p> <p>Phụ nữ cho con bú: Tính an toàn không rõ, nhưng thuốc được hấp thu rất kém qua đường tiêu hóa, do đó thuốc được bài tiết vào sữa mẹ rất ít.</p> <p>Chống chỉ định: Dị ứng với Aminoglycoside, điều trị bằng Paromomycin trước 3 tháng, dùng đồng thời các thuốc độc với thận và tai bao gồm cả Aminoglycoside, suy thận.</p> <p>Phụ nữ mang thai: Nguy cơ nhiễm Leishmania tăng gây tử vong thai nhi và viêm phổi do Pneumocystis carinii (nên dùng Cotrimoxazole) nên điều trị trong thời kỳ mang thai.</p> <p>Phụ nữ cho con bú: Nhà sản xuất khuyến cáo không nên sử dụng trừ khi thật cần thiết; tác hại không rõ, vì thuốc nhanh chóng bất hoạt ở đường tiêu hóa</p> <p>Chống chỉ định: Suy thận nặng</p> <p>Cách sử dụng: ngay cơ hạ huyết áp sau khi dùng. Nên theo dõi huyết áp trước truyền và tiêm khi người bệnh nằm; theo dõi huyết áp chặt chẽ trong khi dùng thuốc và định kỳ tới khi ngừng điều trị. Không nên tiêm tĩnh mạch trực tiếp khi có thể và không bao giờ tiêm nhanh. Pha loãng thuốc với 3-5 ml nước cất pha tiêm; hòa thêm vào 50-250 ml Glucose 5% hoặc nước muối sinh lý; truyền trong vòng ít nhất 60 phút.</p> <p>Tiêm bắp: nên tiêm bắp sâu, nên tiêm mông Pentamidine độc- nhân viên y tế phải có biện pháp bảo vệ bản thân khi sử dụng thuốc.</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liệu dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Permethrin Ghê (10.2.3); (Chấy ở cơ thể) (10.2.8)</p>	<p>Kem: 5% <i>Tại chỗ: Bôi kem toàn thân</i> <i>Và rửa sạch sau 8-12 giờ (nếu rửa tay bằng xà phòng trong vòng 8 giờ sau bôi thuốc thì cần bôi lại)</i> <i>SAU ĐÓ nhắc lại sau 7 ngày nếu cần</i></p>	<p>Thường gặp: Ngứa tăng lên tạm thời, đỏ, phù nề thường do cháy</p> <p>Ít và hiếm gặp: Kích thích tại chỗ, ngứa, ban</p>	<p>Phụ nữ mang thai: Có thể sử dụng được, hấp thụ và có tác dụng toàn thân rất ít</p> <p>Phụ nữ cho con bú: Có thể sử dụng được; hấp thụ và có tác dụng toàn thân rất ít, nhưng tránh bôi vào núm vú (hoặc ngừng cho bú trong thời gian điều trị).</p>
<p>Chấy ở đầu (10.2.8)</p>	<p><i>Bôi vào tóc và để 10 phút sau đó gội sạch</i></p>		<p>Chống chỉ định: Không bôi vào vùng da viêm và vết thương ngoài da.</p> <p>Lời khuyên: Tránh tiếp xúc với mắt, mồm, và trong mũi. Ngứa có thể dai dẳng 2-3 tuần sau điều trị ghê, hoặc sau 7-10 ngày điều trị chấy. Đó có thể không phải do vẫn đang còn nhiễm trùng Ghê: nhớ bôi vào các kẽ ngón tay và ngón chân, dưới móng, các nếp da, nách, khe mông, vùng bẹn Nếu bạn rửa tay hoặc rửa các vùng da mới bôi thuốc, bạn cần bôi lại thuốc vào vùng da đó.</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Phenobarbital</p> <p>Trang thái động kinh (3.5)</p> <p>Động kinh (10.10c.2)</p>	<p>Dạng tiêm 200 mg/ml (Phenobarbital sodium) Viên nén: 5-100 mg (Phenobarbital)</p> <p><i>Liều tấn công: Tiêm tĩnh mạch: 5-15 mg/kg tiêm nhanh trong 1 giờ</i></p> <p><i>Uống: khởi đầu với liều 60 mg mỗi ngày; sau đó duy trì từ 60-180 mg mỗi ngày.</i></p>	<p>Thường gặp: Lơ mơ, mất hợp tác, kích thích và lú lẫn (ở người cao tuổi), giảm trí nhớ và nhận thức, tăng hoạt động (đặc biệt ở người cao tuổi), phản ứng dị ứng ngoài da, hung phạm kích phát, rối loạn giấc ngủ.</p> <p>Tiêm tĩnh mạch: Hạ huyết áp ức chế hô hấp, co thắt thanh quản.</p> <p>Ít và hiếm gặp: Viêm gan, tử mật; rối loạn hành vi, rung giật nhãn cầu, kích thích, li bì, trầm cảm, thất điều, ảo giác; nhuyễn xương; thiếu máu hồng cầu to (có thể điều trị bằng acid Folic), tăng bạch cầu vô hạt, giảm tiểu cầu; phản ứng dị ứng ngoài da; rất hiếm gặp hội chứng Stevens-Johnson và hoại tử thượng bì nhiễm độc; trạng thái động kinh (khi ngừng điều trị); co thắt Dupuytren; hạch ngoại biên.</p>	<p>Phụ nữ mang thai: Không sử dụng; đã có những báo cáo về tác dụng phụ gây rối loạn phát triển và hành vi</p> <p>Phụ nữ cho con bú: Sử dụng thận trọng; tránh dùng liều cao và theo dõi các tác dụng phụ; có thể tích lũy thuốc ở sữa mẹ</p> <p>Chống chỉ định: Porphyria niệu, không co giật</p> <p>Thận trọng: Người cao tuổi, giảm chức năng gan thận, suy hô hấp, Tránh ngừng thuốc đột ngột Xu hướng tương tác nhiều thuốc qua enzymes Cytochrome P450 Oxidase; kiểm tra tương tác với tất cả các thuốc mới và các thuốc đang sử dụng</p> <p>Lời khuyên: Uống một lần một ngày trước khi ngủ Có thể gây tình trạng lơ mơ và ảnh hưởng tới khả năng lái xe hoặc vận hành máy móc. Nên tránh các hoạt động này ít nhất cho tới khi bạn biết thuốc tác động tới bạn như thế nào. Không nên dùng thuốc đột ngột nếu không có ý kiến của bác sỹ. Không nên uống rượu bia vì thuốc này có thể tăng tác dụng của rượu bia.</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
Phenoxymethyl-Penicillin (Penicillin V)	Viên nén: 500 mg	Xem Benzylpenicillin.	Phụ nữ mang thai và cho con bú: An toàn (theo dõi các dấu hiệu tác dụng phụ trên trẻ)
Viêm họng do liên cầu (10.17.9, 11.32)	<i>Uống: 500 mg hai lần mỗi ngày trong 10 ngày</i>		Chống chỉ định: Dị ứng Penicilline
Bệnh than ngoài da, không nặng, nhạy với kháng sinh (10.2.10)	<i>Uống: 500 mg mỗi 6 giờ trong 7-10 ngày</i>		Thận trọng: Suy thận Không dùng Penicilline uống điều trị các nhiễm trùng nặng
Áp xe răng (10.17.5)	<i>Uống: 250 mg mỗi 6 giờ trong 5 ngày</i>		Lời khuyên: Uống thuốc trước bữa ăn một giờ hoặc khi đói.
Dự phòng tái phát thấp khớp cấp (11.32)	<i>Uống: 500 mg hai lần mỗi ngày</i>		
Viêm quầng (10.2.2)	<i>Uống: 500 mg mỗi 6 giờ trong 5-10 ngày</i>		
(Các chỉ định khác: viêm tai giữa; dự phòng sau cắt lách)			

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Phenyton</p> <p>Co giật toàn thân; Co giật cục bộ (10.10c.2)</p> <p>Trạng thái động kinh (3.5)</p>	<p><i>Viên nang: 25 mg, 50 mg, 100mg;</i> <i>Ông tiêm: 50 mg/ml ống 5 ml ;</i> <i>Viên nén 25 mg, 50 mg, 100mg,</i> <i>Viên nén (nhai được): 50 mg</i></p> <p><i>Uống: Bắt đầu với liều 150-200 mg mỗi ngày; tăng dần khoảng 25-30 mg tới liều duy trì 200-400 mg mỗi ngày</i></p> <p><i>Liều tấn công: Tiêm tĩnh mạch (chậm trong 60 phút): 15 mg/ kg pha với nước muối sinh lý, tốc độ không quá 50 mg/phút (theo dõi huyết áp và điện tim).</i></p> <p><i>Sau đó duy trì liều uống như trên.</i></p>	<p>Thường gặp: Buồn nôn, nôn, táo bón, mất ngủ, lo lắng, chóng qua, run, dị cảm da, chóng mặt, đau đầu, chán ăn, phi đại và đau lợi, phát ban (dùng thuốc nếu nhẹ, dùng lại thận trọng và nếu phát ban trở lại phải dùng thuốc ngay) trứng cá, rậm lông,</p> <p>Ít và hiếm gặp: Độc gan, bệnh thần kinh ngoại biên, rối loạn vận động, hạch ngoại biên, nhuyễn xương, rối loạn huyết học (bao gồm thiếu máu hồng cầu to, có thể điều trị bằng acide Folic), giảm bạch cầu (nếu nặng, tiến triển, hoặc giảm bạch cầu rõ trên lâm sàng, cần ngừng thuốc, thay thuốc khác), giảm tiểu cầu, thiếu máu bất sản, viêm đa khớp, lupus ban đỏ, hội chứng Steven-Johnson, hoại tử thượng bì nhiễm độc, viêm phổi kẽ, viêm thận kẽ; liều rất cao, rung giật nhãn cầu, nhìn đôi, nói nhịu, thất điều, lú lẫn, tăng đường máu.</p>	<p>Phụ nữ mang thai: Nguy cơ gây quái thai; chỉ sử dụng khi lợi ích nhiều hơn nguy cơ (bổ sung đủ acid Folic cho mẹ); theo dõi trẻ sơ sinh các dấu hiệu chảy máu nếu không được tiêm vitamin K khi sinh.</p> <p>Phụ nữ cho con bú: Có thể sử dụng khi cho con bú; theo dõi dấu hiệu bu yếu và an thần; cần nhắc theo dõi nồng độ trong máu trẻ</p> <p>Chống chỉ định: Porphyrin niệu. Tránh dùng đường tiêm ở người bệnh có nhịp chậm xoang, block xoang nhĩ, block nhĩ thất bậc 2-3, hội chứng Adams-Stokes.</p> <p>Thận trọng: suy gan, tiểu đường, hạ huyết áp, suy tim. Cần có sẵn dụng cụ cấp cứu khi dùng thuốc đường tiêm tĩnh mạch</p> <p>Cách sử dụng: Pha tiêm Phenytonin tĩnh mạch với nước muối sinh lý và không dùng chung đường tiêm với Diazepam. Phải đảm bảo đường truyền tĩnh mạch tốt vì thuốc có thể gây tổn thương tổ chức nếu thoát ra ngoài mạch máu.</p> <p>Theo dõi công thức máu. Khi quyết định ngừng thuốc, cần cai dần trong vòng 6 tháng với tốc độ giảm không quá 25 mg mỗi tuần hoặc 100 mg mỗi tháng</p> <p>Lời khuyên: Cần đi khám ngay nếu có các triệu chứng như đau họng, nổi ban, loét miệng, bầm tím hoặc chảy máu. Thuốc có thể làm giảm khả năng thực hiện các công việc cần kỹ năng như vận hành máy móc hoặc lái xe; tránh các hoạt động này ít nhất tới khi biết thuốc tác động tới bạn như thế nào.</p> <p>Uống thuốc cùng lúc hoặc sau ăn</p> <p>Vệ sinh răng miệng tốt giúp tránh phỉ đại lợi. Không nên dùng thuốc đột ngột nếu không có ý kiến của bác sỹ.</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Thuốc nhỏ mắt Pilocarpine</p> <p>Tăng nhãn áp mạn tính góc mở (10.12.4)</p> <p>Điều trị cấp cứu tăng nhãn áp góc đóng cấp (trước phẫu thuật) (10.12.2)</p> <p>(Các chỉ định khác: tăng áp lực nhãn cầu; đối kháng với tác dụng giãn đồng tử và liệt cơ thể mi sau phẫu thuật hoặc khám đáy mắt)</p>	<p>Dạng giọt: 2%, 4% (hydrochloride hoặc nitrate)</p> <p>1 giọt (dung dịch 2% hoặc 4%) tới 4 lần/ngày</p> <p>1 giọt (dung dịch 2%) mỗi 10 phút trong vòng 30-60 phút; sau đó 1 giọt mỗi 1-3 giờ tới khi nhãn áp giảm.</p>	<p>Thường gặp: Đau mắt, nhìn mờ, giật mí, giật my gây đau đầu và đau cung mạc, thường nặng nhất trong vòng 2-4 tuần đầu bắt đầu điều trị</p> <p>Ít và hiếm gặp: Chảy nước mắt, cận thị, xung huyết kết mạc, viêm giác mạc, xuất huyết dịch kính, tăng ứ đọng nước mắt, mờ thị kính (khi dùng kéo dài); hiếm gặp, tác dụng toàn thân như cao huyết áp, tăng nhịp tim, co thắt phế quản, phù phổi, tăng tiết nước bọt, và mờ hồi, buồn nôn, nôn, tiêu chảy</p>	<p>Chống chỉ định: Viêm màng mắt cấp, viêm màng bồ đào cấp, viêm màng bồ đào thứ phát, viêm phần trước cấp tính. Không nên sử dụng sau khi phẫu thuật góc đóng (nguy cơ dính màng mắt phía sau)</p> <p>Thận trọng: Bệnh lý võng mạc, tổn thương kết mạc giác mạc (theo dõi áp lực nội nhãn trong tăng nhãn áp góc mở mạn tính và điều trị kéo dài; bệnh tim mạch, tăng huyết áp, hen, loét da dày, tắc nghẽn đường tiêu, bệnh Parkinson. Ngừng thuốc nếu có các triệu chứng độc tính toàn thân.</p> <p>Cách sử dụng: Móng mắt thấm màu có thể cần sử dụng nóng độ cao hơn hoặc tra thường xuyên hơn; nên thận trọng tránh quá liều</p> <p>Lời khuyên: Nếu bạn sử dụng nhiều hơn một loại thuốc nhỏ mắt, tra pilocarpine sau cùng. Giấy khó thích nghi với bóng tối, có thể dẫn tới co thắt</p> <p>Nên tránh các công việc cần kỹ năng như vận hành máy móc, hoặc lái xe cho tới khi nhìn bình thường.</p>
<p>Podophyllum resin</p> <p>Điều trị mụn cóc bên ngoài vùng hậu môn sinh dục</p> <p>Mụn cóc ở bàn chân (10.2.3)</p>	<p>Dung dịch: 10-25%</p> <p><i>Bôi thận trọng, tránh tiếp xúc với vùng tổ chức lành; rửa sạch sau 1-6 giờ. Có thể nhắc lại mỗi tuần nhưng không nên quá 4 lần trong một đợt. Chỉ nên điều trị một vài mụn cóc cùng một lúc.</i></p>	<p>Thường gặp: Kích ứng da, mắt màu da háp thu qua da bao gồm buồn nôn, nôn, đau bụng, tiêu chảy; cũng có thể gây giảm bạch cầu và tiểu cầu thoáng qua; suy thận; độc thần kinh châm bao gồm ảo thính và ảo thanh, lú lẫn, mất định hướng, sáng sau khi bôi nhiều thuốc</p>	<p>Phụ nữ mang thai/cho con bú: chống chỉ định với phụ nữ mang thai và cho con bú</p> <p>Thận trọng: Tránh sử dụng cho một vùng rộng; rất kích thích cho mắt (tránh tiếp xúc với mắt); tránh tiếp xúc với da lành, niêm mạc, và vết thương hở.</p> <p>Cách sử dụng: Phải được nhân viên y tế bôi thuốc</p> <p>Lời khuyên: Tránh để tiếp xúc với mắt và các vùng da nhạy cảm</p>
<p>Polyiodone iodine (Povidone-iodine)</p> <p>Sát trùng da (10.2)</p> <p>Sát trùng cho các vết thương và bỏng nhẹ (4)</p>	<p>Dung dịch: 10%</p> <p><i>Dùng dung dịch không pha loãng vào vùng da</i></p> <p><i>Dùng dung dịch không pha loãng cho vùng da tổn thương ngày hai lần</i></p>	<p>Ít hoặc hiếm gặp: Kích thích da và niêm mạc, có thể ảnh hưởng tới kết quả xét nghiệm hormone tuyến giáp</p>	<p>Chống chỉ định: Tránh dùng thường xuyên hoặc kéo dài cho người bệnh rối loạn chức năng tuyến giáp hoặc đang dùng Lithium</p> <p>Cách dùng: Không dùng cho vết thương hở lớn, có thể dẫn tới các tác dụng phụ toàn thân như toan chuyển hóa, tăng natri máu, suy chức năng thận.</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Dung dịch điện giải Polyethylene Glycol (hỗn hợp có áp lực thẩm thấu bình thường)</p> <p>Ngộ độc sắt cấp tính hoặc quá liều các chế phẩm bên vũng có chứa độ tinh cao như thuốc chẹn kênh calci (3.8.1)</p>	<p>Dung dịch</p> <p><i>Rửa ruột: 2 lit/giờ cho người bệnh người lớn nếu thuốc ở phần dưới dạ dày.</i></p>	<p>Thường gặp: Buồn nôn, nôn, đau quặn bụng, đầy hơi. Ít hoặc hiếm gặp: Viêm phổi</p> <p>Lưu ý: Người bệnh có nguy cơ rối loạn nước điện giải nếu không được bổ sung thích hợp</p>	<p>Phụ nữ có thai: Không biết rõ mức độ an toàn với phụ nữ có thai.</p> <p>Phụ nữ cho con bú: Hiện chưa có khuyến cáo cho tới khi có nhiều thông tin hơn; chỉ sử dụng nếu chắc chắn lợi ích nhiều hơn nguy cơ.</p> <p>Chống chỉ định: Tắc ruột, xuất huyết tiêu hóa, huyết động không ổn định, nôn không kiểm soát được, thủng ruột, suy giảm ý thức mà không có các thiết bị hỗ trợ đường hô hấp.</p>
<p>Kali permanganate</p> <p>Sử dụng đắp những vết thương ri nước, loét, Pemphigus, nấm chân, Eczema nhiễm trùng ướt (10.2)</p>	<p>Dung dịch nước: 1:10 000 (0.01%)</p> <p><i>Đắp gạc có tẩm dung dịch 1: 10000 vào vùng da tổn thương cho tới khi lớp vỏ bề mặt có thể tách ra dễ dàng. Thay gạc 2-3 lần mỗi ngày. Ngâm vùng tổn thương ri nước nặng trong dung dịch 1: 10 000 mỗi 8 giờ.</i></p>	<p>Thường gặp: Ngứa, dị ứng phản niêm mạc; bề mặt da có thể có màu nâu.</p>	<p>Thận trọng: Tránh các loại băng hút nước.</p> <p>Cách dùng: Sử dụng ở vùng da ri nước, điều trị đến khi tổn thương khô thì dừng lại.</p> <p>Lưu ý: Kali permanganate đôi khi được đóng hộp với nồng độ 1:1000 (0.1%), pha loãng thành chế phẩm 0.01% khi sử dụng.</p>
<p>Kali clorua (KCl)</p> <p>Hạ kali từ nhẹ đến vừa (5.2.2)</p> <p>Hạ kali nặng (5.2.2)</p>	<p>Dung dịch: 11.2% trong 20ml dịch (tương đương: K⁺ 1.5 mmol/ml, Cl⁻ 1.5 mmol/ml); dạng uống</p> <p><i>Uống: 20-50 mmol hàng ngày sau bữa ăn</i></p> <p><i>Tiêm tĩnh mạch chậm: 20-40 mmol/l trong nước mỗi sinh li (Không vượt quá 10-20 mmol/giờ)</i></p>	<p>Thường gặp: Buồn nôn, nôn, tăng kali máu (đặc biệt ở người bệnh suy thận), có độc tính với tim nếu truyền tốc độ nhanh)</p>	<p>Phụ nữ có thai/cho con bú: Có thể sử dụng cho phụ nữ có thai hoặc cho con bú; theo dõi điện giải để giữ cho điện giải của bà mẹ trong giới hạn bình thường.</p> <p>Chống chỉ định: Suy thận nặng và nồng độ Kali trong huyết tương lớn hơn 5 mmol/l.</p> <p>Thận trọng: Ở người già, người có tổn thương thận mức độ nhẹ/trung bình, tiền sử có loét dạ dày tá tràng.</p> <p>Lưu ý: Theo dõi sát nồng độ kali. Muối kali có thể gây buồn nôn và nôn, tuân thủ điều trị kém ảnh hưởng nhiều tới kết quả điều trị.</p> <p>Tư vấn: Nếu người bệnh có buồn nôn và nôn nhiều, dùng thuốc và báo cho bác sĩ.</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Praziquantel Bệnh sán máng (Schistosomiasis) (11.34)</p>	<p>Viên nén 600 mg <i>Uống: 40 mg/kg một liều duy nhất</i></p>	<p>Thường nhẹ và thoáng qua với liều trình ngắn. Nhiều tác dụng phụ là hậu quả do ký sinh trùng chết gây ra, gặp ở những trường hợp nhiều ký sinh trùng</p> <p>Thường gặp: Chóng mặt (phụ thuộc liều), đau đầu, mệt mỏi, lơ mơ, buồn nôn, nôn, đau bụng, tiêu chảy, chán ăn, đau quặn bụng, tăng men gan có hồi phục, chảy máu trực tràng.</p> <p>Ít và hiếm gặp: Loạn nhịp</p>	<p>Phụ nữ mang thai: Không khuyến cáo sử dụng trong ba tháng đầu thai kỳ; nên dùng thuốc thay thế. Thân trọng trong 3 tháng giữa và cuối, chỉ sử dụng khi là trị liệu duy nhất.</p> <p>Phụ nữ cho con bú: Có thể điều trị một ngày trong thời kỳ cho con bú.</p> <p>Chống chỉ định: Au trùng nhân cầu.</p> <p>Lời khuyên: Uống thuốc cùng thức ăn. Nên uống nhiều nước để tránh nôn do thuốc đắng. Có thể chia đôi hoặc tư viên thuốc nhưng không được nhai.</p> <p>Thuốc có thể làm cho bạn cảm giác lơ mơ hoặc chóng mặt; nếu có dấu hiệu này, không nên lái xe và vận hành máy móc ít nhất 24 giờ sau khi uống thuốc.</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Prednisolone Xem phần 8.2 bảng trong chương các loại Steroid.</p> <p>Khò khè mức độ vừa và nặng đe dọa tính mạng (3.2.4)</p> <p>Viêm phổi do <i>Pneumocystis jirovecii</i> (viêm phổi PCP) (10.6.3)</p> <p>Hen phế quản nặng dai dẳng (10.6.4)</p> <p>Phản ứng Lepra cấp II (11.2.1)</p>	<p><i>Viên nén 5 mg, 25 mg</i></p> <p><i>Uống: 40-60 mg</i></p> <p><i>Uống: 40 mg hai lần mỗi ngày trong 5 ngày SAU ĐÓ</i></p> <p><i>40 mg mỗi ngày trong 5 ngày SAU ĐÓ 20 mg mỗi ngày trong 11 ngày tới khi kết thúc 21 ngày điều trị</i></p> <p><i>Uống: 0.5 mg/kg mỗi (đánh giá lại hàng tuần; Giảm liều khi người bệnh ổn định trong vòng 1 tuần)</i></p> <p><i>Xem liều trong phần 11.2.1</i></p>	<p>Quá liều hoặc dùng kéo dài có thể kích hoạt một số hoạt động sinh lý bình thường của Corticosteroids, dẫn tới những tác dụng phụ của Corticoid khoáng và Glucocorticoid. Các tác dụng phụ của Corticoid khoáng: tăng huyết áp, giữ muối nước, mất kali và can xi.</p> <p>Thường gặp: Rối loạn tiêu hóa, tăng nhạy cảm với nhiễm trùng (nhiễm nấm <i>Candida</i> miệng, âm đạo), trứng cá giả nhiễm trùng, phù, tăng huyết áp, hạ kali, tăng đường máu, tăng cân, loãng xương, gãy xương tự nhiên, kích thích ăn, chậm liền vết thương, teo da, chậm lớn ở trẻ em, bệnh cơ, yếu cơ, teo cơ (đặc biệt xuất hiện triệu chứng khi ngừng thuốc), tái phân bố mỡ (hội chứng Cushing), mất kinh nguyệt, loạn thân, ao giác, trầm cảm, ức chế thượng thận, bầm tím</p>	<p>Phụ nữ mang thai: Có thể sử dụng với liều khuyến cáo; thận trọng trong ba tháng đầu do có thể gây sứt môi; truyền qua nhau thai ít. Theo dõi đường máu, đặc biệt ở người bệnh tiểu đường.</p> <p>Phụ nữ cho con bú: Có thể sử dụng với liều khuyến cáo; lượng thuốc ở sữa mẹ thấp với liều tới 80 mg (theo dõi chức năng tuyến thượng thận của trẻ nếu dùng liều cao hơn).</p> <p>Chống chỉ định: Nhiễm trùng toàn thân (trừ trường hợp đe dọa tính mạng hoặc đã được điều trị kháng sinh đặc hiệu. Tránh tiêm các loại vaccine sống khi đang dùng liều ức chế miễn dịch.</p> <p>Thận trọng: Nhiễm trùng, tăng huyết áp, nhồi máu cơ tim mới, suy tim ứ huyết, suy thận, suy gan, tiểu đường bao gồm cả tiền sử gia đình, loãng xương, tăng nhãn áp, xước giác mạc, rối loạn cảm xúc nặng, đồng kính, vẩy nến, loét dạ dày, suy giáp, tiền sử bệnh cơ do Steroid, và ở người cao tuổi; có thể khởi phát hoặc làm cho tình trạng nhiễm lao nặng hơn, bệnh do amip, nhiễm giun lươn.</p> <p>Điều trị kéo dài có thể dẫn tới ức chế tuyến thượng thận, có thể tồn tại nhiều năm sau khi dừng điều trị</p> <p>Các dấu hiệu Cushing tăng lên khi dùng liều hàng ngày vượt quá 7.5 mg</p> <p>Nguy cơ mắc sỏi, thuy đậu, và khởi phát lao tăng lên.</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>(Các chỉ định khác: Với các thuốc chống ung thư để điều trị bạch cầu cấp hay kinh; u lymphô; ức chế viêm và phản ứng dị ứng, viêm mắt; nhược cơ)</p>	<p><i>Chú ý về liều Steroid: Người bệnh điều trị bằng Steroid kéo dài có nguy cơ làm giảm khả năng đáp ứng stress với các tình trạng gây ra stress sinh lý (nhễm trùng nặng, chấn thương, khi phẫu thuật). Do đó, liều Steroid có thể cần tăng lên. Người bệnh cần sử dụng Steroid thay thế cho những rối loạn tiên phát của trục dưới đồi- tuyến yên- thượng thận (trục HPA) ví dụ bệnh Addison, suy tuyến yên) NÊN tăng liều Steroid khi mắc các tình trạng bệnh lý làm tăng stress sinh lý. Thiệu Hydrocortisone tĩnh mạch thông thường (tá 50-100 mg mỗi 8-12 giờ trong 2 ngày. Hội chẩn với chuyên khoa để điều chỉnh liều.</i></p>	<p>Ít hoặc hiếm gặp: Viêm tụy cấp, loét dạ dày và thực quản, nứt vỡ đốt sống, hoại tử vô khuẩn đầu xương đùi hay xương chày; đỏ da mặt; ức chế phản ứng này da, tăng tiết, bầm tím ngoài da, giãn mạch máu dưới da, rách cơ tim sau nhồi máu cơ tim mới, suy tim ứ huyết, tăng bạch cầu, phản ứng tăng nhạy cảm (bao gồm cả phản vệ), tác mạch do nhồi máu, mệt mỏi, nấc, đau đầu, chóng mặt.</p> <p>Tác dụng phụ của Glucocorticoid: Tiêu đường và loãng xương dẫn tới gãy xương do loãng xương, đặc biệt ở người cao tuổi</p> <p>Tác dụng phụ trên thân kinh trung ương: phụ thuộc thuốc, mất ngủ, làm tình trạng phân liệt nặng hơn, thúc đẩy cơn động kinh</p> <p>Tác dụng phụ lên thị giác: tăng nhãn áp, phù gai thị, đục thủy tinh thể dưới bao phía sau, mỏng giác mạc hoặc củng mạc, thúc đẩy bệnh lý nhiễm vi rút hay nhiễm nấm mắt, tăng áp lực nội nhãn, lồi mắt.</p>	<p>Cách sử dụng: Theo dõi cân nặng, huyết áp, cân bằng nước và điện giải, và đường máu trong suốt thời gian điều trị. Tác dụng ức chế bài tiết Cortisone ít nhất khi dùng thuốc 1 lần vào buổi sáng.</p> <p>Khi dùng Corticosteroid, có thể giảm nhanh liều thuốc tới liều sinh lý (tương ứng 7.5 mg Prednisolone hàng ngày) và sau đó giảm dần từ từ. Cần đánh giá tình trạng bệnh trong quá trình giảm liều thuốc để đảm bảo bệnh không tái phát.</p> <p>Lời khuyên: Nên uống thuốc khi ăn để tránh kích thích dạ dày. Báo cho bác sỹ biết khi có các dấu hiệu của nhiễm trùng. Nếu bạn phải sử dụng thuốc kéo dài trên 3 tuần, không nên dùng thuốc đột ngột. Báo cho bác sỹ, nha sĩ, hoặc dược sỹ của bạn biết bạn đang dùng steroid trước khi bắt đầu bất kỳ biện pháp điều trị mới nào.</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/Chú ý
<p>Primaquine</p> <p>Điều trị tịệt căn sốt rét do P. vivax và P. ovale (sau liệu pháp điều trị chuẩn bằng Chloroquine) (11.25.3)</p>	<p>Viên nén 7.5 mg, 15 mg</p> <p><i>Uống: 250 mcg/kg mỗi ngày trong ngày HOẠC 30 mg mỗi ngày trong 14 ngày</i></p>	<p>Thường gặp: Buồn nôn, nôn, chán ăn, đau quặn bụng, chóng mặt, đau đầu.</p> <p>Ít hoặc hiếm gặp: Thiếu máu do tan máu (thường gặp ở người thiếu men G6PD; ngừng điều trị); Methaemoglobin máu (ngừng điều trị); Haemoglobin niệu, giảm bạch cầu hạt, giảm bạch cầu</p>	<p>Phụ nữ mang thai: Tinh an toàn khi sử dụng trên phụ nữ mang thai không rõ, không khuyến cáo sử dụng.</p> <p>Phụ nữ cho con bú: Thân trọng khi sử dụng, ít số liệu. Theo dõi tác dụng phụ trên trẻ (ví dụ tan máu, vàng da). Tránh sử dụng nếu trẻ có thiếu men G6PD.</p> <p>Chống chỉ định: Những tình trạng có xu hướng gây giảm bạch cầu hạt. Theo dõi công thức máu Cần phải loại trừ thiếu G6PD trước khi điều trị tịệt căn P. vivax và P. ovale nhưng không nên trước liệu điều trị tịệt giao tử.</p> <p>Lời khuyên: Uống thuốc cùng thức ăn nếu buồn nôn/nôn nặng hoặc có đau quặn bụng.</p>
<p>Procaine benzylpenicillin G</p> <p>Giang mai thần kinh (11.37)</p> <p>Loét khu trú (10.2.10)</p> <p>Borreliosis (sốt tái phát) nếu không uống được (10.1) (Các chỉ định khác: Bạch hầu, động vật cắn)</p>	<p>Bột pha tiêm: 1g (1 triệu UI); 3g (3 triệu UI)</p> <p><i>Tiêm bắp 2.4 g (2.4 triệu UI) mỗi ngày 1/4 ống probenecid 500 mg 4 lần/ngày) trong 10-14 ngày</i></p> <p><i>Tiêm bắp: 0.6 g (600 000 IU)/ ngày trong 2-4 tuần</i></p> <p><i>Tiêm bắp: 0.6 tới 0.8 g (600 000 tới 800 000 IU) một liều duy nhất</i></p>	<p>Xem benzylpenicillin.</p> <p>Đau và viêm tại vị trí tiêm; phản ứng Jarisch-Herxheimer (sốt, lạnh, sốt, và hạ huyết áp) thường xuất hiện vài giờ sau điều trị giang mai hoặc Borreliosis; có thể do giải phóng độc tố. Nếu tiêm nhầm vào mạch máu có thể dẫn tới lo lắng, kích thích, sợ chết, ảo giác. Thường các dấu hiệu này sẽ hết sau 15-30 phút và ít khi kéo dài quá 24 giờ.</p>	<p>Phụ nữ mang thai/cho con bú: An toàn khi mang thai và cho con bú (theo dõi tác dụng phụ ở trẻ)</p> <p>Chống chỉ định: Dị ứng với Penicilline hoặc cần điều trị bằng đường tĩnh mạch</p> <p>Thận trọng: Ở người bệnh suy thận. Theo dõi người bệnh giang mai hoặc Borreliosis vài giờ sau điều trị</p> <p>Cách sử dụng: Tiêm bắp sâu (không tiêm tĩnh mạch), có thể sử dụng cho người bệnh điều trị ngoại trú Bổ sung Probenecid để tăng nồng độ thuốc trong điều trị giang mai thần kinh.</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Propranolol</p> <p>Dự phòng tiên phát chảy máu do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản (10.9)</p> <p>(Các chỉ định khác: Dự phòng Migraine, run, đau thắt ngực ổn định, cao huyết áp, một số loạn nhịp)</p>	<p>Viên nén: 20 mg; 40 mg (hydrochloride)</p> <p><i>Điều chỉnh liều tới mức nhịp tim giảm tới 25%</i></p>	<p>Thường gặp: Buồn nôn/nôn, tiêu chảy, chậm nhịp tim, co thắt phế quản, lạnh các đầu chi, mệt, rối loạn giác ngủ bao gồm cả ác mộng, suy tim, hạ huyết áp, rối loạn dẫn truyền, co mạch ngoại biên, làm tăng các cơn đau chân ngắt quãng, liên tục tương Raynaud's, thay đổi chuyển hóa đường và lipid.</p> <p>Ít hoặc hiếm gặp: Ban, khô mắt (hồi phục), rối loạn sinh dục, bùng phát vảy nến, ban xuất huyết, giảm tiểu cầu</p>	<p>Phụ nữ mang thai: Thận trọng khi sử dụng. Có thể dẫn tới chậm phát triển tử cung, hạ đường máu ở trẻ sơ sinh, và chậm nhịp tim; nguy cơ cao hơn ở các trường hợp tăng huyết áp nặng</p> <p>Phụ nữ cho con bú: Thuốc có ở sữa mẹ; an toàn khi dùng liều thông thường, theo dõi trẻ.</p> <p>Chống chỉ định: Hẹn phế quản hay có tiền sử bệnh phổi tắc nghẽn, suy tim không được kiểm soát, đau thắt ngực Prinzmetal, chậm nhịp tim nặng, hạ huyết áp, hội chứng suy nút xoang, block nhĩ thất cấp hai hay cấp 3, sóc tim, toan chuyển hóa, bệnh động mạch ngoại biên nặng, u tủy thượng thận.</p> <p>Thận trọng: Block nhĩ thất cấp I; suy thận; bệnh gan, tăng áp lực tĩnh mạch cửa, tiểu đường, nhược cơ, tiền sử tăng mán cảm.</p> <p>Cách sử dụng: Khi ngừng điều trị, giảm dần liều trong vòng ít nhất hai tuần</p> <p>Lời khuyên: Không dùng thuốc đột ngột khi không có tư vấn của bác sỹ.</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Pyridoxine (vitamin B6)</p> <p>Ngộ độc Ethylene glycol (3.8.1)</p> <p>Bệnh lý thần kinh ngoại biên (10.10a.6); Các dấu hiệu bệnh lý thần kinh ngoại biên khi đang dùng INH (13.3, 15.4.2)</p> <p>Dự phòng bệnh lý thần kinh ngoại biên khi dùng INH để dự phòng hoặc điều trị lao (15.4.2)</p> <p>Nôn thối ngắn (14.1.11)</p>	<p>Viên nén: 25 mg</p> <p><i>Uống: 50 mg mỗi 6 giờ, tổng số 6 liều</i></p> <p><i>Uống: 50-75 mg mỗi ngày</i></p> <p><i>Uống: 10 mg mỗi ngày</i></p> <p><i>Uống: 25 mg, tới 3-4 lần/ngày</i></p>	<p>Ít và hiếm gặp: Khi dùng liều cao và kéo dài có báo cáo về bệnh lý thần kinh cảm giác</p>	<p>Các nhóm đặc biệt/ Chú ý</p> <p>Phụ nữ mang thai/cho con bú: Có thể sử dụng được khi mang thai và cho con bú; liều cao >200 mg/ngày có thể gây ức chế tiết sữa</p>
<p>Pyrimethamine</p> <p>Toxoplasmosis ở người suy giảm miễn dịch (11.40)</p> <p>Viêm màng mạch-võng mạc (10.12.6)</p>	<p>Viên nén: 25 mg, 50 mg</p> <p><i>Uống: 100-200 mg một liều đơn, SAU ĐÓ 50 mg/ngày trong vòng ít nhất 6 tuần VÀ Sulfadiazine + Folic acid trong 6 tuần</i></p> <p><i>Uống 75 mg/ngày trong 3 ngày SAU ĐÓ 25 mg/ngày trong 4 tuần VÀ Sulfadiazine + Folic acid cho khoảng thời gian tương tự (với những người bệnh không đáp ứng, 50 mg/ngày trong 4 tuần nữa)</i></p>	<p>Thường gặp: Buồn nôn/nôn, tiêu chảy, liều cao gây giảm sinh hồng cầu, thiếu máu hồng cầu to, ban, mất ngủ, ngộ độc thần kinh trung ương (với liều cao)</p>	<p>Phụ nữ có thai: Nếu là thuốc phải lựa chọn, có thể sử dụng được trong thời kỳ mang thai. Nếu có thể nên tránh sử dụng trong ba tháng đầu thai kỳ.</p> <p>Phụ nữ cho con bú: Nếu là thuốc phải chọn, sử dụng thận trọng</p> <p>Chống chỉ định: Thiếu máu hồng cầu to</p> <p>Thận trọng: Với các trường hợp suy gan và suy thận, điều trị bệnh do Toxoplasma, luôn phải phối hợp Pyrimethamine với Sulfadiazine và bổ sung thêm acid Folic nếu có.</p> <p>Cách dùng: Nếu có triệu chứng đường tiêu hóa, nên uống thuốc khi ăn. Theo dõi công thức máu khi điều trị kéo dài và bổ sung Folate trong quá trình điều trị</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Quinine</p> <p>Sốt rét nặng do <i>P. falciparum</i> khi không có Artesunate dạng tiêm (QC p. 44, 11.25.5)</p>	<p>Viên nén 300 mg, Dạng tiêm truyền: 300 mg/ml trong 2ml</p> <p><i>TTM/TB (mật trước đầu): 20 mg/kg trong 4 giờ; SAU ĐÓ 10 mg/kg mỗi 8 giờ cho tới khi người bệnh dùng được đường uống</i></p> <p><i>Uống: 600 mg Quinine sulfate 3 lần trong một ngày, dùng hằng ngày trong 7 ngày V/A Clindamycin hoặc Doxycycline</i></p>	<p>Thường gặp: Buồn nôn, nôn, tiêu chảy, rối loạn thần kinh trung ương, giảm thính lực có hồi phục, ngộ độc, ù tai, đau đầu, nóng bừng da, đau bụng, ban, rối loạn thị giác (bao gồm mù thoáng qua), lú lẫn, sốt, ban, hạ đường máu (sau khi dùng dạng tiêm), giảm tiểu cầu, thay đổi điện tâm đồ</p> <p>Ít hoặc hiếm gặp: Phù mạch, tan máu trong lòng mạch, suy thận cấp, QT kéo dài</p>	<p>Phụ nữ mang thai: Chỉ sử dụng khi lợi ích nhiều hơn nguy cơ; nên tránh sử dụng trong ba tháng đầu thai kỳ nếu có thể, vì liều cao (tổng liều > 1 g) có thể gây điếc cho thai nhi.</p> <p>Phụ nữ cho con bú: Thận trọng: theo dõi tác dụng phụ. Tránh sử dụng cho trẻ thiếu men G6PD. Chống chỉ định: Haemoglobin niệu, viêm thần kinh thị giác</p> <p>Thận trọng: Rung nhĩ, rối loạn dẫn truyền, block tim, suy thận, thiếu men G6PD, nhược cơ.</p> <p>Khi sử dụng đường tiêm tĩnh mạch, cần theo dõi các dấu hiệu ngộ độc cho tim và theo dõi đường máu</p> <p>Cách dùng: Đường uống: nếu nôn toàn bộ hoặc một phần trong vòng 1 giờ sau uống thuốc, cần phải cho uống lại liều thuốc ngay</p> <p>Đường tĩnh mạch: Không tiêm trực tiếp tĩnh mạch nhanh. Truyền tĩnh mạch Quinine trong vòng 4 giờ, nên pha với glucose 5% để giảm nguy cơ hạ đường máu.</p>
<p>Quinine + Clindamycin</p> <p>Sốt rét do <i>P. falciparum</i> không nặng trong ba tháng đầu thai kỳ (11.25.7);</p> <p>Sốt rét do <i>P. falciparum</i> ở người du lịch (11.25.3);</p> <p>phác đồ điều trị sốt rét bậc hai (11.25.4)</p>	<p><i>Vì thuốc với các viên thuốc Quinine 150 hoặc 300 mg và các viên Doxycycline 100 mg riêng rẽ</i></p> <p><i>Đường uống: 600 mg muối quynn 3 lần/ngày (mỗi 8 giờ) trong 7 ngày và 600 mg Clindamycin hai lần/ngày trong 7 ngày</i></p>	<p>Như Quinine và Clindamycin</p>	<p>Như Doxycycline và Quinine.</p> <p>Ngoài ra:</p> <p>Thận trọng: Rifampicin làm giảm nồng độ quinine, dẫn tới tăng thất bại khi điều trị.</p> <p>Tránh sử dụng các thuốc chống loạn nhịp như Flecainide và Amiodarone. Các thuốc kháng histamine như Terfenadine, các thuốc chống loạn thần như Pimozide và Thioridazine, có thể tăng nguy cơ loạn nhịp. Cimetidine có thể làm tăng nồng độ quinine.</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Rifampicin</p> <p>Loét Buruli (trong liệu pháp kết hợp với Streptomycin) (10.2.10)</p> <p>Bệnh phong - ít vi khuẩn (11.21)</p> <p>Bệnh phong - nhiều vi khuẩn (11.21)</p>	<p>Viên nang hoặc viên nén: 150 mg, 300 mg</p> <p><i>Xem liều trong phần 10.2.</i></p> <p><i>Uống: 600 mg Rifampicin một tháng một lần trong 6 tháng VA Dapsone hàng ngày</i></p> <p><i>600 mg Rifampicin một tháng một lần trong 12 tháng VA Dapsone + Clofazimine.</i></p> <p><i>Xem chi tiết liều trong phần 11.21.</i></p>	<p>Thường gặp: Buồn nôn, nôn, tiêu chảy, chán ăn, đau đầu, đau khớp, đau cơ (trong vài tuần đầu điều trị). Các triệu chứng thường xuất hiện trong thời gian điều trị ngắn quãng bao gồm các triệu chứng giống cúm (ớn rét, sốt, chóng mặt, đau xương); các chất dịch như nước tiểu, nước bọt, các dịch tiết khác của cơ thể có màu đỏ cam</p> <p>Ít hoặc hiếm gặp: Các triệu chứng hô hấp (bao gồm khó thở); truy mạch và sốc; thiếu máu tan máu, xuất huyết giảm tiểu cầu, đông máu nội quan rải rác, giảm bạch cầu, tăng bạch cầu ái toan, suy thận cấp; thay đổi chức năng gan, vàng da, đỏ bưng da, ban mẩn ngứa, ban, viêm da bong vảy, hoại tử thượng bì nhiễm độc, hội chứng Stevens-Johnson, phản ứng phỏng nước; phù, loạn thần, suy tuyến thượng thận; yếu cơ; bệnh cơ; rối loạn kinh nguyệt</p>	<p>Phụ nữ mang thai: Cân nhắc an toàn</p> <p>Phụ nữ cho con bú: Có thể sử dụng được và thận trọng, với liều khuyến cáo</p> <p>Tư vấn: Nước tiểu, nước mắt, nước bọt, và đờm có thể có màu đỏ cam, không nên lo ngại vì sự đổi màu sắc đó không có hại.</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Rifampicin + Isoniazid + Pyrazinamide + Ethambutol hydrochloride (R + H + Z + E)</p> <p>Lao (13.10 quản lý đồng thời HIV/Lao, 15 TB)</p>	<p>Viên nén: Viên kết hợp định liều: Rifampicin 150 mg, Isoniazid 75 mg, Pyrazinamide 400 mg, Ethambutol 275 mg 2HRZE/4HR</p> <p><i>Ước lượng: Rifampicin 10mg/kg hàng ngày (tối đa 300mg) V/A Isoniazid 5mg/kg (tối đa 600mg) V/A Pyrazinamide 25mg/kg V/A Ethambutol 15mg/kg một lần/ngày</i></p> <p>HOẶC Rifampicin 10mg/kg hàng ngày (tối đa 600mg) V/A Isoniazid 5mg/kg (tối đa 900mg) V/A Pyrazinamide 25mg/kg V/A Ethambutol 15mg/kg 3 lần/tuần (cho dưới dạng DOT (điều trị có giám sát trực tiếp) ; phác đồ 3 lần/tuần</p> <p>KHÔNG khuyến cáo cho những người bệnh HIV dương tính và những người ở trong điều kiện HIV (ưu hành cao)</p>	<p>Xem Rifampicin, Isoniazid, Ethambutol, Pyrazinamide</p> <p>Thường gặp: Tăng acid uric máu, viêm đa khớp, buồn nôn</p> <p>Ít gặp hoặc hiếm gặp: nhiễm độc gan (gồm sốt, chán ăn, gan to, lách to, vàng da, suy gan); đỏ mắt, rối loạn tiêu tiện, thiếu máu nguyên hồng cầu, nhạy cảm ánh sáng</p>	<p>Phụ nữ có thai/cho con bú: Được xem là an toàn ở phụ nữ có thai; các lợi ích của điều trị lao ở phụ nữ có thai và cho con bú lớn hơn những nguy cơ của tác dụng không mong muốn gặp ở mẹ hoặc trẻ sơ sinh. Theo dõi trẻ sơ sinh những dấu hiệu của thiếu Pyridoxine hoặc vàng da; xem xét bổ sung cho mẹ hoặc thai nhi.</p> <p>Chống chỉ định: Quá mẫn với Rifampicin, bệnh gan, Porphyria, viêm dây thần kinh thị giác, suy thận nặng</p> <p>Sử dụng thận trọng: Trong suy gan hoặc suy thận, đất thảo đường, gút, phụ thuộc rượu mạn tính, người già, động kinh, tiền sử loạn thần. Dự phòng Pyridoxine 10mg/ngày, đặc biệt ở những người bệnh HIV dương tính.</p> <p>Cách dùng/giám sát: Khám mắt được khuyến cáo trước và sau khi điều trị. Có thể sử dụng thuốc ba lần một tuần là ở những người bệnh điều trị có kiểm soát (DOT), không sử dụng cho những bệnh nhân có nhiễm HIV hoặc ở những vùng có HIV lưu hành cao. Xem mục 15.</p> <p>Chú ý: Ngưng điều trị và tới cơ sở y tế nếu bạn có các triệu chứng nôn, buồn nôn, mệt mỏi, vàng mắt, nước tiểu vàng rõ kéo dài.</p> <p>Bảo vệ cán bộ y tế ngay khi thị lực thay đổi.</p> <p>Sử dụng thêm biện pháp tránh thai như bao cao su nếu bạn đang sử dụng thuốc tránh thai đường uống dạng kết hợp (the Pill), màng ngăn âm đạo, vòng âm đạo, hoặc viên thuốc chỉ gồm Progesterin,</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Salbutamol</p> <p>Co thắt phế quản cấp tính (Đánh giá nhanh tr.38-39, 3.2.4)</p> <p>Hen phế quản và COPD (10.6)</p> <p>Tăng kali máu (5.2.2)</p>	<p>Dung dịch dạng hít để dùng trong máy khí dung: 5mg (dưới dạng sulfate)/ml</p> <p>Dạng phun sương: 100mcg (dưới dạng sulfate)/liều</p> <p>Xem liều lượng ở Đánh giá nhanh tr.38-39 và 3.2.4.</p> <p>Xem các mục 10.6.4, 10.6.5.</p> <p>Khi dùng: 10-20mg HOẶC</p> <p>Tinh mạch: 0,5mg (500mcg). Nên dùng chậm, trong 15-20 phút.</p> <p>Nếu không có các dạng trên, cho salbutamol 1200mcg bằng bình xịt định liều có buồng đệm (12 lần phun xịt).</p>	<p>Thường gặp: Hội hộp đánh trống ngực, run cơ nhẹ (thường ở tay), đau đầu.</p> <p>Ít gặp hoặc hiếm gặp: Với dạng hít, tăng đường huyết và hạ kali máu sau khi dùng liều cao; chuột rút (co rút cơ); rối loạn nhịp tim, nhịp nhanh, mất ngủ, co thắt phế quản kịch phát, mày đay/phù mạch.</p>	<p>Có thai: Có thể sử dụng ở liều khuyến cáo; kiểm soát hen ở phụ nữ có thai và không có thai nên giống nhau.</p> <p>Cho con bú: Có thể sử dụng ở liều khuyến cáo (theo dõi trẻ sơ sinh).</p> <p>Sử dụng thận trọng: Trong cường giáp, thiếu máu cơ tim, rối loạn nhịp tim, tăng nhạy cảm với QT kéo dài, tăng huyết áp, đái tháo đường.</p>
<p>Acid Salicylic</p> <p>Các tình trạng tăng sùng hóa, gồm mụn cơm; hỗ trợ trong điều trị vẩy nến, hắc hắc, viêm da tiết bã (viêm da đầu), vẩy cá (10.2)</p>	<p>Dung dịch: 5%</p> <p><i>Bôi trực tiếp vào vùng da bị bệnh mỗi ngày 1 lần, bắt đầu từ loại tác dụng yếu; tăng dần mức tác dụng cho đến khi đạt đáp ứng như mong muốn</i></p>	<p>Ít gặp hoặc hiếm gặp: Kích thích tại chỗ, viêm da, nhiễm độc khi dùng quá nhiều hoặc điều trị trên diện rộng.</p>	<p>Chống chỉ định: Vùng da tổn thương hoặc viêm.</p> <p>Sử dụng thận trọng: Trong bệnh lý thận kinh ngoài vi năng; những người đái tháo đường có nguy cơ loét do thần kinh.</p> <p>Cách dùng/giám sát : Tránh bôi trên diện tích da rộng.</p> <p>Tư vấn: Tránh tiếp xúc với mắt, mũi, và niêm mạc mũi. Bảo vệ vùng da xung quanh; xét nhẹ các hạt cơm bằng chiếc dũa hoặc đá kỳ tuàn một lần</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Selenium sulfide</p> <p>Lang ben (10.2.7)</p> <p>Viêm da đầu (viêm da tiết bã) (10.2.7)</p>	<p>Hỗn dịch tẩy rửa 2%, kem</p> <p><i>Bôi kem với một ít nước vào toàn bộ vùng da bị bệnh; rửa sạch sau 10 phút. Lặp lại hàng ngày trong 7-14 ngày.</i></p> <p><i>HOẶC</i> bôi vào vùng da bị bệnh trước khi đi ngủ; rửa sạch vào buổi sáng; lặp lại 1-6 lần trong 2 tuần; lặp lại quá trình trên nếu cần.</p> <p><i>Hỗn dịch tẩy rửa/ thuốc gội đầu: Xoa 5-10ml vào tóc ướt và để trong 2-3 phút trước khi rửa sạch hoàn toàn; lặp lại mỗi tuần 2 lần trong 2 tuần; sau đó mỗi tuần 1 lần trong 2 tuần; sau đó chỉ khi nào cần thiết.</i></p>	<p>Thường gặp: Kích ứng tại chỗ, biến màu tóc hoặc rụng tóc. Hấp thu có thể dẫn đến nhiễm độc toàn thân bao gồm run cơ, yếu cơ, ngủ lịm (đờ đẫn), đau bụng dưới, thỉnh thoảng nôn (các triệu chứng thường hết trong vòng 10 ngày)</p>	<p>Có thai: Có thể dùng trên da đầu; thuốc không nên dùng trên cơ thể để điều trị nhiễm khuẩn ngoài da, khi mà thuốc có thể hấp thu qua da.</p> <p>Cho con bú: Không rõ ràng về tính an toàn khi cho con bú; sử dụng thận trọng.</p> <p>Sử dụng thận trọng: Không dùng với vùng da bị tổn thương (tăng nguy cơ nhiễm độc toàn thân); tránh tiếp xúc với mắt; không dùng trong vòng 48 giờ trước khi chuẩn bị nhuộm tóc, ép tóc, hoặc uốn tóc.</p> <p>Cách dùng/giám sát: Để giảm hấp thu, rửa sạch tóc sau khi dùng và loại bỏ tất cả các vết trên da (gồm cả móng tay).</p> <p>Lưu ý: Selenium sulfide được sử dụng rộng rãi ở các đầu gội độc quyền.</p>
<p>Senna</p> <p>Táo bón (10.7d.4, 20.2)</p>	<p>Viên nén: 7,5mg (sennosides)</p> <p><i>Uống: 2-4 viên, thường vào buổi tối. Liều khởi đầu nên thấp; sau đó tăng dần đến 30mg.</i></p>	<p>Thường gặp: Khó chịu ở bụng, quặn bụng</p> <p>Ít gặp hoặc hiếm gặp: Hạ kali máu (khi dùng kéo dài hoặc quá liều)</p>	<p>Có thai: Nếu thay đổi chế độ ăn và lối sống không kiểm soát được táo bón ở phụ nữ có thai, liều trung bình thuốc nhuận tràng hấp thu kém có thể được dùng. Thuốc nhuận tràng tạo khối nên được thử đầu tiên. Thuốc nhuận tràng thẩm thấu, như là Lactulose, cũng có thể dùng. Bisacodyl hoặc Senna có thể phù hợp, nếu tác dụng kích thích là cần thiết.</p> <p>Cho con bú: Không rõ có hại</p> <p>Sử dụng thận trọng: Tránh dùng kéo dài trừ khi chỉ định để dự phòng phân đóng khối.</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Natri bicarbonate</p> <p>Điều trị nhiễm độc tim do quá liều thuốc (ví dụ thuốc chống trầm cảm 3 vòng, Carbamazepine); kiềm hóa thải nước để tăng đào thải salicylate và thuốc trừ sâu Chlorphenoxyl; điều chỉnh toan chuyển hóa (3.8.1)</p>	<p>Dạng tiêm: tinh mạch: 4.2%, 8.4% (nồng độ tinh mạch 1 ống = 50 meq = 4.2 gram = 100 mmol)</p> <p><i>Đường tinh mạch: Liều cấp cứu: Khơi đầu, 1-2mmol/kg trong 1-2 phút. Liều tiếp: 0,5mmol/kg mỗi 10 phút.</i></p> <p><i>Duy trì: 100-150 mmol Natri bicarbonate trong 1 lít Dextrose 5% ở tốc độ 250ml/giờ.</i></p>	<p>Không có tác dụng phụ thường gặp.</p> <p>Ít gặp hoặc hiếm gặp: Phản ứng dị ứng nghiêm trọng (nổi ban; mày đay; khó thở; thắt ngực; phù miêng, mắt, môi, hoặc lưỡi); kích thích; co thắt hoặc co rút cơ; đau, đỏ hoặc sưng tại vị trí tiêm</p> <p>Liệu pháp tiềm Natri bicarbonate quá tích cực có thể dẫn đến kiềm chuyển hóa (đi kèm với co rút cơ, kích thích, co cứng) và tăng natri máu. Do đó, pH máu và điện giải nên được theo dõi.</p>	<p>Có thai/cho con bú: Không rõ độ an toàn ở phụ nữ có thai và cho con bú; sử dụng thận trọng, nếu lợi ích lớn hơn nguy</p>
<p>Natri cromoglycate</p> <p>Viêm kết mạc dị ứng; viêm kết giác mạc mùa xuân (10.12)</p>	<p>Thuốc nhỏ mắt: 2%</p> <p><i>Dùng mỗi ngày 4 lần.</i></p>	<p>Thường gặp: Nóng, nhức nhối</p>	<p>Quản lý: Bắt đầu điều trị với Cromoglycate 1 tháng trước khi thời điểm bắt đầu mùa viêm mũi.</p> <p>Cách dùng: Thuốc có thể cần 3-4 tuần để đạt hiệu quả đầy đủ.</p>
<p>Natri nitrite</p> <p>Ngộ độc Cyanid (3.8.2)</p>	<p>Dạng tiêm: 30mg/ml trong ống 10ml (dịch 3%)</p> <p><i>Triệu chứng tinh mạch chậm: 10ml dịch 3% trong 2-4 phút SAU ĐÓ Natri thiosulfate</i></p>	<p>Thường gặp: Buồn nôn/hôn, đau bụng, giãn mạch (dẫn đến ngất, hạ huyết áp, mạch nhanh, đỏ mặt), đau đầu, Methemoglobin máu, tím, khó thở/thở nhanh</p>	<p>Có thai/cho con bú: Không rõ tính an toàn ở phụ nữ có thai và cho con bú; sử dụng thận trọng; rất có nguy cơ ngộ độc Cyanid</p> <p>Sử dụng thận trọng: Trong bệnh tim mạch hoặc bệnh mạch máu não nghiêm trọng. Theo dõi mức Methemoglobin huyết thanh.</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liệu dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Natri nitroprusside</p> <p>Nhiễm độc thuốc ức chế Monoamino Oxidase (MAOIs) (3.8.1)</p> <p>(Chỉ định khác: Con tăng huyết áp)</p>	<p>Bột pha tiêm/truyền: 50mg/ống</p> <p>TM: <i>Khởi đầu với liều 0,3-0,5 mcg/kg/phút tăng dần đến 0,5-6 mcg/kg/phút trong trường hợp tăng huyết áp, đầu đầu hoặc buồn nôn (tối đa 8 mg/kg/phút). Ngưng truyền nếu đáp ứng thỏa đáng sau 10 phút.</i></p>	<p>Thường gặp: Hạ huyết áp nặng, nhức đầu, chóng mặt, buồn nôn, đau bụng, toát mồ hôi, tim hồi hộp, loạn nhịp, lo âu, đau vùng xương ức.</p>	<p>Phụ nữ có thai: Không khuyến cáo sử dụng trong tăng huyết áp thai kỳ</p> <p>Phụ nữ cho con bú: Sử dụng thận trọng, nếu lợi ích lớn hơn nguy cơ; theo dõi sát trẻ sơ sinh biểu hiện tác dụng phụ như tụt huyết áp, nhịp tim chậm, mệt mỏi.</p> <p>Chống chỉ định: Suy gan nặng, tăng huyết áp phản ứng, thiếu vitamin B12 nặng</p>
<p>Natri stibogluconate (Hợp chất hóa trị 5 của antimony)</p> <p>Nhiễm Leishmania da, niêm mạc (11.20.1)</p> <p>Dự phòng thứ phát nhiễm Leishmania tạng (11.20.3)</p> <p>Sau Leishmania da và nội tạng, điều trị thay thế (11.20.2)</p>	<p>Tiêm: 100mg/ml lq</p> <p>TTM/TB: <i>20 mg/kg/ngày trong 21 ngày</i></p> <p>TTM/TB: <i>20 mg/kg mỗi tháng</i></p> <p><i>Xem bảng tại mục 11.20.2</i></p>	<p>Thường gặp: Buồn nôn/nôn, chán ăn, đau bụng, tiêu chảy; thay đổi điện tâm đồ; ho (xem Thận trọng); đau đầu, hôn mê; đau khớp, đau cơ</p> <p>Hiếm gặp: Vàng da, đỏ bừng mặt, chảy máu mũi, đau dưới xương ức, chóng mặt, sốt, đỏ mề hời, phát ban; ngoài ra, viêm tụy và sóc phản vệ; đau và huyết khối tĩnh mạch vị trí tiêm; đau khi tiêm bắp</p>	<p>Phụ nữ có thai: Chưa chắc chắn về độ an toàn; sử dụng thận trọng, nếu lợi ích lớn hơn nguy cơ.</p> <p>PN cho con bú: Một vài tài liệu cho thấy rằng liều lên đến 1,4 g mỗi ngày có thể xuất hiện trong sữa với nồng độ thấp, không gây ra bất kỳ tác dụng phụ, đặc biệt là nếu trẻ lớn tuổi hơn 2 tháng; nếu không cho con bú trong thời gian điều trị thì có thể cho bú lại trong vòng 24-48 giờ sau liều cuối cùng.</p> <p>Chống chỉ định: Rối loạn chức năng tim, gan, thận</p> <p>Thận trọng: Điều trị thành công nhiễm Leishmania da và niêm mạc có thể gây viêm nhiễm nặng xung quanh (có thể đe dọa tính mạng tổn thương thanh quản hay khí quản); có thể sử dụng Corticosteroid.</p> <p>Tiêm tĩnh mạch phải chậm kéo dài trên 5 phút (để giảm nguy cơ huyết khối cục bộ), dừng lại nếu ho hoặc đau vùng dưới ức.</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Natri thiosulfate</p> <p>Ngộ độc Cyanide hay Cyanua (Cùng với Natri nitrite) (3.8.1)</p> <p>Nấm da lang ben (10.2.7)</p>	<p>Dạng chế phẩm/Liều dùng</p> <p><i>Tiền:</i> 250 mg/ml trong 50 ml ống (dung dịch 25%) <i>dung dịch bôi:</i> 15%</p> <p><i>TTM:</i> 50 ml dung dịch 25% (1.2.5g) trong quá 10 phút</p> <p><i>Bôi:</i> 2 lần/ngày trong 4 tuần.</p>	<p>Natri thiosulfate có độc tính thấp. rối loạn thần thẩu có thể xảy ra nhưng ở liều khuyến nghị thường nhẹ.</p> <p>Hiểm gặp: Khi được sử dụng trong ngộ độc Xyanua, các triệu chứng của ngộ độc Thiocyanate có thể xảy ra: đau ở các khớp, nhìn mờ, tăng phản xạ, co thắt cơ bắp, buồn nôn và ói mửa, kích động, hoang tưởng, ảo giác, ù tai</p>	<p>Mang thai/cho con bú: Chưa an toàn trong thai kỳ và cho con bú; sử dụng cẩn thận. Ngộ độc Cyanide có thể sẽ là nguy cơ đáng kể hơn.</p>
<p>Spectinomycin</p> <p>Điều trị thay thế bệnh lậu chưa lan tỏa (11.1.3); viêm kết mạc do lậu cầu (10.12.2)</p> <p>Nhiễm lậu cầu lan tỏa (11.13)</p>	<p>Bột pha tiêm: 2mg (như hydrochloride) trong lọ</p> <p>TB: 2 g liều duy nhất</p> <p>TB: 2 g 2 lần/ngày trong 7 ngày (một số tài liệu cho rằng 3 ngày là đủ)</p> <p>Viên nén: 25 mg</p> <p><i>Miêng:</i> 100-200 mg mỗi ngày. Tăng đến 400 mg/ngày nếu phù nề kháng thuốc (liều duy trì bình thường 25-200 mg mỗi ngày) VA furosemide</p>	<p>Hiểm gặp: Chóng mặt; buồn nôn; nổi mề đay; ón lạnh; sốt; đau đầu, mất ngủ, nhẹ đến đau vừa phải sau khi tiêm, sốc phản vệ</p>	<p>Mang thai / cho con bú: Chỉ sử dụng nếu có chỉ định. Không nghiên cứu hay báo cáo gây quái thai.</p> <p>Sử dụng thận trọng: Trong suy thận</p>
<p>Spirolactone</p> <p>Phù nề (10.4.3); cổ chướng (10.9)</p> <p>(Chỉ định khác: hội chứng viêm thận; cường Aldosteron chính; người bệnh suy tim trung bình, nặng dùng thuốc ức chế men chuyển và chẹn beta)</p>	<p>Thường gặp: Tăng kali máu, hạ natri máu, nhiễm toan tăng Clo, suy nhược, đau đầu, buồn nôn, nôn mửa, tiêu chảy, đau ngực</p> <p>Hiểm gặp: Co thắt đường tiêu hóa, buồn ngủ, kinh nguyệt không đều, tăng urê máu thoáng qua, nữ hóa tuyến vú, bất lực, phát ban, mất điều hòa động tác, nhiễm độc gan</p>	<p>Mang thai: Không được khuyến cáo; xem xét lựa chọn thay thế nếu có thể.</p> <p>Cho con bú: Sử dụng thận trọng, nếu lợi ích lớn hơn nguy cơ; hàm lượng có trong sữa rất nhỏ, không gây tác dụng phụ; có thể ức chế tiết sữa do lợi tiểu.</p> <p>Chống chỉ định: Tăng kali máu, hạ natri máu, suy thận nặng, bệnh Addison. Theo dõi urê máu và chất điện giải trong huyết tương; ngừng nếu tăng kali máu.</p> <p>Sử dụng thận trọng: Người cao tuổi; ở người bệnh đái tháo đường, suy thận, suy gan, chuyển hóa Porphyrin, tránh dùng đồng thời với thuốc bổ sung kali.</p>	<p>Mang thai/cho con bú: Chưa an toàn trong thai kỳ và cho con bú; sử dụng cẩn thận. Ngộ độc Cyanide có thể sẽ là nguy cơ đáng kể hơn.</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Streptomycin</p> <p>Bệnh lao (giai đoạn đầu điều trị phối hợp ở những người bệnh lao mới hoặc tái phát) (15)</p> <p>Loét Buruli (10.2.10)</p>	<p>Tiêm: 1 g/lọ</p> <p><i>TB: 15 mg/kg/ngày. Chỉ định trong phác đồ phối hợp như 2HRZES/1HRZE/ 5HRE.</i></p> <p><i>TB: 15 mg/kg/ngày trong 8 tuần (trong điều trị phối hợp với Rifampin 10 mg/kg mỗi ngày)</i></p>	<p>Xem Gentamicin.</p> <p>Ngoài ra, phản ứng quá mẫn cảm, dị cảm của miệng</p>	<p>Mang thai: Tránh sử dụng Streptomycin trong khi mang thai; có thể tổn thương thính giác và tiền đình</p> <p>Cho con bú: Có thể được sử dụng ở liều khuyến cáo</p> <p>(Theo dõi trẻ sơ sinh: nám, tiêu chảy)</p> <p>Chống chỉ định: Rối loạn thính lực, nhược cơ Thân trọng; Ở người bệnh suy thận; người bệnh cao tuổi. Người bệnh trên 60 tuổi hoặc những người có trọng lượng <50 kg có thể không chịu đựng được liều trên 500-750 mg mỗi ngày.</p> <p>Chăm sóc: Theo dõi thính lực, và chức năng tiền đình. Nếu chức năng thính kém, điều chỉnh liều</p>
<p>Sulfadiazine</p> <p>Nhiễm Toxoplasma ở BN suy giảm miễn dịch(11.40); viêm màng bồ đào (10.12)</p> <p>Nhiễm Toxoplasma (trong quý thứ hai và thứ ba của thai kỳ nếu nhiễm trùng bào thai)</p> <p>Bệnh thấp khớp, phòng ngừa thứ cấp (11.32)</p>	<p>viên: 500 mg</p> <p><i>Uống: 4-6 g/ngày chia làm 4 lần trong ít nhất 6 tuần</i></p> <p><i>VÀ axit Folic + Pyrimethamine trong 6 tuần</i></p> <p><i>Uống: 4 g/ngày chia làm 4 lần VÀ axit Folic + Pyrimethamine</i></p> <p><i>Uống 1g/ngày</i></p>	<p>Thường gặp: Buồn nôn/nôn, tiêu chảy</p> <p>Hiếm gặp: Phản ứng quá mẫn (hội chứng Stevens-Johnson và hoại tử biểu bì độc; ngưng nếu phát ban tiến triển); Lupus ban đỏ hệ thống, viêm cơ tim, bệnh huyết thanh, đái tinh thể dẫn đến đái ra máu, rối loạn máu (ngưng nếu tiến triển), tổn thương gan, ho / khó thở, viêm tụy, các vấn đề thần kinh trung ương (co giật, mất điều hòa, ảo giác), rối loạn điện giải</p>	<p>Mang thai: Chưa chắc chắn an toàn trong thai kỳ. Sử dụng thận trọng nếu lợi ích lớn hơn rủi ro; không dùng trong quý đầu tiên do nhiễm độc tủy xương; và quý thứ 3 do nguy cơ vàng da ở trẻ sơ sinh.</p> <p>Cho con bú: Chưa có khuyến cáo; cần thận trọng. Tránh ở trẻ sơ sinh thiếu hụt G6PD; theo dõi trẻ sơ sinh về các tác dụng phụ (ví dụ như tán huyết, vàng da).</p> <p>Chống chỉ định: Quá mẫn với Sulfonamid, Porphyria</p> <p>Sử dụng thận trọng: Trong suy gan hoặc thận. Duy trì lượng nước uống đầy đủ để tránh đái tinh thể, tránh những rối loạn về máu (trừ trường hợp hợp có sự theo dõi chuyên khoa); theo dõi công thức máu; khuyến khích thiếu hụt Folate, người già, hen suyễn, thiếu G6PD</p> <p>Chăm sóc: Các bệnh do Toxoplasma, Pyrimethamine luôn điều trị bằng Sulfadiazine.</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Sulfadoxine và Pyrimethamine (SP)</p> <p>Liệu pháp dự phòng lây truyền kí sinh trùng sốt rét P.falciparum ngắt quãng ở phụ nữ có thai (IPTp) (11.25.8)</p>	<p>Viên nén: Sulfadoxine 500 mg + Pyrimethamine 25 mg</p> <p><i>Đường uống: uống một liều có giám sát trực tiếp Sulfadoxine 1.5 g và Pyrimethamine 75 mg (3 viên) - uống hai lần ở giai đoạn 2 và giai đoạn 3 của thai kỳ, cách nhau 4 tuần, nếu HIV (+) uống 3 liều (xem mục 11.25.8).</i></p>	<p>Thường gặp: Buồn nôn, nôn, tiêu chảy, cảm giác đầy bụng, ban mẩn ngứa</p> <p>Ít gặp hoặc hiếm gặp: Nhảy cảm với thuốc (Hội chứng Stevens-Johnson và hoạt tử biểu mô niêm mạc); viêm gan; ho; khó thở; các bệnh về máu (giảm bạch cầu, giảm tiểu cầu, thiếu máu hồng cầu to, ban xuất huyết)</p>	<p>Phụ nữ có thai: Nếu dùng cho phụ nữ có thai thì cần nhắc bổ sung acid Folic 5mg/ngày.</p> <p>Cho con bú: Không rõ an toàn, không được khuyến cáo.</p> <p>Chống chỉ định: Đang dùng Cotrimoxazole, dị ứng với Sulfonamides hoặc Pyrimethamine, chức năng gan hoặc thận bị suy giảm nặng. Tránh dùng trong các bệnh về máu (trừ trường hợp có sự giám sát của chuyên gia) Dùng điều trị nếu xuất hiện các bất thường về máu, phát ban, đau họng, loét miệng, khó thở, ho.</p> <p>Thận trọng khi sử dụng: Ở người bệnh suy giảm G6PD, có nguy cơ thiếu Folate</p>
<p>Suramin</p> <p>Bệnh do Trypanosoma (giai đoạn đầu nhiễm T.b. rhodesiense) (11.41)</p>	<p>Dạng bột để tiêm: 1 g trong một ống</p> <p><i>Đầu tiên, tiêm tĩnh mạch chậm: 3.3 mg/kg (sau khi thử test), tăng lần lượt liều hàng tuần, tuần thứ 2: 6.7mg/kg, tuần thứ 3; 10 mg/kg, tuần thứ 4; 13.3 mg/kg, tuần thứ 5 và tuần thứ 6; 16.7 mg/kg</i></p>	<p>Ít hoặc hiếm gặp: Sốc ngay lập tức nguy cơ nguy hiểm đến tính mạng, mất ý thức, đau bụng, tiêu chảy, loét dạ dày, viêm da, áp xe, đau khớp</p>	<p>Phụ nữ mang thai: Sự an toàn không rõ với phụ nữ có thai, chỉ sử dụng một cách thận trọng khi lợi ích nhiều hơn nguy cơ (ví dụ: bệnh do Trypanosoma)</p> <p>Cho con bú: Không rõ về tính an toàn, tránh dùng nếu có thể.</p> <p>Chống chỉ định: Tăng nhạy cảm với thuốc; các người bệnh mù hoàn toàn do bệnh giun chỉ Onchocera (trừ trường hợp nhất thiết phải điều trị những vết ngứa mà không đỡ bằng các điều trị thay thế an toàn khác).</p> <p>Thận trọng khi sử dụng: Phấn vè, giám chức năng thận/gan, mù hoàn toàn, người già.</p>
<p>Terbinafine</p> <p>Bệnh hắc lao (ringworm) (10.2.7)</p> <p>Bệnh Candida dưới da (10.2.9, 11.4); bệnh nấm lang (10.2.7)</p>	<p>Dạng kem: 1%, dạng mỡ: 1% (hydrochloride)</p> <p><i>Bôi 1-2 lần hàng ngày, tối đa 1 tuần (nấm chân), 1-2 tuần (nấm toàn thân và nấm da đầu)</i></p> <p><i>Bôi 1-2 lần hàng ngày tối đa 2 tuần</i></p>	<p>Không thường gặp: Kích ứng tại chỗ, tăng nhạy cảm bao gồm cảm giác rất nhẹ, ban đỏ, ngứa. Nếu nghiêm trọng, dừng điều trị.</p>	<p>Thận trọng khi sử dụng: Tránh tiếp xúc với mắt và niêm mạc.</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liệu dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Tetracaine (Amethocaine) Thuốc nhỏ mắt</p> <p>Thuốc tê tại chỗ tác dụng ngắn lên giác mạc và màng tiếp hợp</p>	<p>Drops: 0.5% (hydrochloride)</p> <p><i>Nhỏ 1 giọt</i></p>	<p>Thường gặp: Rất bỏng, xót, đỏ mắt</p> <p>Ít gặp hoặc hiếm gặp: Phản ứng dị ứng</p>	<p>Chống chỉ định: Nhạy cảm với thuốc gây tê tại chỗ loại ê te; viêm hoặc nhiễm trùng mắt.</p> <p>Thận trọng khi sử dụng: Tránh sử dụng thuốc kéo dài (do có nguy cơ viêm giác mạc, làm mờ giác mạc vĩnh viễn, sẹo, trì hoãn sự phục hồi giác mạc). Bảo vệ mắt khỏi bụi và sự nhiễm khuẩn cho tới khi cảm giác được phục hồi hoàn toàn. Người bệnh không được sử dụng thuốc nhỏ mắt gây tê tại nhà</p>
<p>Tetracycline Tã (10.7d.2) Mụn (10.2.3)</p> <p>Giang mai tiềm ẩn muộn, giang mai với thời gian không xác định và giang mai muộn (11.37)</p> <p>Giang mai dị ứng với Penicilin ở người bệnh không mang thai (11.37)</p>	<p>Viên nén: 500 mg</p> <p><i>Đường uống: 500 mg 4 lần một ngày trong 3 ngày</i></p> <p><i>Đường uống: 250 - 500 mg hai lần một ngày</i></p> <p><i>Đường uống: 500 mg 4 lần một ngày trong 30 ngày</i></p> <p><i>Đường uống: 500mg 4 lần một ngày trong 15 ngày</i></p>	<p>Thường gặp: Buồn nôn/nôn, tiêu chảy, tăng BUN, tăng độc tính khi tiếp xúc ánh sáng, phát ban, tăng áp lực nội sọ, răng đổi màu/giảm sản lớp men (trẻ nhỏ), tăng phản ứng, viêm đại tràng liên quan với kháng sinh</p> <p>Ít gặp hoặc hiếm gặp: Ngộ độc gan, bong rộp, nhức</p>	<p>Phụ nữ mang thai: Chống chỉ định sau tuần thứ 8 vì tác động lên sự phát triển của xương và sự đổi màu răng; có thể sử dụng trong thời gian ngắn nếu không thể sử dụng các thuốc thay thế khác; gây ngộ độc gan bẩm sinh, đặc biệt trong giai đoạn thứ 3 của thai kì (liên quan đến liều)</p> <p>Cho con bú: Không chắc chắn độ an toàn, tránh dùng thuốc nếu có thể</p> <p>Chống chỉ định: Nhạy cảm với Tetracycline.</p> <p>Thận trọng khi sử dụng: Suy giảm</p>
<p>Tetracycline dạng mỡ bôi mắt</p> <p>Cobra spit (3.9); viêm kết mạc do vi khuẩn; trợt giác mạc (10.12.2)</p> <p>Bệnh mắt hột, điều trị tích cực liên tục (10.12.5)</p>	<p>Dạng mỡ: 1% (hydrochloride)</p> <p><i>Bôi trực tiếp lên mắt, 3-4 lần mỗi ngày</i></p> <p><i>Bôi trực tiếp lên mắt, mỗi mắt hai lần một ngày trong ít nhất 6 tuần.</i></p>	<p>Ít gặp hoặc hiếm gặp: Phát ban; nhức, bỏng rát. Không có báo cáo về mẫn rộp thay đổi với liệu thông thường</p>	<p>Chống chỉ định: Tăng nhạy cảm với nhóm kháng sinh Tetracycline</p> <p>Thận trọng khi sử dụng: Sử dụng kéo dài có thể dẫn đến tăng số lượng vi khuẩn không nhạy cảm thuốc</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Thiamine</p> <p>Thiếu hụt mạn tính Thiamine (có thể xảy ra ở người nghiện rượu hoặc phụ thuộc vào rượu) (3.5)</p> <p>Ngộ độc Ethylene glycol (3.8.1)</p> <p>Nôn dai nặng khi mang thai (14.1.11)</p>	<p>Dạng viên: 50 mg tiêm (vitamin B1) (hydrochloride)</p> <p><i>Tiêm bắp/tiêm tĩnh mạch: 100 mg một ngày trong 5 ngày.SAU ĐÓ chuyển sang uống 100 mg một ngày</i></p> <p><i>Tiêm bắp/tiêm tĩnh mạch 100 mg mỗi 8 giờ tổng cộng 6 liều</i></p> <p><i>Đường uống: 100 mg một ngày cho tới khi không còn tiếp tục nôn dai nặng</i></p>	<p>Rất ít khả năng gây độc tính vì Thiamine được bài tiết khi tăng cao so với bình thường</p> <p>Ít gặp hoặc hiếm gặp: Phản vệ</p>	<p>Phụ nữ mang thai/cho con bú: Bà mẹ thiếu thiamine nặng nên ngừng cho con bú</p> <p>Cách dùng thuốc: Truyền trong vòng 30 phút nếu dùng đường tĩnh mạch</p>
<p>Tranexamic acid (TXA)</p> <p>Người bệnh chấn thương đang chảy máu nhiều hoặc có nguy cơ chảy máu nhiều, trong vòng 3-4 giờ (4.2)</p>	<p>Dạng tiêm, thuốc nước: 100 mg/ml (10 ml)</p> <p><i>Tiêm tĩnh mạch: liều nạp 1g trong vòng 10 phút Sau đó truyền 1g trong 8 giờ.</i></p>	<p>Hay gặp: Buồn nôn/nôn, tiêu chảy, phản ứng dị ứng trên da. Tiêm tĩnh mạch nhanh có thể gây hoa mắt chóng mặt, hạ huyết áp. Đề tránh tác dụng phụ này, tốc độ tiêm không nên vượt quá 1ml/phút.</p> <p>Ít gặp hoặc hiếm gặp: Huyết khối, rối loạn nhận biết màu sắc (ngừng thuốc)</p>	<p>Phụ nữ mang thai: TXA được sử dụng ở phụ nữ có thai và được ghi nhận là không có tác dụng gây hại. Ở thử nghiệm CRASH-2, phụ nữ mang thai không phải là tiêu chuẩn loại trừ. Cần cân nhắc nguy cơ và lợi ích ở trường hợp cụ thể</p> <p>Cho con bú: Một lượng thuốc rất nhỏ đi vào sữa; không rõ về tác dụng ức chế ly giải fibrin ở trẻ nhỏ là</p> <p>Chống chỉ định: Tiền sử mắc bệnh liên quan tới huyết khối</p> <p>Cách dùng thuốc: Sớm nhất có thể, trong vòng 3-4 giờ sau chấn thương. Giảm liều tiêm đối với người bệnh suy thận. TXA đang tiêm không nên phối hợp với truyền máu hoặc truyền dịch có Penicillin hoặc Mannitol.</p>

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Tretinoin</p> <p>Mụn trứng cá nặng (10.2.3)</p>	<p>Dạng bôi: 0,01% (tretinoin là acid làm từ vitamin A)</p> <p><i>Bôi lớp mỏng 1-2 lần mỗi ngày.</i></p> <p><i>Có thể cần một vài tháng điều trị để thấy rõ tác dụng. Tiếp tục điều trị đến khi không có tổn thương mới xuất hiện trong 2 tuần.</i></p>	<p>Thường gặp: Các phản ứng tại chỗ bao gồm bong da, ban đỏ, ngứa, khô và tróc da. Tăng nhạy cảm với ánh sáng tử ngoại và ánh sáng mặt trời; thay đổi sắc tố da tạm thời.</p> <p>Ít phổ biến hoặc hiếm gặp: Kích ứng mắt và phù nề, phỏng rộp da.</p>	<p>Phụ nữ có thai: Nhóm Retinoid cảm sử dụng với phụ nữ có thai, phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ phải sử dụng thuốc tránh thai(uống thuốc tránh thai chỉ có Progesteron không đảm bảo đủ hiệu quả)</p> <p>Thận trọng khi sử dụng: Nhóm Retinoid nên tránh dùng trên vùng có mụn trứng cá rộng. Tránh tiếp xúc với mắt, lỗ mũi, miệng, màng nhầy, chàm bội nhiễm, vết thương hoặc vùng da bị cháy nắng. Tránh tiếp xúc với tia tử ngoại (bao gồm ánh sáng mặt trời hoặc tắm nắng). Nếu không tránh được tiếp xúc ánh sáng mặt trời, sử dụng dùng kem chống nắng thích hợp hoặc quần áo bảo vệ. Tránh sử dụng với các chất tẩy ăn mòn, chất làm se hoặc gây mụn.</p> <p>Có thể làm mỏng da (VD thuốc nhóm Benzoyl peroxid) trước khi sử dụng Retinoid tại chỗ</p> <p>Hướng dẫn: mẫn đỏ, bong tróc da có thể xuất hiện nhưng sẽ hết theo thời gian.</p>
<p>Triclabendazole</p> <p>Sán lá gan lớn (11.11)</p>	<p>Dạng bôi: 0,01% (tretinoin là acid làm từ vitamin A)</p> <p><i>Bôi lớp mỏng 1-2 lần mỗi ngày.</i></p> <p><i>Có thể cần một vài tháng điều trị để thấy rõ tác dụng. Tiếp tục điều trị đến khi không có tổn thương mới xuất hiện trong 2 tuần.</i></p> <p><i>Viên nén: 250mg</i></p> <p><i>Đường uống: 10mg/kg cho mỗi liều duy nhất.</i></p> <p><i>Trong điều trị thất bại có thể cho nhắc lại liều 10mg/kg, khi đó cho 1 liều nhắc lại sau 12-24h(cho liều tổng cộng 20mg/kg)</i></p> <p>Kem hoặc thuốc mỡ: 5%, 10%</p> <p><i>Bôi trực tiếp lên khu vực ảnh hưởng 2 lần mỗi ngày, tối nhất là để da ẩm.</i></p>	<p>Thường gặp: Buồn nôn, nôn, tiêu chảy, đau đầu, đau bụng do giun chui ống mắt.</p>	<p>Thận trọng: Trong bệnh sán lá gan nặng, con đau quặn có thể xảy ra do giun chết gây tắc nghẽn ống mắt</p>
<p>Urea</p> <p>Thành phần Hydrating và Keratolytic điều trị da bong vảy, ngứa da, bao gồm cả bệnh vẩy nến nhẹ, khô da (10.2)</p>	<p>Thường gặp: Nhức thoáng qua và kích ứng tại chỗ.</p>	<p>Thận trọng khi sử dụng: Không bôi trực tiếp vào vùng dụng tổn thương, tránh thuốc dính vào mắt</p>	

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
Acid Valproic Bệnh động kinh (10.10c)	Viên nén: 200mg, 500mg Dung dịch: 200mg/ml <i>Đường uống: Bắt đầu với 400mg mỗi ngày, tăng dần 200mg mỗi ngày, tới đa 2g/ngày chia làm nhiều lần.</i> <i>Đường uống: Bắt đầu 500mg vào ban đêm, tăng dần 200mg mỗi 7 ngày cho đến khi đáp ứng. Liều thông thường: 1-2g mỗi ngày. Ở những người bệnh cao tuổi hoặc mắc các bệnh như HIV giai đoạn 3 hoặc 4: bắt đầu 200mg vào buổi sáng và buổi tối. Tăng liều 200mg mỗi 7 ngày cho đến khi đáp ứng lâm sàng. Xem 10.11.5</i>	Thường gặp: Nôn, kích thích dạ dày, tiêu chảy, tăng cảm giác thèm ăn, tăng cân, mất điều hòa, run, dị cảm, buồn ngủ; tăng men gan, tăng ammoniac máu. Không thường xuyên hoặc hiếm gặp: Nhiễm độc gan (có thể gây tử vong), viêm tụy, hạ natri máu do cường uống, rối loạn cơ quan tạo máu (thiếu máu, giảm bạch cầu, giảm toàn thể huyết cầu, giảm tiểu cầu); Phản ứng dị ứng nghiêm trọng (bao gồm nhiễm độc hoại tử thượng bì, hội chứng Stevens-Johnson). Rụng tóc tạm thời (có thể mọc lại xoăn); tăng sự tinh táo, kích động, rối loạn hành vi, viêm mạch; thờ ơ, buồn ngủ, lú lẫn, sưng sờ, ảo giác, rối loạn kinh nguyệt, mất thính giác, phát ban; phù ngoại biên, tăng thời gian chảy máu, triệu chứng ngoại tháp, mất trí nhớ, bệnh não, hôn mê, hội chứng vũ to, hội chứng Fanconi, rậm lông, mụn trứng cá, đái dầm, hạ natri máu. Ngừng điều trị ngay lập tức nếu nôn kéo dài và đau bụng, chán ăn, vàng da, phù nề, mệt mỏi, buồn ngủ, mất kiểm soát cơn động kinh.	Phụ nữ có thai: Nguy cơ gây quái thai; chỉ sử dụng nếu lợi ích lớn hơn nguy cơ; xem xét bổ sung acid folic 5mg/ngày và vitamin K. Phụ nữ cho con bú: Có thể sử dụng cho phụ nữ cho con bú. Một lượng nhỏ bài tiết qua sữa mẹ; sử dụng liều nhỏ nhất đạt hiệu quả và giảm sát các triệu chứng bất lợi cho trẻ sơ sinh (ví dụ vàng da). Thận trọng khi sử dụng: Theo dõi sát chức năng đông máu và xét nghiệm chức năng gan thường xuyên trong quá trình điều trị. Dễ bị tương tác thuốc qua nhiều enzyme CYP; kiểm tra các tương tác với tất cả các loại thuốc mới và hiện tại. Người cao tuổi: Xem cảnh báo tại mục 10.11.5 Chú ý: Không sử dụng cho cai rượu. Hướng dẫn: Uống khi ăn để làm giảm kích ứng dạ dày. Uống thuốc có thể làm tăng cảm giác thèm ăn; chú ý đến chế độ ăn uống để tránh tăng cân. Thuốc này có thể làm giảm khả năng thực hiện các hoạt động đòi hỏi sự tinh táo. Thông báo cho bác sỹ nếu xuất hiện, phát ban, đau bụng, nôn mửa, vàng mắt hoặc nước tiểu, vàng, bầm tím hay xuất huyết tiên triển. Chỉ dùng thuốc khi có chỉ định từ thầy thuốc

Thuốc chỉ định	Dạng chế phẩm/Liều dùng	Các tác dụng phụ	Các nhóm đặc biệt/ Chú ý
<p>Vitamin B12 (Hydroxocobalamin)</p> <p>Thiếu máu ác tính và các nguyên nhân thiếu máu hồng cầu to khác không kèm bệnh lý thần kinh</p> <p>Thiếu máu ác tính và các nguyên nhân thiếu máu hồng cầu to kèm bệnh lý thần kinh</p> <p>Dự phòng và điều trị các thiếu máu hồng cầu to khác ngoài thiếu vitamin B12.</p>	<p>Tiêm bắp khô: <i>Hydroxocobalamin 1mg/ml</i></p> <p><i>Tiêm bắp: 1mg 2-4 lần mỗi tuần trong 2 tuần; sau đó 1mg mỗi 3 tháng.</i></p> <p><i>Tiêm bắp: 1mg cách ngày cho đến khi không nặng hơn nữa; sau đó 1mg mỗi 2 tháng.</i></p> <p><i>Tiêm bắp: 1mg tiêm bắp mỗi 2-3 tháng.</i></p>	<p>Ít hoặc hiếm gặp: Buồn nôn, nhức đầu, chóng mặt, sốt, phản ứng quá mẫn bao gồm: phát ban và ngứa, sốc phản vệ; đau tại chỗ tiêm; hạ kali máu trong thời gian đầu điều trị.</p>	<p>Phụ nữ mang thai: An toàn. Thiếu máu hồng cầu to khi mang thai thường do nguyên nhân thiếu Folate, điều trị bằng Folate kết hợp vitamin B12.</p> <p>Phụ nữ cho con bú: An toàn</p> <p>Chống chỉ định: nhạy cảm với B12 (Hydroxocobalamin).</p> <p>Thận trọng khi sử dụng: Có thể sinh thiết tủy xác định nguyên nhân liên quan thiếu hụt vitamin B12 hoặc Folate, để điều trị nguyên nhân.</p> <p>Chỉ định kết hợp B12 với Acid Folic trong thiếu máu ác tính.</p> <p>Chỉ định acid Folic đơn thuần có thể gây bệnh lý thần kinh ở những trường hợp thiếu kèm theo B12.</p> <p>Loạn nhịp tim thứ phát do hạ kali máu đã được nhắc tới trong giai đoạn điều trị ban đầu; cần theo dõi kali máu hàng ngày.</p> <p>Đường dùng và bảo quản: Không tiêm TM, dưới 25 độ C, tránh ánh sáng.</p>
<p>Vitamin K (Phytomenadion)</p> <p>Ngộ độc Rodenticide(3.8.1) không xuất huyết nhưng có INR kéo dài.</p> <p>Liệu pháp Warfarin(3.8.1) với INR>9,0 không xuất huyết.</p> <p>Ngộ độc Rodenticide hoặc điều trị Warfarin(3.8.1) với xuất huyết nặng.</p>	<p>Đường tiêm: 10mg/ml trong ống 5ml</p> <p>Viên nén: 10mg</p> <p><i>Đường uống: 10-20mg, có thể cân tiếp tục trong tuần nếu dùng kéo dài thuốc chống đông Rodenticide.</i></p> <p><i>Đường uống: 2,5-5mg</i></p> <p><i>Tiêm TM: 10mg</i></p>	<p>Thường gặp: Đau, tăng cảm, đỏ da nơi tiêm bắp.</p> <p>Ít hoặc hiếm gặp: Phản ứng quá mẫn.</p>	<p>Phụ nữ có thai: Chỉ sử dụng nếu lợi ích lớn hơn nguy cơ.</p> <p>Phụ nữ cho con bú: Có thể sử dụng ngắn ngày; thận trọng nếu dùng liều điều trị kéo dài</p> <p>Thận trọng khi sử dụng: Người già, người suy chức năng gan.</p> <p>Đường dùng: Vitamin K tiêm tĩnh mạch chậm kéo dài trên 20 phút.</p> <p>Lưu ý: Vitamin K không phải là I thuốc đối kháng Heparin.</p>

