

BỘ Y TẾ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: 4068 /QĐ-BYT

Hà Nội, ngày 29 tháng 7 năm 2016

QUYẾT ĐỊNH

Ban hành Hướng dẫn biên soạn Quy trình chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Nghị định số 63/2012/NĐ-CP ngày 31 tháng 8 năm 2012 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Xét đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh;

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này: Hướng dẫn biên soạn quy trình chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh và 26 quy trình chuyên môn của một số bệnh thường gặp để áp dụng thí điểm.

Căn cứ vào Hướng dẫn này và điều kiện cụ thể của bệnh viện, Giám đốc bệnh viện ban hành Quy trình chuyên môn phù hợp để triển khai áp dụng thí điểm tại đơn vị.

Điều 2. Giao Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh chịu trách nhiệm hướng dẫn, chỉ đạo, theo dõi, giám sát, đánh giá việc xây dựng và triển khai áp dụng thí điểm quy trình chuyên môn trong cải tiến chất lượng chẩn đoán, điều trị, chăm sóc tại các bệnh viện để báo cáo Bộ trưởng Bộ Y tế.

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

Điều 4. Các Ông, Bà: Chánh Văn phòng Bộ, Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Chánh Thanh tra Bộ và các Vụ trưởng, Cục trưởng, Tổng Cục trưởng của Bộ Y tế; Giám đốc các bệnh viện, viện có giường bệnh trực thuộc Bộ Y tế; Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương, Thủ trưởng các đơn vị có liên quan; Thủ trưởng Y tế các bộ, ngành chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:

- Như Điều 4;
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- Các đ/c Thứ trưởng (để chỉ đạo);
- Ban quản lý dự án HHRSDP (để p/h thực hiện);
- Công TTĐT Bộ Y tế; Trang TTĐT Cục QLKCB;
- Lưu: VT, KCB.

KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG



Nguyễn Viết Tiến

HƯỚNG DẪN BIÊN SOẠN QUY TRÌNH CHUYÊN MÔN KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

(Ban hành kèm theo Quyết định số 4068/QĐ-BYT ngày 29/07/2016

của Bộ trưởng Bộ Y tế)

PHẦN I: MỘT SỐ THÔNG TIN CHUNG

1. Giải thích từ ngữ

Các thuật ngữ trong tài liệu này được hiểu như sau:

1.1. Hướng dẫn điều trị (Clinical Guidelines):

Hướng dẫn điều trị là tài liệu khuyến nghị cho các nhân viên y tế các tiêu chí, các quyết định liên quan đến chẩn đoán, xử trí, điều trị, cách chăm sóc người bệnh với một bệnh cảnh bệnh lý nhất định trong một chuyên ngành y học cụ thể.

Một tài liệu Hướng dẫn điều trị thường bao gồm các nội dung:

- Định nghĩa về bệnh
- Nguyên nhân
- Chẩn đoán: chẩn đoán xác định (lâm sàng - cận lâm sàng); chẩn đoán phân biệt
- Điều trị: nguyên tắc điều trị; điều trị cụ thể (nội khoa - ngoại khoa)
- Tiên lượng biến chứng
- Phòng bệnh

1.2. Phác đồ điều trị (Protocol):

Phác đồ điều trị là tài liệu chi tiết hóa/cụ thể hóa của Hướng dẫn điều trị. Phác đồ điều trị cung cấp một bộ chuẩn chất lượng tổng hợp các tiêu chí khắt khe gồm chẩn đoán, xử trí, điều trị, cách chăm sóc... phù hợp với điều kiện thực hành lâm sàng tốt nhất trong khoảng chi phí phù hợp của một cơ sở y tế.

1.3. Quy trình kỹ thuật (Medical Procedures):

Quy trình kỹ thuật là tài liệu hướng dẫn về thực hành chuyên môn kỹ thuật cho từng chuyên ngành, là một chuỗi các hoạt động/các bước theo trình tự hướng đến hoặc được thực hiện trên một cá nhân với mục tiêu cải thiện sức khỏe, chẩn đoán hay điều trị một bệnh hoặc một chấn thương.

Một tài liệu Quy trình kỹ thuật thường bao gồm các nội dung:

- Đại cương về kỹ thuật
- Chỉ định
- Chống chỉ định
- Chuẩn bị: người thực hiện; phương tiện; người bệnh; hồ sơ bệnh án
- Các bước tiến hành
- Theo dõi và xử trí tai biến

1.4. Quy trình chăm sóc (Nursing care Procedures):

Quy trình điều dưỡng là một loạt các hoạt động/ các bước theo kế hoạch đã được định trước trực tiếp hướng tới một kết quả chăm sóc người bệnh riêng biệt nhằm ngăn ngừa, giảm bớt, hạn chế những khó khăn của người bệnh

Quy trình chăm sóc điều dưỡng thường bao gồm 4 bước:

- Bước 1: Nhận định
- Bước 2: Yêu cầu (Lập kế hoạch chăm sóc)
- Bước 3: Thực hiện
- Bước 4: Đánh giá

1.5. Quy trình thực hành chuẩn (Standard Operating Procedures):

Quy trình thực hành chuẩn (hay quy trình thao tác chuẩn) là văn bản hướng dẫn chỉ rõ cách tiến hành một công việc cụ thể trong công tác quản lý và chuyên môn kỹ thuật nhằm bảo đảm các hoạt động diễn ra một cách thống nhất theo đúng quy định

1.6. Quy trình chuyên môn (Clinical/Care Pathways):

Quy trình chuyên môn là kế hoạch chăm sóc đa chuyên môn để hỗ trợ cho việc áp dụng các Hướng dẫn điều trị và Phác đồ điều trị. Quy trình chuyên môn là công cụ hỗ trợ kiểm định lâm sàng, kiểm soát chi phí thông qua việc tăng cường trao đổi thông tin, xác định rõ các hoạt động cần phải thực hiện, phân công rõ trách nhiệm, tăng cường kiểm tra giám sát và bố trí hợp lý nguồn lực

Quy trình chuyên môn cung cấp hướng dẫn chi tiết cho từng bước ra quyết định xử trí (điều trị, can thiệp, chăm sóc...) và tổ chức thực hiện trên những nhóm người bệnh với tình trạng chẩn đoán cụ thể (well-defined group) trong khoảng thời gian điều trị nhất định (well-defined period) với mục tiêu là cải thiện sự xuyên suốt/liên tục và phối hợp trong chăm sóc người bệnh giữa các chuyên khoa và các lĩnh vực lâm sàng khác nhau.

2. Mục đích của quy trình chuyên môn

- Mô hình hóa (visualization) quá trình chẩn đoán, điều trị chăm sóc
- Giám sát tuân thủ hướng dẫn điều trị
- Giảm thiểu tối đa các diễn biến bất lợi (reduce clinical variances), sai sót chuyên môn (medical errors)
- Phối hợp các thành viên trong nhóm điều trị
- Sử dụng hiệu quả các nguồn lực thông qua hạn chế lạm dụng (over-uses), sai sót (miss-uses) và bỏ sót hoặc chăm sóc điều trị dưới mức cần thiết (under-uses)
- Nhằm bảo đảm:
 - + Đúng người bệnh
 - + Đúng hành động/xử trí
 - + Đúng trình tự
 - + Đúng thời gian
 - + Đúng nơi
 - + Đúng kết quả đầu ra mong đợi

3. Cấu trúc của một quy trình chuyên môn (component)

Yêu cầu tối thiểu của một quy trình chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh bao gồm các nội dung sau:

- Nguyên tắc điều trị
- Lưu đồ
- Bảng kiểm 2 trục thời gian và hoạt động

4. Thể thức trình bày của một quy trình chuyên môn (format)

- Quy trình chuyên môn được ban hành dạng văn bản tại bệnh viện nên được trình bày trên giấy khổ A4 (210mm x 297mm)
- Kiểu trình bày: theo chiều dài trang giấy (portrait), trường hợp có các bảng biểu có thể trình bày theo chiều rộng trang giấy (landscape)
- Phông chữ: Times New Roman hoặc Arial
- Bảng mã Unicode
- Ghi thông tin phiên bản của quy trình (version 1.0...) và ngày cập nhật quy trình, số hiệu của quy trình và thời điểm quy trình được sử dụng vào chú thích cuối trang giấy (footer)
- Các phiên bản của quy trình được cập nhật theo chu trình PDCA (Plan-Do-Check-Act)
- Số trang của quy trình nên được đánh số theo kiểu 1/n, 2/n ... n/n
- Có giải thích các từ viết tắt theo dạng chú thích dưới từng bảng tương ứng (footnote)
- Những thay đổi khác biệt (variance) trong quá trình thực hiện quy trình cần được ghi rõ 3 yếu tố: sự kiện thay đổi, nguyên nhân và hành động tiếp theo
- Quy trình nên được thiết lập một cách hợp lý, logic, trình tự các sự kiện rõ ràng
- Các dữ liệu lâm sàng trong quy trình chuyên môn nên được trích dẫn từ các hướng dẫn điều trị, phác đồ điều trị, quy trình kỹ thuật, quy trình chăm sóc bằng cách thiết lập liên kết để tra cứu tham khảo, không nên đưa nguyên văn toàn bộ các tài liệu nói trên vào quy trình chuyên môn mà nên
- Có thể bổ sung các trang giấy trắng hoặc các trang cho phần diễn tiến theo thời gian để ghi thêm thông tin khi cần thiết

PHẦN II: HƯỚNG DẪN BIÊN SOẠN CÁC NỘI DUNG CỤ THỂ

1. Khung tên quy trình chuyên môn :

Có thể bao gồm: Số hiệu quy trình, logo và/hoặc tên bệnh viện, tên khoa/phòng soạn thảo và/hoặc áp dụng.

2. Khung thông tin người bệnh :

Phải có tối thiểu 3 thông tin theo nhận dạng, chống nhầm lẫn người bệnh, không bao gồm số phòng, số giường bệnh

3. Tiêu chuẩn sử dụng quy trình:

- Tiêu chuẩn đưa vào: là các tiêu chuẩn có giá trị chẩn đoán bệnh theo tên của quy trình đang được sử dụng.

- Tiêu chuẩn loại trừ: là các dấu hiệu/bệnh lý kèm theo có khả năng làm thay đổi điều trị tiêu chuẩn đối với bệnh.

4. Tiền sử :

- Ghi rõ có hay không tiền sử dị ứng, nếu có phải ghi cụ thể dị nguyên
- Lưu ý tiền sử tiêm chủng

5. Lưu đồ chẩn đoán và xử trí :

- Lưu đồ chẩn đoán và điều trị nên được thiết kế đơn giản nhưng đầy đủ các phần chẩn đoán (dấu hiệu lâm sàng chính cần thăm khám, các cận lâm sàng cần thực hiện), phân loại và hướng điều trị sơ bộ, chăm sóc.
- Các giải thích chi tiết nên thực hiện theo dạng phụ lục ở trang phụ lục cuối quy trình.

6. Nguyên tắc điều trị :

Nêu các nguyên tắc điều trị, thuốc ghi tên nhóm thuốc với liều khuyến cáo cụ thể, các hướng dẫn, nguyên tắc chăm sóc cơ bản cần thiết...

7. Xử trí cấp cứu:

Ghi các tiêu chuẩn phân loại cấp cứu của bệnh và các xử trí/theo dõi tương ứng cần thực hiện.

8. Chẩn đoán và phân loại:

Ghi các tiêu chuẩn chẩn đoán và phân loại bệnh/phân tầng nguy cơ...

9. Diễn tiến bệnh và xử trí:

Các diễn tiến bệnh và xử trí theo từng ngày điều trị (từ ngày nhập viện đến ngày ra viện) hoặc theo trình tự giai đoạn trước, trong và sau can thiệp thủ thuật/phẫu thuật với các nội dung cụ thể về lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị, chăm sóc theo dạng bảng kiểm (checklist) của từng ngày/từng giai đoạn (hoặc khoảng trống để điền giá trị).

9.1. Lâm sàng :

Cần ghi các dấu hiệu lâm sàng cần theo dõi hàng ngày, đặc biệt các dấu hiệu lâm sàng đánh giá diễn tiến bệnh/ biến chứng... có khả năng cần các xử trí ngoài quy trình.

9.2. Cận lâm sàng :

Các dấu hiệu cận lâm sàng cần theo dõi, có thể ghi thời gian cần theo dõi (ví dụ mỗi ngày, mỗi 2 ngày....)

9.3. Điều trị :

Ghi các điều trị tiêu chuẩn, nếu có thể, ghi kèm liều điều trị của từng thuốc.

9.4. Chăm sóc :

- Ghi các chăm sóc cần thiết.
- Các nội dung trên nên thiết kế chừa vài hàng trống để điền thêm các nội dung khi cần thiết.
- Có thể thiết kế thêm tờ đi kèm cho riêng các phần này để kèm thêm khi cần thiết.

9.5. Các dấu hiệu diễn tiến nặng :

Ghi các dấu hiệu cả về lâm sàng, cận lâm sàng... chỉ điểm các diễn tiến nặng đối với người bệnh cần xử trí tích cực hay xử trí ngoài quy trình

Lưu ý :

- Trong phần này chỉ nên ghi các dấu hiệu/chăm sóc chính xảy ra ở hầu hết người bệnh của quy trình đang sử dụng. Không nên liệt kê tất cả các nội dung có thể xảy ra.
- Mỗi phần sẽ được chứa một vài dòng trắng để ghi bổ sung thông tin/dấu hiệu... khi cần thiết.
- Có thể thiết kế thêm 'trang trắng' để bổ sung vào khi cần thiết cả về chiều dọc (bổ sung nội dung) và chiều ngang (bổ sung thời gian).

10. Xuất viện :

- Liệt kê tiêu chuẩn xuất viện, tình trạng xuất viện và hướng xử trí/điều trị tiếp theo.
- Trong trường hợp bệnh nhân xuất hiện các dấu hiệu/triệu chứng rơi vào tiêu chuẩn loại trừ sẽ đánh giá là 'ra khỏi qui trình'

11. Quản lý và tư vấn cho người bệnh:

Ghi các vấn đề dặn dò về chăm sóc, theo dõi và tư vấn cho người bệnh.

12. Bảng kiểm đánh giá thực hiện quy trình (audit tool) :

Bảng kiểm đánh giá thực hiện cho mỗi quy trình sẽ khác nhau, do đó nên để thực hiện vào giai đoạn sau khi các quy trình đã được hoàn chỉnh, phê duyệt.

PHẦN III : PHIẾU TÓM TẮT PHÁT CHO NGƯỜI BỆNH

Là phần trích dẫn, thu gọn từ Quy trình chuyên môn khám, chữa bệnh (clinical pathway) ở trên, bảo đảm các yêu cầu sau:

1. Về nội dung:

- Lưu đồ
- Nguyên tắc điều trị
- Quản lý và tư vấn cho người bệnh

2. Về thể thức trình bày:

Thiết kế theo dạng tờ rơi trên 1 tờ giấy khổ A4 hoặc A5 (1 trang hoặc 2 trang).

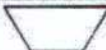
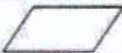
MẪU QUY TRÌNH CHUYÊN MÔN KHÁM CHỮA BỆNH NỘI KHOA

	TÊN QUY TRÌNH CHUYÊN MÔN		Họ tên bệnh nhân:	
	Khoa:		Năm sinh:	Giới:
			Địa chỉ:	
			Số phòng:	Số giường:
			Số bệnh án:	

Tiêu chuẩn sử dụng quy trình

Tiêu chuẩn đưa vào	☐ Tiêu chuẩn 1 ☐ Tiêu chuẩn 4	☐ Tiêu chuẩn 2 ☐ Tiêu chuẩn 5	☐ Tiêu chuẩn 3 ☐ Tiêu chuẩn 6
Tiêu chuẩn loại ra	☐ Tiêu chuẩn 1 ☐ Tiêu chuẩn 4	☐ Tiêu chuẩn 2 ☐ Tiêu chuẩn 5	☐ Tiêu chuẩn 3 ☐ Tiêu chuẩn 6
Tiền căn dự ứng	☐ Không ☐ Có Cụ thể:		

LƯU ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ

Ký hiệu	Ý nghĩa
	Quan hệ một chiều, kế tiếp giữa hai bước của quá trình
	Sự kiện phát sinh chứng từ
	Quan hệ hai chiều giữa các bước của quá trình
	Quan hệ tiên hành đồng thời các bước của quá trình từ một bước
	Bước của quá trình (hay quy trình xử lý hệ thống)
	Quy trình xử lý ngoại hệ thống
	Bắt đầu hoặc kết thúc quá trình
	Quá trình liên quan (tham chiếu quy trình khác)
	Điều kiện đi tiếp hay điều kiện rẽ nhánh
	Báo cáo đầu ra
	Tài liệu chứng từ

Nguyên tắc điều trị

Xử trí cấp cứu

Xử trí cấp cứu		■ Có	■ Không
Dấu hiệu	Xử trí		
Phân loại A			
☐ Dấu hiệu 1	☐ Xử trí 1	☐ Xử trí 4	
☐ Dấu hiệu 2	☐ Xử trí 2	☐ Xử trí 5	
☐ Dấu hiệu 3	☐ Xử trí 3	☐ Xử trí 6	
Phân loại B			
☐ Dấu hiệu 1	☐ Xử trí 1	☐ Xử trí 4	
☐ Dấu hiệu 2	☐ Xử trí 2	☐ Xử trí 5	
☐ Dấu hiệu 3	☐ Xử trí 3	☐ Xử trí 6	
Phân loại C			
☐ Dấu hiệu 1	☐ Xử trí 1	☐ Xử trí 4	
☐ Dấu hiệu 2	☐ Xử trí 2	☐ Xử trí 5	
☐ Dấu hiệu 3	☐ Xử trí 3	☐ Xử trí 6	

Chẩn đoán và phân loại (ví dụ)						
Chẩn đoán						
Tăng huyết áp nguyên phát				Tăng huyết áp thứ phát		
☐ Triệu chứng 1		☐ Triệu chứng 2		☐ Triệu chứng 1		☐ Triệu chứng 2
☐ Triệu chứng 3		☐ Triệu chứng 4		☐ Triệu chứng 3		☐ Triệu chứng 4
Phân độ THA						
Tăng huyết áp độ 1		Tăng huyết áp độ 2		Tăng huyết áp độ 3		
☐ Triệu chứng 1		☐ Triệu chứng 2		☐ Triệu chứng 1		☐ Triệu chứng 2
☐ Triệu chứng 3		☐ Triệu chứng 4		☐ Triệu chứng 3		☐ Triệu chứng 4
Diễn tiến bệnh và xử trí						
Dấu hiệu	N1	N2	N3	...	Nn	
Lâm sàng						
HA	.....	.....	.....	.....	.....	
Triệu chứng 1	☐	☐	☐	☐	☐	
Triệu chứng 2	☐	☐	☐	☐	☐	
Triệu chứng n	☐	☐	☐	☐	☐	
.....	☐	☐	☐	☐	☐	
.....						
Cận lâm sàng						
CLS1	.....	.....	.....	.....	.....	
CLS2	.....	.....	.....	.....	.....	
CLSn	☐	☐	☐	☐	☐	
.....	☐	☐	☐	☐	☐	
.....	☐	☐	☐	☐	☐	
Điều trị						
Điều trị 1	☐	☐	☐	☐	☐	
Điều trị 2	☐	☐	☐	☐	☐	
Điều trị n	☐	☐	☐	☐	☐	
.....	☐	☐	☐	☐	☐	
.....						
Chăm sóc						
Chăm sóc 1	☐	☐	☐	☐	☐	
Chăm sóc 2	☐	☐	☐	☐	☐	
Chăm sóc n	☐	☐	☐	☐	☐	
.....	☐	☐	☐	☐	☐	
.....						
Các dấu hiệu diễn biến nặng						
Dấu hiệu 1	☐	☐	☐	☐	☐	
Dấu hiệu 2	☐	☐	☐	☐	☐	
Dấu hiệu 3	☐	☐	☐	☐	☐	
.....	☐	☐	☐	☐	☐	
.....						
Xuất viện						
Tiêu chuẩn xuất viện	☐ Tiêu chuẩn 1 ☐ Tiêu chuẩn 2 ☐ Tiêu chuẩn 3 ☐ Tiêu chuẩn 4 ☐ Tiêu chuẩn 5					
Tình trạng xuất viện	☐ Tình trạng 1 ☐ Tình trạng 2 ☐ Tình trạng 3 ☐ Tình trạng 4				☐ Kết thúc quy trình ☐ Ra khỏi quy trình	
Hướng điều trị tiếp theo	☐ Hướng điều trị 1 ☐ Hướng điều trị 2 ☐ Hướng điều trị 3			☐ Hướng điều trị 4 ☐ Hướng điều trị 5		
				Số ngày điều trị:.....		
Quản lý và giáo dục bệnh nhân						

Phụ lục		
Phụ lục A	Phụ lục B	
Phụ lục C		
Phụ lục D	Phụ lục E	Phụ lục F
Phụ lục D		

	TÊN QUY TRÌNH CHUYÊN MÔN		Họ tên bệnh nhân:	Giới:
	Khoa:	Năm sinh:	Địa chỉ:	Số giường:
		Số phòng:	Số bệnh án:	

Tiêu chuẩn đưa vào	☐ Tiêu chuẩn 1 ☐ Tiêu chuẩn 4	☐ Tiêu chuẩn 2 ☐ Tiêu chuẩn 5	☐ Tiêu chuẩn 3 ☐ Tiêu chuẩn 6
Tiêu chuẩn loại ra	☐ Tiêu chuẩn 1 ☐ Tiêu chuẩn 4	☐ Tiêu chuẩn 2 ☐ Tiêu chuẩn 5	☐ Tiêu chuẩn 3 ☐ Tiêu chuẩn 6
Tiền căn dự ứng	☐ Không ☐ Có Cụ thể:		

Ký hiệu	Ý nghĩa
	Quan hệ một chiều, kế tiếp giữa hai bước của quá trình
	Sự kiện phát sinh chung từ
	Quan hệ hai chiều giữa các bước của quá trình
	Quan hệ tiên hành đồng thời các bước của quá trình từ một bước
	Bước của quá trình (hay quy trình xử lý hệ thống)
	Quy trình xử lý ngoài hệ thống
	Bắt đầu hoặc kết thúc quá trình
	Quá trình liên quan (tham chiếu quy trình khác)
	Điều kiện đi tiếp hay điều kiện rẽ nhánh
	Báo cáo đầu ra
	Tài liệu chứng từ

Dấu hiệu	Xử trí	
Phân loại A		
☐ Dấu hiệu 1	☐ Xử trí 1	☐ Xử trí 4
☐ Dấu hiệu 2	☐ Xử trí 2	☐ Xử trí 5
☐ Dấu hiệu 3	☐ Xử trí 3	☐ Xử trí 6
Phân loại B		
☐ Dấu hiệu 1	☐ Xử trí 1	☐ Xử trí 4
☐ Dấu hiệu 2	☐ Xử trí 2	☐ Xử trí 5
☐ Dấu hiệu 3	☐ Xử trí 3	☐ Xử trí 6
Phân loại C		
☐ Dấu hiệu 1	☐ Xử trí 1	☐ Xử trí 4
☐ Dấu hiệu 2	☐ Xử trí 2	☐ Xử trí 5
☐ Dấu hiệu 3	☐ Xử trí 3	☐ Xử trí 6

Chẩn đoán và phân loại (ví dụ)						
Chẩn đoán						
Tăng huyết áp nguyên phát				Tăng huyết áp thứ phát		
☐ Triệu chứng 1		☐ Triệu chứng 2		☐ Triệu chứng 1		☐ Triệu chứng 2
☐ Triệu chứng 3		☐ Triệu chứng 4		☐ Triệu chứng 3		☐ Triệu chứng 4
Phân độ THA						
Tăng huyết áp độ 1		Tăng huyết áp độ 2		Tăng huyết áp độ 3		
☐ Triệu chứng 1 ☐ Triệu chứng 2		☐ Triệu chứng 1 ☐ Triệu chứng 2		☐ Triệu chứng 1 ☐ Triệu chứng 2		
☐ Triệu chứng 3 ☐ Triệu chứng 4		☐ Triệu chứng 3 ☐ Triệu chứng 4		☐ Triệu chứng 3 ☐ Triệu chứng 4		
Diễn tiến bệnh và xử trí trước phẫu thuật						
Dấu hiệu	N1	N2	N3	...	Nn	
Lâm sàng						
HA	.....	.....	.....	.....	.....	
Triệu chứng 1	☐	☐	☐	☐	☐	
Triệu chứng 2	☐	☐	☐	☐	☐	
Triệu chứng n	☐	☐	☐	☐	☐	
.....						
Cận lâm sàng						
CLS1	.....	.....	.....	.....	.....	
CLS2	.....	.....	.....	.....	.....	
CLSn	☐	☐	☐	☐	☐	
.....	☐	☐	☐	☐	☐	
.....	☐	☐	☐	☐	☐	
Điều trị						
Điều trị 1	☐	☐	☐	☐	☐	
Điều trị 2	☐	☐	☐	☐	☐	
Điều trị n	☐	☐	☐	☐	☐	
.....	☐	☐	☐	☐	☐	
.....						
Chăm sóc						
Chăm sóc 1	☐	☐	☐	☐	☐	
Chăm sóc 2	☐	☐	☐	☐	☐	
Chăm sóc n	☐	☐	☐	☐	☐	
.....	☐	☐	☐	☐	☐	
Phẫu thuật						
	■ Cấp cứu			■ Chương trình		
Phương pháp phẫu thuật	☐ Phương pháp A	☐ Phương pháp B	☐ Phương pháp C	☐ Khác:.....		
Phương pháp gây mê	☐ Phương pháp A	☐ Phương pháp B	☐ Phương pháp C	☐ Khác:.....		
Chẩn đoán sau phẫu thuật	☐ Phù hợp	☐ Không phù hợp	Cụ thể:.....			
Tai biến / Biến chứng	☐ Không	☐ Có	Cụ thể:.....			
Thời gian cuộc phẫu thuật						
Giai đoạn hồi tỉnh						
Dấu hiệu	Giờ ...	Giờ ...	Giờ ...	Giờ ...	Giờ ...	
Lâm sàng						
HA	☐	☐	☐	☐	☐	
Triệu chứng 1	☐	☐	☐	☐	☐	
Triệu chứng n	☐	☐	☐	☐	☐	
Cận lâm sàng						
CLS1	☐	☐	☐	☐	☐	
CLSn	☐	☐	☐	☐	☐	
Điều trị						
Điều trị 1	☐	☐	☐	☐	☐	
Điều trị 2	☐	☐	☐	☐	☐	
.....	☐	☐	☐	☐	☐	
Chăm sóc						
Chăm sóc 1	☐	☐	☐	☐	☐	
.....	☐	☐	☐	☐	☐	

Diễn tiến bệnh và xử trí sau phẫu thuật					
Dấu hiệu	N1	N2	N3	...	Nn
Lâm sàng					
HA					
Triệu chứng 1	☐	☐	☐	☐	☐
Triệu chứng 2	☐	☐	☐	☐	☐
Triệu chứng n	☐	☐	☐	☐	☐
.....	☐	☐	☐	☐	☐
.....					
Cận lâm sàng					
CLS1					
CLS2					
CLSn	☐	☐	☐	☐	☐
.....	☐	☐	☐	☐	☐
.....	☐	☐	☐	☐	☐
Điều trị					
Điều trị 1	☐	☐	☐	☐	☐
Điều trị 2	☐	☐	☐	☐	☐
Điều trị n	☐	☐	☐	☐	☐
.....	☐	☐	☐	☐	☐
.....					
Chăm sóc					
Chăm sóc 1	☐	☐	☐	☐	☐
Chăm sóc 2	☐	☐	☐	☐	☐
Chăm sóc n	☐	☐	☐	☐	☐
.....	☐	☐	☐	☐	☐
.....					
Các dấu hiệu diễn biến nặng					
Dấu hiệu 1	☐	☐	☐	☐	☐
Dấu hiệu 2	☐	☐	☐	☐	☐
Dấu hiệu 3	☐	☐	☐	☐	☐
Dấu hiệu 4	☐	☐	☐	☐	☐
Dấu hiệu 5	☐	☐	☐	☐	☐
.....					
.....					
.....					

Xuất viện					
Tiêu chuẩn xuất viện	☐ Tiêu chuẩn 1 ☐ Tiêu chuẩn 2 ☐ Tiêu chuẩn 3 ☐ Tiêu chuẩn 4 ☐ Tiêu chuẩn 5				
Tình trạng xuất viện	☐ Tình trạng 1 ☐ Tình trạng 2 ☐ Tình trạng 3 ☐ Tình trạng 4 ☐ Tình trạng 5		☐ Kết thúc quy trình ☐ Ra khỏi quy trình		
Hướng điều trị tiếp theo	☐ Hướng điều trị 1 ☐ Hướng điều trị 2 ☐ Hướng điều trị 3 ☐ Hướng điều trị 4 ☐ Hướng điều trị 5		Số ngày điều trị:.....		

Quản lý và giáo dục bệnh nhân	

Phụ lục		
Phụ lục A	Phụ lục B	
Phụ lục C		
Phụ lục D	Phụ lục E	Phụ lục F
Phụ lục D		

PHỤ LỤC II
DANH MỤC 26 QTCM MỘT SỐ BỆNH THƯỜNG GẶP

1. QTCM khám, điều trị và chăm sóc người bệnh Cắt Amidan
2. QTCM khám, điều trị và chăm sóc người bệnh U xơ tiền liệt tuyến
3. QTCM khám, điều trị và chăm sóc người bệnh U xơ tử cung
4. QTCM khám, điều trị và chăm sóc người bệnh U nang buồng trứng
5. QTCM khám, điều trị và chăm sóc người bệnh Mổ lấy thai
6. QTCM khám, điều trị và chăm sóc người bệnh Viêm túi mật cấp do sỏi
7. QTCM khám, điều trị và chăm sóc người bệnh Trĩ can thiệp ngoại khoa
8. QTCM khám, điều trị và chăm sóc người bệnh Thủng dạ dày do loét
9. QTCM khám, điều trị và chăm sóc người bệnh Chấn thương sọ não
10. QTCM khám, điều trị và chăm sóc người bệnh Suy tim mạn tính
11. QTCM khám, điều trị và chăm sóc người bệnh Basedow
12. QTCM khám, điều trị và chăm sóc người bệnh Hen phế quản
13. QTCM khám, điều trị và chăm sóc người bệnh Thoát vị bẹn
14. QTCM khám, điều trị và chăm sóc người bệnh COPD (Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính)
15. QTCM khám, điều trị và chăm sóc người bệnh Viêm tụy cấp
16. QTCM khám, điều trị và chăm sóc người bệnh Gãy kín 1/3 giữa hai cẳng chân ở người lớn
17. QTCM khám, điều trị và chăm sóc người bệnh Gãy kín 1/3 giữa hai cổ tay ở người lớn
18. QTCM khám, điều trị và chăm sóc người bệnh Phẫu thuật đục thủy tinh thể bằng phương pháp Phaco
19. QTCM khám, điều trị và chăm sóc người bệnh Sốt xuất huyết
20. QTCM khám, điều trị và chăm sóc người bệnh Tiêu chảy cấp ở trẻ em
21. QTCM khám, điều trị và chăm sóc người bệnh Viêm màng não do vi khuẩn
22. QTCM khám, điều trị và chăm sóc người bệnh Tăng huyết áp
23. QTCM khám, điều trị và chăm sóc người bệnh Đái tháo đường typ 2 không biến chứng
24. QTCM khám, điều trị và chăm sóc người bệnh Bệnh mạch vành mạn (Đau thắt ngực ổn định)
25. QTCM khám, điều trị và chăm sóc người bệnh Thai ngoài tử cung
26. QTCM khám, điều trị và chăm sóc người bệnh U lành tuyến vú

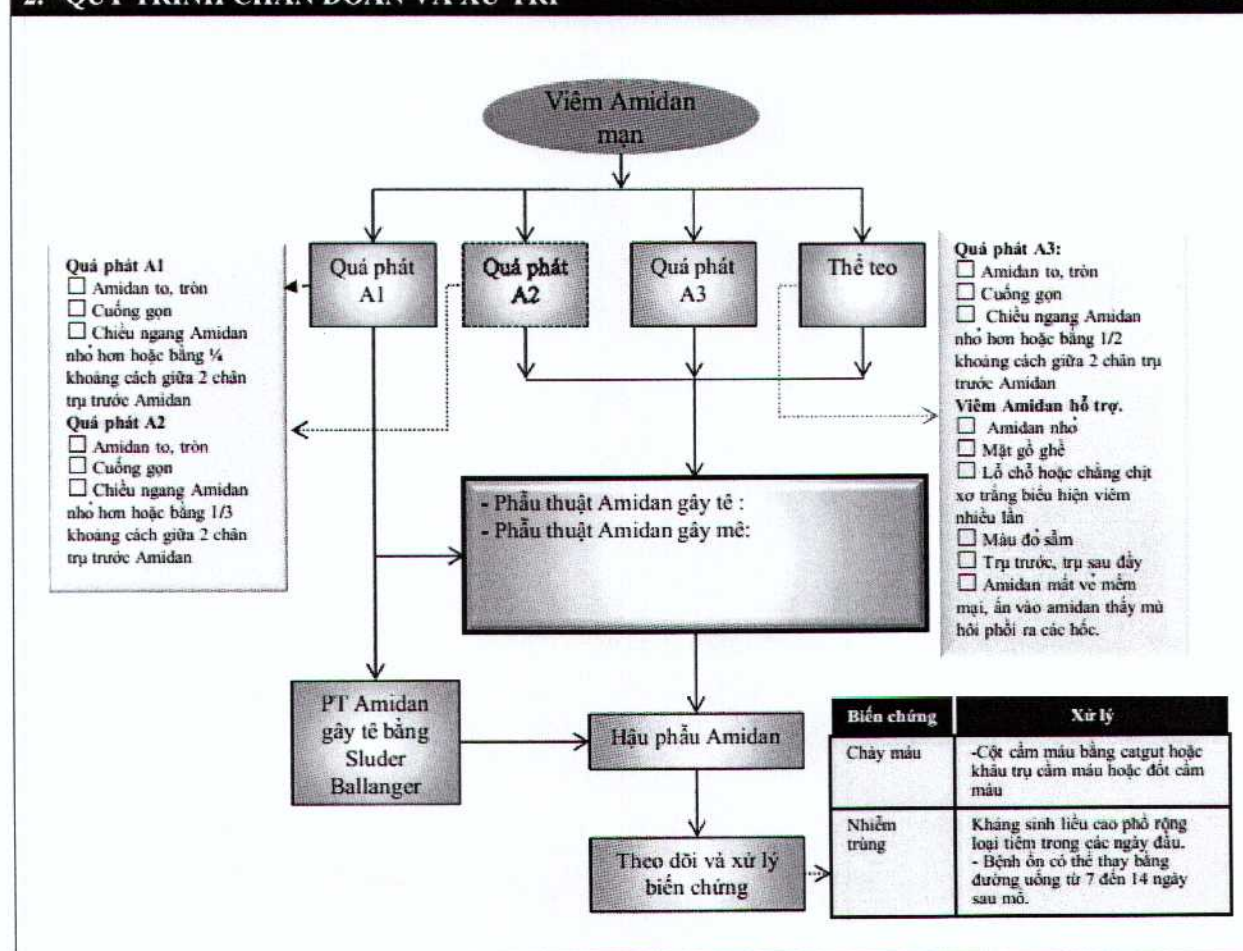
QUY TRÌNH CHUYÊN MÔN KCB CẮT AMIDAN	Họ và tên BN: Ngày sinh: Giới: Địa chỉ: Số phòng: Số giường: Mã BN/Số HSBA:
---	---

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

1. ĐÁNH GIÁ TRƯỚC KHI VÀO QUY TRÌNH

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

2. QUY TRÌNH CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ



3. NGUYÊN TẮC CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ**Nguyên tắc điều trị**

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

4. CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN LOẠI**Chẩn đoán và phân loại:**

Viêm Amidan quá phát A1 ☐ Amidan to, tròn ☐ Chiều ngang Amidan nhỏ hơn hoặc bằng 1/4 khoảng cách giữa 2 chân trụ trước Amidan ☐ Cuống gọn		Viêm Amidan quá phát A2 ☐ Amidan to, tròn ☐ Chiều ngang Amidan nhỏ hơn hoặc bằng 1/3 khoảng cách giữa 2 chân trụ trước Amidan ☐ Cuống gọn	
Viêm Amidan quá phát A3 ☐ Amidan to, tròn ☐ Chiều ngang Amidan nhỏ hơn hoặc bằng 1/2 khoảng cách giữa 2 chân trụ trước Amidan ☐ Cuống gọn		Viêm Amidan thể teo ☐ Amidan nhỏ ☐ Màu đỏ sẫm ☐ Mặt gồ ghề ☐ Trụ trước, trụ sau đầy ☐ Lỗ chỗ hoặc chẳng ☐ Amidan mất vẻ mềm mại, chít xơ trắng biểu hiện ấn vào amidan thấy mù hôi viêm nhiều lần phôi ra các hốc	

Phân tầng nguy cơ

Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình		Nguy cơ cao
☐ A1	☐ A2	☐ Thể xơ teo	☐ A3

DIỄN TIẾN BỆNH VÀ XỬ TRÍ TRƯỚC PHẪU THUẬT

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

5. PHẪU THUẬT		■ Cấp cứu	■ Chương trình				
Phương pháp phẫu thuật	☐ Cắt Amidan bằng dụng cụ Sluder- Ballanger		☐ Cắt Amidan bằng phương pháp bóc tách. Cụ thể: ☐ Bằng thông lòng ☐ Bằng dao điện cực đơn (mono) ☐ Bằng dao điện lưỡng cực (bipolar) ☐ Bằng Coblator				
Phương pháp gây mê	☐ Gây tê tại chỗ		☐ Gây mê nội khí quản		☐ Khác:.....		
Chẩn đoán sau phẫu thuật	☐ Phù hợp		☐ Không phù hợp		☐ Cụ thể:.....		
Tai biến / Biến chứng	☐ Không		☐ Có		☐ Cụ thể:.....		
Thời gian phẫu thuật	☐ < 15 phút		☐ 15-30 phút		☐ 30-60 phút		☐ > 60 phút
DIỄN TIẾN BỆNH VÀ XỬ TRÍ TẠI PHÒNG HỒI SỨC NGOẠI							
DẤU HIỆU		Giờ	Giờ	Giờ	Giờ	Giờ	Giờ
Triệu chứng theo dõi (Phụ lục 4)	Sốt	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Ho	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Khạc đàm	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Đau họng	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Khó thở	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Buồn nôn	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Nôn	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Chảy máu	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Chóng mặt	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Cận lâm sàng	Đau bụng	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Tổng phân tích tế bào máu	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Đường huyết	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Nhóm máu ABO, Rh(D)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Thời gian máu chảy máu đông (TS-TC) hoặc Prothrombin (PT,TQ)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Protein toàn phần	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Creatinin	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	ECG	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	XQ tim phổi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Siêu âm bụng tổng quát	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Điều trị	Theo phác đồ B (Phụ lục 2)						
Chăm sóc	Cấp 2						

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

6. XUẤT VIỆN

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

7. QUẢN LÝ VÀ TƯ VẤN BỆNH NHÂN

Quản lý	Theo hướng dẫn tại Phụ lục 5
Giáo dục	Theo hướng dẫn tại Phụ lục 6

8. PHỤ LỤC

Phụ lục 1: Phác đồ A – Trước phẫu thuật

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

Phụ lục 2: Phác đồ B – Phòng hồi sức

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

Phụ lục 3: Phác đồ C – Hậu phẫu thuật ngày 1, 2, 3

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

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

Theo dõi: sốt, ho, khạc đàm, đau họng, khó thở, buồn nôn, nôn, chảy máu, chóng mặt...
Người bệnh được nằm lưu từ 24 giờ đến 3 ngày, không cho về trước 12 giờ sau khi cắt.

Chảy máu: có khay quả đậu để người bệnh đùn, nhổ ra dễ dàng và theo dõi được chảy máu, tránh nuốt.
Mạch, huyết áp sau mổ để phát hiện chảy máu ít nhất 2-6 giờ sau mổ.
Nếu đùn, nhổ ra máu tươi liên tục vài phút phải báo ngay phẫu thuật viên kiểm tra, cầm máu kịp thời.

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

Phụ lục 5: Quy trình kỹ thuật cắt Amidan

I. Định nghĩa:

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

II. Chuẩn bị:

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

2. Phương tiện: bộ dụng cụ cắt amidan.

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

- Tùy theo phương pháp cắt amidan có bộ dụng cụ đi kèm: sluder ballenger, mono, bipolar, coblator, microdebrider, laser co2, dao siêu âm, dao plasma...

3. Người bệnh:

- có xét nghiệm cơ bản đầy đủ, bình thường.

- Thể trạng bình thường, không có chống chỉ định.

III. Các bước tiến hành.

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

2. Tư thế:

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

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

IV. Kỹ thuật:

1. Cắt amidan bằng Sluder-Ballenger:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Thì 5: Kiểm tra, cầm máu hố mổ: dùng kẹp cong kẹp bông cầu ép hố mổ để cầm máu trong vài phút. Sau đó lấy kẹp ra và kiểm tra hố mổ với vén trụ, nếu có chảy máu động mạch thì phải kẹp và cột hoặc đốt cầm máu.

Nếu bên cắt đã ổn định thì tiến hành cắt amidan bên đối diện.

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

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

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

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

Phụ lục 6: Hướng dẫn sau cắt amidan

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

VẤN ĐỀ ĐAU:

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

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

VƯỚNG ĐÀM:

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

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

VẤN ĐỀ HO:

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

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

VẤN ĐỀ ĂN UỐNG:

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

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

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

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

Ngày thứ 15 ăn cơm bình thường.

VẤN ĐỀ TÁI KHÁM:

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

VẤN ĐỀ CHẢY MÁU:

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

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

VẤN ĐỀ LÀNH VẾT MỔ:

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

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

VẤN ĐỀ NÓI VÀ LÀM VIỆC:

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

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

ĐIỆN THOẠI THAM VẤN:

KHOA TAI MŨI HỌNG

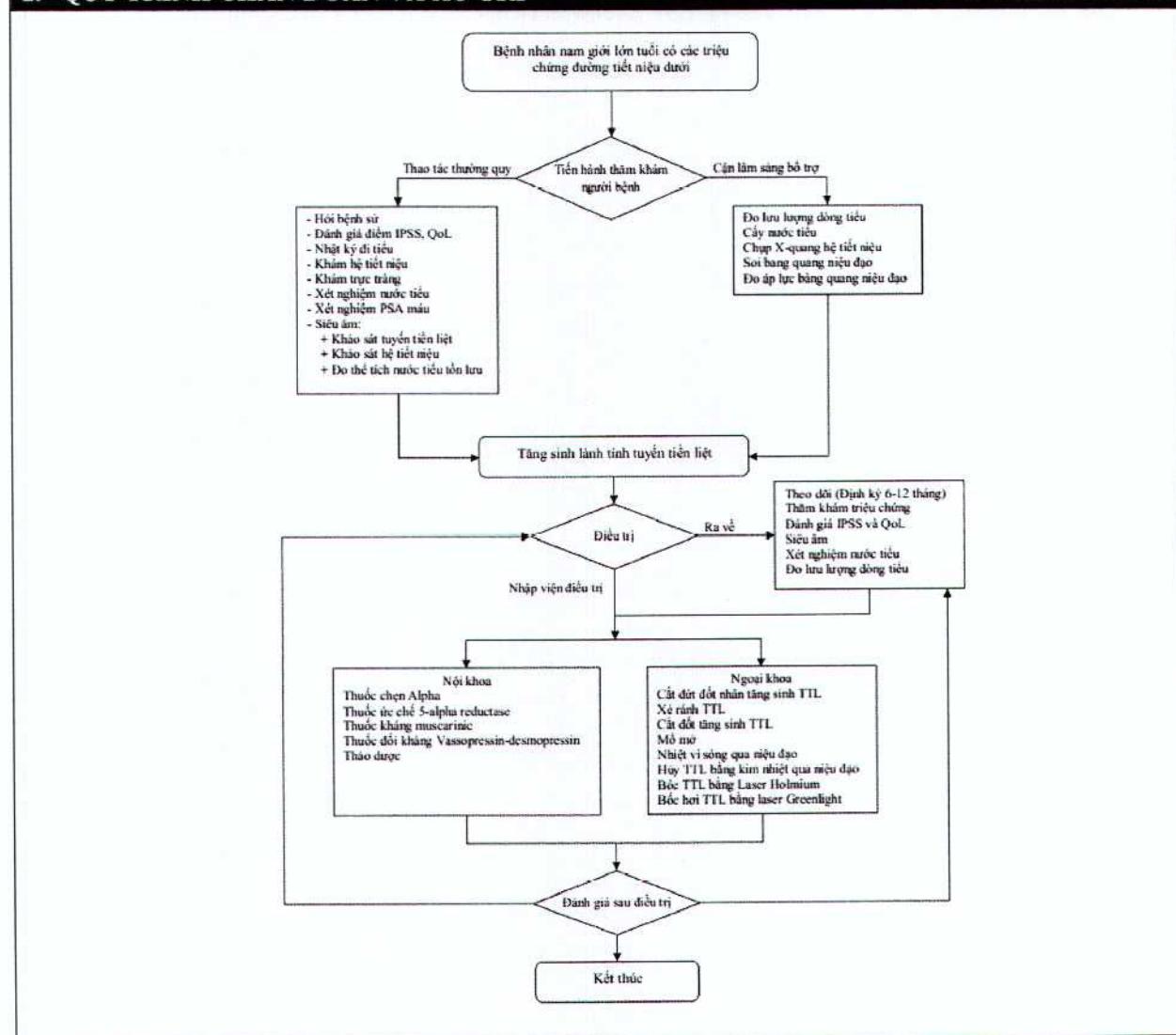
QUY TRÌNH CHUYÊN MÔN U PHÌ ĐẠI (LÀNH TÍNH) TUYẾN TIỀN LIỆT	Họ và tên NB: Ngày sinh: Giới: Địa chỉ: Số phòng: Số giường: Mã NB/Số HSBA:
--	---

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

1. ĐÁNH GIÁ TRƯỚC KHI VÀO QUY TRÌNH

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

2. QUY TRÌNH CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ



3. NGUYÊN TẮC CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

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

Điều trị

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

4. XỬ TRÍ CẤP CỨU

■ Có (Hoàn thành bảng bên dưới)

■ Không (Chuyển đến mục 5)

Triệu chứng	Xử trí
☐ Bí tiểu cấp	☐ Dẫn lưu bàng quang trên xương mu
☐ Có cầu bàng quang	☐ Mở thông bàng quang trên xương mu
☐ Đái khó phải rặn	☐ Xử trí khác:
☐ Triệu chứng khác:	

5. CHẨN ĐOÁN

Đánh giá điểm IPSS⁽²⁾	☐ Nhẹ (0-7 điểm)	☐ Trung bình (8-19 điểm)	☐ Nặng (20-35 điểm)
Đánh giá điểm QoL⁽³⁾	☐ Sống tốt hoặc bình thường (1-2 điểm) ☐ Sống được hoặc tạm được (3-4 điểm) ☐ Không chịu được (5-6 điểm)		
Nhật ký đi tiểu	☐ Theo dõi ít nhất trong 2 ngày		
Khám lâm sàng	☐ Khám hệ tiết niệu: thận, điểm niệu quản ☐ Khám cầu bàng quang	☐ Khám bộ phận sinh dục ngoài ☐ Thăm khám trực tràng	
Phân tích nước tiểu	☐ Nitrite ☐ Bạch cầu niệu	☐ Hồng cầu niệu ☐ Đường niệu ☐ Khác:.....	
Xét nghiệm máu	☐ Định lượng Creatinin, Ure máu ☐ Điện giải đồ	☐ Định lượng PSA	
Siêu âm Đường bụng Đường trực tràng	☐ Khảo sát tuyến tiền liệt ☐ Khảo sát hệ tiết niệu	☐ Đo thể tích nước tiểu tồn lưu	
Các xét nghiệm bổ trợ	☐ Đo lượng dòng tiểu ☐ Cây nước tiểu ☐ Chụp X-quang hệ tiết niệu	☐ Soi bàng quang-niệu đạo ☐ Đo áp lực bàng quang, niệu đạo	

6. ĐIỀU TRỊ		
ĐIỀU TRỊ		
	☐ Điều trị nội khoa	☐ Điều trị ngoại khoa
Theo dõi	☐ Định kỳ 6-12 tháng ☐ Thăm khám lâm sàng ☐ Đánh giá IPSS, QoL ☐ Xét nghiệm nước tiểu ☐ Siêu âm đo kích thước TTL	☐ Siêu âm khảo sát hình thái hệ tiết niệu ☐ Siêu âm đo thể tích nước tiểu tồn lưu ☐ Đo lưu lượng dòng tiểu
Điều trị nội khoa	☐ Thuốc chẹn alpha ☐ Thuốc ức chế 5-alpha reductase ☐ Thuốc đối kháng Vassopressin-desmopressin	☐ Thuốc kháng muscarinic ☐ Thảo dược ☐ Khác:
Điều trị Ngoại khoa	☐ Dẫn lưu bàng quang trên xương mu ☐ Cắt đứt đốt nhân tăng sinh ☐ Xẻ rãnh TTL ☐ Cắt đứt tăng sinh TTL ☐ Mở mở bóc TTL ☐ Bóc hơi TTL bằng laser Greenlight	☐ Nhiệt vi sóng qua niệu đạo ☐ Hủy TTL bằng kim nhiệt qua niệu đạo ☐ Bóc TTL bằng Laser Holmium ☐ Khác:
7. XUẤT VIỆN		
Tiêu chuẩn xuất viện	☐ Bác sỹ chỉ định ☐ Triệu chứng lâm sàng ổn định ☐ Bệnh nhân/thân nhân yêu cầu được xuất viện/chuyển viện	
8. QUẢN LÝ VÀ TƯ VẤN BỆNH NHÂN		
☐ Thông tin GDSK	☐ Hạn chế uống nước trước khi đi ngủ ☐ Tránh: đồ uống chứa caffeine hoặc thức ăn có gia vị ☐ Tránh sử dụng một số loại thuốc (ví dụ, thuốc lợi tiểu, thuốc thông mũi, thuốc kháng histamin, thuốc chống trầm cảm) khi chưa có ý kiến của Bs. ☐ Luyện tập cách tiểu tiện giúp bàng quang hoạt động tốt. ☐ Thực hiện các bài tập tăng sức mạnh sàn chậu. ☐ Ăn uống dễ tiêu và hoạt động tránh táo bón	
☐ Hẹn tái khám: ngày.....tháng.....năm.....; Phòng khám số:		

9. PHỤ LỤC**Phụ lục 1**

Các triệu chứng do kích thích :

- Đái nhiều lần nhất là về ban đêm gây mất ngủ.
- Đái vội: đột nhiên Bn có cảm giác buồn đái dữ dội, có cảm giác nước tiểu són ra ngoài không kiểm soát được.
- Đái buốt thường kết hợp với viêm đường tiết niệu.

Các triệu chứng do tắc nghẽn: bệnh nhân đái khó, phải rặn, tia nước tiểu yếu, đái xong không có cảm giác thoải mái.

Phụ lục 2: Thang điểm đánh giá triệu chứng IPSS

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

Phụ lục 3: Câu hỏi QoL

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

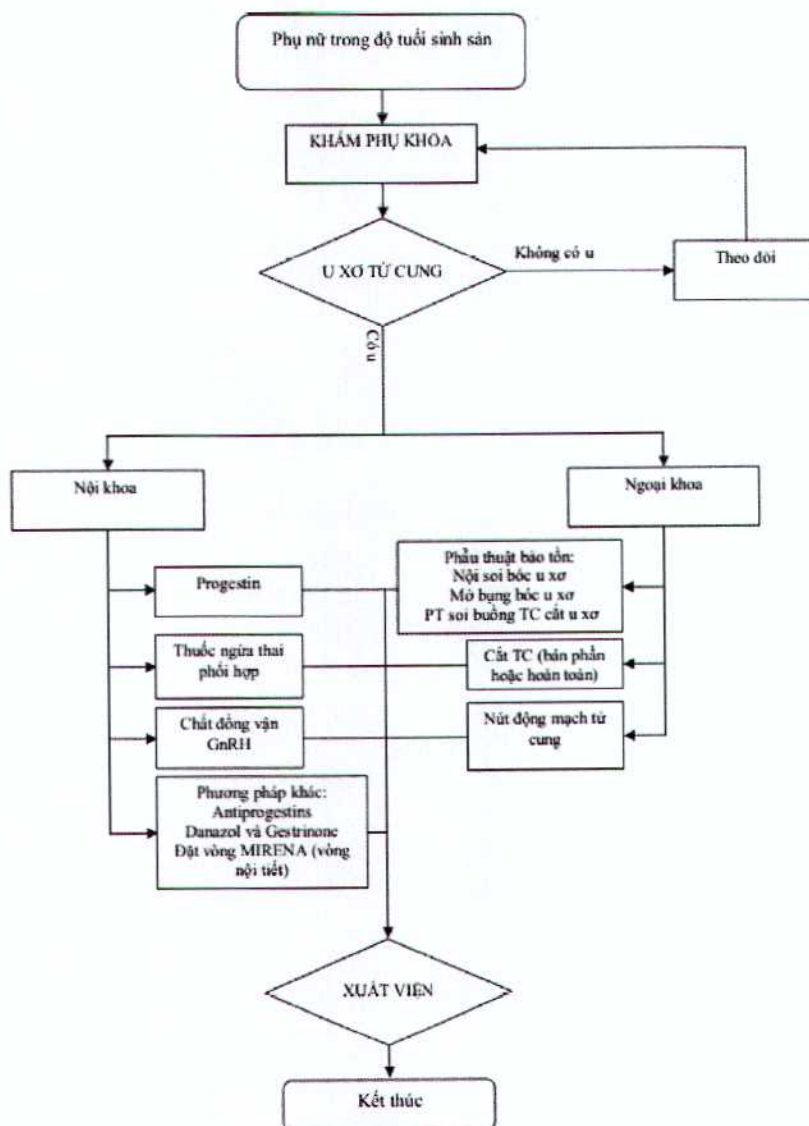
 QUY TRÌNH CHUYÊN MÔN KCB U XƠ TỬ CUNG (UXTC)	Họ và tên NB: Ngày sinh: Giới: Địa chỉ: Số phòng: Số giường: Mã NB/Số HSBA:
--	---

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

1. ĐÁNH GIÁ TRƯỚC KHI VÀO QUY TRÌNH

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

2. QUY TRÌNH CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ



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

CHẨN ĐOÁN:

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

ĐIỀU TRỊ:

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

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

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

5. CHẨN ĐOÁN

	Triệu chứng	Khám lần 1	Khám lần n
Xuất huyết tử cung bất thường	Rong kinh	☐	☐
	Rong huyết	☐	☐
	Cường kinh	☐	☐
Các triệu chứng chèn ép vùng hạ vị	Cảm giác trần nặng	☐	☐
	Táo bón	☐	☐
	Tiểuắt nhất	☐	☐
	Bí tiểu	☐	☐
	Khác.....	☐	☐
Thăm khám	Nhọt nhạt, thiếu máu	☐	☐
	Tử cung to, chắc, mật độ không đều	☐	☐
	Khác.....	☐	☐
Cận lâm sàng	Siêu âm phát hiện u xơ tử cung	☐	☐
	Cộng hưởng từ (MRI) và CT	☐	☐
	Scanner	☐	☐

6. ĐIỀU TRỊ VÀ CHĂM SÓC THEO DÕI

ĐIỀU TRỊ				
☐ Điều trị nội khoa ☐ Điều trị ngoại khoa		Ngày 1	Ngày 2	Ngày n
Điều trị nội khoa	Progestins			
	☐ Lynestrenol 5mg	☐	☐	☐
	☐ Norethisterone 5mg	☐	☐	☐
	☐ Dysrogestone	☐	☐	☐
	☐ Nomegestrol acetate 5mg	☐	☐	☐
	☐ Khác (vòng nội tiết...)	☐	☐	☐
	☐ Thuốc ngừa thai phối hợp	☐	☐	☐
	Chất đồng vận GnRH			
	☐ Triptorelin 3,75 mg/tháng	☐	☐	☐
	☐ Leuprolide 3,75 mg/tháng	☐	☐	☐
☐ Goserelin 3,6 mg/tháng	☐	☐	☐	
☐ Antiprogestins	☐	☐	☐	
☐ Gestrinone Androgenic steroids	☐	☐	☐	
Điều trị Ngoại khoa	Thực hiện			
Bóc nhân xơ	Điều kiện chỉ định			
	☐ UXTC ở cơ và dưới thanh mạc ☐ UXTC dưới niêm mạc	☐ Mở bụng bóc u xơ ☐ Nội soi buồng TC cắt u xơ ☐ Nội soi bóc u xơ		
Cắt tử cung	☐ Người bệnh được tư vấn và đồng ý	☐ Cắt tử cung		
Tắc động mạch tử cung	☐ Có chống chỉ định gây mê toàn thân	☐ Đặt Catheter động mạch		
	☐ Muốn giữ lại tử cung	☐ Bơm plastic		
	☐ Bệnh nhân từ chối phẫu thuật	☐ Bơm Gel		
		☐ Thuốc giảm đau ☐ Theo dõi biến chứng ☐ Bệnh nhân ra viện sau 1 ngày		
Nội soi buồng tử cung cắt nhân xơ tử cung dưới niêm mạc	☐ Polype buồng tử cung, u xơ tử cung dưới niêm mạc < 4cm.	☐ Cắt nhân xơ tử cung		
	☐ Điều trị triệu chứng xuất huyết bất thường			
CHĂM SÓC THEO DÕI				
	Ngày 1	Ngày 2	Ngày 3	Ngày n
Tổng trạng, tri giác	☐	☐	☐	☐
Dấu hiệu sinh tồn	☐	☐	☐	☐
Tình trạng vết mổ	☐	☐	☐	☐
Tình trạng bụng	☐	☐	☐	☐
Tình trạng âm đạo	☐	☐	☐	☐
Nhu động ruột và trung tiện	☐	☐	☐	☐
Dịch truyền	☐	☐	☐	☐
Kháng sinh	☐	☐	☐	☐
Thuốc khác	☐	☐	☐	☐
Vận động	☐	☐	☐	☐
Sonde dẫn lưu (nếu có)	☐	☐	☐	☐
Chăm sóc cấp:				

7. XUẤT VIỆN	
Tiêu chuẩn xuất viện	☐ Triệu chứng lâm sàng ổn định ☐ Bác sỹ chỉ định ☐ Bệnh nhân tinh thần hoàn toàn
8. QUẢN LÝ VÀ TƯ VẤN BỆNH NHÂN	
☐ Thông tin GDSK	Theo dõi tái nhập viện khi xuất hiện: ☐ Sốt ☐ Đau phần phụ, đau vùng bụng dưới ☐ Các triệu chứng bất thường khác Sinh hoạt ☐ Sinh hoạt vận động nhẹ ☐ Dinh dưỡng đầy đủ ☐ Tái khám đúng hẹn ☐ Gặp bác sỹ tư vấn khi quyết định mang thai
☐ Hẹn tái khám: ngày.....tháng.....năm.....; Phòng khám số:	

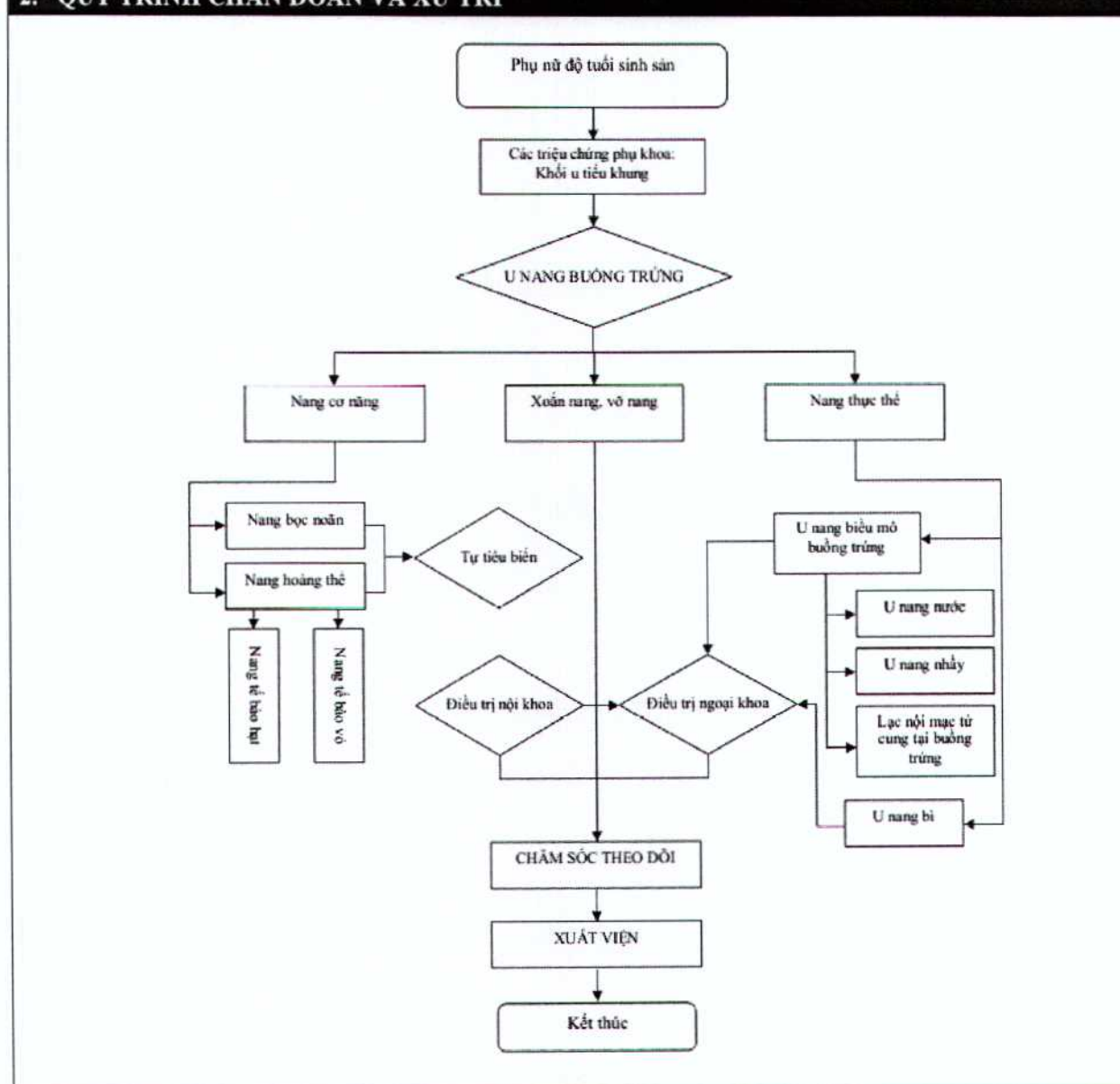
Logo QUY TRÌNH CHUYÊN MÔN U NANG BUỒNG TRỨNG (UNBT)	Họ và tên NB: Ngày sinh: Giới: Địa chỉ: Số phòng: Số giường: Mã NB/Số HSBA:
---	---

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

1. ĐÁNH GIÁ TRƯỚC KHI VÀO QUY TRÌNH

Tiêu chuẩn đưa vào:	☐ Khối u buồng trứng	☐ Tắc nặng bụng
Tiêu chuẩn loại ra:	☐ Triệu chứng phụ khoa do bệnh lý xác định khác	
Tiền sử:	☐ Tiền sử dị ứng	Ghi rõ:.....
	☐ Can thiệp ngoại khoa	Ghi rõ:.....

2. QUY TRÌNH CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ



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

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

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

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

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

- Nghi ngờ ung thư: lấy dịch túi cùng Douglas làm tế bào + cắt phần phụ có u và sinh thiết buồng trứng đối diện

4. XỬ TRÍ CẤP CỨU

■ Có (Hoàn thành bảng bên dưới)

■ Không (Chuyển đến mục 5)

Triệu chứng

- ☐ Xoắn hoặc vỡ nang
☐ Đau đột ngột
☐ Vã mồ hôi
☐ Choáng
☐ Nôn
☐ Triệu chứng khác:

Xử trí

- ☐ Phẫu thuật cấp cứu
☐ Hồi sức tích cực
☐ Truyền dịch
☐ Trấn an bệnh nhân
☐ Xử trí khác:

5. ĐIỀU TRỊ VÀ CHĂM SÓC THEO DÕI

ĐIỀU TRỊ

☐ Điều trị nội khoa

☐ Điều trị ngoại khoa

Điều trị nội khoa

Nang cơ nang: theo dõi + dùng thuốc tránh thai 3 tháng liên tục

Điều trị Ngoại khoa

Nang thực thể: mổ nội soi hoặc mở bụng

CHĂM SÓC THEO DÕI

	Ngày 1	Ngày 2	Ngày 3	Ngày n
Tổng trạng, tri giác	☐	☐	☐	☐
Dấu hiệu sinh tồn	☐	☐	☐	☐
Tình trạng vết mổ	☐	☐	☐	☐
Tình trạng bụng	☐	☐	☐	☐
Dịch truyền	☐	☐	☐	☐
Kháng sinh	☐	☐	☐	☐
Thuốc khác	☐	☐	☐	☐
Vận động	☐	☐	☐	☐
Sonde dẫn lưu	☐	☐	☐	☐

Chăm sóc cấp:

6. XUẤT VIỆN

Tiêu chuẩn xuất viện

☐ Triệu chứng lâm sàng ổn định

☐ Bệnh nhân tỉnh táo hoàn toàn

7. QUẢN LÝ VÀ TƯ VẤN BỆNH NHÂN

☐ Thông tin GDSK

Theo dõi tái nhập viện khi xuất hiện:

- ☐ Sốt
☐ Đau tức vùng vú và quanh vú
☐ Vết mổ đau, tiết dịch nhiều
☐ Các triệu chứng bất thường khác

Sinh hoạt

- ☐ Sinh hoạt vận động nhẹ
☐ Dinh dưỡng đầy đủ
☐ Tái khám đúng hẹn
☐ Gặp bác sỹ tư vấn khi quyết định mang thai

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

8. PHỤ LỤC

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

8.1. Biểu chứng hay gặp là:

- Xoắn nang: hay gặp ở khối u có kích thước nhỏ, cuống dài, không dính, xoắn nang có thể xảy ra khi đang mang thai (nhất là trong những tháng đầu thai nghén), hoặc sau khi đẻ.

Triệu chứng: đau đột ngột, dữ dội, vã mồ hôi, choáng, nôn.

Xử trí: mổ cấp cứu: tháo xoắn, nếu buồng trứng hồng trở lại thì bóc u bảo tồn buồng trứng.

- Vỡ nang: thường xảy ra sau khi nang bị xoắn hoặc sau chấn thương vùng bụng dưới.

- Nhiễm khuẩn nang: xảy ra khi xoắn nang. Nhiễm khuẩn làm nang to lên, dính vào các tạng xung quanh. Biểu hiện lâm sàng giống viêm nội mạc tử cung.

- Chèn ép tiểu khung: khối u đè vào trực tràng, bàng quang. Nang to, tiến triển trong nhiều năm choán hết ổ bụng, chèn ép tĩnh mạch chủ dưới gây phù, tuần hoàn bàng hệ, cổ chướng.

8.2. Có thai kèm u nang buồng trứng:

Được chẩn đoán qua khám thai định kỳ hoặc qua siêu âm.

Có thể gặp bất kỳ loại nang nào, nhưng hay gặp là nang hoàng thể hay u nang bì, ít khi gặp nang ác tính.

Nên mổ vào thời gian sau 13 tuần vì lúc này rau thai đã tiết đủ hormone để nuôi dưỡng thai, nếu là nang hoàng thể thì thường giảm kích thước hoặc không phát triển nữa, có thể không cần phải mổ và xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.

Nếu u phát triển to nên trong 3 tháng giữa thai kỳ, thì nên mổ ngay, trừ khi chỉ phát hiện được trong thời kỳ cuối thai nghén.

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

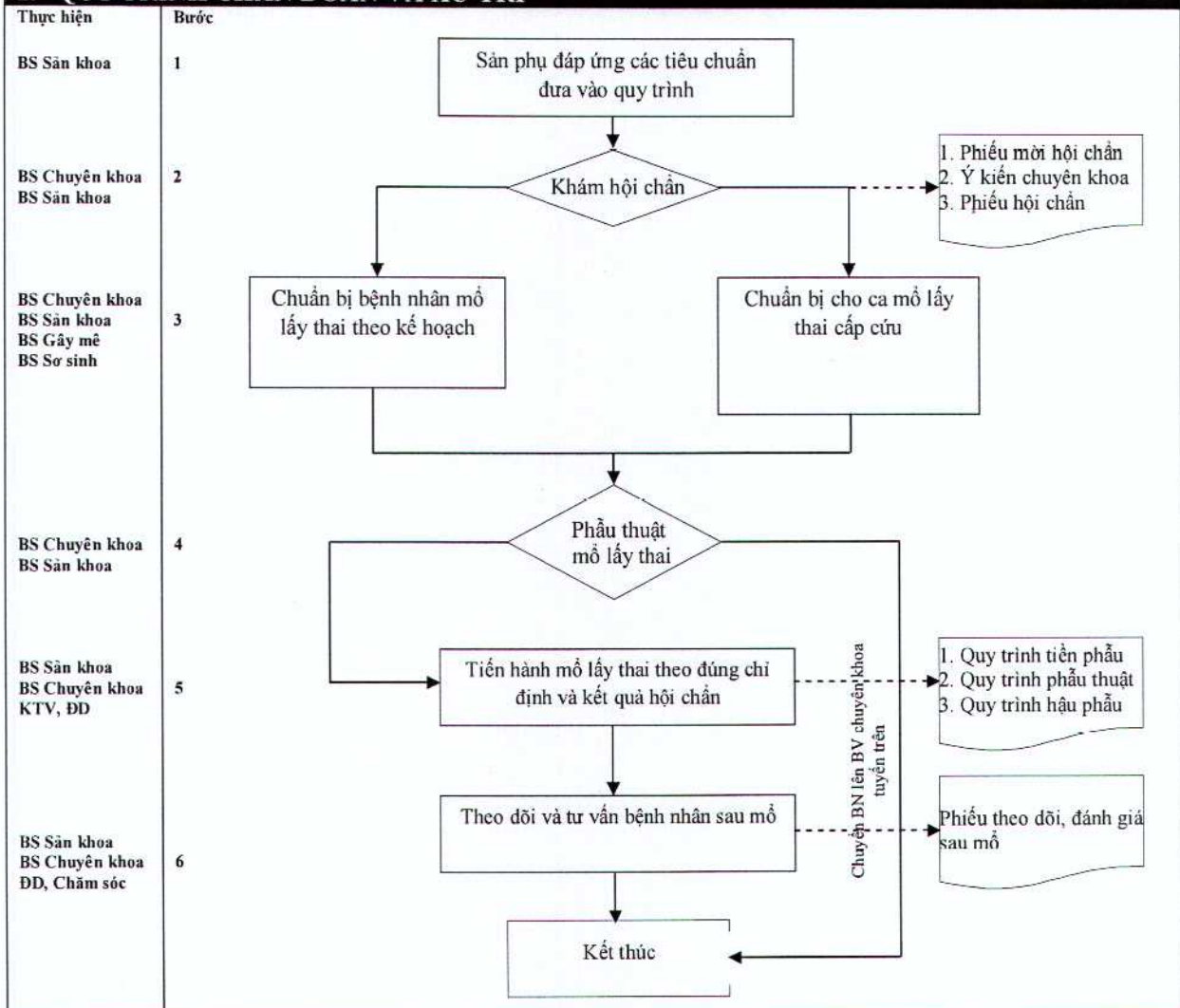
Lưu ý: Đánh dấu sự lựa chọn (“✓” : có/ “X” : không) vào ô ☐. Khoang tròn ☐ nếu lựa chọn nội dung;

(X) xem thêm chi tiết nội dung trong phụ lục x tương ứng.

1. ĐÁNH GIÁ TRƯỚC KHI VÀO QUY TRÌNH

Tiêu chuẩn đưa vào ⁽¹⁾ :	☐ Chỉ định từ phía mẹ ☐ Chỉ định mổ từ phía con (thai và phần phụ của thai)	☐ Chỉ định từ phía mẹ và con ☐ Chỉ định do nguyên nhân khác
Tiêu chuẩn loại ra:	☐ Yêu cầu của thai phụ hoặc người nhà ☐ Mẹ có nguy cơ tử vong cao nếu mổ	☐ Khác:
Tiền sử:	☐ Tiền sử dị ứng ☐ Can thiệp ngoại khoa	Ghi rõ:..... Ghi rõ:.....

2. QUY TRÌNH CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ



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

4. HỒI TỈNH		
<i>Theo dõi 2 giờ đầu (30p/lần); Tiếp theo (1 giờ/lần)</i>	Lần₁	Lần_n
Hộ sinh/ Điều dưỡng theo dõi		
Tinh thần	☐	☐
Mạch	☐	☐
HA	☐	☐
Nhịp thở	☐	☐
Bụng	☐	☐
Vết mổ	☐	☐
Co tử cung	☐	☐
Ra máu âm đạo	☐	☐
Bác sỹ chỉ định		
Chỉ định thở oxy	☐	☐
Chế độ chăm sóc	☐	☐
Thay băng	☐	☐
Kiểm tra sonde dẫn lưu	☐	☐
Chế độ dinh dưỡng	☐	☐
Thuốc, dịch truyền bổ sung	☐	☐
Thuốc giảm đau	☐	☐
Thuốc khác	☐	☐
Chuyển về khoa điều trị		
Đảm bảo chỉ số sinh tồn ổn định	☐	☐
Kiểm soát được tình trạng đau	☐	☐
Vết mổ khô	☐	☐
Theo dõi co hồi tử cung	☐	☐
Theo dõi sản dịch	☐	☐
Số lượng nước tiểu đạt ở mức độ sinh lý	☐	☐
Bác sỹ khám lại và chỉ định chuyển khoa	☐	☐
Chuyển khoa hậu sản lúc	giờ...phút.	giờ...phút.
Xử trí		
Thuốc	☐	☐
Dịch truyền	☐	☐
Glucose 5%	☐	☐
NatriClorua	☐	☐
Kháng sinh	☐	☐

5. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC HẬU PHẪU		
	Ngày ₁	Ngày _n
Bác sỹ điều trị		
Kiểm tra vết mổ	☐	☐
Kiểm tra bảng ghi các chỉ số sinh tồn	☐	☐
Theo dõi co hồi tử cung	☐	☐
Theo dõi sản dịch	☐	☐
Kiểm tra sự tiết sữa	☐	☐
Điều chỉnh chế độ dinh dưỡng (nếu cần)	☐	☐
Chỉ định thuốc điều trị (nếu cần)	☐	☐
Giải thích diễn biến bệnh, tiên lượng cho bệnh nhân (hoặc người nhà)	☐	☐
Chăm sóc		
Động viên tinh thần bệnh nhân	☐	☐
Trợ giúp vệ sinh cá nhân.	☐	☐
Theo dõi chỉ số sinh tồn	☐	☐
Theo dõi lượng nước tiểu	☐	☐
Theo dõi co hồi tử cung	☐	☐
Theo dõi sản dịch	☐	☐
Thực hiện y lệnh thuốc	☐	☐
Hướng dẫn cho con bú	☐	☐
Tắm trẻ sơ sinh	☐	☐
Làm thuốc âm đạo	☐	☐
Động viên bệnh nhân vận động	☐	☐
Thay băng vết mổ	☐	☐
Tư vấn về chế độ ăn	☐	☐
Hướng dẫn, động viên bệnh nhân tự phục vụ	☐	☐
Báo với bác sỹ nếu có vấn đề	☐	☐
6. XUẤT VIỆN		
Tiêu chuẩn xuất viện	☐ Toàn trạng ổn định ☐ Ăn uống bình thường ☐ Đại tiểu tiện bình thường ☐ Tự vận động, sinh hoạt được ☐ Vết mổ khô, không dấu hiệu nhiễm trùng	
7. QUẢN LÝ VÀ GIÁO DỤC BỆNH NHÂN		
☐ Thông tin	☐ Đến cơ sở y tế gần nhất khi có dấu hiệu đau bụng, sốt, ra huyết ☐ Chăm sóc sức khỏe hậu phẫu ☐ Dinh dưỡng đầy đủ dưỡng chất ☐ Vận động, sinh hoạt vừa sức ☐ Tái khám đúng hẹn	
☐ Hẹn tái khám: ngày.....tháng.....năm.....; Phòng khám số:		

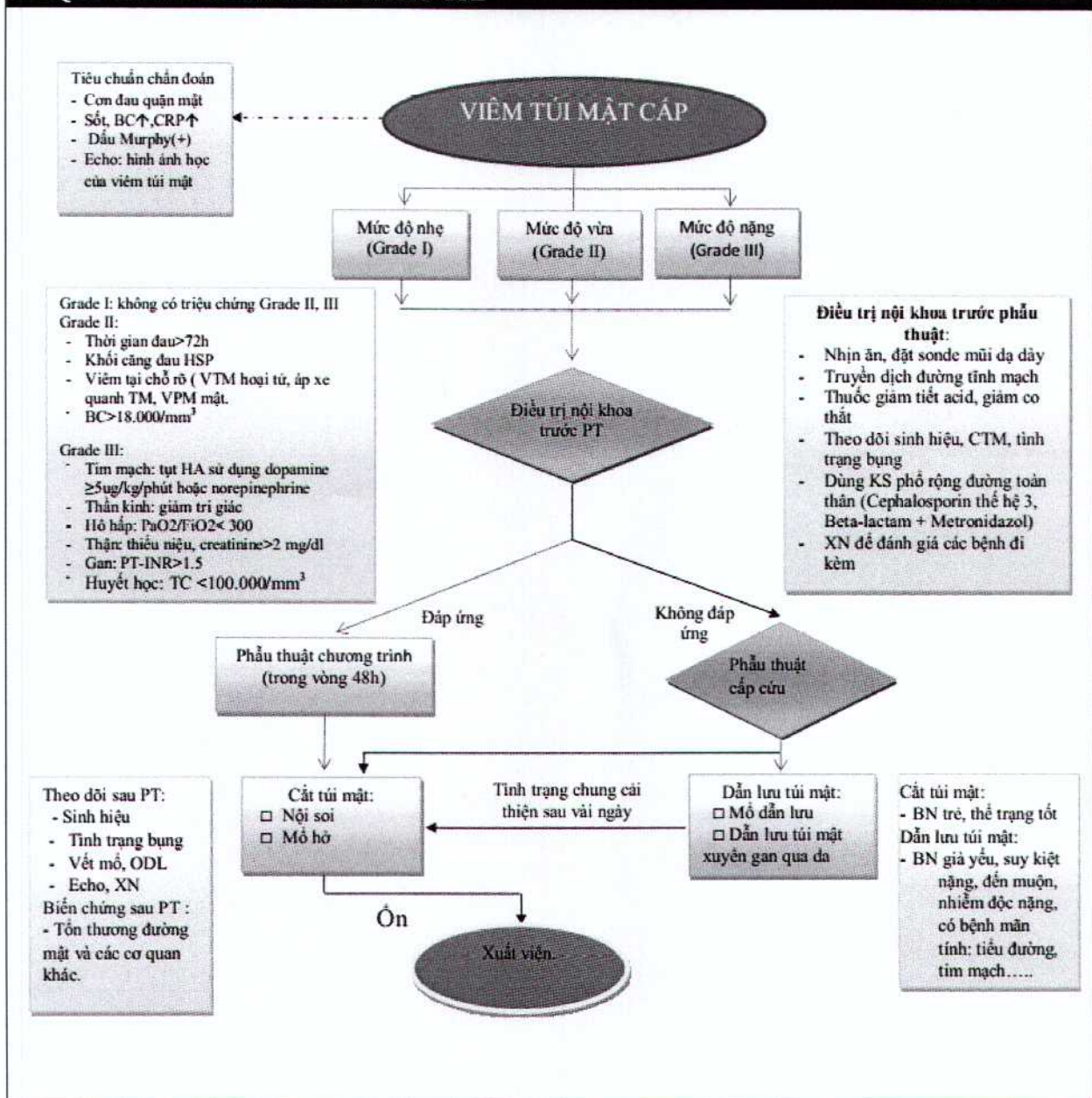
Logo QUY TRÌNH CHUYÊN MÔN KCB VIÊM TÚI MẬT CẤP DO SỎI	Họ và tên BN: Ngày sinh: Giới: Địa chỉ: Số phòng: Số giường: Mã BN/Số HSBA:
---	---

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

1. ĐÁNH GIÁ TRƯỚC KHI VÀO QUY TRÌNH

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

2. QUY TRÌNH CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ



3. NGUYÊN TẮC CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị

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

4. CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN LOẠI

CHẨN ĐOÁN

Khám lâm sàng: đau ở HSP, dấu Murphy (+), sốt, bạch cầu tăng, CRP tăng, siêu âm có hình ảnh học của viêm túi mật

PHÂN LOẠI

(Theo TOKYO GUIDELINE 2013)

☐ Mức độ nhẹ (Grade I)

☐ Mức độ vừa (Grade II)

☐ Mức độ nặng (Grade III)

XÉT NGHIỆM TRƯỚC PHẪU THUẬT

DẤU HIỆU		N1	N2	N3	.....	Nn
Cận lâm sàng	Tổng phân tích tế bào máu	☐	☐	☐	☐	☐
	Thời gian Prothrombin, thời gian Thromboplastin hoạt hóa toàn phần	☐	☐	☐	☐	☐
	Nhóm máu ABO, định nhóm RhD.	☐	☐	☐	☐	☐
	SGOT, SGPT	☐	☐	☐	☐	☐
	Creatinin, Ure/máu	☐	☐	☐	☐	☐
	Bilirubin TT, GT, TP	☐	☐	☐	☐	☐
	HbsAg	☐	☐	☐	☐	☐
	Điện giải đồ, định lượng Canxi máu	☐	☐	☐	☐	☐
	CRP	☐	☐	☐	☐	☐
	Amylase máu	☐	☐	☐	☐	☐
	Đường huyết	☐	☐	☐	☐	☐
	Đo điện tim (ECG)	☐	☐	☐	☐	☐
	XQ tim phổi thẳng	☐	☐	☐	☐	☐
	Siêu âm tổng quát	☐	☐	☐	☐	☐
	CT Scan bụng	☐	☐	☐	☐	☐
Điều trị	Điều trị nội khoa TRƯỚC phẫu thuật Viêm túi mật cấp					

5. PHẪU THUẬT

■ Cấp cứu

■ Chương trình

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

DIỄN TIẾN BỆNH VÀ XỬ TRÍ SAU PHẪU THUẬT						
DẤU HIỆU		N1	N2	N3	.....	Nn
Lâm sàng	Dấu hiệu sinh tồn	Huyết áp				
		Mạch				
		Nhiệt độ				
		Nhịp thở				
	Tri giác	☐	☐	☐	☐	☐
	Tình trạng bụng	☐	☐	☐	☐	☐
	Vết mổ	☐	☐	☐	☐	☐
Ống dẫn lưu	☐	☐	☐	☐	☐	
Điều trị	Điều trị SAU phẫu thuật viêm túi mật cấp					
Chăm sóc	Cấp 2	☐	☐	☐	☐	☐
6. XUẤT VIỆN						
Tiêu chuẩn xuất viện	☐ Sinh hiệu ổn ☐ Bụng mềm ☐ Vết mổ khô		☐ Kiểm soát được tình trạng đau ☐ Siêu âm không có gì bất thường			
Tình trạng xuất viện	☐ Bệnh tình ☐ Sinh hiệu ổn		☐ Kết thúc qui trình ☐ Ra khỏi quy trình		Số ngày điều trị:	
Hướng điều trị tiếp theo	☐ Uống thuốc theo đơn ☐ Chế độ tự vệ sinh, chăm sóc		☐ Chế độ dinh dưỡng ☐ ☐ Tái khám theo hẹn			
7. QUẢN LÝ VÀ TƯ VẤN BỆNH NHÂN						
☐ Thông tin GDSK	Chế độ chăm sóc: ☐ Thay băng vết mổ hàng ngày tại cơ sở y tế. Chế độ dinh dưỡng: ☐ Ăn uống nhiều chất xơ, dễ tiêu					
☐ Hẹn tái khám: ngày.....tháng.....năm.....; Phòng khám số: hoặc khi đau bụng.						

8. PHỤ LỤC

Phụ lục 1: Viêm túi mật cấp

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

II. NGUYÊN NHÂN:

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

III. DẤU HIỆU LÂM SÀNG.

1. Giai đoạn 1 (Túi mật căng to)

- Đau bụng vùng thượng vị quặn từng cơn
- Ói (không buồn nôn)

2. Giai đoạn 2 (Viêm túi mật mủ)

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

3. Giai đoạn 3 (Túi mật hoại tử)

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

4. Giai đoạn 4 (Thủng túi mật)

- Trung bình thời gian thủng túi mật 48-72h, sớm hơn với bệnh nhân ĐTĐ, bệnh tạo keo, viêm tắc động mạch v.v...

IV. CẬN LÂM SÀNG

1. Bạch cầu tăng, CRP tăng
2. Amygdales máu tăng ít
3. Bilirubin huyết thanh có thể tăng < 60mmol/l do hội chứng Mirrizzin, >60mmol/l thường do sỏi ống mật chủ.
4. X Quang bụng không chuẩn bị: 10 - 15% thấy sỏi (phân biệt sỏi thận). Có thể thấy mực nước hơi trong túi mật.
5. CT Scan: là một chẩn đoán có giá trị cao, nhưng không phải XN đầu tay
6. MRI: giá trị chẩn đoán cao, xác định vị trí giải phẫu, mật độ, cấu trúc sỏi, độ nhạy 96.5%, độ đặc hiệu 97.7%
7. Siêu âm: độ nhạy sỏi mật ngoài gan 95.9%, thành túi mật dày > 3mm, đường kính ngang túi mật > 4cm, đường kính dọc > 8cm.

V. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

(Tokyo Guidelines 2006):

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

VI. PHÂN LOẠI THEO CẤP ĐỘ (Theo TOKYO guideline 2013)

1. Cấp I (VTM NHẸ)

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

2. Cấp II (VTM TRUNG BÌNH)

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

- Thời gian xuất hiện triệu chứng > 72h

- Sờ được khối mass ở ¼ bụng trên bên P
- Viêm phúc mạc khu trú do túi mật hoại tử, apex túi mật
- Bạch cầu tăng > 18.000/ml

3. Cấp III (VTM NẶNG)

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

- Rối loạn chức năng tim mạch (hạ HA cần điều trị với dopamine $\geq 5\text{mcg/kg/phút}$ hoặc liều bất kỳ Dopamine)
- Rối loạn chức năng thần kinh (giảm mức độ ý thức)
- Rối loạn chức năng hô hấp (tỷ lệ $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$)
- Rối loạn chức năng thận (thiếu niệu, creatinin > 2mg/dl)
- Rối loạn chức năng gan (PT INR > 1.5)
- Rối loạn huyết học (tiểu cầu giảm < 100.000/mm³)

VII. ĐIỀU TRỊ

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

1. Nội khoa

❖ Mức độ nhẹ và mức độ vừa:

- Nhịn ăn, đặt sonde mũi – dạ dày
- Truyền dịch đường tĩnh mạch
- Dùng thuốc ức chế phó giao cảm (như Atropin, Propanthelin) để ức chế thần kinh X (giảm tiết acid, giảm co thắt cơ vòng Oddi và co bóp túi mật).
- Theo dõi công thức máu mỗi 6 giờ, theo dõi nhiệt độ mỗi 2 giờ, theo dõi khám bụng mỗi 2 -3 giờ.
- Nếu bệnh nhân qua cơn đau cũng nên sắp xếp mổ chương trình sớm.

❖ Mức độ vừa không đáp ứng và mức độ nặng:

- Mức độ nhẹ và mức độ vừa đáp ứng.
- Bổ sung các xét nghiệm để đánh giá các bệnh lý đi kèm.

- Dùng kháng sinh phổ rộng bằng đường toàn thân để hạn chế nhiễm trùng nhất là các bệnh nhân già trên 70 tuổi, bệnh nhân có tiểu đường...(Cephalosporin thế hệ 3, Beta-lactam + Metronidazol).

2. Ngoại khoa

- Nếu bệnh nhân già yếu, suy kiệt nặng, đến muộn, nhiễm độc nặng, có bệnh mạn tính như tiểu đường, lao phổi, bệnh tim mạch...và nếu túi mật không viêm nặng lắm thì dẫn lưu túi mật.
- Nếu bệnh nhân trẻ, thể trạng tốt, mổ sớm trước 48 giờ và túi mật viêm nặng (nung mủ hay hoại tử) thì nên cắt túi mật.
- Thời gian để chuyển mổ nội soi sang mổ hở cắt túi mật:
 - + Khi phẫu thuật nội soi gặp khó khăn (tùy theo khả năng của phẫu thuật viên nội soi), bác sĩ phẫu thuật không ngần ngại chuyển sang mổ mở. (Không phải là bất lợi cho bệnh nhân mà là ngăn chặn tai biến và biến chứng khi phẫu thuật nội soi cắt túi mật khó khăn).
- Thời gian để mổ cắt túi mật sau mổ dẫn lưu túi mật ra da:
 - + Thực hiện vài ngày sau khi dẫn lưu túi mật ra da
 - + Tình trạng bệnh nhân cải thiện sau dẫn lưu
 - + Không có biến chứng của dẫn lưu: tụ máu, áp xe, viêm phúc mạc mật, tràn dịch màng phổi v.v...
- Biến chứng phẫu thuật:
 - + Tồn thương đường mật và các cơ quan khác.
 - + Nhiễm trùng vết mổ, tắc ruột, chảy máu, xẹp phổi, thuyên tắc mạch do huyết khối, nhiễm trùng tiểu.

Tài liệu tham khảo:

1. Sỏi đường mật, Nguyễn Đình Hối – Nguyễn Mậu Anh, 2012.
2. Diagnostic criteria and severity assessment of acute cholecystitis: Tokyo Guidelines.

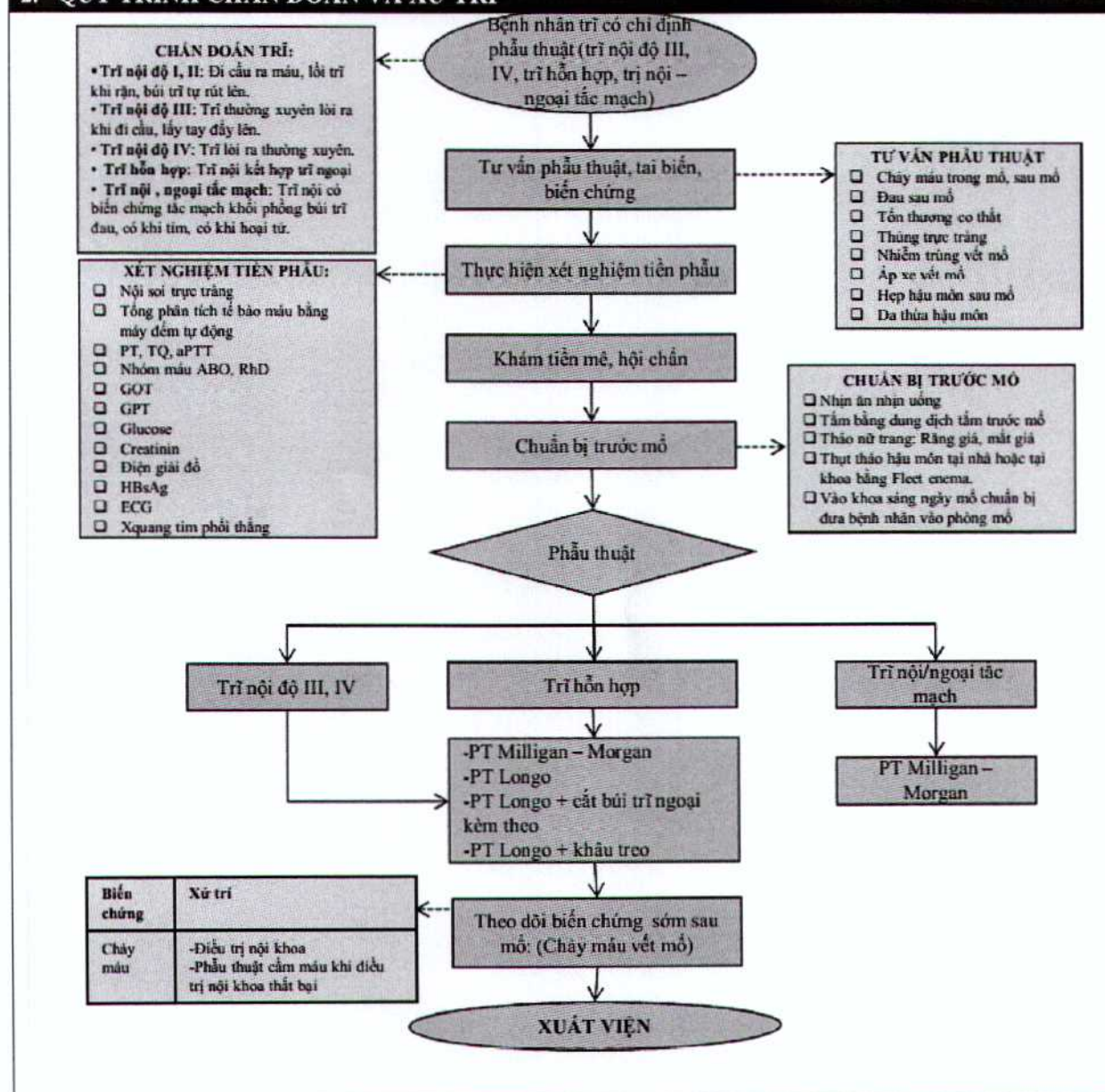
QUY TRÌNH CHUYÊN MÔN KCB BỆNH TRĩ CỎ CAN THIỆP NGOẠI KHOA	Họ và tên BN: Ngày sinh: Giới: Địa chỉ: Số phòng: Số giường: Mã BN/Số HSBA:
---	---

Lưu ý: Đánh dấu sự lựa chọn ("✓" : có/ "X" : không) vào ô ☐. Khoang tròn ○ nếu lựa chọn nội dung;
 (X) xem thêm chi tiết nội dung trong phụ lục x tương ứng.

1. ĐÁNH GIÁ TRƯỚC KHI VÀO QUY TRÌNH

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

2. QUY TRÌNH CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ



3. NGUYÊN TẮC CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

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

4. CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN LOẠI

Trĩ nội	☐ Búi trĩ lồi khi rặn, ho, tụt rút lên hoặc phải đẩy lên...
	☐ Búi trĩ có niêm-mạc phủ chủ yếu
Trĩ ngoại	☐ Búi trĩ thường xuyên hiện diện, không đẩy lên được
	☐ Búi trĩ thường là da phủ chủ yếu.
Trĩ hỗn hợp	☐ Trĩ nội kết hợp với trĩ ngoại

DIỄN TIẾN BỆNH VÀ XỬ TRÍ TRƯỚC PHẪU THUẬT

DẤU HIỆU		N1	N2	N3	.....	Nn
Lâm sàng	Toàn thân					
	Dấu hiệu sinh tồn	Huyết áp	☐	☐	☐	☐
		Mạch	☐	☐	☐	☐
		Nhiệt độ	☐	☐	☐	☐
		Nhịp thở	☐	☐	☐	☐
	Tri giác		☐	☐	☐	☐
	Các dấu hiệu toàn thân khác (nôn, ói, ho, táo bón)		☐	☐	☐	☐
	Chuyên khoa					
	Búi trĩ vùng hậu môn lồi		☐	☐	☐	☐
	Búi trĩ đau, chảy máu,...		☐	☐	☐	☐
Cận lâm sàng	Khó chịu vùng hậu môn		☐	☐	☐	☐
	Triệu chứng khác (ghi rõ):		☐	☐	☐	☐
	Nội soi trực tràng		☐	☐	☐	☐
	Tổng phân tích tế bào máu bằng máy đếm tự động		☐	☐	☐	☐
	PT, TQ, aPTT		☐	☐	☐	☐
	Nhóm máu ABO, RhD		☐	☐	☐	☐
	GOT		☐	☐	☐	☐
	GPT		☐	☐	☐	☐
	Glucose máu		☐	☐	☐	☐
	Creatinine máu		☐	☐	☐	☐
	Điện giải đồ		☐	☐	☐	☐
	HBsAg		☐	☐	☐	☐
	ECG		☐	☐	☐	☐
	Xquang tim phổi thẳng		☐	☐	☐	☐
Điều trị	Theo phác đồ A (Phụ lục 6)					
Chăm sóc	Cấp 3					

5. PHẪU THUẬT							
Phương pháp phẫu thuật	Cấp cứu	☐ Phương pháp Milligan-Morgan ☐ Phương pháp Longo					
	Chương trình	☐ Phương pháp Milligan-Morgan ☐ Phương pháp Longo					
Phương pháp vô cảm	☐ Gây tê tùy sống	☐ Gây mê toàn thân	☐ Khác:.....				
Chẩn đoán sau phẫu thuật	☐ Phù hợp	☐ Không phù hợp	☐ Cụ thể:.....				
Tai biến / Biến chứng	☐ Chảy máu trong mổ		☐ Thủng trực-tràng				
	☐ Chảy máu vết mổ		☐ Nhiễm trùng vết mổ				
	☐ Đứt cơ thắt		☐ Khác:.....				
Thời gian phẫu thuật							
DIỄN TIẾN BỆNH VÀ XỬ TRÍ SAU PHẪU THUẬT							
DẤU HIỆU		N1	N2	N3	.....	Nn	
Lâm sàng	Toàn thân						
	Dấu hiệu sinh tồn	Huyết áp	☐	☐	☐	☐	☐
		Mạch	☐	☐	☐	☐	☐
		Nhiệt độ	☐	☐	☐	☐	☐
		Nhịp thở	☐	☐	☐	☐	☐
	Tri giác		☐	☐	☐	☐	☐
	Các dấu hiệu toàn thân khác (nôn ói, ho, táo bón)		☐	☐	☐	☐	☐
	Chuyên khoa						
	Đau vết mổ		☐	☐	☐	☐	☐
	Chảy máu vết mổ		☐	☐	☐	☐	☐
	Dịch thấm vết mổ		☐	☐	☐	☐	☐
	Sung nề vết mổ		☐	☐	☐	☐	☐
Nhiễm trùng vết mổ		☐	☐	☐	☐	☐	
Khác (ghi rõ):							
Điều trị	Theo phác đồ B (Phụ lục 7)						
Chăm sóc	Cấp 3						
6. XUẤT VIỆN							
Tiêu chuẩn xuất viện	☐ Vết mổ khô, giảm đau ☐ Đi cầu ít đau, ít hoặc không chảy máu ☐ Khác:.....		☐ Không sốt ☐ Bệnh nhân tự đi lại, sinh hoạt cá nhân				
Tình trạng xuất viện	☐ Khỏi bệnh ☐ Sinh hiệu ổn		☐ Bệnh tình ☐ Kết thúc qui trình				
Hướng điều trị tiếp theo	☐ Ngâm rửa hậu-môn ☐ Uống thuốc theo toa		☐ Tái khám theo hẹn ☐ Chế độ dinh dưỡng				
Số ngày điều trị:							
7. QUẢN LÝ VÀ TƯ VẤN BỆNH NHÂN							
☐ Thông tin GDSK	☐ Hạn chế làm việc nặng, gắng sức ☐ Hạn chế ngồi lâu, đứng lâu		☐ Táo bón ☐ Khác:.....				
	☐ Hẹn tái khám: ngày.....tháng.....năm.....; Phòng khám số:						

8. PHỤ LỤC

QUẢN LÝ VÀ GIÁO DỤC BỆNH NHÂN

1. Chế độ chăm sóc:

- Ngâm hậu môn bằng nước ấm có hoặc không pha muối hoặc betadin

- Rửa vết mổ hàng ngày tại cơ sở y tế

2. Chế độ dinh dưỡng:

- Ăn uống nhiều chất xơ, dễ tiêu (rau, chuối, khoai tây...)

- Uống nhiều nước

- Cữ ăn chất cay (tiêu, ớt...)

3. Chế độ làm việc & hoạt động:

- Hạn chế đứng lâu ngồi lâu: Nghỉ ngơi giữa giờ khoảng 15 phút sau 45 phút làm việc, nằm gác chân cao

- Tập thói quen đi cầu mỗi ngày đúng giờ (1 lần/ngày)

4. Tái khám:

- Tái khám 1 tuần sau mổ hoặc khi đau nhiều, chảy máu nhiều khi đi cầu.

- Sưng nề vùng hậu môn.

- Uống thuốc tiếp tục sau mổ Longo

- Tái khám khi đi cầu khó sau mổ.

PHÁC ĐỒ A

➤ Dịch truyền

Lactate Ringer 500ml

Natricloride 0,9% 500ml

Glucose 5% 500ml

➤ Kháng sinh

CEPHALOSPORIN

Basultam 2g+1g 1lọ TMC x 2 lần/ngày

Ceftazidime 2g 1lọ TMC x 2 lần/ngày

Suprapime 1g 1lọ TMC x 2 lần/ngày

Chống vi khuẩn kỵ khí

Metronidazole 500mg 1chai TTM x 2 lần/ngày

➤ PPI

Rabeloc 20mg1lọ TMC 1 lần/ngày

Faditac 20mg 1lọ TMC 1 lần/ngày

Biticans 40mg 1lọ TMC 1 lần/ngày

➤ NSAID

Mobic 15mg 1A TB x 2 lần/ngày

Voltaren 75mg 1A TB x 2 lần/ngày

➤ Giảm đau

Paracetamol 1g 1chai TTM x 4 lần/ngày

PHÁC ĐỒ B

➤ Dịch truyền

Lactate Ringer 500ml

Natricloride 0,9% 500ml

Glucose 5% 500ml

➤ Kháng sinh

CEPHALOSPORIN

Basultam 2g+1g 1lọ TMC x 2 lần/ngày

Ceftazidime 2g 1lọ TMC x 2 lần/ngày

Suprapime 1g 1lọ TMC x 2 lần/ngày

FLUOROQUINOLON

Ciprofloxacin 200mg1chai TTM x 2 lần/ngày

Levofloxacin 750mg 1chai TTM 1 lần/ngày

Chống vi khuẩn kỵ khí

Metronidazole 500mg1chai TTM x 2 lần/ngày

➤ PPI

Rabeloc 20mg1lọ TMC 1 lần/ngày

Faditac 20mg 1lọ TMC 1 lần/ngày

Biticans 40mg 1lọ TMC 1 lần/ngày

➤ NSAID

Mobic 15mg 1A TB x 2 lần/ngày

Voltaren 75mg 1A TB x 2 lần/ngày

➤ Giảm đau

Paracetamol 1g 1chai TTM x 4 lần/ngày

➤ Cầm máu

Cammic 250mg 2A TMC x 2 lần/ngày

Phụ lục 4:
PHẪU THUẬT LONGO

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

Trĩ độ III

Có thể độ IV

Trĩ hỗn hợp có tạo vòng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Trĩ tắc mạch, apxe hậu môn kèm theo.

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Cán bộ chuyên khoa:

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

2. Phương tiện

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

Bộ dụng cụ phẫu thuật hậu môn, máy cắt nối tự động (PPH03, EEA33,...), dao điện (đơn cực, dao siêu âm, dao Ligasure, ...) máy hút, chỉ chậm tiêu 3.0, chỉ silk1.0, chỉ không tiêu Prolene 2.0, gel bôi trơn, xanh methylen.

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

3. Người bệnh

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

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

Thực hiện các XÉT NGHIỆM cần thiết theo qui định.

Nội soi trực tràng nên làm để loại trừ hoặc phát hiện các bệnh lý khác kèm theo

Có thể phẫu thuật trong ngày

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

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

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

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

4. Hồ sơ bệnh án

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

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

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

Bấm máy cắt nối tự động.

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

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

Kiểm tra ghi nhân phần niêm mạc được cắt bỏ.

Có thể cắt bớt da thừa kèm theo.

Có thể chích Xanh Methylen giảm đau sau mổ.

Phụ lục 5:

PHẪU THUẬT CẮT TRĨ PHƯƠNG PHÁP MILLIGAN-MORGAN

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

Trĩ độ III, độ IV, trĩ hỗn hợp

Trĩ ngoại tắc mạch, huyết khối.

Trĩ đã điều trị bằng phương pháp khác thất bại.

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có CHỐNG CHỈ ĐỊNH tuyệt đối.

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Cán bộ chuyên khoa:

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

2. Phương tiện:

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

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

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

3. Người bệnh:

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

Thực hiện các XÉT NGHIỆM cần thiết theo qui định.

Có thể phẫu thuật trong ngày

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

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

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

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

4. Hồ sơ bệnh án:

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

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

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

Lấy các búi trĩ phụ.

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

Kiểm tra đứt lộn 2 ngón tay.

Cầm máu, băng ép.

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

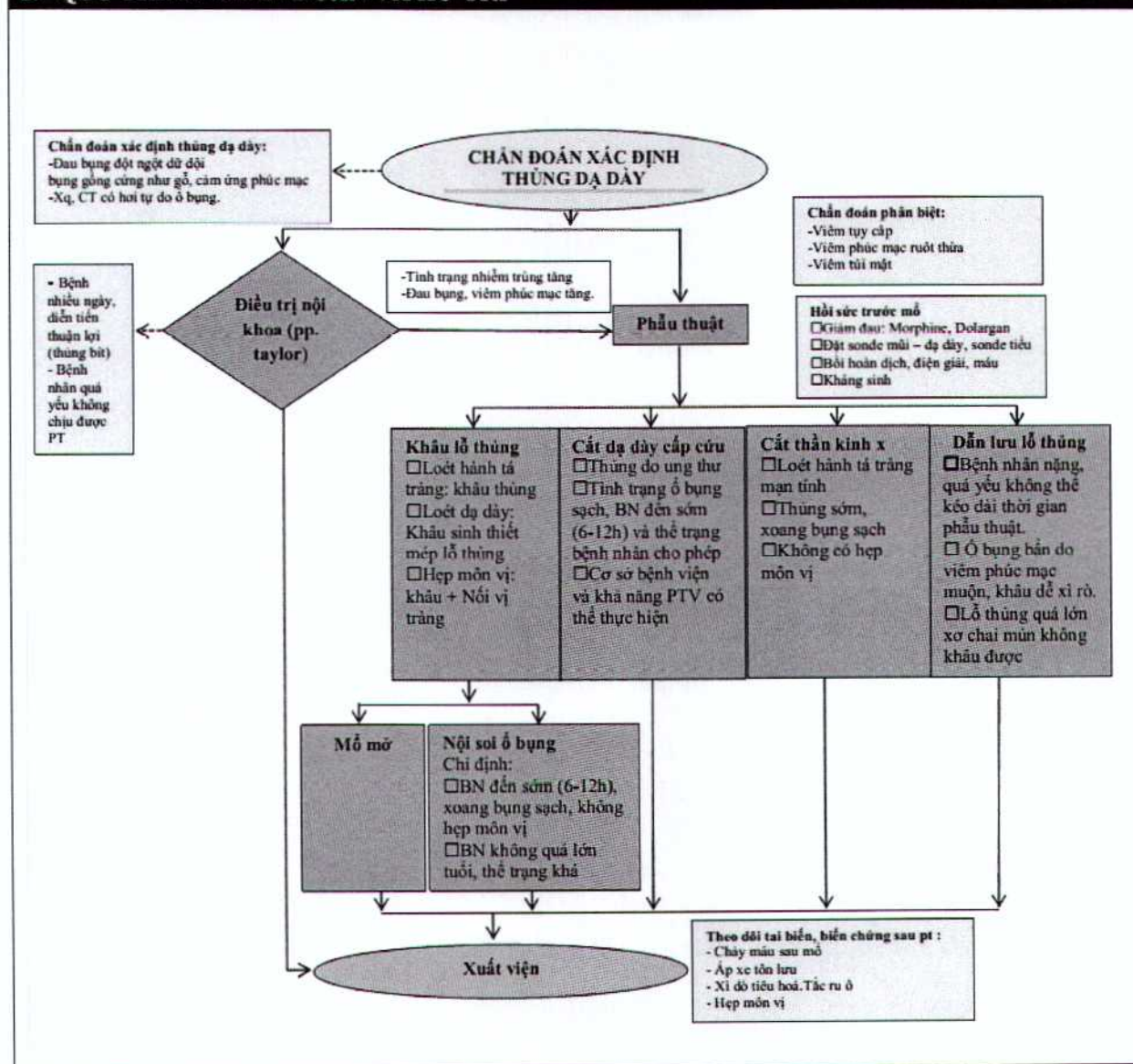
 QUY TRÌNH CHUYÊN MÔN KCB THÙNG Ồ LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG	Họ và tên BN: Ngày sinh: Giới: Địa chỉ: Số phòng: Số giường: Mã BN/Số HSBA:
---	---

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

1. ĐÁNH GIÁ TRƯỚC KHI VÀO QUY TRÌNH

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

2. QUY TRÌNH CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ



3. NGUYÊN TẮC CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị

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

4. XỬ TRÍ CẤP CỨU NGOẠI KHOA

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

5. CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN LOẠI

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

DIỄN TIẾN BỆNH VÀ XỬ TRÍ TRƯỚC PHẪU THUẬT							
DẤU HIỆU		N1	N2	N3	.....	Nn	
Lâm sàng	Toàn thân						
	Dấu hiệu sinh tồn	Huyết áp					
		Mạch					
		Nhiệt độ					
	Tình trạng bụng	☐	☐	☐	☐	☐	
	Vết mổ	☐	☐	☐	☐	☐	
Triệu chứng khác:	☐	☐	☐	☐	☐		
Cận lâm sàng	Siêu âm tổng quát	☐	☐	☐	☐	☐	
	XQ bụng đứng	☐	☐	☐	☐	☐	
	Ct bụng	☐	☐	☐	☐	☐	
	XQ tim phổi	☐	☐	☐	☐	☐	
	ECG	☐	☐	☐	☐	☐	
	Tổng phân tích tế bào máu	☐	☐	☐	☐	☐	
	Nhóm máu ABO, RhD	☐	☐	☐	☐	☐	
	PT, APTT	☐	☐	☐	☐	☐	
	GOT, GPT	☐	☐	☐	☐	☐	
	URE., Creatinin máu	☐	☐	☐	☐	☐	
	Glucose máu	☐	☐	☐	☐	☐	
	Amylase máu	☐	☐	☐	☐	☐	
	Điện giải đồ (Na ⁺ , K ⁺ , Cl ⁻)	☐	☐	☐	☐	☐	
	Protein, albumin/máu	☐	☐	☐	☐	☐	
	HBsAg	☐	☐	☐	☐	☐	
	Anti HCV	☐	☐	☐	☐	☐	
	Test EV	☐	☐	☐	☐	☐	
	Xét nghiệm khác	☐	☐	☐	☐	☐	
	Điều trị	Theo phác đồ điều trị					
	Chăm sóc	Cấp 1					
6. PHẪU THUẬT							
Phương pháp phẫu thuật	☐ Khâu lỗ thủng, rửa bụng, dẫn lưu ổ bụng qua nội soi	☐ Mở mở khâu lỗ thủng, rửa bụng, dẫn lưu ổ bụng	☐ Cắt bán phần dạ dày				
Phương pháp vô cảm	☐ Gây mê toàn thân	☐ Gây mê toàn thân	☐ Gây mê toàn thân				
Chẩn đoán sau phẫu thuật	☐ Phù hợp	☐ Không phù hợp	☐ Cụ thể:				
Lượng máu mất							
Tai biến / Biến chứng	☐ Không	☐ Có	☐ Cụ thể:				
Thời gian phẫu thuật							

DIỄN TIẾN BỆNH VÀ XỬ TRÍ TRƯỚC PHẪU THUẬT							
DẤU HIỆU		N1	N2	N3	.....	Nn	
Lâm sàng	Toàn thân						
	Dấu hiệu sinh tồn	Huyết áp					
		Mạch					
		Nhiệt độ					
	Tình trạng bụng	☐	☐	☐	☐	☐	
	Đau khắp bụng, bụng gồng cứng, cảm ứng phúc mạc	☐	☐	☐	☐	☐	
	Gõ mất vùng đục trước gan	☐	☐	☐	☐	☐	
Gõ đục vùng thấp	☐	☐	☐	☐	☐		
Cận lâm sàng	Siêu âm tổng quát	☐	☐	☐	☐	☐	
	XQ bụng đứng	☐	☐	☐	☐	☐	
	Ct bụng	☐	☐	☐	☐	☐	
	XQ tim phổi	☐	☐	☐	☐	☐	
	ECG	☐	☐	☐	☐	☐	
	Tổng phân tích tế bào máu	☐	☐	☐	☐	☐	
	Nhóm máu ABO, RhD	☐	☐	☐	☐	☐	
	PT, APTT	☐	☐	☐	☐	☐	
	GOT, GPT	☐	☐	☐	☐	☐	
	URE.\, Creatinin máu	☐	☐	☐	☐	☐	
	Glucose máu	☐	☐	☐	☐	☐	
	Amylase máu	☐	☐	☐	☐	☐	
	Điện giải đồ (Na ⁺ , K ⁺ , Cl ⁻)	☐	☐	☐	☐	☐	
	Protein, albumin/máu	☐	☐	☐	☐	☐	
	HBsAg	☐	☐	☐	☐	☐	
	Anti HCV	☐	☐	☐	☐	☐	
	Test EV	☐	☐	☐	☐	☐	
Xét nghiệm khác	☐	☐	☐	☐	☐		
Điều trị	Theo phác đồ điều trị						
Chăm sóc	Cấp 1						

7. XUẤT VIỆN

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

8. QUẢN LÝ VÀ TƯ VẤN BỆNH NHÂN

☐ Thông tin GDSK (Phụ lục 2)	☐ Không tự mua uống giảm đau không có chỉ dẫn của BS ☐ Điều trị triệt để viêm dạ dày và HP
☐ Hẹn tái khám: ngày.....tháng.....năm.....; Phòng khám số:	

9. PHỤ LỤC

PHỤ LỤC 1	
PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ	
Bù dịch	☐ Lactat Ringer ☐ Natri Chloride 0.9% ☐ Glucose 5% ☐ Đạm ☐ Mỡ
Kháng sinh	☐ Khi chưa có kết quả kháng sinh đồ: CEPHALOSPORIN Basultam 1g+1g 1lọ TMC x 2 lần/ngày Ceftazidime 2g 1lọ TMC x 2 lần/ngày Suprapime 1g 1lọ TMC x 2 lần/ngày FLUOROQUINOLO Ciprofloxacin 200mg1chai TTM x 2 lần/ngày Levofloxacin 750mg 1chai TTM 1 lần/ngày CARBAPENEM Ertapenem (Invanz) 1g pha 100ml NaCl 0.9% TTM, 1 lần/ ngày Tienam 0,5+0,5g 1lọ phaNaCl 0,9% TTM x 2 lần/ngày Chống vi khuẩn kỵ khí Metronidazol, 0.5g, TTM 1 chai x 2 lần/ ngày ☐ Có kháng sinh đồ: Theo kết quả kháng sinh đồ
Giảm đau	☐ Morphine ☐ Tramadol ☐ Paracetamol
Kháng tiết	☐ PPI ☐ Ức chế H ⁺

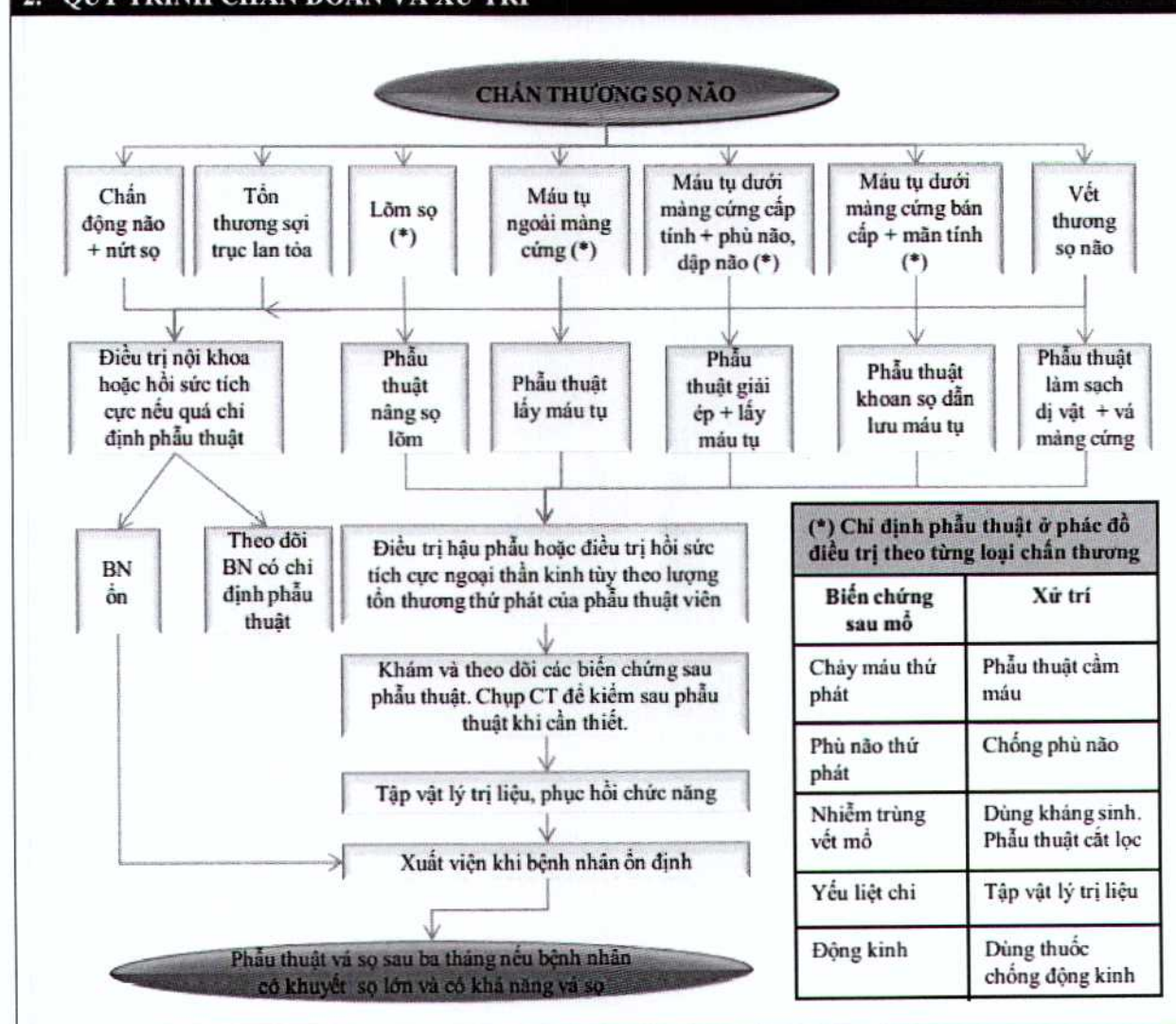
QUY TRÌNH CHUYÊN MÔN KCB CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO	Họ và tên NB: Ngày sinh: Giới: Địa chỉ: Số phòng: Số giường: Mã NB/Số HSBA:
---	---

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

1. ĐÁNH GIÁ TRƯỚC KHI VÀO QUY TRÌNH

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

2. QUY TRÌNH CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ



3. NGUYÊN TẮC CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

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

4. XỬ TRÍ CẤP CỨU

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

5. CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN LOẠI

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

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

Chú ý: các thương tổn này có thể kết hợp với nhau xuất hiện cùng 1 vị trí hoặc ở những vị trí khác nhau tùy theo cơ chế chấn thương.

DIỄN TIẾN BỆNH VÀ XỬ TRÍ TRƯỚC PHẪU THUẬT							
DẤU HIỆU		N1	N2	N3	.....	Nn	
Lâm sàng	GSC (Glasgow coma scale)						
	Dấu hiệu sinh tồn	Huyết áp	☐	☐	☐	☐	☐
		Mạch	☐	☐	☐	☐	☐
		Nhiệt độ	☐	☐	☐	☐	☐
		Nhịp thở	☐	☐	☐	☐	☐
	Đau đầu		☐	☐	☐	☐	
	Nôn ói		☐	☐	☐	☐	
	Chóng mặt		☐	☐	☐	☐	
	Dò dịch não tủy qua đường mũi		☐	☐	☐	☐	
	Dò dịch não tủy hoặc máu qua đường tai		☐	☐	☐	☐	
	Đồng tử		☐	☐	☐	☐	
	Dấu thần kinh khu trú		☐	☐	☐	☐	
Cận lâm sàng	Chụp CT-Scanner		☐	☐	☐	☐	
	Điện giải đồ (Na^+ , Cl^- , K^+ , Ca^{2+})		☐	☐	☐	☐	
	Tổng phân tích tế bào máu		☐	☐	☐	☐	
	Đường huyết		☐	☐	☐	☐	
	Nhóm máu ABO, Rh(D)		☐	☐	☐	☐	
	Thời gian máu chảy máu đông (TS-TC) hoặc Prothrombin (PT,TQ)		☐	☐	☐	☐	
	Protein toàn phần		☐	☐	☐	☐	
	Creatinin		☐	☐	☐	☐	
	ECG		☐	☐	☐	☐	
	XQ tim phổi		☐	☐	☐	☐	
	Khí máu động mạch		☐	☐	☐	☐	
	Khác:		☐	☐	☐	☐	
	Điều trị	Nội khoa	☐ Dịch truyền ☐ Giảm đau ☐ Cầm máu ☐ Chống đông kinh ☐ Chống phù não (nếu có phù não)				
Kháng sinh		(Tuân thủ theo phác đồ)					
Chăm sóc	☐ Theo dõi sát sao sinh hiệu và tri giác mỗi 30 phút đến 1h/1 lần ☐ Hạn chế đi lại ☐ Làm thông thoáng đường thở ☐ Dinh dưỡng cho BN qua đường tự nhiên ☐ Nằm đầu cao 30 độ ☐ Dinh dưỡng cho BN qua đường tĩnh mạch ☐ Vật lý trị liệu khi bệnh nhân có di chứng chấn thương sọ não ☐ Xoay trở chống loét ☐ Tập hô hấp cho bệnh nhân nằm lâu để chống xẹp phổi ☐ Chống teo cơ cứng khớp						

6. PHẪU THUẬT						
Phương pháp phẫu thuật	☐ Nâng sọ lõm					
	☐ Mở sọ lấy máu tụ cầm máu			☐ Đặt lại nắp sọ		
	☐ Mở sọ giải áp lấy máu tụ, cầm máu			☐ Không đặt lại nắp sọ		
	☐ Khoan sọ dẫn lưu máu tụ					
	☐ Làm sạch vết thương		☐ Cầm máu		☐ Vá màng cứng	
	☐ Mở sọ giải áp		☐ Lấy máu tụ		☐ Cầm máu	
	☐ Không đặt lại nắp sọ					
☐ Lấy não dập		☐ Máu tụ đi kèm		☐ Cầm máu		
Phương pháp vô cảm	☐ Gây mê nội khí quản					
Chẩn đoán sau phẫu thuật	☐ Phù hợp		☐ Không phù hợp		☐ Cụ thể:.....	
Tai biến / Biến chứng	☐ Không		☐ Có			
Thời gian phẫu thuật						
DIỄN TIẾN BỆNH VÀ XỬ TRÍ TẠI PHÒNG MÓ						
DẤU HIỆU			Giờ	Giờ	Giờ	Giờ
Lâm sàng	GSC (Glasgow coma scale)					
	Dấu hiệu sinh tồn	Huyết áp				
		Mạch				
		Nhiệt độ				
		Nhịp thở				
	Đau đầu		☐	☐	☐	☐
	Nôn ói		☐	☐	☐	☐
	Chóng mặt		☐	☐	☐	☐
	Dò dịch não tủy qua đường mũi		☐	☐	☐	☐
	Dò dịch não tủy hoặc máu qua đường tai		☐	☐	☐	☐
Đồng tử		☐	☐	☐	☐	
SpO2, PaCO2						
Dấu thần kinh khu trú		☐	☐	☐	☐	
Cận lâm sàng	Chụp CT-Scanner		☐	☐	☐	☐
	Tổng phân tích tế bào máu		☐	☐	☐	☐
	Đường huyết		☐	☐	☐	☐
	Creatinin		☐	☐	☐	☐
	ECG		☐	☐	☐	☐
	Khí máu động mạch		☐	☐	☐	☐
	Khác:		☐	☐	☐	☐
Điều trị	Nội khoa	☐ Dịch truyền ☐ Giảm đau ☐ Cầm máu ☐ Chống động kinh ☐ Chống phù não (nếu có phù não)				
	Kháng sinh	(Tuân thủ theo phác đồ)				
Chăm sóc	☐ Theo dõi sát sao sinh hiệu và tri giác mỗi 30 phút đến 1h/1 lần ☐ Hạn chế đi lại ☐ Rút nội khí quản ☐ Nằm đầu cao 30 độ ☐ Dinh dưỡng cho BN qua đường tĩnh mạch					

DIỄN TIẾN BỆNH VÀ XỬ TRÍ SAU PHẪU THUẬT							
DẤU HIỆU			N1	N2	N3	.....	Nn
Lâm sàng	Dấu hiệu sinh tồn	Huyết áp	☐	☐	☐	☐	☐
		Mạch	☐	☐	☐	☐	☐
		Nhiệt độ	☐	☐	☐	☐	☐
		Nhịp thở	☐	☐	☐	☐	☐
	Dau đầu	☐	☐	☐	☐	☐	
	Nôn ói	☐	☐	☐	☐	☐	
	Chóng mặt	☐	☐	☐	☐	☐	
	Dò dịch não tủy qua đường mũi	☐	☐	☐	☐	☐	
	Dò dịch não tủy hoặc máu qua đường tai	☐	☐	☐	☐	☐	
	Đồng tử	☐	☐	☐	☐	☐	
Dấu thần kinh khu trú	☐	☐	☐	☐	☐		
Cận lâm sàng	Chụp CT-Scanner		☐	☐	☐	☐	☐
	Tổng phân tích tế bào máu		☐	☐	☐	☐	☐
	Đường huyết		☐	☐	☐	☐	☐
	Thời gian máu chảy máu đông (TS-TC) hoặc Prothrombin (PT, TQ)		☐	☐	☐	☐	☐
	Protein toàn phần		☐	☐	☐	☐	☐
	Creatinin		☐	☐	☐	☐	☐
	ECG		☐	☐	☐	☐	☐
	XQ tim phổi		☐	☐	☐	☐	☐
	Khí máu động mạch		☐	☐	☐	☐	☐
	Khác:		☐	☐	☐	☐	☐
Điều trị	Nội khoa	☐ Dịch truyền ☐ Giảm đau ☐ Cầm máu ☐ Chống động kinh ☐ Chống phù não (nếu có phù não) ☐ An thần ☐ Tăng tuần hoàn máu não					
	Kháng sinh	(Tuân thủ theo phác đồ)					
Chăm sóc	☐ Theo dõi sát sao sinh hiệu và tri giác mỗi 30 phút đến 1h/1 lần ☐ Hạn chế đi lại ☐ Làm thông thoáng đường thở ☐ Dinh dưỡng cho BN qua đường tự nhiên ☐ Nằm đầu cao 30 độ ☐ Dinh dưỡng cho BN qua đường tĩnh mạch ☐ Vật lý trị liệu khi bệnh nhân có di chứng chấn thương sọ não ☐ Xoay trở chống loét ☐ Tập hô hấp cho bệnh nhân nằm lâu để chống xẹp phổi ☐ Chống teo cơ cứng khớp						

7. XUẤT VIỆN

Tiêu chuẩn xuất viện

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

8. QUẢN LÝ VÀ TƯ VẤN BỆNH NHÂN

- ☐ Dặn dò bệnh nhân các dấu hiệu lâm sàng để bệnh nhân quay lại tái khám ngay hoặc tuân theo đúng lịch hẹn tái khám

Các dấu hiệu nguy hiểm cần được theo dõi và đưa bệnh nhân kịp thời đến bệnh viện gần nhất:

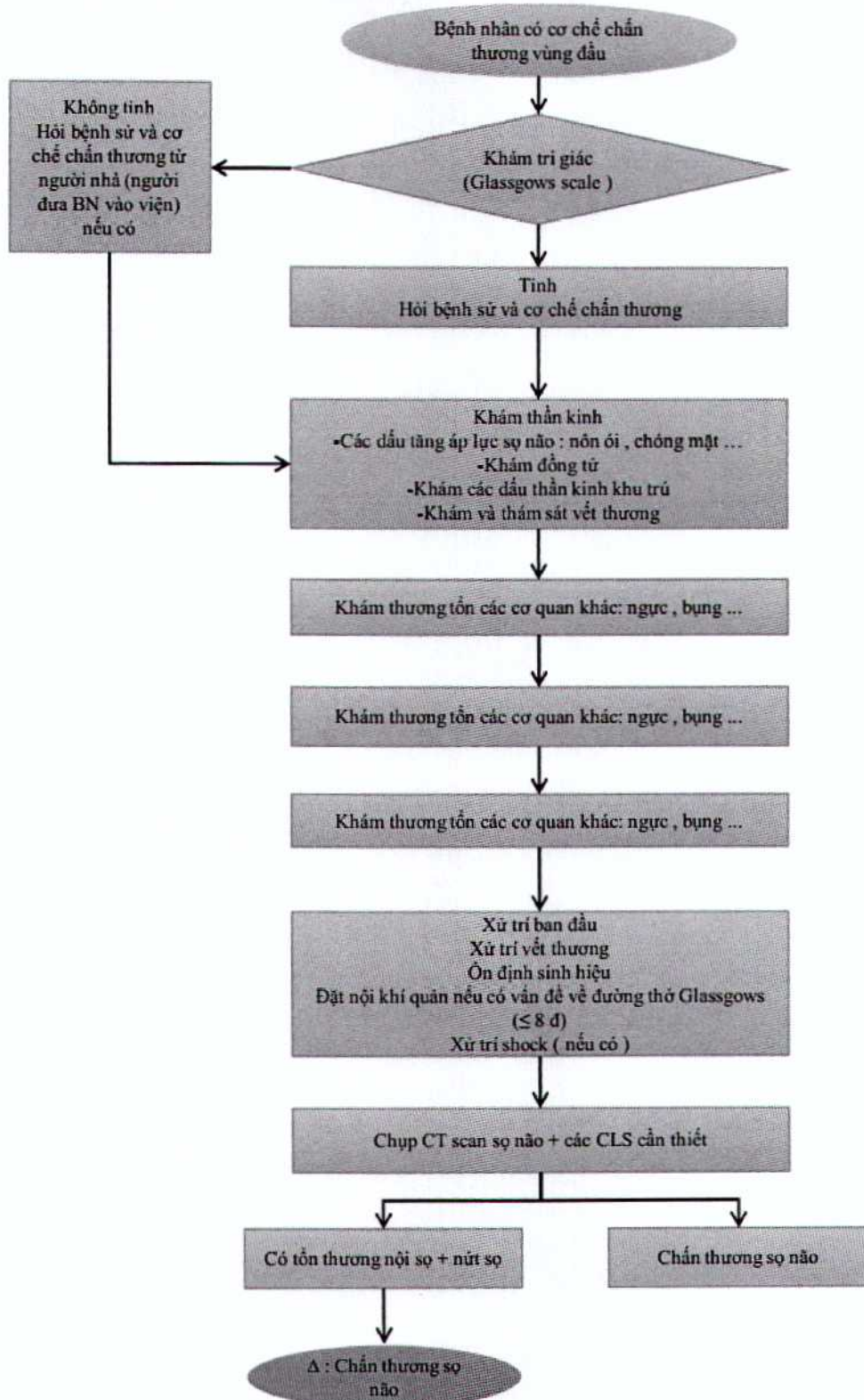
- ☐ Tình trạng lúc mê , lúc tỉnh
- ☐ Ngủ mê, kêu không thức dậy
- ☐ Ói mửa nhiều lần
- ☐ Lỗ tai, lỗ mũi chảy nước trong, máu
- ☐ Nhức đầu dữ dội
- ☐ Co giật chân tay
- ☐ Sưng lớn nơi da đầu

- ☐ Có thể giáo dục bệnh nhân thấy được sự nguy hiểm cũng như biến chứng của chấn thương sọ não để BN nghiêm túc hơn trong vấn đề về an toàn giao thông hay an toàn lao động.

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

9. PHỤ LỤC

PHỤ LỤC 1: CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO



PHỤ LỤC 2: QUY TRÌNH PHẪU THUẬT CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

I. Mục đích:

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

II. Chỉ định:

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

III. Chuẩn bị:

1. Phẫu thuật viên chuyên khoa thần kinh

- Chụp CT Scan.
- Nếu vết thương chảy máu nhiều thì băng ép, nằm cao đầu, hồi sức.

2. Phương tiện: Bộ phẫu thuật sọ não.

3. Người bệnh:

- Hồ sơ bệnh án theo qui định chung.
- Xét nghiệm tiền phẫu, X-Quang tim phổi thẳng, siêu âm bụng TQ, CT - scanner.

IV. Các bước tiến hành:

1. Lún sọ kín :

- Vô cảm: Gây mê nội khí quản.
- Kỹ thuật:
 - Rạch da có 2 cách:
 - Rạch vòng cung như mở sọ cách bờ lún 2-3 cm, đường rạch đủ rộng để thăm dò trách mắt thời gian và mất máu.
 - Rạch chữ S qua vùng lún sọ, áp dụng trong lỗm sọ nhỏ, khó khăn trong khi thăm dò để đánh giá tổn thương.
- Lấy bỏ xương vỡ:
 - Nếu đường vỡ quá khít nhau thì khoan nhiều lỗ để mở cửa sổ xương.
 - Nếu mảnh vỡ chồng lên nhau thì dùng kim lấy từng mảnh xương rời.
 - Giữ lại mảnh xương lớn còn dính màng xương và cố định vững chắc.
 - Trường hợp mảnh xương nhỏ rời nên lấy bỏ.

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

• Màng não:

- Nếu rách: vá lại hoặc vá bằng cân cơ thái dương tránh vỡ xương tiến triển ở trẻ em sau này
- Nếu màng não tím căng phải mở màng não kiểm tra.

2. Lún sọ hở:

- Vô cảm: mê nội khí quản
- Kỹ thuật:
 - Rạch da: như lún sọ kín, nhưng nếu vết thương rộng thì không cần rạch da chỉ cần cắt lọc.
 - Xương và màng não: như lún sọ kín, quan trọng là phải lấy bỏ dị vật và mảnh vụn.
- Lún sọ đặc biệt:
 - Lún sọ trên xoang tĩnh mạch dọc trên và xoang tĩnh mạch bên:
 - Rạch da theo kiểu mở sọ đủ rộng.
 - Trước khi nhấc xương lún: chuẩn bị miếng cơ thái dương hoặc surgicel để cầm máu xoang.
 - Nhấc mảnh xương nhẹ nhàng không làm tổn thương thêm xoang tĩnh mạch.
 - Lún sọ xoang trán:
 - Phải lấy hết niêm mạc xoang hoặc đốt điện, nhét spongel vào lỗ thông từ xoang trán xuống mũi.
 - Cố gắng giữ tối đa mảnh xương vì nhu cầu thẩm mỹ.

PHẪU THUẬT MÁU TỤ NGOÀI MÀNG CỨNG

I. Đại cương:

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

Chẩn đoán dựa vào: khoảng trống hay tri giác xấu dần, CT scanner.

II. Chỉ định:

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

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

III. Chống chỉ định:

Người bệnh đã ngừng thở không hồi phục. Mê sâu (GCS 3-4 điểm), 2 đồng tử giãn to đều, mất phản xạ ánh sáng.

IV. Chuẩn bị:

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

Phương tiện: bộ phẫu thuật sọ não.

❖ Người bệnh.

Cạo đầu nhẹ nhàng, không lắc đầu.

Đặt kim luồn truyền nhỏ giọt NaCl 0.9%.

Nội khí quản với bệnh nhân mê, cần hỗ trợ hô hấp.

❖ Các bước tiến hành:

Vô cảm: mê nội khí quản.

❖ Kỹ thuật:

Một số nguyên tắc chung:

Gội đầu bằng xà phòng sau cạo đầu, sát khuẩn bằng betadin.

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

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

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

Gây tê da đầu bằng Lidocain và adrenalin.

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

Mở xương: mở cửa sổ xương khi xác định vị trí máu tụ trên lều qua CT scanner sọ não. Khoan 1 lỗ rồi khoan rộng với máu tụ hố sau hay phẫu thuật thăm dò.

Mở hộp sọ:

Phẫu thuật viên và phụ đề vào 2 bên đường rạch, rạch da.

Nâng tách vật da và dọn vật da về phía có độn gác phía dưới.

Cắt cân, cơ, màng xương bằng dao điện theo đường vạch ra, dùng lóc xương tách màng xương sang hai bên.

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

Cửa xương: mở rộng lỗ khoan bằng dụng cụ thích hợp, tách màng cứng ra khỏi bản trong xương luồn dần cửa vừa tiến vừa quét sang hai bên và đi sát bản xương, cửa dè tay và không trùng dây cửa. dùng hai nẹp xương bẻ gấp cửa sổ xương về phía bản lè tránh làm tổn thương màng cứng. Gập xương sọ ở chỗ bản lè vừa đủ để đẩy cửa sổ không kên.

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

Cầm máu xương bằng sấp, cầm máu màng cứng bằng đốt điện, nước muối sinh lý ấm, oxy già, đặt surgicel và khâu màng cứng vào xương.

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

Đặt lại bản sọ.

Dẫn lưu ngoài màng cứng và dẫn lưu dưới da đầu vào lọ kín, rút sau 24-48h.

Khâu da đầu 2 lớp.

Với máu tụ ngoài màng cứng hố sau:

Rạch da theo đường thẳng (đọc) cắt đường vỡ xương hoặc khối máu tụ trên phim.

Rạch cơ bậc thang theo bám tận (ngang hoặc dọc thớ cơ)

Khoan sọ vùng chẩm và gập rộng xương.

Nếu máu tụ dưới lều đơn thuần thì làm tương tự trên.

Nếu máu tụ trên và dưới lều thì khoan thêm 1 lỗ bên trên và gập rộng về phía đỉnh để lại lỗ trên bám tận cơ bậc thang để treo màng cứng hay cầm máu xoang tĩnh mạch.

Các bước khác làm tương tự trên.

PHẪU THUẬT MÁU TỤ DƯỚI MÀNG CỨNG

I. Đại cương

Máu tụ dưới màng cứng thường là ở vùng trán và thái dương.

Nguồn chảy máu từ tĩnh mạch vỏ não nơi mạch máu đổ máu vào xoang tĩnh mạch dọc trên hoặc đứt tĩnh mạch cầu nối.

Máu tụ dưới màng cứng thường có đập nổi đi kèm nhưng cũng có thể đơn thuần.

Máu tụ dưới màng cứng có thể cấp hay mạn tính hay bán cấp.

Chẩn đoán dựa vào CT sọ não.

II. Chỉ định:

Máu tụ dưới màng cứng cấp hoặc bán cấp : phẫu thuật có chọn lọc chỉ phẫu thuật khi tri giác giảm từ 2-3 điểm trở lên, khối máu tụ lớn hay tiến triển đe dọa tụt não.

Máu tụ hồ sau mô khi có rối loạn hô hấp hay chèn ép não thất 4.

Máu tụ dưới màng cứng mạn: chỉ định phẫu thuật.

III. Chống chỉ định:

Người bệnh ngưng thở không hồi phục hôn mê quá mức.

GCS $\leq$ 3 điểm, đồng tử giãn rộng, mất PXAS, rối loạn thần kinh thực vật.

IV. Chuẩn bị:

Như máu tụ ngoài màng cứng.

Tiến hành:

Máu tụ cấp và bán cấp:

Vô cảm: mê nội khí quản.

V. Kỹ Thuật

Nguyên tắc chung: giống máu tụ ngoài màng cứng.

Mở hộp sọ:

Phẫu thuật viên và phụ đề vào 2 bên đường rạch, rạch da

Nâng tách vật da và dọn vật da về phía có độ gập phía dưới.

Cắt cân, cơ, màng xương bằng dao điện theo đường vạch ra, dùng lóc xương tách màng xương sang hai bên.

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

Cửa xương: như ngoài màng cứng.

Lấy máu tụ: mở màng cứng hình vòng cung hay hình sao, hút máu tụ, bơm NaCl 0.9% ấm để lấy hết máu tụ, cầm máu vỏ não, lấy hết máu tụ và não giáp.

Cầm máu vỏ não và nguồn chảy máu khác bằng dao điện, surgical.

Đóng màng cứng.

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

Đặt dẫn lưu (dẫn lưu này có thể rút sau 24h)

Gửi sọ ngăn hàng mô.

Lắp sọ sau 3 tháng.

PHẪU THUẬT MÁU TỤ DƯỚI MÀNG CỨNG BÀN CẤP

I. Đại cương:

Máu tụ DMC bán cấp phải được phẫu thuật cấp cứu hoặc trì hoãn cấp cứu.

Chẩn đoán dựa vào : Đau đầu nhiều hay tri giác xấu dần, CT scanner.

II. Chỉ định:

Phẫu thuật tuyệt đối:

Nếu có tổn thương não hoặc dấu hiệu thần kinh như giảm tri giác hay đau đầu nhiều

III. Chống chỉ định:

Người bệnh đã ngừng thở không hồi phục. Mê sâu (GCS 3-4 điểm), 2 dòng tử giãn to đều, mất phản xạ ánh sáng.

IV. Chuẩn bị:

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

Phương tiện: bộ phẫu thuật sọ não.

Người bệnh.

Cạo đầu nhẹ nhàng, không lác đầu.

Đặt kim luồn truyền nhỏ giọt NaCl 0.9%.

Nội khí quản với bệnh nhân mê, cần hỗ trợ hô hấp.

V. Các bước tiến hành:

Vô cảm; mê nội khí quản.

Kỹ thuật:

Một số nguyên tắc chung:

Gội đầu bằng xà phòng sau cạo đầu, sát khuẩn bằng betadin.

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

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

Vẽ đường vật da theo vị trí phẫu thuật theo đường hình móng ngựa

Gây tê da đầu bằng Lidocain và adrenalin.

Đường rạch vòng cung ở bán cầu có máu tụ

Mở xương: mở cửa sổ xương theo hình chữ nhật theo đường mổ

Mở hộp sọ:

Phẫu thuật viên và phụ đề vào 2 bên đường rạch, rạch da

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

Cắt cân, cơ, màng xương bằng dao điện theo đường vạch ra, dùng lóc xương tách màng xương sang hai bên.

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

Cửa xương: mở rộng lỗ khoan bằng dụng cụ thích hợp, tách màng cứng ra khỏi bản trong xương luồn đàn cửa vừa tiến vừa quét sang hai bên và đi sát bản xương, cửa đè tay và không trùng dây cửa. dùng hai nẹp xương bẻ gấp cửa sổ xương về phía bản lè tránh làm tổn thương màng cứng. Gặm xương sọ ở chỗ bản lè vừa đủ để đậy cửa sổ không kênh.

Cầm máu xương bằng sấp, cầm máu màng cứng bằng đốt điện, nước muối sinh lý ấm, oxy già, đặt surgicel và khâu màng cứng vào xương.

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

Xẻ màng cứng theo khung cửa sổ xương.

Lấy và bơm rửa máu tụ, cầm máu kỹ trong sọ.

Đặt lại nắp sọ

Dẫn lưu dưới da đầu vào lọ kín, rút sau 24-48h,

Khâu da đầu 2 lớp.

PHẪU THUẬT MÁU TỤ TRONG NÃO

I. Đại cương:

Máu tụ do chấn thương cần phân biệt máu tụ do bệnh lý.

Chẩn đoán nhờ CT sọ não.

II. Chỉ định:

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

III. Chống chỉ định.

Người bệnh ngưng thở không hồi phục hôn mê quá mức.

GCS ≤ 3 điểm, đồng tử giãn rộng, mất PXAS, rối loạn thần kinh thực vật.

Chuẩn bị: như máu tụ ngoài màng cứng.

IV. Các bước tiến hành:

Vô cảm: mê nội khí quản

Kỹ thuật:

Nguyên tắc chung: giống máu tụ ngoài màng cứng.

Mở hộp sọ:

Phẫu thuật viên và phụ đề vào 2 bên đường rạch, rạch da.

Nâng tách vạt da và dọn vạt da về phía có độn gạc phía dưới.

Cắt cân, cơ, màng xương bằng dao điện theo đường vạch ra, dùng lóc xương tách màng xương sang hai bên.

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

Cưa xương: như ngoài màng cứng

Lấy máu tụ: cầm máu vỏ não, chọc dò xác định ổ máu tụ, dùng van mềm tách tổ chức não vào ổ máu tụ, hút nhẹ lấy máu tụ.

Cầm máu bằng dao điện và surgical.

Đóng màng cứng và treo màng cứng.

Đóng hộp sọ.

PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG SỌ HỖ

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

I. Mục đích

Phòng tránh nhiễm khuẩn bằng cách lấy hết dị vật, cắt lọc sạch tổ chức dập nát,

Đánh giá đầy đủ tổn thương cho vết thương sọ hở gây ra.

II. Chỉ định : phẫu thuật tuyệt đối

Chuẩn bị.

Cán bộ chuyên khoa: bác sĩ ngoại thần kinh

Phương tiện: bộ phẫu thuật sọ não

Người bệnh:

Chuẩn bị như phẫu thuật thông thường

Hồ sơ bệnh án theo qui định chung.

Xét nghiệm tiền phẫu: CT

III. Tiến hành:

Vô cảm: mê nội khí quản

Kỹ thuật:

Cắt lọc kỹ tổn thương mép da, cân cơ, phần mềm bằng dụng cụ riêng

Rửa sạch kỹ bằng nước ấm

Nếu vết thương đủ rộng để thăm dò phần dưới thì không cần cắt rộng thêm da.

Vết thương nhỏ rách da theo hình chữ S hoặc vòng cung

Lấy bỏ toàn bộ dị vật

Xương vỡ: mảnh nhỏ dập nát không dính với màng xương, cân cơ thì bỏ, những mảnh cài vào nhau không lấy ra được thì khoan 1 lỗ cạnh đó rồi găm xương, mở rộng về vùng lỗ khoan rồi găm sạch bờ xương

Cầm máu kỹ xương và màng não

Màng não rách thì xử lý như vết thương sọ não

Đặt dẫn lưu

- Cắt lọc phần tổ chức dập nát trước khi đóng da

Vết thương da đầu.

Cắt lọc

Khâu vết thương, quay vạt da nếu cần

Đặt dẫn lưu nếu cần

PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG SỌ NÃO

I. Định nghĩa:

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

II. Mục đích:

Cắt lọc làm sạch vết thương, lấy bỏ dị vật, xương vụn, não dập, cầm máu.

Phục hồi lại sự ngăn cách giữa bên trong và bên ngoài hộp sọ

III. Chuẩn bị

Cán bộ chuyên khoa : bác sĩ ngoại thần kinh

Phương tiện: bộ phẫu thuật sọ não

Người bệnh:

Tiêm phòng uốn ván

Kháng sinh dự phòng

Không dùng thuốc sát khuẩn bôi lên vết thương, không gạt tổ chức não bị lòi ra

Hồi sức, chống phù não cho người hôn mê

IV. Các bước tiến hành:

Vô cảm : mê nội khí quản

Kỹ thuật

Cắt lọc và mở rộng vết thương, lấy hết tổ chức dập nát và dị vật

Gặm bỏ tổ chức xương lún tới khi lộ mép màng cứng nguyên vẹn

Lấy hết não dập, cầm máu, rửa ổ não dập bằng NaCl 0.9% ấm, vá lại màng cứng bằng cân, cơ hoặc vật liệu nhân tạo.

Khâu treo màng cứng,

Đặt dẫn lưu.

Logo

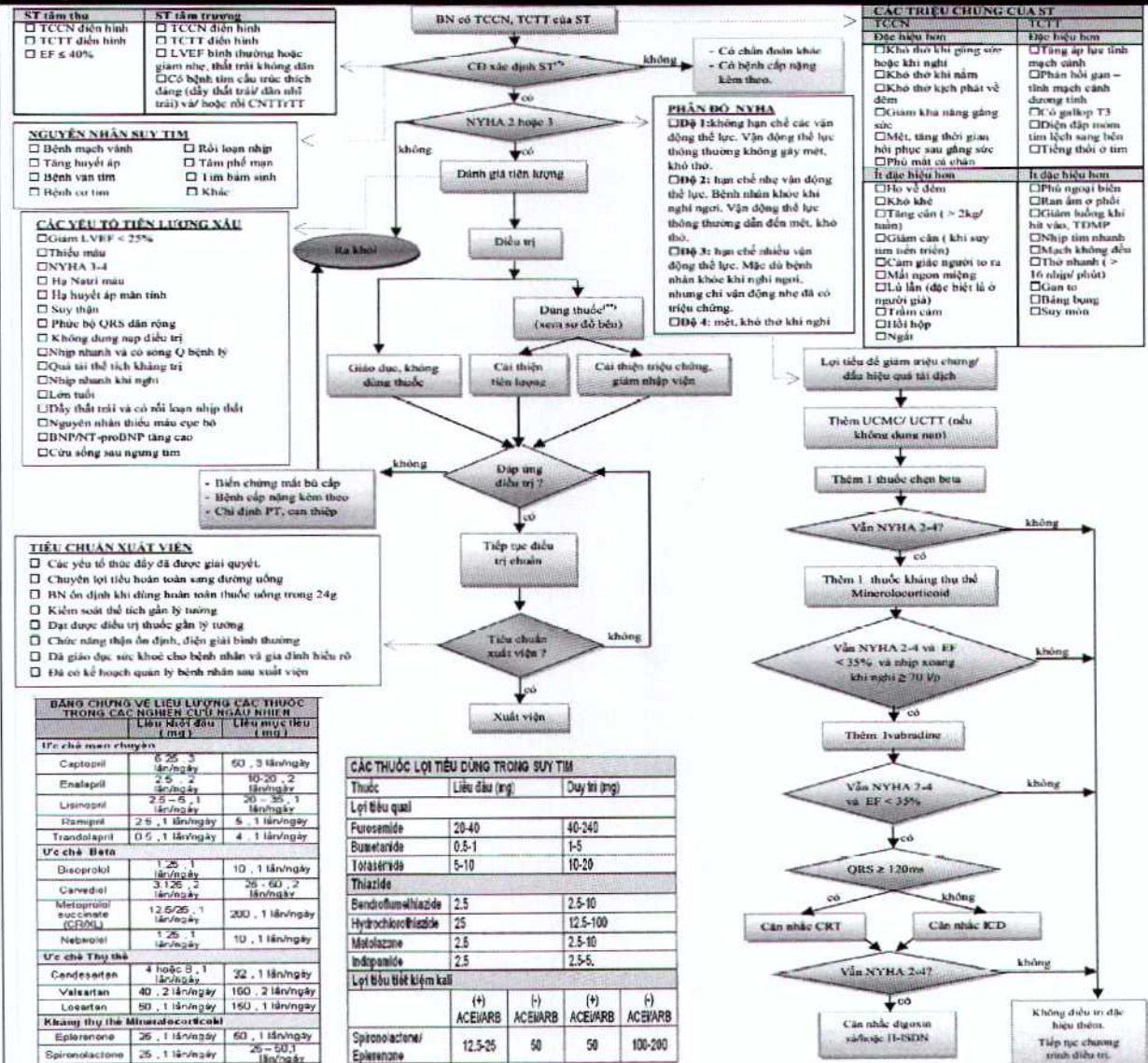
**QUY TRÌNH CHUYÊN MÔN KCB
CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ
SUY TIM MẠN, NYHA 2-3**

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

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

1. ĐÁNH GIÁ TRƯỚC KHI VÀO QUY TRÌNH

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

2. QUY TRÌNH CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ

(*) CCB suy tim dựa vào peptide bài niệu trong phụ lục 3

(**) khuyến cáo chi tiết trong phụ lục 1 và 2

Sơ đồ chẩn đoán và điều trị suy tim NYHA 2-3 mạn tính

3. NGUYÊN TẮC CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ**NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ**

Nguyên tắc chung	☐ Điều trị theo y học chứng cứ ☐ Bắt đầu liều thấp, tăng liều từ từ đến liều tối ưu nếu bệnh nhân dung nạp được	☐ Điều trị nguyên nhân và các yếu tố thúc đẩy. ☐ Kết hợp với điều trị không dùng thuốc	☐ Theo dõi chức năng thận, điện giải định kỳ. ☐ Chỉ định can thiệp kịp thời
Điều trị triệu chứng, giảm nhập viện	☐ Lợi tiểu ☐ Nitrate	☐ Digoxin ☐ Hydralazine	☐ Ivabradine ☐ Khác:
Điều trị cải thiện tiên lượng	☐ UCMC ☐ UCTT (nếu có CCD hoặc không dung nạp UCMC) ☐ H-ISDN liều cố định (khi không dung nạp UCMC và UCTT)	☐ Chẹn beta ☐ Kháng Aldosterone ☐ Điều trị bằng dụng cụ	
Điều trị bệnh căn nguyên, yếu tố thúc đẩy và bệnh kèm theo	☐ Aspirin ☐ Ức chế ADP tiểu cầu ☐ Kháng vitamin K	☐ Thuốc kháng đông thể hệ mới ☐ Ức chế Canxi loại DHP ☐ Thuốc chống loạn nhịp	☐ Statin ☐ Can thiệp ☐ Điều trị khác:
XỬ TRÍ CẤP CỨU			
	■ CÓ (Ra khỏi quy trình)		■ KHÔNG
Các dạng	Triệu chứng, dấu hiệu cơ bản	Điều trị	
BN có quá tải thể tích	☐ Khó thở ☐ Phù ngoại vi ☐ Sung huyết phổi ☐ Khác:	☐ Xem quy trình điều trị suy tim cấp	
BN có suy bơm chủ yếu	☐ Khó thở ☐ Hạ huyết áp ☐ Tiểu ít ☐ Gallop T3 ☐ Rối loạn tri giác ☐ Hội chứng sốc ☐ Khác:	☐ Xem quy trình điều trị suy tim cấp	
BN vừa quá tải thể tích vừa tụt huyết áp	☐ Lâm sàng phối hợp của 2 dạng trên	☐ Xem quy trình điều trị suy tim cấp	

4. DIỄN TIẾN BỆNH, XỬ TRÍ VÀ CHĂM SÓC					
DẤU HIỆU	N1	N2	N3	.....	Nn
1. LÂM SÀNG	Đánh dấu (✓) vào ô vuông nếu có, mô tả				
SH (M, HA, T ⁰ , NT, SpO2)	☐	☐	☐	☐	☐
Khó thở (khi nằm, GS, KPVĐ)	☐	☐	☐	☐	☐
Ho	☐	☐	☐	☐	☐
Đau thắt ngực	☐	☐	☐	☐	☐
Phù	☐	☐	☐	☐	☐
Tĩnh mạch cổ nổi	☐	☐	☐	☐	☐
Gan to, phản hồi gan – TMC	☐	☐	☐	☐	☐
Gallop T3	☐	☐	☐	☐	☐
Âm thổi	☐	☐	☐	☐	☐
Loạn nhịp tim	☐	☐	☐	☐	☐
Cọ màng tim	☐	☐	☐	☐	☐
Rales ở phổi	☐	☐	☐	☐	☐
Lượng nước tiểu (ml/24h)	☐	☐	☐	☐	☐
Cân nặng (Kg)	☐	☐	☐	☐	☐
Chế độ ăn uống	☐	☐	☐	☐	☐
Vận động	☐	☐	☐	☐	☐
Dại tiện, tiểu tiện	☐	☐	☐	☐	☐
Khác :.....	☐	☐	☐	☐	☐
2. CẬN LÂM SÀNG					
Công thức máu	☐	☐	☐	☐	☐
PT/aPTT	☐	☐	☐	☐	☐
Urê / Creatinine máu	☐	☐	☐	☐	☐
GOT/ GPT	☐	☐	☐	☐	☐
Ion đồ (Na ⁺ , K ⁺ , Cl ⁻ , Ca ⁺⁺)	☐	☐	☐	☐	☐
Glucose máu	☐	☐	☐	☐	☐
Bộ mỡ máu	☐	☐	☐	☐	☐
Acid Uric máu	☐	☐	☐	☐	☐
Troponin I/T	☐	☐	☐	☐	☐
BNP/ NT-proBNP	☐	☐	☐	☐	☐
Nồng độ Digoxin máu	☐	☐	☐	☐	☐
Nước tiểu 10 thông số	☐	☐	☐	☐	☐
ECG	☐	☐	☐	☐	☐
Siêu âm tim	☐	☐	☐	☐	☐
X-Q tim phổi thẳng	☐	☐	☐	☐	☐
Khác:.....	☐	☐	☐	☐	☐
3. ĐIỀU TRỊ					
Nghỉ ngơi	☐	☐	☐	☐	☐
Nằm đầu cao	☐	☐	☐	☐	☐
Thở oxy	☐	☐	☐	☐	☐
Ăn nhạt	☐	☐	☐	☐	☐
Lợi tiểu (HC,LD, ĐD)	☐	☐	☐	☐	☐
UCMC (HC,LD, ĐD)	☐	☐	☐	☐	☐
UCTT (HC,LD, ĐD)	☐	☐	☐	☐	☐
Chẹn beta (HC,LD, ĐD)	☐	☐	☐	☐	☐

DẤU HIỆU	N1	N2	N3		Nn
Spironolactone	☐	☐	☐	☐	☐
Ivabradine	☐	☐	☐	☐	☐
Digoxin	☐	☐	☐	☐	☐
H - ISDN	☐	☐	☐	☐	☐
...	☐	☐	☐	☐	☐
Tái tưới máu mạch vành	☐	☐	☐	☐	☐
Phẫu thuật	☐	☐	☐	☐	☐
Điều trị bằng dụng cụ	☐	☐	☐	☐	☐
4. CHĂM SÓC					
Cấp chăm sóc	☐	☐	☐	☐	☐
Đo DHST	☐	☐	☐	☐	☐
Mắc monitor	☐	☐	☐	☐	☐
Đo ECG	☐	☐	☐	☐	☐
Cho BN thở Oxy	☐	☐	☐	☐	☐
Lấy bệnh phẩm và gửi XN	☐	☐	☐	☐	☐
Tiêm truyền theo chỉ định	☐	☐	☐	☐	☐
Đưa BN đi làm CDHA	☐	☐	☐	☐	☐
Cho BN uống thuốc tận miệng	☐	☐	☐	☐	☐
Đo lượng nước tiểu	☐	☐	☐	☐	☐
Hướng dẫn người nhà và BN chế độ ăn và chăm sóc	☐	☐	☐	☐	☐
Giải thích cho người nhà về tình trạng BN	☐	☐	☐	☐	☐
Tìm hiểu các bản khoản từ BN và người nhà	☐	☐	☐	☐	☐
Các công việc hành chính	☐	☐	☐	☐	☐

5. XUẤT VIÊN

Tình trạng xuất viện	Lâm sàng	☐ Sinh hiệu: M l/ph, HA.....mmHg, spO2.....%, nước tiểu.....ml/24h ☐ Khó thở (phân loại theo NYHA): ☐ Đau thắt ngực (phân độ theo CCS): ☐ Phù: (có – không) ☐ Tĩnh mạch cổ nổi (có – không) ☐ Ran ở phổi (có – không) ☐ Gallop T3 (có – không) ☐ Khác (ghi rõ):	
	Cận lâm sàng	☐ EF : % ☐ ECG: ☐ Creatinin : mg/dl, Na+: .....mmol/l, K+: .....mmol/l ☐ Nồng độ digoxin: .....ng/ml ☐ BNP/NT-proBNP: .....ng/L ☐ Khác:	
	Thuốc	☐ Lợi tiểu (hoạt chất, liều lượng): ☐ Ức chế men chuyển (hoạt chất, liều lượng): ☐ Chẹn thụ thể Angiotensin II (hoạt chất, liều lượng): ☐ Chẹn beta (hoạt chất, liều lượng): ☐ Kháng Aldosterol (hoạt chất, liều lượng): ☐ Ivabradin (hoạt chất, liều lượng): ☐ Digoxin (hoạt chất, liều lượng): ☐ Nitrate (hoạt chất, liều lượng): ☐ Chẹn kênh canxi (hoạt chất, liều lượng): ☐ Chống loạn nhịp (hoạt chất, liều lượng): ☐ Chống kết tập tiểu cầu (hoạt chất, liều lượng): ☐ Chống đông (hoạt chất, liều lượng): ☐ Hạ lipid máu (hoạt chất, liều lượng): ☐ Thuốc khác (hoạt chất, liều lượng):	
	Quy trình	☐ Kết thúc quy trình ☐ Ra khỏi quy trình	
Tổng kết ra viện	☐ Bệnh đỡ, giảm ☐ Chuyển viện ☐ Bệnh nặng xin về ☐ Từ vong		
Hướng điều trị tiếp theo	☐ Tiếp tục điều trị nội khoa tối ưu ☐ Phục hồi chức năng tim ☐ Giảm các yếu tố nguy cơ ☐ Can thiệp, phẫu thuật		

6. QUẢN LÝ VÀ TU VẤN BỆNH NHÂN

CHỦ ĐỀ GIÁO DỤC	KỸ NĂNG CỦA BỆNH NHÂN VÀ HÀNH VI TỰ CHĂM SÓC
Định nghĩa và nguyên nhân	Hiểu được nguyên nhân gây suy tim và tại sao các triệu chứng suy tim xảy ra
Tiền lượng	Hiểu được các yếu tố tiền lượng quan trọng để đưa ra quyết định phù hợp
Theo dõi triệu chứng và tự chăm sóc bản thân	- Theo dõi và nhận biết được các dấu hiệu và triệu chứng - Ghi lại cân nặng hàng ngày và nhận ra sự tăng cân nhanh chóng - Biết làm thế nào và khi nào để thông báo cho cơ quan chăm sóc y tế - Trong trường hợp tăng khó thở hoặc phù hoặc tăng cân bất ngờ đột ngột trên 2kg trong 3 ngày, bệnh nhân có thể tăng liều thuốc lợi tiểu và/ hoặc thông báo cho ekip chăm sóc sức khỏe của họ. - Sử dụng liệu pháp lợi tiểu linh hoạt nếu phù hợp và được khuyến cáo sau khi đã giáo dục và cung cấp chỉ dẫn chi tiết phù hợp cho bệnh nhân.
Điều trị thuốc và sự tuân trị	- Hiểu được chỉ định, liều dùng và tác dụng phụ của các thuốc đang uống - Hiểu được tầm quan trọng của việc điều trị và lý do phải tuân thủ điều trị lâu dài - Tránh dùng các thuốc kháng viêm non-steroid

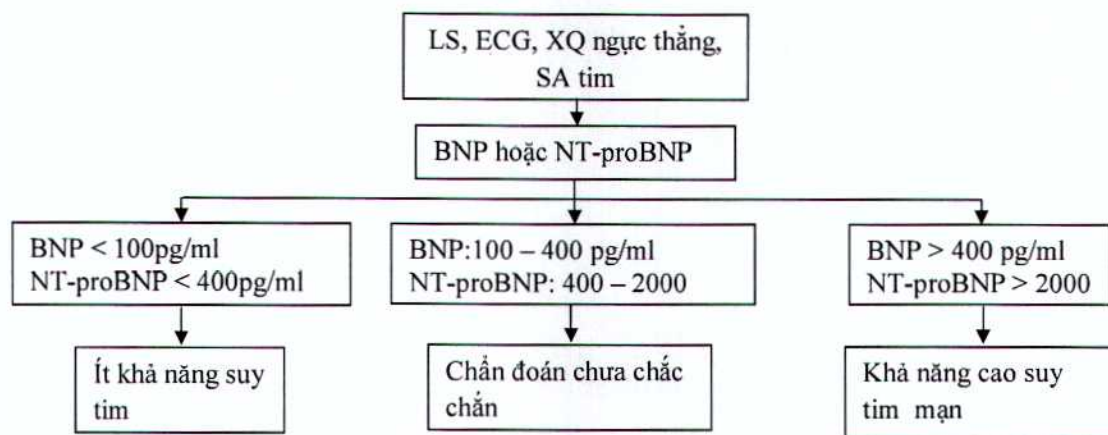
CHỦ ĐỀ GIÁO DỤC	KỸ NĂNG CỦA BỆNH NHÂN VÀ HÀNH VI TỰ CHĂM SÓC
Chế độ ăn	- Tránh nạp lượng dịch quá mức - Không cần hạn chế dịch thường quy ở bệnh nhân suy tim độ 2,3 - Hạn chế muối ăn vào < 2g/ ngày (khoảng ¼ muỗng cà phê) - Hạn chế ăn chất béo bão hoà - Hạn chế uống cà phê, uống quá mức có thể làm tăng nhĩ tim, tăng huyết áp và khởi phát rối loạn nhịp - Bỏ sung thêm Omega -3 - Ăn nhiều chất xơ, tránh táo bón (để gây đau thắt ngực, khó thở hay rối loạn nhịp) - Nên ăn làm nhiều bữa nhỏ
Rượu, thuốc lá và các chất cấm	- Rượu gây độc trực tiếp lên tim, có thể làm giảm co bóp cơ tim và làm tăng rối loạn nhịp - Hạn chế uống rượu bia. Kiêng rượu bia nếu bệnh nhân bị bệnh cơ tim do rượu. Giới hạn lượng rượu mỗi ngày: 2 đơn vị cho nam giới và 1 đơn vị cho nữ (1 đơn vị tương đương 10ml rượu nguyên chất hay 1 ly rượu vang hoặc 0.5 lít bia) - Bỏ thuốc lá và/ hoặc các chất cấm, tránh hút thuốc lá thụ động - Tư vấn và điều trị cai thuốc lá
Hoạt động tập luyện	- Hiểu được lợi ích của tập thể dục - Mức độ và hình thức tập luyện dựa trên từng bệnh nhân cụ thể - Khuyến khích tập luyện khoảng 30 phút / ngày, từ 5 – 7 ngày trong tuần với cách tăng cường độ từ từ lúc khởi đầu và giảm dần cường độ lúc cuối buổi tập. - Khi lâm sàng ổn định, khuyến khích bệnh nhân thực hiện các công việc hàng ngày và các hoạt động lúc nhàn rỗi mà không gây ra triệu chứng
Hoạt động tình dục	- Quan hệ tình dục có vẻ an toàn ở bệnh nhân có khả năng hoạt động > 6 METs (tương đương leo lên được 2 tầng lầu mà không mệt khó thở hay đau ngực) - Bệnh nhân có thể dùng nitroglycerin dưới lưỡi để ngừa đau ngực và khó thở trong quá trình giao hợp - Bệnh nhân có thể dùng thuốc điều trị rối loạn cương (Tadalafil, Sildenafil...) nhưng phải nhớ chống chỉ định dùng nitrate sau đó (chỉ cho Nitrate sau khi uống Tadalafil ≥ 48 giờ và Sildenafil ≥ 24 giờ) hoặc có hạ huyết áp, rối loạn nhịp hay đau thắt ngực.
Mang thai và uống thuốc tránh thai	- Uống thuốc tránh thai liều thấp có nguy cơ (nhưng ít) gây tăng huyết áp và sinh huyết khối - Mang thai và uống thuốc tránh thai nên cân nhắc nguy cơ và lợi ích mang lại
Tiêm chủng	- Nếu không có chống chỉ định, tất cả bệnh nhân suy tim nên được tiêm ngừa phế cầu và cúm hàng năm - Sung huyết phổi và tăng áp phổi làm tăng nguy cơ viêm phổi (1 trong những nguyên nhân chính gây suy tim mất bù cấp, đặc biệt là ở người lớn tuổi)
Du lịch	- Cần phải thảo luận kế hoạch trước với bác sĩ điều trị - Đi máy bay sẽ tốt hơn các phương tiện khác, đặc biệt nếu đi đường dài. Mặc dù vậy nếu ngồi máy bay lâu, bệnh nhân vẫn có nguy cơ huyết khối tĩnh mạch chi dưới, phù chân - Tránh du lịch lên những nơi độ cao > 1500m vì không khí loãng giảm oxy - Mang theo thuốc uống hàng ngày và hồ sơ bệnh tật
Các rối loạn thở trong khi ngủ	- Bệnh nhân suy tim có triệu chứng thường có rối loạn thở trong lúc ngủ (ngưng thở khi ngủ do trung ương hoặc do tắc nghẽn) - Để giảm nguy cơ trên cần phải bỏ thuốc lá, rượu bia và giảm cân nếu có béo phì - Tìm hiểu các biện pháp điều trị nếu có rối loạn thở trong lúc ngủ
Lĩnh vực tâm lý xã hội	- Hiểu được triệu chứng trầm cảm và rối loạn nhận thức là khá phổ biến ở những bệnh nhân bị suy tim và quan trọng cần sự giúp đỡ từ xã hội. - Tìm hiểu thêm về các biện pháp điều trị

7. PHỤ LỤC

PHỤ LỤC 1: KHUYẾN CÁO ĐIỀU TRỊ SUY TIM BẰNG DỤNG CỤ		
KHUYẾN CÁO	NHÓM	CHỨNG CỨ
Liệu pháp ICD được khuyến cáo nhằm phòng ngừa tiên phát đột tử do tim ở nhóm bệnh nhân chọn lọc có suy tim giảm EF sau nhồi máu cơ tim ít nhất 40 ngày với LVEF $\leq 35\%$ vẫn còn triệu chứng NYHA 2 hoặc 3 dù đã điều trị nội khoa theo khuyến cáo và khả năng sống còn hơn 1 năm	I	A
CRT được chỉ định cho những bệnh nhân có EF $\leq 35\%$, nhịp xoang, LBBB với QRS $\geq 150\text{ms}$, và có triệu chứng suy tim NYHA 2, 3, hoặc 4 còn đi lại được mặc dù đã được điều trị nội khoa theo khuyến cáo.	I	A (NYHA 3 hoặc 4) B (NYHA 2)
Liệu pháp ICD được khuyến cáo để phòng ngừa tiên phát đột tử do tim ở nhóm bệnh nhân chọn lọc có suy tim giảm EF sau nhồi máu cơ tim ít nhất 40 ngày với LVEF $\leq 30\%$, có triệu chứng suy tim NYHA 1 mặc dù đã được điều trị nội khoa theo khuyến cáo, khả năng sống còn lớn hơn 1 năm.	I	B
CRT có thể có ích cho những bệnh nhân có LVEF $\leq 35\%$, nhịp xoang, không- LBBB với QRS $\geq 150\text{ms}$, còn triệu chứng suy tim NYHA 3 hoặc 4 còn đi lại được mặc dù đã được điều trị nội khoa theo khuyến cáo	IIa	A
CRT có thể có ích cho những bệnh nhân có LVEF $\leq 35\%$, nhịp xoang, LBBB với QRS 125-149ms, còn triệu chứng suy tim NYHA 2, 3 hoặc 4 còn đi lại được dù đã được điều trị nội khoa theo khuyến cáo.	IIa	B
CRT có thể hữu ích ở bệnh nhân rung nhĩ và LVEF $\leq 35\%$ dù đã được điều trị nội khoa theo khuyến cáo nếu a) bệnh nhân cần tạo nhịp thất hoặc có tiêu chuẩn CRT và b) Triệt đồi nút nhĩ thất hoặc kiểm soát tần số cho phép gần 100% tạo nhịp thất với CRT	IIa	B
CRT có thể hữu ích ở bệnh nhân có LVEF $\leq 35\%$ dù đã được điều trị nội khoa theo khuyến cáo, được cấy thiết bị mới hoặc thiết bị thay thế với tạo nhịp thất mong muốn ($>40\%$)	IIa	C
ICD có lợi ích không chắc chắn để kéo dài sự sống có ý nghĩa ở những bệnh nhân có nguy cơ cao đột tử: nhập viện thường xuyên, suy kiệt, hoặc các bệnh phối hợp nặng.	IIb	B
CRT có thể được cân nhắc ở những bệnh nhân có LVEF $\leq 35\%$, nhịp xoang, không LBBB với QRS 120- 149ms, và NYHA 3 hoặc 4 còn đi lại được dù đã được điều trị nội khoa theo khuyến cáo.	IIb	B
CRT có thể được cân nhắc ở những bệnh nhân có LVEF $\leq 35\%$, nhịp xoang, không LBBB với QRS $\geq 150\text{ms}$, và triệu chứng suy tim NYHA 2 dù đã được điều trị nội khoa theo khuyến cáo.	IIb	B
CRT có thể được cân nhắc ở những bệnh nhân có LVEF $\leq 30\%$, suy tim do thiếu máu cục bộ, nhịp xoang, LBBB với QRS $\geq 150\text{ms}$, và triệu chứng suy tim NYHA 1 dù đã được điều trị nội khoa theo khuyến cáo.	IIb	C
CRT không được khuyến cáo cho bệnh nhân suy tim NYHA 1 hoặc 2, không LBBB và có QRS $< 150\text{ms}$	III: không có lợi	B
CRT không được chỉ định cho những bệnh nhân có nhiều bệnh phối hợp và/ hoặc suy kiệt với kỳ vọng sống dưới 1 năm	III: không có lợi	C

PHỤ LỤC 2: KHUYẾN CÁO CÁC THUỐC ĐIỀU TRỊ SUY TIM		
KHUYẾN CÁO	NHÓM	CHỨNG CỨ
*Thuốc lợi tiểu - Thuốc lợi tiểu được khuyến cáo ở những bệnh nhân suy tim giảm phân suất tống máu có quá tải dịch.	I	C
*Thuốc ức chế men chuyển - Thuốc ức chế men chuyển được khuyến cáo ở tất cả các bệnh nhân suy tim giảm phân suất tống máu.	I	A
*Thuốc ức chế thụ thể Angiotensin (ARBs) - ARBs được khuyến cáo ở những bệnh nhân suy tim giảm phân suất tống máu không dung nạp thuốc ức chế men chuyển. - ARBs là hợp lý nhằm thay thế các thuốc ức chế men chuyển như là lựa chọn điều trị đầu tiên trong suy tim giảm phân suất tống máu. - Xem xét bổ sung 1 thuốc ARB cho những bệnh nhân suy tim EF giảm vẫn còn triệu chứng dai dẳng khi đã điều trị theo khuyến cáo - Kết hợp thường quy thuốc ức chế men chuyển, ARB và lợi tiểu kháng Aldosterone có thể gây hại.	I IIa IIb III: có hại	A A A C
*Thuốc chẹn β giao cảm - Sử dụng 1 trong 3 thuốc chẹn β đã được chứng minh để làm giảm tỉ lệ tử vong được khuyến cáo ở tất cả bệnh nhân ổn định	I	A
*Thuốc kháng Aldosterone - Thuốc kháng Aldosterone được khuyến cáo ở bệnh nhân suy tim NYHA 2-4 có phân suất tống máu $\leq 35\%$. - Thuốc kháng Aldosterone được khuyến cáo ở bệnh nhân sau nhồi máu cơ tim cấp có triệu chứng suy tim EF $\leq 40\%$ hoặc dài tháo đường - Sử dụng không phù hợp thuốc kháng Aldosterone có thể gây hại	I I III: có hại	A B B
*Hydralazine và isosorbide dinitrate - Sự kết hợp Hydralazine và isosorbide dinitrate được khuyến cáo cho người Mỹ gốc Phi có suy tim giảm phân số tống máu NYHA 3-4 - Kết hợp Hydralazine và isosorbide dinitrate có thể hữu ích ở những bệnh nhân không sử dụng được thuốc ức chế men chuyển hoặc ARBs	I IIa	A B
*Digoxin - Digoxin có thể có lợi ở bệnh nhân suy tim giảm phân tống máu	IIa	B
*Thuốc kháng đông - Bệnh nhân suy tim mạn tính có rung nhĩ (kích phát/dai dẳng/ vĩnh viễn) và có thêm 1 yếu tố nguy cơ lấp mạch não nên được điều trị kháng đông lâu dài - Việc lựa chọn thuốc chống đông nên được cá thể hóa từng bệnh nhân - Bệnh nhân suy tim mạn tính có rung nhĩ (kích phát/dai dẳng/ vĩnh viễn) và không có thêm yếu tố nguy cơ lấp mạch não khác, được điều trị kháng đông lâu dài là hợp lý - Thuốc chống đông không được khuyến cáo ở bệnh nhân suy tim mạn giảm phân số tống máu mà không rung nhĩ, hoặc thuyên tắc huyết khối trước đó hoặc huyết khối có nguồn gốc từ tim	I I IIa III: không có lợi	A C B B
*Statins - Statin không có lợi như một liệu pháp thêm vào khi chỉ điều trị cho suy tim	III: không có lợi	A
*Acid béo omega-3 - Bổ sung Acid béo không bão hòa đa nối đôi là hợp lý như liệu pháp thêm vào trong điều trị suy tim (EF giảm hoặc không)	IIa	B
*Các thuốc khác: - Không khuyến cáo bổ sung chất dinh dưỡng như là điều trị suy tim cho bệnh nhân suy tim giảm phân suất tống máu - Liệu pháp hormone ngoài lý do là để sửa chữa thiếu hụt hormone không được khuyến cáo trong suy tim giảm phân suất tống máu - Các thuốc được biết có ảnh hưởng xấu đến lâm sàng của bệnh nhân suy tim giảm phân suất tống máu nên tránh hoặc phải được thu hồi - Sử dụng lâu dài thuốc inotrope (+) đường tĩnh mạch không được khuyến cáo và có thể có hại ngoại trừ để điều trị dục bột. *Thuốc chẹn kênh canxi - Thuốc chẹn kênh canxi không được khuyến cáo như điều trị thường quy trong suy tim giảm phân suất tống máu	III: không có lợi III: không có lợi III: có hại III: có hại III: không có lợi	B C B C A

PHỤ LỤC 3: CHẨN ĐOÁN SUY TIM DỰA VÀO PEPTID BÀI NIỆU THEO ESC 2008



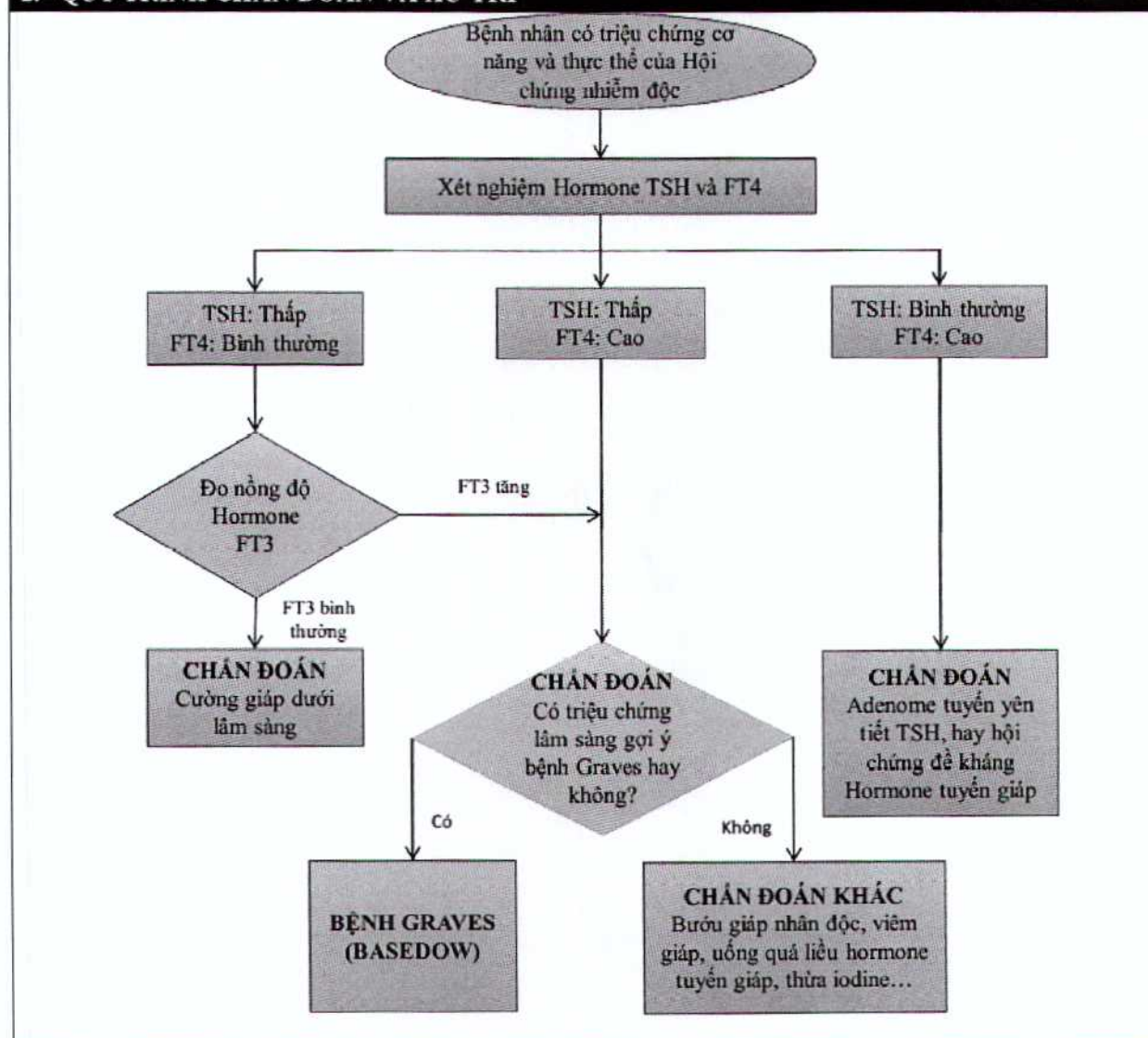
Logo QUY TRÌNH CHUYÊN MÔN ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA BASEDOW	Họ và tên BN: Ngày sinh: Giới: Địa chỉ: Số phòng: Số giường: Mã BN/Số HSBA:
---	---

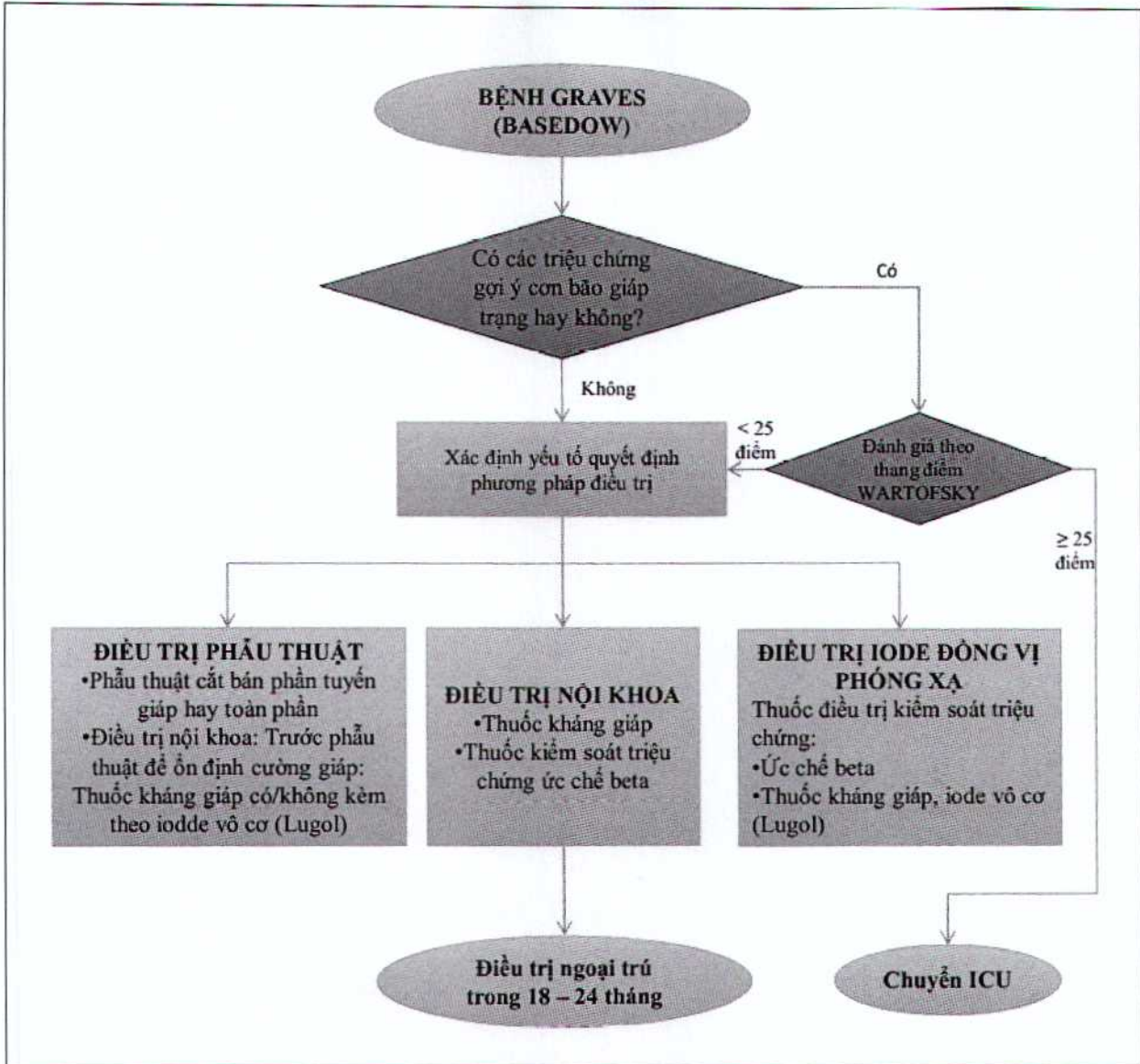
Lưu ý: Đánh dấu sự lựa chọn ("✓" : có/ "X" : không) vào ô ☐. Khoang tròn ☐ nếu lựa chọn nội dung;
 (X) xem thêm chi tiết nội dung trong phụ lục x tương ứng.

1. ĐÁNH GIÁ TRƯỚC KHI VÀO QUY TRÌNH

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

2. QUY TRÌNH CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ





3. NGUYÊN TẮC CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị

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

4. NGUY CƠ BỊ BÃO GIÁP

■ Có

■ Không

ĐIỂM WARTOFISKY (Phụ lục 1)	Xử trí
< 25 điểm	☐ Ít có nguy cơ bị bão giáp
25 – 44 điểm	☐ Có khả năng bị bão giáp, cần theo dõi, điều trị nội khoa tích cực
≥ 44 điểm	☐ Có khả năng cao bị bão giáp -> Chuyển ICU điều trị tích cực

5. CHẨN ĐOÁN BỆNH GRAVES (BASEDOW)

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

CẬN LÂM SÀNG CHẨN ĐOÁN NHIỄM ĐỘC GIÁP TRẠNG	CẬN LÂM SÀNG GỢI Ý CHẨN ĐOÁN BASEDOW	CẬN LÂM SÀNG KHÁC
☐ FT4: cao ☐ FT3: tăng ☐ TSH: thấp	☐ Kháng thể Kích thích tuyến giáp TSAb: (thyroid-stimulating antibody (TSAb) ☐ Kháng thể kháng Thyroid Peroxidase (TPO Ab) ☐ Kháng thể kháng Thyroglobulin (Tg Ab) ☐ Kháng thể kháng thụ thể TSH (TrAb)	☐ Siêu âm doppler tuyến giáp ☐ Xạ hình tuyến giáp ☐ Đo điện tâm đồ ☐ Khác:.....

Tổn thương cơ quan đích

Não	Tim	Mắt
☐ Kích động ☐ Lú lẫn ☐ Lơ mơ ☐ Hôn mê	☐ Rung nhĩ ☐ Nhịp nhanh ☐ Suy tim ☐ Ngoại tâm thu	☐ Co kéo cơ mi trên ☐ Lồi mắt ☐ Rối loạn vận nhãn ☐ Phù giác mạc ☐ Mất thị lực

6. DIỄN TIẾN BỆNH VÀ XỬ TRÍ						
DẤU HIỆU		N1	N2	N3	.....	Nn
Lâm sàng	Tăng động, dễ kích thích, mất ngủ	☐	☐	☐	☐	☐
	Sốt	☐	☐	☐	☐	☐
	Đồ mồ hôi, không chịu được nóng	☐	☐	☐	☐	☐
	Hồi hộp	☐	☐	☐	☐	☐
	Yếu, mệt mỏi	☐	☐	☐	☐	☐
	Sụt cân	☐	☐	☐	☐	☐
	Tiêu chảy	☐	☐	☐	☐	☐
	Nhịp nhanh xoang,	☐	☐	☐	☐	☐
	Rung nhĩ	☐	☐	☐	☐	☐
	Run tay	☐	☐	☐	☐	☐
	Có bướu cổ	☐	☐	☐	☐	☐
	Co kéo mi trên	☐	☐	☐	☐	☐
	Liệt 2 chi dưới	☐	☐	☐	☐	☐
	Yếu cơ	☐	☐	☐	☐	☐
Cận lâm sàng	FT4	☐	☐	☐	☐	☐
	FT3	☐	☐	☐	☐	☐
	TSH	☐	☐	☐	☐	☐
	ECG	☐	☐	☐	☐	☐
	Siêu âm tuyến giáp	☐	☐	☐	☐	☐
	Tổng phân tích tế bào máu	☐	☐	☐	☐	☐
	GOT	☐	☐	☐	☐	☐
	GPT	☐	☐	☐	☐	☐
	Xạ hình tuyến giáp	☐	☐	☐	☐	☐
	TSAb	☐	☐	☐	☐	☐
	TPO Ab	☐	☐	☐	☐	☐
	Tg Ab	☐	☐	☐	☐	☐
	TRAb	☐	☐	☐	☐	☐
	Khác	☐	☐	☐	☐	☐
Điều trị	Kháng giáp tổng hợp (PHỤ LỤC 3)	☐	☐	☐	☐	☐
	Ức chế beta (PHỤ LỤC 4)	☐	☐	☐	☐	☐
	Thuốc iode vô cơ (PHỤ LỤC 5)	☐	☐	☐	☐	☐
Chăm sóc	Chăm sóc cấp 1	☐	☐	☐	☐	☐
	Chăm sóc cấp 2	☐	☐	☐	☐	☐
	Chăm sóc cấp 3	☐	☐	☐	☐	☐

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

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

9. PHỤ LỤC**PHỤ LỤC 1: THANG ĐIỂM WARSTOFKY**

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

Tổng số điểm:

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

PHỤ LỤC 2: ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA BỆNH GRAVES (BASEDOW)**Lựa chọn bệnh nhân:**

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

Thuốc điều trị:

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

PHỤ LỤC 3 : THUỐC KHÁNG GIÁP TỔNG HỢP		
Thuốc	Liều	Ghi chú
Carbimazole	Chỉnh liều: Liều khởi đầu: 15-60 mg/ngày chia làm 1-2 lần. Giảm liều khi bệnh nhân bình giáp Liều duy trì: 5-15mg/ngày trong 18 tháng Cách điều trị khác: (Block-replace) 20-60mg/ngày phối hợp với Levothyroxine 50-150mcg/ngày trong 18 tháng	Hai phương pháp: chỉnh liều hay Block-replace đều cho hiệu quả như nhau Levothyroxine được thêm vào sau 3-6 tuần điều trị thuốc kháng giáp. Chỉnh liều Levothyroxine để duy trì bình giáp Tác dụng phụ: - Tác dụng phụ trên đường tiêu hoá - Phát ban, mề đay, sốt, đau khớp - Giảm bạch cầu hạt có thể xảy ra <1% bệnh nhân - Hiếm hơn: viêm gan, hội chứng giống Lupus ban đỏ hệ thống - Đa số xảy ra trong 2 tháng đầu tiên điều trị - PTU có nguy cơ gây viêm gan hay tổn thương gan không triệu chứng cao hơn nhóm thuốc khác. - Hướng dẫn khác: - Liều thuốc kháng giáp tùy thuộc vào đáp ứng của từng bệnh nhân và kích thước bướu giáp - Hướng dẫn bệnh nhân các triệu chứng phát hiện giảm bạch cầu hạt: đau họng, sốt... - Nếu nghi ngờ giảm bạch cầu hạt, phải ngưng thuốc kháng giáp cho đến khi kết quả xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu loại trừ giảm bạch cầu hạt.
Thiamazole (Methimazole)	Liều khởi đầu: - Nhẹ: 15 mg/ngày - Trung bình: 30-40mg/ngày - Nặng, đặc biệt bướu giáp lớn: 60 mg/ngày Thuốc uống, chia làm 1-2 lần/ ngày Khi bình giáp, giảm liều dần Liều duy trì: 5-15mg/ngày	
Propylthiouracil (PTU)	Chỉnh liều: Liều khởi đầu: 150-600mg/ngày chia làm 3 lần, uống Giảm liều khi bệnh nhân bình giáp Liều duy trì: 50-200 mg/ngày uống trong 18 tháng	
PHỤ LỤC 4: THUỐC ỨC CHÊ BETA		
Thuốc	Liều	Ghi chú
Atenolol	25-50 mg/ngày	Có thể được sử dụng để điều trị triệu chứng cường giao cảm trước khi thuốc kháng giáp có tác dụng Tác dụng phụ: Mệt mỏi, nhịp chậm, hạ huyết áp, suy tim, block nhánh trong một số bệnh nhân có bệnh lý tim mạch từ trước Co thắt phế quản, rối loạn tiêu hoá Hướng dẫn: Liều cao có thể cần thiết trong cường giáp Giảm liều dần và ngưng khi triệu chứng cường giáp giảm
Propranolol	Nhiễm độc giáp trạng: 10-40mg uống x 3-4 lần/ ngày	

PHỤ LỤC 5: THUỐC IODE VÔ CƠ		
Thuốc	Liều	Ghi chú
Potassium Iodide (KI)	Trước phẫu thuật: 60-250 mg uống x 3 lần/ ngày Trong 7 -10 ngày Cơ bão giáp trạng: 50-100 mg uống x2 lần/ ngày. Bắt đầu sau khi uống thuốc kháng giáp 1 giờ	Tác dụng phụ: Phát ban, sung tuyến nước bọt, vị kim loại, đau răng hay nướu, dị ứng Hướng dẫn khác: Pha dung dịch Lugol với sữa, nước hay nước trái cây để giảm triệu chứng khó chịu ở đường tiêu hoá
Dung dịch Lugol 5%	Trước phẫu thuật: uống 5-10 giọt x 3 lần Trong 7-10 ngày Cơ bão giáp trạng: 10 giọt mỗi 8 giờ. Bắt đầu sau khi uống thuốc kháng giáp 1 giờ	

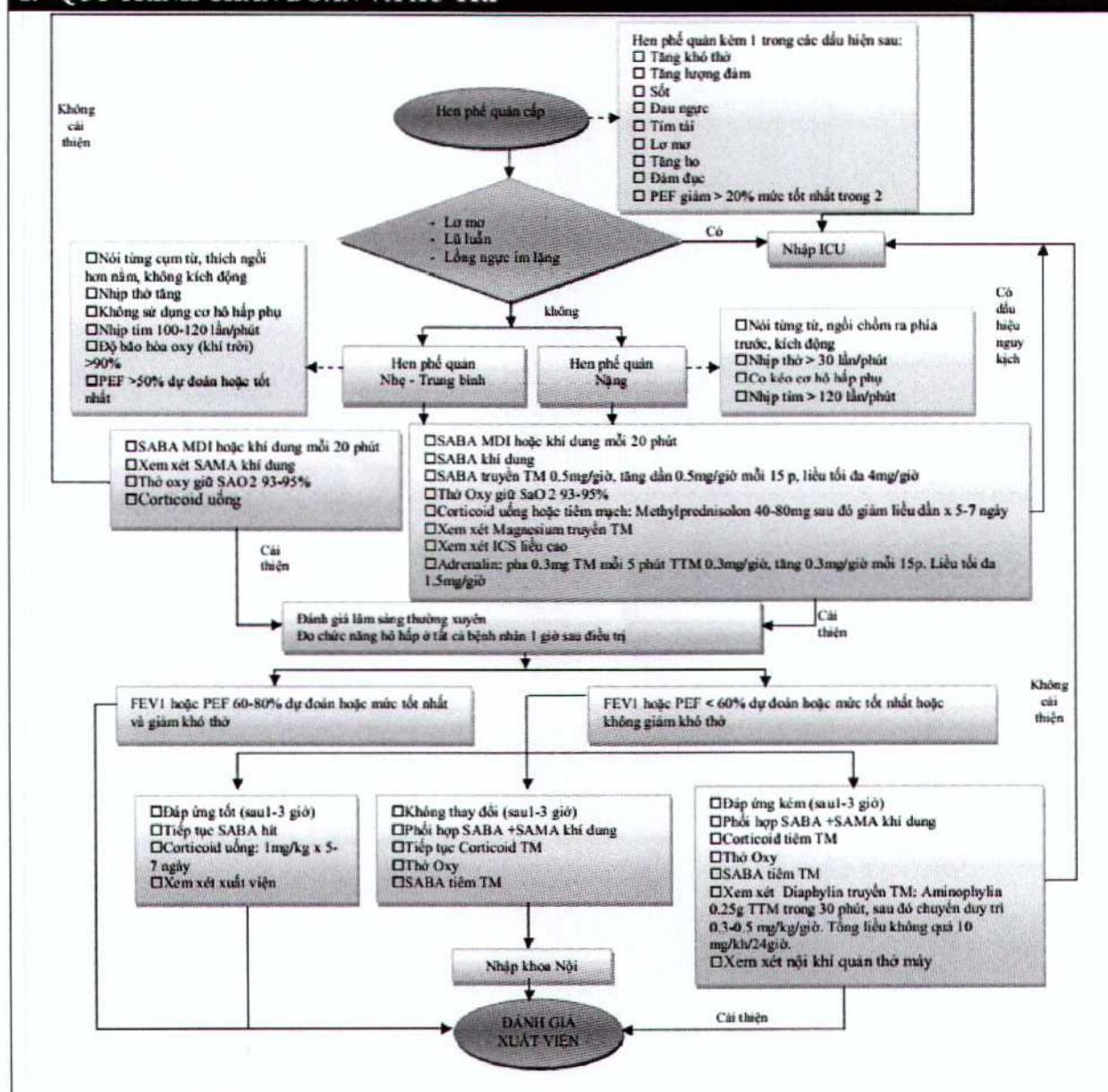
QUY TRÌNH CHUYÊN MÔN KCB HEN PHẾ QUẢN ĐỢT CẤP	Họ và tên BN: Ngày sinh: Giới: Địa chỉ: Số phòng: Số giường: Mã BN/Số HSBA:
---	---

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

1. ĐÁNH GIÁ TRƯỚC KHI VÀO QUY TRÌNH

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

2. QUY TRÌNH CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ



3. NGUYÊN TẮC CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

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

XỬ TRÍ CẤP CỨU

■ CÓ

■ KHÔNG

Dấu hiệu

Xử trí

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ☐ Lơ mơ, ngủ gà ☐ Kích động, bứt rứt ☐ Lồng ngực yên lặng ☐ Khó thở ☐ Thở co kéo cơ hô hấp ☐ Thở nhanh ☐ Tím tái ☐ Tụt huyết áp ☐ SpO₂ < 92% | <ul style="list-style-type: none"> ☐ Thở oxy sonde mũi ☐ Thở oxy mask venturi ☐ Kích thích beta2 tiêm truyền (hoạt chất, liều lượng):..... ☐ SABA MDI hoặc khí dung (hoạt chất, liều lượng):..... ☐ SAMA MDI hoặc khí dung (hoạt chất, liều lượng):..... ☐ Corticoid khí dung (hoạt chất, liều lượng):..... ☐ Corticoid đường toàn thân (hoạt chất, liều lượng):..... ☐ Kháng sinh (hoạt chất, liều lượng):..... ☐ Theophyllin truyền TM (hoạt chất, liều lượng):..... ☐ Adrenaline truyền TM (hoạt chất, liều lượng): ☐ Nhập ICU |
|---|---|

CHỈ ĐỊNH NHẬP VIỆN TRONG ĐỢT HEN KỊCH PHÁT

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

CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ TỬ VONG DO HEN

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

CHỈ ĐỊNH THỞ MÁY TRONG ĐỢT HEN KỊCH PHÁT

- ☐ Bệnh nhân có biểu hiện mỏi cơ
- ☐ Có rối loạn ý thức
- ☐ Khí máu động mạch: PaCO₂ > 50 mmHg hoặc PaO₂ < 50 mmHg hoặc pH < 7,3
- ☐ Cơn hen không giảm dù điều trị tích cực
- ☐ Cơn hen có giảm nhưng lại nặng lên trong vòng 12-24 giờ

4. DIỄN TIẾN BỆNH, XỬ TRÍ VÀ CHĂM SÓC					
MỤC	N1	N2	N3	.....	Nn
1. LÂM SÀNG	Đánh dấu (✓) vào ô vuông nếu có, mô tả				
Khạc đàm đục	☐	☐	☐	☐	☐
Ho	☐	☐	☐	☐	☐
Đàm khó khạc	☐	☐	☐	☐	☐
Khó thở gắng sức	☐	☐	☐	☐	☐
Đau ngực	☐	☐	☐	☐	☐
Khó thở về đêm	☐	☐	☐	☐	☐
Rối loạn tri giác	☐	☐	☐	☐	☐
Tím tái	☐	☐	☐	☐	☐
Phù	☐	☐	☐	☐	☐
Tăng HA	☐	☐	☐	☐	☐
Tụt huyết áp	☐	☐	☐	☐	☐
Sốt	☐	☐	☐	☐	☐
Thở nhanh	☐	☐	☐	☐	☐
SpO2	☐	☐	☐	☐	☐
Rối loạn nhịp tim	☐	☐	☐	☐	☐
Tĩnh mạch cổ nổi	☐	☐	☐	☐	☐
Thở co kéo cơ hô hấp phụ	☐	☐	☐	☐	☐
Hô hấp nghịch thường	☐	☐	☐	☐	☐
Kéo dài thì thở ra	☐	☐	☐	☐	☐
Ran rít, ngáy	☐	☐	☐	☐	☐
Ran nổ	☐	☐	☐	☐	☐
Chế độ ăn uống	☐	☐	☐	☐	☐
Tình trạng tiêu tiêu	☐	☐	☐	☐	☐
Vận động	☐	☐	☐	☐	☐
Khác:	☐	☐	☐	☐	☐
2. CẬN LÂM SÀNG					
CTM	☐	☐	☐	☐	☐
XQ phổi	☐	☐	☐	☐	☐
Khí máu động mạch	☐	☐	☐	☐	☐
ECG	☐	☐	☐	☐	☐
Urê/Creatinin	☐	☐	☐	☐	☐
GOT/GPT	☐	☐	☐	☐	☐
CRP	☐	☐	☐	☐	☐
Procalcitonin	☐	☐	☐	☐	☐
Cấy nhuộm gram đàm	☐	☐	☐	☐	☐
Albumin	☐	☐	☐	☐	☐
Điện giải đồ	☐	☐	☐	☐	☐
D-dimer	☐	☐	☐	☐	☐
Nồng độ theophyllin	☐	☐	☐	☐	☐
Siêu âm tim	☐	☐	☐	☐	☐
Khác:	☐	☐	☐	☐	☐
3. ĐIỀU TRỊ					
Nghỉ ngơi tại giường	☐	☐	☐	☐	☐
Thở oxy sonde mũi	☐	☐	☐	☐	☐

	N1	N2	N3		Nn
Thở oxy mask venturi	☐	☐	☐	☐	☐
Kích thích beta2 tiêm truyền (hoạt chất, liều lượng)	☐	☐	☐	☐	☐
SABA MDI hoặc khí dung (hoạt chất, liều lượng)	☐	☐	☐	☐	☐
SAMA MDI hoặc khí dung (hoạt chất, liều lượng)	☐	☐	☐	☐	☐
Corticoid khí dung (hoạt chất, liều lượng)	☐	☐	☐	☐	☐
LABA/ICS (hoạt chất, liều lượng)	☐	☐	☐	☐	☐
LAMA (hoạt chất, liều lượng)	☐	☐	☐	☐	☐
Corticoid đường toàn thân (hoạt chất, liều lượng)	☐	☐	☐	☐	☐
Kháng sinh (hoạt chất, liều lượng)	☐	☐	☐	☐	☐
Thở máy không xâm lấn	☐	☐	☐	☐	☐
Theophyllin truyền TM (hoạt chất, liều lượng)	☐	☐	☐	☐	☐
Adrenaline truyền TM (hoạt chất, liều lượng)	☐	☐	☐	☐	☐
4. CHĂM SÓC					
Chế độ ăn	☐	☐	☐	☐	☐
Vật lý trị liệu hô hấp	☐	☐	☐	☐	☐

5. XUẤT VIỆN

Tiêu chuẩn xuất viện	☐ Triệu chứng cải thiện, không cần SABA ☐ Độ bão hòa oxy > 94% với khí trời ☐ Nguồn lực tại nhà đầy đủ ☐ Có kế hoạch chăm sóc tại nhà	☐ PEF cải thiện, và 60-80% tốt nhất của cá nhân hoặc dự đoán ☐ BN hiểu đầy đủ: ý nghĩa và cách dùng thuốc xịt, tái khám, kế hoạch theo dõi bệnh.
Sắp xếp khi về	☐ Thuốc cắt cơn: tiếp tục khi cần ☐ Thuốc kiểm soát: bắt đầu hoặc xem xét nâng bậc	☐ Prednisolon: tiếp tục, thường 5-7 ngày ☐ Theo dõi: tái khám trong 2-7 ngày
Hướng điều trị tiếp theo	☐ SABA(hoạt chất, liều lượng): ☐ SAMA(hoạt chất, liều lượng): ☐ LABA(hoạt chất, liều lượng): ☐ LABA/ICS (hoạt chất, liều lượng): ☐ LAMA (hoạt chất, liều lượng): ☐ Corticoid uống (hoạt chất, liều lượng): ☐ Theophyllin (hoạt chất, liều lượng): ☐ Kháng sinh (hoạt chất, liều lượng): ☐ Kháng leukotriene (hoạt chất, liều lượng): ☐ Kháng IgE (hoạt chất, liều lượng):	

6. QUẢN LÝ VÀ TƯ VẤN BỆNH NHÂN

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

7. PHỤ LỤC**Phụ lục 1: Liều thuốc ICS hít**

Thuốc	Liều hằng ngày (mcg)		
	Thấp	Trung bình	Cao
Beclomethasone dipropionate (CFC)	200 - 500	> 500 - 1000	> 1000
Beclomethasone dipropionate (HFA)	100 - 200	>200 - 400	> 400
Budesonide (DPI)	200 - 400	> 400 - 800	> 800
Ciclesonide (HFA)	80 - 160	> 160 - 320	> 320
Fluticasone propionate (DPI)	100 - 250	> 250 - 500	> 500
Fluticasone propionate (HFA)	100 - 250	> 250 - 500	> 500
Mometasone furoate	110 - 220	> 220 - 440	> 440
Triamcinolone acetonide	400 - 1000	> 1000 - 2000	> 2000

Phụ lục 2: Các thuốc dẫn phế quản và corticoid

Thuốc	Dạng hít (μ g)	Khí dung (mg/ml)	Uống (mg)	Tiêm truyền (mg)	Thời gian bán hủy (giờ)
Cường β_2 tác dụng nhanh và ngắn (SABA)					
Fenoterol	100-200 (MDI)	1	0.05% (sirô)		4-6
Salbutamol	100, 200 (MDI)	0,5%	2, 4 (viên) 60/150ml sirô	0,5	4-6
Terbutalin	400- 500 (DPI)	2,5; 5	2,5; 5 (viên)	0,5	4-6
Cường β_2 tác dụng chậm và kéo dài (LABA)					
Formoterol	4,5 - 12 (MDI, DPI)				≥ 12
Salmeterol	25 - 50 (MDI, DPI)				≥ 12
Kháng phó giao cảm tác dụng nhanh (SAMA)					
Ipratropium bromid	20, 40 (MDI)	0,25 - 0,5			6-8
Kháng phó giao cảm tác dụng kéo dài (LAMA)					
Tiotropium	18 (DPI)				≥ 24
Kết hợp cường β_2 với kháng phó giao cảm dạng hít					
Fenoterol/ Ipratropium	50/20 (MDI)	0,5/0,25			6-8
Salbutamol/ Ipratropium	100/20 (MDI)	2,5 / 0,5			6-8
Methylxanthin					
Aminophylin			200-300(viên)	240 mg	Thay đổi, có thể đến 24
Theophylin			100 - 600 (viên)		≥ 12
Glucocorticosteroids dạng hít (ICS)					
Beclomethason	100, 250, 400 (MDI)				
Budesonid		0,5			
Fluticason	50, 500 (MDI)				
Triamcinolon		40		40	
Kết hợp cường β_2 tác dụng kéo dài với corticosteroid dạng hít (LABA+ICS)					
Formoterol/ Budesonid	4,5/ 80, 160 (DPI)				
Salmeterol/ Fluticason	50/100,250,500 (DPI) 25/50,125, 250 (MDI)				
Corticosteroid toàn thân					
Prednisolon			5-20 (viên)	40	
Methyl-prednisolon			4, 8, 16 (viên)		

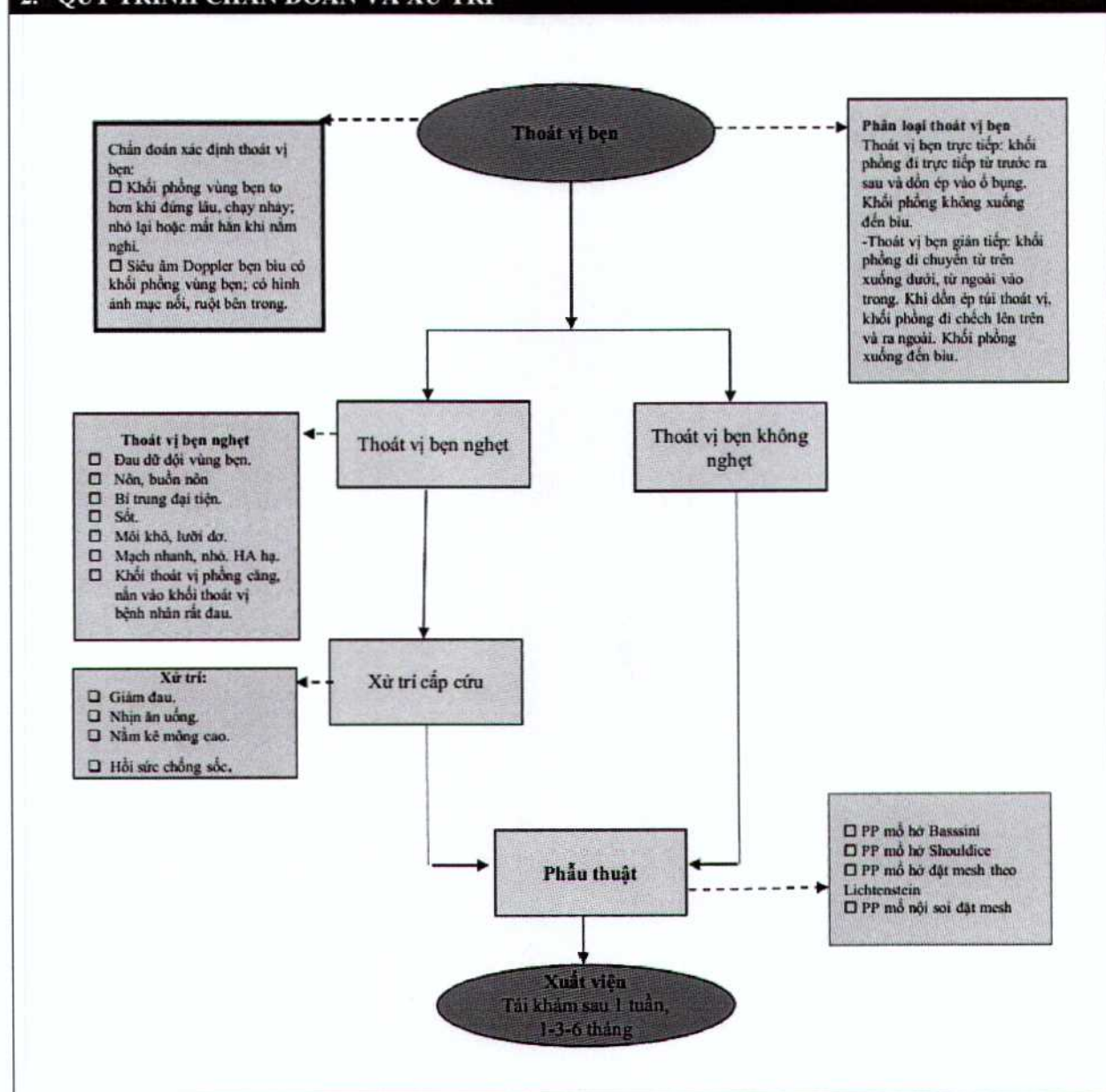
 QUY TRÌNH CHUYÊN MÔN KCB THOÁT VỊ BỆN	Họ và tên BN:
	Ngày sinh: Giới:
	Địa chỉ:
	Số phòng: Số giường:
	Mã BN/Số HSBA:

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

1. ĐÁNH GIÁ TRƯỚC KHI VÀO QUY TRÌNH

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

2. QUY TRÌNH CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ



3. NGUYÊN TẮC CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ**Nguyên tắc điều trị**

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

4. XỬ TRÍ CẤP CỨU NGOẠI KHOA

■ Có

■ Không

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

5. CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN LOẠI**Thoát vị bẹn trực tiếp**

- ☐ Khi dồn ép túi thoát vị, khối phồng đi trực tiếp từ trước ra sau vào ổ bụng
- ☐ Khối phồng không xuống đến bìu

Thoát vị bẹn gián tiếp

- ☐ Khi bệnh nhân ho mạnh, khối phồng di chuyển từ trên xuống dưới, từ ngoài vào trong. Khi dồn ép túi thoát vị, khối phồng đi chệch lên trên và ra ngoài
- ☐ Khối phồng xuống đến bìu

DIỄN TIẾN BỆNH VÀ XỬ TRÍ TRƯỚC PHẪU THUẬT

DẤU HIỆU			N1	N2	N3	.....	Nn
Lâm sàng	Dấu hiệu sinh tồn	Huyết áp					
		Mạch					
		Nhiệt độ					
	Khối phồng vùng bẹn		☐	☐	☐	☐	☐
	Đau vùng bẹn		☐	☐	☐	☐	☐
Cận lâm sàng	Triệu chứng khác		☐	☐	☐	☐	☐
	Siêu âm tổng quát		☐	☐	☐	☐	☐
	Siêu âm Doppler khảo sát mạch máu, cơ, phần mềm, các tuyến, bẹn bìu		☐	☐	☐	☐	☐
	Nước tiểu 10 thông số		☐	☐	☐	☐	☐
	Tổng phân tích tế bào máu bằng máy đếm tự động		☐	☐	☐	☐	☐
	PT, TQ		☐	☐	☐	☐	☐
	APTT		☐	☐	☐	☐	☐
	Nhóm máu ABO, RhD		☐	☐	☐	☐	☐
	GOT		☐	☐	☐	☐	☐
	GPT		☐	☐	☐	☐	☐
	Glucose máu		☐	☐	☐	☐	☐
	Protein máu		☐	☐	☐	☐	☐
	Ure máu		☐	☐	☐	☐	☐
	Creatinine máu		☐	☐	☐	☐	☐
	Điện giải đồ		☐	☐	☐	☐	☐
	HBsAg		☐	☐	☐	☐	☐
	AntiHCV		☐	☐	☐	☐	☐
	EV test		☐	☐	☐	☐	☐
	ECG		☐	☐	☐	☐	☐
	Xquang tim phổi thẳng		☐	☐	☐	☐	☐
Điều trị	Theo phác đồ A						
Chăm sóc	Cấp 3						

6. PHẪU THUẬT		■ Cấp cứu	■ Chương trình
Phương pháp phẫu thuật (Phụ lục C)	☐ Phương pháp Bassini ☐ Phương pháp Lichtenstein		☐ Phương pháp Shouldice ☐ Phương pháp phẫu thuật nội soi (TEP/TAPP)
Phương pháp gây mê	☐ Mê tùy sống và ngoài màn cứng		☐ Gây mê toàn thân
Chẩn đoán sau phẫu thuật	☐ Phù hợp		☐ Không phù hợp
Tai biến / Biến chứng	☐ Chảy máu trong mổ ☐ Rách, thủng bàng quang ☐ Khâu vào ruột, thủng ruột ☐ Tổn thương thần kinh chậu-hạ vị, chậu-bẹn sinh dục đùi gây rối loạn cảm giác vùng bẹn đùi, tê bì		☐ Chảy máu vết mổ ☐ Sưng hoặc teo tinh hoàn ☐ Nhiễm trùng vết mổ ☐ Khác:
Thời gian phẫu thuật			

DIỄN TIẾN BỆNH VÀ XỬ TRÍ TẠI PHÒNG HỒI SỨC NGOẠI

DẤU HIỆU			Giờ	Giờ	Giờ	Giờ	Giờ
	Dấu hiệu sinh tồn	Huyết áp					
		Mạch					
		Nhiệt độ					
	Khởi phòng vùng bẹn		☐	☐	☐	☐	☐
Đau vùng bẹn		☐	☐	☐	☐	☐	
Triệu chứng khác		☐	☐	☐	☐	☐	
Điều trị	Theo phác đồ B						
Chăm sóc	Cấp 1						

DIỄN TIẾN BỆNH VÀ XỬ TRÍ SAU PHẪU THUẬT

DẤU HIỆU			Giờ	Giờ	Giờ	Giờ	Giờ
	Dấu hiệu sinh tồn	Huyết áp					
		Mạch					
		Nhiệt độ					
	Khởi phòng vùng bẹn		☐	☐	☐	☐	☐
Đau vùng bẹn		☐	☐	☐	☐	☐	
Triệu chứng khác		☐	☐	☐	☐	☐	
Cận lâm sàng	Công thức máu		☐	☐	☐	☐	☐
	XQ căng chân(thẳng-ngiên)		☐	☐	☐	☐	☐
Điều trị	Theo phác đồ C						
Chăm sóc	Cấp 3						

7. XUẤT VIỆN

Tiêu chuẩn xuất viện	☐ Vết mổ khô, giảm đau ☐ Bệnh nhân tự đi lại, sinh hoạt cá nhân		☐ Không sốt ☐ Khác:
Tình trạng xuất viện	☐ Khởi bệnh ☐ Thuyên giảm		☐ Tử vong ☐ Ra khỏi quy trình ☐ Kết thúc quy trình
Hướng điều trị tiếp theo	☐ Cắt chỉ vết mổ ☐ Uống thuốc theo toa ☐ Tái khám theo hẹn		☐ Chế độ dinh dưỡng Số ngày điều trị:

8. QUẢN LÝ VÀ TƯ VẤN BỆNH NHÂN

Phòng tránh tái phát	☐ Hạn chế làm việc nặng, gắng sức ☐ Tiêu khó	☐ Táo bón ☐ Ho kéo dài	☐ Khác:
☐ Hẹn tái khám: ngày.....tháng.....năm.....; Phòng khám số:			

9. PHỤ LỤC

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

Phụ lục C

Phương pháp tạo hình thành bẹn Bassini

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

Phương pháp tạo hình thành bẹn bằng mảnh ghép nhân tạo

- Lựa chọn phương pháp vô cảm: tê tùy sống, mê nội khí quản, mê mash thanh quản, ...
- Tư thế mổ: bệnh nằm ngửa
- Rạch da đường phân giác góc bẹn
- Bóc tách cân cơ tìm túi thoát vị
- Đưa tạng thoát vị vào trong ổ bụng
- Khâu cột cổ túi
- Đặt và khâu cố định mảnh ghép vào thành sau ống bẹn bằng những mũi khâu vắt liên tục
- Xê đôi mảnh ghép và khâu lại, ôm sát từng tĩnh tại lỗ bẹn sâu
- Khâu cân cơ chéo ngoài
- Khâu da, Băng ép

Phương pháp tạo hình thành bẹn Shouldice

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

Phác đồ A	Phác đồ B	Phác đồ C
➤ Dịch truyền Lactate Ringer 500ml Natri chloride 0,9% 500ml Glucose 5% 500ml ➤ Kháng sinh CEPHALOSPORIN Basultam 1g+1g 1lọ TMC x 2 lần/ngày Ceftazidime 2g 1lọ TMC x 2 lần/ngày Suprapime 1g 1lọ TMC x 2 lần/ngày FLUOROQUINOLON Ciprofloxacin 200mg 1chai TTM x 2 lần/ngày Levofloxacin 750mg 1chai TTM 1 lần/ngày CARBAPENEM Tienam 0,5+0,5g 1lọ pha NaCl 0,9% TTM x 2 lần/ngày Invanz 1g 1lọ pha NaCl 0,9% TTM 1 lần/ngày Chống vi khuẩn kỵ khí Metronidazole 500mg 1chai TTM x 2 lần/ngày ➤ PPI Rabeloc 20mg 1lọ TMC 1 lần/ngày Faditac 20mg 1lọ TMC 1 lần/ngày Biticans 40mg 1lọ TMC 1 lần/ngày ➤ NSAID Mobic 15mg 1A TB x 2 lần/ngày Voltaren 75mg 1A TB x 2 lần/ngày ➤ Giảm đau Paracetamol 1g 1chai TTM x 4 lần/ngày	➤ Dịch truyền Lactate Ringer 500ml Natri chloride 0,9% 500ml Glucose 5% 500ml ➤ Kháng sinh CEPHALOSPORIN Basultam 1g+1g 1lọ TMC x 2 lần/ngày Ceftazidime 2g 1lọ TMC x 2 lần/ngày Suprapime 1g 1lọ TMC x 2 lần/ngày FLUOROQUINOLON Ciprofloxacin 200mg 1chai TTM x 2 lần/ngày Levofloxacin 750mg 1chai TTM 1 lần/ngày CARBAPENEM Tienam 0,5+0,5g 1lọ pha NaCl 0,9% TTM x 2 lần/ngày Invanz 1g 1lọ pha NaCl 0,9% TTM 1 lần/ngày Chống vi khuẩn kỵ khí Metronidazole 500mg 1chai TTM x 2 lần/ngày ➤ PPI Rabeloc 20mg 1lọ TMC 1 lần/ngày Faditac 20mg 1lọ TMC 1 lần/ngày Biticans 40mg 1lọ TMC 1 lần/ngày ➤ NSAID Mobic 15mg 1A TB x 2 lần/ngày Voltaren 75mg 1A TB x 2 lần/ngày ➤ Giảm đau Paracetamol 1g 1chai TTM x 4 lần/ngày ➤ Cầm máu Cammic 250mg 2A TMC x 2 lần/ngày	➤ Dịch truyền Lactate Ringer 500ml Natri chloride 0,9% 500ml Glucose 5% 500ml ➤ Kháng sinh CEPHALOSPORIN Basultam 1g+1g 1lọ TMC x 2 lần/ngày Ceftazidime 2g 1lọ TMC x 2 lần/ngày Suprapime 1g 1lọ TMC x 2 lần/ngày FLUOROQUINOLON Ciprofloxacin 200mg 1chai TTM x 2 lần/ngày Levofloxacin 750mg 1chai TTM 1 lần/ngày CARBAPENEM Tienam 0,5+0,5g 1lọ pha NaCl 0,9% TTM x 2 lần/ngày Invanz 1g 1lọ pha NaCl 0,9% TTM 1 lần/ngày Chống vi khuẩn kỵ khí Metronidazole 500mg 1chai TTM x 2 lần/ngày ➤ PPI Rabeloc 20mg 1lọ TMC 1 lần/ngày Faditac 20mg 1lọ TMC 1 lần/ngày Biticans 40mg 1lọ TMC 1 lần/ngày ➤ NSAID Mobic 15mg 1A TB x 2 lần/ngày Voltaren 75mg 1A TB x 2 lần/ngày ➤ Giảm đau Paracetamol 1g 1chai TTM x 4 lần/ngày ➤ Cầm máu Cammic 250mg 2A TMC x 2 lần/ngày

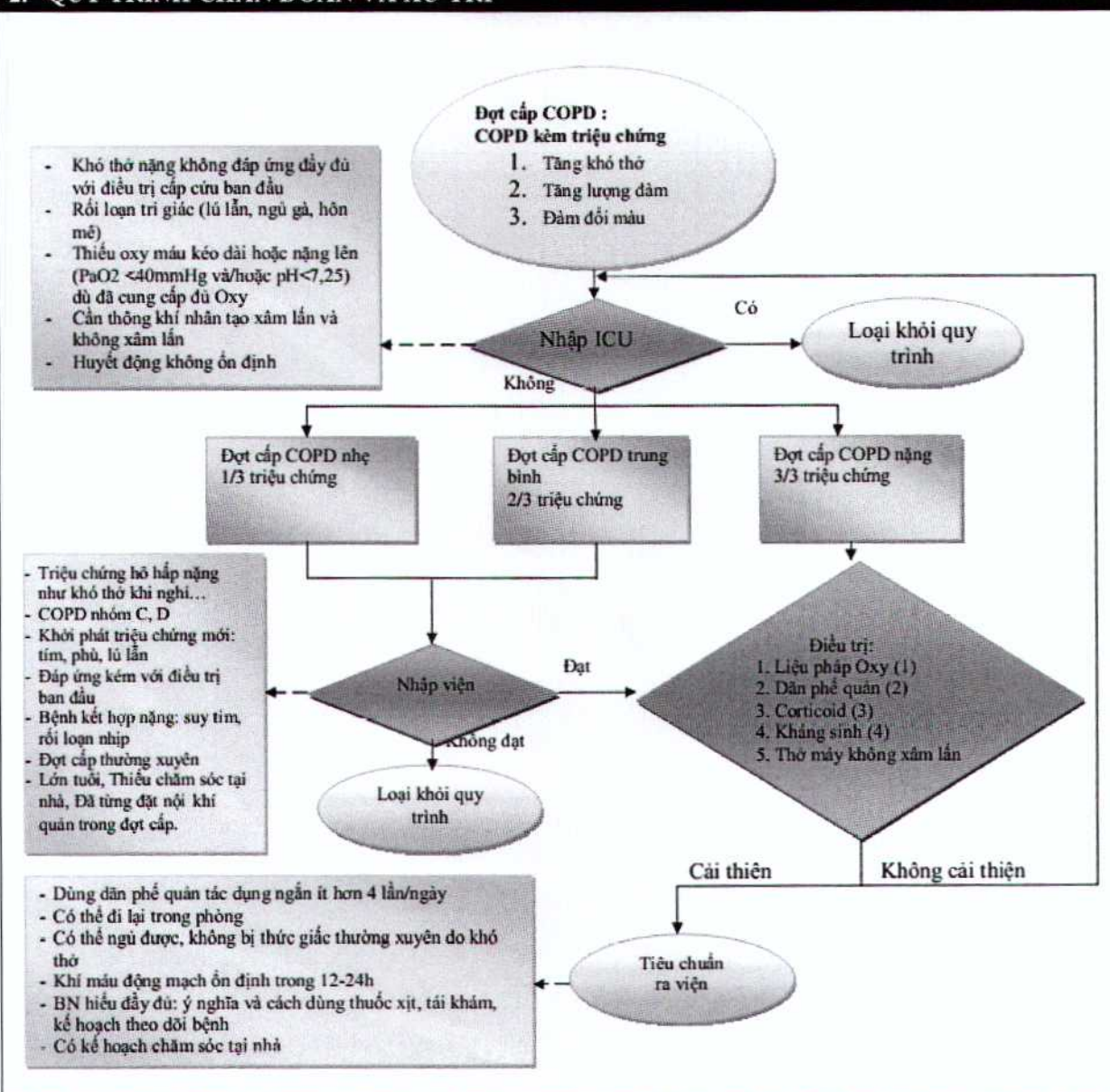
QUY TRÌNH CHUYÊN MÔN KCB ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHỀN MẠN TÍNH	Họ và tên BN: Ngày sinh: Giới: Địa chỉ: Số phòng: Số giường: Mã BN/Số HSBA:
--	---

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

1. ĐÁNH GIÁ TRƯỚC KHI VÀO QUY TRÌNH

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

2. QUY TRÌNH CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ



3. NGUYÊN TẮC CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

- ☐ Thở oxy có kiểm soát nồng độ tránh ứ CO₂
- ☐ Phối hợp kích thích beta 2 và kháng phó giao cảm tăng hiệu quả điều trị
- ☐ Chỉ định kháng sinh đúng
- ☐ Corticoid toàn thân giúp rút ngắn thời gian nằm viện
- ☐ Thông khí không xâm lấn

YẾU TỐ KHỎI PHÁI

- ☐ Nhiễm trùng hô hấp (vi khuẩn hoặc vi-rút): nguyên nhân thường gặp nhất
- ☐ Ô nhiễm không khí
- ☐ Không khí lạnh
- ☐ Dị ứng
- ☐ Hút thuốc lá
- ☐ Tự ý ngưng điều trị
- ☐ Phenotype
- ☐ Dùng thuốc không phù hợp: an thần,...
- ☐ Không rõ yếu tố thúc đẩy: 1/3 trường hợp
- ☐ Kèm bệnh lý khác: viêm phổi, thuyên tắc phổi, suy tim, rối loạn nhịp, tràn khí màng phổi, tràn dịch màng phổi.
- ☐ Quá liều Oxy.

XỬ TRÍ CẤP CỨU

■ CÓ

■ KHÔNG

Dấu hiệu

- ☐ Lơ mơ, ngủ gà
- ☐ Kích động, bứt rứt
- ☐ Lồng ngực yên lặng
- ☐ Khó thở
- ☐ Thở co kéo cơ hô hấp
- ☐ Thở nhanh
- ☐ Tím tái
- ☐ Tụt huyết áp
- ☐ SpO₂ < 92%

Xử trí

- ☐ Thở oxy sonde mũi
- ☐ Thở oxy mask venturi
- ☐ Thở máy không xâm lấn
- ☐ Kích thích beta2 tiêm truyền (hoạt chất, liều lượng):.....
- ☐ SABA MDI hoặc khí dung (hoạt chất, liều lượng):.....
- ☐ SAMA MDI hoặc khí dung (hoạt chất, liều lượng):.....
- ☐ Corticoid khí dung (hoạt chất, liều lượng):.....
- ☐ Corticoid đường toàn thân (hoạt chất, liều lượng):.....
- ☐ Kháng sinh (hoạt chất, liều lượng):.....
- ☐ Theophyllin truyền TM (hoạt chất, liều lượng):.....

4. DIỄN TIẾN BỆNH, XỬ TRÍ VÀ CHĂM SÓC					
DẤU HIỆU	N1	N2	N3	.....	Nn
1. LÂM SÀNG	Đánh dấu (✓) vào ô vuông nếu có, mô tả				
Khắc đàm đục	☐	☐	☐	☐	☐
Ho	☐	☐	☐	☐	☐
Đàm khó khạc	☐	☐	☐	☐	☐
Khó thở gắng sức	☐	☐	☐	☐	☐
Đau ngực	☐	☐	☐	☐	☐
Khó thở về đêm	☐	☐	☐	☐	☐
Rối loạn tri giác	☐	☐	☐	☐	☐
Tím tái	☐	☐	☐	☐	☐
Phù	☐	☐	☐	☐	☐
Tăng HA	☐	☐	☐	☐	☐
Tụt huyết áp	☐	☐	☐	☐	☐
Sốt	☐	☐	☐	☐	☐
Thở nhanh	☐	☐	☐	☐	☐
SpO2	☐	☐	☐	☐	☐
Rối loạn nhịp tim	☐	☐	☐	☐	☐
Tĩnh mạch cổ nổi	☐	☐	☐	☐	☐
Thở co kéo cơ hô hấp phụ	☐	☐	☐	☐	☐
Hô hấp nghịch thường	☐	☐	☐	☐	☐
Kéo dài thì thở ra	☐	☐	☐	☐	☐
Ran rít, ngáy	☐	☐	☐	☐	☐
Ran nổ	☐	☐	☐	☐	☐
Chế độ ăn uống	☐	☐	☐	☐	☐
Tình trạng tiêu tiểu	☐	☐	☐	☐	☐
Vận động	☐	☐	☐	☐	☐
2. CẬN LÂM SÀNG					
CTM	☐	☐	☐	☐	☐
XQ phổi	☐	☐	☐	☐	☐
Khí máu động mạch	☐	☐	☐	☐	☐
ECG	☐	☐	☐	☐	☐
Urê/Creatinin	☐	☐	☐	☐	☐
GOT/GPT	☐	☐	☐	☐	☐
CRP	☐	☐	☐	☐	☐
Procalcitonin	☐	☐	☐	☐	☐
Cấy nhuộm gram đàm	☐	☐	☐	☐	☐
Albumin	☐	☐	☐	☐	☐
Điện giải đồ	☐	☐	☐	☐	☐
D-dimer	☐	☐	☐	☐	☐
Nồng độ theophyllin	☐	☐	☐	☐	☐
Siêu âm tim	☐	☐	☐	☐	☐
3. ĐIỀU TRỊ					
Nghỉ ngơi tại giường	☐	☐	☐	☐	☐
Thở oxy sonde mũi	☐	☐	☐	☐	☐
Thở oxy mask venturi	☐	☐	☐	☐	☐
Kích thích beta2 tiêm truyền	☐	☐	☐	☐	☐

DẤU HIỆU	N1	N2	N3		Nn
SABA MDI hoặc khí dung	☐	☐	☐	☐	☐
SAMA MDI hoặc khí dung	☐	☐	☐	☐	☐
Corticoid khí dung	☐	☐	☐	☐	☐
LABA/ICS	☐	☐	☐	☐	☐
LAMA	☐	☐	☐	☐	☐
Corticoid đường toàn thân	☐	☐	☐	☐	☐
Kháng sinh	☐	☐	☐	☐	☐
Thở máy không xâm lấn	☐	☐	☐	☐	☐
4. CHĂM SÓC					
Chế độ ăn	☐	☐	☐	☐	☐
Vật lý trị liệu hô hấp	☐	☐	☐	☐	☐

5. XUẤT VIỆN

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

6. QUẢN LÝ VÀ TƯ VẤN BỆNH NHÂN

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

7. PHỤ LỤC**Phụ lục 1: Liệu pháp Oxy**

Nền khởi đầu bằng mask venturi 24% với 2-4l/p hoặc Venturi 28% với oxy 4l/p, giữ SpO₂ từ 88 – 92% trong lúc chờ KMDM.

Mục tiêu SaO₂ 94-98% nếu PaCO₂ bình thường (trừ BN có tiền căn NIV hoặc IPPV - Nonintermittent positive pressure ventilation).

Thử lại KMDM sau điều chỉnh liều Oxy sau 30 – 60 p đủ PaCO₂ bình thường.

Điều chỉnh phương thức thở oxy dựa vào bảng 1.

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

Phụ lục 2: Cách sử dụng dẫn phế quản trong đợt cấp

Điều trị	Nhẹ	Trung bình	Nặng
Dẫn phế quản	Ipratropium và/hoặc SABA dạng MDI/NEB 4 – 6 lần/ngày Xem xét LABA kết hợp	Ipratropium và/hoặc SABA dạng MDI/NEB 6 – 8 lần/ngày Xem xét salbutamol, terbutalin TTM 0,5-2 mg/giờ, chỉnh liều theo đáp ứng mỗi 5-10 phút/lần. Xem xét aminophyllin 0,24g TTM trong 30 phút, sau đó chuyển duy trì 0,3-0,5 mg/kg/giờ. Tổng liều không quá 10 mg/kg/24 giờ.	Ipratropium và/hoặc SABA dạng MDI/NEB nhiều lần Xem xét salbutamol, terbutalin TTM 0,5-2 mg/giờ, chỉnh liều theo đáp ứng mỗi 5-10 phút/lần. Xem xét aminophyllin 0,24g TTM trong 30 phút, sau đó chuyển duy trì 0,3-0,5 mg/kg/giờ. Tổng liều không quá 10 mg/kg/24 giờ.

Phụ lục 3: Sử dụng corticoid

Nhẹ: Uống methylprednison 40mg/ngày x 5 – 10 ngày nếu không cải thiện sau 1 giờ dẫn phế quản nhanh

Trung bình hoặc nặng: TM Methylprednisolon 2 mg/kg/ngày chia 2 lần x 5-10 ngày.

Phụ lục 4: Kháng sinh**Giảm nguy cơ tử vong sớm 77%, dùng khi có ít nhất 1 trong 4:**

1. Cần thông khí cơ học
2. Có cả 3 triệu chứng: tăng khó thở, ho, tăng và/hoặc đổi màu sắc đàm
3. Có ít nhất 2 triệu chứng đợt cấp trong đó có đàm mủ
4. Có bằng chứng nhiễm trùng

Điều trị	Nhẹ	Trung bình	Nặng
Kháng sinh Sử dụng khi có chỉ định kháng sinh. Điều chỉnh kháng sinh theo kháng sinh đồ. Dùng anti-pseudomonas khi có nguy cơ nhiễm pseudomonas.	Beta-lactam/betalactamase (amoxicilin-clavulanat; ampicilin-sulbactam) 3g/ngày <i>hoặc</i> cefuroxime 1,5g/ngày <i>hoặc</i> moxifloxacin 400mg/ngày <i>hoặc</i> levofloxacin 750mg/ngày	Cephalosporin thế hệ 3 (Cefotaxim 1g x 3 lần/ngày <i>hoặc</i> ceftriaxon 1g x 3 lần/ngày) <i>hoặc</i> Beta-lactam/betalactamase + amikacin 15mg/kg/ngày <i>hoặc</i> fluoroquinolon (ciprofloxacin 1g/ngày, levofloxacin 750mg/ngày uống <i>hoặc</i> truyền TM...)	Cephalosporin thế hệ 3 (ceftazidim 3g/ngày) <i>hoặc</i> imipenem 50mg/kg/ngày kết hợp amikacin 15mg/kg/ngày <i>hoặc</i> ciprofloxacin 800mg/ngày truyền TM chia 2 lần, levofloxacin 750mg/ngày truyền TM.

Nguy cơ nhiễm pseudomonas

- Mới nhập viện gần đây
- Thường xuyên điều trị kháng sinh (4 đợt/năm)
- COPD giai đoạn IV
- Tìm thấy trực khuẩn mủ xanh trong đợt cấp trước hoặc cư trú trong giai đoạn ổn định.

Antipseudomonas:

Carbapenem, Ticarcilin, Piperacilin, Cefoperazol, ceftazidim, Cefepim, Quinolon thế hệ 3,4

Phụ lục 5: Thở máy không xâm lấn**Chỉ định thông khí không xâm lấn (NIV: Non-invasive ventilation)**

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

1. Khó thở vừa tới nặng có cơ kéo cơ hô hấp phụ hoặc thở ngực bụng nghịch thường.
2. Toan hô hấp trung bình tới nặng ($\text{pH} < 7,35$) và/hoặc tăng thán khí trong máu ($\text{PaCO}_2 > 45\text{mmHg}$)
3. Nhịp thở > 25 l/p.

Chống chỉ định NIV

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

Phụ lục 6: Các thuốc dân phế quản và corticoid					
Thuốc	Dạng hít (μg)	Khí dung (mg/ml)	Uống (mg)	Tiêm truyền (mg)	Thời gian bán hủy (giờ)
Cường β_2 tác dụng nhanh và ngắn (SABA)					
Fenoterol	100-200 (MDI)	1	0.05% (sirô)		4-6
Salbutamol	100, 200 (MDI)	0,5%	2, 4 (viên) 60/150ml sirô	0,5	4-6
Terbutalin	400- 500 (DPI)	2,5; 5	2,5; 5 (viên)	0,5	4-6
Cường β_2 tác dụng chậm và kéo dài (LABA)					
Formoterol	4,5 - 12 (MDI, DPI)				≥ 12
Salmeterol	25 - 50 (MDI, DPI)				≥ 12
Kháng phó giao cảm tác dụng nhanh (SAMA)					
Ipratropium bromid	20, 40 (MDI)	0,25 – 0,5			6-8
Kháng phó giao cảm tác dụng kéo dài (LAMA)					
Tiotropium	18 (DPI)				≥ 24
Kết hợp cường β_2 với kháng phó giao cảm dạng hít					
Fenoterol/ Ipratropium	50/20 (MDI)	0,5/0,25			6-8
Salbutamol/ Ipratropium	100/20 (MDI)	2,5 / 0,5			6-8
Methylxanthin					
Aminophylin			200–300(viên)	240 mg	Thay đổi, có thể đến 24
Theophylin			100 – 600 (viên)		≥ 12
Glucocorticosteroids dạng hít (ICS)					
Beclomethason	100, 250, 400 (MDI)				
Budesonid		0,5			
Fluticason	50, 500 (MDI)				
Triamcinolon		40		40	
Kết hợp cường β_2 tác dụng kéo dài với corticosteroid dạng hít (LABA+ICS)					
Formoterol/ Budesonid	4,5/ 80, 160 (DPI)				
Salmeterol/ Fluticason	50/100,250,500 (DPI) 25/50,125, 250 (MDI)				
Corticosteroid toàn thân					
Prednisolon Methyl-prednisolon			5-20 (viên) 4, 8, 16 (viên)	40	

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Thành, Phác đồ điều trị và quy trình kỹ thuật trong thực hành nội khoa bệnh phổi, Nhà xuất bản y học, 2011.
2. Phác đồ “Đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính”, bệnh viện Phạm Ngọc Thạch.
3. Hướng dẫn sử dụng kháng sinh, Quyết định số 708/QĐ-BYT, 2015.

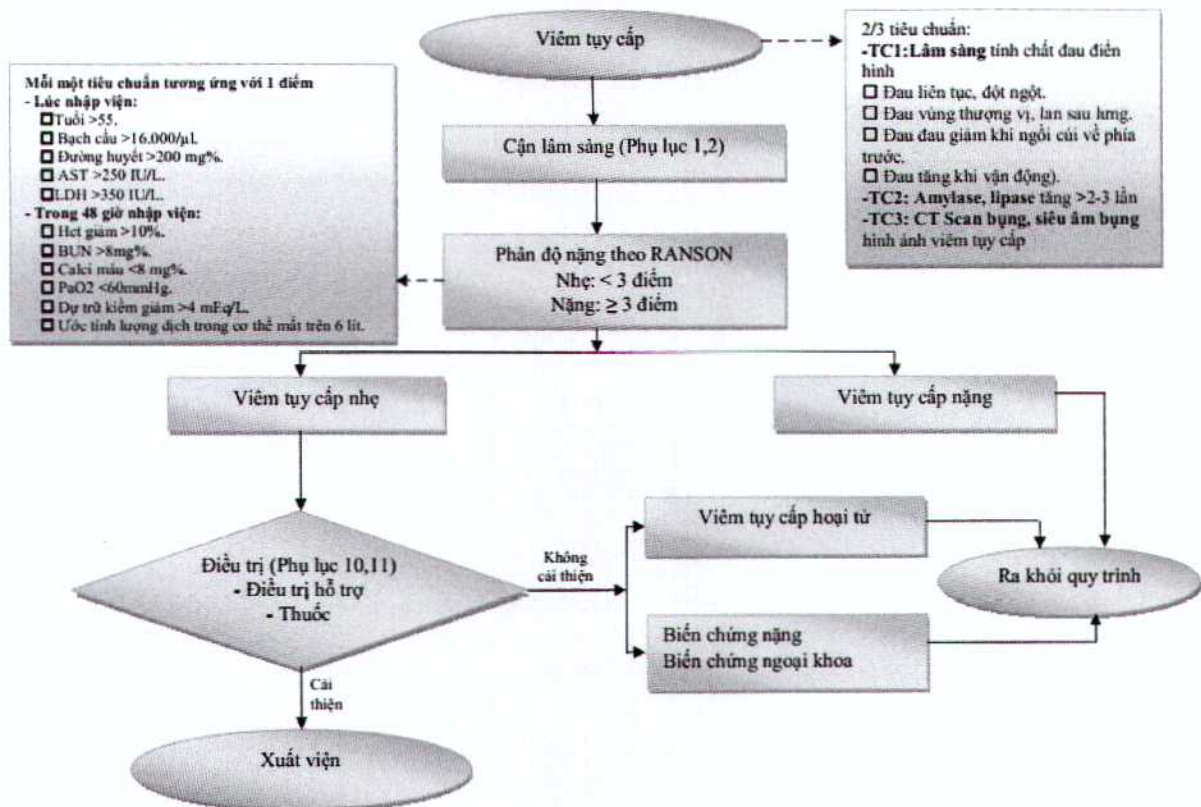
 QUY TRÌNH CHUYỂN MÔN KCB VIÊM TỤY CẤP	Họ và tên BN:
	Ngày sinh: Giới:
	Địa chỉ:
	Số phòng:..... Số giường:.....
	Mã BN/Số HSBA:

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

1. ĐÁNH GIÁ TRƯỚC KHI VÀO QUY TRÌNH

Tiêu chuẩn đưa vào: (≥ 2/3 tiêu chuẩn)	☐ Tính chất đau bụng phù hợp viêm tụy cấp. ☐ Chẩn đoán hình ảnh CT scan, siêu âm phù hợp.	☐ Amylase máu hay lipase máu tăng ≥ 2-3 lần giá trị bình thường.
Tiêu chuẩn loại ra:	☐ Viêm tụy cấp nặng	☐ Viêm tụy cấp hoại tử
Tiền căn dị ứng:	☐ Có ☐ Không	Cụ thể:.....

2. QUY TRÌNH CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ



3. NGUYÊN TẮC CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ					
NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ					
☐ Hạn chế các biến chứng toàn thân ☐ Ngăn ngừa hoại tử và nhiễm trùng tụy ☐ Điều trị tình trạng viêm tụy ☐ Điều trị nguyên nhân					
CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN LOẠI					
Chẩn đoán xác định					
Khi có hai trong ba tiêu chuẩn (theo Atlanta):					
☐ Tính chất đau bụng phù hợp viêm tụy cấp. ☐ Amylase máu hay lipase máu tăng $\geq 2-3$ lần giá trị bình thường. ☐ Chẩn đoán hình ảnh CT scan.					
Chẩn đoán viêm tụy cấp thể nhẹ:					
☐ RANSON ≥ 3 điểm, BISAP < 3 điểm ☐ CT score ≤ 6 điểm ☐ Không có các yếu tố tiên lượng viêm tụy cấp đơn độc khác					
4. DIỄN TIẾN BỆNH, XỬ TRÍ VÀ CHĂM SÓC					
MỤC	N1	N2	N3	.....	Nn
1. LÂM SÀNG	Đánh dấu (✓) vào ô vuông nếu có, mô tả				
Tri giác	☐	☐	☐	☐	☐
Mạch	☐	☐	☐	☐	☐
Nhiệt độ	☐	☐	☐	☐	☐
Huyết áp	☐	☐	☐	☐	☐
Nhịp thở	☐	☐	☐	☐	☐
Buồn nôn, nôn	☐	☐	☐	☐	☐
Vàng da	☐	☐	☐	☐	☐
Đau bụng	☐	☐	☐	☐	☐
Bảng bụng	☐	☐	☐	☐	☐
Trướng bụng	☐	☐	☐	☐	☐
Bụng đề kháng	☐	☐	☐	☐	☐
Rales đáy phổi	☐	☐	☐	☐	☐
Chế độ ăn	☐	☐	☐	☐	☐
Tiêu, tiểu	☐	☐	☐	☐	☐
2. CẬN LÂM SÀNG					
CTM	☐	☐	☐	☐	☐
Điện giải đồ	☐	☐	☐	☐	☐
Glucose máu	☐	☐	☐	☐	☐
Amylase máu	☐	☐	☐	☐	☐
Amylase niệu	☐	☐	☐	☐	☐
Bilirubin	☐	☐	☐	☐	☐
Cholesterol, Triglyceride	☐	☐	☐	☐	☐
Amylase dịch màng bụng hay màng phổi.	☐	☐	☐	☐	☐
Urê/Creatinin	☐	☐	☐	☐	☐
GOT/GPT	☐	☐	☐	☐	☐
CRP	☐	☐	☐	☐	☐
Procalcitonin	☐	☐	☐	☐	☐