

BỘ Y TẾ

Hướng dẫn điều trị và sử dụng THUỐC

(Dùng cho bác sỹ và dược sỹ tuyến cơ sở)



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

BỘ Y TẾ

Hướng dẫn điều trị và sử dụng thuốc

(Dùng cho bác sĩ và dược sĩ tuyến cơ sở)

(Tái bản lần thứ ba)

**NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
HÀ NỘI - 2004**

**SỬ DỤNG TÀI LIỆU CỦA CHƯƠNG TRÌNH HỢP TÁC
Y TẾ VIỆT NAM - THỤY ĐIỂN LĨNH VỰC
CHÍNH SÁCH VÀ QUẢN LÝ THUỐC (ADPC)**

LỜI GIỚI THIỆU

Trong hơn 10 năm qua, nhờ chính sách đổi mới của Đảng và Nhà nước, tình hình sản xuất và cung ứng thuốc đã có những bước phát triển mới. Công nghiệp dược Việt Nam đã đẩy mạnh đổi mới công nghệ và sản xuất nhiều thuốc có chất lượng tốt hơn trước. Nhiều thuốc của nước ngoài được lưu hành ở Việt Nam. Danh mục thuốc ngày càng phong phú, tạo điều kiện cho thầy thuốc và dược sỹ có thêm khả năng lựa chọn và sử dụng thuốc. Danh mục thuốc thiết yếu của Việt Nam công bố lần thứ 3 trong năm 1995 thể hiện chủ trương của Bộ y tế tiếp tục thực hiện chính sách thuốc thiết yếu do Tổ chức Y tế Thế giới đề xuất.

Trong bối cảnh hiện nay, vấn đề sử dụng thuốc an toàn, hợp lý ngày càng có tầm quan trọng đặc biệt. Thiếu kiến thức đúng đắn về thuốc, việc sử dụng thuốc của cán bộ y tế và người dùng thuốc sẽ có thể mang lại hậu quả nghiêm trọng: không bảo đảm an toàn cho sức khỏe người bệnh và gây lãng phí tiền của của Nhà nước

và của nhân dân.

Để đảm bảo thuốc được sử dụng an toàn, hợp lý, chúng ta cần một loạt biện pháp đồng bộ, trong đó việc cung cấp những kiến thức đúng đắn, cần thiết về điều trị và sử dụng thuốc cho cán bộ y tế, nhất là cán bộ y tế cơ sở, có một tầm quan trọng đặc biệt.

Cuốn sách "Hướng dẫn điều trị và sử dụng thuốc" dùng cho bác sỹ và dược sỹ tuyến cơ sở do Giáo sư, Tiến sỹ Hoàng Tích Huyền chủ biên và có sự tham gia của một tập thể các tác giả có kinh nghiệm chuyên môn, đã đáp ứng yêu cầu cấp bách nói trên. Mong rằng cuốn sách sẽ có ích cho cán bộ y tế, đặc biệt là cán bộ y tế cơ sở trong công việc thực tế hàng ngày.

Xin trân trọng giới thiệu cùng bạn đọc.

Phó giáo sư, Phó tiến sỹ **LÊ VĂN TRUYỀN**

Thứ trưởng Bộ y tế

Chủ biên: Giáo sư HOÀNG TÍCH HUYỀN

Tham gia biên soạn:

1. Phó tiến sĩ LÊ ĐỨC CHÍNH
2. Phó giáo sư PHẠM GIA CƯỜNG
3. Phó giáo sư NGUYỄN VĂN ĐĂNG
4. Phó giáo sư LÊ ĐIỂM
5. Giáo sư VŨ ĐÌNH HẢI
6. Phó giáo sư LÊ ĐỨC HÌNH
7. Giáo sư HOÀNG TÍCH HUYỀN
8. Bác sĩ PHAN KIỂM
9. Phó tiến sĩ NGUYỄN VI NINH
10. Phó giáo sư NGUYỄN ĐỨC PHÚC
11. Phó tiến sĩ NGUYỄN VIỆT THIÊM
12. Bác sĩ PHAN KHÁNH TRƯỜNG
13. Phó giáo sư LÊ VĂN TRUYỀN
14. Giáo sư LÊ TỬ VÂN
15. Phó tiến sĩ NGUYỄN THỊ VINH

Biên tập và hiệu đính:

VŨ ĐÌNH HẢI
HOÀNG TÍCH HUYỀN
NGUYỄN THỊ VINH

MỤC LỤC

Trang

Phần I: Hướng dẫn điều trị

1. Sốt	Vũ Đình Hải và Phạm Gia Cường.....	9
2. Sút cân	Vũ Đình Hải.....	14
3. Thiếu máu	Vũ Đình Hải.....	20
4. Phù	Vũ Đình Hải.....	25
5. Khó thở	Vũ Đình Hải.....	29
6. Ho	Vũ Đình Hải và Lê Đức Chính.....	38
7. Đau ngực	Vũ Đình Hải.....	44
8. Tăng huyết áp	Vũ Đình Hải.....	50
9. Ỉa chảy cấp	Vũ Đình Hải.....	56
10. Đau bụng	Vũ Đình Hải và Lê Đức Chính.....	64
11. Đau khớp	Vũ Đình Hải.....	70

12. Hôn mê	Lê Đức Hình	78
13. Nhiễm độc cấp	Vũ Đình Hải	88
14. Động kinh	Nguyễn Văn Đăng.....	100
15. Vết thương và bỏng	Nguyễn Đức Phúc	112
16. Một số trường hợp cấp cứu trong tâm thần học	Nguyễn Viết Thiêm	123
17. Bệnh về mắt	Vũ Đình Hải và Phan Kiểm	133
18. Một số bệnh tai mũi họng thường gặp	Phan Khánh Trường	140
19. Các bệnh da thông thường	Lê Tử Vân.....	151
20. Bệnh lây truyền qua đường tình dục	Lê Tử Vân.....	160
21. Phụ sản khoa	Lê Diễm	168
22. Lịch tiêm chủng trẻ em		181
Phần II: Hướng dẫn sử dụng thuốc.....		183

Hoàng Tích Huyền

Nguyễn Vi Ninh

Nguyễn Thị Vinh

Phụ lục

Phổ tác dụng của kháng sinh	
-----------------------------------	--

PHẦN I

HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ

SỐT

GS Vũ Đình Hải

và PGS Phạm Gia Cường

Sốt là khi thân nhiệt đo ở nách cao hơn $37,5^{\circ}\text{C}$, hoặc đo ở trực tràng cao hơn 38°C . Thân nhiệt dưới những con số đó không thể coi là sốt, dù có cảm giác "gai gai", hoặc sờ trán thấy "ấm đầu".

Ở người bình thường, thân nhiệt cao lên khi gắng sức thể lực, khi ăn, khi nhiệt độ bên ngoài cao, và ở phụ nữ trong giai đoạn sau của chu kỳ kinh nguyệt, từ ngày rụng trứng trở đi. Thân nhiệt còn phụ thuộc vào tuổi: trẻ con dễ sốt hơn người lớn và ở người cao tuổi thì ít khi thân nhiệt tăng! Buổi sáng, thân nhiệt bình thường cũng thấp hơn buổi chiều, cho nên phải đo thân nhiệt 2 lần mỗi ngày.

Trong trường hợp sốt nhẹ, người bệnh hay thấy ớn lạnh, hoặc nóng bồng, chán ăn, nhức đầu, khó chịu, rộp môi, cũng có khi không cảm thấy gì khác. Nhưng khi sốt nặng, trên 40°C, người bệnh hay rét run, có khi rung cả giường chiếu; sốt cao nữa có thể mê sảng, co giật, nhất là sốt cao ở trẻ em. Trong thực tiễn, ít khi thân nhiệt vượt quá 41°C.

Nếu sốt kéo dài quá 2-3 tuần lễ, cơ thể bị mất nước, hao tổn calo, làm tim đập nhanh, sút cân nhanh.

Nguyên nhân sốt

Sốt là phản ứng tự nhiên của cơ thể, để đối phó với nhiều tác nhân gây bệnh; người quá già hoặc quá yếu thường sốt ít hoặc không sốt, ngay cả khi nhiễm khuẩn nặng. Những nguyên nhân thường gặp của sốt là:

1. Nhiễm khuẩn (virus, vi khuẩn, ký sinh trùng, nấm). Đây là nguyên nhân hay gặp nhất, khoảng 60% trường hợp, cho nên đầu tiên phải nghĩ ngay đến nguyên nhân này.

Trước hết phải đi tìm các dấu hiệu chỉ điểm, xem có chỗ nào đau hoặc sưng, nóng, đỏ, mưng mủ không? Ví dụ:

- Đau đầu: đi tìm áp-xe não, viêm não.
- Đau và cứng ở gáy: viêm màng não.
- Đau ngực: viêm phổi, viêm màng phổi, áp-xe phổi, viêm màng tim.

- Đau bụng: viêm ruột thừa, áp-xe gan, viêm đường mật.

- Đau khớp: thấp khớp cấp, viêm khớp dạng thấp, nhiễm khuẩn khớp.

- Đau hạch: nhiễm khuẩn khu vực, viêm hạch.

Sau đó, xác định chẩn đoán bằng các xét nghiệm và các thăm dò chuyên khoa để tìm các nhiễm khuẩn toàn thân, như thương hàn, lao...

2. Các nguyên nhân khác không phải nhiễm khuẩn thì ít gặp hơn nhiều. Vài thí dụ:

- Lupus ban đỏ hệ thống dễ gây sốt kéo dài;

- Ung thư ở các phủ tạng như gan, não, tụy sống, phổi, tụy, thận v.v...

- Bệnh huyết học như bệnh bạch cầu, chảy máu, tan máu...

- Nhồi máu cơ tim cũng có thể sốt nhẹ;

- Do tiêm truyền (chí nhiệt tố), do thuốc.

☞ **Điều trị triệu chứng sốt.**

Trước một người sốt, chữa nguyên nhân là cần bản, ví dụ: cắt bỏ ruột thừa, tháo mũ áp-xe, chọc tháo màng phổi, màng tim, corticoid liệu pháp (trong lupus ban đỏ) v.v...

Nhưng đồng thời cũng cần chữa triệu chứng sốt, nhất là khi chưa hoặc không tìm thấy nguyên nhân, thì chữa sốt lại càng cần thiết.

† **Tiếp nước đầy đủ:** khi thân nhiệt quá 37°C , cứ sốt thêm 1°C , thì cơ thể cần thêm 100-150ml nước mỗi ngày; khi trời khô hanh, hoặc ra nhiều mồ hôi, có thể còn cần nhiều nước hơn nữa. Tốt nhất là bằng đường uống, có thể dùng nước quả, nước chè loãng, nước rau, sữa, hoặc nước đun sôi để nguội tùy theo khẩu vị của người bệnh. Uống được nước lạnh hoặc nước đá càng giúp hạ thân nhiệt thêm.

Ở người sốt kéo dài, nên chú ý cung cấp đủ calo, vì khi thân nhiệt tăng 1°C , chuyển hóa cơ bản tăng 13%. Nên cho đường, sữa, quả.

Chỉ khi nào không thể uống đủ nước theo yêu cầu, do nôn, khó nuốt hoặc chán ăn, mới phải truyền dịch. Phần lớn trường hợp nên truyền các dung dịch đẳng trương, NaCl 0,9% hoặc glucose 5%, hoặc dung dịch Ringer lactat. Trong những ca đặc biệt, có thể dùng dung dịch glucose ưu trương (10%-30%) để tiếp thêm calo, hoặc nhược trương (NaCl 4,5‰). Không trộn thêm thuốc khác vào dịch truyền, để tránh tương kỵ thuốc.

† **Hạ nhiệt** chỉ cần khi sốt cao, thân nhiệt quá 40°C , nhất là ở trẻ em, hoặc khi kèm theo có thai, co giật, mê

sảng. Sốt trên 41°C phải coi là cấp cứu.

Ở người lớn, nếu không có bệnh gì khác, dù sốt cũng ít khi phải dùng hạ nhiệt.

+ Đơn giản và an toàn hơn cả là dùng khăn lạnh hoặc túi nước đá đặt lên trán, bụng, trong nách. Khi sốt quá cao, có thể bọc khăn lạnh. Rất hiếm khi phải tắm nước đá, hoặc thụt nước đá.

+ Những thuốc sau đây chỉ được dùng khi người bệnh kêu nóng:

- Aspirin, người lớn uống 2-4 viên 500mg/24 giờ, chia làm 2-4 lần, sau bữa ăn no. Chống chỉ định: bệnh dạ dày, bệnh chảy máu. Hoặc:

- Paracetamol, viên 500mg, mỗi lần uống 1 viên, dùng 4-6 lần/24 giờ.

SÚT CÂN

GS Vũ Đình Hải

Sút cân là một dấu hiệu quan trọng, thường phản ánh một bệnh nặng.

Sở dĩ sút cân, vì năng lượng ăn vào (thức ăn) ít hơn năng lượng tiêu đi (chuyển hóa cơ bản cộng với hoạt động). Vì vậy, nguyên nhân sút cân có thể do ăn ít quá (biếng ăn, thiếu ăn, bệnh mạn tính...) hoặc do tiêu thụ năng lượng nhiều quá (chuyển hóa tăng, hoạt động thể lực quá mức...).

Cơ thể mất nước nhiều cũng gây sút cân nhanh. Thí dụ: dùng thuốc lợi niệu, mất mồ hôi nhiều, thiếu nước uống, kiêng muối quá mức đều có thể sút cân.

Những nguyên nhân sút cân chủ yếu gặp trong lâm sàng, không kể những trường hợp cơ thể mất nước:

1. Đái tháo đường.

Sút cân là triệu chứng quan trọng của bệnh đái tháo đường. Mới đầu, sút cân chủ yếu do mất nước (vì đái nhiều). Sau đó, cân tiếp tục giảm do mất nhiều glucose qua nước tiểu (vì glucose niệu). Thiếu insulin và thừa

glucagon cũng làm giảm tổng hợp protein và mỡ, đồng thời tăng quá trình tiêu protein và tiêu mỡ.

Người bệnh đái tháo đường ăn khỏe hơn người bình thường, nhưng vẫn sút cân, vì năng lượng ăn vào, dù cao, cũng không bù đắp nổi những tiêu hao năng lượng do bệnh. Ăn nhiều mà vẫn sút cân là một trong những đặc điểm của đái tháo đường.

Để chẩn đoán, cần phải định lượng glucose trong máu lúc đói (định lượng ít nhất hai lần liên tiếp), nếu quá 1,4g/l (7,8 mmol/lít) là nghi ngờ. Tìm glucose và thể ceton trong nước tiểu giúp thêm cho chẩn đoán.

☞ Điều trị.

Trước hết, phải hạn chế ăn chất bột và đường. Tùy trường hợp, dùng một trong những viên chống đái tháo đường sau đây:

Glibenclamid (Daonil, viên 5mg)

Gliclazid (Predian, viên 80mg)

Tolbutamid (Dolipol, viên 500mg)

Thường bắt đầu bằng một viên, sau điều chỉnh dần.

Những ca nặng, cần sút nhanh mặc dầu ăn rất nhiều, đường huyết quá cao, và nhất là những trường hợp có ceton niệu, cần tiêm insulin dưới da, bắt đầu bằng 20 đơn vị. Nếu dùng liều cao hơn, cần có sự hướng dẫn của tuyến trên. Khi đã tính được liều thích hợp, thì

người bệnh có thể tự dùng thuốc ở nhà, dưới sự giám sát chặt chẽ và thường kỳ của thầy thuốc.

Người bệnh phải theo dõi chế độ ăn nghiêm ngặt, hạn chế glucid, và nếu béo thì hạn chế cả lượng calo nói chung.

2. Cường giáp.

Còn gọi là nhiễm độc giáp, mà thể hay gặp nhất là bệnh Basedow. Trong bệnh này, tuyến giáp tăng tiết hormon, chủ yếu là thyroxin (T₄), tăng mạnh chuyển hóa ở các mô và tiêu hao rất nhiều năng lượng.

Người bệnh gây sút nhanh chóng, mặc dầu ăn ngon miệng và ăn nhiều, nhất là các glucid như cơm, đường. Bệnh cảnh lâm sàng còn có mắt lồi, bướu giáp, run tay, tim nhanh, sợ nóng, nhiều mồ hôi, ỉa chảy, rụng tóc, dễ cáu kỉnh. Cũng có khi (nhất là ở người cao tuổi) chỉ có sút cân đơn thuần, không có các triệu chứng trên.

Để chẩn đoán, hiện nay vẫn cần đo chuyển hóa cơ bản: chỉ cần mắt lồi, bướu giáp, mạch nhanh thường xuyên trên 90 lần mỗi phút và chuyển hóa cơ bản >30% là đã có thể bước đầu xác định bệnh Basedow. Những xét nghiệm sau đây chính xác hơn, nhưng thuộc tuyến trên:

Trong cường giáp, thường thấy:

Độ tập trung I¹³¹ cao quá 30% sau 24 giờ

Định lượng T₄ > 200 microgam/lít (260 nanomol/lít)

Định lượng $T_3 > 2$ microgam/lít (3,1 nanomol/lít)

Điều trị

+ Có thể chữa triệu chứng để người bệnh dễ chịu ngay:

Propranolol viên 40 mg. Uống 1/2 viên mỗi lần, dùng 2 lần trong 24 giờ. Sau đó, có thể tăng dần liều.

+ Nếu không dùng được thuốc chẹn beta, thì thay bằng:

Diltiazem viên 60 mg. Uống 1 viên mỗi lần, dùng 2 lần trong 24 giờ. Sau cũng có thể tăng dần liều.

+ Iod (dung dịch Lugol mạnh) uống 30-60 giọt/24 giờ, chia 3 lần uống.

+ Đồng thời, dùng ngay thuốc kháng giáp trạng tổng hợp, dùng một trong các thuốc sau:

- Benzyl - thiouracil (BTU, Basdenc, viên 25 mg):

Bắt đầu bằng 6 viên/24 giờ, dùng trong vài tuần. Khi đỡ, giảm dần liều cho đến liều duy trì 3-4 viên/24 giờ, dùng trong vài tháng.

- Methylthiouracil (MTU viên 50 mg) hoặc propylthiouracil (PTU viên 50 mg): bắt đầu bằng 6 viên/24 giờ, dùng trong vài tuần, rồi cũng giảm liều theo cách như ở trên.

- Carbimazon (Ncomerazole viên 5mg): cũng bắt đầu bằng 4-8 viên/24 giờ, rồi cũng giảm liều theo cách như ở các thuốc trên.

+ Nếu chữa bằng thuốc không kết quả, nên gửi tuyến trên xét chỉ định dùng iod phóng xạ hoặc phẫu thuật.

✧ Ngoài cường giáp, còn một số bệnh nội tiết khác (hiếm hơn nhiều) cũng gây sút cân. Đó là:

- U tế bào ưa chrom: tăng huyết áp từng cơn là dấu hiệu chính, nhưng đồng thời cũng sút cân, vì catecholamin tăng trong máu.
- Suy toàn tuyến yên (panhypopituitarism), còn gọi là bệnh Simmonds, cũng làm gây sút nhiều.
- Suy thượng thận, sút cân ở đây do chán ăn, hậu quả của thiếu cortisol.

3. Bệnh tiêu hóa.

- Các bệnh spru, viêm tụy mạn, xơ nang tụy, hay tạo phân có mỡ, gây sút nhanh chóng mặc dầu ăn vẫn nhiều.
- Viêm ruột, ký sinh trùng, hẹp thực quản, loét dạ dày tá tràng, thiếu máu ác tính, xơ gan... đều có thể gây sút cân. Cơ chế có nhiều: chán ăn, nôn mửa, tắc, kém hấp thu, viêm.

Điều trị tùy nguyên nhân.

4. Một số bệnh đặc biệt.

Lao, bệnh nấm, áp xe amip, viêm màng trong tim nhiễm khuẩn dạng bán cấp, bệnh AIDS đều có thể gây sút cân.

Phải tìm kỹ nguyên nhân bệnh và chữa theo nguyên nhân.

5. Ung thư.

Trường hợp sút cân mà không có biểu hiện gì đặc biệt khác, có khả năng là ung thư ở một vị trí kín đáo nào đó. Phải tìm nguyên nhân ở ống tiêu hóa, tụy, gan, hạch, máu... Sút cân có lẽ do chán ăn là chính, nhưng chuyển hóa cũng có tăng ít nhiều.

6. Bệnh tâm thần.

Diễn hình nhất là bệnh biếng ăn tâm thần. Một số bệnh tâm thần khác cũng gây sút cân (tâm thần phân liệt, trầm cảm...)

Chẩn đoán chủ yếu bằng cách loại trừ những bệnh thực tổn.

7. Suy thận mạn.

Nhiều khi suy thận biểu hiện trước tiên bằng gầy sút do chán ăn.

Tóm lại, ở người bệnh sút cân mà ăn nhiều hơn, nên nghĩ đến đái tháo đường, nhiễm độc giáp, kém hấp thu thức ăn, rồi đến bệnh bạch cầu, u lymphô. Nếu ăn vẫn bình thường hoặc kém đi, nên tìm ung thư, nhiễm khuẩn, suy thận, bệnh tâm thần hoặc bệnh nội tiết.

THIẾU MÁU

GS Vũ Đình Hải

Thiếu máu là giảm 10% hemoglobin (Hb) hoặc hematocrit, hoặc giảm số lượng hồng cầu. Cụ thể là hemoglobin dưới 10g/100ml ở nữ, dưới 12g/100ml ở nam, hoặc hematocrit dưới 30% ở nữ và dưới 36% ở nam, hoặc hồng cầu dưới 3,5 triệu ở nữ và dưới 4 triệu ở nam.

Các chỉ số huyết học trên không phản ánh đúng mức độ thiếu máu. Chúng có thể cao giả tạo trong trường hợp mất nước đột ngột, như ỉa chảy cấp, bỏng nặng, đái quá nhiều. Chúng lại có thể thấp giả tạo trong phù, có thai, suy tim ứ huyết. Khi mất máu cấp, các chỉ số này có thể bình thường trong giờ đầu tiên, rồi sau mới giảm. Vì giảm hồng cầu và Hb, khả năng chuyển tải oxy của máu bị giảm sút, gây nên nhiều rối loạn cho toàn cơ thể, biểu hiện rõ nhất là các rối loạn tuần hoàn và hô hấp.

1. Lâm sàng.

1.1. Triệu chứng: thiếu máu nhẹ chỉ thấy mệt mỏi, đánh trống ngực vì tim đập nhanh và mạnh; khó thở, nhất là sau khi gắng sức. Khi thiếu máu nặng hơn,

những triệu chứng trên xuất hiện cả khi nghỉ ngơi, lâu ngày dẫn đến suy tim. Nhiều khi có thêm chóng mặt, nhức đầu, ù tai, ngất. Có người khó ngủ, bực bội, khó tập trung tư tưởng, hoặc ớn lạnh, đau xương. Về tiêu hóa, người bệnh chán ăn, khó tiêu, buồn nôn; phụ nữ hay bị rối loạn kinh nguyệt; đàn ông có thể liệt dương.

1.2. Dấu hiệu: nhợt màu da và niêm mạc là dấu hiệu hay gặp nhất, nhưng cũng còn tùy sắc da từng người, từng lúc. Nhìn kết mạc, niêm mạc miệng, lòng bàn tay dễ thấy hơn. Nếu những nếp nhăn ở lòng bàn tay không thâm hơn da ở bên thì là hemoglobin dưới 7g/100ml.

Ngoài ra, còn thấy tim đập nhanh, mạnh, huyết áp chênh lệch tăng, thổi tâm thu ở đáy tim. Để tìm nguyên nhân do bệnh máu, cần chú ý hạch, gan, lách, vàng da.

$$\text{TTTBHC} = \frac{\text{Hematocrit}}{\text{Số hồng cầu trong 1 microlit} \times 10^{-9}}$$

(Thể tích trung bình hồng cầu = TTTBHC;

TTTBHC bình thường = 80 - 97 fl, tức là 80-90 micromet khối; fl = femtolit = 10⁻¹⁵ lít)

2. Nguyên nhân

Về nguyên nhân thiếu máu, nên xếp 3 loại thiếu máu chính:

2.1. Thiếu máu do mất máu: là loại phổ biến nhất.

- Mất máu mạn tính: thường do giun móc, chảy máu đường tiêu hóa (chú ý trĩ, loét dạ dày tá tràng), chảy máu kín đáo trong phân, hoặc đường tử cung (rong kinh, u xơ tử cung), sốt rét lâu ngày. Bệnh cảnh lâm sàng như đã tả ở trên. Lâu dần sẽ dẫn đến thiếu sắt trong máu.

Chữa theo nguyên nhân và uống thêm muối sắt.

- Mất máu cấp tính một khối lượng lớn: người bệnh thường mệt, chóng mặt, sưng sờ, da tái nhợt, vã mồ hôi, có khi hôn mê. Trên lâm sàng, có thể đánh giá mất máu nhiều ít dựa vào tim nhanh và huyết áp hạ. Nếu so với lúc bình thường và mạch tăng lên 25%, hoặc huyết áp tâm thu giảm 20mm Hg khi người bệnh ngồi dậy, mất máu có thể tới trên 1 lít, nghĩa là cần được truyền bù ngay.

Nếu mất máu nhiều ồ ạt, xét nghiệm máu có thể không thấy giảm hồng cầu, hemoglobin và hematocrit, vì máu chưa kịp loãng, do đó dễ bỏ qua nhiều mất máu nặng: 2-3 ngày sau thấy hồng cầu mạng tăng, có khi hồng cầu nhân xuất hiện.

Chữa phải khẩn trương: truyền máu ngay, trong khi chờ đợi phải truyền dịch muối 0,9% hoặc dung dịch Ringer lactat. Phải tìm và giải quyết ngay nơi chảy

máu.

2.2. *Thiếu máu do giảm sản hồng cầu*: Tốt nhất là căn cứ vào thể tích trung bình hồng cầu (TTTBHC) để chia ra 3 loại giảm sản. Cách tính:

- Hồng cầu nhỏ (TTTBHC <80 fl): nghi đến thiếu sắt là phổ biến nhất.

☞ **Điều trị** chủ yếu bằng sắt, thí dụ: viên sắt 3-6 viên/24 giờ.

- Hồng cầu lớn: thường do thiếu vitamin B12 hoặc acid folic. Cũng có thể do suy gan, suy giáp, mất máu cấp, tan máu, bất sản tủy, nghiện rượu.

☞ **Điều trị** theo nguyên nhân

- Hồng cầu trung bình: phần nhiều do các bệnh mạn tính như viêm mạn tính (sắt huyết thanh giảm), suy thận (creatinin máu tăng), bệnh gan (chức năng gan giảm), suy giáp (T4 giảm). Đặc biệt đáng chú ý trong nhóm này là thiếu máu do suy thận, có khi nhờ thiếu máu mà tìm ra suy thận. Điều trị bằng ghép thận, hoặc bằng erythropoietin người. Một số nhỏ do bệnh của tủy xương như bất sản tủy (chọc tủy), hủy hoại tủy (chọc tủy sống thấy u v. v...), loạn sản tủy (chọc tủy sống thấy xơ hóa).

Chữa những bệnh này rất khó khăn: cần gửi lên cơ

sở chuyên khoa để truyền hồng cầu, androgen, cây tụy xương, giảm miễn dịch ...

2.3 Thiếu máu do tan máu: hiếm hơn nhiều. Về lâm sàng, ngoài những biểu hiện chung của thiếu máu, cần chú ý tìm vàng da, lách to.

Về xét nghiệm, đếm hồng cầu lưới có giá trị lớn: trong thiếu máu tan máu thì hồng cầu lưới bao giờ cũng tăng. Nhưng tìm các nguyên nhân gây tan máu thì khó hơn nhiều và phải làm xét nghiệm chuyên khoa mới chẩn đoán được.

Phải gửi chuyên khoa huyết học để điều trị, có khi phải dùng corticoid hoặc cắt lách...

☞ 3. Chữa thiếu máu.

+ Phải cố tìm nguyên nhân để chữa, không nên vội dùng các thuốc "chống thiếu máu" như sắt, vitamin B12, acid folic. Nếu thừa sắt trong máu cũng gây bệnh; vitamin B12 nếu dùng không thích đáng có thể làm mờ nhạt những biểu hiện của nhiều bệnh máu; cũng không nên truyền máu quá rộng rãi.

+ Chữa nguyên nhân thường đem lại kết quả tốt: chữa bệnh nội tiết, cắt bỏ u, ghép thận, chữa nhiễm khuẩn bằng kháng sinh, loại bỏ chất độc, chữa xơ gan v.v...

PHÙ

GS Vũ Đình Hải

Trước một người bệnh phù, phải phân biệt phù "cục bộ" với phù "toàn thể".

1. Phù cục bộ thường dễ tìm nguyên nhân.

- Do nhiễm khuẩn khu trú như nhọt, áp xe. Khi đó, trích mủ quan trọng hơn là dùng kháng sinh.

- Do chấn thương như đụng giập, sai khớp, gãy xương. Có thể dùng các thuốc mỡ hoặc nước để chống viêm tại chỗ, nhưng chủ yếu là chữa đặc hiệu (xem bài "Vết thương").

- Do tắc tĩnh mạch, phù chỉ dưới một hoặc hai bên, có thể có viêm (nóng, đỏ) hoặc không. Nếu tĩnh mạch nổi rõ thì chẩn đoán dễ. Nên hội chẩn để dùng thuốc chống đông và kháng sinh. Suy tĩnh mạch ở người hay đứng lâu và người cao tuổi cũng có thể gây phù.

- Do giun chí gây tắc mạch bạch huyết: phù hai chân hoặc phù bộ phận sinh dục (bìu dái, môi lớn...). Lâu ngày da vùng đó bị dày cứng lại (phù voi). Những

biểu hiện hay kèm theo là: sốt từng đợt 3-5 ngày, hay tái đi tái lại, nổi hạch, có đường trấp. Điều trị đặc hiệu bằng diethylcarbamazin 5mg/kg/24 giờ, uống trong 3 tuần lễ hoặc dùng ivermectin ít tác dụng phụ hơn.

Nếu phù quá lâu hoặc quá lớn, có khi phải phẫu thuật.

- Do tắc tĩnh mạch chủ trên như u trung thất, u phế quản, viêm hoặc tràn khí trung thất. Phù cổ dạng áo khoác: phù chi trên, mặt, cổ, nửa trên lồng ngực. Phải gửi tuyến trên.

2. Phù toàn thể.

Nhẹ, chỉ thấy ấn lõm ở mắt cá chân hoặc nặng mặt; nếu nặng hơn thì có cả cổ trướng hoặc tràn dịch màng phổi. Nhiều khi phát hiện bằng "lên cân quá nhanh", vài cân trong vài ngày. Tìm nguyên nhân khó hơn, nhất thiết phải xét nghiệm nước tiểu tìm protein (albumin).

2.1. Nếu albumin niệu rõ ++ hoặc +++, chắc chắn phù do bệnh thận.

+ Hội chứng thận hư hay gặp ở trẻ em: phù rất lớn, thể trạng vẫn tốt, không sốt.

☞ **Điều trị:** ăn kiêng muối, nằm nghỉ, chữa bệnh nguyên nhân nếu có. Thuốc lợi niệu nên dùng khi phù quá lớn: uống furosemid, có khi kết hợp với

metolazone là đủ, ít khi phải tiêm furosemid tĩnh mạch. Không nên cho nhiều thuốc lợi niệu quá để khỏi giảm tưới máu thận. Trường hợp hội chứng thận hư đơn thuần, nên dùng corticoid liều cao.

+ Viêm cầu thận cấp do liên cầu: thường bắt đầu bằng sốt, viêm họng, đái ít, đôi khi huyết áp tăng. Một số nhỏ có thể nặng lên, gây suy thận, tử vong; còn phần lớn có tiên lượng tốt.

☞ **Điều trị:** kiêng muối, nằm nghỉ, uống furosemid. Nếu nhiễm khuẩn rõ (sốt, đau họng), nên cho penicilin tiêm bắp 1-2 triệu đơn vị/24 giờ, tiêm trong 7-10 ngày.

+ Với các bệnh cầu thận nguyên nhân khác như lupút ban đỏ hệ thống, thận nhiễm amylose, tăng huyết áp, cần hội chẩn để chữa nguyên nhân và điều trị đặc hiệu.

2.2. Nếu protein niệu không có hoặc có ít, nên nghĩ đến các bệnh tim, gan, nội tiết. Thiếu Vitamin B1 trầm trọng cũng gây phù.

+ Suy tim ứ huyết gây phù do tăng áp lực tĩnh mạch và giảm mức lọc cầu thận. Những bệnh hay gây suy tim ứ huyết là: hẹp hai lá, tim phổi mạn, viêm màng ngoài tim cấp hoặc co thắt, nhồi máu cơ tim cũ, bệnh cơ tim, nhiều bệnh tim bẩm sinh.

Ở tuyến trên, phải khám tim mạch, tìm nguyên nhân

gây bệnh để chữa, như: cắt mép van, cắt bỏ màng ngoài tim... **Chữa** phù do tim gồm: thuốc lợi niệu (furosemid, hydrochlorothiazid), trợ tim (digoxin), giảm ăn muối, nghỉ tương đối.

+ Xơ gan cũng hay gây phù, vì albumin huyết giảm. Thường kèm theo cổ trướng, thể trạng sút kém.

Chẩn đoán căn định lượng albumin huyết (điện di, hóa học), tỷ lệ prothrombin trong máu. Chữa phù do xơ gan cũng chỉ gồm ăn nhạt tương đối, ăn nhiều protid, không nên dùng nhiều thuốc lợi niệu.

+ Một số phụ nữ có phù trước mỗi kỳ kinh, loại phù này **chỉ cần** kiêng muối mấy ngày đó là đủ.

+ Phù niêm có nguyên nhân suy giáp trạng, điều trị bằng tinh chất tuyến giáp.

+ Ở một số người cao tuổi, có khi không có bệnh thận, tim, gan mà vẫn có phù, có thể do mô dưới da lỏng lẻo để giữ nước.

☞ **Điều trị** chỉ cần nâng sức khỏe bằng hoạt động đi lại nhiều hơn, ăn ít muối và nhiều protein hơn một ít.

Nếu phù do thiếu vitamin B₁, thì phải tiêm dưới da vitamin B₁.

KHÓ THỞ

GS Vũ Đình Hải

Động tác thở do các phản xạ điều khiển, cho nên người bình thường không cảm thấy mình đang thở. Chỉ khi gắng sức nặng, ta mới có cảm giác hơi khó thở, nhưng cảm giác đó gần như tự nhiên, vì khi nghỉ thì qua đi rất nhanh, và vì mọi người gắng sức nặng như vậy cũng đều thấy khó thở.

Chỉ khi cảm giác khó thở không tương xứng với mức độ gắng sức, hoạt động chỉ hơi nặng một chút đã khó thở rồi, thì mới là triệu chứng của bệnh.

Cảm giác khó thở nặng hay nhẹ, còn phụ thuộc vào:

- Mức độ gắng sức đến ngưỡng nào thì gây khó thở, nếu chỉ gắng sức ít đã khó thở thì là bệnh nặng.

- Tình trạng rèn luyện thể lực trước đây của người bệnh: nếu rèn luyện thể lực tốt trước đây, thì bệnh nặng cũng chỉ thấy khó thở ít;

- Sức chịu đựng của người bệnh: có người bệnh nặng mà vẫn không kêu khó thở nhiều.

Hai nguyên nhân chính của khó thở là các bệnh hệ

hô hấp và các bệnh hệ tuần hoàn dưới đây:

1. Hen phế quản (PQ)

Hen PQ rất hay gặp: khó thở (chủ yếu là lúc thở ra) xuất hiện thành cơn giống nhau, có rên rít khắp hai phế trường, thở có thể nhanh hoặc chậm. Cơn nặng có thờ nhanh trên 30, mạch nhanh quá 120, làm người bệnh có cảm giác ngạt như sắp chết, vã mồ hôi, xanh tím; cơn nhẹ chỉ thở "cò cừ" một lúc. Ảnh hưởng thời tiết rõ, nhưng có người hay lên cơn mùa đông, có người mùa hè!

Đáng chú ý là khó thở không liên quan đến gắng sức, người bệnh không sốt (trừ trường hợp trẻ em), lúc đầu có thể ho, nhưng không có đờm, khi khạc được đờm là cơn nhẹ đi. Nếu tiền sử bản thân đã có những cơn khó thở tương tự, hoặc gia đình có người hen thì chẩn đoán càng chắc chắn.

☞ **Điều trị:** cần sớm, vì cơn kéo dài nhiều lần sẽ gây nhiều biến chứng phổi và tim sau này.

+ *Thuốc kích thích giao cảm beta:* Rất tốt, vì chỉ giãn phế quản mà không ảnh hưởng đến tim. Tiện nhất là dùng salbutamol, terbutaline, metaproterenol (Alupent) dưới dạng xịt khí dung, có liều tính sẵn. Xịt ngay 2-3 liều, sau 15 phút không đỡ, có thể thêm 1-2 liều nữa.

Các thuốc trên đều có dạng tiêm, nhưng nếu xịt được sớm, thì ít khi phải dùng đến dạng tiêm.

Adrenalin cũng giãn phế quản, nhưng không chọn lọc, nên không được dùng cho người có bệnh tim. *Chỉ bác sĩ chuyên khoa mới được chỉ định dùng adrenalin, corticoid.* Có thể tiêm dưới da 0,3mg (tức 1/3 ống 1 mg), nếu cần có thể tiêm 2-3 lần cách nhau 20 phút.

+ Corticoid chống viêm, nên làm thờ dề hơn. Nếu sau 1 giờ dùng kích thích beta như nói trên mà không đỡ, có thể tiêm tĩnh mạch methylprednisolon (Solumedrol) 0,5-1 mg/kg, 6 giờ một lần, betamethason, dexamethason... Tác dụng chậm, sau 4-5 giờ. Khí dung beclomethason cũng rất tốt để cắt cơn nhanh hơn.

+ Aminophylin làm giãn phế quản yếu hơn, có thể tiêm cắt cơn: ống 0,24g pha loãng thêm để tiêm tĩnh mạch rất chậm trong 20 phút, vì có thể tai biến, nhất là ở người cao tuổi.

+ Những thuốc sau đây cắt cơn yếu hơn, nếu thiếu những thuốc trên mới phải dùng: theophylin viên 0,1g; ephedrin viên 0,01g. Uống từ 1 đến 3 viên, tùy cơn nặng nhẹ.

+ Thở oxy, bù nước thiếu...

+ Điều trị duy trì để ngăn cơn trở lại. Có nhiều thuốc: theophylin viên, corticoid hít, kích thích beta hít, ketotifen (Zaditen), corticoid uống.

2. Các bệnh khác của đường thở.

- Viêm phế quản mạn, giãn phế nang cũng hay gây khó thở, nhất là trong những đợt nhiễm khuẩn.

Chữa bằng kháng sinh là chính, có thể thêm theophylin, thuốc long đờm.

- Viêm phế quản cấp cũng vậy

- Tắc đường thở trên do dị vật, phù thanh môn, u, sẹo... Khó thở rít, rút lõm hố trên đòn.

☞ Điều trị phải cấp cứu.

3. Các bệnh nhu mô phổi.

• *Giãn phổi*, thường là hậu quả của viêm phế quản mạn, hoặc hen phế quản. Chữa bằng tập thở là chính.

• *Viêm phổi cấp*: khó thở kèm theo sốt cao, ho, đau ngực. Khám phổi thấy hội chứng đông đặc.

☞ **Xử trí:**

Cần cho kháng sinh ngay, tùy theo nặng nhẹ như sau:

+ *Viêm phổi nhẹ*, dùng procain-penicilin 1,5 triệu

đơn vị, tiêm bắp 1 lần/24 giờ, trong 5 ngày; hoặc cotrimoxazol 2 viên mỗi 12 giờ, uống trong 5 ngày; hoặc amoxicilin 500 mg mỗi 8 giờ.

+ *Viêm phổi vừa*, dùng benzylpenicilin, tiêm bắp 1 triệu đơn vị mỗi 4-6 giờ, hoặc cephalotin 1,0 gam tiêm bắp hoặc tĩnh mạch mỗi 6 giờ, trong 5 ngày.

+ *Viêm phổi nặng*, dùng gentamicin 1-1,5mg/kg, tiêm bắp 3 lần/24 giờ, phối hợp với penicilin, cephalotin; hoặc cephalotin 1,0 gam tĩnh mạch/4-5 giờ một lần, đơn độc hoặc phối hợp với gentamicin.

(Đọc thêm sách "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh", năm 1994, trang 79-81).

4. Các bệnh của màng phổi

- Viêm màng phổi có tràn dịch hay gây khó thở, dịch càng nhiều thì khó thở càng nặng. Người bệnh thường sốt, ho khan, có khi đau ngực bên bị viêm. Khám phổi thấy hội chứng tràn dịch: sờ rung thanh giảm; gõ đục; nghe rì rào phế nang mất.

Phải chọc dò để tìm và chữa nguyên nhân

- Tràn máu màng phổi có thể do chấn thương, hoặc do ung thư, cũng gây khó thở.

- Tràn khí màng phổi, gây khó thở đột ngột và đau một bên ngực. Nguyên nhân có thể do lao hoặc kén

khí ở phổi. Nếu khó thở nhiều, phải chọc hút khí ra.

5. Các bệnh tim mạch.

Cơ chế của khó thở trong những bệnh tim mạch là tăng áp lực các mao mạch phổi, làm dịch thoát ra khoảng gian bào và giảm độ đàn hồi của phổi. Lâu dần, thành các mạch phổi dày lên, thông khí càng trở ngại và thở càng khó nhọc.

Tình trạng trên xảy ra trong những bệnh gây tăng áp lực nhĩ trái, thông thường nhất là hẹp hai lá, rồi đến tăng huyết áp và các bệnh gây suy tim trái như hở hai lá, hở van chủ, hẹp van chủ...

Khó thở do tim mới đầu chỉ xuất hiện khi gắng sức nặng. Khi đó suy tim còn nhẹ, thuộc loại II theo Hội Tim New York. Khi suy tim nặng hơn, loại III, thì người bệnh khó thở cả những khi làm việc nhẹ, và đến loại IV thì ngay cả khi nghỉ cũng khó thở.

Trong suy tim, người bệnh khó thở không nằm được, bắt buộc phải ngồi dậy hoặc nằm phủ phục, có khi phải phủ phục suốt đêm, nếu không có thuốc. Ban đêm, có khi đang nằm ngủ, bỗng bị khó thở dữ dội buộc phải ngồi dậy. Một lúc sau, dễ thở hơn, lại nằm xuống và ngủ thiếp đi, nhưng một lúc sau lại phải ngồi dậy vì không thở được. Có khi trong một đêm có đến 2-3 cơn

khó thở như vậy. Hai kiểu khó thở đó, khó thở khi nằm và khó thở kịch phát ban đêm, rất đặc trưng cho suy tim.

☞ **Làm thế nào phân biệt được khó thở do bệnh hô hấp hay do suy tim?**

Khó thở do tim	Khó thở do bệnh phổi - phế quản
Xuất hiện khi gắng sức	Liên quan với gắng sức không rõ
Ngừng gắng sức thì đỡ	Ngừng gắng sức không đỡ
Xuất hiện khi nằm	Không theo tư thế
Khạc đờm ra không đỡ	Khạc đờm ra thì đỡ
Tiền sử có bệnh tim như NMCT, tăng huyết áp, bệnh van tim...	Tiền sử không có bệnh tim, nhưng hay có bệnh phổi như hen PQ, viêm PQ mạn
Khám thấy: bệnh tim, tiếng 3, tiếng 4, tim to, tĩnh mạch cổ nổi, phù	Khám không thấy những dấu hiệu trên

NMCT = nhồi máu cơ tim

☞ **Điều trị** khó thở do tim, tất nhiên phải chữa như suy tim:

+ *Cho dài nhiều*: để bớt lượng máu lên phổi. Nếu suy tim nặng, thì cho furosemid viên 40 mg, trường hợp cấp cứu, phải tiêm một ống 20 mg, trong vài ngày đầu. Sau đó, có thể thay bằng:

Hydrochlorothiazid uống 25-50mg/24 giờ, uống trong

vài ngày.

Nếu dùng lợi niệu dài ngày, cần uống thêm kali clorid 2 gam/24 giờ.

+ *Giãn tĩnh mạch*: bằng các thuốc nitrat (nếu HA tâm thu cao hơn 90 mmHg) cũng giữ máu ở tĩnh mạch, bớt lên phổi.

- Ngậm lâu nitroglycerin dưới lưỡi viên 0,5 mg, cho tan hết, tác dụng rất nhanh, nhưng chóng hết. Hoặc:

- Nang nitroglycerin 2,5 mg, uống 2-3 viên/24 giờ, tác dụng kéo dài hơn.

+ *Giãn động mạch để giảm sức cản ngoại vi, tim đỡ tổn sức*: dùng thuốc ức chế men chuyển angiotensin như captopril viên 25mg, enalapril viên 20mg. Chỉ cần uống một viên/24 giờ, không được dùng nếu HA tâm thu thấp dưới 90 mmHg.

+ *Tăng sức bóp cơ tim* bằng digoxin, viên 0,25 mg. Người lớn uống 2-3 viên ngày đầu; từ ngày thứ hai, mỗi ngày chỉ uống từ nửa viên đến một viên. Chú ý nếu nôn, hoặc tim chậm dưới 60 nhịp/phút, thì không nên dùng. Cần lưu ý đến những phản ứng có hại và chống chỉ định của digoxin.

+ *Thở oxy* trong những ca nặng.

6. Khó thở do quá lo lắng.

Loạn thần kinh chức năng có thể làm người bệnh khó thở và thở nhanh (tăng thông khí). Đôi khi kèm cả đau ngực, hoặc điện tâm đồ không bình thường như ngoại tâm thu thất lẻ tẻ, hoặc rối loạn tái cực lại càng có thể đưa đến chẩn đoán nhầm là suy tim.

Nên nghĩ đến nguyên nhân tâm thần khi thấy thở trở lại bình thường khi ngủ, hoặc luôn có những lần thở dài, hoặc thở không đều. Đau ngực thường kiểu nhói từng nhát, vị trí đau lúc chỗ này, lúc chỗ khác. Những trường hợp khó, phải phân biệt bằng làm thăm dò chức năng phổi và tim, lúc nghỉ và khi gắng sức.

HO

*GS Vũ Đình Hải
và PTS Lê Đức Chính*

Ho là một nhất thở ra mạnh và đột ngột, nhằm đẩy những chất tiết và dị vật ra khỏi khí phế quản.

CÁCH KHÁM BỆNH NHÂN HO

1. Hỏi bệnh rất giá trị. Chú ý hỏi xem:

- Ho cấp (mới ho) hay mạn (đã lâu)?
- Có sốt không?
- Có đờm không? Mô tả đờm.
- Có theo mùa không?
- Có nhân tố nguy cơ không? Thuốc lá, tiêm ma túy, tình dục đồng giới, nằm bất động lâu, môi trường...
- Tiền sử có gì, đặc biệt: bệnh tim mạch, bệnh hô hấp, cơ địa dị ứng, đang uống thuốc ức chế men chuyển angiotensin.

2. Khám thực thể.

Trước hết tìm suy tim: có bệnh van tim, bệnh tim bẩm sinh, tăng huyết áp, nhồi máu cơ tim...

Nghe phổi có giá trị, thí dụ:

- Tiếng thổi rít, thổi khò khè trong bệnh thanh quản.
- Nhiều ran rít, ran ngáy trong cơn hen phế quản.
- Ran ẩm một vùng trong viêm phổi.
- Ran ẩm nhỏ hạt hai đáy phổi trong suy tim.

Gõ phổi, sờ rung thanh cũng giúp chẩn đoán các hội chứng tràn dịch (ba giảm), hoặc hội chứng đông đặc (gõ đục, rung thanh tăng, ran ẩm).

3. Chụp X quang phổi có thể cho thấy viêm phổi, u phổi, áp xe phổi, tràn dịch màng phổi, hoặc hạch rốn phổi. Nhưng chỉ cần chụp phổi khi nào mà khám lâm sàng không chẩn đoán được bệnh gây ho, nhất là ở những cơ sở thiếu phương tiện.

4. Khảo sát đờm.

Rất cần. Thầy thuốc phải tự mình nhìn đờm bệnh nhân (hỏi không đủ!) xem đặc hay loãng, trong hay đục, ít hay nhiều, có rớm máu không, có mùi gì lạ không? Sau đó, đưa xét nghiệm tìm các vi sinh vật gây bệnh. Nên nhớ rằng ở phụ nữ, trẻ em và người yếu quá, nhiều khi nuốt đờm chứ không khạc ra ngoài.

5. Những khám nghiệm chuyên khoa sâu hơn, như soi phế quản, đo chức năng phổi chỉ cần làm trong một số trường hợp khó và nặng.

TÌM NGUYÊN NHÂN HO

1. Trường hợp ho cấp tính, xem có nhiễm khuẩn không?

1.1. Nếu có nhiễm khuẩn, nguyên nhân có thể là:

+ *Viêm họng cấp*: ho ít đờm, họng đỏ và đau, có thể sưng hạch cổ và dưới hàm. Đa số do virus, nên không cần kháng sinh.

Nếu do liên cầu hoặc các vi khuẩn khác, **cho uống** phenoxymethylpenicilin (penicilin V) 500mg mỗi lần dùng 2 lần/24 giờ. Trẻ em: uống 25-50mg/kg/24 giờ, chia làm 4 lần. Uống trong 10 ngày liền.

Hoặc: erythromycin 500mg x 2 lần/24 giờ, uống trong 10 ngày.

TCYTTG khuyến tiêm bắp benzathin-penicilin một liều duy nhất 1.200.000 đơn vị.

- *Viêm phế quản cấp*: ho, đờm mới đầu ít, sau tăng dần, phổi nhiều ran phế quản. Đa số do virus, nên không cần kháng sinh. Khi có bội nhiễm, thì dùng kháng sinh như trên.

- *Viêm phổi*: sốt, ho, đau ngực, khó thở, khám thấy hội chứng đông đặc. Ở trẻ em và người cao tuổi, thì tiên lượng xấu. **Cần cho kháng sinh:**

Benzylpenicilin, 1 triệu đơn vị mỗi lần, tiêm bắp 4-6

lần trong 24 giờ. Có thể thay bằng cotrimoxazol, erythromycin, amoxicilin. Trong những ca nặng, phải dùng gentamicin, cephalothin...

- *Áp xe phổi*: lâm sàng rất giống viêm phổi, khi khạc ra mủ hoặc khi có phim X quang mới phân biệt được. Chữa bằng kháng sinh theo kháng sinh đồ, hoặc dùng:

Benzylpenicilin tiêm bắp như trên, phối hợp với metronidazol tiêm tĩnh mạch 500mg mỗi lần, tiêm 3 lần/24 giờ, dùng trong 1-2 ngày đầu, sau đó uống 200-400mg mỗi lần, uống 3 lần trong 24 giờ.

1.2. Nếu không có biểu hiện nhiễm khuẩn, nên nghĩ đến:

- Hít phải vật lạ vào đường thở như viên bi, nhân lạc...
- Phù phổi cấp: ho có rất nhiều đờm, kèm theo khó thở dữ dội và nhiều dấu hiệu tim mạch.

2. Trường hợp ho mạn tính, nên nghĩ đến.

- *Viêm phế quản mạn*: ho khạc đờm ít nhất 3 tháng, có khi 2 năm. Nên ít dùng thuốc ho, mà chủ yếu là làm long đờm.

- *Giãn phế quản*: đờm nhiều hơn.
- *Lao phổi*: sốt nhẹ, gầy sút, khạc ra máu.
- Ung thư phế quản, trung thất...
- Viêm họng mạn:

ho không có đờm.

- Nghiện thuốc lá, thuốc lào.
- *Suy tim*: ho ít đờm, tăng lên khi làm nặng hoặc khi nằm.
- Dùng thuốc ức chế men chuyển angiotensin: nếu ho nhiều, phải ngừng thuốc loại này.
- Ho do tâm lý.

☞ Điều trị ho

Trước một người bệnh ho, điều trị cốt yếu là phải tìm xem ho do bệnh gì, rồi chữa bệnh đó thật tốt. Về triệu chứng ho, có nên chữa hay không, còn tùy từng trường hợp.

Có những trường hợp không nên chữa ho, mà chỉ chữa nguyên nhân bệnh. Đó là vì ho khi đó còn có ích: ho tống ra khỏi bộ máy hô hấp những vật "gây phiền hà" cho cơ thể như các dị vật (do sặc, hóc...), xác vi khuẩn và bạch cầu (mủ trong viêm phế quản cấp hoặc mạn), mảnh niêm mạc phế quản (trong viêm phế quản mạn...), các chất nhày do tăng tiết (hen phế quản...) Chấm dứt ho bằng thuốc trong những trường hợp này chỉ làm bệnh nặng và kéo dài thêm, vì giữ lại các vật có hại và cản trở thông khí.

Nhưng có khi cần phải dùng thuốc chống ho: ho

khan (ví dụ ho do suy tim, do kích thích đường thở), ho đêm làm mất ngủ, ho nhiều kéo dài làm mệt người...

Những thuốc hay dùng để chữa triệu chứng ho là:

+ *Codein, viên 10 mg*; người lớn mỗi lần uống một viên, dùng 4-6 lần/24 giờ. Thuốc làm giảm phản xạ ho tốt, nhưng nếu dùng dài ngày có thể gây nghiện.

+ *Codethylin, viên 12,5 mg*, người lớn uống mỗi lần một viên, uống 2-4 viên/24 giờ. Cũng tác dụng trung ương như codein.

+ *Opi trong các viên ho giảm thống, ho long đờm* và trong nhiều chế phẩm khác cũng có tác dụng chữa ho.

⊛ *Lưu ý*: khi dùng những thuốc trên, như codein, codethylin, morphin (hoặc chế phẩm có thuốc phiện), thấy thuốc và được sĩ cần phải tuân thủ triệt để mọi nguyên tắc của bảo quản và sử dụng loại thuốc gây nghiện.

+ Các thuốc làm loãng đờm như acetylcystein, bromhexin cũng giảm ho bằng cách làm đờm loãng ra và dễ được tống ra ngoài.

+ Một số thuốc dân gian như viên bạc hà, cao bách bộ, viên cam thảo cũng có ích trong những cơn ho nhẹ.

+ Nước uống nhiều cũng làm loãng đờm và bớt ho.

ĐAU NGỰC

GS Vũ Đình Hải

Nhiều bệnh khác nhau có thể gây đau ngực, nhưng quan trọng nhất đối với thầy thuốc và người bệnh là phân biệt đau ngực có phải do thiếu máu cục bộ cơ tim (còn gọi là bệnh tim vành) hay không, vì thái độ xử trí, cách phòng bệnh, tiên lượng hoàn toàn khác nhau.

I. Đau thắt ngực.

Gọi là "đau thắt", nhưng trong thực tế, phần lớn người bệnh chỉ thấy tức, nặng, chèn ép ở ngực, ít khi đau thực sự. Vị trí đau phân nhiều ở giữa ngực, sau xương ức, đôi khi ở ngực trái hoặc ngực phải: những ca điển hình đau lan lên trên (xương đòn, vai, hàm, có khi đau dọc cánh tay đến tận ngón tay). Điểm đặc trưng của đau thắt ngực là xuất hiện khi gắng sức thể lực, như đi nhanh, chạy, leo dốc, lên thang gác, vác nặng. Cũng có lúc đau khi ăn quá no, ra lạnh, hoặc xúc động (tức giận, sợ hãi...). Nghe tim, đo huyết áp, khám thực thể không thấy gì đặc biệt.

Đau thắt ngực thường rất ngắn, từ 1 đến 10 phút, ít

khí quá 15 phút.

☞ **Cách chấm dứt** cơn đau rất đơn giản: nhiều khi chỉ cần ngừng gắng sức là đủ. Nếu đau nhiều, thì thầy thuốc chuyên khoa cho người bệnh ngậm lâu dưới lưỡi một viên nitroglycerin 0,5 mg cho tan trong miệng (đừng nuốt!), chỉ vài phút là hết đau. Sau 15 phút, nếu còn đau, thì thêm một viên thứ 2, và rồi có thể viên thứ 3. Nếu không đỡ, nên gửi lên tuyến trên.

Bệnh này do động mạch vành bị hẹp, chủ yếu là hẹp do vữa xơ, hay gặp ở người đứng tuổi, nam nhiều hơn nữ. Dưới 40 tuổi, bệnh rất hiếm.

Một số bệnh tim khác không phải vữa xơ động mạch vành cũng có thể gây những cơn giống đau thắt ngực và cũng xuất hiện, khi gắng sức như hẹp van chủ, hở van chủ, bệnh cơ tim phì đại.

2. Nhồi máu cơ tim.

Đau cũng ở giữa ngực, nhưng dữ dội hơn nhiều, có cảm giác sợ hãi, có khi kêu la, vã mồ hôi, tụt huyết áp. Đau kéo dài hơn đau thắt ngực, mặc dầu đã nằm nghỉ và ngậm nitroglycerin. Khám thực thể không thấy gì đặc biệt. Nếu đau quá 30 phút, cần nghĩ là đã nhồi máu cơ tim.

Là bệnh rất nặng, tử vong rất cao (khoảng 25-30%), cần phải đến viện ngay, trì hoãn có thể nguy đến tính

mạng. Nếu đau quá, có thể tiêm một ống morphin dưới da trước khi chuyển.

3. Viêm màng ngoài tim, tràn dịch màng ngoài tim

Đau cũng ở ngực, nhưng kéo dài cả ngày, chứ không liên quan đến gắng sức. Nhiều khi đau tăng lên khi ho, thở sâu, nuốt. Ngoài ra, người bệnh còn sốt, khó thở, phải ngồi dậy mới dễ chịu.

Nghe tim có thể thấy tiếng cọ màng ngoài tim, tiếng tim mờ, gõ thấy diện đục của tim to nhiều cả 2 bên, cũng như X quang thấy bóng tim to. Tĩnh mạch cổ nổi lên. Điện tim thấy ST chênh lên khi viêm mới bắt đầu, sau đó thấy T dẹt, các sóng thấp xuống. Chẩn đoán quyết định phải do chọc dò màng tim.

☞ **Điều trị:** tùy nguyên nhân:

+ Nếu dịch vàng chanh, nên nghĩ đến lao hoặc virus.

+ Dịch mủ là viêm nhiễm khuẩn, cần phải gửi lên tuyến trên để tháo mủ và cho kháng sinh liều cao.

+ Nếu dịch máu thường khó nhận định, nguyên nhân ung thư rất hiếm, vẫn cứ nên chữa như lao, trong khi chờ đợi các xét nghiệm khác.

+ Nếu đau nhiều, có thể thêm các thuốc giảm đau như paracetamol, aspirin.

4. Phình tách động mạch chủ

Rất hiếm. Đau cũng đột ngột, dữ dội, kéo dài và xảy ra ở người đứng tuổi; lúc đầu, đau theo nhịp đập của tim, cho nên dễ nhầm với nhồi máu cơ tim.

☞ Cho thuốc giảm đau liều cao và gửi ngay đến trung tâm phẫu thuật.

5. Các bệnh hô hấp

Bằng khám lâm sàng hoặc X quang, đa số có thể chẩn đoán được:

- Viêm màng phổi, dù nguyên nhân gì, cũng gây đau ngực. Đau kéo dài, đau liên quan với nhịp thở, hoặc kèm sốt và ho.

☞ Điều trị tùy nguyên nhân lao hoặc vi khuẩn khác.

- Tràn khí màng phổi: đau đột ngột, khó thở (nghe phổi: mất rì rào phế nang, gõ vang). Phải hút khí bằng kim.

- Viêm phổi, viêm khí phế quản cũng dễ gây đau ngực.

☞ Điều trị bằng kháng sinh thích hợp

6. Các bệnh tiêu hóa.

Đau ở bụng là chính, nhưng cũng có khi đau lên ngực.

- Loét dạ dày - tá tràng đã có khi chẩn đoán nhầm

là suy vành. Nhưng đau ở đây có liên quan đến bữa ăn, chụp X quang thấy ổ loét.

- Viêm dạ dày cũng có thể nhầm như vậy.

- Thoát vị khe thực quản, viêm thực quản, viêm túi mật... đều có thể gây đau ngực.

☞ **Điều trị** ở đây là chữa nguyên nhân tiêu hóa.

7. Đau thành lồng ngực.

Thành lồng ngực gồm nhiều lớp: da, mô dưới da, cân, cơ, sụn, xương, khớp, dây thần kinh, viêm lớp nào cũng có thể tưởng là đau tim cả! Không những thế, bệnh ở các khớp vai hoặc ở đám rối cánh tay, ở cột sống cổ cũng có thể gây đau ngực được. Đau thành lồng ngực có thể ngắn vài giây hoặc dài nhiều ngày.

Một cách phân biệt tương đối đơn giản: ấn tay lên chỗ đau. Nếu đau ở thành lồng ngực, sẽ tăng đau, nếu đau do bệnh động mạch vành thì đau vẫn như trước.

☞ **Điều trị:** dùng thuốc giảm đau, hoặc thuốc chống viêm không steroid (aspirin, indometacin...); có thể dùng thuốc bôi ngoài da tại chỗ đau.

8. Đau do thần kinh tâm lý.

Ở một số người quá nhạy cảm, chỉ cần lo lắng, hoặc lo sợ bệnh, sợ hãi, tức giận cũng có thể đau ngực. Nhất là khi thân nhân hoặc hàng xóm có người nhồi máu cơ tim chẳng hạn thì càng dễ đau.

Đau ở đây không liên quan đến gắng sức và thường kéo dài từ nửa giờ đến nhiều giờ. Khám thực thể cũng như điện tim không có dấu hiệu bệnh lý.

★ Nếu quyết đoán những trường hợp này là đau thất ngực sẽ vô cùng tai hại, vì làm người bệnh sợ hãi, tự mình bó hẹp hoạt động, không làm ăn gì được.

Tuyệt đối không được dùng thuốc tim mạch, mà chỉ nên cho thuốc an thần.

TĂNG HUYẾT ÁP

GS Vũ Đình Hải

Huyết áp (HA) cao không có triệu chứng đặc hiệu, chỉ đo bằng HA kế mới biết. HA kế thủy ngân là đúng nhất, rồi đến HA kế đồng hồ; các HA kế "hiện số" không chính xác bằng. Người bệnh có thể nằm hay ngồi, sau bữa ăn 15 phút, nghỉ ngơi 5 phút. Khi xả hơi ra, nghe thấy tiếng đập đầu tiên, dù nhỏ, là HA tâm thu, tiếp tục xả hơi đến khi không còn tiếng đập nữa là HA tâm trương.

Bảng 1: Phân loại tăng huyết áp theo trị số huyết áp

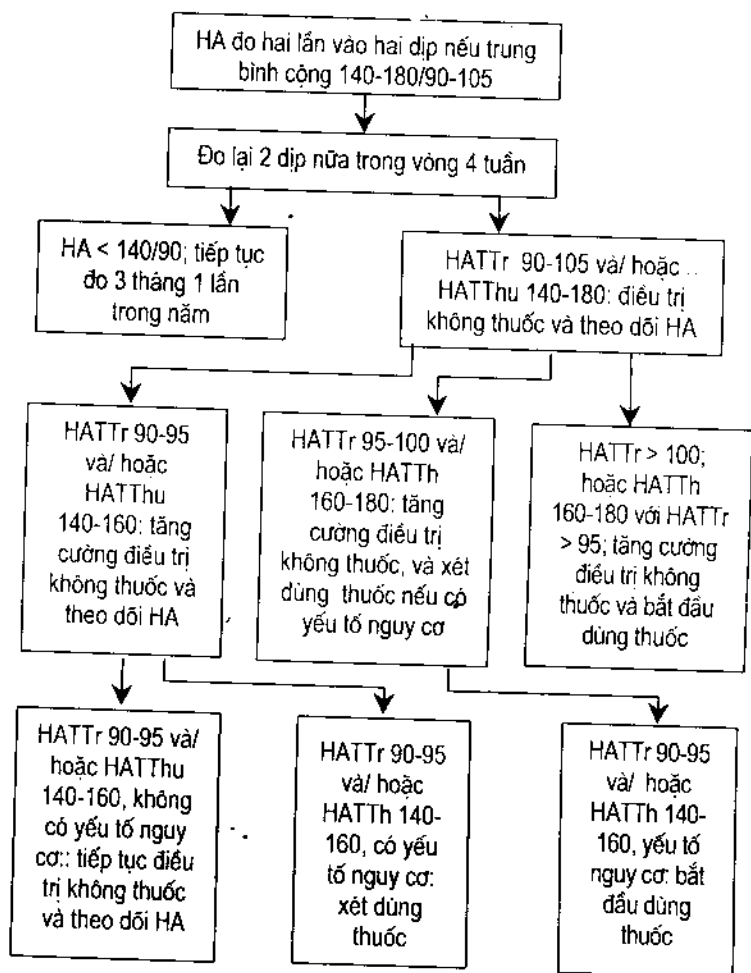
	HA tâm thu	HA tâm trương
THA nhẹ	140 - 180	90 - 105
THA vừa và nặng	> 180	> 105
THA nặng	> 200	> 115

(Các chữ viết tắt: THA = tăng huyết áp;

HATTr = huyết áp tâm trương;

HATTh = huyết áp tâm thu)

Khi đo một người, thấy tăng HA nhẹ (140-180 và/hoặc 90-105), không nên cho thuốc ngay, mà phải đo đi đo lại nhiều lần như sau:



Hình 1: Xử trí THA nhẹ (HATr 90-105 và/hoặc HATTh 140-180) theo TCYTTG - 1993

Tất nhiên là nếu HA cao nhiều (tăng HA vừa và nặng, HA tâm thu trên 180 và/hoặc HA tâm trương 105), thì cần cho thuốc ngay mà không cần qua những bước trên.

Trước một người bệnh tăng HA, việc đầu tiên là khám lâm sàng kỹ, nhằm 2 mục đích sau:

Một là tìm nguyên nhân, nhất là ở những bệnh nhân trẻ, 40 tuổi trở xuống. Việc này ít có kết quả, vì chỉ có 4-5% người tăng HA là tìm được nguyên nhân.

Hai là đánh giá ảnh hưởng của tăng HA lên các cơ quan đích, chủ yếu là tim, não, thận và các mạch máu.

Phải khám toàn diện, *dùng quên:*

- Hỏi xem có dùng những thuốc có thể gây tăng HA?
- Tăng HA có thành cơn?
- Tim: khó thở? nghe, điện tim, X quang?
- Não: liệt? các dấu hiệu khu trú?
- Mắt: đáy mắt? mất nhìn hoặc rối loạn nhìn?
- Xét nghiệm nước tiểu tìm protein và glucose, cặn lắng hoặc cặn Addis.

- Xét nghiệm máu: glucose, cholesterol, hemoglobin, kali, acid uric, creatinin.

☞ **Điều trị tăng HA** gồm hai phần:

1. *Điều chỉnh cách sống cho hợp lý:* theo tám lời khuyên sau:

+ Chế độ ăn giảm muối hoặc ít muối, 4-5 gam/ngày (người thường ăn 8-10 gam/ngày).

+ Bỏ hoàn toàn thuốc lá; giảm rượu và bia.

+ Tăng vận động thể lực: thể dục thể thao, khí công, yoga, thái cực quyền. Tập vừa với sức mình.

+ Giữ tinh thần lạc quan, bình tĩnh.

+ Ăn vừa mức, đừng để béo quá.

+ Hạn chế ăn mỡ động vật, chuyển sang xào nấu bằng dầu lạc, dầu vừng, dầu cá.

+ Đo HA mỗi tuần một lần (nếu có điều kiện, thì đo hằng ngày).

+ Uống thuốc theo lời dặn của thầy thuốc.

2. Dùng thuốc (Xem bảng sau). Có thể bắt đầu bằng một trong những thuốc thiết yếu sau:

Bảng 2: Chọn thuốc chống THA tùy theo bệnh có sẵn

Bệnh có trước	Lợi tiểu	Chẹn Beta	ÚCMC	Kháng calci	Chẹn Alpha
Đái tháo đường	Th.đôi	Th.đôi	Được	Được	Được
Gút	Không	Được	Được	Được	Được
Loạn mỡ máu	Tr.cãi	Tr.cãi	Được	Được	Được
Bệnh tim TMCB	Được	Được	Được	Được	Được
Suy tim	Được	Không	Được	Th.đôi	Được
Hen	Được	Không	Được	Được	Được
Bệnh động mạch	Được	Th.đôi	Th.đôi	Được	Được
Hẹp động mạch thận	Được	Được	Không	Được	Được

ÚCMC = ức chế men chuyển; Tr.cãi = tranh cãi;

Th.đôi = theo dõi; TMCB = thiếu máu cục bộ

+ Hydrochlorothiazid 25mg, uống 1/2 viên đến 1 viên mỗi lần, uống 2 lần/24 giờ, không cần dùng liều cao hơn. Nhớ bù kali bằng thức ăn hoặc thuốc.

+ Atenolol viên 50mg, 1 viên/24 giờ, về sau, nếu cần, tăng lên 2 viên/24 giờ. Chú ý chống chỉ định: hen phế quản, tim chậm dưới 60, suy tim nặng.

+ Propranolol cũng trong nhóm này, nhưng không tốt bằng.

+ Captopril 25 mg, 1-2 viên/24 giờ.

+ Nifedipin 10 mg, 1-2 viên/24 giờ. Thuốc này, dưới tên là Adalat, làm hạ huyết áp rất nhanh, nên người bệnh hay khó chịu (trống ngực, tụt huyết áp...).

+ Amlodipin 5 mg, làm hạ HA mạnh, nhưng từ từ, tránh được những khó chịu trên.

+ Methyldopa 250 mg, dùng tiện lợi cho người có thai, suy thận, uống 1-2 viên/24 giờ.

+ Reserpin 0,1 mg, bắt đầu 1 viên/24 giờ, về sau 1-2 viên/24 giờ. Reserpin làm hạ HA chậm và kéo dài, nhưng có nhiều tác dụng không mong muốn.

Chọn thuốc nào còn tùy cơ địa, bệnh kèm theo, khả năng mua... (bảng 2) và phần Dược của sách này. Các thuốc trên có thể kết hợp, tốt nhất là kết hợp

hydrochlorothiazid với một trong những thuốc khác.

3. Dùng thuốc cho đến bao giờ? Đa số phải dùng mãi mãi. Nhưng khi HA đã xuống bình thường được 1-2 tháng, có thể giảm liều từ từ, đồng thời đo HA luôn để điều chỉnh liều lượng. Không bao giờ nên ngừng thuốc đột ngột. Còn cách sống hợp lý thì phải theo suốt đời!

1. Khi nước bị mặn

Chỉ cần dùng thuốc hạ huyết áp, giảm natri máu mỗi ngày 2 lít nước biển và thuốc hạ huyết áp. Nếu đo được natri máu thấp hơn 130 mg/dl thì phải dùng thuốc hạ huyết áp để tăng natri máu.

www.wanwan.com.vn | 1900.1313.19
Tư vấn miễn phí

www.wanwan.com.vn | 1900.1313.19
Tư vấn miễn phí

Chỉ cần dùng thuốc hạ huyết áp, giảm natri máu mỗi ngày 2 lít nước biển và thuốc hạ huyết áp. Nếu đo được natri máu thấp hơn 130 mg/dl thì phải dùng thuốc hạ huyết áp để tăng natri máu.

ỈA CHẢY CẤP

GS Vũ Đình Hải

Là ỉa phân lỏng quá 3 lần trong một ngày (nếu phân thành khuôn, thì dù 3-4 lần cũng không phải là ỉa chảy). Dưới 14 ngày gọi là cấp, quá 14 ngày là kéo dài.

Xử trí gồm bù nước đã bị mất và điều trị nguyên nhân.

1. Bù nước bị mất

Nguy hiểm của ỉa chảy cấp, đặc biệt ở trẻ em, là cơ thể thiếu nước và điện giải. Do đó, mặc dù nguyên nhân nào, đều thiết yếu là phải đánh giá ngay mức độ thiếu nước để bù cho đủ.

☞ *Xử trí ỉa chảy cấp chưa có dấu hiệu thiếu nước*

(Phác đồ A):

+ Uống nhiều nước, như nước cháo, nước súp, nước cơm... Nếu trẻ nôn, cho uống từng thìa nhỏ, nghỉ 2-3 phút lại tiếp tục.

+ Ăn những thức ăn dễ tiêu như cháo, cơm, đồ, thịt, cá, trứng, quả (chuối rất tốt), rau xanh (luộc ít nước và uống cả nước).

Bảng 1: Đánh giá mức độ thiếu nước theo TCYTTG

(* = quan trọng)

	Chưa thiếu nước	Thiếu nước	Thiếu nước nặng
Hỏi	Dưới 4 phân lỏng/ngày; Không nôn hoặc nôn ít; Không khát; Nước tiểu bình thường	Từ 4 đến 10 phân lỏng; Có nôn; * Khát, háo nước; Nước tiểu ít thậm màu	Trên 10 phân lỏng; Nôn rất nhiều; * Không uống nổi; 6 giờ không có nước tiểu
Nhìn	Toàn trạng: tốt, nhanh nhẹn Nước mắt: có Mắt: bình thường Mồm và lưỡi: ướt Thở: bình thường	* Không sốt, buồn ngủ, dễ cáu; Nước mắt: không có Trùng Khô Nhanh	* Li bì, hôn mê, vật vã, co giật Không có; Rất khô và trũng; Rất khô; Rất nhanh và sâu
Sờ	Nếp da bụng: mát nhanh Mạch: bình thường Thóp: bình thường (ở trẻ em)	* Mất chậm: dưới 2 giây; Nhanh Lôm	* Mất rất chậm, trên 2 giây; Rất nhanh nhỏ hoặc không sờ thấy; Rất lôm
Cán	Cán nặng: giảm dưới 2,5% so với lúc chưa ỉa chảy Kết luận: chưa thiếu nước, dùng phác đồ A dưới đây	giảm từ 2,5 đến 10%	Giảm quá 10%
		Nếu có từ 2 điểm trở lên, trong đó có 1 điểm * là thiếu nước dùng phác đồ B	Nếu có từ 2 điểm trở lên, trong đó 1 điểm * là thiếu nước nặng; dùng phác đồ C

Nên nghiền nhỏ cho dễ tiêu, chia ra nhiều bữa: ăn đủ no, không cần hạn chế. Trẻ đang bú cứ tiếp tục cho bú; nếu đang ăn sữa, nên pha loãng trong những giờ đầu. Hết là chảy rồi, vẫn nên cho ăn như vậy trong một tuần nữa.

+ Nếu có sản Oresol (ORS), hòa tan một gói vào một lít nước đun sôi để nguội. Trẻ dưới 2 tuổi: uống 50-100ml cho một lần đi ỉa, uống dần dần từng thìa nhỏ cách nhau 1-2 phút.

Từ 2-10 tuần tuổi: uống 100-200 ml cho một lần đi ỉa, nhưng phải uống dần dần từng ngụm nhỏ.

Xử trí ỉa chảy cấp có thiếu nước (Phác đồ B):

Cho uống Oresol ngay (pha và cách uống như trên):

+ 4 giờ đầu tiên cho uống theo cân nặng. Nếu không cân được thì tính theo tuổi (bảng 2):

Bảng 2: Lượng dung dịch Oresol phải cho uống theo cân nặng và theo tuổi:

Cân nặng	Dưới 5 kg	5-8kg	8-11kg	11-16kg	16-30kg	30-35kg
Tuổi	Dưới 4 tháng	4 - 11 tháng	12 - 23 tháng	2 - 4 tuổi	4 - 14 tuổi	15 tuổi
Lượng Oresol	300ml	400 - 600ml	600 - 800ml	0,8 - 1,2lít	1,2 - 2lít	2 - 4lít

Nếu nôn, cho uống từng thìa nhỏ, cách nhau 2-3 phút.

Nếu thấy phù mi mắt, phải ngừng Oresol và cho uống nước trắng hoặc bú mẹ.

+ Sau 4 giờ, đánh giá lại tình trạng thiếu nước theo bảng 1, để xử lý tiếp theo. Khi hết dấu hiệu thiếu nước, có thể cho chữa tại nhà, phát thêm Oresol (dẫn dò cách pha và cách uống cho đúng).

Có thể tự làm dung dịch Oresol: lấy 1 thìa nhỏ (thìa cà phê 5 ml) muối ăn và 8 thìa đường kính, hòa tan vào 1 lít nước sạch (khí đông dùng lấy thìa có ngọn mà phải gạt ngang). Chú ý dùng nhầm muối với đường. Tốt nhất là dùng nước cháo, cho thêm 3 gam muối trong 1 lít nước cháo; nhiều muối quá sẽ nguy hiểm.

☞ *Xử trí ỉa chảy cấp thiếu nước nặng (Phác đồ C):*

+ Phải truyền tĩnh mạch ngay, tốt nhất là dung dịch Ringer lactat hoặc các dung dịch khác. Cho uống Oresol trong khi chuẩn bị truyền. Nếu không có điều kiện truyền dịch, có thể đặt sonde dạ dày và nhỏ giọt Oresol trong 6 giờ liên, 20 ml/kg/1 giờ, vậy tổng liều là 120 mg/kg. Khám lại mỗi giờ một lần để điều chỉnh khi cần.

Nếu không có cả điều kiện đặt sonde dạ dày, dành cho uống Oresol 120 ml/kg/6 giờ.

Theo dõi 3 giờ sau. Nếu các dấu hiệu thiếu nước không tiến triển tốt, cần phải đưa đến bệnh viện để truyền tĩnh mạch.

★ Chú ý: trong các trường hợp ỉa chảy, không nên dùng các thuốc cầm ỉa như opi (viên rửa) v.v... Thuốc chống nôn như atropin cũng nên thận trọng.

2. Chữa nguyên nhân.

Khi đã bắt đầu bù nước bằng đường uống hoặc đường tĩnh mạch, phải khám kỹ để tìm nguyên nhân.

2.1. Trường hợp 1: phân có máu, kèm sốt. Nên nghĩ đến:

- Ly trực khuẩn

- Salmonella (tuy đa số phân không có máu)

☞ **Điều trị:** bactrim (Biseptol; Cotrimoxazol) uống 5 ngày.

Trẻ em 30 mg/kg x 2 lần/24 giờ.

Người lớn 960 mg mỗi lần, uống 2 lần/24 giờ.

Với ly trực khuẩn có thể thay bằng tetracyclin: trẻ em uống 12,5 mg/kg x 4 lần/24 giờ x 3 ngày. Người lớn 500 mg x 4 lần/24 giờ x 3 ngày. Dùng tetracyclin cho trẻ em là bất đắc dĩ, phải so sánh lợi hại (trường hợp thông thường, cấm dùng tetracyclin cho trẻ dưới 9 tuổi).

2.2. Trường hợp 2: phân không có máu, có sốt: Nghĩ

đến:

- Enterovirus là nguyên nhân hay gặp nhất ở trẻ em. Bắt đầu đột ngột, nôn mửa, ỉa nhiều nước, sốt nhẹ, đôi khi phân có nhày. Thường tự khỏi, nhưng cũng có khi nặng. Không cần dùng kháng sinh.

- Salmonella thường nhiều người mắc một lúc, 12-48 giờ sau cùng một bữa ăn, sốt rét run, rồi nôn và ỉa chảy.

☞ **Điều trị:** nên cho kháng sinh, nhất là những ca nặng: ở người lớn, sốt kéo dài quá 48 giờ, lách to, ban đỏ khắp người; ở trẻ con có dấu hiệu nhiễm độc.

Sulfamethoxazol + trimethoprim (400/80), mỗi lần uống 2 viên, dùng 3 lần/24 giờ cho đến khi hết sốt, sau đó mỗi lần 2 viên, dùng 2 lần/24 giờ, và dùng 10 ngày liền. Trẻ em cho liều thấp hơn (xem phần thuốc "Co-trimoxazol").

Hoặc cloramphenicol 50mg/kg/24 giờ, chia làm 4 lần uống (chú ý đến những chống chỉ định của cloramphenicol).

★ **Chú ý:** ở trẻ em, ỉa chảy kèm sốt có thể do những bệnh khác như sốt rét, viêm phổi, nhiễm khuẩn tiết niệu, viêm amidan, viêm tai v.v...

2.3. Trường hợp 3: phân có máu, nhưng không sốt.
Có thể là:

- Ly amip: đi nhiều lần, nhưng rất ít phân, dễ tái phát, tìm thấy amip trong phân.

☞ **Điều trị:** bằng metronidazol: mỗi lần 3 viên 0,25g, uống 3 lần trong 24 giờ, dùng trong 5 ngày. Trẻ em 10 mg/kg, cũng uống 3 lần/24 giờ, dùng 5 ngày.

- Giun tóc nếu nhiều cũng gây ỉa chảy.

☞ **Điều trị:** mebendazol (Vermox, 100mg) người lớn cũng như trẻ em uống 1 viên lúc sáng và 1 viên lúc tối, dùng trong 3 ngày liên. Trẻ em dưới 2 tuổi không được uống.

2.4. Trường hợp 4: phân không có máu, không sốt.
Thường gặp là:

- Enterovirus (xin đọc ở trên, trường hợp 2)
- Do độc tố ruột non, ví dụ do tụ cầu: ủ bệnh 2-6 giờ và thường khỏi sau 24 giờ. Đôi khi ỉa chảy và nôn rất nặng. Do thức ăn bị bẩn.

- E.coli

- Bệnh tả: ủ bệnh 1-5 ngày, rồi ỉa chảy ngay. Phân rất nhiều, toàn nước, trắng đục như nước vo gạo. Nôn nhiều, gây thiếu nước nặng. Những ca nặng (huyết áp tụt, chuột rút) có thể chết trong vòng 24 giờ, không đau

bụng, thân nhiệt thấp.

☞ **Điều trị:** bù nước theo phác đồ C (xem trên).
Kháng sinh: Tetracyclin viên 0,25g, mỗi lần 2 viên, uống 4 lần/24 giờ, dùng trong 3 ngày; hoặc sulfamethoxazol + trimethoprim (như trong Salmonella ở trường hợp 2).

ĐAU BỤNG

*GS Vũ Đình Hải
và PTS Lê Đức Chính*

Đau bụng là một triệu chứng rất phổ biến và nhiều khi người thầy thuốc thực hành rất khó giải quyết. Tuy bệnh giun sán phổ biến ở nước ta, nhưng không nên nghĩ ngay đến đau bụng do giun. Trái lại, những trường hợp đau bụng mới (vài giờ, vài ngày) cần phải khám tỉ mỉ và toàn diện để khỏi lọt lưới những ca cần xử trí cấp cứu.

Bảy nguyên nhân chính

1. Viêm màng bụng

Ví dụ, thủng ruột thừa, thủng dạ dày, viêm chậu hông, viêm tụy. Đây là những cấp cứu rất quan trọng, phải phát hiện sớm để xử trí ngay, phần nhiều phải phẫu thuật. Hỏi bệnh phải tỉ mỉ, không được tiếc thời gian.

- Đau liên tục, ngay trên vùng bị viêm, cường độ phụ thuộc chất lạ chảy vào màng bụng nhiều hay ít, nhanh hay chậm, có tính chất gì, ví dụ dịch tụy gây đau

hơn mật, máu và nước tiểu lại đau ít nữa.

• Có hai đặc điểm quan trọng của đau do viêm màng bụng.

- Đau tăng lên khi ấn vào, khi ho, khi cử động. Vì vậy, người bệnh nằm im, tránh mọi cử động và không muốn ai động vào. Ngược lại, nếu đau bụng cơn (colic) do sỏi mật, sỏi niệu, giun, thì người bệnh lại hay dẫy dụa, lăn lộn mới cảm thấy dễ chịu.

- Phản xạ co cứng cơ bụng vùng bị viêm. Nhưng nếu thủng ruột thừa ở vị trí sau manh tràng, hoặc thủng dạ dày được bít lại, thì cứng bụng nhẹ hơn và dễ bị bỏ qua. Hoặc người bệnh già yếu, người bệnh tâm thần cũng đau ít và cứng bụng ít hơn.

2. Tác các ống rỗng.

Đau từng cơn, nhưng cũng có khi liên tục. Vị trí đau cũng giúp cho chẩn đoán:

- Tác ruột non hay đau quanh rốn, trên rốn hoặc không rõ ràng. Đau bụng do giun, nhất là giun đũa, có thể xếp vào nhóm này.

- Tác ruột kết hay đau dưới rốn, và nhẹ hơn.

- Tác đường mật, túi mật hay đau ở hạ sườn phải, lan ra lưng phải, đến mỏm xương bả, có khi đau thượng vị. Đau liên tục hay gặp hơn đau cơn. Đặc biệt tắc từ từ

như trong ung thư đầu tụy nhiều khi không gây đau.

- Tác ống tụy cũng đau ở vị trí trên.
- Tác bàng quang gây đau ít, trên xương mu, càng tức khó chịu hơn là đau thật sự.
- Tác niệu quản hay đau ở mạng sườn hoặc góc sườn - sống, lan xuống dưới, ra tới dương vật, mặt trong đùi.

3. Bệnh ở thành bụng.

Như chấn thương hoặc nhiễm khuẩn các cơ. Đau liên tục, tăng lên khi ấn vào hoặc khi cử động. Có khi sờ thấy tụ máu.

4. Đau vùng khác quy chiếu lên bụng

- Bệnh ở ngực như đau thất ngực, nhồi máu cơ tim, viêm màng ngoài tim, viêm phổi, tắc mạch phổi, viêm màng phổi, bệnh thực quản cũng có thể gây đau bụng. Đặc điểm là đau ở bụng trên (thượng vị, hạ sườn); thở kém sâu vì cơ hoành ít di động, ấn vào bụng thì đau không tăng mà có khi lại giảm.

- Bệnh ở cột sống do kích thích các rễ thần kinh. ở đây, đau tăng khi ho, đặn, hắt hơi.

- Bệnh ở tinh hoàn: đau tăng khi ấn nhẹ vào tinh hoàn.

5. Các bệnh chuyển hóa như loạn chuyển hóa porphyrin (porphyria); nhiễm độc chì; đái tháo đường, urê huyết cao... Là những nguyên nhân hiếm gặp.

6. Bệnh thần kinh như herpes, u dây thần kinh, thoát vị đĩa cột sống, tabes. Hay có rối loạn cảm giác; đau tăng khi cử động cột sống.

7. Bệnh tâm thần như Hysteria (ít-tê-ri) v.v...

☞ Xử trí đau bụng

✚ Chữa nguyên nhân là chính, trong phần lớn trường hợp.

+ Trong nhóm 1 (viêm màng bụng), cần phải gửi đi mổ cấp cứu ngay, hay gặp nhất là viêm ruột thừa và thủng dạ dày. Trong khi chờ đợi, có thể tiêm atropin và thuốc an thần để đỡ đau, tuyệt đối không được dùng morphin khi còn đang theo dõi chẩn đoán.

+ Trong nhóm 2 (tắc các ống rỗng), cũng có một số ca cần mổ, nhưng không cấp cứu bằng, như tắc ruột, sỏi niệu, sỏi bàng quang, sỏi mật, sỏi ống tụy. Còn nhiều trường hợp, chỉ cần chữa nội khoa.

Đau bụng do giun rất hay gặp: cho pyrantel viên 125mg, người lớn uống 4-6 viên/24 giờ, hoặc mebendazol viên 100mg, uống 1 viên sáng và 1 viên chiều, dùng trong 3 ngày liền, hoặc albendazol viên

200mg, uống 2 viên liền.

Các trường hợp có sỏi, chưa mổ hoặc không mổ, có thể giảm đau bằng các thuốc chống co thắt: atropin tiêm, papaverin tiêm, hoặc hyoscin (Buscopan) tiêm.

+ Trong nhóm 3: (bệnh ở thành bụng), điều trị chấn thương, chữa nhiễm khuẩn

+ Trong nhóm 4, cách chữa các bệnh ở ngực quy chiếu lên bụng đã được nói ở bài "**Đau ngực**". Nếu đau do các bệnh cột sống và tinh hoàn, ngoài việc chữa nguyên nhân, nên giảm đau bằng aspirin, paracetamol; trong những ca nặng, có thể cho morphin ngắn ngày.

+ Trong nhóm 5 (bệnh chuyển hóa): các bệnh này tuy hiếm gặp, nhưng cách chữa riêng cho từng bệnh đã thành kinh điển. Chữa triệu chứng đau chỉ đóng vai trò phụ.

+ Trong nhóm 6 (bệnh thần kinh), cũng phải chữa căn nguyên: mổ u thần kinh và thoát vị đĩa cột sống; tiêm penicilin cho người tabes v.v...

+ Trong nhóm 7: cần có thầy thuốc tâm thần.

✚ **Chữa triệu chứng** đau cũng có khi rất cần, đồng thời với chữa nguyên nhân. Những thuốc hay dùng là:

+ Atropin, papaverin, hyoscin để chống co thắt các cơ trơn.

+ Thường dùng aspirin, paracetamol, đôi khi corticoid, dùng cho các đau rễ thần kinh.

+ Morphin chỉ nên dùng cho những ca quá đau, mà các thuốc khác không có kết quả, điển hình là các ung thư gây đau. Nên chuẩn bị naloxon để đối kháng khi ngộ độc morphin (xem bài "**Nhiễm độc cấp**").

ĐAU KHỚP

GS Vũ Đình Hải

Hỏi bệnh phải tỉ mỉ: tuổi, giới, tiền sử gia đình, bắt đầu đột ngột (như thấp khớp cấp, gút...), hoặc từ từ (như thoái hóa xương khớp). Chú ý đến những triệu chứng kèm theo như sốt, ban đỏ, bệnh phổi, nhiễm khuẩn.

Khám thực thể cần đạt ba mục tiêu chính:

- Đau một hay nhiều khớp và khớp nào?
- Có viêm, nghĩa là có sưng nóng đỏ đau không?
- Hạn chế cử động tới mức nào?

Chỉ cần xét nghiệm trong số ít trường hợp (tùy theo điều kiện trang bị của tuyến): công thức bạch cầu; máu lắng; acid uric trong máu; yếu tố dạng thấp... Có khi phải chụp X quang và xét nghiệm dịch khớp.

1. Thấp khớp cấp

Con đau khớp đầu tiên thường ở tuổi đi học (6-15 tuổi).

Đặc điểm:

- Viêm rất rõ, sưng nóng đỏ đau nhiều, dễ có sốt 39°-40°.

- Nhiều khớp bị bệnh: khớp này đang dịu dần, thì khớp khác bắt đầu đau, nhất là các khớp gối, khuỷu, cổ chân, cổ tay.

- Hay có biểu hiện tim như: tiếng thổi, tiếng cò, tiếng ngựa phi, tim to, khó thở, suy tim.

- Nếu có thêm dữ kiện sau đây thì chẩn đoán chắc chắn hơn: 1-2 tuần trước có viêm họng, ban đỏ vòng nốt dưới da; tốc độ máu lắng rất cao 60-100 mm; PR dài quá 0,2 giây trên điện tim; cấy họng thấy liên cầu A.

- Diễn biến bệnh khó đoán trước. Trong phần lớn trường hợp, các đợt viêm cứ tái phát. Sau mỗi đợt, các khớp trở về bình thường, không bao giờ bị cứng, nhưng tổn thương tim nặng lên gây hẹp hai lá và hở chủ là chính. Cũng có khi viêm khớp tái phát và tim không việc gì, hoặc chỉ viêm khớp một lần rồi thôi.

☞ **Điều trị:** dùng kháng sinh và thuốc chống viêm.

+ Kháng sinh chủ yếu nhằm diệt liên cầu khuẩn. Dùng một trong những công thức sau:

- Penicilin G: 1.000.000 đơn vị/24 giờ, tiêm bắp trong 10 ngày liền; hoặc:

- Phenoxymethylpenicilin (penicilin V): mỗi lần uống 250 mg, dùng 4 lần/24 giờ, dùng trong 10 ngày liền. Trẻ

dưới 20 kg chỉ cần uống mỗi lần 125 mg, dùng 4 lần/24 giờ, dùng 10 ngày liền; hoặc:

- Nếu dị ứng với penicilin, thay bằng erythromycin uống mỗi lần 250mg, dùng 4 lần/24 giờ, dùng 10 ngày liền. Trẻ dưới 25 kg cho uống 40 mg/kg, chia 2 lần trong 24 giờ.

Những kháng sinh có thể dùng được, nhưng không tốt bằng những thuốc trên là ampicilin, amoxicilin.

Không nên dùng: sulfamid, tetracyclin, cloramphenicol, trimethoprim, co-trimoxazol.

Công thức điều trị trên còn gọi là "kháng sinh dự phòng cấp I" cũng cần được dùng cho viêm họng, viêm da, viêm đường hô hấp trên, nếu có nghi ngờ là do liên cầu khuẩn.

+ *Chống viêm, giảm đau, hạ sốt:*

- Aspirin thông dụng nhất, bắt đầu mỗi ngày 100 mg/kg ở trẻ em hoặc 3-4 gam ở người lớn, chia làm 4-5 lần uống sau mỗi bữa ăn. Khi sốt và viêm khớp đã đỡ, thường sau 2 tuần, nên giảm liều dần tới 60 mg/kg/24 giờ, thường phải 4-8 tuần thì tốc độ máu lắng đã hạ xuống gần bình thường mới ngừng thuốc.

- Corticoid chỉ nên cho khi có viêm tim: prednisolon 2mg/kg, chia làm 2-3 lần trong 24 giờ, uống liền trong

2 tuần. Sau đó giảm liều corticoid, đồng thời uống kèm aspirin 60 mg/kg/24 giờ. Độ 2 tuần dùng song song như vậy, sau đó ngừng corticoid, còn aspirin tiếp tục khoảng một tháng nữa.

+ Khi đợt thấp khớp đã qua, dù có kèm viêm tim hay không, cũng phải dùng kháng sinh dự phòng kỳ II chặn những đợt tái phát. Có thể dùng một trong hai công thức sau:

- Benzathin-penicilin, tiêm bắp sau mỗi lần 1.200.000 đơn vị, 3-4 tuần tiêm một lần; ở trẻ dưới 30 kg, chỉ cần tiêm mỗi mũi 600.000 đơn vị. Đây là phương pháp hiệu quả nhất và tiện lợi nhất.

Nếu dị ứng với penicilin, thì thay bằng:

- Người lớn uống erythromycin 1 gam/24 giờ.

Dự phòng kỳ II như vậy trong bao lâu? ít nhất phải 5 năm. Nếu sau 5 năm mà người bệnh chưa đến 18 tuổi, thì phải dự phòng thêm cho đến 18 tuổi. Ở người có viêm tim hoặc di chứng ở van, phải dự phòng cho đến 25 tuổi hoặc lâu hơn nữa, nhiều khi đến suốt đời, dù người bệnh đã được phẫu thuật van.

2. Viêm khớp dạng thấp (VKDT).

VKDT hay gặp ở nữ nhiều hơn nam, phần lớn bắt đầu ở tuổi 35-50 và có tính chất gia đình. Đó là viêm

màng khớp kéo dài dẫn đến phá hủy sụn và xương, rồi biến dạng khớp.

2.1. Lâm sàng: bệnh thường bắt đầu từ từ, nhiều khớp, cả hai bên đều đau, thường thấy ở bàn tay, cổ tay, đầu gối, bàn chân. Cột sống có thể bị viêm ở đoạn cổ trên, không bao giờ ở lưng. Có khi bệnh bắt đầu viêm cấp, có sốt, có khi bắt đầu bằng một khớp thôi.

Trong thời kỳ toàn phát, các khớp bị đau nhiều, nhất là khi cử động. Buổi sáng, các khớp bị cứng. Triệu chứng toàn thân gồm sốt, đôi khi tới 40°, mệt mỏi, kém ăn, sút cân. Các khớp có dấu hiệu viêm rõ: sưng nóng đỏ đau, người bệnh không dám cử động. Các biểu hiện ngoài khớp chính là viêm màng phổi, xơ phổi, viêm màng ngoài tim, viêm dây thần kinh ngoại biên, viêm cùng mạc, hội chứng Felty (lách to, giảm huyết cầu...).

2.2. Xét nghiệm: những yếu tố dạng thấp là những tự kháng thể, tuy không đặc hiệu, nhưng có giá trị chẩn đoán. Chụp X quang, mới đầu chưa thấy gì đặc biệt, nhưng càng về sau, càng thấy rõ mất sụn khớp và ăn mòn xương.

☞ Điều trị:

+ *Thuốc chống viêm cần dùng ngay*, dùng một trong những thuốc sau, nhớ uống lúc no, sau bữa ăn và không dùng khi loét dạ dày - tá tràng, có thai, cho con bú:

- Aspirin 500 mg, 2-4 viên/24 giờ, hoặc
- Indomethacin 25 mg, 2-4 viên/24 giờ, hoặc
- Diclofenac 50 mg, 2-3 viên/24 giờ, hoặc
- Piroxicam 10 mg, 1-2 viên/24 giờ

Dùng một thứ thuốc, nếu sau 2-3 tuần không đỡ mới phải thay bằng thuốc khác. Không được dùng hai loại thuốc đồng thời.

+ *Corticoid tác dụng rất mạnh*, nhưng dễ gây tai biến, nên chỉ dùng ở các thể viêm khớp dạng thấp nặng và kéo dài, tuy đã được dùng trước bằng thuốc chống viêm không steroid. Liều trung bình: prednisolon 5mg, 6-10 viên/24 giờ, uống sau bữa ăn sáng. Chú ý những chống chỉ định kinh điển. Đợt tấn công là 1-2 tuần, sau đó phải giảm liều nhanh chóng.

+ *Thuốc hỗ trợ*: dùng lâu dài có thể làm bệnh nhẹ hơn, nhưng không giảm đau. Thí dụ: cloroquin mỗi ngày uống một viên 250mg, dùng trong nhiều tháng. Không nên dùng kháng sinh.

+ *Vận động*: khi đau nhiều, phải nằm nghỉ và bất động khớp bị viêm. Khi đỡ đau, vận động tăng dần lên. Qua giai đoạn viêm, cần tập luyện nhiều theo hướng dẫn của thầy thuốc.

3. Viêm cột sống dính khớp.

Là bệnh mạn tính, gặp ở nam trẻ 15-40 tuổi. Bệnh bắt đầu ở cột sống lưng, thấy đau và cứng, nhất là khi ngủ dậy. Các khớp háng và vai cũng hay bị đau và cứng, các khớp chi ít bị hơn. Có khi đau cả ngực, có thể nhầm với đau thắt ngực. Số ít bệnh nhân có thể sốt, mệt mỏi, sút cân...

Đau kéo dài hàng tháng, hàng năm, lúc tăng lúc giảm. Cuối cùng, cột sống bị cứng đờ biến dạng, lúc đó thường hết đau, nhưng người bệnh không còn làm việc được nữa.

Chụp cột sống lúc đầu vẫn bình thường. Về sau, các khe liên đốt hẹp lại, đốt sống mất vôi, gai xương mọc ra, cuối cùng các đốt sống dính nhau như hình một "đoạn tre".

☞ Điều trị:

+ Khuyến người bệnh giữ lưng thẳng khi đứng, đi, ngồi, mặc quần áo. Khi ngủ nên nằm sấp, hoặc nằm ngửa trên giường cứng, không dùng gối. Tập thở đều.

+ Trong đợt tiến triển, nên tiêm phenylbutazon 600 mg, tiêm bắp sâu cách nhật một ống, dùng trong 20 ngày hoặc diclofenac (Voltaren) cũng tiêm bắp một ống 75 mg mỗi ngày, dùng 10 ngày. Đồng thời, cho giãn cơ bằng Mydocalm viên 50mg, uống 3 viên/24 giờ, hoặc diazepam 10-15 mg/24 giờ.

+ Điều trị duy trì bằng uống phenylbutazon. Không được cho corticoid.

- + Có thể kết hợp thêm châm cứu, vật lý trị liệu.
- + Một số ít trường hợp có thể phẫu thuật chỉnh hình.

4. Đau cột sống.

Trước hết phải tìm nguyên nhân để điều trị đặc hiệu, nhất là ở người trẻ. Lâm sàng và X quang có thể chẩn đoán được lao cột sống, ung thư cột sống, chấn thương cột sống, nhiễm khuẩn toàn thân...

Nhiều trường hợp đau cột sống ở người đứng tuổi (đau lưng) không thấy nguyên nhân đặc hiệu. Chỉ cần luyện tập cột sống; nằm giường cứng, tốt nhất là nằm nghiêng; tránh mang xách nặng. Trong những đợt đau nhiều, dùng vài ngày thuốc chống viêm đã nói ở trên.

5. Viêm một khớp.

Trong những bệnh nói trên, đa số bệnh nhân bị viêm nhiều khớp. Nhưng nếu chỉ viêm một khớp, cần phải tìm nguyên nhân và gửi đi chuyên khoa. Chụp X quang rất cần để hỗ trợ lâm sàng trong những trường hợp này. Những nguyên nhân thường gặp hơn cả là:

Lao khớp: thường ở khớp gối hoặc khớp háng ở người bệnh trẻ tuổi.

Viêm khớp mủ: bệnh cảnh nhiễm khuẩn, chẩn đoán bằng chọc khớp.

Chấn thương khớp: tiền sử...

HÔN MÊ

PGS Lê Đức Hình

Là tình trạng mất ý thức kéo dài; do tổn thương ảnh hưởng tới hoạt động của hệ thần kinh trung ương.

Đặc điểm chung là tình trạng mất ý thức, mất vận động và mất cảm giác của toàn bộ cơ thể, trong khi các hoạt động về tuần hoàn, hô hấp và chức năng bài tiết vẫn được duy trì.

Hôn mê có thể do nhiều nguyên nhân, từ rối loạn chuyển hóa đến tổn thương về cấu trúc trong não. Hôn mê là một triệu chứng, chứ không phải là một bệnh đặc hiệu.

Người bệnh hôn mê phải được chẩn đoán kịp thời, xử trí tích cực, theo dõi chặt chẽ để tránh mọi tai biến và biến chứng có thể xảy ra, đe dọa tính mạng người bệnh.

1. Thăm khám người bệnh hôn mê.

1.1. Bệnh sử:

Phải khai thác kỹ bệnh sử: chú ý tới tính chất của hôn mê, lúc khởi phát, hoàn cảnh xuất hiện, thời gian kéo dài của hôn mê từ khi bắt đầu tới lúc đến viện, tiền

sử cá nhân, việc dùng thuốc và chất gây nghiện khác, chấn thương, ngộ độc, các loại cơn co giật hoặc động kinh trong quá khứ.

Các điều nghi vấn khác cũng cần được làm sáng tỏ qua hỏi trực tiếp gia đình, bạn bè hoặc người quen biết của người bệnh. Các người khác có liên quan như cơ quan công tác của người bệnh, công an hoặc đơn vị cấp cứu đưa người bệnh tới cũng có thể cung cấp những thông tin cần thiết.

1.2. Thăm khám toàn thể:

Chú ý xem có gan to, lách to, vàng da, điểm chảy máu, vết tích chấn thương... hay không?

- Dấu hiệu của chấn thương: kiểm tra ở đâu có thể phát hiện được vết đày sọ, bao gồm các biểu hiện như bầm tím quanh hố mắt, sưng phù và biến màu vùng xương chũm sau tai, chảy máu màng nhĩ, dịch não - tủy chảy ra ngoài qua đường mũi hoặc đường tai. Ngoài ra, sờ nắn đầu bệnh nhân cũng có thể thấy điểm lún xương hoặc phù nề mô mềm ở vị trí bị chấn thương.

- Đo huyết áp người bệnh hôn mê, nếu thấy cao có thể do người bệnh đó có tăng huyết áp từ trước. Mặt khác, tăng huyết áp có thể là hậu quả của quá trình bệnh lý gây ra hôn mê, ví dụ do chảy máu trong não

hoặc chảy máu dưới nhện.

- Thân nhiệt hạ thường gặp trong hôn mê do nhiễm độc rượu hoặc ngộ độc thuốc an thần, hạ đường huyết, bệnh não do gan và phù niêm. Thân nhiệt tăng có thể thấy trong say nóng, động kinh liên tục, sốt cao ác tính liên quan đến thuốc gây mê đường hô hấp, ngộ độc thuốc chống cholin, chảy máu vùng cầu não và một số tổn thương khác ở vùng hạ khâu não.

1.3. Thăm khám thần kinh:

Cần khám đầy đủ, nên có kế hoạch kiểm tra lại trong quá trình tiến triển của người bệnh. Khám thần kinh là khâu quan trọng giúp cho chẩn đoán nguyên nhân khi gặp người bệnh hôn mê. Qua khám lâm sàng, có thể đặt chẩn đoán triệu chứng, hội chứng và khu trú tổn thương. Cần đặc biệt chú ý tới:

- *Rối loạn ý thức:* có nhiều mức độ rối loạn ý thức. Có khi hôn mê bất động, nhưng cũng có khi hôn mê vật vã. Cần dùng từ ngữ chính xác để nói lên tình trạng hôn mê, ví dụ: hôn mê nhẹ, hôn mê nông, hôn mê vừa, hôn mê sâu, hôn mê quá. Tránh dùng các từ không rõ ràng như: bất tỉnh nhân sự, lơ mơ, mê man, xỉu, lịm v.v...

- Cần đánh giá đúng các biến đổi của trương lực cơ, vận động, phản xạ, cảm giác, dây thần kinh sọ não... đặc biệt là các dấu hiệu của đồng tử.

+ *Đồng tử*: bình thường đồng tử có đường kính 3-4 mm, cân đối hai bên và co vào mau lẹ khi đáp ứng với kích thích ánh sáng. Nếu đồng tử giãn trên 7 mm đường kính và không phản ứng với ánh sáng, thì thường do tổn thương dây thần kinh vận nhãn chung (dây III), cũng có khi do nhiễm độc thuốc chống cholin. Đồng tử chỉ giãn ở một bên và không phản ứng với ánh sáng có thể do lọt thủy thái dương vì có khối u chèn ép. Đồng tử co rất nhỏ, đường kính chỉ còn 1-1,5mm trên người bệnh hôn mê có thể gặp trong ngộ độc phospho hữu cơ, quá liều loại thuốc phiện, giang mai thần kinh hoặc do tác động của thuốc tra mắt loại gây co đồng tử.

+ *Động tác của nhãn cầu*: cần xem tư thế của nhãn cầu ở người bệnh hôn mê, trạng thái của mi mắt (có sụp mi hoặc không), đáp ứng của nhãn cầu khi ta xoay đầu người bệnh sang hai bên (phản xạ đầu - mắt).

+ *Kiểm tra đáy mắt*: có thể thấy phù gai thị hoặc chảy máu ở võng mạc là những dấu hiệu gặp trong trường hợp áp lực quá cao trong sọ hoặc trong tăng huyết áp.

- Những dấu hiệu màng não bị kích thích (ví dụ gáy cứng) khá quan trọng, vì giúp hướng tới tổn thương trong viêm màng não hoặc chảy máu dưới nhện; tuy nhiên trong hôn mê sâu lại không thấy các dấu hiệu đó.

- Cũng phải chú ý tới tư thế của người bệnh trong hôn mê, ví dụ tư thế cứng đờ lia vỏ (co cứng gấp chi trên, co cứng duỗi chi dưới) và tư thế cứng đờ lia não (co cứng duỗi tứ chi) làm hạn chế mọi phản ứng đối với kích thích đau.

- *Rối loạn thực vật*: là biểu hiện quan trọng, bao gồm các rối loạn hô hấp (các nhịp thở bệnh lý, xuất tiết đờm rãi, ứ đọng phế quản), tuần hoàn, thân nhiệt, cơ tròn (hôn mê nông thường có biểu hiện tự động; hôn mê sâu hay bị ứ đọng). Những rối loạn tuần hoàn thường diễn ra muộn, nhưng có thể dẫn tới tình trạng trụy tim - mạch.

2. Chẩn đoán hôn mê.

Một quá trình bệnh lý có thể gây ra hôn mê, nếu quá trình đó xâm phạm tới cả hai bên bán cầu não và/hoặc cấu tạo lưới ở thân não. Những quá trình bệnh lý nếu chỉ ảnh hưởng tới một bên bán cầu não thường ít gây ra hôn mê. Tuy nhiên, trong trường hợp như các khối u não, nhồi máu não hoặc chảy máu não, dù chỉ khu trú ở một bên vẫn có khả năng dẫn tới hôn mê, vì ảnh hưởng tới bán cầu não bên đối diện hoặc tới vùng thân não. Các tổn thương như vậy, nếu xâm phạm vào tiểu não cũng có thể gây ra hôn mê, do làm cho áp lực tăng quá cao trong sọ, chèn ép vào thân não.

Vì lẽ trên, khi thăm khám đánh giá tình trạng người bệnh, cần nhận định xem hôn mê có phải là hậu quả của một tổn thương cấu trúc ở não (như vậy phải xử trí cấp cứu phẫu thuật thần kinh) hoặc do rối loạn chuyển hóa (cần được chữa nội khoa) hay chỉ là một trạng thái sau đột quy (không có yêu cầu phải can thiệp phẫu thuật).

Căn cứ vào bệnh sử, có thể rút ra một số thông tin có ý nghĩa:

- Hôn mê khởi phát đột ngột chỉ hướng một nguyên nhân mạch máu, ví dụ tai biến mạch máu não vùng thân não hoặc chảy máu dưới nhện.
- Tiến triển nhanh chóng bắt đầu từ bại hoặc liệt nửa người, rối loạn cảm giác nửa người hoặc rối loạn ngôn ngữ, rồi đi vào hôn mê trong vòng từ vài phút đến vài giờ thường báo hiệu một trường hợp chảy máu trong não.
- Nếu bệnh kéo dài từ vài ngày đến vài tuần trước khi người bệnh đi vào hôn mê, có thể hướng tới u, áp-xe hoặc máu tụ mạn tính dưới màng cứng.
- Người bệnh trải qua một trạng thái lú lẫn hoặc mê sảng kích động trước khi bị hôn mê, thường gặp trong rối loạn chuyển hóa.

Khó khăn của chẩn đoán là phân biệt một tổn thương choán chỗ ở não với bệnh cảnh của rối loạn chuyển hóa não. Thăm khám thần kinh cho phép phát hiện các dấu hiệu khu trú và vị trí của tổn thương nếu có ở não:

2.1. Hôn mê có dấu hiệu thần kinh khu trú:

Thường do những tổn thương như khối choán chỗ ở não, tai biến mạch máu não, chèn ép thân não...

2.2. Hôn mê không có dấu hiệu thần kinh khu trú

Thường do rối loạn chuyển hóa, như:

- Hôn mê hạ đường huyết: đột ngột, thờ bình thường, vã mồ hôi, có khi co giật. Xét nghiệm thấy đường huyết rất thấp.

- Hôn mê đái tháo đường: xuất hiện từ từ, thở sâu và nhanh, hơi thở có mùi ceton, tiền sử đái tháo đường. Đường huyết cao, nước tiểu có glucose và ceton.

- Hôn mê do suy thận: chẩn đoán bằng urê hoặc creatinin tăng nhiều trong huyết tương...

Tuy nhiên, một số trường hợp như bệnh não do tổn thương gan, hạ đường huyết, tăng đường huyết có khi vẫn thấy kèm theo một số dấu hiệu thần kinh như bại nhẹ nửa người; trường hợp nặng dễ có biểu hiện cứng đờ lia vỏ hoặc cứng đờ lia não.

2.3. Rối loạn ý thức do bệnh tâm thần hoặc nguyên nhân tâm lý

Cần dựa vào bệnh sử, thăm khám chu đáo để loại trừ các dấu hiệu thần kinh khu trú.

Trong chẩn đoán nguyên nhân đối với nhóm bệnh não do rối loạn chuyển hóa, cần phân biệt: hạ đường huyết, thiếu oxy-não, dùng thuốc quá liều (thuốc an thần; loại thuốc phiện), bệnh não do suy gan, hạ natri-máu, thân nhiệt hạ, thân nhiệt tăng, viêm màng não, viêm não, chảy máu dưới nhện, hôn mê sau động kinh liên tục.

☞ 3. Nguyên tắc xử trí.

Đối với người bệnh hôn mê, cần thực hiện những yêu cầu cơ bản sau:

- + Bảo đảm lưu thông hô hấp.
- + Bảo đảm tuần hoàn tốt.
- + Xét nghiệm máu: công thức hồng bạch cầu, glucose, uré, créatinin, điện giải, các khí trong máu... Xét nghiệm nước tiểu (chú ý tìm độc chất).
- + Duy trì thân nhiệt trong ranh giới bình thường.
- + Nhanh chóng xác định và chữa nguyên nhân gây hôn mê.

Trong giai đoạn chữa người bệnh hôn mê, nhiều khi cần tiến hành khẩn cấp; ghi điện tim, ghi điện não, chụp X quang thường (sọ, phổi, cột sống...) và, tùy theo điều kiện trang bị ở tuyến mình, xét nghiệm dịch não-tủy, chụp cắt lớp vi tính, chụp động mạch não v.v...

4. Chăm sóc người bệnh hôn mê nói chung.

Trong quá trình điều trị cấp cứu người bệnh hôn mê, cần đặc biệt chú trọng một số vấn đề sau đây:

- Để phòng và chống loét: người bệnh cần được trở mình thay đổi tư thế cách 2 giờ một lần. Có thể đặt nằm trên các đệm chống loét. Các vị trí gồ xương như gót chân, khuỷu tay... cần được quan tâm bảo vệ.
- Để phòng viêm loét giác mạc: giữ cho mí mắt được sạch sẽ và khép kín. Tra thuốc nhỏ mắt (không nên dùng loại thuốc mỡ).
- Thường xuyên thay đổi khăn trải giường: có thể dùng ống thông tiểu và ống dẫn lưu nước tiểu. Cần đề phòng bội nhiễm do đặt ống thông tiểu. Khi cần, phải dùng kháng sinh.
- Duy trì nuôi dưỡng, bảo đảm đủ nước và điện giải.
- Làm các động tác thụ động: cần thực hiện vận động các khớp, các chi. ở chân, cần đặt ván đỡ bàn chân, để phòng co cứng khớp cổ chân.

- Nếu chảy máu đường tiêu hóa, có khi phải cho thuốc chống acid và/hoặc cimetidin qua ống thông mũi dạ dày.

- Theo dõi chặt chẽ tình trạng ý thức: trong các cơ sở phẫu thuật thần kinh ở tuyến trên, cũng như tại một số trung tâm cấp cứu hồi sức, có thể dùng thang điểm Glasgow để đánh giá tình trạng ý thức.

⑦ **Động viên người thân và gia đình người bệnh:** là việc làm rất cần, mang ý nghĩa tâm lý y học, nhằm tạo một khung cảnh thuận lợi cho công tác cứu chữa và chăm sóc người bệnh. Ngoài việc thành thạo kỹ thuật chuyên môn, tận tình cấp cứu điều trị, còn cần có một thái độ, cử chỉ, câu nói phù hợp với hoàn cảnh thực tế, đảm bảo một không khí bình tĩnh để việc cứu chữa đạt hiệu quả mong muốn. Tinh thần "còn nước còn tát" cần được quán triệt cho mọi người tham gia trực tiếp hoặc gián tiếp vào công tác điều trị và chăm sóc người bệnh hôn mê.

NHIỄM ĐỘC CẤP

GS Vũ Đình Hải

Hầu hết nhiễm độc cấp là do tự vẫn hoặc nhầm thuốc do đó hỏi bệnh cần chú ý đến hoàn cảnh xuất hiện triệu chứng: khó khăn về gia đình, đời sống v.v... và đã dùng thuốc chữa bệnh gì. Triệu chứng gợi ý thường là nôn, chóng mặt; nặng nữa là hôn mê, co giật, tím môi, trụy mạch, vã mồ hôi; không có sốt.

☞ 1. Cách xử trí chung

✚ Trước hết, phải kiểm tra các chức năng thiết yếu:

+ Nghe tim và sờ mạch, nếu không thấy đập, phải bắt đầu ngay ép tim ngoài ngực.

+ Xem có thở không? Nếu không, phải giải tỏa ngay đường thở, và bắt đầu thổi ngạt trực tiếp mồm - mồm: có khi phải đặt ống nội khí quản, hoặc thở máy.

+ Đo huyết áp: nếu thấp quá, nhất là có bệnh cảnh sốc, phải truyền dịch; có khi phải dùng thuốc co mạch hoặc trợ tim.

+ Nếu co giật nhiều, phải chống co giật bằng

diazepam v.v...

+ Chú ý đến thăng bằng nước, điện giải, toan-kiềm v.v...

† *Đồng thời với những động tác trên, chẩn đoán chất gây độc, và tìm cách loại bỏ chất độc ra ngoài cơ thể:*

+ Gây nôn và rửa dạ dày, nếu người bệnh nuốt chất độc.

+ Hấp phụ bằng than hoạt, nếu chất gây độc là alcaloid.

+ Cho lợi tiểu, nếu chất độc qua đường thận (như barbiturat).

+ Nếu chất độc ở thể khí, phải kéo người bệnh ra khỏi khu vực nguy hiểm, cởi hết quần áo, giữ nằm yên, đảm bảo đường thở.

+ Nếu chất độc bám vào da và niêm mạc, phải xối nhiều nước để rửa đi.

† *Chống độc bằng thuốc đặc hiệu:*

+ B.A.L. chống độc các kim loại nặng.

+ EDTA Calci, trong nhiễm độc chì.

+ Desferrioxamin, với nhiễm độc sắt.

+ PAM, trong nhiễm độc phospho hữu cơ.

+ Atropin, rất cần để chữa nhiễm độc phospho hữu cơ.

+ Nalorphin, kháng đặc biệt với loại thuốc phiện.

+ Xanh methylen, cần trong nhiễm độc sẩn, nhiễm

độc nitrit, clorat...

+ Vitamin C liều cao, cũng chỉ định để chữa methemoglobin - máu trong nhiễm độc sán, nitrit clorat...

2. Một số nhiễm độc chính thường gặp.

2.1. Thuốc diệt chuột:

Gồm:

ANTU là chất kháng giáp trạng tổng hợp. Những ca nặng là do phù phổi cấp.

☞ Xử trí như những phù phổi khác.

Kẽm phosphur: bỏng miệng, nôn, ỉa chảy, có thể thủng dạ dày.

☞ Xử trí: rửa dạ dày, uống các chất bảo vệ niêm mạc dạ dày; chống sốc: truyền dịch, tiêm corticoid...

Warfarin: độc vì gây chảy máu toàn thân như máu ra mắt, nôn ra máu, băng huyết, chảy máu màng não v.v...

☞ Xử trí: dùng vitamin K cho tới khi tỷ lệ prothrombin trở về bình thường. Truyền máu tươi, chống sốc.

Fluaoacetat: nặng nhất là cơn co giật, có thể suy hô hấp và trụy tim mạch.

☞ Xử trí: rửa dạ dày; calci gluconat tiêm tĩnh mạch 4-

10 ml dung dịch 10%; chống sốc; chống co giật bằng diazepam tiêm tĩnh mạch 10mg...

Natri arseniat: nôn có thể ngay sau 15 phút, đau bụng, ỉa chảy, mất nước, sốc có thể chết ngay. Sau 2-3 ngày dễ có vàng da, gan to và đau, đái ra máu, nổi mẩn da.

☞ **Xử trí:** rửa dạ dày ngay, chữa triệu chứng: Chữa đặc hiệu bằng B.A.L: tiêm 3 mg/kg mỗi 3 giờ trong ngày đầu tiên, mỗi 6 giờ ngày thứ hai, mỗi 12 giờ ngày thứ ba.

2.2. Thuốc trừ sâu:

Các hóa chất trừ sâu gồm sáu loại: phospho hữu cơ; clo hữu cơ như DDT, 666, carbamat như Bassa, Furadan...; pyrethrin như allethrin, permethrin...; hóa chất phun khói như Aetox, dibromomethan...; và các hóa chất thảo mộc như nicotin, pyrethan. Dưới đây, xin viết về phospho hữu cơ (như Wofatox) dễ gây nhiễm độc nặng:

Đường wofatox vào hay gặp và nặng nhất là đường uống:

Chẩn đoán dựa vào mùi đặc biệt của hơi thở, chất nôn, thấm vào quần áo... Lâm sàng có 2 hội chứng chính:

- **Cường phế vị:** tăng tiết nước bọt, mồ hôi, đờm, co thắt phế quản gây khó thở cấp; nhịp tim chậm; đồng

tử co rất nhỏ (dưới 2mm là nặng).

- *Kiểu nicotin*: co giật thớ cơ mi mắt, mặt, lưỡi, có khi toàn thân; nặng thì hôn mê và chết ngay.

☞ **Xử trí phải rất nhanh chóng:**

- + Tiêm ngay atropin vào tĩnh mạch liều rất cao (2mg mỗi 10 phút) cho đến khi đỡ: da nóng, đồng tử giãn 5mm. Sau đó tiếp tục atropin liều thấp hơn.

- + Rửa dạ dày làm đồng thời với tiêm atropin. Phải rửa nhiều lần, nhiều nước, đến khi hết mùi thuốc, có khi tới 40-50 lít.

- + Pralidoxim (ống 200 mg) hoặc PAM (ống 500 mg). Tiêm ngay tĩnh mạch chậm 400-800 mg, sau đó có thể cứ nửa giờ hoặc 1 giờ lại tiêm một lần, tùy diễn biến. Liều tối đa có thể tới 15 gam trong những trường hợp nặng.

- + Chuyển đi bệnh viện: những ca nặng như hôn mê, tụt huyết áp, suy hô hấp chỉ cần tiêm atropin rồi chuyển ngay, không kịp rửa dạ dày nữa.

2.3. Thuốc ngủ và an thần :

Nhiễm độc cấp những thuốc này chủ yếu là do tự vẫn. Thường dùng nhất là các barbiturat (luminal, barbital...) và các benzodiazepin (diazepam...), có khi là meprobamat.

Triệu chứng nhiễm độc nhẹ chỉ có ngủ say; mạch, huyết áp, thân nhiệt vẫn bình thường. Nhưng nếu nặng, có thể hôn mê, mạch nhanh, huyết áp hạ. Hôn mê kéo dài có thể không hồi phục được. Tìm nguyên nhân, chủ yếu là hỏi gia đình, tìm thấy thuốc thừa...

☞ Xử trí nhiễm độc barbiturat

+ Rửa dạ dày, dù ngộ độc uống đã quá 8 giờ vẫn có ích. Nếu hôn mê sâu, phải đặt ống nội khí quản trước khi rửa, hoặc chỉ dùng ống thông dạ dày nhỏ hút dịch dạ dày ra bớt.

+ Truyền nhiều dịch để giúp bài tiết chất độc. Nếu không có bệnh tim, có thể truyền 4-8 lít, nhưng chú ý đừng truyền quá nhiều dung dịch mặn đẳng trương, mà phải xen kẽ với dung dịch glucose. Nếu có điều kiện, thì truyền dung dịch natri bicarbonat 1,4% để dễ thải trừ phenobarbital (luminal).

+ Lợi niệu mạnh bằng furosemid 20 mg, 1-2 ống tiêm tĩnh mạch. Chú ý truyền đủ nước bù.

+ Những ca nặng, phải chạy thận nhân tạo.

+ Bảo đảm tuần hoàn, hô hấp.

Khi nhiễm độc benzodiazepin, có thuốc giải độc đặc hiệu, là flumazenil (Anexate ống 0,5-1 mg), tiêm tĩnh mạch chậm, tổng liều không quá 2 mg.

2.4. Mật cá:

Một số người đã đại dột dùng mật cá để "chữa" một số bệnh mạn tính: đau bụng, loét dạ dày tá tràng, hen phế quản, dị ứng, sỏi tiết niệu, đục thủy tinh thể v.v...

Mật cá trăm hay được dùng nhất, cũng nguy hiểm nhất, sau đó nuốt đến mật cá chép, cá mè, cá trôi v.v... Dù nuốt cả túi mật hoặc hòa với rượu hoặc mật ong để uống, thì ngộ độc cũng nguy hiểm như nhau!

Triệu chứng: bắt đầu sau nửa giờ hoặc vài giờ là đau bụng, nôn mửa, có khi nôn ra máu, chóng mặt, nhức đầu, đau thắt lưng.

Sau đó là bệnh cảnh suy thận cấp nặng: vô niệu hoặc đái ít, vàng da, gan to. Nặng nữa đến co giật, tím tái, sùi bọt hồng, hôn mê và chết.

☞ Xử trí

+ Furosemid tiêm tĩnh mạch, liều rất cao. Có thể dùng tới 10 ống x 20 mg mũi đầu tiên, sau đó cứ 1 giờ lại tiêm tĩnh mạch 2-10 ống nữa, cho đến khi nước tiểu đạt 50 ml/giờ.

+ Nếu không đáp ứng, phải gửi tuyến trên để thẩm phân màng bụng hoặc chạy thận nhân tạo.

2.5. Sắn:

Chất gây độc trong sắn là acid cyanhydric, người lớn

uống 20 mg là ngộ độc, uống 50 mg có thể chết... Các loại sản độc chứa trên 7 mg chất gây độc trong 100 gam.

Triệu chứng nhiễm độc xuất hiện rất sớm, có khi chỉ vài giờ sau khi ăn.

- Rối loạn tiêu hóa như nôn, ỉa chảy, đau bụng.
- Triệu chứng thần kinh như vầng đầu, chóng mặt, nặng hơn nữa là vật vã, run, co giật kiểu động kinh, chết.

☞ Xử trí

+ Rửa dạ dày, hoặc gây nôn.

+ Xanh methylen (biệt dược: Glutylen 10ml = 0,10g), tiêm chậm vào tĩnh mạch với liều thấp: 1-2 mg/kg. Ở trẻ em, cần phải tính liều cẩn thận.

+ Glucose đẳng trương nhỏ giọt tĩnh mạch, đồng thời cho uống nước đường.

+ Thở oxy trong những ca nặng, có khi phải hô hấp nhân tạo.

Phòng bệnh: tránh ăn các loại sản đắng. Phải bỏ vỏ và đầu, thái nhỏ, phơi khô vài nắng, ngâm nước. Khi nấu phải mở vung.

2.6. Các loại thuốc phiện (opiat):

Nhiễm độc cấp opiat có thể do:

- Tiêm trích ma túy quá liều morphin, pethidin (Dolargan, Dolosal, meperidin...), heroin...
- Dùng quá liều thuốc có chứa opiat như viên rữa, viên ho giảm thống, viên ho long đờm, viên opizoic...

Triệu chứng nhiễm độc cấp:

- Thở nông và chậm, có khi chỉ có 2-4 lần/phút.
- Đồng tử co hẹp.
- Tim chậm, hạ thân nhiệt, hôn mê, ngừng thở...

☞ **Xử trí:**

+ Chống độc đặc hiệu bằng naloxone (Narcan ống, 0,4 mg), tiêm tĩnh mạch một ống, rồi cứ 3-10 phút lại tiêm thêm một ống, tổng liều không quá 10 ống.

Hoặc nalorphin (ống 10 mg), tiêm bắp hoặc tĩnh mạch 1/2-1 ống, sau 15 phút có thể tiêm nữa, nhưng tổng liều không quá 4 ống (40 mg).

+ Rửa dạ dày nếu người bệnh uống loại thuốc phiện (opiat), nên đặt ống nội khí quản để tránh nước trào vào khí quản.

2.7. Digital và Trúc đào:

Các glycosid trợ tim (digoxin, digitalin, strophanthin...) được dùng phổ biến để chữa suy tim. Liều gây chết đối với digitalin (digitoxin) là 3 mg, đối với digoxin là 10 mg. Những người già, trẻ em, hạ kali

huyết, bệnh tim nặng dễ bị ngộ độc hơn. Hoàn cảnh ngộ độc có thể do uống một liều rất cao, hoặc do mỗi ngày uống quá liều một chút, trong nhiều ngày. Chất neriolin trong Trúc đào cũng có thể gây ngộ độc như digital.

Triệu chứng có 2 loại:

- *Những triệu chứng ngoài tim như nôn mửa, biếng ăn, mờ mắt, nhìn lóa, mệt lả, chóng mặt... Đây là những triệu chứng không đặc hiệu và ít nguy hiểm.*

- *Những rối loạn nhịp tim, đặc hiệu và nguy hiểm hơn nhiều: ngoại tâm thu, chậm xoang, block nhĩ thất các độ, block xoang nhĩ. Nặng nhất là nhanh kịch phát thất, rung thất, chết.*

Chẩn đoán cần phải ghi điện tim.

☞ **Xử trí**

+ Gây nôn, rửa dạ dày.

+ Ngừng ngay các loại digital và thuốc lợi niệu kiểu furosemid, thiazid. Thay vào đó là thuốc lợi niệu giữ kali như spironolacton, triamteren, amilorid.

+ Kali nên cho, nếu kali huyết không tăng và không có block nhĩ thất. Uống 3-6 gam kali clorid, hoặc truyền chậm tĩnh mạch 1,5 gam trong 2 giờ.

+ Trường hợp tim chậm, tiêm atropin 0,5 mg tĩnh

mạch, có thể tiêm 2-3 lần/24 giờ. Chuẩn bị tạo nhịp, nếu cần.

+ Trường hợp ngoại tâm thu, nhanh thất, tiêm ngay diphenylhydantoin (phenytoin) 50-100 mg tĩnh mạch, hoặc procainamid 1,0 gam truyền tĩnh mạch trong 1 giờ; hoặc lidocain 50 mg tiêm tĩnh mạch.

2.8. Isoniazid (Rimifon; INH):

Viên isoniazid dùng để chữa lao, mỗi viên 50 mg isoniazid. Liều trung bình cho người lớn là 5-6 viên; nếu uống liều gấp 20 lần, tức 90 mg/kg, sẽ ngộ độc, gây co giật, có thể chết.

Triệu chứng chính là những cơn co giật kiểu động kinh toàn thể, xuất hiện 1 giờ sau khi uống thuốc. Cơn liên tiếp rất mau, có khi mỗi 3-5 phút lại một cơn. Nặng hơn, có thể hôn mê, ngừng thở.

Xét nghiệm cho thấy nhiễm acid thể chuyển hóa, pH huyết tương giảm có khi tới dưới 7; CO₂ toàn phần trong máu giảm có khi tới 5,8 mEq/lít.

☞ Xử trí

+ Gây nôn và rửa dạ dày, cần thận trọng khi có co giật.

+ Truyền dịch, nhất là các dung dịch kiềm hóa như: natri bicarbonat dung dịch 1,4%, natri lactat dung dịch

1/6 mol/lít (M/6). Dùng dung dịch đúng tiêu chuẩn Dược điển và theo dõi chặt chẽ.

+ Chống co giật bằng diazepam 10 mg tĩnh mạch, hoặc phenobarbital 0,2g-0,4g tĩnh mạch.

+ Pyridoxin 500 mg tiêm tĩnh mạch, nếu cần có thể tiêm lần thứ 2-3, sau 1-3 giờ.

+ Khi quá nặng, phải hô hấp hỗ trợ, mở khí quản..., thẩm phân màng bụng hoặc thận nhân tạo.

★ **Chú ý:** không được dùng theophylin và cafein.

ĐỘNG KINH

PGS. Nguyễn Văn Đăng

Về biểu hiện lâm sàng, cơn co giật chỉ là cơn động kinh vận động.

Động kinh có nghĩa rộng hơn, vì có khi không biểu hiện bằng cơn giật. Ví dụ: động kinh cảm giác chỉ biểu hiện rối loạn trong cơn thực vật bằng rối loạn thân kinh thực vật, như tim đập nhanh, cơn đau bụng; hoặc biểu hiện bằng các ảo giác như ảo khứu, ảo thanh, ảo thị... trong cơn động kinh thái dương, cơn vắng ý thức ở trẻ em...

Cần phân biệt cơn động kinh co giật với bệnh động kinh (là bệnh mạn tính), giữa hai cơn thì người bệnh sinh hoạt bình thường:

Cơn động kinh (cơn co giật) thường xảy ra nhân có một bệnh đang phát triển của não, hoặc khi bệnh toàn thân có ảnh hưởng đến não, như hạ đường - huyết, hạ calci - huyết, sốt cao ở trẻ em, sang chấn cấp...; đó chỉ là một *phản ứng nhất thời thoáng qua*; khi các yếu tố gây bệnh đã được giải quyết, người bệnh sẽ hết cơn, hoặc nếu để lại *di chứng não*, các cơn co giật tiếp tục

xảy ra sau này, lúc đó là *bệnh động kinh*.

Trong thực hành, cơn động kinh (co giật) cần được chữa nguyên nhân kết hợp với thuốc chống động kinh. Sau đó, không cần kéo dài điều trị.

Nếu là bệnh động kinh, thì việc điều trị phải liên tục nhiều năm và tùy thuộc loại cơn mà chỉ định những thuốc đặc hiệu cho từng loại.

Như vậy, cơn co giật (động kinh) có thể trở thành bệnh động kinh và cũng có thể không. Điều này tùy thuộc vào tổn thương não: nhưng các tổn thương thực thể của não lại không nhất thiết đều gây bệnh động kinh (ví dụ: u não, chỉ có một số người bệnh có động kinh...).

Ở bệnh động kinh, ta phải tìm và giải quyết nguyên nhân; đây là loại *động kinh triệu chứng*.

Khi không tìm được nguyên nhân, thì đó là *động kinh vô căn* hoặc căn nguyên ẩn; việc điều trị chủ yếu là dùng thuốc chống động kinh lâu dài.

Bệnh động kinh xuất hiện từng cơn ngắn vài phút, khuynh hướng lặp lại nhiều lần với tính định hình (cơn trước giống cơn sau), biểu hiện rối loạn, các chức năng của não bị kích thích. Trên diện não đồ, là các đợt phóng điện kích phát quá và đồng thời ở một quần thể nơ-rôn của não. Định nghĩa này coi như tiêu chuẩn

chẩn đoán.

1. Mô tả lâm sàng một số cơn động kinh thường gặp

1.1. Cơn động kinh toàn bộ

* *Động kinh toàn bộ cơn lớn*: loại cơn này thường gặp nhất và dễ chẩn đoán nhất.

- Có thể có các triệu chứng báo trước gọi là "aura" không quá vài giây. Ví dụ: tê nửa người, có các ảo giác...

- Thường cơn xảy ra đột ngột, người bệnh không kịp đề phòng, ngã ra ở bất cứ chỗ nào, nên nguy hiểm đến tính mạng hoặc gây thương tật.

- Cơn diễn biến ngắn với ba giai đoạn:

- ✓ *Giai đoạn co cứng*: toàn thân co cứng, chân rũ, tay gấp trước ngực, đầu uốn ra sau. Người bệnh ngừng thở, vì cơ lồng ngực co cứng, tái mặt.

- ✓ *Giai đoạn giật*: các cơ toàn thân và các chi hai bên giật, chân tay đập mạnh xuống giường, xuống đất gây sây sát. Các cơ mắt, miệng, hai hàm răng cứng, giật cắn phải lưỡi, đầu lắc lư.

Đặc tính các động tác giật có nhịp đều, lúc đầu chỉ giật nhẹ, về sau giật mạnh, rồi giảm dần về cuối.

- ✓ *Giai đoạn roõi cơ*: các cơ và toàn thân hết cứng,

mềm trở lại. Quan sát lúc này, thấy mặt tím tái, vì ở giai đoạn trên, người bệnh không thở được, bây giờ thở mạnh ồn ào, sùi bọt mép có thể có máu (vì cần phải nuốt), các cơ đều roã, kể cả cơ thất bàng quang, nên đá ra quần.

Sau ít phút, do thở bù, mặt trở lại hồng hào, người bệnh tỉnh lại trong trạng thái ý thức u ám, nhìn ngơ ngác, rồi tỉnh hẳn, nhưng không biết việc gì đã xảy ra với mình. Một số người khi hết cơn, mệt mỏi và ngủ thiếp đi nhiều giờ.

Toàn bộ ba giai đoạn cơn chỉ dài 1-2 phút (không tính thời gian người bệnh ngủ sau cơn).

* *Động kinh toàn bộ cơn nhỏ*: thường gặp ở trẻ em và thiếu niên; biểu hiện:

- *Cơn vắng ý thức*: người bệnh đang làm một việc gì, bỗng nhiên ngừng lại, mất ý thức, đang ăn để rơi bát đĩa, đang viết ngừng lại, bút quẹt trên giấy, đâm thủng giấy. Có người lên nhiều cơn trong ngày.

- *Cơn giật cơ hai bên*: hai cẳng tay gấp vào cánh tay fit cái rồi hết. Có thể giật các vị trí khác. Không mất ý thức.

- *Cơn mất trương lực*: đang đi, đang đứng, trương lực cơ mất, chủ yếu ở hai chân, người bệnh khụy xuống, ý thức mất, rồi 1-2 phút hết cơn.

Ba loại cơn của động kinh cơn nhỏ nêu trên có thể phối hợp với nhau trên một người bệnh, gọi là cơn động kinh nhỏ phức hợp.

Đặc tính chung của động kinh toàn bộ cơn nhỏ là rất ngắn, chỉ vài giây đến vài phút; sau cơn vẫn tỉnh táo. Một số ít người bệnh có thể lên vài chục cơn mỗi ngày.

1.2. Cơn động kinh cục bộ :

- *Cơn cục bộ vận động nửa người (còn gọi là cơn Bravais - Jackson), cơn giật có thể bắt đầu từ tay, chân, mặt, rồi giật lan ra nửa người, nhưng khi đã lan lên mặt thì người bệnh mất ý thức. Cơn có thể toàn bộ hóa (cần xác định bằng điện não).*

- *Cơn động kinh cục bộ nửa người cảm giác: biểu hiện tê, mất cảm giác nửa người.*

Hai loại cơn trên có thể phối hợp: nửa người giật, sau đó rối loạn cảm giác nửa người.

Sau các cơn nói trên, người bệnh có thể có triệu chứng tồn dư liệt nửa người, gọi là liệt TODD, hồi phục sau vài giờ.

Các cơn cục bộ vận động là do tổn thương ở cuốn trán lên trước rãnh Rolando (tức vùng vận động) bên đối diện.

Cơn cục bộ cảm giác do thùy đỉnh lên sau rãnh

Rolando (tức vùng cảm giác) bên đối diện.

- *Cơ động kinh thái dương* (còn gọi là cơn cục bộ phức hợp, hoặc cơn tâm thần vận động): biểu hiện phối hợp nhiều triệu chứng vận động, giác quan, tâm thần.

- ✓ *Các triệu chứng vận động*: bỗng nhiên làm các động tác vô nghĩa, như đi thẳng ra phía trước mà không biết gì, có khi va vào cột, đồ vật trước mặt, bỗng nhiên làm động tác cởi khuy áo...

- ✓ *Nổi bật là các ảo giác*: trong cơn, người thấy mùi lạ (nông dân hay người thấy mùi nước điếu), nhìn thấy cảnh vật xung quanh trở nên xa lạ với mình, nhìn người và cảnh quen hóa lạ, nhìn người và cảnh lạ tưởng quen.

- ✓ *Rối loạn tâm thần*: người bệnh ngỡ ngác, có khi nói năng vô nghĩa, hung hăng, dễ chẩn đoán nhầm với bệnh tâm thần, nhưng chỉ xảy ra rất ngắn, rồi trở lại bình thường.

Các cơn cục bộ thái dương là do tổn thương thùy thái dương.

Nói chung, trước một cơn động kinh cục bộ, bất luận loại cơn nào, cũng phải nghĩ đến một tổn thương thực thể trong não (u não, sẹo, do sang chấn, dị dạng mạch máu, ấu trùng sán não...) và phải tiến hành tìm nguyên nhân.

2. Chẩn đoán.

Chẩn đoán dễ, nếu thấy thuốc chứng kiến cơn giật và bám sát định nghĩa của động kinh. Những cơn không đúng với định nghĩa đều phải bàn luận kỹ.

Cần phân biệt với:

- Cơn Hysteria (ít-tê-ri), không phải giật, vì động tác không có nhịp, hỗn độn, cơn trước khác cơn sau, thời gian lên cơn dài. Cũng có trường hợp, trên một người bệnh, có cả hai loại cơn, gọi là ít-tê-ri động kinh, khó chẩn đoán.
- Cơn hạ đường-huyết xảy ra lúc đói, vã mồ hôi, uống đường hoặc tiêm truyền dung dịch glucose thì người bệnh khỏi ngay.
- Cơn thiếu máu não thoáng qua: có triệu chứng thần kinh khu trú (liệt nửa người), kéo dài không quá 24 giờ.
- Cơn ngất do bệnh tim.

3. Cận lâm sàng

Ghi điện não đồ là phương pháp đặc hiệu chẩn đoán động kinh, nhưng phải tuân thủ nguyên tắc: "*Chẩn đoán động kinh là kết hợp điện não với lâm sàng*", vì có khoảng 20% người bình thường có sóng bất thường trên điện não.

Một số người ghi: điện não có cơn động kinh, nhưng trên lâm sàng không có biểu hiện cơn, gọi là cơn dưới lâm sàng; loại này không cần chữa: ta điều trị người bệnh động kinh, chứ không điều trị bản ghi điện não!

4. Điều trị.

4.1. Xử lý lúc lên cơn động kinh

Nếu là động kinh toàn bộ cơn lớn: cần giữ hai vai và chân tay người bệnh, tránh chân tay đập mạnh và gây sây sát. Dùng vải, khăn quấn vào chiếc đũa hoặc cán thìa ngang mồm, để người bệnh tránh cắn vào lưỡi.

Khi hết cơn giật, có thể giúp họ trở lại nhanh bằng cách ấn lồng ngực ít lần (kiểu hô hấp nhân tạo ngoài lồng ngực).

4.2. Chữa cơn động kinh

+ Phải xác định đúng loại cơn để chọn thuốc đặc hiệu (xem bảng trang 109).

+ Phải thăm dò liều thuốc tác dụng (liều hết cơn), rồi duy trì liều đó ít nhất 3 năm, kể từ lúc hết cơn, rồi giảm dần mỗi quý 1/4 liều, cho đến khi bỏ hẳn thuốc. Với những cơn lên thưa, nhiều tháng hoặc hàng năm mới lên một cơn, thì không cần dùng thuốc.

+ Định kỳ kiểm tra độc tính của thuốc: thử chức năng gan, thận, máu...

+ Tuyệt đối kiêng rượu (bất kỳ loại gì, uống hoặc xoa ngoài da), thức ngủ điều độ, không để đói quá, không làm việc lâu ngoài nắng (những yếu tố này thuận lợi cho xuất hiện cơn).

+ Bằng theo dõi và phương pháp cận lâm sàng, tìm và chữa nguyên nhân. Chú ý bệnh ấu trùng sán não do ăn thịt lợn sống, tiết canh, lòng lợn..., phải tìm các nốt sán ở ngoài da.

4.3. Điều trị cấp cứu trạng thái động kinh

Trạng thái động kinh là các cơn động kinh toàn bộ, chủ yếu là cơn lớn, các cơn lên liên tiếp; giữa hai cơn, người bệnh ở trạng thái hôn mê, có nhiều rối loạn thực vật (sốt cao, vã mồ hôi, tim đập nhanh, thở khó...) dẫn đến tử vong.

+ Ngay lập tức, tiêm chậm diazepam 10mg vào tĩnh mạch và phenobarbital 0,2 gam tiêm bắp.

+ Chống phù não bằng mannitol 20% truyền tĩnh mạch 200ml.

+ Thở oxy nếu có.

Nếu cơn vẫn tiếp diễn, diazepam và phenobarbital có thể lặp lại nhiều lần.

Nếu cơn không cắt được với hai thuốc trên (đã dùng đến liều cao), thì chuyển sang dùng thiopental. Cách

dùng: lọ 0,5 gam hoặc 1,0 gam pha với 10ml nước cất, tiêm rất chậm vào tĩnh mạch, và nếu cần, có thể lặp lại 0,25 gam nhiều lần. **Nhớ:** trước khi dùng thiopental, phải cho atropin 0,25mg tiêm tĩnh mạch để chống tác dụng co thắt thanh quản do thiopental.

+ Song song với chữa cắt cơn, phải tiến hành hồi sức toàn diện tim mạch, hô hấp, bù nước và điện giải; đồng thời theo dõi sát, để phòng biến chứng.

+ Khi đã cắt được cơn, những ngày sau phải tiến hành điều trị cơn.

Đối với người bị động kinh, lúc thường hoặc lúc cấp cứu, không được dùng các loại thuốc kích thích gây cơn, như long não, strychnin...

Động kinh trạng thái cũng có các nguyên nhân của động kinh nói chung. Người đang dùng thuốc chống động kinh, nếu bỏ thuốc đột ngột thường dẫn đến trạng thái động kinh.

Ngày nay, chủ trương là chỉ dùng liệu trình một thứ thuốc; khi đã đến liều cao gần liều cho phép mà không kết quả, lúc đó thay thuốc khác bằng cách: giảm dần thuốc cũ, thay dần thuốc mới, rồi bỏ thuốc cũ để dùng thuốc mới:

- *Natri valproat* có tác dụng với mọi loại cơn, nếu chẩn đoán là cơn khó xác định hoặc là bệnh phối hợp

nhiều loại cơn, nên dùng natri valproat.

- *Phenobarbital* (Gardenal; Luminal), vì thời gian bán thải dài, chỉ cần uống một lần vào buổi tối, không uống nhiều lần như trước đây.

- Khoảng 20% bệnh nhân không đáp ứng với bất kỳ loại thuốc nào.

- Các thuốc chống động kinh đều có phản ứng có hại, khi dùng cần tra cứu đơn và sách dùng thuốc.

5. Một số cơn đặc biệt ở trẻ em

5.1. Cơn giật do sốt:

Xuất hiện ở một số trẻ nhỏ dưới 5 tuổi, khi sốt do mọi căn nguyên, thường trên 38°C, trẻ lên cơn giật toàn thân.

Loại này không phải bệnh động kinh, nhưng là yếu tố thuận lợi để dễ bị động kinh sau này.

☞ Cách xử trí

- Điều trị căn nguyên sốt
- Dùng thuốc hạ sốt, chườm lạnh.
- Dùng thuốc chống động kinh phenobarbital, diazepam (liều cho trẻ em), đến khi hết sốt thì ngừng thuốc.

5.2. *Cơn co thắt nước mắt*: một số trẻ em khi khóc, mắt tím lại, ngất. Loại này không cần dùng thuốc, không phải cơn động kinh, thường đến 5 tuổi sẽ tự khỏi.

Bảng thuốc chống động kinh và chỉ định

Thuốc	Dạng thuốc	Liều/kg cân nặng/24giờ		Cơn lớn	Cơn cục bộ vận động	Cơn thái dương	Cơn nhỏ
		Trẻ em	Người lớn				
Phenobarbital (Gardenal)	viên 1mg, 10mg ống tiêm 0,2gam	3 - 4mg	2-3 mg	+++	+++	-	-
Phenytoin	viên 100mg	5-10 tuổi: 3-8mg	2-6 mg	+++	+++	+	-
Carbamazepin	viên 200mg, 400mg	20mg	10 mg	+++	+++	+++	-
Ethosuximid	nang 250mg	20-25mg	15 - 20 mg				+++
Clonazepam	viên 2mg; ống 1ml		0,2 mg	+++	+++		++
Diazepam (Seduxen) Valium	Viên 2,5mg; 5mg ống tiêm 10mg	0,5mg	10 - 15 mg	+++	+++		
Natri valproat	viên 200mg; 400mg	dưới 5 tuổi: 25 - 30 mg trên 5 tuổi: 30mg	20 - 30 mg/kg cân nặng	+	+	+	++

VẾT THƯƠNG VÀ BỎNG

PGS Nguyễn Đức Phúc

1. Vết thương phần mềm.

Là thương tổn ở da, cơ, gân, dây chằng, mạch máu, thần kinh do vật sắc như dao, mảnh thủy tinh... hoặc do lực va đập mạnh làm rách, bong lóc, giập nát mô gây ra.

1.1. Vết thương da làm da bị đứt, rách kèm ít thương tổn ở mô dưới da.

☞ **Cần:**

- Hớt gọn mép vết thương, cắt lọc mép da, lấy bỏ đi 3-4 mm, lấy bỏ mô dưới da bị vấy bẩn. Cầm máu. Để vết thương da hở hoàn toàn. Sau 3-5 ngày, có khi 6-7 ngày, sẽ khâu kín da lại với mũi khâu thưa.

- Riêng vết thương da đầu mặt và da bàn tay, thì sau cắt lọc cầm máu, nên khâu kín vết thương, có thể kèm dẫn lưu mô dưới da cho thoát máu và dịch. Băng ép nhẹ tay.

1.2. Vết thương cơ: phần lớn có miệng hẹp, bên trong sâu có mô rách giập, máu tụ, dị vật.

☞ **Cân:**

Cắt lọc mép vết thương da. Sau đó thay dụng cụ sạch, rạch rộng cân cơ, hoặc tách rộng thớ cơ, cầm máu, lấy dị vật, xong xối rửa vết thương cho trôi nốt chất bẩn ra ngoài. Sau mổ, vết thương vốn có miệng hẹp đã trở thành có miệng rộng hình phễu, dễ thoát dịch. Mổ xong, để hở hoàn toàn vết thương, không khâu mũi nào ở cơ (trừ khâu, buộc cầm máu), băng ép nhẹ tay ra ngoài. Sau 5-7 hôm, toàn trạng tốt, tại chỗ sạch, sẽ khâu da với mũi khâu thưa.

Vết thương cơ rộng và sâu, khó thoát dịch có thể rạch đối chiếu ở phân thấp, hoặc dẫn lưu 48 giờ.

Một số ít cơ có chức năng quan trọng bị đứt ngang, gọn, thì sau khi cắt lọc có thể khâu cơ, nhưng cân, da cần để hở hoàn toàn, để khâu thì 2.

1.3. Vết thương dây chằng, bao khớp: thường thấy ở các khớp nông như khớp gối, khớp cổ chân. Nếu khi cắt lọc làm sạch vết thương phần mềm, thấy vết thương có nước nhờn của bao hoạt dịch khớp chảy ra, nên nghĩ tới vết thương thấu vào khớp.

☞ **Cân:**

Mở rộng bao xơ của khớp và mở rộng lỗ rách của bao hoạt dịch, xong bơm rửa ổ khớp với dung dịch sinh lý, cầm máu kỹ, rồi khâu kín bao hoạt dịch với chỉ

catgut và khâu kín bao xơ của khớp với chỉ không tiêu. Trong khớp không được đặt ống dẫn lưu. Phần mềm quanh khớp, cơ, da... cần để hở hoàn toàn. Sau 5-7 ngày, vết thương thấu khớp ổn định sẽ khâu da thì 2.

Sau mổ cắt lọc vết thương thấu khớp, cần bất động khớp 5-7 ngày.

1.4. Vết thương gân: khi gân bị đứt, đầu gân cần được hót bỏ tiết kiệm, xong khâu nối gân với chỉ không tiêu. Khâu che phủ bao gân hoặc mô cạnh gân rồi mới khâu da. Nơi bị đứt gân như cổ tay, cổ chân... thường có ít cơ, do vậy có thể khâu da che phủ gân. Gân bong bị lộ trần sẽ bị hoại tử và đứt sau 2-3 tuần.

Sau khâu gân, cần bất động chi ở tư thế đặc biệt cho chùng chỗ khâu.

Gân được khâu sau 3 tuần sẽ dính và sau 6 tuần sẽ liền chắc. Nếu chưa liền chắc, chưa được cử động chủ động.

1.5. Vết thương mạch máu: ở vết thương phần mềm, phần lớn vết thương mạch máu là nhánh nhỏ, nhánh phụ, buộc hãm máu được. Mạch máu to hơn thì buộc không an toàn, nên khâu xuyên ngang với chỉ không tiêu.

Vết thương tĩnh mạch thường buộc thất được, vì tĩnh mạch có nhiều nhánh phụ.

Vết thương động mạch ở ngón chi như chỉ bị vết thương đứt một động mạch ở cổ tay, có thể buộc thắt, vì ngón chi được nuôi nhờ động mạch khác còn nguyên vẹn. Ở bàn tay, ít có vấn đề vì có nhiều nhánh mạch nuôi tốt. Ở ngón tay, đứt một nhánh nuôi có buộc thắt, dễ bị thiếu máu nuôi ngón, đứt 2 nhánh nuôi mà buộc thắt, thì ngón sẽ bị hoại tử.

Vết thương động mạch ở góc chi phải gửi chuyên khoa.

Khi bị vết thương mạch máu, chỉ nên băng ép hơi chặt tay để hãm máu tạm thời trong cấp cứu.

☛ Trong sơ cứu, cấp cứu vết thương mạch máu **cần tuyệt đối tránh buộc garô**: garô thường không cần để hãm máu, chỉ băng ép là đủ, vì garô có thể làm mất chi: do garô, thấy thuốc buộc phải cưa chi là việc nguy hiểm!

1.6. Vết thương thần kinh: vết thương có đứt thần kinh, nếu có điều kiện, nên khâu ngay vỏ bao thần kinh với chỉ nylon nhỏ (4-0). Chuyên khoa còn khâu được từng bó thần kinh trong một dây thần kinh.

Nếu hoàn cảnh khó khăn, có thể để vết thương thần kinh lại, gửi ngay đi chuyên khoa.

2. Bỏng.

Có nhiều nguyên nhân gây bỏng: sức nóng, hóa chất,

phóng xạ...

2.1. Bỏng do nhiệt: hay gặp nhất do nước nóng, do lửa cháy... Phần lớn là bỏng nông. Số còn lại là bỏng sâu, trong đó 1-2% là bỏng rất sâu.

Nên biết về bỏng do nhiệt như sau:

- Dự kiến độ sâu của bỏng.

Bỏng nông: gặp bỏng nông khi bị nước nóng tuột qua phần chi thể không mặc quần áo, do cháy nắng, do ngọn lửa tấp vào phần da để trần...

Chỉ có phần da ở nông bị bỏng. Biểu hiện là da bị cháy sém, hoặc các nốt phỏng nước xuất hiện. Khi nốt phỏng vỡ, nền nốt phỏng có màu đỏ ửng, chạm vào đau rát. Sau 7-10 ngày, chỗ bỏng tự nhiên liền bằng một lớp biểu bì mới, nhờ lớp tế bào đáy sinh sản, da lành lặn, không có sẹo dóm đó.

Bỏng nông tự nhiên lành, không cần chữa tại chỗ, không nên bôi, rắc thuốc có hại cho da.

Bỏng sâu: như khi bị động kinh (không hay biết gì), ngã vào lửa, ngã vào hố vôi tôi đang nóng, do xăng bắt cháy vào quần áo v.v...

Lớp ngoài của da (thượng bì và tế bào đáy) bị hủy hoàn toàn, bỏng sâu đến lớp trung bì hoặc sâu hơn nữa (dưới da, cơ, xương...).

Nốt phỏng thường vỡ để lại một nền ướt màu trắng bệch hoặc vàng nhạt, như màu thịt luộc, chạm phải không thấy đau.

Trái với bỏng nông, bỏng sâu thế nào cũng bị nhiễm khuẩn. Kỹ thuật vô khuẩn chỉ hạn chế nhiễm khuẩn thôi. Cách duy nhất chấm dứt nhiễm khuẩn là vá da che kín chỗ bỏng sâu.

Bỏng trung gian: người bệnh bị bỏng trung gian (giữa bỏng nông và bỏng sâu) do nước nóng đổ vào phần chi thể có mặc quần áo, do trẻ em ngã ngồi vào nồi canh v.v... Sức nóng làm hồng hết các tế bào lớp biểu bì. Lớp tế bào đáy (tế bào nền, lớp sinh sản của biểu bì), gồm các tế bào sắp xếp hình uốn lượn lên xuống. Sức nóng làm hồng các tế bào của lớp tế bào đáy nằm nông nhất, nhưng các tế bào đáy nằm sâu nhất thì còn nguyên. Các cụm tế bào đáy nằm rải rác này chịu hai số phận khác nhau:

+ Nếu chữa tốt, các cụm tế bào đáy sẽ phát triển sinh sôi thành một lớp biểu bì mới, diện bỏng sẽ khô và lành.

+ Nếu chữa xấu, vết bỏng bị nhiễm khuẩn, bị hủy hoại, các cụm tế bào đáy sẽ chết, bỏng trung gian biến thành bỏng sâu, cần vá da để che lại.

Trong cấp cứu, độ sâu của bỏng không quan trọng

bằng độ rộng của bóng, vì đau đớn và mất dịch.

- Dự kiến diện tích bóng:

Cách tính diện tích bóng dễ nhớ là "Luật 9" như sau:

Đầu mặt cổ có diện tích	9%
Thân mình phía trước	18%
Thân mình phía sau	18%
Mỗi tay	9%
Mỗi chân	18%
Hậu môn, bộ phận sinh dục	1%

Với trẻ em thì đầu to, chân bé. Trẻ sơ sinh có đầu to đến 19%, chân bé đến 11%, còn tay và thân mình thì theo "Luật 9" được.

Những diện tích cần thêm và bớt thì tính mỗi lòng bàn tay bệnh nhân là 1%.

- Diễn biến lâm sàng:

Bóng diễn biến qua những giai đoạn sau:

Hai ngày đầu tiên: giai đoạn sốc bóng. Khi mới bị bóng, người bệnh kêu la vật vã do đau đớn: thời kỳ này kéo dài khoảng 6 giờ. Tiếp đó, người bệnh nằm lả, luôn kêu khát, da và niêm mạc nhợt nhạt, thân nhiệt giảm, mạch nhanh, huyết áp tụt: đó là sốc bóng điển hình, chủ yếu do mất khối lượng máu lưu thông (huyết tương thoát ra diện bóng, hồng cầu tan vỡ, bệnh nhân bị thiếu

máu nặng). Nếu điều trị không tốt, người bệnh sẽ đái ít hoặc vô niệu).

Ngày thứ 3 đến 14: giai đoạn nhiễm độc là chính. Chỗ da bị hoại tử do bỏng sâu sẽ bị nhiễm khuẩn. Cơ thể hấp thu chất độc, càng làm suy thận, suy gan. Giai đoạn này gay go nhất cho người bệnh. Cần nhanh chóng lấy bỏ mô hoại tử.

Ngày 15 trở đi: giai đoạn nhiễm khuẩn. Hàng rào da bảo vệ cơ thể bị mất một khoảng lớn. Cơ thể bị nhiễm khuẩn, mất dịch, mất các chất quý ở máu.

Cần sớm vá da che kín hết chỗ bỏng sâu. Nếu che được kín, người bệnh sẽ hết sốt, ổn định dần; nếu che không kịp thời, họ sẽ suy kiệt dần.

☞ **Điều trị:**

Sau thăm khám, cần phân biệt hai nhóm bệnh nhân: nhẹ và nặng.

Cách chữa đối với các bệnh nhân này rất khác nhau:

✚ Với người bệnh nhẹ: bị bỏng nông là chính, có diện tích bỏng dưới 20%.

Sơ cứu: thuốc giảm đau: morphin, pethidin. Bỏng ở bàn tay, cho ngâm ngay vào nước mát, nước có đá nhiều lần, mỗi lần 20 phút.

Uống nước chè nóng có pha đường, ít muối. Cắt bỏ

quần áo vùng bị bỏng. Vùng bị bỏng có thể chỉ băng sạch hoặc băng gạc tẩm dầu mỡ y.tế. Thường không bị nôn, nên cho ăn uống tốt.

✚ Với người bệnh nặng: bỏng sâu có diện tích trên 20% là nặng. Người bệnh cần được điều trị đúng:

+ 2-3 ngày đầu; cứ 12 giờ cho thuốc giảm đau một lần (morphin, pethidin) hoặc hỗn hợp thuốc liệt hạch thần kinh:

Aminazin 1mg/kg thể trọng

Phenergan 1mg/kg thể trọng

Pethidin 2mg/kg thể trọng

+ Do ăn uống bị nôn, cần dùng thuốc theo đường tĩnh mạch.

Cách cho thuốc như sau:

Trong ngày đầu, cho lượng máu, huyết tương và dịch bằng 1/10 thể trọng (ví dụ, một người nặng 50 kg cần truyền 5 lít).

Có thể tính lượng dịch cho người bệnh theo công thức Evans:

$$(\% \text{ diện tích} \times \text{kg nặng} \times 2 + 2000 \text{ ml})$$

Ví dụ: người bị bỏng 30% diện tích, cân nặng 50 kg, cần cho trong ngày đầu:

$$30 \times 50 \times 2 + 2000 \text{ ml} = 5 \text{ lít}$$

Thành phần có chừng 600 ml máu, 600 ml dịch keo, 2 lít dung dịch sinh lý, còn 2000 ml ghi ở công thức trên là dung dịch ngọt đẳng trương.

Truyền dịch cần nhất là cho sớm: trong 8 giờ đầu cho 1/2 tổng số, mỗi 8 giờ tiếp theo cho 1/4 tổng số.

Đặt ống thông đái để theo dõi lượng nước tiểu: quy ra mỗi giờ đái được 50-60 ml nước tiểu là vừa.

Ngày thứ hai cho dịch chừng 1/2 so với ngày đầu và ăn uống thêm. Những ngày sau đó, ăn uống được khá thì giảm dịch truyền; ăn uống bị nôn cần truyền dịch bổ sung.

+ Tại chỗ bỏng, nếu da bị bỏng sâu, hoại tử cần sớm lấy bỏ. Tuần 3-4 là thời gian vá da che sớm chỗ bỏng sâu. Chậm nhất là hết 6 tuần, phải vá da che cho xong chỗ mất da.

Vá da tự thân, lấy mỏng 0,3 mm là phổ biến nhất. Diện bỏng rộng, có thể đặt miếng da vào máy dập, tái miếng da rộng kiểu mắt võng, che được diện rộng 3-4 lần. Da đồng loại hoặc da khác loại cũng chỉ là những băng sinh học, che phủ tạm chỗ bỏng được mấy tuần thôi.

2.2. Bỏng do hóa chất: do acid, do kiềm v.v...

☞ Trước hết, cần dùng một khối lượng nước lớn để xối rửa kín chỗ bỏng. Sau đó, dùng hóa chất đối kháng để trung hòa: dung dịch natri bicarbonat 2% hoặc các chất kiềm khác để trung hòa acid gây bỏng, ngược lại dùng dung dịch acid acetic, acid boric, acid citric 1-2% để trung hòa kiềm.

2.3. Bỏng do điện: thường có diện hẹp, nhưng sâu. Da bị bỏng như ở bàn tay cũng có thương tổn sẹ vào lớp sâu, điều trị khó.

Chữa đi chúng sau bỏng điện ở các cơ sở chuyên khoa.

MỘT SỐ TRƯỜNG HỢP CẤP CỨU TRONG TÂM THẦN HỌC

PTS. Nguyễn Viết Thiêm

Trong thực hành, rất hay gặp những trạng thái cấp cứu gây nên bởi những hành vi đặc trưng cho bệnh tâm thần. Những hành vi này cần được ngăn chặn ngay, nếu không, sẽ trở nên nguy hiểm cho tính mạng người bệnh và người xung quanh: Đó là các trường hợp kích động, tự sát, không chịu ăn uống.

KÍCH ĐỘNG

Là trạng thái hưng phấn tâm lý - vận động quá mức, xuất hiện đột ngột, không có mục đích rõ ràng, không thích hợp với hoàn cảnh, mang tính chất phá hoại nguy hiểm.

1. Nguyên nhân

** Kích động phản ứng, do:*

- Nhận thức sai là bị đưa đi giam giữ (bị cưỡng ép đi bệnh viện).
- Bất bình, giận dữ trước những sự việc không vừa ý

trong buồng bệnh. Thường gặp ở người bệnh động kinh.

- Bị người bệnh tâm thần khác xúi giục, bắt chước những người bệnh kích động khác (yêu sách để thỏa mãn nhu cầu riêng), thường gặp ở người thiếu năng tâm thần.

- Sang chấn tâm thần nặng gây ra, thường gặp trong cơn kích động cảm xúc của rối loạn phân ly (hysteria).

- Thay đổi môi trường đột ngột (chuyển viện, chuyển phòng), thường gặp trong loạn thần do chấn thương sọ não, tai biến mạch máu não.

** Kích động do tính chất đặc biệt của một số bệnh tâm thần:*

- Kích động trong trạng thái hưng cảm nặng ở người loạn thần cảm xúc chu kỳ hưng trầm cảm.

- Kích động ở người tâm thần phân liệt, nhất là các thể căng trương lực, thể thanh xuân.

- Kích động ở người động kinh có rối loạn tâm thần do khí chất, tính cách thay đổi, dễ bùng nổ, dễ xung đột với người khác. Ngoài kích động xuất hiện đột ngột, thường kèm theo rối loạn ý thức (trạng thái hoàng hôn), kích động dữ dội, hành vi hung bạo, sau cơn thì quên hầu hết các sự việc.

- Trong nhân cách bệnh: nhân cách bùng nổ, tấn

công những người có mâu thuẫn, hiềm khích.

- Kích động do các bệnh thực tổn não (u não, xuất huyết màng não, xơ mạch máu não); kích động thường có rối loạn ý thức và hiện tượng căng trương lực.

- Kích động do các bệnh nhiễm khuẩn, nhiễm độc (viêm não, viêm màng não, sốt rét, thương hàn, cúm, ngộ độc rượu, giang mai não...), kích động trong trạng thái sáng, lú lẫn, phản ứng với ảo giác hoang tưởng rùng rợn.

2. Xử trí:

+ *Bằng thái độ điềm đạm*, bình tĩnh, lời lẽ thân mật, ôn tồn hỏi thăm, săn sóc người bệnh. Hỏi qua người nhà cùng đi theo, để sơ bộ tìm hiểu hoàn cảnh phát sinh kích động, trạng thái trước khi lên cơn và những biểu hiện từ khi lên cơn kích động cho đến nay.

+ *Bằng nhận xét các biểu hiện*: ăn mặc, cử chỉ, tác phong, lời nói, cảm xúc. Nếu người bệnh chịu cho khám, thì nên tiến hành khám ngay: tim, phổi, huyết áp, mạch, nhiệt, dấu hiệu nhiễm khuẩn, thương tích, các triệu chứng thần kinh khu trú, hội chứng màng não, hội chứng tăng áp lực nội sọ, các xét nghiệm cần thiết...

+ *Dùng liệu pháp tâm lý*: bằng lời lẽ ôn tồn để chấn tĩnh trạng thái lo âu hoảng sợ của người bệnh. Nếu

người bệnh kích động, không chịu hợp tác với thầy thuốc để khám bệnh, có thể dùng áp lực nhiều người đưa vào buồng riêng để tiêm thuốc, tránh trời buộc.

• Thuốc thường dùng:

+ Clopromazin (aminazin) 25mg - 50mg, tiêm bắp thịt, trong giờ đầu.

Nếu 3 giờ sau, không hết kích động, có thể dùng hỗn hợp:

<i>Clopromazin</i>	25mg	x 1- 2 ống	tiêm
<i>Phenergan</i>	25 mg	x 1 ống	bắp
<i>Phenobarbital</i>	0,2 gam	x 1 ống	thịt

hoặc hỗn hợp sau:

<i>Clopromazin</i> ,	25mg	x 1- 2 ống	tiêm
<i>Diazepam</i>	10 mg	x 1 ống	bắp thịt

★ **Lưu ý:** liều lượng clopromazin để giải quyết kích động, tùy thuộc vào từng người bệnh; cần phải tính đến: chẩn đoán bệnh, thể bệnh cấp hay mạn tính, tuổi, giới, nguyên nhân kích động, mức độ kích động, tình trạng chung cơ thể, lần đầu hay trước đây đã dùng an thần kinh, tình trạng ăn uống, dinh dưỡng, khả năng dung nạp cá thể... để tránh biến chứng do thuốc mà vẫn đạt được kết quả chữa bệnh.

+ Hiện nay, thường dùng haloperidol 5mg x 1-2 ống, tiêm bắp thịt; liều lượng cũng được tính toán theo nguyên tắc trên. Đôi khi có phối hợp với diazepam (Valium) 10mg x 1 ống, tiêm bắp thịt.

★ **Lưu ý:** sau khi tiêm thuốc an thần kinh, nên giữ người bệnh nằm tại giường, để tránh hạ huyết áp khi đứng.

+ Khi người bệnh ngủ được, cần tiến hành khám xét nội khoa, thần kinh và xét nghiệm cần thiết để xác định nguyên nhân (nhiễm khuẩn, nhiễm độc, bệnh cơ thể, thần kinh...); tiếp xúc với người nhà, làm bệnh án.

+ Khi người bệnh hết kích động, thì chuyển ngay sang thuốc uống, đúng liều lượng, chỉ định, theo dõi biến chứng. Cần xác định chẩn đoán nguyên nhân, không quên tăng cường cơ địa, chuyển hóa muối, nước, chế độ ăn uống.

+ Sốc điện chỉ được tiến hành tại cơ sở chuyên khoa tâm thần, trong các trường hợp sau:

- Kích động trầm cảm có ý định hay hành vi tự sát nguy hiểm.

- Kích động căng trương lực, người bệnh không chịu ăn uống.

- Kích động kéo dài, mà thuốc an thần kinh

(clopromazin hoặc haloperidol) không còn hiệu lực hoặc chống chỉ định.

(Thường thì sốc điện được tiến hành 6-8 lần, mỗi ngày một lần, và cũng phải tuân thủ các nguyên tắc chống chỉ định nghiêm ngặt).

TỰ SÁT

Có ý tưởng hay hành vi tự sát đều là những trường hợp phải cấp cứu ngay.

I. Nguyên nhân.

Tự sát có thể xảy ra ở người không có bệnh tâm thần, trong trạng thái khủng hoảng tâm lý, ý chí sút kém, sợ hãi, chán nản cao độ do thất vọng, quá nhục nhã, do phạm tội lớn, đau khổ nhiều vì bệnh tật, bế tắc.

Trong thực hành tâm thần học, tự sát thường phát sinh ở những người bệnh tâm thần trong các trạng thái sau:

* *Trạng thái trầm cảm nặng*, thường gặp trong bệnh loạn thần cảm xúc chu kỳ hưng trầm cảm; trong bệnh tâm thần phân liệt; trong loạn thần phản ứng.

Trạng thái này thường kèm theo hoang tưởng bị buộc tội hay tự buộc tội (cho rằng mình có phẩm chất xấu, có tội lỗi lớn, không có cách nào giải thoát, phải chết).

*** Do hoang tưởng ảo giác chi phối:**

- Thường là hoang tưởng bị chi phối, hoang tưởng bị hại kéo dài, làm cho người bệnh đau khổ quá mức.

- Ảo giác thường là ảo thanh ra lệnh, hay mặt sát bình phẩm nghiêm khắc người bệnh.

- Có trường hợp kết hợp cả hoang tưởng và ảo giác thúc đẩy hành vi tự sát.

* **Lúc đầu**, chỉ dọa tự sát để yêu sách thỏa mãn một nhu cầu riêng, những người xung quanh không có phương pháp giải quyết thích đáng và kịp thời người bệnh, dẫn đến tự sát; thường gặp ở người bệnh thiếu năng tâm thần, động kinh có rối loạn tâm thần.

☞ **2. Xử trí:**

+ Cần phát hiện sớm người bệnh có ý tưởng, hành vi tự sát, cho nhập viện và được theo dõi, chăm sóc chặt chẽ, hộ lý cấp I (không để các phương tiện: dây, vật nhọn, lưỡi dao, thuốc...).

+ Khi phát hiện ý tưởng bị tội, người bệnh phải được nhập viện **điều trị tích cực** và **theo dõi chặt chẽ** vì không thể lường trước các hình thức tự sát (cắn lưỡi, gục đầu vào chậu nước, nhét ruột bánh mì vào đây mồm, mũi...).

+ Dùng sốc điện có hiệu lực nhanh nhất, chắc chắn nhất, mỗi ngày một lần, cho đến khi mất triệu chứng trầm cảm (8-12 lần).

+ Dùng thuốc chống trầm cảm: amitriptylin, nhưng hiệu quả chậm sau 7-15 ngày; vì vậy khi dùng thuốc phải tuân thủ các nguyên tắc sau:

- Dùng đủ dài, cho đến khi mất hẳn hội chứng trầm cảm; liều lượng hàng ngày 50-150 mg (tùy từng cá thể).

- Khi dùng amitriptylin, vẫn phải theo dõi hộ lý chặt chẽ.

- Nếu trầm cảm có kèm hoang tưởng, nên phối hợp với thuốc an thần kinh êm dịu không gây trầm cảm, liều lượng thích hợp cho từng cá thể.

- Nếu thấy thuốc không có hoặc ít hiệu quả, phải kết hợp với sốc điện ngay.

- Cần chú ý các trường hợp khỏi "giả vờ": người bệnh xin xuất viện để thực hiện ý định tự sát không bị theo dõi. Vì vậy, khi thấy người bệnh hết ý tưởng tự sát, khí sắc trở nên vui vẻ, hoạt động bình thường, vẫn phải giữ họ ở lại thêm một thời gian để điều trị, đến khi bảo đảm là hội chứng trầm cảm đã mất hoàn toàn, mới cho ra viện.

KHÔNG CHỊU ĂN UỐNG

Là một trạng thái cấp cứu thường gặp trong lâm sàng tâm thần học; không chịu ăn dai dẳng đến suy kiệt, có thể dẫn đến tử vong.

1. Nguyên nhân.

* *Rối loạn bản năng ăn uống*: thường gặp nhất ở bệnh tâm thần trẻ em, trong các bệnh lý cảm xúc đặc biệt trầm cảm.

* *Do ảo giác chi phối*: thường do ảo khứu, ảo vị với mùi vị khó chịu, tanh tưởi... Có thể do ảo thanh, ra lệnh cho người bệnh không được ăn.

* *Do hoang tưởng*: hoang tưởng bị hại, đầu độc, hoang tưởng bị tội (có tội, khuyết điểm lớn, không xứng đáng được ăn uống).

* *Do trạng thái bất động căng trương lực* không ăn uống được.

☞ 2. Xử trí.

- Chữa bệnh tâm thần chính gây nên hiện tượng không chịu ăn:

+ Trầm cảm: dùng thuốc chống trầm cảm amitriptylin 50-150 mg/24 giờ, chia làm 2 lần; hoặc sốc điện nếu thuốc không hiệu quả.

+ Áo giặc, hoang tưởng: dùng thuốc an thần kinh, uống clopromazin 200-500 mg/24 giờ hoặc haloperidol 10-20mg/24 giờ thích hợp tùy từng người bệnh.

+ Trạng thái bất động càng trương lực: muốn nhanh kết quả, dùng sốc điện, mỗi ngày một lần, cho đến khi người bệnh ăn được. Cũng có thể dùng các thuốc an thần kinh có tác dụng hoạt hóa ở liều thấp như Frenolon 5-10 mg/24 giờ hoặc Sulpiride 50-100mg/24 giờ.

+ Nếu người bệnh từ chối ăn uống dai dẳng mà chữa bằng thuốc chưa có kết quả, phải cho ăn bằng sonde cao su qua đường mũi. Thức ăn: sữa, trứng, nước thịt, nước hoa quả nghiền nát, có thể trộn lẫn với thuốc chỉ định uống, ngày 2 lần, cho đến khi người bệnh tự ăn uống được. Khi cho ăn bằng sonde, phải hết sức tránh nhiễm khuẩn bằng đường hô hấp; chú ý kiểm tra xem ống sonde có vào đúng dạ dày, tránh đưa nhầm vào khí quản gây tai biến. Mỗi lần ăn không quá 1 lít.

+ Ngoài thức ăn lỏng qua sonde đường mũi, tiêm truyền tĩnh mạch bồi phụ nước, điện giải bằng dung dịch huyết thanh ngọt, mặn, vitamin.

+ Phải chăm sóc tốt vệ sinh, thay đổi tư thế, để chống loét và bội nhiễm do nằm lâu, suy kiệt.

BỆNH VỀ MẮT

*GS Vũ Đình Hải
và BS Phan Kiêm*

Người bệnh thường đến khám mắt vì những triệu chứng và dấu hiệu sau:

- Mắt đỏ.
- Giảm thị lực (mờ mắt).

Ngoài ra, cần đề cập đến hai bệnh mắt đang phổ biến ở tuyến cơ sở: đau mắt hột và khô mắt trẻ em.

1. Mắt đỏ

Dấu hiệu này có thể do những bệnh:

1.1. Viêm kết mạc do vi khuẩn: rử mắt nhiều, có mủ làm dính chặt hai mi mắt khi ngủ dậy (dấu hiệu chính). Mắt không đau nhức, nhìn vẫn rõ.

☞ **Điều trị:** rửa mắt bằng nước muối đun sôi để nguội, nhỏ mắt dung dịch cloramphenicol 0,4%, 10 lần/mỗi ngày, tối tra một lần mỡ tetracyclin 1%. Đề phòng lây lan bằng dùng riêng khăn mặt, chậu.

1.2. Viêm kết mạc do virus. Kết mạc đỏ, mi mắt sưng, chảy nhiều nước mắt. Có khi kèm theo sốt, viêm họng, hạch nổi trước tai. Bệnh lây lan mạnh, có khi thành dịch. Do vậy;

☞ **Cần điều trị tích cực:** tra mỡ tetracyclin 1% nhiều lần, uống thêm kháng sinh để chống bội nhiễm.

1.3. Viêm kết mạc dị ứng: mắt đỏ và ngứa nhiều (trời càng nắng, càng ngứa), hay chói, chảy nước mắt, lật mi lên thấy nhiều gai màu to, đỏ ửng.

☞ Nhỏ thuốc hydrocortison 0,5%, tra thuốc mỡ cloramphenicol vào buổi tối.

1.4. Viêm kết mạc do lậu cầu: mắt đỏ, sưng to, vành mi lên thấy mủ chảy ra. Bệnh mắt của trẻ sơ sinh trong tuần lễ đầu, do mẹ bị lậu truyền cho. Rất dễ gây mù do loét giác mạc nặng.

☞ Rửa mắt và tra tetracyclin nhiều lần như trên. Tiêm ngay penicilin 50.000 đơn vị/kg, chia 2 lần cách nhau 12 giờ, tổng liều 300.000 đơn vị/kg thể trọng. Phải chữa cả bố mẹ của bệnh nhi.

Dự phòng: nhỏ mắt nitrat bạc 1% cho các cháu ngay khi mới sinh tại nhà hộ sinh.

1.5. Xuất huyết dưới kết mạc: đám xuất huyết thường khu trú, cũng có khi rộng ra cả 2 bên. Người

bệnh không thấy khó chịu gì cả, mặc dầu đám xuất huyết đỏ trông dễ sợ. Có thể gặp trong bệnh tăng huyết áp, sau cơn ho gà, hoặc tự nhiên.

☞ Nhỏ cloramphenicol 0,4%, 1-2 lần/24 giờ và uống thêm toàn thân vitamin C, viên hoa hòe (rutin).

1.6. Glôcôm (thiên đầu thống): người bệnh đau nhức mắt, nhiều khi cơn đau dữ dội kèm đau nhức nửa đầu. Mắt đỏ sọng, phù nề kết mạc. Soi đèn vào mắt, đồng tử giãn to, mất phản xạ, thị lực giảm rõ rệt, sờ nắn nhãn cầu qua mi mắt, có cảm giác căng cứng do nhãn áp cao. Đo nhãn áp bằng máy, nhãn áp thường từ 30-40 mmHg.

☞ **Điều trị:** Tạm thời nhỏ pilocarpin 2%, cứ 15 phút một lần, uống acetazolamid viên 0,25 mg, 3 viên/24 giờ. Nếu có điều kiện, thì tiêm truyền tĩnh mạch chậm mannitol 20% -300ml (50-60 giọt/phút), người bệnh sẽ dễ chịu. Sau đó chuyển lên tuyến chuyên khoa thuận lợi hơn.

1.7. Viêm giác mạc, viêm loét giác mạc: mắt đau nhức, chói chảy nước, sợ ánh sáng, giảm thị lực. Nhìn thấy giác mạc có vết loét, hoặc những chấm trắng nhỏ trên mặt giác mạc.

☞ Nhỏ thuốc nước cloramphenicol 0,4%, 10 lần/24 giờ; tra mỡ tetracyclin 1%, 2-3 lần/24 giờ. Uống thuốc kháng sinh hoặc tiêm gentamicin vào bắp thịt.

Băng mắt lại. Không dùng tra mắt các thuốc loại corticoid.

1.8. Viêm màng bồ đào: mắt đau đỏ quanh rìa giác mạc (cương tụ vùng rìa), kèm đau nhức, sút giảm thị lực. Dấu hiệu đau nhức trội lên khi ấn nhẹ ngón tay vào vùng thể mi.

☞ Phát hiện bệnh chính xác phải có máy soi mắt đèn khe và soi đáy mắt. Vì vậy, nên gửi lên tuyến chuyên khoa càng sớm càng tốt. Tạm thời, nhỏ thuốc nước cloramphenicol 0,4%, thuốc mỡ tetracyclin 1%, trước khi gửi đi.

★ Trên đây là **tám** bệnh mắt có đau đỏ để phân biệt với các bệnh mắt khác không đỏ mắt:

- Năm bệnh trên có đỏ mắt, không nhức đau và không giảm thị lực.

- Ba bệnh dưới có đỏ mắt, kèm đau nhức, đặc biệt là có giảm thị lực, **rất cần được chữa trị kịp thời** để ngăn chặn mù lòa ở tuyến cơ sở!

2. Giảm thị lực

Giảm thị lực (chứng mờ mắt) thường chia làm hai loại: Loại mờ mắt diễn biến từ từ và loại xảy ra đột ngột.

2.1. Thị lực giảm từ từ trong những bệnh sau đây:

- *Tật khúc xạ:* cận thị, viễn thị, loạn thị.

Là những chứng mờ mắt do cấu trúc con mắt, trục nhãn cầu dài, ngắn khác so với mắt thường. Phải qua khám thử kính hoặc đo khúc xạ mắt mới phát hiện được tật.

☞ Chữa bằng đeo kính thích hợp. Những người tuổi già từ 50 - 60 tuổi đọc sách chữ nhỏ không rõ, phải dùng kính lão, gọi là lão thị.

- *Bệnh đục thể thủy tinh tuổi già.*

Chứng mờ mắt ở đây cũng xảy ra từ từ, giảm dần từ 6-7/10 đến khi chỉ còn đếm ngón tay cách xa vài ba mét. Đeo kính không thấy kết quả. Bệnh này phát hiện qua soi đèn khe và soi đáy mắt.

☞ Chữa bằng phẫu thuật ở tuyến trên, khi thủy tinh thể đã bị đục hoàn toàn hoặc gần hoàn toàn. Phẫu thuật lấp thể thủy tinh nhân tạo là một tiến bộ kỹ thuật mới của ngành mắt hiện nay.

2.2. Thị lực giảm đột ngột, ít gặp hơn, có thể do:

- Tắc mạch máu trung tâm võng mạc (có thể gặp ở bệnh nhân tăng huyết áp). Tiên lượng rất xấu, cần được khẩn trương cứu chữa ngay từ những giờ đầu.

- Bong võng mạc.
- Viêm thị thần kinh cấp.
- Các xuất huyết võng mạc, nhất là ở vùng hoàng điểm.

3. Bệnh mắt hột.

Ở nước ta còn phổ biến và có nhiều biến chứng đưa đến mù lòa: cứ 5 người mù thì có một người do mắt hột! Bệnh trải qua 4 giai đoạn:

- *Giai đoạn 1* (bắt đầu): lật mi mắt lên, thấy hột nhỏ; thâm nhiễm kết mạc, chủ yếu ở hai góc mi trên; màng máu còn mỏng.
- *Giai đoạn 2* (toàn phát): hột to, mọng; thâm nhiễm dày đặc làm cho kết mạc đỏ; màng máu rõ hơn.
- *Giai đoạn 3* (thoái triển): hột vỡ chỉ còn lại ít; màng máu dày; lông xiêu, lông quặm, khô mắt, viêm mù túi lệ.
- *Giai đoạn 4* (làm sẹo): hết hột, hết thâm nhiễm, chỉ còn sẹo.

☞ **Điều trị:** thuốc nhỏ mắt sulfaxylum 10%, mỗi ngày 3 lần, dùng trong 6 tháng. Hoặc tra mỡ tetracyclin 1%, ngày một lần, dùng trong một tháng.

Đối với các biến chứng, phải dùng phẫu thuật: mổ quặm tại xã, huyện; đốt lông xiêu. Viêm mù túi lệ và khô mắt, phải gửi đi mổ ở chuyên khoa. Đặc biệt ở một số vùng nông thôn có gió cát, nắng nóng và thiếu nước sạch, bệnh mắt hột thường phối hợp với bệnh mọng thịt. Mọng thịt là một màng mỏng nổi lên ở góc

trong khóe mắt, dày lên và len dần vào giác mạc. Ở giai đoạn III, mộng thịt đã lan tỏa tới bờ đồng tử và ảnh hưởng nhiều đến thị lực. Cần tích cực nhỏ cloramphenicol 0,4% và phẫu thuật chuyên khoa.

4. Bệnh khô mắt trẻ em.

Xảy ra ở các cháu nhỏ, từ 1-5 tuổi, suy dinh dưỡng, ỉa chảy kéo dài. Đầu tiên mắt chói, sợ ánh sáng, mắt luôn nhắm nghiền, gục đầu vào vai mẹ. Khám mắt thấy màng kết mạc (lòng trắng) mất sắc bóng, màu xám nhạt, khô khan. Giác mạc cũng thấy như vậy, nếu chưa xảy ra biến chứng loét giác mạc, hoại tử giác mạc dẫn đến thủng giác mạc. Cần lưu ý là tuy bị loét giác mạc, hoại tử giác mạc, song mắt không đỏ, không đau nhức.

☞ **Điều trị:** kết hợp với điều trị toàn thân, chống suy dinh dưỡng, chống ỉa chảy, cần nhỏ mắt dầu vitamin A 3-4%; 3-4 lần/24 giờ, uống vitamin A+D (tránh lạm dụng các vitamin này, vì có độc tính). Hiện nay, bệnh khô mắt trẻ em đang là một trong những bệnh gây mù lòa đáng kể với các cháu nhỏ vùng kinh tế thấp kém.

Cần thực hiện triệt để phương châm "Phòng bệnh hơn chữa bệnh", cho các cháu uống phòng vitamin A đúng liều, đúng đợt.

MỘT SỐ BỆNH TẠI MŨI HỌNG THƯỜNG GẶP

BS. Phan Khánh Trường

1. V.A.

V.A. là tổ chức lymphô, hình sù sì như quả dâu ở nóc vòm mũi họng trẻ em khi bị viêm và quá phát.

V.A. hay gặp ở trẻ 1-5 tuổi và tự tiêu khi trẻ 8-12 tuổi.

Triệu chứng

- Chảy mũi hai bên kéo dài.
- Hay ngạt mũi, phải thở bằng mồm.
- Sốt vặt và ho.
- Ngủ thường ngáy to, hay giật mình, không yên giấc (có thể đái dầm, nghiêng răng).

Một số trẻ có bộ mặt V.A: miệng há, răng vầu, môi dày, cằm lẹm, ngực lép, bộ mặt ngớ ngẩn, kém thông minh, gầy xanh, mệt mỏi.

Biến chứng:

- Viêm nhiễm đường hô hấp trên.
- Viêm tai chảy mủ, nghe kém, nghễnh ngãng.

- Viêm thanh quản, viêm khí quản, viêm phổi.
- Viêm hạch cổ hai bên.
- Rối loạn tiêu hóa (đau bụng, đi ngoài, phân lỏng).
- Viêm thận, thấp tim.
- Chậm phát triển cơ thể và tinh thần, kém thông minh, cơ thể gầy còm, còi xương, suy dinh dưỡng.

☞ Xử trí

Trong các đợt viêm mũi họng cấp (sốt cao, ho, chảy mũi) nên dùng:

+ Thuốc hạ sốt: uống paracetamol, dùng 20-30mg/kg thể trọng/24 giờ.

+ Nhỏ mũi: argyrol 1%, sunfarin.

+ Chống nhiễm khuẩn: amoxicilin uống 30-50mg/kg thể trọng/24 giờ hoặc uống penicilin V.

2. Viêm Amidan (A) mạn tính ở trẻ em.

Amidan khẩu cái còn gọi là hạnh nhân (ngắn gọn gọi là amindan); là những khối tổ chức lymphô nằm ở 2 bên họng, trung bình to bằng đầu ngón tay út. Khi amidan (A) bị viêm đi viêm lại nhiều lần, thì có thể to ra, tức là viêm A quá phát, hoặc là trên mặt A có những khe rõ như tổ ong (A hốc), có thể chứa đựng những chất tiết và mủ trong các khe hốc.

Triệu chứng và nguyên nhân

- Trẻ thường có những đợt viêm cấp, sốt cao 39° - 40°C , họng đau, nuốt khó, sưng A, có khi viêm cả hạch dưới góc hàm.

- Những đợt viêm họng cấp này xuất hiện khi trẻ bị lạnh hoặc mỗi khi thời tiết thay đổi.

- Ở trẻ em A quá phát thường đi đôi với V.A.

Vi khuẩn gây viêm amidan thường là liên cầu tan máu beta nhóm A, vì vậy có thể dẫn tới thấp khớp cấp với các biến chứng tim và viêm thận.

Diễn biến:

- Mỗi đợt viêm A thường kéo dài vài ngày.

- Sau đợt viêm sốt, trẻ mệt mỏi, biếng ăn, giảm chơi đùa.

Những đợt viêm nhiễm như trên tái diễn nhiều lần sẽ ảnh hưởng đến sự phát triển và học hành của trẻ.

Cần khám tại mũi họng (TMH), nếu trẻ có A quá phát hay sốt, đau họng, thì nên cắt A để tránh các biến chứng có ảnh hưởng xấu đến sự phát triển toàn diện của cơ thể.

Tuổi cắt A cho các cháu là 4-5 tuổi trở lên.

Thông thường A dần dần tự nó sẽ teo nhỏ, khi trẻ đến tuổi dậy thì.

Biến chứng:

Viêm tai giữa; viêm thanh quản, viêm phế quản; viêm khớp, thấp tim; viêm thận...

☞ Xử trí

† Viêm A cấp :

+ Kháng sinh: penicilin V hoặc amoxicilin, uống 1-2 triệu đơn vị penicilin V trong 24 giờ, dùng 5-7 ngày.

+ Thuốc hạ sốt: paracetamol

+ Nếu chảy mũi kèm theo, thì nhỏ mũi argyrol 1%, sunfarin.

+ Có ho, thì dùng thêm thuốc giảm ho.

+ Bồi bổ cơ thể: polyvitamin, vitamin C...

† **Viêm A mạn, tính quá phát:** khi đã chữa nội khoa mà vẫn dễ bị viêm tái diễn, thì nên cắt A, trẻ sẽ lớn mau sau khi cắt A.

3. Chảy mũi.

Là bệnh thường gặp, cần phân biệt các loại chảy mũi để có xử trí thích hợp.

3.1. Chảy mũi mủ (thối) một bên

- Ở trẻ em, thường là do dị vật (các hạt chanh, bưởi, hạt lạc, cúc áo hoặc các mẩu nhựa đồ chơi...)
- Ở người lớn, thường là viêm xoang hàm do răng

hoặc khối u mũi, xoang mặt.

☞ **Xử trí:** gửi chuyên khoa TMH tuyến trên.

3.2. *Chảy mũi nhày hai bên (cấp tính)*

- *Trẻ em:* viêm mũi họng cấp
- *Mọi lứa tuổi:* viêm mũi họng cấp trong các đợt cảm cúm, khởi đầu của viêm nhiễm đường hô hấp.

☞ **Xử trí:**

- + Hút sạch mũi, xì sạch mũi.
- + Nhỏ mũi: cphedrin, argyrol, sunfarin
- + Có sốt, thì dùng thuốc hạ sốt và kháng sinh; mỗi đợt 3-5 ngày.

3.3. *Chảy mũi nhày hay mủ hai bên lâu ngày*

- *Trẻ em:* trước tiên hãy nghĩ đến V.A.
- *Mọi lứa tuổi:* viêm mũi mạn tính; viêm xoang mạn tính; viêm mũi xoang dị ứng (lúc đầu chảy mũi trong, sau mũi nhày và có thể kèm theo ngứa mũi, hắt hơi, nhức đầu, ngạt tắc mũi).

☞ **Xử trí:**

- + *Trẻ em:* nếu V.A. bị viêm đi viêm lại nhiều lần đe dọa biến chứng hoặc đã có biến chứng viêm tai chảy mủ, thì nên nạo V.A. ở tuổi trên 18 tháng.

+ Mọi lứa tuổi: cần được chữa nguyên nhân.

3.4. Chảy máu mũi, do:

• Chấn thương mũi, kể cả chấn thương nhẹ như ngoáy mũi, cạy dị mũi.

- Bị các bệnh nhiễm khuẩn, cúm, sởi...
- Huyết áp cao.
- U vùng mũi trước (lành và ác tính).
- U vòm họng.
- Các bệnh máu...

☞ Xử trí

+ Chảy nhẹ, cầm máu được bằng nghỉ ngơi, dùng hai ngón tay ép hai cánh mũi lại, trong một lát sẽ ổn định.

+ Đặt một miếng bông hoặc gạc tẩm dung dịch antipyrin 20% hoặc adrenoxyl 0,1% vào lỗ mũi chảy máu. Nằm nghỉ ngơi, cho uống vitamin C, vitamin K.

+ Khi chảy máu ở mức độ vừa và nặng, thì phải nhét mũi trước (dùng đoạn bấc tẩm dầu parafin nhét chặt hốc mũi). **Chuyển ngay** người bệnh lên tuyến trên.

4. Chảy tai.

Thường hay gặp nhất là ở trẻ em và cũng gặp ở mọi lứa tuổi. Đó là biểu hiện của viêm tai giữa cấp, viêm tai giữa mạn tính hoặc viêm tai xương chũm.

Cần phân biệt hai loại chảy tai:

Loại 1: chảy tai nhày (như nhựa chuối hoặc nước vàng, không có mùi thối). Không nguy hiểm.

☞ **Xử trí:**

+ *Chủ yếu là chữa nội khoa:* lau tai, rửa tai, nhỏ thuốc tai.

+ *Thuốc rửa tai:*

- Nước đun sôi để nguội
- Nước muối pha loãng 0,9%
- Nước oxy già 5-10% thể tích

+ *Thuốc nhỏ tai*

- Dung dịch cloramphenicol 0,4%
- Cồn boric 0,3%

+ *Cách làm:*

- Nhỏ vào thành ống tai 5-10 giọt thuốc rửa tai; sau đó dùng tăm bông vô khuẩn thấm khô, lau sạch tai.
- Nhỏ 2-3 giọt thuốc nhỏ tai.
- Đặt một mẫu bông vô khuẩn ở cửa ống tai trong vài phút.

Mỗi ngày có thể rửa, nhỏ tai 2-3 lần, tùy theo chảy tai nhiều hay ít.

✚ Ở trẻ em: chảy tai nhày kèm chảy mũi kéo dài,

thường là do biến chứng của V.A., vậy nên nạo V.A.

✚ Chảy tai có sốt, sưng sau tai, cần được khám chuyên khoa để xử trí đúng và kịp thời.

Loại 2: chảy mủ tai thối. Nguy hiểm, cần hết sức thận trọng và gửi khám chuyên khoa sớm.

☞ **Xử trí :**

+ Chảy tai mạn tính, mủ thối + sốt + sưng đau sau tai: đó là đợt hồi viêm của viêm tai xương chũm (VTXC).

Cần được thấy thuốc chuyên khoa khám và chữa.

+ Chảy tai mủ thối + méo mặt: biến chứng VTXC mạn tính, chèn ép thần kinh mặt. **Cần** được mổ.

+ Chảy tai mủ thối + sốt cao + nôn, chóng mặt, nghe kém: biến chứng viêm tiền đình tai trong.

Cần được mổ.

+ Chảy tai mạn tính mủ thối + sốt cao + liệt chi hoặc liệt nửa người: biến chứng VTXC gây viêm não, áp xe não. **Cần** mổ cấp cứu.

+ Chảy tai mạn tính mủ thối + sốt cao + rét run hoặc cơ thể gầy sút nhanh hoặc tinh thần trì trệ, ý thức lơ mơ, hôn mê: biến chứng viêm tắc tĩnh mạch xoang hang và các biến chứng nội sọ do tai. **Cần** sớm gửi đi chuyên khoa tuyến trên để mổ cấp cứu.

5. Dị vật đường thở.

Còn gọi là hóc đường thở, là dị vật mắc ở trong hốc mũi, ở thanh quản, khí quản và phế quản (dị vật thanh, khí, phế quản là một cấp cứu, thường nguy kịch). Do:

- *Chủ quan*: bản thân người bệnh; đang ăn hay đang ngậm đồ vật trong miệng, do tác nhân nào đó, đột nhiên hít mạnh vào hoặc cười, khóc... dị vật rơi vào đường thở.
- *Khách quan*:
 - ✓ Mẹ bịt mũi để con nuốt viên thuốc hay miếng cơm, miếng bột... đang ngậm trong miệng.
 - ✓ Cầu thả trong chế biến thức ăn (lăn xương trong rau, trong canh, súp...).
 - ✓ Tập quán xấu, uống nước sôi của người miền núi (đĩa sôi vào mũi, họng và vào đường thở).

Triệu chứng

Chủ yếu là "hội chứng xâm nhập". Trẻ đang ăn một thứ có hạt, có xương hoặc đang ngậm các hạt, đồ chơi, bỗng nhiên:

- Đột ngột ho sặc sụa
- Khó thở dữ dội
- Tím tái mặt mũi như sắp bị chết ngạt ngay

Đó là hội chứng đặc trưng của hóc đường thở.

☞ **Xử trí :**

Phải xử trí ngay (có những ca không kịp chuyển người bệnh lên tuyến trên).

† **Ngạt thở do chất lỏng, cháo, bột:** phải nhanh chóng khai thông đường hô hấp trên bằng cách: ngay lập tức nắm 2 cổ chân đứa trẻ đưa lên cao, đầu hướng xuống đất, còn tay kia vỗ mạnh vào lưng trẻ, để cho trẻ khóc to lên làm cho phần xạ co thắt bị cắt, như vậy có thể qua được cơn hiểm nghèo.

† **Những trường hợp khác,** khi ngạt thở, phải tiến hành ngay nghiệm pháp Heimlich:

+ **Nghiệm pháp Heimlich ngồi hay đứng:**

Người làm thủ thuật đứng phía sau người bệnh, vòng tay ra phía trước, chồng 2 tay lên nhau, lưng người bệnh áp vào bụng người làm thủ thuật, rồi áp tay mạnh vào vùng thượng vị người bệnh, ấn, ép mạnh vào thượng vị người bệnh; làm từng nhịp để ép phổi với hy vọng: luồng không khí trong phổi được tống ra, đồng thời đẩy bột được dị vật ra ngoài.

+ **Nghiệm pháp Heimlich nằm:**

Người bệnh nằm ngửa, đầu thấp, nghiêng sang một bên, dùng 2 bàn tay người cấp cứu chồng lên nhau, ấn

manh vào vùng thượng vị theo hướng đầu bệnh nhân; làm từng nhịp để ép phổi giống như nghiệm pháp Heimlich ngồi hay đứng kể trên.

Nếu nghiệm pháp Heimlich làm 3 lần không kết quả, thì lập tức làm hô hấp nhân tạo, với hy vọng đẩy dị vật xuống dưới, làm cho đường thở phần nào được lưu thông, rồi chuyển người bệnh đi cấp cứu tuyến trên.

Biến chứng

- Viêm phế quản, phế quản phế viêm.
- Áp xe phổi, viêm màng phổi mù.
- Tràn khí màng phổi, trung thất.
- Xẹp phổi...

CÁC BỆNH DA THÔNG THƯỜNG

GS Lê Tử Vân

1. Chàm

Là bệnh da dị ứng. Các mụn nước tập trung thành từng đám trên nền da bị viêm, đỏ. Mụn nước vỡ ra chảy nước vàng, sau khô đóng thành vảy tiết màu vàng. Vảy tiết sẽ bong đi, tiếp đó là các vảy da cũng bong dần và da trở lại bình thường. Chàm thường phát thành nhiều đợt, bao giờ cũng kèm theo ngứa, thường tiến triển qua ba giai đoạn: cấp tính, đỏ phù, chảy nước vàng nhiều, bán cấp đỏ phù và chảy nước ít và mạn tính, thương tổn khô, da dày và kẻ ô do ngứa gãi, tiến triển dai dẳng.

☞ **Điều trị** chàm phụ thuộc vào từng người bệnh, các giai đoạn tiến triển, căn nguyên và các biến chứng. Thường gặp nhất là biến chứng bội nhiễm do vi khuẩn hoặc nấm.

+ *Các thuốc bôi tại chỗ:*

Ở giai đoạn sớm, khi da mới đỏ và chảy nước, dùng hồ nước bôi lên thương tổn. Ở giai đoạn cấp, đắp gạc tẩm dung dịch như dung dịch Yarish, dung dịch nước

muối 0,9%, thuốc tím 1/10.000 trong khoảng 1-3 ngày. Khi thương tổn bột chảy nước, bột viêm, thì dùng các loại thuốc hồ, thuốc kem chứa ichtyol hoặc goudron. Khi thương tổn đã khô, dùng dạng thuốc mỡ.

Các thuốc corticoid được dùng chữa chàm cho kết quả tốt, nhưng cần dùng đúng chỉ định, đúng phương pháp, đúng các dạng thuốc thích hợp để tránh tai biến do thuốc.

+ Thuốc dùng toàn thân:

Thuốc giải cảm ứng, chống ngứa như: dung dịch natri bromid 2-3%, dung dịch procain 1-3%, các loại kháng histamin tổng hợp (dimedrol, phenergan), vitamin C. Đợt điều trị: 10-15 ngày.

Đối với chàm mạn tính, tái phát nhiều đợt, có thể dùng histaglobin (gamma globulin + histamin), mỗi tuần tiêm bắp thịt 1-2 lần. Đợt điều trị 6-8 lần. Nếu kèm theo bội nhiễm, cần kết hợp chữa bội nhiễm.

2. Bệnh chốc.

Do nhiễm liên cầu hoặc liên cầu và tụ cầu kết hợp. Bệnh lây nhất là đối với trẻ em, lây lan trong gia đình hoặc ở trường học.

Bắt đầu là rát đỏ, sau xuất hiện các bọng nước bằng hạt đỗ hoặc lớn hơn, chứa dịch, lúc đầu màu vàng trong, về sau nhanh chóng hóa mủ và đóng thành vảy

tiết màu vàng. Vảy tiết sẽ bong đi và da trở lại bình thường.

Các biến chứng thường gặp của bệnh chốc là chàm hóa, viêm hạch bạch huyết vùng lân cận. Nếu chốc lan rộng, có thể gây viêm cầu thận, nhiễm khuẩn huyết.

☞ Điều trị:

+ *Tại chỗ*: làm bong vảy bằng phun nước cất hoặc dung dịch nước muối 0,9%, đắp gạc ướt bằng dung dịch thuốc tím 1/10.000. Nếu vảy tiết dày, bôi mỡ acid salicylic 3% ngày 1 lần, trong 2-3 ngày cho mềm vảy, xong làm bong vảy và rửa sạch bằng nước cất hoặc nước đun sôi để nguội. Nếu có bọt nước, làm vỡ bằng kim tiết khuẩn. Bôi các thuốc hồ, thuốc kem hoặc thuốc mỡ kháng sinh (erythromycin hoặc tetracyclin 2-3%).

+ *Điều trị toàn thân*: khi bệnh lan rộng hoặc có biến chứng, dùng các loại kháng sinh uống hoặc tiêm dựa theo kháng sinh đồ.

3. Nhọt hậu bối.

Do nhiễm tụ cầu. Khởi đầu là viêm nang lông, sau lan ra các mô xung quanh thành một khối viêm tấy đỏ, trên có một mụn nhỏ. Về sau, hóa mủ toàn bộ. Thành của nang lông và các mô tiếp cận hoại tử tạo thành ngòì của nhọt. Nhọt sẽ vỡ, mủ cùng với ngòì sẽ thoát ra

ngoài. Khi hết mụn, nốt sẽ lành và để lại vết sẹo trên da.

Hậu bối là nhiều nốt cụm lại. Khởi viêm rộng, đau, kèm theo các triệu chứng toàn thân như sốt cao, mệt mỏi, nhức đầu. Trên bề mặt của khối viêm có nhiều mụn mủ, sau vỡ ra thành nhiều miệng, có nhiều ngòi, lâu mới thoát hết mủ. Khi lành để lại sẹo to, xấu.

Nhiều nốt tái phát hàng tháng, hàng năm gọi là bệnh nốt, xảy ra ở người mà sức đề kháng giảm, gây yếu, làm việc quá sức, nhất là ở người bị đái tháo đường.

☞ Điều trị

+ *Tại chỗ*: ở giai đoạn nốt khởi phát, bôi cồn iod 5%, ngày 2 lần (sáng và tối). Giai đoạn nốt phát triển, lau sạch vùng da trên nốt bằng ether, rồi bôi mỡ erythromycin 3% hoặc ichtyol nguyên chất khi nốt vỡ mủ. Ở giai đoạn đã vỡ mủ, lấy ngòi nhẹ nhàng bằng kim tiệt khuẩn. Nếu chạm vỡ mủ, có thể dùng kim chũm đầu chích trên nốt cho mủ chảy ra, xong rửa sạch bằng ether và băng lại bằng mỡ kháng sinh. Không được nặn nốt, vì sẽ làm cho nhiễm khuẩn lan rộng. Đối với nốt hậu bối, khi khối viêm đã mềm toàn bộ, chích rộng theo hình chữ thập, tháo mủ và loại bỏ các mô hoại tử rất nhẹ nhàng, tỉ mỉ. Rửa bằng ether hoặc nước oxy già và băng bằng mỡ kháng sinh.

+ *Điều trị toàn thân*: cần dùng kháng sinh sớm, liều mạnh và phối hợp nếu nhọt lan rộng, có biến chứng, nhọt hậu bối và nhọt tái phát.

Có thể dùng Bipenicillin 2-4 triệu đơn vị kết hợp với streptomycin 1 gam (không trộn lẫn), tiêm bắp ngày 2 lần, trong 3-5 ngày. Trước khi tiêm, cần làm test để phòng dị ứng thuốc; hoặc cephalosporin 2g kết hợp với gentamicin 80-120 mg/24 giờ, trong 5-7 ngày. Nếu bệnh nặng, nhiễm tụ cầu ác tính, cần tiêm truyền kháng sinh vào tĩnh mạch, kết hợp với vitamin C liều cao (không trộn lẫn), nâng cao thể trạng người bệnh.

Nếu nhọt vừa, thì dùng kháng sinh uống: amoxicilin, tetracyclin, erythromycin v.v... 1-2g/24 giờ, trung bình trong 8 ngày, kết hợp với các vitamin B₁, C...

4. Bệnh ghẻ.

Ngứa là triệu chứng chính. Lúc đầu ngứa khu trú ở các kẽ ngón tay, kẽ vú ở phụ nữ, quy đầu ở nam giới, kẽ móng ở trẻ em, sau lan dần ra toàn thân. Ở giai đoạn toàn phát, ngứa trỗi về ban đêm, nhất là về mùa rét lúc đắp chăn ấm. Ở da, quan sát kỹ ở các kẽ ngón tay, mặt trước cổ tay, mặt sau khuỷu tay, trước hố nách, ở vú, rốn, quy đầu, thấy các luồng ghẻ tận cùng bằng một chấm trắng hoặc hơi nâu. Lấy kim khêu ở chỗ tận cùng

đọc theo luồng có thể thấy con cái ghẻ. Ngoài ra, còn tìm thấy các mụn nước to bằng hạt tấm đứng riêng rẽ. Ở trẻ em, có thể tìm thấy luồng ghẻ và mụn nước ở lòng bàn chân và kẽ móng.

Các biến chứng thường gặp là nhiễm khuẩn và chàm hóa.

☞ Điều trị

+ *Chữa chung* cho tất cả những người lây bệnh trong gia đình và tập thể, vệ sinh cá nhân, tắm rửa, luộc quần áo, tẩy uế chăn màn, giường chiếu, cách ly người bệnh. Chữa các biến chứng, nếu có.

+ *Thuốc chữa ghẻ:*

- Dung dịch benzoat benzyl 20% với người lớn và 10% với trẻ em. Bôi lên thương tổn; sau 10-15 phút, bôi lần thứ 2. Bôi thuốc hàng ngày, ngày thứ ba tắm xà phòng, thay quần áo sạch.

- Dung dịch DEP (diethyl phtalat) bôi ngày 2 lần, sáng và tối. Tắm, thay quần áo sạch hàng ngày hoặc 2 ngày một lần.

- Thuốc mỡ baume Perou 10% không kích thích da, dùng chữa ghẻ trẻ em và ghẻ chàm hóa.

- Thuốc kem Eurax chữa ghẻ, ngứa và ghẻ bội nhiễm. Bôi rất mỏng, ngày một lần vào buổi tối, đợt

điều trị 3-5 ngày.

5. Bệnh nấm da.

Các hình dạng thường gặp:

- *Nấm ở thân*, khu trú ở vùng da trần (không có lông dài và tóc). Có những mảng da đỏ, giới hạn rõ, có mụn nước và vảy da, có xu hướng ở giữa lan ra ngoài vi. Nền vùng trung tâm sẫm màu, bong vảy nhẹ; mụn nước sắp xếp ở bờ thương tổn.

- *Nấm bẹn*: thương tổn là những mảng hình tròn hoặc nhiều vòng cung có giới hạn rất rõ. Trung tâm màu nâu có vảy nhẹ, ngoài bờ thương tổn có những mụn nước là vùng lan rộng của thương tổn. Từ một bên bẹn, có thể phát triển cả ở bên đối xứng, lan đến xương mu, hai bên đùi, kẽ mông, quanh thắt lưng và dưới vú.

- *Nấm ở chân*: rất phổ biến ở vận động viên bơi lội, người làm việc ở hầm mỏ, người thường xuyên đi giày kín. Bệnh lây ở các nhà tắm công cộng, các bể bơi hoặc lây do dùng chung giày, tất, ủng. Bệnh thường gặp ở người ra mồ hôi chân và các ngón chân khép kín. Có thể biểu hiện bằng bong vảy lòng bàn chân thành những đám nhỏ hoặc thành mảng lớn. Có khi bệnh xuất hiện viêm kẽ thứ ba của các ngón chân. Da kẽ chân mủn trắng. Dưới lớp da mủn là nền da đỏ ướt. Hoặc có

khi ở rìa bàn chân, lòng bàn chân có những mụn nước sâu, tập trung thành từng đám thường gọi là tổ đĩa.

- *Nấm móng*: khởi đầu thương tổn ở bờ tự do hoặc hai cạnh bên của móng, sau lan vào trong móng. Trên bề mặt của móng, chấm trắng rõ hoặc có những đường rãnh lớn. Móng dần dần trở nên dày, dễ mủn, màu nâu bẩn.

- *Lang ben*: làm tổn thương lớp sừng của thượng bì. Có những dát màu cà phê sữa, màu vàng nhạt hoặc màu đỏ. Trên bề mặt thương tổn, có những vảy nhỏ, cạo bong ra dễ dàng. Kích thước của các dát thay đổi từ đốm nhỏ đến những mảng lớn có bờ nhám nhờ như bản đồ, thường khu trú ở cổ, ngực lưng, phía trong cánh tay, có thể lan ra bụng và mặt trong đùi.

☞ Điều trị các loại nấm da:

+ *Chữa tại chỗ*: trước đây, bôi ASA, nay có các thuốc bôi chống nấm mới như kem Fazol, clotrimazol, ketoconazol, tioconazol (Trosyd)... chống nấm tốt.

Nếu thương tổn ở giai đoạn cấp hoặc bị chàm hóa, thì làm dịu da bằng dung dịch Jarish hoặc nitrat bạc 0,25%, sau đó mới bôi thuốc chống nấm. Tuyệt đối không dùng vật cứng để cạo thương tổn. Không tắm, rửa tổn thương bằng xà phòng. Quần áo, nhất là quần áo lót, phải đun sôi. Đề phòng tái phát, cần tiếp tục bôi

thuốc chống nấm trong vòng 1-2 tuần. Xoa bột chống nấm vào các kẽ da, rắc vào giày, tất.

Đối với nấm móng, nếu chỉ một phần móng bị thương tổn, có thể dùng dũa làm mất phần móng bị bệnh và một phần móng lành. Nếu toàn bộ móng bị bệnh, nên bóc móng bằng đắp thuốc làm mềm móng và rút móng nhẹ nhàng không làm thương tổn nền móng. Bôi thuốc chống nấm, sau khi dũa hoặc bóc móng.

+ *Chữa toàn thân*: dùng kháng sinh chống nấm, nếu bệnh lan rộng hoặc nhiều móng bị thương tổn.

Đối với nấm móng, dùng griseofulvin 125 mg x 4 viên/24 giờ, dùng trong tháng đầu; cách ngày trong tháng thứ hai, mỗi tuần 2 lần trong tháng thứ ba.

Hoặc ketoconazol 200 mg/24 giờ, dùng trong 3-4 tuần. Đối với các loại nấm da khác, tùy theo trường hợp, uống griseofulvin liều 10 mg/kg thể trọng/24 giờ, trong 4-6 tuần; hoặc uống ketoconazol 200 mg/24 giờ, dùng trong 2-3 tuần.

BỆNH LÂY TRUYỀN QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC

GS Lê Tử Vân

1. Bệnh giang mai.

Bệnh do xoắn khuẩn (*Treponema pallidum*) dễ bị giết chết ở môi trường khô hoặc các chất sát khuẩn nhẹ, nhưng sẽ phát triển mạnh ở môi trường ẩm ướt. Nếu không chữa, bệnh sẽ kéo dài suốt đời, có khi râm rộ, có khi kín đáo (giai đoạn ẩn). Có 2 loại:

1.1. Giang mai mắc phải, tiến triển qua 3 thời kỳ:

- *Thời kỳ thứ nhất:* xuất hiện trung bình 3 đến 6 tuần sau khi lây bệnh, biểu hiện chủ yếu là một vết trọt (săng giang mai) rất nông, màu đỏ tươi tròn hoặc hình bầu dục, không ngứa, không đau, không có mũ, nên hơi rần. Thường kèm theo hạch ở bẹn.

- *Thời kỳ thứ hai:* xuất hiện 6 tuần sau khi có săng giang mai, có những đợt lan tỏa khắp người và rất lây. Các thương tổn đó rất đa dạng: những dát màu hoa đào, mảng niêm mạc, các loại sẩn, hạch lan tỏa, không đau, lẫn dưới ngón tay không làm mũ (trừ khi có nhiễm

khuẩn phụ). Sau 2-3 tuần, các thương tổn này tự khắc có thể biến đi, bệnh ẩn vào trong. Đó là giai đoạn đầu của giang mai kín. Tuy thương tổn da không thấy được, nhưng vẫn lây. Vào cuối năm thứ hai của bệnh, khoảng 25% bệnh nhân sẽ thấy xuất hiện trở lại các thương tổn giang mai, thường thuộc thời kỳ thứ hai (thời kỳ thứ hai tái hồi) gồm các sẩn phì đại, sẩn sùi quanh hậu môn và bộ phận sinh dục. Các sẩn này nếu không chữa cũng tự khắc mất đi và bệnh chuyển sang giai đoạn muộn của giang mai kín, có thể kéo dài nhiều năm, thậm chí suốt đời.

- *Thời kỳ thứ ba:* thường bắt đầu vào năm thứ ba của bệnh. Các thương tổn khu trú lại, ăn sâu hơn vào da thịt, phá hoại nhiều mô hơn, nhưng ít lây hơn. Biểu hiện lâm sàng là những củ, gồm giang mai. Ngoài ra, còn gây thương tổn ở nội tạng, nhất là ở tim mạch và thần kinh.

1.2. Giang mai bẩm sinh

Người mẹ bị mắc bệnh giang mai, khi có thai, nếu không được phát hiện và chữa kịp thời thì thai nhi sẽ bị nhiễm bệnh. Tùy theo mức độ, bệnh giang mai ở thai nhi có thể biểu hiện theo các mức độ khác nhau: sẩy thai, chết lưu, đẻ non, đẻ chết ngay hoặc đẻ bình thường, nhưng sau một vài ngày hoặc 6-8 tuần thấy xuất hiện những thương tổn của giang mai như bong nước lòng bàn tay, bàn chân, nứt mép, chảy nước mũi lẫn máu

(giang mai bẩm sinh phát sớm). Có khi sau 2 tuổi, có thể 5-6 tuổi, thậm chí khi trưởng thành mới thấy xuất hiện các thương tổn giang mai bẩm sinh phát muộn, thuộc thời kỳ thứ hai hoặc thứ ba của giang mai mắc phải.

Giang mai bẩm sinh có thể để lại di chứng do các thương tổn của thai nhi đã lành sẹo và khi đứa trẻ ra đời đã có sẵn những di chứng, như trán dô, mũi gãy hình yên ngựa, lác quy tụ, răng cửa hở chéo vào nhau, mòn các củ răng, điếc nhất thời, xương mác hình lưỡi kiếm v.v...

☞ **Xử trí và phòng bệnh**

+ *Khi nghi ngờ mắc bệnh giang mai, cần đi khám bệnh ngay để chữa thật sớm.*

+ *Để chẩn đoán bệnh, cần dựa vào triệu chứng lâm sàng và tiền sử. Để xác định chắc chắn, cần làm các xét nghiệm như tìm xoắn khuẩn giang mai trên các thương tổn ở thời kỳ 1 và 2, thường dương tính 100%, làm các xét nghiệm huyết thanh chẩn đoán giang mai như giọt máu, VDRI...*

+ *Dùng penicilin vẫn còn có tác dụng tốt, chưa thấy chủng xoắn khuẩn nào kháng lại với penicilin. Dùng thuốc theo đúng phác đồ quy định cho giang mai từng thời kỳ và giang mai bẩm sinh. Trong mọi trường hợp, phải hỏi ý kiến của thầy thuốc chuyên khoa.*

+ Để phòng bệnh giang mai cho bản thân và tránh giang mai bẩm sinh cho con, tốt nhất là không nên quan hệ tình dục với nhiều người. Bao cao su tuy không tuyệt đối, nhưng cũng có tác dụng phòng bệnh một phần.

2. Bệnh lậu

Là bệnh lây truyền qua đường tình dục do song cầu khuẩn (*Neisseria gonorrhoeae*) gây nên. Ở nam giới, sau thời gian ủ bệnh trung bình từ 2-6 ngày, đa số trường hợp (90%) biểu hiện lâm sàng là viêm niệu đạo cấp, đái chảy mủ, có cảm giác nóng buốt dọc niệu đạo. Nếu không chữa, không giữ gìn chế độ sinh hoạt (uống rượu, làm việc nặng, đi lại nhiều, giao hợp quá độ v.v...) hoặc chữa không đủ liều, bệnh sẽ lan đến niệu đạo sau và các tuyến sinh dục phụ cận (tuyến tiền liệt, túi tinh, mào tinh, thừng tinh, tuyến Cowper v.v...).

Người bệnh có triệu chứng nặng nề ở vùng tầng sinh môn, có giọt nhầy buổi sáng ở lỗ niệu đạo, đái có cảm giác nóng dọc niệu đạo. Có thể xuất hiện biến chứng tắc ống dẫn tinh gây vô sinh.

Ở nữ giới, do đặc điểm bộ phận sinh dục, thời gian ủ bệnh rất khó xác định và triệu chứng ban đầu rất kín đáo, thường chỉ có khí hư màu vàng. Những biến chứng thường gặp ở người bệnh lậu nữ giới là: viêm các tuyến

vùng âm hộ, tạo thành túi mù, viêm bàng quang, sỏi thận, viêm cổ tử cung, viêm phần phụ gây tắc ống dẫn trứng dẫn đến vô sinh.

- *Lậu mắt*, thường gặp ở trẻ sơ sinh, lây khi lọt lòng do mù ở bộ phận sinh dục của mẹ bị lậu dây vào mắt. Viêm kết mạc cả 2 bên, phù mi mắt, rất nhiều mủ, có thể làm mù mắt.

- *Viêm họng do lậu*: trẻ sơ sinh có thể bị viêm họng do lậu cầu từ bộ phận sinh dục của người mẹ bị bệnh lậu xâm nhập vào họng. Một số trường hợp đặc biệt gặp ở người lớn do quan hệ miệng - sinh dục. Biểu hiện lâm sàng giống như một viêm họng bình thường.

- *Viêm hậu môn, trực tràng do lậu*: ở nữ giới thường gặp hơn do khí hư từ âm đạo, âm môn nhiễm bệnh lan vào hậu môn. Ở cả hai giới, có thể do giao hợp bất thường qua đường hậu môn. Hậu môn cương tụ các nếp gấp sưng to, có mủ và các đường nứt nẻ ở dưới.

☞ **Chữa và phòng bệnh lậu**

+ *Chữa bệnh lậu*, cần dựa vào tính nhạy cảm của lậu cầu với kháng sinh. Nên dùng liều duy nhất để cắt đứt nguồn lây một cách nhanh chóng. Chữa cả cho người có quan hệ tình dục với người bệnh để tránh bị nhiễm bệnh lại. Nói cho người bệnh về tác hại của bệnh lậu.

Ở vùng mà lậu cầu còn nhạy cảm với penicilin và đối với bệnh lậu không có biến chứng, có thể dùng procain-penicilin hòa tan trong nước: 4.800.000 UI liều duy nhất, tiêm mông ở 2 vị trí khác nhau, mỗi bên mông 2.400.000 đơn vị, kết hợp với uống probenecid 1 gam, uống trước khi tiêm penicilin. Có thể uống amoxicilin 3,0 gam hoặc ampicilin 3,5 gam, uống cùng với 1,0 gam probenecid.

Nếu penicilin thất bại, lậu cầu kháng với penicilin, thì dùng một trong các loại kháng sinh sau:

- Spectinomycin 2,0 gam tiêm bắp thịt, liều duy nhất.
- Ceftriaxone 250 mg, tiêm bắp thịt, liều duy nhất.
- Ciprofloxacin 500 mg, uống một liều duy nhất.

+ *Đối với lậu có biến chứng*, tùy theo trường hợp nặng hay nhẹ, dùng liều kéo dài. Trong quá trình chẩn đoán, điều trị và theo dõi bệnh lậu, cần kiểm tra về lâm sàng và xét nghiệm tìm lậu cầu.

3. Viêm đường tiết niệu - sinh dục do Chlamydia trachomatis.

C.trachomatis lây truyền qua đường tình dục, gây bệnh ở niêm mạc, đặc biệt là ở những tế bào lát hình trụ. Ở nam giới, triệu chứng chính là viêm niệu đạo trước, nước dịch ra từ niệu đạo, thay đổi có khi rất ít

hoặc vừa phải, buổi sáng ra nhiều hơn, có thể trong, nhầy, màu trắng, nâu hoặc vàng. Đái khó, ngứa hoặc buốt dọc niệu đạo. Có thể không có triệu chứng rõ rệt. Biến chứng thường giống như trong viêm niệu đạo do lậu. Còn có hội chứng Reiter kết hợp ba triệu chứng: viêm niệu đạo, viêm kết mạc, viêm da khớp.

Ở nữ giới, triệu chứng lâm sàng biểu hiện viêm cổ tử cung, ra khí hư, cổ tử cung phù và lộ tuyến. Cũng thường gặp trường hợp không có triệu chứng lâm sàng rõ rệt. Có thể viêm phần phụ, viêm hố chậu, vô sinh. Có thể gặp thai nhi chết và trẻ sơ sinh chết ở những người mẹ mang thai bị nhiễm *C. trachomatis*. Trẻ sơ sinh của người mẹ bị nhiễm *C. trachomatis* có thể bị viêm kết mạc hoặc viêm phổi.

Để chẩn đoán nhiễm khuẩn *C. trachomatis*, ngoài các triệu chứng lâm sàng, còn đưa vào xét nghiệm. Nhuộm tế bào, huyết thanh chẩn đoán và nuôi cấy chỉ thực hiện được ở phòng xét nghiệm có đủ phương tiện. Thường lấy bệnh phẩm nhuộm soi, thấy nhiều bạch cầu đa nhân (5 bạch cầu/vi trường) để xác định hướng điều trị.

☞ **Xử trí:**

+ Các nhiễm khuẩn do *C. trachomatis* đều đáp ứng tốt với tetracyclin, uống 2 g/24 giờ x 7 ngày (liều 24 giờ chia làm 4 lần) hoặc doxycyclin 100 mg, ngày 2 lần x 7 ngày hoặc erythromycin 500 mg x 4 lần/24 giờ,

uống trong 7 ngày (dùng cho người mang thai).

+ Viêm nhiễm *C.trachomatis* thường xuất hiện kết hợp với lậu, nên sau khi điều trị lậu bằng liệu duy nhất, cần tiếp tục điều trị viêm nhiễm bằng một đợt thuốc điều trị *C.trachomatis*.

PHỤ SẢN KHOA

PGS Lê Diễm

Người bệnh thường đến khám vì hai bệnh cảnh lâm sàng chính:

- Chảy máu qua đường âm đạo khi mang thai hoặc sau sổ thai.
- Viêm nhiễm đường sinh dục, thể hiện chính là khí hư.

CHẢY MÁU QUA ĐƯỜNG ÂM ĐẠO TRONG KHI CÓ THAI

(căn cứ vào tính chất ra máu)

1. Chảy máu trong những tháng đầu, nghĩ tới gì?

1.1. Dọa sảy thai

Máu ra rất ít, màu hồng nhạt, đau nhẹ hoặc cảm giác tức bụng dưới. Rất hạn chế khám âm đạo, nếu khám nhẹ nhàng sẽ thấy cổ tử cung còn đóng kín, tử cung to bằng tuổi thai.

- ☞ **Xử trí:** nằm nghỉ, thuốc giảm cơ như: papaverin 0,04g hoặc salbutamol 4mg, uống hai viên khi đau. Nếu mất ngủ, thì cho thuốc an thần nhẹ.

1.2. Sảy sẩy, đang sẩy thai hoặc sẩy còn sót

Máu ra nhiều, tùy theo lượng máu ra, có thể có choáng nhẹ hoặc nặng. Đau bụng dưới từng cơn như đau đẻ. Thăm khám âm đạo, cổ tử cung hé mở, có thể sờ thấy phần thai hoặc rau thai.

☞ **Xử trí:** chống choáng nếu có, truyền máu nếu mất máu nhiều.

Nếu đủ điều kiện, thì phải nạo thai hoặc bảo đảm đã nạo rau còn sót ra, rồi mới tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm bắp ergometrin 0,5mg và uống kháng sinh. Nơi không có điều kiện thì gửi lên tuyến trên.

1.3 Chứa ngoài tử cung

+ Chứa vỡ

Máu ra ít, màu nâu xẫm, đau bụng âm ỉ ở một bên hố chậu, có hiện tượng thai nghén như chậm kinh, buồn nôn v.v... hoặc chỉ có dấu hiệu rong kinh, rong huyết nhẹ.

Thăm khám âm đạo: cổ tử cung đóng kín, tử cung to hơn bình thường, nhưng bé hơn tuổi thai, sờ thấy một khối u bờ không rõ, ấn vào đau ở một bên phần phụ.

Nơi nào có điều kiện, thì thử phản ứng sinh học HCG trong nước tiểu: nếu dương tính, kết hợp với siêu âm không thấy thai trong buồng tử cung, thấy một khối ngoài tử cung, có khi thấy bọc ối, thì chắc chắn là chứa

ngoài tử cung chưa vỡ.

⑦ **Xử trí:** mổ cắt phân chứa ngoài tử cung là lý tưởng nhất, vì mổ lúc này không mất máu, người bệnh hồi phục nhanh. Nơi nào không có điều kiện, nhất thiết phải gửi lên tuyến trên, dù chỉ là nghi ngờ chứa ngoài tử cung.

+ **Đã vỡ**

Có dấu hiệu ra máu và chậm kinh v.v... như lúc chưa vỡ, nhưng đột nhiên xuất hiện cơn đau bụng dữ dội, toàn trạng choáng do mất máu; khám thấy bụng có phản ứng thành bụng, cảm ứng phúc mạc, cổ tử cung vẫn đóng, túi cùng sau ấn vào rất đau, tử cung khó nắn thấy, vì người bệnh đau và trong ổ bụng có máu.

Nếu nghi ngờ chọc dò cùng đồ sau, thấy máu không đóng thì xác định thêm là đã vỡ.

⑧ **Xử trí:** hồi sức chống choáng và cho mổ cấp cứu. Nếu không đủ điều kiện thì chuyển lên tuyến trên, hoặc nếu người bệnh quá nặng không di chuyển được, thì mời ngay tuyến trên về xử lý.

1.4. Chứa trứng

Máu ra tự nhiên, dai dẳng, toàn thân thiếu máu, sản phụ có hiện tượng nghén kéo dài.

Thăm khám: bề cao tử cung lớn hơn tuổi thai, tử

cung mềm đều, không sờ thấy phần thai, không nghe được tim thai.

Phản ứng sinh học HCG tăng nhiều so với tuổi thai. Siêu âm có hình ảnh tuyết rơi, không thấy phần thai thì chẩn đoán chắc chắn là chửa trứng.

☞ **Xử trí:** nơi nào có điều kiện thì nạo lấy trứng ra càng sớm càng tốt. Trước khi nạo thì gây tiền mê, tiêm truyền nhỏ giọt tĩnh mạch oxytocin 5 đơn vị pha với huyết thanh ngọt đẳng trương 500ml; nếu mất máu nhiều thì hồi sức, truyền máu. Nong cổ tử cung và nạo bằng thìa cùn to để tránh thủng. Sau nạo, cho uống kháng sinh như amoxicilin uống 1,5-2,0 gam/24 giờ, dùng 5-7 ngày.

Nơi nào không có điều kiện mà nghi là chửa trứng, thì phải gửi lên tuyến trên để xử trí kịp thời.

Cần dặn dò sản phụ khám lại đúng định kỳ để phát hiện sớm ung thư tế bào nuôi.

2. Chảy máu trong những tháng cuối, nghĩ tới gì?

2.1. Rau tiền đạo

Máu ra tự nhiên, ra từng đợt ngắn dần, sản phụ không đau bụng khi ra máu.

Thăm khám: ngôi thai bất thường như ngôi ngang, ngôi ngược, ngôi đầu còn cao, lỏng. Hạn chế khám âm

đạo, vì dễ bị nhiễm khuẩn và ra máu.

Nếu có siêu âm thì xác định rõ vị trí rau bám.

☞ **Xử trí**

+ *Nếu chưa chuyển dạ*: nằm nghỉ tuyệt đối khi đang ra máu, dùng thuốc giảm co cơ như: papaverin, salbutamol, atropin v.v... và theo dõi tới lúc chuyển dạ (nếu không ra máu).

+ *Nếu chuyển dạ*: rau tiền đạo trung tâm, phải mổ lấy thai, dù thai còn sống hay thai đã chết.

Rau tiền đạo bám thấp: bám ối, nếu cầm máu, theo dõi để dễ đường dưới, nếu có dấu hiệu suy thai hoặc chảy máu nhiều, phải mổ lấy thai. Sau mổ phải cho kháng sinh.

Nếu không có điều kiện phải gửi lên tuyến trên ngay.

2.2. Rau bong non

Máu ra màu nâu xẫm, có cục, thường đau bụng mỗi khi ra máu. Có thể kèm theo dấu hiệu nhiễm độc thai nghén như huyết áp cao, phù, nước tiểu có protein.

Thể nhẹ chỉ phát hiện được sau khi sổ rau (nếu không có siêu âm).

Thể nặng xuất hiện rất đột ngột: đau bụng dữ dội xuyên lên trên và ra sau hai bả vai, choáng rất nặng do

chảy máu kèm với nhiễm độc, tình trạng nặng không cho phép làm kịp siêu âm để chẩn đoán, mà chủ yếu là dựa vào dấu hiệu lâm sàng. Thăm khám: bể cao tử cung to lên rất nhanh, tử cung co cứng và căng liên tục, thai không còn máy, không nghe được tim thai.

☞ **Xử trí:** hồi sức, chống choáng, truyền máu.

Mổ lấy thai tùy theo tình trạng của sản phụ và tổn thương đại thể ở tử cung mà xử trí cắt tử cung hoặc bảo tồn.

Trong quá trình phẫu thuật cũng như hậu phẫu, phải theo dõi thời gian máu chảy máu đông và sinh sợi huyết để xử trí, nếu không thì sản phụ sẽ chết vì chảy máu do đông máu rải rác trong thành mạch.

Nơi nào không có điều kiện, phải gửi cấp cứu ngay lên tuyến trên.

2.3. Thai chết lưu

Máu ra ít một, dai dẳng, màu đen sẫm.

Thăm khám: bể cao tử cung bé hơn tuổi thai, không còn cảm giác thai máy, không nghe được tim thai.

Siêu âm thì không thấy thai cử động và tim thai không đập: như vậy, chắc chắn là thai đã chết.

☞ **Xử trí:**

+ Nếu bể cao tử cung còn nhỏ dưới 3 tháng, thì nong cổ tử cung và nạo thai ra.

+ Nếu bề cao tử cung lớn không nong nạo được, thì kích thích cho thái ra bằng tiêm truyền oxytocin.

Điều kiện không đủ, thì phải gửi lên tuyến trên, vì thai chết lưu có nguy cơ chảy máu trong và sau nạo thai cũng như sau đẻ do thiếu sinh sợi huyết.

2.4. Polyp cổ tử cung hay ung thư cổ tử cung

Ra máu dai dẳng, nhất là mỗi khi giao hợp. Ra máu không kèm theo đau bụng và không ảnh hưởng đến thai.

Thăm khám: dùng mỏ vịt qua âm đạo thấy rõ hình polyp ở cổ tử cung, hoặc cổ tử cung sần sùi, chọc vào ra máu phải nghĩ tới ung thư.

☞ Xử trí:

Xoắn hoặc cắt polyp.

Nếu là ung thư cổ tử cung, phải phá thai và cắt tử cung hoàn toàn; trường hợp ung thư cổ tử cung khi có thai, nên gửi lên chuyên khoa, dù địa phương có điều kiện cũng không nên xử trí.

3. Chảy máu ngay sau sổ thai.

Ngay sau sổ thai, nếu máu chảy > 300ml thì gọi là chảy máu sau đẻ.

3.1. Đờ tử cung:

Máu ra đỏ, lẫn cục, toàn thân choáng nhẹ hoặc nặng tùy theo lượng máu mất. Thăm khám: tử cung mềm nhẽo, bề cao tử cung trên rốn mỗi khi xoa bóp vào tử cung thấy máu chảy ra âm đạo; tử cung co lại, sau đó lại mềm.

☞ Xử trí:

+ Thông tiểu, vì nếu bàng quang to đẩy tử cung lên cũng làm cho tử cung kém co bóp.

+ Hồi sức, truyền máu nếu mất máu nhiều.

+ Xoa bóp liên tục vào đáy tử cung.

Có 2 tình huống:

✱ Rau chưa sổ

Bóc rau nhân tạo, kiểm soát tử cung, rồi cho kháng sinh. Nếu không bóc được, tức là rau cài răng lược, phải đem mổ ngay, trường hợp này phải cắt tử cung không hoàn toàn.

✱ Nếu rau đã sổ

Kiểm soát tử cung xem còn sót rau hoặc màng rau, và lấy máu đọng lại ở buồng tử cung ra, đồng thời kiểm tra xem tử cung có bị rách hoặc vỡ để có hướng xử trí.

★ Chú ý: dù bóc rau nhân tạo hay kiểm soát tử cung

đều phải cho thuốc tiền mê, và sau đó tiêm oxytocin 5 đơn vị trong 500 ml dung dịch glucosa đẳng trương, hoặc cho tiêm bắp thịt ergometrin 0,2 mg hoặc oxytocin 2 đơn vị.

Nếu đã hồi sức tích cực, đã kiểm soát tử cung và đã cho thuốc co bóp đầy đủ mà tử cung vẫn không co, thì bắt buộc phải mổ cắt tử cung bán phần. Nơi không có điều kiện phẫu thuật thì gửi ngay lên tuyến trên. Trong khi di chuyển, cán bộ y tế phải xoa bóp tử cung hoặc dùng ngón tay chèn động mạch chủ dưới qua thành bụng.

3.2. Do chấn thương đường sinh dục:

Rách: tầng sinh môn, âm đạo, cùng đồ, cổ tử cung, tử cung...

Dùng van âm đạo nhìn trực tiếp thấy rõ máu chảy ở vị trí nào: nếu ở trong tử cung, thì máu sẽ chảy qua cổ tử cung.

Máu đỏ tươi ra liên tục, tử cung vẫn co hồi tốt (đây là điểm mấu chốt để phân biệt ra máu với đờ tử cung).

☞ **Xử trí:** chống choáng, truyền máu nếu mất máu nhiều. Kiểm soát tử cung nếu cần (khi nghi ngờ sót rau hoặc vỡ tử cung).

Nếu rách từ lỗ ngoài cổ tử cung ra đến tầng sinh môn, âm hộ, thì khâu cầm máu bằng chỉ catgut số 0 hoặc số 1,

khâu từ trong ra ngoài, từ lớp sâu đến lớp nông. Khâu chỉ lạnh ở lớp da. Sau ngày cắt chỉ, cho uống amoxicilin hoặc ampicilin 1,5-2,0 gam/24 giờ, uống 5 ngày liền. Nếu rách ở trong tử cung, nhất thiết phải mổ để khâu cầm máu lại hoặc cắt tử cung tùy theo tổn thương.

★ Chú ý: có thể gặp trường hợp vừa bị chấn thương, vừa dờ tử cung, thì phải xử trí cả hai cùng một lúc. Nơi không đủ điều kiện, thì phải cầm máu tạm thời, chèn gạc vào âm đạo, rồi gửi lên chuyên khoa.

MỘT SỐ BỆNH VIÊM NHIỄM ĐƯỜNG SINH DỤC THƯỜNG GẶP

Thường biểu hiện khí hư qua đường âm đạo. Cần phân biệt khí hư với dịch âm đạo (còn gọi là khí hư bình thường).

Dịch âm đạo	Khí hư
<ul style="list-style-type: none"> - Chất dịch ra ít, thường gặp ở ngày rụng trứng và ngày sắp có kinh nguyệt - màu trắng trong - không có mùi hôi - không gây khó chịu như: ngứa, rát, bỏng âm hộ, âm đạo 	<ul style="list-style-type: none"> - Khí hư ra nhiều, ra liên tục - màu trắng đục, hoặc vàng, xanh như mù có khi lẫn máu, hoặc như bột xà phòng, hoặc đặc như bột gạo - có mùi hôi - gây khó chịu: ngứa, rát, bỏng - có khi đau bụng dưới, kèm theo đái buốt, đái dắt...

Thăm khám kỹ khí hư, có thể cho hướng chẩn đoán xác định bệnh ngay từ tuyến cơ sở.

1. Viêm âm đạo do trùng roi (*Trichomonas vaginalis*)

Khí hư màu vàng loãng, có mùi hôi, nếu có bội nhiễm thì ngả sang màu xanh, có cảm giác rất bỏng, nhất là khi giao hợp.

Thăm âm đạo: khí hư màu vàng loãng, sùi bọt như bọt xà phòng, iau sạch khí hư thấy âm đạo, cổ tử cung có những chấm đỏ, hồng to nhỏ không đều, nếu bôi dịch Lugol thì thấy bắt màu rất rõ. Soi tươi qua kính hiển vi, thấy trùng roi di động tại chỗ, chẩn đoán chắc chắn.

☞ **Chữa** cho cả vợ và chồng:

+ *Cho vợ*: trước khi đặt thuốc, nên rửa âm đạo bằng acid lactic 2-3%: đặt thuốc âm đạo metronidazol (Klion; Flagyl) 0,25 gam, mỗi ngày đặt 1 viên vào sâu âm đạo buổi tối trước khi đi ngủ, dùng từ 7 đến 10 ngày liền, kể cả ngày hành kinh; đồng thời uống mỗi ngày 2 viên, cũng trong 7-10 ngày.

+ *Với chồng*: uống mỗi ngày 2 viên, cũng trong 7-10 ngày.

★ **Chú ý**: phải chữa 3 đợt liền sau mỗi kỳ kinh, khi soi lại khí hư không thấy trùng roi mới là khỏi. Trong thời kỳ chữa, nên tránh giao hợp.

2. Viêm âm đạo do nấm *Candida albicans*

Khí hư ra nhiều đặc như bột, màu trắng, đóng thành vẩy bám chặt vào nếp nhàn âm đạo, cổ tử cung, có khi cả âm hộ. Có mùi nấm mốc, cảm giác đau hoặc khó chịu khi giao hợp và khi tiểu tiện, đặc biệt là ngứa âm hộ.

Thăm khám: âm đạo, âm hộ, cổ tử cung đỏ, khí hư đặc, trắng bám chặt vào âm đạo, cổ tử cung.

Xét nghiệm: soi tươi hoặc nhuộm khí hư thấy rõ hình bào tử nấm.

☞ **Chữa** cho cả hai vợ chồng:

+ *Cho vợ:* trước khi đặt thuốc, rửa âm đạo bằng dung dịch natri bicarbonat 1%. Nystatin viên 100.000 đơn vị đặt sâu vào âm đạo buổi tối trước khi đi ngủ, mỗi ngày 1 viên, đặt trong 14 ngày liền (không đặt trong ngày có kinh nguyệt), đồng thời uống nystatin viên 500.000 đơn vị, mỗi ngày 4 viên, dùng một tuần liền.

+ *Cho chồng:* uống nystatin liều lượng và thời gian uống giống như vợ, và nên bôi kem nystatin vào dương vật.

3. Viêm âm đạo không đặc hiệu.

Trong âm đạo, bình thường lúc nào cũng có một số vi khuẩn, như tụ cầu, liên cầu, E.coli v.v... nhưng không gây bệnh, trừ khi có điều kiện thuận lợi như: độ toan của môi trường âm đạo xuống thấp khi giao hợp

thường xuyên, khi cơ thể suy yếu, khi rối loạn nội tiết, khi dùng kháng sinh hoặc thụt rửa âm đạo nhiều lần đều có thể làm tiêu diệt vi khuẩn làm phân giải đường lactose ở âm đạo; đặc biệt là quan hệ tình dục với người đang bị viêm nhiễm, hoặc như dương vật khi giao hợp kém vệ sinh... đều gây ra viêm âm đạo không đặc hiệu.

☞ **Dấu hiệu để xác định viêm âm đạo không đặc hiệu.**

Các dấu hiệu lâm sàng cũng tương tự như các loại viêm âm đạo khác như:

Khí hư ra nhiều, loãng, màu hơi xám, nếu bệnh nặng thì khí hư màu vàng như mủ, kèm theo sưng tấy và đau nhiều ở âm đạo có thể lan lên tử cung, vòi trứng và cả tiểu khung. Toàn thân có sốt cao, người mệt mỏi, đau âm ỉ vùng bụng dưới, đôi khi có hạch ở bẹn.

Để xác định bệnh, tốt nhất là xét nghiệm khí hư, tìm thấy vi khuẩn gây bệnh để dùng kháng sinh đặc hiệu. Thể nhẹ thì dùng acid boric 1% rửa âm đạo, hoặc đặt viên gelatin 600mg có chứa acid boric vào âm đạo ngày 2 lần, đặt trong 7-10 ngày.

Chú ý: phần lớn viêm âm đạo không đặc hiệu hay phối hợp với các viêm như: nấm, trùng roi, lậu v.v... nên nếu có dấu hiệu của viêm đặc hiệu thì chữa theo đặc hiệu và có thể dùng cùng kháng sinh khi có biểu hiện sốt hoặc đau ở bộ phận sinh dục trên (viêm tiểu khung).

LỊCH TIÊM CHỦNG TRẺ EM

Trong vòng một tháng sau sinh	Tiêm BCG phòng lao
Tháng thứ ba	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tiêm phòng bạch hầu, ho gà, uốn ván (BH-HG-UV) (lần 1) 2. Uống thuốc phòng bại liệt (lần 1)
Tháng thứ tư (cách tiêm lần trước 1 tháng trở lên)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tiêm phòng BH-HG-UV (lần 2) 2. Uống thuốc phòng bại liệt (lần 2)
Tháng thứ năm (cách tiêm lần trước 1 tháng trở lên)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tiêm phòng BH-HG-UV (lần 3) 2. Uống thuốc phòng bại liệt (lần 3)
Tháng thứ chín	Tiêm phòng sởi (1 mũi là đủ)
Sau 18 tháng	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tiêm nhắc lại BH-HG-UV. 2. Uống nhắc lại thuốc phòng bại liệt
Sau 30 tháng	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tiêm nhắc lại BH-HG-UV. 2. Uống nhắc lại thuốc phòng bại liệt

★ **Cần chú ý:**

1. *Tiêm đúng kỹ thuật:* BCG tiêm trong da; BH-HG-UV tiêm bắp; sởi tiêm dưới da, vaccin bại liệt chỉ cần uống.

2. *Vaccin BH-HG-UV phải tiêm 3 liều, liều nọ cách liều kia ít nhất 30 ngày.*

3. *Theo dõi sau khi tiêm.*

- **Vaccin BCG:** sau khi tiêm 2-3 tuần, nốt tiêm sẽ viêm tấy nhẹ, rồi thành nốt loét nhỏ, ít lâu sẽ thành sẹo. Đó là phản ứng bình thường, kết quả tốt. Nhưng nếu mưng mủ to, loét rộng, sốt, nổi hạch thì nên đến bệnh viện điều trị cho chóng khỏi.

- **Vaccin sởi:** có thể sốt, phát ban nhẹ. Chỉ cần chườm lạnh.

- **Vaccin BH-HG-UV:** có thể co giật, choáng trong vòng 2-3 ngày sau khi tiêm. Nếu vậy, lần sau không được tiêm nữa.

4. *Sốt nhẹ, suy dinh dưỡng, có bệnh tim bẩm sinh vẫn tiêm chủng được như thường lệ.*

(Viết tắt: BH-HG-UV = Bạch hầu - Ho gà - Uốn ván)

**Để vaccin phát huy được hiệu quả,
phải hết sức chú ý bảo quản vaccin
theo đúng chế độ chuyên môn!**

PHẦN II

HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG THUỐC

GS Hoàng Tích Huyền

PTS Nguyễn Vi Ninh

PTS Nguyễn Thị Vinh

Phần II này viết để giúp ích cho bác sỹ và dược sỹ tuyến cơ sở; vậy không phải bất kỳ ai cũng có thể tự ý dùng thuốc theo hướng dẫn ở phần II này. Cần luôn nhớ rằng: "Thuốc là con dao hai lưỡi", bên cạnh tác dụng có lợi, thì mọi thuốc đều có tác dụng không mong muốn và độc tính.

Trong mỗi hộp thuốc, đều có bản giới thiệu về tính chất thuốc, dược động học, tác dụng không mong muốn, độc tính, chỉ định, chống chỉ định, cách dùng, liều lượng, tương tác thuốc, hạn dùng, điều kiện bảo quản... Bác sỹ và dược sỹ phải đọc kỹ, đọc rất kỹ để

cấp phát và chỉ định dùng thuốc cho đúng, tránh mọi sai lầm đáng tiếc!

Càng thận trọng trong cấp phát và sử dụng thuốc thì càng tốt!

Lời đề nghị:

1. Luôn luôn đọc thật kỹ các bản chỉ dẫn dùng thuốc, trước khi cấp phát và kê đơn thuốc.
2. Khi thật cần, thì mới phải dùng nhiều loại thuốc để tránh tương tác bất lợi.
3. Cần thận khi phối hợp thuốc ở trẻ sơ sinh và ở người cao tuổi.
4. Luôn có trong tay những bản ghi tương tác và tương kỵ thuốc.
5. Hỏi người bệnh về tiền sử bệnh và đã dùng thuốc gì rồi?
6. Nói chung, không được trộn các dung dịch (tiêm, uống) với nhau để tránh tương kỵ thuốc.
7. Để thuốc tránh xa trẻ em và người cao tuổi.

★ **Lưu ý:** trong sách thuốc, nếu ở phần "liều lượng" không ghi liều lượng chi tiết cho trẻ sơ sinh và trẻ em, thì đó là liều lượng **chỉ dùng cho người lớn**.

ACETAZOLAMID

Tên khác: Diamox

Trình bày: Viên 250mg

☞ **Chỉ định:** chữa động kinh, tăng nhãn áp (glôcôm).
Ít dùng để lợi niệu.

⊕ **Cách dùng:** để phòng tái phát nhiều về đêm, nên uống thuốc sau bữa ăn sáng sớm (nếu dùng nhiều lần, thì lần cuối cùng nên uống vào 6 giờ chiều).

Người lớn: uống 250-500mg trong 24 giờ, chia làm 2-4 lần, uống khi ăn no. Khi thật cần, có thể tăng đến 1 gam/24 giờ.

Trẻ em trên 5 tuổi: uống 5-10mg/kg thể trọng/24 giờ, cũng chia làm nhiều lần.

☹ **Phản ứng có hại:** mệt mỏi, mất kali gây khô miệng, khát nước, tim loạn nhịp, thay đổi tính nết, chuột rút, đau cơ, buồn nôn, mạch yếu. Cần bồi bổ cam chanh hoặc phụ trợ kali citrat.

Không nghiêm trọng: đi lỏng, chán ăn, vị kim loại ở miệng, sút cân, tê cứng, ngứa, nóng ở miệng, tay, chân, hậu môn.

⚠ **Chống chỉ định:** suy gan, suy thận, suy thượng thận, có thai, tiền sử sỏi thận, mẫn cảm với sulfamid.

ACTISÔ

Tên khác: Artichol, Chophytol, Phytol.

Trình bày: viên bọc đường 0,20 gam cao tinh chế, hoặc 0,25 gam cao thô. Thuốc uống giọt (10 giọt tương đương với một viên).

☞ **Chỉ định:** viêm gan bán cấp và mạn tính, xơ gan ở thời kỳ đầu; chứng vàng da; dị ứng do thức ăn; viêm thận đi tiểu ít (do suy tim, xơ gan, phù nề, cổ trướng).

☞ **Cách dùng:**

Người lớn: uống mỗi lần 2-4 viên trước bữa ăn, dùng 3 lần/24 giờ. Trẻ em tùy theo tuổi, dùng liều từ 1/4 đến 1/2 liều của người lớn.

Hoặc người lớn uống 60-120 giọt/24 giờ; dùng 10-20 ngày liền.

ADRENALIN

Tên khác: Epinephrin

Trình bày: ống 1mg/1ml.

Bảo quản: tránh ánh sáng; không dùng dung dịch đã ngả màu hoặc đã có kết tủa.

☞ **Chỉ định:** cơn cấp tính của hen phế quản; chữa choáng, phản vệ; chống phù do loạn thần kinh mạch.

⌚ **Cách dùng:**

Người lớn: chữa hen 0,2-0,5 ml (tức là 0,2-0,5mg) tiêm chậm dưới da ở mặt ngang phía trước đùi. Chữa choáng phản vệ: 1ml tiêm bắp thịt rất chậm.

Trẻ em: 0,01 ml/kg thể trọng. Liều tối đa cho một trẻ trên 6 tuổi: tiêm bắp 0,3ml chậm.

Tác dụng sẽ thấy sau khi tiêm 3-5 phút. Ở người lớn, có thể tiêm lặp lại sau lần thứ nhất 30 phút.

☹ **Phản ứng có hại:** nhức đầu, lo lắng, sợ hãi, căng thẳng, tăng huyết áp, mạch nhanh và không đều, choáng váng, đánh trống ngực, sốt, tím tái, run. Cần thông báo cho người bệnh biết trước những tác dụng không mong muốn này. Liều cao gây trụy mạch và choáng.

☞ **Chống chỉ định:** trẻ em dưới 6 tuổi, hen, tim, đái tháo đường, cao huyết áp, vữa xơ động mạch, cường tuyến giáp trạng, suy mạch vành, loạn nhịp tim.

✖ **Cấm** tiêm adrenalin vào tĩnh mạch.

Dùng adrenalin trong mọi trường hợp phải có chỉ định của thầy thuốc chuyên khoa.

ALBENDAZOL

Tên khác: Zentel, Alben, Zoben

Trình bày: viên nén 200mg

☞ **Chỉ định:** chống bệnh giun đũa, giun kim, giun móc, giun tóc, sán dây, ấu trùng sán lợn, giun lươn.

🕒 **Cách dùng:**

1. *Chống giun:* người lớn và trẻ em trên 2 tuổi, uống liều duy nhất 400mg. Nếu dùng lần thứ hai, phải chờ sau ba tuần lễ.

2. *Chống sán dây:* người lớn và trẻ em trên 2 tuổi, uống 400mg trong 24 giờ, dùng trong 3 ngày liên.

3. *Chống ấu trùng sán lợn:* người lớn và trẻ em trên 2 tuổi, uống 15 mg/kg thể trọng/24 giờ; dùng trong 20 ngày. Nghỉ một tháng, rồi uống đợt 2. Trước điều trị 5 ngày, trong đợt điều trị và sau đợt điều trị 5 ngày, uống thêm dexamethason (người lớn 4-16 mg trong 24 giờ).

☹ **Phản ứng có hại:** hiếm: nhức đầu, rối loạn tiêu hóa.

☞ **Chống chỉ định:** có thai, trẻ em dưới 24 tháng tuổi.

ALMACA

Trình bày: viên nén chứa 200mg nhôm hydroxyd, 70mg magnesi hydroxyd và 70mg bột mai mực.

- ☞ **Chỉ định:** đau loét dạ dày-tá tràng, viêm dạ dày do thừa acid dịch vị.
- ⌚ **Cách dùng:** uống mỗi lần 4 viên sau khi ăn hoặc lúc đau; dùng 2 lần/24 giờ.

AMILORID

Trình bày: viên màu vàng 5mg.

- ☞ **Chỉ định:** thuốc lợi niệu giữ kali. Thường phối hợp với thuốc lợi niệu thiazid. Điều trị phù tim, huyết áp cao, xơ gan cổ trướng.
- ⌚ **Cách dùng:**

Dùng đơn độc: người lớn bắt đầu uống 10mg/24 giờ (liều tối đa: 20mg/24 giờ). Đến khi có tác dụng lợi niệu, giảm dần liều tới liều thấp nhất mà vẫn còn tác dụng.

Dùng kết hợp với thiazid: người lớn uống 5-10mg/24 giờ, tùy thể trạng người bệnh. Không dùng quá 20 mg/24 giờ.

☹ **Phản ứng có hại** (nhiều): chán ăn, buồn nôn, nôn, đau trướng bụng, táo bón hoặc ỉa chảy, chảy máu ống tiêu hóa, vàng da, khó tiêu, khô miệng, khát, dị cảm, chóng mặt, choáng váng, co rút cơ, hạ huyết áp tư thế đứng. Nguy cơ do tăng kali-máu.

⚠ **Chống chỉ định:** tăng kali-máu; suy thận; trẻ em; có thai; mẫn cảm với amilorid.

Thận trọng: người đái tháo đường; chứng toán-máu hô hấp hoặc do chuyển hóa; người cao tuổi, xơ gan; phù tim.

Tránh kết hợp amilorid với muối kali hoặc với mọi thuốc chứa kali.

AMINOPHYLIN

Tên khác: Diaphylline, Euphylline.

Trình bày: viên nén 100mg; thuốc đạn 250mg và 500mg; ống tiêm 10ml chứa 250mg aminophylin.

Bảo quản: đựng lọ kín, tránh ánh sáng. Để xa trẻ em và người cao tuổi.

☞ **Chỉ định:** làm giãn phế quản, uống phòng và chữa hen phế quản, chứng khó thở của bệnh phế quản-phổi, khí thũng.

Ⓛ **Cách dùng:** bắt đầu bằng liều thấp và điều chỉnh liều lượng theo từng cá thể.

Người lớn: uống 100mg mỗi lần, uống 3-4 lần trong 24 giờ.

Thuốc đạn, đặt mỗi lần 250-500 mg, đặt 2-3 lần trong 24 giờ.

Tiêm tĩnh mạch 250mg rất chậm trong thời gian 15 phút, người bệnh ở tư thế nằm.

☹ **Phản ứng có hại:** kích ứng dạ dày, buồn nôn, nôn, nhức đầu, nhịp tim nhanh, chán ăn, đái nhiều, co giật, choáng váng, thao thức bồn chồn, run, mệt mỏi.

Khi ngộ độc: nhức đầu, nôn ra máu.

✋ **Chống chỉ định:** vì là thuốc chứa theophyllin, nên cấm dùng ở người dị ứng với theophyllin.

Không dùng khi có thai và ở trẻ em dưới 15 tuổi.

Không dùng cùng nước chè, cà phê, cacao, chocolat.

★ **Ghi chú:** phải tiêm tĩnh mạch rất chậm (15 phút), vì tiêm nhanh gây loạn nhịp tim. Uống, đặt trực tràng, tiêm tĩnh mạch nhiều lần sẽ gây quen thuốc, phế quản bị co thắt lâu dài, không giãn được. Không dùng nhắc lại với khoảng cách quá ngắn (dưới 8 giờ).

Phải giảm liều khi suy tim, suy mạch vành, suy gan, béo phì, cường tuyến giáp, tiền sử động kinh,

thận trọng ở người viêm loét dạ dày - tá tràng.

Tương tác thuốc: Cimetidin, erythromycin làm tăng hàm lượng theophyllin trong máu, vậy cần giảm liều aminophyllin.

Không dùng aminophyllin cùng ciprofloxacin, norfloxacin, phenytoin, ranitidin.

Uống với nhiều nước, khi đói (1 giờ trước hoặc 2 giờ sau khi ăn).

AMIODARON

Tên khác: Cordarone.

Trình bày: viên nén 200mg; ống tiêm 3ml (chứa 150 mg).

Tác dụng:

Chống loạn nhịp (nhóm III Vaughan Williams), bằng cách chặn kênh calci. Làm giảm tự động xoang, giảm dẫn truyền.

Chống đau thắt ngực.

☞ **Chỉ định:**

Rối loạn nhịp nhĩ: ngoại tâm thu, rung nhĩ.

Rối loạn nhịp thất: ngoại tâm thu, ngừa cơn nhanh thất.

Đau thắt ngực.

⊕ **Cách dùng:**

Uống 2-3 viên/24 giờ, dùng 8-10 ngày.

Tiêm tĩnh mạch 5mg/kg thể trọng.

Truyền tĩnh mạch 6ml pha vào 250ml dung dịch glucose đẳng trương (thời gian truyền 20 phút - 3 giờ), truyền 2-3 lần/24 giờ.

☹ **Phản ứng có hại:** da nhạy bất năng; rối loạn chức năng tuyến giáp; xơ phổi kẽ.

✂ **Chống chỉ định:**

Tim chậm, chậm xoang hoặc suy nút xoang hoặc bloc nhĩ thất.

Rối loạn chức năng tuyến giáp.

Đang có thai hoặc thời kỳ đang cho con bú.

Thận trọng khi kết hợp với các chẹn beta, verapamil, diltiazem.

AMLODIPIN

Tên khác: Amlor, Novacs

Trình bày: viên nang 5mg.

Tác dụng:

Chặn kênh calci: ít ảnh hưởng đến nhịp tim.

Làm giãn mạch và hạ huyết áp.

Tác dụng kéo dài và kiểm soát được.

☞ **Chỉ định:**

Tăng huyết áp.

Dự phòng cơn đau thắt ngực.

⌚ **Cách dùng:** người lớn uống một lần duy nhất 5mg/24 giờ.

⊗ **Phản ứng có hại:**

Có thể nhức đầu, bốc hỏa, phù chân.

⌘ **Chống chỉ định:** dị ứng với amlodipin.

AMPICILIN VÀ AMOXICILIN

Tên khác của ampicilin: Ampen, Omnipen, Totacilline, Totapen, Peniclin.

Tên khác của amoxicilin: Amoxi, Bristamox, Clamoxyl, Polymox, Trimox, Wymox.

Trình bày: viên 250mg hoặc 500mg. Lọ bột pha tiêm chứa 125-200-500mg hoặc 1 gam; 2 gam hoặc 10 gam.

Phổ tác dụng: các vi khuẩn nhạy cảm nhất là lậu cầu, màng não cầu, liên cầu, phế cầu, ly trực khuẩn, thương hàn (với amoxicilin), E.coli, Clostridium, Listeria, cầu khuẩn ruột... Xin đọc thêm bảng "**Phổ tác dụng của kháng sinh**" trong phần phụ lục.

☞ **Chỉ định:** chữa bệnh do các vi khuẩn nhạy cảm với ampicilin và amoxicilin gây nên, như nhiễm khuẩn đường tiết niệu-sinh dục, đường hô hấp, đường tiêu hóa, viêm màng não, dự phòng viêm màng trong tim nhiễm khuẩn.

☹ **Phản ứng có hại:** ngoại ban (hay gặp hơn ở penicilin), phản ứng dị ứng (mày đay, phản vệ), rối loạn ống tiêu hóa (buồn nôn, đi lỏng, viêm ruột kết màng giả). Liều cao gây viêm thận kẽ và thiếu máu tan máu.

✂ **Chống chỉ định:** cơ địa dị ứng hoặc có tiền sử dị ứng với penicilin và các kháng sinh khác cùng nhóm.

Ghi chú: Ampicilin có phổ rộng hơn penicilin G. Nếu uống, dùng amoxicilin (hấp thu 95%) tốt hơn ampicilin (hấp thu 40%).

Amoxicilin tác dụng mạnh hơn ampicilin đối với thương hàn. Ampicilin tác dụng mạnh hơn amoxicilin đối với ly trực khuẩn. Penicilin G tác dụng mạnh hơn ampicilin, amoxicilin đối với vi khuẩn Gram (+).

Phải thử phản ứng dị ứng trước khi dùng.

⌚ **Cách dùng:** xem bảng trang 193.

Chú thích: để diệt những vi khuẩn có sinh men β -lactamase (men này làm mất tác dụng của ampicilin

và amoxicilin), có thể kết hợp hai kháng sinh này với chất ức chế men β -lactamase.

Ví dụ: Ampicilin + sulbactam (Unasyn)

Amoxicilin + acid clavulanic (Augmentin)

Phổ tác dụng của các hỗn hợp này mở rộng sang vi khuẩn Gram (+) ưa khí, Gram (-) ưa khí và vi khuẩn kỵ khí.

Chỉ định tốt trong nhiễm khuẩn đường hô hấp, tai mũi họng, tiêu hóa, mật, tiết niệu, da liễu, phụ khoa, xương và mô mềm, thần kinh trung ương, nhiễm khuẩn huyết, nhiễm khuẩn sau mổ, bệnh lậu.

Chống chỉ định: dị ứng với kháng sinh nhóm β -lactamase; nhiễm virus.

☹ **Phản ứng có hại (hiếm):** Đau tại chỗ tiêm, đi lỏng, buồn nôn, nổi mẩn.

	Trẻ sơ sinh dưới 1 tuần	Trẻ sơ sinh trên 1 tuần	Trẻ em	Người lớn	Suy thận vừa và nặng
Uống: amoxicilin			25-50mg/kg thể trọng trong 24 giờ. Chia làm 3 lần uống	0,25-0,5gam mỗi lần. Cách 6-8 giờ, uống một lần	Mỗi lần uống tối đa 0,5 gam. Cách 12 giờ uống 1 lần
Tiêm tĩnh mạch: ampicilin	50-150mg/kg thể trọng trong 24 giờ; chia 2-3 lần tiêm	75-200mg/kg thể trọng trong 24 giờ. chia 3-4 lần tiêm	50-300mg/kg thể trọng trong 24 giờ. chia làm 4 lần tiêm	0,5-2,0 gam mỗi lần. Cách 4-6 giờ tiêm một lần	mỗi lần tiêm tối đa 1 gam. Cách 8 giờ tiêm một lần

ARTEMISININ

Tên khác: Tsinghaosu (Thanh hao tố).

Trình bày: viên nén 250mg, viên nang 250mg.

☞ **Chỉ định:** chữa sốt rét thể nhẹ và trung bình.

⊕ **Cách dùng:**

Ngày đầu: uống mỗi lần 500mg, uống 2 lần trong 24 giờ.

Bốn ngày sau: uống 500mg trong 24 giờ, uống liền trong 4 ngày. Tổng liều cả đợt là 3 gam (trong 5 ngày). Ở vùng *P.falciparum* kháng nặng cloroquin, thì có thể dùng artemisinin trong 6 ngày, tùy theo sốt và ký sinh trùng cắt chậm (sau 2-3 ngày).

* *Trùng hợp sốt rét nặng*, có thể phối hợp với tetracyclin (kể cả doxycyclin), với mefloquin hoặc quinin.

Thận trọng khi dùng ở người có thai.

ASPIRIN

Tên khác: Acid acetylsalicylic, Aspegic.

Trình bày: viên 300mg - 500mg

Bảo quản: dùng loại thuốc còn hạn dùng. Không

dùng khi thuốc đã có mùi dấm (acid acetic).

☞ **Chỉ định:** hạ sốt, chống viêm, giảm đau ngoại biên.
Chỉ dùng khi thật cần.

⌚ **Cách dùng:** uống cùng một cốc nước đầy hoặc uống sau khi ăn nó, để tránh kích ứng dạ dày.

Người lớn: từng 6 giờ, uống một lần 300-600mg (tối đa: 3gam/24 giờ).

Trẻ em trên 6 tuổi: từng 6 giờ, uống 300mg (tối đa: 1gam/24 giờ)

☹ **Phản ứng có hại:**

Đau bụng, kích ứng dạ dày, chảy máu tiêu hóa tiềm tàng, làm nặng thêm vết loét cũ ở ống tiêu hóa. Dùng dài ngày với liều cao có thể kéo dài thời gian chảy máu.

Ở người quá mẫn cảm với aspirin, có thể phát ban, hen. Kéo dài sự chuyển dạ, làm chậm đẻ.

Liều quá cao aspirin có thể gây tử vong.

Trẻ em quá ít tuổi rất nhạy cảm với aspirin.

☞ **Chống chỉ định:**

Loét dạ dày - tá tràng; các bệnh chảy máu (chảy máu cam, máu lợi...);

Quá mẫn cảm với aspirin; có thai 3 tháng đầu và 3 tuần trước khi chuyển dạ.

Thận trọng khi suy thận, hen, trẻ em dưới 5 tuổi.

Ghi chú:

Dấu hiệu khi dùng thuốc quá liều: ù tai, giảm thính lực, nhức đầu.

Aspirin, pH₈ đi qua được dạ dày và hấp thu ở tá tràng, tránh kích ứng dạ dày - tá tràng.

ATROPIN SULFAT

Trình bày: ống tiêm 1mg/ml. Thuốc nhỏ mắt 0,3%-0,5%-1%.

Bảo quản: độc, bảng A.

Chỉ định:

Thuốc tiêm: chống co thắt, loét dạ dày-tá tràng, cơn sỏi thận, Parkinson, nhịp tim chậm thuộc hệ phó giao cảm, rối loạn nhĩ-thất, co thắt ruột.

Tiền mê, phối hợp với thuốc an thần và thuốc mê.

Thuốc nhỏ mắt: viêm mống mắt, chuẩn bị khám mắt, liệt cơ mi do khúc xạ.

⌚ **Cách dùng:** tiêm dưới da hoặc tĩnh mạch chậm.

Người lớn 0,25mg (tối đa 1-2mg/24 giờ).

Trẻ em 6-15 tuổi: tiêm 0,6-1mg/24 giờ, chia 2-3 lần

Trẻ em 1-5 tuổi: tiêm 0,25-0,5mg/24 giờ, chia 2-3 lần

Thuốc nhỏ mắt: 1 giọt mỗi lần, dùng 2-3 lần/24 giờ.

⊗ **Phản ứng có hại:** giãn đồng tử làm rối loạn điều tiết mắt lâu hàng tuần, khô miệng, táo bón.

✎ **Chống chỉ định:** với thuốc tiêm: glôcôm, u tuyến tiền liệt, suy tim.

Với thuốc nhỏ mắt: glôcôm (dung dịch 1% không được dùng cho trẻ còn bú và trẻ nhỏ tuổi).

BENZATHIN-PENICILIN

Tên khác: Benzathin-penicilinG; benzathin-penicilin-benzylpenicilin; Bicilline; Extencilline.

Trình bày: lo bột pha tiêm hoặc hỗn dịch tiêm.

Bảo quản: đựng lọ kín, để nơi khô mát, tránh ánh sáng.

☞ **Chỉ định:** chữa bệnh giang mai. Dự phòng tái phát bệnh thấp khớp cấp (dùng trong nhiều năm liền).

⊕ **Cách dùng:** chỉ tiêm bắp thịt, cấm tiêm tĩnh mạch. Tác dụng lâu bền: chỉ tiêm bắp một lần 2,4 triệu đơn vị, sẽ giữ được nồng độ hữu hiệu trong máu trong một tháng.

Liều lượng: xin đọc ở mục "PenicilinG".

* Pha xong phải dùng ngay.

☹ **Phản ứng có hại:** xin đọc ở mục "Penicilin G".

✋ **Chống chỉ định:** xin đọc ở mục "Penicilin G".

BERBERIN

Trình bày: viên-nén 0,01g và 0,05g.

☞ **Chỉ định:** ly trực khuẩn, hội chứng ly; ly amíp, viêm ruột, ỉa chảy.

⌚ **Cách dùng:**

Người lớn: uống mỗi lần 0,1-0,2g, dùng 2-3 lần/24 giờ.

Trẻ em: uống mỗi lần 0,01 - 0,10g tùy theo tuổi, dùng 2-3 lần/24 giờ.

✋ **Chống chỉ định:** Có thai.

BERBERIN B.M.

Thành phần: viên nén có berberin, bột mộc hương, cao ba chẽ và kaolin.

⌚ **Cách dùng:**

Người lớn: uống mỗi lần 8 viên, dùng 3 lần/24 giờ.

Trẻ em: uống mỗi lần 2-6 viên tùy theo tuổi, dùng 3 lần/24 giờ.

BỘT KHUNG CHỈ

Trình bày: gói nhỏ 4g bột.

Thành phần: bào chế từ các dược liệu: xuyên khung, bạch chỉ.

☞ **Chỉ định:** cảm cúm, sốt, viêm mũi.

⌚ **Cách dùng:**

Uống 1-2 gói nhỏ mỗi lần, dùng 2 lần/24 giờ. Pha với nước nóng để uống.

CIMETIDIN

Tên khác: Tagamet, Gastromet.

Trình bày: viên nén 200-300 và 400mg.

☞ **Chỉ định:** chống tiết acid dịch vị, chữa viêm loét dạ dày-tá tràng, chứng hồi lưu dạ dày - thực quản, hội chứng Zollinger-Ellison.

⌚ **Cách dùng:** người lớn ngày uống 2 lần, mỗi lần 200mg trong bữa ăn và trước khi ngủ tối, uống thêm 400mg. Mỗi đợt dùng ít nhất 6 tuần lễ.

☹ **Phản ứng có hại:** ỉa chảy, chóng mặt, mẩn đỏ ngoài da, mệt mỏi, có khi loạn nhịp tim.

☞ **Chống chỉ định:** có thai, cho con bú, trẻ em dưới 16 tuổi.

Ghi chú: giảm liều ở người suy thận. Cimetidin làm tăng tác dụng và tăng độc tính của phenytoin, theophyllin, thuốc kháng vitamin K.

CLOFAZIMIN

Tên khác: Lamprène

Trình bày: nang 100mg.

☞ **Chỉ định:** chữa các thể bệnh phong (cùi) ở mọi giai đoạn của bệnh, kể cả cơn phản ứng phong.

🕒 **Cách dùng:**

Trẻ em (nhóm nhiều trực khuẩn):

Thể trọng	Uống 1 lần mỗi tháng (có giám sát)	Uống mỗi tuần 1 lần	Thời gian điều trị
< 20 kg	100 mg	100 mg	Ít nhất 2 năm hoặc đến khi xét nghiệm âm tính
21 - 30 kg	150-200 mg	150 mg	
31 - 50kg	200 - 300 mg	50 mg	

Người lớn (nhóm nhiều trực khuẩn phong): uống mỗi tháng một lần 300mg (có giám sát) và tự uống 50mg hàng ngày. Thời gian điều trị ít nhất 2 năm

hoặc cho đến khi xét nghiệm tìm trực khuẩn âm tính. Theo dõi sau 1-2-6 tháng (và suốt trong 5 năm). Thường phối hợp với dapson (DDS) và rifampicin.

☹ **Phản ứng có hại:** đau dạ dày-ruột, nhiễm sắc da.

⚠ **Chống chỉ định:** có thai, suy thận, suy gan nặng.

CLOPROPAMID

Tên khác: Diabinese

Trình bày: viên 100mg hoặc 250mg.

☞ **Chỉ định:** là sulfamid hạ đường huyết, dùng trong các thể đái tháo đường không gây ceton-huyết và còn tiết được insulin, ở tuổi cao.

🕒 **Cách dùng:**

Tùy từng ca bệnh, trung bình ở người lớn, uống 250-500mg trong 24 giờ, chia làm 2 lần. Tùy theo kết quả, sẽ tăng hoặc giảm từ từ liều lượng trên, nhưng không được quá 1 gam trong 24 giờ.

Người cao tuổi, khởi đầu uống 125-250 mg trong 24 giờ, chia làm 2 lần dùng.

☹ **Phản ứng có hại:**

Theo dõi chặt chẽ, nhất là 3-5 ngày đầu dùng thuốc. Có thể có dị ứng ngoài da, vàng da ứ mật,

chán ăn, buồn nôn, đau thượng vị, mệt mỏi.

Hiếm: thay đổi công thức máu; nếu có bất thường về công thức máu, cần ngừng thuốc ngay.

* *Chỉ thấy thuốc chuyên khoa mới chỉ định thuốc này.*

☞ **Chống chỉ định:** đái tháo đường phụ thuộc insulin (đặc biệt ở tuổi trẻ), đái tháo đường acid-ceton, tiền hôn mê do đái tháo đường, suy gan, suy thận, bệnh tuyến giáp trạng, có thai, cho con bú, tiền sử dị ứng với sulfamid.

Ghi chú: dùng clopropamid vẫn cần theo chế độ ăn giảm calo, giảm glucid.

Không dùng clopropamid cùng: thuốc chống viêm không steroid (aspirin, phenylbutazon, indomethacin...) sulfamid, kìm khuẩn, cloramphenicol, rượu, phenobarbital, các corticoid, clorpromazin, hydroclorothiazid, thuốc ngừa thai (loại uống)...

CLORAMPHENICOL

Tên khác: Chloromycétine, Clorocid, Tifomycine, Levomycétine.

Trình bày: viên 250mg hoặc 500mg.

☞ **Chỉ định:** càng ít dùng càng tốt. Chỉ dùng khi vi khuẩn bị kháng với các thuốc khác, như trong áp xe não,

thương hàn và phó thương hàn, nhiễm khuẩn kỵ khí ở thân kinh trung ương, bệnh do *Haemophilus influenzae*, *Shigella*, *Rickettsia*, bệnh xương do *Brucella*.

⌚ **Cách dùng:**

Người lớn: từng 6 giờ, uống một lần 250-500mg.

Trẻ lớn tuổi: uống 50mg/kg thể trọng trong 24 giờ, chia làm 4 lần.

☹ **Phản ứng có hại:**

* *Tai biến về máu:* suy tủy, gồm 2 loại:

• Thiếu máu, phụ thuộc liều cao và dùng dài ngày, sẽ phục hồi khi ngừng thuốc.

• Thiếu máu bất sản: nguy hiểm, không phụ thuộc liều dùng.

* Hội chứng xám: nôn, tím xanh, trụy mạch, rất nguy hiểm, dễ xảy ra ở trẻ sơ sinh, trẻ nhỏ tuổi.

* Dùng dài ngày có thể rối loạn tiêu hóa, mê sảng, viêm dây thần kinh.

🚫 **Chống chỉ định:** có thai, cho con bú, trẻ sơ sinh dưới 6 tháng tuổi, người suy gan, giảm huyết cầu nặng, mẫn cảm với cloramphenicol.

Ghi chú:

Cần làm công thức máu trước khi dùng thuốc.

Không dùng cloramphenicol cùng sulfamid hạ đường huyết, diphenylhydantoin (phenytoin).

Trong sốt thương hàn, nếu dùng liều cao, có thể bị choáng do vi khuẩn bị diệt và giải phóng ra nội độc tố.

CLOROQUIN

Tên khác: Nivaquine, Delagil, Resorchine, Aralen.

Trình bày: viên 150mg base.

Bảo quản: đựng lọ kín, tránh ánh sáng.

☞ **Chỉ định:** phòng và chống sốt rét. Điều trị amíp gan, luput ban đỏ, viêm đa khớp dạng thấp.

⊕ **Cách dùng:** uống cloroquin lúc ăn no.

* *Chữa sốt rét*, người lớn uống 500mg/24 giờ, dùng trong 5 ngày.

* *Bệnh amíp gan*: uống 600mg/24 giờ, dùng 2-3 ngày, rồi giảm dần xuống 300mg/24 giờ và dùng trong 3 tuần.

* *Viêm đa khớp dạng thấp*: uống 300mg/24 giờ, dùng lâu dài.

⊖ **Phản ứng có hại:**

Ngứa, kích ứng ống tiêu hóa, buồn nôn, nôn.

Dùng dài ngày có thể rối loạn thị giác, bạc lông tóc.

Trẻ em mẫn cảm đặc biệt với liều cao cloroquin, có thể bị hạ huyết áp, suy hô hấp và tử vong (cần đề thuốc tránh xa trẻ em).

☞ **Chống chỉ định:**

Bệnh võng mạc, trẻ em dưới 12 tuổi.

Thận trọng khi dùng các thuốc chứa magnesi, nhôm, calci (cần uống cloroquin cách xa các thuốc này 2 giờ).

CLORPROMAZIN

Tên khác: Aminazin, Largactil, Plegomazin, Propaphenin.

Trình bày: viên nén 25mg - 50mg và 100mg.

☞ **Chỉ định:** thuốc an thần kinh (dùng trong khoa tâm thần); chống nôn.

🕒 **Cách dùng:**

Người lớn uống mỗi lần 25mg, dùng 3 lần trong 24 giờ. Dùng tăng dần liều những ngày sau, tới liều có tác dụng.

Tối đa (người lớn): 150mg mỗi lần; 500mg trong 24 giờ.

* Liều lượng trên đây phải được thầy thuốc

chuyên khoa chỉ định.

Chống nôn, say tàu xe: người lớn uống 25mg.

⊖ **Phản ứng có hại:** buồn ngủ, khô miệng, giảm huyết áp, mạch nhanh, mẫn cảm với clorpromazin.

⊕ **Chống chỉ định:** suy gan, suy thận, suy tim, hôn mê, vàng da, động kinh, người quá già.

* Không dùng khi lái xe, làm việc trực tiếp với máy móc, làm việc trên cao.

Ghi chú: để tránh xa trẻ em và người cao tuổi.

Chỉ thấy thuốc chuyên khoa mới chỉ định thuốc này để an thần kinh.

Clorpromazin làm tăng tác dụng của các thuốc ức chế thần kinh trung ương (như thuốc ngủ, an thần, thuốc phiện, rượu...), nên không dùng phối hợp.

CO-TRIMOXAZOL

Tên khác: Bactrim, Eusaprim, Septra, trimethoprim/sulfamerthoxazol (TMP/SMX).

Trình bày: viên TMP/SMX (80/400mg) hoặc (160/800mg) hoặc (20/100mg cho trẻ em).

Bảo quản: lọ kín, nơi khô mát, tránh ánh sáng, để xa trẻ em và người cao tuổi.

☞ **Chỉ định:** do phối hợp hai loại thuốc kìm khuẩn nên TMP/SMX có tác dụng diệt khuẩn. Tác dụng mạnh chống vi khuẩn đường ruột: thương hàn, tả, lỵ trực khuẩn, cầu khuẩn, *Listeria*, *Haemophilus influenzae*, *Nocardia*, *Yersinia*... Dùng co-trimoxazol chữa các bệnh nhiễm khuẩn ở đường hô hấp trên, tiết niệu, tiêu hóa, viêm phế quản, viêm tuyến tiền liệt, thương hàn, phó thương hàn, viêm niệu đạo do lậu cầu, viêm xoang hàm, viêm tai giữa cấp, lỵ trực khuẩn, nhiễm khuẩn da và vết thương do chùng nhạy cảm với thuốc này.

⊕ **Cách dùng:**

Nếu dùng viên TMP/SMX (80/400mg) thì:

Người lớn: mỗi lần 2 viên, uống 2 lần trong 24 giờ.

Trẻ em 6-12 tuổi: mỗi lần 1 viên, uống 2 lần trong 24 giờ.

Trẻ em 6 tháng - 6 tuổi: mỗi lần nửa viên, uống 2 lần trong 24 giờ.

Nhiễm khuẩn nặng: cần tăng liều thêm 50% (ví dụ, người lớn uống mỗi lần 3 viên, uống 2 lần trong 24 giờ).

Uống với nhiều nước. Khi hết triệu chứng của bệnh, nên uống tiếp hai ngày; thông thường uống 5 ngày liền (không được quá 2 tuần lễ).

Với bệnh lậu, cần dùng liều đặc biệt: uống 10 viên

trong 24 giờ, uống với nhiều nước. Dùng 3 ngày liền.

Với thương hàn, phó thương hàn: từng 8 giờ, uống 2 viên đến khi hết sốt; sau đó từng 12 giờ, uống 2 viên. Dùng trong 1 tháng liền.

Chữa viêm tuyến tiền liệt và Brucellose cấp: cần dùng trong 10 ngày liền.

Cấm dùng cho trẻ dưới 2 tháng tuổi. Với trẻ 3-6 tháng tuổi, uống loại viên đóng gói TMP/SMX (20/100mg), mỗi lần 1 viên, dùng 2 lần trong 24 giờ.

* Cần giảm liều lượng ở người cao tuổi, người suy thận.

☹ **Phản ứng có hại:** rối loạn dạ dày-ruột, nhức đầu, choáng váng, các phản ứng dị ứng, rối loạn công thức máu, thiếu máu tan máu.

Nặng: bong biểu bì thể bọt nước, tổn thương niêm mạc (các hội chứng Lyell, Stevens-Johnson). Phải ngừng thuốc ngay, khi có dấu hiệu bất thường (như ở da, niêm mạc).

⚠ **Chống chỉ định:** quá mẫn cảm hoặc dị ứng với các sulfamid, với trimethoprim; trẻ sơ sinh đủ tháng và thiếu tháng dưới 3 tháng tuổi đời; có thai; cho con bú; suy thận; suy gan nặng.

CỒN ASA

Trình bày: gồm aspirin, natri salicylat pha trong cồn 70°.

Bảo quản: chỗ mát. Tuổi thọ của thuốc ngắn.

☞ **Chỉ định:** dùng ngoài da, có tác dụng sát khuẩn nhẹ, chữa lang ben, nấm ngoài da, hắc bào...

⌚ **Cách dùng:** dùng bông thấm nước hoặc miếng gạc mỏng thấm cồn ASA, rồi bôi lên vùng có bệnh, ngày bôi 1-2 lần. Kết hợp với các biện pháp vệ sinh thân thể và quần áo.

☹ **Phản ứng có hại:** nếu bôi lượng lớn vào niêm mạc hoặc da non, có thể có cảm giác nóng cháy và sưng tấy.

Ghi chú: tránh để thuốc dính vào niêm mạc mắt, mũi, miệng, hậu môn, bộ phận sinh dục...

CỒN HẮC LÀO

Tên khác: dung dịch BSI, gồm acid benzoic, acid salicylic, iod, cồn 70°.

Trình bày: chai lọ miệng nhỏ, hàn kín.

Bảo quản: nút kín, nơi khô mát.

- ☞ **Chỉ định:** sát khuẩn và diệt nấm, giảm ngứa, chữa nấm da, nấm kẽ, nấm bẹn, lang ben, hắc lào.
- 🕒 **Cách dùng:** ngày bôi 1-2 lần. Cấm dùng để uống.
- ☹ **Phản ứng có hại:** căng da, rát, nếu bôi kéo dài hoặc ở vùng da mỏng.
- ☞ **Chống chỉ định:** tránh bôi vào các niêm mạc, da bìu, kẽ bẹn, bộ phận sinh dục.

DAPSON

Tên khác: DDS, Avlosulfon.

Trình bày: viên 50mg hoặc 100mg.

- ☞ **Chỉ định:** chữa bệnh phong (cùi).
- 🕒 **Cách dùng:** *Người lớn:*
 - * Nhóm nhiều vi khuẩn: uống 100mg/24 giờ, dùng trong 2 năm hoặc lâu hơn nữa, cho đến khi xét nghiệm tìm trực khuẩn âm tính.
 - * Nhóm ít vi khuẩn: uống 100mg/24 giờ, dùng trong 6 tháng.

Trẻ em liều trong 24 giờ (uống):

* Dưới 20 kg thể trọng:	25 mg	dùng 6 tháng-2 năm hoặc lâu hơn, tùy bệnh nhì ít hay nhiều trực khuẩn
* 21 - 30 kg	: 25 -30mg	
* 31 - 50 kg	: 50 - 75mg	

Thường phối hợp DDS với rifampicin và/hoặc

clofazimin (Lamprène).

- ☹ **Phản ứng có hại:** rối loạn dạ dày-ruột (buồn nôn, nôn, chán ăn), thiếu máu, phát ban, ngứa, sốt, đái ra máu, "hội chứng sulfon" (vàng da, sốt, viêm da, bệnh hạch bạch tuyết).
- ✋ **Chống chỉ định:** có thai, thời kỳ cho con bú, suy gan, mẫn cảm với DDS.

DEP

Trình bày: thuốc mỡ 100ml hoặc chai thuốc nước 500ml, chứa diethyl phtalat 95%.

Bảo quản: không đựng thuốc DEP trong lọ nhựa, cao su, ni lông.

- ✋ **Chỉ định:** diệt ký sinh trùng, diệt cái ghẻ, chống muỗi vắt.
- ⊙ **Cách dùng:** bôi 1-2 lần/24 giờ.

DEXAMETHASON

Tên khác: Decadron

Trình bày: viên 0,5mg.

- ✋ **Chỉ định:** chống viêm, dị ứng (viêm mũi, choáng phản vệ, phù Quincke, nổi mề đay), hen phế quản, viêm khớp, bệnh collagen, viêm mô liên kết,

eczema, viêm tai, phù não, nhược cơ, cơn tiến triển của viêm trực kết tràng...

Ⓛ **Cách dùng:** uống vào các bữa ăn, chia làm nhiều lần trong 24 giờ.

Người lớn: 0,05-0,1mg/kg thể trọng/24 giờ.

Trẻ em: 0,025-0,05mg/kg thể trọng/24 giờ.

⊗ **Phản ứng có hại:**

Giảm thị lực, đái nhiều lần, khát nước, khó tiêu hóa, tăng thèm ăn.

Dùng lâu dài: đau bụng, trứng cá, mặt phù nề, chuột rút, buồn nôn, nôn, đau các đầu chi, tăng cân bất thường, mọc râu tóc, mỡ cơ, tăng mỡ da bụng.

✎ **Chống chỉ định:** bệnh gút, viêm loét ống tiêu hóa, bệnh tâm thần, xơ gan cổ trướng, viêm gan, bệnh virus tiến triển, dị ứng với corticoid.

Ghi chú: hạn chế ăn muối khi dùng dexamethason; không dùng cùng vaccin sống. Chế độ ăn giàu protid, giàu calci, ít lipid, ít glucid. Giảm liều từ từ.

Các tương tác chính:

Phenobarbital, phenytoin, rifampicin làm giảm tác dụng của dexamethason.

Magnesi trisilicat làm giảm hấp thụ dexamethason (cần uống cách nhau 2 giờ).

Dexamethason làm giảm tác dụng của các thuốc chống cao huyết áp.

DEXTROMETORPHAN

Trình bày: viên nén hoặc nang 15mg và 30mg.

☞ **Chỉ định:** làm dịu ho, điều trị ho do các nguyên nhân khác nhau (do kích ứng, do viêm nhiễm đường hô hấp...). Không giảm đau, không gây ngủ.

🕒 **Cách dùng:**

Người lớn: uống mỗi lần 15-30mg, dùng 3 lần/24 giờ.

Trẻ em 6-11 tuổi: uống mỗi lần 10-15mg, dùng 3 lần/24 giờ.

Trẻ em 12-15 tuổi: uống mỗi lần 15-20mg, dùng 3 lần/24 giờ.

☹ **Phản ứng có hại:** mẫn cảm với thuốc này (ban đỏ, mẩn ngứa, mạch nhanh). Liều rất cao gây suy giảm hô hấp.

☞ **Chống chỉ định:** trẻ em dưới 6 tuổi.

Ghi chú: cần để thuốc tránh xa trẻ em và người cao tuổi.

DIAZEPAM

Tên khác: Seduxen, Valium.

Trình bày: viên 2mg, 5mg hoặc 10mg. Ống tiêm 5mg/1 ml; 10mg/1 ml hoặc 10mg/2 ml.

Bảo quản: lọ kín, tránh ánh sáng.

☞ **Chỉ định:** chống lo âu, căng thẳng thần kinh. Gây ngủ. Chống động kinh, co giật, co thắt cơ.

⊕ **Cách dùng:**

Người lớn: uống 2,5-5,0mg mỗi lần, khi cần thì dùng 2-3 lần trong 24 giờ.

Trẻ em và người cao tuổi: uống 2,5mg mỗi lần, dùng 2 lần trong 24 giờ.

Khi bị kích động mạnh: người lớn uống 10mg mỗi lần, dùng 3 lần trong 24 giờ; những ngày sau, uống 5mg mỗi lần và dùng 3 lần trong 24 giờ.

Co giật, động kinh: người lớn, tiêm tĩnh mạch rất chậm 10mg (tốc độ 1ml/1 phút); Trẻ em: 2-5mg cũng tiêm tĩnh mạch rất chậm.

* *Chỉ thầy thuốc chuyên khoa mới được chỉ định tiêm tĩnh mạch.*

⊗ **Phản ứng có hại:** mệt mỏi, choáng váng, buồn ngủ.
Dùng lâu, gây quen thuốc.

⊗ **Chống chỉ định:** tăng nhãn áp (glôcôm), nhược cơ, có thai (thuốc qua được rau thai), cho con bú (thuốc qua sữa).

Ghi chú:

Trẻ em và người cao tuổi dễ mất cảm với diazepam.

Không phối hợp diazepam với các thuốc ức chế thần kinh trung ương như phenobarbital, clorpromazin, clorphenamin, diphenhydramin, promethazin, chế phẩm thuốc phiện, rượu...

⊗ *Không dùng khi lái xe, làm việc trên cao, khi tiếp xúc với máy móc.*

DIGOXIN

Trình bày: viên nén 0,025mg. Dung dịch uống 0,025mg/ml.

Tác dụng: tác dụng lên tim: tăng sức bóp, giảm tần số, giảm dẫn truyền và tăng kích thích.

⊗ **Chỉ định:**

• Suy tim cung lượng thấp, đặc biệt tốt khi có rung nhĩ. Nếu suy tim cấp, thì phải tiêm tĩnh mạch.

- Giảm tần số thất trong rung nhĩ hoặc flutter nhĩ.
- Không tác dụng trong suy tim do trở ngại cơ học, do tim phổi mạn và suy tim có cung lượng cao.

⌚ **Cách dùng:**

Người lớn: uống 0,5mg - 1,0mg/24 giờ, rồi giảm dần xuống 0,25mg/24 giờ.

Trẻ em: phải hỏi thầy thuốc chuyên khoa.

☹ **Phản ứng có hại:** quá liều có thể gây: tăng kích thích thất (ngoại tâm thu), chậm xoang, bloc nhĩ thất các độ, nôn, mệt mỏi.

🚫 **Chống chỉ định:**

- Bloc nhĩ thất độ 2-3, hoặc nhịp chậm.
- Nhanh thất, rung thất.
- Rung nhĩ ở người bệnh có hội chứng WPU.
- Bệnh cơ tim tắc.
- Calci tiêm tĩnh mạch.

DIPHENHYDRAMIN

Tên khác: Dimedrol, Benadryl, Allerdryl.

Trình bày: viên 25mg hoặc 50mg.

🚫 **Chỉ định:** là thuốc kháng histamin, điều trị viêm kết mạc, dị ứng do thức ăn, dị ứng nhẹ ngoài da, phòng và

điều trị say tàu xe, phòng buồn nôn và nôn, chữa bệnh Parkinson nhẹ, triệu chứng ho gây kích ứng...

⌚ **Cách dùng:**

Người lớn: uống 25mg mỗi lần, dùng 3 lần trong 24 giờ.

Trẻ em trên 12 tuổi: uống 12,5mg mỗi lần, dùng 3 lần trong 24 giờ (tổng liều không quá 100mg/24 giờ).

Chữa và phòng say tàu xe: người lớn uống 25mg, uống 30 phút trước khi khởi hành.

☹ **Phản ứng có hại:** dị ứng ngoài da, nhạy cảm với ánh sáng, khô miệng mũi họng, nhức đầu, nhịp tim bất thường, rối loạn tiêu hóa, buồn ngủ, bí đái.

⚠ **Chống chỉ định:** trẻ sơ sinh (nhất là trẻ thiếu tháng), trẻ nhỏ tuổi (<12 tuổi), người có thai, cho con bú, người mẫn cảm với thuốc này, suy hô hấp, tăng nhãn áp (glôcôm), loét ống tiêu hóa.

Chú ý:

Không dùng diphenhydramin cùng các thuốc ức chế thần kinh trung ương như thuốc ngủ, an thần, chế phẩm thuốc phiện, rượu...

⚡ *Không dùng khi lái xe, làm việc trên cao và làm việc với máy móc.*

- Để thuốc tránh xa trẻ em và người cao tuổi!

DUNG DỊCH GLUCOSE 5% VÀ 10%

Tên khác: Dextrose

Trình bày: chai 250 - 500 - 1000ml.

ống 10ml hoặc 20ml.

☞ **Chỉ định:** cung cấp năng lượng. Phòng mất nước trong và ngoài tế bào. Phòng và chữa chứng nhiễm ceton trong suy dinh dưỡng.

Ghi chú: tiêm truyền tĩnh mạch chậm 500-2000ml trong 24 giờ, tùy thể trạng người bệnh.

DUNG DỊCH GLUCOSE 15% - 20% - 30%

Trình bày: ống 10-20ml; chai 250-500-1000ml.

Ghi chú: tiêm truyền tĩnh mạch rất chậm và đều đặn, theo dõi tình trạng mạch máu, glucose - niệu, aceton - máu, kali - máu, glucose - máu.

Khi tiêm truyền liên tục dung dịch glucose, cần dùng thêm insulin, dưới sự chỉ dẫn của thầy thuốc.

DUNG DỊCH LACTAT - RINGER

Tên khác: dung dịch Ringer - lactat, dung dịch Hartmann.

Trình bày: chai 250 - 500 - 1000ml.

Thành phần: gồm natri lactat, natri clorid, kali clorid, calci clorid trong dung môi nước. Dung dịch đẳng trương với máu. Thành phần chất điện giải tương ứng với cân bằng acid-base.

☞ **Chỉ định:** điều chỉnh sự mất cân bằng về nước và chất điện giải trong các trường hợp mất nước, không hấp thu được các chất lỏng, hoặc ỉa chảy, mất nhiều mồ hôi, chứng viêm tấy, lồng ruột cấp, trụy mạch, sốc, bồng.

🕒 **Cách dùng:** tiêm truyền tĩnh mạch chậm, người lớn 500 - 700 ml, trẻ nhỏ 100ml, trẻ nặng 15-40kg truyền 300ml, lượng truyền tùy theo thể trạng người bệnh.

☹ **Phản ứng có hại:** truyền lượng quá nhiều (ví dụ người lớn truyền quá 2000ml/24 giờ) có thể gây phù nề, mất cân bằng điện giải, mất cân bằng acid-base.

✋ **Chống chỉ định:** suy tim, rối loạn tim mạch.

☠ *Cấm tiêm bắp thịt hoặc dưới da!*

DUNG DỊCH NATRI BICARBONAT ĐANG TRƯỞNG 1,4%

Tên khác: dung dịch natri bicarbonat 1,4%

Bảo quản: dung dịch không bền, cần bảo quản thật kín. Cấm dùng khi có kết tủa!

☞ **Chỉ định:** làm tăng dự trữ kiềm của huyết tương, dùng điều trị chứng acid - máu chuyển hóa, chứng acid-máu không kèm suy cầu thận, chứng tăng kali-máu. Chống ngộ độc phenobarbital.

⊕ **Cách dùng:** người lớn, tiêm truyền tĩnh mạch chậm, liều khởi đầu là 700ml trong 24 giờ, sau đó giảm xuống 300ml/24 giờ.

Nếu có thể, thì cho uống dung dịch vẫn tốt hơn là truyền tĩnh mạch.

⊖ **Phản ứng có hại:** do quá liều, có nhiễm kiềm chuyển hóa (cần chú ý ở trẻ em, ở người lớn bị đái tháo đường). Ở người đã mất nước và natri mà đã truyền dung dịch natri clorid 0,9%, thì nếu truyền dung dịch natri bicarbonat 1,4% sẽ gây tăng natri-máu, ứ nước dẫn tới phù não, phù phổi.

☞ **Chống chỉ định:** mất muối do nôn, đang dùng thuốc lợi niệu gây nhiễm kiềm giảm clor-huyết.

- Thận trọng khi suy tim, suy hô hấp, suy thận, phù nề, cao huyết áp, trẻ em, người cao tuổi.

ENALAPRIL

Tên khác: Pres, Renitec, Innovace.

Trình bày: viên nén 20mg. Có loại viên 5mg và 10mg.

Tác dụng: ức chế men chuyển dạng angiotensin.

☞ **Chỉ định:** tăng huyết áp. Suy tim.

🕒 **Cách dùng:** uống 5-40mg/24 giờ, tùy chỉ định, chia 1-2 lần.

☹ **Phản ứng có hại:** ở người bệnh hẹp động mạch thận hai bên, có thể gây suy thận; ho; hạ huyết áp.

✋ **Chống chỉ định:** dị ứng với thuốc; có thai tháng thứ tư trở đi; cho con bú.

EPHEDRIN

Trình bày: viên 0,01 gam (10mg).

Bảo quản: trong lọ đậy kín, tránh ánh sáng.

☞ **Chỉ định:** làm giãn phế quản, chữa hen suyễn cấp tính, hen suyễn khó thở liên tục.

Thuốc nhỏ mũi ephedrin chữa sổ mũi, viêm mũi cấp tính, viêm xoang cấp tính.

Thuốc nhỏ mắt ephedrin làm giãn đồng tử.

⌚ **Cách dùng:**

Người lớn: uống 10mg mỗi lần, dùng 2-3 lần/24 giờ.

Trẻ em 3-5 tuổi: 3mg/24 giờ, chia 3 lần.

Trẻ em 6-12 tuổi: 10 - 20mg/24 giờ, chia 2 lần.

☹ **Phản ứng có hại:** dùng liên tục có thể đánh trống ngực, đau vùng tim, đỏ mồm hôi, bí đái, run, mất ngủ, ưu tư.

✋ **Chống chỉ định:** trạng thái toan máu, trạng thái kích thích, suy mạch vành, nghẽn tim, cao huyết áp, tăng năng tuyến giáp, glôcôm góc đóng, người đái tháo đường, người cao tuổi. Cần thận khi phối hợp với glycosid trợ tim, thuốc mê halothan, thuốc chống trầm cảm loại ba vòng.

ERGOTAMIN

Tên khác: Ergostat

Trình bày: ergotamin tartrat viên 2mg.

✋ **Chỉ định:** làm tăng trương lực cơ trơn mạch máu, dùng chữa chứng nhức nửa đầu và một vài loại đau nhói đầu. Không dùng để phòng nhức đầu.

⊕ **Cách dùng:**

Bỏ nước chè, cà phê, cacao, chocolat, rượu, thuốc lá, thuốc lào ít nhất 12 giờ trước khi dùng ergotamin.

Người lớn: đặt dưới lưỡi 2mg hoặc uống 2-4mg.

Không dùng quá 10mg mỗi tuần.

⊖ **Phản ứng có hại:** dị cảm, rối loạn tuần hoàn ngoại biên (phải ngừng thuốc ngay!); buồn nôn, nôn; khô miệng, mũi, họng, da.

* *Nếu nhức đầu nặng hơn và nhiều hơn so với trước khi dùng thuốc, hoặc sưng ngón chân ngón tay, cần ngừng thuốc và báo cáo ngay với thầy thuốc.*

⚡ **Chống chỉ định:** đang có bệnh nhiễm khuẩn nặng, người ốm yếu; người quá già; có thai; cho con bú; phụ nữ khi trở dạ; người huyết áp cao; suy thận; suy gan.

Ghi chú: không dùng ergotamin cùng cafein, erythromycin, theophylin, atropin.

ERYTHROMYCIN

Tên khác: Propiocrine, Ilotycin, Pediamycin, Robimycin.

Trình bày: viên nén, bọc đường hoặc nang trụ 200mg; 250mg hoặc 500mg dưới dạng base, stearat, ethylsuccinat, lactobionat.

Tác dụng: vi khuẩn nhạy cảm nhất là liên cầu, phế cầu, bạch hầu, màng não cầu, xoắn khuẩn giang mai, Mycoplasma...

☞ **Chỉ định:**

Là thuốc xen kẽ, dùng thay thế khi penicilin (và nhóm beta-lactam) gây dị ứng, chữa viêm đường hô hấp do phế cầu, liên cầu, viêm hầu do liên cầu, bệnh bạch hầu, lậu, giang mai, viêm quầng, viêm da và mô mềm do tụ cầu vàng, amip ruột.

Dự phòng tái phát bệnh thấp khớp cấp (dùng lâu dài).

Dự phòng viêm màng trong tim nhiễm khuẩn.

⊕ **Cách dùng:** uống ngay trước bữa ăn.

Người lớn: từng 6 giờ uống một lần 250mg-500mg, dùng trong 5-7 ngày.

Trẻ em: 20-40mg/kg thể trọng, uống trong 24 giờ và chia làm 2-4 lần dùng.

Trẻ sơ sinh: 30-45mg/kg thể trọng, uống trong 24 giờ và chia làm 3 lần dùng.

☹ **Phản ứng có hại:** hiếm và nhẹ, buồn nôn, nôn, đau dạ dày, đi lỏng.

⚡ **Chống chỉ định:** dị ứng với erythromycin; suy gan.

Không dùng loại erythromycin estolat khi có thai

và có bệnh nặng ở đường gan mật.

Thận trọng trong thời kỳ cho con bú.

Không dùng cùng ergotamin, theophyllin.

ETHAMBUTOL

Tên khác: Myambutol, Myambutal, Dexambutol.

Trình bày: viên nén 100 - 250 - 400 - 500mg.

☞ **Chỉ định:** các thể lao phổi, lao ngoài phổi.

🕒 **Cách dùng:**

Người lớn: uống 25mg/kg thể trọng/24 giờ, trong 2 tháng đầu. Sau đó giảm xuống 15mg/kg thể trọng. Nếu dùng cách ngày thì uống 40mg/kg thể trọng/24 giờ.

Trẻ em: uống 15mg/kg thể trọng/24 giờ.

☹ **Phản ứng có hại:** ảnh hưởng đến thần kinh thị giác, làm giảm thị lực, nhìn lẫn màu sắc, có thể mù nếu không dừng thuốc ngay. Không nên dùng cho trẻ nhỏ hoặc những người không có khả năng phát hiện những rối loạn này.

✋ **Chống chỉ định:** mẫn cảm với thuốc, viêm dây thần kinh thị giác.

FANSIDAR

Trình bày: viên nén gồm sulfadoxin 500mg + pyrimethamin 25mg.

Bảo quản: lọ kín, tránh ánh sáng. Để tránh xa trẻ em và người cao tuổi.

☞ **Chỉ định:** điều trị bệnh sốt rét.

Ⓛ **Cách dùng:**

* Ở vùng P.falciparum kháng nhẹ cloroquin:

Người lớn: uống ngày đầu 2 viên, chia làm 2 lần uống; ngày sau 1 viên.

Trẻ em dưới 4 tuổi: uống nửa viên.

Trẻ em 4-8 tuổi: uống 1 viên.

* Ở vùng P.falciparum kháng nặng cloroquin:

Người lớn: uống 1 viên/24 giờ; uống 3 ngày liên (dùng cùng quinin).

* Ở vùng sốt rét ác tính.

Người lớn: uống 2 viên/24 giờ, uống 3 ngày liên.

Khi uống, nếu buồn nôn, nôn, thì uống cùng mật ong hoặc trong bữa ăn nhẹ.

☹ **Phản ứng có hại:** thay đổi vị giác, sốt, đau họng, phát ban, nhức nhối khó chịu, đỏ mặt; lưỡi viêm, bóng và đau; mệt mỏi; tăng mẫn cảm da với ánh

sáng mặt trời; chảy máu, vết thâm tím trên người.

✂ **Chống chỉ định:** người có thai, trẻ em dưới 3 tháng tuổi, có tiền sử dị ứng với sulfamid, với Fansidar.

Ghi chú: khi dùng thuốc này, nếu thấy phát ban, ngứa, đỏ da, viêm bóng đau ở lưỡi hoặc ở bộ phận sinh dục, đau họng thì phải ngừng thuốc ngay.

FLUCONAZOL

Tên khác: Triflucan

Trình bày: viên nang 50mg - 100mg - 200mg.

☞ **Chỉ định:** bệnh nấm Candida vùng miệng - họng, bệnh Candida miệng teo do mang răng giả, bệnh Candida ở thực quản, đường tiết niệu, viêm màng bụng do Candida, bệnh Candida tủa lan, nhiễm Candida - huyết v.v...

⌚ **Cách dùng:**

Người lớn: 50 mg/24 giờ, uống trong 7-14 ngày.

Ở người suy thận hoặc cao tuổi: uống 25mg mỗi lần, cách 48 giờ uống một lần.

✂ **Chống chỉ định:** mẫn cảm với thuốc, người có thai hoặc cho con bú.

FUROSEMID

Tên khác: Lasix, Lasilix, Trofurid.

Trình bày: viên nén 20-40mg, nang 30mg và 60mg.

☞ **Chỉ định:** thuốc lợi niệu, thải natri mạnh, dùng chữa phù phổi cấp, phù do suy tim, suy thận, hội chứng hư thận, suy tim, cổ trướng do xơ gan, cao huyết áp thể nhẹ và trung bình.

⌚ **Cách dùng:**

Người lớn phù nề, uống 20-40mg/24 giờ. Nếu suy thận nặng gây phù nề, có thể uống liều cao hơn (theo chỉ định của thầy thuốc).

Người lớn cao huyết áp, uống 20-80mg/24 giờ.

Trẻ em, uống 1-2mg/kg thể trọng/24 giờ, chia làm 2 lần.

Dùng thuốc loại tiêm bắp hoặc tĩnh mạch, thì phải có chỉ định của thầy thuốc.

☹ **Phản ứng có hại:** ù tai, điếc. Do mất nhiều kali nên khô miệng, khát nước, đau cơ, chuột rút, buồn nôn, nôn, mạch yếu, tim loạn nhịp, thay đổi tính nết.

Hiếm: chán ăn, đi lỏng hoặc táo bón, vàng da, dị cảm, hạ huyết áp tư thế đứng, choáng váng (như khi đang ngồi và đứng dậy nhanh). Có thể trầm trọng

nếu phối hợp với rượu, phenobarbital, chế phẩm thuốc phiện.

☞ **Chống chỉ định:** hôn mê do xơ gan, suy thận cấp kèm bí đái, viêm thận-cầu thận cấp, có chướng ngại ở đường bài tiết nước tiểu, phù nề và cao huyết áp khi thai nghén, mẫn cảm với các sulfamid, người cho con bú, người có rối loạn thính giác.

Ghi chú: có thể dùng phối hợp với loại thuốc lợi niệu làm giảm thải trừ kali (như spironolacton).

Tránh phối hợp với: kháng sinh nhóm aminoglycosid (như gentamicin, streptomycin, amikacin...), quinidin và thuốc chống loạn nhịp tim, thuốc chống viêm không steroid (như indomethacin...).

Cần điều chỉnh giờ uống thuốc để tránh đái vạt.

Khi thuốc đổi màu, tức là hỏng.

GENTAMICIN

Trình bày: ống tiêm 2ml chứa 40mg hoặc 80mg nguyên liệu.

☞ **Chỉ định:** nhiễm khuẩn nặng do vi khuẩn Gram âm, như nhiễm khuẩn huyết, viêm màng trong tim, viêm phổi, viêm thận - bể thận, thường phối hợp với

kháng sinh nhóm beta - lactam.

⌚ **Cách dùng:** tiêm bắp:

Người lớn: 1-1,7 mg/kg thể trọng từng 8 giờ.

Trẻ em: 3-7,5 mg/kg/24 giờ, chia làm 3 lần tiêm.

Trẻ sơ sinh:

* *Dưới 1 tuần tuổi:* 5mg/kg/24 giờ, chia làm 2 lần tiêm.

* *Trên 1 tuần tuổi:* 7,5mg/kg/24 giờ, chia làm 3 lần tiêm.

Phải giảm liều khi suy thận.

☹ **Phản ứng có hại:**

Độc với thính giác, với thận, khi dùng quá liều, dùng lâu ngày (>10 ngày) hoặc khi phối hợp với furosemid. Có thể gây liệt cơ vân (như cơ hoành) nếu tiêm quá màng bụng, màng phổi với liều cao và khi phối hợp với thuốc giãn cơ loại curare hoặc ở người nhược cơ.

☞ **Chống chỉ định:** có thai.

Ghi chú:

Luôn luôn theo dõi tình trạng thính giác, thận, cơ.

Không trộn gentamicin lẫn với mọi kháng sinh nhóm beta-lacman (các penicilin, cephalosporin), sẽ làm hỏng gentamicin.

GLIBENCLAMID

Tên khác: Glyburide, Daonil, Euglucan.

Trình bày: viên nén 2,5mg hoặc 5mg.

☞ **Chỉ định:** là sulfamid hạ đường huyết, dùng trong các thể đái tháo đường không gây ceton huyết và còn tiết được insulin, ít tăng thể trọng. Dùng trong thể bệnh đái tháo đường mới phát triển.

⊕ **Cách dùng:**

Người lớn: uống 1,25mg-7,5mg trong 24 giờ, chia làm 2-3 lần. Bắt đầu bằng 1,25mg trong bữa ăn sáng, sau đó tăng dần liều, mỗi lần tăng 1,25mg.

Người cao tuổi dùng liều thấp hơn.

⊖ **Phản ứng có hại:** buồn nôn, nặng bụng, mất ngủ.

✂ **Chống chỉ định:** các thể đái tháo đường phụ thuộc insulin, gây nhiễm acid-ceton-huyết (nhất là ở người còn trẻ); tiền hôn mê do đái tháo đường; suy gan, suy thận; mẫn cảm với sulfamid.

Ghi chú: glibenclamid sẽ tăng tác dụng hạ đường-huyết (có thể tăng độc tính) khi phối hợp với miconazol, thuốc chống viêm không steroid (aspirin, phenylbutazon, indomethacin...), sulfamid kìm khuẩn (kể cả co-trimoxazol, Fansidar),

cloramphenicol, salbutamol...

Không uống rượu trong thời gian dùng glibenclamid.

Không dùng khi đang lái xe, làm việc trên cao, làm việc với máy móc.

* *Chỉ thầy thuốc chuyên khoa mới chỉ định dùng thuốc này.*

GRISEOFULVIN

Tên khác: Fulcine, Grisefuline, Grisovin.

Trình bày: viên 250-500mg; thuốc mỡ 5%.

☞ **Chỉ định:** kìm nấm nhưng không diệt nấm. Uống vẫn có tác dụng mạnh với nhiễm nấm ở da, móng chân, móng tay, lông, tóc.

🕒 **Cách dùng:**

Người lớn: uống 0,5-1,0 gam trong 24 giờ, chia làm 2 lần. Uống trong bữa ăn.

Trẻ em: uống 10-20mg/kg thể trọng trong 24 giờ. Uống như trên trong 4-8 tuần, tùy từng trường hợp. Kết hợp với bôi thuốc mỡ tại chỗ.

☹ **Phản ứng có hại (hiếm):** nhức đầu, rối loạn tiêu hóa, phát ban, mẫn cảm với ánh sáng mặt trời (lúc khởi đầu dùng thuốc, nên tránh tiếp xúc ngoài trời);

chóng mặt, thiếu tỉnh táo, mất ngủ hoặc buồn ngủ, khát.

✂ **Chống chỉ định:** dị ứng với thuốc này, người rối loạn chuyển hóa porphyrin, có thai, cho con bú, suy gan.

Tương tác: không dùng phối hợp với rượu, thuốc tránh thai (loại uống), thuốc chống đông máu (uống), insoniazid.

HYDROCLOROTHIAZID

Tên khác: Hypothiazid

Trình bày: viên 25mg, 50mg hoặc 100mg.

✂ **Chỉ định:** là thuốc lợi niệu, dùng chữa phù nề do suy tim, hội chứng thận hư, xơ gan, nhiễm độc huyết thai nghén, phù nề do dùng corticoid. Chữa cao huyết áp thể nhẹ và trung bình. Ở trẻ em chữa thận hư.

Ⓛ **Cách dùng:**

Chữa phù nề: người lớn khởi đầu uống 50-100mg trong 24 giờ; nếu phải dùng nhiều ngày, nên dùng từng đợt, mỗi tuần uống cách quãng đều 2-3 lần, mỗi lần 50-100mg.

Chữa cao huyết áp: những ngày đầu, uống 100mg/24 giờ; những ngày sau, uống liều duy trì 50mg/24 giờ. Khi phối hợp với thuốc hạ áp, cần

giảm liều hydroclorothiazid.

Trẻ em (1-15 tuổi): uống 1mg/kg thể trọng/24 giờ, chia làm 2-3 lần uống. Mỗi đợt là 3-5 ngày. Nghỉ một tuần, rồi dùng đợt khác như trên. Điều trị duy trì: uống 2 lần trong mỗi tuần, mỗi lần theo liều lượng như trên.

☹️ **Phản ứng có hại:** do giảm kali-huyết (khô miệng, khát nước, ngủ lịm, bồn chồn, đau hoặc co rút cơ, hạ huyết áp, đái ít, nhịp tim nhanh, buồn nôn...), cần bổ sung kali (bằng kali citrat hoặc thức ăn giàu kali). Phản ứng mẫn cảm với thiazid dễ xảy ra ở người có tiền sử dị ứng hoặc hen phế quản, có thể luput ban đỏ toàn thân. Ở người đái tháo đường tiềm tàng, thì hydroclorothiazid có thể gây đi tiểu ra glucose.

✂️ **Chống chỉ định:** vô niệu, người mẫn cảm với sulfamid, suy gan, có thai, cho con bú.

HYDROCORTISON DÙNG NGOÀI DA

Trình bày: kem chứa 1% hydrocortison, dạng acetat, butyrat, valerat.

Bảo quản: đóng kín, tránh nóng, tránh ánh sáng.

☞ **Chỉ định:** các bệnh viêm, ngứa ngoài da còn nhạy cảm với corticoid, như viêm da bã nhờn, bệnh da dị ứng, eczêma.

- Ⓐ **Cách dùng:** bôi vùng da bị bệnh bằng một lớp kem hydrocortison mỏng, rồi xoa nhẹ trong vài phút. Ngày bôi 2 lần. Trước khi bôi, cần làm sạch và khô nơi định bôi thuốc.
- ⓑ **Chống chỉ định:** tổn thương da do lao, nấm, vi khuẩn, virus.

HYDROCORTISON HEMISUCINAT

Tên khác: Solu - Cortef, Corlan, Efcorlin.

Trình bày: ống tiêm 25mg và 100mg pha trong propylen-glycol, kèm 3-4ml dung dịch natri hydrocarbonat 4,5mg/ml.

- Ⓒ **Chỉ định:** chống dị ứng và sốc, dùng trong suy vỏ thượng thận cấp, sốc sau chấn thương, sau phẫu thuật, nhồi máu cơ tim, bỏng nặng, sốc phản vệ sau khi tiêm truyền các thuốc khác, cơn hen nặng, phù Quincke, bệnh dị ứng nặng ngoài da.

- Ⓓ **Cách dùng:** tiêm bắp hoặc tĩnh mạch.

Người lớn: bắt đầu dùng liều 100-150mg, theo dõi và nếu bệnh nặng, có thể tiêm tới 1gam/24 giờ.

Trẻ em dưới 6 tuổi: tiêm 8-10mg/kg thể trọng/24 giờ.

Trẻ em 7-16 tuổi: tiêm 4-8mg/kg thể trọng/24 giờ.

✂ **Chống chỉ định:** loét dạ dày - tá tràng, bệnh lao tiến triển, nhiễm khuẩn toàn thân hoặc tại chỗ, đái tháo đường, hội chứng Cushing, bệnh loãng xương, cao huyết áp, bệnh tâm thần, suy thận.

Ghi chú: sau khi hòa tan thuốc, có thể pha thêm dung dịch glucose đẳng trương hoặc natri clorid đẳng trương để tiêm truyền tĩnh mạch chậm.

HYDROXOCOBALAMIN

Tên khác: Vitamin B_{12a}; Novobédouze; Dodécavit; Hydroxo 500.

Trình bày: ống tiêm 200 - 500 - 1000 và 5000 microgam.

✂ **Chỉ định:** liều thấp (dưới 1000 microgam) có chỉ định như cyanocobalamin (vitamin B₁₂). Liều cao hơn: giảm đau trong viêm dây thần kinh, đau rễ thần kinh.

⊗ **Phản ứng có hại:** đau chỗ tiêm, ngứa, mày đay, ban đỏ, trứng cá, có thể sốc phản vệ.

✂ **Chống chỉ định:** cơ địa dị ứng (hen, eczêma...), tiền sử dị ứng với vitamin B₁₂; ung thư tiến triển.

Ghi chú: nước tiểu màu hồng, cần căn dặn trước cho người bệnh.

IBUPROFEN

Tên khác: Apsifen, Brufalgin, Brufen, Zorphen.

Trình bày: viên nén 200mg; nang 300mg; viên bọc 400mg.

- ☞ **Chỉ định:** giảm đau, chống viêm.
- 🕒 **Cách dùng:** khởi đầu, muốn tác dụng nhanh, uống 1200mg/24 giờ, chia làm 3-4 lần uống. Sau 2-4 tuần, giảm dần: uống 3-4 lần/24 giờ, mỗi lần 200mg. Luôn luôn uống lúc no ngay sau bữa ăn.
- ☹ **Phản ứng có hại:** rối loạn tiêu hóa (buồn nôn, ỉa chảy hoặc táo bón, đầy bụng). Hiếm: chóng mặt, nhức đầu, ban đỏ, phù nề.
- ✌ **Chống chỉ định:** người có tiền sử hoặc đang loét dạ dày - tá tràng; hen phế quản; mẫn cảm với thuốc; trẻ dưới 15 tuổi; người có thai, cho con bú; suy thận nặng.

INDOMETACIN

Tên khác: Indocid, Algiflan.

Trình bày: viên nén 25mg; nang trụ 25 và 75mg; thuốc đạn 50 và 100mg.

- ☞ **Chỉ định:** thuốc chống viêm mạnh, cũng giảm đau và hạ sốt. Dùng trong viêm da khớp mạn tiến triển,

viêm xương khớp, hư khớp biến dạng, viêm cứng khớp sống, viêm quanh khớp vai, viêm gân, viêm bao hoạt dịch. Còn chữa chứng đau dây thần kinh hông, đau lưng, viêm sau phẫu thuật răng hàm mặt và chỉnh hình.

⌚ **Cách dùng:** người lớn uống 50-150mg/24 giờ, chia làm 3-4 lần, tùy theo sự dung nạp của người bệnh. Uống trong bữa ăn.

☹ **Phản ứng có hại:** chóng mặt, nhức đầu, loét dạ dày, rối loạn tiêu hóa.

⚡ **Chống chỉ định:** mẫn cảm với indometacin (hoặc với các thuốc chống viêm không steroid khác, như aspirin, paracetamol...); loét dạ dày - tá tràng (hoặc có tiền sử loét); suy gan; suy thận; viêm trực tràng; chảy máu ở hậu môn; có thai; cho con bú.

Ghi chú:

Không phối hợp với thuốc chống đông, sulfamid hạ đường - huyết, muối lithi, methotrexat.

Cẩn thận khi dùng indometacin trong các bệnh nhiễm khuẩn, vì thuốc làm che lấp những triệu chứng nhiễm khuẩn.

Không dùng chữa thấp khớp cấp.

Không dùng khi đang lái xe, làm việc trên cao, làm việc với máy móc.

ISONIAZID

Tên khác: INH, rimifon, Nydrazid

Trình bày: viên nén 50mg, 100mg hoặc 300mg.

☞ **Chỉ định:** là thuốc chống lao cơ bản, ít độc, có hiệu quả, là thành phần của hầu hết mọi phác đồ điều trị phối hợp để chữa lao. Có thể dùng để dự phòng lao.

⌚ **Cách dùng:**

Khi điều trị phối hợp và dùng hàng ngày: uống 5mg/kg thể trọng (tối đa: 300mg/24 giờ).

Khi dùng cách ngày (2-3 lần mỗi tuần); uống 15mg/kg thể trọng/24 giờ.

Trong dự phòng, dùng riêng isoniazid theo liều lượng: người lớn 300mg/24 giờ, trẻ em 10mg/kg thể trọng (tối đa 300mg trong 24 giờ), uống như vậy trong 6-12 tháng.

☹ **Phản ứng có hại:** bất thường về thần kinh trung ương (choáng váng, loạn tâm thần, co giật), viêm dây thần kinh ngoại biên, viêm gan (dễ xảy ra khi phối hợp với rifampicin, pyrazinamid), phản ứng dị ứng (sốt, ban), thiếu máu, giảm bạch cầu, giảm tiểu cầu.

Ghi chú:

Thường xuyên kiểm tra chức năng gan, đếm hồng

cầu, bạch cầu, tiểu cầu, trạng thái thần kinh.

Ngừng thuốc nếu suy gan tiến triển.

Phòng bệnh tổn thương thần kinh bằng pyridoxin (vitamin B₆), uống mỗi ngày 15-50mg.

KETOCONAZOL

Tên khác: Nizoral, Fungoral.

Trình bày: viên nén 200mg.

☞ **Chỉ định:** các bệnh nấm ngoài da (nấm da, nấm móng, hắc bào, chàm, vẩy rồng, nấm kẽ da), nấm âm đạo do *Dermatophytes*, *Candida*, *Blastomyces*, *Hyphomyces*. Phòng nhiễm nấm ở người giảm bạch cầu trung tính.

⊕ **Cách dùng:**

Người lớn: uống 400mg/24 giờ, chia làm 2 lần.

Trẻ em: uống 50-100mg/24 giờ, chia làm 2 lần (dùng khi thật cần).

Tùy theo vị trí và tổn thương cũng như yêu cầu điều trị triệt để, thời gian dùng thuốc có thể 1-3 tháng (ở da), 6-8 tuần (ở tóc), 3-8 tháng hoặc lâu hơn (với nấm móng). Có thể dùng các dạng thuốc bôi chứa ketoconazol.

☹ **Phản ứng có hại:** đau dạ dày-ruột (buồn nôn, nôn, đau bụng), dị ứng (ngoại ban, ngứa), độc với gan, vú to ở đàn ông, ít tinh trùng, giảm tổng lực testosterone, tăng sản xuất cortison.

✌ **Chống chỉ định:**

Có thai, cho con bú.

Không phối hợp với amphotericin B (tác dụng đối kháng).

Ketoconazol hấp thu khi uống (khác với miconazol), nhưng không hấp thu khi phối hợp với thuốc kháng acid ở dạ dày, thuốc ức chế H₂ (như cimetidin, ranitidin...).

LEVAMISOL

Tên khác: Decaris, Solaskil

Trình bày: viên 150mg (người lớn); 30mg, 40mg và 50mg (trẻ em).

Bảo quản: kín, khô mát, tránh ánh sáng.

✌ **Chỉ định:** chống giun đũa, giun kim, giun móc.

🕒 **Cách dùng:** uống liều duy nhất 3mg/kg thể trọng cho mọi tuổi. Với trẻ nhỏ tuổi, cần nghiền vụn viên thuốc, uống với nước đường, mật, mật. Nếu còn thấy

ký sinh trùng trong phân, cần uống liều thứ hai như trên, cách nhau một tuần.

Liều tối đa một lần (người lớn): 150mg.

Không cần dùng thuốc tẩy.

☹ **Phản ứng có hại:** buồn nôn, nôn, chán ăn, đầy bụng, chóng mặt, nhức đầu, đi lỏng, vị kim loại ở miệng, bệnh não. Hiện nay ít dùng!

** Cấm không dùng liều mạnh và dài ngày!*

✌ **Chống chỉ định:** có thai, cho con bú, suy gan, suy thận. Không dùng cùng rượu, thuốc tan trong lipid (tinh dầu giun, tetrachlorethylen...).

LINDAN

Trình bày: dung dịch hoặc thuốc mỡ 1%.

Chỉ định: diệt cái ghẻ, côn trùng, chấy rận.

⌚ **Cách dùng:** sau khi tắm rửa sạch, bôi thuốc 1-2 lần/24 giờ.

Ghi chú: thuốc độc, chỉ dùng ngoài, để tránh xa trẻ em.

LIDOCAIN

Tên khác: Xilocain, lignocain

Trình bày: dung dịch với các nồng độ 0,5% - 1% - 1,5% - 2% lidocain hydroclorid. Ống tiêm 1ml dung dịch 1-2%.

Bảo quản: tránh ánh sáng; không tiếp xúc với dụng cụ kim loại.

Tác dụng: chống loạn nhịp nhóm IB của Vaughan Williams, làm ổn định màng.

⊕ **Chỉ định:**

Gây tê tại chỗ các màng niêm mạc miệng, hầu, niệu đạo.

Dự phòng và điều trị các loạn nhịp thất do tăng kích thích, nhất là trong nhồi máu cơ tim cấp, khi dùng digitalis.

⊕ **Cách dùng:**

Người lớn mỗi lần bôi không quá 4,5mg/kg thể trọng. Liều tổng cộng không được vượt quá 300mg cho bất kỳ người nào. Khi cần dùng tiếp, các lần dùng phải cách xa nhau 3 giờ. Phải giảm liều ở người cao tuổi, người ốm yếu.

* *Gây tê tiêm ngấm*, dung dịch 0,25-0,5%, phẫu thuật nhỏ 2-50ml; phẫu thuật lớn 100ml. Tối đa: 3mg/kg cơ thể.

* *Gây tê dẫn truyền*: dưới 50ml dung dịch 1%.

* *Gây tê ngoài màng cứng*: 20-30ml dung dịch 1,5%.

* *Gây tê niêm mạc*: dung dịch 1%, liều dùng tùy theo bề mặt gây tê.

☹ **Phản ứng có hại**: khi bôi quá liều hay khi tiêm vào máu, có thể bị choáng váng, run, hạ huyết áp, tim đập chậm. Có thể rối loạn tâm thần nhẹ.

☞ **Chống chỉ định**:

Người đã mẫn cảm với bất kỳ thuốc tê nào; có thai.

Suy tim ứ huyết nặng; *blốc nhĩ thất hoàn toàn*; *Tiền sử thần kinh-tâm thần nặng*.

Dùng thận trọng ở người động kinh, suy tim, suy gan.

Nếu bôi miệng-hầu, thì chỉ được ăn uống sau khi bôi 60 phút.

MAGNESI SULFAT

Trình bày: 30gam

Bảo quản: chai lọ đậy kín, nơi khô ráo.

☞ **Chỉ định:** nhuận tràng, thông mật.

⌚ **Cách dùng:**

Nhuận tràng, người lớn uống 15-50gam; trẻ em (tùy tuổi) uống 1-2gam.

Thông mật, người lớn uống 5gam.

Ghi chú: dùng nhiều lần có thể gây kích thích ruột, dẫn tới ỳ ruột và táo bón.

MAGNESI TRISILICAT

Trình bày: viên chứa 250mg magnesi trisilicat và 120g nhôm hydroxyd. Có khi thay bằng 400mg magnesi hydroxyd và 400mg nhôm hydroxyd (biệt dược: viên Maalox).

Bảo quản: đựng lọ kín, tránh ánh sáng.

☞ **Chỉ định:** trung hòa được acid ở dạ dày, dùng chống đau và viêm loét dạ dày - tá tràng (do tiết nhiều acid), chống hồi lưu dạ dày - thực quản.

⌚ **Cách dùng:** ngậm 1-2 viên hoặc nhai sau các bữa ăn hoặc khi có cơn đau. Nhai lâu trong miệng.

☹ **Phản ứng có hại:** không có tác dụng phụ nghiêm trọng, nhôm hydroxyd gây táo bón, nhưng magnesi trisilicat nhuận tràng.

☞ **Chống chỉ định:** suy thận.

Tương tác thuốc: không dùng cùng lúc với cimetidin, ranitidin, clorpromazin, các tetracyclin (kể cả doxycyclin), isoniazid, aspirin. Những thuốc vừa kể trên phải uống 1 giờ trước hoặc 3 giờ sau magnesi trisilicat và nhôm hydroxyd.

MEBENDAZOL

Tên khác: Vermox

Trình bày: viên 100mg.

Bảo quản: lọ kín, để nơi khô mát, tránh ánh sáng.

☞ **Chỉ định:** chống giun kim, giun đũa, giun móc, giun tóc.

🕒 **Cách dùng:** nhai thật kỹ và nhai lâu viên thuốc và uống khi dạ dày rỗng với một cốc nước (hoặc nghiền vụn viên thuốc trước khi uống).

Liều dùng chung cho mọi tuổi.

+ *Giun kim:* uống 100mg; có thể uống thêm 100mg ngày hôm sau. Dùng lại sau 3 tuần.

+ *Các loại giun khác:* uống buổi sáng 100mg, buổi tối uống thêm 100mg. Dùng trong 3 ngày liên tiếp.

☹ **Phản ứng có hại (hiếm):** đau bụng, đi lỏng trước

đầu, chóng mặt, khó thở, đau ngực, buồn nôn, nôn, tăng huyết áp.

Cần luôn ghi nhớ:

1. Cấm dùng khi có thai để giúp dễ đẻ hoặc trong trường hợp đe dọa sảy thai.

2. Chỉ dùng khi có chỉ định của thầy thuốc chuyên khoa, khi đảm bảo là thai và rau thai đã ra khỏi tử cung mẹ.

3. Ngừng ngay thuốc, khi người bệnh thấy đau hoặc lạnh chân tay.

4. Thận trọng khi dùng ở người nhiễm độc huyết khi có thai, ở người cao huyết áp.

5. Thông báo cho người bệnh rõ những phản ứng có hại có thể gặp.

METRONIDAZOL

Tên khác: Flagyl, Klion.

Trình bày: viên 200mg, 250 hoặc 500mg. Thuốc trướng 500mg.

Bảo quản: lọ kín, nơi khô mát, tránh ánh sáng.

☞ **Chỉ định:** chống nhiễm khuẩn kỵ khí, trùng roi, ly amíp.

⌚ **Cách dùng:** Xin đọc bảng dưới đây .

☹ **Phản ứng có hại:** buồn nôn, nhức đầu, khô miệng, vị kim loại ở miệng, nước tiểu nâu thẫm (không có hại).

Khi suy thận phải giảm liều: người lớn uống tối đa 500mg/12 giờ.

⚡ **Chống chỉ định:** khi có bất thường về đông máu, loạn thể tạng máu; có thai, cho con bú, trẻ nhỏ.

Ghi chú: tuyệt đối không uống rượu (hoặc rượu thuốc) trong thời kỳ dùng metronidazol.

Uống với nhiều nước và khi ăn no.

Nếu có bất thường về thần kinh trung ương, cần ngừng thuốc ngay.

Để thuốc xa trẻ em và người cao tuổi.

	Dưới 36 tháng tuổi	3 - 7 tuổi	8 - 12 tuổi	Người lớn
Trùng roi	150mg/24 giờ Uống trong 5 ngày liên	200-250mg trong 24 giờ. Uống 5 ngày liên	300 mg trong 24 giờ. Uống 5 ngày liên	Mỗi lần uống 200-250 mg. Uống 3 lần trong 24 giờ Uống 5 ngày liên (dùng cho cả vợ và chồng)
Amíp ly	Uống 300mg/kg thể trọng trong 24 giờ, chia làm 3 lần. Uống 10 ngày liên			Uống 1,5 gam trong 24 giờ, chia làm 3 lần. Uống trong 10 ngày liên
Ví khuẩn kỵ khí	Uống 10mg/kg thể trọng trong 24 giờ, chia làm 3 lần. Uống 7 ngày liên			Mỗi lần uống 400mg. Uống 3 lần trong 24 giờ. Uống trong 7 ngày liên

MICONAZOL

Tên khác: Monistat, Daktarin

Trình bày: thuốc mỡ 2%, thuốc bột 2%.

☞ **Chỉ định:** chữa bệnh nấm *Dermatophytes*, nhiều loại nấm ký sinh ngoài da, tóc, móng, *Candida albicans*. Có tác dụng diệt cầu khuẩn và vi khuẩn Gram (+).

⊕ **Cách dùng:**

Trước hết, chú ý các biện pháp vệ sinh cá nhân: rửa sạch chỗ bị nấm, thay và giặt quần áo, bít tất, giấy dép.

Bệnh ngoài da, nấm móng (sau khi cắt móng thật ngắn), nấm ở tai: ngày bôi 1-2 lần, dùng tới khi các triệu chứng tổn thương ngoài da đã hết (thường 2-5 tuần), rồi tiếp tục dùng 10 ngày.

☹ **Phản ứng có hại:** đau dạ dày-ruột, dị ứng.

MORPHIN SULFAT

Trình bày: viên 10-30-60-100mg; ống tiêm 10mg/ml.

Bảo quản: tuân thủ nghiêm ngặt chế độ bảo quản kê đơn thuốc độc nghiệm bảng A.

☞ **Chỉ định:** các chứng đau nội tạng dữ dội mạn tính, nhất là đau do ung thư. Thuốc tiền mê.

🕒 **Cách dùng:**

Tiêm dưới da hoặc tĩnh mạch 2mg-10mg/70kg cân nặng, cho người trên 18 tuổi.

Uống: người lớn 30mg cách khoảng 12 giờ.

Thuốc đạn: người lớn 10 - 20mg cách khoảng 5 giờ.

☹ **Phản ứng có hại (nhiều):** suy hô hấp, suy tuần hoàn, sốc, ngừng tim, dấu hiệu thần kinh (lãng lãng, buồn ngủ, buồn nôn, nôn), đổ mồ hôi, táo bón...

☞ **Chống chỉ định:** suy hô hấp, hội chứng đau bụng cấp chưa rõ nguyên nhân, suy gan nặng, chấn thương sọ não, trạng thái kích thích cơ giết, nghiện rượu, trẻ em dưới 7 tuổi, người cao tuổi có suy gan suy thận, suy tuyến giáp hoặc thượng thận, u tuyến tiền liệt (gây ứ nước tiểu), có thai, cho con bú, lái xe hoặc làm việc với máy móc.

Ghi chú: thận trọng khi dùng cùng các thuốc ức chế thần kinh trung ương (thuốc mê, an thần, thuốc ngủ, an thần kinh, rượu...).

NAJATOX

Trình bày: tuýp thuốc mỡ 40 gam dùng ngoài.

Thành phần: bào chế từ các dược liệu: nọc rắn hổ mang khô, tinh dầu khuynh diệp, long não; và methyl salicylat.

☞ **Chỉ định:** các chứng viêm thấp khớp, đau cơ, đau dây thần kinh, viêm nhiều khớp mạn.

⌚ **Cách dùng:** ngày xoa 2 lần vào chỗ đau.

NATRI ARTESUNAT

Tên khác: Roteria

Trình bày: viên 50mg. Lọ thuốc tiêm 60mg có kèm ống 0,6ml natri bicarbonat 5% để hòa tan natri artesunat.

☞ **Chỉ định:** điều trị sốt rét thể nhẹ và trung bình và sốt rét ác tính do *P. falciparum*, kể cả khi *P.falciparum* đã kháng cloroquin.

⌚ **Cách dùng:**

Thể nhẹ và trung bình: ngày đầu uống 300mg.
Bốn ngày sau uống mỗi ngày 100mg.

Thể sốt rét ác tính: hòa tan lọ thuốc vào dung môi natri bicarbonat 5%, rồi thêm dung dịch đẳng trương glucose hoặc natri clorid để cuối cùng có dung dịch natri artesunat 10mg/ml. Sau đó tiêm tĩnh mạch chậm (tốc độ 3-4 phút) 2-6 mg/kg thể trọng mỗi lần và, tùy thể trạng bệnh nhân, cứ 24-48 giờ, lại tiêm 1 lần như trên. Trẻ em dưới 6 tuổi, tiêm tĩnh mạch chậm 1mg/kg thể trọng mỗi lần.

NICOTINAMID

Tên khác: Vitamin PP, vitamin B₃.

☞ **Chỉ định:** chữa bệnh pellagra, bệnh da do ánh sáng, phòng và chữa bệnh thiếu vitamin PP do kém dinh dưỡng (thường phối hợp với các vitamin khác thuộc nhóm vitamin B).

⌚ **Cách dùng:**

Người lớn: uống 50-100mg/24 giờ, chia nhiều lần.

⊗ **Phản ứng có hại:** dùng liều cao >1gam/24 giờ, có thể gây giãn mạch nhỏ ở da mặt và nửa trên cơ thể, bốc hỏa, ngứa, buồn nôn, đánh trống ngực.

NIFEDIPIN

Tên khác: Adalate, Avenol, Timol.

Trình bày: viên nén, bọc đường hoặc nang trụ 5mg và 10mg. Viên chậm Adalate 20mg (chữa cao huyết áp).

Tác dụng: chặn kênh calci, cùng họ với amlodipin. Gây giãn mạch, hạ huyết áp và giảm sức co bóp cơ tim (rất yếu).

Bảo quản: tránh ánh sáng.

☞ **Chỉ định:**

Tăng huyết áp, kể cả trong cơn tăng huyết áp.

Uống dự phòng cơn đau thắt ngực.

Cắt cơn đau thắt ngực (ngậm dưới lưỡi). Chữa triệu chứng của hội chứng Raynaud.

Ⓛ **Cách dùng:**

* *Phòng đau thắt ngực:* uống mỗi lần 10mg, dùng 3 lần/24 giờ.

* *Cơn đau thắt ngực, cơn đau huyết áp cấp tính:* ngậm viên thuốc dưới lưỡi lâu.

* *Chữa cao huyết áp:* uống mỗi lần 20mg, dùng 3 lần/24 giờ.

☹ **Phản ứng có hại:** đỏ mặt, nhức đầu, phù chân, hạ

huyết áp, tim nhanh.

- ⚠ **Chống chỉ định:** dị ứng với nifedipin; có thai hoặc cho con bú.

NITROGLYCERIN

Tên khác: Glyceryl trinitrat, nitroglycerol, trinitrine.

Trình bày: viên đặt dưới lưỡi 0,5mg; viên uống 2,6mg hoặc 4,6mg; có dạng viên 0,6mg.

Tác dụng: giãn tĩnh mạch là chính, giãn cả động mạch hệ thống, kể cả động mạch vành.

- ⚠ **Chỉ định:** làm giãn mạch vành, điều trị cấp cứu cơn đau thắt ngực.

* *Các cơn đau thắt ngực:* phải ngậm lâu dưới lưỡi cho tan dần trong miệng, không được nuốt.

* *Suy tim ứ huyết:* thuốc làm đỡ khó thở, vì giảm xung huyết phổi.

- ⌚ **Cách dùng:**

Người lớn ngậm 1 viên (loại đặt dưới lưỡi 0,5mg) dưới lưỡi, để cho tan dần. Liều tối đa: mỗi lần ngậm 2 viên và chỉ ngậm tối đa 8 viên trong 24 giờ.

Người lớn uống 1 viên 2,6mg mỗi lần, uống 2-3 lần trong 24 giờ.

⊖ **Phản ứng có hại:** người mẫn cảm với nitroglycerin có thể buồn nôn, bừng nóng, nhức đầu, giảm huyết áp.

* Giảm mạch mạnh, gây nhức đầu, tim nhanh, huyết áp tụt, có thể ngất.

* Nếu dùng nhiều, chóng bị quen thuốc.

* Methemoglobin - huyết, nếu dùng nhiều.

⚡ **Chống chỉ định:** chảy máu não, thiếu máu nặng, tăng áp lực sọ não, tăng nhãn áp (glôcôm), huyết khối mạch vành tim, huyết áp thấp, người mẫn cảm với nitroglycerin.

Ghi chú:

Kiêng uống rượu trong thời kỳ dùng thuốc.

Tránh ngừng thuốc đột ngột, phải giảm liều dần trong 4-6 ngày trước khi ngừng hẳn.

Dùng thận trọng khi lái xe, làm việc trên cao, tiếp xúc với máy móc.

NICLOSAMID

Tên khác: Yomesan

Trình bày: viên 500mg.

☞ **Chỉ định:** chống sán dây (sán lợn, sán bò, sán cá)

🕒 **Cách dùng:** nhịn ăn tối hôm trước. Sáng hôm sau nhịn ăn, nhai thuốc thật kỹ, thật lâu, rồi chiếu với nước.

Người lớn: nhai và uống liều đầu 2 viên (1,0 gam). Sau đó 1 giờ uống tiếp 2 viên (1 gam).

Trẻ em 2-7 tuổi: nhai và uống 2 viên (1 gam).

Trẻ em dưới 2 tuổi: uống 1/2 viên (250 mg) sau khi nghiền vụn viên thuốc.

Ghi chú:

Tránh dùng khi có thai.

Sau khi uống thuốc lần cuối, cần chờ 3 giờ sau mới ăn uống như thường.

Không cần dùng thuốc tẩy.

Tránh uống rượu trong thời kỳ dùng thuốc này.

· NƯỚC OXY GIÀ

Trình bày: loại dược dụng là dung dịch trong nước của hydroperoxy bị phân ly và bay hơi oxy gấp 10 lần thể tích của nó (tức là loại 10V tương đương 3%).

☞ **Chỉ định:** chỉ dùng ngoài, không được uống. Tẩy uế và sát khuẩn mạnh, cầm máu tại chỗ, dùng để băng và rửa vết thương, sát khuẩn ngoài da (lở, mụn nhọt), sát khuẩn miệng (sâu răng, tưa lưỡi, viêm miệng), sát khuẩn lỗ tai, lỗ mũi, tử cung, âm đạo... Chữa chảy máu cam, chảy máu răng, vết thương

chảy nhiều máu (dùng bông thấm nước, rồi bôi hoặc đắp lên chỗ chảy máu).

Ghi chú: với loại dung dịch >10V (trên 3%), phải pha loãng với nước cất trước khi dùng.

NYSTATIN

Tên khác: Mycostatin, Fungicidin, Anticandine, Nystan.

Trình bày:

Viên nén 250.000 đơn vị và 500.000 đơn vị.

Viên đặt âm đạo 100.000 - 250.000 và 500.000 đơn vị.

Thuốc mỡ 100.000 đơn vị/gam thuốc mỡ.

☞ **Chỉ định:** là kháng sinh chống nấm, chủ yếu chống *Candida albicans*.

Uống trong bệnh nấm Candida ở ống tiêu hóa (như tưa lưỡi, miệng; viêm họng; viêm ruột kết...).

Đặt âm đạo chữa nhiễm Candida đường sinh dục và tiết niệu.

Thuốc mỡ bôi da, niêm mạc chữa Candida ở kẽ ngón tay chân, ngứa hậu môn - âm đạo.

Ⓛ **Cách dùng:** người lớn, để điều trị, mỗi lần uống 1-2

viên nén 250.000 đơn vị, uống 3 lần trong 24 giờ.
Tiếp tục dùng thêm 48 giờ sau khi đã khỏi.

Đặt âm đạo 500.000 đơn vị trước khi ngủ tối,
dùng trong 2 tuần liên.

Thuốc mỡ, ngày bôi 2-3 lần, kết hợp với thuốc
uống nếu bệnh nặng.

☞ **Chống chỉ định:** mẫn cảm với nystatin.

OPIZOIC

Trình bày: viên nén gồm 5mg cao opi (chứa 10%
morphin) trong mỗi viên, thêm tinh dầu hồi, long
não, acid benzoic.

Bảo quản: lọ kín, nơi khô mát. Theo mọi chế độ của
thuốc gây nghiện bảng A.

☞ **Chỉ định:** chống ỉa chảy.

⌚ **Cách dùng:**

Người lớn: uống mỗi lần 1 viên, trong 24 giờ
uống 4-6 viên.

*Trẻ em trên 5 tuổi, người cao tuổi, người suy hô
hấp mạn tính:* uống nửa liều của người lớn.

☹ **Phản ứng có hại:** có thể gây nghiện, nếu dùng lâu
dài với liều cao; trẻ em và người cao tuổi dễ nhạy

cảm, biểu hiện tác dụng không mong muốn và độc tính như morphin; ở người suy hô hấp mạn tính có thể gây co thắt phế quản và suy hô hấp nguy hiểm; táo bón.

- ✎ **Chống chỉ định:** trẻ dưới 5 tuổi; cơn cấp tính viêm trực kết tràng chảy máu (vì có nguy cơ giãn kết tràng nếu uống opizoic).

ORESOL

Tên khác: ORS (Oral Rehydration Salts)

Trình bày: mỗi gói đựng

Natri clorid 3,5 gam

Trinatri citrat dihydrat 2,9 gam

Kali clorid 1,5 gam

Glucose khan 20,0 gam

Bảo quản: nơi khô ráo, mát.

- ☞ **Chỉ định:** bồi phụ nước và điện giải, dùng chữa bất kỳ chứng ỉa chảy cấp tính nào của trẻ em và người lớn.
- 🕒 **Cách dùng:** khi cần dùng, pha tất cả một gói vào trong một lít nước sạch và trong (nước đã đun sôi và để nguội, rồi mới hòa tan thuốc bột). Dung dịch đã pha chỉ được uống trong vòng 24 giờ.

Liều lượng:

Người lớn: khoảng 3 lít dung dịch trong 24 giờ.

Trẻ em: khoảng 1 lít trong 24 giờ.

✪ *Phải nhắm nháp từ từ từng ngụm nhỏ bằng thìa.*

Ghi chú: nếu buồn nôn, nôn sau khi uống ORS, cần đợi 10 phút, rồi cho nháp tiếp từng hớp nhỏ. Trẻ vẫn tiếp tục bú mẹ trong thời kỳ dùng ORS. Ngừng dùng ORS khi đã hết ỉa chảy.

OXACILIN, CLOXACILIN, DICLOXACILIN

Tên khác: của

+ Oxacilin: Bactocill, Prostaphlin

+ Cloxacilin: Tegopen, Cloxapen

+ Dicloxacilin: Dynapen, Pathocil

☞ **Chỉ định:** là kháng sinh chống cầu khuẩn (tụ cầu, liên cầu, phế cầu), đặc biệt là vi khuẩn sinh beta-lactamase (tụ cầu vàng).

🕒 **Cách dùng:** xem bảng trang sau.

	Oxacilin	Cloxacin	Dicloxacilin
	Người lớn	Tiêm bắp, tĩnh mạch 0,5-2,0 mg/kg từng 4 -6 giờ	Uống 0,25 - 0,5g từng 6 giờ
Trẻ em	100-200 mg/kg/24 giờ, chia 4-6 lần tiêm	50-100 mg/kg/24 giờ, chia 4 lần uống	25-50 gam/kg/24giờ, chia 4 lần uống
Sơ sinh:			
Dưới 1 tuần tuổi	50-150 mg/kg/24giờ, chia 2 - 3 lần		
Trên 1 tuần tuổi	75 - 200mg/kg /24giờ, chia 3-4 lần		

- ☹ **Phản ứng có hại:** xin đọc mục "Penicilin G". Đau dạ dày-ruột khi uống cloxacilin, dicloxacilin. Phản ứng tại chỗ tiêm, khi tiêm bắp oxacilin. Với oxacilin, có thể tăng transaminase-máu và ứ mật. Viêm ruột kết màng giả.
- ☞ **Chống chỉ định:** dị ứng với penicilin và các beta-lactam khác.

OXYTOCIN

Tên khác: Syntocinon, Pitocin.

Trình bày: 2 đơn vị quốc tế/2ml; 5-10 đơn vị quốc tế/1ml.

Bảo quản: nơi khô mát 2-15°C, tránh ánh sáng.

- ☞ **Chỉ định:** dùng để thúc đẻ, điều trị sự suy giảm co thắt tử cung lúc khởi đầu hoặc trong lúc chuyển dạ hoặc khi mổ tử cung lấy thai, chảy máu khi mổ rau, mất trương lực cơ tử cung sau khi sinh.

🕒 **Cách dùng:**

Để thúc đẻ: truyền tĩnh mạch chậm 5 đơn vị quốc tế pha trong 500ml dung dịch glucose đẳng trương (trung bình tốc độ truyền 2-6 giọt/phút, tối đa 30 giọt/phút). Nếu muốn lặp lại, phải chờ 12 giờ sau.

Chữa xuất huyết sau khi sinh (thai và rau đã ra

ngoài): 5-10 đơn vị quốc tế (tiêm bắp) hoặc 5 đơn vị quốc tế (tiêm tĩnh mạch chậm).

Mổ tử cung lấy thai: 10 đơn vị quốc tế, tiêm trong thành tử cung.

- ☹️ **Phản ứng có hại**: truyền quá lâu gây nhức đầu, buồn nôn, bí đại.
- ✋ **Chống chỉ định**: đẻ khó, tăng trương lực tử cung, nhiễm độc huyết khí thai nghén.

Ghi chú: khi sinh đẻ có hướng dẫn, cần tránh tiêm trực tiếp vào bắp thịt hoặc vào tĩnh mạch, mà cần truyền tĩnh mạch chậm, có kiểm soát nghiêm ngặt. Cần theo dõi sự co bóp của tử cung và tình trạng thai từ khởi đầu đến khi thai ra ngoài, để phòng suy thai.

Trong ca xuất huyết lúc xỏ rau và mất trương lực sau khi sinh, phải chắc chắn tử cung đã rỗng, rồi mới được dùng oxytocin.

PAPAVERIN

Trình bày: viên papaverin hydroclorid 40mg.

- ✋ **Chỉ định**: chống co thắt, chữa các triệu chứng đường tiêu hóa như rối loạn khó tiêu hóa, trướng bụng, đau do bệnh ruột kết chức năng, đi lỏng cấp tính (đặc biệt khi ngộ độc thức ăn).

- ⌚ **Cách dùng:** người lớn uống một viên trước mỗi bữa ăn.

PARACETAMOL

Tên khác: Acetaminophen.

Trình bày: viên nén 500mg và 100mg (dùng cho trẻ em).

Bảo quản: lọ kín, khô mát, tránh ánh sáng.

- ☞ **Chỉ định:** hạ sốt, giảm đau ngoại biên, chống viêm (kém). Dùng thay thế aspirin khi có chống chỉ định aspirin.

- ⌚ **Cách dùng:** uống với nhiều nước, tác dụng tới nhanh khi dạ dày rỗng.

Người lớn: uống mỗi lần 0,5-1,0 gam, dùng 4 lần/24 giờ, nếu cần.

Trẻ em: 6-24 tháng: uống mỗi lần 50mg, dùng 4 lần/24 giờ.

1-3 tuổi: 100-150mg mỗi lần, dùng 4 lần/24 giờ.

3-5 tuổi: 100-200mg mỗi lần, dùng 4 lần/24 giờ.

5-10 tuổi: 250mg mỗi lần, dùng 4 lần/24 giờ.

- ☹ **Phản ứng có hại:** phát ban (hiếm). Người nghiện nặng thuốc lá, nghiện rượu, suy dinh dưỡng dùng paracetamol dễ bị các phản ứng xấu ở gan.

- ☞ **Chống chỉ định:** vàng da, suy gan.

PENICILIN G

Tên khác: Benzylpenicilin, Specilline.

Trình bày: lọ bột pha với nước cất vô khuẩn hoặc với dung dịch natri clorid 0,9%, để cuối cùng đạt được 1 - 5 - 20 triệu đơn vị quốc tế.

Bảo quản: đựng trong lọ kín, nơi khô mát, tránh ánh sáng.

☞ **Chỉ định:** nhạy cảm nhất với penicilin G là liên cầu, phế cầu (hiện nay ở nhiều địa phương đã có các chủng phế cầu kháng penicilin), màng não cầu, bạch hầu, *Leptospira*, xoắn khuẩn, trực khuẩn hoại thư sinh hơi... Dùng chữa bệnh nhiễm các vi khuẩn kể trên, như nhiễm khuẩn đường hô hấp, tai mũi họng, răng hàm mặt, phụ khoa, tiêu hóa và mắt, màng não, nhiễm khuẩn huyết...

⌚ **Cách dùng:** Xin đọc bảng trang 231.

☹ **Phản ứng có hại:**

Dị ứng (nguy hiểm nhất là choáng phản vệ, khó thở, trụy tim mạch); có thể có biểu hiện dị ứng ngoài da.

Liều quá cao có thể gây bệnh não cấp tính, co giật, hôn mê, chảy máu.

☞ **Chống chỉ định:** Cơ địa dị ứng hoặc đã có tiền sử dị ứng với kháng sinh cùng nhóm (ampicilin, amoxicilin, penicilinV, các cephalosporin...).

Ghi chú:

Phải làm test phản ứng dị ứng trước khi dùng các loại penicilin.

Phải luôn luôn có adrenalin phòng chống choáng phản vệ.

Tuổi	Penicilin G	Procaïn-penicilin (chỉ tiêm bắp thịt)	Benzathin-penicilin (tiêm bắp thịt)
Người lớn	2-24 triệu đơn vi/24 giờ. Chia làm 4-6 lần tiêm	300.000-600.000 đơn vi từng 12 giờ	1,2-2,4 triệu đơn vi; từng 2-4 tuần lễ, tiêm một lần duy nhất với liều trên vào bắp thịt
Trẻ em	150.000-400.000 đơn vi/kg thể trọng/24 giờ. Chia làm 4-6 lần tiêm	25.000-50.000 đơn vi/kg thể trọng/24 giờ. Chia làm 2 lần tiêm bắp thịt	50.000 đơn vi/kg thể trọng. Cách 2-4 tuần lễ, tiêm một lần duy nhất với liều trên vào bắp thịt
- Trẻ sơ sinh dưới một tuần tuổi - Trẻ sơ sinh trên một tuần tuổi	50.000-150.000 đơn vi/kg thể trọng/24 giờ. Chia làm 2-3 lần tiêm 75.000-200.000 đơn vi/kg thể trọng/24 giờ. Chia làm 3-4 lần tiêm	Cấm dùng!	Cách 2-4 tuần lễ, tiêm bắp thịt một lần duy nhất 50.000 đơn vi/kg thể trọng

PENICILIN V

Tên khác: Phenoxymethylpenicilin, Oracilline, Oспен, Betapen.

Trình bày: viên 250mg.

☞ **Chỉ định:** uống được vì không bị hủy do dịch vị dạ dày. Những vi khuẩn nhạy cảm là liên cầu, phế cầu, màng não cầu, bạch hầu, xoắn khuẩn.

Không uống chữa bệnh lậu; không dùng chữa cảm cúm.

Chỉ uống khi nhiễm khuẩn nhẹ với các vi khuẩn kể trên, như ở đường hô hấp, tai mũi họng, răng miệng, da và niêm mạc, viêm amidan, viêm hầu, viêm quầng.

Dự phòng Osler. Dự phòng tái phát bệnh thấp khớp cấp (người lớn uống mỗi lần 500mg, uống 2 lần/24 giờ; trẻ em dùng nửa liều người lớn, dùng trong nhiều năm liền).

⊕ **Cách dùng:**

Người lớn: uống 1gam - 2gam/24 giờ, chia 2-4 lần dùng.

Trẻ em:

6-12 tuổi, uống 500-1000mg/24 giờ, chia 2-4 lần.

2-6 tuổi, uống 500mg/24 giờ, chia 2-4 lần.

0-2 tuổi, uống 25-50mg/kg thể trọng, chia 2-4 lần.

Uống trong 5 ngày liền.

Uống liều cao hơn khi viêm tai giữa, viêm xoang, các nhiễm khuẩn nặng hơn.

☹ **Phản ứng có hại:** dị ứng (hiếm gặp hơn với penicilin G), đi lỏng, rối loạn tiêu hóa khi uống lâu dài với liều cao (quá 6 triệu đơn vị trong 24 giờ).

✂ **Chống chỉ định:** cơ địa dị ứng hoặc có tiền sử dị ứng với penicilin hoặc kháng sinh cùng nhóm (ampicilin, amoxicilin...).

Ghi chú: uống với nhiều nước, uống 30 phút trước hoặc 2 giờ sau khi ăn. Nếu buồn nôn, nôn, nên uống trong bữa ăn.

PETHIDIN

Tên khác: Dolosal, Dolargan, Dolanthine, Meperidine.

Bảo quản: tuân thủ nghiêm ngặt chế độ bảo quản, cấp phát và sử dụng theo quy chế thuốc độc gây nghiện bảng A.

☞ **Chỉ định:** các chứng đau dữ dội, như chứng đau do ung thư, đau sau phẫu thuật và sau chấn thương, cơn

sỏi mật, sỏi thận. Gây tiền mê.

- ⌚ **Cách dùng:** tiêm bắp 100-200mg/24giờ. Liều tối đa (người lớn) cho một lần là 100mg, cho 24 giờ là 250mg.
- ☹ **Phản ứng có hại (nhiều):** buồn nôn, nôn, táo bón, chóng mặt, nhịp tim nhanh, hạ huyết áp tư thế đứng, trầm cảm hoặc kích thích, tăng áp lực nội sọ, co rút đường mật, bí đái (nhất là khi có u tuyến tiền liệt, hẹp niệu đạo). Rất dễ gây nghiện!
- ✎ **Chống chỉ định:** suy hô hấp; đau bụng cấp tính mà căn nguyên chưa rõ; suy gan; chấn thương sọ não; tăng áp lực nội sọ; trạng thái co giật; ngộ độc rượu cấp tính; trẻ em dưới 36 tháng; mẫn cảm với pethidin và các chế phẩm thuốc phiện; người cao tuổi; giảm hoặc cường tuyến giáp; suy thượng thận; có thai.

PHENOBARBITAL

Tên khác: Luminal, Gardenal, Phenobarbiton, Lepinal.

Trình bày: viên nén 10mg; 50mg hoặc 100mg.

- ☞ **Chỉ định:** cơn động kinh thể lớn, thể khu trú, thể nhỏ; an thần, gây ngủ.
- ⌚ **Cách dùng:**

Người lớn uống 2-3mg/kg thể trọng, uống làm

một lần trước khi ngủ tối.

Trẻ em 30 tháng - 15 tuổi: uống 20-40mg trong 24 giờ.

☹ **Phản ứng có hại:** phù, ngứa, nhức đầu, chuyển choáng, đau cơ.

☞ **Chống chỉ định:** tiền sử mẫn cảm với các barbiturat, người suy hô hấp nặng; thời kỳ cho con bú (con sẽ chậm lớn, khó bú, ngủ li bì).

Tương tác: phenobarbital làm giảm (hoặc mất) tác dụng của doxycyclin, thuốc ngừa thai (loại uống), các corticoid, quinidin, theophylin, digitoxin.

Ghi chú: tránh dùng phenobarbital khi lái tàu xe, làm việc với máy móc, làm việc trên cao.

Không dùng phối hợp với thuốc ức chế thần kinh trung ương (như thuốc ngủ, rượu, thuốc an thần, chế phẩm thuốc phiện, thuốc an thần kinh...).

👂 Để thuốc tránh xa trẻ em và người cao tuổi.

PIPERAZIN

Tên khác: Antepar

Trình bày: viên 250mg; 300mg hoặc 500mg.

Thuốc đạn 200mg (dùng cho nhiễm giun kim).

Sirô của piperazin adipat, citrat, hydrat, sebacat.

☞ **Chỉ định:** chống giun kim, giun đũa.

⊕ **Cách dùng:**

Người lớn uống 50mg piperazin base/kg thể trọng/24 giờ, chia làm 2 lần (tối đa cho người lớn: 4 gam trong 24 giờ).

Thời gian điều trị cho giun đũa, một đợt 7 ngày; cho giun kim, chia làm 2 đợt, mỗi đợt 7 ngày (hai đợt cách nhau 20 ngày).

☹ **Phản ứng có hại (hiếm):** buồn nôn, nôn, đi lỏng, chóng mặt.

☞ **Chống chỉ định:** suy thận, suy gan, tiền sử thần kinh, động kinh, vàng da, có thai 3 tháng đầu.

Ghi chú: thuốc dạng đặt hậu môn, dùng sáng và tối, mỗi lần nạp 1 viên. Dùng trong 2-5 ngày chữa bệnh giun kim, nhưng cần phải tuân thủ các biện pháp vệ sinh vùng hậu môn, tay, móng tay...

PIROXICAM

Tên khác: Feldene, Novopirocam

Trình bày: viên nang 10mg - 20mg; thuốc dạng 20mg; ống 1 ml (chứa 25mg piroxicam) tiêm bắp thịt.

Bảo quản: lọ kín, để xa trẻ em và người cao tuổi.

☞ **Chỉ định:** người lớn dùng chống viêm, giảm đau dài ngày trong thấp khớp mạn tính, viêm đa khớp dạng thấp, viêm cứng khớp sống, một vài bệnh hư khớp gây đau hoặc dùng ngắn ngày chữa các cơn đau kịch phát của hư khớp, viêm khớp, đau rễ thần kinh.

⊕ **Cách dùng:** uống lúc ăn no. Người lớn: uống 20mg một lần duy nhất trong 24 giờ. Những ca nặng, uống 30mg trong 24 giờ, nhưng dễ gây tác dụng không mong muốn. Liều tối đa (người lớn): uống 40mg/24 giờ.

☹ **Phản ứng có hại:** ngoài da (ngứa, phát ban, viêm kết mạc, phù chân...), hô hấp (hen), choáng váng, nhức đầu, buồn ngủ, ù tai, về tiêu hóa (buồn nôn, chán ăn, đầy bụng, chảy máu tiêu hóa...).

☞ **Chống chỉ định:** mẫn cảm với thuốc; loét dạ dày - tá tràng đang tiến triển; suy gan, suy thận nặng; có thai hoặc đang cho con bú; lái xe, làm việc trên cao, làm việc với máy móc; trẻ em dưới 15 tuổi, người quá già.

Không dùng piroxicam cùng thuốc chống đông máu, sulfamid hạ đường-huyết, lithium, thuốc ức chế beta...

PRAZQUANTEL

Tên khác: Biltricide, Droncit, Cesol

Trình bày: viên nén 300mg hoặc 600mg (để chia tư).

☞ **Chỉ định:** chống sán dây (sán lợn, sán bò, sán hạt), ấu trùng sán lợn, sán lá gan.

⌚ **Cách dùng:**

* *Chống sán lá gan:* trẻ em trên 24 tháng tuổi và người lớn dùng liều giống nhau: uống 20mg/kg thể trọng/24 giờ; dùng trong 3 ngày. Nếu điều trị đợt 2, phải đợi sau 10 ngày.

* *Chống ấu trùng sán lợn:* uống 20mg/kg thể trọng/24giờ; dùng trong 15 ngày. Cần uống thêm dexamethason trong 15 ngày để chống tác dụng phụ của praziquantel. Nếu cần chữa đợt 2, phải đợi sau 3 tháng.

* *Chống sán bò, sán lợn:* uống liều duy nhất 10mg/kg thể trọng.

☹ **Phản ứng có hại:** hiếm: chóng mặt, nhức đầu, buồn nôn, nôn, đau bụng thoáng qua.

☞ **Chống chỉ định:** có thai, thận trọng trong thời kỳ cho bú (kiêng cho bú trong ngày dùng thuốc và 72 giờ tiếp theo).

PROCAIN

Tên khác: Novocaine.

Trình bày: ống tiêm 1%, 2% hoặc 3%.

☞ **Chỉ định:** gây tê tại chỗ bằng cách tiêm ngấm, gây tê dẫn truyền.

- ⌚ **Cách dùng:** liều thông thường cho người lớn: 2-3 mg/kg thể trọng (tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch rất chậm dưới sự theo dõi trực tiếp của thầy thuốc chuyên khoa).
- ☹ **Phản ứng có hại:** quá mẫn cảm với procain (từ dị ứng ngoài da tới choáng phản vệ).
- ⚡ **Chống chỉ định:** cơ địa dị ứng (hen suyễn, mê đay, số mũi mùa...), tiền sử mẫn cảm với các thuốc tê, động kinh, người đang dùng sulfamid hoặc prostigmin (neostigmin), trẻ em dưới 10 tuổi; có thai 3 tháng đầu.

Ghi chú:

Trước khi dùng procain, phải hỏi người bệnh: đang dùng thuốc gì? Có cơ địa dị ứng không? Có động kinh không?

Phải làm test dưới da, đọc kết quả sau 48 giờ, xem có mẫn cảm với procain không?

PROCAINAMID

Tên khác: Pronestyl.

Trình bày: viên hoặc nang 250mg, 375mg và 500mg.

Tác dụng: chống loạn nhịp nhóm IA của Vaughan-Williams. Kéo dài thời gian trơ, giảm dẫn truyền.

Giảm kích thích cơ tim.

☞ **Chỉ định:** uống ngoại tâm thu thất. Dự phòng tái phát nhanh thất, cơn nhanh kịch phát trên thất, rung nhĩ, flutter nhĩ.

Ⓛ **Cách dùng:** theo chỉ định của thầy thuốc chuyên khoa.

☹ **Phản ứng có hại:**

Uống, ít khi bị hạ huyết áp. Có thể bloc nhĩ thất độ II.

Dùng dài ngày có thể gặp hội chứng giả lupus; giảm bạch cầu, ngứa mắt, ỉa chảy, chóng mặt.

☞ **Chống chỉ định:** bloc nhĩ thất hoàn toàn. Xoắn đình. Lupus ban đỏ hệ thống.

PROCAIN - PENICILIN

Trình bày: là hỗn dịch chỉ để tiêm bắp, cấm tiêm tĩnh mạch, 300mg procain-penicilin tương ứng với 200mg penicilin G.

Bảo quản: lọ kín, để nơi khô mát, tránh ánh sáng.

☞ **Chỉ định:** như ở "penicilin G", nhưng tác dụng kéo dài. Do có procain, nên tiêm bắp ít đau hơn penicilin G.

- ⌚ **Cách dùng:** liều lượng xem ở mục "penicilin G".
- ☹ **Phản ứng có hại:** như ở mục "penicilin G".
- ✂ **Chống chỉ định:** cơ địa dị ứng hoặc đã có tiền sử dị ứng với penicilin và kháng sinh cùng nhóm, dị ứng với procain.

Ghi chú: trẻ sơ sinh rất dễ mẫn cảm với độc tính của procain, khi đó nên dùng penicilinG thay thế.

Không dùng chữa cảm lạnh thông thường.

Không phối hợp với kháng sinh khác.

PROMETHAZIN

Tên khác: Phenergan

Trình bày: viên nén 25mg; 50mg. Sirô 0,1%.

- ☞ **Chỉ định:** là thuốc kháng histamin.

Dùng phòng và chữa các biểu hiện dị ứng như viêm mũi dị ứng, viêm kết mạc, phù Quincke, mày đay.

Chữa triệu chứng ngứa ngoài da (eczema, ngứa sần...).

Chữa mất ngủ ở người lớn.

Phòng say tàu xe, buồn nôn, nôn.

Phối hợp với thuốc ho, làm tăng tác dụng giảm ho.

- ⌚ **Cách dùng:**

Người lớn uống 50-100mg/24 giờ, chia làm nhiều

lần, uống trong bữa ăn no.

Người lớn mất ngủ: uống 25mg trước khi ngủ tối.

Phòng say tàu xe: uống 25mg trước khi lên đường 60 phút.

☹ **Phản ứng có hại:**

Ngủ gà, tăng tiết nhày dịch phế quản, khô miệng, rối loạn điều tiết mắt, táo bón, bí đái, lẩn tâm thần, trạng thái kích thích ở trẻ sơ sinh và người cao tuổi.

Dùng lâu dễ hỏng răng lợi, nhiễm nấm, giảm tiết sữa.

☞ **Chống chỉ định:** hen phế quản, bí đái, phì đại tuyến tiền liệt, glôcôm, vàng da, cơ địa dị ứng, có thai, cho con bú, trẻ dưới 1 tuổi, người cao tuổi.

Ghi chú: promethazin làm tăng tác dụng của các thuốc ức chế thần kinh trung ương (thuốc ngủ, mê, an thần, rượu, thuốc phiện, thuốc an thần kinh...), các thuốc loại atropin.

Vì chống nôn, nên promethazin dễ che lấp triệu chứng ngộ độc một số thuốc khác và triệu chứng của viêm ruột thừa.

☠ **Cấm dùng** khi lái xe, tiếp xúc với máy móc hoặc làm việc nơi nguy hiểm, trên cao.

PROPRANOLOL

Trình bày: viên 10-20-40-60-80-120-160mg; ống tiêm tĩnh mạch 5mg/5ml.

Tác dụng: chẹn beta không chọn lọc tim.

☞ **Chỉ định:** tăng huyết áp. Ngăn chặn cơn đau thắt ngực. Điều trị sau nhồi máu cơ tim. Các loạn nhịp do cường giao cảm: ngoại tâm thu, nhanh xoang, nhanh nhĩ, một số ca nhanh thất. Cường giáp (hỗ trợ). Bệnh cơ tim phì đại. Run vô căn. Phòng chảy máu tiêu hóa ở người bệnh xơ gan.

⊕ **Cách dùng:** theo chỉ định của thầy thuốc chuyên khoa.

⊖ **Phản ứng có hại:** tim chậm quá. Mệt mỏi. Hiếm: suy tim, hạ huyết áp, co thắt phế quản.

✂ **Chống chỉ định:** hen và các bệnh phổi - phế quản tắc nghẽn mạn tính. Suy tim nặng. Tim quá chậm < 50. Blóc nhĩ thất độ 2-3. Đau thắt ngực dạng Prinzmetal, hội chứng Raynaud.

PYRAZINAMID

Tên khác: Aldinamid, Piraldine, Pirilène, Tinamide

Trình bày: viên nén 100 hoặc 500mg.

☞ **Chỉ định:** chữa lao phổi và lao ngoài phổi.

⌚ **Cách dùng:** dùng chủ yếu trong 2 tháng đầu trong các phác đồ chữa lao phổi hợp, sau đó tiếp tục bằng các thuốc khác.

Người lớn uống 30mg/kg thể trọng/24 giờ khi dùng hàng ngày. Hoặc 50mg/kg thể trọng/24 giờ, nếu dùng cách ngày.

⊗ **Phản ứng có hại:** độc với gan, đau dạ dày-ruột, tăng acid uric trong máu có thể gây bệnh gút, đau khớp (nhất là khớp vai), cảm quang.

☞ **Chống chỉ định:** suy gan nặng, bệnh gút.

QUINIDIN SULFAT

Trình bày: viên nén tác dụng kéo dài chứa 200mg.

Tác dụng: chống loạn nhịp nhóm IA của Vaughan-Williams, kéo dài thời kỳ trơ, giảm dẫn truyền.

☞ **Chỉ định:** duy trì nhịp xoang sau khi chuyển lại nhịp xoang. Ngoài ra, còn những chỉ định phụ khác về các loạn nhịp.

⌚ **Cách dùng:** người lớn: uống mỗi lần 2 viên, ngày 2 lần (sáng, tối). Không nhai.

☹ **Phản ứng có hại:**

Đáng sợ nhất là ngừng tim do rung thất và các loại loạn nhịp thất nguy hiểm như nhanh thất, ngoại tâm thu thất. Có thể ù tai, nhức đầu, ỉa chảy, nôn...

Chú ý phải giảm liều digitalis khi dùng đồng thời.

- ✂ **Chống chỉ định:** bloc nhĩ thất hoàn toàn. Bloc nhánh. Loạn nhịp do nhiễm độc digitalis. Mẫn cảm với quinidin.

QUININ SULFAT/HYDROCLORID

Trình bày: Viên 0,25gam hoặc 0,5gam quinin sulfat. Ống tiêm 0,5gam quinin hydroclorid.

- ☞ **Chỉ định:** điều trị sốt rét do *P.falciparum* kháng với cloroquin.

⌚ **Cách dùng:**

Trong sốt rét ác tính, dùng 20mg/kg thể trọng. Pha quinin hydroclorid trong dung dịch natri clorid 0,9% (hoặc dung dịch glucose 5%), truyền nhỏ giọt trong 4 giờ liền (tức là với người nặng 50kg, ta sẽ pha 1,0 gam quinin hydroclorid vào 500ml dung dịch trên rồi truyền). Đồng thời, tiêm 0,5gam quinin hydroclorid sâu vào bắp thịt mông

Nếu người bệnh đã dùng quinin ở tuyến trước hoặc có suy tim gan thận, thì không dùng liều đầu cao.

Tiếp theo, cứ cách 8 giờ lại truyền tĩnh mạch nhỏ giọt 10mg/kg thể trọng (pha 0,5 gam quinin hydroclorid trong 250ml dung dịch trên). Đến khi người bệnh tỉnh lại, đợi 1-2 ngày sau, sẽ chuyển dần sang tiêm quinin hydroclorid bắp thịt và uống quinin sulfat: liều trung bình cho người lớn (khoảng 50kg cân nặng) là 1,5 - 2,0 gam trong 24 giờ, chia làm 3-4 lần.

☹️ **Phản ứng có hại:**

1. "Hội chứng quinin": ù tai, nhức đầu, chóng mặt, buồn nôn.

2. Đặc ứng: liều thấp đã gây đỏ da, ngứa, phát ban, sốt, đau dạ dày.

3. Quá liều, dài ngày: nôn, lo sợ, kích thích, mê sảng, ngất, giảm thân nhiệt, hạ huyết áp, mạch yếu, giảm thị lực, thính lực.

4. Tiêm bắp gây đau và có thể hoại tử tại chỗ.

🚫 **Chống chỉ định:** suy gan, suy thận, trạng thái bệnh lý về mắt, tai, tim mạch; nhược cơ; có thai (những tháng cuối).

RIFAMPICIN

Tên khác: Rifampin, Rimactane, Rifadin.

Trình bày: nang hoặc viên bọc đường 150mg và 300mg.

- ☞ **Chỉ định:** các thể lao; còn dùng chữa các nhiễm khuẩn nặng do vi khuẩn Gram (+) (tụ cầu, cầu khuẩn đường ruột), trực khuẩn phong, lậu cầu, màng não cầu, *Haemophilus influenzae*, *Legionella*.
- ⌚ **Cách dùng:** để chữa lao, uống 10mg/kg thể trọng/24 giờ (tối đa: 600mg) hàng ngày hoặc cách ngày. Uống lúc đói, ít nhất 30 phút trước khi ăn, để tránh làm giảm khả năng hấp thu thuốc.
- ☹ **Phản ứng có hại:** vàng da, tăng transaminase-máu, giảm tiểu cầu, giảm bạch cầu trung tính, đau dạ dày-ruột; khi uống thuốc, nước mắt, nước bọt, nước tiểu, đờm có màu đỏ (cần báo trước cho người bệnh).
- ☞ **Chống chỉ định:** suy gan nặng, vàng da, có thai. Cần thận khi dùng ở người cao tuổi, nghiện rượu hoặc đã có bệnh gan.

Khi dùng cùng isoniazid, cần theo dõi sát chức năng gan.

SALBUTAMOL

Tên khác: Albuterol

Trình bày: viên nén 2mg hoặc 4mg (dạng sulfat).

Bảo quản: lọ kín, tránh ánh sáng.

☞ **Chỉ định:** làm giãn phế quản, dùng chữa cơn hen phế quản, viêm phế quản, khí thũng phổi.

⌚ **Cách dùng:**

Người lớn: uống 2-4mg mỗi lần, dùng 3 lần/24 giờ.

Trẻ em:

2-6 tuổi: uống 1-2mg mỗi lần, dùng 3 lần/24 giờ.

6-12 tuổi: uống 2mg mỗi lần, dùng 3 lần/24 giờ.

Dùng liều khởi đầu thấp hơn các liều trên.

Dùng cùng aminophyllin sẽ có tác dụng chữa hen phế quản tốt hơn và liều của cả hai loại thuốc có thể giảm bớt.

☹ **Phản ứng có hại:** run cơ, nhức đầu, choáng váng, đánh trống ngực.

⚡ **Chống chỉ định:** suy tim nặng, suy mạch vành cấp, rối loạn nhịp tim, bệnh cơ tim nghẽn, đái tháo đường, cường tuyến giáp.

Ghi chú: cần thận trọng ở người cao tuổi (khi thật cần thì uống 2mg mỗi lần, dùng 3 lần/24 giờ).

STREPTOMYCIN

Trình bày: streptomycin sulfat, lọ bột 1 gam để pha tiêm.

☞ **Chỉ định:** chống lao. Phối hợp với penicilinG (không trộn) để chữa nhiễm khuẩn huyết và viêm màng trong tim.

🕒 **Cách dùng:** tiêm bắp thịt.

Người lớn: 15mg/kg thể trọng/24 giờ. Tối đa: 1gam/24 giờ. Hoặc tiêm bắp 25mg/kg thể trọng/24 giờ, dùng 2 lần mỗi tuần.

Trẻ em: 30mg/kg thể trọng/24 giờ, chia làm 2 lần.

Với người lớn suy thận: 7,5mg/kg thể trọng trong 36-72 giờ.

☹ **Phản ứng có hại:**

Rối loạn thính giác (chóng mặt, mất điều hòa, rung giật nhãn cầu, có thể điếc) có thể xảy ra nếu dùng quá liều 1gam hàng ngày và dùng liên 60 ngày trở lên.

Độc với thận, gây bệnh thận cấp (dễ gặp ở người cao tuổi, suy thận hoặc khi dùng liều cao kéo dài).

Phản ứng dị ứng (sốt, ngoại ban); choáng váng, dị

cảm.

☞ **Chống chỉ định:** có thai; suy thận nặng; giảm thính lực; nhược cơ.

Ghi chú:

Trong và sau đợt điều trị, cần theo dõi thính lực và trạng thái thận. Nếu có thể, không dùng streptomycin ở người cao tuổi (trên 60 tuổi).

Không phối hợp với các thuốc khác cũng độc với thính giác, với thận như furosemid, vancomycin, amphotericin B...

Chỉ dùng streptomycin khi đúng chỉ định, nhiễm khuẩn nặng. Cần hạn chế liều dùng hàng ngày, hạn chế số ngày dùng.

SULFAT SẮT

Trình bày:

Viên sulfat sắt II 200mg (tương đương 60mg sắt).

Viên sulfat sắt II 50mg (tương đương 15mg sắt, dùng cho trẻ em).

Bảo quản: lọ kín, tránh ánh sáng.

☞ **Chỉ định:** chứa sắt, cần cho tạo huyết cầu tố (hemoglobin). Thường thiếu sắt khi có thai, cho con bú,

sơ sinh thiếu tháng, trẻ nhẹ cân, suy dinh dưỡng, rông kinh. Dùng phòng và chữa thiếu sắt. Trước khi chữa thiếu máu, cần xem có đúng thiếu hemoglobin không?

⊕ Cách dùng:

Người lớn: uống 200mg sulfat sắt II mỗi lần, dùng 1-2 lần/24 giờ.

Trẻ em dưới 1 tuổi: mỗi lần uống 50mg sulfat sắt II (tán thành bột mịn và trộn với sữa hoặc mật ong), dùng 1-2 lần/24 giờ.

1-5 tuổi: mỗi lần uống 100mg sulfat sắt II, dùng 1-2 lần/24 giờ.

6-12 tuổi: mỗi lần uống 200mg sulfat sắt II, dùng 1-2 lần/24 giờ.

Dùng như vậy trong 1-2 tháng liền.

Để phòng thiếu hemoglobin (khi có thai, thời kỳ cho con bú), người mẹ uống 200mg/24 giờ (chia làm 2 lần) + acid folic.

☹ **Phản ứng có hại:** cần uống ngay sau bữa ăn no để tránh kích thích dạ dày-ruột; có thể nôn, đi lỏng, có khi gây táo bón. Nếu phản ứng này rõ ràng, nên giảm liều và uống rải rác nhiều lần trong ngày (vẫn phải uống khi no).

✂ **Chống chỉ định:**

Suy gan, suy thận nặng; thiếu máu tan máu...

Tương tác:

Thuốc kháng acid ở dạ dày (nhôm hydroxyd, magnesi hydroxyd), thuốc và thức ăn giàu calci làm giảm hấp thu sulfat sắt.

Chính muối sắt lại làm giảm hấp thu tetracyclin (cần uống cách xa nhau 3 giờ).

Ghi chú:

Sulfat sắt dễ kích ứng niêm mạc thực quản: cần uống với nhiều nước và ở tư thế đứng.

Để thuốc tránh xa trẻ em và người cao tuổi: liều cao có thể gây tử vong.

TERPIN-CODEIN

Trình bày: viên nén chứa 0,1 gam terpin hydrat và 0,01 gam codein phosphat.

☞ **Chỉ định:** chữa các chứng ho, cảm cúm ho, khàn tiếng, viêm phế quản cấp và mạn.

🕒 Cách dùng:

Người lớn: uống mỗi lần 1-2 viên, dùng 2-3 lần/24 giờ.

Trẻ em:

10-15 tuổi, mỗi lần 1 viên, dùng 3 lần/24 giờ.

6-9 tuổi, mỗi lần 1/2 viên, dùng 3 lần/24 giờ.

☹ **Phản ứng có hại:**

Tăng áp lực nội sọ.

Hiếm và nhẹ: táo bón, buồn ngủ, chóng mặt, buồn nôn.

Liều cao gây suy hô hấp.

⚡ **Chống chỉ định:**

Trẻ em dưới 36 tháng, có thai, cho con bú.

Không dùng cùng các thuốc giảm tiết dịch phế quản (như atropin...).

Không dùng chữa ho ở người hen phế quản, suy hô hấp.

Chú ý: codein có thể gây nghiện, nếu dùng thường xuyên và kéo dài, cho nên cần thận trọng trong bảo quản, cấp phát và chỉ định điều trị.

TETRACYCLIN

Tên khác: Achromycin; Hexacycline; Polycyline; Tetramig.

Trình bày: viên nén hoặc viên nhộng 250mg.

Bảo quản: lọ kín, để chỗ khô mát, tránh ánh sáng.
Không dùng tetracyclin quá tuổi thọ, dễ gây độc.

☞ **Chỉ định:** kháng sinh kìm khuẩn, phổ rộng. Hiện nay ít dùng, vì vi khuẩn dễ kháng thuốc.

Điều trị nhiễm khuẩn mạn tính đường hô hấp, đường tiết niệu; bệnh tả, mắt hột, giang mai (người dị ứng với penicilin), sốt rét do *P.falciparum* (uống cùng quinin sulfat), bệnh do *Brucella*, *Rickettsia*, *Chlamydia*.

⌚ **Cách dùng:**

Người lớn: uống 250-500mg từng 6 giờ; tối đa: 2gam/24 giờ. Mỗi lần uống không quá 500mg. Uống 1 giờ trước hoặc 2 giờ sau mỗi bữa ăn. Dùng tiếp 2 ngày, sau khi hết triệu chứng nhiễm khuẩn. Dùng 7 ngày liền.

Trong giang mai, liệu trình lâu hơn (15-30 ngày, tùy tình trạng mạn tính của bệnh).

Trong bệnh do *Brucella*, dùng 6 tuần liền..

☹ **Phản ứng có hại:**

Dễ nhạy cảm với ánh sáng (khi dùng thuốc, tránh phơi nắng hoặc chiếu tia cực tím);

Đi lỏng; buồn nôn; đau thượng vị.

Dị ứng ngoài da; ngứa môi, đầu ngón tay, ngón chân (cần ngừng thuốc ngay).

✂ **Chống chỉ định:**

Dị ứng với nhóm tetracyclin (kể cả doxycyclin);

Suy gan, suy thận; hồng và vàng răng;

Ảnh hưởng tới xương, răng và sức lớn của trẻ em (cấm dùng cho người có thai, cho con bú, trẻ dưới 9 tuổi).

Ghi chú:

Tetracyclin sẽ giảm hấp thu khi uống cùng các thuốc chống toan dạ dày (thuốc chứa magnesi, nhôm), muối sắt, sữa và chế phẩm của sữa, vậy phải uống tetracyclin cách các thuốc trên 2 giờ.

THAN HOẠT

Trình bày: viên 0,4 gam than thực vật.

Bảo quản: tránh ẩm, tránh ánh sáng!

☞ **Chỉ định:** hấp phụ các khí, thấm hút chất độc, trung hòa sự tiết acid dịch vị. Dùng chữa triệu chứng khó tiêu, căng bụng do đầy hơi, các rối loạn chức phận của ruột kết, ợ nóng, nóng thượng vị.

⌚ **Cách dùng:**

Người lớn: uống 1-2 viên buổi sáng, trưa, chiều trước hoặc sau bữa ăn và trước khi ngủ tối (nhai và uống với một ít nước).

Trẻ em 3-15 tuổi: một nửa viên mỗi lần, uống 3-4 lần/24 giờ.

Ghi chú: do tính hấp phụ, nên than hoạt làm giảm hấp thu các thuốc khác, cần uống cách nhau 1-2 giờ.

THUỐC MỠ TETRACYCLIN

Trình bày: ống tuýp 5gam thuốc mỡ 1%.

Chỉ định: chủ yếu tra mắt trị mắt hột. Còn chữa viêm kết mạc nặng, loét giác mạc.

Ⓛ **Cách dùng:**

Trị mắt hột theo phác đồ ngắt quãng: một lần/ngày (vào buổi tối) x 6 ngày trong tháng x 6 tháng.

Trị loét giác mạc: tra 2-3 lần/24 giờ.

THUỐC NHỎ MẮT ARGYROL 3%

Bảo quản: trong lọ thủy tinh đậy kín, tránh ánh sáng. Khi dùng thì hãy pha thành dung dịch, vì để lâu ngày, thuốc bị đóng cặn.

Ⓛ **Chỉ định:** viêm kết mạc, viêm mi mắt, các chứng đau mắt có mù.

Ⓛ **Cách dùng:** nhỏ 2 giọt vào mỗi mắt, mỗi ngày 2-3 lần.

THUỐC NHỎ MẮT CLORAMPHENICOL 0,4%

Tên khác: Tifomycine 0,4%

Trình bày: ống 10ml dung dịch 0,4% cloramphenicol; có ống đếm giọt.

Bảo quản: tránh ánh sáng.

- ☞ **Chỉ định:** là kháng sinh nhỏ mắt trong các bệnh viêm kết mạc nhiễm khuẩn cấp tính, viêm loét giác mạc, các bệnh nhiễm khuẩn tuyến nước mắt, viêm mí mắt nhiễm khuẩn, chữa các bệnh tại ổ mắt khi bị khoét nhãn cầu, đau mắt hột, phòng nhiễm khuẩn khi bị thương ở mắt.
- ⌚ **Cách dùng:** theo chỉ dẫn của thầy thuốc. Mỗi lần nhỏ 2 giọt vào mỗi mắt. Cách 3 giờ nhỏ một lần, nếu chưa khỏi.
- ⚠ **Chống chỉ định:** trẻ sơ sinh, trẻ ít tuổi, người suy tủy.

THUỐC NHỎ MẮT SULFACYLUM

Trình bày: là loại sulfacetamid kiềm, với các dung dịch 10% - 20% - 30%.

Bảo quản: trong lọ 8-10ml có ống đếm giọt. Đậy kín, vô khuẩn.

- ☞ **Chỉ định:** tác dụng kìm khuẩn tương đương các

sulfamid khác; dùng chữa viêm kết mạc, loét giác mạc, viêm túi lệ; trị liệu sau mổ mắt, viêm bờ mi do cầu khuẩn.

⌚ **Cách dùng:** nhỏ mắt 2-3 lần/24 giờ (nếu cần, thì 7-8 lần/24 giờ).

✂ **Chống chỉ định:** dị ứng, mẫn cảm với sulfamid.

THUỐC NHỎ MŨI SULFARIN

Trình bày: dung dịch gồm sulfacylum (natri sulfacetamid), ephedrin hydroclorid hòa tan trong nước cất.

Bảo quản: lọ kín, nơi khô mát. Chỉ dùng ngoài.

✂ **Chỉ định:** sát khuẩn mũi, chữa viêm tắc mũi.

⌚ **Cách dùng:** nhỏ 3-4 lần/24 giờ (khi ngạt mũi).

THUỐC TÍM

Trình bày: tinh thể tím sẫm, khi dùng thì pha thành dung dịch 1/500; 0,1%; 0,02%; 0,01%... Dung dịch không ổn định.

Bảo quản: giữ tinh thể trong lọ đậy kín, tránh xa các chất hữu cơ và các chất dễ oxy hóa (dễ hỏng, có khi gây nổ).

☞ **Chỉ định:** dùng ngoài để sát khuẩn, chống nấm.

🕒 **Cách dùng:**

Dung dịch 0,025% dùng trong viêm niệu đạo hoặc thụ rửa bàng quang.

Dung dịch 0,02% rửa dạ dày khi ngộ độc.

Dung dịch 0,1% - 0,2% rửa vết thương.

Dung dịch 0,1% xúc miệng hoặc rửa rau sống.

Ghi chú:

Dung dịch dễ ăn mòn da và niêm mạc, nên thường dùng dung dịch loãng 0,01%, nhưng phải cần >1 giờ mới diệt được vi khuẩn.

Thuốc làm bẩn quần áo, làm rách.

TINIDAZOL

Tên khác: Fasigyne

Trình bày: viên bao 500mg.

☞ **Chỉ định:** chống nhiễm khuẩn kỵ khí, ly. amip, trùng roi.

🕒 **Cách dùng:** người lớn:

- ♦ Trùng roi: 2,0gam, uống một lần duy nhất trong 24 giờ.
- ♦ Ly amip: 1,5gam, uống một lần duy nhất trong 24 giờ; dùng 4-5 ngày liền.

- ♦ Dự phòng nhiễm khuẩn kỵ khí sau mổ: mỗi lần uống 2,0gam, cách 8 giờ uống một lần trước khi mổ.

Chú thích: tinidazol, ornidazol, secnidazol... cùng họ với metronidazol, nên cũng có những phản ứng có hại, chống chỉ định và ghi chú như ở METRONIDAZOL.

TIOCONAZOL

Tên khác: Trosyd; Vagistat

Trình bày: ống kem, mỗi ống 30 gam chứa 1% tioconazol.

☞ **Chỉ định:** bôi ngoài da chữa các bệnh do vi nấm (như *Candida*): lang ben, nấm móng, nấm chân...

⌚ **Cách dùng:** bôi và xoa nhẹ chỗ tổn thương, sáng và chiều. Thời hạn dùng tùy theo loại vi nấm (2-4 tuần).

☹ **Phản ứng có hại:** kích ứng tại chỗ (ngứa, rát, ban đỏ...) thoáng qua.

✂ **Chống chỉ định:** người nhạy cảm với thuốc loại này. Không bôi vào mắt. Không bôi vào vết thương diện rộng hoặc ở trẻ nhỏ tuổi.

Chú ý: loại đặt âm đạo (Gyno - Trosyd) chứa mỗi viên 300mg tioconazol, dùng chữa bệnh do vi nấm âm đạo, như *Candida*. Mỗi tối đặt một viên vào âm đạo trước khi đi ngủ. Phản ứng có hại và chống chỉ

định như trên.

VITAMIN A

Tên khác: Retinol

Trình bày: viên hoặc nang 2500 hoặc 5000 đơn vị quốc tế; phức hợp nhiều vitamin có chứa 5000 đơn vị vitamin A trong mỗi viên.

Bảo quản: lọ kín, để nơi khô mát, tránh ánh sáng.

☞ **Chỉ định:**

Chữa các trạng thái thiếu vitamin A, như giảm thị giác lúc chiều tà, khô kết mạc, khô giác mạc, khô da, da bị sừng hóa.

Phòng bệnh thiếu vitamin A do suy dinh dưỡng, nhiễm khuẩn đường hô hấp, ỉa chảy kéo dài.

⌚ **Cách dùng:** uống sau khi ăn no, uống với nhiều nước.

* *Phòng bệnh:* từng 6 tháng chỉ uống một lần duy nhất (trẻ em dưới 10 tháng tuổi: 100.000 đơn vị; trên 12 tháng: 200.000 đơn vị).

* *Điều trị:* uống 50.000 đơn vị/24 giờ, dùng một tuần liền, rồi ngừng).

* *Người có thai hoặc thời kỳ cho bú:* uống 10.000 đơn vị trong 24 giờ và chỉ dùng trong 2 tuần (chỉ dùng khi người mẹ có thiếu vitamin A rõ rệt và tổng liều trong 2 tuần không quá 150.000 đơn vị).

☹ **Phản ứng có hại:**

Dùng lâu ngày, liều cao, có thể ngứa, da vảy nến, tóc khô ròn, chán ăn, buồn nôn, ỉa chảy, gan to, nhức đầu, đau xương khớp đầu chi, tăng áp lực sọ não, thiếu máu.

Đề ngộ độc vitamin A, nếu dùng liều cao hàng ngày (100.000 - 200.000 đơn vị) và dùng dài ngày.

✂ **Chống chỉ định:** rối loạn hấp thu lipid; thừa vitamin A.

Ghi chú: trước khi dùng vitamin A phòng bệnh hay điều trị cho trẻ em, phải hỏi kỹ xem trước đó đã dùng vitamin A chưa, để xác định liều lượng cho đúng.

VITAMIN B₆

Tên khác: Pyridoxin hydroclorid; Adermin; Becilan; Benadon; Hexobion.

Trình bày: viên nén 0,020-0,025 gam; ống tiêm 0,025gam/1ml.

Bảo quản: tránh ánh sáng.

☞ **Chỉ định:** chữa các bệnh xơ vữa động mạch, viêm mạch vành di chứng, nhồi máu cơ tim, viêm dây thần kinh, chứng múa giật, co giật ở trẻ em, suy nhược cơ thể, eczema, nôn khi có thai, nôn khi đi tàu xe, chống ngộ độc isoniazid, benzen.

⌚ **Cách dùng:**

Uống hoặc tiêm bắp 0,05 - 0,1 gam/24 giờ, chia 2 lần. Dùng 1-3 tháng.

Phòng và chống ngộ độc isoniazid (uống 10mg vitamin B6 kèm 100mg INH).

VITAMIN C

Tên khác: Acid ascorbic; Ascorvit; Vitascorbol.

Trình bày: viên nén 50-100-200-500mg; viên nén sủi bọt 1gam. Ống tiêm 1ml chứa 100mg hoặc 500mg.

Bảo quản: tránh ẩm, tránh ánh sáng. Đựng trong chai màu.

☞ **Chỉ định:** phòng và chữa các chứng chảy máu do thiếu vitaminC; tăng sức đề kháng của cơ thể khi nhiễm khuẩn.

⌚ **Cách dùng:**

Uống: người lớn: 0,2 - 0,5 gam/24 giờ.

Trẻ em: 0,1 - 0,2 gam/24 giờ.

Tiêm bắp: người lớn: 0,1 - 0,5 gam/24 giờ.

Trẻ em: 0,05 - 0,1 gam/24 giờ.

Ghi chú: Cần hết sức thận trọng khi tiêm tĩnh mạch, vì có thể choáng phản vệ.

Uống quá nhiều vitamin C và dùng dài ngày, dễ gây sỏi oxalat, sỏi urat.

VITAMIN D

Tên khác: Ergocalciferol (vitamin D₂);
cholecalciferol (vitamin D₃).

Trình bày:

Gói bột 5 mg (tương đương 200.000 đơn vị quốc tế).

Phức hợp nhiều loại vitamin chứa 500 đơn vị vitamin D trong mỗi viên.

Bảo quản: lọ kín, để nơi khô mát, tránh ánh sáng.

☞ **Chỉ định:** giúp tăng hấp thu calci ở ruột, dùng phòng và chữa còi xương; điều trị nhuyễn xương; tạng dễ co giật do thiếu calci.

Ⓛ **Cách dùng:**

Phòng còi xương: từng 6 tháng, chỉ uống một lần duy nhất 5mg (tương đương 200.000 đơn vị vitamin D₂) hoặc uống đều hàng ngày 500 đơn vị.

Chữa còi xương: uống 5mg mỗi tuần, dùng trong 2 tuần (tổng liều: 2 x 5mg), rồi ngừng.

Các trường hợp khác: uống 5mg mỗi tuần, dùng trong 2 tuần (tổng liều: 2 x 5mg), rồi ngừng.

Có thai: uống mỗi ngày 500 đơn vị.

- ☹ **Phản ứng có hại:** Dùng liều quá cao, dài ngày sẽ tổn thương thận, chán ăn, tăng calci-huyết.

VITAMIN K₁

Tên khác: Phytomenadion

Trình bày: viên vàng nhạt 5mg; ống tiêm 5mg/ml.

Tên khác: lọ kín và ống tiêm phải để ở 2° - 8°C (tủ lạnh), tránh ánh sáng.

- ☞ **Chỉ định:** cần cho tổng hợp các yếu tố đông máu II, VII, IX, X.

Uống vitamin K để phòng và chữa chảy máu do thiếu vitamin K (như khi uống kháng sinh dài ngày);

Chữa ngộ độc warfarin (thuốc diệt chuột);

Dự phòng bệnh xuất huyết ở trẻ sơ sinh.

- ⊕ **Cách dùng:** chỉ dùng khi có chỉ định của thầy thuốc. Không dùng bữa bãi, không dùng lâu dài vitamin K₁.

Cần theo dõi thời gian đông máu, chảy máu để chỉ định đúng và ngừng thuốc đúng lúc.

Người lớn: uống 10-20mg/24 giờ.

Trẻ em: uống 1mg/24 giờ.

Tiêm tĩnh mạch chậm (người lớn): 10-20mg. Trẻ em: tiêm bắp 5mg.

Ghi chú:

Không uống cùng dầu parafin.

Không dùng khi có tiền sử dị ứng với vitamin K.

Không dùng khi ống thuốc đã bị đục hoặc có hai lớp phân biệt.

Thận trọng khi có thai.

Tiêm tĩnh mạch chậm, để tránh hạ huyết áp, tim đập chậm, thở chậm.

PHỤ LỤC

Phổ tác dụng của kháng sinh

(Xem bảng ở tờ rời kèm theo)

Những ký hiệu viết tắt tên kháng sinh trong bảng:

Ami	amikacin (nhóm aminoglycosid)
Amo	amoxicilin (bị hủy bởi β -lactamase)
Amp	ampicilin (bị hủy bởi β -lactamase)
Ccl	cefactor (là cephalosporin thế hệ II, loại uống)
CAP	cloramphenicol
Cif	ciprofloxacin (nhóm quinolon)
Cli	clindámycin
Clo	cloxacilin (giống oxacilin, bền với β -lactamase TEM)
Clt	cephalothin (là cephalosporin thế hệ I, loại tiêm)
Cix	cephalexin (là cephalosporin thế hệ I, loại uống)
Cmd	cefamandol (là cephalosporin thế hệ II, loại tiêm)

Ctr	ceftriaxon (là cephalosporin thế hệ III, loại tiêm)
Ctx	cefotaxim (là cephalosporin thế hệ III, loại tiêm)
Czl	cephazolin (là cephalosporin thế hệ I, loại tiêm)
Dox	doxycyclin
Ery	erythromycin
Flu	flucloxacilin (bền với β -lactamase TEM)
Gen	gentamicin
Met	metronidazol
Min	minocyclin
Nor	norfloxacin
Pen	penicilin (bị hủy bởi β -lactamase)
Rif	rifampicin
Sul	sulfamethoxazol
Tet	tetracyclin
Tin	tinidazol
Tob	tobramycin
Tri	trimethoprim

Một số tên vi khuẩn

<i>Staphylococcus aureus</i>	Tụ cầu vàng
<i>MRSA</i>	Tụ cầu vàng kháng methicilin
<i>Coag neg Staphylococci</i>	Các tụ cầu không có men coagulase
<i>Streptococcus</i>	Liên cầu
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	Phế cầu
<i>Enterococcus spp</i>	Liên cầu đường ruột (không xác định loài)
<i>Salmonella spp</i>	Trực khuẩn thương hàn (không xác định loài)
<i>Shigella spp</i>	Trực khuẩn lỵ (không xác định loài)
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	Trực khuẩn mũ xanh
<i>P.pseudomallei</i>	Trực khuẩn Withmore
<i>Vibrio spp</i>	Vi khuẩn tả (không xác định loài)
<i>Neisseria meningitidis</i>	Màng não cầu
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Lậu cầu
<i>Bordetella pertussis</i>	Trực khuẩn ho gà

PHỔ TÁC DỤNG

Tên vi khuẩn	Kháng sinh	Gen Tob Ami	Tet Dox Min	CAP	Rif	Nor Cif
Staphylococcus aureus		+	+/-	+	+	+
MRSA		-	-	-	+	+
Staphylococcus saprophyticus		+	+/-	+	+	+
Coag-neg Staphylococci		+/-	+/-	+	+	+
Streptococcus pyogenes						
Streptococcus nhóm A, B, C, G		-	+/-	+	+	B
Streptococcus pneumoniae						
Streptococcus viridans		-	+/-	+	+	B
Enterococcus spp		-	+/-	+	-	B
Listeria monocytogenes		?	?	+	?	?
Corynebacterium JK,D2		?	-	?	+	+
Gardinerella vaginalis		+	+	+	+	+
Escherichia coli		+	+/-	+	-	+
Proteus mirabilis		+	+/-	+	-	+
Klebsiella spp		+	+/-	+	-	+
Citrobacter diversus		+	+/-	+	-	+
Enterobacter spp		+	+/-	+	-	+
Citrobacter freundii		+	+/-	+	-	+
Morganella morganii		+	+/-	+	-	+
Providencia spp		+	+/-	+	-	+
Salmonella spp		+	+/-	+/-	-	+
Shigella spp		+	+/-	+/-	-	+
Yersinia enterocolitica		+	+	+	-	+
Pseudomonas aeruginosa		+	-	-	-	+
Pseudomonas pseudomallei		?	?	+	-	?
Vibrio spp		+	+/-	+	-	+
Haemophilus influenzae		+	+	+	+	-
Bacteroides fragilis		-	+/-	+	-	-
Trực khuẩn Gram âm kỵ khí khác		-	+/-	+	-	-
Trực khuẩn Gram dương kỵ khí		-	+/-	+	?	-
Clostridium difficile		-	+	?	?	-
Neisseria meningitidis		+	+	+	+	+
Neisseria gonorrhoeae		+	+/-	+	+	+
Branhamella (moraxella) catarrhalis		+	+	+	+	+
Bordetella pertussis		+	+	+	?	?
Campylobacter jejuni/coli/lari		+	+	+	?	B/-
Legionella pneumophila		-	(+)	(+)	+	+
Mycoplasma spp		?	+	?	?	B
Chlamydia spp		?		?	?	B

CỦA KHÁNG SINH

Ery	Sul	Tri	MetTin	Pen	Flu Clo	Amp Amox	Clt, CzI Clx	Ccl Cmd	Ctx Ctr
/-	+	+	-	-	+	-	+	+	+
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
/-	+	+	-	+	+	+	+	+	+
/-	+/-	-/+	-	+/-	+/-	-/+	+/-	+/-	+/-
+	+/-	+/-	-	+	+	+	+	+	+
+	+/-	+/-	-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-
B	(+)	(+)	-	+	-	+	-	-	-
?	+	+	-	+	-	+	-	-	-
/-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
+	+	+	-	+	+	+	+	+	+
-	+/-	+/-	-	-	-	+/-	+	+	+
-	+/-	+/-	-	-	-	+/-	+	+	+
-	+	+	-	-	-	-	+	+	+
-	+	+	-	-	-	-	+	+	+
-	+	+	-	-	-	-	-	-	+/-
-	+	+	-	-	-	-	-	-	+/-
-	+	+	-	-	-	-	-	-	+/-
-	+	+	-	-	-	-	-	-	+/-
-	+	+/-	+/-	-	-	+/-	+	+	+
-	+	+/-	+/-	-	-	+/-	+	+	+
-	+	+	-	-	-	-	-	+	+
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	?	?	-	-	-	-	-	-	-
-	+	+	-	-	-	+/-	+/-	+/-	+
B	+	+	-	-	-	+/-	-	+	+
+	?	?	+	-	-	-	-	-	-
+	?	?	+	+/-	-	+/-	+	+	+
+	?	?	+/-	-	-	-	-	-	-
?	?	?	+	-	-	-	-	-	-
?	+	-	-	-	-	-	-	-	-
?	+	-	-	-	-	-	-	-	-
+	?	?	-	-	-	-	-	-	-
+	+	+	-	-	-	-	-	-	-
+	-	-	-	-	-	-	-	-	-
+	?	?	-	-	-	-	-	-	-
+	?	?	-	-	-	-	-	-	-

Chú thích:

+ > 90% nhạy cảm

+/- 50-90% nhạy cảm

-/+ 10-50% nhạy cảm

- < 10% nhạy cảm

(+) Có hoạt tính in vitro, chưa rõ tác dụng in vivo

B Ranh giới nhạy cảm

? Không có số liệu

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ VÀ SỬ DỤNG THUỐC

Chịu trách nhiệm xuất bản

HOÀNG TRỌNG QUANG

Biên tập: ĐẶNG THẾ VĨNH

Sửa bản in: VŨ CƯỜNG

Trình bày bìa: TƯỜNG VÂN

In 1.000 cuốn, khổ 13x19cm tại Xưởng in Nhà xuất bản Y học.

Giấy phép xuất bản số: 195-97/XB-QLXB ngày 6/2/2004.

In xong và nộp lưu chiểu quý I năm 2004.

Tìm đọc:

- ❖ *Hướng dẫn dùng thuốc trong điều dưỡng cho mọi người.*
- ❖ *Hướng dẫn sử dụng thuốc kháng sinh.*
- ❖ *Sổ tay sử dụng kháng sinh trong nhi khoa.*
- ❖ *Phương pháp bào chế và sử dụng đông dược.*
- ❖ *Sử dụng thuốc đông y thiết yếu.*
- ❖ *100 câu hỏi sử dụng thuốc gây phóng nổ.*
- ❖ *Dùng thuốc với người cao tuổi.*
- ❖ *Thuốc biệt dược và cách sử dụng 2002.*

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

Địa chỉ: 352 Đội Cấn - B

Điện thoại: 04.7625934 - 762781

E-mail: xuatbanyhoc@

Id điều trị và sử dụng thuốc



20.500 VNĐ

MS 61 - 619.3 97 - 2004
YH - 2004

GIÁ: 20.500Đ

