|  |  |
| --- | --- |
|  | SỞ Y TẾ BẮC GIANG**BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH** |

**PHIẾU TÓM TẮT THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ BỆNH HEN PHẾ QUẢN**

|  |  |
| --- | --- |
| **TT** | **THÔNG TIN CƠ BẢN VỀ BỆNH** |
|  | **Bệnh hen là gì?** | - Hen (dân gian còn gọi là hen suyễn), là một bệnh lý đường hô hấp được đặc trưng bởi tình trạng viêm đường dẫn khí mạn tính. Khi tiếp xúc với các yếu tố kích thích, phế quản của người bệnh vốn rất nhạy cảm sẽ phản ứng một cách dữ dội, biểu hiện bởi các triệu chứng như khó thở, khò khè, nặng ngực và ho. |
|  | **Nguyên nhân gây bệnh** | Có rất nhiều tác nhân khởi phát cơn hen:*Các tác nhân dị ứng*: là nguyên nhân thường gặp nhất.- Dị nguyên đường hô hấp: thường là bụi nhà, phấn hoa, nấm mốc, lông động vật, khói thuốc lá, các con bọ sống trong chăn nệm… Cũng có thể là những chất trong công nghiệp như: bụi kim loại, khói xăng dầu, hơi sơn,…- Dị nguyên thực phẩm: các loại hải sản (tôm, cua, cá, sò…), trứng, thịt gà, lạc.- Thuốc: Một số loại thuốc cũng có thể là yếu tố khởi phát cơn hen, như aspirin, penicillin,…- Tác nhân nhiễm khuẩn: Các bệnh lý nhiễm khuẩn đường hô hấp trên như: viêm mũi, viêm xoang, viêm họng, viêm amiđan… là một trong những nguyên nhân gây ra cơn hen ở bệnh nhân có cơ địa dị ứng.*Các tác nhân không dị ứng*:- Di truyền: Trong gia đình có người bị hen phế quản.- Yếu tố tâm lý: tình trạng lo âu, căng thẳng, sang chấn tâm lý,…- Rối loạn tình dục. |
|  | **Những yếu tố nguy cơ của bệnh** |  - Những người có cơ địa dị ứng hay tiền sử gia đình có người mắc hen là đối tượng nguy cơ của bệnh. |
|  | **Biểu hiện thường gặp của bệnh** | - Cơn hen thường xuất hiện đột ngột vào ban đêm sau khi tiếp xúc với các tác nhân gây khởi phát, bệnh nhân khó thở nhiều khi thở ra, phải ngồi dậy để thở. Có thể nghe thấy tiếng thở rít hay khò khè. Ngoài ra, bệnh nhân có thể ho, khạc đờm kèm theo. Đôi khi thấyhình ảnh lồng ngực biến dạng. |
|  | **Biến chứng** | - Suy hô hấp, thậm chí tử vong nếu không kịp thời điều trị |
|  | **Các xét nghiệm****cần làm** | - Đo chức năng hô hấp: Bệnh nhân sẽ được làm Hô hấp kí, đo lưulượng đỉnh trước và sau khi sử dụng thuốc giãn phế quản. Nếuchức năng phổi cải thiện sau khi dùng thuốc giãn phế quản thì bệnh nhân có khả năng cao bị hen phế quản.- Chẩn đoán hình ảnh: X-Quang ngực hay CT scan có thể cho những hình ảnh bất thường trong bệnh hen phế quản.- Một số xét nghiệm khác: Xét nghiệm Methacholin, xét nghiệm NO, xét nghiệm bạch cầu ưa acid trong đờm… có thể hữu ích trong một số trường hợp. |
|  | **Hướng điều trị** | - Bệnh hen khó có thể khỏi hoàn toàn; tuy nhiên, nếu bệnh nhân tuân thủ điều trị thì hen có thể được kiểm soát. Việc phối hợp giữa biện pháp dùng thuốc và không dùng thuốc là cần thiết để có thể ngăn chặn được những cơn hen cấp.*Nội khoa*- Thuốc kiểm soát hen dài hạn: Coticosteroid dạng hít, thuốc kích thích beta tác dụng kéo dài, thuốc đường hít kết hợp, Leukotrien, Theophylin... Đây là biện pháp chính trong điều trị hen phế quản, giúp kiểm soát hen hàng ngày và hạn chế xuất hiện cơn hen cấp.- Thuốc cắt cơn tác dụng nhanh: có thể sử dụng thuốc kích thích beta tác dụng ngắn, Coticosteroid đường uống/tiêm tĩnh mạch hoặc Ipratropium… để cải thiện các triệu chứng của cơn hen phế quản cấp ngay lập tức.- Điều trị dị ứng có thể được đặt ra ở bệnh nhân hen phế quản dị ứng.*Lối sống*- Tập thể dục đều đặn, vừa phải.- Ăn uống hợp lý, bổ sung trái cây và rau xanh.- Phòng tránh các yếu tố dễ gây khởi phát cơn hen như: tránh tiếp xúc khói bụi, thường xuyên vệ sinh nhà ở sạch sẽ, … |

|  |  |
| --- | --- |
|  | SỞ Y TẾ BẮC GIANG**BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH** |

**PHIẾU TÓM TẮT THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ BỆNH CÚM**

|  |  |
| --- | --- |
| **TT** | **THÔNG TIN CƠ BẢN VỀ BỆNH** |
|  | **Định nghĩa** | - Cúm là bệnh truyền nhiễm cấp tính lây lan nhanh theo đường hô hấp, do Virus cúm A,B,C Á cúm gây ra.bệnh diễn biến đa dạng từ nhẹ đến nặng, có thể gây thành dịch lớn.- Cúm thông thường (cúm mùa):Thường do các chủng cúm A,B đã lưu hành và không có biến chứng.Chẩn đoán dựa vào lâm sàng và dịch tễ. |
|  | **Nguyên nhân** | -Do virus cúm A, B,C, Á cúm gây ra |
|  | **Triệu chứng** | - Hội chứng cúm+ Sốt cao kéo dài 3-7 ngày. Có thể sốt kiểu “V” cúm (sốt cao 3-5 ngày rồi đỡ 1-2 ngày rồi lại sốt cao trở lại)+ Viêm long đường hô hấp trên: chảy mũi, ho, hắt hơi+ Đau họng, ho khan, khàn tiếng, đau tức ngực+ Đau đầu:đau vùng thái dương, vùng trán, ù tai, quấy khóc ở trẻ nhỏ+ Đau cơ: đau mỏi cơ, khớp toàn thân- Hội chứng nhiễm trùng - nhiễm độc: có thể gặp ở thể nặng:+ Môi khô, lưỡi bẩn, mệt mỏi+ Mạch nhanh, vã mồ hôi…+ Suy đa phủ tạng- Triệu chứng thực thể:Thường không thấy tổn thương tại phổi, hoặc có thể nghe phổi thấy ran ngáy, rít.Cúm ác tính-Triệu chứng sớm giống như cúm thông thường- Sau đó diễn biến rất nhanh xuất hiện các triệu chứng+ Kích thích, vật vã, mê sảng+ Khó thở, tím tái, suy hô hấp nhanh, SPO2 giảm+ Phù phổi cấp do độc tố virus hoặc quá tải dịch+ Rối loạn nhịp tim,viêm cơ tim+ Xquang: viêm phổi kẽ lan toả, tiến triển nhanh, đặc hiệu của viêm phổi virus. |
|  | **Cận lâm sàng** | Máu+ Công thức máu: giảm bạch cầu+ CRP: âm tính- Xquang phổi: không có tổn thương đặc hiệu- Xét nghiệm tìm sự hiện diện virus cúm trong dịch tỵ hầu+ Test nhanh: có giá trị sàng lọc+ PCR: có thể định được Subtype |
|  | **Điều trị** | *1.Nguyên tắc*- Bệnh nhân phải được cách ly và thông báo kịp thời với cơ quan y tế dự phòng- Dùng thuốc kháng virus đơn độc hoặc kết hợp (oseltamivir,zanamivir) càng sớm càng tốt- Điều trị hỗ trợ trong những trường hợp nặng*2. Thể thông thường*- Chủ yếu điều trị triệu chứng và chăm sóc nâng cao thể trạng, phòng bội nhiễm- Hạ sốt:chườm ấm,Paracetamol 10-15mg/kg/lần mỗi 6 giờ- Phòng co giật: khi sốt cao>38.5 bằng seduxen, phenobarbital- Kháng sinh khi có bội nhiễm- Suy hô hấp: nằm đầu cao 30 độ, thở oxy, thở máy…*3. Tiêu chuẩn ra viện*+ Sau khi hết sốt 3 ngày+ Tình trạng lâm sàng ổn định*4. Thể ác tính*- Thuốc kháng Virus: chỉ định khi bệnh nhi có yếu tố nguy cơ nặng hoặc do các typ như H5N1,H1N1..Thuốc hiện dùng Oseltamivir- Gammaglobulin chống cúm, Interferon: chỉ định khi bệnh nặng hoặc do một số chủng virus đặc biệt- Hỗ trợ hô hấp:tuỳ mức độ suy hô hấp ,có thể thở oxy, thở máy…- Điều trị biến chứng |
|  | **Điều trị** **dự phòng** | - Vacxin: tiêm chủng đầy đủ, đặc biệt là vacxin phòng cúm- Cách ly bệnh nhân, hạn chế nguồn lây |

|  |  |
| --- | --- |
|  | SỞ Y TẾ BẮC GIANG**BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH** |

**PHIẾU TÓM TẮT THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ CO GIẬT DO SỐT Ở TRẺ EM**

|  |  |
| --- | --- |
| **TT** | **THÔNG TIN CƠ BẢN VỀ BỆNH** |
|  | **Định nghĩa** | **Chẩn đoán co giật do sốt khi:**- Tất cả các cơn giật xảy ra khi bệnh nhi sốt trên 38 độ - Tuổi mắc bệnh: 6 tháng - 5 tuổi- Không có bằng chứng của nhiễm trùng thần kinh trung ương- Không có bằng chứng của tình trạng rối loạn chuyển hóa cấp tính gây co giật |
|  | **Phân loại co giật do sốt** | **- Co giật do sốt đơn thuần:** + Cơn giật toàn thể + Cơn giật kéo dài dưới 15 phút + Chỉ có 1 cơn giật trong 24 giờ + Không có triệu chứng thần kinh trước đó**- Co giật do sốt phức hợp khi có ít nhất 1 triệu chứng sau:** + Cơn co giật cục bộ + Cơn giật kéo dài trên 10 phút + Có ≥ 2 cơn giật trong 24 giờ- **Trạng thái động kinh khi sốt:** + Cơn co giật xảy ra khi sốt + Cơn giật kéo dài ≥ 30 phút - Bệnh nhân không hồi phục ý thức giữa các cơn  |
|  | **Cận lâm sàng** | - Xét nghiệm máu: Công thức máu, điện giải đồ, đường máu, calci máu…- Điện não đồ- Chụp cắt lớp vi tính sọ não: Khi có triệu chứng thần kinh khu trú hoặc nghi ngờ tăng áp lực nội sọ, hoặc nghi ngờ viêm não |
|  | **Hướng dẫn chăm sóc tại nhà** | **- Xử trí cơn giật tại nhà:**+ Cho trẻ nằm nghiêng sang 1 bên, ở vị trí an toàn nhất + Nới lỏng quần áo cho trẻ dễ thở + Gối đầu cho trẻ bằng gối mỏng hoặc khăn để tránh chấn thương vùng đầu + Lấy dị vật trong miệng trẻ nếu có thể + Nếu cơn giật kéo dài ≥ 5 phút, dùng thuốc cắt cơn giật + Quay được video cơn giật để cung cấp cho bác sỹ nếu được + Hạ sốt và chườm ấm cho trẻ + Dùng thuốc dự phòng co giật theo chỉ định của bác sỹ + Đưa trẻ đến cơ sở y tế gần nhất nếu: Co giật ≥ 5 phút, cơn giật liên tiếp, trẻ ngưng thở, khó thở sau cơn giật, cơn giật đầu tiên- Những điều **KHÔNG** làm khi trẻ bị co giật: + Không cho bất cứ thứ gì vào miệng trẻ trong cơn giật hay ngay sau cơn giật khi trẻ chưa tỉnh hoàn toàn, kể cả thuốc hạ sốt + Không cố giữ chân, tay hoặc ôm chặt trẻ trong cơn giật |
|  | **Điều trị** | **- Hạ sốt**:Ibuprofen hoặc Acetaminophen- **Cắt cơn giật**: + Bước 1: Diazepam đường trực tràng 0,5mg/kg/lần (trẻ ≤ 5 tuổi): 0,3 mg/kg/lần (trẻ ≥5 tuổi) + Bước 2: Fosphenytoin đường tĩnh mạch 15- 20mg/ lần + Bước 3: Diazepam đường tĩnh mạch 0,1- 0,3mg/kg/lần (tối đa 10mg/lần)Hoặc Lorazepam 0,05- 0,1mg/kg/lần (tối đa 4mg/lần) + Nếu sau mỗi 5 phút không cắt cơn thì lặp lại liều diazepam trực tràng + Nếu lặp lại 2 liều diazepam không cắt cơn giật thì lặp lại liều fosphenytoin tĩnh mạch + Nếu vẫn chưa cắt được cơn giật thì lặp lại liều diazepam tĩnh mạch sau 5 phút + Nếu vẫn không cắt được cơn giật thì chuyển đơn vị hồi sức đặt nội khí quản và điều trị thiopentone hoặc propocol |
|  | **Điều trị dự phòng** | **Có thể dự phòng theo 2 cách:****-** Dự phòng Diazepam không liên tục (chỉ dùng trong đợt sốt): Diazepam uống 0,3 mg/ lần/mỗi 8 giờ/ lần trong đợt sốt- Dự phòng thuốc kháng động kinh kéo dài: Chỉ định khi bệnh nhân có ≥ 2 cơn co giật do sốt phức hợp và điều trị Diazepam trong đợt sốt không có hiệu quả |

|  |  |
| --- | --- |
|  | SỞ Y TẾ BẮC GIANG**BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH** |

**PHIẾU TÓM TẮT THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ BỆNH TAY CHÂN MIỆNG**

|  |  |
| --- | --- |
| **TT** | **THÔNG TIN CƠ BẢN VỀ BỆNH** |
|  | **Định nghĩa** | -Tay chân miệng là bệnh truyền nhiễm lây từ người sang người do virus đường ruột gây ra với biểu hiện đặc trưng bởi các ban sẩn đỏ và bọng nước nhỏ ở tay chân và niêm mạc miệng-Bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng thường gặp ở trẻ <5 tuổi, đặc biệt tập trung ở nhóm<3 tuổi |
|  | **Nguyên nhân** | - Hai nhóm tác nhân gây bệnh thường gặp là Coxsacki virus A16 và Enterovirus 71(EV71) |
|  | **Triệu chứng** | 1 .Lâm sàng- Giai đoạn ủ bệnh: 3 -7 ngày- Giai đoạn khới phát: từ 1-2 ngày với các biểu hiện như sốt,mệt mỏi, đau họng, biếng ăn, tiêu chảy- Giai đoạn toàn phát: có thể kéo dài 3-10 ngày với các triệu chứng điển hình của bệnh+ Loét miệng: vết loét đỏ hay phỏng nước 2-3mm+ Phát ban dạng phỏng nước: ở lòng bàn tay chân, gối mông tồn tại trong thời gian ngắn thường dưới 7 ngày+ Sốt+ Nôn+ Nếu trẻ sốt cao, nôn nhiều dễ có nguy cơ biến chứng. Biến chứng thần kinh, tim mạch, hô hấp thường xuất hiện sớm từ ngày 2 đến ngày 5 của bệnh.- Giai đoạn lui bệnh: thường 3-5 ngày sau, trẻ hồi phục hoàn toàn nếu không có biến chứng.2. Các thể lâm sàng- Thể tối cấp: Bệnh diễn biến nhanh có các biến chứng nặng như suy hô hấp, suy tuần hoàn, hôn mê tử vong trong 24- 48 giờ- Thể cấp tính: với bốn gai đoạn điển hình trên- Thể không điển hình: phát ban không rõ ràng hoặc chỉ có loét miệng, hoặc chỉ có triệu chứng thần kinh, tim mạch, hô hấp mà không phát ban và loét miệng.3. Phân độ lâm sàng- Độ 1: Chỉ loét miệng và hoặc tổn thương da- Độ 2a: có một trong các biểu hiện sau+ Bệnh sử có giật mình<2 lần/30 phút và không ghi nhận lúc khám+ Sốt trên 2 ngày hay sốt>39 độ, nôn, lừ đừ, khó ngủ, quâý khóc vô cớ- Độ 2b, độ 3,đ ộ 4: cần được bác sĩ khám và đánh giá. |
|  | **Cận lâm sàng** | 1. Xét nghiệm cơ bản- Công thức máu- Sinh hoá máu,CRP2. Xét nghiệm tìm nguyên nhânPCR dịch ngoáy họng, trực tràng,d ịch não tuỷ3. Xét nghiệm theo dõi biến chứng- Đường huyết, điện giải đồ, khí máu…- Troponin I…- Xquang phổi- Siêu âm tim,điện tim:Viêm cơ tim, sốc |
|  | **Điều trị** |  1. Nguyên tắc- Hiện nay chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, chỉ điều trị hỗ trợ- Theo dõi sát, phát hiện sớm và điều trị biến chứng- Bảo đảm dinh dưỡng đầy đù, nâng cao thể trạng2. Điều trị cụ thể*2.1 Độ* *1* : Điều trị ngoại trú,theo dõi tại y tế cơ sở- Dinh dưỡng đầy đủ theo tuổi- Hạ sốt khi sốt cao bằng paracetamol 10-15mg/kg/lần mỗi 6 giờ- Vệ sinh răng miệng,nghỉ ngơi tránh kích thích- Cần tái khám ngay khi có biểu hiện từ độ 2a trở lên+ Sốt >39+ Thở nhanh,khó thở+ Giật mình, lừ đừ, run chi, quấy khóc, bứt rứt khó ngủ, nôn nhiều+ Đi loạng choạng+ Da nổi vân tím, vã mồ hôi, tay chân lạnh+ Co giật, hôn mê*2.2. Độ 2a*- Điều trị như độ 1- Thuốc: Phenobarbital 5-7mg/kg/ngày, uống- Theo dõi phát hiện dấu hiệu chuyển độ*2.3.Độ 2b, độ 3, độ 4*: Điều trị tại pòng cấp cứu hoặc hồi sức |
|  | **Điều trị dự phòng** | - Hiện chưa có vắc xin phòng bệnh đặc hiệu- Áp dụng các biện pháp phòng ngừa chuẩn và phòng ngừa đối với bệnh lây qua đường tiểu hoá, đặc biệt chú ý tiếp xúc trực tiếp với nguồn lây- Phòng bệnh ở cộng đồng:vệ sinh cá nhân, cách ly trẻ bị bệnh tại nhà |

|  |  |
| --- | --- |
|  | SỞ Y TẾ BẮC GIANG**BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH** |

**PHIẾU TÓM TẮT THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ**

**BỆNH TIÊU CHẢY CẤP Ở TRẺ EM**

|  |  |
| --- | --- |
| **TT** | **THÔNG TIN CƠ BẢN VỀ BỆNH** |
|  | **Định nghĩa** | Tiêu chảy cấp là bệnh khởi phát cấp tính, đi ngoài phân lỏng hoặc tóe nước từ 3 lần trở lên trong 24 giờ, kéo dài không quá 14 ngày (thường không quá 7 ngày) |
|  | **Đường lây truyền** | Lây truyền qua đường phân miệng: Thức ăn, nước uống bị nhiễm bẩn do phân của người hoặc súc vật mang mầm bệnh |
|  | **Nguyên nhân gây bệnh** | - Do nhiễm khuẩn: Virus (rota vius là tác nhân chính gây tiêu chảy cấp mất nước nặng ở trẻ em), vi khuẩn, ký sinh trùng, nấm- Không do nhiễm khuẩn: Sai lầm chế độ ăn, dị ứng thức ăn, sử dụng kháng sinh… |
|  | **Triệu chứng bệnh** | - Đi ngoài phân lỏng, nôn chớ, ăn kém- dấu hiệu mất nước, điện giải- Có thể có sốt kèm theo |
|  | **Phát hiện dấu hiệu mất nước** | - Có mất nước: + vật vã, kích thích + Mắt trũng + Khát, uống háo hức- Mất nước nặng: + Li bì, hoặc khó đánh thức + Mắt trũng + Không uống được nước hoặc uống kém + Có cơn co giật |
|  | **Làm gì khi trẻ tiêu chảy** | - Bù nước điện giải: Cho trẻ uống ORS từng thìa hoặc từng ngụm, uống theo đúng hướng dẫn, uống nước cháo muối, nước gạo rang |
|  | **Dinh dưỡng** | - Trẻ bú mẹ: Cho trẻ bú bình thường, tăng số lần bú, nếu không có sữa mẹ thì cho trẻ uống sữa công thức mà trước đó trẻ vẫn đang uống nhưng phải pha loãng ½ trong vòng 2 ngày- tránh ăn nhiều chất đường, thực phẩm nhiều chất xơ, ít chất dinh dưỡng, tinh bột nguyên hạt (ngô, đỗ) khó tiêu hóa |
|  | **Phòng bệnh** | - Rửa tay trẻ trước khi ăn, mỗi khi đi vệ sinh- Rửa tay sau mỗi lần làm vệ sịnh cho trẻ, trước khi chế biến thức ăn, hay trước khi cho trẻ ăn uống để đề phòng trẻ bị nhiễm bệnh tiếp tục từ phân hay lây lan cho người khác- Những chất thải của trẻ phải được xử lý ngay, giặt sạch các đồ bị dính phân của trẻ- Thức ăn của trẻ phải được nấu chín kỹ, không nên cho trẻ ăn thức ăn cũ |
|  | **Lời dặn khác** | - Pha ORS đúng cách (đúng theo hướng dẫn trên bao bì)- Theo dõi sát trẻ, phát hiện sớm dấu hiệu mất nước để đưa trẻ đi bệnh viện kịp thời |
|  | SỞ Y TẾ BẮC GIANG**BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH** |

**PHIẾU TÓM TẮT THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ VIÊM AMYDAL CẤP**

|  |  |
| --- | --- |
| **TT** | **THÔNG TIN CƠ BẢN VỀ BỆNH** |
|  | **Định nghĩa** | -Viêm Amydal cấp là tình trạng viêm, xung huyết, xuất tiết hoặc làm mủ do vi trùng của amydal khẩu cái - Amydal là nơi dễ viêm ở trẻ em, bệnh thường gặp ở lứa tuổi học đường từ 5-15 tuổi- Viêm Amydal có thể dẫn đến các biến chứng nguy hiểm như thấp tim, viêm cầu thận cấp.. |
|  | **Nguyên nhân** | - Vi khuẩn: liên cầu, phế cầu, haemophilus influenza-Virus: Cúm, á cúm, sởi, Rhino, covid… |
|  | **Triệu chứng** | - Sốt, ho, đau họng, biếng ăn…- Khám:Amydal to, đỏ, có mủ hoặc không- Hạch cổ 2 bên nhỏ, mềm, đau |
|  | **Cận lâm sàng** | - Công thức máu- CRP- Vi khuẩn nuôi cấy làm kháng sinh đồ nếu cần |
|  | **Điều trị** | - Hạ sốt bằng Paracetamol 10-15mg/kg/lần khi sốt >38,5, cách mỗi 6 giờ.- Dùng kháng sinh khi nguyên nhân do vi khuẩn: Amoxicillin 40-80mg/kg/ngày hoặc Cephalexin 50mg/kg/ngày hoặc Cefuroxim 20mg/kg/ngày …Nếu bệnh nhân dị ứng những kháng sinh trên thay bằng Azithromycin 10mg/kg/ngày hoặc Erythromycin 30-50mg/kg/ngày…- Xúc họng bằng dung dịch sát khuẩn họng |
|  | **Điều trị dự phòng** | - Vệ sinh môi trường sống,tránh bụi,hạn chế đến những nơi đông người- Dinh dưỡng đầy đủ- Tiêm chủng đầy đủ |

|  |  |
| --- | --- |
|  | SỞ Y TẾ BẮC GIANG**BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH** |

**PHIẾU TÓM TẮT THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ**

**BỆNH VIÊM TIỂU PHẾ QUẢN CẤP Ở TRẺ EM**

|  |  |
| --- | --- |
| **TT** | **THÔNG TIN CƠ BẢN VỀ BỆNH** |
|  | **Khái niệm** | Viêm tiểu phế quản là bệnh hô hấp cấp tính rất hay gặp ở trẻ còn bú, vào mùa đông xuân, thời tiết ẩm ướt. Bệnh có thể nhẹ nhưng có thể rất nặng do suy hô hấp gây tử vong. |
|  | **Nguyên nhân** | - Virus hợp bào hô hấp (RSV) chiếm 30- 50% các trường hợp- Virus cúm và á cúm (25%)- Virus Adenovirus (10%) |
|  | **Yếu tố nguy cơ** | - Trẻ nằm trong vụ dịch cúm hay viêm đường hô hấp trên do RSV- Trẻ bị ốm do nhiễm virus trước đó (viêm mũi họng, viêm amydal, viêm VA)- Trẻ nhỏ < 6 tháng- Hút thuốc lá bị động- Bệnh tim bẩm sinh- Bệnh phổi bẩm sinh, bệnh xơ nang, loạn sản phế quản phổi…- Suy giảm miễn dịch |
|  | **Triệu chứng lâm sàng** | **-** Ho, chảy nước mũi trong, sốt vừa hoặc sốt cao- Sau 3- 5 ngày ho tăng lên, xuất hiện khó thở, thở nhanh thở rít, co kéo cơ hô hấp, rutx lõm lồng ngực, thở rên, có thể tím tái, ngừng thở |
|  | **Cận lâm sàng** | **-** Công thức máu ngoại vi: Số lượng BC giảm hoặc bình thường- Khí máu: PaO2 giảm; PaCO2 tăng; Nhiễm toan hô hấp- XQ: Chụp phổi: Hình ảnh mờ lan tỏa, ứ khí, xẹp phổi từng vùng- Xét nghiệm virus: Định danh virus bằng PCR  |
|  | **Điều trị** | **-** Thể nặng (Có suy hô hấp) + Liệu pháp oxygen + Hút thông đường hô hấp trên + Thuốc giãn phế quản đường khí dung + Truyền nước, điện giải, cung cấp đủ theo nhu cầu, bù lượng bị thiếu hụt + Khi suy hô hấp không cải thiện: Thở NCPAP, đặt nội khí quản, hô hấp hỗ trợ + Trị liệu hô hấp, vỗ rụng giải thoát đờm khi không có suy thở + Chỉ sử dụng kháng sinh trong trường hợp có nhiễm khuẩn thứ phát + Điều trị đặc hiệu antivirus bằng Ribavirin (nếu có) + Cân nhắc sử dụng corticoid- Điều trị thể thông thường: + Hút thông đường thở, giải phóng các chất xuất tiết + Khí dung thuốc giãn phế quản tác dụng nhanh như salbutamol + Bù đủ dịch và điện giải + Vật lý trị liệu hô hấp, vỗ rung, hút đờm + ăn đủ chất + Rất cân nhắc khi sử dụng kháng sinh |
|  | **Dự phòng** | - Chưa có vaccin đặc hiệu- Hạn chế tiếp xúc người bệnh, biện pháp cách ly khi có bệnh- Rửa tay thường xuyên, không hút thuốc lá- Bú mẹ đầy đủ |

|  |  |
| --- | --- |
|  | SỞ Y TẾ BẮC GIANG**BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH** |

**PHIẾU TÓM TẮT THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ VIÊM PHẾ QUẢN CẤP**

|  |  |
| --- | --- |
| **TT** | **THÔNG TIN CƠ BẢN VỀ BỆNH** |
|  | **Định nghĩa** | Viêm phế quản cấp là tình trạng viêm cấp tính của khí quản và các phế quản lớn. Bệnh khỏi hoàn toàn không để lại di chứng |
|  | **Nguyên nhân** |  - Virus:Virus thường gặp nhất là virus cúm, á cúm, Rhinovirus, RSV…- Vi khuẩn: Phế cầu, Haemophilus influenza, Mycoplasma…- Viêm phế quản cấp do hít phải hơi độc: dung môi công nghiệp, khói cháy nhà…- Các yếu tố khiến trẻ bị viêm phế quản tái đi tái lại nhiều lần như:cơ địa dị ứng, trào ngược dạ dày - thực quản, môi trường sống nhiều khói bụi… |
|  | **Triệu chứng** | - Khởi phát bằng viêm long đường hô hấp trên với sốt nhẹ, viêm mũi họng (hắt hơi, sổ mũi, đau rát họng), có thể viêm mũi mủ, viêm xoang, viêm amydal sau lan xuống khí - phế quản- Người bệnh thường không sốt,có trường hợp sốt nhẹ hoặc sốt cao- Ho: những ngày đầu thường ho khan, ho ông ổng, ho từng cơn, khàn tiếng…- Khạc đờm: đờm trắng trong hoặc đờm vàng…- Khám phổi: thường bình thường, có thể thấy ran ngáy, ran rít.. |
|  | **Cận lâm sàng** | - Công thức máu, CRP: Bình thường nếu nguyên nhân do virus, tăng trong trường hợp nguyên nhân do vi khuẩn- Xquang phổi thấy bình thường hoặc có thể thấy thành phế quản dày- PCR virus, vi khuẩn, nuôi cấy dịch tỵ hầu xác định nguyên nhân. |
|  | **Điều trị** | + Nghỉ ngơi, giữ ấm, bảo đảm đủ nước, tăng cường dinh dưỡng+ Vệ sinh tai mũi họng+ Dùng kháng sinh trong trường hợp nguyên nhân do vi khuẩn: Chọn kháng sinh tuỳ thuộc vào mô hình vi khuẩn và tình hình kháng kháng sinh ở địa phương: Amoxicilin 50-80mg/kg/ngày hoặc Cefuroxim 20-30mg/kg/ngày hoặc Azithromycin 10mg/kg/ngày…. |
|  | **Điều trị dự phòng** | - Loại bỏ các yếu tố kích thích: khói thuốc lá, khói bụi, giữ ấm vào mùa lạnh- Tiêm chủng đầy đủ theo lich: đặc biệt vacxin phòng cúm, phế cầu- Vệ sinh răng miệng, điều trị các nhiễm trùng tai mũi họng, răng hàm mặt. |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  SỞ Y TẾ BẮC GIANG**BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH** |

**PHIẾU TÓM TẮT THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ**

**BỆNH XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA (XHTH) DO VỠ GIÃN TĨNH MẠCH THỰC QUẢN HOẶC TĨNH MẠCH PHÌNH VỊ**

|  |  |
| --- | --- |
| **TT** | **THÔNG TIN CƠ BẢN VỀ BỆNH** |
|  | **XHTH do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản hoặc tĩnh mạch phình vị trên là gì?** | Xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản hoặc tĩnh mạch phình vị là tình trạng chảy máu xảy ra đột ngột do vỡ các búi tĩnh mạch bị giãn hiện diện ở thực quản hoặc vùng đáy dạ dày |
|  | **Nguyên nhân gây bệnh** | - Nguyên nhân gây giãn các tĩnh mạch này là do tăng áp lực tĩnh mạch cửa thường xảy ra khi người bệnh bị xơ gan. |
|  | **Biểu hiện thường gặp** | - Nôn ra máu đỏ tươi đột ngột- Tiêu phân đen hoặc có khi tiêu phân máu đỏ bầm nếu chảy máu lượng nhiều- Da nhợt nhạt do thiếu máu cấp- Ngất xỉu hoặc chóng mặt- Kết hợp dấu hiệu của bệnh xơ gan như vàng da, cổ trướng, phù chân… |
|  | **Biến chứng** | - Biến chứng nguy hiểm nhất là sốc mất máu,suy đa tạng, hôn mê gan sau đó dẫn tới tử vong. Tỷ lệ tử vong khoảng 8-10% ở các trường hợp nặng, dù đã được điều trị nội khoa, kết hợp can thiệp cầm máu tối ưu, hoặc phẫu thuật cầm máu. |
|  | **Cận lâm sàng cần làm** | - Xét nghiệm máu: công thức máu đánh giá thiếu máu,đông máu cơ bản, xét nghiệm chức năng gan, thận để đánh giá độ nặng và tiên lượng bệnh.- Nội soi thực quản dạ dày tá tràng là phương pháp chính xác để chẩn đoán tình trạng giãn tĩnh mạch thực quản hoặc tĩnh mạch phình vị.- Một số trường hợp cần thêm các xét nghiệm và kỹ thuậtchuyên sâu đề chẩn đoán xác định và đánh giá độ nặng của bệnh. |
|  | **Hướng điều trị** | - Bù dịch và truyền máu khi cần.- Thuốc co mạch làm giảm áp lực tĩnh mạch cửa- Kháng sinh dự phòng nhiễm trùng.- Nội soi thực quản dạ dày thắt các búi giãn tĩnh mạch thực quản bằng vòng cao su hoặc tiêm chất keo sinh học- Điều trị hỗ trợ. Điều trị biến chứng tiền hôn mê gan, hôn mê gan. |
|  | **Chế độ theo dõi và phòng ngừa** | - Người bệnh cần được theo dõi định kỳ sau khi xuất viện và sử dụng các thuốc phòng ngừa chảy máu tái phát như thuốc propranolol hoặc carvedilol. Các thuốc này phải uống liên tục theo hướng dẫn của bác sĩ.- Nội soi thực quản dạ dày định kỳ theo chỉ định của bác sĩ để kiểm tra tình trạng giãn tĩnh mạch thực quản hoặc tĩnh mạch phình vị để có kế hoạch dự phòng tiếp theo.- Tuân thủ việc tái khám và theo dõi điều trị xơ gan để hạn chế các biến chứng tái xuất hiện. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | SỞ Y TẾ BẮC GIANG**BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH** |

**PHIẾU TÓM TẮT THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ**

**BỆNH VIÊM TUỴ CẤP**

|  |  |
| --- | --- |
| **TT** | **THÔNG TIN CƠ BẢN VỀ BỆNH** |
|  | **Viêm tuỵ cấp là gì?** | Bệnh viêm tuỵ cấp là bệnh viêm tổ chức tuyến tuỵ do các men của tuỵ tiết ra quá mức không phóng thích vào đường tiêu hoá hết, ứ đọng lại và chính nó tự hoại tổ chức tuyến tuỵ và các tổ chức xung quanh tụy. |
|  | **Nguyên nhân gây bệnh** | - Do rượu, bia (30 - 45%)- Do sỏi đường mật (30 - 45%)- Do tăng triglyceride máu (10 - 30%)- Do các nguyên nhân khác (10%): thuốc, chấn thương, sau nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP), nhiễm trùng, chuyển hóa, tắc nghẽn, ung thư, di truyền, ... |
|  | **Những yếu tố nguy cơ của bệnh** | - Người có rối loạn chuyển hoá mỡ không được điều trị tốt Người uống nhiều rượu bia, hoặc sau ăn một bữa ăn quá mức.- Người nhiễm nhiều giun sán, có sỏi hoặc u đường mật tuỵ.. |
|  | **Biểu hiện thường gặp** | - Thường gặp là cơn đau bụng cấp dữ dội vùng thượng vị (ngay dưới mũi ức) xuyên sau lưng,sau đó đau lan xuống mạn sườn và hố chậu trái hoặc khắp bụng, sau bữa ăn thịnh soạn, sau uống nhiều rượu bia, kèm theo là buồn nôn nhiều và sau nôn không đỡ đau, thường ngồi chồm người ra trước hoặc tư thế co người thì có đỡ đau- Toàn thân mệt mỏi, trường hợp nặng có dấu nhiễm trùng nhiễm độc, có rối loạn ý thức: chậm chạp, lơ mơ, thở nhanh, mạch nhanh, huyết áp tụt, nổi vân tím dưới da thường thấy ở vùng rốn, đùi.. |
|  | **Biến chứng** | - Viêm tuỵ hoại tử xuất huyết, choáng nhiễm trùng suy đa cơ quan là biến chứng nặng có nguy cơ tử vong.- Một số biến chứng như : viêm tuỵ mạn, rối loạn đường huyết,nang giả tuỵ, kém hấp thu, suy dinh dưỡng cũng thường găp. |
|  | **Cận lâm sàng cần làm** | - Xét nghiệm máu: Công thức máu, Amylase, lipase, urê, creatinin, Glucose, LDH, GOT, GPT,GGT, bilirubin tp, bilirubin tt, điện giải đồ,CRP Calci, khí máu, xét nghiệm mỡ máu,.- Siêu âm ổ bụng, X-quang ngực thẳng, Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có cản quang, MRI ổ bụng (nếu cần thiết) |
|  | **Hướng điều trị** | - Chế độ ăn: lúc khởi phát nhịn ăn là bắt buộc và sẽ cho ăn nhẹ sớm khi tình trạng viêm và đau được cải thiện.- Đặt sonde dạ dày trong trường hợp bụng trướng nhiều để giảm dịch ứ đọng để giảm cơn đau- Bù dịch: bảo đảm cung lượng tuần hoàn, tránh cô đặc máu, giúp chuyển hoá tế bào tốt hơn và nuôi ăn.- Giảm đau: Paracetamol, fentanyl khi đau nhiều- Kháng tiết: các thuốc ức chế bơm proton, Octreotide.- Kháng sinh: nhóm Imipenem, cephalosporin III, metronidazol, quinolon…- Truyền glucose + Insulin + kali khi viêm tuỵ do tăng Triglyceride- Điều trị hỗ trợ khác….- Các trường hợp viêm tuỵ cấp nặng, có dấu hiệu suy đa cơ quan, người bệnh phải được điều trị tại Khoa Hồi sức tích cực, có thể được lọc máu, thay huyết tương, thở máy,…- Điều trị nguyên nhân và biến chứng của viêm tuỵ cấp nếu có: Nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi nếu viêm tuỵ cấp do sỏi tắc nghẽn, chọc hút dịch, nang tụy hoại tử, nhiễm trùng, áp xe hay phẫu thuật can thiệp ngoại khoa khi có chỉ định |
|  | **Chế độ theo dõi và phòng ngừa** | - Hạn chế uống rượu bia.- Viêm tuỵ cấp do sỏi túi mật cần được xem xét phẫu thuật cắt túi mật để dự phòng tái phát-Sử dụng thuốc giảm mỡ máu, điều chỉnh đường huyết, giữ chế độ ăn hợp lý, hạn chế thức ăn ngọt, nhiều dầu mỡ. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | SỞ Y TẾ BẮC GIANG**BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH** |

**PHIẾU TÓM TẮT THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ**

**BỆNH VIÊM GAN SIÊUVI B (VGSV B)**

|  |  |
| --- | --- |
| **TT** | **THÔNG TIN CƠ BẢN VỀ BỆNH** |
|  | **Viêm gan siêu****vi B là gì?** | Bệnh VGSV B là bệnh viêm tế bào gan do virus viêm gan B gây ra. Bệnh có 2 thể cấp tính hoặc mạn tính. |
|  | **Những yếu tố nguy cơ của bệnh** | - Đối tượng nguy cơ cao là người dùng chung kim tiêm, quan hệ tình dục không an toàn. Con sinh ra từ người mẹ bị nhiễm VGSV B- Virus viêm gan B không lây truyền qua thức ăn, nước uống và tiếp xúc thông thường |
|  | **Biểu hiện thường gặp** | - Đa số không có biểu hiện lâm sàng rõ ràng- Thể cấp: có thể có sốt, mệt mỏi, biếng ăn, sợ mỡ, vàng da, vàng mắt, tiểu vàng, đau tức hạ sườn phải.- Thể tối cấp có thể suy gan, phù, cổ trướng, XHTH và hôn mê - Mạn tính: triệu chứng không rõ ràng cho đến khi có xơ gan |
|  | **Biến chứng** | - Virus viêm gan B là một yếu tố gây ung thư đứng hàng thứ 2 sau thuốc lá, cũng là nguyên nhân gây ra 60-80% trường hợp ung thư gan nguyên phát và 50% trường hợp xơ gan.- VGSV B có thể dẫn đến tình trạng suy gan cấp tính, tức các tế bào gan bị tổn thương một cách ồ ạt và làm tăng đáng kế nguy cơ tử vong.- Các vấn đề sức khỏe khác. Những người bị viêm gan B mãn tính có thể phát triển bệnh thận hoặc viêm mạch máu. |
|  | **Cận lâm sàng cần làm** | - Công thức máu, men gan (GOT,GPT, GGT), Bilirubin TP-TT, xét nghiệm đông máu, Creatinin, NH3, AFP- Các xét nghiệm viêm gan: HbsAg, Anti HBs, HbeAg, Anti HBc, HBV-DNA- Siêu âm ổ bụng, siêu âm đàn hồi gan. |
|  | **Hướng điều trị** | *- Giai đoạn cấp* chủ yếu là điều trị hỗ trợ: chế độ ăn phù hợp, nghỉ ngơi, có thể dùng thêm thuốc trợ gan, lợi mật, thải độc, vitamin.- Thể cấp nặng có suy gan đe doạ tính mạng bệnh nhân cần chỉ đinh thuốc điều trị đặc hiệu*- Giai đoạn mạn tính* nếu có chỉ định điều trị đặc hiệu thì dùngthuốc điều trị đặc hiệu lâu dài. Nếu chưa có chỉ định điều trị đặchiệu thì theo dõi mỗi 6 tháng |
| **7.** | **Chế độ theo dõi và phòng ngừa** | - Theo dõi bệnh mỗi 6 tháng bằng các xét nghiêm virus và chức năng gan- Tránh những thực phẩm có hại cho gan và đường tiêu hóa- Thông báo với bác sĩ trước khi sử dụng bất kỳ loại thuốc kê đơn, chất bổ sung hoặc thảo dược nào vì chúng có thể làm giảm hiệu quả của thuốc điều trị hoặc gây hại cho gan.- Phòng lây truyền từ mẹ sang con. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | SỞ Y TẾ BẮC GIANG**BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH** |

**PHIẾU TÓM TẮT THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ**

**BỆNH VIÊM GAN SIÊU VI C (VGSV C)**

|  |  |
| --- | --- |
| **TT** | **THÔNG TIN CƠ BẢN VỀ BỆNH** |
|  | **Viêm gan siêu vi C là gì?** | Bệnh VGSV C là bệnh viêm tế bào gan do virus viêm gan C gây ra. Bệnh có 2 thể cấp tính hoặc mạn tính |
|  | **Những yếu tố nguy cơ của bệnh** | - Đối tượng nguy cơ cao là người dùng chung kim tiêm, quan hệ tình dục không an toàn. Con sinh ra từ người mẹ bị nhiễm VGSV C |
|  | **Biểu hiện thường gặp** | - Đa số không có biểu hiện lâm sàng rõ ràng- Thể cấp: có thể có sốt, mệt mỏi, biếng ăn, sợ mỡ, vàng da, vàng mắt, tiểu vàng, đau tức hạ sườn phải.- Mạn tính: triệu chứng không rõ ràng cho đến khi có xơ gan |
|  | **Biến chứng** | - Thường gặp là viêm gan siêu vi C mạn tính, diễn tiến đến Xơ ganvà ung thư biểu mô tế bào gan |
|  | **Cận lâm sàng cần làm** | - Công thức máu, men gan (GOT, GPT, GGT), Bilirubin TP-TT, xét nghiệm đông máu, Creatinin, NH3, AFP- Các xét nghiệm viêm gan: Anti-HCV, HCV – ARN (đo tải lượng HCV)- Siêu âm ổ bụng, siêu âm đàn hồi gan. |
|  | **Hướng điều trị** | - Khi phát hiện nhiễm viêm gan siêu vi C giai đoạn cấp hay mạn tính đều có chỉ định điều trị đặc hiệu sớm bằng thuốc điều trị đặc hiệu. |
|  | **Chế độ theo dõi và phòng ngừa** | - Theo dõi bệnh mỗi 6 tháng bằng các xét nghiêm virus và chức năng gan- Tránh những thực phẩm có hại cho gan và đường tiêu hóa- Thông báo với bác sĩ trước khi sử dụng bất kỳ loại thuốc kê đơn, chất bổ sung hoặc thảo dược nào vì chúng có thể làm giảm hiệu quả của thuốc điều trị hoặc gây hại cho gan.- Phòng lây truyền từ mẹ sang con. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | SỞ Y TẾ BẮC GIANG**BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH** |

**PHIẾU TÓM TẮT THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ**

**BỆNH XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA (XHTH) DO LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG**

|  |  |
| --- | --- |
| **TT** | **THÔNG TIN CƠ BẢN VỀ BỆNH** |
|  | **XHTH trên là gì?** | Là tình trạng chảy máu xảy ra trong thực quản, dạ dày hoặc phần đầu của ruột non (tá tràng). |
|  | **Nguyên nhân gây bệnh** | - Nhiễm H.pylori- Sử dụng các thuốc kháng viêm giảm đau, aspirin,..- Do yếu tố thần kinh: lo lắng, căng thẳng, mất ngủ ….- Các yếu tố khác có liên quan: hút thuốc lá, uống rượu bia, di truyền… |
|  | **Biểu hiện thường gặp** | - Nôn ra máu tươi hoặc có khi nôn máu đen ( như cà phê, bã trầu)- Tiêu phân đen, sệt, nặng mùi. Có thể đại tiện máu đỏ tươi nếu chảy máu lượng nhiều.- Một số dấu hiệu khác: đau thượng vị, hoa mắt, chóng mặt, mệt mỏi, xanh xao,… |
|  | **Biến chứng** | - Biến chứng nguy hiểm nhất là sốc mất máu có thể dẫn tới tử vong. Tỷ lệ tử vong khoảng 5-10% ở các trường hợp nặng, dù đã được điều trị nội khoa, kết hợp can thiệp cầm máu tối ưu, hoặc phẫu thuật cầm máu. |
|  | **Cận lâm sàng cần làm** | - Xét nghiệm máu: tổng phân tích tế bào máu, urê, creatinin, điện giải đồ, đông máu cơ bản, tìm kháng thể kháng H.pylori…- Nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng là phương pháp cần thực hiện sớm sau khi xuất huyết để chẩn đoán xác định nguyên nhân, mức độ và có thể kết hợp can thiệp cầm máu qua nội soi.- Chụp CT-scan mạch máu vùng bụng chậu có tiêm thuốc cản quang trong trường hợp không tìm được nguyên nhân, vị trí chảy máu hoặc cần can thiệp cầm máu cấp cứu |
|  | **Hướng điều trị** | - Phương pháp điều trị: Nội khoa phối hợp các biện pháp can thiệp cầm máu (nội soi, can thiệp nội mạch, phẫu thuật)- *Nội khoa:* dùng các thuốc ức chế tiết acid, các thuốc bảo vệ niêm mạc tiêu hóa, điều chỉnh rối loạn đông máu nếu có, bù dịch và truyền máu khi mất máu nhiều.*- Can thiệp cầm máu:*+ Nội soi TQ-DD-TT: Chẩn đoán và điều trị, Kẹp clip, tiêm Adrenalin cầm máu ổ loét, ….+ Can thiệp nội mạch cầm máu (khi nội soi can thiệp cầm máu thất bại)+ Phẫu thuật ngoại khoa (khi nội soi và can thiệp cầm máu thất bại) |
|  | **Chế độ theo dõi và phòng ngừa** | - Điều trị các nguyên nhân gây loét dạ dày – tá tràng: nhiễm H.pylori, thuốc kháng viêm giảm đau, stress, thay đổi lối sống (ngưng thuốc lá, rượu bia), …- Ăn uống khoa học, trong đó ưu tiên chế độ ăn nhiều rau xanh, chất xơ. Hạn chế uống rượu bia, đồ ăn nhanh; hạn chế ăn cay, nóng, chua, mặn gây hại cho dạ dày, ruột hoặc các thực phẩm gây kích thích dạ dày khác. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | SỞ Y TẾ BẮC GIANG**BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH** |

**PHIẾU TÓM TẮT THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ BỆNH XƠ GAN**

|  |  |
| --- | --- |
| **TT** | **THÔNG TIN CƠ BẢN VỀ BỆNH** |
|  | **Xơ gan là gì?** | - Xơ gan là hiện tượng tế bào gan bị tổn thương, hoại tử và được thay thế bởi các tế bào xơ, làm cho chức năng gan bị suy giảm không đảm bảo các nhu cầu chuyển hoá, tổng hợp, thải trừ cho cơ thể. |
|  | **Nguyên nhân gây bệnh** | - Có nhiều nguyên nhân gây xơ gan, thường gặp nhất là do, do uống nhiều rượu bia,viêm gan siêu vi mạn tính( viêm gan B mạn, viêm gan C mạn) do hoá chất và độc chất như nhiễm độc chì, đồng , sắt , thuỷ ngân; do bệnh tự miễn, do bệnh di truyền , do ứ mật; ít gặp hơn là xơ gan do suy tim... |
|  | **Biểu hiện thường gặp** | - Tuỳ mức độ xơ gan, có thể triệu chứng nhẹ( Xơ gan Child pugd A) như giảm khả năng lao động thể lực, giảm khả năng sinh dục, giảm khả năng tư duy. Cho đến mức độ nặng( Xơ gan Child pugd B và C) như phù, cổ trướng, và nặng hơn nữa là các biến chứng của nó. |
|  | **Biến chứng** | - Biến chứng: như nhiễm trùng: dịch cổ trướng, nhiễm khuẩn tiêu hóa, viêm phổi…, xuất huyết tiêu hoá do vỡ dãn tĩnh mạch thực quản, hội chứng gan thận, bệnh não gan, ung thư gan. |
|  | **Cận lâm sàng cần làm** | XN để chẩn đoán: Công thức máu, Chức năng đông máu, Protein, albumin, AST, ALT,GGT, bilirubin TP, bilirubin TT, , Siêu âm ổ bụng, siêu âm đàn hồi gan , cắt lớp vi tính, MRI…..XN tìm nguyên nhân: Viêm gan virus B-C, đồng , sắt , chì…tự miễn XN tìm biến chứng: CRP , procalcitonin, NH3, AFP, AFP-L3, PIKA-II |
|  | **Hướng điều trị** | - Loại bỏ nguyên nhân: ngưng rượu bia, thải độc, điều trị viêm gan B,C nếu có.- Điều trị hỗ trợ: tiết thực chế độ ăn, nghỉ ngơi, lợi tiểu ,giải độc, sinh tố. - Hội chứng não gan: L-Ornithin Asparat, Albumin, glypressin, - Điều trị các biến chứng nếu có.- Ghép gan là liệu pháp cuối cùng và triệt để. |
|  | **Chế độ theo dõi và phòng ngừa** | - Theo dõi đáp ứng điều trị- Theo dõi các biến chứng có thể xảy ra- Thường tái khám kiểm tra định kỳ mỗi 3 tháng và khi có biến chứng. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | SỞ Y TẾ BẮC GIANG**BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH** |

**PHIẾU TÓM TẮT THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ BỆNH BẠI NÃO**

|  |  |
| --- | --- |
| **TT** | **THÔNG TIN CƠ BẢN VỀ BỆNH** |
| **1** | **Khái niệm** | Bại não là tổn thương não không tiến triển. Bại não biểu hiện chủ yếu bằng các rối loạn về vận động, và có thể các rối loạn đi kèm khác về trí tuệ, giác quan và hành vi. |
| **2** | **Nguyên nhân** | * **- Trước sinh**: Mẹ bị nhiễm virus; dùng một số thuốc, nhiễm độc; Đột biến nhiễm sắc thể ; Bất đồng nhóm máu (Rh); Mẹ bị bệnh đái tháo đường; nhiễm độc thai nghén,…
* **- Trong khi sinh**: trẻ đẻ non; bị ngạt; đẻ khó; can thiệp sản khoa; sang chấn sản khoa
* **- Sau khi sinh**: trẻ bị sốt cao co giật, nhiễm trùng; viêm não, màng não; trẻ bị chấn thương đầu, não; Thiếu oxy não do đuối nước, ngộ độc hơi,...; Trẻ bị các bệnh như xuất huyết não; màng não; u não,…
* **- Không rõ nguyên nhân**
 |
| **3** | **Triệu chứng** | * **- Bại não thể co cứng:** tăng trương lực cơ; tăng phản xạ gân xương; giảm vận động chủ động, có các mẫu vận động bất thường: mẫu co rút ở tay, mẫu duỗi ở chân, vận động khối
* **- Bại não thể múa vờn:** trương lực cơ lúc tăng lúc giảm ở tứ chi; Giảm khả năng vận động thô; Phản xạ gân xương tăng hoặc bình thường, có các vận động không hữu ý, rối loạn nhai nuốt, chậm phát triển trí tuệ…
* **- Bại não thể phối hợp**: có cả biểu hiện của thể co cứng và thể múa vờn
 |
| **4** | **Diễn biến bệnh** | Bệnh khởi phát từ khi trẻ ở độ tuổi sơ sinh đến mẫu giáo (dưới 5 tuổi), tỉnh trạng bệnh không thay đổi theo thời gian.  |
| **5** | **Các xét nghiệm** | Có thể cần làm: Điện não đồ, siêu âm qua thóp, chụp CT, MRI, Xquang, đo thị lực, thính lực, các xét nghiệm khác để loại trừ: CK, LDH, T3, T4, TSH |
| **6** | **Quá trình điều trị/ Phương pháp điều trị** | * - Vận động trị liệu: theo mốc phát triển của trẻ
* - Vật lý trị liệu: điện phân, tử ngoại, điện xung, thủy trị liệu
* - Hoạt động trị liệu
* - Huấn luyện giao tiếp và ngôn ngữ
* - Các điều trị khác: thuốc chống động kinh, co cứng cơ, phẫu thuật khi có chỉ định, dụng cụ chỉnh hình và dụng cụ thích nghi, giáo dục
 |
| **7** | **Theo dõi, chăm sóc** | Theo dõi các mốc phát triển của trẻ để có can thiệp phù hợp, chăm sóc tốt đường hô hấp, dự phòng động kinh |
| **8** | **Chế độ dinh dưỡng** | Cho trẻ ăn đủ chất, dinh dưỡng cân đối. Ăn thức ăn mềm, dễ tiêu hóa, đa dạng món ăn |
| **9** | **Ra viện tái khám** | Là một bệnh phải điều trị PHCN thường xuyên, liên tục, lâu dài nên rất cần sự hợp tác tich cực của gia đình.Khám định kì theo giai đoạn phát triển của trẻ |

|  |  |
| --- | --- |
|  | SỞ Y TẾ BẮC GIANG**BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH** |

**PHIẾU TÓM TẮT THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ BỆNH CỨNG KHỚP GỐI**

|  |  |
| --- | --- |
| **TT** | **THÔNG TIN CƠ BẢN VỀ BỆNH** |
| **1** | **Khái niệm** | - Là tình trạng khớp khuỷu khó cử động gập- duỗi ở các mức độ khác nhau, làm cho người bệnh đi lại,vận động khó khăn. |
| **2** | **Nguyên nhân** | - Có thể gặp trong các bệnh lý  viêm khớp dạng thấp, thoái hóa khớp, viêm khớp vảy nến, Lupus, bệnh Gút…* -Sau chấn thương hoặc phẫu thuật vùng khớp gối, sau bó bột cố định khớp gối. Tổn thương thứ phát sau các bệnh lý nằm lâu không tập vận động đúng cách
 |
| **3** | **Triệu chứng** | - Đau vùng khớp gối: âm ỉ liên tục hoặc khi vận động khớp gối. Có thể sưng nóng đỏ* -Tầm vận động khớp gối hạn chế: gấp, duỗi, khó và đau
* -Hạn chế sinh hoạt hàng ngày tuỳ mức độ cứng khớp như đi lại, lên- xuống cầu thang…
* -Cơ lực của các nhóm cơ gấp- duỗi gối có thể giảm
* - Có thể teo các cơ vùng đùi hoặc cẳng chân bên cứng khớp.
 |
| **4** | **Diễn biến bệnh** | Nếu không điều trị đúng và kịp thời có thể gây hạn chế vận động, biến dạng khớp dẫn đến tàn phế |
| **5** | **Các xét nghiệm** | -XN huyết học và sinh hóa máu-X-quang khớp gối -MRI khớp gối: Khi cần thiết-Siêu âm khớp gối  |
| **6** | **Quá trình điều trị/ Phương pháp điều trị** | \*Nguyên tắc: điều trị nguyên nhân và điều trị PHCN sớm ngay khi có thể-Vật lý trị liệu: nhiệt nóng hoặc lạnh tại chỗ (tuỳ trường hợp), Parafin, hồng ngoại, sóng ngắn, siêu âm, điện phân dẫn thuốc, điện xung để giảm đau, chống xơ dính, chống viêm* -Vận động trị liệu: kéo giãn và di động khớp, tập vận động chủ động hoặc thụ động khớp gối
* -Hoạt động trị liệu: hướng dẫn bệnh nhân thực hiện các sinh hoạt hàng ngày tập đi đúng, tập lên- xuống cầu thang, đạp xe…
* -Các điều trị khác: dùng thuốc giảm đau theo bậc, tiêm corticoid tại chỗ, thuốc thoái hoá khớp…
 |
| **7** | **Theo dõi, chăm sóc** | Có chế độ sinh hoạt hợp lý, duy trì cân nặng tránh béo phì. Quản lý và điều trị tích cực các bệnh lý mạn tính ảnh hưởng đến khớp gối |
| **8** | **Chế độ dinh dưỡng** | Tăng cường dinh dưỡng, nâng cao sức đề kháng của cơ thể |
| **9** | **Ra viện tái khám** | - Tái khám định kỳ để theo dõi và điều chỉnh chương trình tập vận động cho phù hợp.- Người bệnh và người nhà cần hợp tác tích cực trong quá trình tập luyện |

|  |  |
| --- | --- |
|  | SỞ Y TẾ BẮC GIANG**BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH** |

**PHIẾU TÓM TẮT THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ BỆNH CỨNG KHỚP KHUỶU**

|  |  |
| --- | --- |
| **TT** | **THÔNG TIN CƠ BẢN VỀ BỆNH** |
| **1** | **Khái niệm** | - Là tình trạng khớp khuỷu khó cử động gập- duỗi, sấp- ngửa ở các mức độ khác nhau, làm cho người bệnh vận động khó khăn. |
| **2** | **Nguyên nhân** | - Có thể gặp trong các bệnh lý  viêm khớp dạng thấp, thoái hóa khớp, viêm khớp vảy nến, Lupus, bệnh Gút…* -Sau chấn thương hoặc phẫu thuật vùng khớp khuỷu, sau bó bột cố định khớp khuỷu. Tổn thương thứ phát sau các bệnh lý nằm lâu không tập vận động đúng cách
 |
| **3** | **Triệu chứng** | -Đau vùng khớp khuỷu: âm ỉ liên tục hoặc khi vận động khớp khuỷu. Có thể sưng nóng đỏ* -Tầm vận động khớp khuỷu hạn chế: gấp, duỗi, sấp, ngửa khó và đau
* -Hạn chế sinh hoạt hàng ngày tuỳ mức độ cứng khớp như chải đầu, đưa thức ăn lên miệng…
* -Cơ lực của các nhóm cơ gấp- duỗi khuỷu có thể giảm
* - Có thể teo các cơ vùng cánh tay hoặc cẳng tay bên cứng khớp.
 |
| **4** | **Diễn biến bệnh** | Nếu không điều trị đúng và kịp thời có thể gây hạn chế vận động, biến dạng khớp dẫn đến tàn phế |
| **5** | **Các xét nghiệm** | -XN huyết học và sinh hóa máu: -X-quang khớp khuỷu: -MRI khớp khuỷu: Khi cần thiết-Siêu âm khớp khuỷu:  |
| **6** | **Quá trình điều trị/ Phương pháp điều trị** | \*Nguyên tắc: điều trị nguyên nhân và điều trị PHCN sớm ngay khi có thể-Vật lý trị liệu: nhiệt nóng hoặc lạnh tại chỗ (tuỳ trường hợp), Parafin, hồng ngoại, sóng ngắn, siêu âm, điện phân dẫn thuốc, điện xung để giảm đau, chống xơ dính, chống viêm* -Vận động trị liệu: kéo giãn và di động khớp, tập vận động chủ động hoặc thụ động khớp khuỷu
* -Hoạt động trị liệu: hướng dẫn bệnh nhân thực hiện các sinh hoạt hàng ngày như đánh răng, rửa mặt, chải tóc…
* -Các điều trị khác: dùng thuốc giảm đau theo bậc, tiêm corticoid tại chỗ, thuốc thoái hoá khớp…
 |
| **7** | **Theo dõi, chăm sóc** | Có chế độ sinh hoạt hợp lý, duy trì cân nặng tránh béo phì. Quản lý và điều trị tích cực các bệnh lý mạn tính ảnh hưởng đến khớp khuỷu |
| **8** | **Chế độ dinh dưỡng** | Tăng cường dinh dưỡng, nâng cao sức đề kháng của cơ thể |
| **9** | **Ra viện tái khám** | Tái khám định kỳ để theo dõi và điều chỉnh chương trình tập vận động cho phù hợp.Người bệnh và người nhà cần hợp tác tích cực trong quá trình tập luyện |

|  |  |
| --- | --- |
|  | SỞ Y TẾ BẮC GIANG**BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH** |

 **PHIẾU TÓM TẮT THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ**

**BỆNH LIỆT DÂY VII NGOẠI BIÊN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TT** |  | **THÔNG TIN CƠ BẢN VỀ BỆNH** |
| **1** | **Bệnh liệt dây VII ngoại biên là gì?** |  | Bệnh liệt dây VII ngoại biên là tình trạng mất vận động hoàn toàn hay một phần các cơ của nửa mặt do tổn thương dây thần kinh VII  |
| **2** | **Nguyên nhân** |  | - Bệnh do nhiều nguyên nhân trong đó chủ yếu do nhiễm lạnh đột ngột, nhiễm virus, cảm cúm,..- Ngoài ra có thể do chấn thương vùng mặt, sọ, vùng thái dương, xương chũm, viêm tai mũi họng,… |
| **3** | **Triệu chứng bệnh** |  | - Miệng méo sang một bên, uống nước trào ra ngoài,..- Một bên mắt nhắm không kín- Mặt bên liệt khó cử động, khó nhếch mép bên liệt- Mất vị giác, nước mắt, tăng lượng nước bọt trong miệng khi nói chuyện, ăn uống,… |
| **4** | **Diễn biến bệnh** |  | - Bệnh thường xảy ra đột ngột- Nếu không được điều trị sớm và kịp thời sẽ để lại di chứng như mất thẩm mỹ, khả năng giao tiếp và thể hiện cảm xúc khó; viêm giác mạc, kết mạc mắt,… |
| **5** | **Cận lâm sàng** |  | - Có thể cần chụp CT sọ não- Xét nghiệm máu |
| **6** | **Phương pháp điều trị** |  |  a, Giai đoạn cấp (trong vòng 5 ngày từ khi mắc bệnh):- Điều trị nguyên nhân.- Không có nguyên nhân nội, ngoại khoa đi kèm: thuốc chống viêm và các phương pháp VLTL-PHCNb, Giai đoạn sau cấp (bị bệnh sau 5 ngày)- Điều trị bằng châm cứu, cứu ngải- VLTL: điện xung, hồng ngoại, siêu âm, lazer chiếu ngoài- Vận động trị liệu: kỹ thuật xoa bóp, tập vận động cho cơ bên liệt; gương trị liệu |
| **7** | **Cách chăm sóc bệnh nhân liệt VII ngoại biên** | - Cần giữ ấm mặt; sinh hoạt bằng nước ấm, đeo khẩu trang.- Bảo vệ mắt đeo kính râm, nhỏ mắt bằng nước muối sinh lý, dùng băng dính che mắt tạm thời để tránh bụi.- Tập qua gương. |
| **8** | **Chế độ dinh dưỡng** |  [Bổ sung Vitamin D](https://www.vinmec.com/vi/tin-tuc/thong-tin-suc-khoe/ban-co-can-bo-sung-vitamin-d-moi-ngay-khong/) và khoáng chất (magie, Calcium, Kali Clorua,...). Người bệnh nên hạn chế muối và đường hấp thu nhanh |
| **9** | **Ra viện, khám lại** | - Bệnh có thể phải điều trị từ nửa tháng đến 1 tháng. Người bệnh cần luyện tập tích cực theo hướng dẫn- Khám lại 1 đến 2 lần sau ra viện. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | SỞ Y TẾ BẮC GIANG**BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH** |

**PHIẾU TÓM TẮT THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ**

**BỆNH LIỆT NỬA NGƯỜI DO TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO**

|  |  |
| --- | --- |
| **TT** |  **THÔNG TIN CƠ BẢN VỀ BỆNH** |
| **1** | **Khái niệm** | - Đột quỵ não là một bệnh cấp cứu có hai thể lâm sàng chính: đột quỵ thiếu máu não (NMN) và đột quỵ xuất huyết não (XHN). Hậu quả của đột quỵ não là các vùng cơ thể do phần não đó điều kiển sẽ ngưng hoạt động, dẫn tới yếu liệt nửa người, tê mất cảm giác nửa người, không nói được hoặc hôn mê. |
| **2** | **Nguyên nhân** | - Tăng huyết áp, thoái hóa mạch máu, dị dạng mạch máu não (bẩm sinh, chấn thương…) và rối loạn đông máu (huyết khối ngoại sọ hoặc nội sọ gây lấp mạch) |
| **3** | **Triệu chứng** | - Đột ngột xuất hiện các triệu chứng: yếu, liệt tay, chân một bên, méo miệng, rối loạn lời nói.- Có thể có nhức đầu, lơ mơ, nôn mửa, mờ mắt, tăng huyết áp… |
| **4** | **Diễn biến bệnh** | - Nếu điều trị nội khoa và phục hồi chức năng kịp thời, đúng với từng giai đoạn bệnh thì sẽ hạn chế được các di chứng như loét do tỳ đè, teo cơ, cứng khớp, bán trật khớp vai bên liệt… |
| **5** | **Cận lâm sàng** | - Chụp CT sọ não hoặc chụp MRI: bắt buộc- Siêu âm Doppler xuyên sọ; siêu âm tim; chụp XQ ngực; điện tâm đồ…- Xét nghiệm máu. |
| **6** | **Phương pháp điều trị** | *Nội khoa*:a) Đột quỵ thiếu máu não (NMN):**(**1) điều trị tiêu sợi huyết; (2) dùng thuốc chống kết tập tiểu cầu và (3) lấy huyết khối bằng dụng cụ trong lòng mạch.b) Xuất huyết não: (1) thuốc chống co giật; (2) thuốc chống tăng huyết áp và (3) thuốc lợi tiểu thẩm thấu. Có thể phẫu thuật lấy khối máu tụ. *Vật lý trị liệu- PHCN*: Hướng dẫn tư thế đúng của người bệnh; Vận động trị liệu; Hoạt động trị liệu; Ngôn ngữ trị liệu; Vật lí trị liệu; Tâm lý trị liệu; Cung cấp dụng cụ chỉnh trực (máng, nẹp..) và dụng cụ trợ giúp (khung tập đi, nạng, gậy…) |
| **7** | **Tư vấn của thầy thuốc** |  Quản lý, điều trị tốt các bệnh lý mạn tính không lây nhiễm như huyết áp, tiểu đường, tim mạch, rối loạn chuyển hoá |
| **8** | **Chế độ dinh dưỡng** | - Chú trọng chế độ ăn uống khoa học- Bỏ thuốc lá và hạn chế dùng thức uống chứa cồn như bia, rượu… |
| **9** | **Ra viện, tái khám** | - Là một bệnh mạn tính nên thời gian điều trị PHCN thường kéo dài. Phải kiên trì và hợp tác với nhân viên y tế trong quá trình điều trị.- Khám lại ngay khi có các triệu chứng tê, yếu nửa người hoặc nhức đầu, tăng huyết áp… |
|  | SỞ Y TẾ BẮC GIANG**BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH** |

**PHIẾU TÓM TẮT THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ**

**BỆNH THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG CỔ**

|  |  |
| --- | --- |
| **TT** | **T THÔNG TIN CƠ BẢN VỀ BỆNH** |
| **1** | **Khái niệm** | Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ là tình trạng nhân nhầy đĩa đệm cột sống cổ thoát khỏi bao xơ, từ đó gây nên bệnh lý chèn ép các rễ thần kinh hoặc tủy sống cổ. |
| **2** | **Nguyên nhân** | - Tuổi tác: nhiều tuổi dễ mắc hơn- Lối sống kém lành mạnh: hút thuốc lá, lười thể dục- Tư thế sai:Tư thế sai kết hợp với vận động không chính xác có thể gây thêm áp lực cho cột sống cổ.  |
| **3** | **Triệu chứng** | - Cơn đau bắt đầu tại từ vùng cổ gáy lan ra vai, tay một hoặc 2 bên- Cảm giác tê ở vùng vai, cánh tay, bàn và ngón tay ([đĩa đệm bị thoát vị chèn ép vào dây thần kinh](https://acc.vn/nhan-biet-trieu-chung-thoat-vi-dia-dem-chen-day-kinh/))- Vận động cổ khó và đau. Đồng thời việc đưa tay ra sau lưng, giơ tay lên cao hoặc đi bộ cũng không thoải mái như trước. Vận động tay chóng mỏi. |
| **4** | **Diễn biến bệnh** | - Có thể gây teo các cơ vùng cổ , vai, tay. Yếu hoặc hạn chế vận động tay hoặc cả chân |
| **5** | **Cận lâm sàng** | - Chụp MRI: đây là tiêu chuẩn vàng giúp cho chẩn đoán và xác định mức độ thoát vị |
| **6** | **Phương pháp điều trị** | *Nội khoa*: Giảm đau; Chống viêm không steroid; Giãn cơ (+/-); Giảm đau thần kinh *Vật lý trị liệu*:Nhiệt nóng( đắp nến, tia hồng ngoại); Nhiệt sâu( Siêu âm, sóng ngắn, lazer…); điện trị liệu( điện xung, điện phân), từ trường; kéo giãn cột sống cổ; Kỹ thuật xoa bóp; Tập vận động vùng cổ vai tay…*Y học cổ truyền*: Điện châm, thuỷ châm |
| **7** | **Tư vấn của thầy thuốc** | - Thường xuyên rèn luyện thể chất với cường độ vừa phải. Tập các bài tập cổ vai tay- Tránh gối đầu cao, tránh các động tác cúi hoặc ngửa cổ kéo dài.- Duy trì trọng lượng cơ thể khoẻ mạnh |
| **8** | **Chế độ dinh dưỡng** | - Chú trọng chế độ ăn uống khoa học- Bỏ thuốc lá và hạn chế dùng thức uống chứa cồn như bia, rượu… |
| **9** | **Ra viện, tái khám** | - Là một bệnh mạn tính nên thời gian điều trị thường kéo dài. Dễ tái phát- Khám lại ngay khi có các triệu chứng đau, tê như mô tả |
|  | SỞ Y TẾ BẮC GIANG**BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH** |

**PHIẾU TÓM TẮT THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ**

**BỆNH TỔN THƯƠNG DÂY THẦN KINH QUAY**

|  |  |
| --- | --- |
| **TT** | **THÔNG TIN CƠ BẢN VỀ BỆNH** |
| **1** | **Khái niệm** | - Tổn thương dây thần kinh quay có thể gây đau, yếu và mất chức năng ở cổ tay, bàn tay và ngón tay(tuỳ vị trí tổn thương). |
| **2** | **Nguyên nhân** | - Có thể gặp trong gãy 1/3 giữa xương cánh tay. Hoặc dây thần kinh quay bị đè ép khi gối đầu lên cánh tay, đi nạng nách không đúng kỹ thuật. Hạch nách, phình mạch chèn ép…- Đoạn ở cẳng tay có thể bị đè ép trong các trường hợp bị gãy xương, can xương, trật đầu trên xương quay; u mỡ, u xơ, dị dạng động tĩnh mạch… |
| **3** | **Triệu chứng** | - Điển hình là dấu hiệu”bàn tay rũ cổ cò”, bàn tay không thể ngửa được.- Đau, tê và giảm cảm giác sờ mó vùng trong cẳng tay, mặt ngoài mu tay* -Teo một số nhóm cơ vùng mặt sau cánh tay, cẳng tay, bàn tay
* -Liệt hoặc yếu một số cơ vùng mặt sau cánh tay, cẳng tay, mặt ngoài mu tay
* -Hạn chế một vài động tác của tay như duỗi khuỷu, ngửa cẳng tay, duỗi cổ tay và các ngón tay(tuỳ vị trí tổn thương)
 |
| **4** | **Diễn biến bệnh** | Nếu không điều trị đúng và kịp thời có thể gây hạn chế vận động, teo cơ, tàn phế |
| **5** | **Các xét nghiệm** | -Điện cơ đồ: xác định vị trí tổn thương -X-quang: trong gãy xương, can xương, u xương-MRI: Khi cần thiết |
| **6** | **Quá trình điều trị/ Phương pháp điều trị** | \*Nguyên tắc: điều trị nguyên nhân và điều trị PHCN sớm ngay khi có thể. -Điều trị ngoại khoa khi cần thiết- Vật lý trị liệu: điện xung, siêu âm, lazer chiếu ngoài kích thích phục hồi thần kinh quay* -Vận động trị liệu: là bắt buộc. Tuỳ trường hợp có thể vận động thụ động, có trợ giúp hoặc có kháng trở.
* -Hoạt động trị liệu: hướng dẫn bệnh nhân thực hiện các sinh hoạt hàng ngày như đánh răng, rửa mặt, cầm nắm đồ vật…
* -Sử dụng dụng cụ chỉnh hình để dự phòng co rút gân cơ
 |
| **7** | **Theo dõi, chăm sóc** | Có chế độ sinh hoạt hợp lý. Chú ý mang nẹp hoặc máng tránh tổn thương thứ phát. |
| **8** | **Chế độ dinh dưỡng** | Tăng cường dinh dưỡng, nâng cao sức đề kháng của cơ thể, thành phần dinh dưỡng cân đối, cung cấp đầy đủ protein, lipid, glucid, chất xơ, vitamin và khoáng chất |
| **9** | **Ra viện tái khám** | - Tái khám định kỳ để theo dõi và điều chỉnh chương trình tập vận động cho phù hợp.- Người bệnh và người nhà cần hợp tác tích cực trong quá trình tập luyện |

|  |  |
| --- | --- |
|  | SỞ Y TẾ BẮC GIANG**BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH** |

**PHIẾU TÓM TẮT THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ**

**BỆNH VIÊM QUANH KHỚP VAI**

|  |  |
| --- | --- |
| **TT** | **THÔNG TIN CƠ BẢN VỀ BỆNH** |
| **1** | **Khái niệm** | - Viêm quanh khớp vai là thuật ngữ dùng chung cho các bệnh lý của các cấu trúc phần mềm cạnh khớp vai: gân, túi thanh dịch, bao khớp. |
| **2** | **Nguyên nhân** | - Yếu tố nghề nghiệp đòi hỏi động tác đưa tay lên quá đầu nhiều, lặp đi lặp lại* -Tiền sử chấn thương hoặc phẫu thuật vùng vai

-Thứ phát sau liệt tứ chi, liệt nửa người do tổn thương thần kinh trung ương hoặc ngoại biên* -Không rõ nguyên nhân
 |
| **3** | **Triệu chứng** | -Đau vùng khớp vai: âm ỉ liên tục hoặc sau khi vận động khớp vai, đau nhức nhiều về ban đêm* -Tầm vận động khớp vai hạn chế ở tất cả các hướng: gấp, duỗi, dạng khép, xoay vai
* -Thường có điểm đau chói ở điểm bám tận gân bó dài của gân cơ nhị đầu và gân cơ trên gai
* -Cơ lực của các nhóm cơ vùng vai giảm
* - Có thể teo các cơ vùng vai.
 |
| **4** | **Diễn biến bệnh** | Nếu không điều trị đúng có thể gây cứng khớp vai. Bệnh có thể tái phát nhiều đợt |
| **5** | **Các xét nghiệm** | -XN huyết học và sinh hóa máu: -X-quang khớp vai: -MRI khớp vai: -Siêu âm khớp vai:  |
| **6** | **Quá trình điều trị/ Phương pháp điều trị** | -Vật lý trị liệu: nhiệt nóng tại chỗ, Parafin, hồng ngoại, sóng ngắn, siêu âm để giảm đau tại chỗ chống viêm, giảm xơ dính, điện phân dẫn thuốc, điện xung để giảm đau* -Vận động trị liệu: kéo giãn và di động khớp, tập chủ động với dụng cụ (bài tập với gậy, thang tường, ròng rọc…), bài tập Codman đung đưa khớp vai
* -Hoạt động trị liệu: hướng dẫn bệnh nhân thực hiện các sinh hoạt hàng ngày có sử dụng tay như mặc quần áo, tắm rửa, chải tóc
* -Các điều trị khác: dùng thuốc giảm đau theo bậc, tiêm corticoid tại chỗ
 |
| **7** | **Theo dõi, chăm sóc** | Có chế độ sinh hoạt hợp lý, trong giai đoạn đau vai cấp tính khớp vai cần được nghỉ ngơiTránh các động tác thường xuyên giơ tay lên cao. |
| **8** | **Chế độ dinh dưỡng** | Tăng cường dinh dưỡng, nâng cao sức đề kháng của cơ thể, thành phần dinh dưỡng cân đối, cung cấp đầy đủ protein, lipid, glucid, chất xơ, vitamin và khoáng chất |
| **9** | **Ra viện tái khám** | Tái khám định kỳ để theo dõi và điều chỉnh chương trình tập vận động cho phù hợp.Người bệnh và người nhà cần hợp tác tích cực trong quá trình tập luyện |

|  |  |
| --- | --- |
|  | SỞ Y TẾ BẮC GIANG**BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH** |

**PHIẾU TÓM TẮT THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ**

**CẤP CỨU NGỪNG TUẦN HOÀN**

|  |  |
| --- | --- |
| **TT** | **THÔNG TIN CƠ BẢN VỀ BỆNH** |
| **1** | **Ngừng tuần hoàn là gì** |  Ngừng tuần hoàn là trạng thái tim ngừng cung cấp máu cho cơ thể, đặc biệt là các cơ quan quan trọng như não, tuần hoàn vành, phổi… Có 3 trạng thái cơ bản là: vô tâm thu, rung thất và phân ly điện cơ |
| 2 | **Nguyên nhân gây ngừng tuần hoàn** | - Nguyên nhân do tim: Bệnh thiếu máu cơ tim, tắc mạch vành cấp, các bệnh cơ tim, Viêm cơ tim, chấn thương tim chèn ép tim cấp, kích thích trực tiếp vào tim.- Nguyên nhân tuần hoàn: Thiếu khối lượng tuần hoàn cấp (các loại sốc), tắc mạch phổi (do khí, do cục nghẽn), cơ chế phản xạ dây phế vị.- Nguyên nhân hô hấp: Tràn khí màng phổi nặng, Thiếu oxy cấp (thường gây ra vô tâm thu): dị vật, tắc đường thở- Nguyên nhân rối loạn chuyển hoá: Rối loạn chuyển hoá kali, tăng canxi máu cấp, tăng catecholamin cấp, hạ thân nhiệt.- Nguyên nhân do thuốc, nhiễm độc: Tác động trực tiếp của thuốc gây ngừng tim, do tác dụng phụ của thuốc.- Nguyên nhân khác: Điện giật, đuối nước. |
| 3 | **Triệu chứng** | - Có 3 triệu chứng cơ bản sau:+ Mất ý thức: được xác định khi bệnh nhân gọi hỏi không có đáp ứng trả lời, không có phản xạ thức tỉnh.+ Ngừng thở hoặc thở ngáp:xác định khi lồng ngực và bụng bệnh nhân hoàn toàn không có cử động thở.+ Ngừng tim: khi mất mạch cảnh hoặc mất mạch bẹn.- Ngoài ra bệnh nhân còn có các triệu chứng khác như: da nhợt nhạt hoặc tím tái, giãn đồng tử và mất phản xạ đồng tử với ánh sáng, nếu bệnh nhân đang được phẫu thuật sẽ thấy máu ở vết mổ tím đen và ngừng chảy.- Nếu bệnh nhân đang thở máy, hôn mê thì thấy monitor tim sẽ báo động, SpO2 giảm đột ngột. |
|  | **Xử trí cấp cứu** | - Xử trí cấp cứu ngừng tuần hoàn được khởi động ngay từ khi phát hiện trường hợp nghi ngờ ngừng tuần hoàn. Tiến hành ngay hồi sinh tim phổi cơ bản.- Bác sĩ là người chỉ huy để phân công, tổ chức công tác cấp cứu đúng trình tự và đồng bộ. - Ghi chép các thông tin cần thiết và tiến trình cấp cứu - Thiết lập không gian cấp cứu đủ rộng và hạn chế tối đa các nhân viên hoặc những người không tham gia cấp cứu vào và làm cản trở công tác cấp cứu  |
|  | **Tóm tắt quy trình chuyên môn** | - Khám lâm sàng đánh giá tình trạng bệnh nhân; Giải thích nhanh tình trạng của bệnh nhân và hướng điều trị - Tiến hành ngay hồi sinh tim phổi cơ bản ( CAB: Ép tim ngoài lồng ngực; Khai thông đường thở cho bệnh nhân; Thổi ngạt cho bệnh nhân) đồng thời gọi hỗ trợ khi phát hiện bệnh nhân nghi ngờ bị NTH - Dùng thuốc trong cấp cứu ngừng tim-phổi: Thuốc đầu tay là adrenalin ưu tiên tiêm đường tĩnh mạch; Sử dụng các thuốc Lidocain, Amiodarone, Magne sulfate, Natri Bicacbonat, Atropin, bù Ca++ , truyền dịch,... tùy từng tình trạng BN - Nhanh chóng ghi điện tim và theo dõi điện tim trên máy theo dõi. Phân loại 3 loại điện tim: rung thất/nhịp nhanh thất, vô tâm thu, phân ly điện cơ. Tiến hành sốc điện ngay nếu là rung thất.\* Nếu cấp cứu ngừng tim-phổi cơ bản có hiệu quả: Niêm mạc môi bệnh nhân ấm và hồng trở lại, đồng tử co lại nếu thời gian thiếu oxy não chưa lâu và còn khả năng hồi phục, thở trở lại, tim đập lại, ý thức tỉnh trở lại…- Theo dõi sát toàn trạng BN qua monitor- Duy trì thuốc, thở máy,... tùy từng tình trạng BN- Làm thêm cận lâm sàng phục vụ tìm nguyên nhân để điều trị ( Nếu tình trạng BN ổn định) : Xét nghiệm máu, Xquang, Siêu âm, CT,…- Hội chẩn các chuyên khoa liên quan- Điều trị tiếp theo:+ Chuyển vào các chuyên khoa điều trị+ Chuyển phòng mổ để phẫu thuật+ Xuất viện khi ổn định\*Nếu cấp cứu ngừng tim-phổi cơ bản không có hiệu quả:- Nếu đã áp dụng đúng, đầy đủ các biện pháp cấp cứu như trên trong vòng 60 phút mà đồng tử không co lại, tim không đập lại thì cho phép ngừng cấp cứu và bệnh nhân tử vong.  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | SỞ Y TẾ BẮC GIANG**BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH** |

**PHIẾU TÓM TẮT THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ BỆNH ĐỘT QUỴ**

**NHỒI MÁU NÃO CẤP**

|  |  |
| --- | --- |
| **TT** | **THÔNG TIN CƠ BẢN VỀ BỆNH** |
|  | **Đột quỵ nhồi máu não là gì** | Đột quỵ nhồi máu não là tình trạng dòng máu đột ngột không lưu thông đến một khu vực của não làm mất chức năng thần kinh tương ứng làm tổn thương não tương ứng. Hậu quả là các vùng cơ thể do phần não đó điều kiển sẽ ngưng hoạt động, dẫn tới yếu liệt nửa người, tê mất cảm giác nửa người, không nói được hoặc hôn mê |
|  | **Nguyên nhân chính gây đột quỵ xuất huyết não** | - Xơ vữa mạch máu lớn.- Nguyên nhân từ tim gây cục huyết khối như bệnh hở van tim, [rung nhĩ](https://www.vinmec.com/vi/tin-tuc/thong-tin-suc-khoe/rung-nhi-va-nguy-co-dot-quy/), [rối loạn nhịp tim](https://www.vinmec.com/vi/benh/roi-loan-nhip-tim-3136/), [suy tim](https://www.vinmec.com/vi/benh/suy-tim-3262/)... tạo cục máu đông đi đến não- Tắc các mạch máu nhỏ trong não, thường gặp ở bệnh nhân tăng huyết áp, đái tháo đường **- Bệnh động mạch không xơ vữa**- Bệnh về máu như bệnh lý đông máu, bệnh tế bào máu, bất thường bẩm sinh của mạch máu... |
|  | **Triệu chứng** | - Đột ngột xuất hiện các triệu chứng: yếu, liệt tay, chân một bên, méo miệng, rối loạn lời nói- Có thể có nhức đầu, lơ mơ, nôn mửa, mở mắt, tăng huyết áp |
|  | **Điều trị** | - Kiểm soát huyết áp- Đảm bảo đủ oxy, thở tốt. Trường hợp nặng có thể thở máy- **Tái tưới máu bằng thuốc tiêu sợi huyết và/hoặc bằng dụng cụ trong lòng mạch ( Khi có chỉ định)****-** Kiểm soát đường máu, mỡ máu- Dùng các thuốc chống ngưng tập tiểu cầu.- Dùng các thuốc chống tăng áp lực nội sọ nếu cần, chống đông máu và dự phòng huyết khối nếu cần, thuốc chống động kinh,..- Thuốc bảo vệ tế bào thần kinh |
|  | **Tóm tắt quy trình chuyên môn** | a) Ngày thứ nhất- Chụp CT sọ não khẩn cấp hoặc MSCT sọ não hay mạch máu não (Nếu cần)- Lấy máu làm các xét nghiệm: CTM, SHM, Đông cầm máu..- Đo điện tim, chụp X quang tim phổi- Thở oxy khi cần, theo dõi sát ý thức, tim mạch, huyết áp, nhịp thở- Điều chỉnh huyết áp, thường dùng thuốc truyền tĩnh mạch- Dùng thuốc **tiêu sợi huyết và/hoặc bằng dụng cụ trong lòng mạch ( Khi có chỉ định)**- Dùng các thuốc chống phù não (khi cần)- Dùng thuốc giảm đau và an thần (khi cần)- Hưỡng dẫn chế độ ăn, chế độ chăm sóc, tập vận động sớm- Hạn chế người tới thămb) Từ ngày thứ 2 đến ngày thứ 5- Tiếp tục điều chỉnh huyết áp- Tiếp tục chống phù não- Có thể phẫu thuật đặt dụng cụ đo áp lực trong sọ (khi cần)- Bắt đầu khảo sát tìm nguyên nhân nếu có chỉ định và tình trạng người bệnh cho phép (chụp MRI hoặc MSCT sọ não hay mạch máu não)- Tập vật lý trị liệu |
|  | **Ra viện** | - Khi tình trạng tim mạch, huyết áp ổn định- Tổn thương não ổn định, không hoặc ít có nguy cơ tiến triển nặng- Đã hoàn tất các khảo sát tìm nguyên nhân- Đã khởi đầu các điều trị bệnh nền và điều trị theo căn nguyên, có kế hoạch điều trị sau xuất viện- Trung bình ra viện sau 5-7 ngày |
|  | **Điều trị sau khi ra viện** | - Giải thích tình trạng bệnh- Hướng dẫn người bệnh chế độ ăn, tập luyện, các dấu hiệu tái phát và cách xử trí đúng- Tiếp tục uống thuốc theo đơn- Tập vật lý trị niệu- Hẹn tái khám |

|  |  |
| --- | --- |
|  | SỞ Y TẾ BẮC GIANG**BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH** |

**PHIẾU TÓM TẮT THÔNG TIN XỬ TRÍ CẤP CỨU SỐC**

|  |  |
| --- | --- |
| **TT** | **THÔNG TIN CƠ BẢN VỀ BỆNH** |
| **1** | **Sốc là gì** |  Sốc là bệnh cảnh hay gặp chính của khoa Cấp cứu và Hồi sức. Đặc điểm sinh lý bệnh chính của sốc là giảm tưới máu hệ thống của toàn cơ thể dẫn tới giảm cung cấp oxy cho các mô cơ thể. Từ đó dẫn tới sự mất cân bằng giữa cung cấp và trao đổi oxy, thiếu oxy tế bào gây tăng chuyển hóa yếm khí, tăng giải phóng ra các chất trung gian, độc tố phù tế bào, hoạt hóa các phản ứng viêm. Ban đầu tình trạng thiếu oxy này có thể hồi phục, nhưng rất nhanh chóng sẽ không hồi phục hậu quả là chết tế bào, tổn thương cơ quan đích, suy đa tạng và tử vong. Do vậy quan trọng nhất là phải phát hiện sớm và điều trị kịp thời  |
|  **2** |  **Phân loại các loại sốc** | Phân làm 4 loại sốc chính: - Sốc giảm thể tích: Giảm thể tích tuần hoàn (ỉa chảy, mất máu, bỏng, ..vv) làm giảm tiền gánh giảm cung lượng tim, tụt HA. - Sốc tim: Giảm cung lượng tim (NMCT, viêm cơ tim…vv) gây tụt HA. - Sốc giãn mạch: Giãn mạch hệ thống do các yếu tố trung gian hoạt mạch, độc tố (vd sốc nhiễm khuẩn, sốc phản vệ ..). - Sốc tắc nghẽn: Nhồi máu phổi, hoặc ép tim cấp làm tim không thể tống máu vào đại tuần hoàn. |
|  **3** | **Triệu chứng** |  Các triệu chứng nguyên nhân gây sốc:+ Sốc giảm thể tích: Ỉa chảy, mất máu, chấn thương… + Sốc tim: Đau ngực, gan to tĩnh mạch cổ nổi, phù chi dưới, rale phổi .+ Sốc nhiễm khuẩn: Sốt, thể trạng nhiễm trùng nhiễm độc, viêm phổi, áp xe tay chi, nhiễm trùng tiết niệu, nhiễm trùng trong ổ bụng.+ Sốc phản vệ như các biểu hiện dị ứng, tiền sử dùng thuốc..vv  + Sốc tắc nghẽn: Nhồi máu phổi lớn, huyết khối tĩnh mạch sâu |
|  **4** | **Cách tiếp cận bệnh nhân sốc** | - Khi nhận ra bệnh nhân sốc, phải tiến hành hồi sức ngay đồng thời tìm hiểu hỏi tiền sử, khám lâm sàng tìm các triệu chứng gợi ý, và làm các xét nghiệm khẳng định tình trạng và nguyên nhân gây sốc. - Thăm dò huyết động đóng vai trò rất quan trọng trong chẩn đoán, theo dõi, và điều trị sốc đặc biệt trong những trường hợp sốc hỗn hợp và sốc ở giai đoạn muộn, nhiều yếu tố nhiễu ảnh hưởng tới triệu chứng :+ Đặt catheter tĩnh mạch trung tâm: đánh giá tiền gánh thất phải, gián tiếp đánh giá tiền gánh thất trái. + Siêu âm tim: đánh giá chức năng tim, loại trừ nhanh ép tim cấp, các máy siêu âm tim hiện đại còn có thể đánh giá được cung lượng tim. … |
|  **5** | **Xử trí bệnh nhân sốc** | - Ổn định chức năng sống: Đảm bảo oxy hóa máu (thở oxy, đặt NKQ, TKNT), kiểm soát đường thở và đặt NKQ sớm nếu bệnh nhân hôn mê trong tình trạng sốc, đặt đường truyền tĩnh mạch cỡ lớn hoặc catheter tĩnh mạch trung tâm, truyền dịch theo áp lực TMTT, lấy máu làm xét nghiệm: công thức máu, chức năng gan thận, cấy máu. - Các biện pháp hồi sức huyết động:+ Đặt ống thông TMTT duy trì CVP từ 11 tới 16 cmH20 truyền dịch muối đẳng trương, cao phân tử hay máu tùy tình trạng và loại sốc. + Nếu HA không cải thiện cân nhắc sử dụng các thuốc trợ tim và co mạch: Thuốc co mạch (Noradrenaline, Dopamine, Adrenaline, Phenylephrine, Vasopressin), Thuốc co bóp cơ tim (Dobutamine).- Điều trị đặc hiệu cho từng loại sốc:+ Sốc giảm thể tích: bù đủ khối lượng tuần hoàn, ngăn chặn nguồn mất, cầm máu… + Sốc tim: trợ tim, bơm bóng ngược động mạch chủ, đặt thiết bị hỗ trợ thất..vv. Can thiệp mạch vành, dùng thuốc chống đông, chống ngưng tập tiểu cầu nếu NMCT.+ Sốc phản vệ: dùng sớm adrenaline nếu có rối loạn huyết động, corticoid, loại trừ dị nguyên khỏi cơ thể.+ Sốc nhiễm trùng: dùng kháng sinh sớm, loại trừ ổ nhiễm khuẩn, liệu pháp điều trị sớm theo mục tiêu.+ Sốc tắc nghẽn: chọc tháo dịch màng ngoài tim..vv |

|  |  |
| --- | --- |
|  | SỞ Y TẾ BẮC GIANG**BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH** |

**PHIẾU TÓM TẮT THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ BỆNH ĐỘT QUỴ**

**XUẤT HUYẾT NÃO CẤP**

|  |  |
| --- | --- |
| **TT** | **THÔNG TIN CƠ BẢN VỀ BỆNH** |
| **1** | **Đột quỵ xuất huyết não là gì** | Đột quỵ xuất huyết não là một loại bệnh cấp cứu gây ra bởi tình trạng mạch máu não đột ngột vỡ ra, chảy máu vào bên trong nhu mô não, làm tổn thương não. Hậu quả là các vùng cơ thể do phần não đó điều kiển sẽ ngưng hoạt động, dẫn tới yếu liệt nửa người, tê mất cảm giác nửa người, không nói được hoặc hôn mê |
| **2** | **Nguyên nhân chính gây đột quỵ xuất huyết não** | - Do tăng huyết áp làm rạn nứt, hư hỏng thành mạch máu, đến khi thành mạch bị vỡ gây chảy máu- Thoái hóa mạch máu làm mạch máu bị yếu đi và vỡ ra- Các dạng hiếm hơn: Dị dạng mạch máu não (bẩm sinh, chấn thương…), rối loạn đông máu… |
| **3** | **Triệu chứng** | - Đột ngột xuất hiện các triệu chứng: yếu, liệt tay, chân một bên, méo miệng, rối loạn lời nói- Có thể có nhức đầu, lơ mơ, nôn mửa, mở mắt, tăng huyết áp… |
| **4** | **Điều trị** | - Điều chỉnh huyết áp nhanh xuống 140 mmHg nếu không có chống chỉ định- Đảm bảo đủ oxy, thở tốt. Trường hợp nặng có thể thở máy- Dùng các thuốc chống tăng áp lực nội sọ nếu cần.- Một số trường hợp phải phẫu thuật sọ não lấy máu tụ |
| **5** | **Tóm tắt quy trình chuyên môn** | a) Ngày thứ nhất- Chụp CT não khẩn cấp; Chụp MSCT não ( Nếu cần)- Lấy máu xét nghiệm: Công thức máu, sinh hóa máu, đông máu- Đo điện tim, chụp X quang tim phổi- Thở oxy khi cần, theo dõi sát ý thức, tim mạch, huyết áp, nhịp thở- Điều chỉnh huyết áp, thường dùng thuốc truyền tĩnh mạch- Dùng các thuốc chống phù não (khi cần)- Dùng thuốc giảm đau và an thần (khi cần)- Hưỡng dẫn chế độ ăn, chế độ chăm sóc- Hạn chế người tới thămb) Từ ngày thứ 2 đến ngày thứ 5- Tiếp tục điều chỉnh huyết áp- Tiếp tục chống phù não- Có thể phẫu thuật đặt dụng cụ đo áp lực trong sọ (khi cần)- Bắt đầu khảo sát tìm nguyên nhân nếu có chỉ định và tình trạng người bệnh cho phép (chụp MRI hoặc chụp mạch não)- Tập vật lý trị niệu khi tình trạng bệnh cho phép |
| **6** | **Ra viện** | - Khi tình trạng tim mạch, huyết áp ổn định- Tổn thương não ổn định, không hoặc ít có nguy cơ tiến triển nặng- Đã hoàn tất các khảo sát tìm nguyên nhân- Đã khởi đầu các điều trị bệnh nền và điều trị theo căn nguyên, có kế hoạch điều trị sau xuất viện- Trung bình ra viện sau 5-7 ngày |
| **7** | **Điều trị sau khi ra viện** | - Giải thích tình trạng bệnh- Hướng dẫn người bệnh chế độ ăn, tập luyện, các dấu hiệu tái phát và cách xử trí đúng- Tiếp tục uống thuốc theo đơn- Tập vật lý trị niệu- Hẹn tái khám |