

PHẦN 2: CÁC BỆNH THƯỜNG GẶP

NHÓM 1: CÁC BỆNH ĐƯỜNG TIÊU HÓA

NHIỆT MIỆNG

Là tình trạng lở loét bên trong miệng, có đau khi ăn uống. Xung quanh đỏ, bên trong trắng.

➤ Điều trị: Vitamin PP + Vitamin C + Subac bôi miệng + súc miệng.

Đơn thuốc tham khảo :

1. Vitamin PP 500mg x 2-3 lần/ngày.
2. Vitamin C.
3. Subac hoặc các chế phẩm khác từ bạc do tính an toàn rất cao.
4. Súc miệng bằng nước muối NaCl 0,9% giúp làm nhanh chóng lành vết loét.

Nếu loét miệng do Herpes virus thì điều trị như nhiễm Herpes virus.

LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG

Loét dạ dày – tá tràng là hiện tượng hoại tử niêm mạc dạ dày, tá tràng với mức độ tổn thương và kích thước vết loét lớn hơn hoặc bằng 0.5cm. Nguyên nhân gây bệnh có thể là thuốc (corticoid, NSAIDs...), do stress, sử dụng quá nhiều chất kích thích, do *H. pylori*. Khoảng 70-80% trường hợp là do *H. pylori*.

Loét tá tràng gặp nhiều gấp 4 lần loét dạ dày, nhưng loét tá tràng thường lành tính, trong khi loét dạ dày một số trường hợp diễn biến ác tính.

❖ Triệu chứng: Đau có tính chất chu kỳ từng đợt, buồn nôn và nôn, ợ hơi, ợ nóng...

+ Loét dạ dày: Đau có tính chất chu kỳ từng đợt. Rối loạn dạ dày biểu hiện: ợ hơi, ợ nóng, buồn nôn, đầy nặng thượng vị sau khi ăn. Co cứng cơ bụng ở vùng thượng vị, dấu hiệu lóc xóc thức ăn ở dạ dày, do giảm nhu động ruột.

+ Loét tá tràng: Đau bụng lúc đói (sau ăn 2-3 giờ) hoặc đau vào ban đêm. Cường độ đau thay đổi, từ ê ẩm đến đau dữ dội, có tính chất chu kỳ rõ rệt theo ngày, theo tháng

trong năm. Nôn và buồn nôn cả lúc đói. Có thể ợ hơi, trướng hơi, táo bón. Co cứng cơ vùng thượng vị lệch sang phải.

- Điều trị: Thuốc kháng acid + thuốc giãn cơ + nếu có HP thì nên có chỉ định của bác sĩ.

Vì chưa có bằng chứng là có nhiễm HP, vì thế không nên dùng kháng sinh. Chủ yếu là điều trị giảm triệu chứng.

Đơn thuốc tham khảo:

1. Omeprazole 20mg: Sáng 1 viên, chiều 1 viên.

Không dùng thêm cimetidine hay thuốc kháng acid khác vì thuốc kháng H_2 làm giảm hiệu lực chống tiết acid của PPI. Có thể dùng thêm antacid để cắt cơn đau tức thì.

Ranitidine và nhóm kháng H_2 là thuốc bảng B trong thai kỳ, có nhiều bằng chứng an toàn – ranitidine có nhiều bằng chứng an toàn nhất. Nghiên cứu trên số lượng giới hạn những phụ nữ mang thai dùng ranitidine không thấy thuốc có gây bất thường, dị dạng thai nhi. Tuy nhiên, nguyên tắc là nguyên tắc, chỉ sử dụng ranitidine khi thật cần thiết và tránh sử dụng thuốc trong 3 tháng đầu.

Omeprazole là thuốc bảng C trong thai kỳ. Không được dùng.

2. *Phosphalugel*: Uống lúc đau, nếu dùng đơn độc PPI không hết đau. Cần hiểu là antacid không có tác dụng làm lành vết loét, chỉ có tác dụng cắt cơn đau.

3. *No Spa 40mg*: Sáng 1 viên, chiều 1 viên.

No spa dùng để giảm đau co thắt cơ trơn trong viêm loét dạ dày. Đặc biệt là các cơn co cứng cơ vùng thượng vị, dạ dày (lúc ấn vào có thể thấy rõ).

Kết hợp thêm thực phẩm chức năng để tăng khả năng trị loét.

3a. *CurmaGold*: Sáng 1 viên, chiều 1 viên.

Hoặc 3b. *HP max*: Sáng 2 viên, chiều 2 viên.

+ Vì sao lại có TPCN: Trên thực tế, những thực phẩm chức năng này rất tốt trong điều trị loét – hiệu quả tương đương như thuốc đã được chứng minh trên lâm sàng. Tuy nhiên, vì không có phương pháp định lượng chính xác được (thuốc từ dược liệu

rất khó định lượng) nên không thể gắn nhãn thuốc, phải gắn mác “Thực phẩm chức năng”.

Lưu ý: Khuyến bệnh nhân đến bệnh viện để khám xem có HP hay không. Không tự ý cho kháng sinh để trị HP vì liệu trình dài ngày khó tuân thủ, còn nếu không điều trị đầy đủ thì dẫn tới kháng thuốc.

DIỆT H.P TRONG LOÉT DẠ DÀY Tá TRÀNG

Vi khuẩn *Helicobacter pylori* (H.P) từ lâu đã được phát hiện sống tại lớp nhầy ngay sát lớp biểu mô niêm mạc dạ dày. 60 - 90% loét dạ dày tá tràng là do H.p. Từ năm 2005 Tổ chức Y tế Thế giới chính thức xếp H.p là nguyên nhân gây ra ung thư dạ dày. Tuy nhiên, phần lớn trường hợp nhiễm H.P không có biểu hiện, có đến 85% người bị nhiễm H.P không bao giờ bị triệu chứng hay biến chứng.

2 test thường được dùng để chẩn đoán HP là: test nhanh urease (nội soi), độ nhạy > 98%, độ chuyên 99%; và test thở có độ nhạy 95% và độ chuyên 96%.

❖ Triệu chứng: đau bụng, buồn nôn, đầy hơi, ợ hơi, thỉnh thoảng nôn mửa và phân đen.

Đau thường xảy ra khi dạ dày trống rỗng, giữa các bữa ăn và vào buổi sáng sớm, nhưng nó cũng có thể xảy ra vào những lúc khác. Các triệu chứng loét ít phổ biến hơn bao gồm buồn nôn, nôn và chán ăn. Chảy máu cũng có thể xảy ra.

➤ Điều trị: Thuốc giảm acid + 2 kháng sinh trở lên + probiotic.

Không được đơn trị trong nhiễm H.P do khả năng kháng thuốc mạnh. Dưới đây là 4 phác đồ chính được BHYT và thế giới khuyến cáo:

Phác đồ	Lưu ý
Phác đồ 1: 1. Thuốc ức chế bơm proton (PPI). 2. Clarithromycin 500 mg x 2 lần/ngày. 3. Amoxicilin 1000 mg x 2 lần/ngày. Nếu dị ứng với amoxicillin thì dùng:	Chỉ dùng ở nơi kháng Clarithromycin < 20% (không dùng do VN có tỷ lệ đề kháng Clarithromycin và Metronidazol rất cao). Phác đồ này chỉ đạt tỷ lệ diệt trừ 70%.

4. Metronidazol 500 mg x 2 lần/ngày. Phác đồ điều trị trong 14 ngày.	
Phác đồ 2: 4 thuốc thay thế có Bismuth. 1. PPI. 2. Colloidal bismuth subsalicylat/subcitrat 120 mg x 4 lần/ngày. → Hoặc thay PPI + bismuth bằng RBC (ranitidin bismuth citrat). 3. Metronidazol 500 mg x 2 lần/ngày. 4. Tetracyclin 1000 mg x 2 lần/ngày Phác đồ 2: 4 thuốc không có Bismuth. 1. PPI. 2. Clarithromycin 500 mg x 2 lần/ngày. 3. Amoxicilin 1000 mg x 2 lần/ngày. 4. Metronidazol 500 mg x 2 lần/ngày. Hai phác đồ này điều trị trong 14 ngày.	Dùng nơi có kháng Clarithromycin > 20% hoặc đã được điều trị với Macrolid, hoặc thất bại với phác đồ 3 thuốc. Phác đồ 4 thuốc có tỷ lệ thành công là trên 90%. Khó dung nạp hơn do nhiều thuốc. Thử nghiệm đối chứng đa trung tâm lớn ở châu Âu năm 2013 được tiến hành ở các vùng kháng clarithromycin cao đã báo cáo loại bỏ 92% bằng liệu pháp 4 ngày bao gồm thuốc ức chế bơm proton, amoxicillin, clarithromycin, và nitroimidazole.
Phác đồ 3: PPI + amoxicilin 500mg x 2 viên x 2 lần/ngày. Dùng trong 5-7 ngày, sau đó dùng: PPI + clarithromycin + metronidazol hoặc tinidazol trong 5 - 7 ngày.	Dùng khi phác đồ 1 và 2 thất bại. Có thể dùng ngay từ đầu, tuy nhiên do nhiều thuốc nên bệnh nhân có thể nhầm lẫn, khó tuân thủ. Tỷ lệ thành công trên 90%.
Phác đồ 4: 1. PPI. 2. Levofloxacin 500mg x 1 viên x 1 lần/ng x 14 ngày.	Dùng khi phác đồ 1, 2, 3 thất bại. Nếu thất bại, cần làm kháng sinh đồ.

3. Amoxicilin 500mg x 2 viên x 2 lần/ngày x 14 ngày.	
Cho acetylcystein trước khi điều trị kháng sinh có hiệu quả trong việc tiêu diệt H.P kháng thuốc, trong 1 nghiên cứu với 40 bệnh nhân thất bại với ít nhất 4 phác đồ. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20478402	

Probiotic có vai trò bổ sung vi sinh đường ruột để tránh rối loạn tiêu hóa do dùng kháng sinh dài ngày, ngoài ra còn giúp hỗ trợ tăng khả năng trị H.P.

Tham khảo thêm: https://thongtinthuoc.com/tin_tuc/huong-dan-dieu-tri-hpylori-cua-acg-2017.html

TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN

Trào ngược dạ dày thực quản là một tình trạng trong đó acid dạ dày hoặc đôi khi là dịch mật chảy ngược vào thực quản, gây kích ứng niêm mạc thực quản và gây viêm. Tình trạng này có thể dẫn đến những biến chứng như hẹp thực quản, loét hoặc thậm chí tăng nhẹ nguy cơ ung thư thực quản.

- ❖ Triệu chứng: Ợ nóng, cảm giác nóng rát trong ngực, đôi khi lan lên họng. Kèm ợ chua. Đau ngực, nhất là vào ban đêm. Ho, thở khò khè, khản giọng. Khó nuốt.

Nguyên nhân: Do cơ vòng thực quản bị giãn bất thường hoặc yếu, acid trong dạ dày trào ngược lên thực quản. Thức ăn nhiều dầu mỡ, nước ngọt có ga, rượu bia thuốc lá, ăn quá nhiều, nằm ngay sau ăn và một số loại thuốc như thuốc ngủ, thuốc chẹn kênh canxi (amlodipine...)... làm tăng tình trạng bệnh.

H.P không gây ra bệnh trào ngược dạ dày thực quản như nhiều người vẫn tưởng.

- Điều trị: Thuốc làm giảm acid + chống nôn + phẫu thuật nếu nặng.

1. Thuốc làm giảm acid:

+ Ưu tiên là nhóm PPI như omeprazole, esomeprazole, pantoprazole, lansoprazole...

+ Nhóm kháng Histamin H₂ như Cimetidine, famotidine, nizatidine hoặc ranitidine nếu không dùng được PPI, hiệu quả kém hơn PPI.

+ Nhóm trung hòa acid như *Maalox*, *Roloids*... Một vài loại như *Gaviscon* (Thực phẩm chức năng) tạo một lớp gel giữa thực quản và dạ dày nên có tác dụng chống trào ngược dạ dày thực quản.

2. Thuốc chống nôn và kích thích nhu động ruột.

Các thuốc như metoclopramide, domperidone, cisapride... có thể dùng đơn độc khi bệnh nhẹ hoặc phối hợp nếu bệnh trung bình đến nặng.

3. Thực phẩm chức năng như *Cao bình vị tâm minh đường*, *Nano Curcumin*, *Curminano*... Được bào chế từ dược liệu, có tác dụng tốt.

➤ Điều trị ngoại khoa:

Thủ thuật Nissen siết chặt cơ vòng thực quản dưới để ngăn ngừa trào ngược bằng cách khâu phần đỉnh của dạ dày bao quanh bên ngoài đoạn thực quản dưới. Hiện nay phẫu thuật này có thể được tiến hành qua nội soi.

SAY TÀU XE

Say tàu xe là tình trạng rối loạn thường gặp ở tai trong do chuyển động liên tục của phương tiện di chuyển ảnh hưởng đến cảm giác thăng bằng và cảm giác định hướng. Ngoài ra, các yếu tố như ăn quá no, mệt mỏi, mất ngủ và đặc biệt là không khí ô nhiễm làm nặng hơn vấn đề say xe, hoặc đôi khi chính nó là yếu tố say xe.

❖ Nguyên nhân: Di chuyển bằng phương tiện.

Sự xung đột các luồng thông tin đến não từ mắt, đường tiêu hóa, thụ thể áp lực, hệ thống cảm giác của khớp và cơ và hệ thống tiền đình cũng dẫn tới tình trạng say xe.

Hiện tượng say game (Simulator Sickness) gặp ở 20-50% dân số, gây ra do mắt cảm thấy chuyển động nhanh, hỗn loạn, nhưng thụ thể tai trong và thụ thể cảm giác lại không nhận thấy điều đó. Kết quả là não nhận được những thông tin không liên kết nhau. Đọc sách trên xe làm trầm trọng hơn cảm giác buồn nôn: Do mắt không nhận thấy có chuyển động nhưng thụ thể tai trong và thụ thể cảm giác lại nhận thấy điều đó.

❖ Triệu chứng: Tiết nhiều nước bọt, lợm giọng, cảm giác muốn nôn mửa, nôn mửa, đau đầu, chóng mặt, nôn nao, tím tái và toát mồ hôi lạnh.

Ngừng nguyên nhân là cách tốt nhất điều trị gây nôn. Có nghĩa là khi đã xuống xe khi tới nơi thì không cần uống thuốc. Cảm giác nôn nao, buồn nôn, lợm giọng sẽ biến mất sau 20 phút – 1 giờ. Trong trường hợp phải di chuyển, cần uống thuốc trước tối thiểu là 30 phút trước khi di chuyển (hoặc trước vài giờ đối với miếng dán), bởi khi đã bị nôn, rất ít thuốc men hoặc điều trị có thể giúp cho người say tàu xe do thời gian nôn thường ngắn hơn thời gian tác dụng của thuốc. Chỉ có thời điểm xe dừng lại ăn cơm mới có thể đủ thời gian dùng thuốc.

❖ Điều trị: Kháng H_1 + chống nôn + Vitamin B6 (có thể bổ sung 3B) + paracetamol nếu tiền sử say xe nặng + hoạt huyết dưỡng não nếu cần.

Đơn thuốc tham khảo:

1. Dimenhydrinat 50mg: 1-2 viên mỗi 4-6 giờ trước khi di chuyển.

Trẻ em liều bằng nửa người lớn, hoặc theo khuyến cáo của NSX. Các thuốc khác thuộc nhóm kháng H_1 cũng có tác dụng tương đương như Diphenhydramin.

Lưu ý: Ở những người có tiền sử hay bị say tàu xe nặng, dùng đơn độc thuốc kháng H_1 không đảm bảo hoàn toàn không bị bị nôn, say xe trong chuyến đi. Cần phải phối hợp với thuốc khác →

2. Domperidon 10mg: 1 viên (tối đa 60mg/ngày)

Hoặc có thể thay thế bằng: Metoclopramid 5mg (tối đa 40mg/ngày)

Viên nang gừng 500 viên/lần.

Phối hợp với thuốc kháng H_1 , thường cần chỉ uống 1 viên là đủ. *Thuốc chỉ có tác dụng chống nôn chứ không có tác dụng chống say xe.* Viên nang gừng an toàn, có thể dùng tới hơn 10g.

3. Vitamin B₆: 1 viên là đủ.

4. Hoạt huyết dưỡng não.

Thường thì không cần, trừ những người có tiền sử say xe nặng đến rất nặng, vì khi say xe họ hay bị đau đầu.

Vài mẹo nhỏ:

+ Nên đặt vé xe sớm để được ngồi ghế trước, đỡ xóc xe khi chạy. Đi tàu thì ở cuối tàu.

+ Không nên ăn quá no hoặc quá đói, uống nước có gas hoặc rượu vì các trường hợp này gây kích thích niêm mạc dạ dày.

+ Mùi xe, khói thuốc là 1 trong những tác nhân gây say tàu xe. Vì thế nên đeo khẩu trang, nếu cần thì 2 cái. Khẩu trang còn giúp làm giảm cảm giác lợm giọng, cảm giác buồn nôn và ợ.

+ Nếu đi xe giường nằm, nên nằm nghiêng, gập bụng sẽ ít say xe và ít nôn hơn. Nằm nghiêng bên thuận sẽ đỡ nôn hơn bên không thuận. Nguyên nhân là dễ ngủ hơn, và vì thụ thể tai trong và thụ thể cảm giác ít có kích thích hơn.

+ Chỉ nên nhìn ra phía xa trước mặt, không nhìn ra phía sau và không nhìn gần hai bên đường để tránh cảm giác các vật đang di động ngược chiều với hướng đi của mình.

+ Thỉnh thoảng vận động cho đỡ đau đít.

Thỉnh thoảng một vài nhà thuốc còn cho thêm corticoid, tuy nhiên thường chỉ 3 thuốc đầu là đủ. Cũng có người không sử dụng chống nôn mà ưu tiên bằng hoạt huyết dưỡng não.

BỆNH TRĩ

Bệnh trĩ được tạo thành do giãn quá mức đám rối tĩnh mạch trĩ đệm ở vùng hậu môn, gây hiện tượng chảy máu, khối lồi ngoài hậu môn, gây đau. Khoảng 25-40% dân số bị trĩ. Táo bón kéo dài, hay đứng nhiều, ngồi lâu là những yếu tố thường gặp nhất trong bệnh trĩ.

❖ Triệu chứng: Đi ngoài ra máu đỏ tươi, thành giọt hoặc thành tia. Đau rát, sưng, ngứa ngáy khó chịu ở hậu môn. Có thể có thấy búi trĩ to sa ra ngoài khi rặn.

➤ Điều trị: Phẫu thuật nếu bị nặng + thay đổi lối sống + thuốc tăng cường tĩnh mạch + giảm đau, giảm ngứa + rửa PVP.

Các thuốc thường gặp:

1. *Daflon* 500mg x 2 lần/ngày.

Nếu đang có trĩ cấp, chảy máu thì dùng 6 viên/ngày trong 4 ngày đầu; sau đó 4 viên/ngày trong 3 ngày, sau đó duy trì 2 viên/ngày.

Hoặc có thể dùng *Ginkor Fort*: 1 viên x 2 lần/ngày; nếu đang có trĩ cấp thì uống gấp đôi.

Nếu nhà thuốc không có các thuốc này thì có thể thay thế bằng các thuốc từ dược liệu như Cao diệp cá, cao Artiso, *Rutin-C*...

2. Thuốc bôi lidocain 2-5%.

Dùng để giảm đau ngứa, kích thích. Có thể thay bằng các thuốc khác như pramoxin, benzocain 5% hoặc các thuốc bôi khác dùng cho trĩ.

3. Sorbitol 5g x 2 lần/ngày.

Sử dụng nếu có táo bón kéo dài. Tránh dùng nhóm nhuận tràng kích thích.

4. PVP Iodine 10%. Rửa để phòng nguy cơ nhiễm trùng.

❖ Thay đổi lối sống:

+ Tránh lao động thường xuyên ở tư thế ngồi hay đứng lâu.

+ Không ăn các chất kích thích chua cay, không rượu bia thuốc lá. Ăn nhiều rau quả tươi và chất xơ tránh táo bón. uống nhiều nước.

+ Tập luyện thói quen đi đại tiện vào giờ nhất định.

+ Tránh ho nhiều, không nên rặn lúc đi đại tiện.

SUY GIÃN TĨNH MẠCH CHÂN

Suy giãn tĩnh mạch chi dưới mạn tính là tình trạng tĩnh mạch nông giãn, chạy quanh co, thấy rõ dưới da của chi dưới và có dòng chảy trào ngược. Tuổi tác, nữ giới, béo phì, đứng nhiều hoặc ngồi lâu là những yếu tố thường gặp nhất trong bệnh trĩ.

❖ Triệu chứng: Nặng chân, đau chân nên đi lại khó khăn, tê ngoài chân như kiến bò. Các tĩnh mạch giãn ra, có thể thấy ngay dưới da rất rõ. Có thể có phù chân.

Do suy giãn tĩnh mạch chân, máu có xu hướng không về được tim và ứ lại tĩnh mạch chân nên có nguy cơ cao tạo thành cục máu đông gây nguy hiểm. Vì thế người bị suy giãn tĩnh mạch chân phải uống thuốc chống kết tập tiểu cầu như Aspirin.

- Điều trị: Phẫu thuật nếu bị nặng + thay đổi lối sống + thuốc tăng cường tĩnh mạch + thuốc chống kết tập tiểu cầu + tất y khoa.

1. *Daflon* 500mg x 2 lần/ngày.

Hoặc có thể dùng *Ginkor Fort*: 1 viên x 2 lần/ngày.

Có thể thay thế hoặc phối hợp với các thuốc từ dược liệu như Cao diếp cá, cao Artisno, *Rutin-C*...

2. Aspirin 81mg 1 lần/ngày (liều chống đông tối đa là 325mg/ngày)

Có thể thay thế bằng clopidogrel 75mg/ngày.

- **Tương tác thuốc cần lưu ý:** Clopidogrel dùng chung với naloxon làm tăng nguy cơ xuất huyết dạ dày ẩn. Chưa có kết quả nghiên cứu về sự phối hợp giữa clopidogrel với các NSAIDs khác. Cần thận trọng khi phối hợp clopidogrel với NSAIDs trong trường hợp cần giảm đau.

3. Tất y khoa: 2 cái.

Sử dụng tất y khoa cho bệnh nhân bị suy giãn tĩnh mạch chân để giúp máu lưu thông về tim tốt hơn. Khi ngủ nên kê chân cao. Không nên đứng hoặc ngồi lâu quá lâu. Vận động thể lực mức độ vừa phải.

TIÊU CHẢY DO NHIỄM TRÙNG

Viết tắt trong bài :

EIEC	Enteroinvassive E.coli	(E.coli xâm nhập)
EHEC	Enterohemorrhagic E.coli	(E.coli gây xuất huyết đường ruột)
EPEC	Enteropathogenic E.coli	(E.coli gây bệnh)
ETEC	Enterotoxigenic E.coli	(E.coli sinh độc tố ruột)

Tiêu chảy là hiện tượng đi tiêu ra phân có độ lỏng hơn bình thường, và thường là cũng tăng số lần đi tiêu trong ngày lên một cách bất thường. Nguyên nhân là do mất cân bằng giữa hấp thu và bài tiết nước + chất điện giải.

Hầu hết các trường hợp tiêu chảy thông thường không nghiêm trọng và tự khỏi trong vòng 1 hoặc 2 ngày, không cần điều trị.

❖ Nguyên nhân:

Đa số các trường hợp tiêu chảy là do nhiễm virus và vi khuẩn. Các loại virus có thể gây tiêu chảy hoặc nhiễm trùng ruột là *Rotavirus*, *Norovirus*, *Astrovirus* và *Adenovirus* (2 loại này hiếm gặp)...

Nguyên nhân do vi khuẩn có thể là do độc tố vi khuẩn như ngộ độc thức ăn, hoặc do bản thân vi khuẩn (tiêu chảy xâm nhập):

+ Tiêu chảy do độc tố vi khuẩn: *Vibrio cholerae*, *E. coli*, *Clostridium difficile*, *tụ cầu*, *Campylobacter jejuni*.

+ Tiêu chảy do bản thân vi khuẩn (tiêu chảy xâm nhập): *Shigella*, *Salmonella*, *E.coli*, *Campylobacter*, *Yersinia*...

❖ Triệu chứng:

+ Tiêu chảy do vi khuẩn: Tiêu chảy, đau bụng, nôn, có thể có sốt. Dựa vào tính chất phân mà có thể xác định loại tiêu chảy:

- Tiêu chảy do lỵ trực khuẩn (*Shigella*): Sốt cao, đau bụng quặn từng cơn, mót rặn, đi ngoài phân lỏng lẫn nhầy máu.
- Tiêu chảy do tả: Khởi phát rất nhanh trong vòng 24 giờ, tiêu chảy dữ dội và liên tục 20-50 lần/ngày, phân toàn nước như nước vo gạo, có nhiều mảng lớn nhớt, không sốt, không mót rặn, không đau quặn bụng.
- Tiêu chảy do độc tố tụ cầu (ngộ độc thức ăn): Thời gian ủ bệnh ngắn 1-6 giờ, buồn nôn, nôn, tiêu chảy dữ dội, nhiều nước nhưng không sốt.
- Tiêu chảy do *Salmonella*: Tiêu chảy, sốt cao, nôn và đau bụng, phân xanh mùi súp đậu.

- Tiêu chảy do *E. coli* sinh độc tố ruột (ETEC): đi ngoài phân lỏng không nhầy máu, không sốt. Bệnh thường tự khỏi.
- Tiêu chảy do *E. coli* (EIEC, EPEC, EHEC): sốt, đau quặn bụng, mót rặn, phân lỏng có thể lẫn nhầy máu (hội chứng lỵ).
- Tiêu chảy do *Clostridium difficile*: Thường gặp khi dùng kháng sinh phổ rộng, dài ngày. Tiêu chảy 10-15 lần/ngày. Có thể có mủ và máu trong phân. Có thể sốt. Có thể có chuột rút và đau vùng bụng.

+ Tiêu chảy do virus: Thường gặp ở trẻ em, phân lỏng toàn nước, có thể có đờm nhớt nhưng không có máu. Kèm theo nôn. Có thể đi tiêu đơn thuần hoặc nôn đơn thuần. Có thể có sốt. Kéo dài 2-3 ngày thì tự khỏi.

+ Tiêu chảy do ký sinh trùng: Tiêu chảy nhẹ, kéo dài, ít triệu chứng.

- Điều trị: Bù nước – điện giải + Calci polycarbophil + Berberin + thuốc làm săn niêm mạc ruột + thuốc làm giảm co thắt ruột nếu đau quặn bụng + probiotic.

1. Oresol để bù nước và điện giải.

Ngoài Oresol có thể dùng nước đun sôi để nguội, nước canh rau, nước khoáng (không gas). Uống nhiều nước hơn bình thường.

2. Dioctahedral smectit (*Diomecta*) 1-3 gói/ngày.

Thuốc làm săn niêm mạc ruột, bảo vệ niêm mạc tiêu hóa. Nếu tiêu chảy cấp tính, có thể uống gấp đôi liều trên.

3. Calci polycarbophil 1g x 1-4 ngày (≤ 6 ngày). Trẻ em liều bằng nửa người lớn.

Hấp thu độc tố, vi khuẩn, dịch tiêu hóa...

4. Berberin 100-200mg x 2 lần/ngày. Trẻ em 50-100mg x 2 lần/ngày.

Không dùng chung với vitamin B6, B3 và PABA vì làm mất tác dụng của Berberin.

Do không có điều kiện xét nghiệm để biết nguyên nhân gây bệnh là vi khuẩn hay virus. Sử dụng berberin có hiệu quả trong hầu hết trường hợp tiêu chảy như trị tiêu chảy du lịch, tiêu chảy cấp do nhiễm trùng, hội chứng lỵ, tả... Ít bị đề kháng. Không

nên sử dụng kháng sinh vì không hiệu quả bằng mà làm tăng tình trạng kháng thuốc trên phương diện Dược xã hội học. Mặc dù vậy, vẫn có thể dùng Ciprofloxacin hay Azithromycin... trong tiêu chảy.

Berberine thúc đẩy sự phục hồi của hệ vi sinh đường ruột bằng cách ức chế sự mở rộng của các thành viên của họ *Enterobacteriaceae*. Tiêu chảy do dùng kháng sinh dài ngày khiến hệ vi sinh trong ruột bị giảm, *C. difficile* không bị tiêu diệt sẽ có điều kiện phát triển và gây bệnh. Trường hợp này sử dụng berberin và bổ sung vi sinh bằng *Probiotic*, ngừng kháng sinh gây tiêu chảy. Thường thì không cần dùng thuốc chữa.

+ Bệnh tả do *V.cholerae*: Theo khuyến cáo của WHO thì thuốc lựa chọn là doxycyclin 300mg PO duy nhất, hoặc Azithromycin 1g PO liều duy nhất. Trẻ em: Azithromycin 20mg/kg liều duy nhất. Có thể dùng berberin trong tả vì berberin cũng kháng *V.cholerae*.

5. Probiotic : 2 gói/lần x 3 lần/ngày.

Bổ sung vi sinh đường ruột bị mất do uống kháng sinh dài ngày. Vi sinh được chứng minh có lợi trong tiêu chảy trẻ em trong một vài trường hợp.

Bổ sung probiotic hầu như không có tác dụng gì trong tiêu chảy ở người lớn và tiêu chảy do *C. difficile*.

6. Alverin (*Dospasmin 40mg*) 1 viên x 3 lần/ngày.

Thuốc chống co thắt cơ trơn loại papaverin, không phải tác dụng kiểu atropin. Dùng để giảm co thắt ruột trong tiêu chảy.

7. Loperamid – **Hạn chế dùng.**

Liều: Trẻ từ 6 - 12 tuổi: Uống 0,08 - 0,24 mg/kg/ngày chia thành 2 hoặc 3 liều.

Người lớn: 2 mg x 3 lần/ngày.

Theo lý thuyết là không dùng thuốc cầm tiêu chảy trong trường hợp nhiễm khuẩn và nhiễm virus vì giảm loại trừ vi khuẩn. Thực tế điều này trong nhà thuốc là cực kỳ khó! Bệnh nhân muốn được hết bệnh tức thì, nếu không sẽ bỏ qua nơi khác.

BỆNH ĐẠI TRÀNG

Bệnh cảnh đại tràng là một căn bệnh khó chịu thường gặp với triệu chứng đi phân sống nhiều lần trong ngày, đau bụng... Nhất là những người phải giao tiếp, sử dụng bia rượu nhiều. Đại tràng co thắt đi phân cứng.

- ❖ Triệu chứng: đau bụng hạ sườn trái, hay đầy bụng, khó tiêu, thường xuyên đi phân sống, đi tiêu nhiều lần trong ngày. Biểu hiện nặng hơn khi ăn thức ăn lạ hoặc uống rượu bia.

Các thuốc thường dùng trong bệnh đại tràng.

1. Probiotic 2 gói x 2 lần/ngày.
2. *Tràng phục linh* (500mg): 2 viên x 2 lần/ngày. (TPCN).

Phân tích: Probiotic để cân bằng hệ vi sinh đường ruột.

Tràng phục linh rất có hiệu quả trong điều trị các bệnh cảnh đại tràng. Đã có nghiên cứu lâm sàng chứng minh hiệu quả, đăng trên Thư viện y khoa Hoa kỳ. Tuy nhiên vì chưa định lượng được nên không được gọi là thuốc, phải gắn mác thực phẩm chức năng.

Ngoài ra, có nhiều TPCN hỗ trợ bệnh đại tràng khác: *Đại tràng Colitis, Đại Tràng Nam Dược...*

3. Trimebutine 1-2 viên x 3 lần/ngày.

Trimebutin có khả năng điều hòa rối loạn cơ năng nhu động ruột. (tăng hoặc giảm nhu động) về nhịp bình thường.

Ngoài ra có thể dùng Mebeverin. Thuốc có tác dụng chống co thắt hướng cơ qua cơ chế chặn kênh Natri và Caxi tại màng tế bào cơ trơn của ruột.

4. Berberin. Có hiệu quả trong đại tràng, giúp làm tăng trương lực và tăng khả năng co bóp của ruột một cách tạm thời, hỗ trợ hệ tiêu hóa, đồng thời giúp làm cân bằng hệ vi sinh trong ruột, ức chế *Enterobacteria* là vi khuẩn có hại. Phòng ngừa trường hợp tiêu chảy do vi khuẩn gây bệnh, làm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn đại tràng. Berberin an toàn và ít tác dụng phụ.

5. Alverin 40mg: 1-2 viên x 3-4 lần/ngày.

Hỗ trợ giảm đau do co thắt ruột.

6. Paracetamol – dùng khi bị đau.

Bệnh nhân nên ăn ít dầu mỡ, hạn chế đồ ăn tanh, tươi sống, hạn chế rượu bia.

NÔN DO RƯỢU

Là tình trạng nôn liên tục sau cơn say rượu. Cơn nôn có thể kéo dài từ 10-20 lần trong vài tiếng, khiến người bệnh rất khó chịu. Do nôn liên tục nên thuốc chống nôn như viên nang gừng phải uống ngay vừa nôn.

- Cách chữa: Giã nát gừng, dùng 1 mảnh vải buộc lên đỉnh đầu.

NHÓM 2: CÁC BỆNH ĐƯỜNG HÔ HẤP

Các bệnh về Tai Mũi Họng có liên quan chặt chẽ đến nhau, hay gặp vào thời tiết lạnh hoặc do dùng nhiều nước đá.

Các bệnh này sử dụng 3 thuốc chính làm nền tảng để cắt cơn là:

Kháng sinh β -lactam + corticoid + kháng H_1

Trên thực tế, thuốc kháng Histamin và corticoid không cần thiết để sử dụng trong trường hợp này. Tuy nhiên, việc sử dụng corticoid và kháng histamin chủ yếu là để biến mất triệu chứng 1 cách nhanh nhất, theo mong muốn của bệnh nhân khỏi hẳn triệu chứng trong 1 liều.

Vì thế, các bạn cần cân nhắc. Riêng mình, mình không sử dụng corticoid + kháng histamin, đi làm việc thì có thể “khác”.

VIÊM HỌNG

- Các điểm cần lưu ý về viêm họng cấp là:
 - + Có tính khu trú và thường do virus (gồm cả viêm hầu họng và viêm amidan).
 - + Kéo dài khoảng 1 tuần, thường tự hết mà không cần sử dụng kháng sinh, do bất kể nguyên nhân gì.
 - + Sử dụng thang điểm **FeverPAIN** hoặc tiêu chuẩn **Centor** để xác định có cần sử dụng kháng sinh hay không.
 - + Cần đánh giá và theo dõi trong trường hợp trẻ em dưới 5 tuổi có sốt như trong khuyến cáo về phác đồ điều trị sốt cho trẻ em dưới 5 tuổi của NICE.

Cần hiểu rằng nước mũi màu xanh hoặc màu vàng không phải là dấu hiệu của nhiễm khuẩn mà là màu của bạch cầu và men của chúng đến để tiêu diệt vi khuẩn, không phải là tiêu chuẩn để sử dụng kháng sinh.

Để xác định có cần sử dụng kháng sinh hay không, sử dụng thang điểm **FeverPAIN** hoặc tiêu chuẩn **Centor**.

- **Tiêu chuẩn FeverPAIN**

- + **F**: sốt (trong suốt 24 giờ trước đó)
- + **P**: có tình trạng mưng mủ (trên các hạch hạnh nhân)
- + **A**: diễn tiến nhanh chóng (thường trong vòng 3 ngày sau khi khởi phát triệu chứng)
- + **I**: Viêm hạch hạnh nhân (viêm amidan) nghiêm trọng
- + **N**: không ho hoặc sổ mũi (viêm lớp màng nhầy bên trong mũi).
- Mỗi một tiêu chuẩn FeverPAIN được tính là 1 điểm (tối đa 5đ).

Mức điểm FeverPAIN	Sử dụng kháng sinh	Khả năng cô lập chủng liên cầu
0 – 1	Không cần sử dụng kháng sinh	13 – 18% khả năng
2 – 3	Cân nhắc không kê kháng sinh, hoặc kê kháng sinh dự phòng	34 – 40% khả năng
4 – 5	Cân nhắc kê đơn kháng sinh ngay	62 – 65% khả năng

Sử dụng kháng sinh ngay nếu:

- + Bệnh nhân có dấu hiệu toàn thân không khỏe, có những triệu chứng và dấu hiệu bệnh ngày càng trầm trọng, hoặc nguy cơ xuất hiện biến chứng cao.
- + Cân nhắc đưa đến bệnh viện ngay nếu có triệu chứng nhiễm trùng nghiêm trọng như nhiễm trùng toàn thân, viêm hạch có mủ, viêm mô tế bào...
 - Kháng sinh lựa chọn:
- + Penicillin V là lý tưởng nhất, nhưng không có tại Việt Nam.
- + Amoxillin và Cephalosporin đều có tác dụng tốt.
- + Sử dụng Macrolid nếu dị ứng với β -lactam.

Đơn thuốc mẫu:

1. Amoxicillin 500mg x 2 lần/ngày
2. Paracetamol 500 mg, 1 viên mỗi 4 – 6 giờ (< 4 g/ngày).
3. Alpha Chymotrypsin 4,2 mg x 6 viên/ngày (dao động).
4. Vitamin C.

Giữ ấm, nghỉ ngơi đầy đủ, ăn nhiều cam, canh. Uống nhiều nước.

Điều trị trong 5 – 10 ngày hoặc cho đến khi khỏi.

Nên hạn chế sử dụng Corticoid để giảm đau, kháng viêm. Tất nhiên, Nhà thuốc và Phòng khám vẫn phải sử dụng để giữ khách.

VIÊM XOANG

Viêm xoang cấp là tình trạng các xoang hốc mũi bị viêm và sưng lên, cản trở thoát nước ra và tạo chất nhờn.

Viêm cấp dấu hiệu bao gồm: Dịch mũi vàng hoặc xanh, tắc nghẽn mũi, đau nặng vùng mũi và xoang, có thể có cơn đau nhói mặt hay đau đầu, ho nặng hơn về đêm.

Viêm xoang cấp tính thường được gây ra bởi cảm lạnh thông thường. Nguyên nhân khác gây nên bao gồm vi khuẩn, dị ứng và nhiễm nấm. Điều trị viêm xoang cấp tính phụ thuộc vào nguyên nhân. Trong hầu hết trường hợp, biện pháp khắc phục thường tại nhà là cần thiết. Tuy nhiên, viêm xoang dai dẳng có thể dẫn đến nhiễm trùng nghiêm trọng và các biến chứng khác. Viêm xoang kéo dài hơn tám tuần, hoặc tái trở lại, được gọi là viêm xoang mãn tính.

- ❖ Điều trị: Kháng sinh + Paracetamol/codein + tiêu nhầy + Alpha + vitamin C.
- ❖ Nên khuyên bệnh nhân xịt nước muối sinh lý 0,9% để rửa mũi 3 lần/ngày. Rất có hiệu quả.

Đơn tham khảo:

1. Amoxicillin 500mg x 2 lần/ngày hoặc
Amoxicillin/acid clavulanic 625mg x 2 lần/ngày nếu nhẹ

Amoxicillin/acid clavulanic 1g x 2 lần/ngày nếu nặng.

Amoxicillin đơn độc hoặc phối hợp với clavulanat là kháng sinh đầu tay để điều trị viêm xoang, chỉ dùng các cephalosporin và macrolid khi không dùng được amoxicillin.

2. *Hapacol Codein* (Paracetamol 500mg, Codein 8mg) x 3 lần/ngày.

NSAIDs và corticoid cũng có lợi trong giảm đau.

3. Acetylcystein 200mg: 1-2 viên x 2-3 lần/ngày. (giảm nhầy)

4. Alpha Chymotrypsin: Sáng 2 viên, chiều 2 viên (ngậm) – nếu có sung phù nề.

6. Nước muối rửa mũi và steroid tại chỗ có thể được chỉ định cho bệnh nhân để giảm nhẹ triệu chứng cho bệnh nhân.

7. Vitamin C – ***bổ sung bằng thực phẩm như cam chanh tốt hơn.***

8. Fexofenadin 60mg: 1 viên x 2 lần/ngày.

Thuốc không cần thiết trong trường hợp này vì thuốc gây giảm tiết dịch, tạo điều kiện cho vi khuẩn phát triển. Sử dụng thuốc này thuộc về mặt Dược xã hội học, bệnh nhân muốn khỏi hoàn toàn trong 1 liệu duy nhất mà không để lại dấu hiệu nào.

Có thể phối hợp thêm vài thuốc từ dược liệu như *Thông xoang tán* hoặc *Rhinasin* – OPC (4v x 2 lần/ngày). Nhược điểm là hiệu quả không rõ ràng nhưng tốn thêm nhiều tiền.

VIÊM TAI GIỮA

Viêm tai giữa thường xảy ra ở trẻ em vì vòi nhĩ ngắn, hẹp, và hơi nằm ngang so với người lớn. Nguyên nhân thường gây bệnh ở trẻ em thường là *Streptococcus pneumoniae*, ít gặp hơn là *P.aeruginosa*, *Haemophilus influenzae* và *Moraxella catarrhalis*. Ở thanh thiếu niên và người lớn, nguyên nhân chủ yếu lại là *H.influenzae*.

❖ Nguyên nhân: Đau nhức ở tai, có mủ, có thể ù tai và đôi khi có sốt.

Nếu kéo dài trên 3 tháng, gọi là viêm tai giữa mạn tính. Cần thuyết phục gia đình và bệnh nhân đến khám và tuân theo phác đồ điều trị của Bác sĩ Chuyên khoa tai mũi họng.

➤ Điều trị: Kháng sinh + thuốc nhỏ tai + paracetamol.

1. Kháng sinh đường uống.

Amoxicillin/clavulanat là kháng sinh đầu tay trong viêm xoang và viêm tai giữa, Cephalosporin thế hệ 2, 3, Azithromycin có tác dụng yếu hơn cũng như bị đề kháng cao hơn... Có thể kết hợp kháng sinh nhỏ tai.

2. Kháng sinh nhỏ tai.

Dùng loại kháng sinh khác nhóm với kháng sinh đường uống và tương tác hiệp lực với nhau. Các loại nhỏ tai có trên thị trường như nhỏ tai chứa neomycin, polymycin B, ciprofloxacin...

Đối với viêm tai giữa cấp chưa lủng màng nhĩ, **nhỏ tai bằng kháng sinh** không có tác dụng gì. Trong viêm tai giữa cấp có mủ, việc nhỏ kháng sinh vào tai chưa được nghiên cứu nhiều và chưa có bất kỳ khuyến cáo nào về việc này.

3. Paracetamol 500mg x 2-3 lần/ngày.

4. Seratiol speptid 10mg 1-2 viên x 2 lần/ngày.

Có thể thay thế bằng Alpha, Prednisolon... hoặc phối hợp.

Bổ sung vitamin và uống nước đầy đủ, chống lạnh tai. Nếu có ù tai, choáng thì cần đưa ngay đến bác sĩ.

VIÊM MŨI DỊ ỨNG

Viêm mũi là tình trạng sung viêm niêm mạc mũi và đường hô hấp trên với các triệu chứng như chảy mũi, hắt hơi, sung huyết mũi, ngứa: mắt, mũi, họng, tai. Có thể phân làm 2 loại:

+ Viêm mũi cấp tính: Do virus, vi khuẩn, do thuốc (Estrogen, NSAIDs, ACEI, β -blocker...), do vật lạ lọt vào, do hormon (có thai...). Kéo dài không quá 5 ngày.

+ Viêm mũi mạn: Do dị ứng hoặc bất thường về giải phẫu (polyp mũi, lệch vách ngăn, khối u).

❖ Cơ chế: Tiếp xúc kháng nguyên → Lympho B tạo kháng thể IgE → IgE kết hợp với kháng nguyên → gắn lên thụ thể tế bào mast → tế bào mast vỡ → giải phóng hàng loạt histamin, leukotrien... Histamin sẽ làm giãn mạch gây sung huyết mũi, hắt hơi, sổ mũi, tiết dịch ở mũi.

Ưu tiên sử dụng corticoid tại chỗ, nếu không đỡ có thể uống thêm kháng Histamin H₁.

1. Fluticasone propionate dạng xịt: 2 nhát/lỗ mũi x 1 lần/ngày.

Có thể thay thế hoặc phối hợp bằng 1a) Olopatadine dạng xịt: 1-2 nhát/lỗ mũi x 2 lần/ngày.

1b) Azelastine dạng xịt: 1-2 nhát/lỗ mũi x 2 lần/ngày.

2. Fexofenadine PO 60mg x 2 lần/ngày ($\leq 180\text{mg/ngày}$) – ***nếu dạng xịt không đáp ứng.***

Nếu trẻ em thì dùng chlorpheniramine ½ viên x 2 lần/ngày.

3. Phenylephrin (*Neo-synephrin*) 2-3 nhát/lỗ mũi x 4-6 lần/ngày.

Trẻ em: 1-2 nhát/lỗ mũi x 4-6 lần/giờ.

Thuốc này không dùng đơn trị vì gây rebound, chỉ dùng để phối hợp với xịt mũi dạng corticoid.

CẢM LẠNH

Cảm lạnh là bệnh truyền nhiễm do virus gây ra ở đường hô hấp trên nhưng chủ yếu ảnh hưởng ở mũi. Nguyên nhân là do nhiều loại virus, nhưng thường gặp nhất là *Rhinovirus*. Trẻ em có tần suất bị cảm lạnh nhiều hơn người lớn. Bệnh thường tự hết sau 1 tuần.

❖ Triệu chứng: Sổ mũi, hắt hơi, chảy nước mũi, thường sẽ kèm đau họng, có thể ho và sốt.

➤ Điều trị: Chủ yếu là nghỉ ngơi và điều trị triệu chứng.

1. Paracetamol 325mg x 2 lần/ngày.

Trẻ em 160mg x 2 lần/ngày.

2. Fexofenadine 60mg x 2 lần/ngày ($\leq 180\text{mg/ngày}$).

Nếu trẻ em thì dùng chlorpheniramine $\frac{1}{2}$ viên x 2 lần/ngày.

3. Acetylcystein 200mg 1-2 viên x 2-3 lần/ngày nếu có đờm.

4. C sủi – bổ sung vitamin bằng thực phẩm tốt hơn là dùng thuốc.

Chú ý giữ ấm cơ thể, nghỉ ngơi, vận động nhẹ thể lực. Có thể dùng kháng sinh phòng bội nhiễm vi khuẩn.

VIÊM PHẾ QUẢN CẤP

Viêm phế quản cấp là chứng viêm nhiễm tại phế quản (đường thở lớn và trung bình) trong phổi. Nguyên nhân chủ yếu là do virus (90%), còn lại là do vi khuẩn và các nguyên nhân khác. Thời gian bị bệnh thường là 3 tuần.

❖ Triệu chứng: Ho ra đờm, thở khò khè, khó thở và khó chịu ở ngực. Có thể có sốt kèm ớn lạnh.

Cổ họng có đờm, đờm có thể có màu trong hoặc màu trắng nhưng đôi khi cũng có thể là màu xám vàng hay màu xanh lục.

➤ Điều trị: Nghỉ ngơi + paracetamol để hạ sốt + chống ho + kháng sinh nhẹ nếu cần.

1. Amoxicillin đơn độc hoặc Amoxicillin/clavulanat.

Dấu hiệu nhiễm khuẩn có thể thấy là ho có đờm mủ. Đờm xanh hoặc đờm vàng không phải là dấu hiệu nhiễm khuẩn mà chỉ là màu của xác bạch cầu và men tiêu hóa của chúng đến để chống lại vi trùng.

2. Paracetamol 500mg nếu có sốt. Trẻ em 10-15mg/kg/lần.

3. Thymomodulin 1-2 viên/ngày + vitamin C.

Thymomodulin có tác dụng kích thích miễn dịch, hỗ trợ điều trị virus và vi khuẩn như viêm gan, viêm đường hô hấp.

4. Salbutamol liều thấp (hiện nay đã được kiểm soát ngặt nghèo).

Liều dùng: trẻ từ 2 đến 6 tuổi: dùng 1 đến 2 mg ba hoặc bốn lần một ngày. Trẻ từ 6 đến 12 tuổi: dùng 2 mg ba hoặc bốn lần một ngày. Trẻ trên 12 tuổi dùng như người lớn: dùng 2 đến 4 mg ba hoặc bốn lần một ngày.

Thật hạn chế sử dụng corticoid trong trường hợp này vì có thể gây bệnh trầm trọng hơn.

Không nên sử dụng thuốc chống ho mặc dù có thể dùng. Nếu phải dùng thuốc ho do ho quá nhiều hoặc bệnh nhân mua cho bằng được, ưu tiên dùng chung với thuốc tiêu nhầy hơn là long đàm. Nên dùng thuốc ho như Eugica để sát trùng hầu họng nếu như bệnh nhân chịu sử dụng (vì có một số bệnh nhân ghét Eugica), nếu không, nên dùng thuốc ho được liệu như thuốc ho P/H hơn là dextromethorphan. Chú ý giữ ấm, nghỉ ngơi hợp lý.

HO

Giải thích từ ngữ: Ho gió là có cơn ho theo đợt, một đợt ho nhiều, hít hơi liên tục để ho nhưng vẫn hực hơi. Rất ngứa cổ.

Ho khan là ho không có đờm.

1. Đơn số 1:

Bệnh nhân 20 tuổi, bị ho nhiều. Trước đó vừa bị viêm họng nhưng vừa hết, tuy nhiên lại bắt đầu bị ho khan, ho gió. Ho nhiều về đêm. Người mệt mỏi và khan tiếng vì ho.

Chẩn đoán: Ho do virus.

1. *Eugica* 2 viên x 3 lần/ngày.

2. Dextromethorphan 15mg x 3 lần/ngày.

3. Paracetamol 325mg x 2 lần/ngày. Hết đau cổ thì ngưng uống.

4. Vitamin C – **bổ sung bằng thực phẩm tốt hơn dùng thuốc.**

Bệnh nhân nên súc họng bằng nước muối sinh lý 0,9%. Bổ sung vitamin C bằng cam, chanh tốt hơn là dùng thuốc.

Có thể hỏi bệnh nhân về việc sử dụng các thuốc làm từ dược liệu như thuốc ho P/H, thuốc ho Bảo Thanh...

Các thực phẩm chữa ho rất hiệu quả, như nghệ. Ăn nghệ bằng cách làm nghệ xào bún, nghệ xào tỏi, nghệ mật ong, ruột già độn nghệ... có hiệu quả tốt. Vừa giảm ho, sát khuẩn lại vừa cải thiện cảm giác khó chịu. Kể ra mà thêm.

Hoặc chanh cắt lát + mật ong.

Lưu ý: Bệnh sẽ tự hết sau vài ngày. Nếu ho > 14 ngày, nên đi khám bác sĩ.

Đơn số 2:

Bệnh nhân nữ 59 tuổi, bị ho nhiều. Không bị cảm lạnh hay viêm họng. Cho uống thuốc ức chế ho ít có tác dụng.

Tiền sử: Bệnh nhân cảm thấy choáng nên đi khám Bác sĩ và phát hiện bị cao huyết áp. Đang điều trị cao huyết áp bằng captopril 25mg.

Chẩn đoán: Ho do thuốc ức chế men chuyển.

Xử trí: Đề nghị bệnh nhân ngừng captopril. Ho thường hết sau 1-6 tuần. Thay thế thuốc bằng ARB hoặc amlodipine.

Trên thực tế, ngoài ACEI, β -blocker cũng có thể gây ho với tỷ lệ ít hơn do tác động lên receptor β_2 gây co thắt phế quản $\rightarrow$ ho. Thuốc chẹn canxi cũng gây ho (1-6%), cơ chế chưa rõ.

Đơn số 3:

Bệnh nhi 26 tháng, 14 kg, nam. Ho có đờm, chảy nước mũi, nước mũi trong, không có sốt.

Chẩn đoán: Ho do virus – *nước mũi chảy xuống nên bé phải khạc nên tưởng là ho có đờm. Nước mũi trong thì không phải là nhiễm khuẩn.*

Xử trí: Thể trạng bé là bình thường. Rửa mũi bé bằng nước muối sinh lý 0,9% cho mũi thông thoáng. Cho bé uống nhiều nước lọc, nước cam. Chú ý giữ ấm.

Với trẻ nhỏ thì hạn chế dùng thuốc vẫn tốt hơn. Nếu bệnh xấu đi, chuyển bé đến cơ sở y tế gần nhất.

HO GÀ

Ho gà là một bệnh nhiễm khuẩn cấp tính đường hô hấp, thường xảy ra ở trẻ nhỏ. Bệnh rất dễ lây, đặc trưng bởi cơn ho khan rũ rượi, tiếp theo là thở rít vào nghe như tiếng rít như tiếng gà gáy. Tác nhân gây bệnh là *Bordetella pertussis* thuộc giống *Bordetella* gây bệnh ở người. Bệnh thường nặng ở trẻ dưới 3 tháng tuổi hay chưa được chủng ngừa.

Bệnh phó ho gà (*Bordetella parapertussis*) giống bệnh ho gà, nhưng bệnh thường nhẹ và hiếm gặp. Không có miễn dịch chéo giữa hai bệnh *B. parapertussis* và *B. pertussis*.

Vì khuẩn ho gà tiết độc tố Pertussis toxin làm sưng đường hô hấp dẫn đến cơn ho gà.

- ❖ Triệu chứng: Khởi đầu của bệnh có thể không sốt hoặc sốt nhẹ, có viêm long đường hô hấp trên, mệt mỏi, chán ăn và ho rất đặc trưng của ho gà.

Cơn ho ngày càng nặng và trở thành cơn ho kịch phát trong 1-2 tuần, kéo dài 1-2 tháng hoặc lâu hơn. Cơn ho gà rất đặc trưng, thể hiện trẻ ho rũ rượi không thể kìm hãm được, sau đó là giai đoạn thở rít như tiếng gà gáy. Cuối cơn ho thường chảy nhiều đờm dãi trong suốt và sau đó là nôn. Thở rít vào sau mỗi cơn ho. Cơn ho làm trẻ mệt bơ phờ, mình đầm mồ hôi và thờ gáp.

Trẻ dưới 2 tuổi bị ho gà có thể hoàn toàn không thở rít hoặc tiếng rít không to như ở trẻ lớn. Ho dữ dội có thể gây ra những chấm đỏ trên do vỡ mạch trên da hoặc ở củng mạch mắt. Ho thường nặng lên vào ban đêm.

- ❖ Xét nghiệm và chẩn đoán:

+ Xét nghiệm nuôi cấy dịch mũi họng.

+ Xét nghiệm công thức máu: bạch cầu tăng rất cao từ 15.000 - 50.000/mm³, chủ yếu là tế bào Lympho.

Bệnh có thể khó chẩn đoán trong giai đoạn đầu do khá giống với triệu chứng của các bệnh hô hấp thông thường khác, như cảm lạnh, cúm hoặc viêm phế quản. Bác sĩ có thể chẩn đoán dựa vào nghe tiếng ho.

- Điều trị: Kháng sinh + an thần giảm ho + hạ sốt + vitamin.

1. Kháng sinh macrolid: Azithromycin, clathromycin, erythromycin và TMP-SMX.

Liều dùng erythromycin: 12,5mg/kg x 4 lần/ngày trong ít nhất 14 ngày.

Azithromycin 6 - 10 mg/kg 1 lần/ngày x 5 ngày.

Roxithromycin: 5-8 mg/kg/ngày x 14 ngày.

Kháng sinh chỉ có tác dụng vào lúc phổi nhiễm và giai đoạn rất sớm và phổi nhiễm, có tác dụng làm ngắn thời gian bị bệnh và giảm các diễn biến nặng, làm giảm triệu chứng.

Nếu bệnh nhân được chẩn đoán muộn, kháng sinh không còn làm thay đổi quá trình bệnh, sử dụng kháng sinh là vô ích.

- **Sử dụng kháng sinh trên trẻ sơ sinh:** Erythromycin, clarithromycin, và azithromycin được ưa thích cho việc điều trị bệnh ho gà ở trẻ ≥ 1 tháng tuổi.

- + Với trẻ sơ sinh < 1 tháng tuổi, azithromycin được ưa thích dành cho dự phòng sau phổi nhiễm và điều trị bởi vì azithromycin không liên quan với hẹp môn vị do phì đại ở trẻ. Cần theo dõi sự xuất hiện hẹp môn vị phì đại ở trẻ em và các tác dụng phụ nghiêm trọng khác.

- + Với trẻ ≥ 2 tháng tuổi, ưu tiên vẫn là các macrolid, nếu không dung nạp với macrolid, có thể sử dụng trimethoprim-sulfamethoxazole.

- + Azithromycin không dùng cho bệnh nhân có sẵn các bệnh lý tim mạch.

2. Thuốc giảm ho.

- + Dung dịch dimedron 0,15% uống 5-10 ml/lần, dùng 1 ngày từ 2-3 lần.

- + Kháng sinh Histamin tổng hợp.

- + Siro phennergan 10-20 ml/ngày, gadenal 3-4 mg/kg/ngày, seduxen 2-3 mg/kg/ngày.

Rất ít thuốc có hiệu quả giảm ho. Các thuốc ho không kê đơn thường ít có tác dụng đối với ho gà. Ho thường hết sau 6 tuần nhưng cũng có thể lâu hơn.

Thuốc dùng giảm ho trong ho gà thường là thuốc an thần giúp trẻ ngủ yên và các thuốc kháng histamin dùng cho trẻ em. Cần cẩn trọng khi sử dụng thuốc kháng histamin.

3. Vitamin A, D, C, B₁ và B₆.

Sử dụng Multivitamin.

Ngoài ra, còn cần điều trị các chống nôn khi cần thiết. Nếu bệnh nặng, còn phải điều trị biến chứng thần kinh, chống co giật, chống phù và suy hô hấp.

+ Hút đờm, truyền dịch nếu trẻ nôn nhiều gây mất nước, thuốc an thần để giúp trẻ ngủ yên. Theo dõi chặt chẽ hô hấp và cho trẻ thở thêm oxy nếu cần.

+ Cách ly trẻ để không lây bệnh sang người khác.

+ Hạ sốt bằng Paracetamol.

➤ Phòng bệnh:

+ Tiêm vaccin: Vaccin được tiêm ở dạng phối hợp 3 vaccin bạch hầu-ho gà-uốn ván (DPT). Trẻ cần được tiêm 5 mũi vaccin khi ở độ tuổi 2 tháng, 4 tháng, 6 tháng, 12 – 18 tháng, 4-6 tuổi.

+ Kháng sinh dự phòng khi trong nhà có người bị ho gà hoặc khi có tiếp xúc với người bị ho gà.

Theo trung tâm kiểm soát và phòng ngừa dịch bệnh Hoa Kỳ (CDC) chỉ ủng hộ việc sử dụng kháng sinh sau phơi nhiễm theo mục tiêu cho những người có nguy cơ cao xuất hiện bệnh ho gà nặng và cho những người sẽ có tiếp xúc gần với những người có nguy cơ cao xuất hiện bệnh ho gà nặng.

✂ Lưu ý:

+ Không có chứng cứ về hiệu quả của Salbutamol trong ho gà, thậm chí phun khí dung có thể dẫn đến cơn kịch phát của ho gà.

+ Không có bằng chứng về hiệu quả của corticoid trong ho gà.

Mức độ chứng cứ: **I**

Nguồn của mức chứng cứ: *Nelson Textbook of Pediatrics 19th ed 2011.*

CÚM MÙA

Cúm mùa là một bệnh nhiễm trùng hô hấp cấp tính do virus cúm gây nên. Bệnh xảy ra hàng năm, thường vào mùa đông xuân. lây nhiễm qua những giọt nước nhỏ bắn ra khi nói chuyện, khi ho, hắt hơi. Tại Việt Nam, các virus gây bệnh cúm mùa thường gặp là cúm A/H3N2, A/H1N1 và cúm B. Cần phân biệt cúm mùa H1N1 với cúm đại dịch A/H1N1/2009 (tên đầy đủ là PBA9 H1N1) là chủng virus cúm mới lai tạo giữa virus cúm lợn, virus cúm chim và virus cúm người.

- ❖ Triệu chứng: Sốt ($>38^{\circ}\text{C}$), đau đầu, đau họng, đau nhức cơ thể, mệt mỏi, ho, sổ mũi, ngạt mũi, chảy nước mũi, có thể có khó thở.

Bệnh thường tiến triển lành tính, nhưng cũng có thể biến chứng nặng, đặc biệt là người già (> 65 tuổi), trẻ em (< 5 tuổi) và phụ nữ có thai. Bệnh có thể gây viêm phổi nặng, suy đa phủ tạng dẫn đến tử vong.

Virus cúm (*Influenzae*) có 2 kháng nguyên glycoprotein là neuraminidase (NA) và hemagglutinine (HA1-HA2). Kháng nguyên N và H thường xuyên biến đổi theo thời gian $\rightarrow$ người có thể mắc liên tiếp các đợt cúm và vaccin khó có hiệu quả.

Cần phân biệt với cảm lạnh. Cảm lạnh nhẹ hơn, ít gây sốt.

- Xử trí: Giữ ấm + Điều trị triệu chứng + C sủi có kẽm + Cách ly người bệnh + thông báo cơ quan y tế dự phòng + Kháng virus nếu bệnh trở nặng.

Tốt nhất là điều trị tại cơ sở y tế, chỉ dùng thuốc khi bệnh nhân không chịu đến cơ sở y tế.

1. Paracetamol sủi 500mg x 3-4 lần/ngày.

Hoặc Paracetamol + Ibuprofen 1 viên x 2-3 lần/ngày cũng được.

Nếu có sốt thì khởi đầu không dùng Paracetamol viên nén vì tác dụng chậm hơn. Dạng sủi tác dụng nhanh hơn.

Tuyệt đối không dùng Aspirin, đặc biệt là trẻ dưới 12 tuổi, vì có thể xảy ra hội chứng Reye có thể gây tử vong. Reye có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi.

2. *Eugica* x 1-2 viên/lần x 3 lần/ngày.

3. Acetylcystein 200mg x 1-2 viên/lần x 3 lần/ngày.

4. Vitamin C.

Uống thêm sinh tố, ăn nhiều trái cây, chất bổ dưỡng. Không nên ăn đồ khó tiêu, nên ăn đồ dễ tiêu như cháo hành Thị Nở, gia vị Tiêu hồi (1-4g/ngày)...

Về cơ bản, điều trị nằm ở việc giữ ấm, nghỉ ngơi, bổ sung chất dinh dưỡng, Vit.C có kèm.

Tham khảo thêm 2 loại thuốc được dùng trong cúm mùa:

5. Oseltamivir 75mg (*Tamiflu* 75mg) x 2 lần/ngày.

Trẻ ≥ 6 tuổi, cân nặng > 40 kg uống như người lớn.

Trẻ ≥ 6 tuổi, cân nặng < 40 kg uống 75mg x 1 lần/ngày.

Theo BYT 2015: + Cân nặng ≤ 15 kg: 30 mg x 2 lần/ngày.

+ Cân nặng > 15 kg đến 23 kg: 45 mg x 2 lần/ngày.

+ Cân nặng > 23 kg đến 40 kg 60 mg x 2 lần/ngày.

Giá của biệt dược gốc *Tamiflu* 75mg là 350k/viên. Vào mùa cúm thường sẽ bị đội lên 500k/viên.

6. Zanamivir (*Relenza*) 10 mg (2 lần hít 5-mg) x 2 lần/ngày.

Không dùng cho bệnh nhân hen suyễn, bệnh mạn tính phổi, dân nghèo. Giá nhập khẩu là khoảng 420k/bộ hít.

Lưu ý: Không tự ý sử dụng corticoid.

ĐƠN THUỐC THAM KHẢO

Đơn thuốc số 1: Bệnh nhân: Nữ. Tuổi: 45. Bị viêm đa xoang cấp gây đau đầu, chóng mặt, ù tai, mất thăng bằng.

Chẩn đoán: Viêm đa xoang cấp.

1. Cefuroxim 500mg: Sáng 1 viên, chiều 1 viên.

2. *Hapacol Codein* (Paracetamol 500mg, Codein 8mg) : Sáng 1 viên, chiều 1 viên.

3. *Tanganil 500mg* (Acetyl leucine): Sáng 1 viên, chiều 1 viên.
4. *Betaserc 16mg* (betahistine dyhydrochloride): Sáng 1 viên, chiều 1 viên.
5. *Magne-B6 Corbière* (Magie và vit.B6) : Sáng 1 viên, chiều 1 viên.

Phân tích:

+ Cefuroxim nhằm diệt khuẩn trong tình trạng viêm xoang cấp.

Amoxicillin/acid clavulanic mới là kháng sinh tối ưu để điều trị viêm xoang, sử dụng mọi kháng sinh khác để điều trị theo kinh nghiệm đều là sai lầm trong điều trị.

+ *Hapacol Codein* là thuốc giảm đau tốt trong trường hợp sử dụng riêng lẻ Paracetamol không đủ giảm đau.

+ *Tanganil* dùng để chống chóng mặt.

+ *Betaserc* để kiểm soát triệu chứng ù tai của bệnh nhân. *Mg-B6* giúp điều hòa hệ thần kinh, chống co cứng và giãn mạch.

Trong đơn, bác sĩ trên đã không dùng corticoid vì có thể làm bệnh nặng hơn. Mặc dù nhiều bác sĩ và nhà thuốc thường xuyên lạm dụng corticoid để nhanh chóng hết triệu chứng và giữ uy tín của mình (thực ra hại cho bệnh nhân nhiều hơn là lợi).

Có thể cân nhắc sử dụng thuốc kháng Histamin (H_1) để làm giảm nhẹ triệu chứng, tuy nhiên như tác giả đã phân tích trong đơn thuốc số 1, thuốc có thể làm tăng yếu tố thuận lợi cho việc nhiễm bệnh. Cần cân nhắc giữa lợi ích và nguy cơ cho người bệnh.

Đơn thuốc số 2:

Bệnh nhân Nam 22 tuổi. Chẩn đoán: Viêm mũi họng cấp

1. *Copharsporin 500mg* (Cephalosporin): 1 viên x 2 lần/ngày.
2. *Ovac – 20* (Omeprazol): 1 viên x 2 lần/ngày.
3. *Arpicet 10mg* (Donepezil): Sáng 1 viên.
4. *Menison 4mg* (methylprednisolon): Sáng 3 viên.

5. Aecysmus 200mg (Acetylcystein): 1 viên x 2 lần/ngày.

do người bệnh buồn ngủ và kém tập trung nên BSCK II đã kê Arpicet.

Tương tác thuốc trong đơn: Nhóm corticoid làm giảm nồng độ của donepezil thông qua CYP3A4. Ý nghĩa không đáng kể.

Đơn thuốc số 3:

Bệnh nhân: Nam, tuổi 22. Trước đó bị cảm nặng, viêm họng do uống nhiều nước đá, đau đầu, đau nhói vùng trước trán. Bệnh nhân ho nhiều, ho có đờm, ho nặng hơn về đêm, nước mũi nhiều làm nghẹt mũi, màu xanh.

Tiền sử: Trước đó, thỉnh thoảng có mua Cephalexin về tự uống.

Chẩn đoán: Viêm xoang cấp và viêm họng. Có bội nhiễm vi khuẩn.

1. Klamentin 500/125 (Amoxicilin 500 mg + acid clavulanic 125 mg): Sáng 1 viên, chiều 1 viên.

2. *Hapacol Codein* (Paracetamol 500mg, Codein 8mg): Sáng 1 viên, chiều 1 viên.

3. Prednisolon 5 mg: 3 viên uống buổi sáng 8 giờ.

4. *Eugica*: Sáng 2 viên, trưa 2 viên, chiều 2 viên.

5. Acetylcystein 200mg: Sáng 1 viên, chiều 1 viên.

6. Alpha Chymotrypsin: Sáng 2 viên, chiều 2 viên (ngậm).

NHÓM 3: CÁC BỆNH CƠ – XƯƠNG – KHỚP

CHẤN THƯƠNG DO VA ĐẬP GÂY BẦM TÍM, PHÙ NÈ

Là những chấn thương phần mềm tương đối nhẹ, không gây tổn thương da nhiều, gân, cơ, xương cũng chưa bị ảnh hưởng đáng kể. Tuy nhiên vẫn có hiện tượng tổn thương phần mềm, mao mạch, gây viêm, sưng, đau, chảy máu trong mô mềm, gây ra tình trạng bầm tím.

❖ Triệu chứng: Sưng bầm, ứ máu màu đỏ tím dưới vết thương.

Thường các vết bầm tím nhỏ tan từ từ không cần điều trị. Trường hợp vết thương lớn gây đau nhức nhiều, việc điều trị sẽ hướng đến giảm đau và hỗ trợ tan bầm.

➤ Điều trị: NSAIDs + thuốc giảm sưng phù nề.

1. Meloxicam 7,5mg x 2 lần/ngày.

Có thể thay thế bằng các thuốc khác trong nhóm NSAIDs như paracetamol...

2. Alpha 4,2mg: 2 viên x 3 lần/ngày PO.

Ngoài ra, có thể dùng thêm các thuốc từ dược liệu hỗ trợ tan bầm như Cao tô mộc *Op.zen* hoặc *Tan huyết PH...* hoặc vitamin E 1 viên/ngày nhằm làm tăng tính thẩm mỹ của vết bầm.

+ Corticoid hay H₁-blocker không có tác dụng trong trường hợp này.

+ Xoa dầu nóng không giúp giảm tổn thương phù nề, mà thực tế việc xoa bóp dầu nóng lại gây tổn thương mao mạch, chảy máu trong nhiều hơn.

+ Chườm đá lạnh hoặc chườm khăn ẩm giúp hỗ trợ tan bầm huyết tốt hơn.

VẾT THƯƠNG GÂY CHẢY MÁU NHẹ

➤ Xử trí: Rửa vết thương PVP + băng vết thương bằng gạc sạch + giảm đau + cầm máu nếu chảy máu nhiều + kháng sinh nếu cần.

1. PVP 10%. Hiện nay oxi già ít dùng.

2. Paracetamol 500mg x 2-3 lần/ngày.

Nếu vết thương chảy máu nhiều, tránh dùng aspirin và các NSAIDs gây tăng thời gian đông máu như diclofenac. Nếu dùng thì dùng nhóm coxib như meloxicam, celecoxib...

3. Transamin 500mg: 1 viên/ngày (liều có thể dùng 250-4000mg/ngày).

Dùng nếu vết thương chảy máu nhiều.

4. Cephalixin 500mg x 3 lần/ngày.

Dùng khi có dấu hiệu nhiễm trùng hoặc dùng ngừa nhiễm trùng nếu vết thương bẩn, hoặc tiếp xúc với môi trường bẩn. Dấu hiệu nhiễm trùng là vết thương có mủ, đau và sưng tấy, có thể có sốt.

GOUT

Gút là một bệnh chuyển hoá, đặc trưng là có những đợt viêm khớp cấp và có hiện tượng lắng đọng natri urat trong các tổ chức, xảy ra do tăng acid uric trong máu. Gout thường xuất hiện sau khi thức dậy buổi sáng, ở đầu ngón chân cái, sau bữa ăn nhậu.

- ❖ Cơ chế: Do lắng đọng acid uric tại khớp, các vi tinh thể acid uric xuất hiện trong dịch khớp. Hệ miễn dịch sẽ phản ứng các các tinh thể này: Các bạch cầu tập trung đến thực bào làm giải phóng các lysozym, các chất này gây viêm; các vi tinh thể còn hoạt hoá yếu tố Hageman dẫn đến hình thành kallicrein và kinin có vai trò gây viêm khớp; hoạt hoá các bổ thể và plasminogen, dẫn đến hình thành các sản phẩm cuối cùng cũng có vai trò trong viêm khớp.

Phần lớn bệnh nhân đều có sử dụng bia rượu thường xuyên. Các yếu tố khác: di truyền, chế độ ăn nhiều đạm, béo phì, cao huyết áp, bệnh thận, sử dụng thuốc (aspirin, nhóm thiazid...)

- ❖ Triệu chứng: Rất đau, biến dạng khớp ngón tay, ngón chân, sưng tấy, đỏ nóng.

Hầu hết bệnh nhân có cơn đau tái phát gout trong vòng vài năm. Cơn gout cấp rất đau, ảnh hưởng tới cuộc sống của bệnh nhân. Nếu không chữa trị, trong giai đoạn sau, các cơn đau khớp cấp sẽ gây tổn thương nhiều khớp, làm tổn thương khớp, mất vận động, đau mãn tính và hình thành cục tophi (do tinh thể Urat lắng đọng trong mô mềm).

- Điều trị: NSAIDs liều tối đa + corticoid hoặc colchicin nếu NSAIDs không đáp ứng đủ + Glucosamine + thuốc hạ acid uric huyết + thay đổi lối sống.

NSAIDs được ưu tiên sử dụng vì ít độc tính, dùng liều tối đa, nếu không đáp ứng được mới sử dụng kết hợp thêm corticoid hoặc colchicin.

Các loại thuốc được sử dụng:

1. Diclofenac 200mg/ngày.

Liều NSAIDs để cắt cơn gout là liều tối đa, vì thế đối với NSAIDs dễ gây loét dạ dày như Diclofenac hoặc Indomethacin, phải giảm liều ngay hôm sau.

Liều Indomethacin: 50mg x 3 lần/ngày.

Để tránh tác động trên dạ dày, có thể sử dụng NSAIDs ức chế chọn lọc COX-2 như Meloxicam, Celecoxib. Không dùng Ibuprofen vì có tác dụng chống viêm yếu; còn Paracetamol không có tác dụng chống viêm. Aspirin liều thấp và các muối salicylat khác cũng không phù hợp vì làm giảm thải trừ acid uric → tăng acid uric huyết. Liều aspirin có khả năng trị gout là 4-5g thì dễ gây loét dạ dày.

2. Colchicin 1mg.

Cách dùng: Ngày đầu 3 viên, ngày thứ hai 2 viên, từ ngày thứ ba trở đi PO 1 viên vào buổi tối.

Liều độc: 10mg. Liều tử vong: 40mg. Ngộ độc Colchicin dễ gây tử vong (30%) do tự ý uống thuốc, tức là tầm 40 viên/lần. Cần khuyến cáo bệnh nhân tuân thủ điều trị.

Colchicin có thể sử dụng đơn độc hoặc phối hợp NSAIDs. Mặc dù colchicin tác động chuyên biệt hơn NSAIDs, nhưng hay gây đau bụng, tiêu chảy nên ít được ưa chuộng.

Thuốc không giữ nước và do đó có thể dùng cho người bị bệnh suy tim, hoặc người đang dùng thuốc chống đông.

3. Prednisolon 10 mg/ngày PO (liều tối đa 60mg/ngày).

Chỉ sử dụng khi không dùng được NSAIDs và colchicin. Corticoid làm tăng thoái hóa protein nên làm tăng nồng độ acid uric máu.

Do cơn gout cấp thường xuất hiện sau khi thức dậy buổi sáng, nên lúc uống corticoid cũng gần trùng thời điểm 8h. Có thể uống toàn bộ vào buổi sáng 8 giờ (cách uống này ít tác dụng phụ hơn); hoặc chia ra uống 1 lần vào 8h sáng và 1 lần 3h chiều (cách uống này kiểm soát bệnh tốt hơn). Khi kiểm soát được thì dừng ngay. Chỉ nên sử dụng dưới 1 tuần.

4. Glucosamin 500mg: 1 viên x 3 lần/ngày.

Sử dụng khi có dấu hiệu tổn thương khớp do gout. Dùng liên tục 2-3 tháng mới bắt đầu có tác dụng.

Ngoài ra, còn có thể sử dụng các thuốc từ dược liệu như *Gout Tâm Bình*, *Hoàng Thống Phong*...

➤ Phòng ngừa: Sử dụng sau cơn gout cấp:

1. Indomethacin 25mg/ngày dùng đơn độc.

2. Thuốc gây acid uric niệu: Probenecid và Sulfinpyrazon.

Liều probenecid: Tuần đầu PO 0,5g/ngày, tăng dần đến 1g/ngày. Tối đa 2g/ngày.

Uống ít nhất 2 lít/ngày để tránh sỏi thận. Thời gian đầu (1 tháng) cần dùng kèm lượng nhỏ NSAIDs để tránh gout cấp. Không dùng chung với allopurinon vì giảm tác dụng.

3. Allopurinon: tối thiểu 100mg/ngày, trung bình 200-400mg/ngày chia làm 2-4 lần uống, nặng 600-800mg/ngày.

Thời gian đầu (3-6 tháng) dùng chung với NSAIDs để tránh gout cấp.

➤ Thay đổi lối sống:

+ Hạn chế tối đa bia rượu, thuốc lá.

+ Chế độ ăn ít đạm, tránh uống nước ngọt có gas. Ăn nhiều trái cây, rau xanh.

+ Tích cực vận động thể lực.

+ Uống nhiều nước.

HỘI CHỨNG ĐAU THẮT LƯNG

Đau cột sống thắt lưng hay còn gọi là đau lưng vùng thấp (Low back pain) là hội chứng do đau khu trú trong khoảng từ ngang mức L1 đến nếp lằn mông (có thể ở một bên hoặc cả hai bên), đây là một hội chứng xương khớp rất hay gặp. Thông thường ai cũng có một đến vài lần đau thắt lưng trong cuộc đời, khoảng 10% trong số này bị chuyển thành đau thắt lưng mạn tính.

❖ Nguyên nhân:

- + Thông thường là do căng giãn dây chằng quá mức: đau xuất hiện đột ngột sau bê vật nặng, sau hoạt động sai tư thế (lao động chân tay kéo dài, đi guốc cao gót...), rung xóc do đi xe đường dài, do cử động đột ngột, thủ dâm hoặc quan hệ tình dục quá độ...
- + Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng: thường có biểu hiện của đau thần kinh tọa. Người bệnh đau lan từ cột sống thắt lưng lan xuống mông, xuống đùi.
- + Đau do bệnh lý toàn thân: Có kèm các dấu hiệu sốt, nhiễm trùng... hoặc các dấu hiệu khác. Dạng đau này nên khuyên bệnh nhân đến bác sĩ để khám bệnh.

➤ **Điều trị:** NSAIDs + giảm đau + giãn cơ + nghỉ ngơi và thay đổi lối sống.

1. Celecoxib 200-400mg/ngày.

Có thể dùng các loại khác như Piroxicam, meloxicam, diclofenac, paracetamol... tùy theo tiêu hóa và tim mạch của bệnh nhân.

2. Mephenesin 250mg x 2 lần/ngày.

3. Nếu đau có nguồn gốc thần kinh, kết hợp thêm:

Gabapentin: viên 300 mg. Liều 600-900 mg/ngày, chia 2-3 lần hoặc

Pregabalin: viên 75 mg. Liều: 150-300 mg/ngày chia 2 lần.

4. Dầu nóng hoặc cao xoa bóp.

Dùng xoa bóp tại chỗ, là phương pháp vật lý trị liệu. Nên nằm tại chỗ trên giường phẳng. Có thể kết hợp châm cứu, điều trị điện xung. Hạn chế hoạt động thể lực.

- Đau thắt lưng mạn tính: Amitriptylin 25mg/ngày + NSAIDs + giãn cơ + vitamin 3B.

Kéo giãn cột sống, bơi, thể dục nhẹ nhàng. Điều chỉnh lối sống và thói quen làm việc, vận động để tránh gây đau tái phát. Có thể duy trì các nhóm thuốc trên nhưng chú ý sử dụng liều thấp nhất có hiệu quả để tránh tác dụng không mong muốn của thuốc.

ĐAU KHỚP VÀ CÁC HỘI CHỨNG CƠ XƯƠNG KHỚP KHÁC

- Điều trị: NSAIDs + giãn cơ + corticoid nếu cần + vitamin 3B + Vitamin E.

1. NSAIDs.

2. Mephenesin hoặc các thuốc giãn cơ khác.

3. Vitamin 3B 2 viên x 3-4 lần/ngày. Thuốc bổ thần kinh.

4. Alpha nếu có sưng, phù nề, chèn ép dây thần kinh.

5. Calci- D và Glucosamin nếu có tổn thương xương, sụn.

6. Corticoid liều thấp nhất có tác dụng nếu đau có nguồn gốc thần kinh. Chỉ nên dùng ngắn ngày trong lúc chờ các thuốc hỗ trợ giảm đau có tác dụng.

7. Nếu đau có nguồn gốc thần kinh, dùng:

Gabapentin: viên 300 mg. Liều 600-900 mg/ngày, chia 2-3 lần hoặc

Pregabalin: viên 75 mg. Liều: 150-300 mg/ngày chia 2 lần.

8. Vitamin E 400UI/ngày – dùng để chống teo cơ có nguồn gốc thần kinh như hội chứng ống cổ tay.

ĐAU BỤNG KINH

- Điều trị: Giảm đau + giãn cơ trơn + cao ích mẫu.

Nguyên nhân của đau bụng kinh là do thời kỳ này, cơ thể nữ giới giải phóng lượng lớn prostaglandin. Prostaglandin là một chất gây đau, ngoài ra còn gây co bóp tại cơ tử cung và thúc đẩy quá trình co bóp của các mạch máu trong đó khiến các cơn đau càng dữ dội hơn.

1. Paracetamol 500mg x 3 lần/ngày.

Lưu ý: Para không kháng lại prostaglandin (nguyên nhân gây đau bụng kinh) nên chỉ dùng trong trường hợp đau nhẹ hoặc phối hợp với Ibuprofen, Diclofenac. Thuốc có tác dụng làm dịu cơn đau và ít có tác dụng phụ hơn các thuốc khác.

Nếu đau trung bình đến nặng, sử dụng các NSAIDs khác như: Diclofenac, ibuprofen, indomethacin, ketoprofen, naproxen, piroxicam...

2. Alverin (*Dospasmin 40mg*) 1 viên x 3 lần/ngày.

Dùng để giảm co thắt tử cung. Có thể dùng các thuốc khác như Mephenesin...

3. Cao ích mẫu hoặc các chế phẩm tương tự.

Thuốc làm giảm đau trong đau bụng kinh. Làm hạ huyết áp, giảm triệu chứng hành kinh như đỏ bừng, nhức đầu, cáu gắt... Thuốc có thể sử dụng lâu dài mà không gây hại cho người dùng.

Ngoài ra, có thể dùng các thuốc điều trị hỗ trợ như thuốc bổ đa sinh tố và muối khoáng, thuốc bổ chứa chất sắt, canxi, vitamin nhóm B...

Uống nhiều nước, hạn chế dùng nhiều muối và cà phê nhằm tránh tình trạng giữ nước và đầy hơi, gây đau; tập thể dục đều đặn làm tăng tuần hoàn trong vùng chậu và làm giảm cường độ cơn đau bụng; nghỉ ngơi và thư giãn có thể làm giảm cơn đau trong thời kỳ hành kinh.

Trong trường hợp cơn đau kéo dài hơn 2 ngày sau khi bắt đầu hành kinh, hãy đến bác sĩ để khám, tư vấn và xử trí thích hợp...

RONG KINH

Rong kinh là tình trạng xuất huyết quá nhiều trong chu kỳ kinh nguyệt hoặc kỳ kinh nguyệt kéo dài bất thường (thường là trên 7 ngày). Khoảng 9% đến 14% phụ nữ bị rong kinh. Trong đó, có 90% trường hợp rong kinh rơi vào những bé gái mới bắt đầu dậy thì (mới có kinh trong vòng 1 năm) và phụ nữ trung niên tiền mãn kinh (từ 40 đến 50 tuổi).

Nguyên nhân: Do sự mất cân bằng của hormon sinh dục estrogen và progesterone tác động lên nội mạc tử cung, khiến cho nội mạc tử cung được tạo lên quá dày dẫn đến xuất huyết nặng khi có kinh. Hoặc có thể tử cung không rụng trứng nên progesterone không được sản sinh.

➤ Điều trị: Cao ích mẫu + Transamin + Rutin C + bổ sung sắt nếu thiếu máu.

1. Cao ích mẫu và các chế phẩm tương tự.

Có tác dụng điều hòa kinh nguyệt, giảm đau bụng kinh. Dùng lâu dài rất ít tác dụng phụ.

2. Transamin.

Dùng nếu chảy máu nhiều. Thuốc có tác dụng cầm máu.

3. Rutin C.

Bổ sung vitamin C và Rutin. Rutin có tác dụng làm bền mạch máu, làm giảm chảy máu.

CÁC ĐƠN THUỐC THAM KHẢO

Đơn thuốc 1:

Bệnh nhân bị đau lưng nhiều do tập võ. Chẩn đoán: Đau cột sống thắt lưng cấp.

Tuổi: 30. Giới tính: Nam.

Đơn thuốc trong 5 ngày:

1. *Mecelxib* (Celecoxib 200mg): Sáng 1 viên, chiều 1 viên.

2. *Mypara ER 650mg* (Paracetamol): Sáng 1 viên, chiều 1 viên.

3. *Mustret 250* (Mephenesin 250mg): Sáng 1 viên, chiều 1 viên.

Thuốc đầu tiên và thứ 2 trên đơn thuốc trên là Celecoxib và Paracetamol có tác dụng giảm đau. Thuốc thứ 3 là Mephenesin có tác dụng hỗ trợ giảm đau do cơn co thắt ở thắt lưng gây nên.

Đơn thuốc 2:

Bệnh nhân Nữ, tuổi 58. Đau nhiều ở khớp gối, di chuyển khó khăn.

Chẩn đoán: Thoái hóa khớp gối, cao huyết áp vô căn.

Đơn thuốc trong 10 ngày:

1. *Mongor 1000mg* (Glucosamin): Sáng ½ viên, chiều ½ viên.
2. *Clipoxid 300mg* (Calci lactat): Sáng 1 viên, chiều 1 viên.
3. *Mypara 500mg* (Paracetamol): Sáng 1 viên, chiều 1 viên.
4. *Kavasdin 5mg* (Amlodipine): Sáng 1 viên, chiều 1 viên.

Đơn thuốc 3: Bỏng ống bơ

Bé 9 tuổi bị bỏng ống bơ.

Xối trên nước lạnh ít nhất 5 phút hoặc cho đến khi dịu cơn đau do bỏng. Sau đó.

1. Nước muối sinh lý 0,9%. Rửa vết bỏng. Có thể thay bằng povidone.
2. Subac: bôi trên vết thương.
2. Cephalexin 250mg x 2 lần/ngày.
3. Paracetamol 160mg x 2 lần/ngày.

Nếu bỏng nặng, trên diện rộng cần đưa ngay đến cơ sở y tế.

NHÓM 4: DỊ ỨNG

DỊ ỨNG

1. Dị ứng thức ăn.

Dị ứng là một phản ứng quá mẫn của hệ miễn dịch. Dị ứng thức ăn thường gặp là đậu phụng, thủy hải sản...

- ❖ Triệu chứng: Ngứa, phát ban da như nổi mề đay. Phù mạch. Có thể xuất hiện viêm mũi dị ứng. Có thể đau bụng, buồn nôn và nôn trong khoảng 2 giờ sau ăn. Có thể tiêu chảy sau 4-6 giờ sau khi ăn. Nặng nhất có thể gây khó thở, hen suyễn, trụy tim mạch, sốc phản vệ.

Tiếp xúc với kháng nguyên càng nhiều, phản ứng dị ứng càng mạnh. Vì thế cần khuyến cáo bệnh nhân không nên ăn lại những thức ăn gây dị ứng.

- Điều trị: Kháng Histamin H₁ liều tối đa + corticoid + thanh nhiệt tiêu độc + vitamin.

1. Fexofenadine 180mg: 1 viên/lần (không tăng liều nữa vì đã là liều tối đa/ngày).

Hoặc chlorpheniramin 12mg chia làm 1-2 lần uống (tối đa 32mg/ngày)

Trẻ 2-6 tuổi: 2mg/mỗi 4 giờ (tối đa 16mg/ngày).

Trẻ 2-5 tuổi: 1mg/mỗi 4 giờ (tối đa 6mg/ngày).

2. Prednisolon 5mg x 1-2 viên/lần (tối đa 60mg/ngày) – uống ngay.

Dùng để ngăn chặn phản ứng muộn. Trường hợp nhẹ thường chỉ cần dùng liều thấp 5-10 mg là đủ. Do Prednisolon có thời gian bán thải ngắn nên sau khi hết dị ứng thì thuốc cũng đào thải nhanh. Có thể thay Prednisolon bằng bethamethason hoặc dexamethason.

3. Diệt hạ châu : 4 viên x 2 lần/ngày.

Có thể thay thế bằng các thuốc từ dược liệu có tác dụng thanh nhiệt tiêu độc khác như *Hapagan*, *Maranta*, *Boganic*, *Cà gai leo* – Tuệ Linh...

4. Ranitidine 75mg (tối đa 150mg).

Dùng khi có triệu chứng của dạ dày như đầy bụng, khó tiêu, đau dạ dày. Nếu không thì không cần dùng vì thuốc kháng H_1 cũng tác động một phần trên receptor H_2 .

5. Vitamin A&D + vitamin C : 1 viên. Hoặc multivitamin.

Vitamin C có tác dụng thanh nhiệt tiêu độc. Trong khi vitamin A và D có tác dụng trên da trong trường hợp bệnh nhân gãi nhiều làm tổn thương da. Có thể dùng chung.

Theo hướng dẫn của BYT và FDA không đề cập đến việc sử dụng Vitamin trong dị ứng.

2. Dị ứng thuốc.

Dị ứng thuốc chiếm 10-15% phản ứng có hại do thuốc, thường gặp nhất là nhóm penicillin, thuốc chống co giật, NSAIDs và các thuốc trị gout. Dị ứng thuốc thường không phụ thuộc vào liều lượng, có tính miễn cảm chéo, thường có biểu hiện ngoài da và ngứa. Nếu dùng lại thuốc đã gây dị ứng thì phản ứng dị ứng sẽ xảy ra nặng hơn và có thể tử vong.

Có thể xảy ra ở nhà thuốc và bệnh nhân đến bắt đền.

- ❖ Triệu chứng: Phản ứng thường xảy ra trong vòng 1h sau khi uống thuốc, với biểu hiện của dị ứng là mề đay, hồng ban, phù mạch, viêm mũi dị ứng. Nếu nặng, có thể co thắt phế quản, sốc phản vệ.
- Xử trí: Trấn an tinh thần + xác định thuốc gây dị ứng + xử lý như dị ứng thức ăn.

Trước khi bán thuốc cần biết tiền sử dùng và dị ứng thuốc của bệnh nhân. Bác sĩ không nên kê đơn điều trị bao vây, chỉ dùng những loại thuốc thật cần thiết. Cần nhắc trước khi cho một loại thuốc có nguy cơ cao gây ra những tác dụng không mong muốn.

ONG ĐỐT

Trong nọc độc của ong có chứa nhiều Histamin, phospholipase A_2 , hyaluronidase, melitin, apamin, các amin có hoạt tính sinh học... Trong nọc ong chứa melitin (chiếm hơn 50% khối lượng khô) là chất làm tan màng tế bào, phospholipase A_2 làm vỡ màng tế bào và tăng tổng hợp PG gây đau. Apamin là chất độc thần kinh,

hyaluronidase có tác dụng hủy acid hyaluronic làm tan tổ chức. Histamin và các amin khác gây đau và sưng.

Thông thường ong bắp cày độc hơn ong vò vẽ, ong vò vẽ độc hơn ong vàng. Ong mật phải đốt tới vài chục đến vài trăm vết mới gây nguy hiểm, trong khi ong vò vẽ và ong bắp cày chỉ cần vài ba vết đốt đã gây nguy hiểm, phải chuyển ngay đến cơ sở y tế.

- Điều trị: Kem kháng histamin + kháng histamin PO + corticoid + giảm đau + Oresol nếu vết chích nhiều.

1. Kem *Phenergan* hoặc kem thuốc kháng Histamin H₁: bôi 2-3 lần/ngày tại vết đốt.

Nếu chỉ có 1 vài vết đốt nhẹ do ong mật, ít đau thì chỉ cần bôi kem *Phenergan* đơn độc. Ong vò vẽ, ong bắp cày đốt rất đau, chỉ cần 1-2 vết đốt là đã gây đau nhức khủng khiếp, sưng phù diện rộng và có thể sốt.

2. Fexofenadin 60mg x 2 lần/ngày hoặc các thuốc kháng Histamin khác.

3. Prednisolon 15 mg/ngày liều uống.

Có thể tăng đến tối đa 60mg trong ngày đầu tiên, hôm sau phải giảm ngay. Vết đốt trên đầu nặng hơn vết đốt trên chi.

4. Paracetamol/Codein: 0,5mg x 2-3 lần/ngày.

Uống từ 1,5-2 lít nước/ngày. Tốt nhất nên dùng nước Oresol.

RÉT CẢN

Rét là loài động vật thân đốt, phân ngành nhiều chân, mỗi đốt có một đôi chân. Có 20 đến 30 cặp chân. Cặp kìm trước miệng tiết nọc độc vào kẻ thù. Rét hoạt động rất tích cực, chúng tấn công ngay nếu có vật va chạm và nhạy cảm với các rung động ở gần.

Thành phần của nọc độc của rét thay đổi theo từng loài bao gồm các protein, một số enzyme như protease, hyaluronidase, phospholipase A₂..., một số chất không phải protein như serotonin, histamine... Ngoài ra còn chứa độc tố S (là acidic) ức chế cơ tim. Độc tố rét gây đau, sưng nề, độc với cơ, tan máu, tan cơ.

Tất cả các loài rết đều có nọc độc, mức độ ngộ độc phụ thuộc vào kích thước của chúng, số lần đốt (một lần hay nhiều lần). Nhiều vết cắn của rết không có nọc độc.

- ❖ Triệu chứng: Có 2 vết răng, đau dữ dội, ngứa, sưng nóng đỏ, bong nước, có thể gây hoại tử nông tại vết cắn. Yếu cơ tại chỗ. Có thể sốt, đau đầu, chóng mặt, nôn.

Nặng có thể gây hội chứng Well: Nhồi máu cơ tim, tiêu cơ vân, suy thận.

Hầu hết các triệu chứng tại chỗ tự giảm dần trong vòng 1-2 ngày. Triệu chứng toàn thân nếu có kéo dài 4-5 giờ.

- Điều trị: Giảm đau + Kháng histamin + vitamin C + ngâm nước ấm.

Đa số trường hợp rết cắn có triệu chứng nhẹ, thường không có triệu chứng toàn thân, không cần nhập viện. Nếu bị nhiều vết cắn, đau nhiều sau cắn thì cần đến bệnh viện.

1. Giảm đau: Paracetamol (có thể + codein).
2. Kháng histamin.
3. Vitamin C.
4. Diazepam hoặc các chất an thần khác.

Dùng để hỗ trợ giảm đau, giảm đau đầu, lo lắng khi có triệu chứng toàn thân như đau đầu, chóng mặt, sốt...

Ngâm vết cắn trong nước ấm, nhiệt độ 40-50⁰C, thời gian từ 15 phút đến 2 tiếng. Độc tố của rết kém bền với nhiệt.

BỌ CẠP CẮN

Bọ cạp là loài chân đốt ăn thịt có 8 chân, đuôi có mang tuyến nọc độc. Bọ cạp là loài nhút nhát, thường né tránh chim, chuột, thằn lằn và các loài thú lớn.

Nọc độc của bọ cạp có chứa độc tố thần kinh là chlorotoxin, ngoài ra còn chứa các enzym tiêu hóa như hyaluronidase, phospholipase A₂, protease, nhiều loại độc tố thần kinh khác và histamin. Độc tố thần kinh này làm thay đổi tốc độ dòng natri dẫn đến kích thích quá mức ở điểm nối thần kinh cơ và hệ thần kinh tự động dẫn đến liệt.

- ❖ Triệu chứng: Đau, tê cứng, sưng đỏ phù nề, hoại tử tế bào. Có thể chóng mặt, vã mồ hôi, đau đầu, buồn nôn.

Bộ cap Việt Nam có nọc độc tương đối yếu, thường không có triệu chứng toàn thân. Cần lưu ý vết cắn ở trẻ em, đặc biệt là trẻ dưới 10 tuổi.

- Điều trị: Giảm đau + kháng histamin + vitamin C.

1. Paracetamol/codein.
2. Kháng histamin như fexofenadin.
3. Vitamin C.
4. Diazepam hoặc các chất an thần khác.

Dùng để hỗ trợ giảm đau, giảm đau đầu, lo lắng. Dùng khi có triệu chứng toàn thân như tăng kích thích, vã mồ hôi, tăng huyết áp, rung giật nhãn cầu...

Áp lạnh tại chỗ giúp giảm đau. Cần nâng cao chân và bất động chi bị cắn. Trường hợp nặng cần đưa đến bệnh viện.

LUPUS BAN ĐỎ

Lupus ban đỏ là một bệnh tự miễn, gồm 2 loại: lupus ban đỏ dạng đĩa (DLE: Discoid Lupus erythematosus) và lupus ban đỏ hệ thống (SLE: Systemic lupus erythematosus). Cũng như trong các bệnh tự miễn khác, hệ miễn dịch tấn công các tế bào và mô của cơ thể, gây viêm và hủy hoại mô.

1) Lupus ban đỏ dạng đĩa.

Là dạng lupus nhẹ hơn, chỉ tổn thương da không có tổn thương nội tạng.

- ❖ Thương tổn cơ bản:

- + Các dát đỏ có vảy dính khu trú ở những vùng hở như mặt, cổ, bàn tay ...
- + Các thương tổn này rất nhạy cảm với ánh nắng, nếu tiến triển lâu dài gây teo ở giữa nên gọi là “dạng đĩa”.
- + Một số thương tổn có thể quá sản phì đại.

Các bạn có thể search ảnh trên mạng để biết.

- Điều trị: Kem corticoid có thể phối hợp thêm salicylat + Corticoid trong trường hợp dai dẳng tái phát ($\leq 10\text{mg/ngày}$) + vitamin E.

1. *Eumovate cream* (Clobetasonebutyrate 0,05g)

2. Prednisolon 5mg/ngày nếu nặng, dai dẳng.

2) Lupus hệ thống.

Lupus ban đỏ hệ thống là một trong các bệnh tự miễn hay gặp ở phụ nữ trẻ tuổi. Bệnh với rất nhiều triệu chứng khác nhau vì gây thương tổn nhiều cơ quan nội tạng như da, niêm mạc, gan, thận, khớp, tim, phổi, hệ thần kinh. Bệnh sinh rất phức tạp.

❖ Biểu hiện: Bệnh có nhiều triệu chứng phức tạp. Thường gặp là:

+ Ban đỏ 2 bên má hình bướm đặc trưng của lupus ban đỏ hệ thống (10-15% bệnh nhân), trên da có ban dạng đĩa nhạy cảm với ánh nắng (30%).

+ 90% bệnh nhân bị đau khớp và cơ ở một giai đoạn nào đó.

+ 50% bệnh nhân bị thiếu máu và thiếu sắt.

Ngoài ra còn có rất nhiều triệu chứng khác nhau trên tim mạch, thận, phổi, thần kinh. Do đó làm khó khăn cho việc chẩn đoán. Bệnh không thể điều trị căn nguyên, chỉ có thể điều trị triệu chứng.

- Điều trị: Corticoid bôi và kem chống nắng + corticoid PO + thuốc ức chế miễn dịch khác + DRAMD + NSAIDs + vitamin 3B + vitamin E.

1. Corticoid bôi và kem chống nắng.

Để điều trị lupus tại chỗ và tránh cho kích ứng bởi ánh nắng.

2. Corticoid PO.

Là thuốc quan trọng nhất. Dùng với liều thấp nhất và thời gian hạn chế, hoặc sử dụng cách ngày. Sử dụng corticoid lâu dài kể cả liều thấp nhất cũng có thể gây tăng huyết áp và đục thủy tinh thể.

3. NSAIDs. Paracetamol x 3 lần/ngày.

Sử dụng để giảm đau, vì một tỉ lệ lớn bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống phải chịu đau mạn tính. Không dùng các NSAID mạnh như indomethacin và diclofenac vì tăng nguy cơ suy thận và suy tim.

4. Các thuốc ức chế miễn dịch khác: azathioprin, cyclophosphamid, cyclosporin, methotrexat... Các thuốc này có thể phối hợp với corticoid hoặc dùng riêng tùy tiến triển của bệnh.

Bệnh nhân cần phải tránh ánh nắng mặt trời vì làm bệnh nặng thêm.

NHÓM 5: DA LIỄU

BỆNH HẠT CƠM

Là tình trạng bệnh lý với sự tăng sinh lành tính của các tế bào biểu bì ở da và niêm mạc, do virus có tên Human Papilloma Virus (HPV) gây nên. Bệnh gặp ở mọi giới và mọi lứa tuổi, thường gặp ở tuổi lao động và học sinh sinh viên. Khoảng 10% dân số bị bệnh. Sự lây nhiễm HPV có thể là do tiếp xúc trực tiếp giữa người với người qua da bị xây xước hoặc qua các dụng cụ như giày dép, dụng cụ thể thao.

Bệnh không gây chết người nhưng có thể gây đau, ảnh hưởng đến thẩm mỹ.

- ❖ Nguyên nhân: Có khoảng 100 type HPV được chia làm 3 nhóm: type 1, 2, 3, 4 gây bệnh ở da; type 6, 11, 16, 18 gây bệnh ở niêm mạc sinh dục (Sùi mào gà); type 5 và 8 gây loạn sản biểu bì dạng hạt cơm/

Sau khi xâm nhập, virus có thể tồn tại 2-9 tháng mà không gây bệnh. Hạt cơm có thể xuất hiện ở bất kỳ vị trí nào trên cơ thể, nhất là bàn tay, bàn chân. 2/3 số bệnh nhân tự khỏi sau 2 năm.

- Triệu chứng: Nổi các hạt cơm, có thể riêng lẻ hoặc thành chùm.

+ Hạt cơm thông thường: chiếm tỷ lệ cao nhất, từ 58-70% trong tổng số bệnh nhân mắc hạt cơm. Ban đầu thường là những sẩn nhỏ bằng hạt kê, màu da. Sau vài tuần hoặc vài tháng, thương tổn lớn dần, nổi cao, có hình bán cầu, bề mặt sần sùi thô ráp, dày sừng với nhiều kích thước khác nhau. Các thương tổn rải rác hoặc thành dải hoặc thành đám hay gặp ở mu bàn tay, mu bàn chân, ngón tay và ngón chân, quanh móng, da đầu.

+ Hạt cơm bàn tay, bàn chân: Đa dạng, điển hình là các sẩn từ 2-10mm, bề mặt xù xì làm mất những đường vân trên bề mặt. Đôi khi biểu hiện chỉ là sẩn nhẵn, bằng phẳng với mặt da, màu vàng đục hoặc màu da. Dùng dao cắt bỏ hết phần sừng dày thấy bên dưới có một mô màu trắng trên có các chấm đen. Biểu hiện đó là hiện tượng tắc các mạch máu nhỏ, và là dấu hiệu chẩn đoán phân biệt. Đau khi va chạm.

+ Hạt cơm phẳng: Hạt cơm phẳng chiếm 24-34% tổng số hạt cơm, thường gặp ở tuổi học đường. Thương tổn là những sẩn hơi nổi cao trên mặt da, bề mặt thô ráp, kích thước từ 1-5mm, hình tròn hoặc đa giác. Vị trí hay gặp là mặt, cánh tay.

+ Sùi mào gà: lây truyền qua quan hệ tình dục hoặc mặc chung đồ lót, các nốt sần mọc ở cơ quan sinh dục ngoài, nổi thành chùm li ti hoặc riêng lẻ, mềm, ẩm ướt, có thể đau.

➤ Điều trị: Thuốc bôi tại chỗ + Thuốc uống toàn thân + phẫu thuật.

1. Thuốc bôi tại chỗ:

+ Mỡ salicylic nồng độ từ 10-40%: Có tác dụng loại bỏ tế bào bên ngoài chứa virus. Tùy từng loại thương tổn mà có thể sử dụng thuốc với nồng độ khác nhau từ 10% đến 40%. Băng bột làm thuốc có thể ngấm sâu vào thương tổn có tác dụng điều trị tốt hơn.

+ Duofilm là dung dịch keo gồm có acid lactic 16,7% và acid salicylic 16,7%, có tác dụng sát khuẩn và làm tan rã các tế bào lớp sừng. Sử dụng 1 lần/ngày.

Trước khi bôi thuốc nên rửa vùng thương tổn bằng xà phòng, ngâm tay hoặc chân vào nước ấm khoảng 10 phút, sau đó dùng 1 hòn đá ráp kỹ nhẹ lên bề mặt thương tổn làm mỏng lớp sừng, rửa lại cho sạch rồi để khô và chấm duofilm.

Thuốc có thể gây kích ứng tại chỗ, có cảm giác rát bỏng khi bôi thuốc.

+ Collomack chứa acid lactic 0,5g, acid salicylic 2g và polidocanol 0,2g, có tác dụng bạt sừng mạnh do vậy được chỉ định điều trị các hạt cơm sâu, có kích thước lớn ở bàn tay, bàn chân. Chống chỉ định đối với các hạt cơm ở vùng mặt.

+ Cantharidin 0,7% được chiết xuất từ loại bọ cánh cứng. Sau khi bôi thuốc 12 đến 24 giờ, bong nước xuất hiện tại nơi bôi thuốc, sau một vài ngày bong nước vỡ, khô đóng vảy. Thuốc có tác dụng tốt đối với hạt cơm thể thông thường.

+ Axít trichloroacetic 33%: có tác dụng đông vón protein và gây hoại tử tế bào sừng.

Thuốc có thể gây đau nhiều và gây loét do bôi thuốc quá nhiều.

+ Podophyllotoxin là thuốc chống phân bào được bào chế dưới dạng dung dịch keo 25%. Chấm thuốc ngày hai lần, trong thời gian ba ngày, sau đó ngừng bốn ngày. Có thể dùng tối đa trong 5 tuần. Thuốc có thể gây kích ứng da và niêm mạc.

Cần thận trọng sử dụng thuốc đối với PNCT vì có thể gây ảnh hưởng đến sự phát triển của thai nhi.

- + Nitrat bạc 10% có tác dụng làm bạt sùng.
- + Acid 5-aminolaevulinic là một chất nhạy cảm với ánh sáng. Bôi thuốc lên thương tổn sau đó chiếu tia cực tím (UV) có tác dụng diệt các tế bào chứa virus (quang hóa trị liệu).
- + Immiqimod là chất kích thích miễn dịch. Kem immiqimod 5% bôi 2 lần/ngày trong thời gian 6 đến 12 tuần.
- + Kem 5-fluouracil có tác dụng ức chế sự nhân lên của các tế bào, được bào chế dưới dạng kem, bôi 1-2 lần/ngày trong thời gian 3 đến 4 tuần.
- + Kem tretinoin 0,05%-0,1% có tác dụng bạt sùng, thường được dùng để điều trị hạt cơm phẳng, nhất là ở trẻ em. Không dùng cho PNCT.
- + Sulfat kẽm dạng dung dịch bôi tại chỗ, ngày bôi 1 đến 2 lần. Phân tử kẽm gắn lên các phân tử glycoprotein trên bề mặt virút làm ngăn cản sự thâm nhập của virus. Thuốc ít gây kích ứng nên dùng trong trường hợp nhiều thương tổn.

2. Thuốc uống toàn thân: Sử dụng khi có thương tổn nhiều.

- + Sulfat kẽm: dùng 10mg/kg/ngày. Thuốc ít gây độc nên liều tối đa có thể tới 600 mg/ngày và cho kết quả tốt với trường hợp có nhiều thương tổn.
- + Verrulyse-Methionin: thành phần của thuốc gồm ma-gie, can-xi, methionin, sắt và man-gan. Thuốc được chỉ định cho tất cả các loại hạt cơm. Liều dùng cho người lớn từ 2 đến 4 viên/ngày.
- + Cimetidin: có tác dụng kích thích miễn dịch, tăng khả năng đại thực bào và diệt virút. Uống với liều 20-40mg/kg/24 ngày, cho kết quả tốt đối với trường hợp hạt cơm tái phát nhiều lần hoặc có nhiều thương tổn.

3. Phẫu thuật.

- Đốt điện.
- Đốt bằng Laser CO₂: Phẫu thuật nhanh nhưng lâu lành vết thương.
- Liệu pháp lạnh: Là phương pháp áp Nitơ lỏng lạnh – 1960 C vào hạt cơm. Hiệu quả cao và ít tổn kém.

Ngoài ra, người ta còn có thuốc tiêm trong thương tổn như Bleomycin và Interferon alpha-2a.

TỔ ĐĨA

Bệnh tổ đĩa là một loại viêm da được đặc trưng bởi các mụn nước ngứa trên lòng bàn tay và lòng bàn chân. Các mụn nước thường có kích thước là 1-2 mm và lành sau hơn ba tuần. Đồ da ít khi xuất hiện nhưng thường tái phát. Bệnh tổ đĩa xuất hiện lặp đi lặp lại có thể gây ra những vết nứt và dày da.

- ❖ Triệu chứng: Xuất hiện mụn nước rất nhỏ (< 3mm) trên đầu và hai bên ngón tay, chân. Đục và sâu dưới da, gây ngứa.
- ❖ Nguyên nhân: Do tiếp xúc với hóa chất như chất tẩy rửa, chất kích ứng. Tiếp xúc kim loại như coban và niken cũng có thể gây tổ đĩa.
- Điều trị: Kem corticoid + giữ vệ sinh + vitamin E.

1. Kem corticoid.

Giúp làm nhanh chóng biến mất các mụn nước.

Các thuốc mỡ ức chế miễn dịch như tacrolimus (Protopic®) và pimecrolimus (Elidel®) có thể dùng nếu như không muốn dùng corticoid. Nhược điểm là giảm miễn dịch nên tăng nguy cơ gây nhiễm trùng da.

2. Prednisolon 5mg x 1-3 viên/ngày. Uống vào 8h sáng.

Dùng nếu bệnh nặng.

VIÊM DA TIẾP XÚC

Viêm da tiếp xúc là phản ứng viêm cấp hoặc mạn tính của da với một số yếu tố trong môi trường khi tiếp xúc với da. Viêm da tiếp xúc dị ứng là phản ứng tăng nhạy cảm của da đối với các dị nguyên, thuộc loại phản ứng quá mẫn chậm. Viêm da tiếp xúc dị ứng có thể xảy ra cấp tính gây đỏ da, phù nề và mụn nước với các mức độ khác nhau hoặc tiến triển mạn tính. Một số dị nguyên chính là: Kim loại (nikel, cobal, đồng, crom...), thuốc bôi, cao su, ánh sáng, thực vật.

- ❖ Triệu chứng: Tổn thương là dát đỏ, mụn nước, có khi loét trợt hoại tử, ngứa. Bệnh tiến triển dai dẳng, hay tái phát nếu không phát hiện và loại trừ được dị nguyên.

➤ Điều trị: Tránh tiếp xúc kháng nguyên + corticoid + kháng H₁ + corticoid bôi.

1. Prednisolon 5-15mg uống ngay lúc đó.

Trường hợp viêm da dị ứng cấp tính, lan tỏa toàn thân có thể chỉ định corticoid PO 15-20mg/ngày x 3 ngày sau giảm liều xuống 5mg/ngày x 3 ngày rồi ngừng điều trị.

2. Fexofenadin 180mg/ngày (liều tối đa).

3. Vitamin C và A.

Vitamin C làm giảm sưng viêm, tiêu độc. Vitamin A giúp làm giảm kích ứng da và giảm tác hại do việc gãi ngứa.

VIÊM DA TIẾP XÚC DO CÔN TRÙNG

Là một phản ứng cấp tính của da với các chất kích ứng từ côn trùng, thường là do kiến ba khoang *Paederus*. Kiến ba khoang xuất hiện nhiều vào đầu mùa mưa và rất thích ánh sáng đèn ban đêm. Kiến ba khoang có chứa chất Pederine (C₂₄H₄₃O₉N), có thể gây cháy, bỏng da giống như chất cangtadin của sâu ban miêu và chất phospho ở "con giời".

- ❖ Biểu hiện: Viêm da nơi tiếp xúc với chất độc. Tổn thương có dạng dát đỏ, thành vệt, đám, theo chiều tay quạt, nền hơi cộm, trên có mụn nước hoặc mụn nhỏ li ti. Cảm giác bỏng rát tại thương tổn. Nặng có thể sốt, nổi hạch, đau nhức.

Phân biệt với Zona: Zona có thương tổn là dát đỏ, sau nổi mụn nước, bóng nước lõm tập trung thành đám dọc thần kinh ngoại biên. Có tiền sử bị thủy đậu.

Phân biệt với nhiễm Herpes: mụn nước nhỏ tập trung thành chùm, diện tích nhỏ.

➤ Điều trị: Điều trị tại chỗ + kháng histamin + corticoid bôi.

Ngay khi vừa bị tổn thương, dùng nước muối sinh lý NaCl 0,9% rửa 3-4 lần/ngày. Tránh kì cọ làm tổn thương lan rộng.

1. Điều trị tại chỗ:

- + Fusidic kết hợp corticoid và kháng sinh.
- + Hồ nước, hồ Tetra-Pred: làm dịu da, chống viêm.
- + Mỡ kháng sinh kết hợp corticoid: kháng khuẩn, dịu da, kháng viêm.
- + Nếu có bông nước, bông mủ: chấm dung dịch màu milian, castellani, nước thuốc tím pha loãng...bôi 1-2 lần/ngày.

Cần phối hợp với corticoid bôi nếu tổn thương trung bình đến nặng. Nếu cần có thể dùng corticoid uống liều nhẹ.

2. Fexofenadine 180mg/ngày.

Dùng để giảm ngứa, giảm kích ứng da, giảm sưng viêm trong trường hợp trung bình đến nặng.

3. Vitamin C và A.

4. Trong trường hợp tổn thương rộng, lan tỏa nhiều thì cần dùng kháng sinh để chống bội nhiễm vi khuẩn.

TRÚNG CÁ

Trúng cá (acne) là bệnh da thông thường gây nên do tăng tiết chất bã và viêm của hệ thống nang lông tuyến bã. Khoảng 80% gặp ở lứa tuổi dậy thì. Mụn trứng cá hình thành do 3 yếu tố chính: Tăng tiết chất bã, sừng hóa cổ nang lông và vi khuẩn *Propionibacterium acnes*. Bình thường *P.acnes* cư trú ở da một cách vô hại. Khi lỗ nang lông bị ứ tạo điều kiện thuận lợi, *P.acnes* có thể phát triển và gây bệnh.

➤ Triệu chứng: Mụn cám, sẩn, sẩn viêm, mụn mủ, mụn bọc, nang...

Trúng cá không ảnh hưởng nghiêm trọng đến tính mạng, tuy nhiên, do tồn tại dai dẳng, mụn, sẩn hay sẹo lõm, sẹo lồi ở vùng mặt ảnh hưởng tới thẩm mỹ và chất lượng cuộc sống người bệnh. Cần quan tâm đến 2 dạng trúng cá nặng là:

- + Trúng cá dạng cục, dạng kén: hay gặp ở nam.
- + Trúng cá bọc (acne conglobata): là loại trúng cá mủ mạn tính, dai dẳng. Tổn thương dạng cục, để lại sẹo lõm gây mất thẩm mỹ.
- Điều trị: Điều trị tại chỗ + kháng sinh PO nếu nặng

1. Điều trị tại chỗ.

+ Benzacilin (benzoyl peroxide + clindamycin). Bôi.

+ Cũng có thể dùng các kháng sinh khác như macrolid trong cồn hoặc gel hoặc lotion để giảm kích ứng da. Nên dùng dạng phối hợp để giảm đề kháng.

+ Acid azelastin 20%. Bôi.

+ Retinoid dạng kem.

2. Kháng sinh đường uống.

+ Doxycyclin: 100 mg/ngày PO x 30 ngày sau đó 50 mg/ngày x 2-3 tháng.

+ Hoặc Tetracyclin 1,5 g x 8 ngày hoặc 0,25 g/ngày x 30 ngày (hoặc cho đến khi khỏi)

+ Trường hợp không dùng cyclin, dùng macrolid thay thế.

4. Các vitamin giúp hỗ trợ:

Gồm: vitamin B2; biotin; bepanthen; kẽm.

5. Hoặc dùng đơn độc Isotretinoin uống: Thuốc ức chế sự sản xuất chất bã, thúc đẩy quá trình tiêu sừng.

+ Liều dùng: tấn công: 0,5-1 mg/kg/ngày x 4 tháng. Duy trì: 0,2-0,3 mg/kg/ngày x 2-3 tháng.

➤ Lưu ý:

+ Không dùng isotretinoin cho trẻ dưới 16 tuổi, PNCT và cho con bú.

+ Không được phối hợp những thuốc họ retinoid (vitamin A), Isotretinoin với tetracyclin hay doxycyclin vì tương tác giữa nhóm vitamin A và nhóm cyclin gây tăng áp lực nội sọ và kích thích gây u! Vì thế, nếu dùng retinoid và isotretinoin, phải thay cyclin bằng macrolid.

➤ Lối sống:

+ Hạn chế dùng thuốc có chứa các chất thuộc nhóm halogen, corticoid.

- + Rửa mặt bằng xà phòng.
- + Ăn ít đường, chocola, chất béo, đồ rán.
- + Tránh làm việc quá sức, stress tâm lý, thức khuya.

NHÓM 6: CÁC BỆNH DO NHIỄM KHUẨN

CÁC BỆNH HOA LIỄU

Ở nhóm bệnh này, thường nam giới sẽ có biểu hiện rõ rệt như tiểu đau, tiểu dắt, có thể có mủ, có loét (săng). Trong khi nữ giới thường sẽ không có triệu chứng rõ rệt, tiến triển âm thầm.

1. Bệnh lậu.

Bệnh lậu mủ (hay lậu) là một trong những bệnh lây truyền qua đường tình dục hàng đầu trên thế giới, do vi khuẩn Gram âm *Neisseria gonorrhoeae* gây ra. Vi khuẩn gây bệnh chủ yếu tại đường sinh dục, ngoài ra còn có thể gây nhiễm bệnh tại mắt, hầu họng và hậu môn của người.

Bệnh thường không có triệu chứng, điều này dẫn tới tình trạng mang bệnh không được chữa trị và làm tăng lây lan bệnh. Nếu có triệu chứng thường là:

- Ở nam giới: Đi tiểu đau (97,9%). Có chảy mủ ra từ đầu dương vật, màu vàng hoặc màu xanh (88,3%). Có thể có đau sưng ở một tinh hoàn.
- Ở nữ giới: Huyết trắng (>95%). Có mủ ở âm hộ. Đi tiểu đau. Đau bụng, đau vùng chậu. Âm đạo chảy máu giữa chu kỳ, sau khi giao hợp âm đạo.

Thời gian ủ bệnh ngắn (khoảng 2-6 ngày). Khởi bệnh cấp tính, rầm rộ, đái buốt, đái rất kèm theo có mủ do đó người bệnh thường đi khám ngay.

Không điều trị có thể dẫn tới Lậu mãn tính → các biến chứng khiến vô sinh, hoặc thai ngoài tử cung. PNCT bị lậu có thể sảy thai hoặc gây lậu mắt trẻ em. Trường hợp nặng, bệnh lậu gây nhiễm trùng màng não và tim dẫn đến tử vong.

❖ Điều trị: Kháng sinh.

Tất cả các phác đồ cũ hiện nay không còn được sử dụng do đề kháng cao, như Cefixime không còn được đề sử dụng để điều trị Lậu.

Liệu pháp: Ceftriaxon 400mg IM + Azithromycin 1g duy nhất hoặc

Ceftriaxon 400mg IM + Doxycyclin 500mg x 2 lần/ngày/7 ngày.

Nếu đề kháng với Ceftriaxon hoặc bị dị ứng với ceftriaxon thì sử dụng:

Spectinomycin 2g tiêm bắp IM liều duy nhất. Có thể lên tới 4g trong trường hợp khó điều trị. Không dùng cho lậu hầu họng.

- Không sử dụng các kháng sinh họ Quinolon để điều trị Lậu cầu vì bị đề kháng cao. Theo nghiên cứu của viện Pasteur năm 2017 và nghiên cứu của bệnh viện da liễu TP.HCM năm 2017, gần như tất cả các mẫu Lậu cầu phân lập được đều đề kháng với Tetracyclin và (>95%), Ciprofloxacin (95%), Penicillin (78,33%), Doxycyclin (52%), Cefixime (17,5%-70,27%), Ceftriaxone (51,67%). Chưa có sự đề kháng của Lậu cầu đối với Spectinomycin tại Việt Nam.

+ Do Lậu cầu và *Chlamydia* hay mắc kèm nhau, nên cần chú ý điều trị cả 2.

+ Nên điều trị cho cả 2 vợ chồng.

+ Làm kháng sinh đồ để lựa chọn kháng sinh.

+ Điều trị sớm, tuân thủ phác đồ điều trị.

❖ Lậu mắt ở trẻ sơ sinh: Ceftriaxon 50 mg/kg, tối đa 125mg. Tiêm liều duy nhất.

❖ Phòng ngừa lậu trẻ sơ sinh: Rửa sạch mắt trẻ ngay sau khi đẻ. Nhỏ mắt bằng dung dịch bạc nitrate 1%.

2. Giang mai.

Giang mai (*Syphilis*) là một bệnh lây truyền qua đường tình dục do xoắn khuẩn *Treponema pallidum* (xoắn khuẩn giang mai) gây ra. Xoắn khuẩn giang mai chỉ sống được vài tiếng khi ở ngoài cơ thể, chết nhanh ở nơi khô. Xà phòng diệt xoắn khuẩn trong vài phút.

Xoắn khuẩn vào cơ thể qua chỗ da và niêm mạc bị xây xước. Từ đó xoắn khuẩn đi vào hạch và 1 vài giờ sau nó đi vào máu và lan truyền khắp cơ thể. Đường lây truyền của bệnh giang mai hầu như luôn luôn là qua đường tình dục, ngoài ra còn truyền qua đường máu và mẹ truyền sang con. Nữ hộ sinh đỡ đẻ cho bệnh nhân giang mai cũng có khả năng bị giang mai, nếu có, vị trí nhiễm và có sẹo sẽ là ngón tay.

Giang mai phát triển qua 4 giai đoạn với rất nhiều dấu hiệu và triệu chứng đa dạng: Giai đoạn 1, giai đoạn 2, giai đoạn tiềm ẩn và giai đoạn 3.

- Giai đoạn 1: Loét và sẹo nơi nhiễm bệnh.

Sau thời gian ủ bệnh từ 3-90 ngày (trung bình 21 ngày), xuất hiện vết loét ở những nơi tiếp xúc với xoắn khuẩn giang mai, rất đặc trưng cho bệnh, gọi là săng (Chancre) giang mai với biểu hiện: *Là một vết trợt nông, hình tròn hay bầu dục, không có gờ nổi cao, màu đỏ thịt tươi và có nền cứng (vì vậy gọi là “săng cứng”)*. Săng không đau, không ngứa, không có mủ. Kèm theo nổi hạch 2 bên vùng bẹn.

Các triệu chứng trên có thể tự biến đi sau 3 đến 6 tuần lễ kể cả không điều trị nên nhiều người tưởng lầm là khỏi bệnh nhưng thực sự là vi khuẩn lúc đó đã vào máu, bệnh vẫn tiếp tục phát triển với những biểu hiện khác.

- Giai đoạn 2: Nhiễm trùng máu → phát ban da, sẩn giang mai, nổi hạch.

Sau 4-8 tuần sau giai đoạn 1:

+ Đào ban: Các dát đỏ hồng rải rác ở thân mình, không ngứa, màu đỏ hồng hoặc hồng tím như cánh hoa đào, ấn vào thì mất. Tồn tại khoảng 2-3 tuần.

+ Sẩn giang mai với nhiều hình thái đa dạng: sẩn màu đỏ hồng, thâm nhiễm và có thể có viền vảy xung quanh. Sẩn giang mai dạng vảy nến, dạng trứng cá, sẩn hoạt tử...

+ Sẩn phỉ đại: hay gặp ở hậu môn, sinh dục.

+ Viêm hạch lan tỏa, có thể có sốt.

+ Rụng tóc kiểu “rừng thưa”.

Các triệu chứng thường tự biến mất sau 4-6 tuần.

- Giai đoạn tiềm ẩn: Không có triệu chứng trong thời gian tiềm ẩn, vẫn tồn tại xoắn khuẩn và có kháng thể trong huyết thanh. Thời gian có thể từ 1 năm đến vài chục năm, thậm chí là suốt đời.
- Giai đoạn 3: Thời kỳ này thường bắt đầu vào năm thứ 3 của bệnh với biểu hiện:

+ “Gôm” giang mai ở da, cơ, xương (15%).

+ Thương tổn tim mạch (10%).

+ Thương tổn thần kinh gây bại liệt (6,5%).

➤ Kháng sinh lựa chọn:

+ Penicillin G tiêm là tối ưu.

Kháng sinh khác có thể lựa chọn khi dị ứng với penicillin là:

+ Doxycyclin hoặc Tetracyclin.

+ Ceftriaxon tiêm bắp.

+ Azithromycin (hiện đang bị đề kháng cao và thất bại điều trị đang được ghi nhận ở nhiều nơi)

Khi mới mắc giang mai, xoắn khuẩn phát triển nhiều thì tác dụng penicillin mạnh; khi ở giai đoạn giang mai muộn, xoắn khuẩn ít phát triển nên tác dụng kém vì vậy phải kéo dài thời gian điều trị. Nồng độ cao của penicillin không có tác dụng diệt xoắn khuẩn mà còn ức chế sự sinh sản của xoắn khuẩn nên chỉ loại penicillin có thời gian bán thải dài là thích hợp nhất.

3. Hạ cam mềm.

Bệnh hạ cam mềm là bệnh lây truyền qua đường tình dục cấp tính, do trực khuẩn hạ cam (*Haemophilus ducreyi*) gây ra. Bệnh gây tổn thương loét ở bộ phận sinh dục, viêm các hạch bạch huyết nếu không được điều trị sớm sẽ để lại biến chứng như ổ áp xe hoặc lỗ dò.

Triệu chứng: Vết loét ở cơ quan sinh dục, nổi hạch, hạch bẹn, đau khi tiểu tiện, đau khi giao hợp. Vết loét trong hạ cam mềm được gọi là săng mềm, rất đau, khác với săng cứng của giang mai không đau. Đau hạch bẹn.

Bệnh hạ cam có đồng yếu tố dịch tễ học trong lây truyền HIV, làm tăng khả năng lây truyền HIV từ 5-9 lần hoặc cao hơn nữa.

➤ Điều trị: Azithromycin + xét nghiệm.

1. Azithromycin 1g PO liều duy nhất.

2. Paracetamol 500mg x 2 lần/ngày.

Ngoài ra, có thể thay bằng Ceftriaxon 250mg tiêm bắp liều duy nhất, hoặc spectinomycin 2g tiêm bắp liều duy nhất.

Hạ cam mềm đã đề kháng cao với ampicilin, sulfamid, chloramphenicol, tetracyclin, kanamycin, streptomycin, ciprofloxacin, erythromycin và co-trimoxazol.

Không quan hệ tình dục trong 1 tuần kể từ ngày điều trị. Và đảm bảo vợ/chồng cũng đã chữa trị.

4. U hạt vùng bẹn.

U hạt vùng bẹn là một bệnh nhiễm khuẩn gây u hạt hậu môn sinh dục mạn tính, tái phát, do vi khuẩn *Calymmbacterium (Donovania) granulomatis* gây ra.

Thời gian ủ bệnh từ 8 ngày đến 12 tuần. Bệnh khởi phát từ từ kín đáo. Các tổn thương thường xuất hiện ở da hoặc niêm mạc bộ phận sinh dục hoặc vùng hội âm. Đó là những cục thâm nhiễm tương đối ít đau và nhanh chóng bong ra, để lại các vết loét nông, bờ rõ rệt, nền là tổ chức hạt mủn, màu đỏ như thịt bò. Nốt tổn thương lan dần ra xung quanh theo đường kề cận. Bờ phía lan rộng có mép quăn rất đặc trưng của tổ chức hạt. Vùng loét có thể lan rộng lên vùng bụng dưới hoặc xuống đùi. Có thể có một phía lành dần làm sẹo, trong khi phía đối diện lan rộng ra. Vùng loét sần sùi.

➤ Điều trị:

1. Doxycyclin 100 mg PO 1 lần/ngày x 7 ngày.

Điều trị liên tục cho đến khi thương tổn biểu mô hoá hoàn toàn.

Có thể thay thế bằng Azithromycin 1g PO liều duy nhất, hoặc Erythromycin. Không dùng Tetracyclin và Co-trimoxazol do bị đề kháng cao.

5. Bệnh do *Chlamydia*.

Chlamydia trachomatis (Ct) là nguyên nhân thường gặp nhất và có thể điều trị khỏi trong các bệnh lây truyền qua đường sinh dục. Đa số trường hợp nhiễm Ct không được phát hiện vì 75% phụ nữ và 50% nam giới không có triệu chứng lâm sàng. Triệu chứng là:

- Nam giới: đôi khi có chất mủ tiết ra theo đường nước tiểu, thỉnh thoảng làm đau.
- Nữ giới: viêm cổ tử cung làm tiết mủ từ âm đạo, viêm vùng chậu có thể làm sốt hay đau khi giao hợp.

Trường hợp nhiễm trùng nặng, có thể gây ra bệnh hội xoài do typ L1, L2, L3 gây nên. Triệu chứng là: sau 1-4 tuần sau tiếp xúc, có hiện tượng nổi bóng nước và lở loét, tuy nhiên những vết này có thể nhanh liền lại. Sau đó, hạch bạch huyết ở vùng bẹn sưng to, đỏ và căng đau. Áp xe (túi mủ) hình thành, rỉ mủ đục và dịch lẫn máu.

C. trachomatis có thể gây viêm tinh hoàn.

Trên mắt, ***Chlamydia*** có thể gây bệnh đau mắt hội với triệu chứng: Viêm kết mạc mạn tính, đau mắt, hình thành nhiều hội trong mí mắt, lông mắt mọc không đều. Nếu không điều trị, có thể dẫn tới mù lòa.

➤ Điều trị:

+ Nhiễm *Chlamydia* sinh dục:

1. Azithromycin 1g PO liều duy nhất.

Hoặc Doxycyclin 100mg uống 2 viên/ngày trong 7 ngày.

Nếu có viêm mào tinh hoàn, cần uống liều Doxycyclin như trên trong 2 tuần. Macrolid có thể thay thế. Cần nâng cao tinh hoàn bằng quần lót, chống viêm bằng methylprednisolone, 40 mg/ngày và giảm liều một nửa mỗi 2 ngày.

+ Bệnh hội xoài (*Chlamydia* typ L1, L2, L3):

1. Azithromycin 1g/ngày trong 21 ngày

Hoặc Doxycyclin 100 mg uống 2 viên/ngày trong 21 ngày

+ Nhiễm *Chlamydia* mắt (đau mắt hội):

1. Mỡ Tetracyclin 1%: bôi tối trước khi đi ngủ liên tục trong 6 tuần.

2. Azithromycin: 1g PO uống 1 liều duy nhất trong 1 năm.

NHIỄM KHUẨN DA VÀ MÔ MỀM

1. Nhọt.

Nhọt là tình trạng viêm cấp tính gây hoại tử nang lông và tổ chức xung quanh, bị nhiều vào mùa hè, thường gặp ở trẻ em, nam nhiều hơn nữ.

Thủ phạm là tụ cầu vàng (*S. aureus*). Bình thường vi khuẩn ký sinh trên da người, gặp điều kiện thuận lợi, vi khuẩn phát triển và gây bệnh.

- ❖ Triệu chứng : Ban đầu sẩn nhỏ, màu đỏ ở nang lông sưng nề, chắc, tấy đỏ. Sau 2-3 ngày, tổn thương lan rộng hóa mủ tạo thành ổ áp xe, ở giữa hình thành ngòi mủ. Đau nhức.

Nếu bị nặng, có thể kèm theo sốt, mệt mỏi, hội chứng nhiễm khuẩn.

- Điều trị : Điều trị tại chỗ + kháng sinh toàn thân.

1. Povidon-iodin 10%. Sát khuẩn 2-4 lần/ngày x 10-15 ngày.

Có thể thay thế bằng Hexamidin 0,1%, Chlorhexidin 4%.

2. Kem Silver sulfadiazin 1%. Bôi 1-2 lần/ngày x 7-10 ngày.

Có thể thay thế bằng Acid fucidic 2%, mỡ neomycin, mỡ mupirocin, erythromycin hoặc clindamycin.

3. Oxacillin 250-500mg x 4 lần/ngày.

Oxacillin có tác dụng tốt đối với nhiễm trùng trên da do tụ cầu nhạy với methicillin. Trên thực tế lâm sàng các bác sĩ thường ưa chuộng cephalosporin thế hệ 1 hơn do phổ rộng hơn.

2. Viêm nang lông.

Viêm nang lông là tình trạng viêm nông ở một hoặc nhiều nang lông ở bất kỳ vùng da nào trừ lòng bàn tay và bàn chân. Bệnh gặp ở bất kỳ lứa tuổi nào, nhất là thanh thiếu niên và người trẻ.

- ❖ Nguyên nhân: Chủ yếu là do tụ cầu vàng (*S.aureus*) và trực khuẩn mủ xanh (*P.aeruginosa*). Ngoài ra: Herpes simplex thường gây viêm nang lông vùng quanh miệng.

Viêm nang lông do tiếp xúc dầu mỡ (ở người sửa xe đạp, xe máy...)

Viêm nang lông ở vùng cạo râu hoặc do cạo gãi.

- ❖ Triệu chứng: Có nổi những sẩn nhỏ ở nang lông, trên có vảy tiết, không đau, không để lại sẹo. Nhưng gây mất thẩm mỹ.

- Điều trị: Vệ sinh cá nhân + kháng sinh nếu nhiễm khuẩn nặng.

Bệnh thường tự khỏi và dễ dàng bỏ qua.

a) Trong trường hợp bị nhiều: Kết hợp sát khuẩn và bôi kháng sinh tại chỗ:

1. Povidon-iodin 10%. Sát khuẩn 2-4 lần/ngày x 10-15 ngày.

Có thể thay thế bằng Hexamidine 0,1%, Chlorhexidin 4%.

2. Kem Silver sulfadiazin 1%. Bôi 1-2 lần/ngày x 7-10 ngày.

Có thể thay thế bằng Acid fucidic 2%, mỡ neomycin, mỡ mupirocin, erythromycin hoặc clindamycin.

b) Trường hợp nặng, có mủ: Kết hợp thêm cả kháng sinh PO.

3. Cephalexin 500mg x 3 lần/ngày PO.

Hoặc 3b) *Klimentin* (Amoxicillin/a.clavulanic) 500mg x 2 lần/ngày.

Trẻ em 27mg/kg x 3 lần/ngày.

Có thể sử dụng thay thế bằng Azithromycin, Pristinamycin, Roxithromycin hoặc Acid fucidic.

c) Trường hợp do Herpes: Điều trị theo kháng virus herpes.

3. Viêm mô bào.

Viêm mô bào (Cellulitis) là tình trạng viêm khu trú hoặc lan tỏa do nhiễm khuẩn cấp tính, bán cấp hoặc mạn tính tổ chức liên kết của da. Nguyên nhân gây bệnh thường do liên cầu nhóm A. Tụ cầu vàng có thể gây viêm mô bào đơn thuần hay kết hợp với liên cầu. Ngoài ra còn do *H.influenzae*, *S.pneumoniae*.

- ❖ Triệu chứng: Một vùng da trở nên sưng cứng, nóng, đỏ và đau, giới hạn không rõ có tính chất lan tỏa. Giữa tổn thương có thể có bọt nước, xuất huyết. Có thể có sốt, mệt mỏi. Các biểu hiện này giảm nhanh chóng khi được điều trị.

Vị trí hay bị viêm mô bào là cẳng chân. Trường hợp viêm mô tế bào vùng mặt ở trẻ nhỏ (thường kết hợp với viêm tai giữa cùng bên) do *H.influenzae* nhóm B, người bệnh thường mệt mỏi, vùng tổn thương màu đỏ tía.

➤ Điều trị: Kháng sinh + giảm đau.

1. Amoxicilin/clavulanat 500mg-800mg x 3 lần/ngày ít nhất trong 10 ngày.

Trẻ em 80mg/kg/ngày chia ba lần, ít nhất trong 10 ngày.

Ngoài ra, có thể sử dụng Roxithromycin 150mg x 2 lần/ngày ít nhất 10 ngày.

NHIỄM TRÙNG CƠ

Viêm cơ nhiễm khuẩn là tổn thương viêm hoặc áp xe tại cơ vân do vi khuẩn gây nên. Nguyên nhân thường gặp là tụ cầu vàng.

❖ Triệu chứng: thường viêm tại 1 cơ. Ban đầu sưng cơ, ấn chắc, đỏ và đau. Giai đoạn sau có thể có mủ và áp xe, kèm sốt cao 39-40⁰C, sốt liên tục, gầy mệt, môi khô, lưỡi bẩn.

➤ Điều trị: Kháng sinh.

Dùng kháng sinh sớm (ngay sau khi làm các xét nghiệm vi sinh), liều cao, đường tĩnh mạch (sau có thể chuyển đường uống), đủ thời gian (4-6 tuần). Lựa chọn kháng sinh dựa theo kháng sinh đồ.

Ưu tiên các kháng sinh điều trị Tụ cầu vàng. Bệnh được điều trị tại bệnh viện.

VIÊM NHIỄM TRÊN MẮT

1. Đau mắt đỏ.

Đau mắt đỏ hay còn gọi là viêm kết mạc là tình trạng nhiễm trùng mắt thường gặp do vi khuẩn hoặc virus gây ra hoặc phản ứng dị ứng với triệu chứng đặc trưng là đỏ mắt. Bệnh dễ mắc, dễ lây lan qua đường hô hấp hoặc tiếp xúc dịch mắt của người bệnh.

❖ Nguyên nhân: Phần lớn là do *Adenovirus* và các virus khác. Ngoài ra còn có vi khuẩn.

❖ Triệu chứng: mắt đỏ rực, ngứa mắt, ghèn nhiều, nhức mắt, đau, sưng.

Bệnh không có thuốc điều trị đặc hiệu.

➤ Điều trị: Rửa mắt bằng nước muối sinh lý 0,9% + Thuốc nhỏ mắt + thuốc bổ mắt + kháng sinh uống nếu bệnh nặng.

1. Nước muối sinh lý 0,9%. Rửa mắt liên tục để loại trừ ghèn, mủ và tiết tố (nếu có).

2. Thuốc nhỏ mắt chứa kháng sinh.

Có thể dùng chloramphenicol, ofloxacin, neomycin... thực tế thì không cần thiết phải dùng lắm.

3. Thuốc bổ mắt nếu thích như Tobicom 1 viên x 1-2 lần/ngày.

3. Cephalosporin thế hệ 3 hoặc FQ đường uống – chỉ dùng trong viêm kết mạc do lậu cầu, bạch hầu. Có thể dùng một trong các loại kháng sinh sau khi bệnh tiến triển nặng, kèm theo triệu chứng toàn thân.

Cực kỳ thận trọng khi sử dụng corticoid vì có thể làm bệnh nặng hơn dẫn đến loét giác mạc! Để giảm đau có thể sử dụng Paracetamol.

2. Đau mắt hột.

Trên mắt, *Chlamydia* có thể gây bệnh đau mắt hột với triệu chứng: Viêm kết mạc mạn tính, đau mắt, hình thành nhiều hột trong mí mắt, lông mắt mọc không đều. Nếu không điều trị, có thể dẫn tới mù lòa.

➤ Điều trị: Rửa mắt sạch sẽ bằng nước muối sinh lý 0,9% + kháng sinh + thuốc bổ mắt.

1. Mỡ Tetracyclin 1%: bôi tối trước khi đi ngủ liên tục trong 6 tuần.

2. Azithromycin: 1g PO uống 1 liều duy nhất trong 1 năm.

3. Lẹo mắt.

Lẹo hay mụn lẹo là một tình trạng nhiễm trùng tuyến nhờn ở mi mắt, tạo ra một vùng lõi đỏ ấn đau ở vùng rìa của mi mắt. Lẹo có thể là lẹo ngoài hoặc lẹo trong.

❖ Triệu chứng: Mọc mụn ở mi mắt, đau, có mủ.

Nguyên nhân thường là do các tụ cầu *Staphylococcus* như *S. aureus*, *S. epidermidis*... Thông thường lẹo tự mất sau một vài ngày hay tuần mà không cần điều trị đặc hiệu. Lẹo có thể xảy ra ở bất kỳ độ tuổi nào.

1. NaCl 0,9%.

2. Bôi mỡ kháng sinh teracyclin vào bờ mi hoặc dùng thuốc nhỏ mắt chứa kháng sinh.

3. Có thể dùng Paracetamol và Alpha nếu sưng, đau nhức nhiều.

4. Trong trường hợp đau sưng nhiều, có thể uống kháng sinh toàn thân như cephalosporin thế hệ 1 (không dùng cephalosporin thế hệ 3 và quinolon thế hệ 2 do tác dụng hạn chế trên tụ cầu gr (+)).

Thực tế đa số trường hợp chỉ bị nhẹ, ít đau sưng. Đau tại bờ mi.

VIÊM ĐƯỜNG TIẾT NIỆU

Viêm đường tiết niệu là tình trạng viêm nhiễm xảy ra trên đường tiết niệu do vi khuẩn, hầu hết là do *E. coli*. Bệnh có tỷ lệ gặp ở nữ nhiều gấp 5 lần nam, nguyên nhân là do vị trí cơ quan sinh dục của nữ gần với hậu môn nên khả năng nhiễm *E. coli* từ hậu môn lên tiết niệu cao hơn nam giới. Khoảng 20-40% phụ nữ từng bị viêm đường tiết niệu.

Vi khuẩn xâm nhập chủ yếu theo đường viêm ngược dòng, từ bộ phận sinh dục ngoài rồi lan lên trên thận. dù là mầm bệnh nào thì chúng đều có chung một cách xâm nhập là đi từ dưới lên trên. Nhiễm trùng đường tiểu thường xuất hiện đầu tiên ở phần thấp (niệu đạo, bàng quang) và nếu không được điều trị nó có thể diễn tiến nặng lên đưa đến nhiễm trùng đường tiểu trên (niệu quản, thận).

Trong viêm đường tiết niệu, nếu có đau do co thắt cơ trơn, đau bàng quang thì uống thuốc giãn cơ trơn như *Nospa* (Drotaverine) để giảm đau.

Các kháng sinh sử dụng trong nhiễm khuẩn tiết niệu:

+ Quinolon thế hệ 2: Tốt nhất, rẻ nhất, nhưng theo các chuyên gia hàng đầu thì nên để dành cho các bệnh khác đối với phụ nữ.

Trên nam giới, quinolon là kháng sinh đầu tay do thấm tốt vào tinh hoàn.

+ TMP-SMX.

+ Nitrofurantoin và Fosfomycin hiếm thấy tại Việt Nam.

Kháng sinh β -lactam chỉ sử dụng khi các thuốc khác không có hiệu quả hoặc không thể sử dụng vì lý do mang thai, tuổi, dị ứng... hoặc dùng để dự phòng nhiễm trùng tái phát.

+ Amoxicillin/acid clavulanat: Không còn sử dụng amoxicillin đơn độc do sự tiết β -lactamase mạnh mẽ của vi khuẩn gr (-).

+ Cephalosporin thế hệ 1, 2, 3 có tác dụng tương tự nhau trong điều trị nhiễm trùng tiết niệu, do đạt nồng độ rất cao trong nước tiểu.

1. Viêm bao quy đầu.

Viêm bao quy đầu có thể gặp ở mọi lứa tuổi, thường gặp nhất là lứa tuổi sinh sản.

❖ Nguyên nhân:

+ Do vệ sinh không sạch sẽ (thường gặp ở trẻ nhỏ): Do không vệ sinh sạch sẽ các cặn bẩn sinh dục, tạo điều kiện do vi khuẩn phát triển.

+ Quan hệ tình dục không an toàn.

+ Dài và hẹp bao quy đầu tạo cơ hội cho vi khuẩn phát triển. Cần làm phẫu thuật cắt bỏ.

❖ Triệu chứng: Ngứa, sưng viêm vùng bao quy đầu, bốc mùi hôi, có thể lở loét và có mủ. Nếu có tiểu khó, tiểu dắt là do tình trạng nhiễm khuẩn đã nhiễm vào trong.

➤ Điều trị: Vệ sinh sạch sẽ + PVP + giảm viêm + kháng sinh.

1. PVP 10%.

Lộn bao quy đầu ra. Rửa sạch với xà phòng, sau đó rửa bằng PVP, lau khô.

2. Micfasoblue 40mg: 2 viên x 3 lần/ngày (tối đa 9 viên).

Dùng để sát khuẩn và giảm viêm cơ quan sinh dục và tiết niệu. Không dùng cho trẻ dưới 15 tuổi và PNCT! Uống nhiều nước.

3. Alpha 1-2 viên x 2-3 lần/ngày.

4. Corticoid dạng kem.

Bôi để giảm sưng viêm, nếu sưng viêm nhiều.

Có thể kết hợp bôi kem kháng sinh và kháng sinh đường uống như điều trị viêm bàng quang. Giảm đau bằng paracetamol. Nếu chưa cắt bao quy đầu thì cắt.

Nhà thuốc và các bác sĩ “mát tay” thường kê corticoid uống liều cao, nhưng thực tế viêm bao quy đầu chỉ cần bôi corticoid là đủ.

2. Viêm bàng quang.

Viêm bàng quang là do vi khuẩn từ niệu đạo đi lên. Là bệnh nhiễm trùng đường tiểu thường gặp nhất. Nếu không điều trị có thể dẫn tới nhiễm trùng đường tiết niệu trên (niệu quản và thận).

❖ Triệu chứng: Đau tức bụng dưới, cảm giác đau và nóng rát khi đi tiểu, tiểu rất (lạc cảm giác buồn tiểu mặc dù không còn nước tiểu), tức bụng dưới, nước tiểu rất khai và đôi khi có máu, có mủ. Thường không sốt hoặc sốt nhẹ.

➤ Điều trị: Kháng sinh + Micfasoblue + Vitamin C liều cao + giảm đau cơ trơn.

1. Micfasoblue 40mg: 2 viên x 3 lần/ngày (tối đa 9 viên).

2. Vitamin C 1-2g/ngày.

Vitamin C ngăn ngừa và làm giảm viêm bàng quang do tăng acid nước tiểu, vì thế hạn chế sự bùng phát của vi khuẩn.

3. Alverin để giảm đau.

4. Paracetamol.

5. Kháng sinh.

Liều trên phụ nữ:

- Nếu bệnh nhân không có tiền sử bệnh niệu, khởi bệnh < 3 ngày, có thể dùng liều duy nhất:
 - + Trimethoprim/Sulfamethoxazol (TMP-SMZ) 480mg: 3 viên uống liều duy nhất.
 - + Ciprofloxacin (Uniflex 1viên /1lần/1ngày).

- + Pefloxacin (Péflacine monodose 2 viên 400mg).

Chống chỉ định viêm bàng quang tái đi tái lại và phụ nữ có thai.

- Điều trị ngắn ngày (3-5) ngày:

- + TMP-SMZ viên 480 mg: 1-2 viên/lần x 2 lần/ngày trong 3-5 ngày.
- + Cephalexin 500 mg: 1- 2 viên/lần x 2 lần/ngày cách nhau 12 giờ trong 5 ngày.
- + Nitrofurantoin 100 mg: 1 viên/lần x 2 lần/ngày cách nhau 12 giờ trong 5 ngày.
- + Amoxicillin/Clavulanate 625 mg: 1 viên/lần x 2 lần/ngày cách nhau 12 giờ trong 5 ngày.
- + Norfloxacin 400 mg, uống mỗi lần 1 viên cách nhau 12 giờ trong 3 - 5 ngày.

Ở phụ nữ, FQ không phải là lựa chọn đầu tay trừ khi điều trị các kháng sinh khác thất bại hoặc đã tái phát.

PNCT sử dụng Cephalexin hoặc Amoxicillin/Clavulanate liều như trên, trong 7 ngày. Không dùng TMP-SMZ vì gây quái thai, không dùng FQ vì ảnh hưởng gân xương thai nhi, không dùng nitrofurantoin vì nguy cơ gây tan huyết sơ sinh.

Liều trên nam giới:

- + TMP-SMZ viên 480 mg: 2 viên/lần x 2 lần/ngày trong 7 - 10 ngày.
- + Cephalexin 500 mg : 2 viên/lần x 2 lần/ngày trong 7- 14 ngày.
- + Amoxicillin/Clavulanate 1000 mg: 1 viên/lần x 2 lần/ngày trong 7- 14 ngày.
- + Norfloxacin 400 mg: 1 viên/lần x 2 lần/ngày trong 7-14 ngày.

Nam giới ưu tiên sử dụng FQ do thâm tốt vào tuyến tiền liệt.

- Tái phát: Chẩn đoán viêm bàng quang cấp hay tái phát khi có viêm bàng quang cấp ≥ 4 lần trong năm.

Phòng ngừa bằng cách uống liên tục trong 3 tháng:

+ Kim Ngân Hoa kết hợp Kim Tiền Thảo. Kim Ngân Hoa kháng khuẩn *E.coli*, còn Kim Tiền Thảo giúp lợi tiểu. Kết hợp với vitamin C 1g/ngày.

+ BHYT khuyến cáo sử dụng liên tục trong 3 tháng với kháng sinh đường tiêu hóa thấp nhất, uống trước khi đi ngủ.

Uống đủ nước, nước tiểu ít nhất > 1,5 lít/24h và không nhịn tiểu quá 6 giờ là một yếu tố quan trọng giúp điều trị và dự phòng nhiễm khuẩn.

Khi dùng giấy vệ sinh để vệ sinh sau khi đi tiêu, nên lau từ trước ra sau để tránh dính phân lên bộ phận sinh dục. Tránh mặc đồ lót quá chật, ẩm ướt. Thay thường xuyên băng vệ sinh, tránh để lâu. Nên đi tiểu ngay sau quan hệ tình dục.

3. Viêm đường tiết niệu trên cấp.

Là tình trạng nhiễm trùng cấp niệu quản và thận như viêm thận cấp và viêm bể thận cấp... Đây là tình trạng cấp cứu y khoa vì có thể dẫn tới suy thận cấp và tử vong.

❖ Triệu chứng: Ốn lạnh, sốt cao, buồn nôn, nôn mửa, đau thắt lưng hoặc đau vùng mạn sườn. Môi khô lưỡi bẩn. Hội chứng bàng quang cấp.

➤ Xử trí: Đây là cấp cứu y khoa, phải chuyển ngay đến cơ sở y tế gần nhất.

Kháng sinh đường tiêu hóa cao nhất dung nạp được + Oresol bù nước và điện giải + giãn cơ trơn.

4. Viêm tuyến tiền liệt cấp.

Viêm tuyến tiền liệt cấp tính là một tình trạng nhiễm khuẩn nặng, thường đi kèm với viêm bàng quang cấp tính. Vì vậy triệu chứng lâm sàng cũng giống như viêm bàng quang cấp nhưng thường kèm theo có sốt cao, thậm chí có thể gây nhiễm khuẩn huyết. Vì vậy, viêm tuyến tiền liệt cấp tính cần được điều trị sớm và đúng, đủ liều thuốc và đủ thời gian.

❖ Triệu chứng: Hội chứng bàng quang cấp. Thường có sốt cao, kèm gai rét. Tuyến tiền liệt sưng to và đau. Đau nhiều vùng niệu đạo.

Bệnh gây đau nhiều nên bệnh nhân thường đến điều trị tại bệnh viện.

➤ Điều trị: FQ khi chưa có kết quả cấy vi khuẩn + NSAID + uống nước để nước tiểu đạt 2l/24h + giãn cơ trơn.

Ưu tiên FQ khi chưa có kết quả cấy vi khuẩn, vì FQ thấm tốt vào tuyến tiền liệt. Sử dụng trong 14-28 ngày. Thường dùng là: Levofloxacin 500 mg, 1 viên/lần x 1 lần/ngày trong 14- 28 ngày.

Có thể thay thế bằng Nofloxacin, Ofloxacin hoặc TMP-SZM.

Nếu cần phối hợp 2 kháng sinh, có thể phối hợp FQ với Cephalosporin thế hệ 3 - 4 hoặc Amoxicilline/clavulanate.

5. Viêm niệu đạo.

Viêm niệu đạo là tình trạng viêm trong đường dẫn nước tiểu. Viêm niệu đạo có thể là tổn thương đơn độc hoặc phối hợp với viêm bàng quang, viêm thận bể thận, viêm tiền liệt tuyến, viêm tinh hoàn và mào tinh hoàn. Tác nhân gây bệnh thường là do vi khuẩn gây bệnh hoa liễu như Lậu cầu, Chlamydia và E.coli.

❖ Triệu chứng: Cảm giác nóng rát và đau khi đi tiểu, có khi có mủ. Ngứa và sưng niệu đạo.

➤ Điều trị: Vệ sinh sạch sẽ + kháng sinh đường tiết niệu + giảm đau + Vitamin C liều cao.

1. Micfasoblue 40mg: 2 viên x 3 lần/ngày (tối đa 9 viên).

2. Kháng sinh, kháng nấm. Điều trị theo tác nhân gây bệnh.

3. Paracetamol.

4. Vitamin C 1g/ngày.

5. Nospa (Drotaverine) 40mg: 1-2 viên x 3-4 lần/ngày.

Dùng khi có đau thắt cơ trơn.

VIÊM ÂM ĐẠO

Viêm âm đạo (vaginitis) là bệnh thường gặp nhất trong các viêm nhiễm đường sinh dục ở phụ nữ. Bệnh tác động nhiều đến đời sống và sinh hoạt của người phụ nữ và để lại nhiều di chứng và biến chứng ảnh hưởng đến khả năng sinh sản và các vấn đề sức khỏe lâu dài. Do cấu trúc về giải phẫu niệu đạo gần với âm đạo nên các tác nhân gây bệnh từ âm đạo dễ xâm nhập vào niệu đạo và gây viêm niệu đạo.

Tác nhân gây viêm âm đạo - niệu đạo có thể có nhiều loại: vi khuẩn, ký sinh trùng và virus. Viêm âm đạo - niệu đạo do vi khuẩn thường gặp nhất là *Lậu cầu*, sau đó là *C. trachomatis* và *Mycoplasma*. Hiếm gặp các vi khuẩn thông thường. Các tác nhân khác là KST *Trichomonas vaginalis*, nấm *Candida* và HVS.

Cần xem xét tiền sử mới có quan hệ tình dục từ vài ngày đến vài tuần hoặc không.

❖ **Phân loại:**

1) Do tạp khuẩn thông thường.

Hay gặp ở người mãn kinh hoặc ở trẻ gái trước dậy thì hoặc ở phụ nữ bị cắt hai buồng trứng. Triệu chứng:

- + Âm hộ viêm, đỏ, ngứa, sung huyết.
- + Khí hư vàng như mủ, có thể lẫn ít máu.
- + Âm đạo sung huyết, đỏ.

Sử dụng kháng sinh như điều trị viêm bàng quang.

2) Viêm âm đạo do vi khuẩn kỵ khí.

Tác nhân: *Mobiluncus*, *Mycoplasma hominis*, *Bacteroides* species, *G. vaginalis*. Triệu chứng:

- + Khí hư nhiều, loãng màu trắng hoặc xám, mùi hôi khó chịu đặc biệt sau giao hợp.
- + Ngứa và khó chịu âm hộ - âm đạo.

Kháng sinh:

- + Metronidazol 400mg uống/12h x 07 ngày.
- + Hoặc gel metronidazol 0,75% bôi âm đạo trước lúc ngủ x 5 ngày.
- + Hoặc gel clindamycin 2% bôi âm đạo trước lúc ngủ x 7 ngày.

Với phụ nữ có thai:

- + Clindamycin 300mg uống/12 giờ x 7 ngày.
- + Hoặc gel clindamycin 2% bôi âm đạo trước lúc ngủ x 7 ngày.

3) Viêm âm đạo do Lậu, *Chlamydia* và *Mycoplasma*.

- + Tiết dịch niệu đạo.
- + Đái buốt, đái khó, ra máu.
- + Ngứa rát âm đạo, đau khi giao hợp, khí hư nhiều và hôi.
- + Viêm cổ tử cung.

Điều trị như mắc bệnh hoa liễu.

4) Viêm âm đạo do *Trichomonas vaginalis*.

70% số người nhiễm không có triệu chứng. Nếu có, triệu chứng thường xuất hiện sau 5-28 ngày ủ bệnh.

- + Huyết trắng ra nhiều, màu vàng xanh, loãng, có bọt, mùi tanh.
- + Giao hợp đau.
- + Có thể ngứa, tiểu rát.

Điều trị: 1 trong 3 phác đồ sau (Metronidazol dùng được cho PNCT)

- + Metronidazol 2g hoặc Tinidazole 2g uống liều duy nhất. Theo nghiên cứu, 95-97% khỏi sau 1 liều duy nhất.
- + Metronidazol 500mg uống 2 lần/ngày x 7 ngày (BYT khuyến cáo).
- + Đặt âm đạo Metronidazol 250mg/ngày trong 10 ngày.

Kết hợp dùng với kem acid boric.

Tinidazole có nhiều ưu điểm: đạt được nồng độ trong máu cao, phân bố tốt đến hệ niệu, thời gian bán hủy dài và ít tác dụng phụ về đường tiêu hóa hơn Metronidazol, nhưng về giá thành thì cao hơn nhiều.

Trường hợp nhiễm *T.vaginalis* dai dẳng do kháng thuốc hoặc không chịu tuân thủ:

- + Metronidazol 2g hoặc Tinidazole uống mỗi ngày trong 07 ngày.
- Sử dụng thuốc phải kết hợp với:
 - + Vệ sinh bộ phận sinh dục thường xuyên là rất cần thiết.
 - + Điều trị cho cả vợ và chồng. Trong thời gian đang điều trị không được giao hợp.
 - + Phải phối hợp diệt *Trichomonas* với diệt vi khuẩn và *Candida*. Vì vậy, nên dùng kèm acid boric phối hợp điều trị.

5) Viêm âm đạo do nấm *Candida*.

Candida thường có mặt trong âm đạo với số lượng nhỏ, bình thường không gây bệnh. Khi có sự suy giảm miễn dịch (HIV/AIDS, hóa trị) hoặc sự rối loạn hệ vi sinh như dùng kháng sinh dài ngày, *Candida* có điều kiện phát triển gây bệnh. Các tác nhân thuận lợi khác là mang thai và tiểu đường, chế độ ăn nhiều đường. Triệu chứng:

- + Huyết trắng nhiều, màu phô mai, thường không mùi.
- + Ngứa âm đạo, có thể sưng và phù nề.
- + Đau khi quan hệ tình dục.
- + Đau rát khi đi tiểu.
- Điều trị: Fluconazol 150mg liều duy nhất.

Có thể kết hợp đặt âm đạo hoặc kem: butoconazole , clotrimazole , miconazole , nystatin , tioconazol , terconazole.

- Phòng ngừa:
 - + Probiotics (hoặc là thuốc viên hoặc sữa chua) giúp phòng ngừa nhiễm nấm do làm cân bằng hệ vi sinh và hạ pH âm đạo. Không có bằng chứng về lợi ích khi đã phát triển thành bệnh do *Candida* (các nghiên cứu).
 - + Dự phòng tái phát: Liều 150 mg uống 1 lần trong tháng, thời gian dự phòng 6 - 12 tháng (BYT).

6) Viêm âm đạo do Herpes sinh dục (Xem bài *Herpes virus*).

VIÊM PHẦN PHỤ

Viêm phần phụ là tình trạng viêm nhiễm ở buồng trứng, vòi tử cung, dây chằng rộng. Viêm phần phụ thường bắt đầu từ viêm vòi tử cung, sau đó lan ra xung quanh. Viêm phần phụ có liên quan mật thiết với quan hệ tình dục. Ngoài ra nó còn là hậu quả của các biến chứng trong sinh đẻ như nạo sót nhau, bóc rau sau đẻ, đặt dụng cụ tử cung (DCTC) không đảm bảo vô khuẩn và nhất là trong các trường hợp phá thai an toàn.

❖ Tác nhân: Thường gặp là *Lậu cầu* và *Chlamydia*, ngoài ra còn có các vi khuẩn khác. Thường là nhiễm trùng phối hợp.

❖ Có 3 tình trạng chính:

+ Cấp tính: Thường xảy ra sau đẻ, sau sảy thai hoặc sau các can thiệp thủ thuật ở vùng tiểu khung như nạo hút, đặt vòng, tháo vòng và sau viêm âm đạo cấp do lậu.

Triệu chứng: Đau vùng bụng dưới đột ngột, đau hơn khi đi lại, thường đau cả 2 bên (90%); rối loạn kinh nguyệt (50%); mót rặn, đi nặng, tiểu khó (15-25%), nhiều khí hư.

+ Bán cấp tính: Đau âm ỉ vùng hạ vị hoặc thắt lưng, rong kinh.

+ Mạn tính: Sau đau cấp tính nhưng không chữa trị. Đau vùng hạ vị hai bên hố chậu, thường có một bên đau trội hơn, đau nhiều hơn khi vận động. Rong kinh.

❖ Phân biệt:

+ Viêm ruột thừa cấp: viêm phần phụ thấy đau cả 2 bên, điểm của phần phụ phải thấp hơn điểm đau của ruột thừa viêm.

+ Chửa ngoài tử cung: Chậm kinh, đau bụng một bên hố chậu, rong huyết. Có dấu hiệu có thai.

➤ Điều trị: Dĩ nhiên là đưa đến ngay bệnh viện.

➤ Kháng sinh:

Phác đồ A:

- + Ceftriaxone 250 mg (IM) một liều duy nhất
- + Doxycycline 100 mg (PO) 1 viên x 2 lần/ngày (cách 12 giờ) x 14 ngày
- ± Metronidazole 250 mg (PO) 2 viên x 2 lần/ngày (cách 12 giờ) x 14 ngày (trong trường hợp có bằng chứng hoặc nghi ngờ viêm âm đạo hoặc bệnh nhân đã trải qua thủ thuật phụ khoa trong vòng 2-3 tuần trước)

Phác đồ B:

- + Cefotaxim 1g (IM) hoặc các CPS thế hệ 3 khác 1 liều duy nhất
- + Doxycycline 100mg (PO) 1 viên x 2/ngày (cách 12 giờ) x 14 ngày
- ± Metronidazol 250mg (PO) 2 viên x 2/ngày (cách 12 giờ) x 14 ngày (trong trường hợp có bằng chứng hoặc nghi ngờ viêm âm đạo hoặc bệnh nhân đã trải qua thủ thuật phụ khoa trong vòng 2-3 tuần trước)

Có thể phối hợp Clindamycin (PO) 300mg x 3 lần/ngày.

VIÊM TINH HOÀN, VIÊM MÀO TINH HOÀN

1. Viêm mào tinh hoàn.

Viêm mào tinh hoàn thường xảy ra ở một bên và khởi phát cấp tính. Viêm mào tinh hoàn cấp tính ở nam giới trẻ có liên quan đến hoạt động tình dục và nhiễm trùng của bạn tình.

- ❖ Nguyên nhân:.. Phần lớn các trường hợp viêm mào tinh hoàn là do mầm bệnh tiết niệu thông thường như E.coli. Ở các bệnh nhân có quan hệ tình dục không an toàn (<35 tuổi) thì thường là do mầm bệnh hoa liễu, 2/3 trong số đó là *C.trachomatis*, sau đó là *Lậu cầu*, ngoài ra còn có một số mầm bệnh khác.
- ❖ Triệu chứng: Viêm và sưng tấy thường bắt đầu ở đuôi mào tinh hoàn, sau đó lan đến phần còn lại của mào tinh và mô tinh hoàn. Thừng tinh căng và sưng.

Bệnh nhân viêm mào tinh hoàn do mầm bệnh lây truyền qua đường tình dục đều có tiền sử quan hệ tình dục, và các mầm bệnh có thể nằm im trong nhiều tháng trước khi khởi phát các triệu chứng. Cần xem xét tình trạng viêm niệu đạo và chảy mủ niệu đạo.

Viêm mào tinh hoàn mạn có thể là triệu chứng của lao tinh hoàn.

➤ Điều trị: Kháng sinh + treo tinh hoàn.

1. Kháng sinh.

Các fluoroquinolones là thuốc lựa chọn đầu tiên (ví dụ ofloxacin và levofloxacin), vì phổ kháng khuẩn rộng và dễ thâm nhập vào mô đường sinh dục nam. Ví dụ:

- + Ofloxacin 200mg: 1 viên/lần x 2 lần/ngày trong 14 ngày.
- + Levofloxacin 250mg x 1 lần/ngày trong 14 ngày.
- + Norfloxacin 400 mg: 1 viên/lần x 2 lần/ngày trong 14 ngày.

Ofloxacin tác dụng mạnh hơn Ciprofloxacin trên *C. trachomatis*. Nếu phát hiện *C. trachomatis* là nguyên nhân gây bệnh, điều trị với doxycycline 200 mg/ngày, trong ít nhất 2 tuần. Macrolide có thể được sử dụng như là thuốc thay thế.

Điều trị hỗ trợ gồm:

- Nghỉ ngơi, nâng cao tinh hoàn và điều trị chống viêm.
- Ở nam giới trẻ, viêm mào tinh hoàn có thể dẫn đến tắc các ống mào tinh và gây vô sinh, do đó, nên điều trị kết hợp với corticoid.

2. Methylprednisolone 40 mg/ngày.

Methylprednisolone, 40 mg/ngày và giảm liều một nửa mỗi 2 ngày.

2. Viêm tinh hoàn

Viêm tinh hoàn do quai bị là loại thường gặp, xảy ra khoảng 20-30% bệnh nhân sau tuổi dậy thì do nhiễm virus quai bị. Quá trình viêm tinh hoàn, đặc biệt là do virus gây nên. Viêm tinh hoàn mạn tính nguyên phát là một dạng bệnh u hạt, và nguyên nhân không rõ thường hiếm gặp.

LÝ TRỰC KHUẨN

Lý trực khuẩn là bệnh viêm đại tràng cấp do trực khuẩn lý *Shigella* gây nên. Bệnh thường diễn ra nhanh, cấp tính. Thời kỳ ủ bệnh ngắn từ 1-7 ngày.

Bệnh phát đột ngột, không có dấu hiệu báo trước với 2 hội chứng:

- ❖ Hội chứng nhiễm khuẩn: Sốt cao 38 - 39⁰C hoặc hơn, rét run, nhức đầu, mệt mỏi, đau lưng, đau khớp. Ở trẻ em có thể có cơn giật, đồng thời chán ăn, khát nước, đắng miệng, buồn nôn (đôi khi bị nôn), BC tăng cao (10.000 - 13.000).
- ❖ Hội chứng lỵ: Đau bụng, lúc đầu đau âm ỉ quanh rốn rồi lan ra toàn bụng theo khung đại tràng, cuối cùng thành cơn đau quặn bụng, khu trú ở hố chậu trái làm bệnh nhân muốn đại tiện, mót rặn và rắt hậu môn khi đại tiện, mỗi ngày đi hơn 10 lần. Lúc đầu phân sệt, sau loãng, rất thối, lẫn với nhầy và máu. Máu không tươi mà hồng nhạt hoặc sẫm như máu cá.

Có thể phân ra lỵ làm 3 cấp thường gặp nhất:

- + Thể nhẹ, cấp tính: Có hội chứng nhiễm khuẩn nhẹ hoặc không rõ, sốt nhẹ hoặc không sốt, váng đầu. Hội chứng lỵ nhẹ: đau quặn bụng, đi dưới 10 lần/ngày. Bệnh tự giảm nhanh.
 - + Thể vừa, cấp tính: Sốt 38-40⁰C từ 1-4 ngày, đau đầu, mệt mỏi, mạch nhanh, huyết áp hạ ít. Đi ngoài từ 15-20 lần/ngày, mất nước.
 - + Thể nặng, cấp tính: Ít gặp, hội chứng nhiễm khuẩn và hội chứng lỵ rõ rệt.
 - + Thể dạ dày - ruột cấp: bắt đầu đột ngột, tiến triển nhanh, nôn nhiều lần, phân loãng, không nhầy máu, đau bụng lan tỏa, sau đó bệnh có thể diễn biến như thể lỵ điển hình.
 - + Thể mạn tính: Ít gặp, thường thấy ở trẻ em, người già hoặc người suy giảm miễn dịch.
- Điều trị: Kháng sinh + bù nước + giảm co thắt cơ trơn + berberin.

1. Kháng sinh:

Các thuốc được BHYT khuyến cáo sử dụng điều trị trực khuẩn lỵ *Shigella* hiện nay là:

- + Ciprofloxacin 500 mg x 2 lần/ngày hoặc
- + Pefloxacin 400 mg x 2 lần/ngày hoặc
- + Ofloxacin 200 mg x 2 lần/ngày hoặc

+ Levofloxacin 500 mg x 1 lần/ngày. Tất cả sử dụng trong 5 ngày.

Hoặc 2. Ampicillin/Sulbactam 12,5-25 mg/kg x 4 lần/ngày x 5 ngày.

3. Oresol uống bù dịch.

4. Paracetamol 10-15mg/kg/lần mỗi 4-6 giờ.

5. *Buscopan* (Hyoscine N-Butylbromide) viên 10 mg x 2 viên/1 lần, 2 - 4 lần/ngày.

Giảm đau do co thắt cơ trơn. Có thể sử dụng các loại khác như Alverin, Visceralgin...

6. Metoclopramid 10mg: 1-2 viên/lần x 2-3 lần/ngày.

Thuốc điều hòa nhu động ruột và chống nôn.

7. Berberin 50mg. 2-3 viên x 2 lần/ngày.

THƯƠNG HÀN

Thương hàn là bệnh truyền nhiễm cấp tính lây bằng đường tiêu hoá do trực khuẩn *Salmonella* (*Typhi* và *paratyphi* A, B) gây nên. Biểu hiện lâm sàng là một hội chứng nhiễm trùng nhiễm độc toàn thân nặng, kèm theo tổn thương đặc hiệu tại đường tiêu hoá. Bệnh lây lan nhiều nhất ở lứa tuổi 5-19 tuổi.

- ❖ Triệu chứng: Đặc trưng bởi sốt liên tục, sốt cao lên đến 40°C, vã nhiều mồ hôi, viêm dạ dày ruột và tiêu chảy không có màu. Ít gặp hơn là bang dật, chấm màu hoa hồng có thể xuất hiện.

Một cách điển hình, diễn tiến của bệnh thương hàn không được điều trị được chia làm bốn giai đoạn riêng rẽ, mỗi giai đoạn kéo dài khoảng một tuần:

- + Tuần thứ nhất (thời kỳ khởi phát): Sốt nhẹ sau tăng dần tới 40°C trong vòng 1 tuần. Đau đầu, suy nhược, mất ngủ, chóng mặt, buồn nôn, ho. Có thể chảy máu mũi. Nhịp tim chậm.
- + Tuần thứ hai (thời kỳ toàn phát): Sốt cao 40°C, nhịp tim chậm, điển hình là với mạch dội đôi. Mê sảng, li bì. Chấm hoa hồng xuất hiện ở phần thấp ngực và bụng khoảng 1/3 bệnh nhân. Có ran ngáy ở đáy phổi. Bụng chướng căng và đau, nghe bụng sôi.

Tiêu chảy có thể xảy ra, đi tiêu 6-8 lần/ngày, phân màu xanh lục hoặc màu vàng bí ngô hoặc đỏ nâu, mùi đặc trưng giống mùi súp đậu.

- + Tuần thứ ba: Triệu chứng như tuần thứ hai, có thể xảy ra biến chứng như xuất huyết tiêu hóa, viêm não... Tử vong xảy ra ở 20-30% ca không được điều trị. Dùng kháng sinh kịp thời, tỷ lệ tử vong giảm xuống 1%.
- + Tuần thứ tư: Giảm sốt dần, đỡ tiêu chảy và dần dần hết bệnh.
- Điều trị: Kháng sinh + điều trị hỗ trợ.

1. Kháng sinh.

Salmonella đã kháng lại: ampicillin, amoxicillin, chloramphenicol, co-trimoxazol.

Vì khuẩn còn nhạy cảm tương đối cao với FQ (ciprofloxacin, ofloxacin và pefloxacin), tiếp theo là cephalosporin thế hệ III (cefotaxim, ceftriaxon). Có thể sử dụng azithromycin.

- + Ciprofloxacin hoặc ofloxacin: 15 mg/kg/ngày, có thể lên tới 20 mg/kg/ngày.
- + Cephalosporin thế hệ III: 2 - 3 g/ngày.
- + Azithromycin: 1 g/ngày.

Thời gian: 5 - 7 ngày hoặc 10 - 14 ngày đối với trường hợp có biến chứng.

2. Oresol uống bù dịch.

3. Seduxen 5mg x 2 lần/ngày.

Dùng nếu có đau đầu, mất ngủ. Không dùng corticoid trong trường hợp thông thường, chỉ dùng trong trường hợp có nhiễm độc nặng.

➤ Chăm sóc điều dưỡng:

- + Người bệnh thương hàn cần ăn đủ calor, nên ăn thức ăn dễ tiêu, mềm, ít chất bã/chất xơ.
- + Sốt cao: Lau mát để hạ nhiệt, các thuốc hạ nhiệt nhóm Nhóm salicylate không được dùng vì có thể gây vã mồ hôi, hạ nhiệt độ, hạ huyết áp đột ngột, giảm tiêu cầu, kích thích ruột.

- + Xoay trở chống loét, vệ sinh da, răng miệng mỗi ngày, nuôi ăn qua đường miệng đường tĩnh mạch.
- + Không được thụt tháo hay dùng thuốc tẩy xổ vì có thể gây thủng ruột hoặc xuất huyết tiêu hóa.

LOẠN KHUẨN RUỘT

Loạn khuẩn là sự mất cân bằng giữa vi khuẩn có lợi và vi khuẩn có hại ở đường ruột, thường xuất hiện sau khi dùng kháng sinh phổ rộng, liều cao, dài ngày. Kháng sinh thường gây tiêu chảy là nhóm β -lactam, clindamycin, macrolid. Kháng sinh ít gây tiêu chảy là: FQ, AG, Sulfamid.

- Triệu chứng: Tiêu chảy kéo dài, phân lỏng nhão hoặc tiêu ra mỡ. Do rối loạn tiêu hóa nên hấp thu kém, nên cơ thể suy kiệt, có thể thiếu máu, phù, sốt nhẹ.

Hệ vi khuẩn đường ruột của trẻ chưa ổn định nên thường bị bệnh nặng hơn người lớn.

- Điều trị: Berberin + bù nước điện giải + ngưng kháng sinh điều trị.

1. Probiotic 2 gói/lần x 2-3 lần/ngày.

Thực tế thì bổ sung probiotic không chứng minh được vai trò của nó trong tiêu chảy ở người lớn, và chỉ một vài loại chứng minh được khả năng giảm tiêu chảy ở trẻ em do *Rotavirus*. Để vào đây, uống cho vui. Không dùng cũng được.

2. Berberin 200-300mg/ngày chia làm 2 lần.

Berberin có vai trò kiềm chế những vi khuẩn có hại đường ruột nhưng không ảnh hưởng đến các lợi khuẩn, đồng thời ức chế sự tiết độc tố của vi khuẩn như *C. difficile*.

3. Oresol bù nước điện giải.

Nên ăn những thức ăn có nhiều lợi khuẩn như sữa chua, đậu phụ. Tạm thời hạn chế ăn đồ ngọt. Nên ngưng kháng sinh, trong trường hợp không thể ngưng kháng sinh điều trị thì thêm:

4. Metronidazol 500mg x 3 lần/ngày hoặc Vancomycin nếu có tình trạng nhiễm *C. Difficile*.

NHIỄM TRÙNG RĂNG MIỆNG

Nhiễm trùng răng miệng là các bệnh nhiễm trùng liên quan đến răng miệng, thường là nhiễm trùng do răng bị sâu, viêm mô tế bào, viêm xương hàm...

- ❖ Triệu chứng: Đau răng nếu có răng sâu, sưng nóng, căng đau. Đau nhức dữ dội lan tỏa khắp xương hàm. Có thể có sốt và ớn lạnh.
- Điều trị: Kháng sinh + giảm đau + Rutin C + giảm viêm.

1. Kháng sinh.

β -lactam thường được ưu tiên lựa chọn vì an toàn, ít tác dụng phụ, hiệu quả trên tụ cầu, liên khuẩn. Thường dùng Amoxicillin và phenoxymethylpenicillin.

Các kháng sinh spiramycin, erythromycin, doxycycline, clindamycin đều có khả năng tiêu diệt các vi khuẩn cư trú ở vùng răng miệng và hầu họng.

Metronidazol không hiệu quả lắm để điều trị đơn độc nhiễm trùng răng miệng, nên thường được phối hợp với spiramycin thành một loại thuốc đặc trị viêm vùng răng miệng như biệt dược *Rodogyl*, *Naphacogyl*...

Rodogyl không dùng cho trẻ dưới 6 tuổi và PNCT do dạng bào chế không thích hợp.

2. Paracetamol.

3. Rutin C.

Rutin làm bền mạch máu, giảm chảy máu nướu, lợi trong viêm lợi. Vitamin C giúp tăng đề kháng.

4. Alpha hoặc Seratiol speptid làm giảm viêm.

Đi đến Nha sĩ để được tư vấn đầy đủ. Có thể nhổ răng hoặc trám răng sâu. Nên súc miệng thường xuyên bằng nước sát khuẩn như muối sinh lý 0,9%, Flour, acid boric, kẽm sulfat, menthol...

NHÓM 7: CÁC BỆNH DO VIRUS

SÓT SIÊU VI

Sốt siêu vi là thuật ngữ chỉ chung những trường hợp sốt do nhiễm các loại siêu vi trùng (virus) khác nhau. Phần lớn sốt siêu vi không nguy hiểm, thường tự khỏi sau vài ngày, nhưng cũng có một số bệnh đưa đến tử vong ở trẻ em.

- ❖ Triệu chứng: sốt 38 - 38,5 độ, khi sốt người mệt do bị co cơ, không sốt cao, sốt có tính chất chu kì, khoảng 6-8h lại sốt lại 1 lần, không ho, không viêm họng. Đau đầu theo mạch đập. Có thể nôn.

Đau đầu trong sốt siêu vi rất đặc trưng với dấu hiệu quay cuồng, nhức đầu dữ dội, đau nhói theo nhịp đập của tim. Khi sờ vào hai huyệt thái dương của người bệnh đang đau đầu thì có thể cảm giác thái dương đập mạnh. Người đau đầu có xu hướng nhắm nghiền mắt và nằm co lại, li bì đi vì choáng váng. Nguyên nhân là do mạch máu não căng ra tạo áp lực lên não.

- Điều trị: Paracetamol + chườm mát, nghỉ ngơi + bù nước và điện giải + cho ăn lỏng nhẹ + điều trị các triệu chứng khác.

1. Paracetamol 10mg/kg/lần mỗi 4-6 giờ.

Hoặc *Hapacol Codein* nếu dùng Para đơn độc không hết đau.

2. Oresol nếu có sốt hoặc nôn.

3. Thymomodulin 1-2 viên/ngày + Vitamin C.

Để tăng cường miễn dịch và sức đề kháng.

4. Viên nang gừng 250mg 4 viên/ngày.

Dùng trong trường hợp bị nôn do sốt siêu vi. Nếu có nôn sẽ là nôn cấp tính. Có thể thay thế viên nang gừng bằng metoclopramid hoặc domperidon, thuốc dùng được cho cả trẻ em. Metoclopramid thuộc bảng A thai kỳ nên có thể sử dụng trên PNCT.

Dùng thuốc chống nôn ưu tiên trên PN cho con bú nên là meclizine. Dược thư quốc gia Việt nam (bản mới mình chưa có đọc nên không biết bản mới sao) khuyến cáo không nên dùng trong thời kì này, tuy nhiên ở nước ngoài đánh giá metoclopramide cũng như domperidon đều ở mức an toàn và có thể dùng.

BỆNH DO HERPES VIRUS

1. Bệnh thủy đậu.

Bệnh thủy đậu là bệnh do virus *Varicella zoster* gây ra. Bệnh chủ yếu ở trẻ em.

- ❖ Triệu chứng: Nổi mụn nước ở toàn thân, màu đỏ, có kích thước từ 1-3 mm, chứa dịch trong, màu đỏ. Có thể có sốt, đau đầu, đau cơ, nôn ói. Nếu chưa tiêm ngừa, có thể có sốt, đau đầu, đau cơ, nôn ói. Bệnh kéo dài từ 7-10 ngày. Mụn nước không để lại sẹo.

Nếu đã được tiêm ngừa bằng vaccin, triệu chứng thường nhẹ, thoáng qua.

- Điều trị: Kháng virus + NSAIDs + kháng H₁ chống ngứa + bôi xanh methylen + vitamin B₂ + hạ sốt nếu có sốt + Vitamin C + kháng sinh nếu có mủ.

1. Acyclovir: 800 mg x 5 lần/ngày.

Trẻ em dưới 12 tuổi: 20mg/kg x 4 lần/ngày.

Liều trên là theo hướng dẫn của BYT. Thực tế nhiều nhà thuốc dùng 800mg x 3 lần/ngày vẫn đáp ứng, có kém hơn hay không thì chưa biết. Quá liều ở Acyclovir chỉ xảy ra khi bệnh nhân dùng quá 20g Acyclovir/ngày.

2. Xanh methylen 1%. Bôi ngoài da.

Có thể thay thế bằng kem bôi acyclovir 5%.

3. Fexofenadine 60mg x 2 lần/ngày.

Với trẻ dưới 12 tuổi thì dùng: 4b. Chlorpheniramine 2mg x 2 lần/ngày.

4. Vitamin B₂ 2mg: 2-4 viên x 2 lần/ngày.

4 thuốc trên là 4 thuốc cơ bản của điều trị Thủy đậu. Tùy vào tình hình mà có thể cho :

5. Paracetamol 500mg x 2 lần/ngày – ***nếu có đau.***

Nếu có sốt thì dùng Paracetamol dạng sủi liều 500mg vì tốc độ tác dụng nhanh hơn.

6. Cephalixin 500mg x 3 lần/ngày – ***nếu có bội nhiễm vi khuẩn (sưng tấy, đỏ, đau hoặc có mủ).***

7. Etifoxin chlohydrat (*Stresam 50mg*): 1 viên x 2 lần/ngày

Dùng nếu ngứa nhiều, khó chịu, mất ngủ, căng thẳng.

8. Multivitamin. Bổ sung vitamin C bằng thực phẩm như cam chanh tốt hơn là dùng thuốc.

Thực tế thì nếu bệnh nhân đã tiêm phòng thì bệnh sẽ rất nhẹ, chỉ có nổi ít mụn nước trên người. Ngoại trừ vitamin B, còn lại nên dùng liều thấp nhất có đáp ứng.

Lưu ý: Không tự ý sử dụng corticoid để tránh bệnh bùng phát.

2. Bệnh Zona thần kinh.

Zona hay Zona thần kinh là một bệnh do tái hoạt của virus *Varicella zoster* còn tiềm ẩn trong rễ thần kinh cảm giác cạnh cột sống của bệnh nhân từng mắc thủy đậu. Một số *Varicella zoster* nằm ở trạng thái tiềm ẩn, tức là provirus không hoạt động trong thời gian dài, có khi là mấy chục năm. Do tác động nào đó, virus tái hoạt động thành bệnh zona. Virus sẽ lan theo đường đi của dây thần kinh rồi bộc phát ở trên da tương ứng với khu vực của dây thần kinh.

- ❖ Triệu chứng: Nổi rộp mụn nước trên da hình que dài, cảm giác ngứa, nóng và rát, châm chích, đau giằn giật như kiến bò. Khoảng 2-4 tuần sau thì lành da nhưng cảm giác đau nóng có thể kéo dài khá lâu.

Đôi khi còn có thể có nhức đầu, sợ ánh sáng, khó chịu.

- Điều trị: Kháng virus + giảm đau nếu đau + kem bôi acyclovir + vitamin B₂ và vit. C + kháng sinh nếu có mủ.

1. Acyclovir 800mg x 5 lần/ngày.

Đây là liều uống tối ưu được được BHYT ban hành năm 2015. Trên thực tế, nhiều nhà thuốc chỉ cho uống 800mg x 3 lần/ngày vẫn có tác dụng.

Có thể thay thế acyclovir bằng:

1a) Famciclovir 500mg x 3 lần/ngày x 7 ngày.

1b) Valacyclovir 1000mg x 3 lần/ngày x 7 ngày

2. Kem bôi da Acyclovir 5%. Điều trị tại chỗ.

Ngoài ra, có thể bôi hồ nước, dung dịch màu millian, castellani.

3. Vitamin B₂ 2-4 viên x 2 lần/ngày.

Có thể uống thêm Vitamin 3B 3 lần/ngày.

3 thuốc ở trên là thuốc cơ bản điều trị Zona. Có thể bổ sung các thuốc sau:

4. Vitamin C x 2 lần/ngày.

Bổ sung vitamin C bằng thực phẩm tốt hơn dùng thuốc.

5. Paracetamol 325mg x 2 lần/ngày – ***nếu có đau.***

6. Kem bôi da Calamine - ***nếu có ngứa.***

Thường thì Calamine đã đáp ứng với ngứa. Nếu không, sử dụng Fexofenadine 60mg x 1-2 lần/ngày.

7. Cephalixin 500mg x 3 lần/ngày – ***nếu có mủ.***

Lưu ý: Không tự ý sử dụng corticoid trong khi có zona. Chỉ sử dụng corticoid trong hậu zona.

- Điều trị giảm đau sau hậu Zona: Hậu quả của điều trị không đúng phác đồ, không kịp thời. Đau dai dẳng trên 1 tháng sau khi hết Zona, đau nhạy cảm, rát bỏng, âm ỷ, như dao đâm ở vùng da đã lành. Có thể kèm đau cơ, khớp. Nguyên nhân là do tổn thương thần kinh.

1. Paracetamol 325mg x 2 lần/ngày.

2. Corticoid dạng bôi.

3. Gabapentin 300mg x 3 lần/ngày. Tối đa 2000mg/ngày.

Hoặc dùng 1 trong 3 loại thuốc hỗ trợ giảm đau sau:

3a) Amitripylin 25mg x 1-3 lần/ngày.

3b) Carbamazepine 200mg x 2 lần/ngày. Tối đa 1200mg/ngày.

3c) Pregabalin 75-150mg x 3 lần/ngày.

4. Vit.B₂ và Vit.3B 2-4 viên/ngày.

Ngoại trừ vitamin B, còn lại nên dùng liều thấp nhất có đáp ứng.

3. Herpes niêm mạc và Herpes sinh dục.

Herpes simplex tức Herpes đơn dạng là bệnh do *Herpes virus* gây ra, bởi cả 2 chủng HSV-1 và HSV-2. Herpes được phân loại dựa vào vị trí gây bệnh: Herpes niêm mạc thì vị trí ở da và niêm mạc miệng; còn Herpes sinh dục thì vị trí gây ra ở cơ quan sinh dục.

Do quan hệ tình dục miệng – cơ quan sinh dục có xu hướng gia tăng, nên tỷ lệ HSV-1 và HSV-2 ở cả niêm mạc và sinh dục đã có tỷ lệ tương đương nhau → quy luật HSV-1 gây bệnh trên niêm mạc và HSV-2 gây bệnh trên cơ quan sinh dục đã không còn ý nghĩa.

❖ Triệu chứng: Xuất hiện một mảng hồng ban, trên có mụn nước, cảm giác nóng rát. Mụn nước trong, nhỏ bằng đầu kim, mọc thành chùm. Không để lại sẹo.

Nếu bệnh nặng, có thể có kèm theo triệu chứng toàn thân như sốt, nổi hạch lân cận.

Đa số bệnh lành tính, thường tự khỏi sau 1-2 tuần nhưng hay tái phát.

➤ Điều trị: Điều trị tại chỗ + kháng virus.

Về cơ bản, **herpes simplex** không thể chữa khỏi, chỉ có thể rút ngắn thời gian tái phát thương tổn và làm bệnh ít nghiêm trọng hơn.

1. Kem bôi da Acyclovir 5% x 6-7 lần/ngày.

2. Acyclovir 400mg x 3 lần/ngày x 7-10 ngày hoặc dùng liều →

Hoặc Acyclovir 200mg x 5 lần/ngày x 7-10 ngày.

Có thể thay thế Acyclovir bằng:

2a) Valacyclovir 1g x 2 lần/ngày x 7-10 ngày hoặc

2b) Famciclovir 250mg x 3 lần/ngày x 7-10 ngày.

➤ Dự phòng tránh tái phát:

1. Acyclovir 400mg x 2 lần/ngày x 1 năm hoặc

Valacyclovir 500mg x 1 lần/ngày x 1 năm hoặc

Famciclovir 250mg x 2 lần/ngày x 1 năm

Uống liên tục trong 1 năm. Cần lưu ý Famciclovir không dùng cho người suy thận.

Tham khảo: CDC 2015 và Hướng dẫn CDDT BHYT 2015.

BỆNH SỞI

Bệnh sởi là bệnh truyền nhiễm cấp tính lây lan mạnh theo đường hô hấp, gây nên bởi vi rút thuộc họ *Paramyxoviridae*. Bệnh nặng hơn ở trẻ em.

- ❖ Triệu chứng: Sốt, có thể sốt cao 39-40⁰C và hiện tượng viêm long (chảy nước mắt, mắt đỏ, chảy nước mũi, ho nhiều, ho khàn, có thể cóia chảy kèm theo). Mặt trong má có dấu hiệu Koplik (nội ban).
- ❖ Ban sởi bắt đầu từ gáy, mặt rồi lan đến chân. Ban sởi ban sởi là những nốt ban màu hồng, sờ vào hơi ướn, mịn, có thể rời rạc hoặc dày đặc từng.
- ❖ Có thể có tiêu chảy do viêm long, phát ban đường ruột gây ra.

Những bệnh nhân đã được tiêm phòng, bệnh sởi thường biểu hiện rất nhẹ, có phát ban sởi nhẹ nhưng không có sốt, có thể có hiện tượng viêm long và tiêu chảy.

- Điều trị: Điều trị triệu chứng + vitamin A + phòng bội nhiễm + nâng cao thể trạng.

1. Paracetamol 500mg x 2-6 lần/ngày.

Với trẻ em: paracetamol 15mg/kg/lần x 4-6h/lần

2. Vitamin A: 200.000 UI/ngày x 2 ngày.

Trẻ 6-12 tháng: 100.000 UI/ngày x 2 ngày. Trẻ < 6 tháng: 50.000 UI/ngày x 2 ngày.

3. Oresol uống nếu có tiêu chảy hoặc nôn.

4. Fexofenadin 60mg x 2 lần/ngày (trẻ em thì chlorpheniramin 2mg x 2 lần/ngày) nếu có ngứa.

5. *Eugica* 1-2 viên/lần x 2-3 lần/ngày nếu có ho.

Eugica chưa được nghiên cứu liều trên trẻ em dưới 6 tuổi. Đọc kỹ hướng dẫn trước khi dùng. Chỉ dùng kháng sinh khi có biến chứng có nhiễm khuẩn. Không tự ý sử dụng corticoid trong bệnh Sởi.

Khi chưa tiêm phòng, triệu chứng có thể nặng. Nếu có sốt cao $> 38,9^{\circ}\text{C}$ hoặc có biến chứng thì đưa ngay đến cơ sở y tế gần nhất.

RUBELLA

Sởi Đức hay còn gọi là **Rubella** là 1 bệnh truyền nhiễm thường gặp ở trẻ do *virus Rubella* gây nên. Thai phụ nhiễm *virus Rubella* trong thời gian mang thai có thể dẫn đến các biến chứng nghiêm trọng như sảy thai, thai chết lưu và dị tật bẩm sinh. Tỷ lệ lây nhiễm *Rubella virus* cho thai nhi: Tháng đầu (81-90%), tháng thứ hai (60-70%), tháng thứ ba (35-50%). Sau tuần thai thứ 20, tỷ lệ này giảm dần xuống còn 5% đến 15%. Hiện đã có vaccin phòng bệnh Rubella.

- ❖ Triệu chứng: Ít khi có viêm long. Có thể sốt nhẹ.
- ❖ Phát ban ngoài da không đều, không có trình tự.
- ❖ Thường sung hạch bạch huyết, đặc biệt là cổ. Đây là đặc điểm phân biệt với Sởi ta.

Điển hình của bệnh là xuất hiện các nốt ban đỏ (phát ban) ngoài da, có thể kèm theo sốt và sung hạch bạch huyết.

➤ Xử trí: Cách ly người bệnh + Điều trị hỗ trợ + nghỉ ngơi.

1. Paracetamol 500mg x 2-6 lần/ngày.

Với trẻ em: paracetamol 15mg/kg/lần x 4-6h/lần

2. *Oresol* uống nếu có tiêu chảy hoặc nôn.

3. Vitamin C.

Lưu ý: Không tự ý sử dụng corticoid trong bệnh Rubella.

Phụ nữ có thai nhiễm Rubella nên đi xét nghiệm *Rubella* thai nhi để được tư vấn. Nếu bệnh nhân muốn tiếp tục giữ thai, có thể tiêm kháng thể hyperimmune globulin

để chống lại virus. Cách làm này có thể giảm nhẹ triệu chứng nhưng không hoàn toàn loại trừ nguy cơ bị hội chứng rubella bẩm sinh ở trẻ.

Phụ nữ trước khi có thai nên tiêm phòng Rubella ít nhất 1 tháng.

QUAI BỊ

Quai bị là bệnh viêm cấp tính tuyến nước bọt do virus quai bị (*Mumps virus*) gây ra. Bệnh lây trực tiếp bằng đường hô hấp, hay gây ra thành dịch. Bệnh thường lành tính, tự khỏi và gây miễn dịch bền vững. Bệnh có thể gây vô sinh, mặc dù hiếm. Có thể ngừa bệnh bằng vaccin.

- ❖ Triệu chứng: Viêm tuyến nước bọt mang tai không hóa mủ, đau nhức một bên hoặc cả hai. Các tuyến nước bọt khác, tinh hoàn (20-30% nam), buồng trứng (5%), tụy và hệ thần kinh TU cũng có thể bị tổn thương.
- ❖ Sốt, mệt mỏi, đau đầu. Hạch trước tai và góc hàm sưng to.

Người đã chủng ngừa vaccin quai bị thường có triệu chứng sung nhẹ ở tuyến mang tai, không sốt. Khỏi bệnh sau 1-2 ngày.

➤ Điều trị: Hạn chế tối đa vận động + Điều trị triệu chứng.

1. Paracetamol 10mg/kg/lần x 3 lần/ngày.

Với người lớn có thể dùng *Hapacol Codein 500mg* x 3 lần/ngày nếu đau nhiều.

2. Alpha 4,2mg 1-2 viên/lần x 2-3 lần/ngày.

3. Vitamin C – ***bổ sung bằng thực phẩm tốt hơn dùng thuốc.***

Chườm ấm vùng tuyến sưng, ăn lỏng nhẹ như cháo. Súc miệng bằng nước muối sinh lý 0,9%.

Nếu có viêm tinh hoàn: Nằm nghỉ tại giường đến khi tinh hoàn hết sưng, chườm ấm, uống thêm prednisolone như liều bên dưới.

4. Prednisolone x 5-6 viên/ngày: Uống vào lúc 8 giờ sáng, uống dưới 1 tuần.

Corticoid chỉ có tác dụng chống viêm và giảm đau chứ không hạn chế được khả năng teo tinh hoàn. Hạn chế hoạt động nặng từ 3 -6 tháng, mặc quần lót chặt để treo tinh hoàn (đùng chặt đến mức gây đau), chườm ấm.

BỆNH TAY CHÂN MIỆNG

Bệnh tay-chân-miệng là bệnh truyền nhiễm lây từ người sang người, dễ gây thành dịch do vi rút đường ruột gây ra. Hai nhóm tác nhân gây bệnh thường gặp là *Coxsackie virus A16* và *Enterovirus 71 (EV71)*. Bệnh thường gặp ở trẻ dưới 5 tuổi, đặc biệt tập trung ở nhóm trẻ dưới 3 tuổi. Bệnh lây chủ yếu theo đường tiêu hoá. Nguồn lây chính từ nước bọt, phỏng nước và phân của trẻ nhiễm bệnh.

- ❖ Triệu chứng: Thời kỳ khởi phát có thể sốt nhẹ, mệt mỏi, đau họng, tiêu chảy vài lần trong ngày. Loét miệng khiến trẻ bỏ bú và bỏ ăn.
- ❖ Thời kỳ toàn phát có tổn thương da, niêm mạc dưới dạng phỏng nước ở vị trí niêm mạc miệng, lòng bàn tay, lòng bàn chân, mông, gối. Thời gian tồn tại ngắn (< 7 ngày), để lại vết thâm.

Bệnh thường hết sau 3-10 ngày. Bệnh thường nhẹ, trường hợp nặng có thể gây nhiều biến chứng nguy hiểm (thường do *EV71*).

➤ Điều trị:

1. Chất sát trùng dạng bôi như Subac: Bôi vào các phỏng nước, vết loét.

Subac có độ an toàn cao, không gây kích ứng da, kể cả vết thương hở, niêm mạc miệng. Có thể thay thế bằng thuốc điều trị khác an toàn cho trẻ.

2. Hạ sốt khi có sốt, liều Paracetamol 10mg/kg/lần mỗi 6 giờ.

Tắm nước ấm cũng có tác dụng hạ sốt. Vệ sinh sạch sẽ thân thể và đồ dùng bằng xà phòng. Vệ sinh răng miệng, dinh dưỡng đầy đủ. Trẻ còn bú mẹ thì tiếp tục cho bú.

Lưu ý: Chuyển ngay đến cơ sở y tế nếu có dấu hiệu: Sốt cao trên 38,9⁰; hoặc đi loạng choạng, không giữ được thăng bằng; hoặc giật mình lừ đừ, run chi, quấy khóc, bú/rút khó ngủ, nôn nhiều, trước các dấu hiệu nguy hiểm hơn như co giật, bất tỉnh.

SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

Sốt xuất huyết Dengue là bệnh truyền nhiễm do virus *Dengue*, *Flavivirus* gây nên. Virus *Dengue* có 4 type là DEN-1, DEN-2, DEN-3 và DEN-4. Muỗi *Aedes aegypti* là côn trùng trung gian truyền bệnh chủ yếu. Bệnh thường có xu hướng gia tăng vào mùa mưa. Đặc điểm của sốt xuất huyết Dengue là sốt, xuất huyết và thoát huyết tương.

❖ Sinh lý bệnh:

Sốt Dengue cổ điển (thể nhẹ) chủ yếu xuất hiện ở người lần đầu mắc bệnh, chưa có miễn dịch. Sốt xuất huyết Dengue/Hội chứng sốc Dengue (thể nặng) thường xảy ra trong lần nhiễm trùng sau, khi bệnh nhân đã có sẵn miễn dịch chủ động (do đã bị bệnh) hoặc thụ động (do mẹ truyền sang) đối với một loại huyết thanh khác. Bệnh thường biểu hiện nặng đột ngột sau 2 đến 5 ngày (giai đoạn hạ sốt). Các phức hợp kháng nguyên-kháng thể lưu hành trong máu, sự hoạt hóa hệ thống bổ thể và giải phóng các chất hoạt mạch có thể gây nên tăng tính thấm mao mạch đối với huyết tương, xuất huyết và có thể là đông máu nội mạch lan tỏa. Trong quá trình đào thải miễn dịch của các tế bào nhiễm virus, các protease và lymphokine được phóng thích gây hoạt hóa hệ thống bổ thể cũng như các yếu tố tăng tính thấm thành mạch. Bệnh ở người lớn nặng hơn trẻ em.

❖ Theo mức độ nặng nhẹ, bệnh chia làm 4 độ:

- + Độ I: Sốt đột ngột, kéo dài từ 2-7 ngày; dấu hiệu dây thắt dương tính.
- + Độ II: Triệu chứng như độ I, kèm theo xuất huyết tự nhiên dưới da hoặc niêm mạc như chảy máu cam, lợi.
- + Độ III: Có dấu hiệu suy tuần hoàn, mạch nhanh nhỏ, huyết áp kẹt, hạ huyết áp; kèm theo các triệu chứng như da lạnh, ẩm, bứt rứt hoặc vật vã li bì.
- + Độ IV: Sốc nặng, mạch nhỏ khó bắt, huyết áp không đo được (HA = 0).

Trong quá trình diễn biến của bệnh, người bệnh có thể chuyển từ độ nhẹ sang độ nặng. Phần lớn các trường hợp là độ I và độ II nên được điều trị ngoại trú và theo dõi tại y tế cơ sở, chủ yếu là điều trị triệu chứng và phải theo dõi chặt chẽ phát hiện sớm sốc xảy ra để xử trí kịp thời.

➤ Điều trị: Paracetamol hạ sốt + Oresol bù dịch.

Thuốc hạ sốt chỉ được dùng là paracetamol đơn chất, liều dùng từ 10-15 mg/kg cân nặng/lần, cách nhau mỗi 4-6 giờ. Cấm dùng aspirin (acetyl salicylic acid), analgin, ibuprofen để điều trị vì có thể gây xuất huyết, toan máu.

Không được dùng corticoid vì làm tăng chảy máu nặng.

Sốt xuất huyết độ III và IV, hoặc độ II nhưng có đau gan thì phải đưa trở lại bệnh viện.

NHÓM 8: CÁC BỆNH DO NẤM

LANG BEN

Lang ben do nấm thuộc nhóm *Malassezia* gây nên, phổ biến, có đến 30-40% người từng bị.

❖ Triệu chứng: Thay đổi màu da vùng bị nấm, thường là màu trắng, da mỏng. Có thể có rát da, ngứa nhẹ.

➤ Điều trị: Điều trị tại chỗ bằng thuốc kháng nấm.

1a) Thuốc bôi da Ketoconazole 2% hoặc 1b) Thuốc bôi da Selenium sulfid 2,5%.

Đề thuốc trong 10-15 phút rồi rửa. Điều trị 2 lần/tuần trong 2 đến 4 tuần hoặc đến khi hết hẳn.

Thuốc thay thế: Có thể sử dụng các thuốc khác như nhóm azol, allylamin dạng kem và dung dịch, glycol propylen, nystatin, axit salicylic.

2. Thuốc kháng nấm toàn thân. Dùng khi nặng.

+ Ketoconazol 200 mg/ngày x 5-7 ngày

+ Itraconazol 100-200 mg/ngày x 5 ngày

+ Fluconazol 300 mg/tuần x 2 tuần.

Lưu ý: Chỉ nên dùng khi có chỉ định của bác sĩ. Thuốc PO gây nhiều tác dụng phụ trên gan, thận vì vậy cần được xét nghiệm trước khi chỉ định và trong quá trình điều trị.

HẮC LÀO

Là bệnh ngoài da phổ biến do vi nấm thuộc nhóm *Dermatophytes* gây ra.

❖ Triệu chứng: Ngứa, nổi mẩn đỏ, có mụn nước, vùng có nấm thường tròn như đồng tiền.

➤ Điều trị: Điều trị tại chỗ bằng thuốc kháng nấm.

1. Thuốc bôi da Ketoconazole 2%. Bôi 1 lần/ngày.

Nếu sử dụng các thuốc nhóm azol khác thì bôi 2 lần/ngày.

NẤM TÓC

Nấm tóc là tình trạng viêm, gây thương tổn tóc, nang tóc da đầu và vùng da xung quanh do nấm. Bệnh chủ yếu gặp ở trẻ nhỏ mà hiếm gặp hơn ở người lớn. Thủ phạm là nhóm nấm *dermatophyte*, hay gặp là *Microsporum* và *Trichophyton*. Nấm *M. Canis* thường gặp nhiều.

❖ Chẩn đoán: Để chẩn đoán chính xác thì phải là Bác sĩ chuyên khoa Da liễu thực hiện. Tuy nhiên, ngay cả người Dược sĩ cũng cần phải biết một chút phân biệt các loại bệnh nấm.

+ Nấm tóc *Piedra*: có hai dạng chính là *Piedra* đen và *Piedra* trắng. Có các hạt nấm mọc ngay trên thân tóc.

+ Nấm đầu (*Tinea capitis*): Có thể không có triệu chứng (nhẹ) đến phản ứng mụn mủ nặng kèm rụng tóc, với tên hay gọi là kerion (tàng ong). Rụng tóc có hoặc không kèm vảy da.

Tóc có thể mọc lại. Tuy nhiên, tổn thương lâu có thể gây rụng tóc vĩnh viễn.

➤ Điều trị: Vệ sinh + thuốc kháng nấm + điều trị hỗ trợ.

a) Nguyên tắc chung.

+ Cắt tóc ngắn, không để đầu tóc ướt kéo dài.

+ Gội đầu bằng các dung dịch sát khuẩn và chống nấm.

+ Sử dụng thuốc chống nấm (đường uống) thận trọng và theo dõi kỹ - thuộc về chỉ định của BS chuyên khoa Da liễu.

+ Điều trị các nhiễm khuẩn kèm theo (nếu có).

b) Bằng thuốc.

- Nấm tóc *Piedra*: nhổ tóc có tổn thương nốt cùng với gội đầu bằng dầu gội có lưu huỳnh, ketoconazol 2%. Terbinafin uống có hiệu quả.
- Nấm da đầu: Fluconazole PO, Griseofulvin PO, Itraconazole PO, Terbinafin PO (đọc tham khảo).

Người lớn: dùng một trong các thuốc sau:

- + Fluconazol: 6 mg/kg/ngày × 3-6 tuần
- + Griseofulvin: 20 mg/kg/ngày × 6-8 tuần
- + Itraconazol: 5 mg/kg/ngày × 4-8 tuần
- + Terbinafin: 250 mg/ngày × 2-4 tuần

Trẻ em: dùng một trong các thuốc sau:

- + Fluconazol: 6 mg/kg/ngày × 6 tuần
- + Griseofulvin: 20-25 mg/kg/ngày × 6-8 tuần
- + Itraconazol: 3-5 mg/kg/ngày × 6 tuần
- + Terbinafin: 62,5 mg/ngày (<20 kg), 125 mg/ngày (20-40 kg) hoặc 250 mg/ngày (>40 kg) × 2-6 tuần.

Lưu ý: Không tự ý cho bệnh nhân dùng thuốc kháng nấm toàn thân trừ khi có chỉ định của Bác sĩ chuyên khoa Da liễu.

NẤM MÓNG

Nấm móng là một bệnh viêm móng thường gặp, tiến triển âm thầm, mãn tính. Khoảng 2-6% dân số mắc bệnh. Nguyên nhân do nhiều loại nấm khác nhau.

❖ Triệu chứng:

- + Tổn thương ở phần bên và phần xa dưới móng. Màu sắc móng thay đổi, trở nên đục, trắng, mềm. Tăng sừng hóa dưới móng.
- + Viêm da dưới gốc móng, da đỏ và mỏng, có thể hơi sưng. Ngứa.

➤ Điều trị: Vệ sinh + thuốc kháng nấm + điều trị hỗ trợ.

1. Ciclopiroxolamin 8%: Bôi hàng ngày đến khi khỏi.
2. Amorolfín (loceryl) 5%: bôi 1 tuần 1 lần.

Kết hợp bào móng (nhẹ) hoặc phẫu thuật loại bỏ móng, đắp ure 40% (nặng). Ngâm chân với nước muối ấm. Giữ khô và sạch bàn chân.

Nếu tổn thương nhiều móng hoặc viêm từ 3 móng trở lên thì có thể bôi + thuốc chống nấm PO. Các thuốc uống là:

+ Fluconazol: 150-200 mg/tuần $\times$ 9 tháng.

+ Griseofulvin: 1-2 g/ngày cho tới khi móng trở nên bình thường.

+ Itraconazol: 200 mg/ngày $\times$ 12 tuần hoặc 200 mg $\times$ 2 lần/ngày $\times$ 1tuần/tháng trong 23 tháng.

+ Terbinafin: 250 mg/ngày $\times$ 12 tuần hoặc 250 mg/ngày $\times$ 4 tuần, nghỉ 4 tuần, điều trị tiếp 4 tuần.

Lưu ý: Không tự ý cho bệnh nhân dùng thuốc kháng nấm toàn thân trừ khi có chỉ định của Bác sĩ chuyên khoa Da liễu.

NẤM KẼ CHÂN

Nấm kẽ chân là tình trạng nấm ở kẽ các ngón chân.

❖ Triệu chứng: Có lớp da nhiễm nấm màu trắng ở kẽ chân. Da bị tróc vảy, có màu hồng đỏ. Ngứa.

➤ Điều trị: Vệ sinh + giữ khô + bôi thuốc.

Thường thì bệnh tự khỏi sau 3-10 ngày, nếu giữ khô và sạch bàn chân. Không cần dùng thuốc.

Ngâm chân với nước muối ấm sẽ thấy dễ chịu và bớt ngứa.

Tất nhiên về cơ bản là ko cần dùng thuốc, nhưng nhà thuốc cũng cần có thứ để bán chứ!

1. Ketoconazole 2%. Bôi tại chỗ đến khi hết.

NHIỄM NẤM CANDIDA

Thường hay gặp là: Viêm miệng (tưa miệng), viêm lưỡi mạc giả; viêm âm đạo/âm hộ; *Candida* móng.

❖ Triệu chứng: Đa dạng, có thể nhầm lẫn với các bệnh khác.

Cần có ý kiến của Bác sĩ chuyên khoa.

➤ Điều trị:

+ *Candida* da: Thuốc bôi là nhóm imidazol (bifonazol, clotrimazol, fenticonazol, isoconazol, ketoconazol, miconazol, omoconazol, oxiconazol, terconazol), allylamines (terbinafin) bôi 2 lần/ngày đến khi tổn thương khỏi.

Nếu tổn thương kéo dài, không đáp ứng thuốc bôi thì mới dùng PO.

+ *Candida* miệng: Nystatin dạng dung dịch, súc miệng 2-3 lần/ngày (khuyến cáo sau khi súc miệng nên nuốt thuốc).

Trường hợp nặng mới dùng thuốc kháng nấm PO.

+ *Candida* âm đạo/âm hộ: Ketoconazole 150mg PO liều duy nhất.

Uống liều duy nhất, nhà thuốc có thể tự kê nếu như không tương tác với các thuốc khác.

NHÓM 9: CÁC BỆNH DO KÝ SINH TRÙNG

GHẼ

Bệnh ghẻ là một bệnh da khá phổ biến, thường xuất hiện ở vùng đông dân cư có vệ sinh kém, gây ra bởi loài côn trùng – ký sinh trùng *Sarcoptes scabiei hominis*. Bệnh lây qua tiếp xúc hoặc quần áo.

❖ Triệu chứng: Mụn nước trên nền da lành, rải rác, riêng rẽ, thường ở vùng da mỏng (trẻ sơ sinh mụn nước thường ở lòng bàn tay, chân). Có vết xước, vảy da, đỏ da, dát thâm.

➤ Điều trị: Thuốc bôi tại chỗ + vệ sinh.

1. Thuốc bôi tại chỗ: Gamma benzen 1%; Permethrin 5%; Benzoat benzyl 25%; Diethylphtalat (DEP); Crotaminton 10%.

Mỡ lưu huỳnh 5-10% rất an toàn, nhưng có mùi hôi, có thể dùng cho trẻ dưới 2 tháng tuổi.

Có thể dùng vỏ cây ba chạc đen tắm hoặc dầu hạt máu chó.

Cách bôi: tắm sạch bằng xà phòng, sau đó bôi thuốc vào thương tổn ngày một lần vào buổi tối. Giặt sạch phơi khô quần áo, chăn màn.

2. Fexofenadine 60mg x 2 lần/ngày.

3. Hồ nước hoặc kem corticoid. Dùng khi có chàm hóa.

4. Ivermectin liều duy nhất 200µg/kg.

Dùng trong trường hợp ghẻ nặng hoặc ghẻ kháng thuốc điều trị. Không dùng cho trẻ em dưới 5 tuổi và PNCT.

NHIỄM GIARDIA

Nhiễm *Giardia* là bệnh nhiễm ký sinh đơn bào đường ruột trên, do loại trùng roi *Giardia lamblia* gây nên. Bệnh thường gặp ở trẻ em, người bị AIDS có thể bị bệnh nặng kéo dài.

Hầu hết người nhiễm bệnh mang kén nhưng không có triệu chứng. Thời gian ủ bệnh từ 1-3 tuần, bệnh khởi phát từ từ hoặc cấp tính. Giai đoạn bệnh cấp tính thường diễn

ra từ vài ngày đến vài tuần, tuy bệnh tự khỏi, nhưng bệnh nhân vẫn thải kén kéo dài. Ở một số bệnh nhân, bệnh có thể trở nên mạn tính và tiến triển trong nhiều năm.

Giardia gây tiêu chảy cấp tính, tiêu chảy mạn tính và hội chứng giảm hấp thu. Tiêu chảy thường diễn ra nhẹ tới nặng.

❖ Triệu chứng: Phân nát và nhiều, đi tiêu một đến vài lần/ngày. Phân có thể chứa nhầy nhưng thường không có máu và mủ. Phân thường có bọt, nặng mùi và nhờn. Sụt cân và mệt mỏi. Có khi thấy chán ăn, buồn nôn và nôn, khó chịu và đau thượng vị, ợ , đầy hơi. Trẻ em nhiễm mạn tính thì chậm lớn.

➤ Thuốc lựa chọn: thuốc trị *Giardia* + thuốc bổ cho trẻ + probiotic.

1. Nhóm 5-nitrodazole.

+ Metronidazole 2g/liều duy nhất, trẻ em 3mg/kg. Hiệu quả 80-95%.

+ Ornidazole hiệu quả tương đương Metronidazole.

+ Tinidazole 2g/liều duy nhất, trẻ em 3mg/kg. Hiệu quả 98%.

2. Albendazole.

+ Albendazole 400 mg/ngày x 5 ngày. Hiệu quả 95% cao hơn Mebendazole.

+ Mebendazole 500mg/ngày x 5 ngày.

NHIỄM TOXOPLASMA

Bệnh Toxoplasma do ký sinh trùng *Toxoplasma gondii* gây nên, là KST ở mèo nhưng có thể nhiễm sang người. Đây là 1 KST nội bào bắt buộc.

❖ Triệu chứng: Nổi hạch, không đau, đường kính < 3 cm, sốt nhẹ, mệt mỏi, đổ mồ hôi ban đêm, đau nhức cơ, đau họng, đau bụng. Có thể bị viêm màng mạch – võng mạc.

Một vài nghiên cứu chỉ ra rằng có đến 30-50% dân số từng bị nhiễm *Toxoplasma* hoặc nhiễm *Toxoplasma* mạn tính nhưng chỉ 10-20% trong số họ có triệu chứng. Nhiễm *Toxoplasma* ở PNCT có thể gây sảy thai, tổn thương hệ thần kinh thai nhi.

➤ Điều trị *Toxoplasma* cấp tính: Pyrimethamine + Sulfadiazine (hoặc Clindamycin) + acid folic.

SỐT RÉT

Sốt rét là một bệnh với triệu chứng điển hình là cơn sốt rét, do ký sinh trùng sốt rét. Có 4 loại KST sốt rét ở người với tỷ lệ gây bệnh tại Việt Nam là: *Plasmodium falciparum* (75%), *P. vivax* (20%), *P. ovale* (5%) , *P. malariae* (không có tại VN). Sốt rét nghiêm trọng thường gây ra bởi *P. falciparum*. Có thể gây miễn dịch đặc hiệu nhưng không bền vững với sốt rét.

- ❖ Cơn sốt rét: Rét run kéo dài từ 15 phút đến 1-2 giờ, sau đó nóng kéo dài 2-4 giờ và sốt cao, có thể trên 39°C, sau cùng là vã mồ hôi và nhiệt độ giảm xuống bình thường.

Hiện tại, hầu hết các thuốc chống sốt rét như chloroquine, sulfadoxine, pyrimethamine đã trở nên lỗi thời vì ký sinh trùng biến đổi mà rõ nét nhất là phía Tây Campuchia. Hiện nay thuốc tốt nhất artemisinin cũng đã bị đề kháng bởi KST sốt rét với tỷ lệ >20%, nhưng lại chưa có thuốc thay thế tốt để điều trị.

- Điều trị: Điều trị hỗ trợ + Đưa đến cơ sở y tế gần nhất.

Không tự ý dùng thuốc để tránh kháng thuốc.

1. Paracetamol 500mg suì. Trẻ em 10mg/kg.

Uống để hạ cơn sốt. Kết hợp chườm mát. Điều trị tại cơ sở y tế.

- Phác đồ điều trị sốt rét.

Nhóm bệnh nhân	Sốt rét lâm sàng	Sốt rét do P. Falciparum	Sốt rét do P. Vivax	Sốt rét do P. malariae	Sốt rét nhiễm phối hợp có P. falciparum
Dưới 3 tuổi	Dihydroartemisinin-Piperaquin	Dihydroartemisinin-Piperaquin	Cloroquin	Cloroquin	Dihydroartemisinin-Piperaquin
Từ 3 tuổi trở lên	Dihydroartemisinin-Piperaquin	Dihydroartemisinin-Piperaquin + Primaquin (1 ngày)	Cloroquin + Primaquin (14 ngày)	Cloroquin	Dihydroartemisinin-Piperaquin + Primaquin (14 ngày)
Phụ nữ có thai trong 3 tháng	Quinin + Clindamycin	Quinin + Clindamycin	Chloroquin	Cloroquin	Quinin + Clindamycin
Phụ nữ có thai trên 3 tháng	Dihydroartemisinin-Piperaquin	Dihydroartemisinin-Piperaquin	Cloroquin	Cloroquin	Dihydroartemisinin-Piperaquin

Bài thuốc này chỉ có tính chất tham khảo (Trong trường hợp không đưa đến cơ sở y tế được, đặc biệt là ở vùng sâu vùng xa biên giới, hải đảo...):

1. 100g lá na hoặc măng cầu xiêm.
2. Lá xoài 100g.

Nấu lên, sắc nước uống + ăn cháo giun đất + mật mía 10g trong 3 ngày.

Trong tác phẩm *Nam nghiệm thần phương* của Tuệ Tĩnh cũng dùng lá Na với liều lượng này để trị sốt rét. Nghiên cứu của Thái Lan và các nước khác cho thấy khả năng kháng KST sốt rét đến từ các alkaloid trong lá của các cây trong chi *Annona*

(tức Na, Mãng cầu xiêm). Nghiên cứu trên chuột bị nhiễm KST sốt rét, liều 500mg/kg có tỷ lệ khỏi là 75%, liều 4000mg/kg có tỷ lệ khỏi là 85% nhưng có hiện tượng ngộ độc như run chi, nhưng chưa thấy tử vong.

Bài thuốc chỉ có tính tham khảo.

AMIB LY

Amib ly là một bệnh nhiễm trùng ở đại tràng do động vật đơn bào *E.hystolytica* gây ra. Ngoài ruột, *histolytica* còn gây bệnh ở gan, phổi và não.

❖ Triệu chứng: Tổn thương đại tràng (còn gọi là hội chứng ly), chóng mặt, đau bụng. Hội chứng nhiễm độc không rõ ràng.

Hội chứng ly gồm các triệu chứng sau:

- + Đau quặn bụng: Bệnh nhân ly amip thường đau bụng quặn từng cơn ở vùng hố chậu phải (tương ứng với vùng hồi manh tràng). ở những trường hợp bệnh kéo dài có thể thấy đau cả vùng 2 hố chậu (tổn thương tới đại tràng xích ma và trực tràng).
- + Mót rặn và đi ngoài "giả": Bệnh nhân thường xuyên cảm giác mót rặn sau mỗi cơn đau quặn, đi ngoài phải rặn nhiều và nếu kéo dài có thể dẫn tới biến chứng trĩ hoặc sa niêm mạc trực tràng. Ở bệnh nhân ly amip thường thấy đi ngoài "giả" tức là rất mót đi ngoài nhưng lại không có phân, khác hẳn ở ly trực khuẩn mót đi ngoài thì thường ít nhiều đều có phân.
- + Đi ngoài nhiều lần, phân nhầy máu: Số lần đi ngoài ở bệnh nhân ly amip thường từ 4-10 lần/ngày, ít khi đi ngoài nhiều lần như ly trực khuẩn. Lúc đầu phân thường lỏng, có bã phân nhưng những ngày sau phân chỉ còn nhầy trong như nhựa chuối và máu. Nhầy và máu thường riêng rẽ chứ không hoà lẫn với nhau như ở ly trực khuẩn.

Ngoài những biểu hiện ở ruột, những cơ quan khác rất ít biến đổi. Xét nghiệm máu và nước tiểu đều trong giới hạn bình thường.

Nếu không điều trị, bệnh hầu như sẽ trở thành mạn tính. Các biến chứng khác như: Viêm phúc mạc do thủng ruột, u amip đại tràng, polip đại tràng, viêm ruột thừa... *E.hystolytica* có thể gây áp xe gan hoặc phổi.

- Điều trị: Metronidazole + thuốc diệt amib lòng ruột + berberin + thuốc giảm đau, giãn cơ.

1. Metronidazole 750mg x 3 lần/ngày x 10 ngày.

Liều tính theo cân nặng : 25-30mg/kg/ngày. Ngoài ra có thể dùng các thuốc khác cùng nhóm.

2. Berberin 50mg: 4-6 viên/ngày chia làm 2 lần.

Berberin có tác dụng ức chế amib, đồng thời ức chế các vi khuẩn gây hại khác trong đường ruột, làm giảm khả năng bội nhiễm vi khuẩn.

3. Iodoquinol viên 650mg/ngày x 10 ngày.

4. Drotaverine 40mg: 1-2 x 3 lần/ngày.

Dùng để giảm đau bụng nhiều do co thắt đại tràng. Có thể dùng các loại khác như *Nospa*, papaverin, spasmaverin...

Không dùng các thuốc băng se niêm mạc ruột như: các muối bismuth; smecta...!

NHÓM 10: CÁC BỆNH VỀ THẦN KINH

SAY NẮNG, SAY NÓNG

Say nắng là tình trạng rối loạn điều hòa thân nhiệt nặng. Khi ở ngoài trời quá lâu, nhiều tia nắng chiếu vào vùng cổ gáy khiến trung tâm điều hòa thân nhiệt bị rối loạn cùng với tình trạng mất nước. Vì thế bệnh nặng ngay từ đầu, có thể biểu hiện dấu hiệu thần kinh sớm, rõ ràng, có thể hồi phục hoặc không hồi phục.

Say nóng cũng là tình trạng mất nước và rối loạn thân nhiệt, kèm theo rối loạn vận mạch. Nguyên nhân do sức nóng ảnh hưởng đến trung tâm điều nhiệt. Khi say nóng, tình trạng mất nước là chủ yếu.

- ❖ Triệu chứng: Tăng thân nhiệt và mất lượng nước lớn. Đau đầu, mệt mỏi. Nếu là say nắng thì da nóng và khô, mặt đỏ, khó chịu, có thể nôn mửa và tiêu chảy. Nặng hơn có thể tổn thương thần kinh.
- Điều trị: Nhanh chóng giảm nhiệt cho bệnh nhân.

Nhanh chóng giảm nhiệt cho bệnh nhân bằng nước mát, khăn lạnh, cởi bỏ bớt quần áo. Đặt khăn lạnh vào bẹn, nách và cổ. Sử dụng các thực phẩm mát như rau má, chè đậu... Uống nhiều nước, nếu có thể thì uống Oresol. Nếu cần thiết có thể sử dụng thêm paracetamol dạng sủi.

1. Paracetamol 500mg sủi. Nếu có sốt.
2. Vitamin C. Có tác dụng thanh nhiệt, tiêu độc.
3. Fexofenadine 60mg. Sử dụng khi có đau bụng, tiêu chảy.

CHÓNG MẶT, HỘI CHỨNG TIỀN ĐÌNH

Là trạng thái mất đáp ứng giữ thăng bằng và cảm giác không gian do rối loạn của hệ thống giữ thăng bằng.

- ❖ Triệu chứng: Chóng mặt là triệu chứng chính. Cảm giác bị dịch chuyển, mọi vật xung quanh quay tròn, hoặc chính bệnh nhân quay tròn, hoặc cảm giác bay lên rồi xuống, hoặc cảm giác mất thăng bằng.

Có thể đau đầu, buồn nôn, ói mửa kèm theo triệu chứng vận mạch như tái xanh, vã mồ hôi, chậm nhịp.

❖ Nguyên nhân: Rối loạn hệ thống giữ thăng bằng, có thể là vô căn; do như trường hợp say tàu xe, chất độc hoặc nặng hơn là có sự tổn thương hệ thống giữ thăng bằng.

➤ Điều trị: Cinnarizine + tuần hoàn não + bổ thần kinh + Magie B6 + chống nôn nếu có nôn + paracetamol (có thể có Codein hoặc không) nếu đau đầu.

Nếu có triệu chứng vận mạch như tái xanh, nhịp chậm. Uống 1 cốc gừng đường ấm. Ngồi nơi thoáng mát.

1. Cinnarizine 25mg 1 viên x 2 lần/ngày.

Cinnarizine có tác dụng vừa điều trị chóng mặt vừa chống nôn. Không nên thay bằng thuốc kháng H₁ khác vì khó đạt hiệu quả bằng. Vừa hết chóng mặt thì ngưng.

2. Magie B6 2 viên x 2 lần/ngày.

3. Domperidon.

Về cơ bản thì chỉ cần 3 thuốc trên là đủ. Một số loại thuốc mà người ta thêm bớt, thay thế:

+ Piracetam 400mg x 2 lần/ngày – thay thế Magie B6 hoặc phối hợp.

Piracetam giúp cải thiện tế bào não, tăng tập trung. Piracetam tương đối an toàn, ít tác dụng phụ. Nếu có hiện tượng tăng phản kích, tim đập nhanh... thì đổi sang biệt dược piracetam khác loại rẻ tiền hơn (piracetam rẻ tiền thường có tốc độ hấp thu chậm hơn nên không gây hiện tượng trên).

Biệt dược *Phezam* (Piracetam 400mg/Cinnarizine 25mg).

+ *Ginkgo biloba* 1 viên x 2 lần/ngày – thay thế MgB6 hoặc phối hợp.

5. Paracetamol 325-500mg x 2 lần/ngày - ***nếu có đau đầu.***

6. Viên nang gừng 250mg 1-2 viên lần x 2 lần/ngày.

Dùng nếu có nôn. Có thể thay thế bằng Domperidon hoặc Metoclopramid liều thấp nhất.

❖ **Lưu ý: Tương tác thuốc trong đơn:**

Ginkgo không có tương tác với cinnarizine, nhưng có tương tác với gừng làm tăng khả năng chống đông máu. Không dùng 2 loại này trên bệnh nhân có bệnh chảy máu. Hoặc có thể đổi Ginkgo bằng thuốc hoạt huyết dưỡng não khác (thuốc đầy ra đầy, tác giả viết trên này để các bạn tránh tương tác).

❖ Các trường hợp khác:

+ Nếu triệu chứng kéo dài kèm cảm giác đầy tai, có thể là dấu hiệu của bệnh lý thần kinh; hoặc nếu có chảy mủ kèm đau dữ dội, có thể là dấu hiệu của nhiễm trùng; hoặc chóng mặt kèm tê bại nửa người, liệt cơ mặt hoặc tệ hơn là rối loạn ý thức có thể là dấu hiệu của cơn đột quỵ. Cần khuyên bệnh nhân nhanh chóng đến cơ sở y tế gần nhất để được chẩn đoán và tư vấn.

+ Những người hút thuốc lần đầu hoặc say thuốc lao thường bị chóng mặt, mất thăng bằng, đau đầu, có thể kèm nôn ói. Không cần dùng thuốc.

+ Trong ngộ độc thực phẩm (loại thường gặp là do ăn nem nướng ngoài chợ) cũng có triệu chứng chóng mặt, đau đầu, buồn nôn và nôn. Tuyệt đối không được dùng thuốc chống nôn kể cả bệnh nhân yêu cầu. Tư vấn để bệnh nhân nôn toàn bộ thức ăn gây ngộ độc.

❖ Đơn thuốc tham khảo cho Phụ nữ có thai:

1. Hoạt huyết Thái Dương 2 viên x 2 lần/ngày
2. Mutivitamin 1-2 viên x 2 lần/ngày.
3. Trà gừng.

Chỉ dùng Cinnirazine khi thật cần thiết với liều nhỏ nhất. Hết choáng thì ngưng.

❖ Đơn thuốc tham khảo cho người cao tuổi :

1. Piracetam 400mg x 2 lần/ngày.
2. Magie B6 1 viên x 2 lần/ngày (hoặc Mutivitamin 2 viên/ngày)
3. *Ginkgo biloba* 1 viên x 2 lần/ngày.

NHÓM 11: CÁC BỆNH KHÁC

HẠ HUYẾT ÁP

Hạ huyết áp là tình trạng huyết áp tâm thu < 90mmHg hoặc huyết áp tâm trương < 60mmHg.

1.Heptamyl 187,8mg: 1-2 viên x 3 lần/ngày.

2.Ngậm Coramin

Dùng trong trường hợp hạ huyết áp đột ngột.

3.Uống trà gừng....

ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Đái tháo đường hay còn gọi là tiểu đường là một bệnh rối loạn chuyển hóa carbohydrate, lipid và protein do sự thiếu hụt hoặc đề kháng insulin của tuyến tụy. Rối loạn chuyển hóa được biểu hiện bằng mức đường huyết luôn cao, dẫn tới biến chứng trên mạch máu lớn, mạch máu nhỏ và nhiều cơ quan quan trọng như thận, mắt... Lượng đường trong máu cao vượt mức lọc của cầu thận, đường không được tái hấp thu sẽ có mặt trong nước tiểu, dẫn tới triệu chứng thường gặp là tiểu nhiều, uống nhiều, khát nhiều. Các thuốc điều trị bệnh đái tháo đường bằng cách làm hạ đường huyết và giữ nó ở mức ổn định.

- ❖ Chẩn đoán: Theo khuyến cáo của hiệp hội Đái tháo đường Mỹ (ADA) 2017, chẩn đoán đái tháo đường dựa trên 1 trong 4 tiêu chuẩn sau:
 - + Đường máu lúc đói (lấy máu tĩnh mạch) ≥ 126 mg/dl (7mmol/l) (sau 8h không dung nạp calo) (đo 2 lần khác nhau).
 - + Đường máu bất kỳ ≥ 200 mg/dl (11,1mmol/l) và có các biểu hiện của tăng đường máu (uống nhiều, tiểu nhiều, sụt cân không lý giải được).
 - + Đường huyết sau 2 giờ uống 75g glucose (thử nghiệm pháp dung nạp glucose) ≥ 200 mg/dl (11,1mmol/l).
 - + HbA1C $\geq 6,5\%$, được thực hiện tại chính xác tại phòng xét nghiệm có kiểm chuẩn và theo phương pháp đã chuẩn hóa (dùng trong nghiên cứu DCCT).

Đái tháo đường được phân làm 2 loại:

- + Đái tháo đường type 1 (10% dân số): Là dạng tiểu đường do tế bào β đảo tụy bị tổn thương do phản ứng tự miễn của cơ thể gây nên tình trạng thiếu hụt insulin. Do khả năng bài tiết insulin của tế bào β vượt xa nhu cầu, vì thế bệnh sẽ biểu hiện khi khối lượng tế bào β đảo tụy mất đến 80-90%. Sau 8-10 năm, tế bào β sẽ biến mất hoàn toàn. Đái tháo đường type 1 thường gặp ở người trẻ tuổi với biểu hiện ăn nhiều, uống nhiều, khát nhiều, tiểu nhiều, gầy nhiều. Trong máu và nước tiểu có nhiều ceton, thiếu insulin huyết.
- + Đái tháo đường type 2 (85-90% dân số): Là dạng tiểu đường do đề kháng insulin của cơ vân và mô mỡ. Đề kháng insulin làm giảm sử dụng glucose ở ngoại biên, sản xuất glucose tăng lại kích thích tuyến tụy tiết nhiều insulin để vượt qua đề kháng, vì thế giai đoạn đầu của đái tháo đường type 2, cả đường huyết lẫn insulin huyết đều tăng. Một thời gian sau, tế bào β mất dần khả năng sản xuất đủ insulin dẫn đến thiếu hụt insulin, thể hiện bằng tăng đường huyết lúc đói.

Đái tháo đường type 2 thường gặp ở người lớn tuổi, tỷ lệ béo phì cao, ít ceton niệu và ít sụt cân như type 1. Đái tháo đường type 2 phần lớn là vô căn, di truyền đóng vai trò rất quan trọng trong bệnh. Chế độ ăn nhiều đường cũng đóng vai trò lớn, khi tiếp thu nhiều đường, tế bào đáp ứng với tình trạng đường và insulin cao bằng cách làm giảm số lượng receptor và giảm đáp ứng của receptor khi có insulin dẫn tới đề kháng insulin.

Đường huyết tăng cao dẫn đến các biến chứng trên mạch máu lớn, mạch máu nhỏ và các cơ quan. Kiểm soát đường huyết là mục tiêu chủ yếu trong điều trị tiểu đường.

- Điều trị cho type 1: Insulin là chỉ định bắt buộc.
- Điều trị cho type 2: Thay đổi lối sống + Metformin + các thuốc khác nếu Metformin không hiệu quả + insulin.

Metformin là chỉ định đầu tay cho bệnh nhân đái tháo đường type 2.

THIẾU MÁU

Thiếu máu một bệnh thường gặp, là tình trạng máu không có đủ lượng hồng cầu bình thường để mang oxy tới cung cấp cho mô. Hoặc cũng có thể đủ lượng hồng cầu

nhưng hồng cầu không đủ hemoglobin. Bệnh có thể là nhất thời hoặc kéo dài, và có thể từ nhẹ tới nặng. Có nhiều nguyên nhân dẫn tới thiếu máu.

- ❖ Triệu chứng: Mệt mỏi, xanh xao là triệu chứng chính. Ngoài ra có thể hay gặp nhịp tim nhanh, khó thở, đau ngực, hoa mắt chóng mặt, đau đầu, hay tê lạnh đầu chi. Lưỡi bị viêm và đau. Cảm giác chân tay có thể bòn chòn, như có kiến bò.

Ban đầu, các triệu chứng có thể không biểu hiện rõ, nhưng sẽ tăng lên khi bệnh nặng lên.

Nguyên nhân:

- + Thiếu sắt và thiếu vitamin B₉ và B₁₂.
- + Thiếu máu do mất máu: Tai nạn, rong kinh, xuất huyết tiêu hóa, do giun móc, giun mỏ...
- + Bệnh mạn tính như: ung thư, viêm khớp dạng thấp, bệnh Crohn, suy gan, suy thận...
- + Thiếu máu bất sản như bệnh tủy xương, do chloramphenicol...
- + Thiếu máu do tán huyết: xảy ra trong một số bệnh máu, bệnh tự miễn và do dùng thuốc.
- + Thiếu máu vô căn: Đôi khi không thể xác định được nguyên nhân gây thiếu máu

- ❖ Xét nghiệm và chẩn đoán:

Chẩn đoán dựa vào bệnh sử, khám thực thể và xét nghiệm máu, bao gồm xét nghiệm công thức máu và đo lượng hemoglobin trong máu. Soi kính hiển vi để kiểm tra hình dạng, kích thước và màu sắc của hồng cầu.

Khi đã có chẩn đoán thiếu máu, có thể phải làm thêm một số xét nghiệm để chẩn đoán nguyên nhân.

- Điều trị: Bổ sung sắt + điều trị nguyên nhân gây chảy máu.

1. Bổ sung sắt, folat và B₁₂.

Vitamin C giúp hấp thu và chuyển hóa sắt tốt hơn. Nên bổ sung.

2. Điều trị chảy máu.

- + Nếu là rong kinh nhiều thì uống thuốc tránh thai và transamin nhằm làm giảm lượng máu kinh nguyệt.
- + Loét tiêu hóa: PPI + phác đồ diệt H.P.
- + Phẫu thuật cắt bỏ polyp, khối u hoặc u xơ gây chảy máu.

Hai loại thiếu máu thường gặp nhất là:

1. Thiếu máu thiếu sắt.

Thiếu máu thiếu sắt là một bệnh rất hay gặp, nhất là ở phụ nữ do phụ nữ thường mất máu kinh hàng tháng, đặc biệt là những người rong kinh.

Nhìn chung, thiếu máu thường gây ra mệt mỏi, da xanh tái, yếu, khó thở, đau đầu, chóng mặt, bàn tay bàn chân lạnh. Các triệu chứng khác có thể gồm:

- + Lưỡi bị viêm hoặc đau
- + Móng tay giòn dễ gãy
- + Thèm muốn kì quặc những đồ ăn không có chất dinh dưỡng, như nước đá, đất bần hoặc tinh bột.
- + Chán ăn, nhất là trẻ em.

Một số người còn bị hội chứng chân bồng chồn - cảm giác kiến bò khó chịu ở chân nói chung chỉ giảm khi cử động chân.

2. Thiếu máu do thiếu vitamin.

Triệu chứng chính của thiếu máu là mệt mỏi. Bệnh còn gây ra một số triệu chứng khác như da xanh tái, loét ở miệng và lưỡi, khó thở, chán ăn, tiêu chảy, tê hoặc cảm giác kiến bò ở tay và chân, yếu cơ, lú lẫn và hay quên.

ĐIỀU CHỈNH Ở ĐƠN THUỐC (tham khảo)

Mục này là những đơn thuốc có thật, được chụp lại trên mạng. Không phải là Dược sĩ chúng ta vạch lỗi bác sĩ, mà chúng ta biết để mà tránh cho bệnh nhân sử dụng thuốc không phù hợp và tránh những tai hại bất ngờ.

Sự khác biệt giữa bác sĩ giỏi và bác sĩ dở, đó là bác sĩ giỏi kê thuốc với số lượng tối thiểu, ít khi có corticoid, và khi cho thuốc họ thường cân nhắc giữa lợi ích và nguy cơ cho bệnh nhân.

1. Đơn thuốc số 1:

Bệnh nhân 6 tuổi. Chẩn đoán: Viêm đầu dương vật (tức viêm bao quy đầu). Đơn thuốc trong 10 ngày.

1. Micfasobleu: 1 viên x 2 lần/ngày x 10 ngày.
2. Augumentin 250mg: 1 viên x 2 lần/ngày x 10 ngày.
3. Metronidazole (không thấy ghi khối lượng): 1 viên x 2 lần/ngày x 10 ngày.
4. Prednisolone 5mg: 1 viên x 3 lần/ngày x 10 ngày
5. Chlorpheniramine 4mg: 1 viên x 3 lần/ngày x 10 ngày.
6. Hapacol 250mg (Paracetamol): 1 viên x 3 lần/ngày x 10 ngày.

Sai thứ 1: Bệnh nhân mới 6 tuổi mà chỉ định corticoid liều 1 viên x 3 lần/ngày x 10 ngày?

Nên hạn chế tối đa việc sử dụng corticoid ở trẻ. Chỉ nên sử dụng ở liều thấp nhất, uống vào 8h sáng vào thời gian < 7 ngày.

Một điều nữa là metronidazol làm tăng tác dụng của prednisolon do ức chế CYP3A4 nên làm giảm chuyển hóa thuốc.

Sai thứ 2: Micfaso bleu chống chỉ định cho trẻ dưới 15 tuổi. Do hệ enzym và các cơ quan như gan thận chưa phát triển, trẻ em không phải là người lớn thu nhỏ.

Xanh methylen trong thuốc có thể gây tan huyết và thiếu máu tan huyết ở trẻ, trẻ càng nhỏ càng bị ảnh hưởng nhiều. Theo hội dược sĩ Hoa Kỳ, có tới 142 trường hợp tử vong đã được ghi nhận.

Sai thứ 3: chlorampheniramine có hiệu quả trong trường hợp này ko?

Thực tế trong các viêm do vi khuẩn, virus, các chất gây viêm chủ yếu là các IL (viêm do dị ứng, chất gây viêm mới là histamin), vì thế thuốc kháng histamin trong trường hợp này không có nhiều tác dụng mà còn gây tổn chi phí thuốc và tác dụng phụ cho bệnh nhi.

Chưa kê liều trên quá cao so với 1 bệnh nhi.

Sai thứ 4: Kê quá nhiều thuốc và kháng sinh cho trẻ.

Sử dụng quá nhiều kháng sinh, và phối hợp amoxicillin/acid clavulanic + metronidazol là không cần thiết.

2. Đơn thuốc số 2:

Bệnh nhi mắc hội chứng Chân – tay – miệng.

1. Ceelin 1 lọ. Ngày uống 10ml chia làm 2 lần.
2. Gentrison (Bentamethason, clotrimazol, gentamicin) 1 tuýp. Bôi ngoài da ngày 2 lần.
3. Xanh methylen 1 lọ. Bôi chấm các mụn nước, bôi trong miệng.
4. Tắm lá sài đất.

Sử dụng corticoid trong Chân Tay Miệng là một điều sai lầm do có thể làm bệnh trở nặng và thậm chí là tử vong.

3. Đơn thuốc số 3.

Bệnh nhân Nam 69 tuổi. Đơn dùng trong 14 ngày.

Chẩn đoán: COPD – Tăng huyết áp – tâm phế mạn – huyết khối ĐM chi dưới – Viêm dạ dày – Rối loạn chuyển hóa lipid máu.

1. Bromhexin 8mg. Sáng 1 viên, trưa 1 viên, tối 1 viên.
2. Micardis (Telmisartan 40mg). Sáng 1 viên.
3. *Symbicort Turbuhaler 160/4,5* (Budesonide 160mcg + Formoterol fumarate dihydrate 4,5mcg). Ngày hít 2 lần, mỗi lần 2 nhát, sau hít xúc miệng lại nhiều lần bằng nước sạch.

4. Diltiazem 60mg. Sáng 0,5 viên, chiều 0,5 viên.
5. Clopidogrel 75mg. Sáng 1 viên.
6. Cilostazol 100mg. Sáng 1 viên, chiều 1 viên.
7. Simvastatin 20mg. Tối 1 viên.
8. Furosemid 40mg. Sáng 1 viên.

Tương tác thuốc cần biết:

+ Diltiazem + simvastatin (Tương tác nghiêm trọng): Diltiazem ức chế enzym CYP3A4 nên làm tăng nồng độ huyết simvastatin. Tránh sử dụng hoặc sử dụng thuốc thay thế. Cần cân nhắc giữa lợi ích và nguy cơ. Nếu dùng chung, cần giới hạn liều Simvastatin không quá 10mg/ngày.

Do ức chế CYP3A4 nên Diltiazem còn làm tăng nồng độ cilostazol và clopidogrel. Nếu dùng chung chỉ dùng tối đa cilostazol 50mg 2 lần/ngày.

+ Diltiazem làm giảm tác dụng ức chế tiểu cầu của clopidogrel nhưng làm tăng nồng độ clopidogrel do ức chế CYP3A4.

+ Telmisartan + furosemide làm giảm kali huyết. Cần theo dõi nồng độ K huyết.

CÁC ĐƠN THUỐC THAM KHẢO

Đơn thuốc số 1: Thủy đậu – hạ kali máu – tăng men gan.

Bệnh nhân Nữ, tuổi 57. Đơn uống trong 5 ngày.

1. Milian 20ml (Xanh methylen + tím gentian)

Dùng ngoài, bôi da ngày 2 lần, mỗi lần 1 lớp mỏng.

2. Paracetamol 500mg x 3 lần/ngày.
3. Acyclovir Stada 800mg x 5 lần/ngày. Mỗi lần cách nhau 4 giờ.
4. Fexofenadin 180mg. Uống buổi sáng.
5. Sylhepgan (L - Ornithin – L – aspartat 500mg).

Uống sau ăn, sáng 1 viên, tối 1 viên.

Đơn thuốc số 2: Viêm họng cấp ở trẻ em.

Bệnh nhi Nam, 4 tuổi. Đơn uống trong 2 ngày.

1. Ceclor (Cefaclor 125mg/5ml, 30ml) 1 lọ.

Uống, ngày 2 lần, 7,5ml/lần.

2. Paracetamol A.T 250 sac (Paracetamol 250mg).

Uống khi sốt > 38⁰C, sáng 1 gói, trưa 1 gói, chiều 1 gói.

3. Paxirasol (Bromhexin 8mg)

Uống sáng ½ viên, chiều ½ viên.

Đơn thuốc số 3: Dọa sanh non trên PNCT.

Bệnh nhân: Phụ nữ có thai, tuổi 40. Đơn uống trong 7 ngày.

Chẩn đoán: Con lần 2, thai 28 tuần, tràn ối, ra huyết, dọa sanh non.

1. Duphaston 10mg (Dydrogesterone 10mg). Sáng 1 viên, chiều 1 viên.

2. Buscopan (Hyoscine Butylbromide 10mg). Sáng 2 viên, chiều 2 viên.

Đơn thuốc số 4: Vết thương ống tai ngoài do ngoáy tai.

Bệnh nhi Nam, 6 tuổi. Đơn trong 5 ngày.

1. PMS-Claminat 250mg/31,25mg (Amoxicillin/clavunat). Sáng 1 gói, chiều 1 gói.

2. Menison 4mg (methylprednisolon). Uống sau ăn, sáng 1 viên, chiều 1 viên.

3. Erolin (Loratadin 10mg). Uống chiều ½ viên.

4. Paracetamol A.T 250 sac. Sáng 1 gói, chiều 1 gói.

Đơn thuốc số 5: Viêm dạ dày ruột không nhiễm trùng.

Bệnh nhân Nam, tuổi 25. Đơn trong 5 ngày.

1. Merika fort (Bacillus subtilis + Lactobacillus acidophilus 2x10⁸ CFU + 2x10⁹CFU)

Uống sau ăn, sáng 1 gói, trưa 1 gói, tối 1 gói.

2. Spas Agi 40 (Alverin 40mg). Uống sau ăn, sáng 2 viên, trưa 2 viên, tối 2 viên.

3. Emenera 20mg (Esomeprazole). Uống trước ăn 30 phút, sáng.

Đơn thuốc số 6: Gãy kín đầu dưới xương quay/xây xát da/TNGT.

Bệnh nhân Nam, tuổi 16. Đơn trong 5 ngày.

1. Amoxicillin 500mg. Sáng 1 viên, chiều 1 viên.
2. Nic-vita. Sáng 1 ống PO, chiều 1 ống PO.
3. Masak (Calcitriol 0,25mcg). Sáng 1 viên.
4. Alpha 8400 UI. Sáng 1 viên, chiều 1 viên.
5. Paracetamol 650mg. Sáng 1 viên, chiều 1 viên.

Đơn thuốc số 7: Đau hạ vị, viêm phần phụ.

Bệnh nhân nữ, 35 tuổi. Đơn trong 7 ngày.

1. Doxycyclin 100mg. Sáng 1 viên, chiều 1 viên.
2. Metronidazol 250mg. Sáng 2 viên, chiều 2 viên.
3. Alpha 4,2mg. Sáng 2 viên, tối 2 viên.
4. Paracetamol 650mg. Sáng 1 viên, tối 1 viên.

Đơn thuốc số 8: Viêm họng cấp/viêm xoang trên trẻ em.

Bệnh nhi nữ, tuổi 10. Đơn trong 5 ngày.

1. Rezoclav 500mg/62,5mg (Amoxicillin/clavunat). Sáng 1 viên, chiều 1 viên.
2. Urselon (Methylprednisolone 16mg). Uống sau ăn, sáng 1 viên.
3. Fexofenadin 180mg. Uống, tối 1 viên.
4. TELKAST-10 (Montelukast 10mg). Uống, tối 1 viên.
5. Paracetamol 500mg. Sáng 1 viên, trưa 1 viên, tối 1 viên.

Đơn thuốc số 9: Viêm họng cấp.

Bệnh nhân Nam 22 tuổi. Đơn trong 7 ngày.

1. Augtipha 1g (Amoxicillin 825mg/clavunat 125mg). Sáng 1 viên, chiều 1 viên.
2. Paracetamol 500mg. Sáng 1 viên, trưa 1 viên, chiều 1 viên.
3. Loratadine 10mg. Sáng 1 viên, chiều 1 viên.

Đơn thuốc số 10: Hậu phẫu u ổ bụng.

Bệnh nhân nữ 70 tuổi. Uống trong 20 ngày.

1. Silymarin 70mg. Sáng 1 viên, chiều 1 viên.
2. Pyraneuro (3B). Sáng 1 viên, chiều 1 viên.

3. Probiotin. Sáng 1 gói, chiều 1 gói.

Đơn thuốc số 11: Viêm mũi họng cấp bệnh nhi

Bệnh nhi nữ 5 tuổi. Uống trong 5 ngày, nhỏ trong 15 ngày.

1. Vitamin C 200mg. Sáng 1 viên, chiều 1 viên
2. Chlorpheniramin 4mg. Chiều 1 viên.
3. Efticol (NaCl 0,9%). Nhỏ mũi 2 bên trong 15 ngày.

Đơn thuốc số 12: Đau đầu – thiếu máu thiếu sắt – suy nhược cơ thể.

Bệnh nhân Nam 48 tuổi. Uống trong 7 ngày.

1. Ferup. Uống sau ăn, sáng 1 viên, chiều 1 viên.
2. Pyraneuro. Uống sau ăn, sáng 1 viên, chiều 1 viên.

Đơn thuốc số 13: Tăng huyết áp.

Bệnh nhân Nữ, 55 tuổi. 14 ngày.

1. Micardis Plus (Telmusartan 40mg/hydrochlorothiazid 12,5mg): Sáng 1 viên.
2. Amlodipine 5mg: Chiều 1 viên.
3. Bisoprolol 2,5mg: Sáng 1 viên.

Đơn thuốc số 14: Viêm tai giữa cấp trái/viêm mũi họng cấp.

Bệnh nhi Nam, 6 tuổi. Thuốc trong 7 ngày.

1. Amoxicillin 250mg/clavulanat: Sáng 1 gói, trưa 1 gói, tối 1 gói.
2. Methylprednisolon 4mg: Uống sau ăn, sáng 1 viên, chiều 1 viên.
3. Paracetamol 250mg gói: Sáng 1 gói, trưa 1 gói, tối 1 gói (trong 3 ngày đầu).
4. Chlorpheniramin 4mg: Chiều 1 viên (trong 5 ngày).
5. Mepoly (neomycin 35mg + polymycin B 100.000UI + dexamethasol 10mg): Nhỏ tai ngày 3 lần, lần 5 giọt, để 5 phút.

Đơn thuốc số 15: Viêm họng/amidan cấp.

Bệnh nhân nữ 22 tuổi.

1. Amoxicillin 500mg/clavulanic: Sáng 2 viên, chiều 2 viên x 5 ngày.
2. Methylprednisolon 16mg: Uống sau ăn buổi sáng x 5 ngày.

3. Aliricin (Tyrothricin 0,5mg + benzocain 1,5mg + benzalkonium 1mg): Ngậm, sáng 1 viên, trưa 1 viên, tối 1 viên x 7 ngày.
4. Paracetamol 650mg. sáng 1 viên, trưa 1 viên, tối 1 viên x 5 ngày.

Đơn thuốc số 16: Viêm khớp đòn trái, thoái hóa cột sống, viêm dạ dày.

Bệnh nhân nữ 48 tuổi. Đơn trong 7 ngày.

1. Greatcet (Paracetamol 325mg/Tramadol 37,5mg): Sáng 1 viên, chiều 1 viên.
2. Celecoxib 200mg. Sáng 1 viên, chiều 1 viên.
3. Mustret 250 (Mephenesin): Sáng 1 viên, chiều 1 viên.
4. Omeprazole 40mg. Sáng 1 viên trước khi ăn 30 phút.

Đơn thuốc số 17: Cao huyết áp vô căn/Đau thắt ngực ổn định CCS II/Rối loạn lipid huyết/Viêm dạ dày.

Bệnh nhân nữ 58 tuổi. Đơn trong 14 ngày.

1. Bisoprolol Fumarate 2,5mg. Uống sau ăn, sáng 1 viên.
2. Fenofibrate 145mg: Uống sau ăn, chiều 1 viên.
3. Trimetazidine 35 mg. Uống sau ăn, sáng 1 viên, chiều 1 viên.
4. Pantoprazole 40mg. Uống trước ăn sáng 30 phút.
5. Troysar AM (Amlodipine 5mg/Losartan 50mg): Uống sau ăn sáng 1 viên.

Đơn thuốc số 18: Đau dây thần kinh liên sườn.

Bệnh nhân Nam 31 tuổi. Đơn trong 4 ngày.

1. Diclofenac 75mg: Uống sau ăn, sáng 1 viên, tối 1 viên.
2. Mephenesin 250mg: Uống sau ăn, sáng 2 viên, tối 2 viên.
3. Rabeprazole 20mg: Uống trước ăn 30 phút. Sáng 1 viên, tối 1 viên.
4. Nic-Vita (Lysin/3B): Uống sau ăn, sáng 1 ống, tối 1 ống.

Đơn thuốc số 19: Viêm dạ dày HP (+) kháng thuốc – Trĩ nội.

Bệnh nhân Nam 41 tuổi.

1. Tetracyclin 500mg: uống sau ăn, sáng 1 viên, trưa 1 viên, chiều 1 viên, tối 1 viên.
2. Metronidazol 250mg: Uống sau ăn, sáng 2 viên, trưa 2 viên, chiều 2 viên.

3. Trymo tablets (Bismuth 120mg): Uống trước ăn 30 phút, sáng 1 viên, trưa 1 viên, chiều 1 viên, tối 1 viên.
4. Esomeprazole 20mg. Uống trước ăn 30 phút, sáng 1 viên, chiều 1 viên.
5. Rebamipid 100mg. Uống trước ăn 30 phút, sáng 1 viên, trưa 1 viên, chiều 1 viên.
6. Elthon (Itopride Hydrochloride 50mg): Uống trước ăn 30 phút, sáng 1 viên, trưa 1 viên, chiều 1 viên.

Đơn thuốc số 20: Van 2 lá nhân tạo, hở van 3 lá nặng, tăng áp lực ĐM phổi, rung nhĩ/đái tháo đường type II.

Bệnh nhân Nữ 59 tuổi. Đơn uống trong 14 ngày.

1. Furosemid 40mg. Sáng ½ viên.
2. Spironolacton 25 mg. Sáng ½ viên (trong 2 ngày đầu).
3. Kali clorid 600mg. Sáng 1 viên, chiều 1 viên.
4. Coversyl 10mg (Perindopril arginine 10mg). Sáng ½ viên.

Đơn thuốc số 21: Tăng huyết áp, thiếu máu cơ tim cục bộ.

Bệnh nhân Nữ, 67 tuổi. Đơn trong 28 ngày.

1. Coversyl 10mg (Perindopril arginine 10mg). Sáng 1 viên.
2. Bisoprolol 2,5mg. Sáng 1 viên.
3. Clopidogrel 75mg. Uống sau ăn, sáng 1 viên.

NHỮNG CUỐI CỬA THỰC TẾ DỪNG CORTICOID CHO TRẺ?

Với phương châm “Đỡ bệnh chỉ sau 1 liều”, corticoid đã và đang trở thành một trong những thuốc đầu tay đối với các nhà thuốc và bác sĩ khám tư nhờ tác dụng kháng viêm mạnh, giảm đau, giảm phù nhanh chóng.

Bất chấp khuyến cáo của BHYT, WHO hay các hội khác, corticoid được sử dụng gần như trong mọi trường hợp, với suy nghĩ “trẻ em uống corticoid vài ngày thì chẳng chết ai”. Tuy nhiên cần lưu ý, theo các nghiên cứu, tần suất mắc bệnh ở trẻ em trung bình đạt vào tầm 6-8 lần/năm, thậm chí mắc bệnh 12 lần/năm là chuyện bình thường. Và với vài liều corticoid/lần bệnh, thì số ngày sử dụng corticoid ở trẻ em phải tính bằng tháng. Tức là 1 năm có đến 1-2 tháng dùng corticoid.

Hiệu ứng đầu tiên trên trẻ em chính là tác động gây chậm lớn ở trẻ em, và làm cơ ở trẻ yếu. Việc dùng tràn lan corticoid cũng góp phần đưa Việt Nam trở thành top những nước có chiều cao “thấp nhất thế giới”. Hiệu ứng thứ hai là thuốc ức chế miễn dịch nên khiến trẻ dễ mắc bệnh hơn, đồng thời khi bị bệnh thì lại khó lành bệnh hơn.

Còn ở người già, sử dụng corticoid nhiều cũng gia tăng nguy cơ gây loãng xương.

Vì thế, hãy luôn cân nhắc khi sử dụng corticoid cho trẻ và người già. Chỉ dùng khi thật cần thiết và dùng với liều thấp nhất và trong thời gian ngắn nhất.

CÓ NÊN SỬ DỤNG THUỐC KHÁNG H₁ VÀ THUỐC HO CHO TRẺ

Tôi đề cập tới 1 nhóm thuốc chữa triệu chứng chính mà thường xuyên xuất hiện trong các toa thuốc cũng như bịch thuốc khi phụ huynh mua tại tiệm: Thuốc kháng dị ứng (còn gọi là thuốc kháng Histamin – antihistamine).

Bản chất các thuốc này dùng để chữa dị ứng: dị ứng da (mề đay cấp – mạn, chàm...) viêm mũi dị ứng, viêm kết mạc dị ứng và các dạng dị ứng khác.

Dùng để làm gì? Người ta nghĩ rằng, khi dùng những thuốc này sẽ có tác dụng làm giảm sổ mũi, giảm ho. Cho nên cứ hễ con nít bị ho, sổ mũi là họ sẽ dùng thuốc này mà không cần biết sổ mũi này là do viêm mũi theo cơ chế nào. Nếu viêm mũi theo cơ chế dị ứng thì các thuốc kháng histamine sẽ có tác dụng giảm ngứa mũi, giảm tiết dịch mũi, nhưng thật không may đa số ho, sổ mũi con nít là bệnh cảm thường, mà trong bệnh này mũi bị viêm không phải theo cơ chế dị ứng (nếu có thì rất ít), viêm

mũi trong bệnh cảm lạnh – chất gây viêm là các interleukin (IL) chứ không phải Histamine nên các thuốc kháng dị ứng hầu như không có tác dụng.

Thế nhưng thực tế khi dùng vào với liều cao thì thấy hiện tượng ho, sổ mũi vẫn giảm là vì sao? Đó là do ngoài tác dụng kháng dị ứng (kháng Histamine) các thuốc này còn có tác dụng kháng cholinergic (anticholinergic), tác dụng này làm giảm tiết các chất nhầy đường hô hấp, khiến cho đứa trẻ bị khô mũi, khô miệng, các chất tiết ra rồi thì cô đặc lại và ứ đọng bên trong đường hô hấp khó tống ra ngoài. Nhìn bề ngoài thì có vẻ bệnh giảm vì bớt triệu chứng, nhưng đứa trẻ đang gặp những rắc rối do chính tác dụng anticholinergic mà người lớn không thấy được: Khô mũi, miệng, táo bón, bí tiểu, tim nhanh...

Các thuốc Kháng histamine thế hệ 1 vừa nêu còn có thể đi qua hàng rào máu não, gây nên những tác dụng phụ trên hệ thần kinh trung ương: ngủ gà, li bì, trẻ nhỏ thì khó ngủ, kích thích, la hét, thậm chí co giật, giảm khả năng tập trung chú ý tiếp thu kiến thức, giảm trí nhớ. Các thuốc thế hệ 2 thì ít tác dụng phụ này nhưng khả năng làm khô mũi thì kém hơn hẳn các thuốc thế hệ 1 nên không được “các bác, các chú” ưa chuộng lắm.

Theo khuyến cáo của AAP (viện hàn lâm nhi khoa Mỹ): không dùng bất cứ sản phẩm thuốc không kê toa (OTC) nào cho trẻ em dưới 6 tuổi bị cảm lạnh vì các nguy cơ tác dụng phụ của thuốc và hiệu quả không cao. Bao gồm cả các loại thảo dược. Mật ong có thể giảm ho và dường như vô hại đối với trẻ trên 1 tuổi, hiệu quả giảm ho tương đương thuốc tây (dextromethophan). Các thuốc kháng dị ứng để điều trị viêm mũi dị ứng ở trẻ nhỏ chỉ nên dùng các loại an toàn: desloratadine, levocetirizine ... có thể dùng được cho trẻ từ 6 tháng trở lên.

Tại sao nhất quyết phải giảm ho, sổ mũi khi bị cảm? Đơn giản chỉ vì phụ huynh thấy “sốt ruột” mà thôi chứ nó không đem lại bất kì lợi ích nào cho đứa nhỏ. Dù rằng đứa nhỏ mũi thông lòng, ho sùng sục nhưng nó vẫn vui vẻ và chơi bời, chúng không “sốt ruột” gì, chỉ có cha mẹ “sốt ruột” vì: mất ngủ, tiệc công đứt cháo rõ vất vả nay ho cái ối ra hết, vì thiếu hiểu biết sợ ho nó lan xuống viêm phổi.

Ho là phản xạ tổng vi trùng, dị vật, đàm nhớt ra khỏi đường hô hấp để ngăn ngừa viêm phổi, ngăn ngừa tắc nghẽn đường thở thì làm sao ho nhiều, ho lâu lại gây ra viêm phổi cho được. Trẻ sơ sinh không ho được, người già yếu liệt nằm 1 chỗ không ho được, bị ứ đọng đàm nhớt, vi trùng thì mới bị viêm phổi và chết chứ. Vì vậy thay

vì sốt ruột cha mẹ nên vui mừng vì con mình ho khỏe, ho khỏe thì bệnh mau khỏi, không ho hay ho yếu thì dễ bị nặng hơn. Bằng mọi cách để giảm ho, cắt ho chính là đang làm hại trẻ mà thôi.

Bác sĩ nhi khoa Trần Công

XOẮN ĐỈNH

CYP3A là con đường chuyển hóa thuốc liên quan đến các trường hợp xoắn đỉnh. Terfenadine, một trong những thuốc kháng histamin không an thần đầu tiên, được chuyển hóa bởi CYP3A thành fexofenadine. Các thuốc ức chế CYP3A như ketoconazole khiến terfenadine không được chuyển hóa, dẫn đến tích tụ ở mức cao. Ở nồng độ cao, terfenadine là thuốc chẹn kênh kali trong tim – là kênh rất quan trọng để tái phân cực tim – dẫn đến kéo dài khoảng QT trên điện tâm đồ và xoắn đỉnh.

Enzym quan trọng này là cơ sở cho hầu hết các tương tác thuốc gây tử vong đã được báo cáo trong nhiều năm nay. Vì thế, cần cẩn trọng sử dụng các thuốc ức chế CYP3A trên bệnh nhân sử dụng thuốc kéo dài QT như astemizole và cisaprid, thuốc trị loạn nhịp tim IA (Quinidin, procainamid), III (amiodaron), các thuốc kháng trầm cảm 3 vòng...

Phần lớn các loại thuốc có thể gây loạn nhịp tim bằng cách kéo dài khoảng QT được chuyển hóa bởi cytochrome P450 3A. Mặc dù cơ sở sinh học cho điều này vẫn chưa rõ ràng, nhưng điều này có thể giúp các bạn dễ nhớ hơn và cảnh giác.

BERBERIN, TẠI SAO KHÔNG?

Berberin là một alkaloid nhóm benzyloquinoline được chiết từ các dược liệu như Vàng đắng, Hoàng liên. Berberin hiện đang được nghiên cứu để xác định xem ứng dụng của nó trong điều trị rối loạn nhịp tim (loại III), tiểu đường (do kích thích tiết insulin), lipid máu, viêm và ung thư. Tuy nhiên, berberin có sinh khả dụng thấp.

Berberin được xem như là kháng sinh thiên nhiên. Berberin thúc đẩy sự phục hồi của hệ vi sinh đường ruột bằng cách ức chế sự phát triển và tiết độc tố của các thành viên của họ *Enterobacteriaceae*, nhưng lại không ảnh hưởng đến các lợi khuẩn. Sử dụng berberin có hiệu quả trong hầu hết trường hợp tiêu chảy như trị tiêu chảy du lịch, tiêu chảy cấp do nhiễm trùng, hội chứng ly, tả... và cả các tiêu chảy do nhu

động ruột, tiêu chảy do hội chứng đại tràng. Berberin có tác dụng ức chế *Salmonella typhi* tiết ra các độc tố và tăng tỷ lệ sống sót trên chuột nhiễm *Salmonella*.

Một số nghiên cứu cho thấy berberin có khả năng kiềm khuẩn *S.aureun* kháng methicillin (MRSA) và các vi khuẩn lam có hại (cyanobacterium).

Trong các trường hợp tiêu chảy nói chung, sử dụng Berberin vẫn nên được ưu tiên hơn kháng sinh khi chưa biết nguyên nhân, tác dụng tốt hơn, tác dụng không mong muốn ít hơn và đứng trên phương diện Dược xã hội học, sử dụng berberin thay thế kháng sinh giúp làm giảm tốc độ kháng thuốc của vi khuẩn. Không dùng chung với vitamin B6, B3 và PABA vì làm mất tác dụng của Berberin.

MICTASOL BLEU

Có cùng công thức với các biệt dược khác như Micfaso Blue, Micfaso... Các thuốc này đang được nhiều nhà lâm sàng sử dụng như là thuốc bắt buộc phải có trong điều trị viêm đường tiết niệu. Tất nhiên, điều đó là đúng. Điều đáng nói ở đây là việc sử dụng các thuốc trên cho cả trẻ em của một số nhà lâm sàng? Bất chấp cả khuyến cáo của nhà sản xuất, vì họ thấy rằng không có phản ứng phụ trong những lần điều trị.

Tại sao mictasol bleu lại cấm dùng cho trẻ em và PNCT?

Mictasol bleu có 2 hoạt chất chính là xanh methylen và long não. Xanh methylen là một chất gây quái thai trên PNCT, thuộc bảng X thai kỳ theo FDA. Vì thế tuyệt đối không được sử dụng loại thuốc này trong bất kì trường hợp nào ở PNCT.

Ở trẻ em, hệ thống thận và các hệ enzym khử, các hệ cơ quan chưa phát triển đầy đủ. Nên nhớ, trẻ em ko phải là người lớn thu nhỏ. Theo Hiệp hội dược sĩ hệ thống Hoa Kỳ thì: Tan huyết và thiếu máu tan huyết có thể xảy ra khi sử dụng xanh methylen, đặc biệt là trẻ nhỏ và bệnh nhân thiếu G-6-PD. Ngoài ra, còn có tăng bilirubin huyết (do tan huyết) và nhạy cảm da. Có 142 trường hợp tử vong ở trẻ em đã được báo cáo.

Vì thế, khi nhìn thấy bất kỳ đơn thuốc nào của trẻ em dưới 15 tuổi và PNCT có kê loại thuốc này, bắt buộc các bạn phải loại bỏ vì lợi ích không nhiều nhưng nguy cơ xảy ra là chắc chắn.

TERPIN CODEIN DÙNG TRONG TRƯỜNG HỢP NÀO

Gần đây, trên mạng xã hội fb có một câu hỏi rất thú vị:

“Ho có đờm không nên ức chế ho , vì đây là phản xạ tốt của cơ thể giúp tống đờm ra ngoài! Hầu hết các bài bàn luận về HO ĐỜM không nên cho thuốc giảm ho. Nhưng tại sao không thắc mắc vấn đề sau nhỉ :

- Thuốc Ho như Atussin chứa Dextromethorphan ức chế ho mà lại chứa cả Glyceryl guaicolat là chất long đàm

- Thuốc Ho Pharcoter chứa Codein ức chế ho mà còn chứa cả terpin hydrat làm dễ long đờm. Hay Cedepect chứa codein rồi còn chứa cả Glyceryl guaicolat long đờm?”

Ví dụ như Terpin Codein. Một bên terpin làm loãng đờm, một bên codein làm giảm ho cắt cơn ho thì làm sao ho đờm loãng ra được?

Kết hợp có nguyên lý như sau:

Terpin hydrat làm hydrat hoá dịch nhầy phế quản, có tác dụng long đờm, giúp long mao biểu mô phế quản hoạt động dễ dàng để tống đờm ra ngoài với liều thấp (dưới 0,6 gam/ngày). Tại đây, chúng thường được nuốt xuống dạ dày, thỉnh thoảng được khạc ra ngoài.

Codein có tác dụng giảm ho do tác dụng trực tiếp đến trung tâm gây ho ở hành não, làm khô dịch tiết đường hô hấp và làm tăng độ quánh của dịch tiết phế quản.

Chỉ định của thuốc: Ho gió, ho khan, ho do kích thích, viêm phế quản, viêm phế khí quản.

Thuốc này không dùng trong ho có đờm vì ho có đờm thì người ta dùng thuốc tiêu nhầy như acetylcystein chứ không sử dụng long đờm nữa. Thế thôi. Nguyên tắc là Codein không sử dụng trong ho có đờm. Kết hợp Terpin codein trong ho có đờm có thể gây tràn dịch phổi khiến bệnh nặng hơn, tiếng phổi ran hơn.

Vì thế, Terpin codein là một kết hợp kinh điển, không phải ngẫu nhiên mà BHYT hay thế giới sử dụng. Kết hợp này không sai, sai ở chỗ người sử dụng sai.

Tham khảo: Dược sĩ Nguyễn Ngọc Vũ Nam.

SÓT Ở TRẺ

Sốt là phản ứng của cơ thể với các tác nhân gây bệnh. Bình thường cơ thể người 37°C , khi vượt quá $37,5^{\circ}\text{C}$ được gọi là sốt.

Theo khuyến cáo của NICE 2013: “Không có bằng chứng cho thấy việc dùng thuốc hạ sốt sẽ ngăn ngừa được cơn co giật”. Theo khuyến cáo của các Bác sĩ chuyên khoa Nhi, không cần thiết phải dùng thuốc hạ sốt trong trẻ em trừ: trường hợp sốt trên $38,9^{\circ}\text{C}$ hoặc sốt dưới $38,9^{\circ}\text{C}$ nhưng trẻ rất quấy, rất đau.

Ngoài 2 trường hợp trên, chỉ cần làm mát bằng khăn nước, ăn mặc rộng rãi, càng ít vải càng tốt, uống nước nhiều, bú mẹ tích cực nếu còn bú.

Liều Paracetamol trên trẻ em: 10-15mg/kg/lần mỗi 4-6 giờ. Ưu tiên PO hơn là đặt hậu môn. Không được cho uống Ibuprofen trừ khi có chỉ định của Bác sĩ. Không cần dùng miếng hạ sốt vì không giúp ích gì.

Theo bác sĩ Nhi khoa Trần Công.

CÓ NÊN SỬ DỤNG KHÁNG SINH PHÒNG NGỪA BỘI NHIỄM?

Có nên sử dụng kháng sinh phòng ngừa bội nhiễm khi mắc bệnh do virus như viêm họng, đau mắt đỏ?

Có thể là có hoặc có thể là không. Nếu ở môi trường ô nhiễm, tiếp xúc nhiều khói bụi độc hại và mầm bệnh (như bệnh viện) thì việc sử dụng kháng sinh phòng ngừa bội nhiễm là điều cần thiết. Trong khói bụi ô nhiễm có chứa nhiều chất độc làm tổn thương niêm mạc, và chứa nhiều vi khuẩn độc hại có thể bội nhiễm vào khiến bệnh nặng hơn. Việc sử dụng kháng sinh có thể chống nhiễm cả vi khuẩn kháng kháng sinh đó khoảng 70-80%.

Còn nếu được nghỉ ngơi ở nhà, vùng thôn quê, không khí trong lành thì việc sử dụng kháng sinh là điều vô ích. Việc sử dụng kháng sinh lúc này tạo điều kiện cho vi khuẩn khác ký sinh trên cơ thể như *S.aureus* có điều kiện kháng kháng sinh, và đến lúc chúng gây ra bệnh thì khó điều trị hơn. Ngoài ra, sử dụng kháng sinh cũng có nhiều nhược điểm như gây dị ứng, đau bụng, rối loạn khuẩn ruột, tạo điều kiện cho nấm phát triển...

Thế nên sử dụng loại nào để phòng bội nhiễm? Trong điều kiện bình thường chỉ nên sử dụng các loại kháng sinh nhẹ như Cephalixin... Lựa chọn kháng sinh phân bố tốt vào vị trí nhiễm virus, như trên mắt thì có thể dùng ciprofloxacin, cloramphenicol (trong đau mắt đỏ) do phân bố vào mắt tốt. Ngoài ra, nên sử dụng nước muối sinh lý 0,9% để rửa.

DÙNG CHUNG THUỐC PPI VÀ KHÁNG H₂?

Thuốc chẹn bơm proton (PPI) như omeprazol và thuốc kháng H₂ như Cimetidine. Có nhiều nhà thuốc cho sử dụng chung 2 thuốc này. Đây là một kết hợp sai.

Nguyên nhân là PPI như omeprazol bị giảm hiệu lực khi dùng chung các thuốc chống tiết acid khác như thuốc kháng H₂ cimetidin, thuốc kháng cholinergic trên M₁ như pirenzepin...

Việc sử dụng càng nhiều thuốc lại tốn thêm chi phí cho bệnh nhân cũng như tăng phản ứng có hại. Vì thế không nên phối hợp 2 thuốc này.

HỘI CHỨNG REYE

Là bệnh tổn thương não cấp tính, gan thoái hóa mỡ đa số sau nhiễm virus cấp tính, thường là virus cúm và thủy đậu mà có sử dụng aspirin. Bệnh có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi, thường gặp nhất là từ 5 – 14 tuổi. Hội chứng gây tử vong đến 25%, khoảng 30% bị rối loạn thần kinh. Nguyên nhân chưa rõ ràng.

Hội chứng Reye có liên quan với Aspirin, nên cẩn thận sử dụng aspirin và các salicylate cho trẻ dưới 18 tuổi, đặc biệt là khi trẻ bị các bệnh do virus cúm và thủy đậu.

PHỐI HỢP KHÁNG SINH

Nguyên tắc phối hợp kháng sinh:

Nhóm 1: kháng sinh diệt khuẩn gồm β -lactam, aminoglycosid, polypeptid, vancomycin, quinolon.

Nhóm 2: kháng sinh kìm khuẩn gồm Cyclin, cloramphenicol, macrolid, lincomycin, sulfamid.

Kết hợp kháng sinh nhóm 1 với nhau sẽ có tác dụng cộng hoặc tăng mức.

Kết hợp kháng sinh nhóm 2 với nhau sẽ có tác dụng cộng.

Kết hợp kháng sinh nhóm 1 và nhóm 2 sẽ có tác dụng đối kháng.

- Lưu ý: Macrolid kìm khuẩn hay diệt khuẩn phụ thuộc nồng độ. Vì thế ở nồng độ diệt khuẩn vẫn dùng phối hợp với các kháng sinh diệt khuẩn như β -lactam, quinolon.
- Minocyclin thuộc nhóm Cyclin nhưng là chất duy nhất trong nhóm có tác dụng diệt khuẩn.
- Chloramphenicol kìm khuẩn là chủ yếu, nhưng có tác dụng diệt khuẩn trên *H.influenzae*, *S.pneumoniae*, *Neisseria meningitidis*, một vài chủng *Salmonella* và một số *Bacteroides*.
- Có một vài ngoại lệ không đối kháng:

+ Nhóm Aminosid có tác dụng diệt khuẩn nhưng không đối kháng với: Tetracyclin, Phenicol, Macrolid, Trimethoprim.

+ Nhóm Polypeptid phối hợp với các nhóm: Tetracyclin, Phenicol, Macrolid, Trimethoprim

+ Nhóm Beta-lactamin phối hợp với các nhóm: Sulfamid.

Phối hợp kháng sinh nhằm mục đích:

+ Làm giảm khả năng xuất hiện chủng đề kháng: Như phối hợp kháng sinh trong điều trị lao, phong, H.P, trực khuẩn mủ xanh... Phối hợp kháng sinh sẽ làm giảm xác xuất xuất hiện đề kháng, vì vi khuẩn muốn đề kháng thì phải đề kháng kép.

Ví dụ: Xác suất đột biến kháng streptomycin là 10^{-7} và đột biến kháng rifampicin là 10^{-9} , thì xác suất đột biến đề kháng cả 2 kháng sinh này là 10^{-16} .

+ Tăng phổ trên vi khuẩn, điều trị nhiễm khuẩn do nhiều loại vi khuẩn:

Ví dụ: Do cả vi khuẩn hiếu khí và kỵ khí thì phối hợp β -lactam với metronidazol như trường hợp viêm phúc mạc, áp xe não, áp xe phổi, một số nhiễm khuẩn phụ khoa... Như vậy mỗi kháng sinh diệt một loại vi khuẩn, phối hợp kháng sinh sẽ diệt nhiều loại vi khuẩn hơn.

+ Làm tăng khả năng diệt khuẩn: Ví dụ phối hợp kinh điển β -lactam và Aminoglycosid (gentamicin hoặc tobramycin hoặc akamicin) do β -lactam phá hủy vách vi khuẩn khiến AG dễ xâm nhập vào vi khuẩn.

1. Các tương tác kháng sinh hiệp đồng.

+ Trimethoprim và sulfamethoxazol ức chế 2 chặng khác nhau trên cùng một con đường tổng hợp coenzym – acid folic cần thiết cho vi khuẩn phát triển nên 2 thuốc này có tác dụng hiệp đồng và được phối hợp thành một sản phẩm (Co-trimoxazol).

+ Phối hợp β -lactam với aminoglycosid cho kết quả hiệp đồng do β -lactam làm mất vách tạo điều kiện cho aminoglycosid dễ dàng xâm nhập vào tế bào và phát huy tác dụng. Ví dụ: Phối hợp Piperacilin với aminoglycosid điều trị nhiễm khuẩn nặng do trực khuẩn mủ xanh; penicillin với gentamicin nhằm diệt liên cầu.

+ Phối hợp penicilin với một chất ức chế β -lactamase giúp cho penicilin không bị phân hủy và phát huy tác dụng. Ví dụ: Phối hợp amoxicilin/acid clavulanic hoặc ampicilin/sulbactam hay ticarcilin/ acid clavulanic.

+ Phối hợp 2 kháng sinh cùng ức chế sinh tổng hợp vách vi khuẩn, nếu mỗi kháng sinh tác động vào một protein gắn penicilin (PBP) – enzym trong quá trình tổng hợp vách thì sẽ có tác dụng hiệp đồng; Ví dụ: Phối hợp ampicilin (gắn PBP1) với mecilinam (gắn PBP2) hay ampicilin với ticarcilin.

+ Kháng sinh này giúp kháng sinh kia đi vào tế bào dễ dàng: Polymycin B kết hợp với bactrim hoặc rifampin để chống lại *Serratia*.

+ Quinolon, Aminosid, β -lactam có thể phối hợp với nhau.

2. Các tương tác đối kháng.

+ Không phối hợp kháng sinh có tác dụng diệt khuẩn với kháng sinh có tác dụng kìm khuẩn như Penicillin + Cyclin, Ampicillin + Chloramphenicol...

Ví dụ: β -lactam có tác dụng diệt khuẩn do ngăn chặn sự tổng hợp lớp vỏ bao bọc của vi khuẩn, vi khuẩn phát triển càng nhanh thì thuốc càng có tác dụng mạnh. Nếu phối hợp với kháng sinh kìm khuẩn như tetracyclin, cloramphenicol... khiến vi khuẩn ngưng phát triển khiến β -lactam mất tác dụng.

Trường hợp thông thường, phối hợp này không có lợi nhưng cũng không khiến vi khuẩn phát triển hay đề kháng, vì vi khuẩn muốn phát triển phải có vượt qua 2 hàng rào đột biến. Phối hợp này chỉ gây hại trong trường hợp cần phải tiêu diệt vi khuẩn nhanh chóng như viêm màng não.

Vì thế, trong điều trị lậu cầu, người ta vẫn phối hợp Ceftriaxon hoặc Cefixim với Doxycyclin hoặc Azithromycin. Điều trị trong 2 tuần.

+ Không phối hợp kháng sinh có cùng vị trí tác động vì chúng đẩy nhau ra khỏi receptor như phối hợp erythromycin với clindamycin (hoặc lincomycin) và chloramphenicol.

+ Không phối hợp kháng sinh kích thích vi khuẩn tiết ra chất đề kháng kháng sinh kia như: Cefoxitin kích thích *P. aeruginosa* và *Enterobacter* tiết ra β -lactamase, đột biến qua plasmid này khiến hệ vi khuẩn đường ruột nhanh chóng đề kháng với kháng sinh họ β -lactam.

+ Đơn trị ampicillin trong viêm màng não tỷ lệ tử vong là 4,3%, phối hợp ampicillin và chloramphenicol tỷ lệ tử vong là 10,5%. Mặc dù chloramphenicol có tác dụng diệt khuẩn với *H.influenzae*, *S.pneumoniae* là nguyên nhân thường gặp trong viêm màng não, theo nguyên lý thì 2 thuốc trên hiệp đồng, nhưng thực tế thì lại làm tăng tỷ lệ tử vong.

Trong điều trị thương hàn do *Salmonella*, chloramphenicol có tương tác hiệp đồng hay đối kháng với ampicillin hay không là phụ thuộc vào chloramphenicol có diệt hay kiềm khuẩn đối với chủng *Salmonella*.

THAM KHẢO:

1. Bộ Y tế, “*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị*”.
2. Trang web thuocbietduoc.com.
3. Dieutri.vn
4. Dalieu.vn – tham khảo cho các bài bệnh da liễu và bệnh hoa liễu.
5. Phác đồ chẩn đoán, điều trị bệnh nội khoa: bệnh viện 115 TP.HCM, bệnh viện Gia Định TP.HCM, bệnh viện Trung Vương.
6. Trần Thị Thu Hằng, *Dược lực học*, Nhà xuất bản Phương Đông 2016.
7. Hội tim mạch học Việt Nam.
8. Trung tâm DI&ADR quốc gia.
9. NICE 2013, ATP 4, CDC 2015, WHO, FDA, ADA 2018, AACE/ACE 2018, ACP 2017, EULAR 2016, AUA 2016, VUNA 2013 và nhiều hội khác...
10. Các bài viết của Viện sốt rét – Ký sinh trùng – Côn trùng TP.HCM.

Biên soạn: ĐK.