|  |
| --- |
| SỞ Y TẾ QUẢNG NINH  **HỘI ĐỒNG KIỂM TUYỂN DỤNG VIÊN CHỨC NĂM 2024**  **----------------**  **TÀI LIỆU**  **ÔN TẬP THI VỀ KIẾN THỨC CHUYÊN NGÀNH**  **Lĩnh vực: Bác sĩ**    ***Quảng Ninh, năm 2024*** |

**DANH MỤC TÀI LIỆU**

**Lĩnh vực: Bác sĩ**

**Môn:** Nghiệp vụ chuyên ngành

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **STT** | **Tên tài liệu** | **Số trang** |
| 1 | Luật Viên chức được ban hành theo Văn bản hợp nhất số 26/VBHN-VPQH ngày 16/12/2019 của Văn phong Quốc hội.  *(Chương I; Chương II; Chương III, Chương IV).* | 1-21 |
| 2 | Nghị định về xử lý kỷ luật cán bộ, công chức, viên chức được ban hành theo Văn bản hợp nhất số 5/VBHN-BNV ngày 13/10/2023 của Bộ Nội vụ.  *(Chương I; Mục 3 của Chương II)* | 21-28 |
| 3 | Tài liệu bệnh Nội khoa (1.Viêm phổi cộng đồng, 2. Tăng huyết áp, 3. Loét dạ dày tá tràng, 4. Cấp cứu cơ bản ngừng tuần hoàn, 5. Hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ, 6. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị nhồi máu não cấp) | 28 - 66 |
| 4 | Tài liệu bệnh Ngoại khoa (1. Viêm ruột thừa, 2. Thủng ổ loét dạ dày tá tràng, 3. Lồng ruột cấp tính ở trẻ còn bú, 4. Gãy xương cẳng tay, 5. Gãy thân xương đùi, 6. Gãy thân hai xương cẳng chân) | 66 - 103 |

**KIẾN THỨC CHUNG**

**Văn bản 1: Luật Viên chức được ban hành theo Văn bản hợp nhất số 26/VBHN-VPQH ngày 16/12/2019 của Văn phòng Quốc hội**

**Chương I**. **NHỮNG QUY ĐỊNH CHUNG**

**Điều 1. Phạm vi điều chỉnh**

Luật này quy định về viên chức; quyền, nghĩa vụ của viên chức; tuyển dụng, sử dụng và quản lý viên chức trong đơn vị sự nghiệp công lập.

**Điều 2. Viên chức**

Viên chức là công dân Việt Nam được tuyển dụng theo vị trí việc làm, làm việc tại đơn vị sự nghiệp công lập theo chế độ hợp đồng làm việc, hưởng lương từ quỹ lương của đơn vị sự nghiệp công lập theo quy định của pháp luật.

**Điều 3. Giải thích từ ngữ**

Trong Luật này, các từ ngữ dưới đây được hiểu như sau:

1. *Viên chức quản lý* là người được bổ nhiệm giữ chức vụ quản lý có thời hạn, chịu trách nhiệm điều hành, tổ chức thực hiện một hoặc một số công việc trong đơn vị sự nghiệp công lập và được hưởng phụ cấp chức vụ quản lý.

2. *Đạo đức nghề nghiệp* là các chuẩn mực về nhận thức và hành vi phù hợp với đặc thù của từng lĩnh vực hoạt động nghề nghiệp do cơ quan, tổ chức có thẩm quyền quy định.

3. *Quy tắc ứng xử* là các chuẩn mực xử sự của viên chức trong thi hành nhiệm vụ và trong quan hệ xã hội do cơ quan nhà nước có thẩm quyền ban hành, phù hợp với đặc thù công việc trong từng lĩnh vực hoạt động và được công khai để Nhân dân giám sát việc chấp hành.

4. *Tuyển dụng* là việc lựa chọn người có phẩm chất, trình độ và năng lực vào làm viên chức trong đơn vị sự nghiệp công lập.

5. *Hợp đồng làm việc* là sự thỏa thuận bằng văn bản giữa viên chức hoặc người được tuyển dụng làm viên chức với người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập về vị trí việc làm, tiền lương, chế độ đãi ngộ, điều kiện làm việc quyền và nghĩa vụ của mỗi bên.

**Điều 4. Hoạt động nghề nghiệp của viên chức**

Hoạt động nghề nghiệp của viên chức là việc thực hiện công việc hoặc nhiệm vụ có yêu cầu về trình độ, năng lực, kỹ năng chuyên môn, nghiệp vụ trong đơn vị sự nghiệp công lập theo quy định của Luật này và các quy định khác của pháp luật có liên quan.

**Điều 5. Các nguyên tắc trong hoạt động nghề nghiệp của viên chức**

1. Tuân thủ pháp luật, chịu trách nhiệm trước pháp luật trong quá trình thực hiện hoạt động nghề nghiệp.

2. Tận tụy phục vụ Nhân dân.

3. Tuân thủ quy trình, quy định chuyên môn, nghiệp vụ, đạo đức nghề nghiệp và quy tắc ứng xử.

4. Chịu sự thanh tra, kiểm tra, giám sát của cơ quan, tổ chức có thẩm quyền và của Nhân dân.

**Điều 6. Các nguyên tắc quản lý viên chức**

1. Bảo đảm sự lãnh đạo của Đảng Cộng sản Việt Nam và sự thống nhất quản lý của Nhà nước.

2. Bảo đảm quyền chủ động và đề cao trách nhiệm của người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập.

3. Việc tuyển dụng, sử dụng, quản lý, đánh giá viên chức được thực hiện trên cơ sở tiêu chuẩn chức danh nghề nghiệp, vị trí việc làm và căn cứ vào hợp đồng làm việc.

4. Thực hiện bình đẳng giới, các chính sách ưu đãi của Nhà nước đối với viên chức là người có tài năng, người dân tộc thiểu số, người có công với cách mạng, viên chức làm việc ở miền núi, biên giới, hải đảo, vùng sâu, vùng xa, vùng dân tộc thiểu số, vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn và các chính sách ưu đãi khác của Nhà nước đối với viên chức.

**Điều 7. Vị trí việc làm**

1. Vị trí việc làm là công việc hoặc nhiệm vụ gắn với chức danh nghề nghiệp hoặc chức vụ quản lý tương ứng, là căn cứ xác định số lượng người làm việc, cơ cấu viên chức để thực hiện việc tuyển dụng, sử dụng và quản lý viên chức trong đơn vị sự nghiệp công lập.

2. Chính phủ quy định nguyên tắc, phương pháp xác định vị trí việc làm, thẩm quyền, trình tự, thủ tục quyết định số lượng vị trí việc làm trong đơn vị sự nghiệp công lập.

**Điều 8. Chức danh nghề nghiệp**

1. Chức danh nghề nghiệp là tên gọi thể hiện trình độ và năng lực chuyên môn, nghiệp vụ của viên chức trong từng lĩnh vực nghề nghiệp.

2. Bộ Nội vụ chủ trì, phối hợp với các bộ, cơ quan ngang bộ có liên quan quy định hệ thống danh mục, tiêu chuẩn và mã số chức danh nghề nghiệp.

**Điều 9. Đơn vị sự nghiệp công lập và cơ cấu tổ chức quản lý hoạt động của đơn vị sự nghiệp công lập**

1. Đơn vị sự nghiệp công lập là tổ chức do cơ quan có thẩm quyền của Nhà nước, tổ chức chính trị, tổ chức chính trị - xã hội thành lập theo quy định của pháp luật, có tư cách pháp nhân, cung cấp dịch vụ công, phục vụ quản lý nhà nước.

2. Đơn vị sự nghiệp công lập gồm:

a) Đơn vị sự nghiệp công lập được giao quyền tự chủ hoàn toàn về thực hiện nhiệm vụ, tài chính, tổ chức bộ máy, nhân sự (sau đây gọi là đơn vị sự nghiệp công lập được giao quyền tự chủ);

b) Đơn vị sự nghiệp công lập chưa được giao quyền tự chủ hoàn toàn về thực hiện nhiệm vụ, tài chính, tổ chức bộ máy, nhân sự (sau đây gọi là đơn vị sự nghiệp công lập chưa được giao quyền tự chủ).

3. Chính phủ quy định chi tiết tiêu chí phân loại đơn vị sự nghiệp công lập quy định tại khoản 2 Điều này đối với từng lĩnh vực sự nghiệp; việc chuyển đổi đơn vị sự nghiệp sang mô hình doanh nghiệp, trừ đơn vị sự nghiệp trong lĩnh vực y tế và giáo dục; chế độ quản lý đối với đơn vị sự nghiệp công lập theo nguyên tắc bảo đảm tinh gọn, hiệu quả.

4. Căn cứ điều kiện cụ thể, yêu cầu quản lý đối với mỗi loại hình đơn vị sự nghiệp công lập trong từng lĩnh vực, Chính phủ quy định việc thành lập, cơ cấu chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn của Hội đồng quản lý trong đơn vị sự nghiệp công lập, mối quan hệ giữa Hội đồng quản lý với người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập.

**Điều 10. Chính sách xây dựng và phát triển các đơn vị sự nghiệp công lập và đội ngũ viên chức**

1. Nhà nước tập trung xây dựng hệ thống các đơn vị sự nghiệp công lập để cung cấp những dịch vụ công mà Nhà nước phải chịu trách nhiệm chủ yếu bảo đảm nhằm phục vụ Nhân dân trong lĩnh vực y tế, giáo dục, khoa học và các lĩnh vực khác mà khu vực ngoài công lập chưa có khả năng đáp ứng; bảo đảm cung cấp các dịch vụ cơ bản về y tế, giáo dục tại miền núi, biên giới, hải đảo vùng sâu, vùng xa, vùng dân tộc thiểu số, vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn.

2. Chính phủ phối hợp với các cơ quan có thẩm quyền chỉ đạo việc lập quy hoạch, tổ chức, sắp xếp lại hệ thống các đơn vị sự nghiệp công lập theo hướng xác định lĩnh vực hạn chế và lĩnh vực cần tập trung ưu tiên phát triển, bảo đảm sử dụng tiết kiệm, có hiệu quả, tập trung nguồn lực nhằm nâng cao chất lượng các hoạt động sự nghiệp. Không tổ chức đơn vị sự nghiệp công lập chỉ thực hiện dịch vụ kinh doanh, thu lợi nhuận.

3. Tiếp tục đổi mới cơ chế hoạt động của các đơn vị sự nghiệp công lập theo hướng tự chủ, tự chịu trách nhiệm, thực hiện hạch toán độc lập; tách chức năng quản lý nhà nước của bộ, cơ quan ngang bộ với chức năng điều hành các đơn vị sự nghiệp công lập.

4. Nhà nước có chính sách xây dựng, phát triển đội ngũ viên chức có đạo đức nghề nghiệp, có trình độ và năng lực chuyên môn đáp ứng yêu cầu ngày càng cao của khu vực cung ứng dịch vụ công; phát hiện, thu hút, bồi dưỡng, trọng dụng và đãi ngộ xứng đáng đối với người có tài năng để nâng cao chất lượng phục vụ Nhân dân.

**Chương II**. **QUYỀN, NGHĨA VỤ CỦA VIÊN CHỨC**

**Mục 1. QUYỀN CỦA VIÊN CHỨC**

**Điều 11. Quyền của viên chức về hoạt động nghề nghiệp**

1. Được pháp luật bảo vệ trong hoạt động nghề nghiệp.

2. Được đào tạo, bồi dưỡng nâng cao trình độ chính trị, chuyên môn, nghiệp vụ.

3. Được bảo đảm trang bị, thiết bị và các điều kiện làm việc.

4. Được cung cấp thông tin liên quan đến công việc hoặc nhiệm vụ được giao.

5. Được quyết định vấn đề mang tính chuyên môn gắn với công việc hoặc nhiệm vụ được giao.

6. Được quyền từ chối thực hiện công việc hoặc nhiệm vụ trái với quy định của pháp luật.

7. Được hưởng các quyền khác về hoạt động nghề nghiệp theo quy định của pháp luật.

**Điều 12. Quyền của viên chức về tiền lương và các chế độ liên quan đến tiền lương**

1. Được trả lương tương xứng với vị trí việc làm, chức danh nghề nghiệp, chức vụ quản lý và kết quả thực hiện công việc hoặc nhiệm vụ được giao; được hưởng phụ cấp và chính sách ưu đãi trong trường hợp làm việc ở miền núi, biên giới, hải đảo, vùng sâu, vùng xa, vùng dân tộc thiểu số, vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn hoặc làm việc trong ngành nghề có môi trường độc hại, nguy hiểm, lĩnh vực sự nghiệp đặc thù.

2. Được hưởng tiền làm thêm giờ, tiền làm đêm, công tác phí và chế độ khác theo quy định của pháp luật và quy chế của đơn vị sự nghiệp công lập.

3. Được hưởng tiền thưởng, được xét nâng lương theo quy định của pháp luật và quy chế của đơn vị sự nghiệp công lập.

**Điều 13. Quyền của viên chức về nghỉ ngơi**

1. Được nghỉ hàng năm, nghỉ lễ, nghỉ việc riêng theo quy định của pháp luật về lao động. Do yêu cầu công việc, viên chức không sử dụng hoặc sử dụng không hết số ngày nghỉ hàng năm thì được thanh toán một khoản tiền cho những ngày không nghỉ.

2. Viên chức làm việc ở miền núi, biên giới, hải đảo, vùng sâu, vùng xa hoặc trường hợp đặc biệt khác, nếu có yêu cầu, được gộp số ngày nghỉ phép của 02 năm để nghỉ một lần; nếu gộp số ngày nghỉ phép của 03 năm để nghỉ một lần thì phải được sự đồng ý của người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập.

3. Đối với lĩnh vực sự nghiệp đặc thù, viên chức được nghỉ việc và hưởng lương theo quy định của pháp luật.

4. Được nghỉ không hưởng lương trong trường hợp có lý do chính đáng và được sự đồng ý của người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập.

**Điều 14. Quyền của viên chức về hoạt động kinh doanh và làm việc ngoài thời gian quy định**

1. Được hoạt động nghề nghiệp ngoài thời gian làm việc quy định trong hợp đồng làm việc, trừ trường hợp pháp luật có quy định khác.

2. Được ký hợp đồng vụ, việc với cơ quan, tổ chức, đơn vị khác mà pháp luật không cấm nhưng phải hoàn thành nhiệm vụ được giao và có sự đồng ý của người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập.

3. Được góp vốn nhưng không tham gia quản lý, điều hành công ty trách nhiệm hữu hạn, công ty cổ phần, công ty hợp danh, hợp tác xã, bệnh viện tư, trường học tư và tổ chức nghiên cứu khoa học tư, trừ trường hợp pháp luật chuyên ngành có quy định khác.

**Điều 15. Các quyền khác của viên chức**

Viên chức được khen thưởng, tôn vinh, được tham gia hoạt động kinh tế xã hội; được hưởng chính sách ưu đãi về nhà ở; được tạo điều kiện học tập hoạt động nghề nghiệp ở trong nước và nước ngoài theo quy định của pháp luật. Trường hợp bị thương hoặc chết do thực hiện công việc hoặc nhiệm vụ được giao thì được xét hưởng chính sách như thương binh hoặc được xét để công nhận là liệt sĩ theo quy định của pháp luật.

**Mục 2. NGHĨA VỤ CỦA VIÊN CHỨC**

**Điều 16. Nghĩa vụ chung của viên chức**

1. Chấp hành đường lối, chủ trương, chính sách của Đảng Cộng sản Việt Nam và pháp luật của Nhà nước.

2. Có nếp sống lành mạnh, trung thực, cần, kiệm, liêm, chính, chí công vô tư.

3. Có ý thức tổ chức kỷ luật và trách nhiệm trong hoạt động nghề nghiệp; thực hiện đúng các quy định, nội quy, quy chế làm việc của đơn vị sự nghiệp công lập.

4. Bảo vệ bí mật nhà nước; giữ gìn và bảo vệ của công, sử dụng hiệu quả, tiết kiệm tài sản được giao.

5. Tu dưỡng, rèn luyện đạo đức nghề nghiệp, thực hiện quy tắc ứng xử của viên chức.

**Điều 17. Nghĩa vụ của viên chức trong hoạt động nghề nghiệp**

1. Thực hiện công việc hoặc nhiệm vụ được giao bảo đảm yêu cầu về thời gian và chất lượng.

2. Phối hợp tốt với đồng nghiệp trong thực hiện công việc hoặc nhiệm vụ.

3. Chấp hành sự phân công công tác của người có thẩm quyền.

4. Thường xuyên học tập nâng cao trình độ, kỹ năng chuyên môn, nghiệp vụ.

5. Khi phục vụ Nhân dân, viên chức phải tuân thủ các quy định sau:

a) Có thái độ lịch sự, tôn trọng Nhân dân;

b) Có tinh thần hợp tác, tác phong khiêm tốn;

c) Không hách dịch, cửa quyền, gây khó khăn, phiền hà đối với Nhân dân;

d) Chấp hành các quy định về đạo đức nghề nghiệp.

6. Chịu trách nhiệm về việc thực hiện hoạt động nghề nghiệp.

7. Thực hiện các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.

**Điều 18. Nghĩa vụ của viên chức quản lý**

Viên chức quản lý thực hiện các nghĩa vụ quy định tại Điều 16, Điều 17 của Luật này và các nghĩa vụ sau:

1. Chỉ đạo và tổ chức thực hiện các nhiệm vụ của đơn vị theo đúng chức trách, thẩm quyền được giao;

2. Thực hiện dân chủ, giữ gìn sự đoàn kết, đạo đức nghề nghiệp trong đơn vị được giao quản lý, phụ trách;

3. Chịu trách nhiệm hoặc liên đới chịu trách nhiệm về việc thực hiện hoạt động nghề nghiệp của viên chức thuộc quyền quản lý, phụ trách;

4. Xây dựng và phát triển nguồn nhân lực; quản lý, sử dụng có hiệu quả cơ sở vật chất, tài chính trong đơn vị được giao quản lý, phụ trách;

5. Tổ chức thực hiện các biện pháp phòng, chống tham nhũng và thực hành tiết kiệm, chống lãng phí trong đơn vị được giao quản lý, phụ trách.

**Điều 19. Những việc viên chức không được làm**

1. Trốn tránh trách nhiệm, thoái thác công việc hoặc nhiệm vụ được giao; gây bè phái, mất đoàn kết; tự ý bỏ việc; tham gia đình công.

2. Sử dụng tài sản của cơ quan, tổ chức, đơn vị và của Nhân dân trái với quy định của pháp luật.

3. Phân biệt đối xử dân tộc, nam nữ, thành phần xã hội, tín ngưỡng, tôn giáo dưới mọi hình thức.

4. Lợi dụng hoạt động nghề nghiệp để tuyên truyền chống lại chủ trương, đường lối, chính sách của Đảng, pháp luật của Nhà nước hoặc gây phương hại đối với thuần phong, mỹ tục, đời sống văn hóa, tinh thần của Nhân dân và xã hội.

5. Xúc phạm danh dự, nhân phẩm, uy tín của người khác trong khi thực hiện hoạt động nghề nghiệp.

6. Những việc khác viên chức không được làm theo quy định của Luật Phòng, chống tham nhũng, Luật Thực hành tiết kiệm, chống lãng phí và các quy định khác của pháp luật có liên quan.

**Chương III**. **TUYỂN DỤNG, SỬ DỤNG VIÊN CHỨC**

**Mục 1. TUYỂN DỤNG**

**Điều 20. Căn cứ tuyển dụng**

Việc tuyển dụng viên chức phải căn cứ vào nhu cầu công việc, vị trí việc làm, tiêu chuẩn chức danh nghề nghiệp và quỹ tiền lương của đơn vị sự nghiệp công lập.

**Điều 21. Nguyên tắc tuyển dụng**

1. Bảo đảm công khai, minh bạch, công bằng, khách quan và đúng pháp luật.

2. Bảo đảm tính cạnh tranh.

3. Tuyển chọn đúng người đáp ứng yêu cầu của vị trí việc làm.

4. Đề cao trách nhiệm của người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập.

5. Ưu tiên người có tài năng, người có công với cách mạng, người dân tộc thiểu số.

**Điều 22. Điều kiện đăng ký dự tuyển**

1. Người có đủ các điều kiện sau đây không phân biệt dân tộc, nam nữ, thành phần xã hội, tín ngưỡng, tôn giáo được đăng ký dự tuyển viên chức:

a) Có quốc tịch Việt Nam và cư trú tại Việt Nam;

b) Từ đủ 18 tuổi trở lên. Đối với một số lĩnh vực hoạt động văn hóa, nghệ thuật, thể dục, thể thao, tuổi dự tuyển có thể thấp hơn theo quy định của pháp luật; đồng thời, phải có sự đồng ý bằng văn bản của người đại diện theo pháp luật;

c) Có đơn đăng ký dự tuyển;

d) Có lý lịch rõ ràng;

đ) Có văn bằng, chứng chỉ đào tạo, chứng chỉ hành nghề hoặc có năng khiếu, kỹ năng phù hợp với vị trí việc làm;

e) Đủ sức khỏe để thực hiện công việc hoặc nhiệm vụ;

g) Đáp ứng các điều kiện khác theo yêu cầu của vị trí việc làm do đơn vị sự nghiệp công lập xác định nhưng không được trái với quy định của pháp luật.

2. Những người sau đây không được đăng ký dự tuyển viên chức:

a) Mất năng lực hành vi dân sự hoặc bị hạn chế năng lực hành vi dân sự;

b) Đang bị truy cứu trách nhiệm hình sự; đang chấp hành bản án, quyết định về hình sự của Tòa án; đang bị áp dụng biện pháp xử lý hành chính đưa vào cơ sở cai nghiện bắt buộc, đưa vào cơ sở giáo dục bắt buộc, đưa vào trường giáo dưỡng.

**Điều 23. Phương thức tuyển dụng**

Việc tuyển dụng viên chức được thực hiện thông qua thi tuyển hoặc xét tuyển.

**Điều 24. Tổ chức thực hiện tuyển dụng**

1. Đối với đơn vị sự nghiệp công lập được giao quyền tự chủ, người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập thực hiện việc tuyển dụng viên chức và chịu trách nhiệm về quyết định của mình.

Đối với đơn vị sự nghiệp công lập chưa được giao quyền tự chủ, cơ quan có thẩm quyền quản lý đơn vị sự nghiệp công lập thực hiện việc tuyển dụng viên chức hoặc phân cấp cho người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập thực hiện việc tuyển dụng.

2. Căn cứ vào kết quả tuyển dụng, người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập ký kết hợp đồng làm việc với người trúng tuyển vào viên chức.

3. Chính phủ quy định chi tiết các nội dung liên quan đến tuyển dụng viên chức quy định tại Luật này.

**Mục 2. HỢP ĐỒNG LÀM VIỆC**

**Điều 25. Các loại hợp đồng làm việc**

1. Hợp đồng làm việc xác định thời hạn là hợp đồng mà trong đó hai bên xác định thời hạn, thời điểm chấm dứt hiệu lực của hợp đồng trong khoảng thời gian từ đủ 12 tháng đến 60 tháng.

Hợp đồng làm việc xác định thời hạn áp dụng đối với người được tuyển dụng làm viên chức kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2020, trừ trường hợp quy định tại điểm b và điểm c khoản 2 Điều này.

2. Hợp đồng làm việc không xác định thời hạn là hợp đồng mà trong đó hai bên không xác định thời hạn, thời điểm chấm dứt hiệu lực của hợp đồng. Hợp đồng làm việc không xác định thời hạn áp dụng đối với các trường hợp sau đây:

a) Viên chức được tuyển dụng trước ngày 01 tháng 7 năm 2020;

b) Cán bộ, công chức chuyển sang làm viên chức theo quy định tại điểm b khoản 1 Điều 58 của Luật này;

c) Người được tuyển dụng làm viên chức làm việc tại vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn.

3. Chính phủ quy định chi tiết Điều này.

**Điều 26. Nội dung và hình thức của hợp đồng làm việc**

1. Hợp đồng làm việc có những nội dung chủ yếu sau:

a) Tên, địa chỉ của đơn vị sự nghiệp công lập và người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập;

b) Họ tên, địa chỉ, ngày, tháng, năm sinh của người được tuyển dụng. Trường hợp người được tuyển dụng là người dưới 18 tuổi thì phải có họ tên, địa chỉ, ngày, tháng, năm sinh của người đại diện theo pháp luật của người được tuyển dụng;

c) Công việc hoặc nhiệm vụ, vị trí việc làm và địa điểm làm việc;

d) Quyền và nghĩa vụ của các bên;

đ) Loại hợp đồng, thời hạn và điều kiện chấm dứt của hợp đồng làm việc;

e) Tiền lương, tiền thưởng và chế độ đãi ngộ khác (nếu có);

g) Thời gian làm việc, thời gian nghỉ ngơi;

h) Chế độ tập sự (nếu có);

i) Điều kiện làm việc và các vấn đề liên quan đến bảo hộ lao động;

k) Bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế;

l) Hiệu lực của hợp đồng làm việc;

m) Các cam kết khác gắn với tính chất, đặc điểm của ngành, lĩnh vực và điều kiện đặc thù của đơn vị sự nghiệp công lập nhưng không trái với quy định của Luật này và các quy định khác của pháp luật có liên quan.

2. Hợp đồng làm việc được ký kết bằng văn bản giữa người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập với người được tuyển dụng làm viên chức và được lập thành ba bản, trong đó một bản giao cho viên chức.

3. Đối với các chức danh nghề nghiệp theo quy định của pháp luật do cấp trên của người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập bổ nhiệm thì trước khi ký kết hợp đồng làm việc phải được sự đồng ý của cấp đó.

**Điều 27. Chế độ tập sự**

1. Người trúng tuyển viên chức phải thực hiện chế độ tập sự, trừ trường hợp đã có thời gian từ đủ 12 tháng trở lên thực hiện chuyên môn, nghiệp vụ phù hợp với yêu cầu của vị trí việc làm được tuyển dụng.

2. Thời gian tập sự từ 03 tháng đến 12 tháng và phải được quy định trong hợp đồng làm việc.

3. Chính phủ quy định chi tiết chế độ tập sự.

**Điều 28. Thay đổi nội dung, ký kết tiếp, tạm hoãn và chấm dứt hợp đồng làm việc**

1. Trong quá trình thực hiện hợp đồng làm việc, nếu một bên có yêu cầu thay đổi nội dung hợp đồng làm việc thì phải báo cho bên kia biết trước ít nhất 03 ngày làm việc. Khi đã chấp thuận thì các bên tiến hành sửa đổi, bổ sung nội dung liên quan của hợp đồng làm việc. Trong thời gian tiến hành thỏa thuận, các bên vẫn phải tuân theo hợp đồng làm việc đã ký kết. Trường hợp không thỏa thuận được thì các bên tiếp tục thực hiện hợp đồng làm việc đã ký kết hoặc thỏa thuận chấm dứt hợp đồng làm việc.

2. Đối với hợp đồng làm việc xác định thời hạn, trước khi hết hạn hợp đồng làm việc 60 ngày, người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập ký kết tiếp hoặc chấm dứt hợp đồng làm việc với viên chức.

Trường hợp đơn vị sự nghiệp công lập còn nhu cầu, viên chức đáp ứng đầy đủ các yêu cầu theo quy định của pháp luật thì người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập phải ký kết tiếp hợp đồng làm việc với viên chức.

Trường hợp không ký kết tiếp hợp đồng làm việc với viên chức thì người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập phải nêu rõ lý do bằng văn bản.

3. Việc tạm hoãn thực hiện hợp đồng làm việc, chấm dứt hợp đồng làm việc được thực hiện theo quy định của pháp luật về lao động.

4. Khi viên chức chuyển công tác đến cơ quan, tổ chức, đơn vị khác thì chấm dứt hợp đồng làm việc và được giải quyết các chế độ, chính sách theo quy định của pháp luật.

5. Khi viên chức có quyết định nghỉ hưu thì hợp đồng làm việc đương nhiên chấm dứt.

**Điều 29. Đơn phương chấm dứt hợp đồng làm việc**

1. Đơn vị sự nghiệp công lập được đơn phương chấm dứt hợp đồng làm việc với viên chức trong các trường hợp sau:

a) Viên chức có 02 năm liên tiếp bị xếp loại chất lượng ở mức độ không hoàn thành nhiệm vụ;

b) Viên chức bị buộc thôi việc theo quy định tại điểm d khoản 1 Điều 52 và khoản 1 Điều 57 của Luật này;

c) Viên chức làm việc theo hợp đồng làm việc không xác định thời hạn bị ốm đau đã điều trị 12 tháng liên tục, viên chức làm việc theo hợp đồng làm việc xác định thời hạn bị ốm đau đã điều trị 06 tháng liên tục mà khả năng làm việc chưa hồi phục. Khi sức khỏe của viên chức bình phục thì được xem xét để ký kết tiếp hợp đồng làm việc;

d) Do thiên tai, hỏa hoạn hoặc những lý do bất khả kháng khác theo quy định của Chính phủ làm cho đơn vị sự nghiệp công lập buộc phải thu hẹp quy mô, khiến vị trí việc làm mà viên chức đang đảm nhận không còn;

đ) Khi đơn vị sự nghiệp công lập chấm dứt hoạt động theo quyết định của cơ quan có thẩm quyền;

e) Viên chức không đạt yêu cầu sau thời gian tập sự.

2. Khi đơn phương chấm dứt hợp đồng làm việc, trừ trường hợp quy định tại điểm b khoản 1 Điều này, người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập phải báo cho viên chức biết trước ít nhất 45 ngày đối với hợp đồng làm việc không xác định thời hạn hoặc ít nhất 30 ngày đối với hợp đồng làm việc xác định thời hạn. Đối với viên chức do cơ quan quản lý đơn vị sự nghiệp công lập thực hiện tuyển dụng, việc đơn phương chấm dứt hợp đồng làm việc do người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập quyết định sau khi có sự đồng ý bằng văn bản của cơ quan quản lý đơn vị sự nghiệp công lập.

3. Người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập không được đơn phương chấm dứt hợp đồng làm việc với viên chức trong các trường hợp sau:

a) Viên chức ốm đau hoặc bị tai nạn, đang điều trị bệnh nghề nghiệp theo quyết định của cơ sở chữa bệnh, trừ trường hợp quy định tại điểm c khoản 1 Điều này;

b) Viên chức đang nghỉ hàng năm, nghỉ về việc riêng và những trường hợp nghỉ khác được người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập cho phép;

c) Viên chức nữ đang trong thời gian có thai, nghỉ thai sản, nuôi con dưới 36 tháng tuổi, trừ trường hợp đơn vị sự nghiệp công lập chấm dứt hoạt động.

4. Viên chức làm việc theo hợp đồng làm việc không xác định thời hạn có quyền đơn phương chấm dứt hợp đồng nhưng phải thông báo bằng văn bản cho người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập biết trước ít nhất 45 ngày; trường hợp viên chức ốm đau hoặc bị tai nạn đã điều trị 06 tháng liên tục thì phải báo trước ít nhất 03 ngày.

5. Viên chức làm việc theo hợp đồng làm việc xác định thời hạn có quyền đơn phương chấm dứt hợp đồng trong các trường hợp sau:

a) Không được bố trí theo đúng vị trí việc làm, địa điểm làm việc hoặc không được bảo đảm các điều kiện làm việc đã thỏa thuận trong hợp đồng làm việc;

b) Không được trả lương đầy đủ hoặc không được trả lương đúng thời hạn theo hợp đồng làm việc;

c) Bị ngược đãi; bị cưỡng bức lao động;

d) Bản thân hoặc gia đình thật sự có hoàn cảnh khó khăn không thể tiếp tục thực hiện hợp đồng;

đ) Viên chức nữ có thai phải nghỉ việc theo chỉ định của cơ sở chữa bệnh;

e) Viên chức ốm đau hoặc bị tai nạn đã điều trị từ 03 tháng liên tục mà khả năng làm việc chưa hồi phục.

6. Viên chức phải thông báo bằng văn bản về việc đơn phương chấm dứt hợp đồng làm việc cho người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập biết trước ít nhất 03 ngày đối với các trường hợp quy định tại các điểm a, b, c, đ và e khoản 5 Điều này; ít nhất 30 ngày đối với trường hợp quy định tại điểm d khoản 5 Điều này.

**Điều 30. Giải quyết tranh chấp về hợp đồng làm việc**

Tranh chấp liên quan đến việc ký kết, thực hiện hoặc chấm dứt hợp đồng làm việc được giải quyết theo quy định của pháp luật về lao động.

**Mục 3. BỔ NHIỆM, THAY ĐỔI CHỨC DANH NGHỀ NGHIỆP, THAY ĐỔI VỊ TRÍ VIỆC LÀM CỦA VIÊN CHỨC**

**Điều 31. Bổ nhiệm, thay đổi chức danh nghề nghiệp**

1. Việc bổ nhiệm chức danh nghề nghiệp đối với viên chức được thực hiện theo nguyên tắc sau:

a) Làm việc ở vị trí việc làm nào thì bổ nhiệm vào chức danh nghề nghiệp tương ứng với vị trí việc làm đó;

b) Người được bổ nhiệm chức danh nghề nghiệp nào thì phải có đủ tiêu chuẩn của chức danh nghề nghiệp đó.

2. Việc thay đổi chức danh nghề nghiệp đối với viên chức được thực hiện thông qua thi hoặc xét theo nguyên tắc bình đẳng, công khai, minh bạch, khách quan và đúng pháp luật.

3. Viên chức được đăng ký thi hoặc xét thay đổi chức danh nghề nghiệp nếu đơn vị sự nghiệp công lập có nhu cầu và đủ điều kiện, tiêu chuẩn theo quy định của pháp luật.

4. Chính phủ quy định cụ thể quy trình, thủ tục thi hoặc xét, bổ nhiệm chức danh nghề nghiệp của viên chức; phân công, phân cấp việc tổ chức thi hoặc xét, bổ nhiệm chức danh nghề nghiệp của viên chức.

Các bộ, cơ quan ngang bộ được giao quản lý nhà nước về các lĩnh vực hoạt động của viên chức chủ trì, phối hợp với Bộ Nội vụ quy định cụ thể tiêu chuẩn chức danh nghề nghiệp; điều kiện thi hoặc xét thay đổi chức danh nghề nghiệp của viên chức.

**Điều 32. Thay đổi vị trí việc làm**

1. Khi đơn vị sự nghiệp công lập có nhu cầu, viên chức có thể được chuyển sang vị trí việc làm mới nếu có đủ tiêu chuẩn chuyên môn, nghiệp vụ của vị trí việc làm đó.

2. Việc lựa chọn viên chức vào vị trí việc làm còn thiếu do người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập hoặc cơ quan có thẩm quyền quản lý đơn vị sự nghiệp công lập thực hiện theo nguyên tắc bình đẳng, công khai, minh bạch, khách quan và đúng pháp luật.

3. Khi chuyển sang vị trí việc làm mới, việc sửa đổi, bổ sung nội dung hợp đồng làm việc hoặc có thay đổi chức danh nghề nghiệp được thực hiện theo quy định tại khoản 1 Điều 28 và Điều 31 của Luật này.

**Mục 4. ĐÀO TẠO, BỒI DƯỠNG**

**Điều 33. Chế độ đào tạo, bồi dưỡng viên chức**

1. Việc đào tạo, bồi dưỡng được thực hiện đối với viên chức trước khi bổ nhiệm chức vụ quản lý, thay đổi chức danh nghề nghiệp hoặc nhằm bổ sung, cập nhật kiến thức, kỹ năng phục vụ hoạt động nghề nghiệp.

2. Nội dung, chương trình, hình thức, thời gian đào tạo, bồi dưỡng viên chức phải căn cứ vào tiêu chuẩn chức vụ quản lý, chức danh nghề nghiệp, yêu cầu bổ sung, cập nhật kiến thức, kỹ năng phục vụ hoạt động nghề nghiệp.

3. Hình thức đào tạo, bồi dưỡng viên chức gồm:

a) Đào tạo, bồi dưỡng theo tiêu chuẩn chức vụ quản lý;

b) Bồi dưỡng theo tiêu chuẩn chức danh nghề nghiệp;

c) Bồi dưỡng nhằm bổ sung, cập nhật kiến thức, kỹ năng phục vụ hoạt động nghề nghiệp.

4. Các bộ, cơ quan ngang bộ được giao quản lý nhà nước về các lĩnh vực hoạt động của viên chức quy định chi tiết về nội dung, chương trình, hình thức, thời gian đào tạo, bồi dưỡng viên chức làm việc trong ngành, lĩnh vực được giao quản lý.

**Điều 34. Trách nhiệm đào tạo, bồi dưỡng viên chức**

1. Đơn vị sự nghiệp công lập có trách nhiệm xây dựng và tổ chức thực hiện kế hoạch đào tạo, bồi dưỡng viên chức.

2. Đơn vị sự nghiệp công lập có trách nhiệm tạo điều kiện để viên chức được tham gia đào tạo, bồi dưỡng.

3. Kinh phí đào tạo, bồi dưỡng viên chức do viên chức, nguồn tài chính của đơn vị sự nghiệp công lập và các nguồn khác bảo đảm.

**Điều 35. Trách nhiệm và quyền lợi của viên chức trong đào tạo, bồi dưỡng**

1. Viên chức tham gia đào tạo, bồi dưỡng phải chấp hành nghiêm chỉnh quy chế đào tạo, bồi dưỡng và chịu sự quản lý của cơ sở đào tạo, bồi dưỡng.

2. Viên chức được cử tham gia đào tạo, bồi dưỡng được hưởng tiền lương và phụ cấp theo quy định của pháp luật và quy chế của đơn vị sự nghiệp công lập; thời gian đào tạo, bồi dưỡng được tính là thời gian công tác liên tục, được xét nâng lương.

3. Viên chức được đơn vị sự nghiệp công lập cử đi đào tạo nếu đơn phương chấm dứt hợp đồng làm việc hoặc tự ý bỏ việc phải đền bù chi phí đào tạo theo quy định của Chính phủ.

**Mục 5. BIỆT PHÁI, BỔ NHIỆM, MIỄN NHIỆM**

**Điều 36. Biệt phái viên chức**

1. Biệt phái viên chức là việc viên chức của đơn vị sự nghiệp công lập này được cử đi làm việc tại cơ quan, tổ chức, đơn vị khác theo yêu cầu nhiệm vụ trong một thời hạn nhất định. Người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập hoặc cơ quan có thẩm quyền quản lý đơn vị sự nghiệp công lập quyết định việc biệt phái viên chức.

2. Thời hạn cử biệt phái không quá 03 năm, trừ một số ngành, lĩnh vực do Chính phủ quy định.

3. Viên chức được cử biệt phái phải chịu sự phân công công tác và quản lý của cơ quan, tổ chức, đơn vị nơi được cử đến.

4. Trong thời gian biệt phái, đơn vị sự nghiệp công lập cử viên chức biệt phái có trách nhiệm bảo đảm tiền lương và các quyền lợi khác của viên chức.

5. Viên chức được cử biệt phái đến miền núi, biên giới, hải đảo, vùng sâu vùng xa, vùng dân tộc thiểu số, vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn được hưởng chính sách hỗ trợ theo quy định của Chính phủ.

6. Hết thời hạn biệt phái, viên chức trở về đơn vị cũ công tác. Người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập cử viên chức biệt phái có trách nhiệm tiếp nhận và bố trí việc làm cho viên chức hết thời hạn biệt phái phù hợp với chuyên môn, nghiệp vụ của viên chức.

7. Không thực hiện biệt phái viên chức nữ đang mang thai hoặc nuôi con dưới 36 tháng tuổi.

**Điều 37. Bổ nhiệm viên chức quản lý**

1. Việc bổ nhiệm viên chức quản lý phải căn cứ vào nhu cầu của đơn vị sự nghiệp công lập, tiêu chuẩn, điều kiện của chức vụ quản lý và theo đúng thẩm quyền, trình tự, thủ tục.

2. Căn cứ vào điều kiện cụ thể của đơn vị sự nghiệp công lập, viên chức giữ chức vụ quản lý được bổ nhiệm có thời hạn không quá 05 năm. Trong thời gian giữ chức vụ quản lý, viên chức được hưởng phụ cấp chức vụ quản lý; được tham gia hoạt động nghề nghiệp theo chức danh nghề nghiệp đã được bổ nhiệm.

3. Khi viên chức quản lý hết thời hạn giữ chức vụ quản lý, phải xem xét bổ nhiệm lại hoặc không bổ nhiệm lại. Trường hợp không được bổ nhiệm lại, cấp có thẩm quyền bổ nhiệm có trách nhiệm bố trí viên chức vào vị trí việc làm theo nhu cầu công tác, phù hợp với chuyên môn, nghiệp vụ của viên chức.

4. Viên chức quản lý được bố trí sang vị trí việc làm khác hoặc được bổ nhiệm chức vụ quản lý mới thì đương nhiên thôi giữ chức vụ quản lý đang đảm nhiệm, trừ trường hợp được giao kiêm nhiệm.

5. Thẩm quyền bổ nhiệm viên chức giữ chức vụ quản lý do người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập quyết định hoặc đề nghị cấp có thẩm quyền quyết định theo phân cấp quản lý.

6. Chính phủ quy định chi tiết Điều này.

**Điều 38. Xin thôi giữ chức vụ quản lý hoặc miễn nhiệm đối với viên chức quản lý**

1. Viên chức quản lý có thể xin thôi giữ chức vụ quản lý hoặc được miễn nhiệm nếu thuộc một trong các trường hợp sau:

a) Không đủ sức khỏe;

b) Không đủ năng lực, uy tín;

c) Theo yêu cầu nhiệm vụ;

d) Vì lý do khác.

2. Viên chức quản lý xin thôi giữ chức vụ quản lý nhưng chưa được người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập hoặc cấp có thẩm quyền đồng ý cho thôi giữ chức vụ quản lý vẫn phải tiếp tục thực hiện nhiệm vụ, quyền hạn của mình.

3. Viên chức quản lý sau khi được thôi giữ chức vụ quản lý hoặc miễn nhiệm được người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập hoặc cấp có thẩm quyền bố trí vào vị trí việc làm theo nhu cầu công tác, phù hợp với chuyên môn, nghiệp vụ của viên chức.

4. Thẩm quyền, trình tự, thủ tục xem xét, quyết định việc xin thôi giữ chức vụ quản lý, miễn nhiệm viên chức quản lý được thực hiện theo quy định của pháp luật.

**Mục 6. ĐÁNH GIÁ VIÊN CHỨC**

**Điều 39. Mục đích của đánh giá viên chức**

Mục đích của đánh giá viên chức để làm căn cứ tiếp tục bố trí, sử dụng, bổ nhiệm, miễn nhiệm, đào tạo, bồi dưỡng, khen thưởng, kỷ luật và thực hiện chế độ, chính sách đối với viên chức.

**Điều 40. Căn cứ đánh giá viên chức**

Việc đánh giá viên chức được thực hiện dựa trên các căn cứ sau:

1. Các cam kết trong hợp đồng làm việc đã ký kết;

2. Quy định về đạo đức nghề nghiệp, quy tắc ứng xứ của viên chức.

**Điều 41. Nội dung đánh giá viên chức**

1. Việc đánh giá viên chức được xem xét theo các nội dung sau đây:

a) Chấp hành đường lối, chủ trương, chính sách của Đảng và pháp luật của Nhà nước, quy định của cơ quan, tổ chức, đơn vị;

b) Kết quả thực hiện công việc hoặc nhiệm vụ theo hợp đồng làm việc đã ký kết, theo kế hoạch đề ra hoặc theo công việc cụ thể được giao; tiến độ, chất lượng thực hiện nhiệm vụ. Việc đánh giá kết quả thực hiện nhiệm vụ phải gắn với vị trí việc làm, thể hiện thông qua công việc, sản phẩm cụ thể;

c) Việc thực hiện quy định về đạo đức nghề nghiệp;

d) Tinh thần trách nhiệm, thái độ phục vụ Nhân dân, tinh thần hợp tác với đồng nghiệp và việc thực hiện quy tắc ứng xử của viên chức;

đ) Việc thực hiện các nghĩa vụ khác của viên chức.

2. Ngoài các nội dung quy định tại khoản 1 Điều này, viên chức quản lý còn được đánh giá theo các nội dung sau đây:

a) Năng lực quản lý, điều hành và tổ chức thực hiện nhiệm vụ;

b) Kế hoạch làm việc theo năm, quý, tháng và kết quả hoạt động của cơ quan, tổ chức, đơn vị được giao quản lý; việc đánh giá kết quả thực hiện nhiệm vụ của cá nhân phải gắn với kết quả thực hiện nhiệm vụ của cơ quan, tổ chức, đơn vị trực tiếp phụ trách. Mức xếp loại chất lượng của cá nhân không cao hơn mức xếp loại chất lượng của cơ quan, tổ chức, đơn vị trực tiếp phụ trách.

3. Việc đánh giá viên chức được thực hiện như sau:

a) Đánh giá hàng năm; đánh giá trước khi kết thúc thời gian tập sự, ký kết tiếp hợp đồng làm việc, thay đổi vị trí việc làm; đánh giá trước khi xét khen thưởng, kỷ luật, bổ nhiệm, bổ nhiệm lại, quy hoạch;

b) Căn cứ vào đặc thù công việc của cơ quan, tổ chức, đơn vị, người đứng đầu cơ quan có thẩm quyền quản lý viên chức ban hành hoặc giao người đứng đầu cơ quan, tổ chức trực tiếp sử dụng viên chức ban hành quy định đánh giá viên chức theo quý, tháng hoặc tuần phù hợp với đặc thù công việc của cơ quan, tổ chức, đơn vị mình, bảo đảm công khai, dân chủ, khách quan, định lượng bằng kết quả, sản phẩm cụ thể; kết quả đánh giá là căn cứ để thực hiện đánh giá viên chức quy định tại điểm a khoản này.

4. Chính phủ quy định chi tiết Điều này.

**Điều 42. Xếp loại chất lượng** **viên chức**

Hàng năm, căn cứ vào nội dung đánh giá, viên chức được xếp loại chất lượng như sau:

1. Hoàn thành xuất sắc nhiệm vụ;

2. Hoàn thành tốt nhiệm vụ,

3. Hoàn thành nhiệm vụ;

4. Không hoàn thành nhiệm vụ.

**Điều 43. Trách nhiệm đánh giá viên chức**

1. Người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập có trách nhiệm tổ chức việc đánh giá viên chức thuộc thẩm quyền quản lý.

2. Căn cứ vào điều kiện cụ thể, người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập thực hiện việc đánh giá hoặc phân công, phân cấp việc đánh giá viên chức thuộc thẩm quyền quản lý. Người được giao thẩm quyền đánh giá viên chức phải chịu trách nhiệm trước người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập về kết quả đánh giá.

3. Người có thẩm quyền bổ nhiệm chịu trách nhiệm đánh giá viên chức quản lý trong đơn vị sự nghiệp công lập.

4. Chính phủ quy định chi tiết trình tự, thủ tục đánh giá viên chức quy định tại Điều này.

**Điều 44. Thông báo kết quả đánh giá, xếp loại chất lượng** **viên chức**

1. Nội dung đánh giá viên chức phải được thông báo cho viên chức.

2. Kết quả xếp loại chất lượng viên chức được công khai trong đơn vị sự nghiệp công lập.

3. Nếu không nhất trí với kết quả đánh giá và xếp loại chất lượng thì viên chức được quyền khiếu nại lên cấp có thẩm quyền.

**Mục 7. CHẾ ĐỘ THÔI VIỆC, HƯU TRÍ**

**Điều 45. Chế độ thôi việc**

1. Viên chức được hưởng trợ cấp thôi việc, trợ cấp mất việc làm hoặc chế độ bảo hiểm thất nghiệp theo quy định của pháp luật về lao động và pháp luật về bảo hiểm khi đơn vị sự nghiệp công lập đơn phương chấm dứt hợp đồng làm việc với viên chức, hết thời hạn của hợp đồng nhưng người sử dụng lao động không ký kết tiếp hợp đồng làm việc, viên chức đơn phương chấm dứt hợp đồng do ốm đau, bị tai nạn theo quy định tại khoản 4 Điều 29 hoặc đơn phương chấm dứt hợp đồng theo quy định tại khoản 5 Điều 29 của Luật này, trừ trường hợp quy định tại khoản 2 Điều này.

2. Viên chức không được hưởng trợ cấp thôi việc nếu thuộc một trong các trường hợp sau:

a) Bị buộc thôi việc;

b) Đơn phương chấm dứt hợp đồng làm việc mà vi phạm quy định tại các khoản 4, 5 và 6 Điều 29 của Luật này;

c) Chấm dứt hợp đồng làm việc theo quy định tại khoản 5 Điều 28 của Luật này.

**Điều 46. Chế độ hưu trí**

1. Viên chức được hưởng chế độ hưu trí theo quy định của pháp luật về lao động và pháp luật về bảo hiểm xã hội.

2. Trước 06 tháng, tính đến ngày viên chức nghỉ hưu, cơ quan, tổ chức, đơn vị quản lý viên chức phải thông báo bằng văn bản về thời điểm nghỉ hưu; trước 03 tháng, tính đến ngày viên chức nghỉ hưu, cơ quan, tổ chức, đơn vị quản lý viên chức ra quyết định nghỉ hưu.

3. Đơn vị sự nghiệp công lập có thể ký hợp đồng vụ, việc với người hưởng chế độ hưu trí nếu đơn vị có nhu cầu và người hưởng chế độ hưu trí có nguyện vọng; trong thời gian hợp đồng, ngoài khoản thù lao theo hợp đồng, người đó được hưởng một số chế độ, chính sách cụ thể về cơ chế quản lý bảo đảm điều kiện cho hoạt động chuyên môn do Chính phủ quy định.

**Chương IV**. **QUẢN LÝ VIÊN CHỨC**

**Điều 47. Quản lý nhà nước về viên chức**

1. Chính phủ thống nhất quản lý nhà nước về viên chức.

2. Bộ Nội vụ chịu trách nhiệm trước Chính phủ thực hiện việc quản lý nhà nước về viên chức và có các nhiệm vụ, quyền hạn sau:

a) Xây dựng và ban hành theo thẩm quyền hoặc trình cơ quan có thẩm quyền ban hành văn bản quy phạm pháp luật về viên chức;

b) Chủ trì phối hợp với các bộ, cơ quan ngang bộ lập quy hoạch, kế hoạch xây dựng, phát triển đội ngũ viên chức trình cấp có thẩm quyền quyết định;

c) Chủ trì phối hợp với các bộ, cơ quan ngang bộ trong việc ban hành hệ thống danh mục, tiêu chuẩn và mã số chức danh nghề nghiệp;

d) Quản lý công tác thống kê về viên chức; hướng dẫn việc lập, quản lý hồ sơ viên chức; phát triển và vận hành cơ sở dữ liệu quốc gia về viên chức;

đ) Thanh tra, kiểm tra việc quản lý nhà nước về viên chức;

e) Hàng năm, báo cáo Chính phủ về đội ngũ viên chức.

3. Các bộ, cơ quan ngang bộ trong phạm vi nhiệm vụ, quyền hạn của mình có trách nhiệm thực hiện quản lý nhà nước về viên chức.

4. Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương trong phạm vi nhiệm vụ, quyền hạn của mình thực hiện quản lý nhà nước về viên chức.

**Điều 48. Quản lý viên chức**

1. Nội dung quản lý viên chức bao gồm:

a) Xây dựng vị trí việc làm;

b) Tuyển dụng viên chức;

c) Ký hợp đồng làm việc;

d) Bổ nhiệm, thay đổi chức danh nghề nghiệp;

đ) Thay đổi vị trí việc làm, biệt phái, chấm dứt hợp đồng làm việc, giải quyết chế độ thôi việc;

e) Bổ nhiệm, miễn nhiệm viên chức quản lý; sắp xếp, bố trí và sử dụng viên chức theo nhu cầu công việc;

g) Thực hiện việc đánh giá, khen thưởng, kỷ luật viên chức;

h) Thực hiện chế độ tiền lương, các chính sách đãi ngộ, chế độ đào tạo, bồi dưỡng viên chức;

i) Lập, quản lý hồ sơ viên chức; thực hiện chế độ báo cáo về quản lý viên chức thuộc phạm vi quản lý.

2. Đơn vị sự nghiệp công lập được giao quyền tự chủ thực hiện các nội dung quản lý quy định tại khoản 1 Điều này. Người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập chịu trách nhiệm báo cáo cấp trên về tình hình quản lý, sử dụng viên chức tại đơn vị.

3. Đối với đơn vị sự nghiệp công lập chưa được giao quyền tự chủ, cơ quan có thẩm quyền quản lý đơn vị sự nghiệp công lập thực hiện quản lý viên chức hoặc phân cấp thực hiện các nội dung quản lý quy định tại khoản 1 Điều này cho đơn vị sự nghiệp công lập được giao quản lý.

4. Chính phủ quy định chi tiết Điều này.

**Điều 49. Khiếu nại và giải quyết khiếu nại đối với quyết định liên quan đến quản lý viên chức**

Việc khiếu nại và giải quyết khiếu nại của viên chức đối với các quyết định của người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập hoặc cấp có thẩm quyền liên quan đến quản lý viên chức được thực hiện theo quy định của pháp luật.

**Điều 50. Kiểm tra, thanh tra**

1. Cơ quan có thẩm quyền quản lý đơn vị sự nghiệp công lập thanh tra, kiểm tra việc tuyển dụng, sử dụng, quản lý viên chức tại các đơn vị sự nghiệp công lập được giao quản lý.

2. Bộ Nội vụ thanh tra việc tuyển dụng, sử dụng và quản lý viên chức theo quy định của Luật này và các quy định khác của pháp luật có liên quan.

3. Các bộ, cơ quan ngang bộ thanh tra việc thực hiện hoạt động nghề nghiệp của viên chức thuộc ngành, lĩnh vực được giao quản lý.

**Chương V**. **KHEN THƯỞNG VÀ XỬ LÝ VI PHẠM**

**Điều 51. Khen thưởng**

1. Viên chức có công trạng, thành tích và cống hiến trong công tác, hoạt động nghề nghiệp thì được khen thưởng, tôn vinh theo quy định của pháp luật về thi đua, khen thưởng.

2. Viên chức được khen thưởng do có công trạng, thành tích đặc biệt được xét nâng lương trước thời hạn, nâng lương vượt bậc theo quy định của Chính phủ.

**Điều 52. Các hình thức kỷ luật đối với viên chức**

1. Viên chức vi phạm các quy định của pháp luật trong quá trình thực hiện công việc hoặc nhiệm vụ thì tùy theo tính chất, mức độ vi phạm, phải chịu một trong các hình thức kỷ luật sau:

a) Khiển trách;

b) Cảnh cáo;

c) Cách chức;

d) Buộc thôi việc.

2. Viên chức bị kỷ luật bằng một trong các hình thức quy định tại khoản 1 Điều này còn có thể bị hạn chế thực hiện hoạt động nghề nghiệp theo quy định của pháp luật có liên quan.

3. Hình thức kỷ luật cách chức chỉ áp dụng đối với viên chức quản lý.

4. Quyết định kỷ luật được lưu vào hồ sơ viên chức.

5. Chính phủ quy định việc áp dụng các hình thức kỷ luật, trình tự, thủ tục và thẩm quyền xử lý kỷ luật đối với viên chức.

**Điều 53. Thời hiệu, thời hạn xử lý kỷ luật**

1. Thời hiệu xử lý kỷ luật là thời hạn mà khi hết thời hạn đó thì viên chức có hành vi vi phạm không bị xử lý kỷ luật. Thời hiệu xử lý kỷ luật được tính từ thời điểm có hành vi vi phạm.

Trừ trường hợp quy định tại khoản 2 Điều này, thời hiệu xử lý kỷ luật được quy định như sau:

a) 02 năm đối với hành vi vi phạm ít nghiêm trọng đến mức phải kỷ luật bằng hình thức khiển trách;

b) 05 năm đối với hành vi vi phạm không thuộc trường hợp quy định tại điểm a khoản này.

2. Đối với các hành vi vi phạm sau đây thì không áp dụng thời hiệu xử lý kỷ luật:

a) Viên chức là đảng viên có hành vi vi phạm đến mức phải kỷ luật bằng hình thức khai trừ;

b) Có hành vi vi phạm quy định về công tác bảo vệ chính trị nội bộ;

c) Có hành vi xâm hại đến lợi ích quốc gia trong lĩnh vực quốc phòng, an ninh, đối ngoại;

d) Sử dụng văn bằng, chứng chỉ, giấy chứng nhận, xác nhận giả hoặc không hợp pháp.

3. Thời hạn xử lý kỷ luật đối với viên chức là khoảng thời gian từ khi phát hiện hành vi vi phạm của viên chức đến khi có quyết định xử lý kỷ luật của cấp có thẩm quyền.

Thời hạn xử lý kỷ luật không quá 90 ngày; trường hợp vụ việc có tình tiết phức tạp cần có thời gian thanh tra, kiểm tra để xác minh làm rõ thêm thì thời hạn xử lý kỷ luật có thể kéo dài nhưng không quá 150 ngày.

4. Trường hợp viên chức đã bị khởi tố, truy tố hoặc đã có quyết định đưa ra xét xử theo thủ tục tố tụng hình sự nhưng sau đó có quyết định đình chỉ điều tra hoặc đình chỉ vụ án mà hành vi vi phạm có dấu hiệu vi phạm kỷ luật thì bị xem xét xử lý kỷ luật. Thời gian điều tra, truy tố, xét xử theo thủ tục tố tụng hình sự không được tính vào thời hạn xử lý kỷ luật. Trong thời hạn 03 ngày làm việc, kể từ ngày ra quyết định đình chỉ điều tra, đình chỉ vụ án, người ra quyết định phải gửi quyết định và tài liệu có liên quan cho cơ quan, tổ chức, đơn vị quản lý viên chức để xem xét xử lý kỷ luật.

**Điều 54. Tạm đình chỉ công tác**

1. Trong thời hạn xử lý kỷ luật, người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập quyết định tạm đình chỉ công tác của viên chức nếu thấy viên chức tiếp tục làm việc có thể gây khó khăn cho việc xem xét, xử lý kỷ luật. Thời gian tạm đình chỉ công tác không quá 15 ngày, trường hợp cần thiết có thể kéo dài thêm nhưng không quá 30 ngày. Hết thời gian tạm đình chỉ công tác, nếu viên chức không bị xử lý kỷ luật thì được bố trí vào vị trí việc làm cũ.

2. Trong thời gian bị tạm đình chỉ công tác, viên chức được hưởng lương theo quy định của Chính phủ.

**Điều 55. Trách nhiệm bồi thường, hoàn trả**

1. Viên chức làm mất, hư hỏng trang bị, thiết bị hoặc có hành vi khác gây thiệt hại tài sản của đơn vị sự nghiệp công lập thì phải bồi thường thiệt hại.

2. Viên chức khi thực hiện công việc hoặc nhiệm vụ được phân công có lỗi gây thiệt hại cho người khác mà đơn vị sự nghiệp công lập phải bồi thường thì có nghĩa vụ hoàn trả cho đơn vị sự nghiệp công lập.

Chính phủ quy định chi tiết việc xác định mức hoàn trả của viên chức.

**Điều 56. Các quy định khác liên quan đến việc kỷ luật viên chức**

1. Viên chức bị khiển trách thì thời hạn nâng lương bị kéo dài 03 tháng; bị cảnh cáo thì thời hạn nâng lương bị kéo dài 06 tháng. Trường hợp viên chức bị cách chức thì thời hạn nâng lương bị kéo dài 12 tháng, đồng thời đơn vị sự nghiệp công lập bố trí vị trí việc làm khác phù hợp.

2. Viên chức bị kỷ luật thì xử lý như sau:

a) Trường hợp bị kỷ luật bằng hình thức khiển trách hoặc cảnh cáo thì không thực hiện việc quy hoạch, đào tạo, bồi dưỡng, bổ nhiệm vào chức vụ cao hơn trong thời hạn 12 tháng, kể từ ngày quyết định kỷ luật có hiệu lực;

b) Trường hợp bị kỷ luật bằng hình thức cách chức thì không thực hiện việc quy hoạch, đào tạo, bồi dưỡng, bổ nhiệm trong thời hạn 24 tháng, kể từ ngày quyết định kỷ luật có hiệu lực.

3. Viên chức đang trong thời hạn xử lý kỷ luật, đang bị điều tra, truy tố, xét xử thì không được bổ nhiệm, biệt phái, đào tạo, bồi dưỡng hoặc thôi việc.

4. Viên chức quản lý đã bị kỷ luật cách chức do tham nhũng hoặc bị Tòa án kết án về hành vi tham nhũng thì không được bổ nhiệm vào vị trí quản lý.

5. Viên chức bị cấm hành nghề hoặc bị hạn chế hoạt động nghề nghiệp trong một thời hạn nhất định theo quyết định của cơ quan có thẩm quyền, nếu không bị xử lý kỷ luật buộc thôi việc thì đơn vị sự nghiệp công lập phải bố trí viên chức vào vị trí việc làm khác không liên quan đến hoạt động nghề nghiệp bị cấm hoặc bị hạn chế.

6. Viên chức bị xử lý kỷ luật, bị tạm đình chỉ công tác hoặc phải bồi thường, hoàn trả theo quyết định của đơn vị sự nghiệp công lập nếu thấy không thỏa đáng thì có quyền khiếu nại, khởi kiện hoặc yêu cầu giải quyết theo trình tự do pháp luật quy định.

**Điều 57. Quy định đối với viên chức bị truy cứu trách nhiệm hình sự**

1. Viên chức bị Tòa án kết án phạt tù mà không được hưởng án treo hoặc bị Tòa án kết án về hành vi tham nhũng thì bị buộc thôi việc, kể từ ngày bản án, quyết định của Tòa án có hiệu lực pháp luật.

2. Viên chức quản lý bị Tòa án tuyên phạm tội thì đương nhiên thôi giữ chức vụ quản lý, kể từ ngày bản án, quyết định của Tòa án có hiệu lực pháp luật.

**---------------------**

**Văn bản 2. Nghị định về xử lý kỷ luật cán bộ, công chức, viên chức được ban hành theo Văn bản hợp nhất số 5/VBHN-BNV ngày 13/10/2023 của Bộ Nội vụ**

**Chương I**. **QUY ĐỊNH CHUNG**

**Điều 1. Phạm vi điều chỉnh và đối tượng áp dụng**

1. Nghị định này quy định về nguyên tắc xử lý kỷ luật; việc áp dụng các hình thức kỷ luật tương ứng với các hành vi vi phạm; thẩm quyền, trình tự, thủ tục xử lý kỷ luật đối với cán bộ, công chức, viên chức.

2. Nghị định này áp dụng đối với:

a) Cán bộ trong các cơ quan hành chính nhà nước; Chủ tịch, Phó Chủ tịch Hội đồng nhân dân, Trưởng ban, Phó Trưởng ban của Hội đồng nhân dân (sau đây gọi chung là cán bộ);

b) Công chức theo quy định tại khoản 2 Điều 4 Luật Cán bộ, công chức được sửa đổi, bổ sung tại khoản 1 Điều 1 Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Cán bộ, công chức và Luật Viên chức và công chức cấp xã theo quy định tại khoản 3 Điều 4 Luật Cán bộ, công chức (sau đây gọi chung là công chức);

c) Viên chức theo quy định tại Điều 2 Luật Viên chức;

d) Cán bộ, công chức, viên chức đã nghỉ việc, nghỉ hưu (sau đây gọi chung là người đã nghỉ việc, nghỉ hưu).

3. Việc xử lý kỷ luật đối với người làm việc trong tổ chức cơ yếu thực hiện theo quy định của pháp luật về cơ yếu.

**Điều 2. Nguyên tắc xử lý kỷ luật**

1. Bảo đảm khách quan, công bằng; công khai, nghiêm minh; chính xác, kịp thời; đúng thẩm quyền, trình tự, thủ tục.

2. Mỗi hành vi vi phạm chỉ bị xử lý một lần bằng một hình thức kỷ luật. Trong cùng một thời điểm xem xét xử lý kỷ luật, nếu cán bộ, công chức, viên chức có từ 02 hành vi vi phạm trở lên thì xem xét, kết luận về từng hành vi vi phạm và quyết định chung bằng một hình thức cao nhất tương ứng với hành vi vi phạm.

3. Trường hợp cán bộ, công chức, viên chức đang trong thời gian thi hành quyết định kỷ luật tiếp tục có hành vi vi phạm thì bị áp dụng hình thức kỷ luật như sau:

a) Nếu có hành vi vi phạm bị xử lý kỷ luật ở hình thức nhẹ hơn hoặc bằng so với hình thức kỷ luật đang thi hành thì áp dụng hình thức kỷ luật nặng hơn một mức so với hình thức kỷ luật đang thi hành;

b) Nếu có hành vi vi phạm bị xử lý kỷ luật ở hình thức nặng hơn so với hình thức kỷ luật đang thi hành thì áp dụng hình thức kỷ luật nặng hơn một mức so với hình thức kỷ luật áp dụng đối với hành vi vi phạm mới.

4. Khi xem xét xử lý kỷ luật phải căn cứ vào nội dung, động cơ, tính chất, mức độ, hậu quả, nguyên nhân vi phạm, hoàn cảnh cụ thể; các tình tiết tăng nặng, giảm nhẹ; thái độ tiếp thu và sửa chữa; việc khắc phục khuyết điểm, vi phạm, hậu quả; các trường hợp khác theo quy định của Đảng và của pháp luật được tính là căn cứ để xem xét miễn kỷ luật hoặc giảm nhẹ trách nhiệm.

5. Không áp dụng hình thức xử phạt hành chính hoặc hình thức kỷ luật đảng thay cho hình thức kỷ luật hành chính; xử lý kỷ luật hành chính không thay cho truy cứu trách nhiệm hình sự, nếu hành vi vi phạm đến mức bị xử lý hình sự.

6. Cán bộ, công chức, viên chức bị xử lý kỷ luật về đảng thì trong thời hạn 30 ngày, kể từ ngày công bố quyết định kỷ luật về đảng, cơ quan, tổ chức, đơn vị phải thực hiện quy trình xử lý kỷ luật hành chính (nếu có), trừ trường hợp chưa xem xét xử lý kỷ luật quy định tại Điều 3 Nghị định này.

Hình thức kỷ luật hành chính phải bảo đảm tương xứng với kỷ luật về đảng. Trường hợp bị xử lý kỷ luật về đảng bằng hình thức cao nhất thì cơ quan tham mưu về tổ chức, cán bộ báo cáo cấp có thẩm quyền xử lý kỷ luật xem xét, quyết định xử lý kỷ luật hành chính bằng hình thức cao nhất nếu thuộc một trong các trường hợp quy định tại Điều 13, Điều 14, Điều 19 Nghị định này; nếu không thuộc một trong các trường hợp nêu trên thì báo cáo cấp có thẩm quyền quyết định xử lý kỷ luật bằng hình thức cách chức đối với cán bộ, công chức, viên chức giữ chức vụ lãnh đạo, quản lý; hạ bậc lương đối với công chức không giữ chức vụ lãnh đạo, quản lý hoặc cảnh cáo đối với viên chức không giữ chức vụ quản lý. Trường hợp còn có ý kiến khác nhau về việc xác định hình thức kỷ luật hành chính tương xứng với hình thức xử lý kỷ luật về đảng cao nhất thì cấp có thẩm quyền quyết định việc thành lập Hội đồng xử lý kỷ luật để tham mưu; tham khảo ý kiến bằng văn bản của tổ chức Đảng ra quyết định xử lý kỷ luật đảng viên trước khi quyết định.

Trường hợp có thay đổi về hình thức xử lý kỷ luật về đảng thì phải thay đổi hình thức xử lý kỷ luật hành chính tương xứng. Thời gian đã thi hành quyết định xử lý kỷ luật cũ được trừ vào thời gian thi hành quyết định xử lý kỷ luật mới (nếu còn). Trường hợp cấp có thẩm quyền của Đảng quyết định xóa bỏ quyết định xử lý kỷ luật về đảng thì cấp có thẩm quyền xử lý kỷ luật hành chính phải ban hành quyết định hủy bỏ quyết định xử lý kỷ luật hành chính.

7. Nghiêm cấm mọi hành vi xâm phạm thân thể, tinh thần, danh dự, nhân phẩm trong quá trình xử lý kỷ luật.

8. Cán bộ, công chức, viên chức có hành vi vi phạm lần đầu đã bị xử lý kỷ luật mà trong thời hạn 24 tháng kể từ ngày quyết định xử lý kỷ luật có hiệu lực có cùng hành vi vi phạm thì bị coi là tái phạm; ngoài thời hạn 24 tháng thì hành vi vi phạm đó được coi là vi phạm lần đầu nhưng được tính là tình tiết tăng nặng khi xem xét xử lý kỷ luật.

9. Quyết định xử lý kỷ luật cán bộ, công chức, viên chức có hiệu lực 12 tháng kể từ ngày có hiệu lực thi hành; đối với trường hợp bị kỷ luật bằng hình thức khiển trách, cảnh cáo, giáng chức, cách chức thì việc quy hoạch, bổ nhiệm, ứng cử vào chức vụ cao hơn, bố trí công tác cán bộ áp dụng hiệu lực theo quy định của cơ quan có thẩm quyền.

Trường hợp đã có quyết định kỷ luật về đảng thì hiệu lực của quyết định xử lý kỷ luật hành chính tính từ ngày quyết định kỷ luật về đảng có hiệu lực. Trong thời gian này, nếu không tiếp tục có hành vi vi phạm pháp luật đến mức phải xử lý kỷ luật thì quyết định xử lý kỷ luật đương nhiên chấm dứt hiệu lực mà không cần phải có văn bản về việc chấm dứt hiệu lực.

Trường hợp cán bộ, công chức, viên chức tiếp tục có hành vi vi phạm đến mức bị xử lý kỷ luật trong thời gian đang thi hành quyết định xử lý kỷ luật thì xử lý theo quy định tại khoản 3 Điều này. Quyết định kỷ luật đang thi hành chấm dứt hiệu lực kể từ thời điểm quyết định kỷ luật đối với hành vi vi phạm pháp luật mới có hiệu lực. Các tài liệu liên quan đến việc xử lý kỷ luật và quyết định kỷ luật phải được lưu giữ trong hồ sơ cán bộ, công chức, viên chức. Hình thức kỷ luật phải ghi vào lý lịch của cán bộ, công chức, viên chức.

10. Cán bộ, công chức, viên chức có hành vi vi phạm trong thời gian công tác tại cơ quan, tổ chức, đơn vị cũ đến khi chuyển sang cơ quan, tổ chức, đơn vị mới mới phát hiện hành vi vi phạm đó và vẫn còn trong thời hiệu xử lý kỷ luật thì cấp có thẩm quyền của cơ quan, tổ chức, đơn vị mới thực hiện việc xem xét xử lý kỷ luật và áp dụng hình thức kỷ luật theo quy định pháp luật tương ứng với vị trí cán bộ, công chức, viên chức hiện đang đảm nhiệm. Đối với trường hợp này, cơ quan, tổ chức, đơn vị cũ có trách nhiệm cung cấp toàn bộ hồ sơ liên quan đến hành vi vi phạm và cử người phối hợp trong quá trình xem xét, xử lý kỷ luật. Các quy định về đánh giá, xếp loại chất lượng và các quy định khác có liên quan được tính ở đơn vị cũ.

11. Không được cử vợ, chồng, cha đẻ, mẹ đẻ; cha, mẹ (vợ hoặc chồng), cha nuôi, mẹ nuôi; con đẻ, con nuôi; anh, chị, em ruột; cô, dì, chú, bác, cậu ruột; anh, chị, em ruột của vợ hoặc chồng; vợ hoặc chồng của anh, chị, em ruột hoặc người có quyền, nghĩa vụ liên quan đến hành vi vi phạm bị xem xét xử lý kỷ luật là thành viên Hội đồng kỷ luật hoặc là người chủ trì cuộc họp kiểm điểm.

**Điều 3. Các trường hợp chưa xem xét xử lý kỷ luật**

1. Cán bộ, công chức, viên chức đang trong thời gian nghỉ hàng năm, nghỉ theo chế độ, nghỉ việc riêng được cấp có thẩm quyền cho phép.

2. Cán bộ, công chức, viên chức đang trong thời gian điều trị bệnh hiểm nghèo hoặc đang mất khả năng nhận thức; bị ốm nặng đang điều trị nội trú tại bệnh viện có xác nhận của cơ quan y tế có thẩm quyền.

3. Cán bộ, công chức, viên chức là nữ giới đang trong thời gian mang thai, nghỉ thai sản, đang nuôi con dưới 12 tháng tuổi hoặc cán bộ, công chức, viên chức là nam giới (trong trường hợp vợ chết hoặc vì lý do khách quan, bất khả kháng khác) đang nuôi con dưới 12 tháng tuổi, trừ trường hợp người có hành vi vi phạm có văn bản đề nghị xem xét xử lý kỷ luật.

4. Cán bộ, công chức, viên chức đang bị khởi tố, tạm giữ, tạm giam chờ kết luận của cơ quan có thẩm quyền điều tra, truy tố, xét xử về hành vi vi phạm pháp luật, trừ trường hợp theo quyết định của cấp có thẩm quyền.

**Điều 4. Các trường hợp được miễn trách nhiệm kỷ luật**

1. Được cơ quan có thẩm quyền xác nhận tình trạng mất năng lực hành vi dân sự khi có hành vi vi phạm.

2. Phải chấp hành quyết định của cấp trên theo quy định tại khoản 5 Điều 9 Luật Cán bộ, công chức.

3. Được cấp có thẩm quyền xác nhận vi phạm trong tình thế cấp thiết, do sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan theo quy định của Bộ luật Dân sự khi thi hành công vụ.

4. Cán bộ, công chức, viên chức có hành vi vi phạm đến mức bị xử lý kỷ luật nhưng đã qua đời.

**Điều 5. Thời hiệu, thời hạn xử lý kỷ luật**

1. Thời hiệu xử lý kỷ luật là thời hạn mà khi hết thời hạn đó thì cán bộ, công chức, viên chức, người đã nghỉ việc, nghỉ hưu có hành vi vi phạm không bị xử lý kỷ luật. Thời hiệu xử lý kỷ luật được tính từ thời điểm có hành vi vi phạm. Trường hợp có hành vi vi phạm mới trong thời hạn để tính thời hiệu xử lý kỷ luật theo quy định thì thời hiệu xử lý kỷ luật đối với hành vi vi phạm cũ được tính lại kể từ thời điểm xảy ra hành vi vi phạm mới.

2. Xác định thời điểm có hành vi vi phạm:

a) Đối với hành vi vi phạm xác định được thời điểm chấm dứt thì thời điểm có hành vi vi phạm được tính từ thời điểm chấm dứt.

b) Đối với hành vi vi phạm chưa chấm dứt thì thời điểm có hành vi vi phạm được tính từ thời điểm phát hiện.

c) Đối với hành vi vi phạm không xác định được thời điểm chấm dứt thì thời điểm có hành vi vi phạm được tính từ thời điểm có kết luận của cấp có thẩm quyền.

3. Trừ trường hợp quy định tại khoản 4 Điều này, thời hiệu xử lý kỷ luật được quy định như sau:

a) 05 năm đối với hành vi vi phạm ít nghiêm trọng đến mức phải kỷ luật bằng hình thức khiển trách;

b) 10 năm đối với hành vi vi phạm không thuộc trường hợp quy định tại điểm a khoản này.

4. Đối với các hành vi vi phạm sau đây thì không áp dụng thời hiệu xử lý kỷ luật:

a) Cán bộ, công chức, viên chức là đảng viên có hành vi vi phạm đến mức phải kỷ luật bằng hình thức khai trừ;

b) Có hành vi vi phạm quy định về công tác bảo vệ chính trị nội bộ;

c) Có hành vi xâm hại đến lợi ích quốc gia trong lĩnh vực quốc phòng, an ninh, đối ngoại;

d) Sử dụng văn bằng, chứng chỉ, giấy chứng nhận, xác nhận giả hoặc không hợp pháp.

5. Thời hạn xử lý kỷ luật đối với cán bộ, công chức, viên chức là khoảng thời gian từ khi phát hiện hành vi vi phạm của cán bộ, công chức, viên chức hoặc từ khi cấp có thẩm quyền kết luận cán bộ, công chức, viên chức có hành vi vi phạm đến khi có quyết định xử lý kỷ luật của cấp có thẩm quyền.

Thời hạn xử lý kỷ luật không quá 90 ngày; trường hợp vụ việc có tình tiết phức tạp cần có thời gian thanh tra, kiểm tra để xác minh làm rõ thêm thì thời hạn xử lý kỷ luật có thể kéo dài nhưng không quá 150 ngày.

Cấp có thẩm quyền xử lý kỷ luật phải bảo đảm xử lý kỷ luật trong thời hạn theo quy định. Nếu hết thời hạn xử lý kỷ luật mà chưa ban hành quyết định xử lý kỷ luật thì chịu trách nhiệm về việc chậm ban hành và phải ban hành quyết định xử lý kỷ luật nếu hành vi vi phạm còn trong thời hiệu.

6. Không tính vào thời hiệu, thời hạn xử lý kỷ luật đối với:

a) Thời gian chưa xem xét xử lý kỷ luật đối với các trường hợp quy định tại Điều 3 Nghị định này;

b) Thời gian điều tra, truy tố, xét xử theo thủ tục tố tụng hình sự (nếu có);

c) Thời gian thực hiện khiếu nại hoặc khởi kiện vụ án hành chính tại Tòa án về quyết định xử lý kỷ luật cho đến khi ra quyết định xử lý kỷ luật thay thế.

**Chương II. CÁC HÀNH VI VI PHẠM VÀ HÌNH THỨC KỶ LUẬT**

**Mục 3. XỬ LÝ KỶ LUẬT ĐỐI VỚI VIÊN CHỨC**

**Điều 15. Các hình thức kỷ luật đối với viên chức**

1. Áp dụng đối với viên chức không giữ chức vụ quản lý

a) Khiển trách.

b) Cảnh cáo.

c) Buộc thôi việc.

2. Áp dụng đối với viên chức quản lý

a) Khiển trách.

b) Cảnh cáo.

c) Cách chức.

d) Buộc thôi việc.

Viên chức bị kỷ luật bằng một trong các hình thức quy định tại Điều này còn có thể bị hạn chế thực hiện hoạt động nghề nghiệp theo quy định của pháp luật có liên quan.

**Điều 16. Áp dụng hình thức kỷ luật khiển trách đối với viên chức**

Hình thức kỷ luật khiển trách áp dụng đối với hành vi vi phạm lần đầu, gây hậu quả ít nghiêm trọng, trừ các hành vi vi phạm quy định tại khoản 3 Điều 17 Nghị định này, thuộc một trong các trường hợp sau đây:

1. Không tuân thủ quy trình, quy định chuyên môn, nghiệp vụ, đạo đức nghề nghiệp và quy tắc ứng xử trong khi thực hiện hoạt động nghề nghiệp, đã được cấp có thẩm quyền nhắc nhở bằng văn bản;

2. Vi phạm quy định của pháp luật về: thực hiện chức trách, nhiệm vụ của viên chức; kỷ luật lao động; quy định, nội quy, quy chế làm việc của đơn vị sự nghiệp công lập đã được cấp có thẩm quyền nhắc nhở bằng văn bản;

3. Lợi dụng vị trí công tác nhằm mục đích vụ lợi; có thái độ hách dịch, cửa quyền hoặc gây khó khăn, phiền hà đối với nhân dân trong quá trình thực hiện công việc, nhiệm vụ được giao; xác nhận hoặc cấp giấy tờ pháp lý cho người không đủ điều kiện; xúc phạm danh dự, nhân phẩm, uy tín của người khác trong khi thực hiện hoạt động nghề nghiệp;

4. Né tránh, đùn đẩy, không thực hiện hoặc thực hiện không đúng, không đầy đủ chức trách, nhiệm vụ theo quy định của pháp luật, nội quy, quy chế của cơ quan, tổ chức, đơn vị hoặc nhiệm vụ được cấp có thẩm quyền giao mà không có lý do chính đáng; không chấp hành quyết định điều động, phân công công tác của cấp có thẩm quyền; gây mất đoàn kết trong cơ quan, tổ chức, đơn vị;

5. Vi phạm quy định của pháp luật về: phòng, chống tội phạm; phòng, chống tệ nạn xã hội; trật tự, an toàn xã hội; phòng, chống tham nhũng; thực hành tiết kiệm, chống lãng phí;

6. Vi phạm quy định của pháp luật về bảo vệ bí mật nhà nước;

7. Vi phạm quy định của pháp luật về khiếu nại, tố cáo;

8. Vi phạm quy định của pháp luật về: đầu tư, xây dựng; đất đai, tài nguyên môi trường; tài chính, kế toán, ngân hàng; quản lý, sử dụng tài sản công trong quá trình hoạt động nghề nghiệp;

9. Vi phạm quy định của pháp luật về: phòng, chống bạo lực gia đình; dân số, hôn nhân và gia đình; bình đẳng giới; an sinh xã hội; quy định khác của Đảng và của pháp luật liên quan đến viên chức.

**Điều 17. Áp dụng hình thức kỷ luật cảnh cáo đối với viên chức**

Hình thức kỷ luật cảnh cáo áp dụng đối với viên chức có hành vi vi phạm thuộc một trong các trường hợp sau đây:

1. Đã bị xử lý kỷ luật bằng hình thức khiển trách về hành vi vi phạm quy định tại Điều 16 Nghị định này mà tái phạm;

2. Có hành vi vi phạm lần đầu, gây hậu quả nghiêm trọng thuộc một trong các trường hợp quy định tại Điều 16 Nghị định này;

3. Có hành vi vi phạm lần đầu, gây hậu quả ít nghiêm trọng thuộc một trong các trường hợp sau đây:

a) Viên chức quản lý không thực hiện đúng trách nhiệm, để viên chức thuộc quyền quản lý vi phạm pháp luật gây hậu quả nghiêm trọng trong khi thực hiện hoạt động nghề nghiệp;

b) Viên chức quản lý không hoàn thành nhiệm vụ quản lý, điều hành theo sự phân công mà không có lý do chính đáng.

**Điều 18. Áp dụng hình thức kỷ luật cách chức đối với viên chức quản lý**

Hình thức kỷ luật cách chức áp dụng đối với viên chức quản lý thuộc một trong các trường hợp sau đây:

1. Đã bị xử lý kỷ luật bằng hình thức cảnh cáo theo quy định tại Điều 17 Nghị định này mà tái phạm;

2. Có hành vi vi phạm lần đầu, gây hậu quả rất nghiêm trọng thuộc một trong các trường hợp quy định tại Điều 16 Nghị định này;

3. Có hành vi vi phạm lần đầu, gây hậu quả nghiêm trọng thuộc một trong các trường hợp quy định tại khoản 3 Điều 17 Nghị định này;

4. Sử dụng giấy tờ không hợp pháp để được bổ nhiệm chức vụ.

**Điều 19. Áp dụng hình thức kỷ luật buộc thôi việc đối với viên chức**

Hình thức kỷ luật buộc thôi việc áp dụng đối với viên chức có hành vi vi phạm thuộc một trong các trường hợp sau đây:

1. Đã bị xử lý kỷ luật bằng hình thức cách chức đối với viên chức quản lý hoặc cảnh cáo đối với viên chức không giữ chức vụ quản lý mà tái phạm;

2. Có hành vi vi phạm lần đầu, gây hậu quả đặc biệt nghiêm trọng thuộc một trong các trường hợp quy định tại Điều 16 Nghị định này;

3. Viên chức quản lý có hành vi vi phạm lần đầu, gây hậu quả rất nghiêm trọng hoặc đặc biệt nghiêm trọng thuộc một trong các trường hợp quy định tại khoản 3 Điều 17 Nghị định này;

4. Sử dụng văn bằng, chứng chỉ, giấy chứng nhận, xác nhận giả hoặc không hợp pháp để được tuyển dụng vào cơ quan, tổ chức, đơn vị;

5. Nghiện ma túy; đối với trường hợp này phải có xác nhận của cơ sở y tế hoặc thông báo của cơ quan có thẩm quyền.

----------------------

**KIẾN THỨC CHUYÊN NGÀNH**

1. **BỆNH NỘI KHOA**

**1. VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG**

1. TRIỆU CHỨNG

1.1. Triệu chứng của viêm phổi thùy

- Triệu chứng toàn thể:

- Bệnh xảy ra đột ngột thường ở người trẻ tuổi, bắt đầu với một cơn rét run kéo dài khoảng 30 phút, rồi nhiệt độ tăng lên 30 - 40°c, mạch nhanh, mặt đỏ, sau vài giờ thì khó thở, toát mồ hôi, môi tím, có mụn herpes ở mép, môi.

+ Ở người già, người nghiện rượu có thể có lú lẫn, ở trẻ con có co giật, ở người già triệu chứng thường không rầm rộ.

+ Đau ngực: luôn có, đôi khi đau ngực là triệu chứng nổi bật, đau bên tổn thương.

+ Ho khan lúc đầu, về sau ho có đờm đặc, màu gỉ sắt. Có khi nôn mửa, chướng bụng, đau bụng.

- Triệu chứng thực thể:

Trong những giờ đầu, nếu nghe phổi chỉ thấy rì rào phế nang giảm bên tổn thương, sờ và gõ bình thường, có thể nghe thấy tiếng cọ màng phổi và ran nổ cuối thì hít vào.

- Thời kỳ toàn phát: có hội chứng đông đặc:

+ Gõ đục.

+ Rung thanh tăng.

+ Rì rào phế nang mất.

+ Có tiếng thổi ống.

- Dấu hiệu X-quang: thấy một đám mờ của một thùy hay một phân thùy, có hình tam giác đáy quay ra ngoài, đỉnh quay vào trong.

+ Xét nghiệm:

• Công thức máu: bạch cầu tăng 15 - 25 giga/lít, 80-90% là bạch cầu đa nhân trung tính.

• Cấy máu có thể thấy vi khuẩn gây bệnh.

• Nước tiểu có albumin, có khi có urobilinogen.

Tiến triển

- Sốt duy trì trong tuần đầu, nhiệt độ 38-40°C, khạc đờm mủ đặc.

- Có khi vàng da, vàng mắt nhẹ. Sau một tuần thấy các triệu chứng cơ năng tăng lên, nhưng ngay sau đó thì sốt giảm, đổ mồ hôi, đi tiểu nhiều, bệnh nhân cảm thấy khoan khoái dễ chịu và bệnh khỏi, khám phổi có thể vẫn còn hội chứng đông đặc, hình ảnh X-quang tồn tại trong vài tuần. Nhưng có trường hợp bệnh nhân bị sốc: khó thở, tím môi, mạch nhanh, huyết áp hạ, có khi tử vong do trụy tim mạch, phù phổi và viêm màng ngoài tỉm có mủ.

1.2. Triệu chứng phế quản phế viêm

Trong nhiều năm trở lại đây người ta thấy viêm phổi thùy do phế cầu cổ điển giảm đi rất nhiều, trái lại xuất hiện nhiều phế quản phế viêm.

- Viêm phổi thùy khởi phát đột ngột ở người khỏe mạnh, phế quản phế viêm thứ phát trên những bệnh nhân bị các bệnh:

+ Bệnh truyền nhiễm: cúm, sởi, ho gà, sốt, xuất huyết.

+ Bệnh nung mủ mạn tính: nhiễm khuẩn tiết niệu, viêm tai, viêm tuỷ xương, viêm xoang có mủ.

+ Bệnh toàn thể: gầy mòn, già yếu.

+ ứ đọng phổi: suy tim.

- Triệu chứng:

+ Từ từ. sốt nhẹ, 37°c - 38°c.

+ Đau ngực không rõ rệt.

+ Ho và khạc đờm đặc có mủ.

+ Thời kỳ toàn phát: khó thở nhiều, cánh mũi phập phồng, tím môi.

+ Khám phôi: có vùng đục, rung thanh tăng, nghe có ran nổ, ran ẩm cả hai bên phổi.

- X-quang: có nhiều nốt mờ rải rác hai bên nhất là ở vùng đáy.

- Tiến triển: bệnh thường nặng, nhất là ở trẻ sơ sinh và những người già yếu.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Chẩn đoán xác định viêm phổi thuỳ dựa vào

- Bệnh khởi phát đột ngột ở người trẻ.

- Có cơn rét run và sốt cao 39°c - 40°c.

- Hội chứng nhiễm khuẩn: môi khô, lưỡi bẩn, bạch cầu cao.

- Đau ngực có khi rất nổi bật.

- Ho và khạc đờm màu gỉ sắt.

- Khám phổi: hội chứng đông đặc phổi (gõ đục, rung thanh tăng, rì rào phế nang giảm), tiếng thổi ống.

- X-quang: có hội chứng lấp đầy phế nang với đám mờ đều hình tam giác đáy quay ra ngoài.

- Chụp cắt lớp vi tính: hội chứng lấp đầy phế nang, có hình phế quản hơi.

2.1.2. Chẩn đoán xác định phế quản phế viêm

- Bệnh xảy ra ở trẻ em và người già, sau khi mắc các bệnh: cúm, sởi, ho gà, bạch hầu, suy dinh dưỡng.

- Bệnh khởi phát từ từ. Sốt nhẹ 37°5 - 38°C.

- Khó thở nhiều, cánh mũi phập phồng, tím môi.

- Khám phổi: nghe phổi hai bên có nhiều ran rít và ran nổ từng vùng. Gõ có vùng đục xen lẫn vùng phổi bình thường.

- X-quang: có nhiều nốt mờ rải rác khắp cả hai phế trường, nhất là ở vùng đáy.

2.1.3. Chẩn đoán vi sinh:

Việc chẩn đoán vi sinh nên được làm trước khi dùng kháng sinh, nhất là ở các trường hợp nặng, bao gồm:

- Đờm: nhuộm soi tươi và cấy.

- Cấy máu.

- Cấy dịch màng phổi.

- Cấy dịch phế quản.

- Các test phát hiện kháng thể như test ngưng kết bổ thể, ngưng kết lạnh...

- Phát hiện kháng nguyên qua nước tiểu.

- PCR (phản ứng khuếch đại chuỗi) với từng loại vi khuẩn riêng biệt.

2.2.Một số thể lâm sàng đặc biệt

- Thể đau bụng cấp: cơn đau bụng cấp như cơn đau bụng gan, cơn đau quặn thận, bụng chướng và sờ vào rất đau, thường xảy ra khi thùy dưới phổi phải bị viêm, có nhiều trường hợp đã phải mổ bụng, cần khám phổi kỹ và chụp X-quang phổi để xác định.

- Thể ỉa chảy: hay xảy ra ở trẻ em, triệu chứng ỉa chảy kéo dài, cần khám phổi và chụp phổi để xác định.

- Thể vàng da, vàng mắt: có khi rất rõ, giống trường hợp viêm gan do virus, cần khám phổi kỹ và chụp phổi để xác định.

2.3.Chẩn đoán phân biệt

- Xẹp phổi: trung thất bị kéo về bên xẹp phổi, cơ hoành nâng lên cao.

- Tràn dịch màng phổi: nhất là vừa có viêm phổi vừa có tràn dịch màng phổi (chọc dò để xác định).

- Nhồi máu phổi: có triệu chứng đau ngực dữ dội, có khi sốc, sốt, ho ra máu, thường xảy ra ở người có bệnh tim, hoặc phẫu thuạt vùng hố chậu.

- Áp xe phổi: giai đoạn đầu của áp xe phổi không thể phân biệt được cần hỏi về tiền sử, có phẫu thuật ở vùng mũi họng, nhổ răng... là những nguyên nhân thuận lợi gây áp xe phổi.

- Ưng thư phổi: dấu hiệu đầu tiên của ung thư phổi có khi biểu hiên như một viêm phổi - với hội chứng nhiễm khuẩn cấp sau tắc phế quản do ung thư sau khi điều trị hết nhiễm khuẩn mà tổn thương phổi vẫn còn tồn tại trên một tháng thì nên nghĩ đến ung thư, nhất là người có tuổi, nghiện thuốc lá.

- Giãn phế quản: trường hợp giãn phế quản bị bội nhiễm. Bênh nhân sốt kéo dài, ho và khạc nhiều, đờm có mủ. Hình ảnh X-quang có khi là một đám mờ không đồng đều giống phế quản viêm một vùng. Bệnh nhân có tiền sử ho và khạc đờm lâu ngày, cần chụp phế quản có lipiodol hoặc chụp cắt lớp vi tính ngực lớp mỏng, độ phân giải cao để xác định.

3. BIẾN CHỨNG

Ngày nay, nhờ có nhiều kháng sinh hiệu nghiệm, tiên lượng bệnh viêm phổi tốt. hơn nhiều, tuy vậy những biến chứng của viêm phổi vẫn còn gặp.

3.1.Biến chứng tại phổi

- Tràn khí màng phổi, tràn khí trung thất: thường do nguyên nhân tụ cầu.

- Bệnh lan rộng ra hai hoặc nhiều thùy phổi: bệnh nhân khó thở nhiều hơn, tím môi; mạch nhanh, bệnh nhân có thể chết trong tình trạng sốc.

- Xẹp một thuỳ phổi: do cục đờm đặc quánh làm tắc phế quản một thùy phổi.

- Áp xe phổi: rất thường gặp, do điều kiện kháng sinh không đủ liều lượng, bệnh nhân sốt dai dẳng, khạc nhiều đờm có mủ. X-quang: có một hoặc nhiều hình hang có mức nước, mức hơi.

- Viêm phổi mạn tính: bệnh tiến triển kéo dài, thùy phổi bị tổn thương trở nên xơ hóa.

3.2.Biến chứng ngoài phổi

- Tràn dịch màng phổi: viêm phổi dưới màng phổi gây tràn dịch màng phổi, dịch vàng chanh, số lượng ít, chóng khỏi.

- Tràn mủ màng phổi: bệnh nhân sốt dai dẳng, chọc dò màng phổi có mủ, thường xảy ra trong trường hợp viêm phổi màng phổi, hoặc do chọc dò màng phổi gây bội nhiễm.

- Viêm màng ngoài tim: triệu chứng đau vùng trước tim, nghe có tiếng cọ màng tim, thường là viêm màng tim có mủ.

3.3.Biến chứng nhiễm khuẩn thứ phát xa hơn

- Viêm nội tâm mạc cấp tính do phế cầu: biến chứng này hiếm gặp, bệnh nhân có cơn sốt rét run, lách to, không phải luôn có triệu chứng van tim.

- Viêm khớp do vi khuẩn: gặp ở người trẻ tuổi, thường chỉ bị một khớp sưng, đỏ, nóng, đau.

- Viêm màng não: là biến chứng hiếm gặp, dịch não tủy đục, áp lực tăng, protein dịch não tủy tăng, glucose giảm, nhiều bạch cầu đa nhân trung tính thoái hóa. Cấy dịch não tủy có thể thấy vi khuẩn gây bệnh.

- Viêm phúc mạc: thường gặp ở trẻ em.

- Viêm tai xương chũm: thường gặp ở trẻ em.

- Viêm thận: ít xảy ra.

- Áp xe não: hiếm gặp.

3.4.Biến chứng tim mạch

- Nhịp tim nhanh, ngoại tâm thu và đôi khi rung nhĩ.

- Suy tim: xảy ra trong tình trạng sốc, có tiếng ngựa phi, gan to ứ máu ngoại biên.

- Sốc: hạ huyết áp, hạ nhiệt độ, tím môi, tiên lượng dè dặt.

3.5.Biến chứng tiêu hóa

- Biểu hiện da vàng, vàng mắt do suy gan vì thiếu oxy và tan huyết ở nơi tổ chức phổi bị viêm.

- Có khi biểu hiện liệt hồi tràng, ỉa chảy, nhất là ở trẻ em.

3.6.Biến chứng thần kinh

Vật vã, mê sảng, xảy ra ở người già, người nghiện rượu.

4. ĐIỂU TRỊ

Theo Antoni Torres và cộng sự năm 2010.

4.1. Bệnh nhân ngoại trú

- Lựa chọn kháng sinh theo căn nguyên gây bệnh, nhưng ban đầu thường theo kinh nghiệm lâm sàng, yếu tố dịch tễ, mức độ nặng của bệnh, tuổi bệnh nhân, các bệnh kèm theo và tác dụng phụ của thuốc.

- Kháng sinh lựa chọn: Macrolide (erythromycin, clarithromycin,hay azithromycin), doxycyclin, hoặc fluoroquinolone (Levofloxacin, Moxifloxacin, Gatifloxacin, hoặc 1 fluoroquinolone có khả năng diệt phế cầu khác).

- Lựa chọn thay thế: Amoxicillin - clavulanic và một số cephalosporin thế hệ 2 (Cefaclor, Cefuroxim, Cepodoxim) thích hợp để diệt s. pneumoniae hoặc H. influenza. Các thuốc này không có hoạt tính với những vi khuẩn không điển hình. Một số tác giả khuyên dùng macrolide cho những bệnh nhân < 50 tuổi, không có bệnh kèm theo và fluoroquinolone cho những bệnh nhân > 50 tuổi hoặc có bệnh kèm theo.

4.2. Bệnh nhân nội trú

- Trước điều trị cần lấy bệnh phẩm đường hô hấp, máu và các bệnh phẩm khác làm chẩn đoán vi sinh và kháng sinh đồ.

- Kết hợp thuốc nhóm Beta lactam (cefotaxime hoặc ceftriaxone) với nhóm macrolide (erythromycin, clarithromycin, hay azithromycin) hoặc nhóm quinolone (levofloxacin, moxifloxacin, gatifloxacin, hoặc 1 fluoroquinolone có khả năng diệt phế cầu khác). Với những bệnh nhân điều trị tại đơn vị điều trị tích cực, sử dụng 1 thuốc nhóm β-lactam (cefotaxime, ceftriaxone, ampicillin - sulbactam, hay piperacillin- tazobactam), thêm macrolide hoặc fluoroquinolone.

- Lưu ý: Với bệnh nhân có bất thường cấu trúc phổi như giãn phế quản, xơ hoá kén... cần quan tâm tới việc dùng những kháng sinh có hoạt tính với Pseudomonas aeruginosa như: ceftazidime, cefepime, imipenem, meropenem, mezocillin, piperacillin, piperacillin/tazobactam, ciprofloxacin, aminoglycoside. Khi dị ứng với kháng sinh nhóm β-lactam thì dùng kháng sinh nhóm fluoroquinolone có hoặc không kèm theo clindamycin. Khi nghi ngờ viêm phổi hít phải nên dùng fluoroquinolone, có hoặc không kèm theo β-lactam/ức chếβ-lactamase (ampicillin - sulbactam, hay piperacillin- tazobactam), metronidazole hay clindamycin.

- Xem xét thay đổi kháng sinh tuỳ theo diễn biến lâm sàng và kháng sinh đồ nếu có.

4.3.Điểu trị triệu chứng

- Chống đau ngực bằng paracetamol, thuốc giảm đau chống viêm nonsteroid, codein, nếu đau quá thì cho morphin 0,01g tiêm dưới da.

- Xét thở máy nếu Pa02< 60mmHg, mặc dù đã thở oxy 100%.

- Nếu có truỵ tim mạch: cần đặt catheter tĩnh mạch trung tâm, truyền dịch (NaCl, glucose đẳng trương) duy trì áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP) từ 5-9 cm H20. Nếu huyết áp vẫn thấp < 90mmHg, cần dùng các thuốc vận mạch (dopamin, dobutamin, noradrenalin, adrenalin).

---------------

**2. TĂNG HUYẾT ÁP**

1. CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN TẦNG NGUY CƠ TĂNG HUYẾT ÁP (THA)

1.1. Chẩn đoán xác định THA: rất đơn giản, chỉ cần đo HA theo quy trình trong bảng sau:

Bảng 1.1.1. Quy trinh đo huyết áp chuẩn

1. Nghỉ ngơi trong phòng yên tĩnh ít nhất 5-10 phút trước khi đo huyết áp.

2 Không dùng chất kích thích (cà phê, hút thuốc, rượu bia) trước đó 2 giờ.

3. Tư thế đo chuẩn: người được đo huyết áp ngồi ghế có tựa, cánh tay duỗi thẳng trên bàn, nếp khuỷu ngang mức với tim. Ngoài ra, có thể đo ở các tư thế nằm, đứng. Đối với người cao tuổi, hoặc có bệnh đái tháo đường, nên đo thêm huyết áp tư thế đứng nhằm xác định có hạ huyết áp tư thế hay không.

4. Sử dụng huyết áp kế thủy ngân, huyết áp kế đồng hồ hoặc huyết áp kế điện tử (loại đo ở cánh tay). Các thiết bị đo cần được kiểm chuẩn định kỳ. Bề dài bao đo (nằm trong băng quấn) tối thiểu bằng 80% chu vi cánh tay, bề rộng tối thiểu bằng 40% chu vi cánh tay. Quấn băng quấn đủ chặt, bờ dưới của bao đo ở trên nếp lằn khuỷu 2 cm. Đặt máy ở vị trí để đảm bảo máy hoặc mốc 0 của thang đo ngang mức với tim.

5. Nếu không dùng thiết bị đo tự động, trước khi đo phải xác định vị trí động mạnh cánh tay để đặt ông nghe. Bơm hơi thêm 30mmHg sau khi không còn thấy mạch đập. Xả hơi với tốc độ 2- 3mmHg/nhịp đập. Huyết áp tâm thu tương ứng với lúc xuất hiện tiếng đập đầu tiên (pha I của Korotkoff) và huyết áp tâm trương tương ứng với khi mất hẳn tiếng đập (pha V của Korotkoff).

6. Không nói chuyện khi đang đo huyết áp. Không bắt chéo chân.

7. Lần đo đầu tiên, cần đo huyết áp ở cả hai cánh tay, tay nào có con số huyết áp cao hơn sẽ dùng để theo dõi huyết áp về sau.

8. Nên đo huyết áp ít nhất hai lần, mỗi lần cách nhau ít nhất 1-2 phút. Nếu số đo huyết áp giữa 2 lần đo chênh nhau trên 10mmHg, cần đo lại một vài lần sau khi đã nghỉ trên 5 phút. Giá trị huyết áp ghi nhận là trung bình của hai lần đo cuối cùng.

9. Trường hợp nghi ngờ, có thể theo dõi huyết áp bằng máy đo tự động tại nhà hoặc bằng máy đo huyết áp tự động 24 giờ (Holter huyết áp).

10. Ghi lại số đo theo đơn vị mmHg dưới dạng HA tâm thu/HA tâm trương (ví dụ 126/82 mmHg), không làm tròn số quá hàng đơn vị và thông báo kết quả cho người được đo.

***Các phương pháp đo huyết áp khác:***

- Tự đo/theo dõi huyết áp tại nhà: để tránh phải đến cơ sở y tế nhiều lần, vừa giảm chi phí, giúp theo dõi điều trị tốt hơn, tránh hiện tượng THA “áo choàng trắng”, thúc đẩy người bệnh tham gia tích cực hơn trong việc điều trị lâu dài của THA, nhờ đó tăng dung nạp với điều trị.

- Đo huyết áp liên tục (Holter huyết áp) 24 giờ: không dùng để áp dụng thường quy, có ích trong một số trường hợp như nghi ngờ bệnh nhân có THA “áo choàng trắng”, THA cơn, THA kháng trị, tụt HA do dùng một số thuốc hạ HA.

- Nếu tiến hành đo huyết áp tại nhà để chẩn đoán THA, nên đo HA trong khoảng 1-2 tuần, ít nhất 2 lần/ngày (trong đó có 1 lần đo buổi sáng khi ngủ dậy trên giường), mỗi lần đo 3 lần (bỏ lần đầu, lấy trung bình hai lần sau), bằng các dụng cụ đo huyết áp tự động dùng băng cuốn ở chi trên. Nếu đo tại nhà để theo dõi điều trị, có thể đo thường xuyên hơn, 1-2 lần/ngày, song người bệnh cần được giải thích và tư vấn đầy đủ, tránh đo quá nhiều lần có thể làm người bệnhlo lắng không cần thiết. Theo dõi huyết áp tự dộng bằng máy trong 24 giờ nên được áp dụng để đánh giá hiệu quả điểu trị, phát hiện những trường hợp nguy cơ cao (HA dao động nhiều, không có trũng HA về đêm), cũng như để xác định chắc chắn THA kháng trị (loại trừ tác động của “áo choàng trắng).

1.2. Phân độ THA

Dựa vào giá trị huyết áp đo được theo quy trình. Chẩn đoán THA theo các cách đo HA khác nhau (Bảng 2.5):

Bảng 1.2.1. Chẩn đoán THA theo các cách đo huyết áp khác nhau

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **HA tâm thu** |  | **HA tâm trương** |
| 1. Cán bộ y tế đo theo đúng quy trình | 140 mmHg | và/hoặc | 90 mmHg |
| 2. Đo bằng máy đo HA tự động 24 giờ | 130 mmHg |  | 80 mmHg |
| HA trung bình ban ngày (khi thức) | 135 mmHg |  | 85 mmHg |
| HA trung bình ban đêm (khi ngủ) | 120 mmHg |  | 70 mmHg |
| 3. Tự đo tại nhà (đo nhiều lần) | 135 mmHg |  | 85 mmHg |
| **Phân độ huyết áp:** |  | | | |
| Phân độ huyết áp | **HA tâm thu**  (mmHg) |  | **HA tâm trương**  (mmHg) |
| Huyết áp tối ưu | < 120 | và | < 80 |
| Huyết áp bình thường | 120-129 | và/hoặc | 80-84 |
| Tiền tăng huyết áp | 130- 139 | và/hoặc | 85 - 89 |
| Tăng huyết áp độ 1 | 140-159 | và/hoặc | 90-99 |
| Tăng huyết áp độ 2 | 160-179 | và/hoặc | 100- 109 |
| Tăng huyết áp độ 3 | > 180 | và/hoặc | >110 |

2. ĐIỂU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

2.1. Mục tiêu và nguyên tắc điểu trị

- THA là bệnh mạn tính, thường huyết áp sẽ tăng dần dần theo tuổi, nên cần theo dõi đều, điều trị đúng và đủ hàng ngày, điểu trị lâu dài và cần điều chỉnh liều định kỳ.

- Mục tiêu điều trị là đạt “huyết áp mục tiêu” và giảm tối đa “nguy cơ tổn thương cơ quan đích” như tim, não, thận, mắt và động mạch ngoại vi nhằm ngăn ngừa các biến chứng lâu dài ở các cơ quan đích, trong đó quan trọng nhất là giảm tối đa “nguy cơ tim mạch tổng thể”, ưu tiên lựa chọn các phương thức điều trị có bằng chứng rõ giảm tối đa và lâu dài nguy cơ tim mạch tổng thể. Mục tiêu điều trị cần được cá thể hoá dựa vào lợi ích trước mắt, lợi ích lâu dài, các tác dụng phụ và đánh giá điều trị dài hạn trên cơ sở đánh giá toàn diện huyết áp, các yếu tố nguy cơ tim mạch, tổn thương cơ quan đích và các bệnh lý mạn tính kèm theo.

- “Huyết áp mục tiêu” cần đạt là < 140/90mmHg và thấp hơn nữa nếu người bệnh vẫn dung nạp được. Huyết áp mục tiêu có thể thấp hơn 130/80 mmHg đôi với những người có protein niệu, có đái tháo đường hoặc đã có tiền sử tai biến mạch não từ trước. Đối với người cao tuổi (đặc biệt > 80), mức huyết áp mục tiêu có thể giữ ở mức 150/90 mmHg. Tránh hạ huyết áp quá mức, tránh hạ huyết áp tâm trương < 60 mmHg ở người có bệnh mạch vành. Khi điều trị đã đạt huyết áp mục tiêu, cần tiếp tục duy trì phác đồ điều trị lâu dài kèm theo việc theo dõi chặt chẽ, định kỳ để điều chỉnh kịp thời.

- Nên khởi trị huyết áp sớm, tích cực và nhanh chóng đạt huyết áp mục tiêu để giảm thiểu tổn thương cơ quan đích và hạn chế các biến cố tim mạch lâu dài. Tuy nhiên, không nên hạ huyết áp quá nhanh để tránh biến chứng thiếu máu cấp ở các cơ quan đích, trừ tình huống cấp cứu.

- Tăng huyết áp thường đi thành chùm cùng các yếu tố nguy cơ tim mạch chính khác, do vậy cần sàng lọc kỹ, theo dõi để phát hiện sớm, kiểm soát đồng thời (nếu có) các yếu tố nguy cơ tim mạch khác (như rốì loạn lipid máu, đái tháo đường...) nhằm giảm thiểu các tổn thương trên cơ quan đích.

- Nếu cần dùng đồng thời > 2 loại thuốc để đạt huyết áp mục tiêu thì ưu tiên dùng các loại thuốc hạ huyết áp phối hợp với liều cố định để tăng tuân thủ điều trị.

- Chú ý tuyên truyền về đích huyết áp cần đạt, diễn tiến tăng dần của huyết áp, các biến cố cơ quan đích cần phòng ngừa, tầm quan trọng của việc kiểm soát tốt huyết áp và các yếu tố nguy cơ tim mạch kèm theo... để người bệnh tuân thủ tốt việc thay đổi lối sống kết hợp với điều trị lâu dài bằng thuốc hạ huyết áp, trong đó cần nhấn mạnh:

+ Điều trị THA là một điều trị suốt đời, mục đích chính là phòng bệnh (phòng biến cố ở cơ quan đích).

+ Triệu chứng cơ năng của THA không phải lúc nào cũng gặp và không tương xứng với mức độ nặng nhẹ của THA.

+ Chỉ có thay đổi tích cực lối sống kèm theo tuân thủ chặt chẽ chế độ điểu trị THA thích hợp cùng với việc kiểm soát chặt chẽ các YTNCTM mới giảm được đáng kể các biến cố ở cơ quan đích do THA.

Huyết áp và các yếu tố nguy cơ tim mạch khác luôn tiên triển theo tuổi, vì thế theo dõi đều đặn định kỳ (hàng tháng, hàng quý, hàng năm). Việc đánh giá tiến triển của các yếu tố nguy cơ tim mạch kèm theo cũng hết sức cần thiết để điều chỉnh lối sống và áp dụng chế độ điều trị kịp thời.

2.2. Các biện pháp tích cực thay đổi lối sống

Áp dụng cho mọi người bệnh nhân để ngăn ngừa tiến triển và giảm được huyết áp, giảm số thuốc cần dùng

- Chế độ ăn hợp lý:

+ Giảm ăn mặn (< 6 gam muối hay 2,3 gam natri mỗi ngày). Duy trì đầy đủ lượng kali (90 mmol/ngày), đặc biệt ở người có dùng thuốc lợi tiểu để điều trị THA. Bảo đảm đầy đủ calcium và magnesium.

+ Tăng cường rau xanh, hoa quả tươi giàu chất xơ và protein thực vật.

+ Hạn chế thức ăn có nhiều cholesterol và acid béo no.

- Tích cực giảm cân (nếu thừa cân), duy trì cân nặng lý tưởng với chỉ số khối cơ thể (BMI: body mass index) từ 18,5 đến 22,9 kg/m2. Chế độ giảm cân cần đặc biệt được nhấn mạnh ở những bệnh nhân nam giới béo phì thể trung tâm (bụng) song không áp dụng chế độ này cho phụ nữ có thai bị THA.

- Duy trì vòng bụng dưới 90 cm ở nam và dưới 80 cm ở nữ.

- Hạn chế uống rượu, bia: số lượng ≤ 2 cốc chuẩn/ngày và tổng cộng không quá 14 cốc chuẩn/tuần (nam) hoặc 9 cốc chuẩn/tuần (nữ). 1 cốc chuẩn chứa 13,6g ethanol tương đương với 355ml bia (5%) hoặc 148ml rượu vang (12%), hoặc 44ml rượu mạnh (40%). Nếu dùng quá nhiều rượu làm tăng nguy cơ tai biến mạch não ỏ bệnh nhân THA, làm tăng trở kháng với thuốc điều trị THA. Ngược lại nếu dùng lượng rượu thích hợp (vang đỏ) thì có thể làm giảm nguy cơ bệnh mạch vành (hiệu ứng ngược).

- Ngừng hoàn toàn việc hút thuốc lá hoặc thuốc lào. Cần hết sức nhấn mạnh và cương quyết trong mọi trường hợp do hút thuốc là một trong những nguy cơ mạnh nhất đối với các biến cố tim mạch. Lưu ý có chế độ luyện tập thích hợp do nguy cơ tăng cân nhanh chóng sau khi bỏ hút thuốc.

- Tăng cường hoạt động thể lực ở mức thích hợp: tập thể dục, đi bộ hoặc vận động ở mức độ vừa, đều đặn khoảng 30-60 phút môi ngày, 5-7 ngày/tuần. Với những bệnh nhân có triệu chứng hoặc nguy cơ bệnh mạch vành cần phải cho bệnh nhân làm các nghiệm pháp gắng sức thể lực trước khi quyêt định cho bệnh nhân chế độ tập thể lực. Lưu ý trong tập luyện cần có giai đoạn tăng tốc hoạt động thể lực.

- Tránh lo âu, căng thẳng thần kinh; cần thư giãn, nghỉ ngơi hợp lý.

- Tránh bị lạnh đột ngột.

Các biện pháp tích cực thay đối lối sống này cũng chính là những biện pháp để phòng ngừa tăng huyết áp ở người trưởng thành, luôn cần phối hợp với việc giáo dục truyền thông nâng cao nhận thức và hiểu biết vể bệnh tăng huyết áp cũng như các biến chứng của tăng huyết áp và các yếu tố nguy cơ tim mạch khác.

2.3. Các thuốc điều trị tăng huyết áp

Theo thời gian, ngày càng ra đời nhiều thuốc hạ huyết áp mới có tác dụng mạnh hơn, tác dụng phụ ít hơn và khả năng dung nạp dễ hơn. Hiện tại có rất nhiều các loại thuốc hạ huyết áp khác nhau với nhiều cơ chế tác dụng phong phú. Để đơn giản hoá, có thể chia các thuốc điều trị tăng huyết áp thành 5 nhóm chính: ABCDE trong đó A là nhóm các thuốc tác động lên hệ renin-angiotensin; B là nhóm các thuốc chẹn beta giao cảm; C là nhóm các thuốc chẹn kênh calci; D là nhóm các thuốc lợi tiểu và E là nhóm các thuốc còn lại. Dù tác dụng lên biến cố đích (NMCT, TBMMN, protein niệu) có thể khác nhau giữa các nhóm thuốc điều trị THA, vấn đề quan trọng bậc nhất đối với người THA là hạ huyết áp có hiệu quả bằng những thứ thuốc sẵn có.

2.3.1. A - Nhóm thuốc tác động lên hệ renin-angiotensin

Nhóm thuốc tác động lên hệ renin-angiotensin gồm nhóm thuốc ức chế men chuyển (ƯCMC), nhóm thuốc ức chế thụ thể ATI của angiotensin II (ƯCTT) và nhóm thuốc ức chế trực tiếp renin. Nói chung ƯCMC/ƯCTT là những thuốc hạ huyết áp tốt, ít gây những tác dụng phụ trầm trọng, không ảnh hưởng nhịp tim và sức co bóp cơ tim, không gây những rối loạn chuyển hoá như lipid máu, đường máu, acid uric máu hoặc điện giải khi dùng kéo dài. Thuốc đặc biệt có giá trị ở những người bệnh THA đã có tổn thương cơ quan đích như có kèm suy tim, bệnh mạch vành, protein niệu... So với các nhóm thuốc hạ huyết áp khác, ƯCMC/ƯCTT có xu hướng làm giảm tử vong chung và tử vong do tim mạch trong đó ƯCMC giảm rõ rệt tử vong chung so với ƯCTT. Ngoài nhóm thuốc ức chế trực tiếp renin còn đang được nghiên cứu, phát triển và thử nghiệm, các nhóm thuốc ƯCMC/ƯCTT dần dần đã trở thành nền tảng cho điều trị các bệnh tim mạch nói riêng và THA nói chung.

Cơ chế tác dụng: các thuốc trong nhóm ƯCMC ức chế men chuyển từ angiotensin I thành angiotensin II, do đó làm giãn mạch, giảm tiết aldosterone gây hạ huyết áp, đồng thời thuốc còn ức chế thoái giáng của bradykinin vốn cũng là chất gây giãn mạch hạ huyết áp. Các thuốc trong nhóm ƯCTT ức chế thụ thể ATI nơi tiếp nhận tác dụng của angiotensin II gây co mạch.

Bảng 2.8. Các thuốc nhóm A - ức chế men chuyển và ức chế thụ thể AT1 của angiotensin

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hoạt chất** | **Llểu khởi đầu** | **Liều duy trì** |
| ***Nhôm thuốc, ửc chế men chuyển (ƯCMC)*** |  | |
| Benazepril | 10 mg X 2 | 10-40 mg  \_ ị |
| Captopril | 25 mg X 2 | 25-100 mg |
| Enalapril | 5 mg X 2 | 5-40 mg  - 4 |
| Fosinopril | 10 mg | 10-40 mg  , -1 |
| Imidapril | 2,5mg | 5-20mg |
| Lisinopril | 5 mg | 5-40 mg |
| Moexipril | 7,5 mg | 7,5-30 mg  1 |
| Perindopril | 5 mg | 5-10 mg |
| Quinapril | 5 mg | 5-40 mg |
| Ramipril | 2,5 mg | 2,5-20 mg |
| Trandolapril | 1-2 mg | 1-4 mg |
| ***Nhóm thuốc ức chế thụ thể AT1 của angiotensin II (ƯCTT)*** | | | |
| Candesartan | 4 mg | 4-32 mg |
| Irbesartan | 75 mg | 150-300 mg |
| Losartan | 25 mg | 25-100 mg |
| Telmisartan | 40 mg | 20-80 mg |
| Valsartan | 80 mg | 80-320 mg |

Tác dụng phụ hay gặp của ƯCMC là gây ho khan, thường về đêm, không đờm nhiều khi phải cho ngừng thuốc hoặc đổi thuốc khác trong nhóm vì tác dụng phụ này. ƯCMC gây giãn ưu tiên tiểu động mạch đi ở cầu thận nên có thể gây suy thận đột ngột do giảm dòng máu tới thận ở những bệnh nhân bị hẹp động mạch thận 2 bên. Chống chỉ định tuyệt đối của ƯCMC là bệnh nhân có hẹp động mạch thận 2 bên. ƯCMC cũng chống chỉ định dùng ở phụ nữ có thai. Cần thận trọng khi dùng ƯCMC ở bệnh nhân suy thận, đang dùng thuốc lợi tiểu giữ kali, hoặc chế độ bồi phụ kali, do thuốc có xu hưóng làm tăng kali máu. So với ƯCMC, ƯCTT thường ít gây ra ho, tác động lên thận và kali máu có xu hướng ít hơn, nên dung nạp với ƯCTT thường tốt hơn. Cả ƯCMC và ƯCTT đều có thể gây dị ứng, ngứa... và nặng nề nhất là viêm phù mao mạch (khá hiếm gặp, không phụ thuộc vào thời gian dùng thuốc dài hay ngắn, liều cao hay thấp, có thể gây biến chứng nặng nể thậm chí tử vong).

2.3.2. B - Nhóm thuốc chẹn beta giao cảm

Trước đây, nhóm thuốc chẹn beta giao cảm (nhất là những loại chọn lọc trên tim) được coi là một trong những lựa chọn hàng đầu trong điều trị THA tuy nhiên dần dần vai trò của chẹn beta giao cảm ngày càng giảm đi trong điều trị THA tiên phát chưa có tổn thương cơ quan đích do thuốc chẹn beta giao cảm không làm giảm nhiều huyết áp động mạch trung tâm và biến thiên huyết áp giữa các lần khám so với các nhóm thuốc hạ áp khác (như chẹn kênh canxi hoặc ức chế men chuyển) -> so với các nhóm thuốc hạ huyết áp khác, chẹn beta giao cảm không làm giảm tỷ lệ TBMMN. Đồng thời, thuốc cũng gây ra các rối loạn chuyển hoá khác như giảm nhạy cảm với insulin, tăng nguy cơ xuất hiện đái tháo đường, tăng triglycerides và giảm HDLC, tăng cân nhất là khi kết hợp với nhóm thuốc lợi tiểu. Do vậy chẹn beta giao cảm chỉ được ưu tiên lựa chọn ở những bệnh nhân THA sau NMCT, THA đã có giảm chức năng tâm thu thất trái hoặc cho nhóm THA trẻ có cường giao cảm.

Cơ chế chính của nhóm thuốc này là chẹn thụ thể ß giao cảm đối với catecholamine -> giảm nhịp tim và cung lượng tim; cũng giảm nồng độ renin máu, tăng giải phóng prostaglandins gây giãn mạch. Nhóm chẹn beta giao cảm có thể chia thành các nhóm nhỏ: (1) chẹn không chọn lọc ß1&ß2: propranolol, timolol, pindolol; (2) chẹn chọn lọc ß1; metoprolol, atenolol, bisoprolol; (3) chẹn cả ß và α giao cảm: Carvedilol, labetalol. Tuy nhiên ở liều cao thì tính chọn lọc ßl sẽ mất đi các thuốc chẹn beta giao cảm này còn được phân biệt bởi đặc tính có hoạt tính giao cảm nội sinh (ISA) và không có. Những thuốc có hoạt tính ISA thi ít gây hạ nhịp tim hơn. Đối với nhón chẹn cả thụ thể alpha ở mạch ngoại vi và thụ thể bêta ở tim thuốc sẽ có đủ cả hai cơ chế gây hạ áp: Carvedilol là một thứ thuốc hiện nay được đề xuất không những điều trị THA, suy vành mà có tác dụng tốt trong suy tim với liều kiểm soát chặt chẽ.

Tác dụng phụ thường gặp bao gồm nhịp chậm, ngủ gà, bất lực. Các thuốc chẹn beta giao cảm có khá nhiều chống chỉ định như: nhịp chậm, đặc biệt là bloc nhĩ thất độ cao; suy tim nặng/tiến triển (suy tim “ướt”); các bệnh phổi co thắt (như hen phế quản, đợt tiến triển COPD); bệnh động mạch ngoại vi. Thuốc cần thận trọng ở bệnh nhân có đái tháo đường, rối loạn mỡ máu. Dùng lâu có thể gây hội chứng Raynaud, liệt dương, mất ngủ, trầm cảm... và hiệu ứng cơn THA bùng phát nếu ngừng thuốc đột ngột. Tác dụng phụ của nhóm chẹn cả thụ thể alpha và bêta cũng giống như các thuốc chẹn beta giao cảm, ngoài ra có thê gây huỷ hoại tế bào gan, hạ HA tư thế, hội chứng giống lupus ban đỏ, run chân tay, và bùng phát THA khi ngừng thuốc đột ngột.

Bảng 2.9. Các thuốc nhóm B - Chẹn bêta giao cảm

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hoạt chất | Liều khởi đầu | Liều duy trì |
| ***Nhóm thuốc chẹn bêta giao cảm, loại chọn lọc J31*** | | |
| Acebutolol (ISA +) | 200 mg | 200-1200 mg |
| Atenolol | 25 mg | 25-100 mg |
| Betaxolol | 10 mg | 5-40 mg |
| Bisoprolol | 2,5 mg | 2,5-20 mg |
| Metoprolol | 50 mg | 50-200 mg |
| ***Nhóm thuốc chẹn cả bêta và anpha giao cảm*** | | |
| Labetalol | 100 mg X 2 | 100-600 mg |
| Carvedilol | 6,25 mg X 2 | 6,25-50 mg |
| ***Nhóm thuốc chẹn bêta giao cảm, loại không chọn lọc*** | | |
| Carteolol (ISA +) | 2,5 mg | 2,5-10 mg |
| Penbutolol (ISA +) | 20 mg | 20-80 mg |
| Pindolol (ISA +) | 5 mg X 2 | 10-60 mg |
| Propanolol | 40 mg X 2 | 40-160 mg |
| Timolol | 10 mg X 2 | 20-60 mg |

2.3.3. C- Nhóm thuốc chẹn kênh calcỉ

Nhóm thuốc chẹn kênh calci bao gồm hai nhóm: (1) nhóm dihydropyridin (DHP) như nifedipin; amlodipin; isradipin; nicardipin; felodipin; malnidipin; (2) nhóm Non-dihydropyridin (NDHP) như diltiazem và verapamil.

Các thuốc chẹn kênh calci làm giãn hệ tiểu động mạch bằng cách ngăn chặn dòng calci chậm vào trong tế bào cơ trơn thành mạch, từ đó lãm giảm sức cản ngoại vi và gây hạ huyết áp. Ngoài ra các thuốc này tác động trên nhịp tim và sức co bóp cơ tim tuỳ thuộc vào đặc thù của từng nhóm thuốc: (ĩ) thuốc nhóm DHP thế hệ sau như amlordipin, felodipin, isradipin... tác dụng tương đối chọn lọc trên mạch và có tác dụng hạ HA tốt, ít ảnh hưởng đến chức năng co bóp cơ tim và nhịp tim, có tác dụng kéo dài nên có thể dùng liều duy nhất trong ngày trong khi nhóm DHP thế hệ đầu như nifedipin làm nhịp tim nhanh phản ứng, đồng thời có ảnh hưởng đến sức co bóp cơ tim nhưng không nhiều bằng verapamil và diltiazem; (2) thuốc các nhóm không phải DHP (NDHP) như verapamil và diltiazem có ảnh hưởng nhiều đến đường dẫn truyền gây nhịp chậm và có ảnh hưởng nhiều đến sức co cơ tim.

Các thuốc nhóm chẹn kênh calci nhóm DHP có tác dụng phụ: bừng mặt, tim nhanh, đau đầu, phù mắt cá Verapamil có thể gây táo bón, nôn, đau đầu, hạ huyết áp tư thế trong khi diltiazem có thể gây nôn, đau đầu, mẩn ngứa... Nói chung các thuốc chẹn kênh calci thường không gây ảnh hưởng đến đường máu, mỡ máu khi dùng kéo dài. Do các tác động giảm sức co bóp cơ tim và tăng nhịp tim phản xạ, các thuốc chẹn kênh calci không có chỉ định ở bệnh nhân THA/NMCT cấp có rối loạn chức năng thất.

Bảng 2.10. Các thuốc nhóm C - Chẹn kênh calci

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hoạt chất | Liều khởi đầu | Liều duy trì |
| **Nhóm thuốc chẹn kênh calci, loại dihydropyridine (DHP)** | | |
| Amlodipin | 5 mg | 2,5-10 mg |
| Felodipin | 5 mg | 2,5-20 mg |
| Isradipin | 2,5 mg X 2 | 2,5-10 mg |
| Lacidipin | 2 mg | 2-6 mg |
| Manidipin | 5 mg | 10-20 mg |
| Nicardipin SR | 20 mg X 2 | 60-120 mg |
| Nifedipin Retard | 10-20 mg | 10-80 mg |
| Nifedipin LA | 30 mg | 30-90 mg |
| **Nhóm thuốc chẹn kênh calci, loại Non dihydropyridin** | | |
| Diltiazem | 60 mg | 60-180 mg |
| Verapamil | 80 mg | 80-160 mg |
| Verapamil LA | 120 mg | 120-240 mg |

2.3.4. D -Nhóm thuốc lợi tiểu

Các thuốc lợi tiểu có thể chia thành ba nhóm: (1) lợi tiểu thiazide bao gồm chlorothiazid, hydrochlorothiazid, indapamid, metolazon; (2) lợi tiểu quai: furosemid, bumetamd, torsemid và (3) lợi tiểu kháng aldosteron: Spironolacton, eplerenon.

Tác dụng phụ cơ bản là gây các rối loạn điện giải và chuyển hoá (tăng acid uric máu, tăng kháng insulin), khác nhau tuỳ từng nhóm. Lợi tiểu thiazid gây hạ kali máu, hạ magne máu và rối loạn lipịd máu nếu dùng kéo dài; có thể gây yếu cơ, chuột rút, liệt dương... ngoài ra lợi tiểu thiazid có thể làm xấu chức năng thận ở người suy thận. Tác dụng hạ kali của lợi tiểu thiazid phụ thuộc vào liều thuốc dùng cũng như tuổi: tuổi càng cao, nguy cơ mất điện giải và hạ kali càng cao, liều càng nhỏ (1/2-1/4 liều duy trì) tỷ lệ hạ kali máu càng thấp. Trong số các lợi tiểu thiazid, indapamid ít gây mất điện giải nặng hoặc các rối loạn chuyển hoá. Lợi tiểu tác dụng trên quai là lợi tiểu mạnh làm mất kali và điện giải khác nhiều và có thể gây ngộ độc với tai. Lợi tiểu quai cải thiện được chức năng thận và không ảnh hưởng đến mỡ máu. Lợi tiểu giữ kali là lợi tiểu yếu và ít khi dùng đơn độc. Khi dùng phối hợp với một loại lợi tiểu thải kali làm tăng tác dụng lợi tiếu và ngăn ngừa được tác dụng phụ gây rối loạn điện giải máu, song có thể làm tăng kali máu cũng như tăng nặng suy thận, nên cần chú ý theo dõi sát ở những bệnh nhân suy thận, suy tim nặng. Spironolacton có thể gây vú to ở nam giới.

Lợi tiểu có thể coi là một trong số những lựa chọn hàng đầu để khởi đầu điều trị THA chưa có biến chứng hoặc tổn thương cơ quan đích. Lợi tiểu cũng là thuốc hàng đầu để phối hợp khi chưa kiểm soát được huyết áp bằng một loại thuốc. Nên cân nhắc phối hợp lợi tiểu kháng aldosterone đối với những trường hợp THA kháng trị không rõ nguyên nhân.

Bảng 2.11. Các thuốc nhóm D - Lợi tiểu

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hoạt chất** | **Liều khỏi đầu** | **Liều duy trì** |
| Nhóm thuốc lợi tiểu thiazid | | |
| Chlorothalidon | 25 mg | 12,5-50 mg |
| Hydrochlorothiazid | 12,5 mg | 12,5-25 mg |
| Metolazon | 2,5 mg | 1,25-5 mg |
| Indapamid | 1,5 mg | 1,5-3 mg |
| Nhóm thuốc lợi tiểu tác động lên quai Henle | | |
| Bumetanid | 0,5 mg | 0,5-5,0 mg |
| Ethacrynic acid | 50 mg | 25-100 mg |
| Furosemid | | 20 mg | 20-120 mg | |
| Torsemid | | 5 mg | 5-10 mg | |
| Nhóm thuốc lợi tiểu giữ kali | | | | |
| Amilorid | | 5 mg | 5-10 mg | |
| Eplerenon | |  |  | |
| Spironolacton | | 25 mg | 25-75 mg | |
| Triamteren | | 50 mg X 2 | 50 - 200 mg | |

2.3.5. E - Các nhóm thuốc hạ huyết áp khác

Các nhóm thuốc hạ huyết áp khác bao gồm nhóm thuốc chẹn alpha giao cảm, nhóm tác động lên hệ giao cảm trung ương; nhóm giãn mạch trực tiếp. Các nhóm thuốc này không phải là lựa chọn ưu tiên hàng đầu để điều trị THA chưa có tổn thương cơ quan đích/biến chứng, song có thể phối hợp với các thuốc khác trong một số trường hợp cụ thể hoặc khi THA kháng trị dù đã phối hợp trên ba thứ thuốc hạ áp.

Các thuốc chẹn alpha giao cảm ức chế thụ thể α1giao cảm làm bloc thụ thể alpha giao cảm hậu hạch, dẫn đến giãn động mạch và tĩnh mạch. Khi uống, thường gây hội chứng “liều đầu tiên” tức là tác dụng rất mạnh khi dùng liều đầu tiên, có thể dẫn đến tụt huyết áp, do đó khi dùng liều đầu tiên cần bắt đầu rất thấp và theo dõi chặt chẽ. Các thuốc này có thể gây tụt huyết áp tư thế, đau đầu, chóng mặt.... Thuốc chọn lọc α1 giao cảm dùng lâu dài có thể cải thiện tình trạng rối loạn mỡ máu. Thuốc còn có tác dụng tốt chữa triệu chứng ở những bệnh nhân có phì đại tiền liệt tuyến lành tính.

Bảng 2.12. Các thuốc nhóm E - Các thuốc hạ áp khác

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hoạt chất** | **Liều khỏi đẩu** | **Liều duy trì** |
| **Nhóm thuốc tác động lên hệ giao cảm trung ương** | | |
| Clonidin | 0,1 mg | 0,1-0,8 mg |
| Methyldopa | 250 mg | 250-2000 mg |
| **Nhóm thuốc tác động lên hệ giao cảm ngoại vi** | | |
| Guanfacin | 1 mg | 1-3 mg |
| Guanfacin | 4 mg X 2 | 4-64 mg |
| Nhóm thuốc tác động hỗn hợp | | |
| Reserpin | 0,5 mg | 0,01-0,25 mg |
| **Nhóm thuốc chẹn alpha giao cảm** | | |
| Doxazosin | 1 mg | 1-16 mg |
| Prazosin | 1 mgX2 | 1-20 mg |
| Terazosin | 1mg | 1-20 mg |
| **Nhóm thuốc giãn mạch trực tiếp** |  |  |
| Hydralazin | 10 mg | 25-200 mg |
| Minoxidil | 5 mg | 2,5-100 mg |

Các thuốc tác động lên hệ giao cảm trung ương kích thích thụ thể α2 giao cảm tiền hạch trong hệ thần kinh trung ương, dẫn đến làm giảm trương lực giao cảm ngoại vi và làm giảm trở kháng mạch hệ thống, từ đó làm hạ huyết áp. Các thuốc nhóm này có nhiều tác dụng phụ như: nhịp chậm, chóng mặt, khô miệng, hạ huyết áp tư thế, rối loạn hoạt động tình dục. Thuốc có thể gây tăng men gan, giảm chức năng thất trái và đặc biệt là phản ứng THA bùng phát khi ngừng thuốc đột ngột (hội chứng cai thuốc).

Các thuốc khác tác động lên hệ giao cảm ngoại vi thông qua ngăn chặn giải phóng norepinephrin (noradrenalin) ở tận cùng thần kinh ngoại vi. Riêng reserpin còn có cả tác dụng trên hệ thần kinh trung ương, nó làm cạn kiệt nguồn dự trữ norepinephrin ở các neuron thần kinh dẫn đến hạ HA. Tác dụng phụ của các thuốc này khá nhiều: như gây trầm cảm, gây buồn ngủ, khô miệng, nghẹt mũi, hạ HA tư thế, các rối loạn tình dục hoặc rốĩ loạn tiêu hoá.

Các thuốc giãn mạch trực tiếp gây giãn trực tiếp cơ trơn động mạch gây hạ huyết áp, song đồng thời có thể gây ra phản ứng tăng tái hấp thu nước và natri và phản ứng tăng hoạt động hệ giao cảm gây nhịp nhanh. Thuốc có tác dụng hạ huyết áp mạnh, nhưng không phải là lựa chọn hàng đầu, rất có ích khi bệnh nhân có biểu hiện kháng các thuốc hạ huyết áp khác và cho phụ nữ có thai: đồng thời có thể được phối hợp vối nitrate để điều trị suy tim. Tác dụng phụ có thể gặp là: đau đầu, nôn, nhịp nhanh, hạ HA tư thế, hội chứng giống Lupus ban đỏ. Minoxidil có thể gây tăng cân, bất thường điện tim, tăng mọc lông tóc, tràn dịch màng tim.

2.3.6. Một số loại thuốc hạ áp dùng đường tĩnh mạch

Các thuốc hạ áp đường tĩnh mạch (TM) có thể đã được xếp loại trong các nhóm thuốc nói trên hoặc không. Sử dụng các thuốc hạ huyết áp đường tĩnh mạch trong các tình huống khẩn cấp như THA ác tính; lóc tách thành động mạch chủ; suy thận tiến triển nhanh; sản giật; THA có kèm nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp hoặc suy tim trái cấp. Khi sử dụng cần dùng bơm tiêm điện hoặc máy truyền dịch để duy trì đúng liều và người bệnh phải được theo dõi tại đơn vị cấp cứu (tim mạch).

Bảng 2.13. Một số loại thuốc hạ áp dùng đường tĩnh mạch

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tên thuốc** | **Bắt đầu tác dụng** | | | **Tác dụng kéo dài** | **Liều dùng** | |
| Nitroglycerin | 2-5 phút | | | 5-10 phút | Truyẽn TM 5-100 mcg/phút. Có thể gây đau đầu, nôn và giảm tác dụng nếu dùng lâu dài. | |
| Nicardipin | 5-10 phút | | | 15-30 phút | Truyền TM khởi đầu 1-2mg/giờ, tăng dần 0,5- 2mg/giờ sau 15 phút, liều truyền tối đa 15mg/giờ. Có thể gây tụt huyết áp, đau đầu, nhip nhanh, nôn. | |
| Natri  nitroprussid | | | Tức thì | 1-2 phút | | | Truyền TM 0,3mcg/l<g/ph, tăng dần 0,5mcg/kg/ph sau 10 ph, liều truyền tối đa 10mcg/kg/ph. Là thuốc lựa chọn ưu tiên, có thể gây tụt áp, nôn, nguy cơ ngộ độc cyanide ở bênh nhàn suy gan thận. Phải bọc kỹ tránh ánh sáng. |
| Esmolol | | | 1-5 phút | 10 phút | | | Tiêm TM 500 mcg/kg/ph trong phút đầu, truyền TM 50-100 mcg/kg/ph, liều truyền tối đa 300mcg/kg/ph. Có thể gây tụt HA, bloc nhĩ thất, suy tim, co thắt phế quản. |
| Labetalol | | | 5-10 phút | 3-6 giờ | | | Tiêm TM chậm 10-20mg trong vòng 2 phút, lập lại sau 10-15 phút đến khi đạt tổng liều tối đa 300mg hoặc truyền TM 0,5-2mg/phút Có thể gây tụt áp, bloc nhĩ thất, suy tim, co thắt phế quản, nôn, THA bùng lại khi ngưng. Có thể ít tác dụng ở bệnh nhân đả dùng chẹn beta. |
| Hydralazin | | | 5-10 phút | 4-6 giờ | | | Tiêm TM chậm 5-10 mg, lặp lại sau 4-6giờ/lấn. Ưu tiên dùng trong sản giật: thuốc có thể gây tụt áp, suy thai, nhịp nhanh, đau đầu, nôn, viêm tắc TM tại chỗ |
| Enalaprilat | | | 5-15 phút | 1-6 giờ | | | Tiêm TM 0,625-1,25 mg, lặp lại 6 giờ/lần. Có thể gây tụt huyết áp. |
| Diazoxid | | | 1-5 phút | 6-12 giờ | | | Tiêm TM 50-100 mg, nhắc lại 5-10 phút, đến khi đạt tổng liều 600 mg hoặc truyền TM với liều 1030 mg/phút. Thuốc có thể gây nhịp nhanh, tụt HA, nôn, tăng đường máu. Do vậy, thuốc có thể làm tăng thiếu máu cơ tim ở bệnh nhân NMCT, làm nặng bệnh suy tim, tách thành ĐMC |
| Phentolamin | | | 1-2 phút | 3-10 phút | | | Tiêm TM 5-10 mg mỗi 5-15 phút. Thuốc có thể gây ra tụt HA, tim nhanh, đau đầu, đau ngực, đáp ứng THA nghịch thường. |

---------------------

**3. LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG**

1. ĐẠI CƯƠNG

Loét dạ dày tá tràng là tình trạng niêm mạc bị tổn thương bề mặt vượt quá lớp cơ niêm do tác động của dịch vị dạ dày. Đây là một bệnh đã được biết từ lâu và khá phổ biến trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Mặc dù đã có những tiến bộ lớn trong chẩn đoán và điều trị, nó vẫn là một vấn đề sức khỏe lớn bởi số lượng bệnh nhân nhiều, tính chất của bệnh là mạn tính và dễ tái phát, chi phí điều trị cao và có thể gây một số biến chứng.

2. NGUYÊN NHÂN

- Nhiễm trùng:

+ Helicobacter pylori.

+ Herpes Simplex virus - HSV.

+ Cytomegalovirus -CMV.

+ H.Heilmannii.

+ Các nhiễm trùng khác: lao, syphilis.

- Do thuốc:

+ NSAIDs và aspirin.

+ Corticosteroids (khi dùng chung với NSAIDs).

+ Bisphosphonat.

+ Clopidogrel.

+ Postassium Chlorid.

- Điều trị hóa chất (ví dụ 5-fluouracil).

- Loét do tự miễn.

- Loét liên quan đến bệnh mạn tính hoặc suy đa tạng:

+ Loét do stress.

+ Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

+ Xơ gan.

+ Suy thận.

+ Ghép tạng.

- Các nguyên nhân khác:

+ u bài tiết gastrin - (Gastrinoma gây hội chứng Zollinger - Ellison)

+ Tăng hoạt động của tế bào G ờ hang vị.

+ Chiếu xạ.

+ Crohn, sarcoidosis.

Mặc dù có nhiều nguyên nhân gây loét dạ dày tá tràng nhưng thực tế lâm sàng cho thấy có 3 nguyên nhân chính:

Loét do Helicobacter pylori: là nguyên nhân chủ yếu gây loét dạ dày tá tràng, viêm dạ dày cấp và mạn, ung thư dạ dày.

Tỷ lệ nhiễm chung của người Việt Nam khoảng 70% và người ta thấy chỉ 1 - 2% số người bị nhiễm HP bị loét dạ dày tá tràng.

Các kháng viêm, giảm đau NSAID, AINS và aspirin: hiện là một trong những nhóm thuốc dùng hết sức phổ biến. Bệnh nhân sử dụng các thuốc này có thể bị ổ loét cấp tính và thường là nhiều ổ.

Loét do stress: thường gặp ở các bệnh nhân nằm cấp cứu như: thở máy, bỏng, chấn thương sọ não, nhiễm trùng huyết, viêm tụy cấp, suy gan, suy thận... với tỷ lệ từ 50 - 100%. Những bệnh nhân như vậy có tỷ lệ xuất huyết tiêu hóa đại thể dao động từ 10 - 20% và những biến chứng này làm nặng thêm bệnh chính, làm tăng thêm tỷ lệ tử vong.

3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG

3.1. Triệu chứng lâm sàng

Đau bụng chủ yếu ở vùng thượng vị là triệu chứng gần như là hằng định của bệnh nàỵ. Đau có thể từ mức độ khó chịu, âm ỉ đến dữ dội. Tùy thuộc vào vị trí ổ loét, tính chất đau có ít nhiều khác biệt:

Loét hành tá tràng thường xuất hiện lúc đói hoặc sau bữa ăn 2 - 3 giờ, đau trội lên về đêm, ăn vào hoặc sử dụng các thuốc trung hòa acid thì đỡ đau nhanh.

Loét dạ dày: tùy vị trí ổ loét mà vị trí và hướng lan của tính chất đau có thể khác nhau. Thường đau sau ăn trong khoảng vài chục phút đến vài giờ. Đáp ứng với bữa ăn và thuốc trung hòa acid cũng kém hơn so với loét hành tá tràng.

Đau âm ỉ, kéo dài hoặc thành cơn nhưng có tính chu kỳ và thành từng đợt. Vì vậy, khai thác về tiền sử của các đợt đau trước đó rất có giá trị đối với chẩn đoán.

- Có thể có các triệu chứng: buồn nôn, nôn, chán ăn, cảm giác nóng rát, đẩy bụng, sụt cân, ợ chua.

- Khám bụng: thường không thấy gì đặc biệt, đôi khi có thể thấy bụng trướng hoặc co cứng nhẹ.

3.2. Cận lâm sàng

- Chụp dạ dày tá tràng có Barite (hiện ít dùng), có thể thấy:

+ Hình ảnh ổ loét: là ổ đọng thuốc hình tròn, hình oval ...

+ Sự thay đổi hình dạng vùng quanh ổ loét: biến dạng các nếp niêm mạc ờ thân và phình vị dạ dày, biến đổi về hình ảnh tiền môn vị hoặc tá tràng.

+ Góp phần phân biệt ổ loét lành tính và ổ loét ung thư.

- Nội soi dạ dày tá tràng: được coi là phương pháp có giá trị nhất trong chẩn đoán xác định loét. Ngoài ra, nội soi còn cung cấp các thông tin: vị trí, số lượng, kích thước, tính chất ổ loét: cấp hay mạn tính, nông - sâu, bờ đều hoặc không đều, đáy sạch hay có chất hoại tử và các tổn thương kèm theo như viêm, trợt.

- Chụp cắt lóp vi tính: ít dùng do giá thành đắt, thường được chỉ định khi nghi ngờ có biến chứng: loét dò vào ổ bụng, nghi ung thư.

- Test xác định H.p: có nhiều phương pháp:

+ Ure test (xét nghiệm mô bệnh học) hoặc nuôi cấy được làm từ mảnh sinh thiết.

+ Tìm kháng thể kháng H.p trong máu, thường dùng trong điều tra dịch tễ học.

+ Test thở c13, c14

+ Tìm kháng nguyên của H.p trong phân.

- Thăm dò acid dịch vị của dạ dày:

+ Hút dịch vị lúc đói: để đánh giá bài tiết, HC1 và pepsin.

+ Dùng các nghiệm pháp kích thích như: nghiệm pháp histamin hoặc msulin.

=> Các kỹ thuật này hiện ít dùng trong lâm sàng.

4. CHẨN ĐOÁN

4.1. Chấn đoán xác định

- Dựa vào triệu chứng lâm sàng.

- Đặc điểm và những tổn thương trên nội soi.

4.2. Chẩn đoán phân biệt

- Chứng chậm tiêu giống loét: triệu chứng khá giống với loét dạ dày tá tràng nhưng nội soi không thấy có tổn thương.

- Trào ngược dạ dày thực quản: loét dạ dày tá tràng tính chất nổi bật là đau thượng vị, lan ra xung quanh hoặc phía sau. Trào ngược - tính chất điên hình là cảm giác nóng rát vùng thượng vị, sau xương ức, lan lên ngực, miệng -> Nội soi rât có giá trị trong chẩn đoán phân biệt.

- Ngoài ra, có thể nhầm: viêm dạ dày cấp và mạn, ung thư dạ dày, sỏi túi mật, viêm tụy mạn.

5. BIẾN CHỨNG

- Xuất huyết tiêu hóa trên: là biến chúng thường gặp nhất.

- Thủng hoặc dò ổ loét: gây viêm phúc mạc toàn bộ hoặc cục bộ.

- Hẹp môn vị: thường gặp với các ổ loét hành tá tràng.

6. ĐIỀU TRỊ

6.1. Các thuốc điều trị

- Các thuốc trung hòa acid dịch vị (Antacid).

Có nhiều loại khác nhau, ưu điểm là pH dịch vị được nâng lên rất nhanh nên làm giảm đau rất nhanh. Phần lớn, trong số này nếu uống đúng cách còn có tác dụng bảo vệ tế bào. Nhược điểm chung là: tác dụng ngắn, phải dùng nhiều lần trong ngày (thường là 7 lần), dùng lâu không có lợi. Hiện ít được sử dụng đơn độc trong điều trị loét dạ dày tá tràng.

- Thuốc ức chế H2: gồm 4 thuốc thông thường: cimetidin (hiện ít dùng) ranitidin, nizatidin và famotidin. Hiện thông dụng nhất là ranitidin.

+ Thuốc tranh chấp với histamin dẫn đến ức chế thụ thể H2 ở tế bào thành dạ dày.

+ Thuốc làm giảm cả bài tiết dịch vị cơ bản và dịch vị kích thích:

Giảm 90% bài tiết dịch vị cơ bản, 50 - 70% bài tiết dịch vị 24h.

=> Ưu điểm: tác dụng nhanh, pH tăng rất rõ sau 1 giờ và đạt tác dụng tối đa ngay từ ngày đầu tiên, kiểm soát dịch vị ban đêm rất tốt.

- Thuốc ức chế bơm proton: gồm các thuốc: Omeprazol, pantoprazol, lansoprazol, rabeprazol, esomeprazol, dexlansoprarol. Do ức chẽ enzym K+/H+ - ATPase nên chúng tác động vào khâu cuối của quá trinh bài tiết acid dịch vị nên được coi là nhóm thuốc có khả năng cao nhất trong kiểm soát bải tiết acid dịch vị.

- Sucralfat: có tác dụng hấp thu pepsin và dịch mật, tăng bài tiết dịch nhày vả cacbonate, tăng tổng hợp prostaglandin nội sinh, tăng tưới máu niêm mạc dạ dày, giúp hồi phục lớp biểu mô bề mặt.

- Các Anticholinergic: do tác dụng yếu nên ít được dùng.

- Prostaglandin: Misoprostol lả một prostaglandin E1|- hiện nav ít được dùng để điều trị loét.

- Các thuốc kháng HP: có nhiều loại hiện nay hay được dùng:

+ Bismusth: tác dụng trực tiếp lên vi khuẩn lảm vi khuẩn bị ly giải nên làm giảm mật độ vi khuẩn trong dạ dày.

+ Các kháng sinh: thường được dùng là: amoxicillin, tetraxyclin, metronidazol tinidazol, clarithromycin, fluoroquinolon và rifabutin.

\* Điều trị kết hợp:

- Chế độ sinh hoạt nên kiêng:

+ Thuốc lá: làm tăng bài tiết acid dịch vị, giảm bài tiết kiềm ở tá tràng và tụy, nó làm các vết loét khó liền và tăng nguy cơ cơ tái phát.

+ Rượu: cũng làm tăng bài tiết acid và tổn tthương hàng rào bảo vệ dạ dày.

- Hạn chế các căng thẳng về tâm lý (stress).

- Thuốc điểu trị loét:

- Antacid: dùng liều nhỏ uống ngay sau bữa ãn vả cách bữa ăn 2 - 3 giờ cùng với 1 liều trước khi đi ngủ. Các thuốc thường hay dùng: Gastropulgite, Maalox, Phosphalugel, các muối magnesi (hydroxyd, carbonate).

- Thuốc ức chế H2:

. Ranitidin í Zantac): 300mg, uống 1 lần buổi sáng hoặc: 150mg (sáng), 150mg (tối)

. Nizatidin (Axid): 300mg (sáng)

. Famotidin: 40mg (sáng)

+ Thuốc ức chế bơm proton:

. Omeprazol (Losec): 40mg

. Pantoprazol (Pantoloc): 40mg

. Lansoprazol (Lanzor): 30mg

. Rabeprazol (Pariet): 20mg

. Esoprazol (Nexium): 40mg

=> Uống 1 lần trước bữa ăn sáng 1 giờ, có thể dùng liêu thứ 2 vào trước bữa ăn chiều.

+ Sucralfate: lg X 3 lần/ngày.

6.2. Điều trị cụ thề

- Loét do H.P: thường phối hợp thuôc chống loét và kháng sinh. Sau đây là các phác đồ thường được sử dụng:

+ PPI + metronidazol hoặc tinidazol + amoxyllin + PPI/CIarithromycin hoặc Azithromycin/Amoxyllin + PPI/ Metronidazol hoặc Tinidazol/Clarithromycin/Azithromycin + Nên dung 2 phác đồ 4, có thể thêm Bismuth.

Công thức điều trị ban đầu:

- (PPIs + C500 + A1000) X 2: 7 - 14 ngày

- (PPIs + A1000) X 2: 5 ngày tiếp theo (PPIs + C500 + A1000 + M500) X 2: 5 ngày

- (PPIs + A1000) X 2: 7 ngày tiếp theo (PPIs + C500 + A1000 + M500) X 2: 7 ngày

- PPIs X 2 + (Bs + T500 + M250) X 4: 10-14 ngày

Điều trị ban đầu cho bệnh nhân thất bại, áp dụng công thức điều trị thứ hai:

- PPIS X 2 + (Bs + T500) X 4 + M500 X 3: 10 - 14 ngày

- (PPIs + A1000) X 2 + L500: 10 ngày

Khi công thức điều trị thử hai thất bại, áp dụng công thức điều trị thứ ba:

- (PPIs + Bs) X 2 + 2 kháng sinh được chọn từ kháng sinh đồ: 10 ngày

- (PPIs + Bs + A500) X 2 + L500: 10 ngày

- (PPIs + R150 + A1000) X 2: 14 ngày

(PPIS: liều thuốc ức chế bơm proton tiêu chuẩn: Esomeprazol/Pantoprazol 40mg, Lansoprazol 30mg, Omeprazol/Rabeprazol 20mg

C500: liều clarithromycin 500mg uống

A500, Aioooliều amoxicillin 500mg, l000mg

M250, M500: liều metronidazol 250mg, 500mg.

T500: liều tinidazol 500mg.

L500: liều levofloxacin 500mg.

- Loét do NSAID, AINS và dự phòng: Tốt nhất là sử dụng thuốc ức chế bơm proton.

- Loét do stress: hai thuốc ức chế bơm proton và ức chế H2 là lựa chọn hàng đầu và hiệu quả ngang nhau.

---------------------------

# 4. CẤP CỨU CƠ BẢN NGỪNG TUẦN HOÀN

**Mục tiêu**

1. Trình bày được cách xác định bệnh nhân ngừng tuần hoàn.
2. Trình bày các bước cấp cứu cơ bản ngừng tuần hoàn.
3. Thực hiện đúng kỹ thuật cấp cứu cơ bản ngừng tuần hoàn.

**1. Đại cương**

Hồi sinh tim phổi cần được bắt đầu ngay lập tức sau khi phát hiện bệnh nhân ngừng tuần hoàn (NTH). Do khoảng thời gian từ khi gọi cấp cứu đến khi kíp cấp cứu có mặt để cấp cứu bệnh nhân thường trên 5 phút, nên khả năng cứu sống được bệnh nhân ngừng tim phụ thuộc chủ yếu vào khả năng và kỹ năng cấp cứu của kíp cấp cứu tại chỗ.

Sốc điện cấp cứu phá rung thất sẽ có hiệu quả nhất nếu được thực hiện trong vòng 5 phút đầu sau ngừng tim. Hồi sinh tim phổi kết hợp với sốc điện sớm trong vòng 3 đến 5 phút đầu tiên sau khi ngừng tuần hoàn có thể đạt tỷ lệ cứu sống lên đến 50% -75%.

**2. Chẩn đoán**:

***2.1. Chẩn đoán xác định*:** dựa vào 3 dấu hiệu: mất ý thức đột ngột, ngừng thở, mất mạch cảnh (mạch bẹn).

***2.2. Chẩn đoán phân biệt:***

Phân biệt vô tâm thu với rung thất sóng nhỏ: cần xem điện tim trên ít nhất 2 chuyển đạo

Phân biệt phân ly điện cơ với sốc, trụy mạch: cần bắt mạch ở 2 vị trí trở lên

Phân biệt mất mạch cảnh/ mạch bẹn do tắc mạch: cần bắt mạch ở 2 vị trí trở lên

***2.3. Chẩn đoán nguyên nhân:***

Song song với cấp cứu hồi sinh tim phổi cơ bản, cần nhanh chóng tìm kiếm nguyên nhân gây ngừng tuần hoàn để giúp cấp cứu có hiệu quả và ngăn ngừa tái phát. Các nguyên nhân thường gặp và có thể điều trị nhanh chóng

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **11 T trong tiếng Việt** | **6”H” trong tiếng Anh** | **11 T trong tiếng Việt** | **5”T” trong tiếng Anh** |
| Thiếu thể tích tuần hoàn | Hypovolemia | Trúng độc cấp | Toxins |
| Thiếu oxy mô | Hypoxia | Ép tim cấp | Tamponade (cardiac) |
| Toan hóa máu | Hydrogen ion (acidosis) | Tràn khí màng phổi áp lực | Tension pneumothorax |
| Tăng/ tụt kali máu | Hyper-/ Hypokalemia | Tắc mạch (vành, phổi) | Thrombosis (coronary and pulmonary) |
| Tụt hạ đường huyết | Hypoglycemia | Thương tích | Trauma |
| Thân nhiệt thấp | Hypothermia |  |  |

*Để cho dễ nhớ, gọi tắt là 5T’6H (tiếng anh) hay 11 T (tiếng Việt)*

**3. Xử trí cấp cứu:**

* Xử trí cấp cứu NTH được khởi động ngay từ khi phát hiện trường hợp nghi ngờ NTH. Người cấp cứu vừa tiến hành chẩn đoán, gọi người hỗ trợ vừa bắt đầu các biện pháp hồi sinh tim phổi cơ bản ngay.
* Cần có 1 người là chỉ huy để phân công, tổ chức công tác cấp cứu đứng trình tự và đồng bộ.
* Cần ghi chép các thông tin cần thiết và tiến trình cấp cứu.
* Thiết lập không gian cấp cứu đủ rộng và hạn chế tối đa các nhân viên hoặc những người không không tham gia cấp cứu vào và làm cản trở công tác cấp cứu

***3.1. Tiến hành ngay hồi sinh tim phổi cơ bản (CAB):*** đồng thời gọi hỗ trợ khi phát hiện bệnh nhân nghi ngờ bị NTH (không cử động, không phản ứng khi lay gọi,...)

*3.1.1. Kiểm soát và hỗ trợ tuần hoàn*: ép tim ngoài lồng ngực

- Kiểm tra mạch cảnh (hoặc mạch bẹn) trong vòng 10 giây. Nếu không thấy mạch: tiến hành ép tim ngay. Đảm bảo Ép tim chất lượng cao.

- Vị trí: Ép tim ở 1/2 dưới xương ức, độ lún ngực phải đạt 1/3 độ dày thành ngực (5-6 cm ở người lớn) đủ để sờ thấy mạch khi ép.

- Tần số: 100-120 lần/phút. Phương châm là “ép nhanh, ép mạnh, dứt khoát, không gián đoạn ép tim và phải để lồng ngực nở hết sau mỗi lần ép”

- Tỷ lệ ép tim/thông khí là: 30/2 nếu là bệnh nhân người lớn hoặc bệnh nhân trẻ nhỏ, nhũ nhi có 1 người cấp cứu. Tỷ lệ 15/2 đối với trẻ nhỏ

hoặc nhũ nhi có 2 người cấp cứu.

- Kiểm tra mạch trong vòng dưới 10 giây sau mỗi 5 chu kỳ ép tim/thổi ngạt hoặc sau mỗi 2 phút (5 chu kỳ ép tim/thổi ngạt là 30 lần ép tìm/2 lần thổi ngạt).

*3.1.2. Kiểm soát đường thở*: đặt ngửa đầu, cổ ưỡn, thủ thuật kéo hàm dưới/nâng cằm (jaw thrust/chin lift), nếu đặt được NKQ càng sớm càng tốt nếu người cấp cứu có khả năng và có kinh nghiệm đặt thành thạo ống NKQ, nhưng không được làm chậm sốc điện và không làm gián đoạn ép tim/thổi ngạt quá 30 giây. Làm sạch đường hô hấp trên, lấy bỏ dị vật: răng giả, dị vật, dịch miệng mũi họng.

*3.1.3. Kiểm soát và hỗ trợ hô hấp*: thổi ngạt miệng miệng hoặc miệng mũi, hoặc bóp bóng ambu qua mask. Tỷ lệ bóp bóng là 30/2, nếu đã có đường thở nâng cao như Nội khí quản, hoặc mask thanh quản thì thông khí 8-10 lần/ phút

- Nếu có mạch: tiếp tục thổi ngạt hoặc bóp bóng

- Nếu không có - mạch: thực hiện.chụ kỳ ép tim/thổi ngạt (hoặc bóp

bóng) theo tỷ lệ 30/2

- Nhịp thở nhân tạo (thổi ngạt, bóp bóng) thổi vào trong 1 giây, đủ làm lồng ngực phồng lên nhìn thấy được với tần số nhịp là 8-10 lần/phút đối với người lớn, 20 lần/phút đối với trẻ nhỏ và nhũ nhi.

- Sau khi đã có đường thở nhân tạo (ví dụ ống NKQ, mặt nạ thanh quản, tần số bóp bóng là 8-10 lần/phút và ép tim 100 – 120 lần/phút, không cần ngừng ép tim để bóp bóng.

- Cần đảm bảo oxy tối đa ngay khi có oxy

***3.2. Ghi điện tim sớm ngay khi có thể và sốc điện ngay nếu có chỉ định:***

*3.2.1. Nhanh chóng ghi điện tim và theo dõi điện tìm trên mấy theo dõi*. Phân loại 3 loại điện tim: rung thất/nhịp nhanh thất, vô tâm thu, phân ly điện cơ.

*3.2.2. Tiến hành sốc điện ngay nếu là rung thất*

Máy sóc điện 1 pha: số 360 J; Máy sốc điện 2 pha: 200 J

Tiến hành ngay 5 chu kỳ ép tim/thổi ngạt sau mỗi lần sốc điện

***3.3. Các thuốc cấp cứu NTH***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Thuốc** | **Liều tiêm tĩnh mạch** | **Liều tối đa** | **Liều qua NKQ** | **Chỉ định chính** |
| Adrenaline | lmg/3-5 phút/lần |  | 2-2,5 mg | Các loại NTH |
| Amiodarone | 300 mg | 2,2g/24 giờ |  | Rung thất trơ |
| Atropine | lmg/3-5 phút/lần | 3 mg | 3mg | Nhịp chậm. Vô tâm  thu |
| Magne sulfate | 1-2 g |  |  | Xoắn đỉnh |
| Lidocaine  (xylocaine) | 1-1,5 mg/kg | 3mg/kg | 2-4 mg/kg | Rung thất |
| Vasopressine | 40 UI  (1 lần duy nhất) |  |  | Rung thất trơ |

**4. Phòng bệnh**

- NTH thường xảy ra đột ngột, không dự đoán trước được. Tất cả các nhân viên cấp cứu, nhân viên y tế cứu hộ phải được tập luyện và chẩn bị sẵn sàng cấp cứu NTH. Các xe cấp cứu, các cơ sở cấp cứu cần có các phương tiện và thuốc cấp cứu cần thiết cho cấp cứu NTH.

- Đa số các người bệnh ngừng tuần hoàn đều có các dấu hiệu hoặc biểu hiện bất thường trước đó. Do vậy, cần phải tầm soát sớm khi có các biểu hiện bất thường về sức khỏe.

**-------------------------**

**5. HƯỚNG DẪN PHÒNG, CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ PHẢN VỆ**

**I. Chẩn đoán phản vệ:**

**1. Triệu chứng gợi ý**

*Nghĩ đến phản vệ khi xuất hiện ít nhất một trong các triệu chứng sau:*

a) Mày đay, phù mạch nhanh.

b) Khó thở, tức ngực, thở rít.

c) Đau bụng hoặc nôn.

d) Tụt huyết áp hoặc ngất.

e) Rối loạn ý thức.

**2. Các bệnh cảnh lâm sàng:**

1. Bệnh cảnh lâm sàng 1: Các triệu chứng xuất hiện trong vài giây đến vài giờ ở da, niêm mạc (mày đay, phù mạch, ngứa...) và có ít nhất 1 trong 2 triệu chứng sau:

a) Các triệu chứng hô hấp (khó thở, thở rít, ran rít).

b) Tụt huyết áp (HA) hay các hậu quả của tụt HA (rối loạn ý thức, đại tiện, tiểu tiện không tự chủ...).

2. Bệnh cảnh lâm sàng 2: Ít nhất 2 trong 4 triệu chứng sau xuất hiện trong vài giây đến vài giờ sau khi người bệnh tiếp xúc với yếu tố nghi ngờ:

a) Biểu hiện ở da, niêm mạc: mày đay, phù mạch, ngứa.

b) Các triệu chứng hô hấp (khó thở, thở rít, ran rít).

c) Tụt huyết áp hoặc các hậu quả của tụt huyết áp (rối loạn ý thức, đại tiện, tiểu tiện không tự chủ...).

d) Các triệu chứng tiêu hóa (nôn, đau bụng...).

3. Bệnh cảnh lâm sàng 3: Tụt huyết áp xuất hiện trong vài giây đến vài giờ sau khi tiếp xúc với yếu tố nghi ngờ mà người bệnh đã từng bị dị ứng:

a) Trẻ em: giảm ít nhất 30% huyết áp tâm thu (HA tối đa) hoặc tụt huyết áp tâm thu so với tuổi (huyết áp tâm thu < 70mmHg).

b) Người lớn: Huyết áp tâm thu < 90mmHg hoặc giảm 30% giá trị huyết áp tâm thu nền.

**II. Chẩn đoán phân biệt:**

1. Các trường hợp sốc: sốc tim, sốc giảm thể tích, sốc nhiễm khuẩn.

2. Tai biến mạch máu não.

3. Các nguyên nhân đường hô hấp: COPD, cơn hen phế quản, khó thở thanh quản (do dị vật, viêm).

4. Các bệnh lý ở da: mày đay, phù mạch.

5. Các bệnh lý nội tiết: cơn bão giáp trạng, hội chứng carcinoid, hạ đường máu.

6. Các ngộ độc: rượu, opiat, histamin./.

**PHỤ LỤC II**

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN MỨC ĐỘ PHẢN VỆ  
**Phản vệ được phân thành 4 mức độ như sau:**

*(lưu ý mức độ phản vệ có thể nặng lên rất nhanh và không theo tuần tự)*

**1. Nhẹ (độ I)**: Chỉ có các triệu chứng da, tổ chức dưới da và niêm mạc như mày đay, ngứa, phù mạch.

**2. Nặng (độ II)**: có từ 2 biểu hiện ở nhiều cơ quan:

a) Mày đay, phù mạch xuất hiện nhanh.

b) Khó thở nhanh nông, tức ngực, khàn tiếng, chảy nước mũi.

c) Đau bụng, nôn, ỉa chảy.

d) Huyết áp chưa tụt hoặc tăng, nhịp tim nhanh hoặc loạn nhịp.

**3. Nguy kịch (độ III)**: biểu hiện ở nhiều cơ quan với mức độ nặng hơn như sau:

a) Đường thở: tiếng rít thanh quản, phù thanh quản.

b) Thở: thở nhanh, khò khè, tím tái, rối loạn nhịp thở.

c) Rối loạn ý thức: vật vã, hôn mê, co giật, rối loạn cơ tròn.

d) Tuần hoàn: sốc, mạch nhanh nhỏ, tụt huyết áp.

**4. Ngừng tuần hoàn (độ IV)**: Biểu hiện ngừng hô hấp, ngừng tuần hoàn./.

**PHỤ LỤC III**

HƯỚNG DẪN XỬ TRÍ CẤP CỨU PHẢN VỆ

**I. Nguyên tắc chung**

1. Tất cả trường hợp phản vệ phải được phát hiện sớm, xử trí khẩn cấp, kịp thời ngay tại chỗ và theo dõi liên tục ít nhất trong vòng 24 giờ.

2. Bác sĩ, điều dưỡng, hộ sinh viên, kỹ thuật viên, nhân viên y tế khác phải xử trí ban đầu cấp cứu phản vệ.

3. **Adrenalin là thuốc thiết yếu, quan trọng hàng đầu cứu sống người bệnh bị phản vệ,** phải được tiêm bắp ngay khi chẩn đoán phản vệ từ độ II trở lên.

4. Ngoài hướng dẫn này, đối với một số trường hợp đặc biệt còn phải xử trí theo hướng dẫn tại Phụ lục IV ban hành kèm theo Thông tư này.

**II. Xử trí phản vệ nhẹ** (độ I): dị ứng nhưng có thể chuyển thành nặng hoặc nguy kịch

1. Sử dụng thuốc methylprednisolon hoặc diphenhydramin uống hoặc tiêm tùy tình trạng người bệnh.

2. Tiếp tục theo dõi ít nhất 24 giờ để xử trí kịp thời.

**III. Phác đồ xử trí cấp cứu phản vệ mức nặng và nguy kịch (độ II, III)**

Phản vệ độ II có thể nhanh chóng chuyển sang độ III, độ IV. Vì vậy, phải khẩn trương, xử trí đồng thời theo diễn biến bệnh:

1. Ngừng ngay tiếp xúc với thuốc hoặc dị nguyên (nếu có).

2. Tiêm hoặc truyền adrenalin (theo mục IV dưới đây).

3. Cho người bệnh nằm tại chỗ, đầu thấp, nghiêng trái nếu có nôn.

4. Thở ô xy: người lớn 6-10 l/phút, trẻ em 2-4 l/phút qua mặt nạ hở.

5. Đánh giá tình trạng hô hấp, tuần hoàn, ý thức và các biểu hiện ở da, niêm mạc của người bệnh.

a) Ép tim ngoài lồng ngực và bóp bóng (nếu ngừng hô hấp, tuần hoàn).

b) Đặt nội khí quản hoặc mở khí quản cấp cứu (nếu khó thở thanh quản).

6. Thiết lập đường truyền adrenalin tĩnh mạch với dây truyền thông thường nhưng kim tiêm to (cỡ 14 hoặc 16G) hoặc đặt catheter tĩnh mạch và một đường truyền tĩnh mạch thứ hai để truyền dịch nhanh (theo mục IV dưới đây).

7. Hội ý với các đồng nghiệp, tập trung xử lý, báo cáo cấp trên, hội chẩn với bác sĩ chuyên khoa cấp cứu, hồi sức và/hoặc chuyên khoa dị ứng (nếu có).

**IV. Phác đồ sử dụng adrenalin và truyền dịch**

Mục tiêu: nâng và duy trì ổn định HA tối đa của người lớn lên ≥ 90mmHg, trẻ em ≥ 70mmHg và không còn các dấu hiệu về hô hấp như thở rít, khó thở; dấu hiệu về tiêu hóa như nôn mửa, ỉa chảy.

1. Thuốc adrenalin 1mg = 1ml = 1 ống, tiêm bắp:

a) Trẻ sơ sinh hoặc trẻ < 10kg: 0,2ml (tương đương 1/5 ống).

b) Trẻ khoảng 10 kg: 0,25ml (tương đương 1/4 ống).

c) Trẻ khoảng 20 kg: 0,3ml (tương đương 1/3 ống).

d) Trẻ > 30kg: 0,5ml (tương đương 1/2 ống).

e) Người lớn: 0,5-1 ml (tương đương 1/2-1 ống).

2. Theo dõi huyết áp 3-5 phút/lần.

3. Tiêm nhắc lại adrenalin liều như khoản 1 mục IV 3-5 phút/lần cho đến khi huyết áp và mạch ổn định.

4. Nếu mạch không bắt được và huyết áp không đo được, các dấu hiệu hô hấp và tiêu hóa nặng lên sau 2-3 lần tiêm bắp như khoản 1 mục IV hoặc có nguy cơ ngừng tuần hoàn phải:

a) Nếu chưa có đường truyền tĩnh mạch: Tiêm tĩnh mạch chậm dung dịch adrenalin 1/10.000 (1 ống adrenalin 1mg pha với 9ml nước cất = pha loãng 1/10). Liều adrenalin tiêm tĩnh mạch chậm trong cấp cứu phản vệ chỉ bằng 1/10 liều adrenalin tiêm tĩnh mạch trong cấp cứu ngừng tuần hoàn. Liều dùng:

- ***Người lớn:*** 0,5-1 ml (dung dịch pha loãng 1/10.000=50-100µg) tiêm trong 1-3 phút, sau 3 phút có thể tiêm tiếp lần 2 hoặc lần 3 nếu mạch và huyết áp chưa lên. Chuyển ngay sang truyền tĩnh mạch liên tục khi đã thiết lập được đường truyền.

- ***Trẻ em:*** Không áp dụng tiêm tĩnh mạch chậm.

b) Nếu đã có đường truyền tĩnh mạch, truyền tĩnh mạch liên tục adrenalin (pha adrenalin với dung dịch natriclorid 0,9%) cho người bệnh kém đáp ứng với adrenalin tiêm bắp và đã được truyền đủ dịch. Bắt đầu bằng liều 0,1 µg/kg/phút, cứ 3-5 phút điều chỉnh liều adrenalin tùy theo đáp ứng của người bệnh.

c) Đồng thời với việc dùng adrenalin truyền tĩnh mạch liên tục, truyền nhanh dung dịch natriclorid 0,9% 1.000ml-2.000ml ở người lớn, 10-20ml/kg trong 10-20 phút ở trẻ em có thể nhắc lại nếu cần thiết.

5. Khi đã có đường truyền tĩnh mạch adrenalin với liều duy trì huyết áp ổn định thì có thể theo dõi mạch và huyết áp 1 giờ/lần đến 24 giờ.

**Bảng tham khảo cách pha loãng adrenalin với dung dịch Nacl 0,9% và tốc độ truyền tĩnh mạch chậm**

01 ống adrenalin 1mg pha với 250ml Nacl 0,9% (như vậy 1ml dung dịch pha loãng có 4µg adrenalin)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cân nặng người bệnh (kg) | Liều truyền tĩnh mạch adrenalin khởi đầu (0,1µg/kg/phút) | Tốc độ (giọt/phút) với kim tiêm 1 ml=20 giọt |
| Khoảng 80 | 2ml | 40 giọt |
| Khoảng 70 | 1,75ml | 35 giọt |
| Khoảng 60 | 1,50ml | 30 giọt |
| Khoảng 50 | 1,25ml | 25 giọt |
| Khoảng 40 | 1ml | 20 giọt |
| Khoảng 30 | 0,75ml | 15 giọt |
| Khoảng 20 | 0,5ml | 10 giọt |
| Khoảng 10 | 0,25ml | 5 giọt |

**V. Xử trí tiếp theo**

1. Hỗ trợ hô hấp, tuần hoàn: Tùy mức độ suy tuần hoàn, hô hấp có thể sử dụng một hoặc các biện pháp sau đây:

a) Thở oxy qua mặt nạ: 6-10 lít/phút cho người lớn, 2-4 lít/phút ở trẻ em,

b) Bóp bóng AMBU có oxy,

c) Đặt ống nội khí quản thông khí nhân tạo có ô xy nếu thở rít tăng lên không đáp ứng với adrenalin,

d) Mở khí quản nếu có phù thanh môn-hạ họng không đặt được nội khí quản,

đ) Truyền tĩnh mạch chậm: aminophyllin 1mg/kg/giờ hoặc salbutamol 0,1 µg/kg/phút hoặc terbutalin 0,1 µg/kg/phút (tốt nhất là qua bơm tiêm điện hoặc máy truyền dịch),

e) Có thể thay thế aminophyllin bằng salbutamol 5mg khí dung qua mặt nạ hoặc xịt họng salbutamol 100µg người lớn 2-4 nhát/lần, trẻ em 2 nhát/lần, 4-6 lần trong ngày.

2. Nếu không nâng được huyết áp theo mục tiêu sau khi đã truyền đủ dịch và adrenalin, có thể truyền thêm dung dịch keo (huyết tương, albumin hoặc bất kỳ dung dịch cao phân tử nào sẵn có).

3. Thuốc khác:

- Methylprednisolon 1-2mg/kg ở người lớn, tối đa 50mg ở trẻ em hoặc hydrocortison 200mg ở người lớn, tối đa 100mg ở trẻ em, tiêm tĩnh mạch (có thể tiêm bắp ở tuyến cơ sở).

- Kháng histamin H1 như diphenhydramin tiêm bắp hoặc tĩnh mạch: người lớn 25-50mg và trẻ em 10-25mg.

- Kháng histamin H2 như ranitidin: ở người lớn 50mg, ở trẻ em 1mg/kg pha trong 20ml Dextrose 5% tiêm tĩnh mạch trong 5 phút.

- Glucagon: sử dụng trong các trường hợp tụt huyết áp và nhịp chậm không đáp ứng với adrenalin. Liều dùng: người lớn 1-5mg tiêm tĩnh mạch trong 5 phút, trẻ em 20-30µg/kg, tối đa 1mg, sau đó duy trì truyền tĩnh mạch 5-15µg/phút tùy theo đáp ứng lâm sàng. Bảo đảm đường thở tốt vì glucagon thường gây nôn.

- Có thể phối hợp thêm các thuốc vận mạch khác: dopamin, dobutamin, noradrenalin truyền tĩnh mạch khi người bệnh có sốc nặng đã được truyền đủ dịch và adrenalin mà huyết áp không lên.

**VI. Theo dõi**

1. Trong giai đoạn cấp: theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO2 và tri giác 3-5 phút/lần cho đến khi ổn định.

2. Trong giai đoạn ổn định: theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO2 và tri giác mỗi 1-2 giờ trong ít nhất 24 giờ tiếp theo.

3. Tất cả các người bệnh phản vệ cần được theo dõi ở cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đến ít nhất 24 giờ sau khi huyết áp đã ổn định và đề phòng phản vệ pha 2.

4. Ngừng cấp cứu: nếu sau khi cấp cứu ngừng tuần hoàn tích cực không kết quả./.

**PHỤ LỤC IV**

**I. Phản vệ trên đối tượng sử dụng thuốc đặc biệt**

**1. Phản vệ trên người đang dùng thuốc chẹn thụ thể Beta:**

a) Đáp ứng của người bệnh này với adrenalin thường kém, làm tăng nguy cơ tử vong.

b) Điều trị: về cơ bản giống như phác đồ chung xử trí phản vệ, cần theo dõi sát huyết áp, truyền tĩnh mạch adrenalin và có thể truyền thêm các thuốc vận mạch khác.

c) Thuốc giãn phế quản: nếu thuốc cường beta 2 đáp ứng kém, nên dùng thêm kháng cholinergic: ipratropium (0,5mg khí dung hoặc 2 nhát đường xịt).

d) Xem xét dùng glucagon khi không có đáp ứng với adrenalin.

**2. Phản vệ trong khi gây mê, gây tê phẫu thuật:**

a) Những trường hợp này thường khó chẩn đoán phản vệ vì người bệnh đã được gây mê, an thần, các biểu hiện ngoài da có thể không xuất hiện nên không đánh giá được các dấu hiệu chủ quan, cần đánh giá kỹ triệu chứng trong khi gây mê, gây tê phẫu thuật như huyết áp tụt, nồng độ oxy máu giảm, mạch nhanh, biến đổi trên monitor theo dõi, ran rít mới xuất hiện.

b) Ngay khi nghi ngờ phản vệ, có thể lấy máu định lượng tryptase tại thời điểm chẩn đoán và mức tryptase nền của bệnh nhân.

c) Chú ý khai thác kỹ tiền sử dị ứng trước khi tiến hành gây mê, gây tê phẫu thuật để có biện pháp phòng tránh.

d) Lưu ý: một số thuốc gây tê là những hoạt chất ưa mỡ (lipophilic) có độc tính cao khi vào cơ thể gây nên một tình trạng ngộ độc nặng giống như phản vệ có thể tử vong trong vài phút, cần phải điều trị cấp cứu bằng thuốc kháng độc (nhũ dịch lipid) kết hợp với adrenalin vì không thể biết được ngay cơ chế phản ứng là nguyên nhân ngộ độc hay dị ứng.

đ) Dùng thuốc kháng độc là nhũ dịch lipid tiêm tĩnh mạch như Lipofundin 20%, Intralipid 20% tiêm nhanh tĩnh mạch, có tác dụng trung hòa độc chất do thuốc gây tê tan trong mỡ vào tuần hoàn. Liều lượng như sau:

- Người lớn: tổng liều 10ml/kg, trong đó bolus 100ml, tiếp theo truyền tĩnh mạch 0,2-0,5ml/kg/phút.

- Trẻ em: tổng liều 10ml/kg, trong đó bolus 2ml/kg, tiếp theo truyền tĩnh mạch 0,2-0,5ml/kg/phút.

Trường hợp nặng, nguy kịch có thể tiêm 2 lần bolus cách nhau vài phút.

**3. Phản vệ với thuốc cản quang:**

a) Phản vệ với thuốc cản quang xảy ra chủ yếu theo cơ chế không dị ứng.

b) Khuyến cáo sử dụng thuốc cản quang có áp lực thẩm thấu thấp và không ion hóa (tỷ lệ phản vệ thấp hơn).

**II. Các trường hợp đặc biệt khác**

**1. Phản vệ do gắng sức**

a) Là dạng phản vệ xuất hiện sau hoạt động gắng sức.

b) Triệu chứng điển hình: bệnh nhân cảm thấy mệt mỏi, kiệt sức, nóng bừng, đỏ da, ngứa, mày đay, có thể phù mạch, khò khè, tắc nghẽn đường hô hấp trên, trụy mạch. Một số bệnh nhân thường chỉ xuất hiện triệu chứng khi gắng sức có kèm thêm các yếu tố đồng kích thích khác như: thức ăn, thuốc chống viêm giảm đau không steroid, rượu, phấn hoa.

c) Người bệnh phải ngừng vận động ngay khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên. Người bệnh nên mang theo người hộp thuốc cấp cứu phản vệ hoặc bơm tiêm adrenalin định liều chuẩn (EpiPen, AnaPen...). Điều trị theo Phụ lục III ban hành kèm theo Thông tư này.

d) Gửi khám chuyên khoa Dị ứng-miễn dịch lâm sàng sàng lọc nguyên nhân.

**2. Phản vệ vô căn**

a) Phản vệ vô căn được chẩn đoán khi xuất hiện các triệu chứng phản vệ mà không xác định được nguyên nhân.

b) Điều trị theo Phụ lục III ban hành kèm theo Thông tư này.

c) Điều trị dự phòng: được chỉ định cho các bệnh nhân thường xuyên xuất hiện các đợt phản vệ (> 6 lần/năm hoặc > 2lần/2 tháng).

d) Điều trị dự phòng theo phác đồ:

- Prednisolon 60-100mg/ngày x 1 tuần, sau đó

- Prednisolon 60mg/cách ngày x 3 tuần, sau đó

- Giảm dần liều prednisolon trong vòng 2 tháng

- Kháng H1: cetirizin 10mg/ngày, loratadin 10mg/ngày..../.

**Điều 5. Chuẩn bị, dự phòng cấp cứu phản vệ**

1. Adrenalin là thuốc thiết yếu, quan trọng hàng đầu, sẵn có để sử dụng cấp cứu phản vệ.

2. Nơi có sử dụng thuốc, xe tiêm phải được trang bị và sẵn sàng hộp thuốc cấp cứu phản vệ. Thành phần hộp thuốc cấp cứu phản vệ theo quy định tại mục I Phụ lục V ban hành kèm theo Thông tư này.

3. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải có hộp thuốc cấp cứu phản vệ và trang thiết bị y tế theo quy định tại mục II Phụ lục V ban hành kèm theo Thông tư này.

4. Bác sĩ, nhân viên y tế phải nắm vững kiến thức và thực hành được cấp cứu phản vệ theo phác đồ.

5. Trên các phương tiện giao thông công cộng máy bay, tàu thủy, tàu hỏa, cần trang bị hộp thuốc cấp cứu phản vệ theo hướng dẫn tại mục I Phụ lục V ban hành kèm theo Thông tư này.

**Điều 6. Xử trí phản vệ**

1. Adrenalin là thuốc quan trọng hàng đầu để tiêm bắp ngay cho người bị phản vệ khi được chẩn đoán phản vệ từ độ II trở lên.

2. Bác sĩ, y sỹ, điều dưỡng viên, hộ sinh viên, kỹ thuật viên phải xử trí cấp cứu phản vệ theo quy định tại Phụ lục III, Phụ lục IV ban hành kèm theo Thông tư này.

3. Đối với người có tiền sử phản vệ có sẵn adrenalin mang theo người thì người bệnh hoặc người khác không phải là nhân viên y tế được phép sử dụng thuốc trong trường hợp khẩn cấp để tiêm bắp cấp cứu khi không có nhân viên y tế.

----------------------

## **6. HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ NHỒI MÁU NÃO CẤP**

1. **ĐẠI CƯƠNG**

### Khái niệm

Nhồi máu não (NMN) cấp tính là một dạng của đột quỵ não đặc trưng bởi tình trạng mất đột ngột dòng máu lưu thông tới một vùng của não, dẫn đến tổn thương nhu mô não và mất chức năng thần kinh tương ứng.

### Tình hình bệnh tật

Đột quỵ não là bệnh lý có tỉ lệ mắc hàng năm rất cao, là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và khuyết tật trên thế giới, đa số các trường hợp đột quỵ não là nhồi máu não (ở Việt nam tỷ lệ là 76,2%). Ước tính năm 2020 toàn thế giới có khoảng 11,71 triệu trường hợp đột quỵ não, trong đó có 7,59 triệu trường hợp nhồi máu não, có 7,08 triệu người chết do đột quỵ não, trong đó 3,48 triệu là nhồi máu não; 8-12% người bệnh bị nhồi máu não tử vong trong vòng 30 ngày. Tại Việt Nam, đột quỵ não là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong giai đoạn 2009-2019 với mức tăng 9,1%.

## CHẨN ĐOÁN

### Lâm sàng

- Biểu hiện khởi phát hay gặp của nhồi máu não thường đột ngột với sự xuất hiện đơn độc hoặc phối hợp của các dấu hiệu và triệu chứng hay gặp sau:

+ Liệt nửa người, liệt một chi hoặc liệt tứ chi (hiếm gặp)

+ Mất hoặc giảm cảm giác nửa người

+ Mất thị lực một hoặc hai mắt

+ Khiếm khuyết trường thị giác

+ Nhìn đôi

+ Rối loạn ngôn ngữ

+ Liệt mặt

+ Thất điều

+ Chóng mặt (hiếm khi xuất hiện đơn độc)

+ Mất ngôn ngữ

+ Rối loạn tri giác đột ngột

* Thời điểm khởi phát triệu chứng hoặc thời điểm cuối cùng thấy người bệnh còn bình thường: là rất quan trọng để xét điều trị tái tưới máu. Nếu ngủ dậy đã có triệu chứng hoặc không có người chứng kiến thì gọi là đột quỵ không rõ thời điểm khởi phát.
* Khai thác tiền sử bệnh lý và dùng thuốc, chú ý các yếu tố nguy cơ của nhồi máu não.
* Đánh giá mức độ nặng của nhồi máu não bằng thang điểm đột quỵ của Viện Sức khỏe Quốc gia Hoa Kỳ (NIHSS) với 6 thành phần là tri giác, vận nhãn/thị trường, chức năng vận động, cảm giác và lãng quên, chức năng tiểu não và ngôn ngữ (xem phụ lục). NIHSS càng cao thì mức độ đột quỵ càng nặng.

### Cận lâm sàng

* + 1. Chẩn đoán hình ảnh

Hình ảnh học thần kinh cần đánh giá ngay khi nhập viện đối với tất cả các người bệnh đột quỵ, bao gồm cắt lớp vi tính (CLVT) và/hoặc cộng hưởng từ (CHT).

*a, Cắt lớp vi tính*

* + - * CLVT sọ não không tiêm thuốc cản quang:

+ Dấu hiệu sớm của nhồi máu não

* + - * + Giảm tỉ trọng các nhân xám
        + Xóa ranh giới chất trắng-chất xám
        + Dấu hiệu tăng đậm ở động mạch bị tắc

+ Đánh giá mức độ nặng của tổn thương nhu mô não thông qua thang điểm ASPECTS áp dụng cho tuần hoàn não trước và pc-ASPECTS áp dụng cho tuần hoàn não sau (xem phụ lục).

* + - * CLVT mạch máu não (từ 64 dãy trở lên):

+ Nhằm đánh giá:

* + - * + Vị trí tắc mạch
        + Kích thước huyết khối
        + Tuần hoàn bàng hệ
        + Khả năng tiếp cận huyết khối khi can thiệp
      * CLVT tưới máu não: tính các thể tích lõi nhồi máu và vùng tranh tối tranh sáng nhằm mở rộng cửa sổ điều trị tái thông mạch.

*b, Cộng hưởng từ*

* + - * Chụp cộng hưởng từ não mạch não không có thuốc đối quang từ:

+ Ưu điểm: phát hiện tổn thương nhồi máu ở giai đoạn rất sớm.

* + - * + Hình ảnh nhồi máu não cấp:

Xung ADC: giảm tín hiệu

Xung DWI: tăng tín hiệu.

Xung FLAIR: giai đoạn sớm có thể chưa có tổn thương, giai đoạn sau tổn thương tăng tín hiệu sẽ dần hình thành trên FLAIR.

Xung T2\* đánh giá chảy máu não (hình ảnh giảm tín hiệu).

Xung TOF đánh giá mạch máu não lớn.

+ Nhược điểm:

* + - * + Không sẵn có ở nhiều cơ sở y tế
        + Thời gian chụp kéo dài, hình ảnh bị nhiễu nếu người bệnh không nằm yên.
        + Có các chống chỉ định: có máy tạo nhịp vĩnh viễn, van cơ học…
      * Chụp cộng hưởng từ tưới máu não: tính các thể tích lõi nhồi máu và vùng tranh tối tranh sáng nhằm mở rộng cửa sổ điều trị tái thông mạch.
    1. Các chẩn đoán hình ảnh và thăm dò chức năng khác
       - Siêu âm Doppler xuyên sọ: giúp đánh giá dòng chảy của các mạch máu đoạn gần như động mạch não giữa, động mạch cảnh đoạn trong sọ, hệ động mạch đốt sống - thân nền; ngoài ra còn có thể hỗ trợ chẩn đoán tình trạng còn lỗ bầu dục.
       - Siêu âm Doppler động mạch cảnh: đánh giá hình thái và dòng chảy của các mạch máu ngoài sọ là động mạch cảnh, động mạch đốt sống.
       - Siêu âm Doppler tim (và/hoặc siêu âm tim qua thực quản): xác định các bệnh lý tim van tim là căn nguyên gây đột quỵ: van tim cơ học, van tim sinh học, hẹp van hai lá…
       - Chụp cắt lớp vi tính/cộng hưởng từ tim: xác định các nguyên nhân thuyên tắc từ tim nếu cần thiết.
       - Chụp động mạch não số hóa xóa nền: giúp làm rõ và xác định các dấu hiệu nghi ngờ và/hoặc điều trị các tổn thương mạch máu như tắc mạch, hẹp, lóc tách, phình mạch…
       - Điện tâm đồ: xác định các rối loạn nhịp gây đột quỵ: rung nhĩ, cuồng nhĩ.
       - Holter điện tâm đồ: phát hiện rung nhĩ cơn đối với nhồi máu não chưa rõ căn nguyên.
       - Điện não đồ: nếu nghi ngờ động kinh.
    2. Xét nghiệm
       - Đường máu mao mạch.
       - Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi.
       - Đông máu: thời gian prothrombin (PT), tỉ lệ prothrombin (PT%), thời gian thromboplastin một phần hoạt hóa (APTT), INR, fibrinogen, D-Dimer.
       - Sinh hóa máu: chức năng thận (ure, creatinine), chức năng gan (ALT, AST), mỡ máu (cholesterol toàn phần, HDL-C, LDL-C, triglyceride), điện giải đồ, troponin T hoặc troponin I.
       - Tổng phân tích nước tiểu.
       - Xét nghiệm độc chất/ma túy ở những trường hợp nghi ngờ.
       - Máu lắng, kháng thể kháng nhân (ANA), yếu tố dạng thấp (RF).
       - Định lượng homocystein máu, định lượng protein S, định lượng protein C.
       - Cấy máu nếu nghi ngờ viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn.
       - Các xét nghiệm di truyền nếu nghi ngờ có bệnh lý di truyền.

### Chẩn đoán xác định

- Chẩn đoán xác định nhồi máu não cấp khi: *(xem sơ đồ 1: quy trình chẩn đoán nhồi máu não)*

+ Lâm sàng: các triệu chứng khiếm khuyết thần kinh khu trú khởi phát đột ngột.

+ Cận lâm sàng: hình ảnh học thần kinh: loại trừ chảy máu não, chưa có tổn thương hoặc có các dấu hiệu sớm của nhồi máu não; không có hạ glucose máu.

ngoctlv.kcb\_Truong Le Van Ngoc\_05/11/2024 18:00:17

### Phân loại mức độ nặng nhồi máu não

Đánh giá mức độ nặng của nhồi máu não cấp thường dựa trên thang điểm NIHSS, một trong các cách phân loại theo điểm NIHSS. Đây là mức độ nhồi máu não theo lâm sàng và đánh giá ở những thời điểm nhất định. Mức độ nặng dựa trên biểu hiện lâm sàng thường thay đổi theo thời gian, theo các giai đoạn diễn tiến của nhồi máu não

* NIHSS = 0-5: mức độ nhẹ
* NIHSS = 6-10: mức độ trung bình
* NIHSS = 11-20: mức độ vừa đến nặng
* NIHSS > 20: rất nặng, đe dọa tính mạng.

## ĐIỀU TRỊ

### Nguyên tắc chung

Khi phát hiện người bệnh đột quỵ cấp, cần nhanh chóng vận chuyển người bệnh an toàn đến cơ sở y tế có khả năng điều trị đột quỵ não với mục tiêu là giảm thiểu tối đa nguy cơ khuyết tật và tử vong cho người bệnh.

### Mục tiêu điều trị

* Bảo tồn vùng tranh tối tranh bằng các chiến lược tái tưới máu nếu có chỉ định.
* Kiểm soát các yếu tố nguy cơ và các bệnh lý đi kèm.
* Dự phòng tái phát, dự phòng và điều trị các biến chứng.
* Bảo vệ tế bào thần kinh.
* Phục hồi chức năng.

### Điều trị cụ thể

* + 1. Kiểm soát đường thở, hô hấp và độ bão hòa oxy và dấu hiệu sinh tồn

Đánh giá đường thở, hô hấp và tuần hoàn (ABC), kiểm soát đường thở và thông khí hỗ trợ khi cần thiết. Cho nằm ngửa đầu cao 30º. Nằm nghiêng tư thế an toàn nếu có rối loạn ý thức.

* + - * Bổ sung oxy khi độ bão hòa oxy ≤ 94%, duy trì độ bão hòa oxy > 94%.
      * Dùng thuốc hạ sốt (paracetamol) khi thân nhiệt > 38ºC.
    1. Kiểm soát huyết áp

Theo dõi huyết áp một cách sát sao trong 24 giờ đầu kể từ khi khởi phát đột quỵ.

*a, Có hạ huyết áp và giảm thể tích tuần hoàn*

* + - * Truyền dung dịch đẳng trương theo áp lực tĩnh mạch trung tâm.

- Khi đã đủ khối lượng tuần hoàn mà huyết áp vẫn không nâng lên được thì dùng các thuốc vận mạch như noradrenalin và/hoặc dobutamin.

*b, Có tăng huyết áp*

* + - * Nếu có chỉ định điều trị tiêu huyết khối đường tĩnh mạch:

+ Hạ huyết áp xuống < 185/110 mmHg trước khi điều trị tiêu huyết khối đường tĩnh mạch.

+ Duy trì huyết áp < 180/105 mmHg trong 24 giờ đầu tiên sau khi điều trị tiêu huyết khối đường tĩnh mạch.

+ Không đặt mục tiêu hạ huyết áp tâm thu xuống mức 130-140mmHg trong 72 giờ đầu tiên kể từ khi khởi phát.

* + - * Nếu không có chỉ định điều trị tiêu huyết khối đường tĩnh mạch:

+ Nếu huyết áp < 220/110 mmHg: Không sử dụng thuốc hạ áp trong ít nhất 24 giờ đầu kể từ khi khởi phát, ngoại trừ người bệnh có bệnh mạch vành tiến triển, suy tim xung huyết, phình động mạch chủ, bệnh não tăng huyết áp, tiền sản giật hay sản giật.

+ Nếu huyết áp ≥ 220/120 mmHg: giảm 15% huyết áp tâm thu trong 24 giờ đầu.

* + - * Nếu có chỉ định lấy huyết khối cơ học:

+ Duy trì huyết áp ≤ 185/110 mmHg trước khi làm can thiệp, duy trì < 180/105 mmHg trong và sau can thiệp 24 giờ

+ Không chủ động hạ huyết áp tâm thu xuống < 130mmHg trong 24 giờ đầu sau can thiệp thành công.

*c, Các thuốc điều trị tăng huyết áp và các chú ý khác*

* + - * Trong 24 giờ đầu, ưu tiên sử dụng thuốc hạ huyết áp đường tĩnh mạch ở các trường hợp có điều trị tái thông mạch máu do đòi hỏi phải đạt mục tiêu nhanh để điều trị càng sớm càng tốt, cụ thể như bảng 2.
      * Các trường hợp còn lại có thể dùng các thuốc hạ huyết áp đường uống để đạt mục tiêu điều trị và/hoặc dự phòng theo các khuyến cáo.

*Bảng 2: Các lựa chọn khi kiểm soát huyết áp ở người bệnh nhồi máu não cấp được điều trị tái thông mạch máu theo Hội Đột quỵ Hoa Kỳ 2019*

|  |
| --- |
| **Nếu người bệnh có đủ các tiêu chuẩn để điều trị tái thông mạch não nhưng huyết áp > 185/110 mmHg:** |
| **Nicardipine** 5 mg/giờ truyền tĩnh mạch, chỉnh liều 2,5 mg/giờ mỗi 5–15 phút, liều tối đa 15 mg/giờ; |
| Các thuốc khác có thể được chỉ định khi phù hợp. |
| Không được điều trị tiêu huyết khối đường tĩnh mạch nếu huyết áp không được duy trì ≤ 185/110 mmHg |
| Theo dõi huyết áp mỗi 15 phút cho tới thời điểm 2 giờ sau khi bắt đầu điều trị tiêu  huyết khối đường tĩnh mạch, sau đó mỗi 30 phút trong 6 giờ tiếp theo và mỗi giờ trong 16 giờ tiếp theo |
| **Nếu huyết áp tâm thu > 180–230 mmHg hoặc huyết áp tâm trương > 105–120 mm Hg:** |
| **Nicardipine** 5 mg/giờ truyền tĩnh mạch, chỉnh liều 2,5 mg/giờ mỗi 5–15 phút, liều tối đa 15 mg/giờ; |
| Nếu huyết áp không kiểm soát được hoặc huyết áp tâm trương >140 mmHg, cân nhắc dùng sodium nitroprusside đường tĩnh mạch. |

* + 1. Điều trị tái thông mạch

*a, Tiêu huyết khối đường tĩnh mạch*

Điều trị chi tiết xin xem ở bài Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Tiêu huyết khối trong nhồi máu não cấp.

*b, Tái tưới máu đường động mạch*

Điều trị chi tiết xin xem ở bài Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị can thiệp nội mạch trong nhồi máu não cấp.

* + 1. Kháng kết tập tiểu cầu

Điều trị chi tiết xin xem ở bài Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị phòng ngừa thứ phát nhồi máu não theo nguyên nhân.

* + 1. Các thuốc statin
       - Mục tiêu điều trị:

+ Giảm LDL-C 50% nồng độ so với mức nền và

+ LDL-C < 70 mg/dL (1,8 mmol/L).

* + - * Lựa chọthuốc:

+ Nhóm Statin:

* + - * + Atorvastatin liều 20-80 mg/ngày
        + Các Statin khác: rosuvastatin, simvastatin, pravastatin, …

+ Cân nhắc phối hợp thêm ezetimibe.

+ Nếu vẫn không đạt mục tiêu với liều tối đa của statin và ezetimibe thì có thể cân nhắc dùng nhóm thuốc điều trị đích tác động PCSK9 (si-RNA hoặc kháng thể đơn dòng).

* + 1. Kiểm soát glucose máu
       - Hạ glucose máu: cần nhanh chóng bù đường khi glucose máu < 60 mg/dL (3,3 mmol/L).
       - Tăng glucose máu: điều trị khi glucose máu > 180 mg/dL (10 mmol/L) với mục tiêu điều trị là glucose máu trong khoảng 140-180 mg/dL (7,8-10 mmol/L).
    2. Xử trí phù não
       - Các dấu hiệu lâm sàng gợi ý phù não nặng (mới xuất hiện hoặc tiến triển nặng hơn):

+ Phù não trên lều: giảm tri giác, giãn đồng tử, sụp mi.

+ Phù do nhồi máu tiểu não: giảm tri giác, mất phản xạ giác mạc, co đồng tử.

* + - * Các phương pháp làm giảm phù não:

+ Manitol đường tĩnh mạch: 1-2 g/kg trong 30-60 phút, có thể lặp lại mỗi 6-8 giờ.

+ Muối Natri ưu trương (3%, hoặc 5%, …): thay thế khi người bệnh nằm điều trị khoa phòng hồi sức thần kinh.

+ Phẫu thuật mở sọ giảm áp: với nhồi máu não diện rộng có phù não đe dọa tính mạng.

* + 1. Xử trí cơn động kinh
       - Không có chỉ định điều trị dự phòng tiên phát cơn động kinh sau đột quỵ, nhưng nên ngăn ngừa các cơn động kinh tiếp theo bằng thuốc chống động kinh.
       - Một phần nhỏ người bệnh tiến triển thành động kinh mạn tính sau nhồi máu não, những trường này xử trí tương tự như động kinh do các tổn thương thần kinh khác.
    2. Thuốc chống đông máu

Điều trị chi tiết xin xem thêm ở bài Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị phòng ngừa thứ

phát nhồi máu não theo nguyên nhân.

* + 1. Bảo vệ tế bào thần kinh
       - Có thể dùng các thuốc bảo vệ tế bào thần kinh như: citicoline; peptid (cerebrolysin concentrate); saponin; cholin alfoscerate; phức hợp: succcinic acid, nicotinamide, inosine và riboflavin sodium phosphat; piracetam… và các thuốc được cấp phép lưu hành sản phẩm và có phạm vi chỉ định.
    2. Phục hồi chức năng, dự phòng và điều trị các biến chứng khác *Điều trị chi tiết xin xem thêm ở bài Vật lí trị liệu sau đột quỵ.*

### Quản lý bệnh

Theo dõi, tái khám

* Theo dõi và tái khám chuyên khoa đột quỵ định kỳ
* Phục hồi chức năng.

-------------------------

**B-BỆNH NGOẠI KHOA**

**1.** **VIÊM RUỘT THỪA**

1. **LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG**
   1. **Triệu chứng cơ năng**

* Đau âm ỉ ở vùng hố chậu phải, lúc đầu có thể ở vùng trên rốn hay quanh rốn rồi khu trú dần ở vùng hố chậu phải.
* Nôn, buồn nôn là dấu hiệu hay gặp, nhất là ở trẻ em.
* Rối loạn tiêu hóa như chán ăn, táo bón, ia chảy cũng có thể gặp.
* Người mệt mỏi, sốt.
  1. **Triệu chứng toàn thân**
* Sốt 37,5°C -38°C. Trong trường hợp sốt cao hơn, cần phải nghĩ và tìm các nguyên nhân khác, nhất là viêm phần phụ ở phụ nữ hoặc viêm ruột thừa đã có biến chứng khi bệnh nhân tới khám muộn sau 24 giờ.
* Hội chứng nhiềm khuẩn: vé mặt hốc hác, môi khô, lưỡi bẩn.
  1. **Triệu chứng thực thể**

Cần khám nhẹ nhàng, khám từ vùng không đau tới vùng đau để phát hiện các dấu hiệu bất thường của thành bụng:

-*Phản ứng thành bụng:* Khám nhẹ nhàng vùng hố chậu phải thấy cơ thành bụng vùng này càng hơn những vùng khác của ổ bụng. Càng ấn sâu xuống, càm giác co cơ càng tăng, bệnh nhân đau phải nhăn mặt hay đẩy tay thày thuốc ra.

* *Tìm các điểm đau:*

+ Điểm Mc Burney: Ở 1/3 ngoài đường nối gai chậu trước trên đến rốn.

+ Điểm đau trên mào chậu phải: Gặp ở viêm ruột thừa sau manh tràng.

* *Dấu hiệu co cứng thành bụng vùng hô chậu phải:* Thường là dấu hiệu của giai đoạn ruột thừa viêm tiến triển muộn.
* *Tăng cảm giác da vùng hổ chậu phải:* Bệnh nhân rất đau khi mới chạm vào vùng này, gặp ở một số ít bệnh nhân.
* *Thăm trực tràng hay thăm âm đạo ở* phụ nữ thấy thành phải trực tràng hay bờ phải túi cùng âm đạo đau.
* *Các nghiêm pháp thăm khám viêm* *ruột thừa:*

+ Schotkin-Blumberg: Bệnh nhân đau khi thầy thuốc đột ngột bỏ tay đang đè ở vùng hố chậu phải.

+ Rovsing: Bệnh nhân đau bên phải khi đẩy dồn hơi trong đại tràng từ bên trái sang bằng cách ép vào vùng hố chậu trái.

+ Sikovski: Bệnh nhân đau khi nằm nghiêng sang bên trái.

+ Obrasov: Thầy thuốc đứng bên phải, tay trái ấn hố chậu phải, tay phải nâng chân bệnh nhân gặp vào bụng sẽ gây đau, là dấu hiệu viêm ruột thừa sau manh tràng.

* 1. **Cận lâm sàng**
     1. ***Xét nghiệm công thức máu:*** Bạch cầu tăng trên 10 G/L, chủ yếu là bạch cầu đa nhân trung tính. Tuy nhiên, bạch cầu không tăng song song với mức độ tổn thương ruột thừa. Một số bệnh nhân, nhất là người già, số lượng bạch cầu có thề hoàn toàn bình thường.
     2. ***X quang bụng không chuẩn bị:*** Không cho thấy dấu hiệu gì đặc biệt. Riêng ở trẻ nhũ nhi, dấu hiệu viêm ruột thừa muộn được phát hiện qua phim chụp bụng không chuẩn bị với hình ảnh nhiều mức nước hơi của các quai ruột non tập trung ở hố chậu phải.
     3. ***Siêu âm bụng:*** Có thể thấy ruột thừa to trên 6mm, thành dày, có dịch quanh ruột thừa và thâm nhiễm mỡ xung quanh.
     4. ***Chụp cắt lớp vi tính:*** Thấy kích thước ruột thừa to, thành dày, ngấm thuốc không đều hoặc thành ruột thừa không liên tục ở thì tiêm thuôc cản quang, có dịch và thâm nhiễm mỡ quanh ruột thừa.
     5. ***Nội soi ổ bụng:*** Chẩn đoán trong những trường hợp khó, nhất là ở phụ nữ để phân biệt với các bệnh phụ khoa.

1. **CHẨN ĐOÁN**

Chẩn đoán viêm ruột thừa cấp chủ yếu dựa vào dấu hiệu lâm sàng, bạch cầu và hình ảnh trên siêụ âm ố bụng. Năm 1986 [2], Alvarado đề xuất thang điểm để chẩn đoán viêm ruột thừa gồm 8 dấu hiệu lâm sàng và xét nghiệm công thức máu, trong đó 6 dấu hiệu cho 1 điểm, 2 dấu hiệu cho 2 điểm, tổng là 10 điểm.

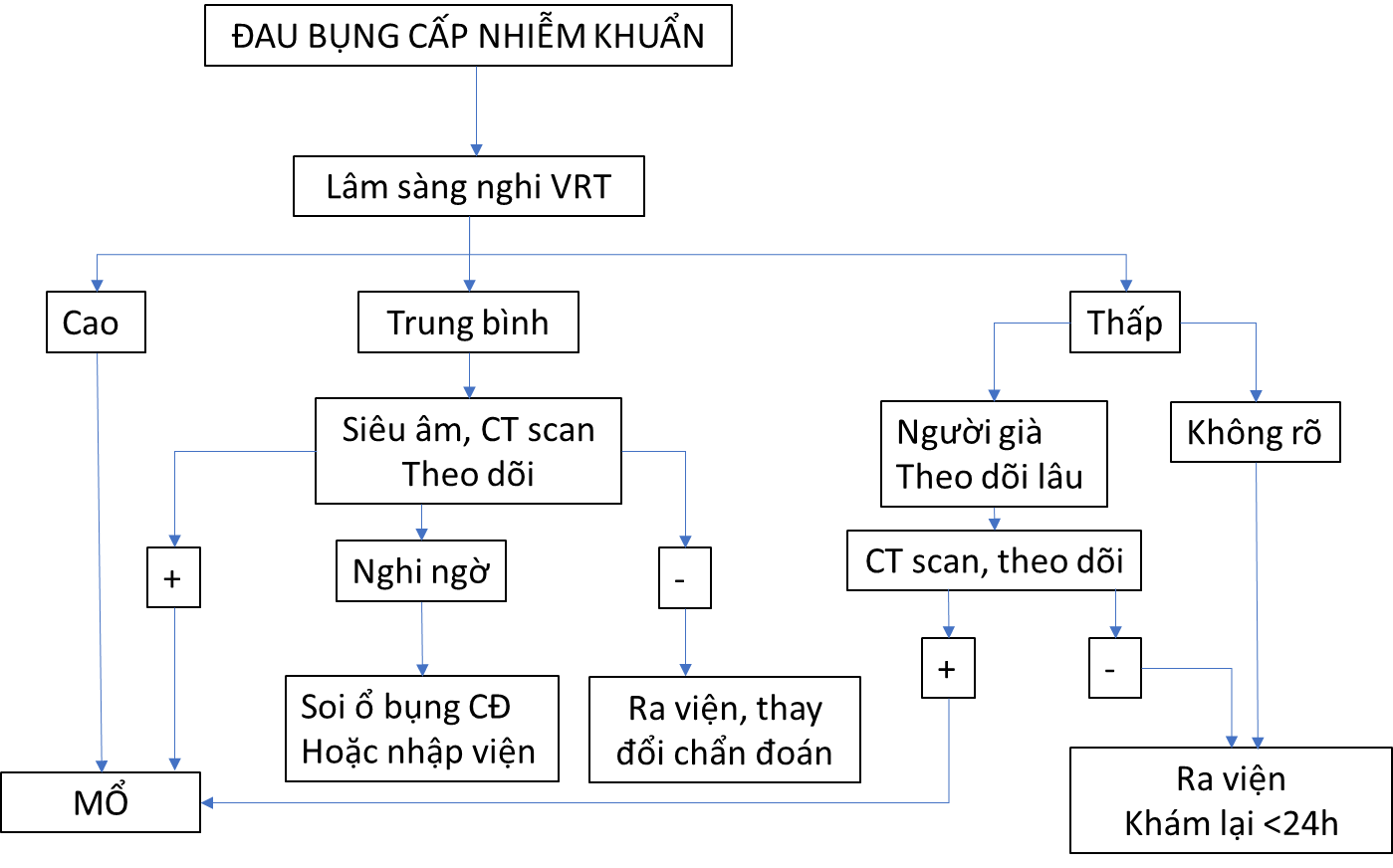
**Bảng 1.** Thang điểm Alvarado trong viêm ruột thừa

|  |  |
| --- | --- |
| **Toàn thân và thực thề (4 )** | |
| Khám hố chậu phải đau  Sốt nhẹ (37,3°C)  Phản ứng hố chậu phải | Có (+2)/Không  Có (+1)/Không  Có (+1)/Không |
| **Cơ năng *(3 điểm)*** | |
| Đau hố chậu phải | Có (+1)/Không |
| Chán ăn | Có (+1)/Không |
| Buồn nôn hoặc nôn | Có (+1)/Không |
| **Xét nghiệm máu *(3 điểm)*** | |
| Bạch cầu > 10.000 | Có (+2)/Không |
| Tăng bạch cầu đa nhân trung tính | Có (+1)/Không |

Cộng kết quả cho trong bảng cho 4 mức độ:

* < 5 điểm: Không có viêm ruột thừa
* 5-6 điểm: Nghi ngờ có viêm ruột thừa (thấp)
* 7-8 điểm: Có khả năng cao viêm ruột thừa (trung bình)
* 9-10 điểm: Có viêm ruột thừa (cao)

Thang điểm trên (bảng 1) gọi là thang điểm Alvarado nguyên bản. Một số tác giả thay dấu hiệu tăng bạch cầu đa nhân trung tính bằng dấu hiệu siêu âm có hình ảnh viêm ruột thừa. Tuy nhiên dấu hiệu siêu âm có viêm ruột thừa cũng chỉ cho 1 điểm. Điều này khẳng định chẩn đoán viêm ruột thừa chủ yếu dựa vào hỏi và thăm khám bệnh của người thầy thuốc, các dấu hiệu cận lâm sàng chì có giá trị tham khảo trong bệnh lý viêm ruột thừa.



**Hình 2.** Phác đồ chẩn đoán viêm ruột thừa

1. **THỂ LÂM SÀNG**
   1. **Thể lâm sàng theo cơ địa**
      1. ***Viêm ruột thừa ở trẻ em***

* Viêm ruột thừa ở lứa tuổi nhũ nhi: Rất hiếm gặp, chần đoán thường gặp nhiều khó khăn do trẻ chưa biết nói, khó hợp tác khi khám nên thường để muộn khi đã viêm phúc mạc. Do đó khi trẻ nhũ nhi quấy khóc kèm theo sốt, nên nghĩ tới viêm ruột thừa, chụp bụng không chuẩn bị có dấu hiệu rất quan trọng là thấy nhiều hình mức nước - hơi tập trung ở hố chậu phải.
* Viêm ruột thừa ở trẻ 2-5 tuổi: Khai thác bệnh sử vẫn còn khó khăn, vì vậy các dấu hiệu lâm sàng cần được chú ý thăm khám kỹ. Rất có thể bỏ sót chẩn đoán nếu trỗng chờ có đủ các dấu hiệu điển hình. Những triệu chứng như sốt, ỉa chảy, nôn, trằn trọc quấy khóc, co chân bên phải gấp vào bụng, bụng trướng là những dấu hiệu rất hay gặp trong viêm ruột thừa. Thăm trực tràng một cách nhẹ nhàng thấy thành phải trực tràng đau rất có giá trị chẩn đoán vì nếu thăm trực tràng một cách thô bạo sẽ làm đứa trẻ đau đớn và khó đánh giá.
  + 1. ***Viêm ruột thừa ở phụ nữ có thai***
* Trong 6 tháng đầu của thời kỳ thai nghén, triệu chứng viêm ruột thừa không có nhiều khác biệt so với phụ nữ bình thường. Trong 3 tháng cuối, tử cung to đẩy manh tràng lên cao và xoay ra ngoài nên điểm đau của ruột thừa bị đây lên cao và lệch ra sau lưng. Mặt khác, do ảnh hưởng của nội tiết tô nữ gây giữ nước nên làm giảm độ nhạy cảm của thành bụng nên dẫn tới khó chẩn đoán. Khi khám nên chú ý:

+ Đặt bệnh nhân nằm nghiêng trái để khám vùng hố chậu phải.

+ Bệnh nhân nằm ngửa, đẩy vào tử cung từ bên trái sẽ gây đau ở hố chậu phải.

* Cần lưu ý là tiến triển viêm ruột thừa ở người có thai rất nhanh chóng dần đến hoại thư vỉ vậy việc chẩn đoán đúng và chỉ định mổ sớm trước khi hoại thư là điều cần thiết để bảo vệ tính mạng cho người mẹ và thai nhi.
  + 1. ***Viêm ruột thừa ở người già***

Ở người già do quá trình lão hoá thường đi kèm với việc tăng kéo dài tình trạng viêm nên có sự mất cân bằng giữa viêm và đáp ứng kháng viêm. Do đó viêm ruột thừa ơ người già thường gặp hai thể:

* Thể u: Chán ăn, buồn nôn rất thường gặp nhưng ít rầm rộ kèm đau ở vùng hố chậu phải. Phản ứng thành bụng ở người già rất kín đáo, hay gặp trướng bụng, ít khi có sốt. Khám có thể sờ thấy khối chắc ở hố chậu phải.
* Thể tắc ruột: Bệnh nhân có dấu hiệu đau bụng cơn kèm theo có sốt. *X* quang bụng thấy có quai ruột giãn, mức nước và hơi ở hố chậu phải hay tiếu khung.

Do đó, đối với người già, cần thăm khám toàn thân một cách kỹ càng và tiến hành các xét nghiệm cần thiết để phát hiện các bệnh kèm theo, từ đó lựa chọn phương pháp gây mê, thuôc điều trị sau mổ, thậm chí những thủ thuật kèm theo, cần lưu ý các bệnh lý phối hợp, thường là bệnh tim mạch (cao huyết áp, loạn nhịp tim...), nội tiết (đái tháo đường...), tiết niệu (phì đại tuyên tiền liệt, suy giảm chức năng thận...).

* 1. **Thể lâm sàng theo nguyên nhân**
     1. ***Viêm ruột thừa do ký sinh trùng***

Hay gặp viêm ruột thừa do giun đũa ở trẻ em. Bệnh nhi vào viện vì đau bụng dữ dội, thường sau tẩy giun không đủ liều. Không sốt hay sốt nhẹ. Khám vùng hố chậu phải thấy đau, phản ứng nhẹ. Khi mổ có thể thấy ruột thừa ngọ nguậy, nắn ngoài cứng và có thể thấy giun thò ra ở đầu ruột thừa hoại tử.

* + 1. ***Viêm ruột thừa do lao***

Trên bệnh nhân đang điều trị lao hoặc không rõ tiền sử mắc lao. Bệnh diễn biến chậm, đau và phản ứng hố chậu phải không rõ rệt. Khi mổ thấy ruột thừa sưng to và rải rác có hạt màu trắng trên thanh mạc ruột và phúc mạc, hạch mạc treo, có dịch vàng trong ổ bụng. Xét nghiệm giải phẫu bệnh thấy hình ảnh viêm lao đặc hiệu, cần điều trị lao tích cực vì nguy cơ rò và bục mỏm ruột thừa cao.

* 1. **Thể lâm sàng theo vị trí**
     1. ***Viêm ruột thừa ở trong hố chậu phải, trước hồi tràng***

Bệnh nhân có dấu hiệu cơ năng như mổ tả trong thể điển hình, khám thấy điểm McBumey đau, nghiệm pháp Rovsing có giá trị.

* + 1. ***Ruột thừa nằm trong thanh mạc hồi tràng***

Bệnh nhân thấy đau vùng hô chậu phải quặn thắt từng cơn, kèm ỉa chày.

* + 1. ***Viêm ruột thừa sau manh tràng***

Đau lan ra sau lưng, khi khám thấy hố chậu phải đau không rõ. Đôi khi thấy chân phải co lại do kích thích cơ đái chậu. Nắn điểm trên mào chậu bệnh nhân đau chói, không có dấu hiệu phúc mạc, nghiệm pháp Obrasov đau.

* + 1. ***Viêm ruột thừa tiểu khung***

Thường có dấu hiệu về tiết niệu như đái rắt, đái buốt. Khi khám bụng thấy điểm đau lệch xuống thấp ở hố chậu phải hoặc đau trên xương mu. Thăm trực tràng hay âm đạo rẩt quan trọng để chẩn đoán.

* + 1. ***Viêm ruột thừa dưới gan***

Khám hố chậu phải không đau nhưng thấy đau và phản ứng thành bụng ở dưới gan.

* + 1. ***Viêm ruột thừa bên trái***

Ở người đảo ngược phủ tạng. Khi bệnh nhân đau hố chậu trái kèm theo sốt cần chú ý thăm khám toàn thân để phát ruột thừa nằm ở bên trái.

* + 1. ***Viêm ruột thừa trong bao thoát vị***

Tránh nhầm với thoát vị nghẹt.

* 1. **Thể lâm sàng theo tiến triển, biến chứng**
     1. ***Viêm ruột thừa thể nhiễm độc***

Hay gặp ở trẻ em hoặc ở những người cơ thể khỏe mạnh, cường tráng như vận động viên. Bệnh nhân trong tình trạng sốc nhiễm khuẩn, nhiễm độc như: sốt cao 39-40°C, mạch nhanh nhỏ, thở nông, tụt huyêt áp, đâu chi tím lạnh. Khám bụng thấy dấu hiệu rất nghèo nàn: bụng trướng nhẹ, nắn bụng đau không rõ, không rõ phản ứng. Thăm trực tràng không thấy rõ đau ở thành bên phải. Thể này cần được mổ sớm kết hợp điều trị kháng sinh liều cao, hồi sức tích cực. Khi mổ thấy có ít dịch thối ở hố chậu phải, ruột thừa hoại tử một mảng hay toàn bộ.

* + 1. ***Viêm phúc mạc***

Thường sau khoảng 48 giờ, ruột thừa viêm không được điều trị kịp thời sẽ vờ gây viêm phúc mạc khu trú hoặc viêm phúc mạc toàn thể..

* *Viêm phúc mạc khu trú:* Đau tăng lên nhưng khu trú ớ hố chậu phải, kèm sốt 39-40ơC nhưng vẫn còn trung tiện được. Khám thấy khối vùng hố chậu, đau chói, ranh giới không rõ. Viêm phúc mạc khu trú sẽ tiến triến thành áp xe ruột thừa.
* *Viêm phúc mạc toàn thế:* Đau tăng lên sau đó đau lan khẳp bụng; thể trạng suy sụp; vẻ mặt hốc hác; nhiệt độ 39-40°C; có thể có rét run; bụng trướng, bí trung đại tiện hoặc ỉa chày. Khám thấy tăng cảm giác da bụng, cảm ứng phúc mạc khắp bụng nhưng nếu khám kỹ vẫn thấy đau nhất ở hô chậu phải.
* *Viêm phúc mạc thì 2:* viêm ruột thừa tiến triển sau 24-48 giờ sẽ thây các triệu chứng giảm đi, bệnh nhân đỡ hay hết sốt, hết đau nhưng sau đó đột ngột đau lại dữ dội vùng hô chậu phải; toàn thân suy sụp nhanh cùng với dấu hiệu viêm phúc mạc toàn thể rõ.
  + 1. ***Áp xe ruột thừa***

Là thể viêm phúc mạc khu trú do ổ mủ và dịch trong lòng ruột thừa viêm chảy ra, được bao bọc bởi tổ chức xung quanh như mạc nối, các quai ruột dính lại, tiên tnên thành ổ áp xe. Lâm sàng bệnh nhân thấy đau tăng ở hố chậu phải, sốt cao dao động. Khám vùng hổ chậu phải thấy một khối căng, nắn đau chói, liên với gai chậu, có khi thấy da vùng này tấy đỏ lên do ổ mủ sắp vỡ ra ngoài... Có thể gặp thể áp xe ruột thừa trong ổ bụng, khi khám thấy một khối đau chói, di dộng, năm cách với gai chậu, lệch vào phía trong.

* + 1. ***Đám quánh ruột thừa***

Gặp ở một sô trường hợp ruột thừa ở giai đoạn viêm được các tổ chức xung quanh bao bọc lại. Thường gặp ở bệnh nhân khỏe mạnh, đựợc sử dụng kháng sinh, đến viện vào ngày thứ 4-5 sau triệu chứng đau bụng vùng hổ chậu phải. Khám thấy dấu hiệu nhiễm trùng, sốt nhẹ 37,5 C -38 C, vung hô chậu phải có một đám chắc, ranh giời không rõ, nắn vào đau it. Đây là trường hợp bệnh lý của ruột thừa duy nhất không chỉ định mổ ngay mà nên điều trị kháng sinh và theo dõi. Quá trình viêm có thể tự thoái trào hay khu trú lại thành ổ áp xe ruột thừa.

1. **CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT**
   1. **Với các nguyên nhân khác trong ổ bụng**

*Thủng ồ loét dạ dày - trùng-* do địch tiêu hóa từ ổ loét thủng chày xuống khu trú ở hố chậu phải gây ra đau. Thường là do thủng dạ dày không phát hiện sớm, để muộn khi đã có dấu hiệu nhiễm trùng toàn thân. Hỏi và khám kỹ sè thấy cơn đau bắt đau đột ngột, dữ dội vùng trên rốn. Bao giờ cũng có co cứng và đau dù kín đáo ở trên rốn. Khi mổ thấy ruột thừa viêm không rõ, có dịch nhớt và có thể thấy thức ăn đọng ở hố chậu phải thì nên nghi tới và tìm xem có thủng ổ loét dạ dày - tá tràng không.

*Viêm túi mật cấp:* dễ nhầm với viêm ruột thừa dưới gan. Bệnh nhân đau dưới sườn phải kèm theo có sốt rét run. Khám vùng dưới sườn phải đau, có thể sờ thấy túi mật to. Siêu âm là phưong pháp chẩn đoán phân biệt có giá trị.

*Viêm tụy cấp:* Cũng có thể gây ra nhầm lẫn trong chẩn đoán.

*Ở trẻ em:* cần phân biệt đau bụng do viêm ruột thừa với lồng ruột cấp, viêm túi thừa Meckel hoặc viêm hạch mạc treo, viêm ruột.

*Ở phụ nữ:* Có thể nhầm với viêm phần phụ, chửa ngoài tử cung vỡ, vỡ nang hoàng thể, xoăn u nang buông trứng bên phải. Điêm Lanz là điểm buồng trứng nằm ở 1/3 bên phải trên đường liên gai chậu trước trên sẽ đau. Trong trường hợp nghi ngờ chẩn đoán thì nên chỉ định nội soi ổ bụng để chẩn đoán phân biệt và có thể kết hợp để điều trị nguyên nhân.

*Ở người già*: Có thể nhầm với tắc ruột và u manh tràng.

*Một số bệnh lý khác:* tuy hiếm gặp cũng có thể nhầm với viêm ruột thừa như: viêm túi thừa đại tràng, viêm hoại tử mạc nối lớn, tắc mạch mạc treo, vỡ phồng động mạch chủ bụng.

* 1. **Các bệnh lý do tiết niệu**

*Cơn đau quận thận hay viêm đường tiết niệu:* Dễ nhầm với viêm rụột thừa, nhất là ruột thừa sau manh tràng. Thường bệnh nhân có dấu hiệu đau vùng thắt lưng phải, có thể sau một vài đợt vận động, kèm theo có rối loạn tiểu tiện như đái buốt, đái rắt, nước tiểu đục hay có máu. Siêu âm, chụp hệ tiết niệu, xét nghiệm tế bào nước tiểu giúp ích cho chẩn đoán phân biệt.

*Cơn đau quặn thận do sỏi niệu quản phải:* nếu vị trí sỏi dừng lại ở điểm niệu quản giữa, điểm Clado là nơi gặp của đường liên gai chậu trước trên và bờ ngoài cơ thăng to bên phải sẽ đau dễ lầm với viêm ruột thừa

*Viêm cơ đái chậu bên phải:* Bệnh nhân đau vùng hố chậu phải kèm theo có dấu hiệu kích thích cơ đái chậu như chân phải gấp vào bụng, không thể duỗi chân ra vì đau. Khi cố kéo duỗi chân phải ra, khối cơ lưng tương ứng sẽ co căng và đau. Siêu âm phát hiện ổ mủ cơ đái chậu rất có giá trị chẩn đoán phân biệt.

* 1. **Một số bệnh nội khoa**

Viêm thùy dưới phổi phải, một số trường hợp sốt do virus có thể gày đau vùng hố chậu phải, đặc biệt là ở trẻ em như sốt phát ban, viêm gan virus...

1. **ĐIỀU TRỊ**
   1. **Viêm ruột thừa cấp**

Nguyên tắc điều trị viêm ruột thừa cấp là phẫu thuật ruột thừa sớm dể tránh biến chứng. Có thể thực hiện phẫu thuật mở hoặc phẫu thuật nội soi đề cắt ruột thừa.

Phẫu thuật mở kinh điển theo đường McBurncy ở vùng hố chậu phải, tách các cân cơ thành bụng trước vào ổ bụng. Có thể thực hiện cat ruột thừa bằng phẫu thuật nội soi với ba trocar kinh điển hoặc một trocar. Khi vào bụng cần lấy mù làm kháng sinh đồ, cắt ruột thừa, câm máu mạc treo, khâu túi vùi gốc ruột thừa. Nếu gốc ruột thừa mủn không khâu được thì dẫn lưu manh tràng ra ngoài ổ bụng bằng một ống thông cao su Malecot hoặc Pezzet cờ 18-20. Thành bụng được đóng theo các lớp giải phẫu.

* 1. **Viêm ruột thừa có biến chứng**
     1. ***Viêm phúc mạc toàn thể***
* Mổ cấp cứu càng sớm càng tốt.
* Mổ đường trắng bên phải hoặc giữa dưới rốn.
* Lấy dịch mủ thử vi trùng và làm kháng sinh đồ.
* Cắt ruột thừa. Nếu ngốc ruột thừa mủn thì mở thông manh tràng, dẫn lưu Douglas.
* Lau rửa ổ bụng, đặt dẫn lưu Douglas và rãnh đại tràng hai bên.
* Đóng thành bụng một lớp, hở da.
* Kháng sinh hoạt phổ rộng sau mổ.

Có thể mổ nội soi nhưng phải đảm bảo làm sạch 0 bụng.

* + 1. ***Áp xe ruột thừa***

Chỉ định phẫu thuật có trì hoãn, điều trị kháng sinh, bồi phụ nước điện giải, nâng cao thể trạng trước phẫu thuật.

*Áp xe thành hóa:*

* Chọc hút dẫn lưu áp xe dưới chỉ dẫn của siêu âm hoặc CT Scan. Có thể trích áp xe đường ngoài phúc mạc để phá bỏ ngóc ngách, bơm rửa và dẫn lưu.Lấy mủ cấy vi trùng và làm kháng sinh đồ. Vùi gốc ruột thừa - Điều trị kháng sinh sau thủ thuật, cắt ruột thừa sau 3-6 tháng.

*Áp xe trong ổ bụng:*

* Mổ đường trắng bên, đường giữa dưới rốn hoặc mổ nội soi.
* Phá bỏ áp xe, lấy mủ làm kháng sinh đồ.
* Cắt ruột thừa, dẫn lưu ổ bụng
* Đóng thành bụng một lớp hở da
  + 1. ***Đám quánh ruột thừa***

Duy nhất trường hợp viêm ruột thừa không mổ mà điều trị tích cực bằng, kháng sinh và theo dõi. Nếu tiến triển thành áp xe ruột thừa sẽ xử lý như áp xe. Nêu đám quánh tien triển tốt sau điều trị kháng sinh, triệu chứng lâm sàng giảm dần rồi hết thì sẽ mổ cắt ruột thừa sau 3-4 tháng.

----------------

**2. THỦNG Ổ LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG**

1. **CHẦN ĐOÁN**
   1. **Triệu chứng lâm sàng**

Lâm sàng bệnh nhân thủng ổ loét dạ dày - tá tràng trải qua ba giai đoạn: Giai đoạn 1 (viêm phúc mạc hoá chất) do dịch a xít trong dạ dày gây nên; Giai đoạn 2 (giai đoạn trung gian) sau 6-12 giờ nhiều bệnh nhân thây triệu chứng đau giảm đi do dịch a xít dạ dày được trung hoà bởi dịch tiết phúc mạc; Giai đoạn 3 (giai đoạn nhiễm trùng trong ổ bụng) xảy ra sau khoảng 12 giờ sau thủng.

* + 1. ***Triệu chứng cơ năng***

*- Đau bụng:* Đau bụng thường xuất hiện đột ngột, dữ dội vùng thượng vị. Người ta thường dùng cụm từ "đau như dao đâm" để mô tả tính chất đau. Bệnh nhân đau dữ dội nên thường gập người về phía trước khi đi, hai chân ép vào bụng khi nằm, đau làm bệnh nhân sợ di chuyển, vẻ mặt hốt hoảng, toát mồ hôi, chi lạnh. Vị trí đau thường là vùng mũi ức, trên rốn, có thể ở giữa bụng hoặc lệch phải sau đó đau lan xuống hố chậu phải và lan ra khắp ổ bụng. Triệu chứng này gặp ở trên 80% trường hợp. Đây là triệu chứng rất có giá trị chẩn đoán.

* *Nôn*: bệnh nhân có thể có nôn hoặc buồn nôn. Khoảng 15% bệnh nhân có nôn. Nôn ra dịch nâu đen nếu có hẹp môn vị, ít khi có nôn ra máu nhưng nếu có thì là trường hợp rất nặng, tiên lượng xấu, cần xử lý kịp thời.
* *Bí trung đại tiện*: ít có giá trị vì là dấu hiệu muộn, khi đã có viêm phúc mạc toàn thể làm liệt ruột.
* *Tiền sử loét dạ dày tá tràng:* Đa số bệnh nhân có tiền sử loét dạ dày tá tràng nhiều năm, ở một số bệnh nhân, thủng dạ dày là dấu hiệu đầu tiên của bệnh.
  + 1. ***Toàn thân***

Bệnh nhân có thể có dấu hiệu sốc thoáng qua: mặt xanh xám, lo âu, sợ hãi, toát mồ hôi, mũi và đầu chi lạnh, thân nhiệt hạ thấp dưới 37°c, mạch nhanh nhỏ. Dấu hiệu sốc ban đầu thường thoáng qua và tinh trạng toàn thân trờ lại bình thường, mạch, huyết áp ổn định. Nếu đến muộn, bệnh nhân thường trong tinh trạng nhiễm khuẩn, nhiễm độc nặng do viêm phúc mạc nhiễm khuẩn. Sôt cao 39-40° C, vẻ mặt hốc hác, môi khô, lưỡi bẩn, hơi thở hôi, mạch nhanh, huyêt áp có thể tụt và có thể dẫn tới tình trạng sốc thực sự do nhiễm khuẩn.

* + 1. ***Triệu chứng thực thể***
* *Nhìn bụng:* Bệnh nhân thở nông, bụng nằm im không di động theo nhịp thờ, bệnh nhân hoàn toàn thở bằng ngực, có khi bụng hơi trướng. Hai cơ thẳng to nổi rõ, các vách cân ngang cắt thành từng múi. Ở hai bên thành bụng thấy rõ nếp chéo của hai cơ chéo.
* *Sờ nắn bụng:* Sờ nắn bụng thấy thành bụng co cứng và đau. Dấu hiệu co cứng thành bụng thường điển hình, khi sờ nắn có cảm giác cứng như sờ vào một mảnh gỗ và được mô tả là **bụng cứng như gỗ**. Triệu chứng này xuất hiện rất sớm cùng lúc với đau. Dâu hiệu co cứng thành bụng bao giờ cũng có và có giá trị bậc nhất trong chấn đoán. Nhà ngoại khoa nổi tiếng Henri Mondor nói rằng: "Khi thủng dạ dày, triệu chứng co cứng thành bụng bao giờ cũng gặp. Không những thế, triệu chứng này bao giờ cũng ở mức độ rất rõ ràng". Chỉ có một số ít bệnh nhân, triệu chứng này nhẹ, biểu hiện không rõ trong trường hợp bệnh nhân nghiện thuốc phiện hoặc đã dùng morphin. Do đó, không được tiêm morphin cho các bệnh nhân nghi là thủng dạ dày - tá tràng vì sẽ làm mất đi dâu hiệu quan trọng nhất này. Tuy nhiên, khi đã có chẩn đoán xác định, trong lúc chờ mổ có thể tiêm thuốc giảm đau.
* *Gõ bụng:* Bệnh nhân nằm ngửa hoặc tư thế nửa nằm nửa ngồi và gõ bụng thấy mất vùng đục trước gan vì với tư thế đó hơi sẽ lách lên cao vào dưới cơ hoành và trước gan. Trong trường hợp dạ dày chứa nhiều dịch và có một lỗ thủng to, dịch chảy xuống thấp, gõ sẽ thấy đục hai bên mạng sườn và hổ chậu. Dịch ổ bụng là dịch của dạ dày chảy vào ổ bụng và do viêm, xuất tiết của màng bụng. Nếu bệnh nhân đến muộn, bụng trướng thì dấu hiệu gõ đục không rõ nữa.
* *Thăm trực tràng, âm đạo* thấy túi cùng Douglas phồng và đau. Đây là dấu hiệu có giá trị của viêm phúc mạc.
  1. **Cận lâm sàng**
     1. ***Chụp bụng không chuẩn bị hoặc chiếu ổ bụng trên X quang***

Trên màn hình X quang thấy cơ hoành di động kém. Hình ảnh chủ yếu là xuất hiện những bóng sáng dưới cơ hoành ở tư thế đứng, hình liềm hơi nằm giữa mặt lõm cơ hoành ở trên và mặt lồi của gan ở dưới. Bên trái thì nằm giữa cơ hoành trái vả túi hơi dạ dày. Có khi chỉ có ở bên phải, có khi có cả hai bên, ít khi chỉ thấy đơn thuần bèn trái. Nếu không thể chụp được ở tư the đứng, thì chụp ở tư thế nằm ngửa hoặc nghiêng trái đặt bóng chụp ngang sẽ thấy hơi nằm giữa thành bụng và gan hoặc ở tư thố nằm nghiêng thấy hơi nằm dưới thành bụng. Liềm hơi có khi lớn 2-3 cm hay hơn nhưng cũng có khi rất nhỏ, mỏng chỉ vài mm. Hình ảnh hơi tự do trong ổ bụng có ờ khoảng 80% trong các trường hợp chụp bụng không chuẩn bị. Khi thấy có hơi tự do trong ổ bụng là dấu hiệu chắc có thủng tạng rỗng. Tuy nhiên, khi không thấy dấu hiệu này thì cũng không loại trừ được.

* + 1. ***Siêu âm bụng***

Siêu âm ổ bụng có thể thấy đường tăng âm với hình ảnh “rèm cửa” với sự phản âm phía sau nằm giữa bờ gan và mặt sau của thành bụng. Siêu âm còn giúp phát hiện được dịch trong ổ bụng, đặc biệt là ở dưới gan, rãnh đại tràng và túi cùng Douglas.

* + 1. ***Chụp cắt lớp vi tính***

Chụp cắt lớp vi tính có độ nhạy và độ chính xác cao trong việc phát hiện sớm khí tự do trong ổ bụng, bệnh nhân ở tư thế nằm sẽ thay khí xuất hiện ngay dưới thành bụng trước, đôi khi thây khí ở cả hai bên dây chăng tròn, hậu cung mạc nối. Chụp cắt lớp vi tính còn xác định được lượng dịch trong ổ bụng và tình trạng cùa ruột trong trường hợp viêm phúc mạc muộn. Trong các trường hợp thùng ổ loét mặt sau tá tràng vào khoang sau phúc mạc, chụp cắt lớp vi tính có thể thấy ổ dịch hoặc ổ áp xe sau phúc mạc, trước thận hoặc có thể thấy hình ánh thuốc cản quang thoát vào trong ổ bụng nếu bệnh nhân chụp có uống thuốc cản quang.

* + 1. ***Chụp dạ dày***

Chụp dạ dày có uống thuốc cản quang hòa tan (như telebrix) có thể phát hiện thoát thuốc vào ổ phúc mạc, chống chỉ định cho bệnh nhân uống thuốc cản quang baryt để chụp khi nghi ngờ thủng ổ loét dạ dày - tá tràng.

* + 1. ***Xét nghiệm máu***

Xét nghiệm máu không có giá trị chẩn đoán xác định. Trong thủng ổ loét dạ dày tá tràng thấy có các yếu tố phản ứng viêm tăng cao (tăng bạch cầu, CRP-c reactive protein, procalcitonin tăng cao), có thể thây ure, creatinin tăng do suy thận trước thận. Ngoài ra xét nghiệm máu có giá trị chẩn đoán loại trừ viêm tụy cấp (thủng ổ loét dạ dày - tá tràng có thể thấy amylase máu tăng nhưng thường tăng không quá gấp 4 lần giá trị bình thường).

* 1. **Thể lâm sàng**
     1. ***Thể thủng bít***

Ngay sau khi thủng, nhất là các trường hợp thủng nhỏ, xa bữa ăn, lỗ thủng được mạc nối lớn, ruột hoặc túi mật bịt lại. Bệnh nhân cũng có cơn đau bụng đột ngột, dữ dội trên rốn nhưng sau đó triệu chứng đau bụng giảm đi rất nhanh. Bệnh nhân chỉ cảm thấy đau nhẹ vùng trên rốn và dưới sườn phải, không có hội chứng nhiễm khuẩn. Khám bụng chỉ thấy phản ứng nhẹ, khu trú ở vùng trên rốn hoặc dưới sườn phải. Chụp X quang bụng không chuẩn bị thấy có liềm hơi thì chẩn đoán chắc chắn là có thủng dạ dày - tá tràng. Chụp cắt lớp vi tính có thể thấy có ít hơi tự do ở vùng rốn gan. Nếu không thấy có hơi tự do trong ổ bụng cũng cần cho bệnh nhân vào viện và theo dõi chặt chẽ.

Khi chẩn đoán là thủng dạ dày bít cũng cần phải mổ cấp cứu để xử lý lỗ thủng vì bênh có thể diễn biến thành viêm phúc mạc toàn the hoặc thành ổ áp xe trong ổ bụng.

* + 1. ***Thủng ổ loét mặt sau***

Trong trường hợp thủng ổ loét mặt sau bờ cong nhỏ, dịch dạ dày chảy và đọng lại ờ hậu cung mạc nối. Chẩn đoán thường khó vì các triệu chứng không điển hình. Đau và phản ứng thành bụng thường khu trú ở trên rốn hoặc lệch sang trái. Chụp X quang bụng không chuẩn bị thường không phát hiện được hơi trong ổ bụng. Chụp cắt lớp vi tính có thể phát hiện được dịch và hơi ở hậu cung mạc nối.

Trong trường hợp loét mặt sau tá tràng thủng vào khoang sau phúc mạc, bệnh nhân có triệu chứng đau nửa bụng bên phải rất khó chẩn đoán và thường chân đoán muộn khi đã thành ổ áp xe sau phúc mạc. Chụp cắt lớp vi tính có thể phát hiện có dịch, khí hoặc khối áp xe khoang sau phúc mạc, trước thận.

* + 1. ***Các thể lâm sàng khác***
* *Thể bán cấp:* Triệu chứng đau và co cứng không điển hình, bệnh diễn biến chậm, từ từ.
* *Thể tối cấp*: Các triệu chứng cơ năng và toàn thân nặng, sốc xuất hiện sớm và bệnh nhân thường chết sau 6-12 giờ.
* *Thể lâm sàng giống như viêm ruột thừa*: Lỗ thủng nhỏ, dịch dạ dày chảy vào ổ bụng ít và đọng lại ở hố chậu phải. Lúc đầu bệnh nhân đau trên rốn, sau đó khu trú ở hố chậu phải. Khám bụng thấy có đau và phản ứng ở hố chậu phải trong khi vùng trên rốn lại không đau hoặc đau ít. Bệnh nhân có thể có sốt nhẹ. Chẩn đoán thường nhầm với viêm ruột thừa cấp.
* *Thủng kèm chảy máu tiêu hóa*: Triệu chứng thủng dạ dày kèm theo triệu chứng chảy máu đường tiêu hóa cao như nôn ra máu, ỉa phân đen; toàn thân có dấu hiệu mất máu: niêm mạc nhợt, mạch nhanh, huyêt áp hạ.

1. **ĐIỀU TRỊ**
   1. **Nguyên tắc điều trị**

Điều trị thủng ổ loét dạ dày - tá tràng là mổ cấp cứu lau rửa sạch ổ bụng và khâu lỗ thủng kết hợp với điều trị nội khoa căn nguyên bệnh loét băng kháng sinh diệt trừ *Helycobacter pylori* + thuốc kháng H2 hoặc thuốc ức chế bơm proton + thuốc bọc niêm mạc dạ dày. Điều trị phẫu thuật triệt căn (cắt dây X, nối vị tràng...) không còn được thực hiện một cách thường quy trong tình trạng cấp cứu mà chỉ được thực hiện trong một số chỉ định cụ thể.

Phẫu thuật nội soi khâu thủng dạ dày - tá tràng có nhiều ưu điểm so với mổ mở nên ngày càng được áp dụng rộng rãi tại các cơ sở ngoại khoa. Phẫu thuật mô mở được chỉ định trong trường hợp viêm phúc mạc muộn, bụng trướng nhiều, sốc nặng, suy tim, suy hô hấp nặng

Điều trị không mổ bằng phương pháp hút liên tục theo phương pháp Taylor có tỉ lệ thất bại cao (16-28%), nhiều biến chứng (24-50%) và tử vong (5-8%) nên chì được thực hiện để chuẩn bị mổ hoặc trong khi chuyển bệnh nhân đến tuyến điều trị phẫu thuật.

* 1. **Các phương pháp phẫu thuật**
     1. ***Khâu thủng***

Đối với lỗ thủng nhỏ có thể khâu theo hình chừ X hoặc khâu băng các mũi rời, theo chiêu ngang của tá tràng với chỉ tiêu chậm, có thể khâu tăng cường bâng mạc nối lớn. Nêu ổ loét vùng môn vị đã làm hẹp môn vị thì phải cắt đáy ổ loét, tạo hình môn vị trước khi khâu hoặc khâu kết hợp với nối vị - tràng. Đối với các ổ loét dạ dày thủng, trước khi khâu, cần phải cắt ổ loét để làm giải phẫu bệnh một cách hệ thống để xác định là loét lành tính hay ung thư.

* + 1. ***Cắt dạ dày cấp cứu***

Cất dạ dày cấp cứu bao gồm cắt 2/3 dạ dày hoặc cắt hang vị và cắt thân thần kinh X. Chỉ định cho các trường hợp ổ loét xơ chai, lỗ thủng lớn ở tá tràng, khâu khó khăn dề bục; ổ loét thủng lần hai, ổ loét chảỵ máu hoặc có hẹp môn vị . Tuy nhiên chi nên thực hiện ở những bệnh nhân đến sớm trước 12 giờ, chưa có viêm phúc mạc, tình trạng toàn thân tốt, trang thiết bị phẫu thuật tốt và phẫu thuật viên phải có kinh nghiệm.

* + 1. ***Khâu lỗ thủng và cắt dây X***

Cắt dây X giúp giảm tỉ lệ loét tái phát, có nhiều kỹ thuật cắt thần kinh X khác nhau như: cắt thân thần kinh X, cắt thần kinh X chọn lọc, cắt thần kinh X siêu chọn lọc, trong đó cắt dây X toàn bộ được áp dụng phổ biến hơn. Phẫu thuật cắt thần kinh X chi áp dụng cho các ổ loét hành - tá tràng thủng với điều kiện bệnh nhân đến sớm, chưa có viêm phúc mạc nhiễm khuẩn. Trong phẫu thuật cắt thần kinh X toàn bộ hoặc cắt thần kinh X chọn lọc kèm theo, cần phải tạo hình môn vị hoặc nối vị tràng.

* + 1. ***Phương pháp dẫn lưu lỗ thủng (phẫu thuật Newmann)***

Phương pháp dẫn lưu lỗ thủng là phương pháp dẫn lưu lỗ thủng ra ngoài chủ động băng một ống thông Pezzer lớn. Phẫu thuật dẫn lưu có thể phối hợp với khâu kín môn vị, nối vị tràng và cắt thân thần kinh X. Phẫu thuật được áp dụng trong các trường hợp lỗ thủng quá to, tổ chức xung quanh lỗ thủng mủn nát, khâu dễ bục, tình trạng bệnh nhân yếu hoặc viêm phúc mạc muộn không cho phép cắt dạ dày cấp cứu.

* + 1. ***Phương pháp hút liên tục***

Phương pháp hút liên tục của Taylor chỉ định cho trường hợp bệnh nhân đến sớm trong vòng 6 giờ đẩu, chưa có viêm phúc mạc, thủng xa bữa ăn, lượng dịch ổ bụng ít hoặc trong trường hợp bệnh nhân có nguy cơ tử vong cao nếu phẫu thuật và phải được theo dõi ở cơ sở ngoại khoa. Ưu diêm cùa phương pháp là tránh cho bệnh nhân phải phẫu thuật. Tuy nhiên phương pháp này cũng có nhiều nhược điểm là tỉ lệ thành công không cao, thời gian nằm viện kéo dài, làm tăng tỉ lệ tử vong nếu hút liên tục thất bại và bệnh nhân phải chuyến mổ cấp cứu.

Cách tiến hành: (tiêm thuốc giảm đau (morphin, dolargan...), kháng sinh, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch, bồi phụ nước và điện giải. Đặt ông thông dạ dày to để lấy thức ăn sau đó thay bằng ống nhỏ, đătk qua mũi, hút liên tục hoặc hút ngắt quãng 10-15 phút một lần. Nếu có kết quả, vài ba giờ sau bệnh nhân đỡ đau, co cứng thành bụng giảm dần, hơi và nước trong ổ bụng và dạ dày giảm đi. Tiếp tục hút cho tới khi nhu động ruột trở lại bình thường, thường là sau 3-4 ngày sau hút, hút 7-10 ngày tiếp theo. Nếu sau 4-6 giờ các triêu chứng không đỡ hoặc đau tăng thì phải chuyến mổ cấp cứu.

* + 1. ***Đặt stent***

Đặt stent phủ bằng kim loại có khả năng giãn nở kèm đặt dẫn lưu ổ bụng là một lựa chọn mới trong điều trị thủng ổ loét dạ dày - tá tràng. Đặt stent được chỉ định trong những trường hợp bệnh nhân già yếu, có nhiều bệnh lí phối hợp, tình tràng toàn thân nặng, phẫu thuật có nguy cơ tử vong cao hoặc trong trường hợp lỗ thủng lớn, khả năng khâu lỗ thủng khó khăn, cần phải thực hiện phẫu thuật cắt dạ dày nhưng không thực hiện được do nguy cơ biến chứng cao thì chỉ định đặt stent cũng được cân nhắc lựa chọn.

**-------------------------**

**3. LỒNG RUỘT CẤP TÍNH Ở TRẺ CÒN BÚ**

1. **CHẨN ĐOÁN LỒNG RUỘT CÁP**
   1. **Triệu chứng lâm sàng**
      1. ***Triệu chứng sớm***

*Triệu chứng cơ năng:* Trẻ bụ bẫm đột nhiên:

* Đau bụng cơn: đột ngột, dữ dội. Biểu hiện: bệnh nhân ườn người, khóc thét từng cơn, mỗi cơn kéo dài 3-10 phút. Sau cơn đau bệnh nhân mệt ngủ thiếp đi. Khi thức dậy trẻ có thể bú một ít rôi lại lên cơn đau tiếp theo, thời gian giữa các cơn đau khoảng từ 15 tới 30 phút.
* Nôn: Thường xuất hiện sau cơn đau đầu tiên, chất nôn là sữa hoặc thức ăn vừa ăn vào. Nêu thời gian bị lồng ruột đã kéo dài, bệnh nhân có thể nôn ra dịch mật.
* ỉa ra máu: Trung bình 6-8 giờ sau cơn khóc đầu tiên có thể phân lẫn máu hoặc cỏ chất nhầy lẫn máu. Ỉa máu sớm thể hiện lồng chặt.

*Triệu chứng toàn thân:* ít thay đổi (không sốt, chưa có dấu hiệu mất nước).

*Triệu chứng thực thể:*

* Khối lồng: Là dấu hiệu đặc hiệu nhất, sờ thấy khối lồng hình quai ruột nằm theo khung đại tràng (ở dưới bờ sườn phải hoặc ngang trên rốn hoặc sang tới dưới bờ sườn trái, hố chậu trải), ấn vào khối lồng thường bệnh nhân đau. Để tìm được khối lồng, phải khám nhẹ nhàng khi bệnh nhân nằm yên, ngoài cơn đau.
* Hố chậu phải rỗng: Chỉ thấy khi bệnh nhân đến sớm và ít có giá trị.
* Thăm trực tràng: Có thể máu theo tay, bóng trực tràng rỗng, có thể thấy đầu khối lồng.
  + 1. ***Triệu chứng muộn***

Là một bệnh cảnh tắc ruột rõ hoặc viêm phúc mạc có ỉa máu.

*Triệu chứng cơ năng:*

* Cơn khóc kéo dài nhưng ít dữ dội hơn.
* Nôn ra nước mật, nước phân.
* Ỉa máu nâu đen nhiều lần.

*Triệu chứng toàn thân:* Dấu hiệu mất nước, nhiễm trùng, nhiễm độc:

* Môi khô, mắt trũng.
* Sốt cao, lờ đờ, tím tái...

*Triệu chứng thực thể:*

* Bụng trướng, khó sờ được khối lồng. Khám có thể thấy dấu hiệu quai ruột nổi, rắn bò. Trong trường hợp viêm phúc mạc có thể thấy dấu hiệu cảm ứng phúc mạc.
* Thăm trực tràng: Có máu nâu đen, có thể sờ được đầu khối lồng.
  1. **Triệu chứng cận lâm sàng**
     1. ***X quang bụng không chuẩn bị***

Ít có giá trị chẩn đoán, có vai trò trong phát hiện các biến chứng lồng ruột.

* Hình khối mờ hạ sườn phải.
* Không có hơi ở manh tràng.
* Mức nước - hơi.
* Liềm hơi (khi khối lồng hoại tử thủng).
  + 1. ***Chụp X quang đại tràng***

Chụp xquang đại tràng có cản quang có thể gặp các hình ảnh:

+ Hình đáy chén.

+ Hình càng cua.

+ Hình cắt cụt.

* + 1. ***Siêu âm ổ bụng***

- Hình ảnh khối lồng:

+ Cắt ngang: hình vòng bia, vòng tròn trong đậm âm, vòng tròn ngoài ít âm.

+ Cắt dọc: hình bánh kẹp nhân (bánh Sandwich) hay hình “giả thận”, khối đậm âm ở giữa được viền quanh bởi một vành ít âm.

1. **Chẩn đoán**

*Chân đoán xác định lồng ruột:*

* Đau bụng cơn + nôn + khối lồng
* Đau bụng cơn + nôn + ỉa máu + khối lồng.
* Đau bụng cơn + nôn + ỉa máu.
* Đau bụng cơn + chấn đoán hình ảnh có khối lồng (siêu âm hoặc X quang)

*Chân đoán phân biệt:*

* Hội chứng lỵ: Bệnh nhân có cảm giác mót rặn, đại tiện nhiều lần, phân có ít máu và chất nhầy.
* Đau bụng, tắc ruột do giun: Đau bụng cơn, không ỉa máu, nắn thấy quai ruột có búi giun.
* Rối loạn tiêu hóa: Đau bụng quanh rốn, phân lỏng, nắn bụng thường mềm.
* Viêm phổi: Nghe phổi thấy ran, chụp phổi thấy thương tổn.
* Viêm ruột hoại từ: Đau bụng, phân lỏng có máu thối khẳn, thường có dấu hiệu sốc.
* Chảy máu tiêu hóa: Tùy theo nguyên nhân gây chảy máu mà có những dấu hiệu lâm sàng tương ứng.
* Viêm ruột thừa, viêm túi thừa Meckel, viêm ruột, u bụng.

1. **Diễn biến của lồng ruột cấp tính**

* Một sổ rất ít trường hợp tự tháo, còn tất cả các trường hợp cần phát hiện và điều trị sớm.
* Nếu không xử lý sẽ dần đến hoại tử ruột (do mạc treo bị cổ khối lồng thắt nghẹt) —> viêm phúc mạc —♦ tử vong.

1. **ĐIỀU TRỊ**
   1. **Các yếu tố tiên lượng**

* Các triệu chứng lâm sàng có giá trị tiên lượng khối lồng khó tháo:

+ Tuổi: Tuổi càng nhỏ, đặc biệt trẻ < 4 tháng tuổi: khối lồng thường chặt.

+ Thời gian bị lồng ruột: Kéo dài trên 48 giờ, hoặc trên 72 giờ.

+ Thời gian xuất hiện ỉa máu càng sớm, đặc biệt < 5 giờ và lượng máu ra nhiều thi khối lồng càng khó tháo.

+ Đã có hội chứng tăc ruột rõ, đã có rối loạn tại chỗ (bụng trướng, nắn đau) hoặc rối loạn toàn thân (sốt cao, mất nước, sốc).

* Giá trị tiên lượng của siêu âm: Khối lồng chặt khi:

+ Đường kính khối lồng từ 35 mm.

+ Chiều dày thành ruột lồng > 8 mm.

+ Có dịch trong lòng khối lồng và dịch tự do trong ổ bụng.

* 1. **Tháo lồng bằng phương pháp bơm hơi**
* *Phương tiện theo dõi:* dưới màn huỳnh quang tăng sáng hoặc siêu âm.
* *Chỉ định:*

+ Đến sớm < 48 giờ.

+ Chưa có dấu hiệu viêm phúc mạc.

* *Kỹ thuật:*

+ Tiền mê hoặc gây mê.

+ Bơm hơi áp lực 90 mmHg ở trẻ nhỏ và 100-110 mmHg ở trẻ lớn.

+ Theo dõi trên lâm sàng, dưới màn huỳnh quang hoặc siêu âm.

* *Tiêu chuẩn tháo lồng:* dựa vào:

+ Lâm sàng:

Bụng trướng đều.

Áp lực bơm tụt đột ngột.

Không còn sờ thấy khối lồng.

+ Màn huỳnh quang hoặc siêu âm:

Mất hình ảnh khối lồng.

Hơi sang ruột non.

* *Theo dõi sau tháo lồng:*

+ Bình thường: Sau tháo lồng trẻ bú tốt, không nôn, sau 6-8 giờ ỉa phân vàng.

+ Phát hiện các biến chứng: sốt cao, tháo chưa hết, vỡ ruột...

* *Chăm sóc sau thảo lồng:*

+ Sau tháo lồng, trẻ hết nôn, có thể cho trẻ uống nước đường, sau đó uống sữa. Trường hợp trẻ còn nôn, đặt sonde dạ dày giảm áp dịch và hơi trong đường tiêu hoá, nhịn ăn uống và truyền dịch.

+ Thời gian nằm viện 12-48 giờ. Sau thù thuật 24 giờ, thực hiện siêu âm ổ bụng kiểm tra.

* 1. **Tháo lồng bằng phương pháp mổ**

Hiện nay, có hai phương pháp tiếp cận phẫu thuật trong xử trí khối lồng: phẫu thuật nội soi và phẫu thuật mở. Lựa chọn phương pháp nào tuỳ thuộc vào phẫu thuật viên, gây mê hồi sức và từng trường hợp cụ thể.

* + 1. ***Chỉ định mổ***
* Tháo lồng bằng phương pháp bơm hơi không có kết quả.
* Đen muộn > 48 giờ.
* Có dấu hiện viêm phúc mạc.

***3.3.2. Kỹ thuật mổ:*** *Mổ nội soi tháo lồng hoặc mổ mở*

1. ***Chăm sóc sau mổ***

* *Ống* thông dạ dày, truyền dịch, kháng sinh.
* Phát hiện các biến chứng sau mổ: chảy máu, tắc bục miệng nối...

-----------------------------

**4. GÃY XƯƠNG CẲNG TAY**

**1. TỔNG QUAN**

**1.1. Định nghĩa**

Gãy cẳng tay là gãy một hoặc cả hai xương quay và trụ, từ dưới khớp khuỷu cho đến trên khớp cổ tay. Gãy thân xương cẳng tay là gãy cẳng tay đoạn có màng gian cốt bám, khoảng 2,5cm dưới lồi củ xương quay và 2,5 cm trên khớp cổ tay. Trong bài này, chủ yếu đề cập đến gãy thân hai xương cẳng tay.

**1.2. Nguyên nhân và cơ chế tổn thương**

- Ở người lớn, thường gặp gãy hai xương cẳng tay trong các tai nạn năng lượng cao: Tai nạn giao thông, ngã cao, chấn thương trực tiếp tại chỗ,...

- Cơ chế trực tiếp: Ngã đập cẳng tay xuống nền đất cứng, giơ tay đỡ đòn khi bị đánh... xương thường gãy ngang cả hai xương ở cùng vị trí.

- Cơ chế gián tiếp: Ngã chống tay khuỷu duỗi làm hai xương gây nên gãy chéo xoắn, gãy bậc thang. Hai xương thường gãy ở hai vị trí khác nhau.

- Cơ chế hỗn hợp: Vừa trực tiếp vừa gián tiếp, gây ra các kiểu gãy phức tạp: Gãy hai tầng, gãy có mảnh thứ ba...

- Gãy bệnh lý có thể gặp trong trường hợp u xương, viêm xương nhưng không phổ biến. Gãy tự phát hoặc có chấn thương nhưng mức độ chấn thương không tương xứng với tổn thương xương.

**1.3. Phân loại**

Có nhiều tiêu chí dùng để phân loại gãy thân hai xương cẳng tay, gồm có:

- Gãy kín hay hở

- Vị trí gãy: 1/3 trên hay 1/3 giữa hay 1/3 dưới

- Dựa vào di lệch và mức độ phức tạp của ổ gãy.

Bảng phân độ hay được sử dụng nhất với gãy thân hai xương cẳng tay là phân độ đưa ra bởi Hiệp hội chấn thương chỉnh hình (Orthopedic Trauma Association - OTA), trong đó:

Typ A là gãy đơn giản của xương trụ (Al), xương quay (A2) hoặc gãy cả hai xương (A3).

Typ B là gãy mảnh rời cánh bướm của xương trụ (B1), xương quay (B2) hay cả hai xương (B3).

Typ C là gãy phức tạp của xương trụ (C1), xương quay (C2) hay cả hai xương (C3). Trong đó dựa vào hình thái của gãy xương: Ngang, chéo vát, gãy phân tầng, gãy phức tạp, trật khớp,... mà còn phân độ các dưới typ.

Với gãy xương trụ ở 1/3 trên kèm theo trật hoặc mất vững khớp - trụ trên được gọi là gãy Monteggia. Cơ chế gãy có thể vừa do cơ chế trực tiếp hoặc gián tiếp. Ngược lại, gãy Galeazzi là loại gãy xương quay 1/3 dưới kèm theo trật hoặc mất vững khớp quay - trụ dưới. Cơ chế: Thường do ngã chống tay với cổ tay ở tư thế duỗi hoặc gấp. Theo phân loại OTA, gãy Galeazzi thuộc nhóm A1.3, gãy Monteggia thuộc nhóm A2.3.

**2. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG**

**2.1. Triệu chứng cơ năng**

Sau tai nạn, bệnh nhân đến với tình trạng đau, mất cơ năng của cẳng tay, hoặc kèm theo cả bàn tay.

**2.2. Triệu chứng thực thể**

- Quan sát có thể thấy cẳng tay sưng nề, biến dạng, cần kiểm tra có vết thương để xác định gãy xương kín hay hở.

- Thăm khám có điểm đau chói, dấu hiệu lạo xạo xương hoặc cử động bất thường (dấu hiệu chắc chắn gãy xương nhưng không nên làm).

- Đo chiều dài chi: Thường ngắn chi do cơ co kéo

- Thăm khám dấu hiệu tổn thương mạch máu: Bắt động mạch quay, trụ, đánh giá phản hồi mao mạch đầu ngón xác định có tình trạng thiếu máu chi không.

- Thăm khám dấu hiệu tổn thương thần kinh (quay, trụ, giữa): Rối loạn cảm giác hoặc giảm vận động chi phối tương ứng các nhánh thấn kinh.

- Thăm khám các dấu hiệu để chẩn đoán có hội chứng khoang hay không, dấu hiệu đau bất thường dù đã bất động chi, đau tăng khi vận động thụ động các ngón tay, là một dấu hiệu gợi ý tổn thương chèn ép khoang.

**3. CHẨN ĐOÁN CẬN LÂM SÀNG**

**3.1. Chụp X quang**

- Tư thế chụp: Tư thế thẳng, nghiêng, cần lấy được khớp khuỷu và cổ tay, có thể sử dụng tư thế phim chụp chếch để đánh giá một số hình ảnh không điển hình.

Đánh giá: Qua phim X quang đánh giá được hình thái, vị trí và di lệch của đường gãy, có kèm trật khớp quay trụ trên hay dưới hay không (gãy Monteggia hay Galeazzi).

**3.2. Cận lâm sàng khác**

- Trường hợp gãy phức tạp lan lên diện khớp có thể chụp cắt lớp vi tính để đánh giá tổn thương chi tiết hơn.

- Khi nghi ngờ hoặc có các dấu hiệu tổn thương mạch có thể siêu âm mạch hoặc chụp mạch kiểm tra đánh giá thương tổn.

**4. ĐIỀU TRỊ**

**4.1. Điều trị ban đầu**

- Thăm khám toàn diện đánh giá tổn thương tại chỗ và toàn thân.

- Giảm đau tốt cho bệnh nhân.

- Băng vô khuẩn các vết thương trong trường hợp gãy hở, tránh dùng que hoặc kim Kocher thăm dò vết thương, đặc biệt không nên tự ý lấy bỏ các dị vật ở sâu cũng như cố gắng nắn chỉnh để ổ gãy tụt vào trong.

- Bất động cẳng tay bằng nẹp có sẵn: Nẹp gỗ, nẹp chuyên dụng, nẹp bột, ...

- Tiêm huyết thanh phòng uốn ván (SAT) và điều trị kháng sinh dự phòng nhiễm khuẩn với gãy xương hở.

**4.2. Điều trị bảo tồn**

**4.2.1. Chỉ định**

Ở người lớn, màng xương rất mỏng, thông thường dẫn tới gãy di lệch. Việc chỉ định nắn chỉnh kín và bó bột là rất khó khả thi. Tuy vậy, vẫn có thể điều trị bảo tồn trong một số trường hợp sau:

- Gãy không hoàn toàn hoặc gãy hoàn toàn không di lệch (Hay gặp trong gãy cành tươi ở trẻ em).

- Gãy 1/3 giữa hoặc dưới thân xương trụ với di lệch ít hơn nửa ng kính xương và di lệch gấp góc dưới 10 độ.

- Gãy thân xương cẳng tay trên bệnh nhân mất chức năng chi.

Nhóm bệnh nhân này sẽ cần theo dõi thường xuyên và có thể phải chấp nhận hạn chế vận động sau thời gian bó bột cũng như nguy cơ phẫu thuật nếu di lệch thứ phát hoặc không liền xương.

**4.2.3. Theo dõi và chăm sóc sau bột**

Thời gian đầu do tay còn nề nên cần rạch dọc bột, sau 10 ngày thay bột tròn và nắn chỉnh thêm nếu cần. Sau khi bó bột bệnh nhân được treo tay và hướng dẫn vận động ngón để tránh phù nề, loạn dưỡng và cứng khớp. Thời gian bó bột là 4-6 tuần.

**4.3. Điều trị phẫu thuật**

Điều trị phẫu thuật với gãy hai xương cẳng tay là phẫu thuật cơ bản, giúp nắn chỉnh ổ gãy về giải phẫu, sửa chữa các di lệch, cố định vững ô gãy và cho phép vận động sớm sau mổ.

**4.3.1. Chỉ định**

- Điều trị bảo tồn không đạt yêu cầu.

- Mọi loại gãy kín một hoặc hai xương di lệch ở người lớn, đặc biệt với xương quay ưu tiên phẫu thuật ở mọi vị trí.

- Gãy xương hở.

**4.3.2. Phương pháp mổ gãy kín thân xương cẳng tay ở người lớn**

- Đường mổ: Thường sử dụng đường mổ riêng rẽ cho từng xương quay và xương trụ, tránh nguy cơ tổn thương phần mềm nhiều và can dính sau mổ gây hạn chế sấp ngửa.

Đường mổ xương quay: Thường sử dụng đường mổ phía trước (Henry) cho 1/3trên hoặc 1/3 dưới và đường mổ phía sau (Thompson) cho 1/3 giữa.

Đường mổ xương trụ: sử dụng đường mổ phía sau xương trụ

- Nắn chỉnh và cố định ổ gãy:

+ Thông thường sử dụng nẹp vít 3,5mm cho cả xương quay và xương trụ, cố gắng bắt ít nhất 3 vịt cho mỗi phía ổ gãy.

+ Đinh nội tủy chỉ áp dụng trong những trường hợp tình trạng phần mềm xấu, theo các nghiên cứu, kết hợp xương đinh nội tủy không được khuyến cáo vì làm tăng tỉ lệ khớp giả.

- Ghép xương: Một vài nghiên cứu đưa ra chỉ định ghép xương thì đầu trong trường hợp mất xương như gãy vụn.

**4.3.3. Điều trị sau mổ**

Sau khi được cố định ổ gãy vững chắc ổ gãy, giai đoạn sau mổ là giúp phục hồi chức năng cho cẳng tay. Ngay sau mổ, cần tăng cường bằng nẹp cẳng bàn tay trong khoảng 10 - 14 ngày giúp cho việc hồi phục các mô mềm. Trong giai đoạn này, treo tay cao, vận động chủ động và thụ động các ngón tay kèm theo gấp duỗi khuỷu và vận động vai nhẹ nhàng là cần thiết. Sau 2 tuần có thể bỏ nẹp và tăng cường dần các bài tập nhằm phục hồi biên độ và sức mạnh cơ.

**4.4.. Gãy thân xương cẳng tay ở trẻ em**

Điều trị bảo tồn: Gãy cẳng tay ở trẻ em do có màng xương dày, cơ chế ngã năng lượng thấp nên thường gãy cành tươi, di lệch ít. Chỉ định điều trị bảo tồn trong các trường hợp di lệch gấp góc ít hơn 15 độ hoặc hai đầu ổ gãy còn chồng nhau >50% đường kính xương. Thường gặp ở gãy cẳng tay 1/3 giữa, dưới. Ở 1/3 trên thường di lệch nhiều và khó nắn chỉnh. Sau nắn chỉnh, bó bột cẳng bàn tay (gãy 1/3 dưới) hoặc cánh cẳng bàn tay (gãy 1/3 trên, giữa), thời gian trung bình 4-6 tuần.

Điều trị phẫu thuật: Trong các trường hợp gãy di lệch nhiều hoặc điều trị bảo tồn thất bại. Mục đích gần: Lấy lại chiều dài, nắn chỉnh di lệch gấp góc và xoay, và xa hơn là đạt được liền xương cũng như phục hồi chức năng. Đối với trẻ em có thể sử dụng nẹp vít hoặc đinh nội tủy (Các loại đỉnh có độ linh động nhất định như đinh Rush,..) nhưng với gãy thân xương trẻ em, tác giả ưu thế sử dụng đỉnh nội tủy.

**4.5. Gãy xương hở**

Là thương tổn khá hay gặp trong gãy cẳng tay, cần nhập viện điều trị với tất cả các trường hợp, vết thương hở cần xử lý sớm tốt nhất trước 6 giờ.

Điều trị gãy xương hở cần tuân thủ nguyên tắc: Cắt lọc sớm, cố định vững ổ gãy, che phủ phần mềm.

Xử lý tổn thương phần mềm theo đúng nguyên tắc, chú ý đánh giá đúng và đầy đủ các tổn thương và dẫn lưu tốt. Đối với gãy xương hở nặng thường để hở da hoặc khâu rất thưa và đóng da hoặc vá da thì 2 sau 1 tuần.

Cố định ổ gãy xương: Với gãy hở có tổn thương phần mềm nặng, mất xương... cố định ổ gãy bằng khung cố định ngoài, việc này giúp giữ trục và ổ gãy vùng tạm thời trong khi chờ phần mềm ổn để kết hợp xương bên trong. Tuy nhiên, cố định ngoài không ưu thế với gãy hở hai xương cẳng tay, với những trường hợp ít nguy cơ, một số tác giả lựa chọn phương pháp cố định tạm thời ổ gãy bằng đinh nội tủy. Với những trường hợp gãy hở nhẹ (độ 1, 2 theo Gustilo), có thể cắt lọc, bỏ bột tạm thời rồi kết hợp xương thì 2 hoặc kết hợp xương bằng nẹp vít ngay nếu bệnh nhân đến sớm, cơ sở y tế có đầy đủ trang thiết bị y tế cũng như kíp mổ đủ trình độ và kinh nghiệm.

**5. BIẾN CHỨNG**

**5.1. Hội chứng chèn ép khoang**

Thường gặp sau chấn thương năng lượng cao, nguy cơ tăng lên nếu kèm theo tổn thương mạch máu. Dấu hiệu gợi ý là đau bất thường dù bất động tốt, đau tăng khi vận động thụ động ngón tay. Cần nhập viện theo dõi, nếu tiến triển tăng về lâm sàng, cận lâm sàng dù đã điều trị nội khoa tốt (thuốc giảm đau, giảm phù nề, bất động, treo tay cao..) cần xem xét mở cân giải phóng chèn ép khoang.

**5.2. Can lệch**

Đặc biệt nắn chỉnh không tốt làm sai lệch trục hoặc chiều cong của xương quay có thể dẫn tới hạn chế sấp ngửa. Phẫu thuật làm ngắn xương trụ xem xét trong trường hợp đau nhiều vùng cổ tay, hậu quả của ngắn xương quay, làm ảnh hưởng và đau khớp trụ -cổ tay.

**5.3. Tổn thương thần kinh**

Liệt thần kinh quay thấp thường sau gãy trật Monteggia, hiếm gặp hơn sau phẫu thuật đường sau ngoài xương quay. Tổn thương nhánh nông thần kinh quay, nguy cơ gặp phải sau mổ đường trước vào xương quay. Nếu việc hồi phục không cải thiện trong 3 tháng, xem xét bộc lộ thăm dò thương tổn thần kinh.

**5.4. Chậm liền, khớp giả**

Tương ứng sau 3,6 tháng sau phẫu thuật, cần xem xét việc làm sạch xơ ổ gãy, ghép xương.

**5.5. Dính quay - trụ**

Hiếm gặp (3-9,4%), thường gặp phải trong những trường hợp:

- Chấn thương sọ não

- Phẫu thuật muộn, sau 2 tuần

- Sử dụng một đường mổ cho cả hai xương

- Sự thấm vào màng gian cốt do mảnh xương gãy, xương ghép, mũi khoan khi bắt

- Chấn thương phần mềm nặng

- Nhiễm trùng

**5.6. Trật khớp tái diễn**

Thường do nắn chỉnh không tốt của xương quay dẫn tới ảnh hưởng đến trục và góc xoay của xương quay, dẫn tới có thể trật khớp quay - trụ.

**5.7. Các biến chứng khác như nhiễm trùng, viêm xương..**

Tỷ lệ biến chứng nhiễm trùng theo các nghiên cứu lớn khoảng 2%, nguy cơ tái phát cao.

**6. KẾT LUẬN**

Gãy thân hai xương cẳng tay là bệnh lý hay gặp trong cấp cứu ngoại khoa chấn thương chỉnh hình, chẩn đoán xác định không khó, cần tránh bỏ sót các biến chứng như: gãy hở, hội chứng chèn ép khoang, tổn thương mạch máu, thần kinh.

Điều trị chủ yếu là phẫu thuật nhằm khôi phục được chiều dài, trục cũng như góc xoay của hai xương cẳng tay, đảm bảo chức năng căng tay được phục hồi tối đa sau phẫu thuật.

**------------------------**

**5. GÃY THÂN XƯƠNG ĐÙI**

**1. ĐẠI CƯƠNG**

Xương đùi là xương dài nhất và lớn nhất của cơ thể. Chính vì thế gãy thân xương đùi là chấn thương nặng nguy hiểm đến tính mạng, lượng máu mất có thể từ 0,5 đến 1 lít.

Gãy thân xương đùi là gãy xương đùi ở 5 cm dưới mấu chuyển lớn và trên lồi cầu đùi 5 cm.

**1.1. Dịch tễ**

- Phần lớn gãy thân xương đùi gặp ở nam giới độ tuổi trưởng thành ( 20-40 tuổi ) sau một tai nạn cường độ cao (tai nạn giao thông, ngã cao, súng bắn).

- Ở người già hay gặp do nguyên nhân loãng xương, xương gãy phức tạp.

**1.2. Cơ chế tổn thương**

- Gãy thân xương đùi ở người trẻ hầu hết do chấn thương mạnh, cường độ cao (tai nạn giao thông, tai nạn lao động ngã cao, …)

- Gãy xương bệnh lý: Do viêm xương, u xương, bệnh xương thủy tinh.

- Gãy xương ở người cao tuổi, do loãng xương.

**2. CHẨN ĐOÁN**

**2.1. Triệu chứng lâm sàng**

- Cơ năng: Giảm hoặc mất hoàn toàn vận động đùi, cẳng chân.

- Toàn thân có biểu hiện sốc chấn thương: Mặt nhợt nhạt, vã mồ hôi, mạch nhanh, huyết áp hạ (sốc do đau + mất máu).

- Khám thực thể: Đùi sưng to nhanh, chỉ ngắn, gấp góc, có thể cảm nhận được chỗ gồ của đầu xương gãy ở những trường hợp sưng to vừa, đầu gối xoay ngoài, cạnh ngoài bàn chân đổ sát mặt giường, các triệu chứng bầm tím ở vùng thấp và tràn dịch khớp gối xuất hiện muộn. Ấn thấy điểm đau chói cố định tại ổ gãy, đo thấy chiều dài tuyệt đối chi gãy ngắn hơn chi lành. Các dấu hiệu cử động bất thường và lạo xạo xương không nên tìm vì sẽ rất đau cho nạn nhân, làm trầm trọng thêm triệu chứng sốc chấn thương.

- Đối với gãy 1/3 dưới xương đùi, do đầu gãy phía ngoại vi bị kéo ra sau dễ chèn vào bó mạch thần kinh khoeo, do vậy cần xác định rõ có tổn thương mạch máu, thần kinh hay không.

**2.2. Chẩn đoán hình ảnh**

- Trong các trường hợp gãy thân xương đùi không nên chụp riêng xương đùi mà nên chụp thêm X quang khung chậu thẳng và X quang khớp gối để tránh bỏ sót tổn thương phối hợp.

- Chụp X quang để xác định vị trí, số lượng ổ gãy, chất lượng xương, kiểu gãy xương, sự xuất hiện của không khí trong các mô mềm.

- Nếu nghi ngờ tổn thương mạch khoeo (gãy thân xương đùi 1/3 dưới, gãy xương phức tạp) thì nên làm thêm siêu âm Doppler mạch máu để khẳng định.

**3. PHÂN LOẠI**

**3.1. Theo tổn thương xương**

Sử dụng bảng phân loại của Winquist và Hansen:

Tuýp 0: Đơn giản

Tuýp I: Mảnh vỡ nhỏ

Tuýp II: Mảnh vỡ < 50% thân xương

Tuýp III: Mảnh vỡ > 50% thân xương

Tuýp IV: Nhiều mảnh

**3.2. Theo tổn thương phần mềm: Kín và hở**

Loại kín: Ở gãy không thông với môi trường ngoài.

Loại hở: Ổ gãy thông với môi trường bên ngoài qua vết thương phần mềm. Tùy kích thước vết thương mô mềm mà ổ gãy xương chọc qua, phân độ theo Gustilo- Anderson như sau:

- Độ I: Chiều dài vết thương ngắn hơn 1 cm, không dập nát hay tổn thương cơ.

- Độ II: Chiều dài vết thương dài hơn 1 cm và nhỏ hơn 10 cm, kết hợp tổn thương cơ vừa phải.

- Độ III: Gây ra bởi một lực mạnh, vết thương rộng hơn 10 cm, tổn thương cơ nặng.

+Độ IIIA: Vết thương da rộng, nhiều mô mềm dập nát nhưng còn có thể che phủ xương được.

+ Độ IIIB: Không còn đủ mô mềm để che xương.

+Độ IIIC: Tổn thương mạch máu, thần kinh chính của chi, cần nối lại.

**3.3. Bảng phân loại theo AO**

- Gãy đơn giản: (Al) gãy xoắn vặn, (A2) gãy chéo vát (> 30 độ), (A3) gãy ngang (< 30 độ).

- Gãy có mảnh rời: (B1) gãy xoắn vặn có mảnh rời, (B2) gãy chéo vát có mảnh rời, (B3) gãy nhiều mảnh rời.

- Gầy phức tạp: (C1) gãy xoắn vặn phức tạp, (C2) gãy phức tạp nhiều đoạn, (C3) gầy phức tạp không đều.

**4. ĐIỀU TRỊ**

**4.1. Sơ cứu, cấp cứu**

Cần bất động tạm thời và chống sốc. Ở người lớn có thể mất đến 1 lít máu qua ổ gãy. Nếu bất động kém sẽ gây thêm đau đớn và gây choáng nặng nguy hiểm đến tính mạng. Do vậy cần phải chống choáng, cần truyền 1-2 lít dịch và truyền máu nếu có, sau đó kiểm tra đã bất động tốt chưa rồi mới vận chuyển đến nơi điều trị thực thụ.

- Nếu ổ gãy có xây xát da hoặc có vết thương rộng cần băng ép vô trùng, dùng kháng sinh mạnh đường tĩnh mạch và thuốc chống uốn ván.

- Bất động xương đùi vững chắc đòi hỏi phải đặt nẹp quá chậu hông, có loại nẹp khá tiện dụng là nẹp Thomas - Lardennois, vừa bất động vừa kéo liên tục nhẹ và cố định nhanh chóng nhất là trong trường hợp có đa chấn thương. Trong điều kiện ở Việt Nam có thể dùng nẹp tre, gỗ. Nẹp phải to bản (10cm) và dày (1cm). Có thể dùng 2 hoặc 3 nẹp, thường dùng 3 nẹp: 1 đặt ở ngoài từ nách đến quá mắt cá ngoài; 1 nẹp ở háng đến mắt cá trong, 1 nẹp từ thắt lưng đến quá gót chân.

**4.2. Điều trị bảo tồn**

**4.2.1. Nguyên tắc bảo tồn**

- Gãy di lệch ít hoặc không di lệch, gãy rạn, nắn chỉnh nhẹ nhàng hoặc không cần nắn chỉnh.

- Không làm tổn thương mô mềm xung quanh.

- Kiểm tra thường xuyên, phát hiện sớm các biến chứng, hẹn bệnh nhân đúng lịch thay bột và bỏ bột, tập vận động khớp sau tháo bột.

- Cố định bột đủ thời gian đến khi liền xương, không tự ý tháo bột sớm.

**4.2.2. Chỉ định**

- Đối với những trường hợp gãy không di lệch hoặc có chỉ định phẫu thuật nhưng mắc các bệnh nội khoa mạn tính không thể mổ được.

- Gãy thân xương đùi trẻ con, di lệch ít.

- Gãy rạn, gãy 1 thành xương.

**4.2.3. Phương pháp**

**4.2.3.1. Kéo liên tục**

Mục đích của việc kéo liên tục là để khôi phục lại chiều dài đùi, giảm sự biến dạng xoay và gập góc, di lệch chồng, giảm đau và sưng nề.

- Kéo liên tục thường được sử dụng như một biện pháp tạm thời trước khi phẫu thuật để ổn định ổ gãy và giãn cơ.

- Khối lượng kéo thường áp dụng 1/9-1/7 hoặc 15% trọng lượng cơ thể của bệnh nhân (thường là 20 đến 40 N). Dùng đỉnh Steimann hoặc Kirschner 3.0 mới đủ độ cứng để duy trì lực kéo.

- Vị trí xuyên định kéo liên tục thường là qua đầu dưới xương đùi hoặc lồi củ trước xương chày, xương đùi thì xuyên từ trong ra ngoài (giảm nguy cơ tổn thương bó mạch đùi), xương chày xuyên từ ngoài vào trong (giảm nguy cơ tổn thương thần kinh mác chung).

- Phục hồi chức năng trong khi kéo liên tục:

Phương pháp: Cử động bàn chân và cổ chân chỉ gãy để gia tăng tuần hoàn. Co cơ tĩnh cơ tứ đầu đùi, cơ ụ ngồi, cơ mông, cơ dạng, cơ khép. Cho người bệnh ngồi dậy tại giường sau khi kéo tạ.

**4.2.3.2. Bó bột**

- Chỉ áp dụng cho trẻ em, các trường hợp gãy nhiều mảnh ít di lệch, gãy không di lệch, gãy cài nhau.

- Cần tiêm giảm đau toàn thân nếu có, thường dùng morphin (10mg/50kg) sau khi loại trừ các chống chỉ định. Có thể phải gây mê nếu trẻ lớn, không hợp tác, sau đó bó bột chậu - lưng - chân.

- Bột giữ khoảng 2-3 tháng tùy tuổi cũng như đường gãy. Trong thời gian bó cho bệnh nhân đi lại trên nạng, không chống chân đau. Nên kiểm tra X quang hàng tuần cho đến khi thấy xương liền chắc.

- Sau hai tháng khi thấy xương đã liền có thể cho đi trên bột từ 1-2 tháng nữa. Sau khi mở bột bệnh nhẫn tập đi chống chân đau có nạng, dần dần cơ tứ đầu, khớp háng và gối sẽ phục hồi từ 6 tháng đến một năm.

**4.2.4. Theo dõi và chăm sóc sau bột**

**4.2.4.1. Theo dõi, tái khám**

Khám lâm sàng, chụp X quang kiểm tra sau khi xuất viện 2 tuần một lần trong 4 tuần đầu để đánh giá mức độ hồi phục. Sau đó ở các thời điểm 1 tháng, 2 tháng, 2 tháng. 6 tháng. Các mốc thăm khám có thể thay đổi tùy theo từng bệnh nhân cụ thể. Nếu phát hiện có biến chứng cần phẫu thuật sớm hoặc vật lý trị liệu tích cực cho người bệnh.

**4.2.4.2. Tập vật lý trị liệu, phục hồi chức năng**

- Tập mạnh các nhóm cơ bên chân gãy.

- Hướng dẫn đi nạng không chống chân đau xuống đất trong 4 tuần.

- Tháng thứ 4 đi chống chân đau xuống đất, chịu sức nặng một phần.

- Tháng thứ 5-6 cho người bệnh đi lại bình thường với chỉ định của bác sĩ.

**4.3. Điều trị phẫu thuật**

**4.3.1. Chỉ định**

- Gãy thân xương đùi ở người lớn.

- Gãy thân xương đùi ở trẻ em có di lệch lớn, điều trị bảo tồn thất bại.

**4.3.2. Ưu điểm**

- Nắn chỉnh được về giải phẫu.

- Cố định được xương chắc, tạo điều kiện vận động sớm, phục hồi chức năng được tốt hơn.

**4.3.3. Nhược điểm**

- Đường mổ rộng (tùy thuộc kinh nghiệm của phẫu thuật viên).

- Mất nhiều máu nếu mổ mở.

**4.3.4. Phương pháp**

**4.3.4.1. Đóng đinh nội tủy có chốt**

Đây là phương pháp điều trị chuẩn cho các trường hợp gãy xương đùi.

- Lợi ích của việc đóng đinh nội tủy tốt hơn việc cố định nẹp vít là ít bị phơi nhiễm, tỷ lệ nhiễm trùng thấp hơn, tỉ lệ sẹo ít hơn.

- Đóng đinh nội tủy trong trường hợp xương gãy kín có thể duy trì cả khối máu tụ và sự liên kết của màng xương.

- Các ưu điểm khác là vận động sớm, phục hồi chiều dài, liền xương nhanh, và tỷ lệ biến chứng thấp.

**4.3.4.2. Kết hợp xương nẹp vít khóa**

Ưu diem:

- Có tác dụng như một khung cố định ngoài nằm sát xương, vừa nén ép ổ gãy vừa ít ảnh hưởng đến màng xương. Ưu thế với những ổ gãy phức tạp, nhiều đoạn, nhiều tầng, nhiều mảnh, bệnh nhân loãng xương, thưa xương.

- Có khả năng nắn chỉnh ổ gãy đúng vị trí giải phẫu hơn. Những nhược điểm so với việc đóng đinh nội tủy:

- Cần bộc lộ lớn gây nguy cơ mất máu, nhiễm trùng.

- Giảm sự tưới máu khi kết hợp xương nẹp vít, dễ gây ra chậm liền, khớp giả hoặc gãy xương trong nẹp, cong nẹp, bong nẹp, gãy nẹp.

Chỉ định:

- Lòng ống tuỷ quá hẹp, không thể hoặc khó đóng đinh nội tuỷ. - Gãy xương xảy ra ngay cạnh hoặc ngang qua ổ gãy cũ liền lệch.

- Lòng ống tủy bị bít lại do điều trị trước đó.

- Ở bệnh nhân có tổn thương mạch máu liên quan, đường mổ để xử trí mạch máu thường bộc lộ rất rộng vùng mặt trong đùi. Để cố định ổ gãy thuận lợi và nhanh chóng, có thể đặt nẹp qua đường mổ bên trong đó luôn.

**4.3.4.3. Cố định ngoài**

Chỉ định: Ổ gãy hở xương đùi phức tạp (độ III) hoặc gãy thân xương đùi tổn thương mạch máu đến muộn quá 6 giờ.

Phương pháp này thường là tạm thời, cố định xương vững để chăm sóc vết thương phần mềm. Về sau khi hết nguy cơ nhiễm trùng, có thể tháo khung cố định ngoài và kết hợp xương bên trong.

**4.3.5. Điều trị sau mổ**

**4.3.5.1. Theo dõi, tái khám**

Khám lâm sàng, chụp X quang kiểm tra ở các thời điểm sau mổ: 1 tháng, 2 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 1 năm. Nếu phát hiện có biến chứng cần can thiệp phẫu thuật sớm, tránh di chứng về sau.

**4.3.5.2. Tập vật lý trị liệu, phục hồi chức năng**

Ngày đầu sau mổ: Tập thở để ngăn ngừa biến chứng viêm phổi sau hậu phẫu, tự cử động bản chân, cổ chân để tăng cường tuần hoàn chỉ.

- Ngày 2: Co cơ tĩnh cơ tứ đầu đùi, cơ ụ ngồi, cơ mông lớn. Tập chủ động tự do các cơ thân mình, chân lành và tiếp tục tập như với ngày thứ nhất.

- Ngày 3-4: Tập giống như với ngày thứ nhất và thứ hai. Tập chủ động trợ giúp nhẹ nhàng đối với cử động của khớp hông. Không làm động tác xoay trong, xoay ngoài. Tập chủ động trợ giúp gập gối trong giới hạn mà bệnh nhân chịu được. Tập chủ động có lực kháng các chi lành.

- Tuần thứ 2: Sau khi cắt chi tiếp tục tập như tuần thứ nhất. Tập đi nạng không chống chân đau.

- Tuần thứ 3 trở đi: Tập các động tác chủ động. Tập chủ động có lực kháng bằng tay kỹ thuật viên. Tập chủ động có lực kháng cho nhóm cơ ụ ngồi và cơ tứ đầu đùi. Tập gập duỗi, dạng háng. Hướng dẫn đi nạng chịu một phần sức nặng ở tuần thứ 6.

- Tuần 12: Có thể bỏ nạng hoàn toàn nếu cơ lực phục hồi và xương liền tốt sau kiểm tra X quang. Tập xe đạp khi tầm vận động khớp gối đạt 90 độ.

**4.3.5.3. Rút đinh, tháo phương tiện kết hợp xương**

Rút khi có dấu hiệu liền xương trên X quang, lâm sàng bệnh nhân hết đau, vận động tốt. Thường sau ít nhất 1,5 năm với bệnh nhân đóng đinh nội tủy; 2 năm với bệnh nhân kết hợp xương nẹp vít (người lớn). Với trẻ con, có thể sau 1 năm đã rút được nẹp vít khi xương đã liền tốt, không nên rút muộn vì can xương trùm lên nẹp. Với những trường hợp già cao tuổi, loãng xương cân nhắc không tháo phương tiện kết hợp xương dù rằng trên lâm sàng và phim X quang xương đã liền hết.

**5. BIẾN CHỨNG, DI CHỨNG**

**5.1. Biến chứng**

**5.1.1. Biến chứng toàn thân**

Sốc chấn thương hay gặp trong gãy thân xương đùi, xuất hiện sau vài giờ do mất máu nhiều và đau đớn do phần mềm bị tổn thương.

Tắc mạch máu do mỡ (hiếm gặp).

Viêm phổi, viêm đường tiết niệu, loét điểm tỳ đè, huyết khối động mạch phổi do nằm bất động lâu ngày, thường hay gặp ở những bệnh nhân bó bột.

**5.1.2. Biến chứng tại chỗ**

Đầu xương gãy sắc nhọn làm tổn thương mạch máu thần kinh lớn của chỉ, cần mổ cấp cứu kịp thời cổ định lại ổ gãy và phục hồi lưu thông mạch máu thần kinh. Đầu xương chọc thủng phần mềm ra ngoài, tạo thành ổ gãy xương hở.

**5.1.3. Biến chứng muộn**

Nhiễm trùng: Đặc biệt sau gãy hở, sau phẫu thuật.

- Nếu nhiễm khuẩn nhẹ, tách vết mổ, chăm sóc tốt vết thương, kháng sinh toàn thân liều cao dựa vào kháng sinh đồ.

- Nếu nhiễm khuẩn nặng phải mổ cấp cứu ngay: Rạch rộng, dẫn lưu mủ để hở hoàn toàn, chăm sóc tốt tại chỗ và toàn thân. Một số trường hợp xét mổ cắt cụt chi đề cứu sống bệnh nhân.

----------------------------

**6. GÃY THÂN HAI XƯƠNG CẲNG CHÂN**

**1. Định nghĩa, nguyên nhân, phân loại**

**1.1. Định nghĩa**

Gãy hai xương cẳng chân bao gồm tất cả các loại gãy đi từ mâm chày tới mắt cả. Gãy thân hai xương cẳng chân là loại gãy khoảng dưới nếp gấp gối 5cm và trên nếp gấp cổ chân 5cm.

Đây là loại gãy xương phổ biến tuy nhiên rất khó cho việc điều trị, những biến chứng hay gặp có thể là gãy xương hở, hội chứng chèn ép khoang, khớp giả, viêm xương.

**1.2. Nguyên nhân và cơ chế chấn thương**

Các nguyên nhân tai nạn với mức năng lượng thấp như trượt ngã thường ít làm thương tổn phần mềm cũng như màng gian cốt.

Các nguyên nhân khác với mức năng lượng cao như ngã cao, chấn thương trực tiếp tại chỗ, tai nạn giao thông thường dẫn đến tổn thương xương và phần mềm phức tạp.

Cơ chế tổn thương gồm cơ chế trực tiếp và gián tiếp. Thông qua vị trí gãy của xương mác có thể đánh giá sơ bộ cơ chế chấn thương

Ngoài ra một số nguyên nhân khác hiếm gặp hơn như gãy xương trên nền u xương, viêm xương, gãy mỏi ở vận động viên do các vi sang chấn lặp đi lặp lại....

**1.3. Phân loại**

Có nhiều bảng phân loại gãy xương cẳng chân được đưa ra. Trong đó hay sử dụng nhất là bảng phân loại của AO

A Gãy đơn giản

AI Gây chéo xoắn

A2 Gây chéo vát (>30 độ)

A3 Gãy ngang (<30 độ)

B. Gãy mảnh rời hình chêm

B1. Gãy chéo xoắn có mảnh rời

B2. Gãy mảnh rời kèm đi lịch gấp góc

B3. Gãy mảnh rời phân mảnh

C. Gãy phức tạp

C1. Gây chéo xoắn nhiều mảnh

C2. Gãy phân tầng

C3 Gãy nhiều mảnh, không liên tục

**2. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG**

**2.1. Triệu chứng cơ năng**

- Sau tai nạn, bệnh nhân có dấu hiệu đau chói tại ổ gãy xương, có trường hợp nghe thấy tiếng xương gãy.

- Mất cơ năng hoàn toàn cẳng chân, bệnh nhân không có khả năng tỳ đè.

- Cần khai thác kỹ cơ chế chấn thương, giúp đánh giá ban đầu bệnh nhân, cũng như thời gian diễn biến bệnh, điều này rất quan trọng trong các trường hợp gãy xương hở, hoặc kèm theo tổn thương mạch máu, hội chứng chèn ép khoang.

- Cần hỏi và ghi lại các tiền sử bệnh của bệnh nhân: Nghề nghiệp, bệnh lý phối hợp như đái tháo đường, bệnh lý tim mạch, nghiện rượu, suy giảm miễn dịch,... Các bệnh lý này có liên quan đến lựa chọn phương án điều trị cũng như kết quả.

**2.2. Triệu chứng toàn thân**

Với những trường hợp thương tổn nặng, phối hợp có thể dẫn tới tình trạng sốc: Mạch nhanh, huyết áp tụt.

**2.3. Triệu chứng thực thể**

- Quan sát thấy cẳng chân sưng nề tụ máu, biến dạng gấp góc, có thể thấy các vết thương hở và xương lộ ra, chảy dịch tủy xương. Nhiều trưởng hợp có thể thấy rối loạn dinh dưỡng nổi phỏng nước hoặc bong lóc da kín ....

- Sờ có thể thấy đầu xương gãy nổi gồ dưới da, điểm đau chói và dấu hiệu lạo

xạo xương.

- Đánh giá kỹ tổn thương mạch máu ngoại vi: Bắt mạch mu chân, ống gót, so sánh màu sắc da, nhiệt độ ấm hay lạnh giữa hai bên... Khám vận động, cảm giác để đánh giá tổn thương thần kinh, hoặc để phân biệt với tình trạng thiếu máu chi.

- Trên lâm sàng, có thể sử dụng thang điểm MESS (Mangled-extremity-severity- score) để đánh giá mức độ thương tổn nghiêm trọng và thiếu máu chỉ với gãy xương chi. Bảng điểm dựa vào các yếu tố: Cơ chế chấn thương, huyết động, tuổi và mức độ thiếu máu chi, thường giúp tiến lượng và cân nhắc chỉ định bảo tồn hay cắt cụt chi.

**3.1. Chần đoán hình ảnh**

**3.1.1. X quang**

- Tư thế chụp: Chụp X quang thường quy lấy toàn bộ cẳng chân 2 tư thế thẳng, nghiêng và lấy được cả khớp gối và khớp cổ chân.

- Đánh giá: Giúp đánh giá gãy xương đoạn nào: Mâm chày, 1/3 trên, 1/3 giữa, 1/3 dưới, hình thái tổn thương, phân độ, giúp lựa chọn phương tiện kết hợp xương...

**3.1.2. Chẩn đoán hình ảnh khác**

Chụp cắt lớp vi tính: Sử dụng trong trường hợp kèm theo gãy nội khớp ở 2 đầu xương giúp đánh giá tổn thương và di lệch diện khớp.

Siêu âm Doppler mạch máu: Giúp đánh giá tổn thương mạch máu trong những trường hợp nghi ngờ.

**3.2. Cận lâm sàng khác**

Xét nghiệm máu: Công thức máu, sinh hóa trong những trường hợp tổn thương tại chỗ hay toàn thân nặng.

**4. ĐIỀU TRỊ**

**4.1. Cấp cứu ban đầu và điều trị trước mổ**

- Thăm khám toàn diện đánh giá tổn thương tại chỗ và toàn thân.

- Phòng và chống sốc với những gãy hở nặng: Bù dịch, máu; dựa vào mạch, huyết áp, xét nghiệm hồng cầu, Hematocrit của bệnh nhân.

- Giảm đau tốt cho bệnh nhân.

- Băng vô khuẩn các vết thương, tránh dùng que hoặc kìm Kocher thăm dò vết thương, đặc biệt không nên tự ý lấy bỏ các dị vật ở sâu cũng như cố gắng nắn chỉnh ổ gãy tụt vào trong.

- Bất động khớp ở tư thế cơ năng.

- Tiêm huyết thanh phòng uốn ván (SAT) và điều trị kháng sinh dự phòng nhiễm khuẩn với gãy xương hở.

- Với gãy kín hai xương cẳng chân có chỉ định phẫu thuật, ở những ca bệnh có tình trạng loạn dưỡng, Bohler chủ trương tiến hành kéo liên tục qua xương gót để vừa cố định, vừa nắn chỉnh các di lệch, và theo dõi các diễn biến lâm sàng để quyết định phương án mổ hay điều trị bảo tồn.

**4.2. Điều trị bảo tồn:**

**Nắn chỉnh, bó bột.**

- Đây là phương pháp kinh điển điều trị gãy hai xương cẳng chân đã được áp dụng từ lâu trên thế giới và cũng như ở Việt Nam.

- Chỉ định: Điều trị bảo tồn được cân nhắc trong các trường hợp sau:

+ Gãy xương cẳng chân ít di lệch có ngắn chi dưới 1 cm

+ Di lệch vẹo trong hoặc ngoài <50

+ Di lệch gấp góc trước/ sau< 100

+ Hơn 50% vỏ xương còn tiếp xúc với nhau

+ Di lệch xoay < 100

+ Gãy đơn thuần xương chảy, xương mác bình thường là một chỉ định tương đối của gãy thân xương cẳng chân.

+ Một số trường hợp không có khả năng đi lại (liệt...) hoặc có chống chỉ định phẫu thuật (có bệnh lý toàn thân nặng như suy tim, rối loạn đông máu...)

+ Bó bột đùi - cẳng chân rạch dọc sau từ 7-10 ngày khi hết sưng nề thay bột tròn kín để giữ ổ gãy, để bột trong 4-6 tuần.

+ Sau 4-6 tuần thay bột tư thế chức năng (bột ôm gối), được tăng dần độ tỳ đè trong 4-6 tuần tiếp theo, có nạng hỗ trợ kèm theo tập phục hồi chức năng cơ lực và biên độ khớp.

+ Lưu ý cần chụp X quang cẳng chân và đánh giá lại hàng tuần để xem xét các di lệch thứ phát để nắn chỉnh sớm nếu có thể.

+ Nếu điều trị bảo tồn thất bại thì xem xét mổ để tránh can lệch, không liền và khớp giả.

- Ưu điểm của phương pháp là đơn giản, dễ thực hiện, rẻ tiền tuy nhiên theo nhiều nghiên cứu, điều trị bảo tồn có vài nhược điểm: Thời gian bất động, tỷ đè muộn, dẫn đến teo cơ, cứng khớp cổ chân, khớp gối, cũng như việc nắn chỉnh chưa hoàn hảo, làm trục cẳng chân lệch và dẫn tới đau cổ chân mạn tính sau này....

**4.3. Điều trị phẫu thuật**

Phẫu thuật là phương pháp hay được sử dụng, chỉ định rất rộng rãi. Mục tiêu của điều trị phẫu thuật là khôi phục chiều dài và trục của chi, cố định vững giúp bệnh nhân được vận động sớm.

**4.3.1. Chỉ định phẫu thuật**

Phẫu thuật được chỉ định trong nhiều trường hợp:

- Điều trị bảo tồn thất bại, di lệch thứ phát ổ gãy

- Các trường hợp gãy phức tạp, mất vững

- Bệnh cảnh đa chấn thương

- Tổn thương gãy xương phối hợp cùng chi thể (Gãy đùi, bánh chè...)

- Tổn thương gãy hai chân.

- Các trường hợp gãy xương hở hoặc kèm theo thương tổn mạch máu, hội chứng chèn ép khoang, chỉ định mổ cấp cứu.

**4.3.2. Kết hợp xương đinh nội tủy**

Kết hợp xương bằng đinh nội tủy có chốt là phương pháp được sử dụng phổ biến nhất với gãy thân xương chày, giúp cố định vững bên trong cùng với vit chốt giúp chống di lệch xoay. Đây là phương pháp tốt nhất cho những trường hợp gãy thân xương mất vững. Ngày nay với các thế hệ đinh nội tủy mới cho phép bắt các vit chốt ở đầu xa ngay sát diện khớp, giúp mở rộng chỉ định cho cả những trường hợp gãy ở phần hành xương, thậm chí sát diện khớp cổ chân.

Với hệ thống bản chỉnh hình, việc nắn chỉnh không mở ổ gãy dễ dàng hơn, giảm thương tổn phần mềm, thần kinh cũng như giảm tỷ lệ nhiễm trùng. Hệ thống dẫn đường và roa ống tủy theo các nghiên cứu làm kích thích hệ thống mạch nuôi màng xương, giảm tỷ lệ chậm liền, khớp giả, cũng như giúp lựa chọn và kết hợp xương bằng đinh to lơn, giảm tỷ lệ gãy mỏi.

Chống chỉ định trong các trường hợp: Tổn thương cũ của chân làm cản trở việc đóng định (cứng gối, đặc xương hẹp ống tủy...), hoặc trên bệnh nhân có thay khớp gối hoặc kết hợp xương vùng mâm chày cũ.

**4.3.3. Kết hợp xương nẹp vít**

Là phương pháp kết hợp xương có từ lâu, cổ điển là phương pháp mổ mở rộng, nắn chỉnh và nẹp vít. Tuy nhiên, theo nhiều nghiên cứu, đây không phải là một lựa chọn tối ưu với gãy xương chày, đặc biệt với gãy xương với mức răng lượng cao, vì nó đòi hỏi bộc lộ rộng rãi gây thương tổn thứ phát cho phần mềm, mạch máu và các mảnh xương, từ đó dẫn tới nhiễm trùng, chậm liền vết thương, khớp giả...

Ngày nay, với sự ra đời của phương pháp mổ nẹp vít ít xâm lấn (MIPO- minimally invasive plate osteosynthesis), phương pháp sử dụng nẹp vít cho xương chày càng ngày càng phổ biến hơn. Uu điểm là giúp bảo tồn lại máu tụ cũng như không làm xáo trộn và nuôi dưỡng của các mảnh xương tăng cường quá trình liền xương thứ phát.

Chỉ định: Nẹp vít thường áp dụng ở gãy hai đầu xương mà không phù hợp với kết hợp xương đinh nội tủy.

**4.3.4. Phương pháp cố định ngoài**

Do vùng cẳng chân có những đặc điểm giải phẫu riêng biệt nên trong gãy thân xương cẳng chân có nhiều tác giả sử dụng đinh cố định ngoại vi để điều trị. Chỉ định: Trong các trường hợp gãy xương hở, tổn thương phần mềm nặng.

Sử dụng khung cố định ngoài có nhiều ưu điểm: Ít tàn phá và bảo vệ hệ thống phần mềm, mạch máu nuôi dưỡng tốt hơn. Trong một số trường hợp như gãy hở khuyết mảnh xương, chậm liền, can lệch, khung cố định ngoài thế hệ sau có thể hỗ trợ chỉnh trục, căng giãn nén ép ổ gãy (khung cố định Hybrid, Ilizarov, Orthofix..), giúp định hướng và tăng cường quá trình liền xương.

Một vài nhược điểm hay gặp: Khung cồng kềnh, vướng, ảnh hưởng đến sinh hoạt, dễ nhiễm trùng chân đinh....

**4.4. Nguyên tắc điều trị với gãy hở cẳng chân**

- Mọi gãy xương hở cần nhập viện để điều trị.

- Vết thương hở cần xử lý sớm, tốt nhất là trước 6 giờ sau chấn thương.

- Tiêm phòng uốn ván.

- Kháng sinh trước và sau mổ:

+ Thường sử dụng nhóm Cephalosporin với gãy hở độ IIIA trở xuống.

+ Đối với gãy hở độ IIIB có thể phối hợp thêm các nhóm khác như Aminoglycoside

- Nguyên tắc điều trị gãy hở: Cắt lọc sớm, cố định vững ổ gãy, che phủ phần mềm.

- Xử lý tổn thương phần mềm theo đúng nguyên tắc, chú ý đánh giá đúng và đầy đủ các tổn thương và dẫn lưu tốt. Đối với gãy xương hở nặng thường để hở da hoặc khâu rất thưa và đóng da hoặc vá da thì 2 sau 1 tuần. Việc này giúp giảm tỷ lệ nhiễm trùng. Một số chống chỉ định việc đóng kín da thì 1: Mất da, phần mềm hoặc hoại tử phần mềm nặng; các gãy hở nặng ở môi trường bẩn như: Đất, phân, các chấn thương ở trang trại, thủy lợi,... chậm trễ trong việc sử dụng kháng sinh dự phòng sau gãy xương 12 giờ.

- Cố định ổ gãy bằng khung cố định ngoài: Chỉ định với gãy hở có tổn thương phần mềm nặng (gãy hở từ độ II trở lên) hoặc đến muộn sau 6 giờ, cần đánh giá cụ thể thương tổn phần mềm trong mổ.

- Cố định ổ gãy bằng đinh nội tủy hoặc nẹp vít: Chỉ định trong trường hợp bệnh nhân đến sớm trước 6 giờ, thương tổn phần mềm nhẹ (gãy hở độ I, II), tại cơ sở y tế có đầy đủ trang thiết bị y tế cũng như kíp mổ đủ trình độ và kinh nghiệm.

- Cắt cụt chi: Đánh giá kỹ tình trạng xương, phần mềm, mức độ thiếu máu chi, tuổi, huyết động (Theo thang điểm MESS), quyết định khả năng bảo tồn chi. Với trường hợp đánh giá ≥7 điểm, khả năng bảo tồn chỉ là rất thấp. Trong nhiều trường hợp cần cắt cụt cấp cứu để cứu sống bệnh nhân.

**4.5. Điều trị sau phẫu thuật**

- Điều trị kháng sinh phối hợp dự phòng nhiễm khuẩn, thường phối hợp nhóm Cephalosporin phối hợp Aminoglycosid, trong trường hợp có kháng sinh đồ cần điều chỉnh thuốc theo kết quả kháng sinh đồ.

- Thuốc giảm đau, điều chỉnh các rối loạn sinh hóa, công thức máu...

- Tùy theo loại hình gãy xương và việc chọn lựa phương tiện kết hợp xương, một số tiêu chí như thời gian bất động bột, tập phục hồi chức năng, tỷ đề sớm hay muộn là khác nhau.

+ Với trường hợp gãy xương chảy được điều trị bảo tồn, thông thường được bột đùi cẳng bàn chân 4-6 trong tuần đầu, khi tình trạng phù nề đỡ hơn, chuyển sang bột ôm gối Sarmiento. Trong thời gian này, bệnh nhân bắt đầu tỳ đè tăng dần và tập vận động gối chủ động, giúp lấy lại biên độ, cơ lực các nhóm cơ. Sau khoảng 4-6 tuần, bệnh nhân được khuyến khích tiếp xúc và chịu lực toàn bộ.

+ Với trường hợp kết hợp xương bằng đinh nội tủy, phụ thuộc vào kiểu gãy và hình thái của đỉnh mà liệu trình điều trị có thể khác nhau nhưng nhìn chung bệnh nhân đều có thể tập biên độ và tỳ đè sớm. Với kiều gãy vững dọc theo trục, bệnh nhân có thể chịu tỷ đè ít nhất 50% trọng lực cơ thể ngay sau khi phẫu thuật, và chịu lực hoàn toàn khi thấy hình ảnh can xương trên các phim X quang kiểm tra. Với loại hình gãy phức tạp hoặc có các mảnh rời, mất vững theo trục dọc, việc tỳ đè trì hoãn lại sau ít nhất 6 tuần, và chịu toàn bộ lực ít nhất sau 3 tháng, phụ thuộc vào diễn biến liền xương trên phim X quang, việc này giúp tránh các biến chứng khác như gãy vít chốt, gãy mỗi đỉnh....

+ Với trường hợp kết hợp xương bằng nẹp vít, bệnh nhân cần được bất động sau mổ bằng bột hoặc nẹp cho tới khi vết thương lành hẳn. Bệnh nhân không được tỳ đè trong 6-8 tuần đầu nhưng có thể tập vận động sớm các khớp không chịu lực để hạn chế teo cơ, cứng khớp. Sau 6-8 tuần, khi quan sát thấy những cầu xương trên phim X quang, bệnh nhân có thể chịu lực nhẹ, tăng dần đến 50% trọng lượng cơ thể và khi quá trình liền xương hoàn thành, sau 4-6 tháng, có thể cho phép bệnh nhân chịu tỷ đề toàn bộ trọng lực cơ thể.

+ Với cố định ngoài, theo dõi hậu phẫu cần chú ý biến chứng nhiễm trùng chân định và chăm sóc vết thương phần mềm. Việc tập vật lý trị liệu sớm được khuyến cáo để lấy lại biên độ vận động của gối và cổ chân. Với các thế hệ khung cố định ngoài mới, hiện nay cho phép tỳ đè sớm hoặc thậm chí tháo rời để truyền tải thêm lực nén ép vào ổ gãy, tăng cường quá trình liền xương. Với những chấn thương phần mềm nặng, thường hỗ trợ bằng nẹp bột để tránh việc co rút phần mềm tiến triển do không tỳ đè trong một thời gian dài.

**5. BIẾN CHỨNG**

Gãy cẳng chân có thể gặp một vài các biến chứng ở giai đoạn sớm hoặc muộn. Dưới đây là một vài biến chứng thường gặp.

**5.1. Hội chứng chèn ép khoang**

Hội chứng chèn ép khoang là một biến chứng nặng do tăng áp lực đột ngột trong các khoang cơ - xương (máu tụ, phù nề) gây chèn ép thần kinh, mạch máu hậu quả dẫn tới thiếu máu tổ chức.

Hậu quả: Hội chứng chèn ép khoang dẫn tới rối loạn tuần hoàn vi mạch cũng như thay đổi tính thấm, rối loạn toan chuyển hóa, hậu quả xa là gây thiếu máu tổ chức cục bộ: thần kinh, cơ... dẫn tới hoại tử và nghiêm trọng hơn là cắt cụt chi.

Chẩn đoán hội chứng chèn ép khoang cần dựa vào theo dõi các triệu chứng lâm sàng (căng cứng, đau dữ dội dù bất động tốt, đau khi vận động thụ động, khi muộn hơn thì không bắt được mạch, lạnh, rối loạn cảm và giảm hoặc mất vận động); các triệu chứng cận lâm sàng: Đo áp lực khoang, xét nghiệm máu, siêu âm Doppler mạch,...

Điều trị hội chứng chèn ép khoang (có gây cẳng chân kèm theo): Mở cân cẳng chân, cố định ổ gãy xương vững kèm theo xử lý tổn thương phần mềm.

**5.2. Khớp giả (Không liền xương)**

Không liền xương (Nonunion) được định nghĩa là sự dừng lại vĩnh viễn của quá trình liền xương với một xương gãy. Ở gãy không liền xương thưởng có sự hình thành của mô xơ sợi hoặc sụn tạo thành cấu trúc tương đồng với khớp xơ sợi nên được gọi là “Khớp giả”. Chẩn đoán thường đặt ra khi không có dấu hiệu liền xương trên phim X quang, thông thường sau 6-8 tháng. Sau 3 tháng, chưa có các dấu hiệu liền xương trên X quang gọi là chậm liền. Trên lâm sàng: Chia ra loại khớp giả chặt và khớp giả lủng lẳng, khớp giả nhiễm trùng và không nhiễm trùng.

Các triệu chứng: Đau khi đi lại, thăm khám thấy ổ gãy không vững, dấu hiệu lục cục đầu xương của khớp giả cọ vào nhau.

Trên phim X quang: Có khoảng sáng giữa hai đầu xương.

Điều trị khớp giả cẳng chân có nhiều phương pháp như: Động hóa đỉnh, thay định lớn hơn, mổ mỡ làm sạch ghép xương tự thân,... Các phương pháp này tùy ca bệnh có thể sử dụng đơn thuần hoặc phối hợp với nhau để nâng cao hiệu quả quá trình liền xương.

**5.3. Can lệch**

Can lệch là sự liền xương không hoàn hảo, có thể biểu hiện di lệch chồng, xoay hoặc gấp góc. Can lệch có thể gây ngắn chi, lệch trục khiến trục lâm sàng của cẳng chân cũng như chỉ dưới thay đổi, việc tỳ đè và đi lại của bệnh nhân gặp khó khăn, hay gặp trong gãy 1/3 trên và 1/3 dưới cẳng chân. Can lệch thưởng chấp nhận được trong giới hạn: Di lệch vẹo trong hoặc ngoài < 50, di lệch gấp góc trước/sau < 10, di lệch xoay <10. Những trường hợp can lệch nặng hơn thường phải mổ lại: Phá can, sửa trục của cẳng chân.

**5.4. Viêm xương**

Đây là biến chứng phức tạp có thể gặp sau mổ cả gãy xương kín nhưng nhiều hơn sau gãy xương hở tổn thương phần mềm nặng, là một thách thức với phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình. Điều trị phức tạp và có thể có nhiều đợt viêm xương tái phát lặp đi lặp lại.

Chẩn đoán viêm xương cần phối hợp triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng: Hội chứng nhiễm trùng, tại chỗ viêm tấy, chảy mủ, thay đổi xét nghiệm máu: Bạch cầu, máu lắng, CRP tăng,.. cấy dịch vết mổ có vi khuẩn, X quang thấy tiêu xương, mảnh xương chết biệt lập, ...

Điều trị viêm xương là quá trình phức tạp và cần thực hiện tỉ mỉ, phối hợp giữa phẫu thuật và điều trị nội khoa. Với phẫu thuật cần loại bỏ tất cả tổ chức hoại tử, xương viêm, làm sạch kỹ lưỡng tổ chức phần mềm, có thể phối hợp với đặt các túi hạt kháng sinh tại chỗ. Việc giữ lại hay tháo bỏ phương tiện kết hợp xương cũng cần đánh giá kỹ: Nếu nhiễm trùng chỉ ở lớp nông, cân nhắc giữ lại, còn nếu viêm nhiễm ở lớp sâu, các dụng cụ lỏng lẻo, mất vững thì cần tháo bỏ toàn bộ. Một số trường hợp sau khi tháo phương tiện có thể đặt các dụng cụ sinh học bên trong: Xi măng kháng sinh hoặc thay bằng phương tiện cố định bên ngoài để tránh di lệch thứ phát trục của chi thể. Sau khi tình trạng tại chỗ, toàn thân, xét nghiệm ổn định, ít nhất 3-6 tháng sau mổ mới cân nhắc việc mổ lại để ghép xương.

-------------------------