SỞ Y TẾ TỈNH AN GIANG
TRUNG TÂM Y TẾ TỊNH BIÊN

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

Số: 289/QĐ-TTYT

Thới Sơn, ngày 06 tháng 11 năm 2026

QUYẾT ĐỊNH
Về việc ban hành "Bộ Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị" áp dụng tại Trung tâm Y tế Tịnh Biên năm 2026

GIÁM ĐỐC TRUNG TÂM Y TẾ TỊNH BIÊN

Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh số 15/2023/QH15 ngày 09 tháng 01 năm 2023;

Căn cứ Nghị định số 96/2023/NĐ-CP ngày 30 tháng 12 năm 2023 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ Thông tư số 32/2023/TT-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2023 của Bộ Y tế quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ Quyết định số 1956/QĐ-UBND ngày 14 tháng 11 năm 2025 của Ủy ban nhân dân tỉnh An Giang về việc Quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Trung tâm Y tế Tịnh Biên;

Căn cứ Kế hoạch số 525/KH-TTYT ngày 01 tháng 6 năm 2026 của Trung tâm Y tế Tịnh Biên về việc triển khai rà soát, cập nhật Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị, Quy trình kỹ thuật tại các khoa/phòng năm 2026;

Căn cứ Biên bản số 1392/BB-HĐKHKT của Hội đồng Khoa học kỹ thuật Trung tâm Y tế Tịnh Biên họp ngày 03 tháng 11 năm 2026 về việc thông qua dự thảo "Bộ Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tại Trung tâm Y tế Tịnh Biên".

Xét đề nghị của Trưởng phòng Kế hoạch - Nghiệp vụ - Điều dưỡng.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này "Bộ Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tại Trung tâm Y tế Tịnh Biên", bao gồm các quy trình chuyên môn chẩn đoán, điều trị áp dụng tại các khoa, phòng, bộ phận thuộc Trung tâm Y tế. *(Chi tiết theo Danh mục đính kèm).*

Điều 2. "Bộ Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tại Trung tâm Y tế Tịnh Biên" là tài liệu chuyên môn chính thức, làm căn cứ pháp lý và kỹ thuật cho bác sĩ, dược sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên và nhân viên y tế thuộc Trung tâm Y tế Tịnh Biên thực hiện công tác khám bệnh, chữa bệnh, kê đơn thuốc và chỉ định can thiệp y khoa.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực thi hành kể từ ngày ký và thay thế các quy định, phác đồ điều trị đã ban hành trước đây trái với Quyết định này.

Điều 4. Các ông (bà) Trưởng phòng Kế hoạch - Nghiệp vụ - Điều dưỡng, Trưởng phòng Tài chính - Kế toán, Trưởng các khoa/phòng và toàn thể viên chức, người lao động thuộc Trung tâm Y tế Tịnh Biên chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

***Nơi nhận*:**
- Như Điều 4;
- BGĐ TTYT;
- Lưu: VT, KHNVĐD.

GIÁM ĐỐC

SỞ Y TẾ TỈNH AN GIANG
TRUNG TÂM Y TẾ TỊNH BIÊN

Nguyễn Tấn Huy

SỞ Y TẾ TỈNH AN GIANG
TRUNG TÂM Y TẾ TỊNH BIÊN
---o0o---

BỘ HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

(Ban hành kèm theo Quyết định số 289/QĐ-TTYT ngày 06 tháng 11 năm 2026 của Trung tâm Y tế Tịnh Biên)

Tháng 11 năm 2026

CHỦ BIÊN

BS.CKII. Nguyễn Tấn Huy

HỘI ĐỒNG KHOA HỌC KỸ THUẬT

1	Nguyễn Tấn Huy	Giám đốc TTYT	Chủ tịch Hội đồng
2	Võ Văn Đưng	Phó Giám đốc TTYT	Phó Chủ tịch Hội đồng
3	Lê Thanh Hiệp	Phó Giám đốc TTYT	Phó Chủ tịch Hội đồng
4	Huỳnh Văn Su	Trưởng Phòng Kế hoạch - Nghiệp vụ - Điều dưỡng	Thư ký Hội đồng
5	Nguyễn Thị Thúy Nga	Trưởng Phòng Tài chính - Kế toán	Ủy viên
6	Nguyễn Công Huẩn	Trưởng Khoa Nội	Ủy viên
7	Lữ Hoàng Việt Quốc	Trưởng Khoa Xét nghiệm - KSNK	Ủy viên
8	Lê Văn Minh	Trưởng Khoa Khám bệnh	Ủy viên
9	Nguyễn Trường Sơn	Trưởng Khoa Dược - Vật tư, TBYT	Ủy viên
10	Trịnh Thị Thanh Vân	Trưởng Khoa CSSKSS & Phụ sản	Ủy viên
11	Phan Thị Mỹ Phương	Trưởng Khoa CC - HSTC & CĐ	Ủy viên

THAM GIA BAN BIÊN SOẠN

1	BSCKI. Lê Thanh Hiệp	Phó Giám đốc TTYT	Trưởng ban
2	BSCKI. Huỳnh Văn Su	Tp. Kế hoạch - Nghiệp vụ - Điều dưỡng	Phó Trưởng ban
3	KS. Nguyễn Trường Giang	Nv. Phòng Kế hoạch - Nghiệp vụ - Điều dưỡng	Thư ký
3	BSCKI. Nguyễn Công Huẩn	TK. Nội	Thành viên
4	BSCKI. Lê Văn Minh	Trưởng Khoa Khám bệnh	Thành viên
5	DSCKI. Nguyễn Trường Sơn	PTK. Dược - Vật tư, Thiết bị y tế	Thành viên
6	BSCKI. Phan Thị Mỹ Phương	TK. Cấp cứu - HSTC & Chống độc	Thành viên

LỜI MỞ ĐẦU

Công tác nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh và đảm bảo an toàn người bệnh luôn là mục tiêu cốt lõi, xuyên suốt trong mọi hoạt động của ngành y tế nói chung và của Trung tâm Y tế Tịnh Biên nói riêng. Trong bối cảnh nền y học hiện đại ngày càng phát triển, việc chuẩn hóa các quy trình chuyên môn không chỉ là đòi hỏi khách quan nhằm tối ưu hóa hiệu quả điều trị, mà còn là hành lang pháp lý vững chắc bảo vệ quyền lợi của người bệnh cũng như đội ngũ thầy thuốc, viên chức và người lao động tại cơ sở.

Năm 2026 đánh dấu bước chuyển mình quan trọng của hệ thống y tế tuyến cơ sở khi Luật Khám bệnh, chữa bệnh số 15/2023/QH15 cùng các văn bản hướng dẫn thi hành như Nghị định số 96/2023/NĐ-CP và Thông tư số 32/2023/TT-BYT chính thức đi vào chiều sâu vận hành thực tiễn. Nhằm cụ thể hóa các quy định của pháp luật và bám sát chỉ đạo chuyên môn của Sở Y tế tỉnh An Giang, Hội đồng Khoa học kỹ thuật cùng Ban biên soạn thuộc Trung tâm Y tế Tịnh Biên đã dành nhiều tâm huyết rà soát, cập nhật và hoàn thiện "Bộ Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tại Trung tâm Y tế Tịnh Biên năm 2026".

Tài liệu này được xây dựng dựa trên sự kế thừa các phác đồ uy tín trước đây, cập nhật liên tục theo các hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuẩn hóa của Bộ Y tế Việt Nam và các phác đồ điều trị, khuyến cáo từ các tổ chức y khoa quốc tế lớn (như WHO, AHA, GINA, GOLD, ESC...). Điểm cốt lõi của Bộ Hướng dẫn năm nay là tính thực tiễn cao, được điều chỉnh tinh gọn và đồng bộ hóa trực tiếp với danh mục thuốc trúng thầu, năng lực trang thiết bị và cơ sở hạ tầng hiện có tại các khoa, phòng, bộ phận của Trung tâm.

Nội dung Bộ Hướng dẫn bao quát toàn diện các lĩnh vực chuyên khoa từ lâm sàng đến cận lâm sàng, được chia làm 8 phần logic bao gồm:

Phần I: Hồi sức cấp cứu và Chống độc

Phần II: Nội khoa

Phần III: Nhi khoa

Phần IV: Truyền nhiễm và Lao

Phần V: Ngoại khoa - Gây mêm hồi sức

Phần VI: Sản phụ khoa và Sơ sinh

Phần VII: Phục hồi chức năng - Y học cổ truyền

Phần VIII: Khoa Khám bệnh (Nội trú và Ngoại trú)

Đồng thời, bám sát tinh thần của Thông tư số 06/2026/TT-BYT về việc mã hóa bệnh tật, Ban biên soạn đã thực hiện rà soát nghiêm ngặt hệ thống mã ICD-10 nhằm đảm bảo tính đồng bộ hoàn toàn giữa hồ sơ bệnh án điện tử và hệ thống công nghệ thông tin quản lý bệnh viện (HIS).

Giám đốc Trung tâm Y tế Tịnh Biên yêu cầu toàn thể các bác sĩ, dược sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên và nhân viên y tế tại đơn vị nghiêm túc nghiên cứu, áp

dụng “Bộ Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị năm 2026” làm căn cứ pháp lý và kỹ thuật chính thức trong công tác kê đơn, chỉ định can thiệp y khoa và chăm sóc người bệnh. Trong quá trình thực hiện, tùy thuộc vào diễn biến lâm sàng cá thể hóa và các trường hợp bất khả kháng, đội ngũ y tế cần linh hoạt phối hợp hội chẩn để đưa ra quyết định xử trí tối ưu nhất, đồng thời chủ động ghi nhận các vướng mắc, bất cập phản hồi về phòng Kế hoạch - Nghiệp vụ - Điều dưỡng để Hội đồng Khoa học tiếp tục hiệu chỉnh, cập nhật định kỳ.

Xin trân trọng cảm ơn Sở Y tế tỉnh An Giang, Ban Giám đốc Trung tâm, Hội đồng Khoa học kỹ thuật cùng tập thể các y bác sĩ trong Ban biên soạn đã nỗ lực làm việc để xuất bản một tài liệu chuyên môn có giá trị, góp phần đắc lực vào sứ mệnh bảo vệ và chăm sóc sức khỏe cho nhân dân vùng biên giới Tịnh Biên.

BAN GIÁM ĐỐC TRUNG TÂM Y TẾ TỊNH BIÊN

MỤC LỤC

PHẦN I. HỒI SỨC CẤP CỨU VÀ CHỐNG ĐỘC 18
1. CẤP CỨU NGƯNG TUẦN HOÀN HÔ HẤP 18
2. SỐC PHẢN VỆ 22
3. SUY HÔ HẤP CẤP 25
4. NHIỄM KHUẨN HUYẾT & SỐC NHIỄM KHUẨN 28
5. PHÙ PHỔI CẤP DO TIM 32
6. TĂNG HUYẾT ÁP CẤP CỨU 35
7. SUY TIM CẤP 38
8. NHIỄM TOAN CETON DO ĐÁI THÁO ĐƯỜNG 41
9. ĐỘT QUỴ NÃO 45
10. HỘI CHỨNG ĐỘNG MẠCH VÀNH CẤP 48
11. CƠN HEN PHẾ QUẢN NẶNG 51
12. ĐỢT CẤP COPD 54
13. SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE 57
14. XỬ TRÍ HO RA MÁU 61
15. NGỘ ĐỘC THUỐC CHUỘT PHOSPHO HỮU CƠ 64
16. ONG ĐỐT 67
PHẦN II. NỘI KHOA 70
1. TĂNG HUYẾT ÁP 70
2. SUY TIM 73
3. RUNG NHĨ 76
4. HỘI CHỨNG VÀNH CẤP (HCVC) - NMCT CẤP ST CHÊNH 79
5. ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 82
6. ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 1 85
7. NHIỄM TOAN CETON - HẠ ĐƯỜNG HUYẾT 88
8. CƠN HEN PHẾ QUẢN NẶNG 91
9. VIÊM DẠ DÀY - BỆNH LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG 94
10. XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA 97
11. XƠ GAN MẤT BÙ 100
12. NHIỄM TRÙNG ĐƯỜNG TIẾT NIỆU (NTĐTN) 103
13. SUY THẬN MẠN 106
14. GOUT 109
15. VIÊM PHỔI MẮC PHẢI Ở CỘNG ĐỒNG 112

16. ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH (COPD) 115
17. TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY - THỰC QUẢN (GERD) 118
18. VIÊM TỤY CẤP 121
19. HẠ KALI MÁU 124
20. HẠ NATRI MÁU 127
PHẦN III. NHI KHOA 130
1. VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG TRẺ EM 130
2. TIÊU CHẢY CẤP TRẺ EM 133
3. SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE TRẺ EM 136
4. BỆNH TAY CHÂN MIỆNG 139
5. SỞI 142
6. SUY HÔ HẤP CẤP TRẺ SƠ SINH 145
7. VÀNG DA SƠ SINH 148
8. CO GIẬT SƠ SINH VÀ TRẺ EM 151
9. NHIỄM TRÙNG TIẾT NIỆU TRẺ EM 154
10. HEN PHẾ QUẢN TRẺ EM 157
11. THIẾU MÁU THIẾU SẮT 160
12. NHIỄM TRÙNG RỐN SƠ SINH 163
13. VIÊM CẦU THẬN CẤP & HỘI CHỨNG THẬN HƯ 165
14. VIÊM MÀNG NÃO MỦ 168
15. ĐỘNG KINH Ở TRẺ EM 171
16. THƯƠNG HÀN 174
17. BỆNH THỦY ĐẬU 177
18. BỆNH QUAI BỊ 180
19. VIÊM THANH KHÍ QUẢN CẤP 182
20. HẠ ĐƯỜNG HUYẾT SƠ SINH 184
21. RỐI LOẠN CALCI - MAGIE MÁU 186
22. LỴ TRỰC TRÙNG 188
23. ÁP XE GAN 190
24. XUẤT HUYẾT NÃO - MÀNG NÃO MUỘN 192
PHẦN IV. TRUYỀN NHIỄM VÀ LAO 194
1. BỆNH THƯƠNG HÀN 194
2. BỆNH UỐN VÁN 197
3. VIÊM MÀNG NÃO MỦ 200

4. NHIỄM TRÙNG HUYẾT & SỐC NHIỄM TRÙNG 203
5. SỐT KHÔNG RÕ NGUYÊN NHÂN 206
6. TIÊU CHẢY NHIỄM TRÙNG 208
7. BỆNH THỦY ĐẬU 211
8. BỆNH ZONA 214
9. BỆNH QUAI BỊ 216
10. CÚM MÙA 218
11. NHIỄM TRÙNG DA VÀ MÔ MỀM 221
12. VIÊM GAN SIÊU VI CẤP 224
13. NHIỄM TRÙNG Ở BỆNH NHÂN AIDS 227
14. ÁP XE GAN DO AMIP / VI TRÙNG 230
15. TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI 233
16. TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI 236
17. COVID-19 239
18. BỆNH DO VI RÚT EBOLA 242
19. SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE NGƯỜI LỚN 244
PHẦN B: LAO 247
1. LAO HÔ HẤP CÓ XÁC NHẬN VỀ VI KHUẨN HỌC 247
2. LAO HÔ HẤP KHÔNG XÁC NHẬN VI KHUẨN 249
3. LAO KÊ 251
4. DI CHỨNG DO LAO / LAO CŨ 253
5. LAO CỘT SỐNG 255
6. LAO BÀNG QUANG 257
7. LAO THỰC QUẢN 259
8. LAO RUỘT - PHÚC MẠC - TUYẾN MẠC TREO 261
9. LAO TIỀM ẨN 263
PHẦN V. NGOẠI KHOA - GÂY MÊ HỒI SỨC 265
1. CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN 265
2. VẾT THƯƠNG THẤU BỤNG 268
3. TẮC RUỘT 270
4. VIÊM RUỘT THỪA 272
5. THOÁT VỊ BẸN - ĐÙI 274
6. VIÊM TÚI MẬT - VIÊM ĐƯỜNG MẬT CẤP 276
7. TRĨ 278

8. RÒ HẬU MÔN 280
9. HẸP BAO QUY ĐẦU 282
10. CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO 284
11. SỐC CHẤN THƯƠNG 287
12. GÃY XƯƠNG VÙNG VAI 290
13. GÃY KÍN THÂN XƯƠNG CÁNH TAY 293
14. GÃY KÍN THÂN 2 XƯƠNG CẲNG TAY 296
15. GÃY KHUNG CHẬU & Ổ CỐI 299
16. CHẤN THƯƠNG NIỆU ĐẠO 302
17. VỠ VẬT HANG 305
18. GÃY XƯƠNG ĐÙI 307
19. VẾT THƯƠNG BÀN TAY 309
20. BỎNG NHIỆT 311
21. GÃY TỦY SỐNG 314
22. SỎI TIẾT NIỆU - TĂNG SINH TUYẾN TIỀN LIỆT 316
23. U PHẦN MỀM 318
24. HỘI CHỨNG ỐNG CỔ TAY / NGÓN TAY LÒ XO / HC DE QUERVAIN 320
25. TRÀN DỊCH MÀNG TINH HOÀN 322
26. GIẢN TĨNH MẠCH THỪNG TINH 324
PHẦN VI. SẢN PHỤ KHOA 326
PHẦN A: SẢN KHOA 326
1. XỬ TRÍ PHÙ PHỔI CẤP TRONG CHUYỂN DẠ 326
2. RỐI LOẠN TĂNG HUYẾT ÁP TRONG THAI KỲ 329
3. RAU BONG NON 332
4. NHAU TIỀN ĐẠO 334
5. NHAU CÀI RĂNG LƯỢC 336
6. VỠ TỬ CUNG 338
7. BĂNG HUYẾT SAU SANH 340
8. DỌA SANH NON VÀ SANH NON 343
9. VỠ ỐI NON 345
10. CHẨN ĐOÁN VÀ THEO DÕI CHUYỂN DẠ ĐẺ THƯỜNG 347
11. THAI CHẾT TRONG TỬ CUNG 349
12. THAI SUY TRONG CHUYỂN DẠ 351

13. THAI QUÁ NGÀY 353
14. QUẢN LÝ THAI CÓ VẾT MỔ CŨ 355
15. SA DÂY RỐN 357
16. SINH ĐÔI 359
17. CHUYỂN DẠ ĐÌNH TRỆ 361
18. NGÔI BẤT THƯỜNG 363
19. NHIỄM TRÙNG HẬU SẢN 365
20. BÍ TIỂU SAU SANH 367
21. DỌA SẨY THAI 369
22. SẨY THAI 371
23. NHIỄM KHUẨN ÂM ĐẠO / VIÊM PHỤ KHOA 373
24. THAI NGOÀI TỬ CUNG 375
25. U XƠ TỬ CUNG 377
26. U NANG BUỒNG TRỨNG 379
27. RONG KINH - RONG HUYẾT 381
28. NANG TUYẾN BARTHOLIN 383
29. VIÊM ÂM ĐẠO DO NẤM 385
30. VIÊM ÂM ĐẠO DO TRICHOMONAS 387
31. VIÊM ÂM ĐẠO DO THIẾU NỘI TIẾT 389
32. VIÊM CỔ TỬ CUNG 391
33. VIÊM SINH DỤC DO HERPES 393
34. SÙI MÀO GÀ SINH DỤC 395
35. VIÊM PHẦN PHỤ CẤP 397
36. CHẤN THƯƠNG ĐƯỜNG SINH DỤC 399
37. SÓT NHAU / SÓT THAI 401
PHẦN B: SƠ SINH 403
1. SUY HÔ HẤP CẤP TRẺ SƠ SINH 403
2. VÀNG DA SƠ SINH 406
3. NHIỄM TRÙNG RỐN SƠ SINH 408
4. HẠ ĐƯỜNG HUYẾT SƠ SINH 410
PHẦN VII. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG - Y HỌC CỔ TRUYỀN 413
PHẦN A: PHỤC HỒI CHỨC NĂNG - VẬT LÝ TRỊ LIỆU 413
1. PHCN VIÊM QUANH KHỚP VAI 413
2. PHCN HỘI CHỨNG CỔ VAI TAY 416

3. PHCN THOÁI HÓA CỘT SỐNG CỔ 418
4. PHCN THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG CỔ..... 420
5. PHCN ĐAU THẮT LƯNG 422
6. PHCN ĐAU THẦN KINH TỌA 424
7. PHCN SUY GIÃN TĨNH MẠCH CHI DƯỚI 426
8. PHCN LIỆT NỬA NGƯỜI DO TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO 428
9. PHCN CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO..... 431
10. PHCN HỘI CHỨNG ĐƯỜNG HẦM CỔ TAY 433
11. PHCN ĐAU DÂY THẦN KINH V..... 435
12. PHCN THOÁI HÓA KHỚP 437
14. TẬP VẬN ĐỘNG THỤ ĐỘNG 439
17. ĐÔNG Y - TĂNG HUYẾT ÁP 441
18. ĐÔNG Y - DI CHỨNG TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO 443
19. ĐÔNG Y - LIỆT DÂY TK VII NGOẠI BIÊN 445
20. ĐÔNG Y - VIÊM LOÉT DẠ DÀY - TÁ TRÀNG 447
21. ĐÔNG Y - U XƠ TỬ CUNG 450
22. ĐÔNG Y - PHÌ ĐẠI LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT 452
23. ĐÔNG Y - TÁO BÓN 455
24. ĐÔNG Y - THOÁI HÓA KHỚP..... 457
25. ĐÔNG Y - ĐAU THẦN KINH TỌA..... 460
26. ĐÔNG Y - ĐÁI THÁO ĐƯỜNG..... 462
27. ĐÔNG Y - ĐAU KHỚP 464
28. ĐÔNG Y - ĐAU LƯNG..... 466
29. ĐÔNG Y - VIÊM MŨI - VIÊM XOANG..... 468
30. ĐÔNG Y - THIẾU MÁU CƠ TIM..... 471
31. ĐÔNG Y - SỎI TIẾT NIỆU 473
32. ĐÔNG Y - VIÊM GAN MẠN..... 475
33. ĐÔNG Y - RỐI LOẠN TIỀN ĐÌNH..... 477
34. ĐÔNG Y - ĐAU BUNG KINH..... 479
35. ĐÔNG Y - HO 481
36. ĐÔNG Y - VIÊM ĐẠI TRÀNG MẠN 483
37. ĐÔNG Y - RỐI LOẠN LIPID MÁU 485
38. ĐÔNG Y - SUY NHƯỢC CƠ THỂ 487
39. ĐÔNG Y - GAN NHIỄM MỠ..... 489

40. ĐÔNG Y - SỎI MẬT 491
41. ĐÔNG Y - LIỆT DƯƠNG 494
42. ĐÔNG Y - SUY DINH DƯỠNG Ở TRẺ EM 496
43. ĐÔNG Y - MỀ ĐAY 498
44. ĐÔNG Y - MẤT NGỦ 500
45. ĐÔNG Y - VIÊM KẾT MẠC MẮT 502
PHẦN VIII. KHOA KHÁM BỆNH (NGOẠI TRÚ) 505
1. HỘI CHỨNG CỔ VAI CÁNH TAY 505
2. VIÊM QUANH KHỚP VAI 507
4. HỘI CHỨNG ĐAU THẮT LƯNG 511
5. ĐAU THẦN KINH TỌA 513
6. VIÊM ĐIỂM BÁM GÂN - PHẦN MỀM QUANH KHỚP 515
7. BỆNH LOÃNG XƯƠNG 517
8. GOUT 519
9. THOÁI HÓA CỘT SỐNG THẮT LƯNG 521
10. VIÊM BÀNG QUANG CẤP 523
11. VIÊM NIỆU ĐẠO CẤP KHÔNG DO LẬU 525
12. VIÊM MŨI DỊ ỨNG 527
13. MÀY ĐAY 529
14. VIÊM DA DỊ ỨNG (ECZEMA / ATOPIC DERMATITIS) 531
15. ĐÁI THÁO ĐƯỜNG 533
16. TĂNG HUYẾT ÁP (ICD-10: I10) 536
17. SUY TIM 539
18. BỆNH TIM THIẾU MÁU CỤC BỘ / ĐAU THẮT NGỰC ỔN ĐỊNH (ICD-10: I25.9) 542
19. HẠ CANXI MÁU 545
20. NHIỄM TRÙNG TIỂU TRẺ EM 548
21. VIÊM THANH KHÍ QUẢN CẤP 550
22. HỘI CHỨNG THẬN HƯ 552
23. LỴ TRỰC TRÙNG 554
24. HEN PHẾ QUẢN 556
25. BỆNH TAY CHÂN MIỆNG 558
26. VIÊM PHỔI 560
27. TIÊU CHẢY CẤP 562

28. HO KÉO DÀI 564
29. VIÊM PHẾ QUẢN CẤP 566
30. VIÊM PHỔI MẮC PHẢI Ở CỘNG ĐỒNG 568
31. GIÃN PHẾ QUẢN 571
32. BPTNMT GIAI ĐOẠN ỔN ĐỊNH 574
33. VIÊM DẠ DÀY 577
34. VIÊM TAI GIỮA MẠN TÍNH 580
35. VIÊM MŨI XOANG TRẺ EM 583
36. VIÊM AMIDAN CẤP & MẠN 586
37. VIÊM MŨI XOANG CẤP 589
38. VIÊM KẾT MẠC CẤP 592
39. VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO NẤM 595
40. VIÊM TÚI LỆ 598
41. SÂU RĂNG 601
42. VIÊM TỦY RĂNG SỮA 604
43. VIÊM NHA CHU TIẾN TRIỂN CHẬM 607
44. NHIỄM TRÙNG HÔ HẤP TRÊN CẤP (J06.9) 610
45. VIÊM PHẾ QUẢN CẤP Ở NGƯỜI LỚN (J20) 613
46. VIÊM AMIDAN (J03) 616
47. VIÊM HỌNG CẤP TÍNH (J02) 618
48. VIÊM MŨI XOANG CẤP - MẠN (J01) 620
49. VIÊM TAI GIỮA CẤP (H65) 623
50. VIÊM TAI GIỮA MẠN TÍNH MỦ NHẦY (H66.1) 625
51. TAI GIỮA MỦ MẠN TÍNH (H66.2) 627
52. ĐAU THẮT NGỰC ỔN ĐỊNH (I20.8) 629
53. TĂNG HUYẾT ÁP (I10) 632
54. ĐÁI THÁO ĐƯỜNG (E11) 635
55. VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG (J18) 638
56. BPTNMT ỔN ĐỊNH (J44) 641
57. SUY GIÃN TĨNH MẠCH CHI DƯỚI (I83) 643
58. NHIỄM H.PYLORI (K29) 645
59. VIÊM DẠ DÀY CẤP/MẠN (K29) 647
60. TIÊU CHẢY NHIỄM TRÙNG (A09) 649
61. TÁO BÓN (K59.0) 652

62. VIÊM GAN MẠN (K73) 654
63. GAN NHIỄM MỠ (K76.0) 656
64. THOÁI HÓA CỘT SỐNG THẮT LƯNG (M47) 658
65. ĐAU THẦN KINH TỌA (M54.4) 660
66. ĐAU THẮT LƯNG (M54.5) 662
67. THOÁI HÓA KHỚP GỐI (M17) 664
68. VIÊM KHỚP DẠNG THẤP (M06) 666
69. GOUT (M10) 670
70. ĐAU SAU ZONA (B02.2, G53.0) 672
71. HỘI CHỨNG CỔ-VAI-CÁNH TAY (M54.2) 674
72. CHÓNG MẶT - RỐI LOẠN TIỀN ĐÌNH (H81) 676
73. ĐAU ĐẦU (R51) 678
74. MẤT NGỦ (G47) 679
75. VIÊM MŨI DỊ ỨNG (J30.4) 682
76. MÀY ĐAY (L50) 684
77. VIÊM MÔ TẾ BÀO/VIÊM DA DỊ ỨNG (L03, L23) 686
79. LOÉT GIÁC MẠC DO VI TRÙNG (H16.0) 688
80. VIÊM GIÁC MẠC DO HERPES (B00.5) 690
81. BỎNG MẮT (T26) 692
82. BỆNH LÝ VÕNG MẠC ĐTĐ (H36.0) 694
83. MỘNG THỊT (H11) 697
84. CHẮP - LẸO (H00) 699
85. VIÊM TÚI LỆ (H04.3) 701
86. KHÔ MẮT (H19.3) 703
87. ÁP XE QUANH CHÓP CÓ LỖ DÒ (K04.7) 705
88. VIÊM QUANH CHÓP MẠN (K04.5) 707
89. SÂU RĂNG (K02) 709
90. VIÊM NHA CHU (K05.3) 711
91. NHIỄM TRÙNG ĐƯỜNG TIẾT NIỆU (N39.0) 713
92. VIÊM NIỆU ĐẠO CẤP (N34.1) 715
93. TĂNG SINH TUYẾN TIỀN LIỆT LÀNH TÍNH (N40) 717
94. SỎI THẬN - TIẾT NIỆU (N20) 719
95. THOÁT VỊ BẸN (K40) 721
96. CHẤN THƯƠNG KHỚP (S83) 723

97. GÃY XƯƠNG CẲNG CHÂN (S82) 725
98. GÃY XƯƠNG CÁNH TAY (S42) 727
99. CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH - KHÁM THAI (Z34) 729
100. TĂNG HUYẾT ÁP TRONG THAI KỲ (O13-O15) 731
101. DỌA SẨY THAI - DỌA SANH NON (O20, O47) 734
102. ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TRONG THAI KỲ (O24) 737
103. NHIỄM KHUẨN ÂM ĐẠO (N76) 739
104. BỆNH HIV/AIDS (B20-B24) 741
105. BỆNH LAO (A15-A16) 743
106. ÁP XE DA, NHỌT VÀ/ HOẶC (L02) 745
107. BỆNH TRĨ (K64) 747
108. SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE (A97) 749
TÀI LIỆU THAM KHẢO CHUẨN CỦA CÁC CHUYÊN KHOA 752
PHỤ LỤC. RÀ SOÁT MÃ ICD-10 (3 KÝ TỰ) THEO THÔNG TƯ 06.... 755

PHẦN I. HỒI SỨC CẤP CỨU VÀ CHỐNG ĐỘC

1. CẤP CỨU NGƯNG TUẦN HOÀN HÔ HẤP

(ICD-10: I46.0, I46.9)

(QĐ 219/QĐ-BYT ngày 25/01/2019, AHA ACLS 2020)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Ngừng tuần hoàn: mất đột ngột chức năng co bóp cơ tim, ngừng cung cấp máu cho các cơ quan. Tỷ lệ sống sót giảm 7-10% mỗi phút không được CPR.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Mất ý thức đột ngột, gọi hỏi không đáp ứng

- Ngừng thở hoặc thở ngáp (gasping)

- Mất mạch cảnh (sờ trong 5-10 giây, tối đa 10 giây)

2. Cận lâm sàng

- Đường huyết mao mạch (thực hiện ngay để loại trừ nguyên nhân hạ đường huyết).

- Khí máu động mạch, lactat, điện giải đồ, troponin sau khi có tuần hoàn trở lại (ROSC).

- ECG liên tục trên monitor (bắt buộc, xác định nhịp gây ngừng tim).

- X-quang ngực tại giường sau ROSC (kiểm tra vị trí NKQ, biến chứng CPR)

3. Chẩn đoán phân biệt

- Ngừng tim do rung thất/nhịp nhanh thất vô mạch

- Ngừng tim do vô tâm thu/hoạt động điện vô mạch (PEA) - tìm nguyên nhân 5H-5T

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Hồi sức tích cực theo trình tự ABCDE, ưu tiên tuyệt đối các can thiệp cứu sống; không trì hoãn xử trí vì chờ xét nghiệm hoặc chẩn đoán hình ảnh.

2. Xử trí cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

A. CPR CƠ BẢN (BLS) - LÀM NGAY, KHÔNG TRÌ HOÃN

*Ép tim ngoài lồng ngực:

+ Tần số: 100-120 lần/phút.

+ Độ sâu: 5-6 cm (người lớn).

+ Để ngực nảy lên hoàn toàn sau mỗi lần ép.

+ Tỷ lệ ép: thở = 30:2 (khi chưa đặt NKQ).

+ Sau đặt NKQ: ép liên tục 100-120 lần/phút, thở 10 lần/phút (không ngừng ép tim để bóp bóng).

*Luân phiên người ép mỗi 2 phút (hoặc khi mệt)

B. KIỂM SOÁT ĐƯỜNG THỞ

+ Nghiêng đầu nâng cằm (nếu không nghi ngờ chấn thương cột sống cổ).

+ Đặt ống thông khí miệng hầu (Guedel) nếu cần.

+ Bóp bóng qua mặt nạ (Ambu bag) với oxy 10-15 lít/phút.

+ Đặt ống nội khí quản (NKQ) sớm nếu có nhân viên có kỹ năng chuyên môn.

C. MÁY SỐC ĐIỆN (Máy sốc tim Rescue) Gắn monitor, phân tích nhịp lập tức khi máy sẵn sàng.

D. XỬ TRÍ THEO LOẠI NHỊP:

D.1. Nhịp sốc được (VF/pVT)

1. Sốc điện 1 lần: 120-200J (máy lưỡng pha) → NGAY ép tim 2 phút (không kiểm tra mạch/nhịp giữa 2 chu kỳ) 2.

2. Sau 2 phút CPR → kiểm tra nhịp:

+ Nếu còn VF/pVT: Sốc lần 2 (tăng năng lượng nếu cần).

+ Sau 2 phút CPR nữa → kiểm tra: còn VF/pVT → Sốc lần 3 kết hợp dung thuốc.

3. Thuốc:

+ Adrenalin (Hadunalin 1mg/ml): 1mg tiêm tĩnh mạch (TM) mỗi 3-5 phút (bắt đầu từ sau lần sốc thứ 2).

+ Amiodaron (Aharon 150mg/3ml): liều nạp 300mg TM (tiêm chậm) → 150mg TM nếu VF/pVT tái phát (hoặc Lidocain 40mg/2ml: 1-1,5mg/kg TM nếu không có Amiodaron)

4. Tiếp tục chu kỳ: Sốc → 2 phút CPR → Kiểm tra → lặp lại

D.2. Nhịp không sốc được (PEA/Asystole)

1. Không sốc điện.

2. Adrenalin (Hadunalin 1mg/ml): 1mg TM mỗi 3-5 phút.

3. Tiến hành CPR liên tục trong 2 phút → kiểm tra nhịp → lặp lại chu kỳ.

4. Tìm và xử trí nguyên nhân đảo ngược (5H-5T):

+ *5H:* Hypovolemia (Giảm thể tích), Hypoxia (Hạ oxy máu), Hydrogen ion (Toan chuyển hóa), Hypo/Hyperkalemia (Rối loạn kali máu), Hypothermia (Hạ thân nhiệt).

+ *5T:* Tension pneumothorax (Tràn khí màng phổi áp lực), Tamponade cardiac (Chèn ép tim cấp), Toxins (Ngộ độc thuốc/chất độc), Thrombosis - pulmonary (Thuyên tắc phổi huyết khối), Thrombosis - coronary (Nhồi máu cơ tim cấp).

5. Đặc biệt với Asystole: Cần kiểm tra kỹ trên ít nhất 2 chuyển đạo ECG để xác định chính xác không phải là rung thất sóng nhỏ (fine VF).

E. THUỐC KHÁC CÓ THỂ DÙNG:

+ Atropin (Uni-Atropin): không còn khuyến cáo cho ngừng tim thường quy (dùng nếu nhịp chậm có mạch).

+ Natri Bicarbonat 8,4%: chỉ định khi: Toan chuyển hóa nặng (pH < 7,1), tăng Kali máu, ngộ độc thuốc chống trầm cảm 3 vòng.

+ Calci gluconat (Growpone 10%): chỉ định trong tăng Kali máu, hạ calci máu.

+ Magnesi sulfat (Magnesi sulfat Kabi 15%): xoắn đỉnh (Torsades)

F. XỬ TRÍ SAU HỒI SỨC TIM PHỔI THÀNH CÔNG (ROSC)

1. Bảo vệ đường thở, thở máy duy trì

2. Duy trì huyết động ổn định: Noradrenalin (Noradrenaline Kalceks) hoặc Dopamin

3. ECG 12 chuyển đạo và chụp X-quang ngực.

4. Xét nghiệm : KMĐK, CTM, điện giải, đường huyết, men tim (nếu có), đông máu.

5. Kiểm soát thân nhiệt: Duy trì nhiệt độ cơ thể ổn định, tránh tăng thân nhiệt trên $37,5°C$.

6. Chuyển ICU nếu có (hoặc chuyển tuyến).

IV. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ HỖ TRỢ

- Theo dõi liên tục dấu hiệu sinh tồn trên monitor, hỗ trợ hô hấp-tuần hoàn, dinh dưỡng và chăm sóc điều dưỡng tích cực trong giai đoạn ổn định.

- Cận lâm sàng theo dõi :

+ ECG/monitor nhịp tim liên tục, khí máu động mạch và lactat mỗi 1-2 giờ sau ROSC đến khi ổn định

+ Điện giải đồ, đường huyết, troponin, chức năng thận mỗi 6-12 giờ trong 24 giờ đầu sau ROSC

+ SpO2, huyết áp động mạch xâm lấn (nếu có) liên tục trong giai đoạn kiểm soát thân nhiệt mục tiêu

V. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Tất cả các trường hợp ngừng tuần hoàn (dù đã tái lập tuần hoàn hay đang tiếp tục hồi sức) đều bắt buộc phải nhập khoa Cấp cứu và Hồi sức tích cực (ICU).

- Tuân thủ các tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu theo các văn bản quy định hiện hành của Bộ Y tế (Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế).

VI. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Huyết động và hô hấp hoàn toàn ổn định không cần thuốc vận mạch hay hỗ trợ hô hấp xâm lấn.

- Đã xử trí và kiểm soát tốt nguyên nhân gây ngừng tim, không còn nguy cơ tái phát cấp tính.

- Cận lâm sàng xác nhận: ECG, siêu âm tim, và đánh giá chức năng thần kinh (thang điểm CPC) ổn định.

- Không còn rối loạn nhịp tim đe dọa tính mạng trên monitor liên tục tối thiểu trong vòng 24 - 48 giờ.

VII. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Khi tình trạng người bệnh diễn tiến nặng vượt quá năng lực chuyên môn hoặc trang thiết bị kỹ thuật hiện có của đơn vị (yêu cầu can thiệp mạch vành cấp cứu - PCI, phẫu thuật chuyên khoa sâu, lọc máu liên tục, chụp cắt lớp vi tính/MRI nâng cao, hoặc các kỹ thuật chưa được triển khai tại cơ sở).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2019). *Quyết định số 219/QĐ-BYT ngày 25/01/2019 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn cấp cứu ngừng tuần hoàn"*. Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 1493/QĐ-BYT ngày 22/4/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hồi sức tích cực"*. Hà Nội.

5. American Heart Association (2025). *AHA Guidelines Update for CPR and ECC. Dallas, TX.*

6. European Resuscitation Council (2025). *European Resuscitation Council Guidelines 2025.* Resuscitation.

2. SỐC PHẢN VỆ

(ICD-10: T78.2, T78.0)

(TT 51/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Sốc phản vệ là phản ứng dị ứng cấp tính nặng, đe dọa tính mạng.

- Xuất hiện trong vòng vài phút đến vài giờ sau tiếp xúc dị nguyên.

- Các dị nguyên thường gặp: thuốc (kháng sinh - đặc biệt Penicillin, Cephalosporin, thuốc cản quang, thuốc giảm đau NSAIDs), thức ăn, nọc côn trùng (ong đốt, kiến...), huyết thanh, vaccine.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Độ I (nhẹ): Da-niêm mạc (mày đay, ngứa, phù mạch, đỏ da).

- Độ II (nặng): ≥ 2 biểu hiện ở các cơ quan:

+ Hô hấp: khó thở, khò khè, nghẹt thở.

+ Tim mạch: mạch nhanh, HA tụt nhẹ, choáng váng.

+ Tiêu hóa: đau bụng, nôn, tiêu chảy.

+ Da: mày đay, phù mạch rõ.

- Độ III (nguy kịch): Suy hô hấp nặng (phù thanh quản, co thắt phế quản), tụt HA hoặc rối loạn ý thức.

- Độ IV (ngừng tuần hoàn - hô hấp): Ngừng tuần hoàn, ngừng thở.

2. Cận lâm sàng

- Tryptase máu nếu có điều kiện gửi mẫu (xác nhận hồi cứu, không trì hoãn điều trị).

- ECG, SpO2 liên tục trên monitor.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Hen phế quản cơn cấp đơn thuần.

- Phản ứng vasovagal (ngất, không có mày đay/khó thở).

- Sốc nhiễm khuẩn/sốc tim (phân biệt qua bệnh sử tiếp xúc dị nguyên).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Ngừng ngay lập tức tiếp xúc với dị nguyên (ngừng truyền thuốc nghi ngờ, lấy nọc ong...).

Xử trí cấp cứu theo trình tự **ABCDE**, ưu tiên tuyệt đối việc sử dụng Adrenalin sớm; không trì hoãn xử trí vì chờ xét nghiệm hoặc chẩn đoán hình ảnh.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

A. Xử trí Adrenalin (Thuốc quyết định sống còn):

- *Độ I:* Tiêm bắp hoặc dưới da Adrenalin 0,5mg (0,5ml dung dịch 1mg/ml).

- *Độ II - III:* Tiêm bắp ngay **Adrenalin 0,5mg** vào mặt trước ngoài đùi (đường tiêm bắp là ưu tiên hàng đầu). Có thể lặp lại liều sau 5 - 15 phút nếu không đáp ứng.

- *Trường hợp nặng/sốc mất bù:* Tiêm tĩnh mạch chậm Adrenalin (pha loãng 1mg Adrenalin với 9ml NaCl 0,9%, tiêm chậm) hoặc truyền tĩnh mạch liên tục dưới sự kiểm soát của monitor.

- *Độ IV (Ngừng tuần hoàn):* Xử trí theo phác đồ ngừng tuần hoàn (Adrenalin 1mg TM mỗi 3 - 5 phút).

B. Kiểm soát hô hấp:

- Thở oxy qua mặt nạ không thở lại 10 - 15 lít/phút.

- Nếu có phù thanh quản hoặc khò khè thở rít: Phun khí dung Adrenalin (pha 3 - 5 ống Adrenalin 1mg/ml với 3ml NaCl 0,9%). Kết hợp *Salbutamol* phun khí dung nếu có co thắt phế quản.

- Đặt ống nội khí quản hoặc mở khí quản cấp cứu nếu suy hô hấp nặng không đáp ứng.

C. Kiểm soát tuần hoàn (Bù dịch):

- Truyền nhanh dịch tinh thể: NaCl 0,9% hoặc Ringer Lactat với tốc độ 500 - 1000 ml trong 10 - 20 phút đầu (có thể truyền áp lực nếu tụt huyết áp nặng).

- Nếu huyết áp vẫn không cải thiện sau bù dịch và Adrenalin: Chỉ định truyền tĩnh mạch *Noradrenalin* (pha 2 - 4 ống vào 500ml NaCl 0,9%, chỉnh tốc độ theo huyết áp).

D. Thuốc hỗ trợ khác:

- *Corticosteroid:* Methylprednisolon 40 - 80 mg uống/TM hoặc Hydrocortison 200 mg TM (tác dụng chậm sau 4 - 6 giờ, không thay thế được Adrenalin).

- *Kháng Histamin:* Chlorpheniramin 4 mg uống hoặc tiêm bắp x 1 lần.

3. Điều trị hỗ trợ

Theo dõi liên tục dấu hiệu sinh tồn trên monitor, hỗ trợ hô hấp-tuần hoàn, dinh dưỡng và chăm sóc điều dưỡng tích cực trong giai đoạn ổn định.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Mạch, huyết áp, SpO2, nhịp thở mỗi 15-30 phút trong 6 giờ đầu, sau đó theo dõi liên tục tối thiểu 24 giờ (nguy cơ phản vệ 2 pha)

- Tryptase máu nếu có điều kiện (xác định chẩn đoán hồi cứu)

- ECG nếu dùng Adrenalin liều cao/nhiều lần hoặc bệnh nhân có bệnh tim mạch nền

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

Tất cả người bệnh bị sốc phản vệ từ **độ II trở lên** đều bắt buộc phải nhập viện theo dõi tối thiểu ≥ 24 giờ.

Tuân thủ các tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo các văn bản quy định hiện hành của Bộ Y tế (theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế).

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Huyết động và hô hấp hoàn toàn ổn định, không cần hỗ trợ thuốc vận mạch hay oxy.

- Đã xử trí và loại trừ nguyên nhân, không còn nguy cơ tái phát cấp trong thời gian theo dõi tối thiểu.

- Cận lâm sàng xác nhận: Không còn triệu chứng hô hấp/tuần hoàn sau tối thiểu 24 giờ theo dõi kể từ liều Adrenalin cuối cùng.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Diễn tiến nặng hoặc vượt quá khả năng chuyên môn/trang thiết bị hiện có của Trung tâm Y tế (yêu cầu can thiệp chuyên sâu, hồi sức tích cực nâng cao, hoặc các kỹ thuật chưa triển khai).

VII. LƯU Ý

- Adrenalin là thuốc QUYẾT ĐỊNH SỐNG CÒN, không trì hoãn vì bất kỳ lý do gì.

- Trang bị: mỗi khoa phải có sẵn hộp chống sốc trong đó có Adrenalin (Hadunalin 1mg/ml) tối thiểu 3-5 ống

- TT 51/2017/TT-BYT bắt buộc mọi cơ sở KCB phải có đủ thuốc và trang thiết bị cấp cứu sốc phản vệ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2019). *Quyết định số 219/QĐ-BYT ngày 25/01/2019 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn cấp cứu ngừng tuần hoàn"*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 1493/QĐ-BYT ngày 22/4/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hồi sức tích cực"*. Hà Nội.

4. American Heart Association (2025). *AHA Guidelines Update for CPR and ECC*. Dallas, TX.

3. SUY HÔ HẤP CẤP

(ICD-10: J96.0)

(QĐ 1493/QĐ-BYT ngày 22/4/2015)

I. ĐẠI CƯƠNG

Suy hô hấp cấp: hệ thống hô hấp không đảm bảo trao đổi khí, gây giảm O2 máu (PaO2 < 60 mmHg) và/hoặc tăng CO2 máu (PaCO2 > 45 mmHg).

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Khó thở, nhịp thở nhanh (> 30 lần/phút), co kéo cơ hô hấp phụ, tím tái môi và đầu chi, vã mồ hôi, có thể kèm rối loạn ý thức.

- $SpO_2 < 90\%$ (khi thở khí trời), được xác định chắc chắn bằng khí máu động mạch.

2. Cận lâm sàng

- Khí máu động mạch (KMĐK), đo SpO_2 liên tục.

- Công thức máu, CRP, Procalcitonin (nếu nghi ngờ nhiễm khuẩn).

- X-quang ngực thẳng tại giường. Siêu âm phổi tại giường (nếu nghi ngờ tràn dịch/tràn khí màng phổi).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Phù phổi cấp do tim.

- Viêm phổi nặng / ARDS.

- Đợt cấp COPD / Cơn hen phế quản nặng.

- Thuyên tắc phổi.

4. Phân độ nặng

- Nhẹ: SpO_2 từ 90 - 94%, thở nhanh nhẹ, chưa co kéo cơ hô hấp phụ.

- Trung bình: SpO_2 từ 85 - 89%, co kéo cơ hô hấp phụ rõ, kích thích.

- Nặng: $SpO_2 < 85\%$ hoặc tỷ lệ $PaO_2/FiO_2 < 200$, rối loạn ý thức, cần hỗ trợ hô hấp xâm nhập hoặc không xâm nhập.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Điều trị theo nguyên nhân kết hợp điều trị triệu chứng; theo dõi sát đáp ứng điều trị để điều chỉnh kịp thời.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

2.1. Tư thế: BN nằm đầu cao 30-45 độ, hoặc ngồi nếu có thể

2.2. Oxy liệu pháp (tăng dần):

a. Gọng kính: 1-6L/ph (FiO2 ~24-40%)

b. Mask Venturi: FiO2 chính xác 24-60% (cần thiết nếu có COPD)

c. Mask không thở lại: 6-10L/ph (FiO2 ~50-60%)

d. HFNC (Flithfo/HF8 có tại TTYT): 30-60L/ph, FiO2 21-100% → Đặc biệt hiệu quả trong suy hô hấp giảm O2 máu không tăng CO2 Mục tiêu: SpO2 ≥ 90% (hoặc 88-92% nếu có nguy cơ ứ CO2 như COPD)

2.3. Thở máy không xâm nhập (NIV):

- Máy N-CPAP CPAP20e

- Chỉ định: BN tỉnh, tự thở, suy hô hấp mức độ vừa

- Theo dõi đáp ứng sau 30-60 phút

- Thất bại NIV → đặt NKQ

2.4. Đặt ống nội khí quản (NKQ) + thở máy xâm nhập (khi suy hô hấp nặng):

- Chỉ định: SpO2 < 90% dù đã thở oxy tối đa, pH < 7,25, PaCO2 > 60, GCS < 8, NIV thất bại

- Máy thở có tại TTYT: Vinmart Vsmart VFS410, Oxylog 1000, Elicia MV20

- Cài đặt ban đầu: Mode A/C, Vt 6-8ml/kg, tần số 12-16/ph, FiO2 100% giảm dần, PEEP 5cmH2O

2.5. Điều trị nguyên nhân (theo từng Hướng dẫn riêng):

- COPD cấp, hen, phù phổi, viêm phổi, tràn khí MP...

2.6. Hỗ trợ thuốc:

- Giãn phế quản: Salbutamol (Atisaltolin 2,5mg/2,5ml) khí dung.

- Lợi tiểu (nếu phù phổi): Furosemid (Vinzix 20mg/2ml) TM.

3. Điều trị hỗ trợ

Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, dinh dưỡng và chăm sóc điều dưỡng phù hợp trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- SpO2 liên tục trên monitor, khí máu động mạch mỗi 4-6 giờ hoặc khi có thay đổi lâm sàng

- X-quang ngực kiểm tra sau đặt nội khí quản/thay đổi thông số máy thở

- Điện giải đồ, chức năng thận theo dõi khi dùng lợi tiểu/an thần kéo dài

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Bệnh nhân có dấu hiệu suy hô hấp, thở nhanh/chậm, tím tái.

- $SpO_2 < 96\%$, tần số thở > 30 lần/phút.

- Tuân thủ các tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu theo các văn bản quy định hiện hành của Bộ Y tế (theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026).

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Triệu chứng cấp tính đã ổn định, các chỉ số theo dõi trong giới hạn an toàn, người bệnh có thể tự chăm sóc hoặc có người hỗ trợ, hẹn tái khám theo lịch.

- Cận lâm sàng xác nhận: $SpO_2 \geq 94\%$ khí trời ổn định tối thiểu 24 giờ không cần hỗ trợ oxy; khí máu động mạch trong giới hạn bình thường.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Diễn tiến nặng hoặc vượt quá khả năng chuyên môn/trang thiết bị hiện có của Trung tâm Y tế (cần ICU chuyên sâu, phẫu thuật chuyên khoa sâu, CT/MRI, hoặc các kỹ thuật chưa triển khai).

VII. LƯU Ý

- TTYT có Máy tạo oxy KSOC-5 (120 cái) và Santafell - đủ oxy cho các trường hợp

- Có sẵn máy thở, máy N-CPAP, HFNC

- Cần sẵn sàng NKQ nếu suy hô hấp tiến triển nặng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 1493/QĐ-BYT ngày 22/4/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hồi sức tích cực"*. Hà Nội.

4. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

5. Global Initiative for Asthma (2026). *Global Strategy for Asthma Management and Prevention (GINA)*.

4. NHIỄM KHUẨN HUYẾT & SỐC NHIỄM KHUẨN

(ICD-10: A40-A42.7, R57.2)

(SSC 2024 - Surviving Sepsis Campaign)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Nhiễm khuẩn huyết (sepsis): rối loạn chức năng các cơ quan đe dọa tính mạng do đáp ứng của cơ thể với nhiễm trùng.

- Sốc nhiễm khuẩn (septic shock): NK huyết + tụt HA không đáp ứng dịch.

- Tỷ lệ tử vong rất cao, đòi hỏi phải phát hiện sớm và xử trí khẩn trương trong "giờ vàng".

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

1.1. Tiêu chuẩn SIRS (cần ≥ 2):

- Nhiệt độ > 38°C hoặc < 36°C

- Nhịp tim > 90 lần/phút

- Thở > 20 l/ph hoặc PaCO2 < 32 mmHg

- Bạch cầu > 12 G/L hoặc < 4 G/L hoặc > 10% non

1.2. Dấu hiệu suy tạng: Rối loạn ý thức, tụt HA, thiểu niệu/vô niệu, SpO2 giảm, men gan tăng, Creatinin tăng, tiểu cầu giảm

1.3. Sốc nhiễm khuẩn: HA < 90/60 (hoặc cần vận mạch) sau khi đã bù 30ml/kg dịch

2. Cận lâm sàng

- CTM, CRP, procalcitonin, lactat máu (đánh giá độ nặng)

- Cấy máu trước khi dùng kháng sinh (nếu không trì hoãn điều trị)

- Chức năng thận, gan, đông máu, khí máu

- X-quang ngực tìm ổ nhiễm khuẩn tiên phát

- Siêu âm bụng tìm ổ nhiễm khuẩn (gan mật, tiết niệu)

3. Chẩn đoán phân biệt

- Sốc giảm thể tích.

- Sốc tim.

- Sốc phản vệ.

4. Phân độ

- Nhiễm khuẩn huyết: nhiễm trùng + SOFA tăng ≥ 2 điểm (hoặc qSOFA ≥ 2)

- Sốc nhiễm khuẩn: nhiễm khuẩn huyết kèm tụt huyết áp cần vận mạch để duy trì HA trung bình ≥ 65mmHg VÀ lactat > 2mmol/L dù đã bù dịch đầy đủ

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Hồi sức tích cực theo trình tự ABCDE, ưu tiên tuyệt đối các can thiệp cứu sống; không trì hoãn xử trí vì chờ xét nghiệm/chẩn đoán hình ảnh.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

2.1. Nhận biết sớm: đo lactate (nếu có), cấy máu TRƯỚC kháng sinh

2.2. Kháng sinh SỚM trong 1 giờ đầu (sau cấy máu):

- Ceftriaxon (Ceftrione 1g) 2g TM x 1-2 lần/ngày

- Phối hợp Metronidazol (Metronidazole 0,5g/100ml) 500mg TM x 3 lần/ngày (nếu nghi ngờ ổ bụng/vi khuẩn kỵ khí)

- Nếu BN dị ứng Cephalosporin: Levofloxacin (Kaflovo 500) 500mg TM x 1 lần/ngày

Hoặc Clindamycin (Hyuga 300) 300mg TM x 3 lần/ngày

- Trường hợp viêm phổi: Ceftriaxon 2g + Clarithromycin (Agiclari 500) 500mg uống.

- Nếu nghi Nếu nghi ngờ nhiễm *Pseudomonas aeruginosa* kháng thuốc vượt quá khả năng kháng sinh của TTYT, cần chuyển tuyến ngay.

2.3. Hồi sức dịch:

- NaCl 0,9% hoặc Ringer Lactat: 30ml/kg trong 3 giờ đầu

- Theo dõi đáp ứng: mạch, HA, lượng nước tiểu, SpO2

2.4. Thuốc vận mạch (khi tụt HA không đáp ứng dịch):

- Lựa chọn hang đầu: Noradrenalin (Noradrenaline Kalceks 1mg/1ml): pha 4 ống (4mg) vào 500ml NaCl 0,9%, chạy TM, điều chỉnh theo HA Mục tiêu HATB ≥ 65 mmHg

- Nếu không có Noradrenalin đáp ứng: Dopamin (Dopamine Renaudin 200mg/5ml) pha 5 ống vào 500ml NaCl 0,9%

2.5. Kiểm soát đường huyết: Glucose máu < 10 mmol/L. Nếu cao, Insulin (NovoMix 30, Humalog Mix 75/25) tiêm dưới da.

2.6. Hydrocortison (Vinphason 100mg): 100mg TM x 3 lần/ngày (nếu sốc nhiễm khuẩn có tụt HA không đáp ứng vận mạch)

3. Điều trị hỗ trợ

Theo dõi liên tục dấu hiệu sinh tồn trên monitor, hỗ trợ hô hấp-tuần hoàn, dinh dưỡng và chăm sóc điều dưỡng tích cực trong giai đoạn ổn định.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Lactat máu lặp lại mỗi 2-4 giờ đến khi về bình thường (mục tiêu giảm ≥ 10-20%/lần)

- Cấy máu, cấy ổ nhiễm trùng trước liều kháng sinh đầu tiên; đánh giá lại kháng sinh đồ ngày 2-3 để xuống thang

- Chức năng thận, điện giải đồ, CTM, procalcitonin (nếu có) mỗi 12-24 giờ theo dõi đáp ứng và độc tính thuốc

- Huyết áp động mạch xâm lấn, lượng nước tiểu mỗi giờ khi đang dùng vận mạch

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Có dấu hiệu tiền sốc hoặc sốc.

- Có áp xe hoặc nhiễm trùng lan tỏa.

- Chẩn đoán xác định sốc nhiễm trùng, nhiễm khuẩn ổ bụng nặng.

- Tuân thủ các tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu theo quy định hiện hành của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

Huyết động và hô hấp ổn định không cần hỗ trợ, đã xử trí/loại trừ nguyên nhân, không còn nguy cơ tái phát cấp trong thời gian theo dõi tối thiểu.

Cận lâm sàng xác nhận xuất viện:

+ Cắt được vận mạch, huyết động ổn định tối thiểu 24-48 giờ

+ Lactat máu trở về bình thường, CRP/procalcitonin xu hướng giảm rõ, cấy máu kiểm tra âm tính (nếu có chỉ định)

+ Đã hoàn tất kiểm soát nguồn nhiễm trùng (dẫn lưu ổ áp xe, rút catheter nhiễm trùng...)

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Sốc nhiễm khuẩn không đáp ứng vận mạch

- Suy đa tạng (thở máy, lọc máu)

- Nhiễm khuẩn nặng nghi Pseudomonas hoặc vi khuẩn kháng thuốc

- Diễn tiến nặng hoặc vượt khả năng chuyên môn/trang thiết bị hiện có của TTYT (cần ICU, phẫu thuật chuyên khoa sâu, CT/MRI, hoặc kỹ thuật TTYT chưa triển khai).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 1493/QĐ-BYT ngày 22/4/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hồi sức tích cực"*. Hà Nội.

4. Surviving Sepsis Campaign (2026). *International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock*. Critical Care Medicine.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

5. PHÙ PHỔI CẤP DO TIM

(ICD-10: I50.1)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Phù phổi cấp do tim là hậu quả của suy thất trái cấp, gây ứ dịch tại phổi.

- Thường gặp do: THA cấp cứu, NMCT cấp, viêm cơ tim, rối loạn nhịp, hở/hẹp van.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

Khó thở dữ dội, thở nhanh nông, không nằm được (phải ngồi), ho hồng/hồng hơi hồng, vã mồ hôi, tím tái, ran ẩm toàn bộ hai phổi, mạch nhanh, HA có thể tăng cao

2. Cận lâm sàng:

- SpO2 < 90%,

- X-quang ngực (mờ cánh bướm, đường Kerley B),

- ECG (NMCT, rung nhĩ...),

- BNP/NT-proBNP nếu có điều kiện

- Troponin, điện giải đồ, chức năng thận

- Khí máu động mạch

- Siêu âm tim (đánh giá chức năng thất trái, nguyên nhân)

3. Chẩn đoán phân biệt

- Đợt cấp COPD/hen phế quản (khó thở nhưng không phù phổi trên X-quang)

- Viêm phổi nặng

- Hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS).

4. Phân độ

Phân độ Killip: I (không ran ẩm), II (ran ẩm < 50% phổi), III (phù phổi cấp - ran ẩm > 50% phổi), IV (sốc tim)

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Điều trị theo nguyên nhân kết hợp điều trị triệu chứng; theo dõi sát đáp ứng điều trị để điều chỉnh kịp thời.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

2.1. Tư thế: BN NGỒI, hai chân thõng xuống

2.2. Oxy: mask không thở lại 10-15L/ph → HFNC hoặc N-CPAP (CPAP20e) N-CPAP: hiệu quả nhất, làm giảm hồi lưu TM, cải thiện oxy hóa

2.3. Thuốc:

a. Furosemid (Vinzix 20mg/2ml): 40-80mg TM (tiêm chậm) → Lặp lại sau 30-60 ph nếu chưa đáp ứng

b. Nitrate: TTYT không có nitroglycerin TM. → Nếu HA cao: Nicardipin (Nicardipine Aguettant 10mg/10ml) TM (truyền TM, khởi đầu 1-3 mg/giờ)

c. Morphin (Morphin 30mg): chỉ có dạng uống 30mg, không có dạng tiêm. → Hạn chế sử dụng. Có thể dùng Paracetamol (Apotel 1000mg/6,7ml) TM nếu BN đau ngực

d. Nếu tụt HA: Truyền Dopamin (Dopamine Renaudin 200mg/5ml) hoặc Noradrenalin (Noradrenaline Kalceks 1mg/1ml)

2.4. Điều trị nguyên nhân:

- NMCT: Aspirin (Aspirin MKP 81) 324mg, chuyển tuyến

- Rung nhĩ nhanh: Digoxin (Digorich 0,25mg) hoặc Amiodaron (AMIDOROL 200mg)

- THA: Nicardipin TM

3. Điều trị hỗ trợ

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, dinh dưỡng và chăm sóc điều dưỡng phù hợp trong quá trình điều trị.

- Cận lâm sàng theo dõi điều trị

+ SpO2 liên tục, X-quang ngực kiểm tra sau 6-12 giờ điều trị lợi tiểu để đánh giá đáp ứng

+ Điện giải đồ (đặc biệt Kali) mỗi 12-24 giờ khi dùng lợi tiểu liều cao

+ BNP/NT-proBNP, chức năng thận theo dõi đáp ứng điều trị và độc tính

+ Cân nặng hàng ngày, bilan xuất-nhập dịch mỗi 24 giờ

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Có dấu hiệu phù phổi cấp, suy hô hấp.

- Suy tim độ NYHA III trở lên.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế; nhập viện khi có dấu hiệu nặng nêu tại mục II hoặc không đáp ứng điều trị ban đầu.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Triệu chứng cấp đã ổn định, các chỉ số theo dõi trong giới hạn an toàn, người bệnh có thể tự chăm sóc hoặc có người hỗ trợ, hẹn tái khám theo lịch.

- Cận lâm sàng xác nhận xuất viện:

+ X-quang ngực cải thiện rõ tình trạng ứ huyết phổi so với lúc nhập viện

+ Chức năng thận, điện giải đồ ổn định, SpO2 ≥ 94% khí trời không cần oxy hỗ trợ

+ Cân nặng khô ổn định, không còn dấu hiệu quá tải dịch trên lâm sàng

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Phù phổi cấp không đáp ứng với điều trị ban đầu

- NMCT cấp ST chênh cần can thiệp

- Sốc tim không đáp ứng vận mạch

- Diễn tiến nặng hoặc vượt khả năng chuyên môn/trang thiết bị hiện có của TTYT (cần ICU, phẫu thuật chuyên khoa sâu, CT/MRI, hoặc kỹ thuật TTYT chưa triển khai).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 1493/QĐ-BYT ngày 22/4/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hồi sức tích cực"*. Hà Nội.

4. European Society of Cardiology (2021). *Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure*. European Heart Journal.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

6. TĂNG HUYẾT ÁP CẤP CỨU

(ICD-10: I10, I16)

I. ĐẠI CƯƠNG

Tăng huyết áp cấp cứu là tình trạng HA tăng rất cao (≥ 180/120 mmHg) có kèm tổn thương cơ quan đích cấp tính (não, tim, thận, mắt).

Nếu không có tổn thương cơ quan đích: gọi là THA gấp (urgency).

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- HA ≥ 180/120 mmHg (đo nhiều lần, 2 tay)

- Tổn thương cơ quan đích (phân biệt urgency vs emergency):

+ Não: đau đầu, chóng mặt, lú lẫn, co giật, hôn mê

+ Tim: đau ngực, suy tim, phù phổi

+ Thận: thiểu niệu, creatinin tăng, protein niệu

+ Mắt: mờ mắt, xuất huyết võng mạc

2. Cận lâm sàng

- Creatinin, điện giải đồ, tổng phân tích nước tiểu

- Troponin nếu nghi tổn thương tim đồng thời

- ECG (dày thất trái, thiếu máu cơ tim)

- Soi đáy mắt nếu nghi bệnh võng mạc tăng huyết áp ác tính.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Cơn tăng huyết áp khẩn cấp (không tổn thương cơ quan đích cấp) vs cấp cứu (có tổn thương)

- Tiền sản giật nặng (nếu đang mang thai)

- Đột quỵ não gây tăng huyết áp phản ứng

4. Phân độ

- THA khẩn cấp (urgency): HA ≥ 180/120mmHg KHÔNG kèm tổn thương cơ quan đích cấp tính

- THA cấp cứu (emergency): HA ≥ 180/120mmHg CÓ kèm tổn thương cơ quan đích cấp tính (não, tim, thận, mắt, mạch máu)

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Điều trị lâu dài, kiểm soát các yếu tố nguy cơ và bệnh đồng mắc, cá thể hóa theo mức độ nặng và đáp ứng của người bệnh; phối hợp thay đổi lối sống với thuốc.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

2.1. HA gấp (urgency) - không có tổn thương cơ quan đích:

+ Hạ HA từ từ, nhẹ nhàng trong 24-48 giờ

+ Uống thuốc giống như THA thường (xem Hướng dẫn THA - Nội khoa)

+ Theo dõi HA mỗi 2-4 giờ

2.2. THA cấp cứu (emergency) - có tổn thương cơ quan đích:

a. Hạ HA dần: giảm 25% trong 1 giờ đầu, đến 160/100 trong 2-6 giờ

b. Thuốc hạ HA đường TM:

- Nicardipin (Nicardipine Aguettant 10mg/10ml): pha 1 ống (10mg) vào 200ml NaCl 0,9%, truyền TM 1-5 mg/giờ (hoặc ống 10mg/10ml pha loãng, bơm tiêm điện 1-5 ml/giờ) Điều chỉnh theo huyết áp, tăng dần mỗi 15-30 phút

- Furosemid (Vinzix 20mg/2ml) 20-40mg TM nếu có quá tải dịch/phù phổi

c. Lưu ý: TTYT không có Nitroglycerin TM và Natri Nitroprussid

2.3. Điều trị dự phòng sau giai đoạn cấp:

- Chuyển uống: phối hợp ACEi/ARB + CCB (xem Hướng dẫn THA)

3. Điều trị hỗ trợ

Tư vấn dinh dưỡng - vận động phù hợp, hướng dẫn tuân thủ điều trị và tự theo dõi tại nhà, tái khám định kỳ đánh giá đáp ứng và biến chứng.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Huyết áp liên tục trên monitor (động mạch xâm lấn nếu dùng thuốc hạ áp tĩnh mạch liên tục)

- Chức năng thận, điện giải đồ mỗi 12-24 giờ; ECG, troponin nếu nghi tổn thương tim

- Soi đáy mắt, đánh giá thần kinh lặp lại nếu có tổn thương cơ quan đích ban đầu

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Cơn tăng huyết áp có hoặc không kèm dấu hiệu tổn thương cơ quan đích.

- Huyết áp $> 160/90$ mmHgkèm triệu chứng cơ năng nặng.

- Hoặc huyết áp $\geq 180/120$ mmHg.

- Áp dụng tiêu chuẩn cấp cứu theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Triệu chứng cấp (nếu có đợt cấp) đã ổn định, đạt mục tiêu điều trị ban đầu, người bệnh hiểu và có khả năng tuân thủ điều trị ngoại trú, hẹn tái khám định kỳ.

- Cận lâm sàng xác nhận:

+ Huyết áp kiểm soát ổn định dưới 160/100mmHg bằng thuốc uống trong tối thiểu 24-48 giờ

+ Chức năng thận, điện giải đồ ổn định; không còn dấu hiệu tổn thương cơ quan đích tiến triển

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Tăng huyết áp cấp cứu không đáp ứng với Nicardipin truyền tĩnh mạch.

- Có biến chứng nặng đe dọa tính mạng như xuất huyết não, bóc tách động mạch chủ.

- Vượt quá khả năng chuyên môn hoặc trang thiết bị của TTYT (cần ICU chuyên sâu, chẩn đoán hình ảnh cao cấp CT/MRI).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 1493/QĐ-BYT ngày 22/4/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hồi sức tích cực"*. Hà Nội.

4. American Heart Association / Bress AP et al. (2024). *The Management of Elevated Blood Pressure in the Acute Care Setting: A Scientific Statement From the AHA*. Hypertension.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

7. SUY TIM CẤP

(ICD-10: I50.0, I50.9)

(ESC 2021)

I. ĐẠI CƯƠNG

Suy tim cấp là tình trạng khởi phát nhanh hoặc đợt cấp của suy tim mạn với các triệu chứng và dấu hiệu ứ dịch, giảm tưới máu mô.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Khó thở khi nằm hoặc gắng sức, phải ngồi
- Tĩnh mạch cổ nổi, phù ngoại biên, gan to, cổ trướng
- Ran ẩm hai phổi, T3 gallop

2. Cận lâm sàng

- BNP/NT-proBNP nếu có điều kiện
- Troponin, điện giải đồ, chức năng thận, chức năng gan
- X-quang ngực
- Siêu âm tim (đánh giá EF, nguyên nhân)
- ECG.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Hội chứng vành cấp
- Đợt cấp COPD/hen
- Thuyên tắc phổi

4. Phân độ

- Phân độ NYHA I-IV theo mức độ hạn chế gắng sức.
- Phân loại theo huyết động (Forrester/lâm sàng): ấm-khô, ấm-ướt, lạnh-khô, lạnh-ướt.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Điều trị lâu dài, kiểm soát các yếu tố nguy cơ và bệnh đồng mắc, cá thể hóa theo mức độ nặng và đáp ứng của người bệnh; phối hợp thay đổi lối sống với thuốc.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

2.1. Phân loại huyết động:

a. KHÔNG TỤT HA → Furosemid (Vinzix 20mg/2ml) 40-80mg TM

- Thở oxy/N-CPAP

- Hạn chế nước, muối

b. TỤT HA → Coi chừng sốc tim:

- Dopamin (Dopamine Renaudin 200mg/5ml) truyền TM

- Chuyển tuyến nếu không đáp ứng

2.2. Thuốc hỗ trợ:

- Digoxin (Digorich 0,25mg) 0,25mg uống/ngày nếu rung nhĩ kèm

- Nitrate: TTYT không có nitrat TM → Nicardipin nếu HA cao

- Lọc máu cấp: TTYT không có → chuyển tuyến nếu suy thận cấp

2.3. Điều trị nguyên nhân (xem các Hướng dẫn tương ứng)

3. Điều trị hỗ trợ

Tư vấn dinh dưỡng - vận động phù hợp, hướng dẫn tuân thủ điều trị và tự theo dõi tại nhà, tái khám định kỳ đánh giá đáp ứng và biến chứng.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- BNP/NT-proBNP, điện giải đồ (đặc biệt Kali), chức năng thận mỗi 24-48 giờ khi điều chỉnh lợi tiểu

- Cân nặng hàng ngày, bilan dịch xuất-nhập mỗi 24 giờ

- Siêu âm tim kiểm tra nếu chưa có hoặc cần đánh giá lại phân suất tống máu

- ECG theo dõi rối loạn nhịp kèm theo

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Suy tim NYHA III trở lên, EF < 50%

- Khó thở nhiều, phù phổi, tụt HA

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Triệu chứng cấp (nếu có đợt cấp) đã ổn định, đạt mục tiêu điều trị ban đầu, người bệnh hiểu và có khả năng tuân thủ điều trị ngoại trú, hẹn tái khám định kỳ.

- Cận lâm sàng xác nhận xuất viện:

+ Cân nặng khô ổn định, không còn dấu hiệu ứ huyết trên lâm sàng và X-quang

+ Chức năng thận, điện giải đồ trong giới hạn cho phép dùng thuốc duy trì đường uống

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Sốc tim không đáp ứng vận mạch

- Cần đặt máy hỗ trợ thất

- Diễn tiến nặng hoặc vượt khả năng chuyên môn/trang thiết bị hiện có của TTYT (cần ICU, phẫu thuật chuyên khoa sâu, CT/MRI, hoặc kỹ thuật TTYT chưa triển khai).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2022). *Quyết định số 1857/QĐ-BYT ngày 05/7/2022 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị suy tim cấp và mạn"*. Hà Nội.

4. European Society of Cardiology (2021). *Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure*. European Heart Journal.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

8. NHIỄM TOAN CETON DO ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

(ICD-10: E10.1, E11.1, E14.1)

I. ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm toan ceton (DKA) là biến chứng cấp tính nặng của ĐTĐ, đặc trưng bởi: tăng đường huyết, toan chuyển hóa, tăng ceton máu/niệu.

Yếu tố khởi phát: nhiễm trùng, bỏ thuốc (ĐTĐ típ 1), NMCT, stress.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng & tiêu chuẩn sinh hóa:

- Glucose máu > 13,9 mmol/L (> 250 mg/dL)
- pH máu < 7,3; HCO3 < 15 mmol/L
- Ceton máu hoặc niệu dương tính
- Lâm sàng: tiểu nhiều, uống nhiều, sụt cân, mệt lả, hơi thở mùi trái cây (acetone), thở Kussmaul, đau bụng, nôn, tri giác giảm

2. Cận lâm sàng

Tiêu chuẩn chẩn đoán: Glucose máu ≥ 11,1mmol/L (≥ 200 mg/dL) hoặc có tiền sử đái tháo đường; pH máu < 7,3/ HCO3 < 18 mmol/L; Ceton máu hoặc niệu dương tính 2^{+}.

- Đường huyết mao mạch và tĩnh mạch
- Khí máu động mạch (pH, HCO3), ceton máu/niệu
- Điện giải đồ (đặc biệt Kali), chức năng thận
- ECG (đánh giá ảnh hưởng rối loạn Kali máu)

3. Chẩn đoán phân biệt

- Tăng áp lực thẩm thấu do tăng đường huyết không ceton
- Hạ đường huyết (nếu tri giác thay đổi - luôn thử đường huyết đầu tiên)
- Nhiễm toan chuyển hóa nguyên nhân khác

4. Phân độ

- Nhẹ: pH 7,25-7,30, HCO3 15-18mmol/L, tỉnh táo
- Trung bình: pH 7,00-7,24, HCO3 10-15mmol/L, tỉnh hoặc ngủ gà
- Nặng: pH < 7,00, HCO3 < 10mmol/L, sững sờ/hôn mê

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Bù dịch, insulin đường tĩnh mạch và điều chỉnh điện giải; tìm và điều trị yếu tố thúc đẩy, theo dõi sát đường huyết, kali, khí máu và khoảng trống anion.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

2.1. Bù dịch (ưu tiên):

- NaCl 0,9% (Sodium Chloride Injection 0,9% 500ml): 1-2 lít trong 1 giờ đầu

- Sau đó: 200-500ml/giờ tùy mức độ mất nước và huyết động.

- Suy tim/suy thận: truyền chậm hơn, theo dõi sát.

- Khi glucose < 13,9 mmol/L: thêm Glucose 5% + NaCl 0,9% (duy trì glucose 150–200 mg/dL).

2.2. Insulin:

- TTYT chỉ có insulin hỗn hợp (NovoMix 30, Humalog Mix 75/25, Wosulin 30/70)

- Không có insulin tác dụng nhanh (Actrapid/NovoRapid) và insulin nền

- Cách dùng tạm thời: Insulin hỗn hợp tiêm dưới da

- Liều khởi đầu: 0,3-0,5 U/kg tiêm dưới da

- Theo dõi glucose máu mỗi 1-2 giờ

- Lưu ý: DKA cần truyền insulin TM liên tục để kiểm soát tốt nhất. TTYT không có insulin tác dụng nhanh dạng TM → cân nhắc chuyển tuyến nếu DKA nặng (pH < 7,0, HCO3 < 5, hôn mê).

Chỉ bắt đầu insulin khi Kali máu ≥ 3,5 mmol/L.

TTYT không có insulin analog tác dụng nhanh

Regular insulin (Actrapid) truyền TM: 0,1 UI/kg/giờ (bolus khi có sự chậm trễ trong thiết lập đường truyền).

Mục tiêu giảm glucose: 50–70 mg/dL/giờ.

Khi glucose đạt mục tiêu ≤250 mg/dL: giảm insulin còn 0,02–0,05 UI/kg/giờ.

Cách dùng tạm thời: Insulin hỗn hợp tiêm dưới da

Liều khởi đầu: 0,3-0,5 UI/kg tiêm dưới da

Theo dõi glucose máu mỗi 1-2 giờ

Chuyển insulin tiêm dưới da khi: DKA đã được giải quyết

TTYT chưa có insulin nền và insulin tác dụng nhanh riêng biệt

Tiêm insulin hỗn hợp dưới da (NovoMix 30, flexpen 30/70...) 30 phút trước khi ngừng truyền insulin tĩnh mạch.

*Lưu ý: cân nhắc chuyển tuyến nếu DKA nặng (pH < 7,0, HCO3 < 5, hôn mê)

2.3. Bù Kali:

Nếu K+ > 5,5 mmol/l: kiểm tra K + mỗi 2 giờ

K+ 3,5-5,5: Truyền NaCl 0,9% 500 mL + Kali clorid 10% 10 mL (≈13,4 mmol K^+) (Kali máu mỗi 2–4 giờ)

K+ < 3,5: Truyền NaCl 0,9% 500 mL + Kali clorid 10% 15 mL (≈20 mmol K^+).

Đường truyền ngoại vi: nên giới hạn ≤10 mmol K^+/giờ.

2.4. Kiểm soát toan:

- Natri Bicarbonat 8,4% (Sodium Bicarbonate Renaudin): chỉ dùng khi pH < 6,9 hoặc đe dọa tính mạng

2.5. Theo dõi: Glucose máu mỗi 1 giờ, điện giải mỗi 2-4 giờ, toan kiềm mỗi 4 giờ

3. Điều trị hỗ trợ

- Hạ sốt, bù dịch-điện giải, dinh dưỡng đầy đủ, theo dõi sát dấu hiệu nặng/biến chứng trong quá trình điều trị.

- Cận lâm sàng theo dõi điều trị

+ Đường huyết mao mạch mỗi 1 giờ đến khi ổn định, sau đó mỗi 2-4 giờ

+ Điện giải đồ (đặc biệt Kali), khí máu động mạch mỗi 2-4 giờ trong giai đoạn cấp (nguy cơ hạ Kali khi bù Insulin)

+ Ceton máu/niệu, khoảng trống anion mỗi 4-6 giờ đến khi đóng khoảng trống anion

+ Chức năng thận theo dõi bù dịch.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Biến chứng cấp tính của đái tháo đường (nhiễm toan ceton, tăng áp lực thẩm thấu).

- Rối loạn nước, điện giải, thăng bằng toan kiềm mức độ trung bình - nặng.

- Tất cả các trường hợp DKA đều bắt buộc phải nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết sốt liên tục tối thiểu 48 giờ, các triệu chứng cấp cải thiện rõ, ăn uống/vận động trở lại bình thường, không dấu hiệu biến chứng.

- Cận lâm sàng xác nhận xuất viện:

+ Khoảng trống anion đóng (< 12), pH và HCO3 trở về bình thường, bệnh nhân ăn uống được và chuyển insulin tiêm dưới da ổn định

+ Điện giải đồ (đặc biệt Kali) trong giới hạn bình thường

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- DKA nặng: pH < 7,0, HCO3 < 5

- DKA kèm hôn mê

- DKA không đáp ứng điều trị ban đầu sau 4-6 giờ

- Diễn tiến nặng hoặc vượt khả năng chuyên môn/trang thiết bị hiện có của TTYT (cần ICU, phẫu thuật chuyên khoa sâu, CT/MRI, hoặc kỹ thuật TTYT chưa triển khai).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2020). *Quyết định số 5481/QĐ-BYT ngày 30/12/2020 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2"*. Hà Nội.

4. American Diabetes Association (2026). *Standards of Care in Diabetes*. Diabetes Care.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

9. ĐỘT QUỴ NÃO

(ICD-10: I60 - I64)

I. ĐẠI CƯƠNG

Đột quỵ não là tình trạng thiếu máu não cấp do tắc (nhồi máu não - 85%) hoặc vỡ (xuất huyết não - 15%) mạch máu não.

Thời gian vàng cấp cứu: 3 đến 4,5 giờ (tiêu sợi huyết), 6 đến 24 giờ (lấy huyết khối).

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

1.1. Khởi phát đột ngột với ≥ 1 triệu chứng:

- Liệt/yếu nửa người

- Méo miệng, nói khó/nói ngọng

- Tê bì nửa người, mất thị trường, chóng mặt mất thăng bằng

- Đau đầu dữ dội chưa từng có (xuất huyết)

1.2. Thang điểm nhận diện nhanh FAST: Face (mặt méo), Arm (tay yếu), Speech (nói khó), Time (gọi cấp cứu).

1.3. Đánh giá NIHSS (nếu có kỹ năng).

1.4. Hình ảnh học ban đầu: TTYT có máy X-quang, hiện chưa có máy CT scan, do đó cần chẩn đoán dựa vào lâm sàng và chuyển tuyến trên kịp thời.

2. Cận lâm sàng

- Đường huyết mao mạch: Bắt buộc làm ngay để loại trừ hạ đường huyết (tình trạng có triệu chứng giả đột quỵ).

- CTM, đông máu (INR/aPTT - quan trọng nếu cân nhắc tiêu sợi huyết), chức năng thận.

- CT sọ não không cản quang (bắt buộc để phân biệt nhồi máu/xuất huyết, quyết định điều trị).

- ECG tìm rung nhĩ

3. Chẩn đoán phân biệt

- Đột quỵ thiếu máu não (nhồi máu não) và xuất huyết não.

- Hạ đường huyết hoặc tăng áp lực thẩm thấu máu.

- Liệt Todd sau cơn động kinh toàn thể hoặc cục bộ.

- U não, áp xe não hoặc chấn thương sọ não kín có tổn thương khu trú.

4. Phân độ

- Phân loại: nhồi máu não (thiếu máu cục bộ) hoặc xuất huyết não/dưới nhện.

- Mức độ nặng theo thang điểm NIHSS (nhẹ < 5, trung bình 5-15, nặng > 15).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Đảm bảo chức năng sống (ABC), kiểm soát huyết áp hợp lý, điều trị nguyên nhân kết hợp điều trị triệu chứng, chăm sóc toàn diện và theo dõi sát đáp ứng để điều chỉnh kịp thời.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

2.1. ABC: Kiểm soát đường thở (GCS < 8 → đặt NKQ), oxy nếu SpO2 < 92%.

2.2. Nằm đầu phẳng (trừ khi nghi ngờ tăng áp nội sọ).

2.3. HA: duy trì HA cao trong 24-48 giờ đầu (không hạ quá mức).

- Chỉ hạ HA nếu > 220/120 (nhồi máu) hoặc > 180/105 (xuất huyết);

- Thuốc: Nicardipin (Nicardipine Aguettant 10mg/10ml) TM nếu cần.

2.4. Chống đông: không dùng trong 24 giờ đầu (chống chỉ định nếu XHN).

2.5. Phát hiện sớm: thời điểm khởi phát, thời gian đến viện → Chuyển tuyến trên NGAY nếu trong thời gian vàng.

2.6. Chăm sóc hỗ trợ: dinh dưỡng, phòng viêm phổi hít, phòng loét, phòng té ngã.

3. Điều trị hỗ trợ

Theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn (mạch, huyết áp, nhiệt độ, SpO_2), cân bằng nước - điện giải, chăm sóc điều dưỡng toàn diện (vệ sinh thân thể, xoay trở chống loét).

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- CT sọ não kiểm tra lại nếu có diễn tiến thần kinh xấu đi hoặc sau tiêu sợi huyết (24 giờ).

- Đường huyết, huyết áp, SpO2 theo dõi sát mỗi 1- 4 giờ trong 24-72 giờ đầu

- Đánh giá nuốt (bedside swallow test) trước khi cho ăn uống trở lại

- Thực hiện các cận lâm sàng tầm soát nguyên nhân khi bệnh nhân ổn định: Siêu âm tim, Doppler mạch cảnh, mỡ máu, đường huyết đói, ECG/Holter điện tâm đồ tìm rung nhĩ.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

Người bệnh có các dấu hiệu cấp tính: Liệt, rối loạn vận động, rối loạn ngôn ngữ, rối loạn cảm giác nghi ngờ đột quỵ não cấp hoặc bán cấp.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế; chỉ định nhập viện điều trị nội trú khi có dấu hiệu thần kinh tiến triển hoặc không đáp ứng với điều trị ban đầu tại khoa Khám bệnh/Cấp cứu của TTYT.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Triệu chứng thần kinh cấp tính đã ổn định, các chỉ số sinh tồn và theo dõi nằm trong giới hạn an toàn.

- Người bệnh có khả năng tự chăm sóc cơ bản hoặc có người nhà hỗ trợ chăm sóc tốt tại nhà, được cấp đơn thuốc điều trị ngoại trú và có lịch hẹn tái khám định kỳ.

- Cận lâm sàng và đánh giá chuyên môn xác nhận xuất viện:

+ Tình trạng thần kinh ổn định hoặc cải thiện rõ, không còn tiến triển xấu trên lâm sàng.

+ Đã hoàn tất bilan tìm nguyên nhân và có kế hoạch dự phòng thứ phát rõ ràng (sử dụng thuốc kháng kết tập tiểu cầu hoặc kháng đông theo nguyên nhân, kiểm soát tốt các yếu tố nguy cơ như huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu).

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- TẤT CẢ BN đột quỵ cấp < 4,5 giờ: chuyển tuyến có đơn vị đột quỵ

- Đột quỵ nặng (NIHSS > 10)

- Xuất huyết não diện rộng

- Cần phẫu thuật thần kinh.

- Người bệnh có chỉ định phẫu thuật thần kinh cấp cứu (mở sọ giải áp, lấy máu tụ).

- Tình trạng diễn tiến nặng dần hoặc vượt quá khả năng chuyên môn, trang thiết bị hiện có của TTYT Tịnh Biên (yêu cầu điều trị tại khoa Hồi sức tích cực - ICU, phẫu thuật chuyên khoa sâu, hoặc các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh cao cấp chưa được triển khai tại đơn vị).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2020). *Quyết định số 5331/QĐ-BYT ngày 23/12/2020 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí đột quỵ não"*. Hà Nội.

4. American Heart Association / American Stroke Association (2024). *Guideline for the Management of Acute Ischemic Stroke*. Stroke.

10. HỘI CHỨNG ĐỘNG MẠCH VÀNH CẤP

(ICD-10: I20.0, I21, I22)

(ESC 2023)

I. ĐẠI CƯƠNG

Hội chứng động mạch vành cấp (HCĐMVC) bao gồm NMCT ST chênh lên (STEMI), NMCT không ST chênh (NSTEMI) và đau thắt ngực không ổn định (UA).

Thời gian vàng/Nguyên tắc cấp cứu: STEMI cần được tái tưới máu cấp cứu (can thiệp mạch vành qua da - PCI) trong vòng 120 phút đầu kể từ khi có triệu chứng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

1.1. Đau ngực: sau xương ức, bóp nghẹt, có thể lan lên vai trái, cằm, lưng. Cơn đau > 20 phút, không đáp ứng nitrat/nghỉ ngơi.

1.2. ECG: ST chênh lên (STEMI), ST chênh xuống/T âm (NSTEMI/UA)

1.3. Men tim: Troponin T/I, CK-MB (nếu xét nghiệm được tại TTYT)

2. Cận lâm sàng

- Troponin (định lượng, làm lại theo động học).
- CTM, điện giải đồ, chức năng thận, bilan lipid.
- ECG 12 chuyển đạo (bắt buộc, làm lại nhiều lần).
- Siêu âm tim nếu có điều kiện (đánh giá vận động vùng).
- Chụp mạch vành: TTYT không có → chuyển tuyến khẩn khi có chỉ định can thiệp.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Bóc tách động mạch chủ (đau ngực xé, chênh HA hai tay - cần loại trừ trước khi dùng tiêu sợi huyết).
- Thuyên tắc phổi.
- Viêm màng ngoài tim cấp.
- Tràn khí màng phổi áp lực, đau thắt ngực do nguyên nhân tiêu hóa (trào ngược dạ dày thực quản).

4. Phân độ

- Phân loại: STEMI (ST chênh lên), NSTEMI (không ST chênh lên có troponin dương), Đau thắt ngực không ổn định (troponin âm).
- Killip I-IV đánh giá mức độ suy tim kèm theo.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Điều trị theo nguyên nhân kết hợp điều trị triệu chứng; theo dõi sát đáp ứng điều trị để điều chỉnh kịp thời.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

A. TẠI THỜI ĐIỂM CẤP:

(1) Cho người bệnh nghỉ ngơi tuyệt đối, thở oxy nếu $SpO_2 < 90\%$.

(2) **Aspirin** (Aspirin MKP 81): 324 mg (4 viên) nhai nuốt **NGAY**.

(3) **Clopidogrel** (DogrelSaVi 75mg): 300 mg (4 viên) uống liều nạp (sau đó duy trì 75mg uống 1 lần/ngày).

(4) **Giảm đau:** *Morphin* 30mg (nếu có dạng uống tại TTYT) hoặc *Paracetamol* 500mg uống hoặc truyền tĩnh mạch (Apotel 1000mg/6.7ml).

(5) **Chẹn Beta:** *Bisoprolol* (Bihasal 5) 5mg uống (chống chỉ định tuyệt đối nếu có dấu hiệu suy tim cấp hoặc sốc tim).

(6) **Giãn mạch vành:** Nếu TTYT không có Nitrat truyền tĩnh mạch, dùng *Isosorbide dinitrate* (Imidu 30) 30mg uống.

(7) **Statin cường độ cao:** *Atorvastatin* (Statinagi 20 hoặc Vaslor-40) uống 40 – 80mg **NGAY**.

B. STEMI (Cần chuyển tuyến khẩn): Chuyển ngay lên tuyến trên có can thiệp ĐMV thì đầu (PCI) trong 120 phút; thông báo trước cho tuyến nhận và cho uống đủ bộ thuốc kháng kết tập tiểu cầu + Statin trước khi vận chuyển.

C. NSTEMI/UA - NỘI KHOA TRƯỚC: Điều trị nội khoa tích cực như trên, đánh giá phân tầng nguy cơ (thang điểm GRACE) và chuyển tuyến khi có chỉ định can thiệp.

3. Điều trị hỗ trợ

Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, dinh dưỡng và chăm sóc điều dưỡng phù hợp trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Troponin, ECG lặp lại theo động học (0h, 3h, 6h) để xác định chẩn đoán và diễn tiến

- Monitor ECG liên tục theo dõi rối loạn nhịp/tái phát thiếu máu cơ tim

- Điện giải đồ (đặc biệt Kali, Magie), chức năng thận, bilan lipid máu

- Siêu âm tim đánh giá chức năng thất trái và biến chứng cơ học

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Đau ngực cấp nghi ngờ mạch vành, Troponin tăng, có biến đổi trên ECG.

- Cơn đau thắt ngực mới xuất hiện, mức độ từ CCS III trở lên.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Triệu chứng đau ngực cấp đã ổn định hoàn toàn, các chỉ số sinh tồn và cận lâm sàng trong giới hạn an toàn.

- Troponin đã qua đỉnh và có xu hướng giảm, ECG ổn định không còn dấu hiệu thiếu máu cơ tim tiến triển.

- Đã thực hiện siêu âm tim đánh giá chức năng thất trái, không còn rối loạn nhịp nguy hiểm trên monitor, người bệnh được kê đơn điều trị ngoại trú và hẹn lịch tái khám định kỳ.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- STEMI: CHUYỂN PCI CẤP CỨU (ưu tiên số 1)

- NSTEMI nguy cơ cao (GRACE > 140, động học men tim tăng)

- Sốc tim, loạn nhịp nặng kèm huyết động không ổn

- Chụp mạch vành: TTYT không có → chuyển tuyến khẩn khi có chỉ định can thiệp

- Diễn tiến nặng hoặc vượt khả năng chuyên môn/trang thiết bị hiện có của TTYT (cần ICU, phẫu thuật chuyên khoa sâu, CT/MRI, hoặc kỹ thuật TTYT chưa triển khai).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 1493/QĐ-BYT ngày 22/4/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hồi sức tích cực"*. Hà Nội.

4. European Society of Cardiology (2023). *Guidelines for the Management of Acute Coronary Syndromes*. European Heart Journal.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

11. CƠN HEN PHẾ QUẢN NẶNG

(ICD-10: J45.0, J46)

(GINA 2024)

I. ĐẠI CƯƠNG

Cơn hen nặng là tình trạng cấp tính đe dọa tính mạng do tắc nghẽn đường thở lan tỏa, đòi hỏi phải xử trí cấp cứu ngay lập tức tại cơ sở y tế.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Người bệnh không thể nói được hết một câu dài, phải ngồi chồm hổm hoặc chống tay để thở.

- Có co kéo các cơ hô hấp phụ, nghe phổi có tiếng rít hoặc lồng ngực im lặng ("silent chest" - dấu hiệu rất nặng), tím tái đầu chi.

- Mạch $>$ 120 lần/phút, nhịp thở $>$ 30 lần/phút, $SpO_2 < 90\%$.

- Cơn nguy kịch: Có rối loạn ý thức, ngừng thở, tụt huyết áp.

2. Cận lâm sàng

- SpO2, khí máu động mạch nếu hen rất nặng

- X-quang ngực nếu nghi biến chứng (tràn khí màng phổi) hoặc không đáp ứng điều trị.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Đợt cấp COPD

- Phù phổi cấp (hen tim)

- Dị vật đường thở

- Phản vệ gây co thắt phế quản

4. Phân độ (Theo GINA): nhẹ-trung bình (nói được câu dài, SpO2 $\geq$ 95%), nặng (nói từng từ, SpO2 90-95%, co kéo cơ hô hấp phụ), nguy kịch (lồng ngực im lặng, rối loạn tri giác, SpO2 < 90%).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Cắt cơn co thắt phế quản nhanh chóng, chống viêm mạnh bằng corticoid, cung cấp đầy đủ oxy, theo dõi sát chức năng hô hấp và chuyển tuyến kịp thời nếu thất bại.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

2.1. Oxy: mask không thở lại 10-15 lít/phút, mục tiêu SpO2 94-98%.

2.2. Giãn phế quản:

- Salbutamol sulfat (Atisaltolin 2,5mg/2,5ml) PHUN KHÍ DUNG.

- Cơn nặng: 5mg (2 ống) phun khí dung liên tục, lặp lại mỗi 20 phút trong 1 giờ đầu. Sau đó: 2,5-5mg mỗi 1-4 giờ tùy đáp ứng.

- Lưu ý: TTYT không có Ipratropium (SAMA) để phối hợp Không có Theophyllin/Aminophyllin TM → Nếu không đáp ứng, chuyển tuyến.

2.3. Corticosteroid (bắt buộc, càng sớm càng tốt):

- Methylprednisolon (Metilone 16mg) 40-80mg uống hoặc Hydrocortison (Vinphason 100mg) 100-200mg TM hoặc Prednisolon (Predni Hera Dr 5) 40-60mg uống.

- Duy trì 5-7 ngày

2.4. Adrenalin (Hadunalin 1mg/ml): 0,3-0,5mg tiêm dưới da (chỉ dùng nếu cơn nguy kịch, không đáp ứng) - có thể lặp lại sau 20 phút

2.5. Đặt NKQ + thở máy: khi BN suy hô hấp tiến triển, mệt cơ hô hấp, GCS giảm, ngừng thở

3. Điều trị hỗ trợ

Giữ bệnh nhân ở tư thế thoải mái, tránh kích thích, hướng dẫn tuân thủ điều trị dự phòng sau khi cắt cơn ổn định.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- SpO2 liên tục, lưu lượng đỉnh thở ra (PEF) trước và sau mỗi liều khí dung.

- Khí máu động mạch nếu SpO2 không cải thiện hoặc nghi ứ CO2.

- Điện giải đồ (Kali) khi dùng khí dung Salbutamol liều cao lặp lại.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Cơn hen phế quản không đáp ứng hoàn toàn với các thuốc giãn phế quản cắt cơn tại nhà hoặc tại phòng khám ban đầu.

- Cơn hen nặng, cơn nguy kịch có biểu hiện $SpO_2 < 90\%$, không nói hết câu, suy hô hấp rõ.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Các triệu chứng hô hấp cấp đã ổn định hoàn toàn, đạt mục tiêu điều trị ban đầu.

- Người bệnh và gia đình hiểu, biết cách sử dụng dụng cụ hít và tuân thủ điều trị ngoại trú, có lịch hẹn tái khám định kỳ.

- Cận lâm sàng xác nhận xuất viện:

+ Chỉ số PEF đạt $\geq 70 - 80\%$ giá trị dự đoán hoặc giá trị tốt nhất của bệnh nhân, ổn định với thuốc giãn phế quản đường hít thông thường.

- $SpO_2 \geq 94\%$ khi thở khí trời, không cần dùng khí dung ngắt quãng hay liên tục.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Cơn hen nguy kịch không đáp ứng xử trí ban đầu

- Cần đặt NKQ + thở máy

- Silent chest, tím tái, rối loạn ý thức

- Diễn tiến nặng hoặc vượt khả năng chuyên môn/trang thiết bị hiện có của TTYT (cần ICU, phẫu thuật chuyên khoa sâu, CT/MRI hoặc kỹ thuật TTYT chưa triển khai).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2020). *Quyết định số 1851/QĐ-BYT ngày 24/4/2020 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị hen phế quản người lớn và trẻ em từ 12 tuổi trở lên"*. Hà Nội.

4. Global Initiative for Asthma (2026). *Global Strategy for Asthma Management and Prevention (GINA)*.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

12. ĐỢT CẤP COPD

(ICD-10: J44.0-J44.9)

(QĐ 2767/QĐ-BYT 2023, GOLD 2025)

I. ĐẠI CƯƠNG

Đợt cấp BPTNMT là tình trạng nặng lên cấp tính của các triệu chứng hô hấp kéo dài 7-10 ngày, đòi hỏi thay đổi điều trị.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Tiêu chuẩn Anthonisen: ≥ 2/3 triệu chứng chính (tăng khó thở, tăng đờm, đờm mủ).

- Phân độ Rome: Nhẹ/TB/Nặng dựa trên VAS, thở, tim, SpO2, CRP, KMĐM

2. Cận lâm sàng

- Khí máu động mạch (đánh giá suy hô hấp, toan hô hấp).

- CTM, CRP nếu nghi bội nhiễm.

- X-quang ngực (loại trừ viêm phổi, tràn khí màng phổi).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Hen phế quản cơn cấp.

- Phù phổi cấp do tim.

- Thuyên tắc phổi.

- Viêm phổi.

4. Phân độ

- Phân loại Anthonisen: type I (đủ 3 tiêu chuẩn: tăng khó thở, tăng lượng đàm, đàm đục/mủ), type II (2 tiêu chuẩn), type III (1 tiêu chuẩn).

- Mức độ nặng theo nhu cầu hỗ trợ hô hấp: nhẹ (điều trị ngoại trú), trung bình (nhập viện), nặng (cần ICU/thở máy).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Giảm mức độ tắc nghẽn phế quản, chống viêm, điều trị kháng sinh khi có bội nhiễm, hỗ trợ hô hấp tối ưu và kiểm soát các bệnh đồng mắc.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

2.1. Giãn phế quản:

- Salbutamol (Atisaltolin 2,5mg/2,5ml) phun khí dung 3-4 lần/ngày.

- Khi cần. Liều 2,5-5mg/lần.

- Lưu ý tại TTYT: không có Ipratropium (SAMA) phối hợp. Nếu không đáp ứng → chuyển tuyến.

2.2. Corticosteroid:

- Methylprednisolon (Metilone 16mg) 40-80mg uống/ngày x 5-7 ngày hoặc Hydrocortison (Vinphason 100mg) TM nếu BN không uống được.

- Chuyển Prednisolon (Predni Hera Dr 5) 30-40mg/ngày khi ổn hơn.

2.3. Kháng sinh (khi đờm mủ hoặc ≥ 2 triệu chứng chính):

- Không nguy cơ Pseudomonas: Ceftriaxon (Ceftrione 1g) 1-2g TM/ngày hoặc Levofloxacin (Kaflovo 500) 500mg uống/TM x 1 lần/ngày.

- Có nguy cơ Pseudomonas: chuyển tuyến.

2.4. Oxy liệu pháp: Mục tiêu duy trì SpO_2 từ $88-92\%$, tránh dùng FiO_2 quá cao gây ứ đọng CO_2. Nên sử dụng mặt nạ Venturi nếu có (khởi đầu FiO_2 từ $24-28\%$).

2.5. Thông khí nhân tạo không xâm nhập (NIV): Chỉ định khi $pH \leq 7.35$ và $PaCO_2 \geq 45$ mmHg. Thất bại với NIV → tiến hành đặt nội khí quản thở máy xâm nhập.

3. Điều trị hỗ trợ

Tư vấn dinh dưỡng - vận động phù hợp, hướng dẫn tuân thủ điều trị và tự theo dõi tại nhà, tái khám định kỳ đánh giá đáp ứng và biến chứng.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Theo dõi SpO_2 liên tục, làm khí máu động mạch mỗi $6-12$ giờ nếu đang thở oxy hoặc thở máy không xâm nhập.

- X-quang ngực kiểm tra lại nếu không cải thiện sau $48-72$ giờ.

- Theo dõi điện giải đồ và đường huyết khi dùng corticoid liều cao.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Đợt cấp COPD kèm theo khó thở nhiều, co kéo cơ hô hấp phụ, có biểu hiện toan hô hấp cấp mất bù.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Triệu chứng đợt cấp đã ổn định, đạt mục tiêu điều trị, bệnh nhân hợp tác và có khả năng tuân thủ điều trị ngoại trú.

- Cận lâm sàng xác nhận xuất viện:

+ SpO_2 ổn định trên khí trời hoặc ở mức oxy liều thấp phù hợp điều trị tại nhà.

+ Khí máu động mạch trở về giới hạn nền ban đầu của người bệnh, không còn tình trạng toan hô hấp cấp.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Đợt cấp nặng không đáp ứng với thông khí nhân tạo không xâm nhập (NIV).

- Người bệnh cần thở máy xâm nhập kéo dài.

- Nhiễm vi khuẩn kháng thuốc như *Pseudomonas aeruginosa* vượt khả năng điều trị tại tuyến cơ sở.

- Diễn tiến nặng vượt quá khả năng chuyên môn hoặc trang thiết bị của TTYT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 2131/QĐ-BYT ngày 14/7/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính"*. Hà Nội.

4. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2025). *Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of COPD (GOLD)*.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

13. SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

(ICD-10: A90, A91)

(QĐ 2760/QĐ-BYT ngày 04/7/2023)

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh do virus Dengue gây ra (truyền qua muỗi *Aedes aegypti*). Diễn biến qua 3 giai đoạn: Sốt (ngày $1-3$) → Nguy hiểm (ngày $3-7$) → Hồi phục.

Các biến chứng chính: Thoát huyết tương, sốc giảm thể tích, rối loạn đông máu và xuất huyết nặng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Sốt cao đột ngột, đau đầu, đau cơ khớp, nhức hai hố mắt, xuất huyết da niêm.

- **Dấu hiệu cảnh báo:** Nôn nhiều, đau tức vùng gan, gan to, tiểu ít, cô đặc máu (Hct tăng), tiểu cầu giảm nhanh.

- **Phân độ (WHO 2009):** Sốt xuất huyết Dengue (SXHD) → SXHD có dấu hiệu cảnh báo → SXHD nặng.

2. Cận lâm sàng

- Công thức máu (theo dõi Hematocrit và số lượng tiểu cầu mỗi $6-12$ giờ trong giai đoạn nguy hiểm).

- Test nhanh NS1 hoặc kháng thể Dengue (IgM/IgG) nếu trong thời gian phù hợp.

- Điện giải đồ, chức năng gan, đông máu toàn bộ nếu có biểu hiện nặng.

- Siêu âm bụng: Phát hiện dịch ổ bụng, dày thành túi mật (dấu hiệu thoát huyết tương).

- X-quang ngực nếu nghi tràn dịch màng phổi

3. Chẩn đoán phân biệt

- Sốt virus khác (cúm, sởi).

- Sốt rét (nếu có yếu tố dịch tễ).

- Nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm trùng.

4. Phân độ

- Độ I: sốt kèm dấu hiệu không đặc hiệu, dấu dây thắt dương tính.

- Độ II: như độ I kèm xuất huyết tự nhiên (da, niêm mạc).

- Độ III: dấu hiệu suy tuần hoàn (mạch nhanh nhẹ, HA kẹt/tụt, da lạnh) - sốc còn bù.

- Độ IV: sốc nặng, mạch/HA không đo được.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Điều trị triệu chứng và bù dịch theo phân độ; theo dõi sát Hct, tiểu cầu và các dấu hiệu cảnh báo trong giai đoạn nguy hiểm (ngày 3-7). KHÔNG dùng kháng sinh; hạ sốt chỉ dùng Paracetamol, tuyệt đối tránh Aspirin và NSAIDs.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

2.1. SXHD không dấu hiệu cảnh báo:

- Điều trị ngoại trú: Paracetamol (Partamol 500) 500mg uống mỗi 4-6 giờ (không dùng Aspirin, Ibuprofen, Diclofenac)

- Theo dõi: tái khám mỗi ngày, HCt, TC

2.2. SXHD có dấu hiệu cảnh báo - NHẬP VIỆN NỘI TRÚ:

a. Theo dõi: DSHST mỗi 2-4 giờ, HCt mỗi 8-12 giờ, TC mỗi 12-24 giờ.

b. Dịch truyền:

- Ringer Lactat (Lactated Ringer's 500ml): 5-7ml/kg/giờ x 3-6 giờ.

- Nếu ổn: giảm dần.

- Lưu ý: Có thể dùng NaCl 0,9% nếu hết Ringer.

c. Hạ sốt: Paracetamol (Partamol 500) 500mg uống khi sốt > 38,5°C

2.3. SXHD nặng (sốc) - XỬ TRÍ CẤP CỨU:

a. Sốc sốt xuất huyết (dấu hiệu sốc, HCt cao):

- NaCl 0,9% hoặc Ringer Lactat: 15-20ml/kg/giờ trong 1 giờ đầu.

- Đánh giá lại: nếu ổn định → giảm dần nếu chưa hết sốc → dịch cao phân tử: không có Dextran/HAES (Tại TTYT: Gelofusine, Volulyte 6% có thể dùng).

+ Nếu sốc kéo dài: Truyền máu, huyết tương tươi nếu có.

b. Theo dõi: DSHST mỗi 15-30 phút, HCt, lượng nước tiểu.

c. Chuyển tuyến nếu sốc không đáp ứng.

3. Điều trị hỗ trợ

Hạ sốt, bù dịch-điện giải, dinh dưỡng đầy đủ, theo dõi sát dấu hiệu nặng/biến chứng trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Hematocrit, tiểu cầu mỗi 6-12 giờ trong giai đoạn nguy hiểm (ngày 3-7), tăng tần suất nếu có dấu hiệu cảnh báo.

- Siêu âm bụng/màng phổi kiểm tra tràn dịch khi nghi thoát huyết tương.

- Đông máu toàn bộ nếu xuất huyết nặng hoặc sốc kéo dài.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Mục 4.1.47: SXHD nặng/có biến chứng nặng.

- SXHD có dấu hiệu cảnh báo.

- Sốc SXHD.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế; nhập viện khi có dấu hiệu nặng nêu tại mục II hoặc không đáp ứng điều trị ban đầu.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết sốt ≥ 48 giờ

- Huyết động ổn định, không dấu hiệu cảnh báo

- Tiểu cầu tăng dần > 50.000/mm3

- Bắt đầu giai đoạn hồi phục

Hết sốt liên tục tối thiểu 48 giờ, các triệu chứng cấp cải thiện rõ, ăn uống/vận động trở lại bình thường, không dấu hiệu biến chứng.

Cận lâm sàng xác nhận xuất viện:

- Hết sốt ≥ 24-48 giờ không dùng hạ sốt, tiểu cầu có xu hướng hồi phục (thường ≥ 50.000/mm3 và đang tăng)

- Hematocrit ổn định về nền, không còn dấu hiệu thoát huyết tương/xuất huyết tiến triển

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

-Tình trạng sốc sốt xuất huyết nặng không đáp ứng với bù dịch ban đầu tại TTYT.

- Xuất huyết nặng (xuất huyết tiêu hóa nặng, xuất huyết não) cần truyền máu khối lượng lớn hoặc can thiệp chuyên khoa sâu.

- Vượt quá khả năng chuyên môn hoặc trang thiết bị của đơn vị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2023). *Quyết định số 2760/QĐ-BYT ngày 04/7/2023 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị Sốt xuất huyết Dengue"*. Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 1493/QĐ-BYT ngày 22/4/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hồi sức tích cực"*. Hà Nội.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

14. XỬ TRÍ HO RA MÁU

(ICD-10: R04.2)

I. ĐẠI CƯƠNG

Ho ra máu là tình trạng máu xuất phát từ đường hô hấp dưới (từ thanh quản trở xuống) được khạc ra ngoài qua miệng.

Mức độ: nhẹ (< 20ml/ngày), vừa (20-100ml/ngày), nặng (> 100ml/ngày), ho ra máu sét đánh (> 300ml/24 giờ hoặc > 100ml/lần)

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Phân biệt rõ với nôn ra máu (máu từ dạ dày, thường kèm thức ăn, màu sậm, không có bọt khí) hoặc chảy máu cam/họng chảy xuống.

- Khai thác tiền sử và triệu chứng tìm nguyên nhân: Lao phổi, giãn phế quản, áp xe phổi, ung thư phổi, viêm phổi, thuyên tắc phổi hoặc rối loạn đông máu.

2. Cận lâm sàng

- CTM, đông máu, nhóm máu (chuẩn bị truyền máu nếu ho máu lượng nhiều).

- X-quang ngực (bắt buộc, tìm tổn thương gây ho máu).

- CT scan ngực (nếu có điều kiện) để xác định chính xác vị trí và nguồn chảy máu.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Lao phổi.

- Giãn phế quản.

- Ung thư phổi.

- Chảy máu đường hô hấp trên bị nuốt/khạc nhầm (cần phân biệt với nôn máu).

4. Phân độ

- Nhẹ: < 50ml/24 giờ.

- Trung bình: 50-200ml/24 giờ hoặc 200-600ml/48 giờ.

- Nặng (ho ra máu sét đánh): > 200ml/24 giờ một lần hoặc > 600ml/48 giờ, đe dọa tính mạng do ngạt máu.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Đảm bảo thông thoáng đường thở, chống ngạt thở, cầm máu kịp thời, điều trị nguyên nhân và chuyển tuyến an toàn.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

2.1. Tư thế: Nghiêng về bên tổn thương (nếu biết), tránh hít máu vào phổi lành

2.2. Thở oxy: mask 10-15 lít/phút.

2.3. An thần: Diazepam/Midazolam → giải thích, trấn an người bệnh, hạn chế cử động.

2.4. Giảm ho: Codein (Terp-cod - Codein + terpin hydrat).

2.5. Thuốc cầm máu:

- Tranexamic acid (Haemostop 250mg/5ml): 1g (4 ống) pha 250ml NaCl 0,9% truyền TM x 3 lần/ngày

- Hoặc Duhemos 500 (Tranexamic 500mg) uống 2 viên x 3 lần/ngày

2.6. Xử trí ho ra máu nặng/sét đánh:

- Nằm nghiêng bên tổn thương (tư thế Trendelenburg).

- Đặt NKQ để bảo vệ đường thở, hút máu.

- Truyền dịch, truyền máu nếu cần.

- Chuyển tuyến can thiệp (nút mạch, phẫu thuật) NGAY.

3. Điều trị hỗ trợ

Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, dinh dưỡng và chăm sóc điều dưỡng phù hợp trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- SpO2, CTM, đông máu toàn bộ lặp lại theo diễn tiến lượng máu ho ra

- X-quang/CT ngực xác định vị trí tổn thương và theo dõi diễn tiến

- Nhóm máu, dự trù máu nếu ho máu lượng nhiều

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Ho ra máu số lượng từ mức độ vừa trở lên hoặc ho ra máu kèm theo suy hô hấp.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Triệu chứng cấp đã ổn định, các chỉ số theo dõi trong giới hạn an toàn, người bệnh có thể tự chăm sóc hoặc có người hỗ trợ, hẹn tái khám theo lịch.

- Cận lâm sàng xác nhận xuất viện:

+ Hết ho ra máu tối thiểu 48-72 giờ, Hemoglobin ổn định

+ Đã xác định và xử trí nguyên nhân hoặc có kế hoạch theo dõi/chuyển chuyên khoa phù hợp

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Ho ra máu nặng/sét đánh
- Cần nút mạch phế quản hoặc phẫu thuật
- Nguyên nhân chưa rõ cần nội soi phế quản, CT scan
- CT ngực nếu cần xác định nguồn chảy và mức độ
- Diễn tiến nặng hoặc vượt khả năng chuyên môn/trang thiết bị hiện có của TTYT (cần ICU, phẫu thuật chuyên khoa sâu, CT/MRI, hoặc kỹ thuật TTYT chưa triển khai).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 1493/QĐ-BYT ngày 22/4/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hồi sức tích cực"*. Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2020). *Quyết định số 1314/QĐ-BYT ngày 24/3/2020 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh lao"*. Hà Nội.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

15. NGỘ ĐỘC THUỐC CHUỘT PHOSPHO HỮU CƠ

(ICD-10: T60.0)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Ngộ độc Phospho hữu cơ (organophosphate) do tiếp xúc/nhiễm độc thuốc trừ sâu nhóm ức chế men Cholinesterase, gây tích tụ Acetylcholin tại synap thần kinh.

- Cơ chế bệnh sinh: Ức chế men Acetylcholinesterase (AChE) → tích tụ Acetylcholin → kích thích quá mức các thụ thể muscarinic, nicotinic và trung ương.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

1.1. Tiền sử: tiếp xúc thuốc trừ sâu.

1.2. Hội chứng Muscarinic (DUMBBELSS): tiết nhiều nước bọt, vã mồ hôi, đồng tử co, nôn, tiêu chảy, đái tiểu nhiều, nhịp chậm.

1.3. Nicotinic: yếu cơ, co giật cơ, liệt.

1.4. TKTW: lú lẫn, hôn mê, co giật.

2. Cận lâm sàng

- Cholinesterase huyết tương nếu có điều kiện xét nghiệm gửi mẫu.

- Điện giải đồ, khí máu, chức năng gan-thận.

- ECG (theo dõi rối loạn nhịp do ngộ độc).

- X-quang ngực nếu nghi hít sặc/phù phổi

3. Chẩn đoán phân biệt

- Ngộ độc carbamat (bệnh cảnh tương tự nhưng thường nhẹ và ngắn hơn).

- Ngộ độc thuốc/chất khác gây hội chứng cholinergic.

- Hôn mê do nguyên nhân thần kinh trung ương khác (tai biến mạch máu não, chấn thương sọ não).

4. Phân độ

- Nhẹ: chỉ triệu chứng muscarinic nhẹ (vã mồ hôi, tăng tiết nước bọt), Cholinesterase > 50% bình thường

- Trung bình: triệu chứng rõ (co đồng tử, co thắt phế quản, nôn ói), Cholinesterase 20-50%

- Nặng: suy hô hấp, co giật, hôn mê, Cholinesterase < 20% bình thường

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Hồi sức cấp cứu ban đầu khẩn trương: Đảm bảo hô hấp và tuần hoàn (ABC).

- Loại bỏ nhanh chất độc ra khỏi cơ thể (khử độc).

- Sử dụng thuốc giải độc đặc hiệu (Atropin liều cao và Pralidoxime nếu có) càng sớm càng tốt.

- Điều trị triệu chứng và biến chứng, theo dõi sát diễn biến (đặc biệt nguy cơ hội chứng trung gian và suy hô hấp muộn).

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

2.1. ABC: bảo vệ đường thở, NKQ nếu GCS < 8, thở oxy.

2.2. Khử độc:

- Rửa dạ dày bằng nước ấm hoặc nước muối sinh lý sớm (trong vòng 1-4 giờ đầu, trừ khi có chống chỉ định như uống axit/bazơ mạnh hoặc hôn mê chưa đặt nội khí quản bảo vệ đường thở).

- Cho than hoạt tính qua ống sonde dạ dày: Liều 50g - 100g hòa với nước (người lớn), kèm sorbitol nếu cần.

- Tắm rửa sạch sẽ bằng xà phòng nếu thuốc dính vào da, thay quần áo mới.

2.3. Thuốc:

a. Atropin (Uni-Atropin): liều cao

- Khởi đầu: 1-3mg TM, lặp lại mỗi 3-5 phút (tăng gấp đôi mỗi lần).

- Đến khi hết tiết dịch (đồng tử giãn, hết vã mồ hôi, hết co thắt PQ).

- Duy trì: truyền TM liều 0,02-0,08 mg/kg/giờ

b. Pralidoxim: TTYT không có → chuyển tuyến

2.4. Điều trị hỗ trợ:

- Nằm đầu thấp, hút đờm.

- Kiểm soát co giật (nặng: không có Diazepam/Midazolam → chuyển tuyến).

- Lọc máu nếu nặng (chuyển tuyến)

3. Điều trị hỗ trợ

Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, dinh dưỡng và chăm sóc điều dưỡng phù hợp trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Cholinesterase huyết tương/hồng cầu lặp lại mỗi 12-24 giờ đánh giá đáp ứng Atropin/Pralidoxime.

- SpO2, khí máu động mạch theo dõi sát nguy cơ suy hô hấp muộn (hội chứng trung gian).

- Điện giải đồ, amylase (viêm tụy do ngộ độc), ECG theo dõi rối loạn nhịp.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Tất cả các trường hợp ngộ độc Phospho hữu cơ đều có chỉ định **nhập viện cấp cứu** theo dõi và điều trị đặc hiệu.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT; nhập viện bắt buộc khi có dấu hiệu ngộ độc từ nhẹ đến nặng hoặc có bằng chứng tiếp xúc/nuốt/hít phải chất độc.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Triệu chứng ngộ độc cấp đã giải quyết hoàn toàn, các chỉ số sinh tồn ổn định trong giới hạn bình thường.

- Không còn triệu chứng muscarinic và nicotinic.

- Hoạt động men Cholinesterase hồi phục > 50% giá trị bình thường.

- Đã qua thời gian theo dõi an toàn tối thiểu **5 - 7 ngày** (đối với ngộ độc mức độ trung bình và nặng) mà không xuất hiện dấu hiệu của hội chứng trung gian hoặc liệt cơ hô hấp muộn.

- Người bệnh tỉnh táo, tự chăm sóc được hoặc có người hỗ trợ, có lịch hẹn tái khám định kỳ.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Ngộ độc nặng cần Pralidoxim

- Cần lọc máu

- Cần thở máy kéo dài

- Diễn tiến nặng hoặc vượt khả năng chuyên môn/trang thiết bị hiện có của TTYT (cần ICU, phẫu thuật chuyên khoa sâu, CT/MRI, hoặc kỹ thuật TTYT chưa triển khai).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 1493/QĐ-BYT ngày 22/4/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hồi sức tích cực"*. Hà Nội.

4. World Health Organization. *WHO Recommended Classification of Pesticides by Hazard*. Geneva.

16. ONG ĐỐT

(ICD-10: T63.4)

I. ĐẠI CƯƠNG

1. **Định nghĩa:** Ong đốt là tình trạng tổn thương do nọc độc của ong (ong vò vẽ, ong mật, ong nghệ, ong bắp cày...) chích vào cơ thể.

2. **Cơ chế gây bệnh:**

- Phản ứng độc tại chỗ do các enzym, peptide và amin sinh học trong nọc ong.

- Phản ứng dị ứng/quá mẫn (từ mề đay tại chỗ đến sốc phản vệ nguy hiểm tính mạng).

- Độc tính toàn thân (hoại tử cơ, tan máu, suy thận cấp, tổn thương gan) thường xảy ra khi bị số lượng lớn nọc độc (đốt nhiều nốt, thường $\geq 10-20$ nốt) hoặc do các loài ong độc (ong vò vẽ, ong bắp cày).

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- T**ại chỗ:** Vết đốt đau buốt, sưng nề, đỏ da, có ngòi chích ở trung tâm (với ong mật).

- **Phản ứng dị ứng:** Phát ban, mề đay lan tỏa, phù mạch, hoặc biểu hiện sốc phản vệ toàn thân (tụt huyết áp, khó thở, trụy mạch) thường xuất hiện trong vòng vài phút đến 1 giờ đầu sau đốt.

- **Độc tính toàn thân (khi đốt nhiều nốt $\geq 10-20$ nốt):**

+ Mệt mỏi, nôn mửa, tiêu chảy, sốt cao.

+ Vàng da, nước tiểu sẫm màu/đỏ (do tan máu hoặc tiêu cơ vân).

+ Thiểu niệu, vô niệu, phù (dấu hiệu suy thận cấp).

2. Cận lâm sàng

- CTM, chức năng thận (creatinin - theo dõi tiêu cơ vân/suy thận cấp nếu đốt nhiều nốt)

- Tổng phân tích nước tiểu (myoglobin niệu)

- CK, men gan nếu đốt nhiều nốt/ong vò vẽ.

- **Điện giải đồ:** Đánh giá tăng kali máu do tiêu cơ vân.

- Không cần chẩn đoán hình ảnh thường quy trừ khi có biến chứng.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Sốc phản vệ do các nguyên nhân dị ứng khác (thuốc, thức ăn).

- Côn trùng khác cắn (kiến lửa, nhện) gây phản ứng viêm tại chỗ hoặc dị ứng.

- Nhiễm trùng da mô mềm tại vết đốt (viêm tấy lan tỏa do vi khuẩn thứ phát).

4. Phân độ

- Nhẹ: phản ứng tại chỗ đơn thuần, số nốt đốt ít (< 10 nốt với ong thường)

- Nặng: nhiều nốt đốt (≥ 10-20 nốt) hoặc có phản ứng toàn thân/phản vệ, tổn thương đa cơ quan (tan máu, suy thận cấp, tổn thương gan)

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Xử trí cấp cứu phản vệ ngay lập tức nếu có dấu hiệu sốc phản vệ.

- Lấy bỏ ngòi chích nhanh chóng, rửa sạch vết thương bằng xà phòng và nước sạch, chườm lạnh giảm đau.

- Điều trị triệu chứng, duy trì nước tiểu và bảo vệ chức năng thận.

- Theo dõi sát độc tính toàn thân và xét nghiệm kiểm tra chức năng tạng định kỳ

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

2.1. Lấy vòi chích ra, rửa vết thương

2.2. Đánh giá sốc phản vệ → xử trí theo Hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ (*(Thông tư số 51/2017/TT-BYT)*. Tiêm bắp ngay **Adrenalin** liều lượng theo phác đồ.)

2.3. Điều trị triệu chứng và chống viêm:

- Kháng Histamin: Clorpheniramin 4mg (Clorpheniramin KP 4mg) uống

- Corticosteroid: Methylprednisolon (Metilone 16mg) 40mg uống.

- **Giảm đau:** Paracetamol 500mg uống khi đau nhiều.

2.4. Phòng ngừa và điều trị suy thận cấp / tiêu cơ vân:

- Truyền dịch tĩnh mạch (NaCl 0,9%, Glucose 5%) kết hợp lợi tiểu (Furosemid) theo chỉ định để duy trì lượng nước tiểu tốt, đào thải độc chất và sắc tố cơ ra khỏi thận.

- Kiểm soát chặt chẽ cân bằng dịch xuất nhập.

3. Điều trị hỗ trợ

Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, dinh dưỡng và chăm sóc điều dưỡng phù hợp trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Chức năng thận, tổng phân tích nước tiểu (myoglobin/hemoglobin niệu), CK theo dõi mỗi 12-24 giờ nếu đốt nhiều nốt

- Chức năng gan, đông máu toàn bộ nếu có dấu hiệu tổn thương đa cơ quan

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Bệnh nhân bị ong đốt ≥ 10 vết (hoặc ≥ 20 vết tùy loại ong).

- Có các triệu chứng toàn thân (mệt mỏi, nôn, sốt, vàng da, khó thở) hoặc có biểu hiện phản vệ đã được cắt cơn.

- Có dấu hiệu thay đổi cận lâm sàng gợi ý tổn thương thận, tăng men cơ CK, tan máu.

- Thuộc diện côn trùng cắn/đốt có nguy cơ ảnh hưởng tính mạng theo quy định phân tuyến và Quyết định số 79/QĐ-BYT.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Các triệu chứng lâm sàng tại chỗ và toàn thân đã ổn định hoàn toàn, vết sưng đau thuyên giảm rõ rệt.

- Các chỉ số cận lâm sàng (chức năng thận, men gan, men CK) trở về giới hạn bình thường hoặc ổn định vững chắc.

- Nước tiểu trong trở lại, hết hoàn toàn myoglobin/hemoglobin niệu.

- Bệnh nhân tỉnh táo, tự sinh hoạt được, có hướng dẫn chăm sóc vết thương tại nhà và hẹn lịch tái khám kiểm tra.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Bệnh nhân có biến chứng nặng: Suy thận cấp, tiêu cơ vân nặng, tan máu rõ, rối loạn đông máu, suy đa tạng.

- Sốc phản vệ nặng diễn biến phức tạp không đáp ứng với phác đồ tuyến cơ sở.

- Vượt quá khả năng chuyên môn hoặc trang thiết bị hiện có (cần kỹ thuật lọc máu liên tục, chạy thận nhân tạo...).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2017). *Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ*. Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 1493/QĐ-BYT ngày 22/4/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hồi sức tích cực"*. Hà Nội.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

PHẦN II. NỘI KHOA

1. TĂNG HUYẾT ÁP

(ICD-10: I10 - I15)

(ISH 2020, VSH 2022)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Tăng huyết áp (THA) là tình trạng huyết áp tăng cao liên tục ≥ 140/90 mmHg.

- Nguyên nhân: THA nguyên phát (90-95%), THA thứ phát (5-10%).

- Biến chứng: tim mạch, não, thận, mắt.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

1.1. Đo HA đúng quy trình: nghỉ ≥ 5 phút, đo 2 lần cách 1-2 phút, lấy trung bình

1.2. Chẩn đoán xác định: HATT ≥ 140 mmHg và/hoặc HATTr ≥ 90 mmHg

1.3. Phân độ:

- Tiền THA: 120-139/80-89

- THA độ 1: 140-159/90-99

- THA độ 2: ≥ 160/≥ 100

2. Cận lâm sàng

- Công thức máu, đường huyết đói, Creatinin/eGFR, điện giải đồ (Na, K), lipid máu toàn phần (Cholesterol, Triglycerid, HDL-C, LDL-C).

- Tổng phân tích nước tiểu (protein niệu)

- ECG (dày thất trái)

- Siêu âm tim nếu nghi biến chứng tim

3. Chẩn đoán phân biệt

- THA nguyên phát

- THA thứ phát (bệnh thận, nội tiết - nghi khi khởi phát trẻ, kháng trị)

- THA áo choàng trắng

4. Phân độ theo mức độ cấp tính

- Độ 1: HA tâm thu 140-159 hoặc tâm trương 90-99mmHg

- Độ 2: HA tâm thu 160-179 hoặc tâm trương 100-109mmHg

- Độ 3: HA tâm thu ≥ 180 hoặc tâm trương ≥ 110mmHg

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Điều trị lâu dài, hướng tới mục tiêu huyết áp an toàn (< 140/90 mmHg hoặc < 130/80 mmHg nếu có ĐTĐ hoặc bệnh thận mạn).

Kết hợp chặt chẽ giữa thay đổi lối sống và điều trị thuốc hạ áp đều đặn, cá thể hóa theo người bệnh.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

2.1. Thay đổi lối sống: giảm muối < 5g/ngày, hạn chế rượu bia, bỏ thuốc lá, tập thể lực 30 phút/ngày, giảm cân nếu thừa cân.

2.2. Điều trị thuốc (danh mục trúng thầu TTYT):

a. Đơn trị liệu - khởi đầu với 1 trong các nhóm:

- Nhóm ức chế kênh Canxi (CCB): Amlodipin (Kavasdin 5mg, Amlodipine Stella 10mg) 5mg uống 1 lần/ngày

- *Nhóm ức chế men chuyển (*ACEi): Enalapril (Erilcar 5, Prilocare 10) 5-10mg uống 1-2 lần/ngày hoặc Perindopril (Oceperido 4, Cosaten 8) 4-8mg uống 1 lần/ngày.

- *Nhóm chẹn thụ thể Angiotensin II (*ARB): Losartan (Bivitanpo 50) 50mg uống 1 lần/ngày hoặc Telmisartan (Mibetel 40-80) 40-80mg uống 1 lần/ngày.

- *Nhóm lợi tiểu*: Furosemid (Uloviz 40) 40mg uống 1 lần/ngày (nếu suy tim kèm).

- *Nhóm* Chẹn Beta: Bisoprolol (Bihasal 5) 5mg uống 1 lần/ngày (nếu THA kèm tim nhanh).

b. Phối hợp 2 thuốc (khi đơn trị không đạt mục tiêu):

- ACEi + CCB: Perindopril/Amlodipin (Amloperin 2.5/3.5, VT-Amlopril 4/5)

- ARB + CCB: Losartan/Amlodipin (Troysar AM 50/5)

- ARB + lợi tiểu: Losartan/HCTZ (Agilosart H 50/12.5, Goldmedi 50/12.5)

c. THA cấp cứu:

- Nicardipin (Nicardipine Aguettant 10mg/10ml): truyền TM

- Furosemid (Vinzix 20mg/2ml) TM nếu có quá tải dịch

2.4. Theo dõi: HA hàng ngày, điện giải đồ, Creatinin định kỳ 3-6 tháng

3. Điều trị hỗ trợ

Tư vấn dinh dưỡng - vận động phù hợp, hướng dẫn tuân thủ điều trị và tự theo dõi tại nhà, tái khám định kỳ đánh giá đáp ứng và biến chứng.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Huyết áp đo tại giường mỗi 8-12 giờ trong quá trình điều chỉnh thuốc

- Điện giải đồ, chức năng thận sau khởi trị/tăng liều ức chế men chuyển-lợi tiểu (7-14 ngày)

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Cơn THA có/không tổn thương cơ quan đích (HA ≥ 180/120)

- THA cấp cứu: THA có tổn thương cơ quan đích (não, tim, thận).

- Không đáp ứng với điều trị hạ áp ngoại trú ban đầu.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- HA ổn định < 140/90 với điều trị uống.

- Không triệu chứng tổn thương cơ quan đích tiến triển.

- Có kế hoạch tái khám và điều trị duy trì.

Triệu chứng cấp (nếu có đợt cấp) đã ổn định, đạt mục tiêu điều trị ban đầu, người bệnh hiểu và có khả năng tuân thủ điều trị ngoại trú, hẹn tái khám định kỳ.

Cận lâm sàng xác nhận xuất viện:

+ Huyết áp đạt mục tiêu (thường < 140/90mmHg) ổn định với thuốc uống, không tụt huyết áp tư thế.

+ Chức năng thận, điện giải đồ ổn định sau điều chỉnh thuốc.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- THA kháng trị (≥ 3 thuốc phối hợp chưa đạt mục tiêu).

- Nghi ngờ THA thứ phát cần tìm nguyên nhân.

- THA cấp cứu có tổn thương cơ quan đích nặng không đáp ứng.

- Diễn tiến nặng hoặc vượt khả năng chuyên môn/trang thiết bị hiện có của TTYT (cần ICU, phẫu thuật chuyên khoa sâu, CT/MRI, hoặc kỹ thuật TTYT chưa triển khai).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Phân hội Tăng huyết áp Việt Nam, Hội Tim mạch học Việt Nam (2024). *Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp*. Hà Nội.

4. European Society of Cardiology (2024). *2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension*. European Heart Journal.

2. SUY TIM

(ICD-10: I50)

(ESC 2021, VNHA 2022)

I. ĐẠI CƯƠNG

Suy tim là hội chứng lâm sàng do tim không đủ khả năng bơm máu đáp ứng nhu cầu chuyển hóa của cơ thể.

Phân loại theo EF: Suy tim phân suất tống máu giảm (EF < 40%), suy tim EF trung gian (EF 40-49%), suy tim EF bảo tồn (EF ≥ 50%).

Nguyên nhân: THA, bệnh ĐMV, bệnh van tim, bệnh cơ tim, rối loạn nhịp.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng (Tiêu chuẩn Framingham)

***Tiêu chuẩn chính:** Khó thở kịch phát về đêm, tĩnh mạch cổ nổi, ran ẩm ở phổi, tiếng T3 gallop, phù phổi cấp, gan to, áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP) > 16cmH2O, phản hồi gan - tĩnh mạch cổ dương tính.

***Tiêu chuẩn phụ:** Phù mắt cá chân hai bên, ho về đêm, khó thở khi gắng sức, gan to, tràn dịch màng phổi, nhịp tim nhanh > 120lần/phút, giảm cân ≥ 4.5kg sau 5 lợi tiểu.

**Chẩn đoán xác định khi:* Có ≥ 2tiêu chuẩn chính hoặc 1 tiêu chuẩn chính kết hợp ≥ 2tiêu chuẩn phụ.

***Phân độ NYHA:**

- *NYHA I:* Không hạn chế hoạt động thể lực.

- *NYHA II:* Hạn chế nhẹ hoạt động thể lực (thoải mái khi nghỉ ngơi, mệt/khó thở khi gắng sức thông thường).

- *NYHA III:* Hạn chế nhiều hoạt động thể lực (thoải mái khi nghỉ ngơi, mệt/khó thở khi gắng sức nhẹ).

- *NYHA IV:* Không thể thực hiện bất kỳ hoạt động thể lực nào, triệu chứng suy tim xuất hiện ngay cả khi nghỉ ngơi.

2. Cận lâm sàng

- BNP/NT-proBNP nếu có điều kiện

- Điện giải đồ, chức năng thận, chức năng gan

- X-quang ngực

- Siêu âm tim (đánh giá EF, nguyên nhân, phân loại suy tim EF giảm/bảo tồn)

- ECG

3. Chẩn đoán phân biệt

- Bệnh phổi mạn tính (COPD)

- Hội chứng thận hư/xơ gan (phù do nguyên nhân khác)

- Thiếu máu nặng

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Điều trị lâu dài, kiểm soát các yếu tố nguy cơ và bệnh đồng mắc, cá thể hóa theo mức độ nặng và đáp ứng của người bệnh; phối hợp thay đổi lối sống với thuốc.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

2.1. Điều trị cụ thể theo phân độ NYHA:

a. NYHA I-II (suy tim nhẹ-trung bình):

- *Nhóm ức chế men chuyển (*ACEi): Enalapril (Erilcar 5, Prilocare 10) 5-20mg/ngày hoặc Perindopril (Oceperido 4) 4-8mg/ngày.

- *Nhóm* Chẹn Beta: Bisoprolol (Bihasal 5) 1,25-10mg/ngày.

- Nhóm Lợi tiểu quai (nếu có ứ dịch): Furosemid (Uloviz 40) 20-80mg/ngày

- Nhóm Kháng Mineralocorticoid (MRA): Spironolacton (Entacron 25, Spironolacton MCN 50) 25-50mg/ngày

- Glycosid trợ tim: Digoxin (Digorich 0,25mg) nếu có rung nhĩ kèm.

b. NYHA III-IV (suy tim nặng, nhập viện):

- Furosemid (Vinzix 20mg/2ml) 20-80mg TM

- Thuốc vận mạch nếu tụt HA: Dopamin (Dopamine Renaudin 200mg/5ml)

- Digoxin (Digorich 0,25mg) 0,25mg uống/ngày

- Oxy liệu pháp: thở oxy gọng kính/mask

- Hạn chế nước, muối

*Lưu ý: TTYT không có SGLT2i (Dapagliflozin/Empagliflozin) trong danh mục trúng thầu - cần chuyển tuyến nếu BN có chỉ định.

3. Điều trị hỗ trợ

Tư vấn dinh dưỡng - vận động phù hợp, hướng dẫn tuân thủ điều trị và tự theo dõi tại nhà, tái khám định kỳ đánh giá đáp ứng và biến chứng.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- BNP/NT-proBNP, điện giải đồ, chức năng thận mỗi 24-48 giờ khi điều chỉnh lợi tiểu

- Cân nặng hàng ngày, siêu âm tim nếu cần đánh giá lại phân suất tống máu

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Suy tim độ NYHA từ III trở lên hoặc có đợt tiến triển cấp tính.

- Có biểu hiện phù phổi cấp, khó thở dữ dội, SpO2 < 90%.

- Huyết áp dao động bất ổn, kèm theo rối loạn nhịp tim nguy hiểm.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế; nhập viện khi có dấu hiệu nặng nêu tại mục II hoặc không đáp ứng điều trị ban đầu.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết phù, hết khó thở khi nằm

- Cân nặng ổn định, huyết động ổn

- SpO2 ≥ 90% khi thở khí trời

- Có phác đồ điều trị duy trì và tái khám

Triệu chứng cấp (nếu có đợt cấp) đã ổn định, đạt mục tiêu điều trị ban đầu, người bệnh hiểu và có khả năng tuân thủ điều trị ngoại trú, hẹn tái khám định kỳ.

- Cận lâm sàng xác nhận xuất viện:

+ Cân nặng khô ổn định, không còn ứ huyết trên lâm sàng/X-quang

+ Điện giải đồ, chức năng thận trong giới hạn cho phép điều trị duy trì ngoại trú

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Suy tim tiến triển nặng không đáp ứng với điều trị nội khoa tối ưu tại tuyến cơ sở.

- Có chỉ định can thiệp chuyên khoa sâu (đặt máy tạo nhịp, ICD, CRT hoặc xem xét các liệu pháp thay thế tim mạch nâng cao).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2022). *Quyết định số 1857/QĐ-BYT ngày 05/7/2022 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị suy tim cấp và mạn"*. Hà Nội.

4. European Society of Cardiology (2021). *Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure*. European Heart Journal.

5. Vietnam National Heart Association (2022). *Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị suy tim*. Hà Nội.

3. RUNG NHĨ

(ICD-10: I48)

(ESC 2020)

I. ĐẠI CƯƠNG

Rung nhĩ (RN) là rối loạn nhịp trên thất với tần số nhĩ 350-600 lần/phút, không đều, không có sóng P.

Biến chứng chính: nhồi máu não do tắc mạch, suy tim.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng: Hồi hộp, đánh trống ngực, mệt mỏi, khó thở khi gắng sức, đau ngực; tuy nhiên một số trường hợp hoàn thiện không có triệu chứng (phát hiện tình cờ).

- Điện tâm đồ (ECG): Mất hoàn toàn sóng P, thay thế bằng các sóng lăn tăn nhỏ (sóng f), khoảng R-R không đều (tần số thất không đều).

- Phân loại lâm sàng: Phát hiện lần đầu, rung nhĩ kịch phát (tự chấm dứt trong vòng 7 ngày), rung nhĩ dai dẳng (> 7 ngày), rung nhĩ dai dẳng lâu dài, và rung nhĩ vĩnh viễn.

2. Cận lâm sàng

- TSH (loại trừ cường giáp)

- Điện giải đồ, chức năng thận

- ECG (chẩn đoán xác định)

- Siêu âm tim (tìm nguyên nhân, đánh giá nhĩ trái, huyết khối).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Cuồng nhĩ

- Ngoại tâm thu nhĩ dày đặc

- Nhịp nhanh nhĩ đa ổ.

4. Đánh giá nguy cơ tắc mạch

Sử dụng thang điểm **CHA2DS2-VASc** để đánh giá nguy cơ đột quỵ ở bệnh nhân rung nhĩ không do bệnh van tim nhằm quyết định chỉ định điều trị kháng đông dự phòng.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Điều trị lâu dài, kiểm soát các yếu tố nguy cơ và bệnh đồng mắc, cá thể hóa theo mức độ nặng và đáp ứng của người bệnh; phối hợp thay đổi lối sống với thuốc.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

2.1. Chiến lược kiểm soát tần số (ưu tiên ở BN lớn tuổi, không triệu chứng nặng):

- Chẹn Beta: Bisoprolol (Bihasal 5) 2,5-10mg/ngày hoặc Metoprolol (Egilok 25) 25-100mg/ngày.

- Digoxin (Digorich 0,25mg) 0,25mg/ngày (nếu suy tim kèm). Mục tiêu đưa tần số thất < 110 lần/phút (kiểm soát dung nạp).

2.2. Chiến lược kiểm soát nhịp (triệu chứng nhiều hoặc BN trẻ):

- Chuyển nhịp thuốc: Amiodaron (AMIDOROL 200mg) uống

- Sốc điện chuyển nhịp nếu có máy

2.3. Chống đông dự phòng đột quỵ:

- Đánh giá CHA2DS2-VASc: ≥ 2 nam / ≥ 3 nữ → chỉ định kháng đông

- Thuốc tại TTYT: Clopidogrel (DogrelSaVi 75mg) 75mg/ngày Aspirin (Aspirin MKP 81) 81mg hoặc 325mg/ngày

*Lưu ý: TTYT không có Rivaroxaban/Apixaban/Dabigatran và không có Warfarin trong danh mục. Cân nhắc chuyển tuyến nếu cần kháng đông lâu dài.

2.4. Kiểm soát yếu tố nguy cơ: THA, ĐTĐ, suy tim

3. Điều trị hỗ trợ

Tư vấn dinh dưỡng - vận động phù hợp, hướng dẫn tuân thủ điều trị và tự theo dõi tại nhà, tái khám định kỳ đánh giá đáp ứng và biến chứng.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- ECG/monitor nhịp tim liên tục hoặc Holter theo dõi đáp ứng kiểm soát tần số/nhịp

- INR (nếu dùng kháng vitamin K) mỗi 2-3 ngày đến khi ổn định trong khoảng điều trị

- Chức năng tuyến giáp, điện giải đồ tìm nguyên nhân có thể điều trị được

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Rung nhĩ nhanh hoặc chậm, khoảng ngừng xoang > 2.0s.

- Nhịp không đều mới phát hiện kèm triệu chứng.

- RN có biến chứng thuyên tắc.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế; nhập viện khi có dấu hiệu nặng nêu tại mục II hoặc không đáp ứng điều trị ban đầu.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Tần số thất kiểm soát < 100 lần/phút.

- Huyết động ổn định.

- Đã đánh giá CHA2DS2-VASc và có kế hoạch chống đông.

Triệu chứng cấp (nếu có đợt cấp) đã ổn định, đạt mục tiêu điều trị ban đầu, người bệnh hiểu và có khả năng tuân thủ điều trị ngoại trú, hẹn tái khám định kỳ.

- Cận lâm sàng xác nhận xuất viện:

+ Tần số thất kiểm soát tốt (thường 60-100 lần/phút khi nghỉ) hoặc đã chuyển nhịp xoang ổn định.

+ INR trong khoảng điều trị (2-3) nếu dùng kháng vitamin K, hoặc đã khởi trị kháng đông thế hệ mới ổn định.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Diễn tiến nặng hoặc vượt khả năng chuyên môn/trang thiết bị hiện có của TTYT (cần ICU, phẫu thuật chuyên khoa sâu, CT/MRI, hoặc kỹ thuật TTYT chưa triển khai).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3.European Society of Cardiology (2020). *Guidelines for the Diagnosis and Management of Atrial Fibrillation*. European Heart Journal.

4. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 1493/QĐ-BYT ngày 22/4/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hồi sức tích cực"*. Hà Nội.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

4. HỘI CHỨNG VÀNH CẤP (HCVC) - NMCT CẤP ST CHÊNH

(ICD-10: I20.0, I21)

(ESC 2023, VNHA 2023)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Hội chứng vành cấp (HCVC) là tình trạng thiếu máu cơ tim cấp tính, do vỡ mảng xơ vữa gây tắc động mạch vành.

- Gồm: NMCT ST chênh lên (STEMI), NMCT không ST chênh (NSTEMI), Đau thắt ngực không ổn định (UA).

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

1.1. Đau ngực: kiểu vành (sau xương ức, bóp nghẹt, lan vai trái/cằm, > 20 phút, không đáp ứng nitrat).

1.2. ECG: ST chênh lên ≥ 2mm (≥ 2 chuyển đạo liên tiếp) hoặc ST chênh xuống/T âm (NSTEMI/UA).

1.3. Men tim: Troponin (nếu xét nghiệm được), CK-MB tăng.

2. Cận lâm sàng

- Troponin (định lượng, động học).

- Điện giải đồ, chức năng thận, bilan lipid, đông máu

- ECG 12 chuyển đạo (bắt buộc, cấp cứu)

- Siêu âm tim nếu có điều kiện

- Chụp/can thiệp mạch vành: TTYT không có → chuyển tuyến khẩn cấp

3. Chẩn đoán phân biệt

- Bóc tách động mạch chủ

- Viêm màng ngoài tim cấp

- Thuyên tắc phổi

4. Phân độ

- Killip I: không suy tim

- Killip II: ran ẩm dưới 50% phổi, tĩnh mạch cổ nổi

- Killip III: phù phổi cấp

- Killip IV: sốc tim.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Điều trị theo nguyên nhân kết hợp điều trị triệu chứng; theo dõi sát đáp ứng điều trị để điều chỉnh kịp thời.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

2.1. Xử trí ban đầu (ngay tại phòng cấp cứu):

- Aspirin (Aspirin MKP 81): 81mg x 4 viên (324mg) nhai nuốt ngay.

- Clopidogrel (DogrelSaVi 75mg): 300mg (4 viên) uống liều nạp, sau 75mg/ngày.

- Nitrat: Isosorbid dinitrat (Imidu 30) 30mg uống.

- Giảm đau: Morphin 30mg (nếu có) hoặc Paracetamol (Partamol 500).

- Oxy: 2-4L/ph nếu SpO2 < 90%.

- Chẹn Beta: Bisoprolol (Bihasal 5) 5mg uống (tránh nếu suy tim cấp/sốc).

2.2. Tái tưới máu:

- STEMI: chuyển tuyến ngay để can thiệp ĐMV thì đầu (PCI)

- Không tiêu sợi huyết tại TTYT (không có thuốc trong danh mục)

2.3. Điều trị nội khoa sau giai đoạn cấp:

- Aspirin MKP 81mg/ngày + Clopidogrel 75mg/ngày (DAPT 12 tháng)

- Atorvastatin (Statinagi 20, Vaslor-40) liều cao 40-80mg/ngày

- ACEi: Enalapril (Prilocare 10) 10-20mg/ngày

- Chẹn Beta: Bisoprolol (Bihasal 5) 5-10mg/ngày

3. Điều trị hỗ trợ

Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, dinh dưỡng và chăm sóc điều dưỡng phù hợp trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Troponin, ECG 12 chuyển đạo lặp lại theo động học, monitor liên tục theo dõi rối loạn nhịp

- Siêu âm tim đánh giá chức năng thất trái và biến chứng cơ học (hở van, thủng vách liên thất)

- Điện giải đồ (Kali, Magie), bilan lipid máu

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Mọi trường hợp nghi ngờ hội chứng vành cấp, đau ngực mạch vành cấp tính có thay đổi ECG hoặc Troponin đều có chỉ định **nhập viện cấp cứu**.

- Thuộc nhóm bệnh lý cấp cứu tối khẩn theo Quyết định số 79/QĐ-BYT.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết đau ngực ≥ 24 giờ.

- Huyết động ổn định.

- ECG và men tim ổn định/giảm.

- Đã có kế hoạch chuyển tuyến can thiệp hoặc đã điều trị nội khoa tối ưu.

Triệu chứng cấp đã ổn định, các chỉ số theo dõi trong giới hạn an toàn, người bệnh có thể tự chăm sóc hoặc có người hỗ trợ, hẹn tái khám theo lịch.

Cận lâm sàng xác nhận xuất viện:

+ Troponin qua đỉnh và giảm, ECG ổn định, không còn đau ngực/rối loạn nhịp nguy hiểm.

+ Siêu âm tim đã thực hiện, có kế hoạch điều trị nội khoa tối ưu và tái khám tim mạch.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Tất cả các trường hợp **STEMI** hoặc **NSTEMI nguy cơ cao** (thang điểm GRACE > 140) cần được chuyển gấp đến bệnh viện tuyến trên có trung tâm Can thiệp mạch vành (PCI) càng sớm càng tốt.

- Trường hợp có biến chứng nặng: Sốc tim, rối loạn nhịp nặng đe dọa tính mạng, suy tim cấp nặng vượt quá năng lực xử trí của trung tâm y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. European Society of Cardiology (2023). *Guidelines for the Management of Acute Coronary Syndromes*. European Heart Journal.

4. Vietnam National Heart Association (2023). *Khuyến cáo về chẩn đoán và xử trí Hội chứng vành cấp*. Hà Nội.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

5. ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2

(ICD-10: E11)

(QĐ 5481/QĐ-BYT 2020, ADA 2025)

I. ĐẠI CƯƠNG

-Đái tháo đường (ĐTĐ) típ 2 là rối loạn chuyển hóa do kháng insulin và/hoặc suy giảm bài tiết insulin tương đối, chiếm > 90% các trường hợp ĐTĐ.

- Yếu tố nguy cơ: thừa cân/béo phì, tuổi > 45, tiền sử gia đình, THA, rối loạn lipid.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

1.1. Glucose huyết tương lúc đói ≥ 7,0 mmol/L (≥ 126 mg/dL) hoặc

1.2. Glucose máu bất kỳ ≥ 11,1 mmol/L (≥ 200 mg/dL) kèm triệu chứng hoặc

1.3. Glucose 2 giờ sau nghiệm pháp OGTT ≥ 11,1 mmol/L hoặc

1.4. HbA1c ≥ 6,5% (nếu xét nghiệm được).

2. Cận lâm sàng

- Đường huyết đói, HbA1c

- Chức năng thận (creatinin, eGFR), microalbumin niệu

- Bilan lipid máu

- Không cần chẩn đoán hình ảnh thường quy; soi đáy mắt định kỳ

3. Chẩn đoán phân biệt

- Đái tháo đường típ 1.

- Đái tháo đường thứ phát (do thuốc, bệnh tụy).

- Rối loạn dung nạp glucose.

4. Phân độ

- Kiểm soát tốt: HbA1c < 7%; kiểm soát chưa tốt: HbA1c 7-9%; kiểm soát kém: HbA1c > 9%

- Biến chứng cấp (DKA/tăng áp lực thẩm thấu/hạ đường huyết) - xem Hướng dẫn tương ứng

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Điều trị lâu dài, kết hợp thay đổi lối sống (dinh dưỡng, vận động) với thuốc.

- Kiểm soát toàn diện các yếu tố nguy cơ tim mạch và bệnh đồng mắc.

- Cá thể hóa mục tiêu điều trị dựa trên tuổi, bệnh đồng mắc và thời gian mắc bệnh.

2. **Mục tiêu điều trị chung**

- HbA1c < 7% (< 6,5% đối với người trẻ, không có biến chứng tim mạch nếu đạt được mà không hạ đường huyết nặng).

- Glucose huyết tương lúc đói: 4,4 – 7,0 mmol/L (80 – 130 mg/dL).

- Glucose huyết tương sau ăn 2 giờ: < 10,0 mmol/L (< 180 mg/dL).

3. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

3.1. Điều trị thuốc (danh mục trúng thầu TTYT):

- Bước 1 - Đơn trị (kết hợp ăn uống, tập luyện):

+ Metformin (Metformin 500, Stella 850, Meglucon 1000) 500-850mg uống 1-2 lần/ngày, tối đa 2g/ngày.

+ Nếu CCĐ/không dung nạp Metformin: Gliclazid (Golddicron 30, Gliclada 60, Staclazide 80) 30-80mg uống 1 lần/ngày (sáng).

- Bước 2 - Phối hợp 2 thuốc (khi đơn trị không đạt HbA1c mục tiêu sau 3 tháng):

+ Metformin + Gliclazid (các liều như trên).

+ Hoặc Metformin + Glimepirid (Diaprid 4) 1-4mg uống 1 lần/ngày.

+ Hoặc Metformin + Acarbose (Haducarbo 25, Bluecabose 50) 25-50mg uống trong bữa ăn.

- Bước 3 - Phối hợp 3 thuốc:

+ Metformin + Gliclazid + Acarbose

+ Cân nhắc thêm Insulin

- Bước 4 - Insulin hóa (khi thất bại với 2-3 thuốc uống hoặc có chống chỉ định):

+ Insulin hỗn hợp (premix) trúng thầu: NovoMix 30 FlexPen (100U/ml) hoặc Humalog Mix 75/25 Kwikpen hoặc Wosulin 30/70 (100IU/ml)

+ Liều khởi đầu: 10-15U x 2 lần/ngày (sáng + tối)

+ Điều chỉnh tăng 2-4U mỗi 3 ngày nếu đường huyết chưa đạt

* Lưu ý: TTYT không có SGLT2i và GLP-1 - nếu BN có bệnh tim mạch/thận mạn, cần chuyển tuyến để được dùng các thuốc này

3. Điều trị hỗ trợ

Tư vấn dinh dưỡng - vận động phù hợp, hướng dẫn tuân thủ điều trị và tự theo dõi tại nhà, tái khám định kỳ đánh giá đáp ứng và biến chứng.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Đường huyết mao mạch trước ăn/trước ngủ hàng ngày trong thời gian nằm viện

- Chức năng thận, điện giải đồ định kỳ khi điều chỉnh liều Insulin/thuốc uống

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Có biến chứng cấp tính: Nhiễm toan ceton, tăng áp lực thẩm thấu máu, hạ đường huyết nặng (≤ 3,0 mmol/L có triệu chứng).

- Nhiễm trùng nặng trên nền đái tháo đường (loét bàn chân nhiễm trùng, viêm phổi, nhiễm trùng tiểu nặng,...).

- Đường huyết tăng cao nhiều không đáp ứng với điều trị ngoại trú, hoặc kèm theo các bệnh lý cấp cứu nội khoa khác.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Đường huyết đã được kiểm soát ổn định trong giới hạn mục tiêu nội trú (thường 8,0 – 10,0 mmol/L tương đương 140 – 180 mg/dL).

- Đã giải quyết ổn thỏa các biến chứng cấp tính hoặc tình trạng nhiễm trùng kèm theo.

- Người bệnh hoặc người nhà đã thành thạo kỹ thuật tiêm insulin (nếu dùng insulin), biết cách tự theo dõi đường huyết và nhận biết/xử trí triệu chứng hạ đường huyết tại nhà.

- Có đơn thuốc ngoại trú đầy đủ và lịch hẹn tái khám định kỳ.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Diễn tiến lâm sàng nặng vượt quá khả năng chuyên môn hoặc trang thiết bị của Trung tâm Y tế (cần hồi sức tích cực ICU, thở máy xâm lấn, phẫu thuật chuyên khoa sâu, biến chứng thận mạn giai đoạn cuối cần lọc máu, hoặc cần các nhóm thuốc chuyên sâu như SGLT2i/GLP-1RA/Insulin nền chuyên biệt).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2020). *Quyết định số 5481/QĐ-BYT ngày 30/12/2020 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2"*. Hà Nội.

4. American Diabetes Association (2026). *Standards of Care in Diabetes*. Diabetes Care.

6. ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 1

(ICD-10: E10)

(QĐ 1760/QĐ-BYT 2024, ADA 2025)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Đái tháo đường (ĐTĐ) típ 1 là bệnh tự miễn phá hủy tế bào beta tụy, gây thiếu hụt insulin tuyệt đối.

- Thường gặp ở trẻ em, thanh thiếu niên, thể trạng gầy, khởi phát cấp tính.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Tiêu chuẩn đường huyết tương tự đái tháo đường típ 2 (FPG ≥ 7,0mmol/L, hoặc bất kỳ ≥ 11,1mmol/L kèm triệu chứng).

- Đặc điểm gợi ý: Khởi phát cấp tính, sụt cân nhanh, thể trạng gầy, thường trẻ tuổi, C-peptide máu thấp hoặc rất thấp, xét nghiệm tự kháng thể (như Anti-GAD, IA-2) dương tính (nếu có điều kiện làm).

2. Cận lâm sàng

- Đường huyết, HbA1c, ceton máu/niệu khi nghi DKA

- C-peptide, kháng thể (GAD, IA2) nếu có điều kiện để xác định thể bệnh

- Không cần chẩn đoán hình ảnh thường quy

3. Chẩn đoán phân biệt

- Đái tháo đường típ 2 khởi phát trẻ

- Đái tháo đường thể LADA

4. Phân độ

- Kiểm soát tốt: HbA1c < 7%; kiểm soát chưa tốt: HbA1c 7-9%; kiểm soát kém: HbA1c > 9%

- Biến chứng cấp (DKA/tăng áp lực thẩm thấu/hạ đường huyết) - xem Hướng dẫn tương ứng

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- **Bắt buộc phải điều trị bằng insulin suốt đời** ngay từ khi chẩn đoán.

- Kết hợp chế độ dinh dưỡng hợp lý, vận động thể lực điều độ và giáo dục bệnh nhân/người nhà về kỹ thuật tiêm, chỉnh liều và xử trí hạ đường huyết

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

2.1. Liệu pháp insulin bắt buộc suốt đời

2.2. Insulin tại TTYT (chỉ có insulin hỗn hợp - premix):

+ NovoMix 30 FlexPen (100U/ml)

+ Humalog Mix 75/25 Kwikpen

+ Wosulin 30/70 (100IU/ml)

*Lưu ý: TTYT không có insulin nền tác dụng kéo dài (Glargin/Detemir/Degludec) và insulin tác dụng nhanh riêng - BN ĐTĐ típ 1 phức tạp cần chuyển tuyến.

3. Điều trị hỗ trợ

Tư vấn dinh dưỡng - vận động phù hợp, hướng dẫn tuân thủ điều trị và tự theo dõi tại nhà, tái khám định kỳ đánh giá đáp ứng và biến chứng.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Đường huyết mao mạch mỗi 2-4 giờ (nguy cơ dao động đường huyết cao hơn típ 2).

- Ceton máu/niệu nếu đường huyết > 250mg/dL để phát hiện sớm toan ceton.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Biến chứng cấp tính: hạ đường huyết, nhiễm toan ceton.

- BN ĐTĐ típ 1 mới chẩn đoán cần cân nhắc chuyển tuyến.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế; nhập viện khi có dấu hiệu nặng nêu tại mục II hoặc không đáp ứng điều trị ban đầu.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Triệu chứng cấp (nếu có đợt cấp) đã ổn định, đạt mục tiêu điều trị ban đầu, người bệnh hiểu và có khả năng tuân thủ điều trị ngoại trú, hẹn tái khám định kỳ.

- Cận lâm sàng xác nhận xuất viện:

+ Đường huyết ổn định trong mục tiêu với phác đồ Insulin nền-nhanh đã xác định liều.

+ Bệnh nhân/người nhà đã thành thạo kỹ thuật tiêm Insulin và xử trí hạ đường huyết tại nhà.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Đái tháo đường típ 1 mới phát hiện cần thiết lập phác đồ Basal - Bolus chuẩn hóa ban đầu.

- Biến chứng nặng vượt quá năng lực điều trị của tuyến cơ sở (DKA nặng có rối loạn tri giác cần ICU, suy thận cấp, tổn thương cơ quan đích nặng).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2024). *Quyết định số 1760/QĐ-BYT ngày 21/6/2024 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 1 ở trẻ em và thanh thiếu niên"*. Hà Nội.

4.American Diabetes Association (2026). *Standards of Care in Diabetes*. Diabetes Care.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

7. NHIỄM TOAN CETON - HẠ ĐƯỜNG HUYẾT

(ICD-10: E10.1/E11.1 cho DKA, E16.0/E16.2 cho hạ ĐH)

I. ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm toan ceton do đái tháo đường (DKA) và hạ đường huyết là hai biến chứng cấp tính đối lập nhưng đều đe dọa tính mạng của bệnh đái tháo đường. DKA do thiếu hụt Insulin tuyệt đối/tương đối gây tăng đường huyết, tăng ceton và toan chuyển hóa; hạ đường huyết do thừa Insulin/thuốc hạ đường huyết so với nhu cầu, gây rối loạn ý thức nếu không xử trí kịp thời.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Hạ đường huyết (Glucose < 3,9mmol/L): đói, run, vã mồ hôi, tim nhanh, lú lẫn, có thể hôn mê nếu nặng

- Nhiễm toan ceton (DKA): Glucose > 13,9mmol/L kèm pH < 7,3, HCO3 < 15mmol/L, ceton máu/niệu dương tính

- DKA biểu hiện lâm sàng: tiểu nhiều, uống nhiều, sụt cân, mệt lả, hơi thở mùi trái cây (ceton), thở nhanh sâu (Kussmaul)

2. Cận lâm sàng

- Đường huyết mao mạch và tĩnh mạch, khí máu, ceton máu/niệu, điện giải đồ (đặc biệt Kali).

- ECG (đánh giá ảnh hưởng rối loạn Kali).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Hạ đường huyết do quá liều insulin/sulfonylurea.

- Tăng áp lực thẩm thấu do đường huyết cao không ceton.

- Nhiễm toan lactic.

4. Phân độ

- DKA: nhẹ/trung bình/nặng theo pH-HCO3-tri giác (xem Hướng dẫn DKA Chương I).

- Hạ đường huyết: độ nhẹ (còn tự xử trí được), độ trung bình (cần người khác hỗ trợ), độ nặng (rối loạn ý thức/co giật).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- *Cấp cứu khẩn cấp:*

+ Với DKA: Bù dịch tĩnh mạch tích cực, hạ đường huyết từ từ bằng Insulin nhanh truyền tĩnh mạch liên tục, điều chỉnh điện giải (đặc biệt là Kali) và kiềm hóa máu khi có chỉ định chặt chẽ.

+ Với Hạ đường huyết: Nạp ngay glucose qua đường uống (nếu còn tỉnh) hoặc truyền tĩnh mạch dung dịch glucose ưu trương (nếu hôn mê/không uống được).

- Tìm và điều trị triệt để nguyên nhân thúc đẩy (nhiễm trùng, ngưng thuốc, tai biến,...).

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

2.1. DKA: Insulin nhanh (Actrapid/NovoRapid) truyền TM liên tục 0,1 đơn vị/kg/giờ; bù dịch NaCl 0,9% 15-20ml/kg/giờ giờ đầu, sau đó điều chỉnh theo đáp ứng

2.2. Bù Kali sớm khi Kali < 5,3mmol/L (thường sau 1-2 giờ bù dịch/Insulin): Kali clorid (Kadium chloratum 500mg) pha truyền TM theo nồng độ Kali máu

2.3. Hạ đường huyết: Glucose 30% 50-100ml TM chậm (người lớn) nếu bệnh nhân không uống được; tỉnh táo - cho uống nước đường/ăn ngay

2.4. Theo dõi đường huyết mao mạch mỗi 1 giờ đến khi ổn định

3. Điều trị hỗ trợ

Hạ sốt, bù dịch-điện giải, dinh dưỡng đầy đủ, theo dõi sát dấu hiệu nặng/biến chứng trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Đường huyết mao mạch mỗi 1-2 giờ đến khi ổn định, điện giải đồ (Kali) mỗi 2-4 giờ khi bù Insulin/Glucose

- Khí máu động mạch theo dõi nếu đang điều trị toan ceton

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Tất cả các trường hợp nhiễm toan ceton do đái tháo đường (bất kể mức độ nặng nhẹ).

- Hạ đường huyết nặng (độ 2, độ 3) có rối loạn ý thức, hạ đường huyết do các thuốc uống kéo dài (như sulfonylurea) có nguy cơ tái phát cao.

- Không đáp ứng với xử trí ban đầu tại chỗ.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Các triệu chứng cấp tính đã cải thiện hoàn toàn, người bệnh tỉnh táo, ăn uống bình thường.

- *Đối với DKA:* Đã đóng khoảng trống anion, pH máu bình thường ($\geq$ 7,3), đường huyết ổn định.

- *Đối với hạ đường huyết:* Đã giải quyết xong nguyên nhân gây hạ đường huyết, không còn cơn hạ đường huyết tái phát trong vòng 24–48 giờ qua.

- Điện giải đồ (đặc biệt Kali) trở về giới hạn bình thường.

- Đã thiết lập lại phác đồ điều trị ngoại trú ổn định và được hướng dẫn kỹ năng tự theo dõi bệnh.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Nhiễm toan ceton nặng có rối loạn ý thức sâu, trụy mạch, toan máu nặng (pH < 7,0 hoặc HCO3 < 5 mmol/L) vượt quá khả năng hồi sức cấp cứu của TTYT.

- Hạ đường huyết kéo dài kháng trị, hôn mê sâu tổn thương thần kinh trung ương cần trang thiết bị chuyên sâu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2020). *Quyết định số 5481/QĐ-BYT ngày 30/12/2020 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2"*. Hà Nội.

4.American Diabetes Association (2026). *Standards of Care in Diabetes*. Diabetes Care.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

8. CƠN HEN PHẾ QUẢN NẶNG

(ICD-10: J45.0, J46)

(GINA 2024)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Hen phế quản là bệnh viêm mạn tính đường thở, đặc trưng bởi tắc nghẽn phế quản có thể hồi phục, tăng đáp ứng phế quản.

- Cơn hen nặng: đe dọa tính mạng, cần xử trí cấp cứu ngay.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

1.1. Khó thở thì thở ra, khò khè, nặng ngực, ho

1.2. Cơn nặng: không nói được từng câu, ngồi không nằm được, co kéo cơ hô hấp phụ, mạch > 120, thở > 30, SpO2 < 90%

1.3. Cơn nguy kịch: im lặng lồng ngực (silent chest), tím tái, rối loạn ý thức

2. Cận lâm sàng

- SpO2, khí máu động mạch nếu hen rất nặng

- X-quang ngực nếu nghi biến chứng hoặc không đáp ứng điều trị

3. Chẩn đoán phân biệt

- Đợt cấp COPD

- Phù phổi cấp (hen tim)

- Dị vật đường thở

4. Phân độ (Theo GINA):

- Nhẹ-trung bình (nói được câu dài, SpO2 ≥ 95%).

- Nặng (nói từng từ, SpO2 90-95%, co kéo cơ hô hấp phụ).

- Nguy kịch (lồng ngực im lặng, rối loạn tri giác, SpO2 < 90%).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Xử trí cấp cứu khẩn trương nhằm giải phóng tắc nghẽn đường thở, nâng cao SpO2, giảm viêm và ngăn ngừa tử vong.

- Đánh giá mức độ nặng liên tục để điều chỉnh xử trí kịp thời.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

2.1. Oxy: mask không thở lại 10-15L/ph, mục tiêu SpO2 94-98%

2.2. Thuốc giãn phế quản:

- Salbutamol sulfat (Atisaltolin 2,5mg/2,5ml) phun khí dung khởi đầu: 5mg (2 ống) phun khí dung liên tục hoặc Salbutamol MDI 100mcg (tại TTYT không có)

*Lưu ý: TTYT không có Ipratropium (SAMA) để phối hợp

2.3. Corticosteroid - bắt buộc:

- Methylprednisolon (Metilone 16mg): 40-80mg TM, hoặc uống

- Hoặc Hydrocortison (Vinphason 100mg): 100-200mg TM;

- Hoặc Prednisolon (Predni Hera Dr 5): 40-60mg uống/ngày.

=> Thời gian: 5-7 ngày.

2.4. Aminophyllin: TTYT không có → không dùng.

2.5. Xem xét: Adrenalin (Hadunalin 1mg/ml) 0,3-0,5mg dưới da nếu cơn nguy kịch.

2.6. Đặt NKQ + thở máy nếu BN suy hô hấp tiến triển.

3. Điều trị hỗ trợ

Tư vấn dinh dưỡng - vận động phù hợp, hướng dẫn tuân thủ điều trị và tự theo dõi tại nhà, tái khám định kỳ đánh giá đáp ứng và biến chứng.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- SpO2 liên tục, PEF trước/sau khí dung

- Khí máu động mạch nếu không cải thiện hoặc nghi ứ CO2

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Cơn hen phế quản nặng hoặc nguy kịch không đáp ứng hoàn toàn với các biện pháp điều trị cắt cơn ban đầu tại phòng khám/cấp cứu sau 1–2 giờ.

- Có các yếu tố nguy cơ cao tử vong do hen (tiền sử đặt nội khí quản vì hen, vừa nhập viện vì hen trong năm qua, lạm dụng SABA,...).

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết hẳn khò khè, hết khó thở, lồng ngực thông thoáng.

- SpO2 $\geq$ 92%khi thở không khí trời.

- Đã quay trở lại sử dụng thuốc hít duy trì ngoại trú ổn định ít nhất 24 giờ trước khi xuất viện.

- Chỉ số lưu lượng đỉnh (PEF) đạt $\geq 70\% - 80\%$giá trị tốt nhất của người bệnh.

- Người bệnh được hướng dẫn kỹ thuật dùng bình xịt định liều (MDI) đúng cách và có kế hoạch hành động xử trí hen tại nhà.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Cơn hen nguy kịch tiến triển suy hô hấp nặng cần thở máy xâm lấn, quá khả năng đáp ứng của trang thiết bị Hồi sức cấp cứu tại Trung tâm Y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2020). *Quyết định số 1851/QĐ-BYT ngày 24/4/2020 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị hen phế quản người lớn và trẻ em từ 12 tuổi trở lên"*. Hà Nội.

4. Global Initiative for Asthma (2026). *Global Strategy for Asthma Management and Prevention (GINA)*.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

9. VIÊM DẠ DÀY - BỆNH LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG

(ICD-10: K25 - K27)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Viêm loét DD-TT do nhiễm H. pylori, NSAIDs, stress, tăng tiết acid.
- Biến chứng: xuất huyết tiêu hóa (XHTH), thủng, hẹp môn vị.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

1.1. Đau thượng vị: đói (loét TT) hoặc sau ăn (loét DD), nóng rát, ợ chua.

1.2. Nội soi DD-TT (máy nội soi có tại TTYT): chẩn đoán xác định, sinh thiết.

1.3. Test H. pylori: test thở/nội soi/phân.

2. Cận lâm sàng

- CTM nếu nghi thiếu máu do loét/xuất huyết.
- Test HP (hơi thở Urê/CLO-test qua nội soi).
- Nội soi dạ dày-tá tràng (chẩn đoán xác định, sinh thiết nếu cần).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Trào ngược dạ dày-thực quản.
- Ung thư dạ dày (dấu hiệu báo động: sụt cân, nuốt nghẹn, thiếu máu, tuổi >40).
- Viêm tụy cấp.

4. Phân độ

Phân loại Forrest (nếu có xuất huyết, qua nội soi): Ia/Ib đang chảy máu, IIa/IIb/IIc dấu hiệu vừa chảy máu, III đáy sạch.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Ức chế tiết acid (PPI), bảo vệ niêm mạc và loại bỏ yếu tố nguy cơ (NSAIDs, rượu, thuốc lá); tiệt trừ H.pylori bằng phác đồ phối hợp khi xét nghiệm dương tính.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

2.1. Nguyên tắc: Giảm acid, diệt H. pylori, bảo vệ niêm mạc

2.2. Thuốc giảm acid tại TTYT:

- PPI: Esomeprazol (Esomeprazol 20-40mg) 20-40mg uống 1-2 lần/ngày hoặc Omeprazol (Kagasdine 20) 20mg uống 1-2 lần/ngày hoặc Pantoprazol (Dogastrol 40) 40mg uống 1 lần/ngày hoặc Lansoprazol (Lancid 15) 15-30mg uống 1 lần/ngày.

- H2RA: Famotidin (Famodin 20) 20mg uống x 2 lần/ngày

- Kháng acid: Aluminum phosphat (Misanlugel) 12,4g uống 3-4 lần/ngày

2.3. Diệt H. pylori (phác đồ 14 ngày):

- Phác đồ 1: PPI + Amoxicillin (Amoxicillin 500) 1g x 2 lần + Clarithromycin (Agiclari 500) 500mg x 2 lần.

- Phác đồ 2 (dị ứng Penicillin): PPI + Metronidazol (Metronidazole 0,5g/100ml TM) hoặc Levofloxacin (Kaflovo 500) 500mg x 1 lần.

2.4. Bảo vệ niêm mạc: Bismuth (Bismogi 120) 120mg uống x 4 lần/ngày.

3. Điều trị hỗ trợ

Hạ sốt, bù dịch-điện giải, dinh dưỡng đầy đủ, theo dõi sát dấu hiệu nặng/biến chứng trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- CTM (Hemoglobin) mỗi 12-24 giờ nếu có xuất huyết tiêu hóa kèm theo.

- Test H.pylori (test hơi thở/phân/mô bệnh học) đánh giá sau điều trị diệt trừ 4 tuần.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Ổ loét dạ dày - tá tràng có biến chứng thủng tạng rỗng (đau bụng cấp dữ dội, cứng thành bụng).

- Xuất huyết tiêu hóa do loét (nôn ra máu, đi ngoài phân đen lượng nhiều hoặc có dấu hiệu mất máu cấp).

- Đau thượng vị dữ dội, nôn ói nhiều không ăn uống được dẫn đến mất nước, rối loạn điện giải.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết đau, ăn uống được.

- Hết nôn.

- Đã có phác đồ diệt H. pylori và tái khám nội soi.

Hết sốt liên tục tối thiểu 48 giờ, các triệu chứng cấp cải thiện rõ, ăn uống/vận động trở lại bình thường, không dấu hiệu biến chứng.

Cận lâm sàng xác nhận xuất viện:

+ Hết đau, không còn dấu hiệu xuất huyết tiêu hóa, Hemoglobin ổn định (nếu có xuất huyết kèm theo)

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Biến chứng thủng dạ dày hoặc xuất huyết tiêu hóa ồ ạt không cầm được bằng nội soi tại chỗ, vượt quá khả năng phẫu thuật cấp cứu hoặc hồi sức ngoại khoa của Trung tâm Y tế.

- Nghi ngờ ác tính qua nội soi sinh thiết cần can thiệp ngoại khoa chuyên khoa ung bướu tuyến trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. American College of Gastroenterology (2021). *Guideline for the Treatment of Helicobacter pylori Infection*. Am J Gastroenterol.

4. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh"*. Hà Nội.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

10. XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA

(ICD-10: K92.0 - K92.2)

I. ĐẠI CƯƠNG

- XHTH là tình trạng chảy máu từ lòng ống tiêu hóa (thực quản, dạ dày, tá tràng trở xuống).

- Phân loại: XHTH trên (từ dây chằng Treitz trở lên) và XHTH dưới.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Ói máu đỏ tươi/đen/bã cà phê, đi ngoài phân đen hoặc phân máu.

- Dấu hiệu mất máu cấp: Mạch nhanh, huyết áp tụt, vã mồ hôi, khát nước, chóng mặt.

2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm: Công thức máu (Hb, Hct), nhóm máu, đông máu toàn bộ, Ure/Creatinin, điện giải đồ, men gan. (Lưu ý: Ure máu thường tăng cao trong XHTH trên do tiêu hóa protein máu).

- Nội soi dạ dày - tá tràng cấp cứu: Xác định vị trí, nguyên nhân và can thiệp cầm máu (nếu có máy và điều kiện tại TTYT).

- Nội soi đại - trực tràng: Khi nghi ngờ XHTH dưới (tùy khả năng TTYT, có thể cần chuyển tuyến).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Ăn thực phẩm màu đen (tiết, than hoạt, thuốc chứa bismuth).

- Chảy máu cam nuốt vào, ho ra máu nuốt vào.

4. Phân độ

- Mức độ mất máu: nhẹ (Hb > 10g/dL, huyết động ổn), trung bình (Hb 8-10g/dL), nặng (Hb < 8g/dL hoặc sốc mất máu).

- Đánh giá nguy cơ trước nội soi bằng thang điểm Glasgow-Blatchford; phân tầng nội soi bằng thang điểm Rockall/Forrest.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Hồi sức cấp cứu, ổn định huyết động.

- Cầm máu cấp cứu và điều trị nguyên nhân.

- Theo dõi sát phát hiện tái xuất huyết.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

2.1. Hồi sức:

- Truyền dịch: NaCl 0,9% (Sodium Chloride Injection 0,9%) hoặc Ringer Lactat.

- Truyền máu khi: Hb < 70g/L (hoặc Hb < 90g/L nếu có bệnh lý tim mạch kèm theo) tùy thuộc vào dự trữ máu tại TTYT.

- Thở Oxy duy trì SpO_2: ≥ 95%.

2.2. Thuốc:

- Esomeprazol (A.T Esomeprazol 20 inj): 80mg TM liều nạp, sau 8mg/giờ truyền TM (hoặc 40mg TM x 2 lần/ngày).

- Tranexamic acid (Haemostop 250mg/5ml): 1g TM x 3 lần/ngày.

- Octreotide/Somatostatin: TTYT không có.

2.3. Nội soi can thiệp (nếu có): tiêm cầm máu, kẹp clip, đốt điện.

3. Điều trị hỗ trợ

Nhịn ăn uống đường miệng trong giai đoạn chảy máu cấp.

Theo dõi dấu hiệu sinh tồn mỗi 1- 3 giờ.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Hemoglobin, Hematocrit mỗi 6-12 giờ trong giai đoạn cấp; đông máu toàn bộ nếu dùng chống đông/rối loạn đông máu

- Nội soi kiểm tra lại nếu chảy máu tái phát; theo dõi sinh hiệu liên tục trong 24-48 giờ đầu

- BUN/Ure, creatinin theo dõi (BUN tăng gợi ý xuất huyết tiêu hóa trên)

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Tất cả các trường hợp xuất huyết tiêu hóa có biểu hiện lâm sàng rõ (nôn máu, đi ngoài phân đen/máu).

- Có dấu hiệu mất máu, huyết động không ổn định hoặc nguy cơ tái xuất huyết cao theo thang điểm Glasgow-Blatchford.

- Không đáp ứng với điều trị ban đầu tại tuyến khám ngoại trú.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết nôn máu, hết đi cầu phân đen/máu ít nhất 48 giờ.

- Huyết động ổn định hoàn toàn ≥ 24 giờ không cần truyền dịch/truyền máu.

- Hemoglobin ổn định (≥ 10 g/dL hoặc về mức nền của bệnh nhân) và không giảm trong 48 giờ.

- Đã giải quyết hoặc kiểm soát được nguyên nhân qua nội soi/nội khoa.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Xuất huyết tiêu hóa nặng, sốốc mất máu vượt quá khả năng hồi sức cấp cứu của TTYT.

- Thất bại với nội soi cầm máu tại chỗ hoặc chảy máu tái phát mà TTYT không xử lý được.

- Nghi ngờ XHTH dưới nặng hoặc cần phẫu thuật ngoại khoa/can thiệp mạch máu (DSA) chuyên sâu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 1493/QĐ-BYT ngày 22/4/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hồi sức tích cực"*. Hà Nội.

4. American College of Gastroenterology (2023). *Guideline: Management of Patients with Acute Lower Gastrointestinal Bleeding*. Am J Gastroenterol.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

11. XƠ GAN MẤT BÙ

(ICD-10: K74.6)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Xơ gan là giai đoạn cuối của các bệnh gan mạn tính, với xơ hóa lan tỏa và hình thành các nốt tân tạo.

- Mất bù: xuất hiện các biến chứng (cổ trướng, XHTH do vỡ TM thực quản, bệnh não gan, nhiễm khuẩn dịch cổ trướng).

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Vàng da, vàng mắt, mệt mỏi, chán ăn.

- Hội chứng tăng áp tĩnh mạch cửa và suy tế bào gan: Cổ trướng, tuần hoàn bàng hệ, sao mạch, lòng bàn tay son, lách to, phù chi dưới.

- Dấu hiệu bệnh não gan (nếu có): Rối loạn ý thức, lú lẫn, run vẫy tay.

2. Cận lâm sàng

- Chức năng gan: AST, ALT, Bilirubin toàn phần/trực tiếp tăng; Albumin máu giảm, INR tăng (rối loạn đông máu).

- Công thức máu: Giảm ba dòng tế bào máu (đặc biệt giảm tiểu cầu do cường lách).

- Điện giải đồ, Creatinin (đánh giá nguy cơ hội chứng gan - thận).

- AFP tầm soát ung thư biểu mô tế bào gan (HCC).

- Siêu âm bụng: Gan teo hoặc bờ không đều, dịch ổ bụng (cổ trướng), lách to, giãn tĩnh mạch cửa.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Suy tim phải gây gan sung huyết.

- Hội chứng thận hư (phù, cổ trướng).

- Ung thư gan trên nền xơ gan.

4. Phân độ

- Phân độ Child-Pugh: A (5-6 điểm, nhẹ), B (7-9 điểm, trung bình), C (10-15 điểm, nặng).

- MELD score đánh giá tiên lượng và ưu tiên ghép gan (nếu có điều kiện tính toán).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Điều trị kiểm soát triệu chứng và biến chứng mất bù.

- Hỗ trợ dinh dưỡng, hạn chế muối, bảo vệ tế bào gan.

- Cân nhắc chuyển tuyến chuyên khoa để điều trị nguyên nhân (viêm gan B/C mạn) hoặc xem xét ghép gan.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

2.1. Cổ trướng:

- Hạn chế muối < 2g/ngày

- Furosemid (Uloviz 40) 40mg uống/ngày + Spironolacton (Spironolacton MCN 50) 50-100mg uống/ngày

- Chọc tháo dịch ổ bụng nếu cổ trướng căng (kỹ thuật có tại TTYT)

2.2. Dự phòng XHTH do vỡ TM thực quản:

- Propranolol (Propranolol 40): 40-160mg/ngày (giảm nhịp 25% so với nền).

- Nội soi thắt TMTQ nếu có (máy nội soi DD-TT có tại TTYT).

2.3. Bệnh não gan:

- Lactulose (Companity 670mg/ml) 15-30ml uống 2-4 lần/ngày (đi cầu 2-3 lần/ngày).

3. Điều trị hỗ trợ

- Đảm bảo dinh dưỡng đủ năng lượng, cung cấp đủ protein thực vật, tránh thiếu hụt dinh dưỡng.

- Tránh sử dụng các thuốc chuyển hóa qua gan hoặc gây độc cho gan/thận (NSAIDs, thuốc ngủ an thần mạnh).

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Chức năng gan (Bilirubin, Albumin, INR), điện giải đồ (đặc biệt Natri) mỗi 24-48 giờ.

- Amoniac máu nếu nghi bệnh não gan; siêu âm bụng kiểm tra dịch báng/huyết khối tĩnh mạch cửa

- Chức năng thận theo dõi hội chứng gan-thận

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Xơ gan có đợt cấp mất bù rõ (cổ trướng nhiều, vàng da tăng nhanh).

- Biến chứng nặng: Xuất huyết tiêu hóa, bệnh não gan, nhiễm khuẩn dịch cổ trướng, hội chứng gan - thận.

- Không đáp ứng với điều trị lợi tiểu ngoại trú.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Triệu chứng cấp (nếu có đợt cấp) đã ổn định, đạt mục tiêu điều trị ban đầu, người bệnh hiểu và có khả năng tuân thủ điều trị ngoại trú, hẹn tái khám định kỳ.

- Cận lâm sàng xác nhận xuất viện:

+ Bilirubin, INR, Albumin ổn định hoặc cải thiện so với lúc nhập viện

+ Không còn dấu hiệu bệnh não gan, cổ trướng kiểm soát được bằng lợi tiểu uống

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Xơ gan mất bù nặng (Child-Pugh C), biến chứng nặng vượt quá khả năng điều trị của TTYT (như xuất huyết tiêu hóa nặng không cầm được bằng nội soi tại chỗ, bệnh não gan độ III-IV, hội chứng gan thận).

- Có chỉ định đánh giá chuẩn bị ghép gan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 1493/QĐ-BYT ngày 22/4/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hồi sức tích cực"*. Hà Nội.

4. American Association for the Study of Liver Diseases (2021). *Guidance on Cirrhosis and Its Complications*. Hepatology.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

12. NHIỄM TRÙNG ĐƯỜNG TIẾT NIỆU (NTĐTN)

(ICD-10: N30, N39.0)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Nhiễm trùng đường tiết niệu (NTĐTN) là tình trạng nhiễm khuẩn từ thận đến bàng quang, niệu đạo.

- Thường gặp ở nữ, người già, đặt sonde BQ, ĐTĐ.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- NTĐTN dưới (Viêm bàng quang): Đái buốt, đái dắt, đái khó, đau tức vùng hạ vị, nước tiểu đục hoặc có máu cuối bãi, không sốt.

- NTĐTN trên (Viêm thận - bể thận cấp): Sốt cao, rét run, đau vùng hông lưng một hoặc hai bên, rung thận dương tính, buồn nôn hoặc nôn.

2. Cận lâm sàng

- Tổng phân tích nước tiểu (bạch cầu, nitrit).

- CTM, CRP, creatinin nếu nghi viêm bể thận cấp.

- Siêu âm bụng-tiết niệu: Loại trừ sỏi, ứ nước, dị dạng đường tiết niệu.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm bàng quang.

- Viêm bể thận cấp.

- Viêm niệu đạo.

4. Phân độ

- Phân loại: NTĐTN dưới (viêm bàng quang) và NTĐTN trên (viêm thận-bể thận cấp, nặng hơn, có sốt/đau hông lưng).

- NTĐTN phức tạp (kèm bất thường giải phẫu/chức năng tiết niệu) và không phức tạp.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm dựa trên tác nhân phổ biến và mức độ nặng, sau đó điều chỉnh theo kết quả kháng sinh đồ (nếu có).

- Giải quyết các yếu tố thuận lợi (rút/thay sonde tiểu, điều chỉnh sỏi, kiểm soát đường huyết).

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

2.1. NTĐTN dưới chưa biến chứng (viêm BQ):

- Amoxicillin/Clavulanic (Vigentin 500/62,5) 1 viên x 2 lần/ngày x 5-7 ngày.

- Hoặc Cefuroxim (Cefuroxim 500) 500mg x 2 lần/ngày x 5-7 ngày.

- Hoặc Cefixim (Cefixim 200) 200mg x 2 lần/ngày x 5-7 ngày.

- Hoặc Levofloxacin (Kaflovo 500) 500mg x 1 lần/ngày x 3-5 ngày.

2.2. Viêm thận - bể thận cấp:

- Ceftriaxon (Ceftrione 1g) 1-2g TM x 1-2 lần/ngày

- Hoặc Cefotaxim (Tenamyd-Cefotaxime 500) 1-2g TM x 3 lần/ngày

- Hoặc Gentamicin (Gentamicin 80mg/2ml) 80mg IM/TM x 2 lần/ngày

*Thời gian điều trị kháng sinh toàn thân kéo dài $10-14$ ngày.

2.3. Theo dõi: 48-72 giờ đánh giá đáp ứng, nếu không cải thiện → đổi KS

3. Điều trị hỗ trợ

Hạ sốt, bù dịch-điện giải, dinh dưỡng đầy đủ, theo dõi sát dấu hiệu nặng/biến chứng trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Tổng phân tích nước tiểu, cấy nước tiểu kiểm tra đáp ứng sau 48-72 giờ kháng sinh nếu không cải thiện lâm sàng

- Chức năng thận theo dõi nếu viêm thận-bể thận cấp hoặc có bất thường giải phẫu tiết niệu

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Viêm thận - bể thận cấp có sốt cao, rét run, đau hông lưng nhiều, nôn nhiều không uống được thuốc.

- Nhiễm trùng đường tiết niệu có biến chứng (tắc nghẽn, sỏi, thận ứ mủ) hoặc trên cơ địa suy giảm miễn dịch, đái tháo đường kiểm soát kém.

- Thất bại với điều trị kháng sinh ngoại trú sau $48-72$ giờ.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết sốt liên tục ít nhất 48 giờ.

- Các triệu chứng tiểu buốt, tiểu dắt, đau hông lưng cải thiện rõ rệt hoặc khỏi hẳn.

- Người bệnh ăn uống bình thường, có thể dùng thuốc đường uống đầy đủ.

- Tổng phân tích nước tiểu cải thiện, chức năng thận ổn định trở lại mức nền.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Viêm thận - bể thận cấp biến chứng sốc nhiễm khuẩn, suy đa tạng vượt quá khả năng hồi sức của TTYT.

- Nhiễm trùng đường tiết niệu phức tạp có tắc nghẽn nặng cần can thiệp ngoại khoa cấp cứu (đặt xông JJ, mổ lấy sỏi, dẫn lưu thận qua da) mà TTYT chưa thực hiện được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 3931/QĐ-BYT ngày 21/9/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về thận - tiết niệu"*. Hà Nội.

4. European Association of Urology (2026). *Guidelines on Urological Infections*.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

13. SUY THẬN MẠN

(ICD-10: N18)

I. ĐẠI CƯƠNG

Suy thận mạn (STM) là tình trạng giảm sút từ từ và không hồi phục chức năng của thận (tính theo mức lọc cầu thận eGFR $<$ 60 ml/ph/1,73m^2) kéo dài từ 3 tháng trở lên, hậu quả của các bệnh lý mạn tính (đái tháo đường, tăng huyết áp, viêm cầu thận mạn...).

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Giai đoạn nhẹ thường không có triệu chứng rõ rệt.

- Giai đoạn nặng: Mệt mỏi, chán ăn, phù nhẹ mi mắt/chi dưới, tiểu ít, da xanh xao (do thiếu máu), ngứa da, buồn nôn, hơi thở có mùi khai (hội chứng ure huyết cao).

- Tăng huyết áp thường xuyên.

2. Cận lâm sàng

- Creatinin, eGFR, điện giải đồ (đặc biệt Kali).

- Tổng phân tích nước tiểu, protein niệu/microalbumin.

- CTM (thiếu máu do suy thận), Calci-Phospho.

- Siêu âm bụng-tiết niệu (kích thước thận, loại trừ tắc nghẽn).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Tổn thương thận cấp trên nền mạn.

- Suy thận cấp.

- Bệnh thận do đái tháo đường/tăng huyết áp (nguyên nhân).

4. Phân độ

- Phân giai đoạn KDIGO theo mức lọc cầu thận (eGFR): G1 $\geq$ 90, G2 60-89, G3a 45-59, G3b 30-44, G4 15-29, G5 < 15 (ml/ph/1,73m2).

- Phân loại albumin niệu A1-A3 kèm theo (nếu có điều kiện xét nghiệm).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Điều trị nguyên nhân và làm chậm tiến triển suy thận.

- Điều trị và phòng ngừa các biến chứng (tăng huyết áp, thiếu máu, rối loạn điện giải, toan chuyển hóa, rối loạn chuyển hóa xương khoáng).

- Chuẩn bị tâm lý và kế hoạch điều trị thay thế thận khi đến giai đoạn cuối.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

*__Làm chậm tiến triển suy thận:__

- Kiểm soát huyết áp mục tiêu $< 130/80$ mmHg bằng các thuốc ức chế men chuyển (ACEi) hoặc ức chế thụ thể (ARB) nếu có chỉ định, kết hợp chẹn kênh calci hoặc lợi tiểu.

- Kiểm soát đường huyết chặt chẽ ở bệnh nhân đái tháo đường.

- Chế độ ăn hạn chế muối (< 5 g/ngày) và hạn chế đạm vừa phải (0,8 g/kg/ngày ở giai đoạn sớm, hoặc thấp hơn theo chỉ định chuyên khoa).

*__Điều trị biến chứng:__

- *Tăng Kali máu:* Hạn chế thực phẩm giàu Kali, dùng lợi tiểu quai (Furosemid $20 - 40$ mg uống/tiêm), hoặc thuốc trao đổi ion khi cần thiết.

- *Quá tải dịch/Phù:* Sử dụng Furosemid (Uloviz 40, Vinzix 20 mg/2ml) đường uống hoặc tĩnh mạch tùy mức độ.

- *Thiếu máu:* Bổ sung sắt, acid folic (Erythropoietin - EPO chuyển tuyến chỉ định khi thiếu máu nặng do TTYT không sẵn có).

3. Điều trị hỗ trợ

- Tư vấn dinh dưỡng khoa học, tránh sử dụng các thuốc độc cho thận (NSAIDs, kháng sinh nhóm Aminoglycosid liều cao kéo dài).

- Tái khám định kỳ theo hẹn để theo dõi sát chức năng thận.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Chức năng thận (Ure, Creatinin, eGFR), điện giải đồ (đặc biệt Kali) mỗi 24-48 giờ trong đợt cấp/đợt tiến triển

- Khí máu tĩnh mạch/động mạch nếu nghi toan chuyển hóa; Calci-Phospho, PTH định kỳ theo giai đoạn bệnh

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Suy thận mạn có hội chứng ure huyết cao rõ (buồn nôn, lú lẫn, mệt mỏi nhiều).

- Tăng Kali máu nặng có nguy cơ biến đổi điện tâm đồ.

- Quá tải dịch nặng, dọa phù phổi cấp hoặc phù toàn thân không đáp ứng điều trị ngoại trú.

- Thiếu máu nặng (Hb < 70 g/L) hoặc toan chuyển hóa nặng.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Đợt cấp suy thận đã được kiểm soát, triệu chứng lâm sàng ổn định trở lại.

- Chức năng thận (Ure, Creatinin) phục hồi về mức nền trước đợt cấp.

- Điện giải đồ (đặc biệt Kali máu) nằm trong giới hạn an toàn.

- Người bệnh tuân thủ chế độ ăn uống và có kế hoạch theo dõi ngoại trú định kỳ.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- G4-G5 có chỉ định lọc máu.

- Tăng Kali máu nặng không đáp ứng.

- STM chưa rõ nguyên nhân.

- Diễn tiến nặng hoặc vượt khả năng chuyên môn/trang thiết bị hiện có của TTYT (cần ICU, phẫu thuật chuyên khoa sâu, CT/MRI, hoặc kỹ thuật TTYT chưa triển khai).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2024). *Quyết định số 2388/QĐ-BYT ngày 12/8/2024 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh thận mạn và một số bệnh lý thận"*. Hà Nội.

4. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (2024). *KDIGO Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease*. Kidney International.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

14. GOUT

(ICD-10: M10)

I. ĐẠI CƯƠNG

Gout là bệnh viêm khớp do lắng đọng tinh thể Urat natri tại khớp và mô mềm, hậu quả của tăng Acid Uric máu kéo dài. Bệnh thường gặp ở nam giới trung niên, biểu hiện bằng các đợt viêm khớp cấp tái phát, về lâu dài có thể hình thành hạt Tophi và tổn thương khớp mạn tính nếu không kiểm soát Acid Uric máu.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Đột ngột xuất hiện đau dữ dội, sưng, nóng, đỏ, mất chức năng vận động tại một khớp (thường gặp nhất là khớp bàn - ngón chân cái bên phải).

- Đau thường khởi phát về đêm, đạt đỉnh trong vòng 24 giờ.

- Giai đoạn mạn tính: Xuất hiện các hạt tophi dưới da, quanh khớp hoặc vành tai, biến dạng khớp.

2. Cận lâm sàng

- Acid uric máu, CTM, CRP, creatinine.

- Dịch khớp tìm tinh thể urat nếu chọc hút được.

- X-quang khớp tổn thương.

- Siêu âm khớp nếu có điều kiện.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm khớp nhiễm khuẩn (cần loại trừ cấp cứu).

- Giả gout.

- Viêm khớp dạng thấp.

4. Phân độ

Cơn Gout cấp đơn thuần và Gout mạn tính có hạt Tophi/tổn thương khớp mạn.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Cắt nhanh cơn gout cấp, giảm đau và chống viêm.

- Kiểm soát hạ và duy trì nồng độ acid uric máu lâu dài dưới ngưỡng mục tiêu (≤ 360 μmol/L hoặc ≤ 300 μmol/L nếu có hạt tophi) nhằm ngăn ngừa tái phát và biến chứng.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

2.1. Cơn gout cấp:

- *Colchicin:* Liều 1mg uống ngay, sau 1 giờ uống thêm 0,5mg (tổng liều ngày đầu không quá 1,5mg), sau đó duy trì 0,5mg - 1mg/ngày.

- *NSAIDs (nếu không có chống chỉ định loét tiêu hóa, suy thận):* Celecoxib 200 mg/ngày hoặc Meloxicam $7{,}5-15$ mg/ngày hoặc Diclofenac 75 mg tiêm bắp.

- *Corticosteroid ngắn ngày (khi chống chỉ định với NSAIDs và Colchicin):* Prednisolon 30 mg/ngày uống trong $3-5$ ngày rồi giảm liều dần.

- *Hỗ trợ tại chỗ:* Chườm lạnh khớp đau, nghỉ ngơi, tránh tì đè.

2.2. Điều trị hạ acid uric máu dài hạn:

- *Allopurinol:* Khởi đầu liều thấp 100 mg/ngày, tăng dần mỗi $2-4$ tuần đến liều hiệu quả (tối đa $300-600$ mg/ngày).

**Lưu ý:* Chỉ bắt đầu khởi trị thuốc hạ acid uric máu sau khi cơn gout cấp đã thuyên giảm hoàn toàn ít nhất 2 tuần, và phải dùng kèm Colchicin liều thấp dự phòng đợt bùng phát trong những tháng đầu.

3. Điều trị hỗ trợ

Tư vấn dinh dưỡng - vận động phù hợp, hướng dẫn tuân thủ điều trị và tự theo dõi tại nhà, tái khám định kỳ đánh giá đáp ứng và biến chứng.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Acid Uric máu, chức năng thận (Creatinin) theo dõi trước khi khởi trị thuốc hạ Acid Uric.

- CRP/CTM nếu cần phân biệt viêm khớp nhiễm trùng.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Cơn gout cấp nặng nhiều khớp, không đáp ứng với điều trị ngoại trú.

- Gout có biến chứng (sỏi thận, suy thận).

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế; nhập viện khi có dấu hiệu nặng nêu tại mục II hoặc không đáp ứng điều trị ban đầu.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Tình trạng viêm khớp cấp đã thuyên giảm hoàn toàn, hết sưng nóng đỏ đau, khớp vận động được.

- Đã ổn định kế hoạch sử dụng thuốc hạ acid uric lâu dài và thuốc dự phòng cơn bùng phát.

- Chức năng thận và các xét nghiệm trong giới hạn an toàn.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Diễn tiến nặng hoặc vượt khả năng chuyên môn/trang thiết bị hiện có của TTYT (cần ICU, phẫu thuật chuyên khoa sâu, CT/MRI, hoặc kỹ thuật TTYT chưa triển khai).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2014). *Quyết định số 361/QĐ-BYT ngày 25/01/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp"*. Hà Nội.

4. American College of Rheumatology (2020). *Guideline for the Management of Gout*. Arthritis Care & Research.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

15. VIÊM PHỔI MẮC PHẢI Ở CỘNG ĐỒNG

(ICD-10: J12-J18)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm phổi mắc phải cộng đồng (CAP) là nhiễm trùng nhu mô phổi xảy ra ngoài bệnh viện hoặc trong 48 giờ đầu nhập viện, do vi khuẩn (Streptococcus pneumoniae thường gặp nhất), virus hoặc vi khuẩn không điển hình. Đây là nguyên nhân nhiễm trùng gây tử vong hàng đầu, mức độ nặng được phân tầng bằng thang điểm CURB-65 để quyết định nơi điều trị.

II. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

- Sốt cao, ho khạc đờm, đau ngực kiểu màng phổi, khó thở.

- Khám phổi: Nghe có ran ẩm, ran nổ khu trú, hội chứng đông đặc (gõ đục, rì rào phế nang giảm, rung thanh tăng).

- Đánh giá mức độ nặng bằng thang điểm **CURB-65**:

+ **C**onfusion (Rối loạn ý thức)

+ **U**remia (BUN $>$ 7 mmol/L)

+ **R**espiratory rate (Nhịp thở $\geq$ 30 lần/phút)

+ **B**lood pressure (Huyết áp tâm thu $<$ 90 mmHg hoặc tâm trương $\leq$ 60 mmHg)

+ **65**: Tuổi từ 65 trở lên.

2. Cận lâm sàng

- CTM, CRP

- Ure, creatinin, điện giải đồ (CURB-65)

- SpO2; khí máu nếu suy hô hấp

- AFB đờm nếu nghi lao

- X-quang ngực thẳng (bắt buộc)

- Siêu âm màng phổi nếu nghi tràn dịch

- CT ngực nếu nghi biến chứng.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Lao phổi.

- Ung thư phổi.

- Suy tim/phù phổi cấp.

- Thuyên tắc phổi.

4. Phân độ

- CAP nhẹ (điều trị ngoại trú): CURB-65 = 0 - 1 điểm, $SpO_2 \geq 92\%$.

- CAP trung bình (nhập viện khoa thường): CURB-65 = 2 điểm.

- CAP nặng (cần điều trị ICU): CURB-65 $\geq$ 3 điểm hoặc có suy hô hấp nặng, sốc nhiễm khuẩn.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm càng sớm càng tốt (tốt nhất trong vòng 1-4 giờ đầu nhập viện) dựa trên tác nhân thường gặp và mức độ nặng.

- Hỗ trợ hô hấp, đảm bảo thông khí và điều trị triệu chứng.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- CAP điều trị nội trú khoa thường (CURB-65 = 2):

+ Ceftriaxon 1 – 2g truyền tĩnh mạch × 1 lần/ngày.

+ Hoặc Cefotaxim 1 – 2g truyền tĩnh mạch × 3 lần/ngày.

+ *Phối hợp kháng sinh không điển hình nếu nghi ngờ:* Clarithromycin 500 mg uống/truyền tĩnh mạch × 2 lần/ngày (hoặc Azithromycin).

- CAP nhẹ điều trị ngoại trú (CURB-65 = 0 - 1):

+ Cefuroxim 500 mg uống × 2 lần/ngày, hoặc kết hợp với Clarithromycin.

- CAP nặng điều trị tại ICU (CURB-65 $\geq$ 3):

+ Ceftriaxon 2g tĩnh mạch kết hợp Levofloxacin 500 mg tĩnh mạch.

**Lưu ý:* Nếu nghi ngờ nhiễm *Pseudomonas aeruginosa*, cần chuyển tuyến trên vì TTYT không sẵn có các kháng sinh phổ rộng kháng trực khuẩn mủ xanh đặc hiệu.

3. Điều trị hỗ trợ:

- Thở oxy duy trì $SpO_2 \geq 92\%$.

- Hạ sốt, bù đủ dịch - điện giải, dinh dưỡng đầy đủ năng lượng.

- Vỗ lưng, dẫn lưu đờm, hướng dẫn ho khạc hiệu quả.

3. Điều trị hỗ trợ

Hạ sốt, bù dịch-điện giải, dinh dưỡng đầy đủ, theo dõi sát dấu hiệu nặng/biến chứng trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- CRP/CTM lặp lại ngày 3 nếu chưa cải thiện lâm sàng để đánh giá đáp ứng kháng sinh

- SpO2 liên tục nếu SpO2 ban đầu < 94%; X-quang ngực kiểm tra nếu không cải thiện sau 72 giờ hoặc nghi biến chứng

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- CURB-65 ≥ 2 điểm hoặc PSI nhóm III trở lên

- SpO2 < 92% khí trời hoặc thở > 30 lần/phút

- Huyết áp tâm thu < 90mmHg hoặc huyết áp trung bình < 60mmHg

- Tổn thương đa thùy phổi trên X-quang, hoặc tràn dịch màng phổi kèm theo

- Không đáp ứng kháng sinh uống ngoại trú sau 48-72 giờ, hoặc có bệnh nền nặng (COPD, đái tháo đường, suy tim, suy giảm miễn dịch)

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế; nhập viện khi có dấu hiệu nặng nêu tại mục II hoặc không đáp ứng điều trị ban đầu.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết sốt liên tục tối thiểu 48 giờ ($T < 37,2°C$).

- Các triệu chứng hô hấp cải thiện rõ (giảm ho, hết khó thở), $SpO_2 \geq 94\%$ khí trời ổn định.

- Người bệnh tự ăn uống, sinh hoạt bình thường và có thể uống được thuốc điều trị ngoại trú.

- Không bắt buộc chụp X-quang ngực kiểm tra lại trước khi xuất viện nếu lâm sàng đã hồi phục tốt.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Viêm phổi nặng (CURB-65 ≥ 3) suy hô hấp tiến triển, có chỉ định đặt ống nội khí quản thở máy hoặc sốc nhiễm khuẩn vượt quá năng lực hồi sức tích cực (ICU) của TTYT.

- Viêm phổi biến chứng nặng: Tràn mủ màng phổi, áp xe phổi lớn cần can thiệp ngoại khoa/chuyên khoa sâu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 2147/QĐ-BYT ngày 15/7/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn"*. Hà Nội.

4. Hội Hô hấp Việt Nam (2025). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn*. Hà Nội.

16. ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH (COPD)

(ICD-10: J44.0 - J44.9)

(QĐ 2767/QĐ-BYT 2023, GOLD 2025)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Đợt cấp BPTNMT là tình trạng nặng lên cấp tính của các triệu chứng hô hấp (khó thở, ho, khạc đờm) vượt quá dao động bình thường hàng ngày.

- Nguyên nhân: nhiễm khuẩn (70-80%), ô nhiễm, ngưng thuốc duy trì.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Tăng mức độ khó thở, tăng thể tích đờm, đờm đổi màu mủ/đục (tiêu chuẩn Anthonisen: có từ 2/3 triệu chứng chính).

- Dấu hiệu nặng: Co kéo cơ hô hấp phụ, thở nhanh $>$ 30 lần/phút, tím tái, rối loạn ý thức.

2. Cận lâm sàng

- Khí máu động mạch.

- CTM, CRP nếu nghi bội nhiễm.

- X-quang ngực.

- Đo chức năng hô hấp để chẩn đoán xác định giai đoạn ổn định: TTYT không có → chuyển tuyến nếu chưa có kết quả.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Hen phế quản.

- Phù phổi cấp do tim.

- Tràn khí màng phổi tự phát.

- Thuyên tắc phổi.

4. Phân độ

- Phân loại Anthonisen: type I (đủ 3 tiêu chuẩn: tăng khó thở, tăng lượng đàm, đàm đục/mủ), type II (2 tiêu chuẩn), type III (1 tiêu chuẩn)

- Mức độ nặng theo nhu cầu hỗ trợ hô hấp: nhẹ (điều trị ngoại trú), trung bình (nhập viện), nặng (cần ICU/thở máy)

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Giảm mức độ nặng của đợt cấp và ngăn ngừa tái phát.

- Cải thiện thông khí, giảm tình trạng thiếu oxy và toan hô hấp.

- Điều trị nhiễm trùng và hỗ trợ hô hấp kịp thời.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

2.1. Thuốc giãn phế quản (Đầu tay):

- Salbutamol sulfat (2,5 mg/2,5ml): Phun khí dung $3-4$ lần/ngày (có thể lặp lại mỗi $20-30$ phút trong giờ đầu nếu khó thở nhiều). *Lưu ý: TTYT không sẵn SAMA (Ipratropium); nếu tắc nghẽn nặng không đáp ứng, cần chuyển tuyến.*

2.2. Corticosteroid toàn thân (Bắt buộc):

- Methylprednisolon (16 mg): $40-80$ mg/ngày uống hoặc truyền tĩnh mạch trong $5-7$ ngày; khi ổn chuyển uống Prednisolon $30-40$ mg/ngày rồi giảm liều.

- Hoặc Hydrocortison $100-200$ mg/ngày truyền tĩnh mạch nếu không uống được.

2.3. Kháng sinh (Khi có đờm mủ hoặc đủ tiêu chuẩn):

- Ceftriaxon $1-2$g truyền tĩnh mạch/ngày, hoặc Levofloxacin 500 mg uống/truyền tĩnh mạch/ngày. *(Trường hợp nghi ngờ nhiễm Pseudomonas aeruginosa cần chuyển tuyến).*

2.4. Oxy liệu pháp:

-Thở oxy qua kính mũi duy trì mục tiêu SpO_2 từ $88-92\%$ để tránh ứ trệ CO_2.

2.5. Thở máy không xâm nhập (NIV):

- Chỉ định khi có toan hô hấp ($pH \leq 7{,}35$, $PaCO_2 \geq 45$ mmHg) dù đã tối ưu hóa điều trị nội khoa. TTYT có sẵn máy CPAP/BiPAP (như N-CPAP CPAP20e). Nếu thất bại với NIV, chỉ định đặt nội khí quản thở máy xâm nhập.

2.6. **Điều trị dự phòng khác:**

- Tiếp tục duy trì thuốc nhóm LABA/LAMA/ICS nếu bệnh nhân đang dùng trước đó.

- Dự phòng huyết khối tĩnh mạch sâu bằng Enoxaparin (4000IU/0,4ml) nếu bệnh nhân hạn chế vận động nằm lâu.

3. Điều trị hỗ trợ

Tư vấn dinh dưỡng - vận động phù hợp, hướng dẫn tuân thủ điều trị và tự theo dõi tại nhà, tái khám định kỳ đánh giá đáp ứng và biến chứng.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- SpO2 liên tục, khí máu động mạch mỗi 6-12 giờ nếu thở oxy/thở không xâm nhập

- X-quang ngực nếu không cải thiện sau 48-72 giờ

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Đợt cấp COPD có khó thở tăng nặng nhiều, co kéo cơ hô hấp phụ rõ.

- Khí máu động mạch có tình trạng toan hô hấp cấp mất bù ($pH < 7,35$).

- $SpO_2 < 90\%$ khi thở khí trời hoặc không đáp ứng với điều trị ban đầu ngoại trú.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết khó thở hoặc các triệu chứng lâm sàng đã giảm rõ rệt, sinh hiệu ổn định.

- $SpO_2 \geq 90\%$ khi thở khí trời hoặc duy trì ổn định với mức oxy liều thấp tại nhà, khí máu động mạch về mức nền cũ.

- Người bệnh tự sử dụng các dụng cụ hít đúng kỹ thuật và có kế hoạch tái khám định kỳ trong vòng $2 - 4$ tuần.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Đo chức năng hô hấp để chẩn đoán xác định giai đoạn ổn định: TTYT không có → chuyển tuyến nếu chưa có kết quả

- Diễn tiến nặng hoặc vượt khả năng chuyên môn/trang thiết bị hiện có của TTYT (cần ICU, phẫu thuật chuyên khoa sâu, CT/MRI, hoặc kỹ thuật TTYT chưa triển khai).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 2131/QĐ-BYT ngày 14/7/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính"*. Hà Nội.

4. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2025). *Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of COPD (GOLD)*.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

17. TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY - THỰC QUẢN (GERD)

(ICD-10: K21.0 - K21.9)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Trào ngược dạ dày - thực quản (GERD) là tình trạng trào ngược dịch vị từ dạ dày lên thực quản gây triệu chứng và/hoặc tổn thương niêm mạc.

- Khi có viêm thực quản trên nội soi: gọi là GERD có viêm thực quản (EE).

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Triệu chứng điển hình: Ợ nóng, nóng rát sau xương ức (thường xuất hiện sau ăn, khi nằm hoặc cúi gập người), trào ngược dịch vị chua hoặc đắng miệng.

- Triệu chứng ngoài thực quản: Ho mạn tính, khàn tiếng, viêm họng tái phát, mòn men răng.

2. Cận lâm sàng

- Không cần xét nghiệm đặc hiệu nếu triệu chứng điển hình, không dấu hiệu báo động.

- Nội soi dạ dày-thực quản nếu có dấu hiệu báo động (nuốt nghẹn, sụt cân, XHTH, tuổi >40). hoặc không đáp ứng điều trị ban đầu. Phân độ viêm thực quản theo hệ thống Los Angeles (LA từ độ A đến D).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Bệnh mạch vành (đau ngực cần loại trừ bằng ECG nếu triệu chứng không điển hình).

- Viêm thực quản do thuốc/nhiễm trùng.

- Co thắt thực quản.

4. Phân độ

Phân độ viêm thực quản trào ngược theo Los Angeles (nếu có nội soi): độ A (tổn thương < 5mm), B (≥ 5mm không liên tục), C (liên tục nhưng < 75% chu vi), D (≥ 75% chu vi).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Giảm tiết acid dịch vị, trung hòa acid và cải thiện nhu động ống tiêu hóa.

- Làm lành các tổn thương niêm mạc thực quản (nếu có) và ngăn ngừa tái phát, biến chứng.

- Kết hợp chặt chẽ giữa thay đổi lối sống và điều trị bằng thuốc.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

2.1. Thay đổi lối sống (bắt buộc):

- Giảm cân nếu BMI > 25.

- Không nằm trong 2-3 giờ sau ăn, nâng đầu giường 15-20cm.

- Tránh: rượu, cà phê, chocolate, đồ chiên rán, thuốc lá.

2.2. Thuốc giảm acid tại TTYT:

a. PPI (ức chế bơm proton) - điều trị chính:

- Esomeprazol (Esomeprazol 20mg) 20-40mg uống 1 lần/ngày (sáng trước ăn 30 phút);

- Hoặc Omeprazol (Kagasdine 20) 20mg uống 1-2 lần/ngày;

- Hoặc Pantoprazol (Dogastrol 40) 40mg uống 1 lần/ngày;

- Hoặc Lansoprazol (Lancid 15) 15-30mg uống 1 lần/ngày;

- Liều điều trị: 4-8 tuần, sau đó giảm liều duy trì.

b. H2RA:

- Famotidin (Famodin 20) 20mg uống x 2 lần/ngày (khi không dùng được PPI).

c. Kháng acid:

- Aluminum phosphat (Misanlugel 12,4g) uống 3-4 lần/ngày sau ăn.

- Magnesi/Nhôm hydroxyd (Gelactive, Varogel S) uống.

d. Prokinetic:

- Domperidon (Domreme 10) 10mg uống x 3 lần/ngày trước ăn.

2.3. Điều trị duy trì: Giảm liều PPI xuống thấp nhất có hiệu quả, uống on-demand (khi có triệu chứng).

3. Điều trị hỗ trợ

Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, dinh dưỡng và chăm sóc điều dưỡng phù hợp trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Không cần cận lâm sàng theo dõi đặc hiệu trong điều trị ngoại trú thông thường.

- Nội soi kiểm tra lại sau 8-12 tuần điều trị PPI nếu có viêm thực quản độ C-D hoặc nghi Barrett thực quản.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Triệu chứng nặng/kéo dài không đáp ứng điều trị PPI liều chuẩn sau 4-8 tuần

- Biến chứng: xuất huyết tiêu hóa, hẹp thực quản, nghi Barrett thực quản, sụt cân không giải thích

- Nuốt nghẹn tiến triển, nôn ói kéo dài gây mất nước/rối loạn điện giải

- Viêm phổi hít tái phát nghi do trào ngược

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế; nhập viện khi có dấu hiệu nặng nêu tại mục II hoặc không đáp ứng điều trị ban đầu.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết hoặc giảm rõ rệt ợ nóng, trào ngược

- Ăn uống được, không nôn

- Có hướng dẫn điều trị duy trì

Triệu chứng cấp đã ổn định, các chỉ số theo dõi trong giới hạn an toàn, người bệnh có thể tự chăm sóc hoặc có người hỗ trợ, hẹn tái khám theo lịch.

Cận lâm sàng xác nhận xuất viện:

+ Triệu chứng cải thiện rõ với điều trị PPI, không còn dấu hiệu biến chứng (xuất huyết, nuốt nghẹn)

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Diễn tiến nặng hoặc vượt khả năng chuyên môn/trang thiết bị hiện có của TTYT (cần ICU, phẫu thuật chuyên khoa sâu, CT/MRI, hoặc kỹ thuật TTYT chưa triển khai).

V. BIẾN CHỨNG

- Hẹp thực quản, Barrett thực quản, ung thư thực quản

- Viêm phổi hít

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng"*. Hà Nội.

4. American College of Gastroenterology (2022). *Guidelines for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease*. Am J Gastroenterol.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

18. VIÊM TỤY CẤP

(ICD-10: K85)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Viêm tụy cấp (VTC) là tình trạng viêm cấp tính nhu mô tụy, có thể kèm tổn thương các cơ quan xa, diễn biến từ nhẹ đến nặng.

- Nguyên nhân: sỏi mật (thường gặp nhất), rượu, tăng triglyceride, thuốc.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Đau thượng vị đột ngột, dữ dội, đau liên tục, lan xuyên ra sau lưng (dạng "thắt lưng"), thường kèm buồn nôn và nôn nhiều, nôn xong không giảm đau.

- Dấu hiệu nặng: Chướng bụng, liệt ruột, mạch nhanh, huyết áp tụt, thiểu niệu.

2. Cận lâm sàng

- Amylase, Lipase máu (chẩn đoán xác định).

- CTM, CRP, đường huyết, Calci máu, bilan lipid, chức năng gan-thận.

- Siêu âm bụng (tìm sỏi mật là nguyên nhân, đánh giá tụy).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Thủng tạng rỗng

- Viêm túi mật cấp

- Nhồi máu mạc treo

- Cơn đau quặn mật

4. Phân độ

- Theo Atlanta sửa đổi: nhẹ (không suy tạng, không biến chứng tại chỗ), trung bình (suy tạng thoáng qua ≤ 48 giờ hoặc biến chứng tại chỗ), nặng (suy tạng kéo dài > 48 giờ).

- Thang điểm Ranson/BISAP/APACHE II hỗ trợ tiên lượng mức độ nặng lúc nhập viện.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Nhịn ăn uống đường miệng trong giai đoạn cấp, bù dịch tinh thể tích cực sớm.

- Giảm đau đầy đủ và theo dõi sát phát hiện sớm các dấu hiệu suy tạng.

- **Không dùng kháng sinh dự phòng thường quy**, chỉ dùng khi có bằng chứng nhiễm trùng rõ (hoại tử tụy nhiễm khuẩn, nhiễm trùng đường mật).

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

2.1. Nhập viện ngay (thể nhẹ-trung bình điều trị tại TTYT)

2.2. Bù dịch:

- Ringer Lactat (Lactated Ringer's) ưu tiên hơn NaCl 0,9%

+ Tốc độ 5-10ml/kg/giờ trong 12-24 giờ đầu

+ Theo dõi: lượng nước tiểu, huyết động

2.3. Kiểm soát đau:

- Paracetamol (Partamol 500) 500mg-1g uống/TM.

- Hoặc Diclofenac (Elaria 75mg/3ml) 75mg IM.

- Morphin 30mg (nếu có) dùng thận trọng.

2.4. Dinh dưỡng:

- Nhẹ: ăn lại sớm khi hết đau (24-48h), thức ăn giảm béo.

- Nặng: đặt sonde DD (Đặt sonde dạ dày - có kỹ thuật tại TTYT) nuôi ăn đường ruột sớm nếu dung nạp.

2.5. Kháng sinh: chỉ dùng khi có nhiễm trùng/hoại tử tụy nhiễm trùng (đánh giá sau 48-72h).

- Ceftriaxon (Ceftrione 1g) 1-2g TM x 1-2 lần/ngày.

- Phối hợp Metronidazol (Metronidazole 0,5g/100ml) 500mg TM x 3 lần/ngày

2.6. Điều trị nguyên nhân:

- Sỏi mật: chuyển tuyến để xử lý (ERCP)

- Tăng TG: không có thuốc đặc hiệu tại TTYT

3. Điều trị hỗ trợ

Hạ sốt, bù dịch-điện giải, dinh dưỡng đầy đủ, theo dõi sát dấu hiệu nặng/biến chứng trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Amylase/Lipase không cần lặp lại thường quy để theo dõi (không tương quan mức độ nặng); theo dõi CRP, chức năng thận, Calci máu, đường huyết mỗi 24-48 giờ.

- Siêu âm bụng kiểm tra nếu không cải thiện sau 48-72 giờ hoặc nghi biến chứng (hoại tử, nang giả tụy, áp xe).

- Khí máu, điện giải đồ theo dõi sát trong 48 giờ đầu (giai đoạn nguy cơ suy tạng).

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

Tất cả các trường hợp được chẩn đoán Viêm tụy cấp đều có chỉ định nhập viện điều trị nội trú cấp cứu.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết sốt liên tục tối thiểu 48 giờ, các triệu chứng cấp cải thiện rõ, ăn uống/vận động trở lại bình thường, không dấu hiệu biến chứng.

- Cận lâm sàng xác nhận xuất viện:

+ Hết đau bụng, dung nạp ăn uống đường miệng trở lại bình thường.

+ CRP có xu hướng giảm rõ, không còn dấu hiệu suy tạng hoặc biến chứng tại chỗ tiến triển.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- VTC nặng (Ranson ≥ 3, APACHE II ≥ 8).

- Suy tạng, hoại tử tụy nhiễm trùng, áp xe tụy.

- Sỏi mật cần ERCP.

- CT bụng có cản quang nếu viêm tụy nặng/nghi biến chứng hoại tử

- Diễn tiến nặng hoặc vượt khả năng chuyên môn/trang thiết bị hiện có của TTYT (cần ICU, phẫu thuật chuyên khoa sâu, CT/MRI, hoặc kỹ thuật TTYT chưa triển khai).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 1493/QĐ-BYT ngày 22/4/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hồi sức tích cực"*. Hà Nội.

4. International Association of Pancreatology, American Pancreatic Association (2013). *Revised Atlanta Classification and Management of Acute Pancreatitis*. Gut.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

19. HẠ KALI MÁU

(ICD-10: E87.6)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Hạ Kali máu là tình trạng nồng độ Kali huyết thanh dưới 3,5mmol/L, thường do mất Kali qua đường tiêu hóa (nôn, tiêu chảy), qua thận (lợi tiểu, cường Aldosterone) hoặc do dịch chuyển Kali vào nội bào. Kali đóng vai trò quan trọng trong dẫn truyền thần kinh-cơ và hoạt động điện tim, nên hạ Kali nặng có thể gây yếu cơ và rối loạn nhịp tim nguy hiểm.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Mệt mỏi, yếu cơ gốc chi (bắt đầu từ chân lên tay), chuột rút, táo bón, liệt ruột cơ năng.

- Dấu hiệu nặng: Yếu cơ hô hấp, liệt cơ hoàn toàn hoặc rối loạn nhịp tim nặng.

2. Cận lâm sàng

- Điện giải đồ máu: Kali máu giảm (< 3,5 mmol/L). Cần kiểm tra đồng thời Magie máu (hạ Magie thường đi kèm và làm khó bù Kali).

- Khí máu động mạch, chức năng thận (Ure, Creatinin).

- Điện tâm đồ (ECG): Sóng T dẹt hoặc đảo ngược, xuất hiện sóng U rõ, đoạn ST chênh xuống, khoảng QT kéo dài, nguy cơ xuất hiện ngoại tâm thu thất, xoắn đỉnh, rung thất.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Hạ Kali do mất qua tiêu hóa (tiêu chảy, nôn)

- Hạ Kali do thuốc lợi tiểu

- Liệt chu kỳ hạ Kali (Hypokalemic periodic paralysis)

4. Phân độ

- Nhẹ: Kali 3,0-3,4 mmol/L (thường không triệu chứng)

- Trung bình: Kali 2,5-2,9 mmol/L (yếu cơ, mệt mỏi)

- Nặng: Kali < 2,5 mmol/L hoặc có rối loạn nhịp tim/liệt cơ

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Bù lại lượng Kali thiếu hụt một cách an toàn, theo dõi sát điện tâm đồ để phòng ngừa loạn nhịp tim.

- Điều trị và loại bỏ nguyên nhân gây mất Kali.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

2.1. Nhẹ (3,0-3,4): Kali clorid (Kadium chloratum biomedica 500mg) uống 2-4 viên/ngày chia 2-3 lần.

2.2. Vừa-nặng (< 3,0 hoặc có triệu chứng):

- Kali clorid (Kali clorid 10% 1g/10ml): pha 30ml (3g) vào 500ml NaCl 0,9% truyền TM, tốc độ không quá 10-20 mmol/giờ.

Lưu ý an toàn tuyệt đối:* Nồng độ pha truyền qua đường tĩnh mạch ngoại biên **không được quá 40 mmol/L (3g KCl trong 500ml dịch). Ưu tiên đường truyền tĩnh mạch trung tâm nếu cần truyền đậm đặc hơn. **TUYỆT ĐỐI KHÔNG TIÊM TĨNH MẠCH TRỰC TIẾP** (gây ngưng tim đột ngột).

- *Quy đổi:* 1g Kali clorid ≈ 13,4 mmol K^+.

2.3. Bù Magie (nếu K+ < 2,8): Magnesi sulfat (Magnesi sulfat Kabi 15% 1,5g/10ml) 1,5-3g TM pha loãng.

3. Điều trị hỗ trợ

Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, dinh dưỡng và chăm sóc điều dưỡng phù hợp trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Điện giải đồ (Kali) mỗi 4-6 giờ trong quá trình bù Kali tĩnh mạch đến khi ổn định.

- ECG liên tục trên monitor nếu Kali < 2,5mmol/L hoặc có rối loạn nhịp.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Hạ Kali máu trung bình đến nặng (Kali < 3,0 mmol/L).

- Có biểu hiện lâm sàng rõ rệt (yếu cơ nhiều, liệt cơ, thay đổi trên điện tâm đồ) hoặc không đáp ứng với điều trị bổ sung đường uống ngoại trú.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Triệu chứng cấp đã ổn định, các chỉ số theo dõi trong giới hạn an toàn, người bệnh có thể tự chăm sóc hoặc có người hỗ trợ, hẹn tái khám theo lịch.

- Cận lâm sàng xác nhận xuất viện:

+ Kali máu về bình thường (3,5-5,0mmol/L) ổn định, không còn rối loạn nhịp tim/yếu cơ.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Hạ Kali máu nặng có rối loạn nhịp tim đe dọa tính mạng (rung thất, xoắn đỉnh) hoặc liệt cơ hô hấp vượt quá năng lực cấp cứu tại TTYT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Hội Tiết niệu - Thận học Việt Nam & Hội Hồi sức Cấp cứu và Chống độc Việt Nam (2026). *Khuyến cáo chẩn đoán và điều trị tăng kali máu và rối loạn điện giải*. Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 1493/QĐ-BYT ngày 22/4/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hồi sức tích cực"*. Hà Nội.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

20. HẠ NATRI MÁU

(ICD-10: E87.1)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Hạ Natri máu là rối loạn điện giải thường gặp nhất trên lâm sàng, được định nghĩa khi Natri huyết thanh dưới 135mmol/L, do nhiều cơ chế: mất Natri, pha loãng do giữ nước tự do (SIADH, suy tim, xơ gan) hoặc bệnh lý nội tiết. Mức độ và tốc độ giảm Natri quyết định triệu chứng, từ nhẹ đến co giật-hôn mê nếu giảm nhanh và nặng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Triệu chứng thần kinh trung ương (do phù não): Đau đầu, chóng mặt, buồn nôn, nôn, lú lẫn, ngủ gà.

- Dấu hiệu nặng: Co giật, hôn mê sâu, ngưng thở (khi Natri giảm cấp tính và sâu dưới $120 - 125$ mmol/L).

2. Cận lâm sàng

- Điện giải đồ máu: Natri máu giảm (< 135 mmol/L).

- Áp lực thẩm thấu máu và niệu, Natri niệu (phân loại nguyên nhân).

- Chức năng thận, định lượng TSH (tuyến giáp), Cortisol máu (loại trừ suy thượng thận).

- Siêu âm bụng (nếu nghi ngờ xơ gan, suy tim).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Hạ Natri do pha loãng (SIADH, suy tim, xơ gan).

- Hạ Natri do mất muối (dùng lợi tiểu, suy thượng thận).

- Giả hạ Natri (tăng đường huyết/tăng lipid máu nặng).

4. Phân độ

- Nhẹ: Natri 130-134mmol/L.

- Trung bình: Natri 125-129mmol/L.

- Nặng: Natri < 125mmol/L hoặc có triệu chứng thần kinh (co giật, rối loạn tri giác).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Cấp cứu nâng Natri máu ngay lập tức nếu có triệu chứng thần kinh nặng (co giật, hôn mê).

- Nguyên tắc an toàn tối quan trọng: Tốc độ tăng Natri máu không được quá $8 - 10$ mmol/L trong 24 giờ đầu (và không quá 18 mmol/L trong 48 giờ) để

tránh nguy cơ biến chứng tổn thương myelin thẩm thấu cầu não (ODS - Osmotic Demyelination Syndrome) gây liệt tứ chi cứng buồn.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

2.1. Có triệu chứng nặng (co giật, hôn mê):

- NaCl 3% pha từ NaCl 0,9% + NaCl 10% (hoặc NaCl ưu trương)

+ Tốc độ: 100ml TM trong 10-20 phút, lặp lại đến khi Na tăng 5 mmol/L.

+ Mục tiêu: Na tăng 4-6 mmol/L trong 6 giờ đầu.

+ Theo dõi Na mỗi 2-4 giờ, ngừng khi Na ≥ 130 mmol/L (hoặc hết triệu chứng).

2.2. Không triệu chứng hoặc triệu chứng nhẹ:

- Hạn chế nước uống (< 1 lít/ngày) nếu là hạ Natri ưu trương/đẳng trương do pha loãng (SIADH, suy tim).

- Điều trị theo nguyên nhân cụ thể (ngưng thuốc lợi tiểu gây mất muối, bù dịch NaCl 0,9% nếu giảm thể tích).

3. Điều trị hỗ trợ

Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, dinh dưỡng và chăm sóc điều dưỡng phù hợp trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Điện giải đồ (Natri) mỗi 4-6 giờ khi bù Natri tĩnh mạch (tốc độ điều chỉnh không quá 8-10mmol/L/24 giờ để tránh hủy myelin cầu não)

- Áp lực thẩm thấu máu/niệu, Natri niệu hỗ trợ chẩn đoán nguyên nhân

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Hạ Natri máu nặng (Natri < 125 mmol/L).

- Có biểu hiện triệu chứng thần kinh (lú lẫn, co giật, hôn mê).

- Không đáp ứng với điều trị hạn chế nước hoặc điều chỉnh nguyên nhân ngoại trú.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Nồng độ Natri máu đã về giới hạn an toàn (≥ 130 mmol/L) hoặc ổn định so với nền.

- Hết hoàn toàn các triệu chứng thần kinh (tỉnh táo, không đau đầu, không co giật).

- Người bệnh tự ăn uống và tuân thủ chế độ hạn chế nước, tái khám định kỳ theo lịch hẹn.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Hạ Natri máu nặng có biến chứng thần kinh trầm trọng (hôn mê sâu, co giật liên tục không cắt được) vượt quá năng lực hồi sức cấp cứu của TTYT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 1493/QĐ-BYT ngày 22/4/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hồi sức tích cực"*. Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2014). *Quyết định số 3879/QĐ-BYT ngày 30/9/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội tiết - chuyển hóa"*. Hà Nội.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

PHẦN III. NHI KHOA

1. VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG TRẺ EM

(ICD-10: J15-J18, J12-J14)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm phổi là nhiễm khuẩn cấp tính nhu mô phổi, là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ em < 5 tuổi.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

1.1. Lâm sàng: ho, sốt, thở nhanh (theo tuổi), rút lõm lồng ngực, ran ẩm/phế quản

1.2. Thở nhanh theo tuổi:

+ < 2 tháng: >= 60 lần/phú;

+ 2-11 tháng: >= 50 lần/phút;

+ 12-59 tháng: >= 40 lần/phút ;

+ >= 5 tuổi: >= 30 lần/phút.

2. Cận lâm sàng

- CTM, CRP.

- SpO2; khí máu nếu suy hô hấp.

- X-quang ngực (bắt buộc).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm tiểu phế quản (trẻ <2 tuổi, khò khè).

- Hen phế quản/khò khè tái diễn.

- Dị vật đường thở bỏ sót.

4. Phân độ

Theo WHO: viêm phổi (thở nhanh), viêm phổi nặng (rút lõm lồng ngực), viêm phổi rất nặng (dấu hiệu nguy hiểm toàn thân: bỏ bú, co giật, li bì, suy hô hấp).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Kháng sinh sớm, thở oxy nếu $SpO_2 < 90\%$, hỗ trợ dinh dưỡng và điều trị triệu chứng, biến chứng; xuống thang hoặc điều chỉnh theo kết quả vi sinh nếu có.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

a. Viêm phổi nhẹ (Điều trị ngoại trú):

- *Amoxicillin* (gói/viên 250mg): 80 - 90 mg/kg/ngày chia 2 lần uống × 5 − 7 ngày.

- *Hoặc Amox/Clav* (Lanam SC 200/28.5): 45 - 50 mg/kg/ngày chia 2 lần uống.

b. Viêm phổi nặng (Nhập viện):

- *Ceftriaxon* (Ceftrione 1g): 50 - 100 mg/kg/ngày tiêm tĩnh mạch chia 1 − 2 lần.

- *Hoặc Cefotaxim* (Tenamyd-Cefotaxime 500): 100 mg/kg/ngày tiêm tĩnh mạch chia 2 − 3 lần.

- *Có thể phối hợp Gentamicin* (Gentamicin 80mg/2ml): 5 mg/kg/ngày tiêm tĩnh mạch.

c. Viêm phổi rất nặng:

- *Ceftriaxon* 100 mg/kg/ngày tiêm tĩnh mạch kết hợp hồi sức tích cực, chuẩn bị chuyển tuyến nếu không đáp ứng.

3. Điều trị hỗ trợ

- Thở oxy gọng kính/mask nếu $SpO_2 < 90\%$.

- Hạ sốt: *Paracetamol* (Hapacol 80/150/250) 10 - 15 mg/kg/lần uống hoặc *Efferalgan* 150/300 đặt hậu môn khi sốt ≥ 38.5°C.

- Giãn phế quản (nếu có khò khè): *Salbutamol* (Atisaltolin 2.5mg/2.5ml) phun khí dung 0.15 mg/kg/lần.

- Dinh dưỡng đầy đủ, vỗ rung, hút đờm dãi.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- SpO2 liên tục nếu ban đầu < 94%; CRP/CTM lặp lại nếu không cải thiện sau 48-72 giờ kháng sinh.

- X-quang ngực kiểm tra nếu nghi biến chứng (tràn dịch màng phổi, áp xe phổi).

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Trẻ em: suy hô hấp (mục 3.6), thở nhanh, rút lõm lồng ngực, SpO2 < 92%

- Bỏ bú, nôn, co giật, tím tái

- Viêm phổi nặng/rất nặng

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế; nhập viện khi có dấu hiệu nặng nêu tại mục II hoặc không đáp ứng điều trị ban đầu.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết sốt >= 48 giờ

- Hết tho nhanh, hết rút lõm lồng ngực, SpO2 ≥ 94% thở khí trời.

- Bú/ăn uống và vận động trở lại bình thường, không có dấu hiệu biến chứng.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Diễn tiến nặng hoặc vượt khả năng chuyên môn/trang thiết bị hiện có của TTYT (cần ICU, phẫu thuật chuyên khoa sâu, CT/MRI, hoặc kỹ thuật TTYT chưa triển khai).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 07/8/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em"*. Hà Nội.

4. World Health Organization (2013). *Pocket Book of Hospital Care for Children: Guidelines for the Management of Common Childhood Illnesses, 2nd edition*. Geneva.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019. Geneva.*

2. TIÊU CHẢY CẤP TRẺ EM

(ICD-10: A09)

I. ĐẠI CƯƠNG

Tiêu chảy cấp là tình trạng đi ngoài phân lỏng hoặc nước ≥ 3 lần/ngày, kéo dài < 14 ngày. Nguy cơ chính là mất nước, rối loạn điện giải và suy dinh dưỡng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

Số lần đi tiêu ≥ 3 lần/ngày, tính chất phân lỏng nước/lóe nước, đánh giá dấu hiệu mất nước.

2. Cận lâm sàng

- Điện giải đồ nếu mất nước nặng/nôn nhiều.

- Xét nghiệm phân (soi tươi, hồng cầu/bạch cầu) nếu phân nhầy máu.

- Siêu âm bụng nếu nghi lồng ruột (đau bụng cơn, khóc thét, phân máu nhầy, nôn).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Lồng ruột.

- Viêm ruột thừa ở trẻ lớn.

- Tiêu chảy do vi khuẩn xâm lấn (lỵ).

4. Phân độ (Phân độ mất nước theo WHO)

- Độ A (Không mất nước): < 2 dấu hiệu mất nước.

- Độ B (Mất nước vừa/trung bình): Có ≥ 2 dấu hiệu (kích thích/vật vã, mắt trũng, uống háo hức/khát, véo da mất chậm < 2 giây).

- Độ C (Mất nước nặng): Có ≥ 2 dấu hiệu (li bì/hôn mê, mắt rất trũng, uống kém/không uống được, véo da mất rất chậm ≥ 2 giây).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Bù nước và điện giải kịp thời (quan trọng nhất), bổ sung kẽm, điều trị nguyên nhân (kháng sinh khi có lỵ), dinh dưỡng hợp lý và theo dõi sát biến chứng.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

a. Bù dịch:

- *Phác đồ A:* Cho trẻ uống nhiều hơn bình thường dung dịch ORS (Oresol) sau mỗi lần tiêu chảy.

- *Phác đồ B:* ORS 75 ml/kg trong 4 giờ đầu.

- *Phác đồ C:* Truyền tĩnh mạch dung dịch NaCl 0.9% hoặc Ringer Lactat: 30 ml/kg trong 30 phút đầu → 70 ml/kg trong 2.5 giờ tiếp theo (đối với trẻ < 12 tháng: 30 ml/kg trong 1 giờ → 70 ml/kg trong 5 giờ).

b. Kẽm (Bắt buộc): *Atisyrup zinc* (10mg/5ml).

- Trẻ < 6 tháng: 10 mg/ngày $\times$ 10 $-$ 14 ngày.

- Trẻ $\geq$ 6 tháng: 20 mg/ngày $\times$ 10 $-$ 14 ngày.

c. Kháng sinh: Chỉ định khi phân có máu (lỵ) hoặc tả, chuyển tuyến điều trị khi cần thiết.

d. Men vi sinh (Probiotics): *Enterobella* (Bacillus clausii) 2 tỷ/ngày hoặc *Biosubtyl-II* 1 $-$ 2 ống/ngày.

e. Dinh dưỡng: Tiếp tục bú mẹ hoàn toàn đối với trẻ nhỏ, ăn uống bình thường, tránh thức ăn nhiều đường, dễ tiêu hóa.

3. Điều trị hỗ trợ

Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, dinh dưỡng và chăm sóc điều dưỡng phù hợp trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Điện giải đồ (đặc biệt Natri, Kali) nếu mất nước trung bình-nặng hoặc bù dịch tĩnh mạch.

- Cân nặng theo dõi hàng ngày đánh giá đáp ứng bù dịch

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Mất nước độ C hoặc mất nước độ B không cải thiện sau bù dịch đúng phác đồ.

- Nôn nhiều liên tục, trẻ bỏ ăn hoặc bỏ bú hoàn toàn.

- Sốt cao, phân có máu kèm dấu hiệu nhiễm trùng toàn thân.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết dấu hiệu mất nước, tiểu tiện bình thường trở lại.

- Hết sốt, bú/ăn uống tốt trở lại, số lần đi tiêu giảm (< 3 lần/ngày) và phân đặc dần.

- Các rối loạn điện giải (nếu có) đã về mức bình thường.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Tiêu chảy mất nước nặng thất bại với bù dịch tĩnh mạch ban đầu, sốc giảm thể tích, hoặc nghi ngờ biến chứng ngoại khoa (lồng ruột, thủng ruột, viêm phúc mạc) vượt quá khả năng xử trí của Trung tâm Y tế Tịnh Biên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 07/8/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em"*. Hà Nội.

4. World Health Organization (2013). *Pocket Book of Hospital Care for Children, 2nd edition*. Geneva.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

3. SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE TRẺ EM

(ICD-10: A97.0-A97.9)

I. ĐẠI CƯƠNG

Sốt xuất huyết Dengue (SXHD) trẻ em diễn biến nhanh, dễ chuyển nặng. Cần theo dõi sát giai đoạn nguy hiểm (ngày 3-7). Xem thêm Hướng dẫn SXHD người lớn (Hướng dẫn cấp cứu).

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Sốt cao đột ngột liên tục, xuất huyết (chảy máu cam, chấm xuất huyết ngoài da), dấu hiệu cảnh báo (nôn nhiều, đau bụng vùng gan, gan to, tiểu cầu giảm nhanh, Hematocrit tăng cao).

- Dấu hiệu sốc: Mạch nhanh nhẹ, huyết áp kẹp hoặc tụt, chi lạnh ẩm, vã mồ hôi, bứt rứt hoặc li bì.

2. Cận lâm sàng

- CTM (Hct, tiểu cầu - theo dõi định kỳ).

- Test nhanh NS1/IgM Dengue nếu phù hợp thời gian bệnh.

- Điện giải đồ, chức năng gan nếu SXH nặng.

- Siêu âm bụng (dịch ổ bụng, dày thành túi mật).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Sốt virus khác.

- Nhiễm khuẩn huyết.

- Sốt phát ban.

4. Phân độ

- Độ I: sốt kèm dấu hiệu không đặc hiệu, dấu dây thắt dương tính.

- Độ II: như độ I kèm xuất huyết tự nhiên (da, niêm mạc).

- Độ III: dấu hiệu suy tuần hoàn (mạch nhanh nhẹ, HA kẹt/tụt, da lạnh) - sốc còn bù.

- Độ IV: sốc nặng, mạch/HA không đo được.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Bù dịch sớm theo phân độ, theo dõi sát mạch, huyết áp, Hct và tiểu cầu trong giai đoạn nguy hiểm. **TUYỆT ĐỐI KHÔNG DÙNG** Aspirin, NSAIDs, corticoid đường uống sớm; hạ sốt chỉ dùng Paracetamol.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

2.1. SXHD có dấu hiệu cảnh báo (nhập viện nội trú):

- Truyền dịch: Ringer Lactat (Lactated Ringer's) 5-7ml/kg/giờ x 3-6 giờ.

- Theo dõi: Hct, tiểu cầu, DSHS mỗi 2-4 giờ.

- Hạ sốt: Paracetamol (Hapacol 80/150/250, Efferalgan 150/300) 10-15mg/kg/lần, cách 4-6 giờ (tối đa 60 mg/kg/ngày).

2.2. SXHD nặng (sốc):

- Ringer Lactat hoặc NaCl 0.9%: 15-20ml/kg/giờ x 1 giờ.

+ Nếu hết sốc -> giảm dần 10ml/kg/giờ.

+ Nếu chưa hết sốc: Gelofusine hoặc Volulyte 6%.

+ Sốc kéo dài: truyền máu, huyết tương tươi.

3. Điều trị hỗ trợ

Hạ sốt, bù dịch-điện giải, dinh dưỡng đầy đủ, theo dõi sát dấu hiệu nặng/biến chứng trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Hematocrit, tiểu cầu mỗi 6-12 giờ trong giai đoạn nguy hiểm (ngày 3-7).

- Siêu âm bụng/màng phổi nếu nghi thoát huyết tương.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Sốt cao $\geq 40°C$ kèm xuất huyết.

- SXHD có dấu hiệu cảnh báo hoặc biểu hiện sốc SXHD.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết sốt liên tục tối thiểu $\geq$ 48 giờ, toàn trạng tốt, ăn uống ngon miệng.

- Không có dấu hiệu suy tuần hoàn, không khó thở do tràn dịch màng bụng/màng phổi.

- Tiểu cầu có xu hướng hồi phục ổn định ($\geq 50.000/mm^3$), Hematocrit ổn định về mức nền.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Sốc SXHD không đáp ứng với bù dịch ban đầu, xuất huyết nặng (tiêu hóa, não - màng não), suy đa tạng vượt quá năng lực điều trị của Trung tâm Y tế Tịnh Biên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2023). *Quyết định số 2760/QĐ-BYT ngày 04/7/2023 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị Sốt xuất huyết Dengue"*. Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 07/8/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em"*. Hà Nội.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

4. BỆNH TAY CHÂN MIỆNG

(ICD-10: B08.4)

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh do Enterovirus (EV71, Coxsackie A16) gây ra, lây qua đường tiêu hóa và đường hô hấp. Biến chứng nguy hiểm chính là tổn thương thần kinh (viêm não, viêm màng não thân não), suy hô hấp và suy tuần hoàn.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Sốt, đau họng, tổn thương da-niêm mạc: bóng nước ở lòng bàn tay, chân, mông, gối, miệng.

2. Cận lâm sàng

- Công thức máu.

- Protein C phản ứng (CRP) (nếu có điều kiện).

- Đường huyết, điện giải đồ, X-quang phổi đối với các trường hợp có biến chứng từ độ 2b.

- Test nhanh kháng thể IgM EV71: từ ngày thứ 4 trở đi đối với trường hợp bệnh TCM **từ độ 3** trở lên kèm bệnh cảnh lâm sàng không điển hình và không có điều kiện làm PCR.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm loét miệng (áp-tơ): vết loét sâu, có dịch tiết, hay tái phát.

- Sốt phát ban: hồng ban xen kẽ ít dạng sẩn, thường có hạch sau tai.

- Dị ứng: hồng ban đa dạng, không có phỏng nước.

- Viêm da mủ: đỏ, đau, có mủ.

- Thủy đậu: phỏng nước nhiều lứa tuổi, rải rác toàn thân.

- Nhiễm khuẩn huyết do não mô cầu: mảng xuất huyết hoại tử trung tâm.

- Sốt xuất huyết Dengue: chấm xuất huyết, bầm máu, xuất huyết niêm mạc.

- Viêm màng não do vi khuẩn.

- Viêm não - màng não do vi rút khác.

- Nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn, viêm phổi

4. Phân độ

- Độ 1 (Tay chân miệng không có biến chứng): Trẻ chỉ có phát ban tay chân miệng và/hoặc loét miệng.

- Độ 2 (Tay chân miệng có biến chứng thần kinh):

+ Độ 2a (Tay chân miệng có biến chứng thần kinh)

Có ≥ 1 dấu hiệu sau: có giật mình dưới 2 lần/30 phút; Sốt trên 39°C hay sốt trên 2 ngày kèm nôn ói nhiều, lừ đừ, khó ngủ, quấy khóc vô cớ.

+ Độ 2b (Tay chân miệng có biến chứng thần kinh nặng)

a) Nhóm 1: Giật mình ghi nhận lúc khám; Bệnh sử có giật mình ≥ 2 lần/30 phút; Mạch nhanh >130 lần/ phút (không sốt).

b) Nhóm 2: Nhóm 1 và sốt cao ≥ 39°C không đáp ứng với thuốc hạ sốt; Mạch nhanh > 150 lần/phút; Thất điều; Rung giật nhãn cầu, lác mắt; Yếu chi hoặc liệt chi; Liệt thần kinh sọ; Tăng trương lực cơ; Rối loạn tri giác (Glassgow < 10 hoặc mức P thang điểm AVPU).

- Độ 3 *(Tay chân miệng biến chứng rối loạn thần kinh thực vật nặng):* Mạch nhanh > 170 lần/ phút; Huyết áp tâm thu tăng; thở nhanh; Da nổi bông (vân tím), vã mồ hôi, chi lạnh.

- Độ 4 *(Tay chân miệng suy hô hấp tuần hoàn nặng):* Ngưng thở, rối loạn nhịp thở; Tím tái hoặc SpO_2 < 92%; Phù phổi cấp; Sốc.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Điều trị triệu chứng, theo dõi sát phát hiện sớm các dấu hiệu thần kinh, hô hấp, tuần hoàn chuyển độ để xử trí kịp thời.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

2.1. Độ 1: điều trị ngoại trú, hạ sốt Paracetamol (Hapacol), vệ sinh miệng.

2.2. Độ 2a: nhập viện, hạ sốt tích cực

- Paracetamol 10-15mg/kg/lần

- Ibuprofen (AT Ibuprofen syrup 100mg/5ml) 5-10mg/kg/lần (nếu sốt cao không hạ)

2.3. Độ 2b-4: nhập viện cấp cứu, xử trí theo mức độ:

- Thở oxy, đặt nội khí quản hỗ trợ hô hấp khi có suy hô hấp.

- Truyền dịch hạn chế (bằng 1/2 đến 2/3 nhu cầu bình thường): dung dịch *NaCl 0.9%* hoặc *Ringer Lactat*.

- Hỗ trợ tuần hoàn, chống sốc (sử dụng vận mạch như *Dopamin* hoặc *Dobutamin* nếu có chỉ định).

***LƯU Ý QUAN TRỌNG:** Tại tuyến Trung tâm Y tế chưa sẵn có các thuốc chống co giật chuyên sâu như Diazepam/Midazolam tiêm tĩnh mạch, chưa có Immunoglobulin do đó **cần chuyển tuyến SỚM** ngay khi trẻ có dấu hiệu giật mình nhiều (≥ 2 lần/30 phút), co giật hoặc từ độ 2b trở lên.

3. Điều trị hỗ trợ

Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, dinh dưỡng và chăm sóc điều dưỡng phù hợp trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

Mạch, nhiệt độ, nhịp thở, tri giác kiểm tra mỗi $1-2$ giờ ở độ từ 2b trở lên; xét nghiệm đường huyết, CTM khi chuyển độ nặng.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Từ độ 2a trở lên bắt buộc nhập viện điều trị nội trú.

- Trẻ có sốt cao khó hạ kèm quấy khóc bứt rứt, giật mình.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế; nhập viện khi có dấu hiệu nặng nêu tại mục II hoặc không đáp ứng điều trị ban đầu.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết sốt hoàn toàn tối thiểu ≥ 48 giờ.

- Hết các triệu chứng giật mình, hết run chi, hết dấu hiệu thần kinh thực vật trong vòng ≥ 24 giờ.

- Sinh hiệu ổn định, tổn thương da/miệng lành dần, trẻ ăn uống tốt.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Bệnh nhi chuyển độ từ 2b trở lên (đặc biệt các dấu hiệu thần kinh thực vật, giật mình tần suất dày, suy hô hấp, sốc) phải được chuyển tuyến trên (Bệnh viện Nhi hoặc khoa Hồi sức tích cực tuyến tỉnh) kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2024). *Quyết định số 292/QĐ-BYT ngày 06/02/2024 về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh tay chân miệng*. Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2012). *Quyết định số 1003/QĐ-BYT ngày 30/3/2012 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh tay chân miệng"*. Hà Nội.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

5. SỞI

(ICD-10: B05)

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh do virus sởi, lây qua đường hô hấp, có thể gây biến chứng: viêm phổi, viêm não, viêm tai giữa, tiêu chảy.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Sốt, hội chứng viêm long đường hô hấp trên và kết mạc (ho, sổ mũi, đỏ mắt, chảy nước mắt), phát ban dát sẩn toàn thân lan theo thứ tự từ sau tai, mặt xuống ngực, lưng rồi đến chân; xuất hiện hạt Koplik trắng/xám ở niêm mạc má trước khi phát ban.

- Biến chứng: Viêm phổi, viêm thanh quản cấp, viêm tai giữa, tiêu chảy, viêm não - màng não.

2. Cận lâm sàng

- Công thức máu;

- X-quang phổi: có thể thấy viêm phổi kẽ; có thể tổn thương nhu mô phổi khi có bội nhiễm.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Nhiễm Rubella.

- Bệnh Kawasaki.

- Nhiễm enterovirus.

- Bệnh do Mycoplasma pneumoniae.

- Bệnh sốt mò.

- Ban dị ứng.

- Nhiễm vi rút Epstein-Barr.

4. Phân độ

- Sởi không biến chứng và sởi có biến chứng (viêm phổi, viêm não, viêm tai giữa, tiêu chảy).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Điều trị theo phân loại và sàng lọc người bệnh Sởi hoặc nghi ngờ Sởi

- Cách ly ca bệnh ngay khi nghi ngờ mắc Sởi

- Uống vitamin A liều cao

- Điều trị triệu chứng

- Phát hiện và điều trị sớm các biến chứng

- Đảm bảo dinh dưỡng

- Không sử dụng corticoid đường toàn thân khi chưa loại trừ Sởi.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

2.1. Chủ yếu hỗ trợ:

- Hạ sốt: Paracetamol (Hapacol 80/150/250) 10-15mg/kg/lần

- Về sinh da, mắt, mieng

2.2. Vitamin A (Agirenyl 5000IU) - ĐẶC HIỆU cho Sởi:

Nhóm tuổi	**Liều Vitamin A (IU/liều)**	**Số lần uống**
Trẻ < 6 tháng	50.000 IU	Uống 2 lần cách nhau 24 giờ
Trẻ 6 - 11 tháng	100.000 IU	Uống 2 lần cách nhau 24 giờ
Trẻ ≥ 12 tháng	200.000 IU	Uống 2 lần cách nhau 24 giờ
Trẻ suy dinh dưỡng nặng hoặc thiếu Vitamin A hoặc biến chứng nặng	Theo tuổi	Bổ sung liều thứ 3 sau 4-6 tuần

2.3. Kháng sinh (nếu bội nhiễm): + Amoxicillin - acid clavulanic (Uống) hoặc Cefotaxim hoặc Ceftriaxon (TM).

2.4. Bù nước, dinh dưỡng đầy đủ.

3. Điều trị hỗ trợ

Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, dinh dưỡng và chăm sóc điều dưỡng phù hợp trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- SpO2, X-quang ngực nếu nghi viêm phổi biến chứng; không cần xét nghiệm đặc hiệu nếu thể không biến chứng

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Sởi có biến chứng hô hấp (viêm phổi nặng, viêm thanh quản), biến chứng thần kinh (viêm não, co giật).

- Trẻ suy dinh dưỡng nặng, tiêu chảy mất nước kèm theo, hoặc không thể chăm sóc/điều trị tại nhà.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế; nhập viện khi có dấu hiệu nặng nêu tại mục II hoặc không đáp ứng điều trị ban đầu.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết sốt liên tục tối thiểu $\geq 24 - 48$ giờ.

- Ban bay dần thành vết thâm, không còn ho khó thở, không còn biến chứng hô hấp/thần kinh.

- Trẻ tỉnh táo, bú/ăn uống tốt trở lại.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Trường hợp sởi biến chứng nặng (suy hô hấp cần thở máy, viêm não - màng não, sốc nhiễm trùng) vượt quá khả năng chuyên môn của tuyến Trung tâm Y tế huyện Tịnh Biên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2025). *Quyết định số 1019/QĐ-BYT ngày 26/03/2025 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh Sởi"*. Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 07/8/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em"*. Hà Nội.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

6. SUY HÔ HẤP CẤP TRẺ SƠ SINH

(ICD-10: P22.0)

I. ĐẠI CƯƠNG

Suy hô hấp cấp ở trẻ sơ sinh là tình trạng thất bại của hệ thống hô hấp trong việc duy trì trao đổi khí đầy đủ, thường do các nguyên nhân: bệnh màng trong, hít nước ối lẫn phân su, viêm phổi sơ sinh, cơn thở nhanh thoáng qua, dị tật bẩm sinh.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Nhịp thở > 60 lần/phút hoặc ngừng thở > 20 giây
- Rut lom long nguc, canh mũi phap phong, tho ren (grunting)
- Tím tái, SpO2 < 90%

2. Cận lâm sàng

- SpO2, khí máu động mạch
- CTM, CRP nếu nghi nhiễm khuẩn sơ sinh
- Đường huyết mao mạch
- X-quang ngực (bắt buộc)

3. Chẩn đoán phân biệt

- Bệnh màng trong (trẻ non tháng)
- Viêm phổi sơ sinh
- Cơn thở nhanh thoáng qua ở trẻ sơ sinh
- Tim bẩm sinh tím

4. Phân độ

Thang điểm Silverman đánh giá mức độ suy hô hấp sơ sinh: 0-3 nhẹ, 4-6 trung bình, ≥ 7 nặng

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Đảm bảo thông khí và oxy hóa máu tối ưu, giữ thân nhiệt ổn định, điều trị nguyên nhân (kháng sinh nếu nhiễm trùng), hỗ trợ tuần hoàn và dinh dưỡng.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

a. Giữ ấm: Đặt trẻ lồng ấp hoặc bàn sưởi ấm, duy trì thân nhiệt chuẩn (36.5°C – 37.5°C).

b. Hỗ trợ hô hấp:

- Thở oxy qua gọng kính hoặc ưu tiên áp lực dương liên tục qua mũi (**N-CPAP** bằng thiết bị CPAP20e) là lựa chọn đầu tay.

- Đặt ống nội khí quản (NKQ) và thở máy (máy thở Vinmart VFS410, Elicia MV20) nếu thất bại với CPAP hoặc suy hô hấp nặng.

c. Surfactant: Chỉ định trong bệnh màng trong (tại tuyến Trung tâm Y tế huyện chưa triển khai → **cần chuyển tuyến** sớm nếu trẻ non tháng bệnh màng trong nặng).

d. Kháng sinh điều trị nhiễm trùng sơ sinh: *Gentamicin* 5 mg/kg tiêm tĩnh mạch 1 lần/ngày kết hợp kháng sinh nhóm Beta-lactam theo phác đồ sơ sinh.

e. Kỹ thuật đặt nội khí quản: Đòi hỏi bác sĩ có kinh nghiệm hoặc chuyên khoa sơ sinh/gây mê thực hiện cẩn trọng.

3. Điều trị hỗ trợ

Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, dinh dưỡng và chăm sóc điều dưỡng phù hợp trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- SpO2 liên tục, khí máu động mạch mỗi 4-6 giờ trong giai đoạn hỗ trợ hô hấp

- X-quang ngực kiểm tra vị trí ống nội khí quản/CPAP và tiến triển bệnh

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Mọi trường hợp sơ sinh có biểu hiện suy hô hấp ở các mức độ.

- Sơ sinh non tháng, nhẹ cân có nguy cơ cao.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết suy hô hấp, nhịp thở đều trong giới hạn bình thường ($40 - 60$ lần/phút).

- $SpO_2 \geq 94\%$ ổn định với khí trời, bú tốt, không còn cơn ngừng thở.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Suy hô hấp nặng vượt quá khả năng hỗ trợ của TTYT (thất bại với CPAP cần thở máy dài ngày, trẻ cần bơm Surfactant, dị tật bẩm sinh nặng, tim bẩm sinh tím phức tạp) chuyển đến khoa Hồi sức sơ sinh tuyến tỉnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 1269/QĐ-BYT ngày 06/5/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về chăm sóc và điều trị sơ sinh - Tập 1"*. Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2014). *Quyết định số 4673/QĐ-BYT ngày 10/11/2014 về việc phê duyệt tài liệu hướng dẫn chuyên môn "Chăm sóc thiết yếu bà mẹ, trẻ sơ sinh trong và ngay sau đẻ"*. Hà Nội.

7. VÀNG DA SƠ SINH

(ICD-10: P59)

I. ĐẠI CƯƠNG

Vàng da sơ sinh là tình trạng tăng Bilirubin máu, biểu hiện vàng da, niêm mạc. Cần phân biệt vàng da sinh lý và bệnh lý.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Đánh giá mức độ vàng da theo vùng Kramer: Vùng 1 (da mặt) -> vùng 2 (ngực) -> vùng 3 (bụng-trên rốn) -> vùng 4 (dưới rốn-đùi) -> vùng 5 (cẳng chân-bàn chân)

- Các dấu hiệu cảnh báo bệnh lý:

+ Xuất hiện < 24 giờ tuổi

+ Tăng > 5mg/dL/ngày

+ Vàng da vùng 3 trở lên

+ Trẻ non tháng, nhiễm trùng, tán huyết.

2. Cận lâm sàng

- Bilirubin toàn phần và trực tiếp (định lượng, theo biểu đồ theo giờ tuổi)

- Nhóm máu mẹ-con, test Coombs nếu nghi bất đồng nhóm máu

- CTM nếu nghi tán huyết

- Không cần chẩn đoán hình ảnh thường quy

3. Chẩn đoán phân biệt

- Vàng da sinh lý

- Vàng da bệnh lý do tán huyết (bất đồng ABO/Rh)

- Vàng da ứ mật (kéo dài >2 tuần - cần chuyển tuyến tầm soát teo đường mật)

4. Phân độ

- Phân loại theo biểu đồ Bilirubin/giờ tuổi (nomogram) và cân nặng lúc sinh để quyết định chiếu đèn/thay máu.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Hạ Bilirubin máu nhanh chóng bằng phương pháp chiếu đèn tích cực hoặc thay máu để phòng ngừa tổn thương não do nhiễm độc bilirubin (vàng da nhân), kết hợp điều trị nguyên nhân và nâng đỡ thể trạng.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

a. Chiếu đèn tích cực: Sử dụng đèn chuyên dụng chiếu điều trị vàng da theo đúng ngưỡng Bilirubin/giờ tuổi/cân nặng. Đảm bảo che kín mắt và bộ phận sinh dục của trẻ, trở mình thường xuyên.

b. Dinh dưỡng: Tăng cường cho trẻ bú mẹ hoặc ăn sữa nhân tạo sớm và nhiều cữ để tăng cường nhu động ruột, đẩy nhanh quá trình đào thải Bilirubin qua phân.

c. Thay máu: Trường hợp Bilirubin máu vượt ngưỡng thay máu theo biểu đồ hoặc xuất hiện dấu hiệu nhiễm độc thần kinh sớm (vàng da nhân) → **Chuyển tuyến** thay máu cấp cứu.

3. Điều trị hỗ trợ

Giữ ấm thân nhiệt, theo dõi sát tri giác, khả năng bú và trương lực cơ của trẻ.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Bilirubin toàn phần/trực tiếp mỗi 12-24 giờ trong quá trình chiếu đèn

- Test Coombs, nhóm máu mẹ-con nếu nghi tan máu miễn dịch

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Vàng da sơ sinh trước 48h tuổi hoặc vùng 3 trở lên

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế; nhập viện khi có dấu hiệu nặng nêu tại mục II hoặc không đáp ứng điều trị ban đầu.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Nồng độ Bilirubin toàn phần giảm xuống dưới ngưỡng cần chiếu đèn theo biểu đồ chuẩn theo giờ tuổi, xu hướng giảm rõ rệt sau khi ngưng chiếu đèn ≥ 12 giờ.

- Trẻ bú tốt, da hồng hào, sinh hiệu ổn định.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Vàng da tăng nhanh đạt ngưỡng thay máu, có dấu hiệu nhiễm độc thần kinh (vàng da nhân giai đoạn sớm: lừ đừ, bỏ bú, khóc thét, ưỡn người), hoặc nghi ngờ teo đường mật bẩm sinh cần can thiệp ngoại khoa chuyên sâu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 1269/QĐ-BYT ngày 06/5/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về chăm sóc và điều trị sơ sinh - Tập 1"*. Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2014). *Quyết định số 4673/QĐ-BYT ngày 10/11/2014 về việc phê duyệt tài liệu hướng dẫn chuyên môn "Chăm sóc thiết yếu bà mẹ, trẻ sơ sinh trong và ngay sau đẻ"*. Hà Nội.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

8. CO GIẬT SƠ SINH VÀ TRẺ EM

(ICD-10: P90, R56)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Co giật sơ sinh/trẻ em do nhiều nguyên nhân: sốt cao, viêm não-màng não, rối loạn điện giải, hạ đường huyết, chấn thương sọ não, động kinh.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Biểu hiện cơn co giật toàn thể (co cứng - co giật đều các chi) hoặc cục bộ (giật một bên mặt, một chi).

- Khai thác tiền sử, tìm nguyên nhân: sốt, ngộ độc, chấn thương, tiền sử gia đình.

2. Cận lâm sàng

- Đường huyết mao mạch (bắt buộc đầu tiên).

- Calci, Natri, Magie máu.

- CTM, CRP nếu nghi nhiễm trùng thần kinh.

- Không cần chẩn đoán hình ảnh cấp cứu ban đầu; CT/MRI sọ não nếu co giật kéo dài, có dấu thần kinh khu trú hoặc nghi xuất huyết.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Co giật do sốt cao

- Hạ đường huyết/hạ calci máu

- Viêm màng não mủ

- Động kinh.

4. Phân độ

Phân loại: co giật do sốt (đơn giản/phức tạp) và co giật không do sốt (động kinh, rối loạn chuyển hóa, tổn thương cấu trúc não)

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Cấp cứu cắt cơn giật nhanh chóng, đảm bảo thông thoáng đường thở, thở oxy, điều chỉnh ngay rối loạn chuyển hóa (đường huyết, điện giải), hạ sốt và tìm/điều trị nguyên nhân.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

a. Xử trí ban đầu cắt cơn giật:

- Đặt bệnh nhân nằm nghiêng an toàn, nới lỏng quần áo, hút đờm dãi, phòng ngừa sặc và chấn thương.

- Cho thở oxy gọng kính hoặc mặt nạ.

b. Thuốc chống co giật:

LƯU Ý THỰC TẾ TẠI CƠ SỞ:* Trung tâm Y tế hiện **KHÔNG CÓ sẵn các thuốc benzodiazepine đường tiêm tĩnh mạch như Diazepam hay Midazolam.

- Có thể cân nhắc sử dụng *Ketamine* (Ketamine HCl 500mg/10ml) với liều $1-2$ mg/kg tiêm tĩnh mạch (đây là thuốc gây mê, yêu cầu bác sĩ có kinh nghiệm thực hiện và hồi sức hô hấp sẵn sàng).

- Nếu cơn co giật kéo dài không cắt được → **CHUYỂN TUYẾN CẤP CỨU** ngay lập tức trên nền thở oxy và bảo vệ đường thở.

c. Điều trị nguyên nhân cụ thể:

- Hạ đường huyết: Truyền tĩnh mạch *Glucose 10%* liều $2-5$ ml/kg.

- Hạ calci máu: Tiêm chậm tĩnh mạch *Calci gluconat 10%* (Growpone) liều $1-2$ ml/kg pha loãng.

- Sốt cao kèm theo: Dùng *Paracetamol* 10 - 15 mg/kg đường uống hoặc đặt hậu môn.

3. Điều trị hỗ trợ

Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, dinh dưỡng và chăm sóc điều dưỡng phù hợp trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Đường huyết, điện giải đồ (Calci, Natri) ngay khi co giật để loại trừ nguyên nhân chuyển hóa.

- EEG nếu co giật không do sốt hoặc tái phát nhiều lần.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Mọi trường hợp co giật do bất kỳ nguyên nhân nào lần đầu hoặc co giật phức tạp.

- Trẻ có dấu hiệu yếu, liệt cấp tính tiến triển kèm theo.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế; nhập viện khi có dấu hiệu nặng nêu tại mục II hoặc không đáp ứng điều trị ban đầu.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết co giật hoàn toàn tối thiểu ≥ 24 giờ.

- Đường huyết và điện giải đồ về mức ổn định, đã xác định rõ nguyên nhân và kiểm soát tốt.

- Tri giác tỉnh táo hoàn toàn, không có dấu hiệu thần kinh khu trú.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Co giật kéo dài (trạng thái động kinh), co giật không cắt được bằng phương pháp tại chỗ, co giật kèm suy hô hấp nặng hoặc tổn thương thần kinh trung ương cần chụp CT/MRI và điều trị tại khoa Hồi sức tích cực.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 07/8/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em"*. Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 1493/QĐ-BYT ngày 22/4/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hồi sức tích cực"*. Hà Nội.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

9. NHIỄM TRÙNG TIẾT NIỆU TRẺ EM

(ICD-10: N30, N39.0)

I. ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm trùng tiết niệu (NTĐTN) ở trẻ em là tình trạng vi khuẩn xâm nhập và gây bệnh ở đường tiết niệu (thường gặp *E. coli*). Bệnh gặp ở trẻ gái nhiều hơn trẻ trai (trừ giai đoạn sơ sinh). Việc phát hiện và điều trị sớm rất quan trọng để ngăn ngừa biến chứng sẹo thận mạn tính, đặc biệt ở trẻ có trào ngược bàng quang - niệu quản.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Trẻ lớn: Sốt, tiểu buốt, tiểu rắt, tiểu máu, đau tức vùng hông lưng hoặc hạ vị.

- Trẻ nhỏ/sơ sinh: Sốt không rõ nguyên nhân, quấy khóc, bú kém, nôn trớ, chậm tăng cân.

2. Cận lâm sàng

- Tổng phân tích nước tiểu (lấy mẫu đúng kỹ thuật), cấy nước tiểu.

- CTM, CRP nếu sốt cao/nghi viêm bể thận.

- Siêu âm bụng-tiết niệu (tìm bất thường giải phẫu, đặc biệt sau đợt NTĐTN đầu tiên ở trẻ nhỏ).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm bàng quang.

- Viêm bể thận cấp.

- Sốt do nguyên nhân khác kèm nước tiểu bất thường không đặc hiệu.

4. Phân độ

- Phân loại: NTĐTN dưới (viêm bàng quang) và NTĐTN trên (viêm thận-bể thận cấp, nặng hơn, có sốt/đau hông lưng)

- NTĐTN phức tạp (kèm bất thường giải phẫu/chức năng tiết niệu) và không phức tạp

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Kháng sinh theo kinh nghiệm ban đầu dựa vào tác nhân thường gặp và mức độ nặng, điều chỉnh theo kết quả kháng sinh đồ; điều trị triệu chứng, phát hiện và giải quyết các yếu tố thuận lợi (dị tật).

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

a. Thể nhẹ (Ngoại trú):

- *Cefixim* (Cefixime Uphace 100, Crocin 200): 8 mg/kg/ngày chia $1-2$ lần uống.

- *Hoặc Cefuroxim* (Cefuroxim 125/250): $15-30$ mg/kg/ngày chia 2 lần uống.

b. Thể nặng / Trẻ nhỏ dưới 3 tháng (Nhập viện):

- *Ceftriaxon* (Ceftrione 1g): $50-100$ mg/kg/ngày tiêm tĩnh mạch.

- *Hoặc Gentamicin*: 5 mg/kg/ngày tiêm tĩnh mạch.

- c. Thời gian điều trị tổng cộng: Từ $7-14$ ngày tùy theo vị trí nhiễm trùng dưới hay trên.

3. Điều trị hỗ trợ: Hạ sốt, bù đủ dịch - nước, dinh dưỡng đầy đủ, đảm bảo lượng nước tiểu bài tiết tốt.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Xét nghiệm nước tiểu kiểm tra lại sau $48-72$ giờ dùng kháng sinh nếu lâm sàng không cải thiện; siêu âm hệ tiết niệu đánh giá bất thường cấu trúc nếu tái phát.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Trẻ dưới 3 tháng tuổi có sốt nghi nhiễm trùng tiết niệu (luôn nhập viện)

- Sốt cao ≥ 39°C kèm nôn ói, không uống được, hoặc dấu hiệu nhiễm trùng toàn thân

- Nghi ngờ viêm thận - bể thận cấp (đau hông lưng, sốt rét run) hoặc bất thường giải phẫu tiết niệu kèm theo

- Không đáp ứng kháng sinh uống sau 48-72 giờ, hoặc không uống được thuốc

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế; nhập viện khi có dấu hiệu nặng nêu tại mục II hoặc không đáp ứng điều trị ban đầu.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết sốt liên tục tối thiểu $\geq 24-48$ giờ.

- Tổng phân tích nước tiểu cải thiện rõ, bạch cầu niệu giảm/âm tính, trẻ bú và ăn uống bình thường trở lại.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Nhiễm trùng tiết niệu nặng kháng trị, sốc nhiễm trùng, dị tật bẩm sinh hệ tiết niệu phức tạp cần can thiệp ngoại khoa/niệu khoa nhi chuyên sâu vượt quá năng lực của Trung tâm Y tế huyện Tịnh Biên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 3931/QĐ-BYT ngày 21/9/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về thận - tiết niệu"*. Hà Nội.

4. European Association of Urology (2026). *Guidelines on Urological Infections*.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

10. HEN PHẾ QUẢN TRẺ EM

(ICD-10: J45)

I. ĐẠI CƯƠNG

Hen phế quản ở trẻ em là bệnh viêm mạn tính đường thở gây co thắt phế quản tái diễn, biểu hiện bằng các cơn khò khè, khó thở, ho tái đi tái lại, thường liên quan yếu tố dị ứng/cơ địa. Đây là bệnh mạn tính phổ biến nhất ở trẻ em, quản lý tốt giúp trẻ sinh hoạt-học tập bình thường và phòng ngừa cơn kịch phát nặng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Ho, khó thở ra, khò khè tái phát nhiều lần.

- Khởi phát khi tiếp xúc dị nguyên, thay đổi thời tiết, khi vận động hoặc nhiễm trùng hô hấp.

- Ho nhiều về đêm hoặc gần sáng.

2. Cận lâm sàng

- SpO2; khí máu nếu cơn hen nặng

- X-quang ngực nếu cơn đầu tiên/không đáp ứng điều trị hoặc nghi biến chứng

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm tiểu phế quản (trẻ <2 tuổi)

- Dị vật đường thở

- Viêm phổi

4. Phân độ

- Theo GINA: nhẹ-trung bình (nói được câu dài, SpO2 ≥ 95%), nặng (nói từng từ, SpO2 90-95%, co kéo cơ hô hấp phụ), nguy kịch (lồng ngực im lặng, rối loạn tri giác, SpO2 < 90%)

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Điều trị cắt cơn cấp cứu kịp thời, điều trị kiểm soát lâu dài, tránh các yếu tố nguy cơ, cá thể hóa theo mức độ nặng và phối hợp tư vấn giáo dục sức khỏe cho gia đình.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

a. Xử trí đợt cấp tại cơ sở y tế:

- Thở oxy nếu $SpO_2 < 92\%$.

- *Salbutamol* (Atisaltolin 2.5mg/2.5ml) dung dịch phun khí dung liều 2.5 – 5 mg, có thể lặp lại mỗi 20 phút trong 1 giờ đầu (3 lần) nếu cần.

- Kết hợp *Budesonide* dung dịch khí dung (Budesonide Teva 0.5mg/2ml) liều $0.5 - 1$ mg/lần phun khí dung.

LƯU Ý THỰC TẾ:* Trung tâm Y tế hiện **không có phối hợp thuốc kháng cholinergic (Ipratropium bromide) và không có Theophylline.

b. Điều trị duy trì kiểm soát hen ngoại trú:

- *Budesonide + Formoterol* (Fortraget Inhaler 200mcg/6mcg) hít $1 - 2$ nhát/lần $\times$ 2 lần/ngày.

- Hoặc *Budesonide* (Budesonide Teva 0.5mg/2ml) phun khí dung 0.5 mg $\times$ 2 lần/ngày.

3. Điều trị hỗ trợ: Hướng dẫn trẻ và người nhà tránh tiếp xúc khói thuốc lá, bụi, lông vật nuôi; hướng dẫn kỹ thuật dùng bình xịt định liều đúng cách; tái khám định kỳ.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

SpO2 liên tục, đánh giá điểm lâm sàng hen nhi (PRAM/PASS) trước-sau mỗi liều khí dung

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Cơn hen nặng: SpO2 < 92%, không nói được trọn câu

- Không đáp ứng với Salbutamol khí dung tại nhà

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế; nhập viện khi có dấu hiệu nặng nêu tại mục II hoặc không đáp ứng điều trị ban đầu.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Triệu chứng đợt cấp đã ổn định hoàn toàn, đạt mục tiêu kiểm soát ban đầu.

- $SpO_2 \geq 94\%$ khi thở khí trời, không còn dấu hiệu khó thở và co kéo lồng ngực.

- Người bệnh và gia đình hiểu, biết cách sử dụng thuốc dự phòng và có khả năng tuân thủ điều trị ngoại trú, hẹn tái khám định kỳ.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Cơn hen ác tính, suy hô hấp nặng nguy kịch đe dọa tính mạng thất bại với các biện pháp xử trí cấp cứu ban đầu tại Trung tâm Y tế huyện Tịnh Biên, cần đặt nội khí quản và thở máy xâm nhập tại khoa Hồi sức cấp cứu tuyến tỉnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2020). *Quyết định số 1851/QĐ-BYT ngày 24/4/2020 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị hen phế quản người lớn và trẻ em từ 12 tuổi trở lên"*. Hà Nội.

4. Global Initiative for Asthma (2026). *Global Strategy for Asthma Management and Prevention (GINA)*.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

11. THIẾU MÁU THIẾU SẮT

(ICD-10: D50)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Thiếu máu thiếu sắt là tình trạng giảm Hb do thiếu sắt, thường gặp ở trẻ em.

- Nguyên nhân: chế độ ăn thiếu sắt, sinh non, nhiễm trùng, mất máu.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Trẻ mệt mỏi, da xanh xao, niêm mạc nhợt nhạt.

- Biếng ăn, chậm tăng cân, tóc khô dễ gãy, móng tay bẹt hoặc lõm hình thìa (trường hợp nặng, kéo dài).

- Tim nhịp nhanh khi gắng sức, có thể có tiếng thổi tâm thu cơ năng.

2. Cận lâm sàng

- CTM (Hb, MCV, MCH giảm), Ferritin huyết thanh nếu có điều kiện.

- Phân tìm máu ẩn/ký sinh trùng nếu nghi mất máu qua tiêu hóa.

- Không cần chẩn đoán hình ảnh thường quy.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Thalassemia (thiếu máu hồng cầu nhỏ di truyền - cần điện di Hb nếu không đáp ứng bổ sung sắt)

- Thiếu máu do bệnh mạn tính

- Thiếu máu do mất máu mạn (ký sinh trùng đường ruột)

4. Phân độ

- Nhẹ: Hb 10-11g/dL (theo tuổi); trung bình: Hb 7-10g/dL; nặng: Hb < 7g/dL

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Điều trị theo nguyên nhân kết hợp điều trị triệu chứng; theo dõi sát đáp ứng điều trị để điều chỉnh kịp thời.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Bổ sung sắt: Dùng chế phẩm sắt uống (ví dụ: Fefolic gồm sắt fumarat 152.1 mg kết hợp acid folic 0.5 mg, hoặc các chế phẩm tương đương theo độ tuổi).

+ *Liều dùng:* 3 – 6 mg sắt nguyên tố/kg/ngày, chia làm 2 - 3 lần uống.

+ *Cách dùng:* Uống xa bữa ăn (trước ăn 1 giờ hoặc sau ăn 2 giờ), có thể phối hợp với vitamin C để tăng hấp thu.

+ *Thời gian điều trị:* Tiếp tục duy trì từ 3 – 6 tháng sau khi chỉ số Hb đã trở về giới hạn bình thường để lấp đầy kho dự trữ sắt.

- Chế độ dinh dưỡng: Tăng cường thực phẩm giàu sắt dễ hấp thu như thịt đỏ, gan, lòng đỏ trứng, rau xanh đậm.

3. Điều trị hỗ trợ

Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, hướng dẫn chế độ dinh dưỡng và chăm sóc điều dưỡng phù hợp.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- CTM, sắt huyết thanh/Ferritin theo dõi đáp ứng sau 2-4 tuần bổ sung sắt

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Hemoglobin < 7 g/dL (thiếu máu nặng) hoặc có dấu hiệu suy tim/thiếu oxy mô.

- Cần truyền máu.

- Thiếu máu kèm bệnh nền cấp tính khác cần theo dõi sát.

- Nghi xuất huyết tiêu hóa hoặc nguyên nhân thiếu máu khác cần chẩn đoán nội trú.

- Áp dụng các tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Triệu chứng cấp tính đã ổn định, các chỉ số theo dõi trong giới hạn an toàn.

- Người bệnh tự chăm sóc được hoặc có người hỗ trợ tốt tại nhà.

- Hb cải thiện rõ rệt hoặc trở về bình thường theo tuổi (trường hợp thiếu máu nặng đã được truyền máu ổn định), hết các dấu hiệu thiếu oxy mô.

- Có lịch hẹn tái khám định kỳ rõ ràng.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Diễn tiến nặng vượt quá khả năng chuyên môn hoặc trang thiết bị hiện có của Trung tâm Y tế (cần can thiệp hồi sức tích cực ICU, phẫu thuật chuyên khoa sâu, hoặc các kỹ thuật cận lâm sàng cao chưa triển khai).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 07/8/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em"*. Hà Nội.

4. World Health Organization (2013). *Pocket Book of Hospital Care for Children, 2nd edition*. Geneva.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

12. NHIỄM TRÙNG RỐN SƠ SINH

(ICD-10: P38)

I. ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm trùng rốn sơ sinh là tình trạng viêm nhiễm tại vị trí cuống rốn sau sinh, cửa ngõ thường gặp gây nhiễm trùng huyết sơ sinh nếu không xử trí kịp thời do hàng rào bảo vệ của trẻ sơ sinh còn yếu. Vệ sinh rốn đúng cách và phát hiện sớm dấu hiệu viêm lan rộng là then chốt phòng ngừa biến chứng nặng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Rốn rớm máu, chảy dịch vàng hoặc mủ, có mùi hôi, vùng da quanh chân rốn sưng đỏ.

- Thể nặng: Viêm mô dưới da thành rốn lan rộng, viêm động/tĩnh mạch rốn, có dấu hiệu nhiễm trùng toàn thân (sốt hoặc hạ thân nhiệt, bú kém, li bì).

2. Cận lâm sàng

- CTM, CRP nếu sốt/nghi nhiễm trùng lan rộng.

- Cấy dịch rốn nếu có mủ.

- Siêu âm bụng nếu nghi biến chứng viêm tĩnh mạch rốn/áp xe gan.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm rốn đơn thuần (chỉ đỏ nhẹ chân rốn).

- Nhiễm khuẩn huyết sơ sinh (viêm rốn là ổ nhiễm khuẩn tiên phát).

4. Phân độ

Nhiễm trùng rốn khu trú (đỏ da quanh rốn) và nhiễm trùng rốn nặng/toàn thân (viêm mô tế bào lan rộng, nhiễm trùng huyết kèm theo).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Kháng sinh/kháng vi sinh vật theo kinh nghiệm dựa trên tác nhân thường gặp và mức độ nặng, xuống thang hoặc điều chỉnh theo kết quả vi sinh nếu có; phối hợp điều trị triệu chứng và biến chứng.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

2.1. Về sinh ron bang Povidon iodin 10% (Povidon iodin)

2.2. Kháng sinh tại TTYT:

- Ceftriaxon (Ceftrione 1g) 50mg/kg TM x 1 lần/ngày

- Phoihop Gentamicin (Gentamicin 80mg/2ml) 5mg/kg TM x 1 lần/ngày

2.3. Chuyển tuyến nếu nặng (viêm mô dưới da, nhiễm trùng huyết)

3. Điều trị hỗ trợ

Hạ sốt, bù dịch-điện giải, dinh dưỡng đầy đủ, theo dõi sát dấu hiệu nặng/biến chứng trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- CTM, CRP theo dõi mỗi 24-48 giờ; cấy dịch rốn/cấy máu nếu nghi nhiễm trùng huyết

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Viêm mô tế bào lan rộng quanh rốn (đỏ da > 1cm) hoặc chảy mủ nhiều.

- Sốt hoặc hạ thân nhiệt, bú kém, li bì (dấu hiệu nhiễm trùng toàn thân).

- Nghi viêm động mạch/tĩnh mạch rốn, viêm phúc mạc.

- Trẻ sơ sinh dưới 28 ngày tuổi có nhiễm trùng rốn cần nhập viện theo dõi kháng sinh tĩnh mạch.

- Áp dụng các tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết sốt liên tục tối thiểu 48 giờ, các triệu chứng cấp cải thiện rõ, ăn uống/vận động trở lại bình thường, không dấu hiệu biến chứng.

- Cận lâm sàng xác nhận: Rốn khô, hết đỏ/chảy mủ, chỉ số CRP trở về giới hạn bình thường.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Bệnh diễn tiến nặng lên hoặc vượt quá khả năng chuyên môn, trang thiết bị của Trung tâm Y tế (cần đơn nguyên Hồi sức tích cực sơ sinh NICU, phẫu thuật chuyên khoa, hoặc chẩn đoán hình ảnh chuyên sâu).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 1269/QĐ-BYT ngày 06/5/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về chăm sóc và điều trị sơ sinh - Tập 1"*. Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2014). *Quyết định số 4673/QĐ-BYT ngày 10/11/2014 về việc phê duyệt tài liệu hướng dẫn chuyên môn "Chăm sóc thiết yếu bà mẹ, trẻ sơ sinh trong và ngay sau đẻ"*. Hà Nội.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

13. VIÊM CẦU THẬN CẤP & HỘI CHỨNG THẬN HƯ

(ICD-10: N00, N04)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm cầu thận cấp và hội chứng thận hư là hai bệnh cảnh cầu thận thường gặp ở trẻ em với cơ chế bệnh sinh khác nhau: viêm cầu thận cấp thường sau nhiễm liên cầu, đặc trưng bởi phù-tiểu máu-tăng huyết áp; hội chứng thận hư đặc trưng bởi protein niệu lượng lớn gây phù và giảm Albumin máu, đa số đáp ứng tốt với Corticoid.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- **Viêm cầu thận cấp:** Phù nhẹ đến vừa (thường bắt đầu ở mặt, mi mắt), thiểu niệu, tiểu máu đại thể (nước màu đỏ/nâu sẫm), huyết áp tăng.

- **Hội chứng thận hư:** Phù mềm, trắng, ấn lõm toàn thân (có thể tràn dịch màng bụng, màng phổi), huyết áp bình thường hoặc tăng nhẹ.

2. Cận lâm sàng

- Tổng phân tích nước tiểu (protein niệu, hồng cầu niệu, trụ niệu)

- Protein máu, Albumin máu, bilan lipid (nếu nghi hội chứng thận hư)

- Creatinin, bổ thể C3 (viêm cầu thận cấp sau nhiễm liên cầu), ASO

- Siêu âm bụng-tiết niệu

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm cầu thận cấp sau nhiễm liên cầu

- Hội chứng thận hư

- Nhiễm khuẩn tiết niệu

4. Phân độ

- Viêm cầu thận cấp: có/không kèm suy thận cấp, tăng huyết áp.

- Hội chứng thận hư: đáp ứng steroid hay kháng steroid (đánh giá sau 4 tuần điều trị).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Điều trị theo cơ chế bệnh sinh: Kiểm soát huyết áp, giảm phù, hạn chế muối nước đối với viêm cầu thận cấp; sử dụng Corticosteroid tấn công/duy trì đối với hội chứng thận hư.

Chế độ nghỉ ngơi hợp lý, theo dõi sát chức năng thận và lượng nước xuất nhập. Kháng sinh chỉ định khi có bằng chứng nhiễm trùng đi kèm.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Chế độ ăn: Nghỉ ngơi tại giường trong giai đoạn cấp, hạn chế muối (muối < 2 g/ngày) khi có phù và tăng huyết áp.

- Kiểm soát tăng huyết áp:

+ Nifedipin (ví dụ: Nifedipin Retard) liều $0.25 - 0.5$ mg/kg/lần uống, HOẶC Amlodipin liều $0.1 - 0.6$ mg/kg/ngày uống.

- Lợi tiểu: Furosemid liều $1 - 2$ mg/kg/ngày uống hoặc tiêm tĩnh mạch khi có phù nhiều hoặc thiểu niệu.

- Điều trị đặc hiệu hội chứng thận hư: Prednisolon liều 2 mg/kg/ngày (tối đa 60 mg/ngày) theo phác đồ tấn công chuẩn.

- Kháng sinh: Chỉ định khi có nhiễm khuẩn kèm theo (ví dụ: Amoxicillin hoặc Ceftriaxon).

3. Điều trị hỗ trợ

Hạ sốt, bù dịch-điện giải, dinh dưỡng đầy đủ, theo dõi sát dấu hiệu nặng/biến chứng trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Tổng phân tích nước tiểu (protein niệu, hồng cầu niệu), Albumin máu, chức năng thận mỗi 3-5 ngày

- Điện giải đồ, bổ thể C3 (viêm cầu thận cấp) theo dõi diễn tiến

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Phù toàn thân nhiều, thiểu niệu vô niệu, huyết áp tăng cao.

- Protein niệu ngưỡng thận hư kèm triệu chứng lâm sàng rõ.

- Có biến chứng suy thận cấp hoặc biến chứng nặng khác.

- Áp dụng các tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết các triệu chứng cấp tính (hết phù hoặc phù nhẹ, huyết áp ổn định về giới hạn bình thường).

- Ăn uống ngon miệng, vận động sinh hoạt bình thường trở lại, không có dấu hiệu biến chứng.

- Cận lâm sàng xác nhận: Protein niệu giảm rõ rệt hoặc âm tính (đối với hội chứng thận hư), các chỉ số chức năng thận ổn định.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Diễn tiến nặng vượt quá khả năng chuyên môn hoặc trang thiết bị của Trung tâm Y tế (cần can thiệp lọc máu, sinh thiết thận hoặc điều trị chuyên sâu về Thận nhi).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (2021). *Clinical Practice Guideline for Glomerular Diseases*. Kidney International Supplements.

4. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 3931/QĐ-BYT ngày 21/9/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về thận - tiết niệu"*. Hà Nội.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

14. VIÊM MÀNG NÃO MỦ

(ICD-10: G00-G03)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm màng não mủ là tình trạng nhiễm trùng màng não do vi khuẩn, là một cấp cứu y khoa tối khẩn trong nhi khoa có tỷ lệ tử vong và di chứng thần kinh cao nếu chẩn đoán và điều trị bị trì hoãn.

Tác nhân thường gặp thay đổi theo lứa tuổi: Trẻ sơ sinh thường do *Streptococcus* nhóm B, *E. coli*; trẻ lớn hơn thường do phế cầu (*Streptococcus pneumoniae*), não mô cầu (*Neisseria meningitidis*), hoặc *Haemophilus influenzae* b (Hib). Chọc dò dịch não tủy là xét nghiệm quyết định chẩn đoán.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

Hội chứng màng não: Sốt cao, đau đầu dữ dội, nôn vọt, cổ gáy cứng, dấu hiệu Kernig, Brudzinski dương tính. Ở trẻ nhỏ có thể thấy thóp phồng, quấy khóc nhiều, bú kém.

Dấu hiệu nặng: Rối loạn tri giác (li bì, hôn mê), co giật, dấu thần kinh khu trú hoặc tăng áp lực nội sọ.

2. Cận lâm sàng

- CTM, CRP, cấy máu.

- Chọc dò dịch não tủy (tế bào, protein, glucose, nhuộm Gram, cấy) - nếu không chống chỉ định.

- CT sọ não trước chọc dò nếu có dấu hiệu tăng áp lực nội sọ/dấu thần kinh khu trú.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm màng não do virus.

- Viêm màng não do lao (diễn tiến bán cấp).

- Áp xe não.

4. Phân độ

- Không phân độ chính thức; đánh giá theo tri giác (Glasgow), dấu hiệu thần kinh khu trú và biến chứng (tụ mủ dưới màng cứng, giãn não thất).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Cấp cứu khẩn cấp: Khởi trị kháng sinh đường tĩnh mạch ngay lập tức (trong vòng 30 phút từ khi tiếp nhận nếu nghi ngờ viêm màng não mủ).

- Kết hợp điều trị chống phù não, kiểm soát co giật và chăm sóc hồi sức tích cực

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Kháng sinh kinh nghiệm ban đầu:

+ Ceftriaxon liều 100 mg/kg/ngày truyền tĩnh mạch chia 2 lần.

+ Phối hợp với Gentamicin liều 5 mg/kg/ngày truyền tĩnh mạch (đặc biệt ở trẻ nhỏ hoặc sơ sinh theo chỉ định chuyên khoa).

- Kháng viêm hỗ trợ: Dexamethason liều 0.15 mg/kg/lần tiêm tĩnh mạch 4 lần/ngày trong 2 – 4 ngày (nên dùng trước hoặc cùng lúc với liều kháng sinh đầu tiên ở trẻ lớn khi nghi ngờ do phế cầu).

- Xử trí cấp cứu: Chuyển tuyến ngay sau khi xử trí ban đầu (tiêm kháng sinh liều đầu, chống phù não) nếu vượt quá khả năng hồi sức nhi tại Trung tâm Y tế.

3. Điều trị hỗ trợ

Hạ sốt, bù dịch-điện giải, dinh dưỡng đầy đủ, theo dõi sát dấu hiệu nặng/biến chứng trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Dịch não tủy kiểm tra lại sau 24-48 giờ nếu đáp ứng kém hoặc vi khuẩn kháng thuốc; CTM, CRP mỗi 24-48 giờ

- Đánh giá thần kinh, chu vi vòng đầu (trẻ nhỏ) hàng ngày; CT/siêu âm thóp nếu nghi biến chứng

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- TẤT CẢ các trường hợp nghi ngờ viêm màng não mủ đều là bệnh cấp cứu tuyệt đối và phải nhập viện điều trị ngay lập tức.

- Có các triệu chứng sốt cao, cổ cứng, thóp phồng, rối loạn tri giác, co giật hoặc dấu hiệu thần kinh khu trú.

- Áp dụng các tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Trẻ hết sốt liên tục tối thiểu 5 ngày, các triệu chứng thần kinh và hội chứng màng não cải thiện hoàn toàn.

- Ăn uống, sinh hoạt trở lại bình thường, không còn dấu hiệu biến chứng thần kinh tiến triển.

- Dịch não tủy kiểm tra lại cải thiện rõ rệt (nếu có chỉ định chọc dò lại).

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Co giật kéo dài, hôn mê sâu, tình trạng tăng áp lực nội sọ không đáp ứng với điều trị ban đầu.

- Kết quả chọc dò dịch não tủy có áp lực tăng cao, biến đổi phức tạp hoặc không đáp ứng lâm sàng sau $48 - 72$ giờ điều trị.

- Diễn tiến nặng hoặc vượt quá khả năng chuyên môn, trang thiết bị của Trung tâm Y tế (cần khoa Hồi sức tích cực nhi, chẩn đoán hình ảnh cao cấp như CT/MRI).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 07/8/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em"*. Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 1493/QĐ-BYT ngày 22/4/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hồi sức tích cực"*. Hà Nội.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

15. ĐỘNG KINH Ở TRẺ EM

(ICD-10: G40)

I. ĐẠI CƯƠNG

Động kinh ở trẻ em là tình trạng co giật tái diễn do phóng điện bất thường quá mức của tế bào thần kinh vỏ não, có thể vô căn hoặc do tổn thương não thực thể. Chẩn đoán cần phân biệt với co giật do sốt và các nguyên nhân co giật cấp tính khác, điều trị lâu dài cần chuyên khoa Thần kinh nhi theo dõi.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Biểu hiện bằng các cơn co giật tái diễn, cơn vắng ý thức, cơn giật cơ hoặc các rối loạn vận động/cảm giác kịch phát khác.

- Khai thác kỹ bệnh sử các cơn co giật trước đó để loại trừ hoàn toàn các cơn co giật do sốt cao đơn thuần.

2. Cận lâm sàng

- Đường huyết, Calci, Natri máu (loại trừ nguyên nhân chuyển hóa).

- CTM, CRP nếu nghi nhiễm trùng thần kinh trung ương.

- EEG nếu có điều kiện để hỗ trợ chẩn đoán.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Co giật do sốt cao.

- Rối loạn chuyển hóa gây co giật.

- Cơn ngất/rối loạn vận động không do động kinh.

4. Phân độ

- Phân loại theo cơn: cơn cục bộ, cơn toàn thể; theo nguyên nhân: vô căn, triệu chứng, ẩn căn

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Cấp cứu cắt cơn giật nhanh chóng, đảm bảo thông thoáng đường thở.

- Điều trị duy trì lâu dài bằng thuốc chống động kinh thích hợp dưới sự chỉ định và theo dõi của chuyên khoa Thần kinh nhi.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Xử trí cơn cấp tính tại tuyến cơ sở (TTYT):

+ Đảm bảo an toàn cho trẻ: Đặt trẻ nằm nghiêng an toàn, nới lỏng quần áo, không nhét vật cứng vào miệng, hút đờm dãi và cho thở oxy nếu có tím tái.

+ Kiểm tra ngay đường huyết mao mạch để loại trừ hạ đường huyết là nguyên nhân gây co giật.

Lưu ý:* Nếu TTYT không sẵn có thuốc chống co giật đường tĩnh mạch/tiêm bắp (như Diazepam hoặc Midazolam), cần chuẩn bị các biện pháp hỗ trợ và **chuyển tuyến sớm nếu cơn giật kéo dài > 5 phút hoặc xuất hiện trạng thái động kinh.

- Điều trị duy trì lâu dài: Các thuốc chống động kinh kinh điển hoặc thế hệ mới (như Sodium Valproate, Levetiracetam, Carbamazepine...) do chuyên khoa Thần kinh nhi chỉ định, chỉnh liều và theo dõi định kỳ.

3. Điều trị hỗ trợ

Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, dinh dưỡng và chăm sóc điều dưỡng phù hợp trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Nồng độ thuốc chống động kinh trong máu (nếu có điều kiện) khi điều chỉnh liều; chức năng gan định kỳ nếu dùng Valproate/Carbamazepine kéo dài

- EEG theo dõi đáp ứng điều trị

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Cơn co giật kéo dài > 5 phút hoặc xuất hiện trạng thái động kinh (*status epilepticus*).

- Co giật tái phát nhiều cơn trong ngày mà trẻ không kịp hồi phục tri giác giữa các cơn.

- Cơn giật đầu tiên ở trẻ chưa rõ nguyên nhân cần được nhập viện để chẩn đoán toàn diện nội trú.

- Đi kèm sốt cao nghi ngờ nhiễm trùng thần kinh trung ương hoặc có tình trạng rối loạn tri giác kéo dài sau cơn.

- Áp dụng các tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Các triệu chứng cấp tính đã ổn định, cơn co giật được kiểm soát tốt bằng liều thuốc duy trì.

- Trẻ không còn biểu hiện tác dụng phụ cấp tính của thuốc chống động kinh.

- Người bệnh tự chăm sóc được hoặc gia đình đảm bảo tuân thủ điều trị tốt tại nhà, có lịch hẹn tái khám chuyên khoa rõ ràng.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- EEG nếu có điều kiện để hỗ trợ chẩn đoán

- MRI/CT sọ não nếu động kinh cục bộ/kháng trị

- Diễn tiến nặng hoặc vượt khả năng chuyên môn/trang thiết bị hiện có của TTYT (cần ICU, phẫu thuật chuyên khoa sâu, CT/MRI, hoặc kỹ thuật TTYT chưa triển khai).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 07/8/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em"*. Hà Nội.

4. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

16. THƯƠNG HÀN

(ICD-10: A01.0)

I. ĐẠI CƯƠNG

Thương hàn là bệnh nhiễm trùng toàn thân do vi khuẩn Salmonella typhi/paratyphi gây ra, lây qua đường phân-miệng, đặc trưng bởi sốt kéo dài kiểu bậc thang, mạch nhiệt phân ly và rối loạn tiêu hóa. Biến chứng nguy hiểm nhất là xuất huyết tiêu hóa và thủng ruột non do tổn thương mảng Peyer.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Sốt cao kéo dài tăng dần, đau bụng âm ỉ, chướng bụng, táo bón hoặc tiêu chảy.

- Triệu chứng kinh điển: Mạch thân nhiệt phân ly (mạch chậm tương đối so với mức độ sốt cao), có thể thấy ban hồng (rose spots) ở vùng ngực/bụng.

2. Cận lâm sàng

- CTM (giảm bạch cầu tương đối), cấy máu (chẩn đoán xác định).

- Widal (giá trị hạn chế, cần phối hợp lâm sàng).

- Siêu âm bụng nếu nghi biến chứng (thủng ruột, xuất huyết tiêu hóa).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Sốt xuất huyết Dengue

- Nhiễm khuẩn huyết do tác nhân khác

- Sốt rét

4. Phân độ

Thể không biến chứng và thể có biến chứng (xuất huyết tiêu hóa, thủng ruột, viêm não)

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Sử dụng kháng sinh đặc trị sớm và đủ liệu trình để tiêu diệt vi khuẩn, rút ngắn thời gian bệnh và ngăn ngừa tái phát.

- Kết hợp điều trị triệu chứng, nuôi dưỡng hợp lý và phát hiện sớm các biến chứng ngoại khoa.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Kháng sinh đặc hiệu:

+ Ceftriaxon liều $50 - 75$ mg/kg/ngày truyền tĩnh mạch trong $7 - 10$ ngày, HOẶC Cefixim liều 10 mg/kg/ngày chia 2 lần uống trong $7 - 14$ ngày.

- Điều trị triệu chứng: Hạ sốt bằng Paracetamol khi sốt cao $> 38.5°C$.

+ Chế độ chăm sóc: Thực hiện nghiêm ngặt các biện pháp cách ly tiêu hóa, vệ sinh ăn uống (ăn thức ăn lỏng, mềm, dễ tiêu trong giai đoạn sốt cao).

3. Điều trị hỗ trợ

Hạ sốt, bù dịch-điện giải, dinh dưỡng đầy đủ, theo dõi sát dấu hiệu nặng/biến chứng trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- CTM, CRP theo dõi mỗi 3-5 ngày; cấy máu kiểm tra âm hóa nếu không đáp ứng kháng sinh.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Sốt cao liên tục kéo dài > 5 ngày kèm theo biểu hiện mạch nhiệt phân ly, li bì, chướng bụng nhiều.

- Xuất hiện các biến chứng nguy hiểm: Xuất huyết tiêu hóa, thủng ruột (đau bụng cấp đột ngột, có phản ứng thành bụng).

- Nôn ói nhiều, mất nước nặng hoặc không thể uống được thuốc và ăn uống tại nhà.

- Trẻ em dưới 5 tuổi nghi ngờ mắc bệnh thương hàn nên được nhập viện để theo dõi sát do nguy cơ biến chứng cao.

- Áp dụng các tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết sốt liên tục tối thiểu ≥ 48 giờ, các triệu chứng lâm sàng cải thiện hoàn toàn.

- Ăn uống ngon miệng, tiêu hóa ổn định, không còn dấu hiệu biến chứng tiêu hóa.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Diễn tiến nặng vượt quá khả năng chuyên môn hoặc trang thiết bị của Trung tâm Y tế (cần can thiệp phẫu thuật cấp cứu ngoại khoa do thủng ruột, xuất huyết tiêu hóa nặng, hoặc cần hồi sức tích cực ICU).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 07/8/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em"*. Hà Nội.

4. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

17. BỆNH THỦY ĐẬU

(ICD-10: B01)

I. ĐẠI CƯƠNG

Thủy đậu là bệnh nhiễm virus cấp tính do loại *Varicella Zoster Virus* (VZV) gây ra. Bệnh lây truyền rất nhanh qua đường hô hấp (giọt bắn) và qua tiếp xúc trực tiếp với dịch tiết từ bóng nước.

Bệnh đặc trưng bởi sự xuất hiện của các nốt ban dạng bóng nước mọc thành nhiều đợt trên toàn thân. Thường lành tính ở trẻ em khỏe mạnh, tuy nhiên có thể gây biến chứng nặng (viêm phổi, viêm não, bội nhiễm da nặng) ở trẻ nhỏ dưới 1 tuổi, người suy giảm miễn dịch hoặc phụ nữ mang thai.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Sốt nhẹ hoặc vừa, kèm theo mệt mỏi, biếng ăn.

- Phát ban toàn thân: Ban bắt đầu từ vùng da đầu, mặt, thân mình rồi lan ra tứ chi. Điểm đặc biệt là các tổn thương da tiến triển qua nhiều giai đoạn đồng thời trên một vùng da (ban đỏ → nốt sẩn → bóng nước chứa dịch trong → mụn nước đục → đóng vảy tiết).

2. Cận lâm sàng

- CTM.

- X-quang ngực: khi nghi biến chứng viêm phổi.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Tay chân miệng.

- Chốc lở lan tỏa.

- Zona (phân bố theo dermatome, khác thủy đậu lan tỏa).

4. Phân độ

- Thể nhẹ (số lượng bóng nước ít, không biến chứng) và thể nặng (bóng nước lan tỏa, bội nhiễm, biến chứng thần kinh/hô hấp)

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Điều trị triệu chứng, chống ngứa, chăm sóc và vệ sinh tổn thương da nhằm ngăn ngừa bội nhiễm vi khuẩn.

- Chỉ định thuốc kháng virus (Acyclovir) cho các trường hợp nặng, trẻ lớn, hoặc có nguy cơ biến chứng cao. Kháng sinh chỉ được dùng khi có bằng chứng bội nhiễm vi khuẩn rõ ràng.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Vệ sinh da: Povidon iodin chấm bóng nước.

- Aciclovir: TTYT có Aciclovir 400-800mg uống (liều trẻ em tính theo kg) nếu bệnh nặng hoặc trẻ > 2 tuổi.

- KS: Amoxicillin 50mg/kg/ngày nếu bội nhiễm da.

3. Điều trị hỗ trợ

Hạ sốt, bù dịch-điện giải, dinh dưỡng đầy đủ, theo dõi sát dấu hiệu nặng/biến chứng trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Xét nghiệm: CTM, CRP nếu nghi bội nhiễm da; X-quang ngực nếu nghi viêm phổi thủy đậu.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Sốt cao liên tục không đáp ứng thuốc hạ sốt, tổn thương da bội nhiễm lan rộng hoặc có biến chứng viêm phổi, viêm não.

- Trẻ em dưới 1 tuổi, trẻ bị suy giảm miễn dịch, hoặc trẻ đang dùng corticoid dài ngày/hóa trị liệu.

- Thể nặng: Bóng nước mọc cực kỳ dày đặc, xuất huyết trong bóng nước.

- Xuất hiện dấu hiệu biến chứng thần kinh (co giật, lơ mơ, rối loạn tri giác) hoặc hô hấp (khó thở, thở nhanh, tím tái).

- Áp dụng các tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Trẻ hết sốt liên tục tối thiểu ≥ 48 giờ.

- Các triệu chứng lâm sàng cải thiện rõ rệt, ăn uống tốt, vận động bình thường.

- Cận lâm sàng và thực thể xác nhận: Toàn bộ các bóng nước đã đóng vảy hoàn toàn, không còn dấu hiệu bội nhiễm vi khuẩn hoặc biến chứng toàn thân.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Diễn tiến nặng hoặc vượt khả năng chuyên môn/trang thiết bị hiện có của TTYT (cần ICU, phẫu thuật chuyên khoa sâu, CT/MRI, hoặc kỹ thuật TTYT chưa triển khai).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 07/8/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em"*. Hà Nội.

4. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

18. BỆNH QUAI BỊ

(ICD-10: B26)

I. ĐẠI CƯƠNG

Quai bị là bệnh nhiễm virus Paramyxovirus gây viêm tuyến nước bọt mang tai, lây qua đường hô hấp. Bệnh thường lành tính nhưng có thể gây các biến chứng đáng chú ý như viêm tinh hoàn (nguy cơ vô sinh ở nam sau dậy thì), viêm màng não và viêm tụy cấp.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Sốt, sưng đau vùng mang tai (1 hoặc 2 bên).
- Có thể có biến chứng: viêm tinh hoàn, viêm tụy, viêm màng não.

2. Cận lâm sàng

- Amylase máu nếu nghi viêm tụy kèm theo.
- CTM.
- Siêu âm tuyến mang tai/tinh hoàn nếu cần phân biệt với viêm mủ.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm hạch góc hàm.
- Viêm mủ tuyến mang tai do vi khuẩn.
- Sỏi tuyến nước bọt.

4. Phân độ

- Quai bị đơn thuần và quai bị có biến chứng (viêm tinh hoàn, viêm màng não, viêm tụy).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Bệnh do virus, điều trị triệu chứng và nâng đỡ, nghỉ ngơi; theo dõi phát hiện biến chứng (viêm tinh hoàn, viêm tụy, viêm màng não). Không dùng kháng sinh trừ khi có bội nhiễm.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Điều trị triệu chứng, không có thuốc kháng virus đặc hiệu.

- **Hạ sốt - giảm đau:** Paracetamol $10-15$ mg/kg/lần $\times$ $3-4$ lần/ngày (uống).

+ Chườm ấm/lạnh vùng tuyến mang tai giảm đau, ăn thức ăn mềm.

+ Biến chứng viêm tinh hoàn/viêm màng não/viêm tụy: Nhập viện điều trị hỗ trợ tương ứng.

3. Điều trị hỗ trợ

Hạ sốt, bù dịch-điện giải, dinh dưỡng đầy đủ, theo dõi sát dấu hiệu nặng/biến chứng trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

Amylase máu nếu nghi viêm tụy; dịch não tủy nếu nghi viêm màng não kèm theo

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Biến chứng viêm màng não/viêm não (nhức đầu dữ dội, nôn, cổ cứng).

- Viêm tinh hoàn cấp (sưng đau tinh hoàn, sốt cao).

- Viêm tụy cấp kèm theo (đau bụng, nôn nhiều, amylase tăng).

- Sốt cao không đáp ứng hạ sốt, trẻ mệt nhiều, ăn uống kém.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định hiện hành của Bộ Y tế khi có dấu hiệu nặng hoặc không đáp ứng điều trị ban đầu.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết sốt liên tục tối thiểu 48 giờ.

- Các triệu chứng cấp cải thiện rõ, ăn uống/vận động trở lại bình thường, không còn dấu hiệu biến chứng.

- Cận lâm sàng xác nhận: Hết sưng đau tuyến mang tai, các chỉ số trong giới hạn bình thường.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Diễn tiến nặng hoặc vượt khả năng chuyên môn/trang thiết bị hiện có của tuyến cơ sở (cần hồi sức tích cực ICU, phẫu thuật chuyên khoa sâu, CT/MRI, hoặc kỹ thuật chưa triển khai).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 07/8/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em"*. Hà Nội.

4. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

19. VIÊM THANH KHÍ QUẢN CẤP

(ICD-10: J05.0)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm thanh khí quản cấp (Croup) là tình trạng viêm phù nề vùng hạ thanh môn do virus (thường gặp Parainfluenza), gây triệu chứng đặc trưng ho ông ổng, khàn tiếng và thở rít thì hít vào, thường gặp ở trẻ 6 tháng-3 tuổi. Mức độ nặng được đánh giá qua thang điểm Westley để quyết định điều trị.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Ho ông ổng (barking cough), khàn tiếng, khó thở, thở rít khi hít vào.

2. Cận lâm sàng

- CTM.

- X-quang cổ thẳng nếu cần loại trừ dị vật đường thở.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Dị vật đường thở

- Viêm nắp thanh quản (sốt cao, khó nuốt - cấp cứu)

- Hen phế quản cơn cấp

4. Phân độ (Thang điểm Westley): nhẹ (≤ 2), trung bình (3-7), nặng (≥ 8), suy hô hấp sắp xảy ra (kèm tím tái/li bì).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Điều trị theo nguyên nhân kết hợp điều trị triệu chứng; theo dõi sát đáp ứng điều trị để điều chỉnh kịp thời.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Thể nhẹ: Giữ trẻ bình tĩnh, ở môi trường ấm áp.

- Thể trung bình - nặng:

+ Oxy nếu $SpO_2 < 92\%$.

+ Adrenalin (1 mg/ml) phun khí dung: $0.3 - 0.5$ mg/kg (tối đa 5 mg) pha trong 3 ml NaCl 0.9%.

+ Dexamethason: $0.15 - 0.6$ mg/kg truyền tĩnh mạch hoặc uống.

3. Điều trị hỗ trợ

Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, dinh dưỡng và chăm sóc điều dưỡng phù hợp trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- SpO2 liên tục; đánh giá lại thang điểm Westley trước-sau mỗi liều khí dung Adrenalin/Corticoid.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Thở rít khi nghỉ ngơi, co kéo cơ hô hấp phụ rõ (thang điểm Westley ≥ 4 điểm).

- $SpO_2 < 94\%$ khí trời hoặc có dấu hiệu tím tái.

- Kích thích, vật vã hoặc li bì (dấu hiệu thiếu oxy não).

- Không đáp ứng với khí dung Adrenalin/Corticoid tại phòng khám sau theo dõi $2 - 3$ giờ.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Triệu chứng cấp đã ổn định, không còn thở rít khi nghỉ.

- Thang điểm Westley ≤ 2 và ổn định trong ≥ 4 giờ sau liều Adrenalin cuối cùng.

- Trẻ ăn uống bình thường, hẹn tái khám theo lịch.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Diễn tiến nặng (suy hô hấp nặng, thất bại với điều trị nội khoa tại tuyến cơ sở) hoặc vượt quá khả năng chuyên môn/trang thiết bị của tuyến hiện tại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 07/8/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em"*. Hà Nội.

4. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

20. HẠ ĐƯỜNG HUYẾT SƠ SINH

(ICD-10: P70.4)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Hạ đường huyết sơ sinh là tình trạng đường huyết thấp bất thường trong những ngày đầu sau sinh, thường gặp ở trẻ non tháng, nhẹ cân, con của mẹ đái tháo đường thai kỳ. Não bộ sơ sinh phụ thuộc chủ yếu vào Glucose nên hạ đường huyết kéo dài/nặng có thể gây tổn thương thần kinh vĩnh viễn nếu không phát hiện và xử trí kịp thời.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Đường huyết mao mạch $<$ 2.6 mmol/L ($<$ 47 mg/dL) ở trẻ sơ sinh.

- Triệu chứng: Bỏ bú/bú kém, hạ thân nhiệt, run, co giật, tím tái, cơn ngưng thở.

- Trẻ có yếu tố nguy cơ cao: Non tháng, mẹ đái tháo đường, nhẹ cân, sinh ngạt.

2. Cận lâm sàng

- Đường huyết mao mạch (bắt buộc, theo dõi định kỳ ở trẻ nguy cơ).

- Không cần chẩn đoán hình ảnh thường quy.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Hạ đường huyết thoáng qua sinh lý.

- Hạ đường huyết dai dẳng (con của mẹ đái tháo đường, cường insulin).

- Nhiễm trùng huyết sơ sinh (gây hạ đường huyết thứ phát).

4. Phân độ

- Hạ đường huyết có triệu chứng và không triệu chứng; thoáng qua và dai dẳng/tái phát.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Cấp cứu nhanh chóng đưa đường huyết về mức an toàn, duy trì ổn định và điều trị nguyên nhân.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Không triệu chứng: Cho bú/ăn sớm, theo dõi sát đường huyết.

- Có triệu chứng hoặc đường huyết $<$ 2.2 mmol/L **(**$<$ 40 mg/dL**):**

+ Glucose 10%: Truyền tĩnh mạch nhanh 2 – 5 ml/kg.

+ Sau đó truyền duy trì dịch **Glucose 10%** với tốc độ 60 – 80 ml/kg/ngày.

+ Kiểm tra lại đường huyết sau 30 phút.

3. Điều trị hỗ trợ

Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, dinh dưỡng và chăm sóc điều dưỡng phù hợp trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Đường huyết mao mạch mỗi 1-2 giờ đến khi ổn định ≥ 3 lần liên tiếp, sau đó giãn dần khoảng cách theo dõi

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Đường huyết < 40 mg/dL (< 2,2 mmol/L) kèm triệu chứng (run giật, li bì, bú kém, hạ thân nhiệt, cơn ngưng thở).

- Hạ đường huyết dai dẳng/tái phát dù đã bú/truyền glucose.

- Trẻ nguy cơ cao (non tháng, nhẹ cân, mẹ đái tháo đường thai kỳ) có đường huyết thấp cần theo dõi nội trú.

- Co giật do hạ đường huyết.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Đường huyết ổn định > 45 mg/dL trước ăn qua nhiều lần đo liên tiếp.

- Trẻ bú tốt, hết triệu chứng thần kinh, sinh hiệu ổn định.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Hạ đường huyết kháng trị, co giật kéo dài hoặc đi kèm suy hô hấp nặng, nhiễm trùng huyết vượt quá khả năng điều trị của tuyến cơ sở (cần khoa Hồi sức sơ sinh NICU).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 1269/QĐ-BYT ngày 06/5/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về chăm sóc và điều trị sơ sinh - Tập 1"*. Hà Nội.

4. World Health Organization (2013). *Pocket Book of Hospital Care for Children, 2nd edition*. Geneva.

21. RỐI LOẠN CALCI - MAGIE MÁU

(ICD-10: E83.5, E83.4)

I. ĐẠI CƯƠNG

Rối loạn Calci-Magie máu ở trẻ em thường liên quan đến chế độ ăn, bệnh lý tuyến cận giáp, suy thận hoặc thiếu Vitamin D. Cả hai ion đều thiết yếu cho dẫn truyền thần kinh-cơ và hoạt động điện tim, rối loạn nặng có thể biểu hiện co giật, tetany hoặc rối loạn nhịp tim.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Hạ Calci máu: chuột rút, co giật, tetany, dấu hiệu Chvostek/Trousseau dương tính.

- Hạ Magie máu: run, co giật, mệt mỏi, tiền sử mẹ tiền sản giật.

2. Cận lâm sàng

- Calci máu (toàn phần, ion hóa), Magie máu, Phospho máu.

- Albumin máu (hiệu chỉnh Calci).

- ECG nếu rối loạn nặng (nguy cơ loạn nhịp).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Hạ calci do thiếu vitamin D còi xương

- Hạ calci sơ sinh (con mẹ đái tháo đường)

- Hạ magie kèm hạ calci kháng trị

4. Phân độ

- Nhẹ: Kali 3,0-3,4 mmol/L (thường không triệu chứng)

- Trung bình: Kali 2,5-2,9 mmol/L (yếu cơ, mệt mỏi)

- Nặng: Kali < 2,5 mmol/L hoặc có rối loạn nhịp tim/liệt cơ

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Bù điện giải kịp thời theo đường phù hợp, điều trị nguyên nhân và phòng ngừa biến chứng tim mạch/thần kinh.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

2.1. Ha Calci:

- Calci gluconat (Growpone 10%): 1-2ml/kg TM cham (trên 10 phut)

- Theo dõi nhịp tim khi tiêm, ngưng nếu nhịp chậm

2. Ha Magie:

- Magnesi sulfat (Magnesi sulfat Kabi 15% 1.5g/10ml): 25-50mg/kg TM pha loãng, tiêm chậm

3. Điều trị hỗ trợ

Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, dinh dưỡng và chăm sóc điều dưỡng phù hợp trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Điện giải đồ (Calci, Magie) mỗi 6-12 giờ khi bù tĩnh mạch; ECG (QT) theo dõi khi Calci/Magie thấp nặng

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Calci máu toàn phần < 7 mg/dL hoặc Calci ion hóa thấp kèm triệu chứng (co giật, tetany, QT kéo dài trên ECG).

- Magie máu < 1,2 mg/dL kèm rối loạn nhịp tim hoặc co giật.

- Rối loạn điện giải nặng cần bù tĩnh mạch có kiểm soát (nguy cơ loạn nhịp khi bù Calci/Magie đường tĩnh mạch).

- Kèm bệnh nền cấp tính khác (suy thận, tiêu chảy mất nước nặng).

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

Triệu chứng cấp đã ổn định, các chỉ số theo dõi trong giới hạn an toàn, người bệnh có thể tự chăm sóc hoặc có người hỗ trợ, hẹn tái khám theo lịch.

Điện giải đồ về bình thường ổn định, hết triệu chứng thần kinh-cơ.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Rối loạn điện giải kháng trị, biến chứng tim mạch nặng hoặc vượt quá khả năng chuyên môn của tuyến cơ sở (cần tuyến chuyên khoa nhi/Hồi sức cấp cứu).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 07/8/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em"*. Hà Nội.

4. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

22. LỴ TRỰC TRÙNG

(ICD-10: A03)

I. ĐẠI CƯƠNG

Lỵ trực trùng là bệnh nhiễm trùng đường tiêu hóa do vi khuẩn Shigella, lây qua đường phân-miệng, đặc trưng bởi hội chứng lỵ: đau quặn bụng, mót rặn, tiêu phân nhầy máu nhiều lần. Bệnh dễ gây biến chứng mất nước và co giật do sốt cao ở trẻ nhỏ nếu không điều trị kịp thời.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

Sốt, đau bụng quặn cơn, đi ngoài phân có nhầy máu, mót rặn.

2. Cận lâm sàng

- Soi phân tươi (tìm hồng cầu, bạch cầu), cấy phân (nếu có điều kiện).

- Công thức máu, điện giải đồ (khi mất nước).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Lỵ amip

- Tiêu chảy nhiễm trùng do tác nhân khác

- Lồng ruột (nếu kèm đau bụng cơn)

4. Phân độ

- Nhẹ (không mất nước) và nặng (mất nước, biến chứng thần kinh/nhiễm trùng huyết)

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Sử dụng kháng sinh đặc hiệu tiêu diệt vi khuẩn, bù nước - điện giải đầy đủ, bổ sung kẽm và điều trị triệu chứng.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

2.1. KS: Ceftriaxon (Ceftrione 1g) 50mg/kg TM x 1-2 lần/ngày x 5-7 ngày

2.2. Bù nước: ORS (Oresol) uống

2.3. Kèm: Atisyrup zinc 10mg/5ml

3. Điều trị hỗ trợ

Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, dinh dưỡng và chăm sóc điều dưỡng phù hợp trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- CTM, điện giải đồ theo dõi khi mất nước trung bình-nặng; soi phân kiểm tra nếu không đáp ứng kháng sinh.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Sốt cao, tiêu phân nhầy máu nhiều lần, đau quặn bụng dữ dội, mót rặn nhiều

- Dấu hiệu mất nước trung bình-nặng (khát nhiều, mắt trũng, dấu véo da mất chậm)

- Biến chứng: co giật do sốt cao, sa trực tràng, nhiễm trùng huyết

- Trẻ dưới 2 tuổi hoặc suy dinh dưỡng kèm theo

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết tiêu máu, phân thành khuôn, hết dấu hiệu mất nước.

- Hết sốt tối thiểu 48 giờ, trẻ ăn uống tốt.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Diễn tiến nặng hoặc vượt khả năng chuyên môn/trang thiết bị hiện có của TTYT (cần ICU, phẫu thuật chuyên khoa sâu, CT/MRI, hoặc kỹ thuật TTYT chưa triển khai).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 07/8/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em"*. Hà Nội.

4. World Health Organization (2013). *Pocket Book of Hospital Care for Children, 2nd edition*. Geneva.

23. ÁP XE GAN

(ICD-10: A06.4 - DO AMIP, K75.0 - DO VI TRÙNG)

I. ĐẠI CƯƠNG

Áp xe gan ở trẻ em là ổ mủ khu trú trong nhu mô gan, nguyên nhân có thể do vi khuẩn (đường mật ngược dòng, nhiễm trùng huyết) hoặc do amip. Bệnh biểu hiện sốt kéo dài kèm đau hạ sườn phải, chẩn đoán dựa vào siêu âm và điều trị kết hợp kháng sinh/kháng amip với dẫn lưu khi ổ áp xe lớn.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

Sốt, đau bụng hạ sườn phải, gan to đau tức.

2. Cận lâm sàng

- CTM, CRP
- Chức năng gan
- Huyết thanh chẩn đoán amip nếu có điều kiện
- Siêu âm bụng (chẩn đoán xác định vị trí, kích thước ổ áp xe)

3. Chẩn đoán phân biệt

- Áp xe gan do amip
- Áp xe gan do vi khuẩn sinh mủ
- Ung thư gan hoại tử trung tâm

4. Phân độ

Áp xe đơn ổ và đa ổ; kích thước nhỏ (điều trị nội khoa) và lớn > 5cm (cần chọc hút/dẫn lưu).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Kháng sinh/kháng vi sinh vật theo kinh nghiệm dựa trên tác nhân thường gặp và mức độ nặng, xuống thang hoặc điều chỉnh theo kết quả vi sinh nếu có; phối hợp điều trị triệu chứng và biến chứng.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- **Nghi do amip: Metronidazol** $500 - 750$ mg $\times$ 3 lần/ngày truyền tĩnh mạch trong $7 - 10$ ngày.

- **Nghi do vi trùng: Ceftriaxon** $1 - 2$ g/ngày truyền tĩnh mạch phối hợp với Metronidazol.

- **Ổ áp xe** $>$ 5 cm**:** Chỉ định chọc hút hoặc dẫn lưu dưới hướng dẫn của siêu âm kết hợp kháng sinh.

3. Điều trị hỗ trợ

Hạ sốt, bù dịch-điện giải, dinh dưỡng đầy đủ, theo dõi sát dấu hiệu nặng/biến chứng trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

Siêu âm gan lặp lại mỗi 1-2 tuần đánh giá kích thước ổ áp xe; CTM, CRP, chức năng gan theo dõi đáp ứng điều trị

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Sốt cao kéo dài kèm đau hạ sườn phải, gan to đau.

- Siêu âm xác định ổ áp xe kích thước lớn hoặc nhiều ổ.

- Có chỉ định dẫn lưu/chọc hút ổ áp xe hoặc cần dùng kháng sinh tĩnh mạch kéo dài.

- Biến chứng: Vỡ ổ áp xe, tràn dịch màng phổi phản ứng, nhiễm trùng huyết

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết sốt liên tục tối thiểu 48 giờ.

- CRP về giới hạn bình thường, kích thước ổ áp xe giảm rõ trên siêu âm, các triệu chứng lâm sàng ổn định hoàn toàn.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Ổ áp xe lớn phức tạp, nguy cơ vỡ, biến chứng nặng hoặc vượt quá khả năng chuyên môn/trang thiết bị của tuyến cơ sở (cần khoa Ngoại nhi hoặc Chẩn đoán hình ảnh can thiệp sâu).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 07/8/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em"*. Hà Nội.

4. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

24. XUẤT HUYẾT NÃO - MÀNG NÃO MUỘN

(ICD-10: P52)

I. ĐẠI CƯƠNG

Xuất huyết não-màng não muộn ở trẻ sơ sinh là biến chứng chảy máu nội sọ do thiếu Vitamin K phụ thuộc, thường xảy ra ở trẻ bú mẹ hoàn toàn không được dự phòng Vitamin K sau sinh, tuổi khởi phát điển hình 1-3 tháng. Đây là cấp cứu thần kinh nhi nặng, có thể để lại di chứng nặng nề hoặc tử vong nếu không phát hiện sớm.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

Co giật, thóp phồng, bỏ bú, quấy khóc, rối loạn tri giác, thở không đều, thiếu máu cấp.

2. Cận lâm sàng

- CTM, đông máu (INR/aPTT - nghi thiếu vitamin K)
- Đường huyết
- Siêu âm xuyên thóp.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Chấn thương sọ não (bạo hành trẻ em).
- Rối loạn đông máu bẩm sinh (Hemophilia...).
- Viêm màng não mủ/viêm não.

4. Phân độ

- Phân loại theo vị trí xuất huyết (nội sọ, dưới màng cứng, dưới nhện) qua hình ảnh học

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Cấp cứu tối khẩn cấp: Bổ sung ngay Vitamin K1, điều chỉnh rối loạn đông máu bằng chế phẩm máu, chống phù não, chống co giật và hồi sức hô hấp - tuần hoàn.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- **Vitamin K1:** 1 mg tiêm tĩnh mạch liều duy nhất.
- Truyền huyết tương tươi đông lạnh và/hoặc khối hồng cầu nếu có rối loạn đông máu nặng và thiếu máu.
- Chuyển tuyến chuyên khoa ngay sau khi ổn định ban đầu

3. Điều trị hỗ trợ

Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, dinh dưỡng và chăm sóc điều dưỡng phù hợp trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- CTM, đông máu toàn bộ theo dõi đáp ứng Vitamin K/truyền chế phẩm máu; siêu âm thóp.

- Chu vi vòng đầu hàng ngày (theo dõi não úng thủy sau xuất huyết)

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Co giật, thóp phồng, rối loạn tri giác đột ngột ở trẻ nhỏ (đặc biệt trong độ tuổi $1-3$ tháng bú mẹ hoàn toàn không dự phòng Vitamin K).

- Thiếu máu cấp (da xanh, niêm nhạt) kèm dấu hiệu thần kinh khu trú.

- Cần chẩn đoán hình ảnh cấp cứu và hồi sức tích cực

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Đông máu toàn bộ trở về giới hạn bình thường.

- Ổ xuất huyết ổn định, không tiến triển trên hình ảnh học.

- Sinh hiệu ổn định, trẻ tỉnh táo, bú tốt, không còn dấu hiệu thần kinh bất thường.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Đây là bệnh lý nặng cấp cứu ngoại - thần kinh: **Bắt buộc chuyển tuyến chuyên khoa nhi/hồi sức tích cực (ICU)** ngay lập tức sau khi xử trí cấp cứu ban đầu (tiêm Vitamin K1, ổn định hô hấp/tuần hoàn) để tiếp tục điều trị chuyên sâu hoặc phẫu thuật khi có chỉ định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 1269/QĐ-BYT ngày 06/5/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về chăm sóc và điều trị sơ sinh - Tập 1"*. Hà Nội.

4. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

PHẦN IV. TRUYỀN NHIỄM VÀ LAO

PHẦN A: TRUYỀN NHIỄM

1. BỆNH THƯƠNG HÀN

(ICD-10: A01.0)

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh truyền nhiễm cấp tính do vi khuẩn *Salmonella typhi* gây ra, lây truyền chủ yếu qua đường tiêu hóa (phân - miệng).

Đặc điểm lâm sàng nổi bật: sốt kéo dài, nhiễm độc toàn thân, mạch thân nhiệt phân ly, ban phỏng (đào ban), gan lách to, có thể gây ra các biến chứng nặng nguy hiểm tính mạng như xuất huyết tiêu hóa, thủng ruột.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Sốt cao tăng dần thành hình bậc thang rồi duy trì cao liên tục, mệt mỏi, nhức đầu, chán ăn, đau bụng.

- Ban phỏng (đào ban): xuất hiện ở tuần 1 - 2 của bệnh, thường ở vùng ngực, bụng (số lượng ít).

- Lưỡi khô, bẩn, đỏ son ở đầu và rìa lưỡi.

- Triệu chứng mạch chậm so với nhiệt độ (mạch thân nhiệt phân ly).

2. Cận lâm sàng

- CTM (giảm bạch cầu tương đối), cấy máu (chẩn đoán xác định).

- Widal (kết hợp lâm sàng)

- Siêu âm bụng nếu nghi biến chứng (thủng ruột, xuất huyết tiêu hóa)

3. Chẩn đoán phân biệt

- Sốt xuất huyết Dengue

- Nhiễm khuẩn huyết do tác nhân khác

- Sốt rét

- Các bệnh nhiễm trùng cấp tính có sốt kéo dài khác (lao kê, nhiễm trùng tiểu...).

4. Phân độ

Thể không biến chứng và thể có biến chứng (xuất huyết tiêu hóa, thủng ruột, viêm não).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Sử dụng kháng sinh đặc hiệu sớm, đủ liều, đủ thời gian.

- Kết hợp điều trị triệu chứng, nuôi dưỡng, bù nước - điện giải và theo dõi sát phát hiện biến chứng ngoại khoa (thủng ruột, xuất huyết tiêu hóa).

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

2.1. Kháng sinh:

- Ceftriaxon (Ceftrione 1g) 1-2g TM x 1-2 lần/ngày x 7-10 ngày

- Hoặc Cefixim (Cefixim 200) 200mg uống x 2 lần/ngày x 7-14 ngày

- Hoặc Ciprofloxacin (Ciprofloxacin 500mg) 500mg x 2 lần/ngày x 7-10 ngày

2.2. Hạ sốt: Paracetamol (Partamol 500) 500mg khi sốt > 38.5 độ C

2.3. Bù nước, dinh dưỡng đủ chất

2.4. Cách ly, vệ sinh ăn uống

3. Điều trị hỗ trợ

Hạ sốt, bù dịch-điện giải, dinh dưỡng đầy đủ, theo dõi sát dấu hiệu nặng/biến chứng trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- CTM, CRP mỗi 3-5 ngày; cấy máu kiểm tra âm hóa nếu đáp ứng kém

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Sốt cao liên tục kéo dài ≥ 5–7 ngày kèm mạch nhiệt phân ly, không đáp ứng với hạ sốt và điều trị ngoại trú thông thường.

- Có dấu hiệu biến chứng tiêu hóa (đau bụng cấp, chướng bụng, phản ứng thành bụng nghi thủng ruột hoặc đi cầu phân đen/máu do xuất huyết tiêu hóa).

- Rối loạn tri giác (thờ thợ, li bì - trạng thái typhoid), sốc nhiễm trùng.

- Người bệnh không dung nạp kháng sinh đường uống hoặc thất bại với điều trị ngoại trú ban đầu.

- Theo các tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện tại Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết sốt liên tục tối thiểu 48–72 giờ.

- Các triệu chứng lâm sàng cải thiện rõ rệt, ăn uống và vận động trở lại bình thường.

- Không còn dấu hiệu đau bụng, chướng bụng hay biến chứng tiêu hóa.

- Kết quả cận lâm sàng ổn định, không ghi nhận bất thường nặng đi kèm.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Bệnh nhân có diễn tiến nặng vượt quá khả năng chuyên môn hoặc trang thiết bị của Trung tâm Y tế (TTYT) như: cần can thiệp Hồi sức tích cực chuyên sâu (ICU), phẫu thuật cấp cứu ngoại khoa (thủng ruột phức tạp), hoặc cần các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh cao cấp chưa triển khai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 5642/QĐ-BYT ngày 31/12/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh truyền nhiễm"*. Hà Nội.

4. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

2. BỆNH UỐN VÁN

(ICD-10: A35; U50.551-U50.563)

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh cấp tính do ngoại độc tố của trực khuẩn uốn ván (*Clostridium tetani*) phát triển trong vết thương yếm khí gây ra.

Độc tố thần kinh (tetanospasmin) tác động lên hệ thần kinh trung ương gây tăng trương lực cơ và các cơn co giật toàn thân đau đớn, nguy cơ tử vong cao do ngạt thở hoặc rối loạn thần kinh thực vật.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Khởi phát: Cứng hàm (khó há miệng), khó nuốt, mỏi các cơ nhai, cơ cổ, cơ lưng.

- Toàn phát: Co cứng cơ toàn thân lan tỏa, tư thế ưỡn cong người (cung cứng), nét mặt nhăn nhúm (vẻ mặt uốn ván).

- Cơn co giật kịch phát: Xảy ra tự phát hoặc kích thích dù rất nhẹ bởi ánh sáng, tiếng động, chạm vào người; kèm theo vã mồ hôi, tim đập nhanh, co thắt thanh quản/cơ hô hấp gây ngạt thở.

2. Cận lâm sàng

- CTM, CK (đánh giá tiêu cơ do co cứng)

- Chẩn đoán chủ yếu dựa lâm sàng (vết thương, co cứng cơ, tăng trương lực)

3. Chẩn đoán phân biệt

- Ngộ độc strychnin

- Hạ calci máu gây co cứng

- Viêm màng não

- Áp xe họng sâu, viêm khớp thái dương hàm (gây cứng hàm khu trú).

4. Phân độ (theo Ablett): độ I (nhẹ - cứng hàm, co cứng cơ khu trú), độ II (trung bình - co cứng toàn thân, chưa cơn kịch phát), độ III (nặng - cơn kịch phát, rối loạn hô hấp), độ IV (rất nặng - rối loạn thần kinh thực vật nặng).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Trung hòa độc tố chưa gắn kết bằng kháng huyết thanh (SAT hoặc HT kháng uốn ván người - HTIG).

- Tiêu diệt ổ nhiễm trùng sinh độc tố bằng kháng sinh và xử trí vết thương.

- Chống co giật, giãn cơ, an thần và hỗ trợ hô hấp tối ưu.

- Chăm sóc trong phòng tối, hạn chế tối đa kích thích.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Hô hấp: Đảm bảo thông thoáng đường thở; đặt nội khí quản và thở máy ngay khi có suy hô hấp, co thắt thanh quản hoặc cơn co giật dày đặc.

- Kháng huyết thanh:

+ Huyết thanh kháng uốn ván (SAT) hoặc *HTIG* (nếu có): TTYT tuyến cơ sở thường hạn chế hoặc không có sẵn, cần phối hợp xử trí ban đầu và chuyển tuyến khẩn cấp.

- Kháng sinh: *Metronidazol* (dung dịch truyền 0.5g/100ml) liều 500mg truyền tĩnh mạch mỗi 8–12 giờ x 7–10 ngày (hoặc Penicillin G).

- An thần, giãn cơ: Sử dụng các thuốc cắt cơn co giật (Diazepam, Midazolam, Magnesi sulfate...) theo phác đồ hồi sức. *Lưu ý:* Tuyến TTYT cơ sở nếu không đủ thuốc an thần giãn cơ chuyên sâu và phương tiện hồi sức phải tiến hành chuyển tuyến sớm an toàn.

3. Điều trị hỗ trợ

Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, dinh dưỡng và chăm sóc điều dưỡng phù hợp trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Theo dõi liên tục mạch, huyết áp, SpO2, tần số cơn co giật/giờ; khí máu động mạch khi có rối loạn hô hấp

- Điện giải đồ, chức năng thận theo dõi khi dùng an thần-giãn cơ kéo dài

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- TẤT CẢ các trường hợp nghi ngờ uốn ván đều là tình trạng cấp cứu tối khẩn, bắt buộc phải nhập viện ngay lập tức để xử trí và chuẩn bị chuyển tuyến nếu vượt quá năng lực.

- Có triệu chứng cứng hàm, co cứng cơ toàn thân hoặc cơn co giật kịch phát.

- Có biểu hiện rối loạn hô hấp (co thắt thanh quản, tím tái) hoặc rối loạn thần kinh thực vật.

- Theo các tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện tại Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết các cơn co giật và tình trạng co cứng cơ cải thiện hoàn toàn (duy trì ổn định tối thiểu $\geq$ 7 ngày không có cơn co giật).

- Cai hoàn toàn các thuốc an thần, giãn cơ, tự thở tốt, không cần hỗ trợ hô hấp.

- Vết thương ban đầu đã lành hoặc ổn định, người bệnh có thể tự ăn uống hoặc vận động nhẹ nhàng.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Tất cả các ca uốn ván phát hiện tại tuyến TTYT cơ sở đều cần được xử trí cấp cứu ban đầu (làm sạch vết thương, chống ngạt thở cơ bản, kháng sinh) và chuyển tuyến khẩn cấp lên tuyến có đơn vị Hồi sức tích cực (ICU) do bệnh diễn tiến rất nhanh và vượt quá khả năng điều trị đặc hiệu tại tuyến cơ sở (thiếu SAT/HTIG, thiếu thuốc giãn cơ truyền liên tục và phương tiện thở máy dài ngày).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1, Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 5642/QĐ-BYT ngày 31/12/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh truyền nhiễm"*. Hà Nội.

4. World Health Organization (2018). *Tetanus Vaccines: WHO Position Paper*. Wkly Epidemiol Rec.

3. VIÊM MÀNG NÃO MỦ

(ICD-10: G00.1-G00.9)

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh nhiễm trùng cấp tính màng não do vi khuẩn (thường gặp do *Streptococcus pneumoniae, Neisseria meningitidis, Haemophilus influenzae type b*...).

Đây là một cấp cứu nội khoa tối khẩn, tỷ lệ tử vong và để lại di chứng thần kinh lâu dài rất cao nếu không được chẩn đoán và điều trị kháng sinh kịp thời trong những giờ đầu.

II. CHẨN ĐOÁN

- Hội chứng màng não: Đau đầu dữ dội, nôn vọt, táo bón; cứng gáy dương tính, dấu hiệu Kernig (+), Brudzinski (+).

- Hội chứng nhiễm trùng cấp tính: Sốt cao đột ngột, mệt mỏi, li bì hoặc kích thích.

- Dấu hiệu nặng: Rối loạn tri giác (hôn mê), co giật, dấu hiệu thần kinh khu trú, hoặc ban xuất huyết hoại tử hình sao (trong nhiễm khuẩn huyết do não mô cầu).

2. Cận lâm sàng

- CTM, CRP.

- Chọc dò dịch não tủy (tế bào, protein, glucose, nhuộm Gram, cấy) nếu không chống chỉ định.

- CT sọ não trước chọc dò nếu có dấu hiệu tăng áp lực nội sọ

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm màng não do virus

- Viêm màng não do lao

- Áp xe não

4. Phân độ

Không có hệ thống phân độ chính thức, mức độ nặng được lượng giá thông qua thang điểm Glasgow (tri giác), tình trạng huyết động, sự hiện diện của co giật kháng trị và biến chứng tăng áp lực nội sọ.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Khẩn trương dùng kháng sinh đường tĩnh mạch liều cao có khả năng thấm tốt qua hàng rào máu não ngay sau khi đã lấy bệnh phẩm dịch não tủy (hoặc ngay lập tức nếu chưa thể chọc dò dịch não tủy ngay).

- Kết hợp dùng corticoid (Dexamethasone) sớm trước hoặc cùng lúc liều kháng sinh đầu tiên để giảm viêm và di chứng thính lực.

- Hồi sức tích cực, chống phù não, kiểm soát co giật và điều trị triệu chứng.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

2.1. KS sớm kinh nghiệm (bắt đầu ngay sau chọc dịch NT):

- Ceftriaxon (Ceftrione 1g) 2-4g/ngày TM chia 2-3 lần x 10-14 ngày

- Phoihop Gentamicin (Gentamicin 80mg/2ml) 5mg/kg TM x 1 lần/ngày

- Nếu nghi phế cầu kháng thuốc: chuyển tuyến dùng Vancomycin

2.2. Dexamethason (Depaxan 4mg/ml) 0.15mg/kg TM x 4 lần/ngày x 2-4 ngày (trước hoặc cùng lúc với KS).

2.3. Hồi sức: bù dịch, chống co giật, chống phù não

3. Điều trị hỗ trợ

Hạ sốt, bù dịch-điện giải, dinh dưỡng đầy đủ, theo dõi sát dấu hiệu nặng/biến chứng trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

Dịch não tủy kiểm tra lại sau 48 giờ nếu đáp ứng kém; CRP, CTM mỗi 24-48 giờ

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- **TẤT CẢ** các trường hợp nghi ngờ hoặc xác định viêm màng não mủ đều bắt buộc nhập viện cấp cứu tại khoa Hồi sức tích cực hoặc Truyền nhiễm.

- Có hội chứng màng não rõ, sốt cao, rối loạn tri giác hoặc co giật.

- Áp dụng các tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện tại Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết sốt liên tục tối thiểu ≥ 48–72 giờ.

- Các triệu chứng lâm sàng của hội chứng màng não biến mất hoàn toàn, tri giác tỉnh táo hoàn toàn, ăn uống ngon miệng.

- Kết quả xét nghiệm dịch não tủy lặp lại (nếu có chỉ định) hoặc CTM, CRP trở về giới hạn bình thường hoặc ổn định rõ rệt.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- VMN nặng: hôn mê, co giật kéo dài

- Không đáp ứng sau 48-72 giờ KS

- Cần phẫu thuật (áp xe não)

- Diễn tiến nặng hoặc vượt khả năng chuyên môn/trang thiết bị hiện có của TTYT (cần ICU, phẫu thuật chuyên khoa sâu, CT/MRI, hoặc kỹ thuật TTYT chưa triển khai).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 5642/QĐ-BYT ngày 31/12/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh truyền nhiễm"*. Hà Nội.

4. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

4. NHIỄM TRÙNG HUYẾT & SỐC NHIỄM TRÙNG

(ICD-10: A40-A42.7, R57.2)

I. ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn là đáp ứng viêm hệ thống mất kiểm soát của cơ thể đối với nhiễm trùng, có thể dẫn đến rối loạn chức năng đa cơ quan và tử vong nếu không được nhận diện và xử trí kịp thời. Đây là một trong những nguyên nhân tử vong hàng đầu tại các đơn vị cấp cứu-hồi sức, đòi hỏi hồi sức dịch, kháng sinh sớm và kiểm soát nguồn nhiễm trùng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Dấu hiệu nhiễm trùng toàn thân: Sốt cao hoặc hạ thân nhiệt ($< 36°C$), nhịp tim nhanh (> 90 lần/phút), thở nhanh (> 20 lần/phút), thay đổi trạng thái tri giác (lú lẫn, kích thích hoặc lơ mơ).

- Phát hiện ổ nhiễm trùng tiên phát (đường hô hấp, đường tiết niệu, đường mật, da - mô mềm, ổ bụng...).

- Dấu hiệu sốc nhiễm khuẩn: Huyết áp tụt (Huyết áp tâm thu < 90 mmHg hoặc huyết áp trung bình MAP < 65 mmHg) không đáp ứng với bù dịch ban đầu, cần dùng thuốc vận mạch; da lạnh ẩm, nổi vân tím, thiểu niệu/vô niệu.

2. Cận lâm sàng

- CTM, CRP, procalcitonin, lactat máu.

- Cấy máu trước kháng sinh (nếu không trì hoãn điều trị).

- Chức năng gan-thận, đông máu.

- X-quang ngực, siêu âm bụng tìm ổ nhiễm khuẩn tiên phát.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Sốc giảm thể tích

- Sốc tim

- Sốc phản vệ.

4. Phân độ

- Nhiễm khuẩn huyết: nhiễm trùng + SOFA tăng ≥ 2 điểm (hoặc qSOFA ≥ 2)

- Sốc nhiễm khuẩn: nhiễm khuẩn huyết kèm tụt huyết áp cần vận mạch để duy trì HA trung bình ≥ 65mmHg VÀ lactat > 2mmol/L dù đã bù dịch đầy đủ

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Hồi sức tích cực theo trình tự cấp cứu ABCDE ngay trong giờ đầu tiên ("Golden Hour").

- Lấy bệnh phẩm cấy vi sinh và khởi trị kháng sinh phổ rộng đường tĩnh mạch sớm nhất có thể (trong vòng 1 giờ đầu).

- Bù dịch truyền tĩnh mạch nhanh và sử dụng vận mạch kịp thời để phục hồi tưới máu mô.

- Kiểm soát ổ nhiễm trùng nguyên phát (dẫn lưu ổ mủ, ngoại khoa khi cần).

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Xử trí: Hồi sức dịch 30ml/kg trong 3 giờ đầu

- KS: Ceftriaxon 2g/ngày TM + phối hợp Metronidazol/Metronidazole

- Vận mạch: Noradrenalin (Noradrenaline Kalceks 1mg/1ml)

- Hydrocortison (Vinphason 100mg) 100mg TM x 3 lần/ngày

3. Điều trị hỗ trợ

Theo dõi liên tục dấu hiệu sinh tồn trên monitor, hỗ trợ hô hấp-tuần hoàn, dinh dưỡng và chăm sóc điều dưỡng tích cực trong giai đoạn ổn định.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Lactat máu lặp lại mỗi 2-4 giờ đến khi về bình thường (mục tiêu giảm ≥ 10-20%/lần).

- Cấy máu, cấy ổ nhiễm trùng trước liều kháng sinh đầu tiên; đánh giá lại kháng sinh đồ ngày 2-3 để xuống thang.

- Chức năng thận, điện giải đồ, CTM, procalcitonin (nếu có) mỗi 12-24 giờ theo dõi đáp ứng và độc tính thuốc

- Huyết áp động mạch xâm lấn, lượng nước tiểu mỗi giờ khi đang dùng vận mạch

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- **TẤT CẢ** người bệnh có chẩn đoán Sepsis (qSOFA ≥ 2 hoặc SOFA tăng ≥ 2 điểm) hoặc Sốc nhiễm khuẩn đều phải nhập viện cấp cứu / Khoa Hồi sức tích cực (ICU) ngay lập tức.

- Có tình trạng tụt huyết áp (huyết áp tâm thu < 90 mmHg hoặc MAP < 65 mmHg) dù đã bù dịch.

- Lactate máu > 2 mmol/L, rối loạn tri giác, thiểu niệu hoặc có ổ nhiễm trùng nặng cần kiểm soát ngoại khoa cấp.

- Theo các tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện tại Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Huyết động hoàn toàn ổn định, đã cai hoàn toàn thuốc vận mạch tối thiểu 24–48 giờ.

- Hô hấp ổn định, không còn thở oxy, tỉnh táo hoàn toàn.

- Nồng độ Lactate máu trở về bình thường, các chỉ điểm viêm (CRP, Procalcitonin) có xu hướng giảm rõ rệt, cấy máu kiểm tra âm tính.

- Ổ nhiễm trùng ban đầu đã được kiểm soát hoàn toàn hoặc xử lý triệt để (đã rút catheter nhiễm trùng, dẫn lưu sạch ổ mủ, hoàn tất liệu trình kháng sinh thích hợp).

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn nặng vượt quá khả năng hồi sức cấp cứu của tuyến TTYT (cần thở máy xâm nhập kéo dài, lọc máu liên tục/CRRT, theo dõi huyết động xâm lấn nâng cao, hoặc cần phẫu thuật cấp cứu ngoại khoa chuyên sâu) phải được cố định huyết động tạm thời và chuyển tuyến khẩn cấp bằng xe cứu thương chuyên dụng kèm nhân viên y tế hỗ trợ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Surviving Sepsis Campaign (2026). *International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock*. Critical Care Medicine.

4. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

5. SỐT KHÔNG RÕ NGUYÊN NHÂN

(ICD-10: R50)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Sốt > 38.3^0 C nhiều lần, > 3 tuần, chưa xác định nguyên nhân sau khám lâm sàng và xét nghiệm cơ bản.

- Phải loại trừ nhiều nguyên nhân: nhiễm trùng, ung thư, bệnh mô liên kết...

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Sốt kéo dài (dao động, liên tục hoặc có cơn rét run), kèm theo các triệu chứng toàn thân không đặc hiệu (sụt cân, mệt mỏi, chán ăn).

- Thăm khám hệ thống toàn diện lặp đi lặp lại: tìm kiếm hạch ngoại biên, gan lách to, ban da, tiếng thổi ở tim, dấu hiệu đau khớp, tổn thương thần kinh khu trú...

2. Cận lâm sàng

- CTM, CRP, tổng phân tích nước tiểu.

- Chức năng gan-thận

- Xét nghiệm sốt rét (test nhanh/lam máu) nếu có yếu tố dịch tễ

- X-quang ngực, siêu âm bụng tìm ổ nhiễm khuẩn

3. Chẩn đoán phân biệt

- Nhiễm khuẩn huyết chưa rõ ổ.

- Lao (sốt kéo dài, sụt cân).

- Bệnh tự miễn/ác tính (nếu sốt kéo dài không tìm được nguyên nhân nhiễm trùng)

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Điều trị theo nguyên nhân kết hợp điều trị triệu chứng; theo dõi sát đáp ứng điều trị để điều chỉnh kịp thời.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Điều trị đặc hiệu theo căn nguyên (kháng sinh nếu tìm thấy ổ nhiễm trùng vi khuẩn; thuốc kháng lao nếu là lao; thuốc ức chế miễn dịch/corticoid nếu là bệnh tự miễn...).

- Điều trị triệu chứng: *Paracetamol* 500mg uống khi sốt > 38.5°C.

3. Điều trị hỗ trợ

Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, dinh dưỡng và chăm sóc điều dưỡng phù hợp trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- CTM, CRP/tốc độ máu lắng lặp lại định kỳ; cấy máu nhiều lần, tủy đồ/sinh thiết nếu nghi bệnh lý huyết học-ác tính

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Sốt kéo dài $> 7 - 14$ ngày không xác định được nguyên nhân qua thăm khám và xét nghiệm ban đầu ngoại trú.

- Sốt kèm theo các dấu hiệu toàn thân nặng: sụt cân nhanh, gan lách to, hạch to lan tỏa, thiếu máu tiến triển.

- Cần thực hiện các xét nghiệm chuyên sâu phức tạp (cấy máu nhiều lần, tủy đồ, chẩn đoán hình ảnh chuyên sâu) mà tuyến ngoại trú không thể thực hiện được.

- Sốt kèm theo dấu hiệu nhiễm trùng huyết, suy kiệt hoặc suy đa cơ quan.

- Theo các tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện tại Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Đã xác định được nguyên nhân chính xác và đã thiết lập phác đồ điều trị đặc hiệu có hiệu quả rõ rệt.

- Hoặc người bệnh đã tự hết sốt hoàn toàn, các chỉ số sinh học trở về ổn định qua quá trình theo dõi nội trú kỹ càng, không ghi nhận bệnh lý nguy hiểm tiềm ẩn.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Diễn tiến nặng hoặc vượt khả năng chuyên môn/trang thiết bị hiện có của TTYT (cần ICU, phẫu thuật chuyên khoa sâu, CT/MRI, hoặc kỹ thuật TTYT chưa triển khai).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 5642/QĐ-BYT ngày 31/12/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh truyền nhiễm"*. Hà Nội.

4. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

6. TIÊU CHẢY NHIỄM TRÙNG

(ICD-10: A04-A09)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Tình trạng đi tiêu phân lỏng hoặc tóe nước nhiều lần (≥ 3 lần/24 giờ) do vi khuẩn, virus hoặc ký sinh trùng đường ruột gây ra.

- Cần phân biệt với ngộ độc thức ăn (do độc tố vi khuẩn có sẵn trong thức ăn) và tiêu chảy do các nguyên nhân không nhiễm trùng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Tiêu chảy phân lỏng, phân nước hoặc có nhầy máu (hội chứng lỵ).

- Đau quặn bụng, buồn nôn, nôn mửa, có thể kèm sốt cao.

- Đánh giá tình trạng mất nước: khát nước nhiều, mắt trũng, da khô, dấu véo da mất chậm hoặc rất chậm, li bì, kích thích hoặc sốc do giảm thể tích (ở mức độ nặng).

2. Cận lâm sàng

- Soi phân tươi (hồng cầu, bạch cầu) nếu phân nhầy máu.

- Điện giải đồ nếu mất nước nhiều.

- Siêu âm bụng nếu nghi biến chứng ngoại khoa.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Lỵ trực trùng/lỵ amip

- Tả (nếu có yếu tố dịch tễ, tiêu chảy phân nước nhiều)

- Ngộ độc thức ăn

4. Phân độ

- Phân độ mất nước theo WHO: không mất nước, mất nước trung bình (mắt trũng, khát, dấu véo da chậm), mất nước nặng (li bì, dấu véo da rất chậm, không uống được)

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Kháng sinh/kháng vi sinh vật theo kinh nghiệm dựa trên tác nhân thường gặp và mức độ nặng, xuống thang hoặc điều chỉnh theo kết quả vi sinh nếu có; phối hợp điều trị triệu chứng và biến chứng.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

2.1. Bù nước: ORS (Oresol) uống, NaCl 0.9% hoặc Ringer Lactat TM nếu mất nước độ C.

2.2. Kẽm: Zinc 15 (15mg) uống x 10-14 ngày

2.3. Kháng sinh (chỉ khi sốt cao, phân nhày máu, nghi lỵ):

- Ceftriaxon (Ceftrione 1g) 1-2g TM x 1 lần/ngày x 3-5 ngày

- Hoặc Ciprofloxacin (Ciprofloxacin 500mg) 500mg uống x 2 lần/ngày x 5 ngày

2.4. Probiotics: Enterobella (Bacillus clausii) 2-4 ống/ngày

2.5. Không dùng Loperamid.

3. Điều trị hỗ trợ

Hạ sốt, bù dịch-điện giải, dinh dưỡng đầy đủ, theo dõi sát dấu hiệu nặng/biến chứng trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Điện giải đồ theo dõi nếu mất nước trung bình-nặng; soi/cấy phân kiểm tra nếu không đáp ứng điều trị.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Có tình trạng mất nước trung bình đến nặng (khát nhiều, mắt trũng, mạch nhanh, huyết áp hạ, thiểu niệu).

- Tiêu chảy phân nhầy máu, sốt cao, đau quặn bụng dữ dội (nghi ngờ lỵ nặng hoặc viêm đại tràng cấp tính nặng).

- Không bù được nước - điện giải bằng đường uống do nôn mửa liên tục hoặc người bệnh không hợp tác.

- Người cao tuổi, có bệnh nền nặng đi kèm (suy thận, suy tim, đái tháo đường) hoặc có dấu hiệu nhiễm trùng huyết.

- Theo các tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện tại Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết sốt liên tục tối thiểu ≥ 48 giờ.

- Hết tiêu chảy hoàn toàn hoặc số lần đi tiêu trở về bình thường, phân đặc, không còn nhầy máu.

- Tình trạng mất nước được bù đủ, ăn uống bình thường, điện giải đồ ổn định.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Diễn tiến nặng vượt quá khả năng chuyên môn hoặc trang thiết bị của TTYT (sốc giảm thể tích kháng trị bù dịch, suy thận cấp nặng cần lọc máu, rối loạn điện giải nặng đe dọa tính mạng, hoặc nghi ngờ biến chứng ngoại khoa ruột cần can thiệp phẫu thuật chuyên khoa).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 5642/QĐ-BYT ngày 31/12/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh truyền nhiễm"*. Hà Nội.

4. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

7. BỆNH THỦY ĐẬU

(ICD-10: B01-B01.9)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Bệnh do virus *Varicella Zoster Virus* (VZV) gây ra, lây truyền chủ yếu qua đường hô hấp (giọt bắn) hoặc tiếp xúc trực tiếp dịch nốt phỏng.

- Đặc trưng bởi ban bóng nước mọc thành đợt toàn thân, lành tính ở trẻ em nhưng có nguy cơ biến chứng viêm phổi, viêm não cao ở người lớn và người suy giảm miễn dịch.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Sốt nhẹ, mệt mỏi, chán ăn giai đoạn đầu.

- Ban bóng nước mọc rải rác toàn thân (thân mình, mặt, lan ra tứ chi, kể cả da đầu và niêm mạc miệng).

- Điểm đặc biệt: Các nốt ban tiến triển qua nhiều giai đoạn trên cùng một vùng da (hồng ban → bóng nước dịch trong → bóng nước đục → đóng vảy tiết).

2. Cận lâm sàng

- Chủ yếu chẩn đoán dựa vào lâm sàng điển hình.

- Công thức máu, CRP: thực hiện khi nghi ngờ có bội nhiễm da vi khuẩn.

- X-quang ngực thẳng: chỉ định khi người bệnh có ho, khó thở, đau ngực (nghi ngờ biến chứng viêm phổi thủy đậu).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Tay chân miệng.

- Chốc lở lan tỏa.

- Zona.

4. Phân độ

- Thể nhẹ (số lượng bóng nước ít, không biến chứng) và thể nặng (bóng nước lan tỏa, bội nhiễm, biến chứng thần kinh/hô hấp).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Điều trị kháng virus sớm (trong vòng 24–48 giờ đầu kể từ khi phát ban) đối với người lớn, phụ nữ mang thai hoặc có nguy cơ biến chứng.

- Chăm sóc da, chống ngứa, giữ vệ sinh để phòng ngừa bội nhiễm vi khuẩn.

- Kháng sinh chỉ định khi có bội nhiễm da/mô mềm hoặc biến chứng viêm phổi vi khuẩn.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Kháng virus: *Acyclovir* (viên 400mg/800mg):

+ Người lớn: 800mg uống x 5 lần/ngày x 7 ngày.

+ Trẻ em (khi có chỉ định): 20 mg/kg/lần (tối đa 800mg) x 4 lần/ngày x 5 ngày.

- Hạ sốt - Giảm đau: *Paracetamol* (Partamol 500) liều 10–15 mg/kg/lần khi sốt > 38.5°C. **TUYỆT ĐỐI KHÔNG dùng Aspirin hoặc Ibuprofen** vì nguy cơ hội chứng Reye nặng.

- Chăm sóc da tại chỗ: Chấm dung dịch *Povidon iodin 10%* hoặc xanh methylene lên các bóng nước vỡ hoặc chưa vỡ để sát khuẩn.

- Kháng sinh (khi có bội nhiễm da): *Amoxicillin/Clavulanate* (Vigentin) hoặc *Cephalexin*.

- Globulin miễn dịch (VZIG): Tuyến TTYT thường không có sẵn (dùng cho dự phòng phơi nhiễm nhóm nguy cơ cao).

3. Điều trị hỗ trợ

Hạ sốt, bù dịch-điện giải, dinh dưỡng đầy đủ, theo dõi sát dấu hiệu nặng/biến chứng trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

Không cần xét nghiệm đặc hiệu ở thể nhẹ; CTM, CRP nếu nghi bội nhiễm da; X-quang ngực nếu nghi viêm phổi thủy đậu

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Thủy đậu ở người lớn (nguy cơ biến chứng viêm phổi thủy đậu cao).

- Có dấu hiệu biến chứng: viêm phổi (khó thở, tím tái, ho ra máu), viêm não - màng não (nhức đầu dữ dội, nôn, co giật, li bì).

- Thủy đậu xuất huyết, bóng nước hoại tử lan tỏa.

- Phụ nữ có thai mắc thủy đậu hoặc người có suy giảm miễn dịch.

- Theo các tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện tại Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết sốt liên tục tối thiểu ≥ 48 giờ.

- Tất cả các nốt bóng nước đã đóng vảy hoàn toàn, khô, không còn tổn thương ướt.

- Không còn dấu hiệu bội nhiễm da hay biến chứng thần kinh/hô hấp.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Diễn tiến nặng vượt quá khả năng chuyên môn hoặc trang thiết bị của TTYT (viêm phổi thủy đậu nặng suy hô hấp cần thở máy, viêm não, sốc nhiễm trùng, hoặc người bệnh suy giảm miễn dịch nặng cần điều trị chuyên khoa sâu).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 5642/QĐ-BYT ngày 31/12/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh truyền nhiễm"*. Hà Nội.

4. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

8. BỆNH ZONA

(ICD-10: B02-B02.9)

I. ĐẠI CƯƠNG (200)

- Do tái hoạt động của Varicella Zoster Virus ở hạch thần kinh.

- Ban nước dọc theo đường dây thần kinh.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Giai đoạn sớm: Đau nhói, ê ẩm, rát bỏng hoặc ngứa tại một vùng da trước khi xuất hiện ban đỏ vài ngày, có thể kèm sốt nhẹ, mệt mỏi.

- Giai đoạn phát ban: Xuất hiện các cụm bóng nước mọc thành chùm trên nền da đỏ, phân bố dọc theo một khoanh tiết đoạn da (dermatome), **chỉ ở một bên cơ thể (không vượt qua đường giữa cơ thể)**. Thường gặp nhất ở vùng ngực, lưng, cổ hoặc vùng mặt (nhánh dây thần kinh sinh ba).

2. Cận lâm sàng

- Không cần xét nghiệm đặc hiệu nếu điển hình (phân bố theo dermatome)

- Không cần chẩn đoán hình ảnh

3. Chẩn đoán phân biệt

- Herpes simplex lan tỏa

- Viêm da tiếp xúc

- Chốc lở khu trú

4. Phân độ

- Zona thông thường (1 dermatome) và Zona lan tỏa/biến chứng (Zona mắt, Zona tai - Ramsay-Hunt, ở người suy giảm miễn dịch)

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Dùng thuốc kháng virus sớm trong **72 giờ đầu** kể từ khi xuất hiện ban để rút ngắn thời gian bệnh và giảm nguy cơ đau sau Zona.

- Giảm đau, chống viêm, chăm sóc tổn thương da tránh bội nhiễm vi khuẩn

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Kháng virus:

+ *Acyclovir* (400mg/800mg): 800mg uống x 5 lần/ngày x 7–10 ngày.

+ *Hoặc Valacyclovir* 1g uống x 3 lần/ngày x 7 ngày (nếu có).

- Kem bôi tại chỗ: *Acyclovir 5%* bôi tại chỗ giai đoạn mới mọc bóng nước.

- Giảm đau: Paracetamol, NSAIDs (Celecoxib, Meloxicam).

- Điều trị đau thần kinh (khi đau nhiều): *Gabapentin* (Remebentin 100mg/300mg) hoặc *Pregabalin* (Dalyric 75mg) theo chỉ định bác sĩ.

- Kháng sinh (khi có bội nhiễm da): Sử dụng kháng sinh uống toàn thân khi có dấu hiệu mủ viêm tấy lan rộng.

3. Điều trị hỗ trợ

Hạ sốt, bù dịch-điện giải, dinh dưỡng đầy đủ, theo dõi sát dấu hiệu nặng/biến chứng trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Không cần xét nghiệm đặc hiệu ở thể thông thường; CTM/HIV test nếu nghi suy giảm miễn dịch, khám mắt nếu Zona mắt

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Zona mắt (nguy cơ biến chứng giác mạc, mù lòa) - cần phối hợp chuyên khoa Mắt

- Zona lan tỏa (trên 3 vùng da) hoặc ở người suy giảm miễn dịch (HIV, hóa trị, ghép tạng)

- Đau dữ dội không đáp ứng giảm đau thông thường, hoặc bội nhiễm da lan rộng

- Biến chứng thần kinh (liệt mặt kèm Zona tai - hội chứng Ramsay-Hunt)

- Theo các tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện tại Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Các tổn thương bóng nước đã đóng vảy hoàn toàn, khô ráo.

- Cảm giác đau cấp tính đã thuyên giảm rõ rệt hoặc được kiểm soát ổn định bằng thuốc uống ngoại trú.

- Không có biến chứng ở mắt hoặc biến chứng thần kinh tiến triển.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Zona biến chứng nặng vượt quá khả năng của TTYT (Zona mắt nặng đe dọa thị lực cần chuyên khoa Mắt tuyến tỉnh; Zona lan tỏa trên bệnh nhân suy giảm miễn dịch nặng có biến chứng nội tạng).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. **Infectious Diseases Society of America (2014)**. Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Skin and Soft Tissue Infections.

9. BỆNH QUAI BỊ

(ICD-10: B26-B26.9)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Bệnh do Paramyxovirus, gây sưng đau vùng mang tai (1 hoặc 2 bên).

- Biến chứng: viêm tinh hoàn (trẻ lớn), viêm tụy, viêm não màng não.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Sốt, mệt mỏi, đau đầu, chán ăn.

- Sưng đau tuyến mang tai: Vùng trước tai, lan xuống dưới và ra sau xương hàm, làm mất rãnh hàm dưới. Tuyến sưng căng, đau nhiều khi nhai hoặc nuốt (đặc biệt khi ăn đồ chua), miệng khô. Da vùng sưng căng bóng nhưng không đỏ (trừ khi có bội nhiễm vi khuẩn).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm hạch góc hàm

- Viêm mủ tuyến mang tai do vi khuẩn

4. Phân độ

Quai bị đơn thuần và quai bị có biến chứng (viêm tinh hoàn, viêm màng não, viêm tụy).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Bệnh do virus, điều trị triệu chứng và nâng đỡ, nghỉ ngơi; theo dõi phát hiện biến chứng (viêm tinh hoàn, viêm tụy, viêm màng não). Không dùng kháng sinh trừ khi có bội nhiễm.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Thuốc kháng virus đặc hiệu: Không có (điều trị hỗ trợ).

- Hạ sốt - Giảm đau: *Paracetamol* (Hapacol/Partamol) liều 10–15 mg/kg/lần x 3–4 lần/ngày khi sốt hoặc đau nhiều.

- Chăm sóc tại chỗ: Chườm ấm hoặc chườm lạnh vùng tuyến mang tai để giảm đau, sưng; súc họng nước muối sinh lý ấm hàng ngày.

- Xử trí biến chứng:

+ Viêm tinh hoàn: Cho bệnh nhân mặc quần lót nâng đỡ tinh hoàn, chườm mát giảm đau, sử dụng Corticoid ngắn ngày hoặc giảm đau theo chỉ định chuyên khoa khi có viêm tinh hoàn nặng.

+ Viêm tụy / Viêm màng não: Chuyển tuyến điều trị nội khoa hỗ trợ phù hợp.

3. Điều trị hỗ trợ

Hạ sốt, bù dịch-điện giải, dinh dưỡng đầy đủ, theo dõi sát dấu hiệu nặng/biến chứng trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

Amylase máu nếu nghi viêm tụy; dịch não tủy nếu nghi viêm màng não kèm theo

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Có biến chứng viêm màng não / viêm não (nhức đầu dữ dội, nôn vọt, cứng gáy, rối loạn tri giác).

- Viêm tinh hoàn cấp tính hai bên hoặc một bên nhưng sưng to đau dữ dội, sốt cao kéo dài đáp ứng kém với thuốc giảm đau thông thường.

- Biến chứng viêm tụy cấp (đau bụng vùng thượng vị dữ dội lan ra sau lưng, nôn nhiều, amylase/lipase máu tăng cao).

- Sốt cao kéo dài không hạ, tổng trạng suy sụp nặng.

- Theo các tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện tại Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết sốt liên tục tối thiểu ≥ 48 giờ.

- Tuyến mang tai đã giảm sưng đau hoàn toàn, nhai nuốt bình thường.

- Không còn dấu hiệu biến chứng cấp tính (viêm tinh hoàn, viêm màng não, viêm tụy đã ổn định).

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Bệnh nhân quai bị có biến chứng nặng vượt quá khả năng điều trị của TTYT (viêm não - màng não nặng, viêm tinh hoàn hoại tử/teo tinh hoàn cấp cần can thiệp ngoại khoa/chuyên khoa nam học, viêm tụy cấp nặng hoặc viêm cơ tim).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 5642/QĐ-BYT ngày 31/12/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh truyền nhiễm"*. Hà Nội.

4. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

10. CÚM MÙA

(ICD-10: J09-J12)

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh truyền nhiễm cấp tính đường hô hấp do Influenza virus (chủ yếu típ A và B), lây truyền qua đường giọt bắn.

Gây dịch theo mùa, thường diễn biến nhẹ nhưng có thể gây biến chứng nặng như viêm phổi, suy hô hấp, viêm cơ tim, đặc biệt ở người có bệnh nền, người cao tuổi và trẻ nhỏ.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Sốt cao đột ngột, rét run, đau đầu, đau mỏi cơ, mệt mỏi nhiều.
- Triệu chứng hô hấp: Ho khan, đau họng, nghẹt mũi, chảy nước mũi.
- Tiền sử: Sống trong vùng dịch tễ, có tiếp xúc với người mắc cúm.

2. Cận lâm sàng

- Test nhanh cúm (kháng nguyên) nếu có điều kiện.
- CTM, CRP nếu nghi bội nhiễm.
- X-quang ngực nếu nghi viêm phổi biến chứng.

3. Chẩn đoán phân biệt

- COVID-19.
- Cảm lạnh thông thường (nhiễm virus đường hô hấp trên khác).
- Viêm phổi do vi khuẩn.

4. Phân độ

- Cúm không biến chứng và cúm có biến chứng (viêm phổi, viêm cơ tim, suy hô hấp).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Phân tầng nguy cơ, điều trị triệu chứng và nâng đỡ, theo dõi sát SpO_2.
- Kháng virus cân nhắc dùng sớm trong 48 giờ đầu cho nhóm nguy cơ cao.
- Kháng sinh **CHỈ** dùng khi có bằng chứng bội nhiễm vi khuẩn rõ.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

2.1. Điều trị triệu chứng: hạ sốt Paracetamol (Hapacol/Partamol) theo cân nặng/tuổi, nghỉ ngơi, uống đủ nước.

2.2. Kháng virus Oseltamivir 75mg x 2 lần/ngày x 5 ngày (người lớn) nếu trong 48 giờ đầu và có yếu tố nguy cơ nặng (nếu TTYT có sẵn; nếu không - chuyển tuyến khi có chỉ định).

2.3. Kháng sinh CHỈ khi có bội nhiễm vi khuẩn rõ (viêm phổi thứ phát).

2.4. Suy hô hấp/biến chứng tim-thần kinh - chuyển tuyến cấp cứu.

3. Điều trị hỗ trợ

Hạ sốt, bù dịch-điện giải, dinh dưỡng đầy đủ, theo dõi sát dấu hiệu nặng/biến chứng trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

SpO2 theo dõi; X-quang ngực, troponin/ECG nếu nghi biến chứng phổi/tim.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Có suy hô hấp ($SpO_2 < 94\%$, thở nhanh, khó thở tăng dần).

- Xuất hiện biến chứng: Viêm phổi, viêm cơ tim (đau ngực, rối loạn nhịp), viêm não.

- Người bệnh có bệnh nền nặng diễn tiến (COPD, suy tim, đái tháo đường, suy giảm miễn dịch), thai phụ, người trên 65 tuổi hoặc trẻ nhỏ có dấu hiệu nặng.

- Sốt cao liên tục không đáp ứng với thuốc hạ sốt, tổng trạng suy sụp nhanh.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết sốt liên tục tối thiểu 48 giờ mà không dùng thuốc hạ sốt.

- Các triệu chứng cấp tính cải thiện rõ, ăn uống và vận động bình thường.

- SpO_2 ổn định $\geq 94\%$ khí trời, không còn dấu hiệu biến chứng hô hấp hay tim mạch.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Diễn biến lâm sàng nặng vượt quá khả năng chuyên môn hoặc trang thiết bị của Trung tâm Y tế (cần can thiệp ICU, thở máy xâm nhập, lọc máu, hoặc kỹ thuật chuyên sâu chưa triển khai).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2025). *Quyết định số 1840/QĐ-BYT ngày 03/6/2025 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị cúm mùa"*. Hà Nội.

4. World Health Organization (2023). *Clinical Management of Severe Acute Respiratory Infections*. Geneva.

11. NHIỄM TRÙNG DA VÀ MÔ MỀM

(ICD-10: A46; L01-L02.9; L08)

I. ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm trùng da và mô mềm bao gồm phổ bệnh từ viêm mô tế bào nông đến các nhiễm trùng hoại tử sâu đe dọa tính mạng, thường do liên cầu và tụ cầu vàng gây ra qua tổn thương da hở. Nhận diện sớm dấu hiệu nhiễm trùng lan rộng hoặc hoại tử là then chốt để tránh biến chứng nặng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- **Viêm mô tế bào:** Da đỏ, nóng, sưng, đau, ranh giới có thể không rõ.

- **Áp xe da:** Sưng nóng, đỏ, đau, có điểm dao động, sờ có mủ.

- **Viêm quầng (Erysipelas):** Tổn thương đỏ rực, phù nề, ranh giới rõ với vùng da lành.

- Dấu hiệu cảnh báo hoại tử: Đau không tương xứng với tổn thương thực thể, bóng nước huyết thanh, da tím tái hoặc hoại tử đen.

2. Cận lâm sàng

- CTM, CRP nếu sốt/nghi nhiễm khuẩn lan rộng.

- Đường huyết (loại trừ đái tháo đường là yếu tố thuận lợi).

- Siêu âm phần mềm nếu nghi ổ áp xe cần rạch dẫn lưu.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm mô tế bào.

- Áp xe da.

- Viêm cân mạc hoại tử (bệnh cảnh nặng, đau không tương xứng - cần chuyển tuyến cấp cứu).

4. Phân độ

- Viêm mô tế bào thông thường và viêm cân mạc hoại tử (cấp cứu ngoại khoa - đau không tương xứng, hoại tử da).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Kháng sinh theo kinh nghiệm hướng đến tụ cầu và liên cầu, điều chỉnh theo kết quả kháng sinh đồ nếu có.

- Can thiệp ngoại khoa kịp thời (rạch dẫn lưu mủ, cắt lọc mô hoại tử).

- Điều trị nâng đỡ và kiểm soát bệnh nền (như đái tháo đường).

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Viêm mô tế bào nhẹ (điều trị ngoại trú):

+ Amoxicillin/Clavulanate (Vigentin 500/62.5mg) uống 1g/lần x 2–3 lần/ngày hoặc Cephalexin 500mg uống x 4 lần/ngày trong 5–7 ngày.

- Viêm mô tế bào nặng / Nhập viện:

+ Ceftriaxone (Ceftrione 1g) 1–2g tiêm tĩnh mạch x 1 lần/ngày.

+ Phối hợp Clindamycin 300–600 mg tiêm tĩnh mạch x 3–4 lần/ngày (đặc biệt khi nghi ngờ nhiễm tụ cầu kháng methicillin - MRSA hoặc liên cầu độc lực cao).

- Áp xe da: Rạch rộng và dẫn lưu mủ kết hợp kháng sinh phù hợp.

3. Điều trị hỗ trợ

Hạ sốt, bù dịch-điện giải, dinh dưỡng đầy đủ, theo dõi sát dấu hiệu nặng/biến chứng trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- CTM, CRP mỗi 48-72 giờ đánh giá đáp ứng kháng sinh; đánh dấu ranh giới viêm mô tế bào theo dõi lan rộng

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Viêm mô tế bào lan rộng nhanh, sốt cao, có dấu hiệu nhiễm trùng toàn thân (bạch cầu thay đổi nhiều, CRP tăng cao).

- Nghi ngờ viêm cân mạc hoại tử (đau dữ dội không tương xứng tổn thương da, bóng nước xuất huyết) – **CẤP CỨU NGOẠI KHOA**.

- Tổn thương ở vị trí nguy hiểm (mặt, bàn tay, vùng sinh dục) hoặc trên cơ địa suy giảm miễn dịch, đái tháo đường nặng.

- Không đáp ứng với kháng sinh đường uống sau 48–72 giờ.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết sốt liên tục tối thiểu 48 giờ.

- Các triệu chứng sưng, nóng, đỏ, đau cải thiện rõ rệt, vết thương tiến triển tốt, người bệnh tự sinh hoạt được.

- CRP giảm rõ, bạch cầu trở về giới hạn bình thường.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Diễn biến nặng vượt quá khả năng chuyên môn hoặc trang thiết bị của Trung tâm Y tế (cần can thiệp phẫu thuật ngoại khoa chuyên sâu, cắt lọc rộng, hoặc chăm sóc tại khoa Hồi sức tích cực - ICU).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1/ Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Infectious Diseases Society of America (2014). *Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Skin and Soft Tissue Infections*. Clin Infect Dis.

4. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh"*. Hà Nội.

12. VIÊM GAN SIÊU VI CẤP

(ICD-10: B17-B17.8)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm gan siêu vi cấp là tình trạng viêm nhu mô gan cấp tính do các virus viêm gan (A, B, C, D, E) gây ra, biểu hiện từ không triệu chứng đến vàng da-mệt mỏi-chán ăn, đa số tự giới hạn (đặc biệt viêm gan A, E) nhưng viêm gan B, C có thể chuyển mạn tính nếu không được theo dõi.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Hội chứng tiền triệu: Mệt mỏi uể oải, chán ăn, buồn nôn, nôn, sốt nhẹ, đau tức hạ sườn phải.

- Hội chứng vàng da: Vàng da, vàng củng mạc mắt, nước tiểu sẫm màu như nước vối, phân bạc màu (có thể gặp).

- Men gan tăng cao (AST, ALT tăng gấp 5–10 lần hoặc hơn), Bilirubin máu tăng.

2. Cận lâm sàng

- Men gan (AST, ALT), Bilirubin, Albumin máu.

- HBsAg, Anti-HAV IgM, Anti-HCV để xác định tác nhân.

- Đông máu (INR) nếu nghi suy gan cấp.

- Siêu âm bụng (gan, đường mật)

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm gan do rượu/thuốc

- Tắc mật do sỏi.

- Viêm gan tự miễn.

4. Phân độ

Viêm gan cấp thông thường và viêm gan tối cấp (suy gan cấp - rối loạn đông máu, bệnh não gan).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Điều trị hỗ trợ, nghỉ ngơi là chính đối với viêm gan A, E hoặc viêm gan B/C cấp nhẹ.

- Kiêng tuyệt đối rượu bia, tránh các thuốc chuyển hóa qua gan hoặc có độc tính với gan.

- Phát hiện sớm các dấu hiệu suy gan cấp để chuyển tuyến kịp thời.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Điều trị hỗ trợ:

+ Nghỉ ngơi hợp lý trong giai đoạn cấp.

+ Truyền dịch dung dịch glucose 5% hoặc điện giải nếu nôn nhiều, không ăn uống được.

+ Bổ sung vitamin nhóm B, các thuốc hỗ trợ giải độc gan (nếu cần).

- Kháng virus đặc hiệu:

+ Viêm gan A và E cấp: Không có thuốc kháng virus đặc hiệu, chủ yếu điều trị triệu chứng.

+ Viêm gan B cấp nặng hoặc kéo dài: Cần hội chẩn chuyên khoa Gan mật để cân nhắc dùng thuốc kháng virus phù hợp.

- Dấu hiệu suy gan cấp: Chuyển tuyến chuyên khoa ngay lập tức.

3. Điều trị hỗ trợ

Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, dinh dưỡng và chăm sóc điều dưỡng phù hợp trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Men gan (AST/ALT), Bilirubin, INR mỗi 3-7 ngày theo dõi diễn tiến; theo dõi dấu hiệu bệnh não gan.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Vàng da đậm tăng nhanh, men gan tăng rất cao (ALT $>$ 10 lần giới hạn bình thường).

- Có biểu hiện buồn nôn nhiều, nôn ói không ăn uống được, mệt mỏi suy sụp.

- Có dấu hiệu cảnh báo suy gan cấp: Rối loạn đông máu (INR $>$ 1.5), lú lẫn, thay đổi tri giác.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Triệu chứng lâm sàng ổn định, hết buồn nôn, ăn uống tốt, vàng da giảm rõ rệt.

- Các chỉ xét nghiệm sinh hóa gan cải thiện rõ (men gan và Bilirubin có xu hướng giảm về gần bình thường), INR trong giới hạn an toàn.

- Hẹn tái khám định kỳ theo lịch chuyên khoa.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Diễn tiến nặng hoặc vượt khả năng chuyên môn/trang thiết bị hiện có của TTYT (cần ICU, phẫu thuật chuyên khoa sâu, CT/MRI, hoặc kỹ thuật TTYT chưa triển khai).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 1740/QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm gan vi rút B"*. Hà Nội.

4. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

13. NHIỄM TRÙNG Ở BỆNH NHÂN HIV/AIDS

(ICD-10: B20-B24)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS có hệ miễn dịch suy giảm nặng (thường CD4 $< 200/mm^3$), dễ mắc các bệnh nhiễm trùng cơ hội do vi khuẩn, nấm, virus và ký sinh trùng.

- Xử trí bao gồm điều trị cấp cứu/kiểm soát nhiễm trùng cơ hội kết hợp tư vấn kết nối điều trị thuốc kháng virus ARV.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Sốt kéo dài không rõ nguyên nhân, sụt cân nhiều ($\geq 10\%$ trọng lượng cơ thể), tiêu chảy mạn tính.

- Các triệu chứng đặc trưng của nhiễm trùng cơ hội: Nấm miệng, nấm thực quản, zona lan tỏa, ho kéo dài gợi ý lao phổi, đau đầu kèm sốt gợi ý viêm màng não do Cryptococcus.

- Xét nghiệm CD4 giảm thấp.

2. Cận lâm sàng

- CD4 nếu có điều kiện gửi mẫu.

- CTM, chức năng gan-thận.

- AFB đờm/soi tìm nấm tùy bệnh cảnh nhiễm trùng cơ hội nghi ngờ.

- X-quang ngực (tầm soát lao, viêm phổi cơ hội).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Lao phổi/lao ngoài phổi.

- Viêm phổi do Pneumocystis.

- Nhiễm nấm Candida thực quản/miệng.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Điều trị khẩn cấp các nhiễm trùng cơ hội đe dọa tính mạng dựa trên tác nhân nghi ngờ.

- Trì hoãn hoặc khởi trị ARV đúng thời điểm theo hướng dẫn của Bộ Y tế tùy thuộc vào từng loại nhiễm trùng cơ hội (ví dụ: nhiễm trùng thần kinh trung ương hoặc viêm phổi PCP có phác đồ xử trí riêng).

- Hỗ trợ dinh dưỡng và nâng đỡ thể trạng.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Lao phổi / Lao màng não: Phối hợp thuốc chống lao theo phác đồ quốc gia (xem phần hướng dẫn điều trị Lao).

- Viêm phổi do Pneumocystis jirovecii (PCP):

+ Trimethoprim - Sulfamethoxazole (Cotrimoxazole): Thường TTYT tuyến cơ sở không đủ điều kiện xử lý các ca nặng → **Chuyển tuyến chuyên khoa Nhiệt đới**.

- Nấm miệng/Nấm thực quản (Candida):

+ Nystatin dịch rơ miệng hoặc Fluconazole 150mg uống 1 lần/ngày trong 7–14 ngày (hoặc Fluconazole 150mg uống 1 lần/tuần duy trì).

- Nghi ngờ Toxoplasma não hoặc Viêm màng não Cryptococcus: Chuyển tuyến chuyên khoa ngay.

3. Điều trị hỗ trợ

Hạ sốt, bù dịch-điện giải, dinh dưỡng đầy đủ, theo dõi sát dấu hiệu nặng/biến chứng trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- CD4, tải lượng virus (nếu có điều kiện) theo dõi định kỳ; xét nghiệm tầm soát nhiễm trùng cơ hội theo triệu chứng

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Có biểu hiện nhiễm trùng cơ hội nặng (lao tiến triển, viêm phổi PCP, viêm màng não do Cryptococcus, nhiễm nấm thực quản nặng gây nuốt nghẹn, sụt cân nhiều).

- Tế bào CD4 rất thấp ($< 200/\text{mm}^3$) kèm sốt cao, nhiễm trùng cấp tính.

- Tiêu chảy kéo dài gây mất nước nặng, suy kiệt cơ thể.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Các nhiễm trùng cơ hội cấp tính đã được kiểm soát ổn định, người bệnh tỉnh táo, ăn uống được.

- Đã được kết nối hoặc duy trì ổn định phác đồ điều trị ARV ngoại trú, có lịch hẹn tái khám và nhận thuốc tại phòng khám ngoại trú (OPC).

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Tất cả các trường hợp nghi ngờ hoặc xác định nhiễm trùng cơ hội nặng ở bệnh nhân HIV/AIDS mà vượt quá năng lực điều trị của Trung tâm Y tế (cần chuyển BVĐK Châu Đốc hoặc chuyển Bệnh viện Bệnh Nhiệt Đới).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2021). *Quyết định số 5968/QĐ-BYT ngày 31/12/2021 về việc ban hành "Hướng dẫn điều trị và chăm sóc HIV/AIDS"*. Hà Nội.

4. World Health Organization (2021). *Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Testing, Treatment, Service Delivery and Monitoring*. Geneva.

14. ÁP XE GAN DO AMIP / VI TRÙNG

(ICD-10: A06.4 - AMIP, K75.0 - VI TRÙNG)

I. ĐẠI CƯƠNG

Áp xe gan do amip hoặc vi trùng là ổ mủ khu trú trong gan, ở Việt Nam nguyên nhân amip (Entamoeba histolytica) chiếm tỷ lệ đáng kể do liên quan vệ sinh ăn uống. Bệnh biểu hiện sốt kèm đau hạ sườn phải, chẩn đoán dựa vào siêu âm/CT, điều trị nội khoa kết hợp dẫn lưu khi ổ áp xe lớn.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Sốt cao, đôi khi rét run; đau tức vùng hạ sườn phải, lan lên vai phải hoặc sau lưng.

- Gan to, ấn đau tức nhiều, rung gan dương tính.

- Tiền sử có kiết lỵ (với áp xe do amip) hoặc nhiễm trùng đường mật (với áp xe do vi khuẩn).

2. Cận lâm sàng

- CTM, CRP, chức năng gan

- Huyết thanh chẩn đoán amip nếu có điều kiện

- Siêu âm bụng (chẩn đoán xác định).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm túi mật cấp, viêm đường mật cấp.

- Ung thư gan hoại tử trung tâm.

- Viêm đáy phổi phải hoặc tràn dịch màng phổi phản ứng.

4. Phân độ

Áp xe đơn ổ và đa ổ; kích thước nhỏ (điều trị nội khoa) và lớn > 5cm (cần chọc hút/dẫn lưu).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Kháng sinh hoặc thuốc diệt ký sinh trùng đặc hiệu dựa theo nguyên nhân (Amip hay vi khuẩn).

- Can thiệp ngoại khoa / thủ thuật chọc hút hoặc dẫn lưu ổ áp xe dưới hướng dẫn siêu âm khi ổ mủ lớn hoặc có nguy cơ vỡ.

- Điều trị hỗ trợ, nâng cao thể trạng.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

2.1. Áp xe gan do Amip:

- Metronidazole (Metronidazole 0.5g/100ml) 500mg truyền tĩnh mạch hoặc uống x 3 lần/ngày trong 7–10 ngày, sau đó tiếp tục duy trì bằng thuốc diệt amip lòng ruột (như Diloxanide furoate).

2.2. Áp xe gan do vi khuẩn:

- Kháng sinh phổ rộng: Ceftriaxone (Ceftrione 1g) 2g tiêm tĩnh mạch x 1 lần/ngày.

- Có thể phối hợp Metronidazole nếu nghi ngờ vi khuẩn kỵ khí.

- Thời gian điều trị kháng sinh kéo dài từ 2–4 tuần tùy theo đáp ứng lâm sàng.

3. Điều trị hỗ trợ

Hạ sốt, bù dịch-điện giải, dinh dưỡng đầy đủ, theo dõi sát dấu hiệu nặng/biến chứng trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Siêu âm gan lặp lại mỗi 1-2 tuần đánh giá kích thước ổ áp xe; CTM, CRP, chức năng gan theo dõi đáp ứng điều trị.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Sốt cao kèm đau hạ sườn phải nhiều, gan to ấn đau rõ.

- Kích thước ổ áp xe lớn (> 5cm) hoặc nằm sát bao gan (nguy cơ vỡ cao).

- Cần can thiệp thủ thuật chọc hút/dẫn lưu mủ dưới hướng dẫn siêu âm và sử dụng kháng sinh đường tĩnh mạch.

- Xuất hiện biến chứng: Vỡ ổ áp xe vào khoang màng phổi, màng bụng, hoặc nhiễm trùng huyết.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết sốt liên tục tối thiểu 48–72 giờ, không còn đau hạ sườn phải, ăn uống ngon miệng.

- CRP về gần giới hạn bình thường hoặc giảm sâu.

- Kích thước ổ áp xe thu nhỏ rõ rệt trên siêu âm.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Ổ áp xe lớn đa ổ phức tạp, không đáp ứng với điều trị nội khoa và chọc hút thông thường, hoặc ổ áp xe đã vỡ gây viêm phúc mạc/tràn mủ màng phổi cần phẫu thuật ngoại khoa lồng ngực/tiêu hóa chuyên sâu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 5642/QĐ-BYT ngày 31/12/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh truyền nhiễm"*. Hà Nội.

4. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

15. TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI

(ICD-10: J90; J91*)

I. ĐẠI CƯƠNG

Tràn dịch màng phổi là tình trạng tích tụ dịch bất thường trong khoang màng phổi, có thể do nhiều nguyên nhân (nhiễm trùng, suy tim, ác tính, Lao...). Phân biệt dịch thấm và dịch tiết qua tiêu chuẩn Light là bước quan trọng định hướng nguyên nhân và điều trị.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Đau ngực bên tổn thương, khó thở (tăng dần theo lượng dịch), ho khan.

- Khám lâm sàng: Rung thanh giảm, gõ đục, rì rào phế nang giảm hoặc mất bên có dịch.

- X-quang ngực thẳng: Hình ảnh mờ đồng nhất một bên phổi, mất góc sườn hoành, đẩy lệch trung thất (nếu dịch lượng nhiều).

2. Cận lâm sàng

- X-quang ngực (bắt buộc).

- Siêu âm màng phổi (định vị trước chọc dò).

- Chọc dò dịch màng phổi xét nghiệm: Sinh hóa (Protein dịch màng phổi/máu, LDH dịch màng phổi/máu theo tiêu chuẩn Light), tế bào học, vi sinh (soi/cấy tìm vi khuẩn, AFB tìm vi khuẩn lao), tế bào học tìm tế bào ác tính.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Xẹp phổi hoàn toàn.

- Dày dính màng phổi nặng.

- Khối u phổi lớn sát thành ngực.

4. Phân độ

- Tràn dịch lượng ít, trung bình, lượng nhiều.

- Phân loại theo tính chất: Dịch thấm, dịch tiết hoặc tràn mủ màng phổi.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Điều trị nguyên nhân gây tràn dịch màng phổi là cốt lõi.

- Giải áp khoang màng phổi khi dịch nhiều gây chèn ép, khó thở.

- Điều trị chống nhiễm trùng (nếu có tràn dịch cận viêm hoặc tràn mủ màng phổi).

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Chọc dò tháo dịch màng phổi chẩn đoán và giảm áp: Lượng hút ra từ từ (thường $\leq 1000–1500$ ml/lần) để tránh phù phổi do giãn nở đột ngột.

- Kháng sinh (khi tràn dịch cận viêm / tràn mủ màng phổi): Áp dụng phác đồ kháng sinh tương tự viêm phổi cộng đồng hoặc kháng sinh phổ rộng theo kết quả cấy dịch.

- Dặt dẫn lưu màng phổi kín: Chỉ định khi tràn mủ màng phổi, dịch tái phát nhanh gây khó thở, hoặc pH dịch màng phổi thấp

3. Điều trị hỗ trợ

- Thở oxy hỗ trợ nếu có suy hô hấp ($SpO_2 < 94\%$).

- Giảm đau ngực, tập thở phục hồi chức năng hô hấp sau khi tháo dịch.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- X-quang ngực kiểm tra sau chọc dò/dẫn lưu; xét nghiệm dịch màng phổi (sinh hóa, tế bào, vi sinh) định hướng nguyên nhân.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Tràn dịch lượng nhiều gây khó thở nhiều, SpO_2 giảm, cần chọc dò hoặc đặt dẫn lưu màng phổi giảm áp.

- Nghi ngờ tràn dịch màng phổi có mủ (dịch đục, sốt cao, đau ngực nhiều).

- Chưa xác định được nguyên nhân, cần làm thêm các xét nghiệm chuyên sâu và chẩn đoán hình ảnh nội trú.

- Tràn dịch tái phát nhanh sau khi chọc hút.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Triệu chứng khó thở và đau ngực đã hết hoặc cải thiện hoàn toàn.

- Không còn chỉ định dẫn lưu màng phổi, bệnh nhân tự sinh hoạt bình thường.

- X-quang ngực xác nhận lượng dịch giảm đáng kể, phổi nở tốt, SpO_2 ổn định không cần hỗ trợ oxy.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Diễn biến nặng, tràn dịch tái phát nhanh, tràn mủ màng phổi không đáp ứng điều trị nội khoa, hoặc cần các kỹ thuật chuyên sâu (nội soi khoang màng phổi, phẫu thuật lồng ngực) vượt quá khả năng của tuyến Trung tâm Y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 1493/QĐ-BYT ngày 22/4/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hồi sức tích cực"*. Hà Nội.

4. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

16. TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI

(ICD-10: J93-J93.9)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Tràn khí màng phổi là tình trạng khí lọt vào khoang màng phổi làm xẹp phổi một phần hoặc toàn bộ. Có thể là tự phát (nguyên phát ở người trẻ cao gầy hoặc thứ phát do bệnh phổi mạn tính như COPD, hen, lao) hoặc do chấn thương ngực.

- Tràn khí màng phổi áp lực là **cấp cứu tối khẩn** đe dọa tính mạng do chèn ép tuần hoàn và hô hấp.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Đau ngực đột ngột như dao đâm bên có tràn khí, khó thở dữ dội.

- Khám lâm sàng: Lồng ngực bên bệnh căng phồng, kém di động, gõ vang, rì rào phế nang giảm hoặc mất hoàn toàn.

- Trường hợp tràn khí áp lực: Tím tái, mạch nhanh nhỏ, huyết áp tụt, tĩnh mạch cổ nổi, lệch khí quản sang bên lành.

2. Cận lâm sàng

- X-quang ngực (bắt buộc, chẩn đoán xác định).

- Khí máu nếu suy hô hấp.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Kén khí phổi lớn (Giant bulla).

- Nhồi máu phổi.

- Nhồi máu cơ tim cấp (nếu đau ngực trái).

4. Phân độ

Tràn khí lượng ít (< 20%), lượng nhiều (≥ 20%) và tràn khí áp lực (cấp cứu tối khẩn).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Giải phóng khí khỏi khoang màng phổi nhanh chóng để tái lập áp lực âm và phục hồi thể tích phổi.

- Ngăn ngừa tái phát tràn khí màng phổi.

- Điều trị bệnh phổi nền (nếu có).

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Tràn khí lượng ít (< 20%), không triệu chứng: Cho bệnh nhân nghỉ ngơi tại giường, thở oxy kính hỗ trợ hấp thu khí, theo dõi sát.

- Tràn khí lượng nhiều / Có triệu chứng: Đặt ống dẫn lưu khoang màng phổi (vị trí khoang liên sườn 2 đường giữa đòn hoặc khoang liên sườn 4–5 đường nách giữa), nối hệ thống hút liên tục hoặc bình hút âm nước.

- Tràn khí màng phổi áp lực (cấp cứu tối khẩn): Chọc kim lớn (kim 14G–16G) giảm áp ngay tại khoang liên sườn 2 đường giữa đòn bên tràn khí trước khi tiến hành đặt ống dẫn lưu chính thức.

3. Điều trị hỗ trợ

- Giảm đau ngực, kháng sinh dự phòng nhiễm trùng chân ống dẫn lưu.

- Thở oxy lưu lượng cao để tăng tốc độ hấp thu khí màng phổi.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- X-quang ngực kiểm tra sau đặt dẫn lưu và trước khi rút dẫn lưu; theo dõi khí thoát ra qua hệ thống dẫn lưu.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Tràn khí màng phổi lượng nhiều ($\geq 20\%$) hoặc tràn khí màng phổi áp lực (CẤP CỨU).

- Có triệu chứng khó thở, đau ngực tăng dần, SpO_2 giảm.

- Tràn khí tái phát hoặc kèm theo bệnh phổi nền mạn tính (COPD, kén khí lớn).

- Cần đặt dẫn lưu màng phổi và theo dõi điều trị nội trú.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- X-quang ngực kiểm tra xác nhận phổi nở hoàn toàn sát thành ngực.

- Không còn hiện tượng rò khí qua hệ thống dẫn lưu liên tục trong ≥ 24 giờ trước khi rút ống dẫn lưu.

- Hết khó thở, sinh hiệu ổn định, vận động bình thường.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Phổi không nở lại sau thời gian dẫn lưu thích hợp, rò khí kéo dài, hoặc tràn khí màng phổi tái phát nhiều lần cần chuyển tuyến chuyên khoa Phẫu thuật lồng ngực để can thiệp phẫu thuật nội soi khít kén khí/gây dính màng phổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 1493/QĐ-BYT ngày 22/4/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hồi sức tích cực"*. Hà Nội.

4. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

17. COVID-19

(ICD-10: U07.1, U07.2)

I. ĐẠI CƯƠNG

- COVID-19 là bệnh viêm đường hô hấp cấp do virus SARS-CoV-2 gây ra. Phổ bệnh dao động từ không triệu chứng, thể nhẹ đến viêm phổi nặng và hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS), đặc biệt nguy hiểm ở người cao tuổi và người có nhiều bệnh nền mạn tính.

- Phân độ nặng dựa trên tình trạng lâm sàng hô hấp (SpO_2, mức độ khó thở) để định hướng xử trí.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Xét nghiệm Test nhanh kháng nguyên hoặc RT-PCR SARS-CoV-2 dương tính.

- Phân mức độ bệnh theo hướng dẫn của Bộ Y tế:

+ **Nhẹ:** Không có triệu chứng viêm phổi, $SpO_2 \geq 96\%$ khi thở khí trời.

+ **Trung bình:** Có viêm phổi, khó thở, SpO_2 từ $90\% - 95\%$.

+ **Nặng:** Viêm phổi kèm thở nhanh (> 30 lần/phút), $SpO_2 < 90\%$ khí trời.

+ **Nguy kịch:** Suy hô hấp cấp (ARDS), sốc nhiễm trùng, suy đa tạng.

2. Cận lâm sàng

- Test nhanh kháng nguyên/RT-PCR SARS-CoV-2 nếu có điều kiện.

- SpO2; CTM, CRP nếu nghi viêm phổi.

- X-quang ngực nếu nghi viêm phổi/suy hô hấp.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Cúm mùa và các bệnh nhiễm virus đường hô hấp khác.

- Viêm phổi cộng đồng do vi khuẩn.

- Đợt cấp COPD / Suy tim mạn tính.

4. Phân độ

Theo mức độ: không triệu chứng/nhẹ, trung bình (viêm phổi, SpO2 ≥ 94%), nặng (SpO2 < 94%, thở nhanh), nguy kịch (suy hô hấp/sốc/suy đa cơ quan)

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Phân tầng nguy cơ và mức độ nặng để điều trị ngoại trú hay nội trú.

- Hỗ trợ hô hấp kịp thời, sử dụng thuốc kháng virus, kháng viêm (corticoid) và chống đông theo đúng chỉ định đối với thể trung bình và nặng.

- Tránh lạm dụng kháng sinh khi không có bằng chứng đồng nhiễm vi khuẩn.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Thể nhẹ: Điều trị ngoại trú, nghỉ ngơi, hạ sốt bằng Paracetamol, theo dõi sát SpO_2.

- Thể trung bình và nặng (Nhập viện):

+ Hỗ trợ hô hấp: Thở oxy qua gọng kính, mặt nạ, hoặc HFNC (nếu $SpO_2 < 92\%$).

+ Kháng viêm (Corticoid): Dexamethasone (Depaxan 4mg/ml) 6–8 mg tiêm tĩnh mạch x 1 lần/ngày (hoặc Methylprednisolone tương đương) trong thời gian khoảng 7–10 ngày.

+ Kháng sinh bội nhiễm (nếu có dấu hiệu nhiễm trùng vi khuẩn): Ceftriaxone (Ceftrione 1g) 1–2g tiêm tĩnh mạch/ngày hoặc kháng sinh phổ rộng theo phác đồ viêm phổi.

+ Thuốc chống đông dự phòng (nếu không có chống chỉ định): Enoxaparin (Gemapaxane 4000IU/0.4ml) 1 ống tiêm dưới da x 1 lần/ngày cho người bệnh có nguy cơ huyết khối cao.

3. Điều trị hỗ trợ

- Bù dịch điện giải đầy đủ, dinh dưỡng nâng cao thể trạng.

- Nằm sấp định kỳ (prone positioning) đối với bệnh nhân suy hô hấp có chỉ định để cải thiện thông khí.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- SpO2 liên tục; CRP, D-dimer, chức năng đông máu theo dõi nếu thể trung bình-nặng (nguy cơ huyết khối)

- X-quang ngực kiểm tra nếu diễn tiến xấu

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- $SpO_2 < 92\%$, có triệu chứng viêm phổi rõ trên lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh.

- Người bệnh cao tuổi, có nhiều bệnh nền nặng kèm theo (tăng huyết áp, đái tháo đường, COPD, bệnh tim mạch, béo phì).

- Không đáp ứng với điều trị ngoại trú hoặc các triệu chứng ngày càng nặng lên.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết sốt liên tục tối thiểu 48 giờ mà không dùng thuốc hạ sốt.

- Các triệu chứng cấp tính cải thiện rõ rệt, ăn uống và vận động bình thường.

- $SpO_2 \geq 94\%$ khi thở khí trời ổn định trong ≥ 24 giờ, không còn nhu cầu hỗ trợ oxy.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Diễn biến lâm sàng nặng lên, suy hô hấp tiến triển cần đặt ống nội khí quản, thở máy xâm nhập, hoặc sốc/suy đa tạng vượt quá khả năng của Trung tâm Y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2023). *Quyết định số 2671/QĐ-BYT ngày 26/6/2023 về việc ban hành "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19"*. Hà Nội.

4. World Health Organization (2023). *Clinical Management of COVID-19: Living Guideline*. Geneva.

18. BỆNH DO VI RÚT EBOLA

I. ĐẠI CƯƠNG

- Bệnh do Ebola virus (Zaire, Sudan...), lây truyền qua tiếp xúc trực tiếp với máu, dịch tiết, cơ quan, hoặc các chất dịch cơ thể khác của người/động vật nhiễm bệnh.

- Bệnh có tỷ lệ tử vong rất cao. Các biến chứng nặng nề bao gồm: sốc giảm thể tích, rối loạn đông máu nội mạch rải rác, suy đa tạng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Giai đoạn khởi phát: Sốt cao đột ngột (≥ 38°C), mệt mỏi dữ dội, đau cơ, đau đầu, đau họng.

- Giai đoạn toàn phát: Nôn mửa, tiêu chảy nhiều (phân nước/máu), phát ban ban đỏ dát sẩn.

- Giai đoạn nặng: Xuất huyết niêm mạc (chảy máu chân răng, tiêu hóa, xuất huyết âm đạo bất thường), thiểu niệu/vô niệu do suy thận, suy gan.

2. Yếu tố dịch tễ

- Cư trú tại, đi về từ vùng đang có dịch, hoặc có tiếp xúc trực tiếp với ca bệnh/nghi ngờ nhiễm Ebola (bao gồm cả tử thi) trong vòng 21 ngày qua.

3. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm đặc hiệu (RT-PCR phát hiện virus Ebola): (Cần cách ly lập tức, báo cáo CDC tuyến tỉnh hỗ trợ lấy mẫu và chuyển tuyến).

- Xét nghiệm hỗ trợ (CTM, CRP, Sinh hóa gan thận, Điện giải đồ, Đông máu toàn bộ): Đánh giá tình trạng mất nước, chức năng tạng và biến chứng suy đa tạng. Tuyệt đối hạn chế lấy máu nhiều lần để giảm rủi ro phơi nhiễm.

4. Chẩn đoán phân biệt

- Sốt rét, Sốt xuất huyết Dengue, Thương hàn, Nhiễm trùng huyết do vi khuẩn, Bệnh do vi rút Marburg.

III. ĐIỀU TRỊ VÀ XỬ TRÍ BAN ĐẦU TẠI TUYẾN CƠ SỞ

1. Nguyên tắc

- Cách ly tuyệt đối nghiêm ngặt phòng lây nhiễm ngay khi nghi ngờ.
- Điều trị hỗ trợ tích cực (bù dịch, điện giải) là nền tảng sống còn.
- Kháng sinh theo kinh nghiệm khi nghi bội nhiễm/nhiễm trùng cơ hội.
- Đảm bảo an toàn tối đa cho nhân viên y tế (tuân thủ tuyệt đối PPE cấp độ 4).
- Ổn định huyết động để phối hợp chuyển tuyến an toàn, kịp thời.

2. Cụ thể (Thuốc, liều dùng, đường dùng)

- Điều trị đặc hiệu (Kháng thể đơn dòng: Inmazeb, Ebanga): không có sẵn (Cần chuyển tuyến).

- Điều trị hỗ trợ (Thực hiện ngay tại Khu cách ly đặc biệt):

  + Bù dịch: Ringer Lactate hoặc Natri Clorua 0.9% (Truyền tĩnh mạch khối lượng lớn, đánh giá đáp ứng liên tục qua sinh hiệu).

+ Hạ sốt, giảm đau: Paracetamol (Partamol 500) truyền tĩnh mạch hoặc đường uống. (Lưu ý: tuyệt đối không dùng nhóm NSAIDs như Ibuprofen, Diclofenac... do làm tăng nguy cơ xuất huyết).

+ Chống nôn: Ondansetron tiêm tĩnh mạch.

+ Bảo vệ niêm mạc dạ dày: Thuốc ức chế bơm proton (PPI) hoặc kháng H2 tĩnh mạch để phòng xuất huyết tiêu hóa.

+ Vận mạch: Norepinephrine (Chỉ định khi sốc không đáp ứng với phác đồ bù dịch tích cực).

- Kháng sinh (Chỉ dùng khi nghi ngờ nhiễm trùng cơ hội/bội nhiễm):

+ Ceftriaxone 1g - 2g/ngày (Tiêm tĩnh mạch chậm) hoặc phối hợp theo đánh giá lâm sàng thực tế tại đơn vị.

3. Điều trị hỗ trợ khác

- Theo dõi sát sinh hiệu/huyết động mỗi 1-2 giờ.
- Hạn chế tối đa các thủ thuật xâm lấn không cần thiết (chỉ thiết lập 1-2 đường truyền tĩnh mạch chắc chắn).
- Quản lý chất thải y tế theo quy định xử lý chất thải lây nhiễm cấp độ cao nhất.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN VÀ CÁCH LY

- Áp dụng tiêu chí cấp cứu theo Quyết định số 79/QĐ-BYT (09/01/2026).
- Nhập viện và cách ly nghiêm ngặt ngay lập tức 100% các ca nghi ngờ có yếu tố dịch tễ và triệu chứng cấp tính.

V. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Bệnh do vi rút Ebola vượt quá khả năng chuyên môn và trang thiết bị hiện có của TTYT.
- Thực hiện chuyển tuyến tất cả các ca nghi ngờ lên bệnh viện tuyến trên (có phòng cách ly áp lực âm và khả năng điều trị sinh học).
- Điều kiện chuyển tuyến: Sau khi đã bù dịch, thiết lập đường truyền tĩnh mạch chắc chắn và ổn định huyết động cơ bản (HA tâm thu > 90mmHg).

VI. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- (Chủ yếu áp dụng cho cơ sở điều trị tuyến cuối): Hết sốt liên tục tối thiểu 48 giờ, xét nghiệm RT-PCR máu 2 lần liên tiếp âm tính (cách nhau ít nhất 48h), lâm sàng ổn định, không có biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2026). *ban hành kèm theo Quyết định số 1505/QĐ-BYT ngày 25/05/2026 của Bộ trưởng Bộ Y tế Quyết định số 1505/QĐ-BYT ngày 25/05/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh do vi rút Ebola"*. Hà Nội.

19. SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE NGƯỜI LỚN

(ICD-10: A97.0, A97.9)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Sốt xuất huyết Dengue là bệnh truyền nhiễm cấp tính do virus Dengue lây truyền qua muỗi *Aedes*, đặc trưng bởi sốt cao đột ngột và có thể tiến triển qua 3 giai đoạn (giai đoạn sốt, giai đoạn nguy hiểm, giai đoạn hồi phục).

- Biến chứng nguy hiểm nhất là sốc do thoát huyết tương và xuất huyết nặng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Sốt cao đột ngột, liên tục từ 2–7 ngày, kèm đau đầu, đau mỏi cơ khớp, chán ăn, buồn nôn, nghiệm pháp dây thắt dương tính.

- Dấu hiệu cảnh báo (trong giai đoạn nguy hiểm - từ ngày 3 đến ngày 7): Đau bụng nhiều, nôn ói liên tục, gan to > 2cm, xuất huyết niêm mạc (chảy máu cam, chảy máu chân răng, kinh nguyệt nhiều), tiểu cầu giảm nhanh kèm Hematocrit tăng cao, li bì hoặc bứt rứt vật vã.

- Phân độ theo WHO: Độ I, Độ II (sốt xuất huyết không có dấu hiệu cảnh báo / có dấu hiệu cảnh báo), Độ III (sốc còn bù), Độ IV (sốc nặng, mạch huyết áp không đo được).

2. Cận lâm sàng

- CTM (Hct, tiểu cầu - theo dõi định kỳ).

- NS1/IgM Dengue nếu phù hợp thời gian bệnh.

- Điện giải đồ, chức năng gan, đông máu nếu nặng.

- Siêu âm bụng (dịch ổ bụng, dày thành túi mật).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Sốt virus khác

- Nhiễm khuẩn huyết

- Sốt rét

4. Phân độ

- Độ I: sốt kèm dấu hiệu không đặc hiệu, dấu dây thắt dương tính.

- Độ II: như độ I kèm xuất huyết tự nhiên (da, niêm mạc).

- Độ III: dấu hiệu suy tuần hoàn (mạch nhanh nhẹ, HA kẹt/tụt, da lạnh) - sốc còn bù.

- Độ IV: sốc nặng, mạch/HA không đo được.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Điều trị triệu chứng và bù dịch theo phân độ; theo dõi sát Hct, tiểu cầu và các dấu hiệu cảnh báo trong giai đoạn nguy hiểm (ngày 3-7). KHÔNG dùng kháng sinh; hạ sốt chỉ dùng Paracetamol, tuyệt đối tránh Aspirin và NSAIDs.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- **Hạ sốt:** Dùng Paracetamol (Hapacol/Partamol 500mg) liều 10–15 mg/kg/lần x 3–4 lần/ngày (khoảng cách giữa 2 lần uống tối thiểu 4–6 giờ, tổng liều không quá 3g/ngày). Tuyệt đối không dùng Aspirin/NSAIDs.

- **Bù dịch đường uống:** Khuyến khích uống nhiều Oresol, nước hoa quả, nước cháo muối nếu không có dấu hiệu cảnh báo và ăn uống được.

- **Có dấu hiệu cảnh báo:** Truyền dịch tĩnh mạch dung dịch đẳng trương (NaCl 0.9% hoặc Ringer Lactat) với tốc độ 6–7 ml/kg/giờ trong 1–3 giờ, sau đó điều chỉnh theo diễn biến lâm sàng và Hct.

- **Sốc Dengue (Độ III, IV):** Truyền dịch nhanh Ringer Lactat hoặc NaCl 0.9% với tốc độ 15–20 ml/kg/giờ trong 1 giờ đầu, sau đó giảm dần theo đáp ứng lâm sàng và Hct. Xem xét truyền dịch cao phân tử (Dextran 40 hoặc HES) nếu thất bại với dịch tinh thể.

- **Truyền tiểu cầu:** Chỉ định khi tiểu cầu giảm rất sâu ($< 5000/\text{mm}^3$) hoặc tiểu cầu $< 50{,}000/\text{mm}^3$ kèm theo xuất huyết nặng đe dọa tính mạng.

3. Điều trị hỗ trợ

Hạ sốt, bù dịch-điện giải, dinh dưỡng đầy đủ, theo dõi sát dấu hiệu nặng/biến chứng trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Hematocrit, tiểu cầu mỗi 6-12 giờ trong giai đoạn nguy hiểm (ngày 3-7), tăng tần suất nếu có dấu hiệu cảnh báo.

- Siêu âm bụng/màng phổi kiểm tra tràn dịch khi nghi thoát huyết tương.

- Đông máu toàn bộ nếu xuất huyết nặng hoặc sốc kéo dài.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Có bất kỳ **dấu hiệu cảnh báo** nào: Đau bụng nhiều, nôn ói liên tục, xuất huyết niêm mạc nặng, gan to > 2cm, tiểu cầu giảm nhanh kèm Hct tăng cao.

- Có dấu hiệu sốc: Mạch nhanh nhẹ, huyết áp kẹt/tụt, chi lạnh, da ẩm.

- Tiểu cầu giảm dưới $100{,}000/\text{mm}^3$ kèm dấu hiệu cảnh báo, hoặc dưới $50{,}000/\text{mm}^3$ dù chưa có dấu hiệu cảnh báo rõ.

- Cơ địa đặc biệt: Phụ nữ mang thai, người cao tuổi, trẻ nhỏ béo phì, bệnh nền mạn tính (thận mạn, tiểu đường, tim mạch).

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết sốt tối thiểu 48 giờ liên tục mà không dùng thuốc hạ sốt.

- Tổng trạng hồi phục tốt, ăn uống ngon miệng, huyết động ổn định, không còn dấu hiệu xuất huyết hay thoát huyết tương.

- Số lượng tiểu cầu có xu hướng hồi phục (thường $\geq 50{,}000/\text{mm}^3$ và đang tăng lên), Hematocrit trở về ổn định bình thường.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Sốc Dengue không đáp ứng với truyền dịch ban đầu (sốc kéo dài), xuất huyết nặng (xuất huyết tiêu hóa nặng, xuất huyết não), suy tạng (suy gan, suy thận cấp) cần chuyển tuyến điều trị tại khoa Hồi sức cấp cứu (ICU) chuyên khoa truyền nhiễm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2023). *Quyết định số 2760/QĐ-BYT ngày 04/7/2023 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị Sốt xuất huyết Dengue"*. Hà Nội.

4. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

PHẦN B: LAO

1. LAO HÔ HẤP CÓ XÁC NHẬN VỀ VI KHUẨN HỌC

(ICD-10: A15)

I. ĐẠI CƯƠNG

Lao là bệnh nhiễm trùng mạn tính do vi khuẩn Mycobacterium tuberculosis gây ra, lây truyền chủ yếu qua đường hô hấp, có thể gây tổn thương ở phổi (thường gặp nhất) hoặc bất kỳ cơ quan nào trong cơ thể. Việt Nam là một trong các quốc gia có gánh nặng bệnh Lao cao, điều trị cần tuân thủ phác đồ chuẩn của Chương trình Chống lao Quốc gia để tránh kháng thuốc.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

Ho kéo dài trên 3 tuần, sốt nhẹ về chiều, đổ mồ hôi đêm, sụt cân, mệt mỏi, có thể ho ra máu.

2. Cận lâm sàng

- Soi đờm tìm AFB trực tiếp (tối thiểu 2 mẫu), GeneXpert (Xpert MTB/RIF).

- X-quang ngực thẳng (hình ảnh tổn thương thâm nhiễm, nốt, hang, xơ).

- Công thức máu, chức năng gan, thận trước điều trị (đánh giá độc tính thuốc).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm phổi mắc phải cộng đồng

- Ung thư phổi

- Giãn phế quản bội nhiễm.

4. Phân độ

Lao mới và lao tái phát/thất bại điều trị/lao kháng thuốc (theo phân loại điều trị của Chương trình chống Lao Quốc gia).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Phối hợp các thuốc chống lao đúng nguyên tắc (đúng thuốc, đúng liều, đủ thời gian, đều đặn), có kiểm soát trực tiếp (DOTS).

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- *Giai đoạn tấn công (2 tháng):* Sử dụng viên phối hợp liều cố định 4 thuốc RHZE (Rifampicin 150mg + Isoniazid 75mg + Pyrazinamid 400mg + Ethambutol 275mg) uống 1 lần/ngày vào lúc đói. Liều theo cân nặng: 3 viên/ngày (nếu 38–54 kg) hoặc 4 viên/ngày (nếu 55–70 kg).

- *Giai đoạn duy trì (4 tháng):* Sử dụng viên phối hợp Rifampicin + Isoniazid (RH) uống 1 lần/ngày theo cân nặng.

- *Thuốc hỗ trợ:* Vitamin B6 (Pyridoxin) 25mg/ngày để phòng ngừa viêm đa dây thần kinh do Isoniazid.

3. Điều trị hỗ trợ

Hạ sốt, bù dịch-điện giải, dinh dưỡng đầy đủ, theo dõi sát dấu hiệu nặng/biến chứng trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

Soi đờm AFB/GeneXpert kiểm tra tháng thứ 2, tháng thứ 5 theo phác đồ DOTS; chức năng gan định kỳ (độc tính thuốc lao)

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Lao phổi mới kèm triệu chứng nặng: Ho ra máu nhiều, khó thở, sốt cao kéo dài, suy kiệt.

- Có biến chứng: Tràn dịch/tràn khí màng phổi, suy hô hấp, tổn thương phổi lan tỏa rộng.

- Điều kiện cách ly tại nhà không đảm bảo kiểm soát lây nhiễm; hoặc không đáp ứng điều trị ngoại trú. Áp dụng tiêu chí tình trạng cấp cứu theo quy định hiện hành của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết sốt liên tục tối thiểu 48 giờ, các triệu chứng cấp cải thiện rõ, ăn uống và vận động bình thường, không còn dấu hiệu biến chứng nặng.

- Đã ổn định lâm sàng, chuyển sang giai đoạn duy trì ngoại trú có giám sát (DOTS), chức năng gan trong giới hạn an toàn để tiếp tục dùng thuốc.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Diễn tiến nặng vượt quá khả năng chuyên môn hoặc trang thiết bị của Trung tâm Y tế (cần can thiệp khoa hồi sức tích cực - ICU, phẫu thuật lồng ngực chuyên sâu, hoặc kỹ thuật cao chưa triển khai).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2024). *Quyết định số 162/QĐ-BYT ngày 19/1/2024 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh lao"*. Hà Nội.

4. World Health Organization (2022). *WHO Consolidated Guidelines on Tuberculosis*. Geneva.

2. LAO HÔ HẤP KHÔNG XÁC NHẬN VI KHUẨN

(ICD-10: A16)

I. ĐẠI CƯƠNG

Lao là bệnh nhiễm trùng mạn tính do vi khuẩn Mycobacterium tuberculosis gây ra, lây truyền chủ yếu qua đường hô hấp, có thể gây tổn thương ở phổi (thường gặp nhất) hoặc bất kỳ cơ quan nào trong cơ thể. Việt Nam là một trong các quốc gia có gánh nặng bệnh Lao cao, điều trị cần tuân thủ phác đồ chuẩn của Chương trình Chống lao Quốc gia để tránh kháng thuốc.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

Ho, sốt nhẹ về chiều, mệt mỏi, sụt cân.

2. Cận lâm sàng

- AFB đờm âm tính lặp lại nhưng lâm sàng và X-quang phù hợp tổn thương lao.

- Xpert MTB/RIF (nếu có), X-quang ngực thẳng (tổn thương nghi lao).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm phổi do vi khuẩn không điển hình

- Ung thư phổi

- Nấm phổi

4. Phân độ

Lao mới và lao tái phát/thất bại điều trị/lao kháng thuốc (theo phân loại điều trị của Chương trình chống Lao Quốc gia)

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Tuân thủ nguyên tắc điều trị lao chuẩn theo Chương trình Chống lao Quốc gia sau khi đã loại trừ hoặc cân nhắc kỹ các chẩn đoán phân biệt.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- *Giai đoạn tấn công (2 tháng):* RHZE liều theo cân nặng tương tự thể có xác nhận vi khuẩn.

- *Giai đoạn duy trì (4 tháng):* RH uống 1 lần/ngày.

- *Hỗ trợ:* Vitamin B6 25mg/ngày.

3. Điều trị hỗ trợ

Hạ sốt, bù dịch-điện giải, dinh dưỡng đầy đủ, theo dõi sát dấu hiệu nặng/biến chứng trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

Soi đờm AFB/GeneXpert kiểm tra tháng thứ 2, tháng thứ 5 theo phác đồ DOTS; chức năng gan định kỳ (độc tính thuốc lao)

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Triệu chứng lâm sàng và hình ảnh X-quang tiến triển nặng, cần theo dõi sát đáp ứng điều trị.

- Có triệu chứng ho ra máu, sụt cân nhanh, sốt kéo dài không cải thiện.

- Cần thực hiện các thăm dò chuyên sâu nội trú để loại trừ ung thư phổi, nấm phổi hoặc có bệnh nền phức tạp.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết sốt, các triệu chứng hô hấp cải thiện rõ, thể trạng ổn định.

- Đã chuyển sang giai đoạn điều trị ngoại trú có giám sát DOTS, chức năng gan ổn định.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Bệnh diễn biến nặng, xuất hiện biến chứng hoặc vượt quá năng lực chuyên môn của đơn vị (cần chụp CT/MRI chuyên sâu, hội chẩn chuyên khoa tuyến trên).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2020). *Quyết định số 1314/QĐ-BYT ngày 24/3/2020 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh lao"*. Hà Nội.

4. World Health Organization (2022). *WHO Consolidated Guidelines on Tuberculosis*. Geneva.

3. LAO KÊ

(ICD-10: A19)

I. ĐẠI CƯƠNG

Lao kê là thể lao nặng do vi khuẩn Lao lan tràn theo đường máu đến nhiều cơ quan, tạo các tổn thương dạng hạt kê nhỏ đồng đều trên X-quang phổi. Đây là thể lao nặng, có thể kèm lao màng não, cần điều trị tích cực và theo dõi sát do tỷ lệ tử vong cao nếu chẩn đoán muộn.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng: Sốt cao kéo dài, suy kiệt nhanh, triệu chứng hô hấp (khó thở, tím tái) và có thể kèm tổn thương các cơ quan khác (gan, lách, màng não).

2. Cận lâm sàng

- AFB đờm, Xpert MTB/RIF nếu có điều kiện.

- CTM, chức năng gan-thận.

- X-quang ngực (hình ảnh nốt kê lan tỏa hai phổi).

3. Chẩn đoán phân biệt: Di căn phổi dạng kê, bệnh phổi mô kẽ, nấm phổi lan tỏa.

4. Phân độ

Không phân độ chính thức; đánh giá mức độ suy hô hấp và tổn thương đa cơ quan kèm theo (lao màng não, lao gan-lách)

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Tiến hành điều trị chống lao toàn diện ngay khi có chẩn đoán hoặc nghi ngờ cao, kết hợp hỗ trợ hô hấp và Corticoid trong trường hợp nặng.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- *Phác đồ chống lao:* Giai đoạn tấn công 2 tháng (RHZE) kết hợp giai đoạn duy trì kéo dài từ 4 - 7 tháng (tùy thuộc có kèm lao màng não hay không).

- *Corticoid hỗ trợ:* Prednisolon 1mg/kg/ngày trong trường hợp suy hô hấp nặng hoặc có kèm lao màng não, giảm liều dần sau 2-3 tuần.

- *Hỗ trợ hô hấp:* Thở oxy duy trì SpO2, chuẩn bị chuyển tuyến nếu cần hỗ trợ hô hấp nâng cao.

3. Điều trị hỗ trợ

Hạ sốt, bù dịch-điện giải, dinh dưỡng đầy đủ, theo dõi sát dấu hiệu nặng/biến chứng trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- SpO2, X-quang ngực theo dõi tiến triển; chức năng gan định kỳ (độc tính thuốc lao liều cao)

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- **TẤT CẢ** các trường hợp lao kê đều bắt buộc phải nhập viện điều trị nội trú cấp cứu do bệnh rất nặng và nguy cơ tử vong cao.

- Có suy hô hấp tiến triển, sốt cao không cắt, thể trạng suy kiệt hoặc nghi ngờ có tổn thương lao màng não, lao gan lách.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết sốt, tình trạng suy hô hấp đã được giải quyết hoàn toàn, X-quang phổi cải thiện rõ rệt.

- Chức năng gan thận ổn định, người bệnh ăn uống tốt và sẵn sàng tiếp tục duy trì phác đồ ngoại trú.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Suy hô hấp nặng cần thở máy, diễn tiến nặng vượt quá khả năng điều trị tại tuyến cơ sở (cần chuyển Khoa Hồi sức tích cực hoặc Bệnh viện tuyến tỉnh/trung ương).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2020). *Quyết định số 1314/QĐ-BYT ngày 24/3/2020 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh lao"*. Hà Nội.

4. World Health Organization (2022). *WHO Consolidated Guidelines on Tuberculosis*. Geneva.

4. DI CHỨNG DO LAO / LAO CŨ

(ICD-10: B90)

I. ĐẠI CƯƠNG

Di chứng do Lao/Lao cũ là các tổn thương giải phẫu còn lại sau khi bệnh Lao đã được điều trị khỏi (xơ hóa, giãn phế quản, hang lao cũ), có thể gây triệu chứng hô hấp mạn tính hoặc biến chứng như ho ra máu tái phát, bội nhiễm.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

Ho khạc đàm kéo dài, khó thở khi gắng sức, có thể có tiền sử ho ra máu tái diễn.

2. Cận lâm sàng

- AFB đờm để loại trừ lao đang hoạt động.

- X-quang ngực (xơ, vôi hóa, giãn phế quản di chứng)

3. Chẩn đoán phân biệt

- Lao tái hoạt động

- Giãn phế quản do nguyên nhân khác

- Nấm phổi Aspergillus trên hang lao cũ

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Điều trị triệu chứng, giải quyết đợt bội nhiễm, phục hồi chức năng hô hấp; **không** điều trị thuốc chống lao nếu không có bằng chứng lao tái hoạt động.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- *Điều trị bội nhiễm hô hấp cấp:* Kháng sinh phổ rộng như Amoxicillin - Clavulanic 1g x 2 lần/ngày hoặc Cefuroxim 500mg x 2 lần/ngày trong 7 - 10 ngày.

- *Xử trí ho ra máu tái phát lượng ít:* Tranexamic acid 250mg - 500mg x 3 lần/ngày uống. Trường hợp ho ra máu lượng nhiều cần xử trí cấp cứu và chuyển tuyến chuyên khoa.

- *Giãn phế quản kèm theo:* Tập vật lý trị liệu hô hấp, dẫn lưu tư thế.

3. Điều trị hỗ trợ

Hạ sốt, bù dịch-điện giải, dinh dưỡng đầy đủ, theo dõi sát dấu hiệu nặng/biến chứng trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- X-quang ngực định kỳ theo dõi tổn thương cũ; CTM nếu ho ra máu tái phát.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Có đợt cấp/bội nhiễm hô hấp nặng (sốt cao, ho đàm mủ tăng nhiều, khó thở tăng).

- Ho ra máu tái phát lượng trung bình đến nhiều.

- Suy hô hấp mạn tiến triển cần hỗ trợ thở oxy hoặc thông khí hỗ trợ.

- Nghi ngờ có biến chứng u nấm phổi (Aspergilloma) trên hang lao cũ cần khảo sát nội trú.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

Hết sốt, tình trạng bội nhiễm hô hấp được kiểm soát ổn định, hết ho ra máu, các chỉ số sinh hiệu trở về bình thường.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Ho ra máu tái phát lượng nhiều không đáp ứng điều trị nội khoa tại chỗ, hoặc cần can thiệp ngoại khoa/nút mạch phế quản

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2020). *Quyết định số 1314/QĐ-BYT ngày 24/3/2020 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh lao"*. Hà Nội.

4. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

5. LAO CỘT SỐNG

(ICD-10: M49.0*/A18.0)

I. ĐẠI CƯƠNG

Lao cột sống (bệnh Pott) là thể lao ngoài phổi phổ biến nhất trong nhóm lao xương khớp, do vi khuẩn lao phá hủy thân đốt sống và đĩa đệm, có nguy cơ gây gù vẹo cột sống và chèn ép tủy sống gây liệt nếu không điều trị kịp thời.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

Đau khu trú tại vùng cột sống bị tổn thương, hạn chế vận động, có thể thấy ổ áp xe lạnh cạnh cột sống hoặc dấu hiệu chèn ép thần kinh/tủy sống (yếu liệt chi, rối loạn cơ tròn).

2. Cận lâm sàng

- CTM, CRP, tốc độ máu lắng.
- AFB/Xpert từ dịch chọc hút ổ áp xe lạnh nếu có thể lấy mẫu.
- X-quang cột sống (hẹp khe đĩa đệm, xẹp thân sống).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm cột sống đĩa đệm do vi khuẩn sinh mủ
- Di căn xương cột sống
- Loãng xương gây xẹp đốt sống

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Phối hợp điều trị chống lao toàn thân dài ngày kết hợp bất động cột sống đúng cách và can thiệp ngoại khoa khi có chỉ định chèn ép tủy.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- *Phác đồ chống lao:* Giai đoạn tấn công 2 tháng (RHZE) và duy trì kéo dài từ 6 - 9 tháng (hoặc theo hướng dẫn riêng của chương trình lao cho lao xương khớp).
- *Giảm đau, kháng viêm:* Paracetamol 500mg x 3 lần/ngày khi đau nhiều.
- *Bất động:* Sử dụng áo nẹp cột sống định hình khi đi lại.

3. Điều trị hỗ trợ

Hạ sốt, bù dịch-điện giải, dinh dưỡng đầy đủ, theo dõi sát dấu hiệu nặng/biến chứng trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

X-quang ngực định kỳ theo dõi tổn thương cũ; CTM nếu ho ra máu tái phát.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Mới phát hiện lao cột sống có đau nhiều, có nguy cơ hoặc đã có dấu hiệu chèn ép thần kinh/tủy sống (yếu chi, tê bì, rối loạn tiểu tiện).

- Có ổ áp xe lạnh lớn lan rộng hoặc có biến chứng bội nhiễm.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Đau cột sống giảm hẳn, không còn dấu hiệu chèn ép thần kinh, vận động cột sống trong giới hạn cho phép với áo nẹp.

- Đã chuyển sang giai đoạn duy trì thuốc lao ngoại trú ổn định.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Có dấu hiệu chèn ép tủy tiến triển nặng (liệt chi nhanh, mất cảm giác, rối loạn cơ tròn) cần chuyển tuyến chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình hoặc Ngoại thần kinh để can thiệp phẫu thuật giải áp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2024). *Quyết định số 162/QĐ-BYT ngày 19/1/2024 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh lao"*. Hà Nội.

4. World Health Organization (2022). *WHO Consolidated Guidelines on Tuberculosis*. Geneva.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

6. LAO BÀNG QUANG

(ICD-10: N33.0 / A18.1*)

I. ĐẠI CƯƠNG

Lao bàng quang là thể lao tiết niệu sinh dục thường thứ phát sau lao phổi, gây tổn thương viêm mạn tính niêm mạc bàng quang, dẫn đến triệu chứng tiểu buốt, tiểu rắt, đái máu và có nguy cơ gây hẹp niệu quản, ứ nước thận, suy thận mạn.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

Hội chứng bàng quang kích thích kéo dài (tiểu buốt, tiểu rắt, tiểu nhiều lần cả ngày lẫn đêm), đái máu đại thể hoặc vi thể, đau tức vùng hạ vị.

2. Cận lâm sàng

- Tổng phân tích nước tiểu (bạch cầu niệu vô khuẩn), AFB niệu/cấy nước tiểu tìm lao nếu có điều kiện

- Siêu âm bụng-tiết niệu.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Nhiễm khuẩn tiết niệu thông thường

- Ung thư bàng quang

- Sỏi tiết niệu

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Áp dụng phác đồ hóa trị liệu chống lao toàn thân chuẩn kết hợp theo dõi sát chức năng thận và đường dẫn niệu.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- *Phác đồ chống lao:* Giai đoạn tấn công 2 tháng (RHZE) + Giai đoạn duy trì 4 tháng (RH) theo cân nặng.

- *Điều trị triệu chứng:* Giảm đau, chống co thắt cơ trơn bàng quang (như Phloroglucinol hoặc Paracetamol 500mg khi cần).

3. Điều trị hỗ trợ

Hạ sốt, bù dịch-điện giải, dinh dưỡng đầy đủ, theo dõi sát dấu hiệu nặng/biến chứng trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

Tổng phân tích nước tiểu, chức năng thận định kỳ; UIV/CT hệ tiết niệu theo dõi biến chứng hẹp niệu quản.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Đái máu đại thể nhiều gây thiếu máu hoặc tạo máu cục bít tắc đường tiểu.

- Đau tức vùng hạ vị/hông lưng dữ dội, có biến chứng hẹp niệu quản gây ứ nước thận hoặc suy thận cấp/mạn.

- Nhiễm trùng tiết niệu nặng kèm theo sốt cao.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết đái máu, các triệu chứng kích thích bàng quang thuyên giảm rõ rệt, chức năng thận ổn định.

- Đã chuyển sang duy trì thuốc lao ngoại trú.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Biến chứng hẹp niệu quản nặng gây ứ nước độ cao, suy thận tiến triển hoặc cần can thiệp ngoại khoa niệu khoa (đặt Stent niệu quản, mở thận ra da).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2024). *Quyết định số 162/QĐ-BYT ngày 19/1/2024 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh lao"*. Hà Nội.

4. World Health Organization (2022). *WHO Consolidated Guidelines on Tuberculosis*. Geneva.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

7. LAO THỰC QUẢN

(ICD-10: K23.0 / A18.8*)

I. ĐẠI CƯƠNG

Lao thực quản là thể lao ngoài phổi hiếm gặp, thường do vi khuẩn lao lan trực tiếp từ hạch trung thất hoặc theo đường máu, gây loét hoặc hẹp lòng thực quản với biểu hiện nuốt nghẹn tiến triển, dễ nhầm lẫn với ung thư thực quản.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

Nuốt nghẹn tăng dần từ đặc đến lỏng, đau sau xương ức khi nuốt, sụt cân nhiều, có thể ho sặc khi ăn uống (nếu có rò thực quản - khí phế quản).

2. Cận lâm sàng

- AFB/mô bệnh học từ mẫu sinh thiết nếu nội soi được thực hiện
- Nội soi tiêu hóa trên (đánh giá tổn thương, sinh thiết)
- X-quang ngực tìm tổn thương lao phổi phối hợp

3. Chẩn đoán phân biệt

- Ung thư thực quản
- Hẹp thực quản do nguyên nhân khác
- Nấm thực quản

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Sử dụng phác đồ chống lao toàn thân chuẩn kết hợp nuôi dưỡng đầy đủ và điều trị biến chứng hẹp/rò nếu có.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- *Phác đồ chống lao:* Giai đoạn tấn công 2 tháng (RHZE) + Giai đoạn duy trì 4 tháng (RH).

- *Thuốc hỗ trợ dạ dày - thực quản:* Thuốc ức chế bơm proton (PPI) như Omeprazol 20mg x 1 lần/ngày để giảm tiết acid tránh kích thích ổ loét thực quản.

- *Dinh dưỡng:* Nuôi dưỡng qua ống thông dạ dày (sonde) nếu nuốt nghẹn nặng không ăn uống được đường miệng.

3. Điều trị hỗ trợ

Hạ sốt, bù dịch-điện giải, dinh dưỡng đầy đủ, theo dõi sát dấu hiệu nặng/biến chứng trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

Nội soi thực quản kiểm tra đáp ứng điều trị; theo dõi tình trạng dinh dưỡng.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Nuốt nghẹn nặng gây suy dinh dưỡng nặng, mất nước và điện giải.

- Nghi ngờ biến chứng rò thực quản - khí phế quản (ho sặc sụa mỗi khi ăn uống, sốt, đau ngực trung thất) hoặc xuất huyết tiêu hóa cao.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Khả năng nuốt cải thiện, người bệnh có thể ăn uống được thức ăn mềm/lỏng, dinh dưỡng ổn định, không còn dấu hiệu rò.

- Đã chuyển sang duy trì thuốc lao ngoại trú.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Hẹp thực quản khít không đáp ứng điều trị nội khoa cần nong thực quản hoặc đặt Stent; hoặc có biến chứng rò thực quản - trung thất/khí phế quản cần phẫu thuật cấp cứu tuyến trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2024). *Quyết định số 162/QĐ-BYT ngày 19/1/2024 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh lao"*. Hà Nội.

4. World Health Organization (2022). *WHO Consolidated Guidelines on Tuberculosis*. Geneva.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

8. LAO RUỘT - PHÚC MẠC - TUYẾN MẠC TREO

(ICD-10: K93.0 / A18.3*)

I. ĐẠI CƯƠNG

Là thể lao ngoài phổi tại đường tiêu hóa và ổ bụng, biểu hiện bằng đau bụng mạn tính, rối loạn tiêu hóa, cổ trướng hoặc các biến chứng bán tắc/tắc ruột, đòi hỏi phải phân biệt kỹ với các bệnh lý ác tính ổ bụng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng: Đau âm ỉ vùng bụng quanh rốn hoặc toàn bụng, rối loạn tiêu hóa (táo bón hoặc tiêu chảy xen kẽ), chướng bụng, có thể sờ thấy khối u vùng hố chậu phải hoặc bụng có dịch cổ trướng.

2. Cận lâm sàng

- CTM, CRP, tốc độ máu lắng.
- AFB/Xpert dịch cổ trướng nếu chọc dò được
- Siêu âm bụng (dịch cổ trướng, dày phúc mạc, hạch mạc treo)

3. Chẩn đoán phân biệt

- Ung thư phúc mạc/carcinomatosis.
- Viêm phúc mạc do nguyên nhân khác.
- Bệnh Crohn.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Phác đồ hóa trị liệu chống lao toàn thân chuẩn kết hợp điều trị triệu chứng và giải quyết biến chứng ổ bụng.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- *Phác đồ chống lao:* Giai đoạn tấn công 2 tháng (RHZE) + Giai đoạn duy trì 4 tháng (RH).

- *Giảm đau:* Paracetamol 500mg x 3 lần/ngày (tránh dùng NSAIDs do nguy cơ tổn thương niêm mạc tiêu hóa).

- *Điều trị cổ trướng nhiều:* Chọc tháo dịch báng giảm áp khi gây khó thở nhiều, kết hợp thuốc lợi tiểu kháng Aldosterone (Spironolacton 50mg - 100mg/ngày) nếu cần.

3. Điều trị hỗ trợ

Hạ sốt, bù dịch-điện giải, dinh dưỡng đầy đủ, theo dõi sát dấu hiệu nặng/biến chứng trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

Siêu âm bụng theo dõi dịch báng và tổn thương; chức năng gan định kỳ.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Đau bụng cấp tính nghi ngờ biến chứng tắc ruột, thủng ruột (bụng ngoại khoa).

- Cổ trướng lượng nhiều gây chướng căng bụng, khó thở.

- Sốt kéo dài, sụt cân nhanh, rối loạn tiêu hóa nặng làm suy kiệt người bệnh.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

Hết đau bụng cấp, cổ trướng được kiểm soát hoặc hấp thu tốt, người bệnh ăn uống tiêu hóa bình thường.

Đã chuyển sang duy trì điều trị lao ngoại trú.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Có biến chứng ngoại khoa cấp tính (tắc ruột cơ học hoàn toàn, thủng tạng rỗng, chảy máu tiêu hóa nặng) cần chuyển khoa Ngoại tổng quát tuyến tỉnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2024). *Quyết định số 162/QĐ-BYT ngày 19/1/2024 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh lao"*. Hà Nội.

4. World Health Organization (2022). *WHO Consolidated Guidelines on Tuberculosis*. Geneva.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

9. LAO TIỀM ẨN

(ICD-10: Z22.2)

I. ĐẠI CƯƠNG

Lao tiềm ẩn là tình trạng cơ thể nhiễm vi khuẩn *Mycobacterium tuberculosis* nhưng chưa có biểu hiện bệnh hoạt động (không có triệu chứng lâm sàng, X-quang phổi bình thường), được phát hiện qua test Mantoux (IDR) hoặc xét nghiệm IGRA dương tính. Điều trị dự phòng giúp giảm nguy cơ tiến triển thành lao bệnh.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng: Hoàn toàn **không** có triệu chứng lâm sàng của bệnh lao.

2. Cận lâm sàng

- Test Mantoux (IDR) hoặc IGRA nếu có điều kiện

- X-quang ngực thẳng bình thường, **không** có bằng chứng tổn thương lao hoạt động.

3. Chẩn đoán phân biệt: Đã từng tiêm phòng BCG gây dương tính giả (cần đánh giá yếu tố tiếp xúc nguồn lây); hoặc loại trừ giai đoạn sớm của lao hoạt động.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Điều trị dự phòng lao tiềm ẩn bằng thuốc kháng lao đơn trị hoặc phối hợp ngắn ngày theo hướng dẫn của Chương trình Chống lao Quốc gia sau khi đã loại trừ hoàn toàn lao hoạt động.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- *Phác đồ kinh điển:* Isoniazid (INH) liều 5mg/kg/ngày (tối đa 300mg/ngày) uống 1 lần/ngày liên tục trong **6 tháng**.

- *Thuốc hỗ trợ:* Vitamin B6 (Pyridoxin) 25mg/ngày uống kèm theo để phòng ngừa độc tính thần kinh ngoại biên.

3. Điều trị hỗ trợ

Hạ sốt, bù dịch-điện giải, dinh dưỡng đầy đủ, theo dõi sát dấu hiệu nặng/biến chứng trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

Chức năng gan trước điều trị và định kỳ mỗi tháng trong quá trình điều trị dự phòng.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Thông thường điều trị dự phòng ngoại trú hoàn toàn.

- Chỉ nhập viện khi xuất hiện tác dụng phụ nặng của thuốc (viêm gan cấp do thuốc, dị ứng da nặng dạng phản vệ/Stevens-Johnson).

- Người bệnh chuyển thành lao hoạt động có triệu chứng nặng hoặc thuộc nhóm nguy cơ rất cao có kèm bệnh lý phức tạp cần theo dõi nội trú.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

Không xuất hiện tác dụng phụ nghiêm trọng của thuốc, chức năng gan trong giới hạn bình thường, người bệnh tiếp tục được cấp phát thuốc duy trì điều trị dự phòng ngoại trú.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Xảy ra biến chứng nặng do thuốc (viêm gan do thuốc không hồi phục, tổn thương thận) hoặc lao tiềm ẩn chuyển thành lao hoạt động kháng thuốc vượt khả năng quản lý của tuyến cơ sở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2024). *Quyết định số 162/QĐ-BYT ngày 19/1/2024 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh lao"*. Hà Nội.

4. World Health Organization (2022). *WHO Consolidated Guidelines on Tuberculosis*. Geneva.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva.

PHẦN V. NGOẠI KHOA - GÂY MÊ HỒI SỨC

1. CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN

(ICD-10: S36.9)

I. ĐẠI CƯƠNG

Chấn thương bụng kín là tổn thương các tạng trong ổ bụng do lực chấn thương không xuyên thấu thành bụng (tai nạn giao thông, ngã cao, va đập), có thể gây tổn thương tạng đặc (gan, lách, thận) hoặc tạng rỗng, nguy cơ chảy máu trong nặng cần đánh giá và theo dõi sát.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng: Đau bụng toàn thể hoặc khu trú, cứng thành bụng, phản ứng thành bụng, mạch nhanh, huyết áp tụt (nếu có mất máu nặng).

2. Cận lâm sàng

- CTM (Hct theo dõi mất máu), nhóm máu.

-Tổng phân tích nước tiểu (tìm máu niệu nếu nghi tổn thương thận).

- Siêu âm bụng (FAST - tìm dịch tự do, tổn thương tạng đặc).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Vỡ tạng đặc (gan, lách, thận).

- Vỡ tạng rỗng (viêm phúc mạc).

- Chấn thương thành bụng đơn thuần.

4. Phân độ

Phân độ tổn thương tạng đặc theo AAST (gan/lách): độ I-VI tăng dần mức độ nặng, quyết định điều trị bảo tồn hay phẫu thuật.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Ổn định tuần hoàn-hô hấp trước, kiểm soát đau, cố định/xử trí tổn thương theo mức độ; ưu tiên bảo tồn chức năng, hạn chế biến chứng thứ phát.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- *Hồi sức dịch:* NaCl 0,9% hoặc Ringer Lactat truyền nhanh 20 ml/kg trong 15–20 phút đầu nếu có dấu hiệu mất máu, đánh giá lại đáp ứng huyết động.

- *Giảm đau:* Tránh dùng NSAIDs (nguy cơ che lấp triệu chứng và tăng nguy cơ xuất huyết); ưu tiên sử dụng Paracetamol (Apotel 1000 mg truyền tĩnh mạch) khi huyết động ổn định.

- *Truyền máu:* Chỉ định truyền máu khi Hemoglobin < 7 g/dL hoặc ước tính mất máu $> 30\%$ thể tích tuần hoàn.

- *Xử trí ngoại khoa:* Điều trị bảo tồn nội khoa nếu huyết động ổn định và theo dõi sát; chỉ định chuyển mổ cấp cứu ngay nếu huyết động không ổn định hoặc có dấu hiệu vỡ tạng/thủng tạng rỗng.

3. Điều trị hỗ trợ

Giảm đau đầy đủ, dự phòng nhiễm trùng và huyết khối tĩnh mạch nếu bất động kéo dài, hướng dẫn vận động/PHCN sớm khi tình trạng cho phép.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

Hemoglobin/Hematocrit mỗi 4-6 giờ trong 24-48 giờ đầu; siêu âm bụng kiểm tra lại nếu huyết động không ổn định

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Huyết động không ổn định (mạch nhanh, huyết áp tụt) nghi xuất huyết nội

- Đau bụng tăng dần, phản ứng thành bụng, cảm ứng phúc mạc (nghi thủng tạng rỗng)

- Siêu âm/CT phát hiện dịch tự do ổ bụng hoặc tổn thương tạng đặc (gan, lách, thận)

- Cơ chế chấn thương năng lượng cao (tai nạn giao thông, ngã cao) dù khám ban đầu chưa rõ tổn thương - theo dõi sát nội trú

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Tổn thương đã được cố định hoặc xử trí ổn định, kiểm soát được đau, người bệnh tự chăm sóc hoặc có người hỗ trợ phù hợp, có lịch hẹn tái khám rõ ràng.

- Cận lâm sàng xác nhận: Hemoglobin ổn định trong ít nhất 48 giờ, không còn dấu hiệu chảy máu tiến triển, khám bụng mềm, không có phản ứng thành bụng.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Người bệnh vượt quá khả năng chuyên môn hoặc trang thiết bị hiện có của tuyến cơ sở (cần đơn vị Hồi sức tích cực - ICU, phẫu thuật chuyên khoa sâu, chụp CT/MRI chuyên sâu, hoặc các kỹ thuật ngoại khoa chưa được triển khai tại tuyến).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2017), *Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ*, Hà Nội.

4. American Association for the Surgery of Trauma (AAST) (2018), *Organ Injury Scaling: Liver, Spleen, and Kidney*, AAST Guidelines.

5. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

2. VẾT THƯƠNG THẤU BỤNG

(ICD-10: S31.8)

I. ĐẠI CƯƠNG (253)

Vết thương thấu bụng là tổn thương xuyên qua thành bụng vào khoang phúc mạc do vật sắc nhọn hoặc hỏa khí, luôn tiềm ẩn nguy cơ tổn thương tạng trong và cần được đánh giá phẫu thuật kịp thời.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng: Xác định có vết thương vùng bụng, kiểm tra xem có thấu phúc mạc hay không; đánh giá các dấu hiệu tổn thương tạng rỗng/tạng đặc hoặc tình trạng sốc, viêm phúc mạc.

2. Cận lâm sàng

- CTM, nhóm máu (chuẩn bị truyền máu/phẫu thuật).
- X-quang bụng đứng (tìm liềm hơi dưới hoành - dấu hiệu thủng tạng rỗng).
- Siêu âm bụng.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Vết thương thấu bụng có tổn thương tạng (chỉ định mổ thăm dò).
- Vết thương thành bụng không thấu phúc mạc.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Hồi sức cấp cứu, ổn định tuần hoàn - hô hấp.
- Chỉ định phẫu thuật thăm dò ổ bụng cấp cứu kịp thời để xử trí tổn thương tạng.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- *Kháng sinh dự phòng/điều trị phổ rộng:* Cefazolin 1g – 2g truyền tĩnh mạch trước phẫu thuật; phối hợp thêm Metronidazol 500mg truyền tĩnh mạch nếu nghi ngờ hoặc có tổn thương tạng rỗng (đường tiêu hóa).
- *Hồi sức dịch/máu:* Truyền dịch và các chế phẩm máu dựa theo tình trạng mất máu và huyết động thực tế.
- *Giảm đau:* Morphin 2 – 4mg tiêm tĩnh mạch mỗi 5–10 phút đến khi đạt hiệu quả giảm đau (cần theo dõi sát nhịp thở và chức năng hô hấp).
- *Ngoại khoa:* Chuyển phẫu thuật thăm dò cấp cứu ngay, tránh trì hoãn quá "thời gian vàng".

3. Điều trị hỗ trợ

Giảm đau đầy đủ, dự phòng nhiễm trùng và huyết khối tĩnh mạch nếu bất động kéo dài, hướng dẫn vận động/PHCN sớm khi tình trạng cho phép.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- CTM, theo dõi dấu hiệu nhiễm trùng vết mổ; siêu âm/CT bụng kiểm tra biến chứng sau phẫu thuật nếu cần

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Tất cả các trường hợp vết thương thấu bụng (xuyên qua phúc mạc) đều phải nhập viện để chỉ định phẫu thuật thăm dò hoặc theo dõi sát.

- Có hiện tượng lộ tạng ra ngoài, chảy máu hoặc rò dịch tiêu hóa qua vết thương.

- Xuất hiện dấu hiệu sốc mất máu hoặc hội chứng viêm phúc mạc.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Tình trạng tổn thương đã ổn định, vết mổ liền tốt, kiểm soát được đau, người bệnh tự chăm sóc hoặc có người hỗ trợ, hẹn lịch tái khám.

- Cận lâm sàng xác nhận: Vết mổ khô sạch, không sốt, người bệnh đã trung tiện và đại tiện trở lại bình thường (chứng tỏ nhu động ruột đã phục hồi).

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Vượt quá khả năng chuyên môn hoặc trang thiết bị của cơ sở y tế tuyến dưới (cần tuyến trên xử trí các tổn thương phức tạp, hồi sức chuyên sâu).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2017), *Quyết định số 5730/QĐ-BYT ngày 21/12/2017 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa"*, Hà Nội.

4. American Association for the Surgery of Trauma (AAST) (2018), *Organ Injury Scaling: Abdominal Trauma*, AAST Guidelines.

5. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

3. TẮC RUỘT

(ICD-10: K56)

I. ĐẠI CƯƠNG

Tắc ruột là tình trạng lưu thông của ruột bị cản trở, do nguyên nhân cơ học (dính ruột, thoát vị nghẹt, u) hoặc chức năng (liệt ruột), biểu hiện đau bụng cơn, nôn, bí trung đại tiện, cần phân biệt tắc ruột đơn thuần với tắc ruột nghẹt/hoại tử cần mổ cấp cứu.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng: Đau bụng từng cơn, chướng bụng, buồn nôn và nôn, bí trung đại tiện. Khám bụng nghe thấy âm ruột tăng (giai đoạn đầu) hoặc giảm/mất hoàn toàn (trong tắc ruột nghẹt hoặc giai đoạn muộn).

2. Cận lâm sàng

- CTM, điện giải đồ (rối loạn do nôn/mất dịch).
- Chức năng thận.
- X-quang bụng đứng không chuẩn bị (mức nước-hơi).
- Siêu âm bụng.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Tắc ruột cơ học (do dính, thoát vị nghẹt, u).
- Liệt ruột cơ năng.
- Lồng ruột (trẻ em).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Giải áp đường tiêu hóa, bồi phụ nước và điện giải kịp thời.
- Điều trị bảo tồn hoặc chỉ định phẫu thuật tùy thuộc vào nguyên nhân (cơ học hay chức năng, có dấu hiệu nghẹt hay không).

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- *Giảm áp:* Đặt sonde dạ dày hút liên tục/ngắt quãng để giảm áp lực ổ bụng và chống trào ngược.
- *Bù dịch - điện giải:* Truyền dịch NaCl 0,9% hoặc Ringer Lactat với lượng phù hợp theo kết quả điện giải đồ và sinh hiệu.
- *Kháng sinh:* Ceftriaxon 1g – 2g truyền tĩnh mạch mỗi ngày kết hợp với Metronidazol 500mg truyền tĩnh mạch để phòng ngừa/điều trị nhiễm trùng.
- *Can thiệp ngoại khoa:* Chỉ định mổ cấp cứu khi có tắc ruột cơ học hoàn toàn, tắc ruột có dấu hiệu nghẹt/hoại tử, hoặc điều trị bảo tồn thất bại sau 24–48 giờ.

3. Điều trị hỗ trợ

Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, dinh dưỡng và chăm sóc điều dưỡng phù hợp trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- X-quang bụng đứng lặp lại đánh giá đáp ứng điều trị bảo tồn; điện giải đồ theo dõi khi đặt sonde dạ dày giảm áp kéo dài.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Đau bụng cơn tăng dần, bí trung đại tiện, chướng bụng nhiều, nôn ói liên tục.

- X-quang bụng đứng có hình ảnh mức nước - hơi điển hình.

- Có các dấu hiệu cảnh báo tắc ruột nghẹt/hoại tử ruột (đau bụng liên tục, phản ứng thành bụng, sốt cao, bạch cầu máu tăng cao) - đây là cấp cứu ngoại khoa.

Không đáp ứng với điều trị bảo tồn sau 24–48 giờ.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Các triệu chứng cấp tính đã ổn định hoàn toàn, các chỉ số xét nghiệm trong giới hạn an toàn, người bệnh tự chăm sóc được.

- Cận lâm sàng xác nhận: Người bệnh đã trung tiện và đại tiện trở lại, bụng hết chướng, có khả năng dung nạp thức ăn qua đường miệng bình thường.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Diễn tiến bệnh nặng lên, vượt quá khả năng chuyên môn hoặc trang thiết bị của cơ sở y tế (cần can thiệp ngoại khoa chuyên sâu hoặc hồi sức cấp cứu nâng cao).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 3932/QĐ-BYT ngày 21/9/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh ngoại khoa tiêu hóa"*. Hà Nội.

4. American College of Surgeons (2023). *Shackelford's Surgery of the Alimentary Tract*. Elsevier.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*. Geneva.

4. VIÊM RUỘT THỪA

(ICD-10: K35.0-K35.9)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm ruột thừa cấp là tình trạng viêm cấp tính của ruột thừa, là một trong những nguyên nhân ngoại khoa cấp cứu phổ biến nhất gây đau bụng cấp. Nếu không được chẩn đoán và phẫu thuật cắt bỏ kịp thời, bệnh có thể dẫn đến vỡ ruột thừa và gây viêm phúc mạc toàn thể đe dọa tính mạng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng: Đau bụng khởi phát vùng quanh rốn hoặc thượng vị, sau đó khu trú dần xuống hố chậu phải; kèm theo sốt nhẹ, chán ăn, buồn nôn. Khám có ấn đau điểm McBurney, phản ứng thành bụng hố chậu phải, các dấu hiệu Rovsing, Blumberg dương tính.

2. Cận lâm sàng

- CTM (bạch cầu tăng), CRP.
- Tổng phân tích nước tiểu (loại trừ nguyên nhân tiết niệu).
- Siêu âm bụng (chẩn đoán xác định, đặc biệt ở trẻ em/phụ nữ).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm túi thừa Meckel
- Viêm phần phụ/thai ngoài tử cung (nữ)
- Viêm hạch mạc treo ruột (trẻ em)
- Sỏi niệu quản phải

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Phẫu thuật mổ cắt ruột thừa sớm là phương pháp điều trị triệt để kinh điển.
- Sử dụng kháng sinh dự phòng/điều trị theo kinh nghiệm dựa trên tác nhân thường gặp.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- *Ngoại khoa:* Phẫu thuật cắt ruột thừa (PT loại 2 - CV281 số 8, 9, 22).
- *Kháng sinh:* Ceftriaxon 1g – 2g truyền tĩnh mạch kết hợp với Metronidazol 500mg truyền tĩnh mạch trước và sau mổ theo phác đồ nhiễm trùng ngoại khoa.
- *Điều trị nội khoa bảo tồn:* Trong trường hợp áp xe ruột thừa khu trú thành đám quánh, có thể cân nhắc điều trị bảo tồn bằng kháng sinh đồ kết hợp theo dõi sát, lên lịch cắt ruột thừa sau.

3. Điều trị hỗ trợ

Hạ sốt, bù dịch-điện giải, dinh dưỡng đầy đủ, theo dõi sát dấu hiệu nặng/biến chứng trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

CTM, CRP theo dõi sau phẫu thuật nếu nghi biến chứng (áp xe tồn lưu, nhiễm trùng vết mổ)

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Đau hố chậu phải điển hình kèm theo phản ứng thành bụng, sốt, bạch cầu máu tăng.

- Kết quả siêu âm hoặc lâm sàng xác định rõ viêm ruột thừa cấp (có chỉ định phẫu thuật khẩn).

- Có dấu hiệu biến chứng: Viêm phúc mạc toàn thể, áp xe ruột thừa.

- Các trường hợp đau hố chậu phải nghi ngờ chưa loại trừ được cần nhập viện theo dõi sát nội trú (đặc biệt ở trẻ em, phụ nữ mang thai, người cao tuổi có triệu chứng không điển hình).

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết sốt liên tục tối thiểu trong 48 giờ, các triệu chứng lâm sàng cải thiện rõ rệt, người bệnh ăn uống và vận động bình thường.

- Cận lâm sàng xác nhận: Hết sốt, vết mổ khô sạch, bụng mềm, đã trung tiện trở lại.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Diễn tiến nặng hoặc vượt quá khả năng chuyên môn/trang thiết bị của cơ sở y tế (cần can thiệp Hồi sức tích cực, phẫu thuật nội soi nâng cao cho các ca viêm phúc mạc nặng).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 3932/QĐ-BYT ngày 21/9/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh ngoại khoa tiêu hóa"*. Hà Nội.

4. World Society of Emergency Surgery (2020). *WSES Jerusalem guidelines for diagnosis and treatment of acute appendicitis*. World J Emerg Surg.

5. THOÁT VỊ BẸN - ĐÙI

(ICD-10: K40)

I. ĐẠI CƯƠNG

Thoát vị bẹn - đùi là tình trạng các tạng trong ổ bụng (thường là quai ruột hoặc mạc nối lớn) chui qua các điểm yếu của thành bụng vùng bẹn hoặc đùi tạo thành khối phồng. Bệnh có nguy cơ biến chứng nghẹt gây hoại tử ruột nếu không được xử trí kịp thời.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Xuất hiện khối phồng vùng bẹn hoặc đùi, to lên khi đứng lâu, gắng sức hoặc ho, và tự xẹp hoặc đẩy lên được khi nằm nghỉ (thoát vị chưa nghẹt).

- *Thoát vị nghẹt:* Khối phồng căng cứng, đau dữ dội, không đẩy lên được, kèm theo các dấu hiệu tắc ruột (đây là cấp cứu ngoại khoa tối khẩn).

2. Cận lâm sàng

- CTM trước phẫu thuật nếu có chỉ định.

- Siêu âm thành bụng nếu khó xác định trên lâm sàng hoặc nghi nghẹt.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Thoát vị đùi

- Hạch bẹn viêm

- Tràn dịch màng tinh hoàn

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Phẫu thuật là phương pháp điều trị triệt để duy nhất nhằm phục hồi thành bụng và giải phóng tạng thoát vị.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- *Trường hợp thoát vị nghẹt cấp tính:* Dùng thuốc giảm đau, an thần nhẹ, thử đẩy khối thoát vị lên nhẹ nhàng trong 15–20 phút đầu (nếu không có dấu hiệu hoại tử rõ); nếu thất bại phải chỉ định phẫu thuật cấp cứu ngay.

- *Kháng sinh dự phòng:* Cefazolin 1g – 2g truyền tĩnh mạch trước khi tiến hành phẫu thuật.

- *Phẫu thuật chương trình:* Chỉ định cho thoát vị bẹn không nghẹt, không cần duy trì kháng sinh kéo dài sau mổ nếu không có biến chứng nhiễm trùng.

3. Điều trị hỗ trợ

Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, dinh dưỡng và chăm sóc điều dưỡng phù hợp trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

Không cần cận lâm sàng theo dõi đặc hiệu; theo dõi vết mổ và biến chứng tại chỗ sau phẫu thuật

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Thoát vị nghẹt (đau đột ngột, khối phồng căng cứng, không đẩy lên được, có kèm triệu chứng tắc ruột) - Cấp cứu ngoại khoa.

- Nghi ngờ hoại tử tạng trong bao thoát vị (da vùng thoát vị đỏ tấy, đau tăng dữ dội, có sốt).

- Thoát vị không nghẹt có chỉ định mổ chương trình theo lịch hẹn.

- Thoát vị tái phát hoặc kích thước lớn ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Tình trạng ổn định, các chỉ số trong giới hạn an toàn, người bệnh có thể tự chăm sóc bản thân hoặc có người hỗ trợ.

- Cận lâm sàng xác nhận: Vết mổ khô ráo, sạch, không sốt, người bệnh đi lại vận động được bình thường, không có dấu hiệu tái phát cấp tính.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Vượt quá khả năng chuyên môn hoặc trang thiết bị tại tuyến (cần phẫu thuật chuyên khoa sâu hoặc xử trí các biến chứng hoại tử ruột nặng).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 3932/QĐ-BYT ngày 21/9/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh ngoại khoa tiêu hóa"*. Hà Nội.

4. Hernia Surge Group (2018). *International guidelines for groin hernia management*. Hernia.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*. Geneva.

6. VIÊM TÚI MẬT - VIÊM ĐƯỜNG MẬT CẤP

(ICD-10: K80, K81)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm túi mật và viêm đường mật cấp là tình trạng nhiễm trùng đường mật chủ yếu do sỏi gây tắc nghẽn dòng chảy của dịch mật. Bệnh biểu hiện điển hình với tam chứng Charcot (Đau hạ sườn phải - Sốt - Vàng da), có thể tiến triển nhanh thành sốc nhiễm trùng nặng với ngũ chứng Reynolds nếu không được can thiệp kịp thời.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng: Đau tức vùng hạ sườn phải, sốt rét run, vàng da (tam chứng Charcot). Khám có điểm đau túi mật, dấu hiệu Murphy dương tính.

2. Cận lâm sàng

- CTM, CRP, Bilirubin, men gan (AST, ALT, GGT, Phosphatase kiềm).

- Amylase/Lipase (loại trừ viêm tụy cấp phối hợp).

- Siêu âm bụng (chẩn đoán xác định sỏi mật, dày thành túi mật, giãn đường mật).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm tụy cấp

- Cơn đau quặn mật đơn thuần

- Viêm gan cấp

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Kháng sinh theo kinh nghiệm dựa trên mức độ nặng của nhiễm trùng đường mật.

- Giảm đau, giải áp đường mật kịp thời bằng nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP), dẫn lưu qua da hoặc phẫu thuật khi có chỉ định.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Kháng sinh: Ceftriaxon (Ceftrione 1g) 1-2g TM 1 lần/ngày phối hợp Metronidazol (Metronidazole 0,5g/100ml TM) 500mg x 3 lần/ngày x 7-10 ngày.

- Giảm đau - chống co thắt: Diclofenac (Elaria 75mg/3ml) TB hoặc Paracetamol (Apotel 1000mg TM).

- Bù dịch điện giải: NaCl 0,9%/Ringer Lactat theo nhu cầu, nhịn ăn nếu đau nhiều/nôn.

- *Can thiệp cấp cứu:* Trường hợp viêm đường mật nặng hoặc không đáp ứng sau 48–72 giờ nội khoa, cần chuyển tuyến để can thiệp dẫn lưu đường mật hoặc phẫu thuật cấp cứu.

3. Điều trị hỗ trợ

Hạ sốt, bù dịch-điện giải, dinh dưỡng đầy đủ, theo dõi sát dấu hiệu nặng/biến chứng trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Bilirubin, men gan, CRP mỗi 24-48 giờ theo dõi đáp ứng kháng sinh/can thiệp dẫn lưu

- Siêu âm gan mật kiểm tra lại nếu không cải thiện sau 48-72 giờ

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Sốt, đau hạ sườn phải, dấu hiệu Murphy dương tính; vàng da nếu viêm đường mật (tam chứng Charcot).

- Nhiễm trùng đường mật nặng: sốt cao rét run, tụt huyết áp, rối loạn tri giác (ngũ chứng Reynolds) - CẤP CỨU.

- Siêu âm xác định sỏi/viêm túi mật cấp, giãn đường mật.

- Không đáp ứng với điều trị nội khoa ban đầu, đau tăng dần.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết sốt liên tục tối thiểu 48 giờ, các triệu chứng cấp cải thiện rõ, ăn uống/vận động trở lại bình thường, không dấu hiệu biến chứng.

- Cận lâm sàng xác nhận xuất viện: Hết sốt ≥ 48 giờ, Bilirubin/men gan giảm rõ, hết đau hạ sườn phải.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

-Diễn tiến bệnh nặng lên (sốc nhiễm trùng, suy đa tạng) hoặc vượt quá khả năng chuyên môn/trang thiết bị của cơ sở y tế (cần can thiệp ERCP, phẫu thuật nội soi mật chủ hoặc Hồi sức tích cực chuyên sâu).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh"*, Hà Nội.

4. Yokoe, M., et al. (2018), "Tokyo Guidelines 2018: Diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis", *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences*, 25(1), pp. 41-54.

7. TRĨ

(ICD-10: K64)

I. ĐẠI CƯƠNG

Trĩ là bệnh lý do giãn quá mức các đám rối tĩnh mạch vùng hậu môn - trực tràng, là một trong những bệnh lý hậu môn phổ biến nhất. Bệnh biểu hiện bằng tình trạng chảy máu khi đại tiện, sa búi trĩ, và có thể gây biến chứng tắc mạch hoặc sa nghẹt gây đau đớn dữ dội.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Đại tiện ra máu đỏ tươi (thường thấy dính ngoài phân hoặc nhỏ giọt sau khi đi cầu).

- Sa búi trĩ khi đại tiện (có thể tự co lên hoặc phải dùng tay đẩy lên tùy theo độ nặng).

- *Trĩ tắc mạch:* Đau nhiều vùng hậu môn, sờ thấy búi trĩ căng cứng, màu tím sậm.

2. Cận lâm sàng

- CTM nếu chảy máu kéo dài nghi thiếu máu.

- Soi hậu môn-trực tràng đánh giá độ trĩ, loại trừ nguyên nhân khác.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Nứt kẽ hậu môn.

- Polyp/u trực tràng (chảy máu kéo dài, tuổi >40).

- Sa trực tràng.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Điều trị theo nguyên nhân kết hợp điều trị triệu chứng; theo dõi sát đáp ứng điều trị để điều chỉnh kịp thời.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- *Điều trị nội khoa (Đợt cấp):* Diosmin (hoặc các Flavonoid vi tinh thể thanh lọc như Trixovin/Venokern) 500mg × 2 viên/ngày trong 4–7 ngày để tăng trương lực thành mạch.

- *Thuốc nhuận tràng:* Lactulose dung dịch 15 – 30ml/ngày giúp làm mềm phân, tránh tình trạng táo bón làm nặng thêm bệnh.

- *Giảm đau và kháng viêm tại chỗ:* Kem bôi hoặc thuốc đạn chứa Corticoid kết hợp kháng viêm (như Pesancort, Asosalic) đặt hoặc bôi hậu môn 1–2 lần/ngày.

- *Phẫu thuật/Thủ thuật:* Trường hợp trĩ độ III - IV, trĩ tắc mạch hoặc sa nghẹt không đáp ứng nội khoa, cần chuyển tuyến chuyên khoa để phẫu thuật cắt trĩ.

3. Điều trị hỗ trợ

Ngâm hậu môn nước ấm, chế độ ăn nhiều chất xơ, uống đủ nước, tránh rặn khi đại tiện.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

Hemoglobin theo dõi nếu chảy máu trĩ lượng nhiều trước/sau phẫu thuật

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Trĩ tắc mạch cấp gây đau dữ dội, không đáp ứng điều trị nội khoa ngoại trú.

- Trĩ sa nghẹt không đẩy lên được, có nguy cơ hoặc đã bắt đầu hoại tử búi trĩ.

- Chảy máu trĩ số lượng nhiều gây tình trạng thiếu máu cấp tính.

- Trĩ độ III - IV có chỉ định phẫu thuật cắt trĩ chương trình.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Triệu chứng cấp tính đã ổn định hoàn toàn, các chỉ số trong giới hạn an toàn, người bệnh tự chăm sóc được và có lịch hẹn tái khám.

- Cận lâm sàng xác nhận: Hết chảy máu, vết mổ (nếu có phẫu thuật) khô sạch, người bệnh đi đại tiện không còn đau nhiều.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Vượt quá khả năng chuyên môn hoặc trang thiết bị của cơ sở y tế (cần phẫu thuật cắt trĩ bằng các phương pháp chuyên sâu như Longo, Laser hoặc xử trí biến chứng nặng).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2017), *Quyết định số 5730/QĐ-BYT ngày 21/12/2017 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa"*, Hà Nội.

4. American Society of Colon and Rectal Surgeons (ASCRS) (2018), "Clinical Practice Guideline for the Management of Hemorrhoids", *Diseases of the Colon & Rectum*, 61(3), pp. 284-292.

8. RÒ HẬU MÔN

(ICD-10: K60.3)

I. ĐẠI CƯƠNG

Rò hậu môn là một đường thông bất thường giữa ống hậu môn và da vùng quanh hậu môn. Đây là hậu quả mạn tính của các ổ áp xe hậu môn - trực tràng trước đó đã vỡ hoặc được dẫn lưu không triệt để. Bệnh có đặc điểm rất hay tái phát nếu không phẫu thuật cắt bỏ trọn đường rò.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng: Sưng đau, chảy dịch mủ tái diễn qua lỗ rò cạnh hậu môn; có tiền sử từng bị áp xe hậu môn - trực tràng đã vỡ mủ hoặc được rạch dẫn lưu trước đó.

2. Cận lâm sàng

- CTM, đường huyết (loại trừ đái tháo đường là yếu tố thuận lợi).

- Siêu âm vùng hậu môn nếu có điều kiện đánh giá đường rò.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Áp xe hậu môn đang hoạt động.

- Bệnh Crohn hậu môn-trực tràng (rò tái phát nhiều, cần chuyển tuyến tầm soát).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Phẫu thuật là phương pháp điều trị duy nhất mang lại hiệu quả triệt để nhằm mở hoặc cắt bỏ đường rò, bảo tồn chức năng cơ thắt hậu môn.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- *Áp xe hậu môn cấp (giai đoạn trước rò):* Tiến hành rạch dẫn lưu mủ dưới gây tê tại chỗ hoặc gây tê tủy sống. (PT loại 2 - CV281).

- *Kháng sinh:* Amoxicillin - Clavulanic 1g uống 2 – 3 lần/ngày trong 5–7 ngày; phối hợp thêm Metronidazol nếu có dấu hiệu nhiễm trùng lan rộng.

- *Giảm đau:* Paracetamol 500 – 1000mg uống khi đau.

- *Phẫu thuật đường rò:* Các đường rò phức tạp cần chuyển tuyến chuyên khoa Ngoại tiêu hóa để phẫu thuật cắt đường rò hoặc đặt chỉ Seton.

3. Điều trị hỗ trợ

Ngâm hậu môn nước ấm hằng ngày, vệ sinh sạch sẽ, thay băng đều đặn, chế độ ăn tránh táo bón.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

Theo dõi tại chỗ vết mổ/dẫn lưu; CTM/CRP nếu nhiễm trùng lan rộng.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Áp xe hậu môn - trực tràng cấp (sưng đau, sốt) cần rạch dẫn lưu cấp cứu.

- Rò phức tạp cần phẫu thuật (cắt/mở đường rò, đặt seton).

- Nhiễm trùng lan rộng vùng tầng sinh môn (nguy cơ hoại tử Fournier) - CẤP CỨU.

- Tái phát nhiều lần sau điều trị ngoại trú.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Triệu chứng cấp đã ổn định, các chỉ số theo dõi trong giới hạn an toàn, người bệnh có thể tự chăm sóc hoặc có người hỗ trợ, hẹn tái khám theo lịch.

- Hết sưng đau, vết mổ/dẫn lưu khô sạch, không sốt.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Vượt quá khả năng chuyên môn hoặc trang thiết bị của cơ sở y tế (cần phẫu thuật chuyên khoa sâu Ngoại tiêu hóa - Hậu môn trực tràng cho các đường rò cao, phức tạp).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2017), *Quyết định số 5730/QĐ-BYT ngày 21/12/2017 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa"*, Hà Nội.

4. American Society of Colon and Rectal Surgeons (ASCRS) (2016), "Clinical Practice Guideline for the Management of Anorectal Abscess, Fistula-in-Ano, and Rectovaginal Fistula", *Diseases of the Colon & Rectum*, 59(12), pp. 1117-1133.

5. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

9. HẸP BAO QUY ĐẦU

(ICD-10: N47)

I. ĐẠI CƯƠNG

Hẹp bao quy đầu là tình trạng bao quy đầu không thể tuột hoàn toàn xuống khỏi quy đầu dương vật. Bệnh có thể là sinh lý ở trẻ nhỏ (thường tự cải thiện theo độ tuổi) hoặc bệnh lý ở thanh thiếu niên và người lớn, tiềm ẩn nguy cơ biến chứng nghẹt bao quy đầu (paraphimosis) là một cấp cứu nam khoa cần được xử trí ngay.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Không thể tuột bao quy đầu ra khỏi quy đầu khi cương hoặc khi bình thường.

- *Nghẹt bao quy đầu cấp:* Bao quy đầu bị kẹt lại phía sau rãnh quy đầu gây phù nề, đau nhức dữ dội, thiếu máu cục bộ vùng quy đầu.

- *Viêm quy đầu - bao quy đầu:* Sưng đỏ, ngứa, có thể có dịch mủ trắng chảy ra.

2. Cận lâm sàng

- Không cần xét nghiệm đặc hiệu.

- Không cần chẩn đoán hình ảnh.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Hẹp bao quy đầu sinh lý (trẻ nhỏ).

- Hẹp bao quy đầu bệnh lý/xơ hóa (Balanitis xerotica obliterans).

- Viêm quy đầu-bao quy đầu.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Giải phóng tình trạng nghẹt cấp cứu (nếu có).

- Điều trị viêm nhiễm tại chỗ và chỉ định cắt bao quy đầu chương trình khi có hẹp bệnh lý.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- *Nghẹt bao quy đầu cấp (Paraphimosis):* Tiến hành ép giảm phù nề bằng tay kết hợp gel bôi trơn, sau đó khéo léo đẩy quy đầu trở lại vị trí bình thường trong vòng 15–30 phút. Nếu thất bại, phải chuyển tuyến rạch giảm áp cấp cứu ngay.

- *Viêm bao quy đầu - quy đầu:* Vệ sinh sạch sẽ tại chỗ, dùng kháng sinh đường uống nếu có mủ (ví dụ: Amoxicillin - Clavulanic 500mg – 625mg uống 2 – 3 lần/ngày trong 5–7 ngày).

- *Phẫu thuật:* Chỉ định cắt bao quy đầu chương trình khi hẹp tái phát hoặc hẹp bệnh lý (thực hiện theo các quy trình kỹ thuật ngoại khoa hiện hành).

3. Điều trị hỗ trợ: Vệ sinh vùng kín hằng ngày bằng nước sạch hoặc dung dịch sát khuẩn nhẹ, giữ khô ráo.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

Không cần cận lâm sàng theo dõi đặc hiệu; theo dõi tại chỗ vết mổ nếu có phẫu thuật.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Hẹp bao quy đầu nghẹt - bao quy đầu kẹt sau quy đầu gây phù nề, đau, thiếu máu (paraphimosis) - CẤP CỨU cần xử trí ngay

- Viêm bao quy đầu - quy đầu cấp tái phát nhiều lần, tạo mủ

- Bí tiểu do hẹp bao quy đầu nặng

- Chỉ định cắt bao quy đầu chương trình (nhập viện theo lịch mổ nếu có chỉ định)

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

Tình trạng ổn định, vết thương sau phẫu thuật khô sạch, tiểu tiện bình thường, không còn sưng đau nhiều.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Trường hợp nghẹt bao quy đầu không nắn chỉnh được bằng tay, hoặc hẹp bao quy đầu phức tạp có biến chứng cần xử trí chuyên khoa ngoại tiết niệu tuyến trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh"*, Hà Nội.

4. European Association of Urology (EAU) (2026), *EAU Guidelines on Paediatric Urology and Urological Infections*, EAU Guidelines Office, Arnhem, The Netherlands.

5. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

10. CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

(ICD-10: S06.9)

I. ĐẠI CƯƠNG

Chấn thương sọ não là tổn thương hộp sọ và/hoặc mô não do tác động của ngoại lực. Mức độ nặng của bệnh được đánh giá chủ yếu thông qua thang điểm hôn mê Glasgow (GCS). Bệnh có thể diễn tiến từ chấn động não nhẹ cho đến các tổn thương cấu trúc não nặng đe dọa tính mạng, đòi hỏi phải theo dõi sát và xử trí, chuyển tuyến kịp thời.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Tiền sử tai nạn giao thông, ngã cao, tai nạn lao động hoặc va đập mạnh vùng đầu.

- Thang điểm Glasgow (GCS) $<$ 15 điểm, có tình trạng mất ý thức, đau đầu dữ dội, nôn ói nhiều.

- Có vết thương xuyên thấu hoặc rách da đầu, tổn thương hộp sọ.

- Dấu hiệu tổn thương thần kinh khu trú: Liệt nửa người, co giật tứ chi, đồng tử hai bên bất thường (giãn, phản xạ ánh sáng kém).

2. Cận lâm sàng

- CTM, đông máu, nhóm máu

- Đường huyết

- CT sọ não không cản quang (bắt buộc nếu có tiêu chuẩn chấn thương sọ não trung bình-nặng hoặc dấu hiệu báo động)

-X-quang sọ nếu chỉ để tầm soát ban đầu.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Chấn động não (nhẹ, không tổn thương thực thể)

- Máu tụ ngoài màng cứng/dưới màng cứng

- Dập não.

4. Phân độ

Theo thang điểm Glasgow (GCS): nhẹ (13-15), trung bình (9-12), nặng ($\leq$ 8).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Ưu tiên hàng đầu là đảm bảo tuần hoàn - hô hấp, chống tụt kẹt não, kiểm soát áp lực nội sọ và chuyển tuyến an toàn đối với các trường hợp trung bình và nặng.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- *ABC (Hô hấp - Tuần hoàn):* Đảm bảo đường thở thông thoáng, đặt ống nội khí quản ngay nếu GCS $<$ 8 điểm. Cần bất động cột sống cổ cẩn thận để tránh di động cột sống cổ.

- *Oxy liệu pháp:* Đảm bảo độ bão hòa oxy máu $SpO_2 > 95\%$.

- *Chống phù não (khi có tăng áp lực nội sọ):* Dùng Manitol 20% với liều $1 - 2$g/kg truyền tĩnh mạch nhanh trong 30 phút, hoặc sử dụng dung dịch NaCl ưu trương 3% theo chỉ định chuyên khoa.

- *Chuyển tuyến:* Tất cả các trường hợp chấn thương sọ não trung bình và nặng đều phải được chuyển tuyến chuyên khoa (vì tuyến cơ sở thường không có máy chụp CT scan và khoa phẫu thuật thần kinh).

3. Điều trị hỗ trợ: Giảm đau đầy đủ, dự phòng co giật (nếu có chỉ định), dự phòng loét dạ dày và huyết khối tĩnh mạch sâu khi bất động kéo dài.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Đánh giá Glasgow mỗi 1-2 giờ trong 24 giờ đầu; CT sọ não kiểm tra lại nếu tri giác xấu đi hoặc theo protocol

- Điện giải đồ (Natri) theo dõi hội chứng mất muối não/SIADH

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Mọi trường hợp chấn thương sọ não cấp tính có rối loạn tri giác, GCS $<$ 15, có tổn thương trên phim CT sọ não hoặc có triệu chứng thần kinh khu trú đều phải nhập viện điều trị/theo dõi nội trú.

- Áp dụng các tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo quy định của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Tổn thương thần kinh đã ổn định, kiểm soát được các triệu chứng, người bệnh tự chăm sóc được hoặc có người hỗ trợ phù hợp, có lịch hẹn tái khám định kỳ.

- Cận lâm sàng xác nhận: Thang điểm Glasgow hồi phục hoàn toàn về 15 điểm (hoặc trở về mức nền trước chấn thương của người bệnh), kết quả chụp CT sọ não kiểm tra không còn tổn thương tiến triển nguy hiểm.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Tất cả các trường hợp chấn thương sọ não trung bình đến nặng, có tổn thương thực thể trên CT sọ não, hoặc diễn tiến tri giác xấu đi, vượt quá khả năng chuyên môn và trang thiết bị của cơ sở y tế (cần chuyển tuyến đến khoa Phẫu thuật thần kinh / Hồi sức tích cực chuyên sâu).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 1493/QĐ-BYT ngày 22/4/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hồi sức tích cực"*, Hà Nội.

4. Carney, N., et al. (2017), "Guidelines for the Management of Severe Traumatic Brain Injury, Fourth Edition", *Neurosurgery*, 80(1), pp. 6-15.

5. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

11. SỐC CHẤN THƯƠNG

(ICD-10: T79.4, R57.1)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Sốc chấn thương là tình trạng suy tuần hoàn cấp do mất máu/dịch nặng hoặc rối loạn phân bố sau chấn thương, dẫn đến giảm tưới máu mô, thiếu oxy tế bào.

- Nếu không được chẩn đoán và hồi sức tích cực, tìm và kiểm soát nguồn chảy máu khẩn cấp, bệnh nhân rất dễ rơi vào tình trạng suy đa cơ quan (MODS) và tử vong.

- Các thể thường gặp: Sốc giảm thể tích (mất máu do tổn thương tạng đặc, gãy xương lớn), sốc do chèn ép (tràn khí màng phổi áp lực, chèn ép tim cấp), sốc tủy sống.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Triệu chứng toàn thân: Mạch nhanh (> 100–120 lần/phút), huyết áp tụt (Huyết áp tâm thu < 90 mmHg hoặc giảm > 40 mmHg so với nền), da lạnh ẩm, niêm mạc nhợt, thời gian đổ đầy mao mạch kéo dài (> 2 giây).

- Triệu chứng thần kinh: Kích thích, vật vã hoặc lơ mơ, li bì, ý thức suy giảm do thiếu oxy não.

- Triệu chứng tại chỗ: Các dấu hiệu của chấn thương nặng (vết thương chảy máu lớn, biến dạng gãy xương lớn, bụng chướng đau, khó thở...).

2. Cận lâm sàng

- CTM (Hct), nhóm máu, đông máu

- Siêu âm bụng (FAST) tìm nguồn chảy máu trong ổ bụng

- X-quang ngực, khung chậu tìm nguồn chảy máu

3. Chẩn đoán phân biệt

- Sốc mất máu (giảm thể tích)

- Sốc tim do chèn ép tim/tràn khí màng phổi áp lực

- Sốc tủy sống (chấn thương cột sống)

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Hồi sức tích cực theo trình tự **ABCDE**, ưu tiên tuyệt đối các can thiệp cứu sống (bảo vệ đường thở, hô hấp, cầm máu khẩn cấp).

- Không trì hoãn xử trí cấp cứu để chờ kết quả xét nghiệm hoặc chẩn đoán hình ảnh.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- A-B (Airway - Breathing): Bảo đảm thông thoáng đường thở, thở oxy lưu lượng cao (O2 15L/phút qua túi mặt nạ hoặc bóp bóng hỗ trợ nếu suy hô hấp nặng).

- C (Circulation - Hồi sức dịch & Vận mạch):

+ Thiết lập ngay 2 đường truyền tĩnh mạch lớn (18G, 16G).

+ Truyền dịch nhanh: 1 - 2 lít dung dịch NaCl 0.9% hoặc Ringer Lactat truyền tĩnh mạch nhanh (chia nhỏ hoặc ép truyền nếu sốc nặng). Chú ý truyền máu sớm nếu có chỉ định mất máu cấp độ nặng.

+ Thuốc vận mạch (khi huyết áp vẫn thấp sau khi đã bù đủ dịch hoặc đang chờ bù dịch): **Noradrenalin** (Ampull 1mg/1ml) pha truyền tĩnh mạch điều chỉnh tốc độ theo huyết áp động mạch mục tiêu (Huyết áp tâm thu ≥ 90 - 100 mmHg).

- Tìm và xử trí nguyên nhân: Thực hiện các kỹ thuật cầm máu tạm thời (băng ép, nẹp cố định xương gãy, dẫn lưu màng phổi tối cấp nếu có tràn khí áp lực), chỉ định phẫu thuật/can thiệp cấp cứu khi có nguồn chảy máu ngoại khoa.

- Chuyển tuyến: Trường hợp sốc giảm thể tích nặng / tổn thương phức tạp vượt quá khả năng của tuyến cơ sở.

3. Điều trị hỗ trợ

- Theo dõi sát liên tục các dấu hiệu sinh tồn trên monitor.

- Ủ ấm bệnh nhân, đặt ống thông tiểu theo dõi số lượng nước tiểu giờ.

- Hỗ trợ hô hấp, dinh dưỡng và chăm sóc điều dưỡng tích cực toàn diện.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Hemoglobin, lactat máu mỗi 2-4 giờ; huyết áp động mạch xâm lấn liên tục khi đang hồi sức

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Tất cả bệnh nhân sốc chấn thương đều bắt buộc phải nhập viện cấp cứu/hồi sức tích cực (ICU) ngay lập tức.

- Các dấu hiệu nặng: Huyết áp tâm thu < 90 mmHg, mạch > 120 lần/phút, da lạnh ẩm, thời gian đổ đầy mao mạch > 2 giây, lactate máu tăng cao.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Huyết động và hô hấp hoàn toàn ổn định trong thời gian dài mà không cần dùng thuốc vận mạch hay truyền máu.

- Đã xử trí triệt để hoặc loại trừ các nguyên nhân gây sốc và biến chứng chảy máu.

- Các xét nghiệm cận lâm sàng (Hemoglobin, Lactat máu, đông máu) trở về giới hạn bình thường hoặc ổn định vững chắc. Không còn nguy cơ tái phát cấp trong thời gian theo dõi tối thiểu tại khoa.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Diễn tiến bệnh nặng hơn hoặc vượt quá khả năng chuyên môn, trang thiết bị của Trung tâm Y tế (cần can thiệp ICU chuyên sâu, phẫu thuật cấp cứu ngoại khoa lớn, chụp cắt lớp vi tính mạch máu/sọ não phức tạp, hoặc các kỹ thuật chưa triển khai).

- Việc chuyển tuyến phải được hồi sức ổn định tạm thời hô hấp và huyết động tối đa trong khả năng, có nhân viên y tế kèm theo cùng trang thiết bị cấp cứu dọc đường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2017), *Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ*, Hà Nội.

4. Evans, L., et al. (2021), "Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2021", *Critical Care Medicine*, 49(11), pp. e1063-e1143.

5. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

12. GÃY XƯƠNG VÙNG VAI

(ICD-10: S42)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy xương vùng vai bao gồm gãy xương đòn, xương bả vai hoặc đầu trên xương cánh tay. Thường do chấn thương trực tiếp hoặc ngã chống tay.

- Đa số các trường hợp gãy không di lệch hoặc di lệch ít được điều trị bảo tồn bằng bất động; một số trường hợp gãy di lệch nhiều, gãy phức tạp có chỉ định phẫu thuật kết hợp xương.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Cơ năng: Đau chói vùng vai, tăng lên khi cử động cánh tay, mất cơ năng vận động tay bên tổn thương.

- Thực thể: Sưng nề, bầm tím vùng vai, biến dạng xương đòn hoặc bờ vai (nếu có di lệch), có thể sờ thấy lạo xạo xương hoặc điểm đau chói tuyệt đối.

- Khám mạch máu, thần kinh vùng tay để loại trừ tổn thương đám rối thần kinh cánh tay hoặc mạch máu dưới đòn.

2. Cận lâm sàng

- CTM, nhóm máu nếu có chỉ định phẫu thuật.

- X-quang khớp vai/xương đòn thẳng-nghiêng (bắt buộc).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Trật khớp vai.

- Đứt dây chằng cùng-đòn.

- Gãy xương bả vai.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Ổn định tuần hoàn - hô hấp (nếu có đa chấn thương), kiểm soát đau tốt, cố định ổ gãy đúng phương pháp theo mức độ di lệch.

- Ưu tiên bảo tồn chức năng vận động khớp vai, hạn chế cứng khớp và các biến chứng.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Bất động ổ gãy:

+ Sử dụng đai Desault hoặc áo treo tay (sling) cố định từ 3 - 4 tuần đối với các trường hợp gãy không di lệch hoặc di lệch ít.

- Giảm đau và kháng viêm:

+ *Paracetamol:* Viên 500mg – 1000mg x 3 lần/ngày uống (khi đau).

+ Diclofenac: Ống 75mg/3ml tiêm bắp sâu khi đau nhiều (lưu ý chống chỉ định nếu có loét dạ dày cấp hoặc suy thận).

- Chỉ định chuyển tuyến/phẫu thuật: Gãy xương đòn di lệch nhiều chồng ngắn, gãy hở, gãy kèm tổn thương mạch máu - thần kinh, hoặc thất bại với điều trị bảo tồn.

3. Điều trị hỗ trợ

Kiểm soát đau đầy đủ trong những ngày đầu.

Hướng dẫn tập vận động sớm các khớp ngón tay, cổ tay, khuỷu tay để tránh cứng khớp; tập phục hồi chức năng khớp vai theo giai đoạn khi xương bắt đầu liền

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- X-quang kiểm tra sau nắn chỉnh/phẫu thuật kết hợp xương xác nhận vị trí xương

- Theo dõi tưới máu-cảm giác-vận động đầu chi (mạch, màu da, cảm giác) mỗi 2-4 giờ trong 24 giờ đầu sau bó bột/phẫu thuật

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Gãy di lệch nhiều, gãy hở, hoặc gãy kèm theo tổn thương mạch máu - thần kinh (mất mạch, dị cảm, liệt vận động).

- Đau nhiều không kiểm soát được bằng thuốc giảm đau đường uống tại tuyến cơ sở.

- Có chỉ định phẫu thuật kết hợp xương hoặc cần nắn chỉnh ổ gãy dưới gây mê.

- Trường hợp gãy kín không di lệch: Điều trị ngoại trú bằng bó bột/đeo đai và hẹn tái khám định kỳ.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Tổn thương vùng vai đã được cố định hoặc xử trí ổn định.

- Đau đã được kiểm soát ổn bằng thuốc uống thông thường.

- Người bệnh tự chăm sóc được cơ bản hoặc có người hỗ trợ phù hợp tại nhà, được hướng dẫn lịch tái khám và dấu hiệu cần quay lại sớm.

- X-quang kiểm tra xác nhận vị trí xương đạt yêu cầu, đầu chi hồng hào, tưới máu tốt.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Diễn tiến tổn thương nặng lên (tổn thương mạch máu, thần kinh xuất hiện muộn, nhiễm trùng ổ gãy hở) hoặc vượt quá khả năng chuyên môn, trang thiết bị

của Trung tâm Y tế (cần phẫu thuật kết hợp xương chuyên khoa chấn thương chỉnh hình sâu, chụp cắt lớp vi tính mạch máu...).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2014), *Quyết định số 361/QĐ-BYT ngày 25/01/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp"*, Hà Nội.

4. American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS) (2019), *Management of Clavicle and Proximal Humerus Fractures Clinical Practice Guideline*, Rosemont, IL: AAOS.

5. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

13. GÃY KÍN THÂN XƯƠNG CÁNH TAY

(ICD-10: S42.3)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy kín thân xương cánh tay là tổn thương thường gặp ở người lớn. Đặc điểm giải phẫu quan trọng là thần kinh quay đi sát rãnh xoắn xương cánh tay, do đó rất dễ có nguy cơ tổn thương thần kinh quay đi kèm (liệt vận động duỗi cổ tay/ngón tay).

- Cần được chẩn đoán chính xác và theo dõi sát chức năng thần kinh trong suốt quá trình điều trị.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Sau chấn thương có các triệu chứng: Đau nhói, sưng nề lớn, biến dạng vùng cánh tay, có thể có cử động bất thường tại ổ gãy.

- Thử nghiệm vận động: Kiểm tra khả năng duỗi cổ tay và ngón tay để phát hiện tổn thương thần kinh quay kèm theo (dấu hiệu bàn tay rủ nếu liệt thần kinh quay).

2. Cận lâm sàng

- CTM, nhóm máu nếu có chỉ định phẫu thuật

- X-quang cánh tay thẳng-nghiêng lấy hết 2 khớp lân cận (bắt buộc)

3. Chẩn đoán phân biệt

- Gãy xương bệnh lý (nếu chấn thương nhẹ mà gãy xương - cần tầm soát u/loãng xương)

- Liệt thần kinh quay kèm theo (biến chứng cần đánh giá)

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Ổn định tuần hoàn - hô hấp toàn thân, kiểm soát đau hiệu quả, cố định vững chắc ổ gãy nhằm phục hồi chức năng giải phẫu và bảo tồn tối đa vận động chi thể.

- Phát hiện sớm các biến chứng như tổn thương thần kinh quay hoặc hội chứng chèn ép khoang.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Bất động ổ gãy: Sử dụng nẹp bột cánh tay chữ U hoặc bột treo (với gãy ít di lệch, gãy vững).

- Giảm đau và kháng viêm:

+ *Paracetamol:* 500mg - 1000mg x 3 lần/ngày uống.

+ *Diclofenac:* 75mg/3ml tiêm bắp sâu (nếu đau nhiều và không có chống chỉ định loét tiêu hóa, suy thận).

- Theo dõi đặc hiệu: Kiểm tra thường xuyên khả năng duỗi cổ tay của bệnh nhân để đánh giá thần kinh quay.

- Chỉ định chuyển tuyến/phẫu thuật: Gãy di lệch nhiều, gập góc lớn, gãy kèm theo liệt thần kinh quay hoặc thất bại với nắn chỉnh bảo tồn.

3. Điều trị hỗ trợ

- Giảm đau đầy đủ, kê cao chi tránh phù nề.

- Hướng dẫn tập vận động sớm các khớp tự do (khớp vai, khớp cổ tay, các ngón tay) để tránh cứng khớp.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- X-quang kiểm tra sau nắn chỉnh/phẫu thuật kết hợp xương xác nhận vị trí xương

- Theo dõi tưới máu-cảm giác-vận động đầu chi (mạch, màu da, cảm giác) mỗi 2-4 giờ trong 24 giờ đầu sau bó bột/phẫu thuật

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Di lệch lớn, gập góc nhiều, hoặc gãy kèm theo tổn thương thần kinh quay (mất khả năng duỗi cổ tay/ngón tay).

- Đau nhức nhiều, sưng nề căng cứng cánh tay, nghi ngờ nguy cơ hội chứng chèn ép khoang.

- Có chỉ định cần nắn chỉnh ổ gãy dưới gây mê hoặc phẫu thuật kết hợp xương.

- Trường hợp gãy không di lệch, vững: Có thể xử trí bó bột/nẹp ngoại trú và theo dõi tái khám định kỳ theo lịch.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Ổ gãy đã được cố định vững chắc, giảm đau hiệu quả bằng thuốc đường uống.

- Tình trạng tuần hoàn và vận động thần kinh đầu chi bình thường.

- Người bệnh tự chăm sóc cá nhân cơ bản được hoặc có người hỗ trợ, được dặn dò kỹ các dấu hiệu bất ngờ cần tái khám ngay.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Diễn tiến tổn thương nặng lên, xuất hiện các biến chứng chèn ép khoang, tổn thương mạch máu - thần kinh tiến triển, hoặc vượt quá khả năng chuyên môn/trang thiết bị của Trung tâm Y tế (cần phẫu thuật kết hợp xương phức tạp, kết hợp xương nội tủy/nẹp vít chuyên sâu).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2014), *Quyết định số 361/QĐ-BYT ngày 25/01/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp"*, Hà Nội.

4. AO Foundation (2020), *AO Surgery Reference: Humerus Shaft Fractures Management*, Davos: AO Foundation.

5. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

14. GÃY KÍN THÂN 2 XƯƠNG CẲNG TAY

(ICD-10: S52.4)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy kín thân 2 xương cẳng tay ở người lớn là một tổn thương mất vững, có tỷ lệ cao mất trục xoay cẳng tay (sấp - ngửa) nếu điều trị bảo tồn không tốt. Do đó, phần lớn các trường hợp gãy 2 xương cẳng tay ở người lớn có chỉ định phẫu thuật kết hợp xương để phục hồi chính xác giải phẫu.

- Cần đặc biệt cảnh giác với nguy cơ biến chứng hội chứng chèn ép khoang vùng cẳng tay.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Sau chấn thương: Đau chói, sưng nề lan tỏa, biến dạng rõ vùng cẳng tay, mất hoàn toàn cơ năng vận động sấp - ngửa và gấp - duỗi cổ tay.

- Khám phát hiện các dấu hiệu căng cứng cơ cẳng tay, đau tăng dữ dội khi duỗi thụ động các ngón tay (dấu hiệu nghi ngờ chèn ép khoang).

2. Cận lâm sàng

- CTM, nhóm máu nếu có chỉ định phẫu thuật

- X-quang cẳng tay thẳng-nghiêng lấy hết 2 khớp lân cận (bắt buộc)

3. Chẩn đoán phân biệt

- Gãy Monteggia/Galeazzi (gãy kèm trật khớp - cần nhận diện để xử trí đúng)

- Gãy một xương đơn thuần

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Ổn định tuần hoàn - hô hấp toàn thân, kiểm soát đau, cố định tạm thời hoặc phẫu thuật phục hồi hoàn toàn giải phẫu chiều dài và trục quay của 2 xương cẳng tay.

- Phòng ngừa và phát hiện sớm hội chứng chèn ép khoang cẳng tay

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- **Bất động tạm thời / Bảo tồn:** Bột cánh - cẳng - bàn tay (nếu gãy ít di lệch hoặc chờ phẫu thuật), theo dõi cực kỳ sát hội chứng chèn ép khoang.

- **Giảm đau:** *Paracetamol:* 500mg - 1000mg x 3 lần/ngày uống.

- **Chỉ định chuyển tuyến / Phẫu thuật:** Hầu hết gãy thân 2 xương cẳng tay có di lệch ở người lớn, gãy hở, gãy 2 tầng đều có chỉ định chuyển tuyến chuyên khoa để phẫu thuật kết hợp xương (nẹp vít vững chắc).

3. Điều trị hỗ trợ

- Kiểm soát đau, kê cao tay bất động trên máng hoặc nẹp để giảm phù nề tối đa.

- Hướng dẫn tập vận động các khớp tự do (khớp vai, các ngón tay) ngay từ sớm.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- X-quang kiểm tra sau nắn chỉnh/phẫu thuật kết hợp xương xác nhận vị trí xương

- Theo dõi tưới máu-cảm giác-vận động đầu chi (mạch, màu da, cảm giác) mỗi 2-4 giờ trong 24 giờ đầu sau bó bột/phẫu thuật

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Di lệch nhiều, gãy hở, hoặc gãy 2 tầng phức tạp.

- Nghi ngờ có hội chứng chèn ép khoang cẳng tay (đau tăng dữ dội khi kéo giãn thụ động các ngón tay, cẳng tay căng cứng, tê bì đầu chi).

- Có chỉ định phẫu thuật kết hợp xương hoặc nắn chỉnh ổ gãy dưới gây mê.

- Có tổn thương mạch máu - thần kinh kèm theo (mất mạch quay, trụ hoặc tổn thương nhánh thần kinh).

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Tổn thương đã được phẫu thuật kết hợp xương hoặc cố định ổn định, không còn dấu hiệu chèn ép khoang cấp tính.

- Đau kiểm soát tốt bằng thuốc giảm đau đường uống.

- Đầu chi hồng hào, tưới máu tốt, cảm giác và vận động các ngón tay hồi phục bình thường.

- Có lịch hẹn tái khám và hướng dẫn chăm sóc vết mổ/bột tại nhà rõ ràng.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Diễn tiến bệnh nặng lên, có nguy cơ hoặc biểu hiện thực sự của hội chứng chèn ép khoang cần can thiệp rạch da giải áp cân cơ cấp cứu.

- Vượt quá khả năng chuyên môn hoặc trang thiết bị của Trung tâm Y tế (cần phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít chuyên dụng dưới sự hỗ trợ của màn tăng sáng C-arm hoặc phẫu thuật chỉnh hình phức tạp).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2014), *Quyết định số 361/QĐ-BYT ngày 25/01/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp"*, Hà Nội.

4. AO Foundation (2021), *AO Principles of Fracture Management for Forearm Shaft Fractures*, Davos: AO Foundation.

5. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

15. GÃY KHUNG CHẬU & Ổ CỐI

(ICD-10: S32)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy khung chậu và ổ cối là những tổn thương nặng trong chấn thương ngoại khoa, thường do tai nạn giao thông tốc độ cao, tai nạn lao động (ngã cao, sập hầm) hoặc tai nạn sinh hoạt nặng.

- Thường đi kèm tình trạng sốc mất máu nặng do chảy máu từ ổ gãy xương xốp, các mạch máu lớn vùng chậu và đám rối tĩnh mạch chậu, có thể phối hợp tổn thương các cơ quan trong chậu hông (bàng quang, niệu đạo, trực tràng, cơ quan sinh dục).

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Tiền sử có chấn thương lực tác động mạnh (tai nạn giao thông, ngã cao).

- **Triệu chứng cơ năng:** Đau chói vùng chậu hông, vùng bẹn, đau tăng khi cử động chân hoặc khi ép khung chậu. Không thể tự đứng hoặc đi lại.

- **Triệu chứng thực thể:** Các điểm ấn đau đặc hiệu (+); biến dạng vùng chậu, sưng nề, tụ máu lớn; dấu hiệu bập bềnh xương chậu hoặc khung chậu lỏng lẻo (gãy mất vững).

- **Dấu hiệu sốc mất máu:** Mạch nhanh, huyết áp tụt, vã mồ hôi, da xanh, tay chân lạnh do nguy cơ mất từ 1 - 2 lít máu (hoặc nhiều hơn trong gãy mất vững) vào khoang sau phúc mạc và ổ bụng.

2. Cận lâm sàng

- CTM (Hct - nguy cơ mất máu lớn), nhóm máu, đông máu

- Tổng phân tích nước tiểu (tìm máu niệu nếu nghi tổn thương niệu đạo/bàng quang phối hợp)

- X-quang khung chậu thẳng (bắt buộc)

- Siêu âm bụng tìm dịch tự do phối hợp

3. Chẩn đoán phân biệt

- Gãy khung chậu vững

- Gãy khung chậu mất vững (nguy cơ sốc mất máu cao)

- Gãy ổ cối kèm trật khớp háng

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Hồi sức cấp cứu ưu tiên hàng đầu: Chống sốc, bồi hoàn thể tích máu, cố định tạm thời khung chậu để cầm máu.

- Phân loại rõ gãy vững hay mất vững để có chỉ định điều trị bảo tồn hay phẫu thuật kết hợp xương / cố định khung chậu phù hợp.

- Điều trị giảm đau, dự phòng biến chứng (tắc mạch huyết khối, loét ép, nhiễm trùng).

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Hồi sức sốc mất máu:

+ Truyền dịch tinh thể (NaCl 0.9%, Ringer Lactat) nhanh: 2 - 4 lít theo đáp ứng huyết động.

+ Truyền máu và các chế phẩm máu sớm khi Hb < 80 g/L hoặc có dấu hiệu sốc mất máu không đáp ứng với dịch truyền.

- Cố định tạm thời/Cấp cứu:

+ Sử dụng đai ép chậu chuyên dụng (Pelvic binder) hoặc khăn ép chặt khung chậu tối cấp cứu tại tuyến đầu nhằm thu hẹp thể tích khoang chậu, cầm máu cơ học.

+ Chỉ định khung cố định ngoài (External fixation) cấp cứu trong các trường hợp gãy khung chậu mất vững nặng.

- Điều trị ngoại khoa / Định hình: Phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít hoặc vít qua da dưới hướng dẫn của C-arm khi tình trạng toàn thân đã ổn định và có chỉ định chuyên khoa.

3. Điều trị hỗ trợ

- Theo dõi sát sinh hiệu (mạch, huyết áp, SpO2) liên tục.

- Dinh dưỡng đầy đủ (đường nuôi ăn sớm nếu không có tổn thương tạng rỗng hoặc chuyển ăn qua đường tĩnh mạch khi cần thiết).

- Chăm sóc điều dưỡng: Vệ sinh da, trở mình phòng loét, tập vận động tĩnh cơ, phục hồi chức năng hô hấp.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- X-quang kiểm tra sau nắn chỉnh/phẫu thuật kết hợp xương xác nhận vị trí xương

- Theo dõi tưới máu-cảm giác-vận động đầu chi (mạch, màu da, cảm giác) mỗi 2-4 giờ trong 24 giờ đầu sau bó bột/phẫu thuật

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Tất cả các trường hợp gãy khung chậu mất vững, gãy ổ cối di lệch nhiều.

- Gãy khung chậu kèm theo dấu hiệu sốc mất máu, tổn thương tạng trong ổ bụng hoặc đường tiết niệu.

- Gãy hở khung chậu (tổn thương thông ra da, âm đạo hoặc trực tràng) - tình trạng tối cấp cứu.

- Người bệnh có chỉ định can thiệp phẫu thuật cố định khung chậu / kết hợp xương ổ cối.

- Áp dụng các tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế; nhập viện khi có dấu hiệu nặng nêu tại mục II hoặc không đáp ứng điều trị ban đầu.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Toàn thân ổn định, hết sốc, các dấu hiệu sinh tồn trong giới hạn bình thường.

- Cơn đau vùng chậu đã được kiểm soát tốt bằng thuốc giảm đau đường uống.

- Vết mổ liền tốt (nếu có phẫu thuật), không có dấu hiệu nhiễm trùng.

- Người bệnh có thể tự vận động sinh hoạt với dụng cụ hỗ trợ (nạng, khung tập đi) hoặc có người thân chăm sóc đầy đủ.

- **Cận lâm sàng xuất viện:** X-quang kiểm tra ghi nhận ổ gãy/ổ cối vào vị trí, cấu trúc vững vàng, tưới máu chi dưới tốt.

- Có lịch hẹn tái khám và hướng dẫn phục hồi chức năng chi tiết.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Vượt quá khả năng chuyên môn hoặc trang thiết bị của cơ sở y tế (ví dụ: cần can thiệp mạch máu cấp cứu/nút mạch cầm máu, cần phẫu thuật kết hợp xương ổ cối phức tạp mà tuyến hiện tại chưa triển khai, cần hồi sức tích cực chuyên sâu - ICU).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 1493/QĐ-BYT ngày 22/4/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hồi sức tích cực"*, Hà Nội.

4.Orthopaedic Trauma Association (OTA) (2018), "Fracture and Dislocation Classification Compendium", *Journal of Orthopaedic Trauma*, 32(1), pp. S1-S170.

5. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

16. CHẤN THƯƠNG NIỆU ĐẠO

(ICD-10: S37.3)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Chấn thương niệu đạo là tổn thương rách hoặc đứt niệu đạo, thường chia thành niệu đạo trước (thường do tai nạn ngã dạng chân/cưỡi ngựa lên vật cứng) và niệu đạo sau (thường đi kèm gãy khung chậu nặng).

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Tiền sử chấn thương vùng chậu hông (tai nạn giao thông, gãy khung chậu) hoặc chấn thương tầng sinh môn trực tiếp (kiểu cưỡi ngựa).

- Triệu chứng cơ năng: Bí tiểu cấp (muốn đi tiểu nhưng không tiểu được), đau tức vùng hạ vị và tầng sinh môn.

- Triệu chứng thực thể:

+ Chảy máu miệng sáo tự nhiên (dấu hiệu quan trọng gợi ý tổn thương niệu đạo).

+ Khối máu tụ lớn ở tầng sinh môn, bìu hoặc vùng chậu (tạo hình ảnh "cánh bướm" điển hình trong đứt niệu đạo sau).

+ Thăm trực tràng: Có thể thấy tiền liệt tuyến bị bốc lên cao hoặc di động bất thường (trong đứt niệu đạo sau).

2. Cận lâm sàng

- Tổng phân tích nước tiểu (máu niệu đại thể - dấu hiệu gợi ý).

- Siêu âm bụng - tiết niệu: Đánh giá lượng nước tiểu trong bàng quang căng lớn, phát hiện dịch/máu tụ quanh bàng quang và vùng chậu.

- Chụp niệu đạo ngược dòng nếu có điều kiện; siêu âm bụng-tiết niệu hỗ trợ đánh giá

3. Chẩn đoán phân biệt

- Đứt niệu đạo hoàn toàn (thường kèm gãy khung chậu).

- Đụng dập niệu đạo không đứt.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Ổn định tuần hoàn và hô hấp, kiểm soát đau và chống sốc nếu có chấn thương đa chấn thương / gãy khung chậu đi kèm.

- Tuyệt đối không thông tiểu đường niệu đạo mù khi nghi ngờ đứt niệu đạo hoàn toàn.

- Giải áp bàng quang cấp cứu bằng dẫn lưu bàng quang trên xương mu (chọc kim dẫn lưu hoặc mở bàng quang tối tối thiểu ra da).

- Chuyển tuyến chuyên khoa Tiết niệu để xử trí tiếp theo hoặc tạo hình niệu đạo thì hai.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Xử trí ngoại khoa ban đầu:

+ TUYỆT ĐỐI KHÔNG đặt sonde tiểu qua niệu đạo nếu có dấu hiệu chảy máu miệng sáo, khối máu tụ tầng sinh môn hình cánh bướm.

+ Thực hiện chọc hút bàng quang cấp cứu giảm áp hoặc **mở bàng quang ra da tối tối thiểu / mổ mở dẫn lưu bàng quang trên xương mu** để giải quyết tình trạng bí tiểu.

- Điều trị nội khoa & Giảm đau:

+ Giảm đau: Paracetamol (dung dịch truyền tĩnh mạch như Apotel 1,000mg TM mỗi 6-8 giờ khi đau nhiều).

+ Kháng sinh dự phòng nhiễm trùng đường tiết niệu (theo phác đồ của cơ sở y tế).

3. Điều trị hỗ trợ

- Chăm sóc chân ống dẫn lưu bàng quang trên xương mu hằng ngày, đảm bảo hệ thống dẫn lưu kín, thông suốt.

- Dự phòng loét ép, dự phòng huyết khối tĩnh mạch chi dưới nếu người bệnh phải nằm bất động kéo dài do gãy khung chậu phối hợp.

- Hướng dẫn vận động nhẹ nhàng khi tình trạng cho phép.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Theo dõi lượng và màu sắc nước tiểu qua dẫn lưu bàng quang; chức năng thận định kỳ.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Bí tiểu cấp, tiểu máu đại thể, máu chảy ra miệng sáo (dấu hiệu gợi ý đứt niệu đạo)

- Khối máu tụ tầng sinh môn/bìu lớn (hình ảnh cánh bướm - điển hình đứt niệu đạo sau)

- Không đặt được sonde tiểu do nghi đứt niệu đạo hoàn toàn - CHỐNG CHỈ ĐỊNH đặt sonde mù, cần dẫn lưu bàng quang trên xương mu

- Chuyển tuyến chuyên khoa Tiết niệu nếu cần phẫu thuật tạo hình niệu đạo

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Tình trạng chấn thương toàn thân đã ổn định, vết mổ mở bàng quang ra da (hoặc vết thương tầng sinh môn) khô ráo, liền tốt.

- Ống dẫn lưu bàng quang trên xương mu hoạt động tốt, người bệnh hoặc người nhà được hướng dẫn thành thạo cách chăm sóc ống dẫn lưu và thay băng tại nhà.

- Đau đã được kiểm soát hoàn toàn bằng thuốc uống.

- Nước tiểu trong, không còn máu đại thể, chức năng thận trong giới hạn ổn định.

- Có lịch hẹn tái khám chuyên khoa Tiết niệu để theo dõi và lập kế hoạch tạo hình niệu đạo thì hai.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Trường hợp không thể đặt được ống dẫn lưu bàng quang trên xương mu tại tuyến cơ sở hoặc nghi ngờ tổn thương phối hợp phức tạp.

- Người bệnh diễn tiến nặng, vượt quá khả năng chuyên môn hoặc trang thiết bị của trung tâm y tế (cần khoa Hồi sức tích cực - ICU, phẫu thuật chuyên khoa Tiết niệu sâu, hệ thống chẩn đoán hình ảnh cao cấp CT/MRI).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh"*, Hà Nội.

4. European Association of Urology (EAU) (2026), *EAU Guidelines on Urological Trauma*, EAU Guidelines Office, Arnhem, The Netherlands.

5. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

17. VỠ VẬT HANG

(ICD-10: S30.2)

I. ĐẠI CƯƠNG

Vỡ vật hang là chấn thương hiếm gặp xảy ra khi dương vật cương cứng bị uốn cong đột ngột (thường trong quan hệ tình dục), là cấp cứu ngoại khoa cần phẫu thuật sớm để bảo tồn chức năng cương.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Xảy ra khi dương vật đang cương cứng bị uốn cong đột ngột, nghe hoặc cảm nhận tiếng "rắc", đau chói.

- Dương vật mềm xìu ngay sau chấn thương, sưng bầm tím nhanh do máu tụ.

2. Cận lâm sàng

- CTM nếu chảy máu nhiều

- Siêu âm bìu-dương vật nếu cần đánh giá thêm tổn thương

3. Chẩn đoán phân biệt

- Vỡ vật hang (cấp cứu ngoại khoa, cần chuyển tuyến phẫu thuật sớm)

- Tụ máu dương vật đơn thuần không vỡ bao trắng

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Ổn định tuần hoàn-hô hấp trước, kiểm soát đau, cố định/xử trí tổn thương theo mức độ; ưu tiên bảo tồn chức năng, hạn chế biến chứng thứ phát.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Giảm đau: Paracetamol (Apotel 1000mg TM); chườm lạnh tại chỗ giảm sưng nề trước chuyển tuyến.

- Kháng sinh dự phòng: Cefazolin (Cefazolin 2000) 1-2g TM.

- Chuyển tuyến phẫu thuật khâu phục hồi bao trắng vật hang cấp cứu trong 24 giờ đầu (chuyên khoa Tiết niệu/Nam học).

3. Điều trị hỗ trợ

Giảm đau đầy đủ, dự phòng nhiễm trùng và huyết khối tĩnh mạch nếu bất động kéo dài, hướng dẫn vận động/PHCN sớm khi tình trạng cho phép.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

Theo dõi tại chỗ vết mổ, tình trạng cương dương sau phẫu thuật.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- TẤT CẢ các trường hợp nghi ngờ vỡ vật hang đều là cấp cứu ngoại khoa cần nhập viện và phẫu thuật sớm trong 24 giờ đầu.

- Có dấu hiệu: Tiếng "rắc", đau đột ngột, sưng bầm tím nhanh, gập góc dương vật khi cương cứng.

- Tiểu máu kèm theo (nghi ngờ tổn thương niệu đạo phối hợp).

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

VI. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Tổn thương đã được phẫu thuật cố định/xử trí ổn định, kiểm soát được đau, người bệnh tự chăm sóc hoặc có người hỗ trợ phù hợp, hẹn tái khám theo lịch.

- Vết mổ khô sạch, tiểu tiện bình thường, không còn biến chứng chảy máu.

VII. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Diễn tiến nặng hoặc vượt quá khả năng chuyên môn/trang thiết bị hiện có của Trung tâm Y tế (cần phẫu thuật chuyên khoa Nam học/Tiết niệu sâu, hoặc kỹ thuật chưa triển khai).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh"*, Hà Nội.

4. European Association of Urology (EAU) (2026), *EAU Guidelines on Penile Trauma and Andrological Emergencies*, EAU Guidelines Office, Arnhem, The Netherlands.

5. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

18. GÃY XƯƠNG ĐÙI

(ICD-10: S72.3)

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy xương đùi là gãy xương lớn có nguy cơ mất máu đáng kể (1-1,5 lít), thường do chấn thương năng lượng cao ở người trẻ hoặc ngã nhẹ ở người già loãng xương, luôn cần nhập viện đánh giá và điều trị phẫu thuật.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Sau chấn thương: Đau chói, sưng nề, biến dạng đùi, mất hoàn toàn cơ năng chi, có thể có biểu hiện sốc do mất máu.

2. Cận lâm sàng

- CTM (Hct - nguy cơ mất máu 500-1000ml), nhóm máu.

- X-quang xương đùi thẳng-nghiêng lấy hết 2 khớp (bắt buộc).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Gãy xương bệnh lý (di căn, u xương - nếu chấn thương nhẹ).

- Gãy cổ xương đùi ở người già (té ngã nhẹ).

4. Phân độ

Phân loại theo vị trí (cổ xương đùi, liên mấu chuyển, thân xương đùi) quyết định phương pháp phẫu thuật.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Ổn định tuần hoàn - hô hấp, chống sốc, giảm đau, cố định tạm thời và chuyển tuyến phẫu thuật kết hợp xương/thay khớp kịp thời.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Bất động tạm thời: nẹp Thomas hoặc kéo tạ da trước chuyển tuyến.

- Hồi sức dịch: NaCl 0,9%/Ringer Lactat, đánh giá và bù máu nếu Hemoglobin < 7-8g/dL (mất máu tiềm ẩn 1-1,5 lít).

- Giảm đau: Morphin (Morphin 30mg) 2-4mg TM mỗi 5-10 phút hoặc Paracetamol (Apotel 1000mg TM).

- Chuyển tuyến phẫu thuật kết hợp xương/thay khớp (PT loại 1-2) - TẤT CẢ gãy xương đùi người lớn cần nhập viện.

3. Điều trị hỗ trợ

Giảm đau đầy đủ, dự phòng nhiễm trùng và huyết khối tĩnh mạch nếu bất động kéo dài, hướng dẫn vận động/PHCN sớm khi tình trạng cho phép.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

Hemoglobin mỗi 12-24 giờ (nguy cơ mất máu lớn); X-quang kiểm tra sau phẫu thuật kết hợp xương.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- TẤT CẢ các trường hợp gãy xương đùi ở người lớn đều bắt buộc phải nhập viện (nguy cơ mất máu lớn 1 - 1.5 lít và nguy cơ sốc).

- Có dấu hiệu gãy hở, tổn thương mạch máu - thần kinh kèm theo cần được xử trí cấp cứu và chuyển tuyến ưu tiên.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

Tổn thương đã được cố định/xử trí ổn định, kiểm soát được đau, người bệnh tự chăm sóc hoặc có người hỗ trợ phù hợp, hẹn tái khám theo lịch.

Hemoglobin ổn định, X-quang xác nhận vị trí xương đạt yêu cầu, có thể vận động theo hướng dẫn phục hồi chức năng.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Vượt quá khả năng chuyên môn hoặc trang thiết bị của Trung tâm Y tế (cần phẫu thuật chỉnh hình chuyên sâu, kết hợp xương phức tạp hoặc thay khớp).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2014), *Quyết định số 361/QĐ-BYT ngày 25/01/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp"*, Hà Nội.

4. American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS) (2020), *Management of Femoral Shaft Fractures Evidence-Based Clinical Practice Guideline*, Rosemont, IL: AAOS.

5. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

19. VẾT THƯƠNG BÀN TAY

(ICD-10: S66.9)

I. ĐẠI CƯƠNG

Vết thương bàn tay đa dạng về mức độ, từ vết thương nông đơn giản đến tổn thương phức tạp gân-thần kinh-mạch máu, đánh giá đúng mức độ tổn thương quyết định kết quả phục hồi chức năng bàn tay.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Vết thương vùng bàn tay từ đơn giản đến phức tạp (tổn thương gân, thần kinh, mạch máu).

- Đánh giá tầm vận động chủ động các ngón tay và kiểm tra cảm giác để phát hiện tổn thương gân/thần kinh phối hợp.

- Có thể kèm gãy xương bàn tay hoặc ngón tay nếu do chấn thương lực mạnh.

2. Cận lâm sàng

- CTM nếu vết thương lớn/nghi nhiễm trùng.

- X-quang bàn tay nếu nghi gãy xương hoặc dị vật cản quang.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Vết thương phần mềm đơn thuần.

- Đứt gân gấp/duỗi (cần đánh giá vận động chủ động từng ngón).

- Tổn thương thần kinh/mạch máu kèm theo.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Làm sạch vết thương, đánh giá tổn thương cấu trúc sâu, khâu phục hồi giải phẫu hoặc chuyển tuyến vi phẫu kịp thời, dự phòng uốn ván và nhiễm trùng.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Rửa vết thương bằng NaCl 0,9%, cắt lọc mô hoại tử nếu có.

- Kháng sinh dự phòng: Amoxicillin-Clavulanic (Vigentin 500/62,5) 1 viên x 3 lần/ngày x 5-7 ngày.

- Tiêm phòng uốn ván (SAT - huyết thanh kháng uốn ván) nếu chưa tiêm nhắc trong 5-10 năm hoặc không rõ tiền sử.

- Vết thương đơn giản: khâu da thì đầu; tổn thương gân/thần kinh/mạch máu - chuyển tuyến vi phẫu.

3. Điều trị hỗ trợ

Giảm đau đầy đủ, dự phòng nhiễm trùng và huyết khối tĩnh mạch nếu bất động kéo dài, hướng dẫn vận động/PHCN sớm khi tình trạng cho phép.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

Theo dõi tưới máu đầu chi, vận động-cảm giác sau khâu nối gân/thần kinh/mạch máu.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Vết thương bàn tay có tổn thương gân, thần kinh, mạch máu cần phẫu thuật thăm dò hoặc khâu nối vi phẫu.

- Vết thương dập nát nhiều, mất da diện rộng, hoặc có dấu hiệu nhiễm trùng sâu khoang bàn tay.

- Trường hợp đứt lìa ngón/bàn tay cần được bảo quản đúng cách và chuyển tuyến vi phẫu khẩn cấp.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

VI. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Tổn thương đã được xử trí ổn định, kiểm soát được đau, người bệnh tự chăm sóc hoặc có người hỗ trợ, hẹn tái khám cắt chỉ/tái khám theo lịch.

- Vết thương khô sạch, tưới máu đầu chi hồng hào, không có dấu hiệu nhiễm trùng.

VII. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Vết thương phức tạp đứt gân, đứt mạch máu - thần kinh, đứt lìa hoặc vượt quá khả năng chuyên môn kỹ thuật của Trung tâm Y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh"*, Hà Nội.

4. American Society for Surgery of the Hand (ASSH) (2020), *ASSH Manual of Hand Surgery*, Chicago, IL: ASSH.

5. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

20. BỎNG NHIỆT

(ICD-10: T20-T25)

I. ĐẠI CƯƠNG

Bỏng là tổn thương da và mô dưới da do nhiệt, hóa chất hoặc điện, mức độ nặng phụ thuộc diện tích và độ sâu tổn thương, bỏng diện rộng có nguy cơ sốc bỏng do mất dịch qua vết bỏng cần hồi sức tích cực.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Tổn thương da với các mức độ: Độ I (đỏ da), độ II (phỏng nước), độ III (hoại tử toàn bộ độ dày da).

- Ước tính diện tích bỏng theo "quy tắc số 9" hoặc bảng Lund-Browder (đối với trẻ em).

- Đánh giá nguy cơ sốc giảm thể tích ở các trường hợp bỏng diện rộng.

2. Cận lâm sàng

- CTM, điện giải đồ nếu bỏng diện rộng

- Creatinin, tổng phân tích nước tiểu (myoglobin niệu nếu bỏng sâu diện rộng)

- X-quang ngực (nếu nghi ngờ có tổn thương do hít khói).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Bỏng độ I-II nông (điều trị tại chỗ).

- Bỏng độ II sâu-III (cần chuyển tuyến chuyên khoa bỏng).

- Hội chứng hít khói kèm theo.

4. Phân độ

-Phân độ bỏng: độ I (chỉ đỏ da), độ II nông/sâu (phỏng nước), độ III (hoại tử toàn bộ độ dày da).

-Diện tích bỏng tính theo "quy tắc số 9" hoặc bảng Lund-Browder (trẻ em).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Ổn định tuần hoàn-hô hấp trước, kiểm soát đau, cố định/xử trí tổn thương theo mức độ; ưu tiên bảo tồn chức năng, hạn chế biến chứng thứ phát.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Bảo đảm đường thở, chú ý bỏng đường hô hấp (hít khói, bỏng vùng mặt).

- Oxy + thở oxy.

- **Bù dịch (Công thức Parkland):** Ringer Lactat với lượng 4 ml × trọng lượng cơ thể (kg) × % diện tích bỏng (BSA) trong 24 giờ đầu (1/2 lượng

dịch truyền trong 8 giờ đầu tiên, 1/2 lượng dịch còn lại truyền trong 16 giờ tiếp theo).

- Giảm đau: Paracetamol (Apotel 1000mg) truyền tĩnh mạch; giảm đau bổ sung theo mức độ đau.

- Kháng sinh: Ceftriaxon 1g - 2g tiêm tĩnh mạch (chỉ định khi bỏng sâu, diện rộng hoặc có nguy cơ nhiễm trùng).

3. Điều trị hỗ trợ

Giảm đau đầy đủ, dự phòng nhiễm trùng và huyết khối tĩnh mạch nếu bất động kéo dài, hướng dẫn vận động/PHCN sớm khi tình trạng cho phép.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

Điện giải đồ, chức năng thận, Albumin máu mỗi 12-24 giờ trong giai đoạn hồi sức dịch.

Theo dõi lượng nước tiểu mỗi giờ (mục tiêu 0,5-1ml/kg/giờ) đánh giá đáp ứng bù dịch.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Bỏng diện rộng: Người lớn trên 15% - 20% diện tích cơ thể, trẻ em trên 10%.

- Bỏng độ III (bỏng sâu), bỏng vùng đặc biệt (mặt, cổ, bàn tay, bàn chân, cơ quan sinh dục, các nếp gấp lớn) hoặc bỏng đường hô hấp.

- Có dấu hiệu sốc bỏng (mạch nhanh, huyết áp tụt).

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

VI. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Tổn thương bỏng đã liền sẹo tốt hoặc đã được ghép da ổn định, vết thương khô, không còn dấu hiệu nhiễm trùng.

- Chức năng thận, điện giải đồ và các chỉ số sinh tồn đã trở lại giới hạn bình thường.

VII. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Bỏng độ II-III diện rộng (> 20% diện tích cơ thể), bỏng hô hấp, bỏng điện cao thế hoặc vượt quá khả năng điều trị tại tuyến Trung tâm Y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 1493/QĐ-BYT ngày 22/4/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hồi sức tích cực"*, Hà Nội.

4. American Burn Association (2023), *Advanced Burn Life Support (ABLS) Provider Manual*, Chicago, IL: ABA.

5. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

21. GÃY TỦY SỐNG

(ICD-10: G97.8)

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy tủy sống là chấn thương cột sống kèm tổn thương tủy sống gây rối loạn vận động-cảm giác-cơ vòng, mức độ tổn thương đánh giá theo thang ASIA, cần bất động đúng cách và chuyển tuyến phẫu thuật kịp thời để tối ưu khả năng phục hồi.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

Yếu hoặc liệt hai chi dưới/tứ chi, mất hoặc giảm cảm giác, rối loạn cơ vòng (bí tiểu hoặc tiểu không tự chủ) sau chấn thương cột sống.

2. Cận lâm sàng

- CTM, đông máu nếu có chỉ định phẫu thuật.

- X-quang cột sống (bắt buộc).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Chấn thương cột sống không tổn thương tủy.

- Tổn thương tủy hoàn toàn/không hoàn toàn (cần đánh giá thần kinh chi tiết).

4. Phân độ

Phân độ ASIA A (liệt hoàn toàn) đến E (bình thường) đánh giá mức độ tổn thương thần kinh.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Bất động tuyệt đối cột sống ngay từ khâu sơ cứu và vận chuyển, duy trì huyết áp và tưới máu tủy đầy đủ, giải ép phẫu thuật trong thời gian vàng khi có chỉ định.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Bất động cột sống ngay (nẹp cổ, ván cứng, cố định đầu-cổ-thân) trước và trong vận chuyển

- Duy trì huyết áp trung bình ≥ 85mmHg (tưới máu tủy) bằng bù dịch NaCl 0,9%/Ringer Lactat, vận mạch (Noradrenalin - Noradrenaline Kalceks) nếu cần

- Giảm đau: Paracetamol (Apotel 1000mg TM); tránh NSAIDs nếu cân nhắc phẫu thuật sớm

- Chuyển tuyến Ngoại thần kinh - Cột sống khẩn cấp (thời gian vàng cho giải ép nếu có chỉ định).

3. Điều trị hỗ trợ

Giảm đau đầy đủ, dự phòng nhiễm trùng và huyết khối tĩnh mạch nếu bất động kéo dài, hướng dẫn vận động/PHCN sớm khi tình trạng cho phép.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Đánh giá thần kinh (vận động-cảm giác-cơ vòng) hàng ngày; MRI cột sống kiểm tra nếu có chỉ định phẫu thuật.

-Theo dõi chức năng hô hấp nếu tổn thương tủy cổ cao.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- TẤT CẢ các trường hợp nghi ngờ chấn thương cột sống có kèm theo dấu hiệu tổn thương thần kinh (yếu liệt chi, rối loạn cảm giác, rối loạn cơ vòng) đều phải nhập viện cấp cứu.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

VI. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Tình trạng thần kinh đã ổn định hoặc có cải thiện, tổn thương cột sống đã được cố định vững chắc (phẫu thuật hoặc nẹp cố định), có kế hoạch phục hồi chức năng rõ ràng.

VII. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Chuyển ngay tuyến chuyên khoa Ngoại Thần kinh - Cột sống khi có tổn thương tủy cấp để thực hiện các kỹ thuật chuyên sâu (MRI, phẫu thuật giải ép vi phẫu).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 1493/QĐ-BYT ngày 22/4/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hồi sức tích cực"*, Hà Nội.

4. American Spinal Injury Association (ASIA) (2019), *International Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury (ISNCSCI)*, Richmond, VA: ASIA.

5. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

22. SỎI TIẾT NIỆU - TĂNG SINH TUYẾN TIỀN LIỆT

(ICD-10: N20, N40)

I. ĐẠI CƯƠNG

Sỏi tiết niệu và tăng sinh tuyến tiền liệt đều là nguyên nhân phổ biến gây tắc nghẽn đường tiết niệu, sỏi thường gây cơn đau quặn thận điển hình, trong khi tăng sinh tuyến tiền liệt gây rối loạn tiểu tiện tiến triển ở nam giới lớn tuổi.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Đau vùng hông lưng lan xuống hạ vị/bẹn (cơn đau quặn thận do sỏi).
- Rối loạn tiểu tiện: Tiểu khó, tiểu rắt, tiểu ngập ngừng hoặc bí tiểu cấp (do tăng sinh tuyến tiền liệt).
- Đái máu đại thể hoặc vi thể.

2. Cận lâm sàng

- Tổng phân tích nước tiểu (hồng cầu niệu)
- Creatinin, PSA nếu nghi kèm bệnh lý tuyến tiền liệt
- Siêu âm bụng-tiết niệu (bắt buộc)

3. Chẩn đoán phân biệt

- Cơn đau quặn thận do sỏi
- Bí tiểu cấp do tăng sinh tuyến tiền liệt
- Nhiễm khuẩn tiết niệu trên

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Giải quyết tình trạng tắc nghẽn, giảm đau cấp tính, điều trị kháng sinh nếu có nhiễm trùng, và điều trị nội khoa hoặc can thiệp ngoại khoa theo nguyên nhân.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Giảm đau cơn đau quặn thận: Diclofenac 75mg tiêm bắp hoặc truyền tĩnh mạch chậm; có thể phối hợp giảm đau nhóm opioid nếu đau dữ dội không đáp ứng.

- Hỗ trợ tống sỏi / Giãn cơ trơn: Alfuzosin (ALANBOSS XL) 10mg/ngày uống (hỗ trợ tống sỏi niệu quản kích thước nhỏ < 10 mm hoặc cải thiện triệu chứng đường tiểu dưới do tăng sinh tuyến tiền liệt).

- Xử trí bí tiểu cấp: Đặt sonde tiểu lưu thông giải áp bàng quang.

- Chuyển tuyến: Trường hợp nhiễm trùng nặng kèm tắc nghẽn, suy thận cấp, hoặc bí tiểu không đặt được sonde niệu đạo.

3. Điều trị hỗ trợ:

Uống nhiều nước (nếu không có chống chỉ định), theo dõi lượng nước tiểu và sinh hiệu định kỳ.

4. Theo dõi điều trị

Kiểm tra chức năng thận (Creatinin), tổng phân tích nước tiểu mỗi 24-48 giờ nếu có tắc nghẽn hoặc nhiễm trùng đi kèm.

Siêu âm hệ tiết niệu kiểm tra sau can thiệp (tán sỏi hoặc đặt sonde JJ) để đánh giá mức độ giảm ứ nước thận.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Cơn đau quặn thận không đáp ứng với thuốc giảm đau thông thường, kèm theo sốt cao (nghi ngờ nhiễm khuẩn đường tiết niệu trên cấp tính có tắc nghẽn - là cấp cứu tiết niệu).

- Bí tiểu cấp không đặt được sonde tiểu thông thường.

- Suy thận cấp do tắc nghẽn hai bên niệu quản hoặc trên thận độc nhất.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

Các triệu chứng cấp tính đã ổn định hoàn toàn, thông tiểu tốt, chức năng thận trở về giới hạn bình thường, người bệnh tự chăm sóc được, hẹn tái khám theo lịch hẹn.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Vượt quá khả năng điều trị của tuyến Trung tâm Y tế (cần can thiệp chuyên khoa sâu như tán sỏi nội soi ngược dòng, lấy sỏi qua da hoặc phẫu thuật nội soi bóc nhân tuyến tiền liệt).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh"*, Hà Nội.

4. European Association of Urology (EAU) (2026), *EAU Guidelines on Urolithiasis and Management of Non-Neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms*, EAU Guidelines Office, Arnhem, The Netherlands.

23. U PHẦN MỀM

(ICD-10: D23/D21/D49)

I. ĐẠI CƯƠNG

U phần mềm là các khối u xuất phát từ mô liên kết, mỡ, cơ hoặc mạch máu dưới da, đa số lành tính nhưng cần đánh giá đặc điểm lâm sàng-hình ảnh học để loại trừ u ác tính trước khi quyết định điều trị.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

Khối u dưới da hoặc trong phần mềm (mỡ, cơ, mô xơ), thường mật độ chắc hoặc mềm, ranh giới rõ hay không rõ tùy thuộc bản chất u. PT cắt u lành (PT loại 2 - CV281 số 10).

2. Cận lâm sàng

- Không cần xét nghiệm đặc hiệu nếu u lành tính điển hình (di động, không đau, phát triển chậm).

- Siêu âm phần mềm (đánh giá bản chất u).

- MRI nếu nghi u ác tính (phát triển nhanh, đau, kích thước lớn).

3. Chẩn đoán phân biệt

- U mỡ lành tính

- Nang bã

- Sarcoma phần mềm (dấu hiệu báo động: to nhanh, >5cm, đau)

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Đánh giá tính chất lành/ác của khối u, theo dõi định kỳ với u nhỏ lành tính không triệu chứng, hoặc phẫu thuật cắt trọn khối u để làm giải phẫu bệnh đối với u có chỉ định.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- U lành tính nhỏ, không triệu chứng: theo dõi định kỳ, không cần can thiệp ngay

- Giảm đau nếu có: Paracetamol (Partamol 500) 500mg x 3 lần/ngày

- Chỉ định phẫu thuật cắt trọn u (PT loại 2) khi u tăng kích thước nhanh, chèn ép, hoặc để chẩn đoán mô bệnh học

3. Điều trị hỗ trợ

Chăm sóc vết mổ sau phẫu thuật, hướng dẫn thay băng và theo dõi triệu chứng tại chỗ.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

Theo dõi vết mổ; giải phẫu bệnh sau cắt trọn u để xác định lành/ác tính

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Khối u tăng kích thước nhanh, đau, có các dấu hiệu nghi ngờ ác tính cần nhập viện để sinh thiết hoặc phẫu thuật cắt bỏ chẩn đoán.

- Khối u gây chèn ép mạch máu - thần kinh biểu hiện triệu chứng rõ.

- U có biến chứng nhiễm trùng, hoại tử (sưng nóng đỏ đau, chảy dịch).

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Tình trạng sau phẫu thuật ổn định, vết mổ khô sạch, có kết quả giải phẫu bệnh và đã được tư vấn hướng theo dõi tiếp theo, hẹn tái khám theo lịch.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Nghi ngờ u ác tính phần mềm (Sarcoma) hoặc khối u phức tạp nằm sâu vùng nguy hiểm vượt quá khả năng chuyên môn/trang thiết bị của tuyến Trung tâm Y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2017), *Quyết định số 5730/QĐ-BYT ngày 21/12/2017 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa"*, Hà Nội.

4. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) (2023), *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Soft Tissue Sarcoma*, Version 2.2023.

5. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

24. HỘI CHỨNG ỐNG CỔ TAY / NGÓN TAY LÒ XO / HC DE QUERVAIN

(ICD-10: G56.0, M65.3, M65.4)

I. ĐẠI CƯƠNG

Hội chứng ống cổ tay, ngón tay lò xo và hội chứng De Quervain là các bệnh lý chèn ép thần kinh/viêm gân thường gặp ở bàn tay-cổ tay do vận động lặp lại, gây đau và hạn chế chức năng nếu không điều trị kịp thời.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- *Hội chứng ống cổ tay:* Tê bì, dị cảm bàn tay theo vùng phân bố của thần kinh giữa (ngón cái, ngón trỏ, ngón giữa), thường tăng nặng về đêm.

- *Ngón tay lò xo:* Hiện tượng kẹt ngón tay khi gấp - duỗi, có thể nghe hoặc cảm nhận tiếng bật khấc.

- *Hội chứng De Quervain:* Đau vùng mỏm trâm quay cổ tay, tăng lên khi cử động ngón cái, nghiệm pháp Finkelstein dương tính.

2. Cận lâm sàng

- Không cần xét nghiệm đặc hiệu.

- Siêu âm phần mềm cổ tay/gân nếu cần xác định.

- Đo điện cơ (EMG) nếu cần chẩn đoán xác định hội chứng ống cổ tay.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm khớp dạng thấp cổ tay.

- Thoái hóa cột sống cổ chèn ép rễ (gây tê tay tương tự).

- Viêm gân gấp ngón tay.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Kết hợp điều trị bảo tồn (hạn chế vận động, dùng thuốc kháng viêm, nẹp cố định, tiêm corticoid tại chỗ) và chỉ định phẫu thuật giải phóng khi điều trị bảo tồn thất bại.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Nẹp cổ tay/ngón tay tư thế trung tính về đêm.

- Kháng viêm giảm đau: Meloxicam (Monbig 7.5) 7,5-15mg/ngày hoặc Celecoxib (Celecoxib 100) 100-200mg x 2 lần/ngày x 7-10 ngày.

- Tiêm corticoid tại chỗ (Dexamethason - Depaxan 4mg/ml) nếu không đáp ứng thuốc uống sau 2-4 tuần.

- Phẫu thuật giải phóng khi thất bại điều trị bảo tồn ≥ 3-6 tháng hoặc teo cơ/mất cảm giác tiến triển.

3. Điều trị hỗ trợ

Vật lý trị liệu, hướng dẫn các bài tập kéo dãn và tránh tư thế gây áp lực lặp lại.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

Không cần cận lâm sàng theo dõi đặc hiệu ngoài đánh giá lâm sàng định kỳ; đo điện cơ (EMG) nếu cần đánh giá lại mức độ tổn thương thần kinh

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Đa số được điều trị ngoại trú.

- Chỉ định nhập viện khi có chỉ định phẫu thuật (thất bại với điều trị bảo tồn $\geq 3-6$ tháng, teo cơ mô cái rõ, mất cảm giác tiến triển).

- Triệu chứng nặng ảnh hưởng nghiêm trọng đến sinh hoạt và chức năng bàn tay.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Triệu chứng cải thiện rõ rệt hoặc vết mổ phẫu thuật khô sạch, chức năng vận động bàn tay cải thiện, người bệnh tự chăm sóc được, hẹn tái khám theo lịch.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Cần đo điện cơ (EMG) hoặc thực hiện phẫu thuật vi phẫu chuyên sâu mà tuyến Trung tâm Y tế chưa triển khai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2014), *Quyết định số 361/QĐ-BYT ngày 25/01/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp"*, Hà Nội.

4. American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS) (2016), *Management of Carpal Tunnel Syndrome Evidence-Based Clinical Practice Guideline*, Rosemont, IL: AAOS.

5. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

25. TRÀN DỊCH MÀNG TINH HOÀN

(ICD-10: N43.3)

I. ĐẠI CƯƠNG

Tràn dịch màng tinh hoàn là tình trạng tích tụ dịch bất thường quanh tinh hoàn trong khoang tinh mạc, thường lành tính nhưng cần phân biệt với các nguyên nhân cấp cứu nam khoa như xoắn tinh hoàn khi có thay đổi đột ngột.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Bìu to dần, thường không đau hoặc chỉ tức nhẹ nặng ở vùng bìu.

- Soi đèn pin xuyên thấu bìu cho kết quả dương tính (khối dịch trong suốt ánh sáng xuyên qua).

2. Cận lâm sàng

- Không cần xét nghiệm đặc hiệu.

- Siêu âm bìu (chẩn đoán xác định, phân biệt với các nguyên nhân khác).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Thoát vị bẹn-bìu nghẹt (cấp cứu, cần loại trừ)

- Xoắn tinh hoàn (đau cấp tính, cần loại trừ khẩn cấp)

- U tinh hoàn

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Điều trị bảo tồn theo dõi đối với tràn dịch lượng ít không triệu chứng; phẫu thuật bóc vỏ màng tinh hoàn (Jaboulay/Winkelmann) khi tràn dịch lượng lớn gây ảnh hưởng sinh hoạt hoặc tái phát.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Tràn dịch lượng ít, không triệu chứng: theo dõi, không cần can thiệp

- Giảm đau nếu có: Paracetamol (Partamol 500) 500mg x 3 lần/ngày

- Tăng kích thước đột ngột kèm đau - loại trừ xoắn tinh hoàn cấp cứu (siêu âm Doppler khẩn)

- Chỉ định phẫu thuật (Jaboulay/Winkelmann - PT loại 1) khi tràn dịch lớn, tái phát, ảnh hưởng sinh hoạt

3. Điều trị hỗ trợ

Mặc quần lót nâng đỡ bìu sau phẫu thuật, vệ sinh vết mổ sạch sẽ, tránh vận động mạnh.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị: Siêu âm bìu kiểm tra sau phẫu thuật (nếu có) đánh giá tái phát

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Tràn dịch lượng nhiều gây căng tức, ảnh hưởng sinh hoạt hoặc có chỉ định phẫu thuật chương trình.

- Bìu tăng kích thước đột ngột kèm theo đau cấp tính (bắt buộc nhập viện để loại trừ xoắn tinh hoàn - cấp cứu nam khoa).

- Nghi ngờ tràn dịch phản ứng do viêm tinh hoàn - mào tinh hoàn cấp tính.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Tình trạng sau phẫu thuật ổn định, vết mổ khô sạch, không còn sưng đau bìu cấp, người bệnh tự chăm sóc được, hẹn tái khám theo lịch.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Trường hợp nghi ngờ các bệnh lý phức tạp vượt quá khả năng chuyên môn hoặc trang thiết bị của Trung tâm Y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh"*, Hà Nội.

4. European Association of Urology (EAU) (2026), *EAU Guidelines on Scrotal and Andrological Pathology*, EAU Guidelines Office, Arnhem, The Netherlands.

5. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

26. GIẢN TĨNH MẠCH THỪNG TINH

(ICD-10: I86.1)

I. ĐẠI CƯƠNG

Giãn tĩnh mạch thừng tinh là tình trạng giãn nở bất thường của đám rối tĩnh mạch thừng tinh và tĩnh mạch tinh trong. Bệnh lý này thường xảy ra ở bên trái, có thể ảnh hưởng đến quá trình sinh tinh và là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây vô sinh ở nam giới.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Cảm giác tức nặng, căng tức vùng bìu (thường tăng lên về chiều tối hoặc sau khi đứng lâu, vận động nhiều).

- Khám thực thể thấy búi tĩnh mạch giãn ngoằn ngoèo ở phía trên tinh hoàn (như "túi giun"), rõ hơn khi người bệnh làm nghiệm pháp Valsalva ở tư thế đứng.

2. Cận lâm sàng

- Siêu âm Doppler bìu (chẩn đoán xác định, đánh giá đường kính tĩnh mạch thừng tinh và phân độ giãn).

- Tinh dịch đồ (chỉ định khi người bệnh có ý định đánh giá ảnh hưởng đến khả năng sinh sản - chuyển tuyến thực hiện nếu TTYT chưa có).

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Tràn dịch màng tinh hoàn.

- U nang thừng tinh hoặc u mào tinh hoàn.

- Giãn tĩnh mạch thừng tinh thứ phát (nghi ngờ khối u sau phúc mạc nếu giãn bên phải hoặc khởi phát đột ngột ở người cao tuổi - cần chuyển tuyến chuyên khoa tầm soát).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Theo dõi đối với các trường hợp độ 1 không triệu chứng và không ảnh hưởng tinh dịch đồ; điều trị ngoại khoa (thắt tĩnh mạch thừng tinh) khi có triệu chứng đau tức nhiều, ảnh hưởng tinh dịch đồ hoặc tinh hoàn teo nhỏ.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Giảm đau (nếu có đau tức nhẹ): Paracetamol 500mg uống khi đau.

- Điều trị ngoại khoa: Chỉ định phẫu thuật thắt tĩnh mạch thừng tinh (mở kinh điển hoặc vi phẫu thuật thắt tĩnh mạch thừng tinh dưới bẹn) khi:

+ Có triệu chứng đau tức bìu kéo dài ảnh hưởng sinh hoạt.

+ Tinh dịch đồ có bất ngờ về chất lượng tinh trùng ở nam giới trong độ tuổi sinh sản có vợ chưa con.

+ Tinh hoàn bên giãn có kích thước nhỏ hơn đáng kể so với bên lành.

3. Điều trị hỗ trợ:

- Mặc quần lót nâng đỡ bìu, hạn chế các hoạt động gắng sức làm tăng áp lực ổ bụng.

IV. THEO DÕI ĐIỀU TRỊ

- Tái khám định kỳ sau phẫu thuật để đánh giá vết mổ, thực hiện siêu âm Doppler kiểm tra và xét nghiệm lại tinh dịch đồ sau 3-6 tháng.

V. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Người bệnh có chỉ định phẫu thuật thắt tĩnh mạch thừng tinh (đau tức nhiều, teo tinh hoàn hoặc có chỉ định cải thiện chất lượng tinh trùng).

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

VI. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Tình trạng sau phẫu thuật ổn định, vết mổ khô sạch, không còn đau tức vùng bìu, người bệnh tự chăm sóc được, hẹn tái khám theo lịch.

VII. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Nghi ngờ giãn tĩnh mạch thừng tinh thứ phát (do khối u sau phúc mạc, đặc biệt bên phải), cần thực hiện các kỹ thuật chuyên sâu (CT-Scan ổ bụng/sau phúc mạc) hoặc phẫu thuật vi phẫu mà Trung tâm Y tế chưa triển khai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh"*, Hà Nội.

4. European Association of Urology (EAU) (2026), *EAU Guidelines on Male Infertility and Varicocele Management*, EAU Guidelines Office, Arnhem, The Netherlands.

5. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

PHẦN VI. SẢN PHỤ KHOA

PHẦN A: SẢN KHOA

1. XỬ TRÍ PHÙ PHỔI CẤP TRONG CHUYỂN DẠ

(ICD-10: O99.4)

I. ĐẠI CƯƠNG

Phù phổi cấp trong chuyển dạ là biến chứng tim mạch nặng có thể xảy ra khi tim sản phụ không đáp ứng được thay đổi huyết động lớn trong chuyển dạ (đặc biệt ở người có bệnh tim nền hoặc tiền sản giật nặng), là cấp cứu sản khoa cần xử trí đồng thời cho cả mẹ và thai.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng: Khó thở đột ngột trong chuyển dạ hoặc ngay sau sinh, thở nhanh, co kéo cơ hô hấp phụ; nghe phổi có nhiều ran ẩm, ran nổ lan từ đáy phổi lên đỉnh phổi, có thể kèm đọt hồng qua miệng/mũi; SpO2 giảm nặng (< 90%), mạch nhanh, huyết áp có thể tăng hoặc tụt nếu có sốc tim.

2. Cận lâm sàng

- SpO2, khí máu động mạch.
- BNP (nếu có điều kiện), điện giải đồ, chức năng thận
- X-quang ngực (cân nhắc che chắn bụng) nếu thật sự cần thiết
- Siêu âm tim cấp cứu để đánh giá chức năng thất và bệnh tim nền.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Tiền sản giật nặng gây phù phổi.
- Thuyên tắc ối.
- Bệnh cơ tim chu sinh.

4. Phân độ

- Phân độ Killip: I (không ran ẩm), II (ran ẩm < 50% phổi), III (phù phổi cấp - ran ẩm > 50% phổi), IV (sốc tim).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Ưu tiên an toàn cho cả mẹ và thai/trẻ sơ sinh; theo dõi sát diễn tiến chuyển dạ và tim thai, xử trí kịp thời theo Hướng dẫn sản khoa, quyết định can thiệp/chấm dứt thai kỳ khi có chỉ định.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Tư thế ngồi cao hoặc nằm đầu cao, chân thõng.

- Thở oxy lưu lượng cao qua mặt nạ không thở lại (10-15 L/phút) hoặc hỗ trợ hô hấp không xâm nhập N-CPAP/BiPAP nếu SpO2 < 90%. Trường hợp nặng suy hô hấp kiệt quệ: Đặt nội khí quản và thở máy xâm nhập.

- Furosemide (Vinzix 20mg/2ml): 40 - 80 mg tiêm tĩnh mạch chậm.

- Nicardipine (Nicardipine Aguettant 10mg/10ml): Truyền tĩnh mạch chỉnh liều nếu huyết áp tăng cao.

- Chuẩn bị sẵn sàng đội ngũ hồi sức sơ sinh và tiến hành giải quyết thai kỳ (mổ lấy thai cấp cứu hoặc thúc đẩy đường dưới nếu thuận lợi).

3. Điều trị hỗ trợ: Theo dõi sát tim thai và cơn co tử cung liên tục (nếu thai còn trong tử cung); giảm đau đầy đủ; chăm sóc hậu sản/hậu phẫu tích cực.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- SpO2 liên tục, theo dõi tim thai và cơn co tử cung song song với hồi sức hô hấp-tuần hoàn mẹ

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Tất cả các trường hợp nghi ngờ hoặc chẩn đoán phù phổi cấp trong chuyển dạ đều là cấp cứu y tế, bắt buộc nhập viện khoa Hồi sức tích cực (ICU) hoặc phòng sinh có phương tiện hồi sức chuyên sâu.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Mẹ tỉnh táo, sinh hiệu ổn định, không còn khó thở, SpO2 bình thường khi ngưng thở oxy hỗ trợ.

- Chức năng tim thận cải thiện, vết mổ/đường sinh dục lành tốt, không sốt, không chảy máu bất thường, em bé khỏe mạnh, lịch tái khám được lên đầy đủ.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Vượt quá khả năng chuyên môn hoặc trang thiết bị của tuyến cơ sở (cần can thiệp ICU chuyên khoa sâu, lọc máu, phẫu thuật tim mạch/sản khoa phức tạp); việc chuyển viện phải được thực hiện khi sinh hiệu mẹ đã được ổn định tối đa trên đường đi kèm ê-kíp hồi sức cấp cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2016), *Quyết định số 4128/QĐ-BYT ngày 29/7/2016 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản"*, Hà Nội.

4. European Society of Cardiology (ESC) (2021), "2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure", *European Heart Journal*, 42(36), pp. 3599–3726.

5. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

2. RỐI LOẠN TĂNG HUYẾT ÁP TRONG THAI KỲ

(ICD-10: O13-O15)

I. ĐẠI CƯƠNG

Rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ bao gồm phổ bệnh từ tăng huyết áp thai kỳ đơn thuần đến tiền sản giật-sản giật, là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ và thai nhi trên toàn cầu, cần theo dõi sát để phát hiện sớm dấu hiệu nặng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng: Huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg (đo sau 20 tuần thai); có thể kèm theo phù, đau đầu, nhìn mờ, đau vùng hạ sườn phải/thượng vị.

- *Tiền sản giật:* Huyết áp $\geq 140/90$ mmHg kèm protein niệu ≥ 300 mg/24 giờ (hoặc protein/creatinine niệu ≥ 0.3) hoặc kèm tổn thương cơ quan đích (tiểu cầu giảm, suy thận, tổn thương gan, phù phổi, triệu chứng thần kinh).

- *Tiền sản giật nặng:* Huyết áp $\geq 160/110$ mmHg kèm các dấu hiệu nặng.

- *Sản giật:* Xuất hiện cơn co giật toàn thể không giải thích được nguyên nhân khác trên nền tiền sản giật.

2. Cận lâm sàng

- Tổng phân tích nước tiểu (protein niệu), CTM (tiểu cầu), chức năng gan-thận, LDH (tầm soát HELLP).

- Siêu âm thai (đánh giá phát triển, Doppler nếu có điều kiện).

- ECG nếu có triệu chứng tim mạch.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Tăng huyết áp thai kỳ (không protein niệu).

- Tiền sản giật/tiền sản giật nặng.

- Hội chứng HELLP.

- Tăng huyết áp mạn tính có sẵn.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Kiểm soát huyết áp để ngăn ngừa biến chứng tai biến mạch máu não và suy tạng cho mẹ; dự phòng co giật bằng Magnesi Sulfate; cân nhắc thời điểm chấm dứt thai kỳ phù hợp với tuổi thai và tình trạng bệnh.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

**Tăng huyết áp mạn/nhẹ trong thai kỳ:*

- Methyldopa (Agidopa 250mg): 250 - 500 mg uống 2-3 lần/ngày (liều tối đa 2g/ngày).

- **Nifedipine (Nifedipine Retard 20mg):** 20 mg uống 1-2 lần/ngày.

**(Lưu ý: Nhóm ức chế men chuyển/ARB chống chỉ định tuyệt đối trong thai kỳ).*

**Tiền sản giật nặng / Cơn tăng huyết áp cấp (*$\geq 160/110$ mmHg*):*

- **Nicardipine:** Truyền tĩnh mạch chỉnh tốc độ để hạ huyết áp từ từ.

- **Magnesium Sulfate 15% (1.5g/10ml):** Liều nạp 4g (tương đương 26.6ml) pha loãng truyền tĩnh mạch trong 15-20 phút; duy trì 1-2g/giờ bằng bơm tiêm điện. (Luôn chuẩn bị sẵn thuốc giải độc Calcium Gluconate 10% tại giường).

**Sản giật:* Đảm bảo đường thở (ABC), thở oxy, dùng Magnesi Sulfate liều nạp như trên, kiểm soát huyết áp cấp cứu và chuyển tuyến chuyên khoa khẩn cấp.

3. Điều trị hỗ trợ: Theo dõi sát cơn co tử cung, tim thai liên tục; giảm đau; cân bằng dịch điện giải.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Huyết áp mỗi 4-6 giờ, protein niệu, chức năng gan-thận, tiểu cầu mỗi 24 giờ (tầm soát hội chứng HELLP)

- Theo dõi tim thai và phát triển thai (siêu âm Doppler nếu nghi thai chậm phát triển)

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Tất cả các trường hợp tăng huyết áp có kèm protein niệu, hoặc huyết áp $\geq 160/110$ mmHg, hoặc có triệu chứng cơ năng (đau đầu, nhìn mờ, đau thượng vị), hoặc nghi ngờ tiền sản giật nặng/sản giật.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Huyết áp kiểm soát ổn định dưới $140/90$ mmHg không cần hoặc dùng ít thuốc hạ áp đường uống.

- Các xét nghiệm sinh hóa, huyết học trở về giới hạn an toàn, không còn dấu hiệu tổn thương cơ quan đích; mẹ và bé khỏe mạnh, tái khám hậu sản đúng hẹn.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Tiền sản giật nặng không đáp ứng điều trị nội khoa, sản giật, hội chứng HELLP, suy tạng, hoặc vượt quá năng lực kỹ thuật của cơ sở y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2016), *Quyết định số 4128/QĐ-BYT ngày 29/7/2016 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản"*, Hà Nội.

4. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2020), "Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222", *Obstetrics & Gynecology*, 135(6), pp. e237-e260.

5. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

3. RAU BONG NON

(ICD-10: O45)

I. ĐẠI CƯƠNG

Rau bong non là tình trạng bánh nhau bong sớm khỏi thành tử cung trước khi sổ thai, gây chảy máu và có thể đe dọa tính mạng cả mẹ và thai, là cấp cứu sản khoa tối khẩn cần chấm dứt thai kỳ nhanh chóng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng: Đau bụng đột ngột, liên tục, dữ dội; tử cung co cứng liên tục ("tử cung gỗ", không có khoảng nghỉ giữa các cơn co); ra máu âm đạo màu sậm, loãng (có thể lượng ít hoặc nhiều, đôi khi máu tụ hoàn toàn bên trong không chảy ra ngoài); sinh hiệu mẹ có thể biểu hiện sốc mất máu (mạch nhanh, huyết áp tụt); tim thai suy hoặc mất tim thai.

2. Cận lâm sàng

- CTM, đông máu (fibrinogen - nguy cơ DIC), nhóm máu chuẩn bị truyền máu

- Siêu âm thai cấp cứu (đánh giá bánh nhau, tim thai)

3. Chẩn đoán phân biệt

- Nhau tiền đạo (chảy máu không đau, khác nhau bong non đau bụng cứng)

- Vỡ tử cung

- Chuyển dạ thông thường có ra huyết âm đạo

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Hồi sức chống sốc tích cực, nhanh chóng bồi phụ thể tích tuần hoàn và yếu tố đông máu; chấm dứt thai kỳ khẩn cấp (thường bằng mổ lấy thai cấp cứu nếu thai còn sống hoặc cổ tử cung chưa thuận lợi; nếu chuyển dạ đã tiến triển nhanh và thai đã chết, cân nhắc đường âm đạo kết hợp kiểm soát đông máu).

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Thiết lập ngay 2 đường truyền tĩnh mạch lớn, truyền nhanh dịch tinh thể (NaCl 0.9% hoặc Ringer Lactat).

- Truyền máu tươi toàn phần, huyết tương tươi đông lạnh, khối tiểu cầu, tủa lạnh Fibrinogen theo kết quả xét nghiệm đông máu để điều trị và dự phòng DIC.

- Chấm dứt thai kỳ khẩn cấp: Mổ lấy thai cấp cứu ngay lập tức khi phát hiện rau bong non có suy thai hoặc đe dọa sinh mạng mẹ. Xử trí tích cực cơ tử cung sau sổ nhau bằng Oxytocin để phòng đờ tử cung (vì cơ tử cung ngấm máu - tử cung Couvelaire dễ đờ).

3. Điều trị hỗ trợ: Theo dõi sát nước tiểu qua sonde (duy trì ≥ 30ml/h), giảm đau, chăm sóc hậu phẫu tích cực.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Đông máu toàn bộ (Fibrinogen) theo dõi sát nguy cơ DIC; Hemoglobin theo dõi mất máu.

- Theo dõi tim thai liên tục nếu còn thai trong tử cung.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Mọi trường hợp nghi ngờ rau bong non đều là cấp cứu sản khoa tối khẩn, bắt buộc nhập viện và đưa vào phòng mổ/hồi sức ngay lập tức.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Mẹ tỉnh táo, sinh hiệu hoàn toàn ổn định, không còn tình trạng rối loạn đông máu.

- Vết mổ khô, tử cung co hồi tốt, sản dịch bình thường, không sốt; em bé khỏe mạnh (nếu cứu được), hẹn tái khám hậu sản chuẩn.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Vượt quá năng lực hồi sức huyết học hoặc ngoại khoa của tuyến cơ sở (cần ngân hàng máu lớn, ICU sản khoa, phẫu thuật cắt tử cung cầm máu phức tạp). Việc chuyển tuyến phải tiến hành song song với hồi sức tích cực trên đường đi

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 1098/QĐ-BYT ngày 21/4/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn Quốc gia các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản về nội dung Chảy máu sản khoa"*, Hà Nội.

4. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) (2018), *Antepartum Haemorrhage: Green-top Guideline No. 63*, London: RCOG.

5. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

4. NHAU TIỀN ĐẠO

(ICD-10: O44)

I. ĐẠI CƯƠNG

Nhau tiền đạo là tình trạng bánh nhau bám bất thường ở đoạn dưới tử cung, che một phần hoặc toàn bộ lỗ trong cổ tử cung, gây nguy cơ chảy máu nặng trong thai kỳ và khi chuyển dạ, cần theo dõi sát và lên kế hoạch sinh phù hợp.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng: Chảy máu âm đạo tự nhiên, máu đỏ tươi, xuất hiện đột ngột trong 3 tháng cuối thai kỳ (thường bắt đầu từ tháng thứ 7-8), máu tự cầm rồi tái phát nhiều lần, **không kèm đau bụng**, tử cung mềm.

2. Cận lâm sàng

- CTM, nhóm máu chuẩn bị truyền máu.
- Đông máu nếu chảy máu nhiều.
- Siêu âm thai (chẩn đoán xác định vị trí bánh nhau).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Nhau bong non.
- Vỡ tử cung.
- Vỡ mạch máu tiền đạo (Vasa previa).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Cân nhắc giữa tuổi thai và mức độ chảy máu; kéo dài thai kỳ an toàn nếu chảy máu ít; chủ động chấm dứt thai kỳ bằng mổ lấy thai khi đủ tháng hoặc khi chảy máu nặng đe dọa tính mạng.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Nghỉ ngơi hoàn toàn tại giường, tránh thăm khám âm đạo bằng tay (nếu chưa loại trừ chắc chắn bằng siêu âm tuyến chuyên khoa).

- Corticoid trưởng thành phổi thai nhi (nếu tuổi thai từ 24 đến 34 tuần và có nguy cơ sinh non): **Dexamethasone (Depaxan 4mg/ml):** 6 mg tiêm bắp mỗi 12 giờ x 4 liều (hoặc Betamethasone 12 mg tiêm bắp cách 24 giờ x 2 liều).

- Trường hợp chảy máu nhiều, thiếu máu hoặc đủ tháng: Chỉ định mổ lấy thai chủ động hoặc cấp cứu, chuẩn bị sẵn máu và chế phẩm máu tại phòng mổ.

3. Điều trị hỗ trợ: Bù dịch, truyền máu nếu có thiếu máu cấp; theo dõi sát lượng máu mất qua âm đạo.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

Hemoglobin theo dõi nếu chảy máu tái phát; siêu âm theo dõi vị trí bánh nhau và phát triển thai.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Tất cả các trường hợp ra máu âm đạo 3 tháng cuối thai kỳ có chẩn đoán hoặc nghi ngờ nhau tiền đạo đều bắt buộc nhập viện nội trú.

- Nhau tiền đạo trung tâm hoặc có tiền sử ra máu tái phát cần nằm viện theo dõi sát gần ngày sinh dự kiến.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết chảy máu âm đạo ít nhất 48-72 giờ, sinh hiệu ổn định, Hemoglobin trong giới hạn cho phép, hoặc đã sinh mổ an toàn, vết mổ lành tốt, hậu sản ổn định.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Chảy máu ồ ạt vượt quá khả năng cầm máu tại chỗ, hoặc nghi ngờ nhau cài răng lược nặng trên nền nhau tiền đạo cần chuyển đến tuyến có khả năng phẫu thuật sản khoa chuyên sâu và ngân hàng máu lớn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 1098/QĐ-BYT ngày 21/4/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn Quốc gia các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản về nội dung Chảy máu sản khoa"*, Hà Nội.

4. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2018), "Placenta Accreta Spectrum: ACOG Clinical Consensus No. 7", *Obstetrics & Gynecology*, 132(6), pp. e259-e275.

5. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

5. NHAU CÀI RĂNG LƯỢC

(ICD-10: O43.2)

I. ĐẠI CƯƠNG

Nhau cài răng lược là tình trạng gai nhau xâm lấn bất thường sâu vào cơ tử cung (thậm chí xuyên qua thanh mạc), thường liên quan tiền sử mổ lấy thai kèm nhau tiền đạo, là nguyên nhân gây băng huyết sau sinh nặng nề nhất cần chuẩn bị phẫu thuật kỹ lưỡng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng: Thường ít triệu chứng trong thai kỳ (có thể ra máu rải rác). Biểu hiện rõ nhất là **sau khi sổ thai, nhau không bong tự nhiên** hoặc khi bóc nhau bằng tay thấy bánh nhau dính chặt vào cơ tử cung không thể bóc tách được, kèm theo chảy máu ồ ạt sau sinh.

2. Cận lâm sàng

- CTM, nhóm máu, đông máu (chuẩn bị truyền máu số lượng lớn).

- Siêu âm Doppler thai (dấu hiệu nghi ngờ nhau cài răng lược); nếu nghi ngờ cao cần chuyển tuyến có điều kiện phẫu thuật cao hơn để sinh có kế hoạch.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Nhau tiền đạo đơn thuần không cài răng lược.

- Sót nhau sau sinh (chẩn đoán phân biệt sau sinh).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Lên kế hoạch quản lý chủ động trước sinh; tuyệt đối không cố gắng bóc nhau bằng tay nếu chẩn đoán xác định nhau cài răng lược thể sâu để tránh băng huyết không cầm; chủ động mổ lấy thai và cắt tử cung hoặc bảo tồn tử cung tùy mức độ xâm lấn tại cơ sở y tế có đủ năng lực ngoại khoa và ngân hàng máu.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Lên lịch mổ lấy thai chủ động khi thai đủ trưởng thành (thường ở tuần thứ 34 - 36) tại bệnh viện tuyến tỉnh/trung ương có khoa Hồi sức và Ngoại - Sản phối hợp.

- Chuẩn bị sẵn tối thiểu 4-6 đơn vị máu toàn phần/khối hồng cầu và các chế phẩm máu.

- Phẫu thuật: Mổ lấy thai qua đường tử cung phía trên bánh nhau, sau đó tiến hành **cắt tử cung toàn phần/bán phần có bánh nhau lưu lại trong tử cung** (phương pháp an toàn phổ biến) hoặc các kỹ thuật bảo tồn tử cung nếu điều kiện cho phép và bệnh nhân có nguyện vọng.

3. Điều trị hỗ trợ: Bồi phụ dịch/máu tích cực, kháng sinh dự phòng phổ rộng, chăm sóc hậu phẫu tại khu vực hồi sức tích cực.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Siêu âm theo dõi mức độ xâm lấn bánh nhau; nhóm máu và dự trù máu trước sinh.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Tất cả các sản phụ có chẩn đoán hoặc nghi ngờ cao nhau cài răng lược trên siêu âm/MRI phải được nhập viện nội trú theo dõi hoặc chuyển tuyến chuẩn bị mổ chủ động.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Mẹ tỉnh táo, sinh hiệu ổn định, không còn chảy máu, vết mổ lành tốt, không có biến chứng tổn thương bàng quang/niệu quản, em bé khỏe mạnh.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Phát hiện nghi ngờ nhau cài răng lược từ tuyến cơ sở cần chuyển ngay đến tuyến chuyên khoa có khả năng phẫu thuật lớn và ngân hàng máu trước thời điểm dự sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 1098/QĐ-BYT ngày 21/4/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn Quốc gia các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản về nội dung Chảy máu sản khoa"*, Hà Nội.

4. Jauniaux, E., et al. (2018), "Placenta Praevia and Placenta Praevia Accreta: Diagnosis and Management: Green-top Guideline No. 27a", *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 125(6), pp. e1-e33.

5. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

6. VỠ TỬ CUNG

(ICD-10: O71.1)

I. ĐẠI CƯƠNG

Vỡ tử cung là biến chứng sản khoa nặng nề với tỷ lệ tử vong mẹ-con cao, thường xảy ra trên tử cung có sẹo mổ cũ hoặc chuyển dạ kéo dài không được theo dõi sát, là cấp cứu ngoại khoa sản tối khẩn.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- *Giai đoạn dọa vỡ:* Đau dữ dội vùng hạ vị, cơn co tử cung cường tính, sản phụ vật vã, vòng Bandl nâng cao dần lên rốn, dấu hiệu mệt mỏi, tim thai suy.

- *Giai đoạn vỡ thực sự:* Đau nhói đột ngột như "xé" sau đó **cơn co tử cung biến mất hoàn toàn**; sản phụ chuyển sang sốc (mạch nhanh, huyết áp tụt, vã mồ hôi, da xanh); sờ thấy các phần thai ngay dưới thành bụng hoặc tim thai mất đột ngột; chảy máu âm đạo từ ít đến nhiều.

2. Cận lâm sàng

- CTM (Hct), nhóm máu, đông máu (cấp cứu, chuẩn bị truyền máu/phẫu thuật).

- Siêu âm bụng cấp cứu (dịch ổ bụng, tình trạng thai).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Nhau bong non.

- Vỡ mạch máu tử cung khác.

- Chuyển dạ đình trệ chưa vỡ tử cung.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Hồi sức chống sốc tích cực bằng truyền dịch và truyền máu nhanh đồng thời tiến hành **phẫu thuật cấp cứu tối khẩn** để cầm máu và xử trí tổn thương tử cung (khâu bảo tồn hoặc cắt tử cung tùy thuộc vào đường vỡ và tình trạng bệnh nhân).

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Thiết lập ngay 2 đường truyền tĩnh mạch lớn, truyền dịch cao phân tử / tinh thể kết hợp truyền máu gấp.

- Kháng sinh dự phòng phổ rộng: Ceftriaxone (Ceftrione 1g): 1 - 2g tiêm tĩnh mạch trước hoặc ngay khi kẹp cuống rốn/trong mổ.

- Phẫu thuật cấp cứu ngay lập tức: Mở bụng lấy thai (nếu thai còn), đánh giá tổn thương. Nếu đường vỡ gọn, sản phụ còn trẻ, chưa đủ con: Khâu phục hồi tử cung kết hợp thắt động mạch tử cung/động mạch hạ vị. Nếu đường vỡ phức tạp, nát, nhiễm trùng: Cắt tử cung toàn phần hoặc bán phần.

3. Điều trị hỗ trợ: Giảm đau, hồi sức nội khoa sau mổ tại khoa Hồi sức tích cực, nuôi dưỡng tĩnh mạch, chăm sóc vết mổ.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Hemoglobin, đông máu toàn bộ theo dõi sau phẫu thuật; chức năng thận nếu có sốc mất máu kéo dài

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Mọi trường hợp dọa vỡ hoặc vỡ tử cung đều là cấp cứu tối khẩn, bắt buộc nhập viện phòng mổ/ICU ngay lập tức.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Mẹ tỉnh táo, sinh hiệu ổn định, vết mổ khô sạch, không sốt, tử cung co hồi tốt (nếu được bảo tồn), các chỉ số huyết học phục hồi an toàn.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Tuyến cơ sở không đủ điều kiện phẫu thuật lớn phải tiến hành hồi sức chống sốc ngay trên đường chuyển viện khẩn cấp lên tuyến trên

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2016). *Quyết định số 4572/QĐ-BYT ngày 25/8/2016 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản"*. Hà Nội.

4. World Health Organization (2015). *WHO Guidelines for the Management of Common Postpartum and Intrapartum Complications*. Geneva.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*. Geneva.

7. BĂNG HUYẾT SAU SANH

(ICD-10: O72)

I. ĐẠI CƯƠNG

Băng huyết sau sinh là tình trạng chảy máu quá mức sau sổ thai (trên 500ml sau sinh thường hoặc trên 1000ml sau mổ), là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ trên toàn thế giới, nguyên nhân thường gặp nhất là đờ tử cung.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng: Máu chảy ra liên tục hoặc ồ ạt từ âm đạo sau khi sinh; tử cung mềm nhão, không co thành khối cầu an toàn (đờ tử cung - nguyên nhân chiếm $\approx 70-80\%$); mạch nhanh (≥ 100 lần/phút), huyết áp tụt, hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, trụy mạch (dấu hiệu sốc mất máu).

2. Cận lâm sàng

- CTM (Hct), nhóm máu, đông máu (fibrinogen).
- Chức năng thận nếu sốc mất máu kéo dài.
- Siêu âm tử cung (tìm sót nhau, đờ tử cung).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Đờ tử cung (nguyên nhân thường gặp nhất).
- Sót nhau/màng nhau.
- Rách đường sinh dục.
- Rối loạn đông máu.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Xử trí nhanh chóng, đồng thời hồi sức chống sốc và tìm/xử lý nguyên nhân gây chảy máu (Áp dụng phác đồ xử trí băng huyết sau sinh của Bộ Y tế).

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Hồi sức ban đầu: Thiết lập đường truyền tĩnh mạch lớn, truyền dịch nhanh (NaCl 0.9% hoặc Ringer Lactat), thở oxy mũi.

- Xử trí nguyên nhân (4T):

+ Xoa bóp tử cung liên tục qua thành bụng kết hợp dùng thuốc tăng co:

- Oxytocin (10IU/ml): 5-10 IU tiêm tĩnh mạch chậm, sau đó truyền tĩnh mạch 20 IU trong 500 ml dung dịch NaCl 0.9% với tốc độ 60 giọt/phút.

- Carbetocin (Duratocin 100mcg/ml): 100 mcg tiêm tĩnh mạch chậm (thường dùng dự phòng hoặc điều trị đờ tử cung do mổ lấy thai).

- Methylergometrine (0.2mg/ml): 0.2 mg tiêm bắp hoặc tĩnh mạch chậm *(CHỐNG CHỈ ĐỊNH tuyệt đối nếu sản phụ bị tăng huyết áp)*.

- **Misoprostol (200mcg):** 400 - 600 mcg đặt hậu môn hoặc ngậm dưới lưỡi.

- *Kiểm tra đường sinh dục (Trauma):* Thám sát, khâu phục hồi các vết rách cổ tử cung, âm đạo, tầng sinh môn.

- *Kiểm tra buồng tử cung (Tissue):* Lấy hết máu cục, bóc nhau nhân tạo hoặc nạo hút lấy hết mô nhau sót.

- *Chèn bóng buồng tử cung* hoặc can thiệp ngoại khoa (thắt động mạch tử cung, thắt động mạch hạ vị, hoặc cắt tử cung cầm máu) nếu các biện pháp nội khoa thất bại.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Hemoglobin mỗi 6-12 giờ, đông máu toàn bộ nếu mất máu nhiều/nghi rối loạn đông máu.

- Theo dõi co hồi tử cung, lượng máu mất tiếp tục qua băng vệ sinh/sonde theo dõi.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Tất cả các sản phụ có lượng máu mất vượt ngưỡng định nghĩa băng huyết sau sinh hoặc có dấu hiệu sốc mất máu đều bắt buộc nhập viện cấp cứu tại khoa Phụ sản / Hồi sức tích cực.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Mẹ tỉnh táo, sinh hiệu ổn định, không còn chảy máu âm đạo bất thường, tử cung co hồi tốt.

- Hemoglobin phục hồi an toàn ($\geq$ 9 g/dl hoặc ổn định không cần truyền máu thêm), vết thương tầng sinh môn/vết mổ khô ráo, em bé khỏe mạnh, tái khám đúng lịch.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Chảy máu không cầm bằng các biện pháp nội khoa và thủ công tại tuyến cơ sở, vượt quá khả năng phẫu thuật hoặc thiếu nguồn máu dự trữ; tiến hành chuyển tuyến khẩn cấp kèm hồi sức tích cực trên đường đi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2016). *Quyết định số 4572/QĐ-BYT ngày 25/8/2016 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản"*. Hà Nội.

4. World Health Organization (2023). *WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage*. Geneva.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*. Geneva.

8. DỌA SANH NON VÀ SANH NON

(ICD-10: O47, O60)

I. ĐẠI CƯƠNG

Dọa sanh non và sanh non là tình trạng chuyển dạ xảy ra trước 37 tuần thai, nguyên nhân hàng đầu gây bệnh tật và tử vong sơ sinh, xử trí kịp thời bằng thuốc giảm co và Corticoid trưởng thành phổi giúp cải thiện tiên lượng trẻ.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Tuổi thai từ 22 đến dưới 37 tuần.

- Đau bụng âm ỉ hoặc từng cơn, cơn co tử cung đều đặn ($\geq 2-4$ cơn trong 20 phút).

- Cổ tử cung bắt đầu xóa mở (≥ 2 cm hoặc ngắn lại trên siêu âm).

2. Cận lâm sàng

- CTM, CRP nếu nghi nhiễm trùng là nguyên nhân.

- Tổng phân tích nước tiểu (loại trừ NTĐTN là yếu tố thuận lợi).

- Siêu âm thai (đo chiều dài kênh cổ tử cung nếu có điều kiện, đánh giá ngôi thai, lượng ối).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Dọa sanh non do nhiễm trùng ối.

- Dọa sanh non do NTĐTN.

- Cơn co Braxton-Hicks sinh lý.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Kéo dài thời gian mang thai khi có thể để dùng Corticoid trưởng thành phổi thai nhi; dự phòng các biến chứng sơ sinh; chuyển tuyến phù hợp nếu tuổi thai quá non tháng

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Nghỉ ngơi tuyệt đối tại giường, nằm nghiêng trái.

- Thuốc giảm co (Tocolytics):

+ Nifedipine (Nifedipin Retard 20mg): Liều tấn công 10-20 mg uống mỗi 20 phút (tối đa 3 liều trong giờ đầu), sau đó duy trì 20 mg x 3-4 lần/ngày.

+ (Hoặc Atosiban truyền tĩnh mạch nếu có điều kiện).

- Corticoid trưởng thành phổi (cho tuổi thai từ 24 đến 34 tuần):

+ Dexamethasone (Depaxan 4mg/ml): 6 mg tiêm bắp mỗi 12 giờ x 4 liều (hoặc Betamethasone 12 mg tiêm bắp cách 24 giờ x 2 liều).

- Kháng sinh dự phòng nếu có vỡ ối non đi kèm (ví dụ: Ceftriaxone).

3. Điều trị hỗ trợ: Theo dõi sát cơn co tử cung và tim thai liên tục; chăm sóc trẻ sơ sinh non tháng tại đơn vị chuyên khoa nếu sinh ra.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

Theo dõi tim thai và cơn co tử cung liên tục; CRP/CTM nếu nghi nhiễm trùng ối kèm theo

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Tất cả sản phụ có triệu chứng dọa sinh non (cơn co tử cung đều đặn kèm thay đổi cổ tử cung trước 37 tuần) đều bắt buộc nhập viện nội trú theo dõi.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Cơn co tử cung đã ngưng hoàn toàn trên 48 giờ, chiều dài cổ tử cung ổn định, không có dấu hiệu nhiễm trùng, mẹ và thai nhi ổn định, hẹn tái khám và dùng thuốc theo toa.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Tuổi thai dưới 34 tuần có nguy cơ sinh non cao vượt quá năng lực nuôi dưỡng sơ sinh non tháng của cơ sở y tế; việc chuyển tuyến nên được thực hiện khi chưa sinh (in utero) nếu điều kiện cho phép.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2016). *Quyết định số 4572/QĐ-BYT ngày 25/8/2016 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản"*. Hà Nội.

4. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2023). *The Management of Early Pregnancy Loss*. RCOG Green-top Guideline No. 25.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*. Geneva.

9. VỠ ỐI NON

(ICD-10: O42)

I. ĐẠI CƯƠNG

Vỡ ối non là tình trạng màng ối vỡ trước khi chuyển dạ bắt đầu, làm tăng nguy cơ nhiễm trùng ối và sanh non, xử trí phụ thuộc tuổi thai và tình trạng nhiễm trùng kèm theo.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng: Sản phụ đột ngột thấy ra nước loãng ấm ở âm đạo, rỉ liên tục hoặc ào ạt khi đi đứng hoặc thay đổi tư thế. Khám mỏ vịt thấy nước ối đọng ở túi cùng sau hoặc chảy ra từ lỗ trong cổ tử cung khi ho/rặn.

2. Cận lâm sàng

- CTM, CRP (theo dõi nhiễm trùng ối).
- Test giấy quỳ/Nitrazine hoặc test nhanh xác định vỡ ối nếu có điều kiện.
- Siêu âm thai (đánh giá lượng ối, ngôi thai).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Vỡ ối non thực sự.
- Són tiểu/tăng tiết dịch âm đạo (chẩn đoán nhầm).
- Rỉ ối cao (vỡ màng ối không hoàn toàn).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Xử trí tùy thuộc vào tuổi thai, thời gian vỡ ối và sự hiện diện của dấu hiệu nhiễm trùng. Ngăn ngừa nhiễm trùng, hỗ trợ phổi thai nhi khi non tháng và chủ định chấm dứt thai kỳ khi đủ tháng hoặc có nhiễm trùng.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

**Tuổi thai $<$ 34 tuần (không có dấu hiệu nhiễm trùng):*

- Kháng sinh dự phòng nhiễm trùng: Ceftriaxone (Ceftrione 1g): 1g tiêm tĩnh mạch x 1 lần/ngày kết hợp Metronidazole 500mg truyền tĩnh mạch để kéo dài thời gian mang thai an toàn.

- Corticoid trưởng thành phổi: Dexamethasone 6mg tiêm bắp mỗi 12 giờ x 4 liều.

**Tuổi thai $\geq$ 34 tuần hoặc có dấu hiệu nhiễm trùng ối:*

- Chủ động khởi phát chuyển dạ hoặc mổ lấy thai tùy thuộc vào điều kiện sản khoa.
- Kháng sinh điều trị tích cực.

3. Điều trị hỗ trợ: Theo dõi sát sinh hiệu mẹ, nhiệt độ cơ thể, nhịp tim thai và tính chất nước ối.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- CTM, CRP mỗi 12-24 giờ tầm soát nhiễm trùng ối; theo dõi tim thai liên tục

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Tất cả các trường hợp vỡ ối non đều bắt buộc nhập viện nội trú để theo dõi chặt chẽ nguy cơ nhiễm trùng và sa dây rốn.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Mẹ không sốt, không có dấu hiệu nhiễm trùng ối, sản dịch hoặc nước ối rỉ đã cầm (hoặc đã sinh an toàn), vết mổ/đường sinh dục lành tốt, em bé khỏe mạnh.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Vỡ ối non non tháng kèm nhiễm trùng nặng hoặc vượt quá năng lực chăm sóc sơ sinh non tháng của cơ sở y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2016), *Quyết định số 4128/QĐ-BYT ngày 29/7/2016 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản"*, Hà Nội.

4. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2020), "Prelabor Rupture of Membranes: ACOG Practice Bulletin, Number 217", *Obstetrics & Gynecology*, 135(3), pp. e80-e97.

5. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

10. CHẨN ĐOÁN VÀ THEO DÕI CHUYỂN DẠ ĐẺ THƯỜNG

(ICD-10: O80)

I. ĐẠI CƯƠNG

Chuyển dạ đẻ thường là quá trình sinh lý đưa thai và phần phụ của thai ra ngoài qua đường âm đạo, cần theo dõi sát bằng biểu đồ chuyển dạ để phát hiện sớm các bất thường và can thiệp kịp thời.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng: Cơn co tử cung đều đặn tăng dần về tần số và cường độ (từ 3 cơn trở lên trong 10 phút, kéo dài ≥ 30 giây); cổ tử cung xóa mở dần (≥ 2 cm ở con rạ hoặc xóa mở rộng ở con so); có nhầy hồng âm đạo (nhớt hồng).

2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm thường quy khi nhập viện (công thức máu, nhóm máu, tổng phân tích nước tiểu); siêu âm xác định ngôi thai, ước lượng cân nặng thai nhi khi cần thiết; ghi biểu đồ tim thai và cơn co tử cung bằng monitor sản khoa hoặc nghe tim thai ngắt quãng đúng quy định.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Chuyển dạ giả (cơn co không đều, không tiến triển cổ tử cung).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Theo dõi sát sao diễn tiến chuyển dạ bằng biểu đồ chuyển dạ (Partogram); đảm bảo vô khuẩn tuyệt đối trong cuộc đẻ; tôn trọng sinh lý nhưng sẵn sàng can thiệp phẫu thuật hoặc dùng thuốc khi có dấu hiệu bất thường.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Theo dõi bằng biểu đồ chuyển dạ (Partogram) ghi nhận độ mở cổ tử cung, độ lọt, cơn co, tim thai.

- Giảm đau trong chuyển dạ: Gây tê ngoài màng cứng (nếu có điều kiện) hoặc sử dụng thuốc giảm đau toàn thân nhẹ theo chỉ định.

- Tăng co cường độ (nếu cơn co thưa, yếu và cổ tử cung đình trệ):

+ Oxytocin (10IU/ml): Pha 2.5 IU (hoặc 5 IU) trong 500 ml dung dịch Glucose 5% hoặc NaCl 0.9%, bắt đầu truyền tĩnh mạch với tốc độ 10 giọt/phút, tăng dần mỗi 15-30 phút tùy theo đáp ứng cơn co (tối đa không quá 40-60 giọt/phút).

- Chuyển mổ lấy thai kịp thời khi có các bất thường tiến triển (chuyển dạ đình trệ, suy thai cấp, bất xứng đầu chậu).

3. Điều trị hỗ trợ: Động viên tâm lý sản phụ, cho uống nước/ăn nhẹ năng lượng lượng lỏng, hướng dẫn cách thở và rặn đẻ đúng thời điểm, chăm sóc sơ sinh thiết yếu sớm (EENC).

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Theo dõi tim thai và cơn co tử cung liên tục bằng monitor sản khoa theo biểu đồ chuyển dạ (partogram)

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Tất cả sản phụ có dấu hiệu chuyển dạ thực sự (cơn co tử cung đều đặn kèm xóa mở cổ tử cung) đều được nhập viện khoa Sanh để theo dõi.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Mẹ sinh an toàn, sinh hiệu ổn định sau đẻ ít nhất 24-48 giờ, tử cung co hồi tốt, không chảy máu âm đạo bất thường, vết khâu tầng sinh môn khô sạch, em bé bú tốt, khỏe mạnh.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Tiến trình chuyển dạ có bất thường vượt quá giới hạn an toàn hoặc vượt khả năng xử trí của tuyến cơ sở (suy thai, kẹt vai, bất xứng đầu chậu, chuyển dạ kéo dài, dọa vỡ tử cung) cần chuyển viện kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2016), *Quyết định số 4128/QĐ-BYT ngày 29/7/2016 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản"*, Hà Nội.

4. World Health Organization (2018), *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*, Geneva: World Health Organization.

5. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

11. THAI CHẾT TRONG TỬ CUNG

(ICD-10: O36.4)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Thai chết trong tử cung là tình trạng thai ngừng phát triển và tử vong trong buồng tử cung, cần chẩn đoán xác định và chấm dứt thai kỳ phù hợp, đồng thời theo dõi rối loạn đông máu nếu thai lưu kéo dài.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng: Thai phụ không còn cảm nhận thai máy; sờ nắn bụng không thấy cử động thai; chiều cao tử cung không phát triển hoặc nhỏ hơn tuổi thai.

2. Cận lâm sàng

- CTM, đông máu (fibrinogen - nguy cơ rối loạn đông máu nếu thai lưu kéo dài)

- Tổng phân tích nước tiểu, đường huyết (tầm soát nguyên nhân)

- Siêu âm thai (chẩn đoán xác định - không còn tim thai)

3. Chẩn đoán phân biệt

- Thai lưu sớm

- Thai lưu muộn

- Chẩn đoán nhầm do tư thế đầu dò siêu âm (cần xác nhận lại)

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Ưu tiên an toàn cho cả mẹ và thai/trẻ sơ sinh; theo dõi sát diễn tiến chuyển dạ và tim thai, xử trí kịp thời theo Hướng dẫn sản khoa, quyết định can thiệp/chấm dứt thai kỳ khi có chỉ định.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng) (340)

- Đánh giá đông máu toàn bộ (Fibrinogen) trước khi can thiệp.

- Gây chuyển dạ tùy thuộc tuổi thai:

+ Thai < 28 tuần: Misoprostol (Heraprostol) 200mcg đặt âm đạo hoặc ngậm dưới lưỡi theo phác đồ khởi phát chuyển dạ.

+ Thai ≥ 28 tuần: Có thể kết hợp Misoprostol hoặc truyền tĩnh mạch Oxytocin (Oxytocin 10IU/ml) theo phác đồ.

- Kháng sinh dự phòng nếu can thiệp buồng tử cung/nạo hút: Amoxicillin-Clavulanic hoặc Ceftriaxon.

- Hỗ trợ tâm lý tích cực cho sản phụ và gia đình.

3. Điều trị hỗ trợ: Giảm đau trong chuyển dạ, truyền máu/chế phẩm máu nếu có rối loạn đông máu, chăm sóc hậu sản.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Đông máu toàn bộ (Fibrinogen) theo dõi mỗi 1-2 tuần nếu thai lưu chưa xử trí ngay (nguy cơ DIC)

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Tất cả các trường hợp thai chết trong tử cung đều có chỉ định nhập viện để theo dõi và chấm dứt thai kỳ theo phác đồ phù hợp; nhập viện cấp cứu khi có dấu hiệu rối loạn đông máu hoặc nhiễm trùng.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN: Mẹ ổn định về sinh hiệu, tử cung co hồi tốt, sản dịch sinh lý, không chảy máu bất thường, không sốt, vết mổ cũ (nếu có) liền tốt, tâm lý ổn định, được tư vấn tái khám hậu sản.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN: Vượt quá khả năng chuyên môn hoặc trang thiết bị của tuyến cơ sở (ví dụ: cần can thiệp ngoại khoa phức tạp trên nền sẹo mổ cũ phức tạp, rối loạn đông máu nặng cần truyền máu khối lượng lớn/hồi sức tích cực ICU).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2016), *Quyết định số 4128/QĐ-BYT ngày 29/7/2016 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản"*, Hà Nội.

4. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) (2010), *Late Intrauterine Fetal Death and Stillbirth: Green-top Guideline No. 55*, London: RCOG.

5. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

12. THAI SUY TRONG CHUYỂN DẠ

(ICD-10: O68)

I. ĐẠI CƯƠNG

Thai suy trong chuyển dạ là tình trạng thai thiếu oxy cấp tính trong quá trình chuyển dạ, biểu hiện qua bất thường nhịp tim thai trên monitor sản khoa, cần can thiệp kịp thời để tránh di chứng thần kinh cho trẻ.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng: Nhịp tim thai bất thường trên monitor (nhịp chậm kéo dài, nhịp nhanh, dao động nội tại kém, các dạng DIP II); nước ối lẫn phân su đặc (ở ngôi đầu).

2. Cận lâm sàng

- Không cần xét nghiệm đặc hiệu; đánh giá dựa theo dõi tim thai liên tục.
- Theo dõi tim thai bằng monitor sản khoa liên tục (bắt buộc).
- Siêu âm Doppler nếu có điều kiện đánh giá thêm.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Suy thai cấp (nhịp tim thai bất thường cấp).
- Suy thai mạn (thai chậm tăng trưởng từ trước).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Ưu tiên an toàn cho cả mẹ và thai/trẻ sơ sinh; theo dõi sát diễn tiến chuyển dạ và tim thai, xử trí kịp thời theo Hướng dẫn sản khoa, quyết định can thiệp/chấm dứt thai kỳ khi có chỉ định.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Cho sản phụ nằm nghiêng trái.
- Thở oxy kính/mask 6–10 lít/phút.
- Ngừng ngay truyền Oxytocin nếu đang sử dụng.
- Truyền bù dịch nhanh dung dịch đẳng trương (NaCl 0,9% hoặc Ringer Lactat) nếu có tụt huyết áp.
- Nếu tim thai không cải thiện nhanh: Chủ động chấm dứt thai kỳ ngay (mổ lấy thai cấp cứu hoặc can thiệp đường âm đạo nếu đủ điều kiện).

3. Điều trị hỗ trợ: Hồi sức sơ sinh ngay tại phòng sinh với sự tham gia của bác sĩ nhi/sơ sinh.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

Theo dõi tim thai liên tục bằng monitor sản khoa; khí máu cuống rốn sau sinh nếu có toan hóa nghi ngờ

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Nhập viện cấp cứu ngay khi phát hiện nhịp tim thai bất thường trong chuyển dạ hoặc có nước ối lẫn phân su đặc kèm thay đổi nhịp tim thai.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN: Mẹ ổn định sinh hiệu, không biến chứng sau sinh/sau mổ; trẻ sơ sinh khỏe mạnh, bú tốt, không có dấu hiệu ngạt hay tổn thương thần kinh sơ sinh.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN: Vượt quá khả năng xử trí cấp cứu của cơ sở (không có khả năng mổ lấy thai cấp cứu hoặc không có đơn vị hồi sức sơ sinh sơ cấp/NICU cho trẻ ngạt nặng).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2016), *Quyết định số 4128/QĐ-BYT ngày 29/7/2016 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản"*, Hà Nội.

4. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2019), "Intrapartum Fetal Heart Rate Monitoring: ACOG Practice Bulletin, Number 106", *Obstetrics & Gynecology*, 114(1), pp. 192-202.

5. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

13. THAI QUÁ NGÀY

(ICD-10: O48)

I. ĐẠI CƯƠNG

Thai quá ngày là tình trạng thai kỳ kéo dài từ 41 tuần trở lên, làm tăng nguy cơ suy thai, thiểu ối và các biến chứng chu sinh khác, cần theo dõi sát và có kế hoạch chấm dứt thai kỳ phù hợp.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng: Tuổi thai được xác định chắc chắn từ siêu âm 3 tháng đầu đạt ≥ 41 tuần.

2. Cận lâm sàng

- Không cần xét nghiệm đặc hiệu.

- Siêu âm thai (đánh giá lượng ối, sinh trắc học, chỉ số Doppler nếu có điều kiện).

- Theo dõi tim thai không đả kích (NST) định kỳ.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Thai già tháng thật sự (tính tuổi thai không chính xác cần loại trừ)

- Thiểu ối do suy bánh nhau

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc Chủ động theo dõi sát tình trạng thai từ tuần 41 và có kế hoạch chấm dứt thai kỳ kịp thời nhằm giảm thiểu tai biến chu sinh.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Đánh giá tình trạng thai: NST, chỉ số ối, tại thời điểm 41 tuần.

- Cổ tử cung thuận lợi: khởi phát chuyển dạ bằng Oxytocin (Oxytocin 10IU/ml) truyền tĩnh mạch.

- Cổ tử cung không thuận lợi: làm chín muồi cổ tử cung bằng Misoprostol (Heraprostol 200mcg) hoặc bóng Foley, sau đó khởi phát chuyển dạ.

- Suy thai/không đáp ứng khởi phát - mổ lấy thai.

3. Điều trị hỗ trợ

Theo dõi tim thai và cơn co tử cung liên tục khi còn thai trong tử cung, bù dịch/máu khi cần, giảm đau, chăm sóc hậu sản/hậu phẫu.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Non-stress test (NST) và siêu âm đánh giá chỉ số ối định kỳ mỗi 2-3 ngày khi thai ≥ 41 tuần.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Thai phụ đạt mốc ≥ 41 tuần cần nhập viện để theo dõi đánh giá chuyên sâu và tiến hành khởi phát chuyển dạ hoặc có dấu hiệu chuyển dạ tự nhiên, thiểu ối, giảm cử động thai.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN: Mẹ và bé ổn định sau sinh thường hoặc sinh mổ an toàn, không có biến chứng chảy máu hay nhiễm trùng, bé bú tốt.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN: Cơ sở không đủ điều kiện khởi phát chuyển dạ an toàn hoặc không đủ năng lực phẫu thuật cấp cứu/hồi sức sơ sinh khi xảy ra suy thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2016), *Quyết định số 4128/QĐ-BYT ngày 29/7/2016 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản"*, Hà Nội.

4. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2014), "Management of Late-Term and Postterm Pregnancies: ACOG Practice Bulletin, Number 146", *Obstetrics & Gynecology*, 124(2), pp. 390-396.

5. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

14. QUẢN LÝ THAI CÓ VẾT MỔ CŨ

(ICD-10: O34.2)

I. ĐẠI CƯƠNG

Quản lý thai có vết mổ cũ là theo dõi đặc biệt cho thai phụ có tiền sử mổ lấy thai, nhằm phát hiện sớm nguy cơ nứt/vỡ tử cung tại vết mổ cũ và quyết định phương pháp sinh an toàn (thử thách sinh ngả âm đạo hay mổ lấy thai chủ động).

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng: Tiền sử có phẫu thuật tử cung (đặc biệt là mổ lấy thai); theo dõi các dấu hiệu đau tức vùng vết mổ cũ trong thai kỳ muộn hoặc chuyển dạ.

2. Cận lâm sàng

- CTM, nhóm máu (chuẩn bị sẵn sàng nếu cần mổ lại).

- Siêu âm đánh giá độ dày cơ tử cung tại vết mổ cũ (nếu có điều kiện).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Vết mổ cũ liền tốt (đủ điều kiện thử thách sinh ngả âm đạo tùy chỉ định)

- Vết mổ cũ mỏng/nguy cơ nứt (chỉ định mổ lấy thai chủ động)

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Cân nhắc giữa lợi ích và nguy cơ của việc sinh ngả âm đạo (VBAC) và mổ lấy thai lặp lại; tuyệt đối tuân thủ chỉ định mổ lấy thai chủ động khi có từ 2 vết mổ cũ trở lên hoặc có yếu tố nguy cơ kèm theo.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Nhập viện theo dõi từ 38 tuần, đánh giá độ dày vết mổ cũ nếu có điều kiện siêu âm.

- Theo dõi sát dấu hiệu dọa vỡ tử cung (đau chói vết mổ cũ, mạch nhanh) trong suốt thai kỳ/chuyển dạ.

- Có 1 vết mổ cũ, ngôi thuận, không chống chỉ định khác: có thể theo dõi sinh ngả âm đạo có giám sát chặt (VBAC) tại cơ sở có khả năng mổ cấp cứu ngay.

- Từ 2 vết mổ cũ trở lên hoặc có yếu tố nguy cơ khác - mổ lấy thai chủ động.

3. Điều trị hỗ trợ

Giảm đau trong chuyển dạ hợp lý (tránh dùng các thuốc giảm đau che lấp triệu chứng dọa vỡ tử cung); theo dõi sát cơn co tử cung.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

Siêu âm theo dõi độ dày vết mổ cũ (nếu có điều kiện); theo dõi tim thai định kỳ.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Thai phụ có vết mổ cũ nhập viện từ tuần 38 để theo dõi chờ sinh hoặc khi có dấu hiệu chuyển dạ, đau bụng bất thường nghi ngờ dọa vỡ tử cung tại vết mổ cũ (CẤP CỨU).

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN: Mẹ và con ổn định sau sinh, tử cung co hồi tốt, vết mổ thành bụng lành tốt, không có biến chứng chảy máu hay nhiễm trùng.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN: Vượt quá khả năng chuyên môn hoặc trang thiết bị (nghi ngờ nhau cài răng lược mức độ nặng, nguy cơ vỡ tử cung cao, cơ sở không đủ khả năng phẫu thuật cấp cứu và truyền máu lớn).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2016), *Quyết định số 4128/QĐ-BYT ngày 29/7/2016 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản"*, Hà Nội.

4. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) (2015), *Birth After Previous Caesarean Section: Green-top Guideline No. 45*, London: RCOG.

5. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

15. SA DÂY RỐN

(ICD-10: O69.0)

I. ĐẠI CƯƠNG

Sa dây rốn là tình trạng dây rốn sa xuống trước ngôi thai, có thể bị chèn ép gây gián đoạn tuần hoàn rốn-thai đột ngột, là cấp cứu sản khoa tối khẩn cần mổ lấy thai ngay lập tức.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng: Nhìn hoặc sờ thấy dây rốn trong âm đạo sau khi vỡ ối; tim thai đột ngột chậm sâu, rời rạc hoặc mất dao động nội tại trên monitor.

2. Cận lâm sàng

- Không cần xét nghiệm đặc hiệu (cấp cứu tối khẩn).

- Theo dõi tim thai liên tục bằng monitor (xác nhận tình trạng thai).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Sa dây rốn có màng ối còn nguyên (tiên lượng tốt hơn).

- Sa dây rốn vỡ ối - suy thai cấp (cấp cứu tối khẩn, mổ lấy thai ngay).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Giải phóng ngay lập tức sự chèn ép dây rốn lên ngôi thai và tiến hành mổ lấy thai cấp cứu tối khẩn không chậm trễ.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Đặt sản phụ ở tư thế Trendelenburg (đầu thấp, mông cao) hoặc tư thế gối - ngực.

- Đưa tay vào âm đạo đẩy ngược ngôi thai lên cao để giải áp lực đè ép lên dây rốn và **giữ nguyên tay trong âm đạo** cho đến khi bắt đầu phẫu thuật.

- Cho sản phụ thở oxy kính/mask 10 lít/phút.

- Chuyển ngay lên phòng mổ để thực hiện **mổ lấy thai cấp cứu tối khẩn**.

3. Điều trị hỗ trợ: Chuẩn bị sẵn sàng đội ngũ hồi sức sơ sinh tích cực ngay tại phòng mổ.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

Theo dõi tim thai liên tục trong khi chuẩn bị mổ cấp cứu

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Tất cả các trường hợp sa dây rốn đều là cấp cứu y tế tối khẩn, cần nhập viện/phòng mổ ngay lập tức để phẫu thuật cấp cứu cứu thai.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN: Mẹ hồi phục tốt sau phẫu thuật cấp cứu, không sốt, vết mổ lành tốt; trẻ sơ sinh được chăm sóc ổn định (hoặc chuyển khoa Nhi sơ sinh nếu có ngạt nhẹ đã hồi sức thành công).

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN: Tuyến cơ sở không có phẫu thuật viên sản khoa hoặc phòng mổ sẵn sàng (lưu ý: sa dây rốn ưu tiên xử trí đẩy ngôi thai giữ tại chỗ và chuyển tuyến cực kỳ khẩn cấp nếu tuyến dưới hoàn toàn không có khả năng mổ, tuy nhiên lý tưởng nhất là mổ ngay tại chỗ vì thời gian là sinh mạng của thai nhi).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2016), *Quyết định số 4128/QĐ-BYT ngày 29/7/2016 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản"*, Hà Nội.

4. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) (2014), *Umbilical Cord Prolapse: Green-top Guideline No. 50*, London: RCOG.

5. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

16. SINH ĐÔI

(ICD-10: O30)

I. ĐẠI CƯƠNG

Thai đôi là tình trạng mang từ hai thai trở lên trong một lần mang thai, có nguy cơ biến chứng cao hơn thai đơn (sanh non, băng huyết sau sinh, ngôi bất thường), cần theo dõi và chuẩn bị sinh chu đáo.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng: Tử cung lớn hơn tuổi thai, nghe được hai nhịp tim thai ở hai vùng khác nhau của bụng mẹ; khám Leopold sờ thấy nhiều phần thai.

2. Cận lâm sàng

- CTM, nhóm máu.

- Siêu âm thai (xác định số lượng bánh nhau, ối - phân loại song thai).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Song thai một nhau một ối (nguy cơ cao nhất, cần theo dõi sát).

- Song thai hai nhau hai ối (tiên lượng tốt hơn).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Theo dõi sát chuyển dạ, chuẩn bị đầy đủ nhân lực (bác sĩ sản, bác sĩ gây mê, ê-kíp hồi sức sơ sinh cho cả hai trẻ) và chủ động dự phòng băng huyết sau sinh.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Theo dõi tim thai cả hai thai liên tục trong suốt quá trình chuyển dạ.

- Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ bằng cách truyền tĩnh mạch Oxytocin liều cao hơn hoặc kết hợp thuốc tăng co khác ngay sau khi sổ thai thứ hai để phòng băng huyết sau sinh.

- Quyết định phương pháp sinh dựa vào loại bánh nhau, ngôi thai và tuổi thai:

+ Song thai hai nhau, thai 1 ngôi chỏm: Có thể cân nhắc sinh ngả âm đạo nếu đủ điều kiện, với điều kiện theo dõi sát thai thứ 2 sau khi thai 1 ra đời (xác định ngôi thai 2, nội xoay kéo thai hoặc mổ cấp cứu thai 2 nếu có chỉ định).

+ Song thai một nhau một ối, hoặc ngôi bất thường (thai 1 ngôi ngang/mông): Chỉ định mổ lấy thai chủ động.

3. Điều trị hỗ trợ: Bù dịch, đảm bảo đường truyền tĩnh mạch tốt, chuẩn bị sẵn máu tương thích.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

Theo dõi tim thai cả 2 thai liên tục; Hemoglobin, co hồi tử cung theo dõi sát sau sinh (nguy cơ băng huyết cao)

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Thai đôi cần nhập viện theo dõi trong những tuần cuối thai kỳ (từ tuần 36-37 hoặc sớm hơn nếu có biến chứng) để chủ động kế hoạch sinh an toàn.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN: Mẹ và hai trẻ ổn định hoàn toàn về sinh hiệu, tử cung co hồi tốt, không chảy máu, trẻ bú tốt, không có biến chứng hậu sản.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN: Vượt quá khả năng chuyên môn (song thai một nhau một ối phức tạp, hội chứng truyền máu song thai giai đoạn nặng, hoặc cơ sở không đủ nhân lực hồi sức cùng lúc 2 trẻ sơ sinh non tháng).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2016), *Quyết định số 4128/QĐ-BYT ngày 29/7/2016 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản"*, Hà Nội.

4. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2021), "Multifetal Gestations: Twin, Triplet, and Higher-Order Multifetal Pregnancies: ACOG Practice Bulletin, Number 231", *Obstetrics & Gynecology*, 137(6), pp. e145-e162.

5. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

17. CHUYỂN DẠ ĐÌNH TRỆ

(ICD-10: O62)

I. ĐẠI CƯƠNG

Chuyển dạ đình trệ là tình trạng cổ tử cung không tiến triển dù cơn co đầy đủ, có thể do bất tương xứng đầu chậu hoặc cơn co không hiệu quả, cần đánh giá kỹ để quyết định tăng co hay chuyển mổ lấy thai.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng: Biểu đồ chuyển dạ (Partograph) cắt đường hành động (Action line) sang phải; cổ tử cung không tiến triển qua các lần khám âm đạo cách nhau 4 giờ; độ lọt của đầu thai nhi không tiến triển.

2. Cận lâm sàng

- CTM, CRP nếu nghi nhiễm trùng ối kèm theo.

- Theo dõi cơn co tử cung và tim thai bằng monitor liên tục.

- Siêu âm đánh giá ngôi thai, ước lượng cân nặng nếu nghi bất tương xứng đầu chậu.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Đình trệ do cơn co yếu (có thể tăng co).

- Đình trệ do bất tương xứng đầu chậu (chỉ định mổ lấy thai).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Đánh giá chính xác nguyên nhân đình trệ (do cơn co hay do cơ học); nếu do bất tương xứng đầu chậu hoặc cản trở cơ học tuyệt đối thì phải chỉ định mổ lấy thai ngay; nếu do cơn co yếu và không có bất tương xứng thì tiến hành tăng co và bấm ối.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Đánh giá lại độ lọt, khung chậu và cơn co tử cung.

- Nếu ối còn và không bất tương xứng đầu chậu: Tiến hành bấm ối nhân tạo.

- Truyền tĩnh mạch Oxytocin (Oxytocin 10IU/ml) để tăng cường cơn co tử cung nếu cơn co thưa/yếu, đồng thời theo dõi sát tim thai trên monitor.

- Nếu sau thời gian tăng co hợp lý mà chuyển dạ vẫn không tiến triển hoặc xuất hiện dấu hiệu dọa vỡ tử cung/suy thai: **Chỉ định mổ lấy thai cấp cứu**.

3. Điều trị hỗ trợ: Bù đủ nước và điện giải cho sản phụ qua đường tĩnh mạch, giảm đau trong chuyển dạ nếu cần.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

Theo dõi tim thai và tiến triển cổ tử cung trên biểu đồ chuyển dạ.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

Tất cả các sản phụ chuyển dạ đình trệ tại tuyến cơ sở hoặc chuyển tuyến đến đều phải nhập viện để theo dõi chuyên khoa và xử trí ngoại khoa/nội khoa kịp thời.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN: Mẹ và con ổn định sau sinh (sinh ngả âm đạo thành công hoặc sau mổ lấy thai), vết mổ/vết khâu tầng sinh môn lành tốt, không sốt, tử cung co hồi tốt.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN: Cơ sở không đủ điều kiện thực hiện phẫu thuật mổ lấy thai hoặc không đủ năng lực xử trí các biến chứng nặng của chuyển dạ đình trệ (vỡ tử cung, nhiễm trùng ối nặng).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2016). *Quyết định số 4572/QĐ-BYT ngày 25/8/2016 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản"*. Hà Nội.

4. World Health Organization (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*. Geneva.

18. NGÔI BẤT THƯỜNG

(ICD-10: O32)

I. ĐẠI CƯƠNG

Ngôi bất thường (ngôi ngang, ngôi mông, ngôi mặt/trán) là các tư thế thai không thuận lợi cho sinh ngả âm đạo, một số trường hợp bắt buộc phải mổ lấy thai để đảm bảo an toàn cho mẹ và con.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng: Khám nắn bụng (thủ thuật Leopold) thấy cực đầu hoặc mông không nằm ở vị trí thông thường; nghe tim thai ở vị trí cao hơn rốn (với ngôi mông); khám âm đạo xác định chính xác các mốc của ngôi bất thường (hậu môn/xc cùng với ngôi mông, mỏm cằm với ngôi mặt, gốc mũi với ngôi trán, vai với ngôi ngang).

2. Cận lâm sàng

Siêu âm thai xác định chính xác kiểu ngôi, thế, ước lượng cân nặng thai nhi và loại trừ các bất thường bẩm sinh hoặc rau tiền đạo.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Ngôi mông
- Ngôi ngang/ngôi vai
- Ngôi mặt/ngôi trán

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Tùy thuộc vào loại ngôi bất thường, tuổi thai, ước lượng cân nặng và điều kiện khung chậu để quyết định phương pháp sinh ngả âm đạo (với một số trường hợp ngôi mông chọn lọc) hoặc chỉ định mổ lấy thai bắt buộc.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Ngôi ngang, ngôi mặt (thế cằm sau), ngôi trán: Tuyệt đối có chỉ định **mổ lấy thai**, không theo dõi sinh ngả âm đạo.

- Ngôi mông:

+ Nếu đủ điều kiện nghiêm ngặt (con rạ hoặc con so chọn lọc, ước lượng trọng lượng thai trong giới hạn an toàn từ 2500g - 3500g, khung chậu rộng, chuyển dạ tiến triển tốt): Có thể theo dõi sinh ngả âm đạo có giám sát chặt chẽ bởi bác sĩ sản khoa có kinh nghiệm tại cơ sở có khả năng mổ cấp cứu ngay.

+ Nếu không đủ điều kiện hoặc có yếu tố nguy cơ (con so lớn tuổi, thai to, khung chậu giới hạn, ngôi mông thiếu kiểu chân): Chỉ định mổ lấy thai chủ động.

3. Điều trị hỗ trợ: Chăm sóc điều dưỡng, theo dõi sinh tồn và chuẩn bị sẵn sàng phương tiện mổ cấp cứu.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

Siêu âm xác định ngôi thai; theo dõi tim thai liên tục trong chuyển dạ

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Thai phụ có ngôi bất thường khi đủ tháng hoặc bắt đầu chuyển dạ cần nhập viện để đánh giá toàn diện và thực hiện phương pháp sinh phù hợp.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN: Mẹ và con ổn định sau sinh (sinh mổ hoặc sinh đường dưới an toàn), không chảy máu, không nhiễm trùng, vết mổ/vết khâu tầng sinh môn lành tốt.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN: Cơ sở y tế không có phẫu thuật viên sản khoa hoặc không đủ điều kiện đỡ sinh ngôi mông khó / mổ lấy thai cấp cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2016). *Quyết định số 4572/QĐ-BYT ngày 25/8/2016 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản"*. Hà Nội.

4. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2006). *Management of Breech Presentation*. RCOG Green-top Guideline No. 20b.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*. Geneva.

19. NHIỄM TRÙNG HẬU SẢN

(ICD-10: O85)

I. ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm trùng hậu sản là nhiễm trùng xảy ra ở đường sinh dục sau sinh, nguyên nhân tử vong mẹ quan trọng nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời, thường liên quan sót nhau, rách đường sinh dục hoặc thủ thuật can thiệp.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng: Sốt $\geq 38°C$ sau 24 giờ đầu (ngoại trừ 24h đầu do sinh lý); tử cung to, đau mềm ấn đau vùng hạ vị; sản dịch ra nhiều, có mùi hôi hoặc lẫn mủ; vết mổ thành bụng hoặc vết khâu tầng sinh môn sưng đỏ, đau, chảy dịch mủ.

2. Cận lâm sàng

- CTM, CRP.

- Cấy sản dịch/máu nếu sốt cao không đáp ứng điều trị ban đầu.

- Siêu âm tử cung (tìm sót nhau, tụ dịch/mủ trong tử cung).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Nhiễm trùng vết mổ/vết khâu tầng sinh môn.

- Viêm nội mạc tử cung sau sinh.

- Nhiễm khuẩn tiết niệu sau sinh.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Sử dụng kháng sinh phổ rộng đường tĩnh mạch sớm, kết hợp điều trị hỗ trợ, hạ sốt, co hồi tử cung và can thiệp ngoại khoa (nếu có sót nhau, ổ áp xe hoặc vết thương nhiễm trùng).

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Kháng sinh đồ/Kháng sinh kinh nghiệm phổ rộng: Phối hợp **Ceftriaxon** (1g - 2g tiêm tĩnh mạch 1 lần/ngày) hoặc kháng sinh nhóm Cephalosporin thế hệ khác với **Metronidazol** (500mg truyền tĩnh mạch mỗi 8 giờ) trong vòng 7 - 10 ngày.

- Hạ sốt - giảm đau: **Paracetamol** (1000mg truyền tĩnh mạch hoặc uống khi sốt $> 38,5°C$).

- Thuốc co hồi tử cung: **Oxytocin** (10IU tiêm bắp hoặc truyền tĩnh mạch) hoặc Ergometrin nếu tử cung co hồi kém.

- Can thiệp ngoại khoa: Nạo hút buồng tử cung nếu chẩn đoán xác định còn sót nhau; cắt chỉ, nạo mủ, mở rộng vết mổ/vết khâu tầng sinh môn nếu có ổ áp xe khu trú.

3. Điều trị hỗ trợ: Bù dịch điện giải đầy đủ, nâng cao thể trạng, dinh dưỡng giàu năng lượng và vitamin.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- CTM, CRP mỗi 24-48 giờ; siêu âm tử cung kiểm tra nếu nghi sót nhau/áp xe vùng chậu

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Tất cả các trường hợp nhiễm trùng hậu sản từ mức độ trung bình đến nặng (sốt ≥ 38°C, sản dịch hôi, tử cung đau, vết mổ sưng mủ, hoặc không đáp ứng điều trị ngoại trú) đều bắt buộc phải nhập viện điều trị nội trú.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN: Mẹ hết sốt hoàn toàn trong ít nhất 48 giờ, sinh hiệu ổn định, CRP giảm rõ rệt về giới hạn bình thường, sản dịch hết hôi, tử cung co hồi tốt, vết mổ/vết khâu lành sạch, bé khỏe mạnh.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN: Diễn tiến nặng thành sốc nhiễm khuẩn, hội chứng suy đa tạng hoặc vượt quá khả năng điều trị của tuyến cơ sở (cần khoa Hồi sức tích cực - ICU hoặc phẫu thuật bóc tách ổ nhiễm trùng sâu vùng chậu).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh"*, Hà Nội.

4. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) (2012), *Bacterial Sepsis in Pregnancy and the Puerperium: Green-top Guideline No. 64a*, London: RCOG.

5. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

20. BÍ TIỂU SAU SANH

(ICD-10: O90.4)

I. ĐẠI CƯƠNG

Bí tiểu sau sanh là tình trạng không thể tự tiểu được sau sinh, thường do phù nề/giảm trương lực bàng quang tạm thời sau chuyển dạ kéo dài hoặc gây tê vùng, đa số hồi phục sau vài ngày với xử trí phù hợp.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng: Sản phụ không tự tiểu được, căng tức vùng hạ vị; khám thấy cầu bàng quang dương tính (khối tròn trên xương mu, ấn tức).

2. Cận lâm sàng

- Tổng phân tích nước tiểu (loại trừ nhiễm khuẩn tiết niệu).

- Siêu âm bàng quang (đánh giá thể tích nước tiểu tồn dư).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Bí tiểu cơ năng sau sinh (do gây tê/chấn thương vùng chậu)

- Bí tiểu do tổn thương thần kinh bàng quang

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Giải áp bàng quang kịp thời bằng cách đặt thông tiểu để tránh tổn thương vĩnh viễn cơ bàng quang, kết hợp điều trị nguyên nhân và phục hồi chức năng tiểu tiện.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Đặt ống thông tiểu (Foley catheter) vô khuẩn để dẫn lưu nước tiểu liên tục hoặc ngắt quãng theo chỉ định.

- Lưu sonde tiểu trong vòng 24 - 48 giờ để bàng quang có thời gian hồi hồi phục trương lực cơ.

- Kháng sinh dự phòng nhiễm khuẩn đường niệu khi lưu sonde (nếu có chỉ định theo phác đồ nhiễm khuẩn tiết niệu).

- Kích thích tiểu tiện tự nhiên: Chườm ấm vùng hạ vị, cho sản phụ nghe tiếng nước chảy, vận động sớm khi có thể sau khi rút sonde.

3. Điều trị hỗ trợ: Bù đủ dịch, giảm đau tốt (vì đau vết mổ/tầng sinh môn cũng là nguyên nhân gây co thắt cơ vòng phản xạ dẫn đến bí tiểu).

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

Theo dõi lượng nước tiểu tồn dư sau đặt sonde; siêu âm bàng quang nếu bí tiểu tái phát.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Sản phụ bị bí tiểu sau sinh không tự tiểu được sau các biện pháp kích thích cơ bản, cần nhập viện/lưu viện để đặt sonde tiểu và theo dõi hồi phục chức năng bàng quang.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN: Sản phụ đã tự tiểu được bình thường, bàng quang xẹp mềm, lượng nước tiểu tồn dư sau khi tự tiểu nằm trong giới hạn bình thường, không có dấu hiệu nhiễm trùng tiểu (không sốt, không tiểu buốt/tiểu rắt).

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN: Bí tiểu kéo dài không rõ nguyên nhân, nghi ngờ tổn thương thần kinh hoặc biến chứng nặng đường niệu cần hội chẩn chuyên khoa Niệu khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2016), *Quyết định số 4128/QĐ-BYT ngày 29/7/2016 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản"*, Hà Nội.

4. World Health Organization (2022), *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*, Geneva: World Health Organization.

5. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

21. DỌA SẨY THAI

(ICD-10: O20.0)

I. ĐẠI CƯƠNG

Dọa sẩy thai là tình trạng ra huyết âm đạo và/hoặc đau bụng ở thai kỳ dưới 22 tuần trong khi thai vẫn còn sống, cần theo dõi sát diễn tiến để phân biệt với sẩy thai thực sự.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Ra huyết âm đạo ít ở tuổi thai dưới 22 tuần.
- Cổ tử cung chưa mở (đóng kín).
- Có thể kèm đau âm ỉ vùng hạ vị.

2. Cận lâm sàng

- Siêu âm thai (đánh giá tim thai, vị trí túi thai)
- Beta-hCG định lượng (theo dõi động học nếu nghi ngờ).
- CTM nếu ra huyết nhiều

3. Chẩn đoán phân biệt

- Dọa sảy thai (còn tim thai)
- Thai ngoài tử cung (cần loại trừ khi đau bụng + ra huyết)
- Viêm lộ tuyến/tổn thương cổ tử cung chảy máu.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Giữ thai, giảm co thắt tử cung, nghỉ ngơi hợp lý và điều trị nguyên nhân (nếu có); theo dõi sát đáp ứng điều trị để điều chỉnh kịp thời.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- **Nghỉ ngơi:** Nghỉ ngơi tương đối tại giường, hạn chế vận động mạnh và giao hợp.

- **Progesterone hỗ trợ:** *Progesterone tự nhiên đặt âm đạo* (ví dụ: Utrogestan 200mg) 200–400mg/ngày, hoặc đường uống theo chỉ định của bác sĩ.

- **Vitamin/Vi chất:** Vitamin tổng hợp cho thai kỳ (Fefolic - sắt + acid folic).

- **Giảm đau nhẹ (nếu cần):** Paracetamol 500mg uống khi đau nhiều, tránh dùng thuốc kháng viêm không steroid (NSAIDs).

3. Điều trị hỗ trợ

Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, tư vấn chế độ dinh dưỡng đầy đủ, động viên tâm lý người bệnh.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

Siêu âm theo dõi tim thai và sự phát triển thai; Beta-hCG lặp lại nếu cần theo dõi tiến triển

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Ra huyết âm đạo nhiều hoặc đau bụng tăng dần.

- Tiền sử sẩy thai liên tiếp, thai kỳ quý giá cần được theo dõi nội trú sát sao.

- Áp dụng các tiêu chí cấp cứu/nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT; không đáp ứng với điều trị ngoại trú ban đầu.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết ra huyết âm đạo và hết đau bụng.

- Siêu âm xác nhận thai còn sống, phát triển ổn định, không còn dấu hiệu bóc tách tiến triển.

- Người bệnh ổn định, được dặn dò lịch tái khám và hẹn khám lại khi có dấu hiệu bất thường.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Diễn tiến nặng vượt quá khả năng chuyên môn hoặc trang thiết bị của Trung tâm Y tế (TTYT) (cần can thiệp chuyên khoa sâu, hồi sức cấp cứu phức tạp).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2016), *Quyết định số 4128/QĐ-BYT ngày 29/7/2016 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản"*, Hà Nội.

4. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) (2016), *The Management of Early Pregnancy Loss: Green-top Guideline No. 25*, London: RCOG.

5. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

22. SẨY THAI

(ICD-10: O03)

I. ĐẠI CƯƠNG

Sẩy thai là tình trạng chấm dứt thai kỳ tự nhiên trước 22 tuần, có thể sẩy hoàn toàn hoặc không hoàn toàn (còn sót mô thai/nhau), cần can thiệp làm sạch buồng tử cung nếu sót mô để tránh chảy máu và nhiễm trùng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Ra huyết âm đạo nhiều hoặc kéo dài, máu cục.

- Đau bụng quặn từng cơn vùng hạ vị.

- Khám thấy cổ tử cung mở, có thể sờ thấy mô thai/nhau ở trong ống cổ tử cung hoặc âm đạo. (CV281 - TT loại 2: Nạo sót thai).

2. Cận lâm sàng

- CTM, nhóm máu (nếu ra huyết nhiều/cần thủ thuật)

- Beta-hCG nếu nghi sót thai

- Siêu âm tử cung (đánh giá sảy thai hoàn toàn/không hoàn toàn)

3. Chẩn đoán phân biệt

- Sảy thai hoàn toàn.

- Sảy thai không hoàn toàn (sót mô thai).

- Thai ngoài tử cung.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Tống xuất hoàn toàn mô thai/nhau ra khỏi buồng tử cung (nếu còn sót), cầm máu, chống nhiễm trùng và hồi sức nếu mất máu nhiều.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Sẩy thai hoàn toàn: Theo dõi sát, không cần can thiệp ngoại khoa nếu siêu âm kiểm tra buồng tử cung sạch.

- Sẩy thai không hoàn toàn / Sót mô thai: Thực hiện hút buồng tử cung (Hut thai/Nạo sót thai - Mã kỹ thuật CV281) dưới vô cảm thích hợp.

- Kháng sinh dự phòng/điều trị: Amoxicillin - Clavulanic (Vigentin 500/62.5mg) 1 viên x 3 lần/ngày uống trong 5–7 ngày.

- Thuốc co hồi tử cung (nếu cần): Oxytocin truyền tĩnh mạch hoặc Misoprostol ngậm/đặt để hỗ trợ co hồi tử cung.

- Hồi sức cấp cứu: Truyền dịch, truyền máu khi có tình trạng thiếu máu cấp hoặc sốc mất máu.

3. Điều trị hỗ trợ: Theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn, tình trạng ra huyết âm đạo, vệ sinh vùng kín sạch sẽ, nâng cao thể trạng (bổ sung sắt).

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

Hemoglobin theo dõi nếu chảy máu nhiều; siêu âm kiểm tra sau hút/nạo buồng tử cung xác nhận sạch buồng tử cung

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Sẩy thai không hoàn toàn kèm ra huyết nhiều hoặc đau bụng nhiều.
- Sẩy thai có dấu hiệu nhiễm trùng (sốt, sản dịch hôi).
- Mất máu nhiều gây thiếu máu cấp hoặc sốc.
- Tiền sử sẩy thai liên tiếp cần nhập viện tầm soát nguyên nhân.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết ra huyết hoặc ra huyết lượng ít như hành kinh bình thường, không đau bụng, không sốt.
- Siêu âm xác nhận buồng tử cung sạch.
- Toàn trạng ổn định, có lịch tái khám và tư vấn kế hoạch hóa gia đình.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Biến chứng nặng vượt khả năng xử trí của TTYT (thủng tử cung, rối loạn đông máu nặng, sốc nhiễm trùng nặng cần ICU).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh"*, Hà Nội.

4. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2018), "Early Pregnancy Loss: ACOG Practice Bulletin, Number 200", *Obstetrics & Gynecology*, 132(5), pp. e197-e207.

5. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

23. NHIỄM KHUẨN ÂM ĐẠO / VIÊM PHỤ KHOA

(ICD-10: N76, B37.3)

I. ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm khuẩn âm đạo và viêm phụ khoa là các bệnh lý viêm nhiễm đường sinh dục dưới thường gặp ở phụ nữ, đa số điều trị ngoại trú hiệu quả nhưng cần theo dõi biến chứng viêm lan lên trên (viêm phần phụ).

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Khí hư bất thường về màu sắc (trắng đục, vàng, xanh), mùi (hôi, tanh) và số lượng.

- Ngứa, rát, sưng đỏ vùng âm hộ - âm đạo.

- Có thể kèm tiểu buốt, đau tức hạ vị nhẹ hoặc đau khi quan hệ tình dục.

2. Cận lâm sàng

- Soi tươi/nhuộm Gram dịch âm đạo nếu có điều kiện

- pH dịch âm đạo.

- **Siêu âm phụ khoa:** Loại trừ viêm phần phụ hoặc viêm vùng chậu lan lên trên khi có triệu chứng đau bụng dưới nhiều.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm âm đạo do nấm/Trichomonas/vi khuẩn

- Viêm cổ tử cung

- Viêm phần phụ

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Xác định đúng tác nhân gây bệnh để điều trị đặc hiệu; điều trị đồng thời bạn tình (nếu là bệnh lây truyền qua đường tình dục); tư vấn vệ sinh và phòng tái phát.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- **Nhiễm khuẩn âm đạo do vi khuẩn:** Metronidazol 500mg uống x 2 lần/ngày x 7 ngày (hoặc Clindamycin kem đặt âm đạo).

- **Viêm âm đạo do nấm Candida:** Fluconazole 150mg uống 1 liều duy nhất, kết hợp thuốc bôi/đặt tại chỗ (Clotrimazole 100mg/200mg đặt âm đạo hoặc kem bôi Ketoconazole 2%).

- **Viêm âm đạo do Trichomonas:** Metronidazol 2g uống liều duy nhất hoặc 500mg uống x 2 lần/ngày x 7 ngày. **Bắt buộc điều trị cả bạn tình.**

- Viêm cổ tử cung/Nghi ngờ viêm ngược dòng: Phối hợp kháng sinh theo phác đồ (ví dụ: Cefixim kết hợp Doxycycline nếu có chỉ định).

3. Điều trị hỗ trợ

Vệ sinh vùng sinh dục đúng cách, dung dịch vệ sinh phù hợp, kiêng quan hệ tình dục trong thời gian điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

Không cần cận lâm sàng theo dõi đặc hiệu ở thể nhẹ; CRP/CTM nếu nghi viêm phần phụ tiến triển

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Thường điều trị ngoại trú; nhập viện khi biến chứng viêm phần phụ cấp, viêm vùng chậu nặng

- Sốt cao, đau bụng dưới nhiều, khối viêm phần phụ trên siêu âm (nghi áp xe vòi trứng - buồng trứng)

- Không đáp ứng kháng sinh uống sau 48-72 giờ

- Dấu hiệu viêm phúc mạc vùng chậu

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

Hết triệu chứng cấp, hết ngứa, hết khí hư bất thường, không còn đau bụng dưới, không sốt.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Vượt quá khả năng điều trị tại TTYT (áp xe vòi trứng lớn cần phẫu thuật nội soi ngoại khoa chuyên sâu, nhiễm trùng nặng có dấu hiệu nhiễm trùng huyết).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh"*, Hà Nội.

4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2021), "Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021", *MMWR Recommendations and Reports*, 70(4), pp. 1–187.

5. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

24. THAI NGOÀI TỬ CUNG

(ICD-10: O00)

I. ĐẠI CƯƠNG

Thai ngoài tử cung là tình trạng trứng đã thụ tinh làm tổ ngoài buồng tử cung (thường gặp nhất ở vòi trứng), có nguy cơ vỡ gây chảy máu ồ ạt trong ổ bụng, là cấp cứu sản phụ khoa quan trọng cần chẩn đoán sớm.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Trễ kinh, ra huyết âm đạo rả rích ít một, màu sậm.

- Đau bụng dưới một bên, đau tăng dần.

- *Trường hợp vỡ:* Đau bụng dữ dội đột ngột, choáng, tụt huyết áp, dấu hiệu sinh tồn không ổn định.

- Khám: Cổ tử cung đau khi di động, cùng đồ nề/đau chói, có thể sờ thấy khối cạnh tử cung đau.

2. Cận lâm sàng

- Beta-hCG định lượng (theo dõi động học - tăng chậm bất thường gợi ý)

- CTM, nhóm máu (cấp cứu nếu nghi vỡ)

- Siêu âm (đầu dò âm đạo nếu có điều kiện) - không thấy túi thai trong tử cung với beta-hCG dương tính là dấu hiệu gợi ý

3. Chẩn đoán phân biệt

- Dọa sảy thai trong tử cung

- Vỡ nang hoàng thể

- Viêm phần phụ cấp

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Chẩn đoán sớm để bảo tồn hoặc can thiệp ngoại khoa kịp thời; ưu tiên bảo vệ tính mạng người mẹ và xử trí triệt để khối thai ngoài tử cung.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Điều trị nội khoa (khi thai chưa vỡ, kích thước nhỏ < 3.5cm, Beta-hCG thấp, huyết động ổn định): Sử dụng Methotrexate theo phác đồ (nếu TTYT có sẵn thuốc và đủ điều kiện theo dõi). Nếu TTYT không có sẵn Methotrexate hoặc không đủ điều kiện theo dõi, phải chuyển tuyến ngay.

- Điều trị ngoại khoa (khi có chỉ định hoặc thai đã vỡ): Mổ cấp cứu (nội soi hoặc mổ mở) để cắt vòi trứng hoặc bảo tồn vòi trứng tùy theo tình trạng thương tổn và mong muốn sinh con.

- Hồi sức cấp cứu: Bù dịch, truyền máu gấp nếu có tình trạng sốc mất máu do vỡ khối thai.

- Kháng sinh dự phòng: Cefazolin (hoặc kháng sinh thích hợp) trước phẫu thuật.

3. Điều trị hỗ trợ

Theo dõi sát sinh hiệu (mạch, huyết áp), bồi hoàn nước điện giải, giảm đau và chăm sóc hậu phẫu chu đáo.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Beta-hCG theo dõi giảm dần sau điều trị nội khoa (Methotrexate) hoặc sau phẫu thuật đến khi về âm tính

- Hemoglobin theo dõi nếu có chảy máu trong ổ bụng

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Tất cả các trường hợp nghi ngờ thai ngoài tử cung đều bắt buộc nhập viện theo dõi.

- Trường hợp vỡ thai ngoài tử cung là **CẤP CỨU NGOẠI KHOA**, cần tiến hành phẫu thuật cấp cứu ngay lập tức.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Toàn trạng ổn định, sinh hiệu trong giới hạn bình thường, vết mổ khô sạch, không đau bụng.

- Beta-hCG giảm rõ rệt (về âm tính) hoặc các chỉ số huyết học phục hồi tốt.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Khi chẩn đoán thai ngoài tử cung vỡ mà TTYT không đủ điều kiện phẫu thuật cấp cứu, hoặc ca bệnh nặng vượt quá khả năng chuyên môn (cần hồi sức tích cực chuyên sâu, ICU).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2016), *Quyết định số 4128/QĐ-BYT ngày 29/7/2016 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản"*, Hà Nội.

4. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2018), "Tubal Ectopic Pregnancy: ACOG Practice Bulletin, Number 193", *Obstetrics & Gynecology*, 131(3), pp. e91-e103.

25. U XƠ TỬ CUNG

(ICD-10: D25.9)

I. ĐẠI CƯƠNG

U xơ tử cung là khối u lành tính phổ biến nhất ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, xuất phát từ cơ trơn tử cung, đa số không triệu chứng nhưng có thể gây rong kinh, chèn ép hoặc ảnh hưởng khả năng sinh sản tùy vị trí-kích thước.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Đa số không triệu chứng, tình cờ phát hiện qua siêu âm.

- Triệu chứng thường gặp: Rong kinh, rong huyết, đau bụng kinh nhiều, cảm giác nặng tức bụng dưới, hoặc triệu chứng chèn ép bàng quang/trực tràng (tiểu rắt, táo bón).

2. Cận lâm sàng

- CTM nếu nghi thiếu máu do rong kinh kéo dài.

- Siêu âm phụ khoa (chẩn đoán xác định, vị trí, kích thước).

3. Chẩn đoán phân biệt

- U tuyến cơ tử cung (Adenomyosis).

- U buồng trứng.

- Ung thư nội mạc tử cung (nếu ra huyết bất thường ở phụ nữ mãn kinh - cần chuyển tuyến tầm soát).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Điều trị dựa vào triệu chứng, kích thước u, vị trí u, tuổi của người bệnh và nhu cầu sinh con. Kết hợp điều trị nội khoa bảo tồn hoặc ngoại khoa khi có chỉ định.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- U nhỏ, không triệu chứng: Theo dõi định kỳ bằng siêu âm mỗi 6–12 tháng, không cần can thiệp.

- Điều trị triệu chứng (rong kinh/rong huyết): Acid Tranexamic (Haemostop 250mg/5ml) hoặc thuốc nội tiết (như viên tránh thai kết hợp) để cầm máu tạm thời.

- Điều trị thiếu máu: Bổ sung sắt đường uống hoặc truyền máu nếu thiếu máu nặng.

- Điều trị ngoại khoa (chuyển tuyến khi có chỉ định): Phẫu thuật bóc nhân xơ (nếu còn nhu cầu sinh con) hoặc cắt tử cung (nếu đủ con hoặc mãn kinh) khi u to nhanh, chèn ép nặng hoặc điều trị nội khoa thất bại.

3. Điều trị hỗ trợ

Vệ sinh phụ khoa sạch sẽ, tư vấn chế độ dinh dưỡng, nghỉ ngơi, nâng cao thể trạng.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

Hemoglobin theo dõi nếu có rong kinh-rong huyết; siêu âm theo dõi kích thước u định kỳ nếu điều trị bảo tồn

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- U xơ tử cung to gây chèn ép tạng cấp tính.

- Rong kinh, rong huyết nặng gây thiếu máu cấp hoặc nặng cần truyền máu và cầm máu nội trú.

- U xơ thoái hóa gây đau bụng cấp.

- Có chỉ định phẫu thuật bóc u xơ hoặc cắt tử cung.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Triệu chứng cấp tính đã được kiểm soát, Hemoglobin ổn định.

- Vết mổ hậu phẫu (nếu có phẫu thuật) khô sạch, không sốt, người bệnh tự chăm sóc tốt.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Khối u lớn phức tạp, u xơ dưới niêm mạc cần can thiệp nội soi buồng tử cung hoặc phẫu thuật bóc u/cắt tử cung vượt quá khả năng chuyên môn của TTYT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2017), *Quyết định số 5730/QĐ-BYT ngày 21/12/2017 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa"*, Hà Nội.

4. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2021), "Management of Symptomatic Uterine Leiomyomas: ACOG Practice Bulletin, Number 228", *Obstetrics & Gynecology*, 137(6), pp. e100-e115.

5. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

26. U NANG BUỒNG TRỨNG

(ICD-10: D27, N83)

I. ĐẠI CƯƠNG

U nang buồng trứng là khối u chứa dịch phát triển từ buồng trứng, phần lớn là nang cơ năng lành tính tự thoái triển, nhưng cần theo dõi loại trừ biến chứng xoắn/vỡ nang hoặc u ác tính buồng trứng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Đa số không triệu chứng, phát hiện tình cờ qua siêu âm.

- *Khi có biến chứng (xoắn, vỡ):* Đau bụng dưới đột ngột, dữ dội, buồn nôn, nôn, có thể có dấu hiệu kích thích phúc mạc.

- Khám phụ khoa: Sờ thấy khối u vùng phần phụ, ranh giới rõ hoặc đau chói khi có xoắn.

2. Cận lâm sàng

- Siêu âm phụ khoa (đầu dò âm đạo/bụng): Xác định bản chất khối nang (dạng nang đơn thuần, nang phức tạp, dịch trong hay đặc, có vách/chồi).

- Beta-hCG định lượng: Loại trừ các nguyên nhân thai kỳ (như nang hoàng tuyến).

- Dấu ấn sinh học khối u (CA-125,...): Khi nghi ngờ khối u có tính chất phức tạp hoặc nghi ngờ ác tính ở phụ nữ lớn tuổi.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Nang cơ năng (nang bọc noãn, hoàng thể - thường tự thoái triển).

- U nang thực thể lành tính.

- U buồng trứng ác tính (đặc điểm nghi ngờ trên siêu âm - cần chuyển tuyến).

- Xoắn nang buồng trứng (đau cấp - cấp cứu).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Phân loại u nang (cơ năng hay thực thể, lành tính hay nghi ngờ ác tính) để theo dõi bảo tồn hoặc chỉ định phẫu thuật bóc u/cắt phần phụ kịp thời, đặc biệt khi có biến chứng cấp cứu.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- U nang cơ năng nhỏ (< 5cm), không triệu chứng: Theo dõi bảo tồn, hẹn siêu âm lại sau 6–8 tuần (thường tự thoái triển).

- Giảm đau (nếu đau nhẹ): Paracetamol 500mg uống khi đau.

- Biến chứng xoắn u nang hoặc vỡ nang gây chảy máu: Chỉ định **phẫu thuật cấp cứu** (nội soi hoặc mổ mở) để tháo xoắn và bảo tồn/cắt phần phụ tùy thương tổn.

- U nang thực thể lớn, nang phức tạp, nghi ngờ ác tính: Chuyển tuyến chuyên khoa để phẫu thuật chẩn đoán và điều trị triệt để.

3. Điều trị hỗ trợ

Vệ sinh, giảm đau, chăm sóc hậu phẫu chu đáo sau phẫu thuật.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

Siêu âm theo dõi kích thước/tính chất nang nếu điều trị bảo tồn; giải phẫu bệnh sau phẫu thuật

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Xoắn u nang buồng trứng (đau bụng dữ dội đột ngột, buồn nôn) — **CẤP CỨU NGOẠI KHOA**.

- Vỡ u nang gây chảy máu trong ổ bụng, có dấu hiệu kích thích phúc mạc.

- U nang kích thước lớn (> 5–6 cm) hoặc nang phức tạp nghi ngờ cần phẫu thuật.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết triệu chứng cấp tính, vết mổ hậu phẫu khô sạch, không đau bụng, sinh hiệu ổn định, có kết quả giải phẫu bệnh (nếu có).

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- U nang phức tạp, nghi ngờ ác tính hoặc u nang lớn cần phẫu thuật chuyên khoa sâu mà TTYT chưa triển khai hoặc không đủ trang thiết bị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2017), *Quyết định số 5730/QĐ-BYT ngày 21/12/2017 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa"*, Hà Nội.

4. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2016), "Evaluation and Management of Adnexal Masses: ACOG Practice Bulletin, Number 174", *Obstetrics & Gynecology*, 128(5), pp. e210-e226.

5. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

27. RONG KINH - RONG HUYẾT

(ICD-10: N92)

I. ĐẠI CƯƠNG

Rong kinh-rong huyết là tình trạng chảy máu tử cung bất thường về lượng và/hoặc thời gian, nguyên nhân đa dạng từ rối loạn nội tiết đến bệnh lý thực thể tử cung, có thể gây thiếu máu nếu kéo dài không điều trị.

1. Lâm sàng

- Kinh nguyệt kéo dài trên 7 ngày, lượng máu kinh nhiều (thay băng vệ sinh liên tục, có máu cục).

- Kèm theo các triệu chứng thiếu máu: mệt mỏi, hoa mắt, chóng mặt, da xanh, niêm mạc nhợt.

- Thăm khám phụ khoa kết hợp siêu âm để loại trừ nguyên nhân thực thể.

2. Cận lâm sàng

- Công thức máu (CTM): Đánh giá mức độ thiếu máu (Hemoglobin).

- Beta-hCG định lượng: Loại trừ các biến chứng thai kỳ (dọa sẩy, sẩy thai, thai ngoài tử cung).

- Siêu âm phụ khoa: Tìm nguyên nhân thực thể (polyp nội mạc, u xơ tử cung, dày nội mạc tử cung).

- Chức năng đông máu: Thực hiện khi nghi ngờ rối loạn đông máu.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Rong kinh cơ năng (rối loạn nội tiết)

- U xơ tử cung/polyp nội mạc

- Quá sản/ung thư nội mạc tử cung (phụ nữ tiền mãn kinh-mãn kinh - cần chuyển tuyến sinh thiết)

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Cầm máu cấp thời, điều trị nguyên nhân (cơ năng hay thực thể), điều chỉnh tình trạng thiếu máu và phòng ngừa tái phát.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Thuốc cầm máu: Acid Tranexamic (Duhemos 500 / Haemostop) 500mg uống x 3 lần/ngày trong những ngày hành kinh nhiều.

- Liệu pháp nội tiết (nếu có chỉ định điều trị rối loạn nội tiết): Sử dụng thuốc tránh thai kết hợp hoặc Progestin theo phác đồ chuyên khoa phụ khoa.

- Điều trị thiếu máu: Bổ sung sắt đường uống hoặc truyền máu nếu Hemoglobin giảm nặng.

- Can thiệp ngoại khoa/thủ thuật: Nạo sinh thiết buồng tử cung hoặc cắt polyp/bóc u xơ khi có nguyên nhân thực thể.

3. Điều trị hỗ trợ

- Nghỉ ngơi, ăn uống bồi bổ, bổ sung dinh dưỡng và vitamin chống thiếu máu.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

Hemoglobin mỗi 24-48 giờ theo dõi đáp ứng điều trị cầm máu

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Rong kinh, rong huyết kéo dài hoặc ra máu ồ ạt gây thiếu máu nặng (Hemoglobin giảm thấp).

- Huyết động không ổn định (mạch nhanh, huyết áp hạ) — cấp cứu cần hồi sức và cầm máu khẩn cấp.

- Thất bại với điều trị nội khoa ngoại trú.

- Nghi ngờ bệnh lý thực thể cần nhập viện làm thủ thuật chẩn đoán (nạo sinh thiết).

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết chảy máu bất thường, lượng máu kinh trở về bình thường hoặc đã cầm.

- Hemoglobin ổn định hoặc cải thiện tốt, toàn trạng người bệnh tỉnh táo.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Diễn tiến nặng vượt quá khả năng chuyên môn hoặc trang thiết bị tại TTYT (cần can thiệp phẫu thuật phức tạp, nội soi buồng tử cung phẫu thuật, hoặc hồi sức tích cực).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2016), *Quyết định số 4128/QĐ-BYT ngày 29/7/2016 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản"*, Hà Nội.

4. Munro, M. G., et al. (2018), "The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years", *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 143(3), pp. 393-408.

28. NANG TUYẾN BARTHOLIN

(ICD-10: N75)

I. ĐẠI CƯƠNG

Nang tuyến Bartholin là tình trạng tắc nghẽn ống tuyến Bartholin gây tích tụ dịch tạo nang, có thể nhiễm trùng tạo áp xe gây đau nhiều, thường gặp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- *Nang đơn thuần:* Khối tròn/bầu dục ở vùng môi lớn (1/3 dưới), không đau hoặc đau tức ít khi đi lại.

- *Áp xe tuyến Bartholin:* Sưng, nóng, đỏ, đau nhiều ở vùng tuyến Bartholin, có thể có mủ, kèm sốt hoặc khó khăn khi đi lại/ngồi.

2. Cận lâm sàng

- Không cần xét nghiệm cận lâm sàng phức tạp đối với nang/áp xe đơn thuần.

- Công thức máu (CTM), CRP thực hiện khi có biểu hiện nhiễm trùng toàn thân (sốt cao, áp xe lớn).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Nang tuyến Bartholin đơn thuần.

- Áp xe tuyến Bartholin (cần rạch dẫn lưu).

- Viêm mô tế bào vùng âm hộ.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Giảm đau, kháng viêm, rạch dẫn lưu mủ khi đã thành áp xe, hoặc phẫu thuật tạo hình túi (marsupialization) để phòng tái phát.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Áp xe tuyến Bartholin: Rạch rạch dẫn lưu áp xe dưới gây tê tại chỗ (Kỹ thuật loại 1 theo CV281).

- Kháng sinh (khi có viêm mô tế bào lan rộng hoặc sốt): Amoxicillin - Clavulanic (Vigentin 500/62.5mg) 1 viên x 3 lần/ngày uống trong 5–7 ngày.

- Giảm đau, kháng viêm: Paracetamol 500mg x 3 lần/ngày.

- Nang tái phát nhiều lần: Chuyển chuyên khoa phẫu thuật tạo hình túi (marsupialization) chương trình.

3. Điều trị hỗ trợ

Ngâm vùng âm hộ bằng nước ấm (sitz bath) từ 2–3 lần/ngày (sau khi đã rạch dẫn lưu hoặc ở giai đoạn sớm), giữ vệ sinh sạch sẽ, kiêng quan hệ tình dục.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

Theo dõi tại chỗ vết rạch dẫn lưu/phẫu thuật

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Áp xe tuyến Bartholin sưng đau nhiều, tạo mủ căng tức, có sốt cần rạch dẫn lưu nội trú.

- Nhiễm trùng lan rộng vùng âm hộ - tầng sinh môn.

- Nang tái phát nhiều lần cần chỉ định phẫu thuật chương trình.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

Hết sốt, hết đau nhức nhiều, vết rạch dẫn lưu sạch, không còn mủ, niêm mạc vùng âm hộ lành tốt.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Nhiễm trùng lan rộng nặng (hoại thư Fournier hoặc viêm mô tế bào lan rộng không đáp ứng điều trị) vượt quá khả năng của TTYT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh"*, Hà Nội.

4. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2020), "Management of Vulvovaginal Disorders", *ACOG Clinical Practice Guideline No. 1*, Washington, DC: ACOG.

5. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

29. VIÊM ÂM ĐẠO DO NẤM

(ICD-10: B37.3)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm âm đạo do nấm (thường gặp Candida) là nhiễm trùng âm đạo phổ biến, đặc trưng bởi ngứa và khí hư trắng đục như bã đậu, yếu tố thuận lợi bao gồm đái tháo đường, dùng kháng sinh kéo dài, thai kỳ.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Ngứa âm hộ - âm đạo nhiều, cảm giác rát bỏng.

- Khí hư màu trắng đục, vón cục thành mảng như bã đậu, không có mùi hôi.

- Khám thấy niêm mạc âm hộ - âm đạo đỏ, phù nề.

2. Cận lâm sàng

- Soi tươi dịch âm đạo: Tìm thấy sợi nấm và bào tử nấm *Candida*.

- Xét nghiệm đường huyết (khi nghi ngờ đái tháo đường hoặc tái phát nhiều lần).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm âm đạo do Trichomonas.

- Viêm âm đạo do vi khuẩn (Bacterial vaginosis).

- Viêm âm đạo do thiếu nội tiết.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Tiêu diệt nấm tại chỗ và toàn thân, giải quyết các yếu tố thuận lợi, phòng ngừa tái phát. Không bắt buộc điều trị bạn tình trừ khi bạn tình có triệu chứng viêm quy đầu do nấm.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Điều trị toàn thân: Fluconazole (Fluconazole Stella 150mg) 150mg uống 1 liều duy nhất.

- Điều trị tại chỗ:

+ Đặt âm đạo: Clotrimazole (Wzitamy TM 200mg) 200mg/tối đặt âm đạo liên tục trong 3 ngày (hoặc viên đặt miconazole/terconazole theo phác đồ).

+ Bôi ngoài: Kem bôi Ketoconazole 2% hoặc Clotrimazole 1% bôi vùng âm hộ khi ngứa rát nhiều.

3. Điều trị hỗ trợ

- Vệ sinh vùng sinh dục sạch sẽ, giữ khô thoáng, mặc đồ lót cotton rộng rãi, hạn chế thụt rửa âm đạo sâu.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Đa số điều trị hiệu quả tại ngoại trú. Nhập viện rất hiếm, chỉ định khi nhiễm nấm tái phát nặng không rõ nguyên nhân cần tầm soát bệnh lý nền toàn thân (đái tháo đường nặng, suy giảm miễn dịch) hoặc biến chứng viêm loét âm hộ nặng.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

Hết ngứa, hết khí hư vón cục bất thường, niêm mạc âm đạo hồng hào trở lại sau đợt điều trị.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Diễn tiến nặng hoặc có bệnh lý nền phức tạp vượt khả năng điều trị tại TTYT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh"*, Hà Nội.

4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2021), "Trichomoniasis - STI Treatment Guidelines", *MMWR Recommendations and Reports*, 70(4), pp. 78-83.

5. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

30. VIÊM ÂM ĐẠO DO TRICHOMONAS

(ICD-10: A59.0)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm âm đạo do Trichomonas là bệnh lây truyền qua đường tình dục do ký sinh trùng đơn bào gây ra, đặc trưng bởi khí hư loãng có bọt kèm ngứa rát, cần điều trị đồng thời cho bạn tình để tránh tái nhiễm.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Khí hư nhiều, loãng, có bọt, màu vàng hoặc xanh, có mùi hôi tanh.

- Ngứa rát âm hộ - âm đạo, tiểu buốt, đau khi giao hợp.

- Khám thấy cổ tửคม có thể có các chấm đỏ li ti dạng "dâu tây" (strawberry cervix).

2. Cận lâm sàng

- Soi tươi dịch âm đạo (tìm trùng roi di động) nếu có điều kiện.

- Không cần chẩn đoán hình ảnh.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm âm đạo do nấm Candida.

- Viêm âm đạo do vi khuẩn.

- Cần tầm soát và điều trị bạn tình đồng thời (bệnh lây qua đường tình dục).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Tiêu diệt triệt để ký sinh trùng; **bắt buộc điều trị đồng thời cho bạn tình** cùng phác đồ; kiêng quan hệ tình dục trong suốt quá trình điều trị cho đến khi cả hai khỏi bệnh hoàn toàn.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- **Thuốc đặc hiệu:** Metronidazole (Metronidazole 500mg) 2g uống liều duy nhất, hoặc 500mg uống x 2 lần/ngày trong 7 ngày.

- **Điều trị bạn tình:** Dùng đúng phác đồ như người bệnh cùng thời điểm.

- **Kiêng quan hệ:** Tránh quan hệ tình dục cho đến khi kết thúc điều trị và hết hẳn triệu chứng ở cả hai người.

3. Điều trị hỗ trợ

- Vệ sinh vùng sinh dục đúng cách, không thụt rửa âm đạo, nâng cao sức đề kháng.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Chủ yếu điều trị ngoại trú.

- Nhập viện khi có biến chứng viêm vùng chậu (PID) đi kèm hoặc người bệnh mang thai có triệu chứng nặng đe dọa thai kỳ cần theo dõi sát.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết khí hư bất thường, hết ngứa rát, đã hoàn tất điều trị cho cả người bệnh và bạn tình.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Biến chứng nặng như viêm phúc mạc vùng chậu hoặc áp xe phần phụ không đáp ứng với kháng sinh ngoại trú/nội trú tuyến cơ sở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh"*, Hà Nội.

4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2021), "Trichomoniasis - STI Treatment Guidelines", *MMWR Recommendations and Reports*, 70(4), pp. 78-83.

5. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

31. VIÊM ÂM ĐẠO DO THIẾU NỘI TIẾT

(ICD-10: N95.2)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm âm đạo do thiếu nội tiết (viêm âm đạo teo) thường gặp ở phụ nữ mãn kinh do giảm Estrogen làm niêm mạc âm đạo mỏng đi, gây khô rát và dễ viêm nhiễm, đáp ứng tốt với Estrogen tại chỗ.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Thường gặp ở phụ nữ mãn kinh, tiền mãn kinh, hoặc phụ nữ sau sinh đang cho con bú.

- Triệu chứng: Khô rát âm đạo, đau khi quan hệ tình dục (dyspareunia), có thể ra huyết rả rích sau giao hợp do niêm mạc mỏng dễ xước.

- Khám thực thể: Niêm mạc âm đạo mỏng, nhợt màu, mất nếp nhăn, dễ chảy máu khi chạm. Khí hư thường ít, không có mùi hôi (khác với viêm nhiễm do vi sinh vật).

2. Cận lâm sàng

- Chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng và khai thác tiền sử mãn kinh/nội tiết.

- Không cần xét nghiệm vi sinh hay chẩn đoán hình ảnh thường quy nếu không có nghi ngờ bội nhiễm.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm âm đạo do nhiễm trùng (nấm, vi khuẩn, Trichomonas).

- Ung thư âm đạo/cổ tử cung (nếu ra huyết bất thường kéo dài - cần chuyển tuyến loại trừ).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Bổ sung Estrogen tại chỗ để phục hồi độ dày và độ ẩm sinh lý của niêm mạc âm đạo, kết hợp chất bôi trơn để cải thiện triệu chứng và loại trừ các bệnh lý ác tính kèm theo.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Estrogen tại chỗ: Kem hoặc viên đặt âm đạo chứa Estrogen liều thấp (ví dụ: Promestriene hoặc Estriol dạng kem/viên đặt): Đặt/bôi 1 lần/ngày trong 2 tuần đầu, sau đó duy trì liều 2 lần/tuần theo chỉ dẫn.

- Chất bôi trơn âm đạo: Sử dụng gel bôi trơn gốc nước trong sinh hoạt tình dục để giảm ma sát và đau rát.

- Tầm soát bổ sung: Đánh giá lại khi có triệu chứng ra huyết bất thường không cải thiện sau điều trị để loại trừ nguyên nhân thực thể.

3. Điều trị hỗ trợ

- Vệ sinh vùng sinh dục đúng cách bằng nước sạch hoặc dung dịch dịu nhẹ, tránh thụt rửa sâu làm tổn thương thêm niêm mạc.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Chủ yếu điều trị ngoại trú.

- Nhập viện khi có biến chứng loét nặng hoặc chảy máu âm đạo nhiều, hoặc cần kết hợp tầm soát các bệnh lý phụ khoa đi kèm.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Triệu chứng khô rát và đau được cải thiện rõ rệt, niêm mạc âm đạo hồi phục tốt.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Vượt quá khả năng chuyên môn của TTYT hoặc khi phát hiện tổn thương nghi ngờ ác tính cần sinh thiết và điều trị chuyên sâu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2016), *Quyết định số 4128/QĐ-BYT ngày 29/7/2016 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản"*, Hà Nội.

4. The North American Menopause Society (NAMS) (2020), "The 2020 genitourinary syndrome of menopause position statement of The North American Menopause Society", *Menopause*, 27(9), pp. 976-992.

5. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

32. VIÊM CỔ TỬ CUNG

(ICD-10: N72)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm cổ tử cung là tình trạng viêm nhiễm tại cổ tử cung, nguyên nhân có thể do vi khuẩn, virus hoặc ký sinh trùng lây qua đường tình dục, cần điều trị đúng nguyên nhân để tránh biến chứng viêm lan lên trên.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Khí hư âm đạo nhiều, dạng mủ nhầy, có màu vàng xanh hoặc đục, đôi khi có mùi hôi.

- Đau tức bụng dưới nhẹ, ra huyết âm đạo bất thường (đặc biệt là ra huyết sau quan hệ tình dục).

- Khám mỏ vịt: Cổ tử cung đỏ, phù nề, xung huyết, mủ chảy ra từ lỗ cổ tử cung, dễ chảy máu khi chạm (dấu hiệu chạm mủ hoặc dễ chảy máu).

2. Cận lâm sàng

- Soi tươi / Nhuộm Gram dịch cổ tử cung: Tìm bạch cầu đa nhân trung tính và vi khuẩn (song cầu gram âm trong nội bào nếu do lậu).

- Xét nghiệm đặc hiệu (nếu có điều kiện): PCR hoặc test nhanh tầm soát *Chlamydia trachomatis* và *Neisseria gonorrhoeae*.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm cổ tử cung do lậu cầu/Chlamydia.

- Viêm âm đạo lan lên cổ tử cung.

- Polyp cổ tử cung viêm.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Điều trị kháng sinh đặc hiệu theo tác nhân (hoặc theo phác đồ bao phủ cả lậu và Chlamydia nếu chưa có kết quả xét nghiệm), kết hợp điều trị bạn tình.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Kháng sinh bao phủ (Lậu và Chlamydia):

+ Cefixime (Cefixim 200mg) 400mg uống liều duy nhất hoặc Ciprofloxacin 500mg uống liều duy nhất (hoặc Ceftriaxone tiêm bắp).

+ **Doxycycline** 100mg uống x 2 lần/ngày x 7 ngày (để điều trị Chlamydia).

+ Phối hợp Metronidazole đặt âm đạo hoặc uống.

- Điều trị bạn tình: Bắt buộc điều trị đồng thời cho bạn tình để tránh tái nhiễm.

3. Điều trị hỗ trợ

- Vệ sinh vùng kín sạch sẽ, kiêng quan hệ tình dục trong suốt thời gian điều trị cho đến khi khỏi hoàn toàn.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Viêm cổ tử cung có biến chứng viêm lan lên trên (viêm nội mạc tử cung, viêm phần phụ cấp).

- Chảy máu nhiều sau khi khám hoặc làm thủ thuật tại cổ tử cung.

- Thất bại với điều trị kháng sinh ngoại trú.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết triệu chứng khí hư mủ bất thường, hết chảy máu tiếp xúc, không còn đau bụng dưới, đã điều trị ổn định cho bạn tình.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Diễn tiến nặng thành viêm vùng chậu lan tỏa, áp xe phần phụ hoặc vượt quá khả năng chuyên môn của tuyến cơ sở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh"*, Hà Nội.

4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2021), "Cervicitis - STI Treatment Guidelines", *MMWR Recommendations and Reports*, 70(4), pp. 68-72.

5. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

33. VIÊM SINH DỤC DO HERPES

(ICD-10: A60.0)

I. ĐẠI CƯƠNG

Herpes sinh dục là bệnh lây truyền qua đường tình dục do virus Herpes simplex, đặc trưng bởi các tổn thương mụn nước đau rát tái phát, cần lưu ý nguy cơ lây cho trẻ sơ sinh nếu mẹ có tổn thương hoạt động gần ngày sinh.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Cảm giác ngứa ran, đau rát tại vùng sinh dục trước khi xuất hiện tổn thương.

- Các mụn nước nhỏ mọc tập trung thành chùm trên nền da niêm mạc đỏ. Mụn nước vỡ ra tạo thành các vết loét nông, đóng vảy và tự lành sau 1–2 tuần.

- Đợt nhiễm tiên phát (đầu tiên) thường kèm theo sốt, mệt mỏi và nổi hạch bẹn hai bên đau. Các đợt tái phát thường nhẹ hơn và ít triệu chứng toàn thân hơn.

2. Cận lâm sàng

- Chủ yếu chẩn đoán dựa vào lâm sàng (tổn thương mụn nước tập trung thành chùm trên nền đỏ kèm đau rát đặc trưng).

- Không cần chẩn đoán hình ảnh thường quy.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Loét sinh dục do giang mai (không đau - cần phân biệt).

- Loét hạ cam.

- Herpes tái phát vs nhiễm nguyên phát.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Kháng virus để làm giảm mức độ nặng, rút ngắn thời gian lành vết loét, giảm đau và giảm tần suất tái phát; kết hợp chăm sóc tại chỗ và điều trị hỗ trợ.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Kháng virus (Aciclovir):

+ *Đợt đầu tiên (tiên phát):* Aciclovir 400mg uống x 5 lần/ngày (hoặc 800mg x 3 lần/ngày) trong 7–10 ngày.

+ *Đợt tái phát:* Điều trị sớm ngay khi có triệu chứng tiền đạo với Aciclovir 400mg uống x 3 lần/ngày trong 5 ngày.

- Giảm đau, kháng viêm: Paracetamol 500mg, hoặc Ibuprofen 200mg khi đau nhiều.

- Chăm sóc tại chỗ: Rửa sạch nhẹ nhàng vùng tổn thương bằng dung dịch sát khuẩn dịu nhẹ, giữ khô thoáng.

3. Điều trị hỗ trợ

- Hướng dẫn vệ sinh tránh bội nhiễm vi khuẩn thứ phát, tư vấn kiêng quan hệ tình dục trong giai đoạn có tổn thương hoạt động.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Theo dõi tại chỗ tổn thương; không cần cận lâm sàng đặc hiệu trừ thể nặng/tái phát

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Tổn thương lan rộng, đau nhiều gây bí tiểu (do đau buốt khi đi tiểu) cần nhập viện giảm đau và đặt thông tiểu khi cần thiết.

- Nhiễm Herpes tiên phát nặng kèm sốt cao, hạch bẹn sưng đau nhiều, suy kiệt toàn thân.

- Phụ nữ mang thai có tổn thương Herpes hoạt động gần ngày sinh (cần cân nhắc chỉ định mổ lấy thai để tránh lây nhiễm cho trẻ sơ sinh).

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Tổn thương đã đóng vảy hoặc liền sẹo hoàn toàn, hết đau nhức nhiều, đi tiểu bình thường, toàn trạng ổn định.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Biến chứng nặng hoặc nhiễm trùng toàn thân lan tỏa vượt quá khả năng điều trị tại TTYT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 75/QĐ-BYT ngày 13/01/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh da liễu"*, Hà Nội.

4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2021), "Genital Herpes Simplex Virus Infections - STI Treatment Guidelines", *MMWR Recommendations and Reports*, 70(4), pp. 42-51.

5. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

34. SÙI MÀO GÀ SINH DỤC

(ICD-10: A63.0)

I. ĐẠI CƯƠNG

Sùi mào gà sinh dục là bệnh lây truyền qua đường tình dục do virus HPV gây ra, biểu hiện các tổn thương sùi ở vùng sinh dục, một số týp HPV liên quan nguy cơ ung thư cổ tử cung về sau.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Tổn thương là các nốt sùi nhỏ, mềm, màu hồng nhạt hoặc trùng màu da, mọc đơn độc hoặc liên kết thành đám lớn dạng hoa súp lơ / mào gà ở âm hộ, âm đạo, cổ tử cung hoặc tầng sinh môn - hậu môn.

- Thường không đau, nhưng có thể gây vướng víu, chảy máu khi va chạm hoặc cọ sát.

2. Cận lâm sàng

- Chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng.

- Tầm soát kèm theo các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác (giang mai, HIV, viêm gan B) và tầm soát tế bào cổ tử cung (Pap smear/HPV test) nếu có chỉ định.

3. Chẩn đoán phân biệt

- U mềm lây (Molluscum contagiosum).

- Sẩn sinh dục lành tính.

- Sùi mào gà cần phân biệt tổn thương loạn sản (chuyển tuyến nếu nghi ngờ).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Phá hủy hoặc cắt bỏ tổn thương sùi, kiểm soát triệu chứng, kết hợp tầm soát các bệnh lây truyền qua đường tình dục và tư vấn điều trị bạn tình.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Đốt điện/áp lạnh (Nitơ lỏng) tổn thương tại chỗ, lặp lại mỗi 1-2 tuần đến khi sạch tổn thương.

- Có thể dùng Podophyllotoxin hoặc Imiquimod bôi tại chỗ nếu có sẵn (theo hướng dẫn sử dụng).

- Tổn thương lớn/lan rộng - chuyển chuyên khoa Da liễu/Phụ khoa can thiệp phẫu thuật.

- Tư vấn tầm soát và điều trị đồng thời cho bạn tình.

3. Điều trị hỗ trợ

Vệ sinh sinh dục đúng cách, tư vấn kiêng giao hợp trong thời gian điều trị nếu cần, giảm đau/kháng viêm hỗ trợ.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Chủ yếu điều trị ngoại trú bằng các thủ thuật tại chỗ (đốt, áp lạnh).

- Nhập viện khi tổn thương quá lớn, lan rộng cần can thiệp phẫu thuật dưới vô cảm / gây mê.

- Phụ nữ mang thai có khối sùi mào gà kích thước lớn cản trở đường sinh nở tự nhiên (cân nhắc phương pháp sinh mổ).

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Tổn thương sùi đã được loại bỏ hoàn toàn, vết đốt/cắt khô sạch, không chảy máu, không có dấu hiệu nhiễm trùng.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Tổn thương lan rộng phức tạp, nghi ngờ ác tính hóa hoặc vượt quá khả năng xử trí của tuyến cơ sở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 75/QĐ-BYT ngày 13/01/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh da liễu"*, Hà Nội.

4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2021), "Anogenital Warts - STI Treatment Guidelines", *MMWR Recommendations and Reports*, 70(4), pp. 99-106.

5. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

35. VIÊM PHẦN PHỤ CẤP

(ICD-10: N70)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm phần phụ cấp là nhiễm trùng lan lên vòi trứng-buồng trứng từ đường sinh dục dưới, có thể để lại di chứng dính tắc vòi trứng ảnh hưởng khả năng sinh sản nếu không điều trị kịp thời và đầy đủ.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Đau bụng dưới hoặc đau tức vùng hạ vị hai bên (thường đau âm ỉ tăng dần).

- Sốt cao, mệt mỏi, ra khí hư âm đạo bất thường nhiều.

- Khám phụ khoa: Ấn đau tức vùng phần phụ, đau chói khi di động cổ tử cung (dấu hiệu Chandelier sign dương tính), có thể sờ thấy khối nề đau cạnh tử cung.

2. Cận lâm sàng

- **Công thức máu (CTM), CRP:** Bạch cầu tăng cao, CRP tăng gợi ý tình trạng viêm nhiễm cấp.

- **Beta-hCG định lượng:** Bắt buộc thực hiện để loại trừ thai ngoài tử cung.

- **Siêu âm phụ khoa (đầu dò âm đạo/bụng):** Hình ảnh phần phụ nề, dịch ổ bụng vùng tiểu khung, hoặc khối hỗn hợp / ổ áp xe vòi trứng - buồng trứng.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Thai ngoài tử cung.

- Viêm ruột thừa.

- Xoắn phần phụ (đau cấp dữ dội - cấp cứu).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Điều trị nội khoa tích cực bằng kháng sinh phổ rộng đường tĩnh mạch ở giai đoạn cấp để tiêu diệt triệt để tác nhân gây bệnh; can thiệp ngoại khoa khi có biến chứng áp xe hoặc không đáp ứng điều trị nội khoa.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Ceftriaxon (Ceftrione 1g) 1-2g TM/ngày + Metronidazol 500mg TM x 3 lần

- Giảm đau: Diclofenac (Elaria 75mg/3ml) IM

- **Can thiệp ngoại khoa:** Phẫu thuật dẫn lưu hoặc cắt lọc khi có biến chứng áp xe phần phụ không đáp ứng kháng sinh.

3. Điều trị hỗ trợ

Nghỉ ngơi tuyệt đối tại giường trong đợt cấp, bồi hoàn nước và điện giải đầy đủ, dinh dưỡng nâng cao thể trạng.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- CRP, CTM mỗi 24-48 giờ; siêu âm kiểm tra lại nếu nghi áp xe tồn lưu

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Sốt cao, đau bụng dưới nhiều, có hình ảnh khối viêm phần phụ hoặc nghi ngờ áp xe trên siêu âm.

- Không đáp ứng với kháng sinh đường uống ngoại trú sau 48–72 giờ.

- Có dấu hiệu viêm phúc mạc vùng chậu hoặc nghi ngờ vỡ ổ áp xe.

- Cần phác đồ kháng sinh tiêm tĩnh mạch mạnh.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết sốt hoàn toàn trong ít nhất 24–48 giờ, hết đau bụng dưới hoặc đau giảm rất nhiều.

- CTM và CRP trở về giới hạn bình thường hoặc giảm rõ rệt.

- Có thể chuyển sang kháng sinh đường uống đủ liệu trình ngoại trú.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Tình trạng nhiễm trùng nặng, sốc nhiễm trùng, áp xe vòi trứng lớn vỡ gây viêm phúc mạc toàn thể vượt quá khả năng xử trí của TTYT (cần khoa Hồi sức tích cực / Phẫu thuật chuyên khoa sâu).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh"*, Hà Nội.

4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2021), "Pelvic Inflammatory Disease (PID) - STI Treatment Guidelines", *MMWR Recommendations and Reports*, 70(4), pp. 90-97.

5. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

36. CHẤN THƯƠNG ĐƯỜNG SINH DỤC

(ICD-10: S31.4)

I. ĐẠI CƯƠNG

Chấn thương đường sinh dục bao gồm các tổn thương rách âm hộ-âm đạo-tầng sinh môn do sinh đẻ hoặc chấn thương khác, cần đánh giá và khâu phục hồi đúng lớp giải phẫu để tránh biến chứng lâu dài.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Ra huyết âm đạo kèm đau nhức dữ dội vùng sinh dục sau chấn thương hoặc sau sinh / sau quan hệ.

- Khám thực thể: Nhìn thấy vết rách da - niêm mạc âm hộ - âm đạo, hoặc khối máu tụ lớn căng phồng, bầm tím vùng tầng sinh môn.

- Đánh giá mức độ lan rộng và độ sâu của tổn thương (rách nông hay rách phức tạp độ III, IV tổn thương cơ vòng hậu môn / trực tràng).

2. Cận lâm sàng

- Công thức máu (CTM): Đánh giá mức độ mất máu (Hemoglobin).

- Siêu âm phụ khoa / phần mềm: Đánh giá mức độ lan rộng của khối máu tụ sâu trong vùng chậu nếu có.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Rách âm hộ-âm đạo đơn thuần.

- Tụ máu âm hộ - âm đạo sâu (cần xử trí khẩn cấp).

- Rách phức tạp lan vào trực tràng / cơ vòng hậu môn.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Ổn định huyết động, giảm đau, cầm máu kịp thời; khâu phục hồi giải phẫu chính xác từng lớp tổn thương và dự phòng nhiễm trùng hiệu quả.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Khâu phục hồi vết rách theo lớp giải phẫu, vô cảm tại chỗ hoặc tê tủy sống nếu rách phức tạp.

- Kháng sinh dự phòng: Amoxicillin-Clavulanic (Vigentin 500/62,5) 1 viên x 3 lần/ngày x 5-7 ngày.

- Giảm đau: Paracetamol (Partamol 500) 500mg x 3 lần/ngày

- Rách độ III-IV/tổn thương trực tràng - chuyển chuyên khoa phẫu thuật sửa chữa.

3. Điều trị hỗ trợ

Giảm đau đầy đủ, dự phòng nhiễm trùng và huyết khối tĩnh mạch nếu bất động kéo dài, hướng dẫn vận động/PHCN sớm khi tình trạng cho phép.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

Hemoglobin theo dõi nếu chảy máu nhiều; theo dõi vết khâu

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Tất cả các trường hợp chấn thương đường sinh dục gây rách sâu, chảy máu nhiều hoặc có khối máu tụ lớn.

- Rách phức tạp lan rộng (độ III–IV, tổn thương cơ vòng hậu môn hoặc trực tràng).

- Có dấu hiệu nhiễm trùng tại vết thương sau khâu.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

Vết khâu khô sạch, không sưng nề nhiều, không chảy máu, hết đau nhức cấp tính, người bệnh tự chăm sóc tốt.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Tổn thương quá phức tạp, khối máu tụ sâu trong ổ bụng/vùng chậu lan rộng hoặc sốc mất máu vượt quá khả năng xử trí của tuyến TTYT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2016), *Quyết định số 4128/QĐ-BYT ngày 29/7/2016 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản"*, Hà Nội.

4. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2018), "Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery: ACOG Practice Bulletin, Number 198", *Obstetrics & Gynecology*, 132(3), pp. e87-e102.

5. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

37. SÓT NHAU / SÓT THAI

(ICD-10: O08.1, N85.8)

I. ĐẠI CƯƠNG

Sót nhau/sót thai là tình trạng còn sót mô nhau hoặc mô thai trong buồng tử cung sau sinh/sẩy thai, gây chảy máu kéo dài và nguy cơ nhiễm trùng, cần can thiệp làm sạch buồng tử cung.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Ra huyết âm đạo kéo dài rả rích hoặc ra máu nhiều từng đợt sau sinh / sau sẩy thai.

- Tử cung co hồi kém, mềm, ấn đau tức nhẹ vùng hạ vị.

- Có thể kèm theo sốt, sản dịch có mùi hôi nếu đã có biến chứng nhiễm trùng buồng tử cung.

2. Cận lâm sàng

- Siêu âm tử cung: Hình ảnh buồng tử cung không sạch, có tổ chức âm hỗn hợp (mô nhau/sót thai) bên trong lòng tử cung, kích thước lòng tử cung dãn rộng.

- Công thức máu (CTM), CRP: Đánh giá mức độ thiếu máu và tình trạng nhiễm trùng.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Sót nhau / sót thai sau sinh hoặc sau sẩy thai.

- Nhiễm trùng hậu sản / nhiễm trùng hậu sẩy thai đơn thuần.

- Chảy máu do đờ tử cung muộn.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Ưu tiên an toàn cho cả mẹ và thai/trẻ sơ sinh; theo dõi sát diễn tiến chuyển dạ và tim thai, xử trí kịp thời theo Hướng dẫn sản khoa, quyết định can thiệp/chấm dứt thai kỳ khi có chỉ định.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Hút/nạo buồng tử cung dưới vô cảm tại chỗ/toàn thân nhẹ.

- Kháng sinh dự phòng: Amoxicillin-Clavulanic (Vigentin 500/62,5) 1 viên x 3 lần/ngày x 5 ngày.

- Thuốc co hồi tử cung: Oxytocin (Oxytocin 10IU/ml) TB/truyền TM sau thủ thuật

- Chảy máu nhiều/nhiễm trùng nặng - hồi sức và can thiệp khẩn.

3. Điều trị hỗ trợ

Theo dõi sinh hiệu, theo dõi lượng máu ra qua âm đạo, vệ sinh vùng kín sạch sẽ, bồi hoàn sắt và nâng cao thể trạng.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Siêu âm kiểm tra sau hút/nạo xác nhận sạch buồng tử cung; Hemoglobin theo dõi nếu chảy máu

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Tất cả các trường hợp sót nhau / sót thai có triệu chứng đều bắt buộc nhập viện điều trị nội trú.

- Sót nhau kèm chảy máu âm đạo nhiều hoặc kéo dài gây thiếu máu.

- Sót nhau kèm sốt, sản dịch hôi (dấu hiệu nhiễm trùng buồng tử cung) cần kháng sinh tĩnh mạch kết hợp can thiệp ngoại khoa.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết ra huyết hoặc lượng máu ra ít như hành kinh bình thường, không đau bụng, hết sốt.

- Siêu âm kiểm tra xác nhận buồng tử cung sạch, không còn mô sót.

- Toàn trạng ổn định, được tư vấn kỹ lưỡng lịch tái khám và kế hoạch hóa gia đình.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Biến chứng nặng vượt quá khả năng xử trí của TTYT (thủng tử cung trong lúc nạo, rối loạn đông máu nặng, sốc nhiễm trùng nặng cần hồi sức tích cực tuyến trên).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 1098/QĐ-BYT ngày 21/4/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn Quốc gia các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản về nội dung Chảy máu sản khoa"*, Hà Nội.

4. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) (2016), *Management of Retained Products of Conception: Clinical Practice Guideline*, London: RCOG.

5. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

PHẦN B: SƠ SINH

1. SUY HÔ HẤP CẤP TRẺ SƠ SINH

I. ĐẠI CƯƠNG

Suy hô hấp cấp ở trẻ sơ sinh là tình trạng trẻ không đảm bảo được trao đổi khí đầy đủ ngay sau sinh, nguyên nhân đa dạng (bệnh màng trong, hít phân su, nhiễm trùng...), cần can thiệp hỗ trợ hô hấp kịp thời để tránh thiếu oxy não.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

Thở nhanh, rút lõm lồng ngực, tím tái, phập phồng cánh mũi ngay sau sinh hoặc trong vài giờ đầu

Đánh giá mức độ suy hô hấp qua thang điểm Silverman

SpO2 giảm là dấu hiệu khách quan quan trọng để quyết định mức hỗ trợ hô hấp

2. Cận lâm sàng

SpO2, khí máu động mạch

CTM, CRP nếu nghi nhiễm khuẩn sơ sinh

Đường huyết mao mạch

X-quang ngực (bắt buộc)

3. Chẩn đoán phân biệt

Bệnh màng trong (trẻ non tháng)

Viêm phổi sơ sinh

Cơn thở nhanh thoáng qua ở trẻ sơ sinh

Tim bẩm sinh tím

4. Phân độ

Thang điểm Silverman đánh giá mức độ suy hô hấp sơ sinh: 0-3 nhẹ, 4-6 trung bình, ≥ 7 nặng

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Điều trị theo nguyên nhân kết hợp điều trị triệu chứng; theo dõi sát đáp ứng điều trị để điều chỉnh kịp thời.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

1. Thông thoáng đường thở, hút đàm nhớt nếu cần

2. Thở oxy gọng kính → N-CPAP (CPAP20e có tại TTYT) nếu SpO2 không đạt mục tiêu (ưu tiên số 1 cho suy hô hấp sơ sinh)

3. Giữ ấm (lồng ấp/đèn sưởi), tránh hạ thân nhiệt làm nặng thêm suy hô hấp

4. Không cải thiện với CPAP/cơn ngừng thở tái phát - chuyển tuyến có đơn vị hồi sức sơ sinh/thở máy

3. Điều trị hỗ trợ

Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, dinh dưỡng và chăm sóc điều dưỡng phù hợp trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

SpO2 liên tục, khí máu động mạch mỗi 4-6 giờ trong giai đoạn hỗ trợ hô hấp

X-quang ngực kiểm tra vị trí ống nội khí quản/CPAP và tiến triển bệnh

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

TẤT CẢ trẻ sơ sinh suy hô hấp đều phải nhập viện cấp cứu ngay

Thở nhanh > 60 lần/phút, rút lõm ngực, phập phồng cánh mũi, tím tái, SpO2 < 90%

Cơn ngưng thở > 20 giây hoặc kèm nhịp tim chậm

Chuyển tuyến có đơn vị hồi sức sơ sinh/thở máy nếu vượt khả năng tại TTYT

Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế; nhập viện khi có dấu hiệu nặng nêu tại mục II hoặc không đáp ứng điều trị ban đầu.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

Triệu chứng cấp đã ổn định, các chỉ số theo dõi trong giới hạn an toàn, người bệnh có thể tự chăm sóc hoặc có người hỗ trợ, hẹn tái khám theo lịch.

Cận lâm sàng xác nhận xuất viện:

Hết suy hô hấp, SpO2 ≥ 94% khí trời ổn định, bú tốt, không cơn ngừng thở

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Diễn tiến nặng hoặc vượt khả năng chuyên môn/trang thiết bị hiện có của TTYT (cần ICU, phẫu thuật chuyên khoa sâu, CT/MRI, hoặc kỹ thuật TTYT chưa triển khai).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 1269/QĐ-BYT ngày 06/5/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về chăm sóc và điều trị sơ sinh - Tập 1"*, Hà Nội.

4. Bộ Y tế & Tổ chức Y tế Thế giới (2015), *Hồi sức sơ sinh tại phòng sinh (Helping Babies Breathe)*, Hà Nội: Nhà xuất bản Y học.

5. World Health Organization (2013), *Pocket Book of Hospital Care for Children: Guidelines for the Management of Common Illnesses with Limited Resources (Section 3: Neonatal Problems)*, 2nd edition, Geneva: WHO.

2. VÀNG DA SƠ SINH

I. ĐẠI CƯƠNG

Vàng da sơ sinh là tình trạng tăng Bilirubin máu biểu hiện qua màu vàng da-niêm mạc, thường gặp và đa số sinh lý, nhưng cần phân biệt với vàng da bệnh lý có nguy cơ gây tổn thương não (vàng da nhân) nếu Bilirubin tăng quá cao.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

Vàng da xuất hiện từ mặt lan xuống thân-chi theo mức độ tăng Bilirubin (định luật Kramer)

Vàng da sinh lý: xuất hiện sau 24 giờ tuổi, hết trước 7-10 ngày, mức độ nhẹ-trung bình

Vàng da bệnh lý: xuất hiện sớm (trong 24 giờ đầu), tăng nhanh, hoặc kéo dài - cần tầm soát nguyên nhân

2. Cận lâm sàng

Bilirubin toàn phần và trực tiếp (định lượng, theo biểu đồ theo giờ tuổi)

Nhóm máu mẹ-con, test Coombs nếu nghi bất đồng nhóm máu

CTM nếu nghi tán huyết

Không cần chẩn đoán hình ảnh thường quy

3. Chẩn đoán phân biệt

Vàng da sinh lý

Vàng da bệnh lý do tán huyết (bất đồng ABO/Rh)

Vàng da ứ mật (kéo dài >2 tuần - cần chuyển tuyến tầm soát teo đường mật)

4. Phân độ

Phân loại theo biểu đồ Bilirubin/giờ tuổi (nomogram) và cân nặng lúc sinh để quyết định chiếu đèn/thay máu

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Điều trị theo nguyên nhân kết hợp điều trị triệu chứng; theo dõi sát đáp ứng điều trị để điều chỉnh kịp thời.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

1. Chiếu đèn (đèn chiếu điều trị vàng da) theo ngưỡng Bilirubin/giờ tuổi/cân nặng chuẩn, che mắt-sinh dục cho trẻ

2. Tăng cữ bú/cho ăn để tăng đào thải Bilirubin qua phân

3. Bilirubin vượt ngưỡng thay máu hoặc vàng da nhân - chuyển tuyến thay máu cấp cứu

3. Điều trị hỗ trợ

Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, dinh dưỡng và chăm sóc điều dưỡng phù hợp trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

Bilirubin toàn phần/trực tiếp mỗi 12-24 giờ trong quá trình chiếu đèn

Test Coombs, nhóm máu mẹ-con nếu nghi tan máu miễn dịch

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

Vàng da xuất hiện trong 24 giờ đầu sau sinh (nghi bệnh lý, không phải vàng da sinh lý)

Bilirubin toàn phần vượt ngưỡng cần chiếu đèn/thay máu theo biểu đồ chuẩn theo giờ tuổi và cân nặng

Vàng da kèm bú kém, li bì, tăng trương lực cơ (nghi vàng da nhân)

Vàng da kéo dài trên 14 ngày cần tìm nguyên nhân (tắc mật, tan máu)

Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế; nhập viện khi có dấu hiệu nặng nêu tại mục II hoặc không đáp ứng điều trị ban đầu.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

Triệu chứng cấp đã ổn định, các chỉ số theo dõi trong giới hạn an toàn, người bệnh có thể tự chăm sóc hoặc có người hỗ trợ, hẹn tái khám theo lịch.

Cận lâm sàng xác nhận xuất viện:

Bilirubin dưới ngưỡng cần chiếu đèn theo biểu đồ chuẩn, xu hướng giảm rõ sau ngừng chiếu đèn ≥ 12 giờ

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Diễn tiến nặng hoặc vượt khả năng chuyên môn/trang thiết bị hiện có của TTYT (cần ICU, phẫu thuật chuyên khoa sâu, CT/MRI, hoặc kỹ thuật TTYT chưa triển khai).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 1269/QĐ-BYT ngày 06/5/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về chăm sóc và điều trị sơ sinh - Tập 1"*, Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2014), *Hướng dẫn chăm sóc thiết yếu bà mẹ, trẻ sơ sinh trong và ngay sau đẻ (EENC)*, Hà Nội: Nhà xuất bản Y học.

3. NHIỄM TRÙNG RỐN SƠ SINH

I. ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm trùng rốn sơ sinh là tình trạng viêm nhiễm tại vị trí cuống rốn sau sinh, cửa ngõ thường gặp gây nhiễm trùng huyết sơ sinh nếu không xử trí kịp thời do hàng rào bảo vệ của trẻ sơ sinh còn yếu. Vệ sinh rốn đúng cách và phát hiện sớm dấu hiệu viêm lan rộng là then chốt phòng ngừa biến chứng nặng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

Rốn có dịch/mủ, có mùi hôi, chân rốn tấy đỏ

Có thể kèm sốt hoặc hạ thân nhiệt, bú kém nếu nhiễm trùng lan rộng

Cần phân biệt viêm rốn khu trú với nhiễm trùng huyết sơ sinh có ngõ vào từ rốn

2. Cận lâm sàng

CTM, CRP nếu sốt/nghi nhiễm trùng lan rộng

Cấy dịch rốn nếu có mủ

Siêu âm bụng nếu nghi biến chứng viêm tĩnh mạch rốn/áp xe gan

3. Chẩn đoán phân biệt

Viêm rốn đơn thuần (chỉ đỏ nhẹ chân rốn)

Nhiễm khuẩn huyết sơ sinh (viêm rốn là ổ nhiễm khuẩn tiên phát)

4. Phân độ

Nhiễm trùng rốn khu trú (đỏ da quanh rốn) và nhiễm trùng rốn nặng/toàn thân (viêm mô tế bào lan rộng, nhiễm trùng huyết kèm theo)

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Kháng sinh/kháng vi sinh vật theo kinh nghiệm dựa trên tác nhân thường gặp và mức độ nặng, xuống thang hoặc điều chỉnh theo kết quả vi sinh nếu có; phối hợp điều trị triệu chứng và biến chứng.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

1. Vệ sinh rốn bằng dung dịch sát khuẩn (Povidon iodin) 2-3 lần/ngày, để rốn khô thoáng

2. Kháng sinh nếu nhiễm trùng khu trú: Cefixim (Cefixim 100) hỗn dịch uống 8mg/kg/ngày chia 2 lần x 5-7 ngày

3. Nhiễm trùng lan rộng/nhiễm trùng huyết nghi ngờ: Ceftriaxon (Ceftrione) 50-100mg/kg/ngày TM phối hợp Gentamicin (Gentamicin 80mg/2ml) 5-7mg/kg/ngày TM/TB, chuyển tuyến hồi sức sơ sinh

3. Điều trị hỗ trợ

Hạ sốt, bù dịch-điện giải, dinh dưỡng đầy đủ, theo dõi sát dấu hiệu nặng/biến chứng trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

CTM, CRP theo dõi mỗi 24-48 giờ; cấy dịch rốn/cấy máu nếu nghi nhiễm trùng huyết

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

Viêm mô tế bào lan rộng quanh rốn (đỏ da > 1cm) hoặc chảy mủ nhiều

Sốt hoặc hạ thân nhiệt, bú kém, li bì (dấu hiệu nhiễm trùng toàn thân)

Nghi viêm động mạch/tĩnh mạch rốn, viêm phúc mạc

Trẻ sơ sinh dưới 28 ngày tuổi có nhiễm trùng rốn cần nhập viện theo dõi kháng sinh tĩnh mạch

Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế; nhập viện khi có dấu hiệu nặng nêu tại mục II hoặc không đáp ứng điều trị ban đầu.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

Hết sốt liên tục tối thiểu 48 giờ, các triệu chứng cấp cải thiện rõ, ăn uống/vận động trở lại bình thường, không dấu hiệu biến chứng.

Cận lâm sàng xác nhận xuất viện:

Hết đỏ/chảy mủ tại rốn, CRP về bình thường, bú tốt không sốt

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Diễn tiến nặng hoặc vượt khả năng chuyên môn/trang thiết bị hiện có của TTYT (cần ICU, phẫu thuật chuyên khoa sâu, CT/MRI, hoặc kỹ thuật TTYT chưa triển khai).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 1269/QĐ-BYT ngày 06/5/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về chăm sóc và điều trị sơ sinh - Tập 1"*, Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2014), *Hướng dẫn chăm sóc thiết yếu bà mẹ, trẻ sơ sinh trong và ngay sau đẻ (EENC)*, Hà Nội: Nhà xuất bản Y học.

4. HẠ ĐƯỜNG HUYẾT SƠ SINH

I. ĐẠI CƯƠNG

Hạ đường huyết sơ sinh là tình trạng đường huyết thấp bất thường trong những ngày đầu sau sinh, thường gặp ở trẻ non tháng, nhẹ cân, con của mẹ đái tháo đường thai kỳ. Não bộ sơ sinh phụ thuộc chủ yếu vào Glucose nên hạ đường huyết kéo dài/nặng có thể gây tổn thương thần kinh vĩnh viễn nếu không phát hiện và xử trí kịp thời.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

Trẻ có yếu tố nguy cơ (non tháng, nhẹ cân, con của mẹ đái tháo đường thai kỳ) hoặc triệu chứng: bú kém, li bì, run giật chi, tím tái, cơn ngừng thở, co giật

Đường huyết mao mạch dưới 45mg/dL (2,5mmol/L) trong 24 giờ đầu sau sinh

Nhiều trường hợp không có triệu chứng rõ ràng nên cần chủ động tầm soát ở nhóm nguy cơ cao

2. Cận lâm sàng

Đường huyết mao mạch (bắt buộc, theo dõi định kỳ ở trẻ nguy cơ)

Không cần chẩn đoán hình ảnh thường quy

3. Chẩn đoán phân biệt

Hạ đường huyết thoáng qua sinh lý

Hạ đường huyết dai dẳng (con của mẹ đái tháo đường, cường insulin)

Nhiễm trùng huyết sơ sinh (gây hạ đường huyết thứ phát)

4. Phân độ

Hạ đường huyết có triệu chứng và không triệu chứng; thoáng qua và dai dẳng/tái phát

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Điều trị theo nguyên nhân kết hợp điều trị triệu chứng; theo dõi sát đáp ứng điều trị để điều chỉnh kịp thời.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

1. Cho bú ngay/ăn sữa nếu trẻ tỉnh táo, đường huyết 25-45mg/dL không triệu chứng

2. Đường huyết < 25mg/dL hoặc có triệu chứng: Glucose 10% 2ml/kg TM chậm (bolus), sau đó truyền duy trì Glucose 10% 6-8mg/kg/phút

3. Kiểm tra lại đường huyết mao mạch sau 30 phút, điều chỉnh tốc độ truyền theo đáp ứng

4. Hạ đường huyết dai dẳng/tái phát - chuyển tuyến sơ sinh chuyên sâu

3. Điều trị hỗ trợ

Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, dinh dưỡng và chăm sóc điều dưỡng phù hợp trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

Đường huyết mao mạch mỗi 1-2 giờ đến khi ổn định ≥ 3 lần liên tiếp, sau đó giãn dần khoảng cách theo dõi

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

Đường huyết < 40 mg/dL (< 2,2 mmol/L) kèm triệu chứng (run giật, li bì, bú kém, hạ thân nhiệt, cơn ngưng thở)

Hạ đường huyết dai dẳng/tái phát dù đã bú/truyền glucose

Trẻ nguy cơ cao (non tháng, nhẹ cân, mẹ đái tháo đường thai kỳ) có đường huyết thấp cần theo dõi nội trú

Co giật do hạ đường huyết

Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế; nhập viện khi có dấu hiệu nặng nêu tại mục II hoặc không đáp ứng điều trị ban đầu.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

Triệu chứng cấp đã ổn định, các chỉ số theo dõi trong giới hạn an toàn, người bệnh có thể tự chăm sóc hoặc có người hỗ trợ, hẹn tái khám theo lịch.

Cận lâm sàng xác nhận xuất viện:

Đường huyết ổn định > 45mg/dL trước ăn qua nhiều lần đo liên tiếp, bú tốt, hết triệu chứng

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Diễn tiến nặng hoặc vượt khả năng chuyên môn/trang thiết bị hiện có của TTYT (cần ICU, phẫu thuật chuyên khoa sâu, CT/MRI, hoặc kỹ thuật TTYT chưa triển khai).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 1269/QĐ-BYT ngày 06/5/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về chăm sóc và điều trị sơ sinh - Tập 1"*, Hà Nội.

4. Bộ Y tế & Tổ chức Y tế Thế giới (2015), *Hồi sức sơ sinh tại phòng sinh (Helping Babies Breathe)*, Hà Nội: Nhà xuất bản Y học.

5. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

PHẦN VII. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG - Y HỌC CỔ TRUYỀN

PHẦN A: PHỤC HỒI CHỨC NĂNG - VẬT LÝ TRỊ LIỆU

1. PHCN VIÊM QUANH KHỚP VAI

(ICD-10: M75.0, mã cũ U62.281)

I. ĐẠI CƯƠNG

Phục hồi chức năng viêm quanh khớp vai áp dụng các phương pháp vật lý trị liệu và vận động trị liệu nhằm giảm đau, cải thiện tầm vận động khớp vai bị hạn chế do viêm các cấu trúc phần mềm quanh khớp.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

Mục tiêu: Giảm đau, tăng tầm vận động khớp vai

Kỹ thuật: Nhiệt trị liều (đến hong ngoại), điện xung, tập vận động chủ động/thụ động

Bài tập: Cầu vai (Codman)

2. Cận lâm sàng

- Không cần xét nghiệm đặc hiệu
- X-quang khớp vai (loại trừ vôi hóa gân, thoái hóa)
- Siêu âm phần mềm quanh khớp

3. Chẩn đoán phân biệt

- Rách chóp xoay
- Viêm khớp vai do gout/nhiễm khuẩn

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Kết hợp điều trị thuốc (nếu có) với các biện pháp không dùng thuốc (vật lý trị liệu, xoa bóp - bấm huyệt, châm cứu, tập vận động); cá thể hóa theo mức độ tổn thương và khả năng phục hồi.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

2.1. Vật lý trị liệu: nhiệt trị liệu (hồng ngoại/siêu âm điều trị) vùng khớp vai 15-20 phút/lần.

2.2. Bài tập tầm vận động chủ động-thụ động tăng dần, tránh vận động quá đau.

2.3. Giảm đau hỗ trợ: Paracetamol (Partamol 500) 500mg x 3 lần/ngày hoặc Meloxicam (Monbig 7.5) 7,5mg/ngày.

2.4. Tiêm corticoid tại chỗ nếu đau nhiều không đáp ứng bài tập/thuốc uống.

3. Điều trị hỗ trợ

Hướng dẫn bài tập tại nhà, tư vấn dinh dưỡng và lối sống, theo dõi tiến triển chức năng vận động theo từng đợt điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Đánh giá tầm vận động khớp định kỳ; không cần cận lâm sàng đặc hiệu

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Phục hồi chức năng thường thực hiện ngoại trú

- Nhập viện khi đau cấp nặng cần điều trị nội trú phối hợp đa mô thức (thuốc, vật lý trị liệu tích cực)

- Hạn chế vận động nặng ảnh hưởng sinh hoạt cần tập luyện có giám sát chặt

- Sau phẫu thuật khớp vai cần phục hồi chức năng nội trú giai đoạn đầu

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

Cải thiện rõ triệu chứng/chức năng vận động theo mục tiêu đề ra, người bệnh hoặc người chăm sóc nắm được chương trình tập luyện tại nhà, hẹn tái khám hoặc đợt điều trị tiếp theo.

Cận lâm sàng xác nhận xuất viện: Tầm vận động và chức năng cải thiện rõ so với trước điều trị.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Diễn tiến nặng hoặc vượt khả năng chuyên môn/trang thiết bị hiện có của TTYT (cần ICU, phẫu thuật chuyên khoa sâu, CT/MRI, hoặc kỹ thuật TTYT chưa triển khai).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10 (bao gồm Chương U về Y học cổ truyền)*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2014), *Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành Phục hồi chức năng"*, Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 4871/QĐ-BYT ngày 18/11/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại"*, Hà Nội.

5. Bộ Y tế (2013), *Quyết định số 5013/QĐ-BYT ngày 01/12/2013 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Y học cổ truyền"*, Hà Nội.

6. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

2. PHCN HỘI CHỨNG CỔ VAI TAY

(ICD-10: M54.2, U62.192.3)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Phục hồi chức năng hội chứng cổ vai tay áp dụng các biện pháp vật lý trị liệu nhằm giảm đau và cải thiện chức năng vận động cho người bệnh có triệu chứng chèn ép rễ thần kinh cổ lan xuống vai-tay.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- *Mục tiêu:* Giảm co cơ, PHCN vận động.

- *Kỹ thuật:* Giãn cơ bằng điện xung, kéo giãn cơ-vai, tập cơ.

2. Cận lâm sàng

- Không cần xét nghiệm đặc hiệu.

- X-quang cột sống cổ nếu nghi chèn ép rễ.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Thoái hóa cột sống cổ chèn ép rễ.

- Viêm quanh khớp vai đơn thuần.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Kết hợp điều trị thuốc (nếu có) với các biện pháp không dùng thuốc (vật lý trị liệu, xoa bóp - bấm huyệt, châm cứu, tập vận động); cá thể hóa theo mức độ tổn thương và khả năng phục hồi.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

2.1. Vật lý trị liệu: nhiệt trị liệu (hồng ngoại/siêu âm điều trị) vùng khớp vai 15-20 phút/lần.

2.2. Bài tập tầm vận động chủ động-thụ động tăng dần, tránh vận động quá đau.

2.3. Giảm đau hỗ trợ: Paracetamol (Partamol 500) 500mg x 3 lần/ngày hoặc Meloxicam (Monbig 7.5) 7,5mg/ngày.

2.4. Tiêm corticoid tại chỗ nếu đau nhiều không đáp ứng bài tập/thuốc uống.

3. Điều trị hỗ trợ

Hướng dẫn bài tập tại nhà, tư vấn dinh dưỡng và lối sống, theo dõi tiến triển chức năng vận động theo từng đợt điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

Đánh giá tầm vận động khớp định kỳ; không cần cận lâm sàng đặc hiệu.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Phục hồi chức năng ngoại trú là chủ yếu.

- Nhập viện khi triệu chứng nặng, có dấu hiệu chèn ép thần kinh cần theo dõi sát và điều trị tích cực.

- Sau phẫu thuật cột sống cổ cần phục hồi chức năng nội trú.

- Không đáp ứng điều trị ngoại trú kéo dài ảnh hưởng chức năng nặng.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

Cải thiện rõ triệu chứng/chức năng vận động theo mục tiêu đề ra, người bệnh hoặc người chăm sóc nắm được chương trình tập luyện tại nhà, hẹn tái khám hoặc đợt điều trị tiếp theo.

Cận lâm sàng xác nhận xuất viện: Tầm vận động và chức năng cải thiện rõ so với trước điều trị.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Diễn tiến nặng hoặc vượt khả năng chuyên môn/trang thiết bị hiện có của TTYT (cần ICU, phẫu thuật chuyên khoa sâu, CT/MRI, hoặc kỹ thuật TTYT chưa triển khai).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10 (bao gồm Chương U về Y học cổ truyền)*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2014), *Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành Phục hồi chức năng"*, Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 4871/QĐ-BYT ngày 18/11/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại"*, Hà Nội.

5. Bộ Y tế (2013), *Quyết định số 5013/QĐ-BYT ngày 01/12/2013 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Y học cổ truyền"*, Hà Nội.

6. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

3. PHCN THOÁI HÓA CỘT SỐNG CỔ

(ICD-10: M47.8, U62.111)

I. ĐẠI CƯƠNG

Phục hồi chức năng thoái hóa cột sống cổ sử dụng các phương pháp vật lý trị liệu (kéo giãn, nhiệt trị liệu, bài tập) nhằm giảm đau và cải thiện chức năng vận động cột sống cổ bị thoái hóa.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- *Mục tiêu:* Giảm đau cơ gáy, PHCN cột sống cổ.

- *Kỹ thuật:* Kéo giãn cột sống cổ, nhiệt trị liệu, điện xung.

2. Cận lâm sàng

- Không cần xét nghiệm đặc hiệu.

- X-quang cột sống cổ.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ.

- Hẹp ống sống cổ

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Điều trị lâu dài, kiểm soát các yếu tố nguy cơ và bệnh đồng mắc, cá thể hóa theo mức độ nặng và đáp ứng của người bệnh; phối hợp thay đổi lối sống với thuốc.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

2.1. Vật lý trị liệu: kéo giãn cột sống cổ (máy kéo giãn tại TTYT), nhiệt trị liệu

2.2. Bài tập tăng cường cơ cổ, cải thiện tư thế

2.3. Giảm đau: Paracetamol (Partamol 500) 500mg x 3 lần/ngày; Eperison (Ryzonal 50) nếu co cứng cơ

2.4. Dấu hiệu chèn ép rễ/tủy tiến triển - chuyển chuyên khoa Ngoại thần kinh

3. Điều trị hỗ trợ

Tư vấn dinh dưỡng - vận động phù hợp, hướng dẫn tuân thủ điều trị và tự theo dõi tại nhà, tái khám định kỳ đánh giá đáp ứng và biến chứng.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Đánh giá tầm vận động khớp định kỳ; không cần cận lâm sàng đặc hiệu.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Phục hồi chức năng ngoại trú là chủ yếu

- Đau cấp nặng kèm dấu hiệu chèn ép tủy/rễ thần kinh tiến triển cần nhập viện đánh giá và điều trị tích cực

- Sau phẫu thuật cột sống cổ cần phục hồi chức năng nội trú giai đoạn đầu

- Hạn chế vận động nặng ảnh hưởng nghiêm trọng sinh hoạt

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

Triệu chứng cấp (nếu có đợt cấp) đã ổn định, đạt mục tiêu điều trị ban đầu, người bệnh hiểu và có khả năng tuân thủ điều trị ngoại trú, hẹn tái khám định kỳ.

Cận lâm sàng xác nhận xuất viện: Tầm vận động và chức năng cải thiện rõ so với trước điều trị

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Diễn tiến nặng hoặc vượt khả năng chuyên môn/trang thiết bị hiện có của TTYT (cần ICU, phẫu thuật chuyên khoa sâu, CT/MRI, hoặc kỹ thuật TTYT chưa triển khai).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10 (bao gồm Chương U về Y học cổ truyền)*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2014), *Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành Phục hồi chức năng"*, Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 4871/QĐ-BYT ngày 18/11/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại"*, Hà Nội.

5. Bộ Y tế (2013), *Quyết định số 5013/QĐ-BYT ngày 01/12/2013 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Y học cổ truyền"*, Hà Nội.

6. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

4. PHCN THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG CỔ

(ICD-10: M50, U62.202)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Phục hồi chức năng thoát vị đĩa đệm cột sống cổ áp dụng vật lý trị liệu thận trọng nhằm giảm đau và cải thiện chức năng, cần đánh giá kỹ dấu hiệu chèn ép tủy trước khi áp dụng các kỹ thuật kéo giãn.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- *Mục tiêu:* Giảm đau cơ gáy và lan tay.

- *Kỹ thuật:* Kéo giãn, nhiệt, điện xung, tập cơ - tránh động tác nặng.

2. Cận lâm sàng

- Không cần xét nghiệm đặc hiệu.

- X-quang cột sống cổ.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Thoái hóa cột sống cổ đơn thuần

- Hội chứng ống cổ tay (tê tay ngoại biên, khác nguồn gốc cột sống)

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Kết hợp điều trị thuốc (nếu có) với các biện pháp không dùng thuốc (vật lý trị liệu, xoa bóp - bấm huyệt, châm cứu, tập vận động); cá thể hóa theo mức độ tổn thương và khả năng phục hồi.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

2.1. Vật lý trị liệu nhẹ nhàng, TRÁNH kéo giãn cột sống cổ nếu có chèn ép tủy

2.2. Giảm đau - kháng viêm: Meloxicam (Monbig 7.5) 7,5-15mg/ngày x 7-10 ngày

2.3. Giãn cơ: Eperison (Ryzonal 50) 50mg x 3 lần/ngày

2.4. Dấu hiệu chèn ép tủy tiến triển (yếu chi, rối loạn dáng đi) - chuyển tuyến phẫu thuật giải ép khẩn

2.3. Điều trị hỗ trợ

Hướng dẫn bài tập tại nhà, tư vấn dinh dưỡng và lối sống, theo dõi tiến triển chức năng vận động theo từng đợt điều trị.

2.4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

Đánh giá sức cơ-cảm giác định kỳ; MRI kiểm tra nếu triệu chứng thần kinh tiến triển

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Phục hồi chức năng ngoại trú là chủ yếu với thể nhẹ-trung bình

- Dấu hiệu chèn ép tủy sống tiến triển (yếu chi, rối loạn dáng đi, rối loạn cơ tròn) - cần đánh giá phẫu thuật khẩn, không trì hoãn bằng phục hồi chức năng đơn thuần

- Đau cấp nặng không đáp ứng điều trị ngoại trú

- Sau phẫu thuật cần phục hồi chức năng nội trú

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

Cải thiện rõ triệu chứng/chức năng vận động theo mục tiêu đề ra, người bệnh hoặc người chăm sóc nắm được chương trình tập luyện tại nhà, hẹn tái khám hoặc đợt điều trị tiếp theo.

Cận lâm sàng xác nhận xuất viện: Sức cơ ổn định/cải thiện, không còn dấu hiệu chèn ép tủy tiến triển.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Diễn tiến nặng hoặc vượt khả năng chuyên môn/trang thiết bị hiện có của TTYT (cần ICU, phẫu thuật chuyên khoa sâu, CT/MRI, hoặc kỹ thuật TTYT chưa triển khai).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10 (bao gồm Chương U về Y học cổ truyền)*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2014), *Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành Phục hồi chức năng"*, Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 4871/QĐ-BYT ngày 18/11/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại"*, Hà Nội.

5. Bộ Y tế (2013), *Quyết định số 5013/QĐ-BYT ngày 01/12/2013 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Y học cổ truyền"*, Hà Nội.

6. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

5. PHCN ĐAU THẮT LƯNG

(ICD-10: M54.5, U62.392.3)

I. ĐẠI CƯƠNG

Phục hồi chức năng đau thắt lưng sử dụng các phương pháp vật lý trị liệu và bài tập tăng cường cơ core nhằm giảm đau và phòng ngừa tái phát cho người bệnh đau thắt lưng mạn tính hoặc sau đợt cấp.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- *Mục tiêu:* Giảm đau vùng thắt lưng.
- *Kỹ thuật:* Kéo giãn cột sống thắt lưng (máy kéo giãn), điện xung, nhiệt.
- *Bài tập:* McKenzie, Williams.

2. Cận lâm sàng

- CTM, CRP nếu nghi viêm/nhiễm trùng.
- X-quang cột sống thắt lưng nếu đau kéo dài.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Thoái hóa cột sống thắt lưng.
- Sỏi thận-tiết niệu.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Kết hợp điều trị thuốc (nếu có) với các biện pháp không dùng thuốc (vật lý trị liệu, xoa bóp - bấm huyệt, châm cứu, tập vận động); cá thể hóa theo mức độ tổn thương và khả năng phục hồi.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

2.1. Vật lý trị liệu: nhiệt trị liệu, kéo giãn cột sống thắt lưng (máy kéo giãn tại TTYT) nếu không chống chỉ định

2.2. Bài tập tăng cường cơ core, McKenzie nếu phù hợp

2.3. Giảm đau: Paracetamol (Partamol 500) phối hợp Meloxicam (Monbig 7.5) đợt cấp

2.4. Dấu hiệu "cờ đỏ" - chuyển cấp cứu ngoại thần kinh trước khi tiếp tục PHCN

3. Điều trị hỗ trợ

Hướng dẫn bài tập tại nhà, tư vấn dinh dưỡng và lối sống, theo dõi tiến triển chức năng vận động theo từng đợt điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

Đánh giá tầm vận động khớp định kỳ; không cần cận lâm sàng đặc hiệu

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Phục hồi chức năng ngoại trú là chủ yếu.

- Dấu hiệu "cờ đỏ" (hội chứng đuôi ngựa, yếu chi tiến triển) - cần loại trừ cấp cứu ngoại thần kinh trước khi phục hồi chức năng.

- Đau cấp nặng cần điều trị nội trú tích cực đa mô thức

- Sau phẫu thuật cột sống thắt lưng cần phục hồi chức năng nội trú

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

Cải thiện rõ triệu chứng/chức năng vận động theo mục tiêu đề ra, người bệnh hoặc người chăm sóc nắm được chương trình tập luyện tại nhà, hẹn tái khám hoặc đợt điều trị tiếp theo.

Cận lâm sàng xác nhận xuất viện: Tầm vận động và chức năng cải thiện rõ so với trước điều trị

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Diễn tiến nặng hoặc vượt khả năng chuyên môn/trang thiết bị hiện có của TTYT (cần ICU, phẫu thuật chuyên khoa sâu, CT/MRI, hoặc kỹ thuật TTYT chưa triển khai).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10 (bao gồm Chương U về Y học cổ truyền)*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2014), *Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành Phục hồi chức năng"*, Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 4871/QĐ-BYT ngày 18/11/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại"*, Hà Nội.

5. Bộ Y tế (2013), *Quyết định số 5013/QĐ-BYT ngày 01/12/2013 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Y học cổ truyền"*, Hà Nội.

6. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

6. PHCN ĐAU THẦN KINH TỌA

(ICD-10: M54.4, U62.391)

I. ĐẠI CƯƠNG

Phục hồi chức năng đau thần kinh tọa áp dụng vật lý trị liệu phù hợp nhằm giảm đau và cải thiện chức năng vận động, cần thận trọng và loại trừ dấu hiệu chèn ép nặng trước khi áp dụng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- *Mục tiêu:* Giảm đau lan chân.

- *Kỹ thuật:* Kéo giãn cột sống thắt lưng, điện xung.

- *Bài tập:* Cắt kéo, Straight leg raise (nếu phù hợp).

2. Cận lâm sàng

- Không cần xét nghiệm đặc hiệu.

- X-quang cột sống thắt lưng.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Thoát vị đĩa đệm chèn ép rễ.

- Hẹp ống sống.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Kết hợp điều trị thuốc (nếu có) với các biện pháp không dùng thuốc (vật lý trị liệu, xoa bóp - bấm huyệt, châm cứu, tập vận động); cá thể hóa theo mức độ tổn thương và khả năng phục hồi.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

2.1. Vật lý trị liệu, tránh kéo giãn nếu đau tăng khi kéo

2.2. Giảm đau thần kinh: Gabapentin (SaVi Gabapentin 300/Remebentin 100) khởi đầu 300mg tối, tăng dần theo đáp ứng

2.3. Kết hợp giảm đau thông thường: Paracetamol (Partamol 500) + Meloxicam (Monbig 7.5)

2.4. Yếu cơ tiến triển/rối loạn cơ tròn - chuyển cấp cứu ngoại thần kinh

3. Điều trị hỗ trợ

Hướng dẫn bài tập tại nhà, tư vấn dinh dưỡng và lối sống, theo dõi tiến triển chức năng vận động theo từng đợt điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

Đánh giá sức cơ định kỳ; không cần cận lâm sàng đặc hiệu trừ khi yếu cơ tiến triển

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Phục hồi chức năng ngoại trú là chủ yếu.

- Yếu cơ tiến triển, rối loạn cơ tròn - cần đánh giá phẫu thuật khẩn.

- Đau cấp nặng không đáp ứng điều trị ngoại trú.

- Sau phẫu thuật cần phục hồi chức năng nội trú có giám sát.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

Cải thiện rõ triệu chứng/chức năng vận động theo mục tiêu đề ra, người bệnh hoặc người chăm sóc nắm được chương trình tập luyện tại nhà, hẹn tái khám hoặc đợt điều trị tiếp theo.

Cận lâm sàng xác nhận xuất viện: Sức cơ ổn định/cải thiện, giảm đau rõ.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Diễn tiến nặng hoặc vượt khả năng chuyên môn/trang thiết bị hiện có của TTYT (cần ICU, phẫu thuật chuyên khoa sâu, CT/MRI, hoặc kỹ thuật TTYT chưa triển khai).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10 (bao gồm Chương U về Y học cổ truyền)*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2014), *Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành Phục hồi chức năng"*, Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 4871/QĐ-BYT ngày 18/11/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại"*, Hà Nội.

5. Bộ Y tế (2013), *Quyết định số 5013/QĐ-BYT ngày 01/12/2013 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Y học cổ truyền"*, Hà Nội.

6. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

7. PHCN SUY GIÃN TĨNH MẠCH CHI DƯỚI

(ICD-10: I83, U58.221)

I. ĐẠI CƯƠNG

Phục hồi chức năng suy giãn tĩnh mạch chi dưới bao gồm các biện pháp hỗ trợ tuần hoàn tĩnh mạch (mang vớ áp lực, vận động, nâng cao chi) nhằm giảm triệu chứng và phòng ngừa biến chứng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- *Mục tiêu:* Tăng tuần hoàn tĩnh mạch, giảm phù.

- *Kỹ thuật:* Tập cơ bắp chân, kê cao chân, mang vớ áp lực.

2. Cận lâm sàng

- Không cần xét nghiệm đặc hiệu

- Siêu âm Doppler tĩnh mạch chi dưới nếu nghi huyết khối/suy van nặng

3. Chẩn đoán phân biệt

- Huyết khối tĩnh mạch sâu (cần loại trừ trước khi tập PHCN)

- Phù chi dưới do nguyên nhân toàn thân

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Kết hợp điều trị thuốc (nếu có) với các biện pháp không dùng thuốc (vật lý trị liệu, xoa bóp - bấm huyệt, châm cứu, tập vận động); cá thể hóa theo mức độ tổn thương và khả năng phục hồi.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

2.1. Mang vớ áp lực y khoa cả ngày, kê cao chân khi nghỉ.

2.2. Diosmin (TRIXOVIN/Venokern) 500mg x 2 viên/ngày hỗ trợ trương lực tĩnh mạch.

2.3. Tránh đứng/ngồi lâu một chỗ, vận động chi dưới thường xuyên.

2.4. Nghi huyết khối tĩnh mạch sâu - siêu âm Doppler khẩn, kháng đông nếu xác định (chuyển tuyến nếu cần).

3. Điều trị hỗ trợ

Hướng dẫn bài tập tại nhà, tư vấn dinh dưỡng và lối sống, theo dõi tiến triển chức năng vận động theo từng đợt điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

Siêu âm Doppler tĩnh mạch kiểm tra nếu nghi huyết khối tĩnh mạch sâu.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Điều trị/phục hồi chức năng ngoại trú là chủ yếu

- Biến chứng huyết khối tĩnh mạch sâu (sưng đau chi đột ngột, nóng đỏ) - CẤP CỨU, cần loại trừ khẩn (nguy cơ thuyên tắc phổi)

- Loét tĩnh mạch mạn tính nhiễm trùng cần điều trị tích cực nội trú

- Suy tĩnh mạch nặng ảnh hưởng vận động cần phục hồi chức năng có giám sát

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

Cải thiện rõ triệu chứng/chức năng vận động theo mục tiêu đề ra, người bệnh hoặc người chăm sóc nắm được chương trình tập luyện tại nhà, hẹn tái khám hoặc đợt điều trị tiếp theo.

Cận lâm sàng xác nhận xuất viện: Giảm phù/đau chân, không dấu hiệu huyết khối tĩnh mạch.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Diễn tiến nặng hoặc vượt khả năng chuyên môn/trang thiết bị hiện có của TTYT (cần ICU, phẫu thuật chuyên khoa sâu, CT/MRI, hoặc kỹ thuật TTYT chưa triển khai).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10 (bao gồm Chương U về Y học cổ truyền)*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2014), *Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành Phục hồi chức năng"*, Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 4871/QĐ-BYT ngày 18/11/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại"*, Hà Nội.

5. Bộ Y tế (2013), *Quyết định số 5013/QĐ-BYT ngày 01/12/2013 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Y học cổ truyền"*, Hà Nội.

6. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

8. PHCN LIỆT NỬA NGƯỜI DO TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO

(ICD-10: I69.3, U55.011)

I. ĐẠI CƯƠNG

Phục hồi chức năng liệt nửa người do tai biến mạch máu não là quá trình can thiệp đa mô thức (vận động, ngôn ngữ, hoạt động trị liệu) nhằm tối đa hóa khả năng phục hồi chức năng và độc lập trong sinh hoạt cho người bệnh sau đột quỵ.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- *Mục tiêu:* PHCN vận động, ngôn ngữ, sinh hoạt.

- *Kỹ thuật:*

+ Tập cơ thăng bằng, di chuyển (tập đi với nạng).

+ Tập vận động thụ động. (TT loai 3 - CV281 so 106)

+ Tập vận động có trợ giúp. (TT loai 3 - CV281 so 101)

+ Tập kéo giãn. (TT loai 3 - CV281 so 107)

+ Ngôn ngữ trị liệu (nếu có).

+ Phòng loét, phòng co rút.

2. Cận lâm sàng

- Đường huyết, bilan lipid (đánh giá yếu tố nguy cơ tái phát).

- CT/MRI sọ não đã có từ giai đoạn cấp (tham khảo hồ sơ chuyển về); không cần chụp lại thường quy tại TTYT.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Di chứng liệt do nhồi máu não.

- Di chứng liệt do xuất huyết não.

- Yếu liệt do nguyên nhân khác (chèn ép tủy, bệnh thần kinh ngoại biên).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Kết hợp điều trị thuốc (nếu có) với các biện pháp không dùng thuốc (vật lý trị liệu, xoa bóp - bấm huyệt, châm cứu, tập vận động); cá thể hóa theo mức độ tổn thương và khả năng phục hồi.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

2.1. Vật lý trị liệu vận động sớm (sau khi ổn định nội khoa): tập tầm vận động, chuyển tư thế, tập đi có hỗ trợ.

2.2. Hoạt động trị liệu: tập chức năng sinh hoạt hàng ngày (ăn uống, mặc quần áo)

2.3. Ngôn ngữ trị liệu nếu có rối loạn nuốt/nói kèm theo.

2.4. Kiểm soát yếu tố nguy cơ tái phát: Aspirin (Aspirin MKP 81) 81mg/ngày, Atorvastatin (Statinagi 20) 20-40mg/ngày, kiểm soát huyết áp-đường huyết.

3. Điều trị hỗ trợ

Hướng dẫn bài tập tại nhà, tư vấn dinh dưỡng và lối sống, theo dõi tiến triển chức năng vận động theo từng đợt điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

Đánh giá chức năng vận động-nuốt-nhận thức định kỳ (thang điểm Barthel/FIM); theo dõi đường huyết, huyết áp phòng tái phát.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Nhập viện phục hồi chức năng sau giai đoạn cấp tai biến mạch máu não đã ổn định về nội khoa/thần kinh

- Cần phục hồi chức năng tích cực đa mô thức (vận động, ngôn ngữ, nuốt) nội trú

- Biến chứng trong quá trình phục hồi chức năng (viêm phổi hít, loét tỳ đè, huyết khối tĩnh mạch) cần điều trị kèm theo

- Tái phát đột quỵ hoặc biến chứng nội khoa cấp trong quá trình điều trị - chuyển khoa Nội thần kinh cấp cứu ngay

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

Cải thiện rõ triệu chứng/chức năng vận động theo mục tiêu đề ra, người bệnh hoặc người chăm sóc nắm được chương trình tập luyện tại nhà, hẹn tái khám hoặc đợt điều trị tiếp theo.

Cận lâm sàng xác nhận xuất viện: Cải thiện chức năng vận động rõ so với lúc nhập viện, không còn biến chứng nội khoa cấp (viêm phổi hít, huyết khối).

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Diễn tiến nặng hoặc vượt khả năng chuyên môn/trang thiết bị hiện có của TTYT (cần ICU, phẫu thuật chuyên khoa sâu, CT/MRI, hoặc kỹ thuật TTYT chưa triển khai).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10 (bao gồm Chương U về Y học cổ truyền)*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2014), *Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành Phục hồi chức năng"*, Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 4871/QĐ-BYT ngày 18/11/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại"*, Hà Nội.

5. Bộ Y tế (2013), *Quyết định số 5013/QĐ-BYT ngày 01/12/2013 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Y học cổ truyền"*, Hà Nội.

6. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

9. PHCN CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

(ICD-10: S06, U67.262.0)

I. ĐẠI CƯƠNG

Phục hồi chức năng chấn thương sọ não là quá trình can thiệp toàn diện nhằm phục hồi chức năng vận động, nhận thức và hành vi cho người bệnh sau giai đoạn cấp của chấn thương sọ não đã ổn định.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

Triệu chứng: Rối loạn vận động (liệt, giảm sức cơ), rối loạn thăng bằng, rối loạn nhận thức, rối loạn ngôn ngữ (nói khó, mất ngôn ngữ), suy giảm chức năng sinh hoạt hằng ngày.

2. Cận lâm sàng

- Không cần xét nghiệm đặc hiệu ở giai đoạn phục hồi chức năng.

-Tham khảo CT/MRI sọ não từ hồ sơ giai đoạn cấp; không cần chụp lại thường quy.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Di chứng vận động sau tổn thương não khác.

- Rối loạn nhận thức - hành vi do các nguyên nhân thần kinh khác.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Ổn định tuần hoàn-hô hấp trước, kiểm soát đau, cố định/xử trí tổn thương theo mức độ; ưu tiên bảo tồn chức năng, hạn chế biến chứng thứ phát.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

2.1. Vật lý trị liệu vận động sau khi ổn định ngoại thần kinh.

2.2. Phục hồi chức năng nhận thức-hành vi nếu có rối loạn kèm theo.

2.3. Kiểm soát co giật nếu có: thuốc chống động kinh theo chỉ định chuyên khoa.

2.4. Tăng trương lực cơ nặng (co cứng): Baclofen hoặc Tizanidin (nếu có), phối hợp vật lý trị liệu kéo giãn.

3. Điều trị hỗ trợ

Giảm đau đầy đủ, dự phòng nhiễm trùng và huyết khối tĩnh mạch nếu bất động kéo dài, hướng dẫn vận động/PHCN sớm khi tình trạng cho phép.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

Đánh giá thần kinh - nhận thức định kỳ theo các thang điểm chuẩn.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Người bệnh chấn thương sọ não giai đoạn sau cấp đã ổn định về ngoại thần kinh, cần phục hồi chức năng đa mô thức nội trú (vận động, nhận thức, ngôn ngữ).

- Xuất hiện biến chứng co giật, tăng trương lực cơ nặng ảnh hưởng quá trình tập luyện.

**Lưu ý cấp cứu/chuyển khoa:* Nếu có rối loạn ý thức hoặc dấu hiệu thần kinh tiến triển xấu, chuyển khoa Ngoại thần kinh cấp cứu ngay theo Quyết định số 79/QĐ-BYT.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Tri giác ổn định, chức năng vận động - nhận thức cải thiện đạt mục tiêu đề ra.

- Không còn cơn co giật cấp tính hoặc tăng trương lực cơ nặng cản trở sinh hoạt.

- Người bệnh tự chăm sóc được hoặc có người hỗ trợ phù hợp tại nhà; hẹn lịch tái khám định kỳ.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Diễn tiến lâm sàng nặng hoặc vượt quá khả năng chuyên môn, trang thiết bị của Trung tâm Y tế (cần can thiệp Hồi sức tích cực - ICU, phẫu thuật chuyên khoa sâu, CT/MRI chuyên sâu).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10 (bao gồm Chương U về Y học cổ truyền)*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2014), *Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành Phục hồi chức năng"*, Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 4871/QĐ-BYT ngày 18/11/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại"*, Hà Nội.

5. Bộ Y tế (2013), *Quyết định số 5013/QĐ-BYT ngày 01/12/2013 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Y học cổ truyền"*, Hà Nội.

10. PHCN HỘI CHỨNG ĐƯỜNG HẦM CỔ TAY

(ICD-10: G56.0, U62.412.2)

I. ĐẠI CƯƠNG

Phục hồi chức năng hội chứng đường hầm cổ tay áp dụng các biện pháp bảo tồn (nẹp, vật lý trị liệu) nhằm giảm chèn ép thần kinh giữa tại cổ tay và cải thiện chức năng bàn tay.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Tê bì, đau buốt các ngón tay (thường ngón 1, 2, 3 và nửa ngoài ngón 4) theo sự chi phối của thần kinh giữa, tăng vềban đêm. Trường hợp nặng có teo cơ mô cái.

2. Cận lâm sàng

- Không cần xét nghiệm đặc hiệu.

- Siêu âm cổ tay nếu cần xác định.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Thoái hóa cột sống cổ chèn ép rễ C6-C7 (gây tê tay tương tự).

- Viêm khớp cổ tay.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Kết hợp điều trị thuốc (nếu có) với các biện pháp không dùng thuốc (vật lý trị liệu, xoa bóp - bấm huyệt, châm cứu, tập vận động); cá thể hóa theo mức độ tổn thương và khả năng phục hồi.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Nẹp cố định cổ tay ở tư thế trung tính, đặc biệt đeo vào ban đêm.

- Kháng viêm giảm đau (nếu có chỉ định): Meloxicam 7,5mg/ngày uống trong 7–10 ngày.

- Tiêm corticoid tại chỗ (ví dụ: Dexamethason) nếu không đáp ứng với nẹp và thuốc uống sau 2–4 tuần.

3. Điều trị hỗ trợ

Hướng dẫn bài tập vận động gân cơ tại nhà, tư vấn thay đổi hoạt động sinh hoạt tránh tì đè cổ tay.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Đánh giá mức độ giảm tê, đau và lực cơ bàn tay qua các đợt điều trị.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Chủ yếu điều trị ngoại trú (nẹp, vật lý trị liệu, tiêm).

- Nhập viện khi có chỉ định phẫu thuật giải phóng ống cổ tay (thất bại với điều trị bảo tồn kéo dài, teo cơ mô cái rõ rệt) hoặc sau phẫu thuật cần phục hồi chức năng nội trú.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Triệu chứng tê, đau cải thiện rõ rệt, chức năng vận động bàn tay tiến triển theo mục tiêu.

- Vết mổ (nếu có phẫu thuật) khô sạch, người bệnh nắm vững phương pháp tập luyện tại nhà.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Vượt quá khả năng chuyên môn hoặc trang thiết bị của Trung tâm Y tế (cần phẫu thuật chuyên khoa sâu hoặc kỹ thuật cao chưa triển khai).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10 (bao gồm Chương U về Y học cổ truyền)*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2014), *Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành Phục hồi chức năng"*, Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 4871/QĐ-BYT ngày 18/11/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại"*, Hà Nội.

5. Bộ Y tế (2013), *Quyết định số 5013/QĐ-BYT ngày 01/12/2013 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Y học cổ truyền"*, Hà Nội.

6. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

11. PHCN ĐAU DÂY THẦN KINH V

(ICD-10: G50.0, U55.501)

I. ĐẠI CƯƠNG

Phục hồi chức năng đau dây thần kinh V (đau thần kinh sinh ba) hỗ trợ kiểm soát triệu chứng đau kết hợp với điều trị nội khoa, đau dây V đặc trưng bởi các cơn đau nhói dữ dội thoáng qua vùng mặt.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

Cơn đau nhói như điện giật ở một hoặc nhiều nhánh của dây thần kinh V, xuất hiện khi kích hoạt (ăn uống, nói chuyện, chạm vào mặt).

2. Cận lâm sàng

- Không cần xét nghiệm đặc hiệu nếu điển hình.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Đau dây V nguyên phát (vô căn).

- Đau dây V thứ phát do chèn ép mạch máu/u

- Đau răng/xoang lan tỏa

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Kết hợp điều trị thuốc (nếu có) với các biện pháp không dùng thuốc (vật lý trị liệu, xoa bóp - bấm huyệt, châm cứu, tập vận động); cá thể hóa theo mức độ tổn thương và khả năng phục hồi.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

2.1. Carbamazepin khởi đầu 100-200mg x 2 lần/ngày, tăng dần theo đáp ứng (thuốc đầu tay đau dây V).

2.2. Nếu không đáp ứng/không dung nạp: Gabapentin (SaVi Gabapentin 300) hoặc Pregabalin (Dalyric 75) thay thế.

2.3. Giảm đau hỗ trợ: Paracetamol (Partamol 500) không hiệu quả nhiều với đau thần kinh nhưng có thể phối hợp.

2.4. Đau kháng trị - chuyển chuyên khoa Ngoại thần kinh (giải ép vi mạch/phẫu thuật).

3. Điều trị hỗ trợ

Tránh các kích thích lạnh/gió lùa vào vùng mặt, hướng dẫn dinh dưỡng dạng lỏng/mềm trong cơn đau cấp.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

Không cần cận lâm sàng theo dõi đặc hiệu ngoại trú; chẩn đoán hình ảnh nếu đau kháng trị

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Đau dữ dội không kiểm soát được bằng điều trị ngoại trú kéo dài.

- Ảnh hưởng nghiêm trọng đến sinh hoạt, dinh dưỡng và giấc ngủ của người bệnh.

- Cần nhập viện để phối hợp chuyên khoa hoặc làm các cận lâm sàng chuyên sâu loại trừ nguyên nhân thực thể.

VI. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Cơn đau giảm rõ rệt, người bệnh có thể ăn uống và sinh hoạt gần như bình thường.

- Nắm vững cách uống thuốc và theo dõi triệu chứng tại nhà, hẹn tái khám định kỳ.

VII. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Đau kháng trị với thuốc hoặc phát hiện nguyên nhân chèn ép cấu trúc cần can thiệp ngoại thần kinh chuyên sâu (phẫu thuật giải ép vi mạch) vượt quá khả năng của Trung tâm Y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10 (bao gồm Chương U về Y học cổ truyền)*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2014), *Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành Phục hồi chức năng"*, Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 4871/QĐ-BYT ngày 18/11/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại"*, Hà Nội.

5. Bộ Y tế (2013), *Quyết định số 5013/QĐ-BYT ngày 01/12/2013 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Y học cổ truyền"*, Hà Nội.

6. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

12. PHCN THOÁI HÓA KHỚP

(ICD-10: M15-M19, U62.171)

I. ĐẠI CƯƠNG

Phục hồi chức năng thoái hóa khớp áp dụng các phương pháp vật lý trị liệu và vận động trị liệu nhằm giảm đau và duy trì chức năng vận động khớp bị thoái hóa.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Đau khớp kiểu cơ học (đau tăng khi vận động, giảm khi nghỉ), cứng khớp buổi sáng dưới 30 phút, hạn chế tầm vận động, có thể có tiếng lạo xạo khi cử động.

2. Cận lâm sàng

- X-quang quy ước khớp tổn thương: Hẹp khe khớp, đặc xương dưới sụn, gai xương bờ khớp.

- Xét nghiệm máu (CTM, CRP, Acid uric) khi cần loại trừ viêm khớp dạng thấp hoặc bệnh Gout kèm theo.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm khớp dạng thấp.

- Gout/giả gout.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Điều trị lâu dài, kiểm soát các yếu tố nguy cơ và bệnh đồng mắc, cá thể hóa theo mức độ nặng và đáp ứng của người bệnh; phối hợp thay đổi lối sống với thuốc.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

2.1. Vật lý trị liệu: nhiệt trị liệu, siêu âm điều trị vùng khớp thoái hóa.

2.2. Bài tập tăng cường cơ quanh khớp, giảm tải trọng khớp (giảm cân nếu thừa cân).

2.3. Giảm đau: Paracetamol (Partamol 500) ưu tiên đầu tay; Meloxicam (Monbig 7.5)/Celecoxib (Celecoxib 100) nếu không đáp ứng.

2.4. Tiêm nội khớp (Natri hyaluronat - Sanlein Mini) nếu có chỉ định và điều kiện.

3. Điều trị hỗ trợ

Tư vấn chế độ dinh dưỡng, lối sống lành mạnh, hướng dẫn sử dụng dụng cụ hỗ trợ đi lại nếu cần thiết.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Đánh giá mức độ đau và khả năng vận động chức năng khớp sau mỗi đợt điều trị. Ngừng và đánh giá lại nếu triệu chứng đau tăng lên trong quá trình tập.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Đa số điều trị và phục hồi chức năng theo hình thức ngoại trú.

- Nhập viện khi có đợt cấp viêm khớp nặng, cần điều trị nội khoa kết hợp thủ thuật chuyên sâu hoặc khi có chỉ định phẫu thuật chỉnh hình.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

Triệu chứng đợt cấp đã ổn định, giảm đau đạt mục tiêu, người bệnh thực hiện thành thạo các bài tập tự chăm sóc tại nhà và có lịch hẹn tái khám.

VII. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Bệnh lý diễn tiến nặng, biến dạng khớp nghiêm trọng cần phẫu thuật thay khớp hoặc vượt quá năng lực kỹ thuật của tuyến cơ sở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10 (bao gồm Chương U về Y học cổ truyền)*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2014), *Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành Phục hồi chức năng"*, Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 4871/QĐ-BYT ngày 18/11/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại"*, Hà Nội.

5. Bộ Y tế (2013), *Quyết định số 5013/QĐ-BYT ngày 01/12/2013 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Y học cổ truyền"*, Hà Nội.

6. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

14. TẬP VẬN ĐỘNG THỤ ĐỘNG

(TT loai 3 - CV281 so 106)

I. ĐẠI CƯƠNG

Tập vận động thụ động là kỹ thuật phục hồi chức năng cơ bản áp dụng cho người bệnh không thể tự vận động, nhằm duy trì tầm vận động khớp và phòng ngừa biến chứng cứng khớp-teo cơ do bất động kéo dài.

II. CHẨN ĐOÁN & CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định lâm sàng

- Người bệnh bị liệt, yếu cơ nặng, hôn mê, hoặc hạn chế vận động do bất động lâu ngày, sau phẫu thuật hoặc chấn thương.

2. Cận lâm sàng

Không yêu cầu xét nghiệm hay chẩn đoán hình ảnh đặc hiệu riêng cho kỹ thuật này (đánh giá dựa trên thăm khám lâm sàng tầm vận động khớp và sức cơ).

3. Chẩn đoán phân biệt

Không áp dụng (kỹ thuật phục hồi chức năng).

4. Phân độ

- Độ I (nhẹ): chỉ triệu chứng da/niêm mạc (mày đay, ngứa, phù mạch).

- Độ II (nặng): có từ 2 biểu hiện trên 1 cơ quan trở lên (hô hấp, tuần hoàn, tiêu hóa) chưa đe dọa tính mạng.

- Độ III (nguy kịch): tụt huyết áp, co thắt phế quản nặng, rối loạn ý thức - đe dọa tính mạng.

- Độ IV (ngừng tuần hoàn - hô hấp).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Thao tác nhẹ nhàng, đúng biên độ sinh lý của từng khớp, không gây đau đớn tăng thêm cho người bệnh.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

2.1. Thực hiện tập vận động thụ động các khớp lớn (vai, khuỷu, háng, gối, cổ chân) 2 lần/ngày, mỗi khớp 10-15 lần.

2.2. Tăng dần biên độ vận động theo dung nạp của người bệnh, tránh gây đau nhiều.

2.3. Kết hợp xoa bóp nhẹ nhàng hỗ trợ tuần hoàn, phòng ngừa cứng khớp/teo cơ ở bệnh nhân nằm lâu.

3. Điều trị hỗ trợ

Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, dinh dưỡng và chăm sóc điều dưỡng phù hợp trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Theo dõi biểu hiện đau, sắc mặt và phản ứng của người bệnh trong và sau khi tập.

- Kiểm tra định kỳ tầm vận động khớp để điều chỉnh biên độ tập luyện phù hợp.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Người bệnh có tình trạng bệnh lý nền hoặc tổn thương thần kinh/chấn thương cần nằm viện điều trị nội trú kết hợp chăm sóc và tập phục hồi chức năng toàn diện.

VI. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Tình trạng toàn thân ổn định, các khớp duy trì được tầm vận động tốt, không có biến chứng cứng khớp hoặc teo cơ nặng thêm.

- Người bệnh hoặc người nhà được hướng dẫn thành thạo cách duy trì tập luyện tại nhà, hẹn tái khám theo lịch.

VII. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Tình trạng bệnh lý chính diễn tiến nặng hoặc xuất hiện các biến chứng vượt quá khả năng chuyên môn của Trung tâm Y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10 (bao gồm Chương U về Y học cổ truyền)*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2014), *Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành Phục hồi chức năng"*, Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 4871/QĐ-BYT ngày 18/11/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại"*, Hà Nội.

5. Bộ Y tế (2013), *Quyết định số 5013/QĐ-BYT ngày 01/12/2013 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Y học cổ truyền"*, Hà Nội.

17. ĐÔNG Y - TĂNG HUYẾT ÁP

(ICD-10: I10, ma cu U58.091)

I. ĐẠI CƯƠNG

Kết hợp Y học cổ truyền (YHCT) và Y học hiện đại (YHHĐ) trong điều trị tăng huyết áp. Các phương pháp châm cứu, xoa bóp bấm huyệt và bài thuốc Đông y đóng vai trò hỗ trợ nâng cao hiệu quả điều trị, được chỉ định sau khi tình trạng huyết áp cấp tính đã được kiểm soát ổn định bằng thuốc Tây y.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng & Thể bệnh YHCT

- Thể bệnh thường gặp: *Can dương thượng cang* hoặc *Âm hư dương xung*.

- Triệu chứng: Nhức đầu, chóng mặt, hoa mắt, mặt đỏ, dễ cáu gắt, ngủ kém.

2. Cận lâm sàng

- Các xét nghiệm đánh giá tổn thương cơ quan đích và yếu tố nguy cơ: Điện tâm đồ (ECG), đường huyết, creatinin, điện giải đồ (Kali), bilan lipid máu.

3. Chẩn đoán phân biệt

- THA nguyên phát.

- THA thứ phát do thận, nội tiết.

4. Phân độ

- Độ 1: HA tâm thu 140-159 hoặc tâm trương 90-99mmHg

- Độ 2: HA tâm thu 160-179 hoặc tâm trương 100-109mmHg

- Độ 3: HA tâm thu ≥ 180 hoặc tâm trương ≥ 110mmHg

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Điều trị nội khoa Tây y hạ áp là bắt buộc và duy trì liên tục (YHCT không thay thế thuốc hạ áp trong giai đoạn cấp). Kết hợp YHCT khi huyết áp đã tương đối ổn định nhằm củng cố hiệu quả, giảm triệu chứng cơ năng.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

2.1. Điều trị nền THA theo Hướng dẫn Tăng huyết áp Tây y (thuốc hạ áp là bắt buộc, không thay thế bằng YHCT)

2.2. Kết hợp châm cứu các huyệt: Túc tam lý, Thái xung, Phong trì, Bách hội hỗ trợ khi huyết áp đã ổn định

2.3. Bài thuốc YHCT hỗ trợ (thể can dương thượng cang): Thiên ma câu đằng ẩm gia giảm.

3. Điều trị hỗ trợ

- Đo huyết áp đều đặn trước và sau mỗi liệu trình châm cứu, xoa bóp. Việc theo dõi huyết áp hằng ngày bằng thuốc Tây y được thực hiện xuyên suốt.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Áp dụng tiêu chuẩn nhập viện theo phác đồ Tăng huyết áp của Nội khoa Tây y.

- Điều trị kết hợp YHCT chỉ định khi huyết áp đã kiểm soát ổn định.

**Lưu ý:* Tuyệt đối không dùng thuốc hay châm cứu YHCT thay thế thuốc hạ áp trong cơn tăng huyết áp cấp cứu. Huyết áp $\geq 180/120$mmHg kèm tổn thương cơ quan đích phải chuyển cấp cứu Tây y ngay.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Huyết áp ổn định đạt mục tiêu điều trị, triệu chứng nhức đầu, chóng mặt thuyên giảm rõ rệt.

- Người bệnh hiểu và tuân thủ chế độ dùng thuốc Tây y kết hợp sinh hoạt tại nhà, hẹn tái khám định kỳ.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Tăng huyết áp kháng trị, có biến chứng cấp tính (tai biến mạch máu nảo, nhồi máu cơ tim, suy tim cấp, suy thận cấp) vượt quá khả năng chuyên môn của Trung tâm Y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10 (bao gồm Chương U về Y học cổ truyền)*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2014), *Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành Phục hồi chức năng"*, Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 4871/QĐ-BYT ngày 18/11/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại"*, Hà Nội.

5. Bộ Y tế (2013), *Quyết định số 5013/QĐ-BYT ngày 01/12/2013 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Y học cổ truyền"*, Hà Nội.

6. World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019, Geneva: WHO.

18. ĐÔNG Y - DI CHỨNG TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO

(ICD-10: I69, U58.021)

I. ĐẠI CƯƠNG

Là giai đoạn sau giai đoạn cấp của tai biến mạch máu nảo (đột quỵ). Sự kết hợp YHCT (châm cứu, xoa bóp bấm huyệt, bài thuốc) với YHHĐ và phục hồi chức năng giúp tối đa hóa khả năng phục hồi vận động, ngôn ngữ và tính độc lập cho người bệnh.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng & Thể bệnh YHCT

- Thể bệnh thường gặp: *Phong hàn nhập lạc* hoặc *Khí huyết hư*.

- Triệu chứng: Liệt nửa người, méo miệng, nói khó, tê yếu chi, vận động bất tiện.

2. Cận lâm sàng

- Tham khảo kết quả CT/MRI sọ não từ giai đoạn cấp.

- Xét nghiệm đường huyết, bilan lipid máu để đánh giá và kiểm soát yếu tố nguy cơ tái phát.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Di chứng liệt sau nhồi máu não.

- Di chứng liệt sau xuất huyết não.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Kết hợp điều trị nội khoa nền (kiểm soát huyết áp, đường huyết, chống kết tập tiểu cầu) với các phương pháp không dùng thuốc (châm cứu, điện châm, xoa bóp bấm huyệt, tập vận động).

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

2.1. Điều trị nội khoa nền theo phác đồ tai biến mạch máu não đã ổn định (kiểm soát HA, đường huyết, chống kết tập tiểu cầu).

2.2. Châm cứu - điện châm các huyệt vùng liệt: Kiên ngung, Khúc trì, Hợp cốc (chi trên), Hoàn khiêu, Túc tam lý, Dương lăng tuyền (chi dưới).

2.3. Xoa bóp bấm huyệt hỗ trợ phục hồi vận động, kết hợp vật lý trị liệu.

2.4. Bài thuốc bổ khí hoạt huyết: Bổ dương hoàn ngũ thang gia giảm.

3. Điều trị hỗ trợ

Hướng dẫn người nhà hỗ trợ người bệnh tập luyện vận động, nuốt, ngôn ngữ tại nhà, phòng ngừa loét ép và viêm phổi hít.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Đánh giá chức năng vận động và sinh hoạt định kỳ bằng các thang điểm chuyên ngành (Barthel hoặc FIM). Theo dõi sát huyết áp và đường huyết để phòng ngừa tái phát.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Người bệnh di chứng tai biến mạch máu não đã ổn định về nội khoa/thần kinh ở giai đoạn cấp, có nhu cầu nhập viện điều trị kết hợp châm cứu và phục hồi chức năng.

**Lưu ý:* Nếu có dấu hiệu tái phát đột quỵ cấp, phải chuyển khoa Cấp cứu thần kinh ngay lập tức, không trì hoãn bằng YHCT.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Chức năng vận động và các triệu chứng di chứng cải thiện rõ rệt so với trước đợt điều trị.

- Người bệnh hoặc người chăm sóc nắm vững phương pháp tập luyện tại nhà, có lịch tái khám định kỳ.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Diễn tiến đột quỵ tái phát nặng, biến chứng nặng (viêm phổi nặng, xuất huyết tiêu hóa, suy hô hấp) vượt quá khả năng điều trị tại Trung tâm Y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10 (bao gồm Chương U về Y học cổ truyền)*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2014), *Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành Phục hồi chức năng"*, Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 4871/QĐ-BYT ngày 18/11/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại"*, Hà Nội.

5. Bộ Y tế (2020). *Quyết định số 5331/QĐ-BYT ngày 23/12/2020 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí đột quỵ não"*. Hà Nội.

6. Bộ Y tế (2013), *Quyết định số 5013/QĐ-BYT ngày 01/12/2013 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Y học cổ truyền"*, Hà Nội.

19. ĐÔNG Y - LIỆT DÂY TK VII NGOẠI BIÊN

(ICD-10: G51, U55.561)

I. ĐẠI CƯƠNG

Liệt dây thần kinh VII ngoại biên (liệt mặt Bell) là tình trạng liệt cơ mặt một bên do tổn thương dây thần kinh mặt ngoại biên, nguyên nhân đa số vô căn (có thể liên quan virus Herpes), kết hợp Tây y-Đông y (châm cứu) giúp cải thiện phục hồi.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng & Thể bệnh YHCT

- Thể bệnh YHCT: *Phong hàn* hoặc *Phong nhiệt phạm lạc kinh*.

- Triệu chứng: Liệt mặt một bên xuất hiện đột ngột (mất nếp nhăn trán, mắt nhắm không kín, nhân trung lệch về bên lành, méo miệng, ăn uống rơi vãi).

2. Cận lâm sàng

- Không bắt buộc xét nghiệm đặc hiệu nếu lâm sàng điển hình.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Liệt mặt ngoại biên vô căn (Bell).

- Liệt mặt trung ương (kèm yếu chi cùng bên - cần loại trừ đột quỵ).

- Hội chứng Ramsay-Hunt (liệt mặt do Zona - có mụn nước ống tai).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Kết hợp điều trị thuốc (nếu có) với các biện pháp không dùng thuốc (vật lý trị liệu, xoa bóp - bấm huyệt, châm cứu, tập vận động); cá thể hóa theo mức độ tổn thương và khả năng phục hồi.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

2.1. Điều trị nội khoa nền: Prednisolon liều giảm dần trong 1-2 tuần đầu, Vitamin B liều cao (B1-B6-B12).

2.2. Châm cứu - điện châm các huyệt vùng mặt liệt: Địa thương, Giáp xa, Ế phong, Toản trúc, Hợp cốc bên đối diện.

2.3. Xoa bóp bấm huyệt vùng mặt, tập cơ mặt trước gương hàng ngày

2.4. Chăm sóc mắt (nước mắt nhân tạo, băng mắt khi ngủ) nếu không nhắm kín mắt.

3. Điều trị hỗ trợ

Giữ ấm vùng mặt, tránh gió lùa trực tiếp, ăn thức ăn mềm lỏng dễ nhai.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Đánh giá mức độ liệt mặt định kỳ theo thang điểm House-Brackmann. Theo dõi sát tình trạng kết mạc/giác mạc mắt bên liệt để phòng biến chứng khô loét mắt.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Liệt mặt cấp mức độ nặng (House-Brackmann độ IV trở lên) hoặc không cải thiện sau 1–2 tuần điều trị ngoại trú.

- Liệt kèm theo nguy cơ biến chứng mắt cao hoặc cần điều trị nội trú kết hợp điện châm cường độ cao.

- Phải loại trừ nguyên nhân trung ương trước khi chẩn đoán xác định liệt dây VII ngoại biên đơn thuần.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Mức độ liệt cơ mặt cải thiện rõ rệt, mắt nhắm kín, không có biến chứng viêm loét giác mạc.

- Người bệnh thực hiện thành thạo các bài tập cơ mặt tại nhà, hẹn lịch tái khám định kỳ.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Nghi ngờ nguyên nhân trung ương hoặc u chèn ép cần chụp MRI chuyên sâu, hoặc diễn biến bất thường vượt quá năng lực điều trị tại cơ sở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10 (bao gồm Chương U về Y học cổ truyền)*, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2020). *Quyết định số 5331/QĐ-BYT ngày 23/12/2020 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí bệnh lý thần kinh ngoại biên"*. Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2014), *Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành Phục hồi chức năng"*, Hà Nội.

5. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 4871/QĐ-BYT ngày 18/11/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại"*, Hà Nội.

6. Bộ Y tế (2013), *Quyết định số 5013/QĐ-BYT ngày 01/12/2013 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Y học cổ truyền"*, Hà Nội.

20. ĐÔNG Y - VIÊM LOÉT DẠ DÀY - TÁ TRÀNG

(ICD-10: K25-K27, U60.471)

I. ĐẠI CƯƠNG

Y học cổ truyền kết hợp với Y học hiện đại trong điều trị viêm loét dạ dày-tá tràng, áp dụng các phương pháp châm cứu, xoa bóp bấm huyệt và bài thuốc Đông y hỗ trợ nhằm nâng cao hiệu quả điều trị, chỉ định sau khi tình trạng nội khoa cấp đã được kiểm soát ổn định bằng Tây y. Viêm dạ dày là tình trạng viêm niêm mạc dạ dày, nguyên nhân thường gặp nhất là nhiễm H. pylori và sử dụng NSAIDs, biểu hiện đau thượng vị-đầy bụng-khó tiêu, cần nội soi để chẩn đoán xác định và loại trừ biến chứng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

**Thể bệnh YHCT:* Vị nhiệt, Can vị bất hòa hoặc Tỳ vị hư hàn.

**Triệu chứng:* Đau thượng vị (âm ỉ hoặc dữ dội), ợ chua, ợ hơi, nóng rát vùng thượng vị, đầy bụng, khó tiêu, ăn kém.

2. Cận lâm sàng

- Công thức máu (CTM) nếu nghi ngờ thiếu máu do xuất huyết tiêu hóa.

- Test tìm *H. pylori* (Test hơi thở, urease test, hoặc kháng nguyên phân) nếu có chỉ định.

- Nội soi dạ dày - tá tràng (tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định và làm sinh thiết nếu cần).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Trào ngược dạ dày-thực quản.

- Ung thư dạ dày (dấu hiệu báo động).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Kết hợp điều trị nội khoa Tây y (nếu có đợt cấp/viêm loét tiến triển) với các biện pháp không dùng thuốc (vật lý trị liệu, châm cứu, xoa bóp bấm huyệt, dưỡng sinh); cá thể hóa theo mức độ tổn thương.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- *Điều trị nền (Tây y):* Thuốc ức chế bơm proton (PPI) bắt buộc trong đợt cấp hoặc có nhiễm *H. pylori* (ví dụ: Omeprazol 20mg/ngày hoặc Esomeprazol 40mg/ngày uống trước ăn sáng 30 phút); phác đồ diệt *H. pylori* nếu dương tính theo hướng dẫn hiện hành.

- *Bài thuốc YHCT hỗ trợ (Thể Can vị bất hòa):* Dùng bài *Sài hồ sơ can tán* gia giảm (Sài hồ, Bạch thược, Chích thảo, Hương phụ, Xuyên khung, Chỉ xác, Uất kim...) sắc uống ngày 1 thang.

- *Châm cứu/Xoa bóp:* Châm cứu các huyệt Trung quản, Túc tam lý, Nội quan, Thái xung (nếu can vị bất hòa) để hành khí giảm đau khi tình trạng đã ổn định.

3. Điều trị hỗ trợ

- Hướng dẫn chế độ ăn uống đúng giờ, tránh đồ ăn chua, cay, nóng, rượu bia, thuốc lá; tránh thức khuya và căng thẳng tâm lý.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

Theo dõi công thức máu, nội soi lại theo chỉ định của bác sĩ Tây y khi kết thúc đợt điều trị hoặc khi có triệu chứng nghi ngờ.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Đau thượng vị dữ dội không đáp ứng với thuốc giảm đau thông thường.

- Có biến chứng xuất huyết tiêu hóa (nôn ra máu, đi ngoài phân đen) hoặc nghi ngờ thủng dạ dày - cấp cứu ngoại khoa.

- Không đáp ứng với điều trị ngoại trú sau 2 tuần.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

**Lưu ý:* Chống chỉ định châm cứu, xoa bóp vùng bụng khi đang có xuất huyết tiêu hóa cấp.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết đau thượng vị, hết ợ chua, tiêu hóa ổn định, không còn dấu hiệu xuất huyết tiêu hóa.

- Người bệnh hoặc người chăm sóc nắm vững chế độ dinh dưỡng và phác đồ điều trị duy trì tại nhà.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Biến chứng nặng vượt quá khả năng chuyên môn hoặc trang thiết bị của Trung tâm Y tế (như xuất huyết tiêu hóa nặng cần nội soi can thiệp cầm máu, thủng dạ dày cần phẫu thuật cấp cứu).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2014), *Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành Phục hồi chức năng"*, Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 4871/QĐ-BYT ngày 18/11/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại"*, Hà Nội.

5. Bộ Y tế (2013), *Quyết định số 5013/QĐ-BYT ngày 01/12/2013 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Y học cổ truyền"*, Hà Nội.

6. American College of Gastroenterology (ACG) (2021). *Guideline for the Treatment of Helicobacter pylori Infection and Peptic Ulcer Disease*. ACG.

7. European Helicobacter and Microbiota Study Group (EHMSG) (2022). *Management of Helicobacter pylori Infection*. Gut

21. ĐÔNG Y - U XƠ TỬ CUNG

(ICD-10: D25, U51.191)

I. ĐẠI CƯƠNG

Y học cổ truyền kết hợp với Y học hiện đại trong điều trị u xơ tử cung, áp dụng các phương pháp châm cứu, xoa bóp bấm huyệt và bài thuốc Đông y hỗ trợ nhằm nâng cao hiệu quả điều trị, chỉ định sau khi tình trạng nội khoa cấp đã được kiểm soát ổn định bằng Tây y. U xơ tử cung là khối u lành tính phổ biến nhất ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, xuất phát từ cơ trơn tử cung, đa số không triệu chứng nhưng có thể gây rong kinh, chèn ép hoặc ảnh hưởng khả năng sinh sản tùy vị trí-kích thước.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- *Thể bệnh YHCT:* Khí trệ huyết ứ hoặc Hàn ngưng huyết ứ.

- *Triệu chứng:* Rong kinh, rong huyết, kinh nguyệt kéo dài, máu kinh cục; đau bụng dưới (đặc biệt trong kỳ kinh); có thể sờ thấy khối u vùng hạ vị khi u lớn.

2. Cận lâm sàng

- Công thức máu (đánh giá mức độ thiếu máu nếu có rong kinh kéo dài).

- Siêu âm phụ khoa (đường bụng hoặc đầu dò âm đạo) để xác định kích thước, vị trí số lượng khối u.

3. Chẩn đoán phân biệt

- U tuyến cơ tử cung.

- U buồng trứng.

- Thai nghén hoặc bệnh lý ác tính thân tử cung.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Kết hợp điều trị nội khoa (điều hòa nội tiết, cầm máu, giảm đau theo Tây y) với các bài thuốc YHCT hoạt huyết hóa ứ, nhuyễn kiên tán kết; theo dõi định kỳ kích thước u.

2. Điều trị cụ thể (Thuốc + Liều lượng + Đường dùng)

- *Điều trị nền (Tây y):* Theo dõi định kỳ, sử dụng thuốc cầm máu/điều hòa kinh nguyệt theo chỉ định chuyên khoa Phụ sản khi có rối loạn kinh nguyệt.

- *Bài thuốc YHCT hỗ trợ (Thể Khí trệ huyết ứ):* Dùng bài *Quế chi phục linh hoàn* gia giảm (Quế chi, Phục linh, Đơn bì, Xích thược, Đào nhân...) sắc uống ngày 1 thang (lưu ý thận trọng hoặc tạm ngừng khi hành kinh nếu lượng kinh quá nhiều).

3. Điều trị hỗ trợ

- Vệ sinh phụ khoa đúng cách, tư vấn dinh dưỡng, chế độ nghỉ ngơi hợp lý trong kỳ kinh.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Định lượng Hemoglobin (nếu có rong kinh); siêu âm phụ khoa định kỳ mỗi 3-6 tháng để đánh giá sự phát triển của khối u.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Rong kinh, rong huyết kéo dài gây thiếu máu nặng (Hb < 80 g/L).

- U xơ tử cung kích thước lớn gây chèn ép tạng xung quanh (bàng quang, trực tràng) gây tiểu khó, táo bón.

- Biến chứng cấp tính: Xoắn u xơ dưới thanh mạc có cuống gây đau bụng cấp (cần can thiệp ngoại khoa cấp cứu).

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Triệu chứng cấp (đau bụng, rong huyết) đã được kiểm soát ổn định, lượng máu kinh trở lại bình thường hoặc chấp nhận được.

- Hemoglobin ổn định, vết mổ (nếu có phẫu thuật) khô sạch.

- Người bệnh được tư vấn kỹ lưỡng lịch tái khám và theo dõi định kỳ ngoại trú.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Khối u lớn nhanh, nghi ngờ ác tính hóa, hoặc có chỉ định phẫu thuật bóc u/cắt tử cung vượt quá năng lực của Trung tâm Y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2014), *Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành Phục hồi chức năng"*, Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 4871/QĐ-BYT ngày 18/11/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại"*, Hà Nội.

5. Bộ Y tế (2013), *Quyết định số 5013/QĐ-BYT ngày 01/12/2013 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Y học cổ truyền"*, Hà Nội.

22. ĐÔNG Y - PHÌ ĐẠI LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT

(ICD-10: N40, U63.271)

I. ĐẠI CƯƠNG

Phì đại lành tính tuyến tiền liệt là tình trạng tăng sinh lành tính mô tuyến tiền liệt thường gặp ở nam giới lớn tuổi, gây các triệu chứng đường tiểu dưới (tiểu khó, tiểu đêm, tia tiểu yếu), kết hợp Đông-Tây y hỗ trợ cải thiện triệu chứng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- *Thể bệnh YHCT:* Thận khí hư hoặc Thấp nhiệt hạ tiêu.

- *Triệu chứng:* Tiểu khó, tiểu rắt, tia tiểu yếu, tiểu ngập ngừng, cảm giác tiểu không hết bãi, tiểu đêm nhiều lần.

2. Cận lâm sàng

- Định lượng PSA máu (nếu có điều kiện) để sàng lọc, loại trừ ung thư tuyến tiền liệt.

- Tổng phân tích nước tiểu (loại trừ nhiễm khuẩn tiết niệu).

- Siêu âm bụng - tiết niệu (đánh giá kích thước tuyến tiền liệt, trọng lượng, lượng nước tiểu tồn dư sau khi đi tiểu).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Ung thư tuyến tiền liệt.

- Hẹp cổ bàng quang hoặc hẹp niệu đạo.

- Nhiễm khuẩn tiết niệu.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Kết hợp điều trị nội khoa Tây y (giảm trương lực cơ trơn, thu nhỏ thể tích tuyến) với các biện pháp không dùng thuốc và bài thuốc ôn thận hóa khí, lợi niệu của YHCT; cải thiện chất lượng sống cho người bệnh.

2. Điều trị cụ thể (Thuốc + Liều lượng + Đường dùng)

- *Điều trị nền (Tây y):* Thuốc chẹn thụ thể alpha-1 (ví dụ: Alfuzosin 10mg uống 1 viên/ngày tối) hoặc thuốc ức chế 5-alpha reductase khi có chỉ định.

- *Bài thuốc YHCT (Thể Thận dương hư):* Dùng bài *Kim quỹ thận khí hoàn* gia giảm (Thục địa, Sơn dược, Sơn thù, Phục linh, Trạch tả, Đơn bì, Nhục quế, Phụ tử...) sắc uống ngày 1 thang.

- *Châm cứu/Bấm huyệt:* Châm các huyệt Quan nguyên, Khí hải, Trung cực, Tam âm giao, Thận du để ôn thận khí, thông tiểu tiện.

3. Điều trị hỗ trợ

Hạn chế uống nước trước khi đi ngủ, tránh uống rượu bia, cà phê; hướng dẫn các bài tập vùng chậu.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

Theo dõi lượng nước tiểu tồn dư định kỳ; kiểm tra chức năng thận (Ure, Creatinin) nếu có tình trạng tắc nghẽn.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Bí tiểu cấp tính, không đặt được sonde tiểu thông thường (cần can thiệp cấp cứu tiết niệu).

- Đái máu đại thể tái phát nhiều lần.

- Nhiễm khuẩn tiết niệu tái phát hoặc biến chứng suy thận do tắc nghẽn đường niệu kéo dài.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Triệu chứng tiểu tiện được cải thiện rõ rệt, không còn bí tiểu cấp, nước tiểu tồn dư giảm.

- Người bệnh tự đi tiểu được, nắm được phương pháp theo dõi và hẹn tái khám định kỳ.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Bí tiểu hoàn toàn không giải quyết được tại tuyến, biến chứng suy thận nặng, nhiễm trùng huyết, hoặc có chỉ định phẫu thuật (như cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt) vượt quá khả năng của Trung tâm Y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2014), *Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành Phục hồi chức năng"*, Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 4871/QĐ-BYT ngày 18/11/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại"*, Hà Nội.

5. Bộ Y tế (2013), *Quyết định số 5013/QĐ-BYT ngày 01/12/2013 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Y học cổ truyền"*, Hà Nội.

23. ĐÔNG Y - TÁO BÓN

(ICD-10: K59.0, U60.361)

I. ĐẠI CƯƠNG

Táo bón là tình trạng đi ngoài khó khăn hoặc ít hơn bình thường, nguyên nhân đa dạng từ chức năng đến thực thể, cần loại trừ nguyên nhân nguy hiểm trước khi áp dụng các biện pháp hỗ trợ Đông y.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- *Thể bệnh YHCT:* Vị trường tích nhiệt, Khí trệ hoặc Âm hư huyết táo.

- *Triệu chứng:* Số lần đại tiện giảm (< 3 lần/tuần), phân khô cứng, đi khó khăn, phải rặn nhiều, có thể kèm đầy bụng, chướng bụng.

2. Cận lâm sàng

- Không bắt buộc xét nghiệm nếu là táo bón cơ năng đơn thuần.

- Nội soi đại tràng hoặc xét nghiệm máu ẩn trong phân khi có dấu hiệu báo động (tuổi > 50, sụt cân, thiếu máu, máu trong phân).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Táo bón cơ năng

- Hội chứng ruột kích thích

- U đại-trực tràng (dấu hiệu báo động)

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Điều chỉnh lối sống, tăng cường chất xơ và vận động; kết hợp thuốc nhuận tràng Tây y (khi cần thiết) với các phương pháp xoa bóp, châm cứu và bài thuốc nhuận tràng YHCT.

2. Điều trị cụ thể (Thuốc + Liều lượng + Đường dùng)

- *Điều trị nền/hỗ trợ:* Tăng cường nước uống (1.5 - 2 lít/ngày), thực phẩm giàu chất xơ (rau xanh, củ quả); sử dụng thuốc nhuận tràng thẩm thấu (như Macrogol/Forlax) khi cần thiết.

- *Bài thuốc YHCT (Thể Khí trệ/Tích nhiệt):* Dùng bài *Ma tử nhân hoàn* gia giảm (Hạnh nhân, Bạch thược, Chỉ thực, Đại hoàng, Hậu phác, Ma tử nhân...) sắc uống ngày 1 thang.

- *Không dùng thuốc:* Xoa bóp vùng bụng theo chiều kim đồng hồ mỗi ngày 2 lần; điện mãng châm hoặc châm cứu các huyệt Thiên khu, Đại trường du, Chi câu, Túc tam lý.

3. Điều trị hỗ trợ

- Tập thói quen đi đại tiện đúng giờ, không rặn mạnh, vận động thể lực điều độ.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Theo dõi tần suất và tính chất phân; nội soi đại tràng nếu điều trị nội khoa không hiệu quả hoặc xuất hiện dấu hiệu báo động.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Táo bón kèm theo các dấu hiệu tắc ruột hoặc bán tắc ruột (đau bụng quặn, chướng bụng nhiều, nôn mửa, bí trung đại tiện) - cần loại trừ cấp cứu ngoại khoa.

- Táo bón kéo dài ở người cao tuổi hoặc trẻ em gây suy kiệt, mất nước, hoặc bán tắc do phân đóng khối cứng (phải tháo phân thủ công).

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Đại tiện trở lại bình thường, phân mềm, hết chướng bụng, người bệnh khỏe mạnh.

- Nắm được chế độ ăn uống, vận động phòng ngừa táo bón tái phát.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Nghi ngờ táo bón do nguyên nhân thực thể (u đại trực tràng, hẹp ruột) cần nội soi chuyên sâu hoặc phẫu thuật mà tuyến y tế cơ sở chưa triển khai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2014), *Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành Phục hồi chức năng"*, Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 4871/QĐ-BYT ngày 18/11/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại"*, Hà Nội.

5. Bộ Y tế (2013), *Quyết định số 5013/QĐ-BYT ngày 01/12/2013 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Y học cổ truyền"*, Hà Nội.

24. ĐÔNG Y - THOÁI HÓA KHỚP

(ICD-10: M15-M19, U62.151)

I. ĐẠI CƯƠNG

Y học cổ truyền kết hợp với Y học hiện đại trong điều trị thoái hóa khớp, áp dụng các phương pháp châm cứu, xoa bóp bấm huyệt và bài thuốc Đông y hỗ trợ nhằm nâng cao hiệu quả điều trị, chỉ định sau khi tình trạng nội khoa cấp đã được kiểm soát ổn định bằng Tây y. Thoái hóa khớp gối là bệnh lý thoái hóa sụn khớp phổ biến nhất, đặc trưng bởi đau khớp tăng khi vận động, cứng khớp buổi sáng ngắn, thường gặp ở người lớn tuổi hoặc thừa cân, ảnh hưởng đáng kể chất lượng cuộc sống nếu không kiểm soát tốt.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- *Thể bệnh YHCT:* Phong hàn thấp tý hoặc Can thận hư.

- *Triệu chứng:* Đau khớp tăng khi vận động, giảm khi nghỉ ngơi; cứng khớp buổi sáng ngắn (< 30 phút); tiếng lạo xạo khi vận động khớp, hạn chế tầm vận động.

2. Cận lâm sàng

- Công thức máu, CRP, tốc độ lắng máu (ESR) để loại trừ viêm khớp dạng thấp hoặc viêm khớp nhiễm khuẩn.

- X-quang khớp tổn thương (hình ảnh hẹp khe khớp, đặc xương dưới sụn, gai xương).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm khớp dạng thấp.

- Bệnh Gout mạn tính.

- Viêm khớp nhiễm khuẩn.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Giảm đau, duy trì và cải thiện chức năng vận động khớp; bảo vệ sụn khớp, hạn chế tiến triển bệnh; kết hợp điều trị Tây y với vật lý trị liệu, châm cứu và bài thuốc YHCT.

2. Điều trị cụ thể (Thuốc + Liều lượng + Đường dùng)

- *Giảm đau/Kháng viêm (Tây y):* Paracetamol (Partamol 500) 500mg - 1000mg/lần (tối đa 4g/ngày); nếu không đáp ứng có thể dùng NSAIDs ngắn hạn như Meloxicam (Monbig 7.5) 7.5mg - 15mg/ngày hoặc Celecoxib 100mg - 200mg/ngày.

- *Tiêm nội khớp:* Tiêm acid hyaluronic (Natri hyaluronat - Sanlein Mini) hoặc corticoid nội khớp khi có chỉ định và điều kiện vô khuẩn tuyệt đối.

- *Bài thuốc YHCT (Thể Phong hàn thấp tý hoặc Can thận hư):* Dùng bài *Quyên tý thang* hoặc *Độc hoạt tang ký sinh thang* gia giảm sắc uống ngày 1 thang.

- *Không dùng thuốc:* Châm cứu, điện châm các huyệt cục bộ (Độc tị, Tất nhãn, Huyết hải, Lăng phong...) kết hợp xoa bóp bấm huyệt và vật lý trị liệu (nhiệt trị liệu, siêu âm điều trị).

3. Điều trị hỗ trợ

- Giảm cân nếu thừa cân, béo phì; hướng dẫn các bài tập tăng cường cơ quanh khớp, tránh mang vác nặng.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Chọc hút dịch khớp theo dõi (nếu có tràn dịch khớp); đánh giá lại X-quang khớp định kỳ theo tiến triển.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Đợt viêm cấp của thoái hóa khớp: sưng, nóng, đỏ, đau dữ dội, tràn dịch khớp nhiều cần chọc hút dịch và điều trị nội trú.

- Sốt kèm sưng đau một khớp (cần nhập viện để loại trừ khẩn cấp viêm khớp nhiễm khuẩn).

- Đau nhiều không đáp ứng với điều trị ngoại trú, gây mất khả năng vận động.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Triệu chứng đau và sưng viêm khớp đã thuyên giảm rõ rệt, vận động khớp được cải thiện.

- Người bệnh nắm vững phương pháp tập luyện, tự chăm sóc và sử dụng thuốc ngoại trú theo đơn.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Biến chứng nặng vượt quá khả năng chuyên môn (cần phẫu thuật thay khớp, nội soi rửa khớp, hoặc chẩn đoán các bệnh lý khớp phức tạp).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2014), *Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành Phục hồi chức năng"*, Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 4871/QĐ-BYT ngày 18/11/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại"*, Hà Nội.

5. Bộ Y tế (2013), *Quyết định số 5013/QĐ-BYT ngày 01/12/2013 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Y học cổ truyền"*, Hà Nội.

25. ĐÔNG Y - ĐAU THẦN KINH TỌA

(ICD-10: M54.4, U62.391)

I. ĐẠI CƯƠNG

Y học cổ truyền kết hợp với Y học hiện đại trong điều trị đau thần kinh tọa, áp dụng các phương pháp châm cứu, xoa bóp bấm huyệt và bài thuốc Đông y hỗ trợ nhằm nâng cao hiệu quả điều trị, chỉ định sau khi tình trạng nội khoa cấp đã được kiểm soát ổn định bằng Tây y. Đau thần kinh tọa là đau lan theo đường đi của dây thần kinh tọa (từ thắt lưng xuống mặt sau đùi-cẳng chân), nguyên nhân thường gặp nhất là thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng chèn ép rễ thần kinh.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- *Thể bệnh YHCT:* Phong hàn thấp tý nhập kinh lạc hoặc Khí trệ huyết ứ.

- *Triệu chứng:* Đau nhói hoặc đau âm ỉ dọc đường kinh Bàng quang hoặc Đởm (từ thắt lưng lan xuống chân), tăng khi ho, hắt hơi, rặn hoặc thay đổi tư thế; kèm theo dấu hiệu tê bì, giảm cảm giác hoặc nghiệm pháp Lasègue (+).

2. Cận lâm sàng

- X-quang cột sống thắt lưng thẳng/nghiêng.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Đau cơ cẳng chân do nguyên nhân mạch máu.

- Hội chứng cơ hình lê (Piriformis syndrome).

- Hẹp ống sống thắt lưng.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Kết hợp điều trị nội khoa (giảm đau, giãn cơ, bổ thần kinh) với các phương pháp không dùng thuốc (châm cứu, xoa bóp bấm huyệt, vật lý trị liệu) nhằm giải phóng chèn ép, thông kinh hoạt lạc.

2. Điều trị cụ thể (Thuốc + Liều lượng + Đường dùng)

- *Giảm đau thần kinh/cơ xương khớp (Tây y):* Gabapentin (SaVi Gabapentin 300 / Remebentin 100) khởi đầu 300mg/tối, tăng dần theo dung nạp; kết hợp Paracetamol (Partamol 500) hoặc Meloxicam (Monbig 7.5) trong đợt đau cấp.

- *Bài thuốc YHCT:* Dùng bài *Độc hoạt tang ký sinh thang* hoặc *Cát căn thang* gia giảm sắc uống ngày 1 thang.

- *Không dùng thuốc:* Châm cứu, điện châm các huyệt: Thận du, Đại trường du, Trật biên, Hoàn khiết, Ủy trung, Dương lăng tuyền... Kết hợp xoa bóp bấm huyệt nhẹ nhàng (tránh kéo giãn thô bạo trong giai đoạn cấp).

3. Điều trị hỗ trợ

- Nghỉ ngơi tương đối trên giường cứng vừa phải trong giai đoạn đau cấp; tư vấn tư thế sinh hoạt đúng.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

Chụp MRI cột sống thắt lưng theo dõi nếu yếu cơ tiến triển hoặc điều trị nội khoa không đáp ứng sau 4-6 tuần.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Đau dữ dội không đáp ứng với thuốc giảm đau ngoại trú.

- Có dấu hiệu thần kinh tiến triển: Yếu cơ tiến triển (bàn chân rủ), teo cơ.

- Có dấu hiệu hội chứng đuôi ngựa (rối loạn cơ tròn: tiểu khó, tiểu không tự chủ, mất cảm giác vùng yên ngựa) - CẤP CỨU ngoại thần kinh.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Triệu chứng đau thuyên giảm rõ rệt (giảm trên 70%), sức cơ phục hồi ổn định, không còn rối loạn cơ tròn.

- Người bệnh đi lại được, nắm được bài tập phục hồi chức năng tại nhà.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Có chỉ định phẫu thuật cấp cứu (hội chứng đuôi ngựa, liệt chi tiến triển) hoặc thất bại với điều trị nội khoa sau 4-6 tuần cần chuyển tuyến chuyên khoa Ngoại thần kinh/Cột sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2014), *Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành Phục hồi chức năng"*, Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 4871/QĐ-BYT ngày 18/11/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại"*, Hà Nội.

5. Bộ Y tế (2013), *Quyết định số 5013/QĐ-BYT ngày 01/12/2013 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Y học cổ truyền"*, Hà Nội.

26. ĐÔNG Y - ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

(ICD-10: E11, U59.241/261)

I. ĐẠI CƯƠNG

Y học cổ truyền kết hợp với Y học hiện đại trong điều trị đái tháo đường, áp dụng các phương pháp châm cứu, xoa bóp bấm huyệt và bài thuốc Đông y hỗ trợ nhằm nâng cao hiệu quả điều trị, chỉ định sau khi tình trạng nội khoa cấp đã được kiểm soát ổn định bằng Tây y. Đái tháo đường là bệnh rối loạn chuyển hóa mạn tính đặc trưng bởi tăng đường huyết do thiếu hụt Insulin tuyệt đối hoặc tương đối, nếu không kiểm soát tốt sẽ dẫn đến các biến chứng mạch máu lớn và nhỏ nghiêm trọng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- *Thể bệnh YHCT:* Tiêu khát (Thượng tiêu: phế nhiệt thương âm; Trung tiêu: vị nhiệt tinh thương; Hạ tiêu: thận âmuy hư).

- *Triệu chứng:* Uống nhiều, khát nhiều, ăn nhiều mà chóng đói, tiểu nhiều lần, gầy sút cân nhanh.

2. Cận lâm sàng

- Đường huyết đói (FPG), Đường huyết bất kỳ hoặc nghiệm pháp dung nạp glucose.

- HbA1c (đánh giá kiểm soát đường huyết trong 3 tháng qua).

- Chức năng thận (Ure, Creatinin, Microalbumin niệu), lipid máu, soi đáy mắt.

3. Phân độ kiểm soát

- Kiểm soát tốt: HbA1c < 7%.

- Kiểm soát chưa tốt: HbA1c từ 7% - 9%.

- Kiểm soát kém: HbA1c > 9%.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị toàn diện, lâu dài: Kết hợp chế độ dinh dưỡng, luyện tập với thuốc hạ đường huyết Tây y (Metformin là nền tảng, không tự ý thay thế hoàn toàn bằng YHCT trong đái tháo đường típ 2 phụ thuộc thuốc) và các bài thuốc YHCT hỗ trợ thanh nhiệt dưỡng âm, ích khí sinh tân.

2. Điều trị cụ thể (Thuốc + Liều lượng + Đường dùng)

- *Điều trị nền (Tây y):* Thuốc uống hạ đường huyết (Metformin 500mg - 1000mg x 2 lần/ngày) hoặc Insulin theo phác đồ chuyên khoa Nội tiết.

- *Bài thuốc YHCT hỗ trợ (Thể Âm hư táo nhiệt):* Dùng bài *Lục vị địa hoàng hoàn* hoặc *Tiêu khát phương* gia giảm sắc uống ngày 1 thang.

- *Châm cứu hỗ trợ:* Châm các huyệt Túc tam lý, Tam âm giao, Thận du, Tỳ du để điều hòa tạng phủ, cải thiện chuyển hóa.

3. Điều trị hỗ trợ

- Tư vấn chế độ ăn giảm đường bột hấp thu nhanh, tăng chất xơ; tập thể dục đều đặn 30 phút/ngày; chăm sóc bàn chân cẩn thận.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Đo đường huyết mao mạch định kỳ tại nhà hoặc tại cơ sở y tế; xét nghiệm HbA1c mỗi 3 tháng.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Tăng đường huyết nặng: Đường huyết > 400 mg/dL hoặc có biến chứng cấp tính (Nhiễm toan ceton - DKA, Tăng áp lực thẩm thấu máu).

- Hạ đường huyết nặng tái phát (< 54 mg/dL) kèm rối loạn tri giác.

- Biến chứng mạn tính nặng: Nhiễm trùng nặng, loét bàn chân đái tháo đường có nguy cơ hoại tử, biến chứng thận hoặc tim mạch cấp.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Đường huyết đã ổn định về ngưỡng mục tiêu, các triệu chứng cấp tính đã được giải quyết.

- Người bệnh/người nhà thành thạo cách sử dụng thuốc (uống/tiêm), tự đo đường huyết mao mạch và nắm được cách xử trí khi hạ đường huyết.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Đái tháo đường biến chứng nặng vượt quá khả năng điều trị của tuyến y tế cơ sở (hôn mê do toan ceton, suy thận nặng cần lọc máu, viêm loét bàn chân nặng cần can thiệp mạch máu/ngoại khoa chuyên sâu).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2020). *Quyết định số 5481/QĐ-BYT ngày 30/12/2020 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2"*. Hà Nội.

4. American Diabetes Association (ADA) (2026). *Standards of Care in Diabetes*. ADA.

27. ĐÔNG Y - ĐAU KHỚP

(ICD-10: M25.5, U62.071)

I. ĐẠI CƯƠNG

Y học cổ truyền kết hợp với Y học hiện đại trong điều trị đau khớp, áp dụng các phương pháp châm cứu, xoa bóp bấm huyệt và bài thuốc Đông y hỗ trợ nhằm nâng cao hiệu quả điều trị, chỉ định sau khi tình trạng nội khoa cấp đã được kiểm soát ổn định bằng Tây y. Thoái hóa khớp gối là bệnh lý thoái hóa sụn khớp phổ biến nhất, đặc trưng bởi đau khớp tăng khi vận động, cứng khớp buổi sáng ngắn, thường gặp ở người lớn tuổi hoặc thừa cân, ảnh hưởng đáng kể chất lượng cuộc sống nếu không kiểm soát tốt.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- *Thể bệnh YHCT:* Phong hàn thấp tý hoặc Thấp nhiệt tý.

- *Triệu chứng:* Đau khớp, có thể kèm sưng, nóng, đỏ (nếu thể nhiệt) hoặc đau âm ỉ, sợ lạnh (nếu thể hàn), hạn chế vận động khớp.

2. Cận lâm sàng

- Công thức máu, CRP, tốc độ lắng máu (ESR), Acid uric máu.

- X-quang khớp tổn thương.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm khớp dạng thấp.

- Bệnh Gout cấp.

- Viêm khớp nhiễm khuẩn (bắt buộc phải loại trừ ngay từ đầu).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Giảm đau, chống viêm, giải phóng chèn ép; kết hợp điều trị Tây y kiểm soát đợt cấp với YHCT (châm cứu, xoa bóp, bài thuốc khu phong tán hàn trừ thấp hoặc thanh nhiệt lợi thấp).

2. Điều trị cụ thể (Thuốc + Liều lượng + Đường dùng)

- *Kháng viêm giảm đau (Tây y):* Meloxicam (Monbig 7.5) 7.5mg - 15mg/ngày hoặc Celecoxib 100mg - 200mg x 2 lần/ngày trong 7-10 ngày; Paracetamol khi đau nhẹ.

- *Tiêm corticoid tại chỗ:* Dexamethason (Depaxan 4mg/ml) tiêm nội khớp chỉ định nghiêm ngặt bởi bác sĩ chuyên khoa khi không đáp ứng thuốc uống và đã loại trừ viêm khớp nhiễm khuẩn.

- *Bài thuốc YHCT:* Dùng bài *Quyên tý thang* hoặc *Ý dĩ nhân thang* gia giảm sắc uống ngày 1 thang tùy thể bệnh.

- *Không dùng thuốc:* Châm cứu, điện châm, xoa bóp bấm huyệt (Lưu ý: **Chống chỉ định** châm cứu, xoa bóp trực tiếp tại vùng khớp đang viêm cấp tính có sưng nóng đỏ nhiều hoặc viêm khớp nhiễm khuẩn).

3. Điều trị hỗ trợ

- Nghỉ ngơi, hạn chế vận động mạnh vùng khớp đang đau cấp; chườm lạnh (nếu viêm cấp) hoặc chườm ấm (nếu mạn tính).

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Theo dõi công thức máu, CRP; siêu âm khớp đánh giá dịch khớp tái phát.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Đợt viêm khớp cấp tính dữ dội, sưng nóng đỏ nhiều kèm theo sốt cao (nghi ngờ viêm khớp nhiễm khuẩn - cần nhập viện cấp cứu để chọc hút dịch làm xét nghiệm vi sinh).

- Đau khớp nhiều không đáp ứng với điều trị ngoại trú kéo dài.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Triệu chứng đau và sưng viêm khớp giảm rõ rệt, không còn sốt, vận động khớp được khôi phục cơ bản.

- Người bệnh hiểu rõ cách điều trị duy trì và tái khám định kỳ.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Viêm khớp nhiễm khuẩn nặng có nguy cơ phá hủy khớp, viêm khớp dạng thấp tiến triển nặng hoặc cần can thiệp ngoại khoa chuyên sâu vượt quá khả năng của Trung tâm Y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2014). *Quyết định số 361/QĐ-BYT ngày 25/01/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp"*. Hà Nội.

4. Osteoarthritis Research Society International (OARSI) (2019). *Guidelines for the Non-Surgical Management of Knee Osteoarthritis*. OARSI.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019. Geneva: WHO.

28. ĐÔNG Y - ĐAU LƯNG

(ICD-10: M54.5, U62.391.2)

I. ĐẠI CƯƠNG

Y học cổ truyền kết hợp với Y học hiện đại trong điều trị đau lưng, áp dụng các phương pháp châm cứu, xoa bóp bấm huyệt và bài thuốc Đông y hỗ trợ nhằm nâng cao hiệu quả điều trị, chỉ định sau khi tình trạng nội khoa cấp đã được kiểm soát ổn định bằng Tây y. Hội chứng đau thắt lưng là triệu chứng đau vùng thắt lưng rất phổ biến, nguyên nhân đa dạng từ căng cơ đơn thuần đến thoái hóa cột sống, thoát vị đĩa đệm, cần chú ý các dấu hiệu cảnh báo nguyên nhân nguy hiểm cần can thiệp khẩn.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- *Thể bệnh YHCT:* Thận hư (thiên về âm hư hoặc dương hư) hoặc Huyết ứ.

- *Triệu chứng:* Đau âm ỉ hoặc đau nhói vùng thắt lưng, mỏi lưng, tăng lên khi vận động, cúi gập hoặc khi thay đổi thời tiết.

2. Cận lâm sàng

- Công thức máu, CRP, tổng phân tích nước tiểu (loại trừ nguyên nhân từ thận - tiết niệu).

- X-quang cột sống thắt lưng thẳng/nghiêng.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Thoái hóa cột sống thắt lưng, thoát vị đĩa đệm.

- Sỏi thận, viêm đài bể thận.

- Loãng xương biến chứng gãy xẹp đốt sống.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Kết hợp nghỉ ngơi hợp lý với thuốc giảm đau, giãn cơ (Tây y) trong đợt cấp kết hợp châm cứu, xoa bóp bấm huyệt và bài thuốc YHCT bồi bổ can thận, hành khí hoạt huyết.

2. Điều trị cụ thể (Thuốc + Liều lượng + Đường dùng)

- *Giảm đau, giãn cơ (Tây y):* Paracetamol (Partamol 500) 500mg - 1000mg x 3 lần/ngày; Meloxicam (Monbig 7.5) 7.5mg - 15mg/ngày; Thuốc giãn cơ Methocarbamol (Hadubamol 500) 500mg - 750mg x 3 lần/ngày.

- *Bài thuốc YHCT:* Dùng bài *Hữu quy hoàn* hoặc *Thân thống trục ứ thang* gia giảm sắc uống ngày 1 thang.

- *Không dùng thuốc:* Châm cứu, điện châm các huyệt: Thận du, Đại trường du, Mệnh môn, Ủy trung, A thị huyệt; kết hợp xoa bóp bấm huyệt nhẹ nhàng vùng thắt lưng.

3. Điều trị hỗ trợ

- Nghỉ ngơi tương đối trên giường cứng vừa, tránh nằm bất động hoàn toàn quá lâu; hướng dẫn bài tập vận động cột sống nhẹ nhàng khi giảm đau.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Theo dõi tiến triển lâm sàng; chụp MRI cột sống nếu xuất hiện mới hoặc tiến triển các dấu hiệu thần kinh.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Đau thắt lưng dữ dội không đáp ứng với thuốc giảm đau ngoại trú.

- Có dấu hiệu "cờ đỏ" (Red flags): Yếu chi, hội chứng đuôi ngựa (rối loạn cơ tròn, tê vùng yên ngựa), sốt kèm đau lưng (nghi viêm đĩa đệm/áp xe cạnh sống), đau sau chấn thương nghi gãy xẹp đốt sống.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Đau thắt lưng giảm rõ rệt, không còn dấu hiệu chèn ép rễ thần kinh cấp tính.

- Người bệnh đi lại được, nắm vững cách tập luyện và sinh hoạt bảo vệ cột sống tại nhà.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Đau lưng do nguyên nhân ngoại khoa cần phẫu thuật (thoát vị đĩa đệm chèn ép tủy/rễ nặng, trượt đốt sống nặng, u cột sống, gãy xẹp đốt sống có tổn thương thần kinh) vượt quá khả năng của Trung tâm Y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2014), *Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành Phục hồi chức năng"*, Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 4871/QĐ-BYT ngày 18/11/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại"*, Hà Nội.

5. Bộ Y tế (2013), *Quyết định số 5013/QĐ-BYT ngày 01/12/2013 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Y học cổ truyền"*, Hà Nội.

29. ĐÔNG Y - VIÊM MŨI - VIÊM XOANG

(ICD-10: J01/J31, U59.421/431)

I. ĐẠI CƯƠNG

Y học cổ truyền kết hợp với Y học hiện đại trong điều trị viêm mũi-viêm xoang, áp dụng các phương pháp châm cứu, xoa bóp bấm huyệt và bài thuốc Đông y hỗ trợ nhằm nâng cao hiệu quả điều trị, chỉ định sau khi tình trạng nội khoa cấp đã được kiểm soát ổn định bằng Tây y. Viêm mũi xoang cấp ở người lớn là tình trạng viêm niêm mạc mũi-xoang cấp tính, đa số do virus và tự khỏi, kháng sinh chỉ cần thiết khi nghi bội nhiễm vi khuẩn kéo dài trên 10 ngày hoặc nặng lên sau cải thiện ban đầu.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- *Thể bệnh YHCT:* Phong nhiệt phạm phế, Phong hàn phạm phế hoặc Đảm phủ uất nhiệt.

- *Triệu chứng:* Nghẹt mũi, chảy mũi nước trong hoặc dịch đục/mủ vàng xanh, đau nhức vùng trán, gò má hoặc gốc mũi, giảm khứu giác.

2. Cận lâm sàng

- Không bắt buộc xét nghiệm máu thường quy đối với viêm mũi xoang cấp nhẹ.

- X-quang xoang tư thế Blondeau - Waters hoặc Nội soi tai mũi họng (đánh giá mức độ viêm niêm mạc, dịch mủ, phát hiện polyp mũi).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm mũi dị ứng.

- Polyp mũi.

- Đau đầu vận mạch / Đau nửa đầu.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Dẫn lưu dịch tiết xoang, kiểm soát tình trạng viêm/nhiễm trùng; kết hợp điều trị Tây y (rửa mũi, kháng sinh khi có bội nhiễm vi khuẩn) với phương pháp xông thuốc YHCT, bấm huyệt và bài thuốc thang.

2. Điều trị cụ thể (Thuốc + Liều lượng + Đường dùng)

- *Điều trị nền (Tây y):* Rửa mũi bằng dung dịch nước muối sinh lý NaCl 0,9%; kháng sinh (ví dụ: Amoxicillin/Clavulanat) nếu có bằng chứng bội nhiễm vi khuẩn kéo dài trên 10 ngày hoặc triệu chứng nặng lên.

- *Xông mũi họng YHCT:* Xông hơi thảo dược (tinh dầu bạc hà, kinh giới, bạch chỉ...) giúp thông mũi, giảm nghẹt.

- *Bài thuốc YHCT:* Dùng bài *Thương nhĩ tử tán* gia giảm sắc uống ngày 1 thang.

- *Bấm huyệt:* Bấm các huyệt Nghinh hương, Ấn đường, Hợp cốc, Tỵ thông để giảm nghẹt mũi, giảm đau đầu.

3. Điều trị hỗ trợ

- Giữ ấm vùng cổ ngực, tránh khói bụi, ô nhiễm môi trường, đeo khẩu trang khi ra đường.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Nội soi tai mũi họng tái đánh giá tình trạng niêm mạc mũi xoang sau đợt điều trị.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Viêm xoang cấp có biến chứng nguy hiểm: Biến chứng ổ mắt (sưng nề mi mắt, lồi mắt, giảm thị lực), biến chứng nội sọ (viêm màng não, áp xe não do xoang) - CẤP CỨU.

- Đau nhức vùng mặt dữ dội, sốt cao không đáp ứng với điều trị ngoại trú.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết sốt, hết đau nhức vùng mặt, giảm rõ rệt triệu chứng nghẹt mũi và chảy dịch mủ.

- Người bệnh nắm vững cách vệ sinh mũi họng và sử dụng thuốc dự phòng tại nhà.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Viêm xoang có biến chứng mắt, biến chứng nội sọ, hoặc có chỉ định phẫu thuật nội soi xoang chức năng (FESS) do thất bại điều trị nội khoa hoặc do polyp mũi lớn vượt quá năng lực chuyên môn của Trung tâm Y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2014), *Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành Phục hồi chức năng"*, Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 4871/QĐ-BYT ngày 18/11/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại"*, Hà Nội.

5. Bộ Y tế (2013), *Quyết định số 5013/QĐ-BYT ngày 01/12/2013 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Y học cổ truyền"*, Hà Nội.

30. ĐÔNG Y - THIẾU MÁU CƠ TIM

(ICD-10: I25, U58.592)

I. ĐẠI CƯƠNG

Y học cổ truyền kết hợp với Y học hiện đại trong điều trị thiếu máu cơ tim, áp dụng các phương pháp châm cứu, xoa bóp bấm huyệt và bài thuốc Đông y hỗ trợ nhằm nâng cao hiệu quả điều trị, chỉ định sau khi tình trạng nội khoa cấp đã được kiểm soát ổn định bằng Tây y. Bệnh tim thiếu máu cục bộ là tình trạng cơ tim không được cung cấp đủ oxy do hẹp/tắc động mạch vành, biểu hiện từ đau thắt ngực ổn định đến hội chứng vành cấp, là nguyên nhân tử vong tim mạch hàng đầu.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Đau tức ngực, hồi hộp, mệt mỏi khi gắng sức.

- Đau thắt ngực ổn định (CCS I-IV theo mức độ gắng sức gây đau) hoặc không ổn định.

2. Cận lâm sàng:

- Bilan lipid máu, đường huyết, chức năng thận.

- Troponin (nếu nghi hội chứng vành cấp để loại trừ cấp cứu).

- Điện tâm đồ (ECG).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Hội chứng vành cấp (loại trừ cấp cứu)

- Đau ngực do nguyên nhân cơ xương/thần kinh liên sườn

4. Phân độ

- Đau thắt ngực ổn định (CCS I-IV theo mức độ gắng sức gây đau) và không ổn định (xem HCVC)

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Kết hợp điều trị thuốc với các biện pháp không dùng thuốc (vật lý trị liệu, xoa bóp - bấm huyệt, châm cứu, tập vận động); cá thể hóa theo mức độ tổn thương và khả năng phục hồi.

2. Điều trị cụ thể:

- *Điều trị nền Tây y:* Theo Hướng dẫn Bệnh tim thiếu máu cục bộ (Aspirin, Statin, Nitrat là bắt buộc khi có chỉ định).

- *Châm cứu hỗ trợ:* Các huyệt Nội quan, Cự khuyết, Đản trung (chỉ áp dụng khi đã ổn định, tuyệt đối không thay thế cấp cứu khi đau ngực cấp).

- *Bài thuốc Đông y:* Thể tâm huyết ứ trệ dùng bài *Đan sâm ẩm gia giảm*.

3. Điều trị hỗ trợ: Hướng dẫn bài tập tại nhà, tư vấn dinh dưỡng và thay đổi lối sống.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- ECG theo dõi định kỳ; không thay thế theo dõi bằng Hướng dẫn Tây y khi có cơn đau cấp

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Đau ngực kiểu mạch vành cấp tính (nghi hội chứng vành cấp) - CẤP CỨU, cần ECG/men tim khẩn cấp.

- Đau thắt ngực không ổn định (tăng tần suất, cường độ, xảy ra khi nghỉ).

- Rối loạn nhịp tim nguy hiểm kèm theo (nhịp nhanh thất, block nhĩ thất độ cao).

- Không đáp ứng với nitrat hoặc thuốc giảm đau ngoại trú.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

VI. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

Triệu chứng đau ngực được kiểm soát ổn định.

Người bệnh hoặc người chăm sóc nắm được chương trình tập luyện và dùng thuốc tại nhà.

Có lịch hẹn tái khám định kỳ.

VII. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Diễn tiến nặng hoặc vượt quá khả năng chuyên môn, trang thiết bị của tuyến y tế cơ sở (cần can thiệp mạch vành, ICU, phẫu thuật chuyên khoa sâu, CT/MRI chuyên sâu).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

3. Hội Tim mạch học Việt Nam (2023). *Khuyến cáo về chẩn đoán và xử trí Hội chứng vành cấp và Bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính*. Hà Nội.

4. European Society of Cardiology (ESC) (2019). *Guidelines for the Diagnosis and Management of Chronic Coronary Syndromes*. ESC.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*, Version 2019. Geneva: WHO.

31. ĐÔNG Y - SỎI TIẾT NIỆU

(ICD-10: N20, U63.361)

I. ĐẠI CƯƠNG

Y học cổ truyền kết hợp với Y học hiện đại trong điều trị sỏi tiết niệu, áp dụng các phương pháp châm cứu, xoa bóp bấm huyệt và bài thuốc Đông y hỗ trợ nhằm nâng cao hiệu quả điều trị, chỉ định sau khi tình trạng nội khoa cấp đã được kiểm soát ổn định bằng Tây y. Sỏi tiết niệu và tăng sinh tuyến tiền liệt đều là nguyên nhân phổ biến gây tắc nghẽn đường tiết niệu, sỏi thường gây cơn đau quặn thận điển hình, trong khi tăng sinh tuyến tiền liệt gây rối loạn tiểu tiện tiến triển ở nam giới lớn tuổi.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng: Đau vùng hông lưng lan xuống bẹn, tiểu buốt, tiểu máu, rối loạn tiểu tiện.

2. Cận lâm sàng:

- Tổng phân tích nước tiểu (tìm hồng cầu niệu).
- Định lượng Creatinin máu (nếu nghi ngờ có tắc nghẽn).
- Siêu âm bụng - tiết niệu.

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Cơn đau quặn thận do các nguyên nhân khác.
- Nhiễm khuẩn tiết niệu trên.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc: Kết hợp điều trị thuốc với các biện pháp không dùng thuốc (vật lý trị liệu, châm cứu, xoa bóp); cá thể hóa theo mức độ sỏi và tình trạng tắc nghẽn.

2. Điều trị cụ thể:

- *Cơn đau quặn thận:* Diclofenac (Elaria 75mg/3ml) tiêm bắp hoặc truyền tĩnh mạch chậm; có thể phối hợp giảm đau opioid nếu đau nhiều.
- *Hỗ trợ tống sỏi / Tăng sinh tuyến tiền liệt:* Alfuzosin (ALANBOSS XL) 10mg/ngày hỗ trợ tống sỏi niệu quản nhỏ (< 10 mm) hoặc cải thiện triệu chứng tuyến tiền liệt.
- *Biến chứng:* Bí tiểu cấp cần đặt sonde tiểu giải áp.

3. Điều trị hỗ trợ: Tư vấn chế độ dinh dưỡng, uống đủ nước, vận động hợp lý theo từng giai đoạn.

4. Theo dõi điều trị

- Chức năng thận, tổng phân tích nước tiểu theo dõi mỗi 24 - 48 giờ nếu có tắc nghẽn hoặc nhiễm trùng kèm theo.

- Siêu âm hệ tiết niệu kiểm tra sau can thiệp (tán sỏi hoặc đặt sonde JJ) để đánh giá tình trạng ứ nước thận.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Cơn đau quặn thận không đáp ứng với thuốc giảm đau thông thường, kèm theo sốt (nghi nhiễm trùng đường tiết niệu trên tắc nghẽn - cấp cứu tiết niệu).

- Bí tiểu cấp do sỏi kẹt niệu đạo hoặc tăng sinh tuyến tiền liệt mà không đặt được sonde tiểu thông thường.

- Suy thận cấp do tắc nghẽn 2 bên hoặc trên thận độc nhất.

- Đái máu đại thể nhiều gây thiếu máu.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết cơn đau quặn thận, chức năng thận ổn định.

- Tiểu tiện thông thoáng, đã giải quyết xong tình trạng tắc nghẽn.

- Người bệnh nắm được phương pháp dự phòng sỏi tại nhà và có lịch tái khám.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Nhiễm trùng nặng, tắc nghẽn nặng không đáp ứng điều trị nội khoa, bí tiểu không đặt được sonde.

- Vượt quá khả năng chuyên môn/trang thiết bị của tuyến y tế cơ sở (cần tán sỏi nội soi, phẫu thuật chuyên khoa tiết niệu).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2014), *Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành Phục hồi chức năng"*, Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 4871/QĐ-BYT ngày 18/11/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại"*, Hà Nội.

5. Bộ Y tế (2013), *Quyết định số 5013/QĐ-BYT ngày 01/12/2013 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Y học cổ truyền"*, Hà Nội.

32. ĐÔNG Y - VIÊM GAN MẠN

(ICD-10: K73, U60.081)

I. ĐẠI CƯƠNG

Y học cổ truyền kết hợp với Y học hiện đại trong điều trị viêm gan mạn, áp dụng các phương pháp châm cứu, xoa bóp bấm huyệt và bài thuốc Đông y hỗ trợ nhằm nâng cao hiệu quả điều trị, chỉ định sau khi tình trạng nội khoa cấp đã được kiểm soát ổn định bằng Tây y. Viêm gan siêu vi cấp là tình trạng viêm nhu mô gan cấp tính do các virus viêm gan (A, B, C, D, E) gây ra, biểu hiện từ không triệu chứng đến vàng da-mệt mỏi-chán ăn, đa số tự giới hạn (đặc biệt viêm gan A, E) nhưng viêm gan B, C có thể chuyển mạn tính nếu không được theo dõi.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng: Mệt mỏi, chán ăn, tức nặng vùng hạ sườn phải.

2. Cận lâm sàng:

- Men gan (AST, ALT), HBsAg, Anti-HCV (nếu chưa xác định rõ nguyên nhân).

- Siêu âm ổ bụng (đánh giá cấu trúc gan, đường mật).

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm gan virus B, C mạn tiến triển.

- Gan nhiễm mỡ không do rượu (NAFLD).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị: Điều trị lâu dài, kiểm soát yếu tố nguy cơ, cá thể hóa theo mức độ tổn thương gan; phối hợp thay đổi lối sống với dùng thuốc.

2. Điều trị cụ thể:

- *Điều trị nền Tây y:* Tuân thủ Hướng dẫn điều trị Viêm gan mạn (kháng virus đặc hiệu nếu có chỉ định).

- *Bài thuốc Đông y:* Thể can uất tỳ hư dùng *Sài hồ sơ can tán* hoặc *Tiêu dao tán gia giảm* (hỗ trợ khi men gan ổn định).

- *Chế độ sinh hoạt:* Kiêng tuyệt đối rượu bia.

3. Điều trị hỗ trợ: Tư vấn dinh dưỡng, vận động phù hợp và hướng dẫn tuân thủ điều trị tại nhà.

4. Theo dõi điều trị

- Định kỳ xét nghiệm men gan và chức năng gan theo hướng dẫn Tây y tương ứng.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Men gan tăng cao đột ngột (đợt cấp viêm gan mạn) kèm theo vàng da tăng nhanh.

- Xuất hiện biến chứng xơ gan mất bù (cổ trướng, xuất huyết tiêu hóa, bệnh não gan).

- Rối loạn đông máu nặng.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Triệu chứng cấp tính đã ổn định, đạt mục tiêu điều trị ban đầu.

- Men gan ổn định hoặc có xu hướng giảm rõ rệt, không có dấu hiệu xơ gan mất bù.

- Người bệnh hiểu và tuân thủ điều trị ngoại trú, có lịch tái khám định kỳ.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Diễn tiến xơ gan mất bù nặng, suy gan cấp trên nền mạn, nghi ngờ ung thư biểu mô tế bào gan vượt quá khả năng điều trị của tuyến cơ sở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2014), *Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành Phục hồi chức năng"*, Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 4871/QĐ-BYT ngày 18/11/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại"*, Hà Nội.

5. Bộ Y tế (2013), *Quyết định số 5013/QĐ-BYT ngày 01/12/2013 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Y học cổ truyền"*, Hà Nội.

6. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 1740/QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm gan vi rút B",* Hà Nội.

33. ĐÔNG Y - RỐI LOẠN TIỀN ĐÌNH

(ICD-10: H81, U57.011)

I. ĐẠI CƯƠNG

Rối loạn tiền đình là tình trạng rối loạn chức năng hệ thống giữ thăng bằng của cơ thể, biểu hiện chóng mặt-mất thăng bằng, cần loại trừ nguyên nhân trung ương nguy hiểm trước khi điều trị hỗ trợ bằng Đông y.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng: Chóng mặt, mất thăng bằng, buồn nôn (đã loại trừ nguyên nhân thần kinh trung ương nguy hiểm).

2. Cận lâm sàng:

- Đường huyết mao mạch (loại trừ hạ đường huyết).

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Chóng mặt tư thế kịch phát lành tính (BPPV).

- Viêm dây thần kinh tiền đình.

- Thiếu máu não thoáng qua (TIA).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị: Kết hợp thuốc với các biện pháp không dùng thuốc (châm cứu, xoa bóp bấm huyệt, tập phục hồi chức năng tiền đình).

2. Điều trị cụ thể:

- *Lưu ý:* Phải loại trừ nguyên nhân trung ương nguy hiểm trước khi áp dụng YHCT.

- *Tây y hỗ trợ:* Betahistin (Divaser-F 16) $16\ \text{mg} \times 2 - 3$ lần/ngày giảm chóng mặt.

- *Châm cứu:* Các huyệt Bách hội, Phong trì, Nội quan, Túc tam lý.

3. Điều trị hỗ trợ: Hướng dẫn các bài tập phục hồi chức năng tiền đình tại nhà, tư vấn lối sống tránh thay đổi tư thế đột ngột.

4. Theo dõi điều trị

- Theo dõi mức độ giảm chóng mặt, khả năng đi lại thăng bằng của người bệnh qua các đợt điều trị. Không cần cận lâm sàng đặc hiệu nếu đã loại trừ nguyên nhân trung ương.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Chóng mặt dữ dội kèm nôn ói nhiều, người bệnh không tự chăm sóc được.

- Có dấu hiệu thần kinh khu trú, nghi ngờ nguyên nhân trung ương (đột quỵ tiểu não/thân não).

- Mất thăng bằng nặng có nguy cơ té ngã cao ở người cao tuổi.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết chóng mặt hoặc triệu chứng cải thiện rõ rệt, không còn nôn ói.

- Đi lại vững vàng, người bệnh thực hiện thành thạo các bài tập tại nhà.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Phát hiện tổn thương trung ương trên hình ảnh học (MRI/CT sọ não) hoặc bệnh lý nặng vượt quá khả năng điều trị của tuyến cơ sở (cần chuyển chuyên khoa Thần kinh).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2014), *Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành Phục hồi chức năng"*, Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 4871/QĐ-BYT ngày 18/11/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại"*, Hà Nội.

5. Bộ Y tế (2013), *Quyết định số 5013/QĐ-BYT ngày 01/12/2013 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Y học cổ truyền"*, Hà Nội.

34. ĐÔNG Y - ĐAU BUNG KINH

(ICD-10: N94, U63.451)

I. ĐẠI CƯƠNG

Đau bụng kinh là tình trạng đau vùng bụng dưới xảy ra trong chu kỳ kinh nguyệt, có thể nguyên phát (cơ năng) hoặc thứ phát do bệnh lý phụ khoa thực thể, Đông y phân loại theo các thể khí huyết ứ trệ, hàn ngưng để điều trị.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng: Đau bụng dưới quặn từng cơn trong kỳ kinh nguyệt, có thể lan ra sau lưng hoặc xuống đùi.

2. Cận lâm sàng:

- Công thức máu (nếu nghi ngờ thiếu máu do rong kinh kèm theo).

- Beta-hCG (loại trừ thai kỳ bất thường).

- Siêu âm phụ khoa (loại trừ nguyên nhân thực thể như lạc nội mạc tử cung, u xơ tử cung).

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Đau bụng kinh nguyên phát (cơ năng).

- Đau bụng kinh thứ phát (lạc nội mạc tử cung, u xơ tử cung, viêm phần phụ).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị: Kết hợp giảm đau hiện đại với bài thuốc và châm cứu Đông y; cá thể hóa theo nguyên nhân và thể bệnh.

2. Điều trị cụ thể:

- *Loại trừ nguyên nhân thực thể* nghiêm trọng trước khi điều trị chuyên sâu bằng YHCT.

- *Giảm đau Tây y (khi đau nhiều):* Paracetamol (Partamol 500) hoặc NSAIDs (Ibuprofen - UPROFEN 200) trong những ngày hành kinh.

- *Bài thuốc điều kinh (thể khí trệ huyết ứ): Ô dược thang gia giảm*.

- *Châm cứu:* Các huyệt Tam âm giao, Quan nguyên, Khí hải (tiến hành trước và trong kỳ kinh).

3. Điều trị hỗ trợ: Giữ ấm vùng bụng dưới, hướng dẫn chế độ nghỉ ngơi, dinh dưỡng trong kỳ kinh.

4. Theo dõi điều trị

- Theo dõi mức độ giảm đau và tính chất chu kỳ kinh nguyệt qua các tháng điều trị tiếp theo.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Đau bụng dữ dội không đáp ứng với thuốc giảm đau thông thường, ảnh hưởng nghiêm trọng đến sinh hoạt.

- Đau kèm theo sốt, ra huyết âm đạo bất thường cần đánh giá phụ khoa cấp cứu.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Triệu chứng đau bụng kinh giảm rõ rệt trong chu kỳ.

- Tình trạng toàn thân ổn định, người bệnh biết cách tự chăm sóc và sử dụng thuốc theo đơn.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Phát hiện các bệnh lý phụ khoa phức tạp (u xơ tử cung lớn, lạc nội mạc tử cung độ nặng, khối u buồng trứng) cần can thiệp ngoại khoa hoặc chuyên khoa sâu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2014), *Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành Phục hồi chức năng"*, Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 4871/QĐ-BYT ngày 18/11/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại"*, Hà Nội.

5. Bộ Y tế (2013), *Quyết định số 5013/QĐ-BYT ngày 01/12/2013 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Y học cổ truyền"*, Hà Nội.

35. ĐÔNG Y - HO

(ICD-10: R05, U66.231/59.191)

I. ĐẠI CƯƠNG

Ho là triệu chứng phản xạ bảo vệ đường hô hấp, có thể cấp hoặc mạn tính với nhiều nguyên nhân khác nhau, cần xác định nguyên nhân cụ thể trước khi áp dụng điều trị hỗ trợ Đông y.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng: Ho khan hoặc ho có đờm (đã loại trừ các nguyên nhân cần điều trị đặc hiệu như lao phổi, hen phế quản ác tính).

2. Cận lâm sàng:

- Soi đờm tìm AFB (nếu ho kéo dài trên 3 tuần để loại trừ lao).

- X-quang ngực thẳng (cho các trường hợp ho kéo dài).

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Lao phổi.

- Hen phế quản / ho biến thể hen.

- Trào ngược dạ dày - thực quản (GERD).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị: Xác định và điều trị nguyên nhân gốc rễ; kết hợp bài thuốc chỉ khái, long đờm và châm cứu hỗ trợ.

2. Điều trị cụ thể:

- *Bài thuốc theo thể:*

- Ho khan (thể phế âm hư): *Sa sâm mạch đông thang*.

- Ho đàm (thể đàm thấp): *Nhị trần thang gia giảm*.

- *Tây y hỗ trợ:* Thuốc long đờm (Ambroxol / Carbocistein) khi ho đàm nhiều.

3. Điều trị hỗ trợ: Giữ ấm cổ họng, uống nước ấm, tránh các chất kích thích (khói thuốc, đồ lạnh).

4. Theo dõi điều trị

- Theo dõi tần số ho, tính chất đờm và các triệu chứng kèm theo (sốt, khó thở).

- Chụp lại X-quang phổi hoặc xét nghiệm đờm nếu triệu chứng không cải thiện sau đợt điều trị.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Ho kéo dài kèm theo sốt cao, sụt cân nhiều, ho ra máu (nghi ngờ Lao phổi hoặc bệnh lý ác tính).

- Ho kèm theo khó thở tiến triển hoặc suy hô hấp (đặc biệt ở trẻ nhỏ hoặc người cao tuổi).

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Triệu chứng ho giảm rõ rệt hoặc hết hẳn.

- Đã loại trừ các nguyên nhân bệnh lý nguy hiểm đường hô hấp.

- Người bệnh ổn định, có thể tiếp tục điều trị hoặc theo dõi ngoại trú.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Bệnh diễn tiến nặng, xuất hiện suy hô hấp, ho ra máu nặng, hoặc phát hiện tổn thương phổi phức tạp vượt quá khả năng xử trí của tuyến cơ sở (chuyển khoa Hô hấp hoặc Lao phổi).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2014), *Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành Phục hồi chức năng"*, Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 4871/QĐ-BYT ngày 18/11/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại"*, Hà Nội.

5. Bộ Y tế (2013), *Quyết định số 5013/QĐ-BYT ngày 01/12/2013 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Y học cổ truyền"*, Hà Nội.

36. ĐÔNG Y - VIÊM ĐẠI TRÀNG MẠN

(ICD-10: K52, U60.201)

I. ĐẠI CƯƠNG

Y học cổ truyền kết hợp với Y học hiện đại trong điều trị viêm đại tràng mạn, áp dụng các phương pháp châm cứu, xoa bóp bấm huyệt và bài thuốc Đông y hỗ trợ nhằm nâng cao hiệu quả điều trị, chỉ định sau khi tình trạng nội khoa cấp đã được kiểm soát ổn định bằng Tây y. Viêm đại tràng mạn là tình trạng viêm niêm mạc đại tràng kéo dài, biểu hiện đau bụng-rối loạn tiêu hóa tái phát, cần nội soi loại trừ bệnh lý thực thể khi có dấu hiệu cảnh báo.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng: Đau bụng âm ỉ hoặc quặn thắt, rối loạn đại tiện (lỏng xen lẫn táo hoặc đi ngoài nhiều lần trong ngày) tái phát nhiều lần.

2. Cận lâm sàng:

- Công thức máu (tầm soát thiếu máu).

- Soi phân (loại trừ ký sinh trùng, nhiễm trùng đường ruột).

- Nội soi đại - trực tràng (khi có dấu hiệu báo động như máu trong phân, sụt cân; chuyển tuyến nếu cơ sở chưa triển khai).

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Hội chứng ruột kích thích (IBS).

- Bệnh viêm ruột mạn (IBD: viêm loét đại tràng, bệnh Crohn).

- Lỵ amip mạn tính.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị: Biện chứng luận trị theo YHCT kết hợp chế độ dinh dưỡng hợp lý; phối hợp châm cứu, dùng thuốc và y học hiện đại khi có đợt cấp.

2. Điều trị cụ thể:

- *Điều trị nền Tây y:* Theo hướng dẫn viêm đại tràng mạn khi có đợt cấp hoặc triệu chứng nặng.

- *Bài thuốc Đông y (thể tỳ hư): Sâm linh bạch truật tán gia giảm* khi bệnh ổn định.

- *Châm cứu:* Các huyệt Thiên khu, Túc tam lý, Tỳ du.

3. Điều trị hỗ trợ: Bù dịch - điện giải khi có rối loạn tiêu hóa nặng, hướng dẫn chế độ ăn lành mạnh, tránh thức ăn sống lạnh, nhiều dầu mỡ.

4. Theo dõi điều trị

- Theo dõi tần suất đi tiêu, tính chất phân và mức độ đau bụng.

- Nội soi đại tràng định kỳ hoặc khi xuất hiện dấu hiệu báo động mới.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Đợt cấp tính: đau bụng dữ dội, tiêu chảy nhiều lần trong ngày, có máu trong phân.

- Sụt cân nhanh, thiếu máu tiến triển cần tầm soát bệnh lý viêm ruột mạn hoặc ác tính.

- Mất nước và điện giải nặng do tiêu chảy kéo dài.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết sốt (nếu có) tối thiểu 48 giờ, triệu chứng cấp tính cải thiện rõ rệt.

- Ăn uống bình thường, đi tiêu ổn định, không có dấu hiệu biến chứng.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Cần nội soi đại trực tràng sinh thiết chẩn đoán nhưng tuyến cơ sở chưa đủ trang thiết bị.

- Biến chứng nặng (chảy máu nhiều, thủng đại tràng, nghi ngờ ác tính) vượt khả năng chuyên môn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2014), *Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành Phục hồi chức năng"*, Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 4871/QĐ-BYT ngày 18/11/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại"*, Hà Nội.

5. Bộ Y tế (2013), *Quyết định số 5013/QĐ-BYT ngày 01/12/2013 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Y học cổ truyền"*, Hà Nội.

37. ĐÔNG Y - RỐI LOẠN LIPID MÁU

(ICD-10: E78, U53.151)

I. ĐẠI CƯƠNG

Y học cổ truyền kết hợp với Y học hiện đại trong điều trị rối loạn lipid máu, áp dụng các phương pháp châm cứu, xoa bóp bấm huyệt và bài thuốc Đông y hỗ trợ nhằm nâng cao hiệu quả điều trị, chỉ định sau khi tình trạng nội khoa cấp đã được kiểm soát ổn định bằng Tây y. Rối loạn lipid máu là tình trạng bất thường nồng độ các thành phần mỡ máu, yếu tố nguy cơ quan trọng của bệnh tim mạch, điều trị nền tảng là thay đổi lối sống kết hợp thuốc hạ lipid khi có chỉ định.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng: Đa số không có triệu chứng lâm sàng đặc hiệu, thường được phát hiện tình cờ qua xét nghiệm máu định kỳ.

2. Cận lâm sàng:

- Bilan lipid máu (Cholesterol toàn phần, LDL-C, HDL-C, Triglycerid).

- Đường huyết đói, men gan, chức năng thận (kiểm tra trước khi khởi trị bằng Statin).

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Rối loạn lipid máu nguyên phát (do di truyền).

- Rối loạn lipid máu thứ phát (do đái tháo đường, suy giáp, hội chứng thận hư,...).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị: Điều trị lâu dài, kiểm soát toàn diện các yếu tố nguy cơ tim mạch và bệnh đồng mắc; kết hợp thay đổi lối sống với thuốc hạ lipid máu.

2. Điều trị cụ thể:

- *Thay đổi lối sống:* Chế độ ăn giảm mỡ bão hòa, tăng vận động là nền tảng.

- *Điều trị Tây y:* Statin (ví dụ: Atorvastatin - Statinagi 20) theo chỉ định dựa trên mức độ nguy cơ tim mạch, không dùng YHCT thay thế hoàn toàn khi có chỉ định bắt buộc.

- *Bài thuốc Đông y hỗ trợ (thể đàm thấp): Nhị trần thang gia giảm*.

3. Điều trị hỗ trợ: Tư vấn dinh dưỡng, kiểm soát cân nặng, bỏ hút thuốc lá và hạn chế rượu bia.

4. Theo dõi điều trị

- Định kỳ xét nghiệm bilan lipid máu và chức năng gan thận để đánh giá đáp ứng điều trị và tác dụng phụ của thuốc.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Bệnh chủ yếu được quản lý và điều trị ngoại trú dài ngày.

- Nhập viện khi xảy ra biến chứng cấp tính liên quan tim mạch (nhồi máu cơ tim, đột quỵ não) do rối loạn lipid nặng.

- Viêm tụy cấp do Triglycerid máu tăng rất cao (> 1000 mg/dL).

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Không áp dụng quản lý nội trú thông thường; người bệnh được hướng dẫn tuân thủ điều trị và tái khám ngoại trú định kỳ.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Xuất hiện biến chứng tim mạch nặng, nhồi máu cơ tim, tai biến mạch máu não hoặc viêm tụy cấp nặng vượt khả năng của tuyến cơ sở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2014), *Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành Phục hồi chức năng"*, Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 4871/QĐ-BYT ngày 18/11/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại"*, Hà Nội.

5. Bộ Y tế (2013), *Quyết định số 5013/QĐ-BYT ngày 01/12/2013 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Y học cổ truyền"*, Hà Nội.

38. ĐÔNG Y - SUY NHƯỢC CƠ THỂ

(ICD-10: R53, U52.092)

I. ĐẠI CƯƠNG

Suy nhược cơ thể là tình trạng mệt mỏi kéo dài kèm giảm sức khỏe toàn thân, cần loại trừ các nguyên nhân thực thể nguy hiểm (thiếu máu, nội tiết, ác tính) trước khi điều trị bồi bổ bằng Đông y.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng: Mệt mỏi kéo dài, giảm khả năng lao động, kém ăn, mất ngủ (đã loại trừ nguyên nhân thực thể).

2. Cận lâm sàng:

- Công thức máu (loại trừ thiếu máu).

- Đường huyết, chức năng gan, thận, TSH (loại trừ suy giáp và các bệnh mạn tính).

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Suy nhược sau bệnh lý cấp hoặc mạn tính.

- Thiếu máu mạn.

- Suy giáp.

- Trầm cảm hoặc các rối loạn tâm thần khác.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị: Kết hợp bồi bổ cơ thể bằng thuốc YHCT và châm cứu với chế độ dinh dưỡng, nghỉ ngơi hợp lý sau khi đã loại trừ các nguyên nhân thực thể nguy hiểm.

2. Điều trị cụ thể:

- *Bài thuốc bổ khí huyết: Bát trân thang* hoặc *Thập toàn đại bổ gia giảm*.

- *Châm cứu bổ:* Các huyệt Túc tam lý, Tam âm giao, Khí hải, Quan nguyên.

3. Điều trị hỗ trợ: Tư vấn chế độ ăn giàu dinh dưỡng, dễ tiêu, thiết lập nhịp sinh hoạt và giấc ngủ khoa học.

4. Theo dõi điều trị

Theo dõi sự cải thiện cân nặng, chất lượng giấc ngủ, vị giác và sức khỏe toàn trạng. Kiểm tra lại công thức máu hoặc chức năng tuyến giáp nếu cần thiết.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Suy nhược nặng kèm theo sụt cân nhanh, không ăn uống được qua đường miệng (cần tầm soát nguyên nhân ác tính, nhiễm trùng mạn, nội tiết).

- Rối loạn điện giải hoặc thiếu máu nặng kèm theo.

- Có biểu hiện trầm cảm nặng hoặc rối loạn tâm thần cần đánh giá chuyên khoa Tâm thần.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Thể trạng người bệnh được cải thiện rõ rệt, ăn ngon miệng, ngủ tốt hơn, tự phục vụ được các sinh hoạt cá nhân.

- Có kế hoạch duy trì thuốc bổ và dinh dưỡng tại nhà, hẹn tái khám định kỳ.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Phát hiện các bệnh lý ác tính, bệnh nội tiết nặng hoặc nguyên nhân thực thể phức tạp vượt quá khả năng chẩn đoán và điều trị của tuyến y tế cơ sở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2014), *Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành Phục hồi chức năng"*, Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 4871/QĐ-BYT ngày 18/11/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại"*, Hà Nội.

5. Bộ Y tế (2013), *Quyết định số 5013/QĐ-BYT ngày 01/12/2013 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Y học cổ truyền"*, Hà Nội.

39. ĐÔNG Y - GAN NHIỄM MỠ

(ICD-10: K76.0, U60.021)

I. ĐẠI CƯƠNG

Y học cổ truyền kết hợp với Y học hiện đại trong điều trị gan nhiễm mỡ, áp dụng các phương pháp châm cứu, xoa bóp bấm huyệt và bài thuốc Đông y hỗ trợ nhằm nâng cao hiệu quả điều trị, chỉ định sau khi tình trạng nội khoa cấp đã được kiểm soát ổn định bằng Tây y. Gan nhiễm mỡ là tình trạng tích tụ mỡ quá mức trong tế bào gan, thường liên quan béo phì-đái tháo đường-rối loạn lipid máu, điều trị nền tảng là thay đổi lối sống.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng: Đa số không có triệu chứng rõ rệt, có thể tức nhẹ vùng hạ sườn phải, thường được phát hiện qua siêu âm hoặc xét nghiệm men gan.

2. Cận lâm sàng:

- Men gan (AST, ALT), bilan lipid máu, đường huyết đói hoặc HbA1c.

- Siêu âm ổ bụng (đánh giá mức độ nhiễm mỡ của gan).

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm gan virus mạn tính.

- Gan nhiễm mỡ do rượu.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị: Điều trị nguyên nhân và yếu tố nguy cơ (giảm cân, kiểm soát rối loạn chuyển hóa, ngừng sử dụng rượu bia); thay đổi lối sống là nền tảng cốt lõi.

2. Điều trị cụ thể:

- *Thay đổi lối sống:* Giảm cân khoa học, hạn chế chất béo bão hòa, kiêng tuyệt đối rượu bia, tăng cường vận động thể lực.

- *Bài thuốc Đông y hỗ trợ (thể đàm thấp): Nhị trần thang gia giảm*.

- *Theo dõi y tế:* Theo dõi men gan định kỳ theo hướng dẫn Tây y.

3. Điều trị hỗ trợ: Tư vấn chế độ dinh dưỡng giảm năng lượng, kiểm soát các bệnh đồng mắc như đái tháo đường, tăng huyết áp.

4. Theo dõi điều trị

- Định kỳ kiểm tra men gan và thực hiện siêu âm gan để đánh giá tiến triển tình trạng nhiễm mỡ.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Bệnh lý chủ yếu được điều trị và theo dõi ngoại trú qua thay đổi lối sống.

- Nhập viện khi có tiến triển thành viêm gan nặng hoặc xơ gan với các biến chứng cấp tính.

- Men gan tăng cao bất thường cần nhập viện để chẩn đoán phân biệt các nguyên nhân tổn thương gan cấp.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Tình trạng toàn thân ổn định, men gan về mức bình thường hoặc ổn định.

- Người bệnh nắm vững phương pháp điều chỉnh chế độ ăn uống, tập luyện và tuân thủ lịch tái khám ngoại trú.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Bệnh tiến triển nặng thành xơ gan mất bù, xuất hiện các biến chứng (cổ trướng, xuất huyết tiêu hóa, suy gan) hoặc nghi ngờ ác tính hóa vượt quá năng lực chuyên môn của tuyến cơ sở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2014), *Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành Phục hồi chức năng"*, Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 4871/QĐ-BYT ngày 18/11/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại"*, Hà Nội.

5. Bộ Y tế (2013), *Quyết định số 5013/QĐ-BYT ngày 01/12/2013 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Y học cổ truyền"*, Hà Nội.

40. ĐÔNG Y - SỎI MẬT

(ICD-10: K80, U60.041)

I. ĐẠI CƯƠNG

Y học cổ truyền kết hợp với Y học hiện đại trong điều trị sỏi mật, áp dụng các phương pháp châm cứu, xoa bóp bấm huyệt và bài thuốc Đông y hỗ trợ nhằm nâng cao hiệu quả điều trị, chỉ định sau khi tình trạng nội khoa cấp đã được kiểm soát ổn định bằng Tây y. Sỏi mật là tình trạng hình thành sỏi trong túi mật hoặc đường mật, có thể không triệu chứng hoặc gây đau quặn mật-viêm túi mật cấp khi gây tắc nghẽn.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- *Thể bệnh YHCT:* Can Đởm thấp nhiệt hoặc Can khí uất trệ.

- *Triệu chứng:* Đau tức vùng hạ sườn phải từng cơn (đau quặn mật), có thể lan lên vai phải hoặc sau lưng; đầy bụng, khó tiêu, đắng miệng, chán ăn. Có thể kèm sốt và vàng da, vàng mắt nếu có tắc mật hoặc viêm cấp.

2. Cận lâm sàng

- *Chẩn đoán xác định:* Siêu âm bụng (thấy hình ảnh sỏi mật kèm bóng cản âm, kích thước, tình trạng thành túi mật và đường mật).

- *Xét nghiệm hỗ trợ:* Công thức máu, CRP, Bilirubin, men gan (AST, ALT, GGT), amylase/lipase máu (nếu nghi ngờ biến chứng viêm tụy cấp).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Sỏi túi mật không biến chứng với viêm túi mật cấp.

- Đau quặn mật do sỏi với viêm loét dạ dày tá tràng, viêm tụy cấp, viêm gan cấp.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Kết hợp điều trị nội khoa/ngoại khoa Tây y (khi có viêm cấp, tắc mật) với YHCT (dùng thuốc, châm cứu, xoa bóp bấm huyệt).

- Cá thể hóa theo mức độ bệnh: Giai đoạn cấp ưu tiên Tây y; giai đoạn ổn định kết hợp YHCT để phục hồi chức năng gan mật.

2. Điều trị cụ thể

- *Điều trị nền (YHHĐ):* Kháng sinh, giảm đau, giãn cơ, hoặc chỉ định ngoại khoa/nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) khi có biến chứng.

- *Bài thuốc YHCT (Thể can đởm thấp nhiệt):* Dùng bài *Nhân trần cao thang* gia giảm (Nhân trần, Chi tử, Đại hoàng, Xuyên luyện tử, Uất kim, Chỉ thực) khi không có biến chứng cấp.

- *Châm cứu, xoa bóp:* Châm các huyệt *Đởm du, Dương lăng tuyền, Kỳ môn, Trung quản, Nội quan*.

3. Điều trị hỗ trợ

- Tư vấn chế độ ăn ít chất béo, tăng cường chất xơ, uống đủ nước, sinh hoạt điều độ, tránh căng thẳng.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Siêu âm gan mật định kỳ (3 - 6 tháng/lần) để theo dõi kích thước và vị trí sỏi.

- Xét nghiệm men gan, Bilirubin theo đợt điều trị.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Cơn đau quặn mật cấp không đáp ứng với thuốc giảm đau thông thường, kèm sốt và vàng da (nghi ngờ viêm túi mật cấp hoặc viêm đường mật cấp).

- Có biến chứng tắc mật, viêm tụy cấp do sỏi.

- Sỏi kèm nhiễm trùng đường mật nặng cần can thiệp ngoại khoa/tiêu hóa cấp cứu.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu theo quy định hiện hành của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết đau quặn mật, hết sốt, ăn uống được.

- Các chỉ số cận lâm sàng (men gan, Bilirubin, siêu âm) ổn định, không còn dấu hiệu viêm cấp.

- Người bệnh hoặc người nhà nắm được chế độ ăn uống, sinh hoạt và lịch hẹn tái khám.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Diễn tiến nặng vượt quá khả năng chuyên môn hoặc trang thiết bị của cơ sở (cần can thiệp ngoại khoa chuyên sâu, ERCP, phẫu thuật nội soi/mở, hoặc chăm sóc hồi sức tích cực ICU).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2014), *Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành Phục hồi chức năng"*, Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 4871/QĐ-BYT ngày 18/11/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại"*, Hà Nội.

5. Bộ Y tế (2013), *Quyết định số 5013/QĐ-BYT ngày 01/12/2013 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Y học cổ truyền"*, Hà Nội.

41. ĐÔNG Y - LIỆT DƯƠNG

(ICD-10: N52, U54.011)

I. ĐẠI CƯƠNG

Y học cổ truyền kết hợp với Y học hiện đại trong điều trị sỏi mật, áp dụng các phương pháp châm cứu, xoa bóp bấm huyệt và bài thuốc Đông y hỗ trợ nhằm nâng cao hiệu quả điều trị, chỉ định sau khi tình trạng nội khoa cấp đã được kiểm soát ổn định bằng Tây y. Sỏi mật là tình trạng hình thành sỏi trong túi mật hoặc đường mật, có thể không triệu chứng hoặc gây đau quặn mật-viêm túi mật cấp khi gây tắc nghẽn.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- *Thể bệnh YHCT:* Thận dương hư, Thận âm hư hoặc Tâm tỳ lưỡng hư, Can khí uất trệ.

- *Triệu chứng:* Dương vật không cương cứng được hoặc cương không đủ cứng để giao hợp; có thể kèm theo mỏi lưng, đau gối, ù tai, chóng mặt, tinh thần mệt mỏi, tiểu đêm nhiều lần (thể thận hư).

2. Cận lâm sàng

- Đường huyết, HbA1c (loại trừ đái tháo đường).

- Testosterone máu (đánh giá nội tiết tố nam nếu có điều kiện).

- Lipid máu, huyết áp (đánh giá nguy cơ tim mạch, mạch máu).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Rối loạn cương do nguyên nhân tâm lý thuần túy.

- Rối loạn cương do nguyên nhân thực thể (mạch máu, thần kinh, thuốc).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Ôn thận tráng dương, ích khí dưỡng huyết, sơ can lý khí tùy theo thể bệnh kết hợp tư vấn tâm lý và điều chỉnh lối sống.

2. Điều trị cụ thể

- *Bài thuốc YHCT (Thể thận dương hư):* Dùng bài *Hữu quy hoàn* hoặc *Bát vị thận khí hoàn* gia giảm (Thục địa, Sơn thù, Hoài sơn, Nhục quế, Phụ tử, Ba kích, Đỗ trọng, Tang phiêu tiêu).

- *Châm cứu, xoa bóp:* Châm các huyệt *Thận du, Mệnh môn, Quan nguyên, Khí hải, Thừa phù, Tam âm giao*.

3. Điều trị hỗ trợ

- Tư vấn tâm lý, giảm stress, chế độ dinh dưỡng giàu kẽm, vitamin E, tăng cường tập luyện thể dục thể thao (đi bộ, cơ sàn chậu - Kegel).

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Đánh giá lại mức độ cải thiện qua thang điểm IIEF-5 định kỳ theo đợt điều trị (1 - 3 tháng).

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Bệnh lý chủ yếu điều trị ngoại trú. Chỉ nhập viện khi cần điều trị nội trú các bệnh lý nền nặng gây ra rối loạn cương (như đái tháo đường biến chứng nặng, bệnh lý tim mạch chưa ổn định) hoặc có chỉ định can thiệp ngoại khoa chuyên khoa.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Khả năng cương dương cải thiện rõ theo mục tiêu điều trị (tăng điểm IIEF-5).

- Các bệnh lý nền (nếu có) được kiểm soát ổn định.

- Người bệnh nắm được phương pháp tập luyện và chế độ sinh hoạt tại nhà.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Vượt quá khả năng chuyên môn hoặc cần can thiệp chuyên khoa sâu (Nam học, Tiết niệu, Tâm thần kinh) mà tuyến cơ sở chưa triển khai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2014), *Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành Phục hồi chức năng"*, Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 4871/QĐ-BYT ngày 18/11/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại"*, Hà Nội.

5. Bộ Y tế (2013), *Quyết định số 5013/QĐ-BYT ngày 01/12/2013 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Y học cổ truyền"*, Hà Nội.

42. ĐÔNG Y - SUY DINH DƯỠNG Ở TRẺ EM

(ICD-10: E44, U53.111)

I. ĐẠI CƯƠNG

Suy dinh dưỡng ở trẻ em là tình trạng thiếu hụt năng lượng-dưỡng chất ảnh hưởng đến tăng trưởng-phát triển của trẻ, điều trị dinh dưỡng tích cực là nền tảng, Đông y hỗ trợ cải thiện tiêu hóa-hấp thu khi bệnh đã ổn định.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- *Thể bệnh YHCT:* Tỳ hư cam tích hoặc Vị âm bất túc.

- *Triệu chứng:* Trẻ nhẹ cân, thấp còi so với tuổi (theo biểu đồ tăng trưởng WHO), kém ăn, sắc mặt vàng vọt, tóc thưa khô, tinh thần kém linh hoạt; có thể kèm rối loạn tiêu hóa (tiêu chảy phân sống, chướng bụng).

2. Cận lâm sàng

- Công thức máu (loại trừ thiếu máu).

- Albumin máu, đường huyết, điện giải đồ (trong trường hợp suy dinh dưỡng nặng).

- Soi phân tìm ký sinh trùng đường ruột.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Suy dinh dưỡng nguyên phát do thiếu cung cấp dinh dưỡng.Suy dinh dưỡng thứ phát do bệnh lý mạn tính (bệnh tim bẩm sinh, nhiễm trùng mạn, kém hấp thu).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị dinh dưỡng đầy đủ năng lượng và vi chất theo phác đồ YHHĐ là cốt lõi.

- Kết hợp YHCT kiện tỳ, hòa vị, tiêu tích để cải thiện khả năng tiêu hóa và hấp thu của trẻ.

2. Điều trị cụ thể

- *Điều trị nền (YHHĐ):* Chế độ dinh dưỡng cao năng lượng, bổ sung vi chất (sắt, kẽm, vitamin A, D, canxi) theo hướng dẫn Bộ Y tế.

- *Bài thuốc YHCT:* Dùng bài *Sâm linh bạch truật tán* hoặc *Bảo hòa hoàn* gia giảm với liều lượng nhỏ, phù hợp lứa tuổi trẻ em.

- *Xoa bóp bấm huyệt:* Xoa bụng theo chiều kim đồng hồ, bấm các huyệt *Túc tam lý, Trung quản, Tỳ du, Vị du*.

3. Điều trị hỗ trợ

- Hướng dẫn phụ huynh cách chế biến thức ăn hợp lý, theo dõi biểu đồ tăng trưởng hàng tháng.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Cân nặng, chiều cao theo dõi định kỳ hàng tuần/tháng.

- Xét nghiệm máu định kỳ khi có chỉ định đánh giá thiếu máu, vi chất.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Suy dinh dưỡng nặng (thể phù - Kwashiorkor, thể teo đét - Marasmus) có biến chứng (nhiễm trùng nặng, rối loạn điện giải, hạ đường huyết, mất nước).

- Trẻ nôn trớ nhiều, không ăn uống được qua đường miệng, kèm bệnh lý cấp tính nặng khác.

- Cần điều trị dinh dưỡng tích cực nội trú theo phác đồ Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Tình trạng cấp tính đã ổn định, trẻ tỉnh táo, bú hoặc ăn uống tốt hơn.

- Cân nặng bắt đầu tăng trưởng phù hợp theo biểu đồ tăng trưởng.

- Phụ huynh đã được hướng dẫn kỹ năng chăm sóc và dinh dưỡng cho trẻ tại nhà.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Trẻ suy dinh dưỡng nặng có biến chứng phức tạp vượt quá năng lực điều trị của cơ sở (cần hồi sức nhi khoa ICU, hỗ trợ hô hấp, tuần hoàn chuyên sâu).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2014), *Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành Phục hồi chức năng"*, Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 4871/QĐ-BYT ngày 18/11/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại"*, Hà Nội.

5. Bộ Y tế (2013), *Quyết định số 5013/QĐ-BYT ngày 01/12/2013 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Y học cổ truyền"*, Hà Nội.

43. ĐÔNG Y - MỀ ĐAY

(ICD-10: L50)

I. ĐẠI CƯƠNG

Mày đay là phản ứng da cấp hoặc mạn tính đặc trưng bởi các sẩn phù ngứa, có thể kèm phù mạch, nguyên nhân đa dạng (dị ứng thuốc/thức ăn, nhiễm trùng, vật lý...), cần cảnh giác dấu hiệu phản vệ khi có phù mạch đường thở.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- *Thể bệnh YHCT:* Phong hàn, phong nhiệt hoặc huyết nhiệt, thấp nhiệt.

- *Triệu chứng:* Xuất hiện các sẩn phù màu hồng hoặc trắng, ngứa nhiều, ranh giới rõ, nổi rải rác hoặc thành mảng, biến mất nhanh trong vòng 24 giờ không để lại di chứng. Có thể kèm phù mạch vùng mi mắt, môi. Phân loại cấp tính (< 6 tuần) hoặc mạn tính (> 6 tuần).

2. Cận lâm sàng

- Công thức máu, IgE toàn phần (nếu mày đay mạn tính kéo dài > 6 tuần).

- Test dị nguyên (khi cần tìm nguyên nhân dị ứng cụ thể).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Phản vệ (kèm khó thở, tụt huyết áp - cấp cứu).

- Viêm mạch mày đay (sẩn tồn chuẩn > 24 giờ, để lại vết thâm).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Tìm và loại bỏ dị nguyên (nếu có).

- Kết hợp thuốc kháng histamine, corticoid ngắn hạn (khi cần) theo YHHĐ với bài thuốc khu phong, thanh nhiệt, lương huyết theo YHCT.

2. Điều trị cụ thể

- *Điều trị nền (YHHĐ):*

- Kháng Histamine thế hệ 2: Cetirizine 10mg/ngày hoặc Levocetirizine 5mg/ngày hoặc Fexofenadine 120-180mg/ngày.

- Mày đay nặng/phù mạch: Methylprednisolone hoặc Dexamethasone liều ngắn theo chỉ định.

- Sử dụng phác đồ xử trí phản vệ ngay nếu có dấu hiệu sốc phản vệ.

- *Bài thuốc YHCT (Thể phong nhiệt):* Dùng bài *Tiêu phong tán* hoặc *Ngân kiều tán* gia giảm (Kim ngân hoa, Liên kiều, Kinh giới, Phòng phong, Thuyền thoái, Sinh địa, Xích thược).

- *Châm cứu:* Châm các huyệt *Hợp cốc, Khúc trì, Huyết hải, Túc tam lý*.

3. Điều trị hỗ trợ

- Tránh gãi, chườm lạnh vùng ngứa, tránh tiếp xúc với các yếu tố khởi phát (thức ăn dị ứng, xà phòng kích ứng, thời tiết lạnh/nóng).

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Theo dõi sát dấu hiệu phù mạch đường thở và huyết áp trong giai đoạn cấp.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Mày đay cấp kèm phù mạch vùng hầu họng, thanh quản (nguy cơ tắc nghẽn đường thở) - Cấp cứu.

- Mày đay kèm dấu hiệu phản vệ (khó thở, tụt huyết áp, đau quặn bụng) - theo dõi nội trú tối thiểu 24 giờ.

- Mày đay mạn tính lan rộng, không đáp ứng điều trị ngoại trú, ảnh hưởng nặng đến chất lượng cuộc sống.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu theo quy định của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết hoàn toàn các sẩn phù và ngứa, không còn dấu hiệu phù mạch.

- Huyết áp, nhịp thở, tình trạng toàn thân ổn định trong thời gian theo dõi.

- Người bệnh nắm được cách phòng tránh dị nguyên và lịch hẹn tái khám.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Diễn tiến nặng, sốc phản vệ vượt quá khả năng xử trí của tuyến cơ sở (cần khoa Hồi sức tích cực ICU).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2014), *Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành Phục hồi chức năng"*, Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 4871/QĐ-BYT ngày 18/11/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại"*, Hà Nội.

5. Bộ Y tế (2013), *Quyết định số 5013/QĐ-BYT ngày 01/12/2013 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Y học cổ truyền"*, Hà Nội.

44. ĐÔNG Y - MẤT NGỦ

(ICD-10: G47, U55.621)

I. ĐẠI CƯƠNG

Mất ngủ là tình trạng khó vào giấc, khó duy trì giấc ngủ hoặc thức dậy sớm ảnh hưởng đến sinh hoạt ban ngày, nguyên nhân đa dạng từ tâm lý đến bệnh lý thực thể, cần đánh giá kỹ trước khi điều trị.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- *Thể bệnh YHCT:* Tâm tỳ lưỡng hư, Âm hư hỏa vượng hoặc Can hỏa thượng viêm.

- *Triệu chứng:* Khó vào giấc ngủ, ngủ nông, hay mê mẩn, dễ tỉnh giấc và khó ngủ lại; kèm theo mệt mỏi, hay quên, hồi hộp, nhức đầu, tính tình dễ cáu gắt vào ban ngày.

2. Cận lâm sàng

- TSH, Free T4 (loại trừ cường giáp).

- Các xét nghiệm sinh hóa cơ bản khác khi nghi ngờ bệnh lý nội khoa kèm theo.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Mất ngủ nguyên phát (rối loạn giấc ngủ do tâm lý).

- Mất ngủ thứ phát do trầm cảm, lo âu, bệnh lý cơ thể (đau mạn tính, trào ngược dạ dày thực quản, cường giáp).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Dưỡng tâm an thần, điều hòa tạng phủ, kết hợp liệu pháp tâm lý và vệ sinh giấc ngủ; hạn chế lạm dụng thuốc ngủ Tây y dài ngày.

2. Điều trị cụ thể

- *Điều trị nền / Hỗ trợ (YHHĐ):* Điều trị các bệnh lý gây mất ngủ (nếu có); dùng thuốc an thần ngắn hạn theo chỉ định bác sĩ khi mất ngủ cấp tính nặng.

- *Bài thuốc YHCT (Thể tâm tỳ hư):* Dùng bài *Quy tỳ thang* hoặc *Thiên vương bổ tâm đan* gia giảm (Đảng sâm, Hoàng kỳ, Bạch truật, Phục thần, Toan táo nhân, Long nhãn, Đương quy).

- *Châm cứu, xoa bóp:* Châm các huyệt *Bách hội, Thần môn, Tam âm giao, Nội quan, An miên* (thực hiện vào buổi chiều hoặc tối).

- *Vệ sinh giấc ngủ:* Cố định giờ ngủ - thức, hạn chế caffeine, thiết bị điện tử trước khi ngủ.

3. Điều trị hỗ trợ

- Tập dưỡng sinh, thái cực quyền, yoga nhẹ nhàng, ngâm chân nước ấm trước khi ngủ.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Đánh giá chất lượng giấc ngủ qua nhật ký giấc ngủ hoặc thang điểm Pittsburgh (PSQI) định kỳ.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Mất ngủ kéo dài ảnh hưởng nghiêm trọng đến tâm thần kinh, nghi ngờ có rối loạn tâm thần nặng (trầm cảm nặng, có ý tưởng tự sát) cần chuyển chuyên khoa Tâm thần.

- Mất ngủ do các bệnh lý nội khoa cấp tính nặng cần điều trị nội trú.

- Không đáp ứng với điều trị ngoại trú kéo dài.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Thời gian ngủ và chất lượng giấc ngủ cải thiện rõ rệt, người bệnh tỉnh táo, bớt mệt mỏi vào ban ngày.

- Các triệu chứng kèm theo thuyên giảm.

- Người bệnh nắm vững phương pháp vệ sinh giấc ngủ và duy trì lối sống lành mạnh tại nhà.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Diễn tiến nặng, có rối loạn tâm thần - hành vi phức tạp vượt quá khả năng điều trị của tuyến cơ sở (cần chuyển khoa Tâm thần hoặc bệnh viện chuyên khoa tâm thần).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2014), *Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành Phục hồi chức năng"*, Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 4871/QĐ-BYT ngày 18/11/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại"*, Hà Nội.

5. Bộ Y tế (2013), *Quyết định số 5013/QĐ-BYT ngày 01/12/2013 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Y học cổ truyền"*, Hà Nội.

45. ĐÔNG Y - VIÊM KẾT MẠC MẮT

(ICD-10: H10, U56.055)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm kết mạc cấp là tình trạng viêm màng kết mạc mắt, nguyên nhân có thể do virus (thường gặp nhất, dễ lây), vi khuẩn hoặc dị ứng, biểu hiện đỏ mắt-chảy dử-cộm mắt, cần phân biệt các nguyên nhân để điều trị đúng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- *Thể bệnh YHCT:* Phong nhiệt uất kết hoặc Can hỏa thượng viêm.

- *Triệu chứng:* Đỏ mắt, cộm rát, chảy nước mắt, tiết dịch nhiều (dử mắt màu vàng xanh đặc gợi ý vi khuẩn; dử trong, loãng, ngứa nhiều gợi ý virus hoặc dị ứng). Thị lực không bị giảm sút (giúp phân biệt với viêm giác mạc hoặc glôcôm).

2. Cận lâm sàng

- Không cần xét nghiệm đặc hiệu thường quy.

- Soi kính hiển vi sinh micro (khi cần thiết phân biệt các tổn thương giác mạc).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm giác mạc, loét giác mạc.

- Viêm màng bồ đào trước.

- Glôcôm góc đóng cấp (đau nhức dữ dội, nhìn mờ, vòng cầu vồng quanh đèn, đồng ý dãn - cấp cứu nhãn khoa).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị theo đúng nguyên nhân (kháng sinh nhỏ mắt nếu do vi khuẩn; nước mắt nhân tạo/chườm lạnh nếu do virus; kháng histamine nếu do dị ứng).

- Đảm bảo vệ sinh mắt, phòng ngừa lây lan trong cộng đồng; tránh lạm dụng corticoid tự ý.

2. Điều trị cụ thể

- *Điều trị nền (YHHĐ):*

- Vi khuẩn: Thuốc nhỏ mắt kháng sinh (Ciprofloxacin 0.3% hoặc Ofloxacin 0.3%) 1-2 giọt x 4-6 lần/ngày.

- Virus: Nước mắt nhân tạo, chườm lạnh, vệ sinh mắt bằng nước muối sinh lý 0.9%.

- Dị ứng: Thuốc nhỏ mắt kháng histamine (Ketotifen hoặc Olopatadine) hoặc uống Cetirizine liều chuẩn.

- *Bài thuốc YHCT / Hỗ trợ:* Bài *Tang cúc ẩm* hoặc *Ngân kiều tán* gia giảm để thanh nhiệt, giải độc, khu phong.

3. Điều trị hỗ trợ

- Đeo kính bảo vệ mắt, rửa tay thường xuyên bằng xà phòng, không dùng chung khăn mặt.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Đánh giá mức độ sung huyết kết mạc và lượng dịch tiết qua mỗi lần tái khám (sau 2 - 3 ngày).

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Hầu hết điều trị ngoại trú.

- Nhập viện / Chuyển khoa Mắt khẩn cấp khi: Có dấu hiệu giảm thị lực, đau nhức mắt dữ dội, sợ ánh sáng (nghi ngờ viêm giác mạc, viêm màng bồ đào hoặc glôcôm).

- Trẻ sơ sinh bị viêm kết mạc mủ nhiều (nghi ngờ nhiễm lậu cầu hoặc Chlamydia) cần nhập viện điều trị tích cực.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết đỏ mắt, hết tiết dịch mủ, thị lực trở lại bình thường.

- Không còn dấu hiệu tổn thương giác mạc.

- Người bệnh được hướng dẫn cách vệ sinh mắt và phòng lây nhiễm tại nhà.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Bệnh diễn biến nặng, có biến chứng loét giác mạc, giảm thị lực hoặc vượt quá khả năng chuyên môn của tuyến cơ sở (cần chuyển chuyên khoa Mắt tuyến tỉnh/trung ương).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2014), *Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/8/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành Phục hồi chức năng"*, Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 4871/QĐ-BYT ngày 18/11/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại"*, Hà Nội.

5. Bộ Y tế (2013), *Quyết định số 5013/QĐ-BYT ngày 01/12/2013 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Y học cổ truyền"*, Hà Nội.

PHẦN VIII. KHOA KHÁM BỆNH (NGOẠI TRÚ)

A. CƠ XƯƠNG KHỚP

1. HỘI CHỨNG CỔ VAI CÁNH TAY

(ICD-10: M54.2)

I. ĐẠI CƯƠNG

Hội chứng cổ vai cánh tay là tình trạng đau lan từ vùng cổ xuống vai và cánh tay do chèn ép rễ thần kinh cổ hoặc bệnh lý cơ xương khớp vùng cổ-vai, thường liên quan thoái hóa cột sống cổ hoặc tư thế sinh hoạt-lao động không đúng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng: Đau cổ-vai-cánh tay, có thể có dị cảm, tê bì lan theo phân bố rễ thần kinh; hạn chế vận động cột sống cổ.

2. Cận lâm sàng: CTM, CRP nếu nghi viêm/nhiễm trùng; Acid uric, yếu tố dạng thấp nếu nghi bệnh khớp hệ thống; X-quang cột sống cổ/khớp vai; Siêu âm phần mềm quanh khớp vai.

3.Chẩn đoán phân biệt: Thoái hóa cột sống cổ chèn ép rễ, viêm quanh khớp vai đơn thuần, đau quy chiếu từ tim (hội chứng vai-tim) - loại trừ bằng ECG nếu nghi ngờ.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc: Điều trị theo nguyên nhân kết hợp điều trị triệu chứng; theo dõi sát đáp ứng điều trị để điều chỉnh kịp thời.

2. Cụ thể:

- Giảm đau: Celecoxib 100mg hoặc Meloxicam 7.5mg uống.

- Giãn cơ: Eperison (Ryzonal 50mg) 50mg x 3 lần/ngày.

- Vật lý trị liệu (nhiệt, điện xung), bài tập cơ vai.

3. Điều trị hỗ trợ: Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, dinh dưỡng và chăm sóc điều dưỡng phù hợp.

4. Theo dõi điều trị: Không cần cận lâm sàng đặc hiệu ở điều trị ngoại trú; MRI cột sống cổ nếu triệu chứng thần kinh tiến triển.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

Đau cấp dữ dội không đáp ứng giảm đau ngoại trú, có dấu hiệu chèn ép thần kinh tiến triển (yếu cơ, tê bì tăng dần); cần loại trừ nguyên nhân nguy hiểm (thoát vị đĩa đệm chèn ép tủy, u, nhiễm trùng); hoặc theo Quyết định số 79/QĐ-BYT.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

Triệu chứng đau thuyên giảm đáng kể, vận động cổ vai cánh tay hồi phục tốt, không còn dấu hiệu chèn ép thần kinh tiến triển, tự chăm sóc được và tiếp tục duy trì điều trị/tập luyện ngoại trú.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Diễn tiến nặng vượt quá khả năng chuyên môn/trang thiết bị của Trung tâm Y tế (cần phẫu thuật chuyên khoa ngoại thần kinh, MRI chuyên sâu, hoặc kỹ thuật chưa triển khai).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2014). *Quyết định số 361/QĐ-BYT ngày 25/01/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp"*. Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2014). *Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/08/2014 về việc ban hành "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành Phục hồi chức năng"*. Hà Nội.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva: WHO.

2. VIÊM QUANH KHỚP VAI

(ICD-10: M75.0)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm quanh khớp vai là tình trạng viêm các cấu trúc phần mềm quanh khớp vai (gân, bao hoạt dịch, bao khớp) không do tổn thương xương-sụn khớp, biểu hiện đau và hạn chế vận động vai, thường gặp ở người trung niên.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng: Đau vai, hạn chế vận động khớp vai (đặc biệt động tác dạng - xoay ngoài); đau tăng về đêm; không có dấu hiệu viêm toàn thân (sốt, sưng nóng đỏ rõ).

2. Cận lâm sàng: CTM, CRP, Acid uric; X-quang khớp vai (loại trừ vôi hóa gân, thoái hóa); Siêu âm phần mềm quanh khớp vai.

3. Chẩn đoán phân biệt: Rách chóp xoay, viêm khớp vai do gout/nhiễm khuẩn, đau quy chiếu từ cột sống cổ.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc: Điều trị theo nguyên nhân kết hợp điều trị triệu chứng; theo dõi sát đáp ứng điều trị.

2. Cụ thể:

- NSAIDs: Diclofenac (Elaria 75mg/3ml) tiêm bắp hoặc Meloxicam (Monbig 7.5) uống.

- Corticoid: Methylprednisolon (Metilone 16mg) 16mg/ngày x 5-7 ngày (nếu có chỉ định).

- PHCN tại chỗ.

3. Điều trị hỗ trợ: Theo dõi sinh tồn, dinh dưỡng, chăm sóc điều dưỡng.

4. Theo dõi điều trị: Không cần cận lâm sàng đặc hiệu; siêu âm khớp vai kiểm tra nếu không đáp ứng điều trị.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Đau cấp dữ dội không đáp ứng thuốc, sốt kèm sưng nóng đỏ khớp vai (nghi viêm khớp nhiễm trùng - cấp cứu cần chọc hút dịch khớp), hạn chế vận động nặng ảnh hưởng sinh hoạt; hoặc theo Quyết định số 79/QĐ-BYT.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

Giảm đau rõ rệt, cải thiện tầm vận động khớp vai, không còn dấu hiệu viêm cấp hay nghi ngờ nhiễm trùng, có thể tự thực hiện vận động trị liệu tại nhà.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Vượt quá khả năng chuyên môn hoặc trang thiết bị của TTYT (cần can thiệp chuyên khoa sâu, nội soi khớp, hoặc kỹ thuật chưa triển khai).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2014). *Quyết định số 361/QĐ-BYT ngày 25/01/2014 về Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp*.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*.

3. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu*.

4. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015 về Hướng dẫn sử dụng kháng sinh*.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*.

3. THOÁI HÓA KHỚP GỐI

(M17)

I. ĐẠI CƯƠNG

Thoái hóa khớp gối là bệnh lý thoái hóa sụn khớp phổ biến nhất, đặc trưng bởi đau khớp tăng khi vận động, cứng khớp buổi sáng ngắn, thường gặp ở người lớn tuổi hoặc thừa cân, ảnh hưởng đáng kể chất lượng cuộc sống nếu không kiểm soát tốt.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng: Đau khớp gối tăng khi vận động/lên xuống cầu thang, giảm khi nghỉ; cứng khớp buổi sáng dưới 30 phút; lạo xạo khi cử động, biến dạng khớp ở giai đoạn nặng.

2. Cận lâm sàng: CTM, CRP, Acid uric; X-quang khớp gối thẳng-nghiêng, tư thế chịu lực.

3. Chẩn đoán phân biệt: Viêm khớp dạng thấp, Gout/giả gout, viêm khớp nhiễm khuẩn.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc: Điều trị lâu dài, kiểm soát yếu tố nguy cơ và bệnh đồng mắc, cá thể hóa; phối hợp thay đổi lối sống với thuốc.

2. Cụ thể:

- Giảm đau: Paracetamol (Partamol 500) 500mg x 3 lần/ngày.
- NSAIDs: Celecoxib (100-200mg/ngày) hoặc Meloxicam.
- Dưỡng xương: Calci + Vitamin D.
- PHCN: Tập cơ chi dưới, giảm cân.

3. Điều trị hỗ trợ: Tư vấn dinh dưỡng, vận động, hướng dẫn tuân thủ điều trị tại nhà.

IV. THEO DÕI ĐIỀU TRỊ

Không cần cận lâm sàng đặc hiệu; theo dõi dịch khớp nếu đã chọc hút tràn dịch.

V. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

Đợt viêm cấp (sưng, nóng, đỏ, tràn dịch khớp nhiều) cần chọc hút dịch khớp; sốt kèm sưng khớp (nghi viêm khớp nhiễm trùng); đau nhiều không đáp ứng điều trị ngoại trú; hoặc theo Quyết định số 79/QĐ-BYT.

VI. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

Đau khớp gối đã được kiểm soát ổn định, hết dấu hiệu viêm cấp/tràn dịch khớp nhiều, đi lại sinh hoạt nhẹ nhàng được, hướng dẫn tự tập luyện ngoại trú.

VII. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Vượt quá khả năng chuyên môn hoặc trang thiết bị của TTYT (cần phẫu thuật thay khớp, nội soi khớp điều trị, hoặc kỹ thuật chuyên sâu chưa triển khai).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2014). *Quyết định số 361/QĐ-BYT ngày 25/01/2014 về Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp*.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*.

3. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu*.

4. Osteoarthritis Research Society International (2019). *Guidelines for the Non-Surgical Management of Knee Osteoarthritis*.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*.

4. HỘI CHỨNG ĐAU THẮT LƯNG

(ICD-10: M54.5)

I. ĐẠI CƯƠNG

Hội chứng đau thắt lưng là triệu chứng đau vùng thắt lưng rất phổ biến, nguyên nhân đa dạng từ căng cơ đơn thuần đến thoái hóa cột sống, thoát vị đĩa đệm, cần chú ý các dấu hiệu cảnh báo nguyên nhân nguy hiểm cần can thiệp khẩn.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng: Đau vùng thắt lưng lan xuống mông-đùi, hạn chế vận động cột sống thắt lưng, co cứng cơ cạnh sống. Khai thác dấu hiệu "cờ đỏ" (sụt cân, sốt, đau về đêm không giảm khi nghỉ, rối loạn cơ tròn).

2. Cận lâm sàng: CTM, CRP, tổng phân tích nước tiểu; X-quang cột sống thắt lưng (nếu đau kéo dài >4-6 tuần hoặc có dấu hiệu báo động); Siêu âm bụng-tiết niệu.

3. Chẩn đoán phân biệt: Thoái hóa cột sống thắt lưng, sỏi thận-tiết niệu, bệnh lý phụ khoa/tiêu hóa.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc: Điều trị theo nguyên nhân kết hợp triệu chứng; theo dõi sát đáp ứng.

2. Cụ thể:

- Nghỉ ngơi tương đối, duy trì vận động nhẹ.

- Giảm đau: Paracetamol 500-1000mg x 3 lần/ngày; Meloxicam 7,5-15mg/ngày.

- Giãn cơ: Methocarbamol (Hadubamol 500) 500-750mg x 3 lần/ngày.

3. Điều trị hỗ trợ: Theo dõi sinh tồn, dinh dưỡng và chăm sóc điều dưỡng.

4. Theo dõi điều trị: Không cần cận lâm sàng đặc hiệu; MRI cột sống nếu dấu hiệu thần kinh xuất hiện/tiến triển.

V. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

Đau dữ dội không đáp ứng giảm đau, kèm dấu hiệu "cờ đỏ" (yếu chi, rối loạn cơ tròn, tê vùng yên ngựa - nghi hội chứng đuôi ngựa là cấp cứu); sốt kèm đau lưng (nghi viêm đĩa đệm/áp xe); đau sau chấn thương nghi gãy xẹp đốt sống; hoặc theo Quyết định số 79/QĐ-BYT.

VI. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

Đau thắt lưng giảm rõ rệt, vận động cột sống cải thiện, không còn dấu hiệu "cờ đỏ" hoặc hội chứng đuôi ngựa, sinh hoạt cá nhân độc lập.

VII. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Diễn tiến nặng vượt quá khả năng của TTYT (cần phẫu thuật ngoại thần kinh cấp cứu, MRI chuyên sâu, hoặc kỹ thuật chưa triển khai).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2014). *Quyết định số 361/QĐ-BYT ngày 25/01/2014 về Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp*.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*.

3. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu*.

4. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*.

5. Bộ Y tế (2022). *Dược thư Quốc gia Việt Nam*, NXB Y học.

5. ĐAU THẦN KINH TỌA

(ICD-10: M54.4)

I. ĐẠI CƯƠNG

Đau thần kinh tọa là đau lan theo đường đi của dây thần kinh tọa (từ thắt lưng xuống mặt sau đùi-cẳng chân), nguyên nhân thường gặp nhất là thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng chèn ép rễ thần kinh.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng: Đau lan dọc theo đường đi thần kinh tọa, kèm tê bì; đau tăng khi ho, hắt hơi, rặn; nghiệm pháp Lasègue dương tính; yếu cơ/giảm cảm giác theo rễ.

2.Cận lâm sàng: CTM, CRP, X-quang cột sống thắt lưng, MRI cột sống thắt lưng (khi có dấu hiệu báo động).

3. Chẩn đoán phân biệt: Thoát vị đĩa đệm chèn ép rễ, hẹp ống sống, đau do bệnh lý cơ-xương khớp vùng chậu-hông.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc: Điều trị theo nguyên nhân kết hợp triệu chứng; theo dõi sát đáp ứng.

2. Cụ thể:

- Thuốc thần kinh: Gabapentin (100-300mg uống/tối) hoặc Pregabalin (75mg uống/tối).

- Vitamin nhóm B: Vitamin B1-B6-B12 hoặc Mecobalamin 500mcg.

- PHCN: Kéo giãn, điện xung, bài tập phù hợp.

- *Điều trị hỗ trợ:* Theo dõi sinh tồn, dinh dưỡng, chăm sóc điều dưỡng.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

Đau dữ dội không đáp ứng thuốc, yếu cơ tiến triển (bàn chân rủ), rối loạn cơ tròn (hội chứng đuôi ngựa - cấp cứu phẫu thuật giải ép); không đáp ứng điều trị nội khoa/VLTL sau 4-6 tuần; hoặc theo Quyết định số 79/QĐ-BYT.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

Đau thần kinh tọa thuyên giảm, Lasègue âm tính hoặc cải thiện rõ, lực cơ chi dưới phục hồi tốt, không có rối loạn cơ tròn, đi lại được.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Vượt quá khả năng chuyên môn hoặc trang thiết bị của TTYT (cần phẫu thuật cột sống chuyên khoa sâu, MRI cấp cứu, hoặc kỹ thuật chưa triển khai).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2014). *Quyết định số 361/QĐ-BYT ngày 25/01/2014 về Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp*.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*.

3. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu*.

4. Bộ Y tế (2022). *Dược thư Quốc gia Việt Nam*, NXB Y học.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*.

6. VIÊM ĐIỂM BÁM GÂN - PHẦN MỀM QUANH KHỚP

(ICD-10: M76.9)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm điểm bám gân và phần mềm quanh khớp là tình trạng viêm tại vị trí gân bám vào xương hoặc các cấu trúc phần mềm quanh khớp, thường do vận động lặp lại quá mức hoặc chấn thương vi thể tích lũy.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng: Đau khu trú tại điểm bám gân vào xương (gối, khuỷu, vai, gót); đau tăng khi vận động/co cơ liên quan; ấn đau chói tại điểm bám gân; không kèm sưng nóng đỏ lan tỏa toàn khớp.

2. Cận lâm sàng: CRP, acid uric; Siêu âm phần mềm vùng đau; X-quang (nếu nghi tổn thương xương).

3. Chẩn đoán phân biệt: Viêm khớp phản ứng, bệnh lý cột sống huyết thanh âm tính.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc: Điều trị theo nguyên nhân kết hợp triệu chứng; theo dõi sát đáp ứng.

2. Cụ thể:

- Nghỉ ngơi, hạn chế vận động gây đau.

- Kháng viêm giảm đau: Meloxicam 7,5-15mg/ngày hoặc Celecoxib 100-200mg x 2 lần/ngày x 7-10 ngày.

- Trường hợp không đáp ứng thuốc uống sau 2-4 tuần: Chuyển chuyên khoa xem xét tiêm corticoid tại chỗ (tại cơ sở đủ điều kiện).

- *Điều trị hỗ trợ:* Theo dõi sinh tồn, dinh dưỡng, chăm sóc điều dưỡng.

4. Theo dõi điều trị

Siêu âm phần mềm kiểm tra nếu không đáp ứng điều trị hoặc nghi áp xe hóa.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

Đau cấp nhiều kèm sưng nóng đỏ nghi nhiễm trùng phần mềm/viêm bao hoạt dịch nhiễm khuẩn; áp xe hóa cần rạch dẫn lưu; không đáp ứng điều trị bảo tồn kéo dài ảnh hưởng chức năng; hoặc theo Quyết định số 79/QĐ-BYT.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

Hết đau chói tại điểm bám gân, hết dấu hiệu viêm cấp/áp xe, vận động khớp liên quan trở lại bình thường hoặc gần như bình thường.

VII. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Diễn tiến nặng vượt quá khả năng chuyên môn hoặc trang thiết bị của TTYT (cần phẫu thuật chuyên khoa sâu, thủ thuật phức tạp chưa triển khai).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2014). *Quyết định số 361/QĐ-BYT ngày 25/01/2014 về Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp*.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*.

3. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu*.

4. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015 về Hướng dẫn sử dụng kháng sinh*.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*.

7. BỆNH LOÃNG XƯƠNG

(ICD-10: M81.9)

I. ĐẠI CƯƠNG

Loãng xương là tình trạng giảm mật độ xương và chất lượng vi cấu trúc xương, làm tăng nguy cơ gãy xương dù chấn thương nhẹ, thường gặp ở phụ nữ sau mãn kinh và người cao tuổi, tiến triển âm thầm không triệu chứng cho đến khi gãy xương.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng: Đa số không triệu chứng, phát hiện tình cờ qua đo mật độ xương hoặc khi gãy xương; đau lưng mạn tính do lún đốt sống, giảm chiều cao, gù lưng.

2. Cận lâm sàng: Calci, phospho, Vitamin D, chức năng thận; X-quang cột sống (nếu nghi lún đốt sống); Đo mật độ xương (DEXA).

3. Chẩn đoán phân biệt: Loãng xương thứ phát (cường giáp, dùng corticoid kéo dài), đa u tủy xương.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc: Điều trị lâu dài, kiểm soát yếu tố nguy cơ và bệnh đồng mắc, cá thể hóa; phối hợp thay đổi lối sống với thuốc.

2. Cụ thể:

- Bổ sung Calci và Vitamin D (Calci D-Hasan/Caldihasan, kết hợp Goldgro W 400IU).

- Thuốc đặc trị chống hủy xương (như Bisphosphonates theo phác đồ tuyến) khi có chỉ định xác định từ kết quả DEXA.

- Vận động nhẹ nhàng, chế độ ăn giàu calci.

3. Điều trị hỗ trợ: Tư vấn dinh dưỡng, vận động, hướng dẫn tuân thủ điều trị tại nhà và tái khám định kỳ.

4. Theo dõi điều trị: Định kỳ kiểm tra Calci máu, chức năng thận; đo lại DEXA sau 1-2 năm điều trị.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

Gãy xương do loãng xương cấp tính (gãy cổ xương đùi, lún xẹp đốt sống gây đau dữ dội); cần điều trị nội trú giảm đau và đánh giá toàn diện; hoặc theo Quyết định số 79/QĐ-BYT.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

Đau do gãy lún đốt sống/gãy xương đã được kiểm soát ổn định, vận động tự chủ ở mức độ cho phép, tuân thủ phác đồ uống thuốc và bổ sung calci/vitamin D ngoại trú.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Đo mật độ xương (DEXA) nếu TTYT chưa trang bị; hoặc biến chứng gãy xương phức tạp vượt khả năng phẫu thuật/điều trị của TTYT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2014). *Quyết định số 361/QĐ-BYT ngày 25/01/2014 về Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp*.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*.

3. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu*.

4. Bộ Y tế (2022). *Dược thư Quốc gia Việt Nam*, NXB Y học.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*.

8. GOUT

(ICD-10: M10.9)

I. ĐẠI CƯƠNG

Gout là bệnh viêm khớp do lắng đọng tinh thể Urat natri tại khớp và mô mềm, hậu quả của tăng Acid Uric máu kéo dài. Bệnh thường gặp ở nam giới trung niên, biểu hiện bằng các đợt viêm khớp cấp tái phát, về lâu dài có thể hình thành hạt Tophi và tổn thương khớp mạn tính nếu không kiểm soát Acid Uric máu.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng: Đau khớp cấp tính, đột ngột, dữ dội, thường tại khớp bàn ngón chân cái; khớp sưng nóng đỏ căng, đau nhiều về đêm.

2. Cận lâm sàng: Acid uric máu, CTM, CRP, Creatinin; Dịch khớp tìm tinh thể urat; X-quang khớp/Siêu âm khớp (dấu hiệu "đường đôi").

3. Chẩn đoán phân biệt: Viêm khớp nhiễm khuẩn, giả gout, viêm khớp dạng thấp.

4. Phân độ: Cơn Gout cấp đơn thuần và Gout mạn tính có hạt Tophi/tổn thương khớp mạn.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc: Điều trị cắt cơn cấp, kiểm soát Acid Uric lâu dài, điều trị bệnh đồng mắc và thay đổi lối sống.

2. Cụ thể:

- Cơn Gout cấp: Colchicin 1mg liều đầu, sau đó 0,5mg mỗi 1-2 giờ (tối đa 1,5-2mg/ngày đầu) hoặc NSAIDs (Celecoxib).

- Trường hợp không đáp ứng/chống chỉ định: Corticoid ngắn ngày (Prednisolon 20-30mg/ngày x 3-5 ngày giảm dần).

- Hạ Acid Uric lâu dài (bắt đầu sau khi hết cơn cấp ≥ 2 tuần): Allopurinol (Angut 300) khởi đầu 100mg/ngày, tăng dần.

3. Điều trị hỗ trợ: Tư vấn dinh dưỡng (hạn chế đạm purin cao, rượu bia), uống nhiều nước, tái khám định kỳ.

4. Theo dõi điều trị: Acid Uric máu, chức năng thận định kỳ; CRP/CTM nếu cần phân biệt viêm khớp nhiễm khuẩn.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

Cơn Gout cấp dữ dội không đáp ứng thuốc giảm đau ngoại trú; sốt kèm sưng khớp (cần loại trừ viêm khớp nhiễm khuẩn bằng chọc hút dịch khớp); đợt cấp trên bệnh nhân có bệnh nền nặng (suy thận, suy tim); biến chứng hạt Tophi loét/nhiễm trùng; hoặc theo Quyết định số 79/QĐ-BYT.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

Cơn đau cấp đã thuyên giảm hoàn toàn, các dấu hiệu sưng nóng đỏ khớp mất đi, Acid Uric máu ổn định hoặc có kế hoạch theo dõi tiếp tục tại ngoại trú.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Biến chứng nặng vượt khả năng chuyên môn/trang thiết bị của TTYT (cần phẫu thuật cắt hạt tophi bội nhiễm phức tạp, lọc máu do suy thận cấp do gout, hoặc kỹ thuật chưa triển khai).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2014). *Quyết định số 361/QĐ-BYT ngày 25/01/2014 về Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp*.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*.

3. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu*.

4. American College of Rheumatology (2020). *Guideline for the Management of Gout*.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*.

9. THOÁI HÓA CỘT SỐNG THẮT LƯNG

(ICD-10: M47.8)

I. ĐẠI CƯƠNG

Thoái hóa cột sống thắt lưng là quá trình lão hóa tự nhiên của đĩa đệm và các khớp cột sống thắt lưng, gây đau lưng mạn tính, có thể kèm chèn ép rễ thần kinh nếu có thoát vị đĩa đệm hoặc hẹp ống sống kèm theo.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng: Đau thắt lưng mạn tính âm ỉ, tăng khi vận động/đứng lâu, giảm khi nghỉ; tê/cứng nhẹ chi dưới nếu có hẹp lỗ liên hợp; cứng cột sống buổi sáng, hạn chế tầm vận động cúi-ngửa.

2. Cận lâm sàng: CTM, CRP, X-quang cột sống thắt lưng, MRI cột sống thắt lưng (khi cần thiết).

2. Chẩn đoán phân biệt: Thoát vị đĩa đệm, loãng xương kèm lún đốt sống, viêm cột sống dính khớp.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc: Điều trị lâu dài, kiểm soát yếu tố nguy cơ và bệnh đồng mắc, cá thể hóa; phối hợp thay đổi lối sống với thuốc.

2. Cụ thể:

- Giảm đau: Paracetamol 500-1000mg x 3 lần/ngày, phối hợp Meloxicam 7,5mg/ngày trong đợt cấp.

- Giãn cơ: Eperison (Ryzonal 50) 50mg x 3 lần/ngày nếu co cứng cơ.

- Bổ sung Calci-Vitamin D nếu có loãng xương kèm theo.

- Vật lý trị liệu, tập luyện tăng cường cơ cạnh sống.

3. Điều trị hỗ trợ: Tư vấn dinh dưỡng, vận động, hướng dẫn tuân thủ điều trị tại nhà và tái khám định kỳ.

4. Theo dõi điều trị: Không cần cận lâm sàng đặc hiệu; X-quang/MRI cột sống nếu đau tiến triển hoặc nghi gãy xẹp.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

Đau cấp dữ dội không đáp ứng thuốc, có dấu hiệu chèn ép thần kinh (yếu chi, rối loạn cơ tròn - đánh giá khẩn); gãy xẹp đốt sống do loãng xương kèm đau cấp; ảnh hưởng vận động nặng cần vật lý trị liệu tích cực nội trú ngắn ngày; hoặc theo Quyết định số 79/QĐ-BYT.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

Đau thắt lưng giảm rõ, không còn dấu hiệu chèn ép thần kinh tiến triển, vận động cột sống trong giới hạn cho phép để tự sinh hoạt, tiếp tục duy trì vật lý trị liệu và thuốc ngoại trú.

VII. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Diễn tiến nặng vượt quá khả năng chuyên môn/trang thiết bị của TTYT (cần phẫu thuật chuyên khoa ngoại thần kinh/cột sống, MRI chuyên sâu, hoặc kỹ thuật chưa triển khai).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2014). *Quyết định số 361/QĐ-BYT ngày 25/01/2014 về Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp*.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*.

3. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu*.

4. Bộ Y tế (2022). *Dược thư Quốc gia Việt Nam*, NXB Y học.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*.

10. VIÊM BÀNG QUANG CẤP

(ICD-10: N30.0)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm bàng quang cấp là nhiễm trùng đường tiết niệu dưới thường gặp, đặc biệt ở nữ giới do niệu đạo ngắn, biểu hiện tiểu buốt-tiểu rắt-tiểu nhiều lần, đáp ứng tốt với kháng sinh đường uống trong đa số trường hợp.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng: Tiểu buốt, tiểu rắt, tiểu nhiều lần, nước tiểu đục hoặc có mùi hôi; có thể đau tức vùng hạ vị; không sốt cao (phân biệt với viêm thận-bể thận).

2. Cận lâm sàng: Tổng phân tích nước tiểu (bạch cầu, nitrit dương tính); Cấy nước tiểu (nếu tái phát/điều trị thất bại); Siêu âm bụng-tiết niệu.

3. Chẩn đoán phân biệt: Viêm bể thận cấp, viêm niệu đạo.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc: Kháng sinh/kháng vi sinh vật theo kinh nghiệm dựa trên tác nhân thường gặp và mức độ nặng, xuống thang hoặc điều chỉnh theo kết quả vi sinh nếu có; phối hợp điều trị triệu chứng và biến chứng.

2. Cụ thể:

- Cefixim (Cefixim 200) 200mg x 2 lần/ngày x 5-7 ngày, hoặc

- Ciprofloxacin 500mg x 2 lần/ngày x 3-5 ngày.

- *Điều trị hỗ trợ:* Hạ sốt, bù dịch-điện giải, dinh dưỡng đầy đủ, theo dõi sát dấu hiệu nặng/biến chứng.

4. Theo dõi điều trị: Tổng phân tích nước tiểu kiểm tra sau 48-72 giờ dùng kháng sinh nếu triệu chứng không cải thiện.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

Sốt cao, đau hông lưng (nghi viêm thận-bể thận cấp - biến chứng đi lên); đái máu đại thể nhiều, bí tiểu cấp; không đáp ứng kháng sinh uống sau 48-72 giờ, hoặc ở người có bệnh nền (đái tháo đường, suy giảm miễn dịch, thai kỳ); hoặc theo Quyết định số 79/QĐ-BYT.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

Hết sốt (nếu có), hết các triệu chứng rối loạn tiểu tiện (tiểu buốt, tiểu rắt), kết quả tổng phân tích nước tiểu cải thiện hoặc bình thường, người bệnh ăn uống tốt, có thể tiếp tục hoàn tất đợt kháng sinh ngoại trú.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Diễn tiến nặng vượt quá khả năng chuyên môn hoặc trang thiết bị của TTYT (cần can thiệp ngoại khoa tiết niệu phức tạp, hồi sức tích cực, hoặc kỹ thuật chưa triển khai).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015 về Hướng dẫn sử dụng kháng sinh*.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*.

3. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu*.

4. European Association of Urology (2024). *Guidelines on Urological Infections*.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*.

11. VIÊM NIỆU ĐẠO CẤP KHÔNG DO LẬU

(ICD-10: N34.1)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm niệu đạo cấp không do lậu là nhiễm trùng niệu đạo thường do Chlamydia trachomatis hoặc các tác nhân khác ngoài lậu cầu, lây truyền qua đường tình dục, cần điều trị đồng thời cho bạn tình.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Tiểu buốt, tiểu rắt, ngứa dọc niệu đạo.

- Chảy dịch niệu đạo (thường dịch trong hoặc loãng, ít nhầy mủ hơn viêm niệu đạo do lậu).

2. Cận lâm sàng

- Soi/nhuộm Gram dịch niệu đạo (loại trừ song cầu Gram âm nội bào để loại lậu).

- Xét nghiệm sàng lọc lậu cầu (nếu nghi ngờ đồng nhiễm).

- Xét nghiệm tìm *Chlamydia trachomatis* (PCR hoặc Test nhanh nếu có điều kiện).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm niệu đạo do lậu (*Neisseria gonorrhoeae*).

- Viêm bàng quang cấp / Nhiễm khuẩn tiết niệu dưới.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm hướng tới tác nhân phổ biến (*Chlamydia trachomatis*), kết hợp điều trị đồng thời cho bạn tình và tư vấn kiêng quan hệ tình dục trong thời gian điều trị.

2. Điều trị cụ thể (Thuốc + Liều + Đường dùng)

- *Lựa chọn ưu tiên:* Doxycyclin 100mg, uống 2 lần/ngày x 7 ngày.

- *Trường hợp phụ nữ có thai hoặc chống chỉ định với Doxycyclin:* Azithromycin 1g uống liều duy nhất.

- *Điều trị kết hợp:* Trị liệu dự phòng lậu cầu đi kèm nếu chưa loại trừ được lậu: Cefixim 400mg uống 1 liều duy nhất.

3. Điều trị hỗ trợ

- Uống nhiều nước, vệ sinh bộ phận sinh dục sạch sẽ.

4. Theo dõi điều trị

- Tái khám sau khi hoàn tất liệu trình kháng sinh hoặc khi triệu chứng không giảm.

- Xét nghiệm lại dịch niệu đạo kiểm tra nếu triệu chứng tồn tại hoặc tái phát không đáp ứng kháng sinh.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Thường điều trị ngoại trú.

- Có biến chứng: Viêm mào tinh hoàn - tinh hoàn cấp kèm theo (sưng đau bìu, sốt), áp xe tuyến Bartholin, hoặc bí tiểu do hẹp niệu đạo biến chứng.

- Không đáp ứng điều trị kháng sinh nhiều đợt.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN (Áp dụng khi bệnh nhân điều trị nội trú do biến chứng)

- Hết tiểu buốt, hết chảy dịch niệu đạo.

- Các triệu chứng viêm mào tinh hoàn hoặc biến chứng đã ổn định.

- Hoàn thành liệu trình kháng sinh nội trú.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Diễn tiến nặng (biến chứng lan rộng, sốt cao, áp xe bìu cần can thiệp ngoại khoa) hoặc vượt khả năng chuyên môn/trang thiết bị hiện có của TTYT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015 về Hướng dẫn sử dụng kháng sinh*.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*.

3. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu*.

4. European Association of Urology (2024). *Guidelines on Urological Infections*.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*.

12. VIÊM MŨI DỊ ỨNG

(ICD-10: J30.4)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm mũi dị ứng là bệnh viêm niêm mạc mũi do phản ứng quá mẫn của hệ miễn dịch với các dị nguyên trong không khí (phấn hoa, bụi nhà, lông thú, nấm mốc...), gây hắt hơi, ngứa mũi, chảy nước mũi và nghẹt mũi, ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Hắt hơi thành tràng, ngứa mũi, chảy nước mũi trong, nghẹt mũi.

- Triệu chứng xuất hiện hoặc nặng lên khi tiếp xúc với dị nguyên hoặc thay đổi thời tiết, theo mùa hoặc quanh năm.

- Có thể kèm ngứa mắt, đỏ mắt, chảy nước mắt do viêm kết mạc dị ứng phối hợp.

2. Cận lâm sàng

- Không bắt buộc xét nghiệm đặc hiệu nếu chẩn đoán lâm sàng rõ.

- Test bì hoặc định nghĩa IgE đặc hiệu (nếu cần xác định dị nguyên).

- X-quang xoang hoặc nội soi tai mũi họng khi nghi ngờ viêm xoang phối hợp hoặc biến chứng polyp mũi.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm mũi vận mạch.

- Viêm mũi xoang nhiễm khuẩn cấp/mạn.

- Polyp mũi (nghẹt mũi kéo dài một bên hoặc hai bên, ít đáp ứng thuốc thông thường).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Tránh tiếp xúc với dị nguyên nếu có thể.

- Kết hợp điều trị nội khoa giảm triệu chứng và kiểm soát viêm niêm mạc mũi.

2. Điều trị cụ thể (Thuốc + Liều + Đường dùng)

- *Kháng histamin thế hệ 2 (uống):* Cetirizin 10mg/tối hoặc Fexofenadin 120mg-180mg/ngày.

- *Corticoid xịt mũi:* Budesonid xịt mũi hoặc Fluticason xịt mũi 1-2 nhát/bên lỗ mũi/ngày.

- *Thuốc co mạch mũi (chỉ dùng ngắn hạn ≤7 ngày để tránh viêm mũi do thuốc):* Naphazolin 0.05% nhỏ mũi khi nghẹt mũi nặng.

3. Điều trị hỗ trợ

- Rửa mũi bằng nước muối sinh lý hàng ngày.

- Tránh khói thuốc lá, bụi bẩn và các yếu tố kích thích đường thở.

4. Theo dõi điều trị

- Đánh giá mức độ đáp ứng triệu chứng sau 1-2 tuần điều trị khởi đầu.

- Tái khám định kỳ để điều chỉnh bậc điều trị (tăng giảm liều corticoid xịt).

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Điều trị ngoại trú là chủ yếu.

- Nhập viện rất hiếm, chỉ định khi có biến chứng nặng: Kèm cơn hen phế quản cấp nặng do dị ứng, phù nề vùng miệng họng ảnh hưởng hô hấp nặng, hoặc bội nhiễm xoang nặng kèm sốt cao.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Các triệu chứng cấp tính (nghẹt mũi nặng, khó thở kèm theo, bội nhiễm) đã được kiểm soát ổn định, chuyển sang điều trị và theo dõi ngoại trú.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Diễn tiến nặng, biến chứng hô hấp nặng vượt quá khả năng chuyên môn hoặc trang thiết bị của TTYT (cần can thiệp chuyên khoa Tai Mũi Họng sâu hoặc Hô hấp/ICU).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 5643/QĐ-BYT về Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng*.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*.

3. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu*.

4. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) (2020). *Guidelines for Allergic Rhinitis*.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*.

13. MÀY ĐAY

(ICD-10: L50.9)

I. ĐẠI CƯƠNG

Mày đay là phản ứng da cấp hoặc mạn tính đặc trưng bởi các sẩn phù ngứa, có thể kèm phù mạch, nguyên nhân đa dạng (dị ứng thuốc/thức ăn, nhiễm trùng, vật lý...), cần cảnh giác dấu hiệu phản vệ khi có phù mạch đường thở.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Sẩn phù ngứa nhiều, nổi thành mảng gồ cao hơn mặt da, ranh giới rõ, di chuyển vị trí và biến mất nhanh (thường dưới 24 giờ mà không để lại tổn thương da tồn lưu).

- Có thể kèm phù mạch (phù môi, mí mắt, bộ phận sinh dục).

- Đánh giá xem có dấu hiệu phản vệ (khó thở, tụt huyết áp, đau bụng).

2. Cận lâm sàng

- Không cần xét nghiệm nếu là mày đay cấp tính điển hình.

- Công thức máu, tốc độ lắng máu (ESR), chức năng gan/thận, IgE tổng số... nếu mày đay mạn tính kéo dài > 6 tuần để tìm nguyên nhân.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Phản vệ độ II trở lên (có kèm triệu chứng toàn thân như khó thở, trụy mạch).

- Viêm mạch mày đay (Urticarial vasculitis): Tổn thương tồn tại > 24 giờ, khi biến mất để lại vết thâm hoặc dát da tăng sắc tố, có thể đau thay vì ngứa.

- Hồng ban đa dạng.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Loại bỏ yếu tố khởi phát (nếu tìm được).

- Sử dụng kháng histamin là nền tảng; kiểm soát triệu chứng và ngăn ngừa tái phát.

2. Điều trị cụ thể (Thuốc + Liều + Đường dùng)

- *Kháng Histamin thế hệ 2:* Cetirizin 10mg/ngày hoặc Levocetirizin 5mg/ngày hoặc Fexofenadin 120-180mg/ngày x 7-14 ngày.

- *Trường hợp không đáp ứng:* Tăng liều kháng Histamin thế hệ 2 lên gấp 2-4 lần theo hướng dẫn chuyên khoa da liễu.

- *Mày đay nặng / Phù mạch nhẹ:* Sử dụng đợt ngắn Methylprednisolon hoặc Prednisolon uống liều đơn ngắn ngày (3-5 ngày).

- *Phù mạch đường thở / Sốc phản vệ:* Xử trí cấp cứu theo phác đồ Phản vệ (Tiêm bắp Adrenalin ngay lập tức) và chuyển tuyến cấp cứu, tuyệt đối không xử trí đơn thuần tại phòng khám ngoại trú.

3. Điều trị hỗ trợ

- Tránh gãi, mặc quần áo rộng, chườm mát vùng da bị ngứa.

4. Theo dõi điều trị

- Theo dõi sát dấu hiệu phù mạch vùng hầu họng, khó thở trong giai đoạn cấp.

- Đánh giá tần suất tái phát sẩn phù sau 1-2 tuần điều trị ngoại trú.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Mày đay cấp kèm phù mạch vùng hầu họng, thanh quản (nguy cơ tắc nghẽn đường thở) - CẤP CỨU.

- Mày đay kèm dấu hiệu phản vệ (khó thở, tụt huyết áp, nôn ói, đau bụng) - theo dõi tại viện ít nhất 24 giờ.

- Mày đay mạn tính lan rộng nặng, ảnh hưởng lớn đến giấc ngủ và sinh hoạt, không đáp ứng điều trị ngoại trú.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết sẩn phù hoàn toàn hoặc các tổn thương giảm rõ rệt, không còn phù mạch, không có dấu hiệu khó thở hay rối loạn huyết động.

- Bệnh nhân tự chủ được việc dùng thuốc ngoại trú.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Phản vệ nặng, phù mạch đường thở không đáp ứng xử trí ban đầu tại TTYT.

- Mày đay mạn tính kháng trị, nghi ngờ viêm mạch mày đay hoặc bệnh lý hệ thống phức tạp vượt khả năng tuyến cơ sở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 75/QĐ-BYT ngày 13/01/2015 về Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh da liễu*.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*.

3. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu*.

4. European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI) (2021). *Guideline for Urticaria*.

14. VIÊM DA DỊ ỨNG (ECZEMA / ATOPIC DERMATITIS)

(ICD-10: L23.9)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm da dị ứng (chàm thể tạng) là bệnh viêm da mạn tính, tái phát, đặc trưng bởi ngứa dữ dội và tổn thương da khô, đỏ, tróc vảy, thường có liên quan đến cơ địa dị ứng bản thân hoặc gia đình.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Da khô, đỏ, ngứa nhiều, tróc vảy.

- Vị trí điển hình: Các nếp gấp lớn (khuỷu tay, khoeo chân) ở trẻ em/thiếu niên, hoặc bàn tay, cổ, mặt ở người lớn.

- Gãi nhiều gây trầy xước, chảy dịch rớm (giai đoạn cấp) hoặc dày sừng, lichen hóa (giai đoạn mạn).

2. Cận lâm sàng

- Không bắt buộc xét nghiệm đặc hiệu trong trường hợp điển hình.

- Soi tươi tìm nấm (nếu tổn thương dạng vòng tròn ranh giới rõ để loại trừ nấm da).

- Công thức máu, IgE tổng số (nếu cần hỗ trợ đánh giá cơ địa dị ứng).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm da tiếp xúc kích ứng hoặc dị ứng.

- Nấm da (Dermatophytosis).

- Vảy nến (tổn thương mảng đỏ ranh giới rất rõ, vảy bạc dày).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Phục hồi hàng rào bảo vệ da bằng dưỡng ẩm thường xuyên.

- Giảm viêm, giảm ngứa bằng corticoid bôi tại chỗ (hoặc thuốc ức chế calcineurin) trong đợt cấp.

- Kiểm soát bội nhiễm vi khuẩn khi có dấu hiệu nhiễm trùng thứ phát.

2. Điều trị cụ thể (Thuốc + Liều + Đường dùng)

- *Dưỡng ẩm da:* Bôi kem/lotion dưỡng ẩm không mùi thường xuyên (ít nhất 2 lần/ngày, đặc biệt ngay sau khi tắm).

- *Corticoid bôi tại chỗ (mức độ nhẹ đến trung bình):* Hydrocortison butyrat hoặc Betamethason valerat bôi lớp mỏng 1-2 lần/ngày x 7-14 ngày trong đợt cấp, sau đó giảm liều.

- *Kháng Histamin uống giảm ngứa:* Cetirizin 10mg/ngày hoặc Chlorpheniramin 4mg uống khi ngứa nhiều về đêm.

- *Bội nhiễm da:* Kháng sinh bôi (Fucidin) hoặc kháng sinh uống tùy mức độ nặng (ví dụ: Amoxicillin - Clavulanat).

3. Điều trị hỗ trợ

- Tắm nước ấm vừa phải, tránh xà phòng có chất tẩy mạnh. Cắt móng tay ngắn để hạn chế gãi gây trầy xước bội nhiễm.

4. Theo dõi điều trị

- Đánh giá mức độ liền da, giảm ngứa và tình trạng khô da sau 1-2 tuần điều trị.

- Theo dõi tác dụng phụ của corticoid bôi tại chỗ kéo dài (teo da, rạn da).

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Điều trị ngoại trú là chủ yếu.

- Bội nhiễm da lan rộng toàn thân kèm sốt cao, hội chứng nhiễm trùng rõ.

- Viêm da dị ứng lan tỏa nặng toàn thân (đỏ da toàn thân do chàm), không đáp ứng điều trị tại chỗ ngoại trú.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Tổn thương da đã khô miệng, giảm hẳn đỏ và ngứa, không còn sốt, hết dấu hiệu bội nhiễm cấp tính.

- Bệnh nhân/người nhà nắm vững cách bôi thuốc và dưỡng ẩm chăm sóc tại nhà.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Viêm da nặng lan tỏa diện rộng kháng trị, đỏ da toàn thân do chàm, hoặc có nguy cơ biến chứng nhiễm trùng nặng vượt khả năng điều trị tại TTYT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 75/QĐ-BYT ngày 13/01/2015 về Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh da liễu*.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*.

3. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu*.

4. Bộ Y tế (2022). *Dược thư Quốc gia Việt Nam*, NXB Y học.

15. ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

(ICD-10: E11.9)

I. ĐẠI CƯƠNG

Đái tháo đường (ĐTD) là bệnh rối loạn chuyển hóa mạn tính đặc trưng bởi tăng glucose máu mạn tính do khiếm khuyết về tiết insulin, về tác dụng của insulin, hoặc cả hai. Bệnh gây tổn thương nhiều cơ quan (mạch máu lớn và mạch máu nhỏ) nếu không kiểm soát tốt.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Các triệu chứng kinh điển: Tiểu nhiều, uống nhiều, ăn nhiều, sụt cân không rõ nguyên nhân.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán (chọn 1 trong các tiêu chuẩn sau):

- Glucose huyết tương lúc đói (FPG) $\geq$ 7,0 mmol/L($\geq$ 126 mg/dL); hoặc

- Glucose huyết tương bất kỳ $\geq$ 11,1 mmol/L($\geq$ 200 mg/dL) kèm triệu chứng kinh điển; hoặc

- Glucose huyết tương ở thời điểm 2 giờ sau nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống 75g $\geq$ 11,1 mmol/L; hoặc

- HbA1c $\geq$ 6,5%(48 mmol/mol).

2. Cận lâm sàng

- Glucose máu đói, HbA1c, định lượng lipid máu, chức năng thận (Creatinin, eGFR), tổng phân tích nước tiểu (tìm vi đạm niệu), ECG.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Đái tháo nhạt.

- Tăng đường huyết do stress cấp tính (bệnh cấp tính, nhồi máu cơ tim, dùng corticoid).

4. Phân độ / Đánh giá kiểm soát

- Kiểm soát tốt: HbA1c $<$ 7%(tùy đối tượng cá thể hóa).

- Kiểm soát chưa tốt: HbA1c từ 7 $-$ 9%.

- Kiểm soát kém: HbA1c $>$ 9%.

- Biến chứng cấp tính: Nhiễm toan ceton (DKA), tăng áp lực thẩm thấu máu, hạ đường huyết.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị toàn diện, lâu dài: Kết hợp chế độ dinh dưỡng, vận động hợp lý với thuốc hạ đường huyết.

- Cá thể hóa mục tiêu điều trị (đặc biệt theo tuổi, bệnh lý tim mạch, thận đi kèm).

- Kiểm soát đồng thời huyết áp và rối loạn lipid máu.

2. Điều trị cụ thể (Thuốc + Liều + Đường dùng)

- *Thay đổi lối sống:* Chế độ ăn giảm tinh bột hấp thu nhanh, tăng xơ; tập thể lực đều đặn ≥ 150phút/tuần.

- *Khởi trị (nếu không có chống chỉ định):* Metformin 500mg - 850mg uống 1-2 lần/ngày trong hoặc ngay sau bữa ăn, tăng dần liều dung nạp.

- *Phối hợp thuốc (nếu HbA1c chưa đạt mục tiêu sau 3 tháng):* Phối hợp thêm nhóm Sulfonylurea (Gliclazid 30-60mg/ngày hoặc Glimepirid 2-4mg/ngày), hoặc ức chế SGLT2, hoặc ức chế DPP-4.

- *Điều trị bằng Insulin:* Chỉ định khi ĐTD típ 1, ĐTD típ 2 mất bù, suy thận nặng, có biến chứng cấp, hoặc thất bại với thuốc uống tối đa (ví dụ: Insulin hỗn hợp tiêm dưới da 2 lần/ngày).

3. Điều trị hỗ trợ

- Giáo dục bệnh nhân tự theo dõi đường huyết mao mạch tại nhà, nhận biết và xử trí sớm hạ đường huyết.

4. Theo dõi điều trị

- Đo đường huyết mao mạch trước ăn/trước ngủ hàng ngày khi nằm viện hoặc khi chỉnh liều thuốc.

- Định kỳ đo HbA1c mỗi 3 tháng (khi chưa đạt mục tiêu) hoặc mỗi 6 tháng (khi đã ổn định).

- Định kỳ kiểm tra chức năng thận, mỡ máu, khám mắt và bàn chân.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Đường huyết mất kiểm soát nặng: Tăng đường huyết trên 400 mg/dL ($\approx 22{,}2$ mmol/L) hoặc kèm nhiễm toan ceton, tăng áp lực thẩm thấu máu.

- Hạ đường huyết nặng tái phát (< 54 mg/dL) kèm rối loạn tri giác.

- Biến chứng cấp tính đi kèm: Nhiễm trùng nặng, loét bàn chân đái tháo đường nhiễm trùng sâu, nhồi máu cơ tim, đột quỵ.

- Không kiểm soát được đường huyết bằng điều chỉnh thuốc ngoại trú.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Đường huyết mao mạch ổn định trong giới hạn mục tiêu cá thể hóa (thường 7-10 mmol/L lúc đói hoặc theo chỉ định bác sĩ).

- Đã giải quyết ổn định các tình trạng cấp tính hoặc nhiễm trùng kèm theo.

- Bệnh nhân và người nhà đã thành thạo kỹ thuật tiêm insulin (nếu dùng) hoặc uống thuốc đều đặn, biết cách nhận biết triệu chứng hạ đường huyết và xử trí ban đầu.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Nhiễm toan ceton đái tháo đường nặng hoặc tăng áp lực thẩm thấu máu vượt quá khả năng hồi sức cấp cứu của TTYT.

- Biến chứng mạch máu lớn hoặc loét bàn chân hoại tử rộng cần can thiệp ngoại khoa chuyên sâu hoặc điều trị tại tuyến tỉnh/Trung ương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2020). *Quyết định số 5481/QĐ-BYT ngày 30/12/2020 về Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2*.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*.

3. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu*.

4. American Diabetes Association (ADA) (2025/2026). *Standards of Care in Diabetes*.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*.

16. TĂNG HUYẾT ÁP (ICD-10: I10)

I. ĐẠI CƯƠNG

Tăng huyết áp (THA) là bệnh lý tim mạch mạn tính phổ biến, được định nghĩa khi huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHgvà/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg. Bệnh thường diễn tiến âm thầm nhưng là nguyên nhân hàng đầu gây đột quỵ, nhồi máu cơ tim, suy tim và suy thận.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Quy trình đo huyết áp chuẩn: Nghỉ ngơi ít nhất 5 phút trước khi đo, không hút thuốc/cà phê trước 30 phút, đo ở tư thế ngồi, cánh tay ngang mức tim. Đo ít nhất 2 lần cách nhau 1-2 phút, lấy trị số trung bình.

- Chẩn đoán xác định khi Huyết áp tâm thu (HATT) ≥ 140 mmHgvà/hoặc Huyết áp tâm trương (HATTr) ≥ 90 mmHg.

2. Cận lâm sàng

- Điện tâm đồ (ECG), siêu âm tim.

- Xét nghiệm: Glucose máu, Creatinin, eGFR, điện giải đồ (Natri, Kali), acid uric, tổng phân tích nước tiểu, lipid máu toàn phần.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Tăng huyết áp áo choàng trắng.

- Tăng huyết áp thứ phát (do hẹp động mạch thận, u tuyến thượng thận, bệnh nhụy chủ...).

4. Phân độ tăng huyết áp (theo Bộ Y tế / Hội Tim mạch Việt Nam)

- *Tiền THA:* HATT 120 - 139 và/hoặc HATTr 80 - 89 mmHg.

- *THA độ 1:* HATT 140 - 159 và/hoặc HATTr 90 - 99 mmHg.

- *THA độ 2:* HATT 160 - 179 và/hoặc HATTr 100 - 109 mmHg.

- *THA độ 3:* HATT ≥ 180và/hoặc HATTr ≥ 110mmHg.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị hạ huyết áp lâu dài, hướng tới huyết áp mục tiêu (thường < 140/90 mmHghoặc < 130/80 mmHgtùy nguy cơ và độ tuổi).

- Kết hợp thay đổi lối sống với điều trị dùng thuốc đều đặn.

- Kiểm soát các yếu tố nguy cơ tim mạch kèm theo.

2. Điều trị cụ thể (Thuốc + Liều + Đường dùng)

- *Thay đổi lối sống:* Giảm ăn mặn (muối < 5g/ngày), hạn chế rượu bia, bỏ hút thuốc lá, tăng cường rau xanh, duy trì cân nặng hợp lý và tập thể lực đều đặn.

- *Khởi trị bằng thuốc (tùy mức độ và bệnh đồng mắc):*

- Ức chế men chuyển (ACEi) hoặc ức chế thụ thể ARB: Losartan 50mg - 100mg/ngày hoặc Enalapril 5mg - 10mg x 2 lần/ngày.

- Hoặc Chẹn kênh Canxi (CCB): Amlodipin 5mg - 10mg/ngày.

- Hoặc Lợi tiểu thiazide/like thiazide: Indapamid hoặc Hydrochlorothiazid.

- *Phối hợp thuốc:* Khi THA độ 2 trở lên hoặc không đạt mục tiêu bằng đơn trị liệu, khởi đầu phối hợp 2 nhóm thuốc (ưu tiên viên phối hợp cố định liều: ARB/ACEi + CCB hoặc Lợi tiểu).

- *THA độ 3 hoặc có tổn thương cơ quan đích:* Phối hợp từ 3 loại thuốc trở lên, xem xét chuyển chuyên khoa Tim mạch.

3. Điều trị hỗ trợ

- Tư vấn tuân thủ điều trị, hướng dẫn đo và ghi nhật ký huyết áp tại nhà.

4. Theo dõi điều trị

- Đo huyết áp tại giường định kỳ mỗi 8-12 giờ trong quá trình điều chỉnh thuốc ở giai đoạn cấp.

- Kiểm tra chức năng thận và điện giải đồ sau 7-14 ngày khi khởi trị hoặc tăng liều nhóm ức chế men chuyển/ARB hoặc lợi tiểu.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Cơn tăng huyết áp cấp cứu (Huyết áp $\geq 180/120$ mmHgkèm dấu hiệu tổn thương cơ quan đích mới xuất hiện: Đau ngực cấp, khó thở, suy hô hấp, thiếu sót thần kinh khu trú, nhìn mờ).

- Huyết áp tăng cao liên tục không đáp ứng với thuốc hạ áp đường uống ngoại trú.

- Biến chứng cấp tính: Đột quỵ não, phù phổi cấp, bóc tách động mạch chủ, suy thận cấp.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Huyết áp đã hạ về ngưỡng an toàn / mục tiêu điều trị và ổn định trong ít nhất 24-48 giờ không cần dùng thuốc đường tĩnh mạch.

- Các triệu chứng cấp tính hoặc tổn thương cơ quan đích đã được kiểm soát ổn định.

- Bệnh nhân hiểu rõ cách uống thuốc đều đặn và lịch tái khám định kỳ.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Cơn tăng huyết áp cấp cứu có biến chứng nặng (nhồi máu cơ tim cấp, xuất huyết não/nhồi máu não cấp, bóc tách ĐMC, suy thận cấp nặng) cần phương tiện hồi sức tích cực (ICU) hoặc chuyên khoa sâu mà TTYT chưa triển khai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phân hội Tăng huyết áp Việt Nam, Hội Tim mạch học Việt Nam (2024). *Khuyến cáo chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp*.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*.

3. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu*.

4. International Society of Hypertension (ISH) (2020). *Global Hypertension Practice Guidelines*.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*

17. SUY TIM

(ICD-10: I50.9)

I. ĐẠI CƯƠNG

Suy tim là hội chứng lâm sàng phức tạp do tổn thương cấu trúc hoặc chức năng của tim dẫn đến tâm thất không khả năng bơm máu hoặc đổ đầy máu đáp ứng nhu cầu trao đổi chất của cơ thể. Bệnh biểu hiện bằng khó thở, phù và mệt mỏi, đòi hỏi điều trị nội khoa toàn diện và lâu dài.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Khó thở khi gắng sức, khó thở khi nằm, cơn kịch phát về đêm.

- Phù ngoại biên (phù chi dưới), tĩnh mạch cổ nổi, gan to, phản hồi gan - tĩnh mạch cổ dương tính, ran ẩm đáy phổi.

- Áp dụng tiêu chuẩn Framingham ($\geq$ 2 tiêu chuẩn chính hoặc 1 chính + 2 phụ) để chẩn đoán xác định.

2. Cận lâm sàng

- Điện tâm đồ (ECG), siêu âm tim (đánh giá phân suất tống máu EF: HFrEF nếu $\leq 40\%$, HFpEF nếu $\geq 50\%$).

- Định lượng BNP hoặc NT-proBNP (nếu có điều kiện).

- Xét nghiệm: Công thức máu, chức năng thận, điện giải đồ, đường huyết, men gan.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) đợt cấp / Hen phế quản.

- Xơ gan cổ trướng, hội chứng thận hư gây phù.

4. Phân độ suy tim (theo NYHA)

- *NYHA I:* Không hạn chế hoạt động thể lực.

- *NYHA II:* Hạn chế nhẹ hoạt động thể lực.

- *NYHA III:* Hạn chế rõ rệt hoạt động thể lực (gắng sức nhẹ đã mệt/khó thở).

- *NYHA IV:* Triệu chứng xuất hiện ngay cả khi nghỉ ngơi.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Giảm triệu chứng, cải thiện khả năng gắng sức và chất lượng cuộc sống.

- Làm chậm tiến triển bệnh, giảm tỷ lệ nhập viện và tử vong bằng phác đồ điều trị nội khoa tối ưu (kết hợp thuốc kháng thể dịch, ức chế RAAS/ARNI, chẹn beta, kháng aldosterone).

2. Điều trị cụ thể (Thuốc + Liều + Đường dùng)

- *Lợi tiểu quai (giảm ứ dịch):* Furosemid 20mg - 40mg uống hoặc tiêm tĩnh mạch tùy mức độ phù và khó thở cấp.

- *Ức chế men chuyển hoặc ARB hoặc ARNI:* Enalapril 5mg x 2 lần/ngày hoặc Losartan 50mg/ngày (khởi đầu liều thấp, tăng dần).

- *Chẹn beta giao cảm (dùng khi bệnh nhân đã ổn định, khô dịch):* Bisoprolol 1.25mg - 5mg/ngày hoặc Metoprolol succinat.

- *Kháng Aldosterone:* Spironolacton 25mg/ngày (nếu EF giảm và K+ máu trong giới hạn cho phép).

- *Hạn chế muối và dịch:* Muối $<$ 2g/ngàykhi suy tim nặng.

3. Điều trị hỗ trợ

- Theo dõi cân nặng hàng ngày tại nhà (tăng $>$ 1.5 $-$ 2kgtrong vài ngày cho thấy ứ dịch).

4. Theo dõi điều trị

- Định lượng điện giải đồ, chức năng thận mỗi 24-48 giờ khi đang điều chỉnh liều lợi tiểu đường tĩnh mạch.

- Đánh giá lại cân nặng, lượng nước xuất nhập, triệu chứng khó thở hàng ngày.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Suy tim độ III - IV theo NYHA, khó thở khi nghỉ ngơi hoặc gắng sức tối thiểu, có dấu hiệu phù phổi cấp.

- SpO2 giảm, ran ẩm lan tỏa 2 phổi, phù ngoại biên tăng nhanh.

- Không đáp ứng với điều trị lợi tiểu uống ngoại trú.

- Có rối loạn nhịp tim nặng kèm theo hoặc nghi ngờ hội chứng vành cấp thúc đẩy suy tim mất bù.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết các dấu hiệu ứ dịch nặng (hết khó thở khi nghỉ, hết ran ẩm phổi, phù ngoại biên giảm rõ).

- Cân nặng đã về ngưỡng khô ban đầu, huyết áp và nhịp tim ổn định.

- Duy trì được chế độ thuốc uống ngoại trú (bao gồm lợi tiểu liều duy trì, chẹn beta, ức chế men chuyển/ARB) ít nhất 24-48 giờ trước khi xuất viện.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Suy tim nặng kháng trị với lợi tiểu liều cao, sốc tim, phù phổi cấp tiến triển suy hô hấp cần thở máy xâm nhập, rối loạn nhịp nguy hiểm tính mạng vượt quá năng lực của TTYT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2022). *Quyết định số 1857/QĐ-BYT ngày 05/7/2022 về Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị suy tim cấp và mạn*.

2. Hội Tim mạch học Việt Nam (2022). *Khuyến cáo chẩn đoán và điều trị suy tim*.

3. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*.

4. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu*.

5. European Society of Cardiology (ESC) (2021). *Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure*.

18. BỆNH TIM THIẾU MÁU CỤC BỘ / ĐAU THẮT NGỰC ỔN ĐỊNH (ICD-10: I25.9)

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh tim thiếu máu cục bộ (BTTMCB) mạn tính là tình trạng cơ tim thiếu hụt lượng máu nuôi dưỡng do xơ vữa động mạch vành gây hẹp lòng mạch. Biểu hiện lâm sàng phổ biến nhất là đau thắt ngực ổn định. Đây là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong tim mạch trên toàn cầu.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Cơn đau thắt ngực: Cảm giác đè nặng, bóp nghẹt, thắt chặt sau xương ức; có thể lan ra cằm, cổ, vai trái, mặt trong tay trái.

- Hoàn cảnh xuất hiện: Xuất hiện khi gắng sức (leo cầu thang, mang vác nặng, xúc cảm mạnh) hoặc ăn quá no, và giảm nhanh khi nghỉ ngơi hoặc ngậm Nitroglycerin (dưới 3-5 phút).

- Phân biệt đau thắt ngực ổn định (tính chất, tần suất, cường độ không đổi trong vài tuần qua) với đau thắt ngực không ổn định (xuất hiện cả khi nghỉ, tăng dần về mức độ).

2. Cận lâm sàng

- Điện tâm đồ (ECG) lúc nghỉ (bắt buộc mọi lần khám đau ngực, đánh giá sóng Q hoại tử, biến đổi ST-T).

- Xét nghiệm: Troponin I hoặc T (bắt buộc để loại trừ hội chứng vành cấp nếu đau ngực mới xuất hiện), bilan lipid máu, đường huyết, chức năng thận.

- Siêu âm tim đánh giá chức năng tâm thu thất trái, rối loạn vận động vùng.

- Nghiệm pháp gắng sức / Chụp động mạch vành (chuyển tuyến nếu TTYT chưa triển khai).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Hội chứng vành cấp (cần loại trừ khẩn cấp bằng ECG + Troponin).

- Trào ngược dạ dày thực quản, viêm loét dạ dày.

- Đau ngực do nguyên nhân cơ xương khớp (viêm sụn sườn).

4. Phân độ

- Phân độ đau thắt ngực theo CCS từ độ I đến độ IV dựa theo mức độ gắng sức gây đau.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Giảm tần suất và cường độ cơn đau thắt ngực, cải thiện chất lượng sống.

- Cải thiện tiên lượng, phòng ngừa nhồi máu cơ tim và tử vong tim mạch bằng thuốc chống kết tập tiểu cầu và thuốc hạ lipid máu (Statin).

2. Điều trị cụ thể (Thuốc + Liều + Đường dùng)

- *Kháng kết tập tiểu cầu:* Aspirin 81mg/ngày uống (hoặc Clopidogrel 75mg/ngày nếu dị ứng Aspirin).

- *Thuốc hạ lipid máu cường độ trung bình/cao:* Atorvastatin 20mg - 40mg uống buổi tối.

- *Thuốc cắt cơn đau thắt ngực nhanh:* Nitroglycerin ngậm dưới lưỡi hoặc Isosorbid dinitrat khi có cơn đau.

- *Thuốc kiểm soát tần số tim và chống đau thắt ngực kéo dài:* Chẹn beta giao cảm (Bisoprolol) hoặc chẹn kênh canxi non-dihydropyridin nếu không có chống chỉ định.

3. Điều trị hỗ trợ

- Kiểm soát tốt các yếu tố nguy cơ (THA, ĐTD, bỏ hút thuốc lá, giảm mỡ máu).

4. Theo dõi điều trị

- Tái khám định kỳ đánh giá tần suất đau ngực, tuân thủ dùng thuốc.

- Kiểm tra định kỳ men gan, CK (khi dùng Statin), mỡ máu và ECG mỗi 3-6 tháng.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Đau ngực kiểu mạch vành cấp tính (nghi ngờ hội chứng vành cấp: đau ngực khi nghỉ, kéo dài $>$ 20phút, cường độ dữ dội) - CẤP CỨU, cần ECG và men tim ngay.

- Đau thắt ngực không ổn định (tần suất và mức độ tăng nhanh rõ rệt).

- Rối loạn nhịp tim nguy hiểm hoặc suy tim cấp đi kèm.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết cơn đau ngực cấp, các men tim (Troponin) trong giới hạn bình thường hoặc ổn định.

- Huyết áp, nhịp tim và bệnh cảnh lâm sàng ổn định, người bệnh dung tốt thuốc điều trị ngoại trú.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Nghi ngờ hội chứng vành cấp (STEMI/NSTEMI) hoặc đau thắt ngực không ổn định có nguy cơ cao cần chụp và can thiệp mạch vành qua da (PCI) hoặc phẫu thuật bắc cầu chủ vành mà tuyến TTYT chưa có trang thiết bị/kỹ thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hội Tim mạch học Việt Nam (2023). *Khuyến cáo chẩn đoán và xử trí Hội chứng vành cấp*.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*.

3. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu*.

4. European Society of Cardiology (ESC) (2019). *Guidelines for Chronic Coronary Syndromes*.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*.

19. HẠ CANXI MÁU

(ICD-10: E83.5)

I. ĐẠI CƯƠNG

Hạ canxi máu là tình trạng nồng độ canxi toàn phần trong huyết thanh giảm dưới 2.1 mmol/L(8.5 mg/dL) hoặc canxi ion hóa giảm dưới 1.1 mmol/L. Nguyên nhân thường gặp do suy tuyến cận giáp, thiếu hụt Vitamin D, suy thận mạn hoặc hạ Albumin máu. Bệnh gây tăng kích thích thần kinh cơ, có thể dẫn đến cơn tetany hoặc co giật.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- *Triệu chứng nhẹ đến trung bình:* Tê rần đầu chi và quanh miệng, chuột rút cơ bắp, mệt mỏi.

- *Dấu hiệu kích thích thần kinh cơ:* Dấu hiệu Chvostek dương tính (gõ nhẹ vào cơ cằm tai làm giật cơ mặt), dấu hiệu Trousseau dương tính (co cứng bàn tay kiểu bàn tay đỡ đẻ khi bơm huyết áp tâm thu trên huyết áp động mạch cánh tay vài phút).

- *Triệu chứng nặng:* Co giật toàn thân, co thắt thanh quản gây khó thở, rối loạn nhịp tim (khoảng QT kéo dài trên ECG).

2. Cận lâm sàng

- Canxi máu toàn phần và canxi ion hóa (bắt buộc).

- Albumin máu (để hiệu chỉnh canxi nếu albumin thấp), Phospho máu, Magie máu, chức năng thận (Creatinin).

- Điện tâm đồ (ECG) nếu hạ canxi nặng để tầm soát khoảng QT kéo dài nguy cơ xoắn đỉnh.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Hạ đường huyết.

- Cơn tetany do kiềm chuyển hóa / thở nhanh sâu (hội chứng tăng thông khí).

4. Phân độ

- *Nhẹ:* Canxi máu toàn phần 7.0 – 8.5 mg/dL, không triệu chứng hoặc tê nhẹ đầu chi.

- *Trung bình:* Có triệu chứng thần kinh cơ rõ (chuột rút, dấu Chvostek/Trousseau dương tính).

- *Nặng:* Co giật, co thắt thanh quản, rối loạn nhịp tim, QT kéo dài trên ECG.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Cấp cứu ngay nếu có cơn tetany, co giật hoặc hạ canxi máu nặng bằng đường tĩnh mạch.

- Điều trị duy trì bằng đường uống kết hợp bổ sung Vitamin D đối với các trường hợp nhẹ hoặc sau khi đã cắt cơn cấp.

- Điều trị nguyên nhân gốc rễ (suy tuyến cận giáp, thiếu hụt vitamin D, suy thận).

2. Điều trị cụ thể (Thuốc + Liều + Đường dùng)

- *Trường hợp nhẹ, không triệu chứng:* Bổ sung Canxi đường uống (Calci Carbonat hoặc Calci Gluconat / Calci D) 1000mg - 1500mg nguyên tố/ngày chia liều, kết hợp Vitamin D3 (Cholecalciferol) theo chỉ định.

- *Trường hợp có triệu chứng (tetany, co giật, dị cảm nhiều) - CẤP CỨU:*

+ Chuyển nhập viện ngay để bù Canxi đường tĩnh mạch dưới sự theo dõi sát của nhân viên y tế.

+ Tiêm tĩnh mạch chậm: Calci Gluconat 10% (1-2 ống tiêm tĩnh mạch chậm trong 5-10 phút dưới sự giám sát của ECG), sau đó có thể duy trì truyền tĩnh mạch liên tục nếu cần.

3. Điều trị hỗ trợ

- Bồi phụ Magie máu nếu xét nghiệm có hạ Magie đi kèm (vì hạ magie gây kháng tác dụng của PTH và làm nặng thêm hạ canxi).

4. Theo dõi điều trị

- Đo lại Canxi máu mỗi 6-12 giờ trong quá trình bù canxi đường tĩnh mạch cấp tính.

- Theo dõi sát điện tâm đồ (đo khoảng QT) khi truyền canxi tĩnh mạch để phòng ngừa loạn nhịp tim.

- Tái khám kiểm tra Canxi máu sau 2-4 tuần điều trị đường uống duy trì.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Canxi máu giảm nặng kèm theo triệu chứng kích thích thần kinh cơ rõ (co giật, tetany, dấu Chvostek/Trousseau dương tính, co thắt thanh quản).

- Rối loạn nhịp tim trên ECG (khoảng QT kéo dài).

- Không đáp ứng với bù canxi đường uống ngoại trú.

- Kèm theo bệnh nền cấp tính (suy tuyến cận giáp sau phẫu thuật tuyến giáp, suy thận cấp/mạn nặng).

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Canxi máu đã về ngưỡng an toàn (> 8.0 mg/dL hoặc canxi ion hóa bình thường).

- Hết hoàn toàn các triệu chứng co giật, tetany, dị cảm.

- Bệnh nhân dung nạp tốt canxi đường uống và đã được hướng dẫn lịch uống thuốc, tái khám đầy đủ.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Hạ canxi máu nặng co giật kháng trị với canxi tĩnh mạch thông thường, hoặc suy thận mạn giai đoạn cuối tăng phospho máu nặng cần lọc máu/chăm sóc chuyên khoa Thận - Nội tiết vượt quá năng lực TTYT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2014). *Quyết định số 3879/QĐ-BYT về Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội tiết - chuyển hóa*.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*.

3. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu*.

4. Bộ Y tế (2022). *Dược thư Quốc gia Việt Nam*, NXB Y học.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*.

20. NHIỄM TRÙNG TIỂU TRẺ EM

(ICD-10: N39.0)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Nhiễm trùng tiết niệu (NTĐTN) ở trẻ em là tình trạng vi khuẩn xâm nhập đường tiết niệu, thường gặp ở trẻ gái nhiều hơn trẻ trai (trừ giai đoạn sơ sinh), tác nhân chủ yếu là *E. coli*.

- Bệnh biểu hiện từ viêm bàng quang đơn thuần đến viêm thận-bể thận cấp, cần phát hiện sớm để tránh sẹo thận, đặc biệt ở trẻ nhỏ có trào ngược bàng quang-niệu quản kèm theo.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng: Sốt, kích thích, bú kém, tiểu máu, tiểu buốt, đau hông lưng (ở trẻ lớn).

2. Cận lâm sàng: Tổng phân tích nước tiểu (bạch cầu, nitrit, protein niệu), cấy nước tiểu kháng sinh đồ (nếu có điều kiện), siêu âm hệ tiết niệu.

3. Chẩn đoán phân biệt: Viêm bàng quang cấp và viêm thận-bể thận cấp; viêm âm hộ - âm đạo (trẻ gái).

4. Phân độ:

- *Theo vị trí:* NTĐTN dưới (viêm bàng quang) và NTĐTN trên (viêm thận-bể thận cấp có sốt/đau hông lưng).

- *Theo độ phức tạp:* NTĐTN phức tạp (kèm bất thường giải phẫu/chức năng) và không phức tạp.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc: Kháng sinh theo kinh nghiệm dựa trên tác nhân thường gặp và mức độ nặng, điều chỉnh theo kết quả kháng sinh đồ; kết hợp điều trị triệu chứng và nâng cao thể trạng.

2. Cụ thể (Thuốc + Liều + Đường dùng):

- *Viêm bàng quang không biến chứng:* Cefixim (Cefixim 100) 8 mg/kg/ngày chia 2 lần x 5–7 ngày, uống.

- *Hạ sốt:* Paracetamol (Hapacol) 10 – 15 mg/kg/lần x 3–4 lần/ngày khi sốt $\geq 38,5°C$.

- *Bù dịch:* Khuyến khích uống nhiều nước.

3. Điều trị hỗ trợ: Hạ sốt, bù dịch-điện giải, dinh dưỡng đầy đủ.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị: Cấy nước tiểu kiểm tra sau 48–72 giờ nếu không cải thiện lâm sàng.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Trẻ dưới 3 tháng tuổi có sốt nghi nhiễm trùng tiết niệu.

- Sốt cao ≥ 39°C kèm nôn ói, không uống được thuốc, hoặc có dấu hiệu nhiễm trùng toàn thân.

- Nghi viêm thận - bể thận cấp hoặc bất thường giải phẫu tiết niệu kèm theo.

- Không đáp ứng kháng sinh uống sau 48–72 giờ.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết sốt ít nhất 48 giờ, ăn uống tốt, tiểu bình thường.

- Triệu chứng lâm sàng cải thiện rõ rệt, dung nạp tốt kháng sinh uống đủ liệu trình.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Diễn tiến nặng (sốc nhiễm trùng, suy thận cấp) vượt khả năng chuyên môn hoặc trang thiết bị của Trung tâm Y tế (cần ICU, chẩn đoán hình ảnh chuyên sâu như CT/MRI).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 3312/QĐ-BYT về Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em*.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*.

3. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu*.

4. European Association of Urology (2024). *Guidelines on Paediatric Urology*.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*.

21. VIÊM THANH KHÍ QUẢN CẤP

(ICD-10: J05.0)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm thanh khí quản cấp (Croup) là tình trạng viêm phù nề vùng hạ thanh môn do virus (thường gặp Parainfluenza), gây triệu chứng đặc trưng ho ông ổng, khàn tiếng và thở rít thì hít vào, thường gặp ở trẻ 6 tháng-3 tuổi. Mức độ nặng được đánh giá qua thang điểm Westley để quyết định điều trị.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng: Ho ông ổng, khàn tiếng, thở rít thì hít vào, khó thở chậm.

2. Cận lâm sàng: Không cần xét nghiệm thường quy; X-quang cổ thẳng nếu cần loại trừ dị vật đường thở.

3. Chẩn đoán phân biệt: Dị vật đường thở, viêm nắp thanh quản cấp, hen phế quản cơn cấp.

4. Phân độ (Thang điểm Westley):

- Nhẹ ($\leq$ 2 điểm), Trung bình ($3-7$ điểm), Nặng ($\geq$ 8 điểm), Suy hô hấp sắp xảy ra (kèm tím tái/li bì).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc: Giảm phù nề đường thở, duy trì thông khí, tránh kích thích trẻ làm nặng thêm tình trạng tắc nghẽn.

2. Cụ thể (Thuốc + Liều + Đường dùng):

- *Corticoid:* Dexamethason (Depaxan 4mg/ml) $0{,}15-0{,}6$ mg/kg uống/tiêm bắp liều duy nhất cho mọi mức độ.

- *Mức độ trung bình - nặng:* Khí dung Adrenalin (Hadunalin 1mg/ml) pha 3–5ml với NaCl 0,9% tại phòng khám dưới sự theo dõi sát, có thể lặp lại sau 20–30 phút.

3. Điều trị hỗ trợ: Giữ trẻ yên tĩnh, tránh kích thích gây khóc; cung cấp độ ẩm không khí; theo dõi sát SpO2 và nhịp thở.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị: Đo SpO2 liên tục; đánh giá lại thang điểm Westley trước và sau mỗi can thiệp.

5. Theo dõi điều trị

- Theo dõi sát trong 2–4 giờ sau khí dung Adrenalin để phát hiện hiện tượng tái phát (rebound).

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Thở rít khi nghỉ ngơi, co kéo cơ hô hấp phụ rõ (Westley $\geq$ 4 điểm).

- $SpO_2 < 94\%$ khí trời hoặc có dấu hiệu tím tái, kích thích, li bì.

- Không đáp ứng sau khí dung Adrenalin/Corticoid tại phòng khám sau 2–3 giờ.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết thở rít khi nghỉ, không còn co kéo cơ hô hấp phụ, $SpO_2 \geq 95\%$ khí trời trong vòng 4–6 giờ sau liều khí dung cuối cùng.

- Trẻ tỉnh táo, bú/ăn uống tốt.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Suy hô hấp nặng không đáp ứng điều trị, cần đặt nội khí quản hoặc hồi sức tích cực (ICU) vượt quá năng lực của TTYT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 3312/QĐ-BYT về Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em*.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*.

3. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu*.

4. World Health Organization (2013). *Pocket Book of Hospital Care for Children*, 2nd edition.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*.

22. HỘI CHỨNG THẬN HƯ

(ICD-10: N04.9)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm cầu thận cấp và hội chứng thận hư là hai bệnh cảnh cầu thận thường gặp ở trẻ em với cơ chế bệnh sinh khác nhau: viêm cầu thận cấp thường sau nhiễm liên cầu, đặc trưng bởi phù-tiểu máu-tăng huyết áp; hội chứng thận hư đặc trưng bởi protein niệu lượng lớn gây phù và giảm Albumin máu, đa số đáp ứng tốt với Corticoid.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng: Phù toàn thân (mí mắt, chi dưới, tràn dịch màng bụng/màng phổi), tăng cân nhanh.

2. Cận lâm sàng: Tổng phân tích nước tiểu (Protein niệu 3 + đến 4 +), định lượng Albumin và Protein máu, điện giải đồ, chức năng thận (Urea, Creatinin).

3. Chẩn đoán phân biệt: Viêm cầu thận cấp, suy tim, xơ gan, suy dinh dưỡng nặng.

4. Phân độ: HCTH đáp ứng steroid, phụ thuộc steroid hoặc kháng steroid (đánh giá sau 4–6 tuần điều trị tấn công).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc: Đạt lui bệnh protein niệu bằng Corticoid, điều trị triệu chứng phù và phòng ngừa biến chứng.

2. Cụ thể (Thuốc + Liều + Đường dùng):

- *Tấn công:* Prednisolon (Predni Hera Dr 5) 2 mg/kg/ngày (tối đa 60 mg/ngày) uống trong 4–6 tuần.

- *Chế độ ăn:* Hạn chế muối nhẹ (< 2g/ngày) khi phù nhiều; đảm bảo năng lượng và protein đầy đủ.

- *Lợi tiểu (nếu phù nhiều):* Furosemid liều thấp, thận trọng tránh giảm thể tích tuần hoàn.

- *Trường hợp Albumin máu rất thấp/phù nặng:* Truyền Albumin trước khi dùng lợi tiểu dưới sự giám sát chặt chẽ.

3. Điều trị hỗ trợ: Theo dõi sinh hiệu, cân nặng hàng ngày, chăm sóc da chống loét khi phù nặng.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị: Tổng phân tích nước tiểu, Albumin máu, chức năng thận mỗi 3–5 ngày trong đợt cấp.

5. Theo dõi điều trị

- Theo dõi sự biến mất của protein niệu (âm tính hoặc vết trong 3 ngày liên tiếp) và mức độ giảm phù.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Phù toàn thân nặng, tràn dịch đa màng gây khó thở.

- Protein niệu nặng kèm biến chứng cấp: nhiễm trùng (viêm phúc mạc nguyên phát), huyết khối.

- Albumin máu giảm nặng (< 2 g/dL) hoặc đợt tái phát đầu tiên cần khởi trị nội trú.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết phù hoặc phù nhẹ, protein niệu âm tính hoặc vết trong 3 ngày liên tiếp.

- Ổn định về huyết áp, điện giải và chức năng thận, tiếp tục duy trì thuốc ngoại trú.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- HCTH kháng steroid, tái phát thường xuyên, hoặc có biến chứng nặng vượt quá khả năng điều trị chuyên khoa tại TTYT (cần sinh thiết thận, lọc máu).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 3312/QĐ-BYT về Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em*.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*.

3. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu*.

4. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) (2024). *Clinical Practice Guideline for Glomerular Diseases*.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*.

23. LỴ TRỰC TRÙNG

(ICD-10: A03.9)

I. ĐẠI CƯƠNG

Lỵ trực trùng là bệnh nhiễm trùng đường tiêu hóa do vi khuẩn Shigella, lây qua đường phân-miệng, đặc trưng bởi hội chứng lỵ: đau quặn bụng, mót rặn, tiêu phân nhầy máu nhiều lần. Bệnh dễ gây biến chứng mất nước và co giật do sốt cao ở trẻ nhỏ nếu không điều trị kịp thời.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng: Sốt, đau bụng quặn cơn, tiêu phân có nhầy máu, mót rặn nhiều lần.

2. Cận lâm sàng: Soi phân/Cấy phân tìm vi khuẩn *Shigella*, công thức máu (bạch cầu tăng).

3. Chẩn đoán phân biệt: Tiêu chảy do *Amoeba*, viêm đại tràng cấp, lồng ruột (ở trẻ nhỏ).

4. Phân độ: Thể nhẹ (không mất nước) và thể nặng (mất nước trung bình/nặng, biến chứng thần kinh/co giật).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc: Tiêu diệt mầm bệnh bằng kháng sinh thích hợp, bù nước và điện giải kịp thời, tuyệt đối không dùng thuốc cầm tiêu chảy nhóm opiat/loperamid ở trẻ em.

2. Cụ thể (Thuốc + Liều + Đường dùng):

- *Kháng sinh:* Ciprofloxacin 15 mg/kg × 2 lần/ngày × 3 ngày (trẻ lớn) hoặc Cefixim 8 mg/kg/ngày chia 2 lần × 5 ngày (trẻ nhỏ).

- *Bù dịch:* Oresol uống theo mức độ mất nước.

- *Hạ sốt:* Paracetamol theo cân nặng khi sốt $\geq 38,5°C$.

3. Điều trị hỗ trợ: Dinh dưỡng đầy đủ, tránh kiêng khem quá mức, bù kẽm (nếu là trẻ dưới 5 tuổi theo phác đồ tiêu chảy chung).

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị: Công thức máu, điện giải đồ nếu có mất nước trung bình-nặng.

5. Theo dõi điều trị

- Theo dõi số lần đi tiêu, tính chất phân (giảm nhầy máu), mức độ đau bụng và nhiệt độ cơ thể mỗi 4–6 giờ.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Sốt cao, tiêu phân nhầy máu nhiều lần, đau quặn bụng dữ dội, mót rặn nhiều.

- Dấu hiệu mất nước trung bình-nặng.

- Biến chứng: co giật do sốt cao, sa trực tràng.

- Trẻ dưới 2 tuổi hoặc suy dinh dưỡng nặng kèm theo.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết sốt trên 48 giờ, hết đau bụng, tiêu phân vàng sệt, không còn nhầy máu.

- Bù đủ dịch điện giải bằng đường uống, ăn uống bình thường.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Biến chứng nặng (sốc nhiễm trùng, suy thận cấp, tổn thương thần kinh trung ương) vượt quá khả năng điều trị của TTYT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 3312/QĐ-BYT về Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em*.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*.

3. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu*.

4. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 708/QĐ-BYT về Hướng dẫn sử dụng kháng sinh*.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*.

24. HEN PHẾ QUẢN

(ICD-10: J45.9)

I. ĐẠI CƯƠNG

Hen phế quản là bệnh viêm mạn tính đường thở gây tăng phản ứng phế quản, đặc trưng bởi các cơn khò khè-khó thở-nặng ngực tái diễn, kiểm soát tốt bằng thuốc dự phòng giúp bệnh nhân sinh hoạt bình thường và phòng ngừa cơn kịch phát.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng: Khó thở thở ra, khò khè, ho, nặng ngực; mức độ nặng đánh giá qua khả năng nói câu/từ, nhịp thở, SpO_2 và cơ hô hấp phụ.

2. Cận lâm sàng: Đo SpO_2, lưu lượng đỉnh (PEF) nếu trẻ lớn hợp tác; khí máu động mạch nếu có chỉ định.

3. Chẩn đoán phân biệt: Viêm tiểu phế quản, dị vật đường thở, viêm phế quản cấp có co thắt.

4. Phân độ (theo GINA): Nhẹ-trung bình, Nặng, Nguy kịch.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc: Cắt cơn nhanh bằng thuốc giãn phế quản tác dụng ngắn (SABA), kết hợp corticoid toàn thân sớm, cung cấp oxy đạt đích.

2. Cụ thể (Thuốc + Liều + Đường dùng):

- *Cắt cơn:* Salbutamol (Atisaltolin 2,5mg/2,5ml) khí dung $2{,}5 - 5$ mg mỗi 20 phút (3 liều đầu) tại phòng khám.

- *Corticoid toàn thân:* Prednisolon $1 - 2$ mg/kg uống liều duy nhất.

- *Trường hợp nặng:* Phối hợp Ipratropium Bromid với Salbutamol khí dung.

3. Điều trị hỗ trợ: Thở oxy duy trì $SpO_2 \geq 94\%$, giữ bình tĩnh, tư thế ngồi thoải mái.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị: Đo SpO_2 liên tục, đánh giá lại PEF hoặc lâm sàng sau mỗi đợt khí dung.

5. Theo dõi điều trị

- Theo dõi đáp ứng sau mỗi 20 phút khí dung (nhịp thở, SpO_2, mức độ co kéo).

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Cơn hen nặng: nói từng từ, co kéo cơ hô hấp phụ mạnh, $SpO_2 < 92\%$.

- Không đáp ứng sau 3 liều Salbutamol khí dung liên tiếp tại phòng khám.

- Cơn hen nguy kịch (lồng ngực im lặng, rối loạn tri giác).

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Triệu chứng lâm sàng hết hoàn toàn hoặc còn rất ít, $SpO_2 \geq 95\%$ khí trời.

- Duy trì hiệu quả ổn định ít nhất 2–4 giờ sau liều thuốc giãn phế quản cuối cùng.

- Đã được hướng dẫn kỹ thuật dùng bình xịt định liều và có phác đồ dự phòng ngoại trú.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Cơn hen nguy kịch, thất bại với mọi xử trí cấp cứu tại tuyến cơ sở, cần thông khí nhân tạo hoặc chuyển khoa ICU nhi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2020). *Quyết định số 1851/QĐ-BYT về Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị hen phế quản người lớn và trẻ em từ 12 tuổi trở lên*.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*.

3. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu*.

4. Global Initiative for Asthma (GINA) (2026). *Global Strategy for Asthma Management and Prevention*.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*.

25. BỆNH TAY CHÂN MIỆNG

(ICD-10: B08.4)

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh tay chân miệng là bệnh nhiễm virus đường ruột (thường gặp Enterovirus 71, Coxsackievirus A16) lây qua đường tiêu hóa-tiếp xúc, đặc trưng bởi loét miệng và phát ban dạng bóng nước ở tay-chân-mông, có thể biến chứng thần kinh-tim mạch nặng ở trẻ nhỏ.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng: Sốt, loét miệng, tổn thương da dạng bóng nước ở lòng bàn tay, bàn chân, gối, mông.

2. Cận lâm sàng: Công thức máu, đường huyết, CRP, X-quang phổi (khi có biến chứng độ 2b trở lên).

3. Chẩn đoán phân biệt: Viêm da mủ, thủy đậu, nhiễm Herpes miệng.

4. Phân độ:

- Độ 1: Tổn thương da/niêm mạc đơn thuần.

- Độ 2a: Sốt cao $\geq 39,5°C$ hoặc giật mình < 2 lần/30 phút.

- Độ 2b: Giật mình ≥ 2 lần/30 phút, mạch nhanh, run chi.

- Độ 3: Rối loạn thần kinh thực vật (mạch nhanh > 170, vã mồ hôi, tăng huyết áp).

- Độ 4: Suy hô hấp, sốc, phù phổi cấp.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc: Điều trị triệu chứng, phát hiện sớm dấu hiệu thần kinh-tim mạch để can thiệp kịp thời.

2. Cụ thể (Thuốc + Liều + Đường dùng):

- *Độ 1:* Điều trị ngoại trú, hạ sốt Paracetamol $10-15$ mg/kg/lần, vệ sinh răng miệng, nghỉ ngơi.

- *Độ 2a trở lên:* Nhập viện theo dõi sát, sử dụng Immunoglobulin (nếu có chỉ định chuyên khoa).

- *Độ 2b đến Độ 4:* Chuyển tuyến hồi sức cấp cứu chuyên khoa nhi, hỗ trợ hô hấp, vận mạch.

3. Điều trị hỗ trợ: Hạ sốt, bù đủ dịch, dinh dưỡng mềm lỏng dễ tiêu.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị: Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, tri giác mỗi 1–2 giờ ở độ $\geq$ 2b.

5. Theo dõi điều trị

- Theo dõi sát dấu hiệu giật mình lúc thiu thiu ngủ, thay đổi tri giác, run chi hoặc sốt cao khó hạ.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Độ 2a trở lên (giật mình ≥ 2 lần/30 phút hoặc sốt cao ≥ 39°C kéo dài > 48 giờ).

- Trẻ dưới 12 tháng tuổi có sốt cao kèm quấy khóc bứt rứt.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết sốt ít nhất 48 giờ không dùng thuốc hạ sốt.

- Các tổn thương da và loét miệng đã khô/lành, trẻ tỉnh táo, ăn uống tốt, không còn triệu chứng thần kinh (giật mình, run chi).

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Trẻ chuyển độ từ 2b trở lên (có dấu hiệu thần kinh thực vật, suy hô hấp, sốc) cần chuyển ngay tuyến hồi sức nhi khẩn cấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2024). *Quyết định số 292/QĐ-BYT ngày 06/02/2024 về Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh tay chân miệng*.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*.

3. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu*.

4. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 3312/QĐ-BYT về Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em*.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*.

26. VIÊM PHỔI

(ICD-10: J18.9)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm phổi mắc phải cộng đồng (CAP) là nhiễm trùng nhu mô phổi xảy ra ngoài bệnh viện hoặc trong 48 giờ đầu nhập viện, do vi khuẩn (Streptococcus pneumoniae thường gặp nhất), virus hoặc vi khuẩn không điển hình. Đây là nguyên nhân nhiễm trùng gây tử vong hàng đầu, mức độ nặng được phân tầng bằng thang điểm CURB-65 để quyết định nơi điều trị.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng: Ho, sốt, thở nhanh theo tuổi, rút lõm lồng ngực, nghe phổi có ran ẩm/ran nổ.

- *Ngưỡng thở nhanh:* Dưới 2 tháng ≥ 60 lần/phút, $2-11$ tháng ≥ 50 lần/phút, $12-59$ tháng ≥ 40 lần/phút.

2. Cận lâm sàng: Công thức máu, CRP, X-quang phổi thẳng (khi cần thiết hoặc không đáp ứng điều trị).

3. Chẩn đoán phân biệt: Viêm tiểu phế quản, hen phế quản, suy tim, dị vật đường thở.

4. Phân độ (theo WHO): Viêm phổi (thở nhanh), Viêm phổi nặng (rút lõm lồng ngực), Viêm phổi rất nặng (dấu hiệu nguy hiểm toàn thân: bỏ bú, co giật, li bì).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc: Sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm phù hợp với tác nhân thường gặp, hỗ trợ hô hấp và dinh dưỡng.

2. Cụ thể (Thuốc + Liều + Đường dùng):

- *Viêm phổi không nặng (điều trị ngoại trú):* Amoxicillin uống liều cao $80-90$ mg/kg/ngày chia 2 lần $\times\ 5-7$ ngày.

- *Hạ sốt:* Paracetamol $10-15$ mg/kg/lần khi sốt $\geq 38,5°C$.

2. Điều trị hỗ trợ: Thông thoáng đường thở, bù đủ dịch, đảm bảo dinh dưỡng, hạ sốt.

3. Cận lâm sàng theo dõi điều trị: Đo SpO_2 liên tục; xét nghiệm lại CRP/CTM nếu không cải thiện sau 48–72 giờ.

4. Theo dõi điều trị

- Đánh giá lại nhịp thở, mức độ rút lõm lồng ngực và nhiệt độ sau 48–72 giờ dùng kháng sinh ngoại trú.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Thở nhanh theo tuổi kèm rút lõm lồng ngực rõ.

- $SpO_2 < 94\%$ khí trời, tím tái.

- Bỏ bú, bú kém, li bì, co giật (dấu hiệu nguy hiểm toàn thân).

- Không đáp ứng với kháng sinh uống ngoại trú sau 48–72 giờ.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết sốt ít nhất 48 giờ, nhịp thở trở về bình thường theo tuổi, không còn dấu hiệu rút lõm lồng ngực.

- $SpO_2 \geq 95\%$ khí trời, bú/ăn uống tốt, dung nạp tốt thuốc uống.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Viêm phổi nặng/rất nặng có suy hô hấp tiến triển, tràn dịch/tràn mủ màng phổi, thất bại điều trị kháng sinh bậc một vượt quá năng lực tuyến cơ sở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 3312/QĐ-BYT về Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em*.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*.

3. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu*.

4. World Health Organization (2013). *Pocket Book of Hospital Care for Children*, 2nd edition.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*.

27. TIÊU CHẢY CẤP

(ICD-10: A09)

I. ĐẠI CƯƠNG

Tiêu chảy cấp là tình trạng đi ngoài phân lỏng/nước từ 3 lần/ngày trở lên, kéo dài dưới 14 ngày, nguyên nhân thường gặp nhất là nhiễm virus/vi khuẩn đường ruột, biến chứng nguy hiểm nhất là mất nước-điện giải.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng: Tiêu phân lỏng/nước ≥ 3 lần/ngày, có thể nôn ói, sốt, đau bụng; đánh giá mức độ mất nước theo phân độ WHO (A, B, C).

2. Cận lâm sàng: Soi phân tìm hồng cầu/bạch cầu (nếu nghi lỵ); điện giải đồ khi mất nước trung bình-nặng.

3. Chẩn đoán phân biệt: Lỵ trực trùng, ngộ độc thực phẩm, lồng ruột cấp ở trẻ nhỏ.

4. Phân độ (WHO): Không mất nước (Độ A), Mất nước trung bình (Độ B), Mất nước nặng (Độ C).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc: Bù nước và điện giải kịp thời (phác đồ A, B hoặc C), bổ sung kẽm, tiếp tục dinh dưỡng, chỉ dùng kháng sinh khi có bằng chứng nhiễm khuẩn xâm lấn.

2. Cụ thể (Thuốc + Liều + Đường dùng):

- *Bù dịch:* Dung dịch Oresol uống theo phác đồ A hoặc B; Phác đồ C truyền dịch tĩnh mạch Ringer Lactat hoặc NaCl 0,9% (100 mg/kg theo phác đồ cấp cứu).

- *Bổ sung Kẽm:* Kẽm elemental $10-20$ mg/ngày $\times$ $10-14$ ngày.

- *Probiotics:* Hỗ trợ đường ruột (như *Bacillus clausii*).

- *Kháng sinh:* Chỉ định khi phân có máu hoặc nghi tả.

3. Điều trị hỗ trợ: Tiếp tục bú mẹ hoặc ăn uống bình thường, tuyệt đối không dùng thuốc cầm tiêu chảy ở trẻ em.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị: Điện giải đồ, đường huyết khi bù dịch tĩnh mạch hoặc mất nước nặng.

5. Theo dõi điều trị

- Theo dõi số lượng và tính chất phân, mức độ khát nước, độ hồi phục của da và lượng nước tiểu mỗi 1–3 giờ trong giai đoạn bù dịch mất nước.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Mất nước trung bình hoặc nặng (độ B, C).

- Nôn ói liên tục không giữ được dịch đường uống.

- Tiêu chảy phân máu, sốt cao đi kèm.

- Có dấu hiệu co giật hoặc rối loạn điện giải.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết mất nước, tiểu nhiều trở lại, ăn uống được.

- Số lần đi tiêu giảm rõ rệt, phân sệt, không còn sốt.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Sốc giảm thể tích không đáp ứng bù dịch ban đầu, rối loạn điện giải nặng (hạ/tăng Natri máu nặng) cần xử trí tại khoa Hồi sức tích cực tuyến trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 3312/QĐ-BYT về Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em*.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*.

3. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu*.

4. World Health Organization (2013). *Pocket Book of Hospital Care for Children*, 2nd edition.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*.

28. HO KÉO DÀI

(ICD-10: R05)

I. ĐẠI CƯƠNG

Ho kéo dài (trên 2-3 tuần) là triệu chứng cần được tìm nguyên nhân cụ thể trước khi điều trị triệu chứng, các nguyên nhân cần loại trừ bao gồm Lao, hen, trào ngược dạ dày-thực quản và các bệnh lý ác tính.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng: Ho trên 3 tuần; đánh giá tính chất ho (khan, có đờm, ho gà, ho về đêm) và các triệu chứng kèm theo (sụt cân, sốt nhẹ về chiều).

2. Cận lâm sàng: X-quang phổi thẳng (bắt buộc), xét nghiệm đờm tìm AFB (nếu trẻ lớn ho kéo dài kèm triệu chứng nghi lao).

3. Chẩn đoán phân biệt: Lao phổi, hen phế quản (ho biến thể hen), trào ngược dạ dày-thực quản, ho do dị vật đường thở bỏ quên.

4. Phân độ: Ho kéo dài lành tính (sau nhiễm virus) hoặc ho kéo dài có nguyên nhân bệnh lý mạn tính.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc: Điều trị theo nguyên nhân gốc rễ; thận trọng khi dùng thuốc giảm ho đơn thuần ở trẻ nhỏ.

2. Cụ thể (Thuốc + Liều + Đường dùng):

- *Xác định và điều trị nguyên nhân:* Điều trị hen (nếu có), kháng sinh nếu có viêm phế quản mạn/viêm xoang.

- *Hỗ trợ:* Thuốc long đờm (Ambroxol/Carbocistein) nếu ho có đờm nhiều; tránh dùng thuốc ức chế ho trung ương ở trẻ nhỏ.

- *Nghi ngờ Lao:* Chuyển tuyến chuyên khoa lao để chẩn đoán xác định và phác đồ điều trị đặc hiệu.

2. Điều trị hỗ trợ: Giữ ấm cổ họng, dinh dưỡng nâng cao thể trạng.

3. Cận lâm sàng theo dõi điều trị: X-quang ngực kiểm tra, đánh giá mức độ giảm ho sau 1–2 tuần điều trị theo nguyên nhân.

4. Theo dõi điều trị

- Theo dõi tần suất và mức độ cơn ho qua nhật ký triệu chứng của gia đình.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Ho kéo dài trên 3 tuần kèm sụt cân, sốt về chiều, ra mồ hôi trộm (nghi Lao phổi).

- Ho kèm khó thở tiến triển, nghi ngờ dị vật đường thở ở trẻ nhỏ.

- Ho ra máu hoặc ho kèm suy hô hấp.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết ho hoặc tần suất ho giảm rõ rệt, đã xác định rõ nguyên nhân và kiểm soát ổn định.

- Toàn trạng tốt, tăng cân bình thường.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Ho kéo dài không rõ nguyên nhân, nghi ngờ bệnh lý ác tính, lao kháng thuốc hoặc dị vật đường thở cần nội soi phế quản vượt khả năng của TTYT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2020). *Quyết định số 1314/QĐ-BYT về Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh lao*.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*.

3. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu*.

4.World Health Organization (2024). *WHO consolidated guidelines on tuberculosis*.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*.

29. VIÊM PHẾ QUẢN CẤP

(ICD-10: J20.9)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm phế quản cấp là tình trạng viêm cấp tính niêm mạc phế quản, đa số do virus, biểu hiện ho có đờm kèm sốt nhẹ, thường tự giới hạn trong 1-2 tuần và không cần kháng sinh nếu không có bằng chứng bội nhiễm vi khuẩn.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng: Ho, khạc đờm, sốt nhẹ, đau rát họng; nghe phổi có ran rít, ran ngáy hoặc ran ẩm to hạt, không có hội chứng đông đặc.

2. Cận lâm sàng: Công thức máu (nếu sốt cao/nghi bội nhiễm), X-quang phổi (khi cần loại trừ viêm phổi).

3. Chẩn đoán phân biệt: Viêm phổi, hen phế quản đợt cấp, ho gà.

4. Phân độ: Thể nhẹ (tự giới hạn) và thể có yếu tố nguy cơ (trẻ nhỏ, suy giảm miễn dịch, bệnh nền).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc: Điều trị triệu chứng là chính, không lạm dụng kháng sinh, giữ ấm và đảm bảo dinh dưỡng.

2. Cụ thể (Thuốc + Liều + Đường dùng):

- *Kháng sinh:* CHỈ định khi có bằng chứng bội nhiễm vi khuẩn (sốt cao kéo dài, đờm mủ xanh/vàng đậm, bạch cầu tăng): Amoxicillin hoặc Cefuroxim uống đủ liệu trình 5–7 ngày.

- *Giãn phế quản (nếu khò khè):* Salbutamol khí dung khi cần thiết.

- *Long đờm:* Ambroxol hoặc Carbocistein.

- *Hạ sốt:* Paracetamol khi sốt $\geq 38,5°C$.

3. Điều trị hỗ trợ: Uống nhiều nước, dinh dưỡng đủ chất, giảm ho thảo dược an toàn.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị: Không cần cận lâm sàng thường quy ở thể nhẹ; đo SpO_2 nếu có triệu chứng hô hấp đi kèm.

5. Theo dõi điều trị

- Theo dõi nhiệt độ cơ thể và mức độ ho của trẻ mỗi ngày.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Trẻ nhỏ hoặc người có bệnh nền kèm theo xuất hiện dấu hiệu suy hô hấp (thở nhanh, rút lõm lồng ngực).

- Sốt cao kéo dài không đáp ứng điều trị, nghi ngờ chuyển thành viêm phổi.

- Không đáp ứng với điều trị ngoại trú sau 48–72 giờ.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết sốt, giảm ho rõ rệt, không còn tiếng ran rít/khò khè trên lâm sàng.

- Ăn uống tốt, sinh hoạt bình thường.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Diễn tiến nặng thành viêm phổi nặng, suy hô hấp hoặc có bệnh mạn tính đi kèm vượt quá khả năng điều trị tại tuyến cơ sở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 708/QĐ-BYT về Hướng dẫn sử dụng kháng sinh*.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*.

3. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu*.

4. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 3312/QĐ-BYT về Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em*.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*.

30. VIÊM PHỔI MẮC PHẢI Ở CỘNG ĐỒNG

(ICD-10: J18.9)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm phổi mắc phải cộng đồng (CAP) là nhiễm trùng nhu mô phổi xảy ra ngoài bệnh viện hoặc trong 48 giờ đầu nhập viện, do vi khuẩn (Streptococcus pneumoniae thường gặp nhất), virus hoặc vi khuẩn không điển hình. Đây là nguyên nhân nhiễm trùng gây tử vong hàng đầu, mức độ nặng được phân tầng bằng thang điểm CURB-65 để quyết định nơi điều trị.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Triệu chứng cơ năng: Sốt, ho khạc đờm (đờm mủ, đờm gỉ sắt), đau ngực kiểu màng phổi, khó thở.

- Triệu chứng thực thể: Khám phổi có ran ẩm, ran nổ khu trú, hội chứng đông đặc (rung thanh tăng, gõ đục, rì rào phế nang giảm).

- Đánh giá mức độ nặng bằng thang điểm **CURB-65** (Confusion, Uremia, Respiratory rate, Blood pressure, Age ≥ 65).

2. Cận lâm sàng:

- Công thức máu (CTM), định lượng CRP.

- X-quang ngực thẳng (tổn thương thâm nhiễm phế nang hoặc kẽ, có thể kèm tràn dịch màng phổi).

- Khí máu động mạch (nếu có suy hô hấp hoặc SpO2 < 92%).

- Vi sinh vật: Soi/cấy đờm, nhuộm Gram, test nhanh kháng nguyên phế cầu/cúm (nếu có điều kiện và theo chỉ định).

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) nhiễm trùng.

- Suy tim trái cấp/phù phổi cấp.

- Nhồi máu phổi.

- Lao phổi.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

- Điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm càng sớm càng tốt (tốt nhất trong vòng 4 giờ đầu), dựa vào tác nhân thường gặp, mức độ nặng và các yếu tố nguy cơ. Xuống thang hoặc điều chỉnh kháng sinh theo kết quả kháng sinh đồ khi có.

- Điều trị hỗ trợ, triệu chứng, phát hiện và xử trí kịp thời các biến chứng.

2. Điều trị cụ thể:

- CAP nhẹ (điều trị ngoại trú tại phòng khám - CURB-65 0-1):

+ *Amoxicillin* (viên 500mg): 500mg - 1000mg x 3 lần/ngày uống, trong 7 ngày.

+ *Hoặc Cefuroxim* (viên 500mg): 500mg x 2 lần/ngày uống, trong 7 ngày.

+ *Hoặc Clarithromycin* (viên 500mg): 500mg x 2 lần/ngày uống (nếu nghi ngờ vi khuẩn không điển hình).

- CAP trung bình và nặng (CURB-65 ≥ 2 hoặc có dấu hiệu suy hô hấp, sốc): Xử trí cấp cứu, thở oxy, chuyển nhập viện điều trị nội trú tại Trung tâm Y tế Tịnh Biên hoặc chuyển tuyến trên theo phác đồ nội khoa phù hợp.

3. Điều trị hỗ trợ:

- Hạ sốt khi sốt ≥ 38.5°C bằng Paracetamol.

- Bù dịch - điện giải đầy đủ, dinh dưỡng nâng cao thể trạng.

- Đảm bảo thông khí, hỗ trợ hô hấp (thở oxy qua ống mũi, mask nếu SpO2 < 92%).

4. Theo dõi điều trị:

- Đánh giá lại lâm sàng (nhịp thở, mạch, nhiệt độ, SpO2, tri giác) sau 48-72 giờ.

- Xét nghiệm lại CTM, CRP ngày thứ 3 nếu lâm sàng chưa cải thiện rõ.

- Chụp lại X-quang ngực nếu sau 72 giờ không cải thiện hoặc nghi ngờ biến chứng.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- CURB-65 ≥ 2 điểm hoặc điểm PSI (Pneumonia Severity Index) nhóm III trở lên.

- SpO2 < 92% khí trời hoặc nhịp thở > 30 lần/phút.

- Huyết áp tâm thu < 90 mmHg hoặc huyết áp trung bình < 60 mmHg.

- Tổn thương lan tỏa đa thùy trên X-quang ngực hoặc có tràn dịch màng phổi kèm theo.

- Không đáp ứng với kháng sinh đường uống ngoại trú sau 48-72 giờ, hoặc người bệnh có bệnh nền nặng đi kèm (suy tim, COPD, đái tháo đường, suy giảm miễn dịch).

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết sốt ít nhất 24-48 giờ mà không dùng thuốc hạ sốt.

- Các dấu hiệu sinh tồn ổn định: Mạch < 100 lần/phút, huyết áp bình thường, nhịp thở ≤ 24 lần/phút, SpO2 ≥ 92% khí trời.

- Cải thiện rõ các triệu chứng lâm sàng (giảm ho, giảm khó thở, hết đau ngực).

- Có thể ăn uống được bằng đường miệng và tiêu hóa bình thường; đường tiêu hóa hấp thu tốt thuốc uống.

- Cận lâm sàng cải thiện (Bạch cầu máu về giới hạn bình thường hoặc xu hướng giảm rõ, X-quang phổi tiến triển tốt).

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- CAP nặng (CURB-65 ≥ 3, sốc nhiễm khuẩn, suy hô hấp tiến triển cần đặt ống nội khí quản, thở máy xâm nhập) vượt quá khả năng điều trị của Trung tâm Y tế Tịnh Biên.

- Thất bại điều trị sau 48-72 giờ (vẫn sốt cao, tình trạng nhiễm trùng và suy hô hấp nặng lên).

- Có biến chứng nặng: Áp xe phổi, tràn màng phổi mủ, suy đa tạng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2020). *Quyết định số 4815/QĐ-BYT ngày 20/11/2020 về Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn*.

2. Hội Hô hấp Việt Nam (2025). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn*.

3. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*.

4. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu*.

5. Bộ Y tế (2026), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn*, Ban hành kèm theo Quyết định số 2147/QĐ-BYT ngày 15 tháng 07 năm 2026 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

6. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn sử dụng kháng sinh*, Ban hành kèm theo Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02 tháng 03 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

7. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*.

31. GIÃN PHẾ QUẢN

(ICD-10: J47)

I. ĐẠI CƯƠNG

Giãn phế quản là tình trạng giãn bất thường và vĩnh viễn của phế quản, hậu quả của tổn thương viêm nhiễm mạn tính (thường sau Lao, viêm phổi nặng), đặc trưng bởi ho khạc đờm mạn tính và các đợt bùng phát nhiễm trùng tái diễn.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Ho khạc đờm nhầy mủ kéo dài, lượng nhiều (đặc biệt vào buổi sáng).
- Ho ra máu tái phát từ ít đến nhiều (triệu chứng thường gặp).
- Khó thở khi có đợt bùng phát hoặc trên nền tắc nghẽn nặng.
- Nghe phổi có ran ẩm, ran nổ cố định tại vùng tổn thương.

2. Cận lâm sàng:

- CTM, CRP (tăng cao trong đợt bội nhiễm).
- X-quang ngực thẳng (hình ảnh tổ ong, đường mờ dạng ống, dày thành phế quản).

CT ngực độ phân giải cao (HRCT): Tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định giãn phế quản (thấy dấu hiệuòng nhẫn, đường ray xe lửa).

- Soi đờm tìm AFB, cấy đờm làm kháng sinh đồ.

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Lao phổi di chứng.
- Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD).
- Áp xe phổi.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

- Dẫn lưu phế quản tốt, chống nhiễm trùng (kháng sinh trong đợt bùng phát), giảm triệu chứng và phòng ngừa các đợt cấp tái phát, kiểm soát ho ra máu.

2. Điều trị cụ thể:

- Điều trị đợt bùng phát nhiễm trùng:

+ *Amoxicillin - Clavulanic* (viên 625mg hoặc 1g): 1g x 2-3 lần/ngày uống, hoặc các kháng sinh phổ rộng theo kháng sinh đồ trong 10-14 ngày.

+ *Hoặc Levofloxacin* (viên 500mg): 500mg x 1 lần/ngày uống (nếu nghi ngờ nhiễm *Pseudomonas aeruginosa* mức độ nhẹ).

- Long đờm và dẫn lưu:

+ *Ambroxol* (viên 30mg): 30mg x 3 lần/ngày uống.

+ Vật lý trị liệu hô hấp, dẫn lưu tư thế kết hợp vỗ rung lồng ngực hàng ngày.

- Giãn phế quản kèm tắc nghẽn:

+ *Salbutamol* dung dịch khí dung khi có cơn khó thở khò khè.

- Xử trí ho ra máu:

+ Ho ra máu nhẹ: Thuốc cầm máu (Tranexamic acid 500mg x 2-3 viên/ngày), giảm ho.

+ Ho ra máu nặng/tái phát: Chuyển chuyên khoa hô hấp cấp cứu.

3. Điều trị hỗ trợ:

- Dinh dưỡng đầy đủ, nâng cao thể trạng, tránh tiếp xúc khói bụi, thuốc lá.

- Tiêm phòng vaccine cúm hàng năm và vaccine phế cầu.

4. Theo dõi điều trị:

- Theo dõi màu sắc, tính chất và số lượng đờm hàng ngày.

- Đánh giá lại CTM, CRP sau đợt điều trị kháng sinh.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Đợt bùng phát cấp có triệu chứng nặng lên: Lượng đờm tăng nhiều, đờm đổi màu mủ đặc, sốt cao, khó thở tăng.

- Ho ra máu lượng nhiều hoặc ho ra máu tái phát không đáp ứng điều trị ngoại trú.

- SpO2 giảm, có dấu hiệu suy hô hấp tiến triển.

- Không đáp ứng với kháng sinh ngoại trú sau 5-7 ngày điều trị.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết sốt, tình trạng nhiễm trùng ổn định.

- Đợt bùng phát thuyên giảm, lượng đờm trở về mức nền ổn định, không còn ho ra máu.

- Các chỉ số sinh tồn ổn định, SpO2 $\geq$ 92% khí trời.

- Bệnh nhân thực hiện thành công các kỹ thuật dẫn lưu đờm tại nhà.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Chỉ định chụp CT ngực độ phân giải cao (HRCT) để chẩn đoán xác định tại tuyến có trang thiết bị phù hợp.

- Ho ra máu nặng (số lượng lớn hoặc không cầm được bằng nội khoa) cần can thiệp nút mạch hoặc phẫu thuật cấp cứu.

- Đợt cấp có suy hô hấp nặng, tràn dịch/tràn khí màng phổi biến chứng vượt quá năng lực chuyên môn của Trung tâm Y tế Tịnh Biên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh"*. Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 2147/QĐ-BYT ngày 15/7/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn"*. Hà Nội.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva: WHO.

32. BPTNMT GIAI ĐOẠN ỔN ĐỊNH

(ICD-10: J44.9)

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) là bệnh hô hấp mạn tính đặc trưng bởi tắc nghẽn luồng khí không hồi phục hoàn toàn, chủ yếu do hút thuốc lá, quản lý giai đoạn ổn định tốt giúp giảm tần suất đợt cấp và cải thiện chất lượng cuộc sống.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Tiền sử: Hút thuốc lá/thuốc lào lâu năm, tiếp xúc khói bụi nghề nghiệp hoặc ô nhiễm môi trường.

- Triệu chứng: Ho mạn tính, khạc đờm buổi sáng, khó thở mạn tính ngày càng nặng lên khi gắng sức.

- Khám thực thể: Lồng ngực hình thùng, rì rào phế nang giảm, có thể nghe ran rít, ran ngáy hoặc ran ẩm khi có bội nhiễm.

2. Cận lâm sàng:

- Đo chức năng hô hấp (Hô hấp ký): Là tiêu chuẩn vàng chẩn đoán xác định khi tỷ số $FEV_1/FVC < 0.7$ sau khi dùng thuốc phế quản ngắn (tại Trung tâm Y tế Tịnh Biên nếu chưa thực hiện được, cần chuyển tuyến có chuyên khoa hô hấp để thực hiện).

- SpO2, Khí máu động mạch (nếu nghi ngờ suy hô hấp).

- X-quang ngực thẳng (dấu hiệu ứ khí: phổi sáng, cơ hoành hạ thấp, khoảng gian sườn giãn rộng, tim hình giọt nước).

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Hen phế quản.

- Suy tim mạn tính.

- Giãn phế quản.

- Lao phổi.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

- Điều trị lâu dài, liên tục, kiểm soát triệu chứng, giảm nguy cơ đợt cấp, cải thiện dung nạp gắng sức.

- Cá thể hóa theo nhóm phân loại (A, B, E) của GOLD. Kết hợp thay đổi lối sống, cai thuốc lá, tiêm phòng và điều trị bằng thuốc dạng hít.

2. Điều trị cụ thể:

- Điều trị thuốc duy trì (tùy theo nhóm bệnh nhân):

+ Thuốc giãn phế quản tác dụng kéo dài (LABA hoặc LAMA) hoặc phối hợp LABA/ICS: *Budesonid* + *Formoterol* (Fortraget Inhaler 200/6 mcg) hoặc *Salmeterol/Fluticasone*: Hít 1-2 nhát x 2 lần/ngày.

+ Thuốc giãn phế quản tác dụng ngắn (như *Salbutamol* khí dung hoặc bình xịt định liều) dùng khi có cơn khó thở cấp.

- **Các biện pháp không dùng thuốc:**

+ Tư vấn và hỗ trợ cai thuốc lá/thuốc lào triệt để.

+ Chương trình phục hồi chức năng hô hấp (tập thở hoành, tập ngực).

+ Tiêm phòng vaccine cúm hàng năm và vaccine phế cầu theo khuyến cáo.

3. Điều trị hỗ trợ:

- Tư vấn dinh dưỡng (tránh suy dinh dưỡng hoặc béo phì), duy trì vận động thể lực vừa sức.

- Hướng dẫn người bệnh sử dụng đúng dụng cụ hít và tự theo dõi triệu chứng tại nhà.

4. Theo dõi điều trị:

- Đo hô hấp ký định kỳ (6-12 tháng/lần) để đánh giá tiến triển chức năng phổi.

- Đánh giá sự tuân thủ điều trị, kỹ thuật dùng bình hít và kiểm tra SpO2 mỗi lần tái khám.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN (KHI CHUYỂN THÀNH ĐỢT CẤP)

- Khó thở tăng nặng đột ngột không đáp ứng với thuốc giãn phế quản tác dụng ngắn tại nhà.

- SpO2 giảm rõ so với mức nền ổn định.

- Tăng số lượng đờm, đờm đổi màu mủ đặc kèm sốt cao.

- Có dấu hiệu suy hô hấp nặng, cần hỗ trợ thở oxy hoặc thông khí hỗ trợ.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Đợt cấp đã được kiểm soát ổn định, trở về trạng thái nền thường ngày của người bệnh.

- Các triệu chứng hô hấp cải thiện rõ, có thể tự sinh hoạt ở mức độ nhẹ.

- SpO2 ổn định $\geq$ 92% với mức oxy nền (nếu có chỉ định thở oxy mạn tính).

- Người bệnh thuần thục cách sử dụng các loại thuốc hít duy trì hàng ngày.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Chuyển tuyến chuyên khoa để thực hiện đo chức năng hô hấp (hô hấp ký) chẩn đoán xác định khi Trung tâm Y tế Tịnh Biên chưa có hoặc chưa triển khai kỹ thuật.

- Đợt cấp COPD nặng có suy hô hấp tiến triển, toan hô hấp cấp, cần thở máy không xâm nhập (NIV) hoặc thở máy xâm nhập (ICU).

- COPD có biến chứng tâm phế mạn nặng, suy tim phải.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 2131/QĐ-BYT ngày 14/7/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính"*. Hà Nội.

4. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2025). *Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of COPD (GOLD)*.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva: WHO.

33. VIÊM DẠ DÀY

(ICD-10: K29.7)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm dạ dày là tình trạng viêm niêm mạc dạ dày, nguyên nhân thường gặp nhất là nhiễm H. pylori và sử dụng NSAIDs, biểu hiện đau thượng vị-đầy bụng-khó tiêu, cần nội soi để chẩn đoán xác định và loại trừ biến chứng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Đau vùng thượng vị (nóng rát, âm ỉ, tức nặng), có thể liên quan đến bữa ăn (đói đau nhiều hơn hoặc sau ăn no).

- Đầy bụng, khó tiêu, buồn nôn, nôn, ợ hơi, ợ chua.

- Trường hợp viêm dạ dày cấp do thuốc hoặc rượu có thể kèm nôn máu hoặc đi cầu phân đen nếu có xuất huyết tiêu hóa.

2. Cận lâm sàng:

- Nội soi dạ dày - tá tràng: Tiêu chuẩn vàng để đánh giá mức độ tổn thương niêm mạc, làm test nhanh urease hoặc sinh thiết tìm *H. pylori*.

- Công thức máu (CTM): Đánh giá tình trạng thiếu máu nếu có nghi ngờ xuất huyết rả rích.

- Test thở Urease hoặc kháng nguyên phân tìm *H. pylori* (khi không có chỉ định nội soi ngay).

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Loét dạ dày - tá tràng.

- Bệnh trào ngược dạ dày - thực quản (GERD).

- Viêm tụy cấp, sỏi mật, cơn đau thắt ngực (biểu hiện đau thượng vị).

- Ung thư dạ dày (đặc biệt chú ý khi có các dấu hiệu báo động: sụt cân, thiếu máu, nôn máu, tuổi > 40).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

- Giảm tiết acid dịch vị, bảo vệ niêm mạc dạ dày.

- Loại bỏ các yếu tố nguy cơ (ngừng sử dụng NSAIDs, hạn chế rượu bia, thuốc lá, thức ăn cay chua).

- Tiệt trừ vi khuẩn *H. pylori* bằng phác đồ phối hợp khi xét nghiệm dương tính.

2. Điều trị cụ thể:

- Ức chế tiết acid (PPI):

+ *Omeprazol* (viên 20mg): 20mg x 1-2 lần/ngày uống trước ăn 30 phút, trong 4-8 tuần.

+ *Hoặc Esomeprazol* (viên 20mg/40mg): 20mg - 40mg x 1 lần/ngày uống trước ăn.

- Bảo vệ niêm mạc dạ dày:

+ *Bismuth* (viên 120mg) hoặc các thuốc kháng acid, băng niêm mạc (như *Nhôm hydroxyd, Sucralfat*) uống sau ăn.

- Phác đồ tiệt trừ H. pylori (nếu xét nghiệm dương tính):

+ Phác đồ 4 có Bismuth (14 ngày): PPI chuẩn x 2 lần + Bismuth + Tetracycline + Metronidazole.

+ Hoặc phác đồ 3 thuốc tiêu chuẩn (14 ngày): PPI chuẩn x 2 lần + Amoxicillin 1g x 2 lần + Clarithromycin 500mg x 2 lần/ngày.

- Xử trí biến chứng: Nếu kèm xuất huyết tiêu hóa, xử trí theo phác đồ xuất huyết tiêu hóa cấp.

3. Điều trị hỗ trợ:

- Chế độ ăn uống khoa học, đúng giờ, tránh thức ăn cay nóng, nhiều dầu mỡ.

- Nghỉ ngơi, giảm stress căng thẳng thần kinh.

4. Theo dõi điều trị:

- Đánh giá lại triệu chứng sau 2-4 tuần điều trị.

- Nội soi lại kiểm tra hoặc làm test kiểm tra tiệt trừ *H. pylori* sau khi kết thúc điều trị ít nhất 4 tuần.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Đau thượng vị dữ dội không đáp ứng với thuốc giảm tiết acid uống, nghi ngờ có biến chứng thủng ổ loét hoặc xuất huyết tiêu hóa.

- Xuất huyết tiêu hóa rõ (nôn ra máu tươi/máu cục, đi cầu phân đen hoặc phân máu).

- Nôn ói nhiều dẫn đến mất nước, rối loạn điện giải nặng.

- Không đáp ứng với điều trị nội khoa chuẩn sau thời gian hợp lý, cần nội soi chẩn đoán chuyên sâu hoặc điều trị nội trú.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết đau thượng vị hoặc các triệu chứng lâm sàng đã thuyên giảm hoàn toàn.

- Không còn dấu hiệu xuất huyết tiêu hóa (hết nôn máu, phân vàng/nâu, huyết động ổn định, hemoglobin ổn định).

- Người bệnh ăn uống tốt đường miệng, tiêu hóa ổn định.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Xuất huyết tiêu hóa nặng (mất máu nhiều, choáng mất máu) vượt quá khả năng hồi sức và cầm máu nội soi tại Trung tâm Y tế Tịnh Biên.

- Nghi ngờ thủng tạng rỗng (bụng cứng như gỗ, hơi tự do dưới hoành trên X-quang) cần chuyển viện ngoại khoa cấp cứu.

- Nghi ngờ ác tính (ung thư dạ dày) qua nội soi và giải phẫu bệnh cần chuyển tuyến trên phẫu thuật/điều trị chuyên khoa sâu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh"*. Hà Nội.

4. American College of Gastroenterology (2022). *Guidelines for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease*.

5. American College of Gastroenterology (2021). *Guideline for the Treatment of Helicobacter pylori Infection*.

6. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva: WHO.

34. VIÊM TAI GIỮA MẠN TÍNH

(ICD-10: H65.2, H66.1)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm tai giữa mạn tính là tình trạng viêm nhiễm kéo dài của tai giữa với chảy mủ tai tái diễn qua màng nhĩ thủng, có thể gây biến chứng nghe kém tiến triển hoặc biến chứng nội sọ nếu không điều trị đầy đủ.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Chảy mủ tai tái diễn hoặc liên tục qua lỗ thủng màng nhĩ (dịch nhầy mủ, có thể hôi).

- Giảm thính lực (nghe kém) bên tai bị bệnh.

- Thường không đau tai trừ khi có đợt bội nhiễm cấp tính hoặc bít tắc dẫn lưu.

- Nội soi tai: Thủng màng nhĩ (trung tâm hoặc bờ góc), niêm mạc hòm tai sung huyết, có thể thấy polyp tai hoặc vảy cholesteatoma.

2. Cận lâm sàng:

- Đo thính lực đồ (đánh giá mức độ nghe kém tiếp nhận hay dẫn truyền).

- Chụp X-quang Schuller hoặc CT xương thái dương (đánh giá mức độ viêm xương chũm, tìm cholesteatoma khi có nghi ngờ).

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Cholesteatoma ống tai ngoài hoặc tai giữa (chảy tai hôi thối đặc trưng, phá hủy xương).

- Viêm tai giữa cấp tái phát.

- Viêm ống tai ngoài mạn tính.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

- Làm sạch tai, chống nhiễm trùng tại chỗ và toàn thân trong đợt bội nhiễm cấp.

- Phục hồi sức nghe và ngăn ngừa biến chứng; cân nhắc chỉ định phẫu thuật vá nhĩ hoặc khoét xương chũm khi cần thiết.

2. Điều trị cụ thể:

- Vệ sinh tai:

+ Làm sạch dịch mủ bằng tăm bông sạch hoặc hút rửa nhẹ nhàng dưới kính hiển vi/nội soi tai. Giữ tai khô ráo, tránh để nước vào tai khi tắm gội.

- Thuốc nhỏ tai kháng sinh:

+ *Ciprofloxacin* hoặc *Ofloxacin nhỏ tai* (dung dịch nhỏ tai): 2-3 giọt x 2 lần/ngày, dùng trong 7-10 ngày trong đợt chảy mủ.

- Kháng sinh đường uống (khi có viêm lan rộng, sốt hoặc đợt cấp):

+ *Amoxicillin - Clavulanic* (viên 625mg hoặc 1g): 1g x 2 lần/ngày (hoặc liều tương đương theo cân nặng), dùng trong 7-10 ngày.

- Điều trị ngoại khoa (Chuyển chuyên khoa Tai Mũi Họng):

+ Phẫu thuật vá nhĩ, chỉnh hình hệ thống xương con hoặc phẫu thuật tiệt căn xương chũm khi có biến chứng hoặc cholesteatoma.

3. Điều trị hỗ trợ:

- Giảm đau, hạ sốt khi có đợt cấp viêm tai giữa cấp tính kèm theo.

4. Theo dõi điều trị:

- Nội soi tai định kỳ đánh giá tình trạng khô tai, liền lỗ thủng hoặc đánh giá hiệu quả kháng sinh nhỏ tai.

- Kiểm tra thính lực đồ sau điều trị ổn định.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Đợt cấp viêm tai giữa mạn tính: Chảy mủ tai nhiều, đau tai dữ dội, sốt cao.

- Có dấu hiệu biến chứng nguy hiểm: Viêm xương chũm cấp, liệt mặt ngoại biên, nghi ngờ biến chứng nội sọ (đau đầu dữ dội, buồn nôn, nôn vọt, rối loạn tri giác - CẤP CỨU).

- Giảm thính lực nặng ảnh hưởng giao tiếp cần nhập viện chuẩn bị phẫu thuật chuyên khoa.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Tai khô, hết chảy mủ, lỗ thủng màng nhĩ khô ráo (hoặc đã được phẫu thuật thành công).

- Hết đau tai, hết sốt, các triệu chứng viêm nhiễm cấp tính đã được giải quyết.

- Vết mổ tai (nếu có phẫu thuật) khô, liền tốt, chân chỉ sạch.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Chỉ định chụp CT xương thái dương khi nghi ngờ biến chứng (viêm xương chũm, Cholesteatoma) nếu Trung tâm Y tế Tịnh Biên chưa thực hiện được.

- Có dấu hiệu biến chứng nội sọ, liệt mặt, viêm tai giữa mạn tính có cholesteatoma hoặc không đáp ứng với điều trị nội khoa kéo dài cần chuyển chuyên khoa Tai Mũi Họng tuyến tỉnh/trung ương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh"*. Hà Nội.

35. VIÊM MŨI XOANG TRẺ EM

(ICD-10: J01.9)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm mũi xoang ở trẻ em là tình trạng viêm niêm mạc mũi và các xoang cạnh mũi, thường thứ phát sau nhiễm virus đường hô hấp trên, đa số tự khỏi nhưng cần theo dõi biến chứng ổ mắt-nội sọ nếu diễn tiến nặng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Chảy mũi nhầy mủ, nghẹt mũi kéo dài.

- Ho (thường nặng hơn về ban đêm do dịch chảy xuống họng).

- Các triệu chứng kéo dài trên 10 ngày không có xu hướng thuyên giảm, hoặc triệu chứng đột ngột nặng lên sau một đợt cảm lạnh nhẹ ban đầu (sốt cao, chảy mũi mủ đặc, đau nhức mặt).

2. Cận lâm sàng:

- Không bắt buộc xét nghiệm đặc hiệu trong các trường hợp viêm mũi xoang cấp điển hình.

- X-quang xoang (tư thế Blondeau, Hirtz) ít được khuyến cáo thường quy cho trẻ nhỏ do cấu trúc xoang chưa phát triển hoàn thiện và độ nhạy thấp.

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm mũi dị ứng.

- Dị vật mũi (thường chảy mũi một bên, hôi).

- VA quá phát.

- Polyp mũi (hiếm gặp ở trẻ nhỏ, trừ bệnh xơ nang).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

- Làm thông thoáng mũi xoang, dẫn lưu dịch tiết tốt.

- Điều trị kháng sinh kịp thời khi có bằng chứng bội nhiễm vi khuẩn.

- Kiểm soát triệu chứng và phòng ngừa biến chứng.

2. Điều trị cụ thể:

- Vệ sinh mũi:

+ Rửa mũi bằng dung dịch nước muối sinh lý NaCl 0.9% nhiều lần/ngày để làm loãng dịch nhầy.

- Kháng sinh (khi nghi ngờ bội nhiễm vi khuẩn - triệu chứng kéo dài > 10 ngày không cải thiện):

+ *Amoxicillin* liều cao hoặc *Amoxicillin - Clavulanic*: Liều Amoxicillin 80-90 mg/kg/ngày chia 2 lần uống, trong 10 ngày.

- Điều trị triệu chứng:

+ *Paracetamol*: 10-15 mg/kg/lần uống khi sốt hoặc đau đầu/đau mặt.

+ Thuốc xịt mũi co mạch (Xylometazolin) dùng ngắn ngày (tối đa 3-5 ngày) nếu nghẹt mũi nhiều.

3. Điều trị hỗ trợ:

- Bù đủ dịch nước cho trẻ, dinh dưỡng đầy đủ.

- Giữ ấm cơ thể, tránh môi trường khói bụi, khói thuốc lá.

4. Theo dõi điều trị:

- Theo dõi sát thân nhiệt, mức độ thông thoáng của mũi và triệu chứng ho đờm của trẻ sau 48-72 giờ dùng thuốc.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Sốt cao kéo dài, đau nhức vùng mặt hoặc đầu dữ dội.

- Có dấu hiệu biến chứng ổ mắt (sưng nề mi mắt, đỏ quanh hốc mắt, hạn chế vận động nhãn cầu, lồi mắt) hoặc biến chứng nội sọ - CẤP CỨU.

- Không đáp ứng với kháng sinh ngoại trú sau 72 giờ điều trị.

- Trẻ nhỏ có biểu hiện nhiễm trùng toàn thân nặng, từ chối ăn uống, mất nước.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết sốt, tình trạng nhiễm trùng toàn thân ổn định.

- Hết chảy mũi mủ, mũi thông thoáng, trẻ bú/ăn uống tốt, ngủ ngon giấc.

- Các xét nghiệm (nếu có) trở về giới hạn bình thường.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Chỉ định chụp CT xoang khi nghi ngờ có biến chứng hoặc viêm xoang mạn tính kháng trị, nếu Trung tâm Y tế Tịnh Biên chưa thực hiện được.

- Trẻ có biến chứng ổ mắt, biến chứng nội sọ hoặc viêm xoang nặng vượt quá năng lực điều trị cần chuyển gấp đến chuyên khoa Tai Mũi Họng/Nhi khoa tuyến trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 07/8/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em"*. Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng"*. Hà Nội.

5. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh"*. Hà Nội.

6. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva: WHO.

36. VIÊM AMIDAN CẤP & MẠN

(ICD-10: J03.9)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm Amidan cấp và mạn là tình trạng viêm mô lympho vùng hầu họng, thường do vi khuẩn liên cầu hoặc virus, viêm tái phát nhiều lần có thể ảnh hưởng hô hấp-giấc ngủ và có chỉ định cắt Amidan chương trình.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- **Viêm amidan cấp:** Đau họng dữ dội tăng khi nuốt, sốt cao, mệt mỏi; khám thấy amidan sưng to, đỏ rực, bề mặt có các chấm mủ trắng hoặc lớp giả mạc mỏng dễ bóc tách; hạch góc hàm sưng đau.

- **Viêm amidan mạn tính:** Viêm tái phát nhiều đợt trong năm; đau họng âm ỉ, nuốt vướng, hơi thở hôi; khám thấy amidan quá phát (to như hạt hạnh nhân hoặc chạm nhau giữa đường giữa - độ III/IV), bề mặt có khe hốc chứa mủ bã đậu, trụ trước đỏ.

2. Cận lâm sàng:

- Công thức máu (bạch cầu tăng cao, chủ yếu đa nhân trung tính trong nhiễm khuẩn).

- Test nhanh phát hiện kháng nguyên *Streptococcus* nhóm A (nếu có điều kiện).

- Siêu âm vùng cổ (khi nghi ngờ biến chứng áp xe quanh amidan).

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm họng do virus.

- Áp xe quanh amidan (đau họng một bên dữ dội, nuốt đau nhiều, khít hàm, lưỡi gà bị đẩy lệch sang bên lành - cần chuyển tuyến).

- Bạch hầu (giả mạc trắng xám dai dính, chảy máu khi bóc - cấp cứu dịch tễ).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

- Kháng sinh đầy đủ nếu nghi ngờ hoặc xác định do vi khuẩn (đặc biệt liên cầu khuẩn nhóm A để phòng biến chứng thấp tim).

- Điều trị triệu chứng (giảm đau, hạ sốt, súc họng).

- Cân nhắc chỉ định cắt amidan chương trình đối với viêm amidan mạn tính tái phát nhiều lần hoặc gây biến chứng tắc nghẽn.

2. Điều trị cụ thể:

- Kháng sinh (khi có dấu hiệu viêm họng cấp do vi khuẩn):

+ *Amoxicillin* (viên 500mg): 500mg x 3 lần/ngày uống, trong 7-10 ngày.

+ *Hoặc Amoxicillin - Clavulanic* (viên 625mg/1g): 1g x 2 lần/ngày uống trong 7-10 ngày.

+ *(Trường hợp dị ứng Penicillin có thể dùng nhóm Macrolid như Azithromycin hoặc Clarithromycin).*

- Điều trị triệu chứng:

+ *Paracetamol* (viên 500mg): 500mg - 1000mg uống khi sốt ≥ 38.5°C hoặc đau họng nhiều.

+ Súc họng miệng thường xuyên bằng nước muối sinh lý ấm NaCl 0.9%.

3. Điều trị hỗ trợ:

- Nghỉ ngơi, uống nhiều nước ấm, ăn thức ăn mềm, lỏng, dễ nuốt (cháo, súp).

- Bổ sung vitamin C và dinh dưỡng nâng cao thể trạng.

4. Theo dõi điều trị:

- Theo dõi thân nhiệt, mức độ đau họng và nuốt của người bệnh sau 48-72 giờ điều trị kháng sinh.

- Theo dõi phát hiện sớm các biến chứng như áp xe quanh amidan.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Sốt cao liên tục, nuốt đau nhiều không ăn uống được, có nguy cơ mất nước hoặc khó thở do amidan quá phát gây tắc nghẽn đường thở.

- Biến chứng áp xe quanh amidan (đau họng dữ dội một bên, khít hàm, giọng nói "khoai tây nóng") - cần nhập viện rạch dẫn lưu mủ kết hợp kháng sinh tĩnh mạch.

- Nghi ngờ biến chứng thấp tim hoặc viêm cầu thận cấp sau nhiễm liên cầu.

- Viêm amidan mạn tính tái phát nhiều lần (thường ≥ 5-6 lần/năm) có chỉ định nhập viện phẫu thuật cắt amidan chương trình.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết sốt ít nhất 24-48 giờ.

- Giảm hẳn đau họng, nuốt dễ, amidan đỡ sưng đỏ, không còn dịch mủ/giả mạc.

- Người bệnh ăn uống được bằng đường miệng, thể trạng ổn định.

- Đối với bệnh nhân phẫu thuật cắt amidan: Hết chảy máu vết mổ, vết mổ đóng giả mạc trắng sạch, ăn uống đồ mềm nguội tốt.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Viêm amidan biến chứng nặng: Áp xe quanh amidan, áp xe thành họng sâu, hoặc nhiễm trùng huyết cần can thiệp ngoại khoa chuyên khoa sâu (rạch mủ, mở khí quản nếu có nguy cơ ngạt thở cấp).

- Chỉ định phẫu thuật cắt amidan khi vượt quá khả năng chuyên môn/trang thiết bị kỹ thuật của Trung tâm Y tế Tịnh Biên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng"*. Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh"*. Hà Nội.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva: WHO.

37. VIÊM MŨI XOANG CẤP

(ICD-10: J01.9)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm mũi xoang cấp ở người lớn là tình trạng viêm niêm mạc mũi-xoang cấp tính, đa số do virus và tự khỏi, kháng sinh chỉ cần thiết khi nghi bội nhiễm vi khuẩn kéo dài trên 10 ngày hoặc nặng lên sau cải thiện ban đầu.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Chảy mũi nhầy hoặc mủ xanh/vàng đặc, nghẹt tắc mũi.

- Đau nhức hoặc cảm giác nặng căng vùng mặt (tương ứng các xoang trán, xoang hàm, xoang sàng).

- Giảm hoặc mất khứu giác, ho khan (do dịch chảy xuống họng), sốt nhẹ hoặc vừa.

- Ấn đau các điểm chiếu của xoang trên mặt (điểm hố nanh, góc trên trong hốc mắt).

2. Cận lâm sàng:

- Không bắt buộc xét nghiệm máu nếu viêm mũi xoang cấp điển hình do virus hoặc nhẹ.

- X-quang xoang (tư thế Blondeau, Hirtz): Thấy mờ xoang, dày niêm mạc hoặc có mức nước - hơi trong lòng xoang.

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm mũi dị ứng cấp tính/mạn tính đợt cấp.

- Đau đầu vận mạch, đau nửa đầu (Migraine).

- Viêm xoang nguồn gốc từ răng (thường một bên, kèm sâu răng hàm trên).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

- Làm thông thoáng lỗ thông mũi xoang, phục hồi dẫn lưu và thông khí xoang.

- Kháng sinh điều trị khi có bội nhiễm vi khuẩn.

- Điều trị triệu chứng, chống viêm niêm mạc tại chỗ.

2. Điều trị cụ thể:

- Vệ sinh mũi:

+ Rửa mũi bằng nước muối sinh lý NaCl 0.9% nhiều lần trong ngày.

+ Thuốc xịt mũi co mạch (Xylometazolin 0.05% hoặc 0.1%) dùng ngắn ngày (tối đa 3-5 ngày) để giảm nghẹt mũi nhanh.

- Kháng sinh (khi nghi ngờ bội nhiễm vi khuẩn - triệu chứng > 10 ngày hoặc nặng lên sau cải thiện):

+ *Amoxicillin - Clavulanic* (viên 625mg hoặc 1g): 1g x 2 lần/ngày uống, trong 7-10 ngày.

- Điều trị triệu chứng:

+ *Paracetamol* (viên 500mg): 500mg - 1000mg x 3 lần/ngày uống khi đau đầu hoặc sốt.

+ Corticoid xịt mũi tại chỗ (như *Mometasone furoate* hoặc *Fluticasone*) hỗ trợ giảm viêm niêm mạc xoang kéo dài.

3. Điều trị hỗ trợ:

- Uống nhiều nước ấm, nghỉ ngơi hợp lý.

- Tránh xa khói thuốc lá, bụi bẩn và các chất kích thích đường hô hấp.

4. Theo dõi điều trị:

- Đánh giá lại tình trạng đau mặt, dịch mũi và sốt sau 48-72 giờ điều trị.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Đau nhức vùng mặt hoặc đầu dữ dội, sốt cao không đáp ứng với điều trị ngoại trú.

- Có dấu hiệu biến chứng ổ mắt (sưng nề mi mắt, đỏ quanh mắt, nhìn đôi, giảm thị lực) hoặc biến chứng nội sọ (đau đầu dữ dội, nôn vọt, rối loạn tri giác) - CẤP CỨU.

- Không đáp ứng với điều trị kháng sinh ngoại trú sau 7-10 ngày.

- Viêm xoang hàm do nguyên nhân từ răng cần nhập viện phối hợp điều trị ngoại khoa Răng Hàm Mặt.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết sốt, tình trạng đau nhức vùng mặt giảm hoàn toàn.

- Hết chảy mũi mủ, mũi thông thoáng, khứu giác hồi phục.

- Các dấu hiệu sinh tồn và cận lâm sàng (nếu có) ổn định bình thường.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Chỉ định chụp CT xoang để đánh giá tổn thương sâu hoặc khi có nghi ngờ biến chứng mà Trung tâm Y tế Tịnh Biên chưa thực hiện được.

- Viêm mũi xoang cấp có biến chứng ổ mắt, biến chứng nội sọ, hoặc thất bại với nhiều đợt điều trị nội khoa cần chuyển chuyên khoa Tai Mũi Họng tuyến trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng"*. Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh"*. Hà Nội.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva: WHO.

38. VIÊM KẾT MẠC CẤP

(ICD-10: H10.9)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm kết mạc cấp là tình trạng viêm màng kết mạc mắt, nguyên nhân có thể do virus (thường gặp nhất, dễ lây), vi khuẩn hoặc dị ứng, biểu hiện đỏ mắt-chảy dử-cộm mắt, cần phân biệt các nguyên nhân để điều trị đúng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Đỏ mắt (cương tụ kết mạc lan tỏa), chảy nước mắt nhiều, cộm rát như có cát trong mắt.

- Dịch tiết dử mắt nhiều: Dử đặc màu vàng xanh gợi ý nguyên nhân vi khuẩn; dử trong, loãng, ngứa nhiều gợi ý nguyên nhân dị ứng hoặc virus.

- Thị lực **không bị giảm** và không đau nhức sâu (điểm quan trọng giúp phân biệt với viêm loét giác mạc hay glôcôm).

- Có thể kèm sưng nề nhẹ mi mắt, hạch trước tai (thường gặp trong viêm kết mạc do Adenovirus).

2. Cận lâm sàng:

- Không bắt buộc xét nghiệm đặc hiệu trong các trường hợp viêm kết mạc cấp điển hình.

- Nhuộm soi dịch tiết hoặc test nhanh (nếu nghi ngờ do vi khuẩn đặc biệt hoặc lậu cầu).

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm kết mạc dị ứng.

- Viêm màng bồ đào trước / Glôcôm góc đóng cấp (đau nhức mắt dữ dội, giảm thị lực, đồng tử giãn, cương tụ rìa - CẤP CỨU MẮT, cần loại trừ ngay).

- Viêm loét giác mạc.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

- Điều trị theo đúng nguyên nhân (virus: nâng đỡ, nhỏ nước mắt nhân tạo; vi khuẩn: kháng sinh nhỏ mắt; dị ứng: thuốc kháng histamin).

- Vệ sinh mắt sạch sẽ, phòng ngừa lây lan cộng đồng (không dùng chung khăn mặt, rửa tay xà phòng thường xuyên).

- Tuyệt đối không tự ý dùng thuốc nhỏ mắt chứa Corticoid khi chưa có chỉ định của bác sĩ chuyên khoa mắt.

2. Điều trị cụ thể:

- Viêm kết mạc do vi khuẩn:

+ *Thuốc nhỏ mắt kháng sinh* (*Ciprofloxacin 0.3%* hoặc *Ofloxacin 0.3%*): Nhỏ 1-2 giọt x 4-6 lần/ngày, dùng trong 5-7 ngày.

- Viêm kết mạc do virus:

+ Điều trị hỗ trợ: Nước mắt nhân tạo không chất bảo quản, chườm lạnh giảm sưng nề, rửa mắt bằng nước muối sinh lý NaCl 0.9% thường xuyên.

- Viêm kết mạc dị ứng:

+ Thuốc nhỏ mắt kháng Histamin / ổn định dưỡng bào (*Ketotifen* hoặc *Olopatadin*) hoặc kháng histamin uống (*Cetirizine* 10mg uống 1 viên/ngày).

3. Điều trị hỗ trợ:

- Hạn chế tiếp xúc ánh sáng mạnh, đeo kính mát bảo vệ mắt khi đi ra ngoài.

4. Theo dõi điều trị:

- Đánh giá mức độ đỏ mắt, giảm tiết dử mắt và cảm giác cộm sau 48-72 giờ điều trị.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Hầu hết các trường hợp viêm kết mạc cấp điều trị ngoại trú.

- Nhập viện / Chuyển khám chuyên khoa mắt khẩn cấp khi có các dấu hiệu nặng: Giảm thị lực, đau nhức mắt dữ dội, sợ ánh sáng nhiều (nghi ngờ biến chứng viêm giác mạc hoặc viêm màng bồ đào kèm theo).

- Trẻ sơ sinh bị viêm kết mạc mủ nhiều (nghi ngờ nhiễm lậu cầu hoặc Chlamydia từ mẹ) cần điều trị tích cực nội trú.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Mắt hết đỏ, kết mạc trắng sáng trở lại.

- Hết hoàn toàn ghèn dử mắt, hết cộm rát và không còn chảy nước mắt.

- Thị lực bình thường, không có di chứng tổn thương trên bề mặt giác mạc.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Viêm kết mạc không đáp ứng với điều trị kháng sinh thông thường sau 3-5 ngày.

- Có tổn thương lan rộng vào giác mạc, giảm thị lực, đau nhức sâu hoặc nghi ngờ các bệnh lý mắt nguy hiểm khác (glôcôm, viêm màng bồ đào, loét giác mạc) vượt quá khả năng chuyên môn của Trung tâm Y tế Tịnh Biên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Mắt*, Ban hành kèm theo Quyết định số 3907/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế.

2. Bộ Y tế (2020), *Hướng dẫn sử dụng kháng sinh,* Ban hành kèm theo Quyết định số 708/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế.

3. Bộ Y tế (2022), *Dược thư Quốc gia Việt Nam*, NXB Y học, Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/04/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*.

5. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*.

39. VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO NẤM

(ICD-10: H16.0)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm loét giác mạc do nấm là nhiễm trùng giác mạc nặng, thường liên quan chấn thương mắt do thực vật hoặc đeo kính áp tròng không đúng cách, tiến triển chậm nhưng có thể gây mù lòa nếu không điều trị kịp thời và đúng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Đau nhức mắt dữ dội, đỏ mắt, chảy nước mắt, sợ ánh sáng và giảm thị lực tiến triển rõ rệt.

- Khám thực thể (soi đèn khe / kính hiển vi sinh học): Ổ loét giác mạc có màu trắng xám hoặc vàng xám, bờ gồ ghề, khô, có các tổn thương vệ tinh xung quanh ổ loét chính, có thể kèm mủ tiền phòng (hypopyon).

- Tiền sử đặc trưng: Có chấn thương mắt do thực vật hoặc dị vật hữu cơ trước đó.

2. Cận lâm sàng:

- Soi tươi bệnh phẩm giác mạc (cạo ổ loét) tìm sợi nấm dưới kính hiển vi (nếu có điều kiện tại cơ sở).

- Đo thị lực, soi đèn khe đánh giá kích thước và độ sâu ổ loét.

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Loét giác mạc do vi khuẩn (*Pseudomonas*, *Pneumococcus*...).

- Loét giác mạc do Amibe (*Acanthamoeba*).

- Loét giác mạc do virus Herpes simplex (HSV).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

- **CẤP CỨU NHÃN KHOA:** Sử dụng thuốc kháng nấm đặc hiệu tại chỗ với tần suất cao ngay từ đầu.

- Kết hợp kháng nấm toàn thân khi ổ loét sâu, lan rộng hoặc đe dọa thủng.

- **TUYỆT ĐỐI KHÔNG SỬ DỤNG CORTICOID TẠI CHỖ** dưới mọi hình thức vì sẽ làm nấm phát triển lan nhanh hơn và gây thủng giác mạc.

2. Điều trị cụ thể:

- Kháng nấm tại chỗ (nhỏ mắt):

+ *Natamycin 5%* hoặc *Fluconazol 0.2%* / *Voriconazol 1%* dung dịch nhỏ mắt: Nhỏ với tần suất dày đặc (mỗi 1 giờ/lần cả ngày lẫn đêm trong những ngày đầu), sau đó giảm dần tần suất khi có đáp ứng lâm sàng rõ.

- Kháng nấm toàn thân (hỗ trợ khi tổn thương sâu, nặng):

+ *Fluconazole* (viên 150mg): 150mg - 300mg/ngày uống theo chỉ định chuyên khoa mắt.

+ Hoặc *Itraconazole* uống theo phác đồ chuyên khoa.

- Giảm đau và chống dính đồng tử:

+ *Atropin 1%* nhỏ mắt (chống dính mống mắt, giảm đau do co thắt thể mi) nếu có chỉ định của bác sĩ chuyên khoa.

+ *Paracetamol* (viên 500mg) uống giảm đau.

3. Điều trị hỗ trợ:

- Băng kín mắt tổn thương hoặc đeo kính bảo vệ, giữ gìn vệ sinh tuyệt đối.

4. Theo dõi điều trị:

- Soi đèn khe kiểm tra kích thước ổ loét, đo thị lực mỗi 2-3 ngày để đánh giá đáp ứng với thuốc kháng nấm.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- TẤT CẢ các trường hợp viêm loét giác mạc do nấm đều có chỉ định **nhập viện điều trị nội trú** tích cực và theo dõi sát sao do nguy cơ mù lòa rất cao.

- Ổ loét kích thước lớn, tổn thương sâu, nằm gần trung tâm quang học của giác mạc đe dọa thị lực trầm trọng.

- Không đáp ứng với điều trị thuốc kháng nấm ngoại trú ban đầu.

- Nguy cơ thủng giác mạc cao cần chuẩn bị chuyển tuyến chuyên khoa Mắt để can thiệp phẫu thuật (ghép giác mạc, keo sinh học dán giác mạc).

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Ổ loét giác mạc đã biểu mô hóa hoàn toàn, hết thâm nhiễm, đáy ổ loét sạch, không còn dấu hiệu viêm tiến triển.

- Tiền phòng trong, không còn mủ tiền phòng.

- Đau nhức mắt hết, thị lực ổn định ở mức tối đa có thể đạt được sau sẹo.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Viêm loét giác mạc do nấm nặng, ổ loét lan rộng sâu suýt thủng hoặc đã thủng giác mạc.

- Vượt quá khả năng chuyên môn chẩn đoán vi sinh hoặc điều trị nội khoa chuyên sâu của Trung tâm Y tế Tịnh Biên, cần chuyển ngay đến bệnh viện chuyên khoa Mắt tuyến tỉnh hoặc trung ương để được xử trí phẫu thuật cấp cứu (ghép giác mạc, phủ kết mạc).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Mắt*, Ban hành kèm theo Quyết định số 3907/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế.

2. Bộ Y tế (2020), *Hướng dẫn sử dụng kháng sinh*, Ban hành kèm theo Quyết định số 708/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế.

3. Bộ Y tế (2022), *Dược thư Quốc gia Việt Nam*, NXB Y học, Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/04/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*.

5. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*.

40. VIÊM TÚI LỆ

(ICD-10: H04.3)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm túi lệ là tình trạng viêm nhiễm túi lệ do tắc nghẽn ống lệ mũi, biểu hiện sưng đau góc trong mắt kèm chảy nước mắt-chảy mủ, có thể cần can thiệp phẫu thuật nếu tái phát nhiều lần.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- **Viêm túi lệ cấp tính:** Sưng, nóng, đỏ, đau rát dữ dội vùng góc trong mắt (ngay dưới dây dằng mi trong); có thể kèm sốt nhẹ, mệt mỏi.

- **Viêm túi lệ mạn tính:** Chảy nước mắt sống kéo dài, ấn vào vùng túi lệ thấy dịch nhầy hoặc mủ trào ra ở lỗ lệ.

- **Biến chứng áp xe túi lệ:** Khối sưng vùng góc trong mắt hóa mủ, căng bóng, phập phồng, nguy cơ vỡ mủ ra da.

2. Cận lâm sàng:

- Công thức máu (Bạch cầu tăng, trung tính tăng trong đợt cấp hoặc áp xe).

- Nhuộm Gram và cấy dịch mủ túi lệ làm kháng sinh đồ (khi có mủ hoặc tái phát nhiều lần).

- Bơm thông lệ đạo (chỉ thực hiện khi đã hết đợt viêm cấp) để xác định vị trí tắc nghẽn.

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm mô tế bào quanh hốc mắt/hốc mắt (sưng nề lan rộng, lồi mắt, hạn chế vận động nhãn cầu, giảm thị lực - CẤP CỨU).

- Viêm chắp/lẹo mi mắt vùng góc trong.

- U túi lệ hoặc u vùng xoang sàng lan sang.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

- *Trong đợt cấp:* Kháng sinh toàn thân phối hợp kháng sinh tại chỗ, chống viêm, giảm đau, chườm ấm. Nếu có áp xe thì chích rạch dẫn lưu mủ.

- *Trong đợt mạn/sau khi hết viêm cấp:* Bơm thông lệ đạo hoặc can thiệp phẫu thuật nối túi lệ mủ (DCR) để giải quyết gốc rễ nguyên nhân tắc nghẽn.

2. Điều trị cụ thể:

- Kháng sinh toàn thân (đường uống hoặc tĩnh mạch tùy mức độ):

+ *Amoxicillin - Clavulanic* (viên 625mg/1g): 1g x 2 lần/ngày uống trong 7-10 ngày.

+ *Hoặc Cefuroxim* (viên 500mg): 500mg x 2 lần/ngày uống.

+ *(Trường hợp nặng/áp xe):* Cefotaxim 1g-2g/ngày tiêm tĩnh mạch.

- Kháng sinh nhỏ mắt tại chỗ:

+ *Ciprofloxacin 0.3%* hoặc *Ofloxacin 0.3%* nhỏ mắt: 1-2 giọt x 4-6 lần/ngày.

- Giảm đau, chống viêm:

+ *Paracetamol* (viên 500mg): 500mg x 3 lần/ngày uống khi đau.

+ Chườm ấm vùng túi lệ 2-3 lần/ngày.

- Xử trí ngoại khoa/Thủ thuật:

+ Chích rạch dẫn lưu mủ khi khối áp xe túi lệ chín hóa mủ mềm.

+ Chuyển chuyên khoa Mắt phẫu thuật nối túi lệ mũi (DCR) sau khi kiểm soát hoàn toàn đợt nhiễm trùng cấp.

3. Điều trị hỗ trợ:

- Vệ sinh mắt bằng nước muối sinh lý NaCl 0.9% hàng ngày.

- Nghỉ ngơi, tránh dụi mắt hoặc tác động mạnh lên vùng túi lệ đang viêm.

4. Theo dõi điều trị:

- Đánh giá mức độ sưng đỏ, cảm giác đau và số lượng dịch mủ mỗi ngày trong giai đoạn cấp.

- Theo dõi sự thoát lưu của mủ sau khi chích rạch áp xe.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Viêm túi lệ cấp tính sưng đau nhiều, có biểu hiện nhiễm trùng toàn thân (sốt, mệt mỏi).

- Áp xe túi lệ cần chích rạch dẫn lưu mủ và dùng kháng sinh đường tiêm.

- Không đáp ứng với điều trị kháng sinh đường uống ngoại trú sau 48-72 giờ.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết sốt, tình trạng sưng nóng đỏ đau vùng túi lệ giảm rõ rệt.

- Ổ áp xe (nếu có) đã sạch mủ, vết chích rạch khô liền tốt.

- Không còn dịch mủ chảy ra khi ấn nhẹ vùng túi lệ.

- Người bệnh được hẹn lịch tái khám chuyên khoa Mắt để xét phẫu thuật tái tạo đường lệ.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Nghi ngờ hoặc có biến chứng viêm mô tế bào hốc mắt, áp xe hốc mắt, giảm thị lực.

- Viêm túi lệ mạn tính tái phát nhiều lần cần can thiệp phẫu thuật nối túi lệ mũi (DCR) hoặc nối lệ đạo bằng phẫu thuật nội soi vượt quá năng lực kỹ thuật của Trung tâm Y tế Tịnh Biên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Mắt*, Ban hành kèm theo Quyết định số 3907/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế.

2. Bộ Y tế (2020), *Hướng dẫn sử dụng kháng sinh*, Ban hành kèm theo Quyết định số 708/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế.

3. Bộ Y tế (2022), *Dược thư Quốc gia Việt Nam*, NXB Y học, Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/04/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*.

5. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*.

41. SÂU RĂNG

(ICD-10: K02.9)

I. ĐẠI CƯƠNG

Sâu răng là bệnh phá hủy mô cứng của răng do vi khuẩn lên men carbohydrate tạo acid, là bệnh răng miệng phổ biến nhất, có thể tiến triển đến viêm tủy-áp xe quanh chóp nếu không điều trị sớm.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Sâu men (Sâu nông): Tổn thương đổi màu men răng (vết trắng đục hoặc sẫm màu), chưa có lỗ sâu rõ hoặc lỗ sâu rất nhỏ. Không đau, không ê buốt.

- Sâu ngà (Sâu vừa và sâu): Thấy rõ lỗ sâu trên bề mặt răng chứa ngà mủn. Cảm giác ê buốt, đau nhẹ khi ăn thức ăn nóng, lạnh, ngọt, chua hoặc khi thức ăn dắt vào lỗ sâu. **Hết ê buốt ngay sau khi ngừng kích thích.**

Chú ý:* Nếu có đau tự nhiên, đau kéo dài từng cơn liên tục là dấu hiệu đã tiến triển thành **viêm tủy răng.

2. Cận lâm sàng:

- Chụp X-quang răng (sử dụng máy X-quang răng tại TTYT) để xác định độ sâu của lỗ tổn thương, đánh giá mối tương quan với buồng tủy và phát hiện các lỗ sâu kẽ ẩn.

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm tủy răng (đau tự nhiên, đau dữ dội về đêm, hết kích thích vẫn còn đau).

- Viêm quanh chóp răng (đau gõ ngang/gõ dọc, răng chồi, ngách lợi tương ứng sưng).

- Mòn cổ răng, nhạy cảm cổ răng.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

- Làm sạch toàn bộ mô răng sâu tổn thương.

- Tái tạo lại hình dáng và chức năng giải phẫu của răng bằng vật liệu trám răng thích hợp.

- Bảo vệ tủy răng, phòng ngừa sâu răng tái phát.

2. Điều trị cụ thể:

- Sâu men nhẹ: Hướng dẫn vệ sinh răng miệng, chải răng với kem chứa Fluor, có thể tái khoáng hóa bằng Gel Fluor.

- Sâu ngà (Đã tạo lỗ sâu):

+ Mở màng men, nạo sạch toàn bộ tổ chức ngà sâu hoại tử.

+ Trám lót bảo vệ tủy (nếu lỗ sâu gần tủy) bằng Eugate hoặc Hydroxyd calci.

+ Trám phục hồi hình dáng răng bằng Composite, GIC (Glass Ionomer Cement) hoặc Amalgam.

+ Sử dụng thuốc gây tê tại chỗ (*Lidocain 2%*) khi nạo ngà sâu nếu người bệnh ê buốt nhiều.

- Điều trị triệu chứng (nếu có ê buốt/đau nhẹ sau trám):

+ *Paracetamol* (viên 500mg): 500mg x 2-3 lần/ngày uống khi cần.

- Sâu răng tiến triển chạm tủy: Chuyển sang phác đồ điều trị tủy răng (lấy tủy) hoặc nhổ răng nếu không còn khả năng bảo tồn.

3. Điều trị hỗ trợ:

- Hướng dẫn kỹ thuật chải răng đúng cách, sử dụng chỉ nha khoa, súc miệng nước muối/dung dịch súc miệng.

- Hạn chế ăn đồ ngọt, nước ngọt có gas.

4. Theo dõi điều trị:

- Đánh giá độ kín khít của khối trám, điểm chạm khớp cắn sau khi trám.

- Tái khám sau 1-2 tuần nếu có cảm giác đau ê khi cắn nhai.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Bệnh sâu răng thuần túy điều trị **ngoại trú** tại phòng khám Răng Hàm Mặt.

- Chỉ nhập viện khi sâu răng gây ra các biến chứng nặng: Viêm mô tế bào vùng hàm mặt, áp xe vùng sàn miệng/dưới hàm kèm sốt cao, độc trùng toàn thân.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Răng được trám phục hồi hoàn chỉnh, đảm bảo chức năng ăn nhai và thẩm mỹ.

- Không còn triệu chứng ê buốt hay đau rát.

- Các biến chứng nhiễm trùng lan tỏa (nếu có nhập viện) đã được kiểm soát hoàn toàn.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Bệnh nhân có biến chứng nhiễm trùng lan rộng vùng hàm mặt - cổ (viêm mô tế bào tỏa lan) dọa chèn ép đường thở vượt khả năng xử trí cấp cứu ngoại khoa của Trung tâm Y tế Tịnh Biên.

- Trường hợp tổn thương phức tạp cần phục hình răng sứ/phẫu thuật tái tạo chuyên khoa sâu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 07/8/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em"*. Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh"*. Hà Nội.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva: WHO.

42. VIÊM TỦY RĂNG SỮA

(ICD-10: K04.0)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm tủy răng sữa là tình trạng viêm nhiễm tủy răng ở trẻ em, thường hậu quả của sâu răng không điều trị, cần can thiệp kịp thời để giảm đau và tránh ảnh hưởng đến mầm răng vĩnh viễn bên dưới.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Viêm tủy có khả năng hồi phục: Đau/ê buốt nhẹ khi ăn đồ nóng, lạnh, ngọt; hết đau ngay khi ngừng kích thích.

- Viêm tủy không hồi phục: Đau tự nhiên (đặc biệt về đêm), đau kéo dài từng cơn, đau lan lên đầu. Trẻ quấy khóc, bỏ ăn, có thể sốt nhẹ.

- Khám thấy lỗ sâu lớn chạm buồng tủy, ngõ vào buồng tủy thấy điểm chảy máu hoặc tủy hoại tử thối.

2. Cận lâm sàng:

- Chụp X-quang răng (máy X-quang răng tại TTYT): Đánh giá mức độ tổn thương buồng tủy, tình trạng tiêu xương vùng tiêu chóp và sự phát triển của mầm răng vĩnh viễn bên dưới.

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Sâu ngà sâu (đau khi có kích thích, hết kích thích hết đau ngay).

- Viêm quanh chóp răng sữa (răng lung lay nhiều, ngách lợi sưng mủ, X-quang có tổn thương vùng chạc răng).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

- Loại bỏ tổ chức tủy bị viêm nhiễm/hoại tử.

- Bảo tồn răng sữa nếu còn khả năng (lấy tủy buồng/lấy tủy toàn bộ) hoặc nhổ bỏ răng sữa nếu đã mất khả năng bảo tồn để tránh làm hỏng mầm răng vĩnh viễn.

- Giảm đau và điều trị kháng sinh khi có nhiễm trùng lan rộng.

2. Điều trị cụ thể:

- Bảo tồn tủy (Lấy tủy buồng / Lấy tủy chân):

+ Gây tê tại chỗ (*Lidocain 2%*).

+ Mở buồng tủy, lấy sạch tủy buồng (hoặc tủy chân), cầm máu, đặt thuốc hàn tủy chuyên dụng cho răng sữa (Formocresol hoặc Eugenate/Zinc Oxide Eugenol) và trám kín lỗ sâu bằng GIC/Composite.

- Nhổ răng sữa (khi tủy hoại tử toàn bộ, răng lung lay nhiều, tiêu xương chạc rộng):

+ Sử dụng tê xịt hoặc tiêm tê tại chỗ (*Lidocain*) để nhổ răng nhẹ nhàng.

- Kháng sinh (khi có sưng lợi, áp xe quanh chóp hoặc sốt):

+ *Amoxicillin*: 30 - 50 mg/kg/ngày chia 2-3 lần uống, trong 5-7 ngày.

+ *(Nếu dị ứng Penicillin):* Erythromycin hoặc Clindamycin theo liều cân nặng.

- Giảm đau - hạ sốt:

+ *Paracetamol*: 10 - 15 mg/kg/lần uống (mỗi 4-6 giờ khi sốt hoặc đau).

3. Điều trị hỗ trợ:

- Hướng dẫn phụ huynh chăm sóc vệ sinh răng miệng cho trẻ.

- Cho trẻ ăn thức ăn mềm, lỏng, tránh ăn đồ cứng, quá nóng hoặc quá lạnh.

4. Theo dõi điều trị:

- Đánh giá tình trạng hết đau, hết sưng của trẻ sau 2-3 ngày.

- Tái khám định kỳ theo dõi sự thay răng tự nhiên.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Thường điều trị **ngoại trú** tại phòng khám Răng Hàm Mặt.

- Trẻ cần nhập viện khi:

- Viêm tủy biến chứng áp xe sưng lan rộng vùng mặt, sốt cao.

- Nhiễm trùng lan tỏa vùng hàm mặt, nguy cơ viêm mô tế bào.

- Trẻ quá nhỏ, đau nhiều, không hợp tác điều trị ngoại trú cần nhập viện theo dõi và xử trí.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Trẻ hết đau răng, hết sốt.

- Khối sưng vùng mặt/lợi giải quyết hoàn toàn.

- Răng tổn thương đã được xử trí tủy hoàn tất hoặc đã nhổ an toàn, ổ nhổ răng khô liền tốt.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Nhiễm trùng nặng lan rộng vùng cằm - dưới hàm - cổ nguy cơ gây khó thở.

- Trẻ có bệnh lý nền nặng kèm theo (bệnh tim bẩm sinh, rối loạn đông máu...) vượt quá khả năng an toàn phẫu thuật ngoại trú tại Trung tâm Y tế Tịnh Biên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 07/8/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em"*. Hà Nội.

4. World Health Organization (2013). *Pocket Book of Hospital Care for Children: Guidelines for the Management of Common Childhood Illnesses, 2nd edition*. Geneva: WHO.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva: WHO.

43. VIÊM NHA CHU TIẾN TRIỂN CHẬM

(ICD-10: K05.3)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm nha chu tiến triển chậm là bệnh viêm mạn tính các mô nâng đỡ răng (nướu, dây chằng nha chu, xương ổ răng), tiến triển âm thầm và là nguyên nhân hàng đầu gây mất răng ở người trưởng thành nếu không điều trị.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Nướu sưng đỏ, mất độ săn chắc, dễ chảy máu khi chải răng hoặc tự nhiên.

- Hơi thở hôi kéo dài.

- Xuất hiện túi nha chu (đo độ sâu túi nha chu > 3 mm), có thể có mủ rỉ ra từ túi nha chu khi ấn vào.

- Tụt nướu, lộ chân răng, cảm giác răng dài ra, co kéo xô lệch răng.

- Răng lung lay ở các mức độ khác nhau tùy thuộc vào mức độ tiêu xương ổ răng.

- Tích tụ nhiều vôi răng (cao răng) trên và dưới nướu.

2. Cận lâm sàng:

- Chụp X-quang răng (X-quang cận chóp hoặc toàn cảnh): Thấy rõ hình ảnh tiêu xương ổ răng (tiêu xương chiều ngang hoặc chiều dọc).

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm nướu đơn thuần (chưa có tổn thương mất bám dính nha chu và chưa tiêu xương ổ răng).

- Áp xe nha chu cấp tính (sưng đau dữ dội khu trú, nướu sưng phồng chứa mủ).

- Viêm quanh chóp răng do tử tủy (đau gõ dọc, tủy hoại tử).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

- Loại bỏ hoàn toàn các yếu tố nguyên nhân (mảng bám, cao răng dưới nướu).

- Làm sạch và láng bóng bề mặt chân răng, loại bỏ túi nha chu.

- Duy trì kiểm soát vệ sinh răng miệng cá nhân tốt và theo dõi định kỳ.

2. Điều trị cụ thể:

- Điều trị không phẫu thuật (Cơ bản):

+ Lấy cao răng (vôi răng) trên nướu và dưới nướu bằng máy siêu âm.

+ Nạo túi nha chu, xử lý bề mặt chân răng.

+ Súc miệng bằng dung dịch sát khuẩn: *Chlorhexidin 0.12%* súc miệng 2 lần/ngày trong 2 tuần.

- Điều trị bằng thuốc (khi có đợt bội nhiễm/áp xe nha chu):

+ *Amoxicillin - Clavulanic* (viên 625mg): 1 viên x 2-3 lần/ngày uống trong 5-7 ngày.

+ *Phối hợp Metronidazol* (viên 250mg): 250mg x 3 lần/ngày nếu nghi ngờ nhiễm vi khuẩn yếm khí nặng.

- Điều trị phẫu thuật (Chuyển tuyến chuyên khoa khi cần):

+ Phẫu thuật lật vạt nạo túi nha chu, phẫu thuật tái tạo xương ổ răng nếu túi nha chu quá sâu.

- Cố định răng: Cố định các răng lung lay bằng nẹp/dây thép nếu cần thiết.

3. Điều trị hỗ trợ:

- Tư vấn và hướng dẫn người bệnh kỹ thuật chải răng, dùng chỉ nha khoa, bàn chải kẽ răng.

- Khuyên người bệnh từ bỏ thuốc lá.

4. Theo dõi điều trị:

- Tái khám đo lại độ sâu túi nha chu và chỉ số chảy máu nướu sau 1 tháng và 3 tháng.

- Duy trì lấy cao răng định kỳ 3-6 tháng/lần.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Bệnh viêm nha chu chủ yếu điều trị **ngoại trú**.

- Chỉ nhập viện khi có biến chứng áp xe nha chu diện rộng gây nhiễm trùng vùng mặt, sốt cao, toàn trạng suy sụp.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Tình trạng viêm nướu thuyên giảm, nướu săn chắc, hết chảy máu và hết rỉ mủ.

- Ổ áp xe nha chu (nếu có) được giải quyết hoàn toàn.

- Người bệnh thực hiện thành thục các biện pháp vệ sinh răng miệng tại nhà.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Các trường hợp viêm nha chu tiến triển nặng cần can thiệp phẫu thuật nha chu phức tạp (phẫu thuật ghép xương, ghép nướu, tái tạo mô có hướng dẫn) vượt quá khả năng chuyên môn và trang thiết bị của Trung tâm Y tế Tịnh Biên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh"*. Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2014). *Quyết định số 361/QĐ-BYT ngày 25/01/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp"*. Hà Nội.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva: WHO.

44. NHIỄM TRÙNG HÔ HẤP TRÊN CẤP (J06.9)

I. ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm trùng hô hấp trên cấp là bệnh lý viêm đường hô hấp trên (mũi-họng) cấp tính, đa số do virus và tự giới hạn, là lý do khám bệnh ngoại trú phổ biến nhất ở mọi lứa tuổi.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Sốt nhẹ hoặc vừa, hắt hơi, sổ mũi/chảy mũi trong, nghẹt mũi.

- Đau rát họng, nuốt vướng, ho khan hoặc ho ít đờm trong.

- Đa số do virus (như Rhinovirus, Adenovirus, Coronavirus), thường tự giới hạn trong 5-7 ngày.

- Cần phân biệt với viêm họng do vi khuẩn liên cầu (sốt cao, hạch cổ đau, không kèm ho) hoặc viêm xoang cấp.

2. Cận lâm sàng:

- Test nhanh *Streptococcus* nhóm A (nếu có điều kiện và nghi ngờ viêm họng do liên cầu).

- Không bắt buộc chẩn đoán hình ảnh (X-quang phổi) trong các trường hợp nhẹ điển hình.

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm họng do virus (chiếm đa số).

- Viêm họng do liên cầu khuẩn nhóm A.

- Tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm khuẩn.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

- Chủ yếu là điều trị triệu chứng, nâng cao thể trạng, tăng cường bù dịch.

- **KHÔNG sử dụng kháng sinh thường quy** vì nguyên nhân chủ yếu do virus. Chỉ dùng kháng sinh khi có bằng chứng rõ ràng hoặc nghi ngờ bội nhiễm vi khuẩn (sốt cao kéo dài, đờm mũi họng chuyển đặc vàng/xanh,ạch cổ sưng đau).

2. Điều trị cụ thể:

- Điều trị triệu chứng:

+ *Paracetamol* (Hapacol / Partamol 500mg): Liều 10-15 mg/kg/lần cho trẻ em hoặc 500mg x 3 lần/ngày cho người lớn khi sốt ≥ 38.5°C hoặc đau rát họng nhiều.

+ Nhỏ/rửa mũi bằng dung dịch nước muối sinh lý NaCl 0.9% nhiều lần/ngày. Súc họng bằng nước muối ấm.

- Kháng sinh (khi có chỉ định bội nhiễm vi khuẩn):

+ *Amoxicillin* hoặc *Amoxicillin - Clavulanic* (liều theo tuổi/cân nặng hoặc người lớn 1g x 2 lần/ngày) trong 5-7 ngày.

3. Điều trị hỗ trợ:

- Bù đủ nước và điện giải (uống Oresol, nước trái cây).

- Dinh dưỡng đầy đủ, nghỉ ngơi ở phòng thoáng khí.

4. Theo dõi điều trị:

- Theo dõi thân nhiệt, mức độ ho, nghẹt mũi và nhịp thở (đặc biệt ở trẻ nhỏ) mỗi ngày.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Sốt cao liên tục không đáp ứng thuốc hạ sốt, hoặc kèm co giật do sốt ở trẻ nhỏ.

- Có dấu hiệu khó thở, thở nhanh, co lõm ngực, SpO2 giảm (nghi ngờ biến chứng viêm thanh khí phế quản cấp hoặc viêm phổi).

- Trẻ nhỏ bú kém, bỏ bú, nôn ói nhiều dẫn đến mất nước.

- Có dấu hiệu nhiễm trùng huyết hoặc biến chứng nặng khác.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết sốt ít nhất 24-48 giờ mà không cần dùng thuốc hạ sốt.

- Hết khó thở, các triệu chứng sổ mũi, nghẹt mũi, đau họng thuyên giảm rõ rệt.

- Trẻ ăn uống, bú sữa bình thường, sinh hoạt hoạt bát trở lại.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Bệnh diễn tiến nặng, xuất hiện biến chứng đường hô hấp dưới (viêm tiểu phế quản, viêm phổi nặng) hoặc biến chứng toàn thân vượt quá khả năng điều trị của Trung tâm Y tế Tịnh Biên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh"*. Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 07/8/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em"*. Hà Nội.

5. Bộ Y tế (2015). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng,* Ban hành kèm theo Quyết định số 5645/QĐ-BYT ngày 31/12/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

6. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva: WHO.

45. VIÊM PHẾ QUẢN CẤP Ở NGƯỜI LỚN (J20)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm phế quản cấp là tình trạng viêm cấp tính niêm mạc phế quản, đa số do virus, biểu hiện ho có đờm kèm sốt nhẹ, thường tự giới hạn trong 1-2 tuần và không cần kháng sinh nếu không có bằng chứng bội nhiễm vi khuẩn.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Ho khan ở giai đoạn đầu, sau đó ho khạc đờm nhầy hoặc đờm mủ.

- Sốt nhẹ, mệt mỏi, đau rát họng hoặc tức ngực nhẹ sau xương ức do ho nhiều.

- Nghe phổi có thể có ran rít, ran ngáy hoặc ran ẩm rải rác; **không có hội chứng đông đặc** (giúp phân biệt với viêm phổi).

2. Cận lâm sàng:

- Công thức máu (CTM), CRP (thường bình thường hoặc tăng nhẹ nếu do virus).

- X-quang ngực thẳng (chỉ định khi nghi ngờ viêm phổi phối hợp như sốt cao kéo dài, ran ẩm khu trú, khó thở, nhịp thở nhanh).

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm phổi cộng đồng.

- Đợt cấp Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) hoặc Hen phế quản.

- Ho gà (ho từng cơn kéo dài).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

- Chủ yếu là điều trị triệu chứng, làm loãng đờm, giãn phế quản (nếu có co thắt).

- Không lạm dụng kháng sinh khi không có dấu hiệu nhiễm trùng vi khuẩn rõ rệt.

2. Điều trị cụ thể:

- Long đờm - Giảm ho:

+ *Ambroxol* (viên 30mg): 30mg x 3 lần/ngày uống.

+ *Hoặc Carbocistein* (viên 750mg): 750mg x 2 lần/ngày uống.

- Giãn phế quản (khi có ran rít, khò khè):

+ *Salbutamol* (dung dịch khí dung 2.5mg/2.5ml): Khí dung qua máy khi có cơn co thắt phế quản.

- Kháng sinh (chỉ định khi có sốt cao, đờm mủ xanh/vàng đặc, nghi bội nhiễm):

+ *Amoxicillin* (viên 500mg): 500mg x 3 lần/ngày uống trong 5-7 ngày.

+ *Hoặc Clarithromycin* (viên 500mg): 500mg x 2 lần/ngày uống trong 5 ngày.

3. Điều trị hỗ trợ:

- Uống nhiều nước ấm, tránh khói thuốc lá, giữ ấm cổ ngực.

4. Theo dõi điều trị:

- Theo dõi tính chất đờm, mức độ ho và nhiệt độ cơ thể sau 48-72 giờ.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Trẻ nhỏ hoặc người cao tuổi có dấu hiệu suy hô hấp (thở nhanh, rút lõm ngực, SpO2 giảm).

- Sốt cao kéo dài không đáp ứng điều trị, nghi ngờ chuyển biến thành viêm phổi.

- Có bệnh nền hô hấp hoặc tim mạch nặng đi kèm (suy tim, COPD, hen phế quản nặng).

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết sốt ít nhất 24-48 giờ.

- Giảm ho rõ rệt, đờm lỏng và ít dần, không còn cảm giác tức ngực khi thở.

- Các dấu hiệu sinh tồn ổn định, SpO2 ≥ 92% khí trời.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Bệnh diễn tiến nặng thành suy hô hấp cấp, viêm phổi nặng lan tỏa hoặc thất bại với điều trị nội khoa tại Trung tâm Y tế Tịnh Biên, cần chuyển tuyến chuyên khoa Hô hấp/ICU.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2023). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về hô hấp*, Ban hành kèm theo Quyết định số 4325/QĐ-BYT ngày 31/10/2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

4. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh"*. Hà Nội.

5. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 2147/QĐ-BYT ngày 15/7/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn"*. Hà Nội.

6. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva: WHO.

46. VIÊM AMIDAN (J03)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm Amidan cấp và mạn là tình trạng viêm mô lympho vùng hầu họng, thường do vi khuẩn liên cầu hoặc virus, viêm tái phát nhiều lần có thể ảnh hưởng hô hấp-giấc ngủ và có chỉ định cắt Amidan chương trình.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Đau họng, nuốt đau tăng lên, sốt cao, mệt mỏi.

- Khám họng: Amidan sưng to, đỏ rực, có thể có điểm mủ trắng hoặc lớp giả mạc mỏng; hạch góc hàm sưng đau.

- Thể mạn tính: Tái phát nhiều lần, ngủ ngáy, ngưng thở khi ngủ do amidan quá phát.

2. Cận lâm sàng:

- Công thức máu (bạch cầu tăng, đa nhân trung tính chiếm ưu thế nếu do vi khuẩn).

- Test nhanh *Streptococcus* (nếu có điều kiện).

- Siêu âm vùng cổ (khi nghi ngờ áp xe quanh amidan).

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm họng do virus.

- Áp xe quanh amidan (đau một bên, khó nuốt, lệch lưỡi gà - CẤP CỨU).

- Bạch hầu (giả mạc trắng xám dính, chảy máu khi bóc).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

- Kháng sinh đầy đủ nếu do vi khuẩn để phòng ngừa biến chứng thấp tim.

- Điều trị triệu chứng, giảm đau, hạ sốt và súc họng sát khuẩn.

2. Điều trị cụ thể:

- Kháng sinh:

+ *Amoxicillin* (viên 500mg): 500mg x 3 lần/ngày uống trong 7-10 ngày.

+ *Hoặc Cefuroxim* (viên 500mg): 500mg x 2 lần/ngày uống trong 7-10 ngày.

- Điều trị triệu chứng:

+ *Paracetamol* (viên 500mg): 500mg x 3 lần/ngày uống khi sốt hoặc đau họng nhiều.

+ Súc miệng bằng dung dịch nước muối sinh lý NaCl 0.9% ấm.

3. Điều trị hỗ trợ:

- Nghỉ ngơi, uống nhiều nước ấm, ăn đồ mềm lỏng (cháo, súp).

4. Theo dõi điều trị:

- Theo dõi nhiệt độ cơ thể, mức độ nuốt đau và tình trạng sưng của amidan sau 48-72 giờ.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Sốt cao liên tục ≥ 5 ngày, khó nuốt nhiều dẫn đến nguy cơ mất nước hoặc khó thở do amidan quá phát gây tắc nghẽn đường thở.

- Biến chứng áp xe quanh amidan (đau họng dữ dội một bên, khít hàm, giọng nói "khoai tây nóng") cần rạch dẫn lưu mủ.

- Nghi ngờ biến chứng thấp tim hoặc viêm cầu thận cấp sau nhiễm liên cầu.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết sốt ít nhất 24-48 giờ.

- Giảm hẳn đau họng, nuốt dễ, amidan hết sưng đỏ và hết mủ/giả mạc.

- Bệnh nhân ăn uống tốt bằng đường miệng.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Viêm amidan biến chứng áp xe nặng, nhiễm trùng lan rộng vùng cổ sâu hoặc có chỉ định phẫu thuật cắt amidan chương trình vượt quá khả năng thực hiện của Trung tâm Y tế Tịnh Biên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng"*. Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh"*. Hà Nội.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva: WHO.

47. VIÊM HỌNG CẤP TÍNH (J02)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm họng cấp tính là tình trạng viêm niêm mạc họng cấp, nguyên nhân đa số do virus, một phần do vi khuẩn (liên cầu nhóm A) cần được nhận diện để điều trị kháng sinh đúng và phòng biến chứng thấp tim.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Đau họng, nuốt đau, cảm giác khô rát họng, có thể kèm theo sốt, mệt mỏi, ho khan hoặc không ho.

- Khám họng: Niêm mạc họng đỏ rực, thành sau họng có các hạt lympho sưng đỏ, có thể kèm sung huyết amidan.

- Sử dụng tiêu chuẩn Centor để đánh giá khả năng do liên cầu nhóm A (Sốt, hạch cổ đau, không ho, amidan có mủ/bựa trắng).

2. Cận lâm sàng:

- Test nhanh *Streptococcus* (nếu có điều kiện) khi nghi ngờ viêm họng do liên cầu.

- Công thức máu, CRP (tăng khi có nhiễm trùng vi khuẩn).

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm họng do virus (chiếm đa số).

- Viêm họng do liên cầu nhóm A.

- Tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm khuẩn.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

- Điều trị triệu chứng là chính đối với viêm họng do virus.

- Chỉ định kháng sinh khi xác định hoặc nghi ngờ cao do liên cầu khuẩn nhóm A để phòng biến chứng thấp tim.

2. Điều trị cụ thể:

- Giảm đau - hạ sốt:

+ *Paracetamol* (Partamol 500mg): 500mg x 3 lần/ngày uống khi sốt hoặc đau họng nhiều.

- Súc họng miệng: Súc họng bằng nước muối ấm hoặc nước muối sinh lý NaCl 0.9% nhiều lần trong ngày.

- Kháng sinh (khi nghi ngờ do liên cầu hoặc bội nhiễm):

+ *Amoxicillin* (viên 500mg): 500mg x 3 lần/ngày uống trong 7-10 ngày.

- Xử trí biến chứng: Nếu có áp xe quanh amidan hoặc áp xe thành sau họng, chuyển tuyến chuyên khoa rạch dẫn lưu mủ.

3. Điều trị hỗ trợ:

- Uống nước ấm, ăn cháo súp loãng, nghỉ ngơi hợp lý.

4. Theo dõi điều trị:

- Đánh giá lại tình trạng sốt, mức độ đau họng sau 48-72 giờ dùng thuốc.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Sốt cao không đáp ứng thuốc hạ sốt, khó nuốt hoặc khó thở do phù nề vùng hầu họng nhiều.

- Biến chứng áp xe quanh amidan / áp xe thành sau họng (đau họng dữ dội, khít hàm, chảy dãi nhiều).

- Nghi ngờ biến chứng thấp tim hoặc viêm cầu thận cấp sau nhiễm liên cầu.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết sốt ít nhất 24-48 giờ.

- Hết đau họng, nuốt bình thường, niêm mạc họng đỡ đỏ, không còn mủ hay giả mạc.

- Người bệnh ăn uống được bằng đường miệng.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Viêm họng cấp có biến chứng áp xe sâu vùng cổ, phù nề thanh quản dọa ngạt thở vượt quá khả năng xử trí ngoại khoa của Trung tâm Y tế Tịnh Biên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng"*. Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh"*. Hà Nội.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva: WHO.

48. VIÊM MŨI XOANG CẤP - MẠN (J01)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm mũi xoang cấp ở người lớn là tình trạng viêm niêm mạc mũi-xoang cấp tính, đa số do virus và tự khỏi, kháng sinh chỉ cần thiết khi nghi bội nhiễm vi khuẩn kéo dài trên 10 ngày hoặc nặng lên sau cải thiện ban đầu.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Chảy mũi nhầy hoặc mủ đặc, nghẹt mũi tắc mũi.

- Đau nhức căng tức vùng mặt tương ứng các xoang bị viêm (trán, hàm, sàng), sốt nhẹ.

- Triệu chứng xuất hiện sau một đợt nhiễm trùng hô hấp trên không cải thiện hoặc nặng lên sau 7-10 ngày.

- Ấn đau các điểm chiếu của xoang trên mặt.

2. Cận lâm sàng:

- Không bắt buộc xét nghiệm máu hay X-quang thường quy nếu viêm mũi xoang cấp điển hình.

- X-quang xoang (Blondeau, Hirtz) hoặc CT scan xoang (khi nghi ngờ biến chứng hoặc viêm mũi xoang kéo dài không đáp ứng điều trị).

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm mũi dị ứng.

- Polyp mũi xoang.

- Viêm xoang do răng hàm trên.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

- Làm thông thoáng mũi xoang, phục hồi dẫn lưu dịch tiết.

- Kháng sinh điều trị khi có bội nhiễm vi khuẩn rõ rệt.

- Giảm viêm niêm mạc mũi xoang tại chỗ.

2. Điều trị cụ thể:

- Vệ sinh mũi và giảm sung huyết:

+ Rửa mũi bằng nước muối sinh lý NaCl 0.9% nhiều lần/ngày.

+ Thuốc xịt/nhỏ mũi co mạch (*Naphazolin 0.05%* hoặc *Xylometazolin*) dùng ngắn ngày (tối đa dưới 7 ngày) để giảm nghẹt mũi.

- Corticoid xịt mũi tại chỗ:

+ *Budesonid* hoặc *Mometasone* xịt mũi theo chỉ định giúp chống viêm niêm mạc xoang.

- Kháng sinh (khi nghi ngờ bội nhiễm vi khuẩn > 10 ngày hoặc nặng lên):

+ *Amoxicillin - Clavulanic* (Vigentin 500/62.5mg): 1 viên x 2 lần/ngày uống trong 7-10 ngày.

3. Điều trị hỗ trợ:

- Uống nhiều nước ấm, tránh khói bụi, giữ ấm đường thở.

4. Theo dõi điều trị:

- Đánh giá mức độ đau nhức vùng mặt và lượng dịch mũi sau 48-72 giờ dùng thuốc.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Đau nhức vùng mặt dữ dội, sốt cao không đáp ứng với điều trị ngoại trú.

- Có dấu hiệu biến chứng ổ mắt (sưng nề quanh mi mắt, nhìn đôi) hoặc biến chứng nội sọ (đau đầu dữ dội, nôn vọt, rối loạn tri giác) - CẤP CỨU.

- Không đáp ứng với kháng sinh ngoại trú sau 7-10 ngày.

- Viêm xoang do nguyên nhân từ răng cần nhập viện phối hợp điều trị Răng Hàm Mặt.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết sốt, hết đau nhức vùng mặt.

- Hết chảy mũi mủ, mũi thông thoáng hoàn toàn, khứu giác hồi phục.

- Các dấu hiệu sinh tồn ổn định.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Viêm mũi xoang cấp có biến chứng ổ mắt, biến chứng nội sọ hoặc viêm đa xoang nặng vượt quá khả năng chuyên môn và trang thiết bị của Trung tâm Y tế Tịnh Biên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng"*. Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh"*. Hà Nội.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva: WHO.

49. VIÊM TAI GIỮA CẤP (H65)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm tai giữa cấp là nhiễm trùng tai giữa thường gặp ở trẻ em, biểu hiện đau tai-sốt-giảm thính lực tạm thời, đa số đáp ứng tốt với điều trị kháng sinh nếu có chỉ định.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Đau tai dữ dội (ở trẻ lớn) hoặc quấy khóc nhiều, kéo tai, dụi tai, bỏ bú, sốt cao (ở trẻ nhỏ).

- Giảm thính lực tạm thời bên tai bệnh.

- Nội soi tai: Màng nhĩ sung huyết đỏ rực, phồng căng, mất nón sáng (tam giác sáng); có thể vỡ màng nhĩ chảy mủ tai nếu đến muộn.

2. Cận lâm sàng:

- Không bắt buộc xét nghiệm đặc hiệu.

- Không cần chẩn đoán hình ảnh thường quy nếu điển hình.

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm ống tai ngoài (đau khi kéo vành tai).

- Viêm tai giữa ứ dịch mạn tính (không sốt, không đau cấp).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

- Giảm đau, hạ sốt kịp thời.

- Sử dụng kháng sinh đúng liều, đủ thời gian để tiêu diệt vi khuẩn, phòng ngừa biến chứng viêm xương chũm và thủng màng nhĩ vĩnh viễn.

2. Điều trị cụ thể:

- Giảm đau - hạ sốt:

+ *Paracetamol* (Hapacol / Partamol): Liều 10-15 mg/kg/lần cho trẻ em hoặc 500mg uống khi đau tai/sốt.

- Kháng sinh:

+ *Amoxicillin* liều cao (cho trẻ em): 80-90 mg/kg/ngày chia 2 lần uống.

+ *Hoặc Amoxicillin - Clavulanic* (Vigentin 500/62.5mg): Cho người lớn hoặc trẻ lớn theo cân nặng, dùng trong 7-10 ngày.

- Thuốc nhỏ mũi co mạch: Dùng ngắn ngày (3-5 ngày) để thông thoáng vòi Eustache.

3. Điều trị hỗ trợ:

- Giữ tai khô ráo, không để nước lọt vào tai khi tắm gội.

- Nghỉ ngơi, dinh dưỡng đầy đủ.

4. Theo dõi điều trị:

- Đánh giá lại tình trạng đau tai, thân nhiệt và nội soi kiểm tra màng nhĩ sau 48-72 giờ điều trị kháng sinh.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Sốt cao liên tục, đau tai dữ dội không đáp ứng thuốc giảm đau thông thường.

- Có biến chứng nguy hiểm: Viêm xương chũm cấp (sưng nề, đỏ, đau vùng mỏm chũm sau tai, vành tai bị đẩy ra trước), liệt mặt ngoại biên, nghi ngờ biến chứng nội sọ - CẤP CỨU.

- Trẻ nhỏ quấy khóc liên tục, bỏ bú kèm sốt cao kéo dài.

- Không đáp ứng với kháng sinh ngoại trú sau 48-72 giờ.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết sốt, hết đau tai, trẻ hết quấy khóc.

- Nội soi tai kiểm tra: Màng nhĩ hết phồng, bớt sung huyết, màng nhĩ liền kín (nếu đã từng thủng nhỏ).

- Thính lực hồi phục bình thường.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Viêm tai giữa cấp có biến chứng viêm xương chũm, liệt mặt, biến chứng nội sọ hoặc thất bại điều trị nội khoa cần chuyển ngay chuyên khoa Tai Mũi Họng tuyến trên phẫu thuật/điều trị chuyên sâu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng"*. Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh"*. Hà Nội.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva: WHO.

50. VIÊM TAI GIỮA MẠN TÍNH MỦ NHẦY (H66.1)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm tai giữa mạn tính là tình trạng viêm nhiễm kéo dài của tai giữa với chảy mủ tai tái diễn qua màng nhĩ thủng, có thể gây biến chứng nghe kém tiến triển hoặc biến chứng nội sọ nếu không điều trị đầy đủ.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Chảy mủ tai nhầy hoặc nhầy mủ tái diễn qua lỗ thủng màng nhĩ.

- Thường ít đau tai trừ khi có đợt bội nhiễm cấp tính; kèm giảm thính lực nhẹ đến trung bình.

- Nội soi tai: Thủng màng nhĩ rộng, niêm mạc hòm tai nhợt hoặc xung huyết nhẹ, có dịch nhầy trong hòm tai.

2. Cận lâm sàng:

- Không bắt buộc xét nghiệm máu đặc hiệu.

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Cholesteatoma tai giữa (chảy tai hôi thối đặc trưng, phá hủy xương).

- Viêm tai giữa cấp tái phát.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

- Làm sạch dịch mủ tai, điều trị kháng sinh tại chỗ và toàn thân trong các đợt chảy mủ cấp.

- Phục hồi sức nghe và phòng ngừa biến chứng; cân nhắc chỉ định phẫu thuật vá nhĩ.

2. Điều trị cụ thể:

- Vệ sinh tai:

+ Làm sạch dịch mủ bằng tăm bông sạch hoặc hút rửa nhẹ nhàng. Giữ tai khô ráo tuyệt đối, tránh nước vào tai.

- Kháng sinh nhỏ tai:

+ *Ciprofloxacin* hoặc *Ofloxacin dung dịch nhỏ tai*: 2-3 giọt x 2 lần/ngày trong 7-10 ngày mỗi đợt chảy mủ.

- Kháng sinh đường uống (khi viêm lan rộng hoặc có sốt):

+ *Amoxicillin - Clavulanic* (Vigentin 500/62.5mg): 1 viên x 2-3 lần/ngày uống trong 7-10 ngày.

- Điều trị ngoại khoa: Chuyển chuyên khoa Tai Mũi Họng phẫu thuật vá nhĩ khi tai đã khô hoàn toàn ổn định.

3. Điều trị hỗ trợ:

- Nâng cao thể trạng, điều trị ổn định các bệnh lý mũi họng đi kèm (nếu có).

4. Theo dõi điều trị:

- Nội soi tai định kỳ đánh giá tình trạng khô tai và đo thính lực đồ theo dõi sức nghe.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Đợt cấp viêm tai giữa mạn tính: Chảy mủ tai nhiều, đau tai dữ dội, sốt cao.

- Biến chứng nguy hiểm: Viêm xương chũm, liệt mặt ngoại biên, nghi ngờ biến chứng nội sọ (đau đầu dữ dội, nôn vọt, rối loạn tri giác) - CẤP CỨU.

- Giảm thính lực nặng ảnh hưởng giao tiếp cần nhập viện đánh giá phẫu thuật.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Tai khô hoàn toàn, hết chảy mủ nhầy, lỗ thủng màng nhĩ khô ráo hoặc đã được phẫu thuật vá nhĩ thành công.

- Hết đau tai, hết sốt, thể trạng ổn định.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Chỉ định chụp CT xương thái dương khi nghi ngờ biến chứng mà Trung tâm Y tế Tịnh Biên chưa thực hiện được.

- Viêm tai giữa mạn tính không đáp ứng với điều trị nội khoa kéo dài hoặc có chỉ định phẫu thuật chuyên sâu cần chuyển tuyến chuyên khoa Tai Mũi Họng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng"*. Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh"*. Hà Nội.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva: WHO.

51. TAI GIỮA MỦ MẠN TÍNH (H66.2)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm tai giữa mạn tính là tình trạng viêm nhiễm kéo dài của tai giữa với chảy mủ tai tái diễn qua màng nhĩ thủng, có thể gây biến chứng nghe kém tiến triển hoặc biến chứng nội sọ nếu không điều trị đầy đủ.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Chảy mủ tai liên tục hoặc tái phát, **dịch mủ đặc có mùi hôi thối đặc trưng** (gợi ý tổn thương xương hoặc cholesteatoma).

- Giảm thính lực nặng bên tai bệnh.

- Nội soi tai: Thủng màng nhĩ rộng ở sát xương vòng hoặc màng chùng, có thể thấy vảy trắng cholesteatoma hoặc tổ chức hạt polyp trong hòm tai.

2. Cận lâm sàng:

- Công thức máu, CRP (trong đợt bội nhiễm cấp).

- Đo thính lực đồ.

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm tai giữa mạn tính mủ nhầy (dịch không hôi, không phá hủy xương).

- Viêm ống tai ngoài mạn tính.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

Làm sạch hòm tai, hút rửa dịch mủ hằng ngày kết hợp kháng sinh tại chỗ và toàn thân để kiểm soát tạm thời tình trạng nhiễm trùng.

Điều trị triệt để bằng phẫu thuật: Phẫu thuật tiệt căn xương chũm / khoét rỗng đá chũm để lấy bỏ triệt để mô bệnh học và cholesteatoma (Cần chuyển tuyến chuyên khoa).

2. Điều trị cụ thể:

- Vệ sinh tai: Hút rửa sạch mủ tai bằng dung dịch sát khuẩn, nhỏ tai bằng dung dịch kháng sinh (*Ciprofloxacin* hoặc *Ofloxacin*) trong thời gian chờ chuyển tuyến.

- Kháng sinh toàn thân (khi có đợt cấp bội nhiễm, sốt):

+ *Amoxicillin - Clavulanic* (Vigentin 500/62.5mg): 1 viên x 2-3 lần/ngày uống trong 7-10 ngày.

- Phẫu thuật chuyên khoa: Chuyển tuyến chuyên khoa Tai Mũi Họng để thực hiện phẫu thuật nội soi/vi phẫu tiệt căn xương chũm.

3. Điều trị hỗ trợ:

- Nâng cao thể trạng, giảm đau, hạ sốt khi có biến chứng cấp.

4. Theo dõi điều trị:

- Theo dõi sát số lượng dịch mủ tai, thân nhiệt và các triệu chứng thần kinh cảnh báo biến chứng nội sọ.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Đợt cấp viêm tai giữa mủ mạn tính có sốt cao, chảy mủ tai nhiều, đau đầu, chóng mặt.

- Có dấu hiệu biến chứng: Viêm xương chũm cấp, liệt mặt ngoại biên, nghi ngờ biến chứng nội sọ (đau đầu dữ dội, nôn vọt, cứng gáy, rối loạn tri giác) - CẤP CỨU.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Sau khi phẫu thuật tiệt căn xương chũm tại tuyến chuyên khoa: Vết mổ khô, chân chỉ sạch, hốc mổ được làm sạch và biểu mô hóa tốt, hết chảy mủ tai, hết sốt và người bệnh ổn định được xuất viện về theo dõi ngoại trú tại Trung tâm Y tế Tịnh Biên.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- TẤT CẢ các trường hợp viêm tai giữa mủ mạn tính (đặc biệt nghi ngờ cholesteatoma hoặc phá hủy xương) đều có **chỉ định chuyển tuyến chuyên khoa Tai Mũi Họng** để chụp CT xương thái dương đánh giá chuyên sâu và phẫu thuật tiệt căn xương chũm, vì kỹ thuật này vượt quá khả năng của Trung tâm Y tế Tịnh Biên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng"*. Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh"*. Hà Nội.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva: WHO.

52. ĐAU THẮT NGỰC ỔN ĐỊNH (I20.8)

I. ĐẠI CƯƠNG

Đau thắt ngực ổn định là biểu hiện của bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính, đặc trưng bởi cơn đau ngực xuất hiện khi gắng sức và giảm khi nghỉ, cần phân biệt với đau thắt ngực không ổn định (cấp cứu tim mạch).

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Cơn đau thắt ngực: Cảm giác đè nặng, bóp nghẹt, thắt chặt sau xương ức, có thể lan lên cằm, vai trái, cánh tay trái hoặc vùng lưng; xuất hiện khi gắng sức (leo cầu thang, mang vật nặng) và giảm khi nghỉ ngơi hoặc ngậm Nitrat trong vòng 3-5 phút.

- Phân độ đau thắt ngực ổn định theo CCS (từ độ I đến độ IV dựa theo mức độ gắng sức gây đau).

- Tìm các yếu tố nguy cơ tim mạch kèm theo: Tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, hút thuốc lá.

2. Cận lâm sàng:

- **Điện tâm đồ (ECG):** Bắt buộc làm ở mọi lần khám khi có đau ngực (có thể thấy hình ảnh thiếu máu cơ tim trầm lặng, sóng T âm, ST chênh xuống khi có cơn đau).

- XN sinh hóa máu: Bilan lipid máu, đường huyết lúc đói, creatinin, men tim (**Troponin** bắt buộc để loại trừ hội chứng vành cấp khi đau ngực mới xuất hiện hoặc thay đổi tính chất).

- Siêu âm tim (đánh giá rối loạn vận động vùng, phân suất tống máu EF thất trái).

- Nghiệm pháp gắng sức hoặc chụp mạch vành (tại Trung tâm Y tế Tịnh Biên không có, cần chuyển tuyến chuyên khoa khi có chỉ định đánh giá chuyên sâu).

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Hội chứng vành cấp (cần loại trừ cấp cứu bằng ECG và Troponin).

- Đau ngực do nguyên nhân cơ xương khớp, thần kinh liên sườn.

- Bệnh lý trào ngược dạ dày - thực quản (GERD).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

- Giảm tần suất và cường độ cơn đau thắt ngực, cải thiện chất lượng cuộc sống.

- Phòng ngừa các biến cố tim mạch lớn (nhồi máu cơ tim, tử vong tim mạch) bằng thuốc chống kết tập tiểu cầu, statin và kiểm soát tốt các yếu tố nguy cơ.

2. Điều trị cụ thể:

- Thuốc chống kết tập tiểu cầu:

+ *Aspirin* (Aspirin MKP 81mg): 81mg - 100mg x 1 viên/ngày uống sau ăn sáng.

+ *Hoặc Clopidogrel* (viên 75mg): 75mg x 1 viên/ngày uống (nếu dị ứng Aspirin).

- Thuốc hạ Lipid máu (Statin):

+ *Atorvastatin* (Statinagi 20mg / Vaslor 40mg): 20mg - 40mg uống vào buổi tối.

- **Thuốc chống đau thắt ngực / kiểm soát nhịp tim:**

+ *Isosorbid dinitrat / Isosorbid mononitrat* (Imidu 30mg): 30mg x 1-2 lần/ngày uống (hoặc ngậm dưới lưỡi khi có cơn đau cấp).

+ *Bisoprolol* (Bihasal 5mg): 2.5mg - 5mg x 1 lần/ngày uống (kiểm soát nhịp tim và huyết áp).

3. Điều trị hỗ trợ:

- Thay đổi lối sống: Bỏ hút thuốc lá tuyệt đối, giảm muối, kiểm soát cân nặng, tập thể dục vừa sức.

4. Theo dõi điều trị:

- Tái khám định kỳ, làm lại ECG và xét nghiệm bilan lipid máu, men tim nếu có thay đổi tính chất cơn đau.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Đau ngực tăng tần suất, tăng cường độ, xảy ra khi nghỉ ngơi hoặc gắng sức ở mức độ nhẹ hơn trước (nghi ngờ chuyển thành **đau thắt ngực không ổn định / hội chứng vành cấp** - CẤP CỨU).

- Đau ngực kèm thay đổi trên ECG mới xuất hiện hoặc xét nghiệm men tim (Troponin) tăng dương tính.

- Không đáp ứng với thuốc ngậm Nitrat như thường lệ.

- Có rối loạn nhịp tim nguy hiểm kèm theo.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Cơn đau thắt ngực đã được kiểm soát ổn định, không còn xuất hiện khi nghỉ ngơi.

- Các dấu hiệu sinh tồn (huyết áp, nhịp tim) ổn định, ECG không có biến đổi cấp tính mới.

- Người bệnh tuân thủ tốt chế độ dùng thuốc và hiểu rõ cách sử dụng thuốc cắt cơn đau ngực.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Nghi ngờ hội chứng vành cấp (nhồi máu cơ tim cấp, đau thắt ngực không ổn định) hoặc có chỉ định làm nghiệm pháp gắng sức, chụp động mạch vành / can thiệp mạch vành qua da (PCI) vượt quá khả năng chuyên môn và trang thiết bị của Trung tâm Y tế Tịnh Biên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Hội Tim mạch học Việt Nam (2023). *Khuyến cáo về chẩn đoán và xử trí Hội chứng vành cấp*.

4. European Society of Cardiology (2023). *Guidelines for the Management of Acute Coronary Syndromes*.

5. European Society of Cardiology (2019). *Guidelines for the Diagnosis and Management of Chronic Coronary Syndromes*.

6. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva: WHO.

53. TĂNG HUYẾT ÁP (I10)

I. ĐẠI CƯƠNG

Tăng huyết áp là bệnh lý tim mạch mạn tính phổ biến nhất, phần lớn không triệu chứng nhưng là yếu tố nguy cơ hàng đầu gây đột quỵ, nhồi máu cơ tim và suy thận nếu không được kiểm soát tốt lâu dài.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Đo huyết áp đúng quy trình: Người bệnh nghỉ ngơi ít nhất 5 phút trước khi đo, đo ở tư thế ngồi, cánh tay ngang mức tim. Đo ít nhất 2 lần cách nhau 1-2 phút, lấy trị số trung bình.

- Chẩn đoán xác định khi Huyết áp tâm thu (HATT) ≥ 140 mmHg và/hoặc Huyết áp tâm trương (HATT) ≥ 90 mmHg.

- Phân độ THA theo Bộ Y tế / ISH:

+ THA độ 1: HATT 140-159 và/hoặc HATTp 90-99 mmHg.

+ THA độ 2: HATT 160-179 và/hoặc HATTp 100-109 mmHg.

+ THA độ 3: HATT ≥ 180 và/hoặc HATTp ≥ 110 mmHg.

2. Cận lâm sàng:

- Điện giải đồ (Kali, Natri), Creatinin, eGFR, đường huyết lúc đói, bilan lipid máu.

- Tổng phân tích nước tiểu (tìm protein niệu để đánh giá tổn thương thận do THA).

- Điện tâm đồ (ECG) đánh giá dấu hiệu dày thất trái, thiếu máu cơ tim.

- Siêu âm tim (nếu có nghi ngờ biến chứng tim).

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Tăng huyết áp nguyên phát (chiếm 90-95%).

- Tăng huyết áp thứ phát (bệnh lý thận mạn, hẹp động mạch thận, cường aldosteron tiên phát... nghi ngờ khi khởi phát ở người trẻ tuổi dưới 30 hoặc THA kháng trị).

- Tăng huyết áp áo choàng trắng.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

- Điều trị hạ áp lâu dài, liên tục nhằm đạt huyết áp mục tiêu để giảm tối đa nguy cơ biến cố tim mạch và tử vong.

- Kết hợp thay đổi lối sống với điều trị bằng thuốc hạ áp phù hợp cho từng cá thể.

2. Điều trị cụ thể:

- Thay đổi lối sống: Giảm ăn mặn (muối < 5g/ngày), hạn chế tuyệt đối rượu bia, bỏ hút thuốc lá, tăng cường rau xanh, tập thể dục điều độ 30 phút/ngày.

- Điều trị bằng thuốc (Khởi trị đơn trị hoặc phối hợp tùy mức độ):

+ *Amlodipin* (Kavasdin 5mg): 5mg - 10mg x 1 lần/ngày uống.

+ *Hoặc Losartan* (Bivitanpo 50mg): 50mg - 100mg x 1 lần/ngày uống.

+ *Hoặc Enalapril* (Erilcar 5mg): 5mg - 10mg x 2 lần/ngày uống.

- Phối hợp thuốc: Nếu huyết áp chưa đạt mục tiêu sau 2-4 tuần, phối hợp 2 nhóm thuốc (như Ức chế men chuyển/ARB + Chẹn kênh calci, hoặc + Lợi tiểu Thiazid). THA độ 3 hoặc có tổn thương cơ quan đích có thể khởi đầu phối hợp ngay 2-3 thuốc.

3. Điều trị hỗ trợ:

- Tư vấn chế độ dinh dưỡng, hướng dẫn người bệnh tự đo huyết áp và ghi chép nhật ký huyết áp tại nhà.

4. Theo dõi điều trị:

- Đo huyết áp theo dõi thường xuyên trong quá trình điều chỉnh thuốc. Kiểm tra lại chức năng thận và điện giải đồ sau 7-14 ngày khởi trị nhóm thuốc Ức chế men chuyển / ARB / Lợi tiểu.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Cơn tăng huyết áp cấp cứu: Huyết áp tăng rất cao (≥ 180/120 mmHg) kèm theo bằng chứng tổn thương cơ quan đích mới xuất hiện (đau ngực cấp, khó thở, thiếu biến chứng thần kinh/rối loạn tri giác, nhìn mờ, phù phổi cấp) - **CẤP CỨU NỘI KHOA**.

- Huyết áp tăng cao không đáp ứng với thuốc hạ áp đường uống ngoại trú.

- Biến chứng cấp tính: Đột quỵ não (nhồi máu não / xuất huyết não), bóc tách động mạch chủ, suy thận cấp.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Huyết áp đã hạ về mức mục tiêu ổn định (≤ 140/90 mmHg hoặc thấp hơn tùy theo lứa tuổi và bệnh đồng mắc).

- Hết hoàn toàn các triệu chứng của cơn tăng huyết áp cấp cứu, không còn tổn thương cơ quan đích tiến triển.

- Người bệnh tuân thủ tốt chế độ dùng thuốc đều đặn hằng ngày.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Cơn tăng huyết áp cấp cứu có biến chứng nặng (đột quỵ não cấp, nhồi máu cơ tim cấp, phù phổi cấp, bóc tách động mạch chủ) vượt quá khả năng hồi sức cấp cứu của Trung tâm Y tế Tịnh Biên.

- Tăng huyết áp kháng trị hoặc nghi ngờ tăng huyết áp thứ phát phức tạp cần chuyển tuyến chuyên khoa Tim mạch/Thận học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Hội Tim mạch học Việt Nam - Phân hội Tăng huyết áp Việt Nam (2024). *Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp*.

4. European Society of Cardiology (2024). *2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension*. European Heart Journal.

5. International Society of Hypertension (2020). *Global Hypertension Practice Guidelines*.

6. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva: WHO.

54. ĐÁI THÁO ĐƯỜNG (E11)

I. ĐẠI CƯƠNG

Đái tháo đường là bệnh rối loạn chuyển hóa mạn tính đặc trưng bởi tăng đường huyết do thiếu hụt Insulin tuyệt đối hoặc tương đối, nếu không kiểm soát tốt sẽ dẫn đến các biến chứng mạch máu lớn và nhỏ nghiêm trọng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTD theo Bộ Y tế / ADA:

+ Glucose huyết tương lúc đói (FPG) ≥ 7.0 mmol/L (≥ 126 mg/dL) sau nhịn ăn ít nhất 8 giờ; **hoặc**

+ Glucose huyết tương bất kỳ ≥ 11.1 mmol/L (≥ 200 mg/dL) kèm các triệu chứng kinh điển (uống nhiều, tiểu nhiều, ăn nhiều, sụt cân nhanh); **hoặc**

+ HbA1c ≥ 6.5% (48 mmol/mol); **hoặc**

+ Glucose huyết tương ở thời điểm 2 giờ sau nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống 75g ≥ 11.1 mmol/L.

2. Cận lâm sàng:

- Đường huyết mao mạch / Đường huyết tĩnh mạch đói, HbA1c định kỳ.

- Chức năng thận (Creatinin, eGFR), tổng phân tích nước tiểu (tầm soát microalbumin niệu).

- Bilan lipid máu (Cholesterol toàn phần, Triglyceride, HDL-C, LDL-C).

- Soi đáy mắt tầm soát bệnh lý võng mạc đái thọa đường (tại Trung tâm Y tế Tịnh Biên chưa có kỹ thuật soi đáy mắt, cần chuyển tuyến chuyên khoa Mắt định kỳ).

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Đái tháo đường típ 1.

- Đái tháo đường típ 2.

- Đái tháo đường thứ phát (do bệnh lý tụy mạn, do thuốc corticoid...).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

- Kiểm soát tốt và ổn định đường huyết (đường huyết đói, đường huyết sau ăn và chỉ số HbA1c phù hợp từng cá thể).

- Kiểm soát toàn diện các yếu tố nguy cơ tim mạch (huyết áp, rối loạn lipid máu).

- Phòng ngừa và phát hiện sớm các biến chứng cấp và mạn tính của bệnh.

2. Điều trị cụ thể:

- Thay đổi lối sống: Chế độ ăn giảm tinh bột hấp thu nhanh, tăng chất xơ, tập thể dục đều đặn, kiểm soát cân nặng.

- Thuốc uống hạ đường huyết (Dòng đầu - Metformin):

+ *Metformin* (Metformin 500mg / Stella 850mg): Khởi đầu 500mg - 850mg x 1 lần/ngày uống ngay sau bữa ăn tối, sau đó tăng dần liều tối đa 2000-2500 mg/ngày chia 2 lần.

- Phối hợp thuốc (khi HbA1c chưa đạt mục tiêu sau 3 tháng):

+ Phối hợp nhóm Sulfonylurea: *Gliclazide* (Gliclada 60mg) hoặc *Glimepiride* (Diaprid 2mg-4mg) uống trước ăn sáng.

- Insulin (khi không kiểm soát được bằng thuốc uống, hoặc có chống chỉ định, hoặc trong các tình trạng cấp cứu):

+ *Insulin hỗn hợp* (như *NovoMix 30, Humalog Mix 25/75*) tiêm dưới da trước bữa ăn sáng và tối theo chỉ định.

3. Điều trị hỗ trợ:

- Giáo dục sức khỏe, hướng dẫn người bệnh tự kiểm tra đường huyết mao mạch bằng máy cá nhân tại nhà.

4. Theo dõi điều trị:

- Theo dõi đường huyết mao mạch hằng ngày trong đợt điều trị nội trú. Kiểm tra HbA1c định kỳ mỗi 3 tháng/lần. Kiểm tra chức năng thận và lipid máu định kỳ.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Tăng đường huyết nặng: Đường huyết mao mạch > 400 mg/dL (22.2 mmol/L) hoặc có biểu hiện biến chứng cấp tính (Nhiễm toan ceton do đái tháo đường - DKA, Hội chứng tăng áp lực thẩm thấu máu).

- Hạ đường huyết nặng tái phát (đường huyết < 54 mg/dL) kèm theo rối loạn tri giác.

- Biến chứng cấp tính kèm theo: Nhiễm trùng nặng, loét bàn chân đái tháo đường nhiễm trùng, nhồi máu cơ tim / đột quỵ cấp.

- Đường huyết tăng cao mạn tính không kiểm soát được bằng thuốc ngoại trú.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Đường huyết ổn định về mức mục tiêu cá thể hóa, không còn triệu chứng tăng đường huyết.

- Các biến chứng cấp tính (toan ceton, nhiễm trùng, hạ đường huyết nặng) đã được giải quyết hoàn toàn.

- Người bệnh (hoặc người nhà) đã thành thạo kỹ năng tự tiêm insulin (nếu có dùng) và cách tự theo dõi đường huyết tại nhà.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Biến chứng cấp cứu nặng nguy hiểm đến tính mạng (Nhiễm toan ceton nặng, tăng áp lực thẩm thấu có sốc, suy đa tạng) hoặc cần soi đáy mắt chuyên sâu / can thiệp mạch máu ngoại biên vượt quá khả năng điều trị của Trung tâm Y tế Tịnh Biên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2020). *Quyết định số 5481/QĐ-BYT ngày 30/12/2020 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2"*. Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2025). *Quyết định số 3510/QĐ-BYT ngày 11/11/2025 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh thần kinh đái tháo đường"*. Hà Nội.

5. American Diabetes Association (2026). *Standards of Care in Diabetes*.

6. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva: WHO.

55. VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG (J18)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm phổi mắc phải cộng đồng (CAP) là nhiễm trùng nhu mô phổi xảy ra ngoài bệnh viện hoặc trong 48 giờ đầu nhập viện, do vi khuẩn (Streptococcus pneumoniae thường gặp nhất), virus hoặc vi khuẩn không điển hình. Đây là nguyên nhân nhiễm trùng gây tử vong hàng đầu, mức độ nặng được phân tầng bằng thang điểm CURB-65 để quyết định nơi điều trị.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Sốt cao, ho khạc đờm (đờm mủ, đờm gỉ sắt), đau ngực kiểu màng phổi, khó thở.

- Khám phổi: Ran ẩm, ran nổ khu trú vùng tổn thương, có thể có hội chứng đông đặc phổi.

- Đánh giá mức độ nặng bằng thang điểm **CURB-65** (Confusion, Uremia, Respiratory rate, Blood pressure, Age ≥ 65).

2. Cận lâm sàng:

- Công thức máu (CTM), định lượng CRP.

- Ure, Creatinin, điện giải đồ (để tính điểm CURB-65).

- SpO2, khí máu động mạch (nếu có suy hô hấp).

- AFB đờm (loại trừ lao phổi phối hợp).

- **X-quang ngực thẳng:** Bắt buộc (hình ảnh đám mờ phế nang hoặc kẽ, thâm nhiễm thùy phổi).

- Siêu âm màng phổi (khi nghi ngờ tràn dịch màng phổi đi kèm).

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Lao phổi.

- Ung thư phổi (ho ra máu, sụt cân, người lớn tuổi hút thuốc lá lâu năm).

- Suy tim trái cấp / Phù phổi cấp.

- Thuyên tắc phổi.

4. Phân độ:

- CAP nhẹ (điều trị ngoại trú): CURB-65 = 0 - 1 điểm.

- CAP trung bình (nhập viện khoa nội trú): CURB-65 = 2 điểm.

- CAP nặng (cần ICU): CURB-65 ≥ 3 điểm hoặc có suy hô hấp tiến triển, sốc nhiễm khuẩn kèm theo.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

- Khởi trị kháng sinh theo kinh nghiệm càng sớm càng tốt (trong vòng 4 giờ đầu), dựa trên tác nhân thường gặp, mức độ nặng và các yếu tố nguy cơ của người bệnh. Xuống thang hoặc điều chỉnh kháng sinh theo kết quả vi sinh đồ khi có.

- Điều trị hỗ trợ hô hấp, cân bằng nước - điện giải và xử trí kịp thời các biến chứng.

2. Điều trị cụ thể:

- CAP nhẹ (điều trị ngoại trú - CURB-65 0-1):

+ *Amoxicillin* (viên 500mg/1g): 1g x 3 lần/ngày uống, trong 7 ngày.

+ *Hoặc Cefuroxim* (viên 500mg): 500mg x 2 lần/ngày uống, trong 7 ngày.

+ *Hoặc Clarithromycin* (viên 500mg): 500mg x 2 lần/ngày uống (nếu nghi ngờ vi khuẩn không điển hình).

- CAP trung bình và nặng (CURB-65 ≥ 2): Chỉ định nhập viện điều trị nội trú tại Trung tâm Y tế Tịnh Biên, thở oxy hỗ trợ và dùng kháng sinh đường tiêm tĩnh mạch (như Ceftriaxone kết hợp Levofloxacin hoặc theo phác đồ nội khoa).

3. Điều trị hỗ trợ:

- Hạ sốt khi sốt ≥ 38.5°C bằng Paracetamol. Bù dịch - điện giải đầy đủ, dinh dưỡng nâng cao thể trạng. Đảm bảo thông khí, thở oxy qua ống mũi hoặc mask nếu SpO2 < 92%.

4. Theo dõi điều trị:

- Đánh giá lại lâm sàng (mạch, nhịp thở, nhiệt độ, SpO2, tri giác) sau 48-72 giờ. Xét nghiệm lại CTM, CRP ngày thứ 3 nếu lâm sàng chưa cải thiện. Chụp lại X-quang ngực nếu sau 72 giờ không cải thiện.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- CURB-65 ≥ 2 điểm hoặc điểm PSI nhóm III trở lên.

- SpO2 < 92% khí trời hoặc nhịp thở > 30 lần/phút.

- Huyết áp tâm thu < 90 mmHg hoặc huyết áp trung bình < 60 mmHg.

- Tổn thương lan tỏa đa thùy trên X-quang ngực hoặc có tràn dịch màng phổi đi kèm.

- Không đáp ứng với kháng sinh đường uống ngoại trú sau 48-72 giờ, hoặc có bệnh nền nặng đi kèm (COPD, suy tim, đái tháo đường, suy giảm miễn dịch).

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết sốt ít nhất 24-48 giờ mà không dùng thuốc hạ sốt.

- Các dấu hiệu sinh tồn ổn định: Mạch < 100 lần/phút, huyết áp bình thường, nhịp thở ≤ 24 lần/phút, SpO2 ≥ 92% khí trời.

- Cải thiện rõ các triệu chứng hô hấp (giảm ho, giảm khó thở, hết đau ngực), ăn uống tốt đường miệng.

- Cận lâm sàng cải thiện (bạch cầu máu về giới hạn bình thường, X-quang phổi tiến triển tốt).

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Viêm phổi cộng đồng nặng (CURB-65 ≥ 3, sốc nhiễm khuẩn, suy hô hấp tiến triển cần đặt ống nội khí quản và thở máy xâm nhập) vượt quá khả năng hồi sức cấp cứu của Trung tâm Y tế Tịnh Biên.

- Thất bại điều trị sau 48-72 giờ hoặc xuất hiện biến chứng nặng (áp xe phổi, tràn màng phổi mủ).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 2147/QĐ-BYT ngày 15/7/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn"*. Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh"*. Hà Nội.

5. Hội Hô hấp Việt Nam (2025). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn*.

6. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva: WHO.

56. BPTNMT ỔN ĐỊNH (J44)

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) là bệnh hô hấp mạn tính đặc trưng bởi tắc nghẽn luồng khí không hồi phục hoàn toàn, chủ yếu do hút thuốc lá, quản lý giai đoạn ổn định tốt giúp giảm tần suất đợt cấp và cải thiện chất lượng cuộc sống.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Ho khạc đờm mạn tính, khó thở tăng dần khi gắng sức.

- Tiền sử hút thuốc lá/thuốc lào hoặc tiếp xúc khói bụi ô nhiễm.

- Sử dụng thuốc duy trì: ICS/LABA (Budesonid + Formoterol 200/6mcg) 1 nhát x 2 lần/ngày.

2. Cận lâm sàng

- Đo chức năng hô hấp (hô hấp ký) để chẩn đoán xác định ($FEV_1/FVC < 0.7$ sau test giãn phế quản): TTYT không có → chuyển tuyến nếu chưa có kết quả.

- X-quang phổi thẳng (đánh giá ban đầu, loại trừ bệnh lý khác).

- SpO2; khí máu động mạch nếu có dấu hiệu đợt cấp/suy hô hấp.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Hen phế quản.

- Suy tim.

- Giãn phế quản.

- Lao phổi di chứng.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Điều trị lâu dài, kiểm soát các yếu tố nguy cơ và bệnh đồng mắc, cá thể hóa theo mức độ nặng và đáp ứng của người bệnh; phối hợp thay đổi lối sống với thuốc.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Giãn phế quản tác dụng kéo dài (LABA: Formoterol) hoặc phối hợp LABA/ICS (Budesonid - Formoterol) 1 - 2 nhát x 2 lần/ngày, hít.

- Tư vấn và hỗ trợ cai nghiện thuốc lá/thuốc lào.

- Tiêm phòng vaccine cúm hàng năm và phế cầu theo khuyến cáo.

- Xử trí đợt cấp: Áp dụng Hướng dẫn xử trí đợt cấp COPD khi có triệu chứng tăng nặng.

3. Điều trị hỗ trợ

- Tư vấn dinh dưỡng, tập phục hồi chức năng hô hấp, hướng dẫn tuân thủ điều trị và tự theo dõi tại nhà, tái khám định kỳ.

4. Theo dõi điều trị

- Hô hấp ký định kỳ (6 - 12 tháng) đánh giá chức năng phổi.

- Theo dõi triệu chứng khó thở, ho, khạc đờm và đo SpO2 khi tái khám.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Thường quản lý và điều trị ngoại trú; chỉ định nhập viện khi chuyển thành đợt cấp:

- Khó thở tăng đột ngột, SpO_2 giảm so với nền.

- Tăng lượng đờm hoặc đờm đổi màu (mủ) kèm sốt.

- Suy hô hấp cần hỗ trợ oxy hoặc thở máy không xâm nhập.

- Áp dụng tiêu chí theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Tình trạng lâm sàng ổn định, hết đợt cấp (nếu có nhập viện vì đợt cấp).

- SpO_2 ổn định với mức nền của người bệnh, các triệu chứng hô hấp được kiểm soát tốt.

- Người bệnh/người chăm sóc sử dụng thành thạo các dụng cụ hít/xịt thuốc.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Đo chức năng hô hấp (hô hấp ký) để chẩn đoán xác định: TTYT chưa triển khai → chuyển tuyến nếu chưa có kết quả.

- Diễn tiến nặng (đợt cấp nặng, suy hô hấp đe dọa tính mạng vượt khả năng chuyên môn hoặc trang thiết bị hiện có của TTYT như cần thở máy xâm nhập, ICU).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 2131/QĐ-BYT ngày 14/7/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính"*. Hà Nội.

4. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2025). *Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of COPD (GOLD)*.

57. SUY GIÃN TĨNH MẠCH CHI DƯỚI (I83)

I. ĐẠI CƯƠNG

Phục hồi chức năng suy giãn tĩnh mạch chi dưới bao gồm các biện pháp hỗ trợ tuần hoàn tĩnh mạch (mang vớ áp lực, vận động, nâng cao chi) nhằm giảm triệu chứng và phòng ngừa biến chứng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Cảm giác nặng mỏi chân, đau tăng về chiều hoặc khi đứng lâu, giảm khi kê cao chân.

- Tĩnh mạch nổi rõ, ngoằn ngoèo dưới da, phù nhẹ vùng mắt cá chân về chiều.

- Giai đoạn nặng có thể xuất hiện loét da vùng cẳng chân do ứ trệ mạn tính.

2. Cận lâm sàng

- Siêu âm Doppler tĩnh mạch chi dưới (nếu nghi ngờ huyết khối tĩnh mạch sâu hoặc đánh giá suy van nặng).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Huyết khối tĩnh mạch sâu (sưng đau đột ngột một bên chân - cấp cứu).

- Phù chi dưới do suy tim, suy thận, suy gan.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Điều trị theo nguyên nhân kết hợp điều trị triệu chứng và cải thiện tuần hoàn tĩnh mạch; theo dõi sát đáp ứng điều trị.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Mang vớ áp lực y khoa ban ngày, kê cao chân khi nghỉ ngơi.

- Thuốc tăng trương lực tĩnh mạch: Diosmin (TRIXOVIN / Venokern) 500mg x 2 viên/ngày, uống.

- Tránh đứng hoặc ngồi lâu một chỗ, vận động chi dưới thường xuyên.

3. Điều trị hỗ trợ

- Hướng dẫn chế độ ăn giàu chất xơ, tránh táo bón làm tăng áp lực ổ bụng.

4. Theo dõi điều trị

- Đánh giá mức độ giảm phù và đau mỏi chân định kỳ mỗi 1 - 3 tháng.

- Siêu âm Doppler tĩnh mạch kiểm tra lại khi có triệu chứng nghi ngờ huyết khối.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Chủ yếu điều trị và phục hồi chức năng ngoại trú. Chỉ định nhập viện khi:

- Biến chứng huyết khối tĩnh mạch sâu (sưng đau đột ngột, nóng đỏ chi - nguy cơ thuyên tắc phổi).

- Loét tĩnh mạch mạn tính bội nhiễm nặng cần điều trị tích cực.

- Áp dụng tiêu chí theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Triệu chứng đau nhức, phù chân thuyên giảm rõ rệt.

- Các ổ loét (nếu có) đã thu nhỏ, sạch và kiểm soát tốt nhiễm trùng.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Huyết khối tĩnh mạch sâu cấp tính hoặc biến chứng loét hoại tử nặng vượt quá năng lực điều trị của TTYT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu". Hà Nội.*

2. Bộ Y tế (2026). Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2014). Quyết định số 361/QĐ-BYT ngày 25/01/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp". Hà Nội.

4. European Society of Cardiology (2021). Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure.

5. World Health Organization (2019). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019. Geneva: WHO.

58. NHIỄM H.PYLORI (K29)

I. ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm H. pylori là tình trạng nhiễm vi khuẩn Helicobacter pylori tại niêm mạc dạ dày, nguyên nhân chính gây viêm-loét dạ dày tá tràng và là yếu tố nguy cơ ung thư dạ dày, điều trị diệt trừ triệt để giúp phòng ngừa các biến chứng này.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Đau vùng thượng vị, đầy bụng, khó tiêu, ợ chua.

- Thường không có triệu chứng đặc hiệu nếu đi kèm viêm loét nhẹ.

2. Cận lâm sàng

- Nội soi dạ dày - tá tràng kèm làm CLO-test hoặc mô bệnh học để chẩn đoán xác định.

- Test hơi thở Urê (Urea breath test) hoặc test kháng nguyên phân (nếu đủ điều kiện gửi mẫu).

- Công thức máu nếu nghi ngờ thiếu máu do xuất huyết tiêu hóa.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Loét dạ dày - tá tràng do thuốc (NSAIDs).

- Trào ngược dạ dày - thực quản (GERD).

- Ung thư dạ dày (cần nội soi loại trừ ở người > 40 tuổi có dấu hiệu báo động).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Ức chế tiết acid (PPI), bảo vệ niêm mạc kết hợp phác đồ kháng sinh tiệt trừ H. pylori đủ thời gian (thường 14 ngày).

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

***Phác đồ chuẩn có Clarithromycin (14 ngày):**

- PPI (Esomeprazol 20mg x 2 lần/ngày hoặc Omeprazol 20mg x 2 lần/ngày), uống trước ăn 30 phút.

- Amoxicillin 1g x 2 lần/ngày, uống sau ăn.

- Clarithromycin (Agiclari 500) 500mg x 2 lần/ngày, uống sau ăn.

***Trường hợp dị ứng Penicillin:**

- PPI + Metronidazol + Levofloxacin (Kaflovo 500) theo phác đồ chuẩn.

3. Điều trị hỗ trợ

- Tư vấn chế độ ăn uống lành mạnh, tránh rượu bia, thuốc lá và các chất kích thích.

4 Theo dõi điều trị

- Theo dõi tác dụng phụ của kháng sinh trong quá trình điều trị.

- Kiểm tra lại tình trạng nhiễm H. pylori bằng Test hơi thở Urê hoặc test kháng nguyên phân sau khi kết thúc điều trị ít nhất 4 tuần (và sau khi ngưng PPI ít nhất 2 tuần).

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Chủ yếu điều trị ngoại trú. Chỉ định nhập viện khi:

- Có biến chứng xuất huyết tiêu hóa (nôn ra máu, đi cầu phân đen).

- Đau thượng vị dữ dội không đáp ứng điều trị, nghi ngờ thủng ổ loét.

- Áp dụng tiêu chí theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Triệu chứng đau thượng vị và rối loạn tiêu hóa thuyên giảm hoàn toàn hoặc ổn định.

- Các biến chứng cấp tính đã được xử trí và kiểm soát an toàn.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Biến chứng nặng vượt khả năng của TTYT (xuất huyết tiêu hóa nặng cần nội soi cầm máu cấp cứu, thủng tạng rỗng cần ngoại khoa can thiệp).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh"*. Hà Nội.

4. American College of Gastroenterology (2021). *Guideline for the Treatment of Helicobacter pylori Infection*.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva: WHO.

59. VIÊM DẠ DÀY CẤP/MẠN (K29)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm dạ dày là tình trạng viêm niêm mạc dạ dày, nguyên nhân thường gặp nhất là nhiễm H. pylori và sử dụng NSAIDs, biểu hiện đau thượng vị-đầy bụng-khó tiêu, cần nội soi để chẩn đoán xác định và loại trừ biến chứng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Đau thượng vị, nóng rát, ợ chua, có thể liên quan đến bữa ăn (đói hoặc sau ăn).

- Buồn nôn, đầy bụng, khó tiêu.

2. Cận lâm sàng

- Nội soi dạ dày - tá tràng đánh giá mức độ viêm và làm test H. pylori (nếu có chỉ định).

- Công thức máu (nếu nghi ngờ xuất huyết tiêu hóa/thiếu máu).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Loét dạ dày - tá tràng.

- Trào ngược dạ dày - thực quản.

- Ung thư dạ dày (loại trừ khi có dấu hiệu báo động: sụt cân, nôn máu, tuổi > 40).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Giảm tiết acid, bảo vệ niêm mạc dạ dày và loại bỏ các yếu tố kích thích (NSAIDs, rượu, thuốc lá); điều trị tiệt trừ H. pylori nếu dương tính.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- **Thuốc ức chế bơm proton (PPI):** Esomeprazol 20mg (uống buổi sáng) hoặc Omeprazol 20mg (Kagasdine), Pantoprazol 40mg (Dogastrol), Lansoprazol 15mg (Lancid) x 4 tuần.

- Thuốc kháng thụ thể H2 (khi cần): Famotidin (Famodin 20) 20mg x 2 lần/ngày.

- Thuốc trung hòa acid (Antacid): Misanlugel, Gelactive uống khi đau hoặc sau ăn 1-2 giờ.

3. Điều trị hỗ trợ

- Chế độ ăn lỏng, ấm, chia nhiều bữa nhỏ, tránh thức ăn cay chua, nhiều dầu mỡ.

4. Theo dõi điều trị

- Đánh giá mức độ đáp ứng triệu chứng sau 2 - 4 tuần điều trị nội khoa.

- Nội soi lại nếu triệu chứng không thuyên giảm hoặc xuất hiện dấu hiệu báo động.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Đau thượng vị dữ dội không đáp ứng thuốc, nghi ngờ biến chứng (thủng, xuất huyết tiêu hóa).

- Xuất huyết tiêu hóa (nôn ra máu, đi phân đen).

- Nôn ói nhiều gây mất nước, rối loạn điện giải.

- Áp dụng tiêu chí theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết đau thượng vị, ăn uống được, các triệu chứng đầy bụng, buồn nôn thuyên giảm rõ rệt.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Biến chứng xuất huyết tiêu hóa nặng, thủng ổ loét vượt quá khả năng xử trí tại TTYT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh"*. Hà Nội.

4. American College of Gastroenterology (2022). *Guidelines for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease*.

5. American College of Gastroenterology (2021). *Guideline for the Treatment of Helicobacter pylori Infection*.

6. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva: WHO.

60. TIÊU CHẢY NHIỄM TRÙNG (A09)

I. ĐẠI CƯƠNG

Tiêu chảy cấp là tình trạng đi ngoài phân lỏng/nước từ 3 lần/ngày trở lên, kéo dài dưới 14 ngày, nguyên nhân thường gặp nhất là nhiễm virus/vi khuẩn đường ruột, biến chứng nguy hiểm nhất là mất nước-điện giải.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Đi ngoài phân lỏng/nước ≥ 3 lần/ngày, có thể kèm nhầy máu nếu do vi khuẩn xâm lấn.

- Đau bụng, nôn mửa, sốt tùy theo tác nhân.

- Đánh giá phân độ mất nước theo WHO (Độ A: không mất nước; Độ B: mất nước trung bình; Độ C: mất nước nặng).

2. Cận lâm sàng

- Soi phân tìm hồng cầu, bạch cầu (nếu phân có nhầy máu).

- Điện giải đồ (nếu mất nước nhiều, trẻ nhỏ hoặc người cao tuổi).

- Siêu âm bụng (nếu nghi ngờ lồng ruột hoặc nguyên nhân ngoại khoa ở trẻ em).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Tiêu chảy do vi khuẩn xâm lấn (lỵ, thương hàn).

- Ngộ độc thức ăn.

- Lồng ruột ở trẻ nhỏ (đau bụng cơn, phân máu nhầy).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Bù nước và điện giải kịp thời là quan trọng nhất. Sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm khi có hội chứng lỵ hoặc tiêu chảy phân máu/sốt cao; điều trị triệu chứng hỗ trợ.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Bù dịch: Oresol (ORS) pha đúng hướng dẫn, uống theo nhu cầu hoặc sau mỗi lần đi tiêu.

- Kẽm: Atisyrup Zinc 10mg/5ml (trẻ em) hoặc Zinc 15mg (người lớn) uống trong 10-14 ngày.

- Men vi sinh: Enterobella (Bacillus clausii) uống.

- Kháng sinh: Chỉ định khi có phân máu hoặc bằng chứng nhiễm khuẩn xâm lấn (theo phác đồ tuyến cơ sở).

3. Điều trị hỗ trợ

- Hạ sốt khi sốt $\geq 38.5°C$, dinh dưỡng đầy đủ, dễ tiêu hóa.

4. Theo dõi điều trị

- Theo dõi số lần đi tiêu, tính chất phân, lượng dịch bù vào và nước tiểu qua các giờ.

- Theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn và tình trạng tri giác.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Mất nước trung bình - nặng (mắt trũng, dấu véo da mất chậm, khát nhiều hoặc li bì, không uống được).

- Nôn ói liên tục không giữ được đường uống.

- Tiêu chảy phân máu kèm sốt cao.

- Áp dụng tiêu chí theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết tiêu chảy hoặc số lần đi tiêu bình thường, phân đặc lại.

- Bù nước thành công qua đường uống, không còn dấu hiệu mất nước và rối loạn điện giải.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Mất nước nặng độ C thất bại với bù dịch ban đầu, trụy mạch, sốc giảm thể tích hoặc biến chứng nặng vượt khả năng của TTYT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 07/8/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em"*. Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh"*. Hà Nội.

5. World Health Organization (2013). *Pocket Book of Hospital Care for Children: Guidelines for the Management of Common Childhood Illnesses, 2nd edition*. Geneva: WHO.

6. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva: WHO.

61. TÁO BÓN (K59.0)

I. ĐẠI CƯƠNG

Táo bón là tình trạng đi ngoài khó khăn, phân cứng hoặc tần suất ít hơn bình thường, nguyên nhân phổ biến bao gồm chế độ ăn thiếu chất xơ-nước, ít vận động, cần loại trừ nguyên nhân thực thể khi có dấu hiệu cảnh báo.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Số lần đi đại tiện < 3 lần/tuần, phân cứng, khô, rặn nhiều, cảm giác đi không hết phân.

- Chế độ ăn ít chất xơ, uống ít nước (< 2 lít/ngày).

2. Cận lâm sàng

- Không cần xét nghiệm nếu là táo bón cơ năng, không có dấu hiệu báo động.

- Nội soi đại - trực tràng (nếu có dấu hiệu báo động: máu trong phân, sụt cân, tuổi > 50, thay đổi thói quen đại tiện). TTYT có nội soi tiêu hóa trên; nếu cần nội soi đại trực tràng mà TTYT chưa thực hiện được → chuyển tuyến.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Táo bón cơ năng.

- Hội chứng ruột kích thích thể táo bón.

- U đại - trực tràng (cần loại trừ dấu hiệu báo động).

- Suy giáp.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Điều chỉnh chế độ ăn uống, sinh hoạt (tăng chất xơ, uống đủ nước, vận động); kết hợp thuốc nhuận tràng khi cần thiết và điều trị nguyên nhân.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Lactulose (Companity 670mg/ml) 15 - 30ml/ngày, uống.

- Bisacodyl DHG 5mg: 5 - 10mg, uống buổi tối trước khi ngủ.

- Thuốc bơm hậu môn: Glycerol (Stiprol) khi cần tống phân đoạn cuối trực tràng.

3. Điều trị hỗ trợ

- Tăng cường vận động thể lực, xoa bóp bụng theo chiều kim đồng hồ, tạo thói quen đi tiêu đúng giờ.

4. Theo dõi điều trị

Theo dõi tần suất và tính chất phân sau khi điều chỉnh chế độ ăn và dùng thuốc.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Táo bón kèm dấu hiệu tắc ruột (đau bụng, chướng bụng, bí trung đại tiện, nôn ói) - cần loại trừ cấp cứu ngoại khoa.

- Táo bón kéo dài không đáp ứng điều trị, nghi ngờ nguyên nhân thực thể cần nhập viện để nội soi chẩn đoán.

- Áp dụng tiêu chí theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Lập lại được nhịp điệu đại tiện bình thường, phân mềm, không cần dùng thuốc hỗ trợ liên tục.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Cần nội soi đại trực tràng nhưng vượt quá trang thiết bị của TTYT, hoặc nghi ngờ u đại trực tràng/tắc ruột cần can thiệp ngoại khoa chuyên sâu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu". Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). Quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 07/8/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em". Hà Nội.

4. American College of Gastroenterology (2023). Guideline: Management of Patients with Acute Lower Gastrointestinal Bleeding.

5. World Health Organization (2019). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019. Geneva: WHO.

62. VIÊM GAN MẠN (K73)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm gan mạn là tình trạng viêm gan kéo dài trên 6 tháng, thường do virus viêm gan B, C mạn tính hoặc do rượu-thuốc-tự miễn, có thể tiến triển âm thầm đến xơ gan và ung thư gan nếu không được theo dõi-điều trị đúng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Đa số diễn tiến âm thầm, phát hiện tình cờ qua xét nghiệm men gan hoặc tầm soát viêm gan virus.

- Triệu chứng thường nhẹ: mệt mỏi, chán ăn, đau tức nhẹ hạ sườn phải, có thể vàng da nhẹ khi có đợt tiến triển.

2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm men gan (AST, ALT), Bilirubin.

- HBsAg, Anti-HCV (nếu chưa rõ nguyên nhân).

- Chức năng đông máu (PT/INR) để đánh giá mức độ suy tế bào gan.

- Siêu âm bụng tổng quát (đánh giá cấu trúc gan, dịch ổ bụng).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm gan virus B, C mạn.

- Gan nhiễm mỡ không do rượu (NAFLD).

- Viêm gan do rượu hoặc do thuốc.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Điều trị lâu dài, kiểm soát nguyên nhân (kháng virus nếu có chỉ định), bảo vệ tế bào gan và phòng ngừa biến chứng xơ gan/ung thư gan.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Kháng virus khi có chỉ định (viêm gan B mạn có tải lượng virus cao, men gan tăng vượt ngưỡng theo phác đồ của Bộ Y tế): Tenofovir hoặc Entecavir theo phác đồ chuẩn (chuyển chuyên khoa Gan mật nếu TTYT chưa cấp phát thuốc kháng virus dài hạn).

- Kiêng tuyệt đối rượu bia. Tiêm phòng vaccine viêm gan A (nếu chưa có miễn dịch).

3. Điều trị hỗ trợ

- Tư vấn dinh dưỡng cân đối, hạn chế mỡ động vật, nghỉ ngơi hợp lý, tránh lao động quá sức.

4. Theo dõi điều trị

- Định kỳ xét nghiệm men gan, chức năng gan, tải lượng virus, AFP và siêu âm gan mỗi 3 - 6 tháng.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Men gan tăng cao đột ngột (đợt cấp viêm gan mạn) kèm vàng da tăng.

- Biến chứng xơ gan mất bù (cổ trướng, xuất huyết tiêu hóa, bệnh não gan).

- Rối loạn đông máu nặng.

- Áp dụng tiêu chí theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Men gan ổn định, triệu chứng cơ năng (mệt mỏi, vàng da) thuyên giảm.

- Các biến chứng cấp tính đã được kiểm soát ổn định.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Viêm gan mạn đợt bùng phát nặng, suy gan cấp, xơ gan mất bù có biến chứng nặng vượt khả năng điều trị của TTYT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2019). *Quyết định số 3310/QĐ-BYT ngày 29/7/2019 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh viêm gan vi rút B"*. Hà Nội.

4. American Association for the Study of Liver Diseases (2021). *Guidance on Cirrhosis and Its Complications*.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva: WHO.

63. GAN NHIỄM MỠ (K76.0)

I. ĐẠI CƯƠNG

Gan nhiễm mỡ là tình trạng tích tụ mỡ quá mức trong tế bào gan không do rượu hoặc do rượu, thường liên quan hội chứng chuyển hóa (béo phì, đái tháo đường, rối loạn lipid máu), có thể tiến triển đến viêm gan-xơ gan nếu không kiểm soát.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Thường không có triệu chứng, tình cờ phát hiện qua siêu âm.

- Một số ít có cảm giác tức nặng hạ sườn phải, mệt mỏi nhẹ.

- Thường đi kèm các yếu tố nguy cơ: thừa cân/béo phì, vòng bụng lớn, rối loạn chuyển hóa.

2. Cận lâm sàng

- Men gan (AST, ALT), bilan lipid máu, đường huyết đói / HbA1c.

- Siêu âm bụng tổng quát (đánh giá mức độ nhiễm mỡ gan).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm gan virus mạn.

- Gan nhiễm mỡ do rượu.

- Các bệnh lý chuyển hóa di truyền tại gan.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Điều trị nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ đi kèm (giảm cân, kiểm soát đường huyết, lipid máu, ngừng rượu); thay đổi lối sống là nền tảng cốt lõi.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Thay đổi lối sống: Giảm 5 - 10% trọng lượng cơ thể, hạn chế đường đơn và mỡ bão hòa, tăng cường vận động thể lực ít nhất 150 phút/tuần.

- Điều trị đồng thời rối loạn lipid máu hoặc đái tháo đường theo phác đồ chuyên khoa nếu có.

- Hiện không có thuốc đặc hiệu điều trị gan nhiễm mỡ đơn thuần; theo dõi men gan định kỳ.

3. Điều trị hỗ trợ

- Hướng dẫn chế độ ăn khoa học, nhiều rau xanh, trái cây tươi, hạn chế tinh bột tinh chế.

4. Theo dõi điều trị

Theo dõi cân nặng, vòng bụng, men gan và siêu âm gan định kỳ mỗi 3 - 6 tháng.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Chủ yếu điều trị ngoại trú thông qua thay đổi lối sống.

- Chỉ định nhập viện khi tiến triển thành viêm gan nặng hoặc xơ gan có biến chứng.

- Áp dụng tiêu chí theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Người bệnh hiểu rõ chế độ dinh dưỡng, vận động và tự quản lý tốt các yếu tố nguy cơ chuyển hóa tại nhà.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Gan nhiễm mỡ tiến triển thành xơ gan hoặc xuất hiện các biến chứng vượt quá năng lực chuyên môn của TTYT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2014). *Quyết định số 3879/QĐ-BYT ngày 30/9/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội tiết - chuyển hóa"*. Hà Nội.

4. American Association for the Study of Liver Diseases (2021). *Guidance on Cirrhosis and Its Complications*.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva: WHO.

64. THOÁI HÓA CỘT SỐNG THẮT LƯNG (M47)

I. ĐẠI CƯƠNG

Thoái hóa cột sống thắt lưng là quá trình lão hóa tự nhiên của đĩa đệm và các khớp cột sống thắt lưng, gây đau lưng mạn tính, có thể kèm chèn ép rễ thần kinh nếu có thoát vị đĩa đệm hoặc hẹp ống sống kèm theo.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Đau thắt lưng mạn tính, âm ỉ, tăng lên khi vận động hoặc đứng/ngồi lâu, giảm khi nghỉ ngơi.

- Có thể kèm tê bì hoặc cứng nhẹ chi dưới nếu có hẹp lỗ liên hợp chèn ép rễ.

- Cứng cột sống vào buổi sáng, hạn chế tầm vận động động tác cúi, ngửa.

2. Cận lâm sàng

- X-quang cột sống thắt lưng thẳng - nghiêng (đánh giá hình ảnh hẹp khe khớp, gai xương, mất đường cong sinh lý).

- Công thức máu, CRP (để loại trừ viêm nhiễm nếu có nghi ngờ).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng.

- Loãng xương kèm lún xẹp đốt sống.

- Viêm cột sống dính khớp.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Kết hợp giảm đau, kháng viêm, giãn cơ với các biện pháp vật lý trị liệu và phục hồi chức năng; hướng dẫn người bệnh duy trì vận động đúng cách.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- **Thuốc giãn cơ:** Eperison (Ryzonal 50) 50mg x 3 lần/ngày hoặc Methocarbamol (Hadubamol 500) uống.

- **Vitamin nhóm B:** Mecobalamin 500mcg uống hoặc tiêm.

- **Phục hồi chức năng:** Kéo giãn cột sống, nhiệt trị liệu, điện xung, các bài tập tăng cường cơ lưng - bụng.

3. Điều trị hỗ trợ

- Tư vấn tư thế sinh hoạt đúng, tránh mang vác nặng, duy trì cân nặng hợp lý.

4. Theo dõi điều trị

- Đánh giá mức độ giảm đau và cải thiện tầm vận động cột sống khi tái khám.

- Chụp X-quang hoặc MRI kiểm tra nếu đau tiến triển nặng hơn hoặc nghi ngờ gãy xẹp mới.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

*Chủ yếu điều trị ngoại trú. Nhập viện khi:

- Đau cấp dữ dội không đáp ứng thuốc, có dấu hiệu chèn ép thần kinh (yếu chi, rối loạn cơ tròn).

- Gãy xẹp đốt sống do loãng xương kèm đau cấp cần nhập viện điều trị tích cực.

- Áp dụng tiêu chí theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Giảm đau rõ rệt, vận động cột sống thắt lưng trong giới hạn chấp nhận được, tự chăm sóc bản thân tốt.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Diễn tiến nặng, có dấu hiệu tổn thương thần kinh tiến triển hoặc vượt quá khả năng chuyên môn/trang thiết bị của TTYT (cần phẫu thuật ngoại thần kinh, chụp MRI chuyên sâu).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2014). *Quyết định số 361/QĐ-BYT ngày 25/01/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp"*. Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 1493/QĐ-BYT ngày 22/4/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hồi sức tích cực"*. Hà Nội.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva: WHO.

65. ĐAU THẦN KINH TỌA (M54.4)

I. ĐẠI CƯƠNG

Đau thần kinh tọa là đau lan theo đường đi của dây thần kinh tọa (từ thắt lưng xuống mặt sau đùi-cẳng chân), nguyên nhân thường gặp nhất là thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng chèn ép rễ thần kinh.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Đau dọc theo đường đi của dây thần kinh tọa: từ vùng thắt lưng lan xuống mông, mặt sau đùi, cẳng bàn chân, có thể kèm tê bì hoặc châm chích.

- Đau tăng lên khi ho, hắt hơi, rặn hoặc khi thay đổi tư thế; nghiệm pháp Lasègue dương tính.

- Trường hợp nặng có teo cơ, giảm phản xạ gân xương hoặc yếu cơ chi dưới.

2. Cận lâm sàng

- X-quang cột sống thắt lưng thẳng - nghiêng.

- Công thức máu, CRP (loại trừ viêm nhiễm).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Thoát vị đĩa đệm chèn ép rễ.

- Hẹp ống sống.

- Đau do bệnh lý cơ - xương khớp vùng chậu - hông.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Giảm đau, chống viêm, giải phóng chèn ép rễ thần kinh, kết hợp vật lý trị liệu và phục hồi chức năng.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

2.1. Kháng viêm không steroid (NSAIDs): Meloxicam (Monbig 7.5mg) hoặc Diclofenac (Elaria 75mg/3ml) tiêm bắp ngắn ngày hoặc uống.

2.2. Thuốc giảm đau thần kinh: Gabapentin (SaVi Gabapentin 300) 300mg uống buổi tối, hoặc Pregabalin (Dalyric 75) 75mg.

2.3. Vitamin nhóm B (B1, B6, B12) và kết hợp vật lý trị liệu.

3. Điều trị hỗ trợ

- Nghỉ ngơi tương đối trên giường cứng vừa trong giai đoạn đau cấp, tránh các động tác cúi gập người đột ngột.

4. Theo dõi điều trị

- Theo dõi mức độ giảm đau, cảm giác tê bì và sức cơ của chân.

- Đánh giá đáp ứng sau 2 - 4 tuần điều trị nội khoa.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Đau dữ dội không đáp ứng thuốc giảm đau thông thường.

- Yếu cơ tiến triển (bàn chân rủ) hoặc có hội chứng đuôi ngựa (rối loạn cơ tròn, tê vùng yên ngựa) → **CẤP CỨU ngoại thần kinh**.

- Áp dụng tiêu chí theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Đau giảm nhiều, vận động đi lại tương đối bình thường, không còn dấu hiệu chèn ép thần kinh cấp tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2014). *Quyết định số 361/QĐ-BYT ngày 25/01/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp"*. Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 1493/QĐ-BYT ngày 22/4/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hồi sức tích cực"*. Hà Nội.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva: WHO.

66. ĐAU THẮT LƯNG (M54.5)

I. ĐẠI CƯƠNG

Hội chứng đau thắt lưng là triệu chứng đau vùng thắt lưng rất phổ biến, nguyên nhân đa dạng từ căng cơ đơn thuần đến thoái hóa cột sống, thoát vị đĩa đệm, cần chú ý các dấu hiệu cảnh báo nguyên nhân nguy hiểm cần can thiệp khẩn.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Đau vùng thắt lưng, tăng khi vận động hoặc đứng lâu, giảm khi nghỉ ngơi, có thể co cứng các cơ cạnh sống thắt lưng.

- Khám loại trừ các dấu hiệu cờ đỏ (red flags): sốt, sụt cân, đau về đêm, rối loạn tiểu tiện.

2. Cận lâm sàng

- X-quang cột sống thắt lưng (nếu đau kéo dài $> 4-6$ tuần hoặc có dấu hiệu báo động).

- Công thức máu, CRP, tổng phân tích nước tiểu (nếu nghi ngờ nguyên nhân từ thận - tiết niệu hoặc viêm nhiễm).

- Siêu âm bụng - tiết niệu (loại trừ sỏi thận, bệnh lý tiết niệu).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Thoái hóa cột sống thắt lưng.

- Sỏi thận - tiết niệu.

- Bệnh lý phụ khoa hoặc tiêu hóa lan đau sau lưng.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Giảm đau, thư giãn cơ, nghỉ ngơi hợp lý và điều trị theo nguyên nhân nếu xác định được; tránh lạm dụng thuốc kháng viêm kéo dài.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Nghỉ ngơi tương đối (không nằm bất động hoàn toàn), duy trì vận động nhẹ nhàng.

- **Giảm đau bậc 1:** Paracetamol (Partamol 500) 500 - 1000mg x 3 lần/ngày; kết hợp Meloxicam (Monbig 7.5mg) nếu cần.

- **Thuốc giãn cơ:** Methocarbamol (Hadubamol 500) 500 - 750mg x 3 lần/ngày khi có co cứng cơ cạnh sống.

3. Điều trị hỗ trợ

- Chườm ấm vùng thắt lưng, tập các bài tập duỗi cơ nhẹ nhàng khi hết đau cấp.

4. Theo dõi điều trị

- Đánh giá sự tiến triển của cơn đau và khả năng vận động sau 7 - 10 ngày.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Đau dữ dội không đáp ứng thuốc, kèm dấu hiệu "cờ đỏ" (yếu chi, rối loạn cơ tròn, tê vùng yên ngựa - nghi ngờ hội chứng đuôi ngựa) → CẤP CỨU.

- Sốt kèm đau lưng (nghi ngờ viêm đĩa đệm, áp xe cạnh sống).

- Đau sau chấn thương nghi ngờ gãy xẹp đốt sống.

- Áp dụng tiêu chí theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết đau hoặc cơn đau thuyên giảm rõ rệt, người bệnh tự sinh hoạt và vận động nhẹ nhàng được.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Có dấu hiệu thần kinh tiến triển, nghi ngờ tổn thương thực thể nặng cần chụp MRI hoặc can thiệp ngoại khoa mà TTYT không đủ điều kiện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2014). *Quyết định số 361/QĐ-BYT ngày 25/01/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp"*. Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 1493/QĐ-BYT ngày 22/4/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hồi sức tích cực"*. Hà Nội.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva: WHO.

67. THOÁI HÓA KHỚP GỐI (M17)

I. ĐẠI CƯƠNG

Thoái hóa khớp gối là bệnh lý thoái hóa sụn khớp phổ biến nhất, đặc trưng bởi đau khớp tăng khi vận động, cứng khớp buổi sáng ngắn, thường gặp ở người lớn tuổi hoặc thừa cân, ảnh hưởng đáng kể chất lượng cuộc sống nếu không kiểm soát tốt.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Đau khớp gối tăng khi vận động, lên xuống cầu thang hoặc ngồi xổm, giảm khi nghỉ ngơi.

- Cứng khớp buổi sáng thường dưới 30 phút.

- Có thể sờ thấy tiếng lạo xạo khi cử động khớp, biến dạng hoặc tràn dịch khớp gối ở giai đoạn nặng.

2. Cận lâm sàng

- X-quang khớp gối thẳng - nghiêng, tư thế chịu lực (đánh giá hẹp khe khớp, đặc xương dưới sụn, gai xương).

- Công thức máu, CRP, Acid uric (nếu nghi ngờ viêm khớp nhiễm khuẩn hoặc Gout kết hợp).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm khớp dạng thấp.

- Bệnh Gout / Giả Gout.

- Viêm khớp nhiễm khuẩn (sốt, sưng nóng đỏ cấp tính một khớp).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Giảm đau, cải thiện chức năng vận động khớp, bảo vệ sụn khớp, kết hợp kiểm soát cân nặng và vật lý trị liệu lâu dài.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- **Vật lý trị liệu:** Nhiệt trị liệu, siêu âm điều trị vùng khớp thoái hóa.

- **Tập luyện:** Bài tập tăng cường cơ tứ đầu đùi, giảm tải trọng lên khớp; giảm cân nếu thừa cân/béo phì.

- **Giảm đau:** Paracetamol (Partamol 500) ưu tiên đầu tay; Meloxicam (Monbig 7.5mg) hoặc Celecoxib (100mg) khi có đợt viêm đau vừa.

- Trường hợp đau nhiều không đáp ứng thuốc uống → chuyển chuyên khoa Cơ Xương Khớp xem xét chỉ định tiêm nội khớp (như Natri hyaluronat) tại cơ sở y tế đủ điều kiện.

3. Điều trị hỗ trợ

- Hướng dẫn sử dụng gậy chống hoặc nạng khi đi lại nếu khớp gối lỏng lẻo, đau nhiều.

4. Theo dõi điều trị

- Theo dõi mức độ giảm đau, tầm vận động khớp gối và khả năng đi lại của người bệnh định kỳ.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Đợt viêm cấp (sưng, nóng, đỏ, tràn dịch khớp gối nhiều) cần nhập viện để chọc hút dịch khớp chẩn đoán và điều trị.

- Sốt kèm sưng đau khớp gối (loại trừ viêm khớp nhiễm khuẩn cấp cứu).

- Áp dụng tiêu chí theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Khớp gối giảm sưng đau, dịch khớp đã được kiểm soát, người bệnh đi lại sinh hoạt thuận lợi.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Biến chứng nặng, tràn dịch mủ khớp nghi ngờ viêm khớp nhiễm khuẩn, hoặc cần can thiệp ngoại khoa chuyên sâu (nội soi rửa khớp, thay khớp nhân tạo) vượt năng lực của TTYT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2014). *Quyết định số 361/QĐ-BYT ngày 25/01/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp"*. Hà Nội.

4. Osteoarthritis Research Society International (2019). *Guidelines for the Non-Surgical Management of Knee Osteoarthritis*.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva: WHO.

68. VIÊM KHỚP DẠNG THẤP (M06)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm khớp dạng thấp là bệnh tự miễn mạn tính gây viêm đa khớp đối xứng, có thể dẫn đến biến dạng-phá hủy khớp nếu không điều trị sớm bằng thuốc chống thấp khớp tác dụng chậm (DMARDs).

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Đau và sưng nhiều khớp nhỏ đối xứng (bàn tay, cổ tay, bàn chân), cứng khớp buổi sáng kéo dài trên 1 giờ.

- Tiến triển mạn tính, có thể gây biến dạng khớp nếu không điều trị sớm.

2. Cận lâm sàng

- Công thức máu (CTM), CRP, tốc độ máu lắng (ESR).

- Yếu tố dạng thấp (RF), Anti-CCP (nếu có điều kiện gửi mẫu).

- X-quang bàn tay/khớp tổn thương (bào mòn xương giai đoạn muộn).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Gout / Giả gout.

- Lupus ban đỏ hệ thống.

- Viêm khớp phản ứng, viêm khớp vảy nến.

4. Phân độ

- Đánh giá hoạt tính bệnh theo thang điểm DAS28: Thuyên giảm (< 2.6), hoạt tính thấp ($2.6 - 3.2$), trung bình ($3.2 - 5.1$), cao (> 5.1).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Điều trị sớm, dài hạn, kết hợp thuốc kiểm soát triệu chứng với DMARDs nền tảng; theo dõi sát đáp ứng và độc tính thuốc.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

2.1 Điều trị triệu chứng: Cải thiện triệu chứng viêm, giảm đau, duy trì khả năng vận động (thuốc không thay đổi được diễn tiến tự nhiên của bệnh).

2.2. Các thuốc kháng viêm không steroid (NSAIDs)

Các thuốc kháng viêm ức chế chọn lọc men COX2:

- Celecoxib: 200 mg mỗi ngày 2 lần, lần 1 viên.

- Meloxicam: 15 mg ngày tiêm hoặc uống một lần, lần 1 ống hoặc 1 viên.

- Etoricoxib: 60-90 mg: ngày uống một lần, lần 1 viên.

- Các thuốc kháng viêm ức chế không chọn lọc:

- Diclofenac: uống hoặc tiêm bắp: 75 mg x 2 lần/ngày trong 3-7 ngày. Sau đó uống: 50 mg x 2-3 lần/ngày trong 4-6 tuần.

- Piroxicam

- Cyclodextrin 20 mg uống ngày 1 lần, lần 1 viên.

- Dexketoprofen trometammol 50 mg/2 mL) 1 ống tiêm bắp/ngày, sau đó chuyển sang đường uống 25mg 1-3 viên/24 giờ.

- Etodolac 30mg: 1-3 viên/ngày.

- Ketorolac tomethamin 10 mg: 1-4 viên/24 giờ.

- Hoặc các thuốc kháng viêm không steroid khác (liều tương đương).

- Bảo vệ dạ dày bằng ức chế bơm proton (Omeprazol, Pantoprazol, Lansoprazol, Esoprazol...).

2.3. Corticosteroid (Prednisone, Methylprednisolone)

- Prednisone 5-2 mg/24 giờ

- Methylprednisolon 16-32 mg/24 giờ

- Thể nặng: methylprednison 40 mg TM mỗi ngày

- Thể tiến triển cấp, nặng đe dọa tính mạng (viêm mạch máu, biểu hiện ngoài khớp nặng): bắt đầu 500-1000 mg methylprednisolone truyền TM trong 30-45 phút/ngày, điều trị 3 ngày liên tục. Sau đó, chuyển về liều thông thường. Lặp lại mỗi tháng một liệu trình nếu cần.

- Sử dụng dài hạn (thường ở những bệnh nhân phụ thuộc corticoid hoặc có suy thượng thận do dùng corticoid kéo dài): bắt đầu ở liều uống 20 mg hàng ngày vào buổi sáng. Khi đạt đáp ứng lâm sàng, giảm dần liều, duy trì liều thấp 5 mg hàng ngày hoặc cách ngày hoặc ngưng (nếu có thể) khi điều trị cơ bản có hiệu lực (sau 6-8 tuần).

- Tiêm nội khớp chỉ định khi chỉ còn một số ít khớp còn viêm

4. Điều trị cơ bản

- Methotrexate 2,5 mg uống 10-20 mg/tuần, tăng liều dần.

- Sulfasalazine uống 500-2000 mg/ngày, tăng liều dần.

- Hydroxychloroquine: 200-400 mg/ngày.

- Kết hợp MTX với SSZ và/hoặc HCQ nếu đơn trị liệu không hiệu quả.

- Tocilizumab 4-8 mg/kg cân nặng, tương đương khoảng 200-400 mg truyền TM mỗi tháng một lần.

- Etanercept 50 mg tiêm dưới da tuần một lần.

- Infiximab TTM 2-3 mg/kg mỗi 4-8 tuần.

+ Golimumab 50 mg tiêm mỗi tháng 1 lần.

+ Rituximab (Mabthera) truyền TM 500-1000 mg liều 2 lần, cách 2 tuần, có thể nhắc lại mỗi năm một hoặc hai liệu trình.

+ Ngoài ra còn có các thuốc sinh học khác như: Adalimumab (Humira)...

+ Có thể kết hợp MTX với một trong các loại thuốc sinh học trên.

3. Điều trị hỗ trợ

- Acid folic, sắt, Vitamin B12

- Ức chế bơm proton

- Khi sử dụng corticoid bất cứ liều nào trên 01 tháng, cần bổ sung calcium, vitamin D đề phòng ngừa loãng xương. Nếu bệnh nhân có nguy cơ loãng xương cao có thể sử dụng bisphosphonates. Khi đã có loãng xương, tùy theo mức độ loãng xương, tuổi, giới và điều kiện cụ thể của bệnh nhân mà lựa chọn các thuốc phù hợp (thường là bisphosphonates).

4. Các điều trị không dùng thuốc

- Giáo dục nhận thức về bệnh, tái khám định kỳ.

- Trong đợt viêm cấp: hạn chế vận động để khớp nghỉ ngơi. Khuyến khích tập ngay khi triệu chứng viêm thuyên giảm, tăng dần, nhiều lần trong ngày, cả chủ động và thụ động theo đúng các chức năng sinh lý của khớp.

- Phục hồi chức năng-vật lý trị liệu: sóng ngắn, vi sóng, sóng xung kích, từ trường trị liệu, siêu âm trị liệu, chiếu đèn hồng ngoại các khớp đau, bó Parafin khớp bàn tay và bàn chân, các bài tập vận động khớp...

- Điện châm.

Liệu trình: mỗi ngày 1 lần, mỗi đợt từ 7-14 ngày, 2-3 đợt nghỉ 1-2 tuần, sau đó lặp lại liệu trình.

4. Theo dõi điều trị

- CTM, chức năng gan, thận định kỳ mỗi $4-12$ tuần để theo dõi độc tính thuốc DMARDs; CRP/tốc độ máu lắng theo dõi hoạt tính bệnh.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Đợt viêm cấp nhiều khớp, sưng đau nhiều ảnh hưởng vận động nặng.

- Sốt kèm sưng khớp cần loại trừ viêm khớp nhiễm trùng (chọc hút dịch khớp).

- Biến chứng ngoài khớp hoặc tác dụng phụ nặng của thuốc điều trị.

- Áp dụng tiêu chí theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Tình trạng viêm khớp thuyên giảm rõ rệt, giảm đau và giảm sưng khớp, kiểm soát được các triệu chứng cấp tính.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Bệnh diễn tiến nặng hoặc vượt quá khả năng chuyên môn/trang thiết bị hiện có của TTYT (cần chuyên khoa sâu hoặc kỹ thuật chưa triển khai).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Cơ Xương Khớp*, Ban hành kèm theo Quyết định số 361/QĐ-BYT ngày 25/01/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

2. Bộ Y tế (2020), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo Y học cổ truyền, Kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại*, Quyết định số 5013/QĐ-BYT.

3. Bộ Y tế (2022), *Dược thư Quốc gia Việt Nam*, NXB Y học, Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/04/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*.

5. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*.

69. GOUT (M10)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm khớp dạng thấp là bệnh tự miễn mạn tính gây viêm đa khớp đối xứng, có thể dẫn đến biến dạng-phá hủy khớp nếu không điều trị sớm bằng thuốc chống thấp khớp tác dụng chậm (DMARDs).

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Đợt viêm khớp cấp: Khởi phát đột ngột, đau dữ dội, sưng, nóng, đỏ, thường ở khớp bàn ngón chân cái (đặc trưng MTP1), đạt đỉnh trong vòng 24 giờ.

- Giai đoạn mạn tính: Xuất hiện các hạt tophi dưới da, tổn thương khớp mạn.

2. Cận lâm sàng

- Acid uric máu, CTM, CRP, chức năng thận (Creatinin).

- Dịch khớp (nếu chọc hút được) tìm tinh thể urat - tiêu chuẩn vàng xác định chẩn đoán.

- X-quang khớp tổn thương (tìm hạt tophi, khuyết xương hốc).

- Siêu âm khớp (dấu hiệu "đường đôi" - double contour sign).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm khớp nhiễm khuẩn (sốt cao, CRP tăng nhiều - cần loại trừ cấp cứu).

- Giả gout (lắng đọng calci pyrophosphat).

- Viêm khớp dạng thấp.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Điều trị cắt cơn gout cấp nhanh chóng; hạ và duy trì acid uric máu lâu dài để phòng ngừa tái phát và biến chứng; điều chỉnh lối sống, chế độ ăn.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Cắt cơn cấp:

+ Colchicin (Colchicina Seid 1mg): 1mg ngay, sau 1 giờ uống thêm 0.5mg (tổng liều ngày đầu không quá 1.5 - 1.8mg), sau đó duy trì 0.5 - 1mg/ngày.

+ Kết hợp NSAIDs: Celecoxib 200mg hoặc Meloxicam 7.5mg - 15mg/ngày (nếu không có chống chỉ định).

- Hạ acid uric máu (duy trì khi hết viêm cấp): Allopurinol (Angut 300) khởi liều 100mg/ngày, tăng dần đến 300mg/ngày tùy theo nồng độ acid uric mục tiêu ($< 360\ \mu$mol/L).

3. Theo dõi điều trị

- Định kỳ kiểm tra acid uric máu, chức năng thận (Creatinin) và men gan mỗi 1 - 3 tháng.

- Theo dõi tần suất các đợt viêm khớp cấp và kích thước hạt tophi.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Đợt gout cấp dữ dội, nhiều khớp bị viêm nặng, không đáp ứng với điều trị ngoại trú.

- Gout kèm sốt cao, nghi ngờ viêm khớp nhiễm khuẩn cần nhập viện cấp cứu.

- Biến chứng suy thận cấp do acid uric hoặc hạt tophi loét nhiễm trùng nặng.

- Áp dụng tiêu chí theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Cơn đau cấp đã cắt hoàn toàn, khớp bớt sưng, người bệnh đi lại sinh hoạt được.

- Chức năng thận ổn định, thiết lập được phác đồ điều trị hạ acid uric duy trì ngoại trú.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Biến chứng nặng vượt quá khả năng chuyên môn hoặc trang thiết bị của TTYT (cần can thiệp ngoại khoa cắt bỏ hạt tophi lớn hoại tử, suy thận nặng cần lọc máu).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Cơ Xương Khớp*, Ban hành kèm theo Quyết định số 361/QĐ-BYT ngày 25/01/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

2. Bộ Y tế (2020), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo Y học cổ truyền, Kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại*, Quyết định số 5013/QĐ-BYT.

3. Bộ Y tế (2022), *Dược thư Quốc gia Việt Nam*, NXB Y học, Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/04/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*.

5. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*.

70. ĐAU SAU ZONA (B02.2, G53.0)

I. ĐẠI CƯƠNG

Đau sau Zona là biến chứng đau thần kinh mạn tính kéo dài sau khi tổn thương da do Zona đã lành, do tổn thương thần kinh cảm giác, có thể ảnh hưởng nghiêm trọng chất lượng cuộc sống nếu không kiểm soát tốt.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Đau rát, đau nhói hoặc bỏng rát kéo dài tại vùng da đã từng bị tổn thương do Zona, xuất hiện sau khi tổn thương da đã lành (> 30 ngày hoặc kéo dài hàng tháng đến hàng năm).

- Kèm theo dị cảm hoặc tăng cảm giác đau ở vùng phân bố của dây thần kinh tương ứng.

2. Cận lâm sàng

- Không cần xét nghiệm đặc hiệu hay chẩn đoán hình ảnh thường quy nếu lâm sàng rõ tiền sử zona và phân bố theo dermatome.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Đau thần kinh do nguyên nhân khác (chèn ép rễ thần kinh, bệnh thần kinh đái tháo đường).

- Đau do bệnh lý nội tạng quy chiếu cùng khoanh da.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Kiểm soát đau thần kinh bằng thuốc đặc trị (thuốc chống trầm cảm ba vòng, thuốc chống động kinh), kết hợp chăm sóc nâng đỡ tâm lý; không có chỉ định kháng sinh.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Gabapentin (SaVi Gabapentin 300) khởi đầu 300mg uống buổi tối, tăng dần đến 900 – 1800mg/ngày chia 3 lần theo dung nạp và đáp ứng.

- Hoặc Pregabalin (Dalyric 75) 75mg × 2 lần/ngày, uống.

- Giảm đau hỗ trợ: Paracetamol (Partamol 500); tránh dùng NSAIDs đơn thuần vì ít hiệu quả với đau thần kinh.

3. Theo dõi điều trị

- Đánh giá mức độ đau định kỳ bằng thang điểm VAS và theo dõi chất lượng giấc ngủ của người bệnh.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Đau thần kinh sau Zona dữ dội, không đáp ứng với thuốc giảm đau thần kinh đường uống ngoại trú.

- Ảnh hưởng nghiêm trọng đến giấc ngủ, sinh hoạt, kèm theo dấu hiệu trầm cảm nặng.

- Áp dụng tiêu chí theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Cơn đau đã thuyên giảm về mức độ chấp nhận được, người bệnh ngủ được và tự chăm sóc bản thân tốt.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Đau kháng trị kéo dài, cần can thiệp chuyên khoa sâu (phòng khám giảm đau, phong bế thần kinh) vượt năng lực của TTYT

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Da liễu*, Ban hành kèm theo Quyết định số 4220/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế.

2. Bệnh viện Chợ Rẫy (2023), *Phác đồ điều trị Chuyên khoa Thần kinh - Đau thần kinh mạn tính*, NXB Y học.

3. Bộ Y tế (2022), *Dược thư Quốc gia Việt Nam*, NXB Y học, Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/04/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*.

5. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*.

71. HỘI CHỨNG CỔ-VAI-CÁNH TAY (M54.2)

I. ĐẠI CƯƠNG

Đau sau Zona là biến chứng đau thần kinh mạn tính kéo dài sau khi tổn thương da do Zona đã lành, do tổn thương thần kinh cảm giác, có thể ảnh hưởng nghiêm trọng chất lượng cuộc sống nếu không kiểm soát tốt.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Đau vùng cổ gáy lan xuống vai và một bên tay, có thể kèm tê bì, yếu cơ vùng tay theo rễ thần kinh chi phối.

- Đau tăng khi quay cổ, cúi ngửa hoặc khi ho, hắt hơi.

- Khám các nghiệm pháp ép đỉnh, Spurling dương tính.

2. Cận lâm sàng

- X-quang cột sống cổ thẳng - nghiêng - chếch (đánh giá thoái hóa, hẹp lỗ liên hợp).

- Công thức máu, CRP (loại trừ viêm nhiễm).

- MRI cột sống cổ (nếu có dấu hiệu chèn ép tủy/rễ nặng không đáp ứng điều trị) - chuyển tuyến nếu TTYT chưa triển khai.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm quanh khớp vai đơn thuần.

- Bệnh lý chóp xoay khớp vai.

- Đau quy chiếu từ tim (hội chứng vai - tim, loại trừ bằng ECG).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Giảm đau, chống viêm, giải phóng chèn ép rễ thần kinh, kết hợp vật lý trị liệu, phục hồi chức năng và điều chỉnh tư thế sinh hoạt.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- **Giảm đau - kháng viêm:** Paracetamol kết hợp NSAIDs (Meloxicam 7.5mg/ngày hoặc Celecoxib 200mg/ngày) ngắn ngày.

- **Thuốc giãn cơ:** Eperison hoặc Methocarbamol uống khi có co cứng cơ vùng cổ gáy.

- **Vitamin nhóm B** (B1, B6, B12).

- **Phục hồi chức năng:** Kéo giãn cột sống cổ nhẹ nhàng, nhiệt trị liệu, điện xung.

3. Theo dõi điều trị

Đánh giá mức độ lan truyền của cơn đau, lực cơ tay và cảm giác tê bì sau mỗi đợt điều trị.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

Đau cấp dữ dội không đáp ứng thuốc uống, kèm theo dấu hiệu yếu cơ tiến triển hoặc dấu hiệu chèn ép tủy cổ → CẤP CỨU.

Áp dụng tiêu chí theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

Giảm đau rõ rệt, vận động cổ và tay linh hoạt hơn, không còn dấu hiệu tổn thương thần kinh cấp.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Cần chụp MRI cột sống cổ hoặc có chỉ định can thiệp ngoại thần kinh chuyên sâu mà TTYT chưa đáp ứng được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2014), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Cơ Xương Khớp*, Ban hành kèm theo Quyết định số 361/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế.

2. Bộ Y tế (2014), *Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành Phục hồi chức năng*, Ban hành kèm theo Quyết định số 3109/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế.

3. Bộ Y tế (2022), *Dược thư Quốc gia Việt Nam*, NXB Y học, Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/04/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*.

5. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*.

72. CHÓNG MẶT - RỐI LOẠN TIỀN ĐÌNH (H81)

I. ĐẠI CƯƠNG

Rối loạn tiền đình là tình trạng rối loạn chức năng hệ thống giữ thăng bằng của cơ thể, biểu hiện chóng mặt-mất thăng bằng, cần loại trừ nguyên nhân trung ương nguy hiểm trước khi điều trị hỗ trợ bằng Đông y.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

Cảm giác chóng mặt (quay tròn hoặc tròng trành, mất thăng bằng), thường kèm theo buồn nôn hoặc nôn.

Chóng mặt tư thế kịch phát lành tính (BPPV): Cơn ngắn, xuất hiện khi thay đổi tư thế đầu.

Bắt buộc khám sàng lọc loại trừ nguyên nhân trung ương (dấu hiệu thần kinh khu trú, rung giật nhãn cầu bất thường).

2. Cận lâm sàng

- Đo đường huyết mao mạch (loại trừ hạ đường huyết).

- Công thức máu (nếu nghi ngờ thiếu máu).

- MRI sọ não (nếu có dấu hiệu thần kinh khu trú hoặc nghi ngờ tổn thương trung ương) → chuyển tuyến nếu TTYT chưa có.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Chóng mặt tư thế kịch phát lành tính (BPPV).

- Viêm dây thần kinh tiền đình.

- Thiếu máu não thoáng qua / Đột quỵ tuần hoàn sau.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Đã loại trừ nguyên nhân trung ương nguy hiểm trước khi bắt đầu điều trị triệu chứng và kết hợp YHCT.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Thuốc ức chế tiền đình / hỗ trợ tuần hoàn: Betahistin (Divaser-F 16) 16mg x 2 – 3 lần/ngày, uống.

- Kết hợp YHCT (khi bệnh ổn định): Châm cứu các huyệt Bách hội, Phong trì, Nội quan, Túc tam lý.

3. Theo dõi điều trị

- Theo dõi tần suất, mức độ cơn chóng mặt và triệu chứng nôn ói qua các ngày điều trị.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Chóng mặt dữ dội kèm nôn ói nhiều không tự ăn uống, chăm sóc được.

- Nghi ngờ nguyên nhân trung ương nguy hiểm (đột quỵ tiểu não/thân não) cần nhập viện theo dõi cấp cứu.

- Mất thăng bằng nặng có nguy cơ té ngã cao ở người cao tuổi.

- Áp dụng tiêu chí theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết chóng mặt hoặc cơn chóng mặt thuyên giảm hoàn toàn, người bệnh đứng dậy và đi lại thăng bằng tốt, ăn uống được.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Cần chụp MRI sọ não nhưng vượt quá trang thiết bị của TTYT, hoặc diễn tiến nặng nghi ngờ đột quỵ não cấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2020), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp,* Ban hành kèm theo Quyết định số 2058/QĐ-BYT ngày 14 tháng 05 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

2. Bộ Y tế (2022), *Dược thư Quốc gia Việt Nam*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

3. Bệnh viện Chợ Rẫy (2023), *Phác đồ điều trị phần Nội khoa - Chuyên khoa Thần kinh*, Nhà xuất bản Y học.

4. Bệnh viện Trưng Vương (2023), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị nội khoa ngoại trú năm 2023*.

5. Bệnh viện Nhân dân 115 (2020), *Phác đồ điều trị bệnh lý Thần kinh - Tiền đình*.

6. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/04/2026 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*.

7. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*.

73. ĐAU ĐẦU (R51)

I. ĐẠI CƯƠNG

Đau đầu là triệu chứng thần kinh rất phổ biến, đa số lành tính (đau đầu căng thẳng, Migraine) nhưng cần nhận diện các dấu hiệu cảnh báo của nguyên nhân nguy hiểm (xuất huyết não, viêm màng não, u não) để xử trí kịp thời.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- **Migraine (Đau nửa đầu):** Đau nửa đầu theo nhịp mạch đập, kèm buồn nôn, sợ ánh sáng/tiếng động, tái phát thành cơn.

- **Đau đầu căng thẳng:** Đau âm ỉ hai bên đầu kiểu siết chặt, liên quan stress hoặc căng cơ vùng cổ vai.

- **Sàng lọc dấu hiệu báo động (Red flags):** Khởi phát đột ngột dữ dội ("sét đánh"), sốt, cứng gáy, có dấu hiệu thần kinh khu trú.

2. Cận lâm sàng

- Không cần xét nghiệm đặc hiệu nếu là đau đầu nguyên phát điển hình.

- CT/MRI sọ não chỉ định ngay khi có dấu hiệu báo động.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Migraine.

- Đau đầu căng cơ.

- Đau đầu thứ phát do tăng huyết áp, viêm xoang, u nội sọ.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Điều trị cắt cơn đau đầu cấp và dự phòng tái phát; nhận diện và chuyển cấp cứu ngay các trường hợp đau đầu thứ phát nguy hiểm.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- **Đau đầu căng thẳng:** Paracetamol (Partamol 500) $500 - 1000$mg uống khi đau.

- **Migraine cấp:** Paracetamol hoặc NSAIDs liều đủ sớm khi khởi phát cơn; hạn chế dùng > 10 ngày/tháng để tránh đau đầu do lạm dụng thuốc.

- **Dự phòng đau đầu mạn tính/tái phát nhiều:** Propranolol 40mg x 2 lần/ngày hoặc Amitriptylin liều thấp tối.

3. Theo dõi điều trị

- Theo dõi tần suất xuất hiện cơn đau đầu và mức độ đáp ứng với thuốc cắt cơn.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Đau đầu dữ dội đột ngột kiểu "sét đánh" (nghi xuất huyết dưới nhện) → **CẤP CỨU tối khẩn**.

- Đau đầu kèm sốt, cổ cứng (nghi viêm màng não) hoặc có dấu hiệu thần kinh khu trú.

- Đau đầu mạn tính không đáp ứng điều trị ngoại trú, ảnh hưởng nghiêm trọng sinh hoạt.

- Áp dụng tiêu chí theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Cơn đau đầu đã được cắt bỏ hoặc kiểm soát tốt, các dấu hiệu nguy hiểm đã được loại trừ an toàn.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Có chỉ định chụp CT/MRI sọ não khẩn cấp nhưng vượt quá năng lực kỹ thuật của TTYT, hoặc nghi ngờ bệnh lý nội sọ ngoại khoa cấp cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2022), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh Nội khoa*, NXB Y học, Hà Nội.

2. Bệnh viện Chợ Rẫy (2023), *Phác đồ điều trị phần Nội khoa - Chuyên khoa Thần kinh*, NXB Y học.

3. Bộ Y tế (2022), *Dược thư Quốc gia Việt Nam*, NXB Y học, Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/04/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*.

5. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*.

74. MẤT NGỦ (G47)

I. ĐẠI CƯƠNG

Mất ngủ là tình trạng khó vào giấc, khó duy trì giấc ngủ hoặc thức dậy sớm ảnh hưởng đến sinh hoạt ban ngày, nguyên nhân đa dạng từ tâm lý đến bệnh lý thực thể, cần đánh giá kỹ trước khi điều trị.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Khó vào giấc ngủ (> 30 phút mới ngủ được), hay tỉnh giấc giữa đêm, hoặc thức dậy quá sớm, kèm mệt mỏi, giảm tập trung ban ngày.

- Khai thác tiền sử căng thẳng tâm lý, thói quen sinh hoạt và các bệnh lý nội khoa kèm theo.

2. Cận lâm sàng

- Định lượng TSH (loại trừ cường giáp gây mất ngủ).

- Đường huyết đói / HbA1c (nếu nghi ngờ rối loạn chuyển hóa).

- Không cần chẩn đoán hình ảnh thường quy.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Mất ngủ nguyên phát.

- Mất ngủ thứ phát do lo âu, trầm cảm, cường giáp, đau mạn tính, hội chứng ngưng thở khi ngủ.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Ưu tiên các biện pháp không dùng thuốc (vệ sinh giấc ngủ, liệu pháp nhận thức - hành vi); chỉ sử dụng thuốc ngắn hạn khi thực sự cần thiết và điều trị triệt để nguyên nhân cơ bản.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Vệ sinh giấc ngủ: Giờ ngủ và giờ thức dậy cố định, hạn chế caffeine, rượu bia và thiết bị điện tử trước khi ngủ, tránh ngủ ngày quá nhiều.

- Liệu pháp nhận thức - hành vi (CBT-I): Áp dụng khi có điều kiện (ưu tiên hàng đầu).

- Thuốc ngắn hạn (khi cần thiết): Zolpidem hoặc Sulpirid liều thấp, dùng trong thời gian ngắn nhất có thể để tránh lệ thuộc thuốc.

3. Theo dõi điều trị

- Theo dõi thời gian vào giấc ngủ, tổng thời gian ngủ và chất lượng giấc ngủ qua mỗi tuần tái khám.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Mất ngủ kéo dài gây suy kiệt, ảnh hưởng nặng chức năng tâm thần, nghi ngờ kèm rối loạn tâm thần nặng (trầm cảm nặng, lo âu) cần chuyển chuyên khoa Tâm thần.

- Mất ngủ do các bệnh lý nội khoa cấp tính nặng gây ra.

- Áp dụng tiêu chí theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Giấc ngủ được cải thiện về thời gian và chất lượng, người bệnh tỉnh táo, bớt mệt mỏi vào ban ngày.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Mất ngủ kháng trị đi kèm các rối loạn tâm thần kinh phức tạp vượt quá năng lực quản lý của TTYT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2020), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo Y học cổ truyền, kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại*, Ban hành kèm theo Quyết định số 5013/QĐ-BYT ngày 01/12/2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

2. Bộ Y tế (2014), *Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành Phục hồi chức năng*, Ban hành kèm theo Quyết định số 3109/QĐ-BYT ngày 19/08/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

3. Bộ Y tế (2025), *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng*, Ban hành kèm theo Quyết định số 3553/QĐ-BYT ngày 14 tháng 11 năm 2025 của Bộ Y tế.

4. Bộ Y tế (2014), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Cơ Xương Khớp*, Ban hành kèm theo Quyết định số 361/QĐ-BYT ngày 25/01/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

5. Bộ Y tế (2020), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Phục hồi chức năng bệnh nhân Đột quỵ não*, Ban hành kèm theo Quyết định số 5352/QĐ-BYT ngày 24/12/2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

6. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT* ngày 02/04/2026 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10.

7. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT* ngày 09/01/2026 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu".

8. Bộ Y tế (2026), Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành YHCT, Ban hành kèm theo quyết định số 486/QĐ-BYT, ngày 13/2/2026 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

75. VIÊM MŨI DỊ ỨNG (J30.4)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm mũi dị ứng là bệnh viêm niêm mạc mũi do phản ứng quá mẫn với dị nguyên (phấn hoa, bụi nhà, lông thú...), biểu hiện hắt hơi-ngứa mũi-chảy nước mũi trong, ảnh hưởng đáng kể chất lượng cuộc sống nếu không kiểm soát.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Hắt hơi thành tràng, ngứa mũi, chảy nước mũi trong, nghẹt mũi.

- Triệu chứng xuất hiện hoặc nặng lên khi tiếp xúc với dị nguyên hoặc khi thay đổi thời tiết.

- Có thể kèm theo ngứa mắt, chảy nước mắt (viêm kết mạc dị ứng).

2. Cận lâm sàng

- Không cần xét nghiệm đặc hiệu nếu chẩn đoán lâm sàng rõ.

- X-quang xoang (nếu nghi ngờ có viêm xoang bội nhiễm biến chứng).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm mũi xoang nhiễm khuẩn.

- Viêm mũi vận mạch.

- Polyp mũi (nghẹt mũi kéo dài một bên, không đáp ứng điều trị nội khoa).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Tránh tiếp xúc dị nguyên; sử dụng thuốc kháng histamin và corticoid xịt mũi để kiểm soát triệu chứng; không lạm dụng thuốc co mạch nhỏ mũi quá dài ngày.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Kháng histamin thế hệ 2 (uống):

+ Cetirizin 10mg hoặc Levocetirizin 5 - 10mg/ngày.

+ Hoặc Desloratadin 5mg/ngày, Fexofenadin 120 - 180mg/ngày.

- Corticoid xịt mũi: Budesonid (Ventinos) hoặc Fluticason xịt mũi 1 - 2 nhát/bên/ngày.

- Thuốc nhỏ mũi co mạch (Naphazolin) chỉ dùng ngắn hạn dưới 7 ngày để tránh viêm mũi do thuốc.

3. Theo dõi điều trị

Theo dõi mức độ giảm hắt hơi, chảy mũi và nghẹt mũi khi tái khám sau 7 - 14 ngày.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

Chủ yếu điều trị ngoại trú. Chỉ định nhập viện hiếm khi xảy ra, trừ khi có biến chứng nặng (như cơn hen phế quản cấp nặng đi kèm hoặc phù nề đường thở nặng).

Áp dụng tiêu chí theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Triệu chứng nghẹt mũi, sổ mũi đã kiểm soát ổn định, người bệnh thở thông thoáng bình thường.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Viêm mũi dị ứng kháng trị nặng hoặc có biến chứng polyp mũi lớn cần phẫu thuật chuyên khoa Tai Mũi Họng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng"*. Hà Nội.

4. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) (2020). *Guidelines for Allergic Rhinitis*.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva: WHO.

76. MÀY ĐAY (L50)

I. ĐẠI CƯƠNG

Mày đay là phản ứng da cấp hoặc mạn tính đặc trưng bởi các sẩn phù ngứa, có thể kèm phù mạch, nguyên nhân đa dạng (dị ứng thuốc/thức ăn, nhiễm trùng, vật lý...), cần cảnh giác dấu hiệu phản vệ khi có phù mạch đường thở.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

Sẩn phù ngứa nhiều, nổi thành mảng, ranh giới rõ, di chuyển vị trí và biến mất trong vòng 24 giờ

Có thể kèm phù mạch (phù môi, mí mắt) ở thể nặng

Mạn tính khi tái phát trên 6 tuần; cấp tính nếu dưới 6 tuần

2. Cận lâm sàng

CTM nếu mày đay kéo dài >6 tuần (mạn tính) để tìm nguyên nhân

Không cần xét nghiệm nếu cấp tính, điển hình

Không cần chẩn đoán hình ảnh

3. Chẩn đoán phân biệt

Phản vệ (nếu kèm khó thở, tụt huyết áp - xử trí cấp cứu ngay)

Viêm mạch mày đay (tổn thương kéo dài >24h, để lại vết thâm - cần chuyển tuyến)

Mày đay do thuốc/thức ăn

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

Điều trị theo nguyên nhân kết hợp điều trị triệu chứng; theo dõi sát đáp ứng điều trị để điều chỉnh kịp thời.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

1. Kháng Histamin thế hệ 2: Cetirizin (Cetirizine Stella 10) 10mg/ngày hoặc Levocetirizin (ACRITEL-10) 5mg/ngày x 7-14 ngày

2. Không đáp ứng: tăng liều kháng Histamin lên gấp 2-4 lần (theo hướng dẫn) hoặc phối hợp Fexofenadin (Fatelmed 120) 120-180mg/ngày

3. Mày đay nặng/phù mạch nhẹ: Methylprednisolon (Metilone 16mg) hoặc Prednisolon (Predni Hera Dr 5) uống liều đơn ngắn ngày

4. Phù mạch đường thở/dấu hiệu phản vệ - xử trí như phản vệ và chuyển cấp cứu ngay (không xử trí tại phòng khám ngoại trú).

3. Điều trị hỗ trợ

Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, dinh dưỡng và chăm sóc điều dưỡng phù hợp trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

Theo dõi sát dấu hiệu phù mạch đường thở/phản vệ trong giai đoạn cấp

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

Mày đay cấp kèm phù mạch vùng hầu họng/thanh quản (nguy cơ tắc nghẽn đường thở) - CẤP CỨU, cần theo dõi sát

Mày đay kèm dấu hiệu phản vệ (khó thở, tụt huyết áp, đau bụng) - xử trí như phản vệ, nhập viện theo dõi từ 24 giờ trở lên

Mày đay mạn tính lan rộng ảnh hưởng nặng chất lượng sống, không đáp ứng điều trị ngoại trú

Mày đay kèm sốt, đau khớp cần tầm soát bệnh lý hệ thống kèm theo

Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế; nhập viện khi có dấu hiệu nặng nêu tại mục II hoặc không đáp ứng điều trị ban đầu.

V. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Diễn tiến nặng hoặc vượt khả năng chuyên môn/trang thiết bị hiện có của TTYT (cần ICU, phẫu thuật chuyên khoa sâu, CT/MRI, hoặc kỹ thuật TTYT chưa triển khai).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

77. VIÊM MÔ TẾ BÀO/VIÊM DA DỊ ỨNG (L03, L23)

I. ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm trùng da và mô mềm bao gồm phổ bệnh từ viêm mô tế bào nông đến các nhiễm trùng hoại tử sâu đe dọa tính mạng, thường do liên cầu và tụ cầu vàng gây ra qua tổn thương da hở. Nhận diện sớm dấu hiệu nhiễm trùng lan rộng hoặc hoại tử là then chốt để tránh biến chứng nặng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Viêm mô tế bào: Da đỏ, nóng, sưng nề, đau lan tỏa, bờ không rõ nét, có thể kèm sốt.

- Viêm da dị ứng: Da đỏ, ngứa nhiều, khô, tróc vảy hoặc có mụn nước nhỏ.

2. Cận lâm sàng

- Công thức máu, CRP (đánh giá mức độ nhiễm trùng trong viêm mô tế bào).

- Soi tươi tìm nấm (nếu nghi ngờ tổn thương da do nấm).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm da tiếp xúc kích ứng.

- Chàm thể tạng (Eczema).

- Viêm cân mạc hoại tử (cấp cứu ngoại khoa - đau không tương xứng với tổn thương da).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Sử dụng kháng sinh toàn thân sớm đối với viêm mô tế bào; dùng corticoid bôi và kháng histamin đối với viêm da dị ứng; theo dõi sát tiến triển vùng da tổn thương.

2. Cụ thể (thuốc + liều + đường dùng)

- Viêm mô tế bào: Kháng sinh Amoxicillin - Clavulanic (Vigentin 500/62.5mg) hoặc Cephalexin 500mg uống × 3 lần/ngày trong 7 – 10 ngày.

- Viêm da dị ứng: Corticoid bôi tại chỗ (như Betamethason) 1 - 2 lần/ngày, kết hợp kháng histamin uống (Cetirizin) giảm ngứa.

- Đánh dấu ranh giới tổn thương viêm mô tế bào để theo dõi sự lan rộng.

3. Theo dõi điều trị

Đánh giá lại diện tích vùng sưng đỏ, nhiệt độ da và kết quả CTM, CRP mỗi 48 - 72 giờ; nếu tổn thương không cải thiện hoặc lan rộng → chuyển tuyến.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Viêm mô tế bào lan rộng nhanh, sốt cao, kèm hội chứng nhiễm trùng toàn thân.

- Nghi ngờ viêm cân mạc hoại tử (đau dữ dội không tương xứng, bóng nước xuất huyết, hoại tử da) → **CẤP CỨU NGOẠI KHOA**.

- Viêm mô tế bào ở người bệnh đái tháo đường, suy giảm miễn dịch hoặc vị trí nguy hiểm (mặt, bàn tay, vùng sinh dục).

- Áp dụng tiêu chí theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Vùng da viêm mô tế bào thu hẹp rõ rệt, hết sốt, các dấu hiệu nhiễm trùng toàn thân biến mất.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Viêm mô tế bào nặng kháng kháng sinh uống, có nguy cơ hoại tử cần can thiệp ngoại khoa cấp cứu hoặc hồi sức tích cực.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Da liễu*, Ban hành kèm theo Quyết định số 752/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế.

2. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn sử dụng kháng sinh,* Ban hành kèm theo Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/03/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

3. Bộ Y tế (2022), *Dược thư Quốc gia Việt Nam*, NXB Y học, Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/04/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*.

5. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*.

79. LOÉT GIÁC MẠC DO VI TRÙNG (H16.0)

I. ĐẠI CƯƠNG

Loét giác mạc do vi trùng là nhiễm trùng giác mạc nặng do vi khuẩn, thường liên quan chấn thương mắt hoặc đeo kính áp tròng không đúng cách, có thể gây mù lòa nhanh chóng nếu không điều trị kháng sinh kịp thời và đúng.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Đau nhức mắt dữ dội, cộm xốn, sợ ánh sáng, chảy nước mắt, giảm thị lực.

- Co quắp mi, kết mạc cương tụ rìa rõ.

- Ổ loét giác mạc có thâm nhiễm mủ (màu xám hoặc vàng), bờ ổ loét có thể có ổ mủ vệ tinh, mủ tiền phòng (hypopyon) ở các trường hợp nặng.

2. Cận lâm sàng

- Soi đèn khe để đánh giá kích thước, độ sâu của ổ loét và tình trạng mủ tiền phòng.

- Nhuộm Gram và cấy bệnh phẩm mủ ổ loét (khi có điều kiện hoặc trường hợp nặng, kháng thuốc).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Loét giác mạc do nấm.

- Loét giác mạc do Herpes.

- Viêm kết mạc cấp.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Sử dụng kháng sinh nhỏ mắt phổ rộng, liều tấn công (tần suất cao) ngay từ đầu dựa trên lâm sàng.

- Giảm đau, chống viêm màng bồ đào nếu có.

- **Tuyệt đối không băng kín mắt** (tạo môi trường yếm khí thuận lợi cho vi khuẩn phát triển) và **không tự ý dùng corticoid tại chỗ** khi chưa có chỉ định của bác sĩ chuyên khoa Mắt.

2. Điều trị cụ thể (Thuốc + Liều lượng + Đường dùng)

- Kháng sinh nhỏ mắt phổ rộng tần suất cao:

+ Ciprofloxacin 0.3% hoặc Ofloxacin 0.3% nhỏ mắt: Nhỏ liên tục mỗi 1–2 giờ trong 24–48 giờ đầu (cả ban ngày và ban đêm), sau đó giảm dần tần suất theo mức độ đáp ứng lâm sàng.

- Giảm đau:

+ Paracetamol 500mg uống 1 viên x 3 lần/ngày (khi có đau nhức nhiều).

- **Trường hợp nặng / nguy cơ thủng:** Chuyển ngay chuyên khoa Mắt cấp cứu.

3. Điều trị hỗ trợ

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, chế độ dinh dưỡng và chăm sóc điều dưỡng mắt chu đáo trong quá trình điều trị.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Soi đèn khe kiểm tra kích thước ổ loét và phản ứng tiền phòng mỗi 2–3 ngày để đánh giá đáp ứng điều trị.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Ổ loét lớn, sâu, lan gần trung tâm giác mạc, hoặc kèm mủ tiền phòng.

- Không đáp ứng với điều trị kháng sinh tại chỗ ngoại trú ban đầu.

- Có nguy cơ hoặc dấu hiệu dọa thủng giác mạc.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Ổ loét giác mạc đã thu nhỏ, biểu mô hóa dần, hết mủ tiền phòng, kích ứng mắt giảm rõ rệt.

- Thị lực ổn định hoặc cải thiện so với thời điểm vào viện.

- Người bệnh có thể tiếp tục nhỏ thuốc theo đơn tại nhà và tái khám định kỳ theo lịch hẹn của bác sĩ chuyên khoa.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Diễn tiến nặng hơn (ổ loét lan rộng, sâu thêm, dọa thủng hoặc đã thủng giác mạc) hoặc vượt quá khả năng chuyên môn, trang thiết bị của Trung tâm Y tế (cần phẫu thuật chuyên khoa sâu như ghép giác mạc, điều trị tại khoa Mắt tuyến tỉnh/Trung ương).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Mắt*, Ban hành kèm theo Quyết định số 3907/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế.

2. Bộ Y tế (2020), *Hướng dẫn sử dụng kháng sinh*, Ban hành kèm theo Quyết định số 708/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế.

3. Bộ Y tế (2022), *Dược thư Quốc gia Việt Nam*, NXB Y học, Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/04/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*.

5. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*.

80. VIÊM GIÁC MẠC DO HERPES (B00.5)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm giác mạc do Herpes là nhiễm virus Herpes simplex tại giác mạc, có thể tái phát nhiều lần gây tổn thương giác mạc tiến triển, cần điều trị kháng virus đúng và tránh dùng corticoid không đúng chỉ định.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Đau nhức mắt nhẹ đến trung bình, cộm xốn, sợ ánh sáng, chảy nước mắt, đỏ mắt.

- Tổn thương biểu mô đặc trưng dạng hình cành cây (dendritic ulcer), bản đồ hoặc dạng địa đồ khi soi đèn khe (có thể kèm giảm cảm giác giác mạc).

2. Cận lâm sàng

- Không cần xét nghiệm đặc hiệu tại tuyến Trung tâm Y tế.

- Soi đèn khe (có thể dùng nhuộm Fluorescein để thấy rõ tổn thương hình cành cây).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Loét giác mạc do vi khuẩn.

- Loét giác mạc do nấm.

- Viêm kết mạc do virus khác.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị đặc hiệu bằng thuốc kháng virus tại chỗ và/hoặc toàn thân.

- Kiểm soát viêm, phòng ngừa bội nhiễm và sẹo giác mạc.

- **Tuyệt đối không dùng corticoid tại chỗ** khi chưa lành biểu mô (gây lan rộng tổn thương và loét thủng).

2. Điều trị cụ thể (Thuốc + Liều lượng + Đường dùng)

- **Kháng virus tại chỗ:** Mỡ Aciclovir 3% tra mắt 5 lần/ngày x 7–10 ngày.

- **Kháng virus toàn thân hỗ trợ** (khi tổn thương lan rộng hoặc tái phát): Aciclovir uống 400mg – 800mg/lần x 5 lần/ngày x 7–10 ngày.

- **Kháng sinh nhỏ mắt dự phòng bội nhiễm:** Ofloxacin 0.3% nhỏ mắt 4 lần/ngày (nếu có nguy cơ bội nhiễm).

3. Điều trị hỗ trợ

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, dinh dưỡng và chăm sóc điều dưỡng mắt phù hợp.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Soi đèn khe kiểm tra kích thước tổn thương giác mạc định kỳ mỗi 2–3 ngày.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Tổn thương giác mạc lan rộng, ảnh hưởng nhiều đến thị lực.

- Không đáp ứng với điều trị kháng virus tại chỗ ngoại trú.

- Có biến chứng bội nhiễm hoặc nguy cơ loét sâu/thủng giác mạc.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Tổn thương biểu mô giác mạc đã hàn gắn (nhuộm Fluorescein âm tính), kích ứng mắt giảm nhiều, thị lực ổn định.

- Người bệnh có thể tiếp tục duy trì điều trị hoặc tái khám theo hẹn.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Diễn tiến nặng, viêm loét sâu, đọa thủng hoặc tái phát nhiều lần gây giảm thị lực nặng vượt quá khả năng điều trị của Trung tâm Y tế, cần chuyển tuyến chuyên khoa Mắt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Mắt*, Ban hành kèm theo Quyết định số 3907/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế.

2. Bộ Y tế (2020), *Hướng dẫn sử dụng kháng sinh,* Ban hành kèm theo Quyết định số 708/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế.

3. Bộ Y tế (2022), *Dược thư Quốc gia Việt Nam*, NXB Y học, Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/04/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*.

5. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*.

81. BỎNG MẮT (T26)

I. ĐẠI CƯƠNG

Bỏng mắt là tổn thương cấp tính của mắt do hóa chất hoặc nhiệt, bỏng do hóa chất (đặc biệt kiềm) là cấp cứu nhãn khoa cần rửa mắt ngay lập tức để hạn chế tổn thương.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Đau nhức mắt dữ dội, bỏng rát, sợ ánh sáng, không mở được mắt, chảy nước mắt nhiều ngay sau khi tiếp xúc nhân tố gây bỏng.

- Cương tụ kết mạc dữ dội, phù kết mạc, thiếu máu kết mạc (trắng bệch trong bỏng nặng), đục giác mạc (từ mờ đến trắng đục như sứ).

2. Cận lâm sàng

- Không cần xét nghiệm đặc hiệu ban đầu.

- Soi đèn khe (sau khi đã rửa mắt sạch) để đánh giá độ sâu tổn thương giác mạc và mức độ thiếu máu rìa kết mạc.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm kết mạc cấp nặng.

- Viêm loét giác mạc cấp.

- Chấn thương đụng dập nhãn cầu.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Xử trí tiên quyết đầu tiên: Rửa mắt ngay lập tức bằng nước sạch hoặc dung dịch NaCl 0.9% liên tục tối thiểu 15–20 phút tại hiện trường/tại phòng khám trước mọi thủ thuật khác.

- Kháng sinh nhỏ mắt phòng bội nhiễm, giảm đau, chống dính mi cầu.

- Chuyển gấp tuyến chuyên khoa đối với các trường hợp bỏng độ nặng.

2. Điều trị cụ thể (Thuốc + Liều lượng + Đường dùng)

- Rửa mắt cấp cứu: NaCl 0.9% hoặc nước sạch rửa liên tục dòng chảy nhẹ ít nhất 15–30 phút.

- Kháng sinh nhỏ mắt: Ofloxacin 0.3% hoặc Ciprofloxacin 0.3% nhỏ mắt 4–6 lần/ngày.

- Giảm đau: Paracetamol 500mg uống 1 viên x 3 lần/ngày (khi đau nhiều).

- Kháng viêm / Hạn chế dính: Tra mỡ kháng sinh kết hợp bóc tách cùng đồ (nếu có chuyên môn) để tránh dính mi cầu.

3. Điều trị hỗ trợ

- Theo dõi sát sinh hiệu, hỗ trợ tâm lý, chăm sóc điều dưỡng toàn diện.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Soi đèn khe theo dõi sự phục hồi biểu mô giác mạc và tình trạng thiếu máu kết mạc hàng ngày trong tuần đầu.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- **TẤT CẢ các trường hợp bỏng mắt do hóa chất** (đặc biệt bỏng kiềm) đều cần nhập viện theo dõi và đánh giá phân độ bỏng.

- Bỏng độ trung bình đến nặng (giác mạc đục, hoại tử kết mạc, thiếu máu vùng rìa).

- Đau nhiều, thị lực giảm rõ sau bỏng.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Tổn thương bề mặt mắt đã biểu mô hóa ổn định, hết tình trạng viêm cấp, không có biến chứng dính mi cầu hoặc đã được xử lý ổn định.

- Thị lực đạt mức tối đa theo di chứng để lại.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Bỏng độ nặng (độ III, IV theo Roper-Hall), hoại tử diện rộng, nguy cơ thủng giác mạc hoặc biến chứng dính mi cầu vượt quá khả năng điều trị của Trung tâm Y tế, cần chuyển gấp chuyên khoa Mắt tuyến tỉnh/Trung ương ngay sau khi đã rửa mắt cấp cứu ban đầu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Mắt*, Ban hành kèm theo Quyết định số 3907/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế.

2. Bộ Y tế (2020), *Hướng dẫn sử dụng kháng sinh*, Ban hành kèm theo Quyết định số 708/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế.

3. Bộ Y tế (2022), *Dược thư Quốc gia Việt Nam*, NXB Y học, Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/04/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*.

5. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*.

82. BỆNH LÝ VÕNG MẠC ĐTĐ (H36.0)

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh lý võng mạc đái tháo đường là biến chứng vi mạch mạn tính phổ biến của bệnh đái tháo đường, gây tổn thương các mạch máu nhỏ ở võng mạc. Giai đoạn sớm thường không có triệu chứng; giai đoạn muộn có thể gây nhìn mờ, ruồi bay, xuất huyết dịch kính hoặc giảm thị lực đột ngột, dẫn đến mù lòa nếu không tầm soát và điều trị kịp thời.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Giai đoạn sớm: Thường không có triệu chứng, người bệnh nhìn rõ bình thường.

- Giai đoạn muộn: Nhìn mờ dần, hình ảnh méo mó, xuất hiện điểm đen (ruồi bay), hoặc giảm thị lực đột ngột khi có xuất huyết dịch kính hoặc bong võng mạc.

2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm đường huyết đói, HbA1c (đánh giá mức độ kiểm soát đái tháo đường).

- Soi đáy mắt / Chụp ảnh đáy mắt màu để phát hiện vi phình mạch, xuất huyết, xuất tiết, tân mạch võng mạc.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Bệnh võng mạc tăng huyết áp phối hợp.

- Thoái hóa hoàng điểm tuổi già.

- Tắc tĩnh mạch võng mạc trung tâm/nhánh.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Kiểm soát chặt chẽ đường huyết, HbA1c và huyết áp là nền tảng quan trọng nhất để làm chậm tiến triển bệnh.

- Điều trị chuyên khoa mắt (laser quang đông võng mạc, tiêm nội nhãn thuốc kháng VEGF) khi có biến chứng nặng (phù hoàng điểm, tân mạch võng mạc).

2. Điều trị cụ thể (Thuốc + Liều lượng + Đường dùng)

- Kiểm soát đái tháo đường: Duy trì HbA1c theo mục tiêu cá thể hóa (thường $< 7\%$) bằng thuốc uống hạ đường huyết hoặc Insulin theo phác đồ điều trị ĐTĐ.

- Kiểm soát huyết áp: Duy trì huyết áp ổn định (nếu có tăng huyết áp kèm theo).

- Chuyển chuyên khoa Mắt: Khi có xuất huyết dịch kính, phù hoàng điểm, hoặc tăng sinh mạch máu để tiến hành laser quang đông hoặc tiêm nội nhãn.

3. Điều trị hỗ trợ

- Tư vấn chế độ dinh dưỡng, vận động cho người bệnh đái tháo đường; theo dõi sinh hiệu và chăm sóc điều dưỡng.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Soi đáy mắt định kỳ mỗi 3–6 tháng hoặc theo chỉ định chuyên khoa.

- Kiểm tra đường huyết, HbA1c định kỳ mỗi 3 tháng.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Xuất huyết dịch kính lượng nhiều gây giảm thị lực đột ngột.

- Bong võng mạc do biến chứng tăng sinh mạch máu (CẤP CỨU nhãn khoa cần can thiệp phẫu thuật).

- Phù hoàng điểm nặng ảnh hưởng thị lực trung tâm cần điều trị can thiệp nội nhãn.

- Kiểm soát đường huyết kém kèm theo các biến chứng cấp tính của đái tháo đường (nhiễm toan ceton, tăng áp lực thẩm thấu...).

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Tình trạng cấp cứu mắt (xuất huyết, phù nặng) đã được xử trí ổn định tại tuyến chuyên khoa.

- Đường huyết ổn định, người bệnh được hướng dẫn tự theo dõi đường huyết và tái khám định kỳ theo lịch hẹn.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Bệnh lý võng mạc đái tháo đường có chỉ định can thiệp chuyên sâu (laser quang đông, tiêm kháng VEGF nội nhãn, phẫu thuật cắt dịch kính/bong võng mạc) vượt quá năng lực của Trung tâm Y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Mắt*, Ban hành kèm theo Quyết định số 3907/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế.

2. Bộ Y tế (2020), *Hướng dẫn sử dụng kháng sinh*, Ban hành kèm theo Quyết định số 708/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế.

3. Bộ Y tế (2022), *Dược thư Quốc gia Việt Nam*, NXB Y học, Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/04/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*.

5. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*.

83. MỘNG THỊT (H11)

I. ĐẠI CƯƠNG

Mộng thịt là một khối mô xơ mạch hình tam giác phát triển từ kết mạc nhãn cầu lan vào giác mạc, thường bắt đầu từ góc trong khe mi (phía mũi). Bệnh thường liên quan đến tiếp xúc tia cực tím (ánh nắng mặt trời), gió, bụi kéo dài. Mộng nhẹ ít triệu chứng, mộng tiến triển có thể gây kích ứng đỏ mắt hoặc che lấp trục thị giác làm giảm thị lực.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Khối mô xơ mạch hình tam giác ở kết mạc lan dần vào giác mạc (thường góc trong).

- Giai đoạn sớm: Thường không triệu chứng hoặc chỉ kích ứng nhẹ, đỏ mắt khi tiếp xúc gió bụi.

- Giai đoạn tiến triển: Khối mộng lan sâu vào vùng đồng tử, gây loạn thị hoặc che lấp trục thị giác làm giảm thị lực.

2. Cận lâm sàng

- Không cần xét nghiệm đặc hiệu.

- Khám bằng đèn khe đánh giá mức độ xâm lấn giác mạc và khoảng cách đến trục thị giác.

3. Chẩn đoán phân biệt

- U kết mạc (lành tính hoặc ác tính - cần chuyển tuyến nếu hình thái không điển hình, phát triển nhanh).

- Viêm kết mạc mạn tính.

- Pinguecula (hạt mỡ kết mạc).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị bảo tồn đối với mộng độ nhẹ, không che lấp trục thị giác.

- Phẫu thuật cắt mộng khi có chỉ định (che lấp trục thị giác, tiến triển nhanh, gây loạn thị nặng hoặc kích ứng dai dẳng).

2. Điều trị cụ thể (Thuốc + Liều lượng + Đường dùng)

- **Mộng thịt nhẹ, không ảnh hưởng thị lực:** Dùng nước mắt nhân tạo không chất bảo quản 4–6 lần/ngày; đeo kính râm bảo vệ tránh nắng, gió, bụi.

- **Khi có viêm/kích ứng:** Dùng thuốc nhỏ mắt chứa corticoid nhẹ ngắn ngày theo đúng chỉ định và theo dõi của chuyên khoa Mắt.

- Phẫu thuật cắt mộng: Chỉ định khi mộng tiến triển sát hoặc che lấp trục thị giác, hoặc gây kích ứng nặng không đáp ứng nội khoa.

3. Điều trị hỗ trợ

- Tư vấn người bệnh tránh tiếp xúc ánh nắng trực tiếp (đội nón rộng vành, đeo kính mát chống UV).

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Thực hiện phẫu thuật chương trình dạng ngoại trú hoặc nhập viện ngắn ngày theo quy định đơn vị.

- Mộng thịt tiến triển che lấp trục thị giác gây giảm thị lực rõ.

- Viêm/kích ứng nặng không đáp ứng điều trị nội khoa tại chỗ.

- Biến chứng sau phẫu thuật (nhiễm trùng, tái phát sớm) cần theo dõi thêm.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Sau phẫu thuật cắt mộng thịt ổn định, mắt hết đỏ cộm nhiều, vết mổ liền tốt, không có dấu hiệu nhiễm trùng.

- Người bệnh được kê đơn thuốc nhỏ mắt về nhà và hẹn tái khám cắt chỉ (nếu có) / theo dõi định kỳ.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Mộng thịt tái phát ác tính, mộng lớn dính sâu, hoặc nghi ngờ u kết mạc ác tính vượt quá khả năng xử trí của Trung tâm Y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Mắt*, Ban hành kèm theo Quyết định số 3907/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế.

2. Bộ Y tế (2020), *Hướng dẫn sử dụng kháng sinh,* Ban hành kèm theo Quyết định số 708/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế.

3. Bộ Y tế (2022), *Dược thư Quốc gia Việt Nam*, NXB Y học, Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/04/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*.

5. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*.

84. CHẮP - LẸO (H00)

I. ĐẠI CƯƠNG

Chắp và lẹo là các tình trạng viêm tuyến ở mi mắt.

- Chắp: Do tắc nghẽn mãn tính tuyến Meibomius, biểu hiện là khối sưng không đau ở mi mắt, tiến triển chậm.

- Lẹo: Do nhiễm trùng cấp tính (thường do tụ cầu) tuyến bã hoặc tuyến mồ hôi ở bờ mi, biểu hiện sưng, nóng, đỏ, đau cấp tính.

=> Đa số tự khỏi hoặc đáp ứng tốt với điều trị bảo tồn (chườm ấm, kháng sinh tại chỗ).

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Chắp: Khối sưng tròn rõ ở sụn mi, không đau, da mi di động được trên khối sưng, kết mạc mi tương ứng có thể hơi đỏ hoặc xám.

- Lẹo: Sưng đỏ, đau cấp tính ở bờ mi, có điểm mủ nhỏ ở chân lông mi hoặc mặt trong mi mắt.

2. Cận lâm sàng

- Không cần xét nghiệm đặc hiệu hay chẩn đoán hình ảnh thường quy.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm mô tế bào quanh hốc mắt (sưng nề lan rộng toàn bộ mi và quanh hốc mắt, đau nhiều, kèm sốt – là cấp cứu, cần chuyển tuyến).

- U tuyến bã mi mắt (ở người lớn tuổi, tái phát hoặc không điển hình).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị bảo tồn bằng chườm ấm và kháng sinh tại chỗ ở giai đoạn đầu.

- Can thiệp thủ thuật (chích rạch) khi chắp hóa xơ hoặc lẹo tụ mủ rõ không tự vỡ.

2. Điều trị cụ thể (Thuốc + Liều lượng + Đường dùng)

- Chườm ấm tại chỗ: 10–15 phút/lần x 3–4 lần/ngày giúp giãn nở tuyến và tiêu dịch viêm.

- Kháng sinh mỡ tra mắt (khi có viêm/lẹo): Tetracyclin 1% hoặc Erythromycin 0.5% mỡ tra mắt 2–3 lần/ngày.

- Giảm đau / kháng viêm (nếu đau nhiều): Paracetamol 500mg uống 1 viên x 3 lần/ngày.

- Thủ thuật: Chích rạch tháo mủ lẹo hoặc nạo chân chắp tại phòng khám chuyên khoa Mắt khi tổn thương khu trú hóa mủ mà điều trị nội khoa không tiêu.

3. Điều trị hỗ trợ

- Vệ sinh bờ mi sạch sẽ, không tự ý nặn bóp lẹo khi chưa chín mùi để tránh nhiễm trùng lan rộng.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Thông thường điều trị ngoại trú.

- Nhập viện/chuyển tuyến khi nhiễm trùng lan rộng thành viêm mô tế bào ổ mắt (sưng nề lan tỏa nửa mặt, sốt cao, đau nhức dữ dội).

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Sau khi thực hiện thủ thuật chích rạch chắp/lẹo, vết mổ khô, không chảy máu, mi mắt giảm sưng nề rõ rệt.

- Người bệnh được hướng dẫn chăm sóc vết thương tại nhà và tái khám theo hẹn.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Biến chứng nặng như viêm mô tế bào quanh hốc mắt lan tỏa, nhiễm trùng huyết hoặc nghi ngờ u ác tính mi mắt vượt quá khả năng xử trí của Trung tâm Y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Mắt*, Ban hành kèm theo Quyết định số 3907/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế.

2. Bộ Y tế (2020), *Hướng dẫn sử dụng kháng sinh*, Ban hành kèm theo Quyết định số 708/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế.

3. Bộ Y tế (2022), *Dược thư Quốc gia Việt Nam*, NXB Y học, Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/04/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*.

5. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*.

85. VIÊM TÚI LỆ (H04.3)

I. ĐẠI CƯƠNG (709)

Viêm túi lệ là tình trạng viêm nhiễm túi lệ do tắc nghẽn ống lệ mũi, biểu hiện sưng đau góc trong mắt kèm chảy nước mắt-chảy mủ, có thể cần can thiệp phẫu thuật nếu tái phát nhiều lần.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Sưng, nóng, đỏ, đau dữ dội vùng góc trong mắt (vị trí túi lệ).
- Chảy nước mắt sống kéo dài trước đó.
- Ấn vùng túi lệ có dịch nhầy mủ trào ra qua các điểm lệ.
- Thể nặng có thể kèm sốt, hạch trước tai cùng bên.

2. Cận lâm sàng

- Không bắt buộc xét nghiệm đặc hiệu thường quy (có thể làm CTM nếu nghi ngờ nhiễm trùng toàn thân).
- Không cần chẩn đoán hình ảnh thường quy.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm mô tế bào quanh hốc mắt (sưng nề lan rộng toàn bộ hốc mắt, không khu trú rõ vùng túi lệ).
- U túi lệ.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Kháng sinh toàn thân kết hợp kháng sinh/kháng viêm tại chỗ.
- Chườm ấm, giảm đau.
- Chích rạch dẫn lưu khi hình thành ổ áp xe túi lệ; phẫu thuật thông nối túi lệ - mũi (DCR) chương trình khi đã hết viêm cấp và xác định tắc ống lệ mũi.

2. Điều trị cụ thể (Thuốc + Liều lượng + Đường dùng)

- **Kháng sinh toàn thân:** Amoxicillin - Clavulanic (ví dụ: Vigentin 500/62.5mg) uống 1 viên x 3 lần/ngày x 7–10 ngày. Hoặc kháng sinh nhóm Cephalosporin thế hệ 1/2 tùy mức độ.
- **Kháng sinh nhỏ mắt:** Ofloxacin 0.3% nhỏ mắt 4–6 lần/ngày.
- **Giảm đau / kháng viêm:** Paracetamol 500mg uống 1 viên x 3 lần/ngày.
- **Thủ thuật:** Chích rạch tháo mủ khi có ổ áp xe khu trú; hẹn phẫu thuật thông lệ đạo hoặc tạo hình túi lệ - mũi khi hết viêm cấp.

3. Điều trị hỗ trợ

- Chườm ấm vùng góc trong mắt giúp giảm sưng đau, theo dõi sát sinh hiệu.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Theo dõi lâm sàng tại chỗ (giảm sưng, hết chảy mủ) và công thức máu (bạch cầu) nếu cần.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Viêm túi lệ cấp tính có sưng đau nhiều vùng góc trong mắt, chảy mủ, sốt, cần điều trị kháng sinh tiêm truyền/tích cực.

- Viêm túi lệ có biến chứng thành áp xe túi lệ cần rạch dẫn lưu.

- Biến chứng viêm mô tế bào lan rộng quanh ổ mắt.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Tình trạng viêm cấp vùng túi lệ đã thuyên giảm hoàn toàn, hết sưng đỏ và đau, không còn rỉ mủ qua điểm lệ.

- Người bệnh được hướng dẫn dùng kháng sinh uống đủ liệu trình tại nhà và hẹn tái khám chuyên khoa Mắt để lên kế hoạch thông tắc lệ đạo/phẫu thuật chương trình.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Viêm túi lệ diễn tiến nặng, lan rộng thành viêm mô tế bào ổ mắt, nhiễm trùng huyết hoặc cần phẫu thuật chuyên khoa sâu (phẫu thuật nội soi thông túi lệ mũi) vượt quá năng lực của Trung tâm Y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Mắt*, Ban hành kèm theo Quyết định số 3907/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế.

2. Bộ Y tế (2020), *Hướng dẫn sử dụng kháng sinh*, Ban hành kèm theo Quyết định số 708/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế.

3. Bộ Y tế (2022), *Dược thư Quốc gia Việt Nam*, NXB Y học, Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/04/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*.

5. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*.

86. KHÔ MẮT (H19.3)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Khô mắt là bệnh lý bề mặt nhãn cầu phổ biến do thiếu hụt số lượng hoặc bất thường chất lượng nước mắt, dẫn đến cảm giác khô, cộm, rát, mỏi mắt và tổn thương biểu mô kết - giác mạc. Bệnh thường gặp ở người lớn tuổi, người làm việc lâu với màn hình máy tính, hoặc mắc các bệnh lý tự miễn hệ thống.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Cảm giác khô, cộm, rát, nóng mi mắt, mỏi mắt, nhìn mờ thoáng qua chớp mắt cải thiện.

- Đỏ mắt nhẹ, nhạy cảm với ánh sáng.

- Có thể chảy nước mắt phản xạ nghịch lý khi gió thổi hoặc kích thích.

2. Cận lâm sàng

- Không bắt buộc xét nghiệm đặc hiệu.

- Test Schirmer (nếu có điều kiện): Đo lượng nước mắt cơ bản/phản xạ (bình thường $> 15mm/5phút$, khô mắt khi $< 10mm$hoặc $< 5mm$).

- Thời gian phá vỡ phim nước mắt (TBUT).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Hội chứng Sjögren (thường kèm khô miệng, đau khớp, bệnh tự miễn).

- Viêm bờ mi mạn tính.

- Viêm kết mạc dị ứng.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Bù nước mắt nhân tạo để giữ ẩm bề mặt nhãn cầu.

- Điều trị nguyên nhân gốc rễ (viêm bờ mi, môi trường làm việc, bệnh toàn thân).

- Phòng ngừa biến chứng loét giác mạc do khô mắt nặng.

2. Điều trị cụ thể (Thuốc + Liều lượng + Đường dùng)

- **Nước mắt nhân tạo:** Dùng loại không chất bảo quản (như Sodium Hyaluronate hoặc Carboxymethylcellulose), nhỏ 4–6 lần/ngày hoặc nhỏ thường xuyên hơn theo nhu cầu cảm giác của người bệnh.

- **Điều trị viêm bờ mi kèm theo (nếu có):** Vệ sinh bờ mi, mỡ kháng sinh nhẹ (Erythromycin) bôi bờ mi tối.

- **Chuyển chuyên khoa Mắt:** Khi điều trị nội khoa kéo dài không cải thiện hoặc có biến chứng loét giác mạc.

3. Điều trị hỗ trợ

- Tránh ngồi trực tiếp trước quạt gió, điều hòa nhiệt độ; tăng cường chớp mắt khi sử dụng màn hình thiết bị điện tử; đeo kính bảo vệ khi ra gió nắng.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Thông thường điều trị ngoại trú bằng nước mắt nhân tạo và thay đổi lối sống.

- Biến chứng nặng: Loét giác mạc do khô mắt nặng, thủng giác mạc.

- Kèm theo bệnh lý hệ thống nặng (hội chứng Sjogren biến chứng, sau xạ trị vùng đầu mặt).

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Triệu chứng cộm rát, khô mắt đã thuyên giảm rõ rệt, bề mặt giác mạc trơn láng, không còn tổn thương biểu mô chấm.

- Người bệnh tiếp tục sử dụng nước mắt nhân tạo duy trì tại nhà và tái khám định kỳ.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Khô mắt nặng do các bệnh lý tự miễn phức tạp, có biến chứng loét giác mạc đe dọa thủng hoặc có chỉ định bịt điểm lệ phẫu thuật vượt quá khả năng của Trung tâm Y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Mắt*, Ban hành kèm theo Quyết định số 3907/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế.

2. Bộ Y tế (2020), *Hướng dẫn sử dụng kháng sinh*, Ban hành kèm theo Quyết định số 708/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế.

3. Bộ Y tế (2022), *Dược thư Quốc gia Việt Nam*, NXB Y học, Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2026), *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/04/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*.

5. Bộ Y tế (2026), *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*.

87. ÁP XE QUANH CHÓP CÓ LỖ DÒ (K04.7)

I. ĐẠI CƯƠNG

Áp xe quanh chóp có lỗ dò là hậu quả của tình trạng nhiễm trùng tủy răng lan ra mô quanh chóp và tạo thành đường rò dịch mủ thoát ra ngoài qua niêm mạc miệng hoặc da mặt. Thường xuất phát từ sâu răng không điều trị hoặc hoại tử tủy. Bệnh đòi hỏi phải điều trị nội nha hoặc nhổ răng kết hợp kháng sinh.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Sưng đau vùng lợi tương ứng với răng bị bệnh, trên bề mặt lợi có một lỗ rò nhỏ thường xuyên hoặc định kỳ rỉ mủ.

- Răng nguyên nhân đổi màu, lung lay nhẹ, gõ đau dọc trục hoặc đau khi ăn nhai.

- Tiền sử có đau răng âm ỉ hoặc đợt viêm cấp trước đó.

2. Cận lâm sàng

- Không bắt buộc xét nghiệm máu đặc hiệu trừ khi có biểu hiện nhiễm trùng toàn thân nặng.

- X-quang răng (máy JYF10D tại TTYT): Hình ảnh vùng thấu quang quanh chóp chân răng rõ nét (ổ tiêu xương/u hạt quanh chóp).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm tủy răng có hồi phục/không hồi phục.

- Viêm quanh chóp cấp.

- Nang chân răng nhiễm trùng.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Kháng sinh theo kinh nghiệm kết hợp điều trị triệt để nguyên nhân từ ổ răng (điều trị nội nha lấy tủy hoặc nhổ răng không bảo tồn được).

- Kiểm soát triệu chứng đau, chống viêm.

2. Điều trị cụ thể (Thuốc + Liều lượng + Đường dùng)

- Kháng sinh toàn thân (khi có đợt cấp/áp xe lan tỏa): Amoxicillin 500mg uống 1 viên x 3 lần/ngày x 5–7 ngày (hoặc Amoxicillin - Clavulanic).

- Giảm đau: Paracetamol 500mg uống 1 viên x 3 lần/ngày (khi đau).

- Điều trị nha khoa:

+ Điều trị nội nha (lấy tủy, làm sạch ống tủy và hàn kín hệ thống ống tủy) nếu răng còn khả năng bảo tồn.

+ Nhổ răng nếu thân - chân răng quá phá hủy, không thể giữ lại.

+ Gây tê tại chỗ bằng Lidocain 2% khi thực hiện thủ thuật.

3. Điều trị hỗ trợ

- Súc miệng nước muối sinh lý ấm, ăn thức ăn mềm, duy trì dinh dưỡng đầy đủ.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- X-quang kiểm tra sau điều trị nội nha hoặc phục hồi răng khi cần thiết.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Thông thường điều trị ngoại trú tại khoa Răng Hàm Mặt.

- Trường hợp áp xe lớn gây sưng mặt lan rộng, sốt cao, có nguy cơ viêm mô tế bào vùng hàm mặt – cần nhập viện điều trị tích cực nội khoa kết hợp ngoại khoa.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Răng đã được điều trị nội nha hoặc nhổ bỏ an toàn, lỗ rò đã tịt hẳn, hết sưng đau, vùng lợi lành tốt.

- Người bệnh được dặn dò vệ sinh răng miệng và tái khám theo lịch hẹn.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Nhiễm trùng lan rộng vùng hàm mặt nặng (viêm mô tế bào lan tỏa, viêm sàn miệng Ludwig) vượt quá khả năng chuyên môn và trang thiết bị của Trung tâm Y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh"*. Hà Nội.

DOCX

4. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 1493/QĐ-BYT ngày 22/4/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hồi sức tích cực"*. Hà Nội.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva: WHO.

88. VIÊM QUANH CHÓP MẠN (K04.5)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm quanh chóp mạn là tình trạng viêm mạn tính mô quanh chóp răng do nhiễm trùng tủy răng kéo dài, thường ít triệu chứng cấp tính nhưng có thể tạo u hạt/nang chóp răng nếu không điều trị triệt để.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Thường không đau hoặc chỉ hơi tức nhẹ vùng răng nguyên nhân khi ăn nhai hoặc khi gõ.

- Răng đổi màu (xám đục), thử tủy âm tính (không đáp ứng với nhiệt độ/điện).

- Lợi vùng quanh chóp có thể bình thường hoặc có tiền sử sưng nhẹ, xuất hiện lỗ rò tái diễn.

2. Cận lâm sàng

- Không cần xét nghiệm máu đặc hiệu.

- X-quang răng (máy JYF10D tại TTYT): Thấy rõ vùng thấu quang ranh giới rõ ở vùng chóp chân răng (dấu hiệu u hạt hoặc nang chóp mạn).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm tủy mạn.

- Áp xe quanh chóp cấp.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Làm sạch triệt để hệ thống ống tủy nhiễm trùng bằng điều trị nội nha (lấy tủy) hoặc nhổ răng nếu không thể bảo tồn.

- Kích thích quá trình liền xương vùng chóp.

2. Điều trị cụ thể (Thuốc + Liều lượng + Đường dùng)

- Gây tê tại chỗ: Lidocain 2% khi cần can thiệp tủy/nhổ răng.

- Điều trị nội nha: Mở tủy, làm sạch, bơm rửa dung dịch sát khuẩn ống tủy và trám bít ống tủy vĩnh viễn (gutta-percha) hoặc nhổ răng nếu thân răng hỏng nặng.

- Giảm đau (nếu có ê tức nhẹ sau thủ thuật): Paracetamol 500mg uống 1 viên x 3 lần/ngày.

- Kháng sinh (chỉ dùng khi có dấu hiệu bùng phát đợt cấp/sưng nề): Amoxicillin 500mg uống 3 lần/ngày x 5–7 ngày.

3. Điều trị hỗ trợ

- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng đúng cách, tránh nhai vật cứng trên răng đang điều trị.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Thông thường điều trị ngoại trú.

- Khi có biến chứng viêm tủy cấp hoặc áp xe quanh chóp cấp tính gây sưng mặt, sốt, cần chỉ định nhập viện theo dõi tích cực.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Quá trình điều trị nội nha hoặc nhổ răng hoàn tất, người bệnh hết ê đau, không còn nhạy cảm khi ăn nhai.

- Người bệnh tái khám định kỳ theo lịch hẹn để kiểm tra sự liền xương trên X-quang.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Tổn thương quanh chóp quá lớn (nang lớn xương hàm), có biến chứng lan rộng vượt khả năng ngoại trú/phẫu thuật tại Trung tâm Y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh"*. Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 1493/QĐ-BYT ngày 22/4/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hồi sức tích cực"*. Hà Nội.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva: WHO.

89. SÂU RĂNG (K02)

I. ĐẠI CƯƠNG

Sâu răng là bệnh phá hủy mô cứng của răng do vi khuẩn lên men carbohydrate tạo acid, là bệnh răng miệng phổ biến nhất, có thể tiến triển đến viêm tủy-áp xe quanh chóp nếu không điều trị sớm.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Đau buốt khi ăn nhai hoặc khi kích thích với đồ ăn thức uống nóng, lạnh, ngọt, chua (cơn đau hết ngay khi ngừng kích thích).

- Quan sát thấy lỗ sâu màu nâu, đen hoặc đổi màu men ngà trên bề mặt răng.

2. Cận lâm sàng

- Không cần xét nghiệm đặc hiệu.

- X-quang răng (máy JYF10D tại TTYT): Đánh giá chiều sâu lỗ sâu, khoảng cách từ đáy lỗ sâu đến buồng tủy.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm tủy răng (đau tự phát, đau kéo dài sau kích thích).

- Mòn cổ răng.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Lấy sạch toàn bộ mô ngà mủn, mô sâu nhiễm khuẩn.

- Phục hồi lại hình thể và chức năng ăn nhai của răng bằng vật liệu trám thẩm mỹ hoặc điều trị nội nha nếu đã tổn thương tủy.

2. Điều trị cụ thể (Thuốc + Liều lượng + Đường dùng)

- **Gây tê tại chỗ:** Lidocain 2% (khi lỗ sâu sâu gần tủy).

- **Trám răng:** Làm sạch lỗ sâu, sử dụng vật liệu trám Composite quang trùng hợp hoặc Glass Ionomer Cement (GIC) để hàn kín phục hồi giải phẫu răng.

- **Giảm đau (khi ê buốt nhiều sau trám):** Paracetamol 500mg uống 1 viên x 3 lần/ngày.

- **Trường hợp sâu lan tới tủy:** Thực hiện điều trị nội nha (lấy tủy) trước khi hàn phục hồi hoặc chỉ định nhổ răng nếu không thể bảo tồn.

3. Điều trị hỗ trợ

- Hướng dẫn chải răng đúng cách, dùng chỉ nha khoa, khám răng định kỳ 6 tháng/lần.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Thông thường điều trị ngoại trú.

- Khi có biến chứng viêm tủy cấp gây đau dữ dội không đáp ứng giảm đau hoặc áp xe quanh chóp kèm sốt, sưng mặt – cần chỉ định nhập viện điều trị nội khoa kết hợp ngoại khoa.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hoàn thành thủ thuật trám răng hoặc điều trị tủy an toàn, miếng trám khít sát, người bệnh ăn nhai bình thường, không còn ê buốt.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Biến chứng nhiễm trùng nặng lan rộng vùng hàm mặt hoặc tổn thương phức tạp vượt quá năng lực kỹ thuật của Trung tâm Y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 07/8/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em"*. Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh"*. Hà Nội.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva: WHO.

90. VIÊM NHA CHU (K05.3)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm nha chu tiến triển chậm là bệnh viêm mạn tính các mô nâng đỡ răng (nướu, dây chằng nha chu, xương ổ răng), tiến triển âm thầm và là nguyên nhân hàng đầu gây mất răng ở người trưởng thành nếu không điều trị.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Nướu sưng đỏ, dễ chảy máu khi chải răng hoặc tự nhiên, phù nề, bờ nướu mất nét ôm sát.

- Tụt nướu, hôi miệng, có mủ chảy ra từ khe nướu/túi nha chu khi ấn.

- Răng lung lay các độ, lệch lạc hoặc thưa dần.

2. Cận lâm sàng

- Không cần xét nghiệm máu đặc hiệu.

- X-quang răng (máy JYF10D tại TTYT): Đánh giá mức độ tiêu xương ổ răng theo chiều dọc hoặc chiều ngang.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm lợi đơn thuần (chưa có sự mất bám dính và tiêu xương ổ răng).

- Áp xe nha chu cấp tính.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Loại bỏ triệt để mảng bám vi khuẩn và cao răng (vôi răng) trên và dưới nướu.

- Kiểm soát nhiễm trùng, chống viêm, duy trì vệ sinh răng miệng tốt.

- Phẫu thuật nha chu khi có chỉ định đối với các túi nha chu sâu.

2. Điều trị cụ thể (Thuốc + Liều lượng + Đường dùng)

- **Lấy cao răng và xử lý mặt gốc răng:** Cạo vôi răng trên nướu và làm sạch gốc răng dưới nướu định kỳ bằng máy siêu âm.

- **Súc miệng kháng khuẩn:** Chlorhexidin 0.12% súc miệng 2 lần/ngày x 2 tuần.

- **Kháng sinh toàn thân (khi có đợt áp xe nha chu cấp):** Amoxicillin - Clavulanic (ví dụ: Vigentin 500/62.5mg) uống 3 lần/ngày x 5–7 ngày.

- **Can thiệp ngoại khoa:** Phẫu thuật lật vạt làm sạch túi nha chu vượt khả năng ngoại trú sẽ được chuyển chuyên khoa tuyến trên.

3. Điều trị hỗ trợ

- Hướng dẫn kỹ thuật chải răng chuẩn, sử dụng chỉ nha khoa và bàn chải kẽ răng.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Đo độ sâu túi nha chu định kỳ sau điều trị để đánh giá mức độ bám dính tái tạo.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Thông thường điều trị ngoại trú.

- Khi có biến chứng áp xe nha chu cấp gây sưng đau nhiều, sốt cao, nhiễm trùng lan rộng vùng hàm mặt.

- Cần can thiệp phẫu thuật nha chu phức tạp vượt khả năng ngoại trú tại Trung tâm Y tế.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Tình trạng viêm nướu và túi nha chu cấp đã được kiểm soát, hết chảy máu nướu tự phát, các răng ổn định sau cạo vôi và điều trị nội khoa.

- Người bệnh được tư vấn tái khám và cạo vôi răng định kỳ mỗi 3–6 tháng.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Viêm nha chu tiến triển nặng, tiêu xương lan tỏa toàn hàm cần phẫu thuật tái tạo xương/ghép mô nha chu chuyên sâu vượt quá khả năng của Trung tâm Y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh"*. Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2014). *Quyết định số 361/QĐ-BYT ngày 25/01/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp"*. Hà Nội.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva: WHO.

91. NHIỄM TRÙNG ĐƯỜNG TIẾT NIỆU (N39.0)

I. ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm trùng đường tiết niệu không xác định vị trí là tình trạng nhiễm khuẩn đường tiết niệu chưa phân định rõ vị trí trên/dưới, cần đánh giá lâm sàng để định hướng điều trị và loại trừ biến chứng viêm thận-bể thận.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Tiểu buốt, tiểu rắt, tiểu nhiều lần, nước tiểu đục hoặc có mùi hôi.

- Đau tức vùng hạ vị; không sốt cao, không đau hông lưng (để phân biệt với viêm thận - bể thận).

2. Cận lâm sàng

- Tổng phân tích nước tiểu: Bạch cầu niệu dương tính, Nitrit dương tính.

- Cấy nước tiểu khi tái phát hoặc điều trị thất bại.

- Siêu âm bụng - tiết niệu khi tái phát nhiều lần hoặc nghi ngờ bất thường giải phẫu.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm bàng quang cấp.

- Viêm thận - bể thận cấp (có sốt cao, đau hông lưng).

- Viêm niệu đạo.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm phù hợp với tác nhân gây bệnh phổ biến đường niệu, điều trị triệu chứng và theo dõi sát đáp ứng.

2. Điều trị cụ thể (Thuốc + Liều lượng + Đường dùng)

- Chọn một trong các phác đồ kháng sinh đường uống sau (tùy mức độ và tiền sử):

+ **Cefixim:** 200mg uống 1 viên x 2 lần/ngày x 5–7 ngày.

+ **Hoặc Ciprofloxacin:** 500mg uống 1 viên x 2 lần/ngày x 3–5 ngày.

+ **Hoặc Cefuroxim:** 500mg uống 1 viên x 2 lần/ngày x 5–7 ngày.

- Giảm đau / Giãn cơ trơn đường niệu (nếu cần): Paracetamol 500mg uống 1 viên x 3 lần/ngày.

3. Điều trị hỗ trợ

- Uống nhiều nước (trên 2 lít/ngày), dinh dưỡng đầy đủ, chăm sóc điều dưỡng phù hợp.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Tổng phân tích nước tiểu, cấy nước tiểu kiểm tra lại sau 48–72 giờ nếu lâm sàng không cải thiện.

- Theo dõi chức năng thận nếu nghi ngờ biến chứng viêm thận - bể thận.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Có sốt cao, đau tức vùng hông lưng (nghi ngờ viêm thận - bể thận cấp).

- Không đáp ứng với kháng sinh đường uống sau 48–72 giờ.

- Người bệnh có yếu tố nguy cơ/bệnh nền phức tạp (đái tháo đường, thai kỳ, suy giảm miễn dịch, bất thường giải phẫu tiết niệu).

- Đái máu đại thể nhiều hoặc bí tiểu kèm theo.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết sốt, hết tiểu buốt, tiểu rắt, tổng phân tích nước tiểu cải thiện rõ hoặc âm tính hóa bạch cầu.

- Người bệnh ổn định, có thể tiếp tục uống đủ liệu trình kháng sinh tại nhà.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Diễn tiến nặng (nhiễm trùng huyết, suy thận cấp, viêm thận - bể thận nặng) vượt quá khả năng chuyên môn hoặc trang thiết bị của Trung tâm Y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2024). *Quyết định số 2388/QĐ-BYT ngày 12/8/2024 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh thận mạn và một số bệnh lý thận"*. Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh"*. Hà Nội.

5. European Association of Urology (2026). *Guidelines on Urological Infections*.

6. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva: WHO.

92. VIÊM NIỆU ĐẠO CẤP (N34.1)

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm niệu đạo cấp không do lậu là nhiễm trùng niệu đạo thường do Chlamydia trachomatis hoặc các tác nhân khác ngoài lậu cầu, lây truyền qua đường tình dục, cần điều trị đồng thời cho bạn tình.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Tiểu buốt, chảy dịch niệu đạo (thường dịch trong hoặc đục nhẹ vào buổi sáng), ngứa hoặc khó chịu dọc ống niệu đạo.

- Tiền sử quan hệ tình dục không an toàn.

2. Cận lâm sàng

- Soi/nhuộm Gram dịch niệu đạo (phân biệt lậu cầu và không do lậu).

- Xét nghiệm sàng lọc bệnh lậu khi có chỉ định.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm niệu đạo do lậu cầu (*Neisseria gonorrhoeae*).

- Viêm bàng quang cấp.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Kháng sinh đặc hiệu theo tác nhân, kết hợp điều trị đồng thời cho bạn tình và tư vấn tình dục an toàn.

2. Điều trị cụ thể (Thuốc + Liều lượng + Đường dùng)

- Phác đồ ưu tiên (nghi ngờ do Chlamydia):

+ Doxycyclin 100mg uống 1 viên x 2 lần/ngày x 7 ngày.

+ (Hoặc Azithromycin 1g uống liều duy nhất nếu có chỉ định thay thế).

- Điều trị đồng thời cho bạn tình với phác đồ tương tự.

- Xử trí biến chứng: Nếu có biến chứng viêm mào tinh hoàn kèm theo, kéo dài thời gian dùng kháng sinh và hỗ trợ giảm đau tại chỗ.

3. Điều trị hỗ trợ

- Uống nhiều nước, kiêng quan hệ tình dục trong thời gian điều trị cho đến khi khỏi hẳn.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Thường điều trị ngoại trú.

- Nhập viện khi có biến chứng nặng: Viêm mào tinh hoàn - tinh hoàn cấp tính (sưng đau bìu nhiều, sốt), bí tiểu do hẹp niệu đạo biến chứng, hoặc không đáp ứng với nhiều đợt kháng sinh ngoại trú.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết triệu chứng tiểu buốt, hết chảy dịch niệu đạo, xét nghiệm kiểm tra vi sinh âm tính.

- Người bệnh được hướng dẫn phòng ngừa tái nhiễm và tuân thủ điều trị cho bạn tình.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Biến chứng nặng vượt khả năng điều trị tại Trung tâm Y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 75/QĐ-BYT ngày 13/01/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh da liễu"*. Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh"*. Hà Nội.

5. European Association of Urology (2026). *Guidelines on Urological Infections*.

6. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva: WHO.

93. TĂNG SINH TUYẾN TIỀN LIỆT LÀNH TÍNH (N40)

I. ĐẠI CƯƠNG

Tăng sinh tuyến tiền liệt lành tính (BPH) là tình trạng phì đại lành tính mô tuyến tiền liệt thường gặp ở nam giới lớn tuổi. Bệnh gây ra các triệu chứng đường tiểu dưới (LUTS) làm ảnh hưởng chất lượng cuộc sống và có thể dẫn đến biến chứng bí tiểu cấp nếu không được kiểm soát.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Tiểu khó, tia tiểu yếu, tiểu ngắt quãng, tiểu đêm nhiều lần, cảm giác tiểu không hết.

- Thăm khám trực tràng: Tuyến tiền liệt to, mật độ chắc đều, rãnh giữa còn, không có nhân cứng (để phân biệt ung thư).

- Đánh giá mức độ triệu chứng bằng bảng điểm IPSS.

2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm PSA máu (nếu có điều kiện) để sàng lọc loại trừ ung thư tuyến tiền liệt ở người có nguy cơ.

- Tổng phân tích nước tiểu.

- Siêu âm bụng - tiết niệu: Đánh giá kích thước tuyến tiền liệt, ước lượng lượng nước tiểu tồn dư sau bãi.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Ung thư tuyến tiền liệt.

- Hẹp niệu đạo.

- Nhiễm khuẩn đường tiết niệu.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Cải thiện triệu chứng đường tiểu dưới, giảm áp lực đường niệu và phòng ngừa các biến chứng tắc nghẽn (bí tiểu, sỏi bàng quang, suy thận).

2. Điều trị cụ thể (Thuốc + Liều lượng + Đường dùng)

- **Thuốc chẹn thụ thể Alpha-1:** Alfuzosin (ví dụ: Alanboss XL 10mg) uống 1 viên/ngày vào buổi tối để làm giãn cơ trơn cổ bàng quang và tuyến tiền liệt.

- **Thay đổi lối sống:** Hạn chế uống nước, caffeine, rượu bia vào buổi chiều tối; tránh nhịn tiểu lâu.

- **Xử trí biến chứng cấp tính:** Bí tiểu cấp tiến hành đặt sonde tiểu giải áp ngay. Nếu không đặt được sonde hoặc bệnh nhân tái phát bí tiểu, có nguy cơ biến chứng suy thận -> Chuyển chuyên khoa Tiết niệu.

3. Điều trị hỗ trợ

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, chế độ dinh dưỡng và chăm sóc điều dưỡng phù hợp.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Kiểm tra chức năng thận, tổng phân tích nước tiểu định kỳ mỗi 24–48 giờ nếu có tình trạng tắc nghẽn hoặc nhiễm trùng kèm theo.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Bí tiểu cấp không đặt được sonde tiểu thông thường (cần can thiệp cấp cứu tiết niệu).

- Đái máu đại thể nhiều, nhiễm trùng tiết niệu tái phát do ứ đọng nước tiểu tồn dư.

- Biến chứng suy thận do tắc nghẽn mạn tính kéo dài.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Triệu chứng tiểu tiện cải thiện, lượng nước tiểu lưu thông tốt qua sonde hoặc tự nhiên, hết nhiễm trùng cấp, chức năng thận ổn định.

- Người bệnh được kê đơn thuốc duy trì ngoại trú và hẹn lịch tái khám định kỳ.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

BPH có chỉ định phẫu thuật ngoại khoa (cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt, mổ mở) hoặc biến chứng nặng vượt quá năng lực của Trung tâm Y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2024). *Quyết định số 2388/QĐ-BYT ngày 12/8/2024 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh thận mạn và một số bệnh lý thận"*. Hà Nội.

4. European Association of Urology (2026). *Guidelines on Urological Infections*.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva: WHO.

94. SỎI THẬN - TIẾT NIỆU (N20)

I. ĐẠI CƯƠNG

Sỏi thận-tiết niệu là tình trạng hình thành sỏi trong hệ tiết niệu, gây cơn đau quặn thận điển hình khi sỏi di chuyển gây tắc nghẽn, là bệnh lý tiết niệu phổ biến với tỷ lệ tái phát cao nếu không phòng ngừa đúng cách.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Cơn đau quặn thận đột ngột vùng hông lưng, lan xuống vùng hạ sườn, hố chậu hoặc bộ phận sinh dục ngoài, kèm nôn/buồn nôn.

- Tiểu máu vi thể hoặc đại thể sau cơn đau.

2. Cận lâm sàng

- Tổng phân tích nước tiểu (phát hiện hồng cầu niệu).

- Định lượng Creatinin máu (đánh giá chức năng thận, nghi ngờ tắc nghẽn hai bên).

- Siêu âm bụng - tiết niệu (bắt buộc): Đánh giá vị trí, kích thước sỏi, tình trạng ứ nước đài bể thận.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Cơn đau quặn gan.

- Viêm thận - bể thận cấp.

- Đau bụng ngoại khoa cấp cứu khác (viêm ruột thừa, viêm phần phụ).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Giảm đau nhanh chóng trong cơn đau quặn thận, chống viêm, chống phù nề.

- Giải phóng tắc nghẽn, hỗ trợ tống xuất sỏi hoặc chỉ định can thiệp ngoại khoa tùy thuộc vào kích thước và vị trí sỏi.

2. Điều trị cụ thể (Thuốc + Liều lượng + Đường dùng)

- Giảm đau cấp cứu: Diclofenac (ví dụ: Elaria 75mg/3ml) tiêm bắp khi có cơn đau quặn thận cấp. Kết hợp Paracetamol uống/truyền tĩnh mạch.

- Kháng sinh phòng ngừa/điều trị nhiễm trùng: Ceftriaxon 1g tiêm tĩnh mạch/bắp (nếu có dấu hiệu nhiễm trùng kèm theo hoặc chuyển tuyến).

- Chỉ định chuyển tuyến can thiệp: Sỏi kích thước lớn $> 6mm$hoặc sỏi có biến chứng tắc nghẽn nặng không đáp ứng điều trị nội khoa -> Chuyển tuyến chuyên khoa để tán sỏi/phẫu thuật.

3. Điều trị hỗ trợ

- Khuyên người bệnh uống nhiều nước ($>$ 2 lít/ngày) khi không có tắc nghẽn cấp, vận động nhẹ nhàng.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Chức năng thận, tổng phân tích nước tiểu kiểm tra mỗi 24–48 giờ nếu có tắc nghẽn hoặc nhiễm trùng.

- Siêu âm hệ tiết niệu kiểm tra sau can thiệp (tán sỏi, đặt sonde JJ) đánh giá mức độ giảm ứ nước thận.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Cơn đau quặn thận không đáp ứng với thuốc giảm đau thông thường, kèm theo sốt (nghi ngờ nhiễm trùng đường tiết niệu trên tắc nghẽn - cấp cứu tiết niệu).

- Bí tiểu cấp do sỏi kẹt cổ bàng quang/niệu đạo không đặt được sonde.

- Suy thận cấp do tắc nghẽn hai bên thận hoặc trên thận độc nhất.

- Đái máu đại thể nhiều gây thiếu máu.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết cơn đau quặn thận, hết sốt, sỏi đã tống xuất hoặc đã được can thiệp thủ thuật/phẫu thuật giải quyết tắc nghẽn thành công, chức năng thận ổn định.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Sỏi kích thước lớn ($> 6mm$), sỏi san hô, hoặc sỏi kèm biến chứng nặng vượt khả năng điều trị tại Trung tâm Y tế (cần tán sỏi ngoài cơ thể, nội soi ngược dòng tán sỏi laser, hoặc lấy sỏi qua da).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2024). *Quyết định số 2388/QĐ-BYT ngày 12/8/2024 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh thận mạn và một số bệnh lý thận"*. Hà Nội.

4. European Association of Urology (2026). *Guidelines on Urological Infections*.

5. European Association of Urology (2024). *Guidelines on Urolithiasis*.

95. THOÁT VỊ BẸN (K40)

I. ĐẠI CƯƠNG

Thoát vị bẹn-đùi là tình trạng tạng trong ổ bụng (thường là ruột) chui qua điểm yếu thành bụng vùng bẹn-đùi tạo khối phồng, nguy cơ nghẹt gây hoại tử ruột nếu không được xử trí kịp thời.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Khối phồng vùng bẹn - bìu xuất hiện khi đứng, rặn, ho và xẹp (hoặc đẩy lên được) khi nằm nghỉ.

- **Thể nghẹt:** Khối phồng căng cứng, đau dữ dội, không đẩy lên được, kèm dấu hiệu tắc ruột (nôn, bí trung đại tiện).

2. Cận lâm sàng

- Tổng phân tích máu (CTM) trước phẫu thuật chương trình.

- Siêu âm thành bụng vùng bẹn (nếu khó xác định trên lâm sàng).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Thoát vị đùi.

- Hạch bẹn viêm cấp.

- Tràn dịch màng tinh hoàn / Nang thừng tinh.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Thoát vị không nghẹt: Chỉ định phẫu thuật chương trình phục hồi thành bụng.

- Thoát vị nghẹt: Cấp cứu ngoại khoa tối khẩn, tuyệt đối không cố gắng dùng tay đẩy khối thoát vị lên nếu nghi ngờ đã có hoại tử ruột.

2. Điều trị cụ thể (Thuốc + Liều lượng + Đường dùng)

- **Trường hợp thoát vị nghẹt:** Giảm đau, truyền dịch, tuyệt đối không tự ý đẩy khối thoát vị -> **Chuyển cấp cứu ngoại khoa ngay lập tức**, không xử trí điều trị nội trú kéo dài tại phòng khám.

- **Trường hợp thoát vị không nghẹt, không triệu chứng cấp:** Tư vấn người bệnh và chuyển khám chuyên khoa Ngoại để lên lịch phẫu thuật chương trình.

- **Giảm đau (nếu đau tức nhẹ):** Paracetamol 500mg uống khi cần.

3. Điều trị hỗ trợ

- Theo dõi sát sinh hiệu, chế độ dinh dưỡng và chăm sóc hậu phẫu chu đáo sau mổ.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Thoát vị nghẹt (đau đột ngột, khối phồng căng cứng, không đẩy lên được, kèm tắc ruột) – LÀ CẤP CỨU.

- Nghi ngờ hoại tử tạng trong bao thoát vị (da vùng bẹn đỏ sậm, đau tăng nhiều, có thể kèm sốt).

- Thoát vị bẹn lớn ảnh hưởng sinh hoạt hoặc có chỉ định phẫu thuật chương trình.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Vết mổ liền tốt, khô, không rỉ dịch, hết đau nhiều, người bệnh tự đi lại sinh hoạt nhẹ nhàng được.

- Hẹn tái khám cắt chỉ và theo dõi định kỳ.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Thoát vị nghẹt biến chứng hoại tử ruột hoặc các thể thoát vị phức tạp vượt quá khả năng phẫu thuật của Trung tâm Y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2017). *Quyết định số 5730/QĐ-BYT ngày 21/12/2017 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa"*. Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2016). *Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 04/3/2016 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Gây mê hồi sức"*. Hà Nội.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva: WHO.

96. CHẤN THƯƠNG KHỚP (S83)

I. ĐẠI CƯƠNG

Chấn thương khớp là tổn thương các cấu trúc trong và quanh khớp do lực chấn thương, mức độ từ bong gân nhẹ đến trật khớp-tổn thương dây chằng nặng, cần đánh giá đúng mức độ để điều trị phù hợp.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Đau nhức, sưng nề, tràn dịch khớp sau chấn thương, hạn chế vận động khớp.

- Có thể lỏng khớp, mất vững khớp hoặc biến dạng (trong trường hợp trật khớp).

2. Cận lâm sàng

- X-quang khớp tổn thương thẳng - nghiêng (bắt buộc để loại trừ gãy xương).

- Chụp cộng hưởng từ (MRI) khớp nếu nghi ngờ tổn thương dây chằng, sụn chêm mà X-quang bình thường và không cải thiện sau điều trị.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Gãy xương phạm khớp.

- Trật khớp hoàn toàn / bán trật.

- Tổn thương sụn chêm / dây chằng cấp tính.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Cố định khớp tổn thương, giảm đau, chống phù nề trong giai đoạn cấp (RICE: Nghỉ ngơi, chườm lạnh, băng ép, kê cao chi).

- Nắn chỉnh kịp thời nếu có trật khớp; bảo tồn hoặc chỉ định phẫu thuật tùy mức độ tổn thương dây chằng.

2. Điều trị cụ thể (Thuốc + Liều lượng + Đường dùng)

- Bất động khớp: Nẹp bột hoặc băng thun cố định tạm thời; chườm lạnh 48 giờ đầu giảm sưng.

- Giảm đau / kháng viêm:

+ Paracetamol 500mg uống 1 viên x 3 lần/ngày.

+ Phối hợp Diclofenac (ví dụ: Elaria 75mg/3ml) tiêm bắp/uống khi đau nhiều (nếu không có chống chỉ định).

- Trường hợp trật khớp: Nắn chỉnh cấp cứu dưới giảm đau hoặc an thần đủ mức.

- Trường hợp tổn thương dây chằng/sụn chêm nặng: Cố định và chuyển chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình.

3. Điều trị hỗ trợ

- Hướng dẫn tập vận động phục hồi chức năng sớm khi tình trạng tổn thương đã ổn định.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Chụp kiểm tra X-quang sau nắn trật khớp; chỉ định MRI chuyên sâu khi cần thiết tại tuyến trên.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Biến dạng khớp rõ, mất hoàn toàn biên độ vận động (nghi ngờ trật khớp) cần nhập viện nắn chỉnh cấp cứu.

- Sưng nề nhiều, tràn dịch khớp lượng lớn căng tức.

- Nghi ngờ tổn thương phức tạp dây chằng/sụn chêm cần theo dõi và can thiệp chuyên khoa.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Khớp đã được bất động vững chắc (bằng nẹp/bột), hết đau nhức cấp tính, không có dấu hiệu tổn thương mạch máu - thần kinh ngoại biên.

- Hẹn tái khám định kỳ và hướng dẫn bài tập phục hồi chức năng.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Tổn thương dây chằng phức tạp, rách sụn chêm cần nội soi khớp, hoặc trật khớp không nắn được bằng phương pháp nắn kín vượt quá năng lực của Trung tâm Y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2026)**. Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10.

2. **Bộ Y tế (2019)**. Quyết định số 5904/QĐ-BYT ngày 20/12/2019 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và quản lý một số bệnh không lây nhiễm tại trạm y tế xã".

3. **World Health Organization (2019)**. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019.

97. GÃY XƯƠNG CẲNG CHÂN (S82)

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy xương cẳng chân là gãy xương chi dưới thường gặp do chấn thương trực tiếp hoặc gián tiếp, cần theo dõi sát nguy cơ hội chứng chèn ép khoang - biến chứng nặng có thể đe dọa chi nếu không phát hiện kịp thời.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Đau dữ dội, sưng nề bầm tím, biến dạng cẳng chân, mất hoàn toàn cơ năng vận động chi dưới.

- Có thể thấy đầu xương gãy chọc thủng da trong trường hợp gãy hở.

2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu tổng phân tích (CTM), nhóm máu (khi có chỉ định phẫu thuật/bó bột).

- X-quang cẳng chân thẳng - nghiêng (bắt buộc để xác định đường gãy và di lệch).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Gãy kín hay gãy hở (phân loại theo bảng Gustilo).

- Trật khớp gối hoặc trật khớp cổ chân kèm theo.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Bất động vững chắc ổ gãy nhằm giảm đau, hạn chế chảy máu và tổn thương phần mềm thứ phát.

- Phục hồi giải phẫu trục chi bằng nắn chỉnh kín bó bột hoặc phẫu thuật kết hợp xương.

2. Điều trị cụ thể (Thuốc + Liều lượng + Đường dùng)

- **Bất động:** Bó bột đùi - cẳng - bàn chân (hoặc nẹp bột) với các trường hợp gãy ít di lệch, theo dõi sát hội chứng chèn ép khoang.

- **Giảm đau:** Paracetamol 500mg–1000mg uống/truyền tĩnh mạch x 3 lần/ngày.

- **Chỉ định chuyển tuyến phẫu thuật:** Gãy di lệch nhiều, gãy hở, gãy hai tầng hoặc không nắn chỉnh được -> Chuyển tuyến chuyên khoa để phẫu thuật kết hợp xương.

3. Điều trị hỗ trợ

- Kê cao chân chống phù nề, theo dõi sát tưới máu và vận động đầu chi.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- X-quang kiểm tra lại sau khi nắn chỉnh hoặc phẫu thuật.

- Theo dõi mạch, nhiệt độ da, cảm giác và vận động các ngón chân mỗi 2–4 giờ trong 24 giờ đầu sau bó bột.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Gãy xương di lệch nhiều, gãy hở, hoặc có kèm tổn thương mạch máu - thần kinh.

- Nghi ngờ hội chứng chèn ép khoang cẳng chân (đau tăng dữ dội khi kéo giãn thụ động các ngón chân, bắp chân căng cứng như gỗ).

- Có chỉ định nắn chỉnh và phẫu thuật kết hợp xương nội trú.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Ổ gãy đã được bất động vững bằng bột hoặc phương pháp kết hợp xương ổn định, chân bớt sưng nề, không có dấu hiệu chèn ép khoang hay nhiễm trùng vết mổ.

- Người bệnh được hướng dẫn chăm sóc bột/vết mổ tại nhà và hẹn lịch tái khám.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Gãy xương phức tạp, gãy hở độ nặng, hội chứng chèn ép khoang cần mở mạc giải áp, hoặc cần phẫu thuật kết hợp xương chuyên sâu vượt quá năng lực của Trung tâm Y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2014). *Quyết định số 361/QĐ-BYT ngày 25/01/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp"*. Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 1493/QĐ-BYT ngày 22/4/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hồi sức tích cực"*. Hà Nội.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva: WHO.

98. GÃY XƯƠNG CÁNH TAY (S42)

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy kín thân xương cánh tay là gãy xương thường gặp ở người lớn, có nguy cơ tổn thương thần kinh quay đi kèm do liên quan giải phẫu sát xương, cần theo dõi sát chức năng thần kinh trong quá trình điều trị.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Đau nhức dữ dội, sưng nề, biến dạng vùng cánh tay, mất hoàn toàn cơ năng vận động tay.

- Kiểm tra liệt thần kinh quay: Mất khả năng duỗi cổ tay và các ngón tay (dấu hiệu bàn tay rủ), mất cảm giác vùng mu tay ô mô cái.

2. Cận lâm sàng

- Tổng phân tích máu (CTM), nhóm máu (nếu có chỉ định phẫu thuật).

- X-quang xương cánh tay thẳng - nghiêng (bắt buộc để chẩn đoán xác định vị trí và kiểu gãy).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Gãy kín hoặc gãy hở thân xương cánh tay.

- Trật khớp vai kèm gãy đầu trên xương cánh tay.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Bất động vững chắc ổ gãy xương cánh tay để giảm đau và phục hồi trục chi.

- Phát hiện sớm và xử trí kịp thời tổn thương thần kinh quay kèm theo.

2. Điều trị cụ thể (Thuốc + Liều lượng + Đường dùng)

- Bất động: Sử dụng nẹp bột cánh tay chữ U hoặc bột cánh - cẳng - bàn tay đối với gãy ít di lệch.

- Giảm đau / Chống viêm:

+ Paracetamol 500mg–1000mg uống x 3 lần/ngày.

+ Có thể kết hợp Celecoxib 200mg/ngày ngắn ngày nếu đau nhiều và không có chống chỉ định.

- Chỉ định chuyển tuyến: Gãy di lệch nhiều, gãy hở, có tổn thương liệt thần kinh quay, hoặc đau không kiểm soát được bằng thuốc uống -> Chuyển tuyến chuyên khoa phẫu thuật kết hợp xương.

3. Điều trị hỗ trợ

- Theo dõi sát chức năng thần kinh quay (khả năng duỗi cổ tay, ngón tay) định kỳ hàng ngày.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- X-quang kiểm tra lại sau khi nắn chỉnh hoặc phẫu thuật kết hợp xương.

- Theo dõi tưới máu, màu sắc da, nhiệt độ và cảm giác đầu chi mỗi 2–4 giờ trong ngày đầu tiên sau bó bột/phẫu thuật.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Gãy di lệch lớn, gập góc nhiều, hoặc gãy kèm theo tổn thương thần kinh quay (liệt vận động duỗi cổ tay).

- Đau nhiều, sưng nề lớn, nghi ngờ hội chứng chèn ép khoang vùng cánh tay.

- Có chỉ định nắn chỉnh hoặc phẫu thuật kết hợp xương nội trú.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Ổ gãy đã được bất động vững chắc, giảm đau tốt, các ngón tay vận động và tưới máu hồng hào bình thường, không có dấu hiệu tổn thương thần kinh tiến triển.

- Người bệnh được dặn dò cách giữ gìn bột và hẹn lịch tái khám.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Gãy xương hở, gãy phức tạp kèm tổn thương mạch máu - thần kinh chính hoặc có chỉ định mổ kết hợp xương nội tủy/nẹp vít vượt quá khả năng của Trung tâm Y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2014). *Quyết định số 361/QĐ-BYT ngày 25/01/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp"*. Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 1493/QĐ-BYT ngày 22/4/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hồi sức tích cực"*. Hà Nội.

99. CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH - KHÁM THAI (Z34)

I. ĐẠI CƯƠNG

Khám thai định kỳ là hoạt động chăm sóc sức khỏe sinh sản nền tảng nhằm theo dõi sự phát triển của thai, phát hiện sớm các bất thường và tư vấn dinh dưỡng-sinh hoạt phù hợp cho thai phụ trong suốt thai kỳ.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Khám thai định kỳ theo lịch chuẩn tương ứng với tuổi thai (3 mốc quan trọng: 3 tháng đầu, 3 tháng giữa và 3 tháng cuối).

- Đo chiều cao tử cung, vòng bụng, nghe tim thai, đánh giá cử động thai và tình trạng phù, huyết áp của mẹ.

2. Cận lâm sàng

- Siêu âm sản khoa định kỳ theo các mốc tuổi thai khuyến cáo.

- Các xét nghiệm sàng lọc trước sinh (Double test, Triple test hoặc NIPT khi có chỉ định), tổng phân tích nước tiểu, xét nghiệm máu thường quy (nhóm máu, công thức máu, đường huyết, HIV, viêm gan B, giang mai...).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Thai phát triển bình thường (Z34) và các trường hợp thai kỳ có nguy cơ cao / bệnh lý thai kỳ cần quản lý đặc biệt.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Đảm bảo an toàn tuyệt đối cho cả thai phụ và thai nhi; theo dõi sát tiến triển thai kỳ, phát hiện kịp thời các dấu hiệu nguy cơ để can thiệp hoặc chuyển tuyến đúng thời điểm.

2. Điều trị cụ thể (Thuốc + Liều lượng + Đường dùng)

- Lịch khám thai: Khám định kỳ theo lịch chuẩn của Bộ Y tế (tối thiểu 4 lần trong thai kỳ, khuyến khích khám hàng tháng hoặc theo chỉ định bác sĩ sản khoa).

- Bổ sung vi chất dinh dưỡng:

+ Sắt và Acid Folic: Viên sắt (II) kết hợp Acid Folic uống 1 viên/ngày trong suốt thai kỳ.

+ Bổ sung Canxi: Calci D-Hasan / Caldihasan 500mg – 1500mg/ngày bắt đầu từ tuần thứ 20 của thai kỳ.

- Sàng lọc và xử trí sớm: Phát hiện và điều trị kịp thời các bệnh lý đi kèm như thiếu máu, tăng huyết áp thai kỳ, đái tháo đường thai kỳ.

3. Điều trị hỗ trợ

- Tư vấn dinh dưỡng đầy đủ chất, nghỉ ngơi hợp lý, tiêm phòng uốn ván đủ mũi cho thai phụ.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Khám thai định kỳ thông thường được thực hiện ngoại trú, không cần nhập viện.

- Chỉ định nhập viện khi phát hiện các bất thường cấp tính: Huyết áp tăng cao, ra máu âm đạo, giảm cử động thai, thai chậm phát triển trong tử cung nặng.

- Nghi ngờ các biến chứng cần theo dõi sát nội trú (đa ối, thiểu ối nặng, bất thường tim thai).

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Sau khi thăm khám ngoại trú hoặc theo dõi ổn định các dấu hiệu nhẹ, thai phụ được hẹn lịch tái khám thai tiếp theo.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Khi cần thực hiện các kỹ thuật chẩn đoán trước sinh chuyên sâu (siêu âm hình thái học 4D tầm soát dị tật bẩm sinh phức tạp, chọc ối xét nghiệm di truyền) vượt quá năng lực của Trung tâm Y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2016). *Quyết định số 4128/QĐ-BYT ngày 29/7/2016 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản"*. Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2014). *Quyết định số 4673/QĐ-BYT ngày 10/11/2014 về việc phê duyệt tài liệu hướng dẫn chuyên môn "Chăm sóc thiết yếu bà mẹ, trẻ sơ sinh trong và ngay sau đẻ"*. Hà Nội.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva: WHO.

100. TĂNG HUYẾT ÁP TRONG THAI KỲ (O13-O15)

I. ĐẠI CƯƠNG

Rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ bao gồm các thể bệnh từ tăng huyết áp thai kỳ đơn thuần đến tiền sản giật và sản giật. Đây là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và bệnh tật nặng cho cả mẹ lẫn thai nhi trên toàn cầu, đòi hỏi phải được quản lý và theo dõi cực kỳ chặt chẽ.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Huyết áp tâm thu ≥ 140mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90mmHg đo ở 2 thời điểm cách nhau ≥ 4giờ sau tuần thứ 20 của thai kỳ.

- **Tiền sản giật:** Tăng huyết áp kèm theo protein niệu ($> 0.3g/24h$ hoặc $\geq 1+$trên que thử) hoặc kèm theo dấu hiệu tổn thương cơ quan đích (gan, thận, hệ thần kinh trung ương, huyết học).

- **Dấu hiệu nặng cần chú ý:** Đau đầu dữ dội, nhìn mờ, đau vùng thượng vị hoặc hạ sườn phải, phù nhanh lan tỏa.

2. Cận lâm sàng

- Tổng phân tích nước tiểu / Định lượng protein niệu 24 giờ.

- Xét nghiệm máu: Công thức máu (đếm tiểu cầu), chức năng gan (AST, ALT), chức năng thận (Creatinin, Ure), Acid uric (tầm soát hội chứng HELLP).

- Siêu âm sản khoa kết hợp Doppler mạch máu rốn/não giữa đánh giá sự phát triển của thai nhi.

3. Phân độ

- Tăng huyết áp thai kỳ đơn thuần.

- Tiền sản giật (có protein niệu hoặc tổn thương cơ quan).

- Tiền sản giật nặng (huyết áp $\geq 160/110$mmHg hoặc có biến chứng).

- Sản giật (có cơn co giật toàn thân trên nền tiền sản giật).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Bảo vệ tính mạng của người mẹ là ưu tiên hàng đầu, đồng thời đánh giá tuổi thai để quyết định thời điểm chấm dứt thai kỳ an toàn. Kiểm soát huyết áp ổn định, phòng ngừa cơn sản giật và các biến chứng nặng.

2. Điều trị cụ thể (Thuốc + Liều lượng + Đường dùng)

- **Hạ huyết áp đường uống (lựa chọn ưu tiên an toàn trong thai kỳ):** Methyldopa (ví dụ: Agidopa 250mg) 250mg uống 2–3 viên/ngày, điều chỉnh liều theo huyết áp.

- **Trường hợp tăng huyết áp nặng (≥ 160/110 mmHg):** Sử dụng Nifedipin chậm (ví dụ: Nifedipin Hasan 20 Retard) 20mg x 1–2 lần/ngày (tuyệt đối tránh dùng các dạng tác dụng nhanh gây tụt huyết áp đột ngột).

- **Chỉ định cấp cứu:** Trường hợp tiền sản giật nặng hoặc huyết áp ≥ 160/110mmHg phải **nhập viện xử trí cấp cứu ngay lập tức**, tuyệt đối không điều trị ngoại trú.

3. Điều trị hỗ trợ

- Theo dõi sát tim thai, cơn co tử cung, tổng trạng của mẹ, truyền dịch cân bằng, bù máu/dinh dưỡng khi cần thiết.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Đo huyết áp mỗi 4–6 giờ; kiểm tra protein niệu, chức năng gan, thận và tiểu cầu mỗi 24 giờ (tầm soát hội chứng HELLP).

- Siêu âm Doppler đánh giá sự phát triển của thai nhi theo chỉ định sản khoa.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Huyết áp ≥ 140/90mmHg kèm theo protein niệu hoặc có bất kỳ dấu hiệu tổn thương cơ quan đích nào (tiền sản giật).

- Huyết áp ≥ 160/110mmHg (tiền sản giật nặng) – LÀ CẤP CỨU SẢN KHOA.

- Có dấu hiệu sản giật (co giật), đau đầu dữ dội, nhìn mờ, đau thượng vị (nghi ngờ hội chứng HELLP).

- Thai chậm phát triển trong tử cung đi kèm tăng huyết áp.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Huyết áp của mẹ đã về mức ổn định, không còn protein niệu hoặc protein niệu giảm rõ, không còn các triệu chứng cơ năng (đau đầu, mờ mắt, đau thượng vị).

- Sức khỏe thai nhi ổn định, không có chỉ định can thiệp cấp cứu sản khoa.

- Thai phụ được hướng dẫn theo dõi triệu chứng tại nhà, uống thuốc đều đặn và tái khám định kỳ rất sát sao.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Tiền sản giật nặng, sản giật, hội chứng HELLP, hoặc thai kỳ non tháng có biến chứng đe dọa tính mạng mẹ và bé vượt quá năng lực điều trị của Trung tâm Y tế, cần chuyển gấp lên tuyến chuyên khoa Sản phụ khoa tuyến tỉnh/Trung ương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2016). *Quyết định số 4128/QĐ-BYT ngày 29/7/2016 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản"*. Hà Nội.

4. Hội Tim mạch học Việt Nam - Phân hội Tăng huyết áp Việt Nam (2024). *Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp*.

5. European Society of Cardiology (2024). *2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension*. European Heart Journal.

6. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva: WHO.

101. DỌA SẨY THAI - DỌA SANH NON (O20, O47)

I. ĐẠI CƯƠNG

Dọa sẩy thai và dọa sanh non là các tình trạng đe dọa chấm dứt thai kỳ sớm ở hai giai đoạn khác nhau của thai kỳ, cần theo dõi sát và can thiệp kịp thời để bảo tồn thai khi có thể.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- **Dọa sẩy thai (< 22 tuần):** Ra huyết âm đạo ít hoặc đau tức vùng hạ vị; cổ tử cung còn đóng hoặc mở hé, thân tử cung mềm tương ứng tuổi thai, siêu âm xác định thai còn sống, bánh nhau bám bình thường.

- **Dọa sanh non (22–37 tuần):** Cơn co tử cung đều đặn gây đau (từ 2 cơn trở lên trong 10 phút), có kèm hoặc không kèm ra huyết/nhầy hồng âm đạo; cổ tử cung bắt đầu xóa mở.

- Cần phân biệt rõ với sẩy thai thực sự hoặc chuyển dạ sanh non đã tiến triển không thể kìm chế.

2. Cận lâm sàng

- Siêu âm sản khoa định kỳ (đánh giá tình trạng tim thai, chiều dài kênh cổ tử cung, bóc tách màng nuôi nếu có).

- Xét nghiệm máu: Công thức máu (CTM), nhóm máu, định lượng Beta-hCG (trong dọa sẩy thai sớm nếu cần đánh giá tiến triển).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Sẩy thai đang tiến triển / Sanh non thực sự.

- Thai lưu, chửa ngoài tử cung.

- Viêm đường tiết niệu, viêm cổ tử cung.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Đảm bảo an toàn tối đa cho cả mẹ và thai nhi; nghỉ ngơi tuyệt đối, giảm co cơ tử cung, hỗ trợ nội tiết và theo dõi sát diễn tiến lâm sàng.

- **Tuyệt đối không dùng nhóm thuốc kháng viêm không steroid (NSAIDs)** trong thai kỳ muộn.

2. Điều trị cụ thể (Thuốc + Liều lượng + Đường dùng)

- **Nghỉ ngơi:** Nghỉ ngơi tại giường, hạn chế vận động mạnh và tuyệt đối kiêng giao hợp.

- **Hỗ trợ nội tiết (trong dọa sẩy thai):** Progesteron tự nhiên (micronized progesterone) đặt âm đạo hoặc đường uống theo liều chuẩn (ví dụ: 200mg–400mg/ngày) khi có chỉ định thiếu hụt hoàng thể.

- Thuốc giảm co (trong dọa sanh non khi có chỉ định phù hợp): Các thuốc cắt cơn co tử cung (như Nifedipin đường uống hoặc Atosiban theo phác đồ tuyến nếu đủ điều kiện).

- Trưởng thành phổi thai nhi: Corticoid (Betamethason hoặc Dexamethason) tiêm bắp cho thai phụ từ 24 đến dưới 34 tuần có nguy cơ sanh non trong vòng 7 ngày.

- Giảm đau nhẹ (nếu cần): Paracetamol 500mg uống khi đau tức nhẹ.

3. Điều trị hỗ trợ

- Theo dõi sát tim thai và cơn co tử cung, bù dịch điện giải khi cần, chăm sóc toàn diện cho thai phụ.

4. Cận lâm sàng theo dõi điều trị

- Siêu âm kiểm tra lại chiều dài kênh cổ tử cung và sự phát triển, tim thai định kỳ.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Ra huyết âm đạo nhiều hoặc đau bụng tăng ở thai kỳ dưới 22 tuần kèm thai còn sống (dọa sẩy thai).

- Xuất hiện cơn co tử cung đều đặn kèm biến đổi cổ tử cung trước 37 tuần (dọa sanh non).

- Ra huyết/chảy máu nhiều gây thiếu máu cấp.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết cơn đau bụng, hết ra huyết âm đạo, cổ tử cung đóng kín, cơn co tử cung đã được kiểm soát hoàn toàn, thai nhi phát triển bình thường ổn định.

- Thai phụ được hướng dẫn nghỉ ngơi tiếp tại nhà, tuân thủ dùng thuốc duy trì (nếu có) và hẹn lịch khám thai tái định kỳ.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Dọa sanh non ở tuổi thai rất non tháng (dưới 32–34 tuần) hoặc diễn tiến chuyển dạ non thực sự, dọa sẩy thai/sanh non nặng vượt quá năng lực chăm sóc trẻ sơ sinh non tháng của Trung tâm Y tế, cần chuyển tuyến chuyên khoa Sản - Nhi tuyến tỉnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2016). *Quyết định số 4128/QĐ-BYT ngày 29/7/2016 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản"*. Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 1098/QĐ-BYT ngày 21/4/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn Quốc gia các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản về nội dung Chảy máu sản khoa"*. Hà Nội.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva: WHO.

102. ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TRONG THAI KỲ (O24)

I. ĐẠI CƯƠNG

Đái tháo đường trong thai kỳ là tình trạng rối loạn dung nạp Glucose được phát hiện lần đầu trong thai kỳ, làm tăng nguy cơ biến chứng cho cả mẹ và thai nếu không được kiểm soát tốt bằng chế độ ăn và/hoặc Insulin.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Đa số không có triệu chứng rõ rệt ở giai đoạn đầu, thường được phát hiện qua tầm soát thường quy bằng nghiệm pháp dung nạp glucose (OGTT 75g) ở tuần thứ 24–28 của thai kỳ.

- Yếu tố nguy cơ: Tiền sử gia đình đái tháo đường, thừa cân béo phì, tiền sử sinh con to ($> 4000g$), tiền sử đái tháo đường thai kỳ lần trước.

2. Cận lâm sàng

- Nghiệm pháp dung nạp glucose (OGTT 75g) thực hiện lúc đói ở tuổi thai 24–28 tuần (chẩn đoán xác định khi có $\geq$ 1giá trị vượt ngưỡng: Lúc đói $\geq 5.1mmol/L$, sau 1 giờ $\geq 10.0mmol/L$, sau 2 giờ $\geq 8.5mmol/L$).

- Định lượng HbA1c máu (nếu có điều kiện) để đánh giá kiểm soát đường huyết mạn tính.

- Siêu âm thai định kỳ theo dõi sự phát triển của thai và lượng nước ối.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Đái tháo đường týp 2 chưa được chẩn đoán trước khi mang thai.

- Đái tháo đường thai kỳ đơn thuần.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Kiểm soát đường huyết chặt chẽ về mức sinh lý bình thường nhưng không gây hạ đường huyết cho mẹ.

- Ưu tiên chế độ dinh dưỡng và vận động; sử dụng Insulin khi chế độ ăn không đạt mục tiêu. **Tuyệt đối không dùng các loại thuốc hạ đường huyết đường uống** trong thời gian mang thai (ngoại trừ Metformin trong một số chỉ định đặc biệt có cân nhắc chuyên khoa).

2. Điều trị cụ thể (Thuốc + Liều lượng + Đường dùng)

- Dinh dưỡng và vận động: Chế độ ăn kiểm soát carbohydrate, chia nhỏ bữa ăn (3 bữa chính, 2–3 bữa phụ), hạn chế đường hấp thu nhanh, kết hợp vận động nhẹ nhàng.

- Điều trị bằng Insulin (khi không đạt mục tiêu đường huyết sau 1–2 tuần tiết chế):

+ Sử dụng Insulin hỗn hợp (ví dụ: NovoMix 30, Humalog Mix) hoặc Insulin nền kết hợp Insulin tác dụng nhanh tiêm dưới da theo chỉ định và hướng dẫn của bác sĩ chuyên khoa.

- Theo dõi đường huyết: Tự theo dõi đường huyết mao mạch 4 lần/ngày (lúc đói buổi sáng và sau ăn 1 giờ của 3 bữa chính).

3. Điều trị hỗ trợ

- Theo dõi sát tim thai, lượng nước ối và sự phát triển của thai nhi; chuẩn bị kế hoạch sinh phù hợp khi gần ngày dự sinh.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Đường huyết không kiểm soát được bằng chế độ ăn và Insulin ngoại trú.

- Biến chứng cấp tính: Nhiễm toan ceton do đái tháo đường, hạ đường huyết nặng.

- Thai to, đa ối nặng có nguy cơ biến chứng sản khoa.

- Gần thời điểm dự sinh cần nhập viện để theo dõi đánh giá sức khỏe thai và lập kế hoạch phương pháp sinh (sinh ngả âm đạo hoặc mổ lấy thai).

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Đường huyết của mẹ đã ổn định trong giới hạn mục tiêu điều trị, không còn các biến chứng cấp tính.

- Thai nhi ổn định, sức khỏe tốt.

- Người bệnh đã được hướng dẫn thành thạo cách tự tiêm Insulin, thử đường huyết mao mạch và chế độ ăn tại nhà, có lịch hẹn tái khám sản khoa định kỳ.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Đái tháo đường thai kỳ biến chứng nặng, thai suy, ngôi bất thường, hoặc mẹ có bệnh lý toàn thân phức tạp vượt quá khả năng xử trí của Trung tâm Y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2024). *Quyết định số 1470/QĐ-BYT ngày 29/5/2024 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn quốc gia về sàng lọc và quản lý đái tháo đường thai kỳ"*. Hà Nội.

4. American Diabetes Association (2026). *Standards of Care in Diabetes*.

103. NHIỄM KHUẨN ÂM ĐẠO (N76)

I. ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm khuẩn âm đạo và viêm phụ khoa là các bệnh lý viêm nhiễm đường sinh dục dưới thường gặp ở phụ nữ, đa số điều trị ngoại trú hiệu quả nhưng cần theo dõi biến chứng viêm lan lên trên (viêm phần phụ).

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Khí hư ra nhiều bất thường (về số lượng, màu sắc, mùi hôi), ngứa rát, sưng đỏ hoặc khó chịu vùng âm hộ - âm đạo, tiểu buốt nhẹ khi nước tiểu chạm vào vùng tổn thương.

2. Cận lâm sàng

- Soi tươi / Nhuộm Gram dịch âm đạo (tìm tế bào đặc trưng Clue cells trong nhiễm khuẩn âm đạo, bào tử/sợi nấm *Candida*, hoặc trùng roi *Trichomonas*).

- Đo pH dịch âm đạo (pH > 4.5trong nhiễm khuẩn âm đạo hoặc nhiễm Trichomonas; pH bình thường hoặc acid trong viêm do nấm).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm âm đạo do nấm *Candida*.

- Viêm âm đạo do *Trichomonas*.

- Nhiễm khuẩn âm đạo do vi khuẩn (*Bacterial Vaginosis*).

- Viêm cổ tử cung do lậu/chlamydia.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị đặc hiệu theo đúng tác nhân gây bệnh, kết hợp điều trị đồng thời cho bạn tình (đối với các tác nhân lây truyền qua đường tình dục như *Trichomonas*), giữ vệ sinh vùng kín khô thoáng.

2. Điều trị cụ thể (Thuốc + Liều lượng + Đường dùng)

- Trường hợp nhiễm khuẩn âm đạo / Viêm do Trichomonas:

+ Metronidazol (ví dụ: Metronidazole 0.5g/100ml hoặc viên uống 500mg) uống 1 viên x 2 lần/ngày x 7 ngày (hoặc đặt âm đạo theo phác đồ).

- Trường hợp viêm âm đạo do nấm *Candida*:

+ Fluconazol 150mg uống liều duy nhất 1 viên (có thể lặp lại liều thứ 2 sau 72 giờ nếu nặng). Kết hợp viên đặt âm đạo chứa Clotrimazol (như Wzitamy 200mg) hoặc bôi kem kháng nấm ngoài (như Kezolgen 2%).

- Điều trị hỗ trợ: Vệ sinh vùng kín bằng dung dịch vệ sinh phù hợp, kiêng quan hệ tình dục trong thời gian điều trị.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Thông thường điều trị ngoại trú hiệu quả.

- Nhập viện khi có biến chứng nặng lan lên trên: Viêm phần phụ cấp, viêm vùng chậu cấp tính (PID).

- Sốt cao, đau bụng dưới dữ dội, có khối viêm vùng chậu lớn trên siêu âm (nghi ngờ áp xe vòi trứng - buồng trứng).

- Không đáp ứng với kháng sinh đường uống sau 48–72 giờ.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết ngứa rát, hết khí hư bất thường, kết quả soi tươi dịch âm đạo âm tính với tác nhân gây bệnh sau khi kết thúc đợt điều trị.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Biến chứng áp xe vùng chậu vỡ, viêm phúc mạc chậu vượt quá năng lực điều trị ngoại khoa/nội khoa của Trung tâm Y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2016). *Quyết định số 4128/QĐ-BYT ngày 29/7/2016 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản"*. Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh"*. Hà Nội.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva: WHO.

104. BỆNH HIV/AIDS (B20-B24)

I. ĐẠI CƯƠNG

HIV/AIDS là bệnh nhiễm virus gây suy giảm miễn dịch mắc phải, tiến triển qua nhiều giai đoạn từ nhiễm không triệu chứng đến AIDS với các nhiễm trùng cơ hội, điều trị ARV sớm và tuân thủ tốt giúp người bệnh sống khỏe mạnh lâu dài.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Sốt kéo dài không rõ nguyên nhân, sụt cân nhiều ($> 10\%$ trọng lượng cơ thể), tiêu chảy mạn tính kéo dài.

- Các dấu hiệu nhiễm trùng cơ hội: Nấm miệng (thoral), zona lan tỏa, viêm phổi do *Pneumocystis jirovecii*, lao phổi/ngoài phổi, viêm màng não do *Cryptococcus*.

- Xét nghiệm tế bào miễn dịch CD4 giảm sâu (thường $< 200/mm^3$ở giai đoạn AIDS).

2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm kháng thể kháng HIV (test nhanh/khẳng định theo quy định).

- Định lượng tế bào CD4 và tải lượng virus HIV trong máu định kỳ.

- Các xét nghiệm tầm soát nhiễm trùng cơ hội (X-quang phổi, soi đờm AFB, GeneXpert, nấm, v.v.).

3. Chẩn đoán phân biệt

- Các hội chứng suy giảm miễn dịch nguyên phát hoặc mắc phải khác.

- Nhiễm trùng mạn tính kéo dài do nguyên nhân khác (Lao lan tỏa, ung thư).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị kháng virus ARV sớm cho tất cả người nhiễm HIV không phân biệt số lượng tế bào CD4.

- Tuân thủ điều trị tuyệt đối (đạt trên 95%) để duy trì tải lượng virus dưới ngưỡng phát hiện.

- Dự phòng và điều trị kịp thời các nhiễm trùng cơ hội đi kèm.

2. Điều trị cụ thể (Thuốc + Liều lượng + Đường dùng)

- Phác đồ ARV bậc 1 chuẩn quốc gia: Phác đồ phối hợp 3 thuốc (ví dụ: Tenofovir + Lamivudine + Dolutegravir - TDF + 3TC + DTG) uống 1 viên/ngày theo đơn của cơ sở điều trị HIV/AIDS chuyên khoa (OPC).

- Dự phòng nhiễm trùng cơ hội: Dùng viên Cotrimoxazol dự phòng viêm phổi *Pneumocystis* khi số lượng CD4 thấp theo hướng dẫn quốc gia.

- **Tư vấn tuân thủ:** Hướng dẫn người bệnh uống thuốc đúng giờ, đúng liều và định kỳ kiểm tra tải lượng virus.

3. Điều trị hỗ trợ

- Điều trị triệu chứng (hạ sốt, bù nước điện giải), tư vấn dinh dưỡng cao năng lượng, chăm sóc tâm lý và hỗ trợ tuân thủ điều trị.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Mắc các nhiễm trùng cơ hội nặng (lao nặng, viêm phổi nặng do PCP, viêm màng não do Cryptococcus, nấm lan tỏa).

- Số lượng tế bào CD4 rất thấp ($< 200/mm^3$) kèm theo biểu hiện nhiễm trùng cấp tính toàn thân.

- Sốt cao kéo dài, sụt cân nhanh, tiêu chảy mạn tính gây mất nước, rối loạn điện giải và suy kiệt nặng.

- Cần chẩn đoán và điều trị nội trú phối hợp với khoa Truyền nhiễm.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Các nhiễm trùng cơ hội đã được điều trị ổn định, hết sốt, ăn uống tốt, tổng trạng hồi phục.

- Người bệnh tiếp tục duy trì phác đồ điều trị ARV ngoại trú đều đặn và tái khám theo lịch hẹn của phòng khám chuyên khoa.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

Nhiễm trùng cơ hội nặng nguy kịch, suy đa tạng, hoặc các biến chứng phức tạp vượt quá năng lực điều trị của Trung tâm Y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2021). *Quyết định số 5968/QĐ-BYT ngày 31/12/2021 về việc ban hành "Hướng dẫn điều trị và chăm sóc HIV/AIDS"*. Hà Nội.

4. World Health Organization (2021). *Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach*. Geneva: WHO.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva: WHO.

105. BỆNH LAO (A15-A16)

I. ĐẠI CƯƠNG

Lao là bệnh nhiễm trùng mạn tính do vi khuẩn Mycobacterium tuberculosis gây ra, lây truyền chủ yếu qua đường hô hấp, có thể gây tổn thương ở phổi (thường gặp nhất) hoặc bất kỳ cơ quan nào trong cơ thể. Việt Nam là một trong các quốc gia có gánh nặng bệnh Lao cao, điều trị cần tuân thủ phác đồ chuẩn của Chương trình Chống lao Quốc gia để tránh kháng thuốc.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Ho kéo dài trên 2 tuần (ho khan, ho có đờm hoặc ho ra máu).

- Sốt nhẹ về chiều, đổ mồ hôi trộm ban đêm, mệt mỏi, sụt cân, chán ăn.

- Đau ngực, khó thở (khi có tổn thương màng phổi rộng).

2. Cận lâm sàng

- Chụp X-quang phổi thẳng (phát hiện tổn thương thâm nhiễm, hang lao).

- Xét nghiệm đờm tìm trực kháng acid (AFB) trực tiếp hoặc xét nghiệm sinh học phân tử GeneXpert MTB/RIF.

3. Phân độ / Phân loại

- Lao phổi mới, lao tái phát, lao thất bại điều trị, lao kháng thuốc (theo phân loại của Chương trình Chống lao Quốc gia).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Phối hợp nhiều loại thuốc chống lao (ít nhất 3–4 loại trong giai đoạn tấn công).

- Uống thuốc đúng liều lượng, đúng thời gian (uống 1 lần vào buổi sáng lúc đói).

- Tuân thủ điều trị đủ thời gian theo phác đồ (áp dụng mô hình điều trị trực tiếp có kiểm soát - DOTS).

2. Điều trị cụ thể (Thuốc + Liều lượng + Đường dùng)

- Giai đoạn tấn công (2 tháng): Phối hợp 4 thuốc Rifampicin + Isoniazid + Pyrazinamid + Ethambutol (viên liều cố định FDC - RHZE), uống 1 lần/ngày lúc đói (liều lượng theo cân nặng: 3 viên/ngày cho người từ 38–54kg; 4 viên/ngày cho người từ 55–70kg).

- Giai đoạn duy trì (4 tháng): Phối hợp 2 thuốc Rifampicin + Isoniazid (FDC - RH) uống 1 lần/ngày theo cân nặng.

- Vitamin B6 (Pyridoxin): Uống 25mg/ngày kèm theo để phòng ngừa viêm đa dây thần kinh do Isoniazid.

3. Điều trị hỗ trợ

- Nghỉ ngơi, dinh dưỡng giàu protein và vitamin, hạ sốt, điều trị triệu chứng và theo dõi tác dụng phụ của thuốc lao (chức năng gan).

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Trường hợp lao phổi mới phát hiện có triệu chứng nặng (ho ra máu lượng nhiều, khó thở, sốt cao kéo dài) cần nhập viện đánh giá ban đầu.

- Biến chứng nặng: Tràn dịch, tràn khí màng phổi, suy hô hấp.

- Cần cách ly kiểm soát lây nhiễm lao trong giai đoạn đầu điều trị nếu điều kiện cách ly tại nhà không đảm bảo.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Toàn trạng người bệnh ổn định, hết sốt, hết ho ra máu, các triệu chứng cấp tính được kiểm soát tốt.

- Người bệnh được chuyển về trạm y tế xã / phòng khám quản lý theo mô hình DOTS để tiếp tục uống thuốc dưới sự giám sát trực tiếp.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Lao kháng thuốc (MDR-TB, XDR-TB), ho ra máu tái diễn số lượng lớn không kiểm soát được, hoặc biến chứng suy hô hấp nặng vượt quá khả năng điều trị của Trung tâm Y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2024). *Quyết định số 162/QĐ-BYT ngày 19/01/2024 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh Lao"*. Hà Nội.

4. World Health Organization (2024). *WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 1: prevention - tuberculosis preventive treatment, 2nd ed*. Geneva: WHO.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva: WHO.

106. ÁP XE DA, NHỌT VÀ/ HOẶC (L02)

I. ĐẠI CƯƠNG

Áp xe da, nhọt là các nhiễm trùng da-mô mềm khu trú tạo mủ, thường do tụ cầu vàng gây ra, đa số điều trị hiệu quả bằng rạch dẫn lưu kết hợp kháng sinh, cần đặc biệt thận trọng với tổn thương vùng mặt.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Sưng, nóng, đỏ, đau rõ tại vùng da tổn thương, sau đó mềm ở trung tâm (hình thành ổ mủ/bùng nhùng).

- Có thể kèm sốt, mệt mỏi trong các trường hợp viêm lan rộng.

2. Cận lâm sàng

- Công thức máu (CTM): Bạch cầu tăng cao khi có nhiễm trùng lan rộng.

- Xét nghiệm đường huyết (loại trừ đái tháo đường là yếu tố thuận lợi làm nhiễm trùng tái phát).

- Siêu âm phần mềm xác định giới hạn ổ mủ khi cần thiết.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm mô tế bào (chưa hình thành ổ mủ khu trú).

- Viêm hạch mưng mủ.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Rạch dẫn lưu triệt để ổ mủ khi đã mềm hóa.

- Kháng sinh toàn thân khi có hiện tượng viêm mô tế bào lan rộng hoặc sốt.

***Lưu ý đặc biệt:** Tuyệt đối không nặn, bóp hoặc rạch các đinh nhọt ở vùng "tam giác nguy hiểm" của mặt (gây nguy cơ viêm tắc xoang hang tĩnh mạch não).

2. Điều trị cụ thể (Thuốc + Liều lượng + Đường dùng)

- Thủ thuật rạch dẫn lưu: Thực hiện rạch tháo mủ, bơm rửa sạch ổ áp xe dưới vô khuẩn và gây tê tại chỗ bằng Lidocain 2%.

- Kháng sinh toàn thân (khi có viêm mô tế bào / sốt):

+ Cephalexin 500mg uống 1 viên x 3/4 lần/ngày.

+ Hoặc Amoxicillin - Clavulanic (ví dụ: Vigentin 500/62.5mg) uống 1 viên x 3 lần/ngày x 7 ngày.

- Giảm đau: Paracetamol 500mg uống khi đau nhiều.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Áp xe kích thước lớn, sâu, hoặc ở vị trí nguy hiểm (mặt, cổ, vùng sinh dục) cần rạch dẫn lưu và theo dõi nội trú.

- Kèm sốt cao, dấu hiệu nhiễm trùng lan rộng (viêm mô tế bào nặng, nghi ngờ nhiễm trùng huyết).

- Đinh nhọt ở vùng "tam giác nguy hiểm" của mặt (CẤP CỨU ngoại khoa - nội khoa, tuyệt đối điều trị kháng sinh tĩnh mạch và theo dõi sát).

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Vết rạch áp xe đã tháo hết mủ, bớt sưng đau, đang trong quá trình lên mô hạt lành tốt, không còn sốt.

- Người bệnh được hướng dẫn thay băng, chăm sóc vết thương tại nhà và tái khám theo hẹn.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Biến chứng nặng như nhiễm trùng huyết, viêm tắc xoang hang do nhọt vùng mặt, hoặc ổ áp xe lan rộng vượt quá khả năng ngoại khoa của Trung tâm Y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 75/QĐ-BYT ngày 13/01/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh da liễu"*. Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh"*. Hà Nội.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva: WHO.

107. BỆNH TRĨ (K64)

I. ĐẠI CƯƠNG

Trĩ là tình trạng giãn quá mức các đám rối tĩnh mạch vùng hậu môn-trực tràng, bệnh lý hậu môn phổ biến nhất, biểu hiện chảy máu, sa búi trĩ, có thể biến chứng tắc mạch hoặc sa nghẹt gây đau nhiều.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Đại tiện ra máu đỏ tươi (máu dính trên giấy vệ sinh hoặc nhỏ giọt thành tia).

- Sa búi trĩ khi đi cầu (độ I: không sa; độ II: tự tụt lên được; độ III: phải lấy tay đẩy lên; độ IV: sa thường trực không đẩy lên được).

- Cảm giác cộm vướng, ngứa ngáy vùng hậu môn, hoặc đau nhức nhiều khi có biến chứng tắc mạch / sa nghẹt.

2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm công thức máu (CTM) đánh giá tình trạng thiếu máu nếu chảy máu mạn tính kéo dài.

- Thăm trực tràng và soi hậu môn để đánh giá độ trĩ và loại trừ các tổn thương khác.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Nứt kẽ hậu môn.

- Polyp trực tràng / Ung thư trực tràng (cần nội soi đại trực tràng tầm soát ở người trên 40 tuổi hoặc có chảy máu kéo dài).

- Sa niêm mạc trực tràng.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị nội khoa bảo tồn cho trĩ nội độ I, II và các đợt trĩ cấp.

- Điều chỉnh chế độ ăn uống chống táo bón (tăng chất xơ, uống nhiều nước).

- Chỉ định thủ thuật / phẫu thuật ngoại khoa đối với trĩ độ III, độ IV hoặc trĩ có biến chứng tắc mạch, sa nghẹt.

2. Điều trị cụ thể (Thuốc + Liều lượng + Đường dùng)

- **Thuốc tăng trương lực tĩnh mạch:** Diosmin (ví dụ: Trixovin / Venokern 500mg) uống 2 viên/ngày trong đợt cấp (4–7 ngày), sau đó duy trì theo chỉ định.

- **Thuốc nhuận tràng chống táo bón:** Lactulose (ví dụ: Companity 670mg/ml) 15–30 ml/ngày để làm mềm phân.

- **Thuốc đặt / bôi hậu môn tại chỗ:** Kem hoặc thuốc đạn chứa corticoid kết hợp hoạt chất kháng viêm, giảm đau (như Pesancort / Asosalic) đặt hậu môn 1–2 lần/ngày.

- **Phẫu thuật / Thủ thuật:** Các trường hợp trĩ độ III-IV, trĩ tắc mạch đau nhiều hoặc sa nghẹt không đáp ứng nội khoa -> Chuyển tuyến chuyên khoa để thắt vòng cao su hoặc phẫu thuật cắt trĩ.

3. Điều trị hỗ trợ

- Ngâm hậu môn nước ấm 10–15 phút mỗi ngày, thay đổi lối sống, tránh ngồi lâu hoặc rặn mạnh khi đi đại tiện.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Trĩ tắc mạch cấp tính gây đau đớn dữ dội vùng hậu môn.

- Trĩ sa nghẹt không tự đẩy lên được, có nguy cơ phù nề hoại tử búi trĩ.

- Chảy máu trĩ số lượng nhiều gây thiếu máu cấp tính.

- Trĩ độ III - IV có chỉ định phẫu thuật chương trình.

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Đợt trĩ cấp đã thuyên giảm, hết đau, hết chảy máu, búi trĩ co lên hoặc vết mổ phẫu thuật (nếu có thực hiện tại tuyến) liền tốt, tiêu phân mềm bình thường.

- Người bệnh được hướng dẫn chế độ ăn uống phòng ngừa táo bón và tái khám định kỳ.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Trường hợp trĩ phức tạp cần nội soi tiêu hóa dưới tầm soát nguyên nhân xuất huyết, hoặc cần phẫu thuật cắt trĩ bằng các phương pháp chuyên sâu vượt quá khả năng của Trung tâm Y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2017). *Quyết định số 5730/QĐ-BYT ngày 21/12/2017 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa"*. Hà Nội.

4. American College of Gastroenterology (2023). *Guideline: Management of Patients with Acute Lower Gastrointestinal Bleeding*.

108. SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE (A97)

I. ĐẠI CƯƠNG

Sốt xuất huyết Dengue là bệnh truyền nhiễm cấp tính do virus Dengue lây truyền qua muỗi Aedes, đặc trưng bởi sốt cao đột ngột, có thể tiến triển từ thể nhẹ đến sốc mất huyết tương và xuất huyết nặng. Bệnh lưu hành phổ biến ở khu vực nhiệt đới trong đó có Việt Nam, diễn tiến qua 3 giai đoạn: sốt, nguy hiểm, hồi phục.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Giai đoạn sốt: Sốt cao đột ngột, liên tục 2–7 ngày, đau đầu, đau cơ khớp, nhức hai hố mắt, chán ăn, nghiệm pháp dây thắt dương tính.

- Giai đoạn nguy hiểm (ngày 3–7): Thường có dấu hiệu cảnh báo: Đau bụng nhiều và liên tục, nôn ói nhiều, gan to $> 2cm$, xuất huyết niêm mạc (chảy máu cam, chảy máu chân răng, kinh nguyệt nhiều), li bì hoặc vật vã, tiểu cầu giảm nhanh và Hematocrit (Hct) tăng cao.

- Phân độ theo WHO / Bộ Y tế:

+ Độ I: Sốt kèm dấu hiệu không đặc hiệu, dây thắt dương tính.

+ Độ II: Sốt kèm xuất huyết tự nhiên (da, niêm mạc).

+ Độ III (Sốc còn bù): Dấu hiệu suy tuần hoàn (mạch nhanh nhẹ, huyết áp kẹt hoặc tụt, da lạnh ẩm, bứt rứt).

+ Độ IV (Sốc nặng): Sốc nặng, mạch và huyết áp không đo được.

2. Cận lâm sàng

- Công thức máu (CTM): Bạch cầu thường giảm, tiểu cầu giảm ($< 100.000/\mu L$), Hematocrit tăng cao so với nền hoặc so với bình thường (biểu hiện cô đặc máu).

- Xét nghiệm kháng nguyên NS1 định tính/định lượng (trong những ngày đầu của sốt) hoặc kháng thể IgM/IgG Dengue.

- Siêu âm bụng / X-quang phổi: Phát hiện tràn dịch màng bụng, màng phổi (dấu hiệu thoát huyết tương).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

Chủ yếu điều trị triệu chứng và bù dịch đúng phác đồ theo phân độ lâm sàng. Theo dõi sát công thức máu (Hct, tiểu cầu) trong giai đoạn nguy hiểm (ngày 3–7).

TUYỆT ĐỐI KHÔNG dùng kháng sinh khi chưa có bằng chứng nhiễm khuẩn; hạ sốt chỉ dùng **Paracetamol**, tuyệt đối tránh Aspirin và các thuốc NSAIDs do nguy cơ làm nặng thêm tình trạng xuất huyết.

2. Điều trị cụ thể (Thuốc + Liều lượng + Đường dùng)

- Hạ sốt: Paracetamol (ví dụ: Hapacol / Partamol 500mg) liều 10–15 mg/kg cân nặng/lần, uống cách nhau mỗi 4–6 giờ khi sốt cao ($\geq 38.5°C$).

- Bù dịch đường uống (không có dấu hiệu cảnh báo): Khuyến khích người bệnh uống nhiều oresol, nước trái cây, nước lọc.

- Trường hợp có dấu hiệu cảnh báo: Truyền dịch tĩnh mạch dung dịch đẳng trương (NaCl 0.9% hoặc Ringer Lactat) tốc độ 6–7 ml/kg/giờ trong 1–2 giờ, sau đó giảm dần theo đáp ứng lâm sàng và Hct.

- Trường hợp sốc Dengue (Độ III, IV): Cấp cứu truyền dịch nhanh Ringer Lactat / NaCl 0.9% liều 15–20 ml/kg/giờ trong 1 giờ đầu; đánh giá lại mạch, huyết áp, Hct để điều chỉnh tốc độ dịch truyền. Cân nhắc dùng dung dịch cao phân tử nếu sốc không đáp ứng với dịch tinh thể.

- Truyền tiểu cầu: Chỉ định khi số lượng tiểu cầu giảm rất thấp ($< 5.000/\mu L$) hoặc có kèm xuất huyết nặng.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Có dấu hiệu cảnh báo: Đau bụng nhiều, nôn ói liên tục, xuất huyết niêm mạc đáng kể, gan to $> 2cm$, li bì/vật vã, tiểu cầu giảm nhanh kèm Hct tăng.

- Dấu hiệu sốc (mạch nhanh nhẹ, huyết áp kẹt/tụt, chi lạnh ẩm).

- Tiểu cầu $< 100.000/\mu L$kèm dấu hiệu cảnh báo, hoặc $< 50.000/\mu L$dù chưa có dấu hiệu cảnh báo rõ.

- Người bệnh có cơ địa đặc biệt (phụ nữ mang thai, người cao tuổi, trẻ nhỏ, béo phì, bệnh mạn tính kèm theo).

- Áp dụng tiêu chí xác định tình trạng cấp cứu/cần nhập viện theo Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 của Bộ Y tế.

V. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết sốt ít nhất 24–48 giờ mà không phải dùng thuốc hạ sốt.

- Tổng trạng hồi phục tốt, ăn uống ngon miệng, mạch, huyết áp ổn định.

- Tiểu cầu tăng dần hướng về giới hạn bình thường ($> 50.000/\mu L$), dung tích hồng cầu (Hct) ổn định.

- Không còn dấu hiệu khó thở hoặc tràn dịch màng bụng/màng phổi do thoát huyết tương.

VI. TIÊU CHUẨN CHUYỂN TUYẾN

- Sốc Dengue nặng kéo dài không đáp ứng với bù dịch, xuất huyết nặng (xuất huyết tiêu hóa ồ ạt, xuất huyết não), suy tạng (suy gan, suy thận cấp) vượt quá năng lực hồi sức cấp cứu của Trung tâm Y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*. Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*. Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2023). *Quyết định số 2760/QĐ-BYT ngày 04/7/2023 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị sốt xuất huyết Dengue"*. Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 1493/QĐ-BYT ngày 22/4/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hồi sức tích cực"*. Hà Nội.

5. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva: WHO.

TÀI LIỆU THAM KHẢO CHUẨN CỦA CÁC CHUYÊN KHOA

I. TÀI LIỆU TIẾNG VIỆT

1. Quyết định chuyên môn của Bộ Y tế (Phác đồ điều trị và Hướng dẫn kỹ thuật hiện hành)

(1) Bộ Y tế (2012). *Quyết định số 1003/QĐ-BYT ngày 30/3/2012 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh tay chân miệng".*

(2) Bộ Y tế (2014). *Quyết định số 361/QĐ-BYT ngày 25/01/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp".*

(3) Bộ Y tế (2014). *Quyết định số 3879/QĐ-BYT ngày 30/9/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội tiết - chuyển hóa".*

(4) Bộ Y tế (2014). *Quyết định số 4673/QĐ-BYT ngày 10/11/2014 về việc phê duyệt tài liệu hướng dẫn chuyên môn "Chăm sóc thiết yếu bà mẹ, trẻ sơ sinh trong và ngay sau đẻ".*

(5) Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 75/QĐ-BYT ngày 13/01/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh da liễu".*

(6) Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh".*

(7) Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 1493/QĐ-BYT ngày 22/4/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hồi sức tích cực".*

(8) Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 07/8/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em".*

(9) Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 5642/QĐ-BYT ngày 31/12/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh truyền nhiễm".*

(10) Bộ Y tế (2015). *Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai Mũi Họng".*

(11) Bộ Y tế (2016). *Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 04/3/2016 của Cục Quản lý Khám, chữa bệnh về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Gây mê hồi sức".*

(12) Bộ Y tế (2016). *Quyết định số 4128/QĐ-BYT ngày 29/7/2016 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản".*

(13) Bộ Y tế (2017). *Quyết định số 5730/QĐ-BYT ngày 21/12/2017 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa".*

(14) Bộ Y tế (2019). *Quyết định số 3310/QĐ-BYT ngày 29/7/2019 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh viêm gan vi rút B".*

(15) Bộ Y tế (2020). *Quyết định số 1314/QĐ-BYT ngày 24/3/2020 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh lao".*

(16) Bộ Y tế (2020). *Quyết định số 1851/QĐ-BYT ngày 24/4/2020 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị hen phế quản người lớn và trẻ em từ 12 tuổi trở lên".*

(17) Bộ Y tế (2020). *Quyết định số 4815/QĐ-BYT ngày 20/11/2020 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn".*

(18) Bộ Y tế (2020). *Quyết định số 5331/QĐ-BYT ngày 23/12/2020 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí đột quỵ não".*

(19) Bộ Y tế (2020). *Quyết định số 5481/QĐ-BYT ngày 30/12/2020 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2"*.

(20) Bộ Y tế (2021). *Quyết định số 5968/QĐ-BYT ngày 31/12/2021 về việc ban hành "Hướng dẫn điều trị và chăm sóc HIV/AIDS"*.

(21) Bộ Y tế (2022). *Quyết định số 1857/QĐ-BYT ngày 05/7/2022 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị suy tim cấp và mạn"*.

(22) Bộ Y tế (2023). *Quyết định số 2671/QĐ-BYT ngày 26/6/2023 về việc ban hành "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19"*.

(23) Bộ Y tế (2023). *Quyết định số 2760/QĐ-BYT ngày 04/7/2023 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị sốt xuất huyết Dengue"*.

(24) Bộ Y tế (2024). *Quyết định số 162/QĐ-BYT ngày 19/01/2024 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh Lao"*.

(25) Bộ Y tế (2024). *Quyết định số 1470/QĐ-BYT ngày 29/5/2024 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn quốc gia về sàng lọc và quản lý đái tháo đường thai kỳ"*.

(26) Bộ Y tế (2024). *Quyết định số 1760/QĐ-BYT ngày 21/6/2024 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 1 ở trẻ em và thanh thiếu niên"*.

(27) Bộ Y tế (2024). *Quyết định số 2388/QĐ-BYT ngày 12/8/2024 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh thận mạn và một số bệnh lý thận"*.

(28) Bộ Y tế (2025). *Quyết định số 1840/QĐ-BYT ngày 03/6/2025 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị cúm mùa"*.

(29) Bộ Y tế (2025). *Quyết định số 3510/QĐ-BYT ngày 11/11/2025 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh thần kinh đái tháo đường"*.

(30) Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 79/QĐ-BYT ngày 09/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chỉ định nhập viện đối với người bệnh trong tình trạng cấp cứu"*.

(31) Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 298/QĐ-BYT ngày 29/01/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản - Nội dung chăm sóc sức khỏe tình dục"*.

(32) Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 1098/QĐ-BYT ngày 21/4/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn Quốc gia các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản về nội dung Chảy máu sản khoa"*.

(33) Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 1269/QĐ-BYT ngày 06/5/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về chăm sóc và điều trị sơ sinh - Tập 1"*.

(34) Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 1505/QĐ-BYT ngày 25/5/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh do vi rút Ebola"*.

(35) Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 1849/QĐ-BYT ngày 23/6/2026 về việc ban hành tài liệu hướng dẫn kỹ thuật mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*.

(36) Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 2131/QĐ-BYT ngày 14/7/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính"*.

(37) Bộ Y tế (2026). *Quyết định số 2147/QĐ-BYT ngày 15/7/2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn"*.

2. Thông tư của Bộ Y tế

(1) Bộ Y tế (2017). *Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ*.

(2) Bộ Y tế (2026). *Thông tư số 06/2026/TT-BYT ngày 02/4/2026 quy định về mã hóa bệnh tật, nguyên nhân tử vong theo ICD-10*.

3. Khuyến cáo của các Hội Y học Chuyên khoa Việt Nam

(1) Hội Tiết niệu - Thận học Việt Nam & Hội Hồi sức Cấp cứu và Chống độc Việt Nam (2026). *Khuyến cáo chẩn đoán và điều trị tăng kali máu*.

(2) Hội Tim mạch học Việt Nam (2022). *Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị suy tim cấp và suy tim mạn*.

(3) Hội Tim mạch học Việt Nam (2023). *Khuyến cáo về chẩn đoán và xử trí Hội chứng vành cấp*.

(4) Hội Tim mạch học Việt Nam - Phân hội Tăng huyết áp Việt Nam (2024). *Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp*.

(5) Hội Hô hấp Việt Nam (2025). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn*.

II. TÀI LIỆU VÀ HƯỚNG DẪN QUỐC TẾ (FOREIGN / INTERNATIONAL GUIDELINES)

1. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO)

(1) World Health Organization (2013). *Pocket Book of Hospital Care for Children: Guidelines for the Management of Common Childhood Illnesses*, 2nd edition. Geneva: WHO.

(2) World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), Version 2019*. Geneva: WHO.

(3) World Health Organization (2021). *Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach*. Geneva: WHO.

(4) World Health Organization (2024). *WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 1: prevention - tuberculosis preventive treatment*, 2nd ed. Geneva: WHO.

2. Hiệp hội Tim mạch & Cấp cứu Quốc tế (AHA, ESC, ERC, ILCOR)

(1) American Heart Association (2020). *Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care*.

(2) American Heart Association (2025). *AHA Guidelines Update for CPR and ECC*. Dallas (TX): AHA.

(3) American Heart Association / American Stroke Association (2024). *Guideline for the Management of Acute Ischemic Stroke*.

(4) European Resuscitation Council (2025). *European Resuscitation Council Guidelines 2025*. Resuscitation.

(5) European Society of Cardiology (2021). *Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure*.

PHỤ LỤC
RÀ SOÁT MÃ ICD-10 (3 KÝ TỰ) THEO THÔNG TƯ 06

Kết quả rà soát Bộ Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị: tổng 151 mã 3 ký tự đang sử dụng, trong đó 127 mã bắt buộc mở rộng ≥ 4 ký tự và 24 mã là mã tận cùng hợp lệ. Bảng dưới liệt kê các mã cần mở rộng; mã 4 ký tự đề nghị chỉ mang tính gợi ý, phải đối chiếu Phụ lục Thông tư 06 (icd.kcb.vn) trước khi nạp vào HIS.

Mã 3 ký tự	Mã ≥4 ký tự đề nghị	Tên bệnh (định hướng)
A03	A03.9	Lỵ trực khuẩn
A04	A04.9	Nhiễm khuẩn đường ruột do vi khuẩn khác
A09	A09.9	Tiêu chảy/viêm dạ dày ruột nhiễm khuẩn
A15	A15.0	Lao hô hấp có bằng chứng vi khuẩn/mô học
A16	A16.2	Lao hô hấp không có bằng chứng
A19	A19.9	Lao kê
A40	A40.9	Nhiễm khuẩn huyết do liên cầu
B01	B01.9	Thủy đậu
B02	B02.9	Zona (Herpes zoster)
B05	B05.9	Sởi
B17	B17.9	Viêm gan virus cấp khác
B20	B20.9	Bệnh do HIV gây bệnh nhiễm trùng/KST
B26	B26.9	Quai bị
B90	B90.9	Di chứng lao
D21	D21.9	U lành mô liên kết/mô mềm
D23	D23.9	U lành khác của da
D25	D25.9	U cơ trơn tử cung

Mã 3 ký tự	Mã ≥4 ký tự đề nghị	Tên bệnh (định hướng)
D49	D49.9	U chưa rõ tính chất
D50	D50.9	Thiếu máu thiếu sắt
E10	E10.9	Đái tháo đường típ 1
E11	E11.9	Đái tháo đường típ 2
E44	E44.0	Suy dinh dưỡng năng lượng-protein vừa/nhẹ
E78	E78.5	Rối loạn chuyển hóa lipoprotein
G00	G00.9	Viêm màng não do vi khuẩn
G03	G03.9	Viêm màng não do nguyên nhân khác/không xác định
G40	G40.9	Động kinh
G47	G47.9	Rối loạn giấc ngủ
G51	G51.0	Rối loạn dây thần kinh mặt (liệt Bell)
H00	H00.0	Lẹo/chắp
H10	H10.9	Viêm kết mạc
H11	H11.9	Rối loạn khác của kết mạc
H65	H65.9	Viêm tai giữa không mủ
H81	H81.0	Rối loạn chức năng tiền đình (Meniere)
I15	I15.9	Tăng huyết áp thứ phát
I16	I16.9	Cơn tăng huyết áp
I21	I21.9	Nhồi máu cơ tim cấp
I22	I22.9	Nhồi máu cơ tim tái phát

Mã 3 ký tự	Mã ≥4 ký tự đề nghị	Tên bệnh (định hướng)
I25	I25.9	Bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn
I48	I48.9	Rung nhĩ và cuồng nhĩ
I50	I50.9	Suy tim
I60	I60.9	Xuất huyết dưới nhện
I69	I69.4	Di chứng bệnh mạch máu não
I83	I83.9	Giãn tĩnh mạch chi dưới
J01	J01.9	Viêm xoang cấp
J02	J02.9	Viêm họng cấp
J03	J03.9	Viêm amidan cấp
J12	J12.9	Viêm phổi do virus
J15	J15.9	Viêm phổi do vi khuẩn khác
J18	J18.9	Viêm phổi, không xác định tác nhân
J20	J20.9	Viêm phế quản cấp
J31	J31.0	Viêm mũi/họng/thanh quản mạn
J44	J44.9	Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính
J45	J45.9	Hen phế quản
J47	J47.9	Giãn phế quản
J93	J93.9	Tràn khí màng phổi
K02	K02.9	Sâu răng
K25	K25.9	Loét dạ dày

Mã 3 ký tự	Mã ≥4 ký tự đề nghị	Tên bệnh (định hướng)
K27	K27.9	Loét dạ dày-tá tràng, vị trí không xác định
K29	K29.7	Viêm dạ dày và tá tràng
K35	K35.8	Viêm ruột thừa cấp
K40	K40.9	Thoát vị bẹn
K52	K52.9	Viêm dạ dày ruột và đại tràng không nhiễm khuẩn
K56	K56.6	Tắc ruột/liệt ruột
K60	K60.3	Nứt và rò hậu môn-trực tràng
K64	K64.9	Trĩ
K73	K73.9	Viêm gan mạn khác
K80	K80.2	Sỏi mật
K81	K81.9	Viêm túi mật
K85	K85.9	Viêm tụy cấp
L01	L01.0	Chốc (Impetigo)
L02	L02.9	Áp xe da/nhọt/nhọt cụm
L03	L03.9	Viêm mô tế bào
L08	L08.9	Nhiễm trùng tại chỗ khác của da
L23	L23.9	Viêm da tiếp xúc dị ứng
L50	L50.9	Mày đay
M06	M06.9	Viêm khớp dạng thấp khác
M10	M10.9	Gút (Gout)

Mã 3 ký tự	Mã ≥4 ký tự đề nghị	Tên bệnh (định hướng)
M15	M15.9	Thoái hóa đa khớp
M17	M17.9	Thoái hóa khớp gối
M19	M19.9	Thoái hóa khớp khác
M47	M47.9	Thoái hóa cột sống
M50	M50.9	Bệnh đĩa đệm cột sống cổ
M76	M76.9	Bệnh lý điểm bám gân chi dưới
M81	M81.9	Loãng xương không gãy xương
N00	N00.9	Hội chứng viêm cầu thận cấp
N04	N04.9	Hội chứng thận hư
N18	N18.9	Bệnh thận mạn
N20	N20.9	Sỏi thận và niệu quản
N30	N30.9	Viêm bàng quang
N40	N40.9	Tăng sản (phì đại) tuyến tiền liệt
N52	N52.9	Rối loạn cương dương
N70	N70.9	Viêm vòi trứng và buồng trứng
N75	N75.9	Bệnh tuyến Bartholin
N76	N76.9	Viêm âm đạo/âm hộ khác
N83	N83.9	Bệnh không viêm của buồng trứng/vòi trứng
N92	N92.6	Kinh nguyệt nhiều/không đều
N94	N94.9	Đau và tình trạng khác cơ quan SD nữ

Mã 3 ký tự	Mã ≥4 ký tự đề nghị	Tên bệnh (định hướng)
O00	O00.9	Chửa ngoài tử cung
O03	O03.9	Sẩy thai tự nhiên
O15	O15.9	Sản giật
O20	O20.9	Xuất huyết đầu thai kỳ
O24	O24.9	Đái tháo đường trong thai kỳ
O30	O30.9	Đa thai
O32	O32.9	Chăm sóc mẹ do ngôi thai bất thường
O42	O42.9	Ối vỡ non
O44	O44.1	Rau tiền đạo
O45	O45.9	Rau bong non
O47	O47.9	Chuyển dạ giả
O60	O60.1	Chuyển dạ và đẻ non
O62	O62.9	Bất thường của cơn co tử cung
O68	O68.9	Chuyển dạ có suy thai (đối chiếu Phụ lục)
O72	O72.1	Băng huyết sau đẻ
P52	P52.9	Xuất huyết nội sọ không do chấn thương ở sơ sinh
P59	P59.9	Vàng da sơ sinh do nguyên nhân khác
R50	R50.9	Sốt không rõ nguyên nhân
R56	R56.8	Co giật, không phân loại nơi khác
S06	S06.9	Chấn thương nội sọ (cần ký tự thứ 4 và thứ 5)

Mã 3 ký tự	Mã ≥4 ký tự đề nghị	Tên bệnh (định hướng)
S32	S32.8	Gãy cột sống thắt lưng và khung chậu
S42	S42.9	Gãy vùng vai và cánh tay
S52	S52.9	Gãy cẳng tay
S72	S72.9	Gãy xương đùi
S82	S82.9	Gãy cẳng chân, kể cả cổ chân
S83	S83.6	Trật/bong gân khớp gối
T20	T20.0	Bỏng/ăn mòn vùng đầu-cổ
T25	T25.0	Bỏng/ăn mòn vùng cổ chân-bàn chân
T26	T26.4	Bỏng/ăn mòn khu trú ở mắt
Z34	Z34.9	Giám sát thai nghén bình thường