

SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH
BỆNH VIỆN QUẬN 1



PHIẾU TÓM TẮT THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ



NĂM 2024
LƯU HÀNH NỘI BỘ

MỤC LỤC

MỤC LỤC.....	1
HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG PHIẾU TÓM TẮT THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ.....	2
KHOA HỒI SỨC CẤP CỨU TÍCH CỰC VÀ CHỐNG ĐỘC	3
1. BỆNH VIÊM RUỘT	4
2. BỆNH PHỔI TẮC NGHỀN MÃN TÍNH.....	6
3. CƠN ĐAU QUẢN THẬN.....	7
4. HẠ KALI MÁU	9
5. ĐỢT CẤP HEN PHẾ QUẢN	10
6. NGỘ ĐỘC BENZODIAZEPIN.....	11
7. NGỘ ĐỘC PARACETAMOL	12
KHOA NỘI TỔNG HỢP.....	13
8. VIÊM PHỔI.....	14
9. ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2.....	15
10. TĂNG HUYẾT ÁP.....	16
11. VIÊM LOÉT DẠ DÀY – TÁ TRÀNG.....	17
12. VIÊM TỤY CẤP	18
KHOA LIÊN CHUYÊN KHOA	19
13. PHẪU THUẬT CẮT AMIDAN BẰNG COBLATOR.....	20
14. BỆNH ĐỤC THỂ THỦY TINH (CƯỜM KHÔ).....	21
15. RĂNG KHÔN MỌC LỆCH	23
16. NHỎ RĂNG THÔNG THƯỜNG.....	24
17. ĐIỀU TRỊ RĂNG VIÊM TỤY CẤP	25
KHOA PHỤ SẢN	26
18. BỆNH U BUỒNG TRÚNG.....	27
19. SAU SINH MỒ.....	28
20. U XƠ TỬ CUNG	29
21. THAI NGOÀI TỬ CUNG	30
KHOA NGOẠI TỔNG HỢP.....	31
22. VIÊM RUỘT THỪA CẤP.....	32

HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG PHIẾU TÓM TẮT THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ

1. Phiếu tóm tắt thông tin điều trị là gì?

Phiếu tóm tắt thông tin điều trị giúp cho người bệnh theo dõi và cùng tham gia vào quá trình điều trị với bác sĩ và nhân viên y tế

Phiếu tóm tắt thông tin điều trị được xây dựng cho một bệnh xác định. Thiết kế theo dạng tờ rơi trên 1 tờ giấy khổ A4 (1 trang hoặc 2 trang). Các thông tin chính được rút ra từ phác đồ điều trị của bệnh viện. Nội dung bao gồm định nghĩa, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán, hướng điều trị, biến chứng, chăm sóc, phòng ngừa. Phiếu được viết tóm tắt, sắp xếp dễ hiểu, dễ đọc với người bệnh dưới dạng danh mục các đầu việc chính, gạch đầu dòng hoặc bảng kiểm.

2. Làm thế nào để có phiếu tóm tắt thông tin điều trị?

Hỏi nhân viên y tế để được phát, tư vấn hướng dẫn sử dụng

Tải từ Website của bệnh viện

Quét mã QR code tại góc truyền thông mỗi khoa.

3. Sử dụng phiếu tóm tắt thông tin như thế nào?

Thông qua phiếu tóm tắt thông tin điều trị người bệnh có thể biết được và tự theo dõi được quá trình điều trị. Dựa trên các mục đã được đánh dấu, người bệnh có thể biết được các hoạt động thăm khám, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, nội soi, thăm dò chức năng, thủ thuật, phẫu thuật, phương pháp điều trị, loại thuốc điều trị... đã thực hiện hoặc dự kiến thực hiện.

Từ việc theo dõi này, người bệnh có thể hỏi nhân viên y tế lý do chưa nhận được dịch vụ y tế trong phiếu tóm tắt và tiến trình điều trị đang đến giai đoạn nào. Phiếu có tích hợp thêm các hướng dẫn, khuyến cáo tóm tắt về chế độ dinh dưỡng, phòng tránh tái phát, biến chứng của bệnh và các vấn đề cần lưu ý khác, giúp việc điều trị, chăm sóc hiệu quả hơn.

Phiếu được phát cho người bệnh mà không cần dán vào hồ sơ bệnh án./.

PHÒNG KẾ HOẠCH TỔNG HỢP

KHOA HỒI SỨC CẤP CỨU TÍCH CỰC VÀ CHỐNG ĐỘC

	BỆNH VIỆN QUẬN 1 KHOA HỒI SỨC CẤP CỨU TÍCH CỰC VÀ CHỐNG ĐỘC	PHIẾU TÓM TẮT THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ
BỆNH VIÊM RUỘT		
Định nghĩa	Bệnh viêm ruột (IBD), bao gồm Bệnh Crohn và viêm đại tràng thể loét, là một tình trạng tái phát và thuyên giảm, đặc trưng bởi tình trạng viêm mạn tính tại các vị trí khác nhau trong đường tiêu hóa, dẫn đến tiêu chảy và đau bụng.	
Triệu chứng lâm sàng	Viêm đường ruột xuất hiện với các triệu chứng khác nhau tùy thuộc vào mức độ nghiêm trọng và vị trí tổn thương. Một số dấu hiệu điển hình phải kể đến gồm: - Tiêu chảy - Mệt mỏi. - Đau bụng. - Xuất hiện máu trong phân. - Chán ăn. - Sút cân bất thường. * Các triệu chứng hiếm gặp hơn bao gồm: - Sốt - Ngứa, đỏ, đau mắt - Đau khớp - Buồn nôn và nôn - Phát ban da và lở loét (loét)	
Cận lâm sàng	1. Xét nghiệm ▪ Xét nghiệm đánh giá thiếu máu hoặc nhiễm trùng. ▪ Xét nghiệm phân 2. Nội soi 3. Chẩn đoán hình ảnh ▪ Chụp X-quang ▪ Chụp cắt lớp vi tính (CT) ▪ Chụp cộng hưởng từ (MRI)	
Chẩn đoán	Dựa vào các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng nêu trên.	
Điều trị	Chăm sóc hỗ trợ Axit 5-aminosalicylic Corticosteroid Thuốc điều hòa miễn dịch Thuốc sinh học (thuốc kháng cytokine) Thuốc phân tử nhỏ (ví dụ: thuốc ức chế Janus kinase, thuốc điều biến thụ thể sphingosine 1-phosphate [S1P]) Đôi khi là kháng sinh (ví dụ: metronidazole, ciprofloxacin) và lợi khuẩn	
Chăm sóc, dinh dưỡng và theo dõi	Hầu hết bệnh nhân và gia đình đều quan tâm đến chế độ ăn kiêng và kiểm soát căng thẳng. Mặc dù có những báo cáo đơn lẻ về cải thiện lâm sàng đối với một số chế độ ăn, bao gồm cả chế độ hạn chế carbohydrate nghiêm ngặt, các thử nghiệm có đối chứng không cho thấy lợi ích nhất quán. Kiểm soát căng thẳng có thể có hữu ích.	

Phòng ngừa	Hiện nay, chưa có phương pháp phòng ngừa bệnh viêm ruột. Dưới đây là một số giải pháp hữu ích có thể giúp kiểm soát triệu chứng mà người bệnh nên thực hiện: ▪ Ăn các bữa nhỏ cách nhau 2 – 4 giờ. ▪ Kiểm soát căng thẳng bằng cách thiền, tập thái cực quyền, yoga, nghe nhạc... ▪ Duy trì ngủ đủ giấc và hoạt động thể chất đều đặn. ▪ Tránh tiêu thụ các loại thực phẩm có thể gây kích thích đường ruột điển hình là sữa, thức ăn nhiều gia vị, thức ăn nhiều dầu mỡ... ▪ Hạn chế tiêu thụ thức uống chứa cồn, caffeine, gas... ▪ Luôn uống nhiều nước mỗi ngày. ▪ Từ bỏ thói quen hút thuốc lá.
-------------------	---

	BỆNH VIỆN QUẬN 1 KHOA HỒI SỨC CẤP CỨU TÍCH CỰC VÀ CHỐNG ĐỘC	PHIẾU TÓM TẮT THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ
BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MÃN TÍNH		
Định nghĩa	Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính(COPD) đặc trưng bởi sự tắc nghẽn đường dẫn khí tiến triển dần và không hồi phục hoàn toàn.	
Triệu chứng lâm sàng	Khó thở, ho, có đờm Lồng ngực ứ khí, khoảng gian sườn giãn rộng, co kéo cơ hô hấp phụ Phổi ran rít ran ngáy	
Cận lâm sàng	Công thức máu, ion đồ, Ure, Creatine, AST, ALT, Glucose X-Quang phổi, ECG, hô hấp ký Các xét nghiệm khác	
Chẩn đoán	Tiền sử bệnh: hen phế quản, COPD, hút thuốc lá, dị ứng Các triệu chứng lâm sàng Tiếp xúc với yếu tố nguy cơ Gia đình có người bị COPD Hô hấp ký	
Điều trị	Điều trị không dung thuốc: Giảm tiếp xúc với yếu tố nguy cơ Tập phục hồi chức năng hô hấp Vận động Điều trị dùng thuốc: Dẫn phế quản: đồng vận beta2, thuốc kháng cholinergic, theophyllin Corticoid Oxy liệu pháp	
Biến chứng	Suy hô hấp	
Chăm sóc và theo dõi	Chăm sóc tùy mức độ	
Dinh dưỡng	Dinh dưỡng hợp lý	
Phòng ngừa	Giảm tiếp xúc với yếu tố nguy cơ, điều trị bệnh nền, vận động	

	BỆNH VIỆN QUẬN 1 KHOA HỒI SỨC CẤP CỨU TÍCH CỰC VÀ CHỐNG ĐỘC	PHIẾU TÓM TẮT THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ
CƠN ĐAU QUẬN THẬN		
Định nghĩa	CĐQT là một cơn đau xuất hiện đột ngột, xuất phát ở vùng hố thận, cường độ dữ dội, không có tư thế giảm đau. Đau lan xuyên ra phía trước, lan xuống vùng bẹn – sinh dục cùng bên. Kèm theo có thể tiểu máu đại thể, buồn nôn, trướng bụng.	
Triệu chứng lâm sàng	Cơn đau quận thận có thể xuất hiện đột ngột hoặc sau những cơn đau nhẹ ở vùng hông. Đau kéo dài từ vài phút đến vài giờ. Cơn đau thường dữ dội và không có tư thế giảm đau hiệu quả. Lúc đầu, đau khu trú ở vùng sườn thắt lưng, sau đó lan ra trước xuống vùng bẹn, hố chậu hay vùng cơ quan sinh dục ngoài tùy vào vị trí tắc nghẽn. Bệnh nhân thường có thêm các triệu chứng khác như chướng bụng, nôn mửa. Ngoài ra, cũng có thể kèm theo các biểu hiện của rối loạn đường tiểu như đái buốt, đái máu, đái nhiều lần. Cơn đau có thể chấm dứt đột ngột, sau đó là đau âm ỉ vùng lưng, hông.	
Cận lâm sàng	Xét nghiệm Tổng phân tích nước tiểu Tổng phân tích tế bào máu. Chẩn đoán hình ảnh: Siêu âm Chụp X-Quang hệ niệu có thuốc cản quang (UIH) CT SCAN Chụp bể thận niệu quản	
Chẩn đoán	Chẩn đoán xác định Cơn đau quận vùng mạng sườn một bên. Xét nghiệm nước tiểu thường xuất hiện hồng cầu niệu. Chụp bụng hệ tiết niệu, siêu âm hệ tiết niệu hoặc chụp CT không cản quang hệ tiết niệu có sỏi niệu quản. Chẩn đoán phân biệt Viêm ruột thừa: Sốt nhẹ, không có đái máu. Vỡ phình động mạch chủ bụng: Tăng huyết áp, đái tháo đường, khối phồng đập theo mạch, tiếng thổi,... Nhồi máu thận: Cơ địa bệnh lý tắc mạch như rung nhĩ, suy tim, rối loạn mỡ máu... chụp cắt lớp có thuốc cản quang giúp chẩn đoán xác định. Thai ngoài tử cung vỡ: Chậm kinh, ra máu âm đạo, test thai dương tính, siêu âm xác định khối vỡ. Tắc ruột cấp: Nôn, bí trung đại tiện, bụng chướng, chụp X-quang bụng không chuẩn bị có mức nước – mức hơi, không đái máu.	
Điều trị	Giảm đau Dùng thuốc giảm đau chống viêm không steroid: indomethacin 100mg đặt hậu môn hoặc Piroxicam (Feldene) 20mg tiêm bắp .	

	Perfalgan 1g truyền tĩnh mạch. Thuốc chống co thắt: Buscopan 10mg tiêm tĩnh mạch x 3 lần/ngày. Nếu không đỡ đau, morphin 5mg tiêm tĩnh mạch, nhắc lại sau 10 phút nếu còn đau. Thuốc kháng sinh: Nếu sốt hoặc bạch cầu niệu hoặc nghi ngờ nhiễm khuẩn tiết niệu: dùng ciprofloxacin 200mg tĩnh mạch 2 lợ/ngày. Hoặc norfloxacin (2 viên/ngày, chia 2 lần). Hoặc ceftriaxon 1g tĩnh mạch 2 lần/ngày nếu bệnh nhân có chống chỉ định với quinolon.
Biến chứng	Suy thận, viêm thận bên thận,...
Chăm sóc và theo dõi	Hướng dẫn cách chăm sóc và theo dõi bệnh nhân

	BỆNH VIỆN QUẬN 1 KHOA HỒI SỨC CẤP CỨU TÍCH CỤC VÀ CHỐNG ĐỘC	PHIẾU TÓM TẮT THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ
HẠ KALI MÁU		
Định nghĩa	Hạ kali máu là nồng độ kali huyết thanh $< 3,5 \text{ mEq/L}$ ($< 3,5 \text{ mmol/L}$) gây ra bởi sự thiếu hụt trong tổng lượng kali cơ thể hoặc sự di chuyển bất thường của kali vào trong tế bào.	
Triệu chứng lâm sàng	Hạ kali máu nhẹ thường không triệu chứng, triệu chứng xuất hiện nếu $K < 3 \text{ mEq/l}$. K máu giảm càng nhanh, triệu chứng càng rõ. Thần kinh-cơ: Yếu cơ, chuột rút, liệt ruột, táo bón. Khi $K < 2 \text{ mEq/l}$: ly giải cơ, liệt tiến triển, giảm thông khí do yếu cơ hô hấp. Tim mạch: ECG Hạ [K] mức độ trung bình : T dẹt, đảo ngược, ST chênh xuống, sóng U cao $> 1\text{mm}$ Hạ [K] mức độ nặng: điện thế thấp, PR dài, QRS dẫn rộng, QT kéo dài Rối loạn nhịp: nếu kèm theo hạ Mg, TMCT...	
Cận lâm sàng	Điện giải đồ ECG	
Chẩn đoán	Hạ kali máu khi $K < 3.5 \text{ mEq/l}$ Mức độ:Nhẹ: $3 - 3.5 \text{ mEq/l}$ Trung bình: $2.5 - 3 \text{ mEq/l}$ Nặng: $< 2.5 \text{ mEq/l}$	
Điều trị	1. Bù kali nếu thiếu thật sự và điều trị nguyên nhân – Tầm soát hạ Mg máu 2.Ước tính lượng Kali thiếu 3.Nếu ECG thay đổi hoặc có triệu chứng : bù đường tĩnh mạch 4.Nếu ECG không thay đổi hoặc không triệu chứng: bù đường uống. heo dôi [K] thường xuyên trong lúc điều trị	
Chăm sóc và theo dõi	Theo dõi [K] thường xuyên trong lúc điều trị	
Phòng ngừa	Bù kali hàng ngày là không cần thiết ở hầu hết các bệnh nhân dùng thuốc lợi tiểu. Tuy nhiên, kali huyết thanh nên được theo dõi trong khi dùng lợi tiểu khi nguy cơ hạ kali máu hoặc các biến chứng là cao. Nguy cơ cao ở bệnh nhân giảm chức năng tâm thất trái. Bệnh nhân dùng digoxin Bệnh nhân đái tháo đường (người có nồng độ insulin dao động) Bệnh nhân hen phế quản đang sử dụng thuốc chủ vận beta 2 Triamterene 100mg uống một lần/ngày hoặc spironolactone 25mg uống 4 lần /ngày không làm tăng bài tiết kali và có thể hữu ích ở những bệnh nhân bị hạ kali máu nhưng phải dùng thuốc lợi tiểu. Khi xuất hiện hạ kali máu, cần bổ sung kali, thường là kali clorid uống.	

	BỆNH VIỆN QUẬN 1 KHOA HỒI SỨC CẤP CỨU TÍCH CỰC VÀ CHỐNG ĐỘC	PHIẾU TÓM TẮT THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ
ĐỢT CẤP HEN PHẾ QUẢN		
Định nghĩa	Hen phế quản (HPQ) là bệnh viêm mạn tính niêm mạc phế quản làm tăng phản ứng của phế quản với nhiều tác nhân kích thích dẫn tới co thắt lan tỏa cơ trơn phế quản.	
Triệu chứng lâm sàng	Thở khô khè, khó thở, nặng ngực và ho Đợt cấp HPQ là sự nặng lên của các triệu chứng khó thở, ho, khô khè, nặng ngực và giảm chức năng thông khí phổi	
Cận lâm sàng	Khí máu động mạch Đo chức năng hô hấp X-Quang ngực Các xét nghiệm khác	
Chẩn đoán	Tiền sử bệnh: hen phế quản, COPD, dị ứng Lâm sàng biểu hiện khó thở, ho, khô khè, nặng ngực và giảm chức năng thông khí phổi Xét nghiệm: Hô hấp ký, Khí máu động mạch, Xquang ngực	
Điều trị	Cơn nhẹ: Điều trị cắt cơn bằng đồng vận beta2 dạng khí dung MDI Cơn trung bình: Khí dung đồng vận beta2, corticoid Cơn hen nặng và ác tính: khí dung đồng vận beta2, oxy liệu pháp, đường truyền tĩnh mạch, corticoid toàn thân, berodual	
Biến chứng	Suy hô hấp	
Chăm sóc và theo dõi	Chăm sóc cấp 1	
Dinh dưỡng	Dinh dưỡng hợp lý	
Phòng ngừa	Điều trị bệnh nền, thói quen sinh hoạt, bỏ hút thuốc	

	BỆNH VIỆN QUẬN 1 KHOA HỒI SỨC CẤP CỨU TÍCH CỰC VÀ CHỐNG ĐỘC	PHIẾU TÓM TẮT THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ
NGỘ ĐỘC BENZODIAZEPIN		
Định nghĩa	Benzodiazepin là thuốc có tác dụng: giải lo âu an thần, mềm cơ, chống co giật. Liều cao có tác dụng gây ngủ. Nhóm benzodiazepine gồm nhiều các thuốc như: Diazepam, Midazolam, Alprazolam, Lorazepam...	
Triệu chứng lâm sàng	Nhẹ: Rối loạn ý thức nhẹ, mơ màng, ngủ gà, nói líu lười Trung bình: Rối loạn ý thức trung bình, mất điều hòa, tụt huyết áp, hạ thân nhiệt Nặng: hôn mê, suy hô hấp, nhịp tim chậm	
Cận lâm sàng	TPTTBM, ure, creatinin, điện giải đồ, AST, ALT, khí máu động mạch	
Chẩn đoán	- Hỏi bệnh: phát hiện bệnh nhân có hoàn cảnh sử dụng thuốc hoặc có ý định tự tử, có vỏ thuốc, mất thuốc trong hộp thuốc gia đình... - Test Anexat bệnh nhân đáp ứng tốt cho phép chẩn đoán xác định ngộ độc cấp benzodiazepin. - Quyết định chẩn đoán là xét nghiệm độc chất: tìm thấy benzodiazepin trong nước tiểu, dịch dạ dày hoặc trực tiếp trong máu	
Điều trị	Đảm bảo hô hấp Hạn chế hấp thu: + Gây nôn nếu đến sớm, tỉnh hoàn toàn + Nếu đã có rối loạn ý thức: rửa dạ dày sau khi đặt nội khí quản có bóng chèn, với lượng nước rửa tối đa từ 3-5 lít. + Than hoạt 20- 40 g, uống một lần kèm thuốc tẩy + Thuốc tẩy Sorbitol: 20- 40 g. + Thuốc giải độc đặc hiệu: Flumazenil ống 0,5mg	
Biến chứng	Suy hô hấp Viêm phổi Sặc phổi Hạ đường huyết Hạ thân nhiệt Co giật do thiếu oxy	
Chăm sóc và theo dõi	Chăm sóc cấp 1	
Dinh dưỡng	Chế độ dinh dưỡng hợp lý	
Phòng ngừa	Quản lý thuốc gia đình tránh xa tầm với trẻ em và những người không làm chủ được hành vi Điều trị hết ngộ độc, khám tư vấn điều trị chuyên khoa sức khỏe tâm thần	

	BỆNH VIỆN QUẬN 1 KHOA HỒI SỨC CẤP CỨU TÍCH CỰC VÀ CHỐNG ĐỘC	PHIẾU TÓM TẮT THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ
NGỘ ĐỘC PARACETAMOL		
Định nghĩa	Paracetamol là thuốc giảm đau, hạ sốt, khi dùng quá liều phần lớn thuốc được hấp thu trong vòng 2 giờ, nồng độ đạt đỉnh sau uống là 4 giờ. 90% paracetamol được chuyển hóa ở gan, khi bị ngộ độc gây tổn thương gan.	
Triệu chứng lâm sàng	Giai đoạn 1 (trước 24 giờ): có thể gặp buồn nôn, nôn Giai đoạn 2(1-3 ngày): khó chịu hoặc đau hạ sườn phải, men gan tăng cao, rối loạn đông máu, tăng bilirubin máu và suy thận. Giai đoạn 3 (từ 3-4 ngày): suy gan tối cấp, toan chuyển hóa nặng kèm theo tăng lactat. Giai đoạn 4 (từ ngày 5- 2 tuần): giai đoạn hồi phục, cấu trúc và chức năng gan dần trở về bình thường.	
Cận lâm sàng	- TPTTBM, ure, creatinin, điện giải đồ, AST, ALT, đông máu cơ bản, tổng phân tích nước tiểu, bilan viêm gan virus. - Định tính paracetamol trong dịch dạ dày, nước tiểu. Định lượng nồng độ paracetamol máu	
Chẩn đoán	Dựa vào hỏi bệnh: bệnh nhân có uống paracetamol với liều ngộ độc Lâm sàng biểu hiện 4 giai đoạn Xét nghiệm: có tăng AST, ALT , có rối loạn đông máu, toan chuyển hóa	
Điều trị	Các biện pháp hồi sức A,B,C Loại bỏ chất độc: rửa dạ dày, than hoạt đơn liều N- acetylcystein (NAC)	
Biến chứng	Suy gan thận nặng, bệnh não gan, suy đa tạng và tử vong	
Chăm sóc và theo dõi	Chăm sóc cấp 1	
Dinh dưỡng	Dinh dưỡng hợp lý	
Phòng ngừa	Không nên uống paracetamol quá 3g/ ngày. Bệnh nhân có yếu tố nguy cơ không nên tự dùng paracetamol. Tránh không dùng nhiều loại biệt dược có cùng paracetamol	

KHOA NỘI TỔNG HỢP

	BỆNH VIỆN QUẬN 1 KHOA NỘI TỔNG HỢP	PHIẾU TÓM TẮT THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ
VIÊM PHỔI		
Định nghĩa	Viêm phổi là tình trạng nhiễm trùng cấp tính của nhu mô phổi bao gồm: phế nang và mô kẽ, có thể ảnh hưởng toàn bộ thùy, phân thùy, phế nang tiếp cận phế quản hay tổ chức mô kẽ.	
Triệu chứng lâm sàng	- Sốt cao ± rét run - Ho khan lúc đầu, sau đó đàm đục, xanh, vàng... - Có thể kèm đau ngực kiểu màng phổi - Khó thở ± - Triệu chứng ngoài phổi: đau đầu, đau cơ, mệt mỏi, đau họng, buồn nôn, tiêu chảy. - Lú lẫn mất định hướng ở người già	
Cận lâm sàng	- Công thức máu, ion đồ, AST, ALT, đường huyết, BUN, Creatinin, CRP - X-quang tim phổi: thẳng – nghiêng Khi cần: - Khí máu động mạch. - Cây đàm - Cây máu 02 mẫu trước khi điều trị kháng sinh	
Chẩn đoán	Viêm phổi: - Cộng đồng - Viêm phổi bệnh viện.	
Điều trị	- Cefotaxime 1 - 2 g/8 giờ, ceftriaxone 1 - 2g ngày, hoặc ampi/sulbactam 1,5 - 3g/6 giờ Ertapenem 1g/ngày + Macrolide uống/tiêm hoặc doxycycline - Cefotaxime 1 - 2g/8 giờ, ceftriaxone 1 - 2 g/ngày hoặc ampi/sulbactam 1,5 - 3 g/6 giờ + Hoặc Macrolide tiêm mạch (azithromycin 500mg/ngày) hoặc fluoroquinolone tiêm mạch (levofloxacin 750 mg/ngày, Moxifloxacin 400 mg/ngày - Cefepime 2g/8 giờ, imipenem 500mg/6 giờ, meropenem 1g/8 giờ, piperacillin/tazobactam 4,5 g/6 giờ) cộng với quinolone (ciprofloxacin 400mg/8 giờ hoặc levofloxacin 750 mg) Hoặc cộng với aminoglycoside tiêm mạch, cộng với hoặc macrolide tiêm mạch hoặc fluoquinolone	
Biến chứng	Suy hô hấp Nhiễm trùng huyết Suy gan, suy thận cấp,..	
Chăm sóc và theo dõi	Lau mát khi sốt Nằm đầu cao khi có khó thở Vỗ lưng Vệ sinh răng miệng	
Dinh dưỡng	Thức ăn mềm, dễ tiêu, hấp luộc; tránh dầu mỡ, thức ăn nguội	
Phòng ngừa	Giữ ấm khi ra ngoài Tiêm ngừa ở người cao tuổi, người có bệnh nền: tang HA, tiểu đường, dùng corticoids kéo dài, ung thư,...	



**BỆNH VIỆN QUẬN 1
KHOA NỘI TỔNG HỢP**

**PHIẾU TÓM TẮT
THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ**

ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2

Định nghĩa	Đái tháo đường là bệnh chuyển hóa đặc trưng bởi tình trạng tăng glucose máu mạn tính do các khiếm khuyết tiết insulin, khiếm khuyết tác động của insulin hoặc cả hai. Tăng glucose máu mạn tính của đái tháo đường kèm tổn thương và rối loạn chức năng của các cơ quan khác nhau, đặc biệt: mắt, thận, thần kinh, tim và mạch máu.
Triệu chứng lâm sàng	- Mỏi mệt, ăn nhiều, uống nhiều, tiểu nhiều, sụt cân,... - Ngày nay đôi khi tình cờ phát hiện đi khám vì bị nhiễm trùng (viêm phổi, nhiễm trùng tiểu, nhiễm trùng da,...)
Cận lâm sàng	- Đường huyết trước ăn (thử đường máu trước ăn sáng trên 09 tiếng) $\geq 7\text{mmol/L}$ (126mg/dL) - $\text{HbA1c} \geq 6,5\%$ - Test dung nạp 75 gam đường ≥ 11.1 (200mg/dL) - Đường huyết thử bất kỳ trong ngày $\geq 11,1\text{mmol/L}$ (200mg/dL)
Chẩn đoán	Đái tháo đường típ 2
Điều trị	- Không dùng thuốc: + Ăn, uống đúng cách: kiểm soát chất bột đường, đúng giờ, không bỏ bữa, ăn lành, phân bổ bữa ăn hợp lý,... + Thể dục đều, phù hợp bệnh đồng mắc khác, phù hợp tuổi tác và sở thích, ... - Dùng thuốc: + Thuốc uống mỗi ngày + Thuốc tiêm khi có chỉ định: Insuline, ức chế GLP-1
Biến chứng	Có 2 nhóm biến chứng: cấp và mạn - Biến chứng cấp: Hôn mê có thể do hạ đường huyết hoặc tăng đường huyết - Biến chứng mạn: + Mạch máu nhỏ: Bệnh thận mạn (nhẹ đến nặng- chạy thận, mắt (mù), thần kinh-bàn chân đái tháo đường. + Mạch máu lớn: gây xơ vữa mạch máu đưa đến tăng huyết áp, nhồi máu cơ tim, tai biến mạch máu não,...
Chăm sóc và theo dõi	- Chăm sóc: Ăn giảm chất bột đường, tăng cường chất xơ, kiêng mỡ, lòng, da động vật - Theo dõi đường máu trước ăn (sáng sớm), sau ăn 2 giờ - Điều chỉnh cân nặng phù hợp chiều cao-BMI # 20 - 23
Dinh dưỡng	- Giảm chất bột đường, củ, quả, hạt: ăn gạo lứt tốt hơn gạo trắng, nấu khô tốt hơn nhão; cháo, bún, phở đều hạn chế,... - Đạm: ăn thịt nạc, cá, hải sản - Rau xanh ăn không hạn chế
Phòng ngừa	- Ăn uống đều độ sao cho cân nặng và chiều cao hợp lý, đạt BMI: 20 - 23 - Tập thể dục thường xuyên: Mỗi ngày tập ít nhất 30 phút, mỗi tuần nghỉ không quá 2 ngày

	BỆNH VIỆN QUẬN 1 KHOA NỘI TỔNG HỢP	PHIẾU TÓM TẮT THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ
TĂNG HUYẾT ÁP		
Định nghĩa	THA (tăng huyết áp/bệnh nhân ≥ 18 tuổi) khi: - HA tâm thu $>140\text{mmHg}$ /Hoặc HA tâm trương $> 90\text{mmHg}$ /hoặc cả hai	
Triệu chứng lâm sàng	Đau đầu, đặc biệt đau vùng chẩm, thái dương, chóng mặt, buồn nôn, nôn, nhìn mờ, nặng ngực,...	
Cận lâm sàng	Xét nghiệm thường qui, ECG, siêu âm tim, mỡ máu,...	
Chẩn đoán	Tăng huyết áp các giai đoạn, tăng huyết áp khẩn trương, tăng huyết áp cấp cứu,...	
Điều trị	02 phần: 1. Không dung thuốc: ăn giảm mặn và thể dục 2. Dùng thuốc: - Dùng thuốc liên tục theo hướng dẫn bác sĩ - Dùng 1 thuốc, 2 thuốc, 3 thuốc,... tùy nhóm tuổi, HA, bệnh đồng mắc,...	
Biến chứng	Có 02 nhóm biến chứng: Biến chứng cấp: Nhồi máu cơ tim, tai biến mạch máu não, vỡ động mạch chủ,... Biến chứng mạn: Suy tim, suy thận, suy não (dễ quên), mờ mắt,...	
Chăm sóc và theo dõi	Theo dõi: Cần đo HA thường xuyên, đo khi có triệu chứng khó chịu Chăm sóc: Quan sát người bệnh có bất thường: ăn bị sặc, đi không vững, nói ngọng,...	
Dinh dưỡng	Ăn hạn chế mặn, cũ mỡ, lòng, da động vật Hạn chế đồ chiên xào, thức ăn đóng hộp, ăn nhiều đồ hấp luộc	
Phòng ngừa	Thể dục đều, đủ (ngày tập trên 30 phút; tuần ≥ 05 buổi) Ăn hạn chế mặn, mỡ Khám sức khỏe định kỳ, hoặc khi có bất thường trong người (đau đầu, chóng, khó chịu vùng ngực,...) Giữ cân nặng hợp lý – BMI: 20 - 23	



**BỆNH VIỆN QUẬN 1
KHOA NỘI TỔNG HỢP**

**PHIẾU TÓM TẮT
THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ**

VIÊM LOÉT DẠ DÀY – TÁ TRÀNG

Định nghĩa	- Viêm sung huyết vùng niêm mạc trên bề mặt dạ dày-tá tràng - Loét dạ dày - tá tràng: là tổn thương gây khuyết lớp niêm mạc dạ dày - tá tràng với độ sâu ít nhất là đến lớp dưới niêm mạc - Nhiễm Helicobacter pylori
Triệu chứng lâm sàng	- Không có triệu chứng - Đau thượng vị thường gặp nhất - Đau xuất hiện 3 - 4 giờ sau khi ăn hoặc đau vào đêm. Đau kiểu nóng ran. Đau ở thượng vị lan ra sau lưng về phía bên phải, thường kèm thêm ợ chua,...
Cận lâm sàng	Xét nghiệm máu thường qui, siêu âm bụng,.. Nội soi xác định chính xác
Chẩn đoán	Viêm, sung huyết, loét... có thể có HP(+), xuất huyết,...
Điều trị	Không dùng thuốc: + Kiêng rượu bia, thuốc lá, thức ăn có nhiều gia vị chua cay; mỡ, + Nên dùng thức ăn dễ tiêu, chia nhiều bữa (4-5 bữa/ngày), thức ăn mềm Dùng thuốc: + Thuốc ức chế bơm proton + Thuốc trung hòa acid (Antacid) + bảo vệ niêm mạc + Kháng sinh khi có HP(+)
Biến chứng	Ăn uống kém → suy dinh dưỡng Thủng dạ dày Hẹp môn vị Xuất huyết dạ dày Viêm họng, viêm tai, viêm não,... Ung thư dạ dày,...
Chăm sóc và theo dõi	Theo dõi: Các triệu chứng như: đau, ợ chua, ợ hơi hết hay còn; bị buồn nôn, nôn; nôn ra màu đỏ, đen? Chăm sóc: Ăn uống chia nhiều bữa, đúng giờ, thức ăn mềm,...
Dinh dưỡng	Thức ăn tránh tổn thương niêm mạc dạ dày, thức ăn cũ, để nguội, không dầu mỡ; thức ăn mềm, ấm, dễ tiêu
Phòng ngừa	Tránh stress, dùng thuốc hợp lý theo hướng dẫn, đặc biệt nhóm thuốc trị cơ-xương-khớp Khám chuyên khoa khi có triệu chứng

	BỆNH VIỆN QUẬN 1 KHOA NỘI TỔNG HỢP	PHIẾU TÓM TẮT THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ
VIÊM TỤY CẤP		
Định nghĩa	Là bệnh cấp tính của tụy, đau thượng vị tăng amylase máu	
Triệu chứng lâm sàng	Tiền sử: Sau bữa ăn thịnh soạn, đặc biệt những món chưa từng ăn, sỏi mật, uống nhiều rượu, phẫu thuật, thuốc,... Triệu chứng: + Đau thượng vị đột ngột, lan ra sau lưng + Nôn, sau nôn vẫn không bớt đau + Sốt vừa đến cao + Chướng bụng, + Sốc,....	
Cận lâm sàng	Amylase máu tăng, siêu âm có thể có sỏi túi mật, tụy to, có dịch quanh tụy (+/-); CTscan bụng có giá trị chẩn đoán cao	
Chẩn đoán	Có 02 thể: - Thể nhẹ-vừa: tổn thương mô tụy giới hạn - Thể hoại tử: phản ứng viêm lan rộng, xuất huyết mô tụy và xung quanh, hoại tử	
Điều trị	Đặt sone dạ dày khi có chướng hơi Bù dịch thích hợp Giảm đau: giãn cơ,... Morphin Anti H2, PPI, atropine, kháng sinh,... Phẫu thuật khi có biến chứng nặng,...	
Biến chứng	Hoại tử nhiễm trùng, áp xe tụy, nang giả tụy, nhiễm trùng, xẹp phổi,...	
Chăm sóc và theo dõi	Theo dõi: tình trạng đau bụng, dịch dạ dày qua sonde,... Chăm sóc: hỗ trợ lau mát, vệ sinh thân thể giai đoạn đau bụng, tránh để khô môi dẫn đến chảy máu, nhiễm trùng,...	
Dinh dưỡng	Nuôi ăn qua đường tĩnh mạch giai đoạn còn đau; khi hết đau cho uống nước đường, súp sữa dần đến thức ăn loãng, mềm,...	
Phòng ngừa	Ăn uống đều độ, tránh ăn nhiều món lạ lần đầu, không dùng nhiều rượu-bia	

KHOA LIÊN CHUYÊN KHOA

	BỆNH VIỆN QUẬN 1 KHOA LIÊN CHUYÊN KHOA	PHIẾU TÓM TẮT THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ
PHẪU THUẬT CẮT AMIDAN BẰNG COBLATOR		
Định nghĩa	Cắt amidan bằng Coblator là phương pháp dùng sóng năng lượng tần số radio cao tần để phá hủy mô amidan.	
Triệu chứng lâm sàng	Nuốt vướng, đau họng, đau lan lên tai, hơi thở hôi, thỉnh thoảng có ho và khàn tiếng, trẻ em có thở khò khè, ngủ ngáy to. Khám: Bề mặt amidan có nhiều khe và hốc, amidan to như hai hạt hạnh nhân (thể quá phát), amidan nhỏ, mặt gồ ghề, lỗ chỗ, ấn vào amidan có thể thấy phòi mủ hôi ở các hốc (thể xơ teo).	
Cận lâm sàng	Bộ xét nghiệm tiền phẫu: CTM, Glucose máu, TPTNT, TQ, TCK, HIV Ag/Ab Test nhanh, Nhóm máu hệ ABO/Rh, Chức năng Gan (AST, ALT), Chức năng Thận (Creatinine), ECG, X-Quang ngực thẳng.	
Chẩn đoán	Chỉ định phẫu thuật: – Amidan có nhiều đợt viêm cấp: 5 đợt/1 năm, trong 2 năm liên. – Amidan quá to ảnh hưởng tới chức năng: thở, ăn, phát âm. – Amidan viêm mạn tiềm tàng. Đã có biến chứng tại chỗ, gần và xa.	
Điều trị	– Tư thế + Người bệnh nằm ngửa, đầu cao 15-20° so với ngực. + Máy Coblator II và dụng cụ mổ đặt bên phải của người bệnh. + Máy gây mê đặt bên trái của người bệnh. + Phẫu thuật viên và trợ thủ viên đứng hoặc ngồi phía trên đầu của người bệnh. – Vô cảm Gây mê toàn thân. Thì 1: Đặt banh miệng tự hãm. Thì 2: Dùng đầu dò chuyên dụng cắt amidan bằng nhiệt vừa tưới nước và hút dịch cùng với mảnh vụn, đồng thời đốt các điểm chảy máu. Thì 3: Kiểm tra lại hốc amidan đã cắt.	
Biến chứng	Chảy máu, Đau, Mất nước, Sụt cân, Sốt, Tắc nghẽn đường thở sau phẫu thuật, Amidan còn sót lại sau cắt, Chấn thương tâm lý, chứng hoảng sợ về đêm, hoặc trầm cảm.	
Chăm sóc và theo dõi	Người bệnh không được la hét lớn và nằm viện thêm nửa ngày để theo dõi. Người bệnh có thể về nhà trong ngày làm việc và học tập trở lại bình thường sau một tuần.	
Dinh dưỡng	Kiêng các thức ăn cứng, nóng, chua, cay. Nên ăn các thức ăn: lỏng, nguội, mềm trong vòng 15 ngày đầu để tránh chảy máu sau mổ.	
Phòng ngừa	Hạn chế tiếp xúc các yếu tố gây viêm amidan như: môi trường ô nhiễm, sử dụng thuốc lá, rượu bia thường xuyên, tiếp xúc hóa chất.	

	BỆNH VIỆN QUẬN 1 KHOA LIÊN CHUYÊN KHOA	PHIẾU TÓM TẮT THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ
BỆNH ĐỤC THỂ THỦY TINH (CUỜM KHÔ)		
Bệnh đục thể thủy tinh là gì?	Đục thể thủy tinh là hiện tượng đục mờ thể thủy tinh. Do lão hóa hoặc do một số nguyên nhân khác, các chất protein bên trong thủy tinh thể sẽ kết đám, thể thủy tinh trở nên xơ cứng và trở nên đục.	
Nguyên nhân gây bệnh	Các nguyên nhân chính gây đục thể thủy tinh: do tuổi, bệnh lý, chấn thương, bẩm sinh.	
Những yếu tố nguy cơ của bệnh	- Môi trường sống ô nhiễm nhiều tia tử ngoại, khói bụi, vi khuẩn... - Mắc các bệnh về mắt tái đi tái lại nhiều lần: viêm giác mạc, viêm kết mạc, chấn thương mắt, khô mắt... - Mắc các bệnh mạn tính như: tiểu đường, tăng huyết áp, béo phì, bệnh về mắt... - Tác dụng phụ của một số thuốc như corticoid, thuốc hạ mỡ máu, thuốc chống loạn nhịp tim, thuốc trầm cảm... - Dinh dưỡng kém, suy giảm miễn dịch nên không bổ sung được đầy đủ dưỡng chất cho mắt. - Dùng quá nhiều chất kích thích như: bia rượu, thuốc lá... - Tiếp xúc nhiều với các xạ ion hóa được sử dụng trong X-quang và xạ trị ung thư	
Biểu hiện thường gặp của bệnh	Triệu chứng chủ quan: - Nhìn mờ dần, cảm giác như có màn sương trước mắt, không đau nhức. - Nhìn đôi, nhìn thấy 2 hình do ánh sáng đi qua thể thủy tinh bị tán xạ. - Xuất hiện chấm đen hoặc vệt đen trước mắt (hiện tượng ruồi bay). - Tăng nhạy cảm với ánh sáng (chói sáng, đặc biệt vào buổi tối). - Mỏi mắt khi đọc sách báo quá lâu, phải thay đổi kính gọng thường xuyên. - Giảm độ nhạy màu sắc, hình ảnh trở nên vàng hơn. Dấu hiệu thực thể: - Thị lực giảm tùy thuộc mức độ đục của thể thủy tinh. - Ánh hồng đồng tử giảm, ánh đồng tử trắng tùy theo sự tiến triển của thể thủy tinh. - Nhãn áp cao do đục thể thủy tinh phòng. - Không quan sát rõ hoặc không quan sát được đáy mắt bằng đèn soi đáy mắt hoặc chụp đáy mắt không huỳnh quang. - Khám mắt bằng đèn khe sinh hiển vi với đồng tử được dẫn bằng thuốc: ghi nhận nhiều hình thái đục thể thủy tinh như đục nhân, đục võ, đục dưới bao sau; xác định độ cứng nhân.	
Biến chứng	- Trong mổ: Xuất huyết dưới võng mạc, kẹt tổ chức nội nhân vào vết mổ (xuất huyết hắc mạc - rất hiếm và gây mất thị lực không thể phục hồi), kẹt dịch kính qua mép mổ, rơi mảnh nhân vào buồng dịch kính, bong mép mổ, bong nội mô giác mạc và màng Descemet. - Trong tuần đầu tiên: Viêm nội nhân (nhiễm trùng bên trong mắt - rất hiếm và có thể dẫn đến mù không hồi phục) và glôcôm	

	- Trong tháng thứ nhất: Phù hoàng điểm - Vài tháng sau: Bệnh giác mạc bong (phù giác mạc do mất bù nội mô), bong võng mạc, và đục bao sau (phổ biến nhưng có thể điều trị bằng laser).
Các xét nghiệm cần làm	- Xét nghiệm tiền phẫu (tổng phân tích tế bào máu; TQ, TCK hoặc TS, TC; định lượng glucose, điện tâm đồ...) - Đo khúc xạ máy - Đo công suất thể thủy tinh nhân tạo bằng siêu âm - Đo nhãn áp
Hướng điều trị	- Phẫu thuật tán nhuyễn thủy tinh thể bằng siêu âm (Phaco) và đặt thủy tinh thể nhân tạo
Chế độ theo dõi và phòng ngừa	- Tái khám sau 1 ngày, 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng. - Theo dõi hậu phẫu sớm (1 tháng đầu): thị lực, nhãn áp, tình trạng giác mạc, vết mổ, vị trí kính nội nhãn. - Theo dõi hậu phẫu muộn: thị lực, nhãn áp, khúc xạ, vị trí kính nội nhãn, tình trạng màng bồ đào, đáy mắt.

	BỆNH VIỆN QUẬN 1 KHOA LIÊN CHUYÊN KHOA	PHIẾU TÓM TẮT THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ
RĂNG KHÔN MỌC LỆCH		
Định nghĩa	Là tình trạng mọc bất thường về trục, hướng và vị trí của răng khôn → không có chức năng ăn nhai và có thể gây biến chứng	
Triệu chứng lâm sàng	Răng lệch trục Răng khôn hàm dưới lệch gần hoặc lệch má Răng khôn hàm trên thường lệch phía ngoài Răng có thể bị kẹt, mặt nhai răng khôn có thể không chạm mặt phẳng cắn Thường có tổn thương sâu cổ răng ở mặt xa răng hàm lớn thứ hai Bệnh nhân khó há miệng nhẹ, ăn nhai đau...	
Cận lâm sàng	Phim X quang: phim quanh chóp, Panorama, hàm dưới chếch, Conebeam CT... Có hình ảnh răng mọc lệch trục, hướng và vị trí	
Chẩn đoán	Răng khôn mọc lệch luôn có các biểu hiện trên lâm sàng và X quang rõ rệt	
Điều trị	Răng khôn lệch không có biến chứng Vô cảm Tạo vạt nếu cần Mở xương bộc lộ răng nếu cần Cắt thân răng, và chia cắt chân răng nếu cần Lấy răng ra khỏi huyết ổ răng bằng dụng cụ thích hợp Kiểm soát huyết ổ răng Khâu phục hồi niêm mạc hoặc cắn gạc cầm máu Dùng kháng sinh, chống viêm, giảm đau nếu cần Răng khôn lệch đã có biến chứng Điều trị biến chứng viêm quanh thân răng cấp hoặc nhiễm trùng khác: + Kháng sinh toàn thân + Bơm rửa túi quanh răng và chăm sóc tại chỗ khác... Sau khi hết giai đoạn nhiễm trùng cấp tính thì điều trị nhổ răng khôn lệch theo các bước đã trình bày ở trên	
Biến chứng	Viêm quanh thân răng cấp Tổn thương răng hàm lớn thứ hai Áp xe vùng má, áp xe vùng cơ cắn, áp xe vùng dưới hàm, áp xe quanh hàm ngoài... Viêm tấy tỏa lan vùng hàm mặt Nhiễm trùng huyết	
Chăm sóc và theo dõi	Cắn chặt gạc 30 phút Không khạc nhổ Không súc nước muối Tái khám khi thấy bất thường Vệ sinh răng miệng, chải răng nhẹ nhàng	
Dinh dưỡng	Ăn thức ăn mềm, nguội	
Phòng ngừa	Khám răng miệng định kỳ để phát hiện sớm và điều trị kịp thời	

	BỆNH VIỆN QUẬN 1 KHOA LIÊN CHUYÊN KHOA	PHIẾU TÓM TẮT THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ
NHỔ RĂNG THÔNG THƯỜNG		
Định nghĩa	Là việc nhổ răng và chân răng mất chức năng, có vị trí và cấu trúc giải phẫu răng và vùng liên quan bình thường .	
Triệu chứng lâm sàng	Các răng, chân răng mất chức năng răng nhiễm trùng, vỡ lớn không thể phục hồi được Nhổ răng theo yêu cầu phục hình, chỉnh hình	
Cận lâm sàng	Phim X quang: phim quanh chóp, Panorama, xét nghiệm máu nếu cần	
Chẩn đoán	Răng hoặc chân răng nhiễm trùng, vỡ lớn không thể phục hồi được	
Điều trị	Khám và làm bệnh án Làm các cận lâm sàng cần thiết: X_Quang, xét nghiệm máu nếu cần Gây tê tại chỗ hoặc gây tê vùng Nhổ răng (nạy, kềm) Nạo, khâu (nếu chảy máu) Cắn gạc + toa thuốc	
Biến chứng	Viêm quanh thân răng cấp Tổn thương răng kế bên Áp xe vùng má, áp xe vùng cơ cắn, áp xe vùng dưới hàm, áp xe quanh hàm ngoài... Viêm mô tế bào Nhiễm trùng huyết	
Chăm sóc và theo dõi	Cắn chặt gạc 30 phút Không khạc nhổ Không súc nước muối Tái khám khi thấy bất thường Vệ sinh răng miệng, chải răng nhẹ nhàng	
Dinh dưỡng	Ăn thức ăn mềm, nguội	
Phòng ngừa	Khám răng miệng định kỳ để phát hiện sớm và điều trị kịp thời	

	BỆNH VIỆN QUẬN 1 KHOA LIÊN CHUYÊN KHOA	PHIẾU TÓM TẮT THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ
ĐIỀU TRỊ RĂNG VIÊM TỦY CẤP		
Định nghĩa	Viêm tủy cấp là tình trạng tổn thương nhiễm trùng mô tủy răng, làm tăng áp lực trong tủy, chèn ép vào thần kinh gây ra triệu chứng đau và tổn thương mô tủy	
Triệu chứng lâm sàng	Nhạy cảm với nóng lạnh, không khí Kéo dài vài giây/ vài chục giây sau khi loại bỏ kích thích Đau tự nhiên, theo từng cơn, thời gian đau có thể kéo dài nhiều giờ Thường đau lan lên nửa đầu, nửa mặt cùng bên, khó xác định chính xác răng đau Đau khi có kích thích, hết kích thích vẫn còn đau	
Cận lâm sàng	Xquang: có biểu hiện tổn thương mô cứng Thử tủy nhạy cảm (+)	
Chẩn đoán	Dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng	
Điều trị	Lấy tủy Trám bít hệ thống ống tủy bằng gutta percha nguội Phục hồi phần mất chất ở thân răng	
Biến chứng	Có thể có: - Đau nhẹ sau điều trị lấy tủy từ 1 – 2 ngày - Áp-xe chân răng - Gãy ngang, gãy dọc răng	
Chăm sóc và theo dõi	Tái khám định kỳ mỗi 06 tháng Chụp X-quang kiểm tra mỗi năm	
Dinh dưỡng	Ăn nhai mềm, tránh thức ăn cứng	
Phòng ngừa	Tránh thay đổi nhiệt độ đột ngột (đang ăn thức ăn nóng chuyển ngay sang thức ăn lạnh) Chải răng theo phương pháp Bass cải tiến Lấy cao răng	

KHOA PHỤ SẢN

	BỆNH VIỆN QUẬN 1 KHOA PHỤ SẢN	PHIẾU TÓM TẮT THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ
BỆNH U BUỒNG TRÚNG		
Định nghĩa	Bất kỳ tăng sinh nào ở buồng trứng sẽ tạo u buồng trứng	
Triệu chứng lâm sàng	Diễn tiến sinh tồn: Mạch, huyết áp Tình trạng bụng: Đau, đề kháng Khám âm đạo – trực tràng: Khám tử cung, 02 phần phụ và các túi cùng. Khám nội khoa	
Cận lâm sàng	Huyết học, nhóm máu, đông máu Sinh hóa máu: Đường huyết, AST, ALT, Ure, Creatinine, AFP, BhCG, ROMA Test Tổng phân tích nước tiểu ECG Xquang phổi Siêu âm phụ khoa PAP'S VDRL, HbsAg, HIV Siêu âm tim nếu ECG bất thường hay bệnh nhân trên 50 tuổi. CTScan hay MRI khi cần Soi cổ tử cung	
Chẩn đoán	Khám lâm sàng: khám bụng, khám vùng chậu Cận lâm sàng: siêu âm, CT, MRI	
Điều trị	- Xác định chẩn đoán - Tư vấn điều trị: Khi đã chẩn đoán u nang thực thể nên mổ cắt u sớm. + Đối với người trẻ: Bóc u, bảo tồn chức năng sinh sản. Đối với người mãn kinh: Cắt cả hai phần phụ. + U nang nhầy: Cắt phần phụ để tránh tái phát. + Nghi ngờ ung thư: Lấy dịch túi cùng Douglas làm tế bào + cắt phần phụ có u và sinh thiết buồng trứng đối diện. + Ngoại khoa: nội soi hay mổ hở, nếu nội soi thất bại sẽ chuyển sang mổ hở, nằm viện 5-7 ngày. - Ổn định tình trạng nội khoa - Xét nghiệm chuẩn bị lên lịch mổ chương trình khi có chỉ định.	
Chăm sóc và theo dõi	- Chăm sóc cấp 3 - Theo dõi các triệu chứng: Sốt, đau phần phụ, đau vùng bụng dưới, Các triệu chứng bất thường khác. - Gặp bác sỹ khi tư vấn quyết định mang thai	
Dinh dưỡng	Ngày đầu ăn cháo, sau đó ăn cơm.	



BỆNH VIỆN QUẬN 1
KHOA PHỤ SẢN

PHIẾU TÓM TẮT
THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ

SAU SINH MỔ

Triệu chứng lâm sàng	- Đánh giá tình trạng mất máu cấp, xuất huyết nội , chảy máu thành bụng + Da, niêm mạc; + Dấu sinh tồn: M, Thân nhiệt, HA, Nhịp thở + Bảng VM ., gò TC , lượng nước tiểu - Đánh giá băng huyết sau sinh: +Dấu hiệu ra máu âm đạo nhiều, máu tươi, máu cục , đờ TC - Dấu hiệu choáng: Tay chân lạnh, vã mồ hôi, tim đập nhanh, da niêm nhợt, HA tụt, kẹt... - Đánh giá tình trạng bé sản dịch, nhiễm trùng hậu phẫu
Cận lâm sàng	- TPTTB máu : nếu mất máu > 300 ml, nghi ngờ nhiễm trùng - SA nếu nghi ngờ XHN, sót nhau.. - CRP nếu nghi ngờ nhiễm trùng - Xét nghiệm máu gót chân
Chẩn đoán	- Dịch truyền : lactate ringer , glucose 5% - Kháng sinh: chích - Gò tử cung : oxytocin pha trong dịch truyền - Giảm đau: Perfalgan 1g truyền, Voltarel 100mg đặt hậu môn - Vitamin A 200000UI uống - Thuốc bổ - Thay băng - Tiêm Vitamin K1 cho trẻ ngay sau sinh
Điều trị	- Xoay trở người , vận động tay chân tại giường sau thời gian hết thuốc tê, mê - Đi lại nhẹ nhàng trong phòng hoặc hành lang - Cho bé da kề da, bú mẹ sớm
Chăm sóc và theo dõi	- Ăn cháo , cơm như thường ngày; - Chế độ ăn giàu dinh dưỡng; - Uống nhiều nước - Trẻ: nuôi con bằng sữa mẹ
Dinh dưỡng	- Đánh giá tình trạng mất máu cấp, xuất huyết nội , chảy máu thành bụng + Da, niêm mạc; + Dấu sinh tồn: M, Thân nhiệt, HA, Nhịp thở + Bảng VM ., gò TC , lượng nước tiểu - Đánh giá băng huyết sau sinh: + Dấu hiệu ra máu âm đạo nhiều, máu tươi, máu cục , đờ TC - Dấu hiệu choáng: Tay chân lạnh, vã mồ hôi, tim đập nhanh, da niêm nhợt, HA tụt, kẹt... - Đánh giá tình trạng bé sản dịch, nhiễm trùng hậu phẫu

	BỆNH VIỆN QUẬN 1 KHOA PHỤ SẢN	PHIẾU TÓM TẮT THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ
U XƠ TỬ CUNG		
Định nghĩa	U xơ tử cung là khối u cơ trơn lành tính của tử cung	
Triệu chứng lâm sàng	- Diễn tiến sinh tồn: Mạch, huyết áp - Tình trạng bụng: Đau, đề kháng - Khám âm đạo – trực tràng - Khám tử cung. - 02 phần phụ và các túi cùng, tình trạng ra huyết âm đạo. - Tình trạng ra huyết âm đạo	
Cận lâm sàng	Công thức máu, nhóm máu, đông máu Sinh hóa máu: Đường huyết Ure, Creatinine, AST, ALT HbsAg, HIV, VDRL (Xét nghiệm tìm kháng thể giang mai) Tổng phân tích nước tiểu ≤ PAP’S ECG X quang phổi Siêu âm phụ khoa	
Chẩn đoán	Khám vùng chậu Siêu âm Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh khác	
Điều trị	- Xác định chẩn đoán - Làm giảm nhẹ triệu chứng, can thiệp tùy vào từng người bệnh. - Thuốc nội tiết nếu bệnh nhân bị ra huyết âm đạo nhiều - Thuốc cầm máu - Thuốc co tử cung thuốc nội tiết nếu bệnh nhân bị ra huyết âm đạo nhiều - Ổn định tình trạng nội khoa - Truyền máu nếu bệnh nhân thiếu máu nặng - Xét nghiệm chuẩn bị lên lịch mổ chương trình khi có chỉ định - Hội chẩn lên lịch mổ chương trình khi có đủ kết quả XN	
Chăm sóc và theo dõi	- Chăm sóc cấp 3 - Theo dõi tái nhập viện khi xuất hiện: Sốt, đau vùng bụng dưới và các triệu chứng bất thường khác. - Tái khám đúng hẹn. Gặp bác sĩ khi quyết định mang thai	
Dinh dưỡng	- Ngày đầu ăn cháo, sau đó ăn cơm. - Cần tăng cường bổ sung dinh dưỡng, ăn đủ nhu cầu năng lượng, đủ đạm, đảm bảo tăng cân theo giai đoạn. Những thực phẩm giàu đạm và calcium như thịt, sữa và các sản phẩm từ sữa, ngũ cốc, yaourt, các thực phẩm thuộc họ đậu giàu chất xơ, sắt, folate (đậu xanh, đậu Hà Lan, đậu đỏ, đậu đen, đậu nành, đậu phộng, chickpea (đậu răng ngựa), đậu lăng. Bổ sung chất xơ, trái cây, khoai lang và các loại vitamin D, E, C, K, A như rau lá xanh đậm, bông cải xanh. Trứng, cá là nguồn thực phẩm giàu choline và béo omega-3 nhằm giúp cải thiện tình trạng viêm. Uống từ 2 lít nước/ngày. - Sinh hoạt: Sinh hoạt vận động nhẹ.	

	BỆNH VIỆN QUẬN 1 KHOA PHỤ SẢN	PHIẾU TÓM TẮT THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ
THAI NGOÀI TỬ CUNG		
Định nghĩa	Chửa ngoài tử cung hay còn gọi thai ngoài tử cung là hiện tượng thai không làm tổ trong buồng tử cung mà làm tổ ở những nơi khác như: vòi trứng, ổ bụng, ở cổ tử cung	
Triệu chứng lâm sàng	- Trễ kinh - Chảy máu âm đạo bất thường - Đau vùng chậu - Diễn tiến sinh tồn: Mạch, huyết áp - Tình trạng bụng: Đau, đề kháng - Khám âm đạo - trực tràng - Các dấu hiệu nghi thai ngoài tử cung vỡ: Vã mồ hôi, hồi hộp, mệt, mạch nhanh, huyết áp tụt, bụng phình, đau nhiều, đề kháng, các túi cùng căng đau, siêu âm: dịch ổ bụng lượng trung bình – nhiều.	
Cận lâm sàng	- Huyết học, nhóm máu, đông máu - Sinh hóa máu: Đường huyết, Ure, Creatinine, AST, ALT - β HCG - ECG - Tổng phân tích nước tiểu - Siêu âm - HIV	
Chẩn đoán	- Beta HCG - Siêu âm - Đôi khi nội soi ổ bụng	
Điều trị	- Thai ngoài tử cung cần theo dõi sự thay đổi nồng độ Bhcg/48 giờ kết hợp siêu âm để có hướng chẩn đoán chính xác, điều trị phù hợp. Khi có chẩn đoán chính xác, bệnh nhân sẽ được tư vấn điều trị nội khoa hay ngoại khoa. + Nội khoa, MTX: Thời gian theo dõi dài, nếu trong quá trình theo dõi có dấu hiệu vỡ hay thất bại điều trị nội khoa thì phải điều trị ngoại khoa, dị ứng với thuốc và các tác dụng phụ của thuốc. Bảo tồn được vòi trứng, tránh được một cuộc phẫu thuật và các tai biến của phẫu thuật. + Ngoại khoa: Nội soi hay mổ hở, nếu nội soi thất bại sẽ chuyển sang mổ hở, nằm viện 3-5 ngày.	
Chăm sóc và theo dõi	- Chăm sóc cấp 3 - Theo dõi các triệu chứng: Sốt, đau phần phụ, đau vùng bụng dưới, Các triệu chứng bất thường khác. - Gặp bác sỹ khi tư vấn quyết định mang thai	
Dinh dưỡng	Ngày đầu ăn cháo, sau đó ăn cơm.	

KHOA NGOẠI TỔNG HỢP

	BỆNH VIỆN QUẬN 1 KHOA NGOẠI TỔNG HỢP	PHIẾU TÓM TẮT THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ
VIÊM RUỘT THỪA CẤP		
Hướng điều trị	Kể từ khi nhập viện, người bệnh phải nhịn ăn uống. Khám trước mổ Ngoại khoa: phẫu thuật cắt ruột thừa nội soi ổ bụng Kháng sinh, giảm đau (nếu cần)	
Biến chứng (nếu có)	- Chảy máu sau mổ. - Nhiễm trùng vết mổ. - Áp xe tồn lưu trong ổ phúc mạc - Áp xe giữa các quai ruột, áp xe tiểu khung	
Theo dõi sau mổ	Chăm sóc vết mổ: - Thay băng vết mổ mỗi ngày - Ống dẫn lưu được rút khi không ra thêm dịch hoặc sau khi kết quả siêu âm bụng kiểm tra không có tụ dịch Chế độ ăn uống và vận động: - Chế độ ăn mềm, dễ tiêu trong thời gian đầu sau mổ - Vận động sớm, vận động nhẹ nhàng, sau đó tăng dần theo khả năng. Sau xuất viện: - Có thể bắt đầu vận động thể lực sau mổ 2 – 4 tuần - Tắm rửa bình thường, lau khô vết mổ sau khi tắm. Thay băng khi vết mổ ướt. - Cắt chỉ vết mổ sau 7 – 10 ngày	