



ĐƯỢC LÂM SÀNG KHOA NỘI SOI

Tháng 5 năm 2011

Đs. Đặng Thị Thuận Thảo
Phòng Dược Lâm Sàng- Thông Tin Thuốc
Khoa Dược - Bệnh viện Từ Dũ

1

Nội dung

1. Liều dùng Utrogestan
2. Chỉ định thuốc bổ máu, thuốc ho cho BN BHYT, quy định kê đơn xuất viện
3. Điều trị thiếu máu thiếu sắt
4. Chỉ định kháng sinh
5. Kháng sinh điều trị nhiễm trùng đường tiêu
6. Cách tính năng lượng trong trường hợp nuôi dưỡng đường tĩnh mạch

| SNV | HỌ TÊN | NĂM SINH | PARA | NV-XV |
|--------|--------|----------|------|-------------|
| 026470 | LTHT | 1984 | 0000 | 04/05-12/05 |

04/05: **BN có BHYT**

CD vào viện: U nang BT (P) loại VI, thai 15 tuần

05/05:

MRI: Tổn thương BT (P) có đặc điểm hình ảnh gợi ý là nang lạc nội mạc

09/05:

NS bóc ULMNTC BT (P)/NKQ

Vào bụng qua lỗ trocar: ổ bụng có dịch → hút dịch, có dính có nhiều dây dính ở ruột non + MNL dính vào cùng đồ sau, đại tràng sigma → gỡ dính, PP(P) có ULNMTC 6x9cm. TH: NS bóc ULMNTC BT(P), dẫn lưu ra HC(T). Máu mất 50ml

12/05:

SA: thai sống trong tử cung 16 tuần

3

| | |
|----------------|-----------------------|
| | 05/05 13:19 |
| WBC (4-10) | 7.14 |
| Neu (40-74) | 67.9 |
| Lym (25-45) | 22.4 |
| RBC (3.9-5.4) | 4.32 |
| Hb (12.5-14.5) | 12.4 |
| Hct (35-47) | 35.7 |
| MCV (83-92) | 82.6 |
| MCH (27-32) | 28.7 |
| PLT (150-400) | 252 |
| CRP (<6) | |
| CA125 (<25) | 251.4 |

| | | |
|------------|--|--|
| 9/5 15g | ULNMTC/thai 15 tuần | Glucose 5% 500ml x 2 chai 1.Cefazolin 1g 1 lọ TMC Utrogestan 100mg 1vx3 (đặt AD) |
| 10/5 7g | Bệnh ổn, bụng mềm, VM khô, gaz (+) | Utrogestan 100mg 1vx3 (đặt AD) Thêm Progesteron 25mg 2 ố x2 (TB) Adofex 1v |
| 11/2 8g | Bệnh ổn, bụng mềm, VM khô, TC gò, rút ODL | Utrogestan 100mg 1v x 3 (đặt AD) Progesteron 25mg 2 ố x 2 (TB) Ferrovit 1v |
| 12/5 8g | Bệnh ổn, bụng mềm, VM khô, TC gò xuất viện | Utrogestan 100mg 1v x 3 (đặt AD) Progesteron 25mg 2 ố x 2 (TB) Ferrovit 1v |
| | Toa về | Utrogestan 100mg 10v 1vx2 (đặt AD) Obimin 10v 1v (u) |

- Sự nhạy cảm đối với thuốc có khác nhau giữa người này và người khác, tuy nhiên ở cùng một người thì các đặc tính dược động thường rất ổn định, do đó khi kê toa cần chỉnh liều thích hợp cho từng người và một khi đã xác định được liều thích hợp thì **liều dùng được duy trì ổn định.**

Utrogestan

- Thuốc bao gồm các đặc tính dược lực của progesterone tự nhiên, gồm : trợ thai, kháng estrogene, kháng nhẹ androgene, kháng aldosterone.
- **Do thuốc có thời gian lưu lại trong mô nên cần phải chia liều hàng ngày làm 2 lần cách nhau 12 giờ để đạt tình trạng bão hòa trong suốt 24 giờ**
- **Nồng độ tối đa trong huyết tương của progesterone đạt được sau khi đặt thuốc từ 2 đến 6 giờ và duy trì trong 24 giờ ở nồng độ trung bình là 9,7 ng/ml sau khi dùng liều 100 mg vào buổi sáng và buổi tối. Với liều trung bình này, progesterone đạt nồng độ sinh lý ổn định trong huyết tương, tương đương với nồng độ quan sát được trong pha hoàng thể của chu kỳ kinh nguyệt rụng trứng bình thường.**

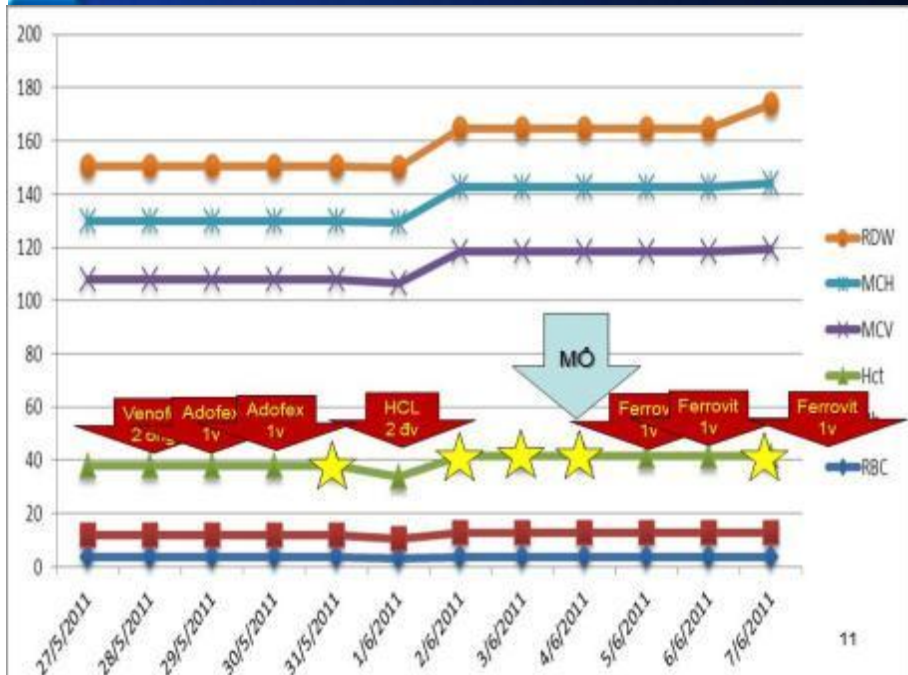
3 vấn đề :

- **Liều chỉ định Utrogestan 100mg 1vx3 đặt AD? Không rõ lý do bổ sung Progesteron 25mg 2 ố x 2?**
 - Liều Utrogestan chia làm 2 lần (đặt AD)/ngày
 - Trong trường hợp này có thể dùng liều Utrogestan 100mg 2v x 2 (đặt AD) và không cần chỉ định thêm Progesteron tiêm
- **Chỉ định thuốc bổ: Adofex →Ferrovit → Obimin?**
 - Tháng 5/2011: Adofex là thuốc không được BHYT. Đối với bệnh nhân BHYT, chỉ định Ferrovit. Đối với phụ nữ mang thai, có thể chỉ định Obimin
 - Hiện nay: Adofex, Ferrovit, Obimin đều được thanh toán cho bệnh nhân BHYT không phân biệt đối tượng
- **Kê đơn Obimin 10 v 1v (u)**
 - Đối với BN được BHYT, quy định kê toa xuất viện trong 5 ngày

| SNV | HỌ TÊN | NĂM SINH | PARA | NV-XV |
|---|--------|----------|------|----------|
| 032287 | PTU | 1965 | 4004 | 27/5-8/6 |
| 27/5: Có BHYT | | | | |
| CĐ vào viện: Rong huyết, NXTC, cao HA | | | | |
| 28/5: Rong huyết, NXTC dưới nội mạc, thiếu máu Venofer 100mg 2 ống, NaCl 0.9% 100ml x2 | | | | |
| 29-30/5: Bệnh tình Adofex 1v (u) | | | | |
| 31/5: Nạo lòng TC 1.Cefadroxil 500mg 2vx2 (u) | | | | |
| 1/6: | | | | |
| 2.Cefadroxil 500mg 2vx2 (u) Truyền 2 đv hồng cầu lắng cùng nhóm | | | | |
| 2/6: Bệnh tình, niêm hồng nhạt sau truyền máu 3.Cefadroxil 500mg 2vx2 (u) | | | | |
| 3/6: Chờ mổ | | | | |

9

| | 7/6 | 2/6 | 1/6 | 27/5 |
|----------------|-------|------|-------|-------|
| | 13:11 | 6:17 | 13:32 | 21:35 |
| WBC (4-10) | 4.9 | 11 | 4.35 | 4.4 |
| Neu (40-74) | 58.8 | 87 | 52.7 | 41.8 |
| Lym (25-45) | 26.6 | 10.6 | 31.2 | 47.0 |
| RBC (3.9-5.4) | 3.68 | 3.75 | 3.21 | 3.68 |
| Hb (12.5-14.5) | 8.98 | 9.12 | 7.33 | 8.1 |
| Hct (35-47) | 28.7 | 28.8 | 23.4 | 25.9 |
| MCV (83-92) | 78.1 | 76.7 | 72.8 | 70.3 |
| MCH (27-32) | 24.4 | 24.3 | 22.8 | 22.0 |
| PLT (150-400) | 202 | 245 | 289 | 311 |
| RDW | 30.1 | 22 | 20.6 | 20.6 |



11

| | | |
|-------------|---|--|
| 4/6 8g40 | Vào bụng qua lỗ trocar, ổ bụng sạch, không dính, TC to khoảng thai 8 tuần, mật độ chắc, góc trái dính với mạc nối lớn TH: NS cắt HTTC+2PP, lấy TC ngã AD, máu mất 50ml | Glucose 5% 500ml x 2 chai NaCl 0.9% 500ml x 2 chai 1.Pethidin 100mg ½ ống Viramol 1g 1 chai x 3 |
| 5/6 8g | Bệnh tình, bụng mềm, VM khô, AD ít huyết sậm cũ | Ferrovit 1v Voltarene 100mg 1v x 2 đặt AD |
| 6/6 8g | Ho, bệnh tình, niêm hồng, bụng mềm, VM khô | Ferrovit 1v Thêm 1.Cefadroxil 500mg 2v x 2 (u) Eucalyptine 1v x 3 (u) |
| 7/6 8g | Bệnh tình, da hơi xanh, niêm nhạt, bụng mềm, VM khô, 2 HC mềm | 2.Cefadroxil 500mg 2v x 2 (u) Eucalyptine 1v x 3 (u) |
| 8/6 8g | Bệnh tình, niêm hồng, bụng mềm, gaz (+) | 3.Cefadroxil 500mg 2v x 2 (u) Eucalyptine 1v x 3 (u) Ferrovit 1v |
| | Toa xuất viện | Cefadroxil 500mg 16v 2v x 2 (u) Eucalyptine 15v 1v x 3 (u) |

Vấn đề:

- BN có sử dụng Venofer, truyền máu trước mổ, nhưng hậu phẫu chỉ định Ferrovit 1v (u) không đủ liều và không liên tục nên tình trạng thiếu máu của BN không chuyển biến nhiều
- Không thống nhất giữa chẩn đoán và chỉ định thuốc:
 - Niêm hồng – chỉ định Ferrovit 1v
 - Niêm nhạt, da hơi xanh – không chỉ định thuốc bổ máuKhông rõ lý do ngưng kháng sinh 1 ngày sau đó lại tiếp tục kháng sinh:
 - Phân chẩn đoán không thể hiện biểu hiện lâm sàng cần phải sử dụng kháng sinh
- kê thuốc ho Eucalyptin
Eucalyptin → Calyptin không được BHYT, nên chỉ định Topsidin được BHYT cho BN BHYT

- **Đánh giá về xuất huyết trong thời kỳ mang thai, chuyển dạ và hậu sản sau sanh:**
 - Bệnh nhân có xuất huyết nặng sau khi chuyển dạ?
 - Bệnh nhân có dễ bị mệt?
 - Bệnh nhân có thở ngắn khi làm việc nhẹ?
- **Xem xét chỉ số hemoglobin nếu có tiền sử xuất huyết**
- **Xem xét về bề ngoài của bệnh nhân**
- **Xem xét những chỗ xanh xao của bệnh nhân**
 - Có nặng không, xanh xao toàn bộ hay chỉ một vài bộ phận?
- **Đếm số lần thở trong 1 phút**

Phân loại thiếu máu

| | | |
|--|-----------------------------|--|
| <i>Hemoglobin <7g/dl Xanh xao Thở >30 lần/phút Hay mệt Khó thở lúc nghỉ ngơi</i> | <i>Thiếu máu nặng</i> | <i>Sử dụng liều gấp đôi viên sắt (60mg sắt x 2 lần/ngày trong 3 tháng) Tiếp tục theo dõi cải thiện lâm sàng sau 2 tuần</i> |
| <i>Hemoglobin 7-11g/dl hoặc có xanh xao</i> | <i>Thiếu máu trung bình</i> | <i>Sử dụng liều gấp đôi viên sắt trong 3 tháng Tái khám lại sau 4 tuần</i> |
| <i>Hemoglobin > 11g/dl và không có xanh xao</i> | <i>Không có thiếu máu</i> | <i>Tiếp tục điều trị viên sắt trong vòng 3 tháng</i> |

Điều trị thiếu máu do thiếu sắt

Liều trung bình: 200mg/ngày

| Chế phẩm | Hàm lượng sắt |
|-----------|---------------|
| Ferrovit | 54mg |
| Adofex | 60mg |
| Fumafer | 66mg |
| Odiron | 60mg |
| Ferrup | 50mg |
| Sangobion | 50mg |
| Saferon | 100mg |
| Tot'hema | 50mg |

Sử dụng Venofer 100mg/5ml

Nếu biết lượng máu mất:

Dùng 2 ống Venofer (400mg sắt tiêm tĩnh mạch) làm tăng Hb tương đương với một đv máu

Nếu nồng độ Hb giảm:

Lượng sắt cần bổ sung (mg):

Trọng lượng cơ thể (kg) x 0.24 x (Hb đích – Hb thực sự) g/l

Liều dùng thông thường ở người lớn:

5-10ml Venofer (100-200mg) x 2-3 lần/tuần

| | 3/6 (14:46) | 3/6 (16:45) | 3/6 (23:05) | 4/6 (6:15) | 4/6 (10:37) | 5/6 (6:34) | 6/6 (13:23) | 6/6 (22:37) |
|-----|----------------|----------------|----------------|---------------|----------------|---------------|----------------|----------------|
| WBC | 5.33 | 5.18 | 28.7 | 25.7 | 10.9 | 16.2 | 13.15 | 16.2 |
| NEU | 60.4 | 51 | 92.7 | 98.3 | 96.1 | 88 | 80.2 | 95.8 |
| RBC | 4.55 | 3.75 | 3.45 | 3.6 | 3.57 | 3.28 | 3.05 | 3.41 |
| Hb | 13.3 | 11 | 10.4 | 9.6 | 9.89 | 9.59 | 8.8 | 9.62 |
| Hct | 40.6 | 33.9 | 32.3 | 32.5 | 30.7 | 28 | 26.1 | 29.4 |
| MCV | 89.2 | 90.2 | 93.6 | 90.4 | 86.2 | 85.4 | 85.6 | 86.1 |
| MCH | 29.2 | 29.3 | 30.2 | 26.7 | 27.7 | 29.2 | 28.9 | 28.2 |
| RDW | 13 | 13.9 | 14 | 15.7 | 17.5 | 15.7 | 16.2 | 15.7 |
| CRP | | | | 19.4 | | | | |

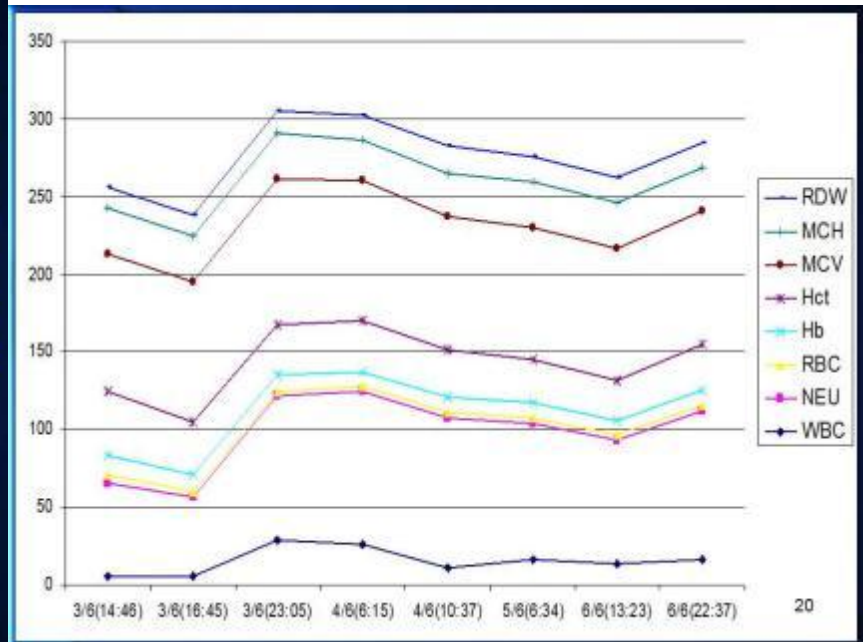
| SNV | HỌ TÊN | NĂM SINH | PARA | NV-XV |
|--------|--------|----------|------|-------|
| 033776 | HTL | 1961 | 3003 | 2/6 |

Mổ cắt TC và 2 PP/NKQ

3/6: khoảng gan thận có dịch (17mm), vòng xuyên cơ TC, khối echo hỗn hợp HC (T), theo dõi TNTC (T) khối máu tụ HC (T), dịch ổ bụng

TTPT: rạch da bỏ sẹo cũ, vào bụng có 1500ml máu sậm loãng, máu cục TC dính lên thành bụng trước, kbt. Mặt sau TC đoạn eo lệch (T) có lỗ thủng 1cm, đang chảy máu. Cắt TC+2PP, khâu viền mồm cắt, đặt dẫn lưu AD. KT ruột không thấy tổn thương, rửa bụng, kiểm tra máu chảy, cầm máu kỹ. **Máu mất 2000ml**

6/6: echo bụng chưa phát hiện bất thường, mồm cắt, 2 HC phù nề, ổ bụng có dịch, quai ruột ở HC (P) chứa nhiều hơi, thận không ứ nước



| | | | |
|------------|--|---|--|
| 3/6 17g | Tĩnh mạch nhanh, HA 80/50 bụng mềm, AD huyết cục, huyết sậm, XT chống sốc, gò TC, siêu âm | Hydrocortison 100mg 1 ổ Oxytocin 5 đv 2 ổ Cho 4 ổ oxytocin vào Glucose 5% 500ml Lactate Ringer 500ml 1 chai | Glucose 5% 500ml 1 chai x 2 NaCl 0.9% 500ml 1 chai x 2 3 Cefotaxim 1g 1 lọ x 2 3 Metronidazol 0.5g 1 chai x 2 Losec 40mg 1 ổ x 2 Vitamin C 500mg 1 ổ |
| 18g | Mổ cắt HTTC+2PP/NKQ | 1.Oxytocin 5đv 2 ổ 1.Pethidin 100mg ½ ổ Atropin 0.25 1 ổ 1.Cyclonamin 250mg 2 ổ | |
| 20g | | 1.Cefotaxim 1g 1 lọ NaCl 0.9% 1 chai Gelofusin 500ml 1 chai Glucose 5% 500ml 1 chai x 2 NaCl 0.9% 500ml 1 chai x 2 1b Cefotaxim 1g 1 lọ x 2 1b Metronidazol 0.5g 1 chai x 2 | |
| 4/6 6g | N1: Bệnh tình, niêm hồng vừa, bụng mềm, VM khô, AD ít huyết, M 84, HA 9/6 | NaCl 0.9% 500ml 1 chai HCL cùng nhóm 2 đv 2.Cefotaxim 1g 1 lọ x 2 2.Metronidazol 500mg 1 chai x 2 Viramol 1g x 1 chai Losec 40mg 1 ổ x 2 MgSO4 10% 10ml x 2 ống pha Glucose 5% 500ml Dopamin 200mg 1 ổ pha NaCl 0.9% 50ml | |
| 7g | | | |
| 9g | | | |
| 5/6 6g | N2: Tĩnh mạch nhanh, HA 80/50 bụng mềm, AD huyết cục, huyết sậm, XT chống sốc, gò TC, siêu âm Mổ cắt HTTC+2PP/NKQ | | |
| 6/6 8g | N3: HA 10/6, bệnh tình, da xanh, niêm hồng nhạt không sốt, ợ hơi nhiều, gaz (-), bụng mềm, AD không huyết | | 4 Cefotaxim 1g 1 lọ x 2 4 Metronidazol 0.5g 1 chai x 2 Ferrovit 1 v x 2 Gelafuldine 500ml 1 chai 1.Máu cùng nhóm (HCL) 1.Hydrocortison 100mg 1 ổ NaCl 0.9% 500ml 1 chai x 2 |
| 16g | | | |
| 23g | | | |
| 7/6 8g | N4: DL AD ra 20cc dịch sậm, bệnh tình, niêm hồng, M 80, HA 10/6, AD không huyết | | 5 Cefotaxim 1g 1 lọ x 2 5 Metronidazol 0.5g 1 chai x 2 Ferrovit 1 v |
| 8/6 8g | N5: Tiêu bình thường, bệnh tình, niêm hồng, bụng mềm, VM khô, ODL → rút | | 6 Cefotaxim 1g 1 lọ x 2 6 Metronidazol 0.5g 1 chai x 2 Ferrovit 1 v |

Vấn đề:

- BN có truyền máu trước mổ, và hậu phẫu N3 có truyền máu nhưng sang N4 chỉ định Ferrovit 1v (u) không đủ liều nên tình trạng thiếu máu của BN không chuyển biến nhiều
Những thuốc không cần đánh số: oxytocin, cyclonamin, HCL
- Metronidazol chỉ ghi hàm lượng không ghi thể tích

| SNV | HỌ TÊN | NĂM SINH | PARA | NV-XV |
|-----|--------|----------|------|-------|
|-----|--------|----------|------|-------|

| | | | | |
|--------|-----|------|------|-----|
| 033656 | HTT | 1984 | 1001 | 2/6 |
|--------|-----|------|------|-----|

NS gỡ dính, dẫn lưu HC (T), UBT (P) loại II, đang điều trị lao màng bụng

6/6 (9g): Vào bụng không tai biến, có nhiều dải dính cũ vùng chậu, TC có dấu hiệu viêm dính cũ, PP (T) có 1 khối apxe dính vào cùng đồ 3x4x5cm, PP(P) viêm dính cũ, tai vòi và BT dính cũ

TH: gỡ dính khối apxe vỡ chảy dịch mũ trắng đục, qs bên trong khối apxe niêm mạc dạng tai vòi phù nề, lấy dịch mũ cấy vi trùng, rửa sạch vùng chậu nhiều lần. Đặt dẫn lưu cùng đồ ra HC (T). Đóng bụng. Máu mất 20ml

| | |
|----------------|--------------|
| | 2/6 13:31 |
| WBC (4-10) | 6.14 |
| Neu (40-74) | 64.8 |
| Lym (25-45) | 25.1 |
| RBC (3.9-5.4) | 4.03 |
| Hb (12.5-14.5) | 11.8 |
| Hct (35-47) | 36.7 |
| MCV (83-92) | 91.0 |
| MCH (27-32) | 29.2 |
| PLT (150-400) | 256 |
| RDW | 14.6 |

Vấn đề:

Chỉ định giờ tiêm thuốc và việc thực hiện tiêm thuốc có bảo đảm (Cefazolin 10h, Metronidazol 8h)?

Liều Cefazolin 2 lọ x 2 lần?

| | | |
|-----------|--|--|
| 6/6 9g | Apxe PP (T) theo dõi ODL | Lactate Ringer 500ml 1 chai Glucose 5% 500ml x 2 chai NaCl 0.9% 500ml x 2 chai 1. Metronidazol 500mg 1chai x 2 (10g-21g) 2. Cefazolin 1g 2lọ x 2 (22g-10g) |
| 7/6 8g | Bệnh tình, niêm hồng, ODL ra 10cc hồng, bụng mềm, VM khô, AD ít huyết, gaz (+) | 2. Metronidazol 500mg 1chai x 2 (8g-20g) 2. Cefazolin 1g 2lọ (20g) |
| 8/6 8g | Bệnh tình, niêm hồng, bụng mềm, VM khô, gaz (+), DL không ra dịch → rút | 3. Metronidazol 500mg 1chai x 2 (8g-20g) 3. Cefazolin 1g 2lọ x 2 (8g-20g) Ferrovit 1v |
| 9/6 8g | Bệnh tình, bụng mềm, VM khô, mồm cắt mềm, AD còn ra ít huyết sậm | 4. Metronidazol 500mg 1chai x 2 (8g-20g) 4. Cefazolin 1g 2lọ x 2 (8g-20g) Ferrovit 1v |

Cefazolin

- Là kháng sinh phụ thuộc thời gian
- Cefazolin là kháng sinh thuộc nhóm cephalosporin thế hệ thứ nhất, thuốc tiêu diệt vi khuẩn bằng cách ức chế tổng hợp thành tế bào vi khuẩn
- Cefazolin natri hấp thu kém qua đường tiêu hoá và được chỉ định bằng đường tiêm bắp thịt và tiêm tĩnh mạch. Sau khi tiêm bắp liều 500mg, nồng độ đỉnh trong huyết tương 30mcg/ml đạt được sau 1-2 giờ. Khoảng 25% Cefazolin trong máu gắn kết với protein trong huyết tương.

- Thời gian bán hủy huyết tương của Cefazolin khoảng 1,8 giờ và thời gian này gia tăng ở bệnh nhân suy thận
- Cefazolin khuếch tán vào xương và dịch màng phổi cổ trướng và hoạt dịch nhưng không thấm qua dịch não tủy.
- Cefazolin không bị chuyển hoá. Thuốc được thải trừ 82–95 % dưới dạng không đổi trong nước tiểu trong vòng 24 giờ

→ Tăng số lần sử dụng Cefazolin:

1 lọ x 3-4 lần/ ngày

| | 18/05 | 24/05 | 31/05 |
|----------------|-------------|-------------|-------------|
| WBC (4-10) | 5.82 | 7.33 | 8.83 |
| Neu (40-74) | 47.4 | 71.2 | 68.9 |
| Lym (25-45) | 36.9 | 21.3 | 17.7 |
| RBC (3.9-5.4) | 3.97 | 3.99 | 3.82 |
| Hb (12.5-14.5) | 12.1 | 11.8 | 11.0 |
| Hct (35-47) | 37.0 | 35.5 | 34.5 |
| MCV (83-92) | 93.2 | 89.0 | 90.3 |
| MCH (27-32) | 30.5 | 29.6 | 28.8 |
| PLT (150-400) | 269 | 219 | 400 |

| SNV | HỌ TÊN | NĂM SINH | PARA | NV-XV |
|---|--------|----------|------|-------|
| 029938 | NTTA | 1961 | 3003 | 18/5 |
| 23/5: SA NXTC BT(T) loại II, ứ dịch tai vòi (T) | | | | |
| 24/5 (8g): Vào bụng qua lỗ trocar không tai biến, ổ bụng sạch, có dính, dính mạc sau TC, 2 BT vào cùng đồ sau → gỡ dính, KT TC, 2 PP: TC to td thai 14 tuần, PP(P) c1 o u d=2x2x2cm dính vào thành chậu, mặt sau TC, gỡ dính chảy ra dịch chocolate, PP(T) có u d=2x2x3cm dính vào thành chậu, mặt sau TC gỡ dính chảy dịch chocolate TH: NS cắt HTTC+2PP, lấy TC ngà AD may kín mồm cắt AD 1 lớp bằng chỉ vicryl Hai niệu quản bình thường, KT cầm máu tốt, rửa sạch ổ bụng, đóng các lỗ trocar, máu mất 300ml | | | | |
| 1/6: tại vị trí mồm cắt có vùng echo kém, không đồng nhất 25x68mmm, cùng đồ có dịch ít, bụng không dịch. KL: phù nề mồm cắt + dịch cùng đồ, bụng nhiều hơi | | | | |
| | | | | 30 |

| | | |
|------------|---|---|
| 24/5 8g | | Glucose 5% 500ml 1 chai x 2 NaCl 0.9% 500ml 1 chai x 2 1b Cefotaxim 1g 1 lọ |
| 10g | HS nhận bệnh lơ mơ, M 92, HA 120/80, bụng mềm, VM khô | 1.Pethidin 100mg 1 ổ Primperan 10mg 1 ổ |
| 14g | Bệnh tình, tx tốt, niêm hồng, HA 100/60, M 88, tim đều, phổi trong, VM khô | Viramol 1g 1 chai x 2 Nisidol 20mg 1 ổ x 2 |
| 25/5 1g | Tổng trạng hồng, BN than đau VM, M 80, t 37, HA 110/70, bụng mềm, VM khô, AD sạch | Voltaren 1g x 1 v (nhétHM) |
| 8g | Bệnh ổn, bụng mềm, VM khô, gaz (+), tiểu lát nhất | 2.Cefotaxim 1g 1 lọ x 2 Ferrovit 1v |
| 13g | Đã xem NTTB | Alpha chymotrypsine 2v x 3 uống Domitazol 2v x 2 uống |
| 26/5 8g | Bệnh ổn, bụng mềm, VM khô, tiểu tiêu bt | 3.Cefotaxim 1g 1 lọ x 2 Ferrovit 1v Alpha chymotrypsine 2v x 3 ngậm Domitazol 2v x 2 uống |

| | | | | | |
|------------|--|--|-----------|---|--|
| 27/5 8g | Bệnh ổn, bụng mềm, VM khô, AD không huyết, tiêu tiểu bt | 4.Cefotaxim 1g 1 lọ x 2 Ferrovit 1v Alpha chymotrypsine 2v x 3 ngậm Domitazol 2v x 2 uống | 1/6 8g | Bệnh ổn, bụng mềm, VM khô Bệnh tiêu khả hơn 200ml/lần, bết buốt, AD sạch, phù nề, 2 PP mềm TD phù nề mồm cắt, nhiễm trùng tiểu đáp ứng điều trị | 3. Ofloxacin 200mg 2 v x 2 Domitazol 2v x 2 uống Ferrovit 1v Dexamethason 0.5mg 1 v x 2 |
| 28/5 8g | Bệnh ổn, bụng mềm, VM khô, tiêu tiểu bt | 5.Cefotaxim 1g 1 lọ x 2 Ferrovit 1v Alpha chymotrypsine 2v x 3 uống Domitazol 2v x 2 uống | 2/6 8g | Bệnh ổn, bụng mềm, VM khô, mồm cắt nề | 4. Ofloxacin 200mg 2 v x 2 Domitazol 2v x 2 uống Ferrovit 1v Dexamethason 0.5mg 1 v x 2 |
| 29/5 8g | Bệnh tinh, bụng mềm, tiêu khó | Alpha chymotrypsine 2v x 2 uống Domitazol 2v x 2 uống Ferrovit 1v | | | |
| 30/5 8g | Bệnh ổn, bụng mềm, VM khô, tiêu khả hơn, cón buốt. Theo dõi nhiễm trùng tiểu | Domitazol 2v x 2 uống Ferrovit 1v 1.Ofloxacin 200mg 2 v x 2 | | | |
| 31/5 8g | Bệnh ổn, bụng mềm, tiêu buốt, tiêu bt | 2. Ofloxacin 200mg 2 v x 2 Domitazol 2v x 2 uống Ferrovit 1v | | | |

Vấn đề:

• Hàm lượng sai:

Voltarene 1g → *Voltarene 100mg*

• Bệnh nhân có tiêu lắt nhắt, tiêu buốt 25/5-1/6 (8 ngày):

– Việc chẩn đoán và chỉ định thuốc không phù hợp

- Tiêu tiểu bt – chỉ định alphachymotrypsine 2vx3, Domitazol 2vx2
- Tiêu khó – chỉ định alphachymotrypsine 2vx2, Domitazol 2vx2

– Không thống nhất đường dùng của alphachymotrypsine: uống hay ngậm dưới lưỡi

→ Bệnh nhân không cải thiện triệu chứng

→ Nên tăng liều dùng của Domitazol, sử dụng đường dùng của Alpha-chymotrypsine là ngậm dưới lưỡi để phát huy tác dụng của thuốc kháng viêm dạng men

- Liều Domitazol: 2v x 3 lần/ngày uống
- Liều Alpha-chymotrypsine 2v x 3 lần/ngày ngậm dưới lưỡi

Nhiễm trùng đường tiểu



Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins, Alan R.Hauser M.D, Ph.D (2007), Antibiotic Basics for Clinicians: choosing the right antibacterial agent, p191-195

Nhiễm trùng đường tiểu

| Nhiễm trùng đường tiểu không phức tạp | | Nhiễm trùng đường tiểu phức tạp | |
|--|---------------|--|--------|
| Escherichia coli | 53-79% | Escherichia coli | 26-29% |
| Proteus mirabilis | 4-5% | Enterococci | 13-17% |
| Staphylococcus saprophyticus | 3% | Pseudomonas aeruginosa | 9-16% |
| Klebsiella spp | 2-3% | Klebsiella spp | 8-10% |
| Enterobacteriaceae | 3% | Enterobacteriaceae | 9-11% |
| Thường xảy ra ở bệnh nhân trẻ, khỏe mạnh, và không mang thai | | Thường xảy ra ở bệnh nhân nữ kèm bệnh lý tiểu đường hoặc bất thường hệ tiết niệu hoặc nhiễm trùng mắc phải tại bệnh viện | |

Sự khác biệt giữa nhiễm trùng đường tiểu phức tạp và không phức tạp rất quan trọng vì có liên quan đến phổ vi khuẩn và thời gian sử dụng kháng sinh

Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins, Alan R. Hauser M.D, Ph.D (2007), Antibiotic Basics for Clinicians: choosing the right antibacterial agent, p191-195

Nhiễm trùng đường tiểu không phức tạp

- Trimethoprim-sulfamethoxazol (Sulfatrim 480 PO) x 3 ngày
- Quinolones (Tavanic 500mg PO, Ofloxacin 200mg PO)

E.coli, Enterobacteriaceae, S.saprophyticus

Dùng thay thế trong vùng đề kháng cao E.coli và BN dị ứng với sulfatrim

Viêm thận cấp không phức tạp

- Quinolones (Tavanic 500mg IV)
- Cephalosporine 3 (Cefotaxim-Claforan 1g, Rocephin 1g, Bicefidim-Cefodimex 1g)

Có vi khuẩn gram + trong nước tiểu

- Amoxicilline/a.clavulanic (Augbactam-Augmentine 1.2g)+Gentamicin

Enterococci

Nhiễm trùng đường tiểu phức tạp

- Cephalosporine 4 (Flamipine 1g)
- Quinolones (Ciprofloxacin 200mg/100ml, Tavanic 500mg/100ml)

| SNV | HỌ TÊN | NĂM SINH | PARA | NV-XV |
|--------|--------|----------|------|-------|
| 032262 | NTMD | 1985 | 0000 | 27/5 |

29/5 (6g20): rạch da bụng theo đường ngang trên vệ, ổ bụng có dịch 1000ml máu cục, loãng, không dính, KT TC và 2 PP: TC bt, PP(P) thái đóng TV(P) sậy qua loa, loa vòi (P) đang chảy máu, BT(P) bt, PP(T) bt TH: cắt tai vòi (P), hai niệu quản bt, lau sạch ổ bụng, Kt cầm máu tốt, đếm gạt đủ, máu mất 1000ml

| | 29/05 5:57 | 29/05 9:46 |
|----------------|---------------|---------------|
| WBC (4-10) | 15.6 | 23.2 |
| Neu (40-74) | 89.6 | 92.9 |
| Lym (25-45) | 6.45 | 2.62 |
| RBC (3.9-5.4) | 3.51 | 3.63 |
| Hb (12.5-14.5) | 10.8 | 11.1 |
| Hct (35-47) | 32.3 | 33.2 |
| MCV (83-92) | 92.2 | 91.5 |
| MCH (27-32) | 30.8 | 30.5 |
| PLT (150-400) | 200 | 143 |

| | | |
|-------------------|---|---|
| 29/5 7g | Xuất huyết nội co TNTC (P) vỡ | Lactate Ringer 500ml 1 chai x 2 Glucose 5% 500ml 1 chai x 2 1b Cefotaxim 1 g 1 lọ (TMC) |
| 7g40 | HS nhận Bn chưa tỉnh, M 94, HA 100/60, tim đều, phổi trong, băng VM khô, huyết AD không | 1.Pethidine 100mg ½ ổ Viramol 1g 1 chai x 2 |
| 30/5 8g | Bệnh ổn, bụng mềm, VM khô, tiêu tiểu bt | Glucose 5% 500ml 1 chai x 2 2.Cefotaxim 1 g 1 lọ x 2 Voltarene 100mg 1 v x 2 |
| 31/5 2/6 8g | Bệnh ổn, bụng mềm, VM khô | Tiếp tục Cefotaxim đủ 5 ngày Ferrovit 1v |
| 2/6 | Toa về | Ferrovit 1v |

THÔNG TIN THUỐC

Vấn đề:

- Công thức máu thể hiện chỉ số WBC cao (15.6) lúc 5:57 trước và tăng cao sau khi mổ (23.2) lúc 9g46
- Chỉ chỉ định duy nhất một loại kháng sinh Cefotaxim 5 ngày
→ không có công thức máu kiểm lại

Bệnh nhân có tình trạng thiếu máu thiếu sắt nhưng chỉ định Ferrovit 1 v không đủ

Paracetamol

Là thuốc hạ sốt theo thời gian, tốt nhất để điều trị triệu chứng

Có thời gian tác dụng ngắn

→ Nên cần sử dụng liều lặp lại mỗi 4-6 giờ.

Tác dụng phụ của paracetamol (độc gan) là do sử dụng liều cao hơn liều điều trị.

Ở liều điều trị, paracetamol an toàn ngay cả đối với người bệnh gan.

DINH DƯỠNG ĐƯỜNG TĨNH MẠCH

- Ước tính nhu cầu năng lượng, protein và vi chất dinh dưỡng
- Dựa vào công thức Harris-Benedict hoặc công thức tương tự
- Tiên đoán nhu cầu protein và vi chất dinh dưỡng
- Cân bằng nitơ không phải lúc nào cũng hữu ích

Nhu cầu NL toàn bộ
(AEE – Actual energy expenditure)
AEE = BMR x chỉ số hoạt động hay chỉ số stress

| Mức độ hoạt động/stress | Chỉ số |
|-------------------------|-----------|
| Nghỉ ngơi | 1.1 |
| Phẫu thuật nhỏ | 1.1 – 1.3 |
| Nhiễm trùng | 1.3 |
| Gãy xương | 1.3 |
| Phẫu thuật lớn | 1.5 |
| Đa chấn thương | 1.7 |
| Nhiễm trùng huyết | 1.7 – 1.9 |
| Bỏng nặng | 1.9 – 2.1 |

Nhu cầu NL căn bản (BMR – basal metabolic rate) dựa vào công thức Harris Benedict

Phụ nữ

$$\text{BMR} = 655 + 9.6W + 1.7H - 4.7A$$

W : cân nặng

H : chiều cao

A : tuổi



Chi định :

- Kém hấp thu : phẫu thuật cắt đại tràng (đoạn cắt $\geq 70\%$) và tiêu chảy nặng
- Nôn ói không kiểm soát
- Viêm tụy trung bình hay nặng
- Tắc ruột do liệt
- Tắc ruột hoàn toàn
- Lỗ dò ruột-da (> 500 mL/ngày)
- Bệnh viêm ruột nặng
- Xạ trị hoặc ghép tủy xương

1. ASPEN Board of Directors and The Clinical Guidelines Task Force. Guidelines for the use of parenteral and enteral nutrition in adult and pediatric patients. JPEN. 2002;26(suppl)(1):1SA-138SA.

2. Miralzo JM. Introduction to parenteral nutrition. In: Gottschlich MM, ed. The Science and Practice of Nutrition Support: A Case-Based Core Curriculum. Dubuque, Ia: Kendall/Hunt Publishing Co; 2001. ASPEN Board of Directors. Standards of Practice for Nutrition Support Dietitian. Nutr Clin Pract. 2000; 15:53-59

❑ Chống chỉ định :

- Có thể nuôi dưỡng đầy đủ qua đường tiêu hóa
- Không thể lấy ven được
- Dự trữ có thể ăn uống được trong khoảng thời gian không quá 5 ngày
- Nguy cơ do nuôi ăn qua đường tĩnh mạch lớn hơn lợi ích đạt được như tăng đường huyết nghiêm trọng (> 300 mg/dL), nitơ huyết, bệnh não, tăng áp suất thẩm thấu (> 350 mOsm/kg), rối loạn trầm trọng dịch và chất điện giải.

Dung dịch Glucose :

Glucose 10% 250ml cung cấp 100 Kcal
Glucose 20% 250ml cung cấp 200 Kcal

- Ưu điểm : Cung cấp nhiều năng lượng được sử dụng ngay
- Bất lợi : Tăng đường huyết: glucose sẽ không được sử dụng tốt khi cung cấp quá 6g/kg/24giờ, dẫn đến nhiễm toan acid lactic

Nhu cầu hằng ngày trong dinh dưỡng tĩnh mạch ở người lớn

| Bệnh nhân | Tổng NL (kcal/kg) | Amino acids (g/kg) | Glucose (g/kg) | Lipids (g/kg) |
|---|-------------------|--------------------|----------------|---------------|
| Nhu cầu cơ bản (tình trạng dinh dưỡng tốt, không tăng dị hóa) | 25 | 1.0-1.2 | 3-4 | 0.7-1.0 |
| Nhu cầu tăng (dấu hiệu suy dinh dưỡng và/hoặc tăng dị hóa) | 30 | 1.2-1.5 | 3-4 | 1.0-1.5 |

Dung dịch amino acid

- **Aminoplasmal 5%-250ml cung cấp 50 Kcal**
- Cung cấp nước và năng lượng dưới dạng protein (4 kcal/g).
- Tỷ lệ nitơ ở các dung dịch đậm thay đổi từ 9-25%.
- Ở bệnh nhân suy gan mất bù, có hiện tượng điện tích các amino acid thơm và giảm các phân amino acid phân nhánh.

Sự mất cân bằng này tạo nên các chất dẫn truyền TK giả GABA, là nguồn gốc của rối loạn dẫn truyền TK (GABA ức chế giải phóng các chất dẫn truyền TK thực sự như Dopamine – Noradrenaline).

Dung dịch lipid

- Lipofundin 10%-250ml cung cấp 255.5 Kcal
- Lipofundin 20%-100ml cung cấp 102.2 Kcal
- Oliclinomel N4 550E 1000ml cung cấp 610 Kcal
- Ưu điểm : Bổ sung nhiều năng lượng, cung cấp các acid béo chủ yếu, acid linoleic, acid α -linolenic
- Bất lợi :
 - Được các mô tiếp nhận một cách hạn chế, nếu cung cấp thừa sẽ tăng triglycerid, lipid cung cấp không vượt quá 50% năng lượng của glucid
 - Tăng thân nhiệt
 - Dễ kết tủa, gây viêm tắc tĩnh mạch



*Chân thành cảm ơn
sự quan tâm và theo dõi*