

TRƯỜNG TRUNG CẤP Y TẾ TÂY NINH



# GIÁO TRÌNH

# BỆNH HỌC NỘI KHOA

*CHƯƠNG TRÌNH TRUNG CẤP*

TÀI LIỆU LƯU HÀNH NỘI BỘ - 2014

**TRƯỜNG TRUNG CẤP Y TẾ TÂY NINH**

**BỘ MÔN Y HỌC CƠ SỞ - LÂM SÀNG**

★ ★ ★ ★ ★ ★ ★

***GIÁO TRÌNH***

# **BỆNH HỌC NỘI KHOA**

***CHƯƠNG TRÌNH TRUNG CẤP***

**CHỦ BIÊN**

BS.CKI. Nguyễn Văn Thịnh

**HIỆU ĐÍNH**

ThS.BS. Lương Thị Thuận

BS.CKI. Nguyễn Văn Thịnh

**TRÌNH BÀY**

BS.CKI. Nguyễn Văn Thịnh

## MỤC LỤC

	Trang
1. Lời nói đầu	2
2. Chương trình bệnh học nội khoa	3
3. Công tác khám bệnh và quản lý hồ sơ bệnh án	5
4. Khám và chẩn đoán một số hội chứng toàn thân	24
5. Cách khám người bệnh tim mạch	40
6. Một số hội chứng van tim, màng tim	61
7. Suy tim	69
8. Tăng huyết áp	76
9. Đau thắt ngực, nhồi máu cơ tim	85
10. Cách khám người bệnh huyết học	95
11. Một số hội chứng huyết học	105
12. Bệnh bạch cầu cấp	117
13. Viêm khớp dạng thấp	122
14. Cách khám người bệnh hô hấp	130
15. Một số hội chứng hô hấp	159
16. Viêm phổi	179
17. Viêm phế quản cấp	186
18. Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	191
19. Hen phế quản	195
20. Cách khám người bệnh tiết niệu	201
21. Nhiễm trùng đường tiết niệu	213
22. Nhiễm trùng tiết niệu	229
23. Viêm cầu thận cấp tính	238
24. Cách khám người bệnh tiêu hóa	245
25. Một số hội chứng tiêu hóa	258
26. Abcess gan do amib	274
27. Loét dạ dày tá tràng	279
28. Xuất huyết tiêu hóa	284
29. Xơ gan	293
30. Ung thư gan	299
31. Viêm tụy cấp	305
32. Cách khám người bệnh thần kinh	312
33. Một số hội chứng thần kinh	337
34. Viêm đa dây thần kinh	357
35. Đái tháo đường	362
36. Bướu giáp đơn thuần	370
37. Basedow	375
38. Tài liệu tham khảo	380

## LỜI NÓI ĐẦU

Sau một thời gian tạm ngưng đào tạo loại hình Y sỹ trên cả nước, từ năm 2008, Bộ Y tế và Bộ Giáo dục và Đào tạo đã cho phép các trường trung cấp chuyên nghiệp đào tạo trở lại ngành Y sỹ. So với thời điểm cách đây hơn 20 năm, nội dung, chương trình đào tạo Y sỹ đã có khá nhiều thay đổi. Vì vậy việc biên soạn lại giáo trình các môn học là công việc cấp bách để phục vụ kịp thời công tác giảng dạy và học tập.

Năm 2014, thực hiện Quy chế đào tạo mới theo Thông tư 22/2014/TT-BGDĐT do Bộ trưởng Bộ Giáo dục và Đào tạo ban hành ngày 09/7/2014, chúng tôi tiếp tục rà soát và hoàn chỉnh tất cả tài liệu liên quan đến hoạt động đào tạo đang triển khai tại Trường.

Với tiêu chí bám sát mục tiêu đào tạo đối tượng Y sỹ, chúng tôi quan tâm đặc biệt đến kiến thức và kỹ năng liên đến quan nội dung nhận định triệu chứng. Do đó, các kiến thức trong giáo trình Bệnh học nội khoa được biên soạn lần này mô tả khá chi tiết về triệu chứng học để giúp học sinh phát triển kỹ năng khám, nhận định dấu hiệu và tổng hợp hội chứng. Ngoài trừ những xử trí mang tính cấp cứu được trình bày khá chi tiết về điều trị, hầu hết nội dung phần điều trị chỉ mang tính chất định hướng xử trí vì đây không phải là mục tiêu đào tạo của đối tượng này.

Bộ giáo trình được biên soạn theo đúng mẫu giáo trình chuẩn quy định của Bộ GD&ĐT. Nội dung chi tiết được biên soạn dựa trên kiến thức chuẩn của các tài liệu Triệu chứng học, Bệnh học nội khoa của Đại học Y dược Tp. Hồ Chí Minh, có tham khảo các tài liệu kinh điển và thông dụng hiện nay như Hướng dẫn quy trình kỹ thuật bệnh viện, Harrison's Principles of internal medicine và một số trang điện tử chuyên ngành như ykhoanet.com, benhhoc.com ...

Mặc dù có nhiều cố gắng nhưng thực tế cũng khó tránh khỏi những thiếu sót, rất mong quý đồng nghiệp và các bạn học sinh góp ý xây dựng để bộ giáo trình ngày càng hoàn thiện hơn.

**Giáo viên biên soạn**

## CHƯƠNG TRÌNH BỆNH HỌC NỘI KHOA

- Mã số học phần: C.31.1
- Số đơn vị học trình: 05 (5/0)
- Số tiết: 75 tiết (75/0/0)

### ĐIỀU KIỆN:

- Học sinh đã học xong học phần Giải phẫu sinh lý và Vi sinh - Ký sinh trùng.

### MỤC TIÊU:

1. Trình bày đặc điểm một số bệnh nội khoa thường gặp.
2. Trình bày nguyên nhân, triệu chứng, tiến triển, biến chứng, biện pháp điều trị và dự phòng các bệnh nội khoa thường gặp.
3. Trình bày chế độ nuôi dưỡng, chăm sóc người bệnh nội khoa.
4. Lập bệnh án người bệnh nội khoa.

### NỘI DUNG:

Tt	Nội dung bài học	Số tiết		
		Tổng	LT	TH
1.	Công tác khám bệnh và quản lý hồ sơ bệnh án	2	2	0
2.	Khám và chẩn đoán một số hội chứng toàn thân	2	2	0
3.	Cách khám người bệnh tim mạch	6	6	0
4.	Một số hội chứng van tim, màng tim	5	5	0
5.	Suy tim	2	2	0
6.	Tăng huyết áp	2	2	0
7.	Đau thắt ngực, nhồi máu cơ tim	2	2	0
8.	Cách khám người bệnh huyết học	2	2	0
9.	Một số hội chứng huyết học	2	2	0
10.	Bệnh bạch cầu	1	1	0
11.	Viêm khớp dạng thấp	1	1	0
12.	Cách khám người bệnh hô hấp	4	4	0
13.	Một số hội chứng hô hấp	2	2	0
14.	Viêm phổi	1	1	0
15.	Viêm phế quản cấp	1	1	0
16.	Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	1	1	0
17.	Hen phế quản	1	1	0
18.	Cách khám người bệnh tiết niệu	3	3	0

Tt	Nội dung bài học	Số tiết		
		Tổng	LT	TH
19.	Một số hội chứng tiết niệu	2	2	0
20.	Nhiễm trùng đường tiết niệu	2	2	0
21.	Viêm cầu thận	1	1	0
22.	Cách khám người bệnh tiêu hóa	5	5	0
23.	Một số hội chứng tiêu hóa	6	6	0
24.	Abcess gan do amib	2	2	0
25.	Loét dạ dày tá tràng	1	1	0
26.	Xơ gan	1	1	0
27.	Ung thư gan	1	1	0
28.	Viêm tụy cấp	1	1	0
29.	Cách khám người bệnh thần kinh	4	4	0
30.	Một số hội chứng thần kinh	4	4	0
31.	Viêm đa dây thần kinh	1	1	0
32.	Đái tháo đường	2	2	0
33.	Bướu cổ, Basedow	2	2	0
	<b>Cộng</b>	<b>75</b>	<b>75</b>	<b>0</b>

### HƯỚNG DẪN THỰC HIỆN:

- **Yêu cầu giáo viên:**
  - Giáo viên có chuyên môn là Bác sỹ hoặc Cử nhân Điều dưỡng, Cử nhân VLTL.
- **Phương pháp giảng dạy:**
  - Thuyết trình, áp dụng các phương pháp giảng dạy tích cực.
- **Trang thiết bị dạy học:**
  - Có thể sử dụng máy Overhead, Projector ...
- **Đánh giá:**
  - Kiểm tra thường xuyên: 03 cột điểm bài viết dạng câu hỏi nhỏ.
  - Kiểm tra định kỳ: 03 cột điểm.
  - Thi kết thúc học phần: bài thi 60 câu trắc nghiệm trong thời gian 45 phút.

## CÔNG TÁC KHÁM BỆNH VÀ QUẢN LÝ HỒ SƠ BỆNH ÁN

BS.CKI. Nguyễn Văn Thịnh

### MỤC TIÊU HỌC TẬP

- Mô tả nguyên tắc và cách khám người bệnh nội khoa.
- Trình bày nguyên tắc và cách quản lý hồ sơ, bệnh án.

### ĐẠI CƯƠNG

Khám bệnh và quản lý hồ sơ là một khâu quan trọng trong công tác điều trị vì nó quyết định khá nhiều cho sự thành công hay thất bại của công tác điều trị: công tác khám bệnh và theo dõi diễn tiến có làm được tốt mới phát hiện được đúng và đầy đủ các triệu chứng để có thể làm được một chẩn đoán thật chính xác và đầy đủ, rồi từ đó mới định được tiên lượng, cách điều trị và phòng bệnh cho đúng đắn.

Ngày nay mặc dù sự tiến bộ và phát triển của các phương pháp cận lâm sàng, vai trò của khám bệnh lâm sàng vẫn quan trọng vì nó cho hướng chẩn đoán để từ đó các chỉ định làm các xét nghiệm cận lâm sàng cần thiết, tránh tình trạng làm tràn lan hoặc ngược lại không làm những xét nghiệm cần thiết.

### CÁCH TIẾN HÀNH CÔNG TÁC KHÁM BỆNH

#### 1. Nơi khám:

Cần phải:

- Sạch sẽ, thoáng khí nhưng tránh gió lùa.
- Ấm áp, nhất là về mùa lạnh.
- Có đủ ánh sáng.
- Kín đáo, nhất là những nơi dùng để khám bệnh phụ nữ.

#### 2. Phương tiện:

Ngoài bàn ghế cần thiết cho thầy thuốc và giường thăm bệnh để người bệnh nằm khám, nơi khám cần được trang bị một số phương tiện tối thiểu là:

- Ổng nghe tim phổi.
- Máy đo huyết áp.
- Dụng cụ đèn lưôi: để khám họng người bệnh.
- Búa phản xạ và kim: để khám về thần kinh.
- Găng tay hoặc bao ngón tay cao su: để khám trực tràng hoặc âm đạo.
- Đèn pin: để kiểm tra phản xạ đồng tử.

### 3. Thầy thuốc:

Cần lưu ý đến cách ăn mặc: áo quần bẩn thỉu, cổ áo cáu đen, móng tay dài bẩn, đầu tóc rối bù sẽ làm giảm sự tin tưởng của người bệnh đối với thầy thuốc rất nhiều.

Thái độ cần phải thân mật, niềm nở để người bệnh dễ tiếp xúc, dễ thổ lộ những vấn đề kín đáo của mình. Cần tránh những thái độ làm người bệnh hiểu lầm là thầy thuốc “ban ơn” cho họ.

Khi hỏi bệnh cần dùng những từ dễ hiểu, tránh dùng những danh từ y học mà người bệnh khó biết (vàng da, huyết niệu...) và nhất là cần nhấn nại khai thác các triệu chứng chủ quan của người bệnh.

Khi khám bệnh cần phải có tác phong nhẹ nhàng, tỉ mỉ, tránh thô bạo, tránh day trở người bệnh nhiều mà không cần thiết nhất là đối với người bệnh nặng. Người thầy thuốc, nhất là thầy thuốc nam giới, cần chú ý đến bản chất e thẹn của người phụ nữ để tránh những cách hỏi và nhất là cách khám bệnh quá số sàng lộ liễu, làm tổn thương đến sự tự trọng của người bệnh nữ.

Khi nhận định các triệu chứng cần khách quan và thận trọng: không nên có thành kiến trước, nhất là đối với người bệnh cũ, thầy thuốc thường dễ có tư tưởng là bệnh cũ tái phát.

Cần phải đánh giá đúng mức các triệu chứng, nhất là các triệu chứng chủ quan của người bệnh: việc nhận định, phân tích, đánh giá các triệu chứng đó phải dựa trên một cơ sở khoa học.

Phải thận trọng khi nói với người bệnh về tình trạng bệnh của họ; nói chung, phải suy nghĩ trước khi nói để không nói những vấn đề gì có thể làm cho họ lo sợ, hoang mang hoặc bi quan với bệnh của mình; phải giải thích để nâng đỡ tinh thần, ổn định tư tưởng cho họ yên tâm điều trị tin ở sự khỏi bệnh.

Đối với gia đình người bệnh, chúng ta có thể nói thật trong một phạm vi nhất định, nghĩa là tùy theo vấn đề, tùy theo quan hệ của người đó đối với người bệnh.

### 4. Người bệnh:

Cần được khám ở một tư thế thoải mái. Phải bộc lộ các vùng cần phải khám. Người bệnh nữ nên bộc lộ từng phần: ngực, bụng, rồi các chi... chú ý nhắc người bệnh tháo bỏ khăn quàng cổ vì khăn có thể che giấu một số vấn đề rất quan trọng ở cổ: bướu giáp, các tĩnh mạch cổ nổi, các sẹo hạch cổ...

## NỘI DUNG KHÁM BỆNH

Sau khi hỏi kỹ phần bệnh sử, việc khám bệnh thường tiến hành ba phần:

- Khám toàn thân.



- Khám từng bộ phận.
- Kiểm tra chất thải tiết.

### **1. Khám toàn thân:**

#### 1.1. Dáng đi, cách nằm của người bệnh:

Ngay phút đầu tiên tiếp xúc với người bệnh, chúng ta có thể chú ý ngay đến một vài cách nằm, cách đi, cách đứng của người bệnh gợi ý ngay cho chúng ta một hướng bệnh hoặc hội chứng nào đó.

Cụ thể:

- Cách nằm “cò súng”, quay mặt vào phía tối ở những người bệnh màng não.
- Cách nằm cao đầu hoặc nửa nằm nửa ngồi (tư thế Fowler) của những người bệnh khó thở.
- Cách đi cứng đờ, toàn thân như một khúc gỗ của người bệnh Parkinson.
- Cách đi “phát cò” một tay co quắp lên ngực của người bệnh liệt nửa thân, thể co cứng.
- Cách vừa đi vừa ôm hạ sườn phải của những người bệnh áp xe gan.

#### 1.2. Tình trạng tinh thần của người bệnh:

##### 1.2.1. Tỉnh táo:

Người bệnh có thể tự khai được bệnh, nhận định và trả lời được rõ ràng các câu hỏi của thầy thuốc.

##### 1.2.2. Mê sảng:

Người bệnh không nhận định được và không trả lời được đúng đắn các câu hỏi, không những thế người bệnh còn ở trong tình trạng hốt hoảng, nói lảm nhảm, thậm chí có khi chạy hoặc đập phá lung tung. Đó là tình trạng tâm thần của các người bệnh:

- Sắp bước vào hôn mê gan.
- Sốt nặng, thường nhất ở nước ta là sốt rét cơn.
- Bệnh tâm thần.

##### 1.2.3. Hôn mê:

Người bệnh cũng không nhận định được và cũng không trả lời được câu hỏi của ta. Nhưng ở đây người bệnh không hốt hoảng, không nói lảm nhảm nhưng trái lại mất liên hệ nhiều hay ít với ngoại cảnh, thậm chí trong trường hợp hôn mê sâu:

- Người bệnh không biết đau khi cấu véo.
- Không nuốt được khi ta đổ nước vào miệng.

- Mất phản xạ giác mạc.

Hôn mê là một tình trạng rất nặng, hậu quả của nhiều bệnh nhiễm khuẩn nhiễm độc và của rất nhiều bộ phận, cần khám kỹ mới phát hiện nguyên do.

### 1.3. Hình dáng nói chung:

#### 1.3.1. Gầy:

- Mặt hốc hác, má hóp lại, xương mặt lồi, nhất là xương gò má.
- Xương sườn, xương bả vai nổi rõ.
- Bụng lép, da bụng nhăn nheo.
- Số cân nặng dưới số cân trung bình 20%.

Số cân trung bình có thể tính đơn giản theo công thức:

$$\text{Cân nặng trung bình (kg)} = \text{Chiều cao (cm)} - 100$$

Gầy thường gặp trong các trường hợp:

- Thiếu dinh dưỡng do ăn uống thiếu về chất hoặc về lượng; bộ phận tiêu hoá không sử dụng và hấp thụ được, hẹp thực quản, hẹp môn vị, bệnh ruột mạn tính, viêm tụy mãn tính...); nhu cầu của cơ thể tăng lên do lao động quá sức hoặc do bệnh tật.
- Bệnh mạn tính: lao, xơ gan, ung thư...
- Một số bệnh nội tiết: đái tháo đường, Basedow.

#### 1.3.2. Béo phì:

- Mặt phình, má phính, cằm sệ.
- Cổ thường bị rụt không nhìn thấy.
- Chân tay to tròn và có ngấn.
- Da bụng có những lớp mỡ dày làm bụng to và xệ xuống.
- Số cân cao hơn số cân trung bình trên 15%.

Để đánh giá chính xác nên dựa vào chỉ số BMI (chỉ số khối cơ thể):

$$\text{BMI} = \text{Cân nặng (kg)} / \text{Chiều cao}^2 \text{ (cm}^2\text{)}$$

Kết quả chỉ số BMI:

- Gầy: dưới 18.5
- Bình thường: từ 18.5 - 25.0
- Thừa cân: từ 25 - 30

- Béo phì: từ 30 – 40
- Quá béo phì: trên 40

Béo bình thường là do dinh dưỡng, ăn nhiều và hoạt động ít. Béo phì cũng có thể do nội tiết như phụ nữ đến tuổi hết kinh, nam giới sau khi bị mất tinh hoàn, bệnh Cushing do tuyến yên hay do cường tuyến thượng thận.

Đôi khi do chấn thương mạnh về tâm thần cũng có thể gây béo phì.

### 1.3.3. Bất thường về chiều cao:

Cần chú ý đến hai trường hợp bệnh lý:

- Người vừa cao quá khổ vừa to đơn thuần hoặc kết hợp thêm với hiện tượng to đầu và chi: đây là bệnh khổng lồ (gigantisme) - một bệnh của tuyến yên.
- Người vừa thấp vừa quá nhỏ: cũng là một trường hợp bệnh lý tuyến yên, bệnh nhi tính (infantilisme).

### 1.3.4. Sự mất cân đối giữa các bộ phận:

- Bệnh to đầu (hydrocéphalie): đầu rất to không tương xứng với toàn bộ cơ thể.
- Bệnh to cực (acromégalie): đầu và nhất là hai bàn tay và hai bàn chân đều to quá khổ, không tương xứng với phần chi và cơ thể còn lại.
- Teo một đoạn chi, cả một chi hay cả hai chi đối xứng: thường gặp trong các bệnh thần kinh như xơ cột bên teo cơ. Bệnh ống sáo tuỷ và thông thường nhất là di chứng của bệnh bại liệt trẻ em (P.A.A).
- Hai bên lồng ngực không cân đối do một bên bị tràn dịch hay tràn khí màng phổi làm căng ra hoặc ngược lại do viêm màng phổi dày và dính co kéo làm xẹp xuống.

### 1.4. Màu sắc da và niêm mạc:

#### 1.4.1. Da và niêm mạc xanh tím:

Thể hiện tính trạng thiếu oxy, thường gặp trong:

- Một số bệnh tim bẩm sinh, bệnh tim phổi mạn tính, trường hợp suy tim nặng.
- Các bệnh thanh khí quản gây ngạt thở: liệt thanh hầu do bạch hầu.
- Các bệnh phổi gây khó thở cấp: viêm phế quản phổi ở trẻ em, tràn khí màng phổi nặng, cơn hen.

Trong các bệnh trên, trường hợp xanh tím chỉ xuất hiện ở môi, ở mặt, nặng lắm mới xanh tím đến các nơi khác, thậm chí có khi toàn thân.

Trái lại trong một số bệnh khác, xanh tím chỉ khu trú ở một vùng. Đây là trường hợp của các bệnh lý:

- Viêm tắc động mạch: xanh tím ở các ngón chân, ngón tay, có khi cả bàn chân, bàn tay hoặc cả một đoạn chi do động mạch đó chi phối.
- Rối loạn vận mạch mao quản: xanh tím tất cả các đầu chi nhất là các đầu ngón tay.

#### 1.4.2. Da và niêm mạc xanh xao nhợt nhạt:

Tình trạng xanh xao có khi thể hiện rõ rệt trên sắc mặt của người bệnh, nhưng có khi kín đáo phải tìm ở niêm mạc mắt, niêm mạc miệng, lưỡi hoặc lòng bàn tay bàn chân.

Đó là thể hiện lâm sàng của bệnh thiếu máu cấp hoặc mạn tính do rất nhiều nguyên nhân.

#### 1.4.3. Da và niêm mạc vàng:

Da của người bệnh có nhiều hình thức vàng:

- Vàng rơm: trong các bệnh ung thư.
- Vàng bủng: trong các bệnh thiếu máu nặng.
- Vàng tươi nhiều hay ít: do uống nhiều quinacrin hoặc santonon. Cũng có khi có những sắc tố vàng ở lòng bàn tay và bàn chân.

Trong các tình trạng trên, tình trạng vàng chỉ thể hiện ở da hoặc lòng bàn tay, gan bàn chân. Trái lại trong bệnh vàng da. Tình trạng vàng có thể hiện cả trong niêm mạc mắt, miệng, lưỡi: đây là những triệu chứng rất có giá trị gợi ý chẩn đoán, vì vàng da là một triệu chứng gần như đặc hiệu của gan mật.

#### 1.4.4. Da và niêm mạc sạm đen:

Đây không phải là trường hợp sạm nắng bình thường của người lao động ngoài trời mà còn là một trường hợp bệnh lý gặp trong bệnh:

- Suy tuyến thượng thận (bệnh Addison).
- Ứ đọng hắc tố (Mélannose de Richl).

#### 1.4.5. Một vùng da nhạt màu:

Nếu vùng đó lại có thêm mát cảm giác đau khi ta châm chích thì phải nghĩ đến và tìm kỹ nguyên nhân phong.

### 1.5. Tình trạng da và các tổ chức dưới da:

#### 1.5.1. Các bệnh tích ngoài da:

Ngoài mục đích phát hiện các bệnh ngoài da việc nhận định này cần chú ý đến các sẹo di chứng của bệnh nào đó trong tiền sử và các bệnh phẫu thuật, vì các bệnh tích này cho biết nguyên do của các rối loạn hiện tại như:

- Sẹo tràng nhạc làm nghĩ tới cơ địa lao.

- Sẹo “dồi leo” (zona) ở ngực, có thể là nguyên nhân của chứng đau dây thần kinh gian sườn hiện tại.
- Vết sẹo do đạn ở ngực hướng cho ta nghĩ đến nguyên nhân của chứng ho ra máu hiện nay.

#### 1.5.2. Các nốt chảy máu:

Thường là biểu hiện của các bệnh về máu dưới nhiều hình thái:

- Mảng bầm máu (ecchymose).
- Ban chảy máu (purpura).
- Chấm, nốt chảy máu (pétéchie).

#### 1.5.3. Tình trạng kiệt nước:

- Da khô, nhăn nheo thậm chí có cả những mảng vẩy.
- Sự tồn tại của các nếp nhăn sau khi véo da.

Thường thấy trong các trường hợp:

- Tiêu chảy cấp diễn nặng hoặc tiêu chảy kéo dài.
- Nôn nhiều.
- Sốt, nhiễm khuẩn kéo dài.

#### 1.5.4. Tình trạng ứ nước:

Biểu hiện bằng: phù có ấn lõm (phù mềm) hoặc không có ấn lõm (phù cứng), cần phát hiện ở mặt (nhất là mi mắt), ở cẳng chân cổ chân (tìm dấu hiệu ấn lõm ở mặt trong xương chày và ở mắt cá).

Thường thấy trong các trường hợp: viêm cầu thận cấp hoặc mạn, hội chứng thận hư, suy tim, xơ gan, thiếu dinh dưỡng, tê phù thể ướt hay viêm hạch mạch hoặc tĩnh mạch.

#### 1.6. Tình trạng hệ thống lông và tóc:

- Quá nhiều lông ở nam giới hoặc mọc lông ở những nơi phụ nữ bình thường không có râu: bệnh cường tuyến thượng thận (Cushing).
- Không mọc lông hoặc rụng lông, rụng tóc: biểu hiện của một tình trạng cơ thể suy nhược do một bệnh nhiễm khuẩn hay nhiễm độc, bệnh tại chỗ của da hay rối loạn nội tiết: rối loạn buồng trứng, suy tuyến giáp trạng.

## 2. Khám từng bộ phận:

Thường nên khám ngay bộ phận nghi có bệnh, sự hỏi bệnh chu đáo lúc đầu kết hợp với sự nhận xét toàn thân sẽ giúp cho ta nghĩ đến bộ phận nào có bệnh.

Sau đó mới khám đến các bộ phận khác, đầu tiên là các bộ phận có liên quan đến bộ phận bị bệnh, rồi mới khám đến các bộ phận còn lại và nên đi tuần tự từ trên xuống dưới (đầu, cổ, ngực, bụng, các chi...) để khỏi bỏ sót.

### 2.1. Ở đầu:

Ngoài việc nhận xét da, niêm mạc và hộp sọ, tóc cần kiểm tra 12 dây thần kinh sọ não nhất là khi có bệnh về tinh thần kinh; răng, lưỡi, họng ...

### 2.2. Ở cổ:

- Tuyến giáp trạng.
- Các sẹo ở cổ hoặc các sẹo trằng nhạt cổ.
- Tĩnh mạch cổ: tĩnh mạch cổ nổi to là một biểu hiện của suy tim phải.

### 2.3. Ở ngực:

- Hình thái và sự hoạt động của lồng ngực theo nhịp thở.
- Các xương sườn và các khoảng liên sườn.
- Khám tim và phổi.
- Không nên quên hai vú và các hạch ở nách.

### 2.4. Ở bụng:

- Hình thái và sự hoạt động của các thành bụng theo nhịp thở.
- Kiểm tra bụng nói chung rồi các phủ tạng ổ bụng.
- Cần chú ý đến việc thăm trực tràng và âm đạo là một động tác bắt buộc làm cho tất cả các người bệnh có biểu hiện bệnh lý ở bụng, nhất là ở bụng dưới.
- Ở nam giới: khám dương vật, bìu sinh dục, thừng tinh, và các lỗ thoát vị.

### 2.5. Ở các chi và cột sống:

#### 2.5.1. Dị dạng hoặc biến dạng của các chi và cột sống do:

- Cột sống bị cong, gù hoặc veo: một điểm đau chói ở bên cột sống, nhất là ở đáy cột sống lại gồ lên, phải làm cho ta nghĩ đến một lao đốt sống.
- Di chứng của gãy xương và một bệnh cũ về xương.

#### 2.5.2. Các khớp:

Một hoặc nhiều khớp bị sưng to, phải làm cho ta nghĩ đến một bệnh về khớp như: thấp khớp cấp, viêm khớp mạn tính, lao khớp, viêm mủ khớp ...

#### 2.5.3. Các đầu ngón tay và móng tay:

Móng tay “mặt kính đồng hồ” (khum tròn như mặt kính đồng hồ) là một biểu hiện cần chú ý.

Hiện tượng đó lúc đầu chỉ đơn độc, về sau kết hợp thêm với đầu ngón tay to bè ra như dùi trống để thành một triệu chứng gọi là ngón tay Hippocrate thể hiện của:

- Một số bệnh tim bẩm sinh (bệnh Fallot).
- Bệnh tim - phổi mạn tính.
- Bệnh nhiễm khuẩn mạn tính ở nội tạng, thường gặp trong viêm màng tim bán cấp Osle và áp xe phổi mạn tính hoặc giãn phế quản, nhiễm khuẩn mạn tính.
- Một số trường hợp u phổi: hội chứng Pierre Marie
- Bệnh xơ gan ứ mật tiên phát: bệnh Hanot.

### **3. Kiểm tra các chất thải tiết và một số chất dịch:**

Đây chỉ là nhận xét sơ bộ trên lâm sàng, cần được bổ sung thêm bởi các kết quả xét nghiệm cận lâm sàng các chất đó.

Tuy vậy, sự nhận xét sơ bộ này rất có ích vì cung cấp những yếu tố cần thiết cho chẩn đoán.

#### **3.1. Nước tiểu:**

- Màu vàng: xác định cho chúng ta một vàng da.
- Màu đỏ: xác định cho chúng ta người bệnh tiểu ra máu.
- Đục: có thể là một nhiễm khuẩn đường tiết niệu.

#### **3.2. Phân:**

- Đỏ lầy nhầy máu mũi: trong hội chứng kiết lỵ.
- Đen như bã cà phê: gợi ý một chảy máu đường tiêu hoá.

#### **3.3. Đàm:**

- Có tia máu hoặc lẫn máu cục trong ho ra máu.
- Có mủ trong áp xe phổi.
- Đàm có mủ màu sôcôla trong áp xe phổi do amib.
- Đàm bã đậu: lao phổi

#### **3.4. Chất nôn:**

Cần xem kỹ thành phần và màu sắc chất nôn.

#### **3.5. Chọc dịch:**

- Có tràn dịch màng phổi hoặc màng ngoài tim: phải chọc dò màng phổi, màng tim.
- Có cổ chướng, phải chọc dò cổ chướng.

- Có hội chứng màng não: phải chọc dò nước não tủy.

Cũng như các chất thải tiết, những thể dịch này ngay bằng nhận xét sơ bộ ở giường bệnh, đã có thể giúp cho ta chẩn đoán đúng:

- Chọc dò màng phổi có mủ là một viêm màng phổi mủ; nếu mủ có màu sôcôla nghĩ đến nguyên nhân do amib.
- Chọc dò nước não tủy thấy đục là một viêm màng não mủ.

Bằng cách khám nói trên, có những trường hợp:

- Có thể chẩn đoán được ngay nhưng không đầy đủ chi tiết.
- Nhưng có khi chưa thể có chẩn đoán ngay được mà chỉ mới có một hướng nào đó.

Vì vậy cần kết hợp cận lâm sàng để có chẩn đoán chính xác.

### **CÁC PHƯƠNG PHÁP CẬN LÂM SÀNG**

Sự tiến bộ của khoa học trong mọi lĩnh vực đã góp phần vào việc phát triển các phương pháp cận lâm sàng để giúp cho sự chẩn đoán của y học thêm chắc chắn.

Các phương tiện đó ngày càng nhiều, càng chính xác và tinh vi. Các thăm dò cận lâm sàng có thể nhằm vào 4 loại mục đích:

#### **1. Nhận định hình thái:**

Thường là các phương pháp:

- X quang; chiếu và chụp, chụp thường hoặc có thuốc cản quang.
- Soi nội tạng.
- Đồng vị phóng xạ.

#### **2. Nhận định tổn thương, giải phẫu bệnh học:**

Đây là các phương pháp sinh thiết phủ tạng (sinh thiết mù hoặc tốt hơn hết sinh thiết dưới sự kiểm tra của mắt) để lấy ra một mẫu tổ chức xét nghiệm.

- Vi mô: tìm các tổn thương giải phẫu bệnh học, thường có giá trị chẩn đoán chắc chắn nhất.
- Sinh hoá mô đã áp dụng ở các nước có khoa học tiến bộ.

#### **3. Tìm tác nhân gây bệnh:**

Xét nghiệm giải phẫu bệnh học nói trên cũng là một phương pháp tìm tác nhân gây bệnh (sinh thiết một hạch to để biết tác nhân gây bệnh là ung thư hay lao tùy theo hình thái giải phẫu bệnh học có tế bào ung thư hay tế bào khổng lồ của lao).



Ngoài ra còn phương pháp khác để tìm trực tiếp hay gián tiếp:

- Vi khuẩn, virus.
- Ký sinh vật.
- Nấm...

#### **4. Thăm dò chức năng:**

Một phần lớn các phương pháp này là các xét nghiệm sinh hoá học. Ngoài ra còn các phương pháp dùng máy móc đo chuyển hoá cơ bản để thăm dò chức năng giáp trạng, điện tâm đồ để thăm dò chức năng tim... và gần đây đã dùng thêm các phương pháp đồng vị phóng xạ.

### **CHẨN ĐOÁN**

Các dữ liệu lâm sàng và cận lâm sàng nói trên cần được tập hợp lại thành hội chứng: một người bệnh có thể có một hoặc nhiều hội chứng. Căn cứ vào các hội chứng đó mà chúng ta sẽ thiết lập những chẩn đoán xác định, chẩn đoán phân biệt, chẩn đoán nguyên nhân và đánh giá tiên lượng bệnh.

Trong việc chẩn đoán bệnh, cần tôn trọng một số nguyên tắc:

- Phải dựa vào những triệu chứng của người bệnh thật cụ thể, thật rõ ràng không ai có thể chối cãi được, lâm sàng cũng như cận lâm sàng.
- Nên nghĩ trước hết đến những bệnh thường có nhất và phải căn cứ vào những triệu chứng đặc hiệu có giá trị chẩn đoán của bệnh đó.
- Nên cố gắng tìm một chẩn đoán bệnh có thể bao gồm được tất cả các hội chứng và triệu chứng chính của người bệnh. Nếu không thể được thì mới được coi như người bệnh bị 2 hay 3 bệnh cùng một lúc.

### **BỆNH ÁN VÀ BỆNH LỊCH**

Bệnh án và bệnh lịch là hai phần trong hồ sơ của người bệnh gồm:

- Bệnh án là văn bản do thầy thuốc làm ngay khi người bệnh vào bệnh viện, ghi chép lại tất cả các vấn đề có liên quan đến người bệnh từ tên tuổi, địa chỉ, nghề nghiệp đến tình trạng phát sinh, tiến triển cũng như tình hình tử tưởng hoàn cảnh sinh sống vật chất của họ.
- Bệnh lịch là văn bản kế tiếp bệnh án trong suốt quá trình điều trị tại bệnh viện, ghi chép lại các diễn biến của người bệnh kết quả các xét nghiệm và các phương pháp điều trị đã được áp dụng.

Bệnh án và bệnh lịch đều là những tài liệu cần thiết để chẩn đoán bệnh được đúng, theo dõi bệnh được tốt và do đó áp dụng được kịp thời các phương thức điều trị đúng đắn, ngăn chặn được các biến chứng, chóng trả người bệnh về sản xuất.

Và cũng nhờ các tài liệu đó mà sau khi người bệnh khỏi và ra viện, thầy thuốc có thể tiếp tục theo dõi người bệnh ngoại trú, chỉ dẫn cho họ các phương pháp dự phòng để bệnh có thể khỏi hẳn không tái phát, không có biến chứng hoặc di chứng hay lây truyền sang người khác. Nhờ vào các tài liệu đó mà trong các trường hợp người bệnh từ trần và có giải phẫu kiểm tra thi thể, người thầy thuốc mới rút được kinh nghiệm chẩn đoán, điều trị và phục vụ để cải tiến công tác phục vụ mỗi ngày một tốt hơn cho các người bệnh khác sau này.

Ngoài tác dụng về chuyên môn nói trên, có ích lợi phục vụ trực tiếp cho người bệnh, bệnh án và bệnh lịch có giúp ích cho công tác nghiên cứu khoa học: các số liệu Việt Nam, các hình thái lâm sàng đặc biệt của bệnh lý Việt Nam, giá trị chẩn đoán các phương pháp thăm dò mới cũng như tác dụng của các phương pháp trị liệu mới chỉ có thể làm được dựa trên tổng kết các bệnh án, bệnh lịch.

Không những thế, bệnh án và bệnh lịch còn là những tài liệu hành chính và pháp lý nữa. Về phương diện hành chính các tài liệu đó sẽ giúp ta nắm được số liệu người bệnh ra vào viện, số ngày nằm viện của người bệnh, tình hình khỏi bệnh, không khỏi hoặc tử vong nhiều hay ít để đặt dự trù về thuốc men cho đúng, cũng như đặt các chỉ tiêu phấn đấu nâng cao chất lượng điều trị. Về phương diện pháp lý bệnh án và bệnh lịch là những tài liệu rất cần thiết cho việc kiểm thảo tử vong. Với các tính chất quan trọng nói trên, bệnh án và bệnh lịch cần phải:

### **1. Làm kịp thời:**

- Bệnh án phải được làm ngay khi người bệnh vào viện.
- Bệnh lịch cần phải được ghi chép hằng ngày những diễn biến của bệnh.

### **2. Chính xác và trung thực:**

Các triệu chứng, số liệu đưa ra cần phải đúng với sự thực và thật cụ thể.

### **3. Đầy đủ và chi tiết:**

Đầy đủ tức là các mục trong bệnh án cần phải sử dụng vì mỗi mục đều có tác dụng riêng của nó. Đầy đủ về phương diện ghi chép các triệu chứng còn có nghĩa là không những ghi chép các triệu chứng “có” mà cả các triệu chứng “không” vì sự không có của một vài triệu chứng nào đó rất cần thiết cho sự chẩn đoán xác định, chẩn đoán phân biệt cũng như để đánh giá tiên lượng của bệnh. Chi tiết có nghĩa là mỗi triệu chứng cần được nêu tỉ mỉ với các yếu tố về thời gian, tính chất và tiến triển của nó.

Đối với bệnh lịch đầy đủ có nghĩa là:

- Ghi chép được những nhận xét thu được khi làm các thủ thuật cho người bệnh (chọc dò màng phổi, chọc dò cổ chướng, chọc dò nước não tủy, sinh thiết hạch, gan, đo huyết áp tĩnh mạch...).

- Từng thời kỳ cho làm lại các xét nghiệm, nhất là những xét nghiệm mà các lần làm trước có kết quả không bình thường.

#### **4. Được lưu trữ lại:**

Để sau này nếu bệnh tái phát hoặc nhập viện lại, chúng ta có đầy đủ những tài liệu của những lần bệnh trước, giúp ích rất nhiều cho việc chẩn đoán và điều trị lần này. Ngoài ra, việc lưu trữ hồ sơ bệnh giúp nghiên cứu khoa học, tổng kết hồ sơ được đầy đủ và trung thực.

Công tác bệnh án, bệnh lịch có làm tốt hay không chủ yếu do trình độ chuyên môn nhưng cũng còn do tinh thần trách nhiệm của người thầy thuốc có thật quan tâm đến tình trạng bệnh của người bệnh hay không.

Có quan điểm phục vụ người bệnh tốt, nắm được yêu cầu bệnh án bệnh lịch, kết hợp với trình độ nhất định về chuyên môn, công tác hồ sơ bệnh của chúng ta chắc chắn sẽ làm được tốt.

### **TRIỆU CHỨNG BỆNH**

#### **1. Triệu chứng chủ quan:**

Là những biểu hiện do bản thân người bệnh, do chủ quan người bệnh nhận thấy. Các triệu chứng chủ quan này chỉ do người bệnh phát hiện, và thầy thuốc rất khó đánh giá mức độ nhiều ít của nó một cách thật chính xác vì hoàn toàn dựa vào lời khai của người bệnh.

Thuộc loại này là các triệu chứng như: đau bụng, nuốt khó, tức ngực, nhức đầu, đau cơ, nhức khớp, tiểu buốt, mờ mắt.

#### **2. Triệu chứng khách quan:**

Là những biểu hiện do thầy thuốc phát hiện ra khi khám bệnh. Trong các triệu chứng khách quan này, có các triệu chứng:

- Chủ quan người bệnh cũng có thể nhận thấy và phát hiện được như: sốt, sưng khớp, cứng hàm, vàng da, u ở hạch bụng to... Tuy vậy, người ta không xếp vào loại triệu chứng chủ quan mà vẫn gọi là triệu chứng khách quan, vì thầy thuốc có thể kiểm tra được cụ thể và nhận định chính xác một cách khách quan.
- Chủ quan người bệnh hoàn toàn không biết chỉ có thầy thuốc khám bệnh mới phát hiện được hoặc nhờ có xét nghiệm mới biết: các thay đổi không bình thường ở phổi, ở tim, khi nhìn, sờ, gõ, nghe tim phổi, các biểu hiện không bình thường ở bụng, các thay đổi không bình thường về cảm giác, về phản xạ khi khám thần kinh, hoặc bạch cầu tăng trong công thức máu, có nhiều protein ở nước tiểu.

Ngoài cách chia các triệu chứng ra làm triệu chứng chủ quan và triệu chứng khách quan người ta còn chia ra làm triệu chứng chức năng, thực thể và toàn thể:

- Triệu chứng chức năng: là những biểu hiện gây ra bởi những rối loạn về chức năng của các phủ tạng: ho, khó thở, khạc máu, đau ngực, tiêu chảy, táo bón, nôn, tiểu ít, vô niệu...
- Triệu chứng toàn thân: là những biểu hiện toàn thân gây ra bởi tình trạng bệnh lý: gầy mòn, sút cân, sốt.
- Triệu chứng thực thể: là những triệu chứng phát hiện được khi khám lâm sàng: các thay đổi bệnh lý ở phổi, tim, các thay đổi không bình thường ở bụng.
- Triệu chứng lâm sàng: là những triệu chứng thu thập được ngay ở giường bệnh bằng cách hỏi và khám bệnh (bao gồm chủ yếu nhìn, sờ, gõ, nghe..).
- Triệu chứng cận lâm sàng: là các tài liệu thu thập được bằng các phương pháp: X-quang, xét nghiệm, thăm dò bằng dụng cụ hoặc máy móc khác: thông tim, điện tâm đồ, đo chuyển hoá cơ bản, đo chức năng phổi, soi dạ dày, soi ổ bụng, soi bàng quang...

Một số trường hợp bệnh lý khi diễn hình thường biểu hiện bằng một số triệu chứng nhất định, tập hợp lại gọi là hội chứng.

Một số hội chứng thường gặp:

- Hội chứng tràn dịch màng phổi.
- Hội chứng đông đặc (nhu mô phổi).
- Hội chứng van tim.
- Hội chứng suy tim.
- Hội chứng tắc ruột.
- Hội chứng tắc mật.
- Hội chứng nhiễm khuẩn.
- Hội chứng mất nước ...

Nội dung chủ yếu của các bệnh án là việc ghi chép lại các triệu chứng nói trên cùng với các diễn biến của nó từ khi người bệnh bắt đầu mắc bệnh cho đến khi người bệnh đến bệnh viện để có thể được một chẩn đoán sơ bộ về lâm sàng ngay khi người bệnh vào viện và từ đó có một hướng điều trị thích đáng.

## **NỘI DUNG BỆNH ÁN**

### **1. Hỏi bệnh:**

#### 1.1. Phần hành chính:

- Họ và tên: cần ghi rõ ràng và đầy đủ cả tên lẫn họ và chữ đệm để tránh nhầm lẫn.

- Giới (nam, nữ), tuổi, nghề nghiệp, địa chỉ: cũng cần ghi rõ vì tùy theo mỗi giới, mỗi loại tuổi hoặc tùy theo mỗi nghề, mỗi địa phương cư trú mà có những bệnh thường gặp. Nghề nghiệp và địa chỉ nên hỏi cả trước đây và hiện nay vì có những bệnh do nghề nghiệp cũ sinh ra nhưng mãi đến nay mới thể hiện hoặc mới có biến chứng. Riêng nghề nghiệp cần ghi cụ thể không nên ghi chung chung như: “công nhân, cán bộ” mà cần ghi cụ thể “công nhân mỏ sàng than” hoặc “cán bộ hành chính” hay “cán bộ kỹ thuật hoá chất”.
- Ngày giờ vào viện, thời gian điều trị.

#### 1.2. Phần lý do vào viện:

Là đầu mối của phần bệnh sử cần hỏi ngay sau khi làm xong phần hành chính. Mỗi người bệnh vào viện có thể là vì một hoặc nhiều lý do cho nên cần ghi đủ cả và nếu có thể được thì phân biệt lý do chính và lý do phụ.

#### 1.3. Phần bệnh sử:

Cần hỏi theo một thứ tự như dưới đây:

- Hỏi các chi tiết của lý do vào viện: bắt đầu từ bao giờ, tính chất, tiến triển ra sao. Nếu có nhiều lý do vào viện, cần hỏi rõ sự liên quan giữa các lý do đó: cái nào có trước, cái nào có sau và trước sau bao nhiêu lâu.
- Hỏi các triệu chứng kèm theo các triệu chứng nói trên, thường là các triệu chứng thuộc bộ phận bị ốm.
- Hỏi tình hình các bộ phận khác và các rối loạn cơ thể: rất cần thiết để cho ta nắm được các rối loạn do bệnh chính gây ra ở các phủ tạng khác và có giúp cho ta khỏi bỏ sót một bệnh khác có thể song song tồn tại với bệnh chính (vì một người có thể có 2, 3 bệnh).
- Hỏi các phương pháp điều trị mà người bệnh đã được áp dụng cho ngày vào viện và tác dụng của các phương pháp đó.
- Kết thúc bằng tình trạng hiện tại: lúc thầy thuốc đang khám bệnh, các rối loạn nói trên còn những gì.

#### 1.4. Phần tiền sử:

- Tiền sử bản thân: bản thân người bệnh trước đây đã bị những bệnh gì điều trị ra sao?. Nếu người bệnh là phụ nữ không nên quên hỏi tình trạng kinh nguyệt, thai nghén sinh đẻ ra sao?
- Tiền sử gia đình: tình trạng sức khỏe, bệnh tật của bố mẹ, vợ (chồng), con cái, anh em, nhất là những người có liên quan đến bệnh hiện nay của bản thân người bệnh. Nếu có ai chết cần hỏi thăm chết từ bao giờ, vì bệnh gì.
- Tiền sử thân cận: tình hình bệnh tật của bạn bè thường hay tiếp xúc với người bệnh, hay nói cách khác, với môi trường tiếp xúc của người bệnh.

Trong các mục tiền sử nói trên, cần chú ý hỏi kỹ về các bệnh có liên quan đến bệnh hiện nay của người bệnh.

Kết thúc bằng cách hỏi về sinh hoạt vật chất, điều kiện công tác và tình trạng tinh thần.

Cần hỏi thêm một số tập quán của người bệnh như: nghiện rượu, nghiện cà phê, thuốc lá ...

Mục “hỏi bệnh” làm được chu đáo và tỉ mỉ sẽ giúp cho ta rất nhiều trong hướng khám bệnh và chẩn đoán, thậm chí có những trường hợp “hỏi bệnh” đóng một vai trò chủ yếu trong chẩn đoán lâm sàng (ví dụ trong loét dạ dày). Chúng ta có thể nói rằng tiến hành được tốt việc hỏi bệnh là đi được nửa đoạn trên con đường chẩn đoán bệnh.

## 2. Khám bệnh:

Mục này chủ yếu để ghi chép lại các triệu chứng thực thể phát hiện được bằng các phương pháp lâm sàng nghĩa là bằng “ sờ, nhìn, gõ, nghe”.

Việc “hỏi bệnh” chu đáo tỉ mỉ kết hợp với việc khám lâm sàng kỹ lưỡng trong phần lớn trường hợp có thể giúp cho thầy thuốc tập hợp được thành hội chứng và từ đó có được một chẩn đoán sơ bộ về lâm sàng.

Từ chẩn đoán sơ bộ đó, mới đề ra các phương pháp cận lâm sàng để:

- Xác định chẩn đoán (thường viết là  $\Delta^+$ ).
- Loại trừ một số bệnh khác cũng có một bệnh cảnh lâm sàng tương tự. Thường gọi là chẩn đoán phân biệt ( $\Delta^?$ ).
- Xác định nguyên nhân.
- Đánh giá tương lai của bệnh, gọi là tiên lượng ( $\varphi$ ).

## NỘI DUNG BỆNH LỊCH

Bệnh lịch tiếp tục nhiệm vụ của bệnh án: nội dung chủ yếu của nó bao gồm 3 mục lớn:

### 1. Ghi chép mệnh lệnh điều trị:

Mệnh lệnh điều trị bao gồm: thuốc men, hộ lý, ăn uống. Cần phải ghi:

#### 1.1. Rõ ràng và chính xác:

- Không được viết tắt hoặc viết ký hiệu hoá học.
- Trong lượng của đơn vị và số đơn vị: ví dụ: aspirin 0,5g \* 3 viên; emetin clohydrat 0,04g \* 2 ống.
- Đường dùng thuốc: uống, tiêm bắp, dưới da hay tĩnh mạch...
- Cách dùng: chia làm bao nhiêu lần uống, uống lúc nào hoặc tiêm lúc nào.

### 1.2. Ghi hằng ngày:

Mặc dù mệnh lệnh điều trị không thay đổi, hằng ngày vẫn ghi lại toàn bộ chứ không được viết “như trên”.

### 2. Theo dõi diễn biến của bệnh trong quá trình điều trị:

Cần phải ghi lại hằng ngày:

- Diễn biến các triệu chứng cũ.
- Các triệu chứng mới xuất hiện thêm.
- Kết quả các thủ thuật thăm dò đã làm tại giường bệnh, ví dụ: đã chọc màng phổi trái lúc 9 giờ ngày 23/3 lấy ra được 50ml nước vàng chanh.
- Nhiệt độ và mạch trên biểu đồ. Trên bảng biểu đồ này, thường có thêm các mục huyết áp, nước tiểu, nhịp thở...

### 3. Theo dõi kết quả các xét nghiệm cận lâm sàng:

Các xét nghiệm này cần phải:

- Làm lại từng thời kỳ, nhất là kết quả không bình thường của những lần trước.
- Các xét nghiệm cùng một loại cần được xếp cùng với nhau theo thứ tự thời gian để tiện theo dõi diễn biến của bệnh về phương diện cận lâm sàng, tốt hơn hết nên sao lại các kết quả các xét nghiệm đó trên một tờ giấy có kẻ những cột giành riêng cho mỗi loại xét nghiệm.

Nếu có những trường hợp dễ dàng mà ngay khi người bệnh vào viện, chẩn đoán lâm sàng sơ bộ đã có thể đúng hẳn về mọi mặt ( $\Delta^+$ ,  $\Delta^{\neq}$  nguyên nhân cũng như  $\varphi$ ), thì cũng có rất nhiều trường hợp mà chẩn đoán và tiên lượng chỉ có thể làm được sau một thời gian vào viện, dựa trên:

- Sự diễn biến của bệnh, nhất là sự xuất hiện thêm các triệu chứng lúc đầu chưa có hoặc không rõ.
- Kết quả xét nghiệm cận lâm sàng.
- Kết quả điều trị.

## TỔNG KẾT VÀ LƯU TRỮ HỒ SƠ BỆNH

### 1. Tổng kết hồ sơ:

- Các nét chính về triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng.
- Các phương pháp điều trị chủ yếu.
- Các diễn biến chính của bệnh trong quá trình theo dõi tại bệnh viện.

Kết quả điều trị: tình trạng người bệnh khi ra viện (hoặc chết) về lâm sàng, cận lâm sàng. Nếu có mổ tử thi, phải ghi cả chẩn đoán đại thể và vi thể.

Việc tổng kết hồ sơ bệnh làm được tốt sẽ đưa đến một chẩn đoán chính thức (chẩn đoán khi ra viện) thật chính xác và đầy đủ để có thể chỉ dẫn cho người bệnh các phương pháp điều trị và theo dõi tại nhà, phòng bệnh tái phát, có biến chứng hoặc lây truyền sang người khác.

## **2. Lưu trữ hồ sơ:**

Không nên quan niệm đây là một công tác hành chính mà đây thực sự là một công tác chuyên môn, cho nên khi phân công cán bộ phụ trách phòng hồ sơ, cần chọn người có trình độ hiểu biết khá về chuyên môn, tương đương với một cán bộ y tế trung cấp, tốt hơn hết là y sĩ, nếu hoàn cảnh cán bộ cho phép.

Trong công tác lưu trữ hồ sơ ngoài yêu cầu đảm bảo lưu trữ đầy đủ và vẹn toàn hồ sơ, không để hư hỏng và mất mát (từ bệnh án, bệnh lịch đến các kết quả của phòng xét nghiệm, biên bản phẫu thuật hoặc mổ tử thi ...), phải coi hồ sơ như là một tài sản (thuốc men, dụng cụ), cần để ra hai yêu cầu chính:

- Đảm bảo việc sưu tầm hồ sơ được nhanh chóng khi cần đến, không phải tìm tòi quá nhiều sổ sách.
- Sắp xếp theo từng loại bệnh để việc làm thống kê bệnh tật được dễ dàng.



**TỰ LƯỢNG GIÁ**

1. Đây là những mục đích chính của bệnh án, bệnh lịch, NGOẠI TRỪ:
  - A. Xác định ưu tiên trong quản lý bệnh
  - B. Cơ sở pháp lý
  - C. Nghiên cứu khoa học
  - D. Theo dõi và điều trị bệnh
2. Tư thế đi “phát cỏ” là biểu hiện đặc trưng của bệnh:
  - A. Parkinson
  - B. Tim mạch
  - C. Màng não
  - D. Áp xe gan
3. Triệu chứng loại nào có giá trị chẩn đoán:
  - A. Triệu chứng chỉ điểm
  - B. Triệu chứng hiếm gặp
  - C. Triệu chứng toàn phát
  - D. “Hội chứng cá tính”
4. Trường hợp nào được xếp vào nhóm sốt không có triệu chứng chỉ điểm:
  - A. Sốt rét
  - B. Áp xe gan
  - C. Viêm họng
  - D. Viêm bàng quang
5. Người bệnh có cân nặng 65kg, cao 166cm. phân loại:
  - A. Bình thường
  - B. Thừa cân
  - C. Gầy
  - D. Béo phì
6. Đây là những tiêu chí chính của bệnh án, bệnh lịch, NGOẠI TRỪ:
  - A. Gọn, vắn tắt
  - B. Chính xác, trung thực
  - C. Kịp thời
  - D. Lưu trữ
7. Đây là những mục đích chính của cận lâm sàng. NGOẠI TRỪ:
  - A. Bằng chứng pháp lý
  - B. Tìm tác nhân gây bệnh
  - C. Thăm dò chức năng
  - D. Nhận định hình thái
8. Da sạm đen gặp trong những trường hợp sau, NGOẠI TRỪ:
  - A. Nhiễm độc chì
  - B. Bệnh Addison
  - C. Sạm nắng
  - D. Ú đọng hắc tố
9. Da vàng rơm gặp trong
  - A. Ung thư
  - B. Thiếu máu nặng
  - C. Uống nhiều quinacrin
  - D. Sốt rét
10. Lông mọc nhiều hơn bình thường gặp trong bệnh:
  - A. Cushing
  - B. Addison
  - C. Thiếu testosterone
  - D. Suy giáp trạng
11. Tư thế nằm “cò súng” là biểu hiện đặc trưng của bệnh:
  - A. Màng não
  - B. Tim mạch
  - C. Parkinson
  - D. Áp xe gan
12. Mục nào sau đây thuộc nội dung bệnh án:
  - A. Khám bệnh, chẩn đoán
  - B. Theo dõi diễn tiến
  - C. Ghi chép mệnh lệnh điều trị
  - D. Theo dõi kết quả cận lâm sàng

# CÁCH KHÁM VÀ CHẨN ĐOÁN MỘT SỐ HỘI CHỨNG TOÀN THÂN

BS.CKI. Nguyễn Văn Thịnh

## MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Mô tả cách khám một số hội chứng toàn thân thường gặp.
2. Nhận định được triệu chứng một số hội chứng toàn thân thường gặp.
3. Trình bày tiêu chuẩn chẩn đoán một số hội chứng toàn thân.

## KHÁM VÀ CHẨN ĐOÁN SỐT

Sốt là hiện tượng tăng thân nhiệt, một biểu hiện bệnh lý của rất nhiều bệnh lý, thuộc bất cứ bộ phận nào trong cơ thể. Đây là phản ứng của cơ thể đối với nhiều nhân tố, trong đó có nhân tố nhiễm khuẩn và không nhiễm khuẩn.

Nếu phát hiện sốt thường dễ dàng và đơn giản, thì trái lại chẩn đoán nguyên nhân sốt nhiều khi rất khó, đòi hỏi ở người thầy thuốc một sự hỏi bệnh và khám bệnh toàn diện, tỉ mỉ và trong nhiều trường hợp vai trò của xét nghiệm cận lâm sàng rất quan trọng.

Song song với việc tìm nguyên nhân của sốt, rất cần thiết cho việc điều trị, người thầy thuốc còn cần phải phát hiện và nhận định các rối loạn chức năng, các biểu hiện toàn thân kèm theo do hiện tượng sốt gây nên, không kém phần quan trọng vì có khi người bệnh chưa chết hoặc không thể chết bởi các tác nhân gây sốt mà đã chết bởi những rối loạn chức năng hoặc toàn thân.

### 1. Nhận định sốt:

Sau khi đã xác định sốt bằng nhiệt kế, cần phải nhận định sốt về các phương diện.

#### 1.1. Khởi phát.

- Đột ngột: đang khoẻ mạnh, người bệnh đột nhiên bị sốt cao ngay như trong cúm, sốt rét cơn, viêm bể thận, viêm mật quản, viêm phổi hoặc các nhiễm khuẩn ở nơi khác.
- Hoặc dần dần sau một thời gian mệt mỏi, khó chịu rồi bắt đầu sốt và nhiệt độ tăng lên dần dần như trong thương hàn, lao, bệnh thấp khớp.

#### 1.2. Tính chất:

- Chỉ sốt như trong thương hàn, lao, viêm màng não, viêm não, thủy đậu.
- Khởi phát bằng một cơn rét run rồi sốt liên tục trong những ngày sau như viêm phổi, sốt hồi quy, sốt do xoắn khuẩn hoặc trong một số trường hợp cúm.

- Những cơn rét run làm cho người bệnh phải đắp hai, ba chăn, rồi kèm theo sau là sốt ra mồ hôi, sau đó lại hết để tái phát lại nhiều lần trong ngày hoặc trong những ngày sau như trong: sốt rét cơn, viêm bể thận, viêm mật quản, các ổ nung mủ sâu, nhiễm khuẩn máu.

### 1.3. Diễn biến:

Việc theo dõi diễn biến, chủ yếu dựa trên biểu đồ nhiệt độ, rất có giá trị khi người bệnh sốt đã 5 - 7 ngày trở lên.

Dựa vào đó, người ta chia ra làm nhiều loại sốt có giá trị gợi ý hoặc đặc hiệu cho các bệnh gây ra sốt.

#### 1.3.1. Sốt liên tục:

Biểu diễn thành một đường hình cao nguyên, nhiệt độ cao suốt ngày, nhiệt độ sáng và chiều chênh lệch nhau rất ít, thường không quá  $1^{\circ}\text{C}$ . Loại sốt này thường gặp trong thương hàn, viêm phổi.

#### 1.3.2. Sốt dao động:

Biểu diễn thành một đường có nhiều hình tháp, trong đó quá trình sốt gồm nhiều cơn, giữa các cơn nhiệt độ có thể:

- Không xuống hẳn bình thường: vẫn còn hơi sốt ( $37,2 - 37,5^{\circ}\text{C}$ ); đây là các loại sốt không dứt cơn, thường gặp trong bệnh nhiễm khuẩn máu, viêm mật quản, viêm bể thận, các ổ nung mủ lâu. Trong loại này, cơn sốt xảy ra vào bất cứ giờ nào trong ngày, khi vài ba cơn trong ngày, có khi vài ngày mới có một cơn.
- Xuống hẳn bình thường: nhiệt độ thể hiện từng cơn rõ ràng mỗi cơn cách nhau bằng một thời gian không sốt; trong đó người bệnh thấy thoải mái dễ chịu, tưởng như mình đã khỏi hẳn; đây là loại sốt cơn, điển hình trong sốt rét cơn.

Trong loại sốt dao động này cần chú ý lấy nhiệt độ nhiều lần trong ngày, có khi 3 lần một ngày thì mới phát hiện được cơn sốt cao.

#### 1.3.3. Sốt hồi quy:

Là loại sốt từng đợt, mỗi đợt sốt kéo dài một tuần, kế tiếp bằng một đợt dài như vậy không sốt, để rồi sau đợt không sốt này lại có một đợt sốt khác kế tục. Điển hình của loại sốt này gặp trong bệnh sốt hồi quy.

## 2. Rối loạn chức năng:

### 2.1. Tình trạng tinh thần:

- Các biểu hiện nhỏ, không đáng kể như nhức đầu, hoa mắt, chóng mặt, mất hoặc kém ngủ.
- Các biểu hiện quan trọng như mê sảng, hôn mê, các động tác bất thường (bất chuồn chuồn) và cơn co giật (thường xảy ra ở trẻ em khi sốt cao bất cứ do nguyên nhân gì).

## 2.2. Tình trạng tim – mạch:

Khi sốt, tim đập nhanh lên, trung bình cứ thân nhiệt tăng 1°C thì nhịp tim tăng 10-15 nhịp/phút; riêng trong thương hàn có thể có sự phân ly mạch nhiệt độ (nhiệt độ vẫn cao mà mạch không tăng theo).

## 2.3. Tình trạng thải tiết nước tiểu:

Trong khi sốt người bệnh thường tiểu rất ít. Về sau, khi sắp hồi phục, người bệnh tiểu nhiều hơn. Trái lại người bệnh càng tiểu ít bao nhiêu càng có giá trị tiên lượng xấu.

## 2.4. Tình trạng kiệt nước và điện giải:

Do hiện tượng thở nhiều, ra mồ hôi khi người bệnh sốt. Biểu hiện bằng: khát nước, tiểu ít, môi khô nẻ, rộp, lưỡi khô, da khô nhăn nheo. Cần phát hiện để cung cấp nước cho người bệnh hoặc bằng đường uống hoặc bằng đường tiêm.

## 2.5. Tình trạng chảy máu: có thể ở:

- Da và niêm mạc.
- Hoặc các phủ tạng, nôn ra máu, ỉa ra máu, tiểu ra máu.

## 2.6. Tình trạng tiêu hoá:

Một số rối loạn tiêu hóa đi kèm với sốt thường gặp như chán ăn, ăn khó tiêu, đi cầu bón. Nặng hơn có thể gặp ói ra máu, đi cầu ra máu ... Sự phát hiện các rối loạn nói trên rất quan trọng, nhất là ở những người bệnh sốt nhiễm khuẩn cấp diễn. “ hội chứng cá tính” bao gồm:

- Triệu chứng thần kinh.
- Triệu chứng tim mạch.
- Triệu chứng tiêu hoá.
- Triệu chứng chảy máu.

Nếu các triệu chứng này có giá trị về tiên lượng thì sự phát hiện các triệu chứng chỉ điểm có một giá trị để chẩn đoán nguyên nhân.

## 3. Các xét nghiệm cận lâm sàng:

Nếu có triệu chứng lâm sàng chỉ điểm chúng ta có thể có một chẩn đoán lâm sàng sơ bộ. Trong những trường hợp này, các xét nghiệm cận lâm sàng được chỉ định tùy theo các triệu chứng lâm sàng chỉ điểm và chẩn đoán sơ bộ của lâm sàng.

Nếu không có triệu chứng lâm sàng chỉ điểm, thường phải làm một số xét nghiệm để qua đó chúng ta có thể tìm được một số triệu chứng cận lâm sàng chỉ điểm, góp cho chẩn đoán nguyên nhân.

- Công thức máu, tốc độ lắng máu: bạch cầu tăng nhiều cùng với đa nhân trung tính mà tốc độ tăng lắng máu nhanh, thường hướng cho ta một hội chứng nhiễm khuẩn, có thể một ổ nhiễm khuẩn hoặc một ổ nung mủ sâu mà lâm sàng có thể bỏ qua.
- Ký sinh trùng sốt rét: làm cả phiến đồ mỏng và giọt đặc. Muốn chính xác, cần lấy máu thử khi người bệnh đang lên cơn rét.
- Cấy máu: tốt nhất cũng nên lấy máu khi người bệnh đang sốt và nhất là chưa dùng các thuốc kháng sinh.
- Một số huyết thanh chẩn đoán: để phát hiện một số bệnh thông thường như Widal (thương hàn), Martin Pettit (sốt do *Leptospira*), Weil Felix (sốt do *Rickettsia*). Cần chú ý, các xét nghiệm này chỉ dương tính khi bệnh đã tiến triển một thời gian, cho nên phải lấy máu thử từ tuần thứ hai, thứ ba trở đi.
- Chiếu hoặc chụp phổi: để phát hiện những tổn thương nhỏ.
- Nước tiểu: protein, tế bào ... để phát hiện các bệnh thận, hệ tiết niệu.

#### **4. Chẩn đoán nguyên nhân:**

##### 4.1. Sốt có triệu chứng chỉ điểm:

###### 4.1.1. Nhiễm khuẩn ở họng:

Viêm họng, viêm hạch hạnh nhân.

- Đau họng, nuốt khó và đau.
- Khám họng thấy đỏ hoặc hạch hạnh nhân sưng đỏ, to, có khi có mủ hoặc có những giả mạc trắng (viêm họng bạch hầu). Hạch dưới hàm to và đau.

###### 4.1.2. Nhiễm khuẩn ở bộ máy hô hấp dưới:

Viêm khí quản, phế quản, viêm phổi, màng phổi, áp xe phổi, lao phổi...

- Ho, đau ngực.
- Khạc đàm, khạc mủ hoặc khạc máu.
- Các triệu chứng hoặc hội chứng bệnh lý khi khám phổi.

###### 4.1.3. Nhiễm khuẩn gan:

Áp xe gan, viêm gan, viêm mật quản, viêm gan do virus ...

- Vàng da.
- Tức, đau vùng gan hoặc gan sưng to, đau.

###### 4.1.4. Nhiễm khuẩn ở hệ thống thận, tiết niệu:

Viêm bàng quang, viêm bể thận, nung mủ thận, viêm cầu thận cấp..

- Tiểu buốt, tiểu lắt nhắt, nước tiểu đục.

- Hoạch phù và tiểu ít.
- Có thể khám thấy thận to và đau (trong nang mủ thận).

#### 4.1.5. Nhiễm khuẩn ở não, màng não:

Viêm não, áp xe não, viêm màng não...

- Nhức đầu, nôn mửa.
- Có thể co giật, hội chứng màng não, liệt một chi hoặc nhiều chi. Có khi hôn mê xảy đến rất nhanh, nhưng phải có những triệu chứng thực thể về thần kinh mới chắc chắn.

#### 4.1.6. Nhiễm khuẩn khớp cơ:

Viêm cơ, viêm khớp, bệnh thấp... thường thể hiện bằng:

- Đau, nhức, hạn chế cử động ở khớp hoặc cơ.
- Khám thấy hiện tượng viêm nhiễm (sưng đau, nóng, đỏ) ở khớp hoặc cơ.

#### 4.1.7. Nhiễm khuẩn phát ban:

Sởi, thủy đậu, đậu mùa. Thường kèm theo hiện tượng viêm long ở hệ thống hô hấp, và bao giờ cũng có những mẩn đỏ, những mọng đỏ, mọng mủ to hay nhỏ và ngoài da.

#### 4.2. Sốt không có triệu chứng chỉ điểm:

Ngoài các trường hợp trên, khi người bệnh đến vào lúc chưa xuất hiện các triệu chứng chỉ điểm, chúng ta cần xếp vào loại này một số bệnh thường không có các triệu chứng nổi bật của bộ phận nào. Thông thường nhất ở nước ta là:

##### 4.2.1. Thương hàn (thời kỳ khởi phát):

- Sốt, thường xuất hiện dần dần, mỗi ngày một tăng, chỉ sau 6 - 7 ngày nhiệt độ mới lên 39 - 40°C.
- Mạch không đi đôi với nhiệt độ: mạch chậm hơn so với sự tăng nhiệt độ.
- Kèm theo chảy máu cam, và rối loạn tiêu hoá: biếng ăn, buồn nôn và nhất là táo bón và tiêu chảy.
- Khám thấy nhiều tiếng ùng ục khi ấn, vùng hố chậu phải và lách hơi to.
- Trong thời kỳ này chỉ có cấy máu thấy trực khuẩn (Eberth mới xác định được chẩn đoán).

##### 4.2.2. Sốt rét cơn:

- Sốt xuất hiện đột ngột bằng một cơn rét run kéo dài có khi tới 1-2 giờ.
- Sau đó thân nhiệt bắt đầu tăng dần tới 39 - 40°C, có khi 41°C. Da người bệnh nóng ran.

- Sau nửa giờ, hoặc vài giờ sốt nóng như vậy, bất chợt cắt cơn: bệnh vã mồ hôi và nhiệt độ hạ ngay, rồi trở lại tỉnh táo, chỉ còn hơi mệt. Sau một giấc ngủ, người bệnh trở lại bình thường và có thể làm việc như cũ, cho đến khi một cơn khác xuất hiện, bao giờ cũng vào một giờ nhất định.

#### 4.2.3. Cúm:

Người bệnh cũng chỉ có những triệu chứng chung chung của những bệnh nhiễm khuẩn khác: sốt, đau mình mẩy, nhức đầu, viêm long ở hệ thống hô hấp (ho, đau họng, sổ mũi). Khám thực thể thường không thấy gì rõ rệt. Chẩn đoán phải dựa vào yếu tố dịch tễ (địa phương đang có dịch) và nhất là sau khi đã loại trừ tất cả các nguyên nhân khác.

Ngoài những nguyên nhân sốt do nhiễm khuẩn nói trên, còn có sốt không như nhiễm khuẩn như:

- Say nắng, say sóng.
- Tiêm vào cơ thể protid ngoại lai (ví dụ sau tiêm chủng).
- Có những quá trình phá huỷ tổ chức như sau chảy máu, sau gãy xương.
- Cơ thể có quá trình tăng sinh tổ chức như ung thư, bệnh máu ác tính.

Do rối loạn nội tiết, như sốt do cơn cường tuyến giáp, sốt ở phụ nữ trước khi có kinh nguyệt.

#### 4.3. Sốt kéo dài:

- Thương hàn: số hình cao nguyên, tình trạng li bì, mê sảng ... xác định chẩn đoán bằng xét nghiệm Widal.
- Bệnh do *Leptospira*: thường biểu hiện bằng bốn hội chứng: nhiễm khuẩn, viêm gan, viêm thận và tâm thần kinh. Xác định chẩn đoán bằng cấy máu và huyết thanh chẩn đoán Martin petit.
- Lao: thông thường nhất là lao phổi: ho dai dẳng, sốt nhẹ về chiều, gầy sút. Xác định chẩn đoán bằng phát hiện các tổn thương ở phổi (lâm sàng và Xquang) và nhất là thấy BK ở đàm.
- Viêm màng trong tim bán cấp loét sùi (bệnh Osler): chỉ nghĩ đến bệnh này, khi người bệnh có mang sẵn một bệnh tim, thông thường là bệnh van tim, cơ tim.

#### 4.4. Sốt có chu kỳ:

- Sốt rét cơn: nếu không được điều trị, có thể kéo dài và những cơn sốt rét đến theo một chu kỳ rất đều, nhịp điệu tùy theo loại ký sinh trùng sốt rét.
- Sốt hồi quy: sốt từng đợt 6 -7 ngày, mặt đỏ bừng, mắt đỏ ngầu, kèm theo tình trạng mệt nhọc bơ phờ, gan, lách sưng to, đau. Sau một chu kỳ sốt như vậy độ 6-7 ngày, đến một chu kỳ không sốt, để rồi lại có một cơn sốt khác kế tục.

## CÁCH KHÁM NGƯỜI BỆNH KHÓ THỞ

Đây là một vấn đề không những thường có ở lâm sàng nội khoa mà còn là một vấn đề để cấp cứu (khó thở cấp) có nhiều nguyên nhân khác nhau. Dưới danh từ khó thở, chúng ta cần quan niệm hai trường hợp:

- Cản trở cơ giới cho sự lưu thông không khí trong hệ thống hô hấp do chướng ngại vật, do tổn thương của hệ thống này.
- Rối loạn nhịp thở (nhanh, chậm hoặc không đều): chủ yếu do hệ thống thần kinh chi phối.

### 1. Tính chất của khó thở:

#### 1.1. Cách xuất hiện:

- Đột ngột: tràn khí màng phổi, phù phổi cấp hoặc cơn hen phế quản.
- Dần dần: khó thở đã có 2-3 ngày nhưng lúc đầu còn ít, sau bệnh càng tiến triển, khó thở tăng dần đến mức khó thở nhiều và là lý do để đưa người bệnh đến bệnh viện như trong suy tim phải, viêm phế quản phổi tràn dịch màng phổi lao...
- Lần đầu tiên hay đã tái phát nhiều lần: một ví dụ điển hình của khó thở đã tái phát nhiều lần là cơn hen phế quản.

#### 1.2. Hoàn cảnh xuất hiện:

- Khi gắng sức: suy tim, khí phế thũng.
- Khi thay đổi thời tiết hay khi gặp chất sinh dị ứng: khó thở do hen phế quản.
- Trong một số bệnh cảnh nhiễm khuẩn: viêm phế quản phổi, do lao kê, do viêm thanh quản, bạch hầu.

#### 1.3. Khó thở ở thì nào:

- Thở ra: hen phế quản.
- Thở vào: khó thở thanh quản, tràn khí hay tràn dịch màng phổi.

### 2. Mức độ khó thở:

Có thể đánh giá mức độ nhiều hay ít của khó thở dựa vào:

- Vẻ mặt bề ngoài của người bệnh: ngơ ngác, lo sợ có khi đổ mồ hôi.
- Tư thế của người bệnh:
  - Phải ngồi dậy cho dễ thở như trong tràn khí màng phổi.
  - Nửa nằm, nửa ngồi (tư thế Fowler), rất thường có trong khó thở do suy tim, nhất là phù phổi cấp, trong khó thở do tràn khí màng phổi do viêm phế quản phổi.



- Phải chống hai tay xuống đùi, hoặc tì tay vào cửa sổ, hoặc thành giường để thở, như trong khó thở do cơn hen phế quản.
- Nhịp và biên độ thở: nhận định dựa trên sự cử động của lồng ngực, thành bụng:
  - Thở nhanh nhưng nông: do suy tim, do lao kê và nhất là do viêm phế quản phổi biểu hiện khá rõ ở trẻ em (cánh mũi phập phồng).
  - Thở với biên độ và tần số tăng dần đến một mức độ nào đó, rồi thở với một biên độ và tần số giảm dần, rồi ngừng thở để trở lại một đợt thở khác với biên độ tăng dần như trên: nhịp Cheyne – Stokes.
  - Thở vào rất sâu, sau đó người bệnh ngừng thở một lúc, rồi thở ra rất ngắn, để rồi lại tiết tục các đợt sau như vậy: nhịp Kussmaul.
- Ảnh hưởng của thở đối với trao đổi khí: biểu hiện cụ thể ở lâm sàng là xanh tím, xuất hiện sớm nhất ở môi, lưỡi.

### 3. Chẩn đoán nguyên nhân:

#### 3.1. Cơn khó thở xuất hiện đột ngột:

- Phù phổi cấp: thường xảy ra ban đêm. Khó thở nhanh, nông.
- Tràn khí màng phổi: khó thở sau cơn đau ngực dữ dội
- Cơn hen phế quản: khó thở thì thở ra, tái phát, ran rít, ran ngáy.

#### 3.2. Khó thở xuất hiện dần dần:

- Viêm thanh quản bạch hầu: kèm theo tiếng rít và nhất là lõm ở hố trên ức và dưới ức, có giả mạc.
- Viêm phế quản phổi: cả hai phổi có nhiều tiếng rên nổ hai thì.
- Lao kê: Xquang thấy những nốt mờ nhỏ đều nhau như hạt kê, rải rác đều trên khắp vùng phổi.
- Khí phế thũng: khó thở thường kinh điển, tăng lên khi làm việc nặng. Khó thở thì thở ra giống cơn hen, gõ vùng phổi thấy rất trong cả hai bên. Xquang cũng cảm thấy cả hai phế trường sáng hơn bình thường.
- Tràn dịch màng phổi: khó thở kèm ho khan. Xquang rõ, dễ chẩn đoán.
- Suy tim: phải nằm ở tư thế fowler, khó thở kèm theo phù, gan to, tĩnh mạch cổ nổi, và tùy theo mức độ khó thở mà xanh tím nhiều hay ít.
- Nguyên nhân khác:
  - Urê máu cao: khó thở theo nhịp Cheyne – Stokes, urê máu cao.
  - Nhiễm acid máu: nhịp Kussmaul, tìm thể cetonic ở nước tiểu và định lượng dự trữ kiềm.

## KHÁM VÀ CHẨN ĐOÁN PHÙ

Phù là hiện tượng ứ nước ở trong các tổ chức dưới da hoặc phủ tạng. Sự ứ nước đó có thể gây bởi nhiều cơ chế, cho nên phù là triệu chứng của rất nhiều bệnh.

### 1. Nhận định tính chất phù:

- Mức độ nhiều hay ít và tiến triển nhanh hay chậm: tốt nhất nên theo dõi cân nặng để được chính xác và cụ thể.
- Vị trí: phù toàn thân hay khu trú một vùng và xuất hiện đầu tiên ở đâu?
- Ẩn lõm hay không?
- Sự liên quan với thời gian:
  - Buổi sáng ngủ dậy thì không thấy phù, mà chỉ xuất hiện về chiều: phù do suy tim ở thời kỳ đầu
  - Tư thế người bệnh: phù xuất hiện khi đứng lâu phù tim trong thời kỳ đầu, phù tĩnh mạch.
  - Buổi sáng phù rõ: phù do thận.
- Tác dụng của chế độ ăn nhạt: thường khá rõ rệt trong phù do suy tim, do xơ gan và nhất là trong phù do viêm cầu thận cấp.

### 2. Các triệu chứng kèm theo:

#### 2.1. Phản ứng mức độ ứ nước:

- Tình trạng các màng phổi màng bụng: thường có tràn dịch trong các trường hợp phù to, nước dịch có thể trong hoặc hơi vàng chanh nhưng bao giờ cũng có ít protein và Rivalta (-) vì là dịch thẩm.
- Số lượng nước tiểu thải tiết trong 24 giờ: ngoại trừ phù do viêm tĩnh mạch và phù do bệnh bạch mạch, các trường hợp còn lại đều làm người bệnh tiểu ít.

#### 2.2. Chỉ điểm cho một cản trở cơ giới trên hệ tuần hoàn:

- Tuần hoàn bàng hệ:
  - Ở ngực: chỉ điểm một cản trở cơ giới ở hệ tĩnh mạch chủ trên, thường có trong hội chứng trung thất.
  - Ở hạ sườn phải và thượng vị: chỉ điểm cho một cản trở cơ giới ở hệ thống cửa chủ, thường có trong phù xơ gan.
  - Ở bẹn và hạ vị: cản trở cơ giới ở tĩnh mạch chủ dưới, thường có trong các trường hợp tắc hoặc chèn ép các tĩnh mạch chi dưới.
- Khó thở: nhiều hoặc ít, thường có trong phù do suy tim.

- Xanh tím: ở môi, mặt chỉ điểm một cản trở cơ giới ở tĩnh mạch chủ trên hoặc tuần hoàn hoàn lớn, hoặc ở các chi tương ứng với tĩnh mạch có bệnh
- Gan to mềm, tĩnh mạch cổ nổi, phản hồi gan tĩnh mạch cổ (+): chỉ điểm cho phù do suy tim phải.

### 2.3. Chỉ điểm cho một viêm nhiễm địa phương:

- Tình trạng nóng, đỏ, đau ở vùng đó.
- Sưng các hạch tương ứng với vùng đó.
- Sốt nhiều hoặc ít.

## 3. Chẩn đoán nguyên nhân:

### 3.1. Phù toàn thân:

Nghĩa là phù cả mặt, thân, chân tay và thường kèm thêm cả tràn dịch màng phổi, tràn dịch màng bụng.

- Bệnh thận: bao giờ cũng xuất hiện đầu tiên ở mi mắt, ở mặt, rồi mới đến các nơi khác. Thường gặp trong các bệnh lý thận nhiễm mỡ, viêm cầu thận cấp, bán cấp hoặc mạn.
- Suy dinh dưỡng: chủ yếu phù chi dưới, nhưng cũng có khi phù cả mặt, thân và tay. Phù mềm, ấn lõm.
- Phù nội tiết: phù kín đáo, thường xảy ra ở phụ nữ và có liên quan đến chu kỳ kinh nguyệt.

### 3.2. Phù khu trú:

- Phù ngực: phù “áo khoác”, triệu chứng cổ điển của hội chứng trung thất.
- Suy tim phải: xuất hiện về chiều, sau khi người bệnh đứng lâu, và mất đi lúc sáng sớm, mềm, ấn lõm, phản hồi gan tĩnh mạch cổ (+) và khó thở.
- Xơ gan: tuần hoàn bàng hệ cửa – chủ, ăn nhạt bớt phù.
- Beri-beri: Chủ yếu ở bắp chân, rối loạn cảm giác chủ quan (tê bì, kiến bò, chuột rút) và mất phản xạ gân gối.
- Thai nghén: thường gặp ở những thai phụ trong những tháng cuối của thai kỳ.
- Viêm tắc tĩnh mạch (phù tĩnh mạch): đau tăng lên khi sờ nắn chi, nhất là đoạn chi gần chỗ viêm tắc. Nằm nghỉ và gác chân lên cao, sẽ làm giảm bớt phù.
- Viêm mạch bạch huyết: các hạch bạch huyết tương ứng sưng to và đau, ” phù chân voi”.
- Phù do dị ứng: thường xuất hiện đột ngột ở xung quanh mắt, miệng và thường mất đi rất nhanh.

<b>Biểu hiện</b>	<b>Tim</b>	<b>Thận</b>	<b>Dinh dưỡng</b>	<b>Viêm</b>
- Vị trí chủ yếu	Chân	Mặt	Bụng	Vị trí viêm
- Thời điểm	Buổi chiều	Buổi sáng	Cả ngày	Cả ngày
- Ấn lõm	(+)	(+)	(+)	(-)
- Ấn đau	(+/-)	(-)	(-)	(+)
- Màu sắc	Hồng, tím	Trắng	Trắng	Đỏ
- Đối xứng	(+)	(+)	(+)	(-)

## **KHÁM VÀ CHẨN ĐOÁN HÔN MÊ**

Hôn mê là tình trạng người bệnh mất ý thức, tri giác không còn liên hệ với môi trường nhưng sự sống dinh dưỡng vẫn tồn tại. Hôn mê bao giờ cũng là một biểu hiện nặng, là triệu chứng hoặc biến chứng cuối cùng của rất nhiều bệnh. Chẩn đoán hôn mê dựa vào:

- Ba yếu tố mất: mất vận động tự chủ, mất trí tuệ và mất cảm giác.
- Ba yếu tố còn: phổi vẫn còn thở, tim vẫn còn đập và bài tiết vẫn còn.

### **1. Các tính chất của hôn mê:**

#### **1.1. Cách xuất hiện:**

Dần dần hay đột ngột. Hôn mê xuất hiện ở người lớn tuổi thường là do chảy máu não.

#### **1.2. Lần đầu hay đã tái phát nhiều lần:**

Hôn mê sau những cơn động kinh do hạ đường máu bởi một u tụy tạng, là những ví dụ của hôn mê tái phát nhiều lần.

#### **1.3. Mức độ:**

- Hôn mê nhẹ: người bệnh chỉ lơ mơ, gọi có thể biết, cấu véo biết đau và phản ứng lại, nhưng lại trả lời các câu hỏi không được chính xác.
- Hôn mê vừa: không thể tiếp xúc được với những người bệnh khi gọi người bệnh không biết, cấu véo không còn phản ứng hoặc phản ứng lại rất ít nhưng vẫn còn phản xạ nuốt và phản xạ giác mạc.
- Hôn mê sâu: tình trạng nặng hơn, mất phản xạ nuốt và phản xạ giác mạc.

### **2. Hoàn cảnh xuất hiện hôn mê:**

Cần chú ý đến một số hoàn cảnh đặc biệt khi hôn mê xuất hiện:

- Sau một thời gian sốt: hôn mê do viêm màng não, viêm não, sốt rét ác tính.
- Sau một chấn thương sọ não.

- Sau khi dùng một số thuốc có thể gây tai biến hôn mê: nha phiến, insulin...
- Trên một cơ địa xấu sẵn có như: xơ gan, viêm thận, đái tháo đường, bệnh van tim, tăng huyết áp, người lớn tuổi có xơ vữa động mạch...
- Khi đói, xa bữa ăn: hôn mê hạ đường máu do u tụy tạng.
- Trong khi đang có những vướng mắc về tình cảm, tư tưởng.

### 3. Các biểu hiện kèm theo:

#### 3.1. Sốt:

Có ngay từ trước khi hôn mê, như trong hôn mê do viêm não, viêm màng não. Sốt không những là một yếu tố giúp cho chẩn đoán nguyên nhân, mà còn là một yếu tố tiên lượng bệnh: sốt xuất hiện ở một người bệnh hôn mê do ngộ độc thuốc ngủ, do chảy máu não, thường có một giá trị tiên lượng xấu.

#### 3.2. Các triệu chứng thực thể về thần kinh:

- Rối loạn tinh thần (mê sảng nói lảm nhảm như người mất trí có khi la hét om sòm hoặc vùng vẫy chạy, đập phá lung tung): thường xảy ra trước khi hôn mê do sốt rét cơn ác tính.
- Các động tác bất thường: tay “bắt chuồn chuồn” trong hôn mê do những cơn sốt rét cơn ác tính và nhất là cơn co giật bao giờ cũng xảy ra trước giai đoạn hôn mê của cơn động kinh, cơn hạ đường máu, của sản giật, của phù não và một số viêm não, viêm màng não.
- Liệt một hoặc nhiều dây thần kinh sọ não, liệt một chi hoặc nửa thân: hôn mê do viêm não, viêm màng não, u não, áp xe não hoặc chảy máu não.
- Hội chứng màng não: chỉ điểm một bệnh ở màng não như viêm, chảy máu.

#### 3.3. Một số biểu hiện khác:

- Hơi thở: mùi aceton trong hôn mê glucoza niệu, mùi chua trong hôn mê gan.
- Nhịp thở: kiểu Cheyne-Stokes trong hôn mê do urê máu cao, kiểu Kussmaul trong hôn mê do acid máu (hôn mê glucoza niệu).
- Đồng tử: thường co lại trong hôn mê do urê máu cao.

Ngoài các yếu tố nói trên có giá trị chẩn đoán nguyên nhân, chúng ta còn cần phải chú ý đến một số yếu tố khác có giá trị chỉ định mệnh lệnh phục vụ để ngăn ngừa tai biến:

- Loét móng: những vùng đỏ tại những nơi bị các đầu xương tỳ xuống giường, thông thường nhất là móng và gót chân, cho nằm trên nệm cao su, rắc bột talc và xoa nhiều lần trong ngày với cồn. Nếu đã loét, cần có biện pháp để ngăn ngừa loét tiến triển và nhiễm khuẩn.
- Đàm khò khè ở cổ: gây cản trở hô hấp, cần được móc hoặc hút ra.

- Nhiễm khuẩn thứ phát ở phổi: viêm phế quản phổi khá thông thường ở các người bệnh hôn mê lâu.

**4. Thang điểm Glasgow:**

Thang điểm hôn mê Glasgow (tiếng Anh: Glasgow Coma Scale) là một phương pháp đánh giá tình trạng ý thức của người bệnh một cách lượng hóa. Được thiết lập để lượng giá độ hôn mê của nạn nhân bị chấn thương đầu. Hiện nay người ta còn dùng thang điểm Glasgow trong những trường hợp bệnh lý khác. Thang điểm này khá khách quan, đáng tin cậy, có giá trị tiên lượng và rất thuận tiện trong việc theo dõi diễn tiến của người bệnh.

Thử nghiệm	Đáp ứng	Điểm
<b>Đáp ứng mở mắt (E)</b>	Mở mắt tự nhiên	4
	Mở mắt khi gọi	3
	Mở mắt khi kích thích đau	2
	Không mở mắt với mọi kích thích	1
<b>Đáp ứng với lời nói (V)</b>	Trả lời đúng câu hỏi	5
	Trả lời lẫn lộn, mất định hướng	4
	Trả lời không phù hợp với câu hỏi	3
	Nói những từ vô nghĩa	2
<b>Đáp ứng với vận động (M)</b>	Không đáp ứng hoàn toàn	1
	Làm chính xác theo yêu cầu	6
	Đáp ứng vận động phù hợp khi kích thích đau	5
	Đáp ứng vận động không phù hợp khi kích thích đau	4
	Co cứng kiểu mất võ khi kích thích đau	3
Duỗi cứng kiểu mất não khi kích thích đau	2	
Không đáp ứng	1	

Tổng số điểm cũng như từng điểm chi tiết đều có ý nghĩa quan trọng, do đó, điểm Glasgow của một người bệnh thường được ghi theo kiểu của thí dụ sau: "GCS = 10 (E3 V4 M3) lúc 17:25".

- Glasgow 9 - 11 điểm tương ứng với hôn mê độ II
- Glasgow 5 - 8 điểm tương ứng hôn mê độ III.
- Glasgow 3 - 4 điểm tương ứng với hôn mê độ IV.
- Chấn thương sọ não nặng là những trường hợp có điểm số Glasgow từ 3 - 8 điểm

## 5. Chẩn đoán xác định và phân biệt:

### 5.1. Chẩn đoán xác định:

Dựa trên tiêu chuẩn: “ba còn, ba mất”.

### 5.2. Chẩn đoán phân biệt:

#### 5.2.1. Ngất:

- Không những mất liên hệ với bên ngoài mà còn mất cả sự sống dinh dưỡng, người bệnh ngừng thở tạm thời và tim ngừng đập tạm thời.
- Thường không lâu: chỉ sau 10-15 phút, hoặc là người bệnh tỉnh lại hoặc là người bệnh chết hẳn.

#### 5.2.2. Cơn hysteri:

Bệnh cảnh có thể giống một cơn hôn mê vừa, nhưng có một vài yếu tố có thể giúp ta phân biệt được như:

- Có thể tái phát nhiều lần trong tiểu sử.
- Nhãn cầu chuyển động trong hố mắt.
- Càng nhiều người quan tâm biểu hiện bệnh càng nổi trội.

Có thể tiến hành nghiệm pháp như sau: dựng người bệnh ngồi dậy rồi bỏ ra đột ngột cho người bệnh ngã xuống giường: người hysteri cũng ngã nhưng bao giờ cũng có phản ứng tự vệ, ngã từ từ, tránh gây đau và thương tích.

Nhưng cần thận trọng khi đặt chẩn đoán này. Nếu bỏ sót những tổn thương thực thể thì rất nghiêm trọng. Vì vậy, chỉ nên nghĩ đến sau khi đã loại trừ tất cả các chẩn đoán khác một cách chắc chắn.

## 6. Chẩn đoán nguyên nhân:

### 6.1. Hôn mê có liệt nửa người.

- Xuất huyết não: hôn mê xuất hiện đột ngột, liệt nửa người bao giờ cũng cùng bên với liệt mặt.
- Nhồi máu não: bệnh cảnh giống xuất huyết não nhưng diễn tiến từ từ.

### 6.2. Hôn mê kèm hội chứng màng não:

- Xuất huyết màng não: có hội chứng màng não (kín đáo hoặc rõ rệt) chứ không có liệt nửa người.
- Viêm màng não: hội chứng màng não đầy đủ các triệu chứng: nhức đầu, nôn, táo bón, cổ cứng và Kernig (+). Có thể kèm co giật.

Lưu ý rằng trong xuất huyết não – màng não có cả hội chứng màng não và cả liệt nửa người.

### 6.3. Hôn mê kèm co giật và sốt:

- Viêm màng não.
- Viêm não: co giật có thể xảy ra từng cơn.

#### 6.4. Hôn mê kèm co giật nhưng không sốt:

- Động kinh: hôn mê thường ngắn, tái phát nhiều lần.
- Hạ glucose máu: cơn co giật giống động kinh, sau đó toát mồ hôi. Định lượng glucoza trong lúc hôn mê, bao giờ cũng thấy hạ.
- Sản giật: xảy ra ở một phụ nữ có thai trong các tháng cuối. Bao giờ cũng có thêm tăng huyết áp và protein nước tiểu.
- Phù não: cơn co giật xảy ra cho toàn thân hoặc chỉ ở mặt, ở chi, có thể kèm theo rối loạn phản xạ gân và Babinski (+).
- U não: hôn mê bao giờ cũng xảy ra dần dần sau một thời gian có triệu chứng tăng áp lực sọ não: nhức đầu dữ dội, nôn ...

#### 6.5. Hôn mê có sốt nhưng không có triệu chứng thần kinh chỉ điểm:

- Sốt rét cơn: hôn mê xảy ra đến dần dần sau một thời gian ngắn, sốt với những cơn rét run xuất hiện theo một chu kỳ đều đặn.
- Các trường hợp khác: suy thận cấp, suy gan cấp ...

#### 6.6. Hôn mê không có sốt, không có triệu chứng thần kinh chỉ điểm:

- Đái tháo đường: hơi thở có mùi aceton và nhịp thở kiểu Kussmaul.
- Urê máu cao: co đồng tử cả hai bên: lưỡi và lợi có thể đen sạm. Dần dần sẽ có thêm loạn nhịp thở kiểu Cheyne- stokes, và có thể có tiếng cọ màng ngoài tim biểu thị một tiên lượng rất xấu.
- Hôn mê gan: kèm vàng da nhiều hoặc chảy máu dưới da và niêm mạc, amoniac máu tăng nhiều.
- Hôn mê do ngộ độc thuốc ngủ: các tang vật, chứng tỏ người bệnh đã uống thuốc ngủ: viên thuốc, vỏ hộp thuốc hoặc các giấy tờ để lại.

Ngoài ngộ độc thuốc ngủ, có nhiều loại thuốc hoặc hoá chất khác khi ngộ độc cũng có thể gây hôn mê, nhưng bệnh cảnh lâm sàng ít có triệu chứng đặc hiệu, gợi ý như trong hôn mê thuốc ngủ.

Trong những trường hợp này, nghi ngờ hôn mê do ngộ độc thuốc hay hoá chất chỉ là một chẩn đoán loại trừ, việc nghi ngờ chỉ được xác định sau khi tìm thấy chất độc ở nước tiểu hoặc máu.



**TỰ LƯỢNG GIÁ**

1. Đây là những nguyên tắc điều trị tăng huyết áp, NGOẠI TRỪ:
 

A. Phối hợp dùng thuốc và không dùng thuốc	B. Theo dõi hàng ngày
C. Điều trị lâu dài	D. Phối hợp thuốc
2. Đặc điểm nào đúng với cơn ngất Adam-Stockes:
 

A. Tri giác hồi phục nhanh	B. Nhịp tim giảm
C. Đau ngực nhiều	D. Do động kinh
3. Sốt dao động gặp trong:
 

A. Sốt rét	B. Viêm phổi
C. Thương hàn	D. Sốt xuất huyết
4. Đây là những bệnh lý gây sốt kéo dài, NGOẠI TRỪ:
 

A. Cúm	B. Lao
C. Osler	D. Thương hàn
5. Trường hợp nào gây phù toàn thân:
 

A. Suy tim phải	B. Bệnh thận
C. Beri-Beri	D. Nhiễm độc thai nghén
6. Sốt trong trường hợp nào sau đây KHÔNG kèm lạnh run:
 

A. Thương hàn	B. Sốt rét
C. Viêm phổi	D. Cúm
7. Đặc điểm của sốt trong bệnh thương hàn:
 

A. Sốt cao suốt ngày	B. Thân nhiệt sáng và chiều chênh lệch lớn
C. Sốt từng cơn	D. Sốt hồi quy
8. Hơi thở mùi ceton gặp trong bệnh:
 

A. Sốt rét ác tính	B. Hôn mê gan
C. Nhũn não	D. Suy thận cấp
9. Trường hợp hôn mê không có sốt:
 

A. Viêm màng não	B. Đái tháo đường
C. Suy thận cấp	D. Suy gan cấp
10. Chẩn đoán Hysterie dựa vào:
 

A. Triệu chứng chỉ điểm	B. Chẩn đoán loại trừ
C. Chẩn đoán cận lâm sàng	D. Triệu chứng đặc hiệu
11. Hôn mê trong trường hợp nào được xếp vào nhóm ngất thần kinh:
 

A. Gây mê	B. Chấn thương thanh quản
C. Xuất huyết tiêu hoá	D. Điện giật
12. Đây là 3 “yếu tố còn” trong chẩn đoán hôn mê, NGOẠI TRỪ:
 

A. Tim còn đập	B. Còn cảm giác
C. Phổi còn hoạt động	D. Còn bài tiết
13. Trường hợp nào gây sốt có chu kỳ:
 

A. Sốt hồi quy	B. Leptospira
C. Viêm họng	D. Thương hàn

## CÁCH KHÁM NGƯỜI BỆNH TIM MẠCH

BS.CKI. Nguyễn Văn Thịnh

### MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. *Nêu cách khám người bệnh tim mạch.*
2. *Mô tả cách nhận định các biểu hiện chính trong bệnh lý tim mạch.*
3. *Nêu ý nghĩa của một số biểu hiện đặc trưng trong bệnh lý tim mạch.*

### TRIỆU CHỨNG CƠ NĂNG

Tương tự những cơ quan khác, tim mạch cũng có những biểu hiện bệnh lý mà chính người bệnh cảm nhận được và tìm đến thầy thuốc. Nếu chỉ cảm nhận được từ phía người bệnh thì đó là triệu chứng cơ năng, nếu phát hiện được qua thăm khám thì gọi là triệu chứng thực thể.

Người bệnh tim thường biểu hiện một số triệu chứng do rối loạn chức năng tim, các triệu chứng đó là: khó thở, ho ra máu, tím tái, phù, đau trước tim, hồi hộp, ngất... Trong khi hỏi bệnh, ta cần khai thác các triệu chứng trên và lưu ý thêm một số vấn đề sau:

- Lúc nhỏ, người bệnh có tật bẩm sinh gì không?
- Trước kia người bệnh có bị thấp khớp không?
- Nghề nghiệp và điều kiện làm việc có căng thẳng quá không? Có phải tiếp xúc với chất độc gì không?
- Tình trạng thần kinh như thế nào? Mục đích là để xác định một số triệu chứng tim mạch liên quan thần kinh tâm thần như rối loạn thần kinh tim, kích động.
- Người bệnh có hay dùng nhiều chè, rượu, cà phê, thuốc lá không? (vì những thứ này đều ảnh hưởng đến hoạt động của tim mạch).
- Có rối loạn gì về hệ nội tiết tố không? đặc biệt ở phụ nữ như trong giai đoạn mãn kinh chẳng hạn.

#### 1. **Khó thở:**

Khó thở là tình trạng người bệnh cảm thấy không thoải mái, dễ dàng trong động tác hô hấp. Khó thở thường xuất hiện khi thay đổi thời tiết, gắng sức, đau ngực, sinh lý ...

##### 1.1. Phân loại:

##### 1.1.1. Khó thở khi gắng sức:

Khó thở khi lên dốc, lên cầu thang, khi đi nhanh hoặc làm việc nặng. Khi nghỉ ngơi thì không khó thở nữa. Nhưng dần dần sẽ dẫn tới giai đoạn khó thở thường xuyên.

### 1.1.2. Khó thở thường xuyên:

Xảy ra sau một thời gian bị khó thở khi gắng sức. Ở giai đoạn này, người bệnh không làm việc gì nặng, nằm cũng khó thở (khó thở do tư thế) cho nên người bệnh thường mất ngủ hoặc phải ngồi ngả lưng mà ngủ. Khó thở thường xuyên chứng tỏ tim đã bị suy nặng.

### 1.1.3. Khó thở xuất hiện từng cơn:

Gặp trong các trường hợp: phù phổi cấp, cơn hen tim, nhồi máu phổi.

### 1.2. Biểu hiện:

- Tần số hô hấp thay đổi, có thể nhanh hơn hoặc chậm hơn bình thường.
- Động tác hô hấp gắng sức: co kéo cơ liên sườn, có sự tham gia của các cơ hô hấp phụ như cơ ức đòn chũm, cơ cánh mũi, nhóm cơ cổ ...
- Cử động hô hấp kèm theo âm thanh khác thường: tiếng cò cử, tiếng thở dốc, tiếng đàm ứ đọng, tiếng thô ráp ...
- Các biểu hiện thường đi kèm: ho, sốt, đau ngực, ho ra máu, khạc đàm ...

### 1.3. Nguyên nhân:

- Suy tim: khó thở thường từ từ, khó thở khi nằm, hen tim thường gây khó thở vào ban đêm, khi trời lạnh. Ngồi hoặc nằm đầu cao (tư thế Fowler) sẽ đỡ hơn.
- Bệnh phổi, phế quản: thường khó thở nhiều, thường xuyên, kèm theo ho, khạc đàm. Hen phế quản khó thở thì thở ra, tắc động mạch phổi hay dị vật đường thở thường khó thở đột ngột, lao phổi hoặc giãn phế quản thường kèm ho ra máu ...
- Thiếu máu: thường khó thở nhanh, nông, kèm theo nhịp tim nhanh.
- Các nguyên nhân khác: chướng bụng, thể tạng quá mập, liệt cơ lồng ngực, kích thích cơ, lo sợ, giận dữ ...

## 2. Mệt:

Mệt là một trong những biểu hiện thường gặp nhất nhưng không đặc hiệu ở người bệnh tim mạch. Mệt là cảm giác yếu, mỏi, mất hết sức lực, giảm hoạt động, chỉ muốn nằm nghỉ.

### 2.1. Biểu hiện:

- Người bệnh nằm trên giường, rất ít hoạt động.
- Giảm hứng thú, lờ đờ, hay than vãn.
- Thở yếu, thở dốc, thở không ra hơi ....

### 2.2. Nguyên nhân:

- Nguồn gốc tâm thần: trầm cảm, chán ăn ...

- Nguồn gốc thực thể: nhiễm trùng, rối loạn chuyển hóa, thiếu máu, bệnh thận, bệnh gan, bệnh tim, phổi mạn tính, bệnh miễn dịch ....

### 3. Đau ngực:

Đau ngực là cảm giác đau ở vùng trước tim, bắt nguồn từ lồng ngực. Đau ngực có thể có nguồn gốc từ tim, từ phổi hay từ lồng ngực.

Đau ngực là một triệu chứng làm cho người bệnh và cả thầy thuốc chú trọng đến hệ tuần hoàn, nhưng không phải cứ có đau ngực là nhất thiết phải có bệnh tim.

#### 3.1. Những yếu tố cần khai thác:

- Tuổi: cần biết tuổi người bệnh vì có những trường hợp đau trước tim chủ yếu xuất hiện ở người đứng tuổi.
- Hoàn cảnh xuất hiện đau: đau đột ngột, sau khi gắng sức khi bị lạnh ...
- Vị trí, cường độ và hướng lan của đau: đau ở mỏm tim hay sau xương ức, đau dữ dội hay chỉ lâm râm, đau đóng khung ở một chỗ trước tim, hay còn lan lên vai, ra cánh tay ...
- Thời gian đau: đau vài chục giây, vài phút hay kéo dài?. Những tính chất đó đều giúp ích để chẩn đoán và phân loại đau:

#### 3.2. Phân loại:

- Đau từng cơn: điển hình nhất là cơn đau tim, hay xuất hiện ở người có tuổi (ngoài 40 tuổi), đau lúc gắng sức.
- Nhồi máu cơ tim: do một vùng của cơ tim không được dinh dưỡng (thường ở những người nhiều tuổi).

Đau vùng trước tim cũng còn gặp trong một số bệnh ngoài tim như: đau dây thần kinh liên sườn, đau do viêm màng phổi trái, viêm phổi trái ...

#### 3.3. Biểu hiện:

- Đau âm lâm hay đau như xé ngực, bóp nghẹt hoặc cảm giác đè ép.
- Đau thường ở sau xương ức hay bên ngực trái, có thể khu trú ở vùng ngực hoặc lan lên vai, hàm, đến cẳng tay, ngón tay bên trái.
- Đau thường xuất hiện sau một gắng sức, lạnh, xúc cảm ... đau thường sẽ giảm sau khi ngậm Nitroglycerin.
- Cơn đau thường kéo dài vài phút nhưng cũng có diễn tiến đến hàng giờ.
- Các triệu chứng đi kèm: vã mồ hôi, choáng váng, xỉu, mệt nhiều, ói ...

#### 3.2. Nguyên nhân:

- Thiếu năng vành: là cơn đau thắt ngực điển hình, chỉ kéo dài vài phút.

- Cơ đau nhồi máu cơ tim: là cơn đau thắt ngực ở mức độ dữ dội hơn, diễn tiến lâu hơn và không đáp ứng với Nitroglycerin.
- Cơn đau thắt ngực không ổn định: có thể đau ngay cả khi đang nghỉ ngơi, thường kéo dài, hay tái phát và báo trước khả năng bị nhồi.
- Các nguyên nhân khác: loét dạ dày tá tràng, co thắt thực quản, viêm sụn ức sườn, đau cơ thành ngực, viêm màng phổi, viêm đốt sống ...

#### 4. Ngất – xỉu:

Đó là một trạng thái bệnh xảy ra đột ngột làm người bệnh bất tỉnh, da tái nhợt, mất trí giác. Khám người bệnh lúc đó sẽ thấy tim không đập hoặc đập rất chậm, rất khẽ, người bệnh không thở hoặc như người ngạt thở.

Ngất và xỉu là do tạm thời giảm cung lượng máu tới não.

Ngất là mất tri giác trong thời gian ngắn, giảm rõ rệt hoạt động tuần hoàn và hô hấp.

Xỉu cũng là trạng thái mất tri giác nhưng nhẹ hơn ngất.

##### 4.1. Phân loại:

- Ngất trong các bệnh tim mạch (ngất tim): do tim ngừng đập, người bệnh ở trong tình trạng chết lâm sàng.
- Ngất trong các bệnh hô hấp: do ngừng hô hấp như trường hợp gây mê, trường hợp bị điện giật, chết đuối, viêm tuỷ xám, nhồi máu phổi, ngộ độc hơi độc (oxyd carbon chẳng hạn).
- Ngất trong rối loạn thần kinh: Cơ chế do phản xạ, gặp ở những người dễ cảm xúc, trong trường hợp chấn thương vùng cảm thụ thần kinh như: chấn thương thanh quản, dây phế vị, đám rối dương (đánh quyền anh), chấn thương sọ não, v.v....
- Ngất trong các bệnh đường tiêu hoá: đầy hơi, viêm ruột, đặc biệt chảy máu đường tiêu hoá dễ gây ngất.
- Hạ Glucoza huyết tự phát do u tụy.
- Các trường hợp thiếu máu nặng.

##### 4.2. Biểu hiện:

- Đột ngột mất ý thức, té ngã.
- Thay đổi tần số hô hấp.
- Thay đổi nhịp tim, huyết áp thường giảm.
- Da tái, lấm tấm mồ hôi, giãn đồng tử.
- Hoàn cảnh xuất hiện: thay đổi tư thế, gắng sức, xúc cảm ...

### 4.3. Nguyên nhân:

- Bệnh tim mạch: trước khi ngất hoặc xỉu thường có đau ngực, stress. Cơ Adam-Stokes thường do nhịp chậm, tri giác trở lại nhanh; cơn đau thắt ngực thường do quá đau đớn ...
- Cường phó giao cảm: nhịp tim chậm, huyết áp tụt, thường xảy ra sau khi ăn no, thay đổi tư thế, thay đổi nhiệt độ đột ngột, đau đớn, kích xúc quá độ. Ở dạng này ý thức phục hồi nhanh.
- Động kinh: trước khi ngất thường có biểu hiện rối loạn các giác quan. Thường kèm co giật, cắn lưỡi, tiêu tiểu không tự chủ, mê. Sau khi qua cơn không nhớ gì trước đó. Tiền sử thường có nhiều cơn tương tự.
- Các nguyên nhân khác: ho nhiều, dùng thuốc chữa huyết áp, động kinh, an thần, lợi tiểu ...

### 5. Các biểu hiện khác:

- Đánh trống ngực: cảm giác tim đập mạnh, người bệnh có thể nghe được tiếng tim của mình, nặng ngực, hồi hộp, thường kèm theo loạn nhịp tim.
- Ho: là phản xạ thở ra mạnh, đột ngột, có thể ho khan hoặc ra máu:
  - Hẹp van 2 lá: máu ứ ở phổi, tăng áp lực mao mạch phổi nên vỡ.
  - Tắc động mạch phổi: ho ra máu lẫn mảnh mô bị hủy hoại.
  - Phù phổi cấp: ho sùi bọt hồng.
- Tiểu ít: thường gặp ở người suy tim.
- Tiểu đêm: ban đêm đi tiểu nhiều lần, thường gặp trong bệnh tăng huyết áp, suy thận ...
- Kém ăn, buồn nôn, ăn không tiêu: suy tim hoặc ngộ độc thuốc trợ tim.
- Khó ngủ: thường gặp trong bệnh tăng huyết áp.

## **KHÁM LÂM SÀNG TIM**

Khám thực thể bệnh tim là nhận định các dấu hiệu bệnh lý ở tim thông qua việc sử dụng 4 kỹ năng: nhìn, sờ, gõ và nghe.

### A. PHƯƠNG PHÁP NHÌN:

Tư thế người bệnh: người bệnh nằm đầu và lưng gối hơi cao, hai chân co, cởi khuy áo để bộc lộ cả ngực trước.

Trước hết xem người bệnh có khó thở không? Có phù không? Tình trạng tinh thần như thế nào? Có lo lắng hoảng hốt không? Sau đó:

- Nhận xét màu sắc da và niêm mạc người bệnh: môi tím, trong các bệnh tim bẩm sinh, trong suy tim. Ngón tay và ngón chân dùi trống gặp trong các bệnh

tim bẩm sinh hoặc viêm màng trong tim bán cấp và một số bệnh phổi mạn tính hoặc u phổi.

- Nhận xét hình dạng lồng ngực: lồng ngực dô ra trước ở những người có bệnh tim từ bé vì lúc đó sự cốt hoá chưa hoàn toàn nên lồng ngực dễ biến dạng. Ở trẻ em bị tràn dịch màng ngoài tim, lồng ngực hơi phồng.
- Nhịp đập của tim: ở những người bình thường ta có thể thấy mỏm tim đập dưới vú trên đường giữa xương đòn vào khoảng liên sườn 4-5. Mỏm tim đập mạnh trong trường hợp thất trái to hoặc tim to toàn bộ, mỏm tim đập yếu trong trường hợp tràn dịch màng ngoài tim hoặc ở những người béo có thành ngực dày.
- Ở những người bị túi phình động mạch chủ: nhìn thấy một khối u đập ở khoảng gian sườn 2 sát hai bên xương ức, khối u đập theo nhịp tim.
- Vùng cổ: tĩnh mạch cổ nổi trong suy tim phải, động mạch cổ đập mạnh trong bệnh hở van động mạch chủ. Cần khám xem tuyến giáp trạng có to không? Vì có một số người bị cường tuyến giáp có biến chứng tim.
- Vùng thượng vị và vùng hạ sườn phải: có thể thấy vùng thượng vị đập theo nhịp tim khi tim phải to, khi suy tim phải hoặc suy tim toàn bộ: gan thường to ra, ta nhìn thấy vùng hạ sườn phải dày hơn bên kia.

## B. PHƯƠNG PHÁP SỜ:

Sờ để tìm mỏm tim và phát hiện rung miu. Thường sờ ở 2 tư thế: nằm ngửa và nghiêng sang trái.

### 1. Nhận định mỏm tim:

Bình thường mỏm tim đập ở khoảng liên sườn 4,5 trên đường giữa xương đòn bên trái. Muốn sờ mỏm tim, ta dùng lòng bàn tay áp sát vào lồng ngực chỗ mỏm tim.

#### 1.1. Vị trí:

- Thay đổi sinh lý: nằm nghiêng sang trái mỏm tim sẽ lệch sang trái khoảng hai khoát ngón tay, ở tư thế này sờ thấy mỏm tim rõ nhất. Khi nằm nghiêng sang phải: mỏm tim lệch sang phải rất ít.
- Thay đổi bệnh lý: khi tim to ra, mỏm tim thấp xuống dưới hoặc ra ngoài đường giữa đòn trái. Trong các trường hợp tràn dịch và tràn khí nhiều ở màng phổi một bên, tim bị đẩy sang bên kia. Trường hợp dày dính màng phổi và màng tim, tim sẽ bị co kéo về phía viêm dày dính, nếu chỉ có các màng tim dính vào nhau và dính với phổi tiếp cận thì diện tim nhỏ lại và mỏm tim không đổi vị trí dù người bệnh thay đổi tư thế.

Trường hợp có tràn dịch màng bụng nhiều hoặc có khối u to trong bụng cơ hoành bị đẩy cao lên, mỏm tim ở tư thế nằm ngang.

### 1.2. Cường độ:

- Mỏm tim đập không rõ ở người béo quá, trong bệnh viêm màng ngoài tim có tràn dịch hoặc dày dính màng tim.
- Mỏm tim đập mạnh trong trường hợp tim trái to, trong bệnh hở van động mạch chủ hoặc trường hợp cảm động.

### 2. Rung miu:

Trong các bệnh tim, có thể gặp các trường hợp dòng máu xoáy mạnh qua một chỗ hẹp (ví dụ hẹp van động mạch chủ, hẹp van hai lá...) do tốc độ máu đi nhanh, xoáy qua chỗ hẹp làm rung các tổ chức van, thành tim, thành mạch lớn cho nên khi đặt tay vào thành ngực ở gần chỗ luồng máu qua chỗ hẹp ta sẽ thấy một cảm giác rung rung giống như khi đặt tay lên lưng mèo lúc nó rên.

Cảm giác đó gọi là rung miu, tùy theo rung miu ở thì tim bóp hay tim giãn mà ta gọi là rung miu tâm thu hoặc rung miu tâm trương.

## C. PHƯƠNG PHÁP GÕ:

### 1. Tìm mỏm tim:

Dùng phương pháp nhìn và sờ đã trình bày trên để tìm mỏm tim, nếu trường hợp nhìn và sờ vẫn chưa xác định được thì gõ chéo từ dưới lên trên, từ trái sang phải đến chỗ bắt đầu đục, đó là vị trí mỏm tim.

### 2. Tìm bờ trên gan:

Đặt ngón tay giữa dọc theo kẽ liên sườn bắt đầu từ dưới xương đòn, gõ từ trên xuống dưới cho đến lúc vừa tới vùng đục của gan, đó là bờ trên gan, bình thường giới hạn đục của bờ trên gan ở mức liên sườn 5.

### 3. Tìm bờ phải tim:

Tay trái đặt ngón giữa song song với xương ức, đầu ngón để trong rãnh liên sườn, dùng tay phải gõ vào ngón giữa trái, gõ từ đường nách trước trở vào theo khoảng liên sườn cho đến khi xác định được vùng đục của bờ phải tim. Gõ từ trên xuống, ghi nhận điểm gặp nhau của bờ phải tim và bờ trên gan.

Bình thường vùng đục của bờ phải tim không vượt quá bờ phải xương ức, trừ chỗ sát bờ trên gan thì đục ra bên phải xương ức từ 1cm đến 1,5cm.

Bờ phải tim ứng với tâm nhĩ phải, chiều cao của bờ này thường không quá 9cm.

### 4. Tìm bờ dưới tim:

Nối mỏm tim vào giao điểm của bờ phải tim và bờ trên gan, ta được bờ dưới tim, bờ này ứng với tâm thất phải, thông thường bờ này không dài quá 12cm.



**5. Tìm bờ trái tim:**

Ta gõ chéo từ hõm dưới nách trái về phía mũi ức, từ ngoài vào trong, từ trên xuống dưới, song song theo hướng thông thường của bờ trái tim cho đến khi được một đường giới hạn điện đục của bờ trái tim.

Bình thường giới hạn này đi từ sát bờ trái xương ức chỗ xương sườn 2 đi xuống cắt ngang đường cạnh ức rồi phình ra thành một đường cong đến liên sườn 4-5 ở phía trong đường trung đòn từ 1-2cm, bờ trái chủ yếu ứng với tâm thất trái.

**6. Tìm bờ trên tim:**

Gõ từ trên xuống sát hai bên cạnh ức để xác định bờ trên tim, thường bờ trên này ít có giá trị chẩn đoán trong thực tế, giới hạn đục của bờ trên thường từ xương sườn 2.

**D. PHƯƠNG PHÁP NGHE**

Trong các phương pháp khám vùng trước tim, nghe tim là phương pháp quan trọng nhất sẽ giúp người thầy thuốc trong chẩn đoán.

**1. Sinh lý tiếng tim:**

Trong 1 phút tim đập khoảng 70-80 lần. Trong thời kỳ tiền tâm thu, hai tâm nhĩ co lại, tống máu vào tâm thất. Khi hai tâm nhĩ vừa co bóp xong thì hai tâm thất co bóp tiếp ngay và tạo nên thời kỳ tâm thu của tâm thất. Trong thời kỳ này van nhĩ thất đóng lại, những van tổ chim ( $\sigma$ ) mở ra, máu tống vào động mạch chủ và động mạch phổi. Đến thời kỳ tâm trương, tâm thất giãn, van tổ chim đóng lại, van nhĩ thất mở ra, máu từ tâm nhĩ dồn vào tâm thất do trọng lượng và sức hút của tâm thất.

Tiếng tim thứ nhất chủ yếu do tâm thất co bóp kết hợp với tiếng đóng của van nhĩ thất. Tiếng tim thứ hai chủ yếu do tiếng đóng của van  $\sigma$  của động mạch chủ và động mạch phổi.

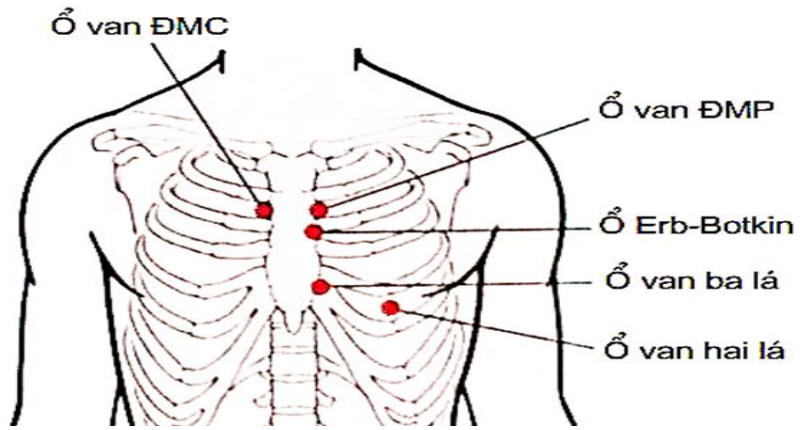
**2. Phương pháp nghe tim:**

Khi nghe tim nên nghe ở tư thế nằm ngửa, nằm nghiêng sang trái hoặc ngồi. Nghe ở năm ổ van tim:

- Ổ van hai lá: ở mỏm tim vào khoảng liên sườn 3 hoặc xương sườn 5 trên đường trung đòn trái. Khi bị bệnh mỏm tim có thể sa xuống thấp.
- Van ba lá: ở trên sụn sườn 6 bên phải.
- Ổ van động mạch chủ: một ổ ở khoảng liên sườn 2 bờ bên phải xương ức và một ổ nửa ở liên sườn 3 sát bờ bên trái ức gọi là Eck-Botkin.
- Ổ van động mạch phổi: ở khoảng liên sườn 2 bên trái sát xương ức

Đôi khi muốn nghe để xác định rõ hơn những tiếng không bình thường của tim thì bảo người bệnh làm vài động tác hoặc hít vào mạnh, rồi nín thở. Làm như vậy phế nang phình ra lấp kín các xoang tim phổi, tiếng thổi ngoài tim sẽ mất đi hoặc giảm cường độ xuống, còn tiếng thổi thực thể trong tim thì không đổi.

Trong mỗi chu chuyển ta nghe được hai tiếng tim với âm sắc khác nhau: tiếng thứ nhất trầm và dài ( $T_1$ ), tiếng thứ hai âm sắc thanh và gọn hơn ( $T_2$ ). Tiếng thứ nhất cách tiếng thứ hai bởi một khoảng nghỉ ngắn, tiếng thứ hai cách tiếng thứ nhất của chu chuyển sau bằng một khoảng nghỉ dài. Tiếng thứ nhất xem như đồng thời với tiếng mạch đập, tức là mở đầu thì tâm thu. Tiếng thứ hai tương ứng với lúc mạch chìm, mở đầu thì tâm trương.



Hình 3.1. Vị trí các ổ vale tim

Tiếng thứ nhất nghe rõ ở mỏm tim, tiếng thứ hai nghe rõ hơn ở đáy tim. Ở một số trẻ em và thanh niên, có khi ta nghe được một tiếng thứ ba ( $T_3$ ) theo sau tiếng thứ hai. Tiếng thứ ba này chỉ là tiếng tim sinh lý do máu dồn mạnh từ nhĩ xuống thất ở thời kỳ đầu tâm trương. Nếu ta bảo người bệnh thở vào sâu rồi nín thở thì ta không nghe thấy tiếng thứ ba nữa.

Người ta còn nói tiếng tim thứ tư ( $T_4$ ) bình thường nhưng rất hiếm gặp, tiếng tim này còn gọi là tiếng tâm nhĩ. Trong trường hợp phân ly nhĩ thất hoàn toàn, ta có thể ghi được tiếng này trên tâm thanh đồ. Tiếng này do nhĩ bóp đẩy máu qua van nhĩ thất xuống làm giãn tâm thất nhanh.

### 3. Sự thay đổi tiếng tim:

#### 3.1. Thay đổi về cường độ:

Sự thay đổi cường độ tiếng tim phụ thuộc vào độ dày của thành ngực, môi trường giữa tim và ngực, máu, cơ tim và van tim.

##### 3.1.1. Cường độ tăng:

Hai tiếng tim đều mạnh hơn khi bị kích thích như khi bị cảm động, sau khi tập thể thao, lao động nặng, khi sốt, trong bệnh cường tuyến giáp.

Ở người gầy, do thành ngực mỏng, tiếng tim nghe rõ hơn nhưng không phải bệnh lý.

### 3.1.2. Cường độ giảm:

Bình thường lá thành và lá tạng của màng ngoài tim trượt sát vào nhau, khi có nước giữa hai lá đó thì tiếng tim truyền ra lồng ngực bị cản lại nên nghe tiếng tim không rõ nữa.

Tiếng tim nghe nhỏ thường gặp trong:

- Tràn dịch màng ngoài tim.
- Viêm cơ tim, nhồi máu cơ tim.
- Viêm màng trong tim cấp.

Lưu ý ở người béo, ở nữ giới do tuyến vú cản trở, tiếng tim nghe cũng nhỏ.

### 3.1.3. Thay đổi cường độ của riêng tiếng thứ nhất:

#### 3.1.3.1. Tiếng thứ nhất đanh trong bệnh hẹp van hai lá:

Các van bị dày, cứng do viêm, khi đóng lại các van đập vào nhau gây ra tiếng đanh. Cũng có thể là do van hai lá đóng đột ngột.

Trong bệnh hẹp van hai lá, máu dồn về thất trái ít nên khi còn bù, sức co bóp của cơ tim còn tốt, nó không bị giãn ra nhiều trong thì tâm trương nên khi bóp sẽ nhanh, tâm thu ngắn vì thế tiếng gọn, đanh.

#### 3.1.3.2. Tiếng thứ nhất mờ:

Trong bệnh cơ tim và viêm màng trong tim vì cơ tim bị viêm nên bóp yếu, các van bị viêm, phù nên khập không kín làm cho tiếng tim bị mờ.

### 3.1.4. Thay đổi cường độ tiếng thứ hai:

#### 3.1.4.1. Ở ổ động mạch chủ:

- Giảm: cùng với tiếng thứ nhất, trong viêm màng trong tim cấp, lý do cũng như trường hợp trên.
- Tăng: trong bệnh tăng huyết áp vì trong trường hợp huyết áp cao, máu dồn về thành van mạch làm van đóng mạnh trong đầu thì tâm trương.

#### 3.1.4.2. Ở ổ van động mạch phổi:

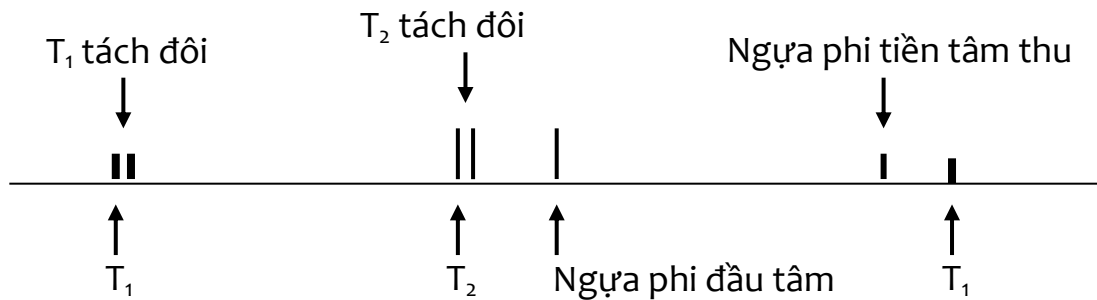
Bình thường tiếng thứ hai ở ổ động mạch chủ vẫn mạnh hơn tiếng thứ hai ở ổ động mạch phổi vì động mạch chủ ở sát thành ngực hơn.

Trường hợp bệnh lý, tiếng thứ hai đanh trong bệnh hẹp van hai lá, vì trong bệnh này máu ứ lại ở nhĩ trái rồi ứ lại ở tiểu tuần hoàn nên máu ở động mạch phổi dồn mạnh về thành van khi đóng gây ra tiếng đanh.

### 3.2. Thay đổi về số lượng tiếng tim:

Khi nghe kỹ tim một số người bệnh có khi chúng ta thấy ở tiếng thứ nhất hoặc ở tiếng thứ hai có hai tiếng chồng nhau.

Trong những trường hợp này, ta thấy tim đập theo một nhịp ba tiếng. Nếu cả hai tiếng tim đều phân đôi, ta sẽ nghe được nhịp 4 tiếng.



**Hình 3.2. Sơ đồ các tiếng tim**

3.2.1. Tiếng thứ hai phân đôi sinh lý:

Nghe rõ ở khoảng liên sườn hai hoặc ba bên trái vào cuối thì thở vào, không nghe thấy thường xuyên. Những tính chất đó giúp ta phân biệt với tiếng thứ hai phân đôi bệnh lý thường có liên tục trong bệnh hẹp van hai lá. Tuy vậy cũng có trường hợp ở một người bình thường vẫn luôn luôn có tiếng thứ hai phân đôi.

Vì vậy chỉ đơn thuần có một triệu chứng này thì chưa dám chắc chắn tính chất của bệnh lý.

Cần phân biệt tiếng thứ hai phân đôi với tiếng thứ ba của tim: tiếng thứ hai phân đôi nghe rất gần nhau trong đó tiếng thứ ba của tim bao giờ cũng nghe sau tiếng thứ hai một thời gian dài và vị trí nghe tiếng thứ ba lại ở mỏm tim.

3.2.2. Tiếng thứ nhất phân đôi:

Gồm hai tiếng rất sát nhau, nghe rõ ở vùng mỏm tim hoặc phía trong đường giữa xương đòn trên liên sườn 5 bên trái.

Tiếng thứ nhất phân đôi sinh ra do các van nhĩ thất đóng không đều, có thể gặp ở người khoẻ mạnh cũng như trong một người tim hay kích động, một số người mắc các bệnh ảnh hưởng tới cơ tim. Đừng nhầm tiếng này với tiếng ngựa phi.

Thường nghe được khi người bệnh đứng, còn khi nằm tiếng đó nhỏ đi hoặc không nghe thấy.

3.2.3. Tiếng clắc mở van hai lá:

Là một tiếng thêm vào tiếng thứ hai, nghe giống tiếng clắc, âm sắc khô, nghe rõ ở khoảng liên sườn 4, 5 trái ở vùng trong mỏm tim, đôi khi nghe ở đáy tim.

Tiếng này có giá trị trong bệnh hẹp van hai lá, nó phát sinh do van hai lá xơ cứng, các nhánh van khi mở ra tách khỏi nhau nghe thành tiếng clắc.

### 3.2.4. Tiếng ngựa phi:

Nhịp ba tiếng này do một tiếng nhỏ thêm vào ở thời kỳ tâm trương. Tiếng này sinh ra trong trường hợp tâm thất bị suy nhiều, dễ giãn ra khi máu từ nhĩ dồn xuống tâm thất và đẩy mỏm tim chạm vào thành ngực làm ta nghe được theo một tiếng trong thì tâm trương.

Tiếng ngựa phi nghe rõ nhất ở vùng trong mỏm tim, hoặc ở mỏm tim, khi người bệnh nằm nghiêng về bên trái sẽ nghe rõ hơn, tiếng này thường khu trú ở một nơi nhất định không lan xa.

Ta thường gặp tiếng thêm vào này ở thì tiền tâm thu (gọi là ngựa phi tiền tâm thu). Ngựa phi tiền tâm thu sinh ra do nhĩ bóp đẩy máu xuống làm giãn thành tâm thất. Còn loại ngựa phi đầu tâm trương sinh ra do tâm thất đã nhão quá nên ngay khi các van nhĩ thất mở, luồng máu từ tâm nhĩ xuống dội vào thành tâm thất đã làm giãn thành tâm thất ngay.

Người ta gọi là tiếng ngựa phi phải hay trái tùy theo tâm thất phải hay tâm thất trái bị suy. Ngựa phi phải nghe rõ ở cạnh mỏm ức, ngựa phi trái nghe rõ ở mỏm tim. Loại ngựa phi trái thường gặp hơn. Muốn phân biệt phải dựa vào triệu chứng lâm sàng của suy tâm thất nào.

Tiếng ngựa phi thường kèm theo nhịp tim nhanh, nếu có loạn nhịp hoàn toàn, ngựa phi sẽ mất.

- Chú ý:

- Phân biệt tiếng ngựa phi tiền tâm thu với tiếng thứ nhất phân đôi:

Hai tiếng phân đôi nghe rất gần nhau còn tiếng ngựa phi có một khoảng yên lặng giữa tiếng ngựa phi tiền tâm thu và tiếng thứ nhất, tiếng ngựa phi có âm sắc trầm hơn và nhịp tim nhanh hơn.

Sự phân biệt này quan trọng vì tiếng thứ nhất phân đôi chỉ chứng tỏ tim dễ bị kích thích còn tiếng ngựa phi lại là triệu chứng của suy tim.

- Phân biệt tiếng ngựa phi đầu tâm trương với tiếng thứ ba:

Tiếng thứ ba không có thường xuyên, hay thấy ở trẻ em và người trẻ, khoẻ mạnh chỉ hít vào sâu là không nghe thấy tiếng thứ ba nữa.

Tiếng ngựa phi là dấu hiệu của suy tâm thất, tiên lượng nói chung xấu, nhất là đối với tâm thất trái, tuy vậy điều trị có thể mất tiếng ngựa phi.

- Một số bệnh dẫn tới suy tâm thất trái như:

- Tăng huyết áp.
- Hở lỗ van động mạch chủ.
- Viêm thận cấp và mạn tính.

- Viêm và phồng động mạch chủ do giang mai.
- Hẹp lỗ động mạch chủ.
- Thấp tim.

### 3.4. Tiếng thổi:

Trong một số trường hợp khám tim, ngoài các tiếng tim bình thường chúng ta còn nghe được các tiếng tương tự tiếng không khí thổi qua một miệng ống, ta gọi là các tiếng thổi.

Khi tăng tốc độ dòng máu, khi dòng máu chảy từ chỗ rộng sang chỗ hẹp hoặc từ chỗ hẹp sang chỗ rộng, hoặc có khi thông hai mạch máu hay thông hai buồng tim, hoặc khi độ nhớt của máu giảm, thì làm tăng độ xoáy của máu và gây ra tiếng thổi.

Tiếng thổi tâm thu là tiếng thổi nghe thấy đồng thời với thời gian mạch nảy, tiếng thổi tâm trương với thời gian mạch chìm, tiếng thổi liên tục nghe được ở cả hai thì nhưng mạnh dần ở cuối tâm thu và đầu tâm trương. Thường thì nghe tiếng thổi tâm thu xuất hiện ngay sau tiếng thứ nhất của tim nhưng vì tai chỉ phân biệt được những thời khoảng không quá ngắn, cho nên khi nghe tim thấy tiếng thổi tâm thu chiếm hết cả thì tâm thu, che lấp cả tiếng thứ nhất.

Tiếng thổi tâm trương thường chỉ chiếm một phần thì tâm trương và nghe sát liền tiếng thứ hai của tim. Trong tiếng thổi liên tục, không có khoảng nghỉ ở cuối tâm thu sang đầu tâm trương. Tiếng thổi thực thể là do có tổn thương thực sự ở các van tim gây nên, ví dụ viêm van hai lá, viêm van động mạch chủ.

Nếu không có tổn thương ở van tim nhưng vì buồng tim bị giãn to vì một lý do nào đó mà các van tim không đóng được kín mỗi khi co bóp, sẽ gây nên tiếng thổi chức năng.

#### 3.4.1. Tiếng thổi thực thể:

Tùy theo tổn thương ở van nào, tiếng thổi sẽ nghe rõ ở ổ nghe của lỗ van đó (van hai lá, van ba lá, van động mạch chủ, van động mạch phổi). Ví dụ: tiếng thổi tâm thu ở mỏm tim trong bệnh hở van hai lá, tiếng thổi tâm trương ở liên sườn hai bên phải và liên sườn 3 trái xương ức trong bệnh hở van động mạch chủ.

Tiếng thổi có thể chiếm cả hoặc chiếm một phần thì tâm thu hoặc tâm trương. Nếu tiếng thổi có liên tiếp cả hai thì tâm thu và tâm trương thì gọi là tiếng thổi liên tục, tiếng thổi này nghe ù ù như tiếng xay lúa nhưng thường mạnh hơn trong thì tâm thu.

Trong đa số các trường hợp tiếng thổi thường lan truyền theo hướng đi của dòng máu. Sau khi định rõ nơi nghe rõ nhất, thay đổi dần vị trí nghe ta sẽ thấy cường độ tiếng thổi giảm dần đến một lúc không nghe rõ nữa.

Nơi nghe rõ nhất là vị trí tổn thương, các nơi khác là nơi tiếng thổi lan đến. Ví dụ: tiếng thổi tâm thu ở mỏm lan ra nách gặp trong bệnh hở van hai lá.

<b>Tiếng thổi</b>	<b>Vị trí</b>	<b>Tính chất</b>	<b>Hướng lan</b>	<b>Tên bệnh</b>
Tiếng thổi tâm thu	Mỏm tim	Chiếm hết thì tâm thu, như tiếng phụt hơi nước, có thể có rung miu.	Ra nách và sau lưng.	Hở van hai lá.
	Liên sườn hai phải cạnh ức	Có rung miu chiếm hết thì tâm thu.	Xương đòn phải.	Hẹp van động mạch chủ.
	Liên sườn hai trái cạnh ức	Có rung miu chiếm hết thì tâm thu	Xương đòn trái.	Hẹp van động mạch phổi.
	Liên sườn 3,4 trái ở vùng trước tim.	Có rung miu chiếm hết thì tâm thu	Lan theo hình các nan hoa bánh xe.	Thông liên thất.
Tiếng thổi tâm trương	Liên sườn 2 phải hoặc 3 trái cạnh xương ức	Nhẹ, êm như hít vào.	Dọc xương ức hoặc bắt chéo trước mỏm tim.	Hở van động mạch chủ.
Rung tâm trương	Mỏm tim	Như tiếng vỗ nhẹ dùi trên mặt trống, có rung miu tâm trương.	Ít lan	Hẹp van hai lá.
Tiếng thổi liên tục	Liên sườn 1, 2 trái	Mạnh lên ở cuối thì tâm thu, đầu tâm trương, có thể có rung miu.	Xương đòn trái.	Còn ống động mạch.

Tiếng thổi nghe thấy thường xuyên ở một thì nào đó của chu chuyển tim. Nó không thay đổi nếu người bệnh thay đổi tư thế. Vì vậy bao giờ ta cũng phải nghe tim người bệnh ở nhiều tư thế khác nhau: nằm ngửa, nằm nghiêng hay ngồi...

Tiếng thổi nghe trầm nếu dòng máu qua một lỗ tương đối to, âm thanh nghe cao nếu lỗ nhỏ hơn. Âm sắc cao, thô ráp khi các thành của van tim đã chai cứng. Tiếng thổi mờ, không rõ khi các thành này còn mềm hoặc ưng phù có thịt sùi, tổn thương còn mới hay đang tiến triển.

3.4.2. Tiếng thổi chức năng:

Có khi van tim không bị tổn thương nhưng vì một lý do nào đó làm buồng tim giãn to, các van không đóng kín được nữa, vì thế phát sinh tiếng thổi khi tim co bóp.

Như vậy tiếng thổi chức năng là do một sự hư hại ở cơ tim (tim giãn to) chứ không phải do một tổn thương của màng trong tim (viêm nhiễm). Loại tiếng thổi này thường êm nhẹ, ít khi lan và hay thay đổi.

<b>Đặc điểm</b>	<b>Tiếng thổi thực thể</b>	<b>Tiếng thổi chức năng</b>
Vị trí	Có ở cả 5 ổ van tim.	Hay có ở động mạch phổi sau đó đến ở van hai lá.
Thời gian	Tâm thu, tâm trương, liên tục.	Chủ yếu là tiếng thổi tâm thu mà cũng ít khi chiếm hết thì tâm thu, rất ít khi gặp tiếng thổi tâm trương chức năng.
Cường độ âm sắc	Thường mạch rõ, trừ tiếng thổi tâm trương không mạnh bằng).	Thường nhẹ, êm dịu, rất ít khi mạnh, nếu có mạnh cũng không có rung miu.
Lan truyền	Lan xa theo dòng máu.	Ít lan
Rung miu	Thường có, nhất là trong các trường hợp hẹp van.	Không
Tính chất thường xuyên	Có thường xuyên, không thay đổi khi thay đổi tư thế người bệnh.	Có thể thay đổi, thậm chí mất hẳn khi người bệnh hít vào sâu, đổi tư thế hoặc sau kết quả điều trị

Đặc điểm chủ yếu để phân biệt tiếng thổi chức năng và tiếng thổi thực thể là tiếng thổi chức năng không bao giờ có rung miu cả.

Tiếng thổi chức năng có trong trường hợp suy tim trái, trong đó buồng tim bị giãn to khiến các van không đóng kín được nữa gây ra hở chức năng của van hai lá và phát sinh ra tiếng thổi.

Tiếng thổi chức năng sẽ mất đi khi điều trị suy tim làm cho buồng tim nhỏ lại, trái lại nếu là tiếng thổi thực thể, nó sẽ mạnh lên khi tim bớt suy vì tim có thể bóp mạnh hơn. Đó là cách phân biệt với tiếng thổi thực thể.



### 3.4.3. Tiếng thổi ngoài tim:

Đó là tiếng thổi nghe thấy ở những người hoàn toàn không có một tổn thương nào ở tim cả, vì vậy loại tiếng thổi này cũng không có một giá trị bệnh lý gì. Tiếng thổi ngoài tim có thể gặp ở tất cả mọi lứa tuổi nhưng hay thấy hơn ở những người trẻ dễ bị kích thích. Tiếng thổi đó nghe ở ngoài vị trí của các ổ tim, ở thì tâm thu, không lan truyền, mất đi khi đổi tư thế hay khi hít vào sâu.

Người ta cho rằng sở dĩ có tiếng thổi này là do tim bị che lấp ở phía trước và hai bên bởi các phân thùy phổi lân cận. Khi tim co lại (tâm thu) hoặc giãn ra (tâm trương), nó sẽ làm cho phổi cũng giãn ra hoặc bóp lại theo, không khí bị hít theo vào hoặc bị đẩy ra bởi các phân thùy phổi đó sẽ phát sinh ra các tiếng thổi.

Trong bệnh thiếu máu, do quá loãng máu nên khi tâm thu dòng máu đi nhanh cũng có thể làm rung thành tâm thất và van tim gây ra tiếng thổi, vẫn thường gọi là tiếng thổi thiếu máu.

### 3.5. Tiếng cọ màng ngoài tim:

Trong trường hợp bệnh lý, hai lá của màng ngoài tim bị viêm nhiễm sẽ mất tính chất nhẵn bóng thường có, và trở nên ráp vì giữa hai lá hình thành những đám giả mạc, cho nên khi tim co bóp các lá của màng ngoài tim không thể trượt trên nhau im lặng như bình thường mà phát sinh ra tiếng cọ. Đó là các tiếng cộng thêm vào các tiếng tim bình thường, nghe rất gần bên tai. Có thể có một hay hai tiếng. Nghe rõ ở vùng trước tim, ở sát xương ức trái gần mũi kiếm, không lan, nghe thấy hai tiếng đi với hai thì của tim, tiếng cọ sinh ra và mất đi ở cùng một chỗ.

Tiếng cọ màng ngoài tim nghe ở vào sau hai tiếng tim, nhưng thường nếu nghe thấy hai tiếng cọ thì tiếng tim ở chỗ đó nghe không rõ nữa. Cường độ, âm sắc: tiếng nghe ráp như hai tiếng lụa mới cọ vào nhau.

Ta cần phân biệt tiếng cọ màng ngoài tim và tiếng cọ màng phổi; tiếng này mất đi khi người bệnh nín thở. Chỉ riêng trường hợp nếu cọ màng phổi ở vùng gần tim, ăn nhịp với tiếng tim khó phân biệt.

Khi có tiếng cọ chứng tỏ màng ngoài tim đã bị viêm. Đó là dấu hiệu đặc hiệu và duy nhất của bệnh viêm màng ngoài tim khô.

Trong trường hợp viêm màng ngoài tim có tràn dịch, ta cũng có thể nghe thấy tiếng cọ nhưng chỉ ở giai đoạn đầu lúc nước còn ít, hoặc giai đoạn sau, lúc nước đã rút đi.

### 3.6. Thay đổi về tần số:

- Tim đập nhanh: sau hoạt động gắng sức, tăng huyết áp, cường giáp ...
- Tim đập chậm: ngộ độc thuốc ngủ, nhịp chậm xoang ...
- Loạn nhịp.

## KHÁM LÂM SÀNG MẠCH MÁU

### 1. Huyết áp:

Trên lâm sàng, ta thường đo huyết áp bằng huyết áp kế thủy ngân hoặc máy đo điện tử (đơn vị là mmHg). Đơn vị cm nước hầu như chỉ dùng để đo huyết áp tĩnh mạch trung tâm.

Kỹ thuật đo huyết áp đã được trình bày trong nội dung kỹ thuật điều dưỡng, phần này chỉ đề cập đến những vấn đề cần lưu ý khi đo huyết áp.

#### 1.1. Dựa vào tiếng đập Korotkoff:

Phương pháp đo huyết áp dựa vào tiếng đập Korotkoff gồm 5 giai đoạn.

- Chỉ số huyết áp tối đa tương ứng với tiếng Korotkoff thứ nhất, tức là tiếng đập đầu tiên nghe được tính từ lúc xả băng quấn.
- Chỉ số huyết áp tối thiểu tương ứng với tiếng Korotkoff thứ 5, tức là lúc nghe tiếng đập cuối cùng.

Một số trường hợp khi xả băng quấn về zero ta vẫn còn nghe được tiếng đập thì chỉ số huyết áp tối thiểu lúc này tương ứng với tiếng Korotkoff thứ 4, tức là lúc tiếng đập thay đổi âm sắc và yếu hẳn đi.

#### 1.2. Chỉ số huyết áp:

Chỉ số huyết áp ở người bình thường dao động từ 90/60 mmHg đến 120/70 mmHg. Nếu vượt trên 140/90 mmHg thì gọi là tăng huyết áp.

Huyết áp thay đổi theo tư thế và vị trí đo:

- Ở tư thế ngồi chỉ số huyết áp thường thấp hơn ở tư thế nằm.
- Huyết áp ở động mạch đùi cao hơn ở động mạch cánh tay khoảng 20mmHg trong khi huyết áp tâm trương ở hai vị trí này thì như nhau.
- Trong hở van động mạch chủ sự chênh lệch huyết áp giữa tay và chân tăng cao (dấu hiệu Hill).
- Trong hẹp động mạch chủ thì huyết áp ở chân lại thấp hơn ở tay, huyết áp ở tay phải và tay trái không bằng nhau.

### 2. Mạch:

Mạch là một sóng mà ta cảm nhận được trên thành động mạch trong kỳ tâm thất thu. Tần số của mạch thường tương ứng với tần số của tim.

Ta thường bắt mạch ở những vị trí động mạch gần với da nhất như mạch quay, mạch bẹn, mạch cảnh hay mạch mu bàn chân ... Khi bắt mạch ta cần xác định đường kính diện đập, độ nảy của mạch, biên độ mạch và tần số đập ...

Một số mạch bất thường:

- Mạch yếu hoặc mất mạch: thường gặp trong các bệnh lý tắc mạch do xơ vữa, viêm tắc động mạch. Trong hẹp eo động mạch chủ mạch chi dưới yếu, chi trên mạnh hơn.
- Mạch Corrigan: mạch nảy mạnh và chìm nhanh. Đây là dấu hiệu của hở van động mạch chủ.
- Mạch không đều: thường do loạn nhịp tim. Trường hợp này phải nghe tim mới giúp đếm mạch chính xác.
- Mạch cách: một nhịp mạch rõ xen kẽ một nhịp mạch yếu và khoảng cách giữa các nhịp vẫn đều nhau. Thường gặp trong viêm cơ tim, bệnh cơ tim...
- Mạch nghịch: còn được gọi là mạch Kussmaul. Mạch yếu đi khi hít vào, rõ hơn lúc thở ra trong khi nhịp tim vẫn đều. Đây là dấu hiệu của chèn ép tim.

### 3. Các bệnh lý động mạch:

Tùy theo các nhân tố từ trong lòng động mạch hoặc từ bên ngoài tác động đến. Ví dụ nhân tố cơ giới (chấn thương thành mạch, tắc mạch), nhân tố tinh thần, lạnh, nóng, hoá chất ... làm tổn thương động mạch hay làm rối loạn thần kinh vận mạch, ta gặp các triệu chứng sau:

#### 3.1. Tê các ngón tay:

Cảm giác này thỉnh thoảng xảy ra nhất là về mùa lạnh, ngón tay, ngón chân đột nhiên trắng nhợt, lạnh đi và tê, mất cảm giác. Hiện tượng này do co thắt mạch máu ở các ngón. Tùy theo vị trí động mạch bị co thắt sẽ thể hiện các triệu chứng sau:

- Người bệnh bị mù thoáng qua nếu động mạch đá trong mắt co thắt.
- Người bệnh bị bại một chi. Nửa thân, nói khó, tri giác mất thoáng qua nếu động mạch não co thắt.

#### 3.2. Dấu hiệu đau cách hồi:

Người bệnh khi đi hơi xa có cảm giác chuột rút bắp chân, đau bắp chân, phải đứng lại nghỉ, xoa bóp chân thấy các triệu chứng đỡ dần; khi tiếp tục đi lại thấy các triệu chứng đó xuất hiện, về sau khi bệnh tiến triển, người bệnh đau ngay cả khi nghỉ ngơi.

Người ta đã chứng minh cơ chế của hiện tượng này là do thiếu máu cục bộ khi gắng sức, vì vậy khi nghỉ ngơi thì hết đau.

#### 3.3. Chảy máu:

Do vỡ mạch, các nguyên nhân thường gặp:

- Chảy máu mũi.
- Chảy máu võng mạc gây giảm thị lực trầm trọng.

- Chảy máu não gây liệt nửa thân, hôn mê, có thể dẫn tới tử vong.

#### 3.4. Hội chứng Raynaud:

Đây là một cơn đau khi gặp lạnh. Cơn đau đó có đặc điểm là:

- Hay gặp ở các ngón tay (ít khi ở chân).
- Ngón tay tê buốt rồi tím nhạt, mất cảm giác.
- Có thể khỏi hoặc tiến tới cơn đau dữ dội hơn, lúc ấy có cảm giác ngón tay bị rần rần hay bị gào mổ.
- Nhúng tay vào nước nóng, người bệnh thấy đỡ đau.
- Cơn đau có thể từ vài phút tới vài giờ.
- Nếu bị nhiều lần thì về sau tiến tới hoại thư đầu chi.

Người ta cho rằng cơn đau xuất hiện do co thắt động mạch nhỏ, chính vì vậy khi nhúng tay vào nước nóng thấy đỡ đau. Đây là hiện tượng rối loạn vận mạch có thể do xơ cứng bì, do dùng một số thuốc (chẹn beta, nhóm Macrolid ...) hay tắc mạch...

#### 4. Các bệnh của lý tĩnh mạch:

Khi tĩnh mạch bị giãn, bị viêm, bị tắc, thì tùy theo tổn thương sẽ làm trở ngại chức năng tuần hoàn tĩnh mạch thể hiện ra các triệu chứng:

##### 4.1. Đau dọc tĩnh mạch:

Trong trường hợp viêm tắc tĩnh mạch chi dưới (hay xảy ra sau phẫu thuật vùng đáy chậu, sau đẻ, sau chấn thương), người bệnh bị sốt, mạch nhanh, mệt mỏi. Chủ yếu là đau với những tính chất sau:

- Đau có thể tự phát. Mức độ có thể từ cảm giác kiến bò, nặng chi cho đến mức đau dữ dội ở bắp chân. Có khi đau kịch phát; ấn vào gót chân căng chân hoặc đập mạnh vào các ngón chân làm người bệnh rất đau.
- Đau lan thông thường theo hướng tĩnh mạch (tĩnh mạch hiển, tĩnh mạch đùi, tĩnh mạch khoeo), cũng có khi chỉ khu trú ở một đoạn chi.

##### 4.2. Phù chi:

Trong trường hợp viêm tắc tĩnh mạch chi, chính vì rối loạn thần kinh vận mạch và tắc tĩnh mạch (thường phối hợp với tắc tân mạch) nên sinh ra phù.

Trong các trường hợp tân dịch không lưu thông, áp lực keo của dịch khe tăng lên làm người bệnh phù.

Phù trong viêm tắc tĩnh mạch là loại phù trắng và đau, có thể thấy hình tĩnh mạch nổi lên da, trông như một đường xanh nhạt, phù này thường không để lại dấu lõm lõm khi ấn vào.

#### 4.3. Cảm giác nặng chi dưới:

Trong trường hợp giãn tĩnh mạch. Có khi biến chứng loét chỗ tĩnh mạch giãn hoặc viêm tĩnh mạch ở đó.

#### 5. Tím tái:

Tím xuất hiện khi lượng hemoglobin khử trong máu mao quản vượt quá 5g/100ml.

Tím có thể do giảm PaO<sub>2</sub> hoặc tốc độ tuần hoàn chậm lại.

##### 5.1. Biểu hiện:

- Da và niêm mạc tím tái, đặc biệt là ở môi, nền móng.
- Móng tay khum, ngón tay dùi trống.
- Khó thở nhanh nông, mạch nhanh.
- Các dấu hiệu đi kèm: khó thở, ngất xỉu, ho ...

##### 5.2. Nguyên nhân:

- Tím ngoại biên: mức độ tím ít hơn, thường biểu hiện rõ ở các đầu chi, thường do suy tim, tắc mạch hay co thắt mạch ...
- Tím trung ương: thường do các bệnh tim bẩm sinh, tím nhiều, biểu hiện đặc trưng là móng tay khum và ngón tay dùi trống.

#### 6. Các dấu hiệu bất thường khác:

- Nghiệm pháp Schwartz: một tay chặn phía dưới không cho máu về tim, tay kia ép mạnh đột ngột lên tĩnh mạch, nếu tĩnh mạch giãn căng hơn là dấu hiệu của hở van tĩnh mạch.
- Nghiệm pháp Allen: giơ cao tay khoảng 2 phút rồi hạ xuống, dùng tay ép vào động mạch trụ và quay, lần lượt bỏ từng vị trí ép ra để xem các ngón tay có hồng trở lại, qua đó ta xác định được vị trí mạch bị tắc.
- Hội chứng nóng đỏ đầu chi: khi tiếp xúc với nhiệt độ cao xảy ra hiện tượng ngược lại với Raynaud. Hiện tượng này giảm đi khi tiếp xúc nhiệt độ thấp hoặc dùng Aspirin. Nguyên nhân là do giãn các tiểu động mạch.
- Tím đầu chi: đầu ngón tay thường tím lạnh, nhợt mờ hôi trong khi các nội tạng đều bình thường. Hay gặp ở nữ có rối loạn thần kinh thực vật.
- Mạng lưới xanh tím và cành xanh tím: hiện tượng tím như trên nhưng xuất hiện ở dưới da, thường ở chân, thõng chân nhìn thấy rõ hơn. Đây cũng là hiện tượng rối loạn thần kinh vận mạch và thường gặp ở nữ. Nguyên nhân thường gặp: bệnh tạo keo, tăng cholesterol, đang dùng một số thuốc như Amatadin...

**TỰ LƯỢNG GIÁ**

1. Tiếng tâm nhĩ là tên gọi khác của tiếng:
 

A. T <sub>2</sub>	B. T <sub>4</sub>
C. T <sub>1</sub>	D. T <sub>3</sub>
2. Đặc điểm nào đúng với tiếng thổi chức năng:
 

A. Không thay đổi theo tư thế	B. Chủ yếu ở thì tâm thu
C. Lan xa theo dòng máu	D. Thường rõ
3. Tiếng tim trong trường hợp nào sau đây được xem là bình thường:
 

A. Tiếng thổi ở tim	B. Âm sắc T <sub>2</sub> cao hơn T <sub>1</sub>
C. Tiếng clic, clac	D. Rung tâm trương
4. Trong hồ van động mạch chủ, chênh lệch huyết áp giữa tay và chân tăng cao. Đây là dấu hiệu:
 

A. Kussmaul	B. Raynaud
C. Hill	D. Allen
5. Nghiệm pháp nào phát hiện hở van tĩnh mạch:
 

A. Allen	B. Schwartz
C. Lacet	D. Raynaud
6. Đây là những bệnh lý có rung miu, NGOẠI TRỪ:
 

A. Còn ống động mạch	B. Hở van động mạch chủ
C. Hở van 2 lá	D. Hẹp van 2 lá
7. Đây là những thao tác đúng trong kỹ thuật gõ, NGOẠI TRỪ:
 

A. Ngón gõ vuông góc thành ngực	B. Gõ lên thành ngực
C. Dùng lực cổ tay	D. Đầu ngón chạm mặt lưng ngón
8. Đây là những đặc điểm của tiếng ngựa phi, NGOẠI TRỪ:
 

A. Rõ ở mỏm	B. Do tâm nhĩ suy nhiều
C. Không lan	D. Biến mất khi loạn nhịp
9. Biểu hiện xanh tím đầu chi có thể gặp trong những trường hợp sau, NGOẠI TRỪ:
 

A. Hiện tượng Raynaud	B. Thiếu máu do giun móc
C. Hội chứng vận mạch trường diễn	D. Viêm tắc tĩnh mạch
10. Ngón tay Hippocrate (ngón tay dùi trống) là biểu hiện của những bệnh sau, NGOẠI TRỪ:
 

A. Thiếu năng vành	B. Tâm phế mạn
C. Bệnh tim bẩm sinh	D. Bệnh Hanot
11. Tiếng T<sub>3</sub> nghe rõ nhất ở:
 

A. Đáy tim	B. Mỏm tim
C. Ổ van động mạch phổi	D. Ổ van động mạch chủ
12. Tiếng đập Korotkoff 4:
 

A. Tiếng nhẹ nhất nghe được khi xả	B. Tiếng thay đổi âm sắc yếu hẳn đi
C. Tiếng thổi nhẹ thay tiếng đập nhẹ	D. Tiếng thổi mạnh dần lên
13. Cơ chế của hiện tượng đau cách hồi là:
 

A. Rối loạn vận mạch	B. Tắc mạch
C. Thiếu máu cục bộ	D. Vỡ mạch

## CÁC HỘI CHỨNG VAN TIM – MÀNG TIM

BS.CKI. Nguyễn Văn Thịnh

### MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Mô tả cách khám và nhận định một số hội chứng van tim, màng tim.
2. Trình bày triệu chứng đặc trưng của một số bệnh van tim, màng tim.
3. Nêu nguyên tắc điều trị.

### HẸP LỖ VAN HAI LÁ

Hẹp van hai lá là bệnh van tim thường gặp nhất. Van hai lá ngăn cách tâm thất trái với tâm nhĩ trái, là một trong những lỗ van chịu áp lực cao nhất trong buồng tim. Hẹp van 2 lá dễ dẫn đến suy tim phải và phù phổi cấp.

Nguyên nhân hàng đầu là hậu thấp. Bệnh thường xảy ra ở nữ, đa số được phát hiện trong thời kỳ thai nghén.

#### 1. Triệu chứng lâm sàng:

Người bệnh thường là nữ, dáng nhỏ bé, gầy, dậy thì chậm. Khám phát hiện những triệu chứng sau:

- Biến dạng lồng ngực.
- Khó thở, khò khè khi gắng sức.

##### 1.1. Sờ mồm tim:

Trong thời gian tâm trương ta thấy một cảm giác như sờ vào lưng mèo cho nên tiếng sờ này có tên là rung miu tâm trương.

##### 1.2. Nghe tim:

###### 1.2.1. Ở mỏm:

Ba triệu chứng đặc biệt là tiếng rung tâm trương, tiếng thứ nhất đanh, tiếng thổi tâm thu.

###### 1.2.2. Ở ổ động mạch phổi:

Nghe thấy tiếng thứ hai đanh mạnh và tách đôi. Nếu hẹp nhiều có thể xuất hiện cơn hen tim: Hồi hộp, khạc bọt hồng, cơn phù phổi cấp.

#### 2. Cận lâm sàng:

- Siêu âm: đánh giá mức độ hẹp và độ cứng của lá van.
- Điện tim: dấu hiệu dày nhĩ trái, dày thất phải.
- X quang: động mạch phổi dẫn, bóng đôi do nhĩ trái lớn, trên hình nghiêng thấy thực quản bị đè ép ra sau.

**3. Biến chứng:**

- Loạn nhịp tim: thường gặp nhất là rung nhĩ.
- Nghẽn động mạch: do tạo cục máu đông.
- Suy tim phải.
- Tai biến ở phổi: Biến chứng nguy hiểm nhất là phù phổi cấp, phế quản phế viêm, tràn dịch màng phổi.
- Viêm nội tâm mạc bán cấp.

**4. Xử trí:****4.1. Hẹp van hai lá đơn thuần:**

- Nghỉ ngơi, ăn nhạt, tránh lao động nặng.
- Giữ vệ sinh răng miệng.
- Dùng thuốc trợ tim và lợi tiểu cách khoảng.

**4.2. Khi có biến chứng:**

Xem xét vấn đề mổ tim để nong van hoặc thay van nhân tạo. Chỉ định nong van tim được đặt ra với các tình huống sau:

- Bị hẹp khít.
- Không có tổn thương bất hồi phục.
- Không có suy hô hấp hay suy tim.
- Không bị đóng Calci ở van, không có hở van hai lá kèm theo và người bệnh không quá lớn tuổi.

**4.3. Thuốc sử dụng:****4.3.1. Suy tim:**

- Digitalis: thường dùng Digoxin liều 0,25mg, 1-2 lần/ngày. Trường hợp cấp cứu có thể dùng loại tiêm tĩnh mạch.
- Lợi tiểu: thường dùng Furosemid 40mg, uống buổi sáng cho đến khi hết phù.
- Lưu ý bù thêm kali.

**4.3.2. Loạn nhịp:**

- Nhịp nhanh: ấn nhãn cầu, tiêm tĩnh mạch chậm Isoptin 2,5mg, nhỏ giọt tĩnh mạch Xylocain 0,5-1g ...
- Nhịp chậm: truyền tĩnh mạch Isuprel 1mg trong Glucose 5%. Nếu nghi ngờ thiếu kali thì truyền KCl và MgSO<sub>4</sub>.

**4.3.2. Phù phổi cấp: Xem bài phù phổi cấp.**

---



## HỞ LỖ VAN HAI LÁ

Hở van 2 lá là tình trạng van 2 lá không khép chặt khi thất trái co bóp làm cho máu phụt ngược lại từ thất trái lên nhĩ trái. Lâu ngày sẽ dẫn đến tình trạng suy tim trái. Trong thì tâm thu hai tâm thất co bóp tống máu vào các động mạch chủ và động mạch phổi, khi ấy các van nhĩ thất (van hai lá và van ba lá) đều đóng kín. Nếu van hai lá hở, có một dòng máu từ thất trái phụt trở lại nhĩ thất trái qua lỗ hở ấy nên phát sinh ra tiếng thổi. Do áp lực ở thất trái cao nhất trong hệ tuần hoàn, lực này tống máu đi mạnh nên tiếng thổi này có tính chất mạnh: âm thô, lan xa như đã nêu trên.

### 1. Nguyên nhân:

- Thấp tim: là nguyên nhân hàng đầu.
- Nhồi máu cơ tim: làm đứt dây chằng các lá van.
- Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn: loét sùi làm đứt dây chằng lá van.
- Xơ vữa động mạch: làm van dày lên, cuộn lại nên không khép kín.
- Chấn thương.
- Tim quá to, phì đại: tăng huyết áp, bệnh mạch vành ...

### 2. Triệu chứng:

Quan trọng nhất là nghe tim. Chủ yếu nhất là tiếng thổi tâm thu nghe thấy ở ổ van hai lá, tiếng thổi này có những đặc tính sau:

- Chiếm hết thời kỳ tâm thu, cường độ mạnh, âm sắc giống như tiếng nước phụt qua lỗ nhỏ.
- Nghe rõ ở mỏm tim hoặc trong mỏm một chút.
- Lan lên nách, sang vùng mỏm xương bả, tới khoang gian bả- cột sống.
- Không thay đổi theo tư thế và nhịp thở của người bệnh.

Phân biệt tiếng thổi thực thể, cơ năng dựa vào những đặc điểm sau:

- Hở thực thể: nghe tiếng thổi tâm thu ở mỏm, lan lên nách, không thay đổi theo tư thế, điều trị suy tim ổn cũng không mất.
- Hở cơ năng: tiếng thổi tâm thu ở mỏm, không lan, thay đổi theo tư thế, điều trị suy tim ổn sẽ mất đi.
- Vừa hở, vừa hẹp 2 lá: nghe tiếng thổi tâm thu thực thể ở mỏm, T<sub>1</sub> đánh, rung tâm trương, sờ có rung miu.

### 3. Biến chứng:

Hở van 2 lá cơ năng thường không gây biến chứng và sẽ mất đi nếu điều trị kết quả. Hở van 2 lá thực thể gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm sau:

- Suy tim trái: bắt đầu là cơn hen tim, diễn tiến dẫn đến suy tim toàn bộ.
- Loạn nhịp: rung nhĩ, cuồng động nhĩ, cơn nhịp nhanh thất. Rung nhĩ dễ tạo cục máu đông đưa đến tắc mạch não hoặc phổi.
- Phù phổi cấp.
- Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn Osler: làm cho người bệnh nhanh chóng bị suy tim, tắc mạch.

#### 4. Điều trị:

##### 4.1. Hướng điều trị:

- Hở cơ năng: điều trị nguyên nhân gây suy tim: thiếu máu, tăng huyết áp
- Hở thực thể: trường hợp nhẹ không cần điều trị, trường hợp nặng cần tiến hành mổ tim để thay van hoặc ghép van.

##### 4.2. Thuốc sử dụng:

- Thuốc hạ áp: Nifedipin, Captopril ...
- Thuốc điều trị thiếu máu: viên sắt, Vitamin B<sub>12</sub>, truyền hồng cầu ...
- Các thuốc điều trị biến chứng: như phần hẹp van 2 lá.

### HỞ LỖ VAN ĐỘNG MẠCH CHỦ

#### 1. Triệu chứng thực thể:

##### 1.1. Ở tim:

- Nhìn thấy mỏm tim đập mạnh.
- Sờ thấy mỏm tim dội vào lòng bàn tay.
- Gõ tim thấy diện đục tim to ra về phía tâm thất trái.
- Nghe tim: là phần quan trọng nhất trong chẩn đoán.

Ta sẽ nghe được một tiếng thổi tâm trương ở hai ổ van động mạch chủ liên sườn hai phải cạnh xương ức (nhưng thường là nghe thấy ở ổ Eck-Botkin liên sườn ba trái cạnh xương ức, dưới ổ động mạch phổi một khoảng liên sườn). Tiếng thổi này có các tính chất sau:

- Âm sắc rất êm, xa xăm.
- Cường độ nhẹ, nhiều khi phải chăm chú nghe mới thấy.
- Lan dọc xương ức và xuống phía mỏm tim.

##### 1.2. Ở ngoại vi:

- Các động mạch nảy mạnh khi tâm thu, thấy rõ các động mạch cổ, thái dương, động mạch cổ tay.

- Dấu hiệu Musset: mạch cổ nảy và đập mạnh làm đầu người bệnh hay gật gù.
- Mạch Corrigan: đập mạnh, biên độ lên nhanh và chìm nhanh.
- Tiếng thổi đôi ngăn: ấn nhẹ ống nghe vào động mạch lớn như động mạch đùi, ta sẽ nghe thấy.
- Do tim bóp mạnh mỗi thì tâm thu và lại mất một số máu từ động mạch chủ trở về tâm thất trái mỗi khi tâm trương nên:
  - Mạch mao mạch: dấu hiệu nhấp nháy ở đầu móng tay vì móng tay có màu đỏ hơn khi tâm thu xen kẽ với màu nhạt khi tâm trương.
  - Huyết áp động mạch tối đa tăng và huyết áp động mạch tối thiểu giảm xuống có khi giảm tới số không, độ chênh lệch hai trị số huyết áp rất lớn.

## 2. Triệu chứng x quang:

- Tim bóp rất mạnh.
- Cung dưới thất trái (cung thất trái) to ra, mỏm tim chúc xuống, điểm G' thấp và lệch ra ngoài.
- Cung trên trái (cung động mạch chủ) to ra, lấn át một phần cung giữa trái.

## CÁC BỆNH LÝ VAN TIM KHÁC

### 1. Hẹp lỗ van động mạch chủ:

Bệnh này ít gặp hơn ba bệnh trên, hẹp van động mạch chủ có thể là hậu quả của thấp tim, cũng có thể là một tật bẩm sinh.

- Rung miu trong thì tâm thu.
- Diện đục ở tim trái to ra.
- Tiếng thổi tâm thu ở ổ động mạch chủ, lan lên phía xương đòn phải.
- Mạch nhỏ.
- Đo huyết áp có thể gặp khoảng trống.

Tâm thất trái to ra làm cung dưới trái phình, điểm G lên cao, động mạch chủ cũng to, có thể thấy các điểm nhiễm vôi van động mạch chủ.

### 2. Hẹp lỗ van động mạch phổi:

Thường là tật bẩm sinh, bệnh này ít gặp.

- Mỏm tim đập lệch ra phía ngoài.
- Sờ vùng liên sườn 2 hay 3 cạnh ức trái thấy rung miu tâm thu.
- Tiếng thổi tâm thu to, thô ráp, lan lên gần đến xương đòn trái, có thể lan xuống và ra lưng sau. Đồng thời tiếng thứ hai của tim mờ và mất hẳn.

Do tâm thất phải to ra, mỏm tim đẩy lên các bóng tim giống hình chiếc hài. Cung giữa trái thường nổi to và đập rõ.

### **3. Hở lỗ van động mạch phổi:**

Chủ yếu là nghe thấy một tiếng thổi tâm trương ở ổ động mạch phổi, lan dọc bờ trái xương ức đi xuống.

Trường hợp hở chức năng (van không tổn thương) thì tiếng thổi nhẹ hơn. Tim có hình ảnh phì đại tâm thất phải.

### **4. Hở van ba lá:**

Triệu chứng chính là nghe thấy tiếng thổi tâm thu ở bờ trái xương ức gần mũi ức. Khi tim đập thấy tĩnh mạch cổ nổi và đập nhịp nhàng, sờ vùng gan cũng thấy cảm giác này, ấn gan thấy tĩnh mạch cổ nổi to hơn.

### **5. Hẹp van ba lá:**

Rất ít gặp, bao giờ có thì nhất thiết đi kèm với hẹp van hai lá. Triệu chứng chính là nghe được tiếng rung tâm trương ở ổ van ba lá.

## **VIÊM MÀNG NGOÀI TIM**

Viêm màng ngoài tim là hiện tượng viêm nhiễm lá thanh mạc bao bọc tim, hậu quả là gây ép tim do tràn dịch ở khoang thanh mạc, tim không giãn được trong kỳ tâm trương, dẫn đến giảm cung lượng tim và dần dần dẫn đến suy tim.

Dựa vào lâm sàng, viêm màng ngoài tim diễn tiến dưới 6 tuần gọi là cấp, diễn tiến từ 6 tuần đến dưới 6 tháng gọi là bán cấp và kéo dài trên 6 tháng gọi là mạn.

### **1. Nguyên nhân:**

- Nhiễm khuẩn: các loại vi trùng như liên cầu, tụ cầu, não mô cầu, lao ... các loại virus như cúm, Coxsackia ... hay do nấm, ký sinh trùng ...
- Bệnh hệ thống: lupus ban đỏ, viêm đa khớp dạng thấp ...
- Bệnh do phản ứng miễn dịch: phản ứng thuốc, thấp khớp cấp ...
- Bệnh ác tính: ung thư phổi, ung thư vú, bạch cầu cấp ...
- h vùng lân cận: nhồi máu cơ tim, abscess gan vỡ, bệnh phổi, màng phổi
- Chấn thương: vết thương ngực, phẫu thuật tim, chọc hút màng tim ...
- Suy thận mạn giai đoạn cuối.
- Viêm màng ngoài tim nguyên phát hay tự phát.

### **2. Triệu chứng:**

#### **2.1. Đau ngực:**

Đau phía sau xương ức. Đau tăng lên khi hít vào hoặc xoay trở, giảm khi cúi người ra trước. Cảm giác đau thường nông nhưng cũng có khi dữ dội. Khi tràn dịch nhiều có cảm giác như bị đè ép ngực trái.

#### 2.2. Tiếng cọ màng ngoài tim:

Thường gặp trong trường hợp viêm khô. Nghe rất gần bên tai, rõ nhất ở vùng trước tim, không lan. Ngắn, thô, giống như 2 miếng da cọ sát. Có thể không thường xuyên.

#### 2.3. Các biểu hiện của tràn dịch:

Tĩnh mạch cổ nổi, di động, phồng hơn khi hít vào. Không sờ thấy mỏm tim đập, tiếng tim mờ, xa xăm. Huyết áp tâm thu bình thường, huyết áp tâm trương tăng, CVP tăng cao trên 30 cm nước. Gan to và đau.

#### 2.4. Các biểu hiện chèn ép tim cấp:

Khó thở dữ dội, ngột ngạt, vật vã, tím môi, toát mồ hôi. Mạch nhanh, khó bắt, thường mạch nghịch. Tĩnh mạch cổ nổi to, tiếng tim mờ, nhanh.

#### 2.6. Cận lâm sàng:

- Điện tâm đồ: lúc đầu có hình ảnh ST chênh lên, sau đó ST về bình thường, T đảo ngược.
- X quang: bóng tim to, phổi sáng.
- Siêu âm: khoảng trống siêu âm (echofree - dấu hiệu tràn dịch).

### 3. Biến chứng:

- Tràn dịch nhiều gây ép tim cấp, gây giảm cung lượng tim nặng và ngưng tim đột ngột.
- Viêm màng ngoài tim co thắt mạn dẫn đến suy tim.

### 4. Xử trí:

- Để người bệnh nghỉ ngơi tại giường liên tục, tư thế nửa nằm nửa ngồi.
- Giảm đau bằng Morphine trong cơn đau cấp.
- Chuẩn bị dụng cụ để chọc dẫn lưu màng tim.
- Nếu nguyên nhân là nhiễm khuẩn thì phải dùng kháng sinh.
- Theo dõi mạch, huyết áp liên tục.
- Điều trị có hiệu khi: hết đau, hết sốt, mất tiếng cọ màng tim, tiếng tim nghe rõ, huyết áp về bình thường, tĩnh mạch cổ hết nổi to.

**TỰ LƯỢNG GIÁ**

1. Ho ra máu lẫn mảnh mô bị huỷ hoại gặp trong:
 

A. Hẹp van 2 lá	B. Tắc động mạch phổi
C. Phù phổi cấp	D. Lao phổi
2. Tiếng tim thức nhất (T<sub>1</sub>) mờ, nghĩ nhiều đến:
 

A. Hở van 2 lá	B. Viêm màng trong tim
C. Hẹp van 2 lá	D. Tăng huyết áp
3. Đặc điểm của tiếng thổi trong hẹp van động mạch chủ:
 

A. Ở liên sườn 3-4	B. Có rung miu
C. Lan dọc xương ức	D. Mạnh lên cuối tâm thu
4. Thổi tâm trương có thể gặp trong những bệnh sau, NGOẠI TRỪ:
 

A. Hở van tổ chim	B. Hẹp van nhĩ thất
C. Hẹp van tổ chim	D. Hở van nhĩ thất
5. Đây là những biến chứng nguy hiểm của hở van 2 lá, NGOẠI TRỪ:
 

A. Phù phổi cấp	B. Loạn nhịp
C. Tràn dịch màng ngoài tim	D. Suy tim trái
6. Trường hợp nào có chỉ định mổ tim để nong van trong hẹp van 2 lá:
 

A. Hẹp kèm suy tim	B. Người bệnh > 50 tuổi
C. Hẹp khít	D. Lá van bị vôi hoá
7. Biến chứng nguy hiểm nhất của hẹp van 2 lá:
 

A. Loạn nhịp tim	B. Viêm nội tâm mạc
C. Phù phổi cấp	D. Phế quản phế viêm
8. Đặc điểm của tiếng thổi hở van động mạch chủ:
 

A. Am sắc thô	B. Cường độ mạnh
C. Lan dọc xương ức	D. Nghe rất rõ
9. Hẹp van 2 lá thường gặp ở đối tượng:
 

A. Nữ dậy thì	B. Nữ trung niên
C. Nữ mang thai	D. Nam thiếu niên
10. Tim giống hình chiếc hài trên phim Xquang là dấu hiệu của:
 

A. Hẹp van động mạch chủ	B. Hẹp van 2 lá
C. Hẹp van động mạch phổi	D. Hẹp van 3 lá
11. Đây là những biểu hiện của hở van động mạch chủ, NGOẠI TRỪ:
 

A. Dấu hiệu Musset	B. Mạch Corrigan
C. Hiệu áp giảm	D. Mạch mao mạch
12. Biến chứng thường gặp nhất của hẹp van 2 lá:
 

A. Viêm nội tâm mạc	B. Nghẽn do cục máu đông
C. Rung nhĩ	D. Phù phổi cấp
13. Đây là 3 dấu hiệu điển hình của hẹp van 2 lá, NGOẠI TRỪ:
 

A. Rung tâm trương	B. T <sub>1</sub> đanh
C. T <sub>2</sub> mờ	D. Thổi tâm thu

## SUY TIM

BS.CKI. Nguyễn Văn Thịnh

### MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. **Nêu các nguyên nhân thường gặp gây suy tim.**
2. **Mô tả dấu hiệu lâm sàng của suy tim và phân loại mức độ suy tim.**
3. **Trình bày nguyên tắc điều trị bệnh suy tim.**

### ĐẠI CƯƠNG

Bình thường tim bên phải bơm máu lên hệ thống tuần hoàn phổi, tim trái bơm máu ra tuần hoàn hệ thống một lượng máu đủ để đảm bảo nhu cầu chuyển hóa và hoạt động của cơ thể. Khi tim không đảm bảo được khả năng này thì gọi là suy tim.

Suy tim là trạng thái bệnh lý trong đó cơ tim giảm khả năng cung cấp máu theo nhu cầu cơ thể.

Trong phần lớn trường hợp suy tim có hiện tượng cơ tim bị tổn thương, co bóp yếu dẫn đến giảm lưu lượng tim và ứ máu.

Suy tim đồng nghĩa với suy cơ tim, suy tuần hoàn.

### NGUYÊN NHÂN

#### 1. Suy tim trái:

Tất cả các bệnh làm ứ đọng máu trong thất trái hoặc làm cho thất trái phải làm việc nhiều đều gây suy tim trái.

- Hở lỗ van hai lá: ở đây mỗi lần tim bóp, có một lượng máu ngược lên nhĩ trái, không đi ra đại tuần hoàn, nên tim đáp ứng bằng cách bóp nhiều và mạnh vì thế lâu ngày dẫn tới suy tim.
- Hở van động mạch chủ: cơ chế gây suy tim ở đây là do máu từ động mạch chủ trở lại tâm thất trái trong mỗi thì tâm trương nên ở mỗi thì tâm thu tim phải bóp mạnh để bù lại khối lượng máu thiếu, từ chỗ phải làm việc nhiều mà đem lại kết quả ít làm tim trái bị suy.
- Tăng huyết áp động mạch: ở đây tim trái phải bóp mạnh để thắng áp lực tác động lên van động mạch chủ cũng như thắng sức cản của thành mạch tăng lên trong bệnh tăng huyết áp làm cho tim trái suy.
- Bệnh nhồi máu cơ tim: một phần cơ tim bị huỷ hoại do không được tưới máu vì tắc động mạch vành.
- Bệnh viêm cơ tim: thấp tim, nhiễm độc, nhiễm khuẩn làm cơ tim bị suy.

- Xơ vữa mạch vành: gây cản trở dòng máu đến nuôi tim.
- Tràn dịch, viêm màng tim: gây chèn ép tim, làm giảm đổ đầy máu vào tim, giảm cung lượng tim.

## **2. Suy tim phải:**

Tất cả các trường hợp gây cản trở cho sự đẩy máu từ tim phải lên phổi đều gây suy tim phải như:

- Hẹp van hai lá: nhĩ trái suy, áp lực tiểu tuần hoàn tăng lên vì ứ máu, do đó tim phải đẩy máu lên phổi khó khăn và dẫn tới suy.
- Các bệnh phổi mạn tính như hen phế quản, khí thũng phổi, xơ phổi, giãn phế quản, dính màng phổi, v.v... các bệnh này đều dẫn tới hậu quả làm tăng áp lực mao mạch phổi nên tim phải dễ suy vì gắng sức nhiều.
- Các bệnh tim bẩm sinh: ví dụ hẹp động mạch phổi, tứ chứng Fallot đều làm tâm thất phải ứ máu rồi suy.
- Dị dạng lồng ngực, gù vẹo cột sống.
- Bệnh cơ tim giãn.
- Thiếu máu cục bộ.
- Tràn dịch màng ngoài tim ...

## **3. Suy tim toàn bộ:**

Ngoài những nguyên do đã gây nên hai loại suy tim nói trên, còn các nguyên nhân khác như:

- Thấp tim toàn bộ (quá trình thấp gây tổn thương cơ tim và các màng ngoài, màng trong tim).
- Thoái hoá cơ tim (chưa biết rõ nguyên nhân do thoái hoá), nhưng hậu quả là cơ tim bị tổn thương.
- Thiếu máu nặng (làm cơ tim cũng bị thiếu máu).
- Thiếu vitamin B<sub>1</sub> (bệnh beri-beri).
- Bệnh cường tuyến giáp trạng (do nhiễm độc bởi hormon tuyến giáp).
- Có thai.

## **TRIỆU CHỨNG**

### **1. Suy tim trái:**

#### **1.1. Triệu chứng chức năng:**

- Triệu chứng chính là khó thở và ho. Lúc đầu người bệnh chỉ khó thở khi gắng sức, về sau nằm hoặc ngồi nghỉ cũng khó thở và ho, người bệnh có thể khạc ra



đàm lẫn máu, có khi khó thở đến đột ngột như trong cơn hen tim, cơn phù phổi cấp, làm người bệnh khó thở dữ dội, hốt hoảng, ho ra đàm có bọt hồng, có khi bọt hồng tự trào ra miệng.

- Nghe phổi sẽ thấy rất nhiều ran nổ nhỏ hạt rời sau là ran ẩm từ hai đáy phổi lan lên khắp hai trường phổi người bệnh rất dễ bị tử vong.
- Cơn đau ngực: trường hợp này gặp trong suy tim vì viêm, hay tắc động mạch vành, người bệnh đau dữ dội sau xương ức lan ra cánh tay trái theo bờ trong hai cánh tay xuống tới hai ngón tay số 4 và số 5.

### 1.2. Triệu chứng thực thể:

#### 1.2.1. Ở tim:

- Tiếng tim nhỏ, mờ, móm tim lệch trái.
- Nhịp nhanh, tiếng ngựa phi trái, tiếng thổi.
- Tiếng thổi tâm thu nhẹ ở móm, ít lan. Đây là tiếng thổi do hở van hai lá chức năng vì thất trái to ra.

#### 1.2.2. Ở mạch:

- Mạch nhỏ khó bắt.
- Thiếu máu ngoại biên: nhừc đầu, chóng mặt, tím môi, tím đầu chi.
- Huyết áp tâm thu thường giảm, huyết áp tâm trương bình thường.

### 1.3. Triệu chứng Xquang:

- Tim trái to ra, biểu hiện bởi cung dưới trái phình, móm tim chúc xuống.
- Phổi mờ do ứ máu nhiều, nhất là vùng rốn phổi.

### 1.4. Triệu chứng điện tâm đồ:

- Trục điện chuyển sang trái.
- Hình ảnh R cao ở D1, S sâu ở D3 (R1S3).
- QRS giãn rộng, T đảo ngược.

## 2. Suy tim phải:

### 2.1. Triệu chứng chức năng:

Hai triệu chứng chính là xanh tím và khó thở

- Xanh tím: do lượng huyết sắc tố khử tăng lên, người bệnh bị tím ở niêm mạc như môi, lưỡi và ngoài da, có khi tím toàn thân.
- Khó thở: tùy theo tình trạng ứ trệ ở phổi mà người bệnh khó thở ít hoặc nhiều, nhưng không có cơn kịch phát.

### 2.2. Triệu chứng thực thể:

Là các triệu chứng ứ máu ngoại vi như:

- Tĩnh mạch cổ nổi to và đập, nhất là khi người bệnh nằm: nếu ta ấn tay vào gan rồi đẩy lên, ta sẽ thấy tĩnh mạch cổ nổi to hơn, đó là dấu hiệu phản hồi gan, tĩnh mạch cổ.
- Biểu hiện gan: gan to, mặt nhẵn, sờ vào đau. Gan nhỏ đi khi nghỉ ngơi, dùng thuốc lợi tiểu mạnh, thuốc trợ tim sau đó gan to lại trong đợt suy tim sau, vì thế gọi là gan đàn xẹp. Cuối cùng vì ứ máu lâu, gan không thu nhỏ được nữa và cứng: xơ gan tim.
- Biểu hiện phù: phù tim thường xuất hiện sớm, phù toàn thể kể cả ngoại vi và nội tạng:
  - Phù ngoại vi là phù mềm, ấn vào lõm, xuất hiện rõ nhất vào buổi chiều, lúc đầu ở chỗ thấp như hai chân, sau mới phù ở bụng, ngực.
  - Phù nội tạng xảy ra sau, dịch có thể ứ lại gây tràn dịch màng bụng, tràn dịch màng phổi. Dịch ở màng này là dịch thấm, lấy ra đem thử phản ứng Rivalta sẽ âm tính.
- Biểu hiện ở thận: người bệnh tiểu ít (200ml – 300ml/ngày), nước tiểu sẫm màu, có ít protein.
- Biểu hiện ở tim: khám tim sẽ thấy các triệu chứng của bệnh đã gây suy tim phải, có thể nghe thấy thêm một tiếng thổi tâm thu chức năng.
- Biểu hiện ở phổi: ngoài biểu hiện tràn dịch, nghe phổi còn có nhiều ran ẩm.
- Biểu hiện ở mạch: mạch nhanh, huyết áp tối đa bình thường hoặc giảm, tối thiểu tăng.

### 2.3. Triệu chứng Xquang:

- Tim to ra nhất là thất phải, mỏm tim đầy lên cao, cung dưới phải cũng to ra vì thất phải to ra cả hai bên.
- Phổi mờ vì ứ máu.

### 2.4. Triệu chứng điện tâm đồ:

- Trục điện tim chuyển sang phải.
- Hình ảnh S sâu ở D1, R cao ở D3, (S1R3).

## 3. Suy tim toàn bộ:

### 3.1. Triệu chứng lâm sàng:

Là bệnh cảnh của suy tim phải mức độ nặng:

- Người bệnh khó thở thường xuyên ngồi cũng khó thở.
- Phù toàn thân và nội tạng (có thể tràn dịch màng phổi, màng bụng).

- Phổi có nhiều ran ẩm.
- Mạch nhanh, yếu.
- Huyết áp tối đa hạ, tối thiểu tăng.
- Áp lực tĩnh mạch tăng cao.
- Tốc độ tuần hoàn chậm lại.
- Gan to, tĩnh mạch cổ nổi.

### 3.2. Cận lâm sàng:

- Chiều X quang thấy tim to toàn bộ.
- Trên điện tâm đồ: dày cả hai thất

Tóm lại trong suy tim trái, ta thấy nổi bật lên các triệu chứng về phổi, từ khó thở qua cơn hen tim đến phù phổi cấp. Vì tim trái suy, tiểu tuần hoàn bị ứ máu nên bộ phận chịu ảnh hưởng đầu tiên là phổi. Trái lại trong suy tim phải, máu về tim phải khó nên ứ lại ở ngoại biên với hai biểu hiện rõ nhất là gan to và phù.

## PHÂN ĐỘ SUY TIM

Phân độ theo NYHA: dựa vào hoàn cảnh xuất hiện các dấu hiệu chính là mệt, khó thở, hồi hộp, đau ngực:

- Độ I: người bệnh có bệnh tim nhưng không gây hạn chế hoạt động. Mệt, khó thở, hồi hộp, đau ngực chỉ xuất hiện khi gắng sức.
- Độ II: giới hạn nhẹ hoạt động cơ thể, nghỉ ngơi thì khỏe. Khi hoạt động bình thường thỉnh thoảng có biểu hiện mệt, khó thở, hồi hộp, đau ngực.
- Độ III: giới hạn đáng kể hoạt động cơ thể, nghỉ ngơi thì khỏe. Mệt, khó thở, hồi hộp, đau ngực xuất hiện ngay cả khi hoạt động nhẹ.
- Độ IV: không thể hoạt động bình thường. Mệt, khó thở, hồi hộp, đau ngực xuất hiện thường xuyên ngay cả lúc nghỉ ngơi tuyệt đối.

## ĐIỀU TRỊ

Điều trị suy tim bao gồm 3 vấn đề chính:

- Giảm gánh nặng cho tim.
- Hỗ trợ tim co bóp hiệu quả hơn.
- Tìm và điều trị nguyên nhân.

### 1. Các vấn đề về ăn uống, nghỉ ngơi:

- Để người bệnh nghỉ ngơi, hạn chế các hoạt động gắng sức.
- Nằm cao chân để giảm phù, trường hợp nặng nên nằm ở tư thế Fowler.

- Không nên uống nước nhiều, hạn chế ăn mặn, tránh chất kích thích ...
- Tránh gây các tác động về mặt tinh thần: stress, lo lắng, bực dọc..., có thể dùng thuốc an thần để giảm các kích xúc.

## 2. Vấn đề sử dụng thuốc:

### 2.1. Thuốc trợ tim:

- Trong cấp cứu thường dùng Ouabain.
- Trong điều trị duy trì thường dùng Digoxin, Lanoxin hay Digitoxin.... Digoxin thường dùng liều 0,25mg/ngày.
- Khi dùng Digoxin phải kiểm tra ion đồ để theo dõi nồng độ ion Kali và Calci máu, phát hiện sớm các biểu hiện ngộ độc Digoxin để kịp thời ngưng thuốc.
- Biểu hiện ngộ độc Digoxin: mắt nhìn có quầng vàng, nặng bụng, khó tiêu, chóng mặt ...

### 2.2. Thuốc lợi tiểu:

Dùng các thuốc lợi tiểu để giải phóng ứ trệ tuần hoàn. Thuốc lợi tiểu nên dùng vào buổi sáng, khi dùng cần chú ý bù thêm Kali.

- Hypothiazid: thường dùng liều 25mg/ngày.
- Furosemid: thường dùng liều 40mg/ngày.

### 2.3. Thuốc giãn mạch:

Các thuốc giãn mạch góp phần giảm gánh nặng cho tim. Lưu ý không dùng nhóm thuốc này khi huyết áp tâm thu dưới 90 mmHg.

- Risordan: thường dùng liều 10mg, ngày 2-3 lần.
- Lenitral: thường dùng liều 2,5mg, ngày 2-3 lần.

### 2.4. Các thuốc khác:

#### 2.4.1. Thuốc ức chế men chuyển đổi:

Góp phần giảm gánh nặng cho tim và hỗ trợ tim co bóp hiệu quả. Có thể dùng các thuốc sau:

- Captopril: dùng liều 25mg/ngày, chia 2 lần.
- Enalapril: dùng liều 5mg/ngày, chia 2 lần.

#### 2.4.2. Các thuốc an thần:

Uống vào buổi tối, nhằm giảm bớt lo lắng, giúp người bệnh tránh các kích xúc, thư thái, dễ ngủ hơn. Có thể dùng các thuốc sau:

- Seduxen: dùng liều 5mg.
- Các loại thuốc thảo dược: chiết xuất từ củ bình vôi như Rotunda, Stilux...

**TỰ LƯỢNG GIÁ**

1. Đây là những nguyên nhân gây suy tim trái, NGOẠI TRỪ:
 

A. Tăng huyết áp	B. Hẹp van hai lá
C. Hở van động mạch chủ	D. Tràn dịch màng ngoài tim
2. Đây là những nguyên nhân gây suy tim phải, NGOẠI TRỪ:
 

A. Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	B. Xơ vữa mạch vành
C. Bệnh tim bẩm sinh	D. Tràn dịch màng ngoài tim
3. Triệu chứng điển hình nhất của suy tim trái:
 

A. Phù chân	B. Báng bụng
C. Sao mạch	D. Khó thở
4. Triệu chứng điển hình nhất của suy tim phải:
 

A. Khó thở	B. Phù chân
C. Đau ngực	D. Tiếng tim mờ
5. Đây là những triệu chứng thực thể của suy tim phải, NGOẠI TRỪ:
 

A. Xanh tím	B. Gan đàn xẹp
C. Ran ẩm	D. Tiếng thổi tâm thu chức năng
6. Khám tim ở người suy tim trái có thể phát hiện những dấu hiệu sau, NGOẠI TRỪ:
 

A. Tiếng tim nhỏ, mờ	B. Tiếng thổi tâm thu ở đáy, ít lan
C. Nhịp nhanh, ngựa phi trái	D. Mỏm tim lệch trái
7. Mạch ở người suy tim trái có đặc điểm:
 

A. Đập mạnh	B. Huyết áp tâm trương bình thường
C. Này mạnh, chìm nhanh	D. Huyết áp tâm thu thường tăng
8. Nước tiểu ở người suy tim phải có đặc điểm:
 

A. Số lượng nhiều	B. Sẫm màu
C. Nhiều protein	D. Nhiều lipid
9. Khám mạch ở người suy tim phải có những đặc điểm sau, NGOẠI TRỪ:
 

A. Nhanh	B. Huyết áp tối đa bình thường
C. Tốc độ tuần hoàn nhanh	D. Huyết áp tối thiểu tăng
10. Người bệnh suy tim đánh răng, chải tóc mệt, khó thở. Phân độ suy tim theo NYHA:
 

A. Độ I	B. Độ II
C. Độ III	D. Độ IV
11. Biểu hiện điển hình của ngộ độc Digitalis:
 

A. An không tiêu	B. Mắt nhìn có quầng vàng
C. Tiểu nhiều	D. Run tay
12. Thuốc thường dùng nhất cho người suy tim sau khi điều trị ổn định:
 

A. Giãn mạch	B. Trợ tim
C. Lợi tiểu	D. An thần
13. Chế độ ăn uống, nghỉ ngơi đối với người suy tim:
 

A. Nằm kê cao chân	B. Uống nước nhiều
C. Ăn ít	D. Không ăn muối

## TĂNG HUYẾT ÁP

BS.CKI. Nguyễn Văn Thịnh

### MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được các yếu tố gây tăng huyết áp.
2. Mô tả được dấu hiệu lâm sàng và phân loại của tăng huyết áp.
3. Trình bày cách điều trị người bệnh tăng huyết áp.

### ĐẠI CƯƠNG

Gọi là tăng huyết áp khi chỉ số huyết áp tối đa  $\geq 140$  mmHg và/hoặc chỉ số huyết áp tối thiểu  $\geq 90$  mmHg. Đây là một trong những bệnh tim mạch thường gặp nhất, đặc biệt là ở những nước phát triển.

Trường hợp không tìm ra nguyên nhân thì gọi là bệnh tăng huyết áp hay tăng huyết áp nguyên phát. Nếu tìm ra nguyên nhân thì gọi là tăng huyết áp triệu chứng hay tăng huyết áp thứ phát.

Tăng huyết áp có thể để lại nhiều di chứng nặng, gây ảnh hưởng đến đời sống xã hội. Đa số trường hợp tăng huyết áp không tìm ra nguyên nhân nên khó giải quyết triệt để. Vấn đề quan trọng là giáo dục cho người bệnh biết cách tự chăm sóc và đề phòng các tai biến do tăng huyết áp.

### NHỮNG THAY ĐỔI SINH LÝ CỦA HUYẾT ÁP

#### 1. Giới và tuổi:

Nữ giới có huyết áp thấp hơn nam khoảng 5mmHg, ở trẻ em huyết áp thấp nhiều so với huyết áp người lớn. Người già huyết áp cao hơn người trưởng thành từ 10 – 20mmHg.

#### 2. Sinh hoạt:

Khi lao động, huyết áp tăng lên, khi gắng sức cũng vậy, ta phải nín thở, ngậm miệng ép không khí trong lồng ngực khá mạnh nên huyết áp lên cao, sau gắng sức huyết áp dần trở về bình thường.

#### 3. Tư thế:

Ở tư thế đứng huyết áp cao hơn tư thế nằm 10mmHg đến 20mmHg.

#### 4. Ảnh hưởng của tiêu hoá:

Ngay sau ăn huyết áp tăng. Khi thức ăn tiêu hoá thì huyết áp giảm.

#### 5. Ảnh hưởng của thần kinh:

Cảm xúc nhiều, lao động trí óc căng thẳng, sự lo lắng, đều làm cao huyết áp, đó là yếu tố gây nên bệnh tăng huyết áp.

**6. Ảnh hưởng của kinh nguyệt và thai nghén:**

- Trước khi có kinh nguyệt huyết áp hơi tăng.
- Khi có thai, tử cung to, ngăn cản tuần hoàn, huyết áp tăng.
- Sau khi đẻ huyết áp giảm rồi trở lại bình thường.

**7. Huyết áp thay đổi tùy theo nơi đo:**

Huyết áp động mạch cánh tay hai bên có thể chênh nhau 5mmHg. Huyết áp ở động mạch khoeo cao hơn cánh tay từ 20mmHg đến 40mmHg.

**NGUYÊN NHÂN****1. Tăng huyết áp nguyên phát:**

Nguyên nhân gây tăng huyết áp không được biết rõ, song có liên quan đến những yếu tố sau:

- Bệnh xơ vữa động mạch: người có cholesterol máu cao, tiểu đường...
- Tăng hoạt tính thần kinh, co mạch (thần kinh giao cảm).
- Yếu tố gia đình: ông, bà, cha, mẹ, anh, em ... bị tăng huyết áp.

**2. Tăng huyết áp thứ phát:**

- Bệnh thận: dị dạng mạch máu, sỏi, viêm cầu thận, viêm đài bể thận...
- Hẹp động mạch chủ: huyết áp chi trên cao, huyết áp chi dưới thấp.
- Nội tiết: U tuyến thượng thận, cường Aldosterol nguyên phát, Cushing ...
- Tăng huyết áp do thai: nguyên nhân miễn dịch.
- Tăng huyết áp do dùng một số thuốc (thuốc ngừa thai, Corticoid ...).

**3. Yếu tố nguy cơ:**

- Rối loạn Lipid máu.
- Tiểu đường không phụ thuộc Insulin.
- Hút thuốc lá.
- Trên 60 tuổi, phụ nữ giai đoạn mãn kinh.

**KHÁM LÂM SÀNG****1. Hỏi bệnh:**

Khai thác bệnh sử có thể ghi nhận các dấu hiệu:

- Nhức đầu, mỏi gáy, có khi nhức cả đầu.
- Chóng mặt, buồn nôn.

- Nặng ngực, tim đập mạnh.
- Khó thở.
- Tay chân run, tê, dị cảm đầu ngón tay, ngón chân tê như có cảm giác kiến bò trên ngón, triệu chứng này hay gặp về mùa rét.
- Người nhiều tuổi có thể gặp các triệu chứng hoa mắt, cảm giác như ruồi bay qua mắt.
- Hay thoáng quên, kém trí nhớ.

Trên thực tế đa số trường hợp người bệnh ở giai đoạn âm thầm không thể hiện rõ rệt triệu chứng, nhiều khi do khám bệnh thường xuyên mà phát hiện bệnh.

## 2. Thăm khám:

### 2.1. Triệu chứng toàn thân:

Khám toàn thân, cần để ý nước da và tầm vóc của người bệnh.

- Thường có thể tạng to, béo.
- Đỏ mặt.

### 2.2. Chỉ số huyết áp:

Chỉ số huyết áp ở người trưởng thành phân độ dựa theo JNC VII – 2003 như sau:

PHÂN LOẠI	HUYẾT ÁP TỐI ĐA	HUYẾT ÁP TỐI THIỂU
Huyết áp tối ưu	< 120 mmHg	< 80 mmHg
Tiền tăng huyết áp	120 - 139 mmHg	80 - 89 mmHg
Tăng huyết áp giai đoạn I	140 - 159 mmHg	90 - 99 mmHg
Tăng huyết áp giai đoạn II	≥ 160 mmHg	≥ 100 mmHg

Chỉ số huyết áp tăng cao là dấu hiệu bao giờ cũng có. Để xác định là tăng huyết áp cần đo huyết áp ít nhất 2 lần, cách nhau trên 2 phút, luôn nhớ kiểm tra huyết áp ở cánh tay cả hai bên.

## 3. Tìm các tổn thương phối hợp và biến chứng:

### 3.1. Khám hệ tim mạch:

Có thể phát hiện thấy người bệnh bị suy tim trái, khó thở.

- Khám tim: thấy nhịp tim nhanh, có thể có tiếng ngựa phi trái, tiếng thứ hai của tim đánh ở ổ động mạch chủ.



- Khám mạch: cần chú ý mạch cứng, ngoằn ngoèo, có khi nổi rõ ở thái dương (xơ cứng động mạch).
- Xquang: tăng huyết áp dẫn tới to tâm thất trái, trên hình Xquang, thấy cung dưới trái phình.
- Điện tâm đồ: biểu hiện phì đại thất trái.
- Thận: khi có biến chứng ở thận, thể hiện bằng các triệu chứng:
  - Rối loạn thải nước tiểu: người bệnh bị phù, trong nước tiểu có nhiều yếu tố bệnh lý như protein, hồng cầu, bạch cầu, trụ hạt.
  - Thử máu thấy urê máu cao: cần lưu ý là bệnh thận cũng gây tăng huyết áp nên nhiều khi không thể phân biệt tổn thương thận là hậu phát hay nguyên phát ở người tăng huyết áp.

### 3.2. Khám mắt:

Tổn thương đáy mắt trong bệnh tăng huyết áp chia làm 4 giai đoạn:

- Giai đoạn 1: xơ hoá nhẹ tiểu động mạch, chưa ảnh hưởng đến võng mạc.
- Giai đoạn 2: ảnh động mạch to ra, không đều, xơ hoá từng nơi, có hiện tượng động mạch đè bẹp tĩnh mạch (dấu hiệu Gunn).
- Giai đoạn 3: các tiểu động mạch xơ hẳn và co thắt, phù võng mạc, đã có chất tiết ở võng mạc, xuất huyết từng đám hoặc lan toả, chưa phù gai.
- Giai đoạn 4: những tổn thương ở giai đoạn 3, và có thêm dấu hiệu phù gai thị: động mạch co lại rất nhỏ. Trong các thể nặng, huyết áp động mạch võng mạc tăng cao vượt 40mmHg so với bình thường (bình thường huyết áp động mạch võng mạc bằng nửa huyết áp tối thiểu ở động mạch cánh tay).

### 3.3. Não:

20% người bệnh cao huyết áp có biến chứng não: người bệnh có thể có những triệu chứng nhẹ như nhức đầu, thoáng quên, thoáng mê, ù tai, hoặc các biến chứng nặng như: chảy máu màng não, chảy máu não, nhũn não, phù não.

## 4. Các thể lâm sàng:

### 4.1. Tăng huyết áp kịch phát:

Người bệnh đột ngột có những triệu chứng lâm sàng của tăng huyết áp nhưng chưa có dấu hiệu tổn thương thực thể hệ thống thần kinh, tim, thận và có ít nhất một trong 3 yếu tố sau:

- Huyết áp tâm thu đột nhiên tăng  $\geq 40$  mmHg so với mức bình thường.
- Huyết áp tâm thu  $\geq 210$  mmHg.
- Huyết áp tâm trương  $\geq 130$  mmHg.

#### 4.2. Tăng huyết áp cấp cứu:

Gồm 5 thể lâm sàng:

- Tăng huyết áp nặng phối hợp với phình tách động mạch chủ, suy tim trái cấp, thiếu máu cơ tim cấp, chảy máu màng não, suy thận tiến triển, chảy máu sau phẫu thuật.
- Tăng huyết áp ác tính:
  - Huyết áp tăng rất cao, chỉ số huyết áp tâm trương đạt mức  $\geq 130\text{mmHg}$  phối hợp với bệnh võng mạc do tăng huyết áp nặng (tổn thương đáy mắt giai đoạn III với hình ảnh xuất huyết/phù nề đáy mắt hoặc giai đoạn IV với phù gai thị) đôi khi còn đi kèm theo suy thận tiến triển nhanh và thiếu máu tan máu, giảm tiểu cầu.
  - Tăng huyết áp ảnh hưởng đến tình trạng toàn thân, mất nước, tiểu nhiều, rối loạn tiểu tiện ...
  - Nếu võng mạc có xuất huyết, xuất tiết thì gọi là tăng huyết áp ác tính tiến triển nhanh.
- Bệnh não do tăng huyết áp:
  - Có thể xảy ra với huyết áp rất cao ở người tăng huyết áp hoặc cũng có thể xảy ra khi huyết áp tăng tương đối cao so với lúc bình thường ở người huyết áp trước đó bình thường.
  - Triệu chứng thần kinh thay đổi và đôi khi không rõ ràng: đau đầu lan tỏa hoặc mắt nhìn mờ, rối loạn thính giác, ngủ gà thậm chí hôn mê và có thể có những cơn co giật trong trường hợp xuất huyết nội sọ.
  - Triệu chứng có thể mất đi khi huyết áp trở về bình thường.
- Cơ chế tiết catecholamine: gặp ở người bệnh u tủy thượng thận hoặc ở đột ngột ngừng thuốc điều trị tăng huyết áp tác động qua thần kinh trung ương (clonidine) hoặc ở những người bệnh điều trị bằng IMAO hoặc khi dùng nhiều thuốc giống giao cảm (cocaine, amphetamine, ketamine).
- Sản giật hoặc tiền sản giật nặng.

#### 4.3. Tăng huyết áp kháng trị:

Là trường hợp không đạt được mục tiêu điều trị khi đã dùng đủ liều của 3 thuốc (phối hợp, kể cả lợi tiểu) hạ áp.

Thường do những nguyên nhân sau:

- Đo huyết áp không đúng.
- Tăng thể tích máu quá mức.
- Các yếu tố: thuốc, béo phì, uống nhiều rượu, không tuân thủ điều trị.

- Do điều trị: liều không thích hợp, kết hợp thuốc không đúng, dùng thuốc kháng viêm non-steroides, Cocaine, amphetamine, thuốc đồng giao cảm, thuốc ngừa thai, hormone steroides thượng thận ...

## **ĐIỀU TRỊ**

### **1. Cơn tăng huyết áp kịch phát:**

Khi xảy ra cơn tăng huyết áp kịch phát cần thực hiện khẩn trương các thao tác cấp cứu sau:

- Cho người bệnh nằm nghỉ hoàn toàn tại giường.
- Cho ngậm dưới lưỡi 1 viên Captopril 25mg.
- 5-10 phút sau kiểm tra huyết áp một lần.
- Chuẩn bị phương tiện chuyển người bệnh đến bệnh viện nếu tình trạng không cải thiện.

### **2. Cơn tăng huyết áp cấp cứu:**

Cần giảm huyết áp trong vòng 24 giờ:

- Nifedipine: 10 – 20 mg uống. Lập lại sau 30 phút.
- Captopril 25 mg uống, lập lại nếu cần.
- Labetalol 200 – 400 mg uống. Lập lại mỗi 2 – 3 giờ.

### **3. Điều trị duy trì:**

#### **3.1. Nguyên tắc:**

Phối hợp điều trị không bằng thuốc, điều trị bằng thuốc, điều trị lâu dài, mỗi ngày.

#### **3.2. Mục tiêu điều trị:**

- Mục tiêu tối ưu: giảm tỷ lệ bệnh và tỷ lệ tử vong do tim mạch và do thận.
- Điều trị đưa huyết áp xuống < 140/90 mmHg sẽ làm giảm biến chứng tim mạch.
- Ở người đau thắt ngực thì mục tiêu là đưa huyết áp < 130/90 mmHg.

#### **3.3. Lợi ích của điều trị:**

Điều trị hạ áp đến mức < 140/90mmHg sẽ làm giảm đột quỵ 35- 40%, giảm suy tim 50% và giảm nhồi máu cơ tim 20-25%.

Điều trị hạ áp cho người bệnh đã có tổn thương cơ quan đích thì sẽ ngăn ngừa được 10% tử vong.

#### **3.4. Áp dụng điều trị:**

##### **3.4.1. Liệu pháp không dùng thuốc:**

3.4.1.1. Nghi ngơi:

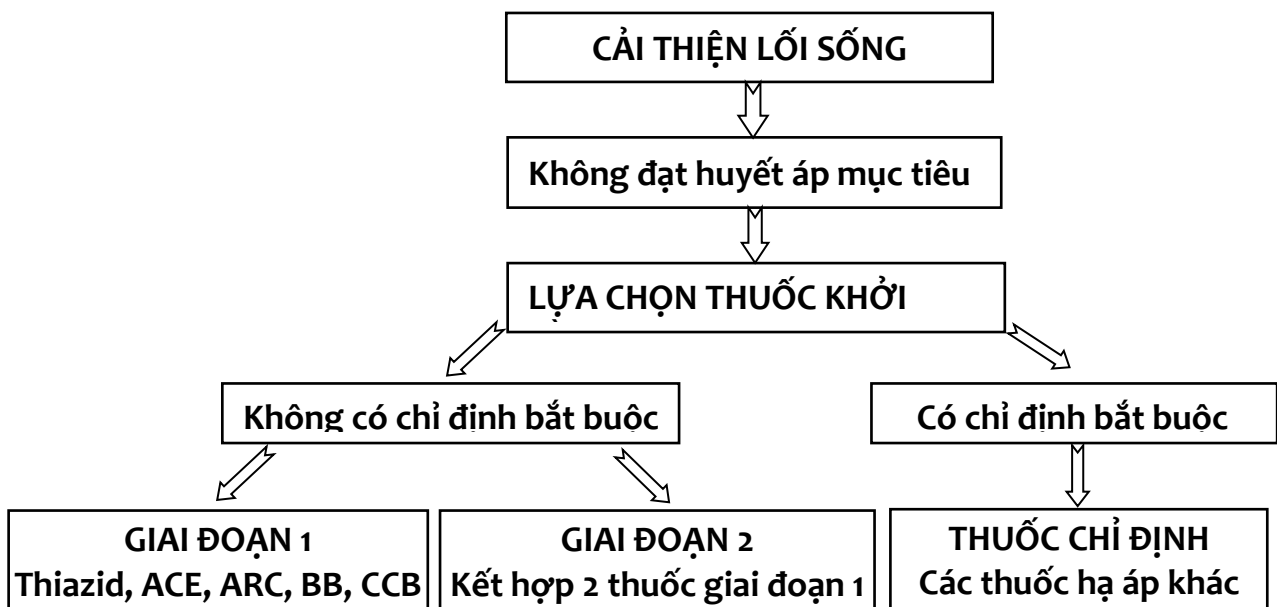
- Tránh làm việc nặng.
- Tránh xúc động, lo lắng, tránh các kích xúc về tâm lý...
- Nếu chưa có tổn thương cơ quan đích và khi huyết áp đã được khống chế thì có thể tham gia các môn thể thao thi đấu được.
- Hoạt động thể lực đều đặn, vừa sức như đi bộ, dưỡng sinh ... Đi bộ nhanh ít nhất 30 phút mỗi ngày trong hầu hết các ngày trong tuần
- Ở những người thừa cân: giảm 4,5 kg sẽ làm giảm huyết áp hoặc ngăn ngừa tăng huyết áp. Duy trì trọng lượng cơ thể ở mức BMI = 18.5 – 24.9

3.4.1.2. Ăn uống:

- Ăn nhiều trái cây, rau, các sản phẩm béo có tỷ trọng cao ...
- Giảm mỡ bão hòa, mỡ toàn phần.
- An nhạt, giảm muối ...
- Nhất thiết phải khuyên người bệnh ngừng thuốc lá.
- Hạn chế các chất kích thích: rượu, cà phê, thuốc lá, gia vị...

3.4.2. Điều trị bằng thuốc:

Hiện tại có rất nhiều loại thuốc hạ áp: lợi tiểu, chẹn Beta (BB), ức chế men chuyển đổi (ACE), ức chế thụ thể Angiotensin II (CAR), chẹn kênh calci (CCB), chẹn beta 1, ức chế giao cảm trung ương, giãn mạch trực tiếp .



Hình 6.1. Phác đồ can thiệp thuốc hạ áp

- Trường hợp tăng huyết áp không biến chứng: ưu tiên chọn nhóm lợi tiểu và nhóm chẹn beta ( $\beta$ -Bloque).
- Tăng huyết áp kèm theo tiểu đường: thường phối hợp thuốc. Chọn nhóm ức chế men chuyển, chẹn beta, ức chế calci, lợi tiểu Thiazid.
- Tăng huyết áp kèm theo bệnh mạch vành: nhóm chẹn beta, lợi tiểu, ức chế men chuyển.
- Tăng huyết áp kèm suy tim: ức chế men chuyển, lợi tiểu, chẹn beta.
- Tăng huyết áp kèm theo bệnh thận mạn: phối hợp ít nhất 3 thuốc.
- Tăng huyết áp kèm theo bệnh mạch máu não: kết hợp ức chế men chuyển và lợi tiểu Thiazid.

### 3.2. Liều lượng một số thuốc sử dụng:

- Nhóm chẹn beta: Propranolol dùng liều 20-40mg/ngày.
- Ức chế men chuyển: Captopril 25mg/ngày, chia 2 lần.
- Ức chế kênh calci: Nifedipin 5-20mg/ngày x 2 lần.
- Thuốc lợi tiểu: xem bài suy tim.

### 4. Kiểm tra huyết áp:

- Kiểm tra huyết áp thường xuyên.
- Duy trì huyết áp trong giới hạn cho phép.

**TỰ LƯỢNG GIÁ**

1. Dấu hiệu tăng huyết áp phát hiện được khi khám tim:
  - A. T<sub>2</sub> đánh ở ổ động mạch phổi
  - B. Ngựa phi phải
  - C. Nhịp tim nhanh
  - D. Rung tâm trương
2. Người bệnh tăng huyết áp cần hạn chế:
  - A. Làm việc trí óc
  - B. Vận động
  - C. Gia vị
  - D. Tất cả các loại mỡ
3. Triệu chứng bao giờ cũng có ở người tăng huyết áp:
  - A. Nhức đầu, chóng mặt
  - B. Nặng ngực, hồi hộp
  - C. Chỉ số huyết áp cao
  - D. Đỏ bừng mặt
4. Khi người bệnh lên cơn tăng huyết áp cấp cần cho ngậm ngay:
  - A. 1 viên Amlordipin 5mg
  - B. 2 giọt Adalat retard
  - C. 1 viên Captopril 25mg
  - D. 2 giọt Adalat 5mg
5. Tăng huyết áp có thể điều trị khỏi trong trường hợp nào:
  - A. Tăng hoạt tính thần kinh
  - B. Tăng cholesterol máu
  - C. Thai kỳ
  - D. Yếu tố gia đình
6. An khó tiêu là một trong những biến chứng của tăng huyết áp trên cơ quan:
  - A. Não
  - B. Tim
  - C. Thận
  - D. Mắt
7. Theo JNC VII, chỉ số huyết áp 130/95 xếp vào loại:
  - A. Huyết áp tối ưu
  - B. Tăng huyết áp độ II
  - C. Tăng huyết áp độ I
  - D. Tiền tăng huyết áp
8. Vấn đề ưu tiên hàng đầu trong điều trị người bệnh tăng huyết áp là:
  - A. Lựa chọn thuốc phối hợp
  - B. Xác định huyết áp mục tiêu
  - C. Chọn đường dùng thuốc đơn giản
  - D. Cải thiện lối sống
9. Biểu hiện của tăng huyết áp biến chứng lên mắt ở giai đoạn II:
  - A. Phù võng mạc
  - B. Phù gai thị
  - C. Dấu hiệu Gunn
  - D. Xuất huyết lan toả
10. Huyết áp tăng, đau đầu lan toả, rối loạn thính giác, ngủ gà, co giật. Nghĩ đến:
  - A. Tăng huyết áp ác tính
  - B. Tăng huyết áp ác tính tiến triển nhanh
  - C. Bệnh não do tăng huyết áp
  - D. Cơ cường tiết catecholamin
11. Thuốc ưu tiên chọn trong trường hợp tăng huyết áp không có biến chứng:
  - A. ACE
  - B. CCB
  - C. ARC
  - D. Thiazid
12. Đây là những so sánh đúng về chỉ số huyết áp, NGOẠI TRỪ:
  - A. Nam thường thấp hơn nữ
  - B. Người lớn tuổi cao hơn người trẻ
  - C. Trẻ em thường thấp hơn người lớn
  - D. Người mang thai cao hơn bình thường
13. Trường hợp nào được xem là tăng huyết áp thứ phát:
  - A. Xơ vữa động mạch
  - B. Yếu tố gia đình
  - C. Tăng hoạt tính thần kinh
  - D. Dị dạng mạch máu

## ĐAU THẮT NGỰC – NHỒI MÁU CƠ TIM

BS.CKI. Nguyễn Văn Thịnh

### MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày nguyên nhân, các yếu tố thuận lợi gây nên cơn đau thắt ngực
2. Mô tả triệu chứng cơn đau thắt ngực, cơn nhồi máu cơ tim.
3. Nêu cách xử trí người bệnh đau thắt ngực, nhồi máu cơ tim.

### CƠN ĐAU THẮT NGỰC

Đau thắt ngực là cơn đau thắt từng cơn ở vùng tim do thiếu máu cơ tim; là hậu quả của một tình trạng mất cân bằng tạm thời giữa sự cung cấp và nhu cầu ôxy. Nguyên nhân là do thiếu năng vành, khi lưu lượng tuần hoàn mạch vành giảm dưới 50% mức bình thường thì xuất hiện cơn đau thắt ngực.

Thường xuất hiện ở lứa tuổi 40 - 50, ở người bệnh tim xơ cứng động mạch. Một số yếu tố thuận lợi gây khởi phát cơn đau thắt ngực: gắng sức, trời lạnh đột ngột, uống rượu, ăn khó tiêu, stress, sợ hãi, tăng huyết áp ...

#### 1. Nguyên nhân:

Đa số nguyên nhân là do vữa xơ làm hẹp lòng động mạch vành (khoảng 90%). Vữa xơ gây ra các tổn thương ở thành động mạch vành, gây hẹp ở các thân động mạch vành (động mạch vành đoạn thượng tâm mạc và động mạch vành đoạn gần). Các tổn thương này diễn tiến thành từng đợt. Bệnh có thể trầm trọng hơn nếu có co thắt mạch vành, loét mảng xơ vữa, cục máu đông hoặc xuất huyết trong thành mạch.

Một số trường hợp không do vữa xơ động mạch vành là:

- Viêm động mạch vành, viêm ổ động mạch vành do giang mai, bệnh viêm nút quanh động mạch.
- Dị dạng bẩm sinh động mạch vành.
- Co thắt động mạch vành.

Một số nguyên nhân không do động mạch vành:

- Một số bệnh tim: bệnh của van động mạch chủ, bệnh hẹp khít lỗ van hai lá, bệnh sa van 2 lá, bệnh cơ tim phì đại hoặc bệnh cơ tim thể giãn.
- Thiếu máu nặng.

#### 2. Yếu tố khởi phát:

- Gắng sức.
- Xúc cảm mạnh, chấn thương tâm lý.

- Cường giáp trạng.
- Cảm lạnh.
- Nhịp tim nhanh.
- Sốc.
- Sau ăn no.

Những yếu tố này chỉ gây ra cơn đau thắt ngực khi mạch vành đã có ít nhiều bị tổn thương mà nhu cầu ôxy của cơ tim lại tăng hơn. Cơ tim bị thiếu máu, chuyển hoá yếm khí, gây ứ đọng acid lactic làm toan hoá nội bào, dẫn đến rối loạn chuyển hoá tế bào và rối loạn hoạt động dẫn truyền cơ tim.

### **3. Triệu chứng lâm sàng:**

#### **3.1. Cơn đau điển hình:**

- Đau vùng trước ngực, sau xương ức, cảm giác bóp nghẹt, nặng nề, sắp chết.
- Lan lên hàm, cổ, vai, cánh tay, ngón tay trái.
- Kéo dài khoảng 2-3 phút (không bao giờ quá 15 phút)
- Mất hoặc giảm sau khi nghỉ ngơi hoặc ngậm Nitroglycerin

#### **3.2. Các triệu chứng đi kèm với cơn đau:**

- Khó thở nhanh, nông.
- Đánh trống ngực, hồi hộp.
- Buồn nôn, chóng mặt, vã mồ hôi.

### **4. Cận lâm sàng:**

#### **4.1. Điện tâm đồ:**

##### **4.1.1. Điện tim ngoài cơn đau:**

Điện tim có thể bình thường nhưng cũng không loại trừ chẩn đoán cơn đau thắt ngực. Điện tim ngoài cơn có thể có các dấu hiệu gợi ý tình trạng thiếu máu cơ tim.

- Đoạn ST chênh xuống >1mm ở ít nhất 2 chuyển đạo 3 nhịp liên tiếp.
- Sóng T âm, nhọn và đối xứng gợi ý thiếu máu cục bộ dưới nội tâm mạc.

Ngoài ra, có thể tìm thấy hình ảnh sóng Q là bằng chứng của một nhồi máu cơ tim cũ.

##### **4.1.2. Điện tim trong lúc có cơn đau thắt ngực:**

- Hay gặp nhất là có đoạn ST chênh xuống hoặc sóng T đảo ngược (thiếu máu dưới nội tâm mạc).



- Đôi khi kết hợp với tình trạng thiếu máu cục bộ dưới thượng tâm mạc.
- Điện tim trong lúc có cơn đau thắt ngực còn giúp xác định vị trí vùng cơ tim bị thiếu máu cục bộ.

#### 4.1.3. Điện tim gắng sức:

Thực hiện trên xe đạp, có gắn lực kế hoặc thăm lặn; chỉ được tiến hành ở các cơ sở chuyên khoa, dưới sự theo dõi chặt chẽ của một bác sĩ nội tim-mạch có kinh nghiệm và có sẵn các phương tiện cấp cứu hồi sức.

Nghiệm pháp ghi điện tim gắng sức được gọi là “dương tính” khi thấy xuất hiện dòng điện của thiếu máu dưới nội tâm mạc, với sự chênh xuống trên 1mm của đoạn ST; đoạn ST chênh lên hiếm gặp hơn. Nghiệm pháp “âm tính” khi không đạt được các tiêu chuẩn dương tính về điện tâm đồ như trên, mặc dù tần số tim người bệnh đã đạt được tần số tim tối đa theo lý thuyết (220 trừ đi số tuổi người bệnh).

#### 4.2. Chụp X quang động mạch vành:

Đây là phương pháp rất có giá trị trong chẩn đoán bệnh mạch vành. Kỹ thuật này giúp đánh giá tiên lượng và nguy cơ của thiếu máu cơ tim, giúp chỉ định điều trị bằng ngoại khoa hay nong động mạch vành. Kết quả chụp X quang động mạch vành còn cho thấy đặc tính của chỗ hẹp, có vôi hoá hay không và có thể phát hiện những trường hợp co thắt mạch vành phối hợp.

#### 4.3. Một số xét nghiệm khác:

Xét nghiệm enzym (SGOT, LDH, CPK, MB), chụp xạ hình cơ tim, chụp buồng tim có đồng vị phóng xạ; siêu âm tim hai chiều để đánh giá mức độ tổn thương cơ tim do thiếu máu.

### 5. Các thể lâm sàng:

#### 5.1. Đau thắt ngực ổn định (Stable angina):

Cơn điển hình như đã mô tả ở trên: đau xuất hiện khi gắng sức, đau sau xương ức, đau vùng ngực trái có lan ra cánh tay, cằm tay; hết đau khi ngừng gắng sức hoặc dùng thuốc giãn mạch vành.

#### 5.2. Đau thắt ngực không ổn định (Instable angina):

Đau xuất hiện khi nghỉ ngơi, thường xảy ra vào ban đêm; thời gian mỗi cơn đau kéo dài từ 5-30 phút, mức độ nặng của bệnh tăng dần lên, khả năng gắng sức giảm, thời gian và tần số cơn đau cũng tăng dần, đáp ứng với thuốc giãn động mạch vành giảm dần.

- Điện tâm đồ ghi trong lúc đau ngực thường có dấu hiệu thiếu máu nội tâm mạc, không thấy có dấu hiệu hoại tử cơ tim trên điện tâm đồ.
- Xét nghiệm các enzym tim còn trong giới hạn bình thường.

Đây là hội chứng đe dọa chuyển thành nhồi máu cơ tim, cần phải được điều trị và theo dõi sát.

### 5.3. Cơ đau thắt ngực kiểu Prinzmetal:

Là một dạng đặc biệt của cơn đau thắt ngực không ổn định.

- Đau tự phát, không liên quan đến gắng sức, đau dữ dội có thể gây ngất.
- Kéo dài 5-15 phút.
- Thường xảy ra vào những giờ cố định, diễn tiến theo chu kỳ.
- Điện tim trong cơn đau thấy đoạn ST chênh lên rõ rệt, ít khi có ST chênh xuống, không thấy sóng Q hoại tử. Ngoài cơn đau thì điện tâm đồ bình thường hoặc chỉ thay đổi ít.
- Không thấy các dấu hiệu sinh hoá biểu hiện hoại tử cơ tim.

Nguyên nhân: do co thắt mạch vành. Diễn biến bệnh thường nặng, cần phải được điều trị khẩn cấp.

### 5.4. Thiếu máu cơ tim cục bộ thể câm:

Người bệnh không có triệu chứng đau ngực hoặc chỉ đau rất nhẹ. Nhờ có ghi điện tim liên tục (holter) mới phát hiện được những thay đổi của đoạn ST; một số được chẩn đoán nhờ biện pháp gắng sức.

## 6. Chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt:

6.1. Chẩn đoán xác định: Dựa vào các yếu tố sau.

- Đặc tính của cơn đau.
- Thay đổi của điện tim, chủ yếu đoạn ST chênh xuống trong lúc có đau ngực hoặc khi làm nghiệm pháp gắng sức.
- Điều trị thử bằng thuốc giãn động mạch vành hoặc chụp xạ tim đồ.

6.2. Chẩn đoán phân biệt với tất cả các bệnh gây đau vùng tim:

- Sa van hai lá.
- Viêm màng ngoài tim.
- Phình bóc tách thành động mạch chủ.
- Viêm co thắt thực quản.
- Bệnh túi mật.
- Thoát vị cơ hoành.
- Viêm sụn sườn; vôi hoá sụn sườn; thoái hoá khớp vai; khớp cột sống lưng.
- Cũng cần phân biệt cơn đau vùng tim thuộc bệnh tâm căn.

## 7. Điều trị và dự phòng:

### 7.1. Điều trị cắt cơn đau thắt ngực:

- Để người bệnh ở tư thế nửa nằm nửa ngồi.
- Tránh di chuyển người bệnh trong cơn đau.
- Thuốc giãn mạch vành nhóm nitrit :
  - Nitroglycerin đặt dưới lưỡi 0,15-0,6 mg để cắt cơn đau ngay sau 1-2 phút, có thể dùng lại nhiều lần trong ngày.
  - Loại dung dịch Nitroglycerin 1% cho 1- 3 giọt dưới lưỡi.
  - Loại ống Nitrit amyl: bẻ vỡ ống thuốc cho người bệnh ngửi.
  - Ngoài ra còn có dạng thuốc bơm xịt hoặc dạng cao dán ngoài da.
- Thuốc chẹn dòng canxi: Nifedipine với 10 mg có thể cắt được cơn đau, thuốc còn có tác dụng hạ huyết áp.

**Lưu ý:** Các người bệnh có triệu chứng đau thắt ngực phải có sẵn bên mình loại thuốc nitrit tác dụng nhanh. Chú ý thuốc này gây hạ huyết áp, nếu huyết áp tâm thu dưới 90 mmHg thì không được dùng.

### 7.2. Điều trị khi hết cơn đau:

Người bệnh vẫn phải nghỉ ngơi hoàn toàn để giảm hoạt động của tim. Loại bỏ những yếu tố làm khởi phát cơn đau, hoạt động nhẹ nhàng, ăn ít muối, tránh lạnh, tránh các xúc động quá mức, bỏ hút thuốc lá.

Điều trị bệnh thiếu máu, bệnh tăng huyết áp, bệnh đái tháo đường; dùng các biện pháp làm giảm cân nặng đối với người béo và giảm mỡ máu đối với người có tăng lipid máu. Nếu có suy tim phải dùng thuốc cường tim và lợi tiểu. Dùng các thuốc giãn mạch vành.

Sử dụng các thuốc ức chế kết dính tiểu cầu: aspirin hoặc aspegic với liều 100-250mg một ngày, uống sau khi ăn no.

### 7.3. Điều trị bằng các biện pháp can thiệp:

Sau khi đã chụp động mạch vành, xác định được vị trí hẹp, có thể tiến hành phẫu thuật bắc cầu nối qua chỗ hẹp của động mạch vành, nong động mạch vành hay lấy bỏ cục máu tắc và tái tạo lòng động mạch vành.

## NHỒI MÁU CƠ TIM

Nhồi máu cơ tim (NMCT) là tình trạng tổn thương một vùng cơ tim do thiếu máu hoặc tắc mạch vành. Bệnh thường gặp ở độ tuổi trên 40 tuổi, nam nhiều hơn nữ. Một số yếu tố thuận lợi gây khởi phát cơn đau thắt ngực: gắng sức, trời lạnh đột ngột, uống rượu, ăn khó tiêu, stress, sợ hãi, tăng huyết áp ...

**1. Nguyên nhân:**

## 1.1. Nguyên nhân:

- Hẹp mạch vành do xơ vữa, tắc.
- Sốc gây giảm cung lượng tim, mất máu nặng.
- Tăng huyết áp.

## 1.2. Các yếu tố đe dọa:

- Hút thuốc lá.
- Tăng đường huyết.
- Béo phì, cholesterol máu cao.

## 1.3. Các yếu tố khởi phát:

- Tụt huyết áp, sốc.
- Bệnh van tim, bệnh cơ tim.
- Nhịp nhanh.
- Phẫu thuật.

**2. Triệu chứng lâm sàng:**

## 2.1. Cơ đau ngực “kiểu mạch vành”:

Cơ đau nhồi máu giống cơ đau thắt ngực nhưng kèm theo 3 đặc điểm sau:

- Nặng hơn về cường độ đau.
- Kéo dài hơn 15 phút.
- Không đỡ dù nghỉ ngơi và dùng Nitroglycerin ngậm dưới lưỡi.

Lưu ý: có khoảng 15-20 % trường hợp không đau nhưng có khó thở.

## 2.2. Các triệu chứng khác có thể gặp:

- Cảm giác hồi hộp, bồn chồn.
- Buồn nôn, nôn.
- Vã mồ hôi, tay chân lạnh.
- Huyết áp lúc đầu hơi tăng, sau giảm.
- Mạch nhanh, loạn nhịp, tiếng tim yếu.
- Sau vài giờ thường có sốt.
- Liên quan giữa độ Killip và tỷ lệ tử vong:

<b>Độ Killip</b>	<b>Đặc điểm lâm sàng</b>	<b>%</b>	<b>Tỷ lệ tử vong trong 30 ngày (%)</b>
I	Không có triệu chứng của suy tim trái	85	5,1
II	Có ran ẩm < 1/2 phổi, tĩnh mạch cổ nổi, có thể có tiếng T <sub>3</sub> ngựa phi	13	13,6
III	Phù phổi cấp	1	32,2
IV	Sốc tim	1	57,8

### 3. Cận lâm sàng:

#### 3.1. Điện tâm đồ:

Là một trong những thăm dò rất có giá trị để chẩn đoán NMCT cấp và định khu NMCT. Điện tâm đồ cần được làm ngay khi người bệnh nhập viện và làm nhắc lại nhiều lần sau đó để giúp chẩn đoán cũng như theo dõi. Những thay đổi trên điện tâm đồ biến thiên theo thời gian mới có nhiều giá trị. Các tiêu chuẩn của chẩn đoán NMCT cấp trên điện tim là:

- Xuất hiện sóng Q mới (rộng ít nhất 30ms và sâu 0,20 mV) ở ít nhất 2 trong số các chuyển đạo sau: D<sub>2</sub>, D<sub>3</sub> và aVF; V<sub>1</sub> đến V<sub>6</sub>; D<sub>1</sub> và aVL.
- Xuất hiện đoạn ST chênh lên hoặc chênh xuống (> 0,10 mV) ở ít nhất 2 trong số các miền chuyển đạo nói trên.
- Sự xuất hiện mới bloc nhánh trái hoàn toàn trong bệnh cảnh trên.

#### 3.2. Các men sinh học:

##### 3.2.1. Creatine Kinase (CK):

Men này bắt đầu tăng 3-12 giờ sau nhồi máu, đỉnh cao khoảng 24 giờ và trở về bình thường sau 48-72 giờ. Lưu ý là men này có thể tăng trong một số trường hợp khác như viêm cơ tim, viêm màng ngoài tim, sau mổ tim, sau sốc điện, chấn thương sọ não, chấn thương cơ (kể cả tiêm truyền), tiêu cơ vân, bệnh viêm cơ, suy thận mạn, tập thể lực quá mạnh...

##### 3.2.2. Troponin:

Bao gồm Troponin I và T, là hai loại men có giá trị chẩn đoán cao và khá đặc hiệu cho cơ tim, hơn nữa nó còn có giá trị tiên lượng bệnh. Các men này bắt đầu tăng khá sớm sau NMCT (3-12 giờ) đạt đỉnh ở 24-48 giờ và tăng tương đối dài (5-14 ngày).

##### 3.2.3. Lactate Dehydrogenase (LDH):

LDH tăng từ 8-12 giờ sau nhồi máu, đạt đỉnh ở 24-48 giờ và kéo dài 10-14 ngày.

### 3.2.4. Các transaminase SGOT và SGPT:

Ít đặc hiệu cho cơ tim. Tuy nhiên ở điều kiện của chúng ta thì xét nghiệm các men này cũng vẫn có giá trị nhất định. Trong NMCT thì SGOT tăng nhiều hơn SGPT.

### 3.3. Siêu âm tim:

Cũng rất có giá trị, đặc biệt trong những thể NMCT không Q hoặc có bloc nhánh. Thường thấy hình ảnh rối loạn vận động vùng liên quan đến vị trí nhồi máu. Mức độ rối loạn từ giảm vận động, không vận động, vận động nghịch thường và phình thành tim.

Siêu âm tim còn giúp đánh giá chức năng thất trái, các biến chứng cơ học của NMCT (thủng vách tim gây thông liên thất, hở van tim do đứt dây chằng), tràn dịch màng tim, huyết khối trong buồng tim...

## 4. Điều trị:

### 4.1. Điều trị ban đầu:

Khẩn trương đánh giá tình trạng người bệnh và nên chuyển ngay đến những cơ sở có thể điều trị tái tưới máu. Kịp thời đánh giá các biến chứng nguy hiểm để khống chế (loạn nhịp, suy tim...). Người bệnh phải được vận chuyển bằng xe cứu thương và có nhân viên y tế đi cùng.

Đồng thời thực hiện các biện pháp điều trị ban đầu. Các biện pháp chung, ban đầu cho mọi người bệnh là:

- Người bệnh phải được bất động tại giường.
- Thở oxy: với liều 2-4 lít/phút qua đường mũi vì trong nhồi máu cơ tim cấp thường kèm theo thiếu ôxy.
- Giảm đau đầy đủ: làm giảm sự tăng tiết catecholamin trong máu và góp phần làm giảm nhu cầu ôxy cơ tim. Morphine sulphat là thuốc được lựa chọn hàng đầu. Chú ý nhịp thở của người bệnh và nhịp tim.
- Nitroglycerin (0,4 mg) ngậm dưới lưỡi, có thể nhắc lại sau mỗi 5 phút. cần chú ý huyết áp của người bệnh. Nếu huyết áp tối đa còn > 90 mmHg là tốt. Tiếp sau đó cần thiết lập ngay đường truyền tĩnh mạch và truyền.
- Cho ngay thuốc chống ngưng kết tiểu cầu: Aspirin cần cho ngay bằng đường uống hoặc đường tiêm tĩnh mạch. Nếu người bệnh có tiền sử loét dạ dày tá tràng đang tiến triển thì có thể thay bằng Ticlopidine hoặc Clopidogrel.
- Các thuốc khác: thuốc chống đông heparin, thuốc chẹn beta giao cảm.

### 4.2. Điều trị tái tưới máu:

Mục tiêu quan trọng nhất trong điều trị nhồi máu cơ tim cấp là làm tái tưới máu (tái lưu thông động mạch vành bị tắc) càng sớm càng tốt.

Ba biện pháp điều trị tái tưới máu hiện nay là: dùng thuốc tiêu huyết khối, can thiệp (nong, đặt stent) động mạch vành cấp, mổ bắc cầu nối chủ-vành cấp.

#### 4.3. Điều trị tiếp theo:

##### 4.3.1. Các biện pháp chung:

- Chế độ vận động: với những người bệnh trong giai đoạn cấp hoặc chưa ổn định cần bất động tại giường. Tuy nhiên nếu những người bệnh được điều trị tái tưới máu tốt mà không còn đau ngực thì sau đó 12 giờ có thể cho cử động nhẹ tại giường và ngồi dậy nhẹ nhàng tại giường. Sau 24 giờ có thể cho vận động nhẹ nhàng và sau 48 giờ có thể cho đi bộ nhẹ tại phòng rồi tăng dần mức vận động để trở về bình thường.
- Chế độ dinh dưỡng: trong giai đoạn cấp (đau nhiều) thì không nên cho ăn mà nên dinh dưỡng bằng đường truyền tĩnh mạch. Khi người bệnh đỡ cần chú ý chế độ ăn đủ năng lượng (1200 - 1800 calorie/ngày) ít cholesterol và muối. Người bệnh NMCT cần tránh táo bón và nên cho thêm các nhuận tràng.
- An thần: nên tránh thăm hỏi nhiều của người nhà trong giai đoạn cấp. Nếu người bệnh lo lắng quá có thể cho thêm một thuốc an thần.

##### 4.3.2. Các thuốc:

- Các thuốc chống ngưng kết tiểu cầu (Aspirin, Ticlopidin, Clopidogrel).
- Các thuốc chống đông: Heparin cần thiết khi có dùng thuốc tiêu huyết khối và khi can thiệp động mạch vành.
- Các Nitrates: mặc dù không làm giảm tỷ lệ tử vong nhưng cải thiện tình trạng thiếu máu cục bộ, cải thiện triệu chứng và suy tim nếu có.
- Các thuốc chẹn beta giao cảm: nên tiếp tục kéo dài.
- Các thuốc ức chế men chuyển (ƯCMC): nên cho sớm và bắt đầu liều nhỏ (trong vòng 24 giờ đầu).

##### 4.3.3. Phục hồi chức năng:

- Giai đoạn ở tại bệnh viện: đối với những người bệnh ổn định cần sớm phục hồi chức năng bằng cách cho người bệnh sớm vận động nhẹ. Ngày thứ ba có thể cho người bệnh đi lại nhẹ nhàng trong phòng. Trước khi ra viện cần giáo dục người bệnh về chế độ tập luyện, loại bỏ yếu tố nguy cơ, điều chỉnh chế độ ăn và chế độ thuốc men hàng ngày cho người bệnh.
- Giai đoạn ở nhà: người bệnh cần đi bộ sớm tối thiểu mỗi ngày 2-3 lần, mỗi lần 20-30 phút và duy trì nhịp tim không tăng quá 20 nhịp so với nhịp tim lúc nghỉ. Việc giáo dục người bệnh vẫn đặc biệt quan trọng trong giai đoạn này về chế độ sinh hoạt và thuốc men.

**TỰ LƯỢNG GIÁ**

1. Cơ đau ngực “kiểu mạch vành” có đặc điểm:
  - A. Giảm đau khi nghỉ ngơi
  - B. Giảm đau khi ngậm Nitroglycerin
  - C. Ít khi kéo dài quá 15 phút
  - D. Đau dữ dội như dao đâm
2. Xét nghiệm men đặc hiệu thường làm sớm nhất để chẩn đoán nhồi máu cơ tim trên lâm sàng:
  - A. CPK
  - B. LDH
  - C. SGOT
  - D. Troponin
3. Người bệnh đau thắt ngực, ran ẩm ở phổi, tĩnh mạch cổ nổi. Xếp vào nhóm:
  - A. Killip IV
  - B. Killip I
  - C. Killip III
  - D. Killip II
4. Nguyên nhân chính gây nhồi máu cơ tim:
  - A. Hút thuốc
  - B. Béo phì
  - C. Tăng đường huyết
  - D. Xơ vữa mạch vành
5. Cơ đau ngực tự phát diễn tiến theo chu kỳ:
  - A. Đau thắt ngực ổn định
  - B. Thiếu máu cục bộ cơ tim
  - C. Đau thắt ngực không ổn định
  - D. Đau thắt ngực kiểu Prinzmetal
6. Dấu hiệu ECG điển hình của nhồi máu cơ tim:
  - A.  $R_2 + S_5 > 35\text{mm}$
  - B. Blocc nhánh
  - C. ST chênh lên
  - D. Sóng Q sâu, rộng
7. Tiên lượng người bệnh nhồi máu cơ tim chủ yếu dựa vào:
  - A. Tuổi
  - B. Mức độ thiếu máu
  - C. Tình trạng loạn nhịp
  - D. Độ rộng hoại tử
8. Đây là những dấu hiệu thiếu máu cơ tim trên điện tâm đồ, NGOẠI TRỪ:
  - A. Sóng T âm, nhọn, đối xứng
  - B. Sóng R cao bất thường
  - C.  $R_2 + S_5 > 35\text{mm}$
  - D. Đoạn ST chênh xuống
9. Hướng lan của cơn đau thắt ngực điển hình:
  - A. Xuống mũi ức
  - B. Xuống thượng vị
  - C. Lên vai phải
  - D. Sang cánh tay trái



## CÁCH KHÁM NGƯỜI BỆNH HUYẾT HỌC

BS.CKI. Nguyễn Văn Thịnh

### MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. *Mô tả cách khám người bệnh huyết học.*
2. *Nêu cách nhận định các triệu chứng huyết học.*
3. *Trình bày cách chẩn đoán các bệnh lý huyết học thường gặp.*

### BỆNH SỬ VÀ TIỀN SỬ

#### 1. Nghề nghiệp:

Đặc biệt hỏi những nghề nghiệp tiếp xúc nhiều với những hoá chất như chì, benzen, toluen... hoặc tiếp xúc với các chất phóng xạ, xquang như các nhân viên phòng điện quang, công nhân các viện nghiên cứu phóng xạ là một trong những nguyên nhân chủ yếu của các bệnh máu ác tính: các bệnh bạch huyết, bệnh thiếu máu không hồi phục.

Nghề nghiệp tiếp xúc với phân tươi như trồng rau bón bằng phân bắc, rất dễ mắc giun móc, là một trong những nguyên nhân gây thiếu máu.

#### 2. Các loại thuốc đã dùng:

Một số thuốc như cloroxit, quinin, sedocmit, các thuốc an thần, các thuốc chống ung thư, các hormon, do cơ chế ngộ độc hoặc dị ứng, có thể gây ra các bệnh về máu như chảy máu dưới da hay nội tạng, suy tuỷ... nhiều khi trong quá trình điều trị một bệnh về máu bằng các thuốc kể trên có những biến chứng làm ta rất khó phân biệt đó là biến chứng của bản thân bệnh hay do thuốc.

#### 3. Tiền sử:

- Bản thân: chú ý đến tiền sử chảy máu như chảy máu cam, máu lợi, máu chảy lâu cầm mỗi khi va chạm nhỏ hoặc khi tiêm, chích, nhổ răng, cắt amidan... Hỏi những rối loạn kinh nguyệt ở phụ nữ, đặc biệt hiện tượng rong kinh, băng huyết, tiền sử chữa đẻ, nhất là những lần sảy thai liên tiếp làm nghĩ đến sự không hợp yếu tố Rhesus trong máu.
- Gia đình: phải hỏi tình trạng sức khoẻ, bệnh tật của anh chị em ruột, cô dì chú bác. Hỏi xem trong gia đình, họ hàng gần, có người nào mắc những bệnh tương tự như người bệnh.

Trong một số trường hợp nghi ngờ, hỏi người bệnh chưa đủ mà phải mời gia đình người bệnh đến để thăm khám và làm các xét nghiệm cần thiết. Có như vậy mới phát hiện được một số bệnh về máu có tính chất gia đình có thể đặt vấn đề điều trị và nhất là hướng dẫn cách phòng bệnh cho cả gia đình đó.

#### 4. Các thông tin khác:

- Thời gian xuất hiện xuất huyết: lâu rồi hay mới bị? từ từ hay đột ngột?
- Tuổi nào? lần đầu tiên hay đã nhiều lần xuất huyết?
- Xuất huyết ở những đâu?: da, niêm mạc (mắt, mũi, lợi), chú ý hỏi kỹ tình trạng rong kinh, đờ, sẩy thai bị băng huyết, tiểu ra máu, ỉa phân đen... Nếu là xuất huyết dưới da thì dưới dạng nốt tím, mảng tím hay hỗn hợp? Có nổi cục phồng lên không? Có đau không?...
- Xuất huyết tự nhiên hay sau một va chạm?
- Xuất huyết xuất hiện khi thay đổi thời tiết? Sau quá trình viêm nhiễm (viêm họng, viêm khớp, sốt...)? Sau tiếp xúc với chất độc?
- Có hay không có các triệu chứng kèm theo: sốt, sưng đau khớp, ban mề đay, thiếu máu, hạch to, lách to, gan to ...?

### KHÁM THỰC THỂ

Cũng như các bệnh nói chung, ở đây cần chú ý đến:

#### 1. Màu sắc da và niêm mạc.

Da, niêm mạc môi, kết mạc mắt ... có tím tái, xanh xao hay vàng ...

#### 2. Xuất huyết dưới da:

Chấm, mảng, cục máu. Chú ý đến điều kiện xuất hiện, địa điểm và mối liên hệ của chảy máu với các triệu chứng toàn thân như sốt, nổi hạch.

##### 2.1. Hình thái xuất huyết:

##### 2.1.1. Nốt, chấm xuất huyết:

Chấm xuất huyết thường có đường kính khoảng một vài milimet, nốt to hơn nhưng đường kính không quá 1cm, màu đỏ, phẳng với mặt da, ấn phiến kính hoặc căng da không mất và biến mất trong 2-5 ngày.

Nốt, chấm xuất huyết dưới da cần phân biệt với:

- Nốt muỗi đốt hoặc côn trùng đốt: các nốt này thường nổi gờ trên mặt da, ngứa, căng da hoặc ấn phiến kính thì mất.
- Nốt ruồi son: thường có màu đỏ, tồn tại lâu, không mất đi theo thời gian.

##### 2.1.2. Mảng xuất huyết:

Có đường kính lớn hơn 1cm, màu sắc của mảng xuất huyết biến đổi theo thời gian: lúc mới đầu có màu đỏ sẫm, sau trở thành tím, rồi chuyển thành màu xanh và cuối cùng chuyển thành màu vàng rồi mất hẳn.

Mảng xuất huyết không nổi gờ trên mặt da, không ngứa, không đau, ấn phiến kính và căng da không mất.

Nếu nhiều nốt xuất huyết tập trung tại một vị trí còn gọi là đám xuất huyết; những nốt xuất huyết tập trung ở nếp gấp khủy tay, kheo chân còn gọi là vệt xuất huyết. Mảng xuất huyết dưới da phân biệt với:

- Ban dị ứng: màu hồng đỏ, thường ngứa và có thể gờ trên mặt da, căng da hoặc ấn phiến kính thì mất màu (vì đây là tình trạng xung huyết).
- Ban nhiễm sắc cố định: có màu sắc sẫm đen hoặc hồng, thường phẳng với mặt da, không ngứa, không đau, ấn phiến kính hoặc căng da không mất màu và tồn tại lâu nhiều tháng hoặc nhiều năm.
- U mạch máu thể phẳng: màu đỏ, tồn tại lâu, không ngứa, không đau, ấn phiến kính hoặc căng da có thể làm giảm hoặc mất màu.

#### 2.1.3. Ổ máu tụ dưới da:

Làm da phồng lên thành cục chắc và đau, bên trong chứa đầy máu.

#### 2.2. Xác định vị trí xuất huyết dưới da:

- Xuất huyết dưới da chỉ có ở tứ chi đặc biệt là ở cẳng chân thường gặp trong viêm thành mạch dị ứng; gặp cả ở tứ chi, thân mình và cả ở đầu, mặt, thường gặp trong bệnh lý tiểu cầu hoặc rối loạn đông máu.
- Ổ máu tụ trong cơ (cơ tứ đầu đùi, cơ tiểu chậu...) xuất huyết trong khớp thường gặp trong rối loạn đông máu.
- Xuất huyết niêm mạc mắt, mũi, răng, lợi, tử cung, tiêu hoá, não và các tổ chức cơ quan khác.

#### 2.3. Tính chất xuất huyết dưới da:

- Xuất huyết đối xứng hai bên là đặc điểm của viêm thành mạch dị ứng.
- Màu sắc các nốt, mảng xuất huyết đồng đều nói lên tính chất cấp tính hoặc mới mắc, màu sắc không đồng đều nói lên tính chất mạn tính.

#### 2.4. Nghiệm pháp dây thắt (Lacet):

- Mục đích: đánh giá sức bền thành mạch (chủ yếu thành mao mạch).
- Nguyên lý: làm tăng áp lực tĩnh mạch, mao mạch bằng cách cản trở tuần hoàn về tim và thay đổi áp lực một cách đột ngột, nếu thành mạch kém bền thì hồng cầu bị đẩy ra khỏi thành mạch gây nên xuất huyết dưới da.
- Phương pháp tiến hành: dùng huyết áp kế đặt trên cánh tay với áp lực trung bình, duy trì áp lực này trong 10 phút sau đó tháo hơi nhanh và bỏ huyết áp kế ra, quan sát cánh tay và cẳng tay phần dưới dây thắt.
- Đánh giá kết quả: nếu số nốt xuất huyết mới > 4 chấm/cm<sup>2</sup> phần dưới băng quấn là nghiệm pháp dương tính.

### 3. Xuất huyết niêm mạc:

Hỏi và quan sát tình trạng xuất huyết ở:

- Xuất huyết niêm mạc: mắt, mũi, miệng, lưỡi; hỏi và quan sát màu sắc phân, nước tiểu hoặc chất nôn, để đánh giá.
- Xuất huyết nội tạng: dựa vào các triệu chứng lâm sàng để xác định tình trạng có xuất huyết cơ quan nội tạng hay không? (mờ mắt, nhức đầu, liệt nửa người, hôn mê xuất hiện nhanh hoặc đột ngột (thường do chảy máu não), ho ra máu.
- Xuất huyết trong tổ chức: trong cơ, trong bao khớp...

**4. Các biểu hiện khác ngoài da:**

Như ngứa, ban đỏ, rối loạn sắc tố, tìm các u nhỏ hoặc lớn, các hạt nổi dưới da. Nếu cần có thể làm sinh thiết các hạt và u này để xem vi thể.

**5. Thăm khám kỹ các cơ quan có tổ chức gần giống như máu:**

Khám hạch, gan, lách, Amidan. Chú ý phát hiện các hạch ở sâu như trung thất, trong ổ bụng. Khám lâm sàng phải toàn diện và rất thận trọng. Nó cho ta những triệu chứng đáng tin cậy, ít phụ thuộc vào sự sai lệch do kỹ thuật tiến hành.

Tuy nhiên, khám lâm sàng chưa đầy đủ và còn nhiều nhược điểm, vì không phát hiện những tổn thương của các tế bào máu về hình thể, chức phận, không thăm khám được cơ quan tạo huyết chủ yếu là tuỷ xương, nguồn của hầu hết các bệnh về máu.

**CÁC XÉT NGHIỆM MÁU**

**1. Hồng cầu:**

**1.1. Số lượng hồng cầu:**

Là xét nghiệm cơ bản nhất. Lấy máu đầu ngón tay người bệnh lúc đói. Bình thường có từ 3,7 – 4 triệu hồng cầu/mm<sup>3</sup>. Những thay đổi trong khoảng 400.000 là những giới hạn của nhằm lẫn không có giá trị bệnh lý. Dưới 3.5 triệu hồng cầu/mm<sup>3</sup> máu coi như thiếu máu. Trên 5 triệu hồng cầu /mm<sup>3</sup> là đa hồng cầu, một bệnh tiên phát hoặc thứ phát do thiếu oxy kinh điển, ở trên cao.

**1.2. Hình thái hồng cầu:**

Đánh giá hình thái hồng cầu bằng phương pháp đàn máu và nhuộm May-Grun-Wald-Giemsa, bình thường hồng cầu tròn, màu hồng giữa hơi sáng hơn. Trong một số bệnh thiếu máu, hồng cầu thay đổi, nhiều hình thể khác nhau (đa hình thể) như hình vọt, hình dấu phẩy, hình quả lê.

**1.3. Kích thước:**

Đường kính trung bình của hồng cầu là 7mm, dày 2mm, thể tích là 88mm<sup>3</sup>. Kích thước hồng cầu có thể thay đổi:

- Không đồng đều: hồng cầu to nhỏ khác nhau.

- Hồng cầu bé:  $d = 4 - 6\text{mm}$ . thể tích dưới  $80\text{mm}^3$
- Hồng cầu to:  $d = 9 - 12\text{mm}$ , thể tích trên  $100\text{mm}^3$ .
- Hồng cầu đại:  $d > 12\text{mm}$ .
- Hồng cầu bé hình bi: đường kính có giảm nhưng thể tích bình thường do hồng cầu hình cầu, dày lên.

#### 1.4. Màu sắc:

Bình thường, hồng cầu trưởng thành nhuộm màu hồng bởi eosin (ưa acid). Trong máu ngoại vi, có một số hồng cầu mạng lưới (chiếm 0.5 – 1.5% hồng cầu trưởng thành): khi nhuộm sống, hồng cầu chứa một mạng lưới không đồng đều những hạt nhỏ.

Trong một số bệnh thiếu máu, hồng cầu có thể đa sắc do nguyên sinh chất chứa những phần ưa acid, ưa bazơ, hồng cầu lấm tấm chấm do chứa những hạt độc (hạt ưa bazơ) thường là do ngộ độc chì kinh điển. Hồng cầu mạng lưới tăng trong một số các bệnh thiếu máu còn hồi phục tốt, trong thiếu máu huyết tán.

#### 1.5. Hồng cầu lưới:

Bình thường không có trong máu ngoại vi. Chỉ có bệnh lý mới xuất hiện trong máu.

#### 1.6. Sức bền hồng cầu:

Hồng cầu để trong một dung dịch nhược trương sẽ bị vỡ giải phóng huyết sắc tố: đó là hiện tượng tan máu toàn phần hay hồng cầu rửa sạch huyết tương vào trong những dung dịch giảm dần nồng độ ion.

Kết quả: tan máu bắt đầu ở nồng độ 4,4 – 4,6% và tan hoàn toàn ở nồng độ 3,4%. Sức bền hồng cầu thay đổi trong các trường hợp:

- Sức bền hồng cầu tăng trong một số bệnh, đặc biệt là vàng da tắc mật.
- Sức bền hồng cầu giảm, gặp trong một số bệnh thiếu máu do tan máu.

## 2. Huyết sắc tố (Hb):

### 2.1. Huyết sắc tố:

Theo quy ước, huyết sắc tố thường tính theo tỷ lệ % so với một người coi là bình thường. Một người bệnh có n% huyết sắc tố có nghĩa là trong 100ml máu của người bệnh chỉ có n% số lượng huyết sắc tố của 100ml máu người thường.

Thí dụ khi nói người bệnh có 80% huyết sắc tố nghĩa là số lượng huyết sắc tố trong 100ml của người bệnh chỉ bằng 80% huyết sắc tố trong 100ml của một người coi là bình thường. Tỷ lệ 100% tương đương với 14,5 -15g huyết sắc tố trong 100ml máu.

Nồng độ trung bình Hb của hồng cầu tức là tính số lượng Hb chứa trong 100ml hồng cầu. Bình thường 100ml máu có 14,5g Hb và có 44ml hồng cầu (hematocrit). Đối với một người bệnh, nồng độ trung bình tính theo công thức: nồng độ trung bình = Số Hb trong 100ml \* 100 / Hematocrit.

## 2.2. Bệnh lý:

### 2.2.1. Hồng cầu nhược sắc:

- Thường giá trị hồng cầu bé hơn 1 hồng cầu người bệnh chứa ít huyết sắc tố hơn hồng cầu bình thường. Tuy nhiên cần chú ý là sự giảm số lượng Hb này là do giảm thể tích của hồng cầu (hồng cầu bé) chứ không phải giảm nồng độ trung bình về Hb của hồng cầu (nghĩa là hồng cầu vẫn bão hoà Hb như các hồng cầu bình thường).
- Hồng cầu nhược sắc thực sự: giảm nồng độ trung bình Hb của hồng cầu bất kỳ thể tích của hồng cầu to hay nhỏ. Hiện tượng mất bão hoà này là do thiếu sắt.

### 2.2.2. Hồng cầu ưu sắc:

Giá trị hồng cầu lớn hơn 1. Hồng cầu người bệnh chứa nhiều Hb hơn hồng cầu bình thường. Đó là do hồng cầu tăng thể tích chứ không bao giờ có hiện tượng quá bão hoà huyết sắc tố trong một hồng cầu. Do vậy ưu sắc thực sự là không có.

### 2.2.3. Trong một vài bệnh về máu,

Ngoài loại huyết sắc tố bình thường là HbA, người ta còn tìm được các loại huyết sắc tố bất thường như HbE, HbS bằng phương pháp điện di huyết sắc tố.

## 3. Bạch cầu:

### 3.1. Số lượng bạch cầu:

Bình thường trong 1mm<sup>3</sup> máu có 4.000 – 8.000 bạch cầu. Ở trẻ em, có thể 10.000/mm<sup>3</sup>, trẻ sơ sinh, lên đến 15.000/mm<sup>3</sup>.

- Số lượng bạch cầu giảm xuống quá 4.000/mm<sup>3</sup> gặp trong các bệnh nhiễm virus, thương hàn, cường lách, suy tuỷ.
- Số lượng bạch cầu tăng trong đa số các bệnh nhiễm khuẩn, các bệnh bạch cầu.

### 3.2. Công thức bạch cầu:

Công thức bạch cầu ở người trưởng thành bình thường như sau:

- Bạch cầu đa nhân trung tính: 55 – 70%
- Bạch cầu đa nhân ưa acid: 2 – 4%
- Bạch cầu đa nhân ưa bazơ: 0 – 1%
- Bạch cầu lympho 15 – 30%

- Bạch cầu mono 4 – 8%

### 3.2.1. Thay đổi tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính:

- Tăng: thường kèm theo tăng toàn bộ số lượng bạch cầu, gặp trong đa số các bệnh nhiễm khuẩn.
- Giảm: nếu có kèm thêm giảm số lượng bạch cầu, nghĩ đến suy tủy.

### 3.2.2. Thay đổi tỷ lệ bạch cầu đa nhân ưa acid:

- Tăng:
  - Tăng nhất thời và tăng nhẹ trong một số bệnh nhiễm khuẩn ở giai đoạn cấp tính như bệnh tinh hồng nhiệt, mủ da.
  - Tăng kinh điển trong các bệnh nhiễm ký sinh vật, các bệnh ngoài da, bệnh hen và một số bệnh dị ứng, bệnh Hodgkin, bệnh bạch cầu thể tủy. Nhiều khi không tìm thấy nguyên nhân và có tính cách gia đình.
- Giảm: không có giá trị chẩn đoán. Thường gặp trong các bệnh nhiễm khuẩn cấp tính và làm mủ.

### 3.2.3. Thay đổi tỷ lệ bạch cầu ưa bazơ:

Tăng trong một số bệnh ngoài da, đặc biệt tăng sau khi điều trị bằng quang tuyến các bệnh bạch cầu thể tủy, bệnh Hodgkin.

### 3.2.4. Thay đổi tỷ lệ bạch cầu lympho:

Thường tăng trong các bệnh kinh điển như lao phổi. Tăng rất cao trong bệnh bạch cầu kinh thể tân.

### 3.2.5. Thay đổi tỷ lệ bạch cầu đơn nhân to:

Tăng trong các bệnh có tổn thương ở hệ thống tổ chức lên võng nội mô: bệnh Hodgkin, viêm màng trong tim bán cấp osler.

## 4. Tiểu cầu.

Bình thường có từ 150.000/mm<sup>3</sup> đến 300.000/mm<sup>3</sup> ở người lớn. Trẻ em khoảng 400.000/mm<sup>3</sup>.

- Giảm: khi số lượng xuống dưới 80.000/mm<sup>3</sup>, gặp trong một số hội chứng chảy máu, (tiền phát hoặc hậu phát).
- Tăng: không có giá trị và ý nghĩa lâm sàng.
- Thay đổi về chất: có khi số lượng tiểu cầu vẫn bình thường, nhưng kích thước to. Độ tập trung kém.

Trong một số trường hợp bệnh lý, ta thấy cả hồng cầu, bạch cầu và tiểu cầu ở máu ngoại biên đều giảm: hội chứng giảm toàn bộ huyết cầu

## 5. Các xét nghiệm về đông máu, cầm máu:

### 5.1. Đo sức bền của thành mạch:

Làm nghiệm pháp dây thắt, ống giác, kim châm (xem bài thiếu máu).

### 5.2. Đo thời gian máu chảy:

Thời gian này không những chỉ phát hiện yếu tố thành mạch, mà còn phát hiện cả yếu tố tiểu cầu. Trung bình khoảng 2-5 phút. Thời gian kéo dài: khi quá 15 phút máu còn chảy.

### 5.3. Xét nghiệm tiểu cầu: Số lượng, hình thể, độ tập trung (xem phần trên).

### 5.4. Đo thời gian đo cục huyết:

Bình thường từ 2- 4 giờ, trong ống nghiệm, cục huyết đo lại rõ rệt. Sau 8 giờ, thể tích cục huyết chỉ còn bằng 1/3 thể tích lúc đầu. Trong bệnh thiếu tiểu cầu, cục huyết không co lại được.

### 5.5. Đo thời gian đông máu:

Bình thường từ 7-15 phút. Trên 25 phút là bệnh lý rõ rệt. Từ 15 – 25 phút là nghi ngờ, cần làm lại hoặc theo dõi thêm.

### 5.6. Đo thời gian Howel (thời gian đông huyết tương).

Cho citrat vào máu để chống đông (citrat làm kết tủa Ca trong máu). Sau đó lại cho Ca vào chỗ huyết tương này. Thời gian làm huyết tương đông lại là thời gian Howel. Bình thường từ 2-4 phút (xét nghiệm tiến hành ở nhiệt độ 37°C. Kéo dài trong bệnh máu không đông (hémophilie).

### 5.7. Nghiệm pháp chịu đựng heparin:

Để kiểm tra tình trạng máu dễ đông hay khó đông. Thường áp dụng trong các bệnh hay gây huyết khối như viêm tĩnh mạch, nhồi máu cơ tim.

Phương pháp tiến hành theo Oulier: dựa trên nguyên tắc lấy huyết tương cho vào các dung dịch heparin – canxi ở đậm độ khác nhau trong nhiều ống rồi tính thời gian Howel (thời gian đông huyết tương). Phải làm song song với huyết tương người bình thường để làm chứng.

Kết quả: bình thường, huyết tương ở ống nghiệm thứ tư (có 2 đơn vị heparin) đông từ 8-15 phút. Nếu đông nhanh là tình trạng dễ đông (đề phòng có huyết khối xảy ra).

### 5.8. Thời gian Quick:

Prothrombin rất cần thiết cho việc đông máu để cấu tạo thành thrombin. Hiện tại ta chưa định lượng được chất này, mà chỉ biết giá trị của nó qua phương pháp tính thời gian Quick. Phương pháp này dựa trên nguyên tắc tính thời gian đông của huyết tương đã được kháng đông bằng Natri citrat hay Oxalat, nay lại được đặt trong môi trường có Ca đồng thời có thừa Thromboplastin.



Kết quả: bình thường thời gian Quick là 12 giây với tỷ giá prothrombin là 100% (phải so sánh với một người được chọn làm chứng).

Thời gian Quick dài và tỷ giá prothrombin hạ trong các bệnh về gan: vàng da, xơ gan... do thiếu vitamin K và nhiễm độc thuốc chống đông dicumarol.

#### 5.9. Nghiệm pháp tiêu thụ prothrombin:

Để đo gián tiếp lượng thromboplastin trong huyết tương. Dựa trên nguyên tắc: trong quá trình đông máu, toàn bộ lượng thromboplastin trong huyết tương được dùng để chuyển một phần prothrombin thành thrombin. Phần prothrombin còn lại gọi là prothrombin cặn.

Bình thường tỷ lệ prothrombin cặn từ 10 đến 20% (như vậy là đã có từ 80 – 85% prothrombin chuyển thành thrombin dưới tác dụng của thromboplastin). Khi tỷ lệ prothrombin cặn tăng cao (có khi đến 60% - 80%) chứng tỏ là số lượng thromboplastin huyết tương bị giảm sút. Do vậy, qua nghiệm pháp tiêu thụ prothrombin, ta tính được gián tiếp số lượng thromboplastin huyết tương.

#### 5.10. Nghiệm pháp sinh thromboplastin:

Còn gọi là nghiệm pháp Biggs-Douglas. Nghiệm pháp cho biết trực tiếp số lượng thromboplastin và phân tích hệ thống của chất này cùng các rối loạn.

#### 5.11. Định lượng fibrinogen:

Bình thường là 3-5g trong một lít huyết tương. Dưới 3g có thể ảnh hưởng đến việc đông máu, gặp về các bệnh tổn thương tế bào gan.

#### 5.12. Chi đàn tính máu đông thromboélastographie.

Đây là một xét nghiệm rất mới do Harter phát hiện, xét nghiệm cho biết toàn bộ về quá trình đông máu để bổ sung các xét nghiệm đã kể trên, nhưng không thể thay thế được biểu đồ đàn tính máu đông bình thường biểu diễn với hình thức một âm thoa. Các hằng số chiều dài biểu hiện thời gian đông máu. Hằng số chiều dọc hay còn gọi là biên độ cực đại cho biết hoạt động tiểu cầu – fibrinogen.

**TỰ LƯỢNG GIÁ**

1. Thời gian máu đông ở người bình thường khoảng:  
A. 0-2 phút  
B. 2-5 phút  
C. 5-7 phút  
D. 7-15 phút
2. Phân biệt các hình thái xuất huyết dựa vào đặc điểm:  
A. Không nổi gờ  
B. An không mất  
C. Không ngứa  
D. Kích thước
3. Nguyên nhân hàng đầu gây tăng bạch cầu ái toan ở Việt Nam:  
A. Suy tuỷ  
B. Nhiễm khuẩn làm mủ  
C. Bệnh Hodgkin  
D. Nhiễm ký sinh trùng
4. Trường hợp nào sau đây thực tế không có:  
A. Thiếu máu đẳng sắc hồng cầu to  
B. Thiếu máu nhược sắc  
C. Thiếu máu đẳng sắc đẳng bào  
D. Thiếu máu ưu sắc
5. Cách lấy máu làm xét nghiệm đếm hồng cầu:  
A. Lấy ở trái tay  
B. Lấy vào lúc sốt  
C. Lấy số lượng nhiều  
D. Lấy lúc đói
6. Bình thường bạch cầu đa nhân trung tính chiếm khoảng:  
A. 15-30%  
B. 2-4%  
C. 4-8%  
D. 55-70%
7. Hồng cầu có  $d=9-12\text{mm}$ . xếp loại:  
A. Hồng cầu bé  
B. Hồng cầu đại  
C. Hồng cầu hình bi  
D. Hồng cầu to
8. Xuất huyết chỉ có ở chi, không có tụ máu trong cơ. Nghĩ đến:  
A. Rối loạn đông máu  
B. Bệnh lý tiểu cầu  
C. Tán huyết  
D. Viêm thành mạch dị ứng
9. Nghiệm pháp Lacet (+) chứng tỏ:  
A. Sốt xuất huyết (+)  
B. Thiếu máu tán huyết  
C. Nhiễm siêu vi  
D. Sức bền thành mạch kém
10. Thời gian máu chảy ở người bình thường khoảng:  
A. 7-15 phút  
B. 0-2 phút  
C. 5-7 phút  
D. 2-5 phút

## MỘT SỐ HỘI CHỨNG HUYẾT HỌC

BS.CKI. Nguyễn Văn Thịnh

### MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Mô tả những dấu hiệu đặc trưng của các hội chứng huyết học.
2. Trình bày cách chẩn đoán phân biệt các hội chứng huyết học.
3. Nêu nguyên nhân của các hội chứng huyết học.

### HỘI CHỨNG THIẾU MÁU

Thiếu máu là hiện tượng giảm số lượng hồng cầu, hoặc giảm nồng độ huyết cầu trong máu ngoại biên.

Sự tổng hợp nên globin trong huyết sắc tố cần phải có protein, vitamin B<sub>12</sub> và acid folic. Cấu tạo của Hem cần vitamin B<sub>6</sub> và sắt. Thiếu một trong những chất trên sẽ là nguyên nhân thiếu máu.

Hồng cầu bị tiêu diệt trong hệ lưới nội mô gồm gan, lách, tuỷ, chủ yếu là lách. Hồng cầu già được thực bào bởi mô võng mô.

Vì vậy, thiếu máu được biểu hiện bởi các thay đổi bất thường của hệ võng nội mô.

#### 1. Triệu chứng lâm sàng:

Có một số triệu chứng chung cho mọi loại thiếu máu, bất kỳ do nguyên nhân nào:

- Xanh xao ở da và niêm mạc. Thường rõ nhất ở lòng bàn tay, mô móng các ngón, niêm mạc mắt, miệng, họng...
- Các rối loạn thần kinh: dễ bị ngã, thoáng ngất. Thường ù tai, hoa mắt, chóng mặt, nhất là khi đang ngồi mà đứng lên, người rất hay mệt.
- Cảm giác trống ngực đập mạnh, nhất là khi hơi gắng sức. Khám thấy tim đập nhanh, có thể nghe tiếng thổi tâm thu chức năng. Tùy theo mức độ và thời gian thiếu máu, diện tim to ra và có bệnh cảnh suy tim rõ rệt nhưng cần nhớ là ở đây ít khi thấy tím tái do tỷ lệ huyết sắc tố thấp.
- Rối loạn tiêu hoá: chán ăn, nôn, tiêu chảy, hoặc táo bón.
- Ở phụ nữ còn thấy bế kinh, nam giới bất lực.
- Chuyển hoá cơ bản hơi tăng và nhiều khi người bệnh thấy sốt nhẹ.

Trường hợp thiếu máu do tan máu hoặc do chảy máu trong nhiều lần ngoài các dấu hiệu trên, còn có thể thấy vàng da rõ hoặc nhẹ. Khi thăm khám lâm sàng cần chú ý đến hệ thống gan, lách và hạch.

## 2. Các xét nghiệm cần làm:

Lâm sàng khó quyết định được thiếu máu, nhất là xác định mức độ thiếu máu. Do vậy cần phải tiến hành đếm hồng cầu và làm một số xét nghiệm để xác nhận chẩn đoán, nhất là chẩn đoán căn nguyên.

### 2.1. Làm công thức máu:

Cho biết mức độ chính xác của thiếu máu, ngoài ra còn biết được hình dáng, kích thước, màu sắc hồng cầu. Công thức máu còn cho biết số lượng bạch cầu, tỷ lệ bạch cầu các loại, tiểu cầu.

### 2.2. Đo số lượng huyết cần tố:

Phương pháp Sabli thường dùng tính tỷ lệ phần trăm đơn giản, nhưng ít chính xác. Nếu được, đo số lượng (bình thường 12-18g Hb/100ml máu).

### 2.3. Giá trị hồng cầu:

Bình thường là 1. Lúc đó gọi là thiếu máu đẳng sắc. Khi lớn hơn 1 gọi là thiếu máu ưu sắc, bé hơn 1 gọi là thiếu máu nhược sắc.

### 2.4. Hematocrit.

Đó là thể tích hồng cầu. Bình thường là 43,5%.

### 2.5. Thể tích trung bình của 1 hồng cầu:

Bình thường thể tích của một hồng cầu là  $88 \text{ mm}^3$ .

- Khi thể tích từ 80 đến  $100 \text{ mm}^3$  ta có thiếu máu hồng cầu trung bình (normocytaire).
- Khi dưới  $80 \text{ mm}^3$ : thiếu máu hồng cầu nhỏ (microcytaire).
- Khi trên  $100 \text{ mm}^3$ : thiếu máu hồng cầu to (macrocytaire).

Thường thường trong thiếu máu, các kết quả giá trị hồng cầu và thể tích hồng cầu ăn khớp với nhau:

- Thiếu máu hồng cầu to thường ưu sắc.
- Thiếu máu hồng cầu trung bình thường đẳng sắc.
- Thiếu máu hồng cầu nhỏ thường nhược sắc.

### 2.6. Nồng độ trung bình về huyết sắc tố của hồng cầu

Tức là tính số lượng huyết sắc tố chứa trong 100ml hồng cầu. Bình thường là 33-35g. Khi tỷ lệ này thấp, chứng tỏ bệnh thiếu máu nhược sắc thực sự và lúc đó nguyên nhân chủ yếu là thiếu sắt.

### 2.7. Tuỷ đỏ:

Cho biết phản ứng của tuỷ về sự sinh sản hồng cầu và phát hiện được các tế bào lạ.

## 2.8. Xét nghiệm phân:

Tìm ký sinh vật ruột, đặc biệt chú ý tới giun móc. Thường người ta làm phản ứng Weber Meyer để tìm hồng cầu trong phân.

## 3. Chẩn đoán nguyên nhân:

### 3.1. Dựa vào hình thái, màu sắc hồng cầu:

- Thiếu máu hồng cầu và huyết sắc tố bình thường (đẳng sắc): tất cả mọi tính chất của hồng cầu bình thường, hoặc hơi kém một ít. Chỉ có số lượng hồng cầu giảm nhiều.
- Thiếu máu hồng cầu to, huyết sắc tố nhiều (ưu sắc).
- Thiếu máu hồng cầu nhỏ và huyết sắc tố ít (nhược sắc).

### 3.2. Theo nguyên nhân:

- Loại thiếu máu hồng cầu to (ưu sắc): căn bản loại này là thiếu vitamin B<sub>12</sub> hay acid Folic. Loại này có:
  - Bệnh thiếu máu ác tính Biermer.
  - Các bệnh thiếu máu Biermer (para-biermérience) do cắt đoạn dạ dày.
  - Bệnh Spru: tiêu hoá bị rối loạn, không hấp thụ được vitamin B<sub>12</sub>.
- Loại thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc: đa số loại này là do thiếu chất sắt. Trong loại này có:
  - Mất máu kinh điển: rỉ rả nhiều năm như trong trĩ, ung thư dạ dày, ung thư trực tràng, u xơ tử cung, loét dạ dày tá tràng.
  - Các bệnh về dạ dày, ruột: khả năng hấp thu sắt ở ruột kém.
  - Bệnh xanh lợt của thiếu nữ. Thường là những thiếu nữ trẻ, nguyên nhân có lẽ do nội tiết.
- Thiếu máu hồng cầu bình thường, đẳng sắc:
 

Loại này chia làm ba nhóm:

  - Thiếu máu do thiếu năng cơ quan tạo huyết trung ương: trong các bệnh suy tủy, xơ tủy.
  - Thiếu máu do huỷ hoại quá mức hồng cầu của ngoại biên: các bệnh thiếu máu tan máu có thể do tiên thiên hay hậu phát: sốt rét, sốt vàng da có tiểu ra huyết sắc tố, nhiễm khuẩn, nhiễm độc, (H<sub>2</sub>S và chì).
  - Thiếu máu sau khi mất máu cấp.
- Nguyên nhân khác:
  - Có thai

- Bệnh nội tiết như phù niêm.
- Xơ gan.
- Viêm thận mạn tính.
- Hội chứng nhiễm khuẩn.
- Ung thư.
- Các bệnh máu ác tính. Loại thiếu máu này có thể đẳng sắc, ưu sắc, hoặc nhược sắc.

## **HẠCH TO**

Thường mọi bệnh lý của hệ thống tổ chức tân đều biểu hiện trên lâm sàng bằng hạch to. Do đó chẩn đoán hạch to cho ta một ý niệm rõ ràng về những bệnh của hệ thống này.

Chẩn đoán nguyên nhân hạch to thường dễ. Nhưng nếu hạch to là triệu chứng duy nhất hoặc nổi bật thì vấn đề chẩn đoán thường khó khăn. Lúc đó cần tiến hành chọc hạch hoặc sinh thiết hạch để có chẩn đoán quyết định.

### **1. Khám hạch:**

#### **1.1. Vị trí hạch:**

Thường hạch to ở dưới hàm, hai bên cổ phía sau cơ ức đòn chũm, hố thượng đòn, nách, bẹn, khoeo chân, khuỷu tay.

Hạch nửa người trên thường là hạch lao, hạch ung thư hay hạch trong bệnh Hodgkin.

Hạch bẹn thường nghĩ đến bệnh hoa liễu, ung thư hạch...

Cần xem hạch ở một bên hoặc hai bên, và nếu có cả hai bên, cần xem có đều nhau không?

#### **1.2. Thể tích và mật độ:**

Cần xem hạch to hay nhỏ:

- Hạch lao, hạch viêm thường, hạch di căn ung thư, hạch trong các bệnh bạch huyết thường nhỏ.
- Ung thư hạch hoặc hạch trong bệnh Hodgkin thường to hơn.

Chú ý xem mật độ hạch rắn hay mềm:

- Hạch lao trong giai đoạn đầu hoặc giai đoạn bã đậu hoá, hạch viêm thường mềm.
- Hạch ung thư, Hodgkin thường rắn.
- Hạch trong các bệnh bạch cầu, mật độ thường chắc.

### 1.3. Hình thể:

- Hạch tròn đều nhẵn, bờ rõ rệt gặp trong bệnh bạch cầu.
- Hạch lao, ung thư thường dính vào nhau làm thành từng đám hoặc dính vào mô xung quanh nên lổn nhổn không đều, khó giới hạn rõ rệt..

### 1.4. Độ di động:

Trong bệnh bạch cầu hoặc hạch di căn ung thư, thường hạch nọ tách rời hạch kia nên di động dễ dàng.

Trái với hạch ung thư, hạch lao di động trong giai đoạn đầu nhưng sau thường dính vào da hoặc mô xung quanh nhưng cũng khó di động.

### 1.5. Đau, nóng:

- Hạch viêm cấp thường đau, nóng, đỏ.
- Hạch ung thư, lao, hạch trong bệnh bạch cầu thường không đau. Tuy nhiên, khi hạch phát triển, chèn ép vào các dây thần kinh bên cạnh, gây đau một vùng đó.
- Hạch bội nhiễm, hạch có thể đỏ lên và đau..

### 1.6. Tiến triển:

- Hạch của bệnh Hodgkin xuất hiện từng đợt.
- Hạch lao tiến triển chậm hơn hạch ung thư.
- Hạch có lỗ rò hoặc sẹo cũ rúm nhĩ nhiều đến hạch lao, nhất là ở cổ (tràng nhạc).

Cần chú ý đến các vết sẹo trên các hạch to.

## 2. Chẩn đoán phân biệt:

- Các u nang, u mỡ dưới da: thường mềm hơn và nhiều khi không ở trong những vùng của hạch bạch huyết.
- U nang bướu giáp trạng đơn thuần hoặc nhân giáp trạng: di động theo nhịp nuốt, mật độ thường mềm hơn, nhất là u nang.
- Thoát vị bẹn: có thể đẩy lên được.
- U trung thất: rất khó phân biệt, cần chụp cắt lớp.
- U mạc treo: rất khó phân biệt với hạch.

## 3. Chẩn đoán nguyên nhân:

### 3.1.1. Hạch viêm cấp tính:

- Viêm nhiễm gây sưng tấy một vùng: viêm họng gây hạch to ở dưới hàm, nốt dưới đùi, zona ở ngực có hạch ở nách.

- Một số bệnh sốt phát ban thành dịch: như bệnh Dengue, bệnh rubella. Hạch nổi ban đỏ khắp người, đau các đầu xương, sốt. Bệnh gây thành dịch, lành tính.
- Bệnh nhiễm khuẩn có tăng bạch cầu đơn nhân: hạch nổi lên ở nhiều nơi, không đau, dễ di động, mật độ chắc. Người bệnh có sốt cao, cũng phát ban khắp người như rubella, nhưng khi thử máu thấy bạch cầu đơn nhân tăng nhiều, bệnh lành tính.

### 3.1.2. Bệnh viêm mạn tính:

- Hạch do cơ địa: thường thấy ở một số người gầy yếu, sức khỏe toàn thân kém. Hạch thường ở bẹn, nhỏ, di động dễ, không đau. Mật độ chắc. Hạch sẽ hết khi sức khỏe toàn thân khá hơn, không cần điều trị gì.
- Hạch trong bệnh hoa liễu: giang mai, bệnh Nicolas Favre
- Hạch lao: lúc đầu, thường hạch ở hai bên cổ, trước và sau cơ ức đòn chũm, sau mới lên hạch sau gáy, hố thượng đòn, ít khi gặp hạch to ở nách và bẹn. Hạch nổi thành từng chuỗi (tràng nhạc). Cũng có khi chỉ có một hạch to nổi lên một bên cổ.

### 3.1.3. Hạch ung thư:

- Ung thư hạch: thường hạch có kích thước to, mật độ rắn, ít di động vì dính vào tổ chức ở sâu. Chẩn đoán quyết định bằng sinh thiết hạch thấy tế bào ung thư.
- Ung thư di căn: thường ung thư vú có di căn hạch nách, ung thư tử cung, dương vật di căn hạch bẹn, ung thư dạ dày di căn hạch cổ... chẩn đoán bằng tìm thấy ổ ung thư tiên phát hoặc sinh thiết hạch thấy có tế bào ung thư di căn.

### 3.1.4. Hạch to trong các bệnh về máu:

- Bệnh bạch cầu:
  - Bạch cầu kinh thể lympho: hạch to nhiều nơi, cả hai bên, độc lập với nhau và di động.
  - Bạch cầu cấp: hạch ít và nhỏ hơn, nổi nhiều ở hàm và cổ.
- Bệnh Hodgkin: hạch thường nổi đầu tiên ở hố thượng đòn bên trái, kích thước có thể nhỏ như hạt táo cũng có thể to như quả cam. Chẩn đoán xác định bằng sinh thiết hạch, thấy có hình thái đa dạng tế bào và nhất là thấy loại tế bào Sternberg.

## 4. Ứng dụng thực tế:

Đứng trước một người có hạch to cần phải:

- Kiểm tra kỹ những bộ phận có cùng một loại mô như hạch: gan, lách, amidan...



- Theo dõi tính chất nơi khu trú và tiến triển của hạch, tình trạng toàn thân: sốt, xanh xao, chảy máu...
- Thực hiện một số xét nghiệm:
  - Công thức máu.
  - Sinh thiết hạch.

Trừ những bệnh về máu gây hạch to như các bệnh bạch cầu hoặc các bệnh sốt phát ban trong đó hạch to chỉ là một triệu chứng không quan trọng lắm, còn nói chung nếu hạch to là triệu chứng nổi bật thì phải tiến hành sinh thiết hạch để chẩn đoán chính xác.

• **Bảng tóm tắt:**

Bệnh	Tính chất hạch	Triệu chứng đi kèm	X.nghiệm cần làm
Lao	- Bắt đầu ở cổ rồi lan xuống dưới. - Bao giờ cũng có hạch cứng, hạch mềm. Có thể có lỗ rò. - Tiến triển chậm.	- Gặp ở người trẻ tuổi. - Sức khỏe toàn thân tương đối tốt trong thời gian dài.	- Phản ứng bì (+). - Sinh thiết hạch thấy tế bào khổng lồ, hang lao và bã đậu.
Ung thư hạch	- To cả hai bên - Rất rắn, dễ bị loét - Dính nhau hoặc vào các mô xung quanh - Chèn ép bó mạch thần kinh bên cạnh. - Tiến triển nhanh	- Gặp nhiều ở người có tuổi - Sức khỏe toàn thân suy sụp nhanh. - Bệnh tiến triển liên tục.	Sinh thiết hạch thấy tế bào ung thư.
Hodgkin	- Hạch nhiều, cái to, cái nhỏ, thường ở hố thượng đòn trước. - Hơi rắn, lúc đầu di động dễ, riêng rẽ. - Không bao giờ rò.	- Gặp nhiều ở người có tuổi - Tiến triển từng đợt: sốt ngửa. - oàn thân suy sụp dần. - Có thể có hạch ở nội tạng, trung thất, ở bụng.	Sinh thiết hạch thấy hình thức đa dạng tế bào, có nhiều Sternberg.
Bệnh bạch cầu	- Hạch to đều hai bên nhiều nơi. - Di động dễ dàng, bờ tròn nhẵn, dễ giới hạn. - Không bao giờ rò.	<b>Bạch cầu kinh:</b> - Người có tuổi. - Có thể thêm lách to. - Thiếu máu ít. <b>Bạch cầu cấp:</b> - Trẻ tuổi - Sốt, chảy máu. - Thiếu máu nhiều	- Bạch cầu tuỷ tăng cao. - Không cần làm sinh thiết hạch.

## LÁCH TO

Lách to là một triệu chứng gặp trong nhiều bệnh, nhưng thường nhất là các bệnh về máu và những bệnh của hệ thống tĩnh mạch cửa, các bệnh của gan.

Vì là một dấu hiệu thực thể rất có giá trị trong các loại bệnh kể trên, nên khi thăm khám lâm sàng cần hết sức chú ý phát hiện lách to.

### 1. Khám lâm sàng:

Lách nằm lẫn trong lồng ngực, không sờ thấy được, trừ ở trẻ nhỏ, thành bụng nhão.

Chỉ gõ được vùng đục của lách ở đường nách sau, cao độ 2-3cm trong khoảng từ D9 – D11.

#### 1.1. Nhìn:

Khi lách to nhiều có thể thấy một vòm nổi lên dưới bờ sườn trái. Trường hợp này ít thấy và không được chính xác.

#### 1.2. Sờ nắn:

Sờ nắn để xác định của lách ở phía dưới bờ sườn. Người bệnh nằm ngửa hoặc hơi nghiêng về bên phải, tay trái giơ cao lên đầu.

Thầy thuốc ngồi bên phải người bệnh. Dùng tay phải đặt nằm lên hạ sườn trái người bệnh ở giữa đường nách trước và đường thẳng dọc kẻ qua giữa xương đòn, vì lách di động theo nhịp thở, nên người bệnh hít vào thật sâu, lách sẽ đụng vào các ngón tay ta.

Cũng có thể ngồi bên trái người bệnh. Khi đó người bệnh nằm nghiêng hẳn về bên phải.

Dùng các đầu ngón tay làm móc, móc nhẹ về bờ dưới xương sườn vùng lách. bảo người bệnh hít vào thật sâu, có thể thấy được cực dưới của lách.

Trường hợp lách to nhiều xuống phía dưới thì dùng hai bàn tay: một phía trên bụng, một phía dưới lưng để giới hạn vị trí của lách và nhận thấy rõ chỗ eo vào của lách.

Đồng thời với cách khám này ta sẽ không thấy dấu hiệu bập bênh thận hoặc dấu hiệu chạm thắt lưng.

#### 1.3. Gõ:

Để biết vùng đục của lách ở phía trong lồng ngực, cần gõ mạnh từ trên xuống dưới theo đường nách. Ranh giới giữa vùng trong của phổi với vùng đục của lách cho biết cực trên của lách.

Trường hợp lách to có thể chẩn đoán một phần vùng Traube của dạ dày, lúc đó gõ vùng này cũng thấy đục.

Lách to thường theo hai chiều: chiều thẳng đứng đi xuống hố chậu và đường nằm ngang đi ra giữa bụng. Tuy nhiên có thể chỉ to theo đường thẳng đứng (lách đứng) hoặc chỉ to theo đường nằm ngang (lách nằm) không có giá trị về phương diện chẩn đoán xác định lách to cũng như chẩn đoán nguyên nhân bệnh.

Có khi người ta chia lách to theo số:

- Lách số 1: quá bờ sườn 2cm.
- Lách số 2: quá bờ sườn 4cm.
- Lách số 3: đến rốn.
- Lách số 4: quá rốn.

#### 1.4. Nghiệm pháp co lách.

Lách có thể thay đổi thể tích do co lại vì nhiều nguyên nhân khác nhau như khi gắng sức, cảm động, ngạt thở, chảy máu nhiều...

Ta có thể xác định mức độ co lại của lách bằng cách tiêm phòng 1mg adrenalin vào dưới da, sau đó theo dõi:

- 15 phút sau khi tiêm, thể tích lách co lại.
- Đếm số lượng hồng cầu máu ngoại biên từng 5 phút một. Thường số lượng hồng cầu tăng nhiều nhất sau 10 phút, số lượng tiểu cầu tăng cũng nhanh. Số lượng bạch cầu tăng chậm hơn.

Ngoài việc chẩn đoán xác định, nghiệm pháp co lách còn giúp cho biết tình trạng xơ hoá của lách.

#### 1.5. Các kỹ thuật khác:

- Chọc dò lách: rất ít khi áp dụng vì tai biến chảy máu.
- Xquang ít giúp cho chẩn đoán xác định lách to. Thường chỉ dùng để chẩn đoán phân biệt với các khối u khác ở hạ sườn trái.

## 2. Chẩn đoán phân biệt.

Trường hợp lách to trung bình, thường dễ chẩn đoán bằng phương pháp kể trên. Khi lách to ít, hoặc ngược lại lách quá to, choáng hết hố chậu trái, có khi cả hố chậu phải. Lúc đó cần chẩn đoán phân biệt với:

#### 2.1. Thận trái to:

- Khối u của thận tròn hơn, ở sâu hơn, bờ trong không có chỗ lõm vào.
- Có thể thấy dấu hiệu bập bênh thận hoặc chạm thắt lưng.
- Gõ phía trước thường trong vì có đại tràng đi ngang qua, khác với lách to, nằm phía trong đại tràng ngang.

Trường hợp khó phân biệt, cần chụp thận với thuốc cản quang để biết rõ hình dáng, kích thước thận và bể thận. Dù sao nhiều trường hợp vẫn có thể nhầm.

#### 2.2. Khối u đại tràng ngang góc lách:

- Khối u tròn, nắn thấy giới hạn, di động dễ hơn.
- Có những rối loạn tiêu hoá, đặc biệt là hội chứng Koenig.

Muốn phân biệt chắc chắn thì dùng Xquang: bơm thuốc cản quang vào đường hậu môn, nếu khối u của đại tràng thấy rõ hình khuyết.

#### 2.3. Khối u dạ dày:

- Ở sâu.
- Có rối loạn về tiêu hoá.

#### 2.4. Thùy trái gan to:

Trong một số trường hợp, thùy trái của gan lấn hẳn sang bờ sườn trái, khó hơn nữa là vừa gan to vừa lách to. Lúc đó gõ ta sẽ thấy một đường phân biệt giữa vùng đục của gan với vùng đục của lách khác với vùng đục liên tục trong thùy trái gan to.

#### 2.5. Khối u thượng thận:

Thường có kèm theo các rối loạn nội tiết. Cụ thể phân định bằng chụp bụng sau khi bơm hơi màng bụng.

Ngoài ra có thể nhầm lách to với khối u mạc treo, khối u tụy tạng, viêm cơ hạ sườn trái, lao hạch màng bụng.

### **3. Chẩn đoán nguyên nhân:**

#### 3.1. Lách to mạn tính:

Loại này thường gặp nhất trên lâm sàng và chẩn đoán nguyên nhân cũng khó hơn:

- Bệnh bạch cầu kinh thể tân: thường là người có tuổi, hạch to đều thành chuỗi hai bên.
- Bệnh Hodgkin: gặp ở người trẻ hơn, hạch thường ở cổ, ở nách, không đối xứng, ngứa nhiều.
- Bệnh Vaquez: da, niêm mạc tím sẫm, gan hơi to. Số lượng hồng cầu tăng rất cao.
- Lao lách: có thể tăng hồng cầu.
- Lách to kèm theo tăng tuỷ bào:

- Lách to kèm theo hội chứng thiếu máu do tan máu: bệnh Minkowski, chauffard, các bệnh máu của huyết sắc tố, nhiễm độc, nhiễm khuẩn, ký sinh vật, các bệnh ác tính ...
- Lách to trong các bệnh gan tĩnh mạch cửa: thường là lách to xơ hoá và xung huyết nhiều, làm cho người bệnh rất dễ có nguy cơ bị chảy máu đường tiêu hoá do vỡ phồng tĩnh mạch thực quản.

### 3.2. Lách to trong các nguyên nhân khác:

- Nhiễm ký sinh vật: sốt rét, nhiễm ký sinh trùng ...
- Các bệnh khác: bệnh Banti, bệnh lao, bệnh u nang nước lách, rối loạn chuyển hóa mỡ ...

### 3.3. Lách to cấp tính:

Trong những trường hợp này, lách to chỉ là một dấu hiệu tức thời hoặc rất phụ, nằm trong một bệnh cảnh có nhiều đặc điểm.

Thường gặp lách to trong:

- Nhiễm khuẩn máu do các loại vi khuẩn mũ thường.
- Thương hàn hoặc phó thương hàn.
- Viêm màng trong tim cấp hoặc bán cấp, lao kê, xoắn khuẩn Rickettsia...

Cần nhớ có ba bệnh cấp tính, trong đó lách to là một dấu hiệu quan trọng bao gồm:

- Bệnh bạch cầu cấp: trẻ tuổi, sốt cao, chảy máu dưới da, hạch to có viêm họng. Huyết đồ thấy bạch cầu tăng cao, đa số là non. Có khoảng trống tế bào.
- Bệnh viêm màng trong tim Osler: người bệnh thường có bệnh tim cũ, sốt dai dẳng, cấy máu có thể (+).
- Bệnh tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm khuẩn: người bệnh sốt, viêm họng, nổi hạch ở cổ. Huyết đồ thấy tăng monocyt nhiều trong máu. Làm phản ứng Paul Burne thấy (+).

## TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Đây là những yếu tố cần thiết để tổng hợp globin, NGOẠI TRỪ:
 

A. Sắt	B. Protein
C. Vitamin B <sub>12</sub>	D. Acid folic
2. Giá trị của hematocrit ở người bình thường là:
 

A. 42-44%	B. 44-46%
C. 40-42%	D. 46-48%
3. Bệnh lý thiếu máu hồng cầu to:
 

A. Biermer	B. U xơ tử cung
C. Spru	D. Cắt đoạn dạ dày
4. Hạch mềm nghĩ đến những bệnh lý sau, NGOẠI TRỪ:
 

A. Hạch lao giai đoạn đầu	B. Hạch lao giai đoạn bã đậu hóa
C. Hạch viêm	D. Hoạch Hodgkin
5. Tràn hạch là biểu hiện điển hình của:
 

A. Hạch lao	B. Hạch ung thư
C. Hạch viêm	D. Hạch Kaposi
6. Đặc điểm nào đúng với hạch to cơ địa:
 

A. Người mập hoặc béo phì	B. Người có sức miễn dịch cao
C. Thường ở bẹn	D. Không di động
7. Khi khám lâm sàng, vị trí của hạch ở khoảng:
 

A. Từ D <sub>6</sub> đến D <sub>8</sub>	B. Từ D <sub>7</sub> đến D <sub>9</sub>
C. Từ D <sub>8</sub> đến D <sub>10</sub>	D. Từ D <sub>9</sub> đến D <sub>11</sub>
8. Phân loại hạch to số 2 tương ứng với:
 

A. Quá bờ sườn 1cm	B. Quá bờ sườn 2cm
C. Quá bờ sườn 3cm	D. Quá bờ sườn 4cm
9. Những trường hợp sau cần chẩn đoán phân biệt với hạch to, NGOẠI TRỪ:
 

A. Thận phải to	B. Khối u đại tràng ngang
C. Khối u dạ dày	D. Thùy trái gan to

## BỆNH BẠCH CẦU CẤP

BS.CKI. Nguyễn Văn Thịnh

### MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Nêu các nguyên nhân gây bệnh bạch cầu cấp.
2. Mô tả các biểu hiện lâm sàng của bệnh bạch cầu cấp.
3. Trình bày cách chẩn đoán và xử trí bệnh bạch cầu cấp.

### ĐẠI CƯƠNG

Bạch cầu cấp là bệnh máu ác tính trong đó chủ yếu là tăng sinh bạch cầu non loại chưa biệt hóa hoặc biệt hóa rất ít, do đó trong tuỷ đồ và huyết đồ có khoảng trống bạch cầu.

Hiện nay chưa xác định được nguyên nhân, bệnh thường gặp ở trẻ em và người trẻ tuổi không phân biệt nam và nữ. Tuy nhiên người ta cũng công nhận một số yếu tố thuận lợi.

Những người thường xuyên tiếp xúc với tia X hoặc các tia phóng xạ như những người làm việc ở khoa X quang hoặc công nhân mỏ đất hiếm, những người thường xuyên tiếp xúc với hóa chất độc hại. Có tác giả còn cho rằng do virus, nhất là virus cúm trong cúm ác tính.

Những đặc trưng chủ yếu:

- Lấn át dòng hồng cầu: hồng cầu được sản sinh ra ít, hậu quả là thiếu máu trên lâm sàng và xét nghiệm.
- Lấn át dòng tiểu cầu: thiếu tiểu cầu nên lâm sàng có hội chứng xuất huyết với tính chất xuất huyết giảm tiểu cầu - xét nghiệm dòng tiểu cầu cũng giảm.
- Bản thân dòng bạch cầu mặc dù tăng về số lượng nhưng thiếu những bạch cầu trưởng thành nên khả năng chống nhiễm trùng bị suy giảm.
- Những tế bào non chưa biệt hóa rất dễ thâm nhập vào những tổ chức liên võng như gan, lách, hạch làm cho những tổ chức này to ra.

Với cách giải thích này ta dễ dàng hiểu được tại sao thể điển hình biểu hiện bằng những hội chứng lâm sàng tương ứng mà chúng tôi sẽ trình bày sau đây.

### TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

#### 1. Thể điển hình:

Mặc dù gọi là thể điển hình nhưng triệu chứng lâm sàng chỉ mang tính chất gợi ý để ta nghĩ đến một bệnh về máu còn quyết định chẩn đoán phải dựa vào huyết đồ và tuỷ đồ.

### 1.1. Triệu chứng lâm sàng:

- Sốt: là dấu hiệu đầu tiên và bao giờ cũng có. Thường là sốt cao liên tục có thể dao động. Sốt kéo dài suốt quá trình tiến triển của bệnh, các thuốc hạ sốt thông thường không hạ được sốt chỉ khi điều trị được lui bệnh sốt mới được cải thiện.
- Thiếu máu: cũng giống như thiếu máu khác là giảm số lượng hồng cầu và huyết sắc tố nhưng thiếu máu ở đây có đặc điểm là thiếu máu rất nhanh và nhiều, có khi chỉ trong vòng 1 tuần hoặc 10 ngày người bệnh đã thiếu máu rất nặng.
- Xuất huyết: cùng với sốt và thiếu máu, xuất huyết có thể xuất hiện rất sớm mang đủ tính chất của xuất huyết giảm tiểu cầu nghĩa là xuất huyết tự nhiên, nhiều nơi nếu xuất huyết dưới da đa hình thái và nhiều lứa tuổi, dấu hiệu dây thắt (+).
- Gan, lách, hạch to: thường là to ít chỉ là độ một nhưng thường là to nhanh chỉ trong vài ngày đã sờ thấy lách, người bệnh có thể đau.
- Hội chứng loét: thường loét ở miệng, lưỡi, vùng họng hầu. Trên ổ loét có thể phủ một lớp màng trắng bẩn, động vào dễ chảy máu, nếu không để ý rất dễ nhầm với giả mạc trong bệnh bạch hầu.

### 1.2. Triệu chứng cận lâm sàng:

- Huyết đồ: số lượng hồng cầu giảm nặng. Số lượng tiểu cầu giảm độ tập trung kém. Số lượng bạch cầu tăng nhưng chủ yếu là những bạch cầu đầu dòng chưa biệt hóa hoặc biệt hóa ít. Trong đó bạch cầu trưởng thành rất ít, xuất hiện khoảng trống bạch cầu.
- Tuỷ đồ: tuỷ giàu tế bào nhưng chủ yếu là tế bào dòng bạch cầu và là những bạch cầu non đầu dòng, xuất hiện khoảng trống bạch cầu. Trong khi dòng hồng cầu và tiểu cầu bị lấn át nặng. Thời gian chảy máu kéo dài (> 10 phút).

## 2. Thể không điển hình:

Đây là thể khó chẩn đoán và thường là chẩn đoán được nhờ tình cờ hoặc là sau khi suy xét và làm những xét nghiệm cần thiết.

### 2.1. Phân loại theo lâm sàng:

- Thể đột ngột: bệnh tiến triển rất nhanh người bệnh có thể chết trong vài giờ do xuất huyết nhất là xuất huyết não và xuất huyết tiêu hóa.
- Thể chỉ có thiếu máu và sốt: chỉ thấy sốt kéo dài và thiếu máu dần chỉ chẩn đoán được khi chúng ta nghĩ đến và làm huyết đồ và tuỷ đồ.
- Thể chỉ có sốt và xuất huyết: người bệnh sốt kéo dài kèm theo xuất huyết với tính chất xuất huyết giảm tiểu cầu rất dễ nhầm với sốt xuất huyết do virus Dengue. Chẩn đoán phân biệt dựa vào dịch tể, huyết thanh chẩn đoán và huyết đồ, tuỷ đồ.



- Thể bắt đầu bằng những khối u ở xương: thường là ở xương sọ, xương hàm trên, xương sườn khi sinh thiết những u này thường có màu xanh (màu của Porphyrin).

#### 2.1. Phân loại theo huyết học:

- Thể tân: thường gặp ở trẻ em và người trẻ điều trị thường dễ đạt tới lui bệnh và thời gian lui bệnh dài. Hình thái tế bào là những nguyên bào lympho có nhân to tròn lướn nhân mịn, ít hạt nhân. Nhuộm hóa học tế bào: Peroxydase (-), P.A.S (+).
- Thể tuỷ: thường gặp ở người lớn tuổi, điều trị khó lui bệnh và nếu lui bệnh thường được ngắn ngày hơn thể trên. Hình thái tế bào là những nguyên bào tuỷ nhân to ít nguyên sinh chất, lướn nhân thô và có nhiều hạt nhân. Nhuộm hóa học tế bào: Peroxydase (+), P.A.S (-).

### 3. Tiến triển:

Trước đây bệnh thường gây tử vong trong vài tuần hoặc vài tháng. Nay với sự tiến bộ của điều trị đời sống người bệnh có thể kéo dài đến vài năm. Bệnh thường tiến triển từng đợt xen kẽ với thời gian lui bệnh nhờ điều trị. Thông thường cuộc sống người bệnh thường kết thúc bằng:

- Xuất huyết ồ ạt ở nhiều nơi nặng nhất là xuất huyết màng não - não.
- Nhiễm trùng: nhiễm trùng nhiều nơi, nặng nề nhất là nhiễm trùng máu.
- Tắc mạch: thường ít xảy ra trừ khi bạch cầu tăng quá cao.

## CHẨN ĐOÁN

### 1. Chẩn đoán xác định:

Đây là bệnh dễ chẩn đoán được nhờ vào huyết học. Những nơi chưa đủ điều kiện nhất thiết phải gửi người bệnh đến tuyến có đủ điều kiện làm huyết đồ và tuỷ đồ.

### 2. Chẩn đoán phân biệt:

Trên thực tế sau khi đã có kết quả huyết đồ và tuỷ đồ bệnh ít khi cần phân biệt nhưng cần lưu ý với một thể bệnh của lao cấp có thể là lao phổi cấp hoặc lao toàn thể bạch cầu dòng tân cũng có thể tăng. Để phân biệt nên làm huyết đồ và tuỷ đồ nhiều lần ở nhiều thời điểm khác nhau.

## ĐIỀU TRỊ

### 1. Chống tăng sinh bạch cầu non:

Đa hóa trị liệu thường áp dụng phương thức tấn công và tái tấn công.

- Tấn công thường áp dụng công thức V.A.M.P. (Vineriltin, Alexan, 6MP, Prednisolon)

- Duy trì: 6 M.P x 1-2 mg/kg/ngày
- Tái tấn công: dùng như giai đoạn tấn công thường 2 tháng một lần.

Lưu ý giai đoạn tấn công dùng đến khi nào hết triệu chứng lâm sàng. Xét nghiệm thấy tỷ lệ bạch cầu non ở máu ngoại vi < 5%.

## **2. Miễn dịch trị liệu:**

- Miễn dịch chủ động không đặc hiệu. Dùng BCG để đánh thức cơ quan miễn dịch. Thường dùng BCG 75mg hoà 2ml nước cất, chủng cho người bệnh hàng tuần trong tháng đầu rồi 2 tháng 1 lần và 4 tháng một lần.
- Miễn dịch thụ động đặc hiệu: dùng huyết thanh của người bị bạch cầu cấp ở giai đoạn lui bệnh, truyền cho người bệnh ở giai đoạn cấp, thực tế phương pháp này rất khó thực hiện.
- Coban liệu pháp hoặc chiếu tia X vào tuần hoàn ngoài cơ thể liều từ 3.500-4.000 rad chia đều trong vòng 2 tuần.

## **4. Điều trị triệu chứng:**

- Xuất huyết cần dùng máu tươi truyền tùy mức độ xuất huyết và thiếu máu có thể 1 tuần một đơn vị máu hoặc hơn.
- Dùng kháng sinh để phòng nhiễm trùng thường dùng kháng sinh có phổ rộng và ít độc với gan và thận.

## **5. Phòng bệnh:**

Cần khám bệnh có định kỳ cho những công nhân hoặc những người có tiếp xúc với những yếu tố thuận lợi kể trên.

Động viên người bệnh và gia đình hợp tác điều trị đúng và đủ theo phác đồ điều trị.

**TỰ LƯỢNG GIÁ**

1. Cơ chế chủ yếu nhất của bệnh bạch cầu cấp là:
  - A. Tăng số lượng bạch cầu
  - B. Đảo lộn tủy đồ
  - C. Tăng sinh bạch cầu non
  - D. Tăng sinh dòng lympho
2. Đây là những đặc trưng chủ yếu của bệnh bạch cầu, NGOẠI TRỪ:
  - A. Lấn át dòng hồng cầu
  - B. Lấn át dòng tiểu cầu
  - C. Tế bào non biệt hóa cao
  - D. Thiếu bạch cầu trưởng thành
3. Quyết định chẩn đoán bệnh bạch cầu cấp dựa vào:
  - A. Sốt đặc trưng
  - B. Thiếu máu rất nặng
  - C. Xuất huyết ồ ạt
  - D. Thay đổi tủy đồ
4. Huyết đồ của người bệnh bạch cầu cấp có những đặc điểm sau, NGOẠI TRỪ:
  - A. Giảm số lượng hồng cầu
  - B. Độ tập trung tiểu cầu kém
  - C. Bạch cầu biệt hóa mạnh
  - D. Có khoảng trống bạch cầu
5. Đặc điểm của bạch cầu cấp thể tủy:
  - A. Thường gặp ở trẻ em
  - B. Điều trị thường có hiệu quả
  - C. Nguyên tủy bào ít nguyên sinh chất
  - D. Lưới nhân mịn, nhiều hạt
6. Đây là những thể lâm sàng không điển hình của bạch cầu cấp, NGOẠI TRỪ:
  - A. Thể đột ngột
  - B. Thể chỉ có sốt và xuất huyết
  - C. Thể chỉ có sốt và loét
  - D. Thể chỉ có thiếu máu và sốt
7. Đặc điểm của gan, lách, hạch trong bệnh bạch cầu cấp:
  - A. To nhiều
  - B. To chậm
  - C. Đau
  - D. Không sờ thấy
8. Đặc điểm của xuất huyết trong bệnh bạch cầu cấp:
  - A. Xuất hiện muộn
  - B. Xuất huyết do sang chấn
  - C. Đa hình thái
  - D. Lacet (-)

## VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

BS.CKI. Nguyễn Văn Thịnh

### MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Nêu nguyên nhân và yếu tố gây bệnh viêm khớp dạng thấp.
2. Mô tả các biểu hiện lâm sàng của bệnh viêm khớp dạng thấp.
3. Trình bày nguyên tắc điều trị bệnh viêm khớp dạng thấp.

### ĐẠI CƯƠNG

Viêm khớp dạng thấp là một bệnh tự miễn dịch, viêm mạn tính tổ chức liên kết màng hoạt dịch, tổn thương chủ yếu ở khớp ngoại vi, bệnh tiến triển từ từ, dẫn đến teo cơ biến dạng dính và cứng khớp.

Bệnh có nhiều tên gọi: gútte suy nhược tiên phát (Beauvais A.L - 1800), bệnh khớp Charcot (Charcot - 1853), thấp khớp teo đét (Sydenham - 1883), viêm khớp dạng thấp (Garrod - 1890), viêm đa khớp mạn tính tiến triển, viêm đa khớp nhiễm khuẩn không đặc hiệu. Ngày nay, đa số các nước trên thế giới đều gọi là viêm khớp dạng thấp.

Bệnh gặp chủ yếu ở phụ nữ chiếm 70-80% và 70% số người bệnh mắc bệnh ở tuổi trung niên. Một số trường hợp mang tính chất gia đình.

Cho đến nay nguyên nhân của bệnh viêm khớp dạng thấp còn chưa được biết rõ. Người ta coi viêm khớp dạng thấp là một bệnh tự miễn dịch với sự tham gia của nhiều yếu tố:

- Yếu tố tác nhân gây bệnh: có thể là một loại virus epstein-barr khu trú ở tế bào lympho, chúng có khả năng làm rối loạn quá trình tổng hợp globulin miễn dịch.
- Yếu tố cơ địa: bệnh có liên quan đến giới tính và tuổi.
- Yếu tố di truyền: đã từ lâu yếu tố di truyền trong bệnh viêm khớp dạng thấp được chú ý vì tỉ lệ mắc bệnh cao ở những người thân trong gia đình người bệnh; ở những cặp sinh đôi cùng trứng và mối liên quan giữa kháng nguyên hoà hợp tổ chức HLA-DR4 và bệnh viêm khớp dạng thấp. Ở người bệnh viêm khớp dạng thấp thấy 60-70% người bệnh mang kháng nguyên này.

### TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

#### 1. Giai đoạn khởi phát:

Bệnh thường khởi phát sau một yếu tố thuận lợi như: nhiễm khuẩn cấp tính, bán cấp tính, chấn thương, mổ xẻ, cảm lạnh, căng thẳng thể lực hay thần kinh bệnh có thể bắt đầu một cách từ từ tăng dần.

Người bệnh có thể sốt nhẹ, gầy sút, chán ăn, mệt mỏi. Các khớp bị viêm: sưng, hơi nóng, đau; đau tăng về đêm về sáng, có cứng khớp buổi sáng, có thể có tràn dịch ổ khớp.

Thời kỳ này kéo dài vài tuần, có khi vài tháng. Tình trạng viêm khớp tăng dần và chuyển sang khớp khác.

## **2. Giai đoạn toàn phát:**

Người bệnh mệt mỏi, gầy sút, chán ăn, teo cơ nhanh, sốt nhẹ, một số bị sốt cao.

### **2.1. Biểu hiện ở khớp:**

Các khớp sưng đau hạn chế vận động. Hay gặp ở các khớp cổ tay, khớp bàn ngón tay, đốt gàn, khớp gối, cổ chân, khớp khuỷu, các khớp vai, háng, cột sống ít bị, nếu bị thì thường ở giai đoạn muộn.

- Khớp cổ tay: sưng, đau, hạn chế vận động gấp, duỗi, thường sưng nề về phía mu tay, biến dạng nổi gờ lên trông như cái “thìa úp” hoặc như “lưng con lạc đà” lâu dần dẫn đến cứng khớp cổ tay ở tư thế thẳng.
- Khớp ngón tay: viêm các khớp đốt gàn, khớp bàn ngón, thường gặp ở ngón 2, 3, 4. Sưng đau hạn chế vận động. Người bệnh không nắm chặt được các ngón tay vào lòng bàn tay, teo cơ liên cốt, cơ gấp duỗi ngón, dần dần dính và biến dạng tạo thành ngón tay hình thoi, các ngón lệch trục về phía xương trụ tạo nên “bàn tay gió thổi”. Ngón tay biến dạng, dính giống “cổ thiên nga”, ngón cái giống hình chữ Z.
- Khớp gối (thường bị sớm): sưng to, đau, hạn chế gấp duỗi, phù nề tổ chức cạnh khớp, có thể có tràn dịch ổ khớp (làm dấu hiệu bập bênh xương bánh chè dương tính). Đôi khi có thoát vị bao hoạt dịch về phía khoeo tạo nên túi phình Baker, teo cơ đùi, cơ cẳng chân. Khớp gối dính ở tư thế nửa co.
- Khớp khuỷu: sưng, đau, hạn chế vận động gấp duỗi.
- Khớp cổ chân: sưng, đau, phù nề cả bàn chân, đôi khi có tràn dịch, có thể dính ở tư thế duỗi “bàn chân ngựa”.
- Các khớp ngón chân: viêm khớp bàn-ngón và khớp ngón chân cái tạo tư thế ngón cái quặp vào ngón 2, các ngón khác sưng đau, đau gót chân, bàn chân mất lõm. Lâu dần các ngón chân như thu ngắn lại tạo ra hình ảnh ngón chân rụt.

### **2.2. Biểu hiện ngoài da:**

- Hạt thấp dưới da: là triệu chứng có giá trị trong chẩn đoán, gặp ở 10-20% trường hợp viêm khớp dạng thấp. Đó là những hạt hay cục nổi gờ lên mặt da, chắc, không di động vì dính vào nền xương, không đau, kích thước từ 5-

10mm. Hay gặp hạt thấp ở đầu trên xương trụ, gần khớp khuỷu; đầu trên xương chày, gần khớp gối; số lượng từ 1-2 hạt.

- Da teo hơi tím, móng khô dễ gãy, gan bàn chân-bàn tay giãn mạch.
- Viêm gân Achille.

### 2.3. Biểu hiện nội tạng:

Chiếm tỉ lệ thấp, thường không nặng nề.

- Lách to kèm theo giảm bạch cầu đa nhân trung tính gặp trong hội chứng felty (tỷ lệ 5%).
- Tim: có thể viêm màng ngoài tim, rối loạn dẫn truyền, tổn thương màng trong tim, van tim rất ít.
- Viêm móng mắt: tỉ lệ 1-2%, viêm kết mạc kèm theo teo tuyến lệ và tuyến nước bọt (hội chứng Sjogren).
- Tràn dịch màng phổi, xơ phổi gặp 1-2%.
- Thiếu máu nhược sắc.

## CẬN LÂM SÀNG

### 1. Xét nghiệm chung:

- Công thức máu: hồng cầu giảm nhẹ, nhược sắc, bạch cầu có thể tăng hoặc giảm.
- Tốc độ lắng máu tăng, sợi huyết tăng.
- Điện di protein: albumin giảm, globulin tăng.

### 2. X quang:

Theo Steinbroker chia làm 4 mức độ:

- Mức độ I: thưa xương, chưa có biến đổi cấu trúc của khớp.
- Mức độ II: biến đổi một phần sụn khớp và đầu xương. Hẹp khe khớp vừa, có một ổ khuyết xương.
- Mức độ III: biến đổi rõ đầu xương, sụn khớp. Khuyết xương, hẹp khe khớp nhiều, bán trật khớp, lệch trục.
- Mức độ IV: khuyết xương, hẹp khe khớp, dính khớp.

### 3. Một số xét nghiệm khác:

- Xét nghiệm miễn dịch: tìm yếu tố dạng thấp trong huyết thanh người bệnh bằng phản ứng waaler-rose và latex.
- Xét nghiệm dịch khớp: có ý nghĩa trong chẩn đoán bệnh, thường chọc hút dịch ở khớp gối.

- Sinh thiết màng hoạt dịch: từ  $\geq 3$  tổn thương thì có ý nghĩa chẩn đoán.
- Sinh thiết hạt thấp dưới da: có hình ảnh tổn thương điển hình. ở giữa là hoại tử dạng tơ huyết, xung quanh bao bọc bởi tế bào viêm (lympho, plasmocyt).

## CÁC THỂ LÂM SÀNG

### 1. Các thể lâm sàng:

#### 1.1. Thể bệnh theo triệu chứng:

Thể viêm nhiều khớp, thể một khớp.

#### 1.2. Thể có tổn thương hệ thống:

- Hệ thống lưới nội mô.
- Tim, phổi, thận, mắt, mạch máu, thần kinh.
- Lách, hạch to, bạch cầu giảm trong hội chứng Felty.

#### 1.3. Dựa theo sự tiến triển của bệnh:

- Thể lành tính tiến triển chậm.
- Thể nặng: tiến triển nhanh, liên tục có sốt cao, có tổn thương nội tạng.
- Thể ác tính: sốt cao, teo cơ biến dạng dính và cứng khớp nhanh.

#### 1.4. Dựa vào huyết thanh chia thành 2 thể:

- Thể huyết thanh (+): diễn biến nặng, tiên lượng xấu.
- Thể huyết thanh (-): tiên lượng tốt hơn.

### 2. Tiến triển:

Quá trình diễn biến của bệnh chia thành 4 giai đoạn về chức năng và tiến triển của bệnh: về chức năng đánh giá khả năng vận động của người bệnh, về tiến triển nói lên tổn thương X quang.

- Giai đoạn I: tổn thương khu trú màng hoạt dịch, sưng đau phần mềm cạnh khớp, X quang không thay đổi; người bệnh vận động bình thường.
- Giai đoạn II: tổn thương đầu xương sụn khớp, X quang có hình ảnh khuyết xương và hẹp khe khớp; khả năng lao động hạn chế. Còn cầm nắm được, đi lại bằng nạng.
- Giai đoạn III: hẹp khe khớp và dính khớp một phần, lao động chỉ phục vụ được mình, không đi lại được.
- Giai đoạn IV: dính khớp và biến dạng, không tự phục vụ được mình, tàn phế hoàn toàn.

## CHẨN ĐOÁN

### 1. Chẩn đoán xác định:

Trong bệnh viêm khớp dạng thấp không có triệu chứng đặc trưng nào về lâm sàng và xét nghiệm quyết định chẩn đoán. Việc chẩn đoán xác định phải dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán.

#### 1.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán:

Tiêu chuẩn ARA của hội thấp Mỹ (1987) hiện đang được áp dụng gồm 7 tiêu chuẩn:

- Cứng khớp buổi sáng kéo dài trên một giờ.
- Sưng đau kéo dài 3/14 khớp: (2 khớp ngón gần, 2 khớp bàn-ngón, 2 khớp cổ tay, 2 khớp khuỷu, 2 khớp gối, 2 khớp cổ chân, 2 khớp bàn-ngón chân).
- Sưng đau 1 trong 3 vị trí: khớp ngón gần, khớp bàn ngón, khớp cổ tay.
- Sưng khớp đối xứng.
- Có hạt thấp dưới da.
- Yếu tố thấp dương tính.
- Tổn thương X quang điển hình.

#### 1.2. Chẩn đoán xác định:

- Chẩn đoán xác định khi có  $\geq 4$  tiêu chuẩn, thời gian bị bệnh  $> 6$  tuần.
- Chẩn đoán nghi ngờ khi có 4 tiêu chuẩn, thời gian bị bệnh 4 tuần.

Ở nước ta do thiếu phương tiện chẩn đoán cần thiết nên chẩn đoán dựa vào các yếu tố sau:

- Người bệnh nữ tuổi trung niên.
- Viêm các khớp nhỏ (cổ tay, khớp bàn ngón, đốt ngón gần, khớp gối, cổ chân, khuỷu).
- Viêm khớp đối xứng.
- Cứng khớp buổi sáng.
- Diễn biến kéo dài trên 2 tháng.

### 2. Chẩn đoán phân biệt:

- Trong giai đoạn sớm: cần phân biệt với thấp khớp cấp, viêm khớp phản ứng, hội chứng Reiter.
- Giai đoạn muộn: bệnh khớp trong luput ban đỏ, bệnh gút; hội chứng Pierre-Marie, thấp khớp vẩy nến, thoái hoá khớp hoạt hoá, viêm cột sống dính khớp.



## ĐIỀU TRỊ

### 1. Nguyên tắc chung:

- Viêm khớp dạng thấp là một bệnh mạn tính, việc điều trị phải kiên trì liên tục, có khi cả cuộc đời người bệnh.
- Sử dụng nhiều biện pháp: nội khoa, ngoại khoa, vật lý trị liệu, chỉnh hình, lao động liệu pháp, đông y châm cứu.
- Tùy theo từng giai đoạn bệnh mà điều trị: nội trú, ngoại trú, điều dưỡng, đông-tây y kết hợp.
- Phải có thầy thuốc theo dõi, phải được gia đình và xã hội quan tâm.

### 2. Điều trị nội khoa:

#### 2.1. Giai đoạn I (nhẹ):

Dùng một trong những thuốc chống viêm không corticoid sau: Indomethacine, Voltarel, Profenid, Piroxicam, Meloxicam, Ibuprofen, Diclofenac, Naprosen, Nifluril, Feldel. Có thể tiêm corticoid tại khớp viêm bằng Hydrocortison hoặc Methylprednisolon.

Sau khi giảm đau tăng cường vận động, lý liệu, tập luyện.

#### 2.2. Giai đoạn II (thể trung bình):

Dùng một trong những thuốc chống viêm không steroid sau: Voltaren, Profenid, Piroxicam, (Feldene); Tenoxiam (Tilcotil), Meloxicam (Mobic), Rofecoxib (Vioxx).

Có thể tiêm ổ khớp bằng Hydrocortison hoặc Methylprednisolon. Chỉ định điều trị khi dùng các thuốc chống viêm khác không hiệu quả. Có thể điều trị kết hợp với methotrexat.

#### 2.3. Giai đoạn III, IV (thể nặng, tiến triển nhiều):

- Prednisolon 1-1,5mg/kg/24h dùng cho những người bệnh tiến triển nhanh và nặng có sốt cao, thiếu máu hoặc có tổn thương nội tạng.
- Methotrexat: thường có hiệu lực sau một tháng điều trị.
- Các thuốc ức chế miễn dịch: làm giảm phản ứng miễn dịch, kìm hãm các tế bào miễn dịch dùng để điều trị thể nặng, các thuốc thông thường không cắt được sự tiến triển của bệnh. Khi dùng phải theo dõi chặt chẽ người bệnh, xét nghiệm máu hàng tháng. Dùng liều thấp và tăng dần.

### 3. Điều trị ngoại khoa:

Điều trị ngoại khoa được chỉ định trong trường hợp viêm một vài khớp kéo dài mà điều trị nội khoa không hiệu quả, khớp viêm và tràn dịch; thường mổ cắt bỏ màng hoạt dịch.

Điều trị ngoại khoa để phục hồi chức năng một số khớp bị biến dạng nặng, phá hủy nhiều bằng phương pháp: thay khớp nhân tạo, cắt đầu xương, chỉnh hình khớp, hoặc làm dính một số khớp tránh biến chứng nguy hiểm.

#### **4. Điều trị bằng lý liệu và phục hồi chức năng:**

Trong viêm khớp dạng thấp điều trị bằng lý liệu và phục hồi chức năng là một biện pháp quan trọng và bắt buộc nhằm tránh được thấp nhất các di chứng, trả lại khả năng lao động nghề nghiệp cho người bệnh.

Sau khi dùng thuốc điều trị người bệnh giảm đau thì phải kết hợp vật lý trị liệu và vận động liệu pháp. Bao gồm:

- Tắm nước nóng, nước ấm, bó parafin, dùng đèn hồng ngoại, tử ngoại chiếu vào khớp viêm, tắm bùn..., biện pháp này có tác dụng giãn mạch, tăng cường lưu thông máu, tăng tiết mồ hôi, giãn cơ và giảm đau tại chỗ.
- Dùng dòng điện một chiều, xoay chiều, điện cao tần, siêu âm với cường độ và bước sóng khác nhau là biện pháp dùng năng lượng để điều trị.
- Xoa bóp và bấm huyệt: thầy thuốc làm và hướng dẫn người bệnh thực hiện, xoa bóp có tác dụng làm lưu thông máu, giảm đau, tăng tính đàn hồi của da, giảm xơ hoá da và dây chằng.
- Vận động liệu pháp và phục hồi chức năng: hướng dẫn người bệnh vận động thích hợp:
  - Tập vận động bằng tay không.
  - Tập với các dụng cụ phục hồi chức năng: tập bằng gậy, tập tạ, tập trèo thang, co, kéo, bàn đạp.
- Nước suối khoáng, nước biển và bùn trị liệu: nước khoáng: khi nguồn nước có độ hoà tan từ một gam chất rắn trở lên trong một lít nước, hoặc nước nóng > 30°C ổn định.

**TỰ LƯỢNG GIÁ**

1. Đây là những tên gọi khác của viêm khớp dạng thấp, NGOẠI TRỪ:  
A. Viêm đa khớp dạng thấp  
B. Bệnh khớp Charcot  
C. Thấp khớp teo đét  
D. Thấp khớp cấp
2. Đây là những yếu tố tham gia vào cơ chế miễn dịch của viêm khớp dạng thấp, NGOẠI TRỪ:  
A. Epstein-barr virus  
B. Yếu tố cơ địa  
C. Cholesterol máu tăng cao  
D. Yếu tố di truyền
3. Đây là những biểu hiện ở khớp cổ tay trong viêm khớp dạng thấp, NGOẠI TRỪ:  
A. “Thìa úp”  
B. “Cổ thiên nga”  
C. “Lưng lạc đà”  
D. Cứng khớp cổ tay
4. Túi phình Baker là biểu hiện trong bệnh viêm khớp dạng thấp biểu hiện ở:  
A. Khớp cổ tay  
B. Khớp ngón tay  
C. Khớp gối  
D. Khớp khuỷu
5. Đây là những đặc điểm của viêm khớp ngón chân trong viêm khớp dạng thấp, NGOẠI TRỪ:  
A. Ngón cái rời xa ngón thứ hai  
B. Bàn chân mất lõm  
C. Ngón chân thu ngắn lại  
D. Viêm khớp bàn ngón
6. Đây là những vị trí thường gặp của hạt thấp trong viêm khớp dạng thấp, NGOẠI TRỪ:  
A. Đầu trên xương trụ  
B. Gân khớp khuỷu  
C. Đầu dưới xương chày  
D. Gân khớp gối
7. Đây là những tiêu chuẩn chẩn đoán viêm khớp dạng thấp theo ARA, NGOẠI TRỪ:  
A. Cứng khớp buổi chiều  
B. Sưng đau kéo dài 3/14 khớp  
C. Sưng khớp đối xứng  
D. Hạt thấp dưới da
8. Đây là những tiêu chuẩn chẩn đoán viêm khớp dạng thấp ở Việt Nam, NGOẠI TRỪ:  
A. Nữ, tuổi trung niên  
B. Viêm khớp không đối xứng  
C. Viêm các khớp nhỏ  
D. kéo dài trên 2 tháng
9. Đây là những nguyên tắc điều trị viêm khớp dạng thấp, NGOẠI TRỪ:  
A. Kiên trì, liên tục  
B. Xã hội hóa  
C. Hạn chế biện pháp đông y  
D. Sử dụng nhiều biện pháp

## CÁCH KHÁM NGƯỜI BỆNH HÔ HẤP

BS.CKI. Nguyễn Văn Thịnh

### MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Nêu cách khám người bệnh hô hấp.
2. Mô tả các biểu hiện lâm sàng của bệnh lý hô hấp.
3. Nêu ý nghĩa một số biểu hiện thường gặp đường hô hấp.

### ĐẠI CƯƠNG

Khám lâm sàng bộ máy hô hấp là phương pháp đơn giản nhất để đánh giá sự hoạt động của hô hấp. Qua lâm sàng, ta có thể phát hiện được nhiều trường hợp bệnh lý, có hướng tiến hành các thăm dò cận lâm sàng để có chẩn đoán và tiên lượng được chính xác.

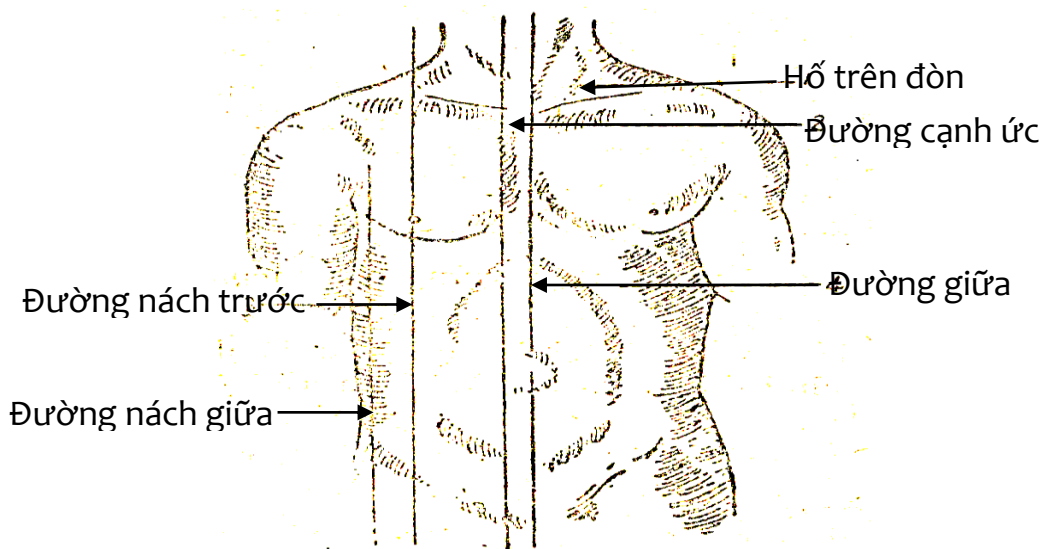
Trên thực tế, không thể bỏ qua được cách khám lâm sàng trong điều trị. Cần thiết khám toàn bộ khí đạo: mũi họng, thanh quản, khí phế quản, phổi, màng phổi, lồng ngực, các cơ hô hấp.

#### 1. Nhắc lại phân khu lồng ngực:

Khi khám lồng ngực, thầy thuốc bắt buộc phải nắm được phân khu lồng ngực và các hình chiếu của các tạng lên thành ngực.

##### 1.1. Phía trước:

Kẻ ba đường thẳng theo chiều dọc:



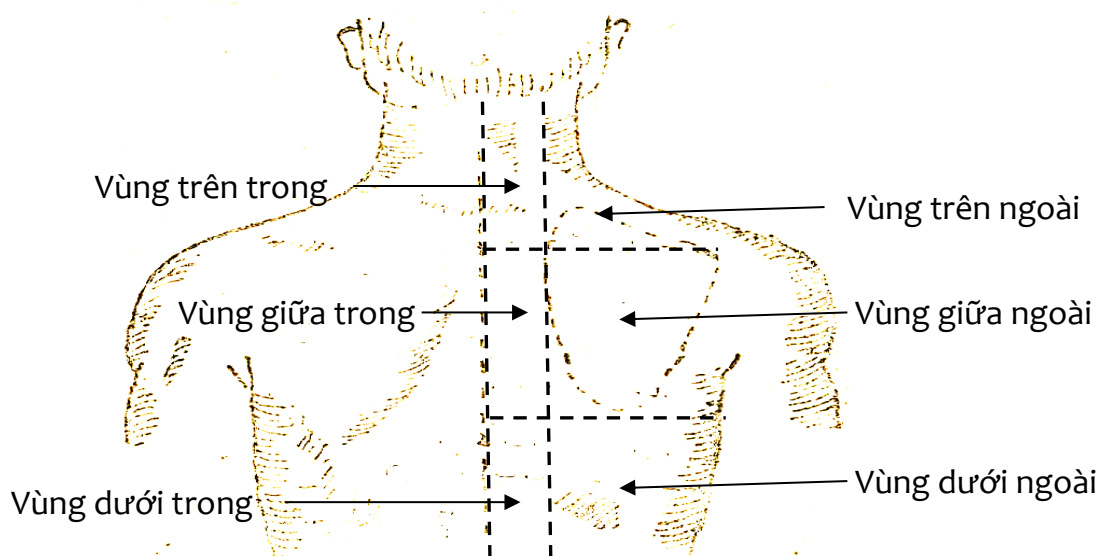
Hình 12.1. Phân khu lồng ngực (phía trước)

- Đường giữa, qua giữa xương ức.
- Đường cạnh ức: đi từ khớp ức đòn, dọc theo bờ ngoài của xương ức.
- Đường giữa đòn qua điểm giữa xương đòn.
- Ngang: từ trên xuống dưới, người ta chia ra:
  - Hồ trên đòn: hình tam giác, đáy là xương đòn, phía trong là bờ ngoài xương ức, phía ngoài là cơ delta, phía dưới là bờ dưới cơ ngực to.
  - Các khoảng gian sườn: đếm theo thứ tự từ trên xuống.

Khoảng gian sườn 1 ở dưới xương sườn 1 chứ không phải dưới xương đòn. Các đường dọc chia các vùng ngang thành những vùng nhỏ, có thể xác định được dễ dàng khi thăm khám.

### 1.2. Phía sau:

Kẻ hai đường thẳng dọc: đường giữa qua các móm gai cột sống và đường bên dọc bờ trong xương bả vai. Ngang, kẻ hai đường: đường qua gai xương bả vai. Các phần trên phân chia lưng làm ba vùng: trên, giữa, dưới, mỗi vùng lại chia ra hai vùng: trong và ngoài.



**Hình 12.2. Phân khu lồng ngực (phía sau)**

- Vùng trên: hố trên gai hay trên vai; vùng ngoài gọi là hố trên gai hay trên vai chính thức: vùng trong, ở phía trong xương bả vai. Vùng này tương ứng với đỉnh phổi.
- Vùng giữa: vùng ngoài là hố dưới gai, vùng trong là khoảng liên bả cột sống, khoảng này tương ứng với nửa trên với rốn phổi, và toàn bộ với bờ sau của phổi.

- Vùng dưới: còn gọi là vùng dưới vai, tương ứng với đáy phổi và túi cùng màng phổi sau – dưới.

### 1.3. Ở bên:

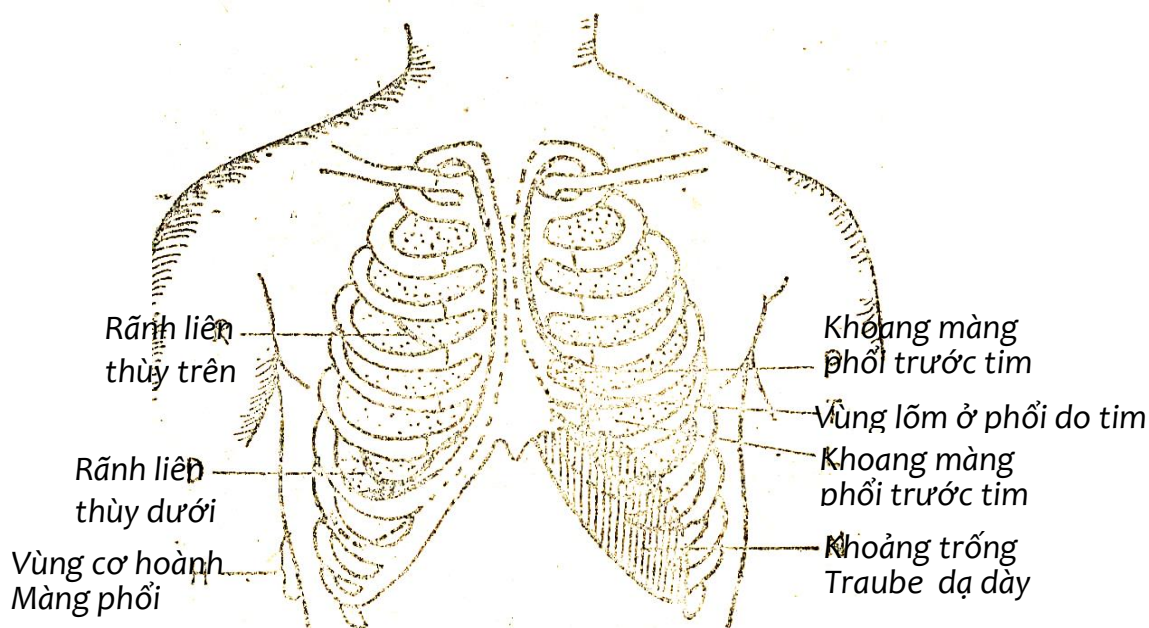
Kẻ ba đường dọc song song.

- Đường nách trước, kẻ từ bờ trước của hố nách hay bờ ngoài cơ ngực to.
- Đường nách sau, kẻ từ bờ sau hố nách, hay là bờ ngoài cơ lưng to.
- Đường nách giữa kẻ từ đỉnh hố nách.

Kẻ một đường ngang, qua hai núm vú, chia vùng bên ra hai vùng: nách trên và nách dưới. Vùng nách cũng có thể chia ra hai vùng trước và sau đường nách giữa.

## 2. Hình chiếu của các tạng sâu trong lồng ngực.

Các phân khu lồng ngực giúp ta xác định vị trí, gọi tên các vùng chiếu của các tạng trong lồng ngực.



**Hình 12.3. Hình chiếu các tạng trong lồng ngực**

### 2.1. Đáy phổi:

- Bên trái: đi từ sụn sườn 6 xuống dọc theo bờ trên xương sườn 7, rồi tới bờ dưới xương sườn 7 trên đường nách giữa, xương sườn 9 trên đường nách sau, xương sườn 11 khi tới cột sống.
- Bên phải: đáy phổi cũng theo con đường tương tự, nhưng vì có gan nên chỉ tới xương sườn 10 ở phía sau.

## 2.2. Bờ trong phổi:

- Bên phải: từ khớp ức đòn, thẳng góc tới khớp sụn sườn 6, tới đáy phổi.
- Bên trái: đường đi tương tự, nhưng tới xương sườn 4 thì quặt ra ngoài, tạo thành một khoảng lõm trong có tim, rồi đi xuống, nối tiếp với đáy phổi.

## 2.3. Màng phổi:

Bọc lấy phổi và tạo thành các túi cùng. Ở phía dưới và trước, nhất là trên đường nách sau, túi cùng lớn nhất, có thể sâu tới 2-5 cm. Túi cùng giữa phổi và màng tim vùng trước tim cũng rất lớn, khi bị viêm, có thể là nơi xuất phát của tiếng cọ theo nhịp tim.

## 2.4. Rãnh liên thùy:

- Bên trái: rãnh liên thùy đi từ phía sau, mức xương sườn 3, cắt xương sườn 4 trên đường nách giữa, rồi đi chéo xuống phần trước của xương sườn 7.
- Bên phải: rãnh liên thùy trên tách khỏi rãnh dưới và đi lên trên, ra phía trước. Thường rãnh này qua gian sườn 2 trên đường nách giữa.

## 2.5. Rốn phổi:

Chiếu ở trước lên gian sườn 3, sau bờ xương ức, ở phía sau lên khoảng liên bả cột sống, ở khoảng gian sườn 5

## 2.6. Ranh giới ngực - bụng:

Kẻ một đường ngang phía trước ngực, đi qua nền mũi ức, chia ra hai vùng: ở trên đường ngang là các tạng ở ngực, ở dưới là các tạng của bụng.

- Bên phải là vùng đục của gan.
- Bên trái là vùng vang trống: khoảng Traube. Khoảng này hình bán nguyệt, phía dưới là bờ sườn, phía trên là một đường gãy, đi từ sụn sườn 6, dọc theo bờ dưới khoảng đục của tim, tới phần dưới khoảng trong của phổi, bờ trước khoảng đục của lách, đến bờ dưới ở xương sườn 10.
- Gõ vùng này thấy vang trống, vì có túi hơi dạ dày. Ranh giới của khoảng Traube có thể thay đổi do nhiều nguyên nhân: vòm hoành trái lên cao do túi hơi dạ dày, do liệt cơ hoành. Vòm hoành hạ thấp do có nước ở màng phổi làm mất khoảng trong đó.

## **KHÁM TOÀN THÂN**

### **1. Tư thế người bệnh:**

Tốt nhất là tư thế ngồi. Người bệnh cởi áo tới thắt lưng, hai cánh tay nên để buông thõng. Nếu người bệnh không ngồi được có thể khám tư thế nằm và nghiêng. Khám vùng nách và mạn sườn, hai tay giơ cao trên đầu.

Nguyên tắc chung là người bệnh phải ở tư thế nghỉ ngơi, các cơ thành ngực không co cứng.

Chú ý nhắc người bệnh thở đều, bằng mũi, không thở bằng miệng.

## 2. Khám toàn thân:

Nhìn da và niêm mạc, vè mặt, lồng ngực, ngón tay, ngón chân, nhịp thở. Thầy thuốc có thể thay đổi tư thế người bệnh để quan sát rõ hơn.

### 2.1. Da và niêm mạc:

- Màu da: da đen tuyền mắng có thể gặp ở người lao thương thận, da và niêm mạc tím, kèm khó thở, phù gặp ở người suy tim.
- Các tổn thương ở da: sẹo do chấn thương cũ: do phẫu thuật ở lồng ngực, sẹo răn rúm dính vào xương sườn thường là di tích của lao xương, lỗ dò có mũ là triệu chứng của nung mũ ở thành ngực hay ở sâu trong phổi, ở màng phổi, các nốt phỏng ở khoảng gian sườn hướng tới chẩn đoán zona.
- Phù: ấn vào da thấy lõm.
  - Phù toàn thân hướng tới một nguyên nhân toàn thân như viêm thận mạn tính, suy tim.
  - Phù cục bộ theo kiểu áo khoác là dấu hiệu chèn ép trung thất, phù ở một bên, ở đáy lồng ngực, thường thấy trong viêm mũ màng phổi.
  - Tĩnh mạch bàng hệ ở lồng ngực gặp trong chèn ép trung thất.
  - Một khối u ở lồng ngực đập theo mạch, hướng tới túi phình động mạch chủ hay một khối mũ.
- Hệ thống mạch: chú ý tìm hạch to ở hố trên đòn, hố nách, hạch cổ. Hạch to có thể do viêm cấp hay mạn tính như lao hay do ung thư hạch hoặc di căn của một ung thư, như ung thư phế quản, dạ dày...

### 2.2. Các móng và ngón tay, chân:

Móng tay, móng chân khum như mặt kính đồng hồ, có khi cả đầu ngón tay, ngón chân đều tròn bè như dùi trống, thường gặp trong nung mũ mạn tính áp xe phổi, trong bệnh tim- phổi mạn tính, trong hội chứng Pierre Marie mà nguyên nhân phần lớn là u phổi.

### 2.3. Vè mặt:

- Khó thở: cánh mũi đập, miệng có thể há ra khi hít vào, các cơ trên móng dưới móng, cơ ức-đòn-chùm co kéo, làm lõm hố trên ức. Tình trạng này thường kèm với hoạt động quá mức của các cơ hô hấp, gây co kéo các khoảng gian sườn, hõm dưới sụn ức hay mũi kiếm.



- Bộ mặt V.A: do tổ chức tân ở vòm hầu phì đại, nguyên nhân có thể là nhiễm khuẩn mạn tính, phần sau của mũi bị bịt lại một phần, trẻ phải thở bằng miệng, dần dần vòm khẩu cái biến dạng, khum lại. Quan sát ta thấy bộ mặt ngơ ngác, miệng thường xuyên hơi há, mũi héch lên sang hai bên, hai gò má hẹp lại vì xương hàm trên kém phát triển. Ngoài ra tai trẻ có thể nghễnh ngãng vì lỗ vòi Eustachi cũng có thể bị tổ chức tân bịt lại.

## **KHÁM ĐƯỜNG HÔ HẤP TRÊN**

Lần lượt khám, mũi, họng tới thanh khí quản.

### **1. Tư thế người bệnh và cách khám:**

Phải khám dưới ánh sáng rõ.

- Nếu là trẻ em hay già yếu, chống cự, cần để ngồi trên lòng của người phụ khám. Người này để lưng dựa vào ngực mình, và vòng một cánh tay giữ hai tay đứa trẻ, tay kia đặt lên trán kéo nhẹ đầu ra sau, còn hai chân kẹp chặt chân em bé lại.
- Nhiều người bệnh thè hoặc uốn cong lưỡi lên, rất khó khám: bảo họ ngậm miệng, để lưỡi ở vị trí bình thường, nghĩa là răng cửa, sau đó, vẫn để lưỡi ở chỗ cũ, và há miệng ra, dùng đèn lưỡi ấn xuống phần sâu nhất của mặt trên lưỡi, đèn nhẹ nhàng xuống sẽ thấy rõ họng mà không gây phản xạ nôn.
- Đôi khi tuyến hạnh nhân lấn vào trong các cột trước và sau, ta có thể ấn đèn lưỡi mạnh vào nền lưỡi, gây ra phản xạ buồn nôn, khi đó hai cột trước tuyến hạnh nhân kéo ra ngoài, để lộ rõ tuyến. Bảo người bệnh phát âm chữ “a”, sẽ làm mở rộng cổ họng, để quan sát hơn.
- Thăm vòm họng bằng ngón tay: thầy thuốc đứng sau lưng người bệnh một tay ấn ngón trỏ vào má, giữ hai hàm răng cho người bệnh không ngậm miệng được, tay kia dùng ngón trỏ hơi gấp cong lại luồn qua lưỡi gà, tập trung ánh sáng vào vùng khám.
- Khám mũi và thanh khí quản: cần phải dùng gương phản chiếu và ống soi. thăm khám mũi họng nên dùng gương Clar, một loại gương lõm có mắc đèn ở giữa, tập trung ánh sáng vào vùng khám.

### **2. Kết quả:**

Trước khi thăm khám, cần chú ý một số triệu chứng chỉ điểm.

#### **2.1. Hơi thở:**

Bình thường hơi thở không có mùi. Hơi thở hôi gặp trong:

- Tổn thương ở miệng: sâu răng, viêm lợi, viêm họng, cam tẩu mã, ung thư.
- Rối loạn tiêu hoá.

- Viêm xoang mặt, viêm tuyến hạnh nhân, áp xe phổi.

## 2.2. Tiếng thở, tiếng nói:

- Chèn ép ở họng, thanh quản, gây ra tiếng thở khò khè: áp xe thành sau họng, bạch hầu thanh quản.
- Tiếng nói khàn trong viêm họng, viêm thanh quản.

## 2.3. Họng:

- Viêm họng đỏ: toàn bộ niêm mạc họng đỏ, các tuyến thuộc hệ thống hạch tân trong họng to hoặc không. Viêm họng đỏ có nhiều nguyên nhân: cúm sởi, nhiễm khuẩn nhiều loại: tụ cầu, liên cầu và bạch cầu ở giai đoạn đầu.
- Viêm họng trắng: xuất hiện một màng trắng, phủ một phần hoặc toàn bộ họng. Màng trắng hay giả mạc, là chất tơ huyết được tiết ra qua niêm mạc bị viêm. Nguyên nhân đầu tiên nên nghĩ tới là bệnh bạch hầu, cần ngoáy họng đem soi trực tiếp và cấy bệnh phẩm để xác định chẩn đoán.
- Ngoài ra còn một số bệnh khác cũng gây giả mạc ở họng, chẩn đoán phân biệt với bạch hầu chủ yếu là kết quả của xét nghiệm ngoáy họng:
  - Viêm họng loét có giả mạc của Vincent do một loại xoắn khuẩn.
  - Viêm họng hoại tử trong nhiễm khuẩn toàn thân nặng.
  - Viêm họng trong bệnh máu: bệnh bạch hầu.
  - Viêm họng giang mai thời kỳ II.

## 2.4. Các tuyến bạch huyết:

Bình thường có thể thấy tuyến hạnh nhân nằm sâu giữa các cột trước và sau, hoặc có cuống, có hốc.

Trường hợp viêm nói chung V.A và các tuyến hạnh nhân đều to, gây ra một số rối loạn về hô hấp, thính giác và tiếng nói. Sờ thấy hạch tuyến mang tai, tuyến dưới hàm hoặc tuyến dưới lưỡi sưng to, đau.

## 2.5. Vòm họng:

Thăm vòm họng có thể thấy V.A to, lổn nhổn trong một số trường hợp bệnh lý.

Thăm họng, thăm họng bằng ngón tay, còn có thể phát hiện áp xe thành sau họng: bình thường, ấn ngón tay vào xương cứng qua niêm mạc, khi có ổ áp xe người bệnh than đau, và ngón tay sờ thấy một vùng mềm, bùng nhùng dưới niêm mạc.

## 2.6. Mũi:

Quan sát niêm mạc mũi, vách mũi, các xương cuộn.

## 2.7. Thanh quản:

Soi thanh quản có thể thấy các triệu chứng của viêm, u liệt dây thanh âm hoặc thấy dị vật. Soi thanh quản, khí phế quản đòi hỏi phải có trình độ kỹ thuật nhất định, người thầy thuốc nội khoa phải biết hướng chỉ định các thủ thuật này.

## 2.8. Các bất thường khác:

- Nuốt khó, đau: viêm họng, viêm tuyến hạnh nhân cấp.
- Ù tai: thường gặp đối với những trường hợp viêm V.A to.

## **KHÁM LÂM SÀNG LỒNG NGỰC**

### **1. Nhìn:**

Nhìn hình thái toàn bộ lồng ngực, quan sát nhịp thở nếu cần, đo vòng lồng ngực, chú ý kết hợp với quan sát toàn thân.

#### 1.1. Quan sát phần mềm:

Chú ý nhìn hố trên đòn, các khoảng gian sườn, các nhóm cơ ở ngực: ở người gầy, các hố trên đòn và các khoảng gian sườn lõm xuống. Một số ít luyện tập hoặc gầy mòn, các cơ gian sườn, cơ ngực trên và dưới gai xương bả, cơ cùng lưng, bị teo lại, nên có dáng lom khom, vai nhô ra phía trước, ngực lép, lưng cong, xương bả vai nhô ra như hai cánh.

#### 1.2. Quan sát khung xương:

Chú ý hình thái chung và sự cân xứng của lồng ngực.

- Lồng ngực còi xương có chuỗi hạt sườn, là nốt to ở chỗ tiếp xúc giữa xương sườn và sụn sườn, xương ức nhô ra phía trước, tạo nên hình mũi thuyền, hoặc ngược lại lõm vào trong như hình phễu.
- Lưng gù bẩm sinh hay hậu phát (tai nạn, lao cột sống).
- Lưng vẹo: cột sống cong theo chiều ngang, gây ra tình trạng mất cân xứng của lồng ngực và vai: vai cao vai thấp.
- Lồng ngực giãn phế nang nặng: giãn to về mọi phía, các khoảng gian sườn giãn, phòng làm lồng ngực có hình thùng.
- Lồng ngực mất cân xứng do tổn thương các tạng ở trong:
  - Giãn to một bên: tràn dịch, tràn khí màng phổi.
  - Xẹp một bên: di chứng viêm màng phổi gây dày dính, xẹp phổi.
- Lồng ngực phòng ở dưới do gan, lách to, cổ chướng.
- Viêm cơ, u xương ức, xương sườn, cột sống: gây ra khối u ở một vùng trên lồng ngực.

### 1.3. Quan sát nhịp thở:

Bình thường người lớn thở 16-20 lần trong một phút, nhịp đều, biên độ trung bình. Khi hít vào, cường độ hô hấp mạnh hơn nhưng thời gian ngắn hơn khi thở ra.

Những thay đổi bất thường về nhịp thở: tần số, biên độ, nhịp, trên lâm sàng gọi là khó thở.

- Kiểu thở: người ta chia làm ba loại:

- Kiểu trên: gặp ở phụ nữ, do phần trên của lồng ngực hoạt động mạnh hơn. Hiện tượng này sẽ thể hiện rõ rệt nếu đeo nịt vú chặt, hạn chế cử động của cơ hoành.
- Kiểu sườn: gặp chủ yếu ở thiếu niên, do xương sườn mềm dễ co giãn lồng ngực giãn nở theo chiều ngang rất rõ khi hô hấp.
- Kiểu hoành: gặp ở trẻ em và nam giới đã trưởng thành: cơ hoành đóng vai trò chủ yếu trong hô hấp, xương sườn là thứ yếu.

Các kiểu trên thay đổi trong một số trường hợp bệnh lý:

- Đau thần kinh gian sườn trên làm phụ nữ phải thở yếu bằng cơ hoành.
  - Trong tràn dịch màng phổi trên cơ hoành, nam giới bị thở chủ yếu bằng cơ gian sườn trên hoặc chỉ thở bằng phổi bên lành.
- Khoảng gian sườn kém di động ở toàn bộ lồng ngực trong giãn phế nang, hoặc ở một bên ngực trong tổn thương khu trú: xẹp phổi, có nước ở màng phổi.
- Nếu có tắc ở đường hô hấp trên (thanh, khí quản), thở có tiếng khò khè và nhìn sẽ thấy co kéo trên và dưới ức: cơ chế của hiện tượng này là vì co chèn ép, trong thì hít vào, áp lực trong lồng ngực dưới tác dụng các cơ hô hấp càng trở nên âm tính, các phần mềm của thành ngực bị hút, tạo nên những khoảng lõm, co kéo lên xuống trong các thì hô hấp.
- Một khoảng vồng to lên khi thở ra: là dấu hiệu của tràn mủ màng phổi thoát ra ngoài, hoặc hiếm gặp hơn, của thoát vị phổi.
- Nếu toàn bộ lồng ngực phồng to khi thở ra và chủ yếu ở khoảng trên đòn thì có thể là dấu hiệu của giãn phế nang.

### 2. Đo:

Đo lồng ngực giúp ta đánh giá được chu vi, sự co giãn và tình trạng cân xứng hay không của lồng ngực. Trên thực tế, ta hay dùng thước dây. Đo vòng ngực theo Hirtz có 3 mốc. Ngay dưới hố nách, trên đường ngang qua núm vú và trên đường ngang đi giữa đỉnh góc bờ sườn, nền mũi ức và bờ dưới xương sườn 10. Đo ở thì hít vào và thở ra hết sức. Đối với phụ nữ nên đo ở đường qua hai hố nách.

- Người ta coi là bình thường, hiệu số giữa chu vi lồng ngực, khi hít vào và thở ra là 6 -7 cm (chỉ số hô hấp).
- Có thể đo riêng rẽ hai bên lồng ngực bằng hai thước đo, lấy mõm gai các cột sống và đường giữa ngực làm mốc
- Chỉ số hô hấp thấp trong các trường hợp hạn chế hô hấp: tràn dịch, tràn khí màng phổi, giãn phế nang.v.v...

### 3. Sờ:

Thăm dò hình thái và động tác hô hấp, và chủ yếu là sự dẫn truyền của rung thanh qua xúc giác và các tiếng phụ bất thường (tiếng rên, cọ...).

#### 3.1. Thăm dò hình thái lồng ngực và động tác hô hấp:

Bàn tay áp hần vào thành ngực, lần lượt thăm dò toàn bộ lồng ngực: khung xương, các nhóm cơ, độ giãn nở các khoảng gian sườn trong khi thở. Có thể bổ sung thêm dữ liệu cho giai đoạn nhìn:

- Thay đổi các khung xương, các nhóm cơ.
- Các khoảng liên sườn kèm hoặc không giãn nở trong tràn dịch, tràn khí ở màng phổi, xẹp phổi.
- Các điểm đau của dây thần kinh gian sườn.
- Lẹo xẹo của xương sườn gãy, đi cùng với điểm đau khu trú.

#### 3.2. Thăm dò rung thanh:

Rung thanh xuất phát từ dây thanh âm, truyền ra thành ngực và cổ, rõ nhất ở thanh khí quản, vùng trên gai trong rồi tới hố dưới đòn, khoảng liên bả cột sống. Vùng sau và bên của lồng ngực, xương ức và hố trên gai. Cường độ rung thanh phụ thuộc vào cường độ rung của dây thanh âm và độ dày của thành ngực. Ở người già yếu, phụ nữ và trẻ con rung thanh kém hơn ở thanh niên khoẻ mạnh. Người béo có rung thanh ít hơn người gầy.

#### 3.3. Cách tìm rung thanh:

Áp lòng bàn tay lên thành ngực ở các vị trí đối xứng và bảo người bệnh đếm: “ một, hai, ba”.

#### 3.4. Những thay đổi bệnh lý:

- Rung thanh mất: nếu dây thanh âm không hoạt động được (suy nhược liệt dây thanh âm...). Ngoài ra ta còn thấy những thay đổi sau đây: tăng, giảm, mất, trong các bệnh đường hô hấp.
- Rung thanh tăng: trong các trường hợp đông đặc nhu mô phổi: viêm phổi, nhồi máu động mạch phổi ... Nhưng cũng có trường hợp rung thanh tăng do mô phổi hoạt động bù, khi đó rì rào phế nang mạnh lên, và gõ cũng trong hơn,

hiện tượng này có thể gặp ở phía trên ranh giới vùng có nước ở màng phổi. Người ta còn thấy rung thanh tăng ở vùng phổi lành hoạt động bù, lan sang vùng bệnh, có thể lan ở một bên phổi đối diện. Cho nên trong một số trường hợp tràn dịch hoặc tràn khí ở màng phổi, lại có rung thanh ở bên bệnh.

- Rung thanh không thay đổi: nếu tổn thương ở phổi không rộng lớn và ít ảnh hưởng tới tính chất dẫn truyền của nhu mô, thì không thấy rõ sự thay đổi của rung thanh: viêm phổi không điển hình, tràn dịch nhẹ ở màng phổi...

Do đó chúng ta cần phải kết hợp nhiều phương pháp trên lâm sàng để có chẩn đoán đúng.

#### 4. Gõ:

Nhằm đánh giá độ vang của phổi, một tổ chức rỗng, để biết sự thay đổi của nó trong các trường hợp bệnh lý.

##### 4.1. Phương pháp gõ:

Có hai phương pháp: trực tiếp và gián tiếp.

- Phương pháp gõ trực tiếp: dùng các ngón tay gấp khum lại, hoặc lòng bàn tay mở rộng. Phương pháp này cho biết một cách khái quát độ trong, đục của toàn bộ lồng ngực, nhưng làm cho người bệnh đau và cũng không xác định kỹ được các vùng tổn thương.
- Phương pháp gõ gián tiếp: gõ qua trung gian một vật khác; trước kia người ta dùng một miếng gỗ, kim loại, ngà hoặc thủy tinh: hiện nay người ta dùng các ngón tay bên kia để làm trung gian.

Bàn tay trái, nhất là ngón giữa, áp chặt vào lồng ngực và trên các khoảng liên sườn. Ngón gõ của bàn tay phải, gấp cong lại, sao cho đốt thứ ba gõ thẳng góc với đốt giữa ngón trái.

Chú ý khi gõ phải chuyển động cổ tay hoặc khấp bàn tay với ngón tay. Gõ nhẹ khi muốn thăm dò phần nông của phổi, gõ mạnh nếu tìm những thay đổi ở sâu. Phải gõ đều tay, nghĩa là với cùng một cường độ, và phải so sánh các vùng đối xứng.

##### 4.2. Kết quả:

Tính chất gõ trong hay đục phụ thuộc vào cấu trúc của lồng ngực, chiều dày của thành ngực, khả năng co giãn của nhu mô phổi và thể tích không khí trong phế nang. Tiếng gõ gồm có ba thành phần: cường độ, âm độ, âm sắc.

Cường độ phụ thuộc biên độ dao động do gõ gây nên. Cường độ phụ thuộc vào chiều dày của cơ và lớp da.

- Cường độ lớn nhất ở vùng dưới đòn và nách, nhỏ nhất ở hố trên gai, trung bình ở đáy.

- Ở phía trước, bên phải: cường độ giảm từ trên xuống dưới, và từ liên sườn 6 hay 7 là vùng đục của gan.
- Ở phía trước bên trái: cường độ cũng giảm từ trên xuống dưới, nhưng tới khoảng Traube lại tăng lên vì đây là vùng túi hơi dạ dày. Từ xương sườn 4, phía trong là khoảng đục của tim.
- Ở phía sau: cường độ lại tăng dần từ trên xuống dưới ở hai bên lồng ngực.

Ngoài ra, cường độ còn phụ thuộc vào thể tích và áp lực không khí trong phế nang. Hít vào gõ vang hơn thở ra.

#### 4.2.1. Thay đổi về cường độ:

Cường độ tăng gõ vang, cường độ giảm gõ đục, đục ít hay hoàn toàn.

- Cường độ tăng: trong các trường hợp tăng thể tích không khí trong phế nang: giãn phế nang, tràn khí màng phổi, hang phổi lớn ở nông, phổi hoạt động bù...
  - Trong giãn phế nang và tràn khí màng phổi, gõ vang, âm độ trầm. Nhưng nếu thể tích không khí tăng nhiều, âm độ lại cao nên dễ nghe nhầm với tiếng gõ đục.
  - Trong tràn dịch màng phổi trung bình, tổ chức phổi lành xung quanh hoạt động bù, gõ vang, gọi là triệu chứng Skoda.
- Cường độ giảm: bình thường nếu thành ngực dày quá, gõ cũng đục. Trong trường hợp bệnh lý, tiếng gõ đục khi nhu mô phổi hoặc túi màng phổi tăng mật độ: viêm phổi, tràn dịch màng phổi...

Nói chung, trong viêm màng phổi có nước hoặc dày màng phổi, và viêm phổi trên một diện rộng gõ sẽ đục nhiều hơn là đông đặc phổi ở một diện nhỏ.

#### 4.2.2. Thay đổi về âm độ:

Âm độ phụ thuộc vào tần số dao động do gõ gây nên:

- Những tiếng cao có âm độ cao đều, khô, gọn.
- Những tiếng trầm có âm độ thấp đều êm và kéo dài.

Trong trường hợp bệnh lý, không phải lúc nào âm độ cũng thay đổi theo cường độ, nghĩa là khi âm độ cao thì cường độ giảm. Nhiều khi có hiện tượng ngược lại, ví dụ như trong tràn khí màng phổi có áp lực cao, âm độ cao có thể làm ta nhầm tiếng vang ra tiếng đục.

#### 4.2.3. Thay đổi về âm sắc:

- Tiếng gõ vang hay vang kim loại: Nghe giống tiếng gõ lên vệt bằng kim khí, gặp trong hang lớn, đường kính trên 6cm, vách nhẵn, và trong tràn khí màng phổi.
- Tiếng gõ bình nứt: nghe rè rè như tiếng gõ vào bình sứ bị nứt, gặp trong hang lớn ở nông, chỉ thông với phế quản bởi một khe nhỏ. Tiếng rè rè này chỉ thấy ở

vùng dưới đòn, sau khi người bệnh hít mạnh vài cái. Vì nếu ta gõ nhiều, không khí còn lại trong hang sẽ ra khe phế quản ra hết và mất tiếng rè, nên chỉ sau khi hít lại, hang mới đủ căng để tiếp tục gây ra hiện tượng trên.

#### 4.2.4. Những âm đặc biệt:

Chỉ thấy biểu lộ rõ trong các trường hợp bệnh lý, ví dụ: hang to, tràn khí màng phổi, gây nên những hoà âm đặc biệt.

#### 4.3. Giá trị của gõ:

Gõ có thể phát hiện được vùng tổn thương tương đối rộng, ở nông, và xác định được tương đối chính xác vị trí của tổn thương. Nhiều khi bằng cách gõ có thể phát hiện được một khoảng đục nhỏ, do một lớp nước mỏng ở màng phổi, mà Xquang lại không thấy.

### 4. Nghe:

Nghe là phương pháp cho ta nhiều dữ liệu nhất trong khi khám thực thể ở phổi, có nhiều tổn thương mà chỉ có nghe phát hiện được: tiếng cọ màng phổi trong viêm phổi khô, tiếng rên phế quản trong viêm phế quản, mà không một phương pháp lâm sàng nào có thể thấy được.

#### 5.1. Phương pháp nghe:

Có hai phương pháp: nghe trực tiếp bằng tai áp trên lồng ngực và nghe gián tiếp bằng ống nghe.

- Nghe trực tiếp: không tiện vì không nghe được ở những vùng khó áp tai như hố nách, hố trên đòn, và cũng vì tư thế không được thoải mái, nhất là đối với phụ nữ.
- Nghe gián tiếp: dùng ống nghe. Có nhiều loại. Phần lớn đều làm cho một người nghe và có hai càn, cũng có loại 4 càn, cho hai, 4 người nghe.

Thầy thuốc nghe tất cả các vùng đối xứng, không quên hố nách.

#### 5.2. Tính chất cần ghi nhận:

- Tính chất tiếng thở ở hai thì hô hấp.
- Các tiếng bất thường: rên, thổi, cọ...
- Sự thay đổi của các tiếng sau khi ho và nói.

##### 5.2.1. Hô hấp bình thường:

Trong động tác thở, khi hít vào, không khí qua thanh quản, khí quản, phế quản gốc, rồi tới các phế quản nhỏ, phân phối vào các phế nang. Không khí thoát ra ngoài theo trình tự ngược lại ở thì thở ra.

Không khí đi qua thanh khí quản và các phế quản lớn gây ra tiếng thở thanh khí quản, có cường độ mạnh, âm độ cao, nghe rõ ở vùng thanh quản, khí



quản, xương ức, cạnh ức và khoảng liên bả cột sống. Tiếng thổi thanh khí quản bắt nguồn từ thanh môn, khoảng hẹp trên đường đi của không khí.

Không khí đi qua phế quản cuối, vùng có cơ Reissessen, rồi đi vào phế nang, tức là qua vùng tương đối hẹp rồi tới vùng rộng hơn, gây ra tiếng rì rào phế nang.

Tiếng rì rào phế nang nghe êm dịu, âm độ cao, âm sắc như tiếng gió thổi nhẹ qua lá cây, và liên tục trong toàn bộ thì hô hấp.

Trên lâm sàng vì áp lực không khí vào phế nang trong thì hít vào lớn hơn khí thổi ra nên ta nghe thì hít vào dài hơn thổi ra, nhưng thực ra, phân tích trên phế đồ, ta thấy thì thổi ra dài hơn hít vào 2-3 lần.

### 5.2.2. Hô hấp bệnh lý:

#### 5.2.2.1. Thay đổi về cường độ:

- Trừ trường hợp người gầy, trẻ em, thành ngực mỏng, hoặc người vừa hoạt động mạnh, hồi hộp, tiếng thổi mạnh, ta thấy cường độ thổi lớn ở vùng phổi lành, hoạt động bù phổi tổn thương. Hiện tượng này kèm theo tăng rung thanh và gõ trong.
- Tiếng thổi yếu hoặc mất, gặp trong các trường hợp có ngăn trở hô hấp, vật lạ, nước, hơi ở màng phổi, viêm phổi, xơ phổi. Kết hợp với những thay đổi khác về lâm sàng, ta có nhiều hội chứng khác nhau (xem mục: các hội chứng).

#### 5.2.2.2. Thay đổi về nhịp thổi:

Có thể do sinh lý hoặc bệnh lý.

- Thay đổi về tần số: thổi nhanh, hồi hộp, hoạt động mạnh, viêm phổi đốm, lao kê ở phổi, tràn dịch nhiều ở màng phổi
- Thổi chậm, thổi không đều: gặp trong các trường hợp có rối loạn ở hành tuỷ như hôn mê do u rên huyết cao, do đái tháo đường.
  - Nhịp thổi Kussaul: người bệnh thổi chậm: hít vào, nghỉ, thổi ra, nghỉ rồi lại tiếp tục như trên.
  - Nhịp thổi Cheyne – Stokes: thổi tăng dần biên độ, nhịp đều rồi thổi giảm dần cường độ, sau đó nghỉ ít hoặc nhiều. Rồi lại tiếp tục như trên.
- Thay đổi tỷ lệ hít vào-thổi ra: thổi ra dài hơn hít vào: hiện tượng đảo ngược nhịp hô hấp, hiện tượng này gặp trong hen phế quản, giãn phế nang
- Tiếng thổi không liên tục, ngắt quãng: thường xảy ra ở thì hít vào, do nhiều nguyên nhân: thần kinh, xúc cảm, viêm dính màng phổi gây co kéo phổi, viêm phế quản, gây tắc không hoàn toàn các nhánh phế quản.

#### 5.2.2.3. Thay đổi về âm độ:

Thường đi kèm với thay đổi về âm sắc.

- Âm độ thấp: tiếng thở trầm thô ráp.
- Âm độ cao: gặp trong viêm phổi, nhưng nhu mô chưa đủ đông đặc để gây ra tiếng thổi. Ở đây, cường độ thở cao, âm độ cao, và rì rào vào phế nang mạnh.

5.2.2.4. Thay đổi về âm sắc:

Tiếng thở thô ráp gặp trong viêm phế quản hoặc các tổn thương khác như nhu mô phổi bị viêm, lao... Trong khi nghe các tiếng thở, ta có thể phát hiện được các tiếng bất thường do những thay đổi cơ thể bệnh ở bộ máy hô hấp: tiếng ran, tiếng cọ, tiếng thổi...

5.2.2.5. Thay đổi về tiếng ho và tiếng nói:

Cường độ, âm độ, âm sắc của tiếng ho và tiếng nói thay đổi theo các tổn thương ở đường hô hấp. Tiếng ho và tiếng nói còn giúp cho chẩn đoán phân biệt một số bệnh lý ở phổi.

Khi khám toàn thân, đã có thể sơ bộ nhận xét các thay đổi bệnh lý ảnh hưởng lên tiếng ho và tiếng nói.

5.3. Kết quả:

- Tiếng vang phế quản: phản ánh tình trạng đông đặc phổi. Thường gặp trong hội chứng đông đặc, và nghe khu trú ở vùng đông đặc.
- Tiếng ngực: nghe đếm rõ như tiếng nói xuất phát từ ngực người bệnh. Hay gặp trong hội chứng hang, nhất là hang to và nông.
- Tiếng ngực thềm: tiếng đếm thềm nghe rõ như xuất phát từ ngực người bệnh. Hay gặp trong hội chứng hang. Nhưng tiếng ngực thềm còn gặp trong nhiều trường hợp khác: viêm phổi tràn khí màng phổi và cả các trường hợp đông đặc kèm tràn dịch màng phổi.
- Tiếng vò: tiếng nói vang lạnh lạnh như tiếng kim khí, như tiếng nói trong vò. Gặp trong tràn khí màng phổi và hang rất to, nông.
- Tiếng dê kêu: đi kèm tiếng thổi màng phổi, có âm độ cao, nghe rè rè hơi giống tiếng con dê kêu. Gặp trong tràn dịch nhẹ ở màng phổi, đôi khi cả trong viêm phổi tỳ hoá. Người ta cho rằng tiếng dê kêu là tiếng thanh khí quản: thay đổi âm sắc khi qua một lớp dịch mỏng.
- Tiếng ho: tiếng ho cũng có giá trị tương tự tiếng nói. Người ta còn dựa vào tiếng ho để chẩn đoán phân biệt tiếng ran ẩm và tiếng cọ màng phổi sau khi ho, tiếng ran ẩm mất đi, tiếng cọ vẫn còn.

**HO VÀ ĐÀM**

Một biểu hiện khách quan về bệnh lý của hô hấp là ho. Các chất bị tống ra ngoài đường hô hấp khi ho có thể khác nhau: đàm, máu, mủ. Tính chất của ho và xét nghiệm các bệnh phẩm của khạc nhổ đều có giá trị gợi ý và chẩn đoán bệnh.

## 1. Ho:

Ho là một động tác thở ra mạnh và đột ngột, gồm có ba thời kỳ:

- Hít vào sâu và nhanh.
- Bắt đầu thở ra nhanh mạnh, có sự tham gia của các cơ thở ra gắng sức. Lúc đó thanh môn đóng lại, làm áp lực tăng cao trong lồng ngực.
- Thanh môn mở ra đột ngột, không khí bị ép được tống ra ngoài.

### 1.1. Các biểu hiện:

Phân tích tính chất ho trên lâm sàng: ho khan hay có đàm, nhịp điệu và tần số, ảnh hưởng của ho lên toàn thân, âm sắc của tiếng ho.

- Ho có đàm: sau khi ho khạc ra đàm. Có thể đàm đặc hoặc loãng, lẫn máu, mủ, bã đậu, khối lượng có thể ít hoặc nhiều.
- Ho khan: không khạc ra đàm, mặc dù người bệnh có thể ho nhiều. Tuy nhiên có người nuốt đàm, hoặc vì không muốn khạc, hoặc vì không biết khạc cho nên cần phải thông dạ dày hoặc xét nghiệm phân. Biện pháp này áp dụng cho người ho khan và nhất là cho trẻ em.
- Ho húng hắng: ho từng tiếng, thường không ho mạnh. Nên phân biệt với “đằng hắng”, vì động tác này không đòi hỏi sự tham gia của các cơ thở ra mà chỉ cần cơ ở thanh quản.
- Ho thành cơn: ho nhiều lần kế tiếp nhau trong thời gian ngắn, điển hình là cơn ho gà; người bệnh ho liền một cơn sau đó hít một hơi dài và tiếp tục ho nữa. Cơn ho kéo dài thường gây tăng áp lực trong lồng ngực, gây ứ huyết tĩnh mạch chủ trên, làm người bệnh đỏ mặt, tĩnh mạch cổ phồng, cơn ho có thể làm chảy nước mắt, đôi khi gây ra phản xạ nôn. Người bệnh có thể đau ê ẩm ngực, lưng và bụng do các cơ hô hấp co quá mức.
- Thay đổi âm sắc tiếng ho. Tiếng ông ổng trong viêm thanh quản, giọng đôi khi liệt thanh quản, khản họng trong viêm thanh quản nặng do bạch hầu.

### 1.2. Nguyên nhân:

Các tác nhân kích thích cung phản xạ ho đều có thể gây ho. Dưới đây là một số nguyên nhân hay gặp.

#### 1.2.1. Trên đường hô hấp.

- Viêm khí quản, phế quản cấp. Giai đoạn đầu chỉ có sung huyết phế quản nên người bệnh ho khan, tới giai đoạn phế quản tiết dịch ho có đàm.
- Viêm phế quản mạn: ho kéo dài trong nhiều năm, thường nhiều đàm. Có thể khỏi ho trong một thời gian, nhưng rất dễ tái phát khi có hội nhiễm hoặc tiếp xúc với các tác nhân gây viêm: lạnh, ẩm, hơi độc...

- Viêm họng cấp hoặc mạn tính.
- Giãn phế quản: có thể tiên phát, nhưng thường là hậu phát của một bệnh mạn tính đường hô hấp: viêm phế quản mạn, áp xe, lao phổi, v.v... người bệnh thường ho nhiều về sáng sớm, nhiều đàm, đờm trong cổ lắng thành 3 lớp điển hình. Người bị phế quản có thể ho ra máu.
- Tổn thương ở nhu mô phổi:
  - Viêm phổi: đau ngực, ho khan, đột ngột rét rồi nóng. Sau đó có thể ho ra đàm màu gỉ sắt, rất quánh, cấu tạo bởi sợi tơ huyết và các hồng cầu.
  - Lao phổi: thường ho húng hắng có thể khạc ra đàm trắng hoặc bã đậu, hoặc máu. Toàn trạng gầy sút dần, sốt âm ỉ kéo dài. Xét nghiệm đàm tìm vi khuẩn lao là động tác cần thiết cho chẩn đoán.
  - Áp xe phổi: tính chất ho không đặc hiệu. Ợc mủ là dấu hiệu chỉ điểm quan trọng của áp xe phổi.
  - Bụi phổi: ho kéo dài. Bệnh cảnh có thể giống lao phổi. Xét nghiệm đàm có thể thấy bụi gây bệnh, chụp phổi thấy nhiều nốt mờ nhỏ rải rác hai bên phổi. Bệnh bụi phổi là nguyên nhân quan trọng gây suy hô hấp và tim phổi mạn tính trong công nghiệp.
- Trung thất: áp xe, u trung thất có thể gây ho. Không nên chẩn đoán viêm phế quản một cách quá dễ dàng trước khi kiểm tra kỹ càng đường hô hấp và trung thất.
- Màng phổi: viêm màng phổi thường gây ho, và ho khan. Nhưng triệu chứng quyết định cho chẩn đoán là tiếng cọ màng phổi hoặc chọc dò có nước.

#### 1.2.2. Tim mạch:

Tăng áp lực tiểu tuần hoàn có thể gây khó thở, ho khan hoặc ho ra máu. Không nên kết luận vội vã là viêm phế quản hoặc lao đối với mọi trường hợp khó thở và ho nhiều, có khi ra máu, trước khi khám toàn diện, nhất là khám tim. Các tổn thương tim mạch gây ứ trệ tuần hoàn đều có thể gây ho: hẹp van hai lá, tăng huyết áp có suy tim...

#### 1.2.3. Nguyên nhân ở xa đường hô hấp:

Ho chỉ là triệu chứng: tổn thương ở gan, tử cung có thể gây ho, lạnh đột ngột có thể gây ho.

Một bệnh toàn thể như cúm, thương hàn... thường có biểu hiện hô hấp cùng với các triệu chứng toàn thân khác.

#### 1.2.4. Nguyên nhân tinh thần:

Một số trường hợp rối loạn tinh thần có biểu hiện ho nhiều, không có tổn thương trên đường hô hấp. Nhưng đó là những trường hợp hiếm gặp.

## 2. Đàm:

Đàm là các chất tiết ra từ hốc mũi tới phế nang và thải ra ngoài miệng. Đàm gồm các dịch tiết của khí phế quản, phế nang, họng, các xoang hàm trán, các hốc mũi.

### 2.1. Thành phần của đàm:

- Dịch tiết của khí phế quản: do các tuyến tiết ra chất nhầy, chất thanh dịch, ngoài ra còn có thanh dịch và bạch cầu thấm qua thành mạch và niêm mạc khí phế quản.
- Dịch tiết của phế nang: thấm qua tế bào vào túi phế nang.
- Dịch tiết trên thanh môn: qua niêm mạc xoang hàm, trán, hốc mũi, họng.

Bình thường ai cũng có các loại tiết dịch trên, nhưng không nhiều, cho nên hô hấp không bị cản trở, không ho và khạc đàm. Khối lượng tiết dịch đó vào khoảng 100ml/24 giờ, các tiết dịch đường hô hấp sẽ qua thực quản rồi đào thải theo đường tiêu hoá.

Trong trường hợp bệnh lý, có tình trạng da tiết các dịch của đường hô hấp, ngoài ra có thể còn các chất khác không gặp trong điều kiện bình thường như: máu, mủ, giả mạc, bã đậu.

Các chất trên cản trở đường hô hấp, gây phản xạ ho và được tống ra ngoài, gọi là đàm.

Tuy nhiên, cũng có một số người không khạc, mà lại nuốt đàm, cho nên thầy thuốc cần chú ý đến điểm này đối với những trường hợp gọi là ho khan, nhất là ở phụ nữ và trẻ em.

### 2.2. Các loại đàm:

Đàm là hậu quả của nhiều nguyên nhân gây bệnh trên đường hô hấp. Tuy nhiên, trong nhiều trường hợp, những xét nghiệm đàm về mặt cơ thể bệnh, vi khuẩn, và ngay cả hình thái của đàm cũng giúp ta chẩn đoán.

Trên lâm sàng có thể gặp:

- Đàm thanh dịch: gồm các thanh dịch tiết ra từ các huyết quản và có thể lẫn với hồng cầu. Loại này rất loãng, đồng đều, thường gặp trong phù phổi mạn tính hoặc cấp. Trong phù phổi mạn tính hoặc cấp. Trong phù phổi mạn tính, đàm màu trong, có bọt. Trong phù phổi cấp, đàm hồng vì lẫn hồng cầu. Về mặt hoá học, đàm thanh dịch có phản ứng albumin dương tính của Roger.
- Đàm nhầy: màu trong nhầy, thường gặp trong:
  - Viêm phổi: dịch nhầy lẫn với sợi tơ huyết và hồng cầu thoát ra từ các huyết quản và vách phế nang bị viêm. Đàm thường rất quánh, dính vào thành và đáy ống nhổ và có màu đỏ của gỉ sắt.

- Hen phế quản: dịch nhày do các phế quản tiết ra.
- Mủ: sản phẩm của các ổ hoại tử do các loại vi khuẩn ở trong phổi hoặc ngoài phổi: áp xe phổi, áp xe gan dưới cơ hoành vỡ vào phổi, mủ có màu vàng hoặc xanh, hoặc nâu trong trường hợp áp xe gan vỡ vào phổi. Mủ có màu tanh hoặc thối. Xét nghiệm vi mô, thấy có nhiều sợi chun, thành phần của phế nang, và cũng là dấu hiệu của huỷ hoại phế nang. Ngoài ra có rất nhiều bạch cầu đa nhân thoái hoá và có thể có vi khuẩn gây bệnh.
- Đàm mủ nhày: thường gặp nhất trong giãn phế quản. Sau một cơn ho khạc nhiều đàm, nếu hứng đàm trong một cốc thuỷ tinh, sẽ thấy ba lớp:
  - Dưới đáy: lớp mủ.
  - Ở giữa: lớp dịch nhày.
  - Trên cùng: lớp bọt lẫn dịch nhày và mủ.

Sở dĩ có ba lớp đàm như vậy, là vì có tình trạng viêm mạn tính ở các phế quản bị giãn, nên vừa có hiện tượng đa tiết, vừa có hiện tượng hoá mủ ở các phế quản. Xét nghiệm vi mô có thể thấy vi khuẩn, nhưng không có dây chun.

- Bã đậu: thường gặp trong lao phổi. Chất bã đậu màu trắng, nhuyển, lẫn với dịch nhày, có khi lẫn máu. Xét nghiệm đàm có thể thấy vi khuẩn lao.
- Đàm ít gặp: giả mạc bạch hầu, kén sán chó...
  - Giả mạc bạch hầu: là sợi tơ huyết thấm qua niêm mạc hô hấp bị viêm trong bệnh bạch hầu: giả mạc được thải thành từng mảng màu trắng, có trực khuẩn Loeffler.
  - Kén sán chó: đàm rất loãng, trong vắt, lẫn với hạt nhỏ như hạt kê màu trong. Xét nghiệm vi mô thấy được đầu sán chó.

### 2.3. Cách lấy đàm:

Cần thiết lấy đàm để xét nghiệm tìm nguyên nhân bệnh và theo dõi tiến triển của bệnh. Trong áp xe phổi, nếu đàm tăng và sốt giảm, tiên lượng tốt, và nếu sốt vẫn dao động và người bệnh khạc ít đàm, ta cần dè dặt hơn.

- Có thể đựng đàm trong một ống thuỷ tinh hoặc ống sắt tráng men, có nắp, và có ghi khối lượng hàng ngày.
- Nếu người bệnh hợp tác tốt với thầy thuốc, ta có thể dặn người bệnh tự ghi lấy số lần khạc đàm trong ngày để đánh giá khối lượng hàng ngày.
- Nếu người bệnh không khạc đàm có thể gây khạc nhỏ bằng cách cho uống 1g kali iodua.
- Có khi phải thông dạ dày khi đói, hoặc xét nghiệm phân tìm vi khuẩn như trong lao phổi.

### 3. Ho ra máu:

Ho ra máu là khạc ra máu trong khi ho. Máu xuất phát từ thanh quản trở xuống. Ho ra máu chỉ là một triệu chứng của nhiều nguyên nhân, nhưng triệu chứng ho lâm sàng nói chung có nhiều điểm giống nhau trong mọi trường hợp.

Ho ra máu có thể xảy ra đột ngột, người bệnh cảm thấy khó thở, thở nhẹ, hoặc sau khi hoạt động mạnh, sau khi ăn nhiều, nói nhiều, xúc cảm mạnh, thay đổi thời tiết đột ngột, hoặc trong giai đoạn hành kinh.

#### 3.1. Đặc điểm:

- Tiền triệu: ngay trước khi ho, người bệnh có cảm giác nóng trong ngực, khó thở nhẹ, ngứa trong họng rồi ho.
- Tính chất ho: giữa cơn ho khạc ra máu tươi lẫn bọt, thường lẫn đàm. Khối lượng cụ thể:
  - Nhẹ: một vài bãi đàm lẫn máu.
  - Trung bình: 300-500ml.
  - Nặng: nhiều hơn, tình trạng suy sụp nặng toàn thân và thiếu máu nặng.
  - Rất nặng: làm cho người bệnh chết ngay vì khối lượng máu quá lớn vì nghẹt thở, hoặc bị sốc, tuy máu mất đi chưa nhiều lắm.

#### 3.2. Khám:

Chú ý tránh làm người bệnh mệt một cách không cần thiết, như xoay trở, gõ lồng ngực nhiều.

Nên xem toàn trạng: vẻ mặt xanh xao, vã mồ hôi, sốt, mạch, huyết áp. Nên chú ý tới tình trạng khó thở, ho, đau ngực, nhiều hay ít.

Thăm khám thực thể: nghe ngực có thể thấy tiếng ran nổ hoặc ran ẩm, khu trú hay rải rác.

Có thể chụp phổi, nếu toàn trạng người bệnh cho phép.

Sau khi ho ra máu: cơn ho có thể kéo dài vài phút tới vài ngày. Máu khạc ra dần dần có màu đỏ thẫm, nâu, rồi đen lại, gọi là đười ho ra máu (đuôi khái huyết). Đười ho ra máu là máu đông còn lại trong phế quản, được khạc ra ngoài sau khi máu đã ngừng chảy. Đười kết thúc ho ra máu.

#### 3.3. Chẩn đoán phân biệt:

Cần phân biệt ho máu với:

- Nôn ra máu: máu nôn ra lẫn thức ăn, đỏ thẫm, có khi là máu cục, ít bọt sau đó người bệnh đi ỉa ra phân đen. Cảm giác trước khi nôn ra máu là nôn nao, khác với ho ra máu là nóng và ngứa ở ngực và cổ.

- Chảy máu cam: nên khám xem hai lỗ mũi có máu không.
- Chảy máu trong miệng. Không nóng và ngứa trong ngực và cổ. Nên khám miệng: niêm mạc miệng, lợi, lưỡi.

### 3.4. Nguyên nhân:

#### 3.4.1. Ở phổi:

- Lao phổi: là nguyên nhân thường gặp nhất. Nên làm các xét nghiệm đàm, tìm vi khuẩn lao, chiếu và chụp Xquang phổi, làm phản ứng bì để tìm phản ứng của cơ thể với lao. Nên nghĩ tới nguyên nhân lao, nếu người bệnh có sốt âm ỉ kéo dài, toàn trạng suy sụp dần, và húng hắng ho ra đàm lẫn máu.
- Các bệnh nhiễm khuẩn gây tổn thương ở phổi: viêm phổi, áp xe phổi, cúm, xoắn khuẩn gây chảy máu, vàng da.
- Các bệnh khác của đường hô hấp: giãn phế quản, ung thư phổi, kén sán chó ở phổi, sán lá phổi, nấm phổi, bấu hời ở phổi ...

Ta cần phải theo dõi lâm sàng, xét nghiệm đàm, làm các phản ứng sinh vật đặc biệt, chiếu chụp Xquang phổi và phế quản để chẩn đoán nguyên nhân ho ra máu được chính xác.

#### 3.4.2. Ngoài phổi:

##### 3.4.2.1. Bệnh tim mạch:

- Các bệnh làm tăng áp lực tiểu tuần hoàn. Hẹp van hai lá, suy tim trái do cao huyết áp: ho ra máu kèm theo khó thở, có khi lên cơn hen tim, phù phổi cấp.
- Tắc động mạch phổi: người bệnh đau ngực nhiều hoặc ít, có ho ra máu đỏ thẫm, mạch nhanh, sốt nhẹ. Có thể có phản ứng màng phổi. Rivalta dương tính. Chụp phổi có thể thấy hình mờ tam giác nếu tắc một nhánh nhỏ. Tắc động mạch phổi hay xảy ra ở những người có tổn thương ở tim, ở những người đẻ, người mới mổ, người nằm lâu do điều trị bệnh mạn tính, ung thư phổi.
- Vỡ phòng quai động mạch chủ: thường ra ho máu nặng đưa tới tử vong...

Không nên chẩn đoán vội vàng nguyên nhân ho máu trước khi khám toàn diện bệnh, nhất là tim mạch.

##### 3.4.2.2. Bệnh về máu:

Các bệnh làm thay đổi tình trạng động máu có thể gây ho ra máu: suy tuỷ xương, bệnh bạch cầu, bệnh máu chảy lâu, v.v... Ho ra máu ở đây chỉ là một triệu chứng trong bệnh cảnh chung.

## 4. Ợc mủ:

Ợc mủ là khạc đột ngột túi mủ đã vỡ qua phế quản. Cơn ợc mủ xảy ra giữa cơn ho, có thể kèm nôn.



#### 4.1. Biểu hiện lâm sàng:

- Tiền triệu: ho, có khi ho ra máu, đau ngực, thở có mùi tanh hoặc hôi.
- Bắt đầu đột ngột:
  - Ợc mủ nặng: ho, đau ngực dữ dội như xé, ợc mủ nhiều làm người bệnh có lúc bị ngạt thở, tím mặt lại, mạch nhanh khó bắt, vã mồ hôi. Lượng mủ lên tới 300-500ml, có khi 1-1,5 l. Sau cơn ợc mủ người bệnh thấy dễ chịu toàn trạng trở lại bình thường.
  - Ợc mủ từng phần: triệu chứng nhẹ hơn. Khối lượng mủ ợc ra cũng ít hơn: 150ml -300ml trong 24 đến 48 giờ.
  - Ợc mủ núm: khạc ra từng bãi mủ tròn bằng đồng xu.
- Sau khi ợc mủ:

Ợc mủ thường là triệu chứng của áp xe phổi, sau khi ợc mủ có thể xuất hiện triệu chứng hang, nhưng nếu hang ở sâu, hang nhỏ, thì khám lâm sàng khó phát hiện được, cần phải chụp xquang phổi để tìm tổn thương.

Toàn trạng có thể tốt lên, nhiệt độ giảm, mạch trở lại như cũ, nếu mủ trong ổ áp xe được tống ra hết. Nhưng trong nhiều trường hợp phải điều trị kiên trì mới khỏi hẳn được ổ áp xe. Để theo dõi kết quả điều trị, nên ghi số lượng mủ ợc ra và mạch, nhiệt độ người bệnh hằng ngày.

#### 4.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Dẫn phế quản: đàm mủ nhầy lắng thành ba lớp trong ống nhỏ, toàn trạng người bệnh tốt, và nhất là chụp phổi không có hang, mức nước, chụp phế quản có chất cản quang thấy hình ảnh giãn phế quản.
- Tiết dịch phế quản: trong một số trường hợp viêm phế quản có tình trạng da tiết ở phế quản. Nhưng toàn trạng người bệnh tốt, đàm nhầy và có bọt.
- Viêm tấy mủ tuyến hạnh nhân, ở thành sau hay thành bên của họng: người bệnh nuốt đau có khi thường xuyên há miệng, chảy nước dãi, thăm họng rất đau, và phát hiện được ổ mủ. Chụp Xquang không thấy hình mờ hoặc hang ở phổi.

#### 4.3. Nguyên nhân:

##### 4.3.1. Áp xe phổi:

- Sốt cao dao động, bạch cầu tăng, đa nhân trung tính tăng cao. Các triệu chứng hô hấp lúc đầu là ho, đau ngực, có thể có triệu chứng đông đặc.
- Sau khi xuất hiện cơn ợc mủ, có thể thấy hội chứng hang phổi và trên Xquang có mức nước và hơi.

- Vi khuẩn gây áp xe phổi thuộc loại ưa khí hay kỵ khí. Xét nghiệm vi khuẩn có giá trị chẩn đoán nguyên nhân gây bệnh, hơn là dựa vào màu sắc vi khuẩn và mùi thối hay tanh của mủ vì có loại vi khuẩn ưa khí cũng gây ra mủ thối.

#### 4.3.2. Nguyên nhân ngoài phổi áp xe vỡ vào phổi:

- Áp xe gan: nên cảnh giác trước những hình ảnh hang áp xe ở đáy phổi. Cần phải khám gan để loại trừ khả năng áp xe gan.
- Áp xe trung thất vỡ vào phế quản: nên chú ý tới áp xe trung thất ở người có hội chứng trung thất kèm theo tình trạng nhiễm khuẩn rõ rệt và có ộc mủ. Chụp phổi có thể thấy vùng trung thất to bè ra.
- Áp xe màng phổi vỡ vào phổi: khó phân biệt nếu không chọc tháo mủ màng phổi, rồi chụp xquang phổi để tìm hang phổi.

## MỘT SỐ TIẾNG BẤT THƯỜNG

### 1. Tiếng thổi:

Khi nhu mô phổi bị đông đặc, tiếng thổi thanh khí quản được dẫn truyền đi xa quá phạm vi bình thường của nó, và có thể thay đổi về mặt âm học do những tổn thương đi kèm theo hiện tượng đông đặc đó.

#### 1.1. Thổi ống:

Là tiếng thổi thanh khí quản được dẫn truyền xa quá phạm vi và bình thường của nó, do nhu mô phổi bị đông đặc.

Thổi ống có những đặc điểm:

- Cường độ thì hít vào mạnh hơn thì thở ra.
- Âm độ cao nhất là ở thì thở ra.
- Âm sắc giống như tiếng thổi qua bể lò rèn.

Nếu ta đặt ống nghe trước thanh quản người bình thường đang thổi sẽ thấy đầy đủ những đặc điểm trên.

Thường gặp trong các bệnh phổi có hội chứng đông đặc, vv...

#### 1.2. Thổi hang:

Thổi hang: là tiếng thổi ống vang lên do được dẫn truyền qua một hang rỗng, thông với phế quản. Hang đóng vai trò một hòm cộng hưởng.

Tiếng thổi hang có những đặc điểm:

- Cường độ mạnh hay yếu tùy theo lưu lượng thổi và mức độ đông đặc của nhu mô phổi.
- Âm độ: trầm.

- Âm sắc: tùy theo kích thước của hang. Hang càng rộng, tiếng thổi nghe càng rõng nếu hang rất lớn, thành nhẵn, âm sắc thay đổi thành tiếng thổi vò.

Một số tiếng thổi hang đặc biệt:

- Tiếng thổi hang trong hang giả: trong một số bệnh phổi mạn tính, tổ chức phổi bị xơ hoá, phế quản lớn bị giãn rộng và co kéo lệch vị trí bình thường có thể làm ta nhầm là tiếng thổi hang do có hang thực trong nhu mô phổi. Trong trường hợp này, Xquang sẽ giúp cho chẩn đoán phân biệt một cách chính xác.
- Hang câm: có trường hợp trên lâm sàng chỉ thấy hội chứng đông đặc. Một vài tiếng ran nổ, ran ẩm, nhưng Xquang lại phát hiện được hang.

Sở dĩ ta không thấy được tiếng thổi hang, vì một hoặc nhiều lý do sau đây:

- Hang nhỏ quá.
- Hang ở sâu trong nhu mô phổi.
- Hang không còn lưu thông với phế quản.

Tiếng thổi hang có thể nghe thấy trong các trường hợp có một ổ rỗng ở trong tổ chức phổi, có lưu thông với phế quản, vách lá nhu mô phổi đông đặc.

Trừ trường hợp phế quản lớn bị kéo lệch vị trí gây ra tiếng thổi hang giả, tiếng thổi hang thực thường gặp trong lao hang, áp xe phổi đã thoát mủ.

### 1.3. Thổi vò:

Là tiếng thổi ống vang lên, do được dẫn truyền qua một hang rộng và có thành nhẵn.

Tiếng thổi vò có những đặc điểm:

- Cường độ: thay đổi theo kích thước hang và mức độ đông đặc của nhu mô phổi.
- Âm độ: rất trầm, thấp hơn tiếng thổi hang.
- Âm sắc: nghe như tiếng thổi vào trong vò lớn rỗng, cổ hẹp.

Thường gặp trong hội chứng tràn khí màng phổi và trong trường hợp hang lớn, thành nhẵn, gần bì phổi, có đường kính khoảng 6cm.

### 1.4. Tiếng thổi màng phổi:

Là tiếng thổi ống bị mờ đi do dẫn truyền qua một lớp nước mỏng.

Đặc điểm: êm dịu, xa xăm, nghe rõ ở thì thở ra. Trong trường hợp tràn dịch màng phổi, tiếng thổi màng phổi nghe rõ ở vùng ranh giới trên của mức nước, nếu nhu mô phổi ở ngay sát đó bị đông đặc.

Gặp trong hội chứng tràn dịch màng phổi có kèm tổn thương đông đặc nhu mô phổi.

## 2. Tiếng ran:

Những tiếng bất thường phát sinh khi có luồng không khí đi qua phế quản, phế nang có nhiều tiết dịch, hoặc bị hẹp lại. Các tiếng ran đều theo hô hấp hoặc sau khi ho. Thường chia ra ba loại: ran khô, ran ẩm, ran nổ.

### 2.1. Ran khô:

Xuất hiện khi luồng không khí lưu thông trong phế quản có một hoặc nhiều nơi hẹp lại. Nguyên nhân của hẹp có thể là phù niêm mạc phế quản, co thắt phế quản, tiết dịch đặc hoặc u chèn ép phế quản.

Đặc điểm: tùy theo âm độ, người ta chia ran khô làm hai loại: ran ngáy và ran rít.

- Ran ngáy: tiếng trầm nghe giống tiếng ngáy ngủ.
- Ran rít: tiếng cao, nghe như tiếng chim ríu rít hoặc tiếng gió thổi mạnh qua khe cửa.

Hai tiếng ran này nghe thấy rõ ở cả hai thì hô hấp, rõ nhất là khi thở ra và mất đi sau cơn ho. Nghe rõ khi thở ra có thể một phần vì ở thì thở ra dòng phế quản hẹp lại.

Ran ngáy thường phát sinh ở những phế quản lớn hơn là đối với rên rít. Trong nhiều trường hợp viêm phế quản lớn có tiến triển viêm lan toả tới các phế quản nhỏ, người ta nghe thấy tiếng ran ngáy lẫn ran rít. Tuy vậy sự phân biệt về vị trí phế quản đó không nhất thiết vì nếu phế quản lớn bị hẹp nhiều, vẫn là nơi xuất phát của rên rít.

Thường gặp trong các bệnh:

- Viêm phế quản cấp: giai đoạn đầu, trước khi long đàm; tới giai đoạn long đàm, có thể nghe thấy tiếng ran ẩm.
- Hen phế quản: chủ yếu có nhiều ran rít.
- Hen phế quản do u chèn ép hoặc do co kéo phế quản: ran rít khu trú một vùng.

### 2.2. Ran ẩm:

Xuất hiện lúc không khí khuấy động các chất dịch lỏng (đàm, mủ, chất tiết) ở trong phế quản hoặc phế nang. Ran ẩm gồm nhiều tiếng lép lép nghe ở cả hai thì hô hấp. Rõ nhất lúc thở ra, và mất đi sau tiếng ho. Người ta chia ra ba loại: ran ẩm nhỏ hạt, vừa và to hạt.

- Ran ẩm nhỏ hạt: tiếng lép lép rất nhỏ, nghe gần giống tiếng ran nổ, nhưng khác tiếng ran nổ là mất đi sau khi ho và nghe thấy ở cả hai thì hô hấp. Ran ẩm nhỏ hạt xuất phát từ phế quản nhỏ hoặc phế nang, thường gặp trong:
  - Viêm phế quản nhỏ: bệnh nặng, có thể gây tử vong vì ngạt thở.

- Viêm phổi ở giai đoạn gan hoá xám.
- Sau khi ho ra máu.
- Ran ẩm hạt vừa: tiếng lép lép to hơn. Xuất phát từ các phế quản vừa, như viêm phế quản vừa, như viêm phế quản ở thời kỳ long đàm.
- Ran ẩm to hạt: tiếng rên nghe lọc xọc, giống như tiếng thổi không khí qua một cái ống vào một bình nước. Đặt ống nghe ở thanh quản, phế quản, có thể nghe tiếng ran này được. Thường gặp trong các trường hợp có dịch lỏng trong các phế quản lớn.

Tiếng ran ẩm có thể thay đổi âm sắc tùy theo tình trạng nhu mô phổi ở nơi xuất phát nó:

- Ran hang: xuất phát gần hoặc ở ngay trong phổi: tiếng vang lên, vì hang đóng vai trò hòm cộng hưởng. Nếu hang rất to, tiếng đó có âm sắc của kim loại va chạm nhau trong một cái vỏ.
- Ran vang: là tiếng ran được tăng cường độ do nhu mô phổi đông đặc dẫn truyền.

### 2.3. Ran nổ:

Ran nổ xuất hiện lúc không khí vào phế quản nhỏ và phế nang và bóc tách dần vách phế quản nhỏ và phế nang đã bị lớp dịch quánh đặc làm dính lại.

#### 2.3.1. Đặc điểm:

- Ran nổ gồm nhiều tiếng lạo xạo nhỏ, nhỏ hạt.
- Nghe thấy ở thì hít vào và rõ nhất ở cuối thì hít vào.
- Sau khi ho có thể vẫn còn nghe thấy rõ.
- Có thể ví tiếng lạo xạo đó như tiếng muối rang trên ngọn lửa nhỏ, hoặc tiếng tóc cọ xát giữa các ngón tay.

Sở dĩ tiếng ran nổ chỉ nghe thấy ở thời kỳ hít vào là khi không khí qua phế quản nhỏ và phế nang chỉ bóc tách dần các vách đã bị một chất dịch quánh đặc bám vào và làm dính lại.

Ở thì thở ra, do áp lực không khí từ trong phế nang ra ngoài phế quản yếu hơn trong thì hít vào, nên các vách phế quản nhỏ và phế nang lại dính trở lại từ từ và chất dịch quánh đặc không bị khuấy động, không gây ra tiếng ran nữa.

#### 2.3.2. Các bệnh lý:

Ran nổ thường gặp trong:

- Viêm phổi.
- Tắc động mạch phổi hay gây nhồi máu phổi.

- Đáy phổi ở những người nằm lâu ngày, có một số phế nang bị xẹp dính lại, nhưng không có tổn thương.

• **Bảng tóm tắt các tiếng ran:**

Ran	Loại ran	Nơi phát sinh	Cơ chế phát sinh	Đặc điểm			
				Tương tự	Thì hô hấp	Ảnh hưởng	Thường có trong
Ran khô	Ran ngáy	Phế quản lớn	Đường kính phế quản bị nhỏ lại do viêm co thắt hoặc chèn ép	Tiếng ngáy ngủ	Cả hai thì	Không ảnh hưởng rõ rệt. Không mất đi sau cơn ho.	Viêm phế quản thời kỳ đầu.
	Ran rít	Phế quản nhỏ		Tiếng chim ríu rít. Tiếng gió qua khe cửa.			Cơn hen phế quản.
Ran ẩm	Nhỏ Vừa To	Phế quản và phế nang	Trong phế quản và phế nang có dịch loãng.	Tiếng bọt vỡ hoặc nước lọc xọc	Cả hai thì	Mất đi sau cơn ho	Viêm phế quản thời kỳ long đàm. Sung huyết phổi. Sau ho ra máu. Viêm phổi, gan hoá xám. Lao phổi. Áp xe phổi.
	Hang		Như trên Hang làm hòm cộng hưởng.				
Ran nổ		Phế nang, Phế quản nhỏ.	Tiết dịch quánh đặc ở phế nang hoặc phế quản nhỏ.	Tiếng muối rang. Tiếng xoa tóc giữa các ngón tay.	Thì hít vào	Không rõ rệt. Sau khi ho vẫn nghe thấy.	Viêm phổi. Nhồi máu phổi. Xẹp phế nang do nằm lâu.

**3. Tiếng cọ:**

Khi màng phổi bị viêm, trở nên gồ ghề vì những màng sợi huyết, trong lúc hô hấp lá thành cọ vào lá tạng, gây ra tiếng cọ gọi là tiếng cọ màng phổi.

3.1. Đặc điểm:

- Tiếng sột soạt không đều, giống như tiếng cọ xát của tờ giấy bản thô ráp, hoặc của hai miếng da lên nhau.
- Nghe thấy ở hai thì hô hấp, rõ nhất ở thì thở ra.
- Không mất đi sau khi thở mạnh hoặc ho.

- Có thể rất mạnh, đặt tay vào thành ngực cũng thấy có cảm giác cọ xát.

Tiếng cọ thường gặp trong viêm màng phổi khô, tràn dịch màng phổi ở giai đoạn đầu và giai đoạn nước rút.

### 3.2. Chẩn đoán phân biệt:

#### 3.2.1. Tiếng ran:

Ngoài sự khác nhau về âm sắc, tiếng ran nổ hoặc ran ẩm còn có thể phân biệt được với tiếng cọ dựa vào những đặc điểm sau:

- Bảo người bệnh ho mạnh: sau khi ho tiếng ran thay đổi hoặc mất đi, nhưng tiếng cọ vẫn còn.
- Ấn ống nghe thật sát lồng ngực, nghe tiếng cọ rõ hơn, còn tiếng ran không thay đổi theo cường độ.

Trong trường hợp viêm màng phổi đồng thời có tiết dịch ở các phế nang, phế quản, có thể nghe tiếng ran hoặc tiếng cọ màng phổi: nếu bảo người bệnh ho thì sẽ nghe tiếng cọ rõ hơn, nhưng nhiều khi phân biệt lâm sàng cũng khó khăn.

#### 3.2.2. Tiếng cọ màng ngoài tim:

Trong một số trường hợp viêm màng phổi khô, khu trú gần vùng trước tim, có thể nhầm tiếng cọ màng phổi với cọ màng ngoài tim.

Tuy nhiên, nếu người bệnh thở và sâu mạnh, tiếng cọ màng phổi nghe rõ hơn và theo nhịp hô hấp, còn tiếng cọ màng tim chỉ theo nhịp tim và bị mờ đi khi người bệnh thở mạnh, nhưng không mất đi khi người bệnh nín thở.

**TỰ LƯỢNG GIÁ**

1. Đường nách giữa kẻ từ:
 

A. Bờ trước của hố nách	B. Bờ ngoài cơ ngực lớn
C. Đỉnh hố nách	D. Bờ ngoài cơ lưng rộng
2. Phần thấp nhất của đáy phổi phải ở mức:
 

A. Xương sườn 8	B. Xương sườn 9
C. Xương sườn 10	D. Xương sườn 11
3. Đặc điểm nào đúng với khoảng Traube:
 

A. Ở bên trái ranh giới ngực bụng	B. Hình tròn
C. Bờ trước khoảng đục của lách	D. Bờ trên khoảng đục của tim
4. Tư thế đúng khi khám vòm họng bằng tay:
 

A. Đứng đối diện người bệnh	B. Dùng ngón cái ấn vào má người bệnh
C. Ngón cái còn lại luồn qua lưới gà	D. Giữ hai hàm răng không ngậm lại
5. Đây là những bệnh lý có thể gây viêm họng giả mạc, NGOẠI TRỪ:
 

A. Bạch hầu	B. Viêm họng Vincent
C. Sởi	D. Giang mai thời kỳ II
6. Lồng ngực giãn to một bên nghĩ nhiều đến:
 

A. Tràn dịch màng phổi	B. Viêm phổi thùy
C. Viêm phổi dày dính	D. Vẹo cột sống
7. Thở kiểu sườn thường gặp ở đối tượng:
 

A. Trẻ em	B. Nam giới trưởng thành
C. Thiếu niên	D. Phụ nữ
8. Chỉ số hô hấp ở người bình thường:
 

A. 5-6cm	B. 7-8cm
C. 6-7cm	D. 8-9cm
9. Rung thanh tăng trong trường hợp:
 

A. Nhồi máu động mạch phổi	B. Viêm phổi không điển hình
C. Tràn dịch nhẹ màng phổi	D. Liệt dây thanh âm
10. Đây là 3 thành phần của tiếng gõ khi khám phổi, NGOẠI TRỪ:
 

A. Cường độ	B. Âm sắc
C. Nhịp điệu	D. Âm độ
11. Nơi phát sinh của tiếng ran ngáy:
 

A. Phế quản lớn	B. Phế quản nhỏ
C. Phế quản tận	D. Phế nang
12. Tiếng ran nào nghe như tiếng muối rang:
 

A. Ran ngáy	B. Ran ẩm
C. Ran nổ	D. Ran hang
13. Tiếng ran nào mất đi sau khi ho:
 

A. Ran ngáy	B. Ran ẩm
C. Ran rít	D. Ran nổ



## MỘT SỐ HỘI CHỨNG HÔ HẤP

BS.CKI. Nguyễn Văn Thịnh

### MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. **Nêu cách nhận định các hội chứng hô hấp.**
2. **Mô tả các hội chứng hô hấp.**
3. **Chẩn đoán nguyên nhân các hội chứng hô hấp.**

### HỘI CHỨNG TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI

Ổ màng phổi là một khoảng ảo. Bình thường trong ổ màng phổi có rất ít thanh dịch, đủ cho lá thành và lá tạng trượt lên nhau dễ dàng trong động tác hô hấp. Những bệnh lý có thể xuất hiện các dịch trong khoảng ảo đó, gây ra những biến đổi trên lâm sàng, gọi là hội chứng tràn dịch. Nếu dịch có ít và chỉ xuất tiết sợi tơ huyết, thăm khám người bệnh ta chỉ nghe tiếng cọ màng phổi ở một vùng, còn các triệu chứng khác trên lâm sàng và Xquang đều không rõ rệt: đó là dấu hiệu của viêm màng phổi khô.

Nguyên nhân gây tràn dịch màng phổi là các bệnh lý liên quan đến phổi. Tuy nhiên, trong nhiều trường hợp các bệnh ở cơ quan kế cận hoặc bệnh toàn thân cũng có thể gây tràn dịch màng phổi.

#### 1. Triệu chứng lâm sàng:

##### 1.1. Triệu chứng cơ năng:

Là thứ yếu, nhưng có giá trị hướng tới chẩn đoán tràn dịch màng phổi trong một số trường hợp.

- Khi tiết dịch ít, khoảng 200 – 300 ml, người bệnh hơi đau bên có tràn dịch, không khó thở, vẫn nằm ngửa, đầu thấp được, nhưng có khuynh hướng nằm nghiêng về bên lành để tránh đau.
- Khi lượng dịch trung bình, khoảng 700-800ml tới 1500ml ở người lớn, thì có khó thở nhẹ và người bệnh phải nằm nghiêng về bên đau.
- Khi lượng dịch nhiều, tình trạng khó thở nổi bật, người bệnh phải ngồi dậy thở nhanh, nông.

Bên cạnh những triệu chứng chức năng có thể thấy sốt ít hoặc nhiều, mệt mỏi, biếng ăn, v.v...

##### 1.2. Triệu chứng thực thể:

##### 1.2.1. Tràn dịch màng phổi tự do:

- Nhìn: lồng ngực bên có tràn dịch hơi nhô lên, khoảng liên sườn rộng ra và kém di động. Thường có phù nhẹ ở lồng ngực bên đau trong tràn mủ màng phổi.

- Sờ: rung thanh giảm nhiều hoặc mất.
- Gõ: đục rõ rệt, nếu gõ dọc theo các khoang liên sườn, từ trên xuống dưới, có thể thấy ranh giới trên của vùng đục là một đường cong parabol có điểm thấp nhất ở gần sát cột sống, cao nhất ở vùng nách, và đi vòng xuống thấp phía trước ngực. Người ta gọi đó là đường cong Damoiseau. Nếu tràn dịch nhiều thì đường cong này biến dần thành đường thẳng ngang, ngoài ra có thể thấy các tạng lân cận như gan, tim, bị đẩy. Tràn dịch màng phổi trái làm mất khoảng Traube.
- Nghe:
  - Rì rào phế nang giảm nhiều hoặc mất hẳn ở vùng đục.
  - Có thể nghe tiếng cọ màng phổi lúc bắt đầu và giai đoạn rút nhiều nước.
  - Nếu tràn dịch ít và có đông đặc phổi, có thể nghe thấy tiếng thổi màng phổi và một số tiếng ran nổ hoặc ran ẩm.

Tóm lại, có thể nghĩ tới tràn dịch màng phổi nếu có hội chứng 3 giảm gồm 3 triệu chứng chủ yếu sau:

- Rung thanh giảm hoặc mất.
- Gõ đục.
- Rì rào phế nang giảm hoặc mất.

#### 1.2.2. Tràn dịch màng phổi khu trú:

Tràn dịch màng phổi có thể khu trú ở một vùng. Lâm sàng thường khó chẩn đoán và phải có Xquang, kết hợp với chọc dò mới có thể phát hiện.

- Tràn dịch liên thùy: không gây khó thở rõ rệt, dịch khu trú ở rãnh liên thùy. Có thể thấy hội chứng ba giảm lơ lửng ở lồng ngực.
- Tràn dịch thể cơ hoành: dịch khu trú ở giữa nền phổi và cơ hoành. Người bệnh có thể đau bụng, nấc. Không rõ hội chứng ba giảm.
- Tràn dịch thể trung thất: dịch khu trú ở một phần, hoặc toàn bộ góc phổi-trung thất. Người bệnh thường khó thở nhiều. Có thể chú ý gõ thấy đục một vùng cạnh ức hoặc cột sống.
- Tràn dịch thể nách, thể dịch phổi: dịch khu trú ở vùng nách, hoặc đỉnh phổi. Người bệnh khó thở ít, có hội chứng giảm khu trú. Cần chọc dò để xác định chẩn đoán.

## 2. Cận lâm sàng:

### 2.1. Xquang:

Tùy dịch nhiều hoặc ít sẽ thấy diện mờ lớn hoặc nhỏ.

- Nếu dịch ít, lâm sàng có thể không phát hiện được, nhưng trên Xquang thấy túi cùng màng phổi bị tù, và người bệnh thở sâu, túi cùng đó cũng không sáng ra.
- Nếu dịch trung bình, có thể thấy đường cong Damoiseau.
- Nếu dịch rất nhiều: thấy nửa lồng ngực bị mờ, khoảng liên sườn rộng ra, rất kém di động, tim bị đẩy sang trái hoặc sang phải.
- Tràn dịch khu trú: có thể thấy được hình ảnh tràn dịch trên Xquang bằng những hình mờ tương ứng với nơi tràn dịch.

Có một số trường hợp khó xác định, cần kết hợp với bơm hơi: bơm hơi ổ bụng rồi chụp phổi để xác định tràn dịch thể cơ hoành.

## 2.2. Chọc dò:

Là động tác giúp cho chẩn đoán quyết định, đồng thời còn có tác dụng chẩn đoán nguyên nhân và điều trị đối với trường hợp khó thở do tràn dịch nhiều. Cần chú ý tới tính chất vật lý và làm các xét nghiệm về sinh hoá, tế bào vi khuẩn đối với chất dịch rút ra.

### 2.2.1. Chẩn đoán xác định:

Chọc màng phổi có nước, có thể kết luận chắc chắn là tràn dịch. Chú ý dùng kim khá to, có khi phải dùng đến ống thông kim trường hợp dịch đặc quá như tràn mủ. Có thể phân biệt với:

- Viêm phổi: có hội chứng đông đặc.
- Xẹp phổi.

## 3. Nguyên nhân:

### 3.1. Nước vàng chanh:

- Thường có phản ứng Rivalta (+)
- Tỷ lệ albumin trên 30g/lít.
- Có nhiều tế bào: bạch cầu Limphô, bạch cầu đa nhân, một số tế bào nội mạc của màng phổi.

Thường gặp trong:

- Viêm màng phổi tiên phát: phần lớn do lao.
- Phản ứng màng phổi cạnh ổ viêm: viêm phổi, lao phổi, tắc động mạch phổi, viêm màng ngoài tim, áp xe gan...

Có thể Riavalta (-), Albumin dưới 30g/lít. Ít tế bào gặp trong các bệnh có ứ nước trong cơ thể: suy tim, xơ gan, phù thận...

### 3.2. Trong vắt:

- Rivalta (-)

- Albumin dưới 25g/lít.
- Rất ít bạch cầu, có vài đám tế bào nội mạc.

Gặp trong các bệnh gây ứ nước trong cơ thể, nhất là, thận nhiễm mỡ, suy dinh dưỡng, suy tuyến giáp trạng, suy tim xơ gan.

### 3.3. Dịch hồng hoặc đỏ:

- Rivalta (-)
- Albumin trên 30g/lít.
- Có nhiều hồng cầu và cả bạch cầu các loại.

Thường do ung thư phổi hay do di căn vào phổi. Loại tràn dịch này phát triển và tái phát nhanh sau khi chọc rút nước, gây khó thở nhiều.

### 3.4. Dịch đục có mủ:

Nhiều bạch cầu đa nhân thoái hoá, thường do các loại vi khuẩn gây mủ như tụ cầu, liên hoàn, phế cầu. Thường gặp trong nhiễm khuẩn tiên phát ở ổ màng phổi, hoặc nhiễm khuẩn thứ phát của tràn dịch màng phổi, hoặc là một triệu chứng của áp xe gần màng phổi. Nếu mủ có màu nâu thì nên nghĩ tới áp xe gan do amip vỡ vào ổ màng phổi.

### 3.5. Trắng, như nước gạo, hoặc vàng đục lóng lánh:

Đây là trường hợp tràn dịch do mỡ, rất ít gặp.

- Tràn dịch chứa nhiều Cholesterol: vàng đục nổi váng nhiều màng lóng lánh. Có khi màu xanh nâu. Có nhiều Cholesterol từ 1g tới hàng chục gam/lít. Gặp trong tràn dịch kéo dài sau giai đoạn tràn mủ màng phổi. Chưa rõ cơ chế phát sinh.
- Dưỡng chấp: trắng như nước gạo. Có nhiều mỡ trung tính: 30-40g/lít. Thường do chèn ép ống ngực do các khối u, hoặc chấn thương lồng ngực, chèn ép tĩnh mạch dưới đòn.

Như vậy, trên lâm sàng, có thể phát hiện được hội chứng tràn dịch qua hội chứng ba giảm. Chọc dò có giá trị chẩn đoán quyết định và giúp cho chẩn đoán nguyên nhân, Xquang cũng có giá trị chẩn đoán quan trọng, nhất là đối với trường hợp tràn dịch nhẹ và tràn dịch khu trú.

## **HỘI CHỨNG TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI**

Khi không khí tràn vào ổ màng phổi thì lá thành và lá tạng sẽ tách ra, tạo nên một khoảng chứa khí, gọi là hiện tượng tràn khí màng phổi. Tràn khí màng phổi thường là bệnh lý, nhưng cũng có trường hợp bơm không khí vào ổ màng phổi để điều trị: phương pháp ép phổi. Khí có thể tràn vào ổ màng phổi, xâm chiếm toàn bộ ổ màng phổi gọi là tràn khí màng phổi toàn bộ, nếu chỉ xâm chiếm một phần gọi là tràn khí màng phổi cục bộ (loại này thể hiện rất âm thầm).

Lâm sàng và xquang xoay quanh hai yếu tố: thủng màng phổi và sự có mặt của không khí trong ổ màng phổi.

### **1. Triệu chứng lâm sàng:**

#### **1.1. Triệu chứng cơ năng:**

- Đau chói ở ngực: người bệnh đột nhiên đau chói ở ngực đau như xé phổi, có thể gây sốc, tái xanh người, vã mồ hôi, mạch đập nhanh, huyết áp hạ.
- Khó thở: xảy ra ngay sau người bệnh đau chói ở ngực khó thở rất nhiều, người bệnh thường ở trong bệnh cảnh sốc.

Những triệu chứng sốc này cũng biến dần đi cùng các triệu chứng chức năng kể trên, đau giảm đi, khu trú ở vùng xương bả hay dưới núm vú.

Còn đối với tràn khí gây ra để điều trị thì triệu chứng chức năng hầu như không đáng kể vì nó không phải do thủng màng phổi và không khí đưa từ ngoài vào chậm với một số lượng đã quy định sẵn.

Vì vậy không có hội chứng sốc, đau không đáng kể, người bệnh nghỉ ngơi thì không khó thở nữa.

#### **1.2. Triệu chứng thực thể:**

Trong hội chứng tràn khí toàn bộ, triệu chứng thực thể rất phong phú.

- Nhìn: nửa ngực bị tràn khí thì lồng ngực bất động, khoảng liên sườn giãn ra, ngực bên đó cũng phình ra.
- Sờ: rung thanh mất.
- Gõ: tiếng vang trống, đây là một trong những dấu hiệu điển hình của tràn khí màng phổi.
- Nghe: triệu chứng chủ yếu là mất tiếng rì rào phế nang.

Ba triệu chứng hợp thành tam chứng Galliard: rung thanh mất, gõ vang và mất rì rào phế nang.

Khi nghe, đôi khi ta còn có thể thấy được một tiếng thổi vò. Tiếng vang kim khí, tiếng vang vò của tiếng nói và của tiếng ho. Những triệu chứng này không có thường xuyên và xảy ra muộn so với tam chứng Galliard kể trên.

Ngoài ra còn có một số triệu chứng khác: do sự thay đổi vị trí của các cơ quan. Mất tiếng gõ đục vùng gan trong trường hợp tràn khí màng phổi phải, mất tiếng đục vùng tim vì tim bị đẩy sang phải, trong trường hợp tràn khí màng phổi trái.

### **2. Cận lâm sàng:**

#### **2.1. Xquang:**

- Quá sáng bên có bệnh.

- Khoảng liên sườn giãn, chiều các xương sườn bề ngang ra.
- Phổi bị co lại thành một cục xẹp xuống sát rốn phổi.
- Cơ hoành không di động, bị đẩy xuống dưới, trung thất bị đẩy sang bên lành.

## 2.2. Áp lực kìm:

Cần phải biết để phân biệt hội chứng tràn khí màng phổi. Ta thường đo áp lực không khí trong ổ màng phổi bằng máy Kuss.

Có 3 trường hợp:

- Áp lực tràn khí màng phổi bằng áp lực khí trời: đó là tràn khí mà phổi mở, vẫn còn lỗ thông giữa màng phổi với không khí bên ngoài.
- Áp lực tràn khí màng phổi thấp hơn áp lực khí trời: đó là tràn khí màng phổi đóng chỗ thủng đã được gấn lại, không khí không vào thêm được nữa. Loại này tiên lượng tốt.
- Áp lực tràn khí màng phổi cao hơn áp lực khí trời: không khí vào ổ màng phổi được, nhưng không ra được nên thể tích không khí càng ngày càng tăng, làm cho người bệnh càng khó thở, đó là tràn khí màng phổi có van, loại này rất nặng, thường thì người bệnh chết ngay vì ngạt thở và sốc.

Nếu hội chứng tràn khí màng phổi thường rõ ràng, để chẩn đoán bằng lâm sàng cũng như chẩn đoán bằng Xquang, thì trái lại, Hội chứng tràn khí màng phổi cục bộ, kín đáo, ít khi chẩn đoán được bằng lâm sàng:

- Về chức năng: người bệnh không khó thở chỉ hơi đau ngực.
- Về thực thể: hội chứng tràn khí khu trú một vùng nhỏ, rất khó phát hiện.

Chẩn đoán tràn khí màng phổi cục bộ thường là một phát hiện của Xquang: thấy một hình hơi ở rìa phổi giữa nhu mô phổi và lồng ngực.

Hình ảnh đó cần được phân biệt với một hang phổi bằng cách nhận xét góc của hình hơi đó: góc của tràn khí cục bộ thì nhọn, góc của hang phổi thì tù, ngoài ra khi người bệnh ho, tràn khí cục bộ không nháy, trái lại nếu là hang phổi thì hình đó sẽ nháy.

## 3. Nguyên nhân:

- Do lao: phần lớn (60%) tràn khí màng phổi tự phát là do lao. Nó có thể là bệnh cảnh mở đầu một quá trình lao, nhưng thường là biến chứng của một bệnh lao phổi tiến triển.
- Không rõ nguyên nhân: thường xảy ra ở người trẻ, khoẻ mạnh. Tràn khí toàn bộ một bên ổ màng phổi không tiến triển thành một tràn dịch, hay tái phát, người ta cho rằng có thể ;là do kén hơi ở phổi vỡ ra.
- Các bệnh khác ở phổi, không phải lao: Áp xe phổi vỡ ra ở màng phổi ho gà...

## HỘI CHỨNG ĐÔNG ĐẶC.

Đông đặc phổi là một tình trạng bệnh lý ở nhu mô phổi có thể phát hiện được trên lâm sàng và Xquang. Khi nhu mô phổi bị viêm, các phế nang vùng tổn thương xung huyết chứa đầy tiết dịch, trở nên đặc và có tỷ trọng cao hơn bình thường.

Nguyên nhân có rất nhiều, đòi hỏi phải kết hợp thăm khám người bệnh với các xét nghiệm cận lâm sàng để có chẩn đoán đúng.

### 1. Hội chứng đông đặc trên lâm sàng:

#### 1.1. Thể điển hình:

Các dấu hiệu thường gặp là:

- Rung thanh tăng: rung thanh tăng vì nhu mô phổi đặc, rắn lại, nên dẫn truyền tiếng rung của thanh âm xa hơn bình thường
- Gõ đục ít nhiều. Gõ đục vì phế nang chứa nhiều tiết dịch, ít không khí.
- Rì rào phế nang giảm. Rì rào phế nang giảm vì các phế nang bị viêm, nay tiết dịch nên luồng không khí lưu thông bị cản trở

Tim rung thanh bằng áp lòng bàn tay, ở những người béo, người phù nhiều khi khó khăn.

Ta có thể bổ sung bằng phương pháp nghe tiếng nói và tiếng ho qua thành ngực:

- Nghe tiếng nói: người bệnh đếm một, hai, ba ở vùng có đông đặc tiếng nói vang to hơn bên đối xứng, và âm sắc lạnh lạnh như tiếng kim khí đó là tiếng vang phế quản.
- Nghe tiếng ho: ho có thể làm xuất hiện hoặc làm rõ tiếng ran nổ và làm tiếng ran ẩm mất đi tạm thời. Tiếng ran nổ ở một vùng khu trú có giá trị quan trọng trong chẩn đoán tổn thương phổi, nhất là khi hội chứng đông đặc hiện rõ rệt trên lâm sàng.

Ngoài ra có thể nghe tiếng thổi ống, các tiếng ran nổ hoặc ran ẩm. Nếu phát hiện thêm các triệu chứng đó, có thể chẩn đoán gần như chắc chắn là có đông đặc.

Trên lâm sàng, các triệu chứng thực thể có giá trị chẩn đoán quan trọng. Trong nhiều trường hợp, thăm khám lâm sàng kỹ lưỡng có thể phát hiện được đông đặc phổi mà không phải dùng đến Xquang. Việc này rất cần thiết nhất là trong hoàn cảnh không có X-quang.

#### 1.2. Trường hợp không điển hình:

Đôi khi nhu mô phổi đông đặc trên một diện rộng lớn và biểu hiện những triệu chứng như tràn dịch màng phổi, nhưng chọc dò không có nước.

### 1.2.1. Đông đặc thể trung tâm:

Nhu mô phổi đông đặc gần rốn phổi, xa thành ngực, lâm sàng thường không phát hiện được.

Trường hợp này cần thiết phải có xquang để chẩn đoán.

### 1.2.2. Đông đặc trong viêm phổi không điển hình:

Nguyên nhân có thể dị ứng đối với các ký sinh vật đường tiêu hoá như giun đũa, biểu hiện ở phổi trong hội chứng Loeffler, do virus, hoặc do Rickettsia.

Đặc điểm chung của các trường hợp này là triệu chứng lâm sàng không rõ rệt và chỉ nhờ X-quang mới chẩn đoán được, tiến triển thường lành tính, khỏi hẳn sau và ngày tới vài tuần.

### 1.2.3. Đông đặc co rút:

Xơ phổi do một tổn thương mạn tính ở nhu mô phổi như lao, áp xe... là một loại đông đặc co rút.

Tắc hoặc hẹp phế quản do viêm, do hạch to hoặc do ung thư phế quản có thể gây xẹp phổi, phải dựa vào X-quang là chủ yếu.

Trường hợp đông đặc co rút ở một vùng rộng lớn, khám có thể thấy:

- Lòng ngực bên tổn thương kém di động, xẹp xuống.
- Rung thanh giảm hoặc mất.
- Gõ đục.
- Rì rào phế nang giảm hoặc mất.

Triệu chứng thực thể có thể làm cho ta nghĩ tới hội chứng tràn dịch màng phổi, nhưng chọc dò không thấy nước, và khi đo áp lực ổ màng phổi bằng áp kế Kuss, thấy áp lực xuống rất thấp: bình thường- 10 tới -20cm nước. Ở những người suy tim lâu ngày, phổi bị xung huyết, nhưng không đông đặc.

## 2. Triệu chứng xquang:

Chủ yếu là những hình mờ chiếm một vùng hoặc rải rác trên phế trường, hình mờ có thể chiếm một phân thùy, có khi cả một bên phổi.

Mật độ hình mờ có thể đều hoặc không đều, ranh giới rõ rệt hoặc không.

## 3. Nguyên nhân:

Viêm phổi không do lao, áp xe phổi, lao phổi, nhồi máu động mạch phổi, chèn ép phế quản do hạch, khối u... đều có thể gây đông đặc phổi.

### 3.1. Viêm phổi không do lao:

Viêm phổi thùy cấp do phế cầu thường gây ra hội chứng đông đặc điển hình có các đặc điểm sau:



- Sốt nóng đột ngột, sốt cao, có cơn rét run.
- Đau nhói một bên ngực, ho ít.
- Sau đó lâm sàng phát hiện được hội chứng đông đặc kèm theo ran nổ nhiều khi có tiếng thổi ống.
- Vài ngày sau ho khạc ra đàm màu gỉ sắt.
- Trong vòng 7-10 ngày, hết sốt, tiểu nhiều, người bệnh khỏi hẳn.

### 3.2. Áp xe phổi:

Là tình trạng mưng mủ của nhu mô phổi bị viêm cấp diễn. Nguyên nhân trực tiếp là các loại vi khuẩn gây mủ ưa khí hoặc kỵ khí.

Bệnh bắt đầu với những triệu chứng của viêm phổi thùy hoặc viêm phổi đốm, sau 1-2 tuần người bệnh ộc mủ, có thể lẫn máu.

Lâm sàng có thể thấy:

- Hội chứng đông đặc.
- Tiếng ran ẩm.
- Nếu ổ áp xe to, gần thành ngực, sau khi ộc mủ có thể thấy tiếng thổi hang hay thổi vò.

X-quang thấy hình mờ ở phổi, có một hoặc nhiều ổ.

Tới giai đoạn thoát mủ ra ngoài, có thể thấy hình hang với mức nước ngang các ổ ở áp xe.

### 3.3. Lao phổi:

Gây đông đặc ở một hoặc nhiều nơi trên phổi và tiến triển mạn tính. người bệnh sốt dai dẳng, suy nhược dần.

Trong đàm có thể tìm được trực khuẩn lao.

### 4.3. Xẹp phổi do chèn ép phế quản:

Trường hợp tiến triển mạn tính, nhưng hạch to gây chèn ép, hoặc trong xẹp một phân thùy phổi, chẩn đoán chủ yếu dựa vào X-quang.

Nếu xẹp phổi do chèn ép đột ngột một phế quản lớn như hít phải một dị vật, cục máu chít hẹp phế quản sau khi ho ra máu, triệu chứng đầu tiên là khó thở dữ dội, khám thực thể thấy xuất hiện hội chứng ba giảm như trong tràn dịch màng phổi và di động lồng ngực bên xẹp kém rõ rệt.

### 3.5. Nhồi máu động mạch phổi:

Tắc một nhánh động mạch phổi. Thường gặp trong một số bệnh có tình trạng máu dễ đông như hẹp van hai lá, sau khi mổ, nhất là mổ ở vùng tiểu khung và ở một số người sau đẻ.

Triệu chứng điển hình là khó thở, đau ngực đột ngột, khạc ra máu tím đen, có khi vã mồ hôi, truy tim mạch.

Khám thấy một vùng đông đặc, có khi có tràn dịch nhẹ ở màng phổi, Rivalta (+).

X-quang thấy hình mờ chiếm một diện nhỏ như một phân thùy phổi.

Hội chứng đông đặc có nhiều nguyên nhân, muốn xác định được cần phải kết hợp theo dõi lâm sàng và các xét nghiệm khác.

## **HỘI CHỨNG HANG**

Hội chứng hang bao gồm các triệu chứng lâm sàng gây nên bởi sự có mặt của một hoặc nhiều hang trong nhu mô phổi đã thải ra ngoài qua phế nang.

Trước khi bị huỷ hoại hoàn toàn và thải ra ngoài phế nang, nhu mô vùng tổn thương đã qua giai đoạn đông đặc. Hang có thể đứng riêng hoặc thông với nhau.

Hang phổi bao giờ cũng có những vách gồm những phế nang bị đông đặc, vách đó có thể dày hay mỏng tùy theo mức độ của tổn thương.

- Hang đã lâu ngày thường có vách xơ cứng và nhẵn.
- Hang mới có vách gồ ghề gồm những tổ chức đông đặc đã hoá nhuyễn.

Ngoài tổn thương của phế nang, ta còn thấy tổn thương viêm phế quản, màng phổi và mạch máu phổi. Những nhánh nhỏ của động mạch phổi ở vách hang bị viêm có thể phình vào phía trong hang. Đó là phòng động mạch Rasmussen.

Những thay đổi về giải phẫu bệnh có thể biểu hiện trên lâm sàng bằng ba triệu chứng đi cùng với nhau: hội chứng đông đặc do nhu mô phổi bị đông đặc gây nên và hội chứng hang do có khoảng trống trong lòng nhu mô phổi bị viêm.

### **1. Hội chứng hang lâm sàng:**

#### **1.1. Trường hợp điển hình:**

Là trường hợp có hội chứng đông đặc kèm theo các triệu chứng của hang. Trên lâm sàng có các dấu hiệu:

- Rung thanh tăng: mức độ tăng tùy thuộc mật độ và bề dày của vách hang.
- Gõ đục. Nếu hang rộng, đường kính lớn hơn 6cm và ở gần thành ngực thì gõ sẽ trong hơn phổi bình thường, nghe như tiếng vang trống.
- Tiếng thổi hang: trầm, rỗng, rõ nhất ở thì hít vào.

Ngoài ra còn nghe thấy tiếng ran ẩm vang hay ran hang, nhất là sau khi người bệnh ho, ran vang càng rõ và tạo với tiếng thổi hang một tiếng lọc xọc đặc biệt, gọi là tiếng hơi và nước.

Nếu hang lớn đường kính thường hơn 6cm và ở gần thành ngực, có thể nghe tiếng thổi vò và các tiếng ran với âm sắc kim loại.

Một dấu hiệu nữa có thể hướng tới chẩn đoán hang phổi là: tiếng ngực (peertoriloquie).

Khi người bệnh đếm: một, hai, ba ta nghe ở vùng tổn thương tiếng nói rất rõ ràng, và có cảm tưởng tiếng nói xuất phát từ thành ngực, nếu đếm thầm một, hai, ba, ta nghe vẫn rõ hơn bên phổi lành đối xứng: đó là tiếng ngực thầm (pectoriloquie aphone).

Tiếng ngực hay tiếng ngực thầm là tiếng nói được truyền qua hang phổi đã đóng vai trò một hòm cộng hưởng ở giữa nhu mô phổi đông đặc.

Tiếng thổi hang, ran vang và tiếng ngực thầm hợp thành bộ ba cổ điển về nghe trong hội chứng hang Laennec.

#### 1.2. Trường hợp không điển hình:

Là những trường hợp trên lâm sàng không biểu hiện đầy đủ hội chứng hang hoặc không thấy. Nguyên nhân là hang nhỏ quá, hoặc ở xa thành ngực không thông với phế quản.

Nhiều khi ta nghe không được đầy đủ bộ ba Leannec: hang chỉ biểu hiện bằng hội chứng đông đặc kèm theo tiếng ran vang. Nếu vách hang mỏng quá, lâm sàng cũng không phát hiện được tiếng thổi hang, nếu hang ở sâu trong nhu mô phổi.

Hang to, gần thành ngực có biểu hiện như tràn khí màng phổi cục bộ: ở một vùng mất rung thanh, gõ vang trống, mất rì rào phế nang và có tiếng thổi vò.

Hang nhỏ quá hoặc không thông với phế quản, thường không phát hiện được lâm sàng.

Những hang phổi không có biểu hiện lâm sàng gọi là “hang câm”.

## 2. Hội chứng giả hang:

Là những trường hợp có tiếng thổi hang, nhưng không có hang trong nhu mô phổi.

Trong giãn phế quản, có thể thấy hội chứng hang ở một hay cả hai đáy phổi. Tiếng thổi hang thay đổi từng ngày từng giờ, tùy theo phế quản giãn chứa đờm nhiều hay ít.

Hội chứng giả hang trong giãn phế quản giãn to ra nằm trong một vùng nhu mô phổi viêm kinh điển gây nên.

Các phế quản giãn đóng vai trò hòm cộng hưởng ở giữa tổ chức phổi đông đặc, điều kiện cần thiết gây ra tiếng thổi hang.

Chẩn đoán phân biệt với hang thực nghĩa là hang trong nhu mô phổi, phải có X-quang: chụp phế quản bằng chất cản quang lipiodol sẽ thấy các đoạn phế quản giãn phình ở vùng có tiếng thổi hang.

Giãn phình có thể hình trụ, hình túi, hình bóng tròn. Lâm sàng không có chẩn đoán quyết định, nhưng có một chi tiết đáng chú ý là tình trạng người bệnh tốt, so với các triệu chứng thực thể ở phổi.

Phế quản lớn bị kéo lệch vị trí, trong xơ phổi, cũng gây ra tiếng thổi hang, nghe rõ ở phía sau, vùng hố trên gai. Trong những đợt viêm cấp xuất hiện thêm các tiếng ran khô, ran ẩm, nên càng làm ta nghĩ nhiều tới hội chứng hang.

Phải có X-quang chẩn đoán phân biệt.

### **3. Triệu chứng xquang:**

#### **3.1. Biểu hiện chung của hang:**

Là một hình tròn sáng, bờ đậm, dày nhiều hoặc ít. Hang có nhiều loại khác nhau về kích thước, hình thái, vị trí, số lượng.

Cụ thể:

- Ở một thùy phổi hoặc rải rác nhiều nơi.
- Rất lớn, chiếm cả một thùy hoặc nhỏ, lỗ chỗ như tổ ong.
- Có hơi và nước: mực nước nằm ngang theo đường chân trời. Đây là hình ảnh thường gặp của áp xe phổi.

Ta nên phối hợp chiếu và chụp. Trong trường hợp nghi ngờ nên chụp cắt lớp, có khi chụp phế quản bằng Lipiodol.

#### **3.2. Chẩn đoán phân biệt:**

Các hình sáng, tròn của nhu mô phổi, hoặc do tia X-quang đi qua một số thành phần ở lồng ngực dưới một góc độ nhất định, hoặc do một tổn thương ở phổi nhưng không phải hang tạo nên, có thể làm ta nghĩ tới hang phổi.

##### **3.2.1. Hình ảnh giả hang do vòng cong của xương sườn tạo nên:**

Vòng cung xương sườn kết hợp với hình mờ của huyết quản phổi có thể tạo ra hình ảnh giả hang, nhất là trên đỉnh phổi.

Nhưng nếu để người bệnh ho, sẽ không thấy hình tròn co rúm trên phim chụp ta thấy hai hình tròn đối xứng nếu là ở đỉnh phổi, hình ảnh giả hang do xương sườn 1 tạo nên, và hình tròn sáng này mất đi ở tư thế nghiêng.

##### **3.2.2. Hình ảnh giả hang của phế quản:**

Tia X qua thiết diện ngang của phế quản tạo nên một hình tròn sáng nhỏ. Hình này đi bên cạnh, song song với một huyết quản cản quang gọi là hình ống nhòm.

### 3.2.3. Trần khí màng phổi cục bộ:

Trên phim có thể thấy tràn khí tạo thành một góc nhọn với thành ngực, và vách tràn khí thường mỏng, khác với hang tạo thành một góc tù với thành ngực và có vách dày hơn.

### 3.2.4. Kén hơi:

Hình ảnh cũng tròn như hang nhưng vách rất mỏng.

Trên đây là những hình ảnh thông thường có thể làm ta chẩn đoán nhầm hang phổi. Nhưng sự phối hợp với lâm sàng là cần thiết: rất khó nghĩ tới hang phổi ở một người khoẻ mạnh, không sốt, không khạc nhổ.

## 4. Nguyên nhân:

Có nhiều nguyên nhân gây ra hang phổi:

- Lao phổi: hang thường có ở đỉnh phổi. Người bệnh ho và sốt âm ỉ kéo dài, toàn trạng sút kém dần, xét nghiệm đàm có trực khuẩn lao.
- Áp xe phổi: bệnh cảnh nhiễm khuẩn cấp hoặc bán cấp, có ộc mủ, xét nghiệm mủ có vi khuẩn gây bệnh, bạch cầu tăng cao trong máu, đa nhân trung tính có thể lên tới 80-90%. Trên phim có thể thấy hình hang có mức nước. Trong bệnh tụ cầu ở phổi thường người bệnh khó thở nhiều, lâm sàng có nhiều triệu chứng của viêm phổi đốm, Xquang phát hiện nhiều hang ở rải rác hai bên phổi.
- Ung thư phổi: ung thư bội nhiễm có thể gây áp xe, tạo thành một hình hang nhám nhờ ở giữa một khối mờ ở ung thư.

## CÁC HỘI CHỨNG PHẾ QUẢN

### 1. Viêm phế quản:

Tổn thương viêm cấp hoặc mạn tính của phế quản hay xảy ra nhất ở phế quản lớn và trung bình, nhiều khi cả ở trong khí quản. Nếu tình trạng viêm đó đến nhanh và sớm kết thúc sau vài ngày thì gọi là viêm cấp, nếu kéo dài nhiều năm gọi là viêm mạn tính.

#### 1.1. Viêm phế quản cấp:

Trong viêm phế quản cấp bao giờ cũng có phù nề và xuất tiết nhiều ở niêm mạc phế quản.

##### 1.1.1. Nguyên nhân:

Thường gặp trong bệnh cúm, sởi, ho gà. Lạnh đột ngột và ẩm cũng là những yếu tố gây bệnh.

Có người bị viêm vì dị ứng, trong công nghiệp người ta thấy nhiều trường hợp viêm phế quản cấp do hít phải nhiều hoá chất.

### 1.1.2. Lâm sàng.

Thường bắt đầu sau khi viêm mũi họng. Người bệnh có sốt. Trong giai đoạn toàn phát ho là dấu hiệu chủ yếu. Đầu tiên còn ít tiết dịch phế quản người bệnh ho khan, sau đó khạc đàm gồm chất nhầy mù, sốt bắt đầu giảm. Khám lâm sàng nghe thấy các tiếng ran phế quản:

- Giai đoạn ho khan: thấy tiếng ran ngáy, có khi ran rít rải rác hai bên phổi.
- Giai đoạn khạc đàm: xuất hiện ran ẩm, to hạt không đều

Trường hợp viêm khu trú, chỉ nghe thấy các tiếng ran ở một vùng.

### 1.1.3. Cận lâm sàng:

- X quang: không thấy triệu chứng gì đặc hiệu.
- Đàm: có nhiều chất nhầy, bạch cầu thường đã thoái hoá, các tế bào lớn của phế quản có tiêm mao, ngoài ra có thể thấy vi khuẩn các loại.

### 1.1.4. Tiến triển:

Thường chỉ vài ngày là khỏi. Có khi kéo dài nhiều tuần. Tiên lượng phụ thuộc vào bệnh chính đã gây nên viêm phế quản.

## 1.2. Viêm phế quản mạn tính:

Nếu người bệnh ho nhiều trong ít nhất hai năm, và mỗi năm ít nhất ba tháng, có thể coi như bị viêm phế quản mạn tính. Bệnh do tiết dịch nhiều, kéo dài và do phế quản mất tính chất đàn hồi, sự thông khí kém đi, dần dần xuất hiện suy hô hấp.

### 1.2.1. Nguyên nhân:

Không có nguyên nhân đặc hiệu, bất kỳ nguyên nhân nào có thể gây ra viêm phế quản cấp tái diễn nhiều lần, đều có thể gây ra viêm mạn tính.

- Nhiễm khuẩn mũi họng mạn tính: viêm xoang mặt, viêm họng, viêm tuyến hạnh nhân.
- Bệnh phổi mạn tính: lao phổi, bụi phổi. Hen phế quản cũng là điều kiện thuận lợi của viêm phế quản mạn tính.

Đối với người lớn tuổi, triệu chứng chức năng đầu tiên của ung thư phổi nhiều khi xuất hiện dưới hình thức viêm phế quản mạn tính. Đối với trẻ em ho nhiều, kéo dài có thể là do hạch to ở trung thất (sơ nhiễm lao, dị vật ở phế quản).

### 1.2.2. Lâm sàng:

Người bệnh ho nhiều khi thay đổi thời tiết, thường về buổi sáng sớm, hoặc khi lao động nhiều. Ho có thể ít hoặc nhiều đàm. Ngoài những đợt viêm cấp do bội nhiễm, không có sốt, người bệnh vẫn bình thường: ngoài cơn ho, khám lâm sàng không thấy gì đặc biệt.

### 1.2.3. Cận lâm sàng.

- Xquang: có thể thấy rốn phổi đậm do xung huyết. Ngoài ra không thấy triệu chứng gì đặc hiệu của bệnh.
- Thăm dò chức năng hô hấp: ở giai đoạn có biến chứng của hô hấp, có thể thay đổi bệnh lý.

### 1.2.4. Tiến triển:

- Tốt: nếu chữa được nguyên nhân gây bệnh, ví dụ: cắt bỏ tuyến hạnh nhân chữa viêm xoang mặt, bỏ thuốc lá, chống lạnh.
- Xấu: tổn thương viêm làm thay đổi giải phẫu và sinh lý hô hấp, dần dần đưa tới suy hô hấp và suy tim phải.

## 2. Giãn phế quản:

Đây là bệnh mạn tính bẩm sinh hoặc mắc phải, trong đó phế quản nhỏ và trung bình giãn rộng ra thường có những đợt bội nhiễm. Có thể giãn toàn bộ hoặc khu trú ở một thùy phổi. Niêm mạc phế quản phì đại hoặc teo dẹt. Cơ, các sợi xơ và chun bị phá hủy.

### 2.1. Nguyên nhân:

- Bẩm sinh: có dị dạng trong cấu tạo thành phế quản, có thể kèm theo teo phế nang, hoặc các dị dạng khác: tuy tạng đa nang, đảo ngược phủ tạng, polyp ở mũi, viêm xoang sàng ...
- Mắc phải: sau áp xe phổi, lao phổi, viêm phế quản mạn, dị vật ở phế quản.

### 2.2. Triệu chứng:

- Ho kéo dài: ho cơn, nhiều về sáng sớm, ho nhiều đàm.
- Tính chất đàm: đàm rất nhiều, có thể tới 400-500ml một ngày. Mùi như thạch cao ướt, cho vào cốc, đàm lắng thành ba lớp.
  - Dưới đáy cốc: mũ dày đặc.
  - Ở giữa: chất dịch nhầy của các tuyến phế quản.
  - Trên cùng: bọt lẫn dịch nhầy và mũ.

Khám lâm sàng có thể nghe ran phế quản hoặc hội chứng đông đặc thường thấy ở đáy phổi. Các tiếng ran thay đổi theo tình trạng phế quản nhiều hay ít đàm.

### 2.3. X quang:

- Chụp thẳng, không chuẩn bị: rốn phải đậm, có thể thấy mờ đậm theo hình thước thợ ở góc tim hoành. Trông rõ nhất ở bên phải, ngoài ra còn thấy nhiều hình mờ rải rác và hình tròn sáng hai bên phổi.

- Chụp phế quản bơm lipiodol: giúp cho chẩn đoán quyết định vị trí và loại giãn phế quản.

Ngoài ra có thể thấy một số hình ảnh: dẫn hình ống; dẫn hình túi; dan hình tràng hạt.

Soi phế quản để biết vị trí giãn và tình trạng niêm mạc phế quản.

#### 2.4. Tiến triển:

Bệnh mạn tính, tiến triển từng đợt khi có bội nhiễm, có thể biến chứng nhiễm khuẩn, gây áp xe phổi, viêm phổi và dẫn tới suy hô hấp, suy tim phải.

### 3. Hội chứng tắc phế quản:

- Do chèn ép phế quản từ bên ngoài như: hạch khí phế quản to, tim to (tràn khí dịch màng tim)...
- Do chèn ép từ bên trong phế quản: các bệnh lý u ác hoặc lành tính, dị vật, viêm mạn tính gây co kéo (lao) hoặc bán cấp (bạch hầu, sinh giả mạc):

Tắc cũng có thể do tiết dịch tăng bị ứ trệ: ho ra máu, phế quản bị cục máu bịt kín, viêm phế quản-phổi.

#### 3.1. Lâm sàng:

- Ho, khó thở: có những đặc điểm sau:
  - Tiếng thở rít như trong cơn hen.
  - Khó thở ở hai thì hô hấp.
- Quan sát thấy: Mặt tím lại, vã mồ hôi, cánh mũi phập phồng, co kéo thanh quản và cơ trên ức, dưới mũi ức, cơ liên sườn.
- Nghe:
  - Tắc hoàn toàn: cả một vùng trên lồng ngực không có rì rào phế nang.
  - Tắc không hoàn toàn: có tiếng rít như tiếng gió qua khe cửa.

Đôi khi nghe có tiếng đập nhịp nhàn (theo nhịp thở) của dị vật bị di chuyển khi hô hấp.

#### 3.2 Xquang:

Có thể thấy hình ảnh xẹp phổi trong tắc hoàn toàn. Phổi xẹp rất dễ bị nhiễm khuẩn, bị áp xe hoá.

Nếu tắc không hoàn toàn, không khí vào nhưng không ra được, nên sẽ có tình trạng giãn phế nang khu trú.

### 4. Hen phế quản:

Xem bài hen phế quản.



## HỘI CHỨNG TRUNG THẤT

Trung thất ở trung tâm lồng ngực, giới hạn phía trước bởi xương ức, phía sau là cột sống, hai bên là phổi và màng phổi, phía trên thông với các tổ chức đệm ở cổ, dưới cơ hoành. Khi có sự chèn ép các thành phần của trung thất, trên lâm sàng có thể thất hội chứng trung thất. Tùy theo vị trí chèn ép của một hay nhiều thành phần của trung thất trước hoặc trung thất sau, ta thấy những biểu hiện lâm sàng khác.

### 1. Nguyên nhân:

- U ác tính: ung thư phế quản (thường gặp nhất), ung thư hạch bạch huyết, bệnh bạch cầu.
- U lành tính: ít gặp.
- Viêm trung thất có mũ.
- Lao: có hạch to và viêm trung thất.
- Bướu chìm của tuyến giáp trạng.
- Bướu tuyến hung.
- Phình quai động mạch chủ.

### 2. Triệu chứng lâm sàng:

Hội chứng trung thất gồm có bốn nhóm triệu chứng:

- Triệu chứng chèn ép khí phế quản.
- Triệu chứng chèn ép các mạch máu.
- Triệu chứng chèn ép thực quản.
- Triệu chứng chèn ép dây thần kinh.

#### 2.1. Triệu chứng chèn ép khí phế quản:

Có ba triệu chứng chính:

- Khó thở: thường là khó thở vào, có thể kèm theo tiếng thở rít và rút lõm trên, dưới ức. Khó thở thường xảy ra ở một vài tư thế, nằm ngửa hoặc nằm nghiêng.
- Ho: ho khan, từng cơn và nghe như rống lên. Có khi ho ra máu.
- Đau ngực: tính chất của đau ngực thay đổi tùy theo vị trí chèn ép.
  - Có khi đau ở một chỗ cố định.
  - Có khi đau dọc theo xương sườn, kiểu đau dây thần kinh liên sườn.
  - Có thể đau lan lên cổ và hai tay.

#### 2.2. Triệu chứng chèn ép các mạch máu:

### 2.2.1. Hội chứng chèn ép tĩnh mạch chủ trên:

Sự chèn ép tĩnh mạch chủ trên, gây ứ máu ở não, do đó người bệnh thường bị:

- Nhức đầu, khó ngủ làm việc trí óc chóng mệt.
- Tím mặt: mới đầu chỉ có thể có ở môi, má, tai, tăng lên khi ho và gắng sức. Sau cùng, cả nửa người trở nên tím ngắt hoặc đỏ tía.
- Phù: phù ở mặt, cổ, lồng ngực, lưng có khi cả hai tay, cổ thường to làm cho người bệnh không cài được khuy cổ (phù kiểu áo choàng).
- Tĩnh mạch nổi to: tĩnh mạch cổ, tĩnh mạch dưới lưỡi nổi to. Tĩnh mạch bàng hệ phát triển, các lưới tĩnh mạch nhỏ dưới da nở to ra, ngoằn ngoèo, đỏ hay tím.
- Áp lực tĩnh mạch tăng ở chi trên tới 18-20cm nước, chi dưới bình thường.

### 2.2.2. Hội chứng chèn ép tĩnh mạch chủ dưới:

Tắc ở gần chỗ vào của tĩnh mạch chủ dưới gây tuần hoàn bàng hệ nhiều ở bụng và nền lồng ngực. Có thể thấy gan to, phù chi dưới, áp lực tĩnh mạch chi dưới tăng cao.

### 2.2.3. Chèn ép động mạch dưới đòn:

Biên độ mạch không đều ở hai tay. Huyết áp động mạch cũng không đều ở hai bên cánh tay.

### 2.2.4. Chèn ép động mạch phổi:

Thường là do túi phồng động mạch chủ đè vào động mạch phổi.

- Khó thở khi gắng sức.
- Nghe tim có tiếng thổi tâm thu ở liên sườn hai trái.
- Soi phổi: nhu mô rất trong, các nhánh động mạch phổi không nhìn rõ.

### 2.3. Triệu chứng chèn ép thực quản:

- Khó nuốt hoặc nuốt đau.
- Đau ngực phía sau lưng, lan sang bên hoặc lên trên.

### 2.4. Triệu chứng chèn ép thần kinh:

- Chèn ép dây quặt ngược: nói khàn, có khi mất giọng, hoặc giọng đôi.
- Chèn ép dây giao cảm cổ: bên tổn thương, đồng tử co lại, kẽ mắt nhỏ lại, mắt lõm sâu là mi mắt sưng sụp xuống, gò má đỏ (hội chứng Claude Bernard-Horner).
- Đau dây thần kinh liên sườn.
- Đau dây thần kinh hoành: nấc đau vùng cơ hoành, khó thở do liệt cơ hoành.

### 3. X-quang:

Có thể nhìn thấy hình mờ ở một hoặc hai bên trung thất.

Hình ảnh Xquang không cho phép ta quyết định chẩn đoán nguyên nhân của chèn ép trung thất nhưng trong một số trường hợp, hình ảnh đó có thể làm ta hướng đến một số nguyên nhân.

- Ung thư hạch bạch huyết: hình mờ hai bên trung thất, bờ rõ từ cuống tim lên đến đỉnh phổi.
- Di căn ung thư (gan, dạ dày, phổi): hình mờ một bên trung thất có thể thấy nhiều khối mờ tròn ở phổi.
- Bệnh Hodgkin: hình mờ hai bên trung thất thấy bờ rõ rệt hình vòng cung. ngoài ra ta còn có thể thấy các triệu chứng khác của bệnh: hạch to ở cổ, nách, thượng đòn, bẹn. Sinh thiết có nhiều tế bào Sternberg.
- Bệnh bạch cầu mạn tính: hình mờ hai bên trung thất cân xứng. Ngoài ra còn có nhiều hạch bạch huyết nổi to nơi khác, xét nghiệm máu thấy bạch cầu tăng lên rất nhiều.
- Viêm trung thất hoá mủ: ít gặp nhưng cũng cần phải chú ý. Nguyên do thông thường nhất là viêm thực quản lan sang trung thất. Viêm thực quản thường xảy ra sau khi người bệnh bị hóc xương. Xquang thấy hai dải mờ hai bên trung thất.

Ngoài ra có bệnh cảnh nhiễm khuẩn nặng.

### 4. Phân loại:

Tùy theo vị trí chèn ép của trung thất, có thể chia ra các loại hội chứng sau đây:

- Hội chứng trung thất trên: ứ huyết tĩnh mạch chủ trên: phù tim ngực cổ.
- Hội chứng trung thất dưới: ứ huyết tĩnh mạch chủ dưới: phù chi dưới, gan to tĩnh tĩnh mạch bàng hệ ở ngực, bụng.
- Hội chứng trung thất sau: khó nuốt, đau rễ thần kinh kiểu đau dây thần kinh liên sườn. Có thể tràn dưỡng chấp ổ màng phổi.
- Hội chứng trung thất giữa: khó thở, nói khàn hoặc giọng đôi do liệt dây thần kinh thanh quản trái.
- Hội chứng trung thất trước: đau ngực nhiều, kiểu đau thắt động mạch vành.

Trên thực tế, các hội chứng đó có thể đứng riêng lẻ hoặc phối hợp.

**TỰ LƯỢNG GIÁ**

1. Đây là những dấu hiệu của hội chứng 3 giảm, NGOẠI TRỪ:  
A. Rung thanh mất  
B. Gõ đục  
C. Ran phổi giảm  
D. Rì rào phế nang giảm hoặc mất
2. Đặc điểm nào đúng với tràn dịch liên thùy:  
A. Vùng đục ở cạnh ức hoặc cột sống  
B. Dịch khu trú ở nền phổi và cơ hoành  
C. Hội chứng 3 giảm lơ lửng ở lồng ngực  
D. Dịch khu trú ở vùng nách
3. Đây là những dấu hiệu của tam chứng Galliard, NGOẠI TRỪ:  
A. Rung thanh mất  
B. Rì rào phế nang mất  
C. Có tiếng ran hang  
D. Gõ vang
4. Nguyên nhân hàng đầu gây tràn khí màng phổi:  
A. Kén hơi  
B. Lao phổi  
C. Áp xe phổi vỡ  
D. Bạch hầu biến chứng ở phổi
5. Đây là những biểu hiện của hội chứng đông đặc, NGOẠI TRỪ:  
A. Rung thanh tăng  
B. Rì rào phế nang giảm  
C. Tiếng ngực trầm  
D. Gõ đục
6. Tam chứng Galliard là biểu hiện đặc trưng của:  
A. Tràn dịch màng phổi  
B. Tràn khí màng phổi  
C. Hội chứng đông đặc  
D. Hội chứng hang
7. Đặc điểm của hang lâu ngày:  
A. Vách gồ ghề  
B. Có những tổ chức đông đặc  
C. Vách xơ cứng  
D. Các tổ chức hoá nhuyễn
8. Đây là những biểu hiện điển hình của hội chứng hang, NGOẠI TRỪ:  
A. Rung thanh tăng  
B. Gõ đục  
C. Tiếng ngực trầm  
D. Rì rào phế nang giảm
9. Đây là những biểu hiện điển hình của hội chứng hang Laennec, NGOẠI TRỪ:  
A. Tiếng thổi vò  
B. Tiếng ngực trầm  
C. Tiếng thổi hang  
D. Tiếng ran vang
10. Hình “ống nhòm” là hình ảnh đặc trưng của:  
A. Hang lao  
B. Kén hơi  
C. Giả hang  
D. Viêm phổi thùy
11. Ran ẩm trong viêm phế quản thường xuất hiện ở giai đoạn:  
A. Khởi phát  
B. Toàn phát  
C. Ho khan  
D. Ho khạc đàm
12. Đàm trong giãn phế quản có đặc điểm:  
A. Cho vào cốc lắng thành 2 lớp  
B. Mủ dày đặc ở mặt trên cốc  
C. Mùi như thạch cao ướt  
D. Bọt lẫn dịch nhầy ở đáy cốc
13. Đây là ba triệu chứng chính của chèn ép khí phế quản, NGOẠI TRỪ:  
A. Khó thở  
B. Tím tái  
C. Đau ngực  
D. Ho

## VIÊM PHỔI

BS.CKI. Nguyễn Văn Thịnh

### MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày nguyên nhân và phân loại bệnh viêm phổi.
2. Mô tả các dấu hiệu lâm sàng của viêm phổi.
3. Nêu hướng điều trị viêm phổi.

### ĐẠI CƯƠNG

Viêm phổi là tình trạng viêm ở phổi thường do vi khuẩn, virus, nấm hoặc các tác nhân khác gây ra. Viêm phổi là vấn đề đặc biệt đáng lo ngại đối với người già, người có bệnh mạn tính hoặc bị suy giảm miễn dịch, nhưng cũng có thể xảy ra ở người trẻ, khỏe. Đây là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong cho trẻ em trên toàn thế giới. Những bệnh viêm phổi có nhiều dạng:

- Viêm phổi thùy.
- Viêm phế quản phổi.
- Viêm phổi kẽ.

### VIÊM PHỔI DO MYCOPLASMA PNEUMONIAE

M. pneumoniae gây viêm phổi, viêm đường hô hấp trên, bệnh ngoài phổi. Bệnh xuất hiện quanh năm, chủ yếu ở người trẻ tuổi (20 - 30 tuổi), lây qua đường hô hấp từ người bệnh cấp tính. Bệnh nhẹ, tự khỏi, ít khi tử vong.

#### 1. Lâm sàng:

Thời gian ủ bệnh 16 - 32 ngày, đa số người bệnh có triệu chứng viêm họng, phế quản.

##### 1.1. Triệu chứng toàn thân:

Sốt, ớn lạnh, mệt mỏi, ăn kém ngon, đau đầu, ban ngoài da.

##### 1.2. Triệu chứng hô hấp:

- Viêm mũi họng, viêm xoang.
- Ho khan, đôi khi có đàm nhày trong, ít gặp đàm mủ.
- Ít khi có đau ngực, ho ra máu.
- Nghe phổi có ran nổ, ran rít, ran ẩm.

##### 1.3. Triệu chứng ngoài phổi:

- Tan máu tự miễn, giảm tiểu cầu, đông máu rải rác trong lòng mạch.

- Tiêu hóa: viêm dạ dày - ruột, viêm gan không vàng da, viêm tụy.
- Cơ xương: đau cơ khớp, viêm đa khớp.
- Da: ban sẩn nốt, hội chứng Stevens - Johnson.
- Tim: viêm màng ngoài tim, viêm cơ tim, rối loạn dẫn truyền...
- Thần kinh: viêm màng não, viêm não, bệnh thần kinh ngoại vi ...
- Triệu chứng khác: hạch to, lách to, viêm thận kẽ, viêm cầu thận.

#### 1.4. Tiến triển và biến chứng:

- Tiến triển chậm: sốt, đau đầu, mệt giảm hoặc hết sau 3-10 ngày, ho và ran hết chậm hơn, có khi kéo dài hàng tháng.
- Biến chứng: ít gặp, ví dụ: thâm nhiễm nhiều thùy, viêm màng phổi khô, tràn dịch màng phổi.; suy hô hấp; bùng phát hen phế quản ở người lớn; dày dính màng phổi...

#### 2. Xét nghiệm:

- Bạch cầu tăng.
- Xquang phổi: chủ yếu tổn thương một bên và ở thùy dưới với hình ảnh lưới hoặc lưới nốt. Tổn thương dạng nốt ở thùy dưới rất hay gặp. Triệu chứng xquang mất sau 4-6 tuần, ít khi kéo dài hơn.

#### 3. Chẩn đoán:

- Nhuộm Gram đàm có bạch cầu, không có vi khuẩn.
- Phân lập được *M.pneumoniae* từ dịch tiết đường hô hấp.
- Chuẩn độ kháng thể (+):
  - IgM: dương tính sau 7-9 ngày, hiệu giá cao tối đa sau 4 tháng.
  - Ngưng kết tố lạnh: dương tính khi hiệu giá # 1:64.
  - Điện di miễn dịch phát hiện kháng nguyên *M. pneumoniae*.
  - Phản ứng chuỗi polymeraza - PCR: nhạy và đặc hiệu.

#### 4. Điều trị:

##### 4.1. Kháng sinh:

Một số kháng sinh thường dùng:

- Erythromycin: 2gam/ngày trong 10 - 14 ngày.
- Penicillin, Cephalosporin: kết quả rõ.

Trường hợp kháng thì dùng các Macrolid mới: Roxithromycin, Clarithromycin, Arithromycin hoặc các Cephalosporin thế hệ thứ III.

Mặc dù điều trị đúng, triệu chứng lâm sàng - xquang có thể tái phát sau 7-10 ngày.

#### 4.2. Corticoid:

Chỉ định đối với những trường hợp có tổn thương ngoài phổi, thường dùng prednisolon 20 mg/ngày, thời gian dùng 7 - 10 ngày.

### **VIÊM PHỔI BỆNH VIỆN**

Viêm phổi xuất hiện sau 72 giờ kể từ khi nhập viện, được gọi là viêm phổi bệnh viện.

Ở người bệnh đang nằm viện, tác nhân nhiễm khuẩn đến phổi bằng ba đường sau:

- Hút vào phổi dịch dạ dày hoặc dịch ở đường hô hấp trên có chứa tác nhân vi sinh gây bệnh, thường xảy ra khi giảm phản xạ ho, khi miệng không ngậm kín. Hay gặp vi khuẩn Gram âm. Bệnh thường xuất hiện ba ngày sau khi nhập viện.
- Theo đường máu, ví dụ, nấm phổi candida.
- Theo đường không khí, ví dụ: Legionella, virus hợp bào hô hấp...

#### **1. Lâm sàng:**

Biểu hiện của viêm phổi cấp tính:

- Sốt.
- Ho, khạc đàm nhày mủ.
- Khó thở.
- Hội chứng đông đặc.

Triệu chứng của viêm phổi thường bị lu mờ bởi bệnh lý khác, ví dụ: nhiễm độc, dị ứng thuốc, xẹp phổi, nhồi máu phổi, suy hô hấp, suy tim ứ trệ, viêm khí phế quản.

Ngoài ra, viêm phổi do hút phải dịch dạ dày rất khó phân biệt với viêm phổi do vi khuẩn.

#### **2. Cận lâm sàng:**

- Xquang phổi: thâm nhiễm cũ rộng ra hoặc xuất hiện thâm nhiễm mới, tổn thương đông đặc, hang, tràn dịch màng phổi.
- Cấy máu dương tính.
- Phân lập được mầm bệnh từ bệnh phẩm lấy bằng chọc hút qua khí quản, chải phế quản, hoặc sinh thiết phế quản.
- Phân lập được virus hoặc kháng nguyên virus từ dịch tiết đường hô hấp.

- Kháng thể IgM dương tính hoặc chuẩn độ kháng thể IgG tăng 4 lần.
- Có bằng chứng mô bệnh của viêm phổi.

### 3. Điều trị:

Tuân thủ các nguyên tắc điều trị viêm phổi cấp.

Chọn kháng sinh chủ yếu dựa vào kinh nghiệm (empiric therapy), tức là dự đoán căn nguyên vi sinh căn cứ vào lâm sàng, xquang phổi, nhuộm gram đờm, dịch tiết phế quản.

Thường dùng một số kháng sinh có hoạt lực mạnh:

- Cephalosporin thế hệ III: Cefotaxim, Ceftriaxone ...
- Phối hợp kháng sinh: thường phối hợp PNC và Aminosid, Augmentin ...

### 4. Dự phòng:

- Điều trị bệnh chính.
- Hạn chế dùng thuốc nhóm ức chế thụ thể H<sub>2</sub> và thuốc trung hoà dịch vị.
- Kiểm soát việc dùng kháng sinh.
- Ngăn chặn sự lây chéo người bệnh - người bệnh, thầy thuốc - người bệnh.
- Kiểm soát nhiễm trùng bằng các biện pháp: giám sát, rửa tay, giáo dục, chăm sóc đường thở của người bệnh.

## VIÊM PHỔI TỤ CẦU

Tụ cầu (Staphylococcus) là vi khuẩn gram dương, sản xuất nhiều độc tố và enzym ngoại bào. Chủng tụ cầu vàng (S. aureus) tạo ra enzym coagulaza, đặc điểm đặc trưng so với những chủng khác.

Cơ chế hút thường xảy ra sau cúm hoặc ở thể địa suy giảm miễn dịch, tụ cầu theo dịch tiết đường hô hấp trên bị hút vào phổi.

Cơ chế thứ hai là tụ cầu theo đường máu đến phổi từ ổ nhiễm trùng ngoài phổi. Theo cơ chế này, viêm phổi có nhiều ổ, xảy ra sau mụn nhọt ngoài da, do tiêm trích ma túy, người bệnh lọc máu, người được đặt dụng cụ nội mạch bị nhiễm trùng, viêm tắc tĩnh mạch, viêm màng trong tim vùng van ba lá.

### 1. Lâm sàng:

Viêm phổi tụ cầu thường liên quan đến dịch cúm, sởi, hay gặp ở người mắc bệnh mạn tính, suy giảm miễn dịch, là nguyên nhân tử vong cao nhất do viêm phổi ở người bệnh đặt nội khí quản.

Triệu chứng lâm sàng phụ thuộc vào tuổi và sức khỏe của người bệnh. Viêm phổi xảy ra rất nhanh sau nhiễm tụ cầu đường hô hấp trên. Khi biến chứng viêm phổi, triệu chứng của cúm, sởi thường nặng lên.



Triệu chứng phổ biến là sốt cao, mạch nhanh, thở nhanh, ho, ít gặp ho máu và đau ngực.

Khám thấy rì rào phế nang giảm và nhiều ồ ran nổ. Có thể gặp suy hô hấp, sốc nhiễm khuẩn.

Tràn dịch màng phổi và mũ màng phổi là hai biến chứng hay gặp nhất, nhưng mũ khí màng phổi ít gặp hơn.

### **2. Cận lâm sàng:**

- Nhuộm gram đằm: cầu khuẩn tụ từng đám cạnh bạch cầu N, nhìn thấy tụ cầu trong bạch cầu vì tụ cầu còn sống nhiều giờ sau khi bị thực bào.
- Xquang phổi: hình ảnh hay gặp là nhiều ổ viêm phổi dạng tròn, không đều, hai bên, không đối xứng. Một số ổ áp xe với mức khí nước.
- Bạch cầu máu ngoại vi tăng cao, chuyển trái.
- Phân lập được tụ cầu ở máu, đằm, dịch màng phổi, bệnh phẩm hút từ tổn thương phổi.

### **3. Điều trị:**

Viêm phổi tụ cầu là một bệnh nặng, tỷ lệ tử vong cao. Điều trị đòi hỏi phải hồi sức tích cực và dùng kháng sinh đúng.

Ngày nay tụ cầu thường kháng với Penicilin do tạo ra Penicilinase thông qua plasmid, cho nên kháng sinh lựa chọn là những penicilin kháng lại Penicillinase như Nafxilin, Oxaxilin, Pristopen, Cephalosporin thế hệ III như Cefotaxim, Ceftriaxone hoặc Vancomyxin.

Điều trị đặc hiệu tiến hành sau khi có kết quả kháng sinh đồ. Thời gian dùng kháng sinh thường kéo dài 4 tuần.

Trường hợp nặng có thể dùng Imipenem (Tienam) truyền tĩnh mạch, liều 500mg, 2 - 3 lần / ngày.

## **VIÊM PHỔI DO VIRUS**

Viêm phổi do nhiều loại virus hô hấp gây ra, nhưng hay gặp virus cúm và virus hợp bào hô hấp. Bệnh thường xuất hiện vào mùa lạnh ở những quần thể dân cư đông.

Ở trẻ em thường do virus hợp bào hô hấp, virus cúm A và B. Phần lớn viêm phổi ở trẻ dưới 3 tuổi là do virus hợp bào hô hấp. Ở người lớn viêm phổi virus ở cộng đồng thường do virus cúm A. Virus hợp bào hô hấp gây viêm phổi ở người già, người ghép tạng, người bệnh suy giảm miễn dịch.

Virus Herpes và virus thủy đậu gây viêm phổi ở người ghép tạng, người bệnh ác tính, điều trị hoá chất, suy dinh dưỡng hoặc bỏng nặng.

**1. Triệu chứng:**

Triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu cho từng loại virus.

**1.1. Triệu chứng hô hấp:**

- Ho khan là chính, đàm nhày trong.
- Khám phổi: nghèo nàn, ít triệu chứng.

**1.2. Triệu chứng ngoài phổi:**

- Đau cơ khớp, đau đầu.
- Chảy mũi, sốt.

**1.3. X quang phổi :**

Không đặc hiệu, khó phân biệt với viêm phổi do vi khuẩn. Những hình ảnh xquang thường gặp:

- Dày thành phế quản.
- Bóng mờ quanh phế quản.
- Các tia mờ quanh rốn phổi.
- Các nốt mờ có tính di chuyển.

**2. Chẩn đoán:**

Xác định căn nguyên viêm phổi do virus rất khó khăn. Muốn chẩn đoán xác định cần phân lập virus, hoặc chẩn đoán huyết thanh. Chẩn đoán cần dựa vào:

- Lâm sàng và đặc điểm dịch tể.
- Phân lập virus: Kết quả dương tính 60%, nhưng âm tính cũng không loại trừ viêm phổi virus.
- Miễn dịch huỳnh quang: Thường dùng trong chẩn đoán cytomegalovirus và một số loại virus khác.
- Chẩn đoán huyết thanh.

**3. Điều trị:**

- Điều trị triệu chứng: bổ sung nước, điện giải; hạ sốt; giảm đau; nghỉ ngơi.
- Thở Oxy, thuốc dẫn phế quản.
- Điều trị đặc hiệu: đối với virus cúm: Amantadin, Rimantadin. Với virus hợp bào hô hấp: khí dung Ribavirin 20 mg/ml nước trong 3 - 7 ngày.
- Dùng kháng sinh dự phòng bội nhiễm.
- Dự phòng: dùng vaccin cúm A, B cho đối tượng có bệnh tim phổi mạn tính, suy giảm miễn dịch, tiểu đường, bệnh thận mạn tính, người già trên 65 tuổi.

**TỰ LƯỢNG GIÁ**

1. Biểu hiện nào sau đây đặc trưng cho viêm phổi:
 

A. Đau ngực	B. Sốt
C. Phổi có ran	D. Hội chứng đông đặc
2. Ran nào đặc trưng của viêm phổi:
 

A. Ran ngáy	B. Ran rít
C. Ran nổ	D. Ran ẩm
3. Viêm phổi dạng nào thường liên quan đến dịch cúm:
 

A. Viêm phổi do <i>M. pneumoniae</i>	B. Viêm phổi bệnh viện
C. Viêm phổi tụ cầu	D. Viêm phổi thùy
4. Triệu chứng chính trong viêm phổi do virus:
 

A. Sốt thường rất cao	B. Ho khan
C. Ho ra máu	D. Chảy mũi
5. Triệu chứng thường gặp nhất của viêm phổi tụ cầu:
 

A. Đau ngực	B. Sốt cao
C. Trần ẩm, ran rít	D. Ho đàm trong
6. Nguyên nhân thường gặp nhất đối với viêm phổi do virus ở trẻ dưới 3 tuổi là:
 

A. Virus cúm	B. Virus Herpes
C. Virus hợp bào	D. Virus thủy đậu
7. Biến chứng thường gặp nhất của viêm phổi do tụ cầu:
 

A. Tràn dịch màng phổi	B. Tràn khí màng phổi
C. Xơ hóa phổi	D. Khí phế thủng
8. Đặc điểm của viêm phổi do *M. pneumoniae*:
 

A. Ho thường có đàm mủ	B. Đau ngực nhiều
C. Ran nổ, rít, ẩm	D. Thường không có sốt ớn lạnh
9. Viêm phổi gặp ở người trẻ, bệnh nhẹ, thường tự khỏi:
 

A. Viêm phổi do <i>M. pneumoniae</i>	B. Viêm phổi bệnh viện
C. Viêm phổi tụ cầu	D. Viêm phổi do virus
10. Nguyên nhân thường gặp nhất đối với viêm phổi bệnh viện:
 

A. Trực trùng lao	B. Tụ cầu
C. Vi khuẩn gram âm	D. Virus
11. Viêm phổi dạng nào thường nặng, tỷ lệ tử vong cao:
 

A. Viêm phổi do <i>M. pneumoniae</i>	B. Viêm phổi bệnh viện
C. Viêm phổi tụ cầu	D. Viêm phổi do virus
12. Viêm phổi dạng nào triệu chứng thường nghèo nàn:
 

A. Viêm phổi do <i>M. pneumoniae</i>	B. Viêm phổi bệnh viện
C. Viêm phổi tụ cầu	D. Viêm phổi do virus
13. Hình ảnh Xquang của viêm phổi tụ cầu:
 

A. Ổ viêm dạng oval	B. Đối xứng
C. Có mức khí nước	D. Bờ tròn đều

## VIÊM PHẾ QUẢN CẤP

BS.CKI. Nguyễn Văn Thịnh

### MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Nêu khái niệm và nguyên nhân gây viêm phế quản cấp.
2. Mô tả lâm sàng và cận lâm sàng người bệnh viêm phế quản cấp.
3. Trình bày cách xử trí người bệnh viêm phế quản cấp.

### ĐẠI CƯƠNG

Viêm phế quản là tình trạng viêm của lớp niêm mạc các ống phế quản, ống mang không khí đến và đi từ phổi. Viêm phế quản có thể là cấp tính hoặc mạn tính. Trong điều kiện thông thường, viêm phế quản cấp tính thường phát triển từ một nhiễm trùng đường hô hấp do lạnh hay khác.

Viêm phế quản cấp tính thường được cải thiện trong vòng vài ngày mà không lâu dài, mặc dù có thể tiếp tục ho tới cả tuần. Tuy nhiên, nếu có lặp đi lặp lại cơn của viêm phế quản, có thể có viêm phế quản mạn tính và đòi hỏi chăm sóc y tế. Viêm phế quản mạn tính là một trong những điều kiện đưa đến bệnh phổi tắc nghẽn phổi mạn tính (COPD).

Điều trị viêm phế quản tập trung vào làm giảm các triệu chứng và giảm bớt tình trạng thở khó.

### NGUYÊN NHÂN

Viêm phế quản cấp tính thường do những nguyên nhân sau:

- Virus và nhóm vi khuẩn không điển hình: chiếm đa số các trường hợp. Các virus hay gặp: Rhino virus; Echo virus; Adeno virus; Myxo virus influenza và herpes virus. Ở trẻ em hay gặp virus hợp bào hô hấp và virus á cúm. Các vi khuẩn không điển hình như: Mycoplasma Pneumonia, Chlamydia ...
- Vi khuẩn: thường viêm từ đường hô hấp trên xuống, các vi khuẩn gồm: liên cầu khuẩn, phế cầu khuẩn, Heamophilus influenzae, Moraxella catarrhalis. Những vi khuẩn này thường bị bội nhiễm thứ phát sau nhiễm virus. Ngoài ra viêm phế quản cấp còn có thể gặp trong các bệnh: sởi, thủy đậu, ho gà, thương hàn, bạch hầu.
- Các yếu tố hoá, lý: hơi độc (Clor, Amoniac), bụi nghề nghiệp, khói thuốc lá, không khí quá khô, ẩm, lạnh, hoặc quá nóng.
- Dị ứng: ở trẻ em, người lớn bị dị ứng nặng phù Quink, mày đay.
- Yếu tố thuận lợi: thay đổi thời tiết, bị nhiễm lạnh, thể địa yếu, mắc bệnh đường hô hấp trên.

## LÂM SÀNG VÀ CHẨN ĐOÁN

Viêm phế quản cấp thường xuất hiện cùng lúc hoặc ngay sau viêm đường hô hấp trên: hắt hơi, sổ mũi, ho khan, rát họng. Diễn tiến qua hai giai đoạn:

### 1. Các giai đoạn lâm sàng:

#### 1.1. Giai đoạn đầu:

Trong 3- 4 ngày đầu, còn gọi là giai đoạn viêm khô

- Sốt 38 - 39°C, có thể tới 40°C.
- Mệt mỏi, đau đầu, nhức mỏi xương khớp.
- Cảm giác nóng rát sau xương ức.
- Khó thở nhẹ, có thể có tiếng rít, ho khan, có ho thành cơn về đêm.
- Nghe phổi có ran rít, ran ngáy.

#### 1.2. Giai đoạn II:

Kéo dài 6 - 8 ngày tiếp theo, còn gọi là giai đoạn xuất tiết.

- Các triệu chứng toàn thân và cơ năng giảm.
- Ho khạc đờm nhầy, hoặc đờm mủ khi bội nhiễm.
- Nghe phổi có ran ẩm.

### 2. Các thể lâm sàng:

Viêm phế quản cấp có các thể lâm sàng sau:

- Viêm phế quản xuất huyết: thường ho ra máu số lượng ít lẫn đờm. Cần chẩn đoán phân biệt với ung thư phổi ở người > 40 tuổi hút thuốc lá.
- Viêm phế quản cấp thể tái diễn: các yếu tố thuận lợi như hút thuốc lá, hít phải khí độc, tắc nghẽn phế quản (dị vật đường thở ở trẻ em, ung thư phế quản ở người lớn, các ổ nhiễm khuẩn ở răng miệng, tai mũi họng, suy tim trái, trào ngược dạ dày thực quản) hoặc các bệnh như hen phế quản, xơ phổi kén, suy giảm miễn dịch.
- Viêm phế quản cấp thể co thắt: ở trẻ em và người trẻ.
- Viêm khí - phế quản cấp có giả mạc do bạch hầu.
- Viêm phế quản cấp cục bộ: chẩn đoán bằng nội soi phế quản.

### 3. Cận lâm sàng:

Các xét nghiệm cận lâm sàng thường ít có giá trị chẩn đoán.

- Bạch cầu có thể bình thường, tăng khi có bội nhiễm, hoặc giảm (do virus).

- Xét nghiệm đờm: có nhiều xác bạch cầu đa nhân trung tính. Cây đờm thường có tạp khuẩn.
- Xquang phổi: có thể bình thường hoặc rốn phổi đậm.

#### **4. Chẩn đoán phân biệt:**

- Viêm họng cấp: sốt, ho, nhưng nghe phổi bình thường. X quang phổi bình thường.
- Các bệnh phổi và phế quản khác: hen phế quản, ung thư phế quản, phế quản phế viêm, viêm phổi virus ...
- Giãn phế quản: ho khạc đờm kéo dài mạn tính, có thể có ngón tay dùi trống. Chụp cắt lớp vi tính có ổ giãn phế quản.
- Viêm phế quản mạn: ho khạc đờm kéo dài mạn tính 3 tháng /năm, ít nhất 2 năm liên tiếp, không do các bệnh phổi khác như lao hoặc giãn phế quản.
- Viêm phổi do vi khuẩn: có hội chứng nhiễm khuẩn, hội chứng đông đặc. Xquang có tổn thương nhu mô phổi.

#### **5. Tiến triển và biến chứng:**

##### **5.1. Tiến triển:**

Viêm phế quản cấp tiến triển lành tính, ở người khoẻ mạnh thường tự khỏi sau 2 tuần, không để lại di chứng. Ở người nghiện thuốc lá thường có bội nhiễm và ho khạc đờm kéo dài.

##### **5.2. Biến chứng:**

- Viêm phổi, phế quản phế viêm: thường xảy ra ở người già và trẻ em suy dinh dưỡng.
- Tăng tính phản ứng của phế quản với lạnh, khói và bụi, kéo dài vài tuần sau viêm phế quản cấp. Biểu hiện bằng ho khan kéo dài hàng tuần.

### **ĐIỀU TRỊ VÀ DỰ PHÒNG**

#### **1. Điều trị:**

- Giữ ấm, tránh lạnh, tránh bụi; thoáng mát về mùa hè.
- Nghỉ ngơi, bỏ hút thuốc lá, hoặc bỏ tiếp xúc với các chất lý, hoá gây độc.
- Khi ho khan: dùng thuốc giảm ho như: Terpin-codein, Paxeladine. Giai đoạn ho khạc đờm dùng thuốc long đờm: ho cam thảo, Mucomyst, Mucitux ...
- Kháng sinh: khi có bội nhiễm hoặc người có nguy cơ biến chứng: Amoxicilin, Erythromyxin, Cephalexin ...
- Khi có co thắt phế quản: Theophylin, Salbutamol.
- Thuốc an thần, kháng Histamin.

**2. Phòng bệnh:**

- Loại bỏ yếu tố kích thích: không hút thuốc, tránh khói bụi trong, ngoài nhà, môi trường ô nhiễm, giữ ấm vào mùa lạnh.
- Tiêm vaccin phòng cúm, phế cầu, đặc biệt ở những trường hợp có bệnh phổi mạn tính, suy tim, cắt lách, tuổi > 65.
- Điều trị các nhiễm trùng tai mũi họng, răng hàm mặt, tình trạng suy giảm miễn dịch.
- Vệ sinh răng miệng.
- Tăng cường chế độ dinh dưỡng: các Vitamin A,C, E (chống oxy hoá).

**TỰ LƯỢNG GIÁ**

1. Viêm phế quản là tình trạng viêm của:  
A. Lớp niêm mạc phế quản  
B. Lớp niêm mạc ống dẫn khí  
C. A và B đúng  
D. A và B sai
2. Trường hợp nào được xem là COPD:  
A. Viêm phế quản cấp tái diễn  
B. Viêm phế quản mạn  
C. Đợt cấp của viêm phế quản mạn  
D. Tất cả đúng
3. Nguyên nhân thường gặp nhất gây viêm phế quản cấp ở trẻ em:  
A. Phế cầu  
B. Virus hợp bào hô hấp  
C. Rhino virus  
D. Virus á cúm
4. Giai đoạn đầu của viêm phế quản cấp:  
A. Viêm khô  
B. Xuất tiết  
C. Xuất huyết  
D. Co thắt
5. Dấu hiệu lâm sàng đặc trưng của viêm phế quản cấp giai đoạn đầu:  
A. Ran rít, ngáy  
B. Ran ẩm  
C. Ho khạc đàm nhầy  
D. Bội nhiễm phổi
6. Dấu hiệu lâm sàng đặc trưng của viêm phế quản cấp giai đoạn II:  
A. Ran ẩm  
B. Ho khan về đêm  
C. Nóng rát sau xương ức  
D. Sốt cao
7. Điều nào đúng với các xét nghiệm trong viêm phế quản cấp:  
A. Ít có giá trị chẩn đoán  
B. X quang phổi rất đặc trưng  
C. Đàm có rất ít xác bạch cầu  
D. Bạch cầu tăng trong nhiễm siêu vi
8. Biến chứng của viêm phế quản cấp thường xảy ra ở đối tượng:  
A. Người già  
B. Trẻ em  
C. A và B đúng  
D. A và B sai



## BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

BS.CKI. Nguyễn Văn Thịnh

### MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Nêu nguyên nhân gây bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.
2. Mô tả biểu hiện ở người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.
3. Trình bày cách xử trí bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

### ĐẠI CƯƠNG

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (Chronic obstructive pulmonary disease-COPD) là một bệnh có đặc điểm tắc nghẽn lưu lượng khí thở ra thường xuyên bị hạn chế, không hồi phục hoặc chỉ hồi phục một phần, tiến triển, thường có tăng phản ứng đường thở, do viêm phế quản mạn tính và khí phế thũng gây ra.

Có thể coi bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là một loại bệnh do biến chứng của viêm phế quản mạn tính, khí phế thũng và hen phế quản ở mức độ không hồi phục. Cần được coi là loại bệnh mạn tính nặng, để có biện pháp phòng và điều trị sớm.

Chẩn đoán bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính khi có tắc nghẽn đường thở cố định do viêm phế quản mạn tính và khí phế thũng gây ra, hen phế quản có tắc nghẽn đường thở cố định không hồi phục cũng gọi là bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

### LÂM SÀNG

#### 1. Thể thổi hồng (Typ PP Pink Puffer):

Khí phế thũng chiếm ưu thế, có đặc điểm:

- Người gầy.
- Khó thở là chủ yếu.
- Ít ho khạc đàm, ít bị nhiễm khuẩn phế quản.
- Tâm phế mạn xuất hiện muộn (thường bị ở giai đoạn cuối).
- Phù không rõ, ngực hình thùng, rút lõm cơ ức đòn chũm.
- Gõ vang, phổi rì rào phế nang giảm.

Cận lâm sàng có những đặc trưng:

- Đo thông khí phổi, khí cận tăng rõ, RV/ TLC tăng.
- Khí máu bình thường, chỉ giảm PaO<sub>2</sub> nhẹ.
- Xquang: căng giãn phổi, tim hình giọt nước.

## 2. Thể xanh phì (Typ BB Blue bloatter):

Viêm phế quản mạn tính chiếm ưu thế thường ở người béo bệu.

Các dấu hiệu đặc trưng gồm:

- Tím tái.
- Ho khạc đàm nhiều năm rồi mới khó thở.
- Hay có nhiễm khuẩn phế quản, hay gặp những đợt suy hô hấp.
- Tâm phế mạn xuất hiện sớm: phù mắt cá chân, gan to, tĩnh mạch cổ nổi, hay kèm theo hội chứng ngừng thở tắc nghẽn khi ngủ.

Cận lâm sàng có những đặc trưng:

- Xquang: hình ảnh phổi bản, bóng tâm thất phải rộng.
- Đo khí máu: giảm PaO<sub>2</sub>, thường kèm theo tăng PaCO<sub>2</sub>.
- Tăng hồng cầu và Hematocrit.

Cần chú ý:

- Khó thở trước rồi sau mới ho, khạc đàm ít là khí phế thũng chiếm ưu thế.
- Ho khạc đàm trước, sau mới khó thở, hay có đợt bội nhiễm phế quản, suy hô hấp, tâm phế mạn: viêm phế quản mạn tính tắc nghẽn chiếm ưu thế.

## CHẨN ĐOÁN

### 1. Chẩn đoán xác định:

- Người bệnh trên 40 tuổi.
- Thường là nam giới.
- Tiền sử hút thuốc lâu năm.
- Ho và khạc đàm, khó thở trên 2 năm.
- Tiền sử hay có đợt nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính.
- Xquang phổi: có thể có hội chứng phế quản, khí phế thũng.
- Đo thông khí phổi: tắc nghẽn lưu lượng thở không hồi phục (FEV<sub>1</sub> < 80% số lý thuyết, test hồi phục phế quản âm tính).

### 2. Chẩn đoán phân biệt:

- Hen phế quản: khó thở từng cơn tái diễn, cơn khó thở tự khỏi hoặc hết sau khi dùng thuốc giãn phế quản, đo thông khí phổi có rối loạn tắc nghẽn hồi phục test hồi phục phế quản (+).
- Các bệnh lý khác: tắc nghẽn đường thở trên, thoái hoá nhầy nhớt và viêm tiểu phế quản tận cùng.

## ĐIỀU TRỊ VÀ DỰ PHÒNG

### 1. Điều trị:

#### 1.1. Trong đợt bùng phát:

- Chống nhiễm khuẩn phế quản khi có dấu hiệu nhiễm khuẩn, có thể dùng kháng sinh nhóm Cephalosporin kết hợp với Gentamycin từ 10-14 ngày.
- Thuốc giãn phế quản: dùng thuốc kháng Cholinergic (Atrovent): cứ 4-6 giờ khí dung hoặc xịt hít 1 lần. Nếu nặng có thể tiêm Diaphylin tĩnh mạch
- Corticoid đường tiêm, uống, khí dung (Pulmicort).
- Long đàm, vỗ rung.
- Thở oxy: lưu lượng 2 lít/phút, để duy trì  $\text{SaO}_2 \# 90\%$ ,  $\text{PaO}_2 \# 60\text{mmHg}$ . Nếu có suy hô hấp nặng, người bệnh rối loạn ý thức, tím tái, toan hô hấp mất bù cần phải thở máy.
- Nếu có tâm phế mạn: điều trị suy tim kết hợp.

#### 1.2. Các biện pháp khác:

- Liệu pháp  $\alpha_1$  antitrypsin: khi người bệnh thiếu  $\alpha_1$  antitrypsin, thuốc kháng Protease tổng hợp (Prolastin) tác dụng ức chế Elastase bạch cầu.
- Điều trị phẫu thuật: ghép phổi, phẫu thuật cắt bỏ bóng khí thũng, phẫu thuật giảm thể tích phổi. Là những biện pháp được một số nơi áp dụng.

### 2. Phòng bệnh:

- Cần bỏ thuốc lá, có thể dùng các biện pháp hỗ trợ bỏ thuốc.
- Tăng cường chế độ dinh dưỡng: các Vitamin A,C, E (chống oxy hoá).
- Cố gắng giảm ô nhiễm không khí ở nơi làm việc và nơi sống.

**TỰ LƯỢNG GIÁ**

- Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính thường do những nguyên nhân sau, NGOẠI TRỪ:
  - Viêm phế quản mạn
  - Viêm phổi lao
  - Khí phế thũng
  - Hen phế quản
- Đây là những dấu hiệu của COPD thể thổi hồng, NGOẠI TRỪ:
  - Người béo
  - Lồng ngực hình thùng
  - Ít ho khạc đàm
  - Gõ vang
- Đây là những dấu hiệu của COPD thể xanh phổi, NGOẠI TRỪ:
  - Tím tái
  - Ngừng thở khi ngủ
  - Ho nhiều đàm
  - Ít khi phù chân
- Cận lâm sàng của COPD thể xanh phổi:
  - PaO<sub>2</sub> tăng
  - Tăng hồng cầu
  - PaCO<sub>2</sub> giảm
  - Giảm hematocrit
- Triệu chứng chính của COPD thể thổi hồng:
  - Khó thở
  - Lồng ngực hình thùng
  - Phù chân
  - Gõ vang
- Đặc điểm của khí phế thũng:
  - Khó thở trước khi ho khạc đàm
  - Hồng cầu giảm
  - Hay có đợt bội nhiễm
  - Giảm hematocrit
- Đây là những tiêu chí chẩn đoán COPD, NGOẠI TRỪ:
  - Ho, khạc đàm trên 2 tháng
  - Nam giới, trên 40 tuổi
  - FEV<sub>1</sub> > 80%
  - Uống rượu nhiều
- Đây là những bệnh lý cần chẩn đoán phân biệt với COPD, NGOẠI TRỪ:
  - Hen phế quản
  - Dị vật đường thở
  - Tắc nghẽn đường hô hấp trên
  - Viêm tiểu phế quản tận

# HEN PHẾ QUẢN

BS.CKI. Nguyễn Văn Thịnh

## MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày cách phân loại và yếu tố khởi phát cơn hen phế quản.
2. Mô tả các dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng của hen phế quản.
3. Trình bày hướng và dự phòng xử trí cơn hen phế quản.

## ĐẠI CƯƠNG

Hen phế quản là tình trạng viêm mạn tính gây co thắt cơ trơn phế quản, có sự tham gia của nhiều loại tế bào viêm và các thành phần của tế bào, chủ yếu là tế bào Mast, bạch cầu ái toan (E), lympho T, đại thực bào, bạch cầu đa nhân trung tính (N) và các tế bào biểu mô phế quản.

Cơ chế bệnh sinh của hen rất phức tạp nhưng có thể mô tả tóm tắt bằng sự tương tác của ba quá trình bệnh lý cơ bản là: Viêm mạn tính đường thở, tăng đáp ứng của phế quản và co thắt, phù nề xuất tiết phế quản, trong đó viêm mạn tính đường thở là trung tâm. Quá trình tương tác này có sự tác động bởi các yếu tố chủ thể của người bệnh và các yếu tố kích phát dẫn đến hậu quả làm xuất hiện các triệu chứng hen và cơn hen.

### 1. Phân loại:

Hen phế quản gồm 2 loại:

- Hen ngoại sinh (hen dị ứng) khởi phát từ khi còn trẻ (hen sớm), thường kèm với eczema hoặc viêm mũi dị ứng, có tiền sử gia đình bị hen hoặc tạng Atopic, test da dương tính với dị nguyên.
- Hen nội sinh (hen nhiễm trùng) là những trường hợp hen không do dị ứng thường hen muộn trên 30 tuổi, không có tiền sử gia đình bị hen, triệu chứng dai dẳng, test da âm tính, không rõ yếu tố làm bùng nổ cơn hen (trừ nhiễm trùng và Aspirin), IgE máu bình thường.

### 2. Các yếu tố kích thích:

- Nhiễm khuẩn, virus (đặc biệt nhiễm virus đường hô hấp trên)
- Hít phải dị nguyên: bụi nhà, bụi lông gia súc, gia cầm, bụi xác côn trùng, nấm mốc, phấn hoa...
- Bụi ô nhiễm môi trường, thay đổi thời tiết, hút thuốc thụ động.
- Một số thuốc: Aspirin, thuốc giảm đau Nonsteroid làm bùng nổ cơn hen.
- Một số loại thức ăn: tôm, cua, cá...

- Nghề nghiệp: tiếp xúc một số muối kim loại, bụi gỗ...
- Gắng sức.
- Tâm lý: vui buồn quá độ có thể kích thích gây cơn hen.
- Nội tiết: một số trường hợp hen liên quan với khi có thai và kinh nguyệt.
- Phản xạ dạ dày thực quản: trào ngược dịch dạ dày.

## LÂM SÀNG

### 1. Cơn hen điển hình:

Tiền triệu: Hắt hơi, sổ mũi, ngứa mắt, buồn ngủ, ho, v.v...

Cơn khó thở: khó thở ra, chậm, khò khè, tiếng rít (bản thân người bệnh và người xung quanh có thể nghe thấy), mức độ khó thở tăng dần, có thể kèm theo vã mồ hôi, nói khó.

Thoái lui: Cơn có thể ngắn 5-15 phút, có thể kéo dài hàng giờ hoặc dài hơn. Cơn hen có thể tự hồi phục, kết thúc bằng khó thở giảm dần, ho và khạc đờm trong, quánh dính.

Khám phổi trong cơn có các dấu hiệu:

- Gõ vang.
- Rung thanh bình thường.
- Rì rào phế nang giảm.
- Ran rít, ran ngáy (tùy mức độ) ở khắp 2 phổi.

### 2. Các dạng hen khác:

- Cơn kịch phát: cơn điển hình khó thở chậm, rít xuất hiện đột ngột trong vài phút đến hàng giờ (1-3 giờ)
- Cơn liên tục: khó thở chậm rít, kéo dài 4 - 5 giờ đến một vài ngày.
- Cơn ác tính: cơn liên tục nặng trên 24 giờ do tắc nghẽn phế quản tận, điều trị bằng thuốc hen thông thường không kết quả, biến chứng suy hô hấp, suy tim phải, tử vong.

### 3. Cận lâm sàng:

- Công thức máu: E tăng trên 10%. Nếu bội nhiễm bạch cầu tăng, N tăng.
- X quang: hình ảnh giãn phổi cấp (trong cơn hen: phổi tăng sáng, gian sườn giãn, vòm hoành hạ thấp và dẹt, tăng kích thước khoảng sáng sau tim).
- Xét nghiệm đàm có: E, tế bào phế quản, tinh thể Charcot-Leyden.
- Chức năng hô hấp: rối loạn thông khí tắc nghẽn có hồi phục hoặc rối loạn hỗn hợp.

Một số test thường dùng:

- Test hồi phục phế quản: là cách đơn giản nhất để khẳng định chẩn đoán. Đo FEV<sub>1</sub>, sau đó xịt 2 nhát Salbutamol liều 200mg-300mg. Sau 30 phút đo lại. Nếu FEV<sub>1</sub> tăng >15% là test hồi phục phế quản dương tính.
- Thay đổi theo thời gian trong ngày: theo dõi bằng đo PEF. PEF thay đổi 20% trong ngày có giá trị chẩn đoán hen phế quản.
- Test gắng sức: khi chức năng phổi bình thường làm test đi bộ 6 phút (chú ý không có tiền sử thiếu máu cơ tim mới làm test này) thấy 50% người bệnh hen giảm PEF ít nhất 15% sau đi bộ.
- Test kích thích: hít Histamin hoặc Methacolin sẽ gây thành cơn hen ở nồng độ thấp hơn rất nhiều so với người bình thường (100mg so với 10.000mg ở người bình thường). Test này nguy hiểm chỉ làm ở những nơi có kinh nghiệm và người bệnh hen không rõ ràng.
- Test dị nguyên để chẩn đoán hen ngoại sinh.

## CHẨN ĐOÁN

### 1. Chẩn đoán xác định:

Dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng, trong đó lâm sàng là chủ yếu.

### 2. Chẩn đoán phân biệt:

#### 2.1. Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính:

Khởi phát muộn (sau 40 tuổi), có tiền sử hút thuốc nhiều năm, hoặc tiếp xúc với bụi khói, không có tiền sử gia đình bị hen, người bệnh không có tiền sử dị ứng. Bệnh sử ho khạc mạn tính, khó thở khi gắng sức đôi khi có khó thở thành cơn.

- Chức năng hô hấp: có rối loạn thông khí tắc nghẽn hoặc hỗn hợp không hồi phục.
- Test hồi phục phế quản âm tính.

#### 2.2. Hen tim:

Ở người có hẹp van hai lá, hở động mạch chủ, suy tim trái. Do ứ máu ở phổi về ban đêm, xung huyết, phù nề, kích thích gây co thắt cơ phế quản.

- Triệu chứng: có cơn khó thở về đêm, nghe phổi có ran rít, ran ngáy, ran ẩm, đàm bọt hồng.
- Xquang phổi: hình ảnh phổi tim, điều trị lợi tiểu thì đỡ khó thở.

#### 2.3. Các bệnh hiếm gặp khác:

- Hysteria thể hen: là một bệnh lý tâm thần.

- Viêm phổi kẽ ở người nuôi chim.
- Chít hẹp, tắc nghẽn đường thở trên do viêm, u thanh quản.

## PHÂN LOẠI

### 1. Phân loại mức độ nặng nhẹ:

Bậc hen	Triệu chứng ban ngày	Triệu chứng ban đêm	Mức độ cơn hen ảnh hưởng hoạt động	PEF, FEV <sub>1</sub>	Dao động PEF
Bậc 1 (Nhẹ, cách quãng)	<1 lần/tuần	≤2 lần/ tháng	Không giới hạn hoạt động thể lực	> 80%	< 20%
Bậc 2 (Nhẹ, dai dẳng)	>1 lần/tuần <1 lần/ngày	>2 lần/ tháng	Có thể ảnh hưởng hoạt động thể lực	> 80%	20% - 30%
Bậc 3 Vừa, dai dẳng	Hàng ngày	>1 lần/ tuần	Ảnh hưởng hoạt động thể lực	60-80%	> 30%
Bậc 4 Nặng	Thường xuyên, liên tục	Thường có	Giới hạn hoạt động thể lực	< 60%	> 30%

### 2. Phân loại mức độ kiểm soát:

Đặc điểm	Đã được kiểm soát	Kiểm soát một phần	Chưa được kiểm soát
1. Triệu chứng ban ngày	Không (hoặc ≤ 2 lần/ tuần)	> 2 lần/tuần	≥ 3 đặc điểm của hen kiểm soát một phần trong bất kỳ tuần nào
2. Triệu chứng thức giấc ban đêm	Không	Có	
3. Hạn chế hoạt động	Không	Có	
4. Nhu cầu dùng thuốc cắt cơn điều trị cấp cứu	Không (hoặc ≤ 2 lần /tuần)	> 2 lần/tuần	
5. Chức năng hô hấp (PEF hoặc FEV <sub>1</sub> )	Bình thường	< 80% số dự đoán hoặc nếu biết trước	
6. Cơn kịch phát cấp	Không	≥ 1 lần/năm	1 lần trong bất kỳ tuần nào



## ĐIỀU TRỊ

### 1. Nguyên tắc điều trị:

Điều trị hen nhằm đạt 6 mục tiêu kiểm soát hen:

- Không có triệu chứng hen (hoặc có ít nhất).
- Không thức giấc do hen.
- Không phải dùng thuốc cắt cơn (hoặc dùng ít nhất).
- Không hạn chế hoạt động thể lực.
- Chức năng phổi (PEF; FEV<sub>1</sub>) trở lại bình thường.
- Không có cơn kịch phát.

### 2. Các nhóm thuốc điều trị:

Điều trị hen bao gồm điều trị cắt cơn và điều trị dự phòng ngoài cơn hen. Thuốc điều trị hen có thể dùng tại chỗ (hít, khí dung), uống hoặc tiêm. Tuy nhiên thuốc dùng tại chỗ có nhiều ưu điểm, trong đó thuốc corticosteroid dạng hít là thuốc dự phòng hen có hiệu quả nhất hiện nay.

#### 2.1. Chống co thắt phế quản:

- Thuốc thuộc nhóm Methyl xanthin: Theophylin, Synthophylin
- Thuốc kích thích  $\beta_2$ -Adrenergic: Salbutamol, Ventolin, Terbutalin (Bricanyl) ... dùng dạng uống, khí dung, tiêm.
- Thuốc kháng Cholinergic: Ipratropium bromide (Atrovent) xịt, hoặc dùng dạng phối hợp với Fenoteno (Berodual)
- Dự phòng cơn hen về đêm: Theostast, Salmeterol ...

#### 2.2. Chống viêm: Prednisolon, MethylPrednisolon dạng tiêm; Corticoid tại chỗ: Becotid, Pulmicort, Sertide dạng xịt hoặc khí dung.

#### 2.3. Chống dị ứng: Zaditen hoặc các thuốc kháng Histamin tổng hợp; Sodium Cromoglycat thường có tác dụng tốt ở trẻ em, tác dụng dự phòng hen.

#### 2.4. Kháng sinh: Khi bội nhiễm, tránh dùng các thuốc dễ gây dị ứng (Penicillin)

### 3. Các biện pháp điều trị khác:

- Khi cấp cứu ngoài các thuốc trên, cần cho thở oxy, long đàm, giảm ho, truyền dịch, trợ tim mạch. Đặc biệt dùng Corticoid liều cao. Nếu cần cho thở máy.
- Đông y: cây ổi rừng, viên hen TH<sub>12</sub>, mật lợn...
- Các biện pháp can thiệp: cấy chỉ Catgut vào huyết, cắt hạch giao cảm cổ, mổ bóc vỏ cuống phổi (ít làm)...

**TỰ LƯỢNG GIÁ**

1. Đặc điểm nào đúng với hen ngoại sinh:
    - A. Còn gọi là hen dị ứng
    - B. Test da âm tính với dị nguyên
    - C. Không có tiền sử gia đình
    - D. Khởi phát muộn (trên 30 tuổi)
  2. Đây là những biểu hiện của cơn hen điển hình, NGOẠI TRỪ:
    - A. Khó thở nhanh
    - B. Chủ yếu khó thở thì thở ra
    - C. Thường khó thở về đêm
    - D. Gần hết cơn ho tăng dần
  3. Khám phổi trong cơn hen điển hình có thể thấy:
    - A. Gõ vang
    - B. Ran ẩm, ran nổ
    - C. Rung thanh tăng
    - D. Rì rào phế nang tăng
  4. Đặc điểm của cơn hen ác tính:
    - A. Khó thở chậm
    - B. Do tắc phế quản tận
    - C. Xuất hiện từ từ
    - D. Kéo dài khoảng 4-5 giờ
  5. Triệu chứng chính Xquang của hen phế quản:
    - A. Phổi tăng sáng
    - B. Giảm khoảng sáng sau tim
    - C. Vòm hoành nâng cao
    - D. Gian sườn hẹp
  6. Ran đặc hiệu của hen phế quản:
    - A. Ran ngáy
    - B. Ran ẩm
    - C. Ran rít
    - D. Ran nổ
  7. Dấu hiệu thực thể để phân biệt hen phế quản với hen tim:
    - A. Khởi phát về ban đêm
    - B. Ran ẩm nhiều
    - C. Lồng ngực hình thùng
    - D. Không có ran ngáy
  8. Xét nghiệm đàm ở người hen phế quản thường thấy các đặc điểm sau, NGOẠI TRỪ:
    - A. Bạch cầu ưa bazơ
    - B. Tinh thể Charcot-Leyden
    - C. Tế bào phế quản
    - D. Tế bào nhầy
-

## CÁCH KHÁM NGƯỜI BỆNH TIẾT NIỆU

BS.CKI. Nguyễn Văn Thịnh

### MỤC TIÊU HỌC TẬP

- Nêu cách khám người bệnh tiết niệu.
- Mô tả các dấu hiệu thường gặp ở người bệnh tiết niệu.
- Trình bày cách nhận định các bệnh lý tiết niệu thường gặp.

### ĐẠI CƯƠNG

Khám lâm sàng hệ thống thận tiết niệu gồm có: khám thận, niệu quản, bàng quang, niệu đạo. Ở đàn ông có thêm tuyến tiền liệt nằm ở vùng cổ bàng quang.

Hệ thống thận tiết niệu không thể tách rời khỏi cơ thể, cho nên khi khám có hệ thống với hệ thống thận tiết niệu phải thăm khám toàn thân.

### THĂM KHÁM TOÀN THÂN

#### 1. Phù:

Phù trong bệnh thận là do proten bị mất đồng thời một số chất điện giải nhất là Na bị ứ lại trong máu do thận không lọc được.

Đó là loại phù mềm, trắng, ấn ngón tay lên mặt trước xương chày sẽ để lại vết lõm “lọ mực”. Nếu lâu, phù trở nên “cứng”. Đặc tính của phù thận là phù trước tiên ở mặt rồi mới tới chân và cuối cùng là phù toàn thể, kể cả bụng, màng tim, màng phổi... nghỉ ngơi không hết phù.

Muốn phát hiện phù sớm ta chú ý đến những tổ chức mềm, lỏng lẻo như hố mắt, bình thường lõm nếu có phù sẽ đầy lên, mi mắt cũng “nặng” ra, phần dưới mắt cá chân trong nếu có phù, ấn vào sẽ lõm.

Muốn theo dõi sự tăng giảm của phù, phải cân người bệnh hàng ngày.

#### 2. Tim mạch:

- Tim: khi urê máu cao, có thể gây tình trạng viêm cơ tim và màng ngoài tim; nghe thấy tiếng tim nhỏ, nhanh, có thể có tiếng cọ màng ngoài tim.
- Huyết áp: trong viêm thận mạn, tăng huyết áp là một trong 4 triệu chứng mà Widal đã nói tới từ lâu. Trong hẹp động mạch thận cũng gây nên tăng huyết áp tiên phát.

#### 3. Thiếu máu.

Hiện nay người ta cho rằng thận sản xuất yếu tố sinh hồng cầu giúp cho tủy xương hoạt động bình thường.

Khi bị suy thận, yếu tố đó giảm bớt đi, đưa đến thiếu máu. Thường thiếu máu nhẹ, hồng cầu 2.5 đến 3 triệu. Cho nên những người viêm thận mạn thường có màu da tái tái. Đôi khi có thể gây thiếu máu nặng, hồng cầu dưới 2 triệu.

#### 4. Soi đáy mắt.

Những người viêm thận tăng huyết áp, đáy mắt có thể bị tổn thương:

- Phù gai thị.
- Vỡng mạc bị chảy máu thành từng chấm nhỏ, từng mảng. Hay gặp nhất là chảy máu hình ngọn nến, đôi khi chảy máu thành mảng rộng. Nếu điểm vàng bị chảy máu thì thị lực sẽ giảm.
- Chảy máu vỡng mạc: vỡng mạc như một đám mây trên nền đỏ tập trung vùng gai mắt và điểm vàng.

Người ta cũng cần chú ý đến tình trạng toàn thân gầy yếu, mệt mỏi, ăn, uống, ngủ, tình trạng mạch, nhiệt độ

### **KHÁM HỆ THỐNG THẬN TIẾT NIỆU**

#### 1. Cách khám thận

##### 1.1. Nhìn:

Nhìn vùng hố thắt lưng xem có sưng không, nhìn bụng có thấy khối u nổi lên không.

##### 1.2. Sờ:

Là phương pháp quan trọng nhất để khám thận to

##### 1.2.1. Tư thế người bệnh nằm ngửa, hai chân duỗi thẳng:

Thầy thuốc ngồi bên phải hay bên trái tùy theo khám thận phải hay thận trái. Hai người cần ngồi gần nhau để tránh phải gắng sức. Người bệnh nằm yên lặng, thở đều, mềm bụng, sờ lúc người bệnh thở ra vì khi đó các cơ mềm, dễ sờ.

- Dùng một bàn tay hay hai bàn ấn thật sâu ra phía sau để tìm khối u ở sâu còn nhỏ. Ấn nhẹ phía trên: khi khối u to, ở nông.
- Dùng hai tay, một tay luồn xuống phía dưới, vùng hố thắt lưng, một tay đặt trên bụng phía đối diện, hai tay ép dần sát vào nhau.

Trong khi sờ, chú ý cảm giác đau của người bệnh và đặc biệt là phản ứng bụng.

- Tìm dấu hiệu chạm thắt lưng (contact lombaire): dùng một bàn tay đặt phía sau vùng hố thắt lưng, còn bàn tay kia sờ nhẹ và ấn lên khối u. Nếu thận to, sẽ thấy có cảm giác chắc chắc ở bàn tay. Dấu hiệu này rất quan trọng để chẩn đoán thận to.

- Tìm dấu hiệu bập bênh thận: người bệnh nằm ngửa, chân duỗi thẳng, một tay đặt phía hố thắt lưng, một tay để trên bụng, vùng mạn sườn. Tay trên để yên, tay dưới dùng ngón tay ấn và hất mạnh lên, rồi làm ngược lại, tay dưới để yên, dùng đầu ngón tay trên đẩy xuống, làm khi người bệnh bắt đầu thở ra. Cần đẩy nhanh và hơi mạnh nếu đẩy chậm sẽ không có kết quả. Khi có thận to, tay trên có cảm giác như có một cục đá chạm vào rồi mất đi.

#### 1.2.2. Tư thế người bệnh nằm nghiêng:

Người bệnh nằm nghiêng, một chân duỗi. Muốn khám thận bên nào thì nằm nghiêng bên đối diện, thầy thuốc ngồi phía sau lưng. Ví dụ muốn khám thận bên phải, người bệnh nằm nghiêng về bên trái, thầy thuốc ngồi sau lưng, dùng tay trái đặt ở hố thắt lưng, tay phải đặt ở phía bụng.

Ngón trở cách xương sườn thứ 10 khoảng 2 khoát ngón tay. Khi người bệnh hít vào sâu, thận được đẩy xuống, ta sờ thấy thận.

Người bệnh có thể nằm nghiêng như trên nhưng nằm hơi cong để các cơ được chùng hơn, kê một gối vào mạn sườn phía trên, thăm khám được dễ hơn. Phương pháp này rất tốt trong trường hợp thận thay đổi chỗ hoặc khối u thận quá to.

Trong các phương pháp sờ nắn trên, phương pháp thu bập bênh thận là phương pháp tốt nhất để khám thận to vì nó đơn giản và chính xác, khi có dấu hiệu bập bênh, thường khối u đó là thận to.

Tuy nhiên có trường hợp bập bênh thận không có hoặc không chắc chắn, phương pháp nằm nghiêng sẽ bổ sung thêm.

Bằng các phương pháp sờ trên đây, nếu có thận to hay sa thận, ta sẽ sờ thấy. Nếu thận không to, ở vị trí bình thường không sờ thấy được.

## 2. Tìm điểm đau của thận và niệu quản.

Bình thường thận và niệu quản không đau. Trong bệnh lý có thể đau ở các điểm:

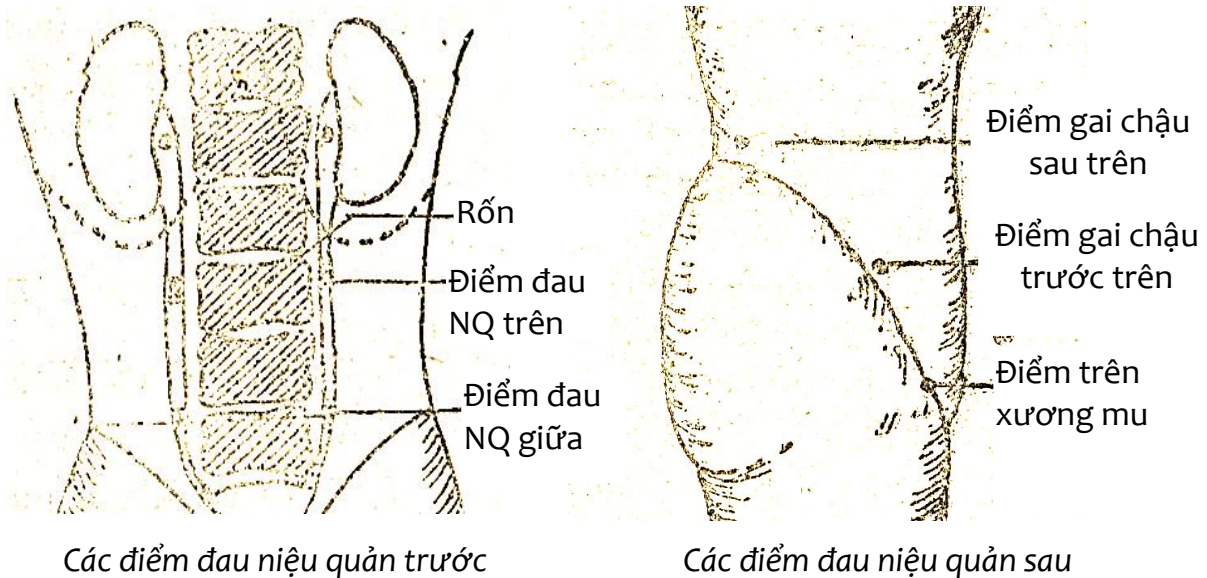
#### 2.1. Các điểm đau ở phía trước:

- Điểm niệu quản trên hay điểm cạnh rốn: kẻ một đường ngang qua rốn gặp bờ ngoài cơ thẳng to, hoặc 3 khoát ngón tay cách ngang rốn. Tương ứng với L2.
- Điểm niệu quản giữa: kẻ đường ngang qua hai gai chậu trước trên. Chia làm 3 phần: hai đầu của đoạn 1/3 giữa là điểm niệu quản giữa tương ứng khớp L4-L5.
- Điểm niệu quản dưới: phải thăm trực tràng và âm đạo mới thấy.

#### 2.2. Các điểm đau ở phía sau:

- Điểm sườn lưng: điểm gặp nhau của bờ dưới xương sườn 12 và bờ ngoài khối cơ lưng to.

- Điểm sườn cột sống: góc xương sườn 12 và cột sống. Ngoài ra người ta còn làm thêm phương pháp vỗ thận để tìm dấu hiệu rung thận (Patenôpxki) giống như dấu hiệu rung gan; để một bàn tay lên vùng thận rồi dùng mép bàn tay kia vỗ lên trên. Bình thường, khi làm nghiệm pháp này, người bệnh không đau, nhưng nếu có bệnh lý ở thận, nhất là ứ nước và ứ mủ thận làm nghiệm pháp này rất đau.



**Hình 18.1. Các điểm đau niệu quản**

### 3. Khám bàng quang:

Bình thường không có cầu bàng quang nên không khám thấy bàng quang được. Khi ứ nước tiểu bàng quang. Khám sẽ thấy cầu bàng quang.

#### 3.1. Cách khám:

- Nhìn: nếu có cầu bàng quang, vùng hạ vị nổi lên một khối u tròn nhỏ bằng quả cam hay to lên tận rốn.
- Sờ: khối u rất tròn nhẵn, có cảm giác căng căng, không di động.
- Gõ: đục, vùng đục hình tròn đỉnh lồi lên phía trên.
- Thông tiểu: lấy được nhiều nước tiểu, khối u xẹp ngay. Đó là phương pháp chắc chắn nhất để phân biệt với các khối u khác.
- Nếu nghi sỏi bàng quang, thông bàng quang bằng ống thông kim loại, có thể thấy tiếng lạch cạch.
- Thăm âm đạo trực tràng: cũng thấy u tròn, nhẵn căng. Khác hẳn một số khối u tiểu khung. Nếu có sỏi to ở bàng quang hoặc sỏi nhỏ ở “ niệu đạo thành” cũng có thể sờ thấy được. Thăm trực tràng âm đạo còn giúp cho biết các lỗ rò trực tràng bàng quang âm đạo.

### 3.2. Chẩn đoán phân biệt:

Các khối u tiền khung: có thai, u xơ tử cung, u nang buồng trứng,... bằng cách thăm trực tràng, âm đạo và thông tiểu.

### 4. Khám niệu đạo:

Nâng quy đầu lên, lấy tay nặn từ phía trong ra, bình thường không thấy gì chảy ra cả. Ở phụ nữ, vạch hai môi to và nhỏ, sẽ thấy lỗ niệu đạo nằm ở trên, dưới âm Vật. Có thể thấy các tổn thương: viêm tấy đỏ lỗ niệu đạo, loét miệng sào, hoặc có mủ chảy ra. Nếu có mủ, phải lấy mủ để soi và cấy vi khuẩn.

### 5. Khám tiền liệt tuyến.

Phải thăm trực tràng mới thấy được.

- Nằm ngửa: quay đầu ngón tay lên phía trên, khoảng 12 giờ
- Nằm sấp, chống hông: quay mặt trước ngón tay xuống dưới, khoảng 6 giờ.

Kết quả: đầu ngón tay sẽ có cảm giác chạm vào một khối u nhỏ hơi lồi lên trên mặt của trực tràng. Đó là tiền liệt tuyến. Bình thường tiền liệt tuyến là một khối u nhỏ, không sờ thấy hoặc chỉ hơi nổi lên, có hai thùy, ở giữa có một rãnh. Vị trí nằm ở vùng cổ bàng quang ôm lấy niệu đạo màng, ngang dưới khớp vệ. Ở người già tuyến này bị xơ nên có thể hơi cứng và to hơn so với người trẻ.

Tiền liệt tuyến có thể to lên trong trường hợp:

- Ung thư tiền liệt tuyến: thăm trực tràng thấy tiền liệt tuyến to, rất cứng có khi sờ thấy nhân ung thư rất cứng, lồi hẳn lên. Ấn có thể đau. Có thể to một thùy hoặc cả hai thùy. Khi to sẽ đội cổ bàng quang lên và đè bẹp niệu đạo, gây rối loạn về “đi tiểu”.
- Viêm tiền liệt tuyến: tiền liệt tuyến to, mềm hơn và rất đau. Khi thăm trực tràng có thể nặn mủ chảy ra.

## NHỮNG PHƯƠNG PHÁP KHÁM XÉT CẬN LÂM SÀNG

Những phương pháp khám xét cận lâm sàng hệ thống thận- tiết niệu có rất nhiều và rất phức tạp. Cơ bản có thể chia làm 4 loại chính:

- Cận lâm sàng để phát hiện những tổn thương giải phẫu bệnh học.
- Cận lâm sàng tìm nguyên nhân.
- Cận lâm sàng mô tả hình thái học.
- Cận lâm sàng thăm dò chức năng thận.

Tuy nhiên 4 loại khám xét cận lâm sàng đó không phải là hoàn toàn tách rời nhau mà một phương pháp thuộc loại này có thể tác dụng cả loại kia. Ví dụ: chụp thận có chất cản quang đường tĩnh mạch đích chủ yếu là để thăm dò hình thái học nhưng đồng thời cũng có thể biết chức năng thận.

Để thực hiện các khám xét đó, người ta thường dùng những phương pháp kỹ thuật khác nhau:

- Soi kính hiển vi tìm thay đổi các yếu tố hữu hình trong nước tiểu.
- Nuôi cấy vi khuẩn, virus, tìm ký sinh vật.
- Phân tích phân hoá, tìm những thay đổi các chất trong nước tiểu, máu kể cả việc dùng các nghiệm pháp để thử.
- Xquang với các chất cản quang.
- Chụp bộ máy thận – tiết niệu.
- Phương pháp dùng các chất phóng xạ.
- Sinh thiết thận.
- Soi trực tiếp.

Trong thực tế lâm sàng thường phải dùng ít nhất hai trong 4 loại phương pháp đó mới có thể phát hiện được bệnh, đánh giá được tổn thương và chức năng của thận một cách chính xác và đầy đủ.

## **CÁC RỐI LOẠN HỆ THỐNG THẬN – TIẾT NIỆU**

Rối loạn hệ thống thận – tiết niệu là những biểu hiện bất thường trong hệ niệu, được chia thành 6 nhóm chính:

- Những rối loạn bài tiết nước tiểu do tổn thương cầu thận và ống thận: tiểu nhiều, tiểu ít và vô niệu.
- Những rối loạn thải tiết nước tiểu: tiểu khô, tiểu lắt nhắt, tiểu buốt, bí tiểu, tiểu dầm... nước tiểu được bài tiết phải đi qua hệ thống dẫn nước tiểu để ra ngoài từ đài thận đến bể thận, niệu quản, bàng quang và niệu đạo. Khi hệ thống dẫn nước tiểu đó có tổn thương như viêm, tắc, sẽ gây rối loạn trên.
- Những rối loạn không ảnh hưởng đến quá trình bài tiết và thải tiết nước tiểu nhưng làm thay đổi tính chất nước tiểu: tiểu mù, tiểu máu, tiểu dưỡng chấp...
- Những rối loạn do nhiệm vụ nội tiết bị tổn thương: những biểu hiện của tăng huyết áp, thiếu máu.
- Những biểu hiện do rối loạn quá trình chuyển hoá: nôn, nhức đầu, khó thở... do urê máu cao, thay đổi thăng bằng acid kiềm.
- Những dấu hiệu chức năng: đau vùng thắt lưng và cơn đau quặn thận.

### **1. Đau vùng thắt lưng:**

Người bệnh có cảm giác khó chịu, đau âm ỉ ngang thắt lưng cùng L<sub>2</sub> -L<sub>3</sub>, đau một bên hay cả hai. Khi làm việc nặng, mệt nhọc, thay đổi thời tiết thì đau nhiều hơn. Triệu chứng này chỉ có tính chất gợi ý mà thôi, không có giá trị đặc hiệu.



## 2. Cơ đau quặn thận:

Là cơn đau bụng cấp tính xảy ra rất đột ngột, sau một cử động mạnh, sau khi làm việc, bị mệt hay khi đang uống thuốc lợi niệu, nước suối...

### 2.1. Triệu chứng:

- Giai đoạn trước cơn đau: thường xảy ra rất đột ngột, nhưng đôi khi có những triệu chứng báo hiệu trước như đau ngang vùng thắt lưng, tiểu khó hoặc tiểu ra máu.
- Giai đoạn cơn đau: đau dữ dội, quặn quại, hướng lan của cơn đau là lan xuống dưới, xuống bìu hoặc bộ phận sinh dục ngoài. Các loại thuốc giảm đau thông thường không có tác dụng. Người bệnh lúc đó vã mồ hôi, mặt tái đi, lo lắng, sợ sệt, sốt, nôn mửa, có cảm giác buồn tiểu. Khi khám thấy mạch nhanh, ấn vùng thận phía sau lưng rất đau, ấn các điểm đau niệu quản phía bụng rất đau. Cơn đau có thể kéo dài từ 1-2 giờ đến một ngày.
- Giai đoạn sau cơn đau: người bệnh đi tiểu rất nhiều hoặc tiểu khó, có thể kèm theo tiểu máu hoặc tiểu mủ.

### 2.2. Thể lâm sàng:

Trên đây là cơn đau điển hình, nhưng cũng có trường hợp cơn đau quặn thận đau nhẹ thoáng qua, hoặc ngược lại rất đau kéo dài từ 1 ngày đến 2-3 ngày.

### 2.3. Chẩn đoán:

- Cơn đau đột ngột, dữ dội, lan xuống bìu hoặc bộ phận sinh dục ngoài.
- Có tiểu ra máu, đại thể hoặc vi thể.
- Các điểm đau vùng thận và niệu quản dương tính (+).
- Tiền sử đã có những cơn đau quặn thận.

### 2.4. Chẩn đoán phân biệt.

Rất dễ nhầm cơn đau quặn thận với những cơn đau bụng cấp tính khác.

#### 2.4.1. Bên phải hay nhầm với:

- Cơn đau quặn gan: đau vùng hạ sườn phải, lan lên vai, sau khi đau có sốt và vàng da. Khám ấn vùng gan túi mật đau. Dấu hiệu Murphy (+).
- Đau ruột thừa: đau vùng hố chậu phải, ấn điểm Mac-Burney (+) người bệnh có sốt, bạch cầu cao trong máu cùng với tăng đa nhân trung tính.

#### 2.4.2. Bên trái có thể nhầm với:

- Cơn đau thắt ngực: trường hợp không điển hình, cơn đau thắt ngực không lan lên trên cánh tay mà lan xuống bụng. Hay ngược lại, có cơn đau quặn thận không lan xuống dưới mà lan lên ngực, vùng trước tim. Trường hợp này hiếm.

2.4.3. Chung cho cả hai bên có thể nhầm với:

- Cơ đau do loét dạ dày thủng dạ dày: đau vùng thượng vị không lan xuống bìu. Nếu thủng dạ dày, ấn vùng thượng vị có phản ứng. Tiền sử có hội chứng loét dạ dày tá tràng.
- Viêm tụy tạng chảy máu hoại tử: đau rất dữ dội vùng thượng vị, nôn mửa, ấn vùng thượng vị và điểm sườn lưng đau. Người bệnh trong tình trạng sốc, vã mồ hôi, tái mặt, huyết áp hạ. Thử Amylaza trong máu rất cao.
- Cơ đau dạ dày trong bệnh tabét: đau dữ dội và đột ngột vùng thượng vị, mất đi cũng đột ngột, có tiền sử giang mai, thử BW (+). Hết cơn đau người bệnh khoẻ như thường.
- Tắc ruột: đau bụng, nôn, bí ỉa, bí trung tiện. Bụng có triệu chứng rắn bò.
- Đau bụng chì: người nhiễm độc chì có thể có những cơn đau bụng, đau toàn bụng, táo bón, tăng huyết áp, chân răng có viền đen. Thử máu tỉ lệ chì cao.

Cơn đau thận là do hiện tượng giãn đột ngột các đài thận và bể thận gây nên. Khi chụp thận ngược dòng (UPR) nếu bơm nhanh, mạnh thì cũng gây nên cơn đau quặn thận nhân tạo. Đôi khi do các phản xạ thần kinh. Ví dụ nguyên nhân ở bên này nhưng lại gây đau ở bên kia.

2.5. Nguyên nhân:

- Sỏi thận niệu quản: triệu chứng thông thường của sỏi thận là: cơn đau quặn thận và tiểu ra máu. Chụp Xquang sẽ thấy hình sỏi.
- Lao thận: đôi triệu chứng chủ yếu của lao thận là tiểu ra máu và viêm bàng quang. Chụp Xquang thận tĩnh mạch, có những thay đổi điển hình.
- Ung thư thận: cũng triệu chứng chủ yếu là tiểu ra máu. Khám thấy thận to, giãn tĩnh mạch bìu. Chụp Xquang thận, thấy thận to.

**RỐI LOẠN ĐI TIỂU**

**1. Tiểu buốt:**

Tiểu buốt là cảm giác đau ở niệu đạo, bàng quang, mỗi khi đi tiểu. Vì co buốt nên người bệnh không giám tiểu mạnh thành tia mà chỉ thành từng giọt rơi xuống đầu ngón chân. Ở trẻ em, mỗi khi tiểu phải kêu khóc nhăn nhó, và thường phải xoa quy đầu ở trong lòng hai bàn tay. Những nguyên nhân thông thường của tiểu buốt là:

- Viêm bàng quang, niệu đạo: nhiễm tạp khuẩn ở nữ, lậu, lao bàng quang.
- Ung thư bàng quang: rất hiếm. Triệu chứng chủ yếu là tiểu ra máu, tiểu buốt, tiểu lắt nhắt.
- Viêm niệu đạo: chủ yếu do lậu hoặc một số vi khuẩn thường trú ở âm đạo như doderlein, coli ...

- Viêm tiền liệt tuyến: thường gây triệu chứng viêm bàng quang... đôi khi có thể gây bí tiểu. Người bệnh sẽ tiểu ra mủ. Thăm trực tràng, thấy tiền liệt tuyến to, mềm, đau, có thể nặn ra mủ.

## 2. Tiểu lắt nhắt:

Tiểu lắt nhắt là tình trạng đi tiểu nhiều lần trong một ngày. Mỗi lần số lượng nước tiểu rất ít, mỗi khi chỉ có vài giọt hoặc không có giọt nào. Người bệnh mới đi tiểu xong lại muốn đi nữa. Mỗi lần đi tiểu có cảm giác khó đi.

Cần phải phân biệt với đi tiểu nhiều lần như trong bệnh đái tháo đường, đái tháo nhạt cũng đi tiểu nhiều lần nhưng số lượng nước tiểu mỗi lần nhiều, người bệnh dễ tiểu.

Tiểu buốt thường kèm theo tiểu lắt nhắt. Ngoài những nguyên nhân trên, tiểu lắt nhắt còn có những nguyên nhân ngoài bàng quang, niệu đạo.

- Tổn thương ở trực tràng: viêm trực tràng, giun kim, ung thư trực tràng... cũng có thể gây tiểu lắt nhắt, vì trung tâm điều chỉnh hoạt động của bàng quang và trực tràng ở cạnh nhau trong tuỷ sống.
- Tổn thương ở bộ phận sinh dục nữ: u xơ tử cung, ung thư cổ tử cung, thân tử cung, viêm phần phụ sinh dục..

## 3. Bí tiểu:

Bí tiểu là tình trạng thận vẫn làm việc được, bàng quang đầy nước tiểu nhưng không đi tiểu được. Khác hẳn với vô niệu, người bệnh không đi tiểu vì thận không lọc được nước tiểu, bàng quang trống rỗng.

Bí tiểu, nếu kéo dài, nước tiểu ở bàng quang sẽ đi ngược lên bể thận đem theo vi khuẩn và gây viêm thận ngược dòng rất nguy hiểm.

### 3.1. Nguyên nhân:

#### 3.1.1. Tại bàng quang niệu đạo:

- Dị vật ở bàng quang: sỏi hay cục máu.
- Ung thư bàng quang.
- Hẹp niệu đạo.

#### 3.1.2. Ngoài bàng quang:

- Ung thư tiền liệt tuyến: là nguyên nhân bí tiểu chủ yếu của những người già. Thăm trực tràng thấy tiền liệt tuyến to và cứng.
- Viêm tiền liệt tuyến: có triệu chứng viêm bàng quang, tiểu ra mủ, bí tiểu. Thăm trực tràng tiền liệt tuyến to nhưng mềm, đau có thể nặn ra mủ.
- Do các khối u ở tiểu khung: ung thư trực tràng, cổ tử cung, thận tử cung.

- Do các tổn thương thần kinh trung ương: bệnh ở tuỷ sống như chấn thương, gãy cột sống, đứt ngang tuỷ, lao cột sống, u tuỷ viêm tuỷ... hoặc bệnh ở não và màng não như viêm não, áp xe não, chảy máu não, nhũn não, viêm màng não ... đều có thể gây bí tiểu.

### 3.2. Chẩn đoán xác định:

- Hỏi: người bệnh sẽ cho biết một ngày hay hai ba ngày không tiểu, có cảm giác căng tức vùng hạ vị. Muốn đi tiểu nhưng không đi tiểu được.
- Khám lâm sàng: thấy có cầu bàng quang. Thông tiểu lấy được nhiều nước tiểu, cầu bàng quang xẹp xuống ngay.

## 4. Tiểu nhiều:

Bình thường nam đi tiểu mỗi ngày từ 1,2 – 1,7 lít, nữ từ 1,1 - 1,5 lít. Khi tiểu trên 2 lít mỗi ngày với điều kiện: nghỉ ngơi trên giường lượng nước đưa vào trong 24 giờ không nhiều quá là tiểu nhiều.

### 4.1. Nguyên nhân:

#### 4.1.1. Tiểu nhiều sinh lý:

- Do uống nhiều nước: lưu lượng máu đến thận nhiều hơn.
- Dùng các chất lợi tiểu: như cà phê, chè, các thuốc lợi tiểu loại thủy ngân, sunfamit lợi tiểu, spiro lacton ...
- Dùng các thuốc trợ tim: Digitalin, oubain, long não.
- Giai đoạn lui bệnh: thương hàn, viêm phổi, viêm gan do virus, cúm...
- Mùa rét: việc thoát nước qua da kém do đó thận phải bài tiết nhiều hơn.

#### 4.1.2. Tiểu nhiều bệnh lý:

- Tại thận: viêm thận mạn, một số trường hợp tiểu nhiều hơn bình thường một chút. Ban đêm tiểu nhiều hơn ban ngày.
- Ngoài thận: hai nguyên nhân thông thường và quan trọng là đái tháo đường và đái tháo nhạt.

### 4.2. Chẩn đoán xác định:

Rất dễ. Chỉ cần đo lưu lượng nước tiểu 24 giờ. Có khi người bệnh tự kể. Muốn chắc chắn, phải tuân theo những điều kiện kể trên để tránh những yếu tố sinh lý.

## 5. Tiểu ít và vô niệu:

- Tiểu ít: lượng nước tiểu 24 giờ từ 300 – 500ml.

- Vô niệu: không có nước tiểu trong bàng quang khi thông tiểu, hoặc nước tiểu 24 giờ < 300ml. Hậu quả nguy hiểm là tăng nito máu và rối loạn thăng bằng nước, điện giải, kiềm toan.

### 5.1. Nguyên nhân:

#### 5.1.1. Sinh lý:

Nếu vô niệu thì chắc chắn là yếu tố bệnh lý.

- Do ăn nhạt.
- Do ăn khô, uống ít nước: khối lượng máu đến thận ít.
- Ra mồ hôi nhiều: thành phần mồ hôi gần giống nước tiểu, mồ hôi ra nhiều gây mất nước, mất muối, do đó thận bài tiết ít.
- Do nằm nhiều, ít vận động lưu lượng máu đến thận giảm.

#### 5.1.2. Bệnh lý:

- Viêm thận: viêm ống thận cấp, viêm cầu thận cấp
- Sỏi thận: gây ứ nước ở ống thận và cầu thận. Có cơn đau quặn thận.
- Lao thận: khi ảnh hưởng đến chức năng thận sẽ gây tiểu ít hoặc vô niệu.
- Ung thư thận: giai đoạn cuối cùng gây vô niệu hoặc tiểu ít.
- Biến chứng của nhiễm khuẩn nặng như thương hàn, bạch cầu.
- Sốt cao: ra mồ hôi nhiều, thờ nhiều, gây mất nước, mất muối.
- Suy tim: lưu lượng máu đến thận giảm.
- Xơ gan: vì ứ Na trong cơ thể, aldosteron bài tiết tăng lên hậu phát, lại càng giữ Na<sup>+</sup> lại.

Những nguyên nhân trên đây ít khi gây vô niệu, dù nặng. Nhưng những nguyên nhân dưới đây, nếu nặng, có thể gây vô niệu:

- Nôn nhiều, tiêu chảy do mất nước nhiều.
- Truy tim mạch, mất máu nặng.

### 5.2. Chẩn đoán xác định:

Đo lượng nước tiểu 24 giờ hoặc thông tiểu lấy nước tiểu trong 24 giờ nếu quá ít.

Cần phải phân biệt với bí tiểu, vì bí tiểu là hiện tượng nước tiểu có đầy trong bàng quang mà không tự tiểu được, như vậy chứng tỏ thận vẫn còn làm việc tốt. Còn tiểu ít và vô niệu chứng tỏ thận bị tổn thương.

**TỰ LƯỢNG GIÁ**

1. Đặc điểm của phù do thận:
 

A. Đối xứng	C. Đỏ hồng
B. An không lõm	D. Xuất hiện đầu tiên ở chân
2. Cách theo dõi diễn tiến của phù tin cậy nhất:
 

A. Quan sát mí mắt	C. Quan sát ngón tay đeo nhẫn
B. Cân người bệnh	D. Xét nghiệm nước tiểu
3. Đây là những triệu chứng toàn thân tiêu biểu trong bệnh thận, NGOẠI TRỪ:
 

A. Phù gai thị, xuất huyết	C. Thiếu máu
B. Tăng huyết áp	D. Nhịp nhanh
4. Tư thế khám người bệnh tiết niệu:
 

A. Nằm ngửa chân duỗi chân co	C. Nằm ngửa hai chân co
B. Nằm nghiêng chân duỗi chân co	D. Nằm nghiêng hai chân duỗi thẳng
5. Thao tác đúng trong kỹ thuật tìm dấu chạm thất lưng:
 

A. Một tay đặt phía trước hố thất lưng	C. Tay kia sờ nhẹ và ấn lên khối u
B. Người bệnh nằm nghiêng, chân hơi co	D. Tay dưới ấn và hất mạnh lên trên
6. Để tìm dấu hiệu thận to nên chọn nghiệm pháp:
 

A. Chạm thất lưng	C. Bập bênh thận
B. Cảm ứng phúc mạc	D. Sờ trực tràng
7. Điểm đau niệu quản trên tương ứng với:
 

A. L <sub>2</sub>	C. L <sub>3</sub>
B. L <sub>4</sub>	D. L <sub>5</sub>
8. Khám tuyến tiền liệt ở tư thế nằm ngửa:
 

A. Quay đầu ngón tay ở vị trí 12 giờ	C. Quay đầu ngón tay ở vị trí 9 giờ
B. Quay đầu ngón tay ở vị trí 6 giờ	D. Quay đầu ngón tay ở vị trí 3 giờ
9. Trường hợp nào được xếp vào nhóm rối loạn thải nước tiểu:
 

A. Tiểu ít	C. Tiểu lắt nhắt
B. Tiểu mù	D. Vô niệu
10. Trường hợp nào được xếp vào nhóm rối loạn chức năng hệ niệu:
 

A. Tiểu dưỡng thấp	C. Tiểu Khô
B. Cơ đau quặn thận	D. Nhức đầu do ure máu cao
11. Trường hợp nào được xếp vào nhóm rối loạn không ảnh hưởng đến bài tiết và đào thải nước tiểu:
 

A. Tiểu nhiều	C. Tiểu buốt
B. Tiểu mù	D. Tiểu dầm
12. Đây là những dấu hiệu chẩn đoán cơn đau quặn thận, NGOẠI TRỪ:
 

A. Đau đột ngột, dữ dội, lan xuống bìu	C. Tiểu ra máu
B. Điểm đau niệu quản (+)	D. Dấu Murphy (+)
13. Nguyên nhân hàng đầu gây cơn đau quặn thận:
 

C. Sỏi niệu	C. Lao thận
D. Ung thư thận	D. Viêm niệu quản

## MỘT SỐ HỘI CHỨNG TIẾT NIỆU

BS.CKI. Nguyễn Văn Thịnh

### MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. **Nêu cách nhận định một số hội chứng tiết niệu.**
2. **Chẩn đoán xác định và phân biệt các hội chứng tiết niệu.**
3. **Chẩn đoán nguyên nhân các hội chứng tiết niệu.**

### HỘI CHỨNG THẬN TO

Thận to là một triệu chứng quan trọng của bệnh lý về thận, do hai cơ chế chính:

- Bản thân tổ chức tế bào của thận có hiện tượng quá sản làm cho thận to lên. Ví dụ: ung thư thận...
- Thận bị ứ nước tiểu do tắc ở phía dưới như sỏi niệu quản, hẹp niệu quản...

Bằng các phương pháp khám lâm sàng và cận lâm sàng dưới đây có thể chẩn đoán được thận to và nguyên nhân của nó.

#### 1. **Chẩn đoán xác định:**

Đứng trước một khối u ở bụng, muốn biết có phải là thận to hay không về lâm sàng, cần dựa vào đặc tính sau đây của khối u đó:

- Vị trí: nằm ở vùng thận, ngang với từ L<sub>11</sub> đến TL<sub>3</sub>, đối chiếu lên thành bụng là vùng mạn sườn. Nếu thận nằm lạc chỗ sẽ rất khó chẩn đoán.
- Tính chất di động: đặc tính quan trọng của thận là rất di động. Dấu hiệu chạm thắt lưng và bập bênh thận là biểu hiện của tính di động đó, đó là những dấu hiệu quan trọng để chẩn đoán thận to. Thận có thể di động theo các chiều lên xuống, sang phải trái, nhưng không theo nhịp thở.
- Trục thận: nhìn theo chiều dọc.
- Gõ: thường trong, vì thận nằm ở phía sau.

Ngoài ra để chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt được chắc chắn hơn, và góp phần chẩn đoán nguyên nhân, còn cần phải biết thêm: hình dáng và khối lượng, bề mặt nhẵn hay gồ ghề, mật độ: chắc, cứng hoặc mềm, đau hay không đau.

#### 2. **Cận lâm sàng:**

##### 2.1. Chụp Xquang:

- Chụp thận không có chất cản quang đôi khi có thể thấy được thận to nhưng không rõ.

- Chụp thận có chất cản quang qua tĩnh mạch thấy được hình thận, đài thận, bể thận, giúp cho chẩn đoán xác định, chẩn đoán nguyên nhân và chẩn đoán phân biệt thận to với các khối khác.
- Bơm hơi sau màng bụng: thấy rõ hình dáng thận. Đặc biệt phân biệt được khối u tuyến thượng thận.
- Chụp thận ngược dòng: khi nghi ứ nước bể thận.
- Chụp động mạch thận. Trong trường hợp nghi ung thư thận.

### 2.2. Xét nghiệm để tìm nguyên nhân:

Xquang cũng giúp cho chẩn đoán nguyên nhân. Nhưng chưa đủ, còn phải làm một số xét nghiệm:

- Xét nghiệm nước tiểu: tìm protein, hồng cầu, bạch cầu, cấy nước tiểu tìm vi khuẩn.
- Xét nghiệm urê máu:

Ngoài ra tùy nguyên nhân mà làm các xét nghiệm đặc trưng riêng.

## 3. Chẩn đoán phân biệt:

### 3.1. Thận phải to.

Có thể nhầm với:

- Khối u của gan: di động theo nhịp thở theo chiều lên xuống. Liên với bờ sườn, không có hố hay rãnh ngăn cách nào giữa gan và bờ sườn.
- Khối u đại tràng lên: khối u tròn, nhẵn, mềm, căng. Rất đau: dấu hiệu Murphy dương tính. Có triệu chứng vàng da, vàng mắt và sốt. Di động lên xuống theo nhịp thở.
- Khối u đại tràng lên: ở sát phía ngoài mạn sườn. Có hội chứng bán tắc ruột, ít di động, dính. Chụp đại tràng thấy hình khuyết manh tràng.
- Khối u đầu tụy: ở vùng thượng vị và ở sâu phía sau. Không di động. Có triệu chứng tắc mật, vàng da, túi mật to. Chụp khung tá tràng thấy rộng.

### 3.2. Thận trái to:

Có thể nhầm với:

- Lách to: liền với bờ sườn giữa bờ sườn và khối u không có hố ngăn cách, di động theo nhịp thở, có bờ răng cưa. Nghiệm pháp co lách (+).
- Khối u đại tràng trái: có hội chứng đại tràng và bán tắc ruột.
- Khối u đuôi tụy (u nang, ung thư...): ở sâu phía sau, không di động, rất to.

### 3.3. Chung cho cả hai thận to:

Có thể nhầm với:



- Hạch mạc treo đại tràng, tiểu tràng: không di động, lổn nhổn, bờ lồi lõm.
- U tuyến thượng thận: hội chứng crushing hay hội chứng Conn.
- U nang buồng trứng phải và trái: tròn, nhẵn, di động, hai bên hố chậu.
- Khối u phần phụ sinh dục: không di động, mềm, thăm âm đạo thấy được.
- Khối u tử cung (u xơ, ung thư): nằm ở thấp, vùng hạ vị, thăm âm đạo, trực tràng thấy liền với tử cung.
- Thận sa: thận không to nhưng nằm ở thấp, có thể sờ thấy được. Muốn chắc chắn, cho chụp thận qua đường tĩnh mạch ở tư thế đứng, sau khi đã nhảy vài cái.
- Thận dị dạng: việc chẩn đoán sẽ rất khó khăn, phải áp dụng nhiều biện pháp cận lâm sàng, nhất là điện quang mới chẩn đoán được.

#### 4. Nguyên nhân:

Thận to có thể do các nguyên nhân sau đây:

##### 4.1. Ứ nước, ứ mủ bể thận:

- Sỏi thận, sỏi niệu quản.
- Thai các khối u trong ổ bụng đè vào niệu quản hoặc do có một nhánh của động mạch chủ dị dạng vắt ngang qua niệu quản...
- Lao bể thận niệu quản gây hẹp: lao thận thường kèm lao đường tiết niệu gây hẹp niệu quản, đài, bể thận.
- Bí tiểu lâu ngày do u tiền liệt tuyến, chấn thương sọ não, viêm tuỷ. Nước tiểu ứ bàng quang sẽ ứ ở niệu quản, bể thận.

##### 4.2. Ung thư thận:

- Nguyên phát: hay gặp ở người già, ở đàn ông nhiều hơn ở phụ nữ.
  - Thận to, cứng.
  - Mặt lổn nhổn.
  - Tiểu ra máu tự nhiên.
- Hậu phát: sau ung thư tử cung:
  - Đau vùng thắt lưng.
  - Tiểu ra máu.

##### 4.3. Thận nhiều nang.

Là một dị dạng bẩm sinh, người bệnh có thể chịu đựng được lâu không có triệu chứng, nên thường khi có triệu chứng mới đi khám bệnh, hoặc do tình cờ mà phát hiện ra.

### Triệu chứng chủ yếu:

- Thận to: thường to cả hai bên, đôi khi chỉ to một bên, mặt lồi lõm, bờ cứng lồi lõm.
- Đau ngang thắt lưng. Đôi khi gây cơn đau quặn thận.
- Khi có bội nhiễm vi khuẩn, sẽ sốt, lúc đó có thể tiểu đục.
- Nước tiểu: không có bội nhiễm, nước tiểu hầu như bình thường. Nếu có bội nhiễm nước tiểu có protein, có nhiều hồng cầu, bạch cầu.
- Urê máu cao mạn tính.
- Chụp thận qua tĩnh mạch hay ngược dòng, thấy các đài thận bị kéo dài và thấy hình ảnh gián tiếp của các “nang thận”.
- Bệnh tiến triển rất chậm người bệnh có thể sống được nhiều năm. Cuối cùng chết vì bội nhiễm vi khuẩn, suy thận và urê máu cao.

#### 4.4. Thận to bù:

Nếu cắt mất một thận chỉ còn lại một thận làm việc, vì nó phải làm việc nhiều hơn nên nó to ra, có khi gấp rưỡi bình thường. Hoặc bẩm sinh chỉ có một thận thì thận đó cũng to hơn bình thường. Ta có thể nhầm thận to này là bệnh lý. Nhưng thử nước tiểu không có protein, hồng cầu, bạch cầu, urê máu không cao.

## TIỂU RA MÁU

Tiểu ra máu là hiện tượng có nhiều hồng cầu hơn bình thường trong nước tiểu. Làm cận Addis người ta thấy bình thường mỗi phút tiểu không quá 1000 hồng cầu. Tiểu ra máu có thể nhiều, mắt thường cũng thấy được, gọi là tiểu ra máu đại thể. Nhưng cũng có thể ít, mắt thường không thấy được, gọi là tiểu ra máu vi thể. Tiểu ra máu có thể đơn thuần, có thể kèm với tiểu ra mủ, tiểu ra dưỡng chấp, v.v..

### 1. Nguyên nhân:

#### 1.1. Tiểu ra máu đại thể:

##### 1.1.1. Ở niệu đạo:

- Dập niệu đạo do chấn thương.
- Ung thư tiến liệt tuyến.
- Polip niệu đạo: chỉ gặp ở phụ nữ.

##### 1.1.2. Ở bàng quang:

- Viêm bàng quang: do lao hoặc sỏi.
- Khối u bàng quang: ung thư, polip

- Schistosoma bàng quang: Schistosoma làm tắc tĩnh mạch bàng quang và gây vỡ tĩnh mạch niêm mạc bàng quang.

### 1.1.3. Ở thận:

- Sỏi thận: Những sỏi nhỏ dễ gây tiểu ra máu hơn sỏi to, thường hay xảy ra khi làm việc mệt mỏi, lao động nặng, sau cơn đau quặn thận.
- Lao thận: thời kỳ đầu, gây tiểu ra máu vi thể, nếu nặng, thành hang sẽ gây tiểu ramáu đại thể.
- Ung thư thận: tiểu ra máu tự nhiên, nhiều lần.
- Thận nhiều nang: thường hay gây tiểu ra máu vi thể, cả hai thận đều to.
- Do giun chỉ: giun chỉ có thể làm tắc và gây vỡ bạch mạch, thường hay tái phát nhiều lần.
- Cục máu động mạch thận, tĩnh mạch thận: nếu to sẽ gây tiểu ra máu đại thể, nhỏ sẽ gây ra máu vi thể. Hay gặp trong bệnh tim, do cục máu trong tim vỡ ra, đi tới thận.
- Do ngộ độc: Acetanilit, nitrotoluen, cantarit, acid picric, Na salixylat phtalein, lá cây đại hoàng, phosphor.
- Do truyền máu không cùng loại: gây viêm ống thận cấp, dẫn đến vô niệu hoặc tiểu ra máu.

### 1.1.4. Do bệnh toàn thân:

- Các bệnh máu ác tính: bạch cầu cấp và mạn, bệnh máu chảy lâu, bệnh máu chậm đông cũng có thể gây tiểu ra máu.
- Dùng thuốc chống đông: Heparin, dicoumarol...

### 1.2. Tiểu ra máu vi thể:

Những nguyên nhân trên thường gây tiểu ra máu đại thể nhưng cũng có khi gây tiểu ra máu vi thể. Ngoài ra tiểu ra máu vi thể còn có những nguyên nhân khác.

- Viêm thận cấp và mạn: tiểu ra máu vi thể kéo dài.
- Bệnh tim: hay gây nhồi máu nhỏ ở thận, nước tiểu nhiều hồng cầu, bạch cầu.
- Osler nhiễm khuẩn máu(do tụ cầu): gây những áp xe nhỏ ở thận, ngoài tiểu ra hồng cầu, còn tiểu ra bạch cầu.

## 2. Khám người bệnh tiểu ra máu:

### 2.1. Hỏi bệnh:

Hỏi tiền sử tiểu ra máu, thời gian, khối lượng, hoàn cảnh xảy ra tiểu ra máu đang nghỉ ngơi hay đang lao động nặng.

Các triệu chứng kèm theo như cơn đau quặn thận, tiểu buốt, tiểu lắt nhắt, tiểu đục.

## 2.2. Xét nghiệm cận lâm sàng.

- Làm công thức máu để biết tốc độ máu chảy.
- Thử urê máu..
- Xét nghiệm nước tiểu: tìm hồng cầu, bạch cầu...
- Xquang: chụp thận cản quang qua tĩnh mạch hay ngược dòng .
- Soi bàng quang: để tìm nguyên nhân chảy máu bàng quang. nếu cần có thể phân lập nước tiểu từ thận xuống.

## 3. Chẩn đoán:

### 3.1. Chẩn đoán xác định.

- Vi thể: chắc chắn nhất, soi kính hiển vi tìm thấy nhiều hồng cầu. Muốn chính xác, cần làm cận Addis đếm hồng cầu. Ở phụ nữ cần phải thông tiểu lấy nước tiểu thử, để tránh lẫn máu do kinh nguyệt.
- Đại thể: nước tiểu đỏ, đục, có khi có cục máu. Để lâu có lắng cặn hồng cầu.

### 3.2. Chẩn đoán phân biệt:

#### 3.2.1. Tiểu ra huyết sắc tố:

Nước tiểu màu đỏ, có khi sẫm, để lâu biến thành màu bia đen. Tuy đỏ nhưng nước tiểu vẫn trong, để không có lắng cặn hồng cầu. Soi kính hiển vi không thấy hồng cầu. Bằng các phản ứng sinh hoá như Weber Meyer, bonzidin, pyramidon sẽ tìm thấy huyết sắc tố.

#### 3.2.2. Tiểu ra Porphyrin:

Porphyrin là sản phẩm nửa chùng của hemoglobin, myoglobin, cytochrom... bình thường có độ 10 - 100g trong nước tiểu trong 24 giờ, với số lượng đó không đủ cho nước tiểu có màu. Trong trường hợp bẩm sinh di truyền, uống sunfamit, pyramidon, xơ gan, thiếu vitamin PP, B12, Porphyrin sẽ tăng lên và nước tiểu có màu đỏ rượu cam nhưng trong, không có lắng cặn. Soi kính hiển vi, không có hồng cầu.

#### 3.2.3. Nước tiểu những người bị bệnh gan:

Viêm gan do virus, tắc mật ... cũng có màu nâu sẫm. Nếu đây ra quần áo trắng, có màu vàng, để lâu không có lắng cặn, xét nghiệm nước tiểu có sắc tố mật.

#### 3.2.4. Nước tiểu có màu đỏ:

Thường do uống đại hoàng, phenol sunfon phtalein.

### 3.3. Chẩn đoán vị trí:

Cần làm nghiệm pháp 3 cốc để xem tiểu ra máu xuất phát từ đâu: lần lượt tiểu vào 3 cốc bằng nhau xem cốc nào có máu, hay đúng hơn là cốc nào có nhiều máu nhất.

- Tiểu ra máu đầu bãi: cốc 1 có nhiều máu: do tổn thương niệu đạo.
- Tiểu ra máu cuối bãi: cốc 3 có nhiều máu: tiểu ra máu do tổn thương bàng quang.
- Tiểu ra máu toàn bộ: cả ba cốc cùng có máu như nhau: tiểu ra máu do tổn thương thận hoặc do bàng quang.

Nghiệm pháp này chỉ có giá trị rất tương đối để chẩn đoán sơ bộ. Muốn phân biệt chính xác tiểu ra máu từ thận hay bàng quang, phải phân lập nước tiểu từ niệu quản xuống.

## TIỂU RA MỦ

Là hiện tượng có mủ trong nước tiểu. Bình thường nước tiểu có rất ít bạch cầu (không quá 2000 bạch cầu/phút); trong trường hợp tiểu ra mủ, nước tiểu có rất nhiều bạch cầu đa nhân thoái hoá, tiểu ra mủ có thể đơn thuần, có thể kèm theo tiểu ra máu.

Tiểu ra mủ nhiều, mắt thường có thể thấy nước tiểu đục, tiểu ra mủ nhẹ, nước tiểu vẫn trong, phải nhìn qua kính hiển vi mới thấy được.

### 1. Nguyên nhân:

#### 1.1. Mủ ở niệu đạo:

##### 1.1.1. Viêm niệu đạo:

Do lậu, loét hạ cam (Nicolas Favre). Triệu chứng: tiểu buốt, tiểu lắt nhắt, tiểu ra mủ đầu bãi.

Lấy mủ ở quy đầu hay niệu đạo soi và cấy sẽ thấy lậu cầu hình hạt cà phê hay trực khuẩn hạ cam (Ducreyi).

##### 1.1.2. Viêm hoặc áp xe tiền liệt tuyến:

Người bệnh có triệu chứng như trên. Thăm trực tràng thấy tiền liệt tuyến to, đau. Có thể gây bí tiểu. Đây là nguyên nhân thường gặp ở những người già.

#### 1.2. Mủ ở bàng quang.

- Do viêm bàng quang: tiểu buốt, tiểu lắt nhắt, tiểu ra mủ cuối bãi. Viêm bàng quang do vi khuẩn thường, vi khuẩn lậu, lao: tiên phát hay hậu phát sau bí tiểu lâu ngày, thông tiểu lâu ngày gây bội nhiễm.
- Do sỏi bàng quang: cần phải soi bàng quang để chẩn đoán chắc chắn. Viêm mủ bàng quang lâu ngày sẽ gây viêm thận ngược dòng.

### 1.3. Mủ ở thận:

- Viêm mủ bể thận: do vi khuẩn, do sỏi và các nguyên nhân khác gây ứ nước bể thận rồi bội nhiễm gây viêm mủ thận bể thận hậu phát.
- Lao thận: khi đã thành hang, bã đậu hoá sẽ có thể tiểu ra mủ. Nhưng thực ra đó là chất bã đậu.
- Thận nhiều nang: khi bị bội nhiễm, các nang biến thành mủ: đột nhiên sốt cao, đau vùng thận và tiểu mủ.
- Ung thư thận: đôi khi có bội nhiễm vi khuẩn, nhưng rất hiếm.

## 2. Chẩn đoán xác định:

### 2.1. Đại thể:

Nước tiểu có nhiều mủ sẽ đục, để sẽ có lắng cặn, nước tiểu ở trên mủ ở dưới. Cặn mủ gồm: các sợi, các hạt lấm tấm, các đám mây và chất nhầy.

Các sợi cấu tạo của các tế bào bị thoái hoá như bạch cầu, tế bào niêm mạc hình đa giác, hình gạch lát, tơ huyết, chất nhầy và vi khuẩn.

Các đám mây, các bụi mủ cấu tạo bởi các tế bào niêm mạc, các căn kết tinh...

### 2.2. Vi thể:

Chắc chắn là soi qua kính hiển vi, thấy các sợi, tế bào huỷ hoại bạch cầu bị thoái hoá, có thể thấy cả vi khuẩn Coli, tụ cầu...

Nước tiểu lấy phải thử ngay mới có giá trị: nếu để lâu, các tế bào và bạch cầu tự huỷ hoại.

## 3. Chẩn đoán phân biệt:

Ngoài tiểu ra mủ, nước tiểu đục có thể là:

- Dưỡng chấp: nước tiểu đục, hoặc trắng như nước vo gạo. Nếu nhiều có thể đông lại như cục thạch. Thử có nhiều dưỡng chấp. Soi kính, không có tế bào niêm mạc bị huỷ hoại, ít bạch cầu.
  - Tiểu ra Photphat urat: nước tiểu trắng như nước vo gạo, để có lắng cặn ở dưới, nhưng không có các sợi hay đám mây... đun nóng sẽ kết tủa, nhưng rỏ acid acetic 1/10 tủa sẽ tan, và nước tiểu trong trở lại.
  - Tiểu ra tinh dịch: cuối bãi, nước tiểu đục, soi kính có nhiều tinh trùng.
  - Nước tiểu lẫn khí hư: phân biệt bằng cách lấy nước tiểu bằng ống thông.
  - Nước tiểu có nhiều vi khuẩn: đục, không có mủ, có mùi amoniac. Số lượng nước tiểu trong bạch cầu vẫn bình thường.
-

## TIỂU HUYẾT SẮC TỐ

Bình thường trong nước tiểu không có huyết sắc tố. Nhưng vì một nguyên nhân nào đó làm cho hồng cầu vỡ nhiều quá, huyết sắc tố được giải phóng vào trong huyết tương không kịp biến hết thành bilirubin gián tiếp. Sẽ được bài tiết nguyên dạng ra nước tiểu, gây tiểu ra huyết sắc tố.

### 1. Nguyên nhân:

1.1. Tan máu do rối loạn tiên phát ngay hồng cầu:

1.1.1. Bệnh Minkowsky Chauffardz:

Là một bệnh bẩm sinh có tính chất gia truyền, hay gặp ở trẻ em. Đầu to, xương đầu dày, gan lách to.

Hồng cầu bị thay đổi rất nhiều: trở nên tròn, rất dễ vỡ, sức bền hồng cầu giảm nhiều, đời sống hồng cầu ngắn.

1.1.2. Bệnh huyết sắc tố:

Bệnh của huyết sắc tố làm hồng cầu dễ vỡ. Bệnh bẩm sinh, hay gặp ở trẻ em, gan lách rất to. Hồng cầu bị thay đổi, trở nên không đều nhau, nhiều hình dạng khác nhau, có nhiều thể joly. Sức bền hồng cầu giảm. Làm điện di huyết sắc tố kháng kiềm có nhiều huyết sắc tố F (100%).

1.2. Tan máu do yếu tố ngoài hồng cầu:

1.2.1. Do kháng thể tự sinh:

Ngày càng chiếm vai trò quan trọng trong tan máu. Trong một số bệnh như cúm, viêm phổi, trong máu có nhiều ngưng kết tố lạnh. Thường xảy ra sau khi bị nhiễm lạnh.

1.2.2. Do ngộ độc:

- Ngộ độc hoá chất và thuốc.
- Ngộ độc chì: các hồng cầu có chấm, hồng cầu nhân, thể joly.

1.2.3. Do nhiễm khuẩn, ký sinh vật:

- Do vi khuẩn: perfringens, sau sẩy thai, bệnh rất nặng.
- Ký sinh trùng sốt rét.

1.2.4. Do lách:

Trường hợp cường lách, lách tiêu huỷ nhiều hồng cầu cũng gây tiểu ra huyết sắc tố.

1.2.5. Không rõ nguyên nhân:

Bệnh Marchialava và Michaeli chỉ tiểu ra huyết sắc tố vào ban đêm hoặc sau khi ngủ dậy.

## 2. Triệu chứng lâm sàng:

Hầu hết gặp ở nam giới, ở nữ giới rất ít gặp. Hay xảy ra ở những người trẻ tuổi từ 20 – 30.

Đầu tiên, người bệnh có cảm giác khó chịu, ớn lạnh hoặc sốt, đặc biệt sốt có rét run từng cơn. Sau đó một hai giờ hay một ngày, người bệnh thấy đi tiểu đỏ, nước tiểu đỏ như nước vối, người rất mệt, vã mồ hôi, đau xương nhất là vùng thắt lưng, đau mỏi các cơ. Sau đó xuất hiện vàng da và niêm mạc, phân lỏng sẫm màu.

Bệnh diễn biến qua ba giai đoạn chính:

### 2.1. Giai đoạn tiểu ra huyết cầu:

Người bệnh rất mệt, giai đoạn này kéo dài 4-5 ngày.

### 2.2. Giai đoạn nitơ máu cao:

Urê máu mỗi ngày một cao vì viêm ống thận cấp. Người bệnh đi tiểu ít hoặc vô niệu.

### 2.3. Giai đoạn hồi phục:

Người bệnh đi tiểu trở lại được, nước tiểu trong, urê máu xuống dần, người bệnh đỡ mệt ăn uống được, toàn trạng trở lại dần.

Nhưng có thể bệnh càng ngày càng nặng hơn, vẫn tiểu ít hoặc vô niệu urê máu tăng dần, cuối cùng chết vì thiếu máu hoặc vô niệu. Cho nên cần theo dõi lượng nước tiểu hàng ngày và urê máu để đánh giá tiên lượng.

## 3. Chẩn đoán:

### 3.1. Chẩn đoán xác định:

Nước tiểu màu đỏ hoặc nâu sẫm nhưng vẫn trong để lâu không lắng cặn và biến thành bia đen. Nếu soi kính hiển vi sẽ không thấy hồng cầu.

### 3.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Tiểu ra máu: nước tiểu vũng đỏ, nhưng đục, để có lắng cặn hồng cầu soi kính hiển vi, có nhiều hồng cầu bạch cầu.
- Tiểu ra Myoglobin: những người bị vùi lấp (hội chứng Baiotơ), dập nát cơ nhiều do chấn thương, cũng có thể tiểu ra nước tiểu đỏ như tiểu ra huyết sắc tố.
- Tiểu ra Porphyrin: Porphyrin là sắc tố màu đỏ, nước tiểu đỏ như màu rượu cam. Người bệnh thường có sốt, nổi mụn phỏng ở da, đau bụng, liệt mềm các chi.

## 4. Khám người bệnh tiểu huyết sắc tố:

### 4.1. Hỏi:



Cần chú ý điều kiện, hoàn cảnh bị tiểu ra huyết sắc tố, xảy ra do bị lạnh hay không bị lạnh, thời gian tiểu huyết sắc tố: ban ngày hay ban đêm. Khi mệt nhọc hay khoẻ mạnh.

- Tiền sử đã bị lần nào chưa?
- Có bị sốt rét bao giờ không? Hiện có đang bị sốt rét không: có sống ở vùng sốt rét không?
- Trong gia đình có ai mắc bệnh này không, có ai mắc bệnh máu bẩm sinh không?, trước khi tiểu ra huyết sắc tố có dùng thuốc gì không, xảy ra bao nhiêu lâu sau khi dùng thuốc.
- Trước khi tiểu ra huyết sắc tố, có bị mắc bệnh gì không: cúm, viêm phổi?.

#### 4.2. Khám:

Cần chú ý đến tình trạng mắt máu, da, niêm mạc, gan, lách và hạch. Triệu chứng toàn thân, nhiệt độ, mạch huyết áp.

#### 4.3. Những xét nghiệm cơ bản:

Công thức máu, nhóm máu, bilirubin trực tiếp, gián tiếp trong máu và bilirubin trực tiếp trong nước tiểu, urê máu.

#### 4.4. Những xét nghiệm để chẩn đoán nguyên nhân:

- Sức bền hồng cầu: giảm trong bệnh tan máu nguyên phát.
- Điện di huyết sắc tố: để phát hiện những bệnh về huyết sắc tố bất thường như huyết sắc tố F, C, S, E...
- Các xét nghiệm để phát hiện các loại kháng thể tự sinh: như Donath landssteiner coombs, ngưng kết tố lạnh, v.v... (xem phần huyết học).

### **TIỂU RA PROTEIN**

Tiểu ra protein nói lên tổn thương chủ yếu là ở cầu thận. Bình thường cầu thận để cho tất cả thành phần của huyết tương đi qua, trừ protein có trọng lượng phân tử  $\leq 68.000$  (trong lượng hemoglobin) vẫn được bài tiết qua nước tiểu. Khi cầu thận bị tổn thương nó để cho những protein có trọng lượng phân tử trên 70.000 đi qua.

Trước đây vẫn quen gọi là albumin niệu, vì nó là thành phần chủ yếu trong tiểu ra protein. Nhưng thực ra danh từ đó không đúng, vì không có tiểu ra albumin đơn thuần, riêng rẽ, mà bao giờ cũng tiểu ra protein.

#### **1. Nguyên nhân:**

##### 1.1. Tiểu Protein thoáng qua:

- Do sốt: bất cứ sốt do nhiễm khuẩn gì, nước tiểu cũng có thể có ít protein. Hết sốt cũng hết protein trong nước tiểu, không có tổn thương thận.

- Trong các bệnh: chấn thương sọ não, chảy máu não, màng não co gập cứng thấy xuất hiện protein ở nước tiểu.
- Trong bệnh tim: suy tim phải

### 1.2. Tiểu Protein thường xuyên:

- Viêm cầu thận cấp: thường gặp ở trẻ em hơn là người lớn. Thường bắt đầu bằng đau họng, sốt rồi tiểu ít và phù. Nước tiểu có protein, nhiều hồng cầu và bạch cầu, trụ hình hạt, urê máu cao.
- Viêm cầu thận mạn: thường do biến chứng của viêm cầu thận cấp hay gặp ở người lớn tuổi. Có 4 triệu chứng chính: nước tiểu có protein, hồng cầu và bạch cầu, có trụ hình hạt; Urê máu cao; Huyết áp cao và Phù.
- Viêm ống thận cấp: do ngộ độc chì, thủy ngân, sunfamit: người bệnh không tiểu được, urê máu cao, nước tiểu có protein, nhiều hồng cầu, bạch cầu trụ hình hạt. Một số chất khác gây viêm ống thận nhiễm độc như esen, photphocarbon, tetraclorua, acid oxalic, acid clohydric, acid nitric, cantarit, pyramydon naptol, clorofoc, vitamin D2.
- Thận nhiễm mỡ: protein nước tiểu rất nhiều, thường trên 25g/l. nước tiểu có thể chiết quang, không có hồng cầu, bạch cầu, trụ hình hạt. Urê máu bình thường. Cholesterol và lipid máu cao. Protit máu hạ. Người bệnh phù rất nhanh.
- Bột thận: do viêm hoặc ngưng tụ lâu ngày như cốt tuỷ viêm, lao, áp xe phổi... người bệnh phù to, gan, lách to. Nước tiểu có nhiều protein, không có trụ hạt, hồng cầu, bạch cầu. Nghiệm pháp đỏ Công ô (+).
- Ung thư: Protein do tiểu ra máu. Thận to. Xquang có hình ảnh đặc biệt.
- Viêm mũ bể thận: người bệnh tiểu ra mủ. Protein ở đây là do huỷ hoại tế bào. Nước tiểu có nhiều hồng cầu, nhất là bạch cầu thoái hoá.
- Protein nước tiểu trong khi có thai: khi có thai cơ thể trong tình trạng nhiễm độc và thường xuất hiện protein ở nước tiểu vào tháng thứ 3 do “viêm thận nhiễm độc”. Những người có protein nước tiểu, phù và huyết áp cao xuất hiện từ tháng thứ 6, phải đề phòng “sản giật” khi đẻ.

## 2. Chẩn đoán xác định tiểu ra protein:

### 2.1. Cách lấy nước tiểu:

Protein không phải lúc nào cũng có trong nước tiểu. Cho nên không nên chỉ lấy nước tiểu một lần, mà phải lấy nước tiểu nhiều lần để thử, phải lấy ở giữa bãi. Đối với phụ nữ, phải rửa sạch âm hộ khi lấy nước tiểu, phải thông tiểu để tránh nhầm lẫn với protein của máu kinh nguyệt, bạch đới, chất tiết của âm đạo. Tốt nhất lấy nước tiểu trong 24 giờ và tính kết quả tiểu ra trong 24 giờ hoặc quy thành phút.

## 2.2. Cách thử protein:

### 2.2.1. Đặc tính:

- Dùng nhiệt độ và acid acetic để kết tủa protein.
- Dùng acid nitric, acid sunfosalixylic để kết tủa protein.

### 2.2.2. Phân biệt:

- Phân biệt với protein giả: dùng acid nitric và acid citric. Nếu acid nitric có kết tủa, acid citric không kết tủa: protein thật.
- Phân biệt với protein nhiệt tán (Bence Zone): protein này kết tủa ở 50 – 60°C, nhiệt độ cao hơn sẽ tan.
- Định lượng protein: dùng acid trichloraxetic hay acid nitric làm kết tủa protein rồi soi độ đục so với bảng mẫu đã có sẵn. Có thể đem lọc rồi cân, chính xác hơn nhưng phức tạp nên ít dùng.

## HỘI CHỨNG TĂNG NITƠ MÁU

Urê là sản phẩm thoái biến của protein. Urê được thận thải tiết ra để giữ cho nó ở máu dưới một tỷ lệ nhất định là 0,3g/lít, và không bao giờ quá 0,5g/l ở người bình thường. Khi suy thận thì urê máu tăng cao.

Urê, creatinin, N phi Protein là chất tương đối trung thành để đánh giá tình trạng suy thận, ở nước ta lấy urê làm chất đại diện.

### 1. Nguyên nhân:

#### 1.1. Nguyên nhân tại thận:

- Viêm cầu thận cấp do nhiễm khuẩn.
- Viêm ống thận cấp: do nhiễm độc, do huỷ hoại tổ chức trong cơ thể. Người bệnh tiểu ít hoặc vô niệu, do đó nitơ máu tăng.
- Sốt vàng da chảy máu do *Leptospira*: gây hội chứng gan thận cấp tính.
- Nhiễm khuẩn máu gây những ổ áp xe nhỏ ở thận: các bệnh thận mạn như viêm thận-bể thận mạn, thận đa nang, xơ cứng động mạch thận.

#### 1.2. Nguyên nhân ngoài thận.

- Do ăn uống nhiều protit quá.
- Do mất nước và muối: vì nôn và tiêu chảy cấp tính, Nitơ máu cũng tăng. Ngược lại nếu đưa dung dịch mặn vào quá nhiều, cũng làm Nitơ máu tăng (ở những người viêm thận mạn).

Nitơ ngoài thận thì không có protein nước tiểu và chức năng thận vẫn bình thường.

## 2. Triệu chứng lâm sàng:

Nitơ máu tăng ít thường không có triệu chứng lâm sàng, chỉ chẩn đoán được qua xét nghiệm nitơ máu. Nếu nitơ tăng nhiều, sẽ có một số rối loạn có thể chẩn đoán được trên lâm sàng. Các triệu chứng thường gặp là:

### 2.1. Hội chứng thần kinh:

- Nhẹ: người bệnh thấy mệt mỏi, chóng mặt, nhức đầu, hoa mắt, trước mắt thấy có “ruồi bay”, mất ngủ.
- Nặng vừa: người bệnh lơ mơ, nói mê sảng, vật vã.
- Rất nặng: hôn mê, co giật do phù não, đồng tử co, phản xạ ánh sáng kém. Không có dấu thần kinh khu trú, không có hội chứng màng não.

### 2.2. Hội chứng tiêu hoá:

- Nhẹ: ăn mất ngon, đầy bụng, chướng hơi.
- Nặng hơn sẽ buồn nôn. Tiêu chảy, lưỡi đen, niêm mạc miệng và họng bị loét, và có những mảng giả màu xám.

### 2.3. Hội chứng hô hấp:

Hơi thở có mùi amoniac. Rối loạn nhịp thở Cheyne Stokes hoặc Kussmaul khi hôn mê thở chậm và yếu.

Khám phổi thấy có tiếng cọ màng phổi do nitơ thoát ra ngoài màng phổi gây nên.

### 2.4. Hội chứng tim mạch:

Mạch nhanh, nhỏ, huyết áp cao. Nếu ở giai đoạn cuối của viêm thận, có thể gây truy tim mạch.

Có thể có dày tâm thất trái, do huyết áp cao. Nghe tim có thể thấy tiếng cọ màng ngoài tim do nitơ thoát ra màng ngoài tim.

### 2.5. Hội chứng chảy máu:

Đặc tính của nitơ là rất dễ thấm vào các mô và gây chảy máu, vì khi nitơ thoát ra ngoài mạch máu và các tổ chức, kéo theo cả hồng cầu, huyết tương cùng ra.

- Ở võng mạc: gây viêm võng mạc và chảy máu võng mạc.
- Chảy máu dưới da và niêm mạc: thành những mảng máu.
- Chảy máu tiêu hoá: gây nôn ra má, ỉa ra máu.
- Chảy máu màng não, não.
- Chảy máu màng phổi, màng tim.

### 2.6. Thân nhiệt giảm.

### 3. Triệu chứng sinh hoá:

- Urê, creatinin và N phi protein trong máu đều tăng: trong nước màng bụng, nước não tủy urê cũng tăng.
- Dự trữ kiềm giảm: trong suy thận  $\text{NH}_3$  tạo ra không đủ, các chất kiềm cố định (Na) phải thay chỗ cho  $\text{NH}_3$ , do đó gây acid máu.
- Rối loạn các chất điện giải:  $\text{PO}_4$  tăng, Ca giảm, K tăng nhất là Nitơ máu cấp và giai đoạn cuối của nitơ máu mạn. Cl, Na thường giảm: có thể do ứ nước khoảng gian bào hoặc vì ăn nhạt lâu ngày, và do nôn, tiêu chảy. Giảm Cl, Na có khi là nguyên nhân gây Nitơ máu cao.

### 4. Hôn mê do nitơ máu cao:

#### 4.1. Triệu chứng:

- Giai đoạn đầu: nitơ máu còn thấp, chỉ thấy những triệu chứng như nhức đầu, chân tay lạnh, tê tê, hoa mắt, đau ngực, chán ăn, ngênh ngãng.
- Giai đoạn tiền hôn mê: các triệu chứng trên nặng hơn. Người bệnh lúc tỉnh, lúc lơ mơ, vật vã, co giật các cơ, sợ hãi, hồi hộp. Buồn nôn, nôn, tiêu chảy. Có thể nôn ra máu, ỉa ra máu, người rất mệt, khó thở, xanh xám, nhiệt độ giảm. Khám lúc đó thấy: không có liệt khu trú, tim có tiếng cọ màng ngoài tim phổi có rên ứ đọng, tiếng cọ màng phổi, đồng tử co, huyết áp cao.
- Giai đoạn hôn mê hoàn toàn: người bệnh mê man không biết gì, các phản xạ đều mất hoặc giảm, khó thở, khò khè kiểu Cheynes – Stokes hoặc Kusmaul hoặc thở yếu chậm, hơi thở có mùi amoniac. Khám thấy có viêm lưỡi, miệng tuyến mang tai. Thử urê máu thấy cao, dự trữ kiềm giảm, Cl, Na giảm, K tăng. Người bệnh sẽ chết trong vòng vài giờ hoặc vài ngày, ít khi sống quá 5 ngày.

#### 4.2. Chẩn đoán xác định:

##### 4.2.1. Lâm sàng:

- Hôn mê xảy ra từ từ.
- Không có triệu chứng thần kinh khu trú, có co đồng tử.
- Khó thở kiểu Cheyne – Stokes, hơi thở có mùi amoniac.
- Có tiền sử viêm thận mạn, lao thận, sỏi thận hoặc đang điều trị một bệnh thận cấp (viêm cầu thận cấp).

##### 4.2.2. Xét nghiệm:

- Urê máu cao, nước tiểu có protein, nhiều hồng cầu, nhiều bạch cầu, trụ hình hạt.
- Dự trữ kiềm giảm, Cl, Na giảm, K tăng.

## TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Đây là những đặc điểm của khối u do thận, NGOẠI TRỪ:
 

A. Vị trí từ L <sub>11</sub> đến TL <sub>3</sub>	C. Di động theo nhịp thở
B. Gõ trong	D. Rất di động
2. Đây là những trường hợp cần phân biệt với thận phải to, NGOẠI TRỪ:
 

A. Khối u của gan	C. Khối u đại tràng lên
B. Khối u đầu tụy	D. Khối u của lách
3. Nguyên nhân hàng đầu gây thận to:
 

A. U tuyến tiền liệt	C. Lao hệ niệu
B. Sỏi hệ niệu	D. Có thai
4. Nguyên nhân tiểu máu thường chỉ gặp ở nữ:
 

A. Đập niệu đạo do chấn thương	C. Viêm niệu đạo
B. Polip niệu đạo	D. Lao niệu đạo
5. Chẩn đoán tiểu máu vi thể ở nữ:
 

A. Nước tiểu đỏ, đục	C. Thông tiểu trước khi lấy nước tiểu
B. Để lâu có lắng cặn hồng cầu	D. Có máu cục trong nước tiểu
6. Mục đích của việc làm nghiệm pháp 3 ly:
 

A. Chẩn đoán tiểu máu đại thể	C. Xác định vị trí tổn thương
B. Phân biệt tiểu máu với tiểu porphyrin sắc tố	D. Phân biệt tiểu máu với tiểu huyết
7. Phân biệt tiểu mù với tiểu tinh dịch trên lâm sàng chủ yếu dựa vào:
 

A. Có đục hay không	C. Đục cuối bãi hay toàn dòng
B. Có mùi hay không	D. Có giống nước vo gạo không
8. Tiểu mù ở niệu đạo chủ yếu là do:
 

A. Lậu	C. Áp xe tuyến tiền liệt
B. Viêm bàng quang	D. Sỏi niệu đạo
9. Trường hợp nào được xếp vào nhóm tán huyết tại hồng cầu:
 

A. Ngộ độc	C. Bệnh huyết sắc tố
B. Nhiễm khuẩn	D. Kháng thể tự sinh
10. Giai đoạn đầu tiên của tiểu huyết sắc tố là:
 

A. Tiểu ra máu	C. Tiểu hemoglobin
B. Tiểu porphyrin	D. Nitơ máu tăng
11. Nước tiểu trong bệnh tiểu huyết sắc tố có màu:
 

A. Đỏ tươi	C. Nâu sẫm
B. Đỏ đục	D. Đỏ cam
12. Nguyên nhân hàng đầu gây tiểu protein thường xuyên:
 

A. Viêm cầu thận cấp	C. Viêm cầu thận mạn
B. Viêm ống thận cấp	D. Thận nhiễm mỡ
13. Phân biệt tiểu protein với protein nhiệt tán chủ yếu dựa vào đặc điểm:
 

C. Tủa tan khi tăng nhiệt độ	C. Phản ứng với acid nitric
D. Phản ứng với acid citric	D. Định tính bằng acid tricloacetic

## NHIỄM TRÙNG TIẾT NIỆU

BS.CKI. Nguyễn Văn Thịnh

### MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Nêu các nguyên nhân thường gặp gây nhiễm trùng tiết niệu.
2. Mô tả các dấu hiệu thường gặp ở người bệnh tiết niệu.
3. Trình bày cách xử trí một số nhiễm trùng tiết niệu thường gặp.

### ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm trùng tiết niệu là bệnh lý rất thường gặp, đặc biệt là ở nữ. Theo nhiều thống kê thì có khoảng 20% phụ nữ có những đợt nhiễm trùng tiết niệu có triệu chứng. Nếu kiểm tra nước tiểu định kỳ còn phát hiện thêm một tỷ lệ có vi khuẩn niệu mà không có triệu chứng.

Nhiễm trùng tiết niệu ở nam thường đi đôi với những nguyên nhân gây tắc đường bài niệu, hoặc do những vi khuẩn đặc hiệu như lậu, lao.

Ở người già, tỷ lệ nhiễm trùng tiết niệu tăng, đặc biệt ở nam giới vì có đến 70% đàn ông độ tuổi trên 70 ít nhiều liên quan đến sự phì đại tuyến tiền liệt.

Ngoài nhiễm trùng tiết niệu thông thường, cần lưu ý đến tình trạng nhiễm khuẩn trong bệnh viện. Những can thiệp thủ thuật: soi bàng quang, UPR, thông tiểu ... đều có nguy cơ nhiễm trùng. Trong số những bệnh lý nhiễm khuẩn tại bệnh viện thì nhiễm trùng tiết niệu đứng hàng đầu và là nguyên nhân chính gây nhiễm trùng huyết vi khuẩn gram (-).

Khi nhiễm trùng tiết niệu đã lên tới bể thận và vào tổ chức kẽ thận thì được gọi là viêm thận - bể thận.

Khi viêm thận - bể thận bị lần đầu hoặc đã tái phát nhưng chưa có những biểu hiện nghĩ đến xơ hóa kẽ, với những triệu chứng lâm sàng rầm rộ: sốt cao, rét run, đau hông lưng kèm tiểu buốt, gắt, vi khuẩn niệu, bạch cầu niệu, protein niệu, được gọi là viêm thận - bể thận cấp.

Khi viêm thận - bể thận cấp đã tái phát nhiều lần, hoặc âm ỉ kéo dài gây xơ hóa tổ chức kẽ thận làm giảm chức năng cô đặc, lâu dài có thể xơ hóa cả cuộn mao mạch cầu thận gây suy chức năng lọc thì gọi là viêm thận - bể thận mạn.

### NGUYÊN NHÂN

#### 1. Nguyên nhân do vi khuẩn:

##### 1.1. Vi khuẩn gram (-):

Chiếm khoảng > 90%, thường gặp là:

- E. Coli: 60-70%
- Klebsiella: 20% (15-20%)
- Proteus mirabilis: 15% (10-15%)
- Enterobacter: 5-10%

#### 1.2. Vi khuẩn gram (+):

- Enterococcus: 2%
- Staphylococcus: 1%
- Các vi khuẩn khác: 3-4%.

### 2. Yếu tố thuận lợi:

Là các nguyên nhân gây tắc nghẽn trên đường bài xuất nước tiểu, gây ứ trệ dòng nước tiểu, tạo điều kiện cho nhiễm trùng và khi đã có nhiễm trùng thì duy trì nhiễm trùng.

Vì vậy, một khi nhiễm trùng tiết niệu hoặc viêm thận bể thận xảy ra trên một người bệnh có tắc nghẽn dòng nước tiểu, thường là dai dẳng và nặng.

Các nguyên nhân thường gặp là:

- Sỏi thận tiết niệu.
- U thận tiết niệu.
- U bên ngoài đè ép vào niệu quản.
- U tiền liệt tuyến hoặc phì đại lành tính tiền liệt tuyến.
- Dị dạng thận, niệu quản ...

Các nguyên nhân khác:

- Thận đa nang.
- Thai nghén.
- Đái tháo đường.

## LÂM SÀNG VÀ CHẨN ĐOÁN

### 1. Chẩn đoán xác định:

#### 1.1. Nhiễm trùng tiết niệu:

Dựa vào các tiêu chí sau:

- Hội chứng bàng quang: tiểu buốt, tiểu gắt, tiểu máu, tiểu mủ cuối dòng.
  - Không sốt hoặc chỉ sốt nhẹ ( $< 37,5^{\circ}\text{C}$ ).
  - Bạch cầu niệu nhiều ( $> 5.000$  BC/phút), có tế bào bạch cầu đa nhân thoái hóa.
-



- Vi khuẩn niệu > 100.000/ml nước tiểu.
- Protein niệu (-), trừ trường hợp có tiểu máu hoặc tiểu mù đại thể.
- Siêu âm, X quang có thể thấy nguyên nhân thuận lợi: sỏi thận tiết niệu, phì đại lành tính tiền liệt tuyến ...

#### 1.2. Viêm thận - bể thận cấp:

- Hội chứng bàng quang: tiểu buốt, tiểu lắt nhắt, tiểu máu, tiểu mù cuối bãi. Tuy nhiên, hội chứng bàng quang có thể xuất hiện trước khi có viêm thận - bể thận cấp. Khi có triệu chứng viêm thận - bể thận cấp thì triệu chứng viêm bàng quang đã đỡ làm bỏ qua chẩn đoán.
- Đau hông lưng:
  - Thường đau một bên nhưng cũng có khi đau cả hai bên.
  - Thường đau âm ỉ nhưng cũng có thể đau nhiều.
  - Vỗ hông lưng (+) là triệu chứng rất có giá trị, nhất là trong trường hợp chỉ có đau một bên.
- Có thể khám thấy thận to, chạm thận bập bênh thận (+).
- Triệu chứng toàn thân: sốt cao, rét run, môi khô, lưỡi bẩn, có thể có dấu hiệu mất nước do sốt. Nặng nhất là sốc nhiễm khuẩn.
- Nước tiểu:
  - Đục, có thể có mù đại thể rõ.
  - Bạch cầu niệu nhiều, vi khuẩn niệu # 100.000 /ml nước tiểu.
  - Protein niệu có nhưng thường < 1 g/24giờ.
- Xét nghiệm máu:
  - Bạch cầu máu tăng, đa nhân trung tính tăng.
  - Đôi khi có suy thận cấp: urê, creatinin máu tăng.
  - Cấy máu khi có sốt > 38,5°C có thể thấy (+).
- Siêu âm thận: thận hơi to hơn bình thường, đài bể thận giãn ít hoặc nhiều, đôi khi thấy ổ viêm trong nhu mô thận, hoặc thấy nguyên nhân thuận lợi như: sỏi, thận đa nang ...
- X quang:
  - Chụp bụng không chuẩn bị nếu nghi ngờ có sỏi.
  - UIV chỉ chụp trong giai đoạn cấp khi nghi ngờ có nguyên nhân thuận lợi gây tắc nghẽn đường bài xuất nước tiểu (tắc nghẽn niệu quản).

#### 1.3. Viêm thận - bể thận mạn tính:

### 1.3.1. Viêm thận - bể thận mạn giai đoạn sớm:

Giai đoạn này chưa suy chức năng lọc.

Chẩn đoán xác định dựa vào:

- Tiền sử: nhiễm trùng tiết niệu, viêm thận - bể thận cấp tái phát nhiều lần, tiền sử sỏi, thận đa nang, dị dạng đường tiết niệu, phì đại lành tính tuyến tiền liệt.
- Đau âm ỉ hông lưng một hoặc hai bên, nặng lên khi có đợt cấp.
- Tiểu đêm thường xuyên, ít nhất 1 lần hoặc nhiều lần gợi ý chức năng cô đặc kém.
- Thường không phù trong giai đoạn này; ngược lại có thể mất nước nhẹ do tiểu nhiều.
- Có thể có tăng huyết áp.
- Thiếu máu nhẹ hoặc không.
- Protein niệu thường xuyên nhưng thường  $< 1\text{g}/24\text{giờ}$ .
- Bạch cầu niệu nhiều và nhiều bạch cầu đa nhân thoái hóa chỉ có khi có đợt cấp.
- Vi khuẩn niệu (+) khi có đợt cấp.
- Khả năng cô đặc nước tiểu giảm: tỷ trọng tối đa  $\leq 1,025$
- Siêu âm thận: có thể thấy bờ thận gồ ghề, thận teo nhỏ ít nhiều, đài bể thận giãn ít, nhiều.
- UIV: tổn thương đài - bể thận mức độ khác nhau: đài thận tù, vệt, bể thận giãn.

### 1.3.2. Viêm thận - bể thận mạn giai đoạn muộn:

Ngoài những triệu chứng trên thấy xuất hiện thêm:

- Suy thận (suy chức năng lọc):
  - Mức độ suy thận từ nhẹ đến nặng (giai đoạn I đến giai đoạn IV). Khi suy thận mức độ nặng, có thể có các triệu chứng của hội chứng urê máu cao trên lâm sàng và có thể phù.
  - Urê máu tăng, creatinin máu tăng, MLCT giảm.
- Thiếu máu rõ: mức độ nặng nhẹ của thiếu máu đi đôi với các giai đoạn của suy thận mạn.
- Huyết áp tăng: tỷ lệ người bệnh có huyết áp tăng  $> 80\%$  người bệnh khi suy thận đã đến giai đoạn III, IV. Huyết áp có thể tăng vừa hoặc cao hoặc rất cao.
- Siêu âm thận và X quang thận: hai thận teo nhỏ nhưng không đều, xơ hóa. Có thể thấy nguyên nhân thuận lợi như sỏi, dị dạng đường niệu, phì đại lành tính tuyến tiền liệt.

## 2. Chẩn đoán phân biệt:

### 2.1. Các trường hợp viêm đường tiết niệu đặc biệt:

#### 2.1.1. Hội chứng bàng quang không do nhiễm khuẩn:

Các trường hợp u bàng quang, viêm phần phụ, viêm đại trực tràng, sỏi bàng quang, sỏi niệu quản thấp ... có thể gây tiểu buốt, tiểu gắt mặc dù không có nhiễm trùng tiết niệu.

Chẩn đoán phân biệt chủ yếu dựa vào những rối loạn về nước tiểu như tiểu đục, tiểu mù, bạch cầu niệu, vi khuẩn niệu khi có tình trạng nhiễm khuẩn.

#### 2.1.2. Lao bàng quang:

Có hội chứng bàng quang nhưng tổn thương là do vi khuẩn lao (xem phần Lao thận, tiết niệu).

### 2.2. Viêm thận - bể thận cấp tính:

Rất dễ nhầm với đợt cấp của viêm thận - bể thận mạn. Phân biệt dựa vào các yếu tố sau:

- Tiền sử nhiễm trùng tiết niệu tái phát nhiều lần, có nguyên nhân thuận lợi như sỏi tiết niệu ...
- Có những biểu hiện của viêm thận - bể thận mạn: giảm khả năng cô đặc nước tiểu, suy chức năng lọc mạn tính, tăng huyết áp ...

### 2.3. Một số bệnh lý khác:

- Viêm thận - bể thận mạn cần phân biệt với các bệnh lý: đái tháo đường, đái tháo nhạt, các bệnh lý ống kẽ thận di truyền gây tiểu nhiều, mất muối và mất kali. Chẩn đoán dựa vào triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của từng bệnh.
- Chẩn đoán phân biệt với viêm thận kẽ: nguyên nhân có thể do uống quá nhiều thuốc giảm đau và chống viêm non-steroid hoặc viêm thận kẽ do tăng acid uric máu, tăng calci máu. Triệu chứng giống viêm thận - bể thận nhưng không có nhiễm khuẩn mà do các nguyên nhân trên.
- Thận teo một bên do thiếu sản bẩm sinh: thận teo nhỏ một bên nhưng không có dấu hiệu nhiễm khuẩn.

## TIẾN TRIỂN VÀ TIÊN LƯỢNG

### 1. Nhiễm trùng tiết niệu:

Viêm bàng quang cấp, nhiễm trùng tiết niệu cấp có tiên lượng tốt, có thể khỏi hẳn nếu điều trị đúng và loại bỏ được nguyên nhân thuận lợi. Nếu điều trị không đúng hoặc không loại bỏ được nguyên nhân thuận lợi thì có thể diễn biến thành viêm thận - bể thận cấp tính, viêm thận - bể thận mạn tính, hoặc viêm bàng quang mạn tính.

**2. Viêm thận - bể thận cấp:**

Là một cấp cứu nội khoa. Bệnh có thể nặng gây biến chứng hoại tử núm thận, gây suy thận cấp hoặc nhiễm khuẩn huyết. Tuy nhiên nếu điều trị đúng có thể khỏi hoàn toàn. Nếu điều trị không đúng thì ngoài những biến chứng nặng còn có thể dẫn đến viêm thận - bể thận mạn.

Lúc đầu là viêm thận - bể thận mạn giai đoạn sớm chưa có suy chức năng lọc, sau là viêm thận - bể thận mạn muộn, suy thận mạn.

**3. Viêm thận - bể thận mạn:**

Ở giai đoạn sớm, viêm thận - bể thận mạn chưa có suy chức năng lọc, nếu điều trị tốt những đợt cấp (kháng sinh đủ liều, đủ thời gian và loại bỏ được nguyên nhân thuận lợi) thì có thể kéo dài được nhiều năm, có khi hàng chục năm không dẫn tới suy thận nặng.

Khi đã có tăng huyết áp, suy chức năng lọc thì tiên lượng xấu, suy thận nặng dần đến suy thận giai đoạn cuối.

**ĐIỀU TRỊ****1. Nhiễm trùng tiết niệu:****1.1. Kháng sinh:**

Tốt nhất là theo kháng sinh đồ.

Các kháng sinh thường dùng cho nhiễm trùng tiết niệu hiện nay là:

- Nhóm Cephalosporin: Zinat, Claforan ...
- Nhóm Quinolon: Peflacin, Norfloxacin ...
- Nhóm Aminosit: Gentamycin, Amikacin ...
- Nhóm  $\beta$ -lactam: Ampicillin, Augmentin ...
- Các thuốc thông thường như Biseptol vẫn có tác dụng tốt trong trường hợp nhiễm khuẩn nhẹ hoặc trung bình.

**1.2. Hóa chất sát khuẩn:**

Nitrofurantoin, Mictasol-bleu ... và một số thuốc khác cũng có tác dụng tốt kìm sự phát triển của vi khuẩn vì thải nhanh qua đường nước tiểu sau khi uống vào.

**1.2.1. Điều trị liều duy nhất:**

Điều trị liều duy nhất cho một người bệnh nhiễm trùng tiết niệu ở một phụ nữ trẻ, không biến chứng, bị lần đầu tiên.

Dùng một trong những kháng sinh sau:

- Pefloxacin 800 mg (400 mg x 2)

- Ofloxacin 400 mg (200 mg x 2)
- Ciprofloxacin 1000 mg (500 mg x 2)

#### 1.2.2. Điều trị 3 ngày:

Cho người bệnh cao tuổi bị nhiễm trùng hay tái phát, ở người bệnh đái tháo đường:

- Ofloxacin 200 mg x 2 lần/ngày x 3 ngày
- Norfloxacin 400 mg x 2 lần/ngày x 3 ngày
- Biseptol 480 mg x 2 viên x 2 lần/ngày x 3 ngày
- Augmentin 500 mg x 3-4 viên/ngày x 3 ngày
- Zinat 250 mg x 2 viên/ngày x 3 ngày.

#### 1.2.3. Điều trị 7 ngày:

Cho những người bệnh nhiễm khuẩn tái phát, phụ nữ có thai. Nếu phụ nữ có thai cần chọn kháng sinh không gây nguy hại cho thai: Amoxicillin, Selexid, Nitrofurantoin.

#### 1.2.4. Một số phác đồ khác:

- Phác đồ 10 ngày bằng hóa chất sát trùng cho một nhiễm trùng tiết niệu thông thường: Nitrofurantoin 100 mg x 3 lần/ngày x 10 ngày.
- Đối với một số vi khuẩn đặc biệt: trực khuẩn mủ xanh, tụ cầu trùng vàng dùng kháng sinh dài ngày hơn, có thể 10-15 ngày hoặc lâu hơn cho đến khi hết vi khuẩn và kết hợp ít nhất 2 loại theo kháng sinh đồ.
- Đối với vi khuẩn niệu không triệu chứng: chỉ cần thiết điều trị cho người bệnh có thai theo phác đồ 3 ngày hoặc 7-10 ngày cho đến hết vi khuẩn và theo dõi nước tiểu hàng tháng.
- Đối với nhiễm trùng tiết niệu hay tái phát (3 lần tái phát trong năm): điều trị như một đợt nhiễm khuẩn thông thường; sau đó điều trị dự phòng liên tục bằng liều nhỏ hoặc điều trị ngắt quãng x 3 ngày trong tuần hoặc sau giao hợp trong vòng 3-6 tháng. (ví dụ: điều trị dự phòng bằng Biseptol 480 mg x 2 viên x 2 lần/ngày x 3 ngày trong 1 tuần).

### 2. Điều trị viêm thận - bể thận cấp:

Dùng kháng sinh chống nhiễm khuẩn: liều cao, ít nhất là 1 kháng sinh đường tĩnh mạch phối hợp với 1 kháng sinh uống trong giai đoạn có sốt. Cấy vi khuẩn trước khi dùng kháng sinh. Trong khi chờ kết quả cấy vi khuẩn và kháng sinh đồ, cần cho kháng sinh ngay.

Nếu sau vài ba ngày điều trị, triệu chứng lâm sàng không bớt, sẽ chỉnh kháng sinh theo kết quả cấy vi khuẩn và kháng sinh đồ.

Thời gian dùng kháng sinh ít nhất là 2 tuần lễ. Trong những trường hợp vi khuẩn đặc biệt như: trực khuẩn mủ xanh hoặc tụ cầu trùng vàng, hoặc ổ viêm khởi đầu từ tuyến tiền liệt, kháng sinh có thể kéo dài 1 tháng hoặc hơn tùy từng trường hợp.

Các kháng sinh thường dùng hiện nay:

- Nhóm Quinolon: Peflacin, Norfloxacin, Ofloset ...
- Cephalosporin thế hệ II, III: Zinat, Fortum, Cefobis, Claforan, Rocephin...
- Nhóm Aminosit: Amikacin, Gentamycin.
- Nhóm  $\beta$ -lactam: Ampicillin, Augmentin, Unasyn ...

### **3. Điều trị viêm thận - bể thận mạn:**

Điều trị kháng sinh khi có đợt cấp của viêm thận - bể thận mạn (xem phần điều trị kháng sinh trong viêm bể thận cấp). Cần chú ý lựa chọn kháng sinh không độc với thận, không làm giảm mức lọc cầu thận và lưu ý chỉnh liều kháng sinh theo mức độ suy thận.

Điều trị triệu chứng: tăng huyết áp, thiếu máu. Điều trị suy thận bằng điều trị bảo tồn nội khoa hoặc điều trị thay thế thận suy, tùy từng giai đoạn suy thận.

### **4. Điều trị chung:**

#### **4.1. Uống nhiều nước:**

Lượng nước tiểu > 1,5 lít/24giờ.

#### **4.2. Điều trị loại bỏ nguyên nhân thuận lợi:**

- Tán sỏi hoặc mổ lấy sỏi.
- Điều trị phì đại lành tính tuyến tiền liệt bằng phẫu thuật nội soi hoặc bằng phương pháp Laser ...

**TỰ LƯỢNG GIÁ**

1. Nhiễm trùng tiết niệu thường gặp ở đối tượng:
 

A. Thiếu nữ	C. Nam thanh niên
B. Cụ bà	D. Thiếu niên
2. Khi nhiễm trùng tiết niệu lan vào đến thận và mô kẽ thì gọi là:
 

A. Viêm đài - bể thận	C. Viêm thận - bể thận
B. Viêm thận - bàng quang	D. Viêm thận - niệu quản
3. Nguyên nhân hàng đầu gây nhiễm trùng tiết niệu:
 

A. Klebsiella	C. E. coli
B. Enterobacter	D. Proteus
4. Yếu tố thuận lợi hàng đầu gây nhiễm trùng tiết niệu:
 

A. U tiết niệu	C. Dị dạng hệ niệu
B. Sỏi niệu	D. U tuyến tiền liệt
5. Đây là những biểu hiện của hội chứng bàng quang, NGOẠI TRỪ:
 

A. Tiểu đục cuối dòng	C. Tiểu buốt cuối dòng
B. Tiểu mủ cuối dòng	D. Tiểu máu cuối dòng
6. Đây là những biểu hiện của viêm thận - bể thận cấp, NGOẠI TRỪ:
 

A. Hội chứng bàng quang	C. Đau hông lưng
B. Thiếu máu	D. Bật bành thận (+)
7. Uré máu tăng gặp trong:
 

A. Nhiễm trùng tiết niệu	C. Viêm thận-bể thận mạn
B. Viêm bàng quang cấp	D. Viêm bàng quang mạn
8. Đây là những trường hợp gây hội chứng bàng quang không nhiễm trùng, NGOẠI TRỪ:
 

A. U bàng quang	C. Viêm phần phụ
B. Viêm niệu đạo	D. Viêm đại trực tràng
9. Nhiễm trùng tiểu ở các trường hợp sau có thể điều trị kháng sinh liều duy nhất, NGOẠI TRỪ:
 

A. Phụ nữ trẻ	C. Không sốt cao
B. Bị lần đầu	D. Không biến chứng
10. Trường hợp nào được gọi là nhiễm trùng tiết niệu hay tái phát:
 

A. $\geq 2$ lần/năm	C. $\geq 3$ lần/năm
B. $\geq 4$ lần/năm	D. $\geq 5$ lần/năm
11. Nhóm kháng sinh thường dùng trong nhiễm trùng tiết niệu:
 

A. Cyclin	C. Cephalosporin
B. Lincosamid	D. Macrolid
12. Điều trị viêm thận-bể thận mạn:
 

A. Liều thấp kéo dài	C. Ít nhất 1 kháng sinh đường tĩnh mạch
B. Không dùng khi chưa có kháng sinh đồ	D. Dùng ít nhất 5 ngày

## VIÊM CẦU THẬN CẤP TÍNH

BS.CKI. Nguyễn Văn Thịnh

### MỤC TIÊU HỌC TẬP

- Nêu các nguyên nhân gây viêm cầu thận cấp.
- Mô tả các dấu hiệu thường gặp của viêm cầu thận cấp.
- Trình bày cách chẩn đoán và xử trí viêm cầu thận cấp.

### ĐẠI CƯƠNG

Viêm cầu thận cấp tính (VCTC) (hay còn gọi là viêm cầu thận sau nhiễm liên cầu khuẩn) là tình trạng viêm lan tỏa không nung mủ ở tất cả các cầu thận của hai thận. Bệnh xuất hiện sau viêm họng hoặc sau nhiễm khuẩn ngoài da do liên cầu khuẩn tan máu beta nhóm A.

Bệnh viêm cầu thận cấp là bệnh lý phức hợp miễn dịch. Bệnh diễn biến cấp tính với các triệu chứng: phù, tăng huyết áp, tiểu máu và protein niệu; đại bộ phận là hồi phục hoàn toàn trong vòng 4- 6 tuần lễ.

### TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Triệu chứng của viêm cầu thận cấp rất đa dạng. Bệnh có thể diễn ra một cách thầm lặng kín đáo, người bệnh không biết mình bị bệnh, không có triệu chứng lâm sàng, chỉ có hồng cầu niệu vi thể và protein niệu. Nhưng bệnh cũng có thể phát triển hết sức rầm rộ.

#### 1. Phù:

Phù là một triệu chứng lâm sàng rất thường gặp, đây là dấu hiệu lâm sàng đầu tiên mà người bệnh cảm nhận được.

Người bệnh cảm giác nặng mắt, nề hai mí mắt, phù hai chân. Phù trước xương chày chạy quanh mắt cá; phù mềm, ấn lõm rõ. Thường phù nhiều về sáng, chiều giảm phù gây nên cảm giác khô giả tạo. Số lượng nước tiểu ít và sẫm màu.

Phù thường gặp trong 10 ngày đầu và giảm đi nhanh chóng khi người bệnh tiểu nhiều. Tiểu nhiều là dấu hiệu mở đầu của sự hồi phục về lâm sàng: phù giảm, huyết áp giảm, người bệnh cảm giác dễ chịu, nhẹ nhõm, ăn ngon.

#### 2. Tiểu ra máu đại thể:

Tiểu ra máu toàn dòng, nước tiểu như nước rửa thịt hoặc như nước luộc rau dền, không đông, mỗi ngày đi tiểu ra máu toàn bãi 1-2 lần, không thường xuyên, xuất hiện trong tuần đầu, nhưng có thể xuất hiện trở lại trong 2-3 tuần. Số lần tiểu ra máu thưa dần, 3-4 ngày bị một lần rồi hết hẳn.



Tiểu ra máu trong viêm cầu thận cấp tính không ảnh hưởng đến tình trạng chung của cơ thể. Tiểu ra máu vi thể có thể kéo dài vài tháng. Tiểu ra máu là một dấu hiệu quan trọng trong chẩn đoán viêm cầu thận cấp tính, nếu không có tiểu ra máu cần xem lại chẩn đoán.

### **3. Tăng huyết áp:**

Tăng huyết áp là một triệu chứng lâm sàng thường gặp. Tăng huyết áp là dấu hiệu gián tiếp về tình trạng viêm, phù nề, xuất tiết, tăng sinh tế bào trong cầu thận gây tăng tiết renin, hoạt hoá hệ thống co mạch dẫn đến tăng huyết áp.

Tăng huyết áp dao động: ở trẻ em 140/90 mmHg, ở người lớn 160/90 mmHg. Một số trường hợp tăng huyết áp kịch phát và tương đối hằng định kéo dài với huyết áp khoảng 180/100mmHg, người bệnh cảm giác đau đầu dữ dội, choáng váng, co giật, hôn mê do phù não dẫn đến tử vong.

### **4. Suy tim:**

Suy tim thường kèm với tăng huyết áp kịch phát, mặt khác do tăng khối lượng tuần hoàn đột ngột và cũng có thể do bệnh lý cơ tim trong viêm cầu thận cấp tính. Suy tim cấp tính với biểu hiện khó thở, không nằm được và có thể dẫn đến phù phổi: người bệnh khó thở dữ dội, toát mồ hôi, thở nhanh và nông; co rút hố trên ức, hố trên đòn, co rút khoảng gian sườn; ho và khạc ra bọt màu hồng; nghe phổi có nhiều ran ẩm, nhịp tim nhanh, huyết áp giảm. Nếu không được cấp cứu kịp thời thì người bệnh sẽ tử vong.

Hiện nay, tình trạng tăng huyết áp dẫn đến co giật, hôn mê, suy tim cấp tính, phù phổi ngày một ít dần do điều kiện phục vụ y tế tốt hơn và dân trí đã được nâng cao.

### **5. Tiểu ít (thiểu niệu, vô niệu):**

Tình trạng thiếu niệu bao giờ cũng có, khối lượng nước tiểu dưới 500 ml/ngày, thường gặp trong tuần đầu của bệnh và kéo dài 3-4 ngày; không có tăng urê và creatinin máu hoặc là tăng không đáng kể. Tình trạng thiếu niệu có thể tái phát trở lại trong 2-3 tuần đầu. Một số trường hợp xuất hiện suy thận cấp tính: thiếu niệu, vô niệu kéo dài, tăng urê máu, tăng creatinin máu.

Nếu suy thận cấp tái diễn nhiều đợt là một dấu hiệu xấu, nguy cơ dẫn đến viêm cầu thận tiến triển nhanh, viêm cầu thận tăng sinh ngoài mao mạch.

### **6. Biến đổi ở nước tiểu:**

- Nước tiểu màu vàng, số lượng ít.
- Protein niệu 0,5-2g/ngày. Thời gian tồn tại của protein có ý nghĩa về tiên lượng của bệnh và là một yếu tố quan trọng để đánh giá kết quả điều trị. Bệnh được phục hồi khi và chỉ khi protein niệu (-).

- Hồng cầu niệu vi thể bao giờ cũng có, có thể kéo dài vài tháng. Trụ hồng cầu là một dấu hiệu tiểu máu ở nhu mô thận.

Ngoài ra, có thể gặp một số trụ niệu khác: trụ trong, trụ sáp là dấu hiệu protein niệu. Trụ trong cấu tạo bởi protein chưa thoái hoá hoàn toàn, hoặc cấu tạo bởi mucoprotein. Trụ sáp được cấu tạo bởi protein đã thoái hoá, kết tủa dưới tác dụng của môi trường toan trong ống thận.

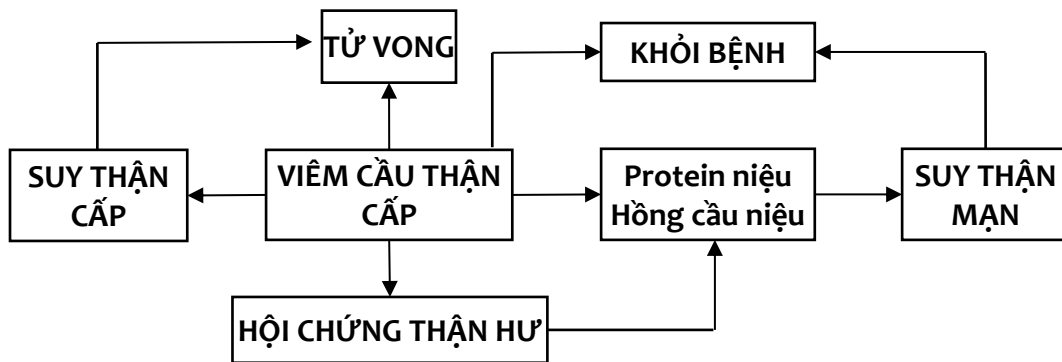
**7. Một số triệu chứng khác:**

- Sốt nhẹ 37,5°C - 38,5°C.
- Đau tức vùng thân, có thể có cơn đau quặn thân.
- Đau bụng, bụng chướng nhẹ, buồn nôn, đi lỏng; không ít trường hợp viêm cầu thận cấp mở đầu bằng cơn đau bụng cấp tính.

**TIẾN TRIỂN VÀ TIÊN LƯỢNG**

**1. Hồi phục hoàn toàn:**

Tuy lâm sàng biểu hiện trầm trọng nhưng đại bộ phận người bệnh hồi phục hoàn toàn: hết các triệu chứng lâm sàng, protein niệu (-); tỷ lệ hồi phục đạt tới 95%.



**Hình 21.1. Tiên lượng viêm cầu thận cấp**

**2. Tử vong:**

Hiếm gặp, nguyên nhân tử vong do:

- Tăng huyết áp dẫn đến co giật, hôn mê rồi tử vong.
- Suy tim cấp tính.
- Phù phổi cấp.
- Tăng kali máu, ngừng tim đột ngột.

Suy thận cấp tính không được cấp cứu kịp thời, tử vong do nhiễm toan chuyển hoá.

### 3. Tiến triển mạn tính:

Protein niệu kéo dài trên 6 tháng, bệnh không còn khả năng tự hồi phục, viêm cầu thận cấp tính trở thành viêm cầu thận mạn tính với các hình thái lâm sàng sau:

- Viêm cầu thận mạn tính tiềm tàng: protein niệu và hồng cầu niệu không có triệu chứng lâm sàng.
- Viêm cầu thận mạn với biểu hiện: phù, protein niệu, hồng cầu niệu. Tiến triển thành từng đợt kéo dài trong nhiều năm.
- Hội chứng thận hư: phù to, protein niệu, giảm protein máu và giảm albumin máu, tăng lipid máu.
- Viêm thận tiến triển nhanh còn gọi là viêm cầu thận tăng sinh ngoài mao mạch, viêm cầu thận bán cấp, viêm cầu thận ác tính. Bệnh tiến triển liên tục với những đợt suy thận cấp tính, dần dần xuất hiện suy thận mạn tính không hồi phục: tăng urê máu, tăng creatinin máu tuần tiến, tăng huyết áp, thiếu máu; người bệnh tử vong trong vòng 2 năm.

### 4. Tiên lượng xa:

Một số viêm cầu thận cấp hồi phục hoàn toàn nhưng sau từ 15-30 năm lại xuất hiện suy thận mạn giai đoạn cuối và mở đầu bằng cơn tăng huyết áp kịch phát với biểu hiện đau đầu dữ dội, choáng váng, tai ù, nẩy đom đóm, buồn nôn và nôn.

Sau một vài tháng xuất hiện suy thận giai đoạn mất bù, đòi hỏi phải chạy thận nhân tạo.

## CÁC THỂ BỆNH

### 1. Thể tiềm tàng:

Triệu chứng duy nhất là protein niệu và hồng cầu niệu. Hầu như không có triệu chứng lâm sàng, không phù, không tiểu máu, không tăng huyết áp. Bệnh chỉ tình cờ phát hiện được khi kiểm tra sức khỏe.

Thể tiềm tàng rất dễ bỏ qua và có thể là cội nguồn của những suy thận giai đoạn cuối ở lứa tuổi 20-30 mà trong tiền sử không có bệnh cảnh lâm sàng của viêm cầu thận.

### 2. Thể tiểu ra máu:

Tiểu ra máu đại thể chiếm ưu thế, mỗi ngày tiểu ra máu đại thể 1- 2 lần và có thể kéo dài trong 7-10 ngày.

Phù nhẹ hoặc không phù, không tăng huyết áp hoặc chỉ tăng giao động không liên tục, protein niệu không nhiều.

### 3. Thể tăng huyết áp:

Tăng huyết áp là triệu chứng chủ yếu, tăng hằng định kéo dài gây tình trạng đau đầu ở hai bên thái dương và vùng chẩm; huyết áp khoảng 160/90 mmHg. Những trường hợp tăng huyết áp có tính chất nhất thời ở người trẻ phải nghĩ đến viêm cầu thận cấp tính và cần phải xét nghiệm nước tiểu để tìm protein niệu và hồng cầu niệu vi thể.

### 4. Thể suy thận cấp tính:

Biểu hiện bằng tiểu ra ít, số lượng nước tiểu 200-500 ml/ngày, kéo dài 6 -7 ngày kèm theo tăng urê máu, tăng creatinin máu (urê máu 20 mmol/l, creatinin 250- 500 mmol/l). Nhìn chung thể này khi điều trị dễ hồi phục; hiếm gặp suy thận cấp trầm trọng.

## CHẨN ĐOÁN

### 1. Chẩn đoán:

Dựa vào tiêu chuẩn sau:

- Phù.
- Tiểu ra máu đại thể hoặc vi thể.
- Protein niệu (++)
- Tăng huyết áp.
- Xuất hiện sau nhiễm liên cầu khuẩn vùng họng hoặc ngoài da, ASO(+); xảy ra ở trẻ em .

Tiêu chuẩn bắt buộc là protein niệu và hồng cầu niệu, kết hợp với dấu hiệu nhiễm liên cầu khuẩn.

### 2. Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm cầu thận do IgA: bệnh Berger do Berger mô tả 1968; biểu hiện lâm sàng là viêm cầu thận mạn tính, tiểu ra máu đại thể có tính chất chu kỳ.
- Đợt bộc phát của viêm cầu thận mạn tính tiên phát. Bệnh thường gặp ở người lớn tuổi, không tự hồi phục trong vòng 6 tháng.

## ĐIỀU TRỊ

### 1. Chế độ nghỉ ngơi:

Người bệnh cần được nghỉ ngơi tại phòng trong thời gian bệnh tiến triển cho đến lúc protein niệu âm tính.

Không làm việc nặng, tránh nhiễm lạnh và tránh bị nhiễm khuẩn thêm (bệnh tái phát với bất kỳ một nhiễm khuẩn nào kể cả nhiễm virus) và không nên tiếp xúc với người nhiễm khuẩn cấp tính có tính lây truyền.

Nhiễm khuẩn, nhiễm lạnh, lao động nặng là những yếu tố nguy cơ gây tái phát.

### **2. Kháng sinh:**

Kháng sinh chống liên cầu khuẩn nhằm mục đích loại nguồn cung cấp kháng nguyên cho sự hình thành phức hợp miễn dịch.

Kháng sinh thường dùng là: Penicillin 2.000.000 đv/ngày, tiêm bắp thịt làm 2 lần. Nếu có phản ứng với Penicillin thì có thể dùng Rovamycin hoặc Erythromycin.

### **3. Điều trị phù:**

Phù nhẹ và thường đáp ứng tốt với lợi tiểu Furosemid với liều 40 mg x 2-3 viên/ngày. Nếu đáp ứng kém hoặc kèm theo tăng huyết áp kịch phát thì dùng đường tiêm.

### **4. Điều trị tăng huyết áp:**

Chỉ cần dùng lợi tiểu Furosemid, khi người bệnh đa niệu thì có thể tự điều chỉnh huyết áp trở về bình thường 110/70 - 120/80 mmHg. Nếu huyết áp vẫn tăng, có thể cho kết hợp với các thuốc ức chế beta hoặc ức chế canxi. Có thể lựa chọn một trong các thuốc sau: Tenormin, Nifedipin, Amlordipin ... Đối với trẻ em, nên dùng 1/2 liều trên hoặc điều chỉnh theo cân nặng.

### **5. Điều trị suy thận cấp:**

- Lasix 20mg x 1-2 ống, tiêm tĩnh mạch, tăng liều dần cho đến lúc đáp ứng, duy trì nước tiểu trên 1000 ml.
- Truyền dung dịch glucose 30% x 300-500 ml + 15 đơn vị insulin nhanh, truyền tĩnh mạch 40 giọt/phút.
- Dung dịch Nabica 1,25% x 250 ml, truyền tĩnh mạch 40 giọt/phút.

Trong điều trị suy thận cấp, cần phải cân bằng lượng nước ra vào để tránh ngộ độc nước. Nếu người bệnh không đi lỏng, không nôn thì lượng dịch cần truyền bằng lượng nước tiểu + 500-700 ml.

### **6. Điều trị dự phòng:**

Giải quyết các ổ nhiễm khuẩn mạn tính, đặc biệt là những nhiễm khuẩn mạn tính ở vùng họng; cắt Amygdal hốc mủ, điều trị viêm tai giữa..., giải quyết tình trạng chốc đầu, những nốt nhiễm khuẩn sừng tấy làm mủ ngoài da.

Dùng kháng sinh: penicillin chậm 1,2 triệu đv/ngày. Mỗi tháng tiêm bắp thịt một lần, tiêm trong vòng 6 tháng.

Không lao động quá mức, tránh nhiễm khuẩn, nhiễm lạnh; đặc biệt là trong 6 tháng đầu.

**TỰ LƯỢNG GIÁ**

1. Cơ chế gây viêm cầu thận cấp:
  - A. Nhiễm trùng
  - B. Dị ứng
  - C. Miễn dịch
  - D. Sỏi gây tắc nghẽn
2. Đây là những đặc điểm của viêm cầu thận cấp, NGOẠI TRỪ:
  - A. Phù
  - B. Lipid niệu
  - C. Tăng huyết áp
  - D. Tiểu máu
3. Biểu hiện lâm sàng đầu tiên của viêm cầu thận cấp:
  - A. Tăng huyết áp
  - B. Tiểu máu
  - C. Phù
  - D. Thiếu niệu
4. Đặc điểm của tiểu máu trong viêm cầu thận cấp:
  - A. Toàn dòng
  - B. Giữa dòng
  - C. Đầu dòng
  - D. Cuối dòng
5. Suy tim trong viêm cầu thận cấp thường do:
  - A. Tăng huyết áp
  - B. Tiểu máu
  - C. Tiểu ít
  - D. Khó thở
6. Trụ hồng cầu là biểu hiện tổn thương ở:
  - A. Đai thận
  - B. Nhú thận
  - C. Nhu mô thận
  - D. Bể thận
7. Biểu hiện của viêm cầu thận cấp thể tiềm tàng:
  - A. Đạm niệu
  - B. Tăng huyết áp
  - C. Tiểu máu vi thể
  - D. Phù
8. Đây là những thể bệnh của viêm cầu thận cấp, NGOẠI TRỪ:
  - A. Suy thận mạn
  - B. Tăng huyết áp
  - C. Tiểu máu
  - D. Suy thận cấp
9. Thuốc không thể thiếu trong điều trị viêm cầu thận cấp:
  - A. Penicillin
  - B. Adalat
  - C. Furosemid
  - D. Digoxin
10. Đây là những đặc điểm của tăng huyết áp trong viêm cầu thận cấp, NGOẠI TRỪ:
  - A. Tăng hằng định
  - B. Thường > 160/90mmHg
  - C. Đau đầu vùng trán
  - D. Tăng kéo dài

## CÁCH KHÁM NGƯỜI BỆNH TIÊU HOÁ

BS.CKI. Nguyễn Văn Thịnh

### MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày cách khám người bệnh tiêu hoá.
2. Mô tả cách nhận định các dấu hiệu lâm sàng bệnh lý đường tiêu hoá.
3. Trình bày cách phân biệt các dấu hiệu bệnh lý đường tiêu hoá.

### TRIỆU CHỨNG CHỨC NĂNG

Triệu chứng chức năng đóng một vai trò quan trọng trong các bệnh về tiêu hoá, nhiều khi dựa vào các dấu hiệu chức năng qua quá trình hỏi bệnh có thể gợi ý cho ta chẩn đoán trong một số trường hợp điển hình.

Mặt khác những dấu hiệu về chức năng hoàn toàn chỉ vào lời khai của người bệnh, nó phụ thuộc vào nhiều yếu tố chủ quan và cá tính của mỗi người bệnh khiến cho không thể chỉ hoàn toàn dựa vào đó để chẩn đoán mà phải kết hợp với các phương pháp khác.

#### 1. Đau:

Đau là triệu chứng thường hay gặp nhất trong các bệnh về tiêu hoá, góp phần khá quan trọng đối với quá trình chẩn đoán bệnh. Đau thường là triệu chứng làm cho người bệnh đi khám bệnh và là triệu chứng đầu tiên khiến người thầy thuốc hướng đến một bệnh nào đó.

Do đó khi khai thác dấu hiệu đau cần phải hỏi chi tiết và tỉ mỉ và có hệ thống.

#### 2. Nôn:

Nôn là hiện tượng những chất chứa trong dạ dày bị tống qua đường miệng ra ngoài, nôn thường kèm theo các triệu chứng biểu hiện buồn nôn, lợm giọng.

Nôn hay gặp ở các bệnh về tiêu hoá, nhất là dạ dày và cũng có thể là sẽ gặp ở những bệnh thuộc các bộ phận khác hoặc toàn thân như ngộ độc, màng não bị kích thích, tăng áp lực sọ não, thai nghén.

Tùy theo chất nôn và tính chất nôn, ta phân biệt nôn ra máu, nôn ra thức ăn, nôn vọt, nôn khan...

#### 3. Ợ:

Ợ là hiện tượng ứa lên miệng nước và hơi trong dạ dày và thực quản do dạ dày, tâm vị và thực quản co thắt không đồng thời, kèm theo sự co thắt của cơ hoành và các cơ thành bụng. Ta phân biệt ợ hơi và ợ nước tùy theo chất được ợ ra.

Ợ hơi thường là hơi ở dạ dày đưa lên, có thể do nuốt nhiều không khí trong quá trình ăn uống, có thể thức ăn sinh nhiều hơi, rối loạn chức năng của dạ dày, thực quản hoặc bệnh của bộ máy tiêu hoá gây nên.

Ợ nước: tùy theo chất nước ta phân biệt:

- Ợ nước trong: nước bọt và dịch thực quản trộn lẫn, ợ do tâm vị co thắt.
- Ợ nước chua: do dịch vị từ dạ dày trào lên, gây cảm giác nóng bỏng.
- Ợ nước đắng: thường do nước mật từ tá tràng qua dạ dày trào lên.
- Ợ thức ăn: từ dạ dày lên.

#### **4. Rối loạn về nuốt:**

Những rối loạn về nuốt thường biểu hiện những bệnh của họng và thực quản:

- Nuốt đau: đau ở phần cao gặp trong viêm họng, áp xe thành sau họng, những tổn thương ở thực quản có thể gây cảm giác nuốt đau, nhẹ thì có cảm giác vướng ở cổ, nặng có cảm giác đau rát, nặng hơn nữa thấy đau ran ở ngực phải lấy tay chặn ngực.
- Nuốt khó: tùy mức độ, bắt đầu là nuốt khó chất nhão, cuối cùng nuốt khó cả chất lỏng.

Tất cả những nguyên nhân làm hẹp thực quản đều gây khó nuốt: ung thư, sẹo bỏng thực quản, hẹp tâm vị, khối u trung thất đè vào thực quản.

- Trớ: thức ăn đến chỗ hẹp không xuống được gây cảm giác khó nuốt, đồng thời đi ngược trở lại lên miệng gọi là trớ. Trớ có thể xảy ra ngay khi ăn hoặc ít lâu sau khi ăn. Đối với giãn thực quản hoặc túi phình thực quản, thức ăn đọng lâu trong đó mới trớ ra, nên xuất hiện muộn sau khi ăn và có thể có mùi thối. Những thức ăn trớ từ thực quản lên khác với những thức ăn từ dạ dày nôn ra là không có acid clohydric và pepsin.
- Nghẹn đặc, sặc lỏng: liệt màn hầu và lưỡi gà do đó thức ăn có thể đi làm đường lên mũi và vào đường hô hấp gây khó thở.

#### **5. Những rối loạn về sự ngon miệng:**

- Không muốn ăn: có thể do các bệnh về tiêu hoá nhất là bệnh về gan, nhưng phần lớn là biểu hiện của các bệnh toàn thân. Ngoài ra còn chịu ảnh hưởng của yếu tố tinh thần.
- Đầy, khó tiêu: cảm giác đầy bụng, đầy hơi, khó tiêu, nặng bụng, gặp trong các bệnh tiêu hoá và bệnh toàn thân.

#### **6. Những rối loạn về đại tiện:**

Những rối loạn này phụ thuộc vào nhiều yếu tố, bao gồm:



- Tiêu chảy.
- Táo bón và kiết lỵ.
- Ía máu tươi và phân đen.

## **KHÁM PHẦN TIÊU HOÁ TRÊN VÀ DƯỚI**

### **1. Khám môi:**

Bình thường môi màu hồng cân xứng với các bộ phận khác.

Một số biểu hiện bất thường:

- Màu sắc: môi tím trong suy tim, suy hô hấp (hen, giãn phế nang...). Môi nhợt trong bệnh thiếu máu.
- Khối lượng: môi to ra trong bệnh to các viển cực: nổi u cực cứng hoặc sùi trong các bệnh u lành hoặc ác tính.
- Những tổn thương khác do mụn phỏng nhỏ mọng nước ở hai mép: chốc mép: nứt kẽ mép giống hình chân ngỗng: giang mai bẩm sinh. Môi trên tách đôi bẩm sinh.

### **2. Khám hố miệng:**

Bảo người bệnh há miệng, dùng đèn pin hoặc đèn chiếu sáng để khám. Nếu không, bảo người bệnh quay ra phía sáng, ta dùng đèn lưới để khám thành bên, hai bên và nền miệng. Chú ý lỗ ống Stenon (ở mặt trong má cạnh răng hàm trên số 6 – 7). Bình thường: niêm mạc hố màu hồng, nhẵn hơi ướt.

Trường hợp bệnh lý, ta có thể thấy:

- Màu sắc: có mảng đen trong bệnh Addison: có những chấm xuất huyết, bệnh chảy máu.
- Những vết loét, ổ loét: trong các bệnh nhiễm khuẩn, bạch cầu cấp: cam tẩu mã: vết loét phát triển rất nhanh, màu đen và rất thối, loét do thiếu Vitamin A, C hay PP.
- Những mụn mọng nước: do các bệnh nhiễm khuẩn toàn thân.
- Những khối u: u nang của tuyến nước bọt: những dị dạng bẩm sinh: vòm miệng tách đôi.
- Hạt Koplik: màu đỏ ở giữa hơi xanh hoặc trắng, to bằng đầu ghim, ở mặt trong má, gặp trong bệnh sởi.
- Lỗ ống Stenon đỏ và sưng trong bệnh quai bị.

### **3. Khám lưỡi:**

Xem lưỡi về các phương diện màu sắc, niêm mạc, gai lưỡi và hình thể. Bình thường lưỡi màu hồng, hơi ướt, các gai lưỡi rõ.

Trường hợp bệnh lý ta có thể thấy:

### 3.1. Màu sắc và tình trạng niêm mạc:

- Trắng bẩn hoặc đỏ và khô trong những bệnh nhiễm khuẩn.
- Đen trong các bệnh Addison thiếu Vitamin PP, urê máu cao.
- Vàng (nhất là mặt dưới lưỡi) trong những bệnh gây vàng da.
- Nhợt nhạt, mất gai trong thiếu máu.
- Bóng đỏ, mất gai và đau trong thiếu máu hồng cầu to Biermer (viêm lưỡi kiểu Hunter).
- Loét và nứt kẽ lưỡi: đặc biệt loét ở phanh dưới lưỡi, gặp trong ho gà.
- Những mảng trắng dày và cứng: tình trạng tiền ung thư của lưỡi.

### 3.2. Kích thước:

- To đều trong bệnh to các viển cực, bệnh suy giáp trạng.
- Teo một bên lưỡi do liệt dây thần kinh dưới lưỡi.
- Các khối u bất thường của lưỡi (lành tính và ác tính).

## 4. Khám lợi và răng:

### 4.1. Lợi:

Bình thường lợi màu hồng, bông ướm, và bám vào chân răng, giống như niêm mạc ở miệng. Các dấu hiệu bất thường:

- Có mảng đen trong bệnh Addison.
- Loét trong nhiễm độc mạn tính chì, thủy ngân, thiếu Vitamin C, A, PP loét có thể chảy máu trong thiếu Vitamin C.
- Chảy mủ chân răng: dùng đũa lưỡi ấn vào chân răng, mủ sẽ chảy ra mủ chân răng có thể đọng thành những túi nằm sâu giữa lợi và răng.
- Lợi sưng to: do viêm có mủ: khối u của lợi, răng hoặc xương hàm.

### 4.2. Răng:

Khi khám chú ý về số lượng, hình thái và tổn thương của răng. Bình thường số lượng của răng phụ thuộc vào tuổi:

- 6 tháng mọc từ hai đến bốn răng.
- Từ 2 đến 5 tuổi có 20 răng sữa.
- Từ 11 tuổi thay toàn bộ răng sữa.
- Từ 12 đến 18 tuổi có 28 răng.
- Từ 18 tuổi trở lên có 32 răng.

Về hình thái răng mọc đều đặn: men trắng bóng và không đau khi nhai và khi gõ. Trong các bệnh về răng có nhiều liên quan đến bệnh của bộ máy tiêu hoá và toàn thân.

- Răng mọc chậm, không đủ số lượng, trong bệnh còi xương.
- Răng rụng nhiều và dễ dàng, trong bệnh đái tháo đường.
- Sâu răng: răng có vết đen và đau...
- Răng Hutchinson trong giang mai bẩm sinh: hai răng cửa trên chệch hướng, bờ lõm hình bán nguyệt, bờ dưới hẹp (hình đánh vít).

### **5. Khám họng:**

Họng là ngã ba đường giữa hô hấp và tiêu hoá, thông với tai qua vòi Eustache. Khi họng có tổn thương bệnh lý có thể ảnh hưởng đến nuốt thở và nghe.

Khi khám họng bảo người bệnh há miệng, chiếu sáng họng bằng đèn pin hay đèn chiếu, dùng đèn lưỡi nhẹ nhàng ấn lưỡi xuống, ta quan sát hình thái niêm mạc của họng.

Phần trên là lưỡi gà và màn hầu. Hai bên là tuyến hạnh nhân nằm giữa hai cột trước và sau. Phía sau là thành sau họng. Lưỡi gà và màn hầu sẽ kéo lên bịt phần sau của mũi khi ta nuốt. Tuyến hạnh nhân bình thường nhỏ nhắn nằm nắp sủa các cột. Nói chung niêm mạc của hầu cũng đỏ hồng, ướt và nhẵn.

Các biểu hiện bất thường:

- Màn hầu bị liệt một hay hai bên, khi nuốt không kéo lên được và gây sặc lên mũi ( dấu hiệu vén màn).
- Lưỡi gà bị tách đôi trong dị dạng bẩm sinh.
- Tuyến hạnh nhân sưng to, có dạng hốc, có mũ, giả mạc khi bị viêm cấp và mạn tính.
- Thành sau của họng có thể loét, có mũ, khối u, giả mạc.

Muốn quan sát phần trên của vòm họng và tổ của vòi Eustache, cần phải dùng gương và đèn chiếu, ta có thể thấy sùi vòm họng (VA) ở phần trên của vòm họng và những tổn thương của lỗ vòi Eustache.

### **6. Khám thực quản:**

Thực quản là nội tạng nằm ở trong sâu không thể khám lâm sàng trực tiếp được. Cho nên ngoài việc hỏi những dấu hiệu chức năng như nuốt đau, nuốt khó, trớ... có tính chất gợi ý, cần phải sử dụng các phương pháp cận lâm sàng như: soi thực quản và chụp thực quản có thuốc cản quang để chẩn đoán những bệnh về thực quản.

## 7. Khám hậu môn và trực tràng:

Những tổn thương ở hậu môn và trực tràng thường thấy những dấu hiệu chức năng như đau rát ở hậu môn khi đại tiện, đại tiện khó, mót rặn, đại tiện ra máu ra mủ.

### 7.1. Khám hậu môn:

Tư thế người bệnh nằm phủ phục, hai chân quỳ hơi dạng, mông cao đầu thấp, vai thấp, mặc quần thụng dẹt, hay tụt quần qua đùi. Thầy thuốc đứng đối diện quan sát, dùng tay banh các nếp nhăn của hậu môn và bảo người bệnh rặn để giãn cơ vòng, quan sát phần niêm mạc bên trong.

Bình thường phần da của hậu môn nhẵn, các vết nhăn mềm và đều đặn, niêm mạc bên trong hồng và ướt. Khi bệnh lý ta có thể thấy:

- Giữa các nếp nhăn có lỗ rò: lỗ rò thường rất nhỏ, phải quan sát kỹ mới thấy, nếu nặng có thể chảy ra mủ. Hoặc có thể thấy các vết xước giữa các nếp nhăn, có khi thấy giun kim.
- Trĩ ngoại: ta thấy tĩnh mạch nổi to và ngoằn ngoèo có khi thành từng búi chảy máu và sưng đau.
- Sa trực tràng: khi một đoạn trực tràng tuột qua hậu môn ra ngoài. Vì cọ xát nên đoạn trực tràng này thường khô và xây sát. Có khi bình thường không thấy nhưng khi rặn mạnh mới lòi ra.

### 7.2. Khám trực tràng:

Là một động tác cần thiết và bắt buộc trong quá trình thăm khám tiêu hoá, vì có thể phát hiện những tổn thương quan trọng như ung thư trực tràng, trĩ hoặc tình trạng cấp cứu như viêm màng bụng chứa ngoài dạ con bị vỡ... mà nếu bỏ qua có thể gây nguy hiểm đến tính mạng người bệnh.

#### 7.2.1. Tư thế người bệnh:

- Nằm phủ phục như khám hậu môn.
- Nằm giữa hai chân co và dạng rộng (tư thế sản khoa) thầy thuốc đứng bên phải người bệnh.
- Nằm nghiêng chân dưới duỗi, chân trên co.

Thầy thuốc dùng ngón tay trỏ có bao cao su thấm sàu nhờn (dầu Parafin) cho trơn, đưa nhẹ nhàng và từ từ vào hậu môn người bệnh, thăm sự chứa đựng bên trong trực tràng, tình trạng niêm mạc và thành trước, sau và hai bên trực tràng.

#### 7.2.2. Bình thường:

- Trực tràng rộng, không đau khi ấn vào các túi cùng màng bụng (túi cùng Douglas), niêm mạc mềm mại trơn, khi rút tay ra không có máu và mủ theo ra.

- Nam giới ở phía trước, ta sờ thấy tuyến tiền liệt nhỏ, bằng hạt đào, ở giữa có một rãnh dọc nông, mật độ hơi chắc và không đau, ở phía trên là túi cùng hai bên là túi tinh và niệu quản dưới, nhưng không sờ thấy.
- Nữ giới, qua thăm trực tràng phối hợp với tay đè ấn phía bụng ta có thể thấy một phần tử cung.

### 7.2.3. Bệnh lý:

- Những cục phân cứng lớn nhón có thể đẩy lên hoặc móc ra theo tay.
- Trĩ nội: thấy từng búi căng phòng và ngoằn ngoèo ở dưới niêm mạc khi rút tay ra có thể chảy máu.
- Tuyến tiền liệt to hơn bình thường và cứng: u lành hay ác tính.
- Thành của trực tràng có thể thấy những khối u to nhỏ, hoặc những mảng cứng và rất dễ chảy máu khi khám: thường là ung thư trực tràng.

Ngoài ra có thể sờ thấy những khối u hoặc hạch nằm ở gần trực tràng, vùng đáy chậu. Đặc biệt khi thăm trực tràng ta thấy túi cùng Douglas căng phòng và rất đau trong viêm màng bụng mủ, chảy máu ổ bụng do thai ngoài dạ con bị vỡ. Những động tác khám hậu môn và trực tràng trên đây bắt buộc người bệnh phải bỏ quần, thầy thuốc cần có thái độ tôn trọng người bệnh, khám nhẹ nhàng, kín đáo, tránh thô bạo sờ sàng, nhất là đối với phụ nữ.

## **KHÁM BỤNG**

Trong ổ bụng có rất nhiều nội tạng thuộc các bộ máy khác nhau, muốn thăm khám cần phải biết các vị trí của các phần đó ở trong ổ bụng, và nhất là hình chiếu của chúng lên thành bụng, do đó cần phải nắm được sự phân khu của vùng bụng.

### **1. Phân khu vùng bụng:**

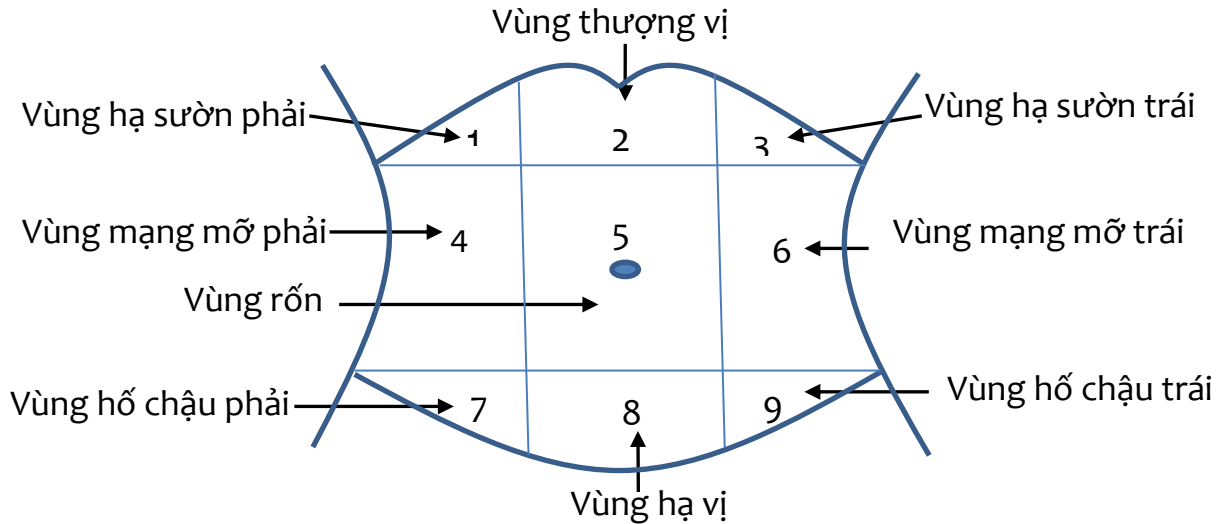
Giới hạn của ổ bụng: phía trên là cơ hoành, phía dưới là hai cánh chậu, phía sau là cột sống và cơ lưng, hai bên là cơ và cân thành bụng. Kẻ đường trên qua bờ dưới sườn (điểm thấp nhất), đường dưới qua hai gai chậu trước trên. Kẻ hai đường thẳng đứng qua giữa cung đùi phải và trái. Kết quả chia bụng làm ba tầng, 9 vùng, mỗi tầng có 3 vùng.

- Tầng trên: ở giữa là vùng thượng vị (1); hai bên là vùng hạ sườn phải và hạ sườn trái (3).
- Tầng giữa: Ở giữa là vùng rốn (4); hai bên là vùng mạng mỡ phải (5) và trái (6).
- Tầng dưới: Ở giữa là vùng hạ vị (7); hai bên là vùng hố chậu phải (8) và trái (9).

### **2. Cách khám bụng:**

#### 2.1. Nguyên tắc:

- Phải khám thật nhẹ nhàng từ nông tới sâu, chỗ lành trước chỗ đau sau.
- Phải đặt sát cả hai bàn tay vào thành bụng, không nên chỉ dùng năm đầu ngón tay.
- Phải khám nơi đủ ánh sáng, trời lạnh phải khám trong buồng ấm. Xoa tay trước khi khám, giải thích cho người bệnh yên tâm.



**Hình 22.1. Phân khu vùng bụng**

2.2. Tư thế của người bệnh và thầy thuốc:

- Người bệnh nằm ngửa, hai tay duỗi thẳng chân hơi co, miệng há thở đều và sâu để thành bụng mềm, vén áo lên ngực, nới bớt rút quần.
- Thầy thuốc ngồi bên phải người bệnh phía dưới.

2.3. Nhìn:

Bình thường bụng thon tròn đều, thành bụng ngang với xương ức, cử động nhịp nhàng theo nhịp thở, rốn lõm. Người béo hay phụ nữ đẻ nhiều bụng bè ra, ở người phụ nữ đã đẻ trên da bụng có vết rạn da.

Trường hợp bệnh lý:

2.3.1. Những thay đổi về hình thái:

- Bụng lõm hình lòng thuyền do suy mòn, lao màng bụng.
- Bụng căng phình: do có hơi: ruột, dạ dày, chướng hơi; Do có khối u: u thận, u buồng trứng, u gan, lách to hay do có nước: khi nằm bụng bè ra, lúc đứng bụng sệ xuống.
- Rốn lõm: do thoát vị nước hay trong bụng có nước.
- Thoát vị đường trắng làm cho ruột ở trong thoát ra ngoài cơ thẳng to quá đường trắng dưới lớp da bụng.

### 2.3.2. Những thay đổi về cử động của thành bụng:

Thành bụng co cứng không cử động theo nhịp thở, các cơ nổi rõ gập trong co cứng thành bụng do viêm phúc mạc, thủng dạ dày. Những triệu chứng bất thường ở bụng:

- Những sẹo mổ, sẹo vết thương cũ ở bụng có giá trị gợi ý chẩn đoán rất tốt; vết mổ đường mật, mổ dạ dày, mổ ruột thừa, mổ tử cung...
- Những nhu động kiểu rắn bò:
  - Ở vùng thượng vị do tắc môn vị dạ dày.
  - Ở vùng rốn do tắc ruột non.
  - Theo dọc khung đại tràng do tắc đoạn cuối đại tràng.
- Những tĩnh mạch nổi rõ gọi là tuần hoàn bàng hệ gập trong tăng áp lực tĩnh mạch cửa, tắc tĩnh mạch cửa hoặc tĩnh mạch chủ (xem thêm phần cổ chướng).

### 2.4. Sờ nắn:

Cần giải thích trước để người bệnh yên tâm, không sợ đau, không sợ buồn, chú ý đến động tác khám của thầy thuốc (có thể vừa khám vừa hỏi để đánh lạc sự chú ý của người bệnh).

#### 2.4.1. Các phương pháp sờ nắn:

- Tìm điểm đau: dùng một hay hai ngón tay ấn vào bụng để tìm vị trí chính xác của điểm đau và vùng đau.
- Dùng hai bàn tay áp sát vào thành bụng day day theo một vùng tròn ngược chiều kim đồng hồ. Sờ theo nhịp thở người bệnh. Nếu thành bụng dày, cứng dùng hai bàn tay chồng lên nhau để khám.
- Dùng hai bàn tay móc vào vùng hạ sườn phải hoặc trái người bệnh, thường dùng để khám bờ dưới gan và lách.
- Đẩy lắc: một bàn tay luồn xuống dưới mạng mỡ hất lên, bàn tay trên bụng ấn xuống đón lấy thường dùng để khám gan và thận. Chạm bàn tay luồn dưới hố thắt lưng, một bàn tay ở trên ấn xuống để khối u chạm vào tay dưới dùng để phát hiện thận to.
- Tìm dấu hiệu sóng vỗ và dấu hiệu cục đá (xem thêm phần cổ chướng”).

Bình thường khi khám ta thấy thành bụng mềm mại, không đau, hông sờ thấy lách thận, bờ dưới gan (trừ một phần của thùy trái dưới mũi ức) không sờ thấy u hoặc cục bất thường ở bụng, ấn vào các điểm đặc biệt không đau.

#### 2.4.2. Những thay đổi ở thành bụng:

- Thành bụng phù nề: khám thầy dày và ấn vào có vết lõm.
- Thành bụng căng: có nước hoặc có hơi.

- Thành bụng lõm, chỗ rắn chỗ mềm: viêm dính màng bụng nhiều chỗ do lao...
- Thành bụng co cứng và có phản ứng: khi ấn vào thì thành bụng co lại, đồng thời người bệnh kêu đau, gạt tay ta ra không cho khám. Gặp trong viêm màng bụng do bất cứ nguyên nhân gì (thủng dạ dày, thủng ruột thừa).

#### 2.4.3. Những điểm đau cần chú ý khi khám:

- Điểm đau túi mật: chỗ bờ ngoài cơ thẳng to phải gặp bờ sườn bên phải. Đau khi viêm túi mật. Đối với điểm túi mật ta còn thực hiện nghiệm pháp Murphy: Ấn nhẹ ngón tay vào điểm túi mật rồi bảo người bệnh hít vào sâu, nếu đau người bệnh sẽ dừng thở lại đột ngột: nghiệm pháp dương tính gặp trong túi mật.
- Điểm đau Mac Burney: điểm chia 1/3 ngoài và 2/3 trong của đường giữa rốn và gai chậu trước trên bên phải. Đau khi viêm ruột thừa.
- Điểm cạnh mũi ức bên phải đau trong bệnh giun chui ống mật.
- Vùng đau đại tràng hợp thành một đường dọc theo đại tràng gặp trong viêm đại tràng.
- Vùng đầu tụy và ống dẫn mật chủ: ở trong góc một cạnh là đường giữa bụng, một cạnh là đường phân giác của góc đường giữa và đường ngang rốn bên phải. Vùng này đau trong viêm tụy, sỏi mật.
- Điểm sườn lưng: góc giữa xương sườn thứ 12 và khối cơ chùng thắt lưng. Đau trong viêm tụy cấp, viêm quanh thận.
- Các điểm niệu quản: xem phần tiết niệu.

#### 2.4.4. Các đặc điểm cần mô tả đối với khối u:

Phát hiện một khối u ổ bụng trong khi thăm khám ta có thể sờ thấy khối u ở vùng bụng, muốn biết khối u đó thuộc bộ phận nào? Tổn thương ra sao? Cần biết hình chiếu của nó lên thành bụng và tìm lần lượt những đặc tính sau đây:

- Vị trí: vùng trên rốn, hạ sườn, hố chậu, dưới rốn...
- Hình thể và kích thước.
- Bờ tròn đều hay nham nhở: khối u ác tính bờ thường gồ ghề nham nhở.
- Mặt nhẵn hay gồ ghề: mặt lõm cũng thường biểu hiện tính chất ác tính của khối u.
- Mật độ cứng nhắc hay mềm: lách to thường có mật độ chắc, ung thư gan thường rắn, gan ứ máu thường mềm.
- Đau hay không? Đau thường biểu hiện viêm nhiễm.
- Di động hoặc cố định: những khối u của lách, gan có thể di động theo nhịp thở.



- Ở nông hay sâu: khối u của gan, mạc treo thường nông, khối u thận thường ở sâu...
- Có đập theo nhịp tim không? Khối u mạch máu đập theo nhịp tim.  
Đồng thời kết hợp gõ để xác định độ đục, trong.

### 3.5. Gõ:

Gõ bụng phối hợp với sờ nắn mang lại nhiều giá trị chẩn đoán.

Bình thường gõ bụng ta xác định được:

- Vùng đục của gan (xem bài khám gan).
- Vùng vang trống của túi hơi dạ dày (khoảng traube): hình bán nguyệt ở phần dưới lồng ngực ngay trên bờ sườn trái.
- Vùng đục của lách (xem bài khám lách).

Trường hợp bệnh lý có thể gặp những dấu hiệu sau:

- Gõ vang toàn bộ: bụng chướng hơi.
- Gõ trong vùng trước gan: thủng dạ dày, thủng ruột. Trong ở đây do hơi tách gan khỏi thành bụng.
- Gõ đục toàn bộ hay đục ở vùng thấp: bụng có nước.
- Gõ đục một phần: khối u có nước cục bộ.

### 3.6. Nghe:

Ít giá trị nên chỉ sử dụng trong một số trường hợp đặc biệt.

- Trong tắc môn vị ứ nước dạ dày: lắc người bệnh vào lúc sáng sớm lúc đói nghe thấy tiếng óc ách của dạ dày.
- Tắc ruột có ứ hơi nước: sờ nắn ta có thể thấy tiếng hơi chuyển ùng ục trong bụng.
- Dùng ống nghe dọc theo đường đi của động mạch, tĩnh mạch trong bụng: nghe thấy tiếng thổi trong trường hợp hẹp hoặc viêm tắc động mạch chủ, động mạch thận... (nghe cả phía trước và phía sau).

## **KHÁM CÁC PHẦN KHÁC CỦA BỘ MÁY TIÊU HOÁ**

### **1. Khám phân:**

Là động tác cần thiết không thể thiếu trong quá trình thăm khám tiêu hoá. Bình thường phân nâu vàng dẻo, đóng thành khuôn, khối lượng chừng 200 – 300g mỗi ngày.

Khi bệnh lý có thể gặp những bất thường sau:

- Về số lượng lần đại tiện: tiêu chảy, táo bón.

- Về khối lượng: trong kết lị lượng phân rất ít.
- Về độ rắn, mềm, lỏng.
- Về chất phân:
  - Phân có màu vàng mỡ: suy gan, tắc mật.
  - Phân bóng, quánh, vàng mỡ: suy tụy.
  - Phân sống, lỏng nhờn: thiếu dịch vị.
  - Phân lẫn máu và mủ: hội chứng kết lị.
- Về mùi: phân có mùi khắm hoặc chua do rối loạn quá trình lên men trong ruột.

Ngoài nhận xét lâm sàng ta còn cần xét nghiệm phân về phương diện vi mô, hoá học có thể giúp cho chẩn đoán các bệnh về tiêu hoá nhất là các bệnh của ruột, tụy tạng và gan mật.

**TỰ LƯỢNG GIÁ**

1. Lỗ stenon sưng đỏ gặp trong bệnh:
 

A. Sởi	C. Quai bị
B. Bạch hầu	D. Addison
2. Lưỡi bóng đỏ, mất gai gặp trong bệnh:
 

A. Thiếu vitamin PP	C. Suy gan
B. Thiếu máu	D. Ho gà
3. Hàm răng Hutchinson nghi đến bệnh:
 

A. Giang mai bẩm sinh	C. Đái tháo đường
B. Addison	D. Sởi
4. Đây là 3 tư thế thăm khám trực tràng, NGOẠI TRỪ:
 

A. Nằm chống hông	C. Nằm ngửa chân dang rộng
B. Nằm ngửa chân duỗi	D. Nằm nghiêng chân duỗi chân co
5. Cơ quan nào thuộc vùng mạng mỡ trái:
 

A. Ruột non	C. Đại tràng xuống
B. Đại tràng lên	D. Gan
6. Đây là những nguyên tắc khám bụng, NGOẠI TRỪ:
 

A. Khám từ nông đến sâu	C. Đặt sát cả hai bàn tay lên bụng Khám
từ nơi đau sang nơi lành	D. Phòng khám phải đủ ánh sáng
7. Bụng lõm lõng thuyên nghĩ nhiều đến:
 

A. Thoát vị	C. Lao màng bụng
B. U buồng trứng	D. U gan
8. Nhu động ruột kiểu rắn bò ở vùng thượng vị nghĩ nhiều đến:
 

A. Tắc môn vị	C. Tắc ruột non
B. Tắc đại tràng	D. Thoát vị
9. Thao tác đúng trong sờ nắn để tìm điểm đau:
 

A. Ấn bằng 1 hay 2 ngón tay	C. Dùng bàn tay áp sát thành bụng
B. Dùng 2 tay móc bờ dưới	D. Tay dưới hất lên, tay trên ấn xuống
10. Phân bóng, quánh, nghĩ đến:
 

A. Suy tụy	C. Tắc ruột
B. Thiếu dịch vị	D. Ly
11. Ấn đau điểm cạnh mũi ức, nghĩ đến:
 

A. Viêm túi mật	C. Giun chui ống mật
B. Viêm loét dạ dày	D. Viêm tụy
12. Gõ trong vùng trước gan, nghĩ đến:
 

A. Bụng chướng hơi	C. Thủng dạ dày
B. Tràn dịch màng bụng	D. Khối u ổ bụng
13. Nghe tiếng óc ách ở dạ dày, nghĩ đến:
 

A. Loét dạ dày	C. Loét tá tràng
B. Tắc ruột	D. Tắc môn vị

## MỘT SỐ HỘI CHỨNG TIÊU HÓA

BS.CKI. Nguyễn Văn Thịnh

### MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày cách khám một số hội chứng tiêu hóa
2. Mô tả cách nhận định một số hội chứng tiêu hóa.
3. Trình bày ý nghĩa và chẩn đoán phân biệt các hội chứng tiêu hóa.

### ĐAU BỤNG CẤP TÍNH VÀ MẠN TÍNH

Đau bụng là một trong những dấu hiệu chức năng hay gặp nhất trong các bệnh về tiêu hoá: nhiều khi chỉ dựa vào triệu chứng đau, người thầy thuốc có thể sơ bộ chẩn đoán hay hướng về một bệnh nào đó.

Tuy nhiên đau là một cảm giác chủ quan, phụ thuộc nhiều vào cá tính của từng người không phản ánh hoàn toàn tình trạng của bệnh, không thể chỉ dựa vào tình trạng đau nhiều hay ít để đánh giá mức độ bệnh nặng hay nhẹ.

Do đó triệu chứng đau chỉ có tính chất gợi ý đầu tiên khiến cho thầy thuốc dựa vào đó tiến hành hỏi bệnh và thăm khám chẩn đoán bệnh.

Đứng trước một người bệnh đau bụng ta phải tiến hành thăm khám lần lượt.

#### 1. Hỏi bệnh:

##### 1.1. Hỏi về đặc tính của đau:

- Vị trí đầu tiên của đau: nhiều khi có giá trị quan trọng trong chẩn đoán. Thường vị trí của đau tương ứng với các cơ quan bên dưới:
  - Vùng thượng vị: dạ dày, tá tràng, đại tràng ngang.
  - Vùng hạ sườn phải: gan, túi mật...
  - Vùng hố chậu phải: ruột thừa... (xem thêm phần phân khu bụng).
- Hoàn cảnh xuất hiện đau: đau do thủng dạ dày thường đột ngột: đau quặn gan, quặn thận xuất hiện sau khi vận động nhiều...
- Hướng lan: có thể lan ra sau lưng, lên ngực, lên vai, xuống dưới. Đau da dạ dày thường lan ra sau lưng và lên ngực: đau quặn gan lan lên ngực và lên vai: đau do niệu quản lan xuống bộ phận sinh dục và đùi...
- Tính chất của đau: ta có thể chia thành 5 loại tính chất đau khác nhau:
  - Cảm giác đầy bụng: là cảm giác đầy trướng, nặng bụng, ậm ạch, khó tiêu...

- Đau thực sự: tùy theo từng bệnh, tùy theo cảm giác của từng người bệnh, có thể đau như dao đâm (thủng dạ dày), đau xoắn vặn, đau nhói nhói, đau âm ỉ...
  - Đau quặn: là cảm giác đặc biệt khi đau từng cơn, ở một vị trí nhất định, trỗi lên rồi dịu dần cho đến cơn sau. Ở ruột, cơn đau dịu đi sau khi trung tiện hoặc đại tiện và đau là do một đoạn ruột bị trướng hơi đột ngột; hội chứng Koenig: bán tắc ruột. Ở ống tiết như ống mật, túi mật, niệu quản, cơn đau quặn là do sự co bóp quá mạnh gây nên tăng áp lực đột ngột và tạo thành cơn đau quặn gan và quặn thận.
  - Cảm giác rát bỏng: thường là cảm giác nóng bỏng, cồn cào ở dạ dày; cảm giác này gây nên do tình trạng quá cảm của niêm mạc dạ dày.
  - Hội chứng đau đám rối thái dương: đau dữ dội ở thượng vị, đột ngột rối loạn tiêu hoá, ảnh hưởng đến tình trạng toàn thân.
- Các yếu tố ảnh hưởng đến đau: vận động, thời tiết, ăn uống, thuốc ...

### 1.2. Hỏi về các biểu hiện kèm theo:

- Các biểu hiện liên quan đến bộ phận có bệnh: nôn mửa, rối loạn đại tiện, vàng da, vàng mắt, đái máu, đái đục, kinh nguyệt...
- Các biểu hiện toàn thân: sốt, ngất, trụy tim mạch...

### 1.3. Hỏi về tiền sử:

Các bệnh mắc từ trước, giang mai, kiết lỵ... đặc biệt chú ý tới tính chất tái phát nhiều lần của những cơn đau giống nhau: đau vùng thượng vị có chu kỳ thường do loét dạ dày hành tá tràng.

Đau vùng hạ sườn phải kèm theo sốt và vàng da tái phát nhiều lần, gặp trong sỏi mật...

## 2. Khám:

### 2.1. Khám toàn thân:

Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở... khám các bộ phận có hệ thống. Đặc biệt chú ý tới một số tình trạng toàn thân như:

- Tình trạng sốc: gặp trong một số bệnh có tính chất cấp cứu như thủng dạ dày, viêm tụy cấp chảy máu, chửa ngoài dạ con bị vỡ.
- Tình trạng trụy tim mạch: đối với nguyên nhân gây chảy máu trong.
- Vàng da, vàng mắt, trong những bệnh về gan mật.
- Tình trạng suy mòn trong những bệnh mạn tính (ung thư, lao...).
- Tình trạng nhiễm khuẩn: viêm màng bụng, áp xe gan...

## 2.2. Khám bụng:

Kết hợp nhìn, sờ, gõ nghe, và thăm trực tràng, âm đạo. Đặc biệt chú ý đến một số điểm đau như:

- Điểm ruột thừa: điểm Mac Burney.
- Điểm túi mật: làm nghiệm pháp Murphy.
- Điểm sườn lưng, điểm niệu quản...

Một số triệu chứng cấp cứu ở bụng như:

- Thành bụng không di động theo nhịp thở, cứng như gỗ, các cơ thành bụng nổi rõ, gõ vùng trước gan trong: thủng nội tạng rỗng (dạ dày, ruột).
- Dấu hiệu rắn bò: hẹp môn vị, tắc ruột hay lồng ruột...

## 2.3. Thăm trực tràng và âm đạo:

Là động tác rất cần thiết và quan trọng có thể phát hiện một số tình trạng cấp cứu như: chửa ngoài dạ con bị vỡ có túi cùng Douglas phồng, rất đau (tiếng kêu Douglas), (viêm màng bụng: các túi cùng rất đau).

## 2.4. Xem phân, các chất nôn và nước tiểu...

## 2.5. Xét nghiệm cận lâm sàng:

Sau khi hỏi bệnh và thăm khám, tùy theo nguyên nhân ta làm một số xét nghiệm khác nhau. Về điện quang có thể cho biết một số tình trạng cấp cứu như hình lưới liềm hơi trong thủng dạ dày, thủng ruột, hình mức nước và hơi trong tắc ruột...

Sau khi kết hợp cả ba mặt hỏi bệnh, thăm khám và xét nghiệm, ta có thể và phải phân biệt ba loại tình trạng đau bụng khác nhau để có thể có thái độ quyết định xử trí khác nhau.

## **3. Phân loại:**

### 3.1. Đau bụng có tính chất cấp cứu ngoại khoa:

Gồm những bệnh tiến triển rất nhanh chóng dẫn đến tử vong, cần phải chẩn đoán sớm và xử trí bằng phương pháp phẫu thuật kịp thời và nhanh chóng. Thí dụ: thủng dạ dày, viêm ruột, tắc ruột thừa...

### 3.2. Đau bụng cấp nội khoa:

Đó là những cơn đau bụng đột ngột hoặc cơn đau trội lên của một tình trạng đau bụng kéo dài, thường biểu hiện những bệnh cần xử trí kịp thời bằng phương pháp nội khoa, không dùng đến phẫu thuật.

Ví dụ: giun chui ống mật, viêm ruột cấp, cơn đau của loét dạ dày hành tá tràng...

### 3.3. Đau bụng mạn tính:

Diễn biến kéo dài hàng tuần, hàng tháng, về phương diện điều trị cũng đòi hỏi thời gian lâu dài.

## 4. Nguyên nhân:

### 4.1. Đau ở vùng thượng vị và phần bụng trên:

- Thủng dạ dày: đau đột ngột, dữ dội như dao đâm.
- Viêm tụy tạng cấp chảy máu: đau ở vùng thượng vị lan ra sau lưng, thường xuất hiện đột ngột sau bữa ăn.
- Cơ đau dạ dày cấp do loét hoặc viêm: đau nhiều ở vùng thượng vị, có thể kèm theo nôn ra nước chua và thức ăn.
- Rối loạn vận động túi mật và đường mật: cơn đau quặn gan, không sốt, không vàng da, vàng mắt.
- Áp xe gan: đau ở vùng gan lan sang ngực, vai phải. Đau không giảm cử động mạnh và thở mạnh. Toàn thân có dấu hiệu nhiễm khuẩn (sốt, mô khô, lưỡi bẩn, bạch cầu tăng...).
- Sỏi mật: gây những cơn đau quặn gan điển hình. Tiếp theo là sốt, rồi vàng da.
- Viêm túi mật: đau vùng túi mật lan lên vai kèm hội chứng nhiễm khuẩn. Nghiệm pháp Murphy thấy dương tính.
- Giun chi ống mật: đau đột ngột, dữ dội và lặn lộn, ở vùng thượng vị và hạ sườn phải, người bệnh thường phải nằm chống hông.

### 4.2. Đau ở vùng hố chậu và bụng dưới:

- Viêm ruột thừa: đau âm ỉ vùng hố chậu phải. Khám ấn vào điểm Mac Burney rất đau, có khi có phản ứng thành bụng vùng hố chậu phải.
- U nang buồng trứng bị xoắn: đau vùng hố chậu dữ dội và đột ngột. Khám bụng và thăm âm đạo thấy khối u ở một bên hố chậu.
- Thai ngoài tử cung vỡ: tắt kinh 2-3 tháng, đột nhiên đau ở vùng hố chậu hoặc bụng dưới, ra máu ở âm đạo. Thăm âm đạo, thấy túi cùng sau phòng và rất đau (tiếng kêu Douglas), đồng thời khi rút tay ra thấy có máu theo tay.
- Đau bụng kinh (thống kinh): đau ở vùng hạ vị hoặc hố chậu, cơn đau thường tương ứng với thời kỳ kinh nguyệt.
- Viêm đại tràng cấp do amip: thường đau ở hố chậu phải và trái (vùng hồi manh tràng và đại tràng sichma). Có hội chứng kiết lỵ (đại tiện ra máu, mủ).

### 4.3. Đau toàn bụng hoặc đau không có vị trí gợi ý chẩn đoán:

- Thủng ruột do thương hàn: phản ứng co cứng, gõ mất vùng đục trước gan; Xquang thấy hình liềm hơi.

- Tắc ruột: đau quặn từng cơn ở bụng. Bụng chướng to dần, nôn nhiều, bí đại và bí trung tiện. Khám thấy các quai ruột nổi cuộn (triệu chứng rắn bò).
- Đau bụng do viêm ruột cấp: do ăn phải thức ăn bị nhiễm khuẩn, nhiễm độc.
- Cơn đau quặn thận: hay gặp nhất là do sỏi thận, nhất là ở sỏi niệu quản.
- Đau bụng do dị ứng: thường gặp nhất là bệnh Schoelein Henoch, người bệnh thường trẻ tuổi (thiếu niên).
- Đau bụng do thiếu canxi (suy cận giáp trạng, ăn thiếu canxi, mất nhiều canxi...). Đau bụng dữ dội kèm theo tiêu chảy do các cơ trơn của dạ dày và ruột bị co.
- Đau bụng ở bệnh nhiễm khuẩn: một số bệnh nhiễm khuẩn có thể gây đau bụng như cảm, sốt rét, thương hàn. Thường phối hợp với triệu chứng toàn thân và các rối loạn tiêu hoá khác.

#### 4.4. Những nguyên nhân gây nên đau bụng mạn tính:

Gồm những bệnh có cơn đau diễn biến kéo dài hàng tuần, hàng tháng. Ta sẽ không nhắc lại những bệnh có cơn đau kéo dài nhưng có những đợt đau cấp đã tả ở trên như đau do loét dạ dày, hành tá tràng, sỏi mật, nhiễm độc chì, giun.

- Lao ruột.
- Viêm đại tràng mạn tính.
- Viêm màng bụng do lao.
- Viêm buồng trứng hay phần phụ sinh dục mạn tính.
- Các khối u ở bụng: ung thư dạ dày, ruột, gan, tụy tạng... đều có thể gây đau bụng, có khi là những khối u ở nơi khác di căn đến vùng bụng cũng gây đau. Phát hiện bằng khám lâm sàng và chụp Xquang.

### **TIÊU CHẢY CẤP VÀ KÉO DÀI**

Tiêu chảy là hiện tượng tiêu phân lỏng > 3 lần/ngày, nhưng chủ yếu là phân nhão, lỏng hay nước. phân lỏng được hiểu là phân không đóng khuôn.

Độ rắn mềm trong phân do độ nước trong phân quyết định. Cụ thể:

- Phân có 85% thành phần là nước thì nhão.
- Phân có 88% thành phần là nước thì lỏng.
- Phân có 90% thành phần là nước thì phân lỏng như nước.

Dựa vào thời gian, tiêu chảy được chia làm 2 loại:

- Tiêu chảy cấp: thời gian diễn tiến dưới 14 ngày.
- Tiêu chảy kéo dài: thời gian từ 14 ngày trở lên.



## 1. Khám người bệnh tiêu chảy:

### 1.1. Hỏi bệnh.

#### 1.1.1. Hỏi về tính chất tiêu chảy:

- Hoàn cảnh xuất hiện của tiêu chảy: rất quan trọng khi nguyên nhân là nhiễm khuẩn, nhiễm độc, dùng thuốc hoặc sau phẫu thuật về tiêu hoá...
- Sự bắt đầu của tiêu chảy: đột ngột hay từ từ.
- Số lần đại tiện: tiêu chảy cấp có khi tới hàng trăm lần trong ngày. Tiêu chảy mạn tính thường ít lần hơn.
- Về tính chất của phân: cần kết hợp chặt chẽ giữa hỏi và xem trực tiếp phân.

#### 1.1.2. Các rối loạn khác về tiêu hoá và toàn thân.

- Buồn nôn, nôn.
- Đau bụng, đau quặn, đau hậu môn, mót rặn.
- Ăn kém, sợ mỡ.
- Sốt.
- Các biểu hiện về nhiễm khuẩn, nhiễm độc, suy nhược...

### 1.2. Khám lâm sàng:

- Khám phân: là khâu quan trọng bậc nhất trong quá trình khám đối với người bệnh tiêu chảy.
- Khám bộ máy tiêu hoá: khám có hệ thống toàn bộ về tiêu, hoá không nên thăm trực tràng.
- Khám toàn thân: chú ý đến một số triệu chứng có liên quan đến nguyên nhân và hậu quả của tiêu chảy.
  - Hội chứng nhiễm khuẩn: sốt, lười ăn, mệt mỏi...
  - Hội chứng nhiễm độc: tùy theo từng chất độc gây tiêu chảy có những biểu hiện khác nhau.
  - Hội chứng mất nước và các chất điện giải: đây là hậu quả quan trọng nhất của tiêu chảy cấp, cần được xử trí kịp thời.
  - Hội chứng truy tim mạch.
  - Các hội chứng suy dinh dưỡng, thiếu máu, thiếu vitamin: thường là hậu quả của các loại tiêu chảy mạn tính.

### 1.3. Các xét nghiệm:

- Xét nghiệm phân: về hoá học, vi khuẩn và ký sinh vật, tổ chức tế bào.

- Các xét nghiệm thăm dò tiêu hoá: dịch dạ dày, dịch tụy, mật, sự hấp thụ của ruột.
- Các xét nghiệm đánh giá hậu quả của tiêu chảy; urê, các chất điện giải, prôtit trong máu, thể tích hồng cầu...
- Soi dạ dày, trực tràng, sinh thiết ruột non.
- Chụp đại tràng, ruột non...

## **2. Nguyên nhân:**

### **2.1. Các nguyên nhân gây tiêu chảy cấp:**

#### **2.1.1. Nhiễm khuẩn:**

- Các loại vi khuẩn đường ruột như: phẩy khuẩn tả, trực khuẩn lỵ, trực khuẩn thương hàn, phó thương hàn, tụ cầu khuẩn, một số virus đường ruột nói chung đều gây tiêu chảy kèm theo hội chứng nhiễm khuẩn, muốn chẩn đoán cần lấy phân.
- Các loại ký sinh vật đường ruột, nhất là amip, cũng có thể gây tiêu chảy cấp.
- Các bệnh nhiễm khuẩn khác cũng có thể gây tiêu chảy như cúm, sốt rét, viêm tai xương chũm.

#### **2.1.2. Nhiễm độc:**

- Thủy ngân: tiêu chảy kèm theo dấu hiệu viêm thận.
- Asen: tiêu chảy, nổi mẩn và chảy máu ngoài da.
- Nấm độc: dễ chẩn đoán vì người bệnh tự khai.
- Tình trạng toan máu hoặc urê máu cao: tiêu chảy là phản ứng của cơ thể nhằm phải trừ urê qua đường tiêu hoá.

#### **2.1.3. Các nguyên nhân khác:**

- Do dị ứng: đối với những thức ăn gây dị ứng (dứa).
- Do thuốc: do không dung nạp thuốc, hoặc uống thuốc quá nhiều (Natri sunfat, Magne sunfat...).
- Do tinh thần: lo lắng, sợ hãi quá mức.

### **2.2. Các nguyên nhân gây tiêu chảy kéo dài:**

#### **2.2.1. Do nhiễm khuẩn và ký sinh vật:**

- Lao đại, tiểu tràng: thường xuất hiện sau lao phổi, có dấu hiệu nhiễm lao, đồng thời đau bụng, đại tiện nhiều lần phân nhão, ít khi lỏng. Xác định bằng cấy phân và chụp Xquang ruột.
- Viêm đại tiểu tràng mạn tính: đau bụng, phân lúc lỏng, lúc táo, phân lẫn máu và mủi.

- Tiêu chảy do giun mỏ, sán Lambli: soi thấy trong phân.
- 2.2.2. Do rối loạn quá trình tiêu hoá và hấp thụ:
- Thiếu dịch dạ dày sau cắt đoạn dạ dày: phân nhão, sống và có mùi chua thử dịch dạ dày lượng HCl rất thấp.
  - Thiếu dịch tụy (viêm tụy mạn tính): phân rất nhiều, bóng, lóng mỡ soi kính còn nhiều hạt mỡ và thớ cơ trong phân.
  - Thiếu mật (tắc mật, xơ gan): phân nhạt màu, có mỡ.
  - Thiếu men tiêu hoá ở ruột non: sau phẫu thuật cắt bỏ một phần ruột non, lỗ rò của ruột non.
  - Thiếu vi khuẩn phân giải xenluloza thường do dùng nhiều kháng sinh loại tác dụng rộng (biomycin, tetraxilin...) diệt hết vi khuẩn hoặc sau cắt bỏ đại tràng.
- 2.2.3. Những bệnh có tổn thương thực thể:
- Ung thư tiểu tràng, đại tràng: xác định bằng Xquang.
  - Pôlip đại tràng: xác định bằng soi và chụp Xquang.
  - Viêm trực tràng đại tràng, chảy máu và loét.
  - Bệnh viêm cuối hồi tràng (Crohn): xác định bằng Xquang.
  - Bệnh Sprue Whipple rất hiếm gặp.
- 2.2.4. Những nguyên nhân khác:
- Rối loạn nội tiết: Basedow, suy thượng thận.
  - Rối loạn thần kinh, tâm thần.

## VÀNG DA

Vàng da là một biểu hiện lâm sàng của tình trạng tăng nhiều bilirubin ở máu và là triệu chứng đặc hiệu chỉ điểm cho một bệnh lý ở hệ thống gan mật. Chẩn đoán vàng da thường dễ nhưng phải chẩn đoán được nguyên nhân là do bệnh lý của gan hay của hệ thống đường mật, vì thái độ xử trí có khác nhau:

- Vàng da do gan phải điều trị nội khoa
- Vàng da do hệ thống dẫn mật phải điều trị ngoại khoa.

### 1. Cách khám lâm sàng một người bệnh vàng da:

#### 1.1. Tính chất của vàng da:

##### 1.1.1. Mức độ vàng da:

Nhiều hay ít: nhận định chắc chắn và cụ thể nhất bằng định lượng bilirubin máu. Mức độ vàng da không có giá trị phân biệt vàng da do tổn thương gan hay do cản trở cơ giới hệ thống dẫn mật.

### 1.1.2. Màu sắc vàng da:

Có thể vàng sẫm hay vàng nhạt tùy theo mức độ vàng da, nhưng thường:

- Vàng rực, vàng đỏ trong viêm gan do xoắn khuẩn.
- Vàng nhạt kết hợp với xanh xao trong vàng da tan máu.

### 1.1.3. Diễn biến của vàng da:

Nếu đã tái phát nhiều lần trong tiền sử, thường dễ làm nghĩ đến làm nghĩ đến vàng da tắc mật do sỏi. Nhưng nếu người bệnh mới bị lần này là lần đầu tiên thì cần theo dõi diễn biến:

- Trong vàng da do tổn thương gan: vàng da xuất hiện, tăng lên dần dần.
- Nếu vàng da tắc mật: diễn biến có khác nhau tùy theo nguyên nhân gây tắc. Nếu tắc mật do sỏi, vàng da tăng lên rồi bớt dần, có thể khỏi hẳn để rồi tái phát lại sau này khi viên sỏi khác đi xuống gây tắc mật lại. Trái lại nếu tắc mật do u, vàng da cứ tăng lên mãi, không bao giờ bớt.
- Trong vàng da tan máu người bệnh thường có những đợt vàng nhạt kết hợp với xanh xao song song với những đợt tan máu.

## 1.2. Biểu hiện toàn thân kèm theo:

### 1.2.1. Sốt:

- Sốt thường không có trong tắc mật do u, tổn thương gan do nhiễm độc.
- Sốt bao giờ cũng có trong: viêm gan siêu vi, viêm gan do xoắn khuẩn, vàng da tắc mật do sỏi, vàng da tan máu ...

### 1.2.2. Đau hạ sườn phải:

Trong tắc mật do sỏi, thường có một trình tự nhất định: cơn đau quặn gan sau đó sốt rét run, rồi 1, 2 ngày sau xuất hiện vàng da. Trái lại trong viêm gan, thường khởi phát bằng sốt sau đó vài ba ngày hoặc một tuần mới xuất hiện vàng da. Thường không kèm theo cơn đau quặn gan, người bệnh chỉ thấy ở hạ sườn phải nhiều hay ít, có khi ngay từ lúc xuất hiện sốt nhưng cũng có khi sau ngày xuất hiện vàng da.

Ngoài hai yếu tố chính nói trên, cần phải phát hiện thêm các triệu chứng:

- Ngứa: ngứa khá nhiều, người bệnh phải gãi luôn, có khi suốt đêm làm người bệnh mất ngủ, và thường để lại những vết gãi trên da. Ngứa là một triệu chứng thường có trong tắc mật, nhất là mật tắc lâu ngày.
- Phân bạc màu trắng như cứt cò: thầy thuốc cần trực tiếp xem phân người bệnh mới chắc chắn, không nên tin vào lời khuyên của họ, vì người bệnh bị vàng da nếu ỉa phân trắng cứ nghĩ là vàng, do mắt bị vàng da nên nhìn cái gì cũng vàng cả. Đây cũng là một triệu chứng đặc hiệu của tắc mật nhưng cần nhớ là:

- Chảy máu dưới da và niêm mạc: là những triệu chứng thường có trong viêm gan nặng, nhất là viêm gan do xoắn khuẩn.

### 1.3. Triệu chứng thực thể kèm theo:

Các yếu tố cần đặc biệt chú ý đến là gan, lách và túi mật:

- Lách to: ở người bệnh vàng da, sự có mặt của lách to đề ra một số vấn đề, có thể là: vàng da tan máu, sốt rét, bệnh Hanot (bệnh xơ gan ứ mật tiên phát).
- Túi mật: trong vàng da, túi mật to là một triệu chứng đặc hiệu của tắc mật, nhất là tắc mật do u. nó xuất hiện rất sớm trong các ung thư đầu tụy hoặc ung thư ống mật chính, có khi có trước cả vàng da.
- Gan: gan to là một triệu chứng thực thể rất có giá trị chẩn đoán vàng da tắc mật, thường to quá bờ sườn 4-5m, có khi nhiều hơn nữa, bờ tròn, mật độ mềm, ấn hơi tức, giống như gan tim: nếu tắc mật đã lâu ngày, mật độ gan có thể hơi chắc.

Với cách khám lâm sàng nói trên, nhận định đúng đắn giá trị và nhất là trình tự xuất hiện của các triệu chứng, chúng ta có thể sơ bộ chẩn đoán được đúng nguyên nhân của vàng da. Vai trò của các thăm dò cận lâm sàng có tác dụng xác định thêm chẩn đoán lâm sàng.

## 2. Chẩn đoán vàng da.

### 2.1. Chẩn đoán dương tính.

#### 2.1.1. Vàng da rõ:

Thường để chẩn đoán. Chỉ cần nhận xét:

- Màu da: vàng da, vàng nhiều hoặc ít, thường kết hợp với sạm bần.
- Nhưng chủ yếu là các niêm mạc, nhất là niêm mạc mắt, miệng và lưỡi.
- Nước tiểu: sẫm màu, vàng như nghệ.

#### 2.1.2. Vàng da nhẹ:

Chẩn đoán thường khó khăn hơn, khó nhận định được dưới ánh sáng đèn vì các niêm mạc chỉ hơi phơn phớt vàng, phải nhận xét dưới ánh sáng mặt trời mới phát hiện được. Thường phải xác định bằng xét nghiệm.

### 2.2. Chẩn đoán phân biệt:

Chỉ cần phân biệt với trường hợp vàng da do uống nhiều quinacrin: người bệnh cũng vàng da, có thể vàng cả gan bàn chân và gan bàn tay, mức độ nhiều hoặc ít. Da ít vàng hơn, màu sắc nước tiểu vẫn bình thường.

## 3. Chẩn đoán nguyên nhân:

### 3.1. Vàng da không có gan to (hoặc gan chỉ mập mé bờ sườn):

Tất cả các loại viêm gan:

- Do virus.
- Do xoắn khuẩn: viêm gan thường kèm theo viêm thận biểu hiện bằng anbumin, trụ niệu và urê máu cao.
- Do nhiễm khuẩn huyết do bởi các vi khuẩn khác.
- Do nhiễm độc.

3.2. Vàng da có gan to không có túi mật to.

- Không kèm lách to: vàng da tắc mật do: sỏi (thông thường nhất), u trong gan (ung thư gan kiểu nhẫn) hoặc u ở rốn gan.
- có kèm theo lách to (Hội chứng Hanot) có thể là: sốt rét, bệnh Hanot còn gọi là xơ gan ứ mật tiên phát: cần phải xác định chắc chắn bằng phẫu thuật thăm dò không thấy cản trở cơ giới trên hệ thống dẫn mật, nhất là không thấy sỏi mới được đặt chẩn đoán này.

3.3. Vàng da có gan to và túi mật to: chắc chắn là túi mật.

- Thông thường nhất do u: nên nghĩ ngay đến, nếu bệnh cảnh này xảy ra ở một người lớn tuổi, một cách lặng lẽ âm thầm, không kèm theo sốt, không kèm theo đau bụng gan.
- Cũng có khi do sỏi. Cần phải kiểm tra kỹ để xác định hoặc loại trừ sỏi mật nếu bệnh cảnh xảy ra đến rầm rộ với cơn đau bụng gan và hội chứng nhiễm khuẩn đường mật.

## GAN TO

Gan nằm dưới cơ hoành phải, nắp sau xương sườn, bờ trên tương ứng với khoảng liên sườn thứ năm (trên đường giữa xương đòn kéo xuống) và bờ dưới thường không sờ thấy, hoặc chỉ sờ thấy một phần thùy trái ở vùng thượng vị.

Ở người lớn, chiều cao của gan trung bình tính theo đường giữa xương đòn kéo xuống là 10-11cm.

Gan to khi chiều cao của gan tăng lên hoặc giới hạn của gan rộng ra. Khi gan to bờ trên của gan vượt quá liên sườn V và bờ dưới ló ra khỏi bờ sườn gan to cả hai chiều.

Có thể gan chỉ to một chiều như:

- Bờ trên vẫn ở vị trí cũ nhưng bờ dưới xuống thấp.
- Bờ dưới không vượt khỏi bờ sườn nhưng bờ trên vượt qua liên sườn V.

Như vậy muốn xác định gan to cần phải xác định giới hạn của bờ trên và bờ dưới.

### 1. Cách khám gan to:

Để chẩn đoán nguyên nhân gan to, ngoài việc xác định những đặc tính của gan, cần phải thăm khám một cách hệ thống các bộ phận liên quan đến gan và toàn thân đồng thời kết hợp các thăm dò cận lâm sàng.

#### 1.1. Kiểm tra một số hội chứng của bệnh gan:

- Hội chứng ứ mật hoặc tắc mật: vàng da niêm, phân bạc màu, nước tiểu vàng.
- Hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa: cổ trướng, tuần hoàn bàng hệ, chảy máu đường tiêu hoá.
- Hội chứng suy gan: rối loạn tiêu hoá, chảy máu dưới da...

#### 1.2. Kiểm tra những bộ phận liên quan đến gan:

##### 1.2.1. Liên quan về phương diện giải phẫu:

- Túi mật: túi mật to cùng với gan to trong tắc mật (u đầu tụy...).
- Phổi và màng phổi phải: thường có tổn thương phổi hợp trong ung thư và áp xe gan.
- Tụy tạng: u đầu tụy gây ứ mật, gan to.

##### 1.2.2. Liên quan về phương diện huyết động:

- Tim: suy tim phải, suy tim toàn bộ, viêm màng ngoài tim gây ứ máu ở gan và làm gan to.
- Lách và hệ thống tĩnh mạch cửa: lách to và tuần hoàn bàng hệ trong xơ gan, hội chứng Banti.

##### 1.2.3. Liên quan về cấu tạo tổ chức học:

Kiểm tra các bộ phận có cùng cấu tạo tổ chức học như gan (hệ thống liên võng nội mạc): hạch, lách, tuỷ xương. Trong một số bệnh bạch cầu đa sinh, Hodgkin ... đều có thể gan to, lách to và hạch to...

#### 1.3. Kiểm tra toàn thân:

##### 1.3.1. Toàn thể trạng:

- Phù: gặp trong gan to do suy tim, xơ gan, ung thư.
- Nhiễm khuẩn: gặp trong gan to, do áp xe gan.
- Suy mô: gặp trong ung thư gan.
- Thiếu máu: trong những bệnh máu ác tính.
- Tình trạng suy tim: khó thở, tim, phù...

##### 1.3.2. Về tiền sử:

Chú ý đến một số bệnh như: kiết lỵ (gây áp xe gan), bệnh tim, bệnh về gan mật, vàng da.

#### 1.4. Làm các xét nghiệm cận lâm sàng:

Sau khi khám lâm sàng tùy theo chẩn đoán hướng theo loại nguyên nhân nào, ta chọn lọc các xét nghiệm cận lâm sàng sau:

- Các xét nghiệm về mật.
- Các xét nghiệm thăm dò chức năng gan.
- Các xét nghiệm về máu, tuỷ xương.
- Chụp Xquang gan, hệ thống cửa, khung tá tràng...
- Sinh thiết gan, hạch, tuỷ xương...
- Soi ổ bụng và mổ thăm dò.

#### 1.5. Một số nghiệm pháp:

- Nghiệm pháp rung gan: người bệnh nằm ngửa, bàn tay trái thầy thuốc đặt lên trên vùng gan, tay phải chặt nhẹ vào tay trái, nghiệm pháp dương tính khi người bệnh đau, có khi rất đau, thường gặp trong bệnh áp xe gan.
- Nghiệm pháp ấn kẽ sườn: thầy thuốc dùng ngón tay ấn vào các kẽ sườn vùng trước gan. Nếu đau là nghiệm pháp dương tính, thường gặp trong áp xe gan.
- Tìm phẩn hồi gan tĩnh mạch cổ: xem thêm phần khám tim mạch.

## 2. Chẩn đoán phân biệt:

Có thể nhầm gan to với:

#### 2.1. Gan sa:

- Bờ dưới gan xuống thấp, nhưng đồng thời bờ gan trên cũng xuống thấp tương ứng, cho nên chiều cao của gan vẫn không thay đổi.
- Gan to đều, không thay đổi mật độ và không đau.
- Có thể đẩy gan lên được.
- Gan sa thường do tràn khí, tràn dịch màng phổi phải, liệt cơ hoành phải hoặc do bẩm sinh.

#### 2.2. Khối u dạ dày:

Để nhầm với gan to, nhất là to ở thùy trái.

Khối u dạ dày có đặc điểm sau:

- Ít hoặc không di động theo nhịp thở.
- Gõ thường trong.



- Những biểu hiện chức năng: nôn, nôn ra máu, tắc môn vị.
- Hình ảnh Xquang.

### 1.3. Khối u góc đại tràng phải:

Ít gặp, khó làm với gan to vì:

- Thường không có hội chứng bán tắc ruột.
- Khối u không dính liền với vùng gan và không di động theo nhịp thở.

### 1.4. Hạch mạc treo ruột:

- Thường là một đám lổn nhổn ở nông, không có liên quan đến vùng gan, không di động theo nhịp thở.
- Ở nơi khác trong ổ bụng cũng có hạch.

### 1.5. U thận hoặc u thận phải to (ứ nước, ứ mủ, đa nang):

- Ở sau, khó xác định ranh giới.
- Có dấu hiệu chạm thành sau và bập bênh thận.
- Gõ trong (vì ở phía sau ruột).

### 1.6. U hoặc viêm cơ thành bụng vùng hạ sườn phải:

- Vị trí nông.
- Chạy dọc theo đường đi của thớ cơ (thẳng to, chéo lớn, chỏ bé).
- Khi người bệnh lên gân bụng thì khối u rõ hơn.

## 3. Nguyên nhân:

### 3.1. Gan to đơn thuần:

- Gan to do amip: thường không đều, dấu hiệu rung gan, ấn kẽ sườn (+).
- Gan to do suy tim: gan to đều, ấn vào tức, có phản hồi gan tĩnh mạch cổ.

### 3.2. Gan to phối hợp với lách to:

- Hội chứng Banti: lách to và cường lách, tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Gan to đều, không đau.
- Xơ gan to: trước khi đi đến teo gan, có một giai đoạn gan xơ nhưng to đều, chắc, lách to, cổ chướng, tuần hoàn bàng hệ.
- Bệnh Hanot: gan to, lách to, da vàng từng đợt ngày càng tăng, to đều, chắc và không đau.
- Một số bệnh nhiễm khuẩn: thương hàn, sốt rét, nhiễm khuẩn máu: dấu hiệu chủ yếu là dấu hiệu của bệnh nguyên phát, mềm và hơi đau.

### 3.3. Gan to trong phối hợp với lách to và hạch to:

Một số bệnh thuộc hệ thống liên võng nội mạc hoặc hệ thống máu có thể làm cho gan, lách hoặc hạch to: bạch cầu đa sinh cấp và mạn, lymphosarcom Hodgkin.

Đặc điểm của gan ở đây là:

- To ít và đều.
- Mềm nhẵn và không đau.

**Bảng tóm tắt chẩn đoán gan to:**

Nguyên nhân	Bờ và mặt gan	đau	Vàng da	Mật độ	Nhiễm khuẩn	Dấu hiệu đặc biệt
Áp xe gan do amip	Mặt nhẵn không đều	(++)	(-)	Mềm	(++)	- Tiền sử có kiết lỵ. - Tác dụng đặc hiệu của emetin.
Áp xe gan do đường mật	Mặt nhẵn đều	(+++)	(+++)	Mềm	(+++)	- Tiền sử có nhiều đợt đau, sốt, vàng da. - Toàn trạng nhiễm khuẩn, suy sụp.
Gan to do suy tim	Mặt nhẵn đều	(+) tức	(-)	Mềm	(-)	- Phản hồi gan, tĩnh mạch cổ (+). - Dấu hiệu suy tim.
Ung thư gan nguyên phát	Lổn nhổn không đều	(-)	(-) hoặc (+)	Cứng	(-)	- Gan to nhanh. - Toàn thân suy sụp.
Xơ gan to	To đều bờ sắc và nhẵn	(-)	(-)	Cứng	(-)	- Tăng áp lực tĩnh mạch cửa. - Dấu hiệu suy gan.

**TỰ LƯỢNG GIÁ**

1. Đau sau khi vận động, lan lên ngực, vai, nghĩ đến:
 

A. Áp xe gan	C. Sỏi thận
B. Thủng dạ dày	D. Loét dạ dày
2. Khám trực tràng phát hiện “tiếng kêu Douglas”, nghĩ đến:
 

A. Áp xe gan	C. Thủng tạng rỗng
B. Thai ngoài tử cung vỡ	D. Viêm phần phụ
3. Mc Burney là điểm đau của:
 

A. Tâm vị	C. Ruột thừa
B. Túi mật	D. Môn vị
4. Đây là những trường hợp đau bụng nội khoa, NGOẠI TRỪ:
 

A. Giun chui ống mật	C. Tắc ruột
B. Viêm ruột cấp	D. Loét dạ dày tá tràng
5. Cơ đau quặn gan, sau đó sốt, vàng da, nghĩ đến bệnh:
 

A. Viêm tụy cấp	C. Áp xe gan
B. Viêm gan	D. Sỏi mật
6. Người bệnh nằm chống hông, đau đột ngột, dữ dội vùng thượng vị, nghĩ đến:
 

A. Giun chui ống mật	C. Sỏi mật
B. U nang buồng trứng	D. Tắc ruột
7. Lượng nước trong phân khoảng 88-89% gọi là:
 

A. Phân nhão	C. Phân lỏng
B. Phân sệt	D. Phân toàn nước
8. Thủ thuật nào KHÔNG tiến hành khi người bệnh tiêu chảy:
 

A. Tìm điểm đau	C. Gõ bụng
B. Thăm trực tràng	D. Ấn kế sườn
9. Phân nhạt màu, có mỡ, nghĩ đến:
 

A. Sau cắt đoạn dạ dày	C. Sau cắt ruột non
B. Viêm tụy mạn	D. Tắc mật
10. Trong viêm gan do xoắn khuẩn da có màu:
 

A. Vàng nhạt	C. Vàng sẫm
B. Vàng rực	D. Vàng nâu
11. Vàng da từng đợt kèm da xanh xao, nghĩ đến:
 

A. Tán huyết	C. Tổn thương tế bào gan
B. Tắc mật do sỏi	D. Tắc mật do u
12. Trong tắc mật do sỏi, triệu chứng lâm sàng nào xuất hiện đầu tiên:
 

A. Rét run	C. Vàng da
B. Ngứa	D. Cơ đau quặn gan
13. Đây là những bệnh lý nên nghĩ đến khi có vàng da kèm lách to, NGOẠI TRỪ:
 

A. Tán huyết	C. Sốt rét
B. Hanot	D. Sỏi túi mật

## ÁP XE GAN DO AMIB

BS.CKI. Nguyễn Văn Thịnh

### MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. **Nêu những nguyên nhân thường gặp gây áp xe gan do amib.**
2. **Mô tả các dấu hiệu lâm sàng của áp xe gan do amib.**
3. **Trình bày tóm tắt cách xử trí áp xe gan do amib.**

### ĐẠI CƯƠNG

Áp xe gan do amib là trường hợp thể hoạt động gây bệnh của amib (*Entamoeba histolytica*) vào gan và tạo nên các ổ áp xe trong tổ chức gan.

Sự hình thành ổ áp xe gan amib về mặt tổn thương giải phẫu học qua 4 giai đoạn:

- Giai đoạn viêm: khi amib lên gan dừng lại ở các xoang tĩnh mạch để sinh sản, gây ra những ổ hoại tử tế bào gan, khởi điểm của áp xe gan.
- Giai đoạn áp xe hoại tử: nhu mô gan bị hủy hoại.
- Giai đoạn áp xe sinh mũ: trong nhu mô gan hình thành ổ hoại tử.
- Giai đoạn áp xe khu trú: do sức đề kháng của cơ thể, thành ổ áp xe xơ cứng, mũ đặc dần lại, sau một thời gian mũ loãng dần và chuyển màu vàng nhạt.

Đặc điểm của ổ áp xe gan do amib:

- Thường gặp ở gan phải (trên 80%).
- Thường là một ổ lớn đơn độc (trên 80%).
- Thường có xu hướng phát triển về phía vỏ gan.

### TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

#### 1. Triệu chứng cơ năng:

- Sốt: khởi đầu của bệnh bao giờ cũng có sốt, thường sốt cao 39- 40°C, nóng, vã mồ hôi hoặc có cơn rét run nên có khi nhầm với sốt rét.
- Đau vùng gan: lan xuyên lên vùng bả vai phải và ra phía sau lưng, đau tăng lên khi người bệnh ho, hắt hơi hay nằm nghiêng sang phải.

#### 2. Triệu chứng thực thể:

- Gan to cả hai chiều: bờ trên gan lên cao vượt quá khe liên sườn V đường vú đôn, bờ dưới xuống dưới bờ sườn 2 -3 khoát ngón tay, bờ thường tù, bề mặt nhẵn, gõ đục và ấn vào đau chói.

- Dấu hiệu rung gan (+) là triệu chứng rất có giá trị.
- Dấu hiệu Ludlow (+): ấn kẽ liên sườn IX đường nách trước, giữa đau chói.
- Khi ổ áp xe nằm ở nông sát bề mặt gan có thể thấy da ở vùng thành ngực tương ứng bị phù nề và các tĩnh mạch dưới da nổi rõ.

### 3. Triệu chứng toàn thân:

Có hội chứng nhiễm khuẩn, môi khô lưỡi bẩn, mệt mỏi, kém ăn và gầy sút cân do tình trạng nhiễm độc bởi sự hủy hoại của tế bào gan và các độc tố của amib.

Trong giai đoạn sớm có thể thấy da và niêm mạc phớt vàng, nước tiểu vàng.

Khi ổ áp xe nằm gần các đường mật dẫn đến chèn ép vào đường mật có thể có vàng da như tắc mật cơ học, nhưng rất ít gặp trong lâm sàng.

## CẬN LÂM SÀNG

### 1. Xét nghiệm máu:

- Bạch cầu tăng trên 10.000/ml, chủ yếu tăng đa nhân trung tính.
- Tốc độ máu lắng thường tăng cao và được coi như một yếu tố để theo dõi tiến triển của bệnh và có giá trị góp phần để chẩn đoán phân biệt với các bệnh khác của gan như ung thư gan, nang gan, u máu của gan.

Thời kỳ đầu do tình trạng viêm gan lan tỏa nên có sự suy giảm chức năng gan, xét nghiệm thấy men gan tăng, phosphatase kiềm tăng.

### 2. X quang:

- Chụp gan thấy bóng gan to
- Cơ hoành bị đẩy lên cao, thường là cơ hoành bên phải
- Có phản ứng tiết dịch ở góc sườn hoành phải hay tràn dịch màng phổi.
- Rất hiếm hữu có thể thấy hình ảnh mức nước, mức khí trong ổ áp xe gan khi ổ áp xe gan bị bội nhiễm vi khuẩn kỵ khí.

### 3. Chụp cắt lớp điện toán (CT scanner):

Cho phép xác định được vị trí, số lượng, kích thước các ổ nhỏ đường kính 1cm và góp phần chẩn đoán phân biệt giữa áp xe gan, nang gan và ung thư gan.

### 4. Soi ổ bụng:

Soi ổ bụng thấy được hình dáng, kích thước, màu sắc của gan, các ổ áp xe gần bề mặt gan, ở mặt dưới thường dễ thấy hơn là các ổ áp xe ở mặt sau và mặt trên của gan, khi ổ áp xe gan nằm sâu trong nhu mô gan thì nội soi cũng khó phát hiện.

## 5. Siêu âm:

Hình ảnh siêu âm của ổ áp xe gan là một vùng thương tổn chiếm chỗ trong nhu mô gan, thường có hình tròn hay hình bầu dục, cấu trúc âm trong ổ áp xe gan tùy thuộc vào tổ chức bên trong ổ đã hóa mủ hay chưa.

## 6. Các xét nghiệm khác:

- Soi tươi mủ tìm amib: tỷ lệ tìm thấy amib rất thấp.
- Xét nghiệm huyết thanh miễn dịch tìm kháng thể kháng amib.

## DIỄN TIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

### 1. Tiên lượng:

Tiên lượng của áp xe gan do amib thường khá hơn so với áp xe gan đường mật. Nếu chẩn đoán sớm ở giai đoạn viêm gan và được điều trị bằng thuốc đặc hiệu diệt amib có thể khỏi.

Ở giai đoạn đã hình thành ổ mủ chưa có biến chứng được chọc hút mủ kịp thời dưới hướng dẫn của siêu âm kết hợp với thuốc đặc hiệu diệt amib thường cho kết quả tốt. Nếu chẩn đoán muộn có thể xảy ra các biến chứng.

### 2. Biến chứng:

Biến chứng thường gặp là vỡ ổ áp xe.

#### 2.1. Vỡ ổ áp xe vào các khoang thanh mạc:

- Vỡ vào màng phổi: gây khó thở, đau lan lên ngực phải.
- Vỡ vào phổi - phế quản: gây ho nhiều, khạc ra mủ chocolate.
- Vỡ vào màng tim gây hội chứng chèn ép tim, thường diễn biến nặng.
- Vỡ vào ổ phúc mạc gây ra viêm phúc mạc.

#### 2.2. Vỡ vào các tạng lân cận trong ổ bụng:

- Vỡ vào dạ dày, ruột: nôn ra mủ màu sô cô la hoặc đi ngoài ra mủ.
- Vỡ vào túi mật hay đường mật.

Ngoài ra còn có thể vỡ vào vùng hố thận phải: gây viêm tấy vùng quanh thận, vỡ ra ngoài thành ngực gây ra amib da, hoại tử da lan rộng, khó điều trị.

## CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

### 1. Ung thư gan:

Khi áp xe gan do amib triệu chứng không điển hình và hình ảnh siêu âm ở giai đoạn sớm thường tăng âm, ranh giới của ổ áp xe chưa rõ ràng dễ nhầm với khối ung thư gan.

Làm xét nghiệm  $\alpha_1$ FP (+), điều trị thử bằng thuốc đặc hiệu diệt amib không có kết quả, chọc thăm dò và làm giải phẫu bệnh lý thấy tế bào gan ung thư.

## 2. Nang gan:

Khi nang gan bị bội nhiễm người bệnh cũng có sốt cao, đau vùng gan, siêu âm hình ảnh ổ giảm âm để nhầm với áp xe gan.

## 3. Áp xe gan do đường mật:

Có bệnh cảnh vàng da tắc mật, hình ảnh siêu âm thường thấy nhiều ổ áp xe nhỏ (micro áp xe) ở rải rác toàn bộ gan.

## ĐIỀU TRỊ

### 1. Điều trị nội khoa:

#### 1.1. Thuốc đặc hiệu diệt amib:

- Emétin: tác dụng diệt amib thể hoạt động, không diệt được thể kén.
- Metronidazole: tác dụng tốt với tất cả các thể của amib nên vừa có tác dụng điều trị bệnh và phòng lây nhiễm.

#### 1.2. Kháng sinh phối hợp:

Với mục đích chống bội nhiễm.

### 2. Điều trị ngoại khoa:

#### 2.1. Chỉ định:

- Ổ áp xe gan ở giai đoạn đã hóa mủ, điều trị nội khoa không có kết quả.
- Ổ áp xe gan có biến chứng vỡ.

Điều trị ngoại khoa vẫn phải kết hợp với điều trị nội khoa bằng thuốc đặc hiệu diệt amib.

#### 2.2. Các phương pháp:

Có nhiều phương pháp điều trị ngoại khoa áp xe gan amib.

- Phẫu thuật mở ổ bụng dẫn lưu ổ áp xe gan:
- Rạch dẫn lưu ổ áp xe ngoài phúc mạc:
- Chọc hút mủ ổ áp xe dưới hướng dẫn của siêu âm:
- Phẫu thuật cắt gan: chỉ định khi ổ áp xe mãn tính thành ổ áp xe dày gây dò mủ kéo dài, điều trị bằng các phương pháp khác không kết quả

## TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Đây là những đặc điểm của áp xe gan do amib, NGOẠI TRỪ:
 

A. Thường ở gan phải	C. Thường chỉ có 1 ổ
B. Hình thành ổ hoại tử	D. Có xu hướng lan về phía trung tâm
2. Giai đoạn đầu tiên của áp xe gan:
 

A. Sinh mủ	C. Viêm
B. Khu trú	D. Hoại tử
3. Biểu hiện khởi đầu của áp xe gan:
 

A. Đau vùng gan	C. Gan to
B. Sốt	D. Vàng da
4. Ấn kế liên sườn IX đường nách trước đau nhói. Đây là dấu hiệu:
 

A. Murphy	C. Ludlow
B. Rung gan	D. Hanot
5. Đây là những biểu hiện lâm sàng của áp xe gan, NGOẠI TRỪ:
 

A. Gan to hai chiều	C. Rung gan (+)
B. Ấn kế sườn (+)	D. Vàng da sậm
6. Biểu hiện nào KHÔNG CÓ trong áp xe gan:
 

A. Ludlow	C. Tĩnh mạch dưới da nổi rõ
B. Nước tiểu vàng	D. Tuần hoàn bàng hệ ở bụng
7. Biến chứng thường gặp nhất của áp xe gan:
 

A. Vỡ ổ áp xe	C. Viêm gan
B. Xơ gan	D. Tắc mật
8. Yếu tố nào giúp phân biệt áp xe gan với ung thư gan giai đoạn sớm:
 

A. Siêu âm	C. Xquang bụng
B. $\alpha$ FP	D. Rung gan
9. Điều trị nội khoa áp dụng cho trường hợp:
 

A. Áp xe gan giai đoạn sớm	C. Áp xe gan có biến chứng
B. Áp xe gan hoá mủ	D. Áp xe gan gan vỡ
10. Đặc điểm của đau vùng gan trong áp xe gan do amib:
 

A. Lan lên vai trái	C. Lan ra sau lưng
B. Giảm đau khi nghiêng sang phải	D. Đỡ hơn sau khi ho, hắt hơi



## LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG

BS.CKI. Nguyễn Văn Thịnh

### MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. *Nêu những nguyên nhân thường gặp gây loét dạ dày tá tràng.*
2. *Mô tả các dấu hiệu lâm sàng của loét dạ dày tá tràng.*
3. *Trình bày cách xử trí một trường hợp loét dạ dày tá tràng.*

### ĐẠI CƯƠNG

Loét là sự phá hoại tại chỗ niêm mạc dạ dày hoặc tá tràng gây ra do acid và Pepsin. Loét xuyên sâu qua lớp cơ niêm và có thể sâu hơn nữa. Còn loét chỉ là một tổ chức ở nông hơn.

Trong bệnh loét dạ dày tá tràng có thể thấy loét ở các vị trí:

- Hành tá tràng, tá tràng.
- Tiền môn vị, môn vị.
- Hang vị, thân vị

"Không có acid thì không có loét", trong dịch vị có acid và pepsin là hai yếu tố tấn công niêm mạc dạ dày sinh ra loét. Như vậy, nếu chất nhầy mucin mất cân bằng so với HCl và pepsin là cơ chế gây ra loét.

Gần đây nhiều tác giả đã nhấn mạnh vai trò của Helicobacter Pylori, một xoắn khuẩn chỉ tồn tại trong niêm mạc dạ dày là tác nhân liên quan đến bệnh lý loét dạ dày tá tràng.

### TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

#### 1. *Triệu chứng cơ năng:*

##### 1.1. Đau:

Đau là biểu hiện rất thường gặp nhất trong loét dạ dày tá tràng. Đau có những đặc điểm sau:

- Đau có chu kỳ.
- Vị trí đau khu trú ở vùng thượng vị. Loét dạ dày thì vị trí đau lệch về bên trái. Loét hành tá tràng vị trí đau lệch về bên phải.
- Thường đau âm ỉ, nhưng cũng có khi cơn đau trội lên.

Đau theo giờ nhất định trong ngày:

- Loét dạ dày đau xuất hiện sau ăn 1-2 giờ (gọi là đau khi no).

- Loét tá tràng đau thường xuất hiện sau khi ăn 4-6 giờ còn gọi là "đau khi đói" mỗi đợt kéo dài vài tuần.

Cũng có trường hợp loét nhưng không đau gọi là "loét câm". Thể này phát hiện được là do thủng hoặc do chảy máu.

### 1.2. Rối loạn tiêu hóa:

Đầy bụng, chướng tiêu, ăn kém, buồn nôn hoặc nôn, ợ hơi, ợ chua. Đôi cầu bón hoặc lỏng thất thường. Loét hành tá tràng thường hay táo bón.

### 1.3. Suy nhược thần kinh: Hay cáu gắt, nhức đầu, mất ngủ, trí nhớ giảm.

## 2. Thực thể:

### 2.1. Khám bụng trong cơn đau:

- Điểm thượng vị đau: loét dạ dày.
- Điểm môn vị đau: loét tá tràng.

### 2.2. Khám bụng ngoài cơn đau: Thường không phát hiện triệu chứng gì đặc biệt.

## CẬN LÂM SÀNG

### 1. X quang:

Xác định bằng chụp X-quang tìm ổ loét. Có thể hành tá tràng bị biến dạng tùy thâm niên của tổn thương và giai đoạn có đợt tiến triển. Nhược điểm của phương pháp này là không thấy ổ loét nhỏ, ổ loét ở cao (tâm vị) hoặc nhiều hình ảnh giả thường nhầm lẫn.

### 2. Nội soi:

Loét dễ nhận thấy, đáy xám phủ Fibrin, đôi khi các nếp phù nề, phì đại che lấp mất ổ loét. Nội soi có sinh thiết thường làm trong loét dạ dày để làm xét nghiệm tế bào và tìm H. Pylori.

### 3. Xét nghiệm dịch vị:

Để chuẩn độ acid, nếu cần thì đo Pepsin, xét nghiệm gastrin trong máu: cần có phương tiện cho hai loại. Xét nghiệm này cần làm khi có nghi ngờ có tiết acid nhiều do hội chứng Zollinger Ellison, tăng sản ở hang vị, cường tuyến cận giáp hoặc suy thận.

## ĐIỀU TRỊ

### 1. Điều trị nội khoa:

#### 1.1. Nguyên tắc:

- Toàn diện: nghỉ ngơi, ăn uống phù hợp, thuốc men.
- Hệ thống: dùng thuốc đúng liều lượng, đúng thời gian.

- Chú trọng tính chất cá biệt, không máy móc, rập khuôn mọi cá thể.
- Nếu điều trị nội tích cực, đầy đủ, đúng thuốc không kết quả mới phẫu thuật (nên phẫu thuật cắt dây thần kinh phế vị trước, cắt dạ dày sau).

#### 1.2. Các thuốc chống loét:

##### 1.2.1. Các thuốc tác dụng lên thân não:

- Metodopramid: Primperan viên 10 mg, 3 – 4 viên/ 24giờ .
- Sulpirid: Dogmatil viên 50 mg, 3 – 4/ 24giờ

##### 1.2.2. Các thuốc ức chế tiết HCl:

- Pyrenzepin, Gastrozepin: tác dụng mạnh hơn Atropin nhưng cũng có những biến chứng như Atropin ... Liều lượng, cách dùng: 100 – 150 mg/24 giờ chia nhiều lần trong ngày, phải dùng trước khi ăn 30 phút.
- Cimetidin (Tagamet): uống nhiều lần trong ngày, trong đó 1 lần uống buổi tối trước khi đi ngủ.
- Famotidin (Servipep, Pepdin...) viên 20 mg.
- Ranitidin: Rantac, umetac ... viên 150-300mg

##### 1.2.3. Thuốc ức chế bơm Proton:

Ức chế hoạt động của Enzym ATPase, do đó  $K^+$  không vào trong tế bào được và  $H^+$  không ra ngoài tế bào để tạo nên HCl. Do đó HCl không được hình thành.

- Lansoprazol: Mopral, Lomac, losec... viên 20 mg. Uống 1 lần vào buổi tối trước khi đi ngủ.
- Pantoprazol: 20 mg/24 giờ x 1 – 2 tuần.
- Raberprazol: 20 mg/24 giờ x 1 – 2 tuần.

##### 1.2.4. Các thuốc tăng tiết chất nhầy:

- Prostaglandin E1-E2 có 2 tác dụng: chống bài tiết HCl, tăng tiết nhầy và Bicarbonat.
- Misoprotol (Cytotec, Dimixen) 800 mg/24 giờ x 4 tuần.
- Enproston 40 mg/ 24 giờ.

##### 1.2.5. Các thuốc trung hoà acid:

Trung hoà HCl, đưa pH dịch vị lên trên 8 làm cho HCl bị loại bỏ không còn hoạt động nữa.

Các thuốc thuộc nhóm này đều là muối của Nhôm và Magie: carbonat, phosphat, Trisilicat.

Các biệt dược có rất nhiều: Maalox, Gelox, Polysilane gel, Gastrogel, Gastropolgite...

#### 1.2.6. Các thuốc tạo màng lọc:

Gắn với Protein hoặc chất nhầy của niêm mạc dạ dày tạo thành màng che chở niêm mạc dạ dày, nhất là che chở ổ loét.

Có nhiều loại thuốc.

- Kaolin, Smecta, Gelpolyslan.
- Actapulgit, Gastropulgit.
- Bismuth: Subcitrat Bismuth (Trymo).
- Tripotassium dicitrat bismuth.
- Sucralfat

#### 1.2.7. Thuốc diệt Helicobacter Pylori (HP):

Nhiều kháng sinh có tác dụng diệt HP: Tetracyclin, Amoxicilin, Claritromycin và Metronidazol.

Trong điều trị HP phải phối hợp kháng sinh.

#### 1.3. Điều trị cụ thể:

Cần chẩn đoán ổ loét bằng nội soi hoặc ít nhất bằng X quang. Đánh giá kết quả cũng bằng nội soi và X quang dạ dày tá tràng.

- Điều trị khi ổ loét đang tiến triển: có thể dùng một trong các loại thuốc chống bài tiết HCl. Thuốc tạo màng lọc trên với liều lượng tấn công, không nhất thiết phải phối hợp 2- 3 loại thuốc mà có thể dùng một loại riêng rẽ cũng có kết quả.
- Ổ loét đã thành sẹo: có thể dùng thuốc ức chế thụ thể  $H_2$  hoặc ức chế bơm proton nhưng liều lượng và cách dùng giảm 1/3 hoặc 1/4 so với liều tấn công. Thuốc tạo màng bọc như Gastropulgit, phosphalugel, Gel depolusilan ... cũng với liều lượng giảm bằng 1/3 hoặc 1/4 so với liều tấn công. Thời gian điều trị duy trì theo từng người, từ 6 tháng đến vài năm.
- Ổ loét chảy máu: nên dùng các thuốc ức chế thụ thể  $H_2$  hoặc ức chế bơm proton loại tiêm, trong 2 – 3 ngày đầu khi máu đang chảy, khi máu đã cầm thì dùng thuốc uống.

#### 2. Điều trị ngoại khoa:

Sau khi điều trị nội khoa nhý phần trình bày trên, người bệnh không thấy đỡ, lại thêm biến chứng hẹp môn vị, chảy máu, thủng, cần mổ cấp cứu hoặc mổ phiến cho người bệnh.

**TỰ LƯỢNG GIÁ**

1. Đây là những yếu tố gây loét dạ dày tá tràng, NGOẠI TRỪ:
  - A. Tăng tiết pepsin
  - B. Tăng tiết HCl
  - C. Tăng tiết mucin
  - D. H. pylori
2. Đặc điểm của đau dạ dày:
  - A. Đau thượng vị lệch phải
  - B. Đau lúc đói
  - C. Đau âm ỉ
  - D. Đau không theo chu kỳ
3. Đa số trường hợp loét dạ dày tá tràng dạng “loét cầm” phát hiện được là do:
  - A. Nội soi
  - B. Xuất huyết
  - C. Đau đặc trưng
  - D. Xét nghiệm dịch vị
4. Trong chẩn đoán loét dạ dày tá tràng, Xquang có thể phát hiện ổ loét:
  - A. Ung thư hoá
  - B. Giả
  - C. Nhỏ
  - D. Cao
5. Xét nghiệm dịch vị có chỉ định khi:
  - A. Nghi ngờ H. pylori
  - B. Ổ loét ung thư hoá
  - C. Tiết acid nhiều
  - D. “loét cầm”
6. Trường hợp nào gọi là loét loét niêm mạc dạ dày:
  - A. Loét ở tiền môn vị
  - B. Loét rộng
  - C. Loét nông
  - D. Loét chưa xuất huyết
7. Thuốc ức chế tiết acid:
  - A. Ranitidin
  - B. Antigas
  - C. Omeprazol
  - D. Atropin
8. Thuốc ức chế bơm proton:
  - A. Actapulgit
  - B. Metronidazol
  - C. Misoprostol
  - D. Pantoprazol
9. Đặc điểm nào đúng với loét tá tràng:
  - C. Thường tiêu chảy
  - D. Đau có chu kỳ
  - C. Điểm đau thượng vị
  - D. Thường không có H. pylori

# XUẤT HUYẾT TIÊU HOÁ

BS.CKI. Nguyễn Văn Thịnh

## MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Nêu nguyên nhân gây xuất huyết tiêu hóa
2. Trình bày triệu chứng lâm sàng và phân loại mất máu của XHTH.
3. Trình bày các biện pháp xử trí một trường hợp xuất huyết tiêu hóa.

## ĐẠI CƯƠNG

Xuất huyết tiêu hóa là tình trạng xuất huyết có nguồn gốc từ đường tiêu hóa, từ miệng đến hậu môn. Xuất huyết tiêu hóa cấp cứu nội khoa cần được xác định sớm, theo dõi và xử trí kịp thời để tránh tử vong cho người bệnh.

Xuất huyết tiêu hóa là biểu hiện của nhiều nguyên nhân, có thể là kết quả của sự hủy thành mạch do viêm cấp, giảm tính thấm thành mạch, ổ loét hay giãn vỡ các mạch máu.

Xuất huyết tiêu hoá gặp cả nam và nữ, gặp ở mọi lứa tuổi. Nam giới gặp nhiều hơn nữ, Tuổi hay gặp là 20-50 tuổi. Các yếu tố thuận lợi đưa tới xuất huyết tiêu hoá là:

- Lúc giao thời tiết: xuân - hè, thu - đông, cảm cúm.
- Dùng một số thuốc: Aspirin, Cocticoit...
- Chấn động mạnh tinh thần: quá bực tức...

## NGUYÊN NHÂN

Phân loại xuất huyết tiêu hóa trên- dưới dựa vào góc Treitz:

- Xuất huyết tiêu hóa trên: tổn thương phía trên góc Treitz, biểu hiện gồm ói máu và tiêu phân đen.
- Xuất huyết tiêu hóa dưới: thương phía dưới góc Treitz, chỉ có tiêu ra máu.

### 1. Xuất huyết tiêu hóa trên:

1.1. Nguyên nhân thường gặp:

- Loét dạ dày và hành tá tràng.
- Tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

1.2. Nguyên nhân ít gặp:

- Ung thư dạ dày.
- Viêm dạ dày.

- Các bệnh máu: bệnh bạch cầu cấp và mạn, bệnh suy tuỷ xương, bệnh máu chậm đông, bệnh chảy máu lâu (Hemogenie)...
- Suy gan.
- Dùng một số thuốc: Aspirin, Phenylbutazon, các loại Corticoid ...
- Chảy máu đường mật.

#### 1.2. Nguyên nhân hiếm gặp:

- Hội chứng Mallory-Weiss: vỡ tĩnh mạch dọc đoạn cuối của thực quản và tâm vị, do tăng áp lực ổ bụng đột ngột như ho, cố gắng rặn: đi ngoài, đờ
- Một số bệnh của dạ dày: u lành tính, u mạch máu, thoát vị dạ dày khi vỡ gây chảy máu.
- Ngộ độc:
  - Nội sinh: urê máu cao.
  - Ngoại sinh: ngộ độc chì, thủy ngân ...
- Bệnh thành mạch: nhiễm trùng, dị ứng có thể gây sung huyết và chảy máu dạ dày: cúm ác tính, dị ứng nặng toàn thân, hội chứng Schlein- Hénoch.
- Trong một số bệnh khác: chấn thương sọ não, suy hô hấp nặng, suy thận nặng, bồng nặng ...

## 2. Xuất huyết tiêu hóa dưới:

### 2.1. Đi cầu phân đen:

Tất cả các nguyên nhân gây xuất huyết tiêu hoá trên đều có thể gây đi cầu phân đen. Ngoài ra có thể gặp trong:

- Thương hàn: do ổ loét ở cuối thường xảy ra chậm sau 1 thời gian sốt kéo dài. Khối lượng máu thường nhiều và kéo dài. Máu ra cũng có thể đỏ nếu chảy nhanh, nhiều, ồ ạt.
- Chảy máu do bệnh lý gan mật: gây đứt vỡ mạch máu ở gan và đường mật, áp xe gan, ung thư gan, ung thư đường mật, ung thư bóng Vater.

### 2.1. Đi cầu phân máu đỏ tươi:

- Trĩ nội: máu nhỏ giọt sau khi đi đại tiện.
- Ung thư trực tràng: tổn thương ung thư tan rã, tổn thương mạch gây chảy máu tươi từng giọt, thành tia.
- Kiết lỵ: máu lẫn nhày từ tổn thương ruột.
- Lòng ruột: đại tiện ra những giọt máu tươi.
- Viêm trực, đại tràng chảy máu: phân lẫn máu và mủ.

- Nhồi máu ruột do tắc mạch mạc treo: đau quặn bụng dữ dội và ỉa ra máu.
- Pôlip đại, trực tràng: ỉa máu thành giọt, thành tia.
- Tình trạng dị ứng: do xung huyết niêm mạc trực tràng.

## **TRIỆU CHỨNG**

### **1. Tiền triệu:**

Trước khi xuất huyết có những dấu hiệu báo trước:

- Đau thượng vị dữ dội, đột ngột hơn mọi ngày nhất là người bệnh có loét hành tá tràng hoặc dạ dày.
- Cảm giác cồn cào, nóng bỏng, mệt khó tả sau khi uống Aspirin, hay Cocticoïd.
- Nhân lúc thời tiết thay đổi (nóng sang lạnh hay lạnh sang nóng), sau gắng sức hay không một lý do gì tự nhiên thấy chóng mặt hoa mắt, mệt mỏi, thoáng ngất, lợm giọng, buồn nôn và nôn.
- Có khi không có dấu hiệu báo trước nôn ra máu rất nhiều và nhanh: nôn ra máu do vỡ tĩnh mạch thực quản.

### **2. Triệu chứng lâm sàng:**

#### **2.1. Nôn ra máu:**

Nôn ra máu có những đặc điểm sau:

- Số lượng từ 100ml – 1000ml hoặc nhiều hơn nữa tùy theo mức độ.
- Máu thành cục.
- Màu nâu xẫm, lờ lờ đỏ.
- Lẫn với thức ăn, dịch nhầy loãng.

Gặp người bệnh nôn ra máu cần loại trừ các trường hợp:

- Ho ra máu: máu ra ngay sau khi ho, máu đỏ tươi lẫn bọt, máu ra nhiều lần rải rác trong nhiều ngày có phản ứng kiềm.
- Chảy máu cam: máu chảy theo đường mũi, đỏ tươi và khạc ra đường miệng, có khi người bệnh nuốt vào nên nôn ra máu cục.

Muốn phân biệt cần hỏi kỹ tiền sử bệnh, kết hợp thăm khám mũi họng. Cần xem kỹ chất nôn và hỏi kỹ người bệnh.

#### **2.2. Đi cầu phân đen:**

- Phân sệt, nát lỏng như bã cà phê.
- Mùi thối khoảm.
- Số lượng 100gr, 500gr, 2-3 lần trong 24giờ.



Gặp người bệnh đi cầu phân đen cần loại trừ các trường hợp sau: Uống thuốc có Bitmuth chất sắt, than thảo mộc... Phân cũng đen nhưng có màu xám hoặc hơi xanh. Khi ngừng các thuốc trên phân trở nên vàng. Phân đen do ỉa ra nhiều mật: Lúc đầu màu xanh sau biến thành màu xanh đen. Phân sẫm màu ở người táo bón: Phân rắn có màu sẫm nhưng không đen.

### 2.3. Dấu hiệu của mất máu:

- Ngất xỉu: vã mồ hôi, chân tay lạnh nổi da gà, da niêm mạc nhợt, có khi vật vã giãy dụa.
- Mạch quay (nhịp tim) nhanh, nhẹ, 120 lần/phút.
- Huyết áp động mạch số tối đa giảm dưới 90mmHg, có khi không đo được.
- Thở nhanh.
- Có khi sốt nhẹ 37,5 - 38°C.
- Tiểu ít có khi vô niệu.

### 3. Cận lâm sàng:

- Hồng cầu: giảm, có thể giảm đến còn 1 triệu/mm<sup>3</sup> máu.
- Huyết sắc tố giảm: có thể giảm đến dưới 40%/100mm<sup>3</sup> máu.
- Hematocrit giảm: dưới 20%.
- Hồng cầu lưới: tăng nhẹ.

## CHẨN ĐOÁN

### 1. Chẩn đoán xác định:

#### 1.1. Trường hợp dễ:

Khi thấy thuốc được xem trực tiếp:

- Chất dịch nôn có máu cục.
- Phân đen, nhão, đen khoắm.

#### 1.2. Trường hợp khó:

- Cần hỏi kỹ chất nôn, phân (hỏi để kiểm tra các đặc điểm của chất nôn, phân chứng tỏ có máu).
- Dựa vào tiền sử: đau dạ dày, tá tràng cũ hoặc có dùng thuốc uống (chữa cảm cúm, chữa đau khớp không?)
- Hỏi về tiền triệu: đau tăng trước khi nôn giảm đau sau khi nôn, cảm giác nóng rát, buồn nôn.
- Kiểm tra dấu hiệu mất máu: mạch nhanh nhỏ, huyết áp tụt, da niêm mạc nhợt, vẻ mặt lo âu, sợ hãi.

- Làm xét nghiệm máu: hồng cầu giảm, chú ý hồng cầu lưới (sẽ tăng khi có mất máu cấp) huyết sắc tố giảm., Hematocrit giảm so với hằng số sinh lý về máu của người bình thường.

**2. Chẩn đoán mức độ:**

Chẩn đoán đúng mức độ để có kế hoạch và phương pháp xử lý đúng, tiên lượng gần, xa về bệnh, xem có cần điều trị ngoại hay không.

**2.1. Bảng phân mức độ xuất huyết tiêu hoá:**

Chỉ tiêu	Nặng	Vừa	Nhẹ
Mạch quay	> 120 lần/phút	120-100 lần/phút	< 100 lần/phút
H.A (tâm thu)	80mmHg	80-100mmHg	> 100mmHg
Hồng cầu	< 2 triệu/mm <sup>3</sup>	2 – 3 triệu/mm <sup>3</sup>	> 3 triệu/mm <sup>3</sup>
Hb	< 40%	41- 60%	> 60%
Hematocrit	< 20%	30%	31- 40%

**2.2. Đánh giá:**

Đánh giá bằng nghiệm pháp Tilt test. Nghiệm pháp Tilt test được thực hiện như sau:

- Đo huyết áp và bắt mạch người bệnh ở tư thế nằm.
- Sau đó cho người bệnh ngồi hay đứng dậy thật nhanh.
- Đo huyết áp, bắt mạch lần thứ hai.

▪ **Kết quả:**

Nghiệm pháp (+) nếu có 1 trong 2 trường hợp sau:

- Huyết áp giảm > 10mmHg so với lần đo ở tư thế nằm.
- Mạch tăng > 20 nhịp so với lần đo ở tư thế nằm.

▪ **Ý nghĩa:**

Nghiệm pháp Tilt test (+) tương ứng với mất máu mức độ trung bình, nghĩa là người bệnh mất > 10% thể tích máu.

**TIẾN TRIỂN – TIÊN LƯỢNG**

**1. Tiên lượng tốt:**

Tiên lượng tốt với những trường hợp:

- Nôn máu hoặc ỉa phân đen khối lượng ít.

- Theo dõi mạch, huyết áp mỗi giờ sau 5 lần liên tục, mạch huyết áp ổn định.
- Xét nghiệm: hồng cầu, tiểu cầu, Hb, hematocrit 2 giờ 1 lần các xét nghiệm lần sau kết quả đều tăng lên so với xét nghiệm trước.
- Toàn trạng tỉnh táo, dễ chịu, tiểu nhiều cảm giác đói, thèm ăn.
- Không nôn máu nữa: phân đóng khuôn sau chuyển thành vàng.

## **2. Tiên lượng xấu:**

- Xuất huyết tiêu hoá mức độ nặng, kéo dài.
- Mạch, huyết áp dao động.
- Xét nghiệm: giảm so với các xét nghiệm lần trước.
- Toàn trạng: vật vã, hoảng hốt, tiểu ít, vô niệu.

## **ĐIỀU TRỊ**

### **1. Nguyên tắc điều trị:**

#### 1.1. Nguyên tắc:

- Tùy mức độ nặng, vừa, nhẹ để chọn phương án điều trị bảo tồn hay phẫu thuật.
- Điều trị tùy theo nguyên nhân.

#### 1.2. Mục tiêu:

Trước hết phải theo những mục tiêu chung:

- Cầm máu.
- Bù lại lượng máu mất.
- Trợ tim mạch.
- Điều trị triệu chứng.

### **2. Điều trị nội khoa:**

#### 2.1. Hồi phục khối lượng tuần hoàn:

Người bệnh nằm đầu thấp, bất động, chườm lạnh vùng thượng vị.

- Cho thở oxy 2 – 4 lít/phút.
- Theo dõi huyết áp, mạch, lượng nước tiểu, tính chất phân.
- Xét nghiệm máu thường quy, hematocrit và thử nhóm máu ngay.
- Đặt dây truyền dịch để bổ sung ngay lượng dịch mất: Dung dịch glucose 5% hoặc Natriclorua 9%, Dextran ...

- Trường hợp mất máu nhiều, nếu truyền được máu cùng nhóm thì rất tốt nhưng phải bảo đảm các quy định về kỹ thuật truyền. Lượng dịch hoặc máu truyền phụ thuộc vào lượng máu mất đi. Truyền theo tỷ lệ: 1/3 máu, 2/3 dung dịch đẳng trương.

Việc truyền máu được tiến hành đến khi:

- Hết dấu thiếu oxy não trên lâm sàng.
- Mạch, huyết áp ổn định.
- Hct  $\geq$  20%.
- Thể tích nước tiểu  $\geq$  50 ml/phút.

### 2.2. Nâng huyết áp, trợ tim mạch:

Nếu người bệnh có tiền sử tăng huyết áp khi truyền dịch đưa huyết áp tối đa lên 140mmHg, không nên đưa quá cao sẽ chảy máu trở lại.

Khi truyền dịch cần theo dõi số lượng nước tiểu trong 24 giờ để điều chỉnh lượng dịch đưa vào.

Các thuốc trợ tim mạch có thể dùng:

- Spartein 0.10: 1ống tiêm bắp/24giờ.
- DOCA (Desoxycocton Axetat) 10-15mg/24 giờ, tiêm bắp.
- Nikethamid (Coramin, Cordiamin) 0.25x1ống tiêm bắp.

Lưu ý không dùng:

- Long não: vì làm giãn mao mạch.
- Cafein: vì tăng tiết acid dạ dày.
- Noradrenalin: vì cung lượng tim trong xuất huyết tiêu hoá giảm, sẽ làm giảm mạch trung ương (mạch vành...) thuốc làm co mạch ngoại vi máu không về trung ương sẽ gây nguy hiểm.

### 2.3. Cầm máu:

- Đặt tube Levin, rửa dạ dày.
- Cầm máu bằng thủ thuật:
  - Chích xơ.
  - Đặt sond Black- More: trường hợp viêm loét thực quản xuất huyết.
- Dùng thuốc:
  - Vitamin K 0,005g x 4 ống/ngày tiêm bắp thịt.
  - Transamin 0,25 g x 4 ống/ngày pha trong dịch truyền.

- Glanduitrin 10 – 15 đơn vị pha vào dịch truyền.

Nếu do nguyên nhân thuốc gây chảy máu: ngừng ngay thuốc đó.

#### 2.4. Điều kiện để chuyển tuyến:

- Người bệnh tạm thời ổn định: mạch đều rõ, huyết áp tối đa 90mmHg
- Bất động tốt, vừa hồi sức chuyển.

### 3. Điều trị ngoại khoa:

Điều trị ngoại khoa chỉ đặt ra với những trường hợp sau:

#### 3.1. Xuất huyết tiêu hoá biết rõ nguyên nhân:

- Xuất huyết tiêu hoá do loét dạ dày tá tràng mức độ nặng, chảy máu rỉ rả, mặc dầu truyền máu nhưng huyết áp và hồng cầu vẫn không lên.
- Chảy máu dạ dày nặng do uống thuốc.
- Chảy máu đường mật.

#### 3.2. Xuất huyết tiêu hoá không biết nguyên nhân:

Xuất huyết tiêu hoá sau điều trị nội khoa tích cực (truyền máu cùng nhóm 1000-1500ml) mà máu vẫn chảy hoặc điều trị tích cực máu vẫn chảy rỉ rả quá 36 giờ.

### 4. Dinh dưỡng:

- Đang chảy máu: nuôi ăn đường tĩnh mạch
- Khi đã cầm máu: uống sữa lạnh
- Sau 5 ngày hết xuất huyết: cho ăn bình thường từ lỏng đến đặc

## TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Nguyên nhân hàng đầu gây xuất huyết tiêu hoá:
 

A. Hội chứng Mallory-Weiss	C. Xơ gan do nghiện rượu
B. Viêm loét dạ dày tá tràng	D. Dùng thuốc Corticoide, non-SAID...
2. Dấu hiệu của xuất huyết tiêu hoá trên:
 

A. Oc máu tươi ở miệng, có bọt	C. Chảy máu đăm nhớt rỉ rả
B. Tiêu phân đen, mùi khoảm	D. Phân có vệt máu tươi lẫn chất nhầy
3. Trường hợp nào được gọi là xuất huyết tiêu hoá dưới:
 

A. Hội chứng Malory-Weiss.	C. Viêm đại tràng xuất huyết.
B. Loét tâm vị xuất huyết.	D. Viêm loét hang vị xuất huyết.
4. Vị trí phân biệt xuất huyết tiêu hoá trên và dưới là:
 

A. Tâm vị.	C. Môn vị.
B. Góc Treitz.	D. Góc hồi manh tràng
5. Xử trí phù hợp với người bệnh xuất huyết tiêu hoá:
 

A. Nằm đầu cao.	C. Truyền 2/3 máu, 1/3 dd đẳng trương.
B. Đánh giá bằng Tilt test.	D. Truyền máu đến khi Hct $\geq$ 30%.
6. Phương pháp cầm máu đặc hiệu cho trường hợp XHTH do loét thực quản:
 

A. Rửa dạ dày bằng nước ấm.	C. Đặt sond Black-More.
B. Dùng thuốc cầm máu.	D. Chích xơ.
7. Dinh dưỡng phù hợp cho người bệnh khi XHTH đã cầm máu:
 

A. Truyền dịch.	C. An bột lỏng.
B. Uống sữa lạnh.	D. An bột đặc.
8. Trong xuất huyết tiêu hoá nặng, truyền máu tiếp tục cho đến khi thể tích nước tiểu đạt:
 

A. $\geq$ 30ml/phút.	C. $\geq$ 50ml/phút.
B. $\geq$ 40ml/phút.	D. $\geq$ 60ml/phút.
9. Đây là những tiền triệu của xuất huyết tiêu hoá, NGOẠI TRỪ:
 

A. Đau dữ dội vùng thượng vị.	C. Mạnh nhanh, huyết áp tụt.
B. Cảm giác cồn cào.	D. Hoa mắt, chóng mặt.
10. Đây là những dấu hiệu của xuất huyết tiêu hoá mức độ trung bình, NGOẠI TRỪ:
 

A. Mạch 105 lần/phút.	C. Số lượng hồng cầu 3 triệu/mm <sup>3</sup> máu.
B. Huyết áp tâm thu 90mmHg.	D. Hct 35%.
11. Những điều sau đây đúng trong nghiệm pháp Tilt test, NGOẠI TRỪ
 

A. Đo huyết áp và mạch ở tư thế nằm.	C. (+) khi huyết áp giảm $>$ 10mmHg.
B. Đo huyết áp và mạch ở tư thế đứng.	D. (+) khi mạch tăng thêm $>$ 10 lần/phút.
12. Những xét nghiệm này cần làm ngay đối với người xuất huyết tiêu hoá, NGOẠI TRỪ:
 

A. Nhóm máu.	C. Hct.
B. Công thức máu.	D. Thời gian máu chảy.
13. Xuất huyết, mạch 110 lần/phút, huyết áp tâm thu 80mmHg, Hct 30%. Xếp loại:
 

A. Không mất máu.	C. Mất máu trung bình.
B. Mất máu nhẹ.	D. Mất máu nặng.

## XƠ GAN

BS.CKI. Nguyễn Văn Thịnh

### MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. *Nêu khái niệm và những nguyên nhân thường gặp gây xơ gan.*
2. *Mô tả các dấu hiệu lâm sàng của xơ gan.*
3. *Trình bày cách xử trí một trường hợp xơ gan.*

### ĐẠI CƯƠNG

Xơ gan là bệnh mạn tính gây thương tổn nặng lan toả ở các thùy gan. Đặc điểm thương tổn là mô xơ phát triển mạnh, đồng thời cấu trúc các tiểu thùy và mạch máu của gan bị đảo lộn một cách không hồi phục được (irreversible). Hình thái học của xơ gan là kết quả của 3 quá trình đồng thời hoặc nối tiếp:

- Tổn thương hoại tử của các tế bào nhu mô gan.
- Sự tăng sinh của mô xơ.
- Sự tạo thành những hòn, cục tái tạo và những tiểu thùy giả (pseudo lobule).

Xơ gan có thể do những nguyên nhân sau:

- Viêm gan do virus: virus B, virus B bội nhiễm virus D (Delta), virus C (không A, không B).
- Nghiện rượu: uống nhiều và kéo dài nhiều năm, nguyên nhân chính ở Việt Nam.
- Xơ gan mật thứ phát do tắc mật không hoàn toàn kéo dài, thường kèm theo viêm nhiễm khuẩn đường mật.
- Thuốc và hoá chất: Oxyphenisatin (chữa táo bón), Clopromazin (chữa bệnh tâm thần), INH, Rifampycin (chữa lao). Hoá chất độc hại gan như Aflatoxin, Dioxin...
- Sự thiếu dinh dưỡng: ăn quá thiếu chất đạm, thiếu Vitamin, thiếu các chất hướng mỡ (lipotrope) như cholin, lecithin, methionin gây tình trạng gan nhiễm mỡ, sau đó dẫn đến xơ gan.
- Ký sinh trùng: sán máng (*schistosomia mansoni*) sán lá nhỏ (*clonorchis sinensis*).
- Xơ gan do mạch máu hoặc xơ gan gây xung huyết: xơ gan tim (rất hiếm). Xơ gan hậu quả của những hội chứng viêm tắc tĩnh mạch trên gan và tĩnh mạch chủ dưới (hội chứng Budd Chiari), bệnh tắc tĩnh mạch gan.
- Xơ gan mật nguyên phát: là một bệnh hiếm, hay xảy ra ở phụ nữ (90% số trường hợp) từ 35 - 55 tuổi. Bệnh này còn có tên "viêm đường mật mạn tính phá huỷ không mưng mủ" .

- Xơ gan lách to kiểu Banti: là bệnh do Banti mô tả năm 1894, xơ gan bắt nguồn từ lách to không rõ nguyên nhân và nếu cắt lách khi gan chưa xơ hoặc xơ nhẹ, sẽ cắt đứt được sự tiến triển đến xơ gan.
- Xơ gan do những rối loạn chuyển hoá di truyền: bệnh nhiễm sắc tố sắt; bệnh Willson (rối loạn chuyển hoá đồng); Bệnh galactosa huyết bẩm sinh (do không chuyển được galactosa trong sữa thành glucoza); Bệnh tích glycogen; Bệnh đặc ứng di truyền với fructoza (không chịu được đường fructoza và saccaroza); Chứng thiếu hụt  $\alpha$ -1-antitrypsin; Bệnh nhày nhớt; Bệnh rối loạn chuyển hoá porphyrin.
- Xơ gan saccoit: gặp trong bệnh sarcoidosis.
- Xơ gan căn nguyên ẩn: có một tỷ lệ không ít, xơ gan không biết nguyên nhân.

## LÂM SÀNG

Về mặt lâm sàng, xơ gan gồm 3 thể:

### 1. Thể xơ gan tiềm tàng:

Có xơ gan nhưng không có triệu chứng lâm sàng. Phát hiện này chỉ là sự tình cờ phẫu thuật bụng vì một nguyên nhân khác, có hình ảnh xơ.

### 2. Thể xơ gan còn bù tốt:

#### 2.1. Lâm sàng:

- Rối loạn tiêu hoá: ăn không tiêu, đầy bụng, chướng hơi.
- Tức nhẹ vùng hạ sườn phải.
- Chảy máu cam không rõ nguyên nhân.
- Nước tiểu thường vàng xẫm.
- Suy giảm tình dục: liệt dương ở nam; vô kinh, vô sinh ở nữ.
- Có thể gan hơi to và chắc, lách to quá bờ sườn.
- Có mao mạch ở lưng và ngực, mẩn đỏ ở lòng bàn tay.
- Lòng ở nách, ở bộ phận sinh dục thừa thớt, móng tay khô trắng.
- Ở nam giới: tinh hoàn teo nhỏ, vú to.

#### 2.2. Xét nghiệm:

- Xét nghiệm hoá sinh có một số rối loạn: Điện di protein: albumin giảm, gama globulin tăng. (A/G < 1); Mac lagan tăng trên 10 đơn vị; Nghiệm pháp BSP (+).
- Soi ổ bụng và sinh thiết: cho thấy hình ảnh gan xơ.
- Siêu âm: có sự thay đổi kích thước gan và vang âm của nhu mô gan thô, không thuần nhất.



### 2.3. Tiến triển:

Thể xơ này có thể ổn định lâu dài trong nhiều năm, nhưng thường tiến triển nặng dần từng đợt, nhất là khi tác nhân gây hại bội nhiễm thêm làm cho bệnh xơ gan trở thành mất bù hoặc biến chứng.

### 3. Thể xơ gan mất bù:

#### 3.1. Lâm sàng:

- Toàn thân: gầy sút nhiều, chân tay khảng khiu, huyết áp thấp.
- Rối loạn tiêu hoá thường xuyên, chán ăn, không tiêu, ỉa phân lỏng, phân sống.
- Mệt mỏi thường xuyên, ít ngủ, giảm trí nhớ.
- Chảy máu cam, chảy máu chân răng.
- Da mặt xạm (do sắc tố melanin lắng đọng).
- Nhiều đám xuất huyết ở da bàn chân, bàn tay, vai và ngực.
- Phù hai chân.
- Gan teo (hoặc to), mật độ chắc, bờ sắc trên mặt có u cục.
- Có cổ trướng, tuần hoàn bàng hệ bụng.
- Lách thường to hơn bình thường, chắc.

#### 3.2 Xét nghiệm:

- Các xét nghiệm hoá sinh về gan: Điện di protein: albumin giảm, gamma globulin tăng cao; Tỷ lệ prothrombin giảm với test kohler âm tính; Nghiệm pháp BSP (+) rõ rệt; Bilirubin máu, men transaminaza tăng trong đợt tiến triển.
- Xét nghiệm máu: hồng cầu, bạch cầu. tiểu cầu thường giảm.
- Chụp và soi thực quản: có thể thấy giãn tĩnh mạch thực quản.
- Siêu âm: trên mặt gan có nhiều nốt đậm âm, có hình ảnh giãn tĩnh mạch cửa, giãn tĩnh mạch lách.
- Soi ổ bụng: khối lượng gan có thể to, có thể teo. nhạt màu. trên mặt gan có những hòn nhỏ đều, hoặc hòn to nhỏ không đều, dây chằng tròn xung huyết, lách to, có dịch ổ bụng.

## TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

### 1. Diễn tiến:

Xơ gan khi đã đến thời kỳ các triệu chứng lâm sàng rõ rệt, đã có biểu hiện mất bù, thường có tiên lượng dè dặt. Thời gian sống thêm thường khoảng 4 năm đối với xơ gan do rượu và do viêm gan virus, khoảng 6 năm đối với xơ gan mật thứ phát và xơ gan tiên phát khoảng 7 năm.

Bảng tiêu chuẩn của Child hay được sử dụng trong đánh giá tiên lượng của xơ gan: Cho điểm 1, 2, 3 theo mức độ của bilirubin, albumin huyết thanh, cổ trướng, rối loạn tâm thần kinh và sức khoẻ toàn thân.

### Child - Pugh (1982)

Các chỉ số	1	2	3
Bệnh não gan	Không có	Thoáng qua hoặc nhẹ	Hôn mê
Cổ trướng	Không có	Có ít	Có nhiều
Bilirubin (mol/l)	<26	26 - 51	>51
Albumin (g/l)	>35	28 - 35	<28
Tỷ lệ Protrombin (%)	>65	40 - 65	<40

- Child A: 5 - 7 điểm, tiên lượng tốt.
- Child B: 8 -12 điểm, tiên lượng dè dặt.
- Child C: 13 - 15 điểm, tiên lượng xấu.

### 2. Các biến chứng:

- Chảy máu tiêu hoá do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản, là một biến chứng hay gặp, rất nguy hiểm, đe doạ tính mạng người bệnh. Do chảy máu nặng thiếu máu cấp tính gây sốc thiếu máu càng làm suy gan nặng hơn dẫn đến hôn mê gan.
- Cổ trướng: do tăng áp lực tĩnh mạch cửa và suy gan làm cho các đợt viêm càng nặng và khó chữa.
- Rối loạn não - gan dẫn đến hôn mê gan.
- Hội chứng gan - thận (Hepato-renal syndrome): do trong xơ gan sự tuần hoàn nuôi dưỡng thận giảm sút, dẫn đến suy thận cùng với suy gan.
- Các nguy cơ nhiễm khuẩn: viêm phúc mạc tự phát do nhiễm khuẩn, nhiễm khuẩn huyết, lao phổi.
- Lách to và cường tính lách dẫn đến giảm bạch cầu, tiểu cầu, hồng cầu.
- Rối loạn về đông máu do giảm sản xuất fibrinogen (yếu tố I), prothrombin (yếu tố II) và các yếu tố V, VII, IX.
- Ung thư gan trên nền xơ (coi xơ gan là một trạng thái tiền ung thư).
- Những bệnh hay đi cùng với xơ gan: loét dạ dày- hành tá tràng, thoát vị thành bụng (ở người bệnh bị cổ trướng to), sỏi mật.

## ĐIỀU TRỊ VÀ DỰ PHÒNG

### 1. Điều trị:

#### a. Chế độ ăn uống, nghỉ ngơi:

- Trong đợt tiến triển, cổ trướng xuất hiện: người bệnh cần được nghỉ ngơi tuyệt đối, nhất là nằm viện.
- Chế độ ăn: đủ chất, hợp khẩu vị người bệnh, đủ calo (2500 - 3000 calo trong ngày), nhiều đạm (100g/ngày), nhiều sinh tố, hạn chế mỡ, chỉ ăn nhạt khi có phù nề. Khi có dấu hiệu tiền hôn mê gan phải hạn chế lượng đạm trong khẩu phần thức ăn.

#### b. Chế độ thuốc men:

- Thuốc làm cải thiện chuyển hoá tế bào gan: Vitamin C, Vitamin B<sub>12</sub>, Cyanidanol.
- Thuốc Glucocorticoid: Prednisolon, testosterone
- Các thuốc hỗ trợ chức năng gan: Flavonoit Sylimarin (Sygalon, Legalon), Artichau, mật gấu ...
- Đối với người bệnh có tỷ lệ prothrombin giảm, lâm sàng có chảy máu dưới da, niêm mạc, xuất huyết tiêu hoá... có thể truyền máu tươi cùng nhóm tùy theo mức độ mất máu.
- Đối với người bệnh xơ gan bị giảm nhiều protein máu, đặc biệt albumin thì nên dùng plasma đậm đặc và dung dịch albumin 20% hoặc truyền các loại đạm tổng hợp: alvezin, moriamin tuần hoặc hai tuần 1 lần.
- Điều trị cổ trướng: dùng lợi tiểu như Aldacton, Furosemid.
- Điều trị xơ gan khi có vỡ giãn tĩnh mạch thực quản gây xuất huyết tiêu hoá: Truyền nhỏ giọt tĩnh mạch Glanduitrin. Nội soi cầm máu bằng cách tiêm thuốc gây xơ hoá ở chỗ chảy máu (polidocanol).

### 2. Dự Phòng:

Xơ gan là - giai đoạn cuối của nhiều bệnh viêm và thoái hoá gan, thương tổn không hồi phục được, do đó dự phòng bệnh xơ gan là vấn đề quan trọng. Phòng viêm gan virus B và C bằng các biện pháp vệ sinh, tiêm phòng virus B cho trẻ em và những người lớn chưa bị bệnh, vô trùng và khử khuẩn thật tốt trong tiêm chọc, châm cứu, loại bỏ nguồn máu có virus B...

Chống thói quen nghiện rượu, chế độ ăn uống đủ chất, phòng nhiễm sán lá gan nhỏ: không ăn cá sống. Điều trị tốt các bệnh đường mật, thận trọng khi dùng các thuốc có thể gây hại cho gan.

Dự phòng phòng điều trị tốt các bệnh viêm gan cấp, mạn.

**TỰ LƯỢNG GIÁ**

1. Đặc điểm quan trọng nhất về mặt tế bào trong bệnh lý xơ gan:
  - A. Mô xơ phát triển mạnh
  - B. Suy giảm chức năng gan
  - C. Tăng sinh các ống tuyến
  - D. Giãn các tiểu thùy
2. Nguyên nhân hàng đầu gây xơ gan:
  - A. Virus viêm gan
  - B. Nghiện rượu
  - C. Thuốc và hóa chất
  - D. Thiếu dinh dưỡng
3. Đặc điểm nổi bật nhất của xơ gan kiểu Banti:
  - A. Lách to
  - B. Gan chưa xơ hóa
  - C. Bệnh galactosa bẩm sinh
  - D. Rối loạn chuyển hóa porphyrin
4. Lâm sàng của xơ gan gồm 3 thể sau, NGOẠI TRỪ:
  - A. Còn bù
  - B. Mất bù
  - C. Hoạt động
  - D. Tiềm tàng
5. Trong xơ gan, dấu hiệu da xạm là do:
  - A. Thiếu melanin
  - B. Melanin lắng đọng
  - C. Melanin lạc chỗ
  - D. Tăng nhạy cảm với melanin
6. Dấu hiệu lâm sàng của xơ gan thể mất bù:
  - A. Tuần hoàn bàng hệ
  - B. Gan to, chắc
  - C. A và B đúng
  - D. A và B sai
7. Người bệnh xơ gan tĩnh táo, cổ trướng ít, bilirubin 30mol/l, albumin 29g/l, tỷ lệ prothrombin 50%. Tiên lượng theo Child là:
  - A. Tốt
  - B. Dè dặt
  - C. Xấu
  - D. Chưa đánh giá được
8. Biến chứng hàng đầu trong xơ gan:
  - A. Xuất huyết tiêu hóa
  - B. Rối loạn não-gan
  - C. Hội chứng gan-thận
  - D. ung thư gan
9. Đối với xơ gan do rượu có biểu hiện lâm sàng rõ rệt thì thời gian sống khoảng:
  - A. 4 năm
  - B. 6 năm
  - C. 2 năm
  - D. Ít nhất 7 năm

## UNG THƯ GAN

BS.CKI. Nguyễn Văn Thịnh

### MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. *Nêu những nguyên nhân thường gặp gây ung thư gan.*
2. *Mô tả các dấu hiệu lâm sàng của ung thư gan.*
3. *Trình bày cách xử trí một trường hợp ung thư gan.*

### ĐẠI CƯƠNG

Ung thư gan là một bệnh ác tính của gan do sự tăng sinh ồ ạt tế bào gan hoặc tế bào đường mật gây hoại tử và chèn ép trong gan. Nam thường gặp hơn nữ, độ tuổi hay gặp thường từ 40 đến 60 tuổi. Tỷ lệ mắc cao ở các nước đang phát triển, vùng dịch tễ virus viêm gan.

Yếu tố nguy cơ: bệnh gan mạn tính, phơi nhiễm aflatoxin (lạc mốc, gạo mốc), thuốc cản quang thorotrast. Các yếu tố nguy cơ khác gồm:

- Rượu: là nguyên nhân chủ yếu dẫn đến các bệnh gan mạn tính như xơ gan, viêm gan mạn...
- Yếu di truyền: người ta nói nhiều tới vai trò hormon giới tính vì tỷ lệ nam giới mắc ung thư gan cao trội hơn hẳn phụ nữ. Mức testosterone cao cũng liên quan tới gia tăng ung thư gan.
- Độc chất dioxin: chất độc màu da cam có chứa tạp chất Dioxin, với một liều nhỏ Dioxin (một vài microgam) đã có thể làm hỗn loạn hệ thống gen của gan tác dụng giống và mạnh hơn các chất gây ung thư khác như Benzopyren và Dimetylamin.
- Các yếu tố nguy cơ khác: Chế độ ăn mất cân đối, thiếu đạm kéo dài; Nhiễm sắt huyết thanh (Hemochromatose); Dùng thuốc tránh thai kéo dài.

### TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Triệu chứng thường nghèo nàn, kín đáo ở giai đoạn sớm. Khi có triệu chứng lâm sàng rõ rệt thì đã là giai đoạn muộn.

#### 1. *Giai đoạn sớm*

- Rất mờ nhạt ít triệu chứng điển hình, do đó rất khó biết.
- Cơ năng: Mệt mỏi không rõ nguyên nhân, kém ăn, đầy bụng khó tiêu. Cảm giác nặng nề, đau âm ỉ hạ sườn phải.
- Thực thể: Thường không đặc biệt, nhưng có thể gan to 3 – 4 cm, cứng và không đau, hoặc thấy triệu chứng xơ gan như lách to, da sạm, sao mạch, tuần hoàn bàng hệ.

Bệnh được phát hiện tình cờ hoặc khi chủ động sàng lọc người bệnh nguy cơ cao (bệnh gan mạn tính, xơ gan) bằng AFP và siêu âm 6 tháng/ lần.

## **2. Giai đoạn tiến triển:**

Thời kỳ khởi phát kéo dài 1- 2 tuần hoặc vài ba tháng rồi chuyển sang thời kỳ toàn phát với đầy đủ các triệu chứng:

- Kém ăn, đầy bụng, chướng hơi. Đi ngoài nhiều lần (3 – 4 lần), phân nát sền sệt.
- Đau hạ sườn phải: lúc đầu đau âm ỉ, sau đau càng ngày tăng, các thuốc giảm đau thông thường không có kết quả.
- Hạ đường huyết: rất ít gặp, hạ đường huyết kết hợp gan to không đều là triệu chứng gợi ý ung thư gan.
- Sốt: có thể sốt nhẹ hoặc cao, kéo dài vài ba ngày đến hàng tháng.
- Gầy sút: với tốc độ nhanh, 4 – 5 kg trong 1 tháng.
- Mệt mỏi nên người bệnh không muốn hoạt động.
- Ung thư gan trên gan lành: gan to là triệu chứng quan trọng nhất và gần như là duy nhất với đặc điểm: gan to không đều, chỉ một phần gan. Sờ mặt gan thấy có những cục lồi nhô to nhỏ khác nhau, cứng như đá. Đau tự nhiên, ấn vào càng đau. Nghe có thể thấy tiếng thổi tâm thu hay liên tục.
- Ung thư gan trên xơ gan: hay gặp hơn, có thêm các triệu chứng của xơ gan:
  - Thay đổi ở da: da sạm, sọc đen, môi tím, lòng bàn tay đỏ, sao mạch...
  - Cổ trướng: nước vàng chanh, hoặc có máu, Rivalta có thể (+).
  - Lách to, tuần hoàn bàng hệ cửa - chủ.
  - Xuất huyết tiêu hóa do giãn vỡ tĩnh mạch thực quản
- Các triệu chứng của di căn:
  - Di căn tĩnh mạch cửa: khó phát hiện được trên lâm sàng, chủ yếu phát hiện trên siêu âm
  - Ung thư gan rất ít di căn, tuy nhiên có thể di căn vào hạch mạc treo, màng bụng -> cổ chướng
  - Di căn phổi, màng phổi gây tràn dịch màng phổi, ho máu, đau ngực. Nhưng thường không có triệu chứng lâm sàng: phát hiện bằng chụp X quang phổi
  - Di căn màng tim gây tràn dịch màng tim
  - Di căn hạch thượng đòn.
  - Di căn xương: đau nhức xương, cột sống, tăng Calci máu. Chẩn đoán xác định bằng xạ hình xương.

- Hội chứng cận ung thư: chủ yếu biểu hiện trên xét nghiệm sinh hoá:
  - Tăng hồng cầu do erythropoietin like kích thích tuỷ xương.
  - Tăng Calci máu: hoặc do calcitonin like hoặc do di căn xương
  - Hạ đường máu: insulin like

### 3. Các thể lâm sàng:

- Thể sốt: sốt kéo dài hàng tháng, dễ nhầm abscess gan amip
- Thể đau: đau là chủ yếu, các triệu chứng khác lu mờ.
- Thể vàng da: hoàng đản ngày càng tăng, dễ nhầm u đường mật hoặc u đầu tụy
- Thể gan không to hoặc gan teo: chỉ có triệu chứng xơ gan, không thấy gan to.

## CẬN LÂM SÀNG

### 1. Chẩn đoán hình ảnh:

Hiện nay có thể phát hiện sớm khi khối u còn nhỏ 1 - 2 cm, nhưng không cho biết bản chất khối u là lành hay ác tính.

- Siêu âm: Hình ảnh khối u: có thể phát hiện khối u từ 1cm, một hoặc nhiều khối, ranh giới thường không rõ, cấu trúc không đồng nhất, đặc hoặc hỗn hợp âm. Siêu âm Doppler có tăng sinh mạch máu trong khối và tính chất gan và tổ chức xung quanh.
- CT scanner có tiêm thuốc cản quang: kích thước, số lượng khối u, sự xâm lấn, di căn.
- Chụp cộng hưởng từ.

### 2. $\alpha$ FP:

Trong ung thư gan  $\alpha$ FP tăng. Tuy nhiên  $\alpha$ FP cũng tăng vừa phải trong u tinh hoàn, u bào thai, xơ gan sau viêm gan virus. Chỉ khi  $\alpha$ FP máu > 500 ng/ml thì mới có ý nghĩa chẩn đoán.

### 3. Chụp động mạch gan:

Hình ảnh động mạch gan bị cắt cụt, bế máu hoặc giàu mạch máu. Thường làm cùng với nút mạch gan.

### 4. Soi ổ bụng:

Có thể chẩn đoán quyết định nếu nhìn thấy nhân ung thư. Khi nghi ngờ có thể sinh thiết gan.

### 5. Xét nghiệm thăm dò chức năng gan:

- Không có giá trị vì không đặc hiệu cho ung thư gan, chỉ cho biết có xơ gan.
- Chức năng gan: tăng nhẹ GOT, GPT, Albumin giảm, tỷ lệ Prothrombin giảm.

- Ứ mật: Bilirubin tăng, phosphatase kiềm tăng, GGT tăng, LDH tăng...

### **6. Chẩn đoán xác định bằng sinh thiết hoặc chọc hút tế bào:**

- Chẩn đoán xác định ung thư.
- Đánh giá typ ung thư, mức độ biệt hoá tế bào ung thư đối với sinh thiết

## **CHẨN ĐOÁN**

### **1. Chẩn đoán sớm:**

Sàng lọc ở đối tượng nguy cơ cao: tiền sử viêm gan virus B, C, xơ gan bằng siêu âm và  $\alpha$ FP 6 tháng/ lần. Quyết định chẩn đoán bằng mô bệnh học. Gợi ý ở những người bệnh xơ gan có thay đổi bất thường:

- Cổ chướng: Rivalta(+) hoặc cổ chướng dịch máu.
- Điều trị tích cực mà cổ chướng không rút, người bệnh gầy sút đi.

### **2. Chẩn đoán xác định:**

Chọc hút giải phẫu: ung thư biểu mô tế bào gan. Nếu giải phẫu bệnh âm tính nhiều lần -> chẩn đoán dựa vào:

- $\alpha$ FP > 500 ng/ ml.
- Chẩn đoán hình ảnh khối u gan hoặc chụp mạch.

### **3. Chẩn đoán phân biệt:**

#### **3.1. Absces gan amip:**

Dễ nhầm lẫn nhất trong abscess gan thể giả ung thư hoặc ung thư gan thể giả abscess do lâm sàng giống nhau:

- Đau hạ sườn phải nhiều
- Có thể có vàng da
- Gầy sút nhiều do không ăn uống được
- Gan có thể to và cứng

#### **3.2. Absces gan đường mật:**

- Hội chứng nhiễm trùng rõ, sốt cao, vàng da
- Có tiền sử sỏi mật, giun chui ống mật.
- Gan có thể to nhưng không cứng chắc như ung thư gan.
- Siêu âm thường có nhiều ổ absces
- Chọc hút: mủ màu sữa, có ánh vàng lẫn mật, đặc biệt mùi thối. Nuôi cấy có vi khuẩn mọc, thường là vi khuẩn Gr(-), yếm khí.
- Điều trị bằng kháng sinh tiến triển tốt



### 3.3. Nang gan:

- Gan rất to, cứng lổn nhổn nhưng không ảnh hưởng đến thể trạng.
- Là bệnh bẩm sinh, thường phối hợp với bệnh thận đa nang.
- Siêu âm, chụp cắt lớp có thể thấy nhiều nang, bờ rõ, bên trong là dịch đồng nhất, không ngấm thuốc cản quang.

### 3.4. Viêm gan mạn:

- Gan có thể to nhưng không bao giờ to quá.
- Siêu âm, CT không có khối trong gan

### 3.5. Ung thư đường mật:

- Lâm sàng có vàng da tăng dần, gầy sút nhiều.
- Bilirubin máu cao, chủ yếu bilirubin trực tiếp.
- Siêu âm: khối tăng âm nằm trong đường mật, đường mật trên khối giãn. Siêu âm nội soi.
- CT scanner: khối u nằm trong lòng đường mật
- ERCP: khối choáng chỗ nằm trong lòng đường mật.

## ĐIỀU TRỊ

**1. Cắt gan:** Vẫn là phương pháp tốt nhất khi khối u khu trú. Chỉ định nếu u còn nhỏ (<5 cm) hoặc khu trú ở một phân thùy thì cắt bỏ thùy gan hoặc phân thùy có khối u là lý tưởng nhất, mặc dù gan đã xơ.

**2. Phương pháp gây tắc mạch:** qua động tĩnh mạch TAE (Transcatheter- Arterial Embolization) kết quả không đáng kể.

**3. Khối ung thư gan quá to:** Không cắt gan được người ta có thể áp dụng những phẫu thuật không triệt để nhưng có tác dụng nhất định như: Thắt động mạch gan chung kết hợp BCG (30% sống thêm 6 tháng, 3% sống thêm 1 năm). Thắt động mạch gan chung kết hợp Levamisol (20% sống thêm 6 tháng, 5% sống thêm 1 năm, cá biệt 7 năm). Thắt động mạch gan chung kết hợp thuốc nam y Lạc- Hồng (LH) 54% sống thêm 6 tháng, 3,31 % sống thêm 2 năm). Cắt một phần UTG kết hợp với LH 51% sống thêm 6 tháng, 8% sống thêm 2 năm, 2% sống thêm 10 năm.

**4. Xạ trị liệu:** Tiêm Yttri phóng xạ vào động mạch (kết quả thất thường).

**5. Hóa trị liệu:** 5 fluo - Uracil (5 FU), Methrotrexat, 5 Fluoro 2' Deoxyridin, Mitoncin C. Gần đây dùng Adriamycin.

**6. Miễn dịch trị liệu.**

**7. Ghép gan.**

**TỰ LƯỢNG GIÁ**

1. Đặc điểm tế bào học trong ung thư gan:
  - A. Tăng sinh ồ ạt tế bào gan, mật
  - B. Hoại tử và chèn ép gan
  - C. A và B đúng
  - D. A và B sai
2. Nguyên nhân hàng đầu gây ung thư gan ở Việt Nam:
  - A. Rượu
  - B. Siêu vi
  - C. Độc chất
  - D. Chế độ ăn
3. Xét nghiệm đặc hiệu trong ung thư gan:
  - A. Định lượng GOT, GOP tăng
  - B. Định lượng  $\alpha$ FP
  - C. Chụp động mạch gan
  - D. Tỷ lệ Prothrombin giảm
4. Đây là những triệu chứng giai đoạn toàn phát của ung thư gan, NGOẠI TRỪ:
  - A. Da xám, sọc đen, sao mạch
  - B. Cổ trướng vàng chanh, có máu
  - C. Gan to, đau
  - D. Ăn nhiều, tăng cân
5. Đặc điểm nào phù hợp với ung thư gan di căn:
  - A. Di căn tĩnh mạch cửa dễ phát hiện
  - B. Dễ di căn vào hạch mạc treo
  - C. Di căn phổi ít triệu chứng lâm sàng
  - D. Di căn hạch thượng đòn
6. Đây là những thể lâm sàng của ung thư gan, NGOẠI TRỪ:
  - A. Thể sốt
  - B. Thể vàng da
  - C. Thể đau
  - D. Thể gan phì đại
7. Xét nghiệm sàng lọc ung thư gan:
  - A. Siêu âm bụng
  - B. Định lượng  $\alpha$ FP
  - C. A và B đúng
  - D. A và B sai
8. Phương pháp điều trị ung thư gan hàng đầu:
  - A. Cắt gan
  - B. Gây tắc mạch
  - C. Xạ trị liệu
  - D. Hóa trị liệu
9. Bệnh lý dễ nhầm nhất với ung thư gan:
  - A. Áp xe đường mật
  - B. Áp xe gan do amib
  - C. Nang gan
  - D. Ung thư đường mật

## VIÊM TỤY CẤP

BS.CKI. Nguyễn Văn Thịnh

### MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. *Nêu khái niệm và những nguyên nhân thường gặp gây viêm tụy cấp.*
2. *Mô tả các dấu hiệu lâm sàng của viêm tụy cấp.*
3. *Trình bày cách xử trí một trường hợp viêm tụy cấp.*

### ĐẠI CƯƠNG

Viêm tụy cấp là một tổn thương tụy cấp tính, chức năng có thể phục hồi trở lại bình thường. Viêm tụy cấp có thể tái phát nhiều lần mà không thành viêm tụy mạn.

Thuyết được thừa nhận nhiều là "Tụy tự tiêu huỷ". Tụy là tạng chứa nhiều enzym tiêu protein ở dạng chưa hoạt động như: Phospholipaza - trypsinogene, kalikreinogene,... Bình thường khi dịch tụy vào tới tá tràng trypsinogene được men Enterokinaza của ruột hoạt hoá thành trypsin và nó hoạt hoá các tiền enzym khác. Nếu do các yếu tố khác nhau, dịch ruột và men enterokinaza hồi lưu trong ống tụy hoặc trực tiếp vào tụy thì các tiền men được kích hoạt ngay trong mô tụy sẽ xảy ra "tụy tạng tự tiêu hoá" (autodigestion) gây viêm tụy cấp.

Tổn thương cơ bản là phù nề xung huyết, hoại tử và xuất huyết, có hai loại:

- Viêm tụy cấp không hoại tử: Hay gặp nhất, tổn thương chủ yếu là phù nề, nhìn tụy bóng láng, sưng to, cương tụ.
- Viêm tụy cấp hoại tử: loại này rất nặng. Tụy sưng nề, có nhiều đốm xuất huyết, có khi hoại tử. Các tổn thương sau vài giờ lan sang phúc mạc. Sự hoại tử nền (Cystosteatonecrosis) tạo ra những vết màu trắng vàng nhạt như vảy nền ở phúc mạc, thận, mạc treo ruột, dạ dày...

Nguyên nhân thường gặp

- Tổn thương cơ giới, Viêm nhiễm ở ống mật: Sỏi mật, sỏi tụy, u gây chèn ép đường tụy, viêm bóng Vater, bệnh xơ tụy.
- Các bệnh nhiễm khuẩn ổ bụng: Viêm túi mật, viêm ruột thừa, thương hàn, leptospirose, virus (quai bị, viêm gan virus), giun đũa.
- Do rượu: hay gặp ở các nước Âu, Mỹ.
- Các chấn thương bụng, phẫu thuật nội soi mật, tụy.
- Loét dạ dày tá tràng ăn sâu vào tụy.
- Một số thuốc: Cocticoïd, lợi tiểu, ức chế miễn dịch (6MP), thuốc chống thụ thai, các thuốc tiêm chủng.

- Chuyển hoá và nội tiết: Cường tuyến cận giáp, tăng calci huyết, tăng mỡ máu béo phì, đái đường, xơ vữa động mạch, là yếu tố thuận lợi.
- Viêm tụy cấp tự phát chưa có nguyên nhân.

## LÂM SÀNG

### 1. Triệu chứng cơ năng:

- Đau bụng: Đau thượng vị, đau dữ dội, đột ngột, sau bữa ăn thịnh soạn (20-25%), đau kéo dài, có khi đau như sỏi mật, nôn không hết đau, lan ra sau lưng, kèm theo đau vật vã, lặn lộn, vã mồ hôi,... Cơ chế đau do viêm phù nề tụy, do tăng áp lực ống tụy, do dịch tụy gây tổn thương mạc nối, màng bụng.
- Nôn mửa: Xảy ra sau đau, nôn dai dẳng, khó cầm, nôn ra dịch mật, nôn ra máu(nặng). Nôn gây ra mất nước, mất điện giải. Không bao giờ nôn ra phân (phân biệt với tắc ruột).
- Chướng bụng, bí trung đại tiện, có khi ỉa lỏng (Mayer & Brawn).

### 2. Triệu chứng thực thể: Nghèo nàn

- Bụng chướng nhẹ, ấn đau nhưng mềm, 40 - 50% có phản ứng thành bụng nhẹ, ít co cứng thành bụng (10-20%), điểm Mayorobson đau, hoặc hạ sườn trái đau (dấu hiệu Maller Guy).
- Nhu động ruột thường giảm hoặc mất do liệt ruột.
- Gõ vang vùng giữa bụng, đục vùng thấp do có dịch (hiếm gặp).
- Khi viêm tụy hoại tử nặng có thể thấy dấu hiệu da đặc biệt:
  - Vết da màu xanh nhạt quanh rốn (dấu hiệu Cullen).
  - Vết da xanh tím nâu quanh hai mạn sườn (dấu hiệu Turner).
  - Da mặt màu đỏ hoặc nâu do kallicrein tăng.
  - Có khi vàng da do hoại tử gan, hay chèn ép ống mật.

### 3. Toàn thân: Thường nặng

- Hoảng hốt, lo sợ, có khi ngất do đau, có khi mê sảng (rối loạn não tụy), tiên lượng xấu.
- Sốc: Mức độ từ vừa đến nặng, mặt tái, chân tay lạnh, toát mồ hôi, mạch yếu, nhanh, huyết áp tụt.
- Sốt 38- 40°C hoặc cao hơn.
- Một số có biểu hiện thận:
  - Huyết áp cao tạm thời.

- Đái ít hoặc vô niệu, xét nghiệm nước tiểu có hồng cầu, bạch cầu, trụ hạt, protein niệu, ure máu cao (tổn thương thận do sốc, máu qua thận ít, do trypsin làm tổn thương cầu thận).

## CẬN LÂM SÀNG

### 1. **Amylase:** rất điển hình trong viêm tụy cấp.

- Lượng amylase máu và nước tiểu tăng từ 2- 200 lần bình thường. Amylase trở lại bình thường sau 4-8 ngày.
- Amylase niệu tăng chậm nhưng kéo dài hơn tăng amylase máu.
- Amylase cũng tăng trong dịch màng bụng, dịch phế mạc do viêm tụy cấp gây ra.

### 2. **Các xét nghiệm khác:**

- Lipaza máu tăng kéo dài vài ngày giống như amylase.
- Bạch cầu tăng, nhất là bạch cầu đa nhân trung tính.
- Đường máu tăng cao trong trường hợp nặng.
- Lipid máu tăng (bình thường 4-7g/l).
- Calci máu giảm (bình thường 3.2-3.65 mol/l), sau 48 giờ calci máu giảm (trường hợp nặng), hoại tử mỡ càng rộng thì calci càng hạ thấp.
- Xét nghiệm Methaemalbumin huyết thanh tăng trên 5mg% là một dấu hiệu của thể hoại tử.
- Ure máu tăng, bilirubin, phosphatase kiềm, SGOT tăng tạm thời vài ngày.
- Nước tiểu: Có thể có đường niệu, amylase tăng sau 24h, có thể có hồng cầu, trụ hạt, protein niệu.
- Xquang: Không có liềm hơi, không có mức nước hay mức hơi trong ổ bụng.
- Có thể thấy chướng hơi đại tràng, dạ dày.
- Chụp dạ dày cản quang thấy khung tá tràng giãn rộng. Dạ dày bị đẩy ra trước, có hình răng cưa.
- Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng thấy tụy to và dịch quanh tụy.
- Siêu âm: kích thước tụy to ra, niêm mạc thô, có dịch quanh tụy, có thể có sỏi tụy, sỏi mật.
- Tỷ số ACR (tỷ số thanh thải Amylase/Creatinin): bình thường < 5%. Nếu > 5% là viêm tụy.
- Soi ổ bụng: Thấy dịch màu hồng, thấy các vết nứt ở màng bụng, ruột.

## CHẨN ĐOÁN

### 1. Chẩn đoán xác định:

- Đau bụng đột ngột sau bữa ăn tươi, nôn, chướng bụng, sốt.
- Xquang: ruột giãn to, đầy hơi.
- Amylase máu tăng, amylase niệu tăng gấp 5 lần
- Tỷ số C.am \* 100 > 5%; C.ere
- Soi ổ bụng thấy vết nứt.

### 2. Chẩn đoán phân biệt:

- Thủng dạ dày: Người bệnh có tiền sử dạ dày hay không, đau dữ dội, bụng co cứng, XQ có liềm hơi.
- Tắc ruột: Đau bụng, nôn, bí trung đại tiện, Xquang có mức nước, mức hơi.
- Cơ đau bụng gan:
  - Có tam chứng Charcot.
  - Siêu âm thấy có sỏi, u.
- Viêm phúc mạc: Có hội chứng nhiễm khuẩn, co cứng toàn bụng, thăm túi cùng Douglas đau.
- Nhồi máu mạc treo (hiếm): Đau dữ dội đột ngột, từng cơn, có ỉa ra máu, mổ thăm dò mới biết được.
- Nhồi máu cơ tim:
  - Đau thắt ngực, điện tâm đồ có nhồi máu cơ tim.
  - Viêm TC khi Ca++ giảm, QT dài, T thấp.

### 3. Chẩn đoán thể bệnh:

#### 3.1. Viêm tụy cấp phù nề: Là thể nhẹ hay gặp

- Đau bụng vừa phải, nằm yên tĩnh được, toàn trạng ít thay đổi, không bị choáng, không nôn, không có phản ứng thành bụng.
- Chẩn đoán: Amylase tăng gấp 5 lần.

#### 3.2. Viêm tụy cấp thể hoại tử xuất huyết:

Tình trạng nặng, đau bụng dữ dội, sốt, bụng chướng căng, phản ứng thành bụng, cắt cơn đau khó khăn, tử vong 25- 30%. Chẩn đoán qua giải phẫu thi thể.

#### 3.3. Viêm tụy cấp nung mủ:

Đau bụng, co cứng, liệt ruột, hội chứng nhiễm trùng mủ, sau vài ngày, đầu tụy có ổ mủ bằng đầu kim, có khi gây áp xe dưới cơ hoành.

### 3.4. Các thể theo tiến triển của bệnh:

- Thể tối cấp: nặng, đau nhiều, nôn, sốc, trụ tim mạch, tử vong sau 1-2 ngày.
- Thể cấp tính: các triệu chứng mô tả trên tiến triển tốt dần, sau 3-5 ngày khỏi hoàn toàn.
- Thể tái diễn(hồi qui) (pancreatite aigua recurrent): Tái phát nhiều lần điều trị khỏi, ít tử vong, sau lại tái phát, thường nhẹ.
- Một số cấp cứu nội khoa: Suy thận cấp, sỏi mật, vô niệu, ure máu tăng, đau thắt ngực, rối loạn tiêu hoá, chướng bụng. Một số cấp cứu ngoại khoa: Tắc ruột, viêm phúc mạc, viêm ruột thừa.

## TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

Mặc dù có tiến bộ về hồi sức, song viêm tụy cấp vẫn là bệnh nặng, tử vong những ngày đầu 20- 40% do sốc, suy thận, hạ canxi máu, glucoza máu tăng. Viêm tụy cấp hoại tử tử vong 80%. Viêm tụy cấp phù nề 10%, giai đoạn muộn tử vong do bội nhiễm thêm. Sau vài ngày bệnh lui, vẫn đề phòng tái phát.

### 1. Biến chứng thường gặp:

- Viêm tấy.
- Áp xe tụy.
- U nang giả tụy.
- Hoại tử tụy (hoại tử vô khuẩn hay nhiễm khuẩn): 2-3 tuần sau viêm tụy cấp.
- Cổ chướng do tụy hoặc biến chứng cơ quan lân cận như chảy máu trong ổ bụng, tắc ruột, huyết khối, dò tụy.

### 2. Biến chứng xa:

- Suy thận cấp
- Tràn dịch phế mạc, suy hô hấp.
- Biến chứng tim mạch: Tụt huyết áp, ngừng tim đột ngột, thay đổi ST-T trên điện tim.
- Rối loạn tâm thần
- Mù đột ngột do tắc động mạch võng mạc.

## ĐIỀU TRỊ

### 1. Điều trị nội khoa:

#### 1.1. Nguyên tắc điều trị:

- Điều trị sớm

- Điều trị tích cực
- Phải theo dõi chặt chẽ.

### 1.2. Điều trị cụ thể:

- Nuôi dưỡng: Hạn chế ăn tuyệt đối (diète absolue), hút dạ dày chỉ áp dụng khi nôn nhiều. Nước 2,5-3 l/24h, cân bằng điện giải (NaCl 8-12g, KCl 1-2g, Ca, Mg). Bảo đảm phần năng lượng bằng huyết thanh ngọt ưu trương từ 4-8 ngày. Ăn tăng dần, một số thể nặng cho chế độ dinh dưỡng cao ngoài đường tiêu hoá
- Giảm đau: Dolosal (BD: Pethidin, dolargan) có tác dụng giảm đau nhưng không gây co thắt cơ oddi; Novocain 1% pha với dịch tiêm truyền phong bế thần kinh tạng, bên trái hoặc cả hai bên thắt lưng; Các thuốc liệt hạch: Iagartin-phenergan-dolosal
- Chống sốc:
  - Truyền dịch nước điện giải, huyết tương, albumin, máu.
  - Corticoid, Solumedrol, Depersolon.
  - Isoproterenol (isuprel), Dopamin, Dobutamin.
- Chống nhiễm khuẩn: Ampixilin, Lincomycin, Cephalexin
- Ức chế tiết men tụy: Atropin, Somatostatin hay Sandostatin, Omeprazol. Các thuốc kháng men tụy: chống hoại tử tụy làm mất hoạt tính men tụy, phải dùng sớm, liều cao: Contrycal, Trasylol, Chlortetracylin.

## 2. Điều trị ngoại khoa:

Có 4 loại chỉ định:

- 2.1. Mở thăm dò: Khi chẩn đoán không phân biệt với bụng ngoại khoa, mổ ra đúng là viêm tụy cấp; Tình trạng cho phép: Cắt túi mật (Có sỏi dẫn lưu ống mật bị giãn, hoặc lấy sỏi ống mật, không động tới tụy, trừ đặt ống dẫn lưu tụy (Khi dịch tụy hậu cung mạc nối).
- 2.2. Can thiệp trên các đường mật: Khi có sỏi túi mật, ống mật chủ nở sau viêm tụy cấp, có quan niệm nếu chụp mật ngược dòng thấy sỏi, nếu có sỏi ống mật chủ, sỏi kẹt ở Oddi là mổ.
- 2.3. Điều trị biến chứng: Các u nang có biến chứng áp xe, vỡ, chèn ép, hoặc các u nang không lui giảm sau 6 tuần theo dõi.
- 2.4. Mổ trực tiếp trên tụy tạng: Cắt toàn phần, bán phần, tử vong cao nên tiên lượng rất dè dặt.



**TỰ LƯỢNG GIÁ**

1. Đặc điểm nào đúng với viêm tụy cấp:
  - A. Chức năng không thể phục hồi
  - B. Có thể diễn tiến thành viêm mạn
  - C. Có thể tái phát nhiều lần
  - D. B và C đúng
2. Bình thường các men tụy tồn tại dưới dạng:
  - A. Hoạt động
  - B. Tiền enzym
  - C. Phối hợp
  - D. Gắn kết
3. Nguyên nhân thường gặp nhất gây viêm tụy cấp:
  - A. Sỏi mật
  - B. Nghiện rượu
  - C. Loét dạ dày
  - D. Chấn thương
4. Triệu chứng cơ năng thường gặp trong viêm tụy cấp, NGOẠI TRỪ:
  - A. Đau bụng
  - B. Ói mửa
  - C. tê tay chân
  - D. Chướng bụng
5. Đặc điểm của ói trong viêm tụy cấp:
  - A. Xảy ra trước đau bụng
  - B. Ói thành vôi
  - C. Có thể ói ra phân
  - D. Tất cả đúng
6. Dấu hiệu Cullen trong viêm tụy cấp:
  - A. Vết da xanh nhạt quanh rốn
  - B. Vết da xanh tím quanh mạn sườn
  - C. Gõ vang giữa bụng
  - D. Đau hạ sườn trái
7. Dấu hiệu Maller Guy trong viêm tụy cấp:
  - A. Đau hạ sườn trái
  - B. Da mặt đỏ hoặc nâu
  - C. Bí trung đại tiện, tiêu lỏng
  - D. Gõ đục vùng thấp
8. Cận lâm sàng điển hình nhất trong viêm tụy cấp:
  - A. Amylase máu
  - B. Amylase niệu
  - C. Ure máu
  - D. X quang bụng
9. Đây là những dấu hiệu chẩn đoán xác định viêm tụy cấp, NGOẠI TRỪ:
  - A. Đau bụng, nôn
  - B. Amylase máu tăng
  - C. Siêu âm kích thước tụy to ra
  - D. X quang: ruột giãn, đầy hơi

## CÁCH KHÁM NGƯỜI BỆNH THẦN KINH

BS.CKI. Nguyễn Văn Thịnh

### MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Nêu cách khám người bệnh thần kinh.
2. Mô tả các dấu hiệu thường gặp ở người bệnh thần kinh.
3. Trình bày cách nhận định các bệnh lý thần kinh thường gặp.

### KHÁM VẬN ĐỘNG

#### 1. Khám vận động tự chủ:

Người bệnh có thể ở nhiều tư thế: ngồi, đứng, nằm...

##### 1.1. Một số kỹ thuật khám:

###### 1.1.1. So sánh hai bên:

- Chi trên: nắm xoè bàn tay; gấp duỗi cẳng tay; giơ cánh tay, sang ngang.
- Chi dưới: co duỗi ngón chân; gấp duỗi cẳng chân; nhấc chân khỏi giường

###### 1.1.2. Tìm cơ lực:

Trong khi người bệnh làm những động tác thông thường kể trên, thầy thuốc lần lượt tạo phản lực ngược lại với động tác của người bệnh. Như vậy có thể đánh giá được cơ lực của từng nhóm cơ.

###### 1.1.3. Nghiệm pháp Barré:

- Chi trên: người bệnh nằm ngửa, giơ thẳng hai tay tạo một góc  $60^\circ$  với mặt giường. Bên nào liệt sẽ rơi xuống trước.
- Chi dưới: người bệnh nằm sấp. Cẳng chân người bệnh để  $45^\circ$  với mặt giường. Bên nào liệt sẽ rơi xuống trước.

###### 1.1.4. Nghiệm pháp Mingazzini:

Áp dụng cho chi dưới. Người bệnh nằm ngửa hai chân giơ lên, cẳng chân thẳng góc với đùi, đùi thẳng góc với mặt giường. Chân bên liệt rơi xuống trước.

##### 1.2. Đánh giá kết quả:

Việc thăm khám vận động và cơ lực của từng đoạn chỉ cho phép phát hiện tình trạng liệt, không những về cường độ liệt, mà còn vị trí liệt.

###### 1.2.1. Cường độ:

Có thể liệt hoàn toàn, không làm được những động tác thông thường. Có thể chỉ liệt nhẹ, vẫn làm được những động tác nhưng không lâu và yếu. Lúc đó cần phải so sánh kỹ hai bên và loại trừ nguyên nhân của động tác yếu là do teo cơ hay khớp làm hạn chế cử động.

### 1.2.2. Khu trú địa điểm:

Tùy theo nơi tổn thương thần kinh, liệt có thể khu trú hay lan toả. Do vậy xác định được điểm liệt cũng có nghĩa là xác định được vị trí tổn thương.

- Liệt thân thần kinh: khi liệt vận động cả một nhóm cơ chi phối bởi một dây thần kinh sọ não hay thần kinh tuỷ, nói chung ta có thể cho là tổn thương ở thần kinh ngoại biên. Đó là trường hợp của liệt mặt thể ngoại biên, liệt thần kinh quay, thần kinh giữa...
- Liệt rễ thần kinh: khi liệt vận động một nhóm cơ ở đúng vùng chi phối bởi một hay nhiều rễ tuỷ trước, ta có thể kết luận là tổn thương hoặc ở rễ, hoặc ở thần kinh tuỷ, hoặc ở sừng trước tuỷ sống. Thí dụ ở chi trên, khi liệt rễ trên do tổn thương ở C5 – C6, các cơ delta, nhị đầu, cánh tay trước và cơ sấp dài sẽ không vận động được (liệt kiểu Duchenne).
- Liệt một chi: liệt toàn bộ một chi thường do tổn thương các rễ tuỷ hay sừng trước, rất ít khi do tổn thương một vùng giới hạn của võ não.
- Liệt nửa thân: do tổn thương não bên đối diện với liệt.
- Liệt hai chi dưới: thường do tổn thương ở tuỷ, do tổn thương hai bên rễ tuỷ hay do tổn thương thần kinh ngoại biên, rất ít khi do tổn thương cả hai bên bán cầu não.

Trong mọi trường hợp liệt, điều quan trọng bậc nhất là cần xác định nguyên nhân ở trung ương hay ngoại biên. Liệt thân hay rễ thần kinh là do tổn thương ngoại biên, liệt nửa thân chắc chắn là do tổn thương trung ương. Trường hợp nghi ngờ như khi liệt hai chi, người ta thường dựa vào những tiêu chuẩn sau đây để phân biệt:

- Liệt ngoại biên thường là liệt mềm, phản xạ gân xương giảm, có teo cơ và có phản ứng thoái hoá điện.
- Liệt trung ương có thể là liệt mềm, nhưng về sau thường tiến triển đến liệt cứng, phản xạ gân xương tăng và thường kèm theo dấu hiệu Babinski.

## 2. Khám trương lực:

2.1. Một số nghiệm pháp khám: Thường làm ở các chi. Người bệnh để chi được thăm khám hoàn toàn thụ động, không lên gân.

- Chi trên: người bệnh vòng tay qua cổ và đặt lòng bàn tay vào vùng xương bả vai cùng bên.
- Chi dưới: lấy gót chân đặt vào mông cùng bên.

Thầy thuốc cầm cổ chân, cổ tay người bệnh, lắc mạnh để tìm độ ve vẩy của bàn chân, bàn tay người bệnh. Hoặc lắc cả thân người bệnh, quay phải, quay trái và xem biên độ vung hai tay người bệnh.

2.2. Đánh giá kết quả:

Ở người bình thường có một sự đề kháng nhỏ khi người bệnh làm những động tác thụ động trên.

- Khi đề kháng của các cơ tăng, các động tác trên bị hạn chế, ta gọi là tăng trương lực cơ. Lúc đó các cơ thường rắn hơn bình thường, mặc dù lúc nghỉ ngơi không hoạt động.
- Khi cơ não, đề kháng giảm, bàn tay có thể vờ tới vùng xương bả vai cùng bên hoặc gót chân chạm mông cùng bên, ta gọi là trương lực cơ giảm.

2.2.1. Trương lực cơ tăng:

- Trương lực cơ tăng không kèm theo liệt: là một triệu chứng của liệt trung ương, nghĩa là có tổn thương bó tháp. Trường hợp này còn gọi là co cứng tháp, điển hình nhất là khi liệt cứng nửa người.
- Trương lực cơ tăng không kèm theo liệt: là triệu chứng của tổn thương ngoài bó tháp. Đó là co cứng ngoài tháp mà tiêu biểu là bệnh Parkinson.

2.2.2. Trương lực cơ giảm:

- Trương lực cơ giảm có kèm theo liệt, gọi là liệt mềm. Đó là tất cả các trường hợp liệt ngoại biên và một số trường hợp liệt trung ương.
- Trương lực cơ giảm không kèm theo liệt: đặc biệt gặp trong các tổn thương cảm giác sâu: tổn thương thần kinh cảm giác, các rễ sau, các sừng sau tuỷ sống (bệnh tabet). Cũng gặp trong các hội chứng tiểu não.

**3. Khám phối hợp động tác và thăng bằng:**

Tất cả các động tác của người ta, dù là động tác đơn giản, phải qua một quá trình phân tích và tổng hợp của các động tác nhỏ và yếu tố tâm trí. Sự mất thăng bằng và phối hợp động tác gọi là loạn choạng (ataxie) đặc biệt thường gặp trong những rối loạn cảm giác sâu bệnh tabet, hội chứng tiểu não và hội chứng tiền đình.

Nghiệm pháp phát hiện loạn choạng:

3.1. Ngón tay chỉ mũi và gót chân đầu gối:

Hai nghiệm pháp trên có thể xảy ra 3 khả năng:

- Người bệnh chỉ đúng, không run tay.
- Chỉ quá mức: ngón tay hoặc ngón chân đi đúng hướng nhưng đi quá lên trên: quá tầm. Gặp trong tổn thương tiểu não.
- Chỉ không đúng đích: ngay lúc làm động tác, ngón tay người bệnh run rẩy, hướng chỉ không đúng: rối tầm. Gặp trong tổn thương cảm giác sâu và trong bệnh tabet.

### 3.2. Lật úp liên tiếp bàn tay:

Bảo người bệnh lật úp liên tiếp bàn tay. Bình thường có thể làm một cách nhịp nhàng, nhanh nhẹn.

Khi thực hiện động tác này một cách khó khăn, ngược lại là bất thường và gọi là mất liên động, thường gặp trong hội chứng tiểu não.

Cần chú ý là các nghiệm pháp trên chỉ có giá trị không có liệt và không có tăng trương lực cơ gây vận động khó khăn.

### 3.3. Dấu hiệu Romberg:

Người bệnh đứng chụm chân (hai ngón cái liền nhau, nhắm mắt và giơ hai tay ra phía trước).

Trường hợp dấu hiệu Romberg (+), người bệnh sẽ nghiêng ngã lao đảo rồi ngã:

- Trong bệnh tabet: người bệnh ngã bất cứ theo hướng nào.
- Trong hội chứng tiền đình, người bệnh luôn ngã về một hướng. Hướng này phụ thuộc vào tư thế đầu người bệnh.

Có thể tóm tắt các rối loạn loạn choạng trong bảng dưới đây:

Loạng choạng	Tabét	Tiểu não	Tiền đình
Rối tầm.	+ +	0	0
Quá tầm	0	+	0
Mất liên động	0	+ +	0
Romberg	+	0	+ (kiểu tiền đình).

## 4. Vận động bất thường:

Có nhiều loại vận động bất thường không tự chủ, cần chú ý phát hiện.

- Quan sát kỹ người bệnh lúc nghỉ. Nhiều khi phải kích thích bằng búa phản xạ hoặc kim châm, nhất là những loại vận động có biên độ thấp.
- Nghiên cứu kỹ tính chất của vận động bất thường: địa điểm, nhịp điệu cường độ, thời gian xuất hiện và ảnh hưởng của bên ngoài

### 4.1. Các loại động tác bất thường chủ yếu:

- Run: là những cử động bất thường có biên độ đều, thường khu trú ở các đầu chi. Có nhiều kiểu run: bệnh Parkinson, bệnh về tiểu não, Basedow, tuổi già, uống rượu.

- Co giật: là hiện tượng giật cơ khu trú hay toàn thể, biên độ lớn. Tần số thấp (chậm) hơi run. Thường gặp trong động kinh, uốn ván, urê máu cao, bệnh sản giật, sốt cao ở trẻ em.
- Múa nhanh: là những cử động hỗn độn, vô nghĩa, biên độ lớn nhanh. Điển hình là cơn múa nhanh Sydenham.
- Múa vờn: là những cử động chậm hơn, uốn lượn. Thường khu trú ở ngón chi trên.

**5. Nghiên cứu một vài dáng đi:**

Nghiên cứu dáng đi giúp ta biết thêm hướng chẩn đoán. Có nhiều loại dáng đi tùy theo địa điểm tổn thương thần kinh:

**5.1. Trong liệt nửa thân:**

- Trường hợp co cứng nhiều: dáng đi vòng kiềng: người bệnh không gập đùi lại được (co cứng duỗi) và đi vát thành nửa vòng (như kiểu phát cỏ).
- Trường hợp co cứng trung bình: người bệnh đi kiểu quét đất.

**5.2. Trong liệt cứng hai chi dưới:**

Người bệnh có thể đi được, nhưng hai đùi đi sát vào nhau, đầu gối va vào nhau, bàn chân khó nhấc lên khỏi mặt đất. Trường hợp co cứng quá phải dùng nạng, hai chân lủng lẳng như quả lắc đồng hồ.

**5.3. Trong bệnh Parkinson:**

Dáng đi chậm, hai cánh tay dán sát vào thân không vung vẩy.

**KHÁM PHẢN XẠ**

Hình thức cơ bản của hoạt động thần kinh là hoạt động phản xạ. Phản xạ là sự đáp ứng của bộ máy thần kinh đối với kích thích bên ngoài hoặc bên trong thông qua thần kinh trung ương.

**1. Các loại phản xạ thông thường:**

**1.1. Phản xạ gân xương:**

- Người bệnh ở tư thế thoải mái cho mỗi loại chi.
- Dùng búa phản xạ trọng lượng đã qui định (không dùng bất cứ một vật gì trên tay như ống nghe, cán dao...)
- Gõ đúng vào gân cơ và màng xương. Không gõ vào thân cơ, vì như thế là phản xạ cơ, chứ không phải phản xạ thần kinh.
- Gõ từng cặp phản xạ hai bên đối xứng nhau, từ trên xuống dưới theo một trình tự nhất định, để tránh bỏ sót.

- Trước một người bệnh mất phản xạ, phải chắc chắn người đó không có sự co cơ chủ động (“lên gân”) mới có giá trị. Phải giải thích để người bệnh không lên gân. Nhiều trường hợp phải dùng các thủ thuật:
  - Nói chuyện với người bệnh.
  - Nghiệm pháp Jendrassin: người bệnh móc hai ngón tay với nhau, cố sức kéo đổãi hai ngón ra trong khi ta tìm phản xạ gân xương bánh chè.
  - Gõ vào thân cơ trước khi tìm phản xạ thần kinh, nếu co giật tức là người bệnh không có sự co cơ chủ động.

## 1.2. Cách khám một số phản xạ chính.

Có nhiều tư thế của người bệnh khi khám phản xạ: đứng, ngồi, nằm... thường để người bệnh ở tư thế nằm vì chính xác, ít mệt người bệnh. Khi ở tư thế nằm, thầy thuốc đứng bên phải người bệnh, cầm búa bằng ngón cái và ngón trỏ. Gõ nhẹ nhàng, chủ yếu dùng trọng lượng búa rơi xuống, không dùng sức mình để gõ.

### 1.2.1. Phản xạ gân xương chi trên:

#### 1.2.1.1. Phản xạ gân xương quay:

- Tư thế: có hai cách.
  - Người bệnh nằm, cẳng tay gấp, hai bàn tay để lên bụng.
  - Tay người bệnh buông xuôi, thầy thuốc cầm tay người bệnh hơi gập lại 45° với mặt giường.
- Điểm gõ: mỏm chên quay.
- Phản xạ xuất hiện: gấp cẳng tay do co cơ ngửa dài.

#### 1.2.1.2. Phản xạ tam đầu cánh tay:

- Tư thế: người bệnh nằm tay buông xuôi, thầy thuốc cầm tay người bệnh hơi kéo vào phía bụng để nâng cánh tay lên và thẳng góc với cẳng tay.
- Điểm gõ: gân cơ tam đầu cánh tay.
- Phản xạ xuất hiện: duỗi cẳng tay

#### 1.2.1.3. Phản xạ cơ nhị đầu:

- Tư thế: như khi tìm phản xạ xương quay.
- Điểm gõ: thầy thuốc đếm ngón tay trỏ hoặc ngón cái trên gân cơ nhị đầu, rồi gõ vào trên ngón tay đệm của mình.

### 1.2.2. Phản xạ gân xương chi dưới:

#### 1.2.2.1. Phản xạ gân bánh chè:

- Tư thế:
  - Người bệnh nằm ngửa, chống cẳng chân cho đầu gối gấp lại  $45^\circ$
  - Thầy thuốc luồn cẳng tay trái xuống dưới khoeo chân và hơi nâng hai chân người bệnh lên.
- Điểm gõ: gân cơ tứ đầu đùi (không gõ vào thẳng xương bánh chè).
- Phản xạ xuất hiện: hất cẳng chân ra phía trước.

#### 1.2.2.2. Phản xạ gân gót:

- Tư thế: người bệnh nằm ngửa, ngả đùi ra phía ngoài, đầu gối hơi thấp, có thể quỳ gối để thả hai bàn chân ra khỏi giường.
- Điểm gõ: nắm đầu bàn chân, hơi kéo ra phía trên, gõ vào gân Achilles.
- Phản xạ xuất hiện: giật cơ tam đầu cẳng chân, mũi bàn chân như đập xuống vào tay thầy thuốc.

### 1.3. Thay đổi bệnh lý của phản xạ gân xương:

#### 1.3.1. Tăng phản xạ:

##### 1.3.1.1. Tiêu chuẩn:

- Co giật đoạn chi mạnh, đột ngột.
- Biên độ giật của chi rộng.

Ở mức độ tăng phản xạ cao hơn, có thể:

- Phản xạ lan truyền: gõ không đúng vị trí cũng có phản xạ. Thí dụ trong tăng phản xạ bánh chè, gõ vào xương chày cũng giật mạnh cẳng chân.
- Phản xạ đa động: gõ một cái, chi giật 3-4 lần.
- Giật liên tục bàn chân và xương bánh chè (clonus):
  - Nắm bàn chân người bệnh kéo mạnh theo chiều dọc từ dưới lên rồi giữ nguyên tư thế gấp tối đa của bàn chân, bàn chân sẽ giật liên tục.
  - Nắm ngang xương bánh chè, đẩy mạnh xuống vài ba cái, rồi giữ nguyên ở tư thế đẩy xuống, xương bánh chè sẽ co giật liên tục.

##### 1.3.1.2. Giá trị triệu chứng của tăng phản xạ:

- Có tổn thương bó tháp: tổn thương tế bào thần kinh trung ương.
- Thường tăng phản xạ đi đôi với tăng trương lực cơ. Nhưng cũng có trường hợp trương lực cơ giảm mà phản xạ gân xương lại tăng (trường hợp liệt mềm chuyển sang liệt cứng).

#### 1.3.2. Giảm phản xạ hoặc mất phản xạ:

##### 1.3.2.1. Tiêu chuẩn:



- Mất phản xạ: cơ không giật tí nào (khi tìm phản xạ nên chú ý nhìn và sờ vào các cơ chứ không phải chỉ chú ý đến có giật chi hay không).
- Giảm phản xạ: cơ giật yếu, phải nhìn kỹ mới thấy.

#### 1.3.2.2. Giá trị triệu chứng:

Giảm hoặc mất phản xạ gân xương có giá trị triệu chứng như nhau, chứng tỏ có tổn thương một điểm nào đó trên cung phản xạ. Ví dụ: tổn thương tế bào thần kinh cảm giác, rễ sau, sừng trước tuỷ sống.

Còn gặp trong một số tổn thương đột ngột bó tháp ở giai đoạn đầu: chảy máu não, đứt ngang tuỷ.

Phản xạ đảo ngược: khi ta gõ đúng quy định, nhưng chi lại giật ngược lại. Giá trị triệu chứng coi như mất hay giảm phản xạ.

## 2. Phản xạ, da niêm mạc:

### 2.1. Phản xạ da:

Người bệnh ở tư thế doãi cơ thoải mái. Dùng vật đầu nhọn nhưng không quá sắc, rạch vào những vùng trên da, sẽ phát sinh phản xạ.

#### 2.1.1. Phản xạ da bụng:

- Tư thế: người bệnh nằm ngửa hai chân chống lên để cơ bụng mềm.
- Điểm kích thích: có 3 trung tâm khác nhau:
  - Da bụng trên: kích thích phía trên rốn.
  - Da bụng giữa: kích thích ngang rốn.
  - Da bụng dưới: kích thích phía dưới rốn.
- Phản xạ xuất hiện: cơ bụng co giật, nhìn rốn như rúm lại.

#### 2.1.2. Phản xạ da bìu:

- Tư thế: người bệnh nằm ngửa, đùi hơi ngửa ra ngoài.
- Điểm kích thích: kích thích 1/3 trên của mặt trên đùi.
- Phản xạ xuất hiện: da bìu co dúm lại, tinh hoàn đi lên phía trên.

#### 2.1.3. Giá trị triệu chứng:

- Khi phản xạ da mất hoặc giảm tức là bệnh lý chứng tỏ có tổn thương thần kinh.
- Trong trường hợp liệt 1/2 thân mà phản xạ gân xương không cho biết chắc chắn tổn thương ở bên nào thì lúc đó phản xạ da bên nào mất là bên đó có bệnh lý (nghĩa là liệt bên đó).

### 2.2. Phản xạ da lòng bàn chân và dấu Babinski:

### 2.2.1. Cách thực hiện:

- Tư thế: người bệnh nằm ngửa, chân hơi duỗi ra ngoài.
- Điểm kích thích: kích thích dọc bờ ngoài bàn chân, vòng xuống phía lòng bàn chân gần nếp gấp các ngón chân.

### 2.2.2. Kết quả:

- Trường hợp bình thường (dấu Babinski-): ngón cái và các ngón khác cụp xuống.
- Trường hợp bệnh lý (dấu Babinski+): ngón cái sẽ duỗi ra và các ngón còn lại xoè ra như nan quạt.

Dấu hiệu Babinski có giá trị tuyệt đối trên lâm sàng, Babinski (+): có tổn thương thực thể của bó tháp.

Phải phân biệt với Babinski giả, thể hiện như sau:

- Khi kích thích, ngón cái cụp vào rồi mới duỗi ra.
- Hoặc khi kích thích quá mạnh, người bệnh phản ứng đột ngột rụt bàn chân lại (duỗi bàn chân) ngón cái cũng duỗi theo.

Do đó tính chất quan trọng của dấu Babinski, người ta còn dùng nhiều nghiệm pháp khác nhau, nhưng đều nhằm mục đích phát hiện tổn thương bó tháp, có giá trị triệu chứng như dấu Babinski:

- Dấu Oppenheim: vuốt dọc theo xương chày.
- Dấu Gordon: bóp mạnh vào cơ cẳng chân sau.
- Dấu Schaeffer: bóp mạnh vào gân Achilles.

Các nghiệm pháp trên dương tính (có tổn thương bó tháp) thì ngón cái cũng duỗi ra và các ngón con xoè ra như nan quạt.

Ở chi trên, có một dấu hiệu có ý nghĩa như dấu Babinski: đó là dấu Hoffmann:

- Bàn tay người bệnh để sấp.
- Cầm đầu ngón tay giữa bật vài cái.
- Dấu hiệu Hoffmann dương tính (bệnh lý) khi mỗi lần bật như vậy, ngón cái và ngón trỏ người bệnh sẽ có động tác khép lại như gọng kìm.

## 3. Các phản xạ chống đỡ:

### 3.1. Phân loại: có 3 loại

- Phản xạ thu ngắn.
- Phản xạ duỗi dài.

- Phản xạ duỗi dài chéo.

Hay gặp nhất là phản xạ thu ngắn: khi kích thích, xuất hiện hiện tượng ba co: bàn chân co vào cẳng chân, cẳng chân co vào đùi, đùi co vào mình.

Ở chi trên rất ít khi gặp phản xạ chống đỡ.

### 3.2. Giá trị triệu chứng:

Phản xạ chống đỡ là hiện tượng tự động tuỷ (nên còn gọi là phản xạ tự động tuỷ) gặp trong tổn thương tế bào thần kinh trung ương, đặc biệt gặp trong liệt cứng do ép tuỷ).

Trong trường hợp này hiện tượng ba co có giá trị chẩn đoán quyết định, đồng thời còn có giá trị chẩn đoán vị trí bị ép.

Nếu bị kích thích (bấu, véo) từ dưới lên trên, chỗ nào hết xuất hiện hiện tượng ba co, tức là giới hạn giữa tuỷ bị ép và chỗ tuỷ lành.

### **Bảng tóm tắt những phản xạ gân, xương, da chủ yếu**

Tên phản xạ gân xương	Phản xạ da	Vùng tuỷ tương ứng
Xương quay		C6
Tam đầu cánh tay		C7
Nhị đầu	Bụng trên	C5
	Bụng dưới	D8
	Bụng giữa	D14
	Cơ bìu	D10
Bánh chè		TL1
		TL3
Gân Achill		S1

### **KHÁM CẢM GIÁC**

Nơron cảm giác ngoại biên tiếp thu những biến đổi của ngoại cảnh và báo hiệu lên cấp trung ương dưới hình thức cảm giác.

Có nhiều loại cảm giác: cảm giác chủ quan và cảm giác khách quan:

- Cảm giác chủ quan là do người bệnh cảm thấy như cảm thấy kim châm, tê bì, kiến bò.
- Cảm giác khách quan là do người bệnh thấy khi ta kích thích vào một vùng cơ thể. Tùy theo vật kích thích (kim châm, lông, nóng lạnh...) mà người bệnh sẽ trả lời khác nhau (đau, sờ, nóng, lạnh...).

Cảm giác khách quan gồm cảm giác nông và cảm giác sâu.

- Cảm giác nông gồm có sờ, đau, nóng, lạnh do bó Déjerine phụ trách.
- Cảm giác sâu gồm có cảm giác tư thế, vị trí, cảm giác rung xương, nhận thức đồ vật, do các bó Goll, Burdach và các bó tiểu não chéo phụ trách.

### 1. Phương pháp phát hiện rối loạn cảm giác:

#### 1.1. Nguyên tắc khám:

Khám cảm giác cần phải kiên nhẫn, tỉ mỉ và phải làm người bệnh yên tâm. Để người bệnh nhìn đi chỗ khác hoặc nếu cần, che mắt người bệnh.

Cần nắm vững sơ đồ vùng cảm giác, đặc biệt phải nhớ những mốc điểm sau đây: D<sub>5</sub> ở ngang vú, D<sub>10</sub> ở ngang rốn.

#### 1.2. Kỹ thuật khám:

##### 1.2.1. Cảm giác nông:

- Cảm giác sờ: dùng bút lông hoặc một vật mềm như đầu que quăn bông quyết vào từng da của người bệnh.
- Cảm giác đau: dùng đầu kim châm vào da.
- Cảm giác nóng lạnh: dùng hai ống nghiệm, một ống đựng nước nóng, một ống đựng nước đá đang tan, áp vào da người bệnh.

Lưu ý khi thăm khám bảo người bệnh nhìn chỗ khác, hoặc đề nghị che mắt người bệnh, tránh có ấn tượng xấu. Tiến hành làm từng vùng và hỏi cảm giác người bệnh. Nhiều khi cần làm vờ để xác định chắc chắn các cảm giác mà người bệnh thấy.

##### 1.2.2. Cảm giác sâu:

- Cảm giác rung: dùng âm thoa (diapason) gõ mạnh cho rung rồi để vào các xương sát da như xương bánh chè, xương chày, gai xương chậu, xương khuỷu... hỏi người bệnh cảm giác rung của các vùng xương đó.
- Cảm giác tư thế vị trí: người bệnh nhắm mắt, để một ngón tay hoặc một ngón chân nào đó của bệnh ở một tư thế hoặc một vị trí nhất định. Đề nghị người bệnh nói cho biết tư thế và vị trí của ngón này. Cũng có thể bảo người bệnh để cùng ngón tay hay ngón chân bên đối diện của tư thế, vị trí đối xứng.

##### 1.2.3. Nhận biết đồ vật:

Khi khám nội dung này cần lưu ý khả năng phân tích một vật để biết đó là vật gì gồm có hai phần:

- Phần xác định sơ cấp (sờ).
- Phần xác định cao cấp: qua hồi ức, con người biết đó là vật gì?.

Người bệnh nhắm mắt, đưa những đồ dùng hàng ngày như bao diêm, bật lửa, bút máy, đồng hồ... và để cho người bệnh biết đó là vật gì:

- Không biết vật đó tròn hay vuông, nặng hay nhẹ, nhẵn hay nhám, nặng hay nhẹ.
- Biết được vật vuông tròn, nặng, nhẹ, dày, mỏng... nhưng không tổng hợp được đó là vật gì, mặc dù là những vật dùng quen thuộc hàng ngày. Khi mở mắt, lúc đó người bệnh mới nhận biết được. Rối loạn này thường do tổn thương vỏ não hoặc do thể trai.

## 2. Giá trị triệu chứng:

### 2.1. Cảm giác nông:

Khi người bệnh không còn cảm giác nông như sờ, đau, nóng, lạnh... lúc đó gọi là mất cảm giác.

Thường thì cả ba cảm giác nông: sờ, đau, nóng lạnh đều mất. Nhưng có một trường hợp chỉ có cảm giác đau, nóng lạnh là mất, cảm giác sờ vẫn còn đó: đó là hiện tượng phân ly cảm giác, gặp trong bệnh ống sáo tuỷ.

### 2.2. Cảm giác sâu:

- Cảm giác tư thế, vị trí: mất cảm giác tư thế, vị trí thường gặp trong bệnh Tabét và các tổn thương khác ở sừng sau tuỷ sống, hội chứng đồi thị.
- Nhận biết đồ vật:
  - Người bệnh không biết được hình thù, nặng nhẹ của vật: tổn thương vỏ não vùng thái dương bên đối diện.
  - Người bệnh không nhận biết được vật gì (xác định cao cấp) gặp trong tổn thương vỏ não hay tổn thương thể trai.

## KHÁM RỐI LOẠN DINH DƯỠNG VÀ RỐI LOẠN CƠ TRÒN

### 1. Rối loạn dinh dưỡng:

Các bệnh về thần kinh có thể gây rất nhiều rối loạn dinh dưỡng khác nhau: ở da, xương, khớp, cơ.

Trong nhiều trường hợp các rối loạn đó có giá trị chẩn đoán quyết định và xuất hiện rất sớm trước các triệu chứng khác.

#### 1.1. Rối loạn dinh dưỡng ở cơ: teo cơ.

##### 1.1.1. Cách khám:

Đối với mọi trường hợp teo cơ, khi khám cần chú ý:

- Cách xuất hiện (đột ngột, hoặc sau một tổn thương viêm).
- Tiến triển nhanh hay chậm.

- Mức độ teo: đo bằng thước dây vòng quanh chi.
- Khu trú của teo cơ (bàn, ngón, vai, thắt lưng).
- Tính chất đối xứng hai bên với nhau.
- Tìm xem có co giật cơ hay không.
- Cuối cùng phải khám thần kinh toàn bộ, đặc biệt chú ý đến:
  - Phản xạ gân xương, phản xạ của cơ (gõ vào thân cơ) cảm giác.
  - Phản ứng thoái hoá điện, nếu có phương tiện.

Khám như trên cho phép ta nhận định được rõ là teo cơ do thần kinh hay do bệnh của cơ.

<b>Teo cơ do bệnh cơ</b>	<b>Teo cơ do thần kinh</b>
- Teo ở gốc chi, vùng thắt lưng, bả vai: dáng đi như vịt; ngồi xuống, đứng lên phải chống tay từng nấc kiểu “ leo thang”.	- Teo cơ ở ngọn chi.
- Không bao giờ có thớ cơ co giật.	- Rất hay có thớ cơ co giật.
- Tiến triển rất chậm.	- Tiến tuý theo nguyên nhân
- Mất phản xạ của cơ.	- Có rối loạn phản xạ gân xương.
- Không bao giờ có rối loạn cảm giác.	- Có rối loạn cảm giác theo khu vực của rễ hoặc dây thần kinh hoặc khu trú ở ngọn chi nhiều hơn gốc chi.
- Thường gặp ở trẻ con, có tính chất gia đình, người lớn cũng có thể bị.	
- Thường có sự giãn nở giả tạo của mô xơ mỡ, sờ được	
- Không có phản ứng thoái hoá điện.	- Có phản xạ thoái hoá điện.

1.1.2. Giá trị triệu chứng của teo cơ do thần kinh:

Teo cơ do thần kinh gặp trong các bệnh làm tổn thương tế bào thần kinh ngoại biên. Ta chia ra hai nhóm:

1.1.2.1. Teo cơ do tuý:

## a. Tiến triển nhanh:

- Bệnh bại liệt trẻ em.
- Viêm não dịch khu trú ở thấp.
- Chảy máu trong tuỷ.

## b. Tiến triển chậm:

- Teo cơ đơn thuần: điển hình có hội chứng Aran Duchenne: teo cơ bàn tay trước, rồi teo cẳng tay, rất ít khi lên bả vai. Vì tiến triển kinh điển, nên có biến chứng co gân bàn tay giống như bàn tay khỉ.
- Teo cơ phối hợp với hội chứng tháp: gặp trong bệnh xơ cột bên teo của cơ Charcot. Bệnh xơ cứng từng đám thể điển hình không có teo cơ, chỉ có hội chứng tháp với hội chứng tiểu não.
- Teo cơ phối hợp với hội chứng tiểu não: chủ yếu gặp trong bệnh ống sáo tuỷ (Syngomyelie) với đặc điểm cảm giác nóng, đau mất, còn cảm giác sờ. Phân ly cảm giác. Trong khu vực teo cơ phản xạ gân xương mất.

## 1.1.3. Teo cơ do rễ và dây thần kinh:

Ngoài tính cách của teo cơ do thần kinh nói chung, còn có :

- Teo đối xứng hai bên ở ngọn chi.
- Bao giờ cũng mất phản xạ gân xương.
- Có rất nhiều rối loạn cảm giác chủ quan và khách quan.
- Không có bao giờ có thớ cơ co giật.

Phân biệt giữa teo cơ của rễ hoặc dây thần kinh nhiều khi rất khó, phải chọc dò nước tuỷ.

## 1.2. Rối loạn dinh dưỡng ở da:

## 1.2.1. Rối loạn có giá trị chẩn đoán:

- Loét ổ gà ở lòng bàn chân hoặc bàn tay.
- Đầu ngón tay, chân bị cụt.

Các rối loạn này có giá trị chẩn đoán đặc biệt với bệnh phong hoặc bệnh ống tuỷ.

## 1.2.2. Rối loạn có giá trị tiên lượng:

Loét hay xuất hiện ở móng, gặp khi bị liệt nửa người, liệt hai chân thể mềm hoặc hôn mê, ỉa tiểu tại chỗ. Lúc đầu chỉ có một đám nhỏ vùng xương cùng, đầu xương đùi, sau lan rộng, có khi khắp cả móng, lòi xương ra ngoài. Thường do nằm lâu ngày trong một tư thế, làm máu không lưu thông tốt và do vệ sinh kém... Tiên lượng xấu, thường chết vì gầy rộc và nhiễm khuẩn.

## 2. Rối loạn cơ tròn:

Rất hay gặp trong các bệnh thần kinh. Thường xuất hiện ở giai đoạn bệnh đã rõ ràng. Tuy nhiên có một số trường hợp xuất hiện như những triệu chứng đầu tiên và có giá trị chẩn đoán lớn.

Rối loạn cơ tròn thường gây các biến chứng nguy hiểm nhiễm khuẩn nhiễm độc, cho nên nó còn là một yếu tố để tiên lượng bệnh.

### 2.1. Rối loạn cơ tròn bàng quang:

#### 2.1.1. Rối loạn kín đáo.

- Tiểu khó: mỗi lần đi tiểu phải rặn, trong khi tiểu cũng phải rặn.
- Tiểu lắt nhắt: mắc đi tiểu luôn, mỗi lần đi nước tiểu rất ít.
- Tiểu không nhịn được: cảm thấy muốn tiểu, phải đi ngay, có khi không nhịn được, xón ra quần.

#### 2.1.2. Rối loạn rõ rệt.

- Bí tiểu: người bệnh không buồn tiểu, bàng quang không bóp khi đầy nước tiểu và cơ tròn không mở.
  - Nếu bí tiểu không hoàn toàn, người bệnh còn tiểu được, nhưng không tiểu hết, nước tiểu bị ứ đọng lại một số lượng.
  - Nếu bí tiểu hoàn toàn. Hoàn toàn không buồn tiểu, nước tiểu ứ lại, sờ thấy bàng quang căng phình (cầu bàng quang +).
- Tiểu vãi: nước tiểu chảy ra không chủ động và người bệnh không có cảm giác lúc nước tiểu chảy ra.
- Tiểu tự động: tiểu được, nhưng không chủ động tiểu và không chủ động ngừng. Không biết mình tiểu và không buồn tiểu. Đó là trường hợp tiểu không nhịn được trên một bàng quang mất cảm giác.

### 2.2. Rối loạn đại tiện:

- Bí đại tiện: ruột đầy phân, nhưng không đại tiện được.
- Đại tiện vãi, ỉa dầm dề, không chủ động, người bệnh không có cảm giác khi phân ra.

### 2.3. Giá trị triệu chứng:

Ở trẻ em, hoạt động cơ tròn bàng quang, hậu môn có tính chất tự động theo cơ chế phản xạ.

- Trung tâm phản xạ của tiểu tiện là S3 – S4.
- Trung tâm phản xạ của đại tiện là S4.



Từ 2-3 tuổi, người ta đã điều khiển được đại tiện nhờ sự chỉ huy của não, chủ yếu là vỏ não.

Trên lâm sàng, rối loạn cơ tròn bàng quang, hậu môn hay gặp trong:

#### 2.3.1. Tổn thương não:

- Hôn mê các loại.
- Hôn mê sau động kinh.
- Xơ cứng động mạch não.
- Các u não:
  - Tiểu thùy giữa rất hay có rối loạn tiểu tiện.
  - U thùy trên trước.
  - U não thất bên.

#### 2.3.2. Tổn thương tuỷ:

Tổn thương khu trú trên các trung tâm phản xạ lưng cùng, đặc biệt các tổn thương ở vùng phình thắt lưng và vùng nón tặn. Cụ thể trong các bệnh.

- Đứt ngang tuỷ.
- Viêm ngang tuỷ cấp.
- Ép tuỷ cấp do u độc.
- Ép tuỷ tiến triển chậm: u tuỷ trên vùng lưng cùng.

Đặc biệt:

- Đối với liệt hai chi dưới: nếu có rối loạn cơ tròn thì chắc chắn do tổn thương trung ương.
- Bệnh Tabet: rất nhiều trường hợp bệnh lý này có rối loạn cơ tròn, là biểu hiện đầu tiên.
- Các bệnh loạn thần kinh: do yếu tố xúc cảm và sự mất thăng bằng thần kinh có thể gây ra tiểu lắt nhắt, tiểu khó, hoặc có khi bí tiểu trong bệnh hysteria.

### 3. Rối loạn sinh dục:

#### 3.1. Đặc điểm:

- Rất phức tạp, vì thuộc nhiều chuyên khoa: tiết niệu, nội tiết, thần kinh, tinh thần. Ở đây chỉ kể một vài biểu hiện của bệnh thần kinh hay gặp và không đi sâu vào lĩnh vực chuyên khoa khác.
- Liệt dương: dương vật không cương nên không giao cấu được. Theo nghĩa rộng, liệt dương bao gồm mọi trường hợp không giao cấu được, đó là một bệnh toàn thể hay một dị dạng của bộ máy sinh dục cản trở việc giao cấu.

- Lạnh khí (frigidité) ở đàn bà: không kích thích khi gần đàn ông, giao cấu không có cảm giác thích thú.

3.2. Giá trị triệu chứng:

Gặp trong một số hội chứng có tổn thương xâm phạm các trung tâm cường dương và xuất tinh ở vùng tuỷ cùng, cụ thể trong liệt tiến triển, bệnh Tabet và hội chứng liệt hai chân.

Về tinh thần, rất hay gặp trong các bệnh loạn thần kinh, như thần kinh suy nhược, hysteria.

Rối loạn sinh dục, đối với loại bệnh này, gây cho người bệnh một sự lo lắng, ảnh hưởng rất nhiều đến đời sống tinh thần của họ, do đó cũng là một yếu tố làm cho người bệnh nặng thêm lên

**KHÁM 12 DÂY THẦN KINH SỌ NÃO.**

Trong phần triệu chứng học thần kinh, cách khám 12 đôi thần kinh sọ não rất cần thiết. Để nắm được vấn đề có hệ thống, chúng tôi trình bày tuần tự từ đôi I đến đôi XII.

**1. Thần kinh khứu giác (dây I):**

Các sợi thần kinh khứu giác từ niêm mạc mũi qua sàng xương bướm, tạo thành hành khứu giác, rồi dưới hình dáng một giải khứu giác đi vào mặt dưới của não. Thần kinh khứu giác chi phối khứu giác ở niêm mạc mũi.

1.2. Cách khám:

Dùng một hai chai chứa loại dầu có mùi thơm như dầu bạc hà chẳng hạn, để người bệnh ngửi.

Tránh dùng các chất kích thích như amoniac, dấm kích thích dây tam thoa (dây V).

Rối loạn về ngửi có thể thuộc 3 loại:

- Mất hẳn cảm giác ngửi (anosmie).
- Giảm cảm giác ngửi (hysosmie)
- Lẫn mùi (parosmie).

1.3. Nguyên nhân:

Rối loạn về ngửi có thể do nguyên nhân địa phương viêm mạn tính niêm mạc mũi, thịt thừa v.v... vì thế, trước khi kết luận rối loạn ngửi do thần kinh khứu giác tổn thương, cần loại trừ các nguyên do về mũi họng.

Mất hẳn cảm giác ngửi có thể do chèn ép thần kinh khứu giác bởi khối u của phần dưới thùy trán hoặc u ở rãnh khứu giác hoặc các sợi thần kinh khứu giác bị đứt do bị chấn thương sọ não.

## 2. Thần kinh thị giác (dây II).

### 2.1. Khám thị lực:

Bảo người bệnh nhìn các ngón tay ở khoảng cách khác nhau để đánh giá sơ bộ về thị lực.

Muốn chính xác phải dùng một bảng in các mẫu chữ có kích thước khác nhau. Để bảng đó cách xa người bệnh 5m và chỉ từng loại chữ cho người bệnh đọc, qua đó có thể đánh giá xem thị lực tốt hay xấu và còn khoảng bao nhiêu phần 10.

### 2.2. Khám thị trường:

Nghiên cứu sơ bộ thị trường có thể dùng phương pháp sau đây: thầy thuốc ngồi đối diện cách người bệnh 1m.

Nếu muốn kiểm tra mắt phải, bảo người bệnh nhắm mắt trái (hoặc che mắt trái bằng một tấm bìa). Thầy thuốc cũng phải bịt mắt phải và bảo người bệnh nhìn thẳng vào mắt trái mình, mắt trái thầy thuốc cũng phải nhìn vào mắt phải người bệnh.

Sau đó dùng ngón tay trái xê dịch dần về phía bên trái cho tới khi không nhìn thấy nữa. Trong lúc xê dịch như thế, cần luôn luôn hỏi người bệnh xem có nhìn thấy nữa không và so sánh với thị trường của thầy thuốc để đánh giá xem người bệnh có bị thu hẹp không? Làm như vậy về mọi phía có thể biết toàn bộ thị trường người bệnh.

Muốn thật chính xác phải dùng dụng cụ đo thị trường (champimètre).

Rối loạn thị trường có thể gặp mấy loại như sau:

- Thu hẹp mọi phía của thị trường: thường gặp trong teo thần kinh thị giác.
- Ám điểm trung tâm: không nhìn thấy được giữa thị trường.
- Bán manh: có thể gặp trong các bán manh sau đây:
  - Bán manh khác bên: trong đó có loại bán manh thái dương bên này và phía mũi bên kia.
  - Bán manh cùng bên: nghĩa là không nhìn được ở phía thái dương bên này và phía mũi bên kia.

Hiện tượng bán manh là do tổn thương ở chéo thị giác; thường do u đè vào chéo thị giác gây nên.

### 2.3. Khám đáy mắt:

Phải có máy riêng để soi đáy mắt. Soi đáy mắt sẽ giúp ta xem:

- Tình trạng động mạch và tĩnh mạch võng mạc.
- Tình trạng gai mắt hoàng điểm...

### 3. Dây vận nhãn chung (dây III).

Dây III đi từ cuống não cùng bên là dây vận nhãn chung, chi phối các cơ mắt trừ cơ thẳng ngoài và chéo lớn, chi phối mống mắt, cơ nâng mi trên.

#### 3.2. Cách khám:

Khi liệt dây III, có thể thấy:

- Sụp mi, do liệt cơ nâng mi trên.
- Mắt chỉ có thể đưa ra ngoài và đưa nhẹ xuống thấp.
- Mắt lé ngoài (cơ thẳng ngoài do dây VI chi phối sẽ kéo mắt ra ngoài).
- Đồng tử giãn rộng và liệt.
- Mất khả năng điều tiết.

#### 3.3. Nguyên nhân:

Dây III từ cuống não qua mặt ngoài của xoang hang, qua khe ổ mắt đi vào ổ mắt. Khi có viêm màng não (ổ viêm nhỏ), nhũn não hoặc chảy máu ở cuống não, chấn thương nền sọ, tắc tĩnh mạch của xoang hang có thể gây liệt dây vận nhãn chung.

### 4. Dây ròng rọc (dây IV):

Dây ròng rọc đi từ cuống não bên đối diện ngay sát dưới nhân dây 3. dây 4 chi phối cơ kéo lớn (đưa mắt nhìn xuống dưới và ra ngoài).

#### 4.1. Cách khám:

Bảo người bệnh nhìn ngón tay thầy thuốc, đưa đầu ngón tay xuống thấp, mắt không đưa xuống thấp được.

#### 4.2. Nguyên nhân:

Dây IV nằm gần sát dây III nên nguyên nhân gây tổn thương dây III cũng gây tổn thương dây IV.

### 5. Dây thần kinh sinh ba (dây V):

Dây thần kinh sinh ba chi phối cảm giác ở mặt và vận động cơ nhai.

Rễ cảm giác đi từ hạch Gasser giữa mặt bên của cầu não. Các sợi cảm giác về sờ mó và vận động (kinesthésie) tận cùng trong một nhân lớn ở cầu não, gần thềm não thất 4, nằm ngoài nhân vận động. Các sợi cảm giác về nhiệt và đau tận cùng trong rễ lên kéo dài tới C2.

Nhánh vận động đi từ một hạch nằm ngoài nhân cảm giác và các tế bào xung quanh cống Sylvius, đi dưới hạch Gasser và nối với nhánh hàm dưới. Hạch Gasser cho ra ba nhánh:

- Nhánh mắt: đi vào ổ mắt bởi lỗ sàng (Trou sphénoïdal) chi phối cảm giác màng tiếp hợp (trừ mi dưới) tuyến lệ, da của phần giữa mũi, niêm mạc phần trước hốc mũi, da mi trên, trán và da đầu cho tới đỉnh đầu. Nhánh này cũng bao gồm các sợi giao cảm nhỏ làm giãn đồng tử và các sợi cảm giác của màng cứng.
- Nhánh hàm trên: chi phối cảm giác ở má, vùng thái dương trước, mi dưới và niêm mạc mũi, phần trên hầu, khẩu cái và các tuyến hạnh nhân.
- Nhánh hàm dưới: chi phối phần dưới của mặt môi dưới, phần bên đầu, tai 2/3 trước lưỡi và răng dưới, tuyến nước bọt, các sợi vận động của nó chi phối ở thái dương, cơ nhai.

### 5.2. Cách khám:

Khám vận động dây V: bảo người bệnh cắn chặt răng, rời sờ cơ nhai, và cơ thái dương, bình thường các cơ đó hai bên đều rắn như nhau. Nếu bên nào liệt, cơ bên ấy nhão hơn bên kia, khi há miệng, hàm đưa sang bên liệt, do cơ bên lành đẩy hàm sang bên liệt.

Khám cảm giác dây V:

- Về cảm giác da, thì khám như ở nơi khác.
- Khám vị giác của 2/3 trước lưỡi: bảo người bệnh thè lưỡi, để ít đường rồi sau để muối vào phần trước lưỡi, nói người bệnh ghi cảm giác nhận được ra giấy.
- Khám phản xạ giác mạc: quệt một đầu bông mềm vào giác mạc sẽ làm người bệnh nhắm mắt. Tránh quệt bông vào đồng tử, vì sẽ làm người bệnh nheo mắt lại.

### 5.3. Nguyên nhân:

- Bệnh hành tủy.
- Tổn thương nền sọ, nhất là do chấn thương.
- Chèn ép một nhánh đi từ sọ ra.
- Zona, hay bị nhất là nhánh mắt.
- Viêm da dây thần kinh.

## 6. Dây vận nhãn ngoài (dây VI):

Dây vận nhãn ngoài nằm giữa giới hạn cầu và hành não cùng bên. Dây VI chi phối dây thẳng ngoài (đưa mắt ra ngoài).

### 5.1. Cách khám:

Khi liệt dây VI người bệnh không thể đưa mắt ra ngoài. Người bệnh nhìn đôi khi nhìn ra ngoài.

### 3. Nguyên nhân:

Dây VI có thể bị liệt 1 hoặc 2 bên trong tăng áp lực sọ não. Những nguyên nhân gây liệt dây thần kinh số III, số IV cũng có thể gây liệt dây VI.

### **7. Dây thần kinh mặt (dây VII):** (xem phần liệt mặt)

### **8. Dây tiền đình ốc tai (dây VIII):**

Dây thần kinh thính giác gồm hai nhóm sợi: một nhóm chi phối ốc tai (nghe), nhóm kia chi phối tiền đình và ống bán khuyên (thăng bằng).

- Các sợi nghe: đi từ hạch Corti, nằm trong lá xoắn của ốc tai (lamlspirale) rồi đi vào não, nằm ở ngoài thể thừng (corps restiforme).
- Các sợi tiền đình: đi từ hạch tiền đình của Scarpa tận cùng của một nhân nằm ngoài thềm não thất 4. Nhân này có nhiều nhánh mà quan trọng nhất là hạt tiền đình bên của Deiter.
- Các đường thính giác phụ: sau khi bắt chéo đường thính giác phụ tận cùng trong củ não sinh tư sau và trong thể gối giữa, một nhóm sợi khác đi qua bao trong đến vỏ não bên đối diện.

#### 8.2. Cách khám:

Trước khi khám nên chắc chắn rằng ống tai ngoài còn tốt. Dùng một đồng hồ để phía sau người bệnh, đưa lại gần tai cho đến khi người bệnh nghe thấy tiếng tích tắc. Sau đó so sánh khoảng cách nghe được ấy với khoảng cách của người bình thường với cùng một đồng hồ.

Phải khám ở cả hai bên tai.

Muốn thật chính xác, phải dùng một thính lực kế (audiomètre).

#### 8.3. Nguyên nhân:

Liệt dây VIII có thể do chèn ép bởi khối u, viêm dây thần kinh do độc, viêm thận mạn, viêm màng não.

### **9. Dây thiệt hầu (dây IX):**

Dây IX đi từ một nhân của hành tuỷ, nằm sau trán hành.

Dây thiệt hầu chi phối cảm giác 1/3 sau của lưỡi và niêm mạc hầu, chi phối vận động cơ thắt trên hầu, cơ trên hầu và tiết của tuyến nước bọt.

#### 9.2. Cách khám:

- Kiểm tra vị giác của 1/3 sau lưỡi.
- Gây phản xạ hầu: bằng cách kích thích phần sau hầu.

#### 9.3. Nguyên nhân:

Thần kinh IX không bao giờ liệt một mình. Nguyên do gây liệt sẽ kể ở mục sau.

**10. Dây phế vị (dây X):**

Dây thần kinh phế vị còn được gọi là dây lang thang. Nằm sát dây IX ở hành tuỷ.

Dây X là dây vận động vom hầu, hầu và phần trên thực quản, thanh quản.

Nhánh cảm giác chi phổi đường khí đạo, tim và hạch giao cảm, chi phổi một số tạng ở bụng.

**10.2. Cách khám:**

Khám hầu: hỏi xem người bệnh có bị sặc lỏng không? Quan sát vom họng bằng cách đèn lưỡi người bệnh và bảo kêu “a,a”. Bình thường màn hầu nâng lên cân đối hai bên.

- Nếu liệt một bên, bên đó không nâng lên được: ta có dấu hiệu kéo màn.
- Nếu liệt hai bên vom hầu không cử động.

Nhánh thanh hầu trên chi phổi thanh hầu và vận động cơ giáp nhĩ.

- Liệt thần kinh quặt ngược một bên: giọng nói đôi, khó thở gắng sức.
- Liệt hai bên sẽ gây mất sức hoàn toàn, khó thở nặng gây tiếng rít.

**10.3. Nguyên nhân:**

Liệt quặt ngược có thể sau phẫu thuật ở cổ (nhất là sau mổ giáp trạng), phình động mạch chủ, u trung thất).

**11. Dây thần kinh phụ (dây XI):**

Dây thần kinh phụ còn gọi là thần kinh gai. Dây gai hoàn toàn là dây vận động, đi dưới xương chũm và chi phổi cơ ức đòn chũm, cơ thang.

**11.2. Cách khám:**

- Khám liệt cơ thang: bảo người bệnh nâng cao hai vai, quan sát xem phần trên cơ vai có gì thay đổi hai bên không. Bên liệt cơ mềm hơn.
- Khám liệt cơ ức đòn chũm: khi liệt người bệnh sẽ quay đầu khó khăn. Nếu ta lấy tay chống lại động tác quay đầu của người bệnh, nếu không liệt sẽ thấy nổi rõ thừng cơ ức đòn chũm, khi liệt sẽ không thấy rõ.

**11.3. Nguyên nhân:**

Do các bệnh ở hành tuỷ, phần trên của tuỷ. Liệt cả ba dây (IX, X,XI) gặp trong hội chứng của lỗ rách sau.

**12. Dây hạ thiệt (dây XII):**

Dây XII đi từ hai nhân (chính và phụ) nằm trong phần dưới của thềm não thất 4, gần đường giữa. Dây hạ thiệt đi giữa tháp trước và trám hành qua ống lồng cầu, đi giữa động mạch cảnh và tĩnh mạch cảnh để đến lưỡi.

Đây là một dây thần kinh hoàn toàn vận động, chi phối vận động lưỡi và cơ dưới móng.

12.2. Cách khám:

Bảo người bệnh thè lưỡi càng xa càng tốt: khi liệt dây XII, lưỡi sẽ đẩy sang bên liệt. Cần phải phân biệt với trường hợp liệt dây VII gây miệng lệch, lúc người bệnh thè lưỡi cũng có cảm giác hơi lệch.

Ngoài ra còn phải xem người bệnh có bị teo nửa lưỡi không.

Liệt dây XII một bên còn gây khó nói, khó nuốt.

12.3. Nguyên nhân:

Tổn thương dây XII gặp trong u não: viêm màng não ở nền sọ, chảy máu hay phình động mạch cột sống, gãy xương nền sọ

**MỘT SỐ PHƯƠNG PHÁP THĂM KHÁM ĐẶC BIỆT**

**1. Giật nhãn cầu (nystagmus):**

Là hiện tượng rung nhãn cầu vô ý thức và không tự chủ. Có khi nhìn ngoài đã thấy (giật nhãn cầu tự phát), có khi giật nhãn cầu chỉ xảy ra khi người bệnh nhìn cố định vào một vật hoặc đưa mắt sang ngang. Có thể gặp loại giật nhãn cầu ngang, dọc hoặc vòng tròn.

Giật nhãn cầu có thể gặp trong các bệnh sau đây:

- Do tổn thương tiền đình ngoại biên, ví dụ sau viêm tai.
- Do tổn thương trung ương.
- Giật nhãn cầu đứng do tổn thương cuống não.
- Giật nhãn cầu ngang do tổn thương cầu não.
- Giật nhãn cầu vòng tròn (rotatoire) do tổn thương hành tủy.

**2. Cách khám đồng tử:**

Khám kích thích của đồng tử: so sánh đồng tử hai bên:

- Đồng tử giãn to: có thể do liệt cơ thắt đồng tử hoặc cơ thắt cơ giãn đồng tử, gặp trong nhiễm độc atropin và các dẫn xuất của nó, rượu, cocain. Đồng tử giãn một bên thường do chèn ép dây III.
- Đồng tử thu hẹp: có thể do cơ thắt hoặc do liệt cơ giãn đồng tử. Có thể gặp đồng tử thu hẹp trong tổn thương cầu não tủy hoặc thần kinh giao cảm cổ, trong bệnh tabet hoặc do ngộ độc pilocacbin, nha phiến và các dẫn xuất của phiến.

**3. Khám hình dạng đồng tử:**

Xem đồng tử có thể bị méo mó không?



Đồng tử không đều, méo mó hoặc bên to bên nhỏ thường do viêm mống mắt, dính mống mắt và thủy tinh thể. Ở người bệnh thần kinh, phải nghĩ đến nguyên nhân liệt toàn thể.

#### **4. Khám vận động của đồng tử:**

##### **4.1. Xem phản xạ với ánh sáng:**

Nên nghiên cứu từng mắt riêng biệt. Dùng đèn pin đưa nhanh nguồn sáng vào mắt đang mở. Nếu đồng tử co lại là có phản xạ ánh sáng

##### **4.2. Xem phản xạ điều tiết:**

Đồng tử sẽ co lại khi phải điều tiết để nhìn một vật từ xa lại.

Bảo người bệnh nhìn ngón tay đang di chuyển từ xa lại gần, sẽ thấy đồng tử thu hẹp lại.

#### **5. Rối loạn về đồng tử:**

- Dấu hiệu Argyll Robertson: mất phản xạ ánh sáng nhưng còn phản xạ điều tiết. Do tổn thương ở củ não sinh tư, thường gặp trong tabet, liệt toàn thể.
- Hội chứng Claude Bernard – Horner: liệt dây giao cảm cổ sẽ gây ra những rối loạn sau đây:
  - Đồng tử co: do liệt cơ giãn đồng tử chi phối bởi dây giao cảm cổ.
  - Hẹp khe mí mắt: mí mắt sụp do liệt phần trợn của cơ nâng mí.
  - Mắt lồm (Enoptalmie): do liệt cơ ổ mắt.

Đôi khi có hiện tượng giãn mạch và không tiết mồ hôi sau khi tiêm pilocarpin vào da cổ.

**TỰ LƯỢNG GIÁ**

1. Đánh giá cơ lực bằng cách nằm ngửa, giơ thẳng tay tạo góc 60°. Đây là nghiệm pháp:
 

A. Mingazzini	C. Barré
B. Kernig	D. Brudzinski
2. Những điều sau đúng với nghiệm pháp Mingazzini, NGOẠI TRỪ:
 

A. Căng chân thẳng với đùi	C. Đùi vuông góc với mặt giường
B. Nằm ngửa	D. Bên liệt rơi trước
3. Đặc điểm của liệt trung ương:
 

A. Liệt rễ thần kinh	C. Phản xạ gân xương giảm
B. Liệt nửa thân	D. Babinski (+)
4. Trương lực cơ tăng không kèm liệt, nghĩ đến:
 

A. Parkinson	C. Tổn thương bó tháp
B. Tabet	D. Hội chứng tiểu não
5. Đây là những nghiệm pháp phát hiện loạn choạng, NGOẠI TRỪ:
 

A. Ngón tay chỉ mũi	C. Lật úp liên tiếp bàn tay
B. Ngón chân đầu gối	D. Dấu hiệu Romberg
6. Người bệnh đứng chụm chân, nhắm mắt, giơ hai tay ra trước. Đây là nghiệm pháp:
 

A. Gót chân đầu gối	C. Romberg
B. Ngón tay chỉ mũi	D. Babinski
7. Sự mất thăng bằng và phối hợp động tác gọi là:
 

A. Ataxie	C. Aphasie
B. Anosmie	D. Parosmie
8. Romberg (+), rối tầm nhưng không quá tầm và không mất liên động. Nghĩ đến:
 

A. Tiểu não	C. Tiền đình
B. Tabet	D. Parkinson
9. Những cử động chậm, uốn lượn ở ngón chi:
 

A. Run	C. Co giật
B. Múa vờn	D. Syndenham
10. Dáng đi chậm, hai cánh tay sát thân, không vung vẩy:
 

A. Liệt nửa thân co cứng nhiều	C. Liệt nửa thân co cứng trung bình
B. Parkinson	D. Liệt cứng hai chi dưới
11. Đây là những nguyên tắc trong khám phản xạ gân xương, NGOẠI TRỪ:
 

A. Gõ vào thân cơ	C. So sánh hai bên
B. Từ trên xuống dưới	D. Tránh co cơ chủ động
12. Phản xạ gân xương quay:
 

A. Gấp căng tay	C. Duỗi căng tay
B. Sấp bàn tay	D. Ngửa bàn tay
13. Phản xạ gân xương bánh chè:
 

A. Mũi bàn chân đạp xuống	C. Gập căng chân
B. Duỗi căng chân	D. Xoay bàn chân

## MỘT SỐ HỘI CHỨNG THẦN KINH

BS.CKI. Nguyễn Văn Thịnh

### MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày cách nhận định một số hội chứng thần kinh thường gặp.
2. Mô tả dấu hiệu lâm sàng của một số hội chứng thần kinh thường gặp.
3. Phân biệt và nêu ý nghĩa một số hội chứng thần kinh thường gặp.

### LIỆT NỬA THÂN

Liệt nửa thân là khi mất hoặc giảm vận động ở một hoặc nhiều dây thần kinh sọ não, một chân, một tay.

Ở đây rối loạn về vận động là chính, do tổn thương bó tháp, còn rối loạn về cảm giác chỉ có ít phụ mà thôi.

#### 1. Phát hiện chứng liệt nửa thân:

Việc phát hiện chứng liệt nửa thân có khi rất dễ (khi người bệnh tỉnh táo) nhưng cũng có khi rất khó (khi người bệnh liệt nhẹ hoặc hôn mê sâu).

##### 1.1. Trường hợp người bệnh hôn mê:

Thường liệt nửa thân ở thể mềm. Chúng ta phải tìm triệu chứng liệt các dây thần kinh sọ não, một tay, một chân.

##### 1.1.1. Liệt dây VII:

Trường hợp hôn mê, phải quan sát kỹ mặt người bệnh và sẽ thấy:

##### 1.1.1.1. Liệt trung ương:

- Nếp nhăn mắt, mũi, má, mép rất rõ ở bên lành, rất mờ ở bên liệt.
- Miệng, nhân trung lệch sang bên lành.
- Khi thổi má bên liệt phập phồng theo nhịp thổi như người hút thuốc.
- Dấu hiệu Pierre Marie và Foix: khi ấn mạnh hai ngón tay ở góc hàm, chỉ thấy miệng, má bên lành cử động.

##### 1.1.1.2. Liệt ngoại biên:

- Liệt như trên, ở đây nếp nhăn trán bên liệt cũng mờ.
- Dấu hiệu Charles Bell: khi nhắm, mắt không kín, lòng đen đưa lên trên.

##### 1.1.2. Liệt một chân một tay:

- Quan sát một lúc lâu, sẽ thấy một bên tay và một bên chân người bệnh không cử động. Nếu kích thích chi bên liệt, không thấy phản ứng.

- Trương lực cơ tay và cơ chân bên liệt giảm.
- Nếu nâng hai tay lên khỏi mặt giường rồi bỏ rơi xuống, ta sẽ thấy tay bên liệt rơi ngay xuống một cách nặng nề như không có một sức chống đỡ nào. Đối với chân cũng vậy, chân liệt cũng rơi xuống trước và nặng nề.
- Phản xạ gân: giảm so với bên lành, có khi mất hẳn.
- Phản xạ da bìu mất ở bên liệt.
- Phản xạ da bụng mất ở bên liệt.
- Dấu hiệu Babinski thường có.

## 1.2. Trường hợp người bệnh tỉnh:

Thầy thuốc có thể phối hợp với người bệnh khi tiến hành khám bệnh. có thể gặp hai trường hợp sau đây:

### 1.2.1. Liệt cứng:

#### 1.2.1.1. Liệt nửa mặt:

Ngoài các triệu chứng quan sát thấy như trên, muốn thấy rõ hơn, có thể bảo người bệnh làm mấy động tác sau đây:

- Há và mím chặt miệng. Ta quan sát nếp rãnh mép, miệng trong lúc vận động sẽ thấy bên lành rõ và nhiều nếp nhăn. Bên liệt ít và mờ hơn nhiều.
- Nhắm và trợn mắt: quan sát nếp rãnh mắt và trán: cũng thấy bên lành nhiều và rõ, bên liệt ít và mờ.

Khi ăn sẽ thấy cơm chảy qua bên liệt do hai môi khép không kín.

#### 1.2.1.2. Liệt một tay một chân:

Do liệt cứng, nên người bệnh thể hiện đầy đủ các triệu chứng của bó tháp bị kích thích. Ở nửa bên liệt có trương lực cơ co cứng kiểu bó tháp:

- Rõ rệt ở ngón chi hơn gốc chi: các cơ tham gia động tác hữu ý nhiều càng cứng nhiều, đi đến tư thế điển hình: bàn tay nắm, các ngón tay bám chặt vào lòng, ngón cái gấp vào trong, cổ tay gấp vào cẳng tay, cánh tay khép dính vào thân, chi dưới duỗi thẳng.
- Có tính chất đàn hồi: khi đặt cho một chi ở tư thế mới, chỉ một tí lại trở về tư thế cũ.
- Tăng lên khi vận động hữu ý: người bệnh cố gắng vận động, chi đó lại cứng thêm. Vì thế người bệnh đi lại khó khăn.
- Xuất hiện các đồng tác (syncinésie): đồng tác là những động tác tự động gắn với các tác động hữu ý và không tách rời chúng. Có hai dạng:

- Đồng tác toàn bộ (Syncinésie Glibale) hoặc co cứng: khi có một sự gắng sức ở bên chi lành, toàn bộ chi liệt cử động.
- Đồng tác bất chước: là những đồng tác chủ động của một chi khi bên đối xứng làm một động tác giống hệt.
- Phản xạ gân xương tăng ở bên liệt: ở mức độ cao có thể thấy phản xạ lan truyền, đa động, bàn chân hoặc xương bánh chè có dấu hiệu giật liên tục (clonus du piet et de la route).
- Phản xạ da bụng, da bìu, mắt ở bên liệt.
- Dấu hiệu Babinski ở chi dưới (+), dấu hiệu Hoffmann ở chi trên (+).

### 1.2.2. Liệt mềm:

Nửa người bên liệt có:

- Giảm trương lực cơ: phát hiện bằng sờ nắn, ve vẩy, co duỗi cơ.
- Phản xạ gân xương, giảm hoặc mất ở bên liệt.
- Phản xạ da bụng, da bìu, mắt ở bên liệt.
- Có thể thấy dấu Babinski bên liệt.

Trong trường hợp liệt kín đáo, cần làm thêm một số nghiệm pháp sau:

- Nghiệm pháp Barré chi trên: người bệnh nằm gờ thẳng hai tay và nâng khỏi mặt giường  $45^\circ$ . Bên liệt không giữ ở tư thế đó lâu, rơi xuống trước.
- Nghiệm pháp Mingazzini: người bệnh nằm ngửa, đùi gập vào bụng  $90^\circ$  cẳng chân gập vào đùi  $90^\circ$ . Chân bên liệt không giữ ở tư thế đó lâu, rơi xuống trước.

Sau khi phát hiện liệt nửa thân phải kiểm tra dây thần kinh sọ não.

- Kiểm tra mắt: xem các dây thần kinh vận động mắt có bị liệt hay không biểu hiện bằng lác trong, lác ngoài, đồng tử mở to...
- Kiểm tra họng: xem có liệt màn hầu, cựa gà và dây thanh không. Giọng nói có thể thay đổi gì không, có phải là giọng hai âm thanh không.
- Kiểm tra cơ ức đòn chũm và cơ thang xem có bị liệt không, biểu hiện bằng quay cổ khó khăn.
- Tìm những vận động bất thường như run, múa vờn (chorée), múa giật.
- Tìm rối loạn cảm giác chủ quan.

## 2. Xác định vị trí tổn thương:

Muốn hiểu rõ vị trí tổn thương cần nhắc qua giải phẫu bó tháp, bó gối. Bó vận động bắt nguồn từ khu vận động trên vỏ não tới cuộn trán lên nằm phía dưới rãnh Rolando. Người ta chia bó vận động ra làm hai:

### 2.1. Tháp hay bó vỏ não gai:

Đi từ vỏ não xuống, qua bao trong qua thân não rồi xuống tận cùng ở tuỷ. Đến 1/3 dưới hành tuỷ, một số lớn các sợi bắt chéo để sang phía bên kia, gọi là bó tháp chéo, còn một số ít đi thẳng xuống tuỷ, là bó tháp thẳng.

### 2.2. Bó gối hay bó vỏ não nhân:

Từ vỏ não qua bao trong, khi đến thân não tách khỏi bó tháp, cho những sợi chéo sang bên kia để tận cùng của các nhân vận động của các dây thần kinh sọ não ở thân não (dây III, IV ở cuống não; dây VI, VII ở cầu não: dây IX, X, XI, XII ở hành não).

Với sự hiểu biết sơ bộ về bó tháp như vậy, đứng trước một người bệnh liệt nửa thân, chúng ta có thể biết: tổn thương bên nào, tổn thương chỗ nào.

### 2.3. Tổn thương bên nào?

- Từ vỏ não đến hành tuỷ, bó tháp bắt chéo: tổn thương đối diện liệt chi.
- Từ hành tuỷ tới C4 của tuỷ: tổn thương cùng bên với liệt chi.

### 2.4. Tổn thương chỗ nào?

#### 2.4.1. Tổn thương ở vỏ não xám và dưới vỏ não:

Vùng vỏ não và dưới vỏ não là vùng vận động và cảm giác gần nhau. Các sợi thần kinh ở đây lại toả rộng khắp vỏ não, do đó ít khi bị tổn thương toàn bộ. Trên lâm sàng sẽ thấy:

- Liệt tay và chân không đều nhau.
- Có rối loạn cảm giác.
- Nói khó (thể Broca) vì vùng trán lên ở gần trung khu tiếng nói.
- Có cơn động kinh.

#### 2.4.2. Tổn thương ở bao trong:

Vùng bao trong gần nhân xám, các sợi thần kinh tập trung qua đó, cho nên tổn thương vùng này sẽ thấy:

- Liệt mặt, tay chân đều nhau.
- Không có rối loạn cảm giác.

Nếu tổn thương lan đến vùng đồi thị (thalamus) và thể vân, chúng ta sẽ thấy thêm:

- Rối loạn cảm giác chủ quan ở nửa thân.
- Đau nửa người.
- Các vận động bất thường như run, múa giật, múa vờn nửa thân.

### 2.4.3. Tổn thương từ thân não trở xuống:

Tổn thương từ bao trong trở lên vì bó gối và bó tháp chưa bắt chéo nên liệt nửa mặt và liệt tay chân ở cùng một bên đối chiếu với bên tổn thương. Trái lại, tổn thương từ thân não trở xuống vì bó gối đã bắt chéo, còn bó tháp chưa bắt chéo, nên ta thấy liệt giao bên:

- Liệt tay, chân ở bên đối chiếu với bên tổn thương.
- Liệt các dây thần kinh sọ não cùng bên với bên tổn thương.

#### 2.4.3.1. Tổn thương ở cuống não:

- Liệt nửa thân.
- Mất lác ngoài, mí mắt xa xuống, đồng tử giãn to do dây III, IV tổn thương.

#### 2.4.3.2. Tổn thương ở cầu não:

- Liệt nửa thân.
- Liệt mặt thể ngoại biên.
- Lác trong do liệt dây VI.

#### 2.4.3.3. Tổn thương ở hành tuỷ:

Liệt nửa thân và liệt thêm các dây thần kinh IX, X, XI, XII.

Biểu hiện: liệt nửa màn hầu và một dây thanh, do tổn thương thần kinh IX, X, liệt cơ ức đòn chũm và cơ thang do tổn thương dây thần kinh XI liệt nửa lưỡi do tổn thương dây XII.

#### 2.4.3.4. Tổn thương ở tuỷ trên C4:

- Liệt nửa thân cùng bên với tổn thương (vì bó tháp cũng bắt chéo rồi).
- Rối loạn cảm giác sâu bên liệt.
- Rối loạn cảm giác nông bên đối diện.

Đây là hội chứng Brown Séquard ít gặp trên lâm sàng.

### 3. Chẩn đoán nguyên nhân:

Để dễ nhớ, có thể sắp xếp căn nguyên bệnh theo tuổi và chỉ nêu lên các nguyên do thường có.

#### 3.1. Ở người già:

- Chảy máu não do tăng huyết áp.
- Nhũn não vì tắc động mạch:
  - Trong bệnh xơ động mạch.
  - Do cục máu phát sinh tại chỗ hay từ xa đưa đến như trong hẹp van hai lá.

### 3.2. Ở người trẻ:

- Các bệnh tim:
  - Hẹp van hai lá.
  - Viêm màng trong tim cấp loét sùi, hay viêm màng trong tim bán cấp ác tính.
- Viêm động mạch do giang mai.

Ngoài các căn nguyên thường gặp ấy, người trẻ cũng có thể bị chảy máu não vì tăng huyết áp và nhũn não.

### 3.3. Ở trẻ em:

- Viêm động mạch do siêu vi.
- Viêm màng não hay viêm não (do siêu vi, vi khuẩn thường hay lao).
- Biến chứng não của bệnh viêm tai giữa hay viêm tai xương chũm.

## LIỆT MẶT

Dây thần kinh mặt hay dây VII là một dây thần kinh vận động của mặt xuất phát từ một nhân ở trong cầu não, đi trong rãnh hành tuỷ, cầu não qua xương đá, lỗ ức – chũm và bám tận vào các cơ ở mặt. Trong khi đi qua xương đá, dây VII còn có thêm những sợi cảm giác và vị giác 2/3 trước của lưỡi và hướng sợi ngoại tiết của tuyến dưới hàm, dưới lưỡi và tuyến lệ.

### 1. Triệu chứng lâm sàng:

Liệt dây thần kinh mặt chỉ có một triệu chứng là lệch mặt, có khi kín đáo lúc không vận động, nhưng rất rõ rệt khi mặt cử động.

#### 1.1. Trường hợp liệt hoàn toàn:

Ngay khi nhìn người bệnh, ta đã thấy mặt không được cân đối.

##### 1.1.1. Khi nghỉ ngơi:

- Nhân trung lệch về bên lành.
- Nếp nhăn góc mũi, má mất đi ở bên liệt.
- Đuôi khoé mắt bên liệt mở to hơn bên lành.
- Lông mi bên liệt hơi thấp xuống.

##### 1.1.2. Khi hoạt động:

- Bảo người bệnh há miệng, thầy thuốc lấy một ngón tay ấn vào cằm người bệnh theo chiều ngược lại, sẽ không thấy cơ da ở cổ nổi lên ở bên liệt (dấu hiệu cơ da cổ).
- Khi người bệnh há miệng, thè lưỡi, ta thấy lưỡi lệch về bên liệt. Thực ra lưỡi không bị lệch đi, là do miệng méo bị kéo về bên lành.



- Bảo người bệnh nhắm mắt, trong trường hợp liệt dây VII thể ngoại biên, ta thấy mắt bên liệt không nhắm kín trong khi đó nhãn cầu bên này vẫn đi lên phía trên và ra ngoài: mắt bên liệt chỉ nhìn thấy lòng trắng và một phần lòng đen ở phía trên ngoài: đó là dấu hiệu Charles Bell, một dấu hiệu rất có giá trị trong liệt dây VII ngoại biên.
- Khi người bệnh nhắm trán, nửa mặt bên bị liệt, các nếp nhăn hằn lên rất ít so với bên lành.
- Người bệnh không thể thổi sáo, phồng má thổi lửa được. Một đôi khi nói và nhai khó khăn.

### 1.2. Trường hợp liệt mặt nhẹ:

Thường hay gặp sự không cân đối của mặt. Cần phải thăm khám tỉ mỉ, kiên trì mới phát hiện được.

- Bảo người bệnh nhắm thật chặt hai mắt, ta thấy hàng lông mi bên bị liệt có vẻ dài hơn, do mắt bên này không co chặt được.
- Hoặc bảo người bệnh nhắm thật chặt mắt, dùng hai ngón tay nhẹ nhàng vành hai bên mắt người bệnh ra, thấy bên bị liệt vành ra tương đối rõ hơn so với bên lành.

## 2. Các thể liệt mặt:

Do cấu tạo giải phẫu học của dây VII, ta phân biệt hai thể liệt mặt khác nhau:

- Liệt mặt thể trung ương, do tổn thương phía trên nhân của dây VII.
- Liệt mặt thể ngoại biên, do tổn thương hoặc ở ngay nhân nằm trong cầu não, hoặc ở trong đoạn cùng phía ngoài.

### 2.1. Liệt mặt trung ương:

Thường là liệt mặt không hoàn toàn. Biểu hiện rõ rệt là liệt dây mặt dưới. Điều này được giải thích là do tổn thương ở bán cầu não, thường tương đối khu trú.

- Bao giờ cũng kèm theo liệt nửa thân.
- Không có dấu hiệu Charles Bell.
- Không bao giờ tiến triển sang thể co cứng.

### 2.2. Liệt mặt ngoại biên:

- Thường là liệt hoàn toàn cả dây mặt trên lẫn mặt dưới, rõ rệt, dễ phát hiện.
- Có dấu hiệu Charles Bell.
- Có những tiến triển thành thể liệt cứng. Điều này rất đặc biệt, thường chỉ gặp trong tổn thương dây VII. Lúc đó các dấu hiệu bên mặt liệt hoàn toàn đảo

ngược lại với các dấu hiệu đã tả trên: mắt bên liệt nhắm chặt hơn... lúc này nếu không cẩn thận ta rất dễ nhầm bên liệt với bên lành. Cần chú ý hỏi quá trình tiến triển của bệnh: trước đó một thời gian đã bị liệt bên đối diện.

### 2.3. Liệt mặt cả hai bên:

Rất ít gặp. Phải là tổn thương cả hai bên nào hoặc do viêm nhiều dây thần kinh, hoặc là một trong số hội chứng đặc biệt có tính cách gia đình. Triệu chứng khó phát hiện: vẻ mặt thờ ơ, không linh hoạt, không có sức sống, nhai, nuốt, nói khó khăn.

## 4. Nguyên nhân của liệt mặt:

### 4.1. Liệt trung ương:

Tất cả mọi tổn thương ở một bên bán cầu não đều có thể gây liệt mặt như nhũn não, chảy máu não, khối u não... Do vậy, đối với những người lớn tuổi, khi xuất hiện liệt nửa mặt, cần chú ý phát hiện thêm liệt nửa thân, nhất là cố gắng tìm dấu Babinski.

Cũng cần nhớ kỹ là trong hội chứng Millard –Gubler, tuy liệt mặt thể ngoại biên, nhưng vẫn kèm theo liệt nửa thân và dấu hiệu Babinski bên đối diện của liệt mặt.

### 4.2. Liệt ngoại biên:

Đi từ nhân ra đến chỗ tận cùng của dây thần kinh đã có những nguyên nhân như sau:

- Viêm màng não dầy dính, làm tổn thương đoạn thần kinh từ rãnh hành tuỷ- cầu não đến ống tai trong.
- Các nguyên nhân ở tai: viêm tai giữa cấp hoặc mạn. Cần hỏi tiền sử chảy mủ tai hoặc gửi khám chuyên khoa Tai mũi họng.
- Chấn thương vùng đá. Ở người lớn do vỡ xương đá. Ở trẻ sơ sinh do can thiệp sản khoa như focxep hoặc do khung chậu người mẹ hẹp.
- Một số nguyên nhân khác ít gặp hơn, như giang mai, viêm nhiều dây thần kinh, bệnh bại liệt trẻ em, Zona vùng nhân gố, uốn ván mặt ở Rose (thực ra đây không phải là liệt mặt mà do co cứng nửa mặt làm cho mắt mất cân đối).

Cần chú ý những trường hợp liệt nửa mặt xảy ra đột ngột, không có nguyên nhân rõ ràng, thường gọi là liệt “do lạnh”. Loại này thường rất hay gặp trên lâm sàng, đặc biệt của bệnh là xảy ra đột ngột. Đêm đi ngủ vẫn bình thường. Sáng hôm sau dậy soi gương hoặc người xung quanh thấy liệt nửa mặt rõ rệt. Cũng có thể khi đang ăn thấy cơm rơi ra miệng bên bị liệt.

Đồng thời với liệt, một đôi khi người bệnh có cảm giác đau ở vùng sau xương chũm. Sau hai ba tuần, rối loạn về vận động giảm dần rồi rời khỏi hẳn, không để lại di chứng.

Cá biệt, có trường hợp bệnh nặng gây teo cơ và có phản ứng thoái hoá điện hoàn toàn bên nửa mặt bị liệt. Tiến triển thường kéo dài, để lại di chứng lệch vĩnh viễn và thường bao giờ cũng tiến triển sang thể liệt cứng.

## **LIỆT HAI CHI DƯỚI**

Liệt hai chi dưới là mất hoặc giảm vận động hai chi, do tổn thương bó tháp hai bên đối xứng nhau gây nên, do có tổn thương ở tuỷ hoặc cả hai bên bán cầu não. Lâm sàng biểu hiện dưới hai thể, liệt cứng và liệt mềm.

### **1. Triệu chứng lâm sàng:**

#### **1.1. Liệt thể mềm:**

##### **1.1.1. Vận động tự chủ:**

###### **1.1.1.1. Nếu liệt ít (hơi liệt) thì:**

- Các vận động tự chủ không còn nhưng không khoẻ.
- Người bệnh đi đứng được, nhưng phải chống gậy hoặc nhờ người giúp đỡ.
- Cơ lực kém: bảo người bệnh đạp, người khám tạo kháng lực ngược lại sẽ thấy sức đạp rất yếu.
- Trương lực cơ giảm: sờ nắn thấy nhão, co duỗi chi dễ dàng.

###### **1.1.1.2. Nếu liệt nhiều (liệt toàn bộ) thì:**

- Các vận động tự chủ không làm được nữa, người bệnh phải nằm liệt tại giường, không đi lại được.
- Cơ lực: mất hẳn.
- Trương lực cơ rất giảm.

##### **1.1.2. Phản xạ:**

- Phản xạ gân (đầu gối, gót chân), mất hẳn hay rất kém.
- Phản xạ da bụng: mất hoặc còn.
- Dấu hiệu Babinski: có hoặc không.

##### **1.1.3. Cảm giác: bị rối loạn.**

- Có những triệu chứng chủ quan như: người bệnh thấy đau, có cảm giác kiến bò tê bì hoặc mất hẳn cảm giác ở hai chân.
- Có những triệu chứng khách quan như: cảm giác sờ, đau, nóng lạnh bị kém đi rất nhiều.

##### **1.1.4. Cơ tròn:**

Có khi bị rối loạn rõ rệt có khi không.

- Rối loạn về đại tiện, tiểu tiện: bí tiểu, bí tiêu hoặc tiêu tiểu không tự chủ.
- Ở đàn ông có thêm rối loạn về sinh dục.

#### 1.1.5. Dinh dưỡng:

Có thể có teo cơ, phù chân, loét mông loét gót chân.

#### 1.1.6. Phản ứng điện:

Bị kém và có hiện tượng thoái hoá điện. Chứng liệt mềm có khi không thay đổi, có liệt mềm vĩnh viễn, nhưng cũng có trường hợp sau một thời gian một thời gian chuyển sang thể co cứng.

#### 1.2. Thể liệt cứng:

##### 1.2.1. Khám vận động:

##### 1.2.1.1. Vận động tự chủ:

Hai chân không bị liệt hoàn toàn. Người bệnh còn vận động được, nhưng bị hạn chế vì các cơ co cứng lại. Hiện tượng co cứng đã làm cho hai chân người bệnh co lại hoặc duỗi thẳng cứng ra khi nghỉ.

Khi người bệnh vận động hiện tượng co cứng lại làm cho vận động khó khăn hơn.

Hiện tượng này biểu hiện rõ hơn lúc người bệnh đi vì chân không co mềm lại được. do đó lúc đi thẳng cứng, đưa ra trước: người bệnh đi bằng ngón chân hoặc bước nhỏ nhỏ như nhảy.

##### 1.2.1.2. Khám cơ:

- Cơ lực: giảm nhiều.
- Trương lực cơ: trái lại rất tăng, sờ cơ cứng rắn, nhìn rõ các vết hằn của các bó cơ, co duỗi chi khó khăn.

##### 1.2.2. Phản xạ:

- Phản xạ gân xương rất tăng. Đa động (gõ một cái, giật 3-4 cái) lan toả.
- Phản xạ da bụng cũng tăng.
- Dấu Babinski rất rõ.
- Có dấu giật liên tục bàn chân và xương bánh chè.
- Có những phản xạ tự vệ tuỷ như dấu 3 co, đồng tác.

##### 1.2.3. Cảm giác:

- Chủ quan: đau, có cảm giác như bị chuột rút, điện giật. Có khi đau từng khoanh thắt lưng. Có khi mất hẳn cảm giác đau dưới vùng tổn thương.
- Khách quan: sờ, đau, nóng, lạnh bị rối loạn nhiều hay ít.

#### 1.2.4. Các biểu hiện khác:

- Cơ tròn: rối loạn về đại tiểu tiện và sinh dục.
- Dinh dưỡng và phản ứng điện: nói chung thể liệt hai chi dưới thường điển hình, để chẩn đoán, người bệnh cũng tự nhận thấy do không đi lại được.

#### 2. Chẩn đoán vị trí tổn thương:

Thể liệt cứng là tổn thương ở tế bào trung ương. Thể liệt mềm cần phải xác định xem tổn thương ở trung ương hay ngoại biên.

Muốn vậy, chúng ta phải dựa vào sự khác nhau về triệu chứng lâm sàng trong bảng dưới đây:

Triệu chứng	Tổn thương trung ương	Tổn thương ngoại biên
Vận động	Liệt hẳn. Babinski (+)	Hơi liệt. Babinski (-)
Biến đổi	Có thể chuyển sang liệt cứng	Luôn luôn mềm
Cơ tròn	Bị rối loạn	Không khi nào bị rối loạn
Dinh dưỡng	Không bao giờ có teo cơ	Bao giờ cũng có teo cơ
Phản ứng điện	Phản ứng thoái hoá điện (-)	Phản ứng thoái hoá điện (+)

#### 3. Chẩn đoán nguyên nhân:

##### 3.1. Thể ngoại biên:

##### 3.1.1. Viêm dây thần kinh:

- Liệt nhẹ, thường liệt các cơ ngoài và cơ trước cẳng chân, nên chân không đưa lên được.
- Có rối loạn cảm giác (vì dây thần kinh cảm giác cũng bị viêm).

Nguyên nhân viêm dây thần kinh thường là nhiễm khuẩn (bạch hầu), nhiễm độc bởi As, Chì, rượu, emetin, thiếu Vitamin B1.

##### 3.1.2. Viêm nhiều rễ thần kinh:

Hội chứng Guillain Barré. Viêm nhiều rễ thần kinh do virus thường biến chuyển tốt đến khỏi hẳn. Giống viêm dây thần kinh, nhưng ở đây Albumin trong não tuỷ tăng. Tế bào bình thường.

Hội chứng đuôi ngựa do tổn thương các rễ từ L2 đến S5 vì gãy xương, vì u lành, u ác tính vùng đó.

Hội chứng này biểu hiện ra lâm sàng bởi: liệt mềm hai chi dưới, teo cơ nhanh, rối loạn cảm giác: tê vùng da gần hậu môn và bộ phận sinh dục và rối loạn cơ tròn.

### 3.1.3. Ở sừng trước:

- Bệnh liệt ở trẻ em: bệnh thành dịch do virus gây viêm cấp sừng trước tuỷ.
- Bệnh Landry hay bệnh liệt lan lên cấp, tổn thương ở dây thần kinh ở rễ và sừng trước, có rối loạn về hô hấp và tuần hoàn. Người bệnh bị liệt từ chân tới ngực, chết vì ngạt thở. Nguyên nhân do virus nhất là virus dại.

### 3.2. Thể trung ương:

#### 3.2.1. Ở tuỷ:

##### 3.2.1.1. Chấn thương đứt ngang tuỷ: thường do gãy xương sống.

- Nếu đứt hẳn toàn bộ: liệt mềm xảy ra ngay khi bị chấn thương và liệt vĩnh viễn. Rối loạn cảm giác rất nhiều. Cảm giác mất hẳn, người bệnh có cảm giác nửa người dưới bị lìa khỏi thân. Rối loạn cơ tròn cũng nhiều. Rối loạn dinh dưỡng nhiều, loét ngày càng to.
- Nếu không đứt toàn bộ: thường chỉ liệt một chân và nếu tổn thương ở C4, sẽ kèm theo thêm liệt một tay. Ngoài ra cũng có rối loạn cảm giác.

##### 3.2.1.2. Ép tuỷ:

Là một vấn đề quan trọng. Ngay khi người bệnh bị liệt, bao giờ cũng đặt câu hỏi “có ép tuỷ không?”.

Nếu ép tuỷ thì với khả năng phẫu thuật hiện đại, chẩn đoán được sớm, phẫu thuật ngay thời kỳ đầu, thì bệnh sẽ khỏi hẳn.

Sau khi chẩn đoán ép tuỷ, phải chẩn đoán địa điểm ép để giúp cho phẫu thuật dễ dàng. Có rất nhiều nguyên nhân ép tuỷ, những nguyên nhân thường gặp là:

- Gãy xương sống: có một mảnh xương hoặc một đốt xương lìa khỏi cột sống và ép tuỷ chứ không cắt đứt ngang tuỷ.
- Bệnh Poll: nguyên nhân thường nhất, phải nghĩ đến trước nhất khi người bệnh trẻ tuổi.

Chẩn đoán thường dễ, nếu là trẻ em:

- Trẻ sẽ kêu đau lúc vận động xương sống, lúc đi đứng nhiều.
- Xương sống bị cứng, làm cho đứa bé không cúi được.
- Xương sống bị cong và có hẳn một đốt xương lồi ra và đau.

Chẩn đoán thường khó hơn, nếu là một người lớn, vì xương sống không bị cong lại, tổn thương có khi rất nhỏ, không toàn bộ.

Dù người lớn hay trẻ con, bao giờ cũng phải chụp Xquang xương sống để tìm những triệu chứng điện quang rõ rệt như khoảng liên đốt hẹp lại, đốt xương sống lún xuống.

### 3.2.2. Ở não:

Ít có hơn, vì phải tổn thương cả hai bên bán cầu đại não và đúng vào vùng vận động. Thường ở người già. Do nhũn não hay xơ não từng điểm nhỏ gây ra. Trẻ cũng có thể bị viêm não ngay từ khi còn ở trong bào thai.

#### 3.2.2.1. Người già:

- Khởi phát dần dần, sau những triệu chứng rất nhẹ và tái phát nhiều lần của nhũn não.
- Liệt rất ít, co giật ít, phản xạ tăng.
- Bước đi chậm chạp, từng bước nhỏ.
- Rối loạn về trí tuệ: hay nhầm lẫn, hay quên.
- Không có rối loạn về cảm giác và cơ tròn.

#### 3.2.2.2. Trẻ con:

Do xơ não từng điểm nhỏ như giang mai, do virus, trong lúc còn là bào thai, làm bó tháp không phát triển được.

- Liệt co cứng hai chi dưới: khi nằm thì không việc gì, nhưng khi để đứa bé đứng lên thì hai chân duỗi rất thẳng và rất cứng, hai chân bắt chéo nhau. Làm đứa bé không đứng được vì bị ngã.
- Rối loạn về chức phận não: bé không phát triển về trí khôn trở thành đần độn. Đồng thời thường có những cơn động kinh, múa vờn, múa giật.

## HỘI CHỨNG MÀNG NÃO

Màng não có liên quan trực tiếp tới vỏ não và các dây thần kinh. Vì vậy, khi viêm có thể gây tổn thương đại não và các dây thần kinh sọ não.

### 1. Triệu chứng lâm sàng:

#### 1.1. Tam chứng màng não:

- Nhức đầu: là triệu chứng chủ yếu. Nhức đầu dữ dội, lan toả, liên tục, thỉnh thoảng có từng cơn kịch liệt hơn. Nhức đầu tăng khi có tiếng động, có ánh sáng chói mắt hay khi cử động thay đổi tư thế. Vì vậy làm người bệnh phải nằm yên và quay mặt vào bóng tối.
- Nôn: nôn vọt, nôn dễ dàng, nôn mạnh khi thay đổi tư thế.
- Táo bón: kéo dài, không kèm theo chướng bụng

#### 1.2. Những triệu chứng kích thích chung:

- Co cứng cơ: chi trên chủ yếu là co cơ gấp, chi dưới, thân và mình chủ yếu là co cơ duỗi, do đó người bệnh ở tư thế rất đặc biệt: đầu ngửa ra sau, chân co vào bụng, (tư thế cò súng). Sự co cứng ấy biểu hiện bằng các dấu hiệu như sau:

- Dấu hiệu cứng gáy: để người bệnh nằm ngửa, đầu không gối. Một tay đỡ nhẹ phía trước ngực, một tay để phía sau gáy nâng nhẹ đầu lên, ta thấy gáy duỗi cứng, cảm không gập vào ngực được, đồng thời cả ngực người bệnh cũng nhấc lên theo.
  - Dấu hiệu Kernig: người bệnh nằm ngửa, chân duỗi thẳng. Tay phải nâng từ từ hai chân theo hướng thẳng góc với mặt giường  $20^\circ$ ,  $30^\circ$ ,  $40^\circ$ , người bệnh đã kêu đau và phải gập lại mới chịu được.
  - Dấu hiệu Brudzinski: người bệnh nằm ngửa, chân duỗi thẳng. Tay trái để vào bụng người bệnh, tay phải nâng người bệnh sao cho thân người bệnh thẳng góc với giường. Nếu có hiện tượng co cứng căng chân gập vào đùi, đùi gập vào bụng, khi ta nâng người bệnh chân phải co lại.
- Tăng cảm giác đau: bóp nhẹ cơ, gõ vào da hay châm nhẹ kim vào da, người bệnh kêu đau, phản ứng lại rất mạnh.
  - Sợ ánh sáng: ánh sáng là một kích thích đau làm chói mắt người bệnh. Vì vậy người bệnh thích quay mặt vào chỗ tối.
  - Tăng phản xạ: các phản xạ gân xương thường tăng hơn bình thường.
  - Rối loạn thần kinh giao cảm:
    - Mặt khi đỏ, khi tái.
    - Dấu hiệu vạch màng não (+): lấy móng tay hoặc một kim cùn vạch nhẹ nhiều đường trên da bụng người bệnh, bình thường, sau khi vạch, xuất hiện các đường vạch đỏ nhưng mau mất. Trong hội chứng màng não, vết vạch đỏ thắm hơn và tồn tại lâu mới mất.

### 1.3. Những triệu chứng kích thích não và tổn thương não:

- Rối loạn tinh thần: ý thức lơ mơ, có khi lú lẫn hoặc mê sảng. Kích động hay sàu uất. Có khi tiểu dầm, ỉa ra quần.
- Tổn thương các dây thần kinh sọ não: rối loạn vận nhãn cầu, sụp mí, song thì, giãn đồng tử hoặc rối loạn thị giác.

## 2. Chọc dò màng não:

Triệu chứng quan trọng để chẩn đoán xác định và chẩn đoán nguyên nhân hội chứng màng não là chọc dò nước não tủy.

### 2.1. Dịch não tủy có máu:

Do chảy máu màng não. Nếu mới bị, sẽ thấy nước đỏ hồng. Nếu bị lâu, có thể nước màu vàng. Cần phân biệt với trường hợp nước não tủy khi lấy kim chọc vào mạch máu.

Trường hợp này, nếu quan sát sẽ thấy những giọt nước não tủy càng về sau càng nhạt màu hơn. Để lâu sẽ đông lại.



- Albumin: hơi tăng (do albumin có ở hồng cầu).
- Sinh hoá: bình thường.
- Vi khuẩn: không có.

#### 2.2. Nước não tuỷ đục hoặc có mũ rõ rệt:

Do viêm màng não mũ, gây ra bởi tạp khuẩn. Nước não tuỷ có mũ rõ rệt và chỉ hơi vẩn đục, nhiều khi phải lắng ống nghiệm mới thấy rõ.

- Về tế bào: nhiều bạch cầu, đa số là bạch cầu đa nhân thoái hoá.
- Về sinh hoá: Albumin tăng, glucoza, NaCl hạ.
- Về vi khuẩn: soi tươi có thể thấy vi khuẩn gây bệnh, có khi phải nuôi cấy để xác định vi khuẩn.

#### 2.3. Nước não tuỷ trong:

Có khi do lao, virus, phải xét nghiệm để xác định từng loại.

### 3. Chẩn đoán nguyên nhân:

#### 3.1. Nước màng não có máu:

- Chấn thương sọ não: do ngã hoặc do tai nạn xe cộ. Hoàn cảnh xuất hiện sẽ giúp ta xác định.
- Chảy máu màng não: tăng huyết áp, vỡ mạch máu ...

#### 3.2. Nước màng não có mũ:

Viêm màng não mũ thường do các tạp khuẩn. Các vi khuẩn thông thường nhất là:

- Não mô cầu: sốt cao 39 – 4<sup>0</sup>. có những cơn rét run. Có khi kèm theo ban ngoài da. Hội chứng màng não rõ rệt.
- Phế cầu: thường là biến chứng sau viêm xoang, viêm tai, viêm phổi... Hội chứng màng não đôi khi bị che lấp bởi bệnh tiên phát.
- Tụ cầu và liên cầu: thường rất nặng. Chẩn đoán cũng dựa vào chọc tuỷ sống, soi trực tiếp hoặc nuôi cấy sẽ thấy rõ loại vi khuẩn gây bệnh

#### 3.3. Nước não tuỷ trong:

- Lao: thường là lao màng não thứ phát của của một tổn thương lao khác như lao kê, lao phổi, lao sơ nhiễm... Cần phải phát hiện các lao tiên phát và tiến hành các xét nghiệm để phát hiện lao chung như: Xquang phổi, BCG tét, BK trong đàm.
- Siêu vi: bệnh cấp nhưng lành tính. xét nghiệm nước não tuỷ sẽ thấy tăng nhiều bạch cầu

## HỘI CHỨNG TIỂU NÃO

### 1. Lâm sàng:

Các triệu chứng có thể thấy rất rõ khi bệnh nặng, nhưng khi bệnh nhẹ phải khám tỉ mỉ để phát hiện các triệu chứng sau đây:

#### 1.1. Loạng choạng tiểu não:

##### 1.1.1. Loạng choạng khi hoạt động:

- Rối loạn các vận động đơn giản: phát hiện bằng các nghiệm pháp sau đây: ngón tay chỉ mũi, gót chân đầu gối.
- Rối loạn các động tác phức tạp: người bệnh không còn khả năng động vận, nghĩa là khi làm một động tác phức tạp, người bệnh phân tích thành một loạt động tác đơn giản nên khi tiến hành thường có rối loạn.

##### 1.1.2. Loạng choạng khi vận động:

Người bệnh đi lại chậm chạp, theo hình dít dắc như người say rượu.

#### 1.2. Run khi làm việc:

Lúc nghỉ không bị run, nhưng bắt đầu làm việc thì bị run. Ví dụ: khi đưa một cốc nước lên miệng, người bệnh run và đưa quá đích. Khi nối giữa hai điểm, người bệnh cũng run và thường quá đích. Người bệnh không thể vẽ hình 5 cánh sao bằng một nét.

#### 1.3. Giảm trương lực cơ:

- Khi đi lại, hai tay ve vẩy quá mạnh.
- Sờ thấy cơ nhão hơn bình thường.

#### 1.4. Giật nhãn cầu:

Tùy theo vị trí tổn thương mà giật nhãn cầu có biểu hiện khác nhau:

- Tổn thương ở cuống não: giật nhãn cầu theo chiều đứng.
- Tổn thương ở cầu não: giật nhãn cầu theo chiều ngang.
- Tổn thương ở hành tủy: giật nhãn cầu vòng tròn.

#### 1.5. Rối loạn tiếng nói:

Người bệnh nói ngập ngừng, nhát gừng. Rối loạn tiếng nói thường gặp khi tổn thương cả hai bên bán cầu tiểu não.

### 2. Chẩn đoán:

Chẩn đoán xác định: chỉ cần dựa vào lâm sàng cũng có thể xác định được hội chứng tiểu não. Chẩn đoán nguyên nhân: chẩn đoán hội chứng thì dễ nhưng chẩn đoán nguyên nhân, nhiều khi rất khó. Các nguyên nhân chính, thường gặp trong hội chứng tiểu não là:

- Nhiễm khuẩn: bọc mủ, thường do viêm mủ tai, viêm tai xương chũm.
- U tiểu não: thường do các khối u ở hố não sau, nhất là góc cầu - tiểu não. Hay gặp nhất là u của dây thính giác.
- Chảy máu vùng tiểu não.
- Teo tiểu não: tiến triển chậm, xuất hiện muộn, thường ở trên 50 tuổi

## **HỘI CHỨNG PARINSON**

Hội chứng Parkinson do tổn thương hệ thống ngoại tháp mà chủ yếu là ở thể vân và liềm đen sinh ra.

Thể vân có chức năng về vận động: có tác dụng trên trương lực cơ và đóng vai trò trong mọi động tác, nhất là các động tác tự động và các động tác không tự ý.

### **1. Lâm sàng:**

#### **1.1. Run:**

- Run khi yên tĩnh, mất hoặc giảm khi hoạt động. Trái với run trong tiểu não và bệnh xơ cứng rải rác, thường run lúc hoạt động.
- Tần số run thường chậm (4-7 lần trong một giây).
- Nhịp điệu và biên độ đều đặn.
- Khi mệt mỏi hoặc xúc động thì run nhiều. Lúc ngủ không bị run. Khi dùng thuốc loại scopolamin thì đỡ run.
- Thường thấy ở các ngón chi, nhất là các ngón chi trên. Hiện tượng run này thoát nhìn có cảm giác như người bệnh đếm tiền hoặc cuộn thuốc lá. Cũng có khi run cả hai chi, đầu và hàm.

#### **1.2. Cứng cơ:**

Đây là loại co cứng ngoại tháp do sự căng thường xuyên của các cơ:

- Ngừng gần như hoàn toàn khi nghỉ ngơi, nhất là khi nghỉ ngơi hoàn toàn làm chùng các cơ của toàn cơ thể, xuất hiện lại khi có hoạt động. Đây là loại cứng cơ khi hoạt động.
- Thường bị ở các gốc chi.
- Trong đoạn chi bị cứng, toàn bộ các cơ đều bị.
- Không kèm tăng phản xạ gân xương, phản xạ gan bàn chân bình thường.
- Sự cứng cơ giảm hoặc mất đi dùng thuốc nhóm scopolamin.

Do tính chất co cứng như thế nên chi ở một tư thế bắt buộc. Nếu tay đang ở tư thế gấp, ta kéo căng cho thẳng với cánh tay, do cả cơ gấp và cơ duỗi cùng co, nên chỉ duỗi ra từng nấc: đó là hiện tượng bánh xe răng cưa.

### 1.3. Tăng phản xạ tư thế:

Ở người bình thường nếu thay đổi thụ động một khớp, các cơ trong phạm vi tác dụng khớp ấy sẽ co lại và giữ cho chi có một tư thế nhất định.

Ở người Parkinson, sự co cứng cơ tăng lên về cường độ và thời gian. Khi gấp bàn chân, rồi bỏ ra, ta thấy cơ căng chân trước vẫn còn co và gân vẫn hẳn lên rõ rệt.

Khi ta bị xô ra phía trước, ta thường có xu hướng ngã người lại phía sau để giữ cho khỏi ngã. Ở người Parkinson, vẫn có xu hướng giữ ở tư thế bị xô đẩy, nên rất dễ bị ngã.

### 1.4. Động tác chậm chạp:

Mọi động tác đều chậm và có mức độ.

- Đi lại chậm chạp và khó khăn: người bệnh đi từng bước nhỏ, thân ngã về phía trước, tưởng như nếu không làm như vậy sẽ bị ngã.
- Bộ mặt lạnh lùng: các cơ ở mặt ít cử động, làm người bệnh có bộ mặt lạnh lùng. Người bệnh như buồn rầu.
- Nói chậm và giọng nói đều đều, đôi khi nói lắp.
- Viết run, lúc đầu chữ còn to, sau nhỏ dần, đôi khi không thể viết được.

### 1.5. Mất các động tác tự động:

Khi đi lại, hai tay không ve vẩy, mà cứng đờ.

## 2. Chẩn đoán:

### 2.1. Chẩn đoán xác định:

Dựa trên hai loại triệu chứng run và cứng cơ.

### 2.2. Chẩn đoán phân biệt:

Ở giai đoạn tiến triển, ít khi lầm với các bệnh khác, trong các thể nhẹ và thoáng qua, cần phân biệt với các bệnh sau đây:

- Bệnh xơ cứng rải rác: run xảy ra lúc hoạt động, đồng thời có giật nhãn cầu, có các rối loạn về tiểu não và bó tháp.
- Hội chứng tiểu não: run khi có hoạt động, có giật nhãn cầu.
- Run ở người già: run tăng lên khi có vận động tự ý, không có cứng cơ ngoại tháp kèm theo.

### 2.3. Chẩn đoán nguyên nhân:

#### 2.3.1. Xơ cứng động mạch não:

- Thường xuất hiện vào khoảng 50-60 tuổi.

- Do rối loạn tuần hoàn gây thiếu máu não, tạo nên những điểm nhún não ở vùng cấu tạo xám của não giữa.
- Bệnh tiến triển chậm

#### 2.3.2. Sau viêm não:

Thường là di chứng muộn của viêm trực thần kinh. Các triệu chứng của Parkinson xuất hiện một vài tháng hoặc một vài năm sau viêm não. Vì thế phải hỏi kỹ tiền sử người bệnh.

Về lâm sàng, ngoài hội chứng parkinson, còn thấy các di chứng của viêm não như các động tác bất thường, hiện tượng co vắn người.

#### 2.3.3. Do chấn thương:

Chấn thương não kèm theo sốc não như Parkinson ở vận động viên quyền anh. Có tác giả cho rằng khoảng 10% các vận động viên quyền anh về già, nhất là loại cân nặng, thường bị parkinson.

#### 2.3.4. Các nguyên nhân khác:

- U của thùy trán hoặc thể vân.
- Ngộ độc: ngộ độc sulfur carbon, oxyt carbon, mangan...

## TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Biểu hiện của liệt mặt ngoại biên:
 

A. Dấu hiệu Charles Bell	C. Nhân trung lệch bên lành
B. Dấu hiệu Pierre Marie và Foix	D. Dấu hiệu “hút thuốc”
2. Biểu hiện của dấu hiệu Charles Bell:
 

A. Nếp nhăn mũi bên liệt bị mờ	C. Nếp nhăn má bên liệt bị mờ
B. Mắt nhắm không kín	D. Ấn góc hàm má bên liệt không cử động
3. Đây là những biểu hiện của liệt cứng, NGOẠI TRỪ:
 

A. Babinski	C. Hoffmann
B. Barré	D. Đồng tác
4. Người bệnh liệt nửa người, liệt mặt ngoại biên, lé trong. Vị trí tổn thương là:
 

A. Vỏ não hoặc dưới vỏ	C. Bao trong
B. Cầu não	D. Cuống não
5. Trường hợp nào gây liệt mặt thể trung ương:
 

A. Viêm màng não dày dính	C. Chấn thương xương đá
B. Nhũn não	D. Bệnh bại liệt
6. Biểu hiện của liệt mềm:
 

A. Teo cơ	C. Đi bằng ngón chân
B. Đa động	D. Tăng phản xạ da bụng
7. Biểu hiện của liệt trung ương:
 

A. Babinski (+)	C. Không rối loạn cơ tròn
B. Phản ứng thoái hoá điện (+)	D. Không teo cơ
8. Bệnh lý do chèn ép tuỷ:
 

A. Gualian Barré	C. Bại liệt
B. Poll	D. Landry
9. Đây là các biểu hiện của tam chứng màng não, NGOẠI TRỪ:
 

A. Nhức đầu	C. Chóng mặt
B. Oi	D. Táo bón
10. Đây là những biểu hiện của hội chứng màng não:
 

A. Cứng gáy	C. Kernig (+)
B. Babinski (+)	D. Brudzinski (+)
11. Nguyên nhân hàng đầu gây viêm màng não mủ:
 

A. Não mô cầu	C. Phế cầu
B. Tụ cầu	D. Liên cầu
12. Nguyên nhân hàng đầu gây viêm màng não nước trong:
 

A. Lao	C. Siêu vi
B. Phế cầu	D. Tăng huyết áp
13. Đây là những biểu hiện điển hình của hội chứng tiểu não, NGOẠI TRỪ:
 

A. Run	C. Loạng choạng
B. Mất tiếng	D. Giật nhãn cầu

## VIÊM ĐA DÂY THẦN KINH

BS.CKI. Nguyễn Văn Thịnh

### MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. **Nêu khái niệm và nguyên nhân gây viêm đa dây thần kinh.**
2. **Mô tả các dấu hiệu lâm sàng của viêm đa dây thần kinh.**
3. **Trình bày cách xử trí một trường hợp viêm đa dây thần kinh.**

### ĐẠI CƯƠNG

Danh từ viêm nhiều dây thần kinh dùng để chỉ một nhóm bệnh gây tổn thương các dây thần kinh ngoại biên, nhất là tổn thương ở các đoạn xa của tứ chi.

Tổn thương điển hình trong viêm nhiều dây thần kinh là thoái hoá từng đoạn xung quanh trục thần kinh, nghĩa là trên một dây thần kinh, có đoạn bị thoái hoá, có đoạn lành; thường thoái hoá các bao myelin, trục thần kinh thường không bị tổn thương.

Viêm đa dây thần kinh thường do những nguyên nhân sau:

- Viêm nhiễm dây thần kinh do thiếu Vitamin B<sub>1</sub>: do thức ăn thiếu hoặc do không hấp thu được vitamin B<sub>1</sub>. Bệnh thể hiện bởi ba loại triệu chứng: phù, rối loạn tim mạch, viêm nhiều dây thần kinh. Điều trị vitamin B1 liều cao thì khởi nhanh.
- Do chuyển hoá: gặp trong một số bệnh chuyển hoá như: bệnh đái tháo đường, bệnh gút. Người bệnh đái tháo đường không được điều trị, trong một thời gian lâu, có thể bị viêm nhiều dây thần kinh.
- Do nhiễm khuẩn: một số bệnh do vi khuẩn và virus có thể kèm viêm nhiều dây thần kinh. Đặc biệt hay bị viêm nhiều dây thần kinh trong bệnh bạch hầu.
- Do ngộ độc: ngộ độc rượu kinh niên, gây thiếu vitamin B<sub>1</sub>. Thiếu vitamin B<sub>1</sub> ở đây có thể do: chế độ ăn quá nhiều đường hoặc biếng ăn, có thể do hấp thu kém (rối loạn tiêu hoá ở người uống rượu), hoặc do sử dụng kém.

### LÂM SÀNG

#### 1. Rối loạn cảm giác:

- Rối loạn cảm giác chủ quan: lúc đầu, người bệnh có cảm giác tê buồn ngoài da, kiến bò. Về sau, có thể bị chuột rút và đôi khi có cơn đau tự phát, cơn đau liên tục và đau cách và thường xảy ra ban đêm. Đau như phải bồng hoặc như vết dao cắt.
- Rối loạn cảm giác khách quan: khi ấn sâu vào khối cơ hoặc dọc dây thần kinh, hoặc có khi chỉ kích thích nhẹ trên mặt da cũng kêu đau. Chỉ một vật nhẹ đè lên da, người bệnh cũng không chịu được.

Các rối loạn cảm giác này thường gặp ở hai chi dưới. Trong một số trường hợp người bệnh mất hẳn cảm giác.

### **2. Rối loạn vận động:**

Có thể thấy bại hoặc liệt mềm hai chi dưới hoặc 4 chi, phối hợp với giảm hoặc mất phản xạ gân xương. Các phản xạ gân xương có thể bình thường hoặc trong một thời gian dài, đôi khi lại hơi tăng.

Bại hoặc liệt, thường bị cả hai bên, đối xứng nhau và thường ở cái đoạn xa. Ở chi dưới, thường bị ở nhóm cơ ngoài cẳng chân, rồi đến cơ duỗi ngón cái và các cơ duỗi nói chung đều bị, chân trở nên lỏng lẻo, ngón chân cái ở tư thế gấp. Quan sát lúc đi lại, sẽ thấy dáng đi kiểu chân rưỡi.

### **3. Rối loạn phản xạ:**

Các phản xạ gân xương, lúc đầu giảm, về sau mất hẳn. Các phản xạ da, niêm mạc có khi cũng mất. Các rối loạn trên, lúc đầu ở các đoạn xa của tứ chi, và ở một số nhóm cơ, sau lan dần vào gốc chi và toàn bộ các chi đều có thể bị.

## **MỘT SỐ BỆNH LÝ ĐẶC BIỆT**

### **1. Viêm đa dây thần kinh do đái tháo đường:**

Bệnh lý thần kinh đái tháo đường là hậu quả trực tiếp hay gián tiếp của tình trạng tăng đường máu và hiện tượng thiếu máu liên quan đến sự tắc nghẽn các vi mạch cung cấp máu cho hệ thần kinh. Khởi đầu là một tổn thương chức năng do phù nề bên trong các neuron, sẽ hồi phục nếu cân bằng chuyển hóa tốt, nếu không sẽ tổn thương trục thần kinh và bao schwan. Bệnh hay gặp ở những người 60 - 70 tuổi và thường đã bị bệnh 5 - 10 năm.

#### **1.2. Lâm sàng:**

Viêm đa dây thần kinh do đái tháo đường (polyneuritis diabetica) là thể hay gặp nhất, có diễn biến từ từ với triệu chứng đối xứng và ở ngọn chi, nổi bật với các rối loạn cảm giác và phản xạ. Người bệnh thường than phiền cảm giác dị cảm hoặc mất cảm giác. Hiếm hơn là cơn đau tăng về đêm như bị bỏng hay bị nghiền nát, các rối loạn vận động thường muộn và kín đáo.

Khám lâm sàng có thể phát hiện ra mất phản xạ gân cơ, đặc biệt là mất phản xạ gân gót sớm, giảm hay mất phản xạ gân xương bánh chè, giảm cảm giác sâu và nông, có thể có rối loạn dinh dưỡng kèm theo.

Điện cơ đồ cho thấy có tình trạng giảm biên độ điện thế cảm giác và giảm tốc độ dẫn truyền thần kinh.

Ngoài ra còn có thể gặp các thể khác: viêm đơn dây thần kinh và đa dây thần kinh, bệnh lý vận động ở gốc chi, thể tăng cảm, liệt dây thần kinh sọ do đái tháo đường.



### 1.2. Điều trị:

- Điều trị đái tháo đường là cân bằng chuyển hóa.
- Sinh tố nhóm B.
- Tăng cường dẫn truyền thần kinh.
- Giảm mạch.
- Điều trị triệu chứng đau bằng thuốc giảm đau.

### 2. Hội chứng Guillain-Barré:

Hội chứng Guillain-Barré là tình trạng bệnh lý do viêm đa rễ và dây thần kinh cấp tính nguyên phát, gây mất bao myelin thuộc hệ thống thần kinh ngoại vi.

Nguyên nhân và bệnh sinh của bệnh vẫn chưa rõ ràng. Nhiều giả thuyết cho là do virus (các virus hướng thần kinh), do ngộ độc (ví dụ: sulfamid), dị ứng sau khi tiêm các loại protein (vaccin, serum) hoặc do rối loạn chuyển hóa. Giả thuyết được công nhận hiện tại là do miễn dịch.

Khởi đầu: thường không sốt, biểu hiện rối loạn cảm giác chủ quan, kiến bò ở ngón chi hoặc quanh môi, đau mỏi ở nhiều nơi, nhức đầu, đau lưng, đau các bắp thịt hoặc dây thần kinh hông to.

Giai đoạn bệnh cấp có các biểu hiện:

- Liệt xuất hiện tăng dần trong vòng vài ngày đến vài tuần. Do đặc điểm tổn thương đối xứng ở tất cả các dây thần kinh ngoại vi nên thường thấy liệt hai chi dưới hoặc tứ chi. Liệt thường khởi đầu ở hai chi dưới sau đến hai chi trên, đặc điểm là liệt mềm đối xứng.
- Liệt cơ thân: liệt cơ bụng, các cơ hô hấp (cơ gian sườn hoặc cơ hoành) gây tình trạng suy hô hấp.
- Liệt các dây thần kinh sọ não: dây VII (tỷ lệ 69%) thường liệt cả hai bên, dây IX, X (tỷ lệ tương đương với dây VII) gây liệt hầu họng kèm theo liệt dây thanh âm một hoặc cả hai bên. Các dây III, VI, VII, dây V vận động ít bị hơn.
- Rối loạn cảm giác: Chủ quan: cảm giác kiến bò, mỏi cơ, tê cóng, đau kiểu rễ tương ứng rễ-dây thần kinh bị tổn thương. Khách quan: rối loạn cảm giác nông ở ngón chi, rối loạn cảm giác sâu (mất cảm giác tư thế, mất cảm giác rung).
- Rối loạn cơ vòng: thường không có rối loạn cơ vòng, nếu có chỉ tồn tại trong thời gian ngắn (giảm hoặc mất cảm giác đi tiểu tiện từ 5 - 10 ngày sau thì hồi phục).
- Rối loạn thần kinh thực vật: biểu hiện dưới dạng thiếu năng hay dạng cường chức năng ở cả hệ giao cảm và hệ phó giao cảm (bao gồm mồ hôi nhiều ở mặt

hoặc ở ngọn chi, da tái, loạn nhịp tim, huyết áp tăng hay hạ, phù nề tại chỗ liệt).

Bệnh diễn biến qua 3 giai đoạn căn cứ vào tổn thương vận động:

- Giai đoạn lan tràn từ khi bắt đầu có triệu chứng lâm sàng tới lúc liệt vận động tối đa, thời gian này có thể kéo dài từ 2 - 30 ngày (trung bình 15 ngày).
- Giai đoạn tiếp diễn từ khi liệt vận động tối đa đến lúc bắt đầu hồi phục vận động, kéo dài từ 2 - 30 ngày.
- Giai đoạn lui bệnh tùy thuộc vào mức độ bệnh.

Không có điều trị đặc hiệu đối với hội chứng Guillain-Barré, cơ bản là điều trị triệu chứng và nâng cao thể trạng để cải thiện triệu chứng. Hô hấp hỗ trợ khi có đe dọa liệt hô hấp và tổn thương hành não. Dùng kháng sinh khi có nguy cơ bội nhiễm hoặc xác định nguyên nhân do vi khuẩn.

Điều trị như đối với viêm đa dây thần kinh. Chủ yếu nhằm dự phòng các biến chứng của suy hô hấp và các rối loạn của hệ thần kinh thực vật.

Điều trị theo cơ chế bệnh sinh: việc xác định hiệu lực của corticoide khó khăn trong những trường hợp tự khỏi, nhưng nhiều tác giả khuyến khích dùng vì có kết quả điều trị tốt.

**TỰ LƯỢNG GIÁ**

1. Viêm đa dây thần kinh là tình trạng tổn thương dây thần kinh:
  - A. Đoạn xa của tứ chi
  - B. Liên sườn
  - C. A và B đúng
  - D. A và B sai
2. Nguyên nhân hàng đầu gây viêm đa dây thần kinh:
  - A. Thiếu vitamin B<sub>1</sub>
  - B. Do chuyển hóa
  - C. Nhiễm khuẩn
  - D. Ngộ độc (nhất là rượu)
3. Đây là những biểu hiện thường gặp của viêm đa dây thần kinh, NGOẠI TRỪ:
  - A. Rối loạn cảm giác chủ quan
  - B. Rối loạn cảm giác khách quan
  - C. Rối loạn vận động
  - D. Sưng, phù nề thần kinh ngoại biên
4. Kích thích nhẹ trên da cũng gây đau. Đây là biểu hiện:
  - A. Rối loạn cảm giác chủ quan
  - B. Rối loạn cảm giác khách quan
  - C. Rối loạn phản xạ
  - D. Rối loạn thần kinh thực vật
5. Điều nào đúng với viêm đa dây thần kinh do đái tháo đường:
  - A. Thường gặp ở người cao tuổi
  - B. Không mất phản xạ gân cơ
  - C. Không có tính đối xứng
  - D. Thường tăng cảm giác
6. Điều nào đúng với hội chứng Guillain Barre':
  - A. Viêm đa rễ và dây thần kinh
  - B. Mất bao myelin thần kinh trung ương
  - C. A và B đúng
  - D. A và B sai
7. Nguyên nhân xác định gây hội chứng Guillain Barre':
  - A. Nhiễm siêu vi
  - B. Ngộ độc
  - C. Dị ứng
  - D. Miễn dịch
8. Đặc điểm của hội chứng Guillain Barre':
  - A. Liệt tăng dần
  - B. Rối loạn cảm giác chủ quan
  - C. Rối loạn cảm giác khách quan
  - D. Tất cả đúng
9. Đặc điểm của rối loạn phản xạ trong viêm đa dây thần kinh:
  - A. Tăng lúc đầu
  - B. Về sau mất hẳn
  - C. Lúc đầu ở phần gốc của tứ chi
  - D. Sau lan dần đến ngọn chi

## ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

BS.CKI. Nguyễn Văn Thịnh

### MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Nêu khái niệm và phân loại đái tháo đường.
2. Mô tả các dấu hiệu lâm sàng của đái tháo đường.
3. Trình bày cách xử trí một trường hợp đái tháo đường.

### ĐẠI CƯƠNG

Bệnh đái tháo đường, còn gọi là tiểu đường hay bệnh dư đường, là một nhóm bệnh rối loạn chuyển hóa cacbohydrat khi hormon insulin của tụy bị thiếu hay giảm tác động trong cơ thể, biểu hiện bằng mức đường trong máu luôn cao; trong giai đoạn mới phát thường làm người bệnh đi tiểu nhiều, tiểu ban đêm và do đó làm khát nước.

Nhiều yếu tố quyết định bệnh tiểu đường như gen, môi trường, ăn uống, vận động thể lực, stress... Bệnh tiểu đường xảy ra khi cơ thể không sản xuất đủ insulin, hoặc cơ thể giảm đáp ứng với tác dụng của insulin (đề kháng với insulin). Insulin, được sản xuất từ tuyến tụy, một tuyến nằm sau dạ dày, giúp cho các tế bào của cơ thể sử dụng đường từ máu của bạn. Glucose là một nguồn năng lượng cho các tế bào. Glucose được tạo ra từ thức ăn (tinh bột) và thức uống ngọt.

Đái tháo đường gồm 4 loại:

#### 1. Đái tháo đường type 1:

Loại bệnh tiểu đường này thường ảnh hưởng đến trẻ em, nhưng cũng có thể xảy ra ở người lớn. Trong Đái tháo đường type 1, cơ thể không thể sản xuất insulin. Lý do, hệ thống miễn dịch của cơ thể do nhầm lẫn đã tấn công các tế bào trong tuyến tụy làm cho tế bào tuyến tụy không còn sản xuất được insulin. Khi không có Insulin, tế bào sẽ không sử dụng được Glucose, do đó Glucose trong máu sẽ tăng rất cao. Người bệnh cần được tiêm insulin để sống.

Đái tháo đường type 1 có thể truyền từ mẹ sang con, bệnh có xu hướng xảy ra ở người trẻ, thường dưới 30 tuổi.

3 nhóm bệnh nguyên liên quan:

- Di truyền: liên quan đến kháng nguyên HLA.
- Môi trường: hậu quả của nhiễm trùng (quai bị, Rubella, Coxsackie virus), nhiễm độc (nitrophénylurea, hydrogen cyanic từ bột sắn) gây tổn thương tế bào beta của tụy.
- Miễn dịch: tự kháng thể kháng tế bào tiểu đảo (ICA: islet cell autoantibody), kháng thể kháng Tyrosine phosphatase IA-2 và IA2.

## **2. Đái tháo đường type 2:**

Đây là loại tiểu đường thường gặp nhất. Thông thường, với bệnh Đái tháo đường type 2, trong cơ thể vẫn còn sản xuất insulin, nhưng các tế bào không thể sử dụng nó. Điều này được gọi là đề kháng insulin. Theo thời gian, đường huyết sẽ tăng cao trong máu. Béo phì và ít vận động làm tăng nguy cơ phát triển bệnh Đái tháo đường type 2.

Khoảng 30% người bệnh mắc bệnh do yếu tố di truyền trong gia đình (bố, hoặc mẹ hay chị gái hoặc em trai... bị tiểu đường).

Bên cạnh yếu tố gia đình, yếu tố xã hội như thừa cân, béo phì, lối sống ít hoạt động thể lực... cũng là nguyên nhân gây ra căn bệnh này.

## **3. Đái tháo đường do thai kỳ:**

Đái tháo đường thai kỳ được định nghĩa là tình trạng không dung nạp carbohydrat được phát hiện lần đầu khi mang thai.

Đây là dạng tiểu đường xảy ra ở một số phụ nữ mang thai và chấm dứt sau khi sanh. Có thể gây ra các vấn đề trong quá trình mang thai. Phụ nữ bị Đái tháo đường thai kỳ có nhiều khả năng phát triển thành bệnh Đái tháo đường type 2 sau này.

## **4. Tiền Đái tháo đường:**

Tiền Đái tháo đường khi đường huyết trong máu cao hơn mức độ lượng đường trong máu bình thường, nhưng không đủ cao để được gọi là bệnh Đái tháo đường. Tiền Đái tháo đường có nguy cơ cao trở thành Đái tháo đường type 2 thực sự.

Tỷ lệ này gia tăng ở những người béo phì và ít vận động.

## **LÂM SÀNG**

### **1. Triệu chứng thường gặp:**

- Mệt mỏi
- Giảm cân không rõ nguyên nhân
- Khát nước nhiều
- Tiểu nhiều
- Ăn nhiều
- Chậm lành vết thương
- Nhiễm trùng
- Thay đổi về trạng thái tâm thần
- Nhìn mờ

## 2. Những dấu hiệu nặng của đái tháo đường

### 2.1. Tăng đường huyết:

Đường huyết tăng có thể do một số nguyên nhân như ăn quá nhiều, bị bệnh, không uống đủ thuốc. Những dấu hiệu nhận biết tăng đường huyết đó là: tiểu nhiều, khát nước, môi khô, nhìn mờ, mệt mỏi, buồn nôn.

### 2.2. Tăng ketones trong nước tiểu:

Nếu tế bào không được cung cấp năng lượng, cơ thể bắt đầu phân giải mỡ để tạo năng lượng. Quá trình này tạo ra nhiều acid gọi là ketone. Những triệu chứng của tăng ketone trong máu: ăn không thấy ngon, yếu mệt, ói mửa, sốt, đau dạ dày, hơi thở có mùi thơm trái cây (mùi ceton).

Xét nghiệm nước tiểu sẽ thấy ketones niệu dương tính.

### 2.3. Tăng áp lực thẩm thấu:

Có thể đe dọa tính mạng người bệnh, các triệu chứng bao gồm: đường huyết tăng trên 600 mg/dL, môi khô, khát nước nhiều, sốt trên 38°C, lừ đừ, lú lẫn, giảm thị lực, ảo giác, nước tiểu sậm màu.

Hội chứng tăng áp lực thẩm thấu là do đường huyết tăng rất cao gây ra tình trạng cô đặc máu và tăng áp lực thẩm thấu máu. Thường gặp trên người bệnh đái tháo đường type 2, lớn tuổi, thường gặp sau một bệnh nào đó. Hội chứng tăng áp lực thẩm thấu thường diễn tiến trong nhiều ngày tới nhiều tuần.

## CẬN LÂM SÀNG

### 1. Glucose huyết tương tĩnh mạch:

- Lúc đói:  $\geq 126\text{mg/dl}$
- Thời điểm bất kỳ:  $\geq 200\text{mg/dl}$
- Sau 2 giờ thực hiện test dung nạp glucose với 75mg glucose uống:  $\geq 200\text{mg/dl}$

### 2. Insuline máu:

- Type 1: thấp, đôi khi chỉ còn vết.
- Type 2: tăng hoặc bình thường hoặc hơi thấp.

### 3. Nồng độ C-peptide:

C-peptide là thành phần cầu nối hai chuỗi A và B của phân tử proinsuline do tụy sản xuất. Proinsulin  $\rightarrow$  Insulin + C peptide. C peptide giúp đánh giá nồng độ insulin nội sinh. Kết quả C-peptide thấp.

### 4. HbA1c:

HbA1c cho phép đánh giá nồng độ glucose máu trung bình trong 2 tháng trước đó. Kết quả HbA1c  $\geq 6,5\%$ .

**5. Các xét nghiệm miễn dịch - di truyền:**

- Di truyền: có thể phát hiện được các kháng nguyên HLA-DR3 và/hay HLA-DR4, HLA-DQ, HLA-DRB (14,15), HLA-DR/DQ.
- Yếu tố miễn dịch thể dịch: kháng thể kháng tế bào tiểu đảo (ICA), kháng thể kháng insulin (IAA).

**6. Bilan về biến chứng hay bệnh phối hợp:**

- Cétone niệu: được chỉ định trong trường hợp đái tháo đường mất bù nặng, nhất là khi nghi ngờ có bị nhiễm toan ceton, thường (+) trong hôn mê nhiễm toan ceton ở type 1 hay type 2 mất bù nặng do mắc một số bệnh phối hợp.
- Đo điện tim, chụp phim phổi, soi đáy mắt, chụp động mạch võng mạc, siêu âm doppler hoặc chụp động mạch chi dưới nếu nghi ngờ có xơ vữa gây hẹp, bilan về lipid, xét nghiệm chức năng thận (urê, créatinin máu, albumin niệu vi thể, protein niệu).
- Đo điện cơ đồ EMG, trắc nghiệm thăm dò bệnh thần kinh tự động ở hệ tim mạch, Holter đo HA và mạch 24 giờ.

**CHẨN ĐOÁN****1. Đái tháo đường type 1:**

- Khởi đầu tuổi trẻ < 40 tuổi.
- Glucose máu tăng theo tiêu chuẩn chẩn đoán của TCYTTC như đã nói trên.
- Dấu lâm sàng rầm rộ: tiểu nhiều (tăng sinh niệu thẩm thấu), uống nhiều, ăn nhiều, gầy nhiều, và suy kiệt (asthénie).
- Tình trạng giảm insulin tuyệt đối dễ đưa đến nhiễm ceton và nhiễm toan ceton nếu không điều trị (C-peptide < 0,2 ng/ml). Trước khi giảm insulin tuyệt đối, độ nặng nhẹ lâm sàng phụ thuộc vào độ tiết insulin “cặn” được xác định bằng cách đo insulin máu hoặc C-peptide.
- Kháng thể kháng đảo (+), và kháng thể kháng thể kháng GAD (+).
- Điều trị phụ thuộc insulin.
- Biến chứng vi mạch là thường gặp.
- Liên quan đến yếu tố HLA.

**2. Đái tháo đường type 2:**

Triệu chứng lâm sàng rõ xảy ra sau tuổi 40, đôi khi có thể xảy ra sớm hơn. Dấu lâm sàng thường không rầm rộ như type 1, nhưng cũng có thể là tiểu nhiều, uống nhiều, ăn nhiều (thường có yếu tố làm dễ như stress, nhiễm trùng...), rối loạn thị giác đặc biệt là dấu do tăng glucose máu như rối loạn chiết quang, hoặc là đã có biến chứng về mạch máu và thần kinh.

- Tăng sự khát nước và đi tiểu thường xuyên.
- Tăng đói.
- Giảm trọng lượng. Mặc dù ăn nhiều hơn bình thường để làm giảm đói, có thể giảm cân. Năng lượng bị mất là glucose trong nước tiểu.
- Mệt mỏi và dễ cáu kỉnh.
- Mờ mắt, giảm thị lực.
- Chậm lành vết loét hoặc nhiễm trùng thường xuyên.
- Vùng da tối: da mướt màu đen trong các nếp gấp và nếp nhăn của các cơ quan (thường ở nách và cổ). Tình trạng này, được gọi là nigricans acanthosis, có thể là một dấu hiệu của sức đề kháng insulin.

## **BIẾN CHỨNG**

### **1. Loét chân do đái tháo đường:**

Có hơn 25% người bệnh đái tháo đường có các vấn đề về bàn chân. Loét chân trên người bệnh đái tháo đường xảy ra trên cả type 1 và type 2. Bệnh loét chân do đái tháo đường thường xảy ra ở lòng bàn chân. Có nguy cơ đoạn chi tới hơn 80%. Tuy nhiên nếu được điều trị sớm, kết quả sẽ tốt hơn.

### **2. Biến chứng ở mắt:**

Bệnh đái tháo đường là bệnh mạn tính gây tổn thương vi mạch toàn thân dẫn đến nhiều biến chứng nguy hiểm cho thận, mạch, thần kinh... đặc biệt là võng mạc (mô tiêu thụ oxy cao nhất cơ thể) đây cũng chính là nguyên nhân hàng đầu gây mù loà ở lứa tuổi từ 20 – 65. Việc tầm soát và điều trị sớm có thể làm chậm diễn tiến của bệnh và ngăn chặn biến chứng mù loà.

### **3. Biến chứng ở thận:**

Trên người bệnh đái tháo đường, đường huyết tăng cao thường xuyên trong máu sẽ làm tổn thương hệ thống lọc của thận. Hệ thống lọc sẽ cho những chất như Protein thoát qua và xuất hiện trong nước tiểu. Ban đầu, chỉ một lượng đạm nhỏ xuất hiện trong nước tiểu gọi là tiểu đạm vi lượng, giai đoạn này cần phát hiện sớm vì điều trị có thể giúp thận hồi phục.

### **4. Biến chứng tim mạch:**

Có 2 loại bệnh tim mạch thường gặp trên người bệnh đái tháo đường: bệnh mạch vành và suy tim.

### **5. Biến chứng thần kinh:**

Bệnh thần kinh do đái tháo đường có thể gây ra nhiều biến chứng nghiêm trọng, bao gồm: mất cảm giác chân, khớp Charco, nhiễm trùng tiểu và tiểu không kiểm soát, hạ đường huyết không cảnh báo, huyết áp thấp, rối loạn tiêu hóa ...



## ĐIỀU TRỊ VÀ DỰ PHÒNG

Điều quan trọng nhất trong điều trị đái tháo đường là cần phòng ngừa và làm chậm xuất hiện các biến chứng mạch máu lớn và mạch máu nhỏ và cải thiện sức khỏe toàn diện. Mục tiêu này sẽ được cụ thể bằng các chỉ số: kiểm soát đường huyết bằng xét nghiệm A1C, đường huyết lúc đói và sau ăn, các thành phần lipid, huyết áp, và cân nặng cơ thể.

### 1. Thuốc điều trị Tiểu đường type 1:

- Insulin tác dụng nhanh: gồm Insulin hydrochlorid, nhũ dịch Insulin-kẽm.
- Insulin tác dụng trung bình: Isophan Insulin, Lente Insulin.
- Insulin tác dụng chậm: Insulin Protamin kẽm, Insulin kẽm tác dụng chậm.

Insulin được chỉ định dùng cho người bệnh đái tháo đường thuộc Typ1, nó chỉ dùng cho người bệnh đái tháo đường typ2 khi đã thay đổi chế độ ăn, luyện tập và dùng các thuốc điều trị đái tháo đường tổng hợp mà không hiệu quả.

### 2. Thuốc điều trị Tiểu đường type 2:

- Thuốc làm tăng nhạy cảm insulin: biguanide (metformin); thiazolidinedione (rosiglitazone, pioglitazone); ức chế men DPP-IV (sitagliptine); đồng phân của GLP-1 (exenatide).
- Thuốc gây tăng tiết insulin: sulphonylurea (glibenclamide; glipizide; gliclazide; glimepiride); glinide (netiglinide; repaglinide).
- Thuốc làm chậm hấp thu đường glucose/chất béo từ ruột: thuốc ức chế men tiêu hóa chất bột-đường alpha glucosidase (acarbose); thuốc ức chế men tiêu mỡ lipase (orlistat).

### 3. Điều chỉnh lối sống:

Một trong những phần quan trọng nhất của việc kiểm soát, điều trị đái tháo đường và tiền đái tháo đường là thay đổi lối sống. Liệu pháp Dinh dưỡng Y học và các vận động thể lực thích hợp là những giải pháp then chốt cho việc thay đổi lối sống.

Liệu pháp Dinh dưỡng Y học dành cho người bệnh đái tháo đường nhằm mục đích cải thiện sức khỏe với việc chọn lựa các loại thực phẩm có lợi cho sức khỏe, dẫn đến giảm cân hay duy trì cân nặng khỏe mạnh, trong khi vẫn đáp ứng nhu cầu của từng cá nhân. Nhu cầu của từng cá nhân dựa trên tình trạng bệnh tật, thể trạng, sở thích các nhân và văn hóa ẩm thực, lối sống và quan điểm. Các mục tiêu đặc biệt của liệu pháp dinh dưỡng là nhằm phòng ngừa hay làm chậm khởi phát bệnh đái tháo đường, kiểm soát bệnh đái tháo đường hiện tại và giảm nguy cơ các biến chứng của bệnh đái tháo đường bằng cách đạt được và duy trì tối ưu các kết quả chuyển hóa.

Một phương pháp khác khá hiệu quả là lựa chọn các sản phẩm thích hợp thay thế cho các bữa ăn thông thường. Các sản phẩm thay thế bữa ăn bao gồm các sản phẩm chứa nhiều chất dinh dưỡng nhằm thay thế các bữa ăn cung cấp nhiều năng lượng nhưng giá trị dinh dưỡng thấp và các bữa ăn phụ khác. Hội Đái tháo đường Hoa Kỳ (ADA) khẳng định rằng, “Dùng các sản phẩm thay thế bữa ăn một hay hai lần một ngày nhằm thay thế bữa ăn thông thường có thể làm giảm cân đáng kể. Liệu pháp thay thế bữa ăn phải được tiếp tục ngay cả khi đã giảm cân.”

#### **4. Tăng cường kiểm soát đường huyết ở nhóm đối tượng:**

- Thừa cân hoặc béo phì ( $BMI \geq 23 \text{ kg/m}^2$ ).
- Tăng vòng eo ( $\geq 90 \text{ cm}$  đối với nam;  $\geq 80 \text{ cm}$  đối với nữ).
- Tăng huyết áp: Huyết áp trên 130/80 mmHg.
- Rối loạn lipid máu.
- Tiền sử gia đình có người thân trực hệ bị bệnh đái tháo đường týp 2.
- Đã từng được chẩn đoán rối loạn đường huyết đói hoặc rối loạn dung nạp glucose.
- Phụ nữ có tiền sử sinh con  $> 3,6 \text{ kg}$  hoặc có tiền sử đái tháo đường thai kỳ.

**TỰ LƯỢNG GIÁ**

1. Điều nào đúng với bệnh đái tháo đường:
  - A. Đề kháng với insulin
  - B. Thiếu hụt insulin
  - C. Rối loạn chuyển hóa carbohydrat
  - D. Tất cả đúng
2. Điều nào đúng với đái tháo đường type 1:
  - A. Giảm đáp ứng với insulin
  - B. Thường ở người trung niên
  - C. Đường máu tăng nhẹ
  - D. Ít liên quan đến miễn dịch
3. Đái tháo đường type 1 liên quan đến:
  - A. HLA
  - B. ICA
  - C. IA-2
  - D. Tất cả đúng
4. Tiểu đường type 2 liên quan đến:
  - A. Béo phì
  - B. Di truyền
  - C. Ít vận động
  - D. Tất cả đúng
5. Điều nào đúng với đái tháo đường do thai kỳ:
  - A. Bất dung nạp carbohydrat
  - B. Chỉ phát hiện khi sanh con so
  - C. Đường huyết cao chưa tới ngưỡng
  - D. Tất cả đúng
6. Đây là những triệu chứng thường gặp trong đái tháo đường, NGOẠI TRỪ:
  - A. Giảm cân
  - B. Tiểu nhiều
  - C. Khát nước nhiều
  - D. Vận động nhiều
7. Đây là những biểu hiện điển hình của đái tháo đường type 1, NGOẠI TRỪ:
  - A. Ăn nhiều
  - B. Tiểu nhiều
  - C. Tăng cân nhiều
  - D. Uống nhiều
8. Đây là những biểu hiện điển hình của đái tháo đường type 2, NGOẠI TRỪ:
  - A. Tuổi trung niên
  - B. Giới nữ
  - C. Yếu tố gia đình
  - D. Có thai
9. Đây là những cận lâm sàng thường dùng trong đái tháo đường, NGOẠI TRỪ:
  - A. Glucose niệu
  - B. Glucose máu
  - C. C-peptide
  - D. HbA<sub>1c</sub>
10. Đây là những nguyên tắc dùng Atropin trong khử độc phosphor hữu cơ, NGOẠI TRỪ:
  - A. Dùng liều cao từ đầu.
  - B. Giảm liều khi ngấm Atropin.
  - C. Giảm liều theo nguyên tắc 1/2.
  - D. Truyền tĩnh mạch ngay từ đầu.
11. Biến chứng thường gặp nhất do đái tháo đường:
  - A. Chân lở loét
  - B. Mù lòa
  - C. Viêm cầu thận cấp
  - D. Bệnh thần kinh

## BƯỚU GIÁP ĐƠN THUẦN

BS.CKI. Nguyễn Văn Thịnh

### MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. **Nêu khái niệm và nguyên nhân gây bướu giáp đơn thuần.**
2. **Mô tả lâm sàng và chẩn đoán bướu giáp đơn thuần.**
3. **Trình bày nguyên tắc xử trí và dự phòng bướu giáp đơn thuần.**

### ĐẠI CƯƠNG

Bướu tuyến giáp đơn thuần gọi tắt là bướu tuyến giáp có chức năng bình thường hay bướu tuyến giáp lành tính, đôi khi quen gọi một cách ngắn gọn là bướu cổ. Bướu tuyến giáp đơn thuần dùng để chỉ sự tăng khối lượng của tuyến giáp bất kể do nguyên nhân gì.

Tuyến giáp to lan toả, mặc dù đôi khi một thùy có thể to hơn so với thùy kia. Bướu tuyến giáp lan toả được gọi tắt là bướu tuyến giáp. Bướu tuyến giáp có nhân (một hay nhiều nhân) sẽ được gọi là bướu tuyến giáp thể nhân. Bướu tuyến giáp có thể bẩm sinh hoặc mắc phải.

#### 1. Phân loại:

Bướu tuyến giáp đơn thuần bao gồm: bướu cổ địa phương hoặc bướu cổ tản phát:

- Bướu cổ địa phương (endemic goiter) để chỉ những trường hợp tuyến giáp to lan toả hay khu trú khi ở một địa dư nhất định có > 10% dân số hoặc > 5% học sinh tiểu học bị mắc bệnh.
- Bướu cổ tản phát (sporadic goiter) xuất hiện ở những người ngoài vùng bướu cổ địa phương, hậu quả của các yếu tố không mang tính chất quần thể.

#### 2. Nguyên nhân:

- Thiếu hụt iod trong đất và nước: là nguyên nhân quan trọng ở vùng bướu cổ địa phương. Sự thiếu hụt này gây lên tình trạng rối loạn do thiếu iod. Người dân trong vùng bướu cổ địa phương thường có nồng độ iod niệu < 10,0mg/dl.
- Rối loạn trong quá trình sinh tổng hợp hormon tuyến giáp: Do tổng hợp hormon không đầy đủ, hoặc thải trừ quá mức do một số bệnh gây lên như trong hội chứng thận hư. Nếu nhu cầu về hormon tuyến giáp tăng lên gây ra thiếu hụt tương đối.
- Các yếu tố miễn dịch: người ta đã xác định được trong cơ thể một số người có kháng thể kích thích tuyến giáp làm tăng khối lượng song không làm thay đổi khả năng sinh tổng hợp hormon tuyến giáp (Thyroid Growth immunoglobulin-TGI hay Thyroid Growth Antibody- TGAb).

- Do dùng một số loại thức ăn và thuốc: Trong các rau củ thuộc họ cải (Brassica) như củ cải, bắp cải có chứa goitrin hay progoitrin có khả năng ức chế sự gắn kết iod vào tyrosin, do đó ngăn cản sự tạo ra các tiền chất của  $T_3$ ,  $T_4$ ; trong vỏ sắn (khoai mì) có chứa độc tố gốc thioxyanat (CNS) có thể gây bướu cổ. Một số loại thuốc: muối của lítium, kháng giáp tổng hợp, aminodarone, benzodiarone, thuốc cản quang... gây rối loạn chuyển hoá iod.

## LÂM SÀNG

Bướu tuyến giáp đơn thuần hay xảy ra hơn ở phụ nữ do chịu ảnh hưởng của các giai đoạn thay đổi sinh lý (dậy thì, thai sản, mãn kinh).

Dấu hiệu lâm sàng chủ yếu của bệnh là bướu tuyến giáp to dần. Tuyến giáp to có thể được người bệnh phát hiện tình cờ, hoặc do người xung quanh, hoặc khi khám sức khoẻ nói chung. Bình thường trọng lượng tuyến giáp ước chừng 25-30gr, khi trọng lượng >35gr thì gọi là bướu tuyến giáp, hay nói cách khác tuyến giáp thường to vượt > 20% so với khối lượng bình thường của nó. Tùy độ lớn của bướu tuyến giáp mà xác định độ to theo cách phân loại.

Có nhiều cách phân loại, song phân loại đơn giản, dễ áp dụng là phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới.

Độ	Đặc điểm	Mô tả chi tiết
0	Không có bướu	Không phát hiện bướu
IA	Bướu sờ nắn được	Mỗi thùy tuyến giáp to hơn dốt 1 ngón cái
IB		Ngửa đầu ra sau nhìn thấy tuyến giáp to
II	Bướu nhìn thấy được	Nhìn thấy bướu ở tư thế bình thường và ở gần
III	Bướu to gây biến dạng	Nhìn thấy bướu từ xa

- Bướu to có thể gây chèn ép vào khí quản, thực quản. Nếu tuyến giáp to nằm ở sau xương ức có thể chèn ép trung thất trên với dấu hiệu phù áo khoác ở mặt, chóng mặt, ngất (dấu hiệu Pemberton). Tuyến giáp rất ít khi chèn vào dây thần kinh thanh quản, nếu có cần phải nghĩ đến ung thư.
- Chảy máu cấp tính vào các nang tuyến giáp gây đau, sưng nề vùng cổ và xuất hiện các dấu hiệu do chèn ép.
- Da trên bề mặt bướu bình thường, sờ không đau, mặt có thể nhẵn (nếu là bướu lan toả) hoặc gồ (nếu là đơn nhân hoặc đa nhân). Mật độ tuyến có thể mềm, chắc, đàn hồi. Không có dấu hiệu của bướu mạch (sờ không có rung miu, nghe không có tiếng thổi tại tuyến).

Đa số các trường hợp không có các triệu chứng cơ năng. Ở những người bệnh có bướu đa nhân tồn tại lâu có thể xuất hiện cường giáp kể cả bướu đa nhân địa phương và tản phát (hiện tượng iod-Basedow-iodbasedow phenomenon).

Đối với những vùng thiếu iod nặng, bướu tuyến giáp có thể kết hợp với suy chức năng tuyến giáp ở các mức độ khác nhau.

Chứng đần độn (cretinism) trên cả người có bướu hoặc không có bướu tuyến giáp to, xuất hiện ngày càng nhiều trong trẻ em ở những nước có bướu cổ địa phương.

## **CẬN LÂM SÀNG**

- Xét nghiệm sinh hoá máu: không có thay đổi đặc hiệu.
- Nồng độ hormon giáp bình thường.
- Độ tập trung I<sup>131</sup> của tuyến giáp bình thường. Nếu là bướu tuyến giáp to do háo iod thì độ tập trung sẽ cao, không có góc thoát.
- Xạ hình và siêu âm tuyến giáp cho biết về kích thước, hình thể, vị trí của bướu giáp, ngoài ra còn cho biết về tính đồng nhất hay không đồng nhất của bướu giáp. Bướu tuyến giáp lạc chỗ chỉ có thể phát hiện được nhờ xạ hình.
- X-quang: chụp vùng cổ, ngực để tìm các dấu hiệu di lệch của khí quản hoặc bướu tuyến giáp phát triển xuống trung thất.

## **TIẾN TRIỂN, BIẾN CHỨNG**

### **1. Tiến triển:**

- Nếu bướu tuyến giáp mới phát có thể tự khỏi hoặc khỏi sau điều trị.
- Bệnh có thể ổn định trong một thời gian rất dài. Tuy vậy nếu có các yếu tố thuận lợi thúc đẩy bệnh như: thay đổi sinh lý của phụ nữ, thay đổi nơi cư trú, nhiễm khuẩn, căng thẳng tâm lý...

### **2. Biến chứng:**

- Biến chứng cơ học: chèn ép tĩnh mạch gây tuần hoàn bàng hệ nhất là khi bướu tuyến giáp chìm phát triển vào trung thất trước trên; chèn ép khí quản, dây thần kinh quặt ngược, thực quản gây khó thở, nói khàn và khó nuốt.
- Nhiễm khuẩn: viêm tuyến giáp (strumite).
- Chảy máu tuyến giáp do loạn dưỡng.
- Biến chứng về chức năng tuyến: cường tuyến giáp hoặc suy chức năng tuyến giáp.
- Ung thư hoá.

## ĐIỀU TRỊ VÀ DỰ PHÒNG

### 1. Mục đích và cơ sở của điều trị:

- Điều trị bệnh bướu cổ nhằm mục đích giảm kích thước của bướu, giữ cho chức năng tuyến giáp luôn ở trạng thái bình thường.
- Cơ sở cho việc điều trị là ức chế giải phóng hormon TSH của tuyến yên, bởi vì việc tiết TSH được điều chỉnh bằng đáp ứng feedback của nồng độ hormon tuyến giáp.
- Liệu pháp được chọn phụ thuộc vào loại bướu giáp (lan toả, nhân); thời gian tồn tại bướu (mới, đã có lâu).

### 2. Thuốc và chế phẩm được chọn cho điều trị:

- Tinh chất tuyến giáp.
- Thyroglobulin.
- Levothyroxine.
- Liothyronine.
- Liotrix: thuốc kết hợp bao gồm iodide kali hoặc là muối Na của levothyroxine và iodide kali (100 mg L-T<sub>4</sub> + 100mg iodine) là những chế phẩm thích hợp sử dụng trong điều trị.

Dùng phối hợp 2 loại iod và L-T<sub>4</sub> hiện nay được sử dụng rộng rãi để điều trị bướu cổ địa phương. Cơ sở sự phối hợp này dựa vào tác dụng bổ sung của iod và tác dụng ức chế tiết TSH của L-T<sub>4</sub>.

Thường dùng 75mg L-T<sub>4</sub> + 200mg iod.

### 3. Dự phòng bướu cổ địa phương:

Bướu cổ địa phương không chỉ là một bệnh lý của từng cá thể mà là một vấn đề sức khoẻ của cả xã hội trong đó nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh liên quan đến sự thiếu hụt iod. Chính vì vậy cần phải triển khai công tác dự phòng.

Có 3 phương pháp tiến hành dự phòng bệnh bướu cổ:

- Hoà iod vào nước uống.
- Trộn iod vào muối ăn.
- Dùng dầu có iod.

Nếu dùng 1 trong 3 biện pháp trên thì tỷ lệ những người bị bướu cổ địa phương sẽ giảm đi ít nhất sau 3- 6 tháng.

**TỰ LƯỢNG GIÁ**

1. Điều nào đúng với bướu giáp đơn thuần:
  - A. Chức năng tuyến giáp bình thường
  - B. Bướu lành tính
  - C. Tăng sinh khối lượng tuyến giáp
  - D. Bướu ít khi lan tỏa
2. Trường hợp nào gọi là bướu giáp đơn thuần:
  - A. Bướu cổ địa phương
  - B. Bướu cổ tản phát
  - C. A và B đúng
  - D. A và B sai
3. Nguyên nhân hàng đầu gây bướu giáp đơn thuần:
  - A. Thiếu hụt iod
  - B. Rối loạn sinh tổng hợp  $T_3T_4$
  - C. Miễn dịch
  - D. Thức ăn có chất kháng giáp
4. Bướu giáp chỉ phát hiện được do sờ nắn được phân độ là:
  - A. IA
  - B. IB
  - C. II
  - D. A và B đúng
5. 3 giai đoạn thay đổi sinh lý ở nữ thường gặp bướu giáp đơn thuần, NGOẠI TRỪ:
  - A. Dậy thì
  - B. Mang thai
  - C. Tiền mãn kinh
  - D. Hậu mãn kinh
6. Xét nghiệm thường gặp trong bướu giáp đơn thuần:
  - A. Sinh hóa máu tương đối đặc hiệu
  - B.  $I^{131}$  tăng cao
  - C.  $I^{131}$  giảm nhẹ
  - D. Siêu âm tuyến giáp to
7. Biến chứng thường gặp của bướu giáp đơn thuần:
  - A. Khó thở, khó nuốt
  - B. Giọng khàn
  - C. Viêm tuyến giáp
  - D. Chảy máu
8. Thuốc điều trị bướu giáp đơn thuần:
  - A. Levothyroxine
  - B. Propylthiouracil
  - C. A và B đúng
  - D. A và B sai
9. Đây là những phương pháp dự phòng bướu cổ địa phương, NGOẠI TRỪ:
  - A. Hòa iod vào nước uống
  - B. Trộn iod vào muối ăn
  - C. Dùng dầu có iod
  - D. Ngâm gạo trong iod



## BASEDOW

BS.CKI. Nguyễn Văn Thịnh

### MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được nguyên nhân gây basedow.
2. Mô tả những dấu hiệu điển hình của basedow.
3. Nêu cách điều trị và dự phòng trường hợp basedow.

### ĐẠI CƯƠNG

Bệnh Basedow (hay còn gọi là bệnh Graves) là bệnh lý cường chức năng tuyến giáp do nguyên nhân tự miễn. Đây là một bệnh lý phổ biến trong các bệnh nội khoa nói chung và là nguyên nhân phổ biến nhất gây cường chức năng tuyến giáp. Bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng hay gặp nhất ở phụ nữ, lứa tuổi sinh đẻ (20-40 tuổi). Nếu không được điều trị sẽ gây ảnh hưởng tới đời sống và hoạt động thể lực của người bệnh và có thể dẫn tới một số biến chứng như suy tim, suy kiệt, lồi mắt nặng hay nguy hiểm nhất là cơn bão giáp có thể dẫn tới tử vong.

Tuyến giáp là một tuyến nội tiết nằm ở vùng cổ trước bao gồm 2 thùy nối với nhau bởi 1 eo. Đây là một tuyến nội tiết có vai trò quan trọng bài tiết ra 2 loại hormon là Tri-iodothyronin (T<sub>3</sub>) và Tetra-iodothyronin (T<sub>4</sub>) có vai trò làm tăng cường chuyển hóa và phát triển cơ thể. Bình thường tuyến giáp hoạt động dưới sự chỉ huy của tuyến yên. Tuyến yên bài tiết một hormon là Thyroid stimulating hormon (TSH) có tác dụng kích thích tuyến giáp sản xuất và bài tiết hormon.

Cơ thể chúng ta bình thường, các bạch cầu sản xuất ra các protein gọi là kháng thể có vai trò bảo vệ cơ thể chống lại sự xâm nhập của tế bào lạ (vi khuẩn, virus). Trong các bệnh tự miễn, cơ thể sản xuất ra các tự kháng thể chống lại tế bào của chính bản thân cơ thể người bệnh. Trong trường hợp bệnh Basedow, cơ thể sản xuất một loại tự kháng thể gọi là Thyrotropin receptor antibody (TRAb) có khả năng gắn lên receptor của TSH tại tế bào tuyến giáp để kích thích tuyến giáp tăng cường sản xuất và bài tiết T<sub>3</sub>, T<sub>4</sub> gây biểu hiện cường chức năng tuyến giáp ở người bệnh.

Tự kháng thể này không chỉ tác động lên tuyến giáp mà còn gây ảnh hưởng lên một số cơ quan khác trong cơ thể như mắt (gây bệnh mắt Basedow), da (gây tổn thương da do Basedow). Hiện vẫn chưa rõ cơ chế tại sao cơ thể lại sinh ra tự kháng thể nói trên, tuy nhiên đây có thể là hậu quả của nhiều yếu tố kết hợp lại như di truyền, tuổi, giới tính, stress...

### TRIỆU CHỨNG

#### 1. Các biểu hiện của cường chức năng tuyến giáp:

- Cơ thể vã mồ hôi thường xuyên, da mịn và ẩm, kém chịu đựng thời tiết nóng.

- Người bệnh thường giảm sút hoạt động thể lực, dễ bị mệt, thấy tim đập nhanh thường xuyên hoặc có thể bị rối loạn nhịp tim, hay hồi hộp đánh trống ngực.
- Ăn nhiều, ngon miệng nhưng không tăng cân mà thậm chí còn gầy sút cân.
- Hay thấy sôi bụng, đi ngoài phân lỏng nhiều lần trong ngày.
- Thay đổi tính tình, hay cáu gắt, bồn chồn, lo lắng, có cơn bốc hỏa.
- Kích thích, khó ngủ gây mất ngủ kéo dài.
- Run ở đầu các ngón tay.
- Teo cơ và yếu cơ vùng đùi.
- Nam giới có thể bị giảm ham muốn tình dục.
- Nữ giới bị bệnh có thể có kinh nguyệt không đều hoặc mất kinh.

Các biểu hiện lâm sàng tăng lên nhiều khi người bệnh xúc động hoặc phải gắng sức.

## **2. Các biểu hiện về mắt:**

Người bệnh hay thấy cộm, chảy nước mắt, có cảm giác như bụi bay vào mắt gây nóng rát. Hai mắt lồi, trường hợp nặng 2 mắt có thể không nhắm kín. Nếu không điều trị tốt có thể dẫn tới viêm loét giác mạc gây mù lòa cho người bệnh.

## **3. Bướu giáp:**

Người bệnh thường đi khám vì tự sờ thấy bướu to ra ở vùng cổ. Bướu giáp trong bệnh Basedow thường to đều, lan tỏa cả 2 bên cổ, ít khi gây chèn ép. Khi sờ vào bướu có thể thấy tiếng rung do tăng dòng máu vào bướu giáp.

## **4. Phù niêm trước xương chày:**

Da vùng cẳng chân có thể bị sù lên từng mảng màu da cam tuy nhiên đây là biểu hiện hiếm gặp của bệnh.

## **CHẨN ĐOÁN**

Trong trường hợp điển hình thường tương đối dễ nhận biết với các biểu hiện cường chức năng tuyến giáp, bướu giáp, biểu hiện mắt và phù niêm trước xương chày. Trường hợp nghi ngờ cần tiến hành một số xét nghiệm:

- Định lượng các hormon: T<sub>3</sub>, T<sub>4</sub> trong máu thường tăng cao trong khi TSH trong máu lại giảm nhiều.
- Định lượng kháng thể kháng thụ thể TSH: TRAb trong máu tăng
- Siêu âm tuyến giáp: tuyến giáp to lan tỏa, giảm âm đồng đều 2 thùy, có thể thấy dấu hiệu tăng sinh mạch.
- Đo độ tập trung và ghi xạ hình tuyến giáp với iod phóng xạ: thường thấy tuyến giáp tăng bắt iod phóng xạ đồng đều lan tỏa cả 2 thùy.

Các xét nghiệm giúp đánh giá mức độ nặng của bệnh:

- Ghi điện tim: tìm các rối loạn nhịp tim.
- Siêu âm tim: đánh giá chức năng tim.
- Đo đường huyết: đánh giá các rối loạn dung nạp đường kèm theo.
- Điện giải máu: đánh giá hạ Kali máu hay gặp trong Basedow.
- Làm các xét nghiệm men gan, chức năng thận, công thức máu của người bệnh liên quan tới lựa chọn cách thức điều trị.

## **ĐIỀU TRỊ VÀ DỰ PHÒNG**

Basedow là bệnh lý không lây và bệnh có thể được kiểm soát bằng 1 trong 3 phương pháp: dùng thuốc, uống iod phóng xạ hay phẫu thuật. Bên cạnh đó người bệnh cũng cần biết những lưu ý về chế độ ăn và luyện tập, nghỉ ngơi giúp hỗ trợ điều trị bệnh.

### **1. Các lưu ý về chế độ dinh dưỡng, luyện tập:**

- Người bệnh bị Basedow cần được nghỉ ngơi (nhất là khi bệnh đang tiến triển nặng), tránh hoạt động thể lực gắng sức, không hoạt động tinh thần căng thẳng. Nên để người bệnh nằm trong phòng yên tĩnh, tránh các tiếng ồn, hạn chế người qua lại vào thăm nhiều
- Cơ thể người bệnh bị Basedow thường dễ bị gầy sút, suy kiệt nên cần khuyến khích ăn chế độ ăn giàu đạm, giàu calo, uống thêm nhiều nước.
- Do iod là nguyên liệu để tuyến giáp sử dụng tổng hợp hormon do đó người bệnh nên hạn chế ăn các thức ăn chứa nhiều iod như hải sản, rong biển...
- Vệ sinh thân thể hàng ngày để tránh nhiễm trùng da.

### **2. Điều trị bằng thuốc:**

#### **2.1. Thuốc kháng giáp trạng:**

Gồm 2 nhóm là Thiouracil (PTU, Basedene) và Methimazole (Thyrozol, Neomecarzole...). Các thuốc này có tác dụng làm tuyến giáp giảm sản xuất hormon. Thời gian dùng thuốc với người bệnh phải kéo dài ít nhất 1 năm, bệnh có thể khỏi kéo dài nhưng cũng có thể tái phát, thời gian điều trị càng ngắn càng dễ tái phát.

Một điều cần lưu ý là các thuốc kháng giáp trạng có thể gây ra các tai biến nguy hiểm như giảm bạch cầu hạt (là tế bào trong máu có vai trò bảo vệ cơ thể) và nhiễm độc với gan; chính vì vậy, người bệnh khi dùng thuốc kháng giáp trạng phải được theo dõi định kỳ hàng tháng tại cơ quan y tế và phải tới gặp bác sĩ ngay khi dùng thuốc mà có các biểu hiện như mệt nhiều, sốt cao, đau rát họng, vàng mắt...

### 1.2. Thuốc hỗ trợ làm giảm các triệu chứng:

- Thuốc chẹn beta giao cảm: để làm giảm nhịp tim nhanh, run tay
- Thuốc an thần giúp người bệnh đỡ bị kích thích và dễ ngủ
- Các vitamin và khoáng chất (như Kali)

### 3. Điều trị bằng uống iod phóng xạ:

Iod phóng xạ sẽ phá hủy các tế bào tuyến giáp làm giảm khả năng tổng hợp hormon giúp cải thiện bệnh. Phương pháp này đơn giản, có hiệu quả giúp người bệnh tránh được tác dụng phụ của thuốc kháng giáp trạng và phẫu thuật tuy nhiên, việc sử dụng iod phóng xạ có thể gây ra suy chức năng tuyến giáp cho người bệnh về sau, có thể gây quái thai và khối u.

### 4. Điều trị bằng phẫu thuật:

Mục đích của phẫu thuật là cắt bỏ một phần tuyến giáp, chỉ giữ lại một phần nhỏ để duy trì chức năng sản xuất hormon. Phẫu thuật là biện pháp điều trị có hiệu quả giúp giải quyết được những bướu giáp quá to, phục hồi lại thẩm mỹ cho người bệnh tuy nhiên biện pháp này cũng có thể gây ra một số tác dụng phụ như: suy chức năng tuyến giáp và tuyến cận giáp (một tuyến nội tiết giúp cơ thể duy trì can-xi máu bình thường) gây giảm can-xi trong máu, ảnh hưởng tới phát âm của người bệnh.

### 5. Dự phòng:

Basedow là bệnh lý hiện chưa rõ nguyên nhân sinh bệnh nên chưa có biện pháp hữu hiệu để phòng ngừa xuất hiện bệnh. Đối với những người đã bị Basedow, để tránh bệnh tái phát hay tiến triển nặng thêm cần thực hiện những biện pháp sau:

- Tránh hoạt động thể lực nặng kéo dài.
- Tránh các căng thẳng thần kinh, stress.
- Không hút thuốc, tránh hít phải khói thuốc lá.
- Luôn đeo kính bảo vệ mắt, nhỏ mắt bằng nước muối sinh lý hàng ngày.
- Không sờ nắn nhiều lên vùng cổ, hạn chế ăn thực phẩm chứa nhiều iod.
- Thai sản có thể làm bệnh nặng thêm do đó cần điều trị dứt điểm bệnh trước khi mang thai.
- Tuân thủ điều trị và tái khám thường xuyên theo hẹn của bác sĩ.

**TỰ LƯỢNG GIÁ**

1. Điều nào đúng với bệnh Basedow:
  - A. Còn gọi là bệnh bướu cổ
  - B. Cường chức năng tuyến giáp
  - C. Thường gặp ở tuổi dậy thì
  - D. Nhiễm trùng là nguyên nhân thường gặp
2. Trong bệnh Basedow có hiện tượng tăng:
  - A. TSH
  - B.  $T_3T_4$
  - C. A và B đúng
  - D. A và B sai
3. Biểu hiện của cường năng tuyến giáp:
  - A. Run đầu ngón tay
  - B. Teo, yếu cơ vùng đùi
  - C. Tính tình cáu gắt
  - D. Tất cả đúng
4. Biểu hiện thường gặp ở mắt trong Basedow:
  - A. Khô mắt
  - B. Mắt lồi
  - C. Đục thủy tinh thể
  - D. Bong giác mạc
5. Tự kháng thể liên quan đến Basedow:
  - A. TRAb
  - B. TAb
  - C. IAb
  - D. TIAb
6. Điều nào đúng trong chế độ dinh dưỡng của người bệnh Basedow:
  - A. Bổ sung iod
  - B. Giảm đạm
  - C. Uống nhiều nước
  - D. Giảm năng lượng
7. Đây là những biểu hiện lâm sàng của Basedow, NGOẠI TRỪ:
  - A. Khó ngủ
  - B. Sôi bụng
  - C. Táo bón
  - D. Cơ bốc hỏa

---

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Nội - Đại học Y dược Tp. Hồ Chí Minh, 1997. *Bệnh học Nội khoa*, Nhà xuất bản Y học, Tp. Hồ Chí Minh.
2. Bộ môn Nội - Đại học Y dược Tp. Hồ Chí Minh, 1997. *Nội khoa cơ sở*. Nhà xuất bản Y học, Tp. Hồ Chí Minh.
3. Vụ Điều trị - Bộ Y tế, 2003. *Hướng dẫn chống nhiễm khuẩn bệnh viện*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
4. Vụ Điều trị - Bộ Y tế, 2001. *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật bệnh viện*. Tập I, II, III. Nhà xuất bản Y học. Hà Nội.
5. Vụ Khoa học và Đào tạo - Bộ Y tế, 1997. *Triệu chứng học Nội khoa*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
6. Vụ Khoa học và Đào tạo - Bộ Y tế, 2007. *Thực hành bệnh viện*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
7. JICA – CRH Technical cooperation project & Bệnh viện Chợ Rẫy, 1999. *Cẩm nang điều trị hồi sức cấp cứu*. Nhà xuất bản Y học, Tp. Hồ Chí Minh.
8. *Clinical nursing skills and techniques* (MOSBY). 1998.
9. Harrison's, 1994. *Principles of internal medicine*. Mc Graw Hill international editions. 13<sup>th</sup> edition.
10. [www.benhhoc.com](http://www.benhhoc.com)
11. [www.Ykhoanet.com](http://www.Ykhoanet.com)