



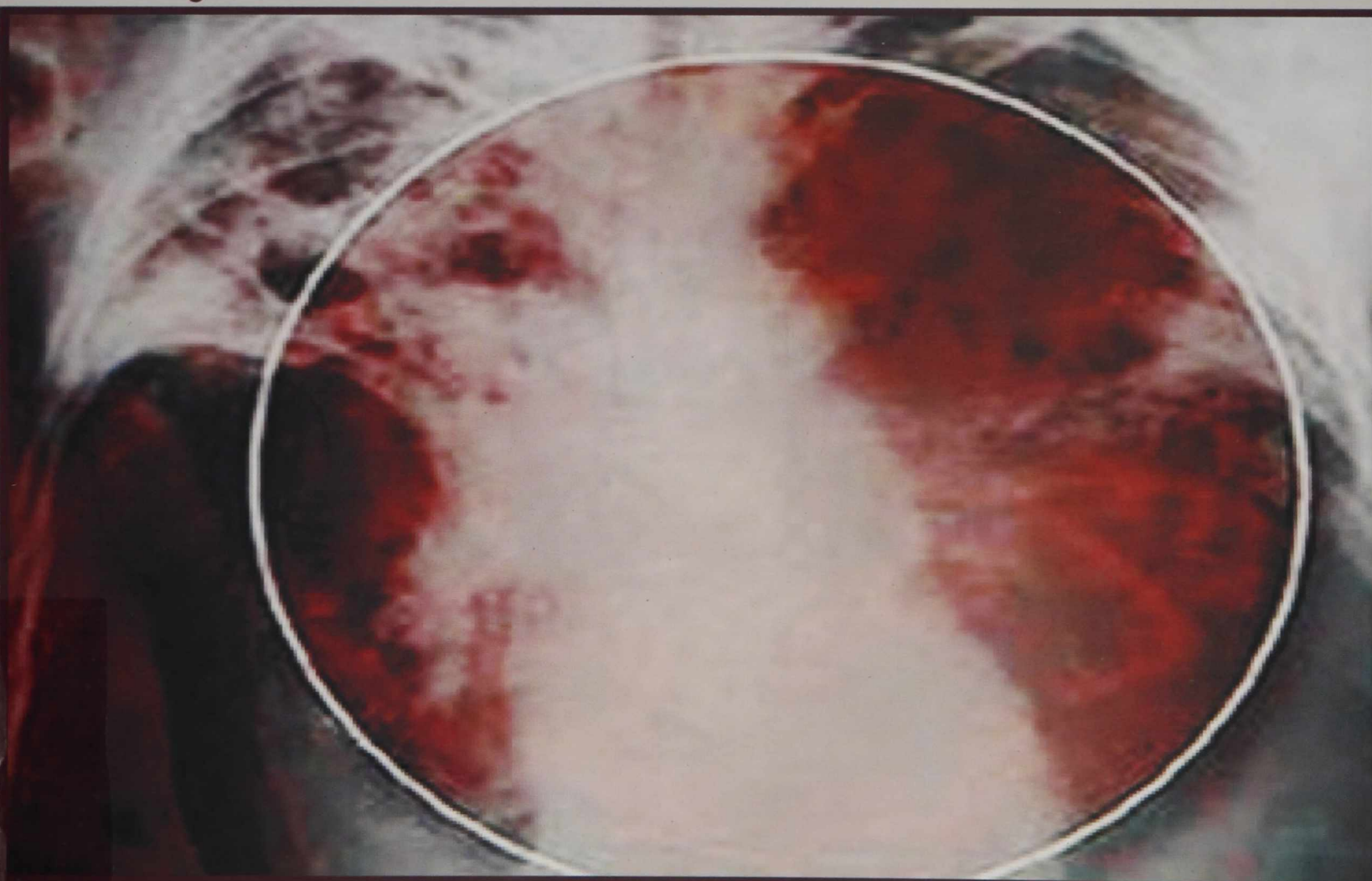
0000019371

ĐẠI HỌC VÀ ĐÀO TẠO
HÀ NỘI

NGUYỄN TRỌNG HIẾU (Chủ biên)

GIÁO TRÌNH

NỘI KHOA CƠ SỞ



ĐH
QG
Hà Nội

NHÀ XUẤT BẢN ĐẠI HỌC QUỐC GIA HÀ NỘI

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO
ĐẠI HỌC THÁI NGUYÊN

NGUYỄN TRỌNG HIẾU
(Chủ biên)

GIÁO TRÌNH
NỘI KHOA CƠ SỞ

NHÀ XUẤT BẢN ĐẠI HỌC QUỐC GIA HÀ NỘI

Chủ biên

TS.BS Nguyễn Trọng Hiếu

Tham gia biên soạn

BS. Lưu Thị Bình

BS. CKI Nông Minh Chức

TS.BS Nguyễn Tiến Dũng

ThS.BS Lê Thị Thu Hiền

TS.BS Nguyễn Trọng Hiếu

ThS.BS Nguyễn Đăng Hương

ThS.BS Phạm Kim Liên

BS. Lương Thị Hương Loan

PGS.TS Dương Hồng Thái

ThS.BS Vũ Tiến Thắng

ThS.BS Nguyễn Văn Thóa

PGS.TS Trịnh Xuân Tráng

ThS.BS Trương Viết Trường

Thư ký biên tập

BS Đặng Đức Minh

BS Đỗ An Dũng

BS Dương Danh Liêm

BS Phạm Thị Ngọc Anh

Thông tin kèm theo

Tác giả: TS.BS Nguyễn Trọng Hiếu

Điện thoại: NR 0280 3754 103

DD 0912 580 131

E-mail: hieu72yktn@gmail.com

MỤC LỤC

LỜI NÓI ĐẦU	9
TIẾP XÚC NGƯỜI BỆNH VÀ LÀM BỆNH ÁN	11
1. Bệnh án và bệnh lịch	11
2. Nội dung bệnh án	12
3. Mẫu bệnh án nội khoa	13
4. Các mục trong mẫu bệnh án nội khoa (gồm 13 phần)	18
KHÁM BỘ MÁY TUẦN HOÀN	20
1. Khám tim	20
2. Khám mạch máu	27
HỘI CHỨNG SUY TIM	32
1. Đại cương	32
2. Suy tim phải	32
3. Suy tim trái	34
4. Suy tim toàn bộ	35
HỘI CHỨNG VAN TIM	37
1. Hẹp van hai lá	37
2. Hở van hai lá	38
3. Hở lỗ van động mạch chủ	39
4. Hẹp van động mạch chủ	40
5. Hẹp van động mạch chủ	40
6. Hở van động mạch phổi	41
7. Hở van ba lá	41
8. Hẹp van ba lá	41
KHÁM BỘ MÁY HÔ HẤP	42
1. Đại cương	42
2. Cách khám lâm sàng bộ máy hô hấp, các biểu hiện sinh lý, bệnh lý thường gặp	42
HỘI CHỨNG TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI	52
1. Định nghĩa	52
2. Triệu chứng	52
3. Nguyên nhân	54

HỘI CHỨNG TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI	56
1. Đại cương.....	56
2. Triệu chứng	56
3. Chẩn đoán	60
HỘI CHỨNG ĐÔNG ĐẶC.....	64
1. Định nghĩa.....	64
2. Triệu chứng lâm sàng.....	64
3. Triệu chứng Xquang	66
4. Nguyên nhân	67
HỘI CHỨNG TRUNG THẤT	69
1. Đại cương.....	69
2. Triệu chứng lâm sàng.....	69
3. Xquang	71
4. Phân loại.....	72
5. Nguyên nhân	72
KHÁM BỘ MÁY TIÊU HOÁ	73
1. Hỏi bệnh.....	73
2. Khám tiêu hoá trên	73
3. Khám tiêu hoá giữa	76
4. Khám tiêu hoá dưới.....	79
5. Khám gan, lách.....	80
6. Khám phân	81
CHẨN ĐOÁN CỔ TRƯỞNG.....	83
1. Đại cương.....	83
2. Cách phát hiện.....	83
3. Chẩn đoán phân biệt.....	86
4. Nguyên nhân cổ trướng.....	86
KHÁM BỆNH NHÂN ĐAU BỤNG	88
1. Thăm khám bệnh nhân đau bụng	88
2. Phân loại đau bụng theo diễn biến	90
3. Cơ chế bệnh lý	90
4. Nguyên nhân đau bụng.....	90
KHÁM VÀ CHẨN ĐOÁN VÀNG DA	96
1. Đại cương.....	96
2. Khám bệnh nhân vàng da.....	97
3. Chẩn đoán	99

KHÁM VÀ CHẨN ĐOÁN GAN TO	103
1. Đại cương.....	103
2. Cách khám gan.....	103
3. Phân biệt gan to.....	104
4. Khám cận lâm sàng khi có gan to	105
5. Nguyên nhân gan to	107
KHÁM BỘ MÁY TIẾT NIỆU	109
1. Các rối loạn cơ năng.....	109
2. Cách khám thận và xác định điểm đau niệu quản.....	113
3. Cách khám bàng quang, niệu đạo, tiền liệt tuyến	114
4. Khám toàn thân và các bộ phận liên quan.....	115
ĐÁI RA PROTEIN	117
1. Đại cương.....	117
2. Chẩn đoán xác định.....	117
3. Nguyên nhân	117
KHÁM VÀ CHẨN ĐOÁN ĐÁI MÁU	119
1. Định nghĩa.....	119
2. Chẩn đoán	119
3. Khám người bệnh đái máu và các xét nghiệm	120
4. Nguyên nhân đái máu.....	121
KHÁM VÀ CHẨN ĐOÁN ĐÁI MŨ.....	123
1. Định nghĩa.....	123
2. Chẩn đoán	123
3. Khám người bệnh đái mù và các xét nghiệm.....	124
4. Nguyên nhân đái mù	125
HỘI CHỨNG TĂNG NITƠ TRONG MÁU	127
1. Đại cương.....	127
2. Triệu chứng lâm sàng.....	127
3. Cận lâm sàng	128
4. Hôn mê do tăng nitơ máu.....	128
CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN LOẠI THIẾU MÁU	130
1. Định nghĩa, đặc điểm dịch tễ học thiếu máu.....	130
2. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng	130
3. Phân loại thiếu máu.....	131
HỘI CHỨNG XUẤT HUYẾT.....	136
1. Định nghĩa, đặc điểm dịch tễ học.....	136

2. Chẩn đoán xác định.....	136
3. Chẩn đoán phân biệt.....	137
4. Một số xét nghiệm cần làm định hướng nguyên nhân	138
5. Chẩn đoán nguyên nhân	138
KHÁM VÀ CHẨN ĐOÁN HẠCH TO.....	142
1. Đặc điểm dịch tễ học.....	142
2. Cách khám một bệnh nhân hạch to	142
3. Chẩn đoán phân biệt.....	143
4. Chẩn đoán nguyên nhân hạch to	143
KHÁM VÀ CHẨN ĐOÁN LÁCH TO	147
1. Khái niệm về bệnh	147
2. Chẩn đoán xác định lách to	147
3. Chẩn đoán nguyên nhân	148
KHÁM CƠ QUAN VẬN ĐỘNG.....	151
1. Khám cơ	151
2. Khám xương.....	153
3. Khám khớp.....	154
4. Phương pháp khám lâm sàng một số khớp	160
KHÁM HỆ THẦN KINH	162
1. Đại cương.....	162
2. Khám dây thần kinh sọ não.....	162
3. Khám cảm giác.....	166
4. Khám chức năng vận động.....	167
5. Khám phản xạ	170
6. Khám rối loạn dinh dưỡng và cơ tròn	172
KHÁM HỆ NỘI TIẾT.....	173
1. Đại cương	173
2. Khám lâm sàng.....	173
3. Các phương pháp thăm dò tuyến.....	175
4. Các hội chứng chủ yếu.....	176
HỘI CHỨNG TĂNG GLUCOSE MÁU.....	177
1. Đại cương	177
2. Biểu hiện lâm sàng.....	177
3. Cận lâm sàng	178
4. Các thể bệnh của đái tháo đường (Theo phân loại của OMS - 1985).	179
5. Các biến chứng của đái tháo đường	181

TRIỆU CHỨNG HỌC TUYẾN GIÁP.....	185
1. Giải phẫu và sinh lý tuyến giáp.....	185
2. Các phương pháp khám lâm sàng tuyến giáp	187
3. Hội chứng cường giáp.....	188
4. Hội chứng suy giáp	193
TRIỆU CHỨNG HỌC TUYẾN YÊN.....	197
1. Giải phẫu và sinh lý.....	197
2. Hội chứng suy chức năng tuyến yên	198
3. Hội chứng cường chức năng tuyến yên.....	202
KHÁM VÀ CHẨN ĐOÁN PHÙ	209
1. Đại cương	209
2. Phát hiện phù và nhận định tính chất	209
3. Phát hiện các triệu chứng liên quan	210
4. Các xét nghiệm cần làm	211
5. Nguyên nhân	211
KHÁM VÀ CHẨN ĐOÁN HÔN MÊ.....	216
1. Đại cương	216
2. Dấu hiệu lâm sàng của hôn mê	216
3. Phân giai đoạn hôn mê	218
4. Các xét nghiệm cần làm	220
5. Nguyên nhân hôn mê	221
6. Tiên lượng của hôn mê.....	223
KHÁM VÀ CHẨN ĐOÁN KHÓ THỞ	224
1. Đại cương.....	224
2. Triệu chứng lâm sàng.....	224
3. Các biểu hiện kèm theo của khó thở	225
4. Phân loại khó thở	225
5. Xác định mức độ khó thở.....	226
6. Các xét nghiệm cần làm	227
7. Nguyên nhân	228
KHÁM VÀ CHẨN ĐOÁN SỐT.....	231
1. Định nghĩa.....	231
2. Cách khám người bị sốt	231
3. Nguyên nhân sốt.....	233
TÀI LIỆU THAM KHẢO	237

LỜI NÓI ĐẦU

Chương trình Nội khoa cơ sở (Triệu chứng học) được giảng dạy cho sinh viên Đại học Y năm thứ ba (hệ chính quy và hệ chuyên tu), là môn học cơ bản cho các môn y học lâm sàng.

Nội khoa cơ sở hướng dẫn cách tiếp xúc với bệnh nhân để khai thác các triệu chứng cơ năng cũng như tiền sử, thăm khám lâm sàng phát hiện các triệu chứng thực thể, hiểu rõ cơ chế bệnh sinh của các rối loạn bệnh lý, nắm vững các xét nghiệm cận lâm sàng để chỉ định đúng và nhận định ý nghĩa của các kết quả, cuối cùng dựa trên phân tích và tổng hợp các triệu chứng phát hiện được để tiến tới chẩn đoán.

Giáo trình Nội khoa cơ sở gồm các bài giới thiệu về các phương pháp thăm khám và thăm dò các cơ quan của cơ thể như: tim mạch, hô hấp, tiêu hóa, tiết niệu, nội tiết... Tiếp theo là các hội chứng thường gặp trong Nội khoa.

Giáo trình Nội khoa cơ sở được xuất bản lần này do tập thể các cán bộ giảng lâu năm, có kinh nghiệm của Bộ môn Nội biên soạn. Trong quá trình biên soạn, các tác giả đã kết hợp tham khảo y văn kinh điển với những hiểu biết mới trong Y học, những tiến bộ gần đây về kỹ thuật, xét nghiệm... cung cấp cho sinh viên những kiến thức cơ bản, hiện đại một cách hệ thống môn học này. Giáo trình cũng có thể dùng làm tài liệu tham khảo cho bác sĩ thuộc các chuyên khoa lâm sàng, sinh viên cao đẳng.

Dù đã có nhiều cố gắng trong việc biên soạn và cập nhật thông tin, tuy nhiên giáo trình Nội khoa cơ sở lần đầu ra mắt bạn đọc khó tránh khỏi có những thiếu sót. Mong được sự góp ý của độc giả để cuốn sách được hoàn thiện hơn trong lần xuất bản sau.

Bộ môn Nội

Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên

TIẾP XÚC NGƯỜI BỆNH VÀ LÀM BỆNH ÁN

1. Bệnh án và bệnh lịch

1.1. Tầm quan trọng

1.1.1. Bệnh án

Là văn bản do thầy thuốc làm ngay khi bệnh nhân vào 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 bệnh phát sinh, tiến triển cũng như tình hình tư tưởng, hoàn cảnh sinh sống vật chất của họ. Trong bệnh án này, người thầy thuốc sẽ ghi lại các biểu hiện bình thường và không bình thường mà thầy thuốc đã phát hiện thấy trong khi khám lần đầu tiên người bệnh của mình.

1.1.2. 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 được áp dụng.

- Bệnh án và bệnh lịch đều là những tài liệu rất cần thiết để chẩn đoán bệnh được đúng, theo dõi tốt do đó áp dụng được kịp thời các phương pháp điều trị đúng đắn, ngăn chặn được các biến chứng, nhanh chóng đưa người bệnh về cuộc sống bình thường.

- Cũng nhờ các tài liệu đó mà sau khi người bệnh khỏi và ra viện, người thầy thuốc có thể tiếp tục theo dõi người bệnh ngoại trú, chỉ dẫn cho họ có phương pháp dự phòng để bệnh có thể khỏi hẳn, không tái phát, không có biến chứng hoặc di chứng và lây truyền sang người khác.

- Nhờ vào tài liệu đó mà trong trường hợp người bệnh từ trần và có giải phẫu kiểm tra thi thể, người thầy thuốc mới rút được kinh nghiệm trong chẩn đoán, điều trị và phục vụ của mình để cải tiến công tác điều trị mỗi ngày một tốt hơn cho người bệnh khác sau này.

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

- Bệnh án và bệnh lịch còn là những tài liệu hành chính và pháp lý. Về phương diện pháp lý, bệnh án và bệnh lịch là những tài liệu rất cần thiết cho việc kiểm thảo tử vong nhất là có vấn đề khúc mắc trong cái chết của người bệnh.

1.2. Yêu cầu của bệnh án, bệnh lịch

1.2.1. Phải làm kịp thời

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

1.2.2. Phải chính xác và trung thực

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

1.2.3. Đầy đủ và chi tiết

- Đầy đủ là các mục trong bệnh án đều phải sử dụng vì mỗi mục đều có tác dụng riêng của nó. Đầy đủ về phương diện ghi chép các triệu chứng rất cần thiết cho chẩn đoán xác định, chẩn đoán phân biệt và tiên lượng của bệnh.

- Mỗi triệu chứng cần được nêu tỉ mỉ với các yếu tố về thời gian, tính chất và tiến triển của nó.

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

- Tùy theo diễn biến lâm sàng mà chỉ định xét nghiệm lại để so sánh.

1.2.4. Được lưu trữ lại

Khi người bệnh phải vào viện lại vì bệnh tái phát hoặc vì một bệnh nào khác, ta đã có đầy đủ tài liệu của lần vào viện trước, giúp ích rất nhiều cho việc chẩn đoán và điều trị lần này, việc lưu trữ hồ sơ bệnh án tốt thì về phương diện nghiên cứu khoa học, tổng kết hồ sơ mới đầy đủ và trung thực.

2. Nội dung bệnh án

2.1. Triệu chứng khách quan – chủ quan

Bệnh án là những tài liệu ghi chép lại các triệu chứng của người bệnh. Các triệu chứng đó có thể chia làm nhiều loại (tùy thuộc vào cách chia).

2.1.1. Triệu chứng chủ quan

Là những biểu hiện do bản thân người bệnh nhận thấy. Các triệu chứng chủ quan này do người bệnh phát hiện và thầy thuốc rất khó đánh giá mức độ nhiều ít của nó một cách chính xác. Như mức độ đau bụng, nuốt khó, đau ngực, nhức đầu...

2.1.2. 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 những triệu chứng:

+ *Chủ quan người bệnh cũng có thể nhận thấy và phát hiện được như:* Sốt, sưng khớp, cứng hàm, hạch to... Triệu chứng này thầy thuốc có thể kiểm tra được cụ thể và chính xác một cách khách quan.

+ *Chủ quan người bệnh hoàn toàn không biết* mà chỉ có thầy thuốc khám bệnh mới phát hiện được hoặc nhờ có xét nghiệm mới biết như các thay đổi ở tim, phổi, ổ bụng như bụng cứng, lách to, thận to..., xét nghiệm thấy bạch cầu tăng, protein trong nước tiểu...

2.2. Cách 2: Triệu chứng cơ năng – toàn thân

- Triệu chứng cơ năng: là những biểu hiện gây ra bởi các rối loạn về chức năng của các phủ tạng như ho, khó thở, đau ngực, đau bụng...

- Triệu chứng toàn thân: gây ra bởi các tình trạng bệnh lý như gầy sút, sốt, da xanh...

- Triệu chứng thực thể: là triệu chứng phát hiện được khi khám lâm sàng như những thay đổi bệnh lý ở tim, phổi, ổ bụng...

2.3. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

- Triệu chứng lâm sàng: là triệu chứng thu thập được bằng hỏi bệnh và khám bệnh (nhìn, sờ, gõ, nghe).

- Triệu chứng cận lâm sàng: là các tài liệu thu thập bằng các phương pháp: Xquang, xét nghiệm sinh hoá, soi ổ bụng...

Một số trường hợp bệnh lý điển hình tập hợp các triệu chứng lại gọi là hội chứng như hội chứng tràn dịch màng phổi, hội chứng đông đặc, hội chứng nhiễm trùng... Nội dung chủ yếu của bệnh án là ghi chép lại các triệu chứng với sự diễn biến của nó từ khi người bệnh bắt đầu mắc bệnh đến khi vào viện để có thể chẩn đoán sơ bộ về lâm sàng khi người bệnh vào viện và từ đó có được một hướng điều trị thích đáng.

3. Mẫu bệnh án nội khoa

3.1. Hỏi bệnh

3.1.1. Hành chính

Họ và tên, tuổi, giới, nghề nghiệp, ngày giờ vào viện, địa chỉ.

3.1.2. Lý do vào viện

Là lý do khiến cho bệnh nhân phải vào viện.

3.1.3. Bệnh sử

- Hỏi chi tiết lý do vào viện: thời gian xuất hiện, tính chất, tiến triển ra sao.

- Hỏi các triệu chứng kèm theo các triệu chứng nói trên.

- Hỏi tình hình các bộ phận khác và toàn thân.

- Hỏi các phương pháp điều trị mà người bệnh đã được áp dụng, hiệu quả của phương pháp đó.

- Tình trạng hiện tại: còn các triệu chứng gì?

3.1.4. Tiền sử

- Tiền sử bản thân: bệnh tật đã mắc, tiền sử sản khoa (nếu là nữ).
- Tiền sử gia đình: bố, mẹ, con, anh em ruột trong gia đình.
- Tiền sử thân cận: những người xung quanh.
- Hoàn cảnh vật chất, tình trạng tinh thần.

3.2. Khám bệnh

Là một khâu quan trọng, chủ yếu trong công tác của người bác sỹ điều trị vì nó quyết định khá nhiều do sự thành công hay thất bại của công tác điều trị.

Nếu khám bệnh tốt mới phát hiện đúng và đầy đủ các triệu chứng để chẩn đoán chính xác và đầy đủ rồi từ đó mới điều trị, tiên lượng và phòng bệnh đúng.

Đây là một phương pháp có các đặc điểm:

- Mang tính chất khoa học: ngoài kiến thức y học mỗi thầy thuốc bắt buộc phải có đầy đủ còn cần phải có một quan niệm biện chứng con người là một khối thống nhất do đó phải khám toàn bộ cơ thể.

- Kỹ thuật: phải theo đúng quy tắc khám và kỹ thuật khám mới phát hiện được đúng triệu chứng (nghe tim, sờ gan, lách, gõ phản xạ...)

- Đây còn là một công tác chính trị: việc khám bệnh tỉ mỉ kỹ lưỡng của người thầy thuốc phát hiện đúng bệnh còn củng cố lòng tin cậy của người bệnh, ổn định tư tưởng bị quan lo sợ của họ, giúp họ tin tưởng vào việc điều trị, là yếu tố rất cần thiết cho việc điều trị bệnh được tốt.

3.2.1. Cách tiến hành khám bệnh

- Nơi khám: phải sạch sẽ, thoáng khí, ấm áp, có đủ ánh sáng, kín đáo.

- Phương tiện khám: ống nghe, máy đo huyết áp, dụng cụ đèn lưỡi, búa phản xạ, găng tay, đèn pin...

- Thầy thuốc: khi tiếp xúc với người bệnh, người thầy thuốc cần lưu ý một số điểm:

- + Cần lưu ý đến cách ăn mặc: phải sạch sẽ, chỉnh tề vì nếu quần áo bẩn thiu, đầu tóc rối bù sẽ làm giảm sự tin tưởng của người bệnh đối với thầy thuốc.

- + 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 có thể làm người bệnh hiểu lầm là thầy thuốc "ban ơn" cho họ.

- + Khi hỏi bệnh, cần dùng những tiếng dễ hiểu, tránh dùng những từ y học mà người bệnh khó biết (huyết niệu, ure máu...) và nhất là cần nhẫn nại khai thác các

triệu chứng chủ quan của người bệnh, nếu cần thiết thì không nên ngần ngại hỏi đi hỏi lại hoặc thay đổi cách hỏi để có thể nắm hết ý của người bệnh.

- + Khi khám bệnh, cần phải có tác phong nhẹ nhàng, tỉ mỉ, tránh thô bạo, day trở người bệnh nhiều không cần thiết nhất là đối với bệnh nhân nặng.

- + Riêng đối với bệnh nhân nữ cần chú ý tới bản chất e thẹn của người phụ nữ để tránh cách hỏi và cách khám quá sỗ sàng lộ liễu làm tổn thương đến sự tự trọng của bệnh nhân tránh trường hợp người bệnh không nói ra những điều cần thiết cho chẩn đoán điều trị.

- + 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 cho là bệnh cũ tái phát. Cần phải đánh giá đúng mức các triệu chứng nhất là 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. 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, người thầy thuốc có thể nói thật trong một phạm vi nhất định tùy theo vấn đề, tùy theo quan hệ của người đó đối với người bệnh.

- Người bệnh: tâm lý của người bệnh khi tiếp xúc với thầy thuốc là:

- + Cần được khám ở một tư thế thoải mái, nếu tình trạng sức khoẻ cho phép, nên khám người bệnh cả cách đi.

- + Phải bộc lộ các vùng cần khám người bệnh là nam giới chỉ nên mặc quần lót khi khám bệnh, người bệnh là phụ nữ nên bộc lộ từng phần: ngực, bụng, rồi các chi... để khám đầy đủ, tỉ mỉ.

- + Về mùa đông, cần chú ý nhắc người bệnh tháo bỏ khăn quàng cổ để khám bấu cổ, các tĩnh mạch cổ, sọ hạch cổ... Do đó cần phải phối hợp hài hoà.

3.2.2. Nội dung khám bệnh

* Khám toàn thân

- Nhận xét dáng đi, cách nằm của bệnh nhân: ngay từ phút đầu tiên tiếp xúc với người bệnh vì nó gợi ý cho người thầy thuốc một hướng bệnh hoặc hội chứng nào đó như: nằm đầu cao trong khó thở...

- Tình trạng tinh thần:

- + Tỉnh táo: tiếp xúc tốt, trả lời đúng câu hỏi.

- + Hôn mê: 3 còn, 3 mất.

- Hình dạng:
 - + Gầy hay béo, cân nặng, chiều cao.
 - + Sự cân đối giữa các bộ phận: thân người, đầu và chi.
- Da và niêm mạc:
 - + Da xanh, niêm mạc nhợt trong thiếu máu.
 - + Da, niêm mạc sạm đen: bệnh Addison.
 - + Da vàng: tắc mật, ung thư.
- Tổ chức dưới da:
 - + Phù nề: phù trắng hay phù tím, phù mềm ấn lõm hay phù cứng,...
 - + Xuất huyết: hình thái, vị trí, độ tuổi của xuất huyết.
- Hệ thống lông, tóc, móng: tóc khô, rụng trong thiếu máu, móng tay dẹt, khum, có khía,...
- Tuyến giáp, hạch ngoại vi (4 nhóm hạch thông thường).
- Mạch? nhiệt độ? huyết áp? nhịp thở?

*** Khám bộ phận**

Nên khám cơ quan bị bệnh trước, sau đó là khám đến các bộ phận khác theo các bước nhìn, sờ, gõ, nghe.

- Khám tuần hoàn.
 - Khám hô hấp.
 - Khám tiêu hoá (trên, giữa, dưới).
 - Khám tiết niệu.
 - Khám thần kinh.
 - Khám cơ xương khớp.
- * Kiểm tra các chất thải tiết và 1 số thể dịch.**
- Nước tiểu (màu sắc, số lượng).
 - Đờm (màu sắc, tính chất...)
 - Chất nôn (thành phần và màu sắc chất nôn).
 - Xem dịch màng bụng, màng phổi, dịch não tủy,...

3.2.3. Các phương pháp cận lâm sàng

*** Xét nghiệm cơ bản**

- Phân tích tế bào máu ngoại vi (số lượng hồng cầu, hemoglobin, hematocrit, số lượng bạch cầu, công thức bạch cầu, số lượng tiểu cầu...).

- Chiều tim phổi.

- Xét nghiệm nước tiểu.

- Xét nghiệm phân để tìm trứng ký sinh trùng đường ruột.

- Định lượng ure máu.

* Xét nghiệm thích hợp (đặc hiệu): tùy từng bệnh khác nhau mà ta đưa ra những xét nghiệm đặc hiệu khác nhau. Các xét nghiệm đặc hiệu nhằm mục đích:

- Để nhận định hình thái như: Xquang, siêu âm, soi dạ dày, đồng vị phóng xạ...

- Để nhận định tổn thương cơ thể bệnh học (sinh thiết).

- Để tìm tác nhân gây bệnh, trực tiếp hay gián tiếp (vi khuẩn, virus, ký sinh trùng, nấm,...).

- Để thăm dò chức năng đo chuyển hoá cơ bản, điện tâm đồ, xét nghiệm sinh hoá,...

* Nhận định kết quả xét nghiệm đã có

3.2.4. Quy về hội chứng và các triệu chứng

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

3.3. Chẩn đoán

Các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng tập hợp lại thành hội chứng. Trên một người bệnh có thể có một hoặc nhiều hội chứng hay triệu chứng. Căn cứ vào các hội chứng đó mà chúng ta sẽ có các chẩn đoán:

3.3.1. Chẩn đoán xác định

Dựa vào các tiêu chuẩn áp dụng trên người bệnh.

3.3.2. Chẩn đoán phân biệt

Loại trừ một số bệnh khác cũng có một bệnh cảnh lâm sàng tương tự.

3.3.3. Chẩn đoán nguyên nhân

3.3.4. Chẩn đoán biến chứng, thể, mức độ, giai đoạn...

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

- Phải dựa vào những triệu chứng của người bệnh thật cụ thể, rõ ràng không ai có thể chối cãi được về lâm sàng cũng như cận lâm sàng.

- Nên nghĩ đến trước hết những bệnh thường gặp 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 hoặc triệu chứng chính của người bệnh. Nếu không được thì mới được coi như người bệnh bị 2 hay 3 bệnh cùng một lúc.

3.4. Điều trị

Chỉ định điều trị gồm: chế độ ăn uống, hộ lý, thuốc men. Khi viết bệnh án cần:

3.4.1. Rõ ràng và chính xác

- Không được viết tắt hoặc viết ký hiệu hoá học.
- Liều lượng, hàm lượng thuốc, cách dùng, đường dùng.
- Thời gian điều trị.

3.4.2. Ghi điều trị hàng ngày

Để có một thái độ điều trị thích đáng, người thầy thuốc cần phải có:

- Kiến thức y học đầy đủ, toàn diện.
- Tác phong khám bệnh kỹ lưỡng, tỉ mỉ.
- Phương pháp suy luận khoa học và biện chứng.
- Tinh thần thương yêu người bệnh như người ruột thịt.

3.5. Tiên lượng

- Tiên lượng gần trong đợt điều trị: hiệu quả ra sao?
- Tiên lượng xa dựa vào bệnh gì? tiến triển và biến chứng của nó?

3.6. Phòng bệnh

- Để người bệnh thực hiện khi ra viện và điều trị ngoại trú ở cộng đồng.
- Phòng những biến chứng xảy ra.
- Thực hiện chế độ ăn uống, sinh hoạt, theo dõi bệnh.

4. Các mục trong mẫu bệnh án nội khoa (gồm 13 phần)

I. Hành chính

II. Lí do vào viện

III. Bệnh sử

IV. Tiền sử

V. Khám toàn thân

VI. Khám bộ phận (7 phần)

VII. Tóm tắt các triệu chứng chính và hướng tới cơ quan bị bệnh

VIII. Yêu cầu xét nghiệm

IX. Quy hội chứng

X. Chẩn đoán

XI. Điều trị

XII. Tiên lượng

XIII. Phòng bệnh

KHÁM BỘ MÁY TUẦN HOÀN

1. Khám tim

1.1. Hỏi bệnh

1.1.1. Người bị bệnh tim thường biểu hiện một số triệu chứng như: khó thở, ho ra máu, tím tái, phù, đau vùng trước tim, hồi hộp đánh trống ngực, ngất...

1.1.2. Trong khi hỏi bệnh cần lưu ý một số vấn đề.

- Lúc nhỏ, người bệnh có tật bẩm sinh gì không?
- Trước kia người bệnh có bị thấp tim không?
- Nghề nghiệp và điều kiện làm việc của người bệnh có căng thẳng quá không? có tiếp xúc với độc chất gì không?
- Tình trạng thần kinh như thế nào? Mục đích là để xác định một số triệu chứng tim mạch mà nguyên nhân thuộc về thần kinh tinh thần như rối loạn thần kinh tim, tim kích động.
- Người bệnh có hay dùng nhiều chè, rượu, cà phê, thuốc lá không?
- Nếp sống sinh hoạt của người bệnh: nhà cửa ẩm thấp? đi chân đất? tắm nước lạnh...
- Có rối loạn gì về hệ nội tiết không? đặc biệt trẻ em ở lứa tuổi dậy thì, phụ nữ trong giai đoạn mãn kinh...

1.2. Khám thực thể

1.2.1. Nhìn

- Tư thế của người bệnh: đi, đứng, nằm, ngồi nhất là tư thế nằm quan sát nếu người bệnh khó thở thì phải nằm gối đầu cao hoặc ngồi?
- Quan sát xem bệnh nhân có phù không? tình trạng tinh thần như thế nào? Có lo lắng hốt hoảng không?
- Nhận xét màu sắc da và niêm mạc của bệnh nhân.
- + Môi tím, tím da ngón chi gặp trong các bệnh tim bẩm sinh, trong suy tim.
- + Nếu có ngón tay, ngón chân dùi trống gặp trong bệnh tim bẩm sinh, Osler và một số bệnh phổi mạn tính hay u phổi.
- Nhận xét hình dạng lồng ngực: biến dạng hình thùng (ở người tâm phế mạn). Ở trẻ em bị tràn dịch màng ngoài tim, lồng ngực cũng hơi phồng.

- Nhịp đập của tim: bình thường mỏm tim đập ở khoang liên sườn IV, V trên đường giữa đòn trái. 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 người béo có thành ngực dày.

- Ở những người bị túi phình động mạch chủ: nhìn thấy một khối u đập ở khoang liên sườn II sát hai bên xương ức, khối u đập theo nhịp tim.

- Ở vùng cổ:

+ Tĩnh mạch cổ nổi trong suy tim phải, động mạch cổ đập mạnh trong hở van Sigma động mạch chủ.

+ Tuyến giáp trạng to gặp trong bệnh Basedow, bướu giáp đơn thuần.

- Vùng thượng vị và vùng hạ sườn phải: có thể thấy dấu hiệu thượng vị đập Hartzel trong suy tim phải hoặc suy tim toàn bộ, gan to ra nhìn thấy vùng hạ sườn phải dày hơn bên kia.

Tóm lại, phương pháp nhìn cho ta biết sơ bộ một số biểu hiện của bệnh tim.

1.2.2. Phương pháp sờ

* Tìm mỏm tim: sờ ở 2 tư thế nằm ngửa và nghiêng trái.

Bình thường mỏm tim đập ở khoang liên sườn IV, V trên đường giữa đòn trái. Mỏm tim có thể thay đổi về:

+ Vị trí: thay đổi sinh lý khi nằm nghiêng sang trái mỏm tim sẽ lệch sang phía trái 2 khoát ngón tay.

Trong bệnh lý: tim to ra, mỏm tim hạ thấp xuống dưới và ra ngoài đường giữa đòn trái. Nếu bệnh nhân bị tràn dịch hoặc tràn khí màng phổi tim sẽ bị đẩy sang bên kia. Trường hợp có tràn dịch màng bụng nhiều hoặc có khối u to trong bụng, cơ hoành bị đẩy cao lên và mỏm tim cũng thay đổi vị trí tim ở tư thế nằm ngang.

+ Cường độ: mỏm tim đập không rõ ở người béo quá, trong tràn dịch màng ngoài tim. Mỏm tim đập mạnh trong trường hợp tim trái to, bệnh hở van động mạch chủ.

* Sờ rung mur: trong các bệnh tim, có thể gặp các trường hợp dòng máu phải xoáy mạnh qua một chỗ hẹp (hẹp van 2 lá, hẹp van động mạch chủ...) do tốc độ máu đi nhanh, xoáy qua chỗ hẹp làm rung các tổ chức van, thành tim, thành mạch lớn nên khi đặt tay vào thành ngực gần chỗ luồng máu qua ta sẽ có cảm giác rung rung giống như khi đặt tay lên lưng mèo lúc nó rên. Cảm giác đó gọi là rung mur. Tùy theo rung mur ở thì tim bóp hay giãn mà ta gọi là rung mur tâm thu hoặc rung mur tâm trương.

1.2.3. Phương pháp gõ tim

Để xác định diện đục tương đối của tim, diện đục tương đối của tim bình thường là một hình 4 cạnh gần giống hình thang.

- Xác định mỏm tim: dựa vào nhìn, sờ hoặc gõ.

- Tìm bờ trên gan: gõ theo 3 đường là đường giữa đòn phải, đường cạnh ức phải và đường nách trước. Bình thường giới hạn đục của bờ trên gan ở khoang liên sườn V, VI.

- Tìm bờ phải tim: gõ từ ngoài vào trong, từ trên xuống dưới, 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 1 - 1,5cm.

- Tìm bờ dưới tim: nổi mỏm tim vào giao điểm của bờ phải tim và bờ trên gan ta được bờ dưới bình thường 9 - 14cm.

- Tìm bờ trái tim: gõ chéo từ hõm nách trái về phía mũi ức, gõ từ ngoài vào trong, từ trên xuống dưới. Bình thường giới hạn này đi sát bờ trái xương ức chỗ xương sườn II thành một đường cong tới liên sườn IV, V ở phía trong đường giữa xương đòn từ 1 - 2cm, bờ trái tương ứng với tâm thất trái.

- Tìm bờ trên tim: gõ từ trên xuống, bình thường bờ trên tương ứng với khoang liên sườn II.

Còn một vùng đục tuyệt đối của tim nhỏ hơn vùng đục tương đối nhưng phải kết hợp với Xquang.

1.2.4. Nghe tim

Là phương pháp quan trọng nhất để giúp người thầy thuốc trong chẩn đoán.

* Phương pháp nghe tim: có 2 phương pháp nghe trực tiếp và nghe bằng ống nghe.

- Nghe trực tiếp: hiện nay ít dùng vì bất tiện.

- Nghe gián tiếp bằng ống nghe: là phương pháp thường dùng hiện nay.

* Cách nghe:

- Nên nghe ở nhiều tư thế: nằm ngửa, nghiêng trái, ngồi.

- Nghe ở 5 ổ van tim.

+ Ổ van hai lá: ở mỏm tim, vị trí ở khoang liên sườn IV hoặc V trên đường giữa đòn trái. Khi bị bệnh, mỏm tim có thể sa thấp xuống hoặc sang trái.

+ Ổ van ba lá: ở sụn sườn VI bên phải

+ Ổ van động mạch chủ phụ: ở khoang liên sườn III sát bờ trái xương ức gọi là ổ Eck - Botkin.

+ Ổ van Sigma động mạch chủ: ở khoang liên sườn II bên bờ phải xương ức.

+ Ổ van động mạch phổi: ở khoang liên sườn II bên trái xương ức.

*** Tiếng tim bình thường:**

- Tiếng tim bình thường: trong mỗi chu chuyển tim ta nghe được 2 tiếng.
- + Tiếng thứ nhất T_1 nghe trầm, dài nghe rõ ở mỏm tim.
- + Tiếng thứ hai T_2 nghe thanh và gọn hơn nghe rõ ở đáy tim.
- + Tiếng thứ ba T_3 gặp ở một số trẻ em và thanh niên gọi là tiếng T_3 sinh lý nghe rõ ở vùng giữa tim.
- + Tiếng thứ tư T_4 gọi là tiếng nhĩ bóp, hiếm nghe thấy.

*** Sự thay đổi tiếng tim:**

- Thay đổi cường độ: cả 2 tiếng tim phụ thuộc vào các yếu tố thành ngực, môi trường giữa tim và thành ngực, máu, cơ tim và van tim.

+ Cường độ tăng: hai tiếng tim đều mạnh hơn khi tim bị kích thích như lao động nặng, sốt, cường giáp trạng, người gầy.

+ Cường độ giảm: hai tiếng tim nghe nhỏ có thể gặp trong tràn dịch màng ngoài tim, viêm cơ tim, nhồi máu cơ tim, viêm màng trong tim cấp, người béo, phụ nữ.

- Thay đổi cường độ riêng tiếng T_1 ở mỏm tim.

+ Tiếng T_1 đánh trong hẹp van 2 lá vì van dày cứng, mép van đập vào nhau.

+ Tiếng T_1 mờ trong viêm màng trong tim Osler, bệnh cơ tim vì cơ tim bị viêm nên co bóp yếu và các van bị viêm nên phù, khép không kín làm cho tiếng tim bị mờ.

- Thay đổi cường độ tiếng thứ 2 (T_2)

+ Ở ổ van động mạch chủ:

Cường độ T_2 giảm cùng với tiếng thứ nhất trong Osler.

Cường độ T_2 tăng trong bệnh tăng huyết áp do máu dồn về thành van mạnh làm van đóng mạnh.

+ Ở ổ van động mạch phổi:

Bình thường tiếng T_2 ở ổ van động mạch phổi mạnh hơn tiếng T_2 ở ổ van động mạch chủ vì động mạch phổi ở sát thành ngực hơn.

Trong trường hợp bệnh lý: T_2 vang trong hẹp van 2 lá vì trong bệnh này có tăng áp lực tiểu tuần hoàn.

- Thay đổi về nhịp: bình thường nhịp tim đều do hệ thống thần kinh tự động chi phối. Khi hệ thống này bị tổn thương, nhịp tim sẽ nhanh, chậm hoặc loạn nhịp.

- Thay đổi về số lượng tiếng tim:

+ T₂ tách đôi sinh lý: nghe rõ ở khoang liên sườn II hoặc III bên trái ở cuối thì hít vào, không nghe thấy thường xuyên, cần phân biệt tiếng T₂ tách đôi với tiếng thứ ba của tim.

Trong tâm thanh đồ, tiếng T₂ tách đôi sinh lý cách nhau một khoảng yên lặng 3 - 7% giây, trái lại tiếng thứ 3 cách tiếng thứ 2 một khoảng yên lặng 10 - 16% giây.

+ T₁ tách đôi: gồm 2 tiếng rất sát nhau nghe rõ ở vùng mỏm tim do van nhĩ thất đóng không đồng thời.

+ Tiếng clắc mở van hai lá: là tiếng thêm vào sau tiếng thứ 2 giống như tiếng clắc, âm sắc khô nghe rõ ở khoang liên sườn IV, V bên trái ở vùng trong mỏm tim... tiếng này có giá trị trong hẹp van 2 lá.

+ Tiếng ngựa phi: là một tiếng nhỏ thêm vào ở thời kỳ tâm trương. Tiếng này sinh ra trong trường hợp thất trái bị suy và giãn ra máu từ nhĩ dồn xuống thất và đẩy mỏm tim chạm vào thành ngực sinh ra tiếng ngựa phi.

Tiếng ngựa phi trái nghe rõ ở mỏm tim, tiếng ngựa phi phải nghe ở trong mỏm gần mũi ức.

Tiếng ngựa phi thường kèm theo nhịp tim nhanh. Nếu có loạn nhịp hoàn toàn, ngựa phi sẽ mất. 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 van động mạch chủ, hẹp van động mạch chủ, viêm thận cấp và mạn tính, viêm và phồng động mạch chủ do giang mai, thấp tim.

* Tiếng thổi:

- Cơ chế sinh ra tiếng thổi: một dòng máu khi chảy xoáy mạnh sẽ gây ra tiếng thổi.

Theo Reynolds: $N = P \frac{V D}{M}$

Trong đó: P: tỉ trọng máu

M: độ nhớt của máu

V: tốc độ máu

D: đường kính mạch máu

Như vậy ta thấy: khi tăng tốc độ dòng máu, khi dòng máu chảy từ chỗ rộng sang chỗ hẹp hoặc khi có thông hai mạch máu hay thông hai luồng tim hoặc khi độ nhớt của máu giảm làm tăng độ xoáy của máu và gây ra tiếng thổi.

Trên lâm sàng ta có thể nghe được: tiếng thổi tâm thu, tiếng thổi tâm trương, tiếng thổi liên tục.

- Tiếng thổi tâm thu là tiếng thổi nghe thấy đồng thời với thời gian mạch nảy. Tiếng thổi tâm thu xuất hiện ngay sau tiếng T_1 của tim.

- Tiếng thổi tâm trương đồng thời với thời gian mạch chìm, tiếng thổi tâm trương thường chỉ chiếm một phần thì tâm trương và nghe sát liền tiếng thứ 2 của tim.

- Tiếng thổi liên tục: nghe được ở cả 2 thì nhưng mạnh dần ở cuối tâm thu và đầu tâm trương.

- Các tiếng thổi trong bệnh tim.

- + Tiếng thổi thực thể:

Vị trí: tùy theo tổn thương ở van nào, tiếng thổi sẽ nghe rõ ở ổ van đó (van 2 lá, 3 lá, động mạch chủ, động mạch phổi).

Thời gian: tiếng thổi có thể chiếm cả hoặc chiếm một phần thì tâm thu hoặc tâm trương. Nếu tiếng thổi có liên tiếp cả 2 thì tâm thu và tâm trương thì gọi là tiếng thổi liên tục (tiếng xay lúa).

Hướng lan: đa số các trường hợp tiếng thổi thường lan truyền theo hướng đi của dòng máu. Nơi tiếng thổi nghe rõ nhất là vị trí tổn thương, các nơi khác nghe ít rõ hơn là nơi tiếng thổi lan đến.

Tính chất thường xuyên: tiếng thổi nghe thấy thường xuyên ở một thì nào đó của chu chuyển tim. Nó không thay đổi khi người bệnh thay đổi tư thế. Do đó ta phải nghe ở nhiều tư thế khác nhau: nằm ngửa, nghiêng, ngồi...

Cường độ âm thanh, âm sắc: 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 thành của van tim đã chai cứng. Tiếng thổi mờ không rõ khi các thành này còn mềm hoặc sung phù có thịt sùi, tổn thương còn mới tiếng thổi thực thể gồm 3 loại là tiếng thổi tâm thu, tiếng thổi tâm trương, tiếng thổi liên tục.

- + Cơ chế phát sinh các tiếng thổi:

Hở van hai lá: tiếng thổi tâm thu phát sinh do dòng máu phụt từ thất trái lên nhĩ trái qua lỗ van 2 lá không đóng kín.

Hẹp van động mạch chủ và hẹp van động mạch phổi: tiếng thổi sinh ra do dòng máu từ thất trái và thất phải đi qua lỗ hẹp của van tổ chim trong thì tâm thu.

Hở van động mạch chủ: tiếng thổi tâm trương do có một luồng máu từ động mạch chủ trở về thất trái trong thì tâm trương do van động mạch chủ đóng không kín.

Hở van động mạch phổi: có tiếng thổi tâm trương vì có dòng máu từ động mạch phổi chạy lại thất phải trong thì tâm trương do van động mạch phổi hở.

Trong bệnh thông liên thất: dòng máu từ thất trái sang thất phải qua lỗ thông gây ra tiếng thổi.

Trong hẹp van 2 lá tiếng rung tâm trương phát sinh do luồng máu từ nhĩ trái dồn qua chỗ hẹp của van và va vào hệ thống dây chằng cột cơ.

Trong bệnh còn ống động mạch có tiếng thổi liên tục vì có dòng máu xoáy qua ống.

+ Tiếng thổi cơ năng: có khi van tim không bị tổn thương nhưng vì một lý do nào đó làm buồng tim giãn to, các van đóng không kín nên phát sinh ra tiếng thổi khi tim co bóp. Loại tiếng thổi này thường êm nhẹ, ít lan và hay thay đổi. Tiếng thổi tâm thu cơ năng không bao giờ có rung mur.

- Tiếng thổi tâm thu cơ năng có trong những trường hợp suy tim trái, trong đó buồng tim bị giãn khiến cho van không đóng kín nữa gây ra hở cơ năng van 2 lá. Tiếng thổi tâm thu cơ năng sẽ mất đi khi ta điều trị suy tim làm cho buồng tim nhỏ lại.

Bảng 1: Phân biệt tiếng thổi thực thể và tiếng thổi cơ năng

	Tiếng thổi thực thể	Tiếng thổi cơ năng
Vị trí	Có ở cả 5 ổ van tim	Hay có ở ổ van động mạch phổi sau là van 2 lá.
Thời gian	Tâm thu, tâm trương liên tục	Chủ yếu là tiếng thổi tâm thu, ít khi chiếm hết thì tâm thu, rất ít khi gặp thổi tâm trương cơ năng.
Cường độ âm sắc	Thường mạnh, rõ	Thường nhẹ, êm dịu, rất ít khi mạnh, không có rung mur.
Lan truyền	Lan xa theo dòng máu	Ít lan
Rung mur	Thường có, nhất là các trường hợp hẹp van.	Không
Tính chất thường xuyên	Có thường xuyên, không thay đổi theo tư thế.	Có thể thay đổi, thậm chí mất hẳn sau điều trị.

+ Tiếng thổi ngoài tim: đó là những tiếng thổi nghe thấy ở những người hoàn toàn không có một tổn thương nào ở tim cả, vì vậy loại tiếng thổi này không có giá trị bệnh lý gì.

Tiếng thổi ngoài tim có thể gặp ở tất cả mọi lứa tuổi nhưng hay thấy hơn ở người trẻ có quả tim dễ bị kích thích. Tiếng thổi đó nghe ở ngoài vị trí các ổ van tim, ở thì tâm thu, không lan, mất đi khi thay đổi tư thế.

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

- Tiếng cọ màng ngoài tim:

+ Cơ chế: 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 đã hình thành những đám giả mạc cho nên khi tim co bóp các lá của màng ngoài tim trượt lên nhau phát sinh ra tiếng cọ.

+ Tính chất lâm sàng: là tiếng cọ cộng thêm vào tiếng tim bình thường, nghe rất gần với tai.

Vị trí: nghe rõ ở vùng trước tim, ở sát xương ức, không lan nghe thấy 2 tiếng đi với 2 thì của tim.

Thời gian ở vào sau hai tiếng tim.

Cường độ, âm sắc: nghe thô ráp như 2 miếng lụa mới cọ vào nhau.

+ Chẩn đoán phân biệt: cần phải phân biệt tiếng cọ màng ngoài tim với tiếng cọ màng phổi: nếu là tiếng cọ màng phổi nó sẽ mất đi khi người bệnh nín thở.

+ Giá trị lâm sàng: khi có tiếng cọ màng ngoài tim 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 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.

2. Khám mạch máu

2.1. Khám động mạch

2.1.1. Các phương pháp lâm sàng

* Nhìn:

- Độ lớn của chi: chi teo nhỏ trong trường hợp suy tuần hoàn ngoại vi mạn tính, có thể teo cơ cẳng chân.

- Màu sắc da của chi.

+ Màu vàng nhạt và hơi nóng là tuần hoàn bình thường.

+ Da đỏ và nóng do giãn động mạch.

+ Da tím tái và lạnh, sờ vào lạnh chứng tỏ tuần hoàn kém lưu thông, chi bị thiếu dưỡng.

- Một số động mạch ở ngoài nông như động mạch thái dương, động mạch cánh tay, động mạch quay... Có trường hợp ngoằn ngoèo và nảy đập như con giun uốn trên mặt da trong trường hợp xơ cứng động mạch, tăng huyết áp.

- Phát hiện chỗ loét hoặc hoại thư do thiếu dưỡng do thiếu máu tại chỗ làm cho phần da của chi như ngón tay, ngón chân, các móng, bị loét, khô móng, rụng móng, hoại thư từng đốt gập trong viêm tắc động mạch, rối loạn thần kinh vận mạch (bệnh Reynaud).

* Phương pháp sờ:

- Khảo sát nhiệt độ da bằng mu bàn tay.

- Sờ động mạch: dùng 3 ngón tay đặt vào rãnh động mạch quay phía trên cổ tay để sờ mạch. Ngoài động mạch quay có thể sờ mạch bẹn, mạch thái dương, mạch cảnh, mạch chày sau. Nên bắt mạch cả 2 bên để so sánh.

Khi bắt mạch ta sẽ nhận định về:

+ Tần số mạch trong một phút.

+ Thay đổi về nhịp: đều hay không đều.

+ Thay đổi về biên độ và độ chắc: mạch căng trong tăng huyết áp, gồ ghề và cứng trong xơ vữa động mạch, mạch nhỏ có khi không sờ thấy trong trụy tim mạch, mạch nảy mạnh trong hở van động mạch chủ.

- Nghe động mạch:

+ Trường hợp bình thường: đặt ống nghe vào động mạch ta có thể nghe được một tiếng nhỏ ở thì tâm thu.

+ Trường hợp bệnh lý: đặt ống nghe vào động mạch ta có thể nghe được tiếng thổi tâm thu ngắn.

Trong hở van động mạch chủ có thể nghe thấy tiếng thổi đôi, trong cường tuyến giáp trạng có thể nghe được tiếng thổi tâm thu hoặc tiếng thổi liên tục do máu tới tuyến nhiều và chảy nhanh nên ta nghe được tiếng thổi.

Trong các trường hợp có lỗ thông động - tĩnh mạch ta có thể nghe thấy tiếng thổi liên tục vì dòng máu xoáy qua lỗ thông và có sự thay đổi áp lực khi đi từ động mạch sang tĩnh mạch.

- Đo áp lực máu động mạch (đo huyết áp).

Áp lực động mạch tính bằng mmHg. Huyết áp động mạch được tính bằng lực đẩy của tim và lực co bóp của thành mạch. Vì thế ngay sau khi tâm thu, huyết áp động mạch cao nhất gọi là HA tâm thu hay huyết áp tối đa. Đến thời kỳ tâm trương dòng máu vẫn tiếp tục chảy tới các mao mạch nhưng chậm hơn. Tuy tim không bóp mà máu vẫn chảy được vì trong hệ mạch vẫn duy trì được một áp lực ở chừng mực nhất định, thắng được sức cản của thành mạch đó là HA tâm thu hay huyết áp tối thiểu.

Phương pháp đo huyết áp động mạch:

Năm 1896: Riva Rocci (Italia) xác định huyết áp với cột thủy ngân và băng cuốn quanh cánh tay.

Năm 1905: Nicolai Korotkoff (Nga) xác định huyết áp qua tiếng đập của động mạch dưới băng cuốn và được áp dụng trên lâm sàng từ đó đến nay.

- Quy trình đo huyết áp đúng (theo hướng dẫn của Bộ Y tế năm 2010):

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

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

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

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

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

+ Không nói chuyện khi đang đo huyết áp.

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

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

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

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

- Đo huyết áp ở các động mạch khác: ngoài động mạch cánh tay hay đo bằng phương pháp nghe, ta còn có thể đo huyết áp ở đùi, khoeo, cổ chân.

+ Đo huyết áp ở 1/3 dưới cẳng chân: nghe ở động mạch chày sau ở phía sau và trong mắt cá trong.

+ Đo huyết áp ở động mạch khoeo: đặt ống nghe ở hõm khoeo.

Kết quả: bình thường chỉ số huyết áp tối đa ở chân cao hơn ở tay 20mmHg; số tối thiểu ở chân cao hơn ở tay 10mmHg.

2.2. Khám tĩnh mạch

2.2.1. Khám lâm sàng

* Nhìn: tĩnh mạch nổi to và曲张 (quần quèo) ở chân trong trường hợp giãn tĩnh mạch.

- Trường hợp tĩnh mạch nổi to là biểu hiện thứ phát của một bệnh khác như: tĩnh mạch cổ nổi to trong suy tim, các trường hợp xơ gan teo, chèn ép tĩnh mạch lớn, viêm tắc tĩnh mạch lớn bên trong... Các tĩnh mạch ngoài nông nổi lên và phát triển các nhánh bên ở bụng gọi là tuần hoàn bàng hệ, có 3 loại tuần hoàn bàng hệ:

+ Tuần hoàn bàng hệ gánh - chủ: xuất hiện ở trên rốn, ở hạ sườn phải lên ngực (xơ gan).

+ Tuần hoàn bàng hệ chủ - chủ: do viêm tắc hoặc chèn ép tĩnh mạch chủ dưới. Các nhánh xuất hiện từ bẹn, 2 bên bụng dưới đi ngược lên trên đến ngực.

+ Tuần hoàn bàng hệ chủ - ngực: gặp trong hội chứng trung thất. Tuần hoàn bàng hệ xuất hiện ở ngực, chủ yếu bên phải đồng thời có biểu hiện phù áo khoác, tĩnh mạch cảnh nội to.

* Sờ: Sờ được một búi các tĩnh mạch giãn ra như trong trường hợp giãn tĩnh mạch thừng tinh. Trường hợp có lỗ thông giữa động và tĩnh mạch, ta sờ thấy rung mủ ở da gần lỗ thông.

* Nghe: nếu chỉ khám đơn thuần hệ tĩnh mạch thì không dùng cách nghe. Riêng trường hợp có lỗ thông động - tĩnh mạch thì nghe ở gần chỗ thông có thể thấy tiếng thổi liên tục.

* Đo áp lực tĩnh mạch: Người bệnh nằm ngửa không gối, tay phải đặt song song với cơ thể, kê một gối để tay ở mức cao ngang mức tim. Ta dùng kim của áp lực kế tĩnh mạch chọc thẳng vào tĩnh mạch vì kim này thông với áp kế nên có thể đọc trực tiếp trên áp kế áp lực tĩnh mạch tính bằng cm nước. Bình thường ở tay là 8 - 14cm H₂O, ở chân 10 - 20cm H₂O.

Người ta còn đo bằng áp kế có cột nước, áp kế này nối với một ống cao su ở đầu lắp kim để chọc vào tĩnh mạch. Khi kim đã đưa vào tĩnh mạch đo áp lực tĩnh mạch tác dụng làm cho cột nước thông với kim dâng lên cao ta đọc kết quả bằng chiều cao cột nước đó.

* Nghiệm pháp phản hồi gan - tĩnh mạch cổ: khi đo huyết áp tĩnh mạch xong, ta để ngón tay giữa vào tĩnh mạch và dùng gan bàn tay ấn đều đều và liên tục vào

vùng gan, ở người bình thường khi ấn như vậy, áp lực máu tĩnh mạch xuống một ít rồi trở lại bình thường khi ta nhấc tay lên.

Ở người suy tim khi ấn gan, huyết áp tĩnh mạch tăng lên sau đó trở lại dần trị số ban đầu nhưng rất chậm, tim càng suy trở về càng chậm.

Khi ấn gan, tĩnh mạch cổ nổi rất to nếu càng giữ gan lâu tĩnh mạch cổ càng nổi rõ hơn, sau đó bỏ tay ấn gan, tĩnh mạch cổ xẹp xuống dần nhưng lâu mới trở lại mức bình thường.

Đây là những biện pháp đơn giản để phát hiện tình trạng thiếu năng của cơ tim trong giai đoạn chưa tăng huyết áp tĩnh mạch.

2.3. Khám mao mạch

2.3.1. Phát hiện có giãn mao mạch hình sao.

2.3.2. Kiểm tra mao mạch bằng máy.

HỘI CHỨNG SUY TIM

1. Đại cương

1.1. Định nghĩa

Bình thường khi chúng ta cần làm một hoạt động gắng sức nào đó (lao động, chạy nhảy...) thì lập tức tim sẽ tăng tần số và tăng sức co bóp để đưa được nhiều máu (tức là đưa được nhiều ôxy) đến cho các mô của cơ thể. Nhưng khi tim bị suy, thì tim không còn khả năng cung cấp máu theo nhu cầu của cơ thể nữa. Vì vậy, người ta có thể định nghĩa: *Suy tim là trạng thái bệnh lý trong đó cung lượng tim không đủ đáp ứng với nhu cầu của cơ thể về mặt ôxy trong mọi tình huống sinh hoạt của bệnh nhân.*

1.2. Sự thường gặp

Suy tim là hậu quả của nhiều bệnh tim mạch như bệnh van tim, bệnh cơ tim, bệnh mạch vành, bệnh tim bẩm sinh và một số bệnh khác có ảnh hưởng nhiều đến tim. Theo Gibson thì tỷ lệ suy tim tăng dần theo năm, năm 1968 tỷ lệ suy tim là 2, 2%, tuy nhiên đến năm 1983 tỷ lệ này đã là 4%. Tỷ lệ mắc bệnh ở nam giới là 3, 7%, nữ 2, 5%, nhưng khi trên 60 tuổi tỷ lệ này ở nam và nữ gần tương đương nhau. Ở người trẻ thường gặp suy tim do thấp tim, theo Phạm Gia Khải và cộng sự (2001) trong tổng số những bệnh nhân bị thấp tim thì lứa tuổi 16 - 45 chiếm tỷ lệ 77, 5% và ở những bệnh nhân này nếu thực hiện tốt phòng thấp thì hầu như không có những đợt thấp tiến triển. Như vậy nếu ở tuyến y tế cơ sở, nếu làm tốt công tác phòng thấp trong cộng đồng sẽ làm giảm đáng kể tỷ lệ suy tim do thấp. Còn ở người già nguyên nhân gây suy tim thường gặp là tăng huyết áp, tăng huyết áp ở lứa tuổi trên 60 có biến chứng tại tim mạch chiếm tỷ lệ 63, 3% (Nguyễn Đức Sơn và CS - 2001). Tại Việt Nam, theo một nghiên cứu thăm dò (10/2001- 10/2002) của Viện Tim mạch Việt Nam được tiến hành tại xã Phú Thượng (Hà Nội) và xã Linh Sơn (Thái Nguyên) thì tỷ lệ suy tim ở người trưởng thành là vào khoảng 13, 6%.

Suy tim có thể gặp suy tim phải hoặc suy tim trái, nhưng cũng có thể gặp suy tim toàn bộ (suy tim 2 buồng).

2. Suy tim phải

2.1. Nguyên nhân

Bao gồm các nguyên liệu gây cản trở trên đường tổng máu, tăng gánh tồn thương trực tiếp cơ tim thất phải.

* Tăng gánh cơ học

- Tăng gánh tâm thu

+ Tăng áp lực động mạch phổi tiên phát hoặc thứ phát: hen phế quản, khí phế thũng, xơ phổi, giãn phế quản, dày dính màng phổi.

+ Hẹp van - phễu động mạch phổi, bệnh Fallot, hội chứng Eisenmenger.

+ Suy tim trái lâu ngày.

+ Hẹp van 2 lá là nguyên nhân hay gặp nhất.

- Tăng gánh tâm trương: hở van 3 lá, hở van động mạch chủ, thông liên thất, thông liên nhĩ...

* Tổn thương cơ tim: bệnh cơ tim giãn, bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ...

* Viêm màng ngoài tim co thắt, tràn dịch màng ngoài tim: gây tình trạng ứ máu ngoại biên giống suy tim phải, nhưng không có tổn thương thực thể tế bào cơ tim.

2.2. Triệu chứng

2.2.1. Cơ năng

- Khó thở: khó thở từ từ, tăng dần theo mức độ suy tim.

- Tím: thường là tím ở ngoại biên do ứ máu, tím ở niêm mạc môi, lưỡi, ngoài da.

2.2.2. Thực thể

- Gan to: giai đoạn đầu gan to 2 thùy mềm mặt nhẵn, ấn tức. Gan co nhỏ lại khi nghỉ ngơi hoặc sau điều trị gọi là gan "đàn xép". Giai đoạn sau mật độ gan trở nên cứng chắc hơn, không co nhỏ lại nữa gọi là xơ gan tim.

- Tĩnh mạch cổ to, nổi ngoằn ngoèo, đập mạnh nhất là khi bệnh nhân nằm.

- Phản hồi gan tĩnh mạch cổ (+).

- Phù: xuất hiện muốn, phù mềm, ấn lõm xuất hiện đầu tiên ở chân, sau phù toàn thân có thể tràn dịch màng bụng, tràn dịch màng phổi.

- Phổi: nghe thấy ran ẩm ở hai đáy phổi.

- Thận: đái ít, lượng nước tiểu dưới 400ml/ngày.

- Nghe tim thấy có các tiếng tim bệnh lý tùy thuộc vào nguyên nhân suy tim. Ngoài ra có thể nghe được:

+ Nhịp tim nhanh, nhịp ngựa phi phải sát mũi ức.

+ Tiếng thổi tâm thu do hở van 3 lá cơ năng.

+ Tiếng thổi tâm trương do giãn vòng van động mạch phổi cơ năng (tiếng thổi Graham Stell). Nghe rõ ở khoang liên sườn II trái.

- Dấu hiệu thượng vị đập (dấu hiệu Hartzel) do dày thất phải.

2.2.3. Cận lâm sàng

- Chụp phim tim phổi.

+ Tư thế thẳng: cung dưới phải to ra làm mỏm tim bị đẩy lên cao, cung động mạch phổi phồng.

+ Tư thế nghiêng 90^0 : mất khoảng sáng trước tim do thất phải to.

- Điện tâm đồ: trục phải, dày thất phải $RV_1 + SV_5 \geq 11\text{mm}$.

- Siêu âm tim: giãn buồng thất phải, dày thành thất phải, di động nghịch thường vách liên thất, dấu hiệu tăng áp động mạch phổi.

- Đo áp lực tĩnh mạch ngoại biên tăng trên $20\text{cm H}_2\text{O}$.

- Lưu lượng tim giảm (bình thường 4 - 6 lít/phút), chỉ số tim giảm (bình thường 3-3,6 lít/phút/m²).

3. Suy tim trái

3.1. Nguyên nhân: bao gồm các nguyên nhân gây cản trở trên đường tổng máu, tăng gánh nặng và tổn thương cơ tim thất phải.

* Tăng gánh cơ học

- Tăng gánh tâm thu: hẹp van động mạch chủ, hẹp eo động mạch chủ, trong đó tăng huyết áp là nguyên nhân hàng đầu gây suy tim trái.

- Tăng gánh tâm trương hay tăng thể tích: hở van động mạch chủ, hở van 2 lá, thông liên thất, dò động - tĩnh mạch.

* Tổn thương cơ tim: nhồi máu cơ tim, bệnh cơ tim giãn, viêm cơ tim do thấp; do nhiễm độc hoặc nhiễm khuẩn.

* Rối loại độ dày thất trái: bệnh cơ tim phì đại, bệnh cơ tim tắc nghẽn.

* Rối loạn nhịp tim.

3.2. Triệu chứng

3.2.1. Lâm sàng

* Cơ năng:

- Khó thở khi gắng sức là triệu chứng thường gặp nhất, lúc đầu khó thở khi gắng sức, về sau khó thở cả khi nghỉ ngơi bệnh nhân phải ngồi dậy để thở.

- Khó thở từng cơn, đột ngột, dữ dội kịch phát, diễn hình là cơn hen tim và phù phổi cấp.

+ Con phù phổi cấp: khó thở xuất hiện đột ngột, thường vào ban đêm. Đầu tiên bệnh nhân thấy tức ngực, ho khan từng cơn, khó thở dữ dội cả 2 thì người tím tái, tinh thần kích động, hốt hoảng. Sau đó ho khạc ra bọt màu hồng. Nghe phổi có nhiều ran ẩm nhỏ hạt lúc đầu chỉ có ở 2 đáy phổi về sau tăng nhanh như nước thủy triều dâng lên toàn 2 phổi.

Phù phổi cấp là một cấp cứu nội khoa nếu không được xử trí sẽ tử vong trong vòng 15 - 30 phút. Khi đã xuất hiện cần phải xử trí tức thì, tích cực bằng bóp bóng giàu ôxy, ga rô gốc chi, lợi tiểu, trích huyết khi tình trạng suy hô hấp giảm cần chuyển lên trên.

+ Con hen tim: xuất hiện giống như phù phổi cấp. Người bệnh thở hỗn hển, cảm giác ngột ngạt, thiếu không khí. Mặt và môi tím. Nghe phổi thấy nhiều ran rít và ran ẩm.

Trạng thái này có thể tự khỏi hoặc do điều trị, nhưng cũng có thể nặng lên dẫn tới con phù phổi cấp.

* Thực thể:

- Nghe nhịp tim nhanh, tiếng tim nhỏ, có thể nghe thấy ngựa phi trái ở mỏm tim.

- Tiếng thổi tâm thu cơ năng nghe tại mỏm do hở van 2 lá cơ năng, ít lan.

- Phổi: 2 bên nghe thấy đầy ran nổ, ran ẩm.

- Huyết áp tụt, đặc biệt là huyết áp tối đa.

3.2.2. Cận lâm sàng

- Chụp Xquang tim phổi thẳng: bóng tim to, cung dưới trái giãn, mỏm tim chúc xuống cơ hoành. Phổi mờ do ứ máu, nhất là vùng rốn phổi, có nhiều đường Kerley B (biểu hiện của phù tổ chức kẽ).

- Chụp Xquang tim phổi nghiêng 90°, thấy mất khoảng sáng sau tim.

- Điện tâm đồ: trục trái, dày thất trái: chỉ số Sokolow - Lyon $RV_5 + SV_1 \geq 35\text{mm}$.

- Siêu âm tim: buồng thất trái giãn, dày thất trái, phân số tổng máu giảm.

4. Suy tim toàn bộ

4.1. Nguyên nhân: bao gồm tất cả các nguyên nhân gây suy tim phải và suy tim trái. Ngoài ra còn có các nguyên nhân khác như: thoái hoá cơ tim, thấp tim toàn bộ, thiếu máu nặng kéo dài, thiếu vitamin B1, cường giáp trạng.

4.2. Triệu chứng: bao gồm các triệu chứng của suy tim phải và suy tim trái, hay là bao gồm 2 hội chứng ứ trệ tiểu tuần hoàn và ứ trệ đại tuần hoàn. Gồm có 5 triệu chứng chính, 7 triệu chứng phụ:

* 5 triệu chứng chính:

- Khó thở thường xuyên, khó thở kể cả khi nghỉ ngơi
- Phù toàn thân, có thể tràn dịch các màng và cổ chướng.
- Gan to nhiều phản hồi gan tĩnh mạch cổ (+).
- Chiều Xquang thấy tim to toàn bộ.
- Ứ trệ tiểu tuần hoàn (khó thở cơn, ho ra máu, phổi có ran ẩm, Xquang rốn phổi đậm do ứ huyết).

* 7 triệu chứng phụ:

- Mạch nhanh, yếu.
- Mau mệt.
- Áp lực tĩnh mạch cao.
- Tốc độ tuần hoàn chậm lại.
- Mất khả năng lao động.

Nói chung, suy tim toàn bộ thường biểu hiện nổi bật bằng các triệu chứng của suy tim phải ở thể nặng.

HỘI CHỨNG VAN TIM

Màng trong tim thường bị tổn thương sau bệnh thấp tim. Trong các hội chứng van tim dưới đây, chúng tôi chủ yếu trình bày các triệu chứng thực thể.

1. Hẹp van hai lá

1.1. Triệu chứng thực thể

1.1.1. Sờ mỏm 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.

1.1.2. Nghe tim

* Ở mỏm tim: nghe thấy ba triệu chứng đặc biệt là tiếng rung tâm trương, tiếng thứ nhất đánh, tiếng thổi tiền tâm thu.

- Tiếng rung trong tâm trương, dài, âm độ giống như ta đang vè dùi trống nhỏ trên một mặt trống căng, về đoạn cuối thì tâm trương, do nhĩ bóp tổng nôt phần máu nhĩ xuống làm cho âm sắc tiếng rung nghe giống một tiếng thổi ngắn gọi là thổi tiền tâm thu. Cơ chế phát sinh tiếng rung tâm trương là do máu chảy từ nhĩ trái xuống thất trái qua lỗ van hai lá đã bị hẹp làm cho máu xoáy qua lỗ đi xuống gây ra tiếng rung. Hơn nữa, máu lại va vào các dây chằng và cột cơ trong tâm thất cũng bị cứng do viêm nên tiếng rung này càng nghe rõ.

- Tiếng thứ nhất của tim đánh mạnh vì các lá van bị chai cứng nên khi đóng van các mép van chạm vào nhau sinh ra tiếng đánh hơn thường, phần nữa vì trong bệnh hẹp van hai lá, máu trong thất trái không thật đầy, nếu cơ tim còn tốt sẽ bóp rồi tổng máu đi nhanh, tiếng nghe gọn hơn trong trường hợp cơ tim co bóp chậm. Yếu tố này góp phần làm cho tiếng thứ nhất đánh.

* Ở ổ động mạch phổi: nghe thấy tiếng thứ hai đánh mạnh và tách đôi. Tiếng thứ hai đánh vì trong bệnh hẹp van hai lá, máu ứ ở nhĩ trái, từ đó cản trở máu tĩnh mạch phổi khó về nhĩ trái và áp lực máu động mạch phổi tăng lên, áp lực này tác động lên các lá van khi van đóng ở đầu thì tâm trương làm cho tiếng tim thứ hai đánh mạnh. Tiếng thứ hai tách đôi cũng vì áp lực động mạch phổi tăng, tâm thất phải khi bóp phải sử dụng một công lớn để thắng áp lực ấy rồi tổng máu từ thất phải qua động mạch phổi thời gian tâm thu của thất phải do đó lâu hơn so với thời gian

tâm thu thất trái (lúc đó vẫn không bị ảnh hưởng gì), do đó hai van động mạch chủ và động mạch phổi đóng không đồng thời làm cho tiếng tim thứ hai tách ra hẳn nhưng thường gặp là thấy tiếng thứ hai tách không hoàn toàn nghĩa là phần cuối của tiếng thứ nhất trùng với phần đầu của tiếng thứ hai, trên tâm thanh đồ sẽ thấy hai phần sóng cái răng lược vào nhau, chỗ các làn sóng âm trùng nhau, biên độ thấp, còn chỗ hai tiếng, biên độ cao hơn.

1.2. Triệu chứng Xquang: (Xem thêm phần khám tim bằng các phương tiện cận lâm sàng, Xquang tim mạch).

1.2.1. Hình ảnh chiếu thẳng

- Bờ phải: cung dưới sẽ thành hai đường viền do nhĩ trái to.
- Bờ trái: hình 4 cung từ trên xuống:
 - + Cung động mạch chủ.
 - + Cung động mạch phổi.
 - + Tiểu nhĩ trái bình thường ở sau tim.
 - + Tâm thất trái.
- Vùng bóng mờ giữa tim: có bóng đậm của nhĩ trái, đậm hơn cả phần thất trái.
- Rốn thổi rất đậm.

1.2.2. Hình soi nghiêng 90 độ trái

Sẽ thấy bóng nhĩ trái to đè bẹp vào thực quản, muốn thấy rõ triệu chứng này, người ta cho người bệnh uống thuốc có bari sulfat (là chất cản quang khi soi Xquang tim, ta sẽ thấy thực quản bị ép rõ rệt).

2. Hở van hai lá

2.1. Triệu chứng thực thể

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.
- Lấn 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.
- Nếu sờ thấy tiếng rung miu tâm thu trong bệnh hở van hai lá là tiếng thổi thực thể điển hình, cần phân biệt với tiếng thổi chức năng (xem phần nghe tim) khi chẩn đoán bệnh.

Cơ chế phát sinh tiếng thổi tâm thu này: trong thì tâm thu hai tâm thất co bóp tổng 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 tổng máu đi mạnh nên tiếng thổi này có tính chất mạnh: âm thô, lan xa như đã nêu trên.

3. Hở lỗ van động mạch chủ

3.1. Triệu chứng thực thể

3.1.1. Ở tim

- Nhìn thấy mòm tim đập mạnh.
- Sờ thấy mòm 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 mòm tim.

Cơ chế tiếng thổi tâm trương này: khi tâm trương, bình thường van động mạch chủ đóng lại. Máu dồn ra ngoại vi, không trở lại tâm thất được, trong khi đó máu từ hai tâm nhĩ đổ về hai tâm thất để chuẩn bị cho tim bóp lúc tâm thu tiếp theo, ở đây van động mạch chủ không đóng kín nên mỗi thì tâm trương một phần máu từ động mạch chủ chảy về thất trái qua lỗ hở phát sinh tiếng thổi tâm trương.

3.1.2. Ở ngoại vi

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

- Mạch cổ nảy và đập mạnh làm cho đầu người bệnh hay gật gù (dấu hiệu Musset).

- Mạch đập mạnh, biên độ lên nhanh và chìm mau (mạch nảy mạnh, chìm sâu - mạch Corrigan).

- Áp nhẹ ống nghe vào động mạch lớn như động mạch đùi, ta sẽ nghe thấy tiếng thổi đôi ngấn.

- 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:

+ Thấy rõ dấu hiệu nhấp nháy ở đầu móng tay (mạch mao mạch) vì móng tay có màu đỏ hơn khi tâm thu xen kẽ nhịp nhàng 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 số huyết áp rất lớn, ví dụ tối đa 150mmHg, tối thiểu 20mmHg, độ chênh lệch huyết áp: 150mmHg – 20mmHg: 130mmHg.

3.2. Triệu chứng Xquang

- Tim bóp rất mạnh.

- Cung dưới thất trái (thất trái) to ra, mỏm tim chúc xuống, điểm G' thấp và lệch ra ngoài.

- Cung trên trái (cung động mạch chủ) cũng to ra, lấn át một phần cung giữa trái.

4. Hẹp 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.

4.1. Triệu chứng thực thể

4.1.1. Ở tim

- Sờ vùng liên sườn hai phải gần sát xương ức thấy rung miu trong thì tâm thu.

- Gõ: ở giai đoạn bệnh tiến triển có thể thấy diện đục ở tim trái to ra.

- Nghe: thấy một tiếng thổi tâm thu to ở ổ động mạch chủ, lan từ cạnh ức lên phía xương đòn phải, ở đây tiếng thứ hai mờ hoặc mất.

4.1.2. Ở ngoại vi

Thấy mạch nhỏ, đo huyết áp có thể gặp khoảng yên lạng trên huyết áp tâm trương (còn gọi là “lỗ thùng huyết áp” trên tâm trương).

4.2. Triệu chứng Xquang

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.

5. Hẹp van động mạch chủ

Thường là tật bẩm sinh, bệnh này ít gặp.

5.1. Triệu chứng thực thể

- Mỏm tim đập lệch ra phía ngoài, nhiều trường hợp thấy đập ở vùng thượng vị (vì tâm thất phải to ra do phải làm việc nhiều để thắng áp lực lớn trong động mạch phổi).

- Sờ vùng liên sườn 2 hay 3 cạnh ức trái thấy rung miu tâm thu.

- Nghe ở động mạch phổi thấy một tiếng thổi tâm thu to, thô ráp, lan lên gần đến trên xương đòn trái, có thể lan xuống và ra lưng sau. Đồng thời tiếng thứ hai của tim mờ và mất hẳn.

5.2. Triệu chứng Xquang

Do tâm thất phải to ra, mỏm tim đẩy lên các bóng tim giống hình chiếc hải. Cung giữa trái thường nổi to và đập (do động mạch phổi giãn to ở sau chỗ hẹp).

6. Hở van động mạch phổi

Van động mạch phổi hở hoặc vì bản thân van bị tổn thương hoặc vì một bệnh khác làm giãn rộng tâm thất phải hoặc giãn động mạch phổi làm cho lỗ động mạch phổi bị hở mặc dù van không tổn thương. Hở van động mạch phổi rất ít gặp.

6.1. Triệu chứng thực thể

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.

6.2. Triệu chứng Xquang

Tim có hình ảnh phì đại tâm thất phải.

7. Hở van ba lá

Rất ít gặp loại hở do tổn thương van mà thường gặp loại hở van ba lá chức năng do tâm thất giãn rộng (ví dụ trong bệnh hẹp van hai lá, các thể suy tim do bệnh phổi).

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 đập này, ấn gan thấy tĩnh mạch cổ nổi to hơn.

8. Hẹp van ba lá

Rất ít gặp, bao giờ có thì nhất thiết đi kèm với hẹp van hai lá chứ không có đơn độc.

Triệu chứng chính là nghe được tiếng rung tâm trương ở ổ van ba lá. Triệu chứng Xquang thấy bóng hai nhĩ phải, trái nở to và hình ảnh phì đại thất phải.

KHÁM BỘ MÁY HÔ HẤP

1. 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 và các cơ hô hấp. Đồng thời phải kiểm tra các bộ phận liên quan.

2. Cách khám lâm sàng bộ máy hô hấp, các biểu hiện sinh lý, bệnh lý thường gặp

2.1. Khám toàn thân

2.1.1. Tư thế người bệnh

Tốt nhất là tư thế ngồi. Người bệnh cởi áo tới thắt lưng, nếu khám vùng trước ngực và lưng, hai cánh tay nên để buông thõng. Khám vùng nách và mạng sườn, hai tay giơ cao trên đầu. Nếu người bệnh không ngồi được, có thể khám ở tư thế nằm và nghiêng. 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 phì phò bằng miệng.

2.1.2. Khám toàn thân

Nhìn da và niêm mạc, vẽ mặt, lồng ngực, ngón tay, ngón chân, nhịp thở. Thầy thuốc có thể thay đổi tư thế người bệnh để quan sát rõ hơn.

* *Da và niêm mạc:*

- *Màu da:* da đen tuyền màng có thể gặp ở người lao động nặng, da và niêm mạc tím, kèm khó thở, phù, gặp ở người suy tim.

- *Các tổn thương ở da:* cần nhận định đặc điểm của tổn thương để xác định nguyên nhân, 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.

- *Phù:* phù cục bộ theo kiểu áo khoác là dấu hiệu chèn ép trung thất, phù ở một bên, ở đáy lồng ngực gặp trong viêm mũ màng phổi. Một khối u ở lồng ngực đập theo mạch, hướng tới túi phình động mạch chủ hay một khối mũ.

- *Hệ thống hạch*: 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, do một bệnh về máu, hay do ung thư hạch hoặc di căn của một loại bệnh ung thư, như ung thư phế quản, dạ dày.v.v...

** Các móng và ngón tay, ngón chân:*

Móng tay, móng chân khum như mặt kính đồng hồ, có khi cả đầu ngón tay và ngón chân đều to bè như dùi trống, thường gặp trong nung mù mạn tính như áp - xe phổi, trong bệnh tim - phổi mạn tính, trong hội chứng Pierre Marie mà nguyên nhân phần lớn là u phổi.

** Về mặt:*

- Khó thở: cánh mũi đập, mồm có thể há ra khi hít vào, các cơ trên móng, dưới móng, cơ ức - đòn - chũm 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 mũi ức.

- 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 nên 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, lỗ mũi hếch 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.

2.2. Khám đường hô hấp trên

Là khám từ mũi tới thanh khí quản. Lần lượt khám: mũi họng, thanh quản.

Không thể bỏ qua thì khám này được, vì trong nhiều trường hợp, nguyên nhân bệnh lý ở đường hô hấp trên, không khám toàn diện không có thể có hướng điều trị đúng được, việc thăm khám đơn giản ở mọi cơ sở đều có thể làm được: ở một đứa trẻ, sốt, ho, khó thở, có thể là triệu chứng gợi ý ta khám kỹ họng, tìm tuyến hạnh nhân, hay V.A to, có khi giả mạc bạch hầu mà nếu không nhận xét kỹ, rất dễ bỏ qua. Một người có khi khó thở kiểu hen phế quản, phải được khám đường hô hấp trên, vì có cơn khó thở đó là do viêm thất thanh - khí quản.

2.3. Khám lồng ngực

Là phần quan trọng trong thăm khám lâm sàng về hô hấp.

2.3.1. 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.

** Phía trước:*

Chiều dọc: kẻ 3 đường thẳng.

- + Đường giữa: là đường kẻ dọc qua chính 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, song song với 2 đường trên.

Chiều ngang: từ trên xuống dưới, người ta chia ra:

+ Hố trên đòn: hình tam giác, đáy là xương đòn, bờ ngoài là bờ trước cơ thang, bờ trong là bờ sau cơ ức - đòn - chũm.

+ Hố dưới đòn: ranh giới phía trên 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 2 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 và thuận lợi cho việc mô tả.

*** Phía sau**

Chiều dọc, kẻ 2 đường thẳng.

- + Đường giữa: nối liền các móm gai cột sống.
- + Đường bên: đi dọc bờ trong xương bả vai, song song với đường giữa.

Chiều ngang, kẻ 2 đường thẳng.

- + Đường nối móm gai 2 xương bả vai.
- + Đường nối 2 móm xương bả vai.

Các đường trên phân chia lưng ra 3 vùng: trên, giữa và dưới, mỗi vùng lại chia ra 2 vùng: trong và ngoài.

+ 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 ở 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.

*** Phía bên**

Kẻ 3 đường song song

- + Đường nách trước: kẻ dọc bờ trước của hố nách, hay là bờ ngoài cơ ngực to.
- + Đường nách sau: kẻ dọc bờ sau hố nách, hay là bờ ngoài cơ lưng to.

+ Đường nách giữa: kẻ từ đỉnh hố nách song song với 2 đường trên.

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.

2.3.2. Khám lâm sàng

* *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.

- *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.

- *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 những nốt to ở chỗ tiếp xúc giữa xương 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 sang 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 phồng ở dưới do gan, lách to, cổ trướng.

+ Viêm cơ, u xương ức, xương sườn, cột sống: gây ra khối u ở một vùng trên lồng ngực.

- *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*: chia ra ba loại:

+ *Kiểu trên*: gặp ở phụ nữ, do phần trên của lồng ngực hoạt động mạnh hơn. Hiện tượng này 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 thở trên thay đổi trong một số trường hợp bệnh lý: đau thần kinh gian sườn trên làm cho phụ nữ phải thở chủ yếu bằng cơ hoành, trong tràn dịch màng phổi trên cơ hoành, nam giới lại 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 màng phổi.

Tắc ở đường hô hấp trên (thanh, khí quản), thở có tiếng khò khè và khi nhìn sẽ thấy co kéo trên và dưới ức: cơ chế của hiện tượng này là vì có chèn ép, trong thì hít vào, áp lực trong lồng ngực dưới tác dụng các cơ hô hấp càng trở lên 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 vòng to lên khi thở ra là dấu hiệu của tràn mủ màng phổi thoát ra ngoài, hoặc hiếm gặp hơn là 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.

* *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, người ta hay dùng thước dây. Đo lồng ngực, theo Hirtz có 3 mốc:

+ Ngay dưới hố nách.

+ Trên đường ngang qua núm vú.

+ 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 cố. Đối với phụ nữ, nên đo ở đường qua hai hố nách.

- Người ta coi là bình thường khi 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 mỏm gai các đốt 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...

* *Sờ*: nhằm thăm dò hình thái và động tác hô hấp, mà chủ yếu là sự dẫn truyền của rung thanh qua xúc giác.

Rung thanh xuất phát từ dây âm thanh, 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 yếu hơn người gầy.

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". Nếu tiếng rung mạnh và nếu muốn phân tích tỉ mỉ rung thanh ở một vùng thì dùng cạnh bàn tay hoặc đầu các ngón tay, nhưng cũng đặt ở vị trí đối xứng. Khám lồng ngực ta cần phải so sánh các vùng đối xứng mới có thể nhận xét được những thay đổi bệnh lý vì do những sự khác nhau về giải phẫu và sinh lý, người ta không thể quy định những tiêu chuẩn cụ thể về mặt âm học đối với hô hấp chung cho tất cả mọi người được.

- *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 có thể 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.v.v...

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 hoặc sang 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 giảm:* trong các trường hợp không có khí ở phổi do chèn ép hoặc kém thông khí do nhu mô phổi kém co giãn như giãn phế nang và trong tất cả các trường hợp có chướng ngại vật ngăn cách nhu mô phổi với thành ngực như: tràn dịch, tràn khí ở màng phổi.

+ *Rung thanh không thay đổi:* nếu tổn thương ở phổi không rộng lớn và ít ảnh hưởng tới tính chất 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.v.v...

Do đó, chúng ta cần phải kết hợp nhiều phương pháp trên lâm sàng để có chẩn đoán đúng.

* *Gõ:* nhằm đánh giá độ vang của phổi, một tổ chức rỗng, để biết những thay đổi của nó trong các trường hợp bệnh lý.

- *Phương pháp gõ:*

Có hai phương pháp: trực tiếp và gián tiếp.

+ *Phương pháp gõ trực tiếp:* dùng các ngón tay gập khum tại, 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 được kỹ 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 thì dùng các ngón bàn tay bên kia 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 3 gõ thẳng góc với đốt giữa ngón trái. Chú ý khi gõ phải chuyển động cổ tay hoặc khớp bàn tay với ngón tay. Gõ nhẹ khi muốn thăm dò phần nông ở 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.

- *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 3 thành phần: cường độ, âm độ, âm sắc.

Thay đổi bệnh lý: có thể làm thay đổi riêng rẽ từng thành phần của tiếng gõ, nhưng trong đa số trường hợp, cường độ, âm độ và âm sắc đều thay đổi. Có thể gặp:

+ *Tiếng gõ vang*: 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 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.

+ *Tiếng gõ đục*: bình thường nếu thành ngực dày quá, tiếng 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.

* *Giá trị của gõ*: gõ có thể phát hiện được vùng tổn thương tương đối rộng, 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.

* *Nghe*: là phương pháp cho ta nhiều tài liệu nhất trong khi khám thực thể phổi, có nhiều tổn thương mà chỉ có nghe mới 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 khác và cả Xquang nữa, cũng không thể thấy được.

* *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 cẳng, nhưng cũng có loại có bốn cẳng, cho hai hoặc bốn người nghe.

Thầy thuốc nghe tất cả các vùng đối xứng, không quên hố nách.

* *Kết quả*

- *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 thấy rõ ở vùng thanh quản khí quản, vùng xương ức, cạnh ức và khoảng liên bả cột sống. Tiếng thở thanh khí quản bắt nguồn từ thanh môn, một khoảng hẹp trên đường đi của không khí.

+ Không khí đi qua phế quản cuối, vùng có cơ Reissens, 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 khi thở ra nên ta nghe thì hít vào dài hơn thở ra, nhưng thực ra, phân tích trên phế đồ, ta thấy thì thở ra dài hơn hít vào 2 - 3 lần.

- *Hô hấp bệnh lý*:

+ *Thay đổi về cường độ*: Trừ trường hợp người gầy, trẻ em thành ngực mỏng, hoặc người vừa hoạt động mạnh, hồi hộp, tiếng thở mạnh, ta thấy cường độ thở lớn ở vùng phổi lành, hoạt động bù phổi tổn thương. Hiện tượng này kèm theo tăng rung thanh và gõ trong.

Tiếng thở 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.

+ *Thay đổi về nhịp thở*: có thể do sinh lý hoặc bệnh lý.

- Thay đổi về tần số: thở nhanh, hồi hộp, hoạt động mạnh, viêm phổi đốm, lao kê ở phổi, tràn dịch nhiều ở màng phổi.

- Thở chậm, thở không đều: gặp trong các trường hợp có rối loạn ở hành tuỷ như hôn mê do urê huyết cao, do đái tháo đường.

+ Nhịp thở Kusmaul: người bệnh thở chậm, hít vào, nghỉ, thở ra, nghỉ rồi lại tiếp tục như trên.

+ Nhịp thở Cheyne - Stokes: thở tăng dần biên độ, nhịp đều rồi thở giảm dần cường độ, sau đó nghỉ ít hoặc nhiều. Rồi lại tiếp tục như trên.

+ *Thay đổi tỷ lệ hít vào và thở ra*: thở ra dài hơn hít vào: hiện tượng "đảo ngược nhịp hô hấp" này gặp trong hen phế quản, giãn phế nang...

Tiếng thở 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 trong hô hấp. Viêm phế quản, gây tắc không hoàn toàn các nhánh phế quản.

+ *Thay đổi về âm độ*: thường đi kèm với thay đổi về âm sắc.

* Âm độ thấp: tiếng thở trầm, thô, rấp.

* 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 phế nang cũng mạnh.

+ *Thay đổi về âm sắc*: tiếng thở thô rấp gặp trong viêm phế quản hoặc các tổn thương khác ở khu mô phổi: 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... Kết hợp với các triệu chứng phổi hợp khác khi thăm khám, các tiếng đó góp vào những hội chứng.

+ *Thay đổi 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 tiếng 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.

Tiếng nói: người bệnh phải nói khá to, phát những âm vang, mỗi khi thầy thuốc đặt ống nghe lên thành ngực.

+ *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 thâm*: tiếng đếm thâm nghe rõ như xuất phát từ ngực người bệnh. Hay gặp trong hội chứng hang. Tiếng ngực thâm 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 vang 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 như tiếng nói. Người ta còn lợi dụng tiếng ho để chẩn đoán phân biệt tiếng rên bọt và tiếng cọ màng phổi sau khi ho, tiếng rên bọt mất đi, tiếng cọ vẫn còn.

HỘI CHỨNG TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI

1. Định nghĩa

Tràn khí màng phổi là hiện tượng không khí tràn vào khoang màng phổi tách lá thành và lá tạng ra tạo một khoang chứa khí. Không khí có thể xâm chiếm toàn bộ khoang màng phổi gọi là tràn khí màng phổi toàn bộ, hoặc có thể chỉ khu trú ở một phần gọi là tràn khí màng phổi cục bộ.

Hiện tượng tràn khí màng phổi thường là bệnh lý nhưng cũng có trường hợp bơm không khí vào để điều trị.

Tràn khí màng phổi là cấp cứu thường gặp cả trong nội khoa và ngoại khoa. Theo Hoàng Minh, từ 1990 - 1994 tại Viện Lao - Bệnh phổi Trung ương cấp cứu tràn khí màng phổi chiếm 20,12%, đứng thứ 3 sau ho ra máu và tràn dịch màng phổi.

2. Triệu chứng

2.1. Tràn khí màng phổi toàn bộ

Các triệu chứng điển hình, phong phú.

2.1.1. Cơ năng

- Đau chói ở ngực: xuất hiện đột ngột, bệnh nhân thấy đau chói ở ngực, đau như xé phổi.

- Khó thở: xuất hiện ngay sau khi đau ngực khó thở 2 thì, thở nhanh nông, lượng khí thoát vào khoang màng phổi càng nhiều bệnh nhân càng khó thở.

2.1.2. Toàn thân

Bệnh nhân thường trong tình trạng sốc: Da xanh tái, vã mồ hôi, mạch nhanh, huyết áp giảm.

2.1.3. Thực thể

Trong tràn khí màng phổi toàn bộ triệu chứng thực thể thường rất rõ ràng biểu hiện:

* Nhìn: Lồng ngực bên bị tràn khí bất động, các khoang liên sườn giãn rộng, lồng ngực căng hơn bình thường, có sự co kéo các cơ hô hấp.

* Sờ: rung thanh mất

* Gõ: tiếng gõ vang trống

* Nghe: rì rào phế nang mất

Ba triệu chứng rung thanh mất, gõ vang trống, rì rào phế nang mất, tạo thành tam chứng Galliard, rất có giá trị để phát hiện tràn khí màng phổi trên lâm sàng.

Ngoài ra, khi nghe chúng ta còn có thể thấy: tiếng thổi vò, tiếng vang kim khí, tiếng vang vò của tiếng nói và tiếng ho nhưng không thường xuyên và xuất hiện muộn.

* Một số triệu chứng do thay đổi vị trí các cơ quan:

- Mất vùng đục của gan trong trường hợp tràn khí màng phổi phải.
- Mất tiếng gõ đục vùng trước tim trong trường hợp tràn khí màng phổi trái.

2.1.4. Triệu chứng Xquang

Chiếu hoặc chụp lồng ngực tư thế thẳng. Thấy bên tràn khí có hình ảnh:

- Phế trường quá sáng, mất hết các vân phế quản.
- Khoang liên sườn giãn, xương sườn nằm ngang.
- Phổi bị ép lại thành một cục xẹp sát rốn phổi.

Có hiện tượng đẩy: cơ hoành bị đẩy xuống dưới, trung thất bị đẩy sang bên lành.

2.1.5. Triệu chứng áp lực kế

Có giá trị chẩn đoán xác định, giúp cho điều trị và tiên lượng bệnh. Thường đo áp lực không khí trong khoang màng phổi bằng máy Kuss có 3 trường hợp.

- Áp lực tràn khí màng phổi bằng áp lực khí trời: tràn khí màng phổi mở, tức là vẫn có lỗ thông giữa khoang màng phổi và không khí bên ngoài.

- Áp lực tràn khí màng phổi thấp hơn áp lực khí trời, tràn khí màng phổi đóng, tức là chỗ thủng đã được gấn lại không khí không vào thêm được nữa.

- Áp lực tràn khí màng phổi cao hơn áp lực khí trời: tràn khí màng phổi có van. Tức là không khí vào khoang màng phổi được, nhưng không ra được cho nên thể tích không khí càng ngày càng tăng, bệnh nhân ngày càng khó thở nếu không cấp cứu kịp thời sẽ tử vong nhanh chóng vì ngạt và sốc.

Nếu tại cơ sở không có máy Kuss có thể dùng bơm tiêm để xác định một cách tương đối áp lực trong khoang màng phổi, kỹ thuật đơn giản dễ áp dụng song rất có giá trị. Chọc kim có gấn với bơm tiêm vào ổ màng phổi, nhận xét:

- Nếu pít tông đứng yên: tràn khí màng phổi mở.
- Nếu pít tông bị hút vào: tràn khí màng phổi đóng.
- Nếu pít tông bị đẩy ra: tràn khí màng phổi có van.

2.2. Trần khí màng phổi cục bộ

Triệu chứng lâm sàng rất kín đáo, thường không phát hiện được ở cơ sở không có Xquang. Nếu kiểm tra Xquang có thể thấy hình ảnh của tràn khí cục bộ: Một hình hơi (sáng hơn bình thường) ở rìa phổi, giữa nhu mô phổi và lồng ngực.

Cần nhận xét góc của hình hơi đó để phân biệt với một hang phổi. Nếu khi chiếu, bệnh nhân ho sẽ thấy tràn khí màng phổi cục bộ thì không nháy còn hang phổi thì sẽ nháy.

2.3. Xác định mức độ nặng của tràn khí màng phổi

Phải xác định sớm, ngay cả khi chưa kịp chụp Xquang phổi để nếu cần có thể giải quyết ngay tình trạng ngạt thở chỉ bằng một kim tiêm chọc vào ổ màng phổi.

Chẩn đoán mức độ nặng chủ yếu dựa vào dấu hiệu suy hô hấp, khó thở và tình trạng toàn thân (ngất xỉu, sốc, suy kiệt).

Mức độ khó thở tùy thuộc mức độ tràn khí nhiều ít, loại tràn khí (tràn khí mở gây ngạt, tràn khí màng phổi có van, tràn khí có màng sườn di động là loại nặng), bệnh phổi sẵn có (nếu là bệnh mạn tính gây giãn phế nang thì gây khó thở nhiều hơn bệnh cấp tính).

3. Nguyên nhân

3.1. Do lao

- Là nguyên nhân thường gặp: chiếm tới 60% các trường hợp, kinh nghiệm cho thấy nếu có tràn dịch màng phổi phối hợp thì thường là do lao.

- Có thể là dấu hiệu mở đầu một quá trình lao, nhưng thường là một biến chứng của lao phổi tiến triển.

3.2. Do ung thư

Thường là loại ung thư ăn vào lòng phế quản gây tổn thương phế quản chỉ nhìn thấy khi soi chụp phế quản, không thể hiện trên phim Xquang. Do vậy, ở cơ sở không có điều kiện soi phế quản khi không tìm thấy nguyên nhân tràn khí, ở người có tuổi, hút thuốc lâu, thuốc lá nhiều (đặc biệt những người hút trên 20 điếu/ngày) phải nghĩ đến nguyên nhân này và gửi bệnh nhân đi soi phế quản để tránh bỏ sót.

3.3. Do chấn thương

Mọi trường hợp bị khó thở, đau ngực sau chấn thương nên chụp Xquang để phát hiện tràn khí.

3.4. Tràn khí tự phát

**Tràn khí tự phát ở người phổi lành:*

- Tràn khí màng phổi xảy ra ở người trẻ, khoẻ mạnh, xuất hiện đột ngột sau gắng sức.

- Tràn khí màng phổi toàn bộ một bên nhưng không tiến triển thành một tràn dịch.

- Rất hay tái phát.

Loại này ít gây khó thở, điều trị đơn giản, tiên lượng tốt.

* *Tràn khí màng phổi ở người có bệnh* (suy hô hấp mạn tính, bệnh phổi phế quản mạn tính...): loại tràn khí này gây khó thở nhiều, điều trị phức tạp, tiên lượng dè dặt.

Trong tràn khí màng phổi không rõ nguyên nhân, thường là tràn khí do vỡ bóng khí giãn phế nang có thể do tổn thương lao có từ trước hoặc những người có bất thường về thể tạng: hội chứng Marfan, thông liên nhĩ... Những người này có loạn dưỡng địa phương nên có các bóng khí, thường ở đỉnh phổi nếu bị vỡ sẽ gây tràn khí. Cũng có thể do viêm phổi phế quản mạn tính, hút thuốc lá lâu ngày... tạo nên các bóng khí khi vỡ gây tràn khí.

Có trường hợp tràn khí màng phổi không rõ nguyên nhân chụp cắt lớp vi tính thấy có giãn phế nang, có thể do bẩm sinh.

HỘI CHỨNG TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI

1. Đại cương

1.1. Nhắc lại về giải phẫu, sinh lý màng phổi

Bình thường màng phổi có 2 lá:

- + Lá thành: lót mặt trong của thành ngực.
- + Lá tạng: bọc sát nhu mô phổi.

Cả 2 lá tạo thành một màng liên tục bao bọc lấy phổi. Giữa hai lá là một khoang ảo gọi là khoang màng phổi. Bình thường trong khoang màng phổi chỉ có một ít dịch đóng vai trò làm chất bôi trơn để 2 lá màng phổi trượt lên nhau được dễ dàng trong động tác hô hấp.

1.2. Định nghĩa

Tràn dịch màng phổi là hiện tượng có dịch ở trong khoang màng phổi quá mức bình thường.

Tràn dịch màng phổi là bệnh lý rất hay gặp, năm 1994 tại khoa cấp cứu hồi sức Viện Lao - Bệnh phổi trung ương có 241 trường hợp tràn dịch màng phổi chiếm tỷ lệ 19, 78% số bệnh nhân vào cấp cứu.

2. Triệu chứng

2.1. Triệu chứng lâm sàng

2.1.1. Toàn thân

* Sốt: nhiều hay ít tùy thuộc vào từng nguyên nhân, cũng có trường hợp bệnh nhân không sốt.

* Mệt mỏi, biếng ăn và gầy sút: có thể thấy dấu hiệu cơ năng không có tính đặc hiệu, gặp trong nhiều bệnh nên ít có giá trị chẩn đoán.

2.1.2. Cơ năng

* Đau ngực: mức độ đau ngực thay đổi tùy từng trường hợp. Đau ở phía ngực có tràn dịch, đau tăng khi vận động và thay đổi tư thế, đau nhói và âm ỉ là biểu hiện của màng phổi bị viêm. Thường đau chỉ khi mới tràn dịch, sau đó giảm dần.

* Khó thở: mức độ khó thở phụ thuộc vào mức độ tràn dịch. Có thể chia 3 mức độ:

+ Mức độ ít (lượng dịch dưới 300ml): Người bệnh chưa có khó thở, đau ngực bên tràn dịch, có xu hướng nằm nghiêng sang bên lành.

+ Mức độ trung bình (lượng dịch từ 300 - 1500ml): Bệnh nhân khó thở nhẹ, có xu hướng nằm nghiêng sang bên tràn dịch.

+ Mức độ nhiều (lượng dịch trên 1500ml): Tình trạng khó thở nổi bật, khó thở nhanh - nông, bệnh nhân phải ngồi dậy để thở.

Như vậy, khai thác kỹ triệu chứng cơ năng và quan sát tư thế bệnh nhân có thể giúp cho việc sơ bộ ước lượng mức độ tràn dịch màng phổi khi chưa có kết quả cận lâm sàng.

* Ho: Bệnh nhân thường ho ngắn, không có đờm (ho khan), từng cơn xuất hiện nhiều khi thay đổi tư thế, mỗi khi ho làm đau ngực và khó thở tăng lên, đau nhói trong lồng ngực, ngột ngạt như muốn nghẹt thở. Trường hợp phổi, phế quản có tổn thương thì ho có đờm.

2.1.3. Thực thể

* Thể điển hình: tràn dịch tự do trung bình hoặc nhiều dịch.

+ Nhìn: Lồng ngực bên tràn dịch phồng hơn bên bình thường, khoang liên sườn giãn rộng, khi thở độ di động của lồng ngực kém hơn bên không có tràn dịch.

+ Sờ: Rung thanh vùng có tràn dịch giảm hoặc mất hoàn toàn. Ngược lại phía trên vùng có tràn dịch hoặc phía không có tràn dịch rung thanh lại tăng có tính chất tương đối. Rung thanh ở vùng có tràn dịch càng xuống dưới càng giảm. Khi sờ cũng có thể cảm thấy cử động của lồng ngực nơi đó giảm khi bệnh nhân thở, cảm giác của da tăng lên, khối cơ cạnh cột sống co cứng hơn phía bên kia. Khi có tràn dịch mù vào thành ngực có thể thấy thành ngực phù nề.

+ Gõ: Tiếng gõ đục rõ rệt, cảm giác như gõ vào gỗ. Nếu lượng dịch ít gõ chỉ hơi đục. Khi đổi tư thế vùng gõ đục cũng thay đổi (dấu hiệu chênh mực của Pitres) chứng tỏ dịch di động tự do, không bị đóng khoang. Nếu dịch không quá nhiều, gõ nhiều vùng của thành ngực có thể thấy vùng đục tương ứng với đường cong Damoiseau, đỉnh ở vùng nách. Nếu dịch quá nhiều, cả một bên lồng ngực gõ đục. Như vậy việc gõ tỷ mỉ rất có giá trị để dự đoán mức dịch trong khoang màng phổi trên lâm sàng.

+ Nghe: rì rào phế nang giảm hoặc mất.

Có thể nghe thấy tiếng cọ màng phổi với các đặc điểm: âm sắc thô ráp, trùng với nhịp thở, bảo bệnh nhân nín thở tiếng thì cọ mất (đặc điểm để phân biệt với tiếng cọ màng ngoài tim trong trường hợp tràn dịch khoang màng phổi bên trái). Khi nghe

thấy tiếng cọ màng phổi là dấu hiệu chứng tỏ dịch ít hoặc đã rút gần hết mặc dù không có Xquang.

Ba triệu chứng: rung thanh giảm, gõ đục, rì rào phế nang giảm tạo thành hội chứng 3 giảm rất có giá trị để hướng tới tràn dịch màng phổi trên lâm sàng. Ở những cơ sở không có các phương tiện thăm dò hiện đại, nếu lâm sàng có hội chứng 3 giảm sau khi phân biệt với một số bệnh lý khác có thể dùng kim chọc dò khoang màng phổi để chẩn đoán.

* Thẻ không điển hình: lâm sàng chẩn đoán khó khăn, thường phải nhờ vào các biện pháp cận lâm sàng mới phát hiện được. Có thể gặp một số thẻ sau:

+ Tràn dịch rãnh liên thùy: không gây khó thở rõ rệt, có thể thấy hội chứng 3 giảm lơ lửng ở lồng ngực.

+ Tràn dịch thể cơ hoành: người bệnh đau bụng, nấc, hội chứng 3 giảm không rõ ràng. Trường hợp này dễ nhầm bệnh nhân có bệnh lý ở ổ bụng cần thăm khám kỹ và kết hợp với cận lâm sàng để phân biệt.

+ Tràn dịch thể trung thất: người bệnh khó thở nhiều, có thể thấy tiếng gõ đục ở một vùng cạnh ức hoặc cột sống.

+ Tràn dịch thể nách: người bệnh khó thở ít, có hội chứng 3 giảm khu trú.

2.2. Triệu chứng cận lâm sàng

2.2.1. Xquang

Cần phối hợp chụp Xquang phổi để xác định hình ảnh, vị trí của tràn dịch màng phổi ở trạng thái tĩnh và chiếu Xquang phổi để xác định hình ảnh, vị trí của tràn dịch màng phổi ở trạng thái động. Có thể thấy những hình ảnh sau tùy thuộc vào mức độ dịch có trong khoang màng phổi.

* Thẻ điển hình:

+ Mức độ ít: góc sườn hoành mờ và tù, nếu bệnh nhân hít vào sâu vùng mờ đó cũng không sáng ra (khi chiếu). Trường hợp khó, cho bệnh nhân chụp phim phổi ở tư thế bệnh nhân nằm nghiêng về phía bên tràn dịch sẽ thấy rõ. Chiếu hay chụp Xquang phổi ở tư thế nghiêng (đứng) rất quan trọng vì chụp phim thẳng chỉ phát hiện được những trường hợp có lượng dịch trên 100ml nhất là khi nước màng phổi là dịch thấm, nước trong (dịch rì có tỷ trọng lớn, trên phim Xquang vì có độ cản quang lớn hơn dịch thấm nên dễ phát hiện hơn tràn dịch dịch thấm).

+ Mức độ trung bình: hình ảnh mờ đều vùng màng phổi có dịch, độ mờ tăng lên theo chiều từ trên xuống dưới, bờ trên vùng mờ hình đường cong quay bề lõm hướng lên trên như chiếc chén để ngựa gọi là hình ảnh đường cong Damoiseau, phía giữa vùng mờ có đậm độ đồng đều, các xương sườn trong vùng đó mờ đi, bờ dưới vùng mờ nếu ở bên phải hoà lẫn trong vùng mờ của gan, nếu ở bên trái đầy vòm

hoành trái xuống thấp, đẩy khoảng sáng của bóng hơi dạ dày xuống thấp. Hình ảnh đường cong Damoiseau là dấu hiệu rất có giá trị để chẩn đoán tràn dịch màng phổi trên Xquang.

+ Mức độ nhiều: mờ toàn bộ bên phổi tràn dịch, khoang liên sườn giãn rộng, kém di động, trung thất bị đẩy sang bên đối diện, gan bị đẩy xuống dưới (nếu là tràn dịch bên phải).

* Thở không điển hình (tràn dịch khu trú).

Thấy vùng mờ tương ứng với vị trí tràn dịch:

+ Thở rãnh liên thùy: thấy rãnh liên thùy mờ.

+ Thở cơ hoành: thấy vùng mờ giữa nền phổi và cơ hoành.

+ Thở trung thất: thấy vùng mờ tương ứng làm chiều ngang trung thất rộng ra.

+ Thở nách: thấy hình mờ thuần nhất ở rìa phổi.

Cần chiếu chụp bệnh nhân ở nhiều tư thế để xác định rõ hơn tràn dịch khu trú nhiều ở phía trước hay phía sau.

2.2.2. Chọc dò

* Mục đích:

+ Chẩn đoán xác định tràn dịch màng phổi.

+ Điều trị trong trường hợp bệnh nhân khó thở nhiều.

+ Bước đầu dựa vào màu sắc và tính chất của dịch màng phổi để hướng tới nguyên nhân gây bệnh.

Chọc thăm dò là một kỹ thuật đơn giản, không gây nguy hiểm, dễ tiến hành, có thể làm được ở mọi tuyến, không cần điều kiện, trang thiết bị phức tạp, chỉ cần một kim tiêm nối với một bơm tiêm và hút sao cho không khí bên ngoài không lọt vào khoang màng phổi. Đây là thăm dò tuyệt đối cần thiết, phải làm một cách có hệ thống cho mọi trường hợp nghi ngờ có tràn dịch, trừ khi có rối loạn đông máu nặng.

* Vị trí chọc:

+ Thở điển hình: chọc ở khoang liên sườn VIII hoặc IX trên đường nách sau, chọc ở sát bờ trên xương sườn dưới.

+ Thở không điển hình: vị trí chọc dựa vào vị trí tràn dịch, phải kết hợp với sự hướng dẫn của Xquang hoặc siêu âm.

Để tránh các phản xạ xấu có thể xảy ra khi chọc hút (đau, ngất...) cần chuẩn bị tinh thần cho bệnh nhân trước khi chọc, cho thuốc an thần, giảm đau nếu cần thiết, gây tê trước khi chọc v.v...

Sau khi chọc dò màng phổi hút được dịch cần nhận xét về màu sắc, làm các xét nghiệm sinh hoá, tế bào, vi sinh vật để tìm nguyên nhân.

* Lưu ý: trên lâm sàng có hội chứng 3 giảm mà chọc dò không có dịch cũng chưa loại trừ được tràn dịch vì có thể:

- Chọc sai kỹ thuật
- Dịch đặc và kim chọc bé.

2.2.3. Siêu âm

Là phương pháp thăm dò an toàn, không gây đau, không gây chảy máu và rất có giá trị chẩn đoán. Cho biết độ dày màng phổi, giúp phát hiện các u đặc, phân biệt khối u với tràn dịch đóng kén, có thể hướng dẫn cho việc chọc dò có kết quả. Tuy nhiên giá thành của phương tiện còn cao nên chưa được trang bị rộng rãi.

2.2.4. Chụp cắt lớp điện toán

Có giá trị chẩn đoán cao trong tràn dịch màng phổi ít, tràn dịch màng phổi khu trú. Cho biết được độ dày, độ bồi vôi của màng phổi, vị trí và mối liên quan của tràn dịch với các cơ quan trong lồng ngực, hình ảnh chính xác của các cơ quan này và các tổn thương nếu có. Đây là kỹ thuật hiện đại giá thành cao nên chỉ áp dụng cho những trường hợp không điển hình, lâm sàng và các biện pháp thăm dò khác không chẩn đoán được rõ ràng.

3. Chẩn đoán

3.1. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán xác định tràn dịch màng phổi dựa vào các dấu hiệu sau:

- Lâm sàng: phát hiện được hội chứng 3 giảm.
- Xquang: có hình ảnh tràn dịch khi chiếu, chụp phổi.
- Chọc thăm dò: có dịch khi chọc hút.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

3.2.1. Xẹp phổi

Trên phim Xquang xẹp toàn bộ một bên phổi có hình mờ để nhầm với tràn dịch nhiều, toàn bộ khoang màng phổi. Xẹp thùy dưới để nhầm với tràn dịch vừa hoặc ít. Xẹp phân thùy 4, 5 trên phim nghiêng để nhầm với tràn dịch rãnh liên thùy. Nói chung chẩn đoán xẹp phổi dựa vào hình ảnh co kéo các tạng, các bộ phận về phía phổi xẹp, hình ảnh các hạch, khối u (nguyên nhân gây xẹp phổi từ bên ngoài phế quản) hoặc kết hợp với lâm sàng hình ảnh mờ khi chiếu chụp Xquang xuất hiện sau ho ra máu, sau khi bệnh nhân hít phải dị vật... (nguyên nhân gây xẹp phổi từ trong lòng phế quản).

3.2.2. Các khối u trong lồng ngực

U quái, ung thư phế quản, ung thư trung thất, u nang bào sán, ung thư màng phổi (mesothelioma)... chẩn đoán phân biệt với tràn dịch màng phổi bằng cách chiếu, chụp phổi nhiều tư thế, chụp cắt lớp, siêu âm, soi phế quản... Cần lưu ý các khối u gây tràn dịch, khi đó dễ chú ý đến tràn dịch mà bỏ sót khối u nguyên nhân. Cần chụp phim kiểm tra ngay sau chọc tháo dịch để phát hiện khối u nếu có.

3.2.3. Áp xe phổi

Bệnh nhân có hội chứng nhiễm khuẩn: sốt cao, bạch cầu tăng... , hội chứng đông đặc, hình ảnh áp-xe trên Xquang.

3.2.4. Viêm phổi

Phân biệt với tràn dịch màng phổi bằng hội chứng nhiễm khuẩn, hội chứng đông đặc, hình tam giác của viêm phổi trên Xquang.

Viêm phổi dạng tỳ hoá (viêm phổi tổn thương trên một diện rộng), triệu chứng lâm sàng giống như tràn dịch (có hội chứng 3 giảm) nhưng chọc dò không có dịch.

3.2.5. Dày dính màng phổi

Bệnh nhân có tiền sử tràn dịch màng phổi, chọc thăm dò màng phổi không có dịch, chụp Xquang phổi ở nhiều tư thế không phát hiện được dịch, chiếu Xquang phổi hình mờ không thay đổi khi thay đổi tư thế bệnh nhân...

3.2.6. Xơ hoá lồng ngực

Bệnh nhân có tiền sử lao, chọc thăm dò không thấy dịch màng phổi, Xquang phổi có biểu hiện co kéo (trung thất, vòm hoành bị kéo, khoảng gian sườn hẹp...), chụp nhiều tư thế không phát hiện được dịch màng phổi.

3.3. Chẩn đoán nguyên nhân

Có nhiều nguyên nhân gây tràn dịch màng phổi, người ta thường phải dựa vào màu sắc dịch và phản ứng Rivalta để hướng tới nguyên nhân gây tràn dịch, có thể gặp các nhóm nguyên nhân:

3.3.1. Dịch màu vàng chanh hoặc trong, Rivalta (-)

(Dịch thăm, lượng protein < 30g/l).

Tràn dịch màng phổi chỉ là một triệu chứng của bệnh chính, dịch có thể ở một bên hoặc 2 bên và giảm khi dùng thuốc lợi tiểu. Có 3 nguyên nhân thường gặp:

- Suy tim không hồi phục.
- Hội chứng thận hư.
- Xơ gan.

3.3.2. Dịch màu vàng chanh, Rivalta (+)

(Dịch tiết, lượng protein > 30g/l)

Thường gặp:

* Do lao:

- Thường gặp ở người trẻ, tràn dịch có thể 1 bên hoặc cả 2 bên, lượng dịch có thể nhiều hoặc trung bình.

- Xét nghiệm dịch màng phổi: thấy nhiều tế bào Lympho (tăng > 50%).

- Chẩn đoán xác định:

Làm phản ứng Mantoux.

Tìm BK trong dịch màng phổi.

* Do phản ứng màng phổi cạnh ổ viêm:

- Có thể tại phổi: viêm phổi, lao phổi, nhồi máu phổi.

- Ổ viêm ngoài phổi: viêm tụy cấp; Abscess gan.

Trường hợp này tràn dịch chỉ là triệu chứng và sẽ hết khi điều trị khỏi bệnh chính.

3.3.3. Dịch màu hồng hoặc đỏ

Nguyên nhân:

- Do ung thư nguyên phát tại phổi, phế quản.

- Do ung thư từ nơi khác di căn đến phổi

Dịch màu hồng, có máu không đông.

Dịch nhiều, tái phát nhanh.

Thường gặp ở những người trên 40 tuổi.

Xét nghiệm dịch màng phổi:

+ Có hồng cầu.

+ Có thể thấy tế bào ung thư.

3.3.4. Dịch đục mù

+ Dịch thường màu trắng đục, có thể đặc hoặc lỏng, mùi thối.

Xét nghiệm dịch có nhiều bạch cầu đa nhân thoái hoá.

+ Nguyên nhân: do các ổ áp-xe vỡ vào khoang màng phổi như:

- Áp-xe phổi

- Áp-xe gan

- Áp-xe vùng trung thất

- Nếu dịch màng phổi có màu nâu, không mùi theo kinh nghiệm nghĩ đến nguyên nhân do áp - xe gan do amibe vỡ vào khoang màng phổi.

3.3.5. Dịch dưỡng chấp

- + Dịch thường đục như nước vo gạo, óng ánh, dễ dễ đông.

- + Xét nghiệm: dịch có nhiều protein và cholesterol.

- + Nguyên nhân:

- Do giun chỉ gây tắc hoặc vỡ ống ngực.

- Do các khối u lớn vùng trung thất chèn ép vào ống ngực.

3.3.6. Một số nguyên nhân khác ít gặp

- Do chấn thương lồng ngực.

- Do virus, do ký sinh vật.

- Do khối u lành tính.

- Do bệnh máu ác tính, bệnh hệ lưới, bệnh rối loạn protein huyết.

- Do các bệnh lý tim mạch khác.

- Tràn dịch màng phổi do bệnh collagène và các bệnh tự miễn dịch.

- Tràn dịch màng phổi do điều trị: chiếu xạ, bơm hơi màng phổi, sau phẫu thuật.

HỘI CHỨNG ĐÔNG ĐẶC

1. Định nghĩa

Bình thường nhu mô phổi xốp. Trong một số trường hợp bệnh lý, tỉ trọng của nhu mô phổi tăng lên ở một vùng lớn hoặc nhỏ. Hiện tượng này, khi được thể hiện đầy đủ trên lâm sàng gọi là 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. 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.

Cơ chế hội chứng: khi nhu mô phổi bị viêm, các phế nang vùng tổn thương xung huyết chứa đầy dịch tiết, trở nên đặc và có tỷ trọng cao hơn bình thường. Nếu ta cắt một mảnh phổi bị viêm phổi thùy, bỏ vào cốc nước, sẽ thấy nó chìm xuống đáy cốc chứ không nổi trên mặt nước như phổi không đông đặc. Những thay đổi về cơ thể bệnh giải thích thay đổi về âm học trên lâm sàng, và cũng giải thích hình mờ cản quang của nhu mô đông đặc trên Xquang.

2. Triệu chứng lâm sàng

2.1. Trường hợp điển hình

- Nhìn: không có gì đặc biệt
- Sờ: rung thanh tăng.
- Gõ: đục
- Nghe: rì rào phế nang giảm.

Rung thanh tăng vì nhu mô phổi đặc, rắn lại, nên nên dẫn truyền tiếng rung của thanh âm xa hơn bình thường. Gõ đục vì phế nang chứa nhiều dịch tiết, ít không khí. Rì rào phế nang giảm vì các phế nang bị viêm, nay tiết dịch nên luồng không khí lưu thông bị cản trở.

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.

Ba triệu chứng: rung thanh tăng, gõ đục, rì rào phế nang giảm tạo thành hội chứng đông đặc 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 Xquang.

2.2. Trường hợp không điển hình

2.2.1. Viêm phổi tỳ hoá

Nhu mô phổi đông đặc trên một diện rộng lớn và thể hiện trên lâm sàng những triệu chứng như tràn dịch màng phổi, nhưng chọc dò không có nước. Theo Granche, người đầu tiên tả hiện tượng này (1853). Sau này nhiều tác giả thấy phổi đông đặc kiểu tỳ hoá có nhiều nguyên nhân, như lao, áp xe... Bezancon và De jong giải thích hiện tượng giống tràn dịch màng phổi là do phù màng phổi.

2.2.2. Đông đặc thể trung tâm

Nhu mô phổi đông đặc gần rốn phổi, xa thành ngực, lâm sàng thường không phát hiện được. Ở đây cần thiết phải có Xquang để chẩn đoán.

2.2.3. Đông đặc trong viêm phổi không điển hình

Nguyên nhân có thể dị ứng đối với các ký sinh trùng đường tiêu hoá như giun đũa (hội chứng Loeffler) hoặc do virus, hoặc do Rickettsia. Đặc điểm chung của các trường hợp này là triệu chứng lâm sàng không rõ rệt, chẩn đoán được nhờ chụp Xquang. Bệnh tiến triển thường lành tính, khỏi hẳn sau vài ngày tới vài tuần.

Trong hội chứng Loeffler, trên Xquang thường thấy những đám mờ đều, giới hạn không rõ, rải rác ở hai bên phổi, nhất là vùng dưới đòn. Ngoài ra ở trong máu, có khi chỉ ở tuỷ xương, có khi ở cả trong đờm, có nhiều bạch cầu ưa axit trong máu có thể lên đến 10%, hoặc hơn nữa, tới 65% - 70%. Theo Meyenburg trong vách phế quản và phế nang có tiết dịch rất nhiều bạch cầu ưa axit.

Trong các trường hợp viêm phổi không điển hình khác, Xquang cho một hình ảnh đậm rốn phổi, sau đó hình mờ phát triển ra ngoại vi, tạo nên một tam giác mà đỉnh là rốn phổi. Hình mờ thường nhạt và không rõ giới hạn, thành đám nhỏ, thành dài và ở hai đáy phổi.

2.2.4. 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. Tác hoặc hẹp phế quản do viêm, do hạch to hoặc do ung thư phế quản có thể gây xẹp phổi, phải dựa vào Xquang là chủ yếu. Phải chụp phổi ở tư thế thẳng, nghiêng để xác định vị trí đông đặc; cần soi, chụp phế quản, làm sinh thiết trong khi soi phế quản nếu có thể được để tìm nguyên nhân gây xẹp phổi.

Trường hợp đông đặc co rút ở một vùng rộng lớn, khám có thể thấy:

- Lồng ngực bên tổn thương kém di động, xẹp xuống.
- Rung thanh giảm hoặc mất.
- Gõ đục.
- Rì rào phế nang giảm hoặc mất.

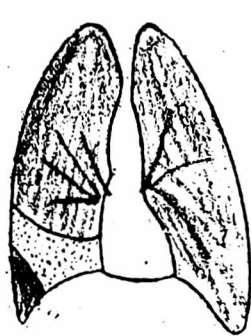
- Triệu chứng thực thể có thể làm cho ta nghĩ tới hội chứng tràn dịch màng phổi, nhưng chọc dò không thấy nước, và khi đo áp lực ổ màng phổi bằng áp kế Kuss, thấy áp lực xuống rất thấp: bình thường -10 tới -20cm H₂O. Ở đây áp lực xuống dưới -20 hoặc thấp hơn nữa. Hiện tượng này là do phổi xẹp, co rút, kéo các tạng lân cận lại: trung thất, cơ hoành, thành ngực bên tổn thương.

3. Triệu chứng Xquang

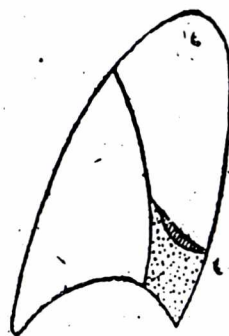
- Chủ yếu là những hình mờ chiếm một vùng hoặc rải rác trên phế trường, hình mờ có thể chiếm một phân thùy, có khi cả một bên phổi. Mật độ hình mờ có thể đều hoặc không đều, ranh giới rõ rệt hoặc không.

- Ngoài ra còn phải quan sát các tạng lân cận: Một hình mờ lớn ở một bên phổi kèm theo co rút cơ hoành, trung thất và các khoảng liên sườn có thể hướng tới chẩn đoán đông đặc co rút. Trái lại, nếu các tạng lân cận bị đẩy ra thì có thể đó là tràn dịch màng phổi.

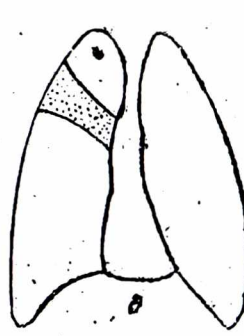
- Chụp Xquang giúp ta xác định kích thước, vị trí của đông đặc và những tổn thương mà đôi khi lâm sàng không phát hiện được. Nhưng Xquang chỉ cho biết hình thái và sự thay đổi hình thái các tổ chức, còn nguyên nhân của sự thay đổi đó phải do lâm sàng kết hợp với các xét nghiệm khác phát hiện ra.



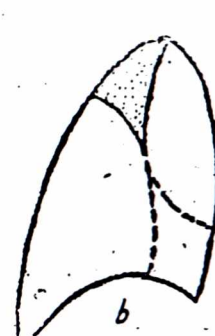
Thẳng



Nghiêng

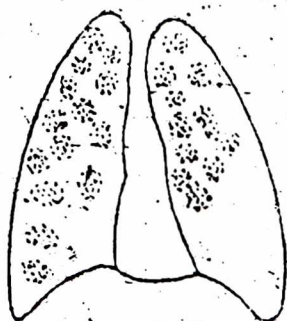


Thẳng



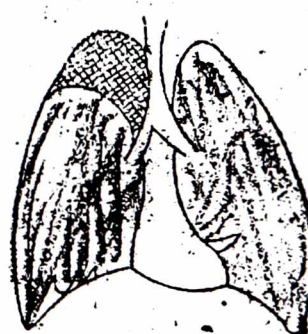
Nghiêng

- Dưới đây là một số hình ảnh thường gặp trong đông đặc phổi:



Đông đặc thùy giữa phổi phải

Đông đặc rải rác hai phổi



Đông đặc thùy bên phổi phải

Đông đặc co rút

4. Nguyên nhân

Có rất nhiều nguyên nhân: viêm phổi không do lao, áp - xe phổi, lao phổi, nhồi máu động mạch phổi, chèn ép phế quản do hạch to, do khối u... đều có thể gây đông đặc phổi.

4.1. 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.
- Kèm theo sốt, có đau nhói một bên ngực
- Ho ít, ho khan, về sau ho khạc đờm màu rỉ sắt.
- Lâm sàng phát hiện được hội chứng đông đặc kèm theo ran nổ nhiều khi có tiếng thổi ống.
- Trong vòng 7 - 10 ngày, hết sốt, đái nhiều, người bệnh khỏi hẳn.

4.2. Áp - xe phổi

Là tình trạng nung 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.

- Giai đoạn đầu: biểu hiện những triệu chứng của viêm phổi thùy hoặc viêm phổi đốm
- Giai đoạn ộc mủ: sau 1 - 2 tuần người bệnh ộc mủ, có thể lẫn máu. Trên lâm sàng nếu ổ áp xe to, gần thành ngực, sau khi ộc mủ có thể thấy tiếng thổi hang hay thổi vò. Xquang thấy hình mờ ở phổi, có nhiều hoặc nhiều ổ.
- Giai đoạn tạo hang: sau khi thoát mủ ra ngoài các triệu chứng bắt đầu giảm, khám lâm sàng thấy hội chứng hang: gõ đục, rung thanh tăng, nghe có tiếng thổi hang, trên Xquang có thể thấy hình hang với mức nước mức hơi.

4.3. Lao phổi

- Gây đông đặc ở một hoặc nhiều nơi trên phổi và tiến triển mạn tính.
- Trên lâm sàng người bệnh có biểu hiện nhiễm lao: sốt dai dẳng về chiều, gầy sút cân.
- Xét nghiệm đờm có thể tìm được trực khuẩn lao.

4.4. Xẹp phổi do chèn ép phế quản

- Trường hợp tiến triển mạn tính: thường thấy hạch to, chèn ép gây xẹp một thùy hoặc một phân thùy phổi, chẩn đoán chủ yếu dựa vào Xquang.

- Trường hợp cấp tính: xẹp phổi do chèn ép đột ngột một phế quản lớn như hít phải một dị vật, cục máu chít 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.

4.5. 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

- Khó thở, đau ngực đột ngột, khạc ra máu tím đen, có khi vã mồ hôi, truy tìm mạch.

- Khám thấy một vùng đông đặc, có khi có tràn dịch nhẹ ở màng phổi

- Xquang thấy hình mờ chiếm một diện nhỏ như một phân thùy phổi.

HỘI CHỨNG TRUNG THẤT

1. Đại cương

1.1. Định nghĩa

Khi có sự chèn ép các thành phần của trung thất, trên lâm sàng có thể thấy hội chứng trung thất.

1.2. Nhắc lại về giải phẫu

1.2.1. Vị trí và giới hạn: 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.

1.2.2. Phân chia: Tim và các mạch máu lớn chia trung thất ra làm hai phần trước và sau:

- Trung thất trước gồm:

+ Tuyến hung ở trẻ em.

+ Ngã ba khí phế quản và nhóm hạch bạch huyết bao quanh khí phế quản.

+ Tim.

+ Động mạch chủ và động mạch phổi, các tĩnh mạch chủ và tĩnh mạch phổi.

+ Giữa động mạch phổi và phần lên của động mạch chủ là dây thần kinh quặt ngược.

- Trung thất sau gồm:

+ Thực quản và nhóm hạch bạch huyết bao quanh thực quản.

+ Tĩnh mạch đơn (Azygos).

+ Ống ngực.

+ Đoạn xuống của động mạch chủ.

+ Các dây thần kinh giao cảm và phế vị.

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.

2. Triệu chứng lâm sàng

Hội chứng trung thất gồm có bốn 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.

Tuy vậy, ít khi có đủ bốn loại triệu chứng cùng một lúc ở một người bệnh, có khi có những khối u rất to mà chỉ xô đẩy các thành phần của trung thất chứ không gây ra một sự chèn ép nào.

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. Hay xảy ra ở một vài tư thế, nằm ngửa hoặc nằm nghiêng.
- Ho: ho khan, ho từng cơn và oang oang, nghe như rống lên. Có khi ho ra máu.
- Đau ngực: tính chất của đau ngực thay đổi tùy theo địa điểm của 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 hạch, 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 lên. Tĩnh mạch bàng hệ phát triển, các lưới tĩnh mạch nhỏ ở dưới da bình thường không nhìn thấy hoặc không có, bây giờ nở to ra, ngoằn ngoèo, đỏ hay tím.
 - + Áp lực tĩnh mạch tăng ở chi trên tới 18 - 20cm H₂O còn ở chi dưới bình thường.
- Tùy theo vị trí tắc, phù và tuần hoàn bàng hệ có thể có mức độ và hình thái khác nhau. Có thể thấy:
 - + Tắc ở trên chỗ của tĩnh mạch đơn: ứ trệ ở phần trên lồng ngực cổ gáy. Máu tĩnh mạch ở vùng đó trở về tĩnh mạch chủ qua tĩnh mạch vù trong tĩnh mạch sống, đổ vào tĩnh mạch đơn qua các tĩnh mạch liên sườn trên

+ Tắc ở dưới chỗ vào của tĩnh mạch đơn: chèn ép hoàn toàn tĩnh mạch chủ dưới, làm máu tĩnh mạch bị ứ trệ, dồn ngược dòng tĩnh mạch đơn lớn vào các nhánh nối tĩnh mạch ngực bụng sâu, đổ vào tĩnh mạch chủ dưới. Khám có thể thấy tĩnh mạch bàng hệ nổi lên ở nền lồng ngực.

+ Tắc ở ngay chỗ vào của tĩnh mạch đơn và tĩnh mạch chủ: ứ trệ tuần hoàn rất nhiều. Tĩnh mạch bàng hệ nổi rõ ở tất cả lồng ngực và phần trên của bụng.

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. Triệu chứng 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. Triệu chứng chèn ép động mạch phổi:

Khó thở khi gắng sức.

Nghe tim có tiếng thổi tâm thu ở liên sườn hai trái.

Soi phổi, thấy nhu mô phổi rất trong, các nhánh động mạch phổi không nhìn rõ. Thường là do túi phồng động mạch chủ đè vào động mạch phổi.

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 sụp xuống, gò má đỏ (hội chứng Claude Bernard-Horner).

- Đau dây thần kinh liên sườn.

- Đau dây thần kinh hoành: nắc đau vùng cơ hoành, khó thở do liệt cơ hoành.

- Đứng trước các triệu chứng lâm sàng trên, cần phải soi, chụp Xquang lồng ngực.

3. Xquang

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

Tuỳ 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 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.

5. Nguyên nhân

Nguyên nhân chèn ép trung thất có thể là:

- 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 mủ.

- Lao: có hạch to và viêm trung thất.

- Bướu chím của tuyến giáp trạng.

- Bướu tuyến hung.

- Phình quai động mạch chủ.

KHÁM BỘ MÁY TIÊU HOÁ

Bộ máy tiêu hoá đi từ miệng đến hậu môn. Gồm ống tiêu hoá và tuyến tiêu hoá: gan, tụy, tuyến nước bọt.

1. Hỏi bệnh

Hỏi các rối loạn cơ năng của bộ máy tiêu hoá.

- Đau: vị trí, cường độ, thời gian, hướng lan.
- Rối loạn về nuốt: nuốt khó, nuốt đau.
- Nôn, buồn nôn.
- Ợ: ợ hơi, ợ nước (chua, đắng).
- Rối loạn phân: số lần, số lượng, phân táo hoặc lỏng, ...
- Rối loạn đại tiện: khó đại tiện, đau quặn, mót rặn.
- Rối loạn sự thèm ăn:
 - + Không có cảm giác thèm ăn.
 - + Đầy bụng khó tiêu.
 - + Ăn không biết ngon.
- Hiện tượng sinh hơi:
 - + Trung tiện nhiều.
 - + Bí trung tiện.
 - + Sôi bụng.
- Hiện tượng chảy máu tiêu hoá:
 - + Nôn ra máu: máu tươi, máu đen.
 - + Đi ngoài ra máu: máu tươi, máu đen, máu cá.

2. Khám tiêu hoá trên

2.1. Khám môi

- Bình thường: màu hồng, mềm, cân đối.
- Bất thường:

+ Màu sắc:

Tím: suy tim, suy hô hấp.

Đỏ sẫm: bệnh gan

Nhợt: thiếu máu.

+ Kích thước to ra: bệnh to đầu chi.

+ Hình dạng dị dạng: sứt môi.

+ Vị trí lệch 1 bên: liệt mặt.

+ Nứt mép - chốc mép: nhiễm khuẩn, virus.

2.2. Khám hố miệng

- Cách khám: bệnh nhân há to miệng. Thầy thuốc dùng đèn pin chiếu vào, lấy đè lưỡi khám 2 thành bên và nền miệng.

- Bình thường: niêm mạc hồng nhẵn.

- Bất thường:

+ Màng đen: bệnh Addison, u hắc tố.

+ Chấm xuất huyết: bệnh máu.

+ Loét thiếu vitamin nhóm B, nhiễm khuẩn.

+ Mụn nước: nhiễm khuẩn, virus.

+ Hạt Koplik: màu đỏ, ở giữa hơi xanh hoặc trắng, to bằng đầu đinh ở mặt trong má: bệnh sởi: thường ở trẻ em, xuất hiện mùa Đông Xuân, bệnh có thể phát thành dịch.

+ Lỗ ống Stenon sưng: gặp trong bệnh quai bị.

2.3. Khám lưỡi

- Cách khám: bệnh nhân há mồm rộng, lè lưỡi ra ngoài, cong lên để quan sát mặt dưới.

- Bình thường: màu hồng, hơi ướt. Không nhẵn, có gai lưỡi.

- Bất thường: + Màng đen: bệnh Addison.

+ Rêu lưỡi đen: tăng ure máu

+ Đỏ sẫm: nhiễm khuẩn, đa hồng cầu, suy gan.

+ Tím: suy tim, suy hô hấp.

+ Vàng (mặt dưới): hội chứng vàng da.

+ Bẩn: nhiễm khuẩn.

- + Nhấn bóng đỏ: Biermer.
- + Loét, nứt: nhiễm khuẩn, ho gà.
- + Lưỡi to: to đầu chi.
- + Teo: liệt dây thần kinh lưỡi.
- + U: hiếm gặp.

2.4. Lợi, răng

* Lợi:

- Bình thường: hồng, bóng, nhẵn, ướt, ôm sát chân răng.
- Bất thường:
 - + Viêm đen: nhiễm độc chì, thủy ngân...
 - + Phì đại: viêm, chân răng có mũ...
 - + Chảy máu: viêm lợi, các bệnh về máu.

* Răng:

Cách khám: Răng cửa: bệnh nhân nhe răng, kéo môi lên trên hoặc xuống dưới.
Răng hàm: bệnh nhân há miệng, dùng đèn lưỡi đẩy má, lưỡi.

- + Bình thường: mọc đều, men trắng bóng.
- + Bất thường:
 - + Viêm quanh chân răng có mũ.
 - + Nhiều cao răng.
 - + Thiếu sản men răng: chấm trắng ở thân răng.
 - + Rụng răng sớm: gặp trong bệnh tiểu đường.

2.5. Khám họng

- Cách khám: bệnh nhân há mồm, cổ ngửa ra sau, dùng đèn pin chiếu sáng, dùng đèn lưỡi.

- Bình thường: màu hồng, phần trên là lưỡi gà, màu hồng, 2 bên là 2 tuyến hạnh nhân (Amygdalae) nằm giữa 2 cột trước và sau, phía sau là thành họng. Khi nuốt lưỡi gà và máu hồng kéo lên che kín phần sau của mũi.

- Bất thường:
 - + Liệt màn hầu.
 - + Hạnh nhân sưng to, loét, có mũ, giả mạc.
 - + U lành sau họng.
 - + Họng có giả mạc.
 - + Dị dạng: lưỡi gà chẻ làm đôi.

2.6. Tuyến nước bọt: có nhiều tuyến

- Tuyến mang tai ở sau xung quanh hàm: trước tai, lỗ ống stenson đổ vào mặt trong má.

- Tuyến dưới hàm: phía trong nhánh ngang xương hàm, có ống whatatton đổ vào cạnh phản lưỡi.

- Tuyến dưới lưỡi: cạnh phản lưỡi, dưới niêm mạc miệng.

- Bình thường: không nhìn thấy, không sờ thấy, miệng luôn ướt.

- Bệnh lý: sưng to do viêm: do quai bị, nhiễm khuẩn.

Không bài tiết nước bọt, hội chứng Sjogren, dùng thuốc atropin.

U tuyến nước bọt.

3. Khám tiêu hoá giữa

3.1. Phân khu ổ bụng

Ổ bụng được giới hạn phía trên là cơ hoành, phía dưới là 2 xương chậu, phía sau là cột sống và các cơ lưng, 2 bên là các cân và cơ thành bụng.

Phân khu ổ bụng dựa trên 2 đường dọc và 2 đường ngang.

- 2 đường dọc: đi qua điểm giữa cung đùi đến điểm giữa xương đòn.

- 2 đường ngang: + Một đường đi qua 2 điểm thấp nhất của bờ sườn 2 bên.

+ Một đường đi qua 2 gai chậu trước trên.

Từ đó ổ bụng chia 3 tầng - 9 khu.

+ Tầng trên: thượng vị, hạ sườn phải, hạ sườn trái.

+ Tầng giữa: quanh rốn, mạng sườn phải, mạng sườn trái.

+ Tầng dưới: hạ vị, hố chậu phải, hố chậu trái.

3.2. Hình chiếu của các cơ quan trong bụng lên từng vùng

3.2.1. *Vùng thượng vị*: phần lớn dạ dày (tâm vị, môn vị) thùy trái của gan, mạc nối gan - dạ dày, có mạch máu, ống mật, tá tràng, tụy, đám rối dương, động mạch chủ bụng, động mạch thân tạng, tĩnh mạch chủ bụng, hệ bạch huyết.

3.2.2. *Vùng hạ sườn phải*: thùy phải gan, túi mật, góc đại tràng phải, tuyến thượng thận phải, cực trên thận phải.

3.2.3. *Vùng hạ sườn trái*: lách, 1 phần dạ dày, góc đại tràng trái, đuôi tụy, tuyến thượng thận trái, cực tiểu thận trái.

3.2.4. *Vùng quanh rốn*: mạc nối lớn ruột non, đại tràng ngang, mạc teo ruột, động mạch chủ bụng, động mạch thận 2 bên, tĩnh mạch chủ bụng, hạch mạc treo và hạch ngoài mạc treo.

3.2.5. *Vùng mạng sườn phải*: đại tràng lên, thận phải, ruột non.

3.2.6. *Vùng mạn sườn trái*: đại tràng xuống, thận trái, ruột non.

3.2.7. *Vùng hạ vị*: ruột non, trực tràng, đại tràng sigma, bàng quang, đoạn cuối niệu quản, ở phụ nữ có tử cung, 2 vòi trứng, dây chằng rộng, dây chằng tròn, động mạch – tĩnh mạch tử cung.

3.2.8. *Vùng hố chậu phải*: mạch tràng, ruột non (đoạn cuối), ruột thừa, buồng trứng phải, động mạch chậu gốc phải, hệ thống hạch bạch huyết, 1 phần cơ đáy chậu.

3.2.9. *Vùng hố chậu trái*: đại tràng sigma, ruột non, buồng trứng trái, động mạch - tĩnh mạch chậu gốc trái, hệ thống hạch bạch huyết, 1 phần cơ đáy chậu.

3.3. Cách khám bụng

Nguyên tắc:

- Bệnh nhân nằm 2 tay duỗi thẳng, 2 chân hơi co, nằm cân đối, không gối đầu cao.

- Thầy thuốc: ngồi hoặc đứng bên phải người bệnh.

- Phòng khám: đủ ánh sáng, ấm vào mùa lạnh, có đủ dụng cụ khám.

Khám qua lần lượt các bước: nhìn, sờ, gõ, nghe.

3.3.1. Nhìn

- Bình thường: bụng thon, tròn đều, rốn lõm, di động theo nhịp thở.

- Bất thường:

+ Bụng lõm lõng thuyên: suy mòn, lao màng bụng thể dính.

+ Bụng chướng: Do ống tiêu hoá trướng hơi hoặc ổ bụng có hơi (thùng tạng rỗng); bụng có dịch; có khối u; phình thành bụng: gấp sau mô.

+ Rốn lõm: do thoát vị rốn hoặc có nước.

+ Bụng co cứng, không di động theo nhịp thở, các cơ nổi rõ, viêm phúc mạc, đau quá, bụng chướng quá căng.

+ Dấu hiệu rắn bò: hẹp môn vị, tắc ruột.

+ Tuần hoàn bàng hệ.

3.3.2. Sờ

Nguyên tắc: sờ nhẹ nhàng, từ vùng không đau đến vùng đau, đặt cả lòng bàn tay (một bàn tay hoặc 2 bàn tay) sát thành bụng, sờ nhịp nhàng theo nhịp thở của bệnh nhân. Bệnh nhân nằm ngửa hoặc nghiêng, ngồi, đứng khi cần thiết, thở đều, thật mềm bụng.

- Bình thường: bụng mềm, không đau, không u cục.

- Bất thường:

+ Lớp mỡ dưới da bụng quá dày hoặc quá mỏng.

+ Thành bụng căng.

+ Thành bụng cứng toàn bộ.

+ Cứng và vẫn di động theo nhịp thở không đau: bình thường.

+ Cứng và đau: bệnh lý.

+ Tăng cảm giác đau (phản ứng thành bụng): ấn nhẹ vùng đau, bệnh nhân thót bụng lại hoặc nẩy nhẹ người: viêm phúc mạc, viêm ruột thừa, viêm túi ruột.

- Tìm điểm đau: dùng 1 hoặc 2 đầu ngón tay ấn vào vùng nghi ngờ để tìm điểm đau chính xác.

+ Điểm túi mật: bờ ngoài cơ thẳng to gấp bờ sườn phải, tại đó làm nghiệm pháp Murphy: ấn nhẹ từ từ đầu ngón tay vào vùng túi mật từ nông đến sâu, bệnh nhân hít thở sâu từ từ, nếu bệnh nhân phải ngừng thở vì đau: (+), gặp trong viêm túi mật.

+ Điểm ruột thừa: điểm chia 1/3 ngoài 2/3 trong đường nối từ rốn đến gai chậu trước trên bên phải. Đau: viêm ruột thừa.

+ Điểm mũi ức: ngay dưới mũi ức trên đường trắng giữa trắng. Đau gặp bệnh dạ dày, sỏi, mật, giun chui ống mật.

+ Vùng đầu tụy và ống mật chủ: trong góc 45°, một cạnh là đường trắng giữa, một cạnh là đường phân giác của góc vuông tạo bởi đường trắng giữa và đường ngang qua rốn bên phải. Đau: viêm tụy, sỏi ống mật chủ.

- Phát hiện khối u cần mô tả: vị trí, hình thể, bờ, mật độ, bề mặt, đau, di động, gõ đục hay trong, đập theo nhịp đập động mạch, nghe có thổi hay không.

3.3.3. Gõ: có nhiều cách gõ.

Gõ theo đường ngay từ trên xuống hoặc theo đường dọc từ mạng sườn bên này sang bên kia, gõ cả vùng ngực thuộc ổ bụng.

- Bình thường: + Vùng đục gan: 6 - 12cm theo đường giữa đòn phải.

+ Vùng túi hơi dạ dày: gõ trong.

+ Vùng đục lách: gõ theo đường nách sau, cao tương đương từ xương sườn IX - X - XI.

- Bất thường: + Vang toàn bộ: chương hơi.

- + Đục toàn bộ hoặc đục vùng thấp trong vùng cao: có dịch.
- + Mất vùng đục của gan: thủng tạng rỗng.
- + Mất vùng trong dạ dày: gan to choán chỗ, u dạ dày.

3.3.4. Nghe

- Nghe bằng tai thường:
 - + Ốc ách trong dạ dày lúc đói: hẹp môn vị.
 - + Tiếng sôi: nhiều hơi và dịch trong ống tiêu hoá, bán tắc ruột.
 - Nghe bằng ống nghe:
 - + Để phát hiện tiếng thổi của mạch máu.
 - * Tiếng thổi liên tục trên rốn dọc đường trắng lan lên mũi ức sang hạ sườn phải: còn tĩnh mạch rốn.
 - * Thổi tâm thu dọc động mạch chủ bụng xuống động mạch chậu gốc 2 bên: hẹp động mạch chủ bụng.
 - * Thổi tâm thu vùng rốn lan ra hai bên: hẹp động mạch thận.
 - * Thổi liên tục lan xuống dưới theo động mạch chủ: phình động mạch chủ bụng.
 - + Để chẩn đoán các khối u ổ bụng.
- Khối u gan: tiếng thổi tâm thu thượng vị lan sang hạ sườn phải, nếu mạch máu phát triển nhiều nghe thấy tiếng thổi liên tục.
- Khối u tụy: tiếng thổi tâm thu thượng vị lan sang trái, sau lưng.

4. Khám tiêu hoá dưới

4.1. Khám hậu môn

- Cách khám:
 - + Tư thế bệnh nhân: nằm phủ phục, 2 chân quỳ hơi dạng mông cao, vai thấp.
 - + Thầy thuốc: đứng đối diện hậu môn bệnh nhân, dùng 2 tay kéo giãn và banh các nếp nhăn ở hậu môn đồng thời bảo bệnh nhân rặn.
- (Có thể để bệnh nhân nằm nghiêng trái, thầy thuốc đứng phía sau lưng dưới mông bệnh nhân).
- Bình thường: da hậu môn nhẵn, nếp nhăn mềm đều, lỗ hậu môn kín, khô.
 - Bất thường:
 - + Lỗ hậu môn khép không kín, ướt, có mùi.
 - + Lỗ rò hậu môn.

- + Trĩ hậu môn: màu đỏ sẫm, tím, giống như nếp nhăn bị sưng to.
- + Viêm hậu môn: sưng phù nề, chảy nước.
- + Sa trực tràng: 1 đoạn trực tràng lòi ra ngoài, màu đỏ tạo thành một vòng tròn bên ngoài hậu môn, có thể đẩy vào được.

4.2. Thăm trực tràng

- Cách khám
- + Tư thế bệnh nhân giống tư thế khám hậu môn hoặc theo tư thế sản khoa. Thầy thuốc đứng bên phải bệnh nhân.
- + Thầy thuốc đeo găng tay, bôi dầu paraffin đưa ngón trỏ từ từ vào hậu môn xoay ngón tay để khám toàn bộ chu vi bóng trực tràng.
- Bình thường: trực tràng rỗng, không đau, niêm mạc mềm mại, nhẵn, rút tay ra không có máu, nhầy mũi.
- Bất thường:
 - + Trĩ nội: từng búi nổi lên ngoằn ngoèo dọc ống trực tràng.
 - + Polyp trực tràng: 1 khối dài, tròn.
 - + Ung thư trực tràng: 1 khối cứng nổi lên làm hẹp lòng trực tràng.
 - + Ở nữ khi kết hợp tay trên sờ bụng sờ thấy tử cung, buồng trứng, do đó có thể phát hiện bất thường ở bộ phận sinh dục: u tử cung, buồng trứng.
 - + Ở nam sờ thấy tuyến liệt: tuyến tiền liệt to (bình thường nhỏ không sờ thấy).
 - + Túi cùng Douglia phồng đau: viêm phúc mạc, chửa ngoài dạ con vỡ.
 - + Ấn thành trực tràng bên phải đau: viêm ruột thừa.

5. Khám gan, lách

5.1. Khám gan

5.1.1. Vị trí bình thường của gan: gan nằm dưới cơ hoành phải bên phải, 1 phần lấn sang phía bên trái đường trắng giữa.

- Phía trên (bờ trên)
 - + KLS V trên đường cạnh ức phải.
 - + KLS VI trên đường giữa đòn phải
 - + KLS VII trên đường nách trước
- Phía dưới (bờ dưới) không vượt quá bờ sườn.

5.1.2. Cách khám

- Sờ: xác định bờ dưới gan: như khám bụng, chú ý sờ theo nhịp thở bệnh nhân.

- Gõ: + Theo đường thẳng, dọc theo đường cạnh ức phải, giữa đòn phải, nách trước phải để xác định bờ trên.

+ Theo đường thẳng đi từ ngang rốn lên để cùng phương pháp sờ xác định bờ dưới gan.

- Nghe: ít có giá trị, có thể thấy tiếng thổi tâm thu hoặc thổi liên tục do tăng sinh quá mức hệ thống mạch máu trong bệnh u ác tính ở gan.

- Một số nghiệm pháp:

+ Ấn khe liên sườn: dùng một ngón tay ấn vào kẽ liên sườn trên vùng gan, bệnh nhân đau, gặp trong áp - xe gan.

+ Rung gan: dùng 1 bàn tay phải áp sát vùng gan, rìa bàn trái chặt nhẹ lên mu bàn tay phải, nếu bệnh nhân đau thì đây là trường hợp gặp trong áp - xe gan. Phương pháp này giúp chẩn đoán áp - xe gan trên lâm sàng.

+ Phản hồi gan tĩnh mạch cổ: để xác định trường hợp gan to do suy tim.

5.2. Khám lách

5.2.1. *Vị trí bình thường*: lách nằm vùng hạ sườn trái, lẩn sau các xương sườn, bình thường không sờ thấy. Nằm chếch theo trục của xương sườn X, cao 2 - 3cm, đi từ D8 - D10, bờ trước có các răng cưa.

5.2.2. Cách khám

- Nhìn: ít có giá trị, nếu lách to nhiều, thấy hạ sườn trái vồng cao.

- Sờ:

+ Tư thế bệnh nhân nằm ngửa, sờ như khám bụng, theo nhịp thở bệnh nhân.

+ Tư thế bệnh nhân nằm nghiêng sang phải, thầy thuốc ngồi phía sau trên bệnh nhân, dùng bàn tay ôm bờ sườn trái bảo bệnh nhân hít thở sâu, phát hiện được lách to ít.

- Gõ: bệnh nhân nằm ngửa hơi nghiêng sang phải, cánh tay trái giơ lên đầu, gõ theo 3 đường: nách trước, nách giữa, nách sau.

- Chia độ lách to: Độ 1: quá bờ sườn 2cm.

Độ 2: quá bờ sườn 4cm

Độ 3: quá bờ sườn đến rốn.

Độ 4: quá rốn.

6. Khám phân

- Khối lượng: ít, nhiều.

- Độ cứng: mềm, táo, lỏng, sền sệt, thành khuôn.

- Khuôn phân: + Bình thường: to, tròn.
+ Bất thường: nhỏ, dẹt, có rãnh.
- Màu sắc: + Đen: xuất huyết tiêu hóa.
+ Bạc màu: tắc mật hoàn toàn.
+ Có nhày trong, nhày đục: viêm đại tràng.
+ Máu tươi, lờ mờ máu cá.
+ Vàng sẫm.
+ Có mù...
- Chất lượng phân:
+ Bình thường: nhuyễn, dẻo còn ít thức ăn chưa tiêu.
+ Bất thường: phân sống, phân có bọt, có váng mỡ.
- Mùi: quá thối, khẳn, chua.

CHẨN ĐOÁN CỔ TRƯỞNG

1. Đại cương

1.1. Định nghĩa

Cổ trướng là một hội chứng bệnh lý rất hay gặp, do nhiều nguyên nhân gây nên. Việc chẩn đoán xác định thường dễ, có thể thực hiện được ở cộng đồng. Chẩn đoán nguyên nhân rất quan trọng trong điều trị nhưng đôi khi rất khó khăn, cần sử dụng các phương pháp cận lâm sàng để chẩn đoán.

Bình thường trong khoang màng bụng không có dịch, khi giữa lá thành và lá tạng xuất hiện dịch ta gọi là cổ trướng. Có 2 thể:

- Cổ trướng tự do (toàn thể): dịch tự do di chuyển trong khoang màng bụng.
- Cổ trướng khu trú: dịch bị giới hạn vào một phần của khoang màng bụng.

1.2. Cơ chế bệnh sinh gây cổ trướng

- Tăng áp lực thẩm thấu.
- Giảm áp lực keo.
- Tăng áp lực thuỷ tĩnh.
- Tăng tính thấm thành mạch.

2. Cách phát hiện

2.1. Lâm sàng

2.1.1. Hỏi bệnh

Phát hiện một số triệu chứng cơ năng của cổ trướng:

- Bụng to ra và tốc độ nhanh hay chậm.
- Khó thở tương xứng với mức độ bụng to.
- Đi lại khó.

Ngoài ra chú ý hỏi một số triệu chứng khác để hướng tới nguyên nhân:

- Mệt mỏi, gầy sút.
- Rối loạn tiêu hoá.
- Đái ít.
- Đau bụng.
- Tiểu vàng.

- Chảy máu dưới da.
- Chảy máu tiêu hoá.
- Tiền sử nghiện rượu, tình trạng dinh dưỡng, các bệnh khác đã mắc: tim, thận...

2.1.2. Khám bụng

- Nhìn:
 - + Nếu cổ trướng tự do mức độ trung bình hoặc nhiều: Da bụng căng, rốn phẳng hoặc lồi. Bụng bè sang hai bên khi nằm ngửa, sệ xuống khi đứng.
 - + Nếu cổ trướng ít: nhìn không thấy thay đổi gì. Tuy nhiên, có thể thấy tuần hoàn bàng hệ (gánh - chủ, chủ - chủ).
 - + Nếu cổ trướng khu trú: thấy bụng phồng không đều.
- Sờ:
 - + Nếu dịch ít: sờ không thấy gì đặc biệt.
 - + Nếu dịch tự do trung bình, nhiều: sờ bụng căng. làm dấu hiệu sóng vỗ thấy (+). Dấu hiệu chạm cục nước đá nổi (+) khi có khối u trong ổ bụng (lách to).
 - + Nếu cổ trướng khu trú: thành bụng chỗ mềm, chỗ căng, dấu hiệu sóng vỗ (-) trừ trường hợp dịch nhiều và khoang chứa dịch rộng.
- Gõ: phương pháp chính để xác định cổ trướng.
 - + Cách gõ: nhiều cách: gõ theo hình nan hoa xe đạp mà rốn là trung tâm; gõ theo đường song song theo chiều dọc bắt đầu từ đường trắng giữa; gõ theo đường song song theo chiều ngang từ thượng vị xuống.
 - Gõ ở 2 tư thế nằm ngửa và nghiêng sang 2 bên.
 - + Nhận định:
 - . Lượng dịch ít: gõ thấy đục vùng thấp, trong vùng cao thường chỉ xác định được khi cho bệnh nhân nằm nghiêng 2 bên.
 - . Lượng dịch trung bình và nhiều: đục vùng thấp, trong vùng cao mà ở tư thế nằm ngửa xác định được. Ranh giới giữa vùng đục và vùng trong là đường cong có bề lõm quay lên trên.
 - . Cổ trướng khu trú: có vùng đục, trong xen kẽ, không thay đổi khi thay đổi tư thế bệnh nhân.

2.2. Chọc dò

2.2.1. Mục đích

Là thủ thuật có thể tiến hành ở cộng đồng để chẩn đoán xác định cổ trướng, định hướng được nguyên nhân, góp phần điều trị triệu chứng (khó thở) khi cổ trướng

quá to. Để xác định nguyên nhân cần phải lấy dịch chọc dò làm các xét nghiệm cận lâm sàng, vì vậy chỉ thực hiện được ở tuyến trên.

2.2.2. Vị trí

- Thông thường (cổ trướng trung bình - nhiều) điểm 1/3 ngoài, 2/3 trong đường nối rốn đến gai chậu trước trên bên trái.

- Cổ trướng khu trú: tùy thuộc vị trí nghi ngờ có dịch.

2.2.3. Nhận định dịch chọc dò

- Dịch trong không màu hoặc vàng nhạt: thường là ít protein (suy tim, xơ gan, thận hư...).

- Dịch trong màu vàng chanh: thường có protein cao (viêm màng bụng do lao, u trong ổ bụng).

- Dịch máu không đông: thường do u hoặc lao.

- Dịch đục mờ: viêm màng bụng có mủ.

- Dịch đục trắng như sữa, đông lại như thạch: dịch dưỡng chấp: tắc bạch mạch (hiếm gặp).

- Dịch nhầy giống gelatin: giả Myxome màng bụng, ung thư dạng Colloid của dạ dày, đại tràng (ít gặp).

2.2.4. Xét nghiệm dịch chọc dò

- Tỷ trọng.

- Định lượng protein - phản ứng Rivalta: phương pháp này có thể làm được ở cơ sở cộng đồng.

- Tìm tế bào: hồng cầu, bạch cầu, tế bào nội mạc, tế bào ung thư.

- Tìm vi khuẩn: nhuộm, soi tươi, nuôi cấy.

- Định lượng lipid, triglycerid (dịch dưỡng chấp).

Qua kết quả xét nghiệm xác định loại dịch.

	Dịch thấm	Dịch tiết
Tỷ trọng	< 1,016	> 1,016
Protein	< 25g/ml	> 25g/l
Tế bào bạch cầu và tế bào khác	< 250 tế bào/mm ²	> 1000 tế bào/mm ²
Rivalta	(-)	(+)

3. Chẩn đoán phân biệt

3.1. Cổ trướng tự do: cần phân biệt với các trường hợp sau

3.1.1. *Bụng béo*: rốn lõm, sóng vỗ (-) tính, không có đục vùng thấp.

3.1.2. *Bụng trướng hơi*: gõ trong toàn bộ.

3.1.3. *Cầu bàng quang*: bệnh nhân có tức đái, không đái được gõ thấy ranh giới vùng đục và trong là đường cong có bề lõm quay xuống dưới, sau khi thông đái mất vùng đục.

3.1.4. *U nang, u nang nước buồng trứng*: gõ thấy đục ở giữa, xung quanh trong. Nếu khó xác định thì bơm hơi ổ bụng sau đó chụp Xquang, nếu u nang buồng trứng hơi sẽ tụ ở ranh giới trên của u nang, nếu cổ trướng tự do hơi tụ lại dưới cơ hoành.

3.2. Cổ trướng khu trú

Phân biệt u, hạch to trong ổ bụng.

4. Nguyên nhân cổ trướng

4.1. Cổ trướng dịch thấm

4.1.1. *Do xơ gan (hay gặp nhất)*: do các bệnh gan mạn tính, trong đó nguyên nhân do rượu và virus hay gặp nhất.

Cổ trướng to, phù ít, có tuần hoàn bàng hệ kiểu gánh - chủ, lách to và các triệu chứng khác của suy gan.

4.1.2. *Suy tim phải*: gặp ở bệnh nhân van tim do hẹp van 2 lá, tâm phế mạn, một số bệnh tim bẩm sinh.

Cổ trướng to, phù to, tím môi ngón chi, tĩnh mạch cổ nổi, gan to, phản hồi gan tĩnh mạch cổ (+)... khám tim có bệnh lý ở tim gây suy tim phải.

4.1.3. *Bệnh thận*: thường xuất hiện ở bệnh thận hư, suy thận mạn.

Cổ trướng xuất hiện sau phù, phù toàn thân. Bệnh nhân có triệu chứng của bệnh thận: thiếu máu, cao huyết áp, protein niệu cao, có hồng cầu trong nước tiểu...

4.1.4. *Suy dinh dưỡng*: gặp ở bệnh nhân không ăn được, ỉa chảy kéo dài.

4.2. Cổ trướng dịch tiết

4.2.1. *Lao màng bụng*: thường gặp ở phụ nữ, trẻ tuổi, lượng dịch thường ít, trong dịch có nhiều lympho. Soi ổ bụng thấy có nhiều sợi dính và hạt trắng lấm tấm, sinh thiết hạt này có thể thấy tổn thương lao.

4.2.2. *Ung thư trong ổ bụng*: u gan, u dạ dày, ... dịch tái phát nhanh sau chọc hút, tìm thấy tế bào ung thư.

4.3. Nguyên nhân đặc biệt

4.3.1. *Dịch cổ trướng mũ:* nhiều bạch cầu đa nhân thoái hoá: viêm phúc mạc mũ sau thủng ổ loét dạ dày, viêm ruột thừa vỡ, áp - xe gan vỡ...

Có thể tiên phát: viêm phúc mạc do phế cầu, viêm phúc mạc ở người có hội chứng thận hư.

4.3.2. *Dịch cổ trướng có máu:* do lao, ung thư trong ổ bụng.

4.3.3. *Dịch cổ trướng nhày giống galetin (hiếm):* ung thư dạng Colloit của dạ dày, đại tràng.

4.3.4. *Cổ trướng khu trú:* thường do lao màng bụng hoặc sau khi vỡ ổ mũ trong ổ bụng.

4.3.5. *Hội chứng Demond Megx:* có u nang buồng trứng, đồng thời cổ trướng tự do, tràn dịch màng phổi. Khi cắt u nang buồng trứng thì tràn dịch hết.

4.3.6. *Viêm tụy mạn, u nang tụy:* dịch cổ trướng có nhiều men tụy.

KHÁM BỆNH NHÂN ĐAU BỤNG

1. Thăm khám bệnh nhân đau bụng

1.1. Hỏi bệnh

1.1.1. Hỏi đặc điểm của đau bụng

- Thời gian xuất hiện đau bụng
- Hoàn cảnh
- Vị trí đau
- Hướng lan
- Cường độ đau: âm ỉ, nhẹ, dữ dội.
- Tính chất đau: đầy tức, rát bỏng, quặn quai.

1.1.2. Hỏi các biểu hiện kèm theo

- Nôn - đặc điểm chất nôn
- Rối loạn đặc biệt: bí đại tiện, phân táo, phân lỏng, phân cò nhày...
- Kinh nguyệt: chậm kinh, rong kinh...
- Các biểu hiện toàn thân: sốt, khát nước...

1.1.3. Hỏi diễn biến, tái phát, tiền sử

- Tăng dần.
- Từng đợt có chu kỳ...

1.2. Thăm khám

1.2.1. Khám toàn thân

- Khám phát hiện tình trạng Shock: mạch nhanh, huyết áp tụt
Gặp trong: thủng dạ dày, viêm tụy cấp chảy máu, chửa ngoài dạ con vỡ.
- Khám phát hiện thiếu máu: da xanh, niêm mạc nhợt.
- Khám phát hiện nhiễm trùng: sốt, môi khô, lưỡi bẩn.
- Khám phát hiện dấu hiệu tắc mật: vàng mắt, vàng da.
- Khám chất thải tiết: phân, chất nôn, nước tiểu

1.2.2. Khám bụng

Kết hợp: nhìn - sờ - gõ - nghe, thăm âm đạo, trực tràng.

(Phương pháp khám: bài khám cơ quan tiêu hoá)

Chú ý điểm đau: - Mac Burney

- Điểm giun chui ống mật

Chú ý phát hiện các dấu hiệu:

- Bụng không di động theo nhịp thở
- Thành bụng cứng như gỗ
- Phản ứng thành bụng
- Cảm ứng phúc mạc
- Mất vùng đục trước gan
- Bụng có dịch
- Bụng chướng hơi
- Dấu hiệu rắn bò

Khi thăm âm đạo, trực tràng chú ý dấu hiệu “tiếng kêu Douglas”.

1.3. Khám cận lâm sàng

1.3.1. Xquang: chụp ổ bụng không chuẩn bị

- Tìm liềm hơi dưới cơ hoành: có trong thùng tạng rỗng.
- Tìm mức nước - mức hơi: có trong tắc ruột.

1.3.2. Siêu âm ổ bụng

- Xác định dịch ổ bụng: viêm phúc mạc.
- Xác định hình ảnh tắc đường mật, tụy: do sỏi, giun
- Xác định hình ảnh tắc niệu quản: niệu quản giãn, đài bể thận giãn, có thể thấy sỏi đài bể thận, sỏi niệu quản.

1.3.3. Nội soi đường tiêu hoá (dạ dày tá tràng, đại tràng)

Xác định bệnh lý ống tiêu hoá, viêm, loét dạ dày tá tràng: u, polyp...

Xác định bệnh lý đường mật, tụy (soi mật tụy ngược dòng)

1.3.4. Nội soi ổ bụng

Xác định bệnh lý màng bụng: lao phúc mạc

1.3.5. Xét nghiệm máu

Amylase và lipase máu tăng trong viêm tụy cấp.

2. Phân loại đau bụng theo diễn biến

2.1. Đau bụng có tính chất cấp cứu ngoại khoa

Là hiện tượng đau bụng xảy ra đột ngột, dữ dội hoặc không dữ dội, diễn biến nhanh, bắt buộc phải can thiệp ngoại khoa, nếu không bệnh nhân dễ tử vong: thủng dạ dày, viêm ruột thừa cấp, chửa ngoài dạ con vỡ...

2.2. Đau bụng cấp cứu nội khoa

Là đau bụng xảy ra đột ngột, cần phải xử lý bằng thuốc, không cần thủ thuật: giun chui ống mật, loét dạ dày, hành tá tràng, đau quặn thận.

2.3. Đau bụng mạn tính

Đau kéo dài, diễn tri cần thời gian dài.

3. Cơ chế bệnh lý

- Một tạng rỗng bị căng giãn đột ngột.
- Tăng nhu động quá mức gây tăng áp lực.
- Màng bụng bị kích thích.
- Đau do rối loạn vận mạch ổ bụng: huyết khối động mạch mạc treo tràng trên.

4. Nguyên nhân đau bụng

4.1. Nguyên nhân đau bụng cấp

4.1.1. Đau bụng cấp vùng thượng vị và phần bụng trên

4.1.1.1. Đau bụng có tính chất cấp cứu ngoại khoa

* Thủng dạ dày:

- Đau đột ngột, dữ dội vùng thượng vị đau như dao đâm.
- Có thể có Shock: mạch nhanh, huyết áp tụt, hốt hoảng, lo lắng.
- Kèm theo nôn, bí trung đại tiện.
- Khám: bụng cứng như gỗ, không di động theo nhịp thở, có cảm ứng phúc mạc, mất vùng đục trước gan
- Xquang: có liềm hơi dưới cơ hoành.

- Tiền sử: loét dạ dày, tá tràng.

* Viêm tụy cấp chảy máu:

- Thường xuất hiện sau bữa ăn thịnh soạn.

- Đau vùng thượng vị lan ra sau lưng.
- Shock
- Khám bụng: bụng hơi căng, ấn thượng vị, điểm sườn lưng bên trái bệnh nhân rất đau.
- Xét nghiệm máu: amilase tăng cao.

4.1.1.2. Đau bụng cấp cứu nội khoa

- * Con đau dạ dày hành tá tràng do viêm hoặc do loét:
 - Đau nhiều vùng thượng vị có tính chất chu kỳ, đau rất bỏng, có thể kèm theo nôn ra nước chua, nôn ra thức ăn.
 - Thăm khám bụng: không có cứng thành bụng, vùng đục trước gan không mất.
 - Tiền sử có đau bụng vùng thượng vị theo mùa trong năm.
- * Rối loạn vận động đường mật, túi mật:
 - Do túi mật hoặc cơ tròn co bóp không đồng đều gây cơn đau quặn gan điển hình: đau dữ dội từ hạ sườn phải lên vai phải.
 - Không sốt, không vàng da, không vàng mắt.
 - Thường xảy ra ở người trẻ tuổi.
 - Có thể gây lại cơn đau bằng ấn nhanh vào vùng túi mật.
- * Con đau dạ dày trong bệnh Tabet hay bệnh giang mai thần kinh:
 - Đau đột ngột dữ dội vùng thượng vị.
 - Thường kèm theo nôn rất nhiều.
 - Cơn đau thường mất đi đột ngột.

Ngày nay bệnh này rất hiếm gặp.

4.1.1.3. Đau bụng cấp cứu nội khoa có thể chuyển thành cấp cứu ngoại khoa

- * Áp – xe gan:
 - Đau vùng hạ sườn phải lan lên ngực.
 - Đau tăng khi hít thở mạnh
 - Có biểu hiện nhiễm trùng: sốt cao rét run, môi khô, lưỡi bẩn, bạch cầu tăng cao.
 - Khám: gan to, đau, rung gan (+), ấn kế liên sườn (+)
- Khi ổ áp - xe vỡ vào ổ bụng thì phải mổ.

* Sỏi mật:

- Gây cơn đau quặn gan điển hình.
- Tiếp theo sốt, vàng da, khi có áp xe gan đường mật vỡ gây viêm màng bụng phải mổ.

* Viêm túi mật:

- Đau hạ sườn phải lan lên vai phải.
- Có hội chứng nhiễm trùng.
- Nghiệm pháp Murphy (+)

Túi mật có thể to, vỡ vào ổ bụng hoặc thấm mật qua thành túi mật gây viêm phúc mạc mật.

* Giun chui ống mật:

- Đau đột ngột, dữ dội vùng thượng vị và hạ sườn phải, bệnh nhân phải lăn lộn, chống hông.
- Khám: ấn điểm cạnh ức rất đau.

4.1.2. Đau vùng hố chậu và bụng dưới

4.1.2.1. Đau bụng ngoại khoa

* Viêm ruột thừa:

- Đau âm ỉ vùng hố chậu phải.
- Rối loạn tiêu hoá: nôn, buồn nôn, bí trung đại tiện, có thể ỉa lỏng.
- Khám: hố chậu phải có phản ứng, ấn điểm Macburney (+)
- Có hội chứng nhiễm trùng: sốt, môi khô, lưỡi bẩn, bạch cầu đa nhân trung tính tăng.

* U nang buồng trứng xoắn:

- Đau vùng hố chậu đột ngột, dữ dội.
- Có thể có Shock
- Khám bụng và thăm âm đạo xác định được khối u.
- Siêu âm có thể thấy nang buồng trứng.

* Chửa ngoài tử cung vỡ:

- Đột nhiên đau bụng vùng hố chậu hoặc bụng dưới.
- Người bệnh tắt kinh.
- Có ra huyết ở âm đạo.

- Có mất máu cấp, có tình trạng chảy máu trong (bệnh nhân thiếu máu nhanh chóng, mạch nhanh, huyết áp hạ, choáng váng hoặc ngất khi thay đổi tư thế).

- Thăm âm đạo thấy túi cùng Douglas đầy và đau; rút tay ra có máu theo tay.

4.1.2.2. Đau bụng cấp nội khoa

- * Đau bụng kinh:

- Đau vùng hạ vị hoặc vùng hố chậu.

- Đau có liên quan chu kỳ kinh nguyệt.

- * Viêm đại tràng cấp do Amibe:

- Đau vùng hố chậu phải hoặc hố chậu trái.

- Có hội chứng kiết lỵ: đau quặn, mót rặn, phân có máu và mủ.

4.1.3. Đau toàn bụng hoặc đau không có gợi ý chẩn đoán

4.1.3.1. Đau bụng cấp ngoại khoa

- * Thủng ruột do thương hàn:

- Người bệnh đang được điều trị thương hàn hoặc theo dõi nghi bị thương hàn

- Đột nhiên đau bụng dữ dội.

- Có thể có Shock: mạch nhanh, huyết áp tụt, thân nhiệt giảm đột ngột có thể biểu hiện mạch nhiệt phân ly.

- Khám bụng: có phản ứng thành bụng, gõ mất vùng đục trước gan.

- Xquang: thấy liềm hơi dưới cơ hoành.

Ngày nay bệnh này hiếm gặp.

- * Tắc ruột:

- Đau quặn từng cơn ở bụng.

- Bụng chướng dần.

- Nôn nhiều, bí trung đại tiện.

- Khám thấy quai ruột nổi (dấu hiệu rắn bò)

- Xquang: mức nước, mức hơi

Ngoài các bệnh trên, trong đau bụng ngoại khoa còn gặp một số bệnh khác: lồng ruột, xoắn ruột, nhồi máu mạc treo.

4.1.3.2. Đau bụng cấp nội khoa

- * Đau bụng giun:

Đau bụng xung quanh rốn.

Nôn hoặc buồn nôn.

Xét nghiệm trứng giun trong phân (+)

* Đau bụng do viêm ruột cấp:

- Đau quặn bụng.
- Buồn nôn, nôn, ỉa chảy.
- Có biểu hiện nhiễm trùng, nhiễm độc: sốt, môi khô se, da xanh tái.
- Có thể biểu hiện mất nước.

* Cơ đau quặn thận:

- Đau dữ dội vùng hố thận, xuất hiện sau gắng sức.
- Đau lan xuống dưới, lan ra bộ phận sinh dục hoặc bẹn.
- Có biểu hiện rối loạn tiểu tiện (đái buốt, đắt, đái máu).

* Đau bụng do nhiễm độc chì:

- Đau dữ dội lan toả khắp bụng nhưng bụng mềm và không có điểm đau cố định.
- Táo bón kéo dài có viên lợi đen.

Gặp ở người tiếp xúc với chì lâu ngày.

Ngoài đau bụng còn có biểu hiện khác (thiếu máu, viêm đa dây thần kinh), xét nghiệm chì trong máu và nước tiểu cao.

* Đau bụng do dị ứng (thường gặp nhất là trong Sholein Henoch)

- Đau bụng thường gặp ở người trẻ.

Đau bụng đột ngột, dữ dội.

- Có thể ứ phản ứng thành bụng (dễ nhầm đau bụng cấp ngoại khoa)
- Phân lỏng.

- Kèm sưng đau các khớp, xuất huyết dưới da dạng chấm, nốt ổ chi, đặc biệt xung quanh khớp.

* Đau bụng do thiếu canxi:

- Đau bụng dữ dội kèm ỉa lỏng.
- Co cứng cơ tay (dấu hiệu bàn tay người đỡ đẻ, chân bàn đạp).
- Khám thấy dấu hiệu Chvostek (+).
- Xét nghiệm máu: Canxi máu giảm.

* Đau bụng ở các bệnh nhiễm khuẩn.

Một số bệnh nhiễm khuẩn có thể gây đau bụng: sốt rét, thương hàn, thường biểu hiện các triệu chứng của bệnh và kèm theo đau bụng.

4.2. Nguyên nhân đau bụng mạn tính

4.2.1. Lao ruột:

- Thường đau âm ỉ vùng hồi manh tràng (hố chậu phải)
- Hội chứng bán tắc ruột, rối loạn đại tiện.
- Có dấu hiệu nhiễm lao và có thể phát hiện lao ở các cơ quan khác.

Xác định: chụp Xquang đại tràng, soi đại tràng.

4.1.2. Viêm đại tràng mạn tính:

- Đau quặn từng cơn dọc theo đại tràng.
- Rối loạn đại tiện: phân táo hoặc lỏng, có nhày mũi.

4.2.3. Viêm màng bụng do lao:

- Đau âm ỉ khắp bụng.
- Rối loạn tiêu hoá.
- Khám: cổ trướng khu trú hoặc có màng cứng do dính màng bụng.
- Dấu hiệu bán tắc ruột.

4.2.4. Viêm buồng trứng hoặc phần phụ mạn tính

- Đau vùng hố chậu hay hạ vị.
- Rối loạn kinh nguyệt, ra khí hư.

4.2.5. Các khối u ổ bụng: ung thư dạ dày, ruột, gan, tụy...

KHÁM VÀ CHẨN ĐOÁN VÀNG DA

1. Đại cương

Vàng da là hội chứng bệnh lý do tăng bilirubin trong máu, chẩn đoán vàng da không khó nhưng quan trọng hơn cả là xác định nguyên nhân giúp thầy thuốc đưa ra quyết định điều trị.

1.1. Sinh lý và sinh lý bệnh chuyển hoá sắc tố mật

Sắc tố mật được tạo ra từ huyết sắc tố. Sau khi hồng cầu vỡ giải phóng ra huyết sắc tố, sau quá trình mở vòng pocphirin, loại sắt, loại globin thì bilirubin tự do được hình thành và theo hệ thống của về gan được tế bào gan liên hợp với axit glucuronic tạo thành bilirubin liên hợp. Phần lớn bilirubin liên hợp theo hệ thống dẫn mật vào ruột tham gia chuyển hoá mỡ (90%), phần nhỏ giữ ở lại máu. Tại ruột mật được hấp thu 1 phần ở hồi tràng rồi theo tĩnh mạch về gan (chu trình gan - ruột), 10% mật xuống tiếp đại tràng thải ra ngoài dạng stercobilinogen. Bình thường phân có màu vàng do stercobilinogen được oxy hoá tạo stercobilin. Trong nước tiểu không có sắc tố mật, muối mật, chỉ có urobilinogen.

1.2. Sinh lý giải phẫu đường mật

Mật được sản xuất tại các tế bào gan chuyển về cực mật theo các vi ti mật quản đến các mật quản ở khoảng cửa rồi ra ngoài theo ống gan, ống túi mật và dự trữ cô đặc ở túi mật. Trong bữa ăn, túi mật co bóp tổng mật trở lại ống túi mật, rồi xuống ống mật chủ đổ vào tá tràng ở đoạn cuối của ống mật chủ, nó đi sát mật sau hoặc xuyên qua đầu tụy để vào đoạn II tá tràng tại bóng Vater cùng với ống tụy.

1.3. Phân loại hội chứng vàng da

1.3.1. Theo sinh lý bệnh

- Vàng da trước gan: do huyết tán, bilirubin tự do được sản xuất quá nhiều.

Đặc điểm:

- + Da màu vàng ít, xanh rõ.
- + Lách to.
- + Bilirubin tự do tăng cao.
- + Phân sẫm màu.

- Vàng da tại gan: do tổn thương tế bào gan làm cho khả năng liên hợp giữa bilirubin và axit glucuronic giảm, mật khác làm cho mật ở vi ti mật quản vào vi ti huyết quản.

- Đặc điểm:
- + Vàng da có thể ít hoặc nhiều.
 - + Bilirubin tự do và liên hợp đều tăng
 - + Nước tiểu có sắc tố mật.
 - + Phân: ít stercobilinogen.
 - + Men gan tăng
- Vàng da sau gan: do tắc mật.

- Đặc điểm: + Vàng da thường rõ.
- + Gan to.
 - + Túi mật to.
 - + Ngứa
 - + Phân bạc màu.
 - + Đường mật giãn.

1.3.2. Theo hoá sinh

- Vàng da do tăng sản xuất bilirubin.
- Vàng da do rối loạn thải trừ bilirubin.
- + Do thiếu liên hợp.
- + Do thiếu thải trừ.

2. Khám bệnh nhân vàng da

2.1. Lâm sàng

2.1.1. Hỏi

- Cơ địa, tiền sử (tuổi, tiền sử nội khoa - ngoại khoa, dùng thuốc, truyền máu, tiền sử gia đình).
- Thói quen và lối sống: nghiện rượu, ma túy, nghề nghiệp, dịch tễ viêm gan B - C.

- Vàng da xuất hiện từng đợt hay tăng dần liên tục, sốt, ngứa, đau hạ sườn phải, phân bạc màu, nước tiểu sẫm màu, có giai đoạn tiền vàng da (nhức đầu, đau cơ, đau khớp, rối loạn tiêu hoá).

2.1.2. Khám

- Dấu hiệu suy tế bào gan: sao mạch, chảy máu, phù...
- Tăng áp lực tĩnh mạch cửa: cổ trướng, tuần hoàn bàng hệ cửa - chủ, lách to.
- Khối u ổ bụng.

- Xuất huyết tiêu hoá.

2.2. Cận lâm sàng

2.2.1. Xét nghiệm máu

*** Huyết học:**

- Số lượng hồng cầu.
- Sức bền hồng cầu.
- Nghiệm pháp Coombs.

*** Sinh hoá:**

- Bilirubin: bình thường bilirubin toàn phần $< 17\mu\text{mol/l}$, bilirubin liên hợp (trực tiếp) $< 4, 3\mu\text{mol/l}$, bilirubin tự do (gián tiếp) $< 12, 7\mu\text{mol/l}$.

- Sắt huyết thanh
- Men transaminase.
- Phosphatase kiềm
- γ Glutamyl Transpeptidase (GGT).
- HBsAg, kháng HBc typ IgM, HBeAg, ADN virus, ADN polymerase...
- Sắc tố mật trong nước tiểu.
- Tỷ lệ prothrombin.

2.2.2. Kỹ thuật ghi hình

- Siêu âm gan mật: kinh tế, đơn giản, không gây chảy máu, lặp đi lặp lại nhiều lần, là xét nghiệm thường được lựa chọn hàng đầu trong chẩn đoán vàng da, thực hiện được ở tuyến huyện.

- Phát hiện được giãn đường mật do tắc nghẽn, kích thước gan, túi mật to, sỏi, giun, chèn ép từ ngoài vào đường mật như u, hạch. Ngoài ra siêu âm kết hợp qua đường nội soi để chẩn đoán bệnh lý gây vàng da do tổn thương đường mật ở thấp: u đầu tụy, bệnh lý cơ Oddi, sỏi bóng Vater, u bóng Vater.

- CT Scanner đường mật: thường được thực hiện sau khi siêu âm chưa chẩn đoán chính xác được nguyên nhân vàng da.

- Chụp đường mật có thuốc cản quang.

+ Chụp đường mật qua đường uống: chỉ quan sát đường mật ở thấp nên nay không dùng.

+ Chụp đường mật qua da: thường có nhiều kinh nghiệm, được thực hiện khi vàng da tắc mật làm đường mật giãn to. Giúp phát hiện các nguyên nhân vàng da do u, sỏi, giun, bệnh lý cơ Oddi.

+ Chụp đường mật ngược dòng: kết hợp nội soi cho kết quả tốt về hình ảnh đường mật, nhất là ngoài gan: sỏi, giun, polyp, u đường mật, viêm teo đường mật, u đầu tụy. Ngoài ra còn kết hợp điều trị như lấy sỏi, kéo lấy giun, cắt cơ Oddi, đặt ống dẫn lưu mật.

- Chọc hút bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm được thực hiện ngày càng rộng giúp chẩn đoán viêm, hiện tượng ứ mật, các tổn thương khu trú.

- Sinh thiết gan: qua da (sinh thiết mù hoặc dưới hướng dẫn của siêu âm- CT), qua nội soi ổ bụng. Được chỉ định trong các bệnh lý vàng da do tổn thương tế bào gan, thận trọng khi tỷ lệ prothrombin < 50%, khi ứ mật quá nặng làm tăng áp và giãn đường mật vì sẽ có nguy cơ thủng mật phúc mạc.

- Thông tá tràng định phút: xác định 3 loại mật.

Mật A: ống mật chủ.

Mật B: túi mật.

Mật C: ống gan, trong gan.

Phương pháp này phức tạp, hiện nay ít sử dụng để chẩn đoán nguyên nhân vàng da.

3. Chẩn đoán

3.1. Chẩn đoán xác định

Tại cộng đồng hội chứng vàng da có thể xác định được dựa lâm sàng: vàng da, vàng niêm mạc mắt, niêm mạc dưới lưỡi. Khi trên lâm sàng không biểu hiện rõ cần phải dựa cận lâm sàng xác định: bilirubin máu tăng cao, có sắc tố mật trong nước tiểu.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

3.2.1. Do uống nhiều quynacrin

3.2.2. Nhiễm sắc tố vàng

Trong cả 2 trường hợp bệnh nhân có vàng da rõ nhưng niêm mạc không vàng. Xét nghiệm bilirubin máu bình thường, không có sắc tố mật trong nước tiểu.

3.3. Chẩn đoán nguyên nhân

Chỉ áp dụng được ở tuyến trên khi có các phương tiện thăm khám cận lâm sàng.

3.3.1. Các nguyên nhân gây vàng da trước gan: chủ yếu tăng bilirubin tự do.

- Huyết tán: bẩm sinh hay mắc phải do bệnh hồng cầu hoặc ngoài hồng cầu: sốt rét, bệnh hồng cầu hình liềm, chứng vỡ hồng cầu, giảm sức bền hồng cầu.

Chẩn đoán dựa vào: thiếu máu, hồng cầu lưới tăng, sắt huyết thanh tăng.

- Không do huyết tán:

+ Bệnh Gilbert: giảm hoạt tính UDP-Glucuronosyltransferase (UGT) gây giảm thanh thải bilirubin, làm tăng bilirubin tự do (thường 1 - 5 mg/dl). Bệnh có tính di truyền, tỷ lệ mắc 2%. Ngoài vàng da nhẹ, hầu hết các bệnh nhân không có triệu chứng gì khác trên lâm sàng, các xét nghiệm sinh hóa gan bình thường. Tiên lượng lâu dài thường tốt, không cần điều trị gì.

+ Bệnh Grigler - Najjar type 1: hiếm gặp, di truyền lặn. Người bệnh thiếu toàn bộ hoạt tính của men UGT gây vàng da từ sơ sinh, nặng dần gây bệnh não do tăng bilirubin dẫn đến tử vong nhanh. Xét nghiệm thấy bilirubin tự do tăng rất cao (20 - 50mg/dl), các xét nghiệm khác đều bình thường. Hầu hết các bệnh nhân chết trong vòng 15 tháng tuổi.

+ Bệnh Crigler - Najjar type II (Hội chứng Arias): hiếm gặp, di truyền trội do thiếu trầm trọng (không phải tất cả) men UGT. Vàng da từ sơ sinh và tồn tại suốt đời. Xét nghiệm bilirubin tự do thường tăng trong khoảng 7 - 20mg/dl.

+ Vàng da ở trẻ sơ sinh (không phải sinh lý): bệnh được giải thích do sự thanh thải bilirubin của gan chưa trưởng thành (hoạt tính UGT lúc đẻ chỉ bằng 1% của người lớn). Ở một số trường hợp do trong sữa mẹ có chất ức chế hoạt tính của men UGT (gặp ở 0,5 - 2,4% các trường hợp). Hoặc có chất ức chế UGT trong máu của mẹ truyền sang con, gây vàng da trong 4 ngày đầu sau đẻ (Hội chứng Lucey - Driscoll).

3.1.2. Các nguyên nhân gây vàng da tại gan

- Viêm gan virus: thể diễn hình chẩn đoán dễ, dựa yếu tố dịch tễ và nguồn lây diễn biến qua 3 thời kỳ.

+ Tiền vàng da: đau đầu, nhức mỏi cơ, đau khớp, sốt, rối loạn tiêu hoá, chán ăn.

+ Thời kỳ vàng da: da vàng rõ, gan hơi to, không đau, túi mật không to, lách có thể to ít, sốt giảm dần, men gan tăng gấp 10 - 20 lần so với bình thường, bilirubin tăng cả trực tiếp và gián tiếp, phân ít stercobilinogen.

+ Thời kỳ lại sức: chẩn đoán dựa vào xét nghiệm tìm thấy các marker của virus: HBsAg, anti-HCV...

- Viêm gan cấp do rượu.

Sốt gần 38°C, men gan tăng nhưng thường dưới 10 lần so với bình thường, GGT tăng trên 400UI/l. Siêu âm gan có hình ảnh nhiễm mỡ, bilirubin tăng cả trực tiếp và gián tiếp. Có tiền sử nghiện rượu.

- Viêm gan do thuốc: tiền sử dùng thuốc độc cho gan: Rifamycin, INH, Aldomet, Tetracyclin, MTU...

- Xơ gan mật tiên phát: do viêm tự miễn của hệ thống đường mật trong gan. Thường xảy ra ở phụ nữ trẻ 35 - 55 tuổi. Ngứa có thể xuất hiện trước vàng da trong nhiều tháng. Vàng da xuất hiện thành từng đợt ngày càng nặng thêm kèm theo sốt, gan to nhưng ít đau, không có hội chứng nhiễm trùng, da có các u vàng.

Xét nghiệm: phosphatase kiềm tăng, GGT tăng, IgM tăng, kháng thể kháng ty lạp thể tăng trong 80 - 85% trường hợp.

- Ứ mật tiên phát lành tính: gặp chủ yếu ở nam, chưa rõ nguyên nhân, kéo dài 1 - 4 tháng, xét nghiệm sinh hoá và mô học gan bình thường, GGT tăng, phosphatase kiềm tăng.

- Bệnh Dubin - Johnson: rối loạn thải trừ bilirubin liên hợp. Chẩn đoán dựa vào nghiệm pháp BSP rối loạn, mô học gan có sắc tố đen sẫm trong tế bào gan.

- Bệnh Rotor: lâm sàng giống bệnh Dubin - Johnson nhưng không có sắc tố đen trong tế bào gan.

3.1.3. Các nguyên nhân gây vàng da sau gan (tắc mật)

- Ung thư đầu tụy:

Lâm sàng: thường gặp ở nam tuổi trên 60 có tiền sử viêm tụy mạn hoặc tiểu đường. Cơ thể suy sụp, tắc mật nặng tăng dần, có thể có rối loạn tiêu hoá, ỉa lỏng ra mỡ, ngứa, túi mật to.

Chẩn đoán bằng siêu âm tụy, siêu âm nội soi, chụp mật tụy ngược dòng, chụp cắt lớp thấy hình ảnh khối u vùng đầu tụy. Trước đây thường sử dụng phương pháp chụp khung tá tràng giảm trương lực thấy khung tá tràng giãn rộng. Phương pháp này chỉ chẩn đoán ở giai đoạn muộn, nay không sử dụng.

- Ung thư bóng Vater:

Lâm sàng: gần giống u đầu tụy hoặc giả sỏi mật: vàng da, sốt, đau hạ sườn phải, gan to, túi mật to, có thể tái phát nhiều lần, đôi khi kèm theo xuất huyết tiêu hoá cao, điển hình có nôn ra máu hình thỏi bút chì.

Chẩn đoán dựa vào siêu âm, siêu âm nội soi, chụp đường mật ngược dòng kèm sinh thiết thấy khối u nằm trong bóng Vater và thấy tế bào ung thư biểu mô đường mật.

- Ung thư túi mật: hiếm gặp, thường ở người già. Chẩn đoán dựa vào siêu âm và chụp cắt lớp.

- U chèn ép từ ngoài vào: hạch vùng cuống gan do di căn ung thư dạ dày, đại tràng, u lympho.

- Ung thư gan và ung thư đường mật trong gan: chẩn đoán dựa vào siêu âm sinh thiết.

- Sỏi đường mật: thể điển hình dễ chẩn đoán. Có tam chứng Charcot: gan to, túi mật to, đau. Siêu âm, chụp đường mật ngược dòng thấy sỏi đường mật.

- Giun chui ống mật: gây đau thượng vị dữ dội, tái phát nhiều lần. Chẩn đoán bằng siêu âm, nội soi tá tràng hoặc chụp đường mật ngược dòng thấy hình ảnh giun.

- Viêm đường mật: viêm mạn tính làm hẹp cơ Oddi hoặc viêm dính sau phẫu thuật đường mật, viêm tụy mạn gây xơ chèn ép đoạn cuối ống mật chủ.

KHÁM VÀ CHẨN ĐOÁN GAN TO

1. Đại cương

1.1. Giải phẫu gan

Gan là một cơ quan lớn nhất của cơ thể người, giữ vai trò quan trọng trong tiêu hoá và trao đổi chất, xác định gan to trên lâm sàng thường không khó, nhưng nguyên nhân gây gan to rất phong phú đôi khi đòi hỏi kỹ thuật cao để chẩn đoán.

Kích thước và trọng lượng gan thay đổi tùy theo lứa tuổi, ở người lớn nặng 1200g - 1500g, chiếm 1/36 trọng lượng cơ thể. Gan có mặt nhẵn, mật độ mềm, màu đỏ nâu chứa hơn 1 lít máu.

Gan được cố định bởi dây chằng tam giác và dây chằng liềm, nhu mô gan được phủ bởi màng Glisson bền, mỏng, chắc. Màng này đi vào nhu mô gan và phân nhánh trong gan.

1.2. Vị trí của gan so với xương

Gan nằm ngay sát dưới cơ hoành, ở khoang phía trên bên phải của ổ bụng, một phần gan sang bên trái đường trắng giữa.

Ranh giới phía trên của gan là khoang liên sườn (KLS) V trên đường cạnh ức phải. Bờ dưới không vượt quá bờ sườn. Vì vậy gan to có thể là:

- Bờ trên gan vượt quá KLS V và bờ dưới vượt khỏi bờ sườn (gan to cả 2 chiều).
- Bờ trên vẫn ở vị trí bình thường nhưng bờ dưới vượt quá bờ sườn.
- Bờ dưới không vượt quá bờ sườn nhưng bờ trên vượt quá KLS V. Vì vậy muốn xác định gan to cần xác định giới hạn bờ trên và bờ dưới gan.

2. Cách khám gan

2.1. Xác định bờ trên gan: dựa phương pháp gõ.

Bệnh nhân nằm ngửa, 2 chân co. Thầy thuốc ngồi bên phải, gõ từ trên xuống dưới, ngón tay để song song các khoang liên sườn, gõ theo các đường: cạnh ức phải, giữa đòn phải, nách trước phải (bình thường: KLS V đường cạnh ức; KLS VI đường giữa đòn, VII đường nách trước).

2.2. Xác định bờ dưới gan

Kết hợp sờ và gõ, chủ yếu là sờ.

- Sờ gan theo phương pháp di động đầu ngón tay theo nhịp thở. Khi bệnh nhân hít vào sâu, bờ dưới gan hạ thấp trượt trên đầu ngón tay.

Chú ý: sờ nhẹ nhàng, áp cả lòng bàn tay vào thành bụng. Đây là phương pháp sờ gan thông dụng, tuy nhiên có một số phương pháp đặc biệt, khám áp dụng khi gan có tư thế đặc biệt khó sờ.

+ Gan đồ sau: thầy thuốc dùng tay trái đặt dưới hố thất lưng nâng lên, tay phải sờ nắn phía trên hoặc thầy thuốc đặt bàn tay trái ôm phía trước và sau vùng hạ sườn phải, tay phải sờ phía trước khi cần nhận định phân thủy gan.

+ Khi gan to không nhiều, để xác định bờ gan, dùng phương pháp móc gan: thầy thuốc ngồi phía trên vùng gan dùng 2 tay móc vào vùng hạ sườn phải.

+ Khi gan đồ sau, cần khám thủy phải, cho bệnh nhân nằm nghiêng trái, thầy thuốc ngồi phía sau lưng vùng gan, tay trái ấn vào hố thất lưng, tay phải sờ phía bụng hoặc thầy thuốc ngồi phía sau trên vùng gan dùng 2 tay móc vào vùng hạ sườn phải.

- Gõ: gõ xác định bờ dưới nên gõ nhẹ, gõ gián tiếp. Đặt ngón tay song song với bờ sườn gõ từ rốn lên khi nghe tiếng trong di chuyển dần lên phía trên đạt tới tiếng gõ đục. Bình thường ranh giới phía dưới của gan không vượt quá bờ sườn, dưới mũi ức trên cạnh đường ức phải 2cm, không vượt quá đường cạnh ức trái. Diện đục của gan bình thường.

Theo đường nách trước phải: 10 - 12cm.

Đường giữa xương đòn phải: 9 - 11cm.

Cạnh ức phải: 8 - 11cm.

Chẩn đoán gan to khi diện đục của gan lớn hơn bình thường.

- Yêu cầu nhận xét gan khi gan to: kích thước, mật độ (mềm, chắc, cứng), mặt (nhẵn, lồi, lõm), bờ (tù - sắc, đều - gồ ghề), đau.

3. Phân biệt gan to

3.1. Gan sa

Bờ dưới gan xuống thấp và bờ trên gan cũng xuống thấp tương ứng. Diện đục của gan bình thường, có thể đẩy lên được.

3.2. U thận

Khó xác định ranh giới, có dấu hiệu chạm thất lưng, gõ mặt trước thấy trong.

3.3. Khối u dạ dày (phân biệt thủy trái gan to)

Không di động theo nhịp thở, gõ trong, có các triệu chứng của dạ dày.

3.4. Khối viêm dính hoặc khối hạch trong ổ bụng

Sờ thấy màng dính không di động theo nhịp thở, gõ đục hoặc sờ thấy lồi nhón. Gặp trong lao màng bụng, bệnh của tổ chức lympho.

3.5. Khối u góc đại tràng phải

Có triệu chứng bệnh lý đại tràng phân lỏng hoặc bán tắc ruột, khi khối u dính với gan thì khó phân biệt.

3.6. Viêm hoặc u cơ thành bụng vùng hạ sườn phải

Vị trí ở nông, chạy dọc theo đường đi thớ cơ, khi người bệnh lên gân thì khối u nổi rõ hơn.

4. Khám cận lâm sàng khi có gan to

4.1. Thăm dò hình thái

4.1.1. Xquang.

- Chiều chụp Xquang không chuẩn bị: để xác định bóng gan, ít có ý nghĩa vì khó phân biệt bóng gan với bóng của cơ quan khác trong ổ bụng.

- Chụp gan sau bơm hơi ổ bụng (500 - 1000ml): để quan sát mặt trên của gan.

- Chụp động mạch lách - cửa có thuốc cản quang giúp phát hiện sự di chuyển máu trong tĩnh mạch cửa.

- Chụp động mạch gan, động mạch thân tạng.

- Chụp túi mật và đường mật.

+ Chụp túi mật sau uống thuốc cản quang có iod.

+ Tiêm tĩnh mạch thuốc cản quang đào thải qua thận.

+ Chụp mật tụy ngược dòng qua nội soi.

+ Chụp mật qua da.

4.1.2. Đồng vị phóng xạ: tiêm chất phóng xạ Au^{198} , I^{131} ... vào mạch.

Đánh giá kích thước, vị trí, ranh giới gan, đánh giá sự phân bố phóng xạ ở gan đều hay không đều, có khoảng lạnh, ngoài ra đánh giá tình trạng tuần hoàn của máu ở gan, đánh giá chức năng hấp thu, bài tiết của sự lưu thông đường mật.

4.1.3. Siêu âm

Là phương pháp phổ biến, được áp dụng đầu tay để bổ sung lâm sàng trong chẩn đoán bệnh lý gan mật, không có biến chứng, có thể thực hiện được ở tuyến huyện.

4.1.4. Nội soi ổ bụng

Rất có giá trị trong chẩn đoán vì có thể nhìn tận mắt các tổn thương gan, mật và qua nội soi thực hiện được một số thủ thuật giúp chẩn đoán, điều trị.

4.2. Thăm dò chức năng

4.2.1. Chức năng tiết mật

- Định lượng bilirubin/máu (toàn phần, trực tiếp, gián tiếp).

- Phosphatase kiềm: tăng trong vàng da tắc mật, viêm đường mật.
- Hút dịch tá tràng dịch phút: có giá trị xác định tắc mật và địa điểm tắc mật.

4.2.2. *Thăm dò chức năng chuyển hoá*

- Nghiệm pháp galactose niệu.
- Điện di protein.
- Tỷ lệ albumin/globulin
- Chức năng tạo urê.
- Định lượng amoniac máu.
- Chức năng chuyển hoá lipid.
- Tỷ lệ cholesterol este / cholesterol toàn phần.
- Định lượng fibrinogen.
- Tỷ lệ prothrombin.

4.2.3. *Thăm dò chức năng chống độc và giữ chất màu*

- Nghiệm pháp BSP (Bromo - Sulfon - Phtalein).
- Nghiệm pháp hồng Bengan: đưa thuốc vào cơ thể theo đường tĩnh mạch sau thời gian nhất định lấy máu định lượng thuốc. Khi suy gan nồng độ thuốc trong máu tăng cao.

4.2.4. *Thăm dò sự huỷ hoại tế bào gan*

- Định lượng men Ocnitin - Cacbanyl - Transferase (OCT).
- Định lượng Transaminase:
SGOT (Serin Glutamo - Oxalo - Transaminase).
SGPT (Serin Glutamo - Pyruvic - Transaminase).
- Định lượng men Sochitoldehydrogenase (SDH) men xúc tác phản ứng.

4.2.5. *Thăm dò miễn dịch*

- Alpha Fetoprotein (α FP) là protein do gan tổng hợp ở giai đoạn bào thai. Khi thai nhi ra đời thì gan không tổng hợp nữa. Thường tăng cao trong ung thư gan nguyên phát.

- Các kháng thể: kháng thể kháng ty lạp thể, kháng thể kháng cơ trơn...
- Kháng nguyên của virus viêm gan B: HBsAg, HBcAg, HBeAg...
- Xét nghiệm kháng thể kháng virus viêm gan A, C, D, E.
- Điện di miễn dịch: IgG, IgM, IgA.

5. Nguyên nhân gan to

5.1. Gan to đơn thuần

5.1.1. Áp -xe gan do amip

- Gan to thường không đều, mật độ mềm, mặt nhẵn, ấn đau, rung gan, ấn kẽ sườn (+), dấu hiệu nhiễm khuẩn, tiền sử thường bị kiết lỵ.

- Siêu âm gan: có ổ giảm âm hoặc trống âm. Chọc dò ổ áp - xe: có mù màu socola, không mùi.

5.1.2. Gan to do suy tim

- Gan to đều, mật độ mềm, mặt nhẵn, ấn tức, phản hồi gan tĩnh mạch cổ (+).

- Có các dấu hiệu khác của suy tim: khó thở, phù, áp lực tĩnh mạch cao.

5.1.3. Ung thư gan nguyên phát

- Gan to không đều, lồi nhô, mật độ cứng, tiến triển nhanh, cơ thể suy sụp nhanh.

- Chẩn đoán dựa vào siêu âm, chụp cắt lớp, α FP, sinh thiết.

5.1.4. Một số bệnh khác

- Gan ứ nhiễm: nhiễm mỡ, nhiễm sắc tố, nhiễm bột.

- Lao gan: gan to không đều, mềm, có dấu hiệu nhiễm lao.

- Giang mai gan: gan to không đều, cứng, lồi lõm.

- U nang nước của gan: to không đều, cứng, tiến triển chậm.

5.2. Gan to có vàng da

5.2.1. Viêm gan do virus

- Gan to không nhiều, thường chỉ mấp mé bờ sườn, bờ đều, mật độ mềm, mặt nhẵn.

- Không đau nhiều và có dấu hiệu nhiễm khuẩn nhẹ.

- Bệnh diễn hình diễn biến qua 3 thời kỳ: tiền vàng da, vàng da, lại sức.

- Xét nghiệm: men gan tăng, xét nghiệm huyết thanh học thấy sự có mặt và nhân lên của virus.

5.2.2. Gan to do u đầu tụy

- Gan to đều, mềm, mặt nhẵn, không sốt, túi mật to, dấu hiệu tắc mật rõ.

- Siêu âm, siêu âm nội soi, chụp cắt lớp, phát hiện được u đầu tụy.

5.2.3. Sỏi mật và áp - xe đường mật

- Gan to đều, mềm, nhẵn, đau nhiều khi khám. Tình trạng nhiễm khuẩn nặng khi có áp - xe đường mật. Tiền sử có cơn đau quặn gan.

- Siêu âm giúp chẩn đoán xác định.

- Chọc dò ổ áp - xe hút được mủ đục, mùi thối, nuôi cấy có vi khuẩn.

5.2.4. Gan to do sản lá gan

- Gan to ít và đều, mềm, nhẵn, có tiền sử ăn gỏi cá, trong phân và dịch hút tá tràng có trứng sản.

5.3. Gan to phối hợp lách to

5.3.1. Hội chứng Banti

- Lách to và cường lách, tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

- Gan to với tính chất: to ít, đều, chắc, nhẵn không đau.

5.3.2. Xơ gan to

Gan to đều, chắc hoặc rắn, lách to, cổ trướng, tuần hoàn bàng hệ kèm dấu hiệu suy tế bào gan: sao mạch, phù, xuất huyết dưới da...

5.3.3. Bệnh Hanot

- Gan to, lách to, vàng da từng đợt và ngày càng tăng.

- Gan to đều, chắc, không đau.

5.3.4. Gan to trong một số bệnh nhiễm khuẩn: thương hàn, sốt rét, nhiễm khuẩn máu

- Gan to là dấu hiệu thứ yếu, chủ yếu là dấu hiệu của bệnh nguyên phát.

- Gan to ít, mềm, hơi đau.

5.4. Gan to phối hợp lách to và hạch to

- Một số bệnh thuộc hệ thống liên võng nội mô hoặc hệ thống máu: bệnh Leucose cấp, Leucose kinh, Hodgkin.

- Gan to, ít, mềm hoặc chắc, hơi đau.

KHÁM BỘ MÁY TIẾT NIỆU

1. Các rối loạn cơ năng

1.1. Đái nhiều, đái ít, vô niệu

Bình thường lượng nước tiểu 24 giờ ở nam từ 1, 2 - 1, 5 lít, nữ 1, 1 - 1, 3 lít. Được gọi là đái nhiều khi lượng nước tiểu thường xuyên > 2 lít/24 giờ, đái ít khi lượng nước tiểu $< 500\text{ml}/24$ giờ, khi lượng nước tiểu $< 100\text{ ml} / 24$ giờ gọi là vô niệu.

1.1.1. Đái nhiều

* Sinh lý: đái nhiều sinh lý gặp trong những trường hợp uống nhiều nước, uống bia, mùa rét, dùng thuốc lợi tiểu, thuốc trợ tim.

* Bệnh lý:

- Đái tháo đường: lâm sàng biểu hiện 4 nhiều ăn nhiều: gầy nhiều, uống nhiều, đái nhiều, lượng nước tiểu có thể từ 4 - 5 lít/24 giờ, có những trường hợp 7 - 8 lít/24 giờ. Xét nghiệm glucose máu lúc đói tăng cao, xuất hiện glucose niệu.

- Đái nhạt: do suy thùy sau tuyến yên gây thiếu kích tố ADH. Bệnh nhân có biểu hiện đái nhiều, đo tỷ trọng nước tiểu giảm.

- Viêm thận mạn: giai đoạn đầu của viêm thận mạn số lượng nước tiểu ban đêm nhiều hơn ban ngày.

1.1.2. Đái ít, vô niệu

Đái ít: lượng nước tiểu $< 500\text{ml}/24$ giờ.

Vô niệu: lượng nước tiểu $< 300\text{ ml}/24$ giờ, thông bàng quang cũng không có nước tiểu

* Sinh lý: chỉ có đái ít sinh lý, vô niệu là yếu tố bệnh lý. Đái ít sinh lý thường gặp vào mùa hè, những người lao động nặng nhọc, những người có thói quen uống ít nước.

* Bệnh lý:

- Những nguyên nhân do thận đứng hàng đầu, thường gặp:

+ Viêm cầu thận cấp: trên lâm sàng có đái ít kèm theo đái máu, ure trong máu tăng.

+ Viêm cầu thận mạn: số lượng nước tiểu ít kèm theo hiện tượng tăng nitơ máu.

- + Sỏi thận: sỏi ít xuất hiện khi sỏi gây tắc niệu quản, bàng quang.
- + Ngộ độc một số chất gây viêm ống thận cấp như ngộ độc mật cá trắm, thủy ngân.
- Nguyên nhân ngoài thận:
 - + Mất máu do mọi nguyên nhân như mất máu do chấn thương, do xuất huyết tiêu hóa.
 - + Mất nước cấp do nôn nhiều, do ỉa chảy, do sốt cao.
 - + Tất cả những trường hợp gây truy mạch, sốc.
 - + Suy tim, xơ gan làm giảm lưu lượng máu đến thận gây sỏi ít.

1.2. Đái rắt, đái buốt, bí đái

1.2.1. Đái buốt

Đái buốt là cảm giác đau ở niệu đạo, bàng quang mỗi khi đi tiểu, vì có cảm giác buốt nên bệnh nhân không dám đái mạnh thành tia mà chỉ thành từng giọt.

Những nguyên nhân thường gặp:

- Do viêm bàng quang, niệu đạo: ở phụ nữ thường gặp viêm do tạp khuẩn, lậu cầu, Trichomonas, ở nam thường do lậu cầu.

Ngoài ra có thể gặp viêm bàng quang, niệu đạo do lao.

- Ung thư bàng quang: rất hiếm gặp.
- Viêm tiền liệt tuyến: thường gây triệu chứng viêm bàng quang đôi khi có thể gây bí đái, có thể gặp đái mù. Thăm trực tràng thấy tiền liệt tuyến to, đau, mềm có thể nặn ra mù.

1.2.2. Đái rắt

Là tình trạng đi đái nhiều lần trong ngày, mỗi lần số lượng nước tiểu rất ít, mỗi khi đi tiểu có khi chỉ vài giọt hoặc không có giọt nào. Người bệnh vừa mới đi đái xong lại muốn đi đái nữa. Mỗi lần đi tiểu có cảm giác khó đi.

* Nguyên nhân: đái buốt thường kèm theo đái rắt. Ngoài những nguyên nhân gây đái buốt ở trên còn có thể gặp những nguyên nhân ngoài bàng quang, niệu đạo gây đái rắt.

- Tổn thương ở trực tràng: viêm trực tràng, giun kim, ung thư trực tràng cũng có thể gây đái rắt 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 và thân tử cung, viêm phần phụ sinh dục cũng gây đái rắt vì nó nằm sát bàng quang trực tiếp gây những kích thích đối với bàng quang.

1.2.3. Bí đái

Khi bí đái, thận vẫn làm việc được, bàng quang đầy nước tiểu nhưng bệnh nhân không đi đái được. Khác hẳn với vô niệu, người bệnh không đi tiểu được vì thận không lọc được nước tiểu, bàng quang trống rỗng.

Bí đái nếu kéo dài nước tiểu ở bàng quang sẽ đi ngược lên bể thận, đem theo vi khuẩn, gây viêm thận ngược dòng rất nguy hiểm.

* Nguyên nhân:

- Tại bàng quang, niệu đạo:

+ Dị vật bàng quang: có thể gặp sỏi hay cục máu, có thể từ trên thận xuống hay sinh tại bàng quang gây bí đái.

+ Ung thư bàng quang: rất hiếm gặp. Nếu khối u to sẽ làm tắc lỗ niệu đạo chỗ thông với bàng quang và gây bí đái.

- Nguyên nhân ngoài bàng quang:

+ Do tiền liệt tuyến là nguyên nhân thường gặp nhất ở nam giới, tiền liệt tuyến to lên sẽ đè bẹp gây bí đái. Tiền liệt tuyến to lên có thể do:

Ung thư tiền liệt tuyến: là nguyên nhân gây bí đái ở người già. Thăm trực tràng thấy tiền liệt tuyến to và cứng.

Viêm tiền liệt tuyến: thường có biểu hiện triệu chứng viêm bàng quang, đái mù kèm theo bí đái. Thăm trực tràng thấy tiền liệt tuyến to nhưng mềm, đau, có thể nặn ra mủ.

+ Do các khối u vùng tiểu khung: ung thư trực tràng, ung thư cổ tử cung, ung thư thân tử cung... khi di căn vào tiểu khung có thể đè vào cổ bàng quang gây bí đái.

+ Do các tổn thương thần kinh trung ương:

Bệnh ở tuỷ sống: chấn thương gãy cột sống, đứt ngang tuỷ, lao cột sống, u tuỷ, viêm tuỷ... đều có thể gây bí đái.

Bệnh ở não và màng não: viêm não, áp - xe não, chảy máu não, nhũn não, viêm màng não.

Bí đái trong những trường hợp tổn thương thần kinh trung ương rất nguy hiểm vì khó hồi phục, phải thông đái nhiều lần do đó dễ gây nhiễm khuẩn bàng quang và từ đó gây viêm bể thận ngược dòng.

1.3. Đái mù, đái máu

1.3.1. Đái mù

Là hiện tượng trong nước tiểu có tế bào mủ, trong trường hợp đái ra mủ trong nước tiểu có nhiều bạch cầu đa nhân thoái hoá. Đái ra mủ có thể kèm theo đái ra máu.

* Nguyên nhân:

- Mù ở niệu đạo: biểu hiện đái ra mù ở đầu bãi thường gặp trong viêm niệu đạo, bệnh ở tiền liệt tuyến.

- Mù ở bàng quang: biểu hiện đái ra mù cuối bãi, nguyên nhân thường gặp là viêm bàng quang, lao bàng quang, sỏi bàng quang, bội nhiễm do thông đái nhiều lần.

- Mù ở thận: biểu hiện đái ra mù toàn bãi, gặp trong viêm đài bể thận cấp, viêm đài bể thận mạn, lao thận, thận đa nang.

1.3.2. Đái máu

Là hiện tượng có nhiều hồng cầu hơn bình thường trong nước tiểu. Bằng phương pháp làm cặn Addis bình thường không quá 1000 hồng cầu ra nước tiểu trong 1 phút. Đái ra máu có thể nhiều mà mắt thường nhìn thấy được gọi là đái máu đại thể, nhưng cũng có thể ít mắt thường không được phải soi qua kính hiển vi gọi là đái ra máu vi thể. Đái ra máu có thể đơn thuần, có thể kèm theo đái ra mù hoặc kèm theo đái ra dưỡng chấp.

* Nguyên nhân:

- Đái ra máu đại thể:

+ Ở niệu đạo: polyp niệu đạo gặp ở nữ, dập niệu đạo, u xơ tiền liệt tuyến, polyp tiền liệt tuyến gặp ở nam.

+ Ở bàng quang: lao bàng quang, sỏi, khối u bàng quang.

+ Tại thận: nguyên nhân thường gặp gây đái máu tại thận là sỏi thận, ung thư thận, lao thận, thận đa nang, viêm cầu thận cấp.

+ Nguyên nhân toàn thân: gặp ở những người mắc bệnh về máu như bệnh máu chậm đông Hemophylie, bệnh do tiểu cầu Hemogenie, bệnh bạch cầu cấp, bạch cầu mạn. Ngoài ra còn có thể do dùng thuốc chống đông Dicoumarol, Heparin.

- Đái máu vi thể: tất cả các nguyên nhân gây đái máu đại thể đều là nguyên nhân gây đái máu vi thể. Ngoài ra còn có một số nguyên nhân chỉ gây đái máu vi thể như:

+ Viêm cầu thận mạn, suy thận.

+ Suy tim phải, suy tim toàn bộ.

+ Nhiễm trùng huyết, Osler.

1.4. Nôn, nhức đầu, khó thở

Trong các bệnh lý về thận, các triệu chứng nôn, nhức đầu, khó thở thường xuất hiện khi có hiện tượng tăng nitơ máu. Biểu hiện:

- Nôn mửa kèm theo ỉa chảy, loét vùng họng hầu, lưỡi đen.

- Nhức đầu, chóng mặt, cảm giác ruồi bay trước mắt, người bệnh mệt mỏi.
- Khó thở, hơi thở có mùi amoniac, có thể có rối loạn nhịp thở kiểu Chayne-Stokes hoặc Kussmall.

1.5. Đau thắt lưng, cơn đau quặn thận

* Đau thắt lưng: thường là biểu hiện của thận ứ nước, ứ mù, sỏi đài bể thận, viêm thận bể thận, viêm tấy quanh thận.

Biểu hiện: đau tức âm ỉ ngang vùng thắt lưng, đau 1 bên hoặc cả 2 bên, khi làm việc nặng, đi đường xa đau nhiều hơn.

* Đau quặn thận: thường gặp ở những trường hợp sỏi thận. Cơn đau thường xuất hiện đột ngột sau khi lao động nặng, uống thuốc lợi tiểu.

Biểu hiện: đau đột ngột, dữ dội, đau quặn quai lan từ hố thắt lưng lan xuống bộ phận sinh dục ngoài. Người bệnh vã mồ hôi, mặt tái, lo lắng sợ sệt, nôn mửa, có cảm giác buồn nôn. Cơn đau kéo dài từ 1 - 2 tiếng đồng hồ, có thể kèm theo đái máu, ứ điểm niệu quản dương tính.

2. Cách khám thận và xác định điểm đau niệu quản

* Cách khám thận:

- Nhìn: vùng hố thắt lưng 2 bên xem có sưng nề không, có sẹo mổ cũ không, có u cục nổi lên hay không.

- Sờ: để xác định xem thận có to hay không, thận to trong những trường hợp thận ứ nước, ứ mù, ung thư thận, thận đa nang.

Cách khám:

+ Dấu hiệu chạm thận: bệnh nhân nằm ngửa 2 chân co, thầy thuốc ngồi bên phải bệnh nhân. Tay trái thầy thuốc đặt ở hố thắt lưng phía sau, tay phải đặt ở vùng mạng sườn phía trước.

Cách làm: tay trái thầy thuốc nâng khối cơ lưng lên, tay phải ấn thành bụng xuống đều đặn nhẹ nhàng theo nhịp thở. Nếu thận to tay phải sẽ sờ thấy một khối chắc.

+ Dấu hiệu bập bênh thận: tư thế bệnh nhân và tư thế thầy thuốc giống như trong phương pháp chạm thận.

Cách làm: tay phải thầy thuốc ở phía trên thành bụng để yên, tay trái ở dưới dùng đầu ngón tay hất khối cơ lưng lên thành từng đợt. Rồi làm ngược lại, tay trái thầy thuốc ở phía dưới để yên, tay phải ở trên dùng các đầu ngón tay hất thành bụng bệnh nhân xuống thành từng đợt. Cần đẩy nhanh và hơi mạnh, nếu thận to sẽ chạm vào tay trên của thầy thuốc.

* Các điểm đau niệu quản:

- Điểm niệu quản trên: là điểm cắt của đường kẻ ngang qua rốn gấp bờ ngoài cơ thẳng to 2 bên. Hoặc 3 khoát ngón tay cách ngang rốn 2 bên tương ứng với đoạn từ bề thận đổ vào niệu quản.

- Điểm niệu quản giữa: kẻ đường thẳng nối 2 gai chậu trước trên 2 bên, chia đoạn thẳng đó làm 3 phần bằng nhau, hai đầu mút của đoạn 1/3 giữa là 2 điểm niệu quản giữa tương ứng với đoạn động mạch chậu vắt qua niệu quản.

- Điểm niệu quản dưới: phải thăm trực tràng hay âm đạo mới thấy. Điểm niệu quản này tương ứng với đoạn niệu quản đổ vào bàng quang.

Ấn các điểm niệu quản dương tính trong những trường hợp có sỏi niệu quản.

* Điểm sườn lưng, sườn sống:

- Điểm sườn lưng: là điểm gặp nhau của bờ dưới xương sườn XII và bờ ngoài khối cơ lưng to.

- Điểm sườn sống: là góc giữa xương sườn XII và cột sống.

Hai điểm trên dương tính trong trường hợp có sỏi thận.

3. Cách khám bàng quang, niệu đạo, tiền liệt tuyến

3.1. Cách khám bàng quang

Bình thường không có cầu bàng quang nên không khám thấy bàng quang. Khi ứ nước tiểu ở bàng quang khám sẽ thấy cầu bàng quang.

* 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, không di động.

- Gõ: ranh giới giữa vùng đục và vùng trong là một đường cong có đỉnh quay lên trên.

- Thông đái lấy được nước tiểu, khối u xẹp ngay. Đó là phương pháp chẩn đoán chắc chắn nhất để phân biệt với khối u khác trên lâm sàng.

Như vậy chỉ cần sử dụng một ống thông bàng quang có thể giúp ta phân biệt những trường hợp ứ nước tiểu ở bàng quang với những trường hợp có khối u ở vùng hạ vị như cổ tử cung, phụ nữ có thai... Đây là một phương pháp có thể áp dụng một cách thuận lợi, hiệu quả khi mà ở tuyến y tế cơ sở còn thiếu những trang thiết bị hiện đại.

3.2. Khám niệu đạo

Nâng quy đầu lên, nặn từ phía trong ra, bình thường không thấy gì chảy ra cả. Ở phụ nữ, vạch 2 môi to và môi nhỏ sẽ thấy lỗ niệu đạo nằm ở trên, ở dưới là âm vật.

Có thể gặp những tổn thương sau: viêm tấy đỏ lỗ niệu đạo, loét miệng sáo hoặc có mủ chảy ra. Nếu có mủ phải lấy mủ đó đem soi.

3.3. Khám tiền liệt tuyến

Phải thăm trực tràng mới thấy được. Nếu người bệnh nằm ngửa thì khám ở vị trí 12 giờ, nếu người bệnh nằm sấp thì khám ở vị trí 6 giờ. Nếu tiền liệt tuyến to thì sẽ thấy đầu ngón tay có cảm giác chạm vào một khối u nhỏ, hơi lồi lên trên mặt của trực tràng.

Bình thường tiền liệt tuyến là một khối nhỏ có 2 thùy, ở giữa có một rãnh. ở người già tuyến này thường bị xơ nên có thể hơi cứng và to hơn một chút so với người trẻ. Tiền liệt tuyến có thể to lên trong những 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, ấn có thể đau, có thể to một thùy hoặc cả hai thùy.

Vì tiền liệt tuyến nằm ngay cổ bàng quang nên khi to lên sẽ đội cổ bàng quang lên và đè bẹp niệu đạo gây rối loạn đi tiểu.

- Viêm tiền liệt tuyến: tiền liệt tuyến to nhưng mềm hơn và rất đau. Khi thăm trực tràng nặn có thể thấy mủ chảy ra, viêm tiền liệt tuyến có thể lan sang bàng quang.

4. Khám toàn thân và các bộ phận liên quan

4.1. Phù

Phù trong bệnh thận là do protein bị mất, đồng thời do một số chất điện giải nhất là natri bị ứ lại trong máu do thận không lọc được, chất aldosteron được bài tiết ra từ tuyến thượng thận nhiều hơn lại càng giữ natri lại. Kết quả là áp lực keo giảm xuống, áp lực thẩm thấu tăng và nước bị giữ lại trong tổ chức gây phù.

Đặc điểm: phù mềm, phù trắng, ấn lõm, nếu lâu phù trở nên cứng hơn. Phù xuất hiện đầu tiên ở mắt rồi mới tới chân và cuối cùng là phù toàn thân kể cả tràn dịch màng bụng, màng phổi.

Muốn phát hiện sớm phù ta phải chú ý đến những tổ chức mềm, lỏng lẻo như hố mắt bình thường lõm nếu thấy phù sẽ đầy lên, mi mắt cũng nặng ra. Phần dưới mắt cá chân trong nếu có phù ấn vào sẽ lõm.

Trong trường hợp nghi ngờ ta làm nghiệm pháp Aldrich và Mac Clure: tiêm trong da 2/10ml nước muối sinh lý ở mặt trong cẳng tay. Bình thường sau 50 - 90 phút sẽ tan hoàn toàn, nếu có hiện tượng ứ muối nước trong cơ thể thì nốt phỏng sẽ tan nhanh hơn, càng phù nhiều tan càng nhanh. Ở các tuyến y tế cơ sở có thể áp dụng phương pháp này một cách dễ dàng, thuận lợi trong những trường hợp phù không rõ ràng.

Muốn theo dõi sự tăng hay giảm của phù phải cân người bệnh hàng ngày. Khám phù nên khám ở những vị trí trên nền xương cứng như trán, ức, mặt trước trong xương chày, mắt cá chân, mu chân.

4.2. Khám tim mạch

4.2.1. Tim

Khi urê máu tăng cao có thể gây tình trạng viêm cơ tim và viêm màng ngoài tim. Nghe tim sẽ thấy nhịp tim nhanh, tiếng tim nhỏ có thể nghe được nhịp ngựa phi, có thể nghe được tiếng cọ màng ngoài tim.

Cũng có những trường hợp có tràn dịch màng ngoài tim, lúc đó gõ thấy diện đục tương đối của tim to hơn bình thường, nghe thấy tiếng tim mờ xa xăm.

4.2.2. Huyết áp

Bệnh thận và bệnh tăng huyết áp có liên quan khăng khít với nhau, có > 80% bệnh nhân bị bệnh cầu thận có tăng huyết áp. Trong viêm cầu thận cấp cũng như trong viêm cầu thận mạn tăng huyết áp là một triệu chứng thường có. Trong suy thận tăng huyết áp là một trong tứ chứng mà Widall đã nói tới từ lâu. Trong hẹp động mạch thận cũng gây nên tăng huyết áp tiên phát.

Ngược lại tăng huyết áp lâu ngày cũng gây biến chứng vào thận, gây xơ tiểu động mạch thận. Theo dõi huyết áp còn giúp cho tiên lượng bệnh thận tiến triển tốt hay xấu.

4.3. Thiếu máu

Thận sản xuất ra yếu tố sinh hồng cầu giúp cho tủy xương hoạt động bình thường. Khi suy thận yếu tố đó giảm bớt đi, đưa đến tình trạng thiếu máu.

Cần khám da lòng bàn tay, da mặt, màu sắc niêm mạc miệng, móng tay. Da xanh niêm mạc nhợt, gan bàn tay, móng tay mất màu hồng có khi trắng bệch là biểu hiện của thiếu máu.

4.4. Sốt

Sốt cao rét run thường gặp trong viêm thận bể thận cấp, sốt kéo dài thường gặp trong thận ứ mù. Sốt kéo dài nhiều đợt gặp trong viêm cầu thận Lupus.

4.5. Xuất huyết

Khi nitơ máu tăng cao có gây nên xuất huyết. Có thể gặp xuất huyết dưới da, xuất huyết võng mạc mắt. Những trường hợp nặng có thể gây xuất huyết não, xuất huyết nội tạng.

ĐÁI RA PROTEIN

1. Đại cương

Là sự tổn thương của cầu thận, bình thường cầu thận cho protein có trọng lượng phân tử dưới 68000 đi qua, khi cầu thận bị tổn thương, thì những protein có trọng lượng phân tử > 68000 cũng đi qua. Những protein của nước tiểu có tính chất giống protein của máu.

2. Chẩn đoán xác định

- Lấy nước tiểu 24h với nữ phải lấy qua Sonde bàng quang, có thể dùng nhiệt, acid acetic để kết tủa protein hoặc acid nitric sulfosalisilic để kết tủa.

- Định lượng protein dùng acid tricloacetic hay acid nitric để kết tủa protein. Sau đó so sánh độ kết tủa với bảng mẫu (so sánh về màu sắc).

3. Nguyên nhân

3.1. Protein thoát qua

3.1.1. Do sốt: bất cứ sốt do nhiễm khuẩn gì thì nước tiểu cũng có ít protein, khi hết sốt thì protein nước tiểu cũng hết, không có tổn thương thực thể tại thận.

3.1.2. Trong các bệnh chấn thương sọ não, chảy máu não, màng não cũng xuất hiện protein trong nước tiểu.

3.1.3. Trong bệnh tim đặc biệt là suy tim phải làm ứ trệ máu ở cầu thận làm áp lực máu ở cầu thận tăng, cũng thấy xuất hiện protein trong nước tiểu. Khi suy tim đỡ thì protein cũng giảm.

3.2. Protein thường xuyên

3.2.1. Viêm thận

- Viêm cầu thận cấp gặp ở trẻ em nhiều hơn người lớn: bệnh nhân thường bắt đầu bằng đau họng, sốt, đái ít và phù, nước tiểu có protein, có nhiều hồng cầu, bạch cầu, trụ hạt, ure máu tăng.

- Viêm cầu thận mạn là biến chứng của viêm cầu thận cấp thường gặp ở người lớn và có các triệu chứng sau:

+ Phù

+ Huyết áp cao

+ Ure máu cao

+ Nước tiểu có protein, nhiều hồng cầu, có trụ hạt.

- Viêm ống thận cấp do ngộ độc chì: bệnh nhân đái ít hoặc vô niệu, ure máu tăng nước tiểu có nhiều hồng cầu, có trụ hạt.

3.2.2. Thận nhiễm mỡ (chứa không khỏi)

Protein niệu rất nhiều, nước tiểu có thể lưỡng chiết quang, protid máu giảm, cholesterol và lipid máu tăng, ure máu bình thường.

3.2.3. Thận nhiễm bột

Do các quá trình nung mù ở sâu kéo dài, khám có gan to, lách to, nước tiểu có nhiều protein, làm nghiệm pháp đỏ Congo (+).

3.2.4. Lao thận

Bệnh nhân có tình trạng nhiễm lao, nước tiểu có protein, có hồng cầu, có thể có trực khuẩn lao, đái máu thường xuyên.

Chẩn đoán xác định: chụp thận và xét nghiệm nước tiểu.

3.2.5. Ung thư thận

Có protein do đái máu khám thấy thận to nhanh, thận cứng, chắc, đau.

Chẩn đoán xác định dựa vào: thấy có hình ảnh khối u trên Xquang.

3.2.6. Viêm mủ bể thận

Bệnh nhân đái ra mủ, đái ra protein, nước tiểu có nhiều hồng cầu, bạch cầu đa nhân thoái hóa (protein ở đây là do sự hủy hoại các tế bào).

3.2.7. Protein trong nước tiểu của bệnh nhân có thai

Do tình trạng ngộ độc thai nghén xảy ra trong ba tháng đầu, bệnh nhân có thể có protein trong nước tiểu ở tháng cuối. Nếu có protein, thì phải đo huyết áp, khám thai phòng sản giật.

KHÁM VÀ CHẨN ĐOÁN ĐÁI MÁU

1. Định nghĩa

Đái ra máu là sự xuất hiện của hồng cầu trong nước tiểu nhiều hơn bình thường.

Ở người bình thường:

Phương pháp cặn Addis có không quá 1000 hồng cầu được bài xuất ra nước tiểu trong 1 phút hoặc không quá 1000 hồng cầu/ml

Phương pháp soi tươi chỉ có 0 - 1 hồng cầu/1 vi trường.

Phương pháp đếm lượng tế bào trong 1ml: có < 3 hồng cầu/1 ml.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

* *Đại thể*: nhìn bằng mắt thường thấy nước tiểu có màu đỏ, để lâu có hiện tượng lắng cặn hồng cầu, cá biệt có những dây máu hoặc cộm máu lơ lửng nổi lên trên.

* *Vi thể*:

- Lấy nước tiểu đem soi trên kính hiển vi thấy có n-hiều hồng cầu hơn bình thường (> 1 hồng cầu trong 1 vi trường).

- Xét nghiệm cặn Addis có > 1000 hồng cầu ra nước tiểu trong 1 phút.

- Dùng buồng đếm Rosenthal thấy có > 3 hồng cầu trong 1 ml nước tiểu.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Đái ra huyết sắc tố: thoát đầu nước tiểu có màu đỏ, để lâu chuyển thành màu bìa đen, không tìm thấy hồng cầu trong nước tiểu.

Gặp trong: sốt rét ác tính, rắn cắn, huyết tán cấp, truyền nhầm máu khác nhóm, nhiễm độc các chất asen và đồng.

- Đái ra pocphyrin: pocphyrin là sản phẩm chuyển hoá trung gian của huyết sắc tố, bình thường trong nước tiểu có từ 10 - 100 μ g/24h. Lượng pocphyrin tăng gặp trong xơ gan, thiếu vitamin PP, thiếu vitamin B12, rối loạn chuyển hoá huyết sắc tố.

Đặc điểm: nước tiểu đỏ như rượu cam, tìm không thấy hồng cầu, định lượng pocphyrin tăng cao trong nước tiểu.

- Nước tiểu của người bị bệnh gan mật: nước tiểu thường vàng sẫm, để không có lắng cặn hồng cầu, làm dây ra vài trắng để lại vết ố có màu vàng. Xét nghiệm tìm thấy sắc tố mật, muối mật trong nước tiểu.

2.3. Chẩn đoán vị trí đái máu

Để xác định vị trí đái máu phải dựa vào nghiệm pháp 3 cốc, đây là một phương pháp xác định vị trí đái máu đơn giản, dễ làm, có thể thực hiện ở mọi tuyến y tế.

Cách làm: hướng dẫn bệnh nhân đi tiểu lần lượt vào 3 cốc:

Cốc 1 đựng nước tiểu đầu bãi.

Cốc 2 đựng nước tiểu giữa bãi.

Cốc 3 đựng nước tiểu cuối bãi.

*** Nhận định kết quả**

- Nếu chỉ có cốc 1 có máu (đái ra máu đầu bãi) nguyên nhân là do niệu đạo.
- Nếu chỉ có cốc 3 có máu (đái ra máu cuối bãi) nguyên nhân là do tổn thương ở bàng quang.
- Nếu cả 3 cốc có máu (đái ra máu toàn bãi) nguyên nhân tại thận hoặc bàng quang.

** Nghiệm pháp ba cốc chỉ đánh giá sơ bộ vị trí tổn thương, muốn chẩn đoán chắc chắn phải phân lập nước tiểu.*

3. Khám người bệnh đái máu và các xét nghiệm

3.1. Khám lâm sàng

- Đau: thường đau ở hố thắt lưng lan xuống bộ phận sinh dục ngoài trong những trường hợp sỏi thận, đau tức vùng hạ vị trong những trường hợp viêm bàng quang, sỏi bàng quang.
- Sốt: biểu hiện sốt cao và rét run từng cơn, sốt thường kèm theo đau hố thắt lưng trong những trường hợp viêm thận bể thận, sỏi đài bể thận gây ứ nước, ứ mủ.
- Phù với đặc điểm phù trắng, phù mềm, ấn lõm. Phù ở mi mắt, ở mặt trước sau đó mới phù 2 chi dưới, phù thường gặp trong các bệnh viêm cầu thận cấp, viêm cầu thận mạn, suy thận.
- Thiếu máu: biểu hiện da xanh, niêm mạc nhợt, gan bàn tay và móng tay mất màu hồng, có khi trắng bệch.
- Tìm điểm đau niệu quản trên, điểm niệu quản giữa (+) trong những trường hợp có sỏi thận, sỏi niệu quản.
- Làm dấu hiệu chạm thận (+), bập bênh thận (+) trong những trường hợp thận to.

3.2. Xét nghiệm

- Xét nghiệm nước tiểu: tìm hồng cầu bằng các phương pháp:
 - + Phương pháp cận Addis (cải tiến): 6 giờ sáng cho bệnh nhân đi đái hết nước tiểu trong bàng quang, sau đó uống 200ml nước lọc rồi nằm nghỉ tại giường, nếu

buồn đái thì đi đái vào xô sạch. 9 giờ sáng cho bệnh nhân đi đái hết nước tiểu trong bàng quang vào xô, đo lượng nước tiểu trong 3 giờ rồi tính ra lượng nước tiểu đái ra trong 1 phút.

Lấy 10 ml nước tiểu quay li tâm, gạn bỏ 9ml phần trên ống nghiệm. Đếm tế bào có trong 1ml cặn rồi chia cho 10 sau đó nhân với lượng nước tiểu đái ra trong 1 phút.

Bình thường có 1000 hồng cầu được đái ra trong 1 phút.

+ Phương pháp soi tươi: cho 1 giọt nước tiểu không li tâm lên phiến kính rồi soi qua kính hiển vi, ghi nhận số tế bào ở vi trường ít nhất và vi trường nhiều nhất rồi tính trung bình.

Bình thường có 0 - 1 hồng cầu/1 vi trường.

+ Phương pháp đếm lượng tế bào trong 1ml nước tiểu: Dùng buồng đếm Rosenthal, lắc đều nước tiểu cho vào buồng đếm, không li tâm.

Bình thường có < 3 hồng cầu/1ml.

- Phương pháp siêu âm hệ tiết niệu cho phép xác định hình dạng, kích thước thận và đài bể thận, hình ảnh sỏi thận. Xác định được sỏi bàng quang, u bàng quang, polyp bàng quang và khối u tiền liệt tuyến.

- Chụp thận qua đường tĩnh mạch cho phép xác định được hình dạng thận, đài bể thận, sỏi thận, hình khuyết ở bàng quang do khối u, polyp hoặc u xơ tiền liệt tuyến.

4. Nguyên nhân đái máu

4.1. Nguyên nhân đái máu đại thể

- Niệu đạo: u xơ tiền liệt tuyến, ung thư tuyến tiền liệt, polyp tiền liệt tuyến, dập niệu đạo do chấn thương thường gặp ở nam, polyp niệu đạo thường gặp ở nữ.

- Tại bàng quang:

+ Viêm bàng quang: lao bàng quang, sỏi bàng quang,

+ Khối u bàng quang:

Do ung thư bàng quang: hay gặp ung thư cổ bàng quang, đái máu đại thể thường xuyên, toàn trạng suy sụp nhanh, chẩn đoán xác định bằng soi bàng quang, sinh thiết bàng quang.

Polyp bàng quang: gây đái máu đơn thuần xảy ra nhiều lần. Chẩn đoán xác định bằng: soi bàng quang hoặc chụp bàng quang thấy polyp.

+ Do Schistosoma bàng quang: Schistosoma đến tĩnh mạch bàng quang phát triển ở đó gây vỡ tĩnh mạch bàng quang dẫn đến đái máu.

- Tại thận:

+ Sỏi thận

- + Ung thư thận
- + Lao thận
- + Thận đa nang
- + Viêm cầu thận cấp
- + Do giun chỉ
- + Do cục máu đông ở động mạch và tĩnh mạch thận
- + Ngộ độc: photpho, natri salicylat (thuốc cảm)
- + Truyền nhầm nhóm máu: gây viêm ống thận và vô niệu, đôi khi gây đái máu đại thể.

- Bệnh toàn thân:

- + Gặp ở những người mắc bệnh về máu: bệnh máu chậm đông Hemophylie, bệnh do tiểu cầu Hemogenie, bệnh bạch cầu cấp, bạch cầu mạn.
- + Do dùng các thuốc chống đông Dicoumarol, Heparin.

4.2. Nguyên nhân đái máu vi thể

Tất cả các nguyên nhân gây đái máu đại thể đều là nguyên nhân gây đái ra máu vi thể. Ngoài ra còn có một số nguyên nhân chỉ gây đái máu vi thể khác:

- Viêm cầu thận cấp hoặc mạn: gây đái máu vi thể kéo dài, xét nghiệm nước tiểu có hồng cầu, trụ hạt, protein.
- Suy thận
- Bệnh tim: gây các ổ nhồi máu nhỏ ở thận dẫn đến đái máu vi thể
- Nhiễm trùng huyết, Osler.

KHÁM VÀ CHẨN ĐOÁN ĐÁI MỦ

1. Định nghĩa

Đái ra mủ là sự xuất hiện của bạch cầu đa nhân thoái hóa trong nước tiểu nhiều hơn bình thường.

Bình thường: phương pháp cặn Addis có không quá 2000 bạch cầu được đái ra nước tiểu trong 1 phút.

Phương pháp soi tươi có 0 - 1 bạch cầu/1 vi trường.

Phương pháp đếm lượng tế bào trong 1 ml có < 3 bạch cầu/1ml.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

* *Đại thể*: nhìn bằng mắt thường thấy nước tiểu có màu đục, để lâu có hiện tượng lắng cặn.

* *Vi thể*:

- Lấy nước tiểu đem soi trên kính hiển vi thấy có nhiều bạch cầu hơn bình thường (> 1 bạch cầu trong 1 vi trường).

- Xét nghiệm cặn Addis có > 2000 bạch cầu ra nước tiểu trong 1 phút.

- Dùng buồng đếm Rosenthal thấy có > 3 bạch cầu trong 1ml nước tiểu.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

* *Đái ra dưỡng chấp*

- Đặc điểm: nước tiểu màu trắng đục như nước vo gạo, để có lắng cặn đông vón như cục thạch. Xét nghiệm không có bạch cầu đa nhân thoái hóa, có nhiều dịch dưỡng chấp.

- Nguyên nhân: do giun chỉ.

* *Đái ra cặn phosphat urat*

- Đặc điểm: nước tiểu màu trắng đục như nước vo gạo, để có lắng cặn, đun nóng thì kết tủa, nhỏ acid acetic tủa tan. Xét nghiệm không có bạch cầu đa nhân thoái hóa, có nhiều cặn phosphat urat.

* *Nước tiểu có nhiều vi khuẩn*

- Đặc điểm: nước tiểu màu trắng đục. Xét nghiệm không có bạch cầu đa nhân thoái hóa, có nhiều vi khuẩn.

3. Khám người bệnh đái mù và các xét nghiệm

3.1. Khám lâm sàng

- Đau: thường đau ở hố thắt lưng lan xuống bộ phận sinh dục ngoài trong những trường hợp sỏi thận, đau tức vùng hạ vị trong những trường hợp viêm bàng quang, sỏi bàng quang.

- Sốt: biểu hiện sốt cao và rét run từng cơn, sốt thường kèm theo đau hố thắt lưng trong những trường hợp viêm thận bể thận, sỏi đài bể thận gây ứ nước, ứ mù.

- Phù với đặc điểm phù trắng, phù mềm, ấn lõm. Phù ở mi mắt, phù ở mặt trước, sau đó mới phù 2 chi dưới, phù thường gặp trong các bệnh viêm cầu thận cấp, viêm cầu thận mạn, suy thận.

- Thiếu máu: biểu hiện da xanh, niêm mạc nhợt, gan bàn tay và móng tay mất màu hồng, có khi trắng bệch.

- Tìm điểm đau niệu quản trên, điểm niệu quản giữa (+) trong những trường hợp có sỏi thận, sỏi niệu quản.

- Làm dấu hiệu chạm thận (+), bập bênh thận (+) trong những trường hợp thận to.

3.2. Xét nghiệm

- Xét nghiệm nước tiểu: tìm bạch cầu bằng các phương pháp:

+ Phương pháp cặn Addis (cải tiến): 6 giờ sáng cho bệnh nhân đi đái hết nước tiểu trong bàng quang, sau đó uống 200ml nước lọc rồi nằm nghỉ tại giường, nếu buồn đái thì đi đái vào xô sạch. 9 giờ sáng cho bệnh nhân đi đái hết nước tiểu trong bàng quang vào xô, đo lượng nước tiểu trong 3 giờ rồi tính ra lượng nước tiểu đái ra trong 1 phút.

Lấy 10ml nước tiểu quay ly tâm, gạn bỏ 9ml phần trên ống nghiệm. Đếm tế bào có trong 1ml cặn rồi chia cho 10 sau đó nhân với lượng nước tiểu đái ra trong 1 phút.

Bình thường có 2000 bạch cầu được đái ra trong 1 phút.

+ Phương pháp soi tươi: cho 1 giọt nước tiểu không ly tâm lên phiến kính rồi soi qua kính hiển vi, ghi nhận số tế bào ở vi trường ít nhất và vi trường nhiều nhất rồi tính trung bình.

Bình thường có 0 - 1 bạch cầu/1 vi trường.

+ Phương pháp đếm lượng tế bào trong 1ml nước tiểu: dùng buồng đếm Rosenthal, lắc đều nước tiểu cho vào buồng đếm, không li tâm.

Bình thường có < 3 bạch cầu/1ml.

- Phương pháp siêu âm hệ tiết niệu cho phép xác định hình dạng, kích thước thận và đài bể thận, hình ảnh sỏi thận. Xác định được sỏi bàng quang, u bàng quang, polyp bàng quang và khối u tiền liệt tuyến.

- Chụp thận qua đường tĩnh mạch cho phép xác định được hình dạng thận, đài bể thận, sỏi thận, hình khuyết ở bàng quang do khối u, polyp hoặc u xơ tiền liệt tuyến.

4. Nguyên nhân đái mù

4.1. Mù ở niệu đạo

* Viêm niệu đạo do lậu, do loét hạ cam: (trực khuẩn lây theo đường sinh dục)

Bệnh nhân có triệu chứng: đái buốt, đái rắt, đái ra mù ở đầu bãi

Xét nghiệm: lấy mù ở niệu đạo hoặc ở bao quy đầu thấy song cầu hình hạt cà phê hoặc trực khuẩn hạ cam (song cầu trùng nằm ngoài tế bào gây lậu mạn, song cầu nằm trong tế bào gây lậu cấp).

Hậu phát do lây trực tiếp với người không tốt.

* Viêm hoặc absces tuyến tiền liệt: bệnh thường có triệu chứng đái buốt, đái rắt, bí đái.

Thường gặp ở người cao tuổi, thăm trực tràng tuyến tiền liệt to hơn bình thường.

Chẩn đoán xác định bằng soi bàng quang lấy nước tiểu nuôi cấy tìm vi khuẩn.

4.2. Mù bàng quang

* Sỏi bàng quang:

Triệu chứng:

+ Đái buốt.

+ Đái dắt.

+ Ở trẻ em có dấu hiệu bàn tay khai.

+ Bệnh nhân ứ nước tiểu ở bàng quang gây viêm thận ngược dòng.

Chẩn đoán xác định: soi, chụp bàng quang để lấy sỏi.

* Viêm bàng quang:

Triệu chứng:

+ Đái buốt.

+ Đái dắt.

+ Đái mù ở cuối bãi.

+ Có thể do lậu, lao hoặc vi khuẩn khác.

Chẩn đoán xác định: lấy nước tiểu trong bàng quang nuôi cấy vi khuẩn.

4.3. Mủ ở thận

* Viêm mủ bể thận:

Có thể do các dị dạng niệu quản, sỏi niệu quản, có thai ở nhưng tháng cuối, bị đái kéo dài gây viêm thận ngược dòng.

Triệu chứng:

+ Bệnh nhân có hội chứng nhiễm trùng rõ: sốt cao, rét run, xét nghiệm máu thấy bạch cầu đa nhân tăng cao.

+ Đau vùng thắt lưng, đau bụng.

Chẩn đoán xác định: cấy nước tiểu tìm vi khuẩn.

* Lao thận:

Đái máu là triệu chứng hàng đầu, lâu ngày các tổ chức lao bị bã đậu hóa, theo nước tiểu ra ngoài gây đái mủ.

Triệu chứng biểu hiện tình trạng nhiễm lao rõ:

+ Sốt nhiều về chiều

+ Gầy sút

+ Ho kéo dài

+ Ăn uống kém

Chẩn đoán xác định: chụp thận có chuẩn bị, soi nước tiểu tìm thấy vi khuẩn lao

* Ung thư thận:

Đái máu là chính, đôi khi có bội nhiễm gây đái mủ. Khám thấy thận to nhanh, thể trạng gầy sút nhanh.

Chẩn đoán xác định: sinh thiết thận

* Thận đa nang:

Là bệnh thận to bẩm sinh cả ở hai bên, khi có bội nhiễm gây đái mủ, khám thấy thận to cả hai bên và rất đau.

Xét nghiệm nước tiểu: có bạch cầu đa nhân thoái hóa.

HỘI CHỨNG TĂNG NITƠ TRONG MÁU

1. Đại cương

Nitơ trong huyết tương là do các nguồn protid sinh ra có thể từ thức ăn đưa vào hoặc do sự phân hủy trong tổ chức trong cơ thể qua gan được thủy phân thành ure được thận thải ra ngoài.

Nitơ toàn phần phi protein gồm 50% là nitơ cặn bã (acid uric, acid nitric, creatinin, polypeptid, indoxyl, acid amin).

Nitơ toàn phần phi protein phát triển trong suy thận.

Acid uric và amoniac không phản ánh trung thành tình trạng suy thận bằng ure và creatinin.

Indoxyl từ ruột được hấp thụ vào máu và được đào thải qua thận, khi suy thận indoxyl tăng cao, rối loạn tuần hoàn indoxyl cũng tăng cao.

Creatinin máu tăng cao trong suy thận.

Tóm lại ure và creatinin máu phản ánh trung thành tình trạng suy thận.

2. Triệu chứng lâm sàng

2.1. Triệu chứng với thần kinh

- Nhẹ: bệnh nhân mệt mỏi nhiều, đau đầu, chóng mặt, hoa mắt, có cảm giác ruồi bay.

- Vừa: bệnh nhân lơ mơ, vật vã, mê sảng

Bệnh nhân có thể hôn mê, co giật, có thể co giật do phù não, đồng tử có phản xạ ánh sáng kém, không có dấu hiệu thần kinh khu trú, không có dấu hiệu hội chứng màng não.

2.2. Cơ quan hô hấp

- Hơi thở có mùi amoniac, nhịp thở chậm yếu, khi hôn mê có thể có rối loạn kiểu thở (Cheyneu Stockey).

- Có thể thấy tiếng cọ màng phổi do nitơ máu thoát khỏi thành mạch kéo theo cả dịch.

2.3. Cơ quan tiêu hóa

- Nhẹ: bệnh nhân ăn không ngon miệng, đầy bụng, chậm tiêu

- Nặng: buồn nôn, ỉa chảy, loét miệng - họng, lưỡi đen, họng có giả mạc màu xám.

2. 4. Cơ tuần hoàn

- Mạch nhanh nhỏ khó bắt, tăng huyết áp

Giai đoạn sau có thể trụy tim mạch, có suy tim trái do tăng huyết áp, có thể có tiếng cọ màng ngoài tim.

2.5. Hội chứng xuất huyết

- Nitơ trong máu dễ thấm vào mô làm tăng sức thấm của thành mạch, khi ra khỏi thành mạch kéo theo cả huyết tương, hồng cầu cũng đi ra, gây xuất huyết.

+ Mắt: xuất huyết võng mạc

+ Tiêu hóa: nôn ra máu, đi ngoài phân đen

+ Thần kinh: gây xuất huyết não, màng não.

+ Da: gây xuất huyết dưới da và niêm mạc.

2.6. Thân nhiệt

- Thường là hạ thân nhiệt.

- Triệu chứng lâm sàng nếu nhẹ thì ít triệu chứng, khi nitơ máu tăng cao có dấu hiệu lâm sàng và có thể dựa vào dấu hiệu lâm sàng để chẩn đoán (thường có dấu hiệu triệu chứng thần kinh, tiêu hóa).

3. Cận lâm sàng

- Ure máu tăng cao, creatinin tăng cao, dự trữ kiềm giảm, toan hóa máu.

- Kali máu tăng, natri, clo giảm.

4. Hôn mê do tăng nitơ máu

4.1. Triệu chứng

- *Giai đoạn đầu:*

Khi nitơ máu còn thấp, bệnh nhân thấy nhức đầu, đau đầu chi, chân tay lạnh, hoa mắt chóng mặt.

- *Giai đoạn tiền hôn mê*

Các triệu chứng tăng nặng hơn, bệnh nhân lúc tỉnh lúc mơ, vật vã và co giật, buồn nôn và ỉa chảy, có thể có chảy máu đường tiêu hóa.

Bệnh nhân khó thở, thân nhiệt hạ, không có dấu hiệu thần kinh khu trú, hội chứng màng não. Nghe phổi có tiếng cọ màng phổi và có ran ứ đọng, huyết áp có thể tăng.

Xét nghiệm ure máu tăng cao, creatinin tăng, dự trữ kiềm giảm, kali máu tăng, natri và clo giảm.

Tiền lượng: bệnh nhân chết trong vòng 1 - 2h, có thể 1 - 2 ngày, không bao giờ quá 5 ngày, bệnh nhân có thể khỏi nếu ure máu tăng cấp và điều trị tích cực.

4.2. Chẩn đoán xác định

- Hôn mê xảy ra từ từ
- Không có dấu hiệu thần kinh khu trú, hội chứng màng não âm tính.
- Hơi thở có mùi amoniac, rối loạn kiểu thở, đồng tử co nhỏ.
- Bệnh nhân bị viêm cầu thận mạn hoặc đang điều trị bệnh thận cấp tính.
- Dựa vào xét nghiệm thấy ure và creatinin máu tăng cao.

4.3. Nguyên nhân

4.3.1. Tại thận

- * Bệnh thận cấp tính
 - Viêm cầu thận cấp và mạn.
 - Viêm ống thận cấp do ngộ độc: mật cá trắm, thủy ngân, arsen, truyền nhầm nhóm máu.

- Do Leptospirose gây hội chứng gan thận cấp.
- Nhiễm khuẩn máu gây ổ áp - xe tại thận.
- * Bệnh thận mạn tính
 - Viêm thận mạn.
 - Úmù bể thận do sỏi hoặc do lao.
 - Thận đa nang dẫn đến suy thận.
 - Viêm thận bể thận mạn.
 - Sơ cứng tiểu động mạch thận ở người già.

4.3.2. Ngoài thận

- Do ăn quá nhiều protid.
- Mất muối, mất nước quá nhiều trong đó có 2 nguyên nhân.
 - + Bệnh nhân nôn nhiều.
 - + Bệnh nhân ỉa chảy mất nước.
- Người viêm thận mạn truyền dung dịch mặn nhiều cũng gây tăng nitơ máu.

CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN LOẠI THIẾU MÁU

1. Định nghĩa, đặc điểm dịch tễ học thiếu máu

1.1. Định nghĩa

Thiếu máu là hiện tượng giảm số lượng hồng cầu, hoặc là giảm nồng độ huyết cầu tố trong máu ngoại biên, dẫn đến máu thiếu ôxy để cung cấp cho các mô tế bào trong cơ thể.

1.2. Đặc điểm dịch tễ học

Thiếu máu là hội chứng thường gặp trên lâm sàng và do nhiều nguyên nhân gây ra. Thiếu máu do giun móc chiếm 30% vì Việt Nam là vùng dịch tễ của giun móc, gặp ở nông thôn nhiều hơn thành thị do công việc có tiếp xúc với phân, theo điều tra cho thấy 50% nông dân có nhiễm giun, chủ yếu là giun móc. Thiếu máu do nhiễm độc xảy ra ở công nhân tiếp xúc với chì hoặc benzen. Ngoài ra thiếu máu còn xảy ra ở người có sử dụng quang tuyến X, thuốc chống ung thư, chloramphenicol, người có tiền sử chảy máu cam, rong kinh. Việt Nam thiếu máu do thiếu sắt gặp nhiều ở trẻ em và phụ nữ có thai, nam giới ít gặp. Tỷ lệ thiếu máu ở trẻ em dưới 5 tuổi là 48, 5%, ở trẻ em tuổi học đường là 32, 7%. Thiếu máu ở nước ta nguyên nhân chủ yếu là do chế độ ăn nhiều gạo, ít thịt cá nên dễ bị thiếu máu thiếu sắt. Như vậy, thiếu máu do thiếu sắt là nguyên nhân thường gặp và có thể điều trị đạt kết quả tốt tại cộng đồng bằng chế độ ăn và bổ xung viên sắt hợp lý. Nếu thiếu máu nặng lâu ngày không được điều trị sẽ dẫn tới biến chứng suy tim.

2. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

2.1. Triệu chứng lâm sàng

- Da xanh, niêm mạc nhợt, rõ nhất ở niêm mạc mắt, môi, dưới lưỡi, lòng bàn tay.
- Móng tay khô, mất bóng, có khía dọc, dễ gãy, có thể có móng tay khum nếu thiếu máu mạn.
- Thần kinh: nhức đầu, hoa mắt, chóng mặt, ù tai, thoáng ngất và ngất.
- Tim: hồi hộp đánh trống ngực, nhịp tim nhanh, có tiếng thổi tâm thu cơ năng, có thể có biến chứng suy tim nếu thiếu máu nặng lâu ngày.
- Hô hấp: khó thở khi gắng sức, nhịp thở nhanh.
- Tiêu hoá: chán ăn, ỉa lỏng hoặc táo bón.
- Huyết áp động mạch giảm nếu thiếu máu cấp tính từ trên 1 lít, trụy tim mạch nếu mất máu từ trên 1, 5 lít.

- Cơ khớp: mỏi các cơ, đi lại khó khăn.
- Rối loạn sinh dục: nữ có rối loạn kinh nguyệt, nam giảm khả năng sinh lý - sinh dục.

2.2. Triệu chứng cận lâm sàng

2.2.1. Xét nghiệm huyết học

- Đếm số lượng hồng cầu: bình thường người trưởng thành có số lượng hồng cầu là 3,8 - 4,2 triệu/mm³.

- Định lượng huyết cầu tố: bình thường nam: $16 \pm 2\text{g}/100\text{ml}$; nữ: $14 \pm 2\text{g}/100\text{ml}$

nếu nồng độ Hb < 80% được cho là giảm.

- Hematocrit: bình thường là 45 - 50%.

2.2.2. Xét nghiệm giúp chẩn đoán nguyên nhân

- Hồng cầu lưới: bình thường 0,5 - 1%, nếu tăng thì gợi ý có tan máu, nếu giảm là do giảm sinh hồng cầu.

- Định lượng sắt huyết thanh: bình thường ở nam là 11 - 27 micromol/l, ở nữ là 7 - 26 micromol/l.

- Thê tích trung bình hồng cầu, tỷ lệ huyết cầu tố trung bình hồng cầu để phân loại thiếu máu.

- Huyết đồ: cho biết số lượng tế của các tế bào máu, hình thái, kích thước.

- Tuỷ đồ: chỉ định trong thiếu máu chưa rõ nguyên nhân, có ý nghĩa trong thiếu máu do giảm sinh (tuỷ nghèo tế bào), bệnh máu ác tính (có tế bào bất thường).

- Xét nghiệm phân tìm trứng giun.

* Để chẩn đoán xác định thiếu máu tại tuyến y tế cơ sở: trên lâm sàng dựa vào khám thấy có da xanh niêm mạc nhợt, xét nghiệm thấy nồng độ Hb giảm <80%. Chẩn đoán nguyên nhân dựa vào xét nghiệm phân, sắt huyết thanh, bilirubin máu, hồng cầu lưới. Hai xét nghiệm huyết đồ và tuỷ đồ hiện nay chưa tiến hành tại y tế cơ sở.

3. Phân loại thiếu máu

Có ba cách phân loại thiếu máu

3.1. Phân loại thiếu máu theo huyết học

3.1.1. Thiếu máu hồng cầu to, ứu sắc

* Tiêu chuẩn: thê tích trung bình hồng cầu trên 100 femtolit.

* Nguyên nhân:

- Bệnh thiếu máu Biermer:

+ Nguyên nhân chưa rõ, ít gặp ở Việt Nam.

+ Lưỡi bóng đỏ, mất gai lưỡi gọi là lưỡi Hunter.

+ Dịch dạ dày rất kém, thường có viêm dạ dày.

+ Có tổn thương thần kinh, phản xạ gân xương mất, liệt hai chi dưới.

- Bệnh thiếu máu Para-Biermer: bệnh này do cắt đoạn dạ dày (mất yếu tố nội do vùng đáy dạ dày tiết ra nên cơ thể không hấp thu được vitamin B12 là yếu tố ngoại).

- Bệnh Xpru (Sprue): thường gặp ở người châu Âu đến cư trú ở các nước nhiệt đới. Do tiêu hoá bị rối loạn, không hấp thu chất mỡ, cơ thể không hấp thu được vitamin B12.

3.1.2. Thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc

* Tiêu chuẩn: thể tích trung bình hồng cầu dưới 80 femtolit, nồng độ Hb hồng cầu dưới 30g/dl.

* Thiếu máu hồng cầu nhỏ kèm theo giảm sắt huyết thanh:

- Mất máu kinh điển: mất máu ít một nhưng kéo dài (trĩ, ung thư trực tràng, ung thư dạ dày, loét dạ dày - hành tá tràng, u xơ tử cung).

- Giun móc: vừa hút máu vừa gây viêm tá tràng làm cho tá tràng không hấp thu được sắt, tá tràng là nơi hấp thu nhiều sắt nhất.

- Bệnh viêm dạ dày viêm ruột thì khả năng hấp thu sắt kém.

- Nhu cầu cơ thể tăng: phụ nữ có thai, cho con bú không uống bổ sung viên sắt, trẻ em đặc biệt thiếu tháng, chế độ ăn không thích hợp, trẻ lớn nhanh không cung cấp đủ.

- Chứng xanh lợt ở thiếu nữ nguyên nhân do nội tiết.

* Thiếu máu hồng cầu nhỏ kèm theo sắt huyết thanh bình thường hoặc hơi tăng:

- Ngộ độc INH.

- Ngộ độc ethanol.

- Rối loạn chuyển hoá vitamin B6.

- Thiếu máu tăng hồng cầu chưa rõ nguyên nhân.

3.1.3. Thiếu máu hồng cầu bình thường đẳng sắc

* Tiêu chuẩn: thể tích trung bình hồng cầu 80 - 100 femtolit, nồng độ Hb hồng cầu 30g/dl.

* Thiếu máu do thiếu năng cơ quan tạo huyết:

- Suy tủy: nữ gặp 51%, nam 49%, tuổi từ 16 - 45 chiếm 76%.

Suy tủy mắc phải gặp ở bệnh nhân có tiền sử dùng chloramphenicol, thuốc có vàng, phóng xạ, nhiễm độc chì, tiếp xúc thuốc trừ sâu.

* Thiếu máu do huỷ hoại hồng cầu quá mức ở ngoại vi:

- Thiếu máu tan máu mắc phải:

+ Do nhiễm độc chì, nọc rắn, khí H_2S .

+ Nhiễm liên cầu khuẩn tan máu.

+ Do ký sinh trùng sốt rét.

- Thiếu máu tan máu bẩm sinh:

+ Alpha-Thalasemia gặp ở người châu Á

+ Beta-Thalasemia gặp ở người vùng Địa Trung Hải, bệnh thường xuất hiện tháng thứ 6 sau khi sinh.

* Hội chứng Banti: có thể do lao lách, giang mai hoặc sốt rét. Giai đoạn 1: lách xung huyết, giai đoạn 2: lách xơ, giai đoạn 3: lách xơ rất nhiều.

* Thiếu máu do mất máu cấp: chấn thương ngoại khoa và mất máu sau mổ.

3.1.4. Một số nguyên nhân khác có thể gây thiếu máu ưu sắc, đẳng sắc hoặc nhược sắc

Phù niêm, xơ gan, viêm cầu thận mạn, suy thận mạn, ung thư và bệnh máu ác tính, thiếu máu và thai nghén, hội chứng xuất huyết do rối loạn đông máu và cầm máu.

3.2. Phân loại thiếu máu theo nguyên nhân

3.2.1. Thiếu máu do giảm sinh

* Thiếu máu do thiếu yếu tố tạo máu:

- Thiếu máu do thiếu sắt.

- Thiếu máu do thiếu acid folic.

- Thiếu máu do thiếu vitamin B12.

- Thiếu máu do thiếu protein.

- Thiếu máu do sử dụng sắt kém (ít gặp).

* Thiếu máu do giảm sản và bất sản tủy:

- Giảm sinh nguyên hồng cầu đơn thuần.

- Suy tuỷ mắc phải hoặc bẩm sinh.
- Thâm nhiễm tuỷ, bệnh bạch cầu, các di căn ung thư vào tuỷ.
- Nguyên nhân khác: suy thận mạn, thiếu năng giáp, nhiễm khuẩn mạn tính, bệnh Collagen.

3.2.2. Thiếu máu do tan máu

* Tan máu do nguyên nhân bất thường tại hồng cầu di truyền:

- Bệnh về Hb: Alpha-thalasemia, Beta-thalasemia, bệnh HbE (gặp phổ biến ở trẻ em Việt Nam), HbS, HbC, HbD
- Bệnh ở màng hồng cầu: hồng cầu nhỏ hình cầu, hồng cầu hình thoi.
- Thiếu hụt enzym hồng cầu: thiếu Glucose-6phosphat-dehydrogennase (gặp ở người gốc Trung Hoa), thiếu pyruvat-kinase.

* Tan máu do nguyên nhân ngoài hồng cầu mắc phải:

- Tan máu miễn dịch: bất thường nhóm máu mẹ và con Rh, ABO, tự miễn
- Nhiễm khuẩn: sốt rét, nhiễm khuẩn máu.
- Nhiễm độc thuốc: thuốc sốt rét, nitrit, nọc rắn, nấm độc, hoá chất....
- Cường lách.

3.2.3. Thiếu máu do chảy máu

* Chảy máu cấp:

- Do chấn thương, giãn tĩnh mạch thực quản, xuất huyết đường tiêu hoá, xuất huyết não, màng não do vỡ phình mạch máu.
- Do rối loạn quá trình cầm máu: giảm tiểu cầu, hemophilie, giảm prothrombin

* Chảy máu mạn tính, từ từ: trĩ, sa trực tràng, g'ùn móc, loét dạ dày hành tá tràng

3.3. Phân loại thiếu máu theo nồng độ huyết sắc tố

3.3.1. $Hb > 10g\%$

Các triệu chứng xuất hiện khi hệ thống vận tải oxy bị tác động bởi đòi hỏi oxy tăng (sốt, gắng sức) hoặc giảm oxy máu (sống ở vùng núi cao, hút thuốc, tăng co).

3.3.2. $8g\% < Hb < 10g\%$

Có thể xảy ra triệu chứng của việc tăng hiệu suất cơ tim lúc nghỉ ngơi đặc biệt là người già.

3.3.3. $Hb < 8g\%$

- Triệu chứng xuất hiện lúc nghỉ phụ thuộc vào sức bù của hệ tim phổi:

+ Bệnh nhân có bệnh mạch vành phối hợp với thiếu máu có thể có xuất hiện các triệu chứng có liên quan đến hệ mạch: cơn đau thắt vành từng đợt, cơn thiếu máu não từng đợt.

+ Bệnh nhân có suy tim còn bù phối hợp với thiếu máu có thể xuất hiện suy tim.

* Các nguyên nhân thiếu máu đã nêu ở phân loại thiếu máu. Nhìn chung các nguyên nhân thiếu máu hay gặp là: thiếu máu tan máu, thiếu máu do dinh dưỡng, thiếu máu do giun móc, thiếu máu do bệnh máu ác tính, thiếu máu thường gặp ở trẻ em, phụ nữ có thai và nuôi con bú.

HỘI CHỨNG XUẤT HUYẾT

1. Định nghĩa, đặc điểm dịch tễ học

1.1. Định nghĩa

Là hiện tượng *máu thoát ra khỏi thành mạch*, có thể do vỡ mạch hay không vỡ mạch.

1.2. Đặc điểm dịch tễ học

Là một hội chứng gặp ở mọi chuyên khoa: bệnh nhân rong kinh vào khoa sản, chảy máu cam vào khoa tai mũi họng, chảy máu răng lợi vào khoa răng hàm mặt, chảy máu dưới da vào khoa bệnh máu. Xuất huyết do nhiều nguyên nhân khác nhau gây nên. Xuất huyết do giảm phức hợp prothrombin thường gặp ở trẻ sơ sinh và từ 1 - 2 tháng. Xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch ở trẻ em 60% sau nhiễm virus, 15% sau bệnh phát ban, đây là bệnh phổ biến nhất trong nhóm nguyên nhân do tiểu cầu. Xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch ở người lớn nữ nhiều hơn gấp ba lần nam, tuổi thường gặp 16 - 50 tuổi. Hemophilie là bệnh di truyền, con trai mắc bệnh, con gái mang bệnh.

2. Chẩn đoán xác định

2.1. Các vị trí xuất huyết

2.1.1. Xuất huyết dưới da

- Ở bất cứ vị trí nào.
- Là những nốt chấm đỏ ở dưới da, số lượng nhiều hay ít phụ thuộc vào mức độ nặng hay nhẹ của bệnh.
- Xuất hiện đột ngột hay sau những va chạm nhẹ.
- Khi căng da ấn kính không mất.
- Thay đổi màu sắc theo thời gian: lúc đầu màu đỏ, sau chuyển sang màu tím - vàng - xanh rồi mất đi không để lại di chứng gì.
- Tùy theo kích thước ta có đám xuất huyết đa hình thái.
 - + Chấm xuất huyết bằng đầu tăm.
 - + Nốt xuất huyết bằng 1 - 10mm.
 - + Mảng xuất huyết: 1 - 10cm.
 - + Đám xuất huyết do nhiều chấm, nốt, mảng hợp lại.
 - + Vết máu thấy ở nếp gấp ở da khuỷu tay hoặc khoeo chân.

+ Khối tụ máu thành cục dưới da.

2.1.2. Xuất huyết niêm mạc

- Chảy máu miệng, lưỡi.
- Chảy máu lợi, chân răng, mũi, mắt.

2.1.3. Xuất huyết nội tạng

- Xuất huyết tiêu hoá: nôn ra máu, đi ngoài phân đen.
- Xuất huyết tử cung: rong kinh, băng huyết.
- Xuất huyết tiết niệu: đái ra máu.
- Xuất huyết màng tim, màng phổi, màng não.
- Xuất huyết ổ khớp thường gặp ở khớp gối sau chấn thương hoặc bệnh Hemophilie.

Các loại xuất huyết trên có thể tự nhiên hoặc sau va chạm, có thể nói rằng: xuất dưới da là thể nhẹ, xuất huyết niêm mạc là thể vừa, xuất huyết nội tạng là thể nặng.

2.2. Ngoài triệu chứng xuất huyết tùy theo nguyên nhân mà bệnh nhân có biểu hiện các triệu chứng khác nhau

- Suy tủy bệnh nhân có thêm hội chứng nhiễm trùng và hội chứng thiếu máu.
- Bạch cầu cấp còn có hội chứng loét và hội chứng khối u (gan, lách, hạch to).
- Bạch cầu kinh: lách to điển hình đến mào chậu có bờ răng cưa, đau khớp, liệt nửa người, sốt 39 - 40 °C.

3. Chẩn đoán phân biệt

3.1. Nốt muỗi đốt

- Thường gặp vùng da hở: mặt, bàn chân, bàn tay.
- Hơi nổi trên mặt da, ấn vào mất đi.

3.2. Nốt ruồi son

- Thường có từ bé, số lượng ít.
- Ấn vào không mất.
- Không thay đổi màu sắc theo thời gian.

3.3. Nốt phát ban

- Thường gặp trong một số bệnh như: sởi, sốt phát ban, Rubella.
- Màu sắc thường đồng đều trong cùng một vùng.
- Ấn vào nốt phát ban mất.

4. Một số xét nghiệm cần làm định hướng nguyên nhân

4.1. Xét nghiệm đánh giá tiểu cầu

- Đếm số lượng tiểu cầu (bình thường $150 - 350 \times 10^9/l$).
- Thời gian máu chảy (bình thường từ 2 - 4 phút).
- Thời gian co cục máu (bình thường sau 1 - 3 giờ).
- Thời gian tiêu thụ prothrombin (bình thường thời gian của huyết tương là 60 giây).

4.2. Xét nghiệm đánh giá sức bền thành mạch

Nghiệm pháp dây thắt.

4.3. Xét nghiệm đánh giá các yếu tố đông máu trong huyết tương

- Thời gian máu đông (bình thường 9 - 12 phút).
- Thời gian Howell (bình thường 1 phút 30 giây đến 2 phút 15 giây).
- Định lượng fibrinogen (bình thường 3 - 4g/l)
- Nghiệm pháp tiêu thụ prothrombin: đo gián tiếp lượng thromboplastin trong huyết tương.
- Nghiệm pháp Biggs-Douglase: cho biết trực tiếp số lượng thromboplastin

4.4. Các xét nghiệm khác

- Công thức máu.
- Huyết tuỷ đỏ.

* Các xét nghiệm đếm số lượng tiểu cầu, thời gian máu chảy, nghiệm pháp dây thắt, thời gian máu đông có thể sơ bộ chẩn đoán vị trí chảy máu và đây là các xét nghiệm đơn giản có thể tiến hành được tại tuyến y tế cơ sở.

5. Chẩn đoán nguyên nhân

5.1. Bệnh do tổn thương tiểu cầu

Có thể do giảm số lượng tiểu cầu hoặc chất lượng tiểu cầu, đều dẫn đến thời gian co cục máu kéo dài, thời gian chảy máu kéo dài, thời gian tiêu thụ prothrombin giảm.

5.1.1. Bệnh tiểu cầu có nguyên nhân

* Bệnh tiểu cầu tiên thiên:

- Bệnh tiểu cầu suy nhược Glanzmann: rối loạn tập trung tiểu cầu, cục máu không co, bệnh di truyền theo tính lép.
- Bệnh Willebrand: thời gian máu chảy kéo dài, bệnh di truyền theo tính trội.

*** Bệnh giảm tiểu cầu thứ phát:**

- Tuỷ bị thâm nhiễm nên giảm số lượng mẫu tiểu cầu do đó gây nên giảm số lượng tiểu cầu ở máu ngoại vi, thường gặp trong các bệnh máu ác tính: bạch cầu cấp, bạch cầu kinh ở giai đoạn chuyển dạng cấp.

- Các yếu tố hoá chất của thuốc có tác dụng làm giảm tiểu cầu bởi cơ chế dị ứng: do cơ thể đã miễn cảm từ trước. Bệnh xuất hiện đột ngột, tiến triển thường là tốt, trong huyết thanh có kháng thể đặc hiệu kháng tiểu cầu.

- Các thuốc và các hoá chất làm giảm tiểu cầu bằng cơ chế nhiễm độc do sử dụng thuốc để điều trị hoặc tiếp xúc với chất độc kéo dài, số lượng nhiều. Rối loạn xuất hiện từ từ, tiến triển thường là nặng, thường dẫn đến suy tuỷ xương.

- Các yếu tố vật lý như quang tuyến X, chất đồng vị phóng xạ và bỏng rộng.

- Các chất độc có nguồn gốc động vật, vacxin chống ho gà.

- Cường lách thứ phát thường gặp: hội chứng Banti, bệnh tan máu bẩm sinh.

- Nhiễm khuẩn: sốt xuất huyết, nhiễm khuẩn huyết, thương hàn.

- Bệnh chất tạo keo: lupus ban đỏ rải rác.

5.1.2. Xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch ở trẻ em mới ra đời do kháng thể từ mẹ truyền qua rau thai

5.1.3. Xuất huyết giảm tiểu cầu chưa rõ nguyên nhân

Tiến triển mạn tính, điều trị bằng corticoit có kết quả, cắt lách khi điều trị nội ba lần không có kết quả.

5.2. Bệnh do tổn thương thành mạch

5.2.1. Do các bệnh nhiễm khuẩn

- Hội chứng Waterhouse-Friedrichsen: gặp ở trẻ em, chảy máu từng đám, hoại tử, sốt cao, khó thở rối loạn tim mạch, rối loạn tâm thần thường do não cầu khuẩn.

- Một số bệnh nhiễm khuẩn khác cũng gây xuất huyết: bạch hầu, thương hàn, sởi.

5.2.2. Chảy máu thấp khớp Schonlein Henoch

- Thường gặp vào mùa đông xuân, có thể xảy ra sau nhiễm khuẩn, nhiễm ký sinh trùng, dị ứng thức ăn, bụi nhà.

- Bệnh gặp ở người trẻ nữ nhiều hơn nam, tiến triển lành tính.

- Đau khớp gối và mắt cá chân, có tính di chuyển.

- Xuất huyết hai chi dưới.

- Xét nghiệm đông máu bình thường.

- Nghiệm pháp dây thắt dương tính.

5.2.3. Do thành mạch dễ vỡ

Thường gặp ở người già, tiểu đường, cao huyết áp, xơ gan, thiếu vitamin C, thiếu vitamin PP.

5.2.4. Do dị ứng với một số thuốc, thức ăn

5.2.5. Do nhiễm độc

- Thuốc: aspirin, cortisol, phenacetin.
- Hoá chất: nọc rắn, urê huyết cao.

5.3. Bệnh do huyết tương

5.3.1. Thiếu hụt các yếu tố tạo thành thromboplastin

- Bệnh Hemophilie: thiếu yếu tố VIII (Hemophilie A), IX (Hemophilie B), XI (Hemophilie C).
- Bệnh bẩm sinh di truyền có liên quan đến giới tính, thường gặp ở con trai do mẹ truyền. Bệnh xảy ra ở các anh em trai của mẹ do đó cần hỏi kỹ gia đình họ ngoại.
- Bệnh ít xảy ra ở thời kỳ mọc răng sữa.
- Bệnh càng nặng thì triệu chứng xuất huyết xảy ra càng sớm.
- Đặc điểm xuất huyết: xảy ra sau một chấn thương dù rất nhỏ, ít có khả năng tự cầm máu, thường hay tái phát xuất huyết ở một nơi nhất định, không có nốt chảy máu mà thường là các mảng tím to hoặc khối tụ máu trong cơ khớp, vòm họng, sau phúc mạc, hố mắt.
- Các xét nghiệm bị rối loạn: thời gian đông máu kéo dài, thời gian Howell kéo dài.

5.3.2. Thiếu prothrombin

- Bẩm sinh do thiếu proconvectin hoặc proacxelerin triệu chứng giống như bệnh ưa chảy máu.
- Thứ phát: do tổn thương gan, ứ mật, tổn thương nhiều ở ống tiêu hoá, dùng nhiều thuốc chống đông, xét nghiệm thời gian Quych kéo dài

5.3.3. Thiếu fibrinogen hay fibrin

* Do bất thường của hệ tổng hợp:

- Xơ gan.
- Không có tiền sợi huyết bẩm sinh.

* Do tiền sợi huyết bị phá huỷ quá nhiều:

- Sản khoa: không hoà hợp nhóm máu mẹ và con, rau tiền đạo, tụ máu sau rau, nhiễm độc thai nghén nặng, thai chết lưu, phá thai.

* Do một số nguyên nhân khác:

- Sốc do bỏng, chấn thương nặng, tai biến truyền máu, rắn cắn

5.3.4. Có chất kháng đông lưu hành

Thường gặp khi tiêm nhiều heparin, hoặc cơ thể tạo ra nhiều heparin sau sốc hoặc sau chiếu tia xạ.

* Có thể chẩn đoán sơ bộ nguyên nhân xuất huyết ở ngay tại tuyến y tế cơ sở dựa vào các triệu chứng đơn giản sau:

Triệu chứng	Thành mạch	Tiểu cầu	Huyết tương
Cách xuất huyết	Tự nhiên	Tự nhiên	Gây ra
Hình thái xuất huyết	Chấm, nốt	Chấm, nốt, bầm máu	Bầm máu, tụ máu
Vị trí	Da	Da, niêm mạc, nội tạng	Da, cơ, khớp
Máu chảy	Bình thường	Kéo dài	Bình thường
Tiểu cầu	Bình thường	Giảm số lượng, chất lượng	Bình thường
Dây thắt	Dương tính	Bình thường	Bình thường
Máu đông	Bình thường	Bình thường	Kéo dài

KHÁM VÀ CHẨN ĐOÁN HẠCH TO

1. Đặc điểm dịch tễ học

Hạch to là triệu chứng thường gặp trong bệnh hệ thống liên võng, dẫn đến hàng loạt quy trình chẩn đoán và điều trị.

Hạch to phản ánh tình trạng bệnh lý ở người lớn nhiều hơn trẻ em vì chắc là dễ đáp ứng với một kích thích nhẹ bằng phản ứng quá sản hệ lympho. Bệnh hạch bạch huyết ở bệnh nhân dưới 30 tuổi là do nguyên nhân lành tính tới 80% trường hợp, còn ở bệnh nhân trên 30 tuổi thì chỉ có 40% trường hợp hạch to là lành tính mà thôi. Lao hạch gặp ở người trẻ, Hodgkin, bệnh bạch cầu kinh, ung thư hạch gặp ở người có tuổi.

2. Cách khám một bệnh nhân hạch to

2.1. Hạch ngoại vi

* Vị trí

- 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 to nửa người trên thường là hạch lao, hạch ung thư, Hodgkin.

- Hạch bẹn to thường gặp trong bệnh hoa liễu, ung thư hạch.

- Cần xem hạch ở một bên hay hai bên, nếu có cả hai bên cần xem có đều nhau không.

* Thở tích: xem hạch to hay nhỏ.

- Hạch nhỏ thường gặp trong hạch lao, hạch viêm, di căn ung thư, bệnh bạch cầu.

- Hạch to thường gặp trong ung thư hạch, Hodgkin.

* Mật độ: xem hạch rắn hay mềm.

- Mật độ mềm: thường gặp trong hạch viêm, hạch lao ở giai đoạn bã đậu hoá và giai đoạn đầu.

- Mật độ rắn: thường gặp trong bệnh bạch cầu, ung thư hạch, Hodgkin.

* Hình thể

- Hình tròn, đều nhẵn, bờ rõ rệt thường gặp trong bệnh bạch cầu. Lao hạch, ung thư hạch thường dính vào nhau, dính vào tổ chức xung quanh nên lớn nhón không đều, giới hạn không rõ.

* Di động:

- Di động dễ: thường gặp trong bệnh bạch cầu, ung thư di căn.

- Di động khó: thường gặp trong hạch ung thư, lao hạch.

* Đau, nóng, đỏ:

- Hạch viêm cấp tính: có đau, nóng, đỏ.

- Hạch ung thư, hạch lao, bệnh bạch cầu thường không đau khi có hiện tượng chèn ép thần kinh, bội nhiễm mới gây đau.

* Tiến triển của hạch

- Tiến triển chậm: gặp trong lao hạch.

- Tiến triển nhanh: gặp trong ung thư hạch.

- Tiến triển từng đợt: gặp trong Hodgkin.

2.2. Hạch nội tạng

Triệu chứng nghi có hạch to ở rốn phổi là ho hoặc thở khò khè do chèn ép vào đường thở. Khàn tiếng là do hạch chèn ép vào thần kinh quặt ngược. Liệt cơ hoành khó nuốt là do chèn ép vào thực quản. Sưng phù mắt, cổ hay cánh tay là chèn ép vào tĩnh mạch chủ trên hay tĩnh mạch dưới đòn.

- Hạch to ở sau màng bụng và trong ổ bụng thường do ung thư hay lympho. Lao có thể gây viêm hạch mạc treo, hạch dính vào thành khối.

- Hạch trung thất, hạch mạc treo khó phát hiện được bằng khám lâm sàng. Chẩn đoán xác định dựa vào chụp Xquang, soi ổ bụng, chụp cắt lớp, mổ thăm dò.

3. Chẩn đoán phân biệt

3.1. U nang, u mỡ dưới da

Thường không nằm trong vùng hạch bạch huyết, mật độ thường mềm, số lượng ít, ít ảnh hưởng đến sức khỏe.

3.2. U nang, nhân tuyến giáp

Mật độ thường mềm, di động theo nhịp nuốt.

3.3. U trung thất

Chụp cắt lớp để chẩn đoán xác định.

3.4. U mạc treo

Chẩn đoán xác định bằng mổ thăm dò.

4. Chẩn đoán nguyên nhân hạch to

Chẩn đoán nguyên nhân dễ, nếu hạch to chỉ là một triệu chứng nằm trong bệnh cảnh có nhiều hội chứng cấp tính hơn. Hạch to là triệu chứng duy nhất và nổi bật thì chẩn đoán nguyên nhân rất khó.

4.1. Hạch viêm cấp tính

4.1.1. Hạch viêm phản ứng

- Khi bị viêm nhiễm thì hạch ở vùng tương ứng sẽ sưng to. Ví dụ viêm họng sẽ sưng hạch dưới hàm. Nhọt đùi hạch bẹn to. Zona ở ngực có hạch nách.

- Hạch ở đây thường đau, nóng, mật độ chắc, xung quanh có hiện tượng viêm nhiễm, số lượng 1-2 hạch di động được, không dính vào nhau, hạch có thể tiến triển đến làm mũ gây loét nhất là bị cắn, cọ sát nhiều.

4.1.2. Một số bệnh sốt phát ban thành dịch

- Hạch nổi khắp nơi trong cơ thể.
- Hạch to ít, mật độ chắc, không đau.
- Ban nổi khắp người, đau khớp, sốt cao.
- Bệnh gây thành dịch, lành tính, khi khỏi bệnh hạch cũng lặn nhưng thường lâu mới hết.

4.1.3. Tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm khuẩn

- Hạch to chắc, có ở nhiều nơi, dễ di động và không đau.
- Sốt cao, phát ban.
- Xét nghiệm bạch cầu đơn nhân tăng cao.

4.2. Hạch viêm mạn tính

4.2.1. Hạch do cơ địa

- Thường gặp ở người gầy yếu, sức khỏe kém.
- Hạch nhỏ, ở bẹn, di động dễ, mật độ chắc, không đau.
- Hạch hết khi sức khỏe toàn thân khá lên.

4.2.2. Hạch trong bệnh hoa liễu

* Hạch trong bệnh giang mai:

- Lúc đầu hạch to ở bẹn, thường có 4-5 hạch nhỏ, rắn, di động dễ, không đau.
- Giai đoạn sau hạch to lên xuất hiện nhiều nơi trong cơ thể.

* Bệnh Nicolas-Favre do virus gây viêm hạch:

- Hạch to ở bẹn, dính với nhau thành đám, không dính vào tổ chức xung quanh.
- Làm mũ từng điểm trên mặt hạch tạo thành lỗ dò, giống như trên mặt một cái hương sen.

4.2.3. Hạch lao

- Hay gặp ở trẻ em và người trẻ.

- Thường ở hai bên cổ, trước sau cơ ức đòn chũm.
- Hạch nổi thành chuỗi, xuất hiện và tiến triển từ từ.
- Lúc đầu chắc, nhẵn, dễ di động và không đau, về sau dính vào nhau và dính vào da nên khó di động.
- Hạch bã đậu thì mềm và to nhanh, khi thủng ra ngoài tạo lỗ dò miệng nhám nhờ lâu lành.
- Hạch vôi hoá thì bé lại, mật độ chắc.
- Trên cùng một đám hạch lao thì hạch có mật độ khác nhau tùy theo thời gian xuất hiện của hạch.

4.3. Hạch ung thư

4.3.1. Ung thư hạch

- Kích thước hạch to, mật độ chắc, ít di động.
- Có thể chèn ép mạch máu thần kinh gây đau.
- Khi sinh thiết hạch có thể thấy tế bào ung thư.

4.3.2. Ung thư di căn hạch

- Phụ thuộc vào vị trí của ung thư tiên phát.

Ví dụ ung thư vú hạch nách, ung thư dạ dày hạch thượng đòn trái.

- Chẩn đoán xác định dựa vào ung thư tiên phát hoặc sinh thiết hạch thấy tế bào ung thư.

4.4. Hạch to trong các bệnh về máu

4.4.1. Bệnh bạch cầu kinh thể lympho

- Hạch to nhiều nơi, có tính chất đối xứng.
- Hạch to nhỏ không đều, mặt nhẵn, mật độ chắc di động dễ, không dính vào nhau và tổ chức xung quanh.
- Chẩn đoán xác định dựa vào huyết đồ tủy đồ thấy tăng bạch cầu đặc biệt không có khoảng trống bạch cầu.

4.4.2. Bạch cầu cấp thể lympho

- Hạch to ít di động dễ, mật độ chắc.
- Thường kèm theo sốt, chảy máu nhiều nơi, thiếu máu, nhiễm trùng, loét miệng.
- Chẩn đoán xác định bằng tủy đồ: bạch cầu tăng cao, nhiều bạch cầu non, có khoảng trống bạch cầu.

4.4.3. Hodgkin

- Gặp ở người có tuổi.
- Hạch thường to ở hố thượng đòn trái.
- Hạch rắn chắc, không đau, ít tạo lỗ dò.
- Tiến triển thành từng đợt: sốt, ngứa, hạch to, lách to.
- Xét nghiệm bạch cầu ái toan tăng.
- Sinh thiết hạch: thấy tế bào Sternberg và hình ảnh đa dạng tế bào.

* Tại tuyến y tế cơ sở không có điều kiện làm sinh thiết hạch và tuy đồ có thể chẩn đoán các nguyên nhân hạch to hay gặp trên lâm sàng dựa vào các đặc điểm hạch to và các triệu chứng kèm theo sau đây:

Bệnh	Tính chất hạch	Triệu chứng kèm theo
Lao hạch	- Thường bắt đầu ở cổ rồi mới lan xuống dưới. - Bao giờ cũng có hạch cứng, hạch mềm. Có thể có lỗ rò.	- Gặp ở người trẻ tuổi. - Sức khỏe toàn thân tương đối tốt trong thời gian dài.
Ung thư hạch	- To cả hai bên - Rất rắn, dễ bị loét - Dính vào nhau hoặc mô xung quanh. - Chèn ép vào bó mạch thần kinh bên cạnh. - Tiến triển nhanh	- Gặp ở người có tuổi - Sức khỏe toàn thân suy sụp nhanh. - Bệnh tiến triển liên tục
Hodgkin	- Hạch nhiều cái to, cái nhỏ, thường ở hố thượng đòn - Hơi rắn, lúc đầu di động dễ, hạch riêng rẽ - Không bao giờ rò	- Gặp ở người có tuổi - Tiến triển từng đợt: sốt ngứa - Tình trạng toàn thân suy sụp dần - Có thể có hạch ở nội tạng, hạch trung thất, hạch ổ bụng
Bệnh bạch cầu	- Hạch to đều hai bên nhiều nơi - Di động dễ dàng, bờ tròn nhẵn, dễ giới hạn - Không bao giờ rò	- Bạch cầu kinh: + Người có tuổi + Lách to + Thiếu máu ít - Bạch cầu cấp: + Trẻ tuổi + Sốt, chảy máu nhiều nơi + Thiếu máu nhiều

KHÁM VÀ CHẨN ĐOÁN LÁCH TO

1. Khái niệm về bệnh

Lách to là một triệu chứng gặp trong nhiều bệnh, nhưng thường gặp nhất là các bệnh về máu và các bệnh của hệ thống tĩnh mạch cửa, các bệnh của gan, các bệnh nhiễm khuẩn, bệnh tự miễn và chuyển hoá. Vì là một dấu hiệu thực thể quan trọng, rất có giá trị chẩn đoán các bệnh kể trên, nên khi thăm khám lâm sàng, hết sức chú ý phát hiện lách to.

Bình thường lách nằm lẫn trong lồng ngực không sờ thấy được, vùng đục của lách ở đường nách sau cao khoảng 2 - 3cm, nặng 120 - 150g di động theo nhịp thở.

2. Chẩn đoán xác định lách to

2.1. Cách khám lách

- * Nhìn: khi lách to nhiều thấy một vòm nổi lên dưới bờ sườn trái.

- * Sờ: xác định vị trí của lách ở phía dưới bờ sườn.

- Người bệnh nằm ngửa hoặc hơi nghiêng về bên phải, tay trái dơ lên đầu. Thầy thuốc ngồi bên phải người bệnh, dùng bàn tay phải đặt lên hạ sườn trái người bệnh, ở giữa đường nách trước và đường giữa xương đòn trái, khi người bệnh hít vào sâu thì có thể sờ thấy cực dưới của lách.

- Móc lách: người thầy ngồi bên trái bệnh nhân, dùng đầu ngón tay làm móc, móc nhẹ vào dưới xương sườn vùng lách, khi người bệnh hít vào sâu thấy cực dưới của lách.

- * Gõ: xác định vùng đục của lách ở phía trong lồng ngực, gõ mạnh từ trên xuống dưới theo đúng ba đường nách.

- Lách có thể to theo chiều thẳng đứng xuống hố chậu hoặc theo đường ngang vượt quá đường giữa bụng.

- Người ta có thể xếp lách to theo chia độ: lách to quá bờ sườn 2cm là lách to độ 1, lách to quá bờ sườn 4cm là lách to độ 2, lách to đến rốn là lách to độ 3, lách to quá rốn là lách to độ 4.

- * Khi người bệnh có lách to cần khám kỹ hạch ngoại vi và gan, hỏi kỹ tiền sử để tìm nguyên nhân lách to.

2.2. Một số xét nghiệm liên quan để chẩn đoán xác định lách to

*** Nghiệm pháp co lách**

- Mục đích: ngoài chẩn đoán xác định còn đánh giá tình trạng xơ hoá của lách.
- Tiến hành: xác định mức độ co lại của lách bằng cách tiêm 1mg adrenalin vào dưới da sau đó theo dõi thể tích của lách, đếm số lượng hồng cầu trong máu ngoại biên 5 phút một lần.

Sau khi tiêm số lượng hồng cầu tăng cao nhất sau 20 phút, số lượng tiểu cầu tăng nhanh, số lượng bạch cầu tăng chậm hơn.

Nghiệm pháp này có thể áp dụng được tại tuyến y tế cơ sở.

*** Chọc dò lách và làm lách đồ**

- Phương pháp này có chỉ định khi các phương pháp khác không xác định được nguyên nhân lách to.

- Chống chỉ định: chảy máu, nhiễm khuẩn, lách to đau, dễ xúc động.

- Trước khi làm phải xét nghiệm đông máu và cầm máu. Sau khi làm phải để bệnh nhân nằm yên tĩnh 24 giờ.

* Ngoài ra cần làm thêm xét nghiệm máu và xét nghiệm chức năng gan mật.

3. Chẩn đoán nguyên nhân

3.1. Lách to trong các bệnh về máu

3.1.1. Lách to kèm theo hạch to

*** Bệnh bạch cầu kinh thể lympho**

- Bệnh thường gặp ở người lớn tuổi, tử vong sau 5 - 10 năm.
- Hạch to thành chuỗi hai bên, lách to ít.
- Huyết đồ: số lượng bạch cầu tăng đặc biệt là tế bào lympho và không thấy có khoảng trống bạch cầu.
- Tuỷ đồ: có đủ loại tế bào từ non đến già.

*** Hodgkin**

- Xảy ra khắp nơi trên thế giới, thường gặp tuổi 31 - 35, nữ nhiều hơn nam, vai trò di truyền rất ít chủ yếu do môi trường xung quanh, tử vong sau 2 - 3 năm tiến triển.
- Thường có triệu chứng đầu tiên là nổi hạch ở hố thượng trái, nách, cổ, không đối xứng.
- Lách to, ngứa nhiều ở ngoài da.
- Sốt từng đợt.

- Xét nghiệm thấy bạch cầu tăng đặc biệt bạch cầu ái toan.
- Sinh thiết hạch: thấy cấu trúc hạch bị đảo lộn, đặc biệt thấy tế bào Sternberg (tế bào lympho khổng lồ, nhân thô, nguyên sinh chất bắt màu xanh).

3.1.2. Lách to kèm theo tăng hồng cầu

* Bệnh Vaquez

- Đây là bệnh tăng hồng cầu nguyên phát.
- Da niêm mạc tím sẫm.
- Gan, lách to.
- Số lượng hồng cầu tăng cao.

* Lao lách

- Tăng hồng cầu.
- Có hội chứng nhiễm lao trên lâm sàng: gầy sút, mệt mỏi, chán ăn, sốt nhẹ về chiều...

3.1.3. Lách to kèm theo tăng tuỷ bào

Bệnh bạch cầu kinh thể tuỷ

- Lách to nhiều, có thể có gan to, hạch to ở mức độ ít.
- Bệnh nhân sốt cao, nhiễm trùng, xuất huyết.
- Huyết đồ: số lượng bạch cầu tăng, không có khoảng trống bạch cầu.

3.1.4. Lách to kèm theo thiếu máu do tan máu

- Thiếu máu vàng da nhẹ.
- Bilirubin máu tăng.
- Hồng cầu mạng lưới tăng.
- Hồng cầu hình bi, sức bền hồng cầu giảm.
- Tuỷ đồ: tuỷ giàu hồng cầu đặc biệt hồng cầu non.
- Nguyên nhân

+ Thiếu máu tan máu bẩm sinh: thiếu máu tan máu do các bệnh lý huyết cầu tố, bệnh có tính chất di truyền, trong hồng cầu có Hb bất thường có thể phát hiện bằng phương pháp điện di đặc biệt, có hai loại: HbF (hồng cầu hình bia bắn), HbS (hồng cầu hình liềm).

+ Thiếu máu tan máu mắc phải do nhiễm độc, nhiễm vi sinh vật, nhiễm khuẩn.

3.1.5. Lách to kèm theo giảm tế bào máu

Có thể tiên phát hoặc thứ phát, có thể giảm cả tiểu cầu và bạch cầu.

3.2. Lách to trong các bệnh về gan và tĩnh mạch cửa

3.2.1. Xơ gan

- Do xơ gan nên áp lực tĩnh mạch cửa tăng, áp huyết trong lách tăng gây lách to.
- Bệnh nhân có hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa và hội chứng suy tế bào gan trên lâm sàng.

3.2.2. Bệnh Hanot

- Lách to, gan to, vàng da.
- Không có cổ trướng và tuần hoàn bàng hệ.

3.2.3. Bệnh Banti

- Là bệnh nguyên phát của lách do một trường hợp nhiễm khuẩn gây nên. Trong lách tổ chức xơ phát triển mạnh thành vòng xung quanh các động mạch trung tâm, về sau có biến đổi ở gan gây nên xơ gan. Bệnh mạn tính diễn biến qua ba thời kỳ:

- + Giai đoạn đầu: lách to và thiếu máu kéo dài ba năm.
- + Giai đoạn hai: có thêm gan to.
- + Giai đoạn ba: có xơ gan cổ trướng nhưng không có vàng da.

3. 2.4. Hội chứng Banti

- Diễn biến lâm sàng gần giống bệnh Banti, nhưng khác nhau cơ bản về cơ chế bệnh sinh, vì nó bắt đầu xơ từ tĩnh mạch là chủ yếu (nên nó thuộc về hệ thống tĩnh mạch cửa). Về phương diện đại thể của lách diễn biến qua ba thời kỳ:

- + Giai đoạn 1: xung huyết ở lách.
- + Giai đoạn 2: lách xơ.
- + Giai đoạn 3: lách xơ rất nhiều.
- Làm nghiệm pháp co lách thì ở giai đoạn 1 và giai đoạn 2 lách có co nhiều.
- Có tăng áp lực tĩnh mạch cửa nên có xuất huyết tiêu hoá, có thể có nôn máu ở giai đoạn đầu.
- Chụp tĩnh mạch thực quản có giãn mạch.
- Trên lâm sàng có thể nhẹ hơn bệnh Banti.
- Hội chứng Banti có thể do sốt rét, lao lách hoặc do giang mai.

3.2.5. Tắc hoặc hẹp tĩnh mạch cửa

Tóm tắt các nguyên nhân lách to hay gặp trên lâm sàng là xơ gan, bạch cầu kinh, tan máu, Hodgkin.

KHÁM CƠ QUAN VẬN ĐỘNG

1. Khám cơ

Hệ cơ gồm 3 loại: cơ vân (hay cơ xương), cơ trơn và cơ đặc biệt (tim và tử cung); cơ vân được cấu tạo bởi 2 thành phần cơ bản là actin và myosin, sự vận động của cơ dưới sự kích thích của các thần kinh vận động nối tế bào cơ bằng các synáp thông qua trung gian hoá học là acetylcholin, men cholinesterase và ion Ca^{++} . Đơn vị nhỏ nhất của cơ vân là tơ cơ, tất cả các cơ đều gắn bằng nhau về kích thước và chạy song song với nhau theo cùng một chiều. Đa số các cơ vân đều có gân để bám vào xương, có những gân rất dài đổi chiều nhiều lần và được tăng cường bởi các bao gân và túi thanh dịch, giữa các cơ, giữa xương có màng cân cơ ngăn cách... Do những đặc điểm giải phẫu trên, ta thấy bệnh lý của cơ vân có liên quan rất mật thiết đến bệnh lý thần kinh. Bệnh lý của cơ gồm cả bệnh lý gân, bao gân, túi thanh dịch và cân cơ.

1.1. Khám lâm sàng

1.1.1. Hỏi bệnh

- Mọi cơ, yếu cơ: đây thường là dấu hiệu khiến bệnh nhân đi khám. Bệnh nhân có cảm giác mỏi, nặng hoặc khó làm động tác ở phần cơ bị tổn thương, có khi thấy kèm theo rối loạn cảm giác (đau, tê bì, bỏng rát). Cần phải hỏi kỹ diễn biến của các dấu hiệu mỏi hay yếu cơ: cố định hay tăng dần, mỏi cơ sau vận động hay hoặc chóng mỏi cơ gặp trong bệnh nhược cơ, yếu cơ xuất hiện từng chu kỳ gặp trong bệnh liệt cơ có chu kỳ Westphale do giảm kali máu, yếu cơ tăng dần, nặng dần, gặp trong bệnh loạn dưỡng cơ tiến triển.

- Đau cơ: đau khu trú ở một cơ thường do viêm cơ, đau lan toả khó xác định gặp trong một số bệnh toàn thân, cần lưu ý một số vị trí đau của gân, bao gân, dây chằng dễ nhầm với khớp và xương.

- Chuột rút: do co cứng cơ.

- Cơn co cứng cơ do thiếu canxi.

- Máy cơ và run thớ cơ: run cơ thường gặp trong các trường hợp tổn thương thần kinh ngoại biên.

- Loạn trương lực cơ: biểu hiện khó khởi động.

- Khai thác tiền sử bản thân bệnh nhân và gia đình nhằm phát hiện các bệnh khác.

1.1.2. Khám bệnh

- Teo cơ: teo cơ có thể từng vùng (do tổn thương thần kinh), teo cơ đồng đều và đối xứng (loạn dưỡng cơ), teo cơ do ít vận động (bệnh khớp xương).

Nên dùng thước dây đo chu vi các đoạn chi để đánh giá mức độ teo cơ.

- Sưng to

+ Cơ to dần, đối xứng hai bên, bóp vào thấy chắc và không đau: đó là tình trạng giả phì đại (do xơ và mỡ), gặp trong bệnh loạn dưỡng cơ Duchenne.

+ Cơ sưng to, nóng, đỏ và đau: viêm cơ.

+ Cơ sưng to sau chấn thương: tụ máu trong cơ.

+ Sưng to nhanh và cứng, dính: khối u.

+ Sưng to, cứng dần: viêm cơ, cốt hóa.

+ Nổi cục lồi nhô trong các thớ cơ lan toả: một số bệnh ký sinh vật (giun xoắn, sán gạo).

- Khám phản xạ cơ.

- Đánh giá cơ lực: bằng nghiệm pháp chống đối, bằng lực kế. Theo quy ước của hội y học Anh (Medical Research Council- MRC), cơ lực được chia thành 6 mức độ sau đây:

+ Mức 5: cơ lực bình thường.

+ Mức 4: giảm nhẹ, còn khả năng chống đối.

+ Mức 3: giảm rõ, giữ được tư thế.

+ Mức 2: giảm nhiều, chỉ còn vận động không trọng lực.

+ Mức 1: chỉ còn làm vài động tác nhỏ.

+ Mức 0: mất hoàn toàn cơ lực.

- Khám các bộ phận liên quan và toàn thân: chú ý các biểu hiện toàn thân như nhiễm khuẩn, gầy sút....

1.1.3. Cận lâm sàng

- Điện cơ: giúp chẩn đoán bệnh cơ vân.

- Xét nghiệm sinh hoá: đặc biệt là các xét nghiệm enzym thường dùng để chẩn đoán các bệnh về cơ vân như:

+ Creatinkinase (CK), creatin phosphat kinase (CPK), transaminase: các enzym này thường tăng khi có hiện tượng phá huỷ cơ, teo cơ.

+ Một số chất sinh hoá khác: myoglobin tăng trong máu gặp trong huỷ hoại cơ cấp tính.

- Những xét nghiệm và thăm dò khác:
 - + Xét nghiệm về viêm và nhiễm khuẩn: máu lắng, sợi huyết, công thức máu...
 - + Xét nghiệm miễn dịch: kháng thể kháng nhân, tế bào Hargraves, hệ thống HLA...
 - + Xét nghiệm điện giải: đặc biệt là Ca^{++} và K^{+} .
 - + Các xét nghiệm thăm dò hình thái: sinh thiết cơ, siêu âm, chụp cắt lớp vi tính các khối cơ...

2. Khám xương

2.1. Khám lâm sàng

2.1.1. Triệu chứng cơ năng

- Đau xương: một số bệnh xương có đau như viêm xương, u xương... đau khu trú ở vùng tổn thương. Có nhiều bệnh xương đau lan toả ở nhiều nơi nhất là cột sống và xương cánh chậu như là bệnh loãng xương. Một số bệnh máu gây đau nhiều ở xương dài và cột sống như bệnh loxêmi cấp, bệnh đa u tuỷ xương, một số bệnh ung thư nội tạng (ung thư phế quản gây hội chứng thấp khớp cận ung thư)...

- Gãy xương tự nhiên: loãng xương, đa u tuỷ xương, ung thư di căn vào xương... ở các đốt sống biểu hiện bằng tình trạng xẹp đốt sống chèn ép vào tuỷ hay các rễ thần kinh.

2.1.2. Triệu chứng thực thể

- Thay đổi về hình dáng và kích thước của xương
 - + Bệnh khổng lồ, to đầu chi trong u tuyến yên: xương dài và to hơn bình thường.
 - + Bệnh lùn do loạn sản sụn, do rối loạn chuyển hoá chất mucopolysaccarid.
 - + Những dị dạng từng phần cơ thể: loạn sản sọ, đầu mặt, tay, chân, ngón, lồng ngực, cột sống... có thể đơn độc hoặc phối hợp.
- Phát hiện những khối u của xương: ở vị trí nào? mật độ rắn, chắc hay mềm?
- Phát hiện tình trạng biến dạng xương, có lỗ rò chảy dịch mủ hoặc bã đậu.

2.2. Cận lâm sàng

2.2.1. Xquang

Xquang có một vai trò rất quan trọng trong quá trình chẩn đoán các bệnh xương, có khá nhiều bệnh xương mà chẩn đoán quyết định phải dựa vào chụp Xquang, tuy nhiên do một số cơ sở chưa có phương tiện hỗ trợ này nên việc hỏi bệnh và thăm khám lâm sàng tỉ mỉ là rất quan trọng để góp phần định hướng cho chẩn đoán tại cộng đồng.

Nếu ở cơ sở có trang thiết bị này, có thể chỉ định cho chụp thông thường, chụp cắt lớp vi tính, chụp đồng vị phóng xạ... sẽ phát hiện được hiện tượng loãng xương, một số bệnh đặc xương, khuyết xương, mọc thêm xương, lệch xương, biến dạng xương...

2.2.2. Xét nghiệm

- Canxi - photpho máu: canxi tăng trong cường cận giáp, photpho giảm trong cường cận giáp, thiếu vitamin D.

- Canxi - photpho niệu.

- Phosphatase trong máu.

- Một số nghiệm pháp: nghiệm pháp tăng Canxi niệu, nghiệm pháp tăng canxi máu, nghiệm pháp Cortison...

- Định lượng thyrocanxitonin, vitamin D.

- Các xét nghiệm khác: sinh thiết xương, xét nghiệm tủy đồ, huyết đồ... tùy theo nguyên nhân mà lâm sàng nghi ngờ.

3. Khám khớp

Các bệnh khớp chiếm phần chủ yếu trong các bệnh về bộ máy vận động, nhiều bệnh khớp mang tính xã hội như thoái hoá khớp, viêm khớp dạng thấp... chiếm tỷ lệ khá cao trong nhân dân; ngoài các bệnh khớp đơn thuần có rất nhiều bệnh nội khoa có triệu chứng ở khớp như thần kinh, máu, nội tiết, tiêu hoá, hô hấp, nhiễm khuẩn... Do đó, việc thăm khám khớp chiếm một vị trí quan trọng trong quá trình thăm khám bệnh nói chung. Mặc dầu trong những năm gần đây đã có nhiều tiến bộ về các xét nghiệm thăm dò cận lâm sàng như các xét nghiệm miễn dịch, nội soi ống mềm, chụp Xquang có thuốc cản quang, chụp cắt lớp vi tính... nhưng so với các bộ máy khác, thăm khám lâm sàng về khớp vẫn có một giá trị quan trọng trong quá trình chẩn đoán bệnh. Đặc biệt ở những nơi mà chưa có các phương tiện hỗ trợ cho chẩn đoán.

3.1. Khám lâm sàng

3.1.1. Triệu chứng cơ năng

* Đau khớp: là dấu hiệu hay gặp nhất, cần chú ý vị trí đau.

- Phải xác định vị trí đau vì người bệnh thường không phân biệt được đau ở ngay tại khớp hay các phần cạnh khớp như cơ, xương, dây chằng, gân.

Ở cột sống thì xác định vị trí như cổ, lưng, thắt lưng, đau một điểm hay cả vùng, ở giữa hay bên cạnh... Một số vị trí đau khớp có thể mang ý nghĩa chẩn đoán như đau ngón chân cái trong bệnh gút, đau các khớp nhỏ hai bàn tay là dấu hiệu sớm của bệnh viêm khớp dạng thấp, đau ở vùng khớp cùng chậu trong bệnh viêm cột sống dính khớp.

- Phải nhận định tính chất đau và cần phân biệt với cảm giác mỏi ở cột sống và khớp (là dấu hiệu thường thấy trong cúm, sốt...).

Khai thác kỹ các tính chất đau của các khớp và cột sống có thể giúp thầy thuốc hướng đến chẩn đoán. Cần nhận định đau cố định hay từng đợt, đau có tăng dần sang các vị trí khác, đau có liên quan đến vận động, tư thế, thời tiết... rồi xác định đây là đau do viêm hay là đau do cơ giới:

+ Đau do viêm: đau liên tục, có xu hướng tăng về đêm, kèm theo các dấu hiệu khác như nóng, đỏ, đau. Thường gặp trong thấp khớp, viêm mủ, viêm lao...

+ Đau có tính chất cơ giới: đau tăng khi vận động, lao động, giảm và hết khi nghỉ ngơi. Thường gặp trong thoái khớp, dị dạng.

Việc đánh giá và theo dõi mức độ đau rất cần thiết trong quá trình chẩn đoán bệnh, theo dõi sự tiến triển của bệnh và xác định tác dụng chữa bệnh của thuốc điều trị. Để nhận định mức độ đau, người ta có thể đánh giá bằng:

Khả năng làm các động tác sinh hoạt hàng ngày như cầm, nắm, đi lại, nếu đau nhiều thì không làm được.

Số lần dậy trong đêm, bằng sức bóp của hai tay, bằng thuốc giảm đau dùng trong ngày.

- Hạn chế vận động: bệnh nhân không làm được hoặc hạn chế các động tác bình thường

- Dấu hiệu cứng khớp buổi sáng: là một dấu hiệu đặc biệt, khi mới ngủ dậy bệnh nhân thấy khớp cứng đờ khó vận động kéo dài trên một giờ, chỉ sau một thời gian mới thấy dễ vận động hơn, thường gặp dấu hiệu này ở hai bàn tay và hai khớp gối. Đây là một trong những dấu hiệu đặc biệt của bệnh viêm khớp dạng thấp.

- Dấu hiệu vướng và khó vận động: khi mới ngủ dậy, nhưng sau vài động tác thì hết. Thường gặp trong thoái khớp.

- Các dấu hiệu khác:

+ Dấu hiệu lác rắc (lạo xạo) khi vận động, có thể thấy trong thoái hoá khớp gối.

+ Dấu hiệu bật lò xo ngón tay: khi gập hoặc duỗi ngón khó và căng, sau khi có thì bật ra và làm được động tác, do tổn thương gân gấp ngón tay.

3.1.2. Triệu chứng thực thể

Thăm khám lâm sàng khớp dựa vào quan sát, sờ nắn và làm các động tác; cần phải cởi bỏ quần áo để bộc lộ toàn bộ cột sống và các khớp, chú ý so sánh hai bên, so sánh từng phần và so sánh với người lành.

* Sưng khớp: là hiện tượng khớp thay đổi hình dáng to hơn bình thường, chú ý hiện tượng teo cơ các đoạn chi trên và dưới khớp làm khớp trông như to ra.

- Sưng khớp do viêm: sưng, nóng, đỏ đau, có thể có nước trong khớp. Cần phân biệt viêm cấp và viêm mạn tính. Trong viêm cấp thì dấu hiệu sưng đau rõ và nhiều, thường gặp trong viêm khớp do vi khuẩn sinh mủ, thấp tim, bệnh gút... Trong viêm mạn tính thì dấu hiệu sưng đau vừa phải, kín đáo, thường gặp trong viêm khớp dạng thấp, viêm cột sống dính khớp.

- Sưng khớp không do viêm: sưng to, có thể lồi lõm không đều không cân xứng, không nóng, không đỏ và ít đau. Thường gặp trong thoái khớp, loạn sản xương, sụn...

Cần nhận định diễn biến của đau khớp:

+ Viêm khớp di chuyển: viêm từ khớp này chuyển sang khớp khác thì khớp cũ khỏi, là diễn biến điển hình của thấp tim.

+ Viêm khớp tiến triển: viêm nặng dần lên ở một số khớp rồi phát triển sang các khớp khác, là diễn biến của bệnh viêm khớp dạng thấp.

+ Viêm tái phát từng đợt: viêm khớp tiến triển trong một thời gian ngắn khỏi sau đó lại tái phát, thường vẫn ở vị trí cũ, đây là cách diễn biến của bệnh gút cấp tính, thấp tim.

+ Viêm cố định ở một vị trí: thường là viêm do vi khuẩn (lao, tụ cầu...)

- Dị dạng và biến dạng khớp: có thể bẩm sinh hoặc mắc phải.

- Những thay đổi về động tác: cho bệnh nhân làm các động tác bình thường của khớp đó và so sánh với người bình thường, nên dùng thước đo góc để đánh giá khả năng vận động.

+ Hạn chế động tác: có thể hoàn toàn hoặc một phần.

+ Khớp lỏng lẻo: khớp và cột sống có động tác với biên độ lớn hơn bình thường. Có thể do sinh lý (uốn dẻo, xiếc). Có thể do tổn thương thần kinh (hội chứng tiểu não), do bệnh khớp mạn tính làm giãn dây chằng và bao khớp (viêm khớp dạng thấp).

- Phát hiện tràn dịch khớp: có thể thấy ở khớp gối, cổ chân.

- Tìm các điểm đau.

- Các dấu hiệu khác: dấu hiệu lạo xạo khi thăm khám, phình bao khớp (kén Baker ở khoeo chân). Các cục nổi quanh khớp (cục tôphi trong bệnh gút).

3.1.3. Thăm khám toàn thân và các bộ phận liên quan

Rất nhiều bệnh nội khoa có biểu hiện ở khớp, và có khá nhiều bệnh khớp có biểu hiện toàn thân và ở các bộ phận khác, do vậy cần phải khám bệnh tỉ mỉ và toàn diện, nhất là ở cộng đồng khi chưa có đủ phương tiện hỗ trợ chẩn đoán.

* Dấu hiệu toàn thân: sốt, gầy sút.

* Khám các bộ phận liên quan:

- Khám cơ: đa số các bệnh khớp mạn tính đều có biểu hiện teo cơ vùng tương ứng.

- Da và niêm mạc: chú ý tìm các tổn thương da và niêm mạc như vẩy nến (viêm khớp vẩy nến), ban đỏ hình cánh bướm ở mặt (bệnh Lupus ban đỏ), dạ dày và xơ cứng (bệnh xơ cứng bì), phỏng nước (bệnh Behcet), da xám đen (bệnh nhiễm tiết huyết tố).

- Các hạt nổi ở dưới da, ở quanh khớp: hạt Meynert trong thấp tim, hạt Tôphi trong bệnh gút, hạt dưới da vùng khuỷu tay trong bệnh viêm khớp dạng thấp....

- Mắt: nhiều bệnh khớp có tổn thương mắt như viêm kết mạc trong hội chứng Reiter, viêm móng mắt thể mi (viêm khớp mạn tính thiếu niên, viêm cột sống dính khớp)...

- Thần kinh, thận, tim mạch: một số bệnh khớp gây tổn thương thận như bệnh gút, bệnh Lupus ban đỏ. Mối liên quan giữa thấp khớp cấp và bệnh van tim (bệnh thấp tim).

3.2. Cận lâm sàng

3.2.1. Xquang

Có thể chụp thường hay chụp cắt lớp, chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ hạt nhân.

- Phát hiện được những thay đổi về xương: biến dạng, mất vôi hoặc loãng xương, đặc xương, xơ xương, mọc gai xương, cầu xương, hình khuyết, hốc nham nhở, bào mòn, hình ảnh lún xương, xẹp đốt sống, di lệch xương, lệch trục...

- Phát hiện những thay đổi của khe khớp, diện khớp:

+ Hẹp khe khớp: do sụn khớp bị tổn thương, các bệnh viêm khớp và thoái hoá khớp kéo dài đều gây tổn thương sụn và làm hẹp khe khớp.

+ Khe khớp giãn rộng: tràn dịch khớp.

+ Dính khớp: khi sụn khớp bị phá huỷ hoàn toàn, phần đầu xương dưới sụn sẽ tiếp xúc trực tiếp với nhau và dính liền, có thể có các dải xơ nối liền hai phần xương. Đĩa đệm cột sống có thể hẹp và mất hẳn làm cho 2 đốt sống dính vào nhau.

- Diện khớp (là phần xương ở dưới sụn khớp, ở cột sống là mặt trên và dưới của thân đốt sống): lúc đầu mờ, không rõ nét, sau đó nham nhở và xuất hiện những hốc, khuyết ở đầu xương, phần dưới thấy hiện tượng đặc xương hay xơ xương, cuối cùng là dính khớp.

Chú ý: thoái khớp không bao giờ dẫn đến dính khớp.

- Những thay đổi phần mềm quanh khớp: có thể thấy hình ảnh áp - xe lạnh ở quanh vùng tổn thương (lao khớp háng, lao cột sống). Một số có thể thấy hình ảnh vôi hoá bao khớp, dây chằng (viêm cột sống dính khớp).

3.2.2. Nội soi và sinh thiết khớp

- Nội soi (phương pháp đưa ống soi vào ổ khớp để chẩn đoán và điều trị): nhằm mục đích quan sát, rửa ổ khớp, cắt bỏ dây chằng xơ dính, lấy dị vật trong khớp.

- Sinh thiết: hiện nay ít sử dụng, vì có nhiều phương pháp đơn giản hơn (chọc hút tế bào, nội soi...).

3.2.3. Xét nghiệm dịch khớp

Nhằm phát hiện một số thay đổi như:

- Thay đổi về tính chất vật lý:

+ Dịch khớp có màu đỏ (máu) trong bệnh chảy máu khớp (chấn thương Hémophilie, u máu).

+ Dịch khớp viêm nhiễm khuẩn: có màu vàng, đục, độ nhớt giảm, tăng số lượng dịch.

+ Dịch khớp viêm mạn tính màu vàng nhạt, độ nhớt giảm, tăng số lượng dịch.

- Tế bào và vi khuẩn:

+ Nhiều bạch cầu đa nhân thoái hoá, tế bào mù trong viêm khớp nhiễm khuẩn. Có thể tìm thấy vi khuẩn trong dịch khớp bằng phương pháp soi trực tiếp hoặc nuôi cấy.

+ Xuất hiện trong dịch khớp những thành phần của tổn thương lao: tế bào bán liên, lympho bào, chất bã đậu...

+ Tế bào hình nho: có thể gặp trong bệnh viêm khớp dạng thấp.

- Các tinh thể trong dịch khớp: tinh thể urat,...

- Thay đổi về sinh hoá, miễn dịch:

+ Lượng mucin trong dịch khớp giảm trong hầu hết các bệnh viêm khớp. Phản ứng đông mucin trở nên "xấu" đông vón không chắc, nước đục và dễ tan khi lắc.

+ Lượng glucose trong dịch khớp giảm từ 20 - 35% so với trong máu ở viêm khớp.

+ Acid uric trong dịch khớp tăng ở bệnh nhân gút.

+ Protein dịch khớp tăng 4-5 gam% trong các loại viêm khớp (tăng globulin α_2 và γ).

+ Phản ứng Waaler Rose và Gama Latex dương tính trong dịch khớp xuất hiện sớm hơn ở trong máu (bệnh viêm khớp dạng thấp).

+ Bỏ thể giảm ở bệnh viêm khớp dạng thấp.

Dưới đây là bảng tóm tắt sự thay đổi dịch khớp trong một số bệnh khớp:

Dịch khớp	Màu sắc	Mucin test	Tế bào /mm ³	Các xét nghiệm đặc biệt
Bình thường	Trong trắng	Đông vón tốt	200-500	Bạch cầu đa nhân, tế bào hoạt dịch.
Viêm khớp nhiễm khuẩn	Vàng đục	Không vón, đục	> 1000	Bạch cầu đa nhân trung tính thoái hoá, tế bào mũ, vi khuẩn.
Lao khớp	Vàng hơi đục	Không vón, đục	>500	Lympho bào, tế bào bán liên, tế bào khổng lồ, bã đậu, vi khuẩn lao.
Viêm khớp dạng thấp	Vàng chanh	Đông vón kém	> 1000	Tế bào hình nho trên 10%, phản ứng Waaler Rose (+), bỏ thể giảm.
Thoái khớp	Vàng nhạt	Đông vón giảm ít	500	
Bệnh gút	Vàng chanh	Đông vón giảm	>1000	Bạch cầu đa nhân trung tính, tinh thể hình kim.
Reiter	Vàng chanh	Đông vón giảm	>1000	Bạch cầu hình hạt vùi

3.2.4. Các xét nghiệm đánh giá hiện tượng viêm trong bệnh khớp

- Công thức máu: bạch cầu đa nhân trung tính tăng trong viêm khớp nhiễm khuẩn, bạch cầu lympho tăng trong lao khớp.
- Tốc độ lắng máu: tăng trong hầu hết các bệnh viêm khớp.
- Sợi huyết: tăng trong hầu hết các bệnh viêm khớp.
- Protein phản ứng C (CRP): xuất hiện trong bệnh thấp tim.
- Điện di protein huyết thanh: thường thấy tăng globulin α_2 , β , γ .
- Các xét nghiệm khác: ít dùng.

3.2.5. Các xét nghiệm đặc biệt

- Các kháng thể kháng liên cầu: kháng streptolysin O tăng trong thấp tim (> 200 đv).
- Xét nghiệm tìm yếu tố dạng thấp (trong bệnh viêm khớp dạng thấp).
- + Waaler Rose (+) khi ngưng kết ở độ pha loãng huyết thanh bệnh nhân nhỏ hơn 1/16.
- + Gama latex (+) khi ngưng kết ở độ pha loãng huyết thanh bệnh nhân nhỏ hơn 1/32.
- Tế bào Hargraves và kháng thể kháng nhân: có thể (+).

- Các xét nghiệm khác: xét nghiệm tìm nguyên nhân (ngoáy họng tìm liên cầu, cấy máu, định lượng acid uric...). HLA...

4. Phương pháp khám lâm sàng một số khớp

4.1. Thăm khám khớp háng

4.1.1. Hỏi về các dấu hiệu cơ năng và tiền sử

- Đau: thường đau vùng bẹn, có thể ở vùng mông, vùng mấu chuyển lớn, đau lan xuống mặt sau và ngoài đùi.

- Hạn chế vận động: bệnh nhân thấy khó đứng lâu, ngồi xồm bị hạn chế, bước lên bậc cao đau.

- Đi khắp khễnh: thường tăng dần.

- Hỏi về tiền sử: chú ý các tiền sử về chấn thương, nhiễm khuẩn, dị tật bẩm sinh...

4.1.2. Thăm khám lâm sàng khớp háng

- Quan sát: cho đứng thẳng, đứng một chân ngồi xồm, nằm ngửa, xem bệnh nhân có đau không.

- Sờ nắn tìm các điểm đau và thay đổi phần mềm quanh khớp.

- Khám các động tác: đầu tiên cho bệnh nhân làm một số động tác như cúi người ra trước, giạng hai chân, ngồi xồm... Sau đó khám các động tác gấp, duỗi, dạng, quay.

4.2. Khám khớp gối

* Hỏi bệnh

- Đau: hỏi vị trí và tính chất đau.

- Hạn chế vận động.

- Tiếng lạo xạo khi vận động.

- Hỏi tiền sử bệnh: chấn thương, bệnh máu, bại liệt...

* Quan sát

- Với tư thế đứng thẳng phát hiện được các dị dạng của khớp gối và xương.

- Quan sát những thay đổi về da, phần mềm và hình thái khớp gối như sưng đỏ, có u.

- Quan sát teo cơ.

* Sờ nắn và làm các động tác

- Tìm các điểm đau.

- Di động xương bánh chè: bệnh nhân duỗi thẳng chân ở tư thế nằm ngửa, dùng các ngón tay nắm xương bánh chè từ ba phía rồi di động sang hai bên và dọc theo trục chân, nếu thoái hoá sẽ thấy hơi lạo xạo và bệnh nhân kêu đau.

- Bập bênh xương bánh chè và dấu hiệu ba động (khi khớp gối có nhiều nước). Bệnh nhân nằm ngửa chân duỗi, thầy thuốc dùng ba ngón tay đặt lên xương bánh chè, ngón tay trỏ ngay trên mặt xương, ngón cái và ngón 3 để hai bên bờ ngoài và trong của xương bánh chè, khi ngón trỏ ấn nhẹ xuống ta sẽ có cảm giác xương bánh chè chạm nhẹ vào xương phía dưới và dồn nước ra xung quanh (gọi là dấu hiệu bập bênh xương bánh chè), nếu lượng nước nhiều ta gõ nhẹ ngón tay 3 sẽ thấy có cảm giác nước dội vào ngón cái (gọi là dấu hiệu ba động).

4.3. Thăm khám khớp vai

Bệnh lý của khớp vai phần lớn là do những thương tổn của phần mềm quanh khớp hoặc liên quan đến thần kinh, cột sống, chi trên.

- Đau và hạn chế vận động khớp vai: khó làm một số động tác như chải đầu, gãi lưng, giơ tay.

- Khám khớp vai:

+ Tìm những thay đổi ở ngoài da và hình thái khớp vai.

+ Tìm các điểm đau: điểm ở mặt trước khớp, điểm rãnh cơ nhị đầu, điểm mỏm khớp vai, điểm khớp ức đòn, điểm phần trên xương bả...

+ Làm các động tác khớp vai gồm giơ ra trước, ra sau, khép vào, dạng ra, lên trên, nhún vai lên, hạ vai xuống, quay vòng tròn.

- Khám các bộ phận liên quan: teo cơ vùng bả vai và cánh tay, rối loạn vận mạch bàn tay (phù nề, teo dẹt, co...), các tổn thương cột sống cổ, nội tạng.

Tóm lại: Bệnh lý ở cơ xương khớp rất thường gặp, có liên quan nhiều đến các bệnh toàn thân, cần được thăm khám tỉ mỉ, toàn diện nhằm phát hiện đúng bệnh góp phần điều trị và phòng bệnh hiệu quả ở các tuyến với những điều kiện cho phép.

KHÁM HỆ THẦN KINH

1. Đại cương

Thăm khám thần kinh cần phải có một kỹ thuật đúng đắn, điều quan trọng bậc nhất của thăm khám thần kinh là cần phải có trình tự, tỉ mỉ, cần so sánh hai bên và thăm khám từng đoạn chi để tránh bỏ sót.

2. Khám dây thần kinh sọ não

2.1. Dây I (thần kinh khứu giác)

Là dây thần kinh cảm giác, khứu giác ở mũi.

- Phương pháp khám: khám từng bên mũi bằng các hợp chất có mùi (dầu đinh hương, bạc hà, long não, nước hoa, mùi thuốc lá...) cần tránh các chất kích thích mạnh như amoniac, acid acetic vì chúng kích thích các thụ thể của dây thần kinh V.

- Tiến hành khám: bệnh nhân lấy ngón tay trỏ bịt một bên mũi lại, thầy thuốc đưa thuốc kích thích tới gần mũi không bị bịt (khoảng cách xa gần tùy thuộc vào chất kích thích mạnh hay yếu). Khi bệnh nhân phân biệt được mùi thì thầy thuốc ghi lại. Cũng tiến hành như vậy đối với mũi bên kia và so sánh hai khoảng cách.

Phụ nữ thường có khứu giác nhạy bén hơn nam giới. Những trường hợp giảm hoặc mất khứu giác một bên mũi thường có giá trị bệnh lý. Thực tế lâm sàng cho thấy triệu chứng rối loạn về khứu giác do tổn thương dây I rất ít gặp mà chủ yếu là do các bệnh của mũi.

2.2. Dây II (thần kinh thị giác)

- Giải phẫu và chức năng: các sợi thị giác đi từ võng mạc vào chèo thị giác, ở đây các sợi của nửa trong mỗi bên bắt chéo đường giữa, các sợi nửa ngoài đi thẳng. Dải thị tạo thành bởi các sợi của nửa ngoài cùng bên này và của nửa trong bên kia. Mỗi dải thị đều đi về củ não sinh tư trước và thể gối ngoài. Một số sợi tạo thành tia thị giác Gratio đi từ thể gối ngoài qua phần dưới của bao trong đi lên vỏ não và tạo thành trung tâm thị giác ở vỏ não. Nửa trái của thị trường nằm trên bán cầu đại não phải, nửa phải nằm trên bán cầu đại não trái.

- Cách khám

+ Khám thị lực: bảo người bệnh che một bên mắt và 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.

+ Khám thị trường: nghiên cứu sơ bộ thị trường có thể dùng phương pháp sau: 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 của thầy thuốc cũng phải nhìn thẳng vào mắt phải của người bệnh. Sau đó dùng ngón tay trái xê dịch dần về phía bên trái cho đến khi không nhìn thấy nữa. Trong lúc xê dịch như thế, cần luôn hỏi người bệnh xem có còn nhìn thấy nữa hay không và so sánh ngay với thị trường của chính 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.

Rối loạn thị trường có thể gặp các loại sau:

- Thu hẹp mọi phía của thị trường: thường gặp trong teo thần kinh thị giác.
- Âm điểm trung tâm: không nhìn được ở giữa thị trường.

· Bán manh: Bán manh khác bên (trong đó có loại bán manh thái dương hoặc bán manh mũi). Bán manh cùng bên (không nhìn được ở phía thái dương bên này và mũi bên kia).

+ 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...

2.3. Dây III, IV, VI (thần kinh vận nhãn)

Các dây này có chức năng vận động nhãn cầu. Sự vận động nhãn cầu nhờ 6 cơ vận nhãn tác dụng theo các hướng khác nhau.

- Dây III: (dây vận nhãn chung) chi phối cơ thẳng trên, thẳng trong, thẳng dưới, cơ chéo bé, vận động đưa nhãn cầu vào trong, lên trên, nâng mi mắt lên (vận động ngoài) và co đồng tử (vận động trong). Vì vậy còn gọi là dây vận nhãn chung.

- Dây IV: dây ròng rọc chi huy cơ chéo lớn đưa mắt nhìn chéo xuống dưới.

- Dây VI: dây vận nhãn ngoài chi huy cơ thẳng ngoài, vận động đưa mắt ra ngoài.

*** Cách khám**

Yêu cầu bệnh nhân nhìn cố định vào một vật (ngón tay thầy thuốc, đầu bút...). Sau đó di chuyển vật chậm theo chiều ngang phải - trái, trái - phải; chiều dọc, trên - dưới, dưới - trên và theo chiều chéo dưới - trên, trên - dưới. Bệnh nhân đưa mắt nhìn theo vật, nhưng đầu vẫn giữ im không quay. Sau đó vật để ở đường giữa cách xa hai mắt, đưa dần vật vào sát mắt cách 6cm, 2 cầu sẽ quy tụ vào phía mũi và đồng

tử co lại (phản xạ điều tiết). Nếu đưa vật xa dần hai mắt lại trở về vị trí cũ và đông tử giãn ra.

* Bệnh lý

- Các chứng lác mắt:

+ Liệt dây III: lác ngoài, bệnh nhân không đưa mắt vào trong được (liệt hoàn toàn) hoặc đưa không sát đến góc mắt (liệt không hoàn toàn)

+ Liệt dây VI: lác trong, không đưa mắt ra ngoài sát đuôi mắt (liệt hoàn toàn), hoặc không đưa ra gần sát đuôi mắt được (liệt không hoàn toàn).

Trong các trường hợp liệt dây III hoặc dây IV nhẹ kín đáo phải so sánh hai bên mới phát hiện được.

+ Liệt dây IV: ít khi liệt đơn độc mà thường phối hợp với dây III.

- Nhìn đôi: là hậu quả của liệt cơ vận nhãn.

2.4. Dây V (dây tam thoa)

- Chi phối cảm giác ở mặt (trừ góc hàm), cảm giác 2/3 trước lưỡi và vận động cơ nhai, cơ thái dương.

- Cách khám

+ Khám vận động: bảo bệnh nhân cắn chặt răng, rồi sờ cơ nhai và cơ thái dương, bình thường các cơ hai bên đều rắn như nhau, nếu cơ bên nào liệt thì sẽ nhẽo hơn cơ bên kia, khi há mồm cằm lệch sang bên liệt.

+ Khám cảm giác

· Về cảm giác da thì khám như nơi khác.

· Khám vị giác 2/3 trước lưỡi: bảo bệnh nhân thè lưỡi rồi để ít đường, ít muối vào phần trước lưỡi, nói người bệnh ghi cảm giác nhận được ra giấy.

· Khám phản xạ giác mạc: dùng một miếng bông vê thành đầu nhọn, một ngón tay vành mi trên của bệnh nhân, khéo léo quệt nhẹ đầu miếng bông trên giác mạc (nhưng không để bệnh nhân nhìn thấy) bệnh nhân cảm thấy sót ở mắt và nhắm mắt lại.

2.5. Dây VII (dây thần kinh mặt)

Chỉ huy tất cả các cơ biểu lộ nét mặt, cảm giác, vị giác, 2/3 trước lưỡi, một vùng nhỏ ống tai ngoài, chỉ huy thực vật tiết nước bọt, nước mắt.

- Khám vận động: liệt dây VII một bên là sự mất cân đối hai bên mặt khi vận động các cơ mặt:

+ Súc miệng nước chảy ra ở bên liệt.

+ Bệnh nhân nhe răng, cười nói mặt méo về bên lành, nhép nhãn mũi má bên liệt mờ hơn bên lành.

+ Tìm dấu hiệu Charles Bell: bệnh nhân nhắm mắt không kín, bên liệt nhãn cầu đưa lên trên để hờ lòng trắng ở dưới (dấu hiệu đặc biệt của liệt VII ngoại biên).

+ Khi bệnh nhân há to mồm, ta dùng bàn tay đỡ dưới cằm cầm giữ lại, cơ bám da cổ bên liệt không nổi căng lên đó là dấu hiệu cơ bám da cổ, chứng tỏ liệt dây VII nhẹ.

+ Ở bệnh nhân hôn mê: làm nghiệm pháp Marie - Foix: ấn hai ngón tay vào góc hàm chũm, bệnh nhân đau nhãn mặt, thấy méo về bên lành.

+ Lúc bệnh nhân thở thấy má bên liệt phập phồng như lúc thổi lửa.

- Khám phản xạ mũi mi mắt. Dùng búa hoặc ngón tay gõ nhẹ lên gốc mũi. Bình thường đáp ứng nhắm nhanh hai mắt lại.

- Mất vị giác 2/3 trước lưỡi bên liệt: giảm cảm giác vùng ống tai ngoài.

- Khi liệt hai bên mặt, mặt trở nên cân đối, nhưng bộ mặt mất sinh động, đờ đẫn. Bệnh nhân không làm được các động tác huýt sáo, nhe răng... Hai mắt nhắm không kín, rất rõ dấu hiệu Charles Bell hai bên.

2.6. Dây VIII (dây thần kinh thính giác)

Trước khi khám nên chắc chắn rằng ống tai ngoài còn tốt.

- Dùng một đồng hồ để phía sau bệnh nhân, đưa dần lại gần tai cho đến khi người bệnh bắt đầu nghe thấy tiếng tích tắc rồi so sánh khoảng cách nghe được ấy với khoảng cách của người bình thường ở cùng một đồng hồ.

- Nói to, rồi nói thầm (không để bệnh nhân nhìn mồm người nói) xem bệnh nhân trả lời có đúng không.

- Muốn thật chính xác, phải dùng một thính lực kế.

- Thử bằng các trắc nghiệm (như nghiệm pháp Weber...): dùng để phát hiện bệnh nhân có điếc, cần xác định điếc do thần kinh hay do tai giữa.

2.7. Dây IX (dây thần kinh lưỡi hầu)

Chi phối cảm giác 1/3 sau lưỡi và niêm mạc hầu, chi phối vận động cơ thất trên hầu, cơ trên hầu và chi phối phản ứng tiết của tuyến nước bọt

- Cách khám:

+ Kiểm tra vị giác 1/3 sau của lưỡi.

+ Thử phản xạ nôn: dùng một que mềm quẹt nhẹ vào các cột hạnh nhân hoặc thành sau hầu họng, bệnh nhân sẽ buồn nôn, nếu liệt bệnh nhân sẽ mất phản xạ nôn.

2.8. Dây X (dây thần kinh phế vị)

Là dây vận động vòm hầu, hầu và phần trên thực quản, thanh hầu. Nhánh cảm giác chi phối đường khí đạo, tim và hạch giao cảm, chi phối một số tạng ổ bụng.

Cách khám:

+ Hỏi bệnh nhân có nghẹn khi ăn, sặc khi uống nước, nghe giọng nói có khàn tiếng, mất tiếng.

+ Quan sát vòm họng bằng cách đèn lưỡi và bảo bệnh nhân kêu “a, a”. Bình thường màn hầu được nâng lên cân đối hai bên. Nếu liệt một bên, màn hầu bên đó không nâng lên được: ta thấy có dấu hiệu kéo màn hầu. Nếu liệt hai bên vòm hầu không cử động.

2.9. Dây XI (dây thần kinh gai)

Vận động cho cơ ức đòn chũm, cơ thang.

- Khám 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.

- Khám cơ thang: bảo người bệnh nâng cao hai vai trong lúc đó ta dùng hai tay ấn hai vai xuống, so sánh hai bên, bên nào yếu là có liệt. Nhìn phía sau vai bên liệt sa xuống thấp.

2.10. Dây XII (dây thần kinh hạ thiệt)

Chi phối vận động cơ lưỡi và dưới móng.

Cách khám: bảo bệnh nhân thè lưỡi càng xa càng tốt, khi liệt dây XII lưỡi sẽ đẩy sang bên liệt (cần phân biệt với trường hợp liệt dây VII gây mồm lệch). Liệt dây XII một bên còn gây khó nói, khó nuốt.

3. Khám cảm giác

3.1. Nguyên tắc khám

- Khám cảm giác cần phải kiên nhẫn, tỉ mỉ và làm cho bệnh nhân yên tâm, hợp tác tốt. Để bệnh nhân nhìn đi chỗ khác hoặc nếu cần che mắt người bệnh.

- Cần nắm vững sơ đồ vùng cảm giác, khám hai bên đối xứng nhau để so sánh, khi khám không hỏi “có đau”, “có nóng” mà hỏi “thấy gì”, “ra sao” (mục đích tránh ám thị cho người bệnh).

3.2. Khám cảm giác nông

- Cảm giác sờ: dùng bút lông hoặc một vật mềm như đầu que quán bông quẹt vào từng vùng da 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, áp vào da người bệnh. Tiến hành làm từng vùng và hỏi cảm giác của người bệnh.

3.3. Khám cảm giác sâu

- Cảm giác rung: dùng âm thoa gõ mạnh cho rung rồi để vào các xương ở sát da như xương bánh chè, xương chày, gai xương chậu, xương khuỷu... Hỏi người bệnh cảm giác của các vùng xương đó.

- Cảm giác tư thế, vị trí: người bệnh nhắm mắt, để một ngón tay hoặc ngón chân nào đó của người bệnh ở một tư thế và vị trí nhất định. Đề nghị người bệnh nói cho biết tư thế vị trí của ngón tay này (quy ước trước khi khám). Cũng có thể bảo người bệnh để ngón tay hay ngón chân bên đối diện ở tư thế, vị trí đối xứng.

- Cảm giác nhận biết đồ vật: người bệnh nhắm mắt, đưa những đồ dùng hàng ngày như bật lửa, bút, đồng hồ... và yêu cầu người bệnh cho biết là vật gì.

4. Khám chức năng vận động

4.1. Khám vận động tự chủ

Người bệnh có thể ở nhiều tư thế: ngồi, đứng, nằm... ở đây chỉ thăm khám khi người bệnh ở tư thế nằm.

- Hướng dẫn người bệnh làm một số động tác thông thường, đồng thời hai bên, để so sánh.

+ Chi trên:

Nắm xoè bàn tay

Gập duỗi cẳng tay

Giơ cánh tay lên trên, sang ngang

+ Chi dưới:

Co duỗi ngón chân

Gập duỗi cẳng chân

Nhấc chân lên khỏi giường

- Tìm cơ lực: trong khi người bệnh làm những động tác thông thường kể trên, thầy thuốc lần lượt chống lại từng loại. Như vậy có thể đánh giá được cơ lực của từng nhóm cơ.

+ Nghiệm pháp Barré:

Chi trên: người bệnh nằm ngửa, giơ thẳng hai tay tạo một góc 60° với mặt giường. Bên nào liệt sẽ rơi xuống trước.

Chi dưới: người bệnh nằm sấp. Cẳng chân người bệnh để 45° với mặt giường. Bên nào liệt sẽ rơi xuống trước.

+ 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. Bên nào liệt, chân bên đó sẽ rơi xuống trước.

+ Nghiệm pháp gọng kìm: bệnh nhân bấm chặt ngón cái và ngón trỏ tạo thành một gọng kìm, thầy thuốc luồn ngón tay cái và ngón tay trỏ của mình và lấy sức dẹt ra. Bên liệt của gọng kìm bệnh nhân sẽ rời ra dễ dàng.

Khám cơ lực là quan trọng để phát hiện các liệt vận động kín đáo. Tùy theo vị trí tổn thương bệnh nhân 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).

4.2. Khám trương lực cơ

Thường làm ở các chi. Người bệnh để chi được thăm khám hoàn toàn thụ động, không lên gân. Khám trương lực cơ gồm 3 yếu tố: độ co duỗi, độ chắc, độ ve vẩy.

- Độ co duỗi cơ: ta làm các động tác gấp, duỗi ở các khớp giữa các khúc chi, tạo ra các góc mà đỉnh là khớp rồi so sánh độ hẹp của các góc đó với phía bên đối diện. Góc càng hẹp độ co duỗi cơ càng tăng và ngược lại.

Hoặc với chi trên, người bệnh vòng tay qua cổ và đặt lòng bàn tay vào vùng xương bả vai cùng bên. Với chi dưới, lấy gót chân đặt vào mông cùng bên. Ở người bình thường không làm được động tác này.

- Độ chắc của cơ: dùng tay sờ nắn các cơ hai bên, so sánh xem có bên nào rắn hoặc mềm hơn.

- Độ ve vẩy: thầy thuốc cầm cổ chân, cổ tay người bệnh lắc mạnh để tìm độ ve vẩy của bàn chân, bàn tay của người bệnh. Hoặc thầy thuốc lắc cả thân người bệnh quay phải quay trái xem biên độ vung của cả hai bàn tay người bệnh.

Trương lực cơ tăng biểu hiện: duỗi cơ giảm, độ chắc tăng, độ ve vẩy giảm và ngược lại.

4.3. Khám phối hợp động tác và thăng bằng

- Nghiệm pháp ngón tay chỉ mũi: bệnh nhân nhắm mắt, dang hai tay, sau đó lần lượt chỉ vào mũi của mình.

- Nghiệm pháp gót chân đầu gối: bệnh nhân nằm ngửa, chân duỗi thẳng, yêu cầu bệnh nhân giơ một chân lên cao và đặt gót lên đầu gối đối diện, sau đó lướt gót dọc theo mào xương chày xuống tới cổ chân.

Hai nghiệm pháp trên có thể thấy 3 khả năng:

+ Người bệnh chỉ đứng, không run chân tay: bình thường.

+ Ngón tay hoặc gót chân người bệnh đi đúng hướng nhưng lại đi quá lên trên: quá tầm. Gặp trong tổn thương tiểu não.

+ Ngay lúc làm động tác, ngón tay của người bệnh run rẩy, hướng chỉ không đúng: rối tầm. Gặp trong tổn thương cảm giác sâu và trong bệnh Tabet.

- Nghiệm pháp lật úp bàn tay liên tiếp: bảo người bệnh lật úp liên tiếp hai bàn tay. Bình thường có thể làm một cách nhịp nhàng, nhanh nhẹn. Khi thực hiện động tác này một cách khó khăn, ngưng nghỉ là bất thường và gọi là mất liên động, thường gặp trong hội chứng tiểu não.

Chú ý: các nghiệm pháp trên chỉ có giá trị khi không có liệt và không có tăng trương lực cơ.

- Dấu hiệu Romberg: bệnh nhân 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 ngả 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 của đầu.

4.4. Động tác tự động

- Run: là những cử động bất thường có biên độ đều, thường khu trú ở các đầu chi.

Khám run tay: bệnh nhân ngồi, nhắm mắt, giơ hai tay ra trước, thầy thuốc quan sát tay bệnh nhân. Khi triệu chứng kín đáo có thể đặt một tờ giấy lên mu tay sẽ thấy hiện tượng run rõ hơn qua độ rung của tờ giấy.

- Múa giật: đó là những động tác nhanh, vô nghĩa, động tác trước không giống động tác sau, không lúc nào ngừng, động tác xuất hiện ở nhiều nơi của cơ thể: mặt, mắt, môi, vai... thường rõ nhất ở bàn tay, ngón tay. Quan sát thấy bệnh nhân luôn cử động gập, duỗi, vặn ngón tay, nháy mắt, nhăn mặt, nhún vai, ngẹo đầu. Trước đông người khi xúc động động tác tăng rõ rệt.

- Múa vờn: các động tác chậm, uốn éo, xoắn tròn, thường thấy ở chi trên và ít khi thấy ở mặt hoặc chân.

- Co cứng xoắn vặn: tính chất của động tác là xoắn vặn giống như múa vờn làm tư thế biến dạng.

- Giật cơ.

4.5. Một vài dáng đi

Nghiên cứu dáng đi giúp ta biết thêm hướng chẩn đoán.

- Trong liệt cứng nửa người: người bệnh không thể gập đùi lại được, đi vát thành nửa vòng (như kiểu phát cò), hoặc người bệnh đi kiểu quét đất.

- Trong liệt cứng hai chi dưới: người bệnh có thể đi được, nhưng hai đùi đi sát vào nhau, hai đầu gối va vào nhau, bàn chân khó nhấc khỏi mặt đất. Trường hợp co cứng quá phải dùng nạng, hai chân lủng lẳng như quả lắc đồng hồ.

- Trong bệnh Parkinson: dáng đi chậm, giật cục, hai cánh tay dán sát vào thân không vung vẩy.

5. Khám phản xạ

5.1. Phản xạ gân xương

* Nguyên tắc chung

- Người bệnh ở tư thế thoải mái, không lên gân.

- Dùng búa phản xạ gõ đúng vào vùng sinh phản xạ, lực gõ hai bên phải đều nhau.

- Đối với từng phản xạ đều phải gõ hai bên đối xứng với nhau để dễ dàng so sánh.

* Phản xạ gân xương chi trên

- Phản xạ trâm quay

+ Tư thế: người bệnh nằm, cẳng tay gấp, hai bàn tay để trên bụng hoặc tay người bệnh buông xuôi, thấy thuốc cầm tay người bệnh hơi gấp lại khoảng 45° so với mặt giường.

+ Vị trí gõ: mỏm trâm quay.

+ Phản xạ xuất hiện: gấp và quay ngửa cẳng tay.

- Phản xạ gân cơ nhị đầu

+ Tư thế: người bệnh nằm, cẳng tay gấp, hai bàn tay để trên bụng.

+ Vị trí gõ: gõ trên ngón tay cái người khám, ấn trên gân cơ nhị đầu.

+ Phản xạ xuất hiện: gấp cẳng tay.

- Phản xạ gân cơ tam đầu

+ Tư thế: bệnh nhân nằm ngửa, cẳng tay để trên bụng và vuông góc với cánh tay, bàn tay người khám đỡ phần giữa cánh tay bệnh nhân.

+ Vị trí gõ: gân cơ tam đầu, phía trên mỏm khuỷu.

+ Đáp ứng: duỗi cẳng tay.

* Phản xạ gân xương chi dưới:

- Phản xạ gân cơ tứ đầu đùi hay phản xạ bánh chè:

+ Tư thế: người bệnh nằm ngửa, chống cẳng chân cho hai đầu gối gấp một góc 45° , thầy thuốc luồn cẳng tay trái xuống dưới kheo chân và hơi nâng hai chân người bệnh lên.

+ Vị trí gõ: gân cơ tứ đầu đùi (không gõ thẳng vào xương bánh chè)

+ Đáp ứng: hắt căng chân ra phía trước.

- Phản xạ gân gót

+ Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, ngả người ra phía ngoài, đầu gối hơi gấp, có thể người bệnh quỳ gối, để thả hai bàn chân ra khỏi giường (áp dụng tư thế này khi phản xạ yếu, không rõ).

+ Vị trí gõ: Thầy thuốc nắm đầu bàn chân, hơi kéo lên phía trên cho duỗi ra, gõ vào gân Asin.

+ Đáp ứng: mũi bàn chân đập vào tay thầy thuốc (gấp bàn chân về phía gan chân).

* Thay đổi bệnh lý của phản xạ gân xương: tăng hoặc giảm phản xạ.

5.2. Phản xạ da

- Người bệnh ở tư thế doãi cơ thoải mái, dùng vật đầu nhọn nhưng không sắc vạch vào những vùng quy định trên da sẽ phát sinh phản xạ.

* Phản xạ da bụng

- Tư thế: Bệnh nhân nằm ngửa, hai chân chống lên để cho da bụng mềm.

- Kích thích thành bụng bằng kim vạch nhanh từ phía ngoài rốn hướng vào trong.

- Đáp ứng: Cơ bụng co giật.

- Phản xạ da bụng chia ra

+ Phản xạ da bụng trên: kích thích phía trên rốn (dưới bờ sườn).

+ Phản xạ da bụng giữa: kích thích ngang rốn.

+ Phản xạ da bụng dưới: kích thích phía dưới rốn, song song với cung đùi.

* Phản xạ da bìu

- Tư thế: Bệnh nhân nằm ngửa, đùi hơi ngửa ra ngoài.

- Kích thích: dùng kim vạch nhẹ 1/3 trên mặt trong đùi.

- Đáp ứng: Da bìu co dúm lại, đẩy tinh hoàn đi lên trên.

5.3. Phản xạ bệnh lý bó thóp

* Dấu hiệu Babinski

- Tư thế: Bệnh nhân nằm ngửa, thầy thuốc có thể cầm nhẹ cổ chân bệnh nhân đỡ cho bàn chân ngay ngắn.

- Kích thích: dùng kim đầu tù vạch dọc bờ ngoài gan chân từ gót chân về phía ngón chân vòng xuống phía lòng bàn chân gần nếp gấp các ngón chân, khi gần cuối nhấn mạnh hơn một chút.

- Đáp ứng: bình thường phản xạ trả lời ngón cái và các ngón khác cụp xuống. Trường hợp bệnh lý ngón cái sẽ duỗi ra và các ngón con xoè ra như nan quạt, ta nói có dấu hiệu Babinski (có tổn thương thực thể của bó tháp). Phải phân biệt với Babinski dương tính giả (khi kích thích ngón cái cụp vào rồi mới duỗi ra).

Trẻ em dưới 3 tuổi bó tháp chưa hoàn chỉnh, không phải bệnh lý nếu có Babinski.

* Các phản xạ bệnh lý có giá trị như Babinski:

- Dấu hiệu Oppenheim: tì ngón tay vuốt mạnh dọc xương chày từ từ xuống.

- Dấu hiệu Gordon: bóp mạnh cơ dếp.

- Dấu hiệu Chaddock: dùng kim gõ quanh mắt cá ngoài.

- Dấu hiệu Shaeffer: bóp mạnh gân gót

- Dấu hiệu Lê Văn Thành: bập ngón chân thứ tư, đáp ứng các phản xạ giống Babinski.

* Dấu hiệu Hoffmann: bàn tay bệnh nhân để sấp mền mại, thầy thuốc cầm đầu ngón tay giữa bệnh nhân bập vài cái. Dấu hiệu Hoffmann dương tính (bệnh lý) khi mỗi lần bập như vậy, ngón cái và ngón trỏ người bệnh khép lại như gọng kìm.

6. Khám rối loạn dinh dưỡng và cơ tròn

6.1. Rối loạn dinh dưỡng

Các bệnh về thần kinh có thể gây ra rối loạn dinh dưỡng ở cơ, da...

- Dùng thước dây đo chu vi các đoạn chi qua các điểm cách đều điểm mốc cố định, bên nào nhỏ là teo. Cần phân biệt teo cơ do thần kinh hay do bệnh cơ.

- Quan sát vùng tỳ đè xem có vết loét không.

6.2. Rối loạn cơ tròn

Hay gặp trong các bệnh thần kinh thường gây các biến chứng nguy hiểm nhiễm khuẩn nhiễm độc.

* Rối loạn tiểu tiện

- Bí đái: có cầu bàng quang nhưng không đái được.

- Đái không tự chủ.

* Rối loạn đại tiện

- Bí đại tiện: ruột đầy phân nhưng không đại tiện được.

- Đại tiện không tự chủ: người bệnh ỉa dầm dề, không chủ động và không có cảm giác khi ra phân.

KHÁM HỆ NỘI TIẾT

1. Đại cương

Nội tiết là những tuyến tiết ra hormone đổ thẳng vào mạch máu đỏ của tuyến. Mỗi tuyến nội tiết sẽ tiết ra một hoặc nhiều hormone đặc hiệu có chức năng riêng của tuyến đó. Các tuyến nội tiết hầu hết rất nhỏ lại nằm sâu (trừ tuyến giáp và tuyến sinh dục) nên thăm khám lâm sàng hết sức khó khăn. Một người có thể cùng một lúc mắc bệnh ở nhiều tuyến vì hầu hết các hormone đều có tác dụng toàn thân khi bị bệnh đều ảnh hưởng đến toàn thể trạng của người bệnh.

Hầu hết những thay đổi hormone mà chúng ta chỉ nhận biết được bằng sinh hoá. Những thay đổi được biểu hiện ra lâm sàng như hình dáng, trí tuệ... đều là rất muộn do vậy khám một bệnh nhân bị bệnh nội tiết thường phải kiên trì, kỹ lưỡng, tỉ mỉ và suy diễn cẩn thận mới mong phát hiện được bệnh sau đó tổng hợp lại xem các rối loạn ấy thuộc hội chứng suy hoặc cường của tuyến nào.

2. Khám lâm sàng

2.1. Quan sát hình dạng người bệnh

Hầu hết các bệnh tuyến nội tiết đều ảnh hưởng đến hình dáng chung của người bệnh nên quan sát hình dáng giúp ích cho ta suy nghĩ ban đầu để đi sâu xem xét theo hướng đó.

* Nhìn chung để biết:

- Tư thế lúc nghỉ ngơi, lúc hoạt động.
- Hình dạng mặt, thân, các chi.
- Màu sắc da.

Ví dụ sự thay đổi đầu, mặt và chi cho ta nghĩ tới bệnh của tuyến trước tuyến yên. Hoặc lồi mắt ta nghĩ đến hội chứng cường tuyến giáp...

* Chiều cao: dùng thước đo chiều cao, vòng đầu, vòng ngực các xương dài để đánh giá các thông số này rồi so sánh với người bình thường. Ví dụ quá lùn thì nghĩ đến lùn tuyến giáp hoặc lùn tuyến yên...

* Cân nặng: theo dõi cân nặng hỏi kỹ sự thay đổi này qua các giai đoạn bệnh.

- Gầy sút trong cường giáp trạng, đái đường hoặc bệnh Simmonds.

- Béo: béo từng bộ phận: Cushing, phù niêm...

* Da, lông, tóc, móng:

- Da: thay đổi màu sắc ở trên da như xạm da trong bệnh suy thượng thận (Addison). Nhiệt độ của da tăng trong bệnh Basedow. Loét ở gà trong bệnh đái đường.

- Lông tóc móng: rụng lông trong bệnh Cushing, rụng lông trong bệnh suy sinh dục.

- Răng rụng ở người trẻ trong bệnh đái đường...

Dựa vào hình dạng chung ta có thể phần nào tìm được sự rối loạn nội tiết đó từ tuyến nội tiết nào cho nên một số tác giả còn cho bệnh nội tiết là bệnh biểu hiện về hình dáng.

2.2. Khám các bộ phận

* Bộ máy sinh dục:

- Về chức năng: hỏi kỹ về kinh nguyệt

+ Ngày bắt đầu thấy kinh.

+ Số ngày của vòng kinh.

+ Ngày thấy kinh, tình trạng kinh.

+ Số lần đẻ, sảy...

- Thăm khám bộ phận sinh dục:

+ Đàn bà: kích thước vị trí lỗ âm đạo. Hình dạng của môi lớn, môi bé. Tình trạng tử cung, vú...

+ Đàn ông: kích thước của dương vật, bìu. Vị trí, số lượng độ lớn của tinh hoàn.

Hầu hết các bệnh nội tiết đều có rối loạn sinh dục.

* Huyết áp:

- Tăng huyết áp trong cường tuỷ thượng thận, cường tuyến giáp.

- Hạ huyết áp trong Myxoedeme và Addison.

* Tim:

- Nhịp chậm trong Myxoedeme.

- Nhịp nhanh trong Basedow.

- Tràn dịch màng ngoài tim trong Myxoedem.

* Tiêu hoá:

- Khẩu vị: hầu hết các bệnh nội tiết đều kém ăn nhưng trong đái đường có giai đoạn ăn rất nhiều.

- Táo bón trong Myxocdeme, ỉa chảy trong Basedow.

* Cơ quan vận động: xem sự phát triển bất thường của bộ xương, loãng xương trong bệnh cushing. Thoái khớp trong đái đường.

* Tình trạng thể lực, tinh thần:

- Lười hoạt động trí tuệ giảm sút trong Myxoedeme.

- Giảm cơ lực nhanh chóng trong Addison.

- Dễ xúc động, hồi hộp trong bệnh Basedow...

Tóm lại, khám lâm sàng ở một bệnh nhân mắc bệnh nội tiết cần quan sát toàn diện để ý đến từng thay đổi nhỏ vì nó liên quan rất rộng, liên quan đến nhiều chuyên khoa.

3. Các phương pháp thăm dò tuyến

3.1. Thăm dò hình thái

Chủ yếu dựa vào Xquang, chụp cả siêu âm để thăm dò hình thái tuyến giáp trạng. Tuỳ tính chất gợi ý lâm sàng mà ta thăm dò hình thái từng tuyến và có phương pháp thăm dò thích hợp.

- Chụp tuyến thượng thận có bơm hơi sau phúc mạc.

- Chụp tuyến yên xem hố yên có rộng trong trường hợp nghi ngờ cường tuyến yên.

- Siêu âm xem kích thước tuyến giáp, tuyến tụy.

- Chụp buồng tử cung có bơm thuốc cản quang để xem tình trạng buồng tử cung.

- Chụp đầu xương xem các điểm cốt hoá: chậm trong suy giáp, sớm trong cường giáp trạng.

3.2. Thăm dò chức năng

Trong công việc thăm khám một bệnh nhân bị bệnh nội tiết và thăm dò chức năng đóng vai trò hết sức quan trọng. Tuy nhiên không phải chức năng tuyến nào cũng thăm dò được nhiều khi phải dựa vào sự thay đổi của một số chất khác mà gián tiếp đánh giá chức năng của tuyến. Phương pháp thăm dò chức năng các tuyến chủ yếu là:

* Định lượng một số chất trong máu

- Định lượng điện giải, glucose... trong máu để đánh giá chức năng vỏ thượng thận.

- Định lượng glucose máu thăm dò chức năng tuyến tụy.

- Định lượng iode để đánh giá chức năng tuyến giáp.

- Định lượng photpho, canxi để đánh giá chức năng tuyến cận giáp.
- * Định lượng một số hormone hoặc dẫn xuất của chúng thải ra nước tiểu.
- Định lượng 17 cetosteroid, aldosteron, 17 hydroxi corticosteroid để đánh giá bệnh vỏ thượng thận.
- Định lượng adrenalin và noradrenalin trong bệnh tuyến thượng thận.
- Định lượng glucose trong nước tiểu trong bệnh đái đường.
- * Một số nghiệm pháp thăm dò chức năng của tuyến:
 - Nghiệm pháp Thorn trong bệnh Addison.
 - Nghiệm pháp Carter Robins trong bệnh đái nhạt.
 - Nghiệm pháp Werner và Quesrido trong bệnh tuyến giáp trạng.

Nội dung định lượng chất gì ở đâu hoặc tiến hành nghiệm pháp gì đều theo sự chỉ dẫn của lâm sàng sau đó tổng hợp lại xem các biểu hiện ấy thuộc hội chứng suy hoặc cường tuyến nào?

4. Các hội chứng chủ yếu

4.1. Hội chứng suy hoặc cường một tuyến

Thường do sự phát triển bất bình thường của tổ chức tuyến đó gây ra.

- Cường tuyến: thường là phát triển quá mức (lành hoặc ác) tổ chức tuyến.
- Suy tuyến: thường là do sự phá hủy tổ chức tuyến có thể do u hoặc nhiễm khuẩn hoặc cắt bỏ tuyến.

4.2. Hội chứng phối hợp rối loạn của nhiều tuyến

Thường rất phức tạp thường cùng một lúc đan xen các triệu chứng của nhiều tuyến với nhau.

- Thủy trước tuyến yên thường chỉ huy các tuyến phía dưới nên cường hoặc suy sẽ kéo theo rối loạn nhiều tuyến, ví dụ cường thủy trước tuyến yên sẽ kéo theo cường giáp trạng, cường vỏ thượng thận hoặc ngược lại suy thủy trước sẽ kéo theo suy giáp trạng, suy vỏ thượng thận, suy sinh dục...

- Trong rất nhiều bệnh nội tiết ta thấy đều có rối loạn tuyến sinh dục.

4.3. Có sự phối hợp của rối loạn thần kinh

- Nội tiết trong hội chứng này rất phức tạp ví dụ trong cường giáp trạng người ta lại thấy biểu hiện giống như cường giao cảm trong điều trị phải phối hợp với kháng giao cảm, bệnh tiến triển tốt...

HỘI CHỨNG TĂNG GLUCOSE MÁU

1. Đại cương

Hội chứng tăng glucose máu hay còn gọi đái tháo đường là một hội chứng bệnh lý đặc trưng bởi nồng độ glucose máu tăng thường xuyên và mạn tính do suy sản xuất thiếu insulin (thiếu insulin tuyệt đối) hoặc do giảm tác dụng của insulin thiếu insulin tương đối) do các nguyên nhân khác nhau, theo các cơ chế sinh bệnh rất phức tạp.

Đái tháo đường bao gồm tình trạng tăng glucose máu cùng với các rối loạn về chuyển hóa glucid, protid, lipid và khoáng chất. Các rối loạn này có thể đưa đến các biến chứng cấp tính, các tình trạng dễ bị nhiễm trùng và về lâu dài sẽ gây ra các biến chứng ở mạch máu lớn và mạch máu nhỏ.

2. Biểu hiện lâm sàng

2.1. Giai đoạn khởi phát

Thường chưa thấy biểu hiện lâm sàng rõ rệt. Khi có các triệu chứng như ăn nhiều, đái nhiều, uống nhiều và gầy nhiều biểu hiện thì sự rối loạn chuyển hoá đường đã nặng rồi. Trong giai đoạn này, nhiều khi tình cờ mà phát hiện, nhân làm xét nghiệm đường, nước tiểu, glucose máu hàng loạt và thấy có glucose trong nước tiểu, glucose máu tăng cao.

Một thời gian sau, nếu không được điều trị đúng cách người bệnh có đầy đủ các triệu chứng của đái tháo đường, bệnh chuyển sang giai đoạn toàn phát.

2.2. Giai đoạn toàn phát

Khi thiếu insulin nhiều, bệnh nhân sẽ có các triệu chứng lâm sàng cổ điển.

2.2.1. *Ăn nhiều*: có một số trường hợp, bệnh nhân luôn có cảm giác đói, nên phải ăn rất nhiều.

2.2.2. *Đái nhiều*: khi đường máu tăng cao vượt quá ngưỡng bài tiết của thận (1,7g/l) thì đường sẽ được đào thải ra nước tiểu và đó là một loại lợi tiểu thẩm làm bệnh nhân đái nhiều, có thể tới 5 - 7 lít/24h. Thường có hiện tượng “ruồi bâu, kiến đậu” ở bãi nước tiểu, có bệnh nhân còn ném nước tiểu và thấy vị ngọt.

2.2.3. *Uống nhiều*: do đái nhiều, bệnh nhân mất nước nên rất khát, phải uống rất nhiều, mỗi ngày có thể tới 7 - 8 lít nước/24h.

2.2.4. *Gầy nhiều*: Do giảm đồng hoá và tăng dị hoá protid, lipid làm teo các cơ, các tổ chức mỡ dưới da, ngoài ra một phần còn do mất nước. Bệnh nhân có thể sút 5 - 10 kg trong vòng vài tháng.

2.2.5. Một mõi nhiều.

Ngoài ra, còn có thể kèm theo các biến chứng cấp tính và mạn tính (sẽ trình bày ở mục biến chứng).

Khi thiếu insulin tương đối, bệnh sẽ diễn biến tiềm tàng trong thời gian dài, các triệu chứng thường kín đáo.

2.3. Khám toàn thân

- Đo chiều cao, cân nặng bệnh nhân, thường đái tháo đường type 2 bệnh nhân có thể trạng béo phì, quá cân.

- Tinh thần thay đổi nếu có biến chứng hoặc tai biến điều trị (Nhiễm xeton, tăng áp lực thẩm thấu, hạ đường huyết do điều trị quá liều insulin...): bệnh nhân có thể lơ mơ, hôn mê, mõi mõi, thần thờ...

- Có thể thay đổi trên da: loét gan bàn chân, mụn nhọt.

2.4. Khám các cơ quan

Phát hiện các biến chứng của đái tháo đường

- Tim mạch: bệnh nhân có thể có cơn đau thắt ngực, có tăng huyết áp, hẹp viêm tắc động mạch chi dưới gây đau cách hồi, hoại tử chi...

- Tiêu hoá: rụng răng sớm, tụt lợi do biến chứng thoái hoá...

- Hô hấp: phát hiện lao phổi

- Thần kinh: dị cảm (tê bì kiến bò, kim châm...), giảm hoặc mất phản xạ gân xương...

- Tiết niệu: bàng quang hay bị đờ gây bí đái, liệt dương...

Cần nghĩ đến và tìm cách chẩn đoán đái tháo đường khi bệnh nhân có các tình huống sau: hội chứng lâm sàng cổ điển của đái tháo đường, béo phì hay có nhiễm khuẩn, một số bệnh tim mạch (viêm tắc động mạch, nhồi máu cơ tim, cao huyết áp), tiền sử gia đình có người thân thuộc trực hệ bị đái tháo đường, phụ nữ có tiền sử đẻ con trên 4kg lúc sơ sinh hoặc có tiền sử thai chết trong tử cung.

3. Cận lâm sàng

- Glucose máu lúc đói tăng cao.

- Glucose niệu (+). Có một cách để thử nước tiểu là dùng một loại giấy thử đặc biệt, nếu các mảnh giấy này đổi màu khi nhúng vào trong nước tiểu là nước tiểu có đường.

- Nghiệm pháp tăng glucose máu (+)

+ Lấy máu định lượng glucose lúc đói.

+ Cho bệnh nhân uống 75g glucose pha trong 250ml nước sôi để nguội, uống trong thời gian 5 phút.

+ 2 giờ sau khi uống, lấy máu định lượng glucose.

Chẩn đoán rối loạn dung nạp glucose khi glucose huyết sau 2 giờ là 7,8 - 11mmol/l. Nếu kết quả $\geq 11,1$ mmol/l thì chẩn đoán xác định là đái tháo đường.

- Nghiệm pháp Conn (+) nghiệm pháp với Cortison, nhưng hiện nay ít làm.

- Thử xeton niệu (+).

- HbA1c tăng cao so với bình thường. Xét nghiệm này thường dùng để đánh giá kết quả điều trị, nó phản ánh mức độ kiểm soát đường huyết trong 4 - 8 tuần đã qua, mà ít khi được dùng để chẩn đoán xác định đái tháo đường.

- Định lượng insulin huyết thanh.

- Định lượng C - peptid.

- Định lượng các tự kháng thể: Kháng thể kháng insulin, kháng tế bào β tụy: GAD (acid glutamic decarboxylase).

- Rối loạn chuyển hoá lipid kèm theo. Chủ yếu thấy tăng cholesterol, triglycerid, LDL-C và giảm HDL-C.

- Xét nghiệm quan trọng nhất để chẩn đoán xác định đái tháo đường là xét nghiệm glucose máu (lúc đói và sau bữa ăn 2h), khi nghi ngờ cần làm nghiệm pháp gây tăng glucose huyết. Về mặt xét nghiệm, khi bệnh nhân có glucose huyết lúc đói cao tạm thời khi bệnh cấp tính nào đó hoặc khi có glucose niệu dương tính hoặc khi có tăng triglycerit máu đều cần nghi ngờ là đái tháo đường. Để chẩn đoán ĐTD, hiện nay người ta dùng tiêu chuẩn chẩn đoán mới của Tổ chức Y tế Thế giới (TCYTTG) năm 1998 và đã được xác định lại năm 2002. Chẩn đoán xác định ĐTD nếu có một trong ba tiêu chuẩn dưới đây và phải có ít nhất hai lần xét nghiệm ở hai thời điểm khác nhau:

- Glucose huyết tương bất kỳ trong ngày ≥ 200 mg/dl ($\geq 11,1$ mmol/l), kèm theo triệu chứng lâm sàng gồm tiểu nhiều, uống nhiều, sụt cân không giải thích được.

- Glucose huyết tương lúc đói ≥ 126 mg/dL (≥ 7 mmol/l) (đôi có nghĩa là trong vòng 8 giờ không được cung cấp đường).

- Glucose huyết tương hai giờ sau uống 75g glucose ≥ 200 mg/dl (11,1mmol/l) khi làm nghiệm pháp dung nạp glucose bằng đường uống (OGTT).

4. Các thể bệnh của đái tháo đường (Theo phân loại của OMS - 1985).

4.1. Đái tháo đường type 1: thể phụ thuộc insulin

- Chiếm khoảng 10% số bệnh nhân đái đường ở châu Âu, ở Việt Nam phần lớn bệnh nhân vào viện thuộc type này. Thường xảy ra cho người trẻ dưới 40 tuổi, bệnh nhân thường gầy.

Bệnh hay khởi phát một cách đột ngột và rầm rộ với các triệu chứng cổ điển. Xét nghiệm thấy đường máu khá cao, nhiều đường niệu và hay có thể ceton niệu. Thăm dò khả năng bài tiết insulin của tụy nhờ định lượng insulin và C - peptid máu trước và sau kích thích bằng glucagon hay glucose thấy giảm nhiều (thiếu insulin tuyệt đối).

Có thể thấy tỷ lệ cao bệnh nhân thuộc type này có thể kháng tiểu đảo tụy và bệnh nhân thường thuộc nhóm HLA, DR₃, DR₄, B₈, B₁₅.

Nếu không được điều trị bằng insulin, bệnh nhân sẽ hôn mê do nhiễm toan - ceton và tử vong nhanh chóng.

4.2. Đái tháo đường type 2: thể không phụ thuộc insulin

Chiếm khoảng 80% số bệnh đái tháo đường ở châu Âu, trong số đó phần lớn bệnh nhân có béo phì. Ở nước ta, bệnh nhân béo phì ít hơn nhiều. Thường khởi phát ở người có tuổi (trên 40 tuổi), bệnh thường diễn biến tiềm tàng trong một số thời gian dài, triệu chứng nghèo nàn và kín đáo, có yếu tố gia đình rõ.

Xét nghiệm đường máu lúc đói thường không cao lắm, có khi phải làm nghiệm pháp gây tăng đường huyết để chẩn đoán sớm. Đường niệu không nhiều. Thăm dò bài tiết insulin tương đối.

Bệnh nhân có thể được điều trị có kết quả do nhiễm toan - ceton, đặc biệt hay bị các biến chứng thoái hoá.

Thể này có thể được điều trị có kết quả chỉ bằng chế độ ăn hoặc kết hợp với thuốc hạ đường huyết uống.

4.3. Đái tháo đường do kém dinh dưỡng (đái tháo đường nhiệt đới)

Xảy ra ở các nước nghèo, bệnh thường bắt đầu từ khi còn trẻ (dưới 30 tuổi), gầy, đường huyết khá cao nhưng không có biến chứng hôn mê do nhiễm toan - ceton, có thể do chế độ ăn thiếu thốn, đặc biệt thiếu protid.

4.4. Đái tháo đường phối hợp với một số bệnh và hội chứng

- Bệnh tụy (viêm tụy mạn, cắt tụy, ung thư tụy).
- Bệnh nội tiết: hội chứng Cushing, to các cực (Acromegalie), Basedow, u tụy thượng thận.
- Do dùng liều cao, kéo dài một số thuốc (Corticoid, lợi tiểu thuộc nhóm Thiazid).
- Do bất bình thường về insulin và các cảm thụ quan của nó.
- Một số hội chứng di truyền (Prader - Willi).

Ngoài 4 thể đái tháo đường trên cần lưu ý đến một tình trạng đặc biệt, giảm dung nạp với glucose, đó là những người chưa mắc đái tháo đường nhưng có nhiều

nguy cơ bị đái tháo đường và các biến chứng thoái hoá mạch máu hơn so với những người bình thường, sau một thời gian nhiều năm.

5. Các biến chứng của đái tháo đường

5.1. Biến chứng chuyển hoá cấp tính (hôn mê do đái tháo đường)

5.1.1. Hôn mê do nhiễm toan - ceton

- Hoàn cảnh xuất hiện: thường xảy ra ở bệnh nhân đái tháo đường thể phụ thuộc insulin (type 1) mà không được điều trị hoặc điều trị sai, do bệnh phát triển sau (nhiễm khuẩn, chấn thương, phẫu thuật...).

- Triệu chứng lâm sàng: xuất hiện từ từ với việc các triệu chứng lâm sàng cổ điển nặng lên, tinh thần lơ mơ, mất nước rõ, nếu không được điều trị đúng thì sẽ đi vào giai đoạn toàn thể với các triệu chứng.

+ Hôn mê tiến triển từ từ, không có dấu hiệu thần kinh khu trú.

+ Mất nước toàn thể và nặng: khát nhiều, môi khô, da khô, véo da (+), nhãn cầu mềm, trụy mạch.

+ Rối loạn hô hấp kiểu nhiễm toan, thở sâu điển hình có thể có rối loạn nhịp thở Kussmaul, hơi thở có mùi aceton (giống mùi táo chín).

+ Xét nghiệm có nhiều đường niệu và nhất là ceton niệu, đường máu cao, giảm Na^+ và K^+ máu, có tình trạng mất nước (hematocrit tăng, protid máu tăng), tình trạng nhiễm toan (dự trữ kiềm giảm, pH máu giảm).

5.1.2. Hôn mê do tăng áp lực thẩm thấu .

Ít gặp hơn loại trên, chủ yếu xảy ra ở người có tuổi, đái tháo đường type 2.

* *Triệu chứng lâm sàng:* Khởi phát từ từ, bệnh nhân mệt mỏi, thờ thẫn. Sau đó hôn mê không có dấu hiệu thần kinh khu trú đôi khi có co giật, mất nước toàn thể rất nặng, có thể sốt, không có dấu hiệu nhiễm toan – ceton, không khó thở, hơi thở không có mùi aceton.

* *Xét nghiệm:* Đường huyết thường rất cao, trên 8g/l có khi lên tới 15g hoặc hơn, Na^+ , Cl^- máu tăng, áp lực thẩm thấu máu tăng trên 350 mosmol/l (bình thường là 280 - 300), có thể tính bằng công thức.

$$\text{ALTT máu (mosmol/l)} = 2[\text{Na}_{\text{máu (mosmol/l)}} + \text{K}_{\text{máu (mosmol/l)}}] + \text{Glucose}_{\text{máu (mosmol/l)}} + \text{Ure}_{\text{máu (mosmol/l)}}$$

- Tình trạng mất nước nặng (hematocrit tăng, protid máu tăng)

- Urê và creatinin máu tăng (suy thận)

- Nước tiểu: đường niệu nhiều nhưng không có ceton niệu.

5.1.3. Hôn mê do nhiễm acid lactic

Rất hiếm gặp, nhất là ở Việt Nam, nhưng tiên lượng rất nặng, phần lớn chỉ xảy ra ở bệnh nhân đái tháo đường được điều trị bằng thuốc hạ đường huyết uống loại biguanit - nhất là ở người có tuổi, suy thận.

- Triệu chứng lâm sàng: Khởi phát đột ngột, đau lan toả khắp toàn thân, nhất là đau bụng, đau ngực, đau cơ, chuột rút.

+ Rối loạn tiêu hoá: buồn nôn, nôn, ỉa chảy.

+ Hôn mê tiến triển nhanh đến độ III.

+ Khó thở nặng (nhiễm acid chuyển hoá)

+ Mất nước toàn thể rất nặng, có thể truy mạch.

- Xét nghiệm:

+ Nhiễm acid chuyển hoá.

+ Lactat máu tăng trên 7mg/l (bình thường 1mg/l)

5.2. Các biến chứng mạn tính

5.2.1. *Biến chứng nhiễm khuẩn*: rất thường gặp, và là nguyên nhân quan trọng gây tử vong nhất là trong điều kiện Việt Nam.

- Nhiễm khuẩn da, niêm mạc, mụn nhọt, viêm cơ, hậu bối, viêm mủ chân răng, nhiễm khuẩn cơ quan sinh dục ngoài, nhiễm khuẩn nặng bàn chân, những nhiễm khuẩn này dai dẳng, hay tái phát, rất nặng nên cần được điều trị sớm.

- Nhiễm nấm ở miệng, nếp lằn dưới vú, nách, bẹn, âm hộ, quy đầu.

- Nhiễm khuẩn tiết niệu: triệu chứng rất kín đáo, ở nhiều mức độ khác nhau viêm bàng quang, viêm niệu đạo, viêm đài bể thận cấp, hay tái phát, có thể dẫn đến viêm đài bể thận mạn tính rồi suy thận do viêm thận kẽ.

Viêm bộ phận sinh dục: viêm âm hộ, viêm âm đạo, viêm phần phụ.

- Lao rất thường gặp ở bệnh nhân đái tháo đường, đặc biệt là trong thể phụ thuộc insulin, thường ở phổi và thận, triệu chứng kín đáo, diễn biến tiềm tàng.

5.2.2. Các biến chứng thoái hoá

* *Bệnh lý mạch máu*:

- Bệnh lý mạch máu lớn (Macroangiopathie): tổn thương xơ vữa các mạch máu lớn và vừa, gặp sớm và nhiều ở bệnh nhân đái tháo đường, biểu hiện bằng.

- Suy mạch vành: đau thắt ngực, nhồi máu cơ tim, với đặc điểm là triệu chứng nghèo nàn, kín đáo do đó phải làm điện tâm đồ một cách hệ thống cho bệnh nhân đái tháo đường.

- Hẹp, viêm tắc động mạch chi dưới gây cơn đau cách hồi hoặc nặng hơn là hoại tử ở chi dưới, nên phải bắt mạch ngoại biên, nếu thấy mạch yếu làm Doppler.

- Tai biến mạch não thoáng qua hoặc nhũn não, xuất huyết não.

- Cao huyết áp: rất hay gặp ở bệnh nhân đái tháo đường (với tỷ lệ 60% ở bệnh nhân đái tháo đường châu Âu trên 40 tuổi), cơ chế rất phức tạp và còn chưa rõ.

- Bệnh lý vi mạch (micro angiopathie): Tổn thương các mao mạch, đặc trưng bởi dày các màng đáy mao mạch ở khắp cơ thể nhưng đặc biệt quan trọng ở đáy mắt và cầu thận.

- Tổn thương đáy mắt do đái tháo đường là nguyên nhân gây mù loà khá quan trọng ở các nước phát triển: gồm 2 nhóm.

+ Tổn thương võng mạc đơn thuần gồm các bất thường về tĩnh mạch, vi phình mạch, xuất tiết, xuất huyết.

+ Tổn thương võng mạc tăng sinh.

Mạch máu tân tạo, viêm đáy mắt tăng sinh, hậu quả gây giảm thị lực dần dần, tiến triển chậm nhưng có thể đột ngột do chảy máu. Các tổn thương mắt khác: đục thủy tinh thể, teo gai thị, oạn màu, tăng nhãn áp mạn.

* *Bệnh lý thận do đái tháo đường (Nephropathie diabetique)* ở giai đoạn sớm, bệnh nhân có thể có protein niệu vi thể (Microprotéinurie) với nồng độ từ 20 đến 500mg/24h mà phương pháp miễn dịch rất nhạy, sau một thời gian, có thể 10 đến 20 năm tiến triển, các biểu hiện sẽ rõ: tăng huyết áp, có protein niệu đại thể (Macroprotéinurie), trường hợp điển hình bệnh nhân có hội chứng thận hư (hội chứng Kimmelstiel Wilson) cuối cùng là suy thận giai đoạn cuối.

* *Bệnh lý thần kinh đái tháo đường (Neuropathie diabétique):*

Do tổn thương các vi mạch nuôi thần kinh (vasa nervorum) và ứng động sorbitol trong bao Schwann làm tổn thương thần kinh ngoại biên và thần kinh thực vật.

- Thần kinh ngoại biên.

+ Tổn thương một dây hoặc một nhánh của dây thần kinh: thường xuất hiện đột ngột gây liệt, teo cơ và rối loạn cảm giác, đau, dị cảm, giảm hoặc mất phản xạ gân xương, có thể gặp ở các thần kinh sọ chi trên hoặc chi dưới.

+ Viêm đa dây thần kinh: hay gặp hơn, tổn thương ở 2 bên đối xứng, hay ở chi dưới, vùng ngọn chủ yếu là rối loạn về cảm giác (giảm cảm giác, dị cảm như tê bì, kiến bò, kim châm...) giảm và mất phản xạ gân xương.

- Tổn thương ở hệ thần kinh thực vật.

+ Tim mạch: hạ huyết áp tư thế, nhịp tim nhanh, mất thay đổi nhịp tim theo nhịp hô hấp.

+ Rối loạn tiết mồ hôi: cơn vã mồ hôi.

+ Tiết niệu, sinh dục: bàng quang hay bị đờ gây bí đái, là một yếu tố thuận lợi cho nhiễm khuẩn tiết niệu, liệt dương, xuất tinh ngược dòng.

+ Tiêu hoá: đau dạ dày, ỉa lỏng do rối loạn nhu động ruột.

+ Loét gan bàn chân.

TRIỆU CHỨNG HỌC TUYẾN GIÁP

1. Giải phẫu và sinh lý tuyến giáp

1.1. Giải phẫu

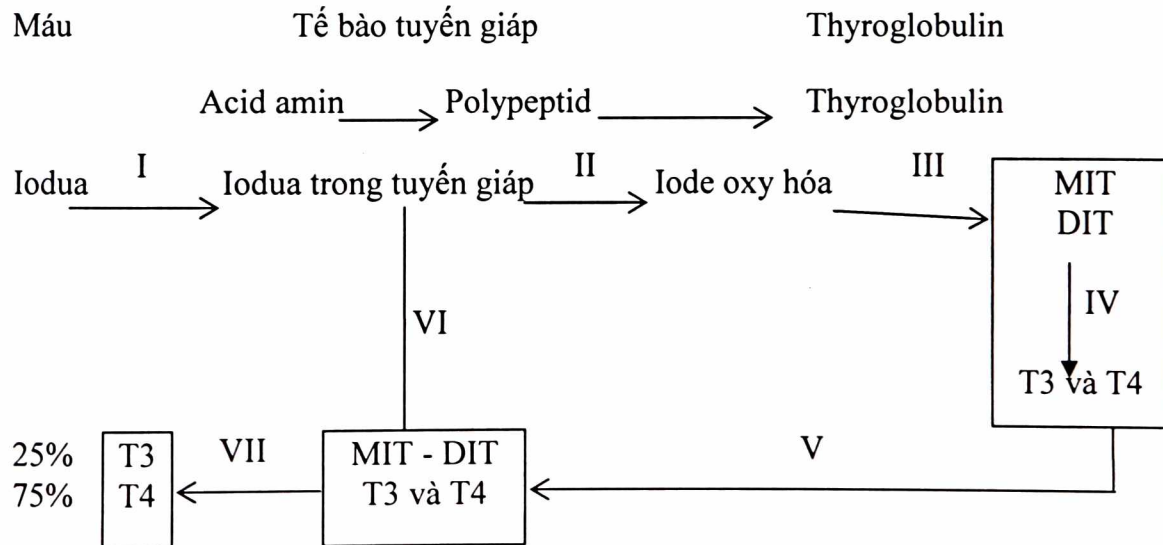
Tuyến giáp trạng là một tuyến đơn, nằm sát khí quản, nặng khoảng 30 - 35g. Tuyến có hai thùy hai bên, cao 6cm, rộng 3cm, dày 2cm, nối với nhau bằng một eo giáp trạng. Eo giáp trạng này hình bán nguyệt, áp sát vào mặt trước của vòng thứ 2, 3, 4 của khí quản.

Bình thường tuyến giáp bị cơ ức, đòn, chũm che lấp, không sờ thấy được. Nhưng vì ở nông nên khi hơi to đã có thể sờ và nhìn thấy được.

Mạch máu nuôi dưỡng tuyến gồm hai động mạch giáp trên và hai động mạch giáp dưới. Những động mạch này tạo ra xung quanh tuyến một màng lưới mạch máu khá dày. Trong bệnh Basedow hệ thống mạch này căng đầy máu nên có thể sờ thấy rung miu và nghe thấy tiếng thổi tâm thu hoặc tiếng thổi liên tục khi đặt ống nghe vào vùng động mạch tuyến.

1.2. Sinh lý

Tuyến giáp tổng hợp và bài tiết hai loại hormone chủ yếu là thyroxin (T4) và triiodothyronin (T3) rất cần thiết cho cuộc sống, quá trình sinh tổng hợp và bài tiết hormone trên gồm các giai đoạn.



Ghi chú:

- Giai đoạn I: tập chung iodua vào tế bào tuyến giáp.
- Giai đoạn II: oxy hóa iodua (nhờ men peroxydase).

- Giai đoạn III: gắn iode đã oxy hóa với thyroglobulin (nhờ men peroxidase).
- Giai đoạn IV: ghép các iodothyrosin (peroxidase).
- Giai đoạn V: tiêu protein (endo và exopeptidase).
- Giai đoạn VI: khử iode.
- Giai đoạn VII: giải phóng T3 và T4 vào máu.

Một phần lớn hormone tuyến giáp lưu hành trong máu được gắn với protein vận chuyển, chủ yếu là TBG (Thyroxin binding globulin) các hormone này không có tác dụng, chỉ có thyroxin (T4) và triiodo thyronin (T3) tự do là có tác dụng (Hormone tự do chỉ chiếm 1% các Hormone lưu hành).

Hormone tự do khi vào trong các tế bào đích được gắn lên các cảm thụ quan ở nhân tế bào. T3 gắn mạnh gấp 4 lần T4. Vùng dưới đồi tiết ra TRH (thyroid releasing hormone), đến lượt hormone này kích thích lên tất cả các giai đoạn của quá trình tổng hợp hormone tuyến giáp.

1.3. Điều hòa bài tiết hormone tuyến giáp

- Tuyến giáp phụ thuộc vào sự điều khiển của hypothalamus và tuyến yên. Sự tiết hormone tuyến giáp về sinh lý chịu sự kiểm soát của TSH. Sự tiết hormone này hoạt động theo cơ chế “feedback” (kiểm soát ngược) âm. Lượng hormone giáp tự do lưu hành trong máu điều khiển lượng TSH sẽ tiết ra. Trong tình trạng sinh lý, khi hormone tuyến giáp giảm, TSH tăng lên và ngược lại.

- Khi bị lạnh hoặc stress nồng độ T3, T4 sẽ được bài tiết nhiều.
- Cơ chế tự điều hòa.
- + Nồng độ iod vô cơ cao trong tuyến giáp sẽ ức chế bài tiết T3, T4.
- + Nồng độ iod hữu cơ cao dẫn tới giảm thu nhận iod và do đó làm giảm tổng hợp T3-T4.

1.4. Vai trò của hormone tuyến giáp

Là một tuyến nội tiết, tiết chủ yếu ra thyroxin (tetraiodotyrosin và triiodotyrosin). Hormone này có hai tác dụng:

- Kích thích sự phát triển tế bào và tổ chức tế bào, tác dụng này đặc biệt quan trọng trong sự phát triển chung của toàn cơ thể, do tác dụng kích thích tổng hợp protein.

+ Đối với bào thai cần cho sự phát triển bình thường của các cơ quan nhất là não xương; khi bào thai không có tuyến giáp, thai kém phát triển, các sụn liên hợp không trưởng thành, không hình thành các điểm cốt hóa ở đầu xương, hệ thống thần kinh trung ương bị ảnh hưởng nhiều nhất, nếu không được điều trị kịp thời, các tổn thương này không hồi phục, gây bệnh đần.

+ Nếu suy giáp xảy ra sau 2 tuổi, sẽ bị ảnh hưởng hơn, nhưng trẻ chậm phát triển cả về tinh thần và trí tuệ, tổn thương có thể hồi phục nếu được chẩn đoán và điều trị sớm.

- Tác dụng chuyển hoá ở khắp các bộ phận, chủ yếu là sinh nhiệt và điều hòa nhiệt.

2. Các phương pháp khám lâm sàng tuyến giáp

2.1. Nhìn

Bình thường không nhìn thấy tuyến giáp. Nhưng khi tuyến to lên có thể nhìn thấy và khi người bệnh nuốt có thể thấy di động theo nhịp nuốt.

Nhìn có thể đánh giá sơ bộ về hình thể, kích thước, loại to toàn bộ hay một phần... Để bổ sung cho phương pháp này, phải sờ và đo tuyến.

2.2. Sờ và đo tuyến giáp

Là một bước quan trọng và cần thiết, giúp ta xác định các loại tuyến. Người bệnh ngồi, tư thế thoải mái, ở nơi đủ ánh sáng. Đầu hơi nghiêng ra trước để làm chùng cơ phía trước giáp trạng. Hơi nâng cằm để mở rộng vùng giáp trạng cho dễ sờ.

Ngón trỏ và ngón cái đè vào giữa thanh quản và cơ ức - đòn - chũm, sau đó bảo người bệnh nuốt, sẽ thấy tuyến di động theo nhịp nuốt và đẩy ngón tay theo. Hoặc dùng hai tay, một tay đè ở thanh quản, một tay ở ngoài cơ ức - đòn - chũm, tay ngoài đẩy vào, tay trong sờ nắn từng từng thùy của tuyến.

Khi sờ nắn có thể xác định:

- Thể tích và giới hạn của tuyến.
- Mật độ tuyến cứng hay mềm.
- Mật tuyến nhẵn hay gồ ghề.
- Tuyến to toàn bộ, một phần hay nhiều nhân.

Nếu là một bướu giáp mạch khi sờ có thể thấy rung miu tâm thu hay liên tục.

Để theo dõi sự tiến triển của tuyến, người ta thường đo tuyến giáp trạng. Dùng một thước dây đo vòng qua chỗ to nhất của tuyến, ta đo khoảng nửa tháng hoặc một tháng đo lại một lần để biết tuyến to hay nhỏ đi một cách chính xác.

2.3. Nghe

Chỉ trong trường hợp bướu mạch, nghe mới có thể thấy tiếng thổi tâm thu hay tiếng thổi liên tục. Tiếng thổi nghe thấy rõ ở thùy trên phải và trái, là nơi mạch máu to đi vào tuyến. Khi nằm tiếng thổi nghe rõ hơn khi ngồi.

Như hocmon của các tuyến nội tiết khác, hocmon tuyến giáp trạng có ảnh hưởng đến toàn thân người. Vì vậy, sau khi khám tuyến, chúng ta phải khám các biến đổi về toàn thân do rối loạn hocmon tuyến giáp trạng gây ra.

2.4. Phân loại bướu giáp theo tổ chức Y tế Thế giới

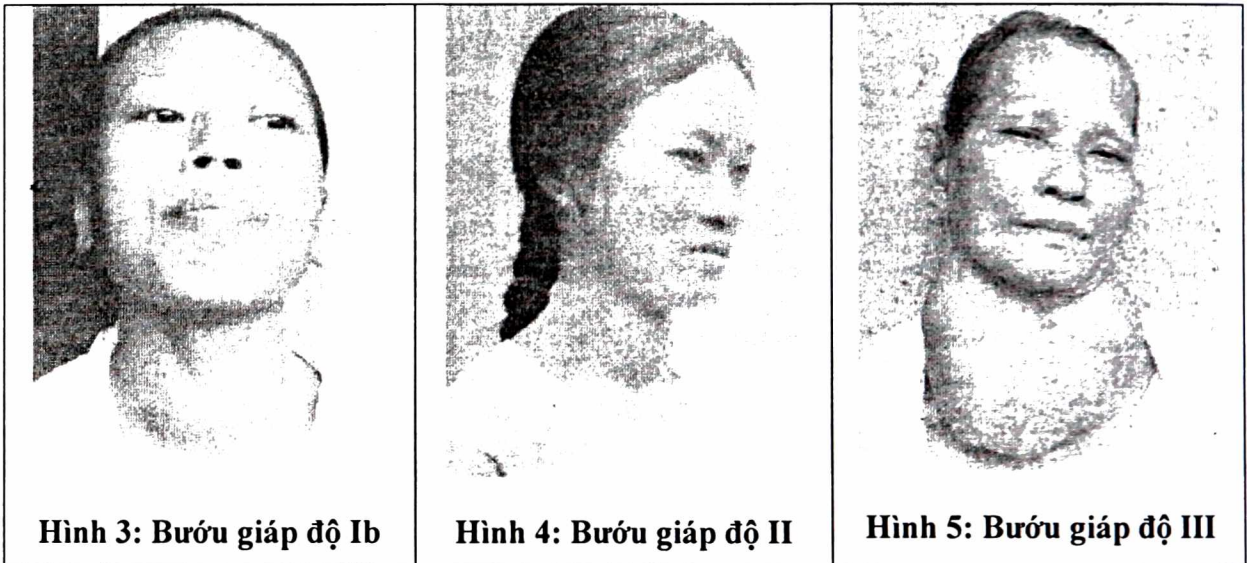
Độ 0: không có bướu giáp.

Độ Ia: sờ thấy được khi bệnh nhân ngửa đầu ra sau tối đa, nhưng không nhìn thấy được.

Độ Ib: khi ngửa đầu ra sau tối đa, nhìn thấy tuyến giáp to. Bướu sờ nắn được.

Độ II: tuyến giáp to, nhìn thấy khi đầu ở tư thế bình thường và ở gần. Bướu nhìn thấy.

Độ III: bướu giáp rất lớn, nhìn thấy từ xa. Bướu lớn làm biến dạng cổ.



3. Hội chứng cường giáp

Đó là toàn bộ các triệu chứng lâm sàng do tăng nồng độ hormone tuyến giáp một cách thường xuyên, các nguyên nhân của cường giáp gồm:

- Bệnh Basedow (80 - 90%).
- U tuyến độc (Adénome toxique).
- Sử dụng quá nhiều hormone tuyến giáp.
- Do dùng quá nhiều iode.
- Do u tuyến yên tăng tiết TSH.
- Viêm tuyến giáp bán cấp De Quervain (giai đoạn đầu).
- Do cận ung thư (paranéoplasique).
- Cường giáp sơ sinh: rất hiếm gặp.

* BỆNH BASEDOW (BỆNH GRAVES)

Các tên gọi khác của bệnh: bướu giáp có lồi mắt, bướu giáp lan tỏa có hoặc không có biểu hiện mắt.

Bệnh này bao gồm một nhóm các triệu chứng:

- Nhịp tim nhanh thường xuyên kể cả lúc nghỉ ngơi.
- Bướu giáp mạch.
- Các biểu hiện ở mắt, không bắt buộc, mà lỗi mắt là đặc hiệu nhất.

3.1. Lâm sàng

3.1.1. Hội chứng cường giáp

** Các triệu chứng tim mạch*

- Nhịp tim nhanh: là triệu chứng trung thành nhất, bao giờ cũng có. Thường là nhịp xoang nhanh từ 100 - 140 lần/phút, đều và liên tục. Nhanh một cách thường xuyên, kể cả khi nghỉ ngơi, càng tăng khi bệnh nhân gắng sức. Bệnh nhân hay có cơn hồi hộp, đánh trống ngực.

- Đôi khi có ngoại tâm thu, loạn nhịp hoàn toàn và cuối cùng là suy tim.

- Dấu hiệu mạch kích động: các mạch lớn như động mạch chủ bụng, động mạch cảnh đập mạnh.

** Gầy sút cân*

Gầy nhanh và gầy toàn thể, nhất là trong các đợt tiến triển, mặc dù người bệnh ăn rất nhiều. Vì vậy phải thường xuyên theo dõi cân nặng người bệnh.

** Run tay*

Thường xuyên, tần số nhanh, biên độ nhỏ, rõ nhất ở ngón chi, tăng lên khi xúc động.

** Sợ nóng*

Về mùa đông mặc ít áo ấm, mùa hè cảm thấy nóng nực nhiều. Da nóng ẩm, nhiều mồ hôi nhất là lòng bàn tay.

** Thay đổi tính tình*

- Hay cáu gắt, dễ bị kích thích, xúc động, lo âu, giảm khả năng tập trung tư tưởng, hay mất ngủ.

** Đi ngoài phân lỏng, nát, nhiều.*

** Rối loạn sinh dục.*

Rối loạn kinh nguyệt ở nữ (ít hoặc mất kinh), suy sinh dục ở nam.

3.1.2. Các triệu chứng đặc hiệu của bệnh Basedow

** Bướu giáp trạng*

- Bướu thường nhỏ. Đây là bướu mạch, sờ đôi khi thấy rung miu tâm thu hoặc liên tục. Bướu bao giờ cũng di động theo nhịp nuốt, không đau, hơi căng. Bướu

thường to lên trong các đợt tiến triển. Cũng có khi bướu có một hay nhiều nhân. Rất ít khi không sờ thấy bướu, có thể do bướu phát triển vào sâu trong lồng ngực nên không sờ thấy.

- Nghe bướu có thể thấy tiếng thổi tâm thu hay tiếng thổi liên tục.

*** Các dấu hiệu về mắt**

Thường ở cả hai bên mắt, đôi khi rõ rệt ở một bên kia. Những thể chỉ hoàn toàn ở một mắt hiếm gặp.

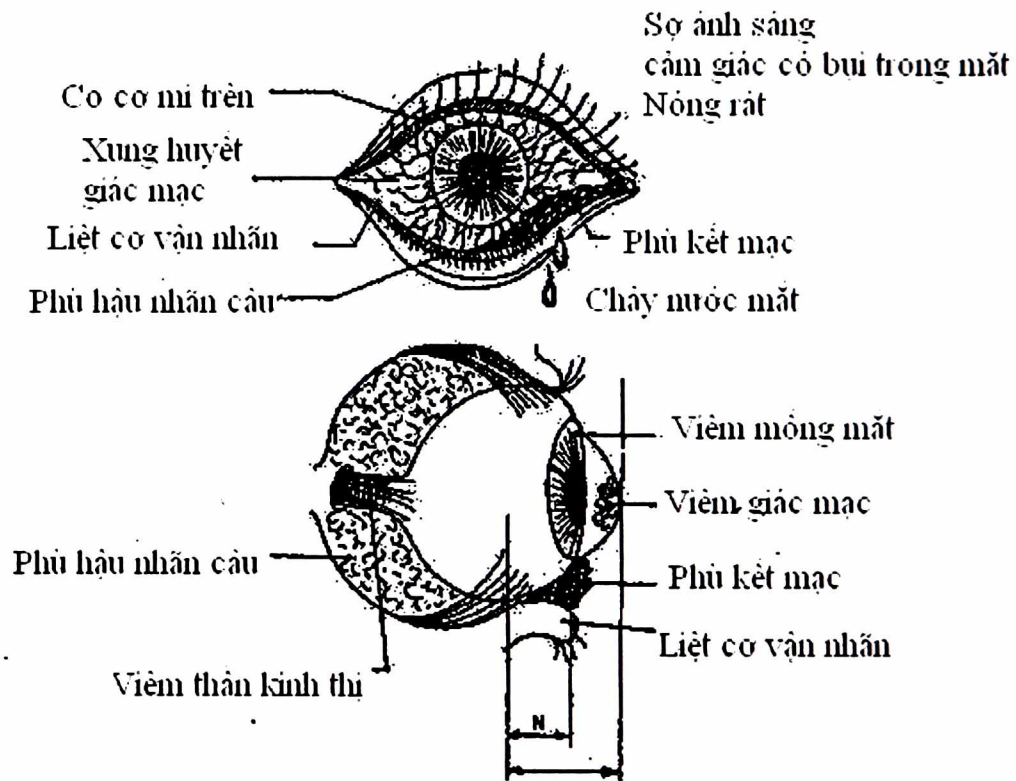
- Lồi mắt cả hai bên (muốn chính xác cần đo bằng thước đo độ lồi Hertel).

- Co kéo cơ mi trên, mất vận động giữa mi mắt và nhãn cầu (dấu hiệu De Graefe).

- Giảm độ hội tụ nhãn cầu, tổn thương cơ vận nhãn.

- Phù nề mi mắt.

- Sung huyết giác, kết mạc, nặng nhất là tổn thương thần kinh gây mù.



Sơ đồ biến chứng mắt trong bệnh Basedow

*** Phù niêm trước xương chày**

Vùng da thâm nhiễm chất glycosaminoglycans, có màu vàng hoặc tím đỏ, với các lỗ chân lông giãn tạo nên dạng “da cam”, đôi khi có rậm lông.

Vị trí hay gặp trước xương chày ở hai chân, cũng có khi ở cánh tay hoặc ở ngực. Đôi khi lan xuống mu chân, nhưng không bao giờ vượt quá đầu gối.

** Các triệu chứng khác*

- Vết bạch biến.
- Ngón chân dài trắng: khi phối hợp với phù niêm trước xương chày và lồi mắt thì gọi là hội chứng Diamond.
- Viêm quanh khớp vai.
- Vú to nam giới hoặc chảy sữa.

3.2. Cận lâm sàng

3.2.1. Các xét nghiệm đánh giá ảnh hưởng ngoại biên của tăng nồng độ hormone tuyến giáp

- Tăng chuyển hóa cơ bản: +20% (bình thường từ - 10% → + 10%).
- Cholesterol máu giảm (< 1, 4g/l).
- Định lượng glucose máu tăng.
- Công thức máu: đôi khi thấy giảm bạch cầu, nhất là bạch cầu hạt.
- Thời gian phản xạ gân gót ngắn lại (< 0, 22 giây).
- Canxi, photpho đôi khi tăng.

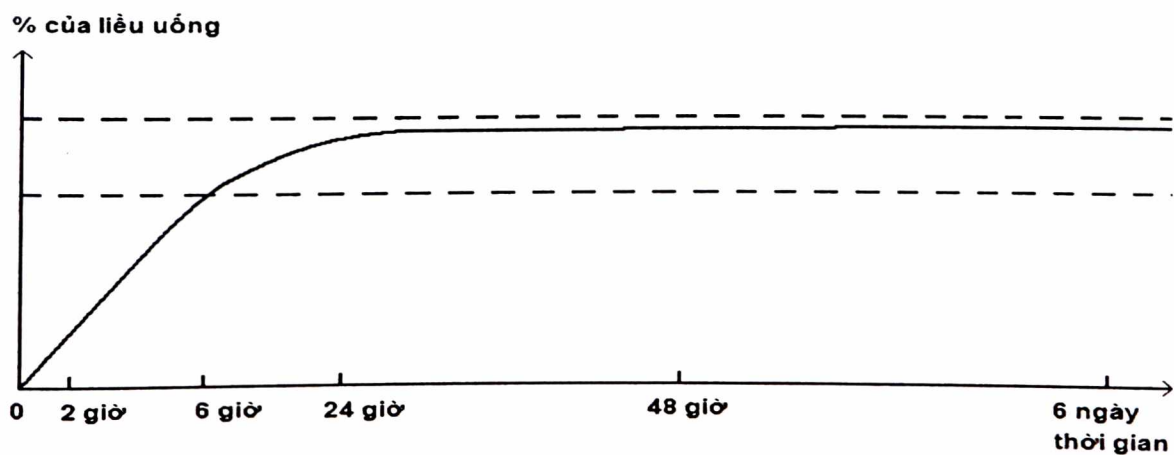
3.2.2. Định lượng hormone

- T3 tự do và T4 tự do tăng nhiều.
- TSH giảm rất nhiều.

3.2.3. Xét nghiệm khác

- Độ tập trung I^{131} : tăng nhanh trong trường hợp điển hình và có góc chạy, độ tập trung ở thời điểm 6 giờ cao hơn ở thời điểm 24 giờ (Bình thường: độ tập trung sau 2 giờ: 20%, 6 giờ: 30% và 24 giờ: 40% với độ chênh lệch $\pm 5\%$).

- Nhấp nháy đồ (scintigraphie): tuyến giáp tăng thể tích, tăng hoạt tính phóng xạ



Độ tập trung I^{131} ở tuyến giáp

3.2.4. Các xét nghiệm miễn dịch

- Các kháng thể kháng thyroglobulin và kháng microsom: có thể dương tính trong 80-90% trường hợp.

- Các kháng thể kháng thụ thể của TSH trên màng tế bào tuyến giáp: dương tính. Ví dụ: TSI (Thyroid Stimulating Immunoglobulin) dương tính trong đa số các bệnh nhân Basedow.

Đây là những xét nghiệm rất đặc hiệu, chứng minh tính chất tự miễn (Auto-immune) của bệnh Basedow.

3.3. Biến chứng của bệnh Basedow

Nếu không được điều trị đúng cách, bệnh tiến triển thành từng đợt, cuối cùng gây các biến chứng chủ yếu là các biến chứng tim mạch: tất cả các hội chứng cường giáp do các nguyên nhân khác nhau đều có thể gây biến chứng tim mạch, nhất là khi bệnh nhân có tiền sử bệnh tim mạch hoặc cao tuổi. Biểu hiện:

3.3.1. Các rối loạn kịch phát hoặc thường xuyên

- Đợt nhịp nhanh phối hợp với khó thở và lo âu.

- Cơn nhịp nhanh kịch phát trên thất, flutter hoặc thường nhất là loạn nhịp hoàn toàn do rung nhĩ.

- Suy tim toàn bộ, trội hơn ở bên phải: với đặc điểm tốc độ tuần hoàn và lưu lượng tim bình thường hoặc tăng.

3.3.2. Cơn nhiễm độc giáp cấp

- Đây là một cấp cứu nội khoa, tỷ lệ tử vong khá cao. Xảy ra ở những bệnh nhân Basedow không được chẩn đoán và điều trị, khi can thiệp ngoại khoa hoặc điều trị bằng I¹³¹ mà không được chuẩn bị trước về nội khoa hoặc khi mắc bệnh nhiễm khuẩn, chấn thương...

Bệnh cảnh lâm sàng gồm:

- Rối loạn ý thức:

Ý thức u ám, vật vã, mê sảng rồi sau đó đi dần vào hôn mê, không có dấu hiệu thần kinh khu trú.

- Sốt rất cao 40⁰C hoặc hơn, vã mồ hôi, nhịp tim rất nhanh 150 - 160 lần/phút hoặc hơn.

- Suy tim, phù phổi bán cấp.

- Mệt mỏi, suy nhược nặng, vật vã.

- Đi ỉa lỏng, nôn càng làm mất nước nặng thêm.

- Có thể có hoàng đả nhẹ.

3.3.3. Các biến chứng mắt

- Liệt cơ vận nhãn một hoặc hai bên do bệnh lý của cơ hoặc đè ép vào dây thần kinh III hoặc IV.

- Lồi mắt ác tính: đó là lồi mắt rất nặng, tiến triển nhanh làm bệnh nhân nhức mắt, có cảm giác hạt cát trong mắt, chảy nước mắt, cương tụ kết mạc, nhắm mắt không kín, có thể loét giác mạc, nhiễm khuẩn, phù nề nặng mi mắt, phù màng tiếp hợp (chémosis), tổn thương thần kinh thị (do căng kéo) dẫn đến mù mắt.

4. Hội chứng suy giáp

Suy giáp là tình trạng giảm chức năng tuyến giáp, gây hậu quả là giảm sự sản xuất hormone giáp dưới mức bình thường.

Suy giáp trạng là một bệnh nội tiết ít gặp thường thấy ở trẻ em hơn người lớn.

Bệnh suy giáp trạng có thể do thiếu năng tuyến giáp trạng bẩm sinh hoặc sau phẫu thuật cắt bỏ tuyến, sau khi dùng kéo dài thuốc kháng giáp trạng tổng hợp, hoặc sau khi tuyến giáp trạng bị nhiễm độc hay nhiễm khuẩn, sau điều trị bằng I¹³¹.

4.1. Nguyên nhân

4.1.1. Nguyên nhân ở vùng dưới đồi tuyến yên

Gây suy giáp do làm giảm tiết TSH.

- Khối u gây tổn thương tuyến yên.
- Hoại tử tuyến yên do mất máu nặng sau đẻ (Hội chứng Sheehan).
- Do phẫu thuật, chiếu tia xạ vào tuyến yên.
- Tổn thương vùng dưới đồi làm giảm tiết TRH.

Hội chứng suy giáp trong các trường hợp này thường phối hợp với suy thượng thận, suy sinh dục, có thể kèm theo các dấu hiệu chèn ép do nguyên nhân u.

4.1.2. Nguyên nhân tại tuyến giáp

- Không có tuyến giáp, tuyến giáp không phát triển trong thời kỳ bào thai hoặc tuyến giáp lạc chỗ.

- Teo tuyến giáp chưa rõ nguyên nhân, có thể do nguyên nhân tự miễn: là nguyên nhân gặp ở phụ nữ có tuổi.

- Sau điều trị phẫu thuật tuyến giáp, điều trị bằng iode phóng xạ, sau điều trị một số bệnh bằng chiếu xạ vùng cổ.

- Do một số rối loạn bẩm sinh trong quá trình tổng hợp hormone giáp, ví dụ thiếu men Peroxydase.

- Quá tải iode sau dùng một số thuốc và các chế phẩm có chứa nhiều iode (cordarone, chất cản quang có iode, ...).
- Sau dùng thuốc kháng giáp trạng tổng hợp.
- Thiếu iode do nguồn cung cấp iode từ thức ăn, nước uống không đủ: broun cổ địa phương.
- Viêm tuyến giáp mạn tính tự miễn Hashimoto.

4.2. Triệu chứng lâm sàng

4.2.1. Các triệu chứng do giảm chuyển hóa

- Suy nhược toàn thể (thể lực, tinh thần và sinh dục): bệnh nhân chậm chạp, ít hoạt động và đi lại, suy nghĩ và nói chậm, thờ ơ với ngoại cảnh, khả năng tập trung và trí nhớ giảm, hay buồn ngủ gà về ban ngày, bệnh nhân nam hay có liệt dương, bệnh nhân nữ thường giảm tình dục rối loạn kinh nguyệt.

- Tăng cân nhiều nhanh mặc dù ăn kém.
- Thân nhiệt thấp, rất sợ lạnh.
- Táo bón dai dẳng, nhịp tim chậm.
- Biếng ăn, sợ thịt và thịt mỡ.

4.2.2. Những thay đổi ở da, niêm mạc, lông tóc móng

Đây là những triệu chứng rất có giá trị cho chẩn đoán, đặc biệt là gần đây mới xuất hiện:

- Da thường xanh (thiếu máu) và có màu vàng nhạt như sáp (do tăng caroten máu), khô lạnh, không có mồ hôi.
- Tím nhẹ ở 2 gò má, môi.
- Tóc, lông: khô, cứng, rụng nhiều (ở nách, lông vệ, lông mày).
- Móng khô, có khía, dễ gãy.
- Thâm nhiễm da và niêm mạc do nước và mucoprotein làm thay đổi hình dạng. Mặt phì ra, cánh mũi bè, môi dày, mặt mất các nếp nhăn tạo ra vẻ mặt vô cảm, ngón chân ngón tay cũng to ra, da căng chân căng bóng, ần ít lõm.
- Tràn dịch các màng (tim, phổi, bụng).
- Thâm nhiễm niêm mạc:
 - + Làm lưỡi dày xù, cử động khó khăn.
 - + Họng có khi bị phù, làm người bệnh khó nuốt, nói khàn.
 - + Niêm mạc nhạt màu.

- + Ở dây thanh âm và thanh quản làm giọng trở nên trầm.
- + Ở vòi Eustache làm giảm thính lực và ù tai.
- + Ở niêm mạc mũi gây ngáy to khi ngủ.

4.2.3. Những triệu chứng về thần kinh cơ

- Có thể phì đại nhưng cơ lực giảm, sờ cơ thấy cảm giác căng cứng, bệnh nhân hay bị chuột rút, dị cảm ở đầu chi.

- Khám phản xạ gân xương thấy co cơ chậm.

- Nếu không được điều trị, một số ít trường hợp có thể biến chứng hôn mê do suy giáp, tiên lượng nặng.

4.2.4. Các triệu chứng tim mạch

Nhịp tim chậm, tiếng tim mờ, khó thở khi gắng sức, tim có thể to hoặc có tràn dịch màng ngoài tim.

Ở người có tuổi, thường gặp triệu chứng suy mạch vành (cơn đau thắt ngực, nhồi máu cơ tim) do xơ vữa động mạch.

4.2.5. Rối loạn thần kinh và trí tuệ

- Người bệnh chậm chạp, buồn ngủ, có khi ban ngày buồn ngủ, đêm lại không ngủ được.

- Lười suy nghĩ, suy nghĩ chậm.

- Trí nhớ kém.

- Nói ít, nói tiếng một, không hoàn chỉnh.

4.2.6. Rối loạn về sinh dục:

- Đàn ông: tinh hoàn và dương vật bị teo.

- Đàn bà: thường bị tắt kinh, tử cung, buồng trứng bị teo lại.

4.2.7. Khám tuyến giáp

Biểu hiện tùy nguyên nhân.

- Thông thường không sờ thấy tuyến giáp.

- Đôi khi có thể thấy bướu giáp, nếu xảy ra ở phụ nữ trên 40 tuổi cần nghĩ đến nguyên nhân viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto.



4.3. Cận lâm sàng

4.3.1. Các xét nghiệm đánh giá ảnh hưởng ngoại biên của sự giảm hormon tuyến giáp

- Công thức máu: hồng cầu giảm vừa, thường là thiếu máu đẳng sắc.
- Điện giải đồ: natri thường giảm
- Cholesterol máu tăng, triglycerit tăng.
- Thời gian phản xạ đồ gân gót kéo dài 0,30 giây.
- Chuyển hóa cơ bản giảm < -10%

4.3.2. Định lượng hormon

- T3, T4 toàn phần và tự do giảm.
- TSH tăng cao trong suy giáp do các nguyên nhân tại tuyến giáp, trong khi TSH giảm trong suy giáp do nguyên nhân ở vùng dưới đồi - tuyến yên.

4.3.3. Các xét nghiệm khác

- Điện tim: chậm chạp, điện thế thấp, sóng T dẹt ở tất cả các chuyển đạo.
- Men CPK tăng do tổn thương cơ.
- Xét nghiệm tìm các tự kháng thể tuyến giáp: dương tính trong các suy giáp do tự miễn.

TRIỆU CHỨNG HỌC TUYẾN YÊN

1. Giải phẫu và sinh lý

1.1. Giải phẫu

Tuyến yên là một tuyến rất nhỏ, nặng khoảng 0,5 - 0,6 gram, nằm ở đáy não trong một hố gọi là hố yên, hố này dài từ 8 - 10mm. Thùy trước có liên hệ chặt chẽ với vùng hạ đồi thông qua hệ thống cửa - hạ đồi - tuyến yên. Tuyến yên gồm hai thùy: thùy trước và thùy sau.

1.2. Sinh lý học

** Các Hocmon thùy trước tuyến yên và tác dụng chính của từng loại*

STT	Hocmon	Tác dụng chính
1	Growth hocmon (GH)	Tác dụng chung về sự trưởng thành của cơ thể.
2	Adrenocorticotropin hocmon (ACTH)	Kích thích tuyến thượng thận tiết steroid
3	Thyroid stimulating hocmon (TSH)	Kích thích tổng hợp và giải phóng hocmon có iod của tuyến giáp.
4	Follicle stimulating hocmon (FSH).	Nữ: phát triển và trưởng thành các nang trứng, xuất hiện chu kỳ kinh nguyệt, tiết estrogen.
	Luteinising (LH) - kích thích hoàng thể tổ	Nam: tạo tinh trùng, kích thích phát triển các nang tinh hoàn và tiền liệt tuyến (kích sinh hoàng thể tổ).
5	Prolactin	Kích thích tiết sữa bằng cách phát triển các nang tuyến.
6	Melanocyte stimulating hocmon (MSH) - kích hắc tố.	Kích thích tạo melanin.
7	Một số hocmon và yếu tố khác: - Lipotropin. - Erythropoietin - Exophthalmos producing substance (EPS): yếu tố gây lồi mắt	- Tác dụng trên chuyển hoá mỡ và ceton. - Yếu tố kích thích sinh sản hồng cầu. - Tác dụng gây lồi mắt.

*** Các Hocmon thùy sau tuyến yên và tác dụng chính của từng loại**

STT	Hocmon	Tác dụng chính
1	ADH - antidiuretic hocmon - arginin vasopresin (hocmon chống lợi niệu).	Điều tiết quá trình tái hấp thu nước ở ống thận.
2	Oxytocin (OT)	Co cơ tử cung và cơ các ống tiết của tuyến vú.

1.3. Điều hoà tiết hocmon tuyến yên

Quá trình tổng hợp và giải phóng các hocmon của tuyến yên được điều hoà bởi 2 nhóm hocmon của vùng dưới đồi: hocmon giải phóng (releasing) và hocmon ức chế (inhibiting). Ngoài ra, đối với một số loại hocmon chịu sự điều hoà theo cơ chế “feedback”.

2. Hội chứng suy chức năng tuyến yên

2.1. Định nghĩa

Suy chức năng tuyến yên là tình trạng thiếu hụt một phần hay toàn thể các hocmon do thùy trước và thùy sau tuyến yên tiết ra. Suy giảm toàn thể hoặc phần lớn các hocmon của tuyến yên gọi là suy chức năng tuyến yên toàn bộ (panhypopituitarism).

*** Các hội chứng lâm sàng của suy tuyến yên**

Giảm tiết hocmon	Biểu hiện lâm sàng
GH	Lùn tuyến yên
ACTH	Suy chức năng thượng thận
TSH	Suy chức năng tuyến giáp
FSH và LH	Suy chức năng sinh dục
Prolactin	Không tiết sữa
ADH	Đái tháo nhạt trung ương

2.2. Suy thùy trước tuyến yên

2.2.1. Nguyên nhân

- U tuyến yên hoặc cận tuyến yên.

Đa số các trường hợp u tuyến yên là lành tính, hay gặp ở thùy trước tuyến yên. Carcinoma tuyến yên rất hiếm gặp, có thể là do di căn từ hệ thần kinh hoặc bên ngoài hệ thần kinh đến.

- Nhồi máu tuyến yên.

+ Hoại tử tuyến yên sau nhiễm khuẩn, hậu sản nặng (bệnh Simmonds).

- + Hoại tử tuyến yên sau đẻ - postpartum pituitary necrosis (Sheehan's syndrome).
- Xâm nhiễm (infiltrations): sarcoidosis, tế bào Langerhans; haemochromatosis; histiocytosis - bệnh tổ chức bào (mô bào)-Hand-Schuller-Christian.
- Nhiễm khuẩn: lao, áp - xe, giang mai.
- Hậu quả sau điều trị: phẫu thuật qua xương bướm, xạ trị.
- Miễn dịch: viêm tuyến yên thâm nhiễm lympho ở phụ nữ mang thai hoặc sau sinh.
- Vô căn (không rõ nguyên nhân): bệnh có tính chất gia đình với kích thước hố yên có thể hẹp, bình thường hoặc rộng.

2.2.2. Triệu chứng lâm sàng

* Triệu chứng cơ năng:

- + Thiếu hụt hormone hướng sinh dục ở nữ gây suy sinh dục, giảm gonadotropin biểu hiện bằng thiếu kinh, vô kinh, hay đi kèm với sút cân, căng thẳng tâm lý. Ở nam thì giảm libido và/hoặc bất lực trong hoạt động tình dục.
- + Thiếu hụt TSH gây ra suy tuyến giáp tiên phát, nhưng thường biểu hiện ở mức độ nhẹ, tuy nhiên thường không có bướu giáp to và phù niêm trước xương chày.
- + Thiếu hụt ACTH gây ra nhiều triệu chứng cơ năng như mệt mỏi, buồn nôn, nôn, chán ăn, hạ huyết áp tư thế đứng. Đây là những biểu hiện xảy ra do suy thượng thận tiên phát (bệnh Addison), tuy nhiên ít khi có trụ tim mạch.
- + Thiếu hụt GH có thể gây ra hạ đường huyết. Bệnh nhân bị bệnh đái tháo đường type 1, nếu bị suy tuyến yên thì nhu cầu về insulin giảm.
- + Thiếu hụt prolactin gây ra không tiết sữa sau khi sinh.

* Triệu chứng thực thể:

- Da và niêm mạc mịn, mỏng, nhợt nhạt với nhiều nếp nhăn nhỏ quanh mắt, miệng. Hố nách khô, nhăn, không ra mồ hôi. Mất sắc tố da ở những vùng có sắc tố tự nhiên như đầu vú, bộ phận sinh dục.
- Lông ở vùng sinh dục rụng, thưa dần hoặc không có. Ở nữ giới có teo tuyến sữa và bộ phận sinh dục ngoài. Ở nam giới, tinh hoàn nhỏ đi hoặc teo, râu mọc thưa, giảm tình dục (libido), bất lực.
- Hạ huyết áp tư thế đứng, nhịp tim chậm.
- Giảm trương lực cơ, phản xạ gân xương giảm hoặc mất.
- Các bất thường về thần kinh, mắt có thể có hoặc không có tùy thuộc vào các tổn thương tuyến yên có lan rộng hay không.

2.2.3. Triệu chứng cận lâm sàng

+ Xét nghiệm thường quy có thể thấy thiếu máu nhược sắc. Thiếu ACTH dẫn đến tăng tính miễn cảm đối với insulin gây giảm glucose máu lúc đói và natri máu.

+ Điện tâm đồ có điện thế thấp.

+ Định lượng nồng độ các hormone tuyến yên (như TSH, ACTH, FSH và LH, GH, prolactin) có thể thấp.

+ Giảm nồng độ hormone tuyến giáp chủ yếu là T₄, độ tập trung ¹³¹I của tuyến giáp giảm.

+ Thiếu ACTH dẫn đến giảm nồng độ cortisol huyết tương, giảm 17cetosteroid và cortisol tự do trong nước tiểu.

+ Thiếu hụt FSH và LH dẫn đến giảm 17bestradiol và progesteron huyết tương ở nữ giới, ở nam giới giảm testosterone huyết tương và 17cetosteroid, số lượng và chất lượng tinh trùng. Testosterone là chỉ số rất nhạy để đánh giá tình trạng suy thùy trước tuyến yên ở cả 2 giới. Testosterone giảm rõ ở bệnh nhân nữ trong suy thùy trước tuyến yên có liên quan đến giảm chức năng buồng trứng và thượng thận.

Tuy vậy, cần phân biệt với giảm nồng độ các hormone trên do tổn thương tiên phát ở tuyến đích hay thứ phát tại tuyến yên.

+ Những thay đổi khác: hẹp thị trường thái dương. Cần chụp Xquang hố yên, CT scanner sọ não hoặc cộng hưởng từ để xác định tổn thương tại hố yên.

2.3. Suy thùy sau tuyến yên (đái tháo nhạt trung ương)

2.3.1. Định nghĩa:

Đái tháo nhạt trung ương là tình trạng thu nạp nước vào cơ thể và bài tiết nước tiểu nhược trương với số lượng lớn do suy giảm bài tiết hormone ADH.

2.3.2. Nguyên nhân:

- Di truyền.

- Vô căn (bệnh tự miễn).

- Hội chứng Wolfram; hội chứng Diamond; Diabetes insipidus; Diabetes mellitus; Optic atrophy; Deafness (đái tháo nhạt, đái tháo đường, teo thị giác, điếc).

- U vùng tuyến yên (đặc biệt là khi có di căn).

- Tổn thương do viêm: viêm não, màng não.

- Thai nghén (hoại tử tuyến yên sau đẻ).

2.3.3. Triệu chứng lâm sàng

+ Tam chứng hay gặp nhất là uống nhiều, khát, đái nhiều. Các triệu chứng có thể xuất hiện đột ngột hoặc từ từ. Bệnh nhân khát cả ngày lẫn đêm, không thể nhịn

được, thích uống nước lạnh. Đi tiểu nhiều cả về số lượng và số lần. Số lượng nước tiểu trung bình 3 - 6 lít/ngày, có thể 15 - 20 lít/ngày, thậm chí 30 - 40 lít/ngày. Đi tiểu nhiều lần cứ mỗi 30 - 60 phút/lần.

- + Nếu trung tâm khát bị tổn thương có thể gây sốt cao, loạn thần.
- + Da khô, không tiết mồ hôi.
- + Chán ăn, sút cân.
- + Mất nước mức độ nặng có thể dẫn đến rối loạn điện giải, mệt mỏi, huyết áp thấp, nhịp tim nhanh, kiệt sức.
- + Thay đổi chức năng một số tuyến nội tiết. Nếu bệnh xảy ra ở tuổi thiếu niên thì chậm phát triển các biểu hiện sinh dục. Ở phụ nữ có thể rối loạn kinh nguyệt, vô kinh, sảy thai tự nhiên, thai chết non.
- + Các triệu chứng chèn ép do u, viêm: tăng áp lực nội sọ, chèn ép giao thoa thị giác, hẹp thị trường thái dương.

2.3.4. Cận lâm sàng

- Tỷ trọng nước tiểu thấp < 1, 010; có khi chỉ ở mức 1, 001 - 1, 005.
 - Nồng độ ADH thấp (ADH huyết tương bình thường là 2, 3 - 7, 4pmol/l).
 - Có thể phát hiện khối u tuyến yên trên phim chụp CT scanner hoặc MRI.
- * Một số nghiệm pháp chẩn đoán*
- Nghiệm pháp nhịn nước:
 - + Mục đích của nghiệm pháp này là để chẩn đoán phân biệt đái tháo nhạt thực thể với đái tháo nhạt do căn nguyên tâm thần.
 - + Cách tiến hành: để bệnh nhân nhịn uống nước hoàn toàn đến khi không còn chịu được nữa, thông thường là sau 6 - 8 giờ và trọng lượng cơ thể giảm 3 - 5%. Cần lưu ý không để cho bệnh nhân đi vào tình trạng rối loạn nước và điện giải nặng.

+ Đánh giá:

Đái tháo nhạt do tâm thần:

Số lượng nước tiểu giảm.

Không có tình trạng mất nước nặng.

Không có tình trạng cô máu.

. Đái tháo nhạt thực thể:

Bệnh nhân không thể chịu đựng được khát.

Biểu hiện mất nước và điện giải rõ.

Vấn đái nhiều. Tỷ trọng nước tiểu giảm $< 1,010$.

Có hiện tượng cô máu.

- Nghiệm pháp dùng hypothiazid.

Uống hypothiazid, nếu là đái tháo nhạt thực thể thì lượng nước tiểu giảm; ngược lại các nguyên nhân khác thì nước tiểu lại tăng.

3. Hội chứng cường-chức năng tuyến yên

3.1. Các hội chứng trong cường chức năng tuyến yên

Hội chứng lâm sàng cường chức năng tuyến yên

Hocmon	Hội chứng hoặc bệnh
GH*	< 25 tuổi - bệnh khổng lồ > 25 tuổi - bệnh to đầu chi
ACTH	Bệnh Cushing
TSH	Bệnh bướu tuyến giáp
FSH và LH	Dậy thì sớm
Prolactin*	Chảy sữa
MSH	Xạm da
ADH	Hội chứng Schwartz-Bartter

. Trong số hội chứng do tăng các hocmon nói trên thì tăng GH, ACTH và prolactin là hay gặp hơn cả với những biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng rõ ràng.

3.2. Tăng prolactin (*hyperprolactinemia*)

3.2.1. Nguyên nhân

- Tăng prolactin sinh lý: có thai, giai đoạn đầu nuôi con bằng sữa, stress, khi ngủ, khi ăn, đầu vú bị kích thích.

- Do thuốc:

+ Hướng thần kinh: phenothiazin, butyrophenon, sulpirid, thioxanthen.

+ Estrogen (thuốc ngừa thai).

+ Hạ huyết áp: aldomet, reserpin, verapamil.

+ Chống nôn: metoclopramid.

+ Chẹn thụ thể H_2 : cimetidine.

+ Thuốc có nha phiến: codein, morphin.

- Bệnh lý:

+ Tuyến yên:

U tuyến yên - prolactinom.

Adenoma tiết GH và prolactin.

Adenoma tiết ACTH và prolactin.

Hội chứng Nelson và Cushing.

+ Dưới đồi:

Viêm não, bệnh do porphyrin.

Bệnh u hạt, bệnh sarcoid.

Ung thư.

Hố yên rộng.

Khối adenoma ngoài tuyến yên tiết PRF (prolactin releasing factor- PRF).

+ Thần kinh: ảnh hưởng tới lồng ngực do kích thích dây thần kinh, bỏng, vết thương, chấn thương.

+ Suy giáp tiên phát.

+ Suy thận mạn tính.

+ Hội chứng buồng trứng đa nang.

+ Xơ gan.

3.2.2. *Triệu chứng lâm sàng*

- Đau đầu do tăng áp lực trong hố yên.

- Nếu khối u lấn ra ngoài hố yên có thể có các biểu hiện như xuất huyết màng não, các triệu chứng thần kinh hoặc mắt.

- Nếu bệnh nhân ở tuổi vị thành niên sẽ dậy thì muộn, vô kinh.

- Ở phụ nữ: mất kinh và chảy sữa, vô sinh thứ phát. Chảy sữa thường xảy ra nếu trước đó đã có vú to, đôi khi vô sinh thứ phát.

- Ở nam giới: bất lực trong hoạt động tình dục.

3.2.3. *Cận lâm sàng*

+ Nồng độ PRF: thường tăng > 20ng/ml lúc đói, có khi > 100ng/ml.

+ Nồng độ prolactin rất cao (chỉ số bình thường ở phụ nữ < 20mg/l; ở nam giới < 15mg/l).

Nếu prolactin > 300mg/l thường do prolactinoma, nếu > 150mg/l ở bệnh nhân không có thai thường là do adenoma tuyến yên.

+ Chụp cắt lớp điện toán hoặc cộng hưởng từ vùng dưới đồi - tuyến yên có thể phát hiện được khối u. Nếu chụp không thấy có khối u thì thường là tăng prolactin vô căn.

3.3. Tăng tiết GH - Acromegaly (Bệnh to viễn cực)

3.3.1. Định nghĩa

Acromegaly là bệnh mạn tính, thường xảy ra ở tuổi trung niên do tiết quá nhiều và trong thời gian dài hormone tăng trưởng (GH) gây nên phát triển quá mức của xương, tổ chức liên kết và các cơ quan nội tạng.

3.3.2. Nguyên nhân

- Tại tuyến yên:

+ Adenoma tế bào ái toan hoặc kết hợp với tế bào không bắt màu.

+ Cường sản tế bào ái toan.

- Ngoài tuyến yên:

+ Tổn thương vùng dưới đồi do u, viêm.

+ Chấn thương.

3.3.3. Lâm sàng

Bao gồm các triệu chứng do tăng tiết GH tác động lên tất cả các cơ quan, tổ chức và các triệu chứng do khối u chèn ép.

- Triệu chứng cơ năng:

+ Đau đầu thoáng qua hoặc thường xuyên, gặp ở 80% các trường hợp.

+ Đau xương - khớp.

+ Mệt mỏi, rối loạn thị giác, hẹp thị trường, nhìn đôi, ù tai, chóng mặt, tăng cân, tăng tiết mồ hôi.

+ Rối loạn kinh nguyệt ở phụ nữ.

- Triệu chứng thực thể:

+ Bộ mặt thay đổi: xương to phát triển không đều; xương gò má, hàm dưới, trán to và nhô ra làm hố mắt sâu, tai và lưỡi to.

+ Da dày, nhiều nếp nhăn, có thể xạm da, da ẩm ướt; tóc cứng, mọc nhiều lông, giai đoạn sau tóc rụng nhiều.

+ Giai đoạn đầu cơ phì đại, tăng trương lực về sau teo, thoái hoá.

+ Các xương sống, xương sườn, xương chân, tay phát triển mạnh, to và dài ra, biến dạng.

- + Các tạng (như tim, gan, thận, tuyến giáp, tuyến cận giáp) đều to hơn bình thường.
- + Ở phụ nữ có thể chảy sữa bệnh lý; ở nam: vú to, bất lực.

3.3.4. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm sinh hoá: rối loạn dung nạp glucose gặp ở 50% trong số các trường hợp, đái tháo đường gặp 10% do GH có tác dụng chống lại tiết insulin, dễ có hiện tượng kháng insulin; canxi huyết bình thường nhưng canxi niệu tăng, có thể tăng photpho huyết tương.

- Định lượng hormone: bình thường, nồng độ GH < 8ng/ml (8mg/l). Trong bệnh to đầu chi, nồng độ GH tăng > 10ng/ml, có khi đến 200 - 300ng/ml lúc đói vào buổi sáng, mất nhịp tiết trong 24 giờ: GH không tăng vào đầu giấc ngủ như bình thường.

- Xquang: hố yên và xoang trán rộng, dày màng xương, thưa xương, gù vẹo cột sống, gai xương.

3.4. Hội chứng Cushing phụ thuộc tuyến yên (Pituitary - dependent Cushing's syndrome)

3.4.1. Định nghĩa

Hội chứng Cushing phụ thuộc tuyến yên hay còn gọi là bệnh Cushing do cường tế bào ưa bazơ của thùy trước tuyến yên gây tăng tổng hợp ACTH, dẫn đến những rối loạn bệnh lý ở tuyến yên và tăng tiết cortisol thứ phát ở lớp vỏ thượng thận.

Hội chứng Cushing là danh pháp dùng chỉ tình trạng cường chức năng vỏ thượng thận tiên phát, có thể do u vỏ thượng thận, dùng corticoid liều cao, kéo dài hoặc khối u ngoài tuyến yên tiết ACTH.

3.4.2. Nguyên nhân

- U tuyến yên tiết ACTH.
- Chấn thương sọ não.
- Nhiễm khuẩn: viêm não - màng não.
- Nhiễm độc.
- Phụ nữ mang thai, sau đẻ.
- Rối loạn nội tiết thời kỳ mãn kinh.

3.4.3. Cơ chế bệnh sinh

Tăng tiết ACTH là yếu tố cơ bản trong cơ chế bệnh sinh bệnh Cushing. Tăng nồng độ ACTH dẫn đến tăng cường chức năng lớp bó và lớp dưới của vỏ thượng thận. Cường chức năng lớp bó gây tăng tiết glucocorticoid là nguyên nhân gây ra các biểu hiện như tăng huyết áp, thưa xương, béo phì, rối loạn chuyển hoá glucose.

Cường chức năng lớp lưới vỏ thượng thận gây tăng tiết androgen, là nguyên nhân của các triệu chứng rối loạn chức năng buồng trứng, mụn cá, rậm lông.

3.4.4. Lâm sàng (bệnh Cushing hay hội chứng Cushing đều có triệu chứng tương tự như nhau)

- Triệu chứng chung toàn thân và da:

+ Bệnh nhân thường mệt mỏi, đau đầu, người bệnh không muốn vận động. Thay đổi hình dáng bên ngoài như mọc nhiều lông, ria mép, đau vùng thắt lưng, đau nhức xương.

+ Mặt béo tròn như mặt trăng rằm, đỏ, mắt híp, má phính, cằm đôi, cổ cũng béo tròn. Thân béo, bụng to phệ, lưng và vùng vai, gáy có các bờm mỡ.

Da khô, mỏng, có những vạch màu đỏ tím (stria) do tăng quá trình dị hoá, giảm tổng hợp protein ở tổ chức dưới da. Vạch màu đỏ tím thường thấy ở vùng hố chậu, mặt trong đùi và cánh tay, nách, vú. Màu đỏ tím là do sự ánh lên của những mao mạch qua lớp da đã thoái hoá.

+ Trên da thường có những đốm xuất huyết, những đám bầm máu. Có thể xạm da do tăng tiết MSH hoặc do tác dụng của ACTH. Xuất hiện nhiều nốt mụn cá do tăng tiết androgen ở lưng, mặt, thắt lưng, thường gặp ở những phụ nữ có nhiều lông ở mặt, bụng và các chi. Tóc rụng nhiều làm cho đầu hói.

- Cơ và xương:

Teo cơ, đặc biệt ở chân và tay do tăng dị hoá; giảm tổng hợp protein và do hạ kali huyết nên hay có yếu cơ. Do teo cơ nên chân tay rất gầy, khẳng khiu. Chân tay nhỏ do teo cơ, còn thân thì to do tập trung nhiều mỡ ở tổ chức dưới da làm cho cơ thể không cân đối.

Bệnh nhân thường đau xương do thừa xương, hay gặp ở cột sống, xương sườn, xương chậu, ít gặp ở xương ống dài; xương giòn dễ gãy.

- Rối loạn chức năng nội tiết:

+ Giảm chức năng tuyến sinh dục, liệt dương ở nam giới, giảm hoạt động tình dục, rối loạn chu kỳ kinh nguyệt có khi vô kinh ở nữ. Rối loạn chức năng sinh dục là do giảm tiết FSH và LH của tuyến yên. Trẻ em bị bệnh Cushing sẽ kém và chậm phát triển các biểu hiện sinh dục.

+ Tuyến tụy: giai đoạn đầu có thể cường sản tế bào beta đảo Langerhans, về sau teo, thoái hoá. Trên lâm sàng, có thể thấy rối loạn dung nạp đường huyết hoặc đái tháo đường.

- Tăng huyết áp: tăng huyết áp gặp ở 70 - 90% số bệnh nhân có hội chứng Cushing, tăng cả huyết áp tâm thu và tâm trương.

- Hệ thần kinh: nếu bệnh kéo dài có thể xuất hiện các triệu chứng bệnh lý bó thấp và thân - tiểu não. Các biểu hiện này liên quan đến những biến đổi bệnh lý trong não do tăng huyết áp và tăng áp lực nội sọ thứ phát. Khi có triệu chứng bệnh lý bó thấp thường có tăng phản xạ gân xương kết hợp với liệt trung ương các dây thần kinh VII, XII cùng bên hoặc tăng phản xạ gân xương một bên với liệt trung ương dây VII, XII bên đối diện.

- Các triệu chứng khác:

+ Do tăng tiết dịch dạ dày, tăng toan nên rất dễ bị loét dạ dày - tá tràng.

+ Gan nhỏ hơn bình thường, có thể teo gan và xơ gan.

+ Bệnh nhân dễ bị nhiễm khuẩn ở phổi, thận và tiết niệu do giảm sức đề kháng của cơ thể.

3.4.5. Cận lâm sàng

- Công thức máu:

+ Tăng hồng cầu ở máu ngoại vi, tăng hemoglobin.

+ Tăng bạch cầu đa nhân trung tính.

+ Giảm bạch cầu lympho và ái toan.

- Hoá sinh máu:

+ Glucose máu tăng, có thể xuất hiện glucose niệu.

+ Hạ K^+ và Cl^- , đặc biệt nếu là u ác tính.

- Xét nghiệm hocmon:

+ Corticosteroid máu tăng.

+ 17cetosteroid nước tiểu:

Thấp hoặc bình thường trong hội chứng Cushing do adenoma.

Bình thường hoặc cao nếu do cường vỏ thượng thận.

Rất cao nếu là carcinoma.

- Xquang: Xquang sọ có hiện tượng thưa xương, kích thước hố yên có thể rộng nếu kích thước khối u lớn. Chụp cắt lớp vi tính rất có giá trị để chẩn đoán khối u.

- Một số nghiệm pháp chẩn đoán:

+ Nghiệm pháp kích thích bằng ACTH:

Khi tiêm ACTH sẽ làm tăng tiết 17hydroxycorticosteroid và 17cetosteroid trong nước tiểu ở bệnh nhân cường sản hoặc adenoma vỏ thượng thận. Ngược lại, nếu là carcinoma thì các hocmon trên sẽ không tăng.

+ Nghiệm pháp ức chế vỏ thượng thận tiết cortisol bằng dexamethason: dexamethason ức chế tuyến yên tiết ACTH theo cơ chế ngược. Cứ sau 6h dùng 20mg dexamethason, dùng trong 2 - 3 ngày liền sẽ làm giảm tiết 17hydroxycorticosteroid trong nước tiểu > 50% so với nồng độ ban đầu khi có cường sản vỏ thượng thận. Còn trong hội chứng Cushing do adenoma, carcinoma vỏ thượng thận thì dexamethason không có tác dụng ức chế, do đó 17hydroxycorticosteroid trong nước tiểu không thay đổi.

KHÁM VÀ CHẨN ĐOÁN PHÙ

1. Đại cương

Phù là hiện tượng tăng dịch ngoài tế bào ở khu vực ngoài mạch máu. Phù biểu hiện dưới dạng xâm nhập vào tổ chức đặc biệt là tổ chức liên kết dưới da. Phù có thể khu trú hay toàn thân. Trong phù toàn thân có thể có cổ trướng, tràn dịch màng phổi, tràn dịch màng ngoài tim, tràn dịch màng tinh hoàn kèm theo.

Sự ứ nước có thể gây bởi nhiều cơ chế, cho nên phù là triệu chứng của rất nhiều bệnh và là hiện tượng rất thường gặp trong thực hành lâm sàng.

Nguyên nhân gây phù có nhiều, có khi có thể chẩn đoán dễ dàng nhưng cũng có khi rất khó. Trong phạm vi bài này không nói đến chẩn đoán phù ở phủ tạng (phù não, phù phổi) có những tính chất riêng biệt về lâm sàng mà chỉ nói đến phù dưới da.

2. Phát hiện phù và nhận định tính chất

2.1. Cách phát hiện phù: thường dễ.

2.1.1. Trường hợp phù rõ

- Sự ứ nước trong tổ chức dưới da làm cho bệnh nhân có cảm giác nặng nề ở nơi đó.

- Những vùng bị phù sưng to, căng mọng làm che lấp những chỗ mà bình thường vẫn lồi lõm (mắt cá chân, đầu xương, các nếp nhăn ở da...)

- Màu da vùng phù thường nhợt nhạt.

2.1.2. Trường hợp phù kín đáo

- Do sự ứ nước chưa nhiều để biểu hiện thành những triệu chứng rõ rệt nhưng lại thường đủ để làm thay đổi cân nặng của bệnh nhân một cách nhanh chóng. Nói chung, dấu hiệu phù thường không rõ rệt trừ khi lượng nước từ 2 - 4kg bị ứ lại. Do đó để phát hiện các trường hợp phù kín đáo cần phải cân bệnh nhân hàng ngày. Nếu chỉ trong vòng một vài ngày mà cân nặng tăng 1 - 2kg thì đó chỉ có thể là phù.

- Một trong các triệu chứng người bệnh có thể nhận thấy sớm là chiếc nhẫn đeo ở ngón tay khít hơn trước hoặc khó đi giày, nhất là vào buổi sáng.

- Ta cũng có thể phát hiện phù dựa vào việc vành loa ống nghe để lại một vết lõm trên da lồng ngực tồn tại tới vài phút.

2.2. Nhận định tình trạng phù

- Đánh giá mức độ phù, có nghĩa là phù nhiều hay ít, tiến triển nhanh hay chậm. Tốt nhất dựa vào theo dõi cân nặng bệnh nhân để biết được cụ thể, chính xác.

- Xác định vị trí phù, xem phù toàn thân hay khu trú một vùng, cũng cần xem phù xuất hiện đầu tiên ở đâu.

- Ấn thử xem có lõm không? có những trường hợp phù nhiều ấn lõm rõ như trong thận hư nhiễm mỡ, cũng có trường hợp tuy phù cũng nhiều nhưng ấn không lõm như trong phù niêm hay phù do bệnh giun chỉ.

- Sự liên quan của phù với thời gian: có loại phù không thấy rõ vào buổi sáng khi mới ngủ dậy, nhưng lại phù rõ rệt về buổi chiều gặp trong suy tim ở thời kỳ đầu.

- Sự liên quan của phù với tư thế bệnh nhân: phù chỉ xuất hiện sau khi đứng lâu hay gặp trong suy tim thời kỳ đầu hay suy tĩnh mạch chi dưới.

- Ảnh hưởng của chế độ ăn nhạt với phù: chế độ ăn nhạt có thể làm giảm phù khá rõ rệt trong phù do suy tim, đặc biệt là phù do viêm cầu thận cấp.

3. Phát hiện các triệu chứng liên quan

3.1. Các triệu chứng phản ánh mức độ ứ nước

- Tình trạng màng bụng, màng phổi...: thường có tràn dịch các màng trong trường hợp phù to toàn thân. Nước dịch thường trong hoặc hơi vàng chanh nhưng chỉ có ít protein, Rivalta (-) vì là dịch thẩm.

- Nên đo số lượng nước tiểu thải tiết trong 24 giờ: phần lớn các trường hợp phù đều kèm theo với đi đại ít, trừ phù do viêm tắc tĩnh mạch và viêm bạch mạch. Phù càng nhiều, người bệnh càng đại ít.

3.2. Các triệu chứng chỉ điểm cho một cản trở cơ giới trên hệ tuần hoàn

- Tuần hoàn bàng hệ (THBH)

+ THBH ở ngực nói lên có cản trở cơ giới ở hệ tĩnh mạch chủ trên, hay gặp trong hội chứng trung thất.

+ THBH ở hạ sườn phải và thượng vị nói lên có cản trở cơ giới ở hệ thống cửa chủ, thường gặp trong xơ gan.

+ THBH ở bẹn và hạ vị nói lên có cản trở cơ giới ở hệ tĩnh mạch chủ dưới, gặp trong trường hợp tắc hoặc chèn ép tĩnh mạch chủ dưới.

- Triệu chứng da và niêm mạc xanh tím ở môi, mặt nói lên có cản trở cơ giới ở tĩnh mạch chủ trên hoặc đại tuần hoàn hoặc xanh tím ở các chi tương ứng với vùng tĩnh mạch bị tổn thương.

- Gan to, mềm, tĩnh mạch cổ nổi, PHGTMC (+) gặp trong phù do suy tim phải.

- Khó thở, nhất là khó thở khi nằm ở người bị phù thì nên nghĩ đến bệnh cảnh suy tim toàn bộ.

3.3. Các triệu chứng phản ánh một viêm nhiễm tại chỗ

Viêm tĩnh mạch, viêm bạch mạch gây phù khu trú 1 vùng đồng thời có các biểu hiện sưng nóng, đỏ đau tại vùng đó, các hạch tương ứng ở vùng đó cũng sưng lên và ít nhiều thường có sốt, mạch nhanh.

4. Các xét nghiệm cần làm

- Protein niệu: là xét nghiệm đơn giản, rẻ tiền. Có thể phát hiện protein niệu (định tính) ở tuyến cơ sở bằng phương pháp đốt nhiệt hoặc dùng que thử.

Nước tiểu hoàn toàn không có protein là bằng chứng loại trừ các bệnh thận. Protein niệu nhiều và dai dẳng thường gặp do hội chứng thận hư.

- Protein máu toàn phần, điện di protein, tính tỷ lệ A/G sẽ giúp nhận biết được các trường hợp phù (ít ra là một phần) là do giảm áp lực thẩm thấu keo trong lòng mạch như: xơ gan, suy dinh dưỡng, hội chứng thận hư.

Trên đây là hai xét nghiệm có tính chất định hướng, ngoài ra tùy theo từng trường hợp hướng tới nguyên nhân gì sẽ có các xét nghiệm đặc hiệu tương ứng.

5. Nguyên nhân

5.1. Do bệnh thận

Thận hư nhiễm mỡ, viêm cầu thận.

5.1.1. Thận hư nhiễm mỡ

- Đây là bệnh thường gặp ở trẻ em, ở Việt Nam tuổi mắc bệnh trung bình là $8, 7 \pm 3, 5$ (64, 43% trên 5 tuổi). Thận hư thường xảy ra ở trẻ nam nhiều hơn nữ (tỷ lệ nam/nữ là 2, 76/1). Bệnh thường xuất hiện sau một nhiễm khuẩn hô hấp.

- Phù rất to, rất nhanh. Phù trắng, phù mềm, phù ít liên quan đến thời gian trong ngày hoặc tư thế người bệnh. Thường kèm theo có tràn dịch các màng: màng bụng, màng tinh hoàn. Ăn nhạt ít ảnh hưởng đến phù.

- Huyết áp thường bình thường.

- Xét nghiệm nước tiểu thấy có rất nhiều albumin ($> 3, 5\text{g}/24$ giờ). Trong nước tiểu thường không có trụ hạt và hồng cầu mà thường có các thể lưỡng chiết quang.

- Xét nghiệm máu thấy protein toàn phần giảm $< 60\text{g/l}$. Albumin máu giảm nặng $< 30\text{g/l}$, tỷ lệ A/G < 1 . Lipit máu tăng cao có thể gấp 5 - 10 lần trị số bình thường, chủ yếu là tăng cholesterol, các lipoprotein tỷ trọng thấp và rất thấp.

- Ure máu, creatinin máu không cao. Các phương pháp thăm dò chức năng thận nhìn chung bình thường.

5.1.2. Viêm cầu thận cấp hoặc kinh

- Viêm cầu thận cấp là bệnh thận chủ yếu của trẻ em và thanh thiếu niên. Bệnh thường xuất hiện sau các nhiễm khuẩn ở họng và da do liên cầu. Không có sự khác biệt giữa nam và nữ về tỷ lệ mắc bệnh (tỷ lệ nam/nữ là 50, 8%/ 49, 2%). Ở Việt Nam, bệnh viêm cầu thận cấp có thể xảy ra quanh năm. Ở người lớn đa số viêm cầu thận cấp xuất hiện sau nhiễm khuẩn mũi họng, ở trẻ em thì nhiễm khuẩn ngoài da chiếm tỷ lệ cao hơn.

- Bệnh thường khởi phát một cách kín đáo với các dấu hiệu toàn thân như mệt mỏi, sốt nhẹ, đau lưng, đái ít... Một số ít trường hợp bệnh bắt đầu đột ngột với các biểu hiện nguy kịch của tăng huyết áp (phù não cấp, suy tim cấp).

** Trường hợp điển hình thường có các triệu chứng sau:*

- Phù có thể nhiều hoặc ít, phù trắng, phù mềm. Phù xuất hiện đầu tiên ở mí mắt, mặt. Phù không liên quan đến thời gian trong ngày cũng như tư thế người bệnh. Chế độ ăn nhạt làm giảm phù rõ rệt. Thường có tăng huyết áp kèm theo.

- Bệnh nhân đi đái ít, nước tiểu vẩn đục như nước rửa thịt (viêm cấp) hoặc vẩn trong (viêm kinh).

- Xét nghiệm nước tiểu: bao giờ cũng có protein nhưng không nhiều như thận hư nhiễm mỡ. Đặc biệt là thường có trụ hạt và hồng cầu. Có thể đếm số lượng hồng cầu bằng phương pháp lấy cặn Addis.

- Xét nghiệm máu: protein, lipid ít thay đổi. Nhưng ure, creatinin và kali máu thường tăng.

- Các phương pháp thăm dò chức năng thận thấy rối loạn nhất là giảm mức lọc cầu thận.

- Xét nghiệm miễn dịch học giúp xác định nguyên nhân do nhiễm liên cầu. Có thể phát hiện AntiStreptolysin O (ASLO), Anti DNA-se, Anti Streptokinase. Bỏ thể huyết thanh nhất là thành phần C₃ giảm.

- Tiến triển: viêm cầu thận cấp ở trẻ em có thể khỏi hoàn toàn ở 75 - 95% các trường hợp, nhưng ở người lớn không quá 50%. Sau 8 - 9 năm có khoảng 50% số bệnh nhân có tăng huyết áp và có tổn thương của viêm cầu thận mạn tính.

5.2. Do dinh dưỡng

- Phù do suy dinh dưỡng có thể do thiếu ăn nhưng thông thường nhất là do cơ thể có các bệnh đường ruột mạn tính, các bệnh nhiễm khuẩn mạn tính (bệnh Lao), các bệnh ác tính nhất là các trường hợp ung thư ở đường tiêu hoá.

- Chủ yếu phù ở 2 chi dưới (mu chân) nhưng cũng có khi phù toàn thân. Phù trắng, phù mềm, phù không liên quan đến thời gian trong ngày và tư thế người bệnh. Ăn nhạt không đỡ phù.

- Xét nghiệm máu thấy protein toàn phần giảm, chủ yếu giảm albumin.
- Xét nghiệm nước tiểu: không có protein niệu.

5.3. Do tim mạch: do suy tim phải

- Phù lúc đầu ít và kín đáo, chỉ có ở mắt cá chân và chỉ xuất hiện rõ về chiều sau khi đứng lâu và mất đi vào buổi sáng khi ngủ dậy. Về sau phù thường xuyên và rõ rệt hơn. Phù mềm, ấn lõm, da hơi tím. Chế độ ăn nhạt, nghỉ ngơi có thể làm giảm bớt phù.

- Thường kèm theo gan to, mềm, ấn tức. Gan có thể to thêm hoặc nhỏ đi tùy theo chế độ gắng sức. Tĩnh mạch cổ nổi, phản hồi gan tĩnh mạch cổ (+). Bệnh nhân có thể khó thở nhiều hoặc ít. Nếu suy tim phải kéo dài hoặc không hồi phục có thể xuất hiện cổ trướng dịch thẩm.

- Xác định chẩn đoán bằng đo áp lực tĩnh mạch tăng cao.

5.4. Do gan: xơ gan

Đây là nguyên nhân khá phổ biến. Xơ gan ở Việt Nam chủ yếu do viêm gan virus B - C và một phần do rượu.

- Bệnh nhân có thể phù nhiều hoặc ít, thường phù 2 chi dưới, ấn lõm, ăn nhạt có thể bớt phù.

- Kèm theo bệnh nhân thường có vàng da, cổ trướng to, lách to, tuần hoàn bàng hệ gánh chủ.

- Chẩn đoán xác định dựa vào các xét nghiệm thăm dò chức năng gan (Albumin máu, bilirubin máu, tỷ lệ prothombin), siêu âm, soi ổ bụng, sinh thiết gan.

5.5. Do nội tiết

5.5.1. Do suy giáp trạng:

Suy giáp trạng có thể thứ phát sau suy tuyến yên, nhưng thường gặp hơn là suy tuyến giáp tiên phát xảy ra sau cắt bỏ tuyến giáp, sau điều trị Basedow bằng Iod phóng xạ hay chạy tia vùng cổ... làm cho tuyến giáp không đáp ứng được với kích thích từ tuyến yên.

Trong trường điển hình biểu hiện như sau:

- Da vàng sạm, niêm mạc bị phù nề nhưng ấn không lõm, vị trí phù thường ở mặt trước xương chày. Da khô, mi mắt nề, phù ở niêm mạc làm bệnh nhân nói giọng khàn, khó nuốt.

- Trọng lượng cơ thể tăng, người bệnh chậm chạp, sợ lạnh, táo bón, mạch chậm, tim to, lưu lượng tim giảm, cholesterol tăng, giảm gấn Iod phóng xạ, giảm CHCS, số lượng hồng cầu giảm, TSH tăng cao (trừ trường hợp suy tuyến yên).

5.5.2. Phù liên quan với chu kỳ kinh nguyệt

Thường chỉ phù kín đáo ở chi dưới, ở mặt, người bệnh cảm thấy mặt hơi nặng, chân hơi nặng, ấn hơi lõm.

5.6. Phù do dị ứng: (phù Quyncke - phù thần kinh mạch)

- Phù Quyncke có thể xảy ra ở cả hai giới, bắt đầu xuất hiện ở tuổi dậy thì, đôi khi có tính chất gia đình, trong gia đình hay có người bị bệnh dị ứng khác nhau nhất là mề dề. Các dị nguyên thường gặp là thuốc (Aspirin), thức ăn...

- Biểu hiện bắt đầu bằng ngứa và sau đó tại vùng ngứa nhất là ở mặt, quanh mồm, lưỡi xuất hiện phù. Thời gian bị phù thường ngắn 1 - 2 ngày. Tàn suất phù cũng thất thường. Tuổi càng cao cơn càng thưa và càng nhẹ.

- Biến chứng nguy hiểm nhất là phù thanh môn có thể gây ngạt thở, phù dạ dày - ruột gây hội chứng rối loạn tiêu hoá cấp.

5.7. Phù do thiếu vitamin B1: (bệnh Beriberi - bệnh tê phù thể ướt)

- Bệnh này hiện nay ít gặp, thường do ăn gạo mục hoặc gạo sát quá kỹ.

- Phù chủ yếu ở bắp chân làm bắp chân căng to, có thể ấn lõm nhưng không nhiều. Phù không liên quan với thời gian trong ngày, tư thế người bệnh, ăn nhạt không đỡ phù.

- Bao giờ cũng kèm theo có rối loạn cảm giác dị cảm (tê bì, kiến bò, chuột rút). Khám phản xạ gân xương chi dưới thấy giảm hoặc mất.

- Xét nghiệm tìm thiamin trong máu và nước tiểu thấy giảm (xét nghiệm này ít được làm trong thực hành lâm sàng).

- Chẩn đoán chủ yếu dựa vào triệu chứng lâm sàng, yếu tố dịch tễ và kết quả điều trị thử bằng vitamin B1 liều cao.

5.8. Do viêm tắc tĩnh mạch

- Bệnh thường xảy ra ở những trường hợp có ứ trệ tĩnh mạch (suy tim, nằm bất động lâu ngày, chèn ép do có thai), giãn tĩnh mạch, bệnh kinh diễn gây suy kiệt, chấn thương...cũng có khi không tìm được nguyên nhân.

- Trong viêm tắc tĩnh mạch người bệnh thường bị phù 1 chi (hay gặp ở chi dưới). Phù trắng (có thể hơi tím), ấn không lõm, kèm theo đau nhiều làm người bệnh không dám cử động chân, đau càng tăng lên khi sờ nắn chi, nhất là đoạn chi ở vùng gần chỗ viêm tắc. Nằm nghỉ và nhất là gác chi lên cao sẽ giảm bớt phù.

- Thường kèm theo sốt và mạch nhanh không tương xứng với sốt ít.

- Cần làm siêu âm Doppler mạch để giúp chẩn đoán bệnh.

5.9. Do viêm mạch bạch huyết

- Nguyên nhân gây viêm mạch bạch huyết ở nước ta thường do giun chỉ.
- Phù lúc đầu cũng giống như trong viêm tắc tĩnh mạch. Phù trắng, ấn không lõm và rất đau. Có thể thấy đường đi của bạch mạch nổi rõ thành những đường đỏ, nóng và đau. Các hạch bạch huyết lân cận sưng đỏ và đau. Về sau tổ chức dưới da và da trở nên rất dày và cứng (do tổ chức xơ phát triển) làm chân người bệnh rất to gọi là "phù chân voi" là di chứng của viêm mạch.
- Bệnh có thể kèm với đái ra dưỡng chấp, đái ra máu, cũng có khi có cô trưởng dưỡng chấp...
- Chẩn đoán bằng phát hiện ký sinh trùng trong máu vào ban đêm hoặc trong bạch mạch qua chọc hút hạch. Làm phản ứng da với kháng nguyên *Microphilaria immitis* hoặc phản ứng cố định bổ thể.

5.10. Phù do thai nghén

Do thai chèn ép tĩnh mạch chủ dưới.

- Phù thường xảy ra ở những tháng cuối của thời kỳ thai nghén, thường phù 2 chân không đều nhau, sau đẻ sẽ hết phù.
- Cần đo huyết áp và xét nghiệm protein niệu để loại trừ phù do nhiễm độc thai nghén.

KHÁM VÀ CHẨN ĐOÁN HÔN MÊ

1. Đại cương

1.1. Định nghĩa

Hôn mê là một tình trạng mất ý thức (Awareness) và mất sự thức tỉnh (Wakefulness) nói lên tính chất nguy kịch của một bệnh thần kinh hay một biến chứng não của một bệnh toàn thể

- Mất ý thức là mất sự nhận biết bản thân và thế giới bên ngoài, có nghĩa là mất sự toàn vẹn nhân cách, mất định hướng, mất trí nhớ, mất tư duy logic.

- Mất sự thức tỉnh có nghĩa là mất tình tảo phản ứng với các kích thích như tiếng động, ánh sáng.

Trong hôn mê, mất thức tỉnh là tiên phát còn mất ý thức là hậu quả của mất thức tỉnh.

Hôn mê là vấn đề thường gặp trong y học nói chung, ước tính có khoảng 3% các trường hợp vào cấp cứu ở các bệnh viện thuộc các thành phố lớn là do các bệnh gây rối loạn ý thức.

1.2. Cơ sở sinh lý bệnh của hôn mê

- Phá huỷ cơ giới những vùng chủ chốt của thân não hoặc vỏ não (hôn mê giải phẫu học).

- Phá vỡ hoàn toàn các quá trình chuyển hoá của não (hôn mê chuyển hoá).

- + Phát sinh do gián đoạn cung cấp năng lượng: thiếu máu cục bộ, thiếu ôxy, hạ đường huyết.

- + Thay đổi đáp ứng sinh lý thần kinh của màng nơron: ngộ độc thuốc, rượu, động kinh.

2. Dấu hiệu lâm sàng của hôn mê

2.1. Rối loạn ý thức

Để đánh giá tình trạng ý thức ta cần khám xét các phản ứng với kích thích (gọi tên, lay lắc, gây đau...), sự giảm phản ứng với các kích thích cho biết tình trạng của hôn mê và cho phép đánh giá tình trạng nặng của bệnh.

Rối loạn ý thức ở mức độ từ giảm đến mất hoàn toàn. Một vài dạng rối loạn ý thức trước khi đến mất ý thức:

- Lơ mơ (Drowsiness) diễn tả một tình trạng kém về ý thức kèm với khuynh hướng buồn ngủ.

- Trì trệ (Stupor) là một tình trạng mà bệnh nhân chỉ phản ứng với những kích thích mạnh và rơi ngay vào trạng thái ngủ li bì.

2.2. Rối loạn thần kinh thực vật

Trong hôn mê có thể gặp rối loạn nhẹ đến trầm trọng kể cả ngừng mọi chức năng thực vật.

- * *Rối loạn hô hấp:* biểu hiện bằng rối loạn nhịp thở.

- Nhịp thở Cheyne - Stockes: do trung tâm hô hấp ở hành não bị ức chế nặng.

- Nhịp thở Kussmaul: thường gặp trong nhiễm toan đái tháo đường.

- Ngừng thở.

- * *Rối loạn tuần hoàn:*

- Huyết áp tụt hoặc tăng vọt.

- Nhịp tim chậm 45 - 50 lần/phút hoặc có các cơn nhịp nhanh. Rối loạn nhịp tim, thậm chí ngừng tim.

- * *Rối loạn thân nhiệt:* thân nhiệt tăng vọt 40 - 41⁰C hoặc tụt xuống < 35⁰C.

- * *Rối loạn bài tiết:*

- Mồ hôi vã như tắm.

- Rối loạn các cơ vòng gây bí đái, bí ỉa hoặc đái ỉa dầm dề.

- Tăng tiết dịch ở đường hô hấp và đường tiêu hoá.

- * *Các phản xạ nuốt và phản xạ đồng tử rối loạn hoặc mất.*

2.3. Các biểu hiện thần kinh khu trú

- * *Đồng tử:*

- Đồng tử co nhưng vẫn phản ứng với ánh sáng gặp trong bệnh não chuyển hoá, tổn thương hạ não hay cầu não, ngộ độc thuốc ngủ. Trong ngộ độc morphin đồng tử co nhỏ như đầu đinh ghim.

- Đồng tử giãn 2 bên và cố định gặp trong thiếu ôxy não, ngộ độc atropin, scopolamin.

- Đồng tử giãn một bên thường do khối phát triển trong não cùng bên.

** Phản ứng của đồng tử với ánh sáng:*

- Mất cả 2 bên: tổn thương cuống não.
- Mất một bên: do tổn thương dây II hoặc III ở bên đó.

** Vận động nhãn cầu:*

- Mất vận động nhãn cầu gặp trong tổn thương cầu não 2 bên hay ngộ độc thuốc ngủ.

- Nhãn cầu một bên không đưa được vào trong: tổn thương cầu não bên đó.

- Trắc nghiệm mắt - đầu (dấu hiệu mắt búp bê): trong hôn mê, quay nhanh đầu bệnh nhân sang một bên, nếu nhãn cầu vận động ngược hướng với động tác quay đầu chứng tỏ cầu não và não giữa không bị tổn thương thì hai nhãn cầu sẽ cùng chuyển động về phía tai bị bơm nước.

- Trắc nghiệm mắt - tiền đình: ở bệnh nhân hôn mê, nếu các đường dẫn truyền trong cầu não và não giữa không bị tổn thương thì hai nhãn cầu sẽ cùng chuyển động về phía tai bị bơm nước.

** Vận động:* khám xem bệnh nhân có bị liệt chi hay liệt mặt không.

Liệt nửa người, giảm hay mất vận động hữu ý kèm theo giảm phản ứng với kích thích đau, giảm trương lực cơ một bên, mất cân xứng phản xạ một bên, mất phản xạ da bìu một bên, nghiệm pháp Pierre Marie - Foix (+).

** Dấu hiệu màng não:*

- Đau đầu, nôn mửa.
- Gáy cứng, Kernig (+), Brudzinski (+).

3. Phân giai đoạn hôn mê

Có nhiều cách phân loại để đánh giá mức độ hôn mê.

3.1. Kinh điển

Có 4 mức độ

Đánh giá hôn mê theo độ là xếp loại định tính, đánh giá các triệu chứng mang tính chất chủ quan. Tuy nhiên đây là cách phân loại đơn giản, dễ áp dụng và đã được sử dụng rộng rãi từ trước đến nay.

** Hôn mê độ 1 (hôn mê nhẹ):*

- Ý thức còn nhưng xa xăm.
- Đáp ứng được các y lệnh lời nói.
- Kích thích đau và phản ứng còn chính xác.
- Phản xạ giác mạc còn.

** Hôn mê độ 2 (hôn mê vừa):*

- Mất ý thức (không còn đáp ứng hay thực hiện y lệnh nói và tiếng động)
- Phản ứng với kích thích đau kém chính xác.
- Duỗi cứng mắt vỏ (ở cuối mức độ)
- Phản xạ giác mạc giảm.

** Hôn mê độ 3 (hôn mê nặng, hôn mê không phản ứng):*

- Mất hoàn toàn các đáp ứng.
- Duỗi cứng mắt não (duỗi cứng 2 chi trên và 2 chi dưới)
- Đồng tử giãn, phản xạ ánh sáng (-).
- Rối loạn thần kinh thực vật.
- Cuối giai đoạn mất phản xạ mắt búp bê kèm mất phản xạ giác mạc.

** Hôn mê độ 4 (Hôn mê rất nặng, quá hôn mê):*

- Hôn mê không hồi phục hay chết não.
- Ngừng chức năng thần kinh thực vật, bệnh nhân sống nhờ hô hấp nhân tạo và thuốc vận mạch.
- Trương lực cơ mất, không có dấu Babinski.

3.2. Theo thang điểm Glasgow

Năm 1974, Teasdale G và Jennet B ở Glasgow đã đề xuất một bảng đánh giá tình trạng ý thức bệnh nhân sau chấn thương sọ não dựa trên đáp ứng của bệnh nhân bằng mở mắt, trả lời và vận động. Thang điểm Glasgow còn là phương pháp đánh giá các mức độ ý thức và độ sâu của hôn mê, nó còn cho phép đánh giá định lượng tình trạng ý thức và tình trạng hôn mê do mọi nguyên nhân.

** Mở mắt (Eye opening)*

- Tự mở mắt 4 điểm
- Mở mắt khi gọi 3 điểm
- Mở mắt khi kích thích đau 2 điểm
- Làm gì cũng không mở mắt 1 điểm

** Đáp ứng lời nói (Verbal response)*

- Trả lời có định hướng 5 điểm
- Trả lời lẫn lộn 4 điểm
- Trả lời không phù hợp 3 điểm

- Phát âm vô nghĩa (kêu rên) 2 điểm
- Không trả lời 1 điểm

** Đáp ứng vận động (**M**otor response)*

- Thực hiện đúng theo y lệnh 6 điểm
- Định khu khi gây đau 5 điểm
- Co chi lại khi gây đau 4 điểm
- Gấp cứng chi trên 3 điểm
- Duỗi cứng tứ chi 2 điểm
- Mềm nhẽo 1 điểm

Bình thường $E + V + M = 15$ điểm.

Từ 8 điểm trở xuống là rất nặng.

Từ 11 - 12 điểm trở lên là tiên lượng khá.

Từ 3 - 6 điểm có khả năng tử vong trong vòng 48 giờ.

4. Các xét nghiệm cần làm

4.1. Các xét nghiệm cần làm ngay

Có thể coi đây là các xét nghiệm cơ bản đối với bệnh nhân hôn mê. Các xét nghiệm này rất quan trọng nếu là hôn mê không có triệu chứng thần kinh khu trú.

- Xét nghiệm tế bào máu: hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu, công thức bạch cầu.
- Sinh hoá máu: đường máu, urê máu, chức năng gan, điện giải đồ, dự trữ kiềm.
- Ghi điện tim: cần phải làm một cách có hệ thống để phát hiện các loạn nhịp tim.

4.2. Các xét nghiệm làm tiếp theo

Tuỳ từng trường hợp để xác định nguyên nhân hôn mê.

- Tìm ký sinh trùng sốt rét.
- Soi đáy mắt: dấu hiệu quan trọng nhất khi soi đáy mắt ở người hôn mê là dấu hiệu phù gai, xuất huyết và xuất tiết võng mạc.
- Chọc dò tủy sống, xét nghiệm dịch não tủy. Chỉ định chủ yếu trong nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương. Chống chỉ định tuyệt đối khi có phù gai.
- Chụp Xquang sọ não, CT Scanner... (nếu nghi u não, tụ máu nội sọ sau chấn thương...)
- Chụp động mạch não: giúp chẩn đoán các dị dạng mạch máu não...

- Ghi điện não: rất có giá trị chẩn đoán hôn mê sau động kinh, theo dõi hôn mê do ngộ độc barbituric, giúp phân biệt bệnh não do chuyển hoá với các trường hợp tổn thương thần kinh khu trú.

- Xét nghiệm nước tiểu tìm albumin, glucose, thể ceton, tỷ trọng (tỷ trọng tăng trong đái tháo đường, giảm trong ure máu cao).

- Xét nghiệm máu, dịch dạ dày để tìm độc chất.

- Cây máu tìm vi khuẩn.

- Chẩn đoán huyết thanh.

- Chụp Xquang tim phổi.

5. Nguyên nhân hôn mê

5.1. Do tổn thương thực tổn ở não

** Chảy máu não:*

- Thường xảy ra ở người lớn tuổi có tăng huyết áp, xơ vữa động mạch. Ở người trẻ thường do dị dạng mạch não.

- Hôn mê thường xuất hiện đột ngột sau tiệc rượu, thay đổi thời tiết.

- Hôn mê sâu kèm theo với liệt nửa người, liệt hoàn toàn dễ phát hiện.

** Tắc động mạch não:*

- Bệnh cảnh giống chảy máu não nhưng khởi phát không đột ngột bằng.

- Hôn mê không sâu, sau vài giờ hay vài ngày có thể tỉnh lại

- Xảy ra ở người có bệnh tim như hẹp 2 lá, nhất là khi có loạn nhịp hoàn toàn, bệnh Osler.

** Viêm não:*

- Hôn mê xảy ra từ từ, kèm theo co giật toàn thân hay khu trú.

- Sốt nhiều hay ít, bạch cầu tăng.

- Dịch não tủy bình thường hoặc biến đổi như viêm màng não nước trong.

** Viêm màng não:*

- Hay gặp viêm màng não mủ cấp do não mô cầu: hôn mê tương đối đột ngột, sốt cao, có Herpes, chảy máu dưới da, có hội chứng màng não, dịch não tủy đục, có thể thấy vi khuẩn bằng soi trực tiếp hoặc nuôi cấy.

- Viêm màng não do lao: hôn mê xảy ra từ từ ở người có tiền sử lao, có hội chứng màng não, dịch não tủy trong, tăng bạch cầu lympho.

** Chảy máu màng não:* thường xảy ra ở người tăng huyết áp.

- Hôn mê chậm chạp, thường nhưc đầu dữ dội trước khi hôn mê.
- Hội chứng màng não rõ.
- Dịch não tủy hồng hoặc đỏ như máu để ra ngoài không đông.

** U não, áp - xe não:*

- Hôn mê từ từ tuần tiến, trước đó có thể có rối loạn tâm thần như lú lẫn...
- Có hội chứng tăng áp lực nội sọ như nhưc đầu dữ dội, nôn, phù gai thị.
- Có dấu hiệu thần kinh khu trú.
- Dịch não tủy: trong u não có phân ly albumin - tế bào, trong áp - xe não tăng cả albumin và tế bào.

5.2. Do các rối loạn chuyển hoá

** Hôn mê do đái tháo đường:*

- Hôn mê từ từ, thường hôn mê sâu.
- Giãn đồng tử, thở kiểu Kussmaul, hơi thở mùi aceton.
- Hạ thân nhiệt, da khô.
- Xét nghiệm: đường huyết tăng, dự trữ kiềm giảm, ceton niệu (+).

** Hôn mê do tăng urê máu:*

- Hôn mê xuất hiện từ từ ở người có bệnh thận.
- Da xanh, đồng tử co nhỏ, thở kiểu Cheyne - Stockes, có thể có tiếng cọ màng ngoài tim.
- Xét nghiệm thấy urê máu tăng cao.

** Hôn mê gan:*

- Xảy ra ở bệnh nhân viêm gan, xơ gan, ung thư gan.
- Hôn mê từ từ, có trải qua giai đoạn tiền hôn mê.
- Có dấu hiệu suy gan: vàng da, chảy máu dưới da...
- Xét nghiệm thấy amoniac máu tăng, chức năng gan bị rối loạn.

5.3. Hôn mê sau động kinh cơn lớn

- Hôn mê chỉ là giai đoạn cuối cùng của cơn động kinh, thời gian chỉ độ vài phút.
- Sau hôn mê bệnh nhân tỉnh lại nhưng còn đau đầu ít nhiều.
- Thường đã tái phát nhiều lần trong tiền sử.

5.4. Sốt rét ác tính

- Hôn mê xuất hiện từ từ sau các cơn sốt vài ngày.

- Trước khi hôn mê, thường có giai đoạn mê sảng, đập phá, nói lảm nhảm.
- Bệnh nhân có biểu hiện thiếu máu, lách to.
- Chẩn đoán dựa vào tìm thấy ký sinh trùng sốt rét trong máu.

5.5. Các nguyên nhân khác

** Hôn mê do ngộ độc:*

- Ngộ độc thuốc ngủ: hôn mê xảy ra ở người trước đó khoẻ mạnh. Hôn mê sâu, thở phì phò, mất hết phản xạ gân xương.

- Ngộ độc morphin: hôn mê ngày càng sâu, đồng tử co nhỏ, thân nhiệt giảm, rối loạn nhịp thở, thở chậm, có cơn ngừng thở.

- Ngộ độc photpho hữu cơ: hôn mê sâu kèm theo tình trạng tăng tiết nước bọt, tăng tiết mồ hôi, hơi thở có mùi thuốc trừ sâu. Quan trọng nhất là co đồng tử. Xét nghiệm men cholinesterase trong máu giảm.

** Sản giật:* hôn mê và cơn co giật giống như động kinh xảy ra ở phụ nữ có thai các tháng cuối, bao giờ cũng có tăng huyết áp và protein niệu.

** Hạ đường huyết:* hôn mê xảy ra đột ngột, bệnh nhân vã mồ hôi, có khi có co giật, phản xạ gân xương tăng, Babinski (+) cả 2 bên.

6. Tiên lượng của hôn mê

Nói chung, hôn mê là một tình trạng nặng, việc dự đoán kết quả của hôn mê cần rất thận trọng, các dấu hiệu để tiên lượng chỉ nên coi là tương đối. Hôn mê sâu tiên lượng thường xấu, tuy nhiên tiên lượng còn cần dựa vào các yếu tố khác như tuổi, nguyên nhân (hôn mê do xuất huyết não thường có tiên lượng xấu), các bệnh Nội khoa toàn thân. Trẻ em và người trẻ có thể có những dấu hiệu lâm sàng báo hiệu nặng như phản xạ thân não bất thường, nhưng vẫn khỏi.

Tiên lượng hôn mê ở những bệnh nhân không do chấn thương khó hơn bởi vì các bệnh kết hợp không thuần nhất. Những dấu hiệu bất lợi ở những giờ đầu sau khi vào viện đã được báo cáo là không có phản ứng đồng tử ở bên nào cả, không có phản xạ giác mạc hoặc không có đáp ứng mắt - tiền đình. Một ngày sau khi bắt đầu hôn mê, những dấu hiệu nói trên, cộng thêm với nhắm mắt và không có trương lực cơ sẽ báo trước là chết hoặc tàn phế nặng, ở 3 ngày sau các dấu hiệu đó sẽ làm tăng thêm dự báo kết quả xấu.

Tỷ lệ chết 95% ở những bệnh nhân mà phản ứng đồng tử hoặc vận động phản xạ mắt không có sau 6 giờ kể từ khi bắt đầu hôn mê, tỷ lệ chết là 91% nếu đồng tử không phản ứng sau 24 giờ.

Không có thể năng kêu gọi của vỏ não hai bên về cảm giác thân thể thì chúng tôi sẽ chết hoặc có một trạng thái thực vật trong hầu hết các trường hợp.

KHÁM VÀ CHẨN ĐOÁN KHÓ THỞ

1. Đại cương

Khó thở được định nghĩa là tình trạng khó khăn trong việc thở của bệnh nhân.

Quá trình hô hấp bình thường phụ thuộc nhiều yếu tố:

- Sự lành mạnh của bộ máy hô hấp.
- Sự hoạt động bình thường của các cơ hô hấp.
- Sự hoạt động bình thường của tim
- Sự lành mạnh của trung khu hô hấp ở hành tủy.

Các yếu tố trên khi bị thương tổn sẽ gây khó thở.

Khó thở là một triệu chứng chủ quan thường gặp trong lâm sàng Nội khoa. Theo nghiên cứu Framingham (1987), khó thở là triệu chứng gây tác động tới 6-27% các bệnh nhân (từ 37 - 70 tuổi), khoảng 2, 7% các bệnh nhân được đưa tới các phòng khám cấp cứu là vì khó thở.

Khó thở có thể do nhiều nguyên nhân gây ra, khó thở ít khi xuất hiện đơn độc mà thường kèm theo với một số triệu chứng thực thể mà có thể hợp thành các hội chứng giúp cho chẩn đoán bệnh. Một số lớn các nguyên nhân gây khó thở cấp có thể dễ dàng chẩn đoán được trên lâm sàng để có được một cách xử trí thích hợp ngay và có giá trị làm thay đổi tiên lượng bệnh nếu được áp dụng kịp thời.

2. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng ở một người bị khó thở phụ thuộc vào nhiều yếu tố, như nguyên nhân gây bệnh, mức độ khó thở, khó thở đó là cấp hay là mạn tính... Tuy vậy cũng có một số biểu hiện chung thường thấy khi bị khó thở.

- Bệnh nhân cảm thấy một cảm giác khó chịu đặc biệt khi hô hấp, một số thuật ngữ thường được dùng để mô tả, như “không đủ không khí”, “không khí không vào phổi được”, “ngực bị bóp chặt”, “cảm giác nghẹt thở”... Khi đã có chẩn đoán chắc chắn là khó thở thì việc cần làm tiếp theo là tìm hiểu xem khó thở xuất hiện trong trường hợp nào và đánh giá các triệu chứng đi kèm. Có khi động tác hô hấp trông có vẻ khó khăn nhưng lại không có cảm giác khó thở. Ví dụ như trong toan máu, hiện tượng tăng thông khí ít khi kèm theo khó thở. Ngược lại, cũng có khi bệnh nhân có vẻ hô hấp bình thường nhưng lại cảm thấy khó thở.

- Tư thế bệnh nhân: vì khó thở bệnh nhân không thể nằm được, phải ngồi dậy để thở hoặc phải ở tư thế nửa nằm nửa ngồi (tư thế Fowler).

- Về mặt bệnh nhân: về mặt lo âu, vật vã, lo sợ hoặc lơ đãng do mệt nhọc, khó thở kéo dài.

- Có thể thấy co kéo cơ hô hấp biểu hiện bằng thì thở vào kém, hố thượng đòn, hố trên mòm xương ức, khoang liên sườn lõm lại. Điều đó chứng tỏ phổi không đáp ứng được với sự co giãn của lồng ngực. Ở trẻ nhỏ thường thấy cánh mũi phập phồng theo nhịp thở. Trong hen phế quản nặng, giãn phế nang có thể thấy độ co giãn lồng ngực giảm toàn bộ, kèm theo với lồng ngực căng phồng, co kéo cơ hô hấp.

- Thay đổi về động tác thở: cần để bệnh nhân nằm ngửa, quan sát sự di động của bụng hoặc ngực. Bệnh nhân có thể khó thở với nhịp thở chậm, thậm chí có cơn ngừng thở như trong hen phế quản nặng, khó thở thanh quản. Khó thở với nhịp thở nhanh như trong suy tim, phế quản phế viêm... Cũng có khi có rối loạn nhịp thở, thở không đều như trong trường hợp toan máu.

- Xanh tím: đây là dấu hiệu thường thấy khi có suy hô hấp rõ. Thường tím ở đầu chi, niêm mạc với màu hơi xanh sẫm, pha lẫn màu tím sẫm. Tím xuất hiện khi tỷ lệ hemoglobin khử $> 5\text{g}/100\text{ml}$, tỷ lệ này không rõ trong thiếu máu và tăng trong đa hồng cầu. Khi tím không rõ thì phải quan sát các đầu chi (đầu ngón tay, ngón chân), dưới lưỡi, môi, cánh mũi, dái tai, mặt trước đầu gối. Tím thường tăng khi gắng sức, ở người suy hô hấp, tím thường kèm theo với vã mồ hôi. Nếu bệnh nhân không sốt, sự vã mồ hôi là triệu chứng quan trọng chứng tỏ tăng CO_2 . Cũng có thể tím do lượng không khí nơi ở thiếu oxy (vùng núi cao), rối loạn trao đổi máu ở tim (Shunt phải - trái). Do đó cần phải xét nghiệm và phân tích máu.

3. Các biểu hiện kèm theo của khó thở

Khó thở ít khi đơn độc, mà thường kèm theo các biểu hiện khác làm thành các hội chứng giúp cho việc tìm kiếm nguyên nhân.

- Ở hệ thống hô hấp trên, nhất là khí quản, thanh quản hay gặp các biểu hiện như: tiếng thở rít, hiện tượng lõm ở hố trên ức, dưới ức. Những biểu hiện đó bắt buộc phải khám họng và soi thanh quản.

- Ở hệ thống hô hấp dưới, biểu hiện bằng các hội chứng như hội chứng đông đặc, hội chứng tràn dịch màng phổi...

- Ở hệ tuần hoàn: cần tìm các dấu hiệu của suy tim như phù, gan to, tĩnh mạch cổ nổi. Có khi phát hiện được các bệnh lý van tim, bệnh màng ngoài tim, tăng huyết áp...

- Các bệnh khác: phát hiện đái tháo đường, trạng thái toan ceton, suy thận, lao phổi...

4. Phân loại khó thở

* *Khó thở vào*: thường do có chướng ngại vật trên đường thở.

Khó thở có thể do nguyên nhân ở thanh quản, nhịp thở bình thường hoặc chậm. Cần tìm thêm các triệu chứng khác của thanh quản như: thở khò khè, có thể thấy tiếng thở rít (Wheezing) do lòng phế quản bị hẹp, tiếng nói thay đổi, co kéo các cơ trên đòn. Ở trẻ nhỏ nguyên nhân thường là viêm thanh quản do virus, hít phải dị vật. Ở người lớn thường do 2 nguyên nhân chính là phù Quyncke và ung thư thanh quản.

Khó thở vào còn là triệu chứng thường gặp trong tràn dịch, tràn khí màng phổi.

** Khó thở ra:*

Lòng ngực căng phồng do không đẩy được hết khí ra ngoài mặc dù đã cố gắng dùng các cơ thành ngực. Đó là hiện tượng thở ra chủ động. Bệnh nhân cảm thấy như thiếu không khí, nhịp thở bình thường hoặc tăng. Tỷ lệ thời gian thở ra/thời gian thở vào tăng trong suy hô hấp do tắc nghẽn (hen phế quản, giãn phế nang), bình thường tỷ lệ này là 1, 4.

** Khó thở 2 thì:*

Nhịp thở thường nhanh, nguyên nhân có nhiều: phù phổi cấp, tắc động mạch phổi, xẹp phổi, suy tim, lao kê...

** Rối loạn nhịp thở:*

- Nhịp thở có thể không đều, có chu kỳ.

+ Thở kiểu Cheyne - Stokes: Bệnh nhân thở không đều với biên độ và tần số tăng dần đến một mức độ nào đó lại thở với một biên độ và tần số giảm dần sau đó ngừng thở 1 thời gian ngắn, tiếp theo là một đợt thở khác với biên độ và tần số tăng dần như trên. Gặp trong ure máu cao.

+ Thở kiểu Kussmaul: Bệnh nhân thở vào rất sâu, sau đó ngừng thở một lúc rồi thở ra rất ngắn, lại ngừng thở. Sau đó lại tiếp tục đợt khác như vậy (gặp trong toan ceton do đái tháo đường).

- Nhịp thở không đều, không có chu kỳ trong rối loạn hành tủy.

5. Xác định mức độ khó thở

Có thể đánh giá mức độ khó thở dựa vào mức độ gắng sức đã gây ra khó thở. Trong thực hành, các phân loại mức độ khó thở chính của bệnh nhân tim hoặc phổi thường chủ yếu dựa vào khó thở liên quan đến mức độ gắng sức. Tuy nhiên, khi đánh giá mức độ gắng sức cần biết rõ toàn trạng bệnh nhân, tiền sử, thói quen hoạt động giải trí của bệnh nhân. Ví dụ, khó thở xảy ra ở một vận động viên môn chạy khi chạy khoảng 2km có ý nghĩa nghiêm trọng hơn là cũng mức khó thở như thế xảy ra ở một người ít hoạt động mà chỉ chạy một đoạn đường ngắn. Một số trường hợp khó thở không liên quan trực tiếp tới gắng sức. Khó thở đột ngột từng cơn khi nghỉ ngơi có thể do tắc động mạch phổi, tràn khí màng phổi tự phát. Khó thở

kich phát về đêm là một đặc trưng của suy thất trái. Khó thở khi nằm ngửa xảy ra chủ yếu trong suy tim nhưng xảy ra ở cả người hen phế quản hoặc có bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

** Khó thở có thể chia thành 5 mức độ (theo CEE):* Tùy theo sự xuất hiện của tình trạng khó thở.

- Mức độ 1: khi gắng sức nhiều.
- Mức độ 2: khi đi lên gác.
- Mức độ 3: đi trên bề mặt phẳng cùng với người bình thường, cùng tuổi với bệnh nhân.
- Mức độ 4: đi bình thường trên mặt phẳng.
- Mức độ 5: làm việc bình thường hàng ngày.

** Suy hô hấp:*

Là tình trạng suy chức năng trao đổi khí trong điều kiện chuyển hoá thông thường, biểu hiện bằng đo khí động mạch khi bệnh nhân nằm nghỉ thấy $\text{PaO}_2 < 70\text{mmHg}$, $\text{SaO}_2 < 96\%$, PaCO_2 có thể tăng $> 44\text{mmHg}$ hoặc giảm hoặc bình thường.

- Suy hô hấp cấp tính là suy đột ngột và mất bù chức năng trao đổi khí ảnh hưởng ngay đến não, cơ tim, thận, tiên lượng nặng. Đo khí động mạch thấy $\text{PaO}_2 < 50\text{mmHg}$, $\text{SaO}_2 < 80\%$, $\text{PaCO}_2 > 60\text{mmHg}$.

- Suy hô hấp mạn tính: rối loạn oxy máu nhẹ hoặc vừa phải thường biểu hiện bằng khó thở thường xuyên, tăng lên dần. Đo khí động mạch thấy PaO_2 từ 60 - 70mmHg, SaO_2 từ 80 - 90 %, PaCO_2 tăng ở mức 50 - 60mmHg.

6. Các xét nghiệm cần làm

- Khám chuyên khoa tai mũi họng: trong trường hợp có biểu hiện của khó thở thanh quản.

- Chụp Xquang phổi ở 2 tư thế thẳng và nghiêng. Đây là phương pháp đơn giản, rất có giá trị trong chẩn đoán trong phần lớn các trường hợp thông thường.

Trong các trường hợp bệnh phức tạp thầy thuốc có thể yêu cầu chụp phế quản, chụp động mạch phổi, chụp cắt lớp tỷ trọng (CT Scanner). Tuy nhiên các kỹ thuật này chỉ thích hợp với các trung tâm lớn.

+ Chụp phế quản: giúp thấy rõ cây phế quản sau khi bơm thuốc cản quang tan trong nước.

+ Chụp động mạch phổi: đưa chất cản quang vào động mạch phổi để xác định các trường hợp tắc động mạch phổi, tăng áp lực động mạch phổi tiên phát...

+ Chụp CT Scanner: phương pháp này có giá trị lớn trong phân tích các thành phần của trung thất, vùng rốn phổi và thành ngực.

- Soi phế quản: trong khi soi có thể sinh thiết nhu mô phổi bằng cách chọc qua thành phế quản, có thể tiến hành rửa phế quản - phế nang, hút các chất tiết phế quản để làm xét nghiệm.

- Thăm dò chức năng hô hấp:

+ Thăm dò chức năng thông khí: đo dung tích sống, thể tích khí cặn, thể tích thở ra tối đa/giây (VEMS), đo lưu lượng thở ra tối đa... xác định được các hội chứng tắc nghẽn, hội chứng hạn chế.

+ Thăm dò trao đổi khí: đo PaO_2 , $PaCO_2$, SO_2 , pH máu...

- Các xét nghiệm khác: xét nghiệm dịch tiết phế quản, dịch màng phổi... về phương diện tế bào học, vi sinh vật... tùy từng trường hợp cụ thể.

7. Nguyên nhân

7.1. Do bệnh lý ở hô hấp trên: khó thở thanh quản

Bệnh nhân khó thở vào, có tiếng thở rít, rút lõm ở hố trên và dưới xương ức. Những biểu hiện đó bắt buộc chúng ta phải khám họng và soi thanh quản cho người bệnh.

Ở trẻ nhỏ hay gặp viêm thanh quản do bạch hầu, do virus hoặc hít phải dị vật. Ở người lớn có thể do phù Quyncke hoặc ung thư thanh quản.

7.2. Do bệnh lý ở hô hấp dưới

* *Hen phế quản:*

- Cơn khó thở xuất hiện đột ngột, thường xảy ra khi thay đổi thời tiết hoặc sau khi tiếp xúc với dị nguyên.

- Người bệnh thấy khó thở ra, có khi khó thở nhiều người bệnh phải tỳ tay vào thành giường hoặc cửa sổ hay chống tay vào đùi mà thở.

- Nghe phổi, thấy khắp 2 bên phổi có rất nhiều ran rít, ran ngáy và gõ phổi thấy trong hơn bình thường.

- Thường có tiền sử hen từ trước.

* *Viêm phế quản phổi:*

- Khó thở xuất hiện dần dần, ngày càng tăng. Người bệnh thở nhanh nông, cánh mũi phập phồng, môi tím.

- Toàn thân có tình trạng nhiễm khuẩn rõ: sốt cao, môi khô, lưỡi bẩn, bạch cầu tăng, tỷ lệ đa nhân trung tính tăng.

- Nghe phổi thấy khắp 2 phổi có nhiều tiếng ran nổ.

- Chụp Xquang thấy có nhiều nốt mờ, to nhỏ không đều nhau rải rác khắp 2 phổi.

*** Lao kê:**

- Khó thở xuất hiện dần dần, nhịp thở nhanh nông.
- Có thể có hoặc không có sốt kèm theo.
- Thường khám phổi không thấy dấu hiệu gì đặc biệt hoặc chỉ có tiếng rì rào phế nang giảm.
- Chẩn đoán lao kê thường được nghĩ đến khi có khó thở xảy ra trên một cơ địa lao sơ nhiễm. Chẩn đoán xác định dựa vào chụp Xquang thấy những nốt mờ nhỏ đều nhau như hạt kê, rải rác đều trên khắp 2 phổi.

*** Giãn phế nang:** còn gọi là khí phế thũng.

- Khó thở thường kinh diễn, chủ yếu khó thở ra, tăng lên khi làm việc nặng.
- Thường xảy ra trên một người đã bị bệnh phổi kinh diễn như hen phế quản, viêm phế quản mạn tính.
- Khám thấy lồng ngực giãn hình thùng, gõ trong hơn bình thường, nghe phổi có khi chỉ thấy rì rào phế nang giảm.
- Chụp Xquang thấy cả 2 phế trường sáng hơn bình thường.

*** Tràn dịch màng phổi:**

- Khó thở chỉ rõ rệt khi tràn dịch nhiều, người bệnh khó thở vào, tức ngực, ho khan.
- Có thể sốt hay không tùy theo nguyên nhân gây tràn dịch.
- Khám phổi thấy có hội chứng 3 giảm rõ.
- Chụp Xquang thấy hình ảnh tràn dịch.

*** Tràn khí màng phổi:**

- Khó thở thường xuất hiện đột ngột, sau một cơn đau ngực dữ dội như dao đâm. Khó thở vào, nhịp thở nhanh nông.
- Thường kèm theo tình trạng sốc.
- Khám thực thể và chụp Xquang sẽ thấy triệu chứng tràn khí màng phổi ở một bên.

7.3. Do bệnh lý tim mạch

Tim suy thường gây ứ máu ở tiểu tuần hoàn, ảnh hưởng trực tiếp đến sự hoạt động của phế nang, nếu có thêm một rối loạn vận mạch sẽ làm cho chất dịch thoát ra đột ngột từ các mạch máu ở tiểu tuần hoàn vào tràn ngập các phế nang gây khó thở cấp, đó chính là cơn phù phổi cấp.

- Thường xảy ra trên một cơ địa có một số bệnh như: hẹp van 2 lá, hở van động mạch chủ, tăng huyết áp, suy thận ure máu cao.

- Khó thở xuất hiện đột ngột, thường vào ban đêm. Khó thở dữ dội, tiến triển nhanh, nhịp thở nhanh nông, tím tái ở môi, mặt.

- Nghe phổi thấy có nhiều ran nổ 2 thì ở cả 2 bên, tăng lên rất nhanh như nước thủy triều.

- Nghe tim thấy nhịp nhanh, tiếng tim yếu, có thể thấy tiếng ngựa phi trái.

- Nếu không xử trí nhanh người bệnh sẽ ho khạc ra bọt hồng.

7.4. Do nguyên nhân chuyển hoá

*** Ure máu cao:**

- Khó thở xảy ra dần dần trên một người có bệnh thận, chủ yếu là viêm thận cấp hoặc kinh, sỏi thận.

- Khó thở nhanh nông, về sau khó thở theo nhịp Cheyne - Stokes.

- Thường kèm theo dấu hiệu nhiễm độc như: nhức đầu, nôn, ỉa lỏng, đại ít, vô niệu, hôn mê.

- Xét nghiệm máu thấy ure máu, creatinin máu tăng cao.

*** Toan máu:**

- Thường xảy ra ở bệnh nhân đái tháo đường không được điều trị hoặc phải theo một chế độ ăn quá khắt khe.

- Khó thở giống trong ure máu cao, về sau chuyển sang thở kiểu Kussmaul.

- Xét nghiệm thấy đường máu tăng cao, ceton niệu (+), pH máu giảm, dự trữ kiềm giảm.

KHÁM VÀ CHẨN ĐOÁN SỐT

1. Định nghĩa

Sốt là hiện tượng tăng thân nhiệt bất thường do rối loạn trung tâm điều hoà thân nhiệt trước tác động của các yếu tố, trong đó có các yếu tố nhiễm khuẩn và các yếu tố không nhiễm khuẩn.

Thân nhiệt đo ở miệng tối đa lúc 6 giờ sáng là $37,2^{\circ}\text{C}$, thân nhiệt đo ở miệng tối đa lúc 4 giờ chiều là $37,7^{\circ}\text{C}$. Theo tiêu chuẩn này thì vào buổi sáng thân nhiệt vượt quá $37,2^{\circ}\text{C}$ hoặc thân nhiệt vào buổi chiều vượt quá $37,7^{\circ}\text{C}$ thì được coi là sốt. Thân nhiệt đo ở hậu môn thường cao hơn $0,6^{\circ}\text{C}$.

2. Cách khám người bị sốt

2.1. Phát hiện sốt

Xác định sốt bằng nhiệt kế, không nên dựa vào cảm giác của người bệnh cũng như chỉ dựa vào sờ trán, sờ da. Sau khi đã xác định là có sốt, cần tìm hiểu:

* Cách khởi phát

- Sốt có thể xuất hiện đột ngột, người bệnh đang khoẻ mạnh đột nhiên bị sốt như trong trường hợp cơn sốt rét, sốt do virus, viêm phổi.

- Sốt có thể xuất hiện dần dần sau một thời gian mệt mỏi, khó chịu. Sốt kiểu này hay gặp trong sốt do bệnh lao, thương hàn.

* *Tính chất sốt*: sốt có thể chỉ là một triệu chứng đơn độc, hoặc kèm theo rét run.

- Chỉ có sốt như trong thương hàn, lao, viêm não, viêm màng não, sởi, thủy đậu...

- Có thể 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.

- Có những cơn rét run làm người bệnh phải đắp 2 - 3 chăn, rồi kèm theo sau là sốt ra mồ hôi, sau đó lại hết để lại tái phát nhiều lần trong ngày hoặc trong những ngày sau như trong sốt rét, viêm bể thận, viêm đường mật, các ổ nang mù sâu.

* *Diễn biến sốt*: việc theo dõi diễn biến, chủ yếu dựa vào biểu đồ nhiệt độ, rất có giá trị khi người bệnh đã sốt nhiều ngày.

- Sốt liên tục: biểu diễn thành một đường hình cao nguyên, thân nhiệt cao suốt ngày. Loại sốt này thường gặp trong thương hàn, viêm phổi.

- Sốt dao động: quá trình sốt gồm nhiều cơn, giữa các cơn nhiệt độ có thể:

- + Trở về bình thường: đây là loại sốt cơn, gặp điển hình trong sốt rét cơn.
- + Không về bình thường: thường gặp trong nhiễm khuẩn máu, viêm bể thận...
- Sốt hồi quy: là loại sốt từng đợt, kể tiếp một đợt như vậy không sốt, để rồi lại tiếp tục đợt sốt khác... Điển hình của dạng này là loại sốt hồi quy do xoắn khuẩn.

2.2. Phát hiện các triệu chứng kèm theo

*** Tinh thần**

Bệnh nhân thường có những biểu hiện nhỏ kèm theo, ít có giá trị chẩn đoán như nhức đầu, hoa mắt, chóng mặt, mất ngủ. Nhưng cũng có những biểu hiện thần kinh quan trọng, cần tìm hiểu kỹ vì có thể gợi ý cho chẩn đoán như mê sảng, hôn mê, có các động tác bất thường như tay bắt chuồn chuồn, các cơn co giật.

*** Tim mạch**

Sốt hay kèm theo nhịp tim nhanh, nhìn chung cứ nhiệt độ tăng 1°C thì nhịp tim tăng 10 - 15 nhịp/phút. Tuy nhiên ở bệnh nhân thương hàn, hay có hiện tượng nhiệt độ cao mà mạch chậm (phân ly mạch nhiệt). Trong sốt cần đặc biệt theo dõi về tim mạch vì hay có biến chứng. Ví như trong sốt xuất huyết có thể có sốc, huyết áp tụt, rất nguy hiểm. Sốt do thấp tim có thể kèm theo nhịp ngựa phi, tiếng thổi ở tim, tiếng cọ màng tim.

*** Hô hấp**

Sốt hay kèm theo tăng nhịp thở, trung bình thân nhiệt tăng 1°C thì nhịp thở tăng 2 - 3 lần/phút. Sốt kèm theo ho cần phải khám họng, nghe phổi có thể phát hiện các ran, từ đó gợi ý chẩn đoán viêm phế quản, viêm phổi, phế quản phế viêm.

*** Tiêu hoá**

Nếu sốt kèm đi phân lỏng, kiết lỵ thì phải cảnh giác với lỵ trực trùng. Sốt kèm theo đau tức vùng gan, cần xác định xem có áp - xe gan hay không. Trong viêm màng não thường có nôn nhiều, người sốt hay bị táo bón do cơ thể bị mất nước.

*** Thải tiết nước tiểu**

Trong khi sốt, người bệnh thường đái ít, nước tiểu sẫm màu. Cũng cần xác định xem có nguyên nhân thực thể nào đái ít và sốt như sỏi tiết niệu, nhiễm khuẩn tiết niệu.

*** Rối loạn nước - điện giải**

Khi bị sốt cao và kéo dài, người bệnh thường bị mất nước. Biểu hiện bằng môi khô, khát nước, đái ít, da khô nhăn nheo.

*** Xuất huyết**

Cần xem bệnh nhân có biểu hiện chảy máu không, có thể chảy máu dưới da, niêm mạc hoặc ở phủ tạng như: nôn ra máu, ỉa ra máu, đái ra máu, chảy máu cam...

2.3. Phát hiện các dấu hiệu chỉ điểm: Các triệu chứng chỉ điểm có thể là các triệu chứng chủ quan hoặc khách quan, do đó thầy thuốc phải hỏi toàn diện, khám toàn diện

** Hỏi toàn diện*

Cần hỏi lần lượt để tránh bỏ sót các triệu chứng chủ quan thuộc từng bộ phận: hô hấp, tuần hoàn, tiêu hoá, tiết niệu...

** Khám toàn diện:* phải khám kỹ lưỡng theo trình tự.

- Khám toàn thân.
- Khám từng bộ phận, không được bỏ sót bộ phận nào.
- Khám chất thải tiết và một số thể dịch.

2.4. Các xét nghiệm cận lâm sàng

** Trường hợp sốt có triệu chứng lâm sàng chỉ điểm*

Các xét nghiệm được chỉ định tùy theo triệu chứng chỉ điểm và chẩn đoán sơ bộ của lâm sàng. Ví dụ: nghi ngờ bệnh nhân bị áp - xe gan thì cho làm siêu âm gan.

** Trường hợp sốt không có triệu chứng lâm sàng chỉ điểm*

Trong trường hợp này, thường phải làm một số xét nghiệm nhất loạt, để qua đó giúp cho chẩn đoán nguyên nhân. Các xét nghiệm đó thường là:

- Công thức máu, tốc độ lắng máu
- Ký sinh trùng sốt rét
- Cây máu
- XN huyết thanh chẩn đoán: Widal, Martin Petit, Weil Felix
- XQ phổi
- XN nước tiểu

3. Nguyên nhân sốt

3.1. Mối bị sốt

3.1.1. Sốt có dấu hiệu chỉ điểm

** Nhiễm khuẩn hô hấp trên:* viêm mũi - họng.

Đau họng, nuốt đau. Khám thấy amidan sưng đỏ, hạch dưới hàm to, đau.

** Nhiễm khuẩn hô hấp dưới:* viêm phế quản, viêm phổi, áp - xe phổi...

- Ho, đau ngực, khạc đờm (có thể có mủ, máu)
- Khám phổi có dấu hiệu bệnh lý đặc trưng
- * *Nhiễm khuẩn gan - mật*: viêm đường mật, áp - xe gan, viêm gan virus... .
- Hoàng đản, đau tức vùng gan
- Khám thấy gan to, đau
- * *Nhiễm khuẩn tiết niệu*: viêm bàng quang, viêm bể thận, áp - xe thận...
- Đái buốt, đái dắt, nước tiểu đục, có thể có máu - mủ
- Khám có thể thấy thận to, đau
- * *Nhiễm khuẩn não - màng não*: viêm não, viêm màng não, áp - xe não
- Nhức đầu, nôn
- Co giật, liệt chi, hôn mê, hội chứng màng não... tùy từng trường hợp.
- * *Nhiễm khuẩn cơ - xương - khớp*: viêm cơ, viêm khớp, cốt tủy viêm
- Đau, hạn chế vận động. Khám thấy biểu hiện viêm tại chỗ.
- * *Nhiễm khuẩn phát ban*: sởi, thủy đậu...
- Viêm long hô hấp trên, đau mình mẩy
- Bao giờ cũng có mẩn đỏ, mọng mủ, mọng nước ở da

3.1.2. Sốt không có dấu hiệu chỉ điểm:

- * *Thương hàn* (khởi phát):
- Sốt tăng dần, sau 6 - 7 ngày nhiệt độ mới lên 39 – 40°C, mạch nhiệt phân ly.
- Rối loạn tiêu hóa: biếng ăn, buồn nôn, táo bón hoặc ỉa chảy.
- Có khi có chảy máu cam.
- Khám thấy lách hơi to, ứng ục HCF.
- Chẩn đoán xác định bằng cấy máu thấy trực khuẩn Eberth.
- * *Sốt rét*
- Khởi đầu đột ngột bằng cơn rét run kéo dài 1 - 2h, sau đó nhiệt độ tăng dần tới 39 - 40 – 41°C, da nóng ran. Cơn sốt kéo dài 30 phút đến vài giờ rồi hết nhanh chóng
- Các cơn sốt có chu kỳ rõ rệt
- Khám thấy lách to, thiếu máu
- Chẩn đoán xác định khi tìm thấy ký sinh trùng sốt rét ở trong máu ngoại vi
- * *Sốt virus*

- Sốt, đau mình mẩy, nhức đầu, viêm long hô hấp trên
- Khám thực thể thường không thấy gì đặc biệt, số lượng bạch cầu không tăng
- Chẩn đoán xác định dựa vào yếu tố dịch tễ sau khi loại trừ các nguyên nhân khác

** Sốt không do nhiễm khuẩn*

Say nắng, say nóng, tiêm protein ngoại lai (tiêm chủng), trong cơ thể có quá trình tiêu huỷ tổ chức (sau chảy máu trong, gãy xương), trong cơ thể có quá trình tăng sinh tổ chức (ung thư, bệnh máu ác tính), rối loạn nội tiết (cường giáp, sốt trước khi có kinh nguyệt), sốt do dùng kháng sinh lâu ngày.

3.2. Sốt đã lâu người bệnh mới đến: sốt > 2 tuần

- Có thể là các nguyên nhân trên nhưng kéo dài.
- Ngoài ra còn các nguyên nhân khác mà thường gây sốt kéo dài

3.2.1. Sốt liên tục, nhiệt tuyến hình cao nguyên

** Thương hàn (toàn phát)*

- Nhiệt độ vẫn 39 – 40°C, dấu hiệu kiệt nước rõ, li bì, hoảng hốt, mê sảng
- Rối loạn tiêu hóa (rất quan trọng): lưỡi khô trắng, chán ăn, phân lỏng - khắm, bụng chướng hơi, nắn đau, ừng ục hố chậu phải. Lách to rõ, có thể thấy ban đỏ ở ngực, bụng.

- Chẩn đoán xác định bằng cấy máu hoặc huyết thanh chẩn đoán Widal

** Leptospirose: thường biểu hiện bằng 4 hội chứng*

- Nhiễm khuẩn: đột ngột sốt cao, rét run 39 - 40°C kéo dài. Bạch cầu tăng.
- Viêm gan: da - niêm mạc vàng đỏ, gan to và đau, xét nghiệm transaminase tăng.
- Viêm thận: đái ít, nước tiểu có protein, hồng cầu, trụ, ure máu tăng.
- Thần kinh: hoảng hốt, mê sảng, hội chứng màng não.

Ngoài ra: đau cơ (bắp đùi, bụng chân)

Chẩn đoán xác định bằng cấy máu, huyết thanh chẩn đoán Martin Petit

** Lao: thường lao phổi*

- Sốt nhẹ, dai dẳng, sốt nhiều hơn về buổi chiều.
- Ho kéo dài, có thể ho ra máu, gầy sút.
- Chẩn đoán bằng chụp phổi, BK.

** Viêm màng trong tim bán cấp (Osler):* thường xảy ra ở người có bệnh van tim, bệnh tim bẩm sinh, tiêm chích ma túy.

- Người bệnh sốt dai dẳng, sốt nhẹ, có khi sốt thất thường.
- Xanh xao, mệt mỏi, đái máu (vi thể)
- Ngón tay dùi trống, lách to 2 - 3cm
- Chẩn đoán xác định bằng siêu âm tim, cấy máu

3.2.2. Sốt dao động

* *Nhiễm khuẩn máu*: do tụ cầu, liên cầu, màng não cầu...

- Sốt dao động. Có thể phát hiện được vị trí xuất phát hoặc định xứ của vi khuẩn gây bệnh

- Chẩn đoán xác định bằng cấy máu

* *Các ổ nung mủ sâu*: áp - xe dưới cơ hoành (áp - xe gan), nung mủ thận

3.2.3. Sốt có chu kỳ

* *Sốt rét*: cơn sốt rét không được điều trị → sốt kéo dài có chu kỳ, có nhịp điệu

P.falciparum → sốt ngày một cơn, *P.vivax* → sốt cách nhật, *P.malariae* → cách 2 ngày sốt 1 cơn.

* *Sốt hồi quy*: do xoắn khuẩn *Borrelia* (chấy, rận truyền).

- Sốt cao từng đợt 6 - 7 ngày → 1 đợt 5 - 7 ngày không sốt → sốt đợt khác...

- Mệt bơ phờ, có thể có hội chứng màng não, xuất huyết. Gan - lách to và đau.

- Chẩn đoán xác định bằng phát hiện được xoắn khuẩn trong máu hoặc nước tiểu ở giai đoạn có sốt (nhuộm Giemsa).

3.2.4. Các nguyên nhân khác

- Nhóm bệnh tạo keo, ung thư, bệnh máu ác tính

- Do dùng thuốc: hydantoin, allopurinol, barbiturat

- Do tắc mạch phổi, viêm tuyến giáp bán cấp, Sarcoidosis, huyết tán, AIDS...

NHÀ XUẤT BẢN ĐẠI HỌC QUỐC GIA HÀ NỘI
16 Hàng Chuối - Hai Bà Trưng - Hà Nội
Điện thoại: Biên tập-Chế bản: (04) 39714896;
Hành chính:(04) 39714899 ; Tổng Biên tập: (04) 39714897;
Fax: (04) 39714899

Chịu trách nhiệm xuất bản:

Giám đốc: PHÙNG QUỐC BẢO

Tổng biên tập: PHẠM THỊ TRÂM

Biên tập: THU HƯƠNG

Chế bản: THANH TIỆP

Trình bày bìa: NGỌC ANH

Đôi tác liên kết xuất bản:

ĐẠI HỌC THÁI NGUYÊN

GIÁO TRÌNH NỘI KHOA CƠ SỞ

Mã số: 1L - 80 ĐH2011

In 215 cuốn, khổ 19 x 27 cm tại Công ty CP in Nhà in KHCN

Số xuất bản: 178- 2011/CXB/4 – 18/ĐHQGHN, ngày 23/2/2011

Quyết định xuất bản số: 230 LK-TN/QĐ - NXBĐHQGHN

In xong và nộp lưu chiểu quý II năm 2011