

BIÊN SOẠN
SV. BÙI PHẠM TUẤN KIẾT

CẨM NANG TIỀN LÂM SÀNG



VẬN DỤNG

MỘT SỐ HỘI CHỨNG VÀ PHÂN ĐỘ
TRÊN LÂM SÀNG THƯỜNG DÙNG

DÀNH CHO SINH VIÊN NĂM 3, 4

TÀI LIỆU THAM KHẢO

YhocData.com

LỜI GIỚI THIỆU

Sau quá trình đi lâm sàng năm 3 và năm 4, cảm thấy mối quan tâm chung của sinh viên ngành Y học cổ truyền nói riêng và toàn bộ sinh viên của Y Dược Huế nói chung là về vấn đề tóm tắt hội chứng lâm sàng để làm bệnh án. Vì vậy quyển sách CẨM NANG TIỀN LÂM SÀNG này được soạn lại mới mục đích “Chia sẻ kiến thức phi lợi nhuận” để phục vụ cho tất cả sinh viên năm 3 mới đi lâm sàng, còn khó khăn trong việc làm bệnh án, mơ hồ về tóm tắt các hội chứng để làm bệnh án, hơn nữa để biết thêm một số phân độ trong các bệnh thường gặp. Vì tài liệu này được soạn chủ yếu dành cho sinh viên Y3, YHCT3 mới tiếp xúc với bộ môn Nội và Ngoại nên sẽ không được đầy đủ nhưng có thể nói là tạm ổn cho những mặt bệnh thường gặp ở bệnh viện và yêu cầu của thầy cô.

Cuốn sách này được tổng hợp từ tài liệu của các sinh viên đàn anh đi trước và lấy từ các giáo trình của nhiều trường Đại học Y Dược khác nhau cũng như những trang web Y học uy tín. Tuy nhiên quyển sách này được soạn trong quá trình đi lâm sàng, có những kiến thức tự tìm tòi thêm trong khi bản thân lại còn là sinh viên, hơn nữa đây là lần đầu tự viết sách nên không thể tránh khỏi những khiếm khuyết trong quá trình tìm hiểu và biên soạn. Rất mong được sự đóng góp ý kiến từ các độc giả và các sinh viên đồng trang lứa cũng như anh, chị đi trước.

Chúc các bạn sinh viên có một mùa lâm sàng ý nghĩa và thu gặt được nhiều kiến thức mới.

Xin chân thành cảm ơn.

Huế, tháng 2 năm 2019

Sinh viên

Bùi Phạm Tuấn Kiệt

MỤC LỤC

Trang

CHƯƠNG 1: TỔNG QUÁT.....8

Hướng dẫn tóm tắt một số bệnh thường làm bệnh án	8
Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân.....	10
Hội chứng nhiễm trùng	10
Hội chứng chuyển hóa	10
Dấu ấn viêm sinh học.....	11
Hội chứng thiếu máu	11
Hội chứng khối u.....	12
Hội chứng cận ung thư (hội chứng cận u)	13

Phân độ

Phân độ sốc mất máu	14
Phân độ thiếu máu theo WHO 2011	14

CHƯƠNG 2: HÔ HẤP 15***Hội chứng***

Hội chứng nung mủ phổi.....	15
Hội chứng đông đặc phổi.....	16
Hội chứng khí phế thũng.....	18
Hội chứng tràn dịch màng phổi.....	19
Hội chứng tràn khí màng phổi.....	21
Hội chứng hẹp tiểu phế quản do co thắt.....	22
Hội chứng hẹp phế quản do chèn ép	23
Hội chứng xẹp phổi	24
Hội chứng giãn phế quản	24
Hội chứng trung thất.....	26
Hội chứng suy hô hấp	28

Phân độ

Phân độ khó thở theo mMRC.....	31
Phân loại dịch thấm - dịch tiết trong tràn dịch màng phổi	31
Phân loại mức độ tắc nghẽn đường thở của BPTNMT theo GOLD 2010.....	31
Phân loại mức độ nặng của hen phế quản	32
Phân loại mức độ nặng BPTNMT theo chức năng thông khí, lâm sàng.....	32
Phân độ nặng đợt cấp của BPTNMT theo Burge S 2003	33

Phân nhóm và dưới nhóm theo ký hiệu TNM trong U phổi.....	33
Phân loại giai đoạn TNM theo AJCC và UICC 2009 trong U phổi.....	34

CHƯƠNG 3: TIM MẠCH 35

Hội chứng

Tăng huyết áp	35
Hội chứng hẹp van hai lá.....	35
Hội chứng hở van hai lá	37
Hội chứng hở van động mạch chủ.....	39
Hội chứng hẹp van động mạch chủ.....	40
Hội chứng suy tim	40
Hội chứng vành cấp	43

Phân độ

Phân độ THA	45
Phân tầng yếu tố nguy cơ THA	45
Phân giai đoạn hẹp van hai lá	46
Phân độ hẹp van hai lá dựa vào thông số huyết động.....	46
Lượng giá mức độ hở hai lá trên siêu âm tim.....	46
Phân độ hở hai lá của Seller trên thông tim	46
Phân độ hở van động mạch chủ.....	47
Phân độ hẹp van động mạch chủ	47
Phân độ suy tim theo NYHA.....	48
Phân giai đoạn suy tim theo AHA/ACC.....	48
Phân độ cơn đau thắt ngực theo CCS.....	48
Phân độ đau thắt ngực không ổn định theo Braunwald.....	49

CHƯƠNG 4: MẠCH MÁU 50

Hội chứng

Hội chứng thiếu máu chi cấp tính	50
Hội chứng thiếu máu chi dưới mạn tính	51
Hội chứng huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới.....	52
Hội chứng hậu huyết khối	53

Phân độ

Phân giai đoạn bệnh động mạch chi dưới.....	54
Phân loại kết quả và ý nghĩa của chỉ số ABI	54

Thang điểm Well cải tiến đánh giá khả năng bị huyết khối tĩnh mạch.....	55
Thang điểm Well đánh giá khả năng lâm sàng bị tắc mạch phổi	55
Phân biệt huyết khối TM sâu chi dưới cấp và mạn tính dựa vào siêu âm.....	56

CHƯƠNG 5: THẬN – TIẾT NIỆU 57

Hội chứng

Cơn đau quặn thận	57
Hội chứng thận hư	57
Một số hội chứng về cầu thận (tham khảo thêm)	58
Hội chứng bất thường nước tiểu không triệu chứng.....	62
Hội chứng suy thận cấp.....	62
Hội chứng suy thận mạn	65
Hội chứng kích thích bàng quang	67
Hội chứng rối loạn tiểu tiện	67
Hội chứng rối loạn thể tích nước tiểu	68
Hội chứng bất thường màu sắc nước tiểu.....	68
Hội chứng nhiễm khuẩn đường tiết niệu (Tham khảo thêm)	69
Hội chứng tắc nghẽn đường tiết niệu	71
Hội chứng tăng Urea máu	74

Phân độ

Phân giai đoạn bệnh thận mạn theo KDIGO 2012	77
Đánh giá mức độ Protein niệu theo KDOQI 2012	77
Phân biệt STC chức năng và STC thực thể	77
Chẩn đoán tổn thương thận cấp và suy thận cấp theo RIFLE	78
Phân độ chấn thương thận theo AAST	78
Phân loại ung thư thận theo hệ thống TNM.....	79
Phân độ suy thận mạn theo giai đoạn.....	79
Phân loại ung thư bàng quang theo hệ thống TNM	80
Thang điểm IPSS đánh giá triệu chứng tiền liệt tuyến theo AUA.....	81

CHƯƠNG 6: TIÊU HÓA..... 82

Hội chứng

Cơn đau do loét dạ dày	82
Cơn đau do loét tá tràng	82
Cơn đau do viêm tụy cấp	82

Cơn đau do viêm túi mật cấp	83
Cơn đau quặn gan.....	83
Cơn đau abscess gan.....	84
Hội chứng vàng da	84
Hội chứng tắc ruột.....	87
Hội chứng táo bón	88
Hội chứng tiêu chảy	89
Hội chứng viêm phúc mạc.....	89
Hội chứng hoại tử tế bào gan.....	91
Hội chứng suy tế bào gan.....	92
Hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa	94
Hội chứng xuất huyết tiêu hóa cao	94
Hội chứng xuất huyết tiêu hóa thấp.....	96
Hội chứng Mallory – Weiss	97
Hội chứng lỵ.....	98

Phân độ

Thang điểm Balthazar đánh giá mức độ viêm tụy cấp trên CT-Scan.....	100
Thang điểm Ranson đánh giá mức độ và tiên lượng viêm tụy cấp.....	100
Thang điểm Imrie đánh giá mức độ viêm tụy cấp	101
Phân độ trướng tĩnh mạch thực quản theo Savary	101
Phân độ xuất huyết tiêu hóa.....	101
Đánh giá nguy cơ chảy máu tái phát và tỷ lệ tử vong trong xuất huyết tiêu hóa dựa vào:	
Phân loại Forrest.....	102
Thang điểm Rockall.....	103
Thang điểm Blatchford.....	103
Phân độ chấn thương gan theo AAST	104
Phân độ chấn thương lách theo AAST.....	105
Phân độ báng theo IAC	105
Các chỉ số đánh giá và tiên lượng trong xơ gan	
Child-Pugh	106
Okuda	107
Phân giai đoạn ung thư gan theo Barcelona	107
Phân giai đoạn ung thư gan theo Bộ y tế	108
Phân giai đoạn ung thư dạ dày theo hệ thống TNM.....	109

Phân giai đoạn ung thư thực quản theo hệ thống TNM	110
CHƯƠNG 7: NỘI TIẾT	111
Hội chứng	
Hội chứng tăng glucose máu	111
Hội chứng nhiễm độc giáp	112
Hội chứng giảm hoạt giáp	113
Phân độ	
Phân độ bướu giáp theo WHO	117
Phân độ lồi mắt theo ATA	117
CHƯƠNG 8: CƠ – XƯƠNG – KHỚP	118
Hội chứng	
Hội chứng tổn thương khớp	118
Hội chứng tăng acid uric máu	118
Dấu hiệu gãy xương:	
3 dấu hiệu chắc chắn gãy xương	119
3 dấu hiệu không chắc chắn gãy xương	119
Phân độ	
Phân giai đoạn viêm khớp dạng thấp	120
Phân giai đoạn thoái hóa khớp	120
Phân loại Gout theo ACR/EULAR 2015	120
Phân loại gãy Monteggia theo BADO	122
Phân độ gãy xương kín theo Oestern và Tschern 1982	122
Phân độ gãy xương hở theo Gustilo 1984	122
Phân loại gãy Weber theo Muller AO	123
Phân loại gãy đầu trên xương cánh tay theo Neer	123
CHƯƠNG 9: THẦN KINH	124
Hội chứng	
Hội chứng thắt lưng hông:	
Hội chứng tổn thương cột sống	124
Hội chứng chèn ép rễ thần kinh	124
Hội chứng chèn ép tủy	125
Hội chứng kích màng não	127
Hội chứng dịch não tủy	129

Hội chứng tăng áp lực nội sọ.....	130
Hội chứng liệt nửa người	131
Hội chứng liệt hai chi dưới	132
TÀI LIỆU THAM KHẢO.....	134

YhocData.com

Chia Sẻ Tài Liệu Y Học Miễn Phí



CHƯƠNG 1: TỔNG QUÁT

HƯỚNG DẪN TÓM TẮT MỘT SỐ BỆNH THƯỜNG LÀM BỆNH ÁN

HỘI CHỨNG là tập hợp các triệu chứng trong đó có:

- Triệu chứng cơ năng
- Triệu chứng thực thể
- Cận lâm sàng
- Có thể gặp ở nhiều bệnh khác nhau
- Có thể có thêm tiền sử bệnh liên quan

Bên cạnh đó một hội chứng **có thể không điển hình** mà chỉ xuất hiện một vài triệu chứng. Nếu như một hội chứng không đủ các triệu chứng chính thì tùy theo trường hợp mà vẫn có thể ghi Hội chứng hoặc Dấu chứng.

Các dấu chứng liên quan đến chẩn đoán nếu không thể quy hội chứng thì có thể đưa vào Dấu chứng dương tính/âm tính có giá trị

(1) HÔ HẤP

Hen: HC hẹp tiểu phế quản do co thắt + Tiền sử bệnh dị ứng có liên quan

COPD: HC khí phế thũng + Tiền sử liên quan khói thuốc/môi trường + có thể có các HC hô hấp khác đi kèm

Viêm phổi: HC đông đặc phổi điển hình/không điển hình + HC nhiễm trùng

Ung thư hệ hô hấp: HC khối u + có thể có HC cận u, HC trung thất + có thể có dấu chứng suy dinh dưỡng

(2) TIM MẠCH

Tăng huyết áp: tăng huyết áp + có thể có tiền sử sinh hoạt

Hẹp/Hở valve 2 lá: HC Hẹp valve 2 lá/HC Hở valve 2 lá

Hẹp/Hở valve động mạch chủ: HC Hẹp valve ĐMC/ HC Hở valve ĐMC

Suy tim: HC suy tim

(3) MẠCH MÁU

Viêm tắc động mạch chi: HC thiếu máu chi cấp tính/mạn tính + có thể có HC nhiễm trùng

Huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới: HC huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới

(4) THẬN – TIẾT NIỆU

Hội chứng thận hư: HC bất thường nước tiểu + HC phù

Suy thận cấp: (đọc HC Suy thận cấp)

Sỏi thận: Cơ đau quặn thận + HC bất thường màu sắc nước tiểu + có thể có HC rối loạn tiểu tiện, HC nhiễm trùng, HC tắc nghẽn đường tiết niệu trên

Nhiễm trùng tiết niệu dưới: HC nhiễm trùng + HC bất thường màu sắc nước tiểu + HC kích thích bàng quang + Các bằng chứng vi khuẩn trong nước tiểu

(5) TIÊU HÓA

Loét dạ dày: Cơ đau do loét dạ dày + Dấu chứng có giá trị về các yếu tố nguy cơ và tiền sử sinh hoạt

Viêm tụy cấp: Cơ đau do viêm tụy cấp + có thể có HC nhiễm trùng + Dấu chứng có giá trị về sinh hóa (tăng Amylase, Lipase)

Tắc ruột: Hội chứng tắc ruột

Xơ gan: HC tăng áp lực tĩnh mạch cửa + HC suy tế bào gan + HC vàng da + tiền sử bệnh liên quan

Xuất huyết tiêu hóa: HC xuất huyết tiêu hóa + có thể có HC tăng áp lực tĩnh mạch cửa (do nguyên nhân xơ gan) + tiền sử bệnh liên quan

Ung thư tiêu hóa: HC khối u + có thể có HC cận u, HC tắc ruột, HC táo bón, HC tiêu chảy, HC xuất huyết tiêu hóa + dấu chứng suy dinh dưỡng

(6) NỘI TIẾT

Đái tháo đường: HC tăng glucose máu

Basedow: HC tăng hoạt giáp

(7) CƠ – XƯƠNG – KHỚP

Viêm khớp dạng thấp: HC tổn thương khớp + Dấu ấn viêm sinh học + có thể có HC đáp ứng viêm toàn thân

Gãy xương: 3 dấu hiệu chắc chắn gãy xương + 3 dấu hiệu không chắc chắn gãy xương + Dấu chứng hình ảnh có giá trị (X-quang, CT-Scanner)

Thoái hóa khớp: HC tổn thương khớp + tiền sử bệnh liên quan

(8) THẦN KINH

Đau thần kinh tọa: HC tổn thương cột sống + HC chèn ép rễ thần kinh

U tủy: HC chèn ép tủy + có thể có các HC thần kinh khu trú kèm theo + HC khối u + có thể có HC cận ung thư + HC liệt hai chi dưới

U não: HC tăng áp lực nội sọ + có thể có các HC thần kinh khu trú kèm theo + HC khối u + có thể có HC cận ung thư

Chấn thương sọ não: Dấu chứng tổn thương não + có thể có các HC thần kinh khu trú kèm theo + Dấu chứng hình ảnh có giá trị (tụ máu dưới màng cứng, tụ máu ngoài màng cứng, nứt sọ não,...)

Viêm màng não: HC kích màng não + HC dịch não tủy + có thể có HC nhiễm trùng

Chấn thương cột sống: HC tổn thương cột sống + có thể có HC liệt hai chi dưới + Các yếu tố tai nạn

HỘI CHỨNG ĐÁP ỨNG VIÊM TOÀN THÂN (SIRS)

- Định nghĩa cũ: **≥ 2 triệu chứng** sau đây:
 - Sốt > 38°C hoặc < 36°C
 - Tần số tim > 90 lần/phút
 - Nhịp thở > 20 lần/phút hoặc PaCO₂ < 32 mmHg
 - Bạch cầu máu > 12.000/μL hoặc < 4.000/μL hoặc bạch cầu non ở ngoại vi > 10%
- Định nghĩa mới: Quick SOFA **≥ 2 triệu chứng** sau đây:
 - Tần số thở ≥ 22 lần/phút
 - Suy giảm tri giác (GCS ≤ 13)
 - Huyết áp tâm thu ≤ 100mmHg

LƯU Ý: Định nghĩa cũ thường được áp dụng để làm bệnh án cho sinh viên và hiện tại vẫn được áp dụng rộng rãi để đánh giá SIRS, còn theo Quick SOFA thường được áp dụng để đánh giá SEPSIS đặc biệt thường được áp dụng tại các khoa cấp cứu hay cần đánh giá nhanh để có hướng xử trí kịp thời.

HỘI CHỨNG NHIỄM TRÙNG (SEPSIS)

- Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân (SIRS) + bằng chứng nhiễm trùng hoặc nghi ngờ có nhiễm trùng (dựa vào tiền sử, triệu chứng hiện tại có nhiễm trùng ở tại vị trí nào hay không)
- Các dấu hiệu nhiễm trùng: môi khô, lưỡi bẩn, vết mặt nhiễm trùng

HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA

Được xác định khi có **≥ 3** yếu tố trong các yếu tố dưới đây:

- Nam có vòng bụng ≥ 90cm – Nữ có vòng bụng ≥ 80cm.
- Triglycerid máu ≥ 150 mg/dl.

- HDL-C < 40mg/dl (đối với nam) và < 50 mg/dl (đối với nữ).
- Huyết áp \geq 130/85 mmHg.
- Tăng glucose máu đói \geq 100 mg/dl (5,6 mmol/l)

DẤU ẤN VIÊM SINH HỌC

LƯU Ý: dấu ấn viêm sinh học là hội chứng cận lâm sàng để khảo sát hiện tượng viêm. Nhắc đến viêm thường nghĩ ngay đến 4 triệu chứng kinh điển: “sưng, nóng, đỏ, đau”, tuy nhiên không phải lúc nào cũng có. Dấu ấn của hiện tượng viêm có rất nhiều, tuy nhiên cần lưu ý những dấu ấn thường gặp trên lâm sàng sau.

- **VS** (tốc độ lắng hồng cầu) tăng hơn giá trị giới hạn trên (*), nếu tốc độ lắng > 50mm/1h cần xét nghiệm bổ sung để khẳng định chẩn đoán
- **CRP** tăng (thường > 50mg/l là có ý nghĩa)
- **Điện di đạm:**
 - o Tăng: α 1-globulin, α 2-globulin, γ -globulin
 - o Giảm: Albumin
- **Procalcitonin** tăng sớm
- **Cytokine:** IL-6, TNF- α tăng (ít dùng trên lâm sàng)
- **Bổ thể C3:** tăng (ít dùng trên lâm sàng)

(**)* Giới hạn trên của VS theo tuổi Nam và Nữ được tính như sau:

Nam: Tuổi/2

Nữ: (Tuổi + 10)/2

Số tuổi được tính theo đơn vị: năm.

HỘI CHỨNG THIẾU MÁU

Người được xem là thiếu máu khi nồng độ HGB ở máu ngoại vi dưới mức bình thường. **HGB < 130 g/l đối với nam** và **HGB < 120 g/l đối với nữ**

Khi làm bệnh án, thường dựa vào **hình thái** của hồng cầu để quy hội chứng thiếu máu. Để quy được cần có 2 chỉ số hồng cầu chính: **(1)** Thể tích hồng cầu trung bình (MCV) và **(2)** Nồng độ huyết sắc tố trung bình của hồng cầu (MCHC)

Cách quy hội chứng thiếu máu khi HGB đã đạt tiêu chuẩn thiếu máu

MCV	MCHC	Hội chứng
80 – 100 fl	> 300 g/l	Thiếu máu đẳng sắc hồng cầu bình thường
< 75 fl	< 300 g/l	Thiếu máu nhược sắc hồng cầu nhỏ
> 100 fl	> 300 g/l	Thiếu máu đẳng sắc hồng cầu to

Kèm theo mức độ thiếu máu ta sẽ có chẩn đoán đầy đủ. Ví dụ:

MCV < 75 fl (thể tích nhỏ)
 MCHC < 300 g/l (nhược sắc)
 HGB < 80 g/l (mức độ nặng)

} **Thiếu máu nhược sắc hồng cầu nhỏ mức độ nặng**

HỘI CHỨNG KHỐI U

Là hội chứng có triệu chứng lâm sàng thay đổi tùy theo mỗi loại ung thư. Khi $u \geq 1\text{cm}^3$ sẽ phát hiện được trên lâm sàng và hình ảnh, như vậy các triệu chứng lâm sàng đã có thể rõ ràng. Quan trọng hơn, để xác định hội chứng khối u là cận lâm sàng.

- Toàn thân:
 - Sụt cân: ở giai đoạn rõ rệt và muộn thường gầy sút nhanh chóng, có thể 5 – 10 kg trong vài tháng.
- Cơ năng:
 - Mệt mỏi, chán ăn thường gặp
 - Đau: do tổ chức ung thư xâm lấn, phá hủy các tổ chức xung quanh, các dây thần kinh, người bệnh có thể chết vì đau và suy kiệt.
 - Khối u các tạng rỗng phát triển gây Hội chứng bít tắc như: u hang vị gây hẹp môn vị và nôn, u tiền liệt tuyến gây bí tiểu,...
- Thực thể:
 - Tùy vào vị trí khối u mà có thể khám được các triệu chứng thực thể đi kèm. Nếu u lớn có thể gây các triệu chứng xâm lấn và chèn ép, ví dụ: khối u vòm mũi họng chèn ép vào các dây thần kinh sọ gây liệt dây thần kinh sọ, khám có dấu thần kinh khu trú;...
 - Có thể có các triệu chứng di căn nếu ung thư giai đoạn muộn
- Cận lâm sàng
 - Tùy vào khối u mà có các cận lâm sàng thích hợp để chỉ định, ví dụ: U phổi: nội soi phế quản khối u vùng trung tâm hoặc nội soi trung thất; X-quang phổi có khối mờ đậm đều, bờ rõ ở phế trường; CT-Scan; v.v...

Chất chỉ điểm u: các chất chỉ điểm từng loại ung thư đi kèm nếu có nghi ngờ trên lâm sàng hay cận lâm sàng khác.

HỘI CHỨNG CẬN UNG THƯ (HỘI CHỨNG CẬN U)

Là một nhóm các triệu chứng lâm sàng và sinh học do hoạt động mang tính chất nội tiết của một số loại ung thư gây nên. Hội chứng cận ung thư có thể là những triệu chứng báo sớm hoặc xảy ra cùng lúc khi loại ung thư gây nên hội chứng cận ung thư tương ứng đang tiến triển. Ví dụ: Một số ung thư tụy, ung thư giáp trạng, ung thư tuyến vú, v.v... có thể tiết ra ACTH gây ra hội chứng Cushing.

HỘI CHỨNG CẬN UNG THƯ (CUT) CỦA MỘT SỐ LOẠI UNG THƯ THƯỜNG GẶP

	Hormon được tiết sai lạc	Bệnh ung thư	Ghi chú
Hội chứng Cushing	ACTH và/hoặc CRF (Corticotropin-releasing-factor)	Ung thư tụy, ung thư tuyến ức, ung thư phế quản tế bào nhỏ, ung thư giáp trạng, ung thư tuyến mang tai	Đây là hội chứng hay gặp nhất
Hội chứng Schwartz-Bartter	HAD (Hormon antidiuretique)	Ung thư phế quản tế bào nhỏ, ung thư tụy, ung thư tá tràng, ung thư tuyến ức, u lympho ác tính	Lâm sàng: tăng ngấm nước chung với nhiễm độc do nước Sinh học: hạ Na ⁺ huyết do pha loãng
Hội chứng cường Calci huyết	PTH (Parathormone)	Ung thư phế quản dạng biểu bì, ung thư thận, ung thư tiêu hóa, ung thư phụ khoa	
Hội chứng cường giáp trạng	TSH (Hormone thyreotrope)	Ung thư rau, ung thư tiêu hóa, ung thư phụ khoa, ung thư phế quản	Dấu hiệu lâm sàng thường kín đáo
Các biểu hiện thần kinh và cơ: bệnh lý thần kinh ngoại biên, bệnh collagen			
Biểu hiện xương khớp (phì đại xương khớp,...)			
Biểu hiện bệnh lý da (Bệnh vẩy cá,...)			
Tăng hồng cầu	Erythropoietin	Ung thư thận, ung thư gan, ung thư tuyến thượng thận,...	
Bệnh to cực (ngón tay dùi trống)	STH (Hormon de croissance)	Ung thư phế quản	

PHÂN ĐỘ - PHÂN LOẠI - PHÂN GIAI ĐOẠN

PHÂN ĐỘ SỐC MÁU

	Độ I	Độ II	Độ III	Độ IV
Lượng máu mất (ml)	< 750 (< 15%)	750 – 1500 (15 – 30%)	1500 – 2000 (30 – 40%)	> 2000 (> 40%)
Tần số tim (lần/phút)	< 100	> 100	> 120	> 140
Huyết áp	Bình thường	Giảm hoặc thay đổi theo tư thế	HATT giảm dưới 90 mmHg	HATT giảm dưới 70 mmHg
Refill	< 2s	2 – 3s	3 – 4s	> 5s
Nhịp thở (lần/phút)	14 – 20 Bình thường	20 – 30 Nhịp thở tăng	30 – 40 Khó thở tăng	> 40 Suy hô hấp
Nước tiểu (ml/giờ)	> 30	20 – 30	5 – 10	Vô niệu
Tình trạng tri giác	Bình thường	Lo lắng	Vật vã, kích thích	Lơ mơ, hôn mê

PHÂN ĐỘ THIẾU MÁU THEO WHO 2011

MỨC ĐỘ	Nồng độ HGB	
	Nam	Nữ
Nhẹ	110 – 129 g/l	110 – 119 g/l
Vừa	80 – 109 g/l	80 – 109 g/l
Nặng	< 80 g/l	< 80 g/l

CHƯƠNG 2: HÔ HẤP

HỘI CHỨNG NUNG MỦ PHỔI

Hội chứng nung mủ phổi nguyên nhân là do vi khuẩn, nấm, amip gây bệnh trực tiếp hoặc bội nhiễm mà ta có thể thấy trên lâm sàng biểu hiện của Hội chứng đông đặc phổi. Còn Hội chứng đông đặc phổi gồm nhiều nguyên nhân, trong đó thường gặp là viêm phổi hoặc nung mủ phổi.

LƯU Ý: Giai đoạn nung mủ kín có biểu hiện là Hội chứng đông đặc phổi nên nhiều thầy cô xem giai đoạn này như là Hội chứng đông đặc phổi. Vì vậy khi viết bệnh án các bạn tóm tắt là **Hội chứng đông đặc phổi**.

Có 3 giai đoạn:

❖ HỘI CHỨNG NUNG MỦ PHỔI GIAI ĐOẠN NUNG MỦ KÍN

- Cơ năng
 - Đau ngực, vị trí đau cố định kéo dài
 - Ho khan, ho làm bệnh nhân khó chịu và đau ngực hơn
 - Khó thở vừa phải
- Toàn thân: Sốt 38,5 – 39°C, mạch tăng, mệt mỏi, lo lắng
- Thực thể
 - Nhìn: Lồng ngực cân xứng
 - Sờ: Rung thanh tăng hoặc giảm hoặc bình thường
 - Gõ: Gõ đục nhẹ và khu trú
 - Nghe: Rale nổ khô (hay gặp), hiếm khi có âm thổi ống
- Cận lâm sàng
 - X-quang: đám mờ, đồng nhất, bờ mờ và không hệ thống
 - Cấy mủ tìm vi khuẩn gây bệnh và làm kháng sinh đồ là quan trọng nhất

❖ HỘI CHỨNG NUNG MỦ PHỔI GIAI ĐOẠN KHẠC ỘC MỦ

- Cơ năng:
 - Khắc ộc mủ: ho cả tràng, sau đó đau như xé trong lồng ngực, mặt xanh, vã mồ hôi và khạc ra lượng lớn đàm mủ

- Hoặc khạc ra đàm hình đồng xu: khạc từng ít một, đàm đặc, hình tròn như hình đồng xu

❖ HỘI CHỨNG NUNG MỦ PHỔI GIAI ĐOẠN NUNG MỦ HỞ

- Cơ năng:
 - Khạc đàm mủ lượng nhiều
- Toàn thân: sốt dao động, sút cân, da xanh
- Thực thể:
 - **Hội chứng hang:** giữa vùng đông đặc phổi nghe được tiếng ngực thầm, âm thổi hang, rale ẩm, rale bọt (*rale bọt cô nói là rale ẩm to hạt*)
- Cận lâm sàng:
 - Tốc độ lắng máu (VS) tăng.
 - CTM: Bạch cầu tăng, bạch cầu đa nhân trung tính tăng
 - X-quang: Hình ảnh mức hơi nước là điển hình nhất
 - Soi đàm + cấy đàm: Đàm có nhiều bạch cầu đa nhân thoái hóa, vi khuẩn gây bệnh.
 - Nội soi phế quản: Nhiều mủ ở phế quản thùy hay phân thùy
 - Cấy mủ tìm vi khuẩn gây bệnh và làm kháng sinh đồ là quan trọng nhất

HỘI CHỨNG ĐÔNG ĐẶC PHỔI

LƯU Ý: Dù trên lâm sàng khám được HCĐDP co rút, hay không co rút, hay rải rác thì khi viết vào phần tóm tắt cũng chỉ là Hội chứng đông đặc phổi. Bên cạnh đó có Hội chứng đông đặc phổi điển hình và Hội chứng đông đặc phổi không điển hình. **Điển hình và không điển hình** khác nhau điểm lớn nhất đó là sự hiện diện các triệu chứng lâm sàng đầy đủ hay không, các triệu chứng cận lâm sàng thể hiện một đông đặc phổi nhưng các triệu chứng lâm sàng lại kín đáo thì ta có thể tóm tắt là Hội chứng đông đặc phổi không điển hình.

Được chia làm 3 loại:

❖ HỘI CHỨNG ĐÔNG ĐẶC KHÔNG CO RÚT (thể tích phổi vẫn bình thường)

- Cơ năng
 - Ho khạc đờm xanh, vàng, đôi khi có thể ho ra máu

- Đau tức ngực, khó thở
- Toàn thân: tùy theo nguyên nhân có thể có sốt cao, rét run, hội chứng nhiễm trùng,..
- Thực thể
 - Nhìn: Lồng ngực cân đối 2 bên
 - Sờ: Rung thanh tăng
 - Gõ: Gõ đục vùng tổn thương
 - Nghe: Rì rào phế nang giảm, có thể kèm theo:
 - rale nổ
 - tiếng thổi ống khi nhu mô phổi bị đông đặc trên diện rộng
 - tiếng cọ màng phổi khi có viêm màng phổi kèm theo
- Cận lâm sàng
 - X-quang: vùng mờ thường có hình tam giác, đỉnh quay về phía rốn phổi, bờ thẳng, có thể thấy phế quản hơi. *Diện tích của phân thùy phổi hoặc thùy phổi hoặc cả phổi bị tổn thương không bị giảm.*

❖ HỘI CHỨNG ĐÔNG ĐẶC CO RÚT (thể tích phổi bị tổn thương nhỏ lại)

- Cơ năng
 - Tùy theo nguyên nhân mà có ho ra máu, đau ngực, khó thở, hội chứng xâm nhập,...
- Thực thể:
 - Nhìn: Không thấy gì đặc biệt nếu vùng phổi xẹp không lớn. Nếu vùng phổi xẹp rộng, thấy lồng ngực bên tổn thương xẹp và kém di động hơn bên lành
 - Sờ: Rung thanh tăng
 - Gõ: Gõ đục vùng tổn thương
 - Nghe: rì rào phế nang giảm hoặc mất hẳn, không có rale, đôi khi nghe được tiếng thổi ống
- Cận lâm sàng
 - X-quang: hình mờ tam giác, đỉnh về phía rốn phổi, bờ lõm hướng về trung tâm vùng mờ kèm theo một số triệu chứng gián tiếp như trung thất bị kéo về bên bệnh, vòm hoành nâng cao, khoảng gian sườn hẹp lại. *Các triệu chứng Xquang này giúp chẩn đoán phân biệt với hội chứng đông đặc phổi không co rút*

Hội chứng xâm nhập: là hội chứng xảy ra ngay khi dị vật rơi vào đường thở. Đây là kết quả của việc dị vật đi vào khe giữa hai dây thanh âm (là chỗ hẹp nhất của đường thở) gây ra 2 phản xạ: phản xạ co thắt và phản xạ ho. Phản xạ co thắt ngăn không cho dị vật tiếp tục đi vào sâu hơn nữa, và phản xạ ho để tống dị vật ra ngoài. Hai phản xạ này gây nên các hiện tượng ho sặc, tím, vã mồ hôi, co kéo cơ hô hấp, có khi gây nên tắc thở,... Hội chứng xâm nhập là chìa khóa để chẩn đoán một trường hợp dị vật đường thở và là tiền đề để quy thành Hội chứng hẹp phế quản do chèn ép

❖ HỘI CHỨNG ĐÔNG ĐẶC RỈ RÁC (thường do nhiễm trùng)

- Cơ năng
 - Sốt cao hoặc sốt dai dẳng về chiều và tối, tùy theo nguyên nhân gây bệnh
 - Ho khạc đàm xanh, vàng hoặc có thể có máu
 - Đau ngực, khó thở khi gắng sức hoặc khi nghỉ ngơi
- Thực thể
 - Nhìn: Lồng ngực cân xứng 2 bên
 - Sờ: Rung thanh tăng
 - Gõ: Gõ đục, có thể gõ đục 1 phổi hoặc cả 2 phổi
 - Nghe: Rì rào phế nang giảm, có thể kèm theo:
 - **Rale nổ, rale ẩm rải rác 2 phế trường**
 - Tiếng cọ màng phổi khi có viêm màng phổi kèm theo
- Cận lâm sàng
 - X-quang: nhiều đám mờ lan tỏa, ranh giới của bờ không rõ rệt

HỘI CHỨNG KHÍ PHẾ THỦNG

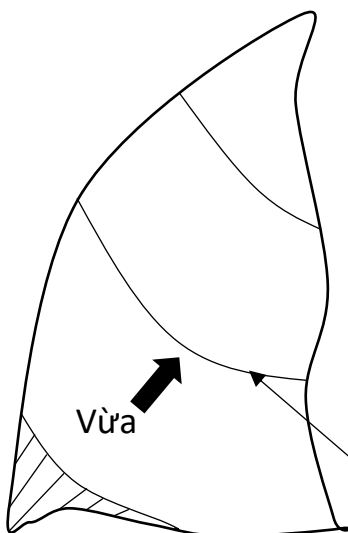
- Cơ năng:
 - Khó thở: khó thở tăng dần, ban đầu gắng sức, về sau trở nên trường diễn là rất hay gặp
 - Các triệu chứng khác hiếm khi thấy như:
 - Ho khan là thường gặp, hiếm khi khạc đàm
 - Tím môi và đầu chi ít gặp, thường đi kèm với suy hô hấp mạn và ngón tay dùi trống
 - Khó thở nhanh thì thở ra
- Thực thể:
 - Nhìn:

- Lồng ngực biến dạng hình thùng
- Lồng ngực hình ức gà nếu xảy ra ở trẻ em
- Đôi khi có thể có dấu huy động cơ hô hấp phụ: co kéo hõm ức, co kéo hố thượng đòn
- Sờ:
 - Rung thanh thường bình thường hoặc giảm
- Gõ:
 - Gõ vang cả 2 phế trường
 - Bờ trên gan hạ thấp
- Nghe: Âm phế bào giảm, tiếng tim nghe rõ ở mũi ức
- Cận lâm sàng:
 - X-quang: Lồng ngực giãn rộng, hai phế trường sáng hơn bình thường, cơ hoành hạ thấp, khoảng gian sườn giãn rộng, xương sườn nằm ngang, tim hình giọt nước.
 - Đo chức năng hô hấp: Thể tích cận (VR) tăng, thể tích thở ra gắng sức trong giây đầu tiên VEMS (hay FEV1) giảm và tỉ Tiffeneau (tính bằng VEMS/VC) giảm
 - Khí máu động mạch: PaO₂ giảm, PaCO₂ tăng

HỘI CHỨNG TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI

- Cơ năng
 - Đau ngực bên tràn dịch màng phổi: đau tăng khi ho, khi hít sâu và khi hắt hơi (khi cử động lồng ngực)
 - Ho khan, ho ông ổng, ho màng phổi (ho nhiều khi thay đổi tư thế, làm dịch di chuyển kích thích các receptor màng phổi tạng gây ho)
 - Khó thở: tùy vào lượng dịch và tốc độ xuất tiết
 - Tư thế giảm đau:
 - Tràn dịch lượng ít: thường không có khó thở
 - Tràn dịch lượng vừa: xu hướng nằm nghiêng về bên lành
 - Tràn dịch lượng nhiều: khi ngồi đỡ khó thở, có xu hướng nằm nghiêng về bên tràn dịch
- Thực thể
 - Nhìn:

- Tràn dịch màng phổi lượng ít thường chưa có thay đổi hình dáng lồng ngực
 - Tràn dịch tự do, lượng nhiều thấy lồng ngực mất cân đối, rõ hơn khi bệnh nhân thở mạnh: bên tràn dịch giãn lớn hơn nhưng sự di động theo nhịp thở kém hơn so với bên lành
 - Tràn dịch màng phổi phát hiện muộn (đã vách hóa hoặc dày dính màng phổi): lồng ngực bên tổn thương bị xẹp, khoảng gian sườn thu hẹp và di động kém hơn bên lành
- Sờ: rung thanh giảm hoặc mất hẳn bên tràn dịch
 - Gõ: gõ đục và âm đục thay đổi theo tư thế bên tràn dịch (nếu là tràn dịch tự do) hoặc âm đục không thay đổi theo tư thế (nếu là tràn dịch khu trú)
 - Nghe:
 - Âm phế bào giảm hoặc mất ở vùng tràn dịch
 - Tiếng cọ màng phổi: thường chỉ gặp ở giai đoạn đầu hoặc giai đoạn thoái lui
 - Tiếng thổi màng phổi: chỉ nghe khi có đông đặc phổi và tràn dịch mức độ vừa
- Cận lâm sàng
- X-quang ngực thẳng *tư thế đứng*:



- Tràn dịch lượng ít: tù góc sườn hoành
- Tràn dịch lượng vừa: đường cong Damoiseau ngang mức bờ dưới xương bả vai
- Tràn dịch lượng nhiều: đường cong Damoiseau ngang mức bờ dưới xương đòn kèm trung thất bị đẩy sang bên lành (nếu không có xẹp phổi)

- Siêu âm lồng ngực: có hình ảnh dịch trong lồng ngực
- **Chọc dò khoang màng phổi có dịch**: là tiêu chuẩn chẩn đoán

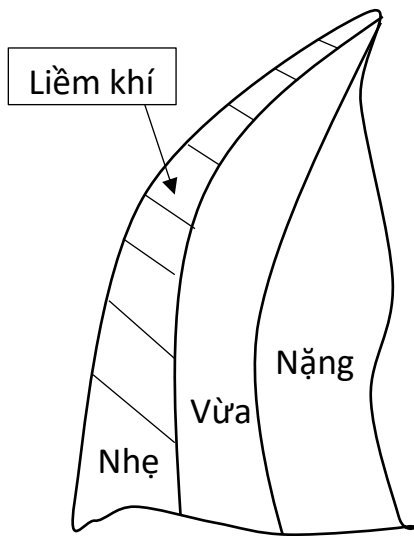
(*) Tuy nhiên đường cong Damoiseau trên X-quang gặp rõ nhất khi có tràn dịch lượng vừa. Tràn dịch nhiều ít gặp hơn.

Hội chứng tràn dịch màng phổi được xác định khi có:

- **Hội chứng 3 giảm**: rung thanh giảm – gõ đục – âm phế bào giảm
- **Siêu âm, X-quang**: gợi ý có dịch trong màng phổi
- **Chọc dò màng phổi**: có dịch thấm hoặc dịch tiết trong màng phổi

HỘI CHỨNG TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI

- Cơ năng
 - Xảy ra nhanh và số lượng nhiều:
 - Đau ngực đột ngột, đau nhói, thậm chí đau như dao đâm
 - Diễn biến càng nhanh thì càng khó thở, khó thở nhanh nông
 - Có thể thấy co kéo khoảng gian sườn, hố thượng đòn hay hõm ức
 - Có thể kèm vã mồ hôi, mặt tái xanh, tím môi và đầu chi
 - Xảy ra từ từ:
 - Đau ngực âm ỉ
 - Khó thở tăng dần
- Thực thể
 - Nhìn:
 - Tràn khí ít: chưa có thay đổi, lồng ngực 2 bên cân xứng
 - Tràn khí nhiều: lồng ngực bên tràn khí căng phồng, khoảng giãn sườn giãn, kém di động theo nhịp thở
 - Sờ: *rung thanh giảm hoặc mất bên tràn khí*. Ấn trên da nghe tiếng lạo xạo nếu có kèm tràn khí dưới da
 - Gõ: *gõ vang trống (là triệu chứng đặc hiệu nhất)*
 - Nghe: *âm phế bào mất*, có thể có âm thổi vò hay tiếng vang kim khí
- Cận lâm sàng
 - X-quang: bên tràn khí lồng ngực căng phình ra, xương sườn có thể nằm ngang, khoảng gian sườn giãn, phế trường sáng hơn bình thường, nhu mô phổi bị ép về phía rốn phổi, cơ hoành bị đẩy xuống thấp, tim và khí quản bị đẩy về phía bên lành, trong phế trường thấy đường viền ngăn giữa nhu mô phổi và vùng tràn khí (vùng sáng hơn ở giữa đường viền và thành ngực là liềm khí):



- Nhẹ: liệt khí chiếm 1/3 diện tích phế trường
- Vừa: liệt khí chiếm 2/3 diện tích phế trường
- Nặng: liệt khí chiếm gần như toàn bộ phế trường

Tam chứng Gaillard: sờ - gõ - nghe (phần thực thể)
là dấu hiệu đặc trưng của tràn khí màng phổi

HỘI CHỨNG HỢP TIỂU PHẾ QUẢN DO CƠ THẮT

- Cơ năng

- Tiền triệu: hắt hơi, sổ mũi, khó chịu, lo âu
- Khó thở: xảy ra sau tiền triệu, khó thở thành cơn, cơn khó thở kéo dài từ vài phút đến vài giờ, thậm chí cả ngày, khó thở thì thở ra, có tiếng cò cữ, sau đó khó thở tăng dần tiến tới khó thở cả 2 thì
- Khó thở dẫn đến bệnh nhân phải ngồi dậy tì tay vào thành giường để thở
- Ho và khạc đàm nhiều, đàm trong và dính, có khi có những hạt lợn cợn, sau đó cơn khó thở giảm dần và bệnh nhân thấy dễ chịu
- Có thể ra nhiều mồ hôi, tay chân lạnh

- Thực thể

- Nhìn:
 - Lồng ngực giãn do ứ khí
 - Cơ kéo hõm ức và các khoảng gian sườn
- Sờ: rung thanh có thể giảm
- Gõ: gõ vang cả 2 phổi
- Nghe:
 - Âm phế bào giảm
 - Rale rít, rale ngáy khắp 2 phế trường
 - Sau cơn có thể nghe được rale ẩm hoặc không nghe được rale

- Cận lâm sàng

- X-quang: 2 phế trường sáng hơn bình thường, lồng ngực giãn, có thể thấy hình ảnh khí phế thũng
- Đo chức năng hô hấp: thể tích thở ra tối đa trong giây đầu tiên VEMS (hay FEV₁) giảm, tỉ Tiffeneau (FEV₁/VC) giảm, lưu lượng đỉnh PEF giảm

HỘI CHỨNG HỢP PHẾ QUẢN DO CHÈN ÉP

- Cơ năng (một số trường hợp không có triệu chứng cơ năng)
 - Ho: thường gặp là ho khan, ít hơn là ho không nín được, ho cả tràng, ho đề kháng với điều trị
 - Khạc đàm:
 - Đàm trong, nhầy
 - Đàm mủ nếu do nung mủ trên chỗ hẹp
 - Đàm máu nếu do ung thư, lao
 - Triệu chứng khác tùy theo nguyên nhân gây bệnh, ví dụ: u trung thất gây nuốt khó, khàn giọng, v.v..
- Toàn thân: sụt cân nếu nguyên nhân là ung thư, lao hay nhiễm trùng bị bội nhiễm
- Thực thể
 - Thường không có triệu chứng thực thể, ở một số trường hợp có thể có hội chứng đông đặc phổi
- Cận lâm sàng
 - X-quang: có thể thấy những hình ảnh sau
 - Đông đặc phổi (tùy theo từng nguyên nhân)
 - Xẹp phổi: đám mờ hình tam giác với đỉnh hướng vào rốn phổi và đáy hướng ra thành ngực, mờ đậm đồng đều. Phân biệt xẹp phổi với đông đặc phổi ở các dấu hiệu như: giảm thể tích phổi vùng xẹp và những tạng lân cận bị kéo về phía phổi xẹp
 - Khí phế thũng tắc nghẽn: hình ảnh một hay nhiều thùy tăng sáng hơn bình thường
 - Có thể có nung mủ phổi khu trú nằm bên trong một vùng giảm thông khí

HỘI CHỨNG XỆP PHỔI

- Cơ năng (có thể có hoặc không có triệu chứng rõ ràng)
 - Khó thở
 - Thở nhanh nông
 - Ho
 - Sốt nhẹ
- Thực thể
 - Sờ: mất rung thanh ở vùng phổi xẹp
 - Nghe: mất âm phế bào ở vùng phổi xẹp là triệu chứng rõ ràng nhất
- Cận lâm sàng
 - X-quang: có rất nhiều đặc điểm hình ảnh tùy theo từng vị trí giải phẫu của phổi bị xẹp, nhìn chung có những dấu hiệu trực tiếp và gián tiếp để đánh giá xẹp phổi trên x-quang như sau:
 - Dấu hiệu trực tiếp: có thể thấy mất nhu mô phổi, dịch chuyển các rãnh liên thùy và chèn ép mạch
 - Dấu hiệu gián tiếp: cơ hoành nâng lên cao hơn bình thường, trung bị kéo về phía phổi xẹp, thùy liền kề hay đối bên tăng hoạt động (tăng sáng hơn bình thường), rốn phổi bị dịch chuyển

HỘI CHỨNG GIÃN PHẾ QUẢN

- Cơ năng
 - Ho và khạc đàm nhiều là triệu chứng chính và đặc thù của giãn phế quản:
 - Ho rải rác cả ngày, ho nhiều vào buổi sáng
 - Đàm nhiều, trung bình từ 20 – 100 ml/ngày, có khi vượt quá 100 ml/ngày, có một số trường hợp thể khô không khạc đàm
 - Mùi đàm như thạch cao ướt, nếu có bội nhiễm thì mùi hôi thối
 - Để yên lắng thành 4 lớp từ cao đến thấp: đàm bọt, đàm nhầy mủ, nước nhầy, mủ đặc
 - Có thể thấy ho ra máu nhẹ hay khó thở, tím từ mức độ nhẹ đến nặng
- Toàn thân:
 - Sốt nhẹ 38°C

- Mệt mỏi, xanh xao
- Tổng trạng chung được đảm bảo trong một thời gian dài
- Thực thể (*thường ít có triệu chứng so với cơ năng rầm rộ*)
 - Tại phổi:
 - Có thể nghe được rale ẩm, rale rít, rale ngáy ở vùng có tổn thương, sự cố định các rale bệnh lý ở một vùng từ lần khám này đến lần khám khác
 - Đông đặc phổi co rút nếu có xẹp phổi
 - Ngoài phổi: ngón tay dùi trống, móng tay khum mặt kính đồng hồ
- Cận lâm sàng
 - X-quang:
 - Hình ảnh sáng: hơi lớn, hình tròn hay hình trứng, mảnh, tập trung lại trong vùng bị tổn thương, các hình sáng này vẽ nên hình ảnh hoa hồng hoặc hình tổ ong
 - Hình ảnh mờ: có thể họp lại thành đám, thường gặp ở thùy giữa và thùy dưới phổi tạo nên hình ảnh giả thâm nhiễm phổi
 - Chụp phế quản cản quang cho thấy các loại giãn phế quản sau đây:
 - Hình trụ hay gập nhất
 - Hình tĩnh mạch trướng hay hình tràng hạt
 - Hình bóng hay hình túi
 - Cũng có thể gặp thuốc dừng lại ở ngã ba nơi phân chia phế quản: chứng tỏ dưới nơi đó bị tắc do chất tiết hoặc viêm nhiễm
 - Nội soi phế quản: chủ yếu để khảo sát lòng phế quản thùy, phân thùy và hút dịch phế quản tìm vi khuẩn

HỘI CHỨNG TRUNG THẮT

Cách phân chia trung thất:

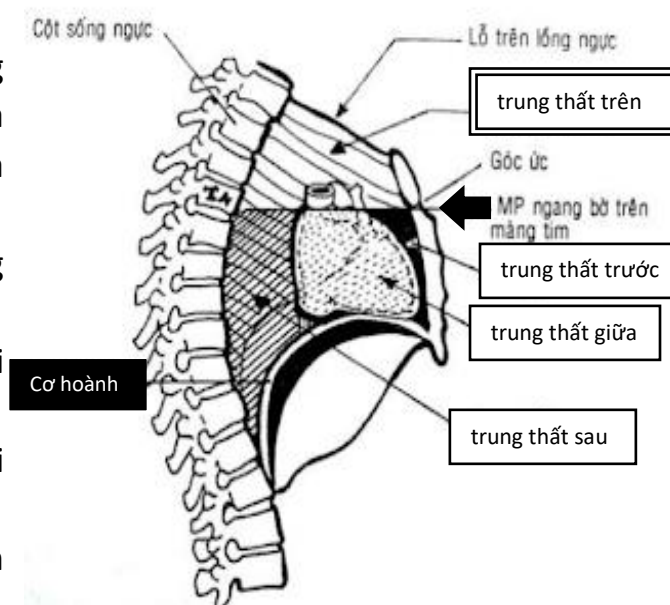
- Mặt phẳng ngang bờ trên màng tim (ngang khe đốt sống D4-5 và góc xương ức) chia trung thất làm 2 phần: **Trung thất trên** và **Trung thất dưới**

- Trung thất dưới lại tiếp tục dựa vào màng ngoài tim và được chia thành:

+ **Trung thất trước**: giới hạn bởi màng ngoài tim trước và sau xương ức

+ **Trung thất giữa**: chứa tim và màng ngoài tim

+ **Trung thất sau**: phía sau màng ngoài tim sau



Như vậy hội chứng trung thất sẽ được phân thành 4 loại:

❖ **HỘI CHỨNG TRUNG THẮT TRÊN**

- Triệu chứng chèn ép khí phế quản:

○ Cơ năng

- Khó thở vào kèm tiếng rít thanh quản
- Ho khan, ho thành từng cơn và có khi ho ra máu
- Đau ngực: vị trí đau thay đổi tùy nơi bị chèn ép, bị chèn ép ở đâu thì đau ở cố định tại chỗ đó hoặc có thể lan theo dây thần kinh liên sườn hay lan lên cổ và 2 tay, đau thường liên tục

○ Thực thể

- Nhìn: rút lõm hõm trên ức, dưới ức

○ Cận lâm sàng (*): *Phần lưu ý cuối hội chứng*

- Hội chứng chèn ép tĩnh mạch chủ trên:

○ Cơ năng: Nhức đầu, khó ngủ, làm việc trí óc mau chóng mệt do ứ máu ở tĩnh mạch não

○ Thực thể:

- Tím: lúc đầu có thể chỉ có ở môi, má, tai hay tăng lên khi ho và gắng sức. Giai đoạn sau nửa người phía trên tím

- Dấu hiệu phù áo khoác: phù ở mặt, cổ to bạnh ra, hố thượng đòn đầy, lồng ngực và có khi ở cả 2 tay cũng phù
- Tĩnh mạch nổi to: tĩnh mạch cổ, tĩnh mạch dưới lưỡi nổi to lên, tĩnh mạch bàng hệ lồng ngực nở to ra, ngoằn ngoèo
- Phù và tuần hoàn bàng hệ: tùy vào vị trí bị chèn ép của tĩnh mạch chủ trên mà có các mức độ và hình thái khác nhau, như:
 - Tắc trên chỗ vào TM đơn: tuần hoàn bàng hệ TM liên sườn trên
 - Tắc ngay chỗ và dưới chỗ vào của TM đơn: tuần hoàn bàng hệ nổi rõ ở lồng ngực và phân trên của bụng
- Triệu chứng chèn ép động mạch dưới đòn: mạch nảy không đều ở 2 tay, bên bị chèn ép mạch yếu hơn. Huyết áp đo ở tay bị chèn ép thấp hơn tay kia
- Triệu chứng chèn ép động mạch phổi:
 - Cơ năng: khó thở khi gắng sức
 - Thực thể: nghe tim có tiếng thổi tâm thu ổ van động mạch phổi
- Triệu chứng chèn ép thần kinh quặt ngược: nói khàn, có khi mất giọng hay nói giọng đôi
- Triệu chứng chèn ép đám rối thần kinh cánh tay: Đau lan lên vai và mặt trong cánh tay (*hội chứng Pancoat - Tobias*)
- Triệu chứng chèn ép thần kinh hoành đoạn trên: có thể gây nấc, đau vùng cơ hoành hay thậm chí liệt cơ hoành dẫn đến khó thở
- Triệu chứng chèn ép thần kinh lang thang đoạn trên: tim đập nhanh, hồi hộp, đánh trống ngực

❖ **HỘI CHỨNG TRUNG THẤT TRƯỚC**

Rất ít có triệu chứng cơ năng và thực thể, thường bệnh nhân khai chỉ có đau âm ỉ trước ngực

❖ **HỘI CHỨNG TRUNG THẤT GIỮA**

- Hội chứng chèn ép tĩnh mạch chủ dưới:
 - Cơ năng: thường không có gì đặc biệt
 - Thực thể: khám có thể sờ thấy gan to, tuần hoàn bàng hệ nhiều ở bụng và nền lồng ngực. Phù chi dưới mà không phù chi trên

- Triệu chứng chèn ép thần kinh hoành đoạn dưới: nấc, đau vùng cơ hoành, khó thở do liệt cơ hoành

❖ **HỘI CHỨNG TRUNG THẤT SAU**

- Triệu chứng chèn ép thực quản:
 - Cơ năng:
 - Nuốt: nuốt khó, nuốt đau hoặc nuốt nghẹn
 - Đau: đau sâu phía sau ngực, đau lan sang bên hoặc lan lên trên
 - Thực thể: thường không có gì đặc biệt
- Triệu chứng chèn ép thần kinh giao cảm cổ: đồng tử co lại, hẹp khe mắt, sụp mi, mắt lõm sâu, gò má đỏ (*Hội chứng Claude - Bernard - Horner*)
- Triệu chứng chèn ép thần kinh liên sườn: đau theo dây thần kinh liên sườn
- Triệu chứng chèn ép ống ngực: có thể thấy tràn dịch màng phổi dưỡng chấp, cổ trướng dưỡng chấp hoặc phù chi dưới lan dần lên chi trên

LƯU Ý: Hội chứng trung thất thường kèm theo **Hội chứng khối u** vì nguyên nhân do khối u trung thất cũng thường gặp. Cận lâm sàng không xâm lấn gồm X-quang, CT-scan ngực có hay không có cản quang, MRI thường cho thấy hình ảnh gợi ý nguyên nhân do u, thoát vị hoành, v.v... Cận lâm sàng xâm lấn như Nội soi phế quản, trung thất, lồng ngực, sinh thiết sẽ cho những kết quả chẩn đoán.

HỘI CHỨNG SUY HÔ HẤP

Triệu chứng chung:

- Cơ năng:
 - Ý thức: giai đoạn đầu lo lắng, kích thích; giai đoạn sau ngủ gà, có thể co giật hay hôn mê
 - Khó thở: là triệu chứng quan trọng trong suy hô hấp, khó thở nhanh hoặc chậm, thậm chí ngừng thở
 - Tùy theo nguyên nhân mà có thể có thêm: ho, khạc đàm, đau ngực
- Toàn thân: có thể rối loạn huyết động (mạch nhanh, huyết áp tụt kẹt, v.v...)
- Thực thể

- Nhìn:
 - Tím: tím môi và đầu chi, giai đoạn muộn thì tím toàn thân
 - Lồng ngực có thể cân xứng hoặc không (tùy theo nguyên nhân)
 - Dấu co kéo cơ hô hấp phụ, co kéo hõm trên ức, hố thượng đòn
 - Có thể thấy ngón tay dùi trống, móng tay khum mặt kính đồng hồ trong suy hô hấp mạn
- Sờ: rung thanh tăng, giảm hoặc bình thường (tùy theo nguyên nhân)
- Gõ: gõ vang, đục hoặc trong (tùy theo nguyên nhân)
- Nghe: có thể nghe thấy rales hay tiếng thổi rít, thổi khò khè bất thường (tùy theo nguyên nhân)
- Cận lâm sàng
 - Khí máu động mạch:
 - $\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$ và PaCO_2 tăng hoặc bình thường hoặc giảm, thường kèm với $\text{pH} < 7,3$ xảy ra cấp được xem là suy hô hấp cấp
 - $\text{PaO}_2 < 70 \text{ mmHg}$ và $\text{PaCO}_2 > 45 \text{ mmHg}$ xảy ra trường diễn, thường pH giảm nhẹ hoặc thậm chí trong giới hạn bình thường được xem là suy hô hấp mạn

Lưu ý: Trong suy hô hấp thường khó phân biệt cấp hay mạn nếu như chỉ dựa vào kết quả khí máu động mạch. Như vậy cần xem xét các dấu hiệu lâm sàng của giảm oxy máu mạn tính như đa hồng cầu, tâm phế mạn, ngón tay dùi trống, v.v... để chẩn đoán.

Dựa vào thời gian diễn biến có thể phân loại suy hô hấp thành 3 loại:

- Suy hô hấp cấp
- Suy hô hấp mạn
- Suy hô hấp cấp trên nền mạn

Dựa vào thành phần khí máu động mạch, suy hô hấp được phân chia thành 2 loại:

- Suy hô hấp type I: giảm nồng độ PaO_2 với PaCO_2 bình thường hoặc giảm
- Suy hô hấp type II: giảm nồng độ PaO_2 với PaCO_2 tăng

* Có thể đọc thêm trong sách Nội bệnh lý (DHY) để tham khảo thêm Suy hô hấp cấp và Suy hô hấp mạn.

PHÂN ĐỘ - PHÂN LOẠI - PHÂN GIAI ĐOẠN

ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ KHÓ THỞ THEO THANG ĐIỂM mMRC

Độ 0	Chỉ xuất hiện khó thở khi hoạt động gắng sức
Độ 1	Xuất hiện khó thở khi đi nhanh hoặc leo cầu thang
Độ 2	Đi chậm hơn hoặc phải dừng lại để thở khi đi cạnh người cùng tuổi
Độ 3	Phải dừng lại để thở sau khi đi 100m
Độ 4	Rất khó thở khi ra khỏi nhà hoặc thay quần áo

PHÂN LOẠI DỊCH THẨM VÀ DỊCH TIẾT TRONG TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI

Dịch màng phổi sẽ là **dịch tiết** nếu thỏa mãn ít nhất 1 trong 3 tiêu chuẩn sau

(Tiêu chuẩn LIGHT 1972)

Xét nghiệm	Dịch thẩm	Dịch tiết
Protein dịch màng phổi/huyết thanh	< 0,5	≥ 0,5
LDH dịch màng phổi	< 2/3 giới hạn trên của bình thường	≥ 2/3 giới hạn trên của bình thường
LDH dịch màng phổi/huyết thanh	< 0,6	≥ 0,6

⇒ Nếu không thỏa mãn ít nhất 1 điều kiện trên thì đó là **dịch thẩm**.

ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ TẮC NGHẼN ĐƯỜNG THỞ CỦA BPTNMT THEO GOLD 2010

Giai đoạn	Đặc điểm
I : BPTNMT nhẹ	FEV ₁ /FVC < 70% FEV ₁ ≥ 80% trị số lý thuyết
II : BPTNMT trung bình	FEV ₁ /FVC < 70% 50% ≤ FEV ₁ < 80% trị số lý thuyết
III : BPTNMT nặng	FEV ₁ /FVC < 70% 30% ≤ FEV ₁ < 50% trị số lý thuyết
IV : BPTNMT rất nặng	FEV ₁ /FVC < 70% FEV ₁ < 30% trị số lý thuyết

PHÂN LOẠI MỨC ĐỘ NẶNG CỦA HEN PHẾ QUẢN

Biểu hiện	Hen nhẹ, từng lúc	Hen nhẹ, dai dẳng	Hen trung bình, dai dẳng	Hen nặng, dai dẳng
Triệu chứng ban ngày	≤ 2 cơn/tuần	≥ 2 cơn/tuần nhưng ít hơn 1 lần/ngày	Hàng ngày	Cơn liên tục
Triệu chứng ban đêm	≤ 2 cơn/tháng	3-4 cơn/tháng	≥ 1 cơn/tuần	Hàng đêm
Giới hạn hoạt động	Không	Ít	Một số	Nhiều
Dùng thuốc cắt cơn	≤ 2 lần/tuần	≥ 2 lần/tuần	Hàng ngày	Thường xuyên
FEV1 hoặc PEF	≥ 80%	≥ 80%	60 – 80%	< 60%
Đợt bùng phát	0-1 lần/năm	≥ 2 lần/năm	≥ 2 lần/năm	≥ 2 lần/năm
Kiểm soát	Bước 1	Bước 2	Bước 3, có thể dùng đợt ngắn corticoid uống	Bước 4 hoặc 5, có thể dùng đợt ngắn corticoid uống

PHÂN LOẠI MỨC ĐỘ NẶNG BPTNMT THEO CHỨC NĂNG THÔNG KHÍ, LÂM SÀNG

Đặc điểm	Nguy cơ thấp ít triệu chứng	Nguy cơ thấp nhiều triệu chứng	Nguy cơ cao ít triệu chứng	Nguy cơ cao nhiều triệu chứng
Mức độ tắc nghẽn đường thở	Nhẹ, trung bình	Nhẹ, trung bình	Nặng, rất nặng	Nặng, rất nặng
Đợt cấp trong vòng 12 tháng	0 – 1 đợt	0 – 1 đợt	≥ 2 đợt	≥ 2 đợt
Mức độ khó thở Hoặc chỉ số CAT	giai đoạn 0 - 1 < 10	≥ giai đoạn 2 ≥ 10	giai đoạn 0 - 1 < 10	≥ giai đoạn 2 ≥ 10

PHÂN ĐỘ NẶNG ĐỢT CẤP CỦA BPTNMT THEO BURGE S 2003

Mức độ	Tiêu chí
Nhẹ	Cần dùng kháng sinh, không cần corticoid toàn thân. Không có dấu hiệu suy hô hấp trên lâm sàng và/hoặc kết quả khí máu
Trung bình	Đợt cấp cần điều trị corticoid đường tĩnh mạch, có hoặc không kháng sinh. Không có dấu hiệu suy hô hấp trên lâm sàng và/hoặc kết quả khí máu
Nặng	Suy hô hấp với giảm oxy máu, nhưng không tăng CO ₂ , không có toan máu; PaO ₂ < 60 mmHg và PaCO ₂ < 45 mmHg
Rất nặng	Suy hô hấp với tăng CO ₂ máu, còn bù, nhưng không có toan máu, PaO ₂ < 60 mmHg, PaCO ₂ > 45 mmHg và pH > 7,35
Nguy kịch	Suy hô hấp với tăng CO ₂ máu, mất bù, kèm tình trạng toan máu, PaO ₂ < 60 mmHg, PaCO ₂ > 45 mmHg và pH < 7,35

PHÂN NHÓM VÀ DƯỚI NHÓM THEO TNM TRONG U PHỔI

Phân nhóm giai đoạn	Ký hiệu		
	T	N	M
I a	T _{1a,b}	N ₀	M ₀
I b	T _{2a}	N ₀	M ₀
II a	T _{1a,b}	N ₁	M ₀
	T _{2a}	N ₁	M ₀
	T _{2b}	N ₀	M ₀
II b	T _{2b}	N ₁	M ₀
	T ₃	N ₀	M ₀
III a	T ₁₋₃	N ₂	M ₀
	T ₃	N ₁	M ₀
	T ₄	N _{0,1}	M ₀
III b	T ₄	N ₂	M ₀
	T ₁₋₄	N ₃	M ₀
IV	T bất kỳ	N bất kỳ	M _{1a,b}

Lưu ý: Đọc bảng phân chia giai đoạn tiếp theo để hiểu rõ hơn về phân nhóm và dưới nhóm trong U phổi.

PHÂN GIAI ĐOẠN TNM THEO AJCC 2009 TRONG U PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ

T: khối u nguyên phát		
T_x	Không đánh giá được khối u nguyên phát	
T_{is}	Khối u khu trú tại chỗ	
T₀	Không thấy khối u nguyên phát	
T₁	Khối u ≤ 3 cm, được bao bọc bởi phổi hoặc màng phổi tạng, không xâm lấn phế quản thùy	
	T_{1a}	Khối u ≤ 2 cm
	T_{1b}	Khối u > 2 cm nhưng < 3 cm
	T_{1ss}	Khối u bề mặt kích thước bất kỳ nhưng không vượt quá thành khí quản hoặc phế quản gốc
T₂	Khối u > 3 cm nhưng ≤ 7 cm hoặc có bất kỳ đặc điểm sau: Xâm lấn vào màng phổi tạng, tổn thương tại phế quản gốc nhưng cách carina ≥ 2 cm, xẹp phổi/viêm phổi tắc nghẽn lan đến rốn phổi nhưng không tổn thương toàn bộ phổi	
	T_{2a}	Khối u > 3 cm nhưng ≤ 5 cm
	T_{2b}	Khối u > 5 cm nhưng ≤ 7 cm
T₃	Khối u > 7 cm Hoặc xâm lấn trực tiếp vào thành ngực, vòm hoành, thần kinh hoành, màng phổi trung thất, màng ngoài tim Hoặc khối u ở phế quản gốc cách carina < 2 cm Hoặc xẹp phổi/viêm phổi tắc nghẽn toàn bộ phổi Hoặc có những khối u khác ở cùng thùy	
	T₄	Khối u có đường kính bất kỳ xâm lấn vào tim, mạch máu lớn, khí quản, thần kinh quặt ngược thanh quản, thực quản, thân đốt sống, hoặc carina Hoặc có những khối u khác ở thùy phổi khác cùng bên
N: hạch Lympho vùng		
N_x	Không đánh giá được tình trạng hạch	
N₀	Không di căn vào hạch vùng	
N₁	Di căn vào hạch lympho quanh phế quản và/hoặc hạch quanh rốn phổi cùng bên và những hạch trong phổi, kể cả tổn thương xâm lấn trực tiếp	
N₂	Di căn vào hạch lympho trung thất và/hoặc dưới carina	
N₃	Di căn vào hạch lympho trung thất đối bên, hạch rốn phổi đối bên, hạch cơ bậc thang cùng hoặc đối bên, hoặc hạch lympho thượng đòn	
M: di căn xa		
M_x	Không đánh giá được tình trạng di căn	
M₀	Không có di căn xa	
M_{1a}	Có khối u khác ở thùy phổi đối bên Hoặc khối u với những khối ở màng phổi hoặc sự lan tràn màng phổi ác tính	
M_{1b}	Di căn xa	

CHƯƠNG 3: TIM MẠCH – MẠCH MÁU

TĂNG HUYẾT ÁP

- Cơ năng
 - Đau đầu vùng chẩm thường gặp
 - Có thể có chóng mặt, hồi hộp, khó thở, tức ngực, mờ mắt
 - Nếu là tăng huyết áp thứ phát thì tùy vào nguyên nhân mà có thêm các triệu chứng cơ năng hay biến chứng mà xuất hiện kèm theo
- Thực thể
 - Đo huyết áp và bắt mạch cả tứ chi ở lần khám đầu tiên. Đo huyết áp ở 2 tay ở các lần tái khám. Bệnh nhân ở trạng thái nghỉ, đo ít nhất 2 lần, mỗi lần cách nhau ít nhất 3 – 5 phút. Đo nhiều lần trong 3 – 5 ngày liền. Nếu nghi ngờ tăng huyết áp, cần đo huyết áp tư thế nằm, ngồi, đứng và đo ở cả tứ chi.
 - Nhìn: có thể có bèo phì hoặc dấu kéo chuông do xơ vữa động mạch
 - Sờ và Nghe: có thể nghe tiếng thổi do nghẽn, chèn ép hay tắc động mạch cảnh trong, động mạch chủ bụng, động mạch thận, v.v...
 - Tùy theo nguyên nhân gây bệnh mà có các triệu chứng kèm theo
- Tiền sử: có thể có tiền sử tăng huyết áp để khẳng định thêm chẩn đoán hoặc đã và đang điều trị với thuốc tăng huyết áp thường xuyên hay không thường xuyên.

HỘI CHỨNG HẸP VAN HAI LÁ

- Cơ năng:
 - Khó thở: khó thở khi gắng sức hoặc khó thở kịch phát hoặc khó thở khi nằm phải ngồi dậy để thở
 - Ho: ho đàm bọt hồng hoặc ho ra máu mức độ nặng hay nhẹ
 - Đau ngực: có thể đau ngực gần giống với cơn đau thắt ngực
 - Khàn tiếng: nếu nhĩ trái lớn chèn ép thần kinh quặt ngược
 - Nuốt nghẹn: nếu nhĩ trái lớn chèn ép thực quản
- Toàn thân mệt mỏi, uể oải, lùn hai lá nếu hẹp van hai lá trước tuổi dậy thì dẫn đến cơ thể kém phát triển
- Thực thể
 - Nhìn:

- Biến dạng lồng ngực nếu hẹp hai lá từ nhỏ
- Tím ngoại vi nếu hẹp hai lá nặng
- Ứ trệ tuần hoàn ngoại biên khi có suy tim phải: tĩnh mạch cổ nổi, phản hồi gan tĩnh mạch cổ, phù chi, v.v...
- Sờ:
 - Mỏm tim đập mạnh, có thể sờ được rung miêu tâm trương ở mỏm
 - Harzer dương tính khi có giãn lớn hay phì đại thất phải
- Gõ: diện đục của tim thường không lớn
- Nghe:
 - Tam chứng chẩn đoán hẹp hai lá:
 - T1 đanh (thường gặp)
 - Rung tâm trương ở mỏm tim (thường gặp)
 - Clack mở van 2 lá
 - Ngoài ra có thể nghe được:
 - T2 mạnh, tách đôi ở ổ van động mạch phổi nếu có tăng áp phổi
 - Tiếng thổi tiền tâm thu nếu nhĩ trái chưa giãn và chưa có rung nhĩ
 - Thổi tâm trương ở ổ van động mạch phổi (thổi Graham-Still) nếu có hở van động mạch phổi cơ năng
- Cận lâm sàng
 - X-quang ngực thẳng:
 - Giai đoạn đầu: có thể chưa thấy thay đổi trên film X-quang
 - Giai đoạn tiến triển:
 - Bờ phải tim có 3 giai đoạn: **(1)** nhĩ trái to ra tạo thành 2 cung song song nhau, với bờ trong là nhĩ trái, bờ ngoài là nhĩ phải. **(2)** nhĩ trái to lấn ra cắt cung nhĩ phải, tạo thành 2 cung cắt nhau. **(3)** nhĩ trái lấn to ra ngoài tạo thành 2 cung song song nhau, với bờ trong là nhĩ phải, bờ ngoài là nhĩ trái (ngược lại với giai đoạn 1)
 - Bờ trái tim có 4 cung (ĐMC, ĐMP, tiểu nhĩ trái, cung thất trái), thậm chí nhĩ trái giãn lớn có thể thấy hình ảnh 5 cung (lộ cung nhĩ trái, nằm dưới cung tiểu nhĩ trái)

- Giai đoạn cuối: bóng tim lớn toàn bộ và có hình tam giác, rốn phổi đậm, hai phế trường mờ do ứ huyết.
- X-quang ngực nghiêng:
 - Mất khoảng sáng sau xương ức do thất phải giãn lớn
 - Có thể thấy nhánh phế quản gốc bị đẩy lên trên
 - Thực quản bị chèn ép ở 1/3 dưới hay bị đẩy ra sau trên film chụp nghiêng có ống baryt
- ECG:
 - Giai đoạn đầu: thường chưa có biến đổi hoặc có thay đổi dày nhĩ trái
 - Giai đoạn tiến triển: dày nhĩ trái với $P > 0,12s$ hoặc P 2 pha với pha âm lớn hơn pha dương ở chuyển đạo V1. Trục điện tim lệch phải và dày thất phải khi đã có tăng áp phổi
 - Rung nhĩ xảy ra khi bệnh tiến triển nặng
- Siêu âm tim – Doppler tim:
 - Diện tích lỗ van: $< 4cm^2$
 - 2 lá van trước và sau dính vào nhau, di động song song cùng chiều, các lá van dày lên, giảm di động, biên độ mở van hai lá kém.

(tự tìm hiểu thêm siêu âm tim trong sách Bệnh học nội khoa vì siêu âm tim có rất nhiều thông tin, mong các bạn thông cảm vì không thể tóm tắt hết được)

HỘI CHỨNG HỞ VAN HAI LÁ

- Cơ năng
 - Giai đoạn đầu: thường không có triệu chứng trong một thời gian khá lâu, có khi hàng chục năm
 - Giai đoạn tiến triển:
 - Khó thở
 - Biến chứng suy tim trái
 - Toàn thân: mệt mỏi
- Thực thể
 - Sờ: tùy theo mức độ hở van hai lá mà mỏm tim tăng động, đập dưới gian sườn 5 và lệch ra ngoài đường trung đòn, có thể có dấu rung miêu tâm thu ở mỏm

- Nghe: (tư thế nằm nghiêng trái)
 - Tiếng thổi tâm thu ở mỏm có thể từ 2 – 6/6 tùy mức độ hở van và chức năng thất trái, có tính chất như sau:
 - Nghe rõ ở mỏm tim
 - Lan ra nách, có thể lan vào trong xương ức và không thay đổi theo tư thế
 - Âm sắc đôi khi thô ráp, đôi khi êm dịu, nghe như tiếng nước phun qua lỗ nhỏ
 - Thời gian thường chiếm toàn bộ thì tâm thu
 - *HoHL cấp tính: tiếng thổi thường nhẹ và trầm hơn so với HoHL mạn tính nhưng tính chất tiếng thổi thì giống nhau, tuy nhiên tiếng thổi có xu hướng ngắn hơn và thường giảm dần cường độ về cuối thời kỳ tâm thu*
- Cận lâm sàng
 - X-quang ngực thẳng:
 - Hở nhẹ và vừa thấy bóng tim vẫn còn bình thường
 - Giai đoạn tiến triển hoặc hở nặng thấy: giãn thất trái với cung dưới trái lớn, mỏm tim chúc xuống, nhĩ trái lớn
 - X-quang ngực nghiêng: giai đoạn tiến triển có thể thấy mất khoảng sáng trước cột sống
 - ECG:
 - Hở nhẹ và vừa thường chưa có thay đổi trên ECG
 - Giai đoạn tiến triển hoặc hở nặng thấy: trục trái, dày nhĩ trái, dày thất trái
 - Giai đoạn nặng: dày hai thất
 - Siêu âm tim – Doppler tim:
 - Thấy dòng máu phụt ngược từ thất trái lên nhĩ trái
 - Thấy diện tích dòng hở
 - Thường thấy giãn nhĩ trái và thất trái
 - Tăng động thành thất trái, tăng phân suất tống máu khi chưa có suy tim

HỘI CHỨNG HỞ VAN ĐỘNG MẠCH CHỦ

- Cơ năng
 - Giai đoạn sớm: thường không có triệu chứng gì
 - Giai đoạn muộn: khi có rối loạn chức năng thất trái thường thấy
 - Khó thở khi gắng sức
 - Hội hộp, đánh trống ngực
 - Đau thắt ngực khi gắng sức
- Thực thể
 - Nhìn:
 - Lòng ngực nơi mỏm tim đập mạnh
 - Nhấp nháy đầu ngón tay (mạch Quincke)
 - Lưỡi gà đập cùng tần số với nhịp tim (dấu Muller)
 - Sờ:
 - Mỏm tim đập dội vào lòng bàn tay, có lệch trái khi thất trái giãn
 - Có thể có rung miêu tâm trương rõ khi bệnh nhân ngồi dậy và thở ra hết
 - Bắt mạch và đo huyết áp:
 - Mạch nảy chìm sâu (mạch Corrigan)
 - Huyết áp tối đa tăng, huyết áp tối thiểu giảm (huyết áp doãng)
 - Động mạch cảnh đập quá mạnh (vũ động mạch) gây dấu hiệu đầu gật gù (dấu Musset)
 - Nghe:
 - T2 mờ ở ổ van ĐMC
 - Thổi tâm trương ở ổ van ĐMC
 - Có thể xuất hiện rung Flint ở mỏm tim
 - Tiếng thổi đôi ở ĐM đùi (dấu Duroziez)
- Cận lâm sàng
 - X-quang: có thể thấy cung dưới trái giãn, mỏm tim chúc xuống, động mạch chủ giãn và dài ra, mờ rải rác 2 phế trường do ứ máu ở phổi
 - ECG:
 - Có thể thấy dày thất trái, tăng gánh tâm trương
 - Giai đoạn muộn: tăng gánh hỗn hợp và tăng gánh tâm thu

- Chụp nhuộm động mạch và chụp nháy nháy cơ tim: đánh giá lượng máu trào ngược và phân suất trào ngược
- Siêu âm tim – Doppler tim: (*đọc thêm sách*)
 - Thấy dòng máu phụt ngược từ ĐMC về thất trái

HỘI CHỨNG HẸP VAN ĐỘNG MẠCH CHỦ

- Cơ năng:
 - Đau thắt ngực khi gắng sức
 - Khó thở khi gắng sức
 - Ngất khi gắng sức
 - Ở giai đoạn muộn có thể thấy các biến chứng của suy tim kèm theo
- Thực thể
 - Sờ:
 - Mỏm tim tăng động, có thể thấy lệch ngoài đường trung đòn trái
 - Thường thấy rung miêu tâm thu ở đáy tim (ổ van ĐMC)
 - Bắt mạch: mạch nẩy yếu và trễ
 - Nghe:
 - T₂ ở ổ van ĐMC mờ hoặc mất, có thể nghe T₂ đảo ngược
 - Thổi tâm thu nghe rõ ở ổ van ĐMC, có thể lan lên 2 động mạch cảnh hoặc xuống mỏm tim
- Cận lâm sàng
 - X-quang thẳng: có thể thấy bóng tim hình chiếc ủng nếu có phì đại thất trái đồng tâm, động mạch chủ giãn sau hẹp
 - X-quang nghiêng: ở người lớn tuổi có thể thấy vôi hóa van ĐMC
 - Siêu âm tim - Doppler tim: (*đọc thêm sách*)
 - Dòng máu qua van chậm
 - Diện tích lỗ van nhỏ

HỘI CHỨNG SUY TIM

Theo hình thái định khu, suy tim được phân làm 3 loại:

❖ HỘI CHỨNG SUY TIM TRÁI

- Cơ năng

- Khó thở: thường khởi phát từ từ, có thể đột ngột và dữ dội. Ban đầu khó thở khi gắng sức, về sau khó thở thường xuyên
- Ho: có thể xảy ra khi gắng sức hoặc vào ban đêm, thường ho khan, có khi có đờm lẫn máu (phù phổi)
- Toàn thân có thể mệt mỏi, uể oải, tay chân nặng
- Thực thể
 - Sờ: mỏm tim đập hơi lệch ngoài đường trung đòn trái
 - Nghe: thường kèm theo triệu chứng của các bệnh van tim đã gây nên suy thất trái, ngoài ra:
 - Nhịp tim nhanh
 - Có thể nghe tiếng ngựa phi cộng
 - Có thể nghe tiếng thổi tâm thu cơ năng ở mỏm (do hở van 2 lá cơ năng)
- Cận lâm sàng
 - X-quang ngực thẳng:
 - Tim to ra nhất là buồng tim trái, cung dưới trái phồng và kéo dài ra, có thể thấy mỏm tim chúc xuống
 - 2 phế trường mờ, nhất là vùng rốn phổi, đôi khi bắt gặp đường kerley B hoặc hình ảnh cánh bướm
 - ECG: thường thấy tăng gánh tâm trương hay tâm thu thất trái với trục trái, dày nhĩ trái, dày thất trái
 - Xét nghiệm máu: BNP hoặc NT-pro BNP tăng từ giai đoạn đầu của suy tim
 - Siêu âm tim: thường thấy kích thước buồng thất trái giãn to, có thể thấy nguyên nhân gây nên suy tim

❖ HỘI CHỨNG SUY TIM PHẢI

- Cơ năng
 - Khó thở: khó thở thường xuyên với mức độ ít hoặc nhiều, càng ngày càng nặng lên và không có cơn kịch phát như suy tim trái
 - Có thể đau tức vùng hạ sườn phải do gan lớn và đau
 - Tiểu ít
- Toàn thân mệt mỏi, uể oải
- Thực thể
 - Nhìn: dấu hiệu ứ trệ tuần hoàn ngoại biên

- Tĩnh mạch cổ nổi tự nhiên
- Có thể thấy tím da và niêm mạc khi suy tim nhẹ hay toàn thân khi suy tim nặng
- Phù ở hai chi lan dần lên trên
- Sờ:
 - Có thể thấy dấu Harzer (+)
 - Phù mềm ấn lõm ở hai chi dưới
 - Phản hồi gan tĩnh mạch cổ (+) ở tư thế 45°
 - Gan lớn đều, mặt nhẵn, bờ tù
- Nghe: ngoài các triệu chứng gây ra suy tim có thể nghe thấy
 - Nhịp tim nhanh, có thể có tiếng ngựa phi phải
 - Có thể nghe tiếng thổi tâm thu cơ năng ở trong mỏm do hở van 3 lá cơ năng
- Cận lâm sàng
 - X-quang ngực thẳng:
 - Cung dưới phải giãn
 - Mỏm tim nâng cao hơn phía trên vòm hoành trái, có thể thấy hình ảnh tim hình chiếc ủng
 - Cung động mạch phổi cũng giãn to (*)
 - Phổi mờ nhiều do ứ máu ở phổi (*)

Lưu ý: suy tim phải do nguyên nhân hẹp động mạch phổi trên X-quang không có phần ()*
 - X-quang ngực nghiêng trái:
 - Giảm khoảng sáng sau xương ức
 - ECG: thường thấy dấu hiệu trục phải, dày nhĩ phải, dày thất phải
 - Siêu âm tim: thường thấy kích thất phải giãn to, có thể thấy dấu hiệu tăng áp lực động mạch phổi

❖ **HỘI CHỨNG SUY TIM TOÀN BỘ** (thường là bệnh cảnh của suy tim phải nhưng mức độ nặng hơn)

- Cơ năng
 - Khó thở thường xuyên
- Thực thể
 - Nhìn:

- Phù toàn thân
- Tĩnh mạch cổ nổi tự nhiên và to
- Sờ: gan lớn nhiều
- Đo huyết áp: huyết áp tối đa hạ, huyết áp tối thiểu tăng, làm cho huyết áp trở nên kẹt
- Có thể gặp những triệu chứng khác do suy tim gây ra như: tràn dịch màng phổi, màng tim, cổ trướng, v.v..
- Cận lâm sàng
 - X-quang: tim lớn toàn bộ
 - ECG: có thể thấy dấu hiệu của dày hai thất

HỘI CHỨNG VÀNH CẤP

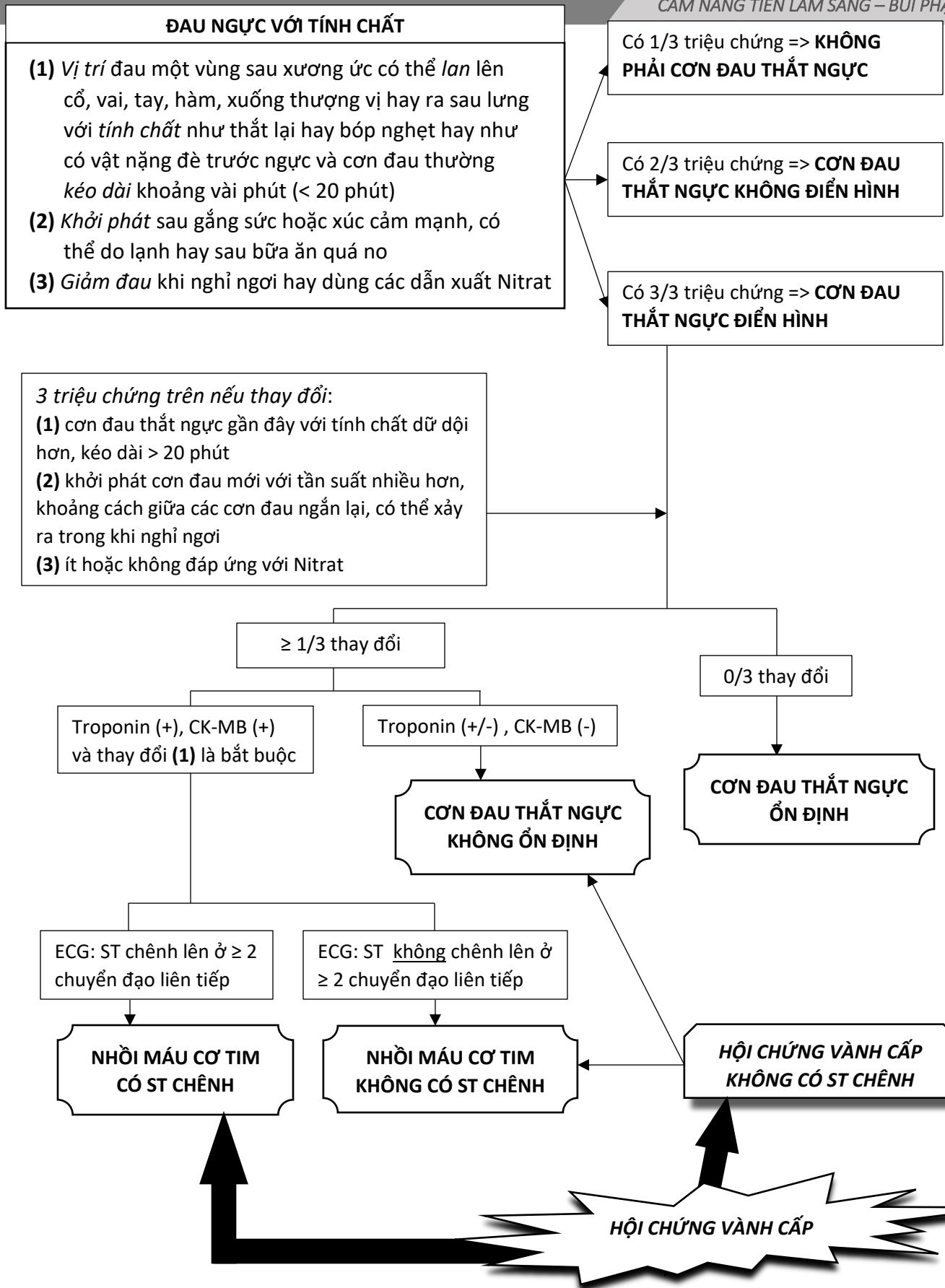
Dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng (ECG & Troponin) để bước đầu đánh giá bệnh nhân có hội chứng vành cấp hay không

Được chia làm 3 loại

- ❖ **NHỒI MÁU CƠ TIM CÓ ST CHÊNH LÊN**
- ❖ **NHỒI MÁU CƠ TIM KHÔNG ST CHÊNH LÊN**
- ❖ **CƠN ĐAU THẮT NGỰC KHÔNG ỔN ĐỊNH**

Để dễ hiểu hơn về Hội chứng vành cấp, có bảng tóm tắt như sau:

LƯU Ý: Bảng sơ đồ này chỉ để tham khảo và hình dung về Cơn đau thắt ngực, Hội chứng vành cấp như thế nào. Các bạn có thể tham khảo nhiều tài liệu để tìm hiểu sâu hơn về nó.



PHÂN ĐỘ - PHÂN LOẠI - PHÂN GIAI ĐOẠN

PHÂN ĐỘ TĂNG HUYẾT ÁP THEO HỘI TIM MẠCH VIỆT NAM (2017)

Phân loại	HA tâm thu (mmHg)	HA tâm trương (mmHg)
HA tối ưu	< 120	< 80
HA bình thường	< 130	< 85
HA bình thường cao	130 – 139	85 – 89
THA độ 1 (nhẹ)	140 – 159	90 – 99
THA độ 2 (trung bình)	160 – 179	100 – 109
THA độ 3 (nặng)	≥ 180	≥ 110
THA tâm thu đơn độc	≥ 140	< 90

Nếu HATT và HATTr không cùng một phân loại thì chọn mức huyết áp cao hơn để xếp loại

PHÂN TẦNG NGUY CƠ ĐỂ TIÊN LƯỢNG BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP

Yếu tố nguy cơ không thể thay đổi

- Nam ≥ 55 tuổi
- Nữ ≥ 65 tuổi
- Tiền sử gia đình có người bị THA
- Chủng tộc

Yếu tố nguy cơ có thể thay đổi

- Chế độ ăn nhiều muối
- Hút thuốc lá
- Rối loạn Lipid máu
- Béo phì (BMI ≥ 23 kg/m²)
- Ít vận động thể chất

	Huyết áp (mmHg)		
	Độ 1	Độ 2	Độ 3
Yếu tố nguy cơ (YTNC) khác và bệnh sử của bệnh	HATT 140 - 159 hoặc HATTr 90 - 99	HATT 160 - 179 hoặc HATTr 100 - 109	HATT ≥ 180 hoặc HATTr ≥ 110
Không có YTNC	Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ cao
1 hoặc 2 YTNC	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ rất cao
≥ 3 YTNC hoặc tổn thương cơ quan đích hoặc đái tháo đường	Nguy cơ cao	Nguy cơ cao	Nguy cơ rất cao
Bệnh lý tim mạch đi kèm	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao

- Nhóm nguy cơ thấp: tỷ lệ biến cố tim mạch trong 10 năm tới là < 15%

- Nhóm nguy cơ trung bình: tỷ lệ biến cố tim mạch trong 10 năm tới là 15 - 20%
- Nhóm nguy cơ cao: tỷ lệ biến cố tim mạch trong 10 năm tới là 20 - 30%
- Nhóm nguy cơ rất cao: tỷ lệ biến cố tim mạch trong 10 năm tới là > 30%

PHÂN GIAI ĐOẠN HẸP VAN HAI LÁ

Giai đoạn 1	Không có triệu chứng cơ năng kể cả khi gắng sức. Phát hiện tình cờ
Giai đoạn 2	Có hội chứng gắng sức rõ: khó thở, hồi hộp, đánh trống ngực, ho hoặc ho ra máu, chưa có biểu hiện suy tim
Giai đoạn 3	Có khó thở nhiều, có suy tim phải nhưng điều trị có hồi phục
Giai đoạn 4	Hẹp van 2 lá có suy tim nặng, điều trị không hồi phục

PHÂN ĐỘ HẸP VAN HAI LÁ KHI NHỊP TIM 60 – 90 LẦN/PHÚT

Thông số huyết động	Mức độ hẹp		
	Nhẹ	Vừa	Nặng
Chênh áp trung bình qua van 2 lá (mmHg)	< 5	5 – 10	> 10
Áp lực ĐMP (mmHg)	< 30	30 – 50	> 50
Diện tích lỗ van 2 lá (cm ²)	> 1,5	1 – 1,5	< 1

LƯỢNG GIÁ MỨC ĐỘ HẸP VAN HAI LÁ TRÊN SIÊU ÂM TIM

Độ hở van hai lá	Chiều dài tối đa của dòng hở phụt ngược vào nhĩ trái (cm)	Diện tích dòng hở/diện tích nhĩ trái (%)
Độ 1	< 1,5	< 20
Độ 2	1,5 – 2,9	20 – 40
Độ 3	3,0 – 4,4	20 – 40
Độ 4	> 4,4	> 40

PHÂN ĐỘ HẸP VAN HAI LÁ CỦA SELLER TRONG THÔNG TIM

Độ 1	Chỉ có vệt cản quang mờ vào nhĩ trái, không đủ viền rõ hình nhĩ trái
Độ 2	Cản quang tràn khắp nhĩ trái nhưng đậm độ không bằng thất trái, mất đi nhanh chóng sau 2 – 3 nhát bóp
Độ 3	Đậm độ cản quang ở nhĩ trái và thất trái bằng nhau
Độ 4	Cản quang ở nhĩ trái đậm hơn ở thất trái, xuất hiện cả cản quang ở tĩnh mạch phổi

PHÂN ĐỘ Hở VAN ĐỘNG MẠCH CHỦ DỰA VÀO HUYẾT ĐỘNG

Độ nặng Hở van Động mạch chủ	Độ lan dòng hở chủ	Độ rộng dòng phụt ở gốc	Hiệu quả Doppler cuối tâm trương EDDE	PHT (càng nhỏ => hở chủ càng nhiều)	Vena contracta	EROA van động mạch chủ
I (nhẹ)	Dòng chảy chỉ giới hạn ngay dưới van chủ	< 8 mm (hoặc 1 - 24 %)	< 0,1m/s (< 10 cm/s)	470 ± 100 (370 – 570) hoặc > 500	< 0,3 cm	< 0,1 cm ²
II (vừa)	Dòng chảy lan tới không quá 1/2 lá trước van hai lá	8-11mm (hoặc 25 - 46 %)	0,1 – 0,2 m/s	370 ± 70 (300 - 440)	0,3-0,6 cm	0,1-0,3 cm ²
III (nặng)	Dòng chảy lan tới cơ nhú	12-16mm (hoặc 47 - 64 %)	0,2 – 0,3 m/s	250 ± 80 (170-330) hoặc <200	> 0,6 cm	> 0,3 cm ²
IV (rất nặng)	Dòng chảy lan tới mỏm tim	> 16 mm (hoặc > 65 %)	>0,3 m/s	140 ± 30	> 0,6 cm	> 0,3 cm ²

PHÂN ĐỘ HẸP VAN ĐỘNG MẠCH CHỦ DỰA VÀO HUYẾT ĐỘNG

Chỉ số huyết động	Mức độ hẹp van ĐMC		
	Nhẹ	Vừa	Nặng
Vận tốc dòng máu qua van ĐMC (m/sec)	< 3	3 - 4	> 4
Chênh áp trung bình qua van ĐMC (mmHg)	< 25	25 - 40	> 40
Diện tích lỗ van (m ²)	> 1,5	1 - 1,5	< 1
Chỉ số diện tích lỗ van (cm ² /m ²)			< 0,6

PHÂN ĐỘ SUY TIM THEO NYHA

Độ	Biểu hiện
I	Bệnh nhân có bệnh tim nhưng không có triệu chứng cơ năng nào, vẫn sinh hoạt và hoạt động thể lực gần như bình thường
II	Các triệu chứng cơ năng chỉ xuất hiện khi gắng sức nhiều. Bệnh nhân bị giảm nhẹ các hoạt động thể lực
III	Các triệu chứng cơ năng xuất hiện kể cả khi gắng sức rất ít, làm hạn chế nhiều các hoạt động thể lực
IV	Các triệu chứng cơ năng tồn tại một cách thường xuyên, kể cả lúc bệnh nhân nghỉ ngơi không làm gì cả

PHÂN GIAI ĐOẠN SUY TIM THEO AHA/ACC 2008

Giai đoạn	Đặc điểm
A	Bệnh nhân có các nguy cơ cao của suy tim nhưng chưa có các bệnh lý tổn thương cấu trúc tim
B	Bệnh nhân đã có các bệnh lý ảnh hưởng cấu trúc tim nhưng chưa có triệu chứng biểu hiện của suy tim
C	Bệnh nhân đã có triệu chứng của suy tim hoặc đang có triệu chứng và có liên quan bệnh gây tổn thương cấu trúc tim
D	Bệnh nhân suy tim giai đoạn cuối cần các biện pháp điều trị đặc biệt

PHÂN LOẠI ĐỘ NẶNG CƠN ĐAU THẮT NGỰC THEO HỘI TIM MẠCH CANADA

Độ	Đặc điểm	Chú thích
I	Những hoạt động thể lực bình thường không gây đau thắt ngực	Đau thắt ngực chỉ xuất hiện khi gắng sức
II	Hạn chế nhẹ hoạt động thể lực bình thường	Đau thắt ngực xuất hiện khi leo cao hơn 1 tầng nhà thông thường bằng cầu thang hoặc đi bộ dài hơn 2 dãy nhà với tốc độ bình thường trong điều kiện bình thường
III	Hạn chế đáng kể hoạt động thể lực thông thường	Đau thắt ngực xuất hiện khi leo cao 1 tầng nhà thông thường bằng cầu thang hoặc đi bộ từ 1 - 2 dãy nhà với tốc độ bình thường trong điều kiện bình thường
IV	Các hoạt động thể lực bình thường đều gây đau thắt ngực	Đau thắt ngực khi làm việc nhẹ, khi gắng sức nhẹ, có thể khi nghỉ ngơi

PHÂN ĐỘ ĐAU THẮT NGỰC KHÔNG ỔN ĐỊNH THEO BRAUNWALD

Phân loại theo mức độ trầm trọng của bệnh	
Độ I	Đau ngực khi gắng sức gồm có các triệu chứng: Mới xảy ra, nặng, tiến triển nhanh Đau ngực mới trong vòng 2 tháng Đau ngực với tần số dày hơn Đau ngực gia tăng khi gắng sức nhẹ Không có đau ngực khi nghỉ trong vòng 2 tháng
Độ II	Đau ngực khi nghỉ, bán cấp: Đau ngực xảy ra trong vòng 1 tháng nhưng 48 giờ trước không có cơn đau ngực
Độ III	Đau ngực khi nghỉ, cấp: Đau ngực xảy ra trong vòng 48 giờ trước
Phân loại theo hoàn cảnh lâm sàng	
A	ĐTNKÔĐ thứ phát: Xảy ra do các yếu tố không phải bệnh tim mạch như thiếu máu, nhiễm trùng, cường giáp, thiếu oxy,...
B	ĐTNKÔĐ tự phát do bệnh mạch vành
C	ĐTKNÔĐ sau NMCT: Trong 2 tuần đầu của thời kỳ cấp sau NMCT
Phân loại về cường độ đau đáp ứng với điều trị	
Độ I	Viên thuốc ngậm dưới lưỡi kém hẳn tác dụng
Độ II	Phối hợp cả 3 thuốc cũng không hết đau
Độ III	Trị liệu tối đa trong đó có Nitrat tĩnh mạch nhưng vẫn không hết đau

CHƯƠNG 4: MẠCH MÁU

HỘI CHỨNG THIẾU MÁU CHI CẤP TÍNH

Lưu ý: Tài liệu này giới thiệu về hội chứng thiếu máu chi cấp tính do nguyên nhân tắc động mạch chứ không phải do nguyên nhân chấn thương – vết thương động mạch.

- Cơ năng
 - Có thể khởi phát bằng mất đột ngột vận động chủ động của chi
 - Sau đó tê bì, giảm cảm giác phía ngọn chi, chi lạnh
 - Giai đoạn muộn cảm thấy đau nhức rồi đến mất hoàn toàn cảm giác ngọn chi, lan dần về phía gốc chi theo thời gian
 - Có thể cứng khớp như khớp tử thi
 - Có thể có triệu chứng gợi ý căn nguyên gây ra hội chứng này (hẹp 2 lá, suy tim, Osler, v.v...)
- Toàn thân: ở giai đoạn muộn có thể thấy dấu hiệu nhiễm trùng nhiễm độc do hoại tử chi: sốt cao, thiếu niệu, lơ mơ, tụt huyết áp, mạch nhanh, v.v...
- Thực thể

Đối chiếu chi bệnh và chi lành, thấy chi bệnh có:

- Nhìn:
 - Màu sắc da nhợt nhạt, vận mạch ngọn chi giảm
 - Phù nề và đau bắp cơ: xuất hiện khi ở giai đoạn thiếu máu không hồi phục
 - Nốt phỏng nước, có thể thấy những mảng tím đen trên da rồi cả một đoạn chi tím đen hoại tử
 - Có thể có hoại tử nhiễm trùng, chảy nước tại vùng chi hoại tử
- Sờ: chi lạnh, bóp vào bắp cơ đau tăng
- Bắt mạch: mất mạch ngoại vi (quay, mu, chày sau) hay mất mạch dưới nơi xảy ra tắc mạch
- Cận lâm sàng
 - Siêu âm Doppler mạch: xác định vị trí hẹp – tắc mạch, mức độ tổn thương mạch và tình trạng dòng chảy của mạch dưới chỗ tắc
 - Chụp động mạch thông thường: chủ yếu dùng trong cấp cứu để xác định vị trí xảy ra hẹp – tắc mạch
- Tiền sử: đa phần người bệnh biết về tiền sử tim mạch của mình

Triệu chứng diễn biến nặng dần theo thời gian, phân bố giai đoạn thường như sau

< 6 giờ	> 6 giờ	> 24 giờ
Mất mạch, lạnh chi	Phù nề + đau cơ	Phồng nước
Giảm cảm giác	Mất cảm giác	Cứng khớp tử thi
Giảm vận động	mất vận động	tím đen, hoại tử...

HỘI CHỨNG THIẾU MÁU CHI DƯỚI MẠN TÍNH

Đa số trên lâm sàng các trường hợp là chi dưới nên tài liệu này sẽ đề cập đến chi dưới

- Cơ năng
 - Di lệch cách hồi hay đau cách hồi nặng dần theo thời gian
 - Đau bắp cơ: thường ở bắp chân, có thể đau ở đùi, háng, mông
- Thực thể
 - Nhìn:
 - Giai đoạn sớm: dấu hiệu giảm tưới máu đầu ngón sau khi làm các nghiệm pháp như đưa chân lên cao hay gắng sức thấy chi xanh tái
 - Giai đoạn muộn: loạn dưỡng da, da khô, có các ổ loét, hoại tử khô ngón chân. Nếu có nhiễm trùng thì có chảy mủ
 - Sờ:
 - Bắt mạch có hệ thống theo các vị trí động mạch bẹn - khoeo - chày sau - mu chân thấy mạch yếu hay mất ở ngoại vi (dưới nơi bị hẹp - tắc)
 - Khám cơ lực và trương lực cơ thấy giảm, về sau có thể có teo cơ
 - Nghe: có khi hẹp 1 động mạch nông => đặt ống nghe nhẹ nhàng có thể nghe thấy tiếng thổi tâm thu thô ráp. Đối với chi dưới cần nghe 2 đùi, 2 hố chậu trong và ở rốn. Cần khám ở những nơi khác trên cơ thể vì xơ vữa động mạch là bệnh của toàn bộ hệ động mạch
- Cận lâm sàng
 - Siêu âm Doppler mạch: xác định vị trí hẹp – tắc mạch, mức độ tổn thương mạch và tình trạng dòng chảy của mạch dưới chỗ tắc
 - Chụp động mạch thông thường: chủ yếu dùng trong cấp cứu để xác định vị trí xảy ra hẹp – tắc mạch
 - Chụp động mạch số hóa: có giá trị chẩn đoán cao

- Các cận lâm sàng khác hỗ trợ tìm căn nguyên gây ra bệnh (thường do xơ vữa động mạch)

HỘI CHỨNG HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH SÂU CHI DƯỚI

- Cơ năng
 - Giai đoạn sớm: triệu chứng thường kín đáo
 - Giai đoạn muộn: đau vùng gót chân, cẳng chân và/hoặc vùng đùi, vị trí thay đổi, cơn đau xuất hiện tự nhiên và đau tăng lên khi bóp vào bó cơ
 - Nếu có biến chứng lan rộng cục huyết khối gây tắc mạch phổi bệnh nhân sẽ thấy đau ngực, ho ra máu hay thậm chí suy tim phải
- Toàn thân: có sốt nhẹ ở giai đoạn sớm về sau có thể sốt tăng lên $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ và người bệnh cảm thấy lo lắng
- Thực thể

Khám rời đối chiếu chân bệnh với chân lành

 - Giai đoạn sớm:
 - Dấu hiệu lúc lắc bắp chân (+)
 - Nghiệm pháp Homans (+)
 - Bóp cơ vùng bắp chân áp sát xương chày gây đau tăng
 - Giai đoạn muộn:
 - Nhìn:
 - Phù: phù tím, tắc càng cao thì phù càng nặng nề, có thể thấy biến dạng chi dẫn đến giảm cơ năng của chi
 - Tĩnh mạch nông giãn, thấy tĩnh mạch nổi ngoằn ngoèo dưới da
 - Có thể thấy nổi ban đỏ
 - Sờ:
 - Tăng nhiệt độ tại chỗ
 - Giảm độ ve vẩy, tăng trương lực cơ
 - Đo vòng chi: tăng chu vi của bắp chân, đùi
- Cận lâm sàng: Siêu âm Doppler hệ tĩnh mạch:
 - Giai đoạn sớm
 - Thấy vị trí huyết khối trong lòng mạch
 - % khẩu kính tĩnh mạch bị hẹp chứ chưa tắc

- Huyết khối có Echo nghèo
- Nghiệm pháp bóp cơ vùng bắp chân thấy cục huyết khối bập bềnh trong dòng chảy, bám kém vào tổ chức thành tĩnh mạch
- Giai đoạn muộn
 - Thấy vị trí huyết khối trong lòng mạch
 - % khẩu kính tĩnh mạch bị tắc hoàn toàn hoặc không hoàn toàn do huyết khối
 - Huyết khối có Echo giàu, tổ chức huyết khối bám chắc vào thành tĩnh mạch

HỘI CHỨNG HẬU HUYẾT KHỐI

Có thể hiểu Hội chứng hậu huyết khối là tình trạng mạn tính nguyên nhân từ hậu quả của Huyết khối tĩnh mạch sâu, có những biểu hiện của suy tĩnh mạch mạn tính mà nguồn gốc cơ chế là do huyết khối → phá hủy các van tĩnh mạch → suy van tĩnh mạch sâu chi dưới.

Những triệu chứng cơ năng thường gặp nhất:

- Sưng và đau ở chân đã từng bị huyết khối, thường nặng hơn sau khi đứng lâu hoặc đi bộ và thường giảm khi nghỉ ngơi hoặc nâng cao chân
- Cảm giác chân nặng nề
- Ngứa chân
- Ngứa ran chân
- Chuột rút ở chân
- Loét chân vùng giãn tĩnh mạch
- Loét chân không được điều trị có thể dẫn đến nhiễm trùng huyết (ít gặp)

PHÂN ĐỘ - PHÂN LOẠI - PHÂN GIAI ĐOẠN

PHÂN GIAI ĐOẠN BỆNH ĐỘNG MẠCH CHI DƯỚI

Phân loại Leriche - Fontain		Phân loại Rutherford	
Giai đoạn	Đặc điểm	Giai đoạn	Đặc điểm
I	Lâm sàng có mất mạch của một hoặc một số động mạch chi dưới nhưng chưa có dấu hiệu cơ năng	0	Không có triệu chứng cơ năng
II	Đau cách hồi khi gắng sức: II A: Đau xuất hiện với khoảng cách đi > 150 m II B: Đau xuất hiện với khoảng cách đi < 150 m	1	Đau cách hồi nhẹ
		2	Đau cách hồi trung bình
		3	Đau cách hồi nặng (Mức độ đau được đánh giá dựa vào test gắng sức trên thảm chạy)
III	Thiếu máu cơ xuất hiện thường xuyên, kể cả khi nghỉ ngơi. Đau xuất hiện khi nằm, buộc bệnh nhân phải ngồi thõng chân	4	Đau khi nghỉ ngơi
IV	Có rối loạn dinh dưỡng trên da, và/hoặc hoại tử đầu chi	5	Mất tổ chức ít (không vượt quá đầu ngón)
		6	Mất tổ chức nhiều (loét, hoại tử vượt quá các đốt bàn ngón)

PHÂN LOẠI KẾT QUẢ VÀ Ý NGHĨA CỦA CHỈ SỐ ABI

Giá trị của ABI	Ý nghĩa
> 1,3	Động mạch cứng, vôi hóa (<i>suy thận mạn, v.v...</i>)
0,91 – 1,3	Bình thường
0,75 – 0,9	Bệnh động mạch chi dưới mức độ nhẹ (<i>không triệu chứng</i>)
0,4 – 0,75	Bệnh động mạch chi dưới mức độ vừa (<i>đau cách hồi</i>)
< 0,4	Bệnh động mạch chi dưới mức độ nặng
ABI ≤ 0,9 có độ nhạy 95%, độ đặc hiệu 99% trong chẩn đoán bệnh ĐM chi dưới	

THANG ĐIỂM WELL CẢI TIẾN ĐÁNH GIÁ KHẢ NĂNG LÂM SÀNG BỊ HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH CHI DƯỚI

Yếu tố nguy cơ		Điểm
1. Ung thư hoạt động (đang điều trị hoặc mới phát hiện trong vòng 6 tháng)		+1
2. Liệt, yếu cơ, hoặc mới phải bất động chi dưới (bó bột, v.v...)		+1
3. Nằm liệt giường ≥ 3 ngày hoặc mới phẫu thuật lớn trong vòng 4 tuần trước		+1
Dấu hiệu lâm sàng (nếu bị cả 2 chân, đánh giá ở chân có triệu chứng nặng hơn)		
4. Đau dọc đường đi của hệ tĩnh mạch sâu		+1
5. Sưng toàn bộ chi dưới		+1
6. Bắp chân sưng > 3cm so với bên đối diện (đo ở dưới lồi củ chày 10cm)		+1
7. Phù ấn lõm		+1
8. Giãn tĩnh mạch nông bàng hệ (không phải búi giãn tĩnh mạch)		+1
9. Chẩn đoán bệnh khác, nhiều khả năng hơn là chẩn đoán Huyết khối TMSCD		-2
Nguy cơ bị Huyết khối TMSCD	Tổng điểm	
Thấp	< 1	
Trung bình	1 – 2	
Cao	≥ 3	

THANG ĐIỂM WELL ĐÁNH GIÁ KHẢ NĂNG LÂM SÀNG BỊ TẮC MẠCH PHỔI (TMP)

Triệu chứng và dấu hiệu			Điểm
1. Các triệu chứng và dấu hiệu lâm sàng của Huyết khối TMSCD			3
2. Chẩn đoán khác ít có khả năng xảy ra hơn là chẩn đoán tắc mạch phổi			3
3. Nhịp tim ≥ 100 lần/phút			1,5
4. Bất động hoặc phẫu thuật trong vòng 4 tuần trước			1,5
5. Tiền sử Huyết khối TMSCD hoặc tắc mạch phổi			1,5
6. Ho ra máu			1
7. Bệnh ác tính (đang điều trị hay đã điều trị trong vòng 6 tháng trước hoặc điều trị tạm thời)			1
Khả năng lâm sàng cao	Khả năng trung bình	Khả năng thấp	
> 6	2 – 6	< 2	
Có khả năng TMP > 4	Ít có khả năng TMP ≤ 4		

PHÂN LOẠI HKTMSCD CẤP VÀ MẠN TÍNH DỰA VÀO SIÊU ÂM TĨNH MẠCH

	Tiêu chuẩn	Giai đoạn cấp	Giai đoạn mạn
Tĩnh mạch	Đè xẹp Giãn	Đè không xẹp (<i>tắc hoàn toàn</i>) Giãn to	Đè xẹp 1 phần Co lại
Cục máu đông	Độ di động Mật độ Bề mặt Độ phản âm Tính đồng nhất	Tự do Mềm Trơn láng Thấp/trung bình Đồng nhất	Cố định Cứng Không đều Cao/trung bình Không đồng nhất
Lưu lượng máu	Khiếm khuyết Tái lưu thông (<i>trong huyết khối</i>) và bàng hệ	Toàn bộ Không có	Một phần Có

CHƯƠNG 5: THẬN – TIẾT NIỆU

CƠN ĐAU QUẪN THẬN (ĐIỂN HÌNH)

- Hoàn cảnh khởi phát: đau kịch phát, xuất hiện đột ngột sau khi bệnh nhân làm các động tác gắng sức hoặc sau lao động nặng
- Vị trí: đau nhất ở vùng thắt lưng
- Hướng lan: lan dọc xuống dưới, ra trước và kết thúc ở bộ phận sinh dục ngoài hay mặt trong đùi
- Tính chất: có cơn trội, thường đau liên tục, đau tăng khi ấn vào vùng thắt lưng (*phản ứng cơ thắt lưng*)
- Cường độ: đau dữ dội như nghiền nát phủ tạng, đau không thể nằm yên trên giường được
- Chu kỳ: cơn trội kéo dài vài chục phút, thậm chí vài ngày, khoảng cách giữa các cơn không cố định
- Triệu chứng kèm theo: đau đầu, buồn nôn, nôn, bụng chướng, bí trung đại tiện, tiểu buốt, tiểu máu toàn bãi

HỘI CHỨNG THẬN HƯ

Để tóm tắt và chẩn đoán HCTH cần có các hội chứng sau: **(1)** HC bất thường nước tiểu và **(2)** HC phù.

(1) Hội chứng bất thường nước tiểu

HC này thường bắt đầu bằng “HC bất thường nước tiểu không triệu chứng” với sự hiện diện của protein trong nước tiểu, tuy nhiên không có triệu chứng lâm sàng mà chỉ có các triệu chứng cận lâm sàng (vô tình phát hiện khi đi khám). Nếu như bệnh nhân không đi khám và bệnh theo diễn biến tự nhiên sẽ biểu hiện trên lâm sàng và cận lâm sàng đạt tiêu chuẩn của Hội chứng thận hư như sau:

- Cơ năng:
 - Hội chứng rối loạn thể tích nước tiểu: bệnh nhân đái ít, nước tiểu $\leq 500\text{ml/ngày}$. Nguyên nhân đái ít do giảm áp lực keo huyết tương (mất protein qua nước tiểu) gây thoát nước vào mô kẽ, giảm lượng máu đến thận và giảm mức lọc của thận, cuối cùng giảm lượng nước tiểu.
- Cận lâm sàng:
 - Xét nghiệm nước tiểu:

- Protein niệu $\geq 3,5$ g/24 giờ/1,73m² da
- Có thể thấy trụ mỡ, tinh thể lưỡng chiết

(2) Hội chứng phù

- Toàn thân: phù gặp hầu hết ở bệnh nhân, phù nhanh và đột ngột hay có thể sau nhiễm trùng mũi họng, đầu tiên gặp ở mặt và 2 chân, sau đó phù toàn thân (nếu nặng có thể tràn dịch đa màng), phù có tính chất đối xứng
- Cơ năng
 - Phù: hầu hết bệnh nhân mô tả cảm giác nặng mắt, nặng mặt và 2 chân đầu tiên, không đau
- Thực thể
 - Nhìn + Sờ: phù trắng mềm ấn lõm (dấu Godet +)
- Cận lâm sàng
 - Xét nghiệm máu:
 - Protein máu < 60 g/l
 - Albumin < 30g/l
 - Cholesterol ($\geq 6,5$ mmol/l) và Triglycerid tăng, HDL-C bình thường/giảm
 - Điện di Protein máu:
 - Tăng tỉ lệ $\alpha 2$ -globulin, β -globulin
 - Tỷ lệ Albumin/Globulin < 1

Ngoài ra: còn có thể gặp HC suy thận cấp, Tăng huyết áp, HC bất thường màu sắc nước tiểu, v.v... ở nhóm bệnh nhân do các nguyên nhân gây Hội chứng thận hư mà không phải chỉ tổn thương tối thiểu màng đáy cầu thận.

MỘT SỐ HỘI CHỨNG VỀ CẦU THẬN (Tham khảo thêm)

❖ HỘI CHỨNG CẦU THẬN CẤP TÍNH

Đặc trưng lâm sàng là xảy ra cấp tính, phần lớn trường hợp thấy sau một viêm họng hay nhiễm khuẩn khác

- Cơ năng
 - Phù: xuất hiện đột ngột, bệnh nhân khai ban đầu nặng ở mí mắt và mặt, có thể khỏi nhanh hoặc không khỏi thì lan xuống chi rồi phù toàn thân, nặng có thể có tràn dịch các màng

- Thiếu niệu: nước tiểu $\leq 500\text{ml}/24\text{h}$ hoặc nặng có thể vô niệu
- Toàn thân: mệt mỏi, chán ăn, có thể có sốt, thường thấy đau thắt lưng do vỏ thận căng phồng
- Thực thể
 - Nhìn: có thể có đái máu đại thể hay không thấy thay đổi màu sắc nước tiểu nhưng có hồng cầu (*đái máu vi thể*)
 - Dấu Godet (+) khi phù xuất hiện ở mắt cá, mặt trước xương chày, mu bàn chân
 - Đo huyết áp: thường thấy tăng huyết áp tối đa lần tối thiểu rõ ở 2 tuần đầu
- Cận lâm sàng
 - Xét nghiệm nước tiểu:
 - Protein niệu: thường $< 3,5\text{ g}/24\text{h}$
 - Cận Addis: hồng cầu thường từ $10^5 - 5 \times 10^5/\text{phút}$, bạch cầu thường $2 \times 10^5/\text{phút}$
 - Thấy trụ hồng cầu, trụ hạt, hồng cầu bị méo mó biến dạng (*đây là 1 trong những yếu tố khẳng định bệnh từ cầu thận*)
 - Urea và Creatinin bình thường hoặc tăng nhẹ, độ thanh thải Creatinin $< 50\text{ml}/\text{phút}$ là một tiên lượng dè dặt
 - Xét nghiệm máu:
 - Thiếu máu nhẹ hoặc bình thường (*ở 1 số bệnh nhân có thể do tình trạng giữ nước làm máu bị pha loãng chứ không có thiếu máu*)
 - Nếu sau nhiễm liên cầu: ASLO (Antistreptolysin-O) > 400 đơn vị Todd hay ASK (Antistreptokinase), AH (Antihyaluronidase) tăng trên giá trị bình thường
 - Bổ thể máu thường giảm, giảm C3 là chủ yếu

❖ HỘI CHỨNG CẦU THẬN TIẾN TRIỂN NHANH

Viêm cầu thận tiến triển nhanh là một hội chứng lâm sàng xảy ra ở nhiều bệnh cầu thận, đặc trưng là giảm nhanh tốc độ lọc cầu thận (GRF) $\geq 50\%$ trong một thời gian ngắn, thường từ vài ngày đến 3 tháng. Tổn thương mô bệnh học thận là tạo thành hình liềm ngoài búi mao mạch ở cầu thận và hoại tử Fibrin ở búi mao mạch cầu thận.

- Cơ năng
 - Có thể có phù
 - Thiếu niệu hoặc vô niệu: nếu bệnh tiến triển nặng
- Thực thể
 - Nhìn: đái máu đại thể hoặc không có thay đổi màu sắc nước tiểu nhưng có hồng cầu (*đái máu vi thể*)
 - Khám có các triệu chứng của Hội chứng Urea máu cao tiến triển nặng dần lên từng ngày
- Cận lâm sàng
 - Sinh thiết thận: 2 hình ảnh đặc trưng tổn thương mô bệnh học của hội chứng cầu thận tiến triển nhanh là:
 - Hình liềm tế bào biểu mô hoặc hình liềm tế bào xơ ngoài bó mao mạch cầu thận ở thành nang Bowman, bao bọc và bóp nghẹt bó mao mạch cầu thận. Hình liềm thấy ở trên 50% số cầu thận
 - Hoại tử bó mao mạch cầu thận, xâm nhập bạch cầu đa nhân, fibrin và thrombin vào thành mao mạch cầu thận. Hyalin hóa, xơ hóa cầu thận trong quá trình tiến triển
 - Xét nghiệm máu: Urea và Creatinin tăng lên hàng ngày
 - Đo mức lọc cầu thận (GRF) thấy giảm từng ngày và dẫn tới suy thận cấp thường trong vòng 3 tháng
 - Ngoài ra có thể có các xét nghiệm khác như:
 - Kháng thể kháng màng nền cầu thận
 - ASLO, ASK, AH
 - Kháng thể kháng bào tương của bạch cầu đa nhân (P-ANCA, C-ANCA)

❖ HỘI CHỨNG CẦU THẬN MẠN TÍNH

Đặc trưng lâm sàng là bệnh xảy ra từ từ, mạn tính hay tái đi tái lại ở cả 2 thận, làm suy giảm dần dần chức năng thận. Lâm sàng rất đa dạng, có thể có triệu chứng từng đợt hoặc âm thầm tiến triển không triệu chứng lâm sàng và chỉ thay đổi về nước tiểu

- Cơ năng
 - Phù: hình thái rất đa dạng, có thể phù kín đáo mà bệnh nhân không biết bản thân bị phù hoặc phù nặng như Hội chứng thận hư

- Thiếu niệu: khi có đợt tiến triển cấp tính
- Thực thể
 - Thiếu máu: hầu hết bệnh nhân thiếu máu khi đã có suy thận, mức độ thiếu máu tỷ lệ với mức độ suy thận (*tùy thuộc vào giai đoạn của suy thận*)
 - Tăng huyết áp: có thể xuất hiện cùng lúc hoặc sau một thời gian tiến triển của bệnh. THA gặp ở 60% bệnh nhân chưa có suy thận kèm theo, gặp ở 80% bệnh nhân khi đã có suy thận.
 - Khám có các triệu chứng của Hội chứng tăng Urea máu khi đã có suy thận và mức độ tỷ lệ với giai đoạn của suy thận
- Cận lâm sàng
 - Xét nghiệm nước tiểu:
 - Protein niệu: thường < 3,5g/24 giờ/1,73m² da, nếu có HCTH thì ≥ 3,5g/24 giờ/1,73m² da
 - Hồng cầu niệu: thường là hồng cầu niệu vi thể, hình dạng hồng cầu nhăn nheo, méo mó, teo nhỏ. Nếu đái máu đại thể thường gợi ý bệnh thận IgA
 - Trụ niệu: có thể có trụ hồng cầu, trụ trong, trụ sáp, trụ hạt tuy nhiên không thường xuyên
 - Xét nghiệm máu:
 - RBC, HGB giảm tỷ lệ với mức độ suy thận
 - Điện giải đồ:
 - Na⁺ thường giảm do ứ nước pha loãng máu
 - Ca²⁺ giảm từ thời kỳ đầu của bệnh
 - Siêu âm:
 - Chưa có suy thận: kích thước thận bình thường
 - Đã có suy thận: kích thước thận giảm tương đối đều cả 2 thận, mức độ giảm tỷ lệ với mức độ suy thận

HỘI CHỨNG BẤT THƯỜNG NƯỚC TIỂU KHÔNG TRIỆU CHỨNG

Là hội chứng dùng để chỉ những trường hợp do tình cờ phát hiện (khám sức khỏe định kỳ,...) trong nước tiểu có hồng cầu niệu vi thể và/hoặc có protein niệu hoặc có mủ niệu mà không hề có triệu chứng lâm sàng nào

Những triệu chứng cận lâm sàng thường gặp:

- Hồng cầu niệu đơn độc (chỉ có hồng cầu niệu mà không có protein niệu hoặc các thành phần bất thường khác trong cận nước tiểu)
- Protein niệu đơn độc (chỉ có protein niệu mà không có hồng cầu niệu hoặc các thành phần bất thường khác trong cận nước tiểu)
- Hồng cầu niệu từ cầu thận kết hợp với protein niệu (thường do bệnh cầu thận gây nên)
- Mủ niệu (trong nước tiểu có bạch cầu, đặc biệt là bạch cầu đa nhân thoái hóa hay còn gọi là tế bào mủ), thường kết hợp với protein niệu nhẹ hoặc hồng cầu niệu

Lưu ý: Hội chứng bất thường nước tiểu không triệu chứng là một hội chứng gợi ý nguyên nhân và vị trí nơi tổn thương của thận, hơn nữa là tiên lượng bệnh. Do đó cần tìm đọc thêm để hiểu rõ hơn về hội chứng này

HỘI CHỨNG SUY THẬN CẤP

Chẩn đoán xác định Hội chứng suy thận cấp cần dựa vào:

1. Có nguyên nhân cấp tính dẫn đến suy thận cấp như: uống mật cá trắm, ngộ độc kim loại nặng, ỉa chảy mất nước, viêm cầu thận cấp, v.v.. (bảng nguyên nhân suy thận cấp)
 2. Xuất hiện: Hội chứng rối loạn thể tích nước tiểu (thiếu niệu, vô niệu).
 3. Tốc độ gia tăng Urea, Creatinin máu so với nồng độ nền (baseline) của bệnh nhân trong vòng vài giờ đến vài ngày
 4. K^+ máu tăng dần
 5. Có thể có rối loạn thăng bằng toan – kiềm đi kèm (thường là toan chuyển hóa)
 6. Dựa vào tính chất cấp tính: (1) chức năng thận bình thường trước đó; (2) kích thước thận bình thường hoặc lớn; (3) không có thiếu máu, không có hạ Ca^{2+} máu
- Thường tóm tắt trên bệnh nhân suy thận cấp được các HC sau:** HC tăng urea máu + HC bất thường màu sắc nước tiểu + HC bất thường thể tích nước tiểu + có thể có các HC nhiễm trùng, HC rối loạn nước – điện giải

Nguyên nhân gây suy thận cấp tuy khác nhau nhưng lại có cùng một bệnh cảnh lâm sàng trải qua 4 giai đoạn. Thể điển hình tiến triển qua 4 giai đoạn như sau (hoại tử ống thận cấp gây suy thận cấp là một thể điển hình)

❖ GIAI ĐOẠN KHỞI PHÁT

Đây được hiểu là giai đoạn tính từ lúc nguyên nhân gây bệnh tác động cho đến bắt đầu giai đoạn thiếu niệu – vô niệu. Giai đoạn này kéo dài từ vài giờ đến vài ngày (thường < 24 giờ) tùy theo nguyên nhân mà có các triệu chứng khởi phát. Ví dụ:

- Do ngộ độc mật cá trắm: đau bụng, buồn nôn, ỉa lỏng
- Do tắc niệu quản: cơn đau quặn thận
- Do shock: mạch nhanh, tụt HA, có thể có HA kẹt

Can thiệp kịp thời có thể tránh chuyển sang giai đoạn thiếu niệu – vô niệu

❖ GIAI ĐOẠN THIỂU NIỆU HAY VÔ NIỆU

- Cơ năng
 - Thiếu niệu – vô niệu: có thể diễn biến từ thiếu niệu đến vô niệu một cách từ từ hoặc đột ngột vô niệu (*nhất là trong trường hợp ngộ độc*), kéo dài vài ngày cho đến dưới 6 tuần (*trung bình 7-14 ngày*) bệnh nhân sẽ bước vài giai đoạn đái trở lại
 - Có thể đau vùng hố thắt lưng, đôi khi đau kiểu cơn đau quặn thận do nguyên nhân sau thận
- Thực thể
 - Có thể có phù: tùy vào lượng nước đưa vào cơ thể
 - Có thể thấy triệu chứng của tăng K^+
 - Có thể thấy kiểu thở Kussmaul do toan chuyển hóa
 - Khám thấy các triệu chứng của Hội chứng tăng Urea máu có thể nhẹ hoặc nặng
- Cận lâm sàng
 - Điện giải đồ:
 - K^+ có thể tăng dần nếu không được điều trị
 - Na^+ , Cl^- , Ca^{2+} thường giảm do bị hòa loãng máu
 - Xét nghiệm máu:
 - Urea, Creatinin tăng phụ thuộc vào mức độ vô niệu (*tuy nhiên Urea phụ thuộc vào chế độ ăn và quá trình giáng hóa protid*)

trong cơ thể còn Creatinin thì không phụ thuộc nên phản ánh chức năng thận chính xác hơn)

- Protein máu thường giảm
- Xét nghiệm nước tiểu: protein máu có thể dương tính, có thể thấy trụ hạt màu nâu bẩn, có thể có hồng cầu, bạch cầu, tế bào biểu mô, vi khuẩn trong nước tiểu
- Khí máu: HCO_3^- giảm, pH giảm

❖ GIAI ĐOẠN ĐÁI TRỞ LẠI (TIỂU NHIỀU)

Giai đoạn này được tính từ khi bệnh nhân bắt đầu đái trở lại đến khi Urea, Creatinin máu bắt đầu giảm (thường 5-7 ngày)

- Cơ năng
 - Lượng nước tiểu tăng dần đạt đến 2 lít/24h hoặc hơn (*đa niệu, có khi 4-5 lít/24h*)
 - Các triệu chứng giảm dần về bình thường
- Thực thể
 - Phù giảm bớt
 - Khám lâm sàng có thể vẫn còn triệu chứng của Hội chứng tăng Urea máu trong giai đoạn đầu đái trở lại
 - Huyết áp dần trở lại bình thường
 - Nguy cơ đa niệu có thể dẫn đến mất nước, mất điện giải
- Cận lâm sàng
 - Các thông số dần trở về bình thường ngoại trừ Urea, Creatinin
 - Nếu đái quá nhiều nguy cơ hạ K^+ , Na^+

❖ GIAI ĐOẠN HỒI PHỤC

Được tính từ khi Urea, Creatinin máu bắt đầu giảm cho đến khi các chức năng thận hồi phục trở lại bình thường (thường kéo dài khoảng 4 tuần)

- Cơ năng
 - Đa niệu kéo dài thêm khoảng 1 tuần sau khi Urea, Creatinin máu bắt đầu giảm
- Thực thể
 - Các triệu chứng lâm sàng trở về bình thường
 - Nguy cơ mất nước và điện giải trong giai đoạn đa niệu
- Cận lâm sàng

- Điện giải đồ: nguy cơ mất Na^+ , K^+ trong thời gian đa niệu
- Xét nghiệm máu: Urea, Creatinin bắt đầu giảm dần về giá trị bình thường
- Xét nghiệm nước tiểu: Urea, Creatinin niệu tăng dần
- Mức lọc cầu thận (GFR) trở về bình thường (*thường sau 1-2 tháng*)
- Thăm dò chức năng ống thận (*khả năng cô đặc nước tiểu*): trở về bình thường chậm hơn (*có khi 6 – 12 tháng*)

HỘI CHỨNG SUY THẬN MẠN

Chẩn đoán xác định Hội chứng suy thận mạn dựa vào:

1. Dấu chứng của suy thận:

- Tăng urea, creatinin máu
- Mức lọc cầu thận giảm

2. Tính chất mạn tính của suy thận:

- Tiền sử bệnh thận, trước đây đã có tăng creatinin máu
- Kích thước thận giảm (*chiều cao < 10cm trên siêu âm, < 3 đốt sống trên ASP*)
- Thiếu máu (*hồng cầu bình thường không biến dạng*) và hạ Calci máu

Sự khác nhau giữa Suy thận mạn và Bệnh thận mạn có thể hiểu đơn giản là khái niệm của Bệnh thận mạn đã bao hàm cả khái niệm của Suy thận mạn. Cũng có thể hiểu Suy thận mạn tương ứng với Bệnh thận mạn giai đoạn III, IV và V

- Cơ năng
 - Phù: tùy nguyên nhân, nếu nguyên nhân do viêm cầu thận mạn hoặc viêm thận - bể thận mạn giai đoạn cuối, ngoài ra bất kỳ nguyên nhân nào khi suy thận đã ở giai đoạn cuối thì phù là hằng định
 - Đau đầu, ù tai, chóng mặt: do tăng huyết áp (*có ở 80% bệnh nhân*)
 - Chuột rút: thường xuất hiện vào ban đêm, có thể là do giảm Na^+ , Ca^{2+}
 - Ngứa: có thể có khi lắng đọng Calci (*gợi ý cường tuyến cận giáp*)
- Toàn thân: sức khỏe suy sụp nhanh chóng, tóc thưa dễ rụng, mặt mày phờ phạc, người cảm thấy vô lực, thờ ơ lạnh nhạt với mọi công việc, tình trạng mệt mỏi kéo dài liên miên nếu không được điều trị
- Thực thể
 - Hội chứng thiếu máu mạn với hồng cầu đẳng sắc hoặc bình sắc và thể tích hồng cầu bình thường (*thường không đặc hiệu, mức độ*

thiếu máu tương ứng với mức độ nặng của suy thận mạn, đáp ứng với điều trị Erythropoietin sau 3-4 tuần)

- Các triệu chứng của các cơ quan (*tiêu hóa, hô hấp, thần kinh, tim mạch, huyết học, thân nhiệt*) thường biểu hiện bởi Hội chứng tăng Urea máu (*mạn tính*)
- Ngoài ra hôn mê do tăng Urea máu là biểu hiện lâm sàng ở giai đoạn cuối của suy thận mạn. Bệnh nhân có thể có co giật, rối loạn tâm thần ở giai đoạn tiền hôn mê. Đặc điểm của hôn mê do tăng Urea máu mạn là không có triệu chứng thần kinh khu trú
- Tiền sử: có hoặc không chẩn đoán suy thận trước đây hoặc creatinin máu tăng trước đây
- Cận lâm sàng
 - Xét nghiệm máu:
 - Urea, Creatinin tăng tương
 - RBC, HGB, HCT giảm tỷ lệ với mức độ suy thận, tuy nhiên WBC và PLT bình thường
 - Xét nghiệm nước tiểu:
 - Nồng độ Urea, Creatinin niệu thấp
 - Protein niệu luôn dương tính cho dù là suy thận giai đoạn cuối
 - Có thể thấy hồng cầu niệu, bạch cầu niệu, vi khuẩn niệu, trụ niệu tùy theo nguyên nhân
 - Thăm dò chức năng thận:
 - Mức lọc cầu thận (GFR) giảm
 - Phân suất bài tiết Natri > 1
 - Siêu âm và X-quang: 2 bóng thận nhỏ đều hoặc không đều, nhu mô thận tăng âm làm xóa mờ ranh giới giữa nhu mô và đài bể thận. Nếu thận ứ nước, ứ mủ, thận đa nang thì có thể thấy bóng thận lớn
 - Điện giải đồ:
 - Na^+ giảm do giữ nước làm hòa loãng, mặc dù tổng lượng Na^+ có thể tăng
 - K^+ tăng khi có thiếu niệu hoặc vô niệu (*có thể gợi ý đợt cấp*)

HỘI CHỨNG KÍCH THÍCH BÀNG QUANG

Hội chứng đặc trưng cho một viêm, nhiễm khuẩn đường tiết niệu dưới.

- Cơ năng
 - Mót tiểu đột ngột đòi hỏi bệnh nhân phải đi tiểu ngay
 - Khó kiểm soát đi tiểu (*khó nhịn tiểu, tiểu són không tự chủ*)
 - Tiểu đêm ≥ 2 lần/đêm
 - Nếu nặng có thể đái dầm ngắt quãng
 - Tiểu buốt kèm theo nếu nguyên nhân do nhiễm trùng đường tiết niệu dưới
- Thực thể
 - Hỏi tiền sử bệnh liên quan hệ tiết niệu, tiền sử dùng thuốc (*cyclophosphamide,...*)
 - Khám hệ sinh dục và bụng (*tìm nguyên nhân*)

HỘI CHỨNG RỐI LOẠN TIỂU TIỆN

Người bệnh có thể bị 1 hoặc nhiều những triệu chứng cùng lúc sau đây:

- **Đái buốt:** cảm giác đau buốt dọc niệu đạo trước hay trong hoặc sau lúc đái; đau kiểu nóng rát, tăng dần lên vào cuối bãi
- **Đái dắt:** đái lắt nhắt nhiều lần trong ngày với thể tích nước tiểu rất ít trong mỗi lần đi (*vài ml hoặc vài giọt*), đái xong một chốc lại mót ngay nhưng có khi không được giọt nước tiểu nào
- **Đái nhiều lần:** đái rất nhiều lần (*có khi 20-30 lần/ngày*) nhưng thể tích mỗi lần đi bình thường chứ không như đái dắt (*vài chục đến vài trăm ml*), thể tích nước tiểu là yếu tố phân biệt đái nhiều lần và đái dắt
- **Đái không tự chủ:**
 - Đái không tự chủ hoàn toàn: nước tiểu thường xuyên rỉ ra, không còn phản xạ đi đái
 - Đái không tự chủ không hoàn toàn gồm cả 2 triệu chứng sau:
 - Bệnh nhân vẫn còn phản xạ đi đái nhưng chưa kịp đái nước tiểu đã rỉ ra quần không nín được và/hoặc đái rỉ giọt sau khi đái xong
 - Bệnh nhân không còn cảm nhận được mà chỉ khi thấy đồ lót ướt mới biết có nước tiểu rỉ ra

- **Đái dầm:** đái vào lúc đang ngủ và bệnh nhân không biết là mình đái cho đến khi tỉnh dậy và thấy ướt quần, có khi nằm mơ thấy mình đái thật. Trẻ nhỏ thường là sinh lý nhưng nếu gặp ở người lớn thường là bệnh lý
- **Bí đái:** có nước tiểu nhưng không đái được (*chức năng thận vẫn còn bình thường và tiếp tục sản xuất nước tiểu dù không đái được*)

HỘI CHỨNG RỐI LOẠN THỂ TÍCH NƯỚC TIỂU

- **Thiểu niệu:** thể tích nước tiểu < 500ml/24h hoặc < 20ml/h
- **Vô niệu:** không có nước tiểu thậm chí khi thông bàng quang cũng không có hoặc nước tiểu < 100ml/24h cũng được xem là vô niệu (*khác với bí đái là lượng nước tiểu ở trong bàng quang*)
- **Đa niệu:** lượng nước tiểu > 2,5 lít/24h diễn ra thường xuyên được xem như là bệnh lý (*có những trường hợp 24h đái đến 4 lít, 6 lít thậm chí 10 lít*)

HỘI CHỨNG BẤT THƯỜNG MÀU SẮC NƯỚC TIỂU

Người bệnh có thể có 1 hoặc nhiều triệu chứng sau:

- **Đái máu:** thường đái máu đại thể mới gây thay đổi màu sắc nước tiểu (*màu hồng hoặc đỏ*)
 - Cận lâm sàng: Cận Addis có số lượng hồng cầu > 5000/phút thường chắc chắn đái máu đại thể
- **Đái hemoglobin:** nước tiểu màu đỏ (*tuy đỏ nhưng vẫn trong*), có khi sẫm như nước vối, để lâu biến thành màu sẫm đen (*màu xá xí*)
 - Cận lâm sàng: để lâu hoặc ly tâm không có cặn hồng cầu, không bao giờ có cục máu đông. Xét nghiệm nước tiểu có hemoglobin niệu mà không có hồng cầu niệu, thường hemoglobin máu tăng (*nguồn gốc trước thận*)
- **Đái myoglobin:** triệu chứng nước tiểu giống như đái hemoglobin, thường có màu đỏ hoặc sẫm đen
 - Cận lâm sàng: để lâu hoặc ly tâm không có cặn hồng cầu, không bao giờ có cục máu đông. Tuy nhiên xét nghiệm nước tiểu có myoglobin niệu mà không có hemoglobin và hồng cầu niệu
- **Đái porphyrin:** nước tiểu thường có màu đỏ rượu cam nhưng trong hoặc lúc đầu có màu đỏ sẫm như đái ra máu và sau đó sẫm lại do bị oxy hóa
 - Cận lâm sàng: để lâu hoặc ly tâm không có cặn, không bao giờ có cục máu đông. Xét nghiệm nước tiểu không có hồng cầu, hemoglobin,

- myoglobin mà chỉ thấy các thành phần: uroporphyrin, coproporphyrin, proporphyrin
- **Đái mủ:** nước tiểu màu mủ sánh, nếu tế bào mủ ít thì nước tiểu có màu đục trắng kèm dây mủ lớn vờn, hạt mủ lấm tấm, nếu ít hơn nữa thì chỉ thấy màu đục
 - Cận lâm sàng: soi dưới kính hiển vi đa số thấy bạch cầu đa nhân thoái hóa hoặc chưa thoái hóa. Cận mủ bao gồm chủ yếu là tế bào mủ, có thể có ít tế bào biểu bì, tế bào biểu mô bị thoái hóa, vi khuẩn, sợi tơ huyết và chất nhầy
 - **Đái dưỡng trắng:** nước tiểu có màu sữa giống màu nước vo gạo, nếu có nhiều dưỡng trắng thì khi cho nước tiểu vào ống nghiệm rồi để lâu sẽ đặc lại như thạch, màu trắng trong
 - Cận lâm sàng: xét nghiệm nước tiểu có thành phần chủ yếu là triglycerid. Để khẳng định cần chụp X-quang hệ thống bạch mạch hoặc X-quang bể thận-niệu quản ngược dòng

Lưu ý: ngoài ra còn có rất nhiều nguyên nhân gây thay đổi màu sắc nước tiểu nhưng trên đây là những nguyên nhân thường gặp nhất

HỘI CHỨNG NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG TIẾT NIỆU (Tham khảo thêm)

Theo giải phẫu sinh lý của đường tiết niệu, chia làm 2 nhóm:

❖ HỘI CHỨNG NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG TIẾT NIỆU TRÊN

Là trạng thái nhiễm khuẩn của thận cho tới miệng niệu quản mà chủ yếu là ở nhu mô thận và thành của đài bể thận.

- Cơ năng
 - Đau: đau vùng thắt lưng, thường đau tức, âm ỉ, hầu hết trường hợp đau 1 bên, ít khi đau 2 bên, có thể có cơn đau quặn thận
 - Buồn nôn, nôn, gầy sút, mất ngủ có thể kèm theo
 - Có thể có Hội chứng kích thích bàng quang (*nếu kèm nhiễm khuẩn tiết niệu dưới*)
- Toàn thân: có Hội chứng nhiễm trùng rõ với sốt cao 39 – 40°C, rét run. Tuy nhiên ở 1 số ít người cao tuổi có thể không sốt
- Thực thể

- Nhìn: nước tiểu đục hay đỏ, nếu đái máu thường đái máu toàn bãi
(*Hội chứng bất thường màu sắc nước tiểu*)
- Sờ:
 - Ấn hố thắt lưng bên đau có thể gây đau tăng
 - Phản ứng cơ thắt lưng dương tính bên bệnh
 - Có thể khám thấy thận lớn
 - Rung thận dương tính nếu có ứ mủ bể thận
- Cận lâm sàng
 - Xét nghiệm nước tiểu:
 - Cấy nước tiểu > 10^5 vi khuẩn/ml
 - Bạch cầu > 10^4 /ml
 - Có thể có Protein niệu và thường < 1g/24h
 - Xét nghiệm máu:
 - WBC, NEU, NEU% tăng
 - Lắng máu, CRP tăng
 - Cấy máu có thể dương tính nếu nguồn nhiễm khuẩn từ máu lan đến thận
 - Nếu có tắc nghẽn thì urea, creatinin có thể tăng
 - X-quang:
 - Có thể thấy bóng thận lớn
 - ASP: có thể thấy sỏi cản quang, dị vật ở thận hay niệu quản
 - UIV: có thể thấy vị trí sỏi không cản quang, đánh giá mức độ tắc nghẽn, mức độ tổn thương
 - UPR: chỉ định sau khi đã được điều trị qua cơn nhiễm trùng cấp tính với mục đích tìm vị trí, bản chất của tắc nghẽn
 - Siêu âm:
 - Thường thấy thận lớn, đánh giá mức độ ứ nước của thận
 - Có thể thấy nguyên nhân do sỏi hay dị vật

❖ HỘI CHỨNG NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG TIẾT NIỆU DƯỚI

Là tình trạng nhiễm khuẩn bàng quang, niệu đạo, kể cả bộ phận sinh dục của nam giới như tuyến tiền liệt, tinh hoàn

- Cơ năng

- Hội chứng kích thích bàng quang rõ trên lâm sàng với tiểu buốt, tiểu rất
- Đau tức hạ vị, bộ phận sinh dục ngoài
- Toàn trạng ít thay đổi và không có sốt (*viêm bàng quang*) hoặc có sốt (*viêm tiền liệt tuyến và tinh hoàn*)
- Thực thể
 - Nhìn: nếu viêm niệu đạo thấy dịch vàng hoặc đục chảy ra từ lỗ sáo
 - Sờ: ấn hạ vị hay bộ phận sinh dục ngoài gây đau tăng
- Cận lâm sàng
 - Xét nghiệm nước tiểu:
 - Cấy nước tiểu có vi khuẩn $> 10^5/\text{ml}$
 - Bạch cầu $> 10^4/\text{ml}$
 - Xét nghiệm máu:
 - WBC, NEU, NEU% tăng
 - Lắng máu, CRP tăng
 - Nếu có tắc nghẽn thì urea, creatinin có thể tăng
 - X-quang:
 - ASP: có thể phát hiện sỏi cản quang ở bàng quang hay niệu đạo
 - UIV: có thể thấy vị trí sỏi không cản quang, túi thừa niệu đạo hay bàng quang
 - RUG và RCG: chỉ định sau khi nhiễm trùng cấp đã qua, có thể thấy vị trí hẹp hoặc túi thừa ở niệu đạo hay bàng quang
 - Siêu âm: thường thấy dày thành bàng quang (*viêm bàng quang*), có thể thấy sỏi hay dị vật, có thể thấy hình ảnh bất thường của các bộ phận sinh dục

HỘI CHỨNG TẮC NGHẼN ĐƯỜNG TIẾT NIỆU

Tắc nghẽn đường tiết niệu là sự tắc nghẽn dòng chảy của nước tiểu ra khỏi cơ thể. Đây là nguyên nhân phổ biến gây suy thận cấp và mạn tính, những nguyên nhân dẫn đến Hội chứng tắc nghẽn đường tiết niệu có thể bẩm sinh hoặc mắc phải hoặc cả 2 dạng trên cùng bệnh nhân, thường gặp những nguyên nhân sau :

1. Sỏi niệu thận, sỏi niệu đạo, sỏi bàng quang, sỏi niệu quản
2. Chít hẹp niệu đạo, niệu quản

3. Phì đại lành tính hoặc ung thư tuyến tiền liệt

4. U bàng quang, ung thư bàng quang, ung thư bể thận

5. Rối loạn chức năng bàng quang

Lưu ý: đây là những nguyên nhân thường gây ra tắc nghẽn đường niệu trên bệnh phòng, cần tìm hiểu thêm về mặt bệnh này vì nó phục vụ cho việc làm bệnh án và yêu cầu của thầy cô.

Dựa vào hình thái giải phẫu sinh lý mà chia làm 2 loại:

❖ HỘI CHỨNG TẮC NGHẼN ĐƯỜNG TIẾT NIỆU TRÊN

- Cơ năng
 - Đau: thường đau ở hố thắt lưng (*thận ứ nước gây giãn cấp hoặc ứ mủ*), cơn đau quặn thận điển hình hoặc không điển hình (*sỏi niệu quản, sỏi thận*), hoặc có thể không có đau hay đau âm ỉ kéo dài (*nếu như tắc nghẽn xảy ra từ từ làm bệnh nhân có thể thích nghi*)
 - Có thể nhiễm trùng tái diễn đường tiết niệu trên (*thường do ứ đọng nước tiểu*)
 - Vô niệu và nếu như tắc nghẽn đường tiết niệu trên người có 1 thận duy nhất (*do cắt thận*)
- Toàn thân: có thể có sốt cao, gầy sút nhanh, nôn, buồn nôn,... (*nếu tắc nghẽn gây nhiễm trùng đường tiết niệu trên*)
- Thực thể
 - Nhìn:
 - Đái máu toàn bãi hoặc đái mủ, nguyên nhân thường do sỏi, u hay nhiễm khuẩn
 - Sờ:
 - Ấn đau tăng vùng hố thắt lưng do thận giãn to
 - Ấn điểm niệu quản (+) nếu do sỏi niệu quản
 - Rung thận (+) nếu có biến chứng thận ứ mủ
 - Nếu có suy thận kèm theo thường khám thấy các triệu chứng của Hội chứng tăng urea máu
- Cận lâm sàng
 - X-quang:
 - ASP: thường thấy sỏi có cản quang ở đường tiết niệu trên, bóng thận lớn

- UIV: cho biết vị trí hẹp niệu quản hoặc sỏi không cản quang, khảo sát chức năng thận
- Siêu âm:
 - Mức độ thận ứ nước
 - Vị trí nơi hẹp, vị trí sỏi hoặc khối u
- Xét nghiệm máu:
 - Nếu có biến chứng nhiễm trùng thì WBC, NEU tăng, CRP tăng
- Xét nghiệm nước tiểu
 - Có thể có hồng cầu niệu, protein niệu, bạch cầu niệu

❖ HỘI CHỨNG TẮC NGHẼN ĐƯỜNG TIẾT NIỆU DƯỚI

Về cơ bản HC tắc nghẽn đường tiểu dưới có những triệu chứng và biến chứng giống với HC tắc nghẽn đường tiểu trên nhưng có một vài điểm khác như sau:

- Cơ năng:
 - Đau: đau tức hạ vị do bàng quang căng tức, không có cơn đau quặn thận, có thể đau cả bộ phận sinh dục ngoài
 - Có thể nhiễm trùng tái diễn đường tiết niệu trên và dưới (*thường do ứ đọng nước tiểu*)
 - Có thể biểu hiện Hội chứng kích thích bàng quang rõ (*sỏi bàng quang hay sát thành bàng quang, u bàng quang, viêm xơ cứng bàng quang, niệu đạo, v.v...*)
 - Bí tiểu cấp hoặc mạn nếu tắc nghẽn đường ra của bàng quang hoặc niệu đạo
- Toàn thân: không thay đổi nếu chỉ gây viêm bàng quang, sốt cao nếu biến chứng viêm tiền liệt tuyến và tinh hoàn
- Thực thể
 - Nhìn: có thể có Hội chứng bất thường màu sắc nước tiểu (*do u, sỏi, v.v...*) gây đái máu, đái mủ
 - Nếu tắc nghẽn gây nhiễm trùng đường tiết niệu, khám có Hội chứng nhiễm khuẩn tiết niệu trên hoặc dưới rõ
 - Sờ:
 - Ấn vùng thắt lưng đau tăng do thận giãn to
 - Ấn vùng hạ vị đau tăng do bàng quang căng

- Cầu bàng quang (+) nếu tắc nghẽn đường ra của bàng quang hoặc niệu đạo
- Nếu có suy thận kèm theo thường khám thấy các triệu chứng của Hội chứng tăng urea máu
- Cận lâm sàng
 - X-quang:
 - ASP: thường thấy sỏi có cản quang ở đường tiết niệu trên, bóng thận lớn
 - UIV: cho biết vị trí hẹp niệu quản hoặc sỏi không cản quang, khảo sát chức năng thận
 - Siêu âm:
 - Mức độ thận ứ nước
 - Vị trí nơi hẹp, vị trí sỏi hoặc khối u
 - Xét nghiệm máu:
 - Nếu có biến chứng nhiễm trùng thì WBC, NEU tăng, CRP tăng
 - Xét nghiệm nước tiểu
 - Có thể có hồng cầu niệu, protein niệu, bạch cầu niệu

HỘI CHỨNG TĂNG UREA MÁU

Lưu ý: Dấu chứng quan trọng để chẩn đoán phân biệt tăng urea máu cấp với mạn tính là dựa vào thiếu máu ở bệnh nhân suy thận, thiếu máu tỷ lệ thuận với mức độ, giai đoạn suy thận. Trong HC tăng urea máu thì triệu chứng ở cơ quan thần kinh và tiêu hóa là xảy ra sớm và thường gặp nhất.

- Tiền sử: người bệnh thường biết về bệnh thận - tiết niệu trước đây của bản thân
- Cơ năng và thực thể:
 - Thần kinh
 - Nhẹ: mệt mỏi, nhức đầu, chóng mặt, hoa mắt, trước mặt có dấu ruồi bay, mất ngủ
 - Vừa: lơ mơ, nói mê, vật vã
 - Nặng: thường đi vào hôn mê, co giật do phù não, đồng tử co lại, phản ứng ánh sáng kém (*khám thực thể không có dấu thần kinh khu trú, không có hội chứng màng não*)
 - Tiêu hóa

- Nhẹ: ăn không ngon, đầy bụng, chướng hơi
- Nặng: buồn nôn, ỉa chảy, lưỡi đen, niêm mạc miệng và họng bị loét, có những mảng giả màu xám
- Hô hấp
 - Hơi thở có mùi Amoniac
 - Kiểu thở Cheyne – Stokes hoặc Kussmaul
 - Nếu hôn mê thì thở chậm và yếu
 - Có thể nghe tiếng cọ màng phổi (*do Nitơ thoát vào màng phổi*)
- Tim mạch
 - Mạch nhanh, nhỏ
 - Huyết áp tăng
 - Có thể trụy mạch nếu suy thận giai đoạn cuối
 - Có thể nghe tiếng cọ màng ngoài tim (*do Nitơ thoát qua màng ngoài tim*)
- Huyết học: *Nitơ dễ thấm vào các mô và gây chảy máu, khi nó thoát ra ngoài mạch máu vào các tổ chức làm kéo theo cả hồng cầu và huyết tương cùng ra, thường gây những triệu chứng sau:*
 - Viêm võng mạc, chảy máu võng mạc
 - Chảy máu dưới da và niêm mạc
 - Xuất huyết tiêu hóa
 - Chảy máu màng não, màng phổi, màng tim và màng ngoài tim
- Thân nhiệt
 - Thân nhiệt thường giảm
- Cận lâm sàng:
 - Xét nghiệm máu:
 - Ure và Creatinin máu tăng tùy theo giai đoạn
 - Thiếu máu thường nặng và tỷ lệ với mức độ suy thận
 - Acid Uric thường tăng
 - Khí máu động mạch: pH giảm do toan chuyển hóa
 - Điện giải đồ:
 - K^+ thường tăng, Na^+ thường giảm
 - Ca^{2+} giảm và PO_4^{2-} tăng
 - Xét nghiệm nước tiểu:

- Tỷ trọng thấp
 - Protein niệu dương tính
 - Trụ niệu: trụ hồng cầu, trụ bạch cầu, trụ hạt
 - Đo mức lọc cầu thận giảm nặng
-

PHÂN ĐỘ - PHÂN LOẠI - PHÂN GIAI ĐOẠN

PHÂN GIAI ĐOẠN BỆNH THẬN MẠN THEO KDIGO 2012

Giai đoạn	Mức lọc cầu thận (ml/phút/1,73m ²)	Đánh giá mức lọc cầu thận
GĐ 1	≥ 90	Bình thường hoặc tăng
GĐ 2	60 – 89	Giảm nhẹ
GĐ 3a	45 – 59	Giảm nhẹ - giảm trung bình
GĐ 3b	30 – 44	Giảm trung bình – giảm nặng
GĐ 4	15 – 29	Giảm nặng
GĐ 5	< 15	Bệnh thận giai đoạn cuối

ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ PROTEIN NIỆU THEO KDOQI 2012

Giai đoạn	Albumin (mg/24h)	Albumin/Creatinin		Đánh giá
		(mg/mmol)	(mg/g)	
A1	< 30	< 3	< 30	Bình thường
A2	30 – 300	3 – 30	30 – 300	Tiểu albumin vi lượng
A3	> 300	> 30	> 300	Protein niệu đại thể

Lưu ý: Nếu không định lượng được Albumin niệu thì tỉ lệ Protein/Creatinin có thể giúp quy đổi tương ứng với lượng Protein niệu tính bằng g/24h/1,73m² da như sau:

- Tỉ lệ Protein/Creatinin < 0,2 mg/mg tương ứng Protein niệu < 0,2 g/24h/1,73m²
- Tỉ lệ Protein/Creatinin > 3,5 mg/mg tương ứng Protein niệu > 3,5 g/24h/1,73m² (hội chứng thận hư)

BẢNG PHÂN BIỆT SUY THẬN CẤP CHỨC NĂNG VÀ SUY THẬN CẤP THỰC THỂ

Chỉ số	STC chức năng	STC thực thể
Áp lực thẩm thấu niệu (mOsm/kg nước)	> 500	< 400
Na niệu (mmol/l)	< 20	> 40
Creatinin niệu/Creatinin máu	> 40	< 20
Ure máu/Creatinin máu	> 20	10
Chỉ số đào thải Natri (FENa)	< 1	> 1

CHẨN ĐOÁN TỔN THƯƠNG THẬN CẤP VÀ SUY THẬN CẤP THEO RIFLE

Phân độ RIFLE	Mức lọc cầu thận (GFR) Hoặc Creatinin huyết thanh	Thể tích nước tiểu
R – Risk Nguy cơ	↑ Creatinin huyết thanh x 1,5 lần hoặc giảm GFR > 25%	< 0,5 ml/kg/giờ > 6 giờ
I – Injury Tổn thương	↑ Creatinin huyết thanh x 2 lần hoặc giảm GFR > 50%	< 0,5ml/kg/giờ > 12 giờ
F – Failure Suy	↑ Creatinin huyết thanh x 3 lần hoặc giảm GFR > 75%	< 0,3 ml/kg/giờ > 12 giờ hoặc vô niệu trong 12 giờ
L – Loss Mất	Mất chức năng thận hoàn toàn trong > 4 tuần	
E – End-stage kidney disease Giai đoạn cuối	Cần điều trị thay thế thận > 3 tháng (suy thận giai đoạn cuối > 3 tháng)	

PHÂN ĐỘ CHẨN THƯƠNG THẬN THEO AAST

Phân độ	Loại tổn thương	Tổn thương giải phẫu bệnh (trên CT-scan)
I	Đụng dập	Chủ mô thận bị đụng dập nhưng chữa vỡ, thận còn nguyên vẹn
	Máu tụ	Máu tụ dưới bao thận
II	Máu tụ	Máu tụ quanh thận, không lan rộng
	Rách thận	Rách chủ mô vùng vỏ thận < 1cm
III	Rách thận	Rách chủ mô vùng vỏ thận > 1cm nhưng không thông với hệ thống đài bể thận
IV	Vỡ thận	Vỡ chủ mô thận lan rộng từ vùng vỏ vào tủy thận và thông vào hệ thống đài bể thận
	Mạch máu	Huyết khối động mạch thận chính, tổn thương rách động mạch hay tĩnh mạch thùy thận
IV	Vỡ thận	Thận vỡ nhiều mảnh
	Mạch máu	Tổn thương đứt cuống thận hay tổn thương rách mạch máu chính của thận trong vết thương xuyên thấu

PHÂN LOẠI UNG THƯ THẬN THEO HỆ THỐNG TNM

T: khối u nguyên phát		
T_x	Không xác định được khối u nguyên phát	
T₀	Không có bằng chứng khối u	
T₁	Khối u có kích thước < 7cm và khu trú trong thận	
T₂	Khối u có kích thước > 7cm và khu trú trong thận	
T₃	T₃	Khối u lan ra đến tĩnh mạch lớn hoặc thâm nhiễm tuyến thượng thận hoặc tổ chức mỡ quanh thận, nhưng chưa lan ra khỏi cân Gerota
	T_{3a}	U xâm nhiễm tuyến thượng thận hoặc bao mỡ quanh thận, nhưng chưa xâm lấn cân Gerota
	T_{3b}	U xâm lấn vào tĩnh mạch thận hoặc tĩnh mạch chủ dưới cơ hoành
	T_{3c}	U xâm lấn vào tĩnh mạch chủ trên cơ hoành
T₄	U xâm lấn ra ngoài cân Gerota	
N: hạch bạch huyết vùng		
N_x	Không xác định được hạch di căn	
N₀	Không có hạch di căn	
N₁	Di căn 1 hạch vùng	
N₂	Di căn nhiều hơn 1 hạch vùng	
M: di căn xa		
M_x	Không xác định được di căn xa	
M₀	Không có di căn xa	
M₁	Di căn xa	

PHÂN ĐỘ SUY THẬN MẠN THEO GIAI ĐOẠN

Mức độ	Cl-Cr (ml/phút)	Creatinin máu ($\mu\text{mol/ml}$)	Triệu chứng lâm sàng
Độ I	60 – 41	< 130	Bình thường
Độ II	40 – 21	130 – 299	Thiếu máu nhẹ
Độ IIIa	20 – 11	300 – 499	Triệu chứng tiêu hóa Thiếu máu vừa
Độ IIIb	10 – 5	500 – 900	Thiếu máu nặng Hội chứng tăng urea máu
Độ IV	< 5	> 900	Tiểu ít

PHÂN LOẠI UNG THƯ BÀNG QUANG THEO HỆ THỐNG TNM

T: khối u nguyên phát	
T_x	Không thể đánh giá được
T₀	Không có bằng chứng khối u nguyên phát
T_{is}	Carcinoma in situ (CIS)
T_a	Carcinoma nhú không xâm lấn
T₁	Xâm lấn vào lá thành
T₂	T_{2a} Xâm lấn vào lớp bề mặt của lớp cơ
	T_{2b} Xâm lấn vào lớp sâu của lớp cơ
T₃	Xâm lấn qua thanh mạc vào mô mỡ quanh bàng quang
T₄	T_{4a} Xâm lấn vào cơ quan kế cận
	T_{4b} Xâm lấn vào khoang chậu
N: hạch bạch huyết vùng	
N_x	Không thể đánh giá được
N₀	Không có di căn hạch bạch huyết vùng
N₁	Di căn 1 hạch bạch huyết ≤ 2cm
N₂	Di căn 1 hạch bạch huyết > 2cm và ≤ 5cm hoặc nhiều hạch bạch huyết ≤ 5cm
N₃	Di căn hạch bạch huyết > 5cm
M: di căn xa	
M_x	Không thể đánh giá được
M₀	Không có di căn xa
M₁	Có di căn xa

THANG ĐIỂM IPSS ĐÁNH GIÁ TRIỆU CHỨNG TIỀN LIỆT TUYẾN THEO AUA

Trong tháng vừa qua	Không lần nào	< 1/5 lần	< 1/2 lần	1/2 lần	> 1/2 lần	Gần như luôn luôn	Điểm
1. Đái không hết	0	1	2	3	4	5	
2. Đi đái lại < 2h	0	1	2	3	4	5	
3. Đái ngập ngừng	0	1	2	3	4	5	
4. Đái gấp	0	1	2	3	4	5	
5. Đái tia nhỏ	0	1	2	3	4	5	
6. Rặn mới đái được	0	1	2	3	4	5	
Số lần đái đêm	Không	1 lần	2 lần	3 lần	4 lần	5 lần	
7. Đái đêm	0	1	2	3	4	5	
Tổng điểm							
Đánh giá							
0 – 7 điểm		8 – 19 điểm			> 20 điểm		
Bình thường		Trung bình			Nặng		

Lưu ý: Về sau AUA có bổ sung thêm 1 câu hỏi nữa dựa trên đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân (Quality of Life – QoL)

Chất lượng cuộc sống	Hoan nghênh	Tốt	Khá	Tạm	Khó chịu	Khổ	Khổ sở
Bạn cảm thấy như thế nào nếu như bạn phải sống hết quãng đời còn lại với những triệu chứng này?	0	1	2	3	4	5	6

CHƯƠNG 6: TIÊU HÓA

CƠN ĐAU DO LOÉT DẠ DÀY

- Hoàn cảnh khởi phát: đau liên quan đến bữa ăn, thường đau sau ăn khoảng vài chục phút đến vài giờ (thường 30p – 2 tiếng)
- Vị trí: tùy vào vị trí ổ loét mà có thể đau bất kì chỗ nào trên bụng nhưng thường gặp nhất là đau thượng vị
- Hướng lan: lan ra sau lưng nếu loét nằm ở mặt sau dạ dày
- Tính chất: đau kiểu rát bỏng, ăn vào hoặc uống thuốc trung hòa acid đáp ứng nhưng kém hơn so với loét tá tràng
- Cường độ: mức độ khó chịu, âm ỉ đến dữ dội tùy theo mức độ loét
- Chu kỳ: đau từng đợt kéo dài từ 2 – 8 tuần và mỗi đợt cách nhau từ vài tháng đến vài năm, thường đau vào mùa đông
- Triệu chứng kèm theo: buồn nôn, nôn, ợ hơi, ợ chua, có thể trướng bụng

CƠN ĐAU DO LOÉT Tá TRÀNG

- Hoàn cảnh khởi phát: đau liên quan đến bữa ăn, thường đau khi đói hoặc sau ăn thường từ 2 – 3 tiếng
- Vị trí: tùy vào vị trí ổ loét mà có thể đau bất kì chỗ nào trên bụng nhưng thường gặp nhất là đau thượng vị
- Hướng lan: ở 1/3 trường hợp có đau lan sau lưng và về phía bên phải
- Tính chất: đau kiểu quặn thắt, đau đói; khi ăn vào hay uống thuốc trung hòa acid đáp ứng tốt hơn so với loét dạ dày, hơn nữa cơn đau do loét tá tràng biểu hiện rõ ràng hơn với loét dạ dày vì không có viêm phổi hợp
- Cường độ: mức độ khó chịu, âm ỉ kéo dài đến dữ dội tùy theo mức độ loét
- Chu kỳ: các đợt cách nhau từ vài tháng đến vài năm, các đợt cấp bộc phát rõ ràng, giữa các đợt cấp không có triệu chứng gì
- Triệu chứng kèm theo: buồn nôn, nôn, ợ hơi, ợ chua, có thể trướng bụng

CƠN ĐAU DO VIÊM TỤY CẤP

- Hoàn cảnh khởi phát: thường đột ngột, sau những bữa ăn thịnh soạn thường có nhiều thịt và rượu; có thể sau dùng một số loại thuốc hoặc một số can thiệp y khoa
- Vị trí: thường đau ở vùng thượng vị

- Hướng lan: thường lan từ thượng vị ra bờ sườn bên trái và lan vòng ra sau lưng
- Tính chất:
 - VTC do sỏi, tính chất đau điển hình là đau như dao đâm, xuyên thấu, đau thường xuyên và có cơn trệ lên hẳn
 - VTC do chuyển hóa, rượu, tính chất đau tăng dần và không dữ dội như do sỏi
- Cường độ: thay đổi từ nhẹ đến rất nặng phụ thuộc nhiều vào nguyên nhân
- Chu kỳ: đau liên tục không có chu kỳ
- Triệu chứng kèm theo: buồn nôn và nôn (*nôn xong vẫn không đỡ đau*), có thể có trướng bụng, vật vã, toát mồ hôi, choáng do đau
- Tư thế giảm đau: gập người ra trước, tư thế ngồi xổm hoặc nằm phủ phục (*tư thế Hồi giáo*) sẽ giảm đau. Ngược lại nằm ngửa, ho hoặc cử động mạnh, thở sâu làm đau tăng lên

CƠN ĐAU DO VIÊM TÚI MẬT CẤP

- Hoàn cảnh khởi phát: thường đột ngột và được thúc đẩy bởi 1 bữa ăn quá no hoặc quá nhiều chất béo
- Vị trí: thường khu trú ở thượng vị hoặc hạ sườn phải
- Hướng lan: có thể lan lên bả vai
- Tính chất: đau kiểu co thắt, đau âm ỉ, liên tục và cơn đau có thể tự giảm hoặc nặng lên
- Cường độ: thường đau dữ dội
- Chu kỳ: không có chu kỳ
- Triệu chứng kèm theo: buồn nôn và nôn (75%)

CƠN ĐAU QUẶN GAN

- Hoàn cảnh khởi phát: đột ngột bất kỳ giờ nào trong ngày hoặc có thể liên quan đến bữa ăn (*thường sau bữa ăn 1-2 tiếng*)
- Vị trí: thường ở hạ sườn phải
- Hướng lan: sau lưng hoặc lên ngực, bả vai
- Tính chất: thường đau liên tục với các cơn kịch phát
- Cường độ: thường dữ dội ngay từ đầu hoặc có thể tăng dần về
- Chu kỳ: không có chu kỳ

- Triệu chứng kèm theo: thường kèm theo sốt (*sau đau vài giờ*) và vàng da (*sau đau 24-48 giờ*), xuất hiện cả 3 triệu chứng được gọi là **Tam chứng Charcot**

Tam chứng Charcot: Đau (*xuất hiện đầu tiên*) – Sốt (*xuất hiện sau đau*) – Vàng da (*xuất hiện cuối cùng*). Hơn nữa trình tự thoái lui của các triệu chứng thường như sau: Sốt – Đau – Vàng da

CƠN ĐAU DO ABSCESS GAN

- Hoàn cảnh khởi phát: đột ngột hoặc từ từ
- Vị trí: thường ở vùng đáy ngực phải
- Hướng lan: có thể có cảm giác lan rộng trong toàn bộ gan
- Tính chất: cảm giác như bị đè ép, âm ỉ, liên tục hoặc thành cơn nhức buốt
- Cường độ: từ nhẹ đến nặng tùy theo mức độ abscess gan
- Chu kỳ: không có chu kỳ
- Triệu chứng kèm theo: thường sốt và gan lớn đi kèm với đau. 3 triệu chứng này được gọi là **Tam chứng Fontan**
- Tư thế: thường không có tư thế giảm đau. Ngược lại ho, cử động mạnh, nằm nghiêng bên phải thường đau tăng

Tam chứng Fontan: Sốt – Đau hạ sườn phải – Gan

HỘI CHỨNG VÀNG DA

Được chia làm 3 loại:

❖ HỘI CHỨNG VÀNG DA TRƯỚC GAN

Là do sự phá hủy quá mức hồng cầu ở tổ chức liên võng nội mô, giải phóng quá nhiều yếu tố tiền thân của sắc tố mật là bilirubin tự do, làm nó ứ lại trong máu gây vàng da.

- Cơ năng:
 - Thường mệt mỏi, dễ choáng váng do tình trạng thiếu máu (*nếu do nguyên nhân tan huyết*)
- Thực thể:
 - Nhìn:
 - Vàng kết mạc mắt, da vàng đặc biệt là lòng bàn tay, bàn chân
 - Phân sẫm màu do chứa nhiều stercobilinogen, stercobilin

- Sờ: thường thấy lách to
- Cận lâm sàng:
 - Xét nghiệm máu:
 - Hồng cầu thường giảm, hồng cầu lưới tăng
 - Bilirubin toàn phần tăng, bilirubin tự do tăng ưu thế
 - Tỷ Bilirubin kết hợp/Bilirubin toàn phần thường < 20% là gợi ý nguyên nhân vàng do do trước gan
 - Transaminase và ALP (Phosphatase kiềm) thường không tăng hoặc tăng nhẹ
 - Xét nghiệm nước tiểu:
 - Bilirubin thường âm tính
 - Xét nghiệm về tan máu thường dương tính

❖ HỘI CHỨNG VÀNG DA TẠI GAN

Là do tổn thương tế bào nhu mô gan, khả năng liên kết giữa bilirubin tự do và acid glucuronic bị giảm đi, chức năng tạo mật của gan bị suy yếu. Mật khác mật ở các vi quản mật dễ thấm vào vi huyết quản làm lan tỏa ngược lại của bilirubin liên hợp vào máu nên thấy trong máu tăng cả bilirubin tự do và bilirubin liên hợp

- Cơ năng
 - Có thể đau hạ sườn phải kèm theo
 - Có thể sốt
 - Có thể có ngứa
- Thực thể
 - Nhìn:
 - Kết mạc mắt vàng, da vàng xuất hiện nhanh
 - Phân có thể bạc màu (*do ít stercobilinogen xuống ruột*)
 - Nước tiểu vàng sẫm (*do xuất hiện bilirubin liên hợp*)
 - Có thể có xuất huyết da, niêm mạc (*do gan tổn thương nặng, giảm sản xuất yếu tố đông máu*)
 - Có thể phù (*do tổn thương gan nặng, giảm sản xuất albumin*)
 - Sờ:
 - Thường có gan to
 - Nếu tổn thương gan nặng thường có Hội chứng suy tế bào gan

- Cận lâm sàng
 - Xét nghiệm máu:
 - Bilirubin liên hợp và bilirubin tự do đều tăng
 - Tỷ bilirubin kết hợp/Bilirubin toàn phần thường 20 – 50% kèm theo tăng Bilirubin toàn phần
 - Transaminase thường tăng có giá trị
 - Xét nghiệm nước tiểu:
 - Bilirubin trực tiếp niệu nhiều hơn bình thường

❖ HỘI CHỨNG VÀNG DA SAU GAN (HC VÀNG DA TẮC MẬT)

Do tắc một bộ phận hoặc toàn bộ đường dẫn mật làm cho mật không xuống được ống tiêu hóa, làm ứ trệ tại hệ thống đường mật và tại gan cuối cùng thấm vào máu

- Cơ năng
 - Có thể đau đột ngột với cơn đau quặn gan hoặc từ từ hay thậm chí không đau ở hạ sườn phải (*tùy theo nguyên nhân*)
 - Nếu do sỏi đường mật, đặc biệt là sỏi ống mật chủ sẽ biểu hiện Tam chứng Charcot rõ
 - Sốt có thể có hoặc không
 - Có thể có ngứa do tình trạng nhiễm độc muối mật
- Toàn thân: mệt mỏi, mất ngủ, cơ thể suy yếu, có thể có buồn nôn, nôn
- Thực thể
 - Nhìn:
 - Kết mạc mắt vàng, da vàng đặc biệt là lòng bàn tay, bàn chân
 - Nước tiểu vàng đậm do có chứa sắc tố mật và muối mật
 - Phân bạc màu hoặc phân trắng như cứt cò (*do tình trạng ít hoặc không có mật xuống ống tiêu hóa*)
 - Sờ:
 - Gan to: lúc đầu mềm, bờ tròn nhưng nếu tình trạng tắc mật kéo dài sẽ sờ thấy gan mật độ chắc, mặt nhẵn (*có khi vượt quá bờ sườn 5 – 6 cm*)
 - Túi mật có thể to (*nếu tắc ở ống mật chủ và không có xơ teo túi mật*)
- Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm máu:
 - Bilirubin toàn phần và bilirubin liên hợp tăng cao
 - Tỷ Bilirubin liên hợp/Bilirubin toàn phần > 50%
- Xét nghiệm nước tiểu: Bilirubin liên hợp tăng cao
- Siêu âm gan mật: thấy đường mật trong gan giãn, ống mật chủ giãn và túi mật to.
- Soi tá tràng bằng ống soi mềm qua ống soi bơm chụp đường mật ngược dòng phát hiện vị trí tắc mật

HỘI CHỨNG TẮC RUỘT

- Cơ năng
 - Đau: đau đột ngột, âm ỉ, có thể có từng cơn trội co thắt dữ dội như chuột rút vùng quanh rốn hoặc mạn sườn, đau không có hướng lan
 - Nôn mửa: nôn có thể xuất hiện cùng lúc với đau, đầu tiên nôn ra thức ăn, tiếp đến có thể nôn ra dịch mật và về sau có thể nôn bất cứ thức ăn gì đưa vào, đặc biệt nôn xong không đỡ đau
 - Bí trung – đại tiện: có thể xuất hiện cùng với 2 triệu chứng trên. Nếu tắc ruột cao có thể đi cầu được một vài lần sau đó bí (*mặc dù trong vài lần trung đại tiện đó đi được nhưng vẫn không đỡ đau*). Nếu tắc ruột thấp thì bí xảy ra sớm hơn.
- Toàn thân: toàn trạng không thay đổi nhiều, nhiệt độ thường $\leq 38^{\circ}\text{C}$
- Thực thể
 - Nhìn: dấu hiệu rắn bò
 - Sờ: bụng có cảm giác đàn hồi nhưng không phải là phản ứng thành bụng và không đau
- Cận lâm sàng
 - X-quang bụng đứng không chuẩn bị (ASP):
 - Quai ruột trướng căng trên chỗ tắc và có mức hơi dịch
 - Không thấy mức hơi dịch dưới chỗ tắc
 - Mức hơi dịch (*điển hình*):
 - Tắc ruột cao: mức hơi dịch nằm ở trung tâm (*giữa bụng*), với đáy rộng, vòm thấp, thành ruột mỏng ít giãn.
 - Tắc ruột thấp: mức hơi dịch có thể tích lớn, với đáy hẹp, vòm cao, nằm ở ngoại vi, quai ruột giãn đầy hơi, thành ruột dày

- Nếu tắc ruột do liệt ruột thường thấy giãn toàn bộ ruột non, đại tràng có một ít mức hơi dịch
- Siêu âm bụng: trướng hơi, quai ruột giãn, tăng nhu động

HỘI CHỨNG TÁO BÓN

- Cơ năng
 - Đi cầu < 3 lần/tuần, thời gian 1 lần đại tiện kéo dài và triệu chứng kéo dài > 3 tháng
 - Đi cầu khó khăn, phải rặn nhiều
 - Cảm giác như có một sự tắc nghẽn trong trực tràng
 - Đôi khi bệnh nhân khai phải dùng tay móc thì mới có thể giúp phân ra ngoài được
- Toàn thân: có thể có nhức đầu, mất ngủ, hồi hộp, đánh trống ngực, ăn kém ngon
- Thực thể
 - Nhìn:
 - Phân rắn, phân lổn nhổn thành cục như phân dê
 - Có thể thấy máu tươi dính theo phân (*do rặn nhiều hoặc xây sát hậu môn*)
 - Sờ:
 - Khám bụng: có thể thấy phân lổn nhổn và cứng nằm dọc khung đại tràng (*thường tập trung hố chậu trái*)
 - Khám trực tràng: sờ thấy phân cứng, lổn nhổn ở trực tràng
- Cận lâm sàng
 - Nội soi hậu môn và soi đại tràng: thấy hình ảnh của phân gây tắc lòng đại tràng
 - X-quang: thường thấy bụng bầy với những bóng mờ lớn ở dọc khung đại tràng hay ở trực tràng, ngoài ra có thể thấy các quai ruột giãn
 - X-quang có cản quang: thấy những nơi bị chít hẹp mà thuốc cản quang không đi được trong lòng ống tiêu hóa thường có hình của phân

HỘI CHỨNG TIÊU CHẢY

Được xem là tiêu chảy khi lượng nước chứa > 85% trọng lượng của phân.

Theo định nghĩa Roux về tiêu chảy: Ía chảy là một hội chứng đặc trưng bởi sự tống phân nhanh và phân nhiều nước.

Như vậy tốc độ vận chuyển là yếu tố quan trọng hơn số lần đi chảy trong ngày mặc dù số lần đi chảy thường là đặc trưng của tiêu chảy.

- Toàn thân
 - Có thể có Hội chứng nhiễm trùng (nếu do tác nhân xâm nhập) hay nếu nặng có thể có shock nhiễm trùng
 - Nôn có thể xảy ra sớm hoặc muộn hoặc thậm chí không có nôn
 - Ăn uống kém, gầy sút, mệt mỏi, đôi khi có chuột rút
 - Nặng có thể có biến chứng mất nước và điện giải dẫn đến shock giảm thể tích
- Cơ năng
 - Bắt đầu đi chảy có thể đột ngột hoặc từ từ
 - Đau bụng: có thể đau quanh rốn, thượng vị, hạ vị, dọc khung đại tràng hoặc hố chậu trái, v.v.. tùy vị trí tổn thương
 - Nếu vị trí tổn thương trực tràng có thể mót rặn nhiều
- Thực thể
 - Nhìn: phân thường chiếm đa số là nước, thậm chí có khi chỉ tóe nước mà không có phân
 - Sờ: bụng trướng, có thể cảm nhận được tình trạng tăng nhu động ruột
 - Gõ: bụng có thể nghe đục do lượng nước chứa đầy trong lòng ống tiêu hóa (ít sử dụng)
 - Nghe: âm ruột thường tăng do tăng nhu động để tống phân
- Cận lâm sàng
 - Điện giải đồ: thường có rối loạn điện giải do mất qua đường nôn ói và đại tiện

HỘI CHỨNG VIÊM PHỨC MẠC

- Toàn thân
 - nhiệt độ tăng, mạch nhanh
 - vết mặt viêm phúc mạc

- Cơ năng
 - Đau: bao giờ cũng có, lúc đầu đau khu trú, sau lan tỏa toàn bụng, thường đến với tư thế gấp đùi vào gối để đỡ đau
 - Giai đoạn sớm thường gặp:
 - Nôn sớm (*do phản xạ kích thích*)
 - Nấc (*do kích thích cơ hoành*)
 - Giai đoạn muộn:
 - Liệt ruột cơ năng (*do VPM kích thích vào các dây thần kinh nhận cảm đau ở lá thành gây phản xạ giảm nhu động ruột*)
 - Tắc ruột cơ năng (*do liệt ruột*)
- Thực thể
 - Nhìn: bệnh nhân không dám thở mạnh, ho, cựa quậy
 - Sờ:
 - Co cứng thành bụng với biểu hiện:
 - Bụng không tham gia nhịp thở
 - Các khối cơ thẳng nổi rõ
 - Ấn thấy bụng cứng như gỗ
 - Thăm túi cùng qua trực tràng hoặc qua âm đạo thường có dấu hiệu Douglas hay tiếng kêu Douglas
 - Gõ: thường gõ đục vùng thấp và vang vùng cao (*do chướng ruột*) hoặc vang vùng trước gan do thủng tạng rỗng
 - Nghe: thường thấy mất nhu động ruột hoặc giảm nhu động do liệt ruột khi bệnh nhân VPM đến muộn
- Cận lâm sàng
 - X-quang bụng đứng không chuẩn bị (ASP):
 - Bụng mờ
 - Thành ruột dày hơn bình thường
 - Các quai ruột giãn (*do liệt ruột cơ năng*)
 - Có thể có liềm hơi dưới cơ hoành trong thủng tạng rỗng
 - Xét nghiệm máu:
 - Bạch cầu thường tăng hoặc có khi giảm do nhiễm trùng nặng
 - Công thức bạch cầu chuyển trái (*biểu hiện tăng sinh của các tế bào non do tủy xương bị kích thích tăng hoạt động để đáp ứng nhu cầu của cơ thể*)

- Hct có thể tăng do mất nước
- Điện giải đồ: thường giảm K^+ và Cl^-
- Chọc dò khoang phúc mạc có dịch mũ hoặc dịch đục
- Nội soi cấp cứu để chẩn đoán chính xác và điều trị

HỘI CHỨNG HOẠI TỬ TẾ BÀO GAN

Là tình trạng các tế bào gan bị hủy hoại, phá vỡ và giải phóng các enzym vào trong máu ngoại vi. Triệu chứng chính là triệu chứng về cận lâm sàng mà quan trọng hơn hết đó là các enzym nội bào Transaminase (hay Aminotransferase).

- Toàn thân: thường mệt mỏi, chán ăn, đôi khi có sốt nhẹ không kèm lạnh run, có thể có sụt cân và cảm thấy suy nhược trầm trọng trong thời kì toàn phát của bệnh và những triệu chứng trên thường sẽ cải thiện khi vàng da giảm dần
- Cơ năng
 - Đau: có thể đau tức vùng hạ sườn phải, có khi đau nhức cơ và khớp (giống như tình trạng cúm)
 - Có thể có ngứa
- Thực thể: (thường biểu hiện bởi Hội chứng vàng da tại gan)
 - Nhìn:
 - Nước tiểu thường vàng sẫm, phân có thể bạc màu
 - Có thể có sao mạch xuất hiện thoáng qua
 - Sờ:
 - Gan có thể bình thường hoặc to mấp mé bờ sườn, bề mặt gan thường trơn láng, mật độ mềm, bờ tù
 - Lách có thể hơi to
- Cận lâm sàng:
 - Xét nghiệm sinh hóa
 - **AST, ALT tăng có giá trị, có thể tăng cao hơn 1.000 U/L**
 - **ALT tăng cao hơn AST (tỉ số De Ritis: $AST/ALT < 1$)**
 - LDH, GGT có thể tăng trong một số trường hợp
 - Albumin máu, pH máu có thể giảm
 - NH_3 có thể tăng

HỘI CHỨNG SUY TẾ BÀO GAN

Suy gan không phải luôn có hoại tử gan đi kèm và vì vậy nó liên quan đến bất thường về chức năng hơn là về hình thái. Có thể hiểu đơn giản biểu hiện của Hội chứng suy tế bào gan là những triệu chứng suy các chức năng bình thường của gan

- Toàn thân:
 - Người mệt mỏi, yếu sức, chán ăn, dinh dưỡng kém và gầy sút thậm chí có teo cơ (*do kém tổng hợp protein ở cơ nhất là suy gan nặng*)
 - Phù thường ở 2 chi: phù mềm, ấn lõm.
- Cơ năng và Thực thể: *đối với các cơ quan*
 - Da – niêm mạc:
 - Vàng kết mạc mắt, vàng da từ nhẹ đến nặng
 - Đầu chi đỏ, hồng ban lòng bàn tay, sao mạch (nốt nhện) và các vùng giãn mạch khác làm cho da có dạng như tiền giấy ở ngoại biên (*do giãn mạch ngoại biên*).
 - Có thể có xuất huyết dưới da và niêm mạc như chảy máu chân răng, chảy máu mũi (*do giảm sản xuất các yếu tố đông máu*)
 - Có thể thấy móng tay trắng
 - Tim mạch: (*cơ chế chính thường do giãn mạch ngoại biên và mạch tạng dẫn đến kích hoạt các đáp ứng thích nghi của cơ thể*)
 - Hồi hộp, đánh trống ngực
 - Mạch nhanh, mạch nảy, có thể có dấu nhấp nháy mạch (+)
 - Nghe tim có tiếng thổi tâm thu cơ năng (*do tăng cung lượng*)
 - Nếu có huyết áp hạ hay hạ huyết áp tư thế thì tiên lượng xấu
 - Hô hấp:
 - Đặc trưng của HC suy tế bào gan là hơi thở có mùi chuột chết còn tươi (*mùi hăng*)
 - Nếu nặng hơn có thể dẫn đến giảm oxy máu gây khó thở gắng sức và tím đầu chi
 - Thân nhiệt:
 - Thân nhiệt thường > 38°C, tuy nhiên chỉ sốt vừa, không rét run và ít rầm rộ (*thường do bệnh lý gan mạn làm sản sinh nhiều cytokin, do các chất giãn mạch, do hoạt hoá tế bào nội*

mô và do suy nhiều cơ quan, ngoài ra còn có các nguyên nhân do nhiễm trùng khác)

- Tiêu hóa:
 - Buồn nôn và nôn thường không đặc hiệu
 - Có thể có tiêu chảy
 - Cổ trướng có thể từ mức độ vừa đến nặng
 - Có thể sờ thấy gan lớn với mật độ chắc
- Thận: giảm chức năng thận, giảm lưu lượng đến vỏ thận và nặng có thể gây nên Hội chứng gan thận
- Thần kinh: có thể rối loạn tâm thần
- Chức năng sinh dục:
 - Nam:
 - Giảm ham muốn tình dục, bất lực, tinh hoàn teo và mềm
 - Râu, lông, tóc dễ rụng
 - Có thể thấy nữ hóa tuyến vú (vú lớn) và phì đại tiền liệt tuyến
 - Nữ:
 - Rối loạn kinh nguyệt, vô kinh
 - Giảm lớp mỡ dưới vú và vùng chậu, có thể loãng xương
- Cận lâm sàng:
 - Xét nghiệm máu – sinh hóa:
 - HGB thường giảm, RBC và WBC thường ít biến đổi
 - PLT nếu giảm có thể gợi ý Hội chứng đông máu rải rác (CIVD)
 - AST, ALT tăng cao hoặc giảm, ALP thường tăng
 - NH₃ máu tăng tỷ lệ với mức độ suy gan
 - Những thay đổi tiên lượng nặng:
 - Bilirubin máu tăng
 - Albumin máu giảm
 - pH máu giảm
 - Glucose máu giảm
 - Na⁺ máu < 125 mEq/L
 - Sinh thiết gan: hoại tử > 50% tiên lượng xấu (*xơ gan mất bù*)

HỘI CHỨNG TĂNG ÁP LỰC TĨNH MẠCH CỬA

- Tiền sử bệnh nhân thường gợi ý nguyên nhân gây Hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa, và thường có các triệu chứng của các nguyên nhân đi kèm
- Cơ năng
 - Khởi đầu thường là dấu chướng hơi
 - Có thể có đi cầu phân sệt
 - Có thể vì biến chứng đi cầu ra máu mà vào viện
- Thực thể
 - Nhìn:
 - Tuần hoàn bàng hệ cửa – chủ
 - Có thể có bụng lớn do dịch báng nhiều
 - Sờ:
 - Thường khám thấy lách lớn trên bệnh nhân, nếu có báng bụng nhiều thì khám lách lớn qua dấu chạm đá
 - Gõ:
 - Gõ đục vùng thấp nếu báng lượng vừa
 - Dấu sóng vỗ dương tính nếu báng lượng nhiều
 - Khám hậu môn – trực tràng:
 - Có thể phát hiện trĩ (*do tăng áp lực tĩnh mạch mạc treo tràng dưới*)
- Cận lâm sàng
 - Xét nghiệm dịch báng: nếu nguyên nhân chỉ do tăng áp cửa thì dịch báng là dịch thấm
 - Đo áp lực tĩnh mạch cửa: thường > 15 mmHg (*khi chênh áp TM cửa và TM chủ > 5 mmHg*)
 - Nội soi ống tiêu hóa: trướng các tĩnh mạch thực quản, dạ dày, trực tràng
 - Nội soi ổ bụng: giãn tĩnh mạch ở phúc mạc, mạc treo, tĩnh mạch rốn

HỘI CHỨNG XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA CAO

XHTH cao là XHTH từ góc Treitz trở lên (*góc Treitz hay còn gọi là góc tá hồng tràng*)

- Cơ năng
 - Tiền triệu

- Cảm giác lợm giọng, khó chịu cồn cào vùng thượng vị và buồn nôn
- Đau thượng vị (*thường gặp trong viêm loét dạ dày, tá tràng*)
- Cảm thấy hoa mắt, chóng mặt hoặc ngất xỉu (*nếu chảy máu cấp và nặng trong thời gian ngắn*)
- Có thể có đau bụng quặn muốn đi cầu
- Nôn ra máu
 - Thường xuất hiện đột ngột, tính chất và lượng máu thay đổi:
 - Chảy máu ít + nôn ngay → nôn máu màu hồng (*do pha loãng máu với dịch vị*)
 - Chảy máu ít + nôn chậm → nôn máu màu bầm đen và loãng (*do máu lưu giữ trong dạ dày và bị pha loãng bởi dịch vị*)
 - Chảy máu nhiều và cấp thường nôn ngay → nôn máu có màu đỏ của máu. Trong võ TM trưởng thực quản có thể có máu cục và bầm đen do có một lượng máu bị lưu trữ trong dạ dày trước đó
- Đi cầu ra máu
 - Phân thường gặp nhất có màu đen tuyền như hắc ín hoặc bã cà phê, phân nát, bóng và có mùi rất thối khắm
 - Có thể gặp trường hợp phân vẫn có màu đỏ bầm hoặc đỏ tươi (*nếu chảy máu nhiều và nhanh, làm rút ngắn thời gian di chuyển phân máu trong ruột*)
- Thiếu niệu nếu có thường phản ánh xuất huyết nặng (*làm giảm tưới máu thận*)
- Thực thể
 - Nhìn: thường khi chảy máu nặng sẽ phản ánh qua các triệu chứng:
 - Da nhợt nhạt
 - Vã mồ hôi kèm tay chân lạnh
 - Có thể có ngất hoặc nặng hơn là mê (*dấu thiếu máu não*)
 - Sờ: mạch nhanh (*là triệu chứng nhạy và thường tỉ lệ với lượng máu mất*)
 - Đo huyết áp: thường có hạ huyết áp, nếu tụt kẹt là dấu phản ánh tình trạng xuất huyết nặng (*lưu ý ở bệnh nhân tăng huyết áp, nếu*

đã hạ huyết áp thường đã vượt quá khả năng bù trừ của cơ thể vì huyết áp bình thường của họ cao hơn người khỏe mạnh)

- Cận lâm sàng
 - Xét nghiệm máu: RBC, HGB, HCT giảm tỷ lệ với mức độ xuất huyết

HỘI CHỨNG XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA THẤP

Là XHTH từ góc Treitz trở xuống đến tận hậu môn (góc Treitz hay góc tá hồng tràng)

- Cơ năng
 - Có thể hoa mắt, chóng mặt *(nếu xuất huyết nặng và nhanh)*
 - Đại tiện thường có phân máu tươi hoặc đỏ thẫm, có thể có phân máu sẫm đen *(do máu ở trong lòng ống tiêu hóa đủ lâu)*, máu cũng có thể xuất hiện lẫn trong phân hoặc sau phân
 - Có thể táo bón hoặc tiêu chảy hoặc táo bón xen kẽ tiêu chảy *(tùy theo nguyên nhân)*
- Thực thể
 - Nhìn: thường khi chảy máu nặng sẽ phản ánh qua các triệu chứng:
 - Da nhợt nhạt
 - Vã mồ hôi kèm tay chân lạnh
 - Có thể có ngất hoặc nặng hơn là mê *(dấu thiếu máu não)*
 - Sờ: mạch nhanh thường tỷ lệ với mức độ mất máu
 - Đo huyết áp: thường có hạ huyết áp, nếu tụt kẹt là dấu phản ánh tình trạng xuất huyết nặng *(lưu ý ở bệnh nhân tăng huyết áp, nếu đã hạ huyết áp thường đã vượt quá khả năng bù trừ của cơ thể vì huyết áp bình thường của họ cao hơn người khỏe mạnh)*
 - Thăm khám hậu môn – trực tràng:
 - Thường có máu dính theo găng
 - Có thể sờ được khối u trực tràng thấp
 - Có thể phát hiện búi trĩ
- Cận lâm sàng
 - Nội soi đại tràng: thường thấy nguyên nhân và vị trí gây ra xuất huyết tiêu hóa thấp, cũng có thể không thấy tổn thương mà chỉ thấy máu *(do xuất huyết tiêu hóa thấp vị trí ở ruột non dưới góc Treitz)*
 - Chụp xạ hình tế bào hồng cầu gắn Tc^{99m} và CT-scan mạch đa cảm biến: có độ nhạy cao và thường chẩn đoán xác định được vị trí tổn

thương tại đoạn ruột nào (trong trường hợp máu chảy ồ ạt; không khảo sát bằng nội soi được; hay trong trường hợp huyết động chưa ổn định, xuất huyết nhanh)

- Xét nghiệm máu: RBC, HGB, HCT giảm tỷ lệ với mức độ xuất huyết

HỘI CHỨNG MALLORY – WEISS

HC Mallory – Weiss có đặc điểm tổn thương là vết rách niêm mạc không xâm nhập ở chỗ nối dạ dày – thực quản. Đây cũng là 1 trong những nguyên nhân gây nên Hội chứng xuất huyết tiêu hóa cao.

Để chẩn đoán xác định HC Mallory-Weiss: HC xuất huyết tiêu hóa cao + Dấu chứng hình ảnh qua nội soi + Tiền sử

- Tiền sử:
 - Thường có 1 lịch sử quá khứ về nôn, nôn khan hay cố gắng rặn nhiều lần
 - Thường có các yếu tố làm dễ như uống rượu nhiều, ăn uống vô độ, nôn ói nhiều, ho dữ dội
 - Thường biết về bệnh sử như xơ gan, thoát vị hoành, chấn thương ngực bụng, viêm dạ dày, v.v...
- Cơ năng
 - Có khi nôn ra máu tươi hoặc máu đỏ sẫm, có khi có máu cục tùy theo mức độ và tính chất chảy máu hay thời gian máu lưu trong dạ dày
 - Sau khi nôn mửa thường có cảm giác nóng rát sau xương ức
 - Có thể có đại tiện phân đen kèm theo hoặc không
- Thực thể
 - Nhìn: thường khi chảy máu nặng sẽ phản ánh qua các triệu chứng:
 - Da nhợt nhạt
 - Vã mồ hôi kèm tay chân lạnh
 - Có thể có ngất hoặc nặng hơn là mê (dấu thiếu máu não)
 - Sờ: mạch nhanh (là triệu chứng nhạy và thường tỉ lệ với lượng máu mất)
 - Đo huyết áp: thường có hạ huyết áp, nếu tụt kẹp là dấu phản ánh tình trạng xuất huyết nặng (lưu ý ở bệnh nhân tăng huyết áp, nếu đã hạ huyết áp thường đã vượt quá khả năng bù trừ của cơ thể vì huyết áp bình thường của họ cao hơn người khỏe mạnh)

- Cận lâm sàng
 - Nội soi ống tiêu hóa: thường chẩn đoán xác định khi thấy đoạn dưới thực quản từ đường Z có các vết loét và nứt dọc
 - Xét nghiệm máu: RBC, HGB, HCT giảm tỷ lệ với mức độ mất máu

HỘI CHỨNG LÝ

Là hội chứng tiêu hóa với 3 đặc trưng bởi 3 triệu chứng chính: **(1)** rối loạn đại tiện, **(2)** rối loạn tính chất phân, **(3)** đau quặn và mót rặn. Nguyên nhân phần lớn do tổn thương thực thể ở đại tràng, càng gần trực tràng – hậu môn bao nhiêu thì các triệu chứng thường diễn hình bấy nhiêu.

- Cơ năng
 - Rối loạn đại tiện:
 - Đại tiện nhiều lần (có thể lên đến 20 lần/ngày do ly trực khuẩn)
 - Thường đau buốt ở hậu môn bắt phải đi đại tiện ngay
 - Rối loạn tính chất phân:
 - Số lượng phân mỗi đại tiện ít
 - Phân thường lẫn chất nhầy niêm dịch, mủ nhầy, máu tươi hay máu pha loãng bởi niêm dịch, có thể có bọt và hơi
 - Đôi khi chỉ có máu và niêm dịch mà không có phân
 - Đau quặn và mót rặn:
 - Đau quặn từng cơn dọc theo khung đại tràng (nhất là đại tràng sigma và trực tràng)
 - Mót rặn nhiều nhưng lại khó đại tiện
 - Có thể có buồn nôn, nôn, sôi bụng, chướng hơi, v.v..
- Thực thể:
 - Khám bụng: đau dọc khung đại tràng, thường thấy ở hố chậu trái, khi ấn có thể đau tăng và có thể phát hiện khối u hố chậu trái (nếu có u đại tràng)
 - Khám hậu môn – trực tràng:
 - Máu thường dính theo găng
 - Có thể phát hiện khối u trực tràng thấp; khảo sát tuyến tiền liệt ở nam
- Cận lâm sàng
 - Soi phân: tìm amip ly di động, thấy hồng cầu và bạch cầu trong phân

- Cấy phân: tìm trực khuẩn Shigella
- Nội soi đại tràng: khảo sát tìm vị trí và nguyên nhân gây tổn thương và có thể sinh thiết nếu cần
- X-quang đại tràng cản quang: có thể khảo sát vị trí tổn thương

PHÂN ĐỘ - PHÂN LOẠI - PHÂN GIAI ĐOẠN

THANG ĐIỂM BALTHAZAR ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ VIÊM TỤY CẤP TRÊN CT-SCAN

CT-Scan không thuốc		Điểm	CT-Scan có thuốc		Điểm
A: Tụy bình thường		0	Không có hoại tử		0
B: Tụy to khu trú hoặc lan tỏa		1	Hoại tử < 33% tụy		2
C: Biến đổi cấu trúc trong tụy, kèm thay đổi lớp mỡ quanh tụy		2	Hoại tử 33 – 50% tụy		4
D: Có 1 ổ dịch trong và quanh tụy		3	Hoại tử ≥ 50% tụy		6
E: ≥ 2 ổ dịch trong hoặc sau phúc mạc		4			
<i>CTSI (CT severity index) = Điểm viêm + Điểm hoại tử</i>					
CTSI	Mức độ	Tỷ lệ biến chứng	Tỷ lệ tử vong		
0 – 3	Nhẹ	8%	< 3%		
4 – 6	Nặng	35%	6%		
7 – 10	Rất nặng	92%	17%		

THANG ĐIỂM RANSON ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ VÀ TIÊN LƯỢNG VIÊM TỤY CẤP

Khi nhập viện		Điểm	Trong 48 giờ đầu		Điểm
Tuổi > 55		1	Giảm Hematocrit > 10%		1
Bạch cầu > 16.000/mm ³		1	Urea tăng > 5 mg/L		1
LDH > 350 UI/L		1	Calci máu < 2 mmol/L		1
Glucose > 11,1 mmol/L		1	PaO ₂ < 60 mmHg		1
AST > 250 UI/L		1	Thiếu hụt Base > 4 mEq/L		1
			Ước lượng dịch mất > 6L		1
Tổng điểm	Mức độ	Tỷ lệ tử vong			
0 – 2	Nhẹ	0 – 3%			
3 – 4	Vừa	15%			
5 – 6	Nặng	40%			
7 – 11	Rất nặng	Gần như 100%			

THANG ĐIỂM IMRIE ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ VIÊM TỤY CẤP

Lúc mới nhập viện	Trong 48 giờ đầu
Tuổi > 55 Bạch cầu > 15.000/mm ³ Glucose > 10 mmol/L LDH > 600 UI/L Urea máu > 16 mmol/L	Calci máu < 2mmol/L PaO ₂ < 60 mmHg Albumin < 32 g/L AST > 100 UI/L
Tổng dấu hiệu	Mức độ
< 3 dấu hiệu	Nhẹ
3 – 5 dấu hiệu	Nặng
> 5 dấu hiệu	Rất nặng

Lưu ý: thang điểm Imrie thường được sử dụng ở nước ta vì phù hợp và dễ đánh giá so với tình hình hiện tại

PHÂN ĐỘ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA**Bảng 1. PHÂN ĐỘ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA**

Lưu ý: bảng phân độ này được lấy trong slide cập nhật năm 2016 của TS.BS Quách Trọng Đức – GV BM Nội ĐH Y Dược TP HCM. Các bạn có thể tham khảo thêm phân độ trong sách Nội khoa cơ sở - ĐH Y Dược Huế

	Nhẹ (độ I)	Trung bình (độ II)	Nặng (độ III)
Lượng máu mất	≤ 10% (≤ 500 ml)	< 30% (< 1500 ml)	≥ 30% (≥ 1500 ml)
Triệu chứng toàn thân	Tỉnh táo, hơi mệt	Chóng mặt, vã mồ hôi, tiểu ít Da xanh, niêm mạc nhợt nhạt	Hốt hoảng, lơ mơ, ngất
Mạch	< 100 l/phút	100 – 120 l/phút	≥ 120 l/phút
HA tối đa	> 90 mmHg	80 – 90 mmHg	< 80 mmHg
Hồng cầu	≥ 3 triệu/mm ³	2 – 3 triệu/mm ³	≤ 2 triệu/mm ³
Hct	≥ 30%	20 – 30%	≤ 20%

Bảng 2. PHÂN ĐỘ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA CỔ ĐIỂN

Tiêu chí	Nhẹ	Vừa	Nặng
Lượng máu mất	< 100 ml	Khoảng 500 ml	> 1000 ml
Mạch	Khoảng 100 lần/phút	Khoảng 100 lần/phút	> 120 lần/phút
Huyết áp	Chưa hoặc giảm	HATT khoảng 90 – 100 mmHg	Thấp kẹp < 90 mmHg
RBC	> 3 triệu/mm ³	Khoảng 3 triệu/mm ³	< 2 triệu/mm ³
HCT	> 30 %	< 30 %	< 20 %
HGB	> 9 g/L	6,5 g/L < HGB < 9 g/L	< 6,5 g/L Máu truyền > 1L

PHÂN LOẠI FORREST ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ CHẢY MÁU TIÊU HÓA TÁI PHÁT VÀ TIỀN LƯỢNG TỬ VONG QUA NỘI SOI

Nguy cơ	Mức độ	Hình ảnh trên nội soi		Chảy máu tái phát	Tỉ lệ tử vong	Can thiệp
Nguy cơ cao	Ia	Máu phun thành tia	<i>Đang chảy máu</i>	55%	11%	Can thiệp nội soi
	Ib	Rỉ máu				
	IIa	Có mạch máu nhưng không chảy máu (<i>lộ mạch máu</i>)		43%	11%	
	IIb	Có cục máu đông		22%	7%	
Nguy cơ thấp	IIc	Có cặn đen (<i>vết máu dẹt</i>)		10%	3%	Không
	III	Đáy sạch		5%	2%	

THANG ĐIỂM ROCKALL DỰA VÀO LÂM SÀNG VÀ NỘI SOI

Lưu ý: tùy vào điều kiện mà có thể sử dụng thang điểm Rockall lâm sàng đơn thuần hoặc thang điểm Rockall đầy đủ để đánh giá

		Chỉ số	Điểm
		Thang điểm đầy đủ	Điểm số lâm sàng
< 60	0		
60 – 79	1		
≥ 80	2		
Sốc			
Nhịp tim > 100 lần/phút	1		
Huyết áp tâm thu < 100 mmHg	2		
Bệnh đi kèm			
Thiếu máu cơ tim, suy tim, các bệnh nặng khác	2		
Suy thận, suy gan, di căn ung thư	3		
Điểm số nội soi	Hình ảnh nội soi		
	Không thấy tổn thương, rách tâm vị	0	
	Loét dạ dày, vết trợt, viêm thực quản	1	
	Ung thư đường tiêu hóa trên	2	
	Dấu hiệu chảy máu trên nội soi		
	Ổ loét đáy sạch, chấm đen phẳng tại ổ loét	0	
Máu ở đường tiêu hóa trên, đang chảy máu, có điểm mạch, cục máu đông	2		

Nhận xét: Thang điểm Rockall đầy đủ ≤ 2 điểm hoặc điểm số Rockall lâm sàng là 0 điểm thì tiên lượng nguy cơ chảy máu tái phát và tỉ lệ tử vong thấp (nguy cơ thấp).
Ý nghĩa: đánh giá nguy cơ tái phát và tử vong.

THANG ĐIỂM BLATCHFORD ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ CHẢY MÁU TIÊU HÓA TÁI PHÁT

Các chỉ số đánh giá	Điểm
Huyết áp tâm thu	
100 – 109	1
90 – 99	2
< 90	3
Urea máu (mmol/L)	
6,5 – 7,9	2

8 – 9,9	3
10 – 24,9	4
≥ 25	6
Huyết sắc tố ở bệnh nhân nam (g/dl)	
12 – 12,9	1
10 – 11,9	3
< 10	6
Huyết sắc tố ở bệnh nhân nữ (g/dl)	
10 – 11,9	1
< 10	6
Những dấu hiệu khác	
Mạch ≥ 100 lần/phút	1
Đại tiện phân đen	1
Ngất	2
Bệnh gan	2
Suy tim	2

Nhận xét: thang điểm Blatchford được tính từ 0 – 23 điểm, điểm số càng cao thì nguy cơ chảy máu tái phát càng lớn.

Ý nghĩa: đánh giá nhu cầu can thiệp, nguy cơ chảy máu tái phát, tử vong. Khi bệnh nhân > 6 điểm được xem là nguy cơ cao

PHÂN ĐỘ CHẤN THƯƠNG GAN THEO AAST

Độ	Loại tổn thương	Mô tả
I	Tụ máu	Dưới bao: < 10% diện tích bề mặt
	Tổn thương nhu mô	Sâu: < 1 cm
II	Tụ máu	Dưới bao: 10 – 50% diện tích bề mặt Trong nhu mô: kích thước < 10 cm
	Tổn thương nhu mô	Sâu: 1 – 3 cm, dài < 10 cm
III	Tụ máu	Dưới bao: > 50% diện tích bề mặt Trong nhu mô: kích thước > 10 cm Vỡ khối máu tụ
	Tổn thương nhu mô	Sâu: > 3 cm
IV	Tổn thương nhu mô	Vỡ 25 – 75% thùy Vỡ 1 – 3 tiểu thùy Couinaud trong một thùy gan
V	Tổn thương nhu mô	Vỡ > 75% thùy

		Vỡ 1 – 3 tiểu thùy Couinaud trong một thùy gan
	Mạch máu	Tổn thương mạch máu chính của gan (tĩnh mạch trên gan) hay lân cận gan (tĩnh mạch chủ dưới)
VI	Mạch máu	Dập nát gan

PHÂN ĐỘ CHẤN THƯƠNG LÁCH THEO AAST

Độ	Loại tổn thương	Mô tả
I	Tụ máu	Dưới bao: < 10% diện tích bề mặt
	Tổn thương nhu mô	Đường rách sâu: < 1 cm
II	Tụ máu	Dưới bao: 10 – 50% diện tích bề mặt Trong nhu mô: kích thước < 5 cm
	Tổn thương nhu mô	Sâu: 1 – 3 cm, không tổn thương các bè mạch máu
III	Tụ máu	Dưới bao: > 50% diện tích bề mặt Trong nhu mô: kích thước > 5 cm hoặc đang lan tỏa
	Tổn thương nhu mô	Sâu: > 3 cm hoặc tổn thương các bè mạch máu
IV	Mạch máu	Vết rách gây tổn thương các mạch máu phân thủy hoặc rốn lách
		> 25% lách bị thiếu máu nuôi dưỡng (<i>giảm tưới máu</i>)
V	Vỡ lách	Lách vỡ nhiều mảnh
	Mạch máu	Đứt toàn bộ mạch máu rốn lách

PHÂN ĐỘ BÁNG THEO IAC

(International Club of Ascites)

Phân độ	Mô tả
Độ 1 (Nhẹ)	Báng bụng lượng ít Không có triệu chứng lâm sàng Chỉ phát hiện được trên siêu âm
Độ 2 (Vừa)	Báng bụng lượng vừa Biểu hiện bằng sự căng to bụng mức độ vừa. Lâm sàng có gõ đục vùng thấp và chưa có dấu hiệu chèn ép
Độ 3 (Nặng)	Báng bụng lượng nhiều Biểu hiện bằng sự căng to bụng mức độ nhiều Lâm sàng có dấu hiệu chèn ép do báng

Ngoài ra còn có **Bảng kháng trị** là tình trạng bệnh nhân đã dùng các biện pháp điều trị mà không có hiệu quả

CÁC CHỈ SỐ ĐÁNH GIÁ VÀ TIỀN LƯỢNG TRONG XƠ GAN

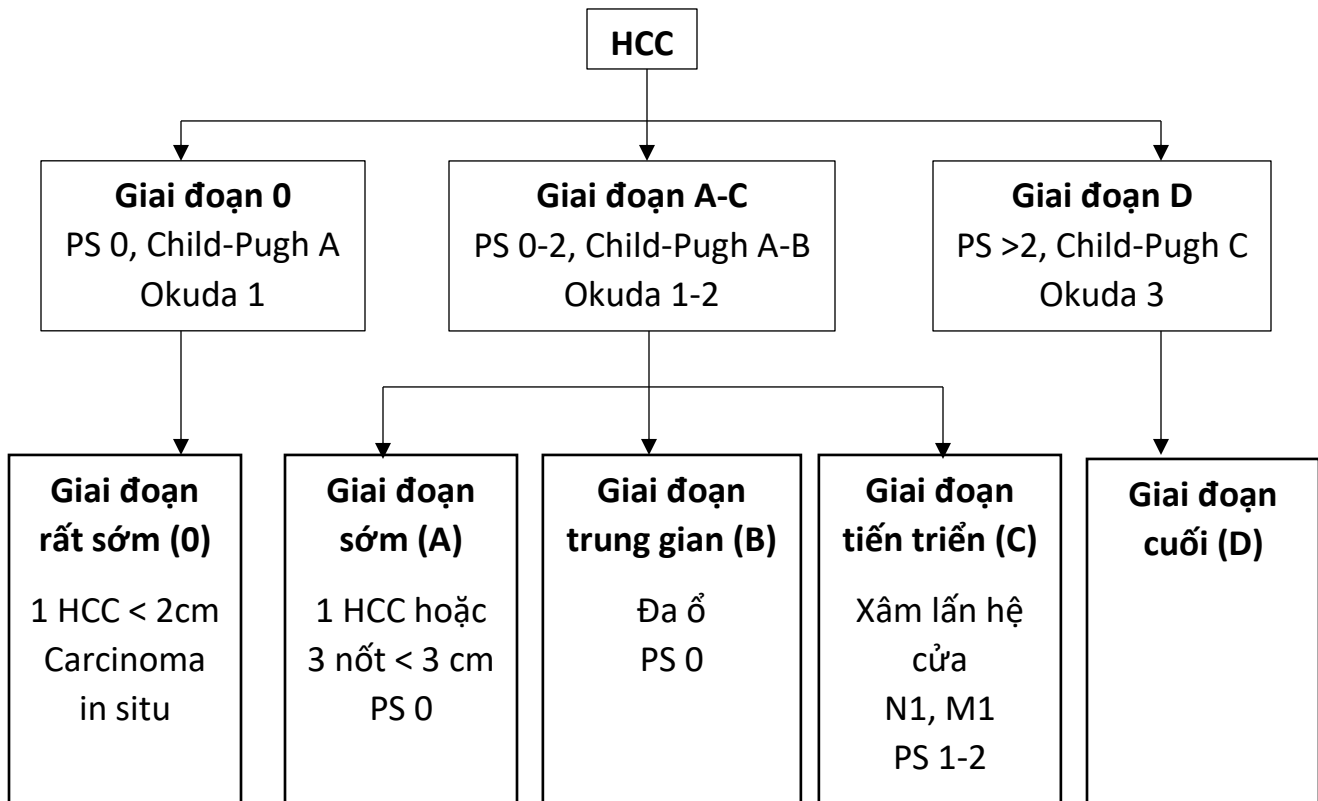
CHỈ SỐ CHILD-PUGH

Thông số	1 điểm	2 điểm	3 điểm
Bilirubin huyết thanh (mg%)	< 2	2 – 3	> 3
Albumin huyết thanh (g%)	> 3,5	2,8 – 3,5	< 2,8
INR	< 1,7	1,71 – 2,2	> 2,2
Bảng bụng	Không	Nhẹ	Vừa
Bệnh lý não gan	Không	Độ 1 – 2	Độ 3 – 4
Nhân xét			
Tổng điểm	Giai đoạn	Đánh giá chức năng	Tiền lượng sống
5 – 6	A	Xơ gan còn bù	62%
7 – 9	B	Xơ gan mất bù	26%
10 – 15	C	Xơ gan mất bù	12%

CHỈ SỐ OKUDA

Thông số	1 điểm	2 điểm
Kích thước khối u	> 50%	≤ 50%
Dịch báng	Không	Có
Albumin	≤ 3 g/dL	> 3 g/dL
Bilirubin	> 3 mg/dL	≤ 3 mg/dL
Nhận xét		
Tổng điểm	Giai đoạn	Tiên lượng sống
0	I	48%
1 – 2	II	39%
3 – 4	III	13%

PHÂN GIAI ĐOẠN UNG THƯ GAN THEO BARCELONA



TỶ LỆ TỬ VONG THEO PHÂN LOẠI BARCELONA

Giai đoạn	Tỷ lệ tử vong
A	34,3%
B	25,4%
C	24,7%
D	15,6%

Lưu ý: **PS** (Performance Status): Chỉ số toàn trạng theo ECOG

PS 0: không hạn chế hoạt động thể lực

PS 1: hạn chế hoạt động thể lực nhẹ, đi lại được bình thường và có thể làm công việc nhẹ

PS 2: có khả năng chăm sóc bản thân nhưng không thể hoạt động thể lực nặng

PS 3: tự chăm sóc bản thân bị hạn chế, nằm tại giường > 50% thời gian trong ngày

PS 4: không thể tự chăm sóc bản thân, nằm tại giường hoàn toàn

PHÂN ĐỘ UNG THƯ GAN THEO BỘ Y TẾ

Giai đoạn	PS	Tình trạng u	Chức năng gan (Child-Pugh)
0 (rất sớm)	0	Một u đơn độc < 2 cm	A
A (sớm)	0	Một u đơn độc ≤ 5 cm hoặc ≤ 3 u với mỗi u ≤ 3 cm	A-B
B (trung gian)	0	U lớn, nhiều u	A-B
C (tiến triển)	1-2	U mọi kích thước, huyết khối tĩnh mạch cửa hoặc di căn ngoài gan	A-B
D (cuối)	3-4	Bất kỳ	C

Lưu ý: **PS** (Performance Status): Chỉ số toàn trạng theo ECOG đã nói ở trên.

PHÂN GIAI ĐOẠN UNG THƯ DẠ DÀY THEO HỆ THỐNG TNM

T: khối u nguyên phát	
T_x	Không xác định được tình trạng xâm lấn
T_{is}	U giới hạn ở niêm mạc, không đi qua màng đáy
T₁	U giới hạn ở lớp niêm mạc hay dưới niêm mạc
T₂	U xâm lấn vào lớp cơ niêm và có thể lan rộng nhưng không vượt quá lớp thanh mạc
T₃	U xuyên qua lớp thanh mạc nhưng không xâm lấn vào cơ quan kế cận
T₄	U xâm lấn vào các cơ quan kế cận
N: hạch vùng	
N_x	Không xác định được tình trạng xâm lấn hạch
N₀	Không có xâm lấn hạch bạch huyết vùng
N₁	Xâm lấn hạch bạch huyết quanh dạ dày trong vòng 3 cm quanh khối u nguyên phát và chạy dọc theo bờ cong nhỏ hoặc bờ cong lớn
N₂	Xâm lấn hạch bạch huyết vùng trên 3 cm so với khối u nguyên phát, kể cả những hạch nằm dọc theo động mạch vị trái, động mạch lách, động mạch thân tạng và động mạch gan chung
N₃	Xâm lấn các hạch bạch huyết khác trong ổ bụng như hạch cạnh động mạch chủ, hạch rốn gan tá tràng, hạch sau tụy và các hạch mạc treo
M: di căn xa	
M_x	Không xác định được tình trạng di căn xa
M₀	Không có di căn xa
M₁	Có di căn xa
Phân chia giai đoạn	
Giai đoạn I	T ₁ , N ₀ , M ₀
Giai đoạn II	T ₂ , N ₀ , M ₀ T ₃ , N ₀ , M ₀
Giai đoạn III	T ₁₋₄ , N ₁₋₃ , M ₀ , còn có thể cắt bỏ được
Giai đoạn IV	T ₁₋₃ , N ₃ , M ₀ , không thể cắt bỏ được T ₄ , N ₀₋₃ , M ₀ , không thể cắt bỏ được T _{bất kì} , N _{bất kì} , M ₁

PHÂN GIAI ĐOẠN UNG THƯ THỰC QUẢN THEO HỆ THỐNG TNM

T: khối u nguyên phát	
T_x	U nguyên phát không đánh giá được
T₀	Không thấy u nguyên phát
T_{is}	U tại chỗ
T₁	U tới lớp niêm mạc
T₂	U xâm lấn lớp cơ niêm
T₃	U lấn lớp mô quanh thực quản
T₄	U lan ra cơ quan kế bên
N: hạch bạch huyết vùng	
N_x	Hạch vùng không đánh giá được
N₀	Hạch vùng không bị xâm lấn
N₁	Có hạch vùng bị xâm lấn
M: di căn xa	
M_x	Không đánh giá di căn xa được
M₀	Không có di căn xa
M₁	Có di căn xa
Phân chia giai đoạn	
Giai đoạn 0	T _{is} , N ₀ , M ₀
Giai đoạn I	T ₁ , N ₀ , M ₀
Giai đoạn IIa	T ₂₋₃ , N ₀ , M ₀
Giai đoạn IIb	T ₁₋₂ , N ₁ , M ₀
Giai đoạn III	T ₃ , N ₁ , M ₀ T ₄ , N _{bất kỳ} , M ₀
Giai đoạn IV	T _{bất kỳ} , N _{bất kỳ} , M ₁

CHƯƠNG 7: NỘI TIẾT

HỘI CHỨNG TĂNG GLUCOSE MÁU

Hội chứng tăng glucose máu thường đến giai đoạn điển hình sẽ có triệu chứng 4 nhiều: **(1) Ăn nhiều, (2) Uống nhiều, (3) Tiểu nhiều, (4) Gầy nhiều**. Triệu chứng 4 nhiều được mô tả trong y văn ở thể ĐTĐ type 1, tuy nhiên ĐTĐ type 2 lại thường được phát hiện tình cờ nhưng cũng được ghi nhận biểu hiện bởi các triệu chứng kinh điển của ĐTĐ type 1.

- Cơ năng
 - Ăn nhiều vẫn thấy đói bụng và thèm ăn: do tình trạng thiếu insulin hoặc giảm đáp ứng của insulin trong tái hấp thu glucose trong các mô sẽ gây tình trạng thiếu hụt glucose trong tế bào, giảm sản xuất năng lượng và hậu quả gây nên triệu chứng này
 - Uống nhiều và tiểu nhiều: do tình trạng glucose vượt quá ngưỡng thận ($> 10 \text{ mmol/l}$) và bị đào thải qua nước tiểu dẫn đến tình trạng tiểu nhiều thấm thấu, thường tiểu $> 2 \text{ lít/ngày}$, hậu quả sẽ gây mất nước và tăng cảm giác khát nên bệnh nhân phải uống nhiều
 - Gầy nhiều và mệt mỏi nhiều: do mất glucose qua nước tiểu và giảm sử dụng glucose vì thiếu insulin sẽ dẫn đến tình trạng
- Cận lâm sàng: Xác định nồng độ glucose huyết tương tĩnh mạch:

Triệu chứng cận lâm sàng thường là yếu tố quyết định

 - Tăng glucose máu mức rối loạn: (1 trong 2 tiêu chuẩn sau theo ADA và được xét nghiệm 2 lần trong 2 ngày khác nhau)
 - $5,6 \text{ mmol/l} < G_0 < 7 \text{ mmol/l}$
 - $7,8 \text{ mmol/l} < G_2 < 11,1 \text{ mmol/l}$
 - Tăng glucose máu mức đái tháo đường: (1 trong 4 tiêu chuẩn sau theo ADA 2010)
 - $G_0 \geq 7,0 \text{ mmol/l}$
 - $G_2 \geq 11,1 \text{ mmol/l}$
 - $G_{\text{bất kỳ}} \geq 11,1 \text{ mmol/l}$ kèm theo các triệu chứng kinh điển của tăng glucose máu (4 nhiều)
 - $\text{HbA1c} \geq 6,5\%$

Lưu ý: G_0 là glucose huyết tương TM khi không dung nạp calo > 8 tiếng

G_2 là glucose huyết tương TM sau làm nghiệm pháp dung nạp glucose uống

HỘI CHỨNG NHIỄM ĐỘC GIÁP

Nhiễm độc giáp (NĐG) là những biểu hiện lâm sàng, sinh lý, sinh hóa xảy ra khi các mô của cơ thể tiếp xúc và có đáp ứng với một lượng lớn hormon giáp (dạng tự do FT4, FT3). Nhiễm độc giáp xảy ra do tất cả lý do gây tăng hormon giáp mà trong đó Cường giáp (CG) là nguyên nhân hàng đầu.

Như vậy có thể hiểu NĐG là bao gồm cả CG.

Lưu ý: Nhiễm độc giáp thường độ trầm trọng của triệu chứng có tương quan với **(1)** thời gian mắc bệnh, **(2)** nồng độ hormon giáp (nồng độ càng cao triệu chứng càng rõ) và **(3)** tuổi (tuổi càng trẻ triệu chứng càng điển hình)

- Toàn thân: người yếu sức, hay mệt mỏi
- Cơ năng và thực thể các cơ quan:
 - Thân nhiệt:
 - Khó chịu nóng, da nóng, có thể có sốt nhẹ, dễ chịu lạnh (do tình trạng tăng chuyển hóa, tăng thân nhiệt,...)
 - Tăng tiết mồ hôi
 - Tim mạch:
 - Hồi hộp, đánh trống ngực
 - Nhịp tim nhanh (thường > 100 lần/phút) có thể thay đổi trong ngày, tăng lên khi xúc động hoặc gắng sức, có khi loạn nhịp (thường là rung nhĩ)
 - Cung lượng tim tăng, có thể có huyết áp tâm thu tăng
 - Có thể có cơn đau thắt ngực (do có thắt vành hay do tăng tiêu thụ oxy cơ tim)
 - Hô hấp:
 - Có thể khó thở (do yếu cơ hô hấp, yếu cơ vân, giảm khả năng co hồi của cơ tim, giảm độ chun giãn của phổi và nặng hơn có thể do suy tim tăng cung lượng)
 - Tiêu hóa:
 - Đôi khi chán ăn, dù ăn nhiều nhưng vẫn thường sút cân
 - Thường tiêu chảy không có đau bụng (do tăng nhu động ruột), đôi khi có thể gặp tiêu chảy phân mỡ
 - Nếu do bướu giáp lớn chèn ép thực quản thì có nuốt khó
 - Thần kinh:

- Kích thích, bất an, bồn chồn, dễ xúc động, cáu gắt
 - Ưa nói nhiều và vận động nhiều nhưng mau mệt
 - Run: rõ ở đầu ngón tay, biên độ nhỏ, tần số cao, đều, tăng lên khi hoạt động, xúc động hay lo lắng
 - Có thể có kèm theo rối loạn vận mạch biểu hiện bằng đỏ mặt từng lúc hay toát mồ hôi
 - Hệ cơ:
 - Yếu cơ, chủ yếu là cơ gàn cốt nhất là cơ tứ đầu đùi (*dấu ghé đẩu*). Hiếm gặp hơn có thể gặp liệt chu kỳ do cường giáp hạ kali máu
 - Nặng hơn thường teo cơ
 - Da – lông – tóc – móng:
 - Da nóng ẩm, tăng tiết mồ hôi
 - Có thể có bạch ban (*bạch biến ở mu bàn tay, chân*)
 - Có thể có ngón tay, ngón chân dài trắng (*do sưng mô mềm và phản ứng quanh màng xương*)
 - Có thể bong móng tay ra khỏi nền móng (*gợi ý đã bị lâu*)
 - Tăng tiết mồ hôi ở lòng bàn tay biểu hiện lòng bàn tay “Basedow” có đặc điểm: ẩm ướt, như mọng nước
 - Sinh dục: (*nữ thường ảnh hưởng nhiều hơn nam*)
 - Nữ: Rối loạn kinh nguyệt như thiếu kinh, vô kinh, không rụng trứng
 - Nam: giảm khả năng tình dục (*bất lực*), chứng vú to, nốt nhện có thể gặp
 - Mắt: tùy nguyên nhân mà mắt có thể lồi hoặc không và thường chỉ thấy rõ ở bệnh nhân Basedow, cần khám mắt bằng thước Hertel hoặc siêu âm hốc mắt.
 - Chói mắt, cảm giác cộm, chảy nước mắt
 - Phù nề quanh hốc mắt, có thể sung huyết, viêm loét giác mạc
 - Lồi mắt 1 bên hay 2 bên, nhanh hoặc từ từ, có thể gây nhìn đôi
 - Cơ cơ mi trên gây các dấu hiệu De Graefe, Dalrymple, Stellwag
- Cận lâm sàng:

○ **Định lượng FT₃, FT₄ và TSH siêu nhạy: thường là xét nghiệm chính để xác định HC nhiễm độc giáp**

- TSH siêu nhạy hầu như giảm < 0,1 U/L ở tất cả trường hợp có nhiễm độc giáp.
- FT₄ tăng kèm TSH siêu nhạy giảm (95% trường hợp)
- FT₄ bình thường nhưng FT₃ tăng kèm TSH siêu nhạy giảm (5% trường hợp)

Như vậy hầu như tất cả trường hợp nhiễm độc giáp có TSH siêu nhạy giảm, rất hiếm khi có TSH tăng do u tuyến yên gây nhiễm độc giáp.

- Ngoài ra có một số xét nghiệm chẩn đoán nguyên nhân nhiễm độc giáp như: Đo độ tập trung I¹³¹ tại tuyến giáp; chụp nhấp nháy tuyến giáp bằng I¹³¹, I¹²³, Tc^{99m}; siêu âm tuyến giáp; tự kháng thể kháng giáp; sinh thiết tuyến giáp.

HỘI CHỨNG GIẢM HOẠT GIÁP (HỘI CHỨNG SUY GIÁP)

Hội chứng giảm hoạt giáp hay Hội chứng suy giáp là hậu quả của sự giảm sản xuất hoặc giảm tác dụng của hormon giáp.

*Lưu ý: Giảm hoạt giáp có thể có bước giáp hoặc không và đặc biệt **không** có sự tương quan giữa triệu chứng lâm sàng và nồng độ hormone giáp.*

- Toàn thân:
 - Thờ ơ, lãnh cảm, giảm các hoạt động thể lực, hay mệt mỏi, chậm chạp, ngủ nhiều
 - Có thể có thiếu máu (*do giảm tổng hợp hemoglobin do thiếu thyroxin, thiếu sắt do mất nhiều sắt do rong kinh và giảm hấp thu sắt ở ruột...*)
- Cơ năng và thực thể các cơ quan:
 - Da – niêm mạc:
 - Da mặt trở nên dày, vể mặt vô cảm (*do mặt phì ra, cánh mũi bè, môi dày, mất các nếp nhăn*), mí mắt phù đặc biệt là mí dưới, gò má tím, da mặt có màu vàng bủng
 - Da khô bong vảy, tóc khô dễ rụng, lông nách, lông mu rụng, phía ngoài chân mày thưa hoặc rụng hết (*dấu hiệu “đuôi chân mày” hay dấu hiệu “Queen Anne’s”*)

- Bàn tay, bàn chân ngày càng trở nên dày, ngón tay to, khó gấp. Da tay chân lạnh và đôi khi có tím, lòng bàn tay chân vàng. Móng tay chân khô, dễ gãy
- Niêm mạc bị thâm nhiễm:
 - Thâm nhiễm lưỡi gây lưỡi to và dày
 - Thâm nhiễm dây thanh âm gây nói khàn hoặc đổi giọng
 - Thâm nhiễm niêm mạc mũi gây ngủ ngáy
 - Thâm nhiễm vòi Eustache gây ù tai, nghe kém
- Thân nhiệt:
 - Thường sợ lạnh (*do giảm thân nhiệt, giảm chuyển hóa cơ bản, giảm tiêu thụ oxy,...*)
- Tim mạch:
 - Có thể có hồi hộp, nhịp tim chậm thường < 60 lần/phút, tốc độ tuần hoàn giảm (*do giảm chuyển hóa*)
 - Huyết áp thường thấp (*chủ yếu huyết áp tâm thu thấp*)
 - Dấu hiệu thâm nhiễm cơ tim, màng ngoài tim: đau vùng trước tim, có thể có tràn dịch màng ngoài tim nhưng chỉ ở mức độ nhẹ hoặc vừa, ít khi gây chèn ép tim
 - Tiếng tim mờ, chậm, có khi không đều
- Hô hấp:
 - Thở nông, tần số chậm
- Tiêu hóa:
 - Táo bón, chướng bụng thường gặp (*do giảm nhu động ruột*)
- Cơ xương khớp:
 - Yếu cơ, đau cơ, hay bị dị cảm đầu chi và chuột rút
 - Có thể có giả phì đại cơ: tuy cơ to nhưng yếu, cơ lực và trương lực cơ giảm, phản xạ gân xương giảm hoặc mất
- Thận – tiết niệu:
 - Giảm mức lọc cầu thận, giảm khả năng bài xuất nước tiểu, giảm chức năng thận
- Sinh dục:
 - Nữ: thường gây rong kinh, đa kinh, có thể không rụng trứng, vô sinh
 - Nam: mất dục tính

- Cận lâm sàng:
 - **Định lượng FT₄ và TSH: thường là xét nghiệm chính để xác định HC giảm hoạt giáp**
 - TSH máu > 20 U/L (suy giáp tiên phát)
 - TSH máu < 20 U/L (suy giáp tiên phát nhẹ - dưới lâm sàng)
 - Nếu TSH tăng nhẹ hoặc bình thường cần định lượng FT₄ để khẳng định chẩn đoán

PHÂN ĐỘ - PHÂN LOẠI - PHÂN GIAI ĐOẠN

PHÂN ĐỘ BƯỚU GIÁP THEO WHO (TRƯỚC 1993)

Phân độ	Đặc điểm
0	Không có bướu giáp
I	IA Không nhìn thấy bướu Sờ thấy bướu, mỗi thùy tuyến giáp to hơn đốt 1 ngón cái của bệnh nhân
	IB Nhìn thấy bướu giáp to khi ngửa đầu ra sau trời đã Sờ thấy bướu
II	Nhìn thấy bướu Tuyến giáp to, nhìn thấy khi đầu ở tư thế bình thường và ở gần
III	Bướu giáp rất lớn, nhìn thấy rõ từ xa Bướu lớn làm biến dạng cổ

PHÂN ĐỘ BƯỚU GIÁP THEO WHO/UNICEF/ICCIDD (HIỆN NAY)

Phân độ	Đặc điểm lâm sàng
0	Tuyến giáp không lớn
I	Bướu giáp phát hiện bằng sờ nắn nhưng không nhìn thấy khi cổ ở tư thế bình thường.
II	Bướu giáp nhìn thấy ở tư thế cổ bình thường.

PHÂN ĐỘ LỖI MẮT THEO ATA

Phân độ	Dấu chứng
0	Không có dấu chứng thực thể cũng không có triệu chứng
I	Không có triệu chứng, chỉ co kéo mi trên làm rộng khe mắt, nhìn chăm chăm
II	Có triệu chứng và dấu chứng tổn thương phần mềm
III	Lỗi mắt thực sự được đánh giá bằng thước Hertel hoặc siêu âm hốc mắt
IV	Tổn thương cơ vận nhãn
V	Tổn thương giác mạc
VI	Mất thị lực do tổn thương thần kinh thị

CHƯƠNG 8: CƠ – XƯƠNG – KHỚP

HỘI CHỨNG TỔN THƯƠNG KHỚP

Là một hội chứng có sự hiện diện của tổn thương một hay nhiều khớp trên lâm sàng và cận lâm sàng. Trước mỗi tổn thương khớp có thể có các yếu tố nguy cơ hướng đến nguyên nhân như: tuổi, giới, nghề nghiệp, bệnh mới mắc, v.v...

- Cơ năng:
 - Đau: là triệu chứng thường gặp nhất, đau tại khớp bị tổn thương, có thể nhiều khớp cùng lúc, đau làm hạn chế vận động, đặc biệt các giới hạn vận động bất thường vào buổi sáng.
- Thực thể:
 - Nhìn: tùy theo nguyên nhân có thể có đỏ (do viêm) hoặc không. Có thể thấy rõ sự bất đối xứng hay biến dạng của khớp khi so sánh với bên lành.
 - Sờ: tùy theo nguyên nhân có thể có nóng (do viêm) hoặc không. Có thể có tràn dịch khớp. Ấn vào khớp bệnh có thể gây đau tăng.
- Cận lâm sàng:
 - X-quang: có thể thấy bất thường trong khớp, đầu xương, hẹp khe khớp, dị vật, v.v...
 - Siêu âm: chủ yếu khảo sát có dịch trong khớp

HỘI CHỨNG TĂNG ACID URIC MÁU

Nghiên cứu về sự liên quan giữa cơn gout cấp đầu tiên kể từ khi bị tăng acid uric máu thường phải trải qua 20 – 30 năm và người ta nhận thấy 10 – 40% số bệnh nhân gout có cơn đau quặn thận cả trước khi viêm khớp.

Như vậy khi bệnh nhân vào viện vì bệnh gout thì các triệu chứng thường bao gồm triệu chứng lâm sàng của bệnh gout và các dấu chứng cận lâm sàng do tăng acid uric máu.

- Toàn thân: có thể sốt vừa hoặc nhẹ trong cơn đau
- Cơ năng
 - Đau: thường đau ở khớp bàn ngón chân cái (60 – 70%), đau đột ngột vào ban đêm, đau dữ dội và ngày càng tăng đến nỗi chạm nhẹ cũng rất đau. Lúc đầu đau một khớp, sau có thể bị nhiều khớp
- Thực thể:

- Nhìn: khớp sưng to so với bên lành, da quanh khớp thấy đỏ, căng bóng
- Sờ: phù quanh khớp, ấn khớp đau tăng
- Cận lâm sàng:
 - Acid uric máu: tăng > 70 mg/l (> 416,5 $\mu\text{mol/l}$) song có thể về lại bình thường
 - X-quang: giai đoạn sớm có thể thấy sưng nề phần mềm, giai đoạn muộn có thể thấy khuyết xương, biến dạng khớp
 - Siêu âm, DECT-Scanner: có thể đánh giá sự lắng đọng của tinh thể urat trong khớp
 - Có thể tăng nhẹ bạch cầu máu ngoại vi

DẤU HIỆU GÃY XƯƠNG

❖ 3 DẤU HIỆU CHẮC CHẮN GÃY XƯƠNG

- Biến dạng chi
- Cử động bất thường
- Tiếng lạo xạo

❖ 3 DẤU HIỆU KHÔNG CHẮC CHẮN GÃY XƯƠNG

- Đau
- Mất vận động cơ năng của chi
- Sưng, vết bầm tím

❖ DẤU HIỆU HÌNH ẢNH GÃY XƯƠNG

- X-quang: chụp theo hai bình diện (tư thế khác nếu cần), lấy cả hai khớp của một thân xương. Phim X-quang cho thấy vị trí gãy, đường gãy (mất sự liên tục của xương), các di lệch. Cần chú ý đến các tổn thương sụn khớp, mô mềm
- CT-Scanner, MRI: ít dùng, cần trong các trường hợp gãy phức tạp

PHÂN ĐỘ - PHÂN LOẠI - PHÂN GIAI ĐOẠN

PHÂN GIAI ĐOẠN VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

Giai đoạn	Biểu hiện
1 (sớm)	Chủ yếu biểu hiện bởi viêm bao khớp và màng hoạt dịch với sưng đau và cứng khớp
2 (trung bình)	Viêm màng hoạt dịch mức độ nặng hơn, dẫn tới phá hủy sụn khớp. Thường xuyên mất sự di động và giảm biên độ vận động khớp
3 (nặng)	Viêm màng hoạt dịch lan tỏa nặng, phá hủy sụn khớp và xương, mức độ sưng và đau khớp tăng hơn
4 (rất nặng)	Khớp vẫn sưng đau và mất chức năng, mất tầm vận động, dính khớp

PHÂN GIAI ĐOẠN THOÁI HÓA KHỚP TRÊN X-QUANG THEO TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN KELLGREN VÀ LAWRENCE

Giai đoạn	Biểu hiện
1	Gai xương nhỏ hoặc nghi ngờ có gai xương
2	Mọc gai xương rõ
3	Hẹp khe khớp vừa
4	Hẹp khe khớp nhiều kèm xơ xương dưới sụn

PHÂN LOẠI GOUT THEO ACR/EULAR 2015

Các bước chẩn đoán	Tiêu chuẩn	Điểm
Bước 1: Tiêu chuẩn đầu vào	≥ 1 đợt sưng đau 1 khớp ngoại vi hay bao hoạt dịch (bao thanh dịch)	Có/Không
Bước 2: Tiêu chuẩn vàng	Phát hiện tinh thể urat trong 1 khớp có triệu chứng hay bao hoạt dịch (tức là trong dịch khớp) hoặc hạt Tophi	Có/Không
Bước 3: Nếu không phát hiện được tinh thể urat		
* Lâm sàng		
1. Đặc điểm của viêm một hay vài khớp	+ Khớp cổ chân hay giữa bàn chân (ngoại trừ khớp bàn ngón chân cái)	1
	+ Khớp bàn ngón chân cái	2

2. Tính chất đợt viêm cấp: - Đỏ khớp - Không chịu được lực ép hoặc sờ vào khớp viêm - Khó khăn khi đi lại hay vận động khớp	+ 1 tính chất	1
	+ 2 tính chất	2
	+ 3 tính chất	3
3. Đặc điểm thời gian (có \geq 2 đợt đau cấp, không sử dụng thuốc kháng viêm): - Thời gian đau tối đa < 24h - Khởi triệu chứng đau \leq 14 ngày - Khởi hoàn toàn giữa các đợt cấp	1 đợt điển hình	1
	Nhiều đợt tái phát điển hình	2
4. Hạt tophi	Không	0
	Có	4
* Cận lâm sàng		
1. Xét nghiệm acid uric máu	+ < 240 mmol/l	-4
	+ 240 - < 360 mmol/l	0
	+ 360 - < 480 mmol/l	2
	+ 480 - < 600 mmol/l	3
	+ \geq 600 mmol/l	4
2. Xét nghiệm dịch khớp	Không phát hiện tinh thể urat	-3
3. Chẩn đoán hình ảnh: - Siêu âm: dấu hiệu đường đôi - DECT-Scanner (chụp cắt lớp vi tính năng lượng kép) : bắt màu urat đặc biệt	Có 1 trong 2 bằng chứng	4
4. X-quang: Hình ảnh bào mòn xương ở bàn tay hoặc bàn chân	Hiện diện	4
Chẩn đoán: (+) GOUT	Tổng điểm	\geq 8

PHÂN LOẠI GÃY MONTEGGIA THEO BADO

I	Chỏm quay bị trật ra trước kết hợp với gãy xương trụ ở bất kì vị trí nào với di lệch gấp góc ra trước (góc mở ra sau, thể ưỡn)
II	Chỏm quay di lệch ra sau hoặc ra ngoài, gãy thân xương trụ với di lệch gấp góc ra sau (góc mở ra trước, thể gập)
III	Chỏm quay di lệch ra ngoài hoặc trước ngoài kết hợp với gãy xương trụ
IV	Chỏm quay di lệch ra trước kết hợp với gãy 1/3 trên xương quay và xương trụ cùng mức, hoặc gãy xương trụ với trật khớp khuỷu

PHÂN ĐỘ GÃY XƯƠNG KÍN THEO OESTERN VÀ TSCHERNE 1982

LƯU Ý: các thầy không dùng phân loại cho gãy xương kín, phân loại này để các bạn tham khảo

Độ 0	Gãy xương không có tổn thương mô mềm hoặc tổn thương nhẹ không đáng kể. Thường là các gãy xương gián tiếp không di lệch hoặc ít di lệch
Độ 1	Gãy xương có xây sát da nông hoặc do đoạn gãy chạm thương mô mềm. Xương gãy đơn giản hoặc mức độ trung bình (Gãy xương có bầm máu dưới da)
Độ 2	Xây sát da sâu hoặc chạm thương da và cơ khu trú do chấn thương trực tiếp gây ra, nếu có đe dọa Hội chứng chèn ép khoang cũng xếp vào gãy xương kín độ II. Thường là do chấn thương trực tiếp, mức độ trung bình hoặc nặng
Độ 3	Chạm thương da hoặc xây sát da lan rộng, lóc da kín hoặc dập nát cơ. Có khi có Hội chứng chèn ép khoang thực sự hoặc đứt mạch máu chính. Thường là do chấn thương trực tiếp, mức độ trung bình hoặc nặng. Việc xử trí vết thương phần mềm ở loại gãy này còn khó khăn hơn gãy xương hở độ III

PHÂN ĐỘ GÃY XƯƠNG HỞ THEO GUSTILO 1984

Độ I	Da rách < 1cm, thường do xương gãy chọc thủng ra ngoài, mô mềm tổn thương không đáng kể, nguy cơ nhiễm trùng thấp
Độ II	Da rách từ 1 đến 10 cm, tổn thương mô mềm khu trú, nguy cơ nhiễm trùng mức độ trung bình
Độ III	A Vết rách tương ứng vùng gãy xương, có thể khâu kín da và mô mềm
	B Vết rách rộng, kèm màng xương tróc ra, đầu xương gãy lộ, cần chuyển vật để che xương
	C Có kèm tổn thương mạch máu, thần kinh

PHÂN LOẠI GÃY WEBER THEO MULLER AO

Kiểu A Dưới gọng mộng chày mác	A1	Gãy đơn thuần
	A2	Gãy kèm gãy mắt cá trong
	A3	Gãy kèm gãy mắt cá sau trong
Kiểu B Ngang dây chằng chày mác	B1	Gãy xương mác đơn thuần
	B2	Gãy kèm tổn thương bên trong, gãy mắt cá trong hay đứt dây chằng
	B3	Gãy có thêm tổn thương bên trong kèm gãy xương chày ở đầu dưới phía sau ngoài
Kiểu C Trên dây chằng chày mác	C1	Gãy thân xương mác đơn thuần
	C2	Gãy thân xương mác phức tạp
	C3	Gãy cao trên đầu xương mác

PHÂN LOẠI GÃY ĐẦU TRÊN XƯƠNG CÁNH TAY THEO NEER

LƯU Ý: một phần được gọi là di lệch nếu độ di lệch lớn hơn 1cm hoặc gập góc > 45°

Nhóm I	Tất cả gãy xương vùng này không hoặc di lệch tối thiểu
Nhóm II Gãy 2 phần	<ul style="list-style-type: none"> - Gãy cổ giải phẫu: hiếm, nguy cơ hoại tử vô mạch chỏm - Gãy cổ phẫu thuật: gãy cài gập góc trên 45 độ gãy không vững, di lệch - Gãy máu động lớn: hay kết hợp với trật khớp vai ra trước - Gãy máu động bé: lưu ý đi kèm với trật khớp vai ra sau.
Nhóm III Gãy 3 phần	<ul style="list-style-type: none"> - Gãy cổ (giải phẫu hoặc phẫu thuật) kết hợp với gãy 1 máu động (lớn hoặc bé) - Đây là loại gãy không vững do lực kéo của các cơ đối nghịch nhau - Trường hợp gãy máu động lớn cơ dưới vai xoay đầu xương cánh tay vào trong làm diện khớp hướng ra sau. - Trường hợp gãy máu động bé đầu hên xương cánh tay bị kéo xoay ngoài nên diện khớp hướng ra trước.
Nhóm IV Gãy 4 phần	Nguy cơ hoại tử vô mạch chỏm
Nhóm V Gãy trật	<ul style="list-style-type: none"> - Gãy trật 2 phần: gãy máu động lớn trật khớp vai ra trước và gãy máu động bé trật khớp vai ra sau - Gãy trật 3-4 phần
Nhóm VI	Chỏm bị tách thành nhiều mảnh. Gập thường nhất trong trật khớp vai ra sau.

CHƯƠNG 9: THẦN KINH

HỘI CHỨNG THẮT LƯNG-HÔNG

Hội chứng thắt lưng-hông là hội chứng là một khái niệm lâm sàng, bệnh cảnh gồm có các triệu chứng biểu hiện bệnh lý của cột sống thắt lưng và bệnh lý của dây thần kinh hông to (thần kinh tọa)

❖ HỘI CHỨNG TỔN THƯƠNG CỘT SỐNG

- Cơ năng:
 - Đau: có thể xuất hiện đột ngột cấp tính (tự phát hoặc sau chấn thương) hay có thể xuất hiện từ từ theo kiểu bán cấp hoặc mạn tính. Đau thường khu trú rõ ở những đốt sống nhất định. Đau cấp tính thường đau dữ dội còn đau bán cấp hay mạn tính thường đau âm ỉ kéo dài.
 - Giảm vận động cúi, ngửa, nghiêng, xoay
- Thực thể:
 - Nhìn: có thể thấy thay đổi đường cong sinh lý (có thể gù) và lệch vẹo cột sống
 - Chỉ số Schober giảm (< 14/10)
 - Khoảng cách ngón tay – mặt đất tăng (> 0cm)
 - Giảm biên độ hoạt động cột sống thắt lưng

❖ HỘI CHỨNG CHÈN ÉP RỄ THẦN KINH

- Cơ năng
 - Đau: đau theo kiểu rễ thần kinh, đau dọc theo đường đi của thần kinh tương ứng bị chèn ép. Tính chất đau nhức, buốt. Đau có tính chất cơ học (đau tăng khi vận động, giảm khi nghỉ ngơi) hay có thể đau liên tục không lệ thuộc tư thế.
 - Giảm khả năng đi lại, hoạt động và sinh hoạt
 - Tê: tê vùng da được thần kinh chi phối
- Thực thể:
 - Khám các dấu hiệu căng rễ thần kinh: đó là các nghiệm pháp nhằm phát hiện một dây thần kinh nào đó có tăng kích thích hay không. Ví dụ:
 - Thống điểm Valleix (+)
 - Nghiệm pháp Lasègue (+)

- Khám vận động: rối loạn vận động trên bệnh nhân
 - Đi phải nghỉ từng đoạn, không đi xa được
 - Yếu các cơ do rễ thần kinh bị tổn thương chi phối (thể L5 – cơ chày trước yếu nên gập bàn chân về phía mu khó khăn; thể S1 – cơ dẹt yếu nên duỗi bàn chân về phía gan chân khó khăn)
- Khám cảm giác: có thể bị dị cảm, tê, mất cảm giác ở vùng da do rễ thần kinh bị tổn thương chi phối
- Khám phản xạ: tổn thương rễ S1 thấy giảm hoặc mất phản xạ gân gót

HỘI CHỨNG CHÈN ÉP TỦY

Hội chứng chèn ép tủy được chẩn đoán dễ dàng khi có 3 hội chứng chính sau: **(1)** Hội chứng tại nơi tổn thương, **(2)** Hội chứng dưới nơi tổn thương và đôi khi có **(3)** Hội chứng tổn thương cột sống

(1) Hội chứng tại nơi tổn thương

Biểu hiện dưới dạng tổn thương một hoặc nhiều rễ tại nơi bị chèn ép tủy có giá trị định vị rất lớn. Hội chứng này biểu hiện bằng kiểu đau theo rễ:

- Cơ năng:
 - Đau: đau dọc theo đường đi của rễ thần kinh bị tổn thương, có thể một bên hoặc 2 bên. Đau có tính chất đau nhiều, dữ dội, đôi khi có những cơn kịch phát đau chói dữ dội đặc biệt là ban đêm. Đau có tính chất cơ học (đau tăng khi vận động, giảm khi nghỉ ngơi), ít đáp ứng với thuốc giảm đau
- Thực thể: đôi khi có thể phát hiện kèm theo trong khi khám
 - Khám cảm giác: giảm hoặc mất cảm giác do rễ thần kinh bị tổn thương chi phối
 - Khám phản xạ: mất phản xạ gân xương do rễ thần kinh bị tổn thương chi phối là dấu hiệu thường gặp trong chèn ép tủy cổ

(2) Hội chứng dưới nơi tổn thương

Biểu hiện gián đoạn chức năng của các bó cảm giác và vận động dưới nơi bị chèn ép tủy

- **Gián đoạn chức năng cảm giác:** Đau kiểu bị bó chặt, bị kẹp. Các biểu hiện dị cảm theo những kiểu khác nhau xuất hiện ở dưới mức tổn thương tùy tổn

thương theo bó gai đồi thị hay theo cột sau. Tổn thương cột sau gây ra rối loạn định vị cảm giác, rối loạn sự nhận biết tên, vị trí ngón. Còn tổn thương theo bó gai đồi thị biểu hiện dưới dạng đau, dị cảm nhưng không có định vị rõ, không có yếu tố khởi phát đau rõ, cần phải phân biệt với kiểu đau theo rễ. Các rối loạn cảm giác khách quan thường xảy ra muộn hơn so với các triệu chứng vận động, nhưng lại có giá trị lớn trong chẩn đoán chèn ép tủy. Rối loạn cảm giác nhiệt và cảm giác đau thường xảy ra sớm và nặng nề hơn so với rối loạn cảm giác vị trí ngón.

Các rối loạn cảm giác dưới mức tổn thương nặng lên từ từ cho đến mức nặng nhất là mất cảm giác hoàn toàn ở vùng dưới nơi thương tổn. Một điều chắc chắn là: nếu như chúng ta nhận biết được hội chứng cảm giác dưới nơi tổn thương, xác định mức cao nhất của tình trạng rối loạn cảm giác này thì chúng ta đã thực hiện một bước quan trọng trong chẩn đoán chèn ép tủy

- **Gián đoạn chức năng vận động:** Lúc đầu dáng đi có thể bị rối loạn mang tính chất tạm thời: một chân mềm nhũn ra nhất thời, hoặc mỗi một chân sau một thời gian đi bộ làm cho bệnh nhân phải dừng lại để nghỉ ngơi. Thường lúc đầu chỉ ảnh hưởng một bên, sau đó ảnh hưởng luôn cả hai bên, người ta gọi là hiện tượng đi cách hồi của tủy (claudication intermittente medullaire). Hiện tượng này đi cách hồi này không gây ra đau chân khi tổn thương chèn ép nằm ở tủy sống cổ (khác với hiện tượng đi cách hồi do hẹp ống sống thắt lưng). Sau đó triệu chứng này trở nên thường xuyên hơn, dáng đi cứng, spastic, và cuối cùng là đi không được nữa.

Tổn thương vận động lúc đầu kín đáo tập trung chủ yếu ở hai chi dưới, đặc biệt là ở những cơ gấp, sau đó diễn tiến nặng dần, tùy theo mức tổn thương mà chúng ta có yếu liệt chi dưới hoặc yếu liệt tứ chi theo kiểu tháp: tăng trương lực cơ theo kiểu tháp, tăng phản xạ gân cơ, phản xạ lan tỏa, đa động, dấu Babinski (+) hai bên. Có hiện tượng giải phóng các phản xạ bảo vệ tủy như dấu Babinski, hiện tượng gấp mặt mu bàn chân, phản xạ ba co: kích thích ngoài lòng bàn chân, tăng phản xạ gân cơ gần đến mức tổn thương

- **Rối loạn chức năng cơ vòng:** thường xuất hiện trễ và thường giới hạn trong thời gian dài dưới biểu hiện là đi tiểu chậm

(3) Hội chứng tổn thương cột sống

- Cơ năng:

- Đau: thường đau tự nhiên hay đau khi ấn vào các mấu gai hay cơ cạnh sống
- Cứng cột sống: hiện tượng cứng một đoạn cột sống ở những nơi linh động của cột sống như cổ, lưng
- Thực thể:
 - Nhìn: biến dạng cột sống, vẹo cột sống (hậu quả do đau)
- Cận lâm sàng: cần làm tập trung vào các đốt sống bị nghi ngờ có tổn thương chèn ép tủy
 - X-quang quy ước cột sống
 - CT-Scan: nghiên cứu đốt sống, đĩa đệm nơi tổn thương nghi ngờ
 - MRI: khảo sát thân đốt sống, đĩa đệm và các thành phần trong ống sống nơi có tổn thương nghi ngờ

HỘI CHỨNG KÍCH MÀNG NÃO

- Cơ năng:

Thường gặp nhất là tam chứng màng não gồm 3 dấu chứng: đau đầu, nôn vọt và táo bón. Tuy nhiên một số đối tượng như trẻ em và người già lại khác:

 - **Đau đầu:** thường gặp, đau dữ dội, lan tỏa hoặc khu trú, liên tục nhưng cũng có khi có cơn trệ, tăng lên khi có tiếng động, thấy ánh sáng hay cử động đột ngột, bệnh nhân thường nằm yên và quay đầu vào chỗ tối. Dùng thuốc giảm đau ít đỡ nhưng rút bớt dịch não tủy thì đỡ nhanh.
 - **Nôn vọt:** nôn thành vọt, nhất là khi thay đổi tư thế, nôn xong đỡ đau đầu.
 - **Táo bón:** không kèm theo chướng bụng, dùng thuốc nhuận tràng không đỡ.
 - Tiêu chảy: đôi khi gặp ở trẻ em
 - Người già đôi khi không có đau đầu và nôn vọt nhưng thay vào đó là bất an, mất ngủ rồi đi dần vào hôn mê và ít có hội chứng kích thích chung.
- Thực thể:

Được xem là triệu chứng kích thích chung:

(1) Co cứng cơ:

 - **Tư thế cò súng:** đầu ngửa ra sau, chân co vào bụng và quay người vào chỗ tối (nếu có là điển hình)

- **Dấu cứng gáy** (dấu cứng cổ): bệnh nhân nằm ngửa, đầu không gối. Người khám đặt 1 tay dưới đầu và 1 tay đặt úp lên cán ức, nâng nhẹ đầu lên sao cho cằm chạm vào tay đặt ở cán ức, bình thường cằm sẽ chạm vào. Nếu dấu cứng gáy (+) là gáy duỗi cứng, cằm không chạm được vào tay, đôi khi gáy cứng nâng cả ngực lên theo. Hoặc cách khác là đặt hai ngón tay dưới cổ và nhấc lên, bình thường đầu ngửa ra sau, nếu dương tính là đầu không ưỡn ra sau, tuy nhiên phải loại trừ bệnh nhân gồng nên phải làm đi làm lại nhiều lần. Dấu này thường gặp nhất.
- **Dấu Kernig**: nằm ngửa đầu không gối, chân duỗi thẳng, người khám luồn 1 tay dưới 2 gót chân, tay kia giữ nhẹ đầu gối, nâng 2 gót chân bệnh nhân lên từ từ. Bình thường nâng lên đến trên 70° và 2 chân vẫn duỗi thẳng. Kernig (+) khi chưa đến 70° mà hai đầu gối gấp lại.
- **Dấu Brudzinski trên**: nằm ngửa hai chân duỗi thẳng, người khám đặt 1 tay dưới đầu, 1 tay trên cán ức giữ cho người bệnh nhân nằm im, nâng đột ngột đầu bệnh nhân lên. Bình thường 2 chân vẫn duỗi thẳng, nếu 2 chân co lại khi nâng đầu là Brudzinski trên (+).
- **Dấu Brudzinski dưới**: nằm ngửa đầu không gối, hai chân duỗi thẳng, người khám đặt 1 tay dưới gót, 1 tay trên gối bệnh nhân, nâng chân lên từ từ, nếu chân kia co lại thì Brudzinski dưới (+). Hoặc cách khác cũng tư thế đặt tay như vậy nhưng đặt bệnh nhân ở tư thế đùi vuông góc với thân mình, căng chân vuông góc với đùi và người khám từ từ nâng căng chân lên thẳng trục với đùi, nếu chân kia co lại thì Brudzinski dưới (+).

(2) Tăng cảm giác:

- Khi bóp nhẹ, gãi vào da hay châm nhẹ kim vào da người bệnh phản ứng lại rất mạnh.
- Sợ ánh sáng

(3) Tăng phản xạ gân xương: đều, ở tứ chi

(4) Rối loạn giao cảm:

- Mặt khi đỏ khi tái
- **Dấu hiệu Trousseau (vạch màng não)**: nằm ngửa, 2 chân duỗi thẳng, bộc lộ vùng ngực bụng bệnh nhân, người khám dùng kim đầu tù vạch trên da ngực, bụng của bệnh nhân ở cả 2 bên, nếu vạch đỏ thẫm hơn và tồn tại lâu hơn so với bình thường thì dấu Trousseau

(+), cần phân biệt với những người có tạng dị ứng “dấu hiệu da vễ nổi” gần tương tự dấu vạch màng não.

HỘI CHỨNG DỊCH NÃO TỦY

Hội chứng dịch não tủy là sự thay đổi bất thường những thành phần trong dịch não tủy, mục đích hướng đến các nguyên nhân.

- Màu sắc: bình thường trong suốt, không có màu
 - Đỏ: đỏ từ đầu đến cuối là do xuất huyết màng não, não-màng não do chấn thương sọ não, tăng huyết áp, vỡ dị dạng mạch máu, bệnh máu, viêm màng não tối cấp. Cần loại trừ chọc nhầm mạch máu (lúc đầu máu đỏ sau đó nhạt dần, để lại sẫm đông)
 - Vàng: do xuất huyết lâu ngày mới chọc (4 – 5 ngày) nhưng khi soi kính hiển vi vẫn còn thấy hồng cầu, hay do lao màng não.
 - Đục: do viêm màng não mủ (não mô cầu, phế cầu, tụ cầu,...)
 - Trong: bình thường, tuy nhiên có thể do lao, siêu vi,... (những tác nhân gây viêm màng não nước trong)
- Tế bào vi trùng: bình thường < 3 tế bào/mm³
 - Có hồng cầu: do xuất huyết
 - Có bạch cầu: > 10 tế bào bạch cầu/mm³ ở người lớn là bệnh lý
 - Có bạch cầu, NEU chiếm ưu thế: > 50% NEU trong viêm màng não mủ.
 - Có bạch cầu, LYMPH chiếm ưu thế: > 50% LYMPH trong viêm màng não do lao, siêu vi, giang mai, nấm,...
 - Có bạch cầu, EOS chiếm ưu thế: do dị ứng hoặc do kí sinh trùng
 - Có tế bào lạ: thường do ung thư di căn
 - Soi hoặc nuôi cấy có thể phát hiện vi khuẩn hoặc siêu vi
- Sinh hóa:
 - Protein: tăng (> 50 mg%) dù nguyên nhân gì, mức độ tăng khác nhau, tăng nhiều nhất trong viêm màng não mủ
 - Glucose và muối: bình thường trong viêm màng não do siêu vi, giảm trong viêm màng não mủ và lao
 - BW (phản ứng Wassermann – phản ứng huyết thanh giang mai) dương tính trong giang mai não-màng não

HỘI CHỨNG TĂNG ÁP LỰC NỘI SỌ

Trong thực hành lâm sàng, chấp nhận áp lực nội sọ thông qua áp lực dịch não tủy. Khi dịch não tủy > 25 cm H₂O (hay khi áp lực nội sọ > 15 mmHg) là có tăng áp lực nội sọ

- Cơ năng:
 - Đau đầu:
 - Vị trí đau thay đổi tùy nguyên nhân, thường là đau toàn đầu, có thể vùng trán, thái dương, chẩm, mắt,...
 - 80% với đặc tính đau đầu ngày càng tăng nhất là nửa đêm về sáng, lúc đầu đau không thường xuyên về sau trở nên liên tục cả ngày, đau xuyên, nghiêng ổ tung đầu, đau theo nhịp đập, tăng lên từng đợt
 - Đau tăng khi vận động, gắng sức, ho hắt hơi (do tăng áp lực tĩnh mạch), gõ vào hộp sọ, xương mặt, nằm nghiêng về bên lành hay cuối đầu xuống gây đau tăng; giảm đau khi nằm nghiêng về bên bệnh, đứng, ngồi cũng giảm đau, dùng thuốc giảm đau chỉ bớt tạm thời, dùng thuốc chống phù não thì giảm kéo dài hơn
 - Nôn vọt: 2/3 trường hợp có nôn do kích thích dây X, nôn thường đi sau cơn đau đầu, thường vào buổi sáng, sau nôn có thể đỡ đau đầu, dùng thuốc chống nôn ít hiệu quả. Nếu nôn nhiều gây suy kiệt
 - Chóng mặt
 - Rối loạn thị giác: nhìn mờ
 - Ù tai
- Thực thể:
 - Mạch chậm, huyết áp thay đổi (có xu hướng tăng)
 - Nhịp thở: ban đầu bình thường, giai đoạn sau tần số nhanh hơn, có thể có nhịp thở Cheyne-Stokes (nhất là u hay abscess hố sau)
 - Rối loạn thần kinh thực vật: toát mồ hôi, lạnh đầu chi có khi đau bụng dữ dội, tưởng như cơn đau bụng cấp, táo bón, nhiệt độ có khi tăng, nôn ra chất màu đen (giai đoạn cuối)
 - Rối loạn tâm thần kinh: thường chậm chạp, vô cảm, thờ ơ, rối loạn trí nhớ, ý thức từ u ám, lẫn lộn, ngủ gà đến hôn mê
 - Có thể có các dấu hiệu thần kinh khu trú: liệt nửa người, động kinh, hội chứng tiểu não, màng não, liệt các dây thần kinh sọ,...

- Cận lâm sàng:
 - Soi đáy mắt: phù gai thị là triệu chứng khách quan và có giá trị nhất trong hội chứng tăng áp lực nội sọ nhưng không phải trường hợp nào cũng có và thường xuất hiện muộn khi các triệu chứng khác đã rõ ràng. Tùy mức độ của tăng áp lực nội sọ mà gai thị diễn biến theo các giai đoạn từ nhẹ đến nặng.
 - X-quang sọ thẳng-nghiêng: có thể thấy giãn khớp sọ, nhất là trán đỉnh ở trẻ em, dấu ấn ngón tay chú ý vùng đỉnh thái dương, hố yên rộng nhưng thường muộn, thấy gian tĩnh mạch trên sọ (bình thường không có), xương vòm sọ có thể mỏng
 - Điện não đồ: không đặc hiệu, gợi ý khu trú và đánh giá mức độ trầm trọng của tăng áp lực nội sọ
 - Chụp động mạch: khi nghi ngờ có dấu thần kinh khu trú
 - CT-Scanner sọ não: cho biết định khu và hình thái như giãn não thất trong não úng thủy, não thất bị dẹt do phù não, khối choán chỗ và hiệu ứng đè ép tổ chức não làm mất các nếp nhăn vỏ não. Tăng tỷ trọng trong máu tụ và giảm tỷ trọng trong phù não

HỘI CHỨNG LIỆT NỬA NGƯỜI

- Giai đoạn Liệt mềm khi bệnh nhân tỉnh táo
 - Vận động chi: giảm hoặc mất vận động một tay và một chân cùng bên ưu thế cơ duỗi chi trên và cơ gấp chi dưới
 - Thường có liệt nửa mặt trung ương cùng bên với tay chân bị liệt hoặc có thể liệt mặt ngoại biên đối bên với tay chân bị liệt. Có thể liệt các dây thần kinh sọ não khác
 - Trương lực cơ giảm bên tay chân bị liệt
 - Phản xạ gân xương giảm hay mất bên tay chân bị liệt, phản xạ da bụng và/hoặc da bìu (ở nam giới) giảm hoặc mất bên liệt, phản xạ hậu môn giảm hay mất bên liệt, dấu Babinski hay dấu tương đương có thể dương tính bên liệt, Hoffmann có thể dương tính bên liệt
 - Có thể kèm rối loạn cảm giác nửa người bên liệt
 - Dáng đi lê (tay bên liệt buông thõng, chân thì quét đất)
 - Khi nằm bàn chân bên liệt đổ ra ngoài
- Giai đoạn Liệt cứng khi bệnh nhân tỉnh táo
 - Cơ lực bên liệt giảm hay mất

- Liệt mặt trung ương cùng bên với tay chân liệt hoặc liệt mặt ngoại biên đối bên với tay chân bị liệt, có thể liệt dây thần kinh sọ não khác
- Tăng trương lực cơ bên liệt đưa đến co cứng gấp chi trên, các ngón tay khác nắm chặt ngón cái, còn chi dưới co cứng duỗi nên khi đi có dáng đi vòng kiềng (dáng đi phạt cỏ)
- Tăng phản xạ gân xương bên liệt, có phản xạ bệnh lý như dấu Babinski hay dấu tương đương (+)
- Phản xạ da bụng, da bìu và phản xạ hậu môn giảm hoặc mất bên liệt
- Có thể kèm rối loạn cảm giác nửa người bên liệt
- Khi bệnh nhân hôn mê
 - Bàn chân bên liệt đổ ra ngoài
 - Có thể quay mắt và đầu và đầu về bên liệt hay bên lành
 - Mất cân đối ở mặt như nhân trung lệch về bên lành, má bên liệt phập phồng theo nhịp thở, kích thích đau góc hàm hai bên nếu còn đáp ứng thì chỉ mép bên lành nhếch lên còn bên liệt vẫn giữ nguyên (dấu Pierre – Marrie – Foix)
 - Kích thích đau ở tay chân hai bên thì bên liệt hầu như không phản ứng hay phản ứng yếu hơn bên lành.
 - Phản xạ da bụng, da bìu giảm hay mất bên liệt
 - Dấu Babinski có thể (+) bên liệt, cần khám kỹ dấu Babinski bên lành, nếu có là tiên lượng xấu hơn (hiện tượng xô đẩy sang bên lành)

HỘI CHỨNG LIỆT HAI CHI DƯỚI

Hội chứng này thường được khẳng định qua giảm hoặc mất vận động tự chủ của hai chi dưới do tổn thương neuron vận động trung ương hay neuron vận động ngoại biên hoặc cả 2 tổn thương trên. Để chẩn đoán HC liệt hai chi dưới thường dựa vào 2 tiêu chuẩn sau:

- Cơ lực giảm hay mất ở hai chi dưới
- Có sự thay đổi về phản xạ gân xương ở hai chi dưới nhưng phản xạ bản thân cơ vẫn bình thường

❖ HỘI CHỨNG LIỆT CỨNG 2 CHI DƯỚI

- Sức cơ giảm hay mất, chủ yếu cơ gấp và ngón chi
- Trương lực cơ tăng kiểu tháp (độ ve vẩy giảm, độ co duỗi giảm, độ chắc nhão tăng), có hiện tượng dao nhíp

- Phản xạ gân xương tăng, có thể có rung giật xương bánh chè, gót
- Phản xạ Babinski (+), Rossolimo (+)
- Có thể có dấu hiệu tự động tủy (dấu ba co): kích thích đầu bàn chân howjc căng chân thì bệnh nhân sẽ gấp gối và gấp háng lại
- Rối loạn cơ tròn, thường là dạng bí tiểu, rối loạn sinh dục (liệt dương nam)
- Rối loạn cảm giác từ khu vực tương ứng với tổn thương trở xuống, tùy theo vị trí sẽ có các loại rối loạn cảm giác nông hay sâu khác nhau
- Thường không teo cơ

❖ HỘI CHỨNG LIỆT MỀM 2 CHI DƯỚI

- Sức cơ giảm hay mất, thường cần đối 2 bên
- Trương lực cơ giảm (độ ve vẩy tăng, độ co duỗi tăng, độ chắc nhão giảm)
- Phản xạ gân xương giảm hay mất

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trường Đại học Y Dược Huế, *Giáo trình đại học Nội khoa cơ sở* (2018).
2. Trường Đại học Y Dược Huế, *Giáo trình Bệnh học Nội khoa* (2018).
3. Trường Đại học Y Dược Huế, *Ung thư đại cương* (2018).
4. Trường Đại học Y Dược Huế, *Giáo trình Ngoại cơ sở I, II* (2015)
5. Trường Đại học Y Hà Nội, *Triệu chứng học Nội khoa tập 1* (2017).
6. Trường Đại học Y Hà Nội, *Triệu chứng học Nội khoa tập 2* (2017).
7. Trường Đại học Y Hà Nội, *Bệnh học Nội khoa tập 1* (2017).
8. Trường Đại học Y Hà Nội, *Bệnh học Nội khoa tập 2* (2017).
9. Trường Đại học Y Hà Nội, *Bệnh học Ngoại Khoa tập 1* (2006).
10. Trường Đại học Y Hà Nội, *Bệnh học Ngoại Khoa tập 2* (2006).
11. Trường Đại học Y Dược TP HCM, *Bệnh học Nội khoa* (2012).
12. Trường Đại học Y Dược TP HCM, *Triệu chứng học Nội khoa* (2012).
13. Trường Đại học Y Dược TP HCM, *Triệu chứng học ngoại khoa* (2013)
14. Bộ Y Tế, *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Bệnh Nội khoa* (2017).
15. Bộ Y Tế, *Ung thư học đại cương* (2009).
16. Bộ Y Tế, *Bệnh học cơ xương khớp Nội khoa* (2015).
17. Học viện Quân y, *Ngoại khoa cơ sở* (2004)
18. Vũ Anh Nhị, *Thần kinh học* (2013).
19. Huỳnh Văn Minh, Nguyễn Anh Vũ, *Tim mạch học* (2014)
20. Phạm Nguyễn Vinh, *Bệnh học Tim mạch tập 2* (2003).

Và một số thông tin được sử dụng trên các trang Web Y học như:
www.medscape.com, www.ncbi.nlm.nih.gov/, www.dieutri.vn,
<https://bacsinoitru.vn>