

# **CHỦ BIÊN: G.S. NGUYỄN HUY DUNG.**

## **THAM GIA BIÊN SOẠN:**

B.S. Đào Xuân Lãm.  
B.S. Hồ Phạm Thực Lan.  
B.S. Trần thị Tố Quyên.  
B.S. Trần văn Thi.  
B.S. Lê Quang Anh Thư.  
B.S. Trần thị Khánh Tường.  
B.S. Lương Quốc Việt.  
B.S. Nguyễn Tuấn Vũ.

# MỤC LỤC

Trang

## I. ĐẠI CƯƠNG

1-Bài mở đầu nội khoa.	1
<i>GS. TS. BS Nguyễn Huy Dung.</i>	
2-Cách khám và làm bệnh án.	8
<i>ThS. BS. Hồ Phạm Thực Lan.</i>	

## II. KHÁM BỘ MÁY HÔ HẤP

1-Triệu chứng cơ năng cơ quan hô hấp.	14
<i>ThS. BS. Trần văn Thi.</i>	
2-Khám lâm sàng cơ quan hô hấp.	18
<i>ThS. BS. Trần văn Thi.</i>	
3-Các hội chứng hô hấp.	26
<i>ThS. BS. Trần văn Thi.</i>	
4-Thăm dò chức năng hô hấp.	37
<i>ThS. BS. Trần văn Thi.</i>	

## III. KHÁM TIM MẠCH

1-Các triệu chứng cơ năng.	43
<i>ThS. BS. Nguyễn Tuấn Vũ.</i>	
2-Khám tim.	49
<i>ThS. BS. Nguyễn Tuấn Vũ.</i>	
3-Các tiếng tim bình thường và bất thường.	52
<i>ThS. BS. Nguyễn Tuấn Vũ.</i>	
4-Các loại âm thổi.	55
<i>ThS. BS. Nguyễn Tuấn Vũ.</i>	
5-Sơ bộ về Điện tâm đồ bình thường.	59
<i>ThS. BS. Lương Quốc Việt.</i>	
5-Hội chứng van tim.	62
<i>ThS. BS. Lương Quốc Việt.</i>	
6-Hội chứng suy tim.	65
<i>ThS. BS. Lương Quốc Việt.</i>	
7-Bệnh màng ngoài tim.	66
<i>ThS. BS. Lương Quốc Việt.</i>	
8-Khám mạch máu ngoại biên.	69
<i>ThS. BS. Lương Quốc Việt.</i>	
9-Sơ bộ về bệnh mạch máu ngoại biên.	74
<i>ThS. BS. Lương Quốc Việt.</i>	

#### **IV. KHÁM HỆ TIÊU HOÁ – GAN MẬT**

1-Triệu chứng học bộ máy tiêu hoá.	78
<i>ThS. BS. Đào Xuân Lãm.</i>	
2-Bóng bụng.	97
<i>ThS. BS. Trần thị Khánh Tường.</i>	
3-Xuất huyết tiêu hoá.	98
<i>ThS. BS. Trần thị Khánh Tường.</i>	
4-Hội chứng Tăng áp lực tĩnh mạch cửa.	101
<i>ThS.BS.Trần thị Khánh Tường.</i>	
5-Vàng da.	105
<i>ThS. BS. Trần thị Khánh Tường.</i>	

#### **V. KHÁM THẬN NIỆU – SINH DỤC**

1-Khám lâm sàng hệ thống tiết niệu.	109
<i>ThS. BS. Hồ Phạm Thực Lan.</i>	

#### **VI. KHÁM HỆ NỘI TIẾT – HỆ VẬN ĐỘNG**

1-Khám hệ nội tiết.	120
<i>ThS. BS. Lương Quốc Việt.</i>	

#### **VII. KHÁM CƠ QUAN TẠO MÁU VÀ MÁU**

1-Khám máu và cơ quan tạo máu.	134
<i>ThS. BS. Trần thị Khánh Tường.</i>	
2-Chảy máu.	137
<i>ThS. BS. Trần thị Khánh Tường.</i>	
3-Hạch to.	139
<i>ThS. BS. Trần thị Khánh Tường.</i>	
4-Lách to.	141

*ThS. BS. Trần thị Khánh Tường.*

#### **VIII. KHÁM THẦN KINH TÂM THẦN**

1-Khám thần kinh – tâm thần.	143
<i>ThS. BS. Hồ Phạm Thực Lan.</i>	
2-Các Hội chứng thần kinh thường gặp.	150
<i>ThS. BS. Hồ Phạm Thực Lan.</i>	

# BÀI MỞ ĐẦU NỘI KHOA

## MỤC TIÊU BÀI HỌC:

*Hiểu phạm vi rộng và phương pháp luận rất khoa học của NỘI KHOA, biết vận dụng nó, từ đó mà hiểu trách nhiệm trong sự nghiệp trị bệnh cứu người, tự hào về nghề y, yêu nghề sâu sắc, trau dồi y đức cùng nghệ thuật quan hệ thầy thuốc - bệnh nhân cao đẹp.*

## TỪ KHOÁ:

*Phương pháp luận, phòng bệnh tiên phát, phòng bệnh thứ phát, tâm lý học y học, chất lượng sống, sự giao lưu - dung thông.*

## I. CÁC GIAI ĐOẠN ĐÀO TẠO NỘI KHOA TRONG HỆ THỐNG ĐÀO TẠO BÁC SĨ Y KHOA

- Nội khoa cơ sở (triệu chứng học);
- Nội khoa bệnh học (nghiên cứu từng bệnh xếp theo từng bộ máy hô hấp, tim mạch, tiêu hóa-gan mật, thận niệu, nội tiết, sinh dục, cơ xương khớp, thần kinh, tạo huyết v.v...)
- Nội khoa lâm sàng (tổng hợp lâm sàng và điều trị trong thực tế)

Mô hình đó về sau cũng có mặt trong đào tạo các chuyên khoa trong y học.

## II. PHƯƠNG PHÁP LUẬN CỦA NỘI KHOA

- Là kinh điển (hình thành từ xưa nhất), vẫn là mẫu mực (mô hình) và nền tảng cho các bộ môn y học khác:
  - Coi trọng từ sức khỏe đến bệnh. Sức khoẻ không chỉ là không mang bệnh, không chỉ gồm sức khoẻ thân thể, mà còn sức khoẻ tinh thần và sức khoẻ về mặt xã hội (tương giao, lao động). Coi trọng hàng đầu nhiệm vụ *phòng bệnh tiên phát* (với ý thức ‘*phòng bệnh hơn chữa bệnh*’) cho từng bệnh nhân và cho cả cộng đồng.
  - Đi từ Triệu chứng qua Chẩn đoán đến Xử trí - Điều trị và Phòng bệnh.

## A. Chẩn đoán

Là sự tổng hợp logic nhất mọi triệu chứng chủ quan, dấu hiệu thăm khám thực thể lâm sàng và cận lâm sàng.

+ **Lâm sàng là xuất phát điểm**, phải luôn luôn là **gốc rẽ nền tảng**, không để con người bệnh nhân biến mất chỉ còn lại 1 bệnh nhân trừu tượng, chung chung, lý thuyết. Không sa vào ‘Kỹ thuật chủ nghĩa’ đơn thuần.

+ Coi cơ thể là một khối **tổng thể thống nhất**. Lúc mang bệnh đâu chỉ là câu chuyện của một cơ quan bị bệnh, cũng chẳng phải chỉ là một tập hợp những tổn thương thực thể, những chức năng bị rối loạn, những triệu chứng, dấu hiệu ... mà trước hết vẫn là một CON NGƯỜI với bao lo lắng, bao hi vọng.

+ Coi trọng từ bệnh căn, bệnh sinh, tiến triển đến biến chứng và tiên lượng, từ chẩn đoán dương tính, chẩn đoán vị trí đến **chẩn đoán phân biệt**.

+ Về một bệnh ở mỗi cá thể bệnh nhân, phân định thuộc thể lâm sàng cụ thể nào, thuộc giai đoạn bệnh nào, và trong bối cảnh nào của những bệnh khác phối hợp... và của những đặc điểm của riêng mỗi cá thể bệnh nhân.

## B. Điều trị

Từ tất cả quy trình trên mới từng điểm từng điểm xác định **điều trị**.

+ Không phải là **điều trị bệnh** –cái bệnh nói chung– mà **điều trị bệnh nhân** cụ thể: điều trị ‘cá thể hoá’; điều trị bằng thuốc và cả bằng thay đổi lối sống; điều trị theo sinh lý bệnh, bệnh căn-bệnh sinh, điều trị trước mắt, lâu dài, trong viện, ngoài viện)

+ Gắn liền điều trị với **phòng bệnh thứ phát** (bằng các chế độ, môi trường, và cả bằng thuốc)

- Tư duy y học nào rồi cũng qua con đường của phương pháp luận nội khoa ấy.

# III. QUAN HỆ THẦY THUỐC - BỆNH NHÂN

## 1. Đặc điểm nghề Y (Lâm Sàng)

▪ Đối tác hành nghề không phải là vật thể, cũng không chỉ là bệnh, mà là CON NGƯỜI lúc khoẻ và khi mang bệnh.

▪ Suy từ đặc điểm nghề y vừa nêu thì điều hệ trọng hàng đầu trong nghề y là mối quan hệ người - người: quan hệ thầy thuốc - bệnh nhân.

## 2. Tầm quan trọng của quan hệ thầy thuốc- bệnh nhân

- Vì chỉ thông qua nó mà có tác động của nghề y tới bệnh nhân và hiệu quả của tác động ấy.
- Vì nó là chỗ dựa quan trọng cho bệnh nhân, nhất là khi gặp phải những hoàn cảnh đầy stress, hoặc dễ mất định hướng thực tế như quá nhiều hội chẩn, tới nhiều phòng thăm dò chuyên khoa, hoặc không cơ hội chọn được bác sĩ riêng cho mình nữa

## 3. Điều cốt lõi trong quan hệ thầy thuốc - bệnh nhân

- Là cả 2 phía thầy thuốc, bệnh nhân đều biết rằng *tất cả những gì hữu ích nhất cho bệnh nhân đã và đang được thực hiện*.
- Như vậy nó phụ thuộc cơ bản vào phẩm chất người bác sĩ. Vậy:
  - + Bất kể tâm trạng lúc mới đầu ra sao, đã học y thì phải dần khẳng định sự tự nguyện với cái tâm đã nhận lãnh sứ mệnh thiêng liêng ‘*làm thầy thuốc bảo vệ-nâng cao sức khoẻ cộng đồng và từng người, trị bệnh cứu người kể cả khi tật bệnh chưa hình thành*’.
  - + Người bác sĩ phải thực sự vun bồi lý tưởng tất cả vì con người, vì sức khoẻ con người. Do đó quan tâm con người bằng lòng trắc ẩn, cảm thông, bằng lòng thương yêu, nhân đạo, trên nền gần gũi, tế nhị, không lạ lẫm mà am hiểu tường tận cả cái gì thuộc về con người, thực sự tìm được niềm vui trong công phu **chăm sóc** người bệnh, biết kêu gọi người bệnh hãy cộng tác với thầy thuốc và hãy chủ động, kiên trì và lạc quan phòng chống bệnh.
  - + Quán triệt trách nhiệm về “sức khoẻ và sinh mạng vô giá giao cả cho mình” nên việc điều trị chăm sóc bệnh nhân phải kịp thời mà thận trọng đến từng chi tiết, với kiến thức luôn cập nhật có chất lượng, bác sĩ luôn tự tìm tòi tiếp thu tinh hoa y học người xưa, thế giới đương đại và các đồng nghiệp kinh nghiệm để điều trị tối ưu cho từng bệnh nhân.
  - + Thái độ phải chính trực, thiện chí, mỗi ngày mỗi hoàn thiện thêm mãi, luôn chân tình giúp đỡ, ân cần hòa nhã và tôn trọng, luôn sẵn lòng bỏ thời gian quý báu để lắng nghe và đồng cảm với mỗi người bệnh, để giảng giải mọi thắc mắc bệnh nhân về bệnh lý, hướng dẫn cho bệnh nhân biết cách tham gia vào thực hiện kế hoạch điều trị và phòng bệnh.

+ Không thể hoàn thành nhiệm vụ như trên nếu không nắm vững bản chất cùng quy luật quan hệ thầy thuốc- bệnh nhân:

. *Nền tảng* của quan hệ thầy thuốc - bệnh nhân là đạo đức (y đức)

. *Tính chất* của quan hệ thầy thuốc - bệnh nhân là rất thân tín (thân thiết, tin tưởng), không chỉ trên phương diện chuyên môn-khoa học và giao tiếp cư xử, mà cả phương diện giao lưu (tương giao nhiều chiều) ở mức dung thông tâm hồn, là rất sâu sắc có thể nói cả về tâm linh nữa.

. *Văn hóa* của quan hệ thầy thuốc - bệnh nhân dựa trên **tâm lý học y học**, tâm lý vô cùng phong phú mỗi ‘con người’ bên trong mỗi bệnh nhân.

Phải hiểu bệnh nhân (một ‘con người bị bệnh’) thường có tâm lý lo sợ (có khi tới mức hoảng sợ) về bệnh, họ hy vọng được ứng xử rất tình cảm, cảm thông, an ủi và được che chở nữa, họ mong chờ giảng giải, khuyến khích, họ ước muốn giảm được tật nguyền, đau đớn, họ cần đạt tới sự an tâm và tự tin nội tại. Là một con người với nhu cầu tương giao, sẻ chia, được quan tâm, được hiểu về nguồn gốc, xưa học trường nào, nghề nghiệp, vợ con, nhà cửa, nguyện vọng, tâm tư ...

Cũng từ đó ta hiểu cả nhiều điều tưởng như rất nhỏ nhặt như cách xưng hô (nên gọi tên kèm từ ngữ như trong xã hội, không nên chỉ gọi ‘bệnh nhân’ trống không, càng chẳng nên gọi là ‘trường hợp’, là ‘bệnh’).

■ Vậy khái quát lại, bí quyết gốc, nền tảng, cốt tử của mỗi quan hệ lâu bền đó là gì? Đó là “*Động cơ cơ bản trong mọi hành động mọi lúc của bác sĩ phải là những gì hữu ích cho bệnh nhân*”. Bí quyết đó nằm trong sự cảm nhận và tin cậy của bệnh nhân về các điều ấy, sự an tâm rằng bác sĩ đã làm tất cả những gì tốt nhất có thể làm được, đạt cách điều trị tối ưu trong hoàn cảnh của bệnh. Mà sự thực, bác sĩ đã hành động đúng như vậy, luôn *chăm sóc người bệnh hữu hiệu, chu đáo, nhân ái*. Chính sự quan tâm về *nhân ái* này là một trong các phẩm chất thiết yếu nhất của thầy thuốc. Nội dung chính của sự giao lưu dung thông giữa đôi bên là như thế.

#### 4. Tâm lý học y học giúp hiểu cách bệnh nhân đánh giá bệnh mình

+ Nhiều bệnh nhân đánh giá các đau đớn, các khó chịu, các tật bệnh của mình và trình bày với thầy thuốc qua lăng kính bản thân với mức chín muồi xúc cảm rất khác nhau về bệnh, về stress ... Tâm lý bệnh nhân mỗi người mỗi khác nhau đối với y tế, đối với cuộc sống nói chung.

+ Có thể bệnh nhân có xu hướng tâm lí kéo thấp bệnh mình xuống để như ngầm tự thuyết phục không bị đến cái mức bệnh nan y nọ, để cố tình tránh coi như không có cái thực tế đó. Có thể hiểu là đều do sợ bệnh, lo lắng hoặc hoảng hốt, do cảm nhận tâm nghiêm trọng của bệnh đang nảy ra.

+ Lại đôi khi có bệnh nhân có xu hướng nâng cao mức nặng thực thể bệnh mình do tâm lí muốn lôi cuốn sự quan tâm chăm chút tới mình nhiều hơn, hoặc do tâm lí bào chữa hoặc trốn tránh một trách nhiệm nào đó, hoặc do đang mang một stress nặng mà tiềm thức muốn giải tỏa, quên lãng bằng cách dìm mọi chú ý vào bệnh nặng này.

+ Thái độ của một số ít bệnh nhân lại mang sắc thái tâm thần về bệnh mà người nội khoa phải hiểu: ví dụ hysteria, ám ảnh, lo âu, sợ hãi, chán nản, suy nhược tâm thần... Thầy thuốc cần hiểu bệnh nhân muốn gì, cần tập phán đoán những điều ấy qua mức nhiệt tình, nét mặt, trang phục, ngôn ngữ, trí nhớ, cách lý lẽ của từng bệnh nhân...

## 5. Tâm lý học y học cũng làm nền tảng cho quan hệ thầy thuốc - bệnh nhân trong thăm khám và điều trị mỗi bệnh nhân.

Các nền y học đông tây kim cổ đều nêu rõ: sự thiết lập mối quan hệ thầy thuốc-bệnh nhân đóng phần quyết định trực tiếp trong chất lượng chẩn đoán và điều trị.

### • Thăm khám

Không chỉ là động tác kỹ thuật đơn thuần, mà còn là sự gắp gỡ, giao lưu và dung thông với một nhân cách. Nó cần tiệm cận dần tính chất một cuộc “đối thoại thực sự.”

a/ Để thành thầy thuốc nội khoa cần học cách lắng nghe bệnh nhân. Không quá tiếc thời gian, biết chịu khó nhẫn耐, quan tâm thắc mắc tâm tư bệnh nhân, nghe điều gì đó chớ tỏ kinh hoàng, tỏ ưa ghét, tránh phê phán. Cần nhớ tránh phê phán lên án, tuy rằng vẫn kiên trì giáo dục sức khoẻ dựa theo những thực tế đó và theo kiến thức khoa học cho bệnh nhân và cho cả cộng đồng.

b/ Học cách nói. Thận trọng mỗi lời nói, mỗi im lặng, mỗi động tác. Luôn có ý thức và rút kinh nghiệm về tác động có khi sâu sắc đến khó ngờ của chúng.

Trên nền thành tâm tôn trọng con người, học chủ động *dẫn dắt đối thoại* vì mục tiêu sức khoẻ bệnh nhân. Với mục tiêu đó, không sợ gắp phải những câu hỏi về điều chưa học tới (nhưng do từ thực tế ấy sẽ phải tham khảo học hỏi mãi). Câu hỏi rất thông thường của bệnh nhân: “*Có bị gì không*”. Khẳng định ngay rằng “có” hay “không” thường là cách trả lời không đạt (thường thường bn không tin, hoặc hiểu méo mó đi, hoặc sử dụng sai đi). Không giải thích, chỉ im lặng ắt tăng lo âu. Bệnh nhân và thân nhân thường chấp nhận tốt câu đáp “để theo dõi thêm một thời gian”.

### • Điều trị

*phải toàn diện*, không chỉ bằng thuốc (của ‘y học dựa trên bằng chứng’ tức là đã căn cứ trên những thử nghiệm lâm sàng rộng lớn) mà bao gồm cả *chế độ sống*

cùng lời hướng dẫn khuyên dặn của thầy thuốc, cả chăm nom săn sóc, theo dõi bền bỉ, cả quan tâm điều trị nhằm tối ưu hoá ‘chất lượng sự sống’ của từng bệnh nhân.

Nhờ đó tăng hiệu ứng đối với bệnh, đối với toàn trạng và tinh thần bệnh nhân nên hiệu lực của điều trị có thể tăng lên nhiều lần.

Riêng điều trị nhằm cải thiện ‘chất lượng sự sống’ là đậm tính nhân văn. Điều này bệnh nhân nào cũng rất coi trọng, nhưng đánh giá theo chủ quan từng bệnh nhân và từng lúc nữa khá khác nhau, cần tinh ý xác định được qua trao đổi tế nhị nhiều lần, nó có thể chủ yếu là mong muốn duy trì được làm việc, hoặc thính giác, hoặc bàn tay phải, hoặc đôi mắt, hoặc tình yêu ...

+ Riêng đối với những bệnh nhân nào không thể giải thoát khỏi mọi triệu chứng và dấu hiệu, hoặc bệnh nhân nan y giai đoạn tiền tử vong: ‘điều trị triệu chứng’ có ý nghĩa cao cả - duy trì phần nào chất lượng sự sống, lời nói và sự lắng nghe của thầy thuốc cũng hết sức quý báu.

+ Những bệnh nhân không qua khỏi (tiên lượng tử vong) thì gia đình cần được hiểu rõ, và hiểu một cách thuyết phục rằng bác sĩ đã hết lòng làm hết sức mình và thuốc men, biện pháp y học hiện đại mà cần thiết đều đã được dùng.

## **6. Tâm lý học y học cũng làm nền tảng cho quan hệ dung thông nhiều chiều giữa thầy thuốc - bệnh nhân**

+ Phải nhằm tạo được sự giao lưu - dung thông ấy, không những vì nó là bản chất, ý nghĩa, nguồn vui, mục đích cuộc sống nói chung, mà nó là phương thức không thể thiếu để thầy thuốc thực thi nghĩa vụ đối với mỗi bệnh nhân cụ thể.

+ Qua nó bệnh nhân sẽ thành tâm cộng tác với y tế, bệnh nhân mới tin tưởng trao mọi thông tin số liệu cần thiết để chẩn đoán bệnh và theo dõi hiệu quả điều trị, kể cả lâu dài về sau, bệnh nhân mới tự giác chấp hành lời thầy thuốc khuyên dặn.

+ Để đạt như trên, quan hệ thầy thuốc - bệnh nhân phải tạo được cách tiếp cận tinh tế thích ứng riêng từng cá thể bệnh nhân (đều rất phong phú nên rất khác nhau), thích ứng riêng từng bệnh, lại từng thể, từng giai đoạn của bệnh đó...

+ Phía sau, cái nền của tất cả mọi chuyện “vạn biến” trên là cái TÂM thầy thuốc bất biến, đậm nhân văn bình đẳng, nhân hậu, biết cảm thông cảnh ngộ mỗi bệnh nhân, tôn trọng nhân cách, nhân phẩm, bản ngã xã hội-văn hóa mỗi bệnh nhân. Tất cả những điều ấy gom lại có thể tạo mối quan hệ dung thông nhiều chiều giữa thầy thuốc - bệnh nhân khả dĩ tác động tốt lên cả tiềm thức bệnh nhân. Được như vậy thì từ một viên thuốc cũng có tác dụng tối đa ở mức tiềm thức. Trình độ cao cường ấy có nhiều mức mà thầy thuốc mọi nơi, mọi thời đại cố gắng vươn tới mãi: “dũng y”, “minh y”, “lương y” ... và đỉnh cao là “nhân y.”

## **IV. KẾT LUẬN**

Nội khoa, cốt lõi của nền Y học lâm sàng có phương pháp luận khoa học cần được vận dụng tốt. Nhưng Nội khoa không chỉ là Khoa Học Kỹ Thuật đơn thuần mà còn bao gồm Nghệ Thuật tiếp xúc cứu giúp con người: tôn trọng nhân phẩm bệnh nhân, giữ bí mật bệnh nhân, hết lòng vì bệnh nhân bằng cái Tâm của mình.

Nội khoa nhằm đào tạo Người thầy thuốc GIỎI (LUƠNG y) với nghĩa giỏi Chuyên Môn, giỏi chữa bệnh phòng bệnh cho bệnh nhân, cho cộng đồng, giỏi tiếp xúc, dung thông, có cái tâm “TỬ MÃU”./.

## **CÁCH KHÁM VÀ LÀM BỆNH ÁN**

*Bệnh án là một văn bản ghi chép tất cả những gì cần thiết cho việc nắm tình hình bệnh tật từ lúc bắt đầu vào năm bệnh viện cho đến lúc ra. Ngoài tác dụng về chuyên môn, Bệnh án còn là một tài liệu giúp cho công tác nghiên cứu khoa học, tài liệu hành chính và pháp lý.*

### **Yêu cầu đối với bệnh án là :**

- Phải làm kịp thời. Làm ngay khi bệnh nhân vào viện. Sau đó tiếp tục được ghi chép hàng ngày về diễn tiến bệnh tật và cách xử trí
- Phải chính xác và trung thực
- Phải khám toàn diện, không bỏ sót triệu chứng và mỗi triệu chứng cần được mô tả kỹ lưỡng

- Phải được lưu trữ bảo quản để có thể đối chiếu những lần sau, truy cứu khi cần thiết

Bệnh án gồm 2 phần chính : Hỏi bệnh và khám bệnh

## I. HỎI BỆNH :

1. **Mục đích của hỏi bệnh :** để khai thác các triệu chứng cơ năng, là những triệu chứng do bản thân người bệnh kể ra cho thầy thuốc.

Do là triệu chứng chỉ bệnh nhân cảm nhận và kể lại nên thầy thuốc cần phải đánh giá các triệu chứng này được mô tả có đúng hay không ? mức độ nặng nhẹ có phù hợp không ?

Muốn khai thác triệu chứng cơ năng chính xác, thầy thuốc cần phải khai thác kỹ một triệu chứng. Ví dụ 1 triệu chứng đau phải hỏi về vị trí, tính chất, cường độ, nhịp độ xuất hiện, các dấu hiệu đi kèm, cách làm giảm hoặc làm tăng thêm đau... Đồng thời thầy thuốc cần phải đối chiếu với triệu chứng thực thể xem có phù hợp hay không ?

### 2. Các phần của hỏi bệnh

- Phần hành chính : gồm

- Họ tên
- Giới, tuổi
- Nghề nghiệp
- Địc chỉ

Ngoài giúp cho việc tổng kết hồ sơ, phần hành chính này còn giúp cho thầy thuốc chẩn đoán chính xác vì bệnh nội khoa thường có xác xuất phân bố theo tuổi, giới, cũng như một số bệnh lý có liên quan đến nghề nghiệp

- Lý do nhập viện: là triệu chứng cơ năng chính khiến người bệnh phải nhập viện. Người bệnh thường không biết triệu chứng nào là chính, triệu chứng nào là phụ, thầy thuốc có nhiệm vụ quyết định triệu chứng nào là lý do nhập viện của người bệnh trong khi khai thác bệnh sử.

- Phần bệnh sử :

Muốn có bệnh sử tương đối đầy đủ, giúp cho tiếp cận chẩn đoán tốt hơn , cần

hỏi theo 1 trật tự nhất định, tránh thiếu sót hoặc trùng lắp :

- Hỏi chi tiết lý do nhập viện: bắt đầu khi nào, tính chất và diễn tiến của các triệu chứng này

- Hỏi triệu chứng liên quan khác đi kèm cũng như các rối loạn toàn thể. Cần khai thác kỹ trình tự xuất hiện của các triệu chứng.

- Phần tiểu sử :

+ Tiểu sử bản thân : cần hỏi:

- Những bệnh mắc phải lúc nhỏ

- Những bệnh mắc phải khi lớn

- Dị ứng thuốc, thức ăn ?

- Thói quen : thuốc lá , rượu , bia ...

- Nếu là nữ cần hỏi về chu kỳ kinh nguyệt, PARA

+ Tiểu sử gia đình :

- Chú ý những bệnh có tính cách gia đình(cao huyết áp, ung thư,...) bệnh di truyền (tiểu đường...) bệnh lây nhiễm (lao, sốt rét...)

- Nếu có người trong gia đình chết cần hỏi chết khi nào, nguyên nhân tử vong

- Phần lược qua các cơ quan

Trên 1 bệnh nhân có thể có nhiều bệnh, tránh tình trạng bỏ sót các triệu chứng của bệnh đi kèm, ngoài các triệu chứng chính đã khai thác trong phần lý do nhập viện và bệnh sử, cần hỏi các triệu chứng cơ năng khác của các hệ:

- Đầu : nhức đầu, chóng mặt ...

Mắt : nhìn mờ, nhìn đôi, xốn đau ...

Tai : ù tai, đau, giảm thính lực, chảy dịch bất thường ...

Họng, miệng : nuốt đau, khàn tiếng, khạc đàm, chảy máu nướu răng ...

Mũi : nghẹt mũi, chảy mũi ...

- Hô hấp : ho, khạc đàm(màu sắc, số lượng, tính chất, mùi) khạc máu, khó thở, thở khò khè, đau ngực ...

Đau cách hô, tê đầu chi...

- Tiết niệu : tiểu gắt, buốt, lắt nhắt, tiểu khó mô tả nước tiểu(màu sắc, số lượng, mùi ...), phù ...

- Thân kinh : yếu liệt chi, co giật, chóng mặt, giảm trí nhớ ...

## II. KHÁM BỆNH :

Khám bệnh là 1 nội dung rất quan trọng trong công tác của thầy thuốc, quyết định chất lượng của chẩn đoán và từ đó quyết định chất lượng của điều trị

Mục đích của khám bệnh là phát hiện đầy đủ chính xác các triệu chứng thực thể của người bệnh. Để đạt được mục đích này, người thầy thuốc cần tôn trọng nguyên tắc khám bệnh toàn diện, khám bệnh có hệ thống: khám từ đầu đến chân, từ ngoài vào trong theo đúng các bước nhìn, sờ, gõ, nghe ...

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

Mặt khác, y học ngày càng có xu hướng chia ra thành các chuyên khoa sâu, nhưng việc khám toàn diện bao giờ cũng cần thiết vì bệnh ở 1 cơ quan có thể biểu hiện ra bằng nhiều triệu chứng ở nhiều vị trí khác nhau, và 1 triệu chứng có thể gặp trong nhiều bệnh lý khác nhau.

### A. Điều kiện cần có cho công tác khám bệnh :

- Nơi khám bệnh:
  - Sạch sẽ, thoáng khí
  - Đủ ánh sáng
  - Yên lặng
  - Kín đáo
- Phương tiện khám
  - Bàn , ghế, giường
  - Ống nghe, máy đo huyết áp
  - Dụng cụ đè lưỡi, đèn pin
  - Búa gõ phản xạ

- Người bệnh cần ở tư thế thoải mái
  - Thầy thuốc:
    - Trang phục gọn gàng sạch sẽ
    - Phong cách nghiêm túc
    - Thái độ thân mật
    - Tác phong hòa nhã
- B.Nội dung của công tác khám bệnh:**
1. Dấu hiệu sinh tồn: Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, cân nặng, chiều cao
  2. Tổng trạng:
    - Tư thế
    - Tình trạng tri giác
    - Tình trạng dinh dưỡng
  3. Đầu mặt cổ:
    - Quan sát chung: hình dạng đầu, vết trầy sướt, sẹo
    - Mắt:
      - + Mí mắt: phù, sụp mí ...
      - + Kết mạc: vàng, xuất huyết, xung huyết
      - + Niêm mạc: hồng, nhạt, đậm, xuất huyết
      - + Đồng tử: kích thước, hình dạng, phản xạ ánh sáng
    - Tai:
      - + Vành tai : nốt tophi
      - + Tai trong : chất tiết (mủ, máu ...)
    - Mũi:
      - + Hình dạng: sóng mũi thẳng hay vẹo, cánh mũi pháp phồng
      - + Quan sát niêm mạc mũi, xoắn mũi: màu sắc, chất tiết, polyp
    - Miệng và họng:

+ Môi : xanh tím, nứt môi, Herpes

+ Nướu : sưng, ápxe

+ Răng: chảy máu chân răng, hư răng

+ Niêm mạc má : vết loét, tăng sắc tố, đen ...

+ Lưỡi: đóng bợm, mất gai, phù ...

+ Họng và amidan

- Cổ :

+ Hệ thống hạch: dưới hàm, dưới cổ, dọc ống ức đòn chũm, thượng đòn, vùng cổ, trước và sau tai

+ Tuyến giáp: nhìn, sờ, nghe xác định kích thước, nhân, âm thổi, rung miu

+ Khí quản: vị trí chính giữa hay bị kéo lệch

+ Hệ mạch máu: tĩnh mạch cổ nổi ở tư thế Fowler ồ ạt bất thường của phình động mạch cảnh

+ Tuyến nước bọt : trước tai và trước hàm

#### 4. Ngực :

- Nhìn : hình dạng cân đối, độ dãn nở của lồng ngực, sử dụng cơ hô hấp phụ, tuần hoàn băng hệ, ồ ạt bất thường

- Sờ: rung thanh, rung mui, xác định mõm tim

- Gõ: lồng ngực phát hiện đặc hay vang của phổi, bờ trên của gan

- Nghe: âm thở thanh khí phế quản, rì rào phế nang, các tiếng ran phế nan, phế quản. Xác định  $T_1 T_2$ , các âm phổi ở tim, các tiếng tim bất thường

#### 5. Bụng

- Nhìn: hình dạng, cân đối, sẹo, khối u, tham gia nhịp thở, tuần hoàn băng hệ, sao mạch, vết nứt da, bầm máu quanh rốn

- Sờ : từ vùng không đau đến vùng đau, từ dưới lên trên, từ nông tới sâu. Xác định phản ứng thành bụng, bờ gan lách, các điểm đau của các cơ quan, khối u ổ bụng

- Gõ: vùng đặc gan, lách, cầu bàng quang, gõ đặc vùng thấp

- Nghe: nhu động ruột

#### 6. Tứ chi :

- Chi trên: màu sắc lòng bàn tay (nhợt nhạt, lòng bàn tay son) + đầu chi

### Các khớp sưng đỏ

- Chi dưới: phù, màu sắc nhiệt độ bàn chân, dẫn tĩnh mạch
- Các khớp : biến dạng, sưng, móng, đỏ
- Hệ thống mạch máu: so sánh 2 bên

7. Cột sống : hình dạng (gù, vẹo) ấn tìm điểm đau, cử động cột sống hạn chế (finger to floor, Schobert test)

### 8. Thần kinh:

- Vận động
- Cảm giác
- 12 dây thần kinh sọ

### 9. Thăm khám trực tràng, âm đạo khi cần thiết

## **NỘI DUNG CỦA MỘT BỆNH ÁN**

### I.PHẦN HÀNH CHÍNH:

- Họ tên
- Tuổi            Giới
- Nghề nghiệp
- Địa chỉ
- Ngày nhập viện

### II.LÝ DO NHẬP VIỆN

### III.BỆNH SỬ

### IV.TIỂU SỬ

#### 1.Bản thân

#### 2.Gia đình

### V.LƯỢC QUA CÁC CƠ QUAN

## VI. KHÁM THỰC THẾ

1.DHTS

Tổng trạng

2. Đầu mặt cổ

3. Ngực

4. Bụng

5. Tứ chi – cột sống

6. Thân kinh

7. Thăm khám trực tràng, âm đạo

## VII. TÓM TẮT BỆNH ÁN

## VIII. CHẨN ĐOÁN

# **TRIỆU CHỨNG HỌC**

## **CƠ QUAN HÔ HẤP**

### **TRIỆU CHỨNG CƠ NĂNG**

#### **Đối tượng:**

- ❖ Sinh viên Y2.
- ❖ Thời gian: 2 tiết.

#### **Mục tiêu:**

1. Nêu được các triệu chứng cơ năng thường gặp trong bệnh lý cơ quan hô hấp.
2. Nêu được sự phân khu lồng ngực và các điểm mốc.
3. Nêu được 5 nguyên tắc chung trong khám lâm sàng cơ quan hô hấp.
4. Mô tả được các kỹ thuật khám lâm sàng cơ quan hô hấp: Nhìn – Sờ – Gõ – Nghe.
5. Nêu được các đặc điểm bình thường và bệnh lý.

### **TRIỆU CHỨNG CƠ NĂNG**

#### **1-Ho:**

Ho là triệu chứng cơ năng thường gặp nhất trong bệnh lý hô hấp. Ho là cơ chế bảo vệ bình thường của phổi nhằm mục đích tống thoát các chất kích thích khỏi đường hô hấp. Ho được xem là bất thường khi ho dai dẳng, kèm khạc đàm hay đau ngực.

Ho gồm 3 động tác:

- Hít vào nhanh và sâu.
- Thở ra nhanh và mạnh với sự tham gia của các cơ thở ra cố và nắp thanh môn đóng gây áp lực trong lồng ngực tăng nhanh.
- Nắp thanh môn mở đột ngột, không khí bị ép trong lồng ngực được tống ra ngoài.

Ho có thể tự ý hay bị kích thích bởi các yếu tố cơ học, hoá học hay vật lý tác

động lên cung phản xạ ho. Cung phản xạ ho gồm 5 thành phần:

- Các thụ cảm thể ho: nằm trên đường hô hấp, màng phổi, trung thất, ống tai ngoài, cơ hoành...
- Đường thần kinh hướng tâm: Dây thần kinh sinh ba, dây lưỡi họng, dây X.
- Trung tâm ho: ở hành tuỷ.
- Đường thần kinh lý tâm: Dây X, thần kinh hoành, thần kinh quặt ngược và các dây vận động tuỷ.
- Cơ quan đáp ứng: Cơ hoành, thanh quản.

Cần khai thác các đặc điểm ho:

- Ho tự nhiên hay thứ phát (sau gắng sức, khi thay đổi tư thế, sau khi ăn hay sau tiếp xúc với một tác nhân nào)?
- Thỉnh thoảng ho hay ho thường xuyên?
- Thời điểm ho trong ngày: buổi sáng sau thức dậy, trong ngày hay ho về đêm?
- Thời gian ho: cấp (< 3 tuần) hay ho kéo dài?
- Ho khan hay ho có đàm?
- Ho húng hăng hay ho từng cơn?
- Các triệu chứng đi kèm: khàn tiếng, nôn ói, đau ngực, sốt...
- Các yếu tố tiếp xúc: môi trường ô nhiễm, hút thuốc lá, người mắc bệnh lao, nuôi chim...

Phân loại ho: Dựa trên tính chất ho có thể chia làm:

- Ho khan: cần chú ý bệnh nhân có thể nuốt đàm nhất là trẻ em.
- Ho đàm: đàm có thể loãng, đặc hay lẫn máu, mủ.
- Ho húng hăng: ho từng tiếng.
- Ho cơn: ho nhiều lần kế tiếp nhau trong thời gian ngắn. Diễn hình là ho gà. Cơn ho kéo dài thường làm tăng áp trong lồng ngực, bệnh nhân đỏ mặt, tinh mạch cổ phồng, chảy nước mắt, ói.
- Thay đổi âm sắc khi ho: Ho ống ống trong viêm thanh quản, nói giọng đôi trong liệt dây thanh âm.

@ Đặc điểm ho và nguyên nhân:

Tính chất ho	Gợi ý nguyên nhân
--------------	-------------------

Ho khan.	Nhiễm siêu vi, bệnh phổi mô kẽ, ung thư phổi, dị ứng, tràn dịch màng phổi, tràn khí màng phổi.
Ho đàm.	Viêm phế quản, viêm phổi, áp xe phổi, giãn phế quản, lao phổi.
Ho + khò khè.	Co thắt phế quản, hen, dị ứng, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.
	Bệnh thanh quản.
Ho ông ống.	Tắc khí quản.
Ho + thở rít.	Do hút thuốc lá, viêm phế quản mạn.
Ho về sáng.	Viêm xoang, suy tim sung huyết.
Ho về đêm.	Bệnh lý thực quản.
Ho khi ăn uống.	

## 2-Khạc đàm:

Bình thường, mỗi ngày cây phế quản tiết ra khoảng 75 – 100ml chất nhày và được các lông chuyển vận chuyển ngược lên họng rồi được nuốt xuống dạ dày. Trong trường hợp bệnh lý lượng đàm có thể được tiết ra quá mức.

Cần khai thác các đặc điểm của đàm:

- Thời gian xuất hiện: mới khạc đàm hay từ lâu?
- Khạc đàm tự nhiên hay thứ phát (sau gắng sức, thay đổi tư thế...)?
- Thời điểm khạc đàm trong ngày: sáng ngủ dậy, về đêm...?
- Tính chất đàm: lỏng, đục như mủ, có bọt, có máu, mùi thối?
- Số lượng đàm?
- Các triệu chứng đi kèm: đau ngực, sốt, khó thở, sụt cân...?

@ Tính chất đàm và nguyên nhân:

Tính chất đàm	Gợi ý nguyên nhân
Nhày.	Hen, K phổi, lao phổi, khí phế thũng.
Nhày mủ.	Viêm phổi, hen, lao phổi, K phổi.
Đàm màu vàng.	Nhiễm trùng Staphylococcus aureus.

Đàm màu rỉ sét.	Nhiễm trùng Streptococcus pneumoniae.
Đàm mùi thối.	Áp xe phổi.
Đàm màu đỏ như thạch.	Nhiễm trùng Klebsiella pneumoniae.
Đàm bọt hồng.	Phù phổi cấp.
Đàm màu chocolate.	Entamoeba histolytica.

### 3-Khái huyết:

Là ho khạc ra máu, máu xuất phát từ thanh quản trở xuống. Máu khạc ra có thể là máu cục hay đàm lᾶn máu. Ho khạc ra máu cục thường ẩn ý bệnh trầm trọng.

Cần chẩn đoán phân biệt với chảy máu từ vùng hầu họng và ói ra máu.

Biểu hiện	Khái huyết	Ói ra máu
Triệu chứng báo trước	Ho.	Buồn ói, ói.
Tiền căn	Bệnh tim, phổi.	Bệnh tiêu hoá.
Hình thể	Có bọt.	Không có bọt.
Màu sắc	Đỏ tươi.	Đỏ sẫm, nâu hay màu bã cà phê.
Biểu hiện	Lᾶn mủ.	Lᾶn thức ăn.
Triệu chứng đi kèm	Khó thở.	Buồn ói.

Tuy vậy, có những trường hợp khó phân biệt, nhất là khi bệnh nhân có nhiều bệnh đi kèm.

Mức độ khái huyết:

- Nhẹ: vài bãи đàm lᾶn máu.
- Trung bình: 300 – 500 ml mỗi ngày.
- Nặng: > 600 ml/ ngày hay > 100ml/ giờ.
- Rất nặng: ho ra máu sét đánh làm bệnh nhân ngạt thở, mất một lượng máu lớn.

Nguyên nhân khái huyết:

1. Bệnh hô hấp:

- Lao phổi là nguyên nhân thường gặp nhất.
- Các bệnh nhiễm khuẩn: viêm phổi, áp xe phổi.
- Các nguyên nhân khác: giãn phế quản, K phổi, nấm phổi...

## 2. Bệnh ngoài hô hấp:

- Tim mạch: hẹp van 2 lá, suy tim, nhồi máu phổi, vỡ phình ĐMC.
- Bệnh máu: rối loạn đông máu, suy tuỷ, bệnh bạch cầu.
- Chấn thương ngực.

## 4-Đau ngực:

Cần khai thác các tính chất của đau ngực:

- Đau đột ngột hay từ từ?
- Vị trí đau, hướng lan đau?
- Kiểu đau: nhói như kim đâm, nóng rát, như bó ngực...?
- Đau nồng hay đau sâu?
- Các yếu tố khởi phát đau hay giảm đau?
- Các triệu chứng đi kèm: ho, khó thở, sốt...

Đau ngực do viêm màng phổi: màng phổi tạng không nhận cảm đau, màng phổi thành nhận cảm với cảm giác đau theo dây thần kinh liên sườn tương ứng. Đau ngực do viêm màng phổi thường đau nhói, đau khu trú một bên, đau tăng khi ho hay hít sâu. Bệnh nhân thường có khuynh hướng cố định bên lồng ngực bị đau và thở nhanh nồng.

Đau ngực do viêm màng phổi thường gặp trong viêm phổi, nhồi máu phổi, lao phổi, tràn khí màng phổi, K di căn màng phổi, viêm màng phổi.

## 5-Khó thở:

Là cảm giác chủ quan của bệnh nhân về hô hấp khó khăn, nghẹn thở hay hụt hơi. Người bình thường không có khó thở khi nghỉ. Do đó, khó thở lúc nghỉ luôn là dấu hiệu bệnh lý.

Cần khai thác các tính chất của khó thở:

- Khó thở đột ngột hay từ từ?
- Khó thở khi gắng sức hay lúc nghỉ?
- Kiểu khó thở: nhanh/ chậm, khó thở khi hít vào hay thở ra hoặc cả 2 thì?
- Các yếu tố làm giảm khó thở: nghỉ ngơi, ngồi, nằm đầu cao, ngồi xổm...?

- Các triệu chứng đi kèm: đau ngực, ho, khạc đàm...?

## **TRIỆU CHỨNG HỌC CƠ QUAN HÔ HẤP**

### **KHÁM LÂM SÀNG CƠ QUAN HÔ HẤP**

#### **I-NHẮC LẠI VỀ GIẢI PHẪU VÀ PHÂN KHU LỒNG NGỰC:**

1-Nhắc lại về giải phẫu:

Hai phổi nằm trong lồng ngực được cấu tạo từ khung xương gồm 12 đốt sống ngực, 12 đôi xương sườn, xương ức và xương đòn. Khí hít vào được lọc, làm ấm và ẩm ở đường hô hấp trên sau đó đi vào khí quản. Tại khoảng đốt sống ngực 4 – 5 khí quản phân đôi thành phế quản (P) và (T). phế quản (P) ngắn hơn, rộng hơn và thẳng hơn phế quản (T). phế quản tiếp tục phân chia thành các nhánh nhỏ hơn và cuối cùng thành các tiểu phế quản tận. Mỗi tiểu phế quản tận cùng bằng ống phế nang. Từ đây cho các túi phế nang. Hai phổi có khoảng 500 triệu phế nang. Mỗi phế nang có các sợi elastin cho phép các phế nang giãn ra trong khi hít vào và co lại ở khi thở ra. Phổi (P) chia làm 3 thuỷ: thuỷ trên, thuỷ giữa và thuỷ dưới. Phổi (T) chia làm 2 thuỷ: thuỷ trên và thuỷ dưới. Phổi được bao bọc trong một túi mỏng gồm 2 lớp màng phổi. Màng phổi tạng bọc mặt ngoài phổi. Màng phổi thành lót mặt trong lồng ngực. Giữa 2 lá màng phổi là khoang màng phổi. Bình thường khoang màng phổi có chứa một lớp dịch mỏng giúp cho 2 lá màng phổi trượt lên nhau dễ dàng khi thở và giảm công hô hấp.

2-Phân khu lồng ngực:

Để mô tả chính xác các dấu hiệu thực thể khi khám phổi cần biết các điểm mốc và sự phân khu lồng ngực. ( xem hình)

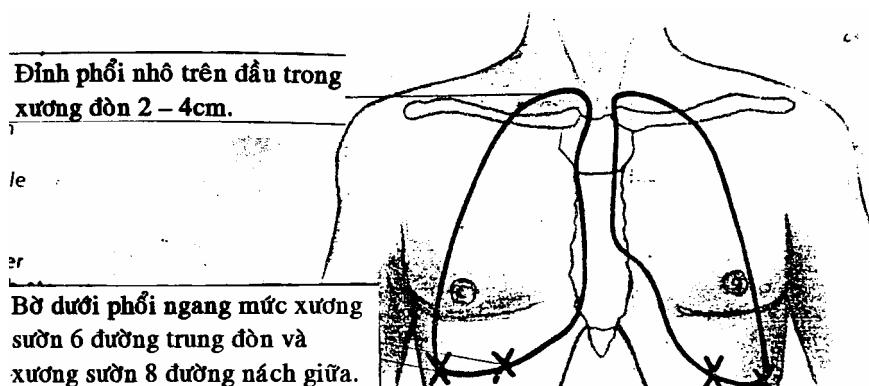
Các điểm mốc trên lồng ngực:

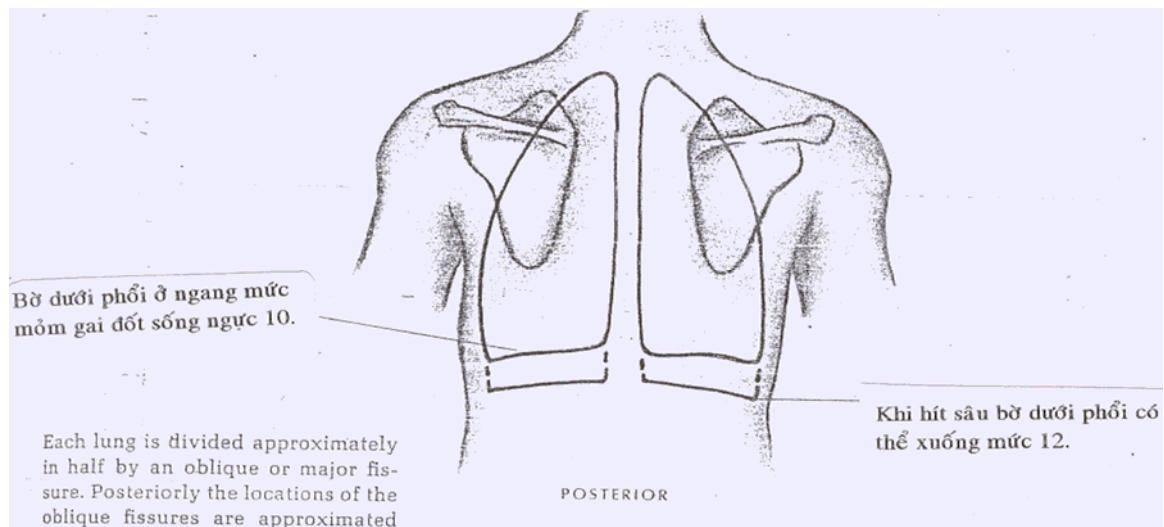
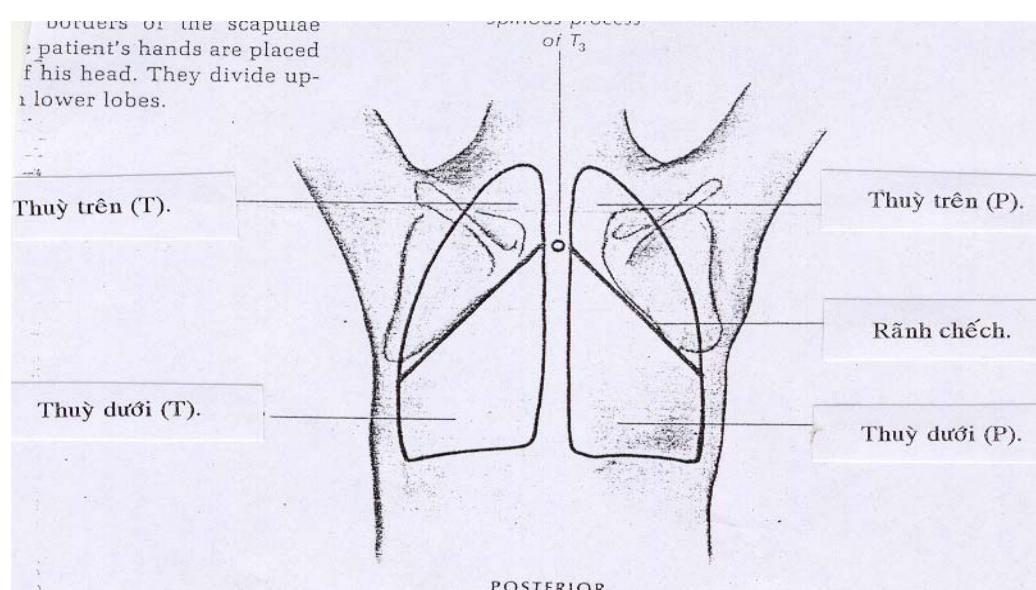
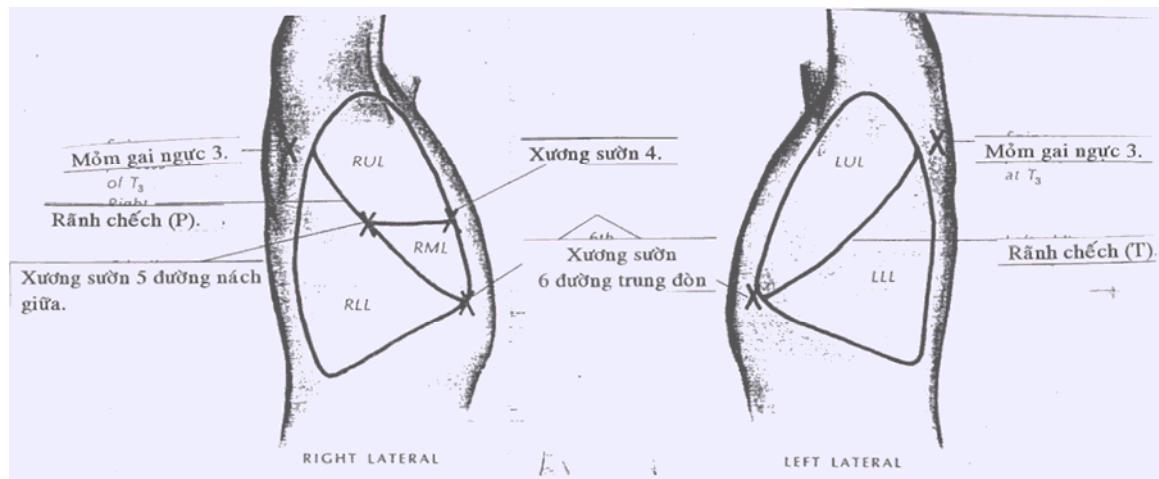
- Xương ức.
- Xương đòn.
- Hõm trên ức.

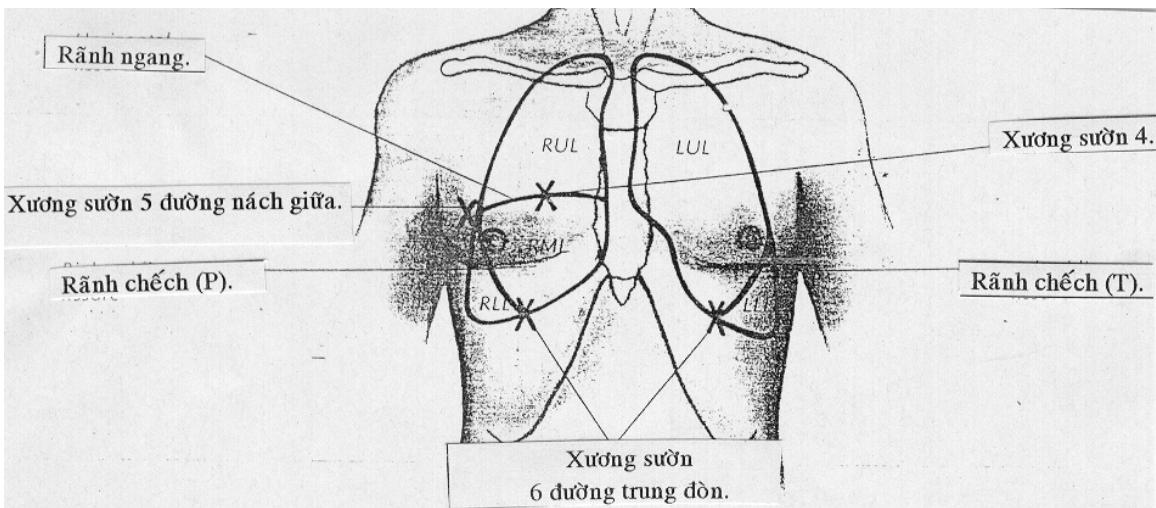
- Góc Louis.
- Đường giữa ức.
- Đường giữa đòn.
- Các đường nách trước, nách giữa và nách sau.
- Đường bả vai.
- Đường giữa cột sống.

3-Đối chiếu vị trí phổi trên lồng ngực: (hình 3 – 4)

- Đỉnh phổi: nhô trên đầu trong xương đòn 2 – 3cm.
- Nơi khí quản phân đôi (Carina): phía trước tương ứng với góc Louis, phía sau tương ứng với đốt sống ngực 4.
- Rãnh liên thuỷ lớn (rãnh chéch): phía trước ở xương sườn 6 đường trung đòn, phía bên tương ứng với xương sườn 5 đường nách giữa và phía sau ở mõm già đốt sống ngực 3. Rãnh này phân chia phổi (P) thành thuỷ trên và thuỷ giữa ở trên rãnh với thuỷ dưới ở dưới rãnh. Bên (T), rãnh phân chia phổi (T) thành 2 thuỷ: thuỷ trên và thuỷ dưới.
- Rãnh liên thuỷ nhỏ (rãnh ngang): chỉ có ở phổi (P). Rãnh này tương ứng với xương sườn 4 bờ (P) ức và xương sườn 5 đường nách giữa. Rãnh này ngăn cách thuỷ trên với thuỷ giữa phổi (P).
- Đáy phổi chạy từ xương sườn 6 đường trung đòn, xương sườn 8 đường nách giữa và phía sau tương ứng với đốt sống ngực 9 đến 12 tùy theo thì hô hấp. Bên (P) nằm cao hơn khoảng 1 đốt sống ngực do vòm hoành (P) cao hơn vòm hoành (T).







## II-NGUYÊN TẮC CHUNG KHI KHÁM LÂM SÀNG CƠ QUAN HÔ HẤP:

1. Bệnh nhân nên cởi áo đến vùng thắt lưng. Đối với bệnh nhân nữ cần bộc lộ tối thiểu vùng cần thăm khám.
2. Khám theo tuần tự:
  - Nhìn – sờ – gõ – nghe.
  - So sánh 2 bên.
  - Từ trên xuống dưới.
3. Trong quá trình thăm khám cố gắng định vị vùng phổi tổn thương tương ứng bên dưới.
4. Khám phía sau bệnh nhân nên ở tư thế ngồi, 2 tay choàng ra phía trước, 2 bàn tay để ở vai bên đối diện để tách 2 xương bả vai. Khám phía trước bệnh nhân có thể nằm, nhất là những bệnh nhân có vú lớn. Nếu bệnh nhân không thể ngồi có thể nhờ người phụ giúp bệnh nhân ngồi hay khám ở tư thế nằm nghiêng.
5. Khám toàn diện.

## III-NHÌN:

1. Nhìn vẻ mặt bệnh nhân: quan sát các biểu hiện như cánh mũi pháp phồng, thở chu môi gấp trong các trường hợp khó thở tăng công hô hấp. Tiếng thở rít hay khò khè gấp trong các bệnh lý có tắc nghẽn đường dẫn khí. Tìm dấu hiệu xanh tím.
2. Quan sát tư thế bệnh nhân: bệnh nhân có tắc nghẽn đường dẫn khí thường ở tư thế ngồi chống 2 tay lên thành giường để cố định vùng vai và cổ, hỗ trợ hô hấp. Bệnh nhân có khó thở phải ngồi (Orthopnea) thường ngồi hay nằm đầu cao để giảm khó thở.
3. Quan sát vùng cổ xem có co kéo các cơ hô hấp phụ? Đây là dấu hiệu sớm

4. Nhìn hình dạng lồng ngực: bình thường lồng ngực đối xứng 2 bên, chu vi có hình bầu dục với tỷ lệ đường kính ngang / đường kính trước – sau # 7/ 5. lồng ngực biến dạng có thể đối xứng hay không đối xứng.

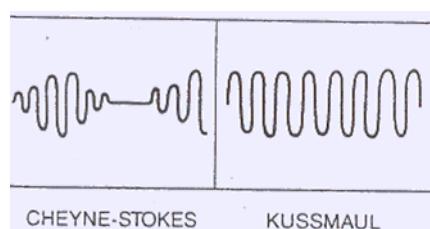
- Lồng ngực hình thùng: thường gặp trong bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Đường kính trước-sau gia tăng, các xương sườn không còn nghiêng  $45^{\circ}$  mà có khuynh hướng nằm ngang.
- Gù, vẹo cột sống, lồng ngực hình phễu làm giảm khả năng giãn nở lồng ngực và phổi.
- Lồng ngực căng phồng một bên có thể gặp trong tràn dịch màng phổi, tràn khí màng phổi. Lồng ngực nhỏ một bên gặp trong xẹp phổi.

#### 5. Đánh giá tần số hô hấp và kiểu hô hấp:

Bình thường, người trưởng thành thở với tần số 14 – 16 lần/ phút. Thở chậm gấp trong uré máu cao, hôn mê do tiểu đường, ngộ độc rượu hay morphine và các bệnh lý tăng áp lực nội sọ. Thở nhanh gấp trong sốt, gắng sức, suy tim, viêm màng phổi, thiếu máu, cường giáp, viêm phổi, tràn khí màng phổi...

Một số kiểu hô hấp bất thường khác:

- Kiểu thở Kussmaul: thở đều, sâu, gấp trong đái tháo đường nhiễm ceton acid, tai biến mạch máu não.
- Kiểu thở Cheyne-Stokes: đây là loại khó thở có chu kỳ. Khởi đầu thở chậm rồi tăng dần đến khi đạt biên độ lớn nhất thì thở chậm lại sau đó đến giai đoạn ngưng thở. Kiểu thở này gặp trong giấc ngủ sâu bình thường ở trẻ em và người già, suy tim (T), tai biến mạch máu não, ngộ độc morphine, rượu hay thuốc an thần.



#### VI-SỜ:

Mục đích sờ:

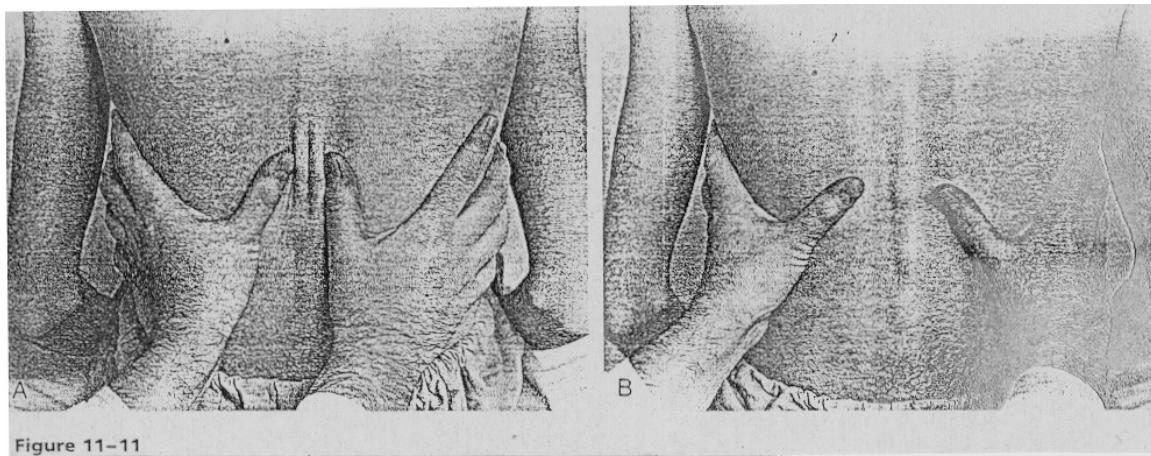
- ❖ Tìm các điểm đau.
- ❖ Đánh giá sự giãn nở của lồng ngực.
- ❖ Tìm rung thanh.

1-Tìm điểm đau: nhất là khi bệnh nhân có triệu chứng đau ngực. Sờ nhẹ nhàng trên thành ngực có thể phát hiện điểm đau do bệnh lý thần kinh cơ, viêm khớp sụn

sườn hay gãy xương.

## 2-Đánh giá sự giãn nở của lồng ngực:

Phía sau lưng đặt 2 bàn tay 2 bên cột sống lưng của bệnh nhân với 2 ngón cái tương ứng với vị trí xương sườn 10. Cho bệnh nhân thở ra đồng thời di chuyển 2 ngón cái về phía đường giữa cột sống để tạo 2 nếp da 2 bên. Yêu cầu bệnh nhân hít sâu và quan sát sự di chuyển của 2 nếp da và 2 ngón tay cái. Bệnh nhân có bệnh lý lồng ngực 1 bên có thể giảm sự giãn nở của lồng ngực bên đó.



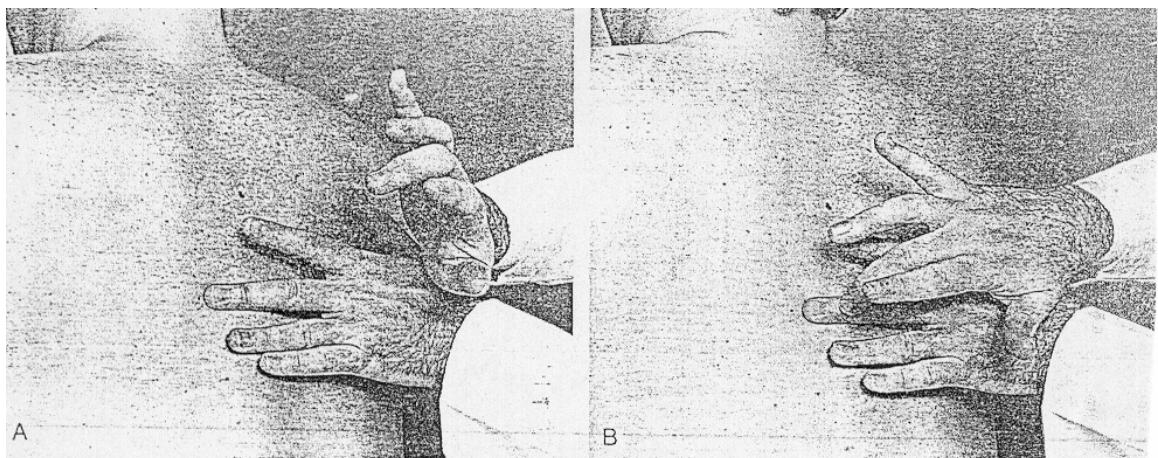
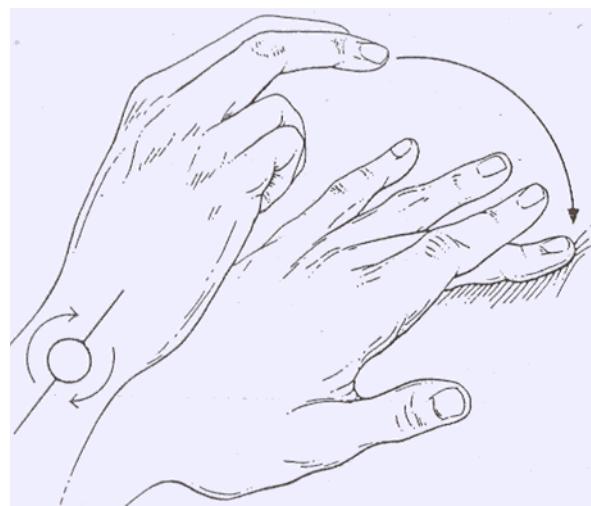
## 3-Tìm rung thanh:

- Rung thanh được tạo ra là do khi bệnh nhân phát âm, các rung động của dây thanh được lan truyền từ thanh quản qua phổi đến thành ngực. Rung thanh cung cấp thông tin về mật độ của nhu mô phổi.
- Cách tìm: đặt măt trụ của bàn tay lên vị trí cần tìm và cho bệnh nhân phát âm.
- Bình thường rung thanh nghe rõ ở phía trước hơn phía sau, bên (P) hơi mạnh hơn bên (T), người già rõ hơn người mập, giọng trầm rõ hơn giọng cao.
- Rung thanh tăng gấp trong hội chứng đông đặc nhu mô phổi, viêm phổi, nhồi máu phổi.
- Rung thanh giảm gấp trong liệt dây thanh âm, lồng ngực dày, khí phế thũng, tràn dịch màng phổi, tràn khí màng phổi.

## V-Gõ:

- ❖ Gõ giúp xác định các cấu trúc bên dưới chứa khí, dịch hay đặc.
- ❖ Kỹ thuật gõ: duỗi ngón giữa của bàn tay (T) và áp khớp liên đốt xa lên vị trí cần gõ. Tránh áp toàn bộ bàn tay lên thành ngực bệnh nhân. Bàn tay (P) hướng lên một góc  $45^{\circ}$  –  $60^{\circ}$ . Ngón giữa bàn tay (P) hơi gập. Gõ lên khớp liên đốt xa của ngón giữa bàn tay (T) bằng cử động nhanh gọn của khớp cổ tay (P). mỗi vị trí nên gõ khoảng 2 lần, gõ đều tay và so sánh 2 bên. Gõ nhẹ cho người có thành ngực mỏng hay thăm dò vị trí nồng. Gõ mạnh hơn cho người có thành ngực dày hay

- ❖ Gõ vang: gấp trong tràn khí màng phổi, khí phế thũng.
- ❖ Gõ đục: gấp trong tràn dịch màng phổi, viêm phổi, xẹp phổi.



## VI-NGHE:

### 1-Các tiếng thở bình thường:

- Tiếng thở thanh- khí quản: tạo ra do không khí đi vào các đường dẫn khí lớn. Tiếng thở thanh-khí quản có cường độ mạnh, âm độ cao, nghe rõ ở vùng thanh-khí quản, cạnh ức và liên bả cột sống.
- Rì rào phế nang: tạo ra khi không khí đi vào các phế nang là vùng tương đối rộng hơn. Tiếng rì rào phế nang nghe êm dịu như gió thổi qua lá cây. Rì rào phế nang giảm trong trường hợp bệnh nhân mập, thành ngực dày, tràn dịch màng phổi, tràn khí màng phổi, viêm phổi, khí phế thũng.

### 2-Các tiếng thổi: là tiếng thở thanh-khí quản được truyền qua vùng phổi đồng đặc hay có hang làm thay đổi âm học của nó.

- Tiếng thổi ống: là tiếng thở thanh-khí quản đi quá phạm vi bình thường của nó qua nhu mô phổi bị đồng đặc. Tiếng thổi ống có cường độ mạnh ở thì hít vào

- Tiếng thổi hang: là tiếng thở thanh-khí quản truyền qua hang rỗng thông với phế quản. Hang càng to âm thổi càng cao, hay gặp trong áp xe phổi, lao xơ hang.
- Tiếng thổi màng phổi: là tiếng thổi thanh-khí quản bị mờ đi khi dẫn truyền qua lớp dịch mỏng. Tiếng thổi màng phổi nghe êm dịu, xa xăm ở vùng ranh giới trên của tràn dịch màng phổi, thường gặp trong tràn dịch màng phổi do lao.

### 3-Các tiếng ran:

- Ran ngáy:
  - ❖ Nghe cả 2 thì hô hấp, rõ nhất thì thở ra, giống tiếng ngáy ngủ.
  - ❖ Không mất sau khi ho.
  - ❖ Thường gặp trong viêm phế quản, hen.
  - ❖ Cơ chế phát sinh: các phế quản lớn bị viêm nhiễm, co thắt, chèn ép.
- Ran rít:
  - ❖ Nghe cả 2 thì hô hấp, rõ nhất ở thì thở ra, giống tiếng gió rít qua khe cửa.
  - ❖ Không mất sau khi ho.
  - ❖ Thường gặp trong cơn hen.
  - ❖ Cơ chế phát sinh: các phế quản nhỏ bị viêm nhiễm, có thắt, phù nề.
- Ran ẩm:
  - ❖ Nghe được cả 2 thì hô hấp, như tiếng nước lọc sọc.
  - ❖ Thay đổi sau khi ho.
  - ❖ Thường gặp trong viêm phế quản thời kỳ long đàm, viêm phổi có tiết dịch nhiều, sau ho ra máu.
  - ❖ Cơ chế phát sinh: phế quản và phế nang có nhiều dịch loãng, bị khuất động bởi luồng khí lưu thông.
- Ran nổ:
  - Nghe được ở cuối kỳ hít vào, như tiếng muỗi rang, tiếng xoa tóc.
  - Không thay đổi sau ho.
  - Thường gặp trong viêm phổi, nhồi máu phổi.
  - Cơ chế phát sinh: phế nang và tiểu phế quản chứa dịch quánh đặc, bóc tách bởi luồng khí lưu thông.

#### 4-Tiếng cọ màng phổi:

- Bình thường, bề mặt 2 lá màng phổi trơn láng trượt lên nhau dễ dàng trong các thùy hô hấp. Khi màng phổi bị viêm, 2 lá màng phổi trở nên thô ráp, cọ vào nhau khi thở.
- Nghe sột soạt như tiếng vải cọ vào nhau, cả 2 thùy hô hấp, rõ nhất ở thùy thở ra.
- Không thay đổi sau khi ho.
- Thường gặp trong viêm màng phổi khô, tràn dịch màng phổi giai đoạn sớm hay sau khi rút dịch.

## TRIỆU CHỨNG HỌC CƠ QUAN HÔ HẤP CÁC HỘI CHỨNG HÔ HẤP

### Đối tượng:

Sinh viên Y2.

Thời gian: 2 tiết.

## HỘI CHỨNG TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI

### Mục tiêu:

1. Nêu được định nghĩa Hội chứng tràn dịch màng phổi.
2. Phân biệt được đặc điểm Dịch thấm và Dịch tiết của dịch màng phổi.
3. Nêu được một số nguyên nhân thường gặp của Tràn dịch màng phổi.
4. Mô tả được bệnh cảnh lâm sàng điển hình của Hội chứng tràn dịch màng phổi.
5. Nêu được các cận lâm sàng cần thiết trong Hội chứng Tràn dịch màng phổi.

### I-ĐỊNH NGHĨA:

Tràn dịch màng phổi là sự tích tụ dịch bất thường trong khoang màng phổi.

### II-NGUYÊN NHÂN:

1-Bình thường, khoang màng phổi chứa một ít thanh dịch giúp cho 2 lá màng phổi trượt lên nhau dễ dàng trong các thùy hô hấp.

2-Dịch tích tụ bất thường trong khoang màng phổi thường là do sự mất cân bằng giữa các yếu tố tạo lập và các yếu tố hấp thu do các bệnh căn nguyên gây tăng

áp lực tĩnh mạch hệ thống hay tĩnh mạch phổi, giảm áp lực keo huyết tương, tăng tính thấm mao mạch hay tắc nghẽn mạch bạch huyết.

3-Tràn dịch màng phổi có thể chia làm Dịch thấm và dịch tiết. Tràn dịch màng phổi dịch tiết khi có ít nhất 1 trong 3 tiêu chuẩn:

- Protein (DMP) > 30 g/L.
- Protein (DMP) / Protein (huyết thanh) > 0,5.
- LDH (DMP) / LDH (huyết thanh) > 0,6.

Dịch thấm là do tăng áp lực tĩnh mạch hay giảm áp suất keo huyết tương. Quá trình bệnh lý tiên phát không liên quan trực tiếp đến màng phổi.

Dịch tiết do tăng tính thấm màng phổi (viêm, chấn thương...) hay do tắc nghẽn mạch bạch huyết.

4-Nguyên nhân gây tràn dịch màng phổi:

- Dịch tiết:
  - ❖ Nhiễm trùng: lao, viêm phổi...
  - ❖ Thuyên tắc phổi.
  - ❖ Bệnh collagen.
  - ❖ Viêm tuy.
  - ❖ Chấn thương.
- Dịch thấm:
  - ❖ Suy tim sung huyết.
  - ❖ Xơ gan.
  - ❖ Hội chứng thận hư.

### **III-TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG: (Điển hình, thể tự do)**

Triệu chứng lâm sàng tuỳ thuộc nguyên nhân, lượng dịch nhiều hay ít và dịch tạo lập nhanh hay chậm.

1-Đau ngực do viêm màng phổi: thường gặp trong các bệnh lý viêm và thường kết hợp với tiếng cọ màng phổi.

Tính chất đau: đau nhói, đau như kim châm, đau tăng khi ho hay hít thở sâu.

2-Khó thở: do dịch chèn ép vào nhu mô phổi và làm giảm cử động của cơ hoành.

3-Nhin: bên lồng ngực có tràn dịch hơi nhô, ít di động theo nhịp thở, khoang liên

sườn hơi giãn.

4-Sờ: rung thanh giảm hay mất hẳn.

5-Gõ: đục.

6-Nghe:

- Rì rào phế nang giảm hay mất hẳn.
- Có thể nghe được tiếng cọ màng phổi.
- Nếu tràn dịch màng phổi lượng ít và có đồng đặc phổi có thể nghe được tiếng ran nổ, ran ẩm hay tiếng thổi màng phổi.

#### **IV-CẬN LÂM SÀNG:**

1-Xquang ngực thẳng:

- Dấu hiệu sớm nhất là mờ góc sườn hoành. Có thể không phát hiện được nếu lượng dịch < 300ml.
- Lượng dịch trung bình có thể thấy đường cong Damoiseau.
- Lượng dịch nhiều thấy nửa bên lồng ngực bị mờ, khoang liên sườn giãn, trung thất có thể bị đẩy lệch qua bên đối diện.

2-Siêu âm: có thể giúp xác định khi lượng dịch ít hay giúp hướng dẫn chọc dò trong trường hợp khó khăn.

3-Chọc dò dịch màng phổi: trừ khi nguyên nhân đã được xác định, các trường hợp tràn dịch màng phổi nên chọc dò để lấy dịch màng phổi phân tích tìm nguyên nhân. Dịch màng phổi rút ra cần quan sát đại thể, các xét nghiệm sinh hoá, tế bào học, vi trùng và các xét nghiệm khác để chẩn đoán tuỳ thuộc nguyên nhân.





## HỘI CHỨNG TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI

### **Mục tiêu:**

1. *Nêu được định nghĩa hội chứng tràn khí màng phổi.*
2. *Nêu được nguyên nhân gây tràn khí màng phổi.*
3. *Mô tả được bệnh cảnh lâm sàng điển hình của Hội chứng tràn khí màng phổi.*
4. *Mô tả được hình ảnh Xquang điển hình của Hội chứng tràn khí màng phổi.*

### **I-ĐỊNH NGHĨA:**

Bình thường không có khí trong khoang màng phổi. Tràn khí màng phổi là sự hiện diện khí trong khoang màng phổi. Khi sự tích tụ khí trong khoang màng phổi đủ nhiều sẽ gây xẹp nhu mô phổi.

### **II-NGUYÊN NHÂN:**

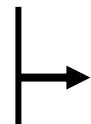
1. Chấn thương.
2. Tràn khí màng phổi tự phát thường do vỡ bóng khí ở thuỷ trên, hay gấp ở nam nhiều hơn nữ và tuổi thường gấp từ 20 – 40 tuổi.
3. Tràn khí màng phổi thứ phát do các bệnh phổi như lao phổi, ung thư, khí phế thũng, nhồi máu phổi...

### **III-TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG:**

- 1-Cơ năng: Triệu chứng chính là đau ngực và khó thở.
- Đau ngực: bệnh nhân đột ngột đau như xé ngực, như dao đâm, có thể gây sốc, mặt tái xanh, vã mồ hôi, mạch nhanh, huyết áp hạ.
  - Khó thở: xảy ra ngay sau đau ngực. Bệnh nhân thường thở nhanh nồng.

## 2-Thực thể:

- Nhìn: bên lồng ngực bệnh giảm di động theo nhịp thở, lồng ngực phồng, khoang liên sườn giãn.
- Sờ: rung thanh mất.
- Gõ: vang trống.
- Nghe: mất rì rào phế nang.



Tam chứng Galliard.

## IV-XQUANG:

Có các dấu hiệu sau:

- ❖ Một bên phổi quá sáng.
- ❖ Khoang liên sườn giãn, các xương sườn nằm ngang.
- ❖ Phổi co cụm lại.
- ❖ Cơ hoành bị đẩy xuống dưới, trung thất bị đẩy qua bên đối diện.



## HỘI CHỨNG ĐÔNG ĐẶC PHỔI

### Mục tiêu:

1. Nêu được định nghĩa Hội chứng đông đặc phổi.
2. Nêu được nguyên nhân và lâm sàng của Hội chứng đông đặc phổi.
3. Mô tả được hình ảnh Xquang của Hội chứng đông đặc phổi.

### I-ĐỊNH NGHĨA:

Bình thường nhu mô phổi xốp. Khi nhu mô phổi bị viêm, các phế nang sung huyết chứa đầy dịch tiết, tỷ trọng nhu mô phổi tăng được biểu hiện lâm sàng bằng hội chứng đông đặc.

## **II-NGUYÊN NHÂN VÀ TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG:**

1-Nguyên nhân: Các nguyên nhân thường gặp của hội chứng đông đặc phổi là:

- Viêm phổi: Viêm phổi thuỳ thường do phế cầu thường cho hội chứng đông đặc điển hình với các đặc điểm sau:
  - Sốt cao đột ngột, có cơn rét run.
  - Có thể đau ngực một bên.
  - Ho khạc đàm có màu rỉ sắt.
- Áp xe phổi: là tình trạng nung mủ của nhu mô phổi. Khởi đầu bằng các triệu chứng giống viêm phổi thuỳ hay viêm phổi đốm. Sau 1 – 2 tuần, bệnh nhân ho ộc mủ có thể lỗn máu.
- Lao phổi: diễn tiến lâm sàng thường bán cấp hay mạn tính. Bệnh nhân thường ho kéo dài, sốt về chiều, suy nhược dần.
- Nhồi máu phổi: hay gặp trong các trường hợp sau mổ, nhất là các phẫu thuật vùng tiểu khung, sau sanh, hẹp van 2 lá...Lâm sàng bệnh nhân đột ngột đau ngực, khó thở, ho khạc ra máu, có khi sốc.

## **2-Khám thực thể:**

- Sờ: rung thanh tăng.
- Gõ: đục.
- Nghe: rì rào phế nang giảm hay mất. Có thể nghe được tiếng ran nổ, âm thổi ống.

## **III-XQUANG NGỰC THẮNG:**

Hình mờ chiếm một vùng, một phân thuỳ hay rải rác 2 phế trường. Tổn thương có thể có mật độ đồng nhất hay không, ranh giới rõ hay không rõ.



## CÁC HỘI CHỨNG PHẾ QUẢN: VIÊM – HEN – GIÃN – TẮC PHẾ QUẢN

### MỤC TIÊU:

1. Nêu được định nghĩa của: Viêm phế quản cấp, viêm phế quản mạn, hen, giãn phế quản.
2. Mô tả được bệnh cảnh lâm sàng và đặc điểm cận lâm sàng của Hội chứng.

### VIÊM PHẾ QUẢN CẤP

#### I-ĐỊNH NGHĨA:

Là tình trạng viêm cấp tính của niêm mạc phế quản lớn và trung bình, có khi tổn thương xảy ra ở cả khí quản.

#### II-NGUYÊN NHÂN:

Có nhiều nguyên nhân gây viêm phế quản cấp:

- ❖ Thường gặp trong các bệnh cúm, sởi, ho gà.
- ❖ Thời tiết lạnh đột ngột.
- ❖ Dị ứng, hít phải hóa chất độc.

#### III-LÂM SÀNG:

1. Thời kỳ khởi phát: bệnh nhân thường sốt và các triệu chứng của đường hô

2. Thời kỳ toàn phát: Ho là triệu chứng chủ yếu. Khởi đầu, bệnh nhân ho khan và có thể đau rát vùng sau xương ức. Sau đó ho khạc đàm nhày mủ, các triệu chứng sốt và đau rát sau xương ức bắt đầu giảm.

Khám lâm sàng: trong giai đoạn ho khan có thể nghe được ran ngáy, đôi khi ran rít ở 2 phế trường. Đến giai đoạn ho khạc đàm có thể nghe được ran ẩm.

#### **IV-CẬN LÂM SÀNG:**

1. Xquang ngực thảng: không thấy tổn thương đặc hiệu.
2. Xét nghiệm đàm: có nhiều chất nhày và tế bào bạch cầu thoái hoá, có thể có vi khuẩn.

#### **V-TIẾN TRIỂN:**

Bệnh thường khởi trong vòng 1 tuần. Tuy nhiên, có thể kéo dài nhiều tuần.

## **VIÊM PHẾ QUẢN MẠN**

#### **I-ĐỊNH NGHĨA:**

VPQM là tình trạng tăng tiết dịch nhày của niêm mạc phế quản gây ho và khạc đàm liên tục hoặc tái phát từng đợt ít nhất 3 tháng trong một năm trong 2 năm liên tiếp.

#### **II-NGUYÊN NHÂN:**

1. Hút thuốc lá: là nguyên nhân quan trọng nhất, chiếm > 90% trường hợp.
2. Ô nhiễm môi trường và nghề nghiệp.
3. Nhiễm khuẩn.

#### **III-PHÂN LOẠI:**

1. Viêm phế quản mạn đơn thuần: chỉ ho và khạc đàm nhày.
2. Viêm phế quản mạn nhày mủ: ho và khạc đàm nhày mủ liên tục hoặc tái phát từng đợt. Bội nhiễm phế quản tái diễn nhiều lần.
3. Viêm phế quản mạn tắc nghẽn: thể này nặng nhất. Triệu chứng chính là khó thở do tắc nghẽn lan rộng và thường xuyên của cây phế quản làm giảm khả

#### **IV-TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG:**

Bệnh thường gặp ở những bệnh nhân nam lớn tuổi, có tiền căn nghiện thuốc lá. Bệnh khởi phát đột lây, khi bệnh rõ có các triệu chứng sau:

1. Ho: thường xuyên hay từng đợt, thường vào buổi sáng.
2. Khạc đàm: khởi đầu đàm có thể ít, sau nhiều dần. Đàm có thể trong, dính hay có màu xanh, màu vàng hoặc đục như mủ.
3. Khám lâm sàng:

Giai đoạn đầu khám phổi có thể bình thường.

Giai đoạn sau: lồng ngực căng, biên độ hô hấp giảm, gõ trong hay gõ vang, rì rào phế nang giảm, có thể nghe được tiếng ran phế quản. Khám tim mạch có thể có tiếng T2 mạnh, ngựa phi tim (P) và các dấu hiệu suy tim (P).

#### **V-CẬN LÂM SÀNG:**

1. Xquang ngực:

- Cần thiết để loại trừ các nguyên nhân khác gây ho khạc đàm kéo dài như lao phổi, giãn phế quản, hen, K phế quản và giúp tìm các biến chứng như nhiễm trùng hô hấp, tràn khí màng phổi, xẹp phổi...
- Dấu hiệu Xquang của viêm phế quản mạn không đặc hiệu. Có thể thấy 2 rốn phổi đậm, động mạch phổi lớn, khí phế thũng.

2. Soi phế quản:

Vách phế quản dày, niêm mạc nhạt màu có chỗ sung huyết. Soi phế quản giúp loại trừ khối u.

3. Thăm dò chức năng hô hấp:

Giúp phát hiện và đánh giá mức độ nặng của tắc nghẽn đường thở.

- Tăng dung tích khí cặn.
- Giảm thể tích khí thở ra cốc trong 1 giây đầu (FEV1).
- Giảm PaO<sub>2</sub> và SaO<sub>2</sub>, tăng PaCO<sub>2</sub> trong máu và nhiễm toan hô hấp.

#### **IV-DIỄN BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG:**

1. Diễn biến:

Bệnh tiến triển kéo dài, thỉnh thoảng có đợt kịch phát và cuối cùng dẫn đến suy hô hấp.

2. Biến chứng:

- Bội nhiễm phổi.
- Suy hô hấp.
- Suy tim (P).

## V-ĐIỀU TRỊ:

1. Dự phòng và ngăn chặn diễn tiến của bệnh:

- Bỏ hút thuốc lá.
  - Thay đổi môi trường ô nhiễm.
  - Tập thở.
2. Thở oxy liều thấp.
3. Bù hoà nồng độ nước và điện giải.
4. Thuốc giãn phế quản.
5. Kháng sinh.
6. Thông khí hỗ trợ.

## HEN

### I-ĐỊNH NGHĨA:

Hen là tình trạng viêm mạn tính của đường dẫn khí có sự tham gia của nhiều loại tế bào như dưỡng bào, bạch cầu ái toan. Các triệu chứng gây ra do sự hép lan тоả với những mức độ khác nhau của đường dẫn khí và có thể hồi phục hoàn toàn hoặc tự phát hoặc với điều trị

II-PHÂN LOẠI: Hen nội sinh và hen ngoại sinh

1.Hen ngoại sinh (Extrinsic Asthma) có đặc điểm sau:

- Tiền căn dị ứng trong gia đình.
- Khởi phát trước 30 tuổi
- Các triệu chứng xảy ra theo mùa
- Tăng IgE trong máu
- Test da và test kích thích phế quản (+) với tác nhân đặc hiệu

2.Hen nội sinh (Intrinsic Asthma) có các đặc điểm sau

- Tuổi khởi phát lớn hơn hen ngoại sinh
- Không có tiền căn hen hay dị ứng trong gia đình
- Không tăng IgE trong máu
- Test da và test kích thích phế quản (-)
- Kém đáp ứng với điều trị
- Bệnh có khuynh hướng tiến triển

### **III-LÂM SÀNG:** Cơn hen điển hình ở người lớn

-Cơn thường xảy ra về đêm. Có khi cơn xảy ra sau khi tiếp xúc với các chất gây dị ứng. Có thể có triệu chứng báo trước như ho, hắt hơi, ngứa mắt, ngứa mũi...

-Bệnh nhân khó thở phải ngồi, há miệng để thở, vã mồ hôi, tiếng nói ngắn đoạn. Khó thở chủ yếu ở thì thở ra gây ra những tiếng khò khè.

-Khám lâm sàng: Gõ trong, rung thanh bình thường, rì rào phế nang giảm, ran rít, ran ngáy rải rác hai phế trường.

-Cơn hen có thể chấm dứt sau vài phút hay kéo dài nhiều giờ. Cơn hen nặng hay nhẹ còn tùy thuộc vào tình trạng tổng quát của bệnh nhân, bệnh mới mắc hay mắc đã lâu. Cuối cơn hen, bệnh nhân thường hay khạc nhiều đàm trắng trong.

### **IV-CÂN LÂM SÀNG:**

1-X-quang ngực: chủ yếu để phân biệt với các bệnh lý khác và phát hiện các biến chứng

2-Máu: Bạch cầu ái toan tăng

3-Đàm: có các tế bào nêm mạc phế quản bị bong tróc và nhiều bạch cầu ái toan

4-Thăm dò chức năng hô hấp: đo phế quản dung ký giúp xác định tình trạng tắc nghẽn phế quản, đánh giá mức độ nặng- nhẹ và sự đáp ứng với thuốc giãn phế quản.

### **V-CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:**

1-Suy tim sung huyết

2-Viêm phế quản mạn/ khí phế thũng

3-Tắc nghẽn đường hô hấp trên do dị vật, khối u, phù thanh quản

# **GIÃN PHẾ QUẢN**

## **I-ĐỊNH NGHĨA:**

Đây là một bệnh mãn tính, bẩm sinh hay mắc phải, trong đó các phế quản nhỏ và trung bình giãn rộng và thường có những đợt bội nhiễm.

## **II-NGUYÊN NHÂN:**

1-Bẩm sinh: rối loạn trong cấu tạo thành phế quản

2-Mắc phải: sau các bệnh như lao phổi, viêm phế quản mạn tính, dị vật phế quản

## **III- LÂM SÀNG:**

1-Ho:kéo dài, từng cơn, khaç nhiều đàm, thường vào buổi sáng.

2-Khạc đàm: đàm nhiều, có thể 400-500ml mỗi ngày. Đàm lắng thành ba lớp:

Lớp dưới đáy: mủ đặc

Lớp giữa: dịch nhày

Lớp trên cùng: bọt lᾶn dịch ngày và mủ

3-Khám lâm sàng có thể nghe được tiếng ran phế quản. Các tiếng ran phế quản thay đổi tùy tình trạng phế quản ứ đọng nhiều hay ít đàm.

## **IV-CÂN LÂM SÀNG:**

1-X-quang: Chụp phế quản với bơm thuốc Lipiodol: giúp chẩn đoán xác định, định vị trí phế quản bị giãn và loại giãn

-Giãn hình ống

-Giãn hình túi

-Giãn hình tràng hạt

2-Soi phế quản:

Tìm vị trí giãn và đánh giá tình trạng niêm mạc phế quản.

# **HỘI CHỨNG TẮC PHẾ QUẢN**

## **I-NGUYÊN NHÂN:**

- 1-Chèn ép phế quản từ bên ngoài: hạch khí- phế quản to, u trung thất
- 2-Chèn ép từ bên trong cây phế quản: dị vật đường thở, u lành hay ác tính của phế quản
- 3-Ứ đọng chất tiết trong phế quản: máu cục, đàm

## **II-LÂM SÀNG:**

- 1-Ho
- 2-Khó thở: khó thở cả hai thùy hô hấp, tiếng thở rít. Bệnh nhân tím tái, vã mồ hôi, thở co kéo các cơ hô hấp phụ, vã mồ hôi.
- 3-Nghe: Nếu tắc hoàn toàn, nghe mất rì rào phế nang ở một vùng. Nếu tắc không hoàn toàn nghe được tiếng thở rít. Trường hợp dị vật đường thở có thể nghe được tiếng lật phật nhịp nhàng theo nhịp thở của dị vật di chuyển khi hô hấp

## **III-X-QUANG NGỰC:**

- Tắc hoàn toàn có thể thấy hình ảnh xẹp phổi
- Tắc không hoàn toàn có thể thấy hình ảnh giãn phế nang khu trú.

# THĂM DÒ CHỨC NĂNG HÔ HẤP

## *Mục tiêu:*

1. *Nêu được 4 giai đoạn của quá trình hô hấp.*
2. *Nêu được các thể tích và Dung tích phổi.*
3. *Mô tả và giải thích được các thông số thường dùng của kết quả đo phế dung ký.*
4. *Nêu được các kểu bất thường của kết quả đo phế dung ký và nguyên nhân thường gặp của các kiểu bất thường này.*

Chức năng chính của phổi là nhận oxy từ khí trời và thải CO<sub>2</sub>, là sản phẩm của quá trình trao đổi chất trong cơ thể, ra ngoài.

Quá trình hô hấp có thể chia làm 4 giai đoạn:

1. Giai đoạn thông khí phế nang: Sự trao đổi oxy và CO<sub>2</sub> giữa phế nang và khí trời.
2. Giai đoạn khuyếch tán: Sự trao đổi oxy và CO<sub>2</sub> qua màng phế nang – mao mạch.
3. Giai đoạn vận chuyển các khí trong máu.
4. Giai đoạn hô hấp nội: Sự trao đổi oxy và CO<sub>2</sub> giữa tế bào và máu mao mạch.

Do đó, có rất nhiều xét nghiệm để thăm dò chức năng của cơ quan hô hấp như Thăm dò chức năng thông khí bằng máy Phế dung ký, Khả năng khuyếch tán CO qua màng phế nang-mao mạch (Dl<sub>CO</sub>), Đo pH – PaO<sub>2</sub> – PaCO<sub>2</sub> trong máu động mạch...

# **THĂM DÒ CHỨC NĂNG THÔNG KHÍ**

Thông khí phổi là quá trình đổi mới khí trong phế nang. Thăm dò chức năng thông khí là đo lượng khí trong 2 phổi.

## **I-CÁC THỂ TÍCH VÀ DUNG TÍCH PHỔI:**

### **1-Các thể tích phổi:**

- a. Thể tích khí lưu chuyển (TV: Tidal Volume): là thể tích khí trong một lần hít vào và thở ra bình thường.
- b. Thể tích khí dự trữ hít vào (IRV: Inspiratory Reserve Volume): là thể tích hít vào cố sau khi hít vào bình thường.
- c. Thể tích khí dự trữ thở ra (ERV: Expiratory Reserve Volume): là thể tích khí thở ra cố sau khi thở ra bình thường.
- d. Thể tích khí cặn (RV: Residual Volume): là thể tích khí còn lại trong phổi sau khi thở ra cố.

### **2-Các dung tích phổi:**

Dung tích là tổng của 2 hay nhiều thể tích khí.

- a) Dung tích sống (VC: Vital Capacity): là tổng của 3 thể tích khí: Thể tích khí lưu chuyển, Thể tích khí dự trữ hít vào và Thể tích khí dự trữ thở ra.

$$\mathbf{VC = TV + IRV + ERV.}$$

- b) Dung tích khí hít vào (IC: Inspiratory Capacity): gồm Thể tích khí lưu chuyển và Thể tích khí dự trữ hít vào.

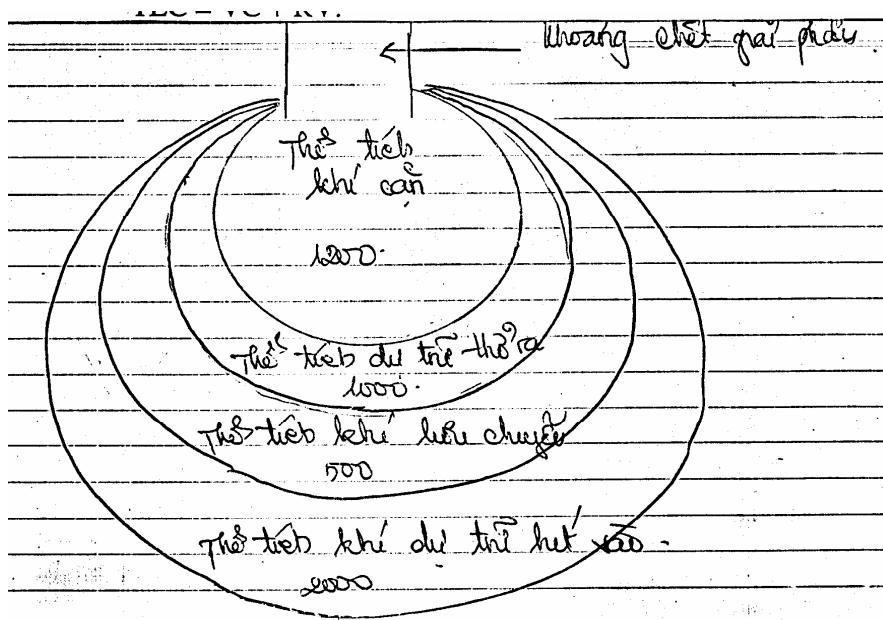
$$\mathbf{IC = TV + IRV.}$$

- c) Dung tích khí cặn chức năng (FRC: Functional Residual Capacity): bằng tổng Thể tích khí dự trữ thở ra và Thể tích khí cặn.

$$\mathbf{FRC = ERV + RV.}$$

- d) Tổng dung tích phổi (TLC: Total Lung Capacity): gồm Dung tích sống và Thể tích khí cặn.

$$\mathbf{TLC = VC + RV.}$$



Hình 1: Sơ đồ các thể tích phổi.

## II-THĂM DÒ CHỨC NĂNG THÔNG KHÍ BẰNG MÁY PHẾ DUNG KÝ:

### 1-Dung tích sống và các thể tích thành phần:

Bệnh nhân được kẹp mũi và thở qua miệng gắn với máy đo. Sau vài chu kỳ thở bình thường như lúc nghỉ ngơi, bệnh nhân được yêu cầu hít vào cổ, sau đó thở ra cổ. Kết quả được minh họa theo hình 2. Qua biểu đồ có thể đánh giá được hầu hết các thể tích khí phổi là Thể tích khí lưu chuyển (TV), Thể tích khí dự trữ hít vào (IRV), Thể tích khí dự trữ thở ra (ERV) và tính được Dung tích sống (VC).

Thể tích khí cặn và Dung tích khí cặn chức năng không đo được.

### 2-Dung tích sống gắng sức:

Cũng với nghiệm pháp trên nhưng sau khi bệnh nhân hít vào tối đa thì thở ra thật nhanh và mạnh, thu được kết quả như hình 3. Các thông số thu được:

- Dung tích sống gắng sức: FVC (Forced vital capacity). Bình thường FVC tương đương VC.
- Thể tích khí thở ra cổ trong 1 giây đầu: FEV1
- Thể tích khí thở ra trong 3 giây đầu: FEV3.
- Lưu lượng khí giữa kỳ thở ra cổ: FEF25-75%.
- Chỉ số Tiffeneau =  $FEV1 / VC$ .

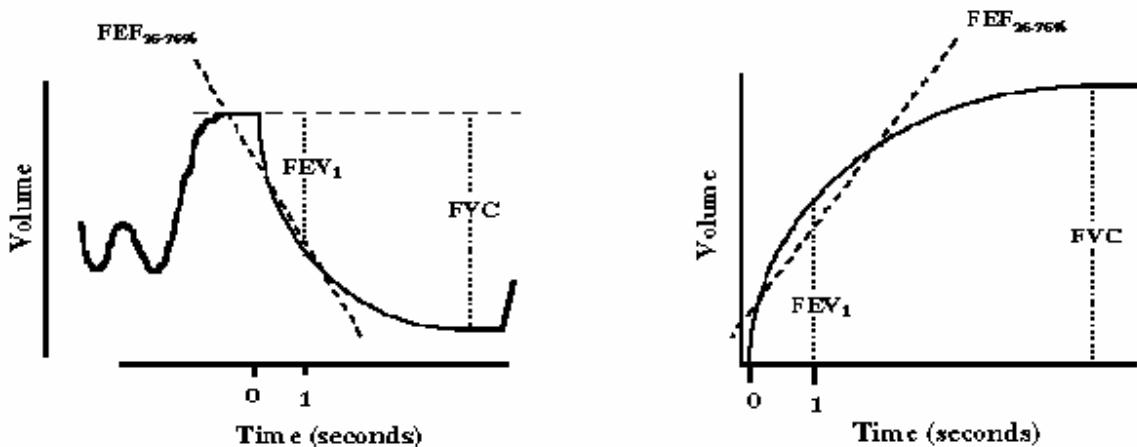
Chỉ số Gaensler =  $FEV1 / FVC$ .

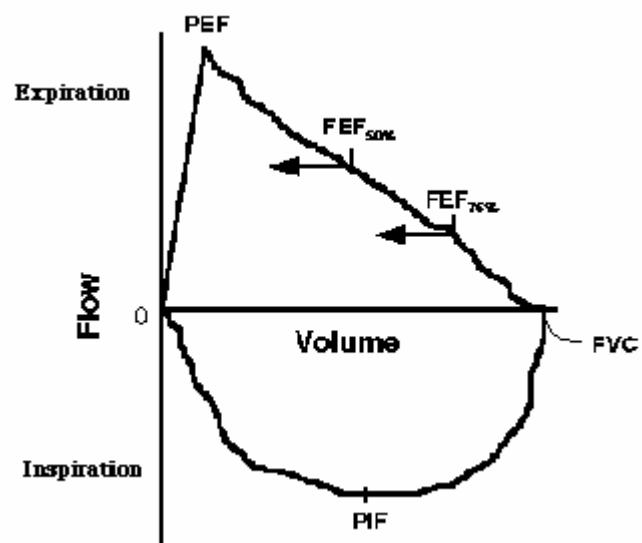
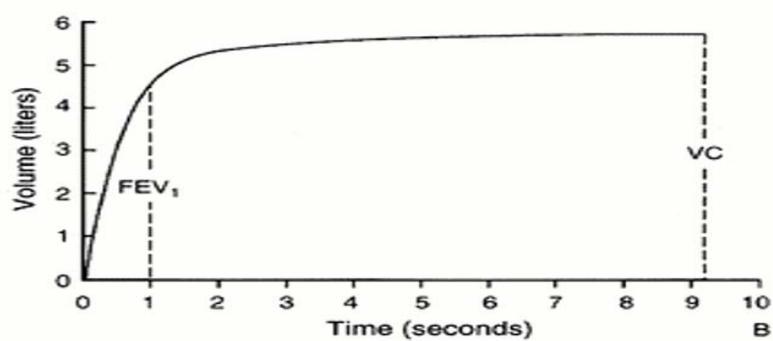
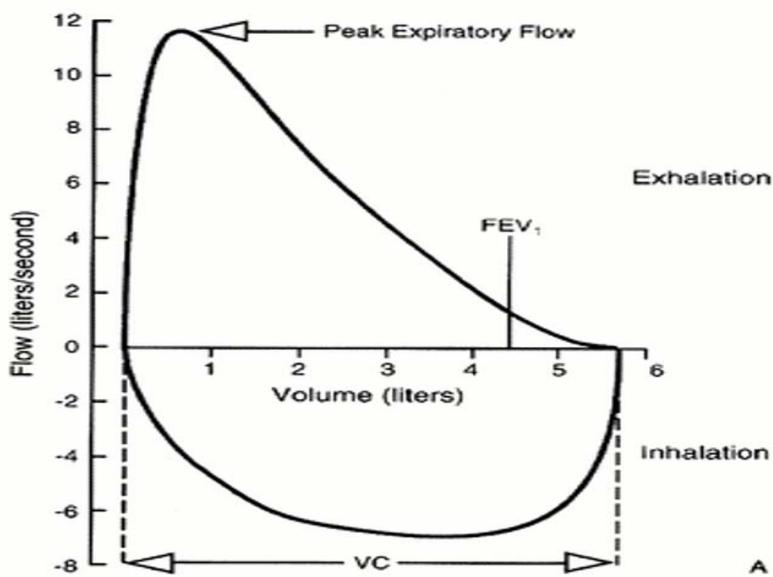
### 3-Đường cong lưu lượng – thể tích: (hình 4)

Đường biểu diễn là một vòng khép kín. Trục tung là lưu lượng. Trục hoành

là thể tích. Phần trên trực hoành là thở ra. Phần dưới trực hoành là hít vào. Đường cong lưu lượng thể tích cung cấp:

- Lưu lượng đỉnh thở ra (PEF: Peak Expiratory Flow): tuỳ thuộc vào sự gắng sức của bệnh nhân và kháng lực của đường dẫn khí trung tâm.
- Lưu lượng đỉnh hít vào (PIF: Peak Inspiratory Flow).
- FEF25%, FEF50%, FEF75%: lưu lượng khí thở ra cố ở các thời điểm 25%, 50% và 75% của dung tích sống gắng sức.
- PIF50%: lưu lượng khí hít vào cố ở thời điểm 50% của dung tích sống gắng sức.





Hình : Đường cong lưu lượng thể tích.

### III-KẾT QUẢ THĂM DÒ CHỨC NĂNG THÔNG KHÍ BÌNH THƯỜNG:

Đánh giá kết quả thăm dò chức năng thông khí cân phổi hợp:

1-Đánh giá về số học (Numeric assessment): Giá trị các thông số bình thường tùy thuộc vào tuổi, giới tính, chiều cao, cân nặng và chủng tộc.

2-Đánh giá hình ảnh (Graphic assessment).

Kết quả bình thường:

Đánh giá về số học.	Đánh giá hình ảnh
<ul style="list-style-type: none"><li>Các giá trị nằm trong trị số dự đoán.</li><li><math>PEF = 1,8 FVC</math>.</li><li><math>FET = 5 - 6s</math>.</li><li><math>PIF = 0,6 - 0,75 PEF</math>.</li></ul>	<p>PEF nhọn. Lưu lượng giảm theo đường thẳng.</p>

#### IV-CÁC KIỂU RỐI LOẠN CHỨC NĂNG THÔNG KHÍ:

- ❖ Rối loạn thông khí tắc nghẽn.
- ❖ Rối loạn thông khí hạn chế.
- ❖ Phổi hợp.

1-Các nguyên nhân thường gặp:

a. Rối loạn thông khí tắc nghẽn:

- Hen.
- Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.
- Giãn phế quản.
- Viêm tiểu phế quản.

b. Rối loạn thông khí hạn chế do bệnh nhu mô phổi:

- Xơ phổi.
- Bệnh phổi mô kẽ do thuốc hay do xạ.

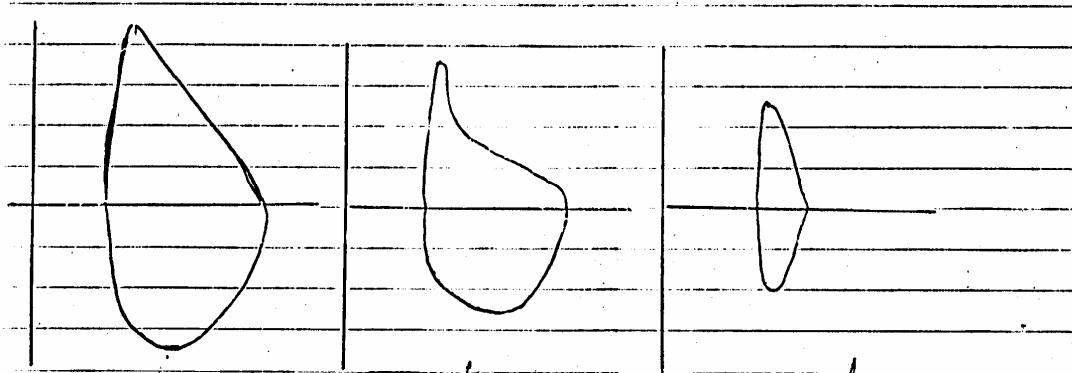
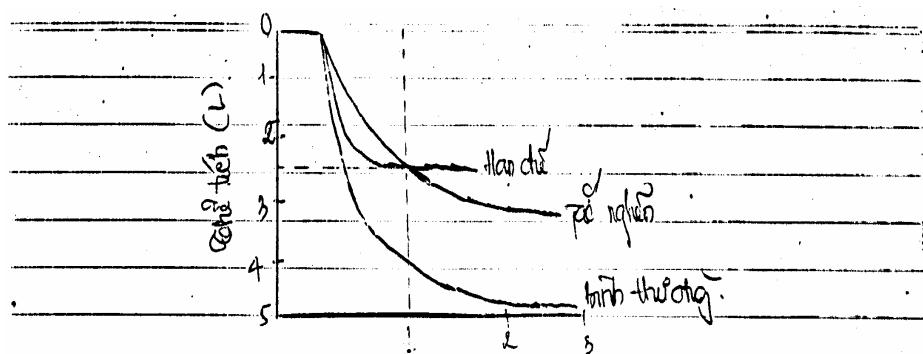
c. Rối loạn thông khí hạn chế do bệnh ngoài nhu mô phổi:

• Rối loạn thần kinh-cơ: yếu/ liệt cơ hoành, bệnh nhược cơ, hội chứng Guillain-Barré, loạn dưỡng cơ.

- Bệnh thành ngực: gù, viêm cột sống cứng khớp, béo phì.

2-Các rối loạn chức năng thông khí:

Hội chứng	Bất thường chính	Các đặc điểm khác
Tắc nghẽn.	FEV1 /FVC giảm.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RV tăng.</li> <li>• FRC tăng.</li> <li>• TLC tăng.</li> </ul>
Hạn chế.	TLC giảm.	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ VC giảm.</li> <li>❖ FEV1 /FVC bình thường.</li> </ul>



Bình thường

Tắc nghẽn

Hạn chế

## **NHẮC LẠI HỆ TIM MẠCH**

Tim là một cơ quan nằm trong trung thất giữa, trực dọc tim hướng từ vai phải sang một phần tư bụng trên trái.

Đáy tim hợp bởi các nhĩ và các mạch máu lớn, mỏm tim là nơi giao nhau của các thất và vách liên thất.

Phía trước tim là xương ức và các sụn sườn III, IV, V. Khoảng 2/3 tim nằm bên phải đường giữa. Phía dưới tim là cơ hoành.

Mỏm tim bình thường có thể sờ được ở khoang LS IV, V trung đòn trái.

Trọng lượng trung bình của tim ở người lớn là  $325 \pm 75\text{g}$  ở nam và  $275 \pm 75\text{g}$  ở nữ.

Tim cấu tạo bởi một khung xơ trên đó có các sợi cơ tim và hệ thống dẫn truyền.

### **Các buồng tim:**

*Nhĩ phải:* nhận máu về từ các TM chủ trên và dưới, nút xoang khu trú ở chỗ đổ

của TMC trên vào nhĩ phải, thành của nhĩ phải dày khoảng 2mm, nhĩ phải có một phần gập góc lại tạo tiểu nhĩ phải.

*Thất phải:* nhận máu từ nhĩ phải về, thành tự do thất phải 4mm- 5mm. Thất phải gồm buồng nhận, buồng tổng và thành phần cơ bè ở mỏm. Buồng tổng tạo bởi cơ, hay phổi ĐMP nối với vòng van và thân ĐMP.

*Nhĩ trái:* nhận máu từ các TM phổi, thành tự do nhĩ trái khoảng 3mm, thực quản khu trú ngay phía sau nhĩ trái, còn gốc ĐMC ở ngay trước nhĩ trái, nhĩ trái có một phần gập góc lại gọi là tiểu nhĩ trái trong đó có cơ lược.

*Thất trái:* nhận máu từ nhĩ trái về và tổng máu ra ĐMC, thành tự do thất trái dày khoảng gấp 2 đến 3 lần thành thất phải. Thất trái cũng bao gồm buồng nhận và buồng tổng.

### **Van tim:**

*Van 2 lá* cấu tạo gồm 6 thành phần: vòng van, các lá van, dây chằng, cơ nhú, thành sau nhĩ trái và thành tự do thất trái. Các lá van bao gồm lá trước hay lá lớn và lá sau hay lá bé. Có 2 cơ nhú là cơ nhú trước bên và sau trong. Chỗ các lá van gặp và liên kết nhau gọi là các mép van.

*Van 3 lá* gồm 3 lá van có tên là lá trước, lá sau và lá vách.

*Van Động mạch chủ* gồm 3 mảnh: lá vành trái, lá vành phải và lá không vành. Chỗ phình ra của thành ĐMC sau các lá van gọi là các xoang Valsalva tương ứng. Giữa van ĐMC và van 2 lá có sự liên tục.

*Van Động mạch phổi* cũng gồm 3 mảnh, van ĐMP không có sự liên tục với van 3 lá do cấu trúc cơ bè của thất phải.

### **Màng ngoài tim:**

Gồm lá tạng bản chất thanh mạc và lá thành bản chất mô liên kết, giữa 2 lá là khoang màng ngoài tim trong đó có chứa 10- 59ml dịch có phospholipids giúp 2 lá trượt dễ dàng hơn. Nhiệm vụ chính của màng ngoài tim là tạo một áp suất âm để giúp máu từ nhĩ về thất dễ dàng hơn.

### **Động mạch vành:**

Từ lỗ ĐMV trái ở xoang Valsalva trái, xuất phát thân ĐMV trái chính ( LM:Left Main ), sau đó chia ra ĐMV xuống trước trái ( LAD: Left Anterior Descending ) và nhánh mủ ( Circum flex ), ĐMV xuống trước trái có các phân nhánh nhỏ hơn gồm nhánh Diagonal 1 và 2, các nhánh vào vách liên thất.

Từ lỗ ĐMV phải ở xoang Valsalva phải có ĐMV phải ( RCA: Right coronary artery ), chạy theo rãnh liên nhĩ thất phải vòng ra sau cho nhánh liên thất sau.

### **Hệ thống dẫn truyền:**

Bao gồm nút xoang còn gọi là nút Keith- Flack, sau đó là các đường dẫn truyền trong nhĩ, đến nút nhĩ thất, từ đó cho ra các bó His phải và trái, cuối cùng là mạng Purkinje trong cơ thất.

### **Các đại động mạch:**

ĐMC xuất phát từ thất trái: ĐMC ngực lên, Quai ĐMC cho các nhánh thân động mạch cánh tay đầu, cánh chung trái và nhánh dưới đòn trái, ĐMC ngực xuống có các nhánh nuôi tủy sống. Qua khỏi cơ hoành là ĐMC bụng cho các nhánh thân tạng, mạc treo tràng trên, tràng dưới, động mạch thận, rồi chia ra thành 2 động mạch chậu.

ĐMP xuất phát từ thất phải gồm vòng van, thân ĐMP sau đó chia 2 nhánh ĐMP phải và ĐMP trái.

## **CÁC TRIỆU CHỨNG CƠ NĂNG TIM MẠCH**

### **I. KHÓ THỞ:**

- Nguồn gốc : có thể xuất phát từ bệnh lý của nhiều cơ quan: tim mạch, hô hấp, thần kinh cơ... Khó thở trong bệnh lý thường do suy tim.
- Suy tim → áp lực mao mạch phổi tăng , dịch thoát ra mô kẽ, đôi khi gây

phù phổi nang, hạn chế thông khí phổi, chèn ép phổi nang, gây co thắt các đường thông khí, kích thích các đầu tận cùng TK gây cảm giác khó thở.

- Tính chất: khó thở khi nằm đầu thấp, có tính kịch phát từng cơn.
- Chia nhiều mức độ:
  - Khó thở khi gắng sức (Dyspnea on exertion): chỉ xuất hiện khi BN làm việc nặng.
  - Khó thở khi nằm đầu thấp (Orthopnea): đêm ngủ phải kê gối cao, nếu tuột đầu khỏi gối BN giật mình tỉnh dậy và phải ngồi nghỉ 1 lát mới tiếp tục ngủ được.
  - Khó thở kịch phát về đêm (Paroxysmal nocturnal dyspnea): nặng hơn, kéo dài hơn khó thở khi nằm đầu thấp, đôi khi BN phải ngủ ngồi suốt đêm. Đêm khó thở kịch phát vì:
    - Máu về tim nhiều, tăng gánh cho tim.
    - Trung khu hô hấp bị ức chế.
    - Hệ giao cảm giảm hoạt động.
  - Cơn hen tim (Cardiac asthma): khó thở do suy tim kèm theo râle rít ở phổi, do co thắt PQ.
    - Phù phổi cấp (Acute pulmonary edema): tình trạng suy tim nặng, phù phổi nan ng. BN khó thở dữ dội, râle ẩm紧跟 lênh nhanh 2 bên phổi như nước thuỷ triều lênh, tử vong nhanh nếu không xử lý kịp.
    - Để phân biệt khó thở do suy tim với khó thở do các cơ quan khác, cần khai thác các tính chất:
      - Thời gian xuất hiện.
      - Hoàn cảnh khởi phát.
      - Khó thở khi hít vào hay thở ra.
      - Mức độ khó thở (4 mức độ).
      - Triệu chứng đi kèm (ho, đau ngực, sốt, ho ra máu).
      - Các yếu tố làm tăng khó thở.
      - Các yếu tố làm giảm khó thở.

## II.

## ĐAU NGỰC:

Khai thác các tính chất sau:

- Thời gian khởi phát.

- Hoàn cảnh khởi phát.
- Vị trí đau.
- Tính chất cảm giác đau nặng hay nhói.
- Cường độ đau.
- Thời gian cơn đau kéo dài. Cơn đau thắt ngực thường dưới 15; nhồi máu cơ tim kéo dài trên 30 phút, có khi hàng giờ, hàng ngày.
- Triệu chứng đi kèm (khó thở, vã mồ hôi, buồn nôn, nôn).
- Yếu tố làm tăng cơn đau.
- Yếu tố làm giảm cơn đau.

Nguyên nhân:

**1 Bệnh lý tim mạch:**

a Đau thắt ngực ( Angina pectoris ):

- Tình trạng đau ngực gây ra do thiếu máu cơ tim, hẹp ĐM vành do xơ vữa.
- Tính chất:
  - o Khở phay khi gắng sức, xúc động,
  - o Vị trí: giữa ngực hoặc ngực trái.
  - o Cảm giác nặng đè, bóp nghẹt.
  - o Hướng lan: bờ trong cánh tay trái đến ngón tay thứ 4, 5.
  - o Triệu chứng đi kèm vã mồ hôi, khó thở, buồn nôn, nôn...
  - o Thời gian không quá 30'

Thực tế có thể có các triệu chứng khác:

- o Có thể đau ở thượng vị, hầm, cánh tay.
- o Đau nhói như dao đâm.
- o Hướng lan: lên hầm.

Nếu xuất hiện khi gắng sức: cơn đau thắt ngực ổn định.

Nếu xuất hiện khi nghỉ ngơi: cơn đau thắt ngực không ổn định.

b Nhồi máu cơ tim cấp:

- Do tắc hoàn toàn 1 nhánh ĐM vành thường do huyết khối trên nền xơ vữa.
- Tính chất: tương tự như đau thắt ngực nhưng cường độ dữ dội hơn và thời

- Đôi khi BN không đau ngực. VD: người già, tiểu đường ...

c Bóc tách ĐM chủ:

- Lớp nội mạc bị tổn thương, máu luồn vào hủy lớp trung mạc, tách lớp nội mạc và ngoại mạc ra, tạo nên hình ảnh 2 lòng.

- Đau ngực dữ dội và kéo dài, lan sau long, đôi khi bị hở van ĐM chủ (âm thổi tâm trương kèm), mất mạch bẹn, mất mạch cánh tay 1 bên.

- Cho BN siêu âm tim, siêu âm tim qua thực quản, chụp cắt lớp.

d Thuyên tắc ĐM phổi:

- Do huyết khối làm tắt hoàn toàn 1 nhánh ĐM phổi. VD: béo phì, nầm lâu làm viêm TM sâu cẳng ch6an, huyết khối theo dòng máu về tim phải rồi lên ĐMP.

- Đau ngực dữ dội, ho ra máu.

- Cho BN thử khí máu ĐM thấy giảm O<sub>2</sub> và giảm CO<sub>2</sub>, Chụp X quang ngực, siêu âm tim, chụp cắt lớp.

e Viêm màng ngoài tim cấp:

- Do màng ngoài tim viêm cấp tính do: siêu vi, vi trùng ...

- Đau ngực lan ra sau vai, đau nhói.

- Liên quan đến cử động thở mạnh, đau khi trở mình, nầm ngữa đau hơn.

- Kèm theo sốt, khó thở ...

## 2 **Bệnh lý về đường hô hấp:** Viêm phổi, viêm màng phổi ...

## 3 **Bệnh lý đường tiêu hóa:**

- Trào ngược dạ dày thực quản gây viêm thực quản.

- Sau khi ăn nóng rát sau xương ức, BN không dám nầm.

- Co thắt cơ thực quản: đau ngực bóp nghẹt nhưng điện tâm đồ bình thường, ngậm thuốc cũng bớt.

- Viêm loét dạ dày.

- Sỏi mật: đau HSP, đau quặn từng cơn ...

## 4 **Bệnh lý về hệ TK cơ:**

- Viêm khớp sụn sườn: hội chứng Tietze.

- Nhiễm virus Herpes Zoster (Zona, dời leo): đau một bên, hồng ban bong nước.

**5 Do tâm lý:** ở người hệ TK bị kích thích, stress.

**III.  
NGỤC:**

- Là cảm giác tim đập mạnh.
- Do nhịp nhanh (rung nhĩ, nhịp xoang nhanh, nhịp nhanh kịch phát ...)
- Ngoại tâm thu: thỉnh thoảng có 1 nhát bόp sớm sau đó nghỉ bù.
- Do nhịp tim quá chậm: tâm trương dài, máu về tim nhiều tim phải bόp mạnh.

**IV.**

**NGẤT:**

- Là mất tri giác hoàn toàn, thường do máu lên não thiếu.
- Nguyên nhân: bệnh lý tim mạch.
  - o Hẹp van ĐM chủ: thường khi gắng sức.
  - o Cơ tim phì đại tắt nghẽn: vách liên thất dày làm nghẽn đường ra thất trái.
  - o Rối loạn nhịp tim: nhanh / chậm quá mức (cơn Adams - Stockes).
  - o U nhầy nhĩ trái: BN đang đi cảm thấy tối sầm → ngất đi trong thời gian ngắn do u nhầy lấp kín lỗ van 2 lá. BN có thể tự tỉnh dậy do u nhầy di động rời khỏi lỗ van hoặc tử vong.
  - o Hội chứng nhạy cảm xoang cảnh: chỉ cần xoay cổ mạnh tác động đến xoang cảnh → phản xạ chậm nhịp tim, huyết áp tụt → ngất.
  - o Tụt áp tư thế: có thể do bệnh hệ TK tự trị, uống thuốc hạ huyết áp quá liều.
  - o Bệnh lý do chuyển hóa: u tiết insulin, tiêm insulin quá liều → hạ đường huyết.

**V.**

**HO:**

- Gặp trong nhiều bệnh lý:
- Bệnh lý tim mạch:
  - o Do suy tim: ho khan, ho khí nầm, ngồi dậy bόt ho. Nếu BN bị bội nhiễm phổi → có đàm, hẹp van 2 lá lâu ngày gay viêm phế quản mãn, ho có đàm.

**VI. HO RA MÁU:** nguyên nhân do:

**ĐÁNH**

**TRỐNG**

- Tăng áp lực trong máu Tm phổi → vỡ: như hẹp van 2 lá khít.
- Vỡ mạch máu trong thànhPQ: bệnh hẹp van 2 lá khít.
- Lớp nội mạc PQ bị bào mòn: lao.
- Nhu mô phổi bị hoại tử trong thuyên tắc ĐM phổi
- Các u ác tính xâm lấn mạch máu.

# **KHÁM TIM**

## **I. NGHE TIM:**

### **1 Dụng cụ:**

- Ống nghe.
- Cán ống nghe phải bẻ gập hướng ra trước cho song song ống tai.
- Màng để nghe tiếng tim và âm thổi có TS cao, chuông để nghe tiếng tim và âm thổi có TS thấp.
- Không ấn mạnh chuông vì khi ấn mạnh, da căng tạo ra màng.

### **2 Điều kiện nghe:**

- Phải giải thích trước để cho BN yên tâm.
- Phòng nghe yên tĩnh, thoáng.
- BN nằm ngửa, thầy thuốc đứng bên phải, 1 tay cầm ống nghe, tay kia bắt mạch.

### **3 Cách xác định T1, T2:**

- T1 → T2: tâm thu.
- T2 → T1: tâm trương.

Bình thường, ở mỏm T1 mạnh hơn T2. Khi BN bị loạn nhịp, hoặc tim nhanh rất khó biêt T1 và T2, để phân biệt T1 và T2, ta bắt mạch cảnh , khi Động mạch cảnh nẩy cao nhất tương ứng với T1.

### **4 Vị trí các ống van:**

- Mỏm tim: ống van 2 lá.
- Liên sườn 4, bờ trái xương ức: ống van 3 lá.
- Liên sườn 3, bờ trái xương ức: ống van ĐM chủ( ống Erb ).
- Liên sườn 2, bờ trái xương ức: ống van ĐM phổi.
- Liên sườn 2, bờ phải xương ức: ống van ĐM chủ.

Ngoài ra cần phải nghe thêm các vị trí khác:

- Nách.
- Sau lưng.

- Vùng dưới đòn.
- Hố trên đòn
- ĐM cảnh.
- Thượng vị

vì 1 số âm thổi lan đến đó.

VD: Hở van 2 lá: âm thổi lan tới nách và sau lưng.

Hẹp ĐM chủ: âm thổi lan tới ĐM cảnh.

Còn ống động mạch : âm thổi liên tục vùng dưới đòn trái.

Hẹp van ĐM phổi: âm thổi lan đến lưng.

## 5 Phương pháp nghe:

- Nghe đầy đủ tư thế:
  - Nǎm ngữa.
  - Nghiêng trái.
  - Ngồi dậy cuối ra trước.

Vì khi thay đổi tư thế, 1 số âm nghe rõ hơn. VD: khi cúi ra trước âm thổi hở ĐM chủ nghe rõ hơn.

- Đầu tiên nghe ở mỏm tim, sau nhích dần ống nghe lên đáy tim, nghe bằng màng, nghe đầy đủ vị trí các ổ van và các vị trí khác (nách, sau lưng, mũi ức, hõm ức trên, dưới đòn, ĐM cảnh).

- Có thể cần phải làm 1 số nghiệm pháp động (thay đổi tư thế, hít thở).

## 6 Mô tả:

- Nhịp tim: tần số, đều hay không.
- T1, T2: cường độ (mờ, rõ, mạnh, đanh), sự tách đôi.
  - Các tiếng bất thường như Clic, Clac, T3, T4
- Âm thổi: vị trí, thời gian, cường độ, âm sắc, hướng lan, thay đổi theo các nghiêm pháp.
  - Cọ màng tim.
  - Cường độ được chia làm 6 mức từ 1/6 → 6/6 ( Levine ).
  - 1/6: âm thổi rất nhỏ, ghi nhận trên tâm thanh đồ.
  - 2/6: âm thổi nhỏ, tập trung chú ý mới nghe được

- 3/6: âm thổi lớn, phồng ồn ào vẫn nghe rõ
- 4/6: âm thổi lớn, có kèm rung miu.
- 5/6: nghiêng ống nghe , chêch mặt da, vẫn nghe âm thổi
- 6/6: ống nghe tách khỏi lồng ngực vẫn nghe được âm thổi.

## **7 Các nghiệm pháp động:**

- Dấu hiệu CARVALLO :để phân biệt âm thổi xuất phát từ tim phải hay trái, nghe tim khi hít thở bình thường, sau đó kêu BN hít thở chậm và sâu, nghe cuối thì hít vào, máu về tim phải nhiều, âm thổi ở tim phải tăng, có dấu hiệu Carvallo.

- Nghiệm pháp Valsalva: cũng để phân biệt âm thổi xuất phát từ tim phải hay tim trái.

- Nghe tim khi BN hít thở bình thường.
- Cho BN nín thở, rặn mạnh hoặc thổi vào áp lực kế để làm tăng áp lực lồng ngực , âm thổi ở tim phải và trái đều giảm.
- Cho BN thở bình thường trở lại.
- Áp lực dương trong lồng ngực được giải phóng, máu về tim bình thường, máu về tim phải trước, về tim trái sau. Do đó, các âm thổi bên phải trở về bình thường sau 1 – 2 nhịp tim, còn các âm thổi bên trái bình thường sau 7 – 8 nhịp tim.

- Dấu hiệu Handgrip (Isometric Exercice):

- Cho 2 tay BN nắm chặt và bóp 1 vật cứng và đòn hồi.
- Áp lực ĐM chủ tăng.

Hậu quả: Nếu BN hở van ĐM chủ: máu về thất trái nhiều, âm thổi tăng.

Nếu BN hẹp van ĐM chủ: âm thổi giảm.

# CÁC TIẾNG TIM BÌNH THƯỜNG VÀ BẤT THƯỜNG

## T1 và T2

### T1:

Bình thường, T1 được tạo bởi 2 phần:

- Van 2 lá đóng trước: M1 ( Mitral ).
- Van 3 lá đóng sau: T1 ( Tricuspid ).

Bình thường chúng ở gần nhau không nghe T1 tách đôi, T1 có tần số cao nghe rõ bằng màng, ở mỏm tim nghe rõ hơn đáy tim.

**Thay đổi cường độ T1:** cường độ T1 phụ thuộc vào:

- Sức co bóp tim.
- Độ dẻo lá van.
- Độ mở rộng lá van  nhịp tim  
 chênh áp nhĩ thất

### T1 tăng:

- nhịp nhanh.
- Chênh áp nhĩ thất (bệnh hẹp van 2 lá T1 đánh: mạnh + gọn do M1 gần T1).
- PR ngắn.

### T1 giảm:

- Suy tim nặng.
- Van bị vôi hoá nặng.
- Hở van DM chủ nặng, hở van 2 lá nặng.
- PR kéo dài.
- Tràn dịch màng tim.
- Khí phế thủng.
- Béo phì, thành ngực dày.

### T2:

Bình thường, T2 được tạo bởi 2 thành phần:

- Van ĐM chủ đóng trước: A2.
- Van ĐM phổi đóng sau: P2.

### **Thay đổi cường độ T2:**

#### T2 tăng:

- A2 tăng:
  - o Áp lực ĐM chủ lớn (cao HA).
  - o Chuyển vị ĐM.
- P2 tăng: tăng áp ĐM phổi.

#### T2 giảm:

- A2 giảm: vô hoá nặng.
- P2 giảm: hẹp ĐM phổi.

**Sự tách đôi :** cách nhau từ 0.03s trở lên nghe được trên lâm sàng.

- Tách đôi không nghịch đảo: hít vào rộng ra hơn
  - o A2 bình thường nhưng P2 chạy ra sau.
  - o P2 bình thường nhưng A2 chạy ra trước.
- Tách đôi nghịch đảo:
  - o P2 đứng yên nhưng A2 chạy ra sau.
  - o A2 đứng yên nhưng P2 chạy ra trước.

#### Nguyên nhân:

- o A2 bình thường nhưng P2 chạy ra sau:
  - + RBBB (Block nhánh phải):
  - + Hẹp van ĐM phổi.
  - + ASD (thông liên nhĩ ): máu qua phổi nhiều quá, bơm lâu → van ĐM phổi đóng muộn.
  - + Rối loạn chức năng thất phải.

- o P2 bình thường nhưng A2 chạy ra trước.
  - + Hở van 2 lá

+Thông liên thất (VSD).

- P2 đứng yên nhưng A2 chạy ra sau.

+LBBB (Block nhĩ trái):

+Hẹp van ĐM chủ

+Rối loạn chức năng thất trái (suy tim trái, thiếu máu cơ tim, nhồi máu cơ tim)

- A2 đứng yên nhưng P2 chạy ra trước.

+ Hội chứng WPW (Hội chứng kích thích sớm) có đường dẫn truyền phụ nằm bên phải.

## T3 và T4

### T3:( Ngựa phi đầu tâm trương )

Đầu tâm trương, thời gian máu về nhanh, máu từ nhĩ về thất va chạm vào các cấu trúc ở tâm thất gây ra tiếng T3. T3 nghe được trong trường hợp:

- T3 sinh lý ở trẻ em và người trẻ tuổi <30 tuổi.
- Trạng thái làm tăng lượng máu qua van 2 lá:
  - Tim tăng động do: sốt cao, cường giáp, thiếu máu, có thai.
  - Hẹp van 2 lá nặng.
  - Còn ống ĐM, thông liên thất.
- Suy thất trái nặng.
- T3 có TS thấp nghe bằng chuông
- Phân biệt tiếng T2 tách đôi: nghe chuông, nhấn mạnh, T3 giảm, T2 rõ hơn.

### T4: ( Ngựa phi天堂 tâm thu )

Cuối tâm trương, nhĩ co để đẩy 30% máu còn lại xuống thất gây T4. T4 nghe được trong các trường hợp:

- Người lớn tuổi bình thường có thể có T4, T4 ở người trẻ là trường hợp bệnh lý.
- Bệnh làm tăng bể dày thành tâm thất: cao HA, hẹp van ĐM chủ, bệnh cơ

- Có thể gặp trong thiếu máu cơ tim, nhồi máu cơ tim, suy tim.
- T4 cảm phân biệt với T1 tách đôi, nghe bằng chuông.

### **Tiếng Clic (Click, Clic ):**

Có 2 loại tiếng click:

#### Clic đầu tâm thu ( clic tổng máu) gặp trong:

- Bên trái: hẹp van ĐM chủ bẩm sinh như: van ĐM chủ 2 mảnh, các trường hợp giãn gốc ĐM chủ nguyên phát, cao HA, hở van ĐM chủ .
- Bên phải: hẹp van ĐM phổi, giãn gốc ĐM phổi do tăng áp phổi.
- Có TS cao nghe bằng màng. Click đầu tâm thu của ĐM chủ nghe ở van ĐM chủ (dọc bờ trái ức, mỏm tim). Click ĐM phổi chỉ nghe ở van ĐM phổi.

Click giữa tâm thu: gặp trong bệnh sa van 2 lá, do tăng sinh nhầy. TS cao, gọn, sắc và nghe bằng màng, nghe giữa tâm thu kèm âm thổi cuối tâm thu.

### **Tiếng Clac mở van 2 lá ( Opening Snap ):**

- Hẹp van 2 lá: đầu tâm trương, van 2 lá mở, dừng đột ngột, lá trước phình gối tạo tiếng clac mở van 2 lá.
- Clack xuất hiện đầu tâm trương, gần T2, cao, gọn, sắc như tiếng búng móng tay, nghe rõ bằng màng, ở mỏm tim hoặc dịch ống nghe vào trong 1 chút.

# CÁC LOẠI ÂM THỒI

## I. ÂM THỒI TÂM THU:

### 1 Âm thổi tâm thu giữa tâm thu ( Mid systolic murmurs ):

- Bắt đầu sau T1 khoảng, dạng quả trám, chấm dứt ngay trước T2, không che lấp T2.

- Có TS cao, nghe bằng màng.

*Nguyên nhân:*

- Bên trái:

- Hẹp van ĐM chủ, hẹp tại dưới hoặc trên van.
- Tăng lưu lượng máu qua van ĐM chủ (sốt, cường giáp, thiếu máu ...)
- Hở van ĐM chủ gây tăng lưu lượng máu qua van ( hẹp cơ nồng ).
- Van ĐM chủ xơ vữa, vôi hoá.
- Dãn gốc ĐMC: hiệu ứng Venturi

- Bên phải:

- Hẹp van ĐM phổi.
- Shunt T-P làm tăng lưu lượng máu qua van ĐM phổi: bệnh Thông liên nhĩ.
- Giãn gốc ĐM phổi.

### 2 Âm thổi tâm thu toàn tâm thu (Holo systolic murmurs ):

- Âm thổi tâm thu dạng tràn.
- Bắt đầu ngay sau T1, kéo dài suốt tâm thu, chấm dứt sau T2
- TS cao, nghe bằng màng.

- *Nguyên nhân:*

- Hở van 2 lá
- Hở van 3 lá
- Thông liên thất
- Còn ống ĐM giai đoạn tăng áp phổi nặng.

### 3 Âm thổi tâm thu đầu tâm thu \_(Early systolic murmurs ):

Hở van 2 lá cấp: do đứt dây chằng nhú cơ, do viêm nội tâm mạc nhiễm trùng, nhồi máu cơ tim cấp. Do sự gia tăng áp suất nhĩ trái nhanh và cao, áp suất thất chỉ còn cao hơn áp suất nhĩ vào đầu tâm thu, do đó chỉ nghe được âm thổi vào đầu tâm thu.

#### **4 Âm thổi cuối tâm thu ( End systolic murmurs ):**

Gặp trong bệnh sa van 2 lá, giữa tâm thu lá van sa tạo clic, cuối tâm thus a hắp kè nhĩ trái, gay hở 2 lá và tạo âm thổi cuối tâm thu.

### **MỘT SỐ ÂM THỔI THƯỜNG GẶP**

#### **1/Âm thổi hở van 2 lá:**

- Ở mỏm tim.
- Toàn tâm thu.
- TS  $\geq 2/6$ .
- Âm sắc êm dịu, trừ trường hợp van bi rách, thường do viêm nội tâm mạc nhiễm trùng, âm có TS cao, rít và thô.
- Nếu dòng máu hướng ra sau: âm thổi lan ra tới nách và lưng. Nếu dòng máu hướng ra trước: âm thổi lan theo dọc theo bờ trái xương ức.
- Nằm nghiêng trái nghe rõ hơn, Carvallo sign (-).

#### **2/Âm thổi hở van 3 lá:**

- Ở ống van 3 lá, liên sườn 4, bờ trái ức.
- Toàn tâm thu.
- Cường độ  $\geq 2/6$
- Âm sắc êm dịu, nếu hở nặng thì có thể thô ráp.
- Lan dọc bờ trái ức hướng lên trên
- Carvallo sign (+): hít vào âm thổi tăng lên.

#### **3/Âm thổi của hẹp van ĐM chủ:**

- Ở liên sườn II, bờ phải xương ức.
- Giữa tâm thu.
- Cường độ  $\geq 2/6$ .
- Âm sắc thô ráp.
- Lan ra ĐM cảnh 2 bên.

- Làm nghiệm pháp Handgrip thấy âm thổi giảm.

#### **4/Âm thổi của hẹp van ĐM phổi:**

- Ở ổ van ĐM phổi, liên sườn II, bờ trái ức.
- Giữa tâm thu
- Cường độ  $>= 2/6$
- Âm sắc thô ráp
- Lan sau lưng
- Có thể kèm theo click đầu tâm thu.
- Carvallo sign (+).

#### **8 Âm thổi của Thông liên nhĩ:**

- Liên sườn II, bờ trái ức.
- Giữa tâm thu.
- Cường độ nhỏ: 2/6 đến 3/6.
- Âm sắc êm dịu.
- Ít lan.
- Cavallo sign (+).
- Kèm T 2 tách đôi rộng và cố định.

### **II. ÂM THỔI TÂM TRƯƠNG:**

#### **1 Âm thổi tâm trương đầu tâm trương ( Early diastolic murmurs ):**

- Bắt đầu ngay sau T2, cường độ giảm dần, TS cao nghe rõ bằng màng, nghe như tiếng gió thổi hoặc hè hơi.

- Nguyên nhân:

- o Hở van ĐM chủ.
- o Hở van ĐM phổi.

#### **2 Âm thổi tâm trương giữa tâm trương ( Mid diastolic murmurs ):**

- Còn gọi là rù tâm trương
- Bắt đầu sau khi van 2 lá mở.
- TS thấp.
- Nghe rõ bằng chuông.

- Cuối tâm trương: âm thổi mạnh lên do nhĩ bóp, gọi là nhấn mạnh tiền tâm thu (Hẹp van 2 lá).

*Nguyên nhân:*

- o Hẹp van 2 lá: có thể do van tim hậu thấp (90%), còn 10% còn lại do các nguyên nhân khác: hẹp 2 lá bẩm sinh (van 2 lá hình cánh dù, tim 3 nhĩ), do u nhầy nhĩ trái, do thái hoá ...
- o Tăng lưu lượng máu qua van 2 lá: trạng thái tim tăng động, hở 2 lá nặng, thông liên thất, còn ống ĐM.
- o Rù Austin\_Flint: hở van ĐM chủ: máu từ ĐM chủ phut ngược về thất trái cản trở mở rộng của van 2 lá.
- o Block nhĩ thất độ 3\_ hoàn toàn (block A\_V): rù tâm trương cách quãng.

## MỘT SỐ ÂM THỔI THƯỜNG GẶP

### 1/ Âm thổi hở van ĐM chủ:

- Liên sườn III, bờ trái ức nếu là tổn thương lá van. Liên sườn II, bờ phải ức nếu là tổn thương gốc van.
- Đầu tâm trương.
- $\geq 2/6$
- Âm sắc êm dịu như tiếng gió thổi, hè hơi, trừ trường hợp van thủng do viêm nội tâm mạc nhiễm trùng, tần số cao thô ráp ( âm thổi âm nhạc )
- Lan dọc bờ trái xương ức đến mỏm tim.
- Thay đổi theo nghiệm pháp: ngồi dậy cúi ra trước nghe rõ hơn, nghiệm pháp Handgrip nghe rõ hơn.

### 2/Âm thổi hở van ĐM phổi:

- Thường là hở cơ năng do giãn gốc van, do tăng áp phổi nặng lâu ngày (Graham Steell).
- Ở van ĐM phổi liên sườn II, bờ trái xương ức.
- Cường độ 2/6 đến 3/6.
- Âm sắc êm.
- Ít lan.
- Cavallo sign (+)
  - Có thể kèm P2 mạnh, clic đầu tâm thu.

### **3/Âm thổi hẹp van 2 lá:**

- Vị trí ở mỏm tim
- Cường độ >-2/6
- Tần số thấp
- Ít lan, có thể lan ra nách
- Nghe rõ hơn khi Bn nằm nghiêng trái
- Carvallo sign ( - )
- Có thể kèm T1 đanh, Clac mở van 2 lá.

# SƠ BỘ VỀ ĐIỆN TÂM ĐỒ BÌNH THƯỜNG

Điện tâm đồ là biểu hiện bề mặt hoạt động điện của tim .

## 1 . Sóng P :

- Sóng khử cực nhĩ
- Thời gian sóng P là thời gian để sự khử cực lan từ nhĩ đến nút nhĩ thất
  - \* Thời gian sóng P : 0,08 – 0,11 giây .
  - \* Biên độ sóng P : 0,5 – 2,5 mm
- Sóng P dương ở I, II , aVF ,V3 – V6

Sóng P âm ở aVR ,

Sóng P thay đổi ở III ,aVL, V1 – V2 . Sóng P có thể hai pha ở V1 .

## 2 . Khoảng PR :

**Biểu hiện thời gian cần để xung động trên thất khử cực nhĩ, ngang qua nút nhĩ thất và vào hệ thống dẫn truyền của thất .**

- Đo từ đầu sóng P đến phần đầu của phức bộ QRS ( Q Hoặc R ) ở những chuyển đạo mặt phẳng trán có khoảng PR dài nhất .
- Khoảng PR bình thường từ 0,12 – 0,20 s
- Khoảng PR thường ngắn hơn khi nhịp tim tăng và dài hơn khi nhịp tim chậm
- $PR > 0,20\text{s}$  : Blốc A – V độ 1
- $PR < 0,12\text{s}$  : gấp ở một số người bình thường , hạ canxi máu , kích thích

### **3 .Phức bộ QRS :**

- Biểu hiện sự khử cực thất
- Sóng Q : Sóng âm đầu tiên sau sóng P và đi trước một sóng dương đầu tiên.
- Sóng R : Sóng dương đầu tiên sau sóng P
- Sóng S : Sóng âm sau sóng R .
- Sóng QS :Sóng âm đơn độc không có sóng dương đi trước hoặc đi sau
- Sóng R' : Sóng dương thứ hai sau sóng R .
- Chữ thường hoặc chữ in cho biết mối tương quan về biên độ
- Thời gian phức bộ QRS cho biết thời gian dẫn truyền trong thất ,nên được đo ở chuyển đạo mặt phẳng trán có QRS rộng nhất . Thời gian bình thường < 0,10s
- Trục QRS : -  $30^0 \rightarrow + 90^0$
- Hình dáng :Sóng Q khởi đầu biểu hiện sự khử cực vách nhìn thấy ở V5 ,V6 và I, aVL hoặc III, aVF
  - Thời gian hoạt động điện của thất ( VAT ) được đo từ đầu của phức bộ QRS đến đỉnh của sóng R cuối cùng ở những chuyển đạo trước tim :  
 $< 0,035s$  ở bên phải : V1 , V2  
 $< 0,045s$  ở bên trái : V5, V6
  - Hình dáng sẽ thay đổi trong Blốc nhánh và phì đại thất .

- Biên độ : Sóng S chiếm ưu thế ở V1 nhưng sóng R tăng dần về biên độ để trở nên chiếm ưu thế ở V6 . Vùng chuyển tiếp thường nằm ở V3, V4.
- Chỉ số : Sokolow – Lyon :  $(S_{V1} + R_{V5,V6}) \leq 35mm$

### **4- Đoạn ST:**

- Đoạn đẳng điện sau khi khử cực thất và trước khi tái cực thất .
- Được đo từ cuối phức bộ QRS đến đầu sóng T .
- Trái với khoảng PR và khoảng QRS , sự thay đổi chiều dài đoạn ST không quan trọng bằng sự chênh của đoạn ST so với đường đẳng điện .Sự chênh lên hoặc chênh xuống của đoạn ST  $\pm 1mm$  được xem là bất thường .

### **5. Sóng T :**

- Biểu hiện sự tái cực thất

- Hình dáng sóng T thường không đối xứng , chiều của sóng T thường cùng chiều với chiều phức bộ QRS . Nếu QRS chiếm ưu thế âm ở chuyển đạo ngoại biên , sóng T đảo thường gấp và không nhất thiết là bất thường .

- Sóng T đảo ( âm ) ở V1 được xem là bình thường ,sóng T đảo ở V2, V3 có thể là bình thường ở bệnh nhân trẻ hơn 30 tuổi và bệnh nhân có lồng ngực hình phễu , hoặc có lưng thẳng .

- Khoảng cách từ cuối sóng T và đầu của sóng P kế tiếp ( đoạn TP ) được xem là đường đẳng điện .

**6. Khoảng QT :**

- Được đo từ đầu phức bộ QRS đến cuối sóng T và thể hiện thời gian tâm thu điện học .

- Khoảng QT thay đổi theo nhịp tim . Khoảng QTc ( QT điều chỉnh theo

$$QTc = QT / \sqrt{(R - R)}$$

nhip tim ) bình thường < 0,425s .

Khoảng QT nên đo ở chuyển đạo có sóng T rõ ràng nhất .

**7. Sóng U :**

- Sóng đi sau sóng T có nguồn gốc điện sinh lý không rõ , có lẽ do tái cực muộn của cơ nhú và bó purkinje

- Chiều của sóng U cùng chiều với sóng T

- Biên độ lớn nhất ở chuyển đạo trước tim V2 – V4 .



# HỘI CHỨNG VAN TIM

## I- ÂM THỐI TÂM THU : (ATTT)

Âm thổi tâm thu biến đổi nhiều hơn Âm thổi tâm trương và xảy ra ở đầu, giữa, cuối và toàn tâm thu. ATTT thường xếp vào hai nhóm chính :

- Âm thổi giữa tâm thu dạng phụt
- Âm thổi toàn tâm thu dạng tràn

### 1- Âm thổi giữa tâm thu dạng phụt :

Âm thổi được tạo ra bởi sự tống máu về phía trước qua van động mạch phổi hoặc van động mạch chủ. Âm thổi xảy ra giữa thì tâm thu, âm sắc trung bình, tăng lên và giảm xuống như hình quả trám, kết thúc trước tiếng T2.

Nguyên nhân bao gồm : hẹp van hoặc dưới van, tăng thể tích nhát bóp, giãn mạch máu phía sau van hoặc sự kết hợp của những yếu tố này.

#### 1.1- ATTT dạng phụt của động mạch chủ :

Xảy ra do hẹp van hoặc dưới van, sự giãn nguyên phát của động mạch chủ lên, tăng thể tích nhát bóp thất trái. Âm thổi được nghe tốt nhất ở ổ động mạch chủ, nhưng thường lan tới toàn bộ vùng trước tim. ATTT của động mạch chủ thường lan đến động mạch cảnh.

#### 1.2- ATTT dạng phụt của động mạch phổi :

Xảy ra do hẹp van động mạch phổi, hẹp dưới van, giãn động mạch phổi, tăng dòng máu qua van động mạch phổi như trong thông liên nhĩ.

Âm thổi khu trú ở khoảng liên sườn 2,3 bờ ức trái.

#### 1.3- ATTT cơ năng :

Xảy ra khi dòng xoáy xuất hiện mà không có bất thường về cấu trúc.

ATTT nghe ở bệnh nhân thiếu máu , cường giáp , sốt hoặc gắng sức . Bệnh nhân lớn tuổi thường có ATTT cơ năng do sự cứng của động mạch chủ .

### 2 - Âm thổi toàn tâm thu dạng tràn :

Xảy ra do sự thoát của máu từ một buồng áp suất tương đối cao ( thất ) vào 1 buồng có áp suất tương đối thấp ( nhĩ ) qua một van hai lá hoặc ba lá bị hở, hoặc do dòng máu đi qua lỗ thông liên thất.

Âm thổi dạng tràn dài hơn về thời gian và toàn tâm thu, có thể lấn qua khỏi tiếng T2 . Âm thổi có dạng bình nguyên và cường độ không đổi.

#### 2.1- Hở van hai lá :

ATTT thay đổi phụ thuộc vào bất thường sinh lý bệnh .

## 2 .2- Hở van ba lá :

Giống như âm thổi của van hai lá và nghe rõ nhất trên ống van ba lá , Âm thổi sẽ lớn hơn khi hít sâu ( Dấu carvallo )

## 2.3 Thông liên thất .

Âm thổi lớn ,thô ráp nghe ở khoảng gian sườn 3 – 4 bờ ức trái , lan hình nan hoa , âm thổi thường gây ra rung miêu .

## **II- ÂM THỐI TÂM TRƯƠNG : ( ATTTr )**

1. Hở van động mạch chủ và van động mạch phổi : AT dạng giảm dần, âm sắc cao .

1.1- Hở van động mạch chủ : âm thổi âm sắc cao, bắt đầu ngay khi van động mạch chủ đóng và giảm dần trong khi tâm trương . AT được nghe rõ nhất ở ống van động mạch chủ và lan dọc theo bờ ức trái , nghe bằng màng , bệnh nhân ngồi và giữ hơi thở ở thì thở ra . ( Bệnh nhân bị hở van động mạch chủ có thể có âm thổi tâm trương âm sắc trầm ở mõm tim , âm thổi này giống như âm thổi của hẹp van hai lá , đây là âm thổi Austin – Flint ).

1.2- Hở van động mạch phổi : Tượng tự về âm sắc , hình dạng thời gian và vị trí như âm thổi của hở van động mạch chủ , nhưng khu trú hơn ở ống van động mạch phổi . Âm thổi này thường không thể phân biệt với hở van động mạch chủ bằng cách nghe .

- Hở van động mạch phổi do tăng áp động mạch phổi nặng gây ra âm phổi Graham – Steell .

- Hở van động mạch phổi bẩm sinh xảy ra với áp suất động mạch phổi bình thường và có âm thổi âm sắc thấp đến trung bình , bắt đầu một khoảng sau tiếng T2 .

2. Hẹp van hai lá và hẹp van ba lá : Âm thổi có âm sắc trầm :

2.1- Hẹp van hai lá : rù tâm trương ở mõm .âm sắc trầm , khu trú , âm thổi này thường chỉ nghe được bằng chuông và bệnh nhân nghiêng người sang trái . Âm thổi chỉ nghe được ngay trên mõm tim đập ,lớn nhất ở đầu và cuối tâm trương khi độ chênh áp lực lớn nhất qua van hai lá bị hẹp .

Âm thổi thường được khởi đầu bằng tiếng clíc đầu tâm trương sắc gọn – clắc mở van hai lá - nghe ở mõm , phía trong mõm , hoặc dọc bờ ức trái . Áp suất nhĩ trái càng cao , clắc mở va hai lá càng gần tiếng T2 và ngược lại. Khoảng cách T2 – clắc mở van (T2 – OS ) được dùng để đánh giá mức độ nặng của hẹp. Âm thổi có dạng giảm dần ở đầu và giữa tâm trương , sự chênh áp tăng nhanh ở 1/3 sau của thì

tâm trương do nhĩ thu , gây ra âm thổi nhấn mạnh tiền tâm thu . Nhấn mạnh tiền tâm thu mất khi có rung nhĩ .

2.2- Hẹp van ba lá : Tương tự về thời gian và chất lượng như âm thổi hẹp van hai lá nhưng thường có âm sắc cao hơn và khu trú gần ổ van ba lá hoặc dọc theo bờ ức trái . Hít vào thường làm cho âm thổi lớn hơn ( dấu carvallo )

### 3 . Âm thổi liên tục :

Âm thổi liên tục bắt đầu ở thì tâm thu và liên tục đến thì tâm trương mà không ngừng lại , nhưng không chiếm toàn bộ chu kỳ tim . Âm thổi xảy ra khi có dòng máu chảy từ một buồng có áp suất cao tới một buồng có áp suất thấp hơn mà không bị gián đoạn bởi sự mở hoặc đóng của các van tim như âm thổi Gibson trong bệnh còn ống động mạch , bắt đầu trong thì tâm thu , đỉnh quanh tiếng T2, tràn vào thì tâm trương và có thể không tiếp tục đến T1 . Âm thổi được nghe rõ nhất dưới xương đòn trái và ở ổ động mạch phổi .Những nguyên nhân khác của âm thổi liên tục : dò động tĩnh mạch phổi và dò động tĩnh mạch vành .

Âm thổi tâm thu và tâm trương kết hợp có thể chiếm toàn bộ chu kỳ tim nhưng chúng bị tách ra , không phải là âm thổi liên tục .

# HỘI CHỨNG SUY TIM

Biểu hiện lâm sàng chính của suy tim ứ huyết có thể được phân chia làm hai nhóm :

- Nhóm triệu chứng do sự ứ dịch ( suy tim phải )
- Nhóm triệu chứng do ứ huyết ở mạch máu phổi ( suy tim trái )

Sự phân chia này có ích về mặt lâm sàng nhưng có thể dẫn đến sai lầm bởi vì tim phải và tim trái liên quan mật thiết với nhau , hơn nữa nguyên nhân phổ biến nhất của suy tim phải là do suy tim trái.

## I . SUY TIM TRÁI :

### 1. Bất thường cơ bản :

Sự tăng áp lực đổ đầy thất trái cuối tâm trương ( LVDEP ) hoặc do bệnh van hai lá , đưa đến áp lực nhĩ trái tăng , dẫn đến sự tăng áp lực mao mạch phổi và được phản ánh trên lâm sàng bởi sự tăng áp lực bờ mao mạch phổi ( PCWP ). Nếu sự tăng áp lực này vượt quá áp lực thẩm thấu keo của mao mạch phổi . Sự tích tụ dịch trong mô kẽ sẽ xảy ra ( thấy đường kerley A và kerley B trên phim X Quang ngực ). Sự tiến triển của quá trình bệnh học này sẽ dẫn đến sự tích tụ dịch trong phế nang ( phù phổi ) đưa đến sự trao đổi oxy kém và hạ oxy máu .

### 2. Triệu chứng cơ năng :

- Khó thở khi gắng sức
- Khó thở khi nằm đầu ngang
- Khó thở kịch phát về đêm
- Ho

### 3. Triệu chứng thực thể :

- Nhịp tim nhanh và có thể có tiếng ngựa phi ở mõm ( Gallop T3 )
- Ran ẩm : bắt đầu ở đáy phổi và nghe dâng cao dần khi mức độ nặng của suy tim trái tăng .
- Ran ngáy ,ran rít do co thắt phế quản ( hen tim )

#### **4. Cận lâm sàng :**

- Khí máu động mạch cho thấy giảm oxy máu và giảm CO<sub>2</sub> máu .
- X Quang ngực : + Mạch máu thuỷ trên nổi rõ ( tái phân bố tuần hoàn đỉnh phổi )
  - + Đường kerley
  - + Hình ảnh cánh bướm của phù phổi phế nang và / hoặc tràn dịch màng phổi .

## **BỆNH MÀNG NGOÀI TIM**

### **I - VIÊM MÀNG NGOÀI TIM :**

- Hầu hết bệnh nhân bị viêm màng ngoài tim cấp , than đau ngực sau xương ức hoặc vùng trước tim ,đau ngực kiểu màng phổi ( tăng lên khi hít sâu ,cử động hoặc nằm ) và giảm khi ngồi dậy cúi người ra trước và thở nồng bởi vì đau tăng lên khi hít vào . Bệnh nhân thường than khó thở .
- Tiếng cọ màng tim là triệu chứng thực thể phổ biến và quan trọng nhất trong viêm màng ngoài tim .
  - + Tiếng cọ thường có ba thành phần :
    - Thành phần tâm thu do tâm thu thất
    - Thành phần tâm trương sớm trong giai đoạn sớm của đở đầy thất
    - Thành phần tiền tâm thu cùng lúc với nhĩ thu .
  - + Tiếng cọ màng tim được nghe rõ nhất ở mõm tim khi bệnh nhân ngồi cúi người ra trước, thở ra hết và nín thở .
  - + Tiếng cọ có âm sắc thô ráp giống như sự cọ sát của miếng da thuộc hoặc như sự di chuyển của màng ống nghe trên bề mặt da , đặc biệt trên tóc .
  - + Tiếng cọ không mất khi bệnh nhân nín thở
  - +Tiếng cọ có thể thoáng qua ,và sự có mặt của nó không thể loại trừ một tràn dịch màng tim lượng lớn.

## **II/- TRÀN DỊCH MÀNG TIM VÀ CHÈN ÉP TIM :**

Viêm màng ngoài tim thường đi kèm tràn dịch màng tim ,thường thì thể tích dịch ít và không cản trở chức năng tim nhưng một số lượng lớn dịch đôi khi tích tụ trong khoang màng tim hoặc do tốc độ thành lập dịch quá nhanh sẽ ngăn cản đổ đầy thất bình thường ,cung lượng tim thấp và sự ứ máu toàn thân sẽ xảy ra, tình trạng này được biết như chèn ép tim .

### **1. Triệu chứng của tràn dịch màng tim :**

- Tăng vùng đục của tim
- Gõ đục, tiếng thở phế quản ,tiếng dê kêu ở phía sau ,bên dưới góc bả vai trái ( dấu hiệu Pins hoặc Ewart )
- Xung động ở mõm tim giảm hoặc mất
- Tiếng tim mờ, xa xăm.

### **2. Triệu chứng của chèn ép tim :**

- Nhịp tim nhanh
- Huyết áp tâm thu hạ
- Huyết áp kẹp
- Mạch nghịch  $> 10\text{mm Hg}$
- Ứ huyết tĩnh mạch toàn thân : tĩnh mạch cổ nổi, gan to, phù chân ,bóng bụng ,đôi khi có dấu Kussmaul ( sự phồng của tĩnh mạch cổ khi hít vào )

## **III/ - VIÊM MÀNG NGOÀI TIM CO THẮT :**

- Trước đây là một bệnh thường gặp ,hiện nay viêm màng ngoài tim co thắt hiếm gặp do sự phát minh ra hoá trị liệu kháng lao hiệu quả .

- Viêm màng ngoài tim co thắt thường là hậu quả của quá trình viêm màng ngoài tim mãn tính và sự xơ hoá ,thường là kết quả của quá trình nhiễm trùng mãn tính ( vi khuẩn ,nấm ,virus ), ung thư hoặc tăng urê máu

### **Triệu chứng cơ năng :**

+ Bệnh nhân thường xuất hiện triệu chứng từ từ : khó thở khi gắng sức ,phù mắt cá chân và bụng to .

+ Đau ngực trong viêm màng ngoài tim cũng như khó thở khi nằm đầu ngang và khó thở kịch phát về đêm thường ít gặp trong viêm màng tim co thắt .

- **Triệu chứng thực thể :**

+ Nhịp tim nhanh , tĩnh mạch cổ nổi , gan to , báng bụng và phù ngoại biên thường được ghi nhận .

+ Biểu hiện lâm sàng của viêm màng ngoài tim co thắt giống chèn ép tim nhưng huyết áp bình thường và không có mạch nghịch .

+ Dấu kussmaul đôi khi gặp .

**II/ - SUY TIM PHẢI :**

**1. Bất thường cơ bản :**

Đáp ứng sinh lý của thận và hệ nội tiết xảy ra để bù trừ tình trạng giảm cung lượng tim mãn tĩnh . Những cơ chế thích nghi này cố gắng làm tăng thể tích nội mạch và cung lượng tim ( nhờ cơ chế Starling ) đưa đến sự ứ dịch và na tri .

**2. Triệu chứng cơ năng :**

Khó thở khi gắng sức và sự ứ dịch

**3. Triệu chứng thực thể :**

Tăng áp lực tĩnh mạch trung tâm , phản hồi gan – tĩnh mạch cổ dương tính, gan to, báng bụng và phù ở ngoại biên hoặc dưới xương cùng

**4. Cân lâm sàng :**

- Xét nghiệm chức năng gan bất thường ( tăng transaminase, tăng Bilirubin, Prothrombin time kéo dài )
- Tràn dịch màng phổi hoặc màng tim
- Hạ natri máu kèm natri niệu thấp ( $< 20\text{mEq/L}$ ) ( hạ natri máu do pha loãng )
- Tăng BUN thường gấp và phản ánh sự giảm chức năng thận .

## **KHÁM MẠCH MÁU NGOẠI BIÊN**

### **I/ TRIỆU CHỨNG CƠ NẮNG :**

- Đau cách hồi : đau thoáng qua ,phát sinh khi gắng sức, diu đi khi nghỉ ngơi.  
Đây là dấu hiệu đặc trưng của tình trạng suy tuần hoàn động mạch ở một chi.

- Đau do thiếu máu cục bộ về đêm : thường xảy ra vào cuối đêm, giảm thiểu trong tư thế ngồi buông thẳng chân, là biểu hiện của một tình trạng thiếu máu cục bộ trầm trọng và có thể là tiền triệu của chứng hoại thư.
- Đau khởi phát do lạnh, nóng.
- Đau phát sinh trong tư thế đứng : suy tĩnh mạch mạn , giãn tĩnh mạch chi dưới.

## **II./ TRIỆU CHỨNG THỰC THỂ :**

**1/ Khám các chi** : khám chi trên trước sau đó khám chi dưới. Quan sát theo thứ tự sau :

- (1) Móng
- (2) Màu sắc da và nhiệt độ. Ghi nhận sự thay đổi nhiệt độ màu sắc ở chi dưới.
- (3) Phân bố lông
- (4) Mô hình tĩnh mạch
- (5) Sự phù hoặc sự teo
- (6) Mạch động mạch ngoại biên : dùng hai ngón tay (trỏ và giữa) để sờ mạch, làm tắc mạch máu và thả ra từ từ. Đối với mỗi mạch, ghi nhận theo thứ tự sau: tần số, nhịp nhàng, biên độ và độ đàn của thành mạch. Kiểm tra những mạch sau: quay, cánh tay, mu chân, chày sau, đùi.
- (7) Đánh giá trương lực mạch máu :
  - Co mạch gây ra bởi hút thuốc lá , sợ hãi hoặc lạnh. Co mạch thể hiện bởi sự xanh tái , lạnh , tím ,tĩnh mạch ngoại biên xẹp.
  - Giãn mạch gây ra bởi nóng, gắng sức, rượu. Giãn mạch thể hiện bởi sự đỏ da, ấm, sự căng của tĩnh mạch ngoại biên.

### **2/ - Đo huyết áp :**

#### **2.1 Cách đo huyết áp :**

Người bệnh được nằm hoặc ngồi thoải mái , cánh tay hơi gấp đặt ngang tầm tim.

2.1.1- Quấn bao đo huyết áp trên nếp khuỷu 2cm

2.1.2 – Lấy huyết áp tâm thu bằng bắt mạch : trị số huyết áp

đọc được trên huyết áp kế đúng vảo lúc mạch quay xuất hiện là trị số gần đúng của huyết áp tâm thu.

### 2.1.3 – Sử dụng phương pháp nghe .

- (1) Giai đoạn I :bắt đầu của tiếng Korotkoff chỉ định mức huyết áp tâm thu
- (2) Giai đoạn II :Âm thổi thay thế tiếng , không quan trọng
- (3) Giai nđoạn III : Sự tăng đột ngột của tiếng Korotkoff  
(âm thổi biến mất )
- (4) Giai đoạn IV : sự giảm đột ngột của tiếng ( không phải mức huyết áp tâm trương )
- (5) Giai đoạn V : mất hẳn tiếng đập , chỉ định mức huyết áp tâm trương

### 2.1.4 – Khi tiếng nghe được tới mức huyết áp = 0

- (1) Điểm của sự giảm âm ( giai đoạn IV) được ghi nhận như huyết áp tâm trương.
- (2) Cách ghi :140/60 / 0mm Hg

2.1.5 – Tiếng đập nghe rất yếu có thể làm cho trị số huyết áp đo được không chắc chắn . Để nghe rõ hơn, ta nâng cánh tay bệnh nhân lên để dẫn lưu tĩnh mạch , bơm bao huyết áp cùng với cánh tay đang nâng , sau đó hạ thấp cánh tay để lắng nghe. Tiếng sẽ lớn hơn

2.1.6 – Đo huyết áp ở chân :Người bệnh ở tư thế nằm xấp , bao đo huyết áp có kích thước lớn được quấn quanh đùi (nghe ở hốm khoeo) hoặc ở cẳng chân ( bắt động mạch chày sau hoặc động mạch mu chân) .

### 2.1.7 – Cách ghi huyết áp : luôn ghi vị trí và tư thế cơ thể khi đo

ví dụ : 120/80 mm Hg tay trái , ngồi

130/70 mm Hg tay phải, đứng

### 2.1.8 – Giá trị bình thường :

- (1) Bình thường huyết áp từ 90 – 140/60 – 90 mmHg .
- (2) Hiệu áp = huyết áp tâm thu – huyết áp tâm trương
- (3) Huyết áp trung bình = huyết áp tâm trương + 1/3 hiệu áp
- (4) Sự khác biệt 5 – 10 mmHg giữa hai tay thường gấp
- (5) Sự đứng thường gây thay đổi nhỏ trên huyết áp như : có sự

giảm nhẹ của huyết áp tâm thu ( $\pm 10\text{mm Hg}$ ) và sự tăng nhẹ của huyết áp tâm trương ( $\pm 5\text{mmHg}$ ).

(6) Bình thường huyết áp tâm thu ở chi dưới cao hơn huyết áp này ở chi trên khoảng  $10 - 20\text{ mmHg}$ .

### 2.1.9 – Những sai lầm thường gặp :

(1) Bao có kích thước nhỏ : Ở người béo phì ,sự tăng huyết áp giả có thể ghi nhận được. Đôi khi phải áp bao huyết áp ở cẳng tay và chỉ đo được huyết áp tâm thu bằng cách sờ mạch .

(2) Bao có kích thước lớn : Ở bệnh nhân gầy, sự hạ huyết áp giả có thể đo được

(3) Bao lỏng lẻo : Sự tăng huyết áp giả

(4) Âm korotkoff yếu : huyết áp tâm thu có thể đo được bằng sờ .

## 2.2 – Các biểu hiện bất thường :

2.2.1 - Tăng huyết áp : sự tăng kéo dài của huyết áp toàn thân ( $\geq 140/90\text{mm Hg}$  ở người lớn ). Sự tăng huyết áp dao động gấp phổ biến và không là tăng huyết áp thực sự .

2.2.2 Hiệu áp rộng : sự khác biệt giữa huyết áp tâm thu và tâm trương lớn hơn bình thường .

(1) Thường gặp trong tất cả các tình trạng có sự tăng thể tích nhát bóp như nhịp tim chậm ,sốt ,thiếu máu ,tình trạng tăng chuyển hoá ( vd :  $150/70\text{mmHg}$  )

(2) Hở van động mạch chủ làm thấp huyết áp tâm trương ( vd :  $150/30\text{ mmHg}$  ).

(3) Giảm độ đàn hồi của những động mạch lớn ( người lớn tuổi ) gây tăng huyết

áp tâm thu ( vd :  $165/80\text{ mmHg}$  ), được gọi là tăng huyết áp tâm thu đơn thuần.

2.2.3 Hạ huyết áp : huyết áp tâm thu  $< 90/60\text{ mmHg}$  .

(1) Nhiều trẻ em và một số người lớn bình thường có huyết áp khoảng  $90\text{ mmHg}$

(2) Choáng không hiện diện trừ khi có triệu chứng của giảm tươi máu các cơ quan như : ngất , vã mồ hôi , tiểu ít và lú lẫn .

(3 ) Hạ huyết áp toàn thân hoặc choáng : có thể do cung lượng tim giảm ,kháng lực ngoại biên giảm hoặc thể tích máu giảm và thường đi kèm với chóng mặt, mờ mắt hoặc đôi khi ngất .

2.2.4 Một huyết áp tâm thu đo được ở đùi hoặc ở cẳng chân thấp hơn huyết áp này đo ở chi trên là một biểu hiện nghi ngờ của suy động mạch hoặc hẹp eo động mạch chủ.

Một huyết áp tâm thu thấp hơn 20mmHg hoặc hơn nữa so với trị số đo được nơi động mạch tương ứng ở bên đối xứng là biểu hiện khả nghi suy động mạch.

Huyết áp tâm thu ở chi dưới cao hơn huyết áp chi trên ≥ 60 mmHg: dấu hiệu Hill trong hở van động mạch chủ.

### **3/- Nghe các động mạch :**

Bình thường các động mạch không phát ra tiếng khi nghe bằng cách đặt rất nhẹ loa ống nghe trên đường đi của chúng . Sự hiện diện của một tiếng thổi có nghĩa là có tình trạng hẹp động mạch ( bẩm sinh hoặc do xơ vữa động mạch ), giãn động mạch, uốn 60khúc hoặc lưu lượng động mạch gia tăng mạnh . Một âm thổi liên tục được nghe thấy trong dò động – tĩnh mạch.

Những điểm cần chú ý nghe là : động mạch cảnh ,động mạch chủ bụng, động mạch chậu, động mạch đùi.

### **4/- Khám hệ tĩnh mạch chi dưới :**

#### **4.1/- Nghiêm pháp gõ :** Đánh giá chức năng của các van tĩnh mạch hiển lớn

- Bệnh nhân đứng và tĩnh mạch tràn đầy máu
- Sờ một đoạn tĩnh mạch dưới gối bằng ngón tay phải trong khi gõ vào tĩnh mạch phía trên gối bằng gón tay trái .Ngón tay phải sẽ cảm nhận được xung động chỉ khi các van tĩnh mạch bị suy yếu .

#### **4.2/ - Nghiêm pháp Trendelenburg :** đánh giá khả năng của tĩnh mạch hiển – đùi

- Bệnh nhân nằm và nâng chi cao thẳng góc, người khám sẽ ép cho dòng máu từ tĩnh mạch chảy về phía tim cho đến khi tĩnh mạch xẹp
- Buộc một giây thắt ở giữa đùi,đùi để chèn các tĩnh mạch nông .
- Cho người bệnh đứng dậy với dây thắt vẫn buộc, ghi nhận thời gian đỗ đầy tĩnh mạch từ bên dưới .
- Trong bất kỳ trường hợp, phải tháo dây thắt trong thời gian 60 giây .
- Bình thường máu động mạch từ bên dưới sẽ đổ đầy tĩnh mạch trong vòng 35 giây và không có sự đỗ đầy thêm sau khi tháo dây thắt : nghiêm pháp âm tính chỉ

- Nghiêm pháp dương tính : tĩnh mạch tràn đầy máu một cách bình thường nhưng có sự dồn máu nhanh từ phía trên ( 1 – 10 giây ) sau khi tháo dây thắt, chỉ định sự mất khả năng của tĩnh mạch hiển lớn nhưng các tĩnh mạch xuyên vẫn hoạt động bình thường .
- Nghiêm pháp dương tính kép : Các tĩnh mạch bị đổ đầy nhanh ( chưa đến 35 giây ) và có sự dồn máu từ phía trên khi tháo dây thắt, chỉ định sự mất khả năng của cả hai tĩnh mạch hiển và các tĩnh mạch xuyên.

#### 4.3/ - Nghiêm pháp Perthes : Đánh giá khả năng của tĩnh mạch sâu

- Buộc dây thắt vào phần giữa đùi sau khi cho người bệnh đứng và hệ tĩnh mạch tràn đầy máu .
- Yêu cầu người bệnh đi lại trong 5 phút và quan sát phản ứng của các tĩnh mạch ở phần dưới dây thắt :
  - Các tĩnh mạch xẹp : tĩnh mạch xuyên và tĩnh mạch sâu hoạt động bình thường
  - Các tĩnh mạch không thay đổi thể tích : tĩnh mạch hiển và tĩnh mạch xuyên đều bị suy yếu
  - Các tĩnh mạch có biểu hiện tăng thể tích và đau : tĩnh mạch sâu bị tắc .

# SƠ BỘ VỀ BỆNH MẠCH MÁU NGOẠI BIÊN

## A/- BỆNH TĨNH MẠCH NGOẠI BIÊN :

### I / - GIÃN TĨNH MẠCH :

Sự giãn của tĩnh mạch nông ở chân, có sự giảm dòng chảy của máu và sự tăng áp suất trong lòng tĩnh mạch .

(1) Giãn tĩnh mạch nguyên phát : Sự giãn này được gây ra bởi sự yếu của thành tĩnh mạch hoặc sự suy yếu của các van tĩnh mạch .

(2) Giãn tĩnh mạch thứ phát : Sự giãn này do sự tắc nghẽn gần đó của tĩnh mạch chủ, tĩnh mạch chậu hoặc tĩnh mạch chậu đùi. Cả hai tĩnh mạch hiển lớn và hiển bé có thể bị ảnh hưởng. Cả hai hệ thống tĩnh mạch hiển thông nối với hệ thống tĩnh mạch đùi sâu, khi các van ở các tĩnh mạch xuyên bị suy yếu, sự đổ đầy từ hệ thống tĩnh mạch sâu làm giãn tĩnh mạch hiển nông .

#### (3) Chẩn đoán :

- Nhìn và Test dây thắt ở chi để chẩn đoán 80 – 90% bệnh nhân .
- Nếu nặng : tăng sắc tố, phù hoặc loét da ở mắt cá trong cho thấy sự ứ đọng tĩnh mạch nặng .
- Hai yếu tố cần phải xác định :
  - Khả năng của các van ở những tĩnh mạch xuyên giữa hệ thống tĩnh mạch nông và sâu
  - Sự thông suốt của tĩnh mạch sâu.

### II / - HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH :

Có thể cấp ( viêm tĩnh mạch huyết khối ) hoặc im lặng .

1 / - Huyết khối tĩnh mạch nông : Tạo ra sự đỏ, cứng và nhạy đau cạnh đoạn tĩnh mạch bị tổn thương . Những tĩnh mạch này bị dày và giống như sợi dây thừng.

Huyết khối tĩnh mạch nông có thể kết hợp với huyết khối tĩnh mạch tĩnh mạch sâu

2 / - Huyết khối tĩnh mạch sâu : Liên quan đến tĩnh mạch đùi sâu và tĩnh mạch chậu và có thể hoàn toàn không có triệu chứng .

- Thuyên tắc phổi gây tử vong có thể xảy ra mà không có dấu hiệu báo trước, đặc biệt ở những bệnh nhân nằm liệt giường hoặc sau phẫu thuật . Sự phòng ngừa rất hiệu quả .

- Triệu chứng :
  - + Sự đau ở vòng khoeo và bắp chân .
  - + Sự sưng nhẹ và có thể phát hiện bằng cách đo chu vi của hai đùi và bắp chân ở nhiều mức .
  - + Sốt nhẹ hoặc nhịp tim nhanh không giải thích được .
  - + Đau bắp chân khi gấp nhanh mu bàn chân về phía cẳng chân ở tư thế gối gấp nhẹ ( dấu Homan ).
  - Phân biệt với đau gân gót đôi khi gặp ở phụ nữ mang giày cao gót .
  - Trên 50% huyết khối tĩnh mạch sâu không có triệu chứng lâm sàng, cần phải lọc bằng siêu âm, chụp tĩnh mạch .

## **B / - BỆNH ĐỘNG MẠCH NGOẠI BIÊN :**

### **I / - TẮC ĐỘNG MẠCH :**

Tắc nghẽn có thể hoàn toàn hoặc một phần và xảy ra cấp hoặc từ từ .

1. Suy động mạch mạn tính : Sự hẹp dần dần lòng động mạch gây ra do quá trình xơ vữa động mạch hoặc quá trình viêm của thành mạch máu .

- Mạch yếu hoặc không bắt được, nghe âm thổi tâm thu trên những động mạch lớn ( động mạch đùi hoặc dưới đòn ) .
- Lông thưa hoặc rụng ( trên các ngón và mu bàn tay, bàn chân ) .
- Teo cơ và mô mềm .
- Móng bị dày có những gờ ngang thô và bị cong theo chiều dọc .
- Chi lạnh khi sờ .
- Xanh xám khi nâng cao chi . Hạ chi sau khi nâng một hoặc hai phút tạo ra sự sung huyết da có màu mận tối mà nó xuất hiện từ từ ( 30 giây tới 1 phút ) ( dấu Buerger ).
- Thời gian đổ đầy tĩnh mạch chậm : làm xếp tĩnh mạch nông bằng cách nâng cao chi . Sự đổ đầy nhanh ( ít hơn 10 giây ) xảy ra khi hạ thấp chi .

2. Suy động mạch sớm : Đánh giá bằng hiệu quả của sự gắng sức. Ba thay đổi quan trọng có thể gợi ý : (không gặp trong tình trạng nghỉ ngơi)

- Sự xanh tái của da ở chi xa.
- Mất mạch động mạch.
- Âm thổi tâm thu trên những động mạch lớn.

3. Suy động mạch nồng : Ngoài tất cả những đặc điểm trên, bệnh nhân có những triệu chứng thực thể báo hiệu sự hoại thư sắp xảy ra. :

- Chấm lốm đốm da màu xanh xám, không thay đổi theo tư thế.
- Loét sớm ở giữa hoặc đầu các ngón
- Nhạy đau khi ấn
- Mất cảm giác kiến mang vỡ.

## **II- ÂM THỒI Ở BUNG :**

- Xảy ra như là một biểu hiện đơn thuần ở người khoẻ mạnh, người trẻ. Ở những người này, âm thổi có thể không quan trọng.

- Âm thổi có thể là triệu chứng thực thể của một số bệnh :

1- Hẹp động mạch thận : Khi có sự hiện diện của tăng huyết áp, một âm thổi được nghe ở thượng vị hoặc vùng lưng trước có thể là một triệu chứng quan trọng.

2- Bệnh động mạch mạc treo (cơ đau thắt bụng) : âm thổi tâm thu có thể nghe được.

3- Lách lớn : âm thổi tâm thu có thể nghe trên một lách lớn.

4- Xơ gan : tiếng thổi tĩnh mạch (Venous hum) có thể nghe trên gan do dòng máu chảy xoáy qua những tĩnh mạch gánh.

5- Ung thư : có liên quan đến những động mạch của các khối u tụy, dạ dày, gan ; tạo ra các âm thổi tâm thu ở bụng.

## **III- PHÌNH MẠCH : (ANNEURYSM)**

Một khối u dập nầm dọc theo đường đi mạch máu, thường có liên quan đến động mạch chủ hoặc động mạch chủ hoặc động mạch khoeo, rung miêu tâm thu có thể sờ được trên khối u.

1. Phình động mạch chủ bụng : thường cảm thấy như một khối giãn nở ở giữa bụng.

2. Phim chụp nghiêng : có thể thấy sự canxi hoá của phình mạch, đốt sống thắt lưng có thể bị bào mòn.

3. Sự vỡ gây ra đau lưng liên tục, dữ dội, thường kết hợp với đau một hoặc cả hai bên háng và xuất hiện một khối u ở vùng hông lưng.

4. Rung miêu liên tục trên khối u chỉ định một lỗ dò động – tĩnh mạch.

## **IV / - NHỮNG HỘI CHỨNG MẠCH MÁU KHÁC :**

1. Tắc động mạch cấp :

- Đau thường dữ dội trừ khi bệnh nhân bị đái tháo đường
- Xanh tái
- Mất mạch
- Dị cảm
- Liệt

2. Hội chứng Leriche : bệnh tắc mạch ở vùng ngã ba động mạch chủ – chậu

- Mất mạch đùi
- Đau các hối lan lên mông
- Bất lực

# **TRIỆU CHỨNG HỌC**

## **BỘ MÁY TIÊU HÓA**

### ***Mục tiêu:***

1. Mô tả được định nghĩa, biểu hiện lâm sàng, nguyên nhân của các triệu chứng chức năng của bộ máy tiêu hóa.
2. Biết cách khám bộ máy tiêu hóa, đặc biệt là khám bụng.
3. Khám và phát hiện được cổ chướng, gan to.

### **A. Nhắc lại giải phẫu sinh lý:**

\* Bộ máy tiêu hóa gồm:

Ống tiêu hóa đi từ miệng, qua thực quản, dạ dày tá tràng, hổng tràng, hồi tràng qua đại tràng (đại tràng lên, đại tràng ngang, đại tràng xuống, đại tràng sigma, trực tràng) và kết thúc ở hậu môn.

Bên cạnh có các tuyế̄n tiêu hóa mà 2 tuyế̄n lớn là gan và tụy.

\* Chức năng của hệ tiêu hóa gồm:

1. Vận chuyển, nhào trộn thức ăn với dịch tiêu hóa.
2. Phân hủy thức ăn thành những phần có phân tử nhỏ hơn, hay còn gọi là chức năng tiêu hóa
3. Hấp thụ thức ăn đã được tiêu hóa: chủ yếu là ruột.
4. Chuyển hóa thức ăn đã được hấp thụ thành những chất cần thiết cho cơ thể: chủ yếu là gan.

\* Khám lâm sàng bộ máy tiêu hóa gồm:

- Hỏi bệnh: phát hiện các triệu chứng cơ năng của bộ máy tiêu hóa.
- Khám phân tiêu hóa trên: miệng, họng, tuyế̄n nước bọt, thực quản...
- Khám bụng: phần lớn tuyế̄n tiêu hóa nằm trong ổ bụng.

Các triệu chứng chức năng và các dấu hiệu lâm bệnh lý cần phải được phân tích kỹ, và phải phối hợp với các thăm khám cận lâm sàng cũng như những dấu chứng toàn thân.

B. Triệu chứng chức năng của hệ tiêu hóa:

- Đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán bệnh tiêu hóa, đôi khi là các yếu tố chẩn đoán bệnh, đôi khi là yếu tố định hướng các thăm khám cận lâm sàng. Cần khai thác các chi tiết liên hệ.
- Mặt khác phai ghi nhớ rằng đây là những dấu hiệu chủ quan, dựa vào lời khai của người bệnh, nên không thể dựa hoàn toàn vào đó để chẩn đoán.

Các triệu chứng chức năng gồm có:

**ĐAU BỤNG:** ( së trình bày sau )

**NÔN ÓI:**

1. Định nghĩa: nôn là tình trạng chất chứa trong dạ dày bị tổng mạnh và nhanh qua đường miệng ra ngoài.

Buồn nôn ( nausea) là cảm giác muốn nôn nhưng không nôn ra được.

2. Biểu hiện lâm sàng:

a. Đặc điểm của nôn:

- + Thời gian xảy ra nôn.
- + Ngay sau khi ăn hoặc chậm
- + Nôn vọt xảy ra đột ngột
- + Số lần nôn.
- + Các điều kiện thuận lợi: sốt, ánh sáng, tiếng động, thức ăn, thuốc

b. Đặc điểm của chất nôn:

- + Khối lượng: nhiều, ít
- + Mùi, màu sắc.
  - + Chất nôn: có thể là dịch trong hay vàng (mật), mủ (vỏ abcès gan vào dạ dày, máu đỏ tươi hay đen, có phân (thủng đại tràng hay tắc ruột cao), dị vật như sỏi-giun, thức ăn chưa tiêu, thuốc....)

3. Hậu quả của nôn.

Phụ thuộc vào tình trạng kéo dài của nôn hay vào bệnh nguyên phát mà hậu quả của nôn có thể :

- + Tình trạng mất nước và điện giải.
- + Tình trạng tim mạch: hạ huyết áp và trụy tim mạch.
- + Tình trạng bài tiết nước tiểu: thiểu hoặc vô niệu.
- + Hội chứng Mallory Weiss: rách niêm mạc thực quản vùng tâm vị.
- + Toàn thân: gầy, sụt cân nhanh chóng, suy mòn...

4. Nguyên nhân .

a. **Tai bô máy tiêu hóa:**

- Những bệnh gây tắc hẹp ống tiêu hóa: hẹp môn vị do loét, K ; hẹp thực quản, tắc ruột.
- Những bệnh gây viêm cấp ống tiêu hóa: viêm dạ dày do nhiễm khuẩn, nhiễm độc; viêm ruột cấp do nhiễm khuẩn..
- Bệnh lý ở gan, mật, tụy: sỏi mật, viêm túi mật cấp, viêm tụy cấp..

b. **Những bệnh trong ổ bụng:**

- Bệnh lý màng bụng

- Chấn thương ổ bụng
- Có thai, thai ngoài tử cung, đau bụng kinh, u nang buồng trứng xoắn
- Sỏi thận, niệu quản đang trong cơn đau.
- c. **Nguyên nhân ngoài bộ máy tiêu hóa, ngoài ổ bụng:**
  - Bệnh tim mạch: nhồi máu cơ tim, cơn cao huyết áp..
  - Bệnh thần kinh trung ương: viêm màng não, u não, chấn thương sọ não, chứng đau nửa đầu Migrain...
  - Bệnh tâm thần.
  - Nhiễm độc: thuốc trừ sâu, nhiễm acetone acid, hội chứng ure máu cao, do thuốc...
  - Bệnh nội tiết
  - Bệnh tai mũi họng: HC tiền đình, bệnh Meniere....

Q:

Định nghĩa: là tình trạng chất chứa trong dạ dày và thực quản kể cả hơi đi ngược lên miệng

Ở không là triệu chứng quan trọng, là biểu hiện của :

- Rối loạn vận động của dạ dày: lỗ tâm vị không đóng kín.
- Thức ăn lưu lại trong dạ dày quá lâu bị lên men và sinh hơi
- Cần phân biệt thêm ợ hơi, ợ nước chua, ợ nước đắng....

Nguyên nhân:

1. Bệnh của dạ dày: viêm loét dạ dày tá tràng, hẹp môn vị, rối loạn chức năng cơ vòng tâm vị.
2. Bệnh ngoài dạ dày: suy gan do bất kỳ nguyên nhân gì, tắc ruột.

## RỐI LOẠN VỀ NUỐT :

Khó nuốt, biểu hiện những bệnh của họng và thực quản. Cần phân biệt:

**Nuốt đau:** từ vướng đến đau rát, đau thắt khi thức ăn đi qua (viêm họng, áp xe thành sau họng – thực quản).

**Nuốt khó:** cường độ biến thiên, lúc khởi đầu chỉ xảy ra với các thức ăn lớn, dần dần trở nên thường xuyên hơn, với thức ăn nhão, cuối cùng với cả chất lỏng. Nguyên nhân là lòng thực quản hẹp lại do ung thư thực quản, sẹo bỏng thực

quản, hẹp tâm vị hay khói u ở ngoài đè lên thực quản. Thường bệnh nhân có thể nói được chổ hẹp là ở cổ, sau xương ức hay sau mũi ức, nhưng có khi cảm giác khó nuốt chiếu lên cao hơn.

Nuốt khó có thể kèm theo nuốt đau. Thức ăn không qua được chổ hẹp có thể bị đưa ra ngoài lại (trớ : regurgitation), ta cũng cần phân biệt với nghẹn đặc, sặc lỏng do liệt màng hầu và lưỡi gà: thức ăn đặc chỉ khó nuốt trong khi thức ăn lỏng có thể đi nhầm đường lên mũi và đường hô hấp gây sặc.

## TIÊU CHẨY:

### 1. Định nghĩa – Phân loại:

Tiêu chảy là thải phân nhiều lần trong ngày, phân lỏng, lượng trên 300 grams / ngày. Về sinh lý bệnh đây là một sự vận chuyển bất bình thường của nước và chất điện giải qua niêm mạc ruột. Rối loạn này do 5 cơ chế khác nhau:

a. *Tiêu chảy tiết dịch*: do kích thích tiết dịch hay do ức chế sự hấp thu nước ở tế bào ruột (hệ thống AMP Adenylatecylase, hay G.M.P vòng, gặp trong triêu chảy cấp do độc tố của vi khuẩn: dịch tả, nhiễm Escherichia Coli có sinh độc tố ruột, nhiễm tụ cầu, còn gặp trong tiêu chảy mãn tính có nguồn gốc nội tiết.

Lượng phân tổng ra nhiều, lỏng, có thể gây mất nước trầm trọng và không giảm đi khi nhịn ăn.

b. *Tiêu chảy do tổn thương niêm mạc ruột*, bờ bàn chải của tế bào ruột bị phá hủy (siêu vi, ly trực tràng) cho đến phá hủy một phần thành ruột do viêm, loét (bệnh Crohn, viêm đại tràng xuất huyết). Số lần tống phân tăng, nhưng số phân thải ra không quá nhiều như trong nhóm trước, phân đôi khi có máu, mủ.

c. *Tiêu chảy do rối loạn vận động ruột*: vận động giảm, thức ăn ứ lại, vi khuẩn cộng sinh phát triển nhiều gây tiêu chảy.

Thông thường do vận động tăng, đẩy thức ăn chưa tiêu hóa kịp xuống, kéo theo một lượng nước, gặp trong viêm đại tràng co thắt, các nguyên nhân nội tiết hay thần kinh. Lượng phân trong trường hợp này không quá nhiều (cở 500ml/ngày) số lần tống phân tăng: có thể làm giảm với các thuốc làm giảm nhu động ruột và nhịn ăn.

d. *Tiêu chảy thẩm thấu*: do trong lòng ruột có những áp lực thẩm thấu cao, kéo theo một lượng nước vào lòng ruột như các ion Mg, PO<sub>4</sub>, SO<sub>4</sub>, chất nhuộm tràng, các carbohydrate không hấp thu được (Lactulose)

Tiêu chảy này hết khi bỏ thuốc và lượng ít.

e. *Tiêu chảy do tiêu hóa kém* (vì thiếu dịch tiêu hóa): cắt dạ dày, ruột, tắt mật, hay thiếu vi khuẩn cộng sinh (do dùng thuốc)

### 3. Mô tả tiêu chảy:

- Hoàn cảnh xuất hiện cấp hay mãn tính.
- Số lượng lần tống phân.
- Số lượng phân.
- Tính chất phân: sệt - lỏng – có đàm – có máu
- Các dấu hiệu kèm khi đang tống phân, mót rặn, buồn nôn, sốt.
- Các biểu hiện của mất nước cấp nếu có: mạch nhanh huyết áp sụt, khát môi khô, tiểu ít, mắt lõm, chuột rút.....
- Các triệu chứng suy dinh dưỡng, thiếu máu thiếu vitamin vốn là hậu quả của một tiêu chảy mãn kéo dài.

#### **4. Nguyên nhân:**

- a. Tiêu chảy cấp:
  - i. Nhiễm khuẩn đường ruột:
    - Nhiễm khuẩn xâm lấn Shigella, Campylobacter jejuni, Salmonella, Escherichia Coli
    - Nhiễm khuẩn có độc tố: dịch tả, tụ cầu, Escherichia Coli có độc tố, C. perfringens.
    - Nhiễm siêu vi: bại liệt, Coxsackies, Echovirus, Parvovirus và Rotavirus.
  - ii. Nhiễm ký sinh trùng: Amibe, Giardia
  - iii. Các nhiễm khuẩn toàn thân: nhiễm trùng huyết, cúm, sốt rét.
  - iv. Nhiễm độc: nấm độc, toan máu hay Urê máu cao, thủy ngân, arsen.
  - v. Nguyên nhân khác:
    - Do dị ứng
    - Do thuốc: Natri sulfat, kháng sinh, Digitaline, quinidine, dầu thuỷ đậu.
    - Lo lắng, lao tâm stress
    - Khó tiêu, sau khi ăn nhiều.
- b. Nguyên nhân của tiêu chảy mãn tính:
  - i. Có tổn thương thành ruột:
    - Ung thư tiêu hóa: Ung thư đại tràng, Lymphoma ruột.

- Các bệnh viêm: viêm đại trực tràng xuất huyết, bệnh Crohn, lao ruột, Yersiniose.

- Các bệnh ký sinh trùng ruột: amip, giun lươn, Gardia lamblia.

- Hội chứng kém hấp thu: cắt ruột, dạ dày, thiếu men (lactase) tiên phát hay thứ phát do teo villi (sprue)

- Định vị ruột của sida.

ii. Hội chứng kém tiêu hóa:

- Sau cắt dạ dày, cắt ruột.

- Nguyên nhân tụy và mật.

iii. Tiêu chảy tăng vận động:

- Viêm đại tràng mãn

- Hội chứng Zollinger – Ellison

- Cường giáp, carcinoide

iv. Tiêu chảy do loạn khuẩn: dùng kháng sinh dài ngày.

## TÁO BÓN

Lượng phân ít đi, dưới 200gram, khô nước hơn và số lần đi cầu thưa hơn dưới 3 lần trong 1 tuần.

1. **Mô tả:**

a. Đi đại tiện khó khăn

b. Mỗi lần phải rặn nhiều, vận dụng cả thành bụng

c. Phân cứng

d. Rối loạn toàn thân: nhức đầu hồi hộp, cáu gắt

e. Khám cơ thể thấy lỗn nhổn khối ở hố chậu trái.

2. **Nguyên nhân:**

a. Chức năng

i. Cấp:

- Sốt nhiễm khuẩn gây mất nước cấp

- Do thuốc: giảm nhu động ruột

- Phản xạ do đau
- ii. Mᾶn:
- Chế độ ăn ít nước
  - Nghề nghiệp ít hoạt động
  - Ngô độc chì
  - Suy nhược
  - Rối loạn tâm thần
- b. Thực thể
- i. U đại trực tràng
  - ii. Đại trực tràng dài, lớn
  - iii. Viêm đại tràng mãn tính
  - iv. Trĩ, nứt hậu môn
  - v. Tổn thương thần kinh: hội chứng màng não tăng áp lực sọ não và bệnh tổn thương ở tuỷ sống

## **HỘI CHỨNG LÝ: (HỘI CHỨNG TRỰC TRÀNG – Syndrome rectale)**

### **1. Định nghĩa:**

- a. Bao gồm những rối loạn đại tiện và các cơn đau đặc biệt do tổn thương thực thể ở đại tràng và trực tràng gây nên.
- b. Bệnh nhân tống phân nhiều lần, mỗi lần ra ít phân, có khi không có phân, chỉ có nhầy và mủ.
- c. Đau quặn từng cơn dọc theo đại tràng, kèm theo phản xạ mót rặn, đau buốt ở hậu môn, bắt bệnh nhân phải ra ngồi cầu ngay nhưng phân có thể không có.

### **2. Nguyên nhân:** do tổn thương thực thể ở trực tràng và đại tràng Sigma, ảnh hưởng đến phản xạ tống phân.

- a. Ly amip
- b. Ly trực khuẩn
- c. Ung thư trực tràng
- d. Ung thư đại tràng Sigma
- e. U cạnh trực tràng: U xơ tiền liệt tuyến, U xơ tử cung.

Lý trực trùng và amip có khi bắt đầu bằng tiêu chảy, mặt khác hội chứng lý có thể gặp trong tiêu chảy do E. coli, hội chứng Fiessinger-Leroy-Reiter.

Trước một hội chứng lý kéo dài phải thăm và soi trực tràng để kịp phát hiện một u trực tràng.

## KHÁM LÂM SÀNG BỘ MÁY TIÊU HÓA:

Gồm có:

- Khám phần đầu ống tiêu hóa, miệng họng, thực quản.
- Khám hậu môn và trực tràng.
- Khám bụng là nơi chứa đại bộ phận của ống tiêu hóa, gan và tụy.

### 1) Khám phần tiêu hóa trên:

Theo truyền thống, miệng thuộc lãnh vực mô tả của mô khẩu xoang và họng thuộc tai mũi họng, nhưng một thăm khám tiêu hóa đầy đủ thì phải bắt đầu từ các tổn thương ở đây.

a) Môi:

- Màu nhạt trong thiếu máu, tím trong suy tim, suy hô hấp, môi son được mô tả trong xơ gan, tương phản với màu vàng nhạt của da và niêm mạc.
- Môi lớn trong bệnh to đầu chi.
- Nứt kẽ mép: thiếu vitamin nhóm B. Môi chẻ bẩm sinh, môi khô là dấu hiệu thiếu nước.

b) Miệng:

- Dùng đèn pin và đè lưỡi để quan sát có thể thấy các mảng đen trong bệnh Addison. Các vết loét do nhiễm khuẩn cấp. Lỗ ống Stenon sưng đỏ: quai bị
- Các u tuyến nước bọt. Hạt Koplik trong sởi (mặt trong má). Màng trắng của nhiễm nấm.

c) Lưỡi:

- Đóng bợn trắng do nhiễm khuẩn. Lưỡi đen trong các bệnh Addison, thiếu sinh tố PP, Urê máu cao.
- Lưỡi mất gai, nhợt nhạt trong thiếu máu. Các mảng dày và cứng màu trắng : Leukoplasia. Lưỡi lớn trong to đầu chi, suy tuyến giáp. Lưỡi teo một bên trong liệt thần kinh dưới lưỡi.

d) Lợi và răng:

- Nung mủ, tình trạng răng, răng đinh vít Hutchinson do giang mai bẩm

e) Họng:

- Chủ ý tìm amidan sưng to, có mủ, sùi vòm họng, liệt màng hầu, chẻ đôi.

2) **Khám hậu môn và trực tràng:**

a) Thường là phần cuối của khám lâm sàng, sau khám bụng. Có thể quan sát ngoài và thăm trực tràng bằng ngón tay mang găng. Khám bên ngoài có thể thấy trĩ ngoại, dò hậu môn, sa trực tràng, các u hạt viêm.

b) Khám trực tràng bằng ngón tay là động tác không thể thiếu. Kỹ thuật khám đã học trong phần triệu chứng ngoại và thực tập. Dùng găng hay bao ngón tay bôi trơn, đưa qua hậu môn vào trực tràng, các tuyến cùng tiền liệt tuyến ở nam giới, một phần tử cung ở nữ giới, xem xét có u cục bất thường... kết thúc khi rút găng khảo sát có máu không.

c) Trước một bệnh nhân có biểu hiện bất thường về tổng phân, sau khi ghi nhận lời khai của bệnh nhân, nên bảo bệnh nhân giữ phân lại để xem.

- Lợn phân lớn, nhỏ, dẹt.
- Độ cứng , mềm, phân nhão hay lỏng.
- Có máu bọc trong phân hay bọc ngoài phân. Phân màu nhạt (trong tắc mật, phân có nhầy hay váng mỡ)

## **KHÁM BỤNG VÀ PHÁT HIỆN GAN LỚN - CỔ CHUỐNG:**

Ở bụng ngoài ống tiêu hóa và gan, lách, tụ còn có các cơ quan khác (hạch, bộ phận sinh dục nữ...) do đó khi khám phải có hệ thống, phải biết mô tả chi tiết các dữ kiện tìm được theo vị trí các vùng ở ngoài da trước khi kết luận bất thường tìm thấy thuộc cơ quan nào. Trước khi khám ta cần nắm được:

1) **PHÂN KHU VÙNG BỤNG:**

a) Các điểm mốc: nũi ức, điểm thấp của khu sườn trước rốn, gai chậu trước trên, đường giữa, đường giữa đòn hay giữa cung đùi

b) Các điểm đau thông thường: Điểm túi mật Murphy bờ ngoài cơ thắt, bờ sườn phải. Điểm ruột thừa Mc. Burney 1/3 ngoài đường rốn gai-chậu trước trên. Vùng đầu tụ ống mật Chauffard Rivet. Điểm mũi ức. Điểm sườn lưng (sườn 12 cơ thắt lưng).

c) Các vùng: phân khu vùng bụng theo 2 cách 4 ô bên trái , dưới trái, trên phải,

d) Phân khu vùng bụng ( Hình 2 )

- Vùng thượng vị
- Vùng hạ sườn phải
- Vùng hạ sườn trái
- Vùng rốn
- Vùng mặng mõ phải
- Vùng mặng mõ trái
- Vùng hạ vị
- Vùng hố chậu phải
- Vùng hố chậu trái

\* Phía trước: kẻ 2 đường ngang: đường trên qua bờ sườn nơi có điểm thấp nhất; đường dưới qua 2 gai chậu trước trên

Kẻ 2 đường dọc ổ bụng : qua giữa bờ sườn và cung đùi (mỗi bên 1 đường)

Như vậy sẽ chia ổ bụng ra thành 9 vùng, 3 tầng mỗi tầng 3 vùng

\* Phía sau: là hố thắt lưng giới hạn bởi cột sống ở giữa, xương sườn 12 ở trên, mào chậu ở dưới.

e) Hình chiếu của các cơ quan trong bụng lên từng vùng:

• **Vùng thượng vị**

\* Thùy gan trái

\* Phần lớn dạ dày kể cả tâm vị, môn vị.

\* Mạc nối, gan, dạ dày trong đó có mạch máu và ống mật

\* Tá tràng

\* Tụy tạng

\* Đáy rối thai dương

\* Động mạch chủ bụng, động mạch thân tạng

\* Tĩnh mạch chủ bụng

\* Hệ thống bạch huyết

• **Vùng hạ sườn phải**

\* Thùy gan phải

\* Túi mật

\* Góc đại tràng phải

\* Tuyến thượng thận phải, cực trên thận phải

• **Vùng hạ sườn trái**

\* Lách

- **Vùng rõn:**

- \* Mạc nối lớn: không chỉ ở vùng này mà tỏa đi nhiều vùng trong ổ bụng
- \* Đại tràng ngang
- \* Ruột non
- \* Mạc treo ruột, trong đó có mạch máu của ruột
- \* Hệ thống hạch mạc treo và các hạch ngoài mạc treo
- \* Động mạch chủ bụng, động mạch thận 2 bên
- \* Tỉnh mạch chủ bụng

- **Vùng mang mỡ phải**

- \* Đại tràng lên
- \* Thận phải
- \* Ruột non

- **Vùng mang mỡ trái**

- \* Đại tràng xuống
- \* Thận trái
- \* Ruột non

- **Vùng hạ vị**

- \* Ruột non
  - \* Trục tràng và đại tràng sigma
  - \* Bàng quang
  - \* Đoạn cuối của niệu quản
- Ở phụ nữ có thêm bộ phận sinh dục: tử cung, 2 vòi trứng, dây chằng rộng, dây chằng tròn, động tĩnh mạch tử cung

- **Vùng hố chậu phải**

- \* Manh tràng
- \* Ruột non, chủ yếu là ruột cuối
- \* Ruột thừa
- \* Buồng trứng phải
- \* Động, tĩnh mạch chậu góc phải
- \* Hệ thống hạch bạch huyết
- \* Một phần cơ đáy chậu

- **Vùng hố chậu trái**

- \* Đại tràng sigma
- Ruột non (đoạn có túi thừa Meckel)
- \* Buồng trứng trái
- \* Động, tĩnh mạch chậu góc trái
- \* Hệ thống hạch bạch huyết

Sự phân khu trên đây chỉ là tương đối vì một số nội tạng có thể thay đổi bẩm sinh hoặc do mắc phải. Ví dụ: đảo ngược phủ tạng bẩm sinh, gan sẽ sang phải, dạ dày sang trái. Thận sẽ không nằm trong hố chậu bình thường, manh tràng, ruột thừa không nằm trong hố chậu phải mà ở vùng hạ sườn phải, v.v...

## 2) CÁCH KHÁM BỤNG:

a) Điều kiện khám phải tối ưu: đủ ánh sáng, ấm, bệnh nhân nằm ngửa thoái mái, được giải thích để hợp tác, người thầy thuốc có thể ngồi, độ cao thích hợp bên phải người bệnh. Tay người thầy thuốc không được ướt, sưởi ấm trước khi khám nếu khí hậu lạnh.

Khi khám phổi hợp nhìn, sờ, gõ, nghe. Vùng khám có thể bắt đầu tùy lúc, bắt đầu từ chỗ không đau, kết thúc ở chỗ đau. Khám có hệ thống, không bỏ sót, nhưng không bắt bệnh nhân phải thay đổi vị trí nhiều lần.

Để thuận tiện trong trình bày, ở đây ta mô tả cách khám qua nhìn, sờ...

### b) Quan sát (nhìn):

Da bụng, các nếp nhăn của da, cử động theo nhịp thở. Hình thái bụng lõm hình thuyền (suy kiệt) bụng căng phình do chướng hơi, nước hay khối u, tình trạng rốn, tình trạng ở các chỗ thoát vị thông thường, các vết sẹo, các nhu động thấy được – (dấu rắn bò) các tĩnh mạch bụng hạch.

c) Sờ nắn là phần quan trọng nhất: dùng cả bàn tay, không nên chỉ dùng các ngón tay hay một ngón, khám thật nhẹ nhàng từ vùng nông đến vùng sâu, vùng không đau trước vùng đau, theo mỗi nhịp thở của bệnh nhân để cảm nhận các bất thường có thể gặp được: khối u đau, đề kháng thành bụng, có thể dùng bàn tay kia phổi hợp đẩy từ sau ra trước ở 2 hố hông để nhận rõ hơn, hay dùng một bàn tay áp sát thành bụng, bàn tay kia chống lên và ấn xuống để tạo áp lực, với bụng chướng, không rõ hơi hay nước, ta ghi nhận độ cứng, mềm, mức đòn hồi và dấu hiệu sóng võ hay đá cục phổi hợp với gõ.

Sờ nắn đúng phương pháp ta có thể:

- Tìm được các điểm đau (viêm ruột thừa, viêm túi mật...) trong viêm phúc mạc, có điểm đau khi thả ra (đau giảm áp)
- Tình trạng cơ bụng: gò cứng và phản ứng.
- Các cơ quan bình thường sờ được động mạch bụng, thân các đốt sống L3–L5, bờ dưới gan, cực dưới thận và bất thường: gan, lách lớn, lượng nước, tử cung và phần phụ, thủng đại tràng hay khối u.
- Có một khối sờ được bất thường, trước khi kết luận cơ quan nào, ta cần mô tả vị trí, kích thước tính chất bờ ngoài, độ cứng mềm, đau hay không đau

d) Gõ:

- Bình thường ta có vùng âm trống Trauble dưới bờ sườn trái của túi hơi dạ dày, vùng đục trước gan.
- Gõ vang toàn bộ: bụng chướng hơi.
- Gõ đục và âm đục chuyển về vùng thấp khi thay đổi vị trí cổ chướng, vùng đục của khối u, mất vùng đục ở gan do thủng tạng rỗng

e) Nghe: Ít quan trọng nhưng không nên bỏ sót. Đặt ống nghe lên thành bụng ta có thể nhận biết:

- Âm ruột: giảm trong liệt ruột, tăng, có thanh cao trong các trường hợp nghẽn ruột.
- Âm thổi của hép động mạch chủ hay phình động mạch chủ bụng, âm tim thai và nhau.
- Trong hép mòn vị, có tiếng óc ách của dịch dạ dày ứ lại khi đói.

## KHÁM PHÁT HIỆN CỔ CHƯỚNG

1. **Định nghĩa:** là sự tích tụ dịch trong khoang màng bụng.

Khối lượng dịch có thể nhiều hay ít và người ta có thể chia ra:

- + Cổ chướng tự do hay toàn thể: khi dịch chiếm toàn ổ bụng và tự do di chuyển trong toàn ổ bụng.
- + Cổ chướng khu trú: khi chất dịch bị giới hạn vào một phần hoặc một vị trí nào đó trong ổ bụng.

2. **Thăm khám phát hiện cổ chướng:**

a. Nhìn:

- Tùy lượng dịch trong ổ bụng; tùy theo cổ trướng khu trú hay tự do mà hình dáng bụng khác nhau từ không thay đổi gì cho đến bụng phình to căng, bè ra khi nambi kèm rốn đầy, phẳng hoặc lồi ra.

- Tuần hoàn bằng hệ

b. Sờ :

- Dịch ít không thấy gì đặc biệt.

- Dịch trung bình, nhiều và tự do bụng căng nhiều hoặc ít tùy lượng dịch.
- **Tìm dấu hiệu sóng vỗ** thấy dương tính: người phụ chấn bàn tay lên đỉnh ổ bụng, người khám lấy 1 bàn tay áp vào một bên thành bụng, tay kia vỗ nhẹ hoặc búng vào thành bên đối diện, se? thấy có cảm giác sóng dội vào lòng bàn tay bên đối diện,
- **Tìm dấu hiệu cục đá nổi:** lấy tay ấn nhanh vào thành bụng, sẽ đụng vào một vật cứng rồi biến mất ngay, giống như cục nước đá hoặc quả trứng nổi trong nước. Dấu hiệu cục đá dương tính chứng tỏ có một khối u tự do nổi trong dịch cổ trường (thường là lách to).

- Cổ trường khu trú: Thành bụng chổ mềm chổ căng hoặc cứng. Dấu hiệu sóng vỗ cũng có thể dương tính (+) nếu dịch nhiều.

c. Gõ: Là phương pháp xác định cổ trường quang trọng nhất. Có nhiều cách gõ:

- \* Theo hình nan hoa, vành xe đạp mà rốn là trung tâm.
- \* Gõ theo đường song song theo chiều dọc bắt đầu từ đường trắng gõ-a.
- \* Gõ theo đường song song theo chiều ngang từ thượng vị xuống. Cần gõ 2 tư thế nằm ngửa rồi nằm nghiêng 2 bên.

**- Kết quả:**

\* Lượng dịch ít: Vùng đục ở thấp vùng trong ở trên, vùng đục thường bé, vùng trong rộng hơn, khi thay đổi tư thế nằm nghiêng 2 bên sẽ thấy hiện tượng này rõ hơn. Nếu lượng dịch quá ít phải để bệnh nhân ở tư thế nửa nằm nửa ngồi cho dịch tập trung xuống vùng hạ vị, hoặc bảo bệnh nhân nằm xấp chổng 4 chi, dịch sẽ tập trung vùng rốn, gõ ở đó sẽ thấy đục.

\* Lượng dịch trung bình, nhiều và tự do: Hiện tượng vùng dịch ở thấp, vùng trong ở trên càng rõ, càng nhiều dịch càng rõ. Vùng đục rộng, vùng trong hẹp khu trú ở rốn hoặc thượng vị. Giới hạn vùng đục, vùng trong ở tư thế nằm ngửa là một đường cong quay xuống phía hạ vị.

\* Cổ trường khu trú: vùng đục vùng không thay đổi khi thay đổi tư thế bệnh nhân.

## KHÁM BỤNG PHÁT HIỆN GAN TO

- Nhìn bụng ở tư thế nằm ngửa và tư thế đứng, phát hiện một số triệu chứng:

+ Cổ trường  
+ Tuần hoàn bằng hệ  
+ Vùng hạ sườn phải cao:

Nếu gan to nhiều làm vùng hạ sườn phải nhô cao và vùng thượng vị củng nhô

cao. Thành bụng quá mỏng có thể nhìn thấy vùng lồi lõm gồ cao ở vùng gan.

+ *Túi mật to*: Ở vị trí túi mật nhìn thấy khối tròn gồ cao di động theo nhịp thở giống như bóng đèn đáy tròn

- **Sờ bụng:**

(1) Sờ gan theo phương pháp di động đầu ngón tay theo nhịp thở. Khi hít vào sâu bờ dưới của gan hạ thấp trượt trên đầu ngón tay khi thở ra gây cảm giác giúp nhận định về tính chất của gan và túi mật.

\* Sờ vào bờ gan và mặt gan nhẵn hay gồ ghề

\* Mật độ gan mềm, chắc hay rắn.

\* Án vào gan có cảm giác đau không. Nếu gan to, tìm vị trí đau nhất hoặc ấn dọc theo khoang liên sườn tương ứng với vị trí của gan ở mạn sườn phải để tìm điểm đau, tìm dấu hiệu ấn lõm do phù khu trú.

(2) Sờ gan ở tư thế nằm ngửa hoặc nằm nghiêng trái. Nguyên tắc sờ theo bờ dưới phía trước của gan.

Nhận định tính chất bờ gan:

\* Khuôn hình bờ gan

\* Mềm mại, chắc

\* Bờ tròn nhọn, sắc

\* Mật độ gồ hay nhẵn

Ở người bình thường chỉ có thể sờ thấy bờ gan ở cạnh ức phải

Nên sờ gan vào lúc đói để tránh nhầm với vòng cung của dạ dày

Ở bệnh nhân có cổ trướng. Phải chọc tháo bớt nước cổ trướng để thành bụng mềm mại dễ phát hiện gan và bờ gan. Nếu bụng có nhiều nước cổ trướng tìm dấu hiệu nước đá nổi khi có gan to.

- **Gõ bụng**

Phương pháp gõ bụng xác định ranh giới phía trên và phía dưới của gan.

Gõ gan theo qui tắc định vị:

\* *Ranh giới tuyệt đối phía trên*

Gõ thẳng đứng xác định ranh giới giữa tiếng trong của phổi và tiếng đục của gan.

Gõ theo ngón tay giữa, dọc theo các khoang liên sườn. Xác định bờ trên của gan:

Theo đường cạnh ức phải: liên sườn 5

Theo đường giữa xương đòn: liên sườn 6

Theo đường nách trước: Liên sườn 7

\* *Ranh giới phía dưới*: xác định bờ dưới của gan

Nên gõ nhẹ vì gan tiếp cận với các cơ quan tạng rỗng (dạ dày, ruột). Gõ theo tư thế nằm ngang, ngón tay đặt song song với bờ sườn từ rốn lên khi nghe tiếng trong di chuyển dần lên phía trên đạt tới tiếng gõ đục. Đánh dấu vị trí gan, xác định giới hạn đục của gan, vẽ bờ dưới của gan

Bình thường ranh phía dưới của gan vòng theo cung của bờ sườn không vượt quá bờ sườn, ở dưới mũi ức cạnh đường ức phải 2cm. không vượt quá đường cạnh

trước, trái.

Vị trí dưới của gan có thể khác nhau, do hình dạng lồng ngực thay đổi. Lồng ngực có thành cao thì bờ dưới của gan nằm ở vị trí cao hơn. Khi lồng ngực xẹp (trong trường hợp bệnh lý của phổi, hoặc dị dạng lồng ngực), bờ dưới của gan bị đẩy xuống thấp. Cần xác định kích thước của gan theo diện đục ở bờ trên và bờ dưới.

Bình thường diện đục của gan:

- \* Theo đường nách trước phải từ 10 – 12 cm
- \* Theo đường giữa xương đòn phải 9 – 11cm
- \* Theo đường cạnh ức phải 8 – 11cm

#### ***Chẩn đoán gan to:***

Muốn chẩn đoán gan to phải xác định ranh giới vùng đục tuyệt đối của gan, kết hợp với sờ bụng để xác định bờ gan.

Trong khi khám gan, bụng có cổ trướng căng hoặc trướng hơi, bờ trên của gan cũng có thể bị đẩy lên cao

Một số vị trí đặc biệt của gan:

Ở một số người bình thường tùy theo vị trí và tư thế của gan mà bờ dưới của gan có thể thay đổi.

- \* Gan nằm đổ ra phía sau. Bờ dưới của gan lên cao. Chiều cao của gan ngắn hơn bình thường, nên tuy gan to vẫn không sờ thấy gan.
- \* Gan đổ ra phía trước. Bờ gan xuống thấp – khi khám gan có thể sờ thấy bờ của gan mấp mé bờ sườn.
- \* Gan nằm chêch theo cung sườn nên khi bệnh nhân hít vào sâu đẩy vòm hoành xuống cũng có thể sờ thấy gan mấp mé bờ sườn

#### ▪ **Nghe gan:**

Trong chẩn đoán bệnh lý của gan mật. Phương pháp nghe ít có giá trị, tuy nhiên chỉ có một số ít trường hợp bệnh lý của gan có thể dùng ống nghe để. Nghe:

- + Tiếng thổi tâm thu hoặc tiếng thổi liên tục do có sự tăng sinh quá mức của mạch máu trong các bệnh ác tính của gan.
- + Tiếng ồn do cọ xát phúc mạc với mặt gan trong viêm nhiễm quanh gan.

▪ **Gan đau:** Khi khám gan, sờ ấn vào gan bệnh nhân cảm thấy đau là dấu hiệu đặc trưng của bệnh viêm nhiễm của gan hoặc gan bị căng do ứ máu làm vỏ gan bị kích thích gây đau.

- + Đau trong áp xe gan, ung thư gan (tìm thấy vị trí đau khi sờ ấn)
- + Gan đau tức trong gan to do suy tim.

## **CÁC PHƯƠNG PHÁP CẬN LÂM SÀNG BỘ MÁY TIÊU HÓA**

### I) **CÁC PHƯƠNG PHÁP THĂM DÒ HÌNH THÁI:**

#### A) X QUANG:

- X quang bụng đứng không sửa soạn

- (1) Tìm liềm hơi dưới hoành
- (2) Tìm mứ c nước mức hơi
- (3) Tìm cơ hoành và di động của nó
- (4) Tìm sỏi cản quang: mật tụy, thận...
  - Chụp ống tiêu hóa với thuốc cản quang
  - Chụp đường mật bằng uống hoặc tiêm thuốc cản quang vào mạch máu
- (1) Chụp mật, tụy ngược dòng qua nội soi (ERCP) Chụp đường mật xuyên gan qua da (PTC)

### B) NỘI TẠNG

- Mục đích:
- (1) Chẩn đoán
- (2) Điều trị
- Các phương pháp nội soi
  - (1) Soi ổ bụng (Laparoscopy)
  - (2) Nội soi bằng ống mềm: thực quản, dạ dày, tá tràng, đại tràng, rực tràng.

### C) SIÊU ÂM BỤNG (ULTRASOUND)

### D) CHỤP ĐIỆN TÓAN CẮT LỚP (CT SCAN)

### E) CỘNG HƯỞNG TỪ HẠT NHÂN (MRI)

### F) GHI HÌNG BẰNG PHÓNG XẠ (SCINTIGRAPHY)

### G) SIÊU ÂM NỘI SOI

## II) CÁC PHƯƠNG PHÁP THĂM DÒ GIẢI PHẪU BÊNH

### A) PHƯƠNG PHÁP SINH THIẾT (BIOSY)

Phải thực hiện dưới kiểm tra của nội soi để biết nơi cần sinh thiết

### B) PHƯƠNG PHÁP TẾ BÀO HỌC (CYTOLOGY)

Chỉ lấy được những tế bào đã bong rời ra khỏi tổ chức

## III) CÁC PHƯƠNG PHÁP XÁC ĐỊNH NGUYÊN NHÂN Tìm tác nhân gây bệnh: vi rús, vi khuẩn, ký sinh trùng, nấm...

## IV) CÁC PHƯƠNG PHÁP THĂM DÒ CHỨC NĂNG

## ĐAU BỤNG

Là triệu chứng thường gặp nhất trong bệnh lý tiêu hóa và cấp cứu. Phân tích kỹ hơn cơn đau phối hợp với thăm khám, ta có thể có những định hướng đúng để xử trí khẩn cấp hay tiến hành chẩn đoán thêm.

### I) Mô tả và phân tích cơn đau:

Bệnh nhân khai có cơn đau bụng: ta để họ mô tả kể lại nhưng thường không đầy đủ. Sau đó ta phải hỏi thêm để biết hết các yếu tố liên hệ.

A) *Vị trí cơn đau*: mô tả lại theo phân tích và khi khám, có thể phù hợp với các bệnh lý các cơ quan khác nhau

- Dưới sườn phải: Túi mật, đường mật, gan, thận phải
- Dưới sườn trái: Tụy, góc trái đại tràng ngang, thận trái
- Thượng vị: dạ dày, đại tràng ngang
- Hố chậu phải: manh tràng, ruột thừa
- Hố chậu trái: Đại tràn Sigma
- Cổ điển người ta mô tả (số điểm đau của nội tạng)
- Điểm túi mật: giao điểm của bờ sườn trái với đường rãnh náu vai.
- Vùng đầu tụy ống mật Chauffard Rivet, phân giác trên của góc trên phải, cách rốn 3cm
- Điểm ruột thừa Mc Burney: 1/3 ngoài của đường nối của gai chậu trước trên phải và rốn.

### B) *Hướng lan*: Đặc thù cho một số bệnh

- Đau dạ dày lan lên ngực và lưng
- Đau vùng gan lan lên vai phải và lưng phải
- Đau thận lan ra trước bụng và hướng xuống theo mặt trong đùi
- Đau tụy lan ra lưng trái

### C) *Tính chất và cường độ cơn đau*:

• Nhẹ chỉ có cảm giác đầy bụng cho đến đau lâm râm âm ỉ. Ở mức độ nặng hơn ta có cơn đau thật sự với các tính chất khác nhau:

- Đau như dao đâm (thủng dạ dày) xuyên từ trước ra sau
- Đau như xoắn vặn
- Đau nóng như đốt, cảm giác bỏng (Brulure)
- Đau quặn là cơn đau xảy ra từng đợt (colique): ở một vị trí nhất định tăng lên rồi giảm dần trong một thời gian ngắn, sau đó lại tái hiện do sự dãn đột ngột

D) *Hoàn cảnh xuất hiện:*

- Có thể đột ngột, không có yếu tố phát khởi hoặc sau khi ăn đặc biệt (mỡ, dầu, ruột). Sau khi di chuyển trên đoạn đường xóe, liên hệ đến các kỵ kinh...
- Cơn đau dạ dày tá tràng xảy ra sau khi ăn
- Cơn đau quặn ruột thường xảy ra lúc sáng sớm
- Đối với cơn đau dạ dày, sự xuất hiện có tính cách chu kỳ (3 lần trong ngày sau khi ăn, tái phát vào mùa lạnh, từng đợt. Đợt kéo dài 2-3 tuần)
- Đau sỏi mật: đau quặn thắt thường sau khi ăn mỡ. Cơn đau không kéo dài

E) *Các biến đổi tăng giảm*

- Do thức ăn hay thuốc antacid (loét dạ dày trá tràng)
- Tăng lên do thức ăn: rượu dấm, thuốc aspirine
- Giảm sau khi ói, đi cầu
- Vị thế giảm đau

F) *Các biểu hiện kèm theo:* nôn tiêu chảy vàng da, sốt tiểu máu, tiểu đục, kinh nguyệt giúp định hướng rõ cơ quan bị đau

G) *Các yếu tố liên hệ đến tiền sử:*

- Nghề nghiệp: ngộ độc chi.
- Tiền sử các lần đau trước
  - (1) Các bệnh đã mắc: kiết ly, giang mai
  - (2) Các chẩn đoán đã có trước

II) “KHÁM MỘT BỆNH NHÂN ĐAU BỤNG PHẢI TOÀN DIỆN” không được bỏ sót một hệ thống nào, đặc biệt chú trọng đến:

A) *Số dấu hiệu toàn thân*

- Tình trạng sốc: mạch nhanh, hay gấp; viêm tụ cấp, thủng dạ dày, thai giàn tử cung vỡ, viêm phúc mạc, xuất huyết nội
- Vàng da kết mạc: gan, mật
- Suy mòn: lao, ung thư
- Tình trạng nhiễm khuẩn: áp xe gan, viêm phúc mạc

B) *Dấu hiệu khi khám bụng:*

- Tìm các điểm đau cổ điển:

- (1) Mc. Burney
- (2) Điểm sườn lưng
- (3) Điểm niệu quản trên và giữa
- (4) Nghiệm pháp Murphy

- Dấu kích thích phúc mạc: thành bụng không di động theo nhịp thở, gò cứng, đau giảm áp, dấu rắn bò

- Không bỏ sót hăm trực tràng và âm đạo. Trực tiếp xem phân, chất nôn và nước tiểu.

C) Làm các xét nghiệm vận lâm sàng theo định hướng:

- Chụp phim
- Siêu âm
- Xét nghiệm

D) Kết thúc khám ta phải phân biệt được 3 loại đau bụng:

- Đau bụng có tính chất cấp cứu ngoại khoa: diễn tiến nhanh chóng đưa đến tử vong nếu không chẩn đoán và can thiệp kịp thời

- (1) Thủng dạ dày
- (2) Tắc ruột
- (3) Viêm ruột thừa
- (4) Thai ngoài tử cung
- (5) Viêm túi mật cấp
- (6) U nang buồng trứng xoắn

- Đau bụng cấp cứu nội khoa: Cơn đau trội lên của một tình trạng đau bụng kéo dài, tiền sử các lần đau trước: viêm ruột cấp, loét dạ dày tá tràng cần chú ý các tình huống biến chứng có thể chuyển qua nhóm trước

- (1) Cơn đau dạ dày cấp trên (viêm, loét)
- (2) Cơn đau quặn gan
- (3) Apxe gan
- (4) Sỏi mật, viêm túi mật, giun chui ống mật
- (5) Đau bụng kinh (thống kinh)

- (6) Viêm đại tràng cấp do Amip
- (7) Đau bụng do dị ứng, thiếu calci máu nhiễm khuẩn
- (8) Viêm ruột cấp Cơn đau quặn thận
  - Đau bụng mãn tính: diến tiến kéo dài hàng tuần cho đến hàng tháng
- (1) Loét dạ dày tá tràng
- (2) Giun
- (3) Sỏi mật
- (4) Viêm đại tràng mãn
- (5) Lao ruột
- (6) Viêm phì phổi
- (7) Các khối u ở bụng

### III) Mô tả một số đau bụng nội khoa

#### A) Đau loét dạ dày tá tràng:

Ở thượng vị lói ra lưng, cột sống và dưới sườn trái, xảy ra sau bữa ăn 1-2 giờ, đỡ đau sau khi ăn, uống thuốc kiềm, đau như xoắn vặn, nhẹ thì có cảm giác cồn cào, đói. Mỗi đợt đau kéo dài 2-3 tuần, trong đó bệnh nhân có cơn đau như in lặp lại hàng ngày.

Trong biến chứng thủng dạ dày có cơn đau cấp mạnh như xuyên từ trước đến sau, kèm theo dấu kích thích phúc mạc

#### B) Cơn đau quặn gan:

Đau ở dưới sườn phải, lói lên ngực hay vai phải, cơn đau xảy ra đột ngột về đêm, sau các bữa ăn nhiều mỡ, chất béo. Đau như ép, xảy ra từng đợt ngắn làm bệnh nhân phải gấp người ra trước, không giám cử động hay thở mạnh, kèm theo buồn nôn, nôn, chướng hơi. Cơn đau kéo dài vài giờ rồi hết hay tái phát sau 24-48 giờ có thể có vàng da, nước tiểu sậm màu, sốt. Ít khi cơn đau kéo dài quá 3 ngày.

#### C) Cơn đau đại tràng:

Khu trú ở một đoạn đại tràng hay dọc theo khung đại tràng, với cảm giác căng đau kèm sình hơi toàn bộ, giảm đi sau khi tiêu chảy hay thoát hơi

# BÁNG BỤNG

*Thời gian :30 phút*

*Mục tiêu : 1 Phân biệt được dịch thấm với dịch tiết*

*2 N้ำm được SAAG.*

*3 Kể được nguyên nhân báng bụng.*

**1 KHÁM PHÁT HIỆN BÁNG BỤNG :** xem trong phần khám bụng.

**2 CHẨN ĐOÁN :**

- **CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH :**

Lâm sàng

Cận lâm sàng: đưa vào siêu âm và chọc dò màng bụng.

- **PHÂN BIỆT DỊCH THẤM VỚI DỊCH TIẾT:**

	Dịch thấm	Dịch tiết
Đạm DMB	<25 G/L	>25 G/L
Đạm DMB/máu	<0,5	>0,5
LDH DMB/máu	<0,6	>0,6
LDH DMB	<2/3 LDH máu	>2/3 LDH máu

(giới hạn trên bình thường)

\* **PHÂN LOẠI DỰA VÀO ĐỘ CHÊNH ALBUMIN GIỮA HUYẾT THANH VÀ DỊCH BÁNG (SAAG :Serum- Ascites Albumin Gradient).**

SAAG = Albumin máu - Albumin DMB

SAAG > 1,1 G/L : có tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

SAAG <1,1 G/L : Không có tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

- **CHẨN ĐÓAN NGUYÊN NHÂN:**

a) Dịch thấm:

Xơ gan , viêm gan mãn.

Suy tim phổi

Hội chứng thận hư

Suy dinh dưỡng

b) Dịch tiết:

Viêm nhiễm Vi trùng thường (viêm phúc mạc thứ phát)

Lao

Siêu vi

Viêm không nhiễm : lupus...

Không viêm : ung thư (ung thư màng bụng nguyên phát, thứ phát)

Cổ chướng dưỡng chấp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

Harrison principles of internal medicine

Clinical hepatology

Clinical Laboratory Dianostics.

# XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA

## THỜI GIAN : 1 GIỜ

*Mục tiêu: 1 Kể các triệu chứng lâm sàng của XHTH*

*2 Phân biệt được XHTH trên và dưới*

*3 Biết cách phân độ nhẹ, vừa, nặng XHTH*

*4 Kể được nguyên nhân XHTH trên và dưới.*

## I ĐỊNH NGHĨA

Chảy máu trong ống tiêu hóa

XHTH trên : do tổn thương từ miệng thực quản đến tá tràng

D4, phía trên dây chằng Treitz.

XHTH dưới .....từ góc Treitz trở xuống.

## II TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

## 1.Nôn ra máu: (XHTH trên)

Màu sắc tùy thuộc vào nồng độ HCL, thời gian máu đọng, số lượng máu mất.

Màu đỏ tươi ,đỏ sậm, cafe (hematin).

Ống thông mũi dạ dày :25% không có máu

## 2. Đi cầu phân đen:

Tính chất : đen như than, dính như hắc ín, có mùi hôi đặc trưng. Phân biệt với sau uống sắt, bismuth, cam thảo..

## 3. Đi cầu ra máu: (thường XHTH dưới)

Có thể gặp trong XHTH trên (10%) trong trường hợp chảy máu nhanh nhiều, thường có choáng.

XHTHX trên có 1và 2 hay chỉ 2 đơn thuần.

## 4 Các triệu chứng mất máu

\*Biểu hiện toàn thân

\*DHST : M nhanh (lo âu, thần kinh giao cảm, mất máu...)

HA (có thể bình thường, tăng, giảm, tụt HA tư thế )

## III CLS

### 1Thay đổi về huyết học

-Hct, Hb, số lượng hồng cầu : (hiện tượng bù trừ , hiện tượng pha loãng máu: vài giờ-36 giờ) giảm.

-Tiểu cầu, bạch cầu tăng nhẹ, trở về bình thường sau vài ngày.

### 2 Thay đổi về sinh hóa

-Ure máu tăng (XHTH trên)

### 3 Nội soi tiêu hóa-XQ

3.1 XHTH trên :

- Nội soi DDTT ( > 90% xác định được nguyên nhân gây chảy máu, ngoài ra còn giúp xác định vị trí đang chảy hoặc dấu hiệu chảy máu trước đó , tiên lượng , điều trị )

- XQ DDTT cản quang ( hạn chế )

- Chụp động mạch mạc treo chọn lọc ( 50-70 % ) ⇔ điều trị ngưng chảy máu bằng cách thuyên tắc mạch ( chỉ có giá trị trong trường hợp chảy máu động mạch, tốc độ chảy > 0.5% ml/ phút)

### 3.2 XHTH dưới

- Nội soi trực tràng
- Nội soi đại tràng ( nhưng có thể không thực hiện được khi CM nhiều )
- Chụp khung đại tràng cản quang : ít có vai trò trong trường hợp đang chảy.
- Chụp ĐM

### IV CHẨN ĐOÁN

#### 1. Có XHTH không ?

TC lâm sàng + ống thông mũi DD

( thăm trực tràng )

#### 2. XHTH trên hay dưới ?

	XHTH trên	XHTH dưới
TCLS	:Ói ra máu / phân đen	Đi cầu ra máu
Ống thông mũi dd :	Ra máu	Không ra máu
BUN / CREATININ	Tăng	BT
Nhu động ruột	Tăng	BT
⇐	Nội soi DDTT	Nội soi HMTT-ĐT

#### 3. Mức độ XHTH

Nhẹ	Trung bình	Nặng
Các DHST có thể thay đổi 100-120 l/p khi bồi		M > 120 L/p      nhẹ , nhưng sau
hoàn dịch ⇐ bthường	HA > 90mmHg ( tụt HA tư thế )	HA < 90mmHg ( kẹp )
Hct > 30%	Hct 20-30 %	Hct < 20%
		Biểu hiện toàn thân

- ❖ Đối với người già , có bệnh lý tim mạch , phổi mãn tính Hct < 25% ⇐ nặng
- ❖ Biểu hiện toàn thân : tái xanh , thở nhanh nông , RLTG , thiếu niệu ....

#### 4. Nguyên nhân

Nội soi tiêu hóa.

#### 4.1 NN XHTH trên

- Chảy máu từ TQ : Vỡ giãn TMTQ
  - Viêm TQ
  - Loét TQ ( viêm thực quản trào ngược )
  - HC Mallory - weig: rách vùng nối TQ-DD
- Chảy máu từ DD-TT
  - Loét DD-TT
  - Viêm DD-TT
  - Nguyên nhân khác : K , thoát vị hoành ....

#### 4.2 XHTH dưới

- Sang thương HM : trĩ
- Sang thương trực tràng : chấn thương , viêm
- Sang thương đại tràng , ruột non : viêm loét , K, polyp , túi thừa , bệnh mạch máu .

#### 5. Còn chảy máu hay không ?

- LS : ói máu , phân đen , dấu hiệu sinh tồn.
- CLS : Hct
- Nội soi

#### 6. Yếu tố thúc đẩy XHTH

- Thuốc : Aspirin , kháng viêm nonsteroide , corticoid ....
- Rượu
- Thuốc lá
- Nhiễm Helicobacter- pylori

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

Triệu chứng học ngoại khoa.

### **HARRISON PRINCIPLES OF INTERNAL MEDICINE.**

Gastrointestinal disease.

Gastroenterology.

# **HỘI CHỨNG**

## **TĂNG ÁP LỰC TĨNH MẠCH CỦA**

### ***MỤC TIÊU :***

1. *Kể được các triệu chứng lâm sàng của hc taltmc.*
2. *Mô tả được triệu chứng tuần hoàn bàng hạch cửa chủ, phân biệt với tuần hoàn bàng hạch chủ chũ, tĩnh mạch dưới da.*
3. *Nêu được các nguyên nhân gây tatmc.*

### **ĐỊNH NGHĨA**

Tăng áp cửa là một hội chứng thường gặp được đặc trưng bởi sự tăng áp tĩnh mạch cửa (TALTMC) mãn tính. Áp lực TMC bình thường là 10-15 cm nước hay 7-10 mmHg. TALTMC khi áp lực TMC > 30cm nước hay 15 mmHg.

**TALTMC dẫn đến sự tạo thành những tuần hoàn bàng hạch (THBH) để đưa máu từ hệ cửa vào hệ chủ không qua gan. Tuần hoàn bàng hạch cửa chủ này được tạo thành từ những kẽm TM nối hệ TMC với TM chủ trên và dưới**

**(bình thường các kênh TM này được đóng, chỉ mở ra và kéo dài khi có TALTMC ).**

Các triệu chứng của HC TALTMC bao gồm giãn TM thực quản-phình vị ( gây ra biến chứng quan trọng nhất là XHTH trên do vỡ dãn TM TQ), báng bụng, lách to (có thể có cưỡng lách), trĩ . Ngoài ra, còn có những biểu hiện khác như bệnh nǎo do gan, rối loạn chuyển hóa thuốc và các phức hợp nội sinh, nhiễm trùng máu.

### NHẮC LẠI GIẢI PHẪU

TMC được hợp thành bởi :

- (1) TM mạc treo tràng trên nhện máu từ tất cả các TM của ruột non, manh tràng, đại tràng lên, đại tràng ngang.
- (2) TM lách nhện máu từ những nhánh TM nhỏ nuôi thân và đuôi tụy
- (3) TM mạc treo tràng dưới nhện máu từ trực tràng và đại tràng xuống.

TMC vào gan chia thành 2 nhánh phải và trái, rồi tiếp tục được chia nhỏ dần cho đến tận xoang gan, rồi từ đó máu được đổ vào các TM trung tâm tiểu thùy, các TM này tập hợp lại thành TM trên gan , cuối cùng đổ vào TM chủ dưới về tim. TMC đem lượng máu vào gan nhiều nhất : 95% lượng máu các tạng trong ổ bụng đều phải qua gan theo hệ cửa trước khi về tim.

Khi TMC bị cản trở có 3 vòng nối TM Thực quản Dạ dày, TM Hậu môn Trực tràng, TM thành bụng trước để đưa máu từ hệ cửa vào hệ chủ.

### CƠ CHẾ BỆNH SINH

$$\sigma P = Q \times R$$

Q : lưu lượng máu trong hệ cửa

R : kháng lực mạch máu của hệ cửa

$\sigma P$  : độ chênh áp lực cửa

Áp lực TMC có thể tăng lên do tăng lượng máu đến hệ cửa( lách quá to, máu từ lách đổ về quá nhiều hay trường hợp có dò động tĩnh mạch), hay tăng kháng lực mạch máu (trường hợp có tắc nghẽn ) hay cả hai.

### NGUYÊN NHÂN

#### *Trước gan*

Huyết khối TM lách

Huyết khối TM cửa

Hẹp bẩm sinh TMC

Chèn ép TMC từ bên ngoài

Cavernomatosis (u nang) của TMC đây là một dạng bẩm sinh

### **Trong gan**

Viêm gan rượu

Viêm gan mãn hoạt động

Viêm gan siêu vi cấp với hoại tử đa thùy

### **Xơ gan**

Ung thư tế bào gan hay do di căn

Xơ gan ứ mật nguyên phát, xơ gan bẩm sinh

### **Gan đa nang**

Sán lá gan

Tăng áp cửa nguyên phát

Tắc nghẽn TM trong gan

Sarcoidose, amyloidosis, mastocytosis...

### **Sau gan**

HC Budd-Chiari (tắc TM trên gan)

Huyết khối TM chủ dưới

Viêm màng ngoài tim co thắt

Bệnh van 3 lá

Bệnh cơ tim BS nặng

Suy tim phải

### **Nguyên nhân khác**

Dò động mạch – tĩnh mạch (trong lách, chủ-mạc treo, động mạch gan-tĩnh mạch cửa).

## **LÂM SÀNG**

**Tuần hoàn bụng hệ ở bụng:** THBH cửa cần phân biệt với TM bình thường và THBH khác.

Những TM nhỏ đôi khi thấy được trên thành bụng ở người bình thường, hiếm khi thấy ở người mập. Những TM ở bụng dưới thường chảy xuống háng để nối với hệ TM chậu đùi, những TM ở bụng trên hướng chảy lên trên để đổ vào TM thành ngực và TM nách. Những TM thành bụng thấy rõ khi căng da ra.

Trong TALTMC trong gan thường do xơ gan, những TM cạnh rốn (para-umbilical veins) sẽ đem máu từ nhánh trái của TM cửa qua rốn đến những TM thành bụng tỏa ra từ rốn. Những TM này nổi to, ngoằn ngoèo, chỉ thấy rõ nhất ở những nơi cách xa rốn.

Khi áp lực quá tăng, TM vùng quanh rốn có thể nổi to tạo thành hình đầu sứa(caput medusae), dấu hiệu này rất hiếm gặp.

Những TM cạnh rốn cũng có thể cung cấp những TM nhỏ đi vào thành trực tràng để đến bì mặt, rồi đưa máu chảy hướng lên trên. Những THBH này thường thấy rõ ở gần đường giữa trên rốn.

Nếu những TM thành bụng được nhìn thấy rõ có nguồn gốc ở hệ TM rốn, TALTMC là do những bất thường lan tỏa trong nhu mô gan, và sự tắc nghẽn phải ở sau nhánh trái của TMC.

Trong trường hợp tắc TMC ngoài gan điển hình, không có THBH rốn trên thành bụng.

Khi tắc TM chủ dưới, TM thành bụng cũng nổi rõ nhưng khác với THBH cửa ở chỗ (1) Những TM dãn to này có hướng chảy lên trên từ bụng dưới và chân không phải từ rốn, thường nổi rõ nhất ở 2 bên thành bụng (2) hướng chảy các TM này đều hướng lên trên, ngay cả TM ở bụng dưới, khác với THBH rốn hướng chảy các TM bình thường; nghĩa là các TM ở bụng trên hướng chảy lên trên, TM ở bụng dưới hướng chảy xuống dưới. THBH do tắc TM chủ dưới còn thấy vùng lưng.

TM thành bụng cũng có thể thấy 1 bên bụng do tắc TM chậu đùi.

Không thấy THBH cũng không loại trừ TALTMC.

#### **Dẫn TM TQ-phình vị:**

Được phát hiện khi chụp X quang thực quản cản quang hay nội soi thực quản bằng ống soi mềm.

Biến chứng nguy hiểm nhất là vỡ và gây XHTH trên ô ạt.

Không thấy giãn TMTQ cũng không cho phép loại trừ TALTMC.

#### **Trĩ**

Các TM trĩ thường gặp trong TALTMC. Cần thăm hậu môn hay nội soi trực tràng để phát hiện. Đôi khi có thể gây XHTH dưới do trĩ.

#### **Báng bụng**

Trong TALTMC do tắc nghẽn trước gan sẽ không có báng bụng, và hiếm xảy ra ở tắc nghẽn tại gan nhưng trước xoang (sán lá gan, xơ gan bẩm sinh, xơ gan ứ mật nguyên phát, TALTMC nguyên phát, sarcoidosis...)

SAAG (serum ascite albumin gradient) > 1,1 g/l.

## Lách to

Lách to là hậu quả của sự tắc nghẽng tuẫn hoàn ở phía sau lách, không tỷ lệ với mức độ tăng áp cửa. Lách to Thường kèm hội chứng cường lách với thiếu máu, giảm bạch cầu và tiểu cầu.

## Gan

Gan có thể nhỏ hay bình thường, gan to trong gấp trong tắc nghẽng sau gan, xơ gan thể phì đại..

CẬN LÂM SÀNG: Khảo sát tình trạng TALTMC

### Xét nghiệm về hình ảnh

X quang TQ :thấy nhiều hình khuyết tròn nối tiếp nhau thường 1/3 dưới TQ

Nội soi TQ DD :TM dãn rất dễ phát hiện.

#### **I. Nội soi hậu môn trực tràng : để phát hiện trĩ.**

Siêu âm bụng: phát hiện những thương tổn gây tắc nghẽng TMC, đánh giá tình trạng gan lách, bụng báng, đánh giá gián tiếp áp lực TMC thông qua đường kính TMC.

Chụp cắt lớp vùng bụng

Chụp cản quang mạch máu

Chụp TM lách cửa, chụp động mạch thận tạng mạch treo, chụp tm rốn cửa, chụp TM cửa xuyên gan

### Đo áp lực TMC

Đo trong lúc mổ, chọc trực tiếp vào lách, thông TM trên gan đo áp lực trên gan bít, áp lực trên gan tự do, từ đó tính ra chênh áp TMC – TM trên gan( hiệu số giữa áp lực TM trên gan bít với TM trên gan tự do . Chênh áp tăng(>5mmHg)trong TALTMC sau xoang, bình thường khi trước xoang(trong gan hay trước gan), hay không có TALTMC.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bệnh học nội khoa 1998

Clinical Hepatopatology

Harrison s principles of Internal Medicine

# VÀNG DA

*Mục tiêu : 1 Nêu được phân loại và nguyên nhân vàng da.*

*2 Biết cách khám một bệnh nhân vàng da.*

*3 Kể được các xét nghiệm cần làm và biện luận được kết quả trên một bệnh nhân vàng da.*

## ĐỊNH NGHĨA

Vàng da (jaundice, icterus) là tình trạng nhuốm màu vàng ở mô (da, niêm, cung mạc mắt) do tăng bilirubin máu.

## CHUYỂN HÓA BILIRUBIN

### PHÂN LOẠI VÀ NGUYÊN NHÂN VÀNG DA

*Vàng da trước gan với chủ yếu tăng bili GT*

Tán huyết

*Vàng da tại gan*

Viêm gan cấp, mãn do siêu vi

Viêm gan tự miễn

Viêm gan cấp do rượu

Viêm gan do giảm oxy (hypoxic hepatitis)

Tổn thương gan do độc tố

Xơ gan sau viêm gan siêu vi, do rượu, xơ gan ứ mật nguyên phát.

Ung thư tế bào gan.

Vàng da liên quan đến thai kỳ.

**Vàng da do tắc mật sau gan :**

## **TẮC ỐNG MẬT DO SỎI, U XÂM LẤN, NHIỄM SÁN LÁ GAN**

### **UNG THƯ ĐƯỜNG MẬT**

Chèn ép đường mật (ung thư đầu tụy, viêm tụy..)

Viêm đường mật.

**Tăng bili máu bẩm sinh :**

Thiếu men Glucuronyl transferase (hc Gilbert, Crigler-Najjar ) tăng chủ yếu bili GT

HC Dubin-Johnson do rối loạn bài tiết mật, HC Rotor  
tăng chủ yếu bili TT

## **LÂM SÀNG**

### **HỎI BỆNH SỬ**

Bệnh nhân hay người xung quanh phát hiện vàng mắt hay vàng da. Hỏi diến tiến VD cũng giúp gợi ý nguyên nhân. Sự xuất hiện đồng thời với nước tiểu sậm màu rất quan trọng, thường triệu chứng này BN phát hiện trước khi vàng mắt, vàng da và gợi ý đến bệnh lý gan mật. Phân nhạt màu, hay đi cầu phân mỡ đi kèm gợi ý tình trạng tắc mật gần như hoàn toàn. Vàng da không kèm nước tiểu sậm màu gợi ý đến tăng bilirubin GT thường gặp trong tán huyết.

**Một số sắc tố vàng khác cũng có thể gây vàng da như trường hợp BN ăn quá nhiều carrot, cà chua, đu đủ có thể gây vàng da, đặc biệt ở lòng bàn tay do lăng đọng caroten, lycopene. Mepacrine ( thường có trong thuốc điều trị sốt rét ), picric acid, fluorescein cũng có thể gây vàng da. Nhưng những trường hợp này không gây vàng niêm mạc, cũng mạc.**

### **KHÁM LÂM SÀNG**

Vàng da do tăng bilirubin có nhiều mức độ khác nhau từ vàng nhẹ đến vàng sậm như màu đồng đen.

Khám cung mạc phát hiện rõ nhất vì bilirubin kết hợp một cách chọn lọc đối với mô xơ. Kết mạc mắt ở người già hay hút thuốc lá nhiều có thể có những đốm vàng nâu cần phân biệt với vàng mắt. Xem niêm mạc dưới lưỡi hay sàn miệng có thể phát hiện vàng. Trong trường hợp vàng da nhẹ phải quan sát BN dưới ánh sáng mặt trời, chú ý những vùng da mỏng như da mặt, lòng bàn tay.

Quan sát nước tiểu của BN có màu vàng đậm hay không. Lắc lọ đựng nước tiểu xem có bọt màu vàng hay không, chứng tỏ có bilirubin TT trong nước tiểu (foam test). Trong vàng da do tăng bilirubin GT, nước tiểu vàng là do tăng urobilin, nhưng không vàng đậm và không có bilirubin trong nước tiểu.

Xem phân của BN có bạc màu hay không.

### CẬN LÂM SÀNG :

#### XÉT NGHIỆM SINH HÓA

Để gợi ý chẩn đoán nguyên nhân thường dựa vào :

- Giá trị bilirubin toàn phần
- Nồng độ bilirubin GT, bilirubin TT
- Tỷ lệ giữa Bilirubin TT với Bilirubin TP (Bili TT / Bili TP )
- Tỷ lệ giữa LDH với SGOT (LDH/SGOT)
- GGT (Glutamyl transferase) và ALP( Alkaline phosphatase).
- Bilirubin, urobilin niêu.
- Stercobilirubin phân.

➤ **Bili TP trong máu bình thường 0.8-1.2 mg/dl, Bili GT**

**0.6-0.8 mg/dl, Bili TT 0.2-0.4 mg/dl.**

**Vàng da xuất hiện khi Bili TP > 2.5mg/dl .**

**Vàng da dưới lâm sàng khi Bili TP từ 2-2.5 mg/dl.**

**Bili TP > 6mg/dl hiếm gặp trong vàng da trước gan do tán huyết, trừ khi có bệnh lý gan mật đi kèm, hay tai biến truyền máu.**

Trong vàng da tắc mật ngoài gan, Bili có thể tăng đến 30-40 mg/dl sau đó duy trì ở mức bình nguyên (do có sự cân bằng giữa bài tiết ở thận và biến đổi Bili sang dạng chuyển hóa khác ). Mức bình nguyên vàng da sau gan thường hiếm khi vượt quá 30 mg/dl trừ khi có kèm theo suy thận hay tán huyết. Mức bình nguyên như vậy không xảy ra đối với vàng da tại gan.

➤ **Bili TT/ Bili TP**

\* < 20% Chủ yếu tăng Bili GT vàng da trước gan (tán huyết), bệnh bẩm sinh do thiếu men GT (Gibert disease, Criler-Najjar syndrome).

\* 20-40% nghĩ nhiều đến bệnh tế bào gan (VD tại gan) hơn tắc mật ngoài gan (VD sau gan).

\* 40-60% Có thể là VD tại gan hay sau gan.

\* > 60% tăng chủ yếu Bili TT thường gấp trong VD sau gan hơn tại gan.

Có tài liệu cho rằng tỷ lệ này < 33% gấp trong VD trước gan (độ nhạy 80%, độ chuyên 86%) . > 50% là tăng chủ yếu Bili TT .

➤ LDH/ SGOT > 5 lần nhiều đến VD do tán huyết, giúp

phân biệt với VD tại gan.

➤ ALP bình thường và Bili GT tăng gấp trong VD do thiếu men hay tán huyết.

ALP > 5 lần gợi ý tắc mật ngoài gan.

ALP > 3-5 lần thường gấp trong ứ mật do viêm gan cấp.

ALP còn có trong xương, ruột, nhau thai, nên cũng tăng trong bệnh xương hay có thai. Tuy nhiên GGT bình thường trong bệnh xương và có thai, do đó GGT giúp xác định nguồn gốc ALP của gan khi cùng tăng với GGT

➤ GGT tăng trong ứ mật trong gan lẫn tắc mật ngoài gan.

GGT > 3 lần giới hạn trên giúp nghĩ đến tắc mật ngoài gan.

➤ Urobilin niệu, Bili niệu : Bili trong nước tiểu chứng tỏ

sự tăng Bili TT trong máu, giúp loại trừ nguyên nhân tán huyết. Dấu hiệu này thường xuất hiện trước khi có vàng da trên lâm sàng trong giai đoạn viêm gan, tắc mật sớm hay di căn gan .

Urobilin không có trong nước tiểu chứng tỏ có tắc mật hoàn toàn. Giảm trong một số trường hợp VD tại gan. Stercobilin phân/ 24g giảm trong tắc mật.

### XÉT NGHIỆM HÌNH ẢNH

➤ Siêu âm : xem đường mật trong và ngoài gan có dẫn

hay không trong tắc mật ngoài gan, do sỏi hay do u đầu tụy.

Cấu trúc và mật độ echo của gan có đồng nhất

hay không, có u đơn độc hay rải rác nhiều nơi để phát hiện viêm, xơ, hay ung thư gan.

➤ CT Scan

➤ MRI

➤ Chụp mật tụy ngược dòng qua nội soi (ERCP)

➤ Chụp đường mật xuyên gan qua da.

giúp phát hiện nguyên

nhân gây tắc mật

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

**Bệnh học nội khoa 1998.**

**Clinicil Laboratory Diagnostics.**

**Clinical Hepatology.**

**Harrison s principles of Internal Medicine.**

**Interpretation of Diagnostic Tests.**

# **KHÁM LÂM SÀNG**

## **HỆ THỐNG TIẾT NIỆU**

### **I. NHẮC LẠI CƠ THỂ HỌC**

- Mỗi người có 2 thận nằm hai bên cột sống trong hố thận được giới hạn bởi:
  - Bờ trong là bờ ngoài cơ thắt bụng
  - Bờ trên ngang mỏm trên đốt sống ngực 12
  - Bờ dưới ngang mỏm ngang đốt sống thắt lưng 3

Thận P thấp hơn thận T . Đối chiếu lên thành bụng phía trước là vùng mạn sườn phía sau là vùng hố thắt lưng.

Hố thận là một mô liên kết rất lỏng cho nên đặc tính giải phẫu học của thận là rất di động.

Kích thước của thận khoảng 11-12x5-7.5x2.5-3cm . Trọng lượng của thận ở nam 120-170gr , ở nữ 110 150gr . Bình thường không sờ được thận do thận nhỏ và bị các cơ quan khác trong ổ bụng che lấp.

- Từ thận có hai niệu quản đổ vào bàng quang trong khung chậu . Nước tiểu từ bàng quang đi ra ngoài qua niệu đạo, ở nam có tiền liệt tuyến tuy nằm ngoài hệ tiết niệu nhưng vẫn có liên quan mật thiết với hệ thống tiết niệu vì tiền liệt tuyến bao quanh niệu đạo sau , khi bị viêm hoặc khối u sẽ gây nên những rối loạn về tiểu tiện

## II. TRIỆU CHỨNG CƠ NĂNG HỆ THỐNG THẬN -TIẾT NIỆU

### 1. CƠN ĐAU QUẶN THẬN

a) *Định nghĩa* : là cơn đau cấp tính với những giai đoạn cực độ tại vùng thận do tổn thương vùng đài bể thận và ống dẫn tiểu

#### b) *Tính chất*

- Cơn đau thường xuất hiện đột ngột do những sang chấn nhỏ như đi xe trên đường gập ghềnh
- Khi bắt đầu có thể lên đến cực điểm , đau như vặt xé có những cơn đau cực điểm trên nền đau âm ỉ liên tục ở vùng hố thận lan xuống hố chậu , bẹn , bộ phận sinh dục ngoài , đùi trong một bên
  - Kéo dài từ 8 đến 12 giờ
  - Các triệu chứng đi kèm
    - + Bệnh nhân hốt hoảng, vã mồ hôi, cố tìm tư thế giảm đau
    - + Náu cục , buồn nôn , nôn ói
    - + Đau vùng bàng quang
    - + Tiểu nhiều lần , tiểu đau , tiểu ít , tiểu máu
  - Cơn đau chấm dứt
    - + Hoặc đột ngột , hay từ từ

+ Sau đó thường tiêu nhiều có thể tiêu máu

- Các thể không điển hình

+ Đau ít

+ Trướng hơi trong ruột nhiều

+ Đau lạc chỗ : ở sườn ( phân biệt với cơn đau quặn gan ) , ở hố chậu ( phân biệt với viêm ruột thừa )

+ Đau khu trú vùng hố thận , không lan

c) *Khảo sát một bệnh nhân bị cơn đau quặn thận* : cần phải khám toàn thân đặc biệt chú ý điểm sau

- Hỏi bệnh sử về tính chất đau . Tiền căn tiểu sạn , tiêu máu , nhiễm trùng tiêu , các cơn đau tương tự

- Loại bỏ các nguyên nhân ngoại khoa

- Khám thực thể hố thận : tìm dấu ( chạm thận , bập bênh thận . Khám các điểm đau niệu quản , đau trực tràng âm đạo

- Xét nghiệm : cần tiến hành tổng phân tích nước tiểu . Xét nghiệm chức năng thận , siêu âm bụng . XQuang bụng không sửa soạn hay UIV

d) *Nguyên nhân* : các nguyên nhân làm dẫn hay viêm đài thận như :

- Sỏi đường niệu

- Cục máu di chuyển trong ung thư thận

- Hoại tử nhú thận cấp

## 2. Một số rối loạn đi tiểu

a) *Tiêu nhiều* : > 2000 ml /24h . Gặp trong đái tháo nhạt , tiêu đường, tiêu nhiều về đêm thường gấp trong giai đoạn đầu của suy thận mãn .

b) *Tiêu ít* : 50-500 ml /24h . ( 4-25 ml/h ) . Vô niệu hoàn toàn < 50 ml/24h

c) *Tiêu nhiều lần* ( tiêu lắt nhắt ) : BN đi tiểu nhiều lần trong ngày , thường lượng nước tiểu ít sau khi đi tiểu 20-30' lại có cảm giác đi tiểu, tiểu lắt nhắt ban ngày ( viêm niệu đạo , viêm bàng quang ). Tiểu lắt nhắt ban đêm ( phì đại tiền liệt tuyến )

d) *Tiêu khó* : Bệnh nhân cảm thấy khó đẩy nước tiểu ra ngoài phải rặn

Nguyên nhân : do tắc nghẽn tại ống thoát tiểu , ở cả hai phái như là hẹp niệu đạo , sỏi bướu tại ống thoát tiểu, bệnh tuyỷ sống , liệt bàng quang . Ở nam bệnh lý tiền liệt tuyến . Ở nữ : u xơ tử cung , có thai âm đạo ung thư âm đạo

e) *Tiểu đau*

- Trong lúc tiểu : hẹp niệu đạo , viêm niệu đạo , loét lỗ thoát tiểu
- Sau lúc tiểu : do sỏi bàng quang , viêm bàng quang , lao hoặc viêm tiền liệt tuyến

f) *Bí tiểu* : không thể tiểu được trong khi bàng quang đầy nước tiểu căng to . Do hẹp niệu đạo , sỏi niệu đạo , gãy niệu đạo , phì đại - viêm cấp - áp xe tiền liệt tuyến . Nguyên nhân thần kinh ; liệt bàng quang , co thắt bàng quang sau mổ hôi âm

g) *Tiểu láo* : Tiểu ngoài ý muốn do bệnh nhân yếu cơ hội âm , sa trực tràng bàng quang

### III. KHÁM THỰC THỂ HỆ THỐNG THẬN – TIẾT NIỆU

#### 1. Khám thận

a) *Nhìn* : có thể thấy vùng sườn hay vùng hông sưng phồng lên

b) *Sờ* : bệnh nhân nằm ngửa , vai hơi nâng cao , đầu gối co . bác sĩ ngồi cùng bên với thận muốn khám , tay bác sĩ cùng bên với thận muốn khám để lên trên bụng vùng mạn sườn . Tay còn lại để ở góc sườn lưng ( sườn 12 và cơ thằng lưng )

- Tìm dấu chạm thận : tay để ở dưới nâng lên một chút xíu về phía trước , tay để trên ấn xuống . Nếu để tay ở dưới có cảm giác nhận được một khối chạm vào bàn tay --> chạm thận (+)

- Tìm dấu bập bênh thận : tay để ở dưới đẩy lên thành lưng từng chập , tay để trên cảm thấy khối u chặn và --> bập bênh thận (+)

#### \* KẾT QUẢ

- Trên người bình thường : gây có thể sờ thấy cực dưới của thận phải tròn mềm và di động xuống dưới khi hít vào
- Khi thận to : chạm thận (+) , bập bênh thận (+)

## \* CHÚ Ý

- Một cơ quan rất lớn nằm trong ở bụng cũng có thể cho dấu chạm thận (+)
  - Nếu có khối u vừa cho dấu chạm thận, vừa ~ cho dấu bập bênh thận khi khám thì gần như chắc chắn là thận to, sâu về dưới, lấy tay có thể đẩy thận về hố thận
- c) *Gõ* : do thận nằm sau đại tràng, gõ thận không có giá trị
- d) *Nghe* : có thể nghe được âm thổi vùng thận khi có hẹp động mạch thận hoặc ung thư thận.

## 2. Khám các điểm đau niệu quản

### a) Phía trước :

\* Điểm đau niệu quản trên là giao điểm của :

- Đường nằm ngang đi ngang qua rốn
- Đường thẳng đứng dọc theo cơ thẳng bụng (hoặc đường thẳng đi qua điểm Mc. Burney)

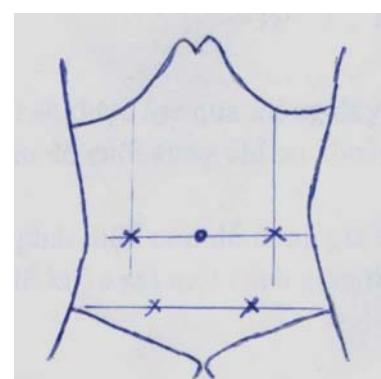
\* Điểm niệu quản giữa : nằm trên điểm nối 1/3 ngoài và 1/3 giữa của đường nằm ngang đi qua hai gai chậu trước trên (điểm Lanz)

\* Điểm niệu đạo dưới : nằm cạnh bàng quang, phát hiện khi thăm khám trực tràng âm đạo.

### b) Phía sau

\* Điểm sườn sống : ở đỉnh góc tạo bởi xương sống và xương sườn 12

\* Điểm sườn lưng : ở đỉnh góc tạo bởi xương sườn 12 và bờ ngoài cơ thẳng lưng



Bình thường các điểm trên không đau, khi có bệnh lý của niệu quản, ấn các điểm trên có thể đau.

## 3. Khám bàng quang

Bình thường không khám được bàng quang. Khi bệnh lý gây ứ nước tiểu sẽ

khám thấy cầu bàng quang .

- a) Nhìn : có một khối u ở vùng hạ vị
- b) Sờ : u tròn , nhìn , không di động , cảm giác sờ căng
- c) Gö: đục
- d) Thông tiểu : lấy được nhiều nước tiểu , đồng thời khối u xẹp ngay .  
Đó là phương pháp chắc chắn để chẩn đoán xác định cầu bàng quang

#### 4. Khám toàn thân

Có thể phát hiện được các triệu chứng

a) Phù : đặc điểm

+ Phù mềm , ấn lõm

+ Thường xuất hiện trước tiên ở mặt ( hố mắt đầy , mi mắt nặng vào buổi sáng

+ Nghỉ ngơi phù không giảm

b) Tim mạch

+ Cao huyết áp

+ Tràn dịch màng ngoài tim

c) Thiểu máu : đẳng sắc , đẳng bào

### CÁC XÉT NGHIỆM CẬN LÂM SÀNG VỀ NUỐC TIỂU

Ths. Hồ Phạm Thục Lan

### A.NHẮC LẠI CHỨC NĂNG THẬN

Mỗi ngày có khoảng 150 lít máu đến thận . Đầu tiên một số chất sẽ được lọc qua màng đáy cầu thận. Sau đó tại ống thận , nước-đường cùng một số ion sẽ được tái hấp thu để cuối cùng chỉ có khoảng 1,5 lít nước tiểu được thải ra với một số chất thừa của cơ thể.

Do vị trí giải phẫu của hệ tiết niệu kín đáo , khám lâm sàng khó phát hiện nên để đánh giá chức năng thận cần phải thực hiện các xét nghiệm về máu và nước tiểu để khảo sát một cách gián tiếp.

## B. KHẢO SÁT NƯỚC TIỂU

### I. CÁCH LẤY NƯỚC TIỂU

- Rửa sạch vùng lỗ tiểu
- Lấy nước tiểu giữa dòng (bỏ 200 ml đầu)
- Lấy qua ống thông tiểu
- Chọc dò trên xương mu khi có cầu bàng quang (ở trẻ em) hoặc ống thoát tiểu khi bị chít kẹp

### II) KHẢO SÁT ĐẠI THỂ

Cần chú ý : màu sắc , độ trong , số lượng , nhìn bằng mắt các chất lỏng đọng

#### 1) Số lượng nước tiểu

Người bình thường tiểu mỗi ngày khoảng 700-2000 ml , đa số nước tiểu được thải ra ban ngày

##### 1.1 Thay đổi sinh lý

- Lượng nước tiểu có thể tăng sau khi uống nước nhiều , uống bia , khí hậu lạnh , dùng chất lợi tiểu

- Lượng nước tiểu có thể giảm do : uống nước ít , ra mồ hôi nhiều

##### 1.2 Thay đổi bệnh lý

- Tiểu nhiều ( $>2000 \text{ ml}/24\text{h}$ ) gấp trong

- + Tiểu đường

- + Đái tháo nhạt (độ thẩm thấu nước tiểu  $< 250 \text{ mos mol}$ )

- + Sau khi giảm phù

\* Tiểu nhiều về đêm thường là triệu chứng giai đoạn sớm của suy thận mãn

- Tiểu ít ( $< 500 \text{ ml}/24\text{h}$ ) gấp trong :

- + Giảm thể tích huyết tương do tiêu chảy , ói mửa nhiều , sốt cao , phổi nặng

- + Giảm huyết áp đột ngột : shock... '

- + Bệnh thận lan tỏa : viêm vi cầu thận cấp

- Vô niệu hoàn toàn ( $< 50 \text{ ml}/24\text{h}$ ) : hiếm gặp hơn , thường do hậu quả

## 2) Màu sắc và độ trong

### 2.1 Màu sắc

#### **Bình thường nước tiểu không màu hoặc màu hổ phách do sắc tố Urochrome và Uroerythroine**

- Thay đổi sinh lý

+ Do thuốc: Tetracycline, quinine → vàng đậm

Rifamycine, optalidon → đỏ cam

+ Do thức ăn : củ cải đỏ, phổi đỏ, sirup làm nước tiểu có màu đỏ

- Thay đổi bệnh lý

+ Có máu

\* số lượng ít → nước tiểu đục lờ như khói '

\* Số lượng nhiều → nước tiểu đỏ khi mới hứng , để lâu có màu nâu do hồng cầu bị tiêu hủy phóng thích Hemoglobin

+ Có Hemoglobin ( huyết sắc tố ) :nước tiểu màu nâu , đỏ nâu hoặc như xá xị

+ Có Porphyrine : để lâu có màu nâu sậm , đỏ nâu , đỏ rượu chát .

+ Có Melanine : để lâu có màu đen hoặc nâu đen

+ Có sắc tố mật : nước tiểu màu vàng nâu , có ánh xanh , lắc lên có bọt vàng

### 2.2 Độ trong

Bình thường nước tiểu trong khi mới lấy . Nước tiểu đục khi có bạch cầu và vi trùng , đường cấp, cặn phosphate , cặn urate

### 2.3 Mùi

Nước tiểu để lâu có mùi khai amoniac do vi trùng phân hủy uree

## 3) Tỉ trọng nước tiểu ( d )

Phản ứng tương đối các chất hòa tan và thể tích nước tiểu . Thay đổi tỉ lệ thuận với nồng độ uree,  $\text{Na}^+$  trong nước tiểu

- Bình thường 1,003- 1,030 ; cao nhất vào lúc sáng sớm

- Tăng > 1,03 khi có đường đậm trong nước tiểu :

1 mg đường / 100ml nước tiểu làm d tăng lên 0,004

1 mg đạm / 100 ml nước tiểu làm d<sup>đ</sup> tăng lên 0,005

- Giảm < 1,003 khi uống nhiều nước , đái tháo nhạt , suy thận

### III) KHẢO SÁT HÓA HỌC

#### 1)pH nước tiểu

Bình thường 4,5-7,8

pH > 7 : kiềm hóa nước tiểu do nhiễm vi trùng phân hủy ure

pH < 5 : acid hóa nước tiểu gặp trong Metabolic , acidosis , ăn nhiều thịt

#### 2) Protein niệu

- Cách lấy nước tiểu : protein không phải lúc nào cũng có trong nước tiểu , mà lúc có lúc không, lúc nhiều lúc ít , cho nên tốt nhất cần lấy nước tiểu 24h và kết quả của protein trong 24h . Bình thường đạm niệu khoảng 30-150mg / 24h ( trong đó albumin ≈ 40-80 mg , IgG ≈ 5-10 mg , tamm Horfall = 30- 60 mg ). Nếu lấy mẫu tình cờ lượng đạm <20 mg /1

- Khi một lượng đạm lớn xuất hiện trong nước tiểu , có thể do 1 trong 3 cơ chế sau :

\* Tổn thương vi cầu thận:

+ Tổn thương lớp anion glycoprotein của tế bào có chân ở màng đáy cầu thận. Bình thường lớp anion này tạo thành một lớp điện âm khiến các protein có điện âm khiến các protein có điện âm như albumine sẽ không có trong nước tiểu

+ Tổn thương màng đáy cầu thận làm mất hầu hết các protein trong huyết thanh khiến ống thận không tái hấp thu được

\* Tổn thương ống thận: khiến ống thận gần mất chức năng tái hấp thu protein, kết quả sẽ làm tăng các protein có lượng phân tử nhỏ trong nước tiểu.

\* Tăng sản xuất protein trong huyết thanh (bình thường hoặc bất thường) sẽ được lọc qua cầu thận và vượt qua ngưỡng tái hấp thu của ống thận

- Cách thử protein trong nước tiểu

a) Định tính:

▪ Dùng sức nóng và acid acetic : dùng 1 ống nghiệm đổ nước tiểu đến 2/3 ống và đun nồng trong hai phút , nếu nước tiểu hóa đặc và không biến mất.khi nhỏ vào 3-5 giọt acid acetic 10% tức là có protein trong nước tiểu

\* Nếu vẫn đục biến mất khi nhổ acid thì đó là trầm hiện của phosphate hay carbonate

▪ Dùng acid sulfosalicylic : nhổ 3 giọt acid sulfosalicylic vào 1ml nước tiểu . Tuỳ theo độ đục người ta chia kết quả từ 0 đến 4+ như sau :

0 : không vẫn đục

1+ : đục không có lợn cợn hạt

2+ : đục nhiều , không có kết tủa từng đám

3+ : đục nhiều , có kết tủa từng đám

4+ : kết tủa đặc

\* Trường hợp có protein Bence Zone : protein kết tủa ở nhiệt độ 50 - 60°C nhiệt độ cao hơn kết tủa sẽ tan

▪ Dùng que thử đạm niệu (dipstick ) chỉ phát hiện Albumine không phát hiện Immunoglobulin và các polypeptide chuỗi ngắn .

b) *Định lượng* : đo đạm niệu 24h nếu > 3,5g / 24h thường gặp trong hội chứng thận hư

#### 4) Đường niệu

• Glucose bình thường , không có trong nước tiểu do người thận đối với đường máu là 160 - 180mg % , khi xuất hiện glucose trong nước tiểu thường là đường máu phải > 210 mg % . Glucose niệu có thể phát hiện bằng que thử , tuy nhiên một số lượng lớn của ketone , ascorbate , phenazopyridine có thể làm sai lệch kết quả

• Lactose : có thể xuất hiện trong nước tiểu ở giai đoạn cuối thai kì hoặc lúc cho con bú

• Pentose : xuất hiện khi ăn nhiều trái cây

• Galactose , fructose có thể xuất hiện trong nước tiểu rong một số bệnh rối loạn chuyển hóa bẩm sinh

#### 5) Ceton niệu

Gồm: acetoacetate, acetone thường phát hiện bằng phản ứng nitroprusside thường gặp trong bệnh nhân nghiện rượu nặng hoặc hôn mê do tiêu đường . Ở người nhịn đói lâu ngày hoặc suy kiệt cũng có thể có ketone niệu ( + ) nhưng ketone huyết thanh trong khoảng bình thường.

#### 6) Bilirubin ( kết hợp )

Bình thường không có trong nước tiểu , nếu xuất hiện trong nước tiểu thì do tình trạng nghẽn tắc đường mật hoặc tổn thương tế bào gan .

#### *IV) KHẢO SÁT DƯỚI KÍNH HIỂN VI*

Cần khảo sát nước tiểu khảo sát trong vòng 6h

##### 1) Hồng cầu - Bạch cầu

a) *Cặn lắng* : quay ly tâm 10 ml nước tiểu , bỏ phần nước trong , lấy 3 giọt cặn lắng , khảo sát dưới kính hiển vi . Bình thường trên quang trường lớn có thể thấy :  
1 - 3 hồng cầu

3 - 4 bạch cầu

Nếu :      > 3 - 5 HC : tiểu máu

> 5 - 7 BC : tiểu mủ

##### b) *Cặn Addis*

Ghi nhận lượng nước tiểu trong 3h , sau đó lấy 10ml nước tiểu quay ly tâm , hút bỏ 9 ml phần trên , lấy 1 ml cặn lắc đều rồi cho vào buồng đếm . Kết quả chia 10 rồi nhân thể tích nước tiểu ( ml/phút ) sẽ tính được số lượng HC -BC/ phút

Bình thường 1 phút có < 1000 HC và có < 2000 BC

Nếu :      > 1000 HC : tiểu máu

> 2000 BC : tiểu mủ

•        Tiểu máu đơn độc không kèm theo ổ nhiễm trùng đường niệu , u bướu , chấn thương đường niệu , lao niệu và viêm tiền liệt tuyến

Tiểu máu với biến dạng hồng cầu , trụ HC và protein niệu >500 mg % gấp trong viêm cầu thận

•        Tiểu mủ đơn độc gấp trong nhiễm trùng đường niệu , có thể đi kèm với tiểu máu .

Tiểu máu kèm trụ BC gấp trong viêm đại bể thận, viêm mô kẽ thận .

Có thể thấy HC , BC xuất hiện ít trong nước tiểu một người bình thường sau khi lao động nặng .

##### 2) Các loại tế bào

Bình thường nước tiểu chứa ít tế bào biểu mô tróc ra từ hệ thận , niệu quản , bàng quang , niệu đạo không có giá trị bệnh lý .

### 3) Trụ

- Bình thường có thể thấy một ít trụ hyalin tạo bởi mucoprotein .
- Sự xuất hiện của các loại trụ khác chứng tỏ có bệnh lý nầm ngay tại thận do trụ là khuôn của tiểu quang thận
  - Trụ BC : có nhiễm trùng ở thận
  - Trụ HC : có hiện tượng viêm ở thận , gặp trong viêm vi cầu thận viêm nội tâm mạc , bệnh tạo keo .
  - Trụ mõ( trụ chiết quang ) : phát hiện trên kính hiển vi nền đen , thường gặp trong hội chứng thận hư .
  - Trụ hạt : do sự thoái hóa các loại trụ tế bào khác , do đó khi có trụ hạt trong nước tiểu là biểu hiện bệnh lý nhưng không đặc hiệu .

### 4) Vi trùng

Nếu soi tươi  $> 1$  vi trùng trong một quang trường 40 hoặc soi cặn lắng  $> 10$  vi trùng trong một quang trường thì phải nghi ngờ nhiễm trùng tiểu

Muốn chắc chắn phải lấy nước tiểu . Nếu lớn hơn 105 khóm vi trùng / 1ml nước tiểu thì có nhiễm trùng tiểu

## C) KHẢO SÁT CHỨC NĂNG VI CẦU THẬN

### 1) Ure máu

Bình thường 0,2 - 0,4 g/l ( 3,5 -7 mmol/l ) . BUN 0,1 - 0,2 g/l

Ure thường được dùng để đo lường chức năng thận , do :

- Chức năng thận có thể giảm đến 60% mà ure trong máu chưa tăng , ure chỉ bất thường rõ rệt khi chức năng thận giảm  $> 60\%$
- Sự bài tiết ure tuỳ thuộc sự bài tiết nước tiểu . Khi cơ thể thiếu nước ( tiêu chảy , sốt , phỏng... ) tình trạng tái hấp thu nước ở ống thận tăng kéo theo tái hấp thu ure tăng , làm ure máu tăng , không do suy giảm chức năng thận .
- Với cùng một tình trạng thận , ure máu sẽ cao nếu lượng protides hấp thu cao ( ăn nhiều chất đạm , xuất huyết tiêu hóa ...)

## 2) Creatinine

Creatinine là chất biến dưỡng của creatine trong bắp thịt được lọc qua cầu thận và không tái hấp thu ở ống thận . Sự sản xuất creatinine thay đổi mỗi ngày tùy theo hoạt động của các bắp cơ và lượng thịt ăn vào . Ngoài ra creatinine còn được chuyển hóa ở đường tiêu hóa bởi các vi trùng thường trú tại ruột khi chức năng thận suy giảm

Tuy nhiên creatinine máu vẫn phản ánh tình trạng chức năng thận tương đối trung thực hơn ure máu

Trị số creatinine máu bình thường là 1-2mg% ( 50 - 110 micromoyl )

## 3) Độ thanh lọc Creatinine ( Ccr )

- Độ thanh lọc của một chất khối lượng máu lọc được chất đó trong một đơn vị thời gian

Thể tích này chính là thể tích máu được lọc tại vi cầu thận nếu chất được khảo sát không được bài tiết hoặc tái hấp thu ở ống thận

- Độ thanh lọc creatinine = Lượng thải ra trong nước tiểu

Nồng độ trong huyết tương

$$Ccr = \frac{U \cdot V}{P}$$

P

Ccr : độ thanh lọc của creatinine

U : nồng độ creatinine trong nước tiểu ( mg/ml )

V : thể tích nước tiểu ( ml/phút )

P : nồng độ creatinine trong máu ( mg/ml )

Bình thường Ccr: 90 - 140 ml/phút ở nam

80 - 170 ml/phút ở nữ

- Cần ghi nhận thể tích nước tiểu trong 24h , sau đó dùng 1 mẫu để đo nồng độ creatinine trong nước tiểu đồng thời đo creatinine trong máu

Độ thanh lọc creatinine ↓ khi chức năng vi cầu thận ↓

## D) KHẢO SÁT CHỨC NĂNG TIỂU QUẢN THẬN

1) Sự bài tiết Phenol sulfonphthalein ( PSP )

96% PSP được bài tiết ở ống thận gần , chỉ có 4% được lọc tại vi cầu thận . Do

đó sự bài tiết PSP ↓ khi lượng máu thận ↓ hoặc khi ống thận gần bị tắc thương

Sau khi chích 6mg PSP vào tĩnh mạch , tiến hành đo PSP trong nước tiểu sẽ có kết quả sau :

Thời gian	Bài tiết trung bình
15p	35%
30p	17%
60p	12%
120p	<u>6%</u>
70%	

Trong nhiều bệnh thận , PSP ↓ cùng với độ thanh lọc creatinine , tuy nhiên trong viêm vi cầu thận, Ccr ↓ trong khi sự bài tiết PSP bình thường.

## 2) Sự cô đặc nước tiểu

Người bình thường nhịn nước trong 12 - 18 giờ sẽ khiến thận tái hấp thu nước tại ống thận , cô đặc nước tiểu tối 1400mosm ,tỉ trọng nước tiểu ↑ lên 1,025 -1,035 . Thận bị tổn thương sẽ mất khả năng này rất sớm , đặc biệt trong các bệnh hoại tử ống thận , viêm mô kẽ thận...

Xét nghiệm này không giúp ta phân biệt các loại nguyên nhân gây tổn thương ở thận .

# KHÁM HỆ NỘI TIẾT

## I- THUẬT NGỮ:

- Bệnh to đầu chi ( Acromegaly ) : bệnh gặp ở người lớn do tuyến yên tăng tiết hormon tăng trưởng (GH ), đặc trưng bởi sự phát triển quá mức của mô xương, sụn, mô mềnh, đặc biệt ở đốt xa .

- Bệnh Addison : bệnh xảy ra do vỏ thượng thận, giảm sản xuất mẫn tính cortisol và aldosterone. Đặc trưng bởi sự tăng sắc tố da, suy nhược và huyết áp thấp .

- Hội chứng Cushing : bệnh xảy ra do vỏ thượng thận tăng sản xuất mARN cortisol. Bệnh đặc trưng bởi da mỏng, teo cơ, sự tích tụ mỡ ở thân, dễ bầm máu, mặt đỏ và tăng huyết áp.
- Lồi mắt : Sự lồi của mắt thường gặp trong bệnh Basedow .
- Bướu giáp ( Goiter ) : Sự lớn của tuyến giáp
- Bệnh Basedow : Bệnh đặc trưng bởi cường giáp, bướu giáp lan toả, lồi mắt, phù niêm trước xương chày .
- Nữ hoá tuyến vú ( Gynecomastie ) : sự phát triển vú bất thường ở nam .
- Rậm lông ( Hirsutism ). : tình trạng tăng số lượng lông ở mặt và thân, đặc biệt ở nữ.
- Suy sinh dục ( Hypogonadism ) : sự vắng mặt hoặc sự giảm chức năng của tinh hoàn hoặc buồng trứng được đặc trưng bởi sự giảm sản xuất và ( hoặc ) trưởng thành của tế bào sinh dục . Hậu quả và sự kém phát triển hoặc thoái triển của những đặc điểm giới tính phụ .
- Suy giáp ( Myxedema ) : bệnh do giảm sản xuất hormon giáp, đặc trưng bởi sự phù của mô mềm, chậm chạp và giọng nói khàn
- Nam hoá ( Virilism ) : tình trạng nam hoá ở nữ được đặc trưng bởi sự hói vùng trán, rậm lông, tăng khối cơ và phì đại âm vật ( Clitoromegaly )

## **II- KHÁM HỆ NỘI TIẾT BÌNH THƯỜNG :**

### **A. Dánh giá tổng quát hệ nội tiết :**

#### **1. Hình dạng chung :**

- Sự phù hợp của hình dáng theo tuổi và giới
- Sự tăng trưởng và trưởng thành
- Dấu hiệu sinh tồn : mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở

#### **2. Khám tổng quát :**

##### **a. Nhìn :**

- Bệnh nhân ngồi thẳng, tay đặt trên đùi, đầu, lưng và ngực được bộc lộ
- Ghi nhận kích thước và hình dạng của các bộ phận sau :

( a ) Xương sọ, xương mặt và xương hàm, mặt, vùng trước tai và trên đòn, da đầu, tai, mũi, môi, lưỡi, răng.

(b) Da và phần phụ :

- Màu sắc
- Sắc tố
- Kết cấu và độ dày
- Số lượng và sự phân bố của lông : da đầu, mặt và thân .
- Sự phân bố của mỡ dưới da
- Những đặc điểm giới tính phụ

(c) Mắt đặc biệt là giác mạc và thuỷ tinh thể

(d) Cơ quan sinh dục và vú

b. Sờ:

- (1) Sự dày hoặc mỏng của da . Véo da mu bàn tay
- (2) Kích thước cơ : Sờ cơ nhị đầu và cơ tứ đầu đùi khi bệnh nhân co cơ .

3. Tạng người ( Habitus ) : ba kiểu tượng người cơ bản

a. Suy nhược : ( người có hình dáng mảnh dẻ )

- Nhẹ cân, mảnh dẻ
- Góc sườn nhọn
- Cấu trúc xương nhỏ, hệ cơ nhẹ
- Bàn tay, bàn chân dài
- Bụng xẹp và mông nhỏ

b. Cường tráng :

- Lực lưỡng
- Cấu trúc xương nặng
- Hệ cơ nặng và lớn
- Mông lớn

c. Mập : ( người có hình dáng to béo )

- Tròn, mềm, nặng ( do mỡ )

- Cấu trúc xương có thể nặng hoặc không nặng
- Bụng phệ
- Góc sườn rộng
- Tay, chân và ngón tay ngắn
- Đùi, mông nặng, mỡ

4. Tỷ lệ khung xương :

a. Giúp đánh giá sự tăng trưởng và phát triển :

b. Xác định số đo khung xương :

(1) Sải tay : chiều dài từ đầu ngón tay này đến đầu ngón tay kia khi cánh tay giang

(2) Đoạn khung xương dưới : khoảng cách từ nền nhà đến đỉnh xương mu

(3) Đoạn khung xương trên : chiều cao trừ đoạn khung xương dưới

(4) Tỉ lệ khung xương hoặc tỉ lệ cơ thể = đoạn khung xương trên / đoạn khung xương dưới .

(5) Giá trị bình thường :

(a) Sải tay tương đương chiều cao (tỉ lệ là 1)

(b) Tỉ lệ khung xương là 1 sau 10 tuổi

5. Cân nặng :

a. Cân nặng lý tưởng có liên quan đến giảm tỉ lệ tử vong .

b. Cân nặng lý tưởng có thể đánh giá dựa vào chiều cao :

(1) Công thức Lorentz :

$$\text{Cân nặng lý tưởng} = \text{chiều cao (cm)} - \frac{\text{chiều cao (cm)} - 150}{N}$$

$N = 4$  ở nam và  $2.5$  ở nữ

Nếu thể trọng  $> 20\%$  so với cân nặng lý tưởng : mập

Nếu thể trọng  $< 15\%$  so với cân nặng lý tưởng : gầy

(2) Chỉ số khối của cơ thể ( BMI : Body Mass Index )

$$\text{BMI} = \text{cân nặng (kg)} / \{ \text{chiều cao (m)} \}^2$$

Phân loại dựa trên BMI :

- Gầy < 18,5kg/m<sup>2</sup>
- Bình thường 18,5 – 24,9kg/m<sup>2</sup>
- Thừa cân : 25 – 29,9kg/m<sup>2</sup>
- Béo phì nhóm I : 30 – 34,9kg/m<sup>2</sup>
- Béo phì nhóm II : 35 – 39,9kg/m<sup>2</sup>
- Béo phì nhóm III : ≥ 40 kg/m<sup>2</sup>

## B. TUYẾN GIÁP :

### 1. Kỹ thuật khám :

Bệnh nhân ngồi, cung cấp 1 tách nước

a. Nhìn :

- (1) Ngồi đối diện bệnh nhân và bảo bệnh nhân ngả cổ nhẹ
- (2) Bảo bệnh nhân nuốt một ngụm nước
- (3) Quan sát đáy cổ khi bệnh nhân nuốt

b. Sờ :

Sờ nấm bướu giác giúp xác định kích thước, bề mặt tuyến, mật độ tuyến, bướu lan toả hay có nhân, đau, tím hạch cổ, sờ rung miêu . Nghe âm thổi tâm thu .

(1) Sờ từ phía sau :

(a) Sờ đồng thời cả hai thuỷ .Đặt đầu hai ngón tay của cả hai bàn tay ở hai bên của khí quản ngay bên dưới sụn giáp .

(b) Tuyến giáp ở gần bề mặt và thường mềm về cấu trúc . Dùng cử động xoay tròn nhẹ để tìm nhân giáp .Bảo bệnh nhân nuốt trong khi giữ yên những ngón tay để cảm giác sự di chuyển của tuyến giáp

(c) Sờ thuỷ trái : gấp cổ về bên trái để làm giãn cơ ức đòn chũm .Sờ thuỷ trái bằng tay phải .Đặt bàn tay trái ở phía sau cơ ức đòn chũm để bộc lộ tuyến giáp, bảo bệnh nhân nuốt .

(d) Sờ thuỷ phải : gấp cổ về bên phải để làm giãn cơ ức đòn chũm, sờ thuỷ phải bằng tay trái. Đặt bàn tay phải sau cơ ức đòn chũm để bộc lộ tuyến giáp, bảo bệnh nhân nuốt .

(2) Sờ từ phía trước :

(a) Sờ thuỷ phải : gấp cổ về bên phải .Dùng ngón tay cái bên phải để dời chỗ thanh quản và tuyến giáp. Sờ bằng ngón cái và hai ngón tay của bàn tay trái sau cơ

(b) Sờ thuỷ trái : gập cổ về bên trái . Dùng ngón tay cái bên trái để dời chõ thanh quản và tuyến giáp. Sờ bằng ngón cái và hai ngón tay của bàn tay phải sau cơ ức đòn chũm .Bảo bệnh nhân nuốt.

(3) Sờ tuyến giáp sau xương ức :

- (a) Một phần hoặc toàn bộ tuyến giáp nằm trong lồng ngực
- (b) Tuyến giáp sau xương ức có thể sờ được bằng cách : bệnh nhân ở tư thế nằm ngửa, đặt một cái gối bên dưới xương bả vai, cho phép đầu ngửa ra sau lưng.

## 2. Biểu hiện bình thường :

- (a) Tuyến giáp bình thường không nhìn thấy và sờ được
- (b) Chức năng tuyến giáp được phản ánh gián tiếp bởi hình dáng chung, cân nặng, tinh thần, huyết áp, mạch, nhiệt độ, hình dạng da, sức cơ, biểu hiện ở mắt, run cơ và phản xạ gân xương .

## 3. Phân độ buổu giáp :

### PHÂN LOẠI BUỐU GIÁP THEO TỔ CHỨC Y TẾ

### THẾ GIỚI

ĐỘ	ĐẶC ĐIỂM
0	Không có buổu giáp
I I A B	<ul style="list-style-type: none"><li>- Sờ được mỗi thuỷ tuyến giáp to hơn một đốt ngón cái của bệnh nhân.</li><li>- Sờ được và nhìn thấy khi ngửa đầu ra sau tối đa <i>Buổu sờ nắn được</i></li></ul>
II	Tuyến giáp to, nhìn thấy khi đầu ở tư thế bình thường và ở gần <b>BUỐU NHÌN THẤY</b>

III	Bướu rất lớn, nhìn thấy dù ở xa <b>BƯỚU LỚN LÀM BIẾN DẠNG CỔ</b>
-----	---

### C. TUYẾN SINH DỤC :

#### 1. Kỹ thuật khám :

- a. Nam : khám cơ quan sinh dục nam
- b. Nữ : khám cơ quan sinh dục nữ .

#### 2. Biểu hiện bình thường :

- a. Nam :
  - (1) Cơ quan sinh dục ngoài
    - (a) Tinh hoàn nam trưởng thành 4 x 3 x 2.5 cm và nhạy đau khi ấn
    - (b) Da bìa sẫm màu có những nếp gồ ghề
  - (2) Đặc điểm sinh dục thứ phát :
    - (a) Phân bố lông mu kiểu nam : đỉnh tam giác hướng lên
    - (b) Lông ở mặt và thân
    - (c) Hói vùng trán
    - (d) Sụn giáp lớn
    - (e) Hình dáng :
      - Vai rộng hơn mông
      - Ít mỡ nhiều cơ
      - Có khoảng trống giữa hai đùi
      - Cẳng chân hướng vào trong
- b. Nữ :
  - (1) Phát triển cơ quan sinh dục trong lúc dậy thì
  - (2) Cơ quan sinh dục ngoài
    - (a) phát triển dậy thì của mô lớn và mô nhỏ
    - (b) Phân bố lông mu kiểu nữ : đỉnh tam giác hướng xuống dưới
  - (3) Phát triển vú ở người trưởng thành

- (4) Hình dáng :
- (a) Mông rộng hơn vai
  - (b) Nhiều mỡ và ít cơ
  - (c) Không có khoảng trống giữa đùi
  - (d) Cẳng chân hướng ra ngoài

#### D. TUYẾN YÊN, THƯỢNG THÂN, TUY, CẬN GIÁP :

##### 1. Kỹ thuật khám :

- a. Những tuyến này không tiếp cận được bằng khám thực thể
- b. Những phương pháp hình ảnh cần để đánh giá cấu trúc của các tuyến này

##### 2. Biểu hiện bình thường :

a. Đánh giá chức năng tuyến thượng thận .

- (1) Mạch và huyết áp ( ở tư thế nằm ngửa và đứng )
- (2) Màu sắc da và sắc tố
- (3) Cân nặng
- (4) Sự hiện diện của lông ở thân ( đặc biệt ở phụ nữ )
- (5) Phân bố mỡ cơ thể

b. Đánh giá chức năng tuyến yên :

- (1) Đánh giá bằng chức năng của các tuyến đích

- (a) Vỏ thượng thận
- (b) Tuyến giáp
- (c) Tuyến sinh dục

- (2) Đánh giá các thông số tăng trưởng

- (3) Đánh giá thị trường

c. Đánh giá chức năng tuyến cận giáp

- (1) Kích thích cơ xương
- (2) Trạng thái tinh thần
- (3) Thừa nước

d. Tiểu đao tụy :

- (1) Dấu hiệu sinh tồn
- (2) Trạng thái tinh thần

## **I- NHỮNG TRIỆU CHỨNG CƠ NĂNG CHÍNH :**

Những triệu chứng sau đây cũng là những triệu chứng thực thể khách quan quan trọng.

A. Nhức đầu : Triệu chứng gây ra bởi u tuyến yên, nhức đầu thường ở vùng trán và hai thái dương

B. Giảm thị trường ngoại biên : gây ra khi chéo thị giác bị chèn ép bởi u tuyến yên.

C. Tăng tiết mồ hôi : Xảy ra do sự tăng tiết của hormon tăng trưởng, hormon giáp, Epinephrine, hoạt động Insulin quá mức gây ra hạ đường huyết. Giảm tiết mồ hôi gặp trong giảm hoạt động của tuyến giáp.

D. Run tay : cường giáp hoặc tăng hoạt động insulin quá mức gây hạ đường huyết.

E. Lông thân nhiều ở phụ nữ : bệnh buồng trứng hoặc vỏ thượng thận đưa đến tăng tiết Androgen.

F. Mất tóc thái dương : Tăng hoạt động Androgen ở phụ nữ.

G. Không có lông nách và lông mu : do sự giảm sản xuất của hormon nam, cổ điển kết hợp với suy toàn bộ tuyến yên ở cả hai giới.

H. Mệt mỏi và yếu : Mệt mỏi thường do một số rối loạn nội tiết bao gồm bệnh Addison, bệnh Cushing, cường Aldosterone nguyên phát, cường cận giáp, cường và suy giáp, suy tuyến yên, suy tinh hoàn.

I. Chóng mặt : Đặc biệt khi đứng dậy đột ngột. Đây là than phiền thường gặp ở bệnh Addison.

J. Tăng sắc tố ở da và niêm mạc : xảy ra ở bệnh nhân Addison.

K. Co rút cơ : gặp trong suy cận giáp và cường Aldosterone nguyên phát.

L. Sợ nóng hoặc sợ lạnh : sợ nóng gặp trong cường giáp, sợ lạnh gặp trong suy giáp.

M. Tiểu nhiều : cường cận giáp, cường Aldosterone, đái tháo đường, đái tháo nhạt

N. Lồi mắt : Basedow

- O. Sụt cân : Cường giáp, bệnh Addison.
- P. Vô kinh : Suy tuyến yên, bệnh Cushing, tăng Prolactin máu, suy buồng trứng.
- Q. Kinh nguyệt không đều : sản xuất quá mức Androgen.

**IV- NHỮNG BIỂU HIỆN BẤT THƯỜNG :** (Triệu chứng thực thể của bệnh nội tiết).

**A- Tuyến giáp :**

1- Bướu giáp lan tỏa hoặc có nhân mà không có bằng chứng lâm sàng của rối loạn chức năng tuyến giáp :

- a. Thiếu hụt Iod.
- b. Hoạt động của chất gây bướu giáp (Goitrogens)
- c. Nhân hoặc nang tuyến giáp.
- d. Viêm tuyến giáp.

2- Cường giáp :

- a. Bướu giáp
- b. Sụt cân
- c. Run tay
- d. Da nóng ẩm
- e. Phản xạ gân xương tăng
- f. Yếu cơ (gân > xa)
- g. Mạch nhanh và nảy mạnh
- h. Hiệu áp rộng (như 180/70)
- i. Tiếng tim mạnh
- j. Âm thổi tống máu tâm thu, nhịp nhanh xoang
- k. Rung nhĩ
- l. Co cơ mắt
- m. Móng lõm hoặc có sự tách ra của móng và nền móng
- n. Những dấu hiệu của bệnh Basedow :
  - (1) Cường giáp
  - (2) Bướu giáp mạch lan toả

- (3) Lồi mắt
- (4) Phù niêm trước xương chày

3- Suy giáp :

- a. Phù mặt, mi mắt (phù cứng)
- b. Dày môi và lưỡi
- c. Giọng khàn
- d. Chậm chạp tinh thần và lời nói
- e. Sự dày và khô của da
- f. Tóc khô và gãy
- g. Tóc và lông mày thưa
- h. Thân nhiệt dưới bình thường
- i. Nhịp tim chậm
- j. Phản xạ gân xương giảm
- k. Yếu cơ
- l. Bệnh nặng có thể gây tim to, tràn dịch màng phổi, màng tim, tăng huyết áp và bệnh mạch vành.

## B. Tuyến sinh dục:

1- Nam :

- a- Suy sinh dục trước dậy thì :
  - (1) Cơ quan sinh dục kém phát triển.
  - (2) Lông thưa thớt
  - (3) Không có râu (gương mặt thiếu niên)
  - (4) Tỷ lệ cơ thể giống như quan họn
    - (a) Phần khung xương dưới tăng (tương đối).
    - (b) Sải tay tăng (lớn hơn chiều cao)
    - (c) Dáng cao với bàn tay và bàn chân hẹp
    - (d) Phân bố mỡ kiểu nữ
- b- Suy sinh dục ở người trưởng thành (khởi phát sau dậy thì)
  - (1) Thoái triển một phần đặc điểm sinh dục thứ phát

- (2) Lông thân và mặt giảm
  - (3) Sự cương, khả năng và Libido ( ham muốn sinh dục ) giảm nhưng không thay đổi kích thước dương vật
  - (4) Giảm sức mạnh của cơ
  - (5) Sự mềm của da
- c- Sự tăng Estrogen :
- (1) Nữ hoá tuyến vú
  - (2) Giảm Libido

## 2. Nữ :

a- Suy sinh dục trước dậy thì :

- (1) Vô kinh nguyên phát
- (2) Cơ quan sinh dục nhi tính
- (3) Lông mu và lông nách thừa thớt
- (4) Vú không phát triển
- (5) Tỉ lệ cơ the giống quan hoạn
  - (a) Dáng cao
  - (b) Bàn tay và bàn tay hẹp
  - (c) Sải tay và phần khung xương dưới tăng

b- Suy sinh dục ở người trưởng thành :

- (1) Vô kinh thứ phát
- (2) Kích thước vú giảm
- (3) Cơ quan sinh dục ngoài teo

c- Sự tăng Androgen

- (1) Rậm lông
  - (a) Lông mặt và thân thô
  - (b) Phân bố lông mu kiểu nam
- (2) Nam hoá
  - (a) Trán hói
  - (b) Khối cơ và sức cơ tăng

(c) Phì đại âm vật

### C . Tuyến thương thận :

1. Cường tuỷ thương thận : ( u tuỷ thương thận )

a- Epinephrine và Norepinephrine lưu hành trong máu tăng gây ra tất cả các triệu chứng

b- Tăng huyết áp cơ

c- Run

d- Da tái nhợt

e- Nhịp tim nhanh

f- Đổ mồ hôi

2. Vỏ thương thận :

a- Cường vỏ thương thận :

(1) Sự tăng glucocorticoid ( hội chứng Cushing )

(a) Tái phân bối mỡ :

- Tích tụ mỡ ở mặt, cổ, thương đòn và cổ lưng ( bướu trâu :Buffalo hump ).

- Những thay đổi ở mặt :

+ Mặt tròn ( mặt trắng )

+ Má bầu

+ Đầu vùng trước tai

+ Mặt đỏ

+ Môi trề

- Mất mỡ ở chi và mông

(b) Mất protein

- Da mỏng

- Dế bầm máu

- Vết nứt da

- Đau xương

- Teo cơ

(c) Hệ thống cơ chi và cơ bụng teo

(d) Rậm lông

(2) Sự tăng Mineralocorticoid ( cường Aldosteron nguyên phát )

(a) Tăng huyết áp

(b) Yếu cơ do mất Kali

(c) Kiềm hoá có thể gây Tetany

(3) Sự tăng Androgen ( hội chứng thượng thận – sinh dục hoặc u thượng thận )

(a) Rậm lông

- Lông mặt và lông thân thô

- Phân bối lông kiểu nam

(b) Nam hoá

- Trán hói

- Khối lượng và sức mạnh cơ tăng

- Phì đại âm vật

b- Suy vỏ thượng thận : ( bệnh Addison )

(1) Cấp :

(a) Buồn nôn,nôn, đau bụng

(b) Hạ huyết áp nặng

(c) Mất nước

(d) Kiệt sức

(2) Mẫn :

(a) Tăng sắc tố da :

- Bề mặt tiếp xúc : chi xa

- Những điểm chịu áp lực : cổ tay, gối, khuỷu .

- Sẹo, nếp nhăn cơ thể, núm vú, quầng vú

- Nơi chịu áp lực quần áo : dây thắt lưng , dây nịt ngực

(b) Tăng sắc tố niêm mạc :

- Màu xanh xám

- Niêm mạc má, luối, lợi

(c) Có thể có Vitiligo ( lang trắng ) trong vùng tăng sắc tố

(d) Yếu cơ

(e) Hạ huyết áp

(f) Nhịp tim nhanh

(g) Giảm lông nách và lông mu ở phụ nữ

(h) Sụt cân

#### **D . Tuyến cận giáp :**

1. Cường tuyến cận giáp : triệu chứng thực thể do sự tăng canxi máu

a- Khám thực thể bình thường và không có triệu chứng ở hầu hết bệnh nhân

b- Yếu cơ và giảm lực cơ

c- Trầm cảm, nhầm lẫn, lơ mơ, hôn mê .

d- Lắng đọng canxi ở giác mạc : trông giống như dải băng trắng nhạt ở giờ thứ 3 và giờ thứ 9

e- Lắng đọng canxi trên sụn mi mắt và trên màng nhĩ

2. Suy tuyến cận giáp : dấu hiệu thực thể do hạ canxi máu

a- Tetany : Sự gấp khuyỷ tay, cổ tay và các khớp bàn ngón cùng với sự duỗi của các ngón tay, sự gấp của ngón cái ( bàn tay đỡ đẻ ) . Sự gấp của lòng bàn chân

b- Dấu Troussseau : áp bao đo huyết áp vào cẳng tay, bơm trên huyết áp tâm thu trên 3 phút . Sự co rút bàn tay là dấu hiệu dương tính .

c- Dấu Chvostek : gõ vào thần kinh mặt . Sự co của cơ mặt và cơ vòng mắt là một dấu hiệu dương tính ( cũng dương tính ở 10% người bình thường )

d- Những dấu hiệu thực thể khác : đục thuỷ tinh thể , phủ gai thị, da khô, móng dễ gãy, lông thân thưa.

#### **E . Tiểu đảo tụy :**

1. Hạ đường huyết :

a- những dấu hiệu thực thể do hạ đường huyết :

(1) Nhìn đôi

(2) Nhầm lẫn

(3) Co giật

(4) Hôn mê

b- Những dấu hiệu thực thể do sự phóng thích thứ phát của Catecholamin :

(1) Run

(2) Vã mồ hôi

(3) Nhịp tim nhanh

(4) Lo lắng

(5) Giãn đồng tử

(6) Đói

## 2. Thiếu hụt Insulin :

a- Những dấu hiệu thực thể của tăng đường huyết vừa tới nặng :

(1) yếu cơ

(2) Mất nước : Giảm sức đàn của da, da khô, mạch nhanh, huyết áp hạ

(3) Sụt cân

(4) Ngủ gà, lẩn lộn lơ mơ, hôn mê

b- Dấu hiệu thực thể của nhiễm Ceton- acid : thở nhanh, sâu (thở Kussmaul)

## 3. Đái táo đường mãn tính :

### F. Tuyến yên trước :

1. Bệnh khổng lồ : chiều cao bất thường do tăng hormon tăng trưởng (GH) trước tuổi dậy thì

2. Bệnh to đầu chi : Tăng tiết hormon tăng trưởng sau tuổi dậy thì.

a- Những thay đổi sớm :

(1) Khuôn mặt thô

(2) Mô mềm lỏng lẻo, nhô ra.

b- Những thay đổi muộn :

(1) Trán nhô, vẻ mặt thô, vết nhăn da sâu

- (2) Hàm dưới nhô, răng cửa dưới nhô cao và tách rời ra
- (3) Tuyến giáp lớn
- (4) Gù lưng và viêm khớp thoái hóa
- (5) Bàn tay và bàn chân lớn
- (6) Giọng nói khàn do sự lớn của lưỡi và dây thanh âm.
- (7) Sự lớn của tạng, đặc biệt là tim, gan và lách.
- (8) Mất trí trường hai bên thái dương do sự chèn ép chéo thị giác.

3. Bệnh lùn :

a- Lùn do tuyến yên – trước dậy thì :

- (1) Tỷ lệ cơ thể bình thường
- (2) Đặc điểm giống trẻ con

4. Suy tuyến yên : Giảm adenocorticotropic, thyrotropic, gonadotropic, melanotropic và GH ở mức độ khác nhau.

- a- Triệu chứng suy giáp nhẹ
- b- Rụng lông ở thân (suy thượng thận và suy sinh dục)
- c- Suy nhược, sụt cân và hạ huyết áp tư thế (thiếu hormon vỏ thượng thận)
- d- Mất sắc tố của quầng vú ở da và vùng sinh dục (thiếu hormon kích thích melanocyte)
- e- Không có tóc, da trắng giống như thạch cao

# **KHÁM MÁU VÀ CƠ QUAN TẠO MÁU**

## **THIẾU MÁU**

*Thời gian : 30 phút*

*Mục tiêu : 1 Nêu định nghĩa thiếu máu.*

*2 Nêu được các triệu chứng lâm sàng của thiếu máu*

*3 Biện luận được xét nghiệm huyết đồ.*

*4 Kể nguyên nhân thiếu máu.*

### **ĐỊNH NGHĨA**

Thiếu máu được định nghĩa như sự giảm số lượng huyết sắc tố lưu hành. Tuy nhiên, trên thực hành khó ấn định ranh giới giữa sinh lý và bệnh lý vì nồng độ huyết sắc tố thay đổi theo tuổi tác, giới tính, giống nòi và điều kiện sinh hoạt.

Ở người lớn gọi là thiếu máu khi nồng độ Hb<13g/dl ở nam, <12g/dl ở nữ và <10,5g/dl trên phụ nữ có thai.

Thiếu máu có thể được xác định khi nồng độ huyết sắc tố thấp hơn 10% trị số trung bình của từng giới.

Trong một số trường hợp bất thường trị số về máu không phản ánh đúng những biến đổi về khối lượng hồng cầu. Thí dụ: số lượng hồng cầu, Hct tăng giả tạo ở những BN giảm thể tích máu cấp do mất nước, bổng..; hay giảm giả tạo ở BN có tăng thể tích máu, như khi có thai, hay suy tim sung huyết.

### **Triệu chứng lâm sàng**

Biểu hiện LS của thiếu máu phụ thuộc vào bệnh cơ bản, mức độ nặng và tính chất mạn tính của thiếu máu.

### **Thiếu máu cấp**

Da xanh, niêm nhạt, nhức đầu, chóng mặt, ù tai, mờ mắt. Nếu tình trạng thiếu máu nặng, có thể rối loạn tri giác : lơ mơ, hôn mê; thiếu niệu; mạch nhanh, huyết áp tụt (choáng mất máu).

### **Thiếu máu mãn**

Tình trạng thiếu oxy ảnh hưởng đến nhiều cơ quan ,bộ phận.

Da xanh,.niêm lợt, móng tay mất bóng, phẳng dẹt.

Mệt, hồi hộp, đánh trống ngực nhất là khi hoạt động. Nếu thiếu máu nặng, triệu chứng khó thở của suy tim trái sẽ xuất hiện.

Nhức đầu chóng mặt, ù tai, hoa mắt giảm trí nhớ, khó ngủ, kém tập trung.

Chán ăn, khó tiêu, buồn nôn, nôn.

Rối loạn kinh nguyệt, bất lực.

## Triệu chứng CLS

### Huyết đồ

Hematorit

Số lượng hồng cầu

Nồng độ Hb.

Các chỉ số HC :

MCV (mean red cell volume )=Hct/SLHC(ml).  $10^{-9} = 80-100\text{fL}$

MCV tăng:  $>105\text{fL}$ , MCV giảm:  $<80\text{fL}$ .

MCH (mean corpuscular hemoglobin)=Hb(g/dl)/SLHC(ml).  $10^{-2} = 27-30\text{pg}$ .

MCH tăng:  $>30 \text{ pg}$ , giảm:  $<27\text{pg}$

MCHC (.....concentration) =Hb(g/dl)/Hct = $32-36\text{g/dl}$ .

MCHC tăng:  $>37\text{g/dl}$ , MCHC giảm:  $<30\text{g/dl}$ .

**Hồng cầu mang:** bình thường  $0,5-2\%$  (số lượng HC mạng/100HC); tính trị số tuyệt đối (HC mạng/microlít). Xác định cả số lượng tương đối và tuyệt đối rất quan trọng, để đánh giá hoạt động sinh HC của tủy xương bình thường, tăng hay giảm.

Cần điều chỉnh số lượng HC mạng theo Hct khi số lượng HC mạng quá cao hay số lượng HC trưởng thành giảm theo công thức sau:

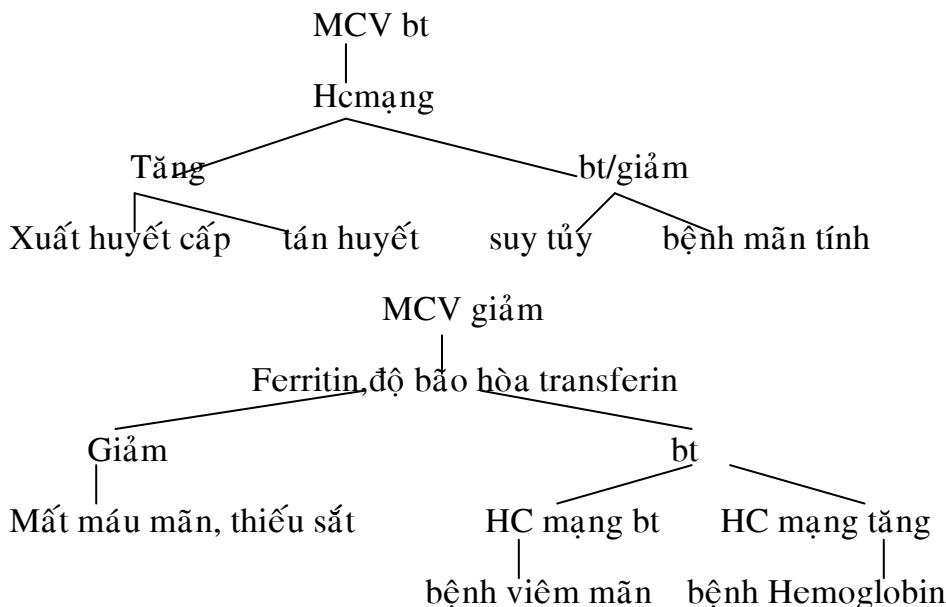
Số lượng HC mạng đã điều chỉnh (%)= $\text{HC mạng}(\%) \times \text{Hct}(\%) / 45$

-MCV, MCH, MCHC bình thường : thiếu máu đắng sắc đắng bào (thiếu máu cấp do xuất huyết, do tán huyết hay do thiếu máu không tăng sinh tủy như :suy thận mẫn, bệnh viêm nhiễm mẫn, rối loạn nội tiết, u ác tính, bệnh lý ở tủy).

-MCV bình thường, MCH và MCHC tăng: thiếu máu tăng sắc đắng bào (tán huyết nội mạch)

-MCV giảm, MCH giảm, MCHC bình thường hay giảm : thiếu máu HC nhỏ nhược sắc ( thiếu sắt, đồng, vitamin B6).

-MCV tăng, MCH bình thường, MCHC bình thường hay giảm : nghiện rượu, xơ gan, thiếu acid folic, B12.



Bilirubin GT: tăng trong tán huyết.

Sắt huyết thanh, Ferritin, độ bão hòa transferrin giảm trong TM do thiếu sắt...

### **Nguyên nhân thiếu máu**

#### Thiếu máu do mất máu

Tán huyết \*Do rối loạn bên trong HC

\*Do rối loạn bên ngoài HC: do miễn dịch, không do miễn dịch

#### Giảm sinh hồng cầu :

\*Do thiếu yếu tố để tạo HC (thiếu acid folic, vitamin B12, thiếu sắt)

\*Do bệnh lý gây ức chế tạo HC : Nhiễm trùng, viêm nhiễm mẫn, bệnh tạo keo, xơ gan... Suy tuỷ nguyên phát, thứ phát do ngộ độc, di căn ung thư, leucemie, cốt hóa tủy xương.

## **CHẨN MÁU**

***THỜI GIAN :30 PHÚT***

**Mục tiêu :** 1 Biết cách hỏi bệnh sử một bệnh nhân chảy máu

2 Biết cách khám và mô tả các triệu chứng lâm sàng.

3 Phân biệt được rối loạn cầm máu sơ cấp với cầm máu thứ cấp.

## ĐÁNH GIÁ LÂM SÀNG

### Bệnh sử

Một số yếu tố bệnh sử và tiền căn giúp xác định CM do rối loạn cầm máu hơn do tổn thương tại chỗ. Tiền sử chảy máu tái phát do các chấn thương thông thường như nhổ trăng, sinh đẻ, tiểu phẫu...là yếu tố cần lưu ý.

Nếu BN chảy máu nhiều lần ở một nơi nhất định, nghĩ đến các nguyên do tại chỗ (VD chảy máu mũi).

Cần để ý đến đặc tính LS của các triệu chứng chảy máu.

Tiền căn CM, nơi CM, cường độ.

Trong bối cảnh nào xuất hiện CM. CM tự nhiên hay do va chạm.

Tiền căn dùng thuốc kể cả giai đoạn trước CM.

### Điều tra di truyền

Các bệnh CM di truyền phần lớn tuân theo các định luật di truyền.

VD: Hemophilie di truyền theo NST giới tính, chỉ nam mới bị mắc bệnh.

### Khám thực thể

Vị trí CM, hình thức CM:

**Chấm, nốt XH(petechie)** là những XH nhỏ như đầu đinh gim ở da đường kính vài mm, thường dưới 3mm, màu đỏ, do HC thoát khỏi mao mạch.

**Mảng xuất huyết (ecchymose)** là những xuất huyết lớn hơn vài mm, thường > 3mm, màu đỏ, vàng hay xanh tùy thuộc thoái biến của Hb.

CM dưới da to hơn do máu thoát ra khỏi các ĐM, TM nhỏ gọi là **bầm máu**, nếu ở sâu hơn, sờ nắn được gọi là **khối tụ máu**. Tụ máu trong cơ và tràn máu trong ổ khớp; thường do va chạm ở người hemophilie.

Ở người già, do mất mô liên kết nâng đỡ các mao mạch và TM nhỏ, các mao mạch nồng denses vỡ gây **ban XH** ở người già (các loại XH ở da gọi chung là ban XH).

CM trong các khoang cơ thể, sau phúc mạc, khớp, là những biểu hiện phổ biến trong rối loạn đông máu. Chảy máu khớp tái phát có thể làm đặc chất hoạt dịch, viêm nhiễm mạn tính, tràn dịch và ăn mòn sụn khớp, gây biến dạng khớp và hạn chế vận động. Những biến dạng này thường gặp khi bị thiếu yếu tố VIII, IX,

nếu có liên quan đến giới tính nên nghĩ đến hemophilie.

- **Có thể phân biệt rối loạn cầm máu sơ cấp hay thứ cấp qua bảng sau:**

Cầm máu sơ cấp	Cầm máu thứ cấp
Xuất hiện chảy	(RLTC) Cầu
máu sau chấn thương	Tức thì hay tự nhiên
Vị trí CM	Nồng-da, niêm mạc Sâu-khớp, cơ, sau phúc mạc mũi, nướu răng, DD-R
Dấu hiệu thực thể	Nốt XH, bầm máu
Đáp ứng điều trị	Tức khắc, biện pháp tại chỗ có kết quả

Cần khám tổng quát để phát hiện dấu hiệu CM ở đường tiêu hóa, niệu, sinh dục.  
Khám gan, lách, hạch để chẩn đoán nguyên nhân.

## CÁC XN KHẢO SÁT CẦM MÁU

### *II. Khảo sát giai đoạn cầm máu sơ khởi*

*Khảo sát độ bền thành mạch*

Thời gian máu chảy

Đếm tiểu cầu

Khảo sát tiểu cầu trên tiêu bản, khảo sát co cục máu.

*Khảo sát đông máu huyết tương*

*Đông máu toàn bộ*: thời gian máu đông (TC), thời gian Howell, đòn hồi cung máu đông.

*Đông máu từng phần*:

T.C.K. (cephalin-kaolin) : đánh giá đông máu nội sinh.

Thời gian Quick (tỷ lệ prothrombin) : đông máu ngoại sinh.

*Định lượng từng yếu tố đông máu.*

**Đông máu nội mạch: NP rượu ethanol**

*Tiêu sợi huyết* : Von Kaualla, định lượng FDP.

## **HẠCH TO**

**Thời gian :** 30 phút

**Mục tiêu :** 1 Kẻ được các vị trí cần khám để phát hiện hạch to.

2 Mô tả được 8 tính chất của hạch to.

3 Nêu được các nguyên nhân hạch to.

### **TRIỆU CHỨNG CƠ NĂNG:**

Hỏi bệnh sử, phát hiện hạch to khi nào?

Có đau họng, sốt, ho, đổ mồ hôi đêm, mệt, sụt cân, hay đau vùng hạch không ?

Tuổi, giới, nghề nghiệp, tiếp xúc vật nuôi (mèo..), hoạt động tình dục (tìm nguyên nhân ác, cơ măc bệnh hoa liễu), hút thuốc..

VĐ ở trẻ em và thanh niên, đa số nguyên nhân hạch to là lành tính như nhiễm trùng hô hấp trên, lao, toxoplasma...; đối với người lớn >50 tuổi, nguyên nhân ác tính thường gặp hơn.

### **KHÁM LÂM SÀNG**

Xác định các tính chất sau :

(1) Vị trí : khám tất cả các vùng hạch ngoại biên như : vùng cổ (cổ, dưới hàm, sau tai, trên đòn), khuỷu tay, nách, bẹn, có đối xứng không?. Từ đó xem hạch lớn khu trú hay toàn thể (> hay = 3 vị trí hạch to không tiếp giáp nhau ).

Nếu hạch to chỉ thấy 1 nơi, phải tìm nguyên nhân tại chỗ.

Hạch vùng chẩm :xem có nhiễm trùng da đầu ?

Hạch sau tai :nhiễm trùng kết mạc ?

Hạch cổ :NN thường gặp nhất là viêm nhiễm đường hô hấp trên, răng miệng. NN khác như K di căn từ đầu, cổ, ngực, phổi và giáp.

Hạch trên đòn, luôn luôn bất thường. Vichow node ( hạch trên đòn T lớn) thường K di căn từ đường tiêu hóa, cũng có thể từ phổi, vú, tinh hoàn, buồng trứng, lao.

Hạch nách thường do nhiễm trùng vùng cánh tay. K có thể là melanoma, lymphoma, K vú.

Hạch bẹn thường thứ phát sau nhiễm trùng chân, bệnh hoa liễu (giang mai, lậu hạ cam..), K di căn từ trực tràng, đường sinh dục, chi dưới (melanome).

(2) Số lượng, dính nhau hay rời rạc.

(3) Kích thước : nếu hạch to  $<1\text{cm}^2$  hầu như luôn lành tính hay nguyên nhân không chuyên biệt.

(4) Mật độ : mềm, chắc, cứng, như cao su..K di căn hạch thường cứng.

(5) Di động hay dính.

(6) Đau hay không?

(7) Viêm trên bề mặt hay không ?

(8) Khám tất cả các cơ quan khác, lưu ý vùng da lân cận, tai mũi họng, (đặc biệt ở người có hạch cổ to và hút thuốc lá), lách..

Ví dụ : K di căn, hạch thường cứng, không đau, không di động.

Lymphoma, hạch lớn, rời rạc, đối xứng, chắc, dai như caosu, di động và không đau.

Hạch to do viêm nhiễm vùng kế cận, mềm, đau, di động.

Lách to kèm hạch to thường gặp trong bệnh toàn thân như nhiễm Mononucleo, Toxoplasmo, lymphoma, K máu, SLE, bệnh mèo cào hay một số bệnh huyết học (ít gặp hơn) .

## CẬN LÂM SÀNG

**CT, MRI, SA** có thể giúp phân biệt hạch to lành hay ác đặc biệt K vùng đầu cổ. Phát hiện hạch to ở sâu trong cơ thể như hạch trung thất, ổ bụng..

**Sinh thiết hạch** khi nghi ngờ ác tính.

**Chọc hút hạch** : lấy mủ giúp phân lập vi trùng, làm hạch đồ tìm thấy được các tế bào ung thư..

## **NGUYÊN NHÂN**

(1) Nhiễm trùng :

-Virus : Ebstein Barr virus, viêm gan siêu vi, herpes simples, sởi, rubella, cytomegalo virus..)

-Vi trùng :Strep to coccus, Staphylococcus, lao, giang mai, phong, bệnh mèa cào, Brucellosis..

-Nấm : Histoplasma..

-Ký sinh trùng : giun chỉ..

(2) Miễn dịch :

-Viêm đa khớp dạng thấp.

-Bệnh mô liên kết.

-Lupus đở hệ thống.

-Viêm đa cơ..

(3) Ung thư :

-Huyết học: Hodgkin, non- Hodgkin, ung thư máu cấp mãn...

-K di căn.

(4) Bệnh dự trữ mõ : Gaucher, Nieman-Pick..

(5) Nội tiết :cường giáp.

(6) Các bệnh khác : Sarcoidose, bệnh u hạch giống lymphoma..

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

### **Huyết học lâm sàng**

### **Harrison's principles of Internal Medicine**

## **LÁCH TO**

**Thời gian :** 30 phút

**Mục tiêu :** 1 Biết cách khám và phát hiện lách to.

2 Kể được các nguyên nhân lách to.

## CẤU TRÚC VÀ CHỨC NĂNG CỦA LÁCH

**Lách** là một cơ quan thuộc hệ võng nội mô.

Chức năng của lách:

(1) Kiểm soát chất lượng của hồng cầu : phá hủy những hồng cầu già, thiếu khuyết.

(2) Sản xuất kháng thể.

(3) Loại bỏ những tế bào máu có gẫn kháng thể và những vi khuẩn có gẫn kháng thể ra khỏi dòng máu.

Nếu các chức năng này tăng hoạt động sẽ dẫn đến lách to.

Lách bình thường cân nặng 100-200g và không sờ thấy. Lách gồm tủy đỏ và tủy trắng.

### TRIỆU CHỨNG CƠ NẮNG

Triệu chứng thường gặp nhất là đau hay cảm giác nặng vùng hạ sườn trái. Đau có thể do sưng lách cấp do viêm, nhồi máu làm căng bao lách. Đôi khi, sờ được khối dưới hạ sườn trái lại là triệu chứng khiến bệnh nhân phải đi khám bệnh.

### KHÁM LÂM SÀNG: BÌNH THƯỜNG KHÔNG SỜ THẤY LÁCH.

Người khám nên đứng bên phải, bệnh nhân nằm hơi nghiêng bên phải, chân hơi co, tay trái để trên đầu. Người khám dùng tay phải ấn nhẹ dưới cạnh sườn trái. Sau mỗi hơi thở của BN, đỉnh dưới của lách sẽ đụng vào ngón tay. Người khám cũng có thể đứng bên trái (BN cũng nằm ở vị trí cũ) dùng các ngón tay móc vào phía dưới cạnh sườn trái, sẽ đụng vào bờ dưới của lách sau một hơi thở của BN . Nếu lách to nhiều, sờ sẽ thấy một khối tròn dưới hạ sườn trái, bờ trước có ngấn, di động theo nhịp thở, không sờ được bờ trên.

Gõ theo 2 phương pháp sau:

(1) Nixon: Cho BN nằm nghiêng phải, để lách nằm trên đại tràng và dạ dày, gõ xác định giới hạn dưới của phổi trái theo đường nách giữa, tiếp tục gõ chéo theo đường vuông góc với điểm giữa của bờ sườn trái, vùng đục của lách bình thường 6-8 cm trên bờ sườn. Nếu >8cm là lách lớn.

(2) Casfell : Cho BN nằm ngửa, gõ ở khoang gian sườn thấp nhất theo đường nách trước (KGS 8-9), gõ trong nếu lách không to, gõ đục khi BN hít sâu chứng tỏ lách to.

### CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

U thận : to về phía sau, không di động theo nhịp thở, có mặt trước nhẵn, có dấu chạm thận .

Các khối u của các cơ quan khác ở vùng hạ sườn T: u đuôi tụy, u đại tràng trái, thùy trái gan, u thượng thận, ..

## CẬN LÂM SÀNG

### 1 Xét nghiệm sinh học:

Huyết đồ và công thức máu: các tế bào máu đều giảm khi có cường lách.

**2 Xạ hình nhấp nháy :** là phương pháp tốt nhất để khảo sát lách, người ta dùng HC của BN xử lý bên ngoài và đánh dấu bằng Cr phóng xạ, sau đó tiêm lại và đo độ lưu giữ của lách. Nghiệm pháp cho phép phát hiện các lách phụ, các khối u bên trong lách: u nang , ung thư, áp xe...

**3 Siêu âm :** tương đối tốt, rẻ tiền, đơn giản và vô hại. Phát hiện lách lớn. Cho thấy sự liên hệ giữa lách và các bộ phận xung quanh. Thấy khối u, nang nhồi máu, thâm nhiễm... .

**4 CT Scanner:** cho phép xác định đó là lách, khảo sát mật độ biết đó là lách loại gì, có khả năng đo kích thước các mạch máu lách...

**5 MRI (Magnetic resonance emagimg :** cho kết quả tương tự CT , nhưng mắc tiền.

## III. NGUYÊN NHÂN LÁCH TO

**Tán huyết :** (hệ võng nội mô tăng hoạt động)

**Bệnh nhiễm :** Cấp –nhiễm trùng huyết, thương hàn..

Bán cấp hay mãn tính : lao, giang mai, sốt rét..

**Bệnh viêm :** lupus, viêm khớp cấp, sarcoidose, lách to vùng nhiệt đới...

**Lách to do ứ máu :** tăng áp tĩnh mạch cửa.

**U hay nang lách :** áp xe, nang, u lành (u mao mạch, u bạch huyết ), u ác (sarcoma mao mạch, K di căn).

**Bệnh huyết học ác tính :** ung thư máu, hogkin, lymphoma, đa u tủy, đa hồng cầu, lách to sinh tủy...

**IV. Ứ chất :** amylose, bệnh Gaucher, Nieman Pick...

# **KHÁM THẦN KINH – TÂM THẦN**

## ***ĐÁNH GIÁ TRI GIÁC***

*Định hướng không gian:* hỏi bệnh nhân đang ở đâu ?

*Định hướng thời gian:* hỏi ngày, tháng, năm ? giờ ?

*Định hướng bản thân:* hỏi nghề nghiệp, tên tuổi, gia đình ?

## **KHÁM VẬN ĐỘNG:**

### ***Trương lực cơ:***

Độ chắc mềm của cơ: bóp bắp cơ bệnh nhân

Độ ve vẩy: lắc cổ tay hoặc đùi của bệnh nhân

Độ co duỗi: gấp duỗi các khớp

### **V. Kết quả**

Trương lực cơ tăng là dấu hiệu tổn thương bó tháp giai đoạn liệt cứng

Trương lực cơ giảm trong tổn thương bó tháp cấp tính hoặc tổn thương tiểu não

**Sức cơ:** cần so sánh hai bên

*Ngón chi:*

Chi trên: nghiệm pháp gọng kìm

Chi dưới: bệnh nhân gấp các ngón chân vào lòng bàn chân, thầy thuốc dùng tay kéo ngược ngón chân ra

b) *Gốc chi:*

Chi trên: kéo co, nghiệm pháp Bareé (bệnh nhân nâng cao 2 tay trước mặt, 2 bàn tay ngửa, tay nào rời xuống trước thì tay đó yếu)

Chi dưới: kéo co

NP Mingazini: BN nằm ngửa, 2 chân giơ cao, đùi thẳng góc với mặt giường và cẳng chân song song với mặt giường

NP Bareé chi dưới: BN nằm sấp, 2 cẳng chân giơ cao thẳng góc mặt giường

Trong 2 nghiệm pháp trên, chân nào rời xuống trước thì bên đó yếu.

c) *Phân độ sức cơ:* từ 0 – 5

Độ 0: Liệt hoàn toàn

Độ 1: Nhúc nhích được đầu chi

Độ 2: Di chuyển được trên mặt phẳng ngang, không thẳng được trọng lực

Độ 3: Thẳng được trọng lực, không thẳng được sức cản nhẹ

Độ 4: Thẳng được sức cản nhẹ, không thẳng được sức cản mạnh

Độ 5: Bình thường

## **KHÁM PHẢN XẠ:**

*Phản xạ gân cơ:*

PHẢN XẠ	NƠI KÍCH THÍCH	VỊ TRÍ	TẦNG TỦY LIÊN HỆ

Trâm tru	Xát mấu trâm xương tru	Cánh tay giữa gấp, ngửa nhẹ	C <sub>8</sub>
Trâm quay	Phía bờ ương quay trên mấu trâm	Cánh tay giữa gấp, bờ xương quay hướng lên trên	C <sub>5</sub> – C <sub>7</sub>
Cơ tam đầu	Gân cơ tam đầu phía trên khuỷu tay	Cánh tay, bàn tay đưa ra ngoài	C <sub>6</sub> – C <sub>8</sub>
Cơ nhí đầu	Gân cơ nhí đầu ở nếp cẳng tay	Ngón cái đặt gân cơ nhí đầu	C <sub>6</sub> – C <sub>5</sub>
Cơ nhai	Hàm dưới cầm	Miệng hé mở	Cầu não
Gối	Gân cơ tứ đầu đùi	Ngồi thông chân hoặc chéo hai gối	L <sub>4</sub>
Gót	Gân Achille	Nằm sấp, cẳng chân thẳng góc với giường	S <sub>1</sub> – S <sub>2</sub>

- Tổn thương bó tháp (liết trung ương):
  - Cấp tính: phản xạ gân cơ giảm hoặc mất
  - Mãn tính: phản xạ gân cơ tăng
- Tổn thương cung phản xạ (liết ngoại biên)

## Phản xạ gân cơ giảm hoặc mất

### **Phản xạ da:**

- Phản xạ da bụng: BN nằm ngửa, 2 chân chống lên, kích thích da bụng bằng cách vạch nhanh một đường từ ngoài vào trong đường giữa bụng bằng một kim có đầu tù.

Bình thường: bên kích thích cơ bụng giật

Vùng tuy tương ứng của phản xạ da bụng từ D<sub>6</sub> – D<sub>12</sub>

- Phản xạ da bìu:

Kích thích vùng da mặt trong đùi, đáp ứng bằng sự co bìu cùng bên

Vùng tuy tương ứng của phản xạ là L<sub>4</sub> – S<sub>3</sub>

- Phản xạ da lòng bàn chân:

Kích thích da lòng bàn chân bằng một vật hơi nhọn từ bờ ngoài gót chân đi lên phía ngón cái .

Đáp ứng là 5 ngón chân gấp vào lòng bàn chân

Vùng tuy tương ứng của phản xạ là S<sub>1</sub> – S<sub>2</sub>

### **Phản xạ bệnh lý:**

- Dấu Babinski: kích thích như tìm phản xạ da lòng bàn chân. Đáp ứng là ngón cái duỗi, bốn ngón kia xòe ra, biểu hiện tổn thương bó tháp

- Các dấu tương đương:

- Chaddock: vạch phía dưới mắt cá ngoài
- Oppentreim: Vuốt mạnh bờ trong xương chày
- Gordon: Bóp bắp cơ tam đầu cẳng chân
- Schaefer: bóp gân cơ Achille

## Đáp ứng giống như dấu Babinski

- Dấu Hoffmann: Gập duỗi thật nhanh đốt xa của ngón tay giữa. Đáp ứng là ngón cái & trỏ gập úp vào nhau như gọng kìm, chứng tỏ có tổn thương bó tháp.
- Phản xạ tự động tủy: kích thích chi dưới (châm kim, véo da ...) sẽ có hiện tượng gập bàn chân, cẳng chân, đùi về phía bụng (ba co)

## KHÁM CẢM GIÁC:

*Cảm giác chủ quan:* do bệnh nhân cảm thấy như kim châm, kiến bò, tê bì ... 1 vùng da nào đó

*Cảm giác khách quan:*

*Cảm giác nóng:*

Xúc giác(sờ): dùng bông gòn phết nhẹ lên da

Đau: dùng kim châm da

Nhiệt: dùng ống nghiệm chứa nước lạnh hay nước nóng

b)

*Cảm giác sâu:*

Phân biệt 2 điểm

Khối hình tri giác

Dùng âm thoa thử phản ứng nhạy cảm biết rung thanh truyền từ âm thoa sang xương

## **KHÁM 12 THẦN KINH SƠ:**

### **Dây I: khứu giác**

Nhạy biết mùi giảm hoặc mất gấp trong:

Viêm mũi cấp hoặc mãn

Chấn thương sọ não

U não chèn ép hành khứu

Viêm màng não

### **Dây II: thị giác**

Thị lực: giảm do

Tật khúc xạ mắt

Đục thủy tinh thể

b) Thị trường: so sánh thị trường Bệnh nhân với người khám bằng di chuyển 1 vật chính giữa tầm nhìn của 2 người

Mất hoàn toàn thị trường 1 bên do tổn thương dây II cùng bên

Bán manh đồng danh: do tổn thương từ dãi thị đến vùng chẩm

Góc manh dưới hoặc trên đồng danh do tổn thương quang tuyến thị giác

Bán manh thái dương hai bên: do tổn thương giao thoa thị giác

Góc manh thái dương trên hoặc dưới: do chèn ép giao thoa thị giác

Các tổn thương trên có thể gặp trong :

Chấn thương, tai biến mạch máu

U não

c) Đáy mắt: quan sát gai thị( màu sắc, kích thước, mạch máu, xuất huyết, xuất tiết)

### **Dây III – IV – VI : vận nhẫn**

Lé trong: Liệt dây VI

Lé ngoài + không nhìn xuống dưới được : liệt dây IV

Lé ngoài + không nhìn lên xuống được : liệt III, gặp trong các bệnh:

U não, u vòm hâu

Tai biến mạch máu não

Chấn thương não

Túi phình động mạch cảnh, động mạch não sau

Viêm màng não

Hội chứng xoay tĩnh mạch hang

Ngoài ra tổn thương dây III có thể gây

Sụp mi – lồi mắt

Dãn đồng tử

Mất phản xạ ánh sáng

**Dây V :** cảm giác ở mặt và vận động cơ thái dương, cơ nhai

### **Dây VII :**

Vận động ở mặt:

Liệt VII trung ương:

Mất nếp mũi má

Miệng lệch sang bên lành

Charles Bell (-)

Do tổn thương trước vị trí bắt chéo

Liệt VII ngoại biên

Mất nếp mũi má

Miệng lệch sang bên lành

Mất nếp nhăn trán

Charles Bell (+)

Do tổn thương sau vị trí bắt chéo

*Vị giác ở lưỡi*

**Dây VIII:** thính giác

*Thích lực:*

Điếc dẫn truyền: do tổn thương tai giữa hay tai ngoài

Điếc tiếp nhận: Do tổn thương tai trong hoặc dây VIII

b) *Tiền đình:* khi tổn thương dây VIII có thể gây:

Hội chứng tiền đình ngoại biên:

Chóng mặt

Rung giật nhăn cầu tự phát đánh ngang hoặc xoay tròn

Giảm thính lực

Gặp trong:

Bệnh lý tai trong: chấn thương, viêm tai, xương chũm, xuất huyết, nhiễm độc amynoglycoside hoặc Quinine

Tổn thương dây VIII: u góc cầu tiểu não

Hội chứng tiền đình trung ương:  
Chóng mặt khi quay đầu  
Rung giật nhăn cầu đánh sang bên kích thích  
Rối tâm  
Không giảm thính lực

Gặp trong:  
Bệnh xơ cứng rải rác  
Suy động mạch cột sống – thân nề  
U não hố sau  
Gây tổn thương nhân thần kinh VIII

#### **Dây IX:**

Cảm giác vùng yết hầu, vòm hầu và vị giác 1/3 sau lưỡi  
Vận động cơ vùng hầu

Triệu trứng khi liệt:  
Dấu hiệu kéo màn: thành sau vòm họng lệch sang bên lành khi bệnh nhân phát âm  
Mất phản xạ hầu họng  
Nói giọng mũi, khó nuốt, sặc khi ăn  
Vị giác 1/3 sau ↓  
lưỡi

#### **Dây X:**

Vận động cơ vùng hầu, vòm khẩu cái  
Có các nhánh giao cảm đến nội tạng

Triệu chứng khi liệt:

Dấu hiệu kéo màn (+)

Mất phản xạ vòm hâu

Giọng nói đỗi, mất giọng

Lưỡi gà lệch sang bên lành

Khó nuốt, uống nước trào lên mũi

**Dây XI:**

Vận động cơ ức đòn chũm

**Dây XII:**

Vận động lưỡi

## **CÁC HỘI CHỨNG THẦN KINH THƯỜNG GẶP**

### **A. HỘI CHỨNG LIỆT ½ NGƯỜI**

**I. ĐỊNH NGHĨA:** Liệt ½ người là hậu quả của sự tổn thương 1 cách toàn thể hoặc một phần của bó tháp, từ vùng vận động Rolando đến sừng trước tủy

### **II. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG:**

#### **1. Triệu chứng chung:**

- Rối loạn vận động ở  $\frac{1}{2}$  thân: sức cơ giảm
- Thay đổi trương lực cơ:
  - Giai đoạn cấp: trương lực cơ giảm
  - Giai đoạn mãn: trương lực cơ tăng
- Thay đổi phản xạ gân cơ:
  - Giảm ở giai đoạn cấp
  - Tăng ở giai đoạn sau
- Xuất hiện dấu hiệu bệnh lý tháp: Babinski, Hoffmann...

2. Cách khởi bệnh:

- Liệt diễn ra từ từ
- Liệt diễn ra đột ngột không rối loạn ý thức
- Liệt diễn ra đột ngột kèm hôn mê

**3. Những hình ảnh lâm sàng:**

- Liệt  $\frac{1}{2}$  người kín đáo: cơ lực bên tổn thương giảm nhẹ, phát hiện bằng các nghiệm pháp Barée, Mingazini

Phản xạ bệnh lý tháp thường chưa xuất hiện

- Liệt cứng  $\frac{1}{2}$  người
- Liệt mềm  $\frac{1}{2}$  người

**III. NGUYÊN NHÂN:**

- U não
- Tai biến mạch máu não
- Chấn thương sọ não
- Nhiễm trùng: viêm màng não, áp xe não

**B. HỘI CHỨNG LIỆT 2 CHI DƯỚI**

**I. ĐỊNH NGHĨA:** Liệt 2 chi dưới là hậu quả của sự tổn thương bó tháp ở tủy sống( tổn thương trung ương), hoặc từ đầu dứng trước tới dây thần kinh( tổn thương ngoại biên)

Lâm sàng sẽ có 2 thể:

- Liệt mềm gấp ở tổn thương ngoại biên và giai đoạn cấp của tổn thương trung ương
- Liệt cứng gấp trong tổn thương trung ương

## **II. CHẨN ĐOÁN LIỆT MỀM 2 CHI DƯỚI**

### **1. Triệu chứng chung:**

- *Sức cơ giảm hoặc mất*
- *Trương lực cơ giảm hoặc mất*
- *Phản xạ gân cơ giảm hoặc mất*

### **2. Triệu chứng khác biệt:**

- a) Liệt do tổn thương ngoại biên:
- Không dấu hiệu phản xạ bệnh lý tháp
  - Không rối loạn cơ tròn
  - Có phản ứng thoái hóa điện
  - Có rối loạn dinh dưỡng gây teo cơ nhanh
- b) Liệt do tổn thương trung ương:
- Có phản xạ bệnh lý tháp
  - Có rối loạn cơ tròn
  - Không teo cơ
  - Không có phản ứng thoái hóa điện
  - Diễn biến sẽ chuyển sang liệt cứng

### **3. Nguyên nhân:**

- a) Tổn thương ngoại biên:
- Viêm đa rễ thần kinh hay hội chứng Guillain – Barré

- Viêm đa dây thần kinh ( bệnh Béri – Béri)
  - Viêm đầu sừng trước tủy cấp
- b) Tổn thương trung ương:
- Viêm tủy cắt ngang
  - Chấn thương cột sống
  - U chùm đuôi ngựa

### **III. CHẨN ĐOÁN LIỆT CỨNG 2 CHI DƯỚI**

#### **1. Triệu chứng lâm sàng:**

- Sức cơ giảm
- Trương lực cơ tăng
- Phản xạ gân cơ tăng mạnh
- Phản xạ bệnh lý tháp 2 bên (+)
- Rối loạn cơ tròn

#### **2. Triệu chứng khác biệt:**

- a) Liệt do chèn ép tủy: có hội chứng chèn ép tủy gồm:
- Đau rẽ thần kinh
  - Rối loạn cảm giác theo rẽ: tăng giai đoạn đầu, giảm giai đoạn sau
  - Dấu tự động tủy (+) (bầu ba co)
- b) Liệt do viêm tủy: không có hội chứng chèn ép tủy gồm:

#### **3. Nguyên nhân:**

- a) Do chèn ép tủy:
- Lao cột sống gây áp xe lạnh ( bệnh Po<sup>++</sup>)

- Ung thư thân đốt sống
  - U nội và ngoại tủy
  - Ápxe ngoài hoặc dưới màng cứng của tủy do nhiễm trùng
- b) Do viêm tủy:
- Xơ cứng cột bên teo cơ

## C. HỘI CHỨNG MÀNG NÃO

### 1. Triệu chứng tăng áp lực nội sọ:

- Nhức đầu:
  - Dữ dội, lan tỏa, liên tục, thỉnh thoảng có cơn kịch phát
  - Nhức đầu khi có yếu tố kích thích (tiếng động, ánh sáng, tư thế ...)
- Nôn ói: nôn vọt dễ dàng, tăng khi thay đổi tư thế
- Táo bón

### 2. Triệu chứng kích thích:

#### a) Co cứng cơ:

- Cứng gáy
- Dấu Kernig: Bệnh nhân nằm ngửa, chân duỗi thẳng, từ từ nâng 2 chân bệnh nhân lên. Bình thường có thể nâng lên đến  $80^{\circ}$ , ở Bệnh nhân có hội chứng màng não, Bệnh nhân sẽ cảm thấy đau và gấp chân lại sớm
- Dấu Brudzinski: Bệnh nhân nằm ngửa, chân duỗi thẳng, nâng bệnh nhân ngồi lên thẳng lưng từ từ. Ở Bệnh nhân có hội chứng màng não, khi ngồi lên chân sẽ co lại

#### b) Tăng cảm giác đau

- c) Tăng phản xạ gân cơ
- d) Rối loạn thần kinh giao cảm:
  - Mặt khi đỏ, khi tái
  - Dấu vạch màng não (+)
- e) Rối loạn tri giác: lơ mơ, mê sảng, co giật

f) Tổn thương thần kinh sọ: thường gặp dây II, dây VII, dây vận nhãn

### 3. Triệu chứng ở đáy mắt:

- Mờ bờ gay
- Phù gay
- Xuất tiết, xuất huyết
- Teo gai thị

4. **Thay đổi dịch não tủy:** là triệu chứng quan trọng để chẩn đoán xác định và chẩn đoán nguyên nhân của hội chứng màng não

TÍNH CHẤT BỆNH	MÀU SẮC	ĐẠ M Mg %	ĐƯỜNG DNT/MÁU	TẾ BÀO/mm <sup>3</sup>
BÌNH THƯỜNG	TРО NG	< 45	> 50%	<5 ĐA SỐ ĐƠN NHÂN
VIÊM MÀNG NÃO MỦ	ĐỤC	> 100	< 50%	>1000 ĐA SỐ NEUTROPHIL
VIÊM MÀNG NÃO LAO	VÀN G CHANH	60 –70	< 50%	60 – 700 ĐA SỐ LYMPHOCYTE
VIÊM MÀNG NÃO SIÊU VI	TРО NG	40 – 80	> 50%	200 – 350 ĐA SỐ LYMPHOCYTE
XUẤT HUYẾT MÀNG NÃO	ĐỎ	> 50	> 50%	HỒNG CẦU RĂNG CUA

### D. HỘI CHỨNG ĐAU THẦN KINH TỌA:

#### 1. Triệu chứng tăng cơ năng:

Đau: lưng lan dọc xuống chi dưới, có thể kèm dị cảm (tê, kiến bò ...)

Đau theo 2 cách:

- Đau từ thắt lưng lan xuống mông, mặt sau đùi, mặt sau cẳng chân, tới gót lòng bàn chân, tận cùng ở ngón út: gấp trong tổn thương rẽ S<sub>1</sub>
- Đau từ mông tới mặt ngoài đùi, mặt ngoài cẳng chân, tới lưng bàn chân, tận cùng ở ngón cái: gấp trong tổn thương rẽ L<sub>5</sub>

## 2. Triệu chứng thực thể:

- Dấu Lasegue: Bệnh nhân nằm ngửa, 2 chân duỗi thẳng, nâng gót chân từng bên lên khỏi giường.

Bình thường nâng được lên đến > 80 °

Nếu < 80 ° thì Lasegue (+)

- Dấu Bonnet: Bệnh nhân nằm ngửa, gập gối về phía bụng và xoay khớp háng ra ngoài, Bệnh nhân sẽ than đau

- Dấu Néri: Bệnh nhân đứng thẳng, giữ thẳng 2 gối, từ từ gập người chạm tay xuống đất, Bệnh nhân Hội chứng thần kinh tọa sẽ đau nên không thực hiện được động tác này

- Dấu Naffziger: đè 2 bên tĩnh mạch cổ, Bệnh nhân sẽ đau thốn ở cột sống lan tới chân.

- Dấu nhấn chuông: ấn cạnh cột sống 2 cm, gấp vị trí tổn xương, sẽ xuất hiện đau chói lan dọc xuống chân

- Điểm Valleix: là nơi thần kinh tọa đi gần xương, ấn vào sẽ gây đau theo rẽ

• Rối loạn vận động:

Tổn thương rẽ L<sub>5</sub>: Bệnh nhân không đứng bằng gót được và bàn chân rơi

Tổn thương rẽ S<sub>1</sub>: Bệnh nhân không đứng bằng đầu ngón được

- Mất hoặc giảm phản xạ gân cơ tương ứng:

L<sub>5</sub>: phản xạ gối

S<sub>1</sub>: phản xạ gân Achille

## 3. Nguyên nhân:

- Thoát vị đĩa đệm
- Lao cột sống
  - K di căn cột sống

- Thoái hóa cột sống