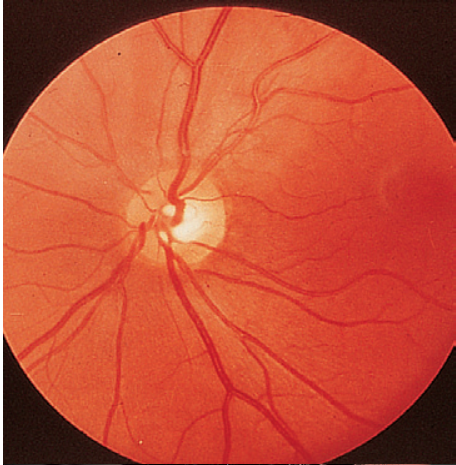


ELSEVIER

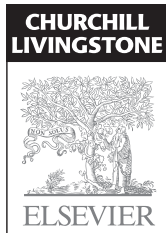


# clinical examination

A systematic guide to physical diagnosis



7  
EDITION



**CH NG 1 NH NG NGUY N T C CHUNG C A H I B NH**

- 1.1 Cách c x bên gi ng b nh và thi t l p m i quan h giao ti p vs b nh nh n 2
- 1.2 Khai thác b nh s 3
- 1.3 Nh ng câu h i m u 4
- 1.4 Tình tr ng hi n t i (các tri u ch ng chính) 5
- 1.5 b nh s 6
  - 1.5.1 SOCRATES trong b nh s 7
  - 1.5.2 tri u ch ng kèm theo 8
  - 1.5.3 tác ng c a b nh t t 8
- 1.6 ti n s 9
  - 1.6.1 thu c và ti n s i u tr 9
  - 1.6.2 ti n s b n thân 11
  - 1.6.3 chu kì kinh nguy t 12
  - 1.6.4 ti n s xã h i 12
    - 1.6.4.3 ch n và luy n t p 13
    - 1.6.4.6 thu c lá 14
    - 1.6.4.7 r u 14
    - 1.6.4.8 thu c gi m au và thu c ng ph 16
    - 1.6.4.9 tâm tr ng 16
    - 1.6.4.10 quan h tình d c 17
  - 1.6.5 ti n s gia ình 17
- 1.7 tóm t t h th ng 18
- 1.8 m t vài k n ng khai thác b nh s 21

**CH NG 2 KHAI THÁC B NH S N NG CAO**

- 2.1 Cách khai thác b nh s t t 24
- 2.2 ch n o n phân bi t 24
- 2.3 chú ý c b n trong khai thác b nh s 24
- 2.4 khai thác b nh s 25
- 2.5 ho t ng tình d c 27
- 2.6 b t ng v v n hoá trong khai thác b nh s 28
- 2.7 b nh nh n không h p tác ho c gây khó kh n 29
- 2.8 b nh nh n t làm h i b n thân và h i ch ng munchausen 30
- 2.9 khai thác b nh s v vi c duy trì tr ng thái s c kho t t 30
- 2.10 b nh nh n cao tu i 32 (hay)
- 2.11 khai thác b nh s d a trên ch ng c và ch n o n phân bi t 35
- 2.12 ánh giá lâm sàng 36
- 2.13 k t thúc 36

**CH NG 3 CÁC NGUY N T C C B N TRONG TH M KH AM TH C****TH**

- 3.1 Thăm khám lâm sàng 40
- 3.2 cách bắt mạch 40
- 3.3 nội tạng ưu tiên 41
- 3.4 vận mạch 42
  - 3.4.1 vàng da niêm 45
  - 3.4.2 tím 45
  - 3.4.3 xanh (nhợt nhợt) 46
  - 3.4.4 tóc 47
- 3.5 cân nặng và thể trạng 47
- 3.6 mắt mũi 49
- 3.7 bàn tay và móng 50
- 3.8 thân nhiệt 53
- 3.9 nội tạng 54
- 3.10 chuần bệnh nhân cho việc thăm khám 55
- 3.11 khám lâm sàng dựa trên bệnh cảnh 59
- 3.12 nội tạng và thể trạng 59
- 3.13 ghi chép thi vấn đáp (thi lâm sàng theo cấu trúc khách quan) 60

## **CHƯƠNG 4 BỆNH LÝ TIM MẠCH**

- 4.1 Triệu chứng
  - 4.1.1 đau ngực 63
  - 4.1.2 khó thở 68
  - 4.1.3 sưng phù mắt cá chân 70
  - 4.1.4 ánh sáng ngực 70
  - 4.1.5 ngất, mất ý thức và hoa mắt 71
  - 4.1.6 mất mị 74
  - 4.1.7 dấu cách huyết và nội lý mạch máu ngoại biên 74
- 4.2 các yếu tố nguy cơ của bệnh mạch vành 75
- 4.(3-6) Tiền sử và sử dụng thuốc-bệnh nhân-xã hội-gia đình 77

## **CHƯƠNG 5 THĂM KHÁM BỆNH LÝ TIM MẠCH**

- 5.1 Giải phẫu 81
- 5.2 Triệu chứng bệnh nhân 85
- 5.3 khám toàn thể 86
- 5.4 bàn tay 87
- 5.5 khám mạch động mạch 91
  - 5.5.1 tiền sử mạch 92
  - 5.5.2 nhịp điệu 93
  - 5.5.3 nhịp mạch quay-đều, mạch quay quay 94
  - 5.5.4 cảm giác và căng 95
  - 5.5.5 tình trạng của thành mạch 95
- 5.6 huyết áp

- 5.6.1 o huy t áp vs máy o huy t áp 96
- 5.6.2 s dao ng c a huy t áp 98
- 5.6.3 t ng huy t áp 98
- 5.6.4 t ng huy t áp t th 99
- 5.7 m t 100
- 5.8 c 101
  - 5.8.1 ng m ch c nh 101
  - 5.8.2 áp l c t nh m ch c nh 102
- 5.9 thành ng c tr c 104
  - Các tỉ ng tim b t th ng 112
  - Thay i c ng 112
  - Tỉ ng tim tách ôi 113
  - Tỉ ng tim khác 113
  - Tỉ ng tim ph 114
  - Âm th i c a tim 115
  - Nghe c 121
- 5.10 l ng 121
- 5.11 b ng 122

## **CHƯƠNG 6 TH M KHÁM CHI VÀ B NH LÝ M CH MÁU NGO I BIÊN**

- 6.1 Giair ph u 125
- 6.2 b nh lý m ch máu ngo i biên 128
- 6.3 t c ông m ch c p 131
- 6.4 huy t kh i t nh m ch sâu 131
- 6.5 suy van t nh m ch 132

## **CHƯƠNG 7 S T NG QUANG I A D U HI U LÂM SÀNG VÀ B NH LÝ TIM M CH**

- 7.1 Suy tim
  - 7.1.1 Suy th t trái 135
  - 7.1.2 suy thất ph i 137
- 7.2 au ng c
  - 7.2.1 nh i máu c tim 138
  - 7.2.2 thuyên t c ph i 139
  - 7.2.3 bóc tách thành ng m ch ch c p tính 139
- 7.3 b nh lý màng ngoài tim
  - 7.3.1 viêm màng ngoài tim c p 140
  - 7.3.2 viêm màng ngoài tim co th t m n tính 140
  - 7.3.3 chèn ép tim c p 140
  - 7.3.4 viêm n i tâm m c nhi m khu n 141
- 7.4 t ng huy t áp
  - 7.4.1 nguyên nhân t ng huy t áp h th ng 143

- 7.4.2 bệnh chứng ngưng huyết áp 144
- 7.4.3 ngưng huyết áp ác tính 144
- 7.5 ngưng áp phồng 144
- 7.6 âm thổi vô hướng 145
- 7.7 bệnh van tim cửa tim trái 145
  - 7.7.1 hẹp 2 lá
  - 7.7.2 hở 2 lá 147
  - 7.7.3 hở 2 lá cấp tính 148
  - 7.7.4 sa van 2 lá (HC click âm thổi tâm thu) 148
  - 7.7.5 hẹp van chủ 149
  - 7.7.6 hở van chủ 152
- 7.8 bệnh lý valve tim bên phải
  - 7.8.1 hẹp 3 lá 156
  - 7.8.2 hở 3 lá 156
  - 7.8.3 hẹp môn phổi 157
  - 7.8.4 hở van môn phổi 158
  - 7.8.5 van tim nhân tạo
- 7.9 bệnh lý cửa tim 159
  - 7.9.1 bệnh cửa tim phì đại 159
  - 7.9.2 bệnh cửa tim giãn 160
  - 7.9.3 bệnh cửa tim hẹp 160
- 7.10 bệnh tim bẩm sinh có tím
  - 7.10.1 thông liên thất 161
  - 7.10.2 thông liên nhĩ 162
  - 7.10.3 còn nguyên môn chủ 162
  - 7.10.4 hẹp eo môn chủ 163
  - 7.10.5 bệnh thất nguyên Ebstein 163
- 7.11 bệnh tim bẩm sinh có tím
  - 7.11.1 hội chứng Eisenmenger (ngưng áp phổi và shunt phổi trái) 164
  - 7.11.2 thất chủ nguyên Fallot 164
- 7.12 sự trở thành van bệnh tim bẩm sinh
  - 7.12.1 thất chủ nguyên Fallot 165
  - 7.12.2 chuyển van nguyên môn chủ 165

## CHƯƠNG 8 TÓM TẮT THĂM KHÁM VÀ CẬN LÂM SÀNG CHẨN ĐOÁN BỆNH LÝ TIM MẠCH

- 8.1 Tóm tắt thăm khám lâm sàng bệnh lý tim mạch 167
- 8.2 Cận lâm sàng
  - 8.2.1 Xquang ngực 170
  - 8.2.2 Siêu âm tim 179

## CHƯƠNG 9 BỆNH LÝ HỒ HẤP

## 9.1 Triệu chứng

9.1.1 Ho và khạc máu 187

9.1.2 Ho ra máu 190

9.1.3 Khó thở 191

9.1.4-5 Thở khò khè- rít 193

9.1.6 Triệu chứng khác 194

## 9.2 Tiền sử

**CHAPTER 10 THĂM KHÁM BỆNH LÝ HÔ HẤP**

10.1 Giản phôi 201

10.2 Thể bệnh nhân

10.3 Bệnh hệ toàn thân

Khó thở

Các dấu hiệu của COPD

Xanh tím

Tính chất của Ho

m nh t

Khàn tiếng

10.4 Kiểm tra tay 205

Ngón tay dùi trống

Ngón tay ngựa vằn

Teo và yếu

Nhịp tim

Bàn tay run vẩy

10.5 Khám mắt 206

10.6 Khám khí quản 207

10.7 Khám Ngực 208

dẫn nhập lâm sàng 211

Di nhịp m m tim 212

Rung thanh 212

Các xét nghiệm 213

Nhiệt vùng 213

Phổi âm 214

Các âm kèm theo 215

Các cơ quan khác

**CHAPTER 11 SỰ THAY ĐỔI QUANG GIÁC Ở BỆNH LÝ HÔ HẤP VÀ**

11.1 Suy hô hấp 220

11.2 Viêm phổi thùy 221

11.3 Xẹp phổi 223

11.4 Tràn dịch màng phổi 223

- 11.5 H i ch ng móng vàng 224
- 11.6 Trần khí màng ph i 225
- 11.7 Trần khí màng ph i áp l c 225
- 11.8 Giãn ph qu n 226
- 11.9 Hen ph qu n 226
- 11.10 COPD 227
- 11.11 Viêm ph qu n m n 228
- 11.12 B nh ph i mô k 229
- 11.13 Lao 230
- 11.14 Chèn ép Trung th t 231
- 11.15 Sarcoidosis 233
- 11.16 Thuyên t c ph i 234

## **CHƯƠNG 12 TÓM T T KHÁM VÀ C N LÂM SÀNG CH N OÁN B NH LÝ HỒ H P**

- 12.1 Tóm t t th m khám hô h p 237
- 12.2 C n lâm sàng ch n oán 239
  - 12.2.1 ánh giá ch c n ng hô h p 239
    - 12.2.1.1 Th i gian th ra g ng s c 239
    - 12.2.1.2 L u l ng nh k 240
    - 12.2.1.3 Ph dung k 240
    - 12.2.1.4 ng cong th tích khí l u thông 242
  - 12.2.2 o bão hòa oxy trong máu 242
  - 12.2.3 Ch p xray và CT-scan ng c 242

## **CHƯƠNG 13 B NH S B NH LÝ TIÊU HÓA**

- 13.1 TRI U CH NG
  - 13.1.1 au b ng 251
  - 13.1.2 thay i thói quen n u ng và cân n ng 252
  - 13.1.3 mau no và y h i sau n 253
  - 13.1.4 bu n nôn và nôn ói 253
  - 13.1.5 nóng và trào ng c acid 254
  - 13.1.6 khó nu t 255
  - 13.1.7 tiêu ch y 256
  - 13.1.8 táo bón 258
  - 13.1.9 tiêu phân nhày 259
  - 13.1.10 xu t huy t 259
  - 13.1.11 vàng da 261
  - 13.1.12 ng a 261
  - 13.1.13 ch ng h i, b ng báng 262
  - 13.1.14 th 262
- 13.2 tỉ n s -d ch t 262

**CH NG 14 TH M KH AM B NH LY TI U H A**

- 14.1 Gi i ph u 265
- 14.2 t th b nh nh n 266
- 14.3 quan s t ng tr ng 267
  - 14.3.1 v ng da 267
  - 14.3.2 c n n ng 267
  - 14.3.3 da 268
  - 14.3.4 tri gi c 272
- 14.4 b n tay
  - 14.4.1 m ng tay
    - 14.4.1.1 m tr ng tr n m ng tay 272
    - 14.4.1.2 ng n tay d i tr ng 273
  - 14.4.2 l ng b n tay
    - 14.4.2.1 l ng b n tay son 273
    - 14.4.2.2 thi u m u 274
    - 14.4.2.3 co r t d ng dupuytren 274
  - 14.4.3 d u run v y 275
- 14.5 c ng tay 275
- 14.6 v ng m t
  - 14.6.1 m t 278
  - 14.6.2 tuy n n c b t 280
  - 14.6.3 mi ng
    - 14.6.3.1 r ng v h i th 281
    - 14.6.3.2 l i 282
    - 14.6.3.3 loét mi ng 284
    - 14.6.3.4 nhi m candida 285
- 14.7 c v ng c 286
- 14.8 b ng
  - 14.8.1 quan s t 286
  - 14.8.2 s (gan-t i m t-l ch-th n-c c kh i kh c) 293
  - 14.8.3 g o
    - 14.8.3.1 gan-l ch-th n-b ng quang 301
    - 14.8.3.5 b ng b ng 302
  - 14.8.4 nghe
    - 14.8.4.1 ̣m ru t 305
    - 14.8.4.2 ti ng c ph c m c 305
    - 14.8.4.3 ̣m th i t nh m ch 305
    - 14.8.4.4 ̣m th i 306
    - 14.8.4.5 nghi m ph p scratch 306
- 14.9 tho t v b n



- 14.9.1 ghi chép 306
- 14.9.2 thoát v b n
  - 14.9.2.1 kỹ thuật thăm khám 308
  - 14.9.2.2 thoát v th ng v 310
  - 14.9.2.3 Thoát v v t m 310
- 14.10 thăm khám trực tràng 310
  - 14.10.1 sàng lọc-các nghiệm pháp đặc biệt thăm khám chức năng sàng lọc 313
  - 14.10.2 kỹ thuật khám trực tràng 314
- 14.11 nội soi đại tràng 314
  - 14.11.1 tiến hành
  - 14.11.2 những bất thường thường gặp trong nội soi đại tràng sigma
  - 14.11.3 test nhanh máu trong phân 315
- 14.12 khác 315
- 14.13 đánh giá thành phần chất thải ng tiêu hóa 316
  - 14.13.1 phân
    - 14.13.1.1 phân đen 316
    - 14.13.1.2 phân trắng 316
    - 14.13.1.3 phân mỡ 316
    - 14.13.1.4 phân dính kem ánh r ng 316
    - 14.13.1.5 phân nh n c vo g o 316
  - 14.13.2 chất nôn
    - 14.13.2.1 chất nôn màu cà phê 317
    - 14.13.2.2 ói máu trắng 317
    - 14.13.2.3 chất nôn màu vàng xanh 317
    - 14.13.2.4 nôn có c n phân 317
    - 14.13.2.5 nôn v t 317
- 14.14 nội tiêu

## **CHƯƠNG 15 SỰ THAY ĐỔI QUANG HỌC VÀ HÓA SINH TRONG TIÊU HÓA**

- 15.1 thăm khám lâm sàng 321
- 15.2 lâm sàng sau chấn thương kín 324
- 15.3 Bệnh gan 324
- 15.4 Thay đổi lâm sàng chức năng gan 325
- 15.5 Bệnh não gan 325
- 15.6 Nutritional 326
- 15.7 Xét nghiệm tiêu hóa 327
- 15.8 Viêm ruột 329
  - 15.8.1 viêm loét đại tràng 329
  - 15.8.2 Bệnh Crohn's 330

15.9 Kém hấp thu và tình trạng dinh dưỡng 331

## **CHƯƠNG 16: TÓM TẮT THĂM KHÁM VÀ CẬN LÂM SÀNG CHẨN ĐOÁN BỆNH LÝ TIÊU HÓA**

16.1 Tóm tắt thăm khám bệnh lý tiêu hóa 334

16.2 Cận lâm sàng chẩn đoán 336

16.2.1 Nội soi tiêu hóa 336

16.2.2 Xét nghiệm hóa Sinh 336

16.2.3 Hình ảnh học trong hội chứng tiêu hóa 338

16.2.3.1 XRAY bụng 338

16.2.3.2 Siêu âm bụng 343

16.2.3.3 ct-scan bụng 346

## **CHƯƠNG 17: BỆNH SẼ BỆNH LÝ TIỂU NI MISINH Đ C**

17.1 Triệu chứng 348

17.1.1 Nhặng thay i c a n c ti u 349

17.1.2 Nhi m trùng ti t ni u 350

17.1.3 T c ngh n ng ti u 351

17.1.4 Ti u ko t ch 351

17.1.5 b nh th n m n 353

17.2 Ti n s kinh nguy t và tình d c 355

17.3 Ti n s i u tr 355

17.4 ti n s b n thân 356

17.5 Ti n s xã h i 356

17.6 Ti n s gia ình 356

## **CHƯƠNG 18: THĂM KHÁM SINH LÝ TIỂU NI MISINH Đ C**

18.1 Gi i ph u 358

18.2 th m khám

18.2.1 bi u hi n toàn thân 360

18.2.2 bàn tay 361

18.2.3 tay 362

18.2.4 m t 362

18.2.(6-7) ng c-b ng 362

18.2.8 tr c tràng khung ch u 365

18.2.9 khám l ng

18.2.10 chân 366

18.2.11 huy t áp 366

18.2.12 áy m t 367

18.3 khám b ph n sinh d c nam 367

18.4 th m khám vùng ch u 370

18.5 làm PAP SMEAR T c ung 374

**CH NG 19 T M T T TH M KH M V C N L M S NG CH N O N  
B NH L Y SINH D C TI T NI U**

- 19.1 T m t t th m kh m b nh th n m n 376
- 19.2 c n l m s ng ch n o n b nh l y ti t ni u sinh d c 378
  - 19.2.1 c n l m s ng 378
  - 19.2.2 n c ti u 378

**CH NG 20 B NH S B NH L Y HUY TH C**

- 20.1 C C R I LO N HUY TH C 388
- 20.2 TRI U CH NG
  - 20.2.1 B T TH NG V H NG C U 389
  - 20.2.2 TI U C U 390
  - 20.2.3 C C B NH NHI M TR NG TH PH T 390
- 20.3 TI N S I U TR 390
- 20.4 TI N S B N TH N 390
- 20.5 TI N S X H I 391
- 20.6 TI N S GIA ÌNH 391

**CH NG 21 TH M KH M B NH L Y HUY TH C**

- 21.1 Gi air ph u 394
- 21.2 quan s t ng tr ng 394
- 21.3 kh m b n tay 394
- 21.4 c ng tay 397
- 21.5 kh m h ch tr n l i c u 397
- 21.6 nh m h ch n ách 399
- 21.7 khu n m t 401
- 21.8 nh m h ch c v th ng òn 402
- 21.9 au x ng 403
- 21.10 kh m b ng 404
- 21.11 h ch b n 405
- 21.12 ch n 405
- 21.13 áy m t 407

**CH NG 22 T M T T TH M KH M V C N L M S NG B NH L Y  
HUY TH C**

- 22.1 T m t t th m kh m b nh l y huy th c 409
- 22.2 c n l m s ng ch n o n
  - 22.2.1 xét nghi m huy th c 411
  - 22.2.2 ti u b n m u ngo i vi 411
  - 22.2.3 thi u m u 418
  - 22.2.4 gi m t bào m u to n th 418
  - 22.2.5 b ch c u c p 420
  - 22.2.6 b ch c u kinh 420

22.2.7 bệnh lý tủy sinh tủy 421

22.2.7.1 bạch cầu

22.2.7.2 xét nghiệm nguyên phát

22.2.7.3 bệnh bạch cầu kinh dòng tủy

22.2.7.4 khái quát về tủy tu cấp

22.2.8 lymphoma 423

22.2.8.1 di căn hạch bạch huyết Hodgkin

22.2.8.2 di căn hạch bạch huyết non Hodgkin

22.2.9 gouty xương 424

22.3 hình ảnh bệnh lý huyết học 424

## CHƯƠNG 23 BỆNH LÝ KHỚP 427

23.1 Triệu chứng

23.1.1 Các khớp ngoại biên

23.1.1.1 đau và sưng 427

23.1.1.2 Các khớp bôi sáng 429

23.1.2 đau lưng 431

23.1.3 đau chi 431

23.1.4 Hội chứng Raynaud 432

23.1.5 Khô mắt khô miệng 433

23.1.6 mắt

23.2 Triệu chứng toàn thân

23.3 Tiên sử

## CHƯƠNG 24 THĂM BỆNH LÝ KHỚP 436

24.1 Ghi chép 436

24.2 Quan sát 438

24.3 Nguyên tắc khám khớp 438

24.4 Khám cổ tay khớp

24.4.1 Bàn tay và cổ tay 441

24.4.2 khuỷu tay 442

24.4.3 Vai 453

24.4.4 Khớp thái dương hàm 459

24.4.5 Cổ 459

24.4.6 Các ngón tay ngón cái và khớp cùng chủy 461

24.4.7 Khớp háng 467

24.4.8 Khớp gối 470

24.4.9 Cổ và bàn chân 478

## CHƯƠNG 25 SỰ QUANG GIẢI UHI ULÂM SÀNG VÀ BỆNH LÝ KHỚP 484

25.1 Viêm khớp dạng thấp 484

25.2 Nhóm bệnh lý khớp huyết thanh âm tính 487

- 25.2.1 Viêm cột sống dính khớp 487
- 25.2.2 Viêm khớp phản ứng (hội chứng Reiter) 488
- 25.2.3 Viêm khớp vảy nến
- 25.2.4 Viêm khớp do bệnh lý nội tiết hóa 490
- 25.3 Viêm khớp do gout 490
- 25.4 Hội chứng gout 491
- 25.5 Viêm khớp do hydroxy apatite 492
- 25.6 Lupus ban đỏ hệ thống 492
- 25.7 Xương bì 496
- 25.8 Sốt thấp khớp 500
- 25.9 Viêm mô mỡ 501
- 25.10 Thấp khớp mô mềm 502
  - 25.10.1 Hội chứng gout 502
  - 25.10.2 Hội chứng vai 503
    - 25.10.2.1 Hội chứng chóp xoay vai 503
    - 25.10.2.2
    - 25.10.2.3 viêm mô mỡ trên lồi cầu 505
  - 25.10.3 viêm bao gân cổ tay 506
  - 25.10.4 Viêm bao hoạt dịch 507
- 25.11 Các hội chứng chèn ép thần kinh
  - 25.11.1 Hội chứng ống cổ tay 508
  - 25.11.2 Hội chứng ống cổ 508
  - 25.11.3 Hội chứng ống chân 509
  - 25.11.4 u dây thần kinh tọa 509

## CHƯƠNG 26 TÓM TẮT THĂM KHÁM VÀ CẬN LÂM SÀNG CHẨN ĐOÁN BỆNH LÝ KHỚP 511

- 26.1 Tóm tắt thăm khám bệnh lý khớp 511
- 26.2 Cận lâm sàng
  - 26.2.1 Xét nghiệm 512
  - 26.2.2 Hình ảnh học (xquang-ct-mri-siêu âm-xét hình)
  - 26.2.3 Hình ảnh quang phổ bệnh khớp 517
    - Viêm cột sống dính khớp
    - Hội chứng reiter
    - Viêm khớp vảy nến
    - Gout
    - Hội chứng gout
  - 26.2.4 Ct-scan và MRI

## CHƯƠNG 27 BỆNH LÝ NỘI TIẾT

- 27.1. Triệu chứng
  - 27.1.1 Thay đổi thể trọng và cân nặng 524

- 27.1.2 Thay ỉ th ỏi quen ỉ ti u
- 27.1.3 R ỉ lo n ti t m h ỏi
- 27.1.4 R ỉ lo n ph ần b ỉ l ồng t ớc
- 27.1.5 R ỉ lo n tri gi ớc
- 27.1.6 Thay ỉ tr ền da và m ớng
- 27.1.7 Thay ỉ s c t da
- 27.1.8 Thay ỉ v ớc d ớng 525
- 27.1.9 R ỉ lo n c ờng đ ờng li t đ ờng
- 27.1.10 Ch y s a
- 27.1.11 Kinh nguy t
- 27.1.12 ỏa ni u

## 27.2 Ti n s

**CH ẸNG 28 TH ẸM KH ẸM B NH L ẸN ẸI TI T**

## 28.1 Tuy n gi ớc

- 28.1.1 Tuy n gi ớc 529
- D u hi u pemberton 534
- 28.1.2 C ờng gi ớc (nh ỉ m ỉ c gi ớc) 536
- 28.1.3 Nh ỉ c gi ớc 539

## 28.2 Tuy n y ền

- 28.2.1 Suy tuy n y ền to ần th ỉ 542
- 28.2.2 B nh c c ỉ u chi 545
- 28.2.3 H ỉ ch ờng tuy n y ền kh ớc 548

## 28.3 Tuy n th ờng th ần

- 28.3.1 H ỉ ch ờng cushing 548
- 28.3.2 B nh Addison 552

**CH ẸNG 29 S T ẸNG QU ẸNG ẸI A Đ U HI U L ẸM S ẸNG VÀ B NH L ẸN ẸI TI T**

## 29.1 Chuy n h ĩa calci

- 29.1.1 C ờng c ờng gi ớc nguy ền ph ật 555
- 29.1.2 H ỉ ch ờng men 556
- 29.1.3 Suy c ờng gi ớc 556

## 29.2 Lo ẫng x ờng và nhuy n x ờng 558

## 29.3 H ỉ ch ờng li ền qu ần ần v ớc d ớng th ỉ p b ẻ 561

- 29.3.1 Th ỉ m kh ám 561
- 29.3.2 H ỉ ch ờng Turner 562
- 29.3.3 H ỉ ch ờng Down 563
- 29.3.4 Ch ờng lo n s n s n 563
- 29.3.5 B nh c ỏi x ờng 563

## 29.4 R ỉ m l ồng 564

## 29.5 N ỉ h ĩa tuy n v ỉ 565

- 29.6 ái tháo ng 567
  - 29.6.1 T ng tr ng 567
  - 29.6.2 Chi d i 568
  - 29.6.3 Chi trên – 29.6.4 m t 570
  - 29.6.(5-6-7) C và vai-b ng-phân tích n c ti u 572
- 29.7 B nh PAGET 574

## **CH NG 30: T M KH M VÀ C N L M S NG VÀ CH N O N B NH L N I TI T**

- 30.1 Th m khám lâm sàng n i ti t 577
- 30.2 C n lâm sàng ch n o n
  - 30.2.1 ánh giá ch c n ng tuy n giáp 579
  - 30.2.2 ng máu 580
  - 30.2.3 HC Cushing 570
  - 30.2.4 B nh Addison 581
  - 30.2.5 B nh v x ng 582

## **CH NG 31: B NH S B NH L TH N KINH**

- 31.1 Tri u ch ng 585
  - 31.1.1 au u, au vùng m t 587
  - 31.1.2 Ng t và co gi t 589
  - 31.1.3 Chóng m t 590
  - 31.1.4 R i lo n th giác và thính giác 591
  - 31.1.5 Rôi lo n dáng i 591
  - 31.1.6 R i lo n c m giác hay y u chi 592
  - 31.1.7 Run và nh ng c ng ko ý th c 592
  - 31.1.8 Tình tr ng tâm th n và l i nói 593
- 31.2 Ti n s b nh t t 593
- 31.3 Ti n s s d ng thu c 594
- 31.4 Ti n s xã h i 594
- 31.5 Ti n s gia inh 595

## **CH NG 32: TH M KH M TH N KINH 12 ỒI DÂY TK S**

- 32.1 Gi i ph u 597
- 32.2 Tri u ch ng toàn thân 597
  - 32.2.1 s t nh táo 598
  - 32.2.2 c c ng 598
  - 32.2.3 tay thu n 598
  - 32.2.4 nh h ng 599
- 32.3 Các dây th n kinh s 599
  - 32.3.1 Gi i ph u 599
  - 32.3.2 Quan sát t n tr ng 599
- 32.4 Dây I Kh u giác 600

- 32.4.1 Gi i ph u 600
- 32.4.2 khám m i và c m nh n m i 600
- 32.4.3 Nguyên nhân m t kh u giác 601
- 32.5 Dây II Th giác
  - 32.5.1 Gi i ph u 601
  - 32.5.2 khám 604
- 32.6 Dây III “dây v n nhãn chung”-dây IV “ rông d c”-dây VI “v n nhãn ngoài” 609
  - 32.6.1 Gi i ph u 609
  - 32.6.2 khám lâm sàng 610
- 32.7 Dây V 618
  - 32.7.1 Gi i ph u 618
  - 32.7.2 b nh s 619
  - 32.7.3 Th m khám lâm sàng 619
  - 32.7.4 Nguyên nhân li t dây V 621
  - 32.7.5 Thay i kích thích v n ng 622
- 32.8 Dây VII 622
  - 32.8.1 Gi i ph u 622
  - 32.8.2 B nh s 624
  - 32.8.3 Khám 624
  - 32.8.4 Nguyên nhân li t dây VII 626
  - 32.8.5 Thay i kích thích 627
- 32.9 dây VIII “Thính giác” 628
  - 32.9.1 Gi i ph u 628
  - 32.9.2 B nh s 628
  - 32.9.3 Th m khám 628
  - 32.9.4 Khám ch c n ng ti n ình 630
- 32.10 Dây IX “thi t h u” – dây X “lang thang” 630
  - 32.10.1 Gi i ph u 630
  - 32.10.2 B nh s 630
  - 32.10.3 Khám lâm sàng 631
  - 32.10.4 Nguyên nhân li t 632
- 32.11 Dây XI “Ph ”
  - 32.11.1 Gi i ph u 632
  - 32.11.2 khám 633
  - 32.11.3 nguyên nhân 634
- 32.12 Dây XII “ h thi t”
  - 32.12.1 Gi i ph u 634
  - 32.12.2 B nh s 634
  - 32.12.3 Khám 634



32.12.4 Nguyên nhân gây liệt 635

32.13 Traction dây tủy sống 636

32.14 Đau và cứng 637

32.15 Âm thanh trong cột sống

32.15.1 Giọng nói 638

32.15.2 khám lâm sàng 638

### **CHƯƠNG 33: THĂM KHÁM THẦN KINH: NGÔN NGỮ VÀ THẦN KINH CAO CẤP**

33.1 Khám ngôn ngữ 640

33.1.1 Rối loạn ngôn ngữ 641

33.1.2 Rối loạn vận động ngôn ngữ 642

33.1.3 Rối loạn phát âm 643

33.2 Bán cầu não 643

33.2.1 thính giác 643

33.2.2 chức năng thu thái độ 646

33.2.3 chức năng thu trán 647

### **CHƯƠNG 34: THĂM KHÁM BÊN LÝ THẦN KINH NGOẠI BIÊN**

34.1 Thăm khám chi và thân 650

34.1.1 bệnh sử 650

34.1.2 phân loại tổn thương theo vị trí 651

34.1.3 tiếp cận thăm khám tổng quát 652

34.1.4 Quan sát tổng thể 652

34.2 khám chi trên

34.2.1 khám vận động 653

34.2.2 khám cảm giác 664

34.2.3 khám các dây thần kinh ngoại biên chi trên 668

34.3 khám chi dưới

34.3.1 khám vận động 677

34.3.2 khám cảm giác 685

34.3.3 khám thần kinh ngoại biên chi dưới 690

34.3.4 test giác 693

### **CHƯƠNG 35: SỰ QUANG CÁO ĐUỐI LÂM SÀNG VÀ BÊN LÝ THẦN KINH**

35.1 Tổn thương neuron vận động trên 696

35.2 Nguyên nhân liệt nửa người (tổn thương neuron vận động trên)

35.2.1 Bệnh lý mạch máu não (đột quỵ hoặc TIA) 697

35.2.2 tổn thương chèn ép và thâm nhiễm 699

35.2.3 thoái hóa myelin 699

35.2.4 nhiễm trùng 699

35.3 tổn thương neuron vận động dưới

- 35.3.1 b nh neuron v n Ẹng 699
- 35.3.2 b nh lý th Ẹn kinh ngo Ẹi biên 700
- 35.3.3 H Ẹi ch Ẹng guillain-barré (b nh lý viêm Ẹa d Ẹtk c p tính) 701
- 35.3.4 x c Ẹng r Ẹi rác 701
- 35.3.5 dày d Ẹy th Ẹn kinh ngo Ẹi biên 702
- 35.3.6 chèn ép tu Ẹs Ẹng 703
- 35.3.7 các h Ẹi ch Ẹng chèn ép tu Ẹs Ẹng quan tr Ẹng 706
- 35.4 b nh c 712
  - 35.4.1 lo n tr Ẹng l c c Ẹteo 713
  - 35.4.2 b nh nh Ẹc c 714
- 35.5 ti u n Ẹo 715
- 35.6 b nh parkinson 718
  - 35.6.1 Quan sát 719
  - 35.6.2 dáng Ẹi và c Ẹng 719
  - 35.6.3 run tay 720
  - 35.6.4 tr Ẹng l c c 720
  - 35.6.5. M Ẹt 721
  - 35.6.6 kh Ẹn Ẹng vi t 721
  - 35.6.7 nguyên nh Ẹn c Ẹa h Ẹi ch Ẹng parkinson 722
- 35.7 các r Ẹi lo n v n Ẹng ngo Ẹi th Ẹp kh Ẹc 722
  - 35.7.1 mua gi t 722
  - 35.7.2 lo n tr Ẹng l c c 723
- 35.8 ti p c n bn hôn m Ẹ 723
  - 35.8.1 khám TQ 724
  - 35.8.2 m c Ẹ ý th c 724
  - 35.8.3 c 725
  - 35.8.4 Ẹu và m t 725
  - 35.8.5 chi tr Ẹn và chi d Ẹi 727
  - 35.8.6 c th
  - 35.8.7 ti t ni u
  - 35.8.8 glucose máu
  - 35.8.9 nhi t
  - 35.8.10 ch t trong d Ẹ dày
  - 35.8.11 thang Ẹi m hôn m Ẹ 727

## **CH ẸNG 36: TÓM T ẸT TH ẸM KHÁM VÀ C ẸN LÂM SÀNG CH ẸN OÁN B NH LÝ TH ẸN KINH**

- 36.1 tóm t Ẹt th Ẹm khám th Ẹn kinh 729
  - 36.1.1 Bên thu n nh h Ẹng và l Ẹi nói 731
  - 36.1.2 d u hi u c c Ẹng kernig 731

## 36.1.3 các dây thần kinh s

36.1.3.1 dây II

36.1.3.2 dây III, IV, VI

36.1.3.3 Dây V 732

36.1.3.4 Dây VII

36.1.3.5 Dây VIII

36.1.3.6 Dây IX, X

36.1.3.7 Dây XII

36.1.3.8 Dây XI

36.1.4 Chi trên 733

36.1.5 Chi dưới 734

36.2 cận lâm sàng chẩn đoán 734

36.2.1 chẩn đoán 734

36.2.2 hình ảnh các dây thần kinh 735

**CHƯƠNG 37 B NHIỆT VÀ THÂM KHÁM S C KHIỆT TÂM THẦN**

37.1 cách khai thác bệnh sử 742

37.1.2 khám phát các triệu chứng 743

37.1.2.1 vận động 743

Bảng 37.1 các triệu chứng tâm thần thường gặp và câu hỏi đánh giá

Bảng 37.2 triệu chứng của các bệnh tâm thần 748

37.1.2.2 Hoàn cảnh phát bệnh 749

37.1.2.3 Yếu tố nguy cơ 749

37.1.3 tín số bệnh tật và vị trí triệu chứng 750

37.1.4 tín số gia đình 750

37.1.5 tín số về bản thân và xã hội 751

37.2 Thăm khám các triệu chứng thái tâm thần 752

Bảng 37.4 bệnh kiểm tra triệu chứng thái tâm thần 752

Bảng 37.5 các nguyên nhân thường gặp của mê sảng 755

Bảng 37.6 các nguyên nhân gây sa sút trí tuệ 756

37.3 chẩn đoán 756

Bảng 37.7 hình thức xác định chẩn đoán 757

Bảng 37.8 hình thức chẩn đoán hoàn chỉnh 757

**CHƯƠNG 38: THÂM KHÁM BỆNH LÝ M T VÀ TAIM I HƯỚNG**

38.1 M T 760

38.1.1 Giản phẫu 760

38.1.2 Bệnh sử 760

Bảng 38.1 các nguyên nhân thường gặp của rối loạn tri giác 761

Bảng 38.2 phân biệt các nguyên nhân phồng mắt và  
đau mắt 762

38.1.3 khám lâm sàng 763

38.1.4 song thị 769

38.1.5 hội chứng Horner 769

38.1.6 viêm màng mắt 771

38.1.7 glaucoma 771

38.1.8 bệnh zona 771

38.1.9 mí mắt 773

38.2 tại 774

38.2.1 giời leo 774

38.2.2 bệnh sởi 775

38.2.3 khám 776

38.3 Mí mắt

38.3.1 Giời leo 780

38.3.2 Bệnh sởi 782

38.3.3 Khám 783

38.3.4 Viêm mí mắt 784

38.4 mí mắt và hốc mắt

38.4.1 giời leo 786

38.4.2 bệnh sởi 787

38.4.3 công thức khám 788

38.4.4 viêm hốc mắt 792

38.4.5 viêm nội nhãn 793

38.5 cận lâm sàng chẩn đoán 793

## CHƯƠNG 39 THẬN KHÁM VÚ

39.1 Giời leo 797

39.2 bệnh sởi 798

39.3 thăm khám 799

39.4 ánh xạ vú 801

## CHƯƠNG 40 THẬN KHÁM DA LIỀU, MÓNG VÀ KHỚM DA

40.1 Giời leo 804

40.2 bệnh sởi da liễu 805

40.3 nguyên lý thăm khám bệnh lý da liễu 806

40.4 cách tiếp cận chẩn đoán lâm sàng vs các ung thư trên da 811

40.5 sự tương quan của triệu chứng thực thể và bệnh lý da liễu  
811

40.5.1 ngứa 812

40.5.2 phát ban vảy ngứa 813

40.5.3 phát ban đóng bóng nước 816

- 40.5.4 da toàn thân 819
- 40.5.5 nhồng thũng mủ và vẩy tiết 819
- 40.5.6 mẩn ngứa da 820
- 40.5.7 herpes ban nốt 821
- 40.5.8 herpes ban đỏ 822
- 40.5.9 viêm mô tế bào và viêm quầng 823
- 40.5.10 viêm nang lông, nhọt và nhọt chùm 823
- 40.5.11 các nhiễm trùng khác 824
- 40.5.12 tổn thương sứt da 827
- 40.5.13 da bỏng và mề hôi 827
- 40.5.14 nhồng khỉu da 828

#### 40.6 móng 831

### CHƯƠNG 41: THĂM KHÁM BỆNH KÝ TRUYỀN NHIỄM

#### 41.1 Sốt không rõ nguyên nhân 837

##### 41.1.1 bệnh sởi 838

##### 41.1.2 thăm khám 839

###### 41.1.2.1 toàn thân

###### 41.1.2.2 bàn tay

###### 41.1.2.3 cánh tay

###### 41.1.2.4 đầu và cổ 839

###### 41.1.2.5 ngực 840

###### 41.1.2.6 bụng 840

###### 41.1.2.7 hệ thống kinh trung ương 840

#### 41.2 nhiễm HIV và AIDS

##### 41.2.1 Bệnh sởi 840

##### 41.2.2 khám

###### 41.2.2.1 tổng quát 841

###### 41.2.2.2 khám bàn tay và cánh tay 843

###### 41.2.2.3 khám mắt 843

###### 41.2.2.4 ngực 844

###### 41.2.2.5 bụng 844

###### 41.2.2.6 hệ thống kinh trung ương 844

### CHƯƠNG 42: THĂM KHÁM BỆNH LÝ LÃO KHOA

#### 42.1. Bệnh sởi lão khoa: các biểu hiện lâm sàng -848

#### 42.2. Khám lâm sàng lão khoa: các chú ý các biểu hiện -850

##### 42.2.1. Khám tổng quát -850

##### 42.2.2. Khám tim -850

##### 42.2.3. Khám ngực -850

##### 42.2.4. Khám hệ tiêu hóa -850

##### 42.2.5. Khám hệ thống kinh -851

42.2.6. Khám mắt và tai -852

42.2.7. Khám khớp -852

42.2.8. Khám vú - 852

**Chương 43: Thăm khám bệnh lý cơ thể**

43.1. Ánh giá ban đầu-855

43.2. Ánh giá tri giác-857

43.3. Một số thăm khám khác-858

**Chương 44: Thăm khám các chức năng**

44.1. Ánh giá-861

44.1.1. Quy trình nghiên cứu-861

44.1.2. Không có chẩn đoán sai bệnh nhân đã chết-862

44.1.3. Khám bệnh nhân bệnh nhân nghi ngờ t vong-862

44.1.4. Chức năng-863

44.2 Thông báo cho người thân-863

44.3. Hoàn thành giấy chứng tử -863

44.4. Khám nghiệm tử thi -863

44.5 hình ảnh tử thi -864

NHỮNG NGUYÊN TẮC  
CHUNG KHI HỎI BỆNH

Nguyễn Phương Uyên

*Y khoa phải được học trên lâm sàng, không phải trong lớp học.  
Sir William Oster (1849 – 1919)*

Thực tế, mọi kiến thức y khoa đều sẽ vô ích nếu người thầy thuốc không thể khai thác và tổng hợp những thông tin quan trọng một cách ngắn gọn và chính xác từ người bệnh về tình trạng của họ. Đây là cơ sở để thầy thuốc có thể đưa ra chẩn đoán đúng. Trong tất cả các chuyên ngành y khoa, việc triển khai một phương án điều trị phụ thuộc vào việc thầy thuốc có đưa ra chẩn đoán đúng hoặc hợp lý hay những chẩn đoán phân biệt (danh sách những chẩn đoán có thể). Đối với những trường hợp bệnh quá nặng, cần hỏi cẩn thận và kỹ càng trước khi thực hiện thăm khám lâm sàng và bắt đầu điều trị.

Hỏi bệnh là bước đầu tiên để đưa ra chẩn đoán, nó sẽ giúp ta định hướng khi thăm khám lâm sàng và giúp ta xác định những cận lâm sàng cần thiết. Thường, nếu hỏi bệnh đúng sẽ đưa ra chẩn đoán chính xác, khám lâm sàng và các cận lâm sàng chỉ đơn thuần để xác nhận chẩn đoán này. Text box 1.1 cho ta thấy trình tự khám bệnh.

**Text box 1.1. Trình tự khám bệnh.**

1. Bệnh sử.
2. Thăm khám lâm sàng.
3. Giải thích với BN những dấu hiệu được phát hiện, những chẩn đoán phân biệt (chẩn đoán có thể) và kế hoạch điều trị (các test cần thiết và hướng điều trị).
4. Đề nghị và giải thích về các test cần thiết.
5. Đưa ra phương pháp điều trị cần thiết nếu có chỉ định.

Lịch sử đã vinh danh những thầy thuốc vĩ đại và chúng ta sẽ thấy tên họ sống mãi trong quyển sách này: Hippocrates, Osler, Mayo, Addison và Cushing là một vài cái tên trong số đó. Muốn hỏi bệnh tốt, chúng ta cần nhiều kỹ năng nghe: chúng ta phải quan sát cử chỉ của người bệnh (đây cũng là một phần của thăm khám lâm sàng). Ví dụ, chú ý vào sự không thoải mái của những BN bị đau vùng bụng sẽ góp phần làm sáng tỏ những ảnh hưởng của nó trong bệnh sử. Nên nhớ rằng, dựa vào bệnh sử là cách ít tốn kém nhất để đưa ra chẩn đoán.

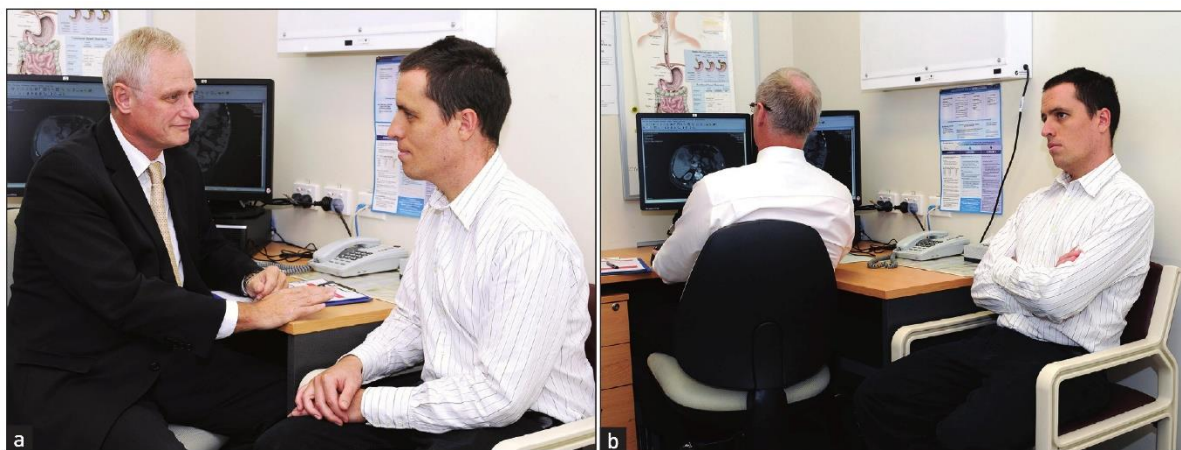
**T&O'C essentials**

Tất cả sinh viên y cần hiểu một cách toàn diện làm sao để làm được một bệnh án hoàn chỉnh, đây là điều thiết yếu để đưa ra chẩn đoán chính xác.

Với những thay đổi trong giáo dục y khoa, hầu hết sinh viên y được giảng dạy ở những

nơi cách xa các bệnh viện truyền thống. Những sinh viên y phải học cách hỏi bệnh sử với những tình huống giả định, nhưng rõ ràng để có thể hoàn thiện những kỹ năng thăm khám đòi hỏi sinh viên phải thực hành trên BN thật ở bệnh phòng và cả những BN ngoại trú. Hầu hết thông tin về hồ sơ bệnh án của BN trước đó sẽ có sẵn ở bệnh viện hoặc trong các ghi chép trên lâm sàng (tiếc là một số trong đó có thể thiếu chính xác nên chúng ta cần phải xem xét kỹ lưỡng); những chi tiết trong đó có thể thay đổi tùy thuộc vào sự phức tạp của bệnh cảnh BN ở hiện tại hoặc thời điểm chúng tiếp xúc với BN là ở giai đoạn sau hay giai đoạn đầu của bệnh.

## 1.1. CÁCH CƯ XỬ BÊN GIƯỜNG BỆNH VÀ THIẾT LẬP MỐI QUAN HỆ GIAO TIẾP VỚI BỆNH NHÂN



**Hình 1.1. (a) hỏi bệnh đúng, (b) hỏi bệnh sai.**

Hỏi bệnh yêu cầu cần phải thực hành và nó phụ thuộc nhiều vào mối quan hệ giữa thầy thuốc và BN. Việc làm cho BN cảm thấy thoải mái rất quan trọng vì nếu không tạo được một mối quan hệ tốt, việc khai thác bệnh sử của BN sẽ trở nên rất khó khăn.

Hãy nhớ rằng, BN nói với thầy thuốc và cả sinh viên y những điều mà họ có thể sẽ không nói với bất kỳ ai khác. Điều này cần thiết phải được giữ bí mật. Nhân viên y tế có thể thảo luận vấn đề của BN với đồng nghiệp, nhưng người đồng nghiệp này phải có liên quan đến quá trình điều trị của BN và BN không nên biết được việc này. Điều này được áp dụng khi thảo luận về những vấn đề của BN và đưa ra các kết quả thống nhất trong các buổi hội chẩn lâm sàng. Trong các buổi hội chẩn, tên của BN sẽ được che đi trong các báo cáo xét nghiệm và cũng những tài liệu có liên quan.

Việc điều trị cho một BN chỉ được bắt đầu khi người thầy thuốc đến bên giường bệnh hay khi BN bước vào phòng khám. Ấn tượng đầu tiên của BN đối với tác phong chuyên nghiệp của thầy thuốc sẽ có tác động lâu dài. Một trong những tiên đề của ngành y tế là “điều đầu tiên là để không gây hại”. Việc thăm khám và hỏi bệnh thiếu suy nghĩ hoặc không tốt có thể gây hại cho BN trước khi việc điều trị có cơ hội làm điều đó. Chúng ta nên để lại ấn tượng tốt hơn cho BN khi họ thấy có thầy thuốc ghé thăm. Đây là một kỹ thuật rất khó để giảng dạy.

Đã có nhiều bài viết về cách chính xác để hỏi bệnh BN, nhưng mỗi thầy thuốc cần phát triển phương pháp riêng, dựa trên những kinh nghiệm có được từ thầy cô trên lâm sàng và từ chính những BN của họ. Để góp phần thiết lập tốt mối quan hệ thầy thuốc – BN, sinh



viên hay thầy thuốc cần phải tạo điểm nhấn bằng cách giới thiệu bản thân và giải thích cho BN hiểu vai trò của mình (xem Hình 1.1). Là một sinh viên, chúng ta có thể tự giới thiệu như sau: “chào bà Evans. Tên cháu là Jane Smith. Cháu là sinh viên của thầy thuốc Osler. Cô ấy yêu cầu cháu đến và kiểm tra cho bà”. Mỗi khi có BN đến phòng khám thầy thuốc nên mời họ ngồi xuống một cái ghế. Cửa nên đóng lại hoặc nếu ở phòng khám, nên kéo màn lại để giúp tạo một khoảng không gian riêng tư. Thầy thuốc nên ngồi xuống cạnh BN hoặc ở gần đủ để giao tiếp bằng mắt và mang lại cho BN ấn tượng rằng việc hỏi bệnh sẽ diễn ra thông thả và thoải mái.

Điều quan trọng ở đây là phải trò chuyện với BN bằng thái độ tôn trọng, nhìn vào BN (không phải nhìn vào máy tính), gọi người bệnh bằng tên kèm theo từ nhân xưng phù hợp (cô, chú, anh, chị,...). Một vài lời nhận xét thích hợp về thời tiết, thức ăn trong bệnh viện hay sự đông đúc của phòng chờ giúp BN thoải mái hơn và không nên có thái độ trịch thượng.

## 1.2. KHAI THÁC BỆNH SỬ

### List 1.1. Khai thác bệnh sử.

- |  |  |
|--|--|
| 1. Triệu chứng chính hiện tại (presenting symptom – PS)  | – Tiền sử phẫu thuật (ngày, chỉ định, phương pháp).                            |
| 2. Bệnh sử các bệnh hiện có (history of the presenting illness – HPI)  | – Chu kỳ kinh nguyệt và tiền sử mang thai đối với phụ nữ.                      |
| – Chi tiết về các bệnh hiện mắc.   | – Chủng ngừa.  |
| – Chi tiết về tình trạng tương tự trước đó.  | – Truyền máu (ngày).   |
| – Mức độ suy giảm chức năng.   | 5. Tiền sử xã hội (social history – SH)  |
| – Ảnh hưởng của bệnh tật.  | – Giáo dục và trình độ học vấn.  |
| 3. Tiền sử dùng thuốc và điều trị  | – Tình trạng hôn nhân, trợ cấp xã hội, điều kiện sống và tình trạng tài chính. |
| – Việc điều trị hiện tại.  | – Chế độ ăn và luyện tập.  |
| – Tiền sử dùng thuốc (liều lượng, thời gian, chỉ định, tác dụng phụ): đơn thuốc, thuốc không kê đơn và liệu pháp thay thế. | – Nghề nghiệp và sở thích.   |
| – Việc điều trị trong quá khứ.   | – Du lịch nước ngoài (ở đâu và khi nào).                                       |
| – Thuốc gây dị ứng và phản ứng.  | – Hút thuốc lá và uống rượu.   |
| 4. Tiền sử bản thân (past history – PH)  | – Thuốc gây nghiện và thuốc cấm.   |
| – Các bệnh trong quá khứ.  | – Tiền sử về tâm trạng và quan hệ tình dục.                                    |
|  | 6. Tiền sử gia đình (family history – FH).                                     |
|  | 7. Tóm tắt (systems review – SR)   |
|  | – Xem Questions box 1.1.   |

Hãy bắt đầu bằng một câu hỏi mở và chú tâm lắng nghe tích cực – BN sẽ nói cho chúng ta biết “hướng chẩn đoán”, nếu chúng ta dành thời gian để lắng nghe hết câu chuyện của họ và tổng hợp lại dựa trên kiến thức sinh lý bệnh.

Cho phép BN nói về câu chuyện của họ trước và tránh hỏi thúc mà ngắt ngang điều họ đang nói. Việc này thường chỉ mất từ hai đến ba phút, nhưng chúng ta sẽ biết được nhiều thông tin trong khoảng thời gian ngắn đó. Khuyến khích BN tiếp tục nói về vấn đề chính của họ hoặc những vấn đề họ gặp phải từ lúc bắt đầu. Sau đó, sử dụng những câu hỏi cụ

thể để biết rõ về những gì còn thiếu.

Cuối buổi hỏi bệnh sử và thăm khám lâm sàng, một bệnh án chi tiết sẽ được ghi nhận lại. Tuy nhiên, nhiều thầy thuốc lâm sàng thấy hữu ích khi làm ghi chép tạm trong sổ tay trong suốt quá trình hỏi bệnh. Nói với BN rằng chúng ta sẽ vừa ghi chép nhưng cũng sẽ chú tâm lắng nghe họ. Bằng việc luyện tập, ghi chép có thể được làm mà không ảnh hưởng gì đến việc giao tiếp. Trong lúc tạm dừng việc ghi chép câu trả lời của BN thì tiếp tục bằng một câu hỏi và nhìn thẳng vào mắt của họ có thể giúp ích cho cuộc trò chuyện và cho BN thấy rằng câu chuyện của họ đang được lắng nghe một cách nghiêm túc.

Nhiều bệnh viện và phòng khám sử dụng bệnh án điện tử, hiển thị trên màn hình vi tính. Ghi chú đôi khi sẽ được ghi lại trong suốt quá trình hỏi bệnh qua bàn phím. Nó có thể gây khó chịu cho BN lúc trò chuyện vì thầy thuốc hoàn toàn nhìn vào màn hình máy tính trong suốt buổi hỏi bệnh thay vì nhìn vào BN. Bằng luyện tập, chúng ta vẫn có thể vừa nhập dữ liệu vừa duy trì việc giao tiếp bằng mắt với BN, nhưng trước tiên có lẽ nó được yêu thích hơn việc ghi chép bằng tay vì dễ sao chép hay đọc lại chúng sau này.

Ghi chép cuối cùng phải tuân tực, mô tả chính xác sự phát triển và diễn tiến bệnh trạng của BN. Có một số phương pháp ghi lại thông tin này. Bệnh viện có thể in sẵn biểu mẫu với các chỗ trống để điền thông tin vào. Nó được áp dụng cho các trường hợp thông thường (ví dụ như đối với một trường hợp tiểu phẫu). Những câu hỏi theo kiểu theo dõi bệnh trạng và những ghi chú sẽ làm ngắn gọn hơn so với những câu hỏi theo kiểu tiếp nhận bệnh ban đầu, dĩ nhiên, nhiều câu hỏi sẽ liên quan đến tiếp nhận bệnh ban đầu. Khi một BN đến tái khám ở một phòng khám hoặc một bệnh viện, thì bệnh sử hiện tại có thể được liệt kê như là một vấn đề “active” và bệnh sử trong những lần trước có thể xem như là những vấn đề “inactive” hoặc vẫn còn “active”.

BN thỉnh thoảng sẽ nhấn mạnh những vấn đề không liên quan mà bỏ qua những triệu chứng quan trọng. Vì lý do đó, việc tiếp cận, khai thác và ghi lại bệnh sử một cách có hệ thống rất quan trọng. List 1.1 ghi lại trình tự khai thác bệnh sử, nhưng yêu cầu chi tiết còn phụ thuộc vào sự phức tạp của bệnh.

### **1.3. NHỮNG CÂU HỎI MỞ ĐẦU**

Để thu được một bệnh án hoàn chỉnh, thầy thuốc lâm sàng cần tạo lập một quan hệ tốt với BN, hỏi bệnh bằng thái độ thích hợp, lắng nghe cẩn thận, ngắt lời khi thích hợp và thường chỉ sau khi đã cho phép BN kể về câu chuyện đầu tiên của họ, chú ý ngôn ngữ không lời và làm rõ những thông tin thu được.

Sau khi giới thiệu bản thân, bước kế tiếp là tìm ra những triệu chứng chính hay các vấn đề sức khỏe của BN. Hỏi BN “cái gì đã đưa ông/bà đến đây ngày hôm nay?” có thể là một cách hỏi không khôn ngoan, chúng ta sẽ nhận được câu trả lời “xe cấp cứu” hoặc “xe ô tô”. Tốt nhất khi bắt đầu cuộc hội thoại hãy hỏi BN: “gần đây ông/bà đã gặp phải vấn đề gì?” hoặc “lần cuối cùng ông/bà cảm thấy khá hơn là khi nào?”. Đối với trường hợp tái khám, chúng ta có thể hỏi về lần khám trước đó, ví dụ: “có gì thay đổi kể từ lần cuối cùng tôi gặp ông/bà không?” hoặc “đã ... tuần kể từ lần cuối cùng tôi gặp ông/bà phải không? có gì xảy ra kể từ sau lần đó?”. Điều đó là để BN biết rằng thầy thuốc vẫn nhớ đến họ.

Một số thầy thuốc sẽ bắt đầu với những câu hỏi về tình trạng sinh hoạt và cuộc sống của BN. Khi cố gắng thiết lập mối quan hệ ban đầu với BN đôi khi sẽ tồn tại một mối nguy

hiềm vì nó đôi khi có vẻ hơi xâm phạm đến sự riêng tư, dẫu rằng vấn đề của họ có thể liên quan đến những khía cạnh trong cuộc sống. Những thông tin chung cũng như thông tin cá nhân thường sẽ dễ có được hơn khi thầy thuốc cho thấy sự quan tâm đến vấn đề của BN hoặc như một phần tiền sử xã hội – những câu hỏi liên quan đến những vấn đề cá nhân nên được hoãn lại cho những lần sau, khi mà thầy thuốc và BN đã biết nhau nhiều hơn. Cách tiếp cận và thời gian tốt nhất cho việc hỏi bệnh rất đa dạng, phụ thuộc vào tình trạng bệnh và thái độ của BN cũng như của thầy thuốc.

### T&O'C essentials

Khuyến khích BN nói về vấn đề của họ bằng từ ngữ của họ từ khi khởi phát triệu chứng đầu tiên đến thời điểm hiện tại. Tìm hiểu đầy đủ thông tin chi tiết của mỗi vấn đề và tài liệu về chúng.

Khi BN ngừng cung cấp thông tin, câu hỏi: “còn gì khác không?” sẽ giúp bắt đầu cuộc hội thoại một lần nữa và có thể được lặp lại vài lần nếu cần thiết. Mặt khác, một vài lời hướng dẫn có thể cần thiết để giúp BN không lạc sang chuyện khác trong quá trình hỏi bệnh.

Một vài câu hỏi cụ thể là cần thiết để kiểm tra những chẩn đoán giả thuyết. Ví dụ, BN có thể không chú ý mối liên hệ giữa những cơn đau ngực với việc gắng sức (điển hình của đau thắt ngực) trừ khi họ được hỏi cụ thể. Việc đưa ra một list những câu trả lời có khả năng đôi khi cũng có thể giúp ích. BN bị nghi ngờ đau thắt ngực thường không thể mô tả cơn đau khi được hỏi nếu cảm giác chỉ là nhói, âm ỉ, nặng hay bồng rập. Cảm giác nhói thường ít có khả năng là cơn đau thắt ngực.

Dùng những cử chỉ thích hợp (nhưng không làm quá) để giúp BN yên tâm và duy trì cuộc nói chuyện. Nếu BN kết thúc câu chuyện của họ, thầy thuốc có thể tóm tắt ngắn gọn những gì nghe được và khuyến khích BN tiếp tục kể về vấn đề của họ.

Người thầy thuốc cần học cách lắng nghe và có tư duy cởi mở. Không vội vã đưa ra kết luận chẩn đoán trước khi BN kể hết tất cả các triệu chứng của mình. Tránh sử dụng các từ ngữ chuyên ngành và nếu BN dùng nó, hãy tìm hiểu chính xác xem họ hiểu về từ đó như thế nào, việc hiểu sai các thuật ngữ y khoa là khá phổ biến.

Cách BN mô tả triệu chứng của họ có thể dần dần khác nhau khi họ liên tục phải đưa ra câu trả lời cho những câu hỏi giống nhau bởi những thầy thuốc có trình độ nâng cao dần. BN có thể sẽ nói với sinh viên y rằng họ có cơn đau nhói ở ngực trái nhưng lại khai với thầy thuốc – giảng viên rằng họ đau âm ỉ ở vùng giữa ngực. Điều này không làm cho các thầy thuốc lâm sàng ngạc nhiên, nguyên nhân là do BN đã có thời gian ngẫm nghĩ về triệu chứng của mình. Điều đó có thể có ý nghĩa, tuy nhiên, những triệu chứng quan trọng nên được kiểm tra lại bằng những câu hỏi khác, chẳng hạn như: “ông/bà có thể chỉ cho tôi thấy chính xác là đau ở đâu?” và “ý ông/bà nói đau nhói là đau như thế nào?”.

Có một số vấn đề sức khỏe của BN khiến cho việc hỏi bệnh trở nên khó khăn như điếc, nói khó hay rối loạn trí nhớ. Để việc hỏi bệnh thành công, thầy thuốc phải nhận ra điều này. Xem CHƯƠNG 2 để biết thêm chi tiết.

## 1.4. TÌNH TRẠNG HIỆN TẠI (CÁC TRIỆU CHỨNG CHÍNH)

Việc một BN có nhiều triệu chứng là điều phổ biến. Cần xác định đâu là nguyên nhân chính đưa BN đến khám bệnh. Nên nhớ rằng ý kiến của BN và của thầy thuốc về mức độ

ngghiêm trọng của vấn đề có thể khác nhau. Một BN đến khám với triệu chứng cảm lạnh; ngẫu nhiên anh ta đề cập đến gần đây có ho ra máu, vậy những cơn đau ngực sẽ cần được chú ý đến hơn là vấn đề với mũi của anh ta. Cần xác định đâu là triệu chứng cần được ưu tiên quan tâm nhất. BN thường không hài lòng nếu vấn đề gây rắc rối cho họ nhất lại không được giải quyết, giải thích và trấn an BN kể cả khi nó chỉ là một vấn đề nhỏ là cần thiết. Ghi lại tất cả các triệu chứng của BN ở thời điểm hiện tại bằng chính ngôn ngữ của BN, tránh dùng thuật ngữ chuyên môn ở giai đoạn này.

Bất cứ khi nào chúng ta phát hiện ra căn bệnh hay triệu chứng chính, hãy nghĩ về những điều sau để làm sáng tỏ vấn đề và đặt ra những câu hỏi để tìm ra nó:

- 1. Vấn đề nằm ở đâu? (chuẩn đoán về mặt giải phẫu học).
- 2. Bản chất của triệu chứng là gì? (giống như chẩn đoán bệnh học).
- 3. Nó ảnh hưởng như thế nào đến BN? (chẩn đoán sinh lý và chức năng).
- 4. Tại sao BN bị bệnh? (chẩn đoán nguyên nhân).

Đưa ra chẩn đoán không chỉ đơn giản là nêu được tên bệnh, chúng ta cần xác định khả năng diễn tiến của bệnh để đưa ra tiên lượng bệnh và cho BN lời khuyên về kế hoạch điều trị cụ thể.

## 1.5. BỆNH SỬ

Mỗi một vấn đề của BN đều cần được giải thích chi tiết, nhưng ở phần đầu của quá trình hỏi bệnh, BN nên đóng vai trò chủ đạo trong giao tiếp. Ở phần 2, thầy thuốc nên là người chủ động nhiều hơn, đặt câu hỏi nhằm vào các thông tin cần thiết cho chẩn đoán. Sau khi có được toàn bộ bệnh sử, khi viết bệnh án nên sắp xếp các sự kiện theo trình tự thời gian. Nếu có nhiều cơ quan, hệ thống bị ảnh hưởng, những sự kiện này nên sắp xếp theo trình tự đối với từng cơ quan, hệ thống. Mỗi BN có thể có nhiều vấn đề, những vấn đề này có thể phụ thuộc lẫn nhau hoặc không. Điều này không ngoại lệ kể cả ở những người lớn tuổi. Công việc của chúng ta là nhận biết chính xác tất cả vấn đề và tạo ra một bức tranh toàn diện về tình trạng của mỗi BN.

### 1.5.1. Những triệu chứng hiện tại

Chúng ta nên tìm hiểu các thông tin xung quanh những triệu chứng hiện tại nếu BN không chủ động cung cấp. **SOCRATES** – là những câu hỏi nên được áp dụng cho hầu hết các triệu chứng.

- **S**ite – vị trí.
- **O**nset – khởi phát.
- **C**haracter – tính chất.
- **R**adiation (nếu triệu chứng là đau hoặc khó chịu) – hướng lan.
- **A**lleviating factors – yếu tố làm dịu đi.
- **T**iming – thời gian.
- **E**xacerbating factors – yếu tố làm tăng.
- **S**everity – mức độ.

### **1.5.1.1. Site – vị trí**

Hỏi về vị trí chính xác của các triệu chứng, có thể khu trú hay lan tỏa. Yêu cầu BN chỉ vị trí chính xác trên cơ thể.

Một vài triệu chứng không khu trú. Những BN bị hoa mắt không thể xác định vị trí – nhưng chóng mặt đôi khi có liên quan đến cảm giác về chuyển động ở đầu và có thể khoanh vùng. Những triệu chứng khác không thể xác định vị trí bao gồm ho, khó thở và thay đổi về cân nặng.

### **1.5.1.2. Onset – khởi phát (hoàn cảnh khởi phát)**

Tìm hiểu xem triệu chứng xuất hiện nhanh chóng, từ từ hay đột ngột. Một số rối loạn nhịp tim khởi phát đột ngột rồi mất đi. Sự mất ý thức đột ngột (ngất) hồi phục ngay thường do tim, không phải là bệnh lý về hệ thần kinh. Hãy hỏi xem triệu chứng đó hiện diện liên tục hay ngắt quãng. Những triệu chứng đang ngày càng tệ hơn hay tốt hơn và nếu có, sự thay đổi xảy ra khi nào? Ví dụ, sự khó thở trong bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính có thể ngày càng tệ hơn dẫn tới BN càng ngày càng ít vận động. Khi bệnh khởi phát, BN đang làm gì? Ví dụ, sự khó thở nghiêm trọng làm thức giấc khi BN đang ngủ có thể gợi ý đến suy tim.

### **1.5.1.3. Character – tính chất**

Yêu cầu BN nói về tính chất và mô tả các thuộc tính của triệu chứng là điều rất cần thiết. Nếu BN than phiền rằng họ cảm thấy hoa mắt, nó có nghĩa là họ cảm thấy căn phòng đang xoay tròn (chóng mặt) hay nó là cảm giác lơ lửng, mất định hướng? Khó tiêu có nghĩa là BN bị đau bụng, ợ nóng, đầy bụng sau khi ăn, bội thực hay sự thay đổi thói quen đại tiện? Nếu có đau, thì đau như thế nào: đau nhói, đau âm ỉ, đau như dao đâm, đau như khoan xoáy, đau bỏng rát hoặc đau như bị kẹp chặt.

### **1.5.1.4. Radiation of pain or discomfort – hướng lan**

Xác định vị trí của triệu chứng nếu khu trú và hướng lan, điều này thường gặp ở triệu chứng đau. Hướng lan của triệu chứng đau thường điển hình của một bệnh lý hay một chẩn đoán nào đó, ví dụ như đau theo sự phân bố các rễ thần kinh do nhiễm herpes zoster.

### **1.5.1.5. Alleviating factors – những yếu tố làm giảm**

Một số thứ có thể làm cho triệu chứng trở nên tốt hơn. Ví dụ, cơn đau do viêm màng ngoài tim có thể giảm khi BN ngồi, ợ nóng do trào ngược acid có thể giảm bằng cách uống sữa hoặc uống chất trung hòa acid. BN có sử dụng thuốc giảm đau (có chứa hoặc không chứa thành phần gây nghiện) không?

### **1.5.1.6. Timing – thời gian**

Triệu chứng xảy ra lần đầu tiên khi nào và cố gắng để xác định chính xác nhất nếu có thể. Ví dụ, hỏi xem BN bắt đầu chú ý đến sự “khác thường” hoặc “không khỏe” của bản thân khi nào? Trong quá khứ, BN có từng mắc bệnh tương tự chưa? Sẽ rất có ích nếu chúng ta hỏi BN lần cuối cùng họ cảm thấy hoàn toàn khỏe mạnh là khi nào? Đối với những BN đã chịu đựng trong một thời gian dài, hãy hỏi xem lý do gì khiến họ quyết định đi khám vào lúc này?

### **1.5.1.7. Exacerbating factors – yếu tố làm tăng**

Hãy hỏi về bất cứ điều gì làm cho triệu chứng trở nên tồi tệ hơn. Sự di chuyển nhẹ

nhàng nhất cũng có thể làm tăng những cơn đau bụng do viêm phúc mạc hay đau ở ngón chân cái do gout.

### **1.5.1.8. Severity – mức độ**

Đây là một đánh giá mang tính chủ quan. Cách tốt nhất để xác định mức độ nghiêm trọng của triệu chứng là hỏi BN xem căn bệnh đã ảnh hưởng thế nào đến hoạt động thường ngày và giấc ngủ của họ. Mức độ ảnh hưởng có thể từ nhẹ đến nặng. Một triệu chứng nhẹ có thể bị BN lơ đi, trong khi đó một triệu chứng được xếp ở mức độ trung bình không bị bỏ qua nhưng nó không cản trở sinh hoạt thường ngày. Một triệu chứng nặng sẽ làm cản trở sinh hoạt hàng ngày và triệu chứng rất nặng rõ ràng sẽ cản trở hầu hết mọi hoạt động. Ngoài ra, cơn đau có thể được đánh giá theo thang điểm từ 0 (không gây khó chịu) đến 10 (cực kỳ đau). Tuy nhiên, yêu cầu BN đang rất đau đớn cung cấp một con số đánh giá mức độ đau thường khiến họ cáu gắt, khó chịu. Thông qua khuôn mặt để đánh giá mức độ đau của BN cũng là một cách, dùng những bức ảnh với những khuôn mặt khác nhau khi chịu đựng những cơn đau có mức độ từ không đau (0) đến rất đau (10) có thể giúp ích cho việc thực hành lâm sàng.

Ngoài ra cũng có một số phương pháp khác để lượng giá mức độ của cơn đau (ví dụ, sử dụng thang điểm VAS – visual analogue scale, theo đó BN sẽ được yêu cầu đánh giá mức độ đau trên một đường ngang dài 10 cm). Lưu ý rằng tất cả những thang điểm này thường chỉ hữu dụng trong việc đánh giá sự tiến triển của cơn đau ở một cá nhân hay hiệu quả giảm đau từ quá trình điều trị hơn là đưa ra con số chính xác để lượng giá cơn đau – ví dụ, so sánh cơn đau trước và sau khi tiến hành điều trị.

Một số triệu chứng có thể được lượng giá chính xác hơn; ví dụ, tình trạng khó thở xảy ra sau khi đi bộ 10 m trên mặt đất bằng phẳng sẽ được đánh giá là nặng hơn tình trạng khó thở xảy ra sau khi đi bộ lên dốc 90 m. Cơn đau thắt ngực xảy ra khi đang nghỉ ngơi sẽ nặng nề hơn so với những cơn đau ngực xảy ra khi đang chạy 90 m để cố đuổi theo xe bus.

Việc đánh giá mức độ của triệu chứng là rất quan trọng. Nhưng luôn nhớ rằng những triệu chứng BN nói rằng nhẹ cũng có thể là rất nghiêm trọng.

### **1.5.2. Những triệu chứng kèm theo**

Dưới đây là một nỗ lực được thực hiện nhằm phát hiện ra các triệu chứng một cách có hệ thống nhằm tìm ra mối liên quan giữa chúng trong bệnh lý của một vùng đặc biệt nào đó. Chú ý ban đầu và triệt để nhất nên được đặt vào hệ thống chứa đựng những vấn đề hiện có (xem Questions box 1.1). Hãy nhớ rằng mỗi triệu chứng đơn lẻ sẽ cung cấp manh mối để dẫn đến chẩn đoán chính xác; thông thường, sự kết hợp những đặc điểm của nhiều triệu chứng sẽ giúp đưa ra chẩn đoán chính xác nhất.

### **1.5.3. Tác động của bệnh tật**

Bệnh tật có thể thay đổi hoàn toàn cuộc sống của một con người – ví dụ, một căn bệnh mạn tính có thể gây cản trở trong công việc hoặc việc học. Vấn đề sức khỏe có thể ảnh hưởng nghiêm trọng đến tâm sinh lý của con người; tất nhiên, mỗi người trong chúng ta phản ứng khác nhau khi đối diện với cùng một vấn đề giống nhau. Thậm chí sau khi bình phục hoàn toàn từ một căn bệnh đe dọa mạng sống, một vài người có thể bị ảnh hưởng lâu dài do mất đi sự tự tin và lòng tự trọng. Có thể có những nỗi lo về khả năng hỗ trợ của gia đình. Hãy cố tìm hiểu xem BN và gia đình của họ chịu những ảnh hưởng như thế nào do

bệnh tật mang lại. Gia đình BN đã đối mặt với căn bệnh như thế nào và BN mong muốn hay hi vọng điều gì về sức khỏe của họ trong tương lai? BN đã nhận được những thông tin về tình trạng của họ từ đâu? (ví dụ: từ internet).

Giúp BN theo dõi và quản lý tình trạng sức khỏe của mình chiếm một phần lớn trong trách nhiệm của các thầy thuốc lâm sàng. Tác động của bệnh tật còn phụ thuộc vào sự đồng cảm và lời giải thích của thầy thuốc về những việc BN phải làm trong tương lai cũng như tác động mà việc điều trị đem lại.

## 1.6. TIỀN SỬ

### 1.6.1. Thuốc và tiền sử điều trị

Khi được hỏi về thuốc mà BN đang sử dụng, BN thường chỉ mô tả màu sắc hoặc kích thước thay vì tên thuốc hay liều lượng. Do đó hãy yêu cầu BN cho chúng ta xem tất cả các loại thuốc đó (xem Hình 1.2) và nếu có thể hãy lập một danh mục các loại thuốc đó. Ghi chú liều lượng, đã dùng bao lâu, chỉ định của mỗi loại thuốc và tác dụng phụ.



**Hình 1.2. (a) túi thuốc cho BN xuất viện, (b) túi thuốc và túi Webster do nhà thuốc cấp cho BN có thời gian và ngày sử dụng trong tuần.**

Danh mục thuốc này có thể cung cấp manh mối hữu ích để biết những bệnh mạn tính hoặc bệnh mà BN mắc phải trong quá khứ, phòng khi họ quên mất. Ví dụ, ở những BN phủ nhận tiền sử tăng huyết áp, họ có thể sẽ nhớ ra nếu chúng ta hỏi họ tại sao họ lại uống thuốc hạ áp trong quá khứ. Hãy nhớ rằng một số thuốc được miêu tả là những miếng dán hoặc cấy dưới da (chẳng hạn như thuốc ngừa thai và hormon điều trị carcinoma tuyến tiền liệt). Hỏi xem chúng có được dùng đúng theo toa. Luôn hỏi kỹ những người phụ nữ đang sử dụng thuốc ngừa thai, bởi vì nhiều người trong số họ không nghĩ nó là thuốc.

Để nhắc nhở BN, chúng ta hãy dành thời gian hỏi về cách sử dụng các loại thuốc. Một list cơ bản bao gồm những câu hỏi về việc điều trị tăng huyết áp, tăng cholesterol, đái tháo đường, rối loạn nhịp tim, lo âu hoặc trầm cảm, rối loạn cương dương (không gọi là bất

lực), thuốc ngừa thai, liệu pháp thay thế hormon, chứng động kinh, máu khó đông và việc sử dụng thuốc kháng sinh. Cũng đừng quên hỏi BN có sử dụng quá liều được chỉ định của bất kỳ loại thuốc nào hay không (ví dụ: aspirin, kháng histamines, vitamins). Aspirin và thuốc kháng viêm không steroid (NSAIDS), không phải paracetamol (acetaminophen), có thể là nguyên nhân gây chảy máu đường tiêu hóa. BN với chứng đau mạn tính có thể sử dụng một lượng lớn thuốc giảm đau, bao gồm những thuốc có chứa opioids như codeine và morphine. Cần chú ý cẩn thận với những BN có tiền sử sử dụng thuốc chứa opioids và số lượng sử dụng cũng rất quan trọng, vì chúng là những thuốc có thể gây nghiện.

Nhiều BN có xu hướng in bản sao danh mục thuốc từ hồ sơ điện tử của họ. Chúng thường có xu hướng chứa những tên thuốc mà BN đã thôi không sử dụng, trừ khi họ cập nhật nó thường xuyên. Hãy hỏi về từng loại thuốc trong danh mục – nó có còn đang được sử dụng không và sử dụng cho mục đích gì? Chúng sẽ thường gặp tình huống, BN nói rằng họ đã không còn sử dụng những thuốc trong danh mục ấy đã vài năm. Cập nhật lại danh mục thuốc giúp BN nếu chúng ta có thay đổi thuốc của họ.

Có một số thuốc hoặc phương pháp điều trị trong quá khứ của BN vẫn còn ảnh hưởng đến hiện tại. Chúng bao gồm corticosteroids, tác nhân hóa trị (thuốc chống ung thư) và xạ trị. Thông thường BN, đặc biệt là những người mắc bệnh mạn tính, đều biết rõ về tình trạng và phương pháp điều trị của họ. Tuy nhiên, một vài sự trợ giúp phi y tế cho BN sẽ giúp giải thích cho họ hiểu rõ hơn về những gì đã xảy ra.

Chú ý bất kỳ phản ứng bất lợi nào trong quá khứ. Hãy hỏi BN về bất kỳ loại thuốc nào gây dị ứng cho họ (thường là phản ứng ở da hoặc cơn co thắt phế quản) và cái gì thực sự gây phản ứng dị ứng, để quyết định nếu nó thật là một phản ứng dị ứng. BN thường nhầm lẫn dị ứng thuốc với tác dụng phụ của thuốc.

Khoảng 50% dân số hiện nay dùng các phương thuốc tự nhiên dưới nhiều dạng khác nhau. Họ không thể cảm thấy rằng chúng có một phần liên quan đến tiền sử sức khỏe của họ, nhưng những hóa chất này, cũng giống như thuốc, có thể có những tác dụng có hại. Thực vậy, một số chúng đã được tìm thấy có pha trộn với những thành phần thuốc như steroids và NSAIDS. Thông tin về những chất này và tác động của chúng sẵn có ở mọi nơi, trách nhiệm của thầy thuốc là nhận biết và chú ý đến chúng.

Hỏi về các chất kích thích (ma túy,...). Việc sử dụng các loại thuốc tiêm tĩnh mạch có ảnh hưởng đến sức khỏe của BN. Hãy hỏi về bất cứ sự nỗ lực nào của BN để tránh việc dùng chung kim tiêm. Điều này có thể bảo vệ BN khỏi sự tấn công của virus, nhưng không bảo vệ khỏi sự nhiễm trùng do vi khuẩn từ việc sử dụng các sản phẩm không tinh khiết. Sử dụng cocaine đang trở thành nguyên nhân phổ biến của nhồi máu cơ tim ở người trẻ tuổi tại nhiều quốc gia. Các BN có thể đã sử dụng quá liều các chất có độ tinh khiết thấp (đặc biệt là ma túy) hoặc dùng thuốc mà không biết chúng là gì. Việc sử dụng các chất kích thích tại các bữa tiệc có thể liên quan đến tình trạng mất nước với các bất thường về điện giải và triệu chứng tâm thần. Nỗ lực để tìm hiểu chi tiết hơn từ BN và những người tham gia bữa tiệc là cần thiết.

Không phải mọi vấn đề sức khỏe đều được chữa trị bằng thuốc. Hỏi về các khóa điều trị bằng vật lý trị liệu hoặc phục hồi sẽ có ích cho các vấn đề cơ xương hay chấn thương hoặc giúp hồi phục sau phẫu thuật hoặc bệnh nặng. Nên chắc chắn những tình trạng có liên quan đến đường tiêu hóa được điều trị bằng chế độ ăn thích hợp, bổ sung các chất (như



enzym tuyến tụy đối với bệnh viêm tụy mạn) hoặc hạn chế các chất (như gluten với bệnh tiêu phân mỡ – coeliac disease).

### 1.6.2. Tiền sử bản thân

Một số BN sẽ cảm thấy những câu hỏi về các vấn đề trong quá khứ hoặc những câu hỏi chi tiết về những thông tin chung trong hệ thống câu hỏi là hơi riêng tư. Tốt nhất nên chuẩn bị trước bằng việc thông báo cho BN rằng: “tôi cần hỏi ông/bà một vài câu hỏi về các vấn đề y tế trong quá khứ cũng như các thông tin chung về tình hình sức khỏe của ông/bà. Những vấn đề này có ảnh hưởng đến bệnh án hiện tại và sự điều trị của ông/bà”

Hãy xem BN có từng mắc bất kỳ bệnh đặc biệt nghiêm trọng nào không, đã từng thực hiện phẫu thuật hay nằm viện trong quá khứ, bao gồm các vấn đề về sản – phụ khoa. Nơi liên quan để có những thông tin chi tiết. Đừng quên hỏi BN về những bệnh khi còn nhỏ. Hỏi về tiền sử truyền máu (khi nào và vì lý do gì?). Những bệnh nghiêm trọng hoặc bệnh mạn tính khi còn nhỏ có thể đã gây cản trở đến học tập và các hoạt động xã hội như thể thao. Hãy hỏi xem BN nhớ gì và nghĩ gì về chúng.

Những căn bệnh trong quá khứ hoặc phẫu thuật trước đây có thể gây ra tình trạng hiện tại của BN. Những câu hỏi cụ thể về một lần phẫu thuật nào đó đã gây tác động liên tục đến tình trạng sức khỏe của BN thì có giá trị; ví dụ, mô khối u ác tính, phẫu thuật ruột hoặc phẫu thuật tim, đặc biệt là phẫu thuật van tim. Việc ghép các bộ phận giả là phổ biến trong phẫu thuật, như chỉnh hình và thủ thuật tim. Điều này chứa đựng nguy cơ nhiễm trùng từ dị vật, trong khi từ tính của kim loại – đặc biệt có ở hầu hết các máy tạo nhịp tim – chống chỉ định chụp MRI. Bệnh thận mạn có thể bị chống chỉ định chụp X quang dùng chất cản quang iodine và chụp MRI dùng cản từ gadolinium. Phụ nữ mang thai thường chống chỉ định phơi nhiễm tia xạ (X quang và CT scan – nên nhớ rằng CT scan bằng 100 lần tiếp xúc tia xạ so với chụp X quang đơn thuần).

BN có thể cho rằng mình mắc một bệnh gì đó trước đây, nhưng hãy cẩn thận đặt các câu hỏi về những vấn đề liên quan nếu có gì đó không đúng. Ví dụ như BN nói rằng trước đây họ từng bị loét tá tràng nhưng không có bất kỳ bệnh án hay việc điều trị nào và làm cho điều này trở nên ít chắc chắn hơn. Do đó, việc thu thập các thông tin về những bệnh có liên quan trong quá khứ rất quan trọng; bao gồm triệu chứng, các xét nghiệm và mô tả quá trình điều trị. Thầy thuốc cần duy trì một chủ nghĩa hoài nghi khách quan về những thông tin thu thập từ BN.

BN mắc bệnh mạn tính có thể quản lý tình trạng sức khỏe của họ với sự giúp đỡ của nhiều thầy thuốc và các phòng khám chuyên khoa. Ví dụ, BN mắc bệnh đái tháo đường thường được theo dõi bởi một đội ngũ các chuyên gia sức khỏe bao gồm chuyên gia về bệnh đái tháo đường, y tá và chuyên gia dinh dưỡng. Tìm hiểu xem ai đang theo dõi tình trạng của BN và những phương thức điều trị mà họ đã cung cấp. Ví dụ, BN liên lạc với ai nếu có vấn đề về liều dùng insulin và BN có biết phải làm gì nếu có tình trạng khẩn cấp hoặc biến chứng nguy hiểm? BN mắc bệnh mạn tính thường liên quan đến việc chăm sóc cá nhân của họ và thường được cung cấp rất tốt về các khía cạnh điều trị. Ví dụ, BN đái tháo đường nên ghi lại chỉ số đường huyết mà họ đo được tại nhà, BN bị suy tim nên theo dõi cân nặng hàng ngày,... Những BN này thường tự thay đổi liều lượng thuốc. Tìm hiểu sự hiểu biết của BN và sự tự tin trong thay đổi của họ cũng là một phần trong bệnh án.

Nên tìm hiểu những BN trưởng thành đã tiêm ngừa các bệnh lý thông thường nào rồi (như quai bị, sởi, rubella, uốn ván,...) cũng như những tiêm ngừa gần đây (như HPV, viêm gan B, bệnh phế cầu, cúm).

### 1.6.3. Chu kỳ kinh nguyệt

Ở phụ nữ, chu kỳ kinh nguyệt cần phải được thu thập; nó thường liên quan đến cơn đau vùng bụng, các bệnh lý về hệ nội tiết hoặc triệu chứng của hệ niệu sinh dục. Ghi lại ngày của kỳ kinh cuối. Hỏi về tuổi bắt đầu hành kinh, cho dù còn kinh hay đã mãn kinh. Hỏi về những triệu chứng xảy ra trong những chu kỳ kinh thông thường. Đừng quên hỏi một người phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ nếu họ có khả năng mang thai; điều này giúp thầy thuốc cân nhắc các cận lâm sàng và thuốc sử dụng cho BN. Một tiên đề phát biểu “mỗi phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ đều mang thai cho đến khi có thể chứng minh điều ngược lại” có thể ngăn cản những nguy cơ không cần thiết cho thai nhi và tránh sự bối rối cho những thầy thuốc lâm sàng thiếu thận trọng. Hãy hỏi về tiền sử xảy thai. Ghi lại gravida (số lần mang thai) và para (số lần sinh của những lần mang thai trên 20 tuần tuổi).

### 1.6.4. Tiền sử xã hội

Đây là phần tìm hiểu nhiều hơn về BN. Những câu hỏi nên được đặt ra trong cuộc hội thoại theo một cách thú vị và không nên nghe như những câu hỏi thường quy học thuộc lòng. Ví dụ, ảnh hưởng của cơn đau mạn tính đến các mối quan hệ, công việc, thu nhập, giải trí và công việc của BN nên được hiểu là để cung cấp cho những kế hoạch chăm sóc tốt nhất có thể.

#### T&O’C essentials

Tiền sử xã hội bao gồm kinh tế, xã hội, hoàn cảnh gia đình và công việc.

#### 1.6.4.1. Giáo dục và trình độ học vấn

Đầu tiên hãy hỏi về nơi sinh và nơi cư trú, trình độ học vấn (bao gồm các vấn đề ảnh hưởng đến việc học do các bệnh lúc nhỏ gây ra). Điều này có thể ảnh hưởng đến cách mà thầy thuốc giải thích cho BN. Những người nhập cư gần đây có thể tiếp xúc với những bệnh truyền nhiễm như bệnh lao; chủng tộc có thể có liên quan đến một số bệnh như thalassaemia và thiếu máu hồng cầu hình liềm.

#### 1.6.4.2. Tình trạng hôn nhân, trợ cấp xã hội và điều kiện sống

Để xác định tình trạng hôn nhân của BN, hãy hỏi những người sống cùng nhà với họ. Tìm hiểu về sức khỏe của vợ/chồng, con cái của họ. Kiểm tra nếu có bất kỳ thành viên khác trong gia đình gặp tình trạng tương tự. Ai là người chăm sóc chính cho BN? Những vấn đề thực tế trong hoạt động tình dục cũng có thể liên quan đến bệnh trạng. Ví dụ, rối loạn cương dương có thể xuất hiện trong các bệnh lý thần kinh, suy nhược hay các bệnh về tâm thần. Những câu hỏi về các trật tự trong cuộc sống đóng vai trò quan trọng đối với các bệnh mạn tính hoặc các bệnh lý gây tàn phế, cần thiết phải nắm được nơi có thể cung cấp các hỗ trợ xã hội và hỗ trợ những gì, BN có thể tự chăm sóc cho mình tại nhà hay không (như số bước cần để vào nhà hay vị trí của phòng vệ sinh).

Hãy hỏi nếu BN nói rằng họ là người sống tâm linh. Tôn giáo là một yếu tố quan trọng, đặc biệt là trong việc chăm sóc những BN đang hấp hối, cần thiết trong việc tạo ra ý chí sống còn và trong việc nắm được mạng lưới hỗ trợ sẵn có cho BN.

Sự hiện diện của thú cưng trong gia đình cũng gây ảnh hưởng nếu nghi ngờ có sự nhiễm trùng hay dị ứng.

Hãy hỏi về sự đi lại; ví dụ, nếu BN là người trưởng thành vẫn còn lái xe được và hỏi BN xem họ có hay đi mua sắm hoặc đến buổi hẹn bằng phương tiện gì.

### **1.6.4.3. Chế độ ăn uống và luyện tập**

Hãy hỏi về việc ăn uống của BN, ai nấu, giá trị dinh dưỡng của suất ăn từ thiện và những dịch vụ khác như dọn dẹp nhà cửa. Đồng thời hỏi về hoạt động thể chất của BN.

### **1.6.4.4. Nghề nghiệp và sở thích**

Hãy hỏi BN về nghề nghiệp hiện tại, **WHACS** – cụm từ giúp ghi nhớ:

- **What do you do?** Ông/bà làm nghề gì?
- **How do you do it?** Ông/bà làm công việc đó như thế nào?
- **Are you concerned about any of your exposures or experiences?** Ông/bà có quan tâm đến việc phơi nhiễm năng lượng hoặc kinh nghiệm bản thân?
- **Colleagues or others exposed?** Đồng nghiệp và những người khác?
- **Satisfied with your job?** Ông/bà có hài lòng với công việc của mình?

Tìm hiểu chính xác BN đang làm gì có thể giúp ích, một số nghề nghiệp (và sở thích) dẫn đến một số bệnh – xem Text box 1.2. Chú ý bất kỳ công việc nào có tiếp xúc với thuốc, hóa chất hoặc bệnh như công nhân hầm mỏ và các khu công nghiệp có thể mắc bệnh phổi do hít phải các chất amiang (asbestosis). Tìm hiểu xem có đồng nghiệp nào của BN mắc bệnh tương tự. Sở thích của BN cũng có thể cung cấp thêm thông tin (như nuôi chim và bệnh phổi).

### **Text box 1.2. Một số bệnh có liên quan đến nghề nghiệp (sở thích).**

---

1. Nông dân: viêm phổi mãn tính – do nấm mốc.
  2. Nuôi chim: viêm phổi mãn tính – do lông chim, bệnh virus vẹt.
  3. thợ hàn: bỏng mắt do lửa hàn, trục trặc máy tạo nhịp tim.
  4. thợ đá: bụi phổi silic.
  5. Công nhân đóng tàu, thợ xây, nhân viên cấp cứu: bệnh phổi do hít phải các chất amiang.
  6. thợ mỏ: bệnh bụi phổi và bụi silic.
  7. thợ mộc: hen suyễn.
  8. Công nhân điện: nhiễm độc berili.
  9. Nhân viên y tế: kim dính HIV, viêm gan B, bệnh lao.
- 

### **1.6.4.5. Du lịch nước ngoài**

Nếu có một bệnh truyền nhiễm, hãy hỏi xem gần đây BN có đi du lịch nước ngoài không, nơi đến và BN sống ở đó như thế nào? (ví dụ như anh/cô ấy có uống nước – không đóng chai và ăn thức ăn địa phương không hay dùng bữa tại khách sạn quốc tế sang trọng?). Hỏi về tình hình tiêm chủng của BN và bất kỳ loại thuốc dự phòng nào (như sốt rét) được dùng trong khoảng thời gian đi du lịch.

### 1.6.4.6. Thuốc lá

BN có thể quyết định rằng mình không hút thuốc nếu họ ngưng hút thuốc sáng nay. Do đó, hãy hỏi xem BN có từng hút thuốc không và nếu có, BN hút bao nhiêu điếu thuốc lá (hay xì gà hay thuốc lòn) một ngày và trong bao nhiêu năm. BN đã cai thuốc chưa và nếu có thì là khi nào. Cùng cần hỏi BN xem họ hút bao nhiêu gói trong một ngày và BN đã hút trong bao lâu. Ước tính số gói – năm<sup>a</sup> của BN. Ước tính này dựa vào cách tính 20 điếu/gói thuốc lá và gói thuốc lá đang ngày càng trở nên lớn hơn; hầu hết các nhà sản xuất ngày nay đều làm 30 – 35 điếu/gói. Gần đây hơn, gói không lồ 50 điếu/gói đã xuất hiện: nó lớn đến nỗi không thể bỏ vừa trong túi và phải cầm trên tay như thể nhắc nhở BN rằng anh/cô ấy nghiện thuốc lá.

Hút thuốc lá là một yếu tố nguy cơ các bệnh lý mạch máu, bệnh phổi mạn tính, một vài loại ung thư, loét ống tiêu hóa và có thể gây hại cho thai nhi (xem List 1.2). Việc hút thuốc lá gần đây và chỉ số gói – năm lớn, sẽ tăng nguy cơ đối với những vấn đề trên. Hút xì gà và hút thuốc lòn thường hít vào ít khói hơn người hút thuốc lá điếu và tỷ lệ tử vong tổng thể thấp hơn so với nhóm này, ngoại trừ carcinoma của khoang miệng, thanh quản và thực quản.

#### List 1.2. Hút thuốc và ảnh hưởng trên lâm sàng\*.

- Bệnh tim mạch: bệnh động mạch vành sớm, bệnh ở mạch máu ngoại biên, rối loạn cương dương, bệnh mạch máu não.
- Bệnh hô hấp: ung thư phổi, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, gia tăng tỷ lệ của nhiễm trùng đường hô hấp, gia tăng tỷ lệ của các biến chứng hậu phẫu đường hô hấp.
- Ung thư khác: thanh quản, khoang miệng, thực quản, mũi hầu, bàng quang, thận, tụy, dạ dày, cổ tử cung
- Bệnh đường tiêu hóa: loét ống tiêu hóa, bệnh Crohn
- Phụ nữ mang thai: gia tăng nguy cơ sảy thai, thai chết lưu, tử vong ở trẻ sơ sinh và đột tử ở trẻ nhỏ.
- Tương tác của thuốc: ảnh hưởng đến hệ thống enzym của gan như tăng chuyển hóa propranolol, theophylline

*\* Yếu tố nguy cơ mà mỗi cá nhân gặp phải chịu ảnh hưởng của thời gian, cường độ và loại khói tiếp xúc, cũng như yếu tố di truyền và yếu tố môi trường khác. Hút thuốc lá thụ động cũng có liên quan đến các bệnh đường hô hấp.*

### 1.6.4.7. Rượu

Hãy hỏi xem BN có uống rượu không. Nếu có, uống loại nào, bao nhiêu và uống có thường xuyên không. Việc uống nhiều rượu thường phổ biến trong cộng đồng, nếu BN họ nói rằng họ là chỉ là người uống rượu khi giao tiếp xã hội (social drinker), tìm hiểu chính xác xem nó có nghĩa gì. Trong một ly rượu vang, một cốc rượu mạnh, một ly rượu poocto hoặc rượu nâu hay một ly bia 200 ml có khoảng 8 – 10 g alcohol (1 unit = 8 g).

Các guideline về mức độ sử dụng rượu bia an toàn rất khác nhau giữa các nước trên thế giới. Theo Hội đồng Nghiên Cứu Y Khoa và Y Tế Quốc Gia Úc (the National Health

<sup>a</sup> 20 điếu trong một ngày, hút trong một năm = 1 gói – năm.

& Medical Research – NHMRC) khuyến cáo lượng cồn sử dụng tối đa trong một ngày không quá 2 ly tiêu chuẩn và không quá 4 ly tiêu chuẩn trong một ngày với hai ngày trong tuần không uống rượu bia mỗi tuần. Ở Anh, giới hạn an toàn được khuyến cáo là 21 units (168 g ethanol) đối với nam và 14 units (112 g ethanol) đối với nữ; nếu một tuần tiêu thụ hơn 50 units đối với nam và 35 units đối với nữ thì được xem xét đưa vào nhóm có nguy cơ cao. Ở Mỹ, Viện Quốc Gia Về Lạm Dụng và Nghiện Rượu (the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism – NIAAA) đã đưa ra mức alcohol gây hại dành cho nam giới ở độ tuổi dưới 65, trung bình hơn 14 ly tiêu chuẩn mỗi tuần (hoặc hơn 4 ly vào bất cứ ngày nào); ở phụ nữ và tất cả người lớn từ 65 tuổi trở lên trung bình hơn 7 ly tiêu chuẩn mỗi tuần. Alcohol là yếu tố nguy cơ chính gây ra các bệnh về gan ở những người đàn ông uống hơn 80 g mỗi ngày và ở những người phụ nữ uống hơn 40 g mỗi ngày trong 5 năm hoặc lâu hơn.

Những người nghiện rượu thường không đáng tin khi mô tả việc uống rượu của họ, vì vậy việc quan trọng là khoan hãy tin họ và thỉnh thoảng (với sự cho phép của BN) hãy trò chuyện với những người thân của họ.

Những câu hỏi sau có thể giúp ích trong việc chẩn đoán nghiện rượu, chúng được gọi là **CAGE** question:

- Có bao giờ ông/bà cảm thấy ông/bà nên cắt (Cut) giảm việc uống rượu của mình?
- Đã có ai nổi giận (Annoyed), chỉ trích việc uống rượu của ông/bà chưa?
- Ông/bà có từng cảm thấy việc uống rượu của mình là xấu và đáng bị khiển trách (Guiltily) không?
- Đã bao giờ ông/bà bắt đầu uống rượu vào buổi sáng để ổn định thần kinh hoặc thoát khỏi cảm giác cồn cào, khó chịu? (mở mắt – Eye opener).

### **List 1.3. Biểu chứng do lạm dụng alcohol (ethanol).**

- Hệ tiêu hóa: xói mòn dạ dày cấp tính; chảy máu đường tiêu hóa do dẫn tĩnh mạch, bào mòn, vết rách Mallory – Weiss, loét đường tiêu hóa; viêm tụy (cấp, tái phát hoặc mạn tính); tiêu chảy (ra nước, do cồn hoặc tiêu mỡ do viêm tụy mạn do rượu hay bệnh về gan – hiếm); gan to (gan nhiễm mỡ, bệnh gan mạn tính); bệnh gan mạn tính (viêm gan do rượu, xơ gan) và các biến chứng phức tạp; ung thư (thực quản, tâm vị, gan tụy).
- Hệ thống tim mạch: bệnh cơ tim; rối loạn nhịp tim; cao huyết áp.
- Hệ thống thần kinh: “blackout”; bệnh lý liên quan đến dinh dưỡng, như bệnh não Wernicke, chứng loạn thần Korsakoff, bệnh lý thần kinh ngoại biên (thiếu thiamine), bệnh pellagra (sa sút trí tuệ, viêm da và tiêu chảy do thiếu niacin); hội chứng cai rượu, như run, ảo giác, cuồng sản rượu cấp; thoái hóa tiểu não; sa sút trí tuệ do rượu; bệnh cơ do rượu; bệnh thần kinh thực vật.
- Hệ thống tạo máu: thiếu máu (chế độ ăn thiếu folate, thiếu sắt do mất máu, ức chế tủy xương do chất độ, thiếu B12 đi kèm với viêm tụy mạn tính, hoặc thiếu máu nguyên bào sắt); giảm số lượng tiểu cầu (do ức chế tủy xương hoặc tăng sản lách).
- Hệ thống niệu sinh dục: rối loạn cương dương (bất lực), teo tinh hoàn ở nam; vô kinh, vô sinh, sảy thai tự nhiên, hội chứng rượu bào thai ở nữ.
- Tác động khác: tăng nguy cơ gãy xương và hủy xương ở đầu xương đùi.

Nếu BN trả lời có với hai câu hỏi bất kỳ trong những câu trên, có thể cho rằng họ có dấu hiệu nghiện rượu (độ nhạy 77%, độ đặc hiệu 79%), nhưng những câu hỏi này thường

bỏ sót việc uống những thức uống chứa alcohol không tốt cho sức khỏe.

Những câu hỏi sau sẽ hữu ích trong việc phát hiện người uống những thức uống không tốt cho sức khỏe, gồm ba câu hỏi đơn giản (**AUDIT – C screening**):

– Ông/bà có thường uống đồ uống có chứa alcohol không?

– Ông/bà uống bao nhiêu (đồ uống có chứa alcohol) trong một ngày? Ông/bà uống rượu khi nào?

– Ông/bà có thường uống 6 lần hay nhiều hơn trong các kỳ nghỉ không?

Mỗi câu hỏi được cho điểm từ 0 (không bao giờ) đến 4 (4 hoặc nhiều lần hơn trong một tuần). Số điểm cho thấy uống đồ uống chứa cồn là:

– Lớn hơn hoặc bằng 3 ở nữ (độ nhạy 73%, độ đặc hiệu 91%).

– Lớn hơn hoặc bằng 4 ở nam (độ nhạy 86%, độ đặc hiệu 89%).

Một câu hỏi đơn giản hơn: “bao nhiêu lần trong năm qua ông/bà đã uống 5 ly (đối với nam) hoặc 4 ly (đối với nữ) hoặc nhiều hơn trong một ngày?” Nếu số điểm của câu hỏi này lớn hơn 0 (hoặc BN trả lời “tôi không nhớ”) cho thấy việc dùng rượu quá mức. Câu hỏi này cũng có giá trị đánh giá giống như the AUDIT – C screening.

List 1.3 tóm tắt những biến chứng do việc lạm dụng rượu gây ra

#### **1.6.4.8. Thuốc giảm đau và thuốc đường phố (street drugs)**

Sử dụng thuốc giảm đau quá liều có thể là nguyên nhân gây hại – ví dụ, nếu một người nghiện rượu sử dụng nhiều paracetamol một chút, nó có thể dẫn đến suy gan cấp tính.

Hãy hỏi xem BN đã bao giờ sử dụng cần sa hay các thuốc gây nghiện khác hoặc đã bao giờ chích thuốc. Một câu hỏi tầm soát tốt có độ nhạy 100% (độ đặc hiệu 74%) là: “bao nhiêu lần trong năm qua ông/bà đã sử dụng một loại thuốc bất hợp pháp hoặc sử dụng một loại thuốc kê đơn cho những lý do không liên quan đến y tế?”. Hỏi về “thú tiêu khiển” hoặc dùng các loại thuốc đường phố (nếu không hoàn toàn biết nó là gì) là rất quan trọng.

#### **1.6.4.9. Tâm trạng**

Trầm cảm nặng là nguyên nhân gây ra tác động tiêu cực đến BN, tình trạng này khá phổ biến và có tỷ lệ lên đến 8%. Trầm cảm có thể là kết quả của bất kỳ căn bệnh nào; trong thực tế, tỷ lệ mắc bệnh trầm cảm tăng lên gấp 3 lần ở BN này. BN bị trầm cảm có thể cảm thấy đấu tranh với bệnh tật khó khăn hoặc thậm chí phát triển thành rối loạn bản thể. Hỏi BN về chứng trầm cảm có thể gặp khó khăn. Cách tiếp cận phổ biến là đầu tiên hỏi BN “mọi việc ở nhà và cơ quan lúc này thế nào?”. Những câu hỏi về suy nhược tâm thần và mất hứng cảm (mất hứng thú và niềm vui trong những hoạt động trước đây) có thể giúp ích. Trầm cảm thường không được nghĩ đến nếu câu trả lời của những câu hỏi trên là không.

Các bệnh lý như nhược giáp hoặc bệnh Cushing có thể là nguyên nhân trực tiếp gây ra trầm cảm.

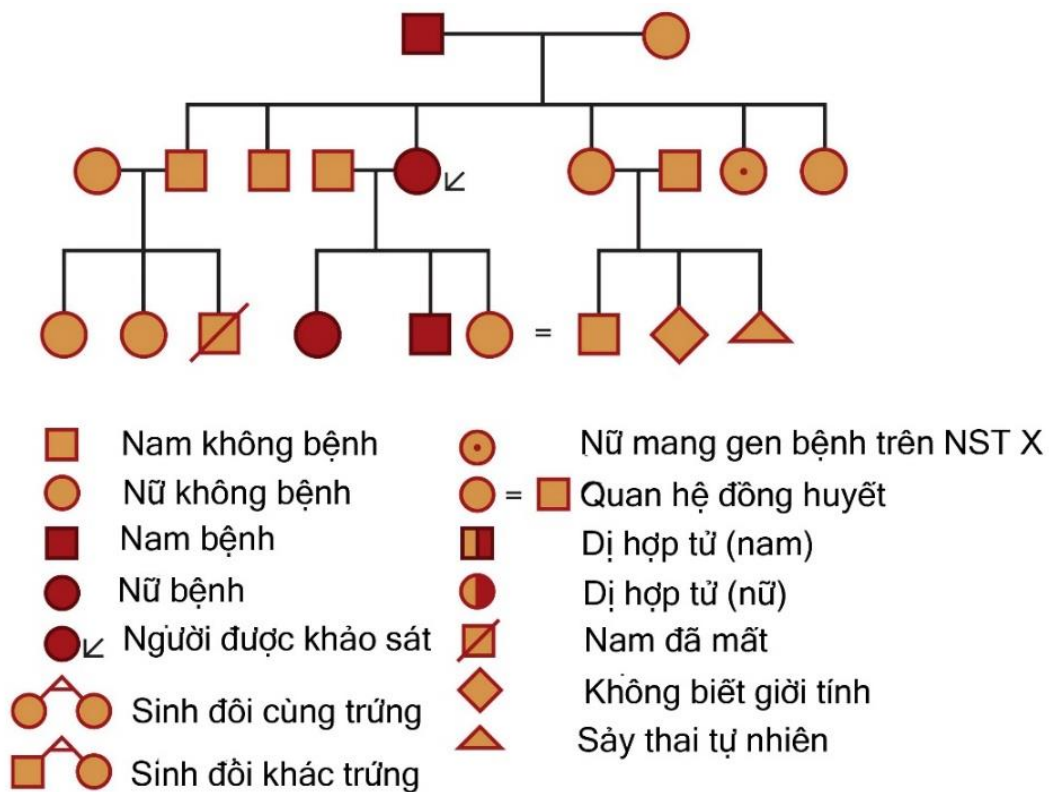
Nếu BN có biểu hiện trầm cảm, những câu hỏi chi tiết về xu hướng tự tử nên được lưu ý. Chưa có bất kỳ bằng chứng nào về việc gia tăng nguy cơ tự tử ở BN nếu hỏi những câu hỏi này.

### 1.6.4.10. Quan hệ tình dục

Tình trạng quan hệ tình dục đôi khi có thể liên quan đến tình trạng hiện tại của BN; vì vậy, những câu hỏi đặc biệt về vấn đề này nên được hỏi.

### 1.6.5. Tiền sử gia đình

Nhiều bệnh mang yếu tố gia đình. Ví dụ, thiếu máu cục bộ tim ở cha mẹ lúc trẻ hoặc các cá thể cùng huyết thống là yếu tố nguy cơ chính của thiếu máu cục bộ tim ở con cái của họ. Các loại u ác tính, như ung thư vú và carcinoma đại tràng thường có yếu tố gia đình. Cả hai yếu tố gen và sự phơi nhiễm trong môi trường có thể giải thích cho những trường hợp có liên quan đến gia đình. Một vài bệnh (như haemophilia) do di truyền trực tiếp. BN khai về các tình trạng ác tính trong gia đình không phải luôn luôn chính xác. Tuy nhiên, hai loại ung thư quan trọng (ruột và vú) chắc chắn sẽ được BN thông báo.



**Hình 1.3. Thiết lập một cây phả hệ, chú ý những biểu tượng được sử dụng trong các tài liệu.**

Hãy hỏi về bất kỳ bệnh sử nào tương tự trong gia đình. Hỏi thăm các thông tin về tình trạng sức khỏe và nếu có liên quan, hãy hỏi nguyên nhân chết và tuổi chết của cha mẹ hoặc người có quan hệ cùng huyết thống với BN. Nếu có bất kỳ một chẩn đoán về một bệnh di truyền, một cây phả hệ hoàn chỉnh nên được lập ra thể hiện tất cả thành viên bị bệnh (xem Hình 1.3). BN có thể không sẵn lòng đề cập đến việc họ có người nhà mắc bệnh tâm thần, động kinh hoặc ung thư, vì vậy khi hỏi đến những bệnh này cần phải khéo léo.

Quan hệ cận huyết (thường trong các trường hợp kết hôn giữa anh em họ) làm tăng khả năng xuất hiện đồng hợp tử lặn trên NST và gây ra bất thường ở trẻ em, hỏi về nó nếu cây phả hệ gợi ý điều này.

## 1.7. TÓM TẮT THEO HỆ THỐNG

Giống như những câu hỏi chi tiết về hệ thống có khả năng mắc bệnh, nó cần thiết để đánh giá những triệu chứng quan trọng và rối loạn ở những cơ quan khác (xem Questions box 1.1), cũng như việc tìm ra bệnh lý quan trọng có thể bị bỏ lỡ. Một thầy thuốc có kinh nghiệm sẽ có một hệ thống đánh giá có mục đích, dựa trên những thông tin đã thu được từ BN, rõ ràng sẽ không thực tế nếu hỏi BN tất cả câu hỏi trong list.

Khi ghi chép lại việc đánh giá theo hệ thống, lập danh mục những câu trả lời “âm tính” quan trọng (những câu “âm tính tương đối”). Nhớ rằng, nêu khai thác được triệu chứng mới, cần hỏi chi tiết về nó, ghi lại những thông tin liên quan vào bệnh sử hiện tại của BN.

Trước khi hoàn thành bệnh án, sẽ rất có giá trị nếu chúng ta hỏi BN có cảm thấy sai ở đâu không và điều mà họ quan tâm nhất là gì. Những câu hỏi tổng quan và thông cảm về sự tác động căn bệnh lên đời sống của BN sẽ giúp thiết lập mối quan hệ trong giao tiếp và giúp chúng ta dễ dàng tìm hiểu BN cần gì (cả những sự giúp đỡ về y tế và phi y tế) để hỗ trợ BN.

Những triệu chứng chính yếu hiện tại đối với từng hệ thống được mô tả trong những phần sau. Ví dụ những câu hỏi bổ sung quan trọng đề hỏi về tiền sử trong quá khứ, hoạt động xã hội và tiền sử gia đình cũng được cung cấp ở đây cho từng hệ thống.

**Questions box 1.1. Hỏi về những triệu chứng thông thường và ba hay bốn rối loạn thường gặp của mỗi cơ quan chính được liệt kê bên dưới. Không nên hỏi tất cả những câu hỏi này với mọi BN. Điều chỉnh chi tiết các câu hỏi dựa vào tình trạng hiện tại, tuổi tác và câu trả lời những câu hỏi sơ bộ của BN.**

! Dấu hiệu có thể gợi ý chẩn đoán một vấn đề cấp bách hoặc nguy hiểm.

### Hệ tim mạch

1. Ông/bà có cảm thấy đau hay nặng ở vùng ngực, cổ hay cánh tay không? (thiếu máu cục bộ cơ tim).
2. Ông/bà có cảm thấy khó thở khi gắng sức không? Mức độ gắng sức nào làm ông/bà bắt đầu khó thở?
3. Ông/bà có bao giờ thức dậy vào ban đêm do khó thở không? (suy tim)
4. Ông/bà có thể nằm trên mặt phẳng mà không bị khó thở không?
5. Ông/bà có bị phù mắt cá chân không?
6. Ông/bà có nhận thấy tim mình đập nhanh hay có nhịp không đều không?
- ! 7. Ông/bà có bị ngất bất thành linh trong giây lát không? (hội chứng Stokes – Adams)
- ! 8. Ông/bà có cảm thấy hoa mắt hay ngất trong khi vận động không? (hẹp van động mạch chủ nặng hoặc bệnh phì đại cơ tim)
9. Ông/bà có thấy đau chân khi vận động không?
10. Ông/bà có thấy lạnh hoặc tái ở tay hay chân không?
11. Có bao giờ ông/bà bị sốt thấp khớp, đau tim hay tăng huyết áp chưa?

### Hệ hô hấp

1. Ông/bà có bị khó thở không? Con khó thở xảy ra đột ngột phải không? (thuyên tắc phổi)
2. Ông/bà có bị ho không?



3. Con ho có đi kèm với run rẩy (rùng mình) , khó thở và đau ngực không? (viêm phổi thùy)
4. Ông/bà có ho ra cái gì không?
- ! 5. Ông/bà có ho ra máu bao giờ không? (ung thư phế quản)
6. Ông/bà làm nghề gì? (bệnh phổi nghề nghiệp)
7. Ông/bà có ngáy lớn không? Ông/bà có thấy buồn ngủ suốt ngày không? Khi nào? Ông/bà có khi nào ngủ gật khi đang lái xe không? Ghi nhận tiền sử giấc ngủ.
8. Ông/bà có từng thở khò khè khi bị khó thở không?
9. Ông/bà có bị sốt không?
10. Ông/bà có bị đổ mồ hôi vào ban đêm không?
11. Ông/bà có từng bị viêm phổi hoặc lao không?
12. Gần đây ông/bà có chụp X quang ngực không?

### Hệ tiêu hóa

1. Ông/bà khó chịu bởi chứng khó tiêu phải không? Chứng khó tiêu của ông/bà ra sao?
2. Ông/bà có bị ợ nóng không?
- ! 3. Ông/bà có cảm gặp khó khăn khi nuốt không? (ung thư thực quản)
4. Ông/bà có bị nôn hay nôn ra máu không? (xuất huyết tiêu hóa)
5. Ông/bà có bị đau hay khó chịu ở vùng bụng không?
6. Ông/bà có bị căng hay trướng bụng không?
7. Gần đây thói quen đi tiêu của ông/bà có gì thay đổi không? (ung thư đại tràng)
8. Ông/bà thường đi tiêu mấy lần một tuần?
9. Ông/bà có bị mất kiểm soát trong việc đi tiêu hoặc có trục trặc (đi tiêu không tự chủ) không?
10. Ông/bà có thấy máu trong phân không? (xuất huyết tiêu hóa)
- ! 11. Phân của ông/bà màu đen phải không? (xuất huyết tiêu hóa)
- ! 12. Gần đây ông/bà có bị sụt cân mà không do ăn kiêng không? (ung thư đại tràng)
- ! 13. Da và mắt ông/bà có bị vàng không?
14. Ông/bà có từng mắc viêm gan, loét đường tiêu hóa, viêm đại tràng hay ung thư ở ruột không?
15. Kể cho tôi (một cách ngắn gọn) chế độ ăn của ông/bà gần đây.

### Hệ niệu dục

1. Ông/bà có gặp khó khăn hay đau khi tiểu tiện không?
2. Dòng nước tiểu có chảy mạnh như trước không?
3. Ông có bị khó tiểu không? (hỏi hầu hết đàn ông)
4. Có tiểu són không?
5. Ông/bà có phải dậy đi tiểu vào ban đêm không?
6. Lượng nước tiểu có nhiều hơn hay ít đi không?
7. Màu nước tiểu có thay đổi không?
- ! 8. Ông/bà có thấy máu trong nước tiểu không? (bệnh đường tiết niệu ác tính)
9. Ông có vấn đề gì với đời sống tình dục? Khó khăn trong việc cương và duy trì trạng thái cương?
10. Ông/bà có nhận thấy có ban hay u sần ở cơ quan sinh dục?
11. Ông/bà có từng mắc bệnh truyền nhiễm qua đường tình dục không?

12. Ông/bà có từng bị nhiễm trùng đường niệu hay sỏi thận không?
13. Ông/bà có quan hệ thường xuyên không?
14. Ông/bà có thấy rất đau và chảy máu trong lúc quan hệ không?

#### **Hệ máu**

1. Ông/bà có hay bị bầm tím không?
2. Ông/bà có bị sốt hoặc run rẩy (rùng mình) không?
- ! 3. Ông/bà có gặp khó khăn khi cầm máu một vết thương nhỏ không? (rối loại đông máu)
- ! 4. Ông/bà có nhận thấy ban nổi dưới cánh tay hay cổ hay háng không? (bệnh máu ác tính)
5. Ông/bà từng có cục máu đông ở chân hay phổi không?

#### **Hệ cơ xương**

1. Ông/bà có bị đau hay cứng khớp không?
2. Các khớp của ông/bà có bị đỏ, sưng và đau không?
3. Gàn đây da ông/bà có nổi ban không?
4. Ông/bà có bị đau ở lưng hay cổ không?
5. Mắt ông/bà có bị khô và đỏ không?
6. Ông/bà có bị khô hay loét miệng không?
7. Ông/bà có từng được chẩn đoán mắc viêm khớp dạng thấp hay gout không?
8. Ngón tay của ông/bà có bị đau, trở nên trắng bệch và tái xanh khi trời lạnh không?

#### **Hệ nội tiết**

1. Ông/bà có để ý thấy cổ bị sưng chùt nào không?
2. Tay ông/bà có bị run không?
3. Ông/bà thích trời nóng hay lạnh?
4. Ông/bà có bị bệnh ở tuyến giáp hay bệnh tiểu đường không?
5. Ông/bà có nhận thấy rằng mình đổ nhiều mồ hôi hơn không?
6. Ông/bà có cảm thấy mệt mỏi không?
7. Ông/bà có nhận thấy bất kỳ thay đổi nào về diện mạo, tóc hay giọng nói không?
8. Gàn đây, ông/bà không thường xuyên khát nước phải không? Hoặc sụt cân? (bệnh đái tháo đường giai đoạn đầu)

#### **Tiền sử thai sản và tuyến vú ở phụ nữ**

1. Bà mang thai mấy lần rồi?
2. Bà có từng bị sảy thai không?
3. Bà có bị tăng huyết áp hay đái tháo đường trong thai kỳ?
4. Bà có bị biến chứng nào trong quá trình mang thai và sinh nở không?
5. Bà có từng sinh mổ không?
- ! 6. Có máu hay mủ chảy ra từ vú hay sờ có cục u nào ở đó không?

#### **Hệ thần kinh và trạng thái tinh thần**

1. Ông/bà có bị đau đầu không?
- ! 2. Con đau đầu của ông/bà rất trầm trọng và xảy ra bất thành hình phải không? (xuất huyết dưới màng nhện)
3. Có khi nào ông/bà bị choáng, ngất hay xỉu không?
4. Ông/bà có gặp trở ngại nào trong việc nghe hoặc nhìn không?

- 
5. Ông/bà có bị hoa mắt không?
  6. Ông/bà có cảm thấy tay hay chân mình yếu, tê hay trở nên vụng về không?
  7. Ông/bà có từng bị đột quỵ hay chấn thương ở đầu không?
  8. Ông/bà có bị khó ngủ không?
  9. Ông/bà có cảm thấy buồn hay phiền muộn hay có vấn đề về “thần kinh” không?
  10. Ông/bà có từng bị xâm hại tình dục hay thân thể không?

#### **BN lớn tuổi**

1. Ông/bà có gặp rắc rối với ngã hay mất thăng bằng không? (nguy cơ gãy xương cao)
2. Ông/bà có cần giá đỡ hay gậy khi đi lại không?
3. Ông/bà có dùng thuốc giảm đau hay thuốc an thần không? (nguy cơ ngã)
4. Ông/bà có sử dụng thuốc huyết áp không? (nguy cơ hạ huyết áp tư thế đứng và ngã)
5. Ông/bà có được khám loãng xương chưa?
6. Ở nhà ông/bà có thể tự xoay xở mà không cần ai giúp không?
7. Ông/bà có mắc bệnh viêm khớp không?
8. Ông/bà có gặp vấn đề về trí nhớ hay khó khăn khi tự làm những việc như thanh toán hóa đơn không? (suy giảm nhận thức)
9. Ông/bà tự mình lấy nhiều loại thuốc uống phải không? (nguy cơ lấy nhầm hay quá liều)

#### **Tổng kết cuộc hỏi bệnh**

Còn điều gì khác ông/bà muốn kể không?

---

## **1.8. MỘT VÀI KỸ NĂNG KHAI THÁC BỆNH SỬ**

Mục đích của chúng ta là thu được những thông tin giúp ích cho việc củng cố thêm cho những rối loạn giải phẫu và sinh lý hiện tại, nguyên nhân gây ra những triệu chứng hiện tại và tác động của các triệu chứng lên hoạt động chức năng của BN. Ở CHƯƠNG 2, vài lời khuyên về cách khai thác bệnh sử trong những tình huống khó khăn hơn sẽ được đề cập. Loại thông tin này sẽ hỗ trợ chúng ta định hướng trong chẩn đoán, điều trị và nếu cần, thảo luận hay trình bày với đồng nghiệp về kết quả của mình. Tuy nhiên, trước hết cần khám thực thể một cách toàn diện và hệ thống.

Những kỹ năng này chỉ có thể đạt được bằng cách duy trì việc thực hành.

## T&O'C essentials

1. Một vài kỹ năng quan trọng để thu được một bệnh sử chính xác và có giá trị.
  - Thiết lập quan hệ và thấu hiểu.
  - Đặt các câu hỏi theo một chuỗi logic. Bắt đầu bằng những câu hỏi mở. Lắng nghe câu trả lời và điều chỉnh các câu hỏi cho hợp lý.
  - Thận trọng trong quan sát và biểu lộ ngôn ngữ không bằng lời. Có những cử chỉ thể hiện sự đồng viên, đồng cảm với BN và đảm bảo rằng họ cảm nhận được sự tập trung cao độ của chúng ta là điều quan trọng và cần thiết nhất, nhưng thật ra điều đó cũng là phép lịch sự thông thường.
  - Diễn đạt đúng bệnh sử là điều cực kỳ quan trọng.
2. Khả năng hỏi bệnh sử tốt sẽ là nền tảng có lợi cho sự nghiệp thầy thuốc của chúng ta.
3. Một cuộc trao đổi với BN thành công dựa trên cách khai thác bệnh sử hiệu quả, sự hài lòng và thậm chí là hào hứng với cả hai phía.
4. Thực hành khai thác bệnh sử nhiều lần khiến nó trở thành một quá trình thực sự nhanh và chính xác (thường xuyên).
5. Không lấy được bệnh sử chính xác (một sự cố đáng tiếc thường xảy ra) có thể dẫn đến sai sót trong chẩn đoán phân biệt, sai lầm trong các xét nghiệm và điều trị.
6. Không có xét nghiệm nào đủ chính xác (đủ độ nhạy và độ đặc hiệu) để có ích cho chẩn đoán khi mà nó được chỉ định sai (chẳng hạn như hậu quả của khai thác bệnh sử qua loa).
7. Tìm hiểu thói quen dùng thuốc và chất có cồn bằng cách sử dụng những câu hỏi mẫu.

Nguyễn Kim Hùng

*Đầu tiên bác sĩ thông báo cho tôi tin tức tốt: tôi đã có một căn bệnh mang tên tôi.  
Steve Martin*

**List 2.1. Cách khai thác bệnh sử tốt hơn.**

1. Dùng những câu hỏi mở để bắt đầu (không nên thúc giục BN gây gián đoạn cuộc trò chuyện), nhưng hãy kết thúc với những câu hỏi cụ thể nhằm thu hẹp các chẩn đoán phân biệt.
2. Dùng vôi vàng (hoặc ít nhất là không xuất hiện với một dáng vẻ vôi vàng, thậm chí nếu chúng ta chỉ có ít thời gian để tiếp xúc BN).
3. Hỏi BN “còn gì nữa không?” sau khi BN đã nói xong để đảm bảo rằng tất cả các vấn đề đã được xác định. Lặp lại câu hỏi “còn gì nữa không?” một cách thường xuyên khi cần thiết.
4. Duy trì sự thoải mái bằng cách giao tiếp bằng mắt giữa thầy thuốc và BN. Đừng bắt chéo chân và không nên ngã người về phía sau khi đang giao tiếp với họ.
5. Sử dụng những cái gật đầu hợp lý và sử dụng sự im lặng để khuyến khích BN nêu rõ những vấn đề của mình đang gặp phải.
6. Khi cuộc trò chuyện bị gián đoạn, chúng ta cần tóm tắt lại một cách ngắn gọn các sự kiện hoặc vấn đề, để tối đa hóa độ chính xác của thông tin cũng như thể hiện sự chú ý lắng nghe của chúng ta với BN.
7. Xác định rõ một danh mục các vấn đề chính hoặc những điều mà chúng ta chưa rõ về BN, chứ không phải giả định rằng chúng ta đã biết rõ về chúng.
8. Nếu chúng ta đang nhầm lẫn về thời gian của các sự kiện hoặc các vấn đề khác hãy thừa nhận và yêu cầu BN giải thích để làm rõ vấn đề.
9. Hãy chắc rằng câu chuyện của BN là phù hợp nếu không hãy hỏi thêm các câu hỏi phù hợp để xác minh sự việc.
10. Nếu phát hiện những cảm xúc của BN, đặt tên cho những cảm xúc đó của BN và cho BN biết rằng chúng ta hiểu cảm xúc của BN (ví dụ: “ông/bà có vẻ buồn”). Thể hiện sự tôn trọng và đồng tình của chúng ta (ví dụ: “ông/bà cảm thấy đau khổ, đó cũng là điều dễ hiểu thôi”).
11. Hãy hỏi về bất kỳ mối quan tâm khác của BN có thể có và giải quyết những lo ngại cụ thể.
12. Thể hiện sự ủng hộ và sẵn sàng giúp đỡ BN để giải quyết các vấn đề.

Hầu hết các khiếu nại của BN về thầy thuốc đều liên quan đến sự thất bại của việc truyền đạt thông tin một cách đầy đủ. Khuyến khích BN trao đổi về những điều họ thật sự quan tâm mà không khiến họ cảm thấy khó chịu và không mất nhiều thời gian (trung bình chỉ có 90 giây). Đưa ra những lời khuyên quá sớm, trấn an họ hoặc dùng những câu hỏi đóng không phù hợp sẽ làm ảnh hưởng xấu đến toàn bộ cuộc nói chuyện.

Tạo cho BN một ấn tượng rằng chúng ta đang chê trách một số thói quen xấu trong cuộc sống của họ có thể tạo ra một rào cản lớn ảnh hưởng đến sự thành công của cuộc nói

chuyện. Không nên có thái độ phê phán bất cứ điều gì chúng ta nghe được về BN. Điều này không có nghĩa là sẽ ngăn cản chúng ta đưa ra những lời khuyên hợp lý về các hoạt động ảnh hưởng xấu đến sức khỏe BN. Bày tỏ sự cảm thông về những vấn đề của BN (bệnh tật hay những điều khác) là điều mà một bác sĩ lâm sàng cần phải có.

## **2.1. CÁCH KHAI THÁC BỆNH SỬ TỐT**

Kỹ năng giao tiếp và khai thác bệnh sử có thể học được nhưng đòi hỏi phải thực hành liên tục. Tìm các dấu hiệu cho thấy BN đang không hài lòng. Ví dụ, nếu BN đột nhiên không tập trung vào cuộc trò chuyện hay khoanh tay hoặc chéo chân của mình lại, đây là những dấu hiệu hình thể cho ta thấy rằng BN của chúng ta đang khó chịu với những câu hỏi của chúng ta và chúng ta cần phải hỏi một cách gián tiếp tránh đề cập trực tiếp đến vấn đề vừa nêu hoặc thay đổi câu hỏi. Những yếu tố giúp cải thiện kỹ năng giao tiếp bao gồm việc dùng những câu hỏi mở thích hợp, thường xuyên tổng kết những vấn đề đã khai thác được ở BN và bàn luận để làm rõ những vấn đề còn vướng mắc (xem List 2.1).

## **2.2. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT**

Như là phần tiếp theo sau của cuộc nói chuyện, chúng ta bắt đầu phải cân nhắc để đưa ra những chẩn đoán có thể gặp ở BN này – chẩn đoán phân biệt. Để có được list các chẩn đoán có thể gặp ở BN này trong đầu chúng ta, thường cần một lúc lâu. Như vậy các triệu chứng khai thác được càng chi tiết hơn thì list các chẩn đoán càng trở nên cụ thể hơn. List này sẽ được sử dụng để định hướng cho thầy thuốc giúp đặt những câu hỏi tiếp theo cho cuộc nói chuyện. Những câu hỏi cụ thể nên được dùng sau đó nhằm giúp xác nhận hoặc loại trừ những khả năng khác nhau. Việc khám lâm sàng ngay sau đó sẽ giúp thu hẹp hơn nữa những chẩn đoán phân biệt. Cuối cùng sau khi đã khai thác bệnh sử và khám lâm sàng chúng ta cần hình dung ra được chẩn đoán có khả năng nhất ở BN. Chẩn đoán này vẫn có thể sẽ thay đổi tùy thuộc vào kết quả xét nghiệm sau đó.

Phương pháp khai thác bệnh sử được gọi một cách hoa mỹ là *hypothetico* – cách tiếp cận suy diễn. Đó chính là những gì trong thực tế lâm sàng mà hầu hết các thầy thuốc có kinh nghiệm sử dụng để khai thác bệnh sử. Khai thác bệnh sử không có nghĩa là đặt ra một loạt các câu hỏi giống nhau cho tất cả các BN, mà phải biết chọn lọc những câu hỏi giúp cho ta loại trừ dần các chẩn đoán phân biệt.

## **2.3. CHÚ Ý CƠ BẢN TRONG KHAI THÁC BỆNH SỬ**

Trong cuộc đối thoại, luôn ghi nhớ 4 nguyên tắc cơ bản sau:

– 1. Chẩn đoán hiện tại có thể là gì? Đây là một điều cơ bản trong chẩn đoán phân biệt. Khi chúng ta hoàn thành việc hỏi bệnh sử, hãy tự hỏi: “đối với BN này dựa trên những triệu chứng này và những gì tôi biết cho đến hiện tại, các chẩn đoán có khả năng nhất là gì?”. Hãy suy nghĩ về các vị trí giải phẫu, sau đó dựa vào biểu hiện bệnh lý hoặc sinh lý bệnh, từ đó suy ra các nguyên nhân có thể xảy ra. Sau đó, dùng các câu hỏi trực tiếp để bổ sung cho phù hợp.

– 2. Có thể một trong những triệu chứng này đại diện cho một chẩn đoán khẩn cấp hoặc nguy hiểm – triệu chứng báo động? Những chẩn đoán như vậy có thể được xem xét và hành động ngay lập tức mặc dù có thể đó không phải là chẩn đoán của BN này. Ví dụ sự xuất hiện đột ngột khó thở của một BN bị hen suyễn, là người đã được phẫu thuật trong

tuan này, nhiều khả năng bệnh diễn tiến xấu đi là do bệnh hen suyễn hơn là thuyên tắc phổi, tuy nhiên cần phải xem xét loại trừ thuyên tắc phổi trước vì mức độ khẩn cấp của nó. Tự hỏi chính mình: “chẩn đoán gì là không thể bỏ qua?”

– 3. Những triệu chứng này có thể là do cùng một bệnh mà được biểu hiện bằng một loạt các triệu chứng ở các cơ quan khác nhau của cơ thể? Lao từng là ví dụ tuyệt vời của điều này, nhưng nhiễm HIV, giang mai và bệnh ung thư cũng là những bệnh quan trọng có biểu hiện giống nhau mà người ta hay gọi vui là “những kẻ hay bắt chước”. Lo âu và trầm cảm thường biểu hiện với nhiều triệu chứng thực thể.

– 4. Có phải BN đang cố nói quá lên về các triệu chứng của bản thân họ? Rõ ràng các triệu chứng không quan trọng có thể khiến cho BN lo lắng. Hỏi “hiện tại vấn đề gì thật sự là quan trọng khiến ông/bà lo lắng? Hoặc “có điều gì khác nữa mà thật sự ông/bà muốn nói? Những câu hỏi này sẽ giúp làm sáng tỏ điều chúng ta đang phân vân. Hỏi BN “còn gì nữa không?” như một câu hỏi thường được sử dụng trong quá trình trò chuyện.

## 2.4. KHAI THÁC BỆNH SỬ

Chắc chắn rằng về một khía cạnh nào đó khai thác bệnh sử không đơn thuần là khai thác các triệu chứng. Nó là cả một nghệ thuật mà muốn có được đòi hỏi chúng ta phải thực hành khai thác bệnh sử rất nhiều lần và đó hoàn toàn là điều cần thiết. Với thời gian, chúng ta sẽ dần có được sự tự tin trong việc giao tiếp với BN, xử trí được các trường hợp khó khăn như BN tâm thần, vấn đề văn hóa mà việc đặt câu hỏi là hết sức khó khăn hoặc không thể thực hiện.

Phần lớn bệnh tật đều gây ra sự khó chịu cho BN, khiến họ lo âu hay trầm cảm. Mặc khác, BN bị tâm thần thường xuất hiện các triệu chứng thực thể hơn là tâm lý. Não – cơ thể tương tác qua lại với nhau và điều này có thể ví như hai người đang trao đổi với nhau về một câu chuyện.

Thảo luận về các vấn đề nhạy cảm thật sự có thể là phương pháp trị liệu trong một số trường hợp. Tạo được thiện cảm trong lần gặp đầu tiên có thể giúp ích trong nhiều hoàn cảnh. Ví dụ, nếu BN buồn, giận dữ hoặc sợ hãi, việc bày tỏ cảm thông điều này với BN một cách tế nhị có thể giúp chúng ta khai thác được những thông tin thích hợp.

Nếu chúng ta cảm nhận được BN là người nhạy cảm, sử dụng kỹ năng điều chỉnh cảm xúc (emotion handling skills – NURS) để xử lý những trường hợp này trong cuộc nói chuyện (xem Text box 2.1).

### Text box 2.1. Kỹ năng điều chỉnh cảm xúc – NURS.

- Đặt tên cho cảm xúc.
- Thể hiện sự thấu hiểu – cảm thông.
- Giải quyết các vấn đề với sự tôn trọng tuyệt đối.
- Biểu hiện thái độ muốn hỗ trợ (ví dụ như: “bà đang rất giận dữ khi chồng bỏ rơi bà. Giai đoạn này chắc hẳn rất khó khăn đối với bà? Tôi có thể làm gì để giúp bà bây giờ?”).

BN có thể không muốn hoặc không thể thảo luận về các vấn đề nhạy cảm ngay từ đầu với một người lạ. Lúc này, có được sự tin tưởng của BN là điều rất quan trọng. Mặc dù điều này đôi khi với việc khai thác bệnh sử là hết sức khó khăn nhưng sự tin tưởng của BN đối với thầy thuốc giúp cho việc thuyết phục BN trở nên dễ dàng hơn, vì quá trình nói chuyện

cũng là một phương pháp điều trị trực tiếp cho BN.

Điều quan trọng đối với người khai thác bệnh sử là duy trì một thái độ khách quan, đặc biệt là khi được hỏi về vấn đề tế nhị như vấn đề tình dục, bất hạnh hoặc vấn đề lạm dụng. Thầy thuốc không nên phán xét về nhân phẩm của BN cũng như cuộc sống của họ.

### **Questions box 2.1. Những câu hỏi về cá nhân được xem xét hỏi BN.**

1. Ông/bà sống ở đâu (nhà, chung cư, khách sạn)?
2. Hiện tại ông/bà đang làm gì và trước đây ông/bà từng làm gì?
3. Ông/bà có thật sự thân thiết với mọi người trong nhà?
4. Ông/bà có mối quan hệ tốt đẹp với mọi người trong công việc ?
5. Ông/bà có gặp vấn đề gì về tiền bạc?
6. Ông/bà đã lập gia đình hay đã từng kết hôn chưa?
7. Ông/bà có thể kể cho tôi nghe về các mối quan hệ thân thiết của ông/bà?
8. Cuộc hôn nhân của ông/bà có thật sự hạnh phúc?
9. Ông/bà đã từng bị đánh, đá hoặc bất kỳ tổn thương thực thể nào bởi một ai khác (bạo hành)?
10. Ông/bà có bị ép buộc phải quan hệ tình dục (lạm dụng tình dục)?
11. Ông/bà có nhiều ông/bà bè?
12. Tôn giáo của ông/bà?
13. Ông/bà cảm thấy mình quá mập hay quá ốm?
14. Ông/bà có người thân trong gia đình bị tâm thần?
15. Đã bao giờ ông/bà bị suy nhược thần kinh?
16. Ông/bà đã bao giờ gặp vấn đề về tâm thần?

### **Questions box 2.2. Những câu hỏi để hỏi BN bị trầm cảm.**

1. Ông/bà có cảm thấy buồn, xuống tinh thần hay cảm thấy màu sắc xung quanh đơn điệu tẻ nhạt?
2. Ông/bà cảm thấy chán nản hoặc mất hứng thú với công việc hàng ngày trong hai tuần gần đây hoặc trong quá khứ?
3. Ông/bà đã bao giờ cảm thấy mình đang phải chịu đựng cuộc sống của chính mình? (nguy cơ tự sát)
4. Ông/bà có cảm thấy mình thức rất sớm vào buổi sáng?
5. Gần đây ông/bà có giảm cảm giác thèm ăn?
6. Gần đây ông/bà có sụt cân?
7. Ông/bà cảm thấy như thế nào về tương lai của mình?
8. Ông/bà gặp khó khăn trong nhiều việc?
9. Ông/bà có những suy nghĩ tội lỗi?
10. Ông/bà có còn quan tâm đến những vấn đề mà trước kia ông/bà rất quan tâm?

Bất kỳ việc điều trị bằng cách nào cũng ít nhiều ảnh hưởng đến trạng thái tâm lý của BN. Hơn nữa, yếu tố tâm lý từ trước có thể ảnh hưởng đến việc điều trị hiện tại. BN tâm thần cũng có thể biểu hiện bằng triệu chứng thực thể. Do đó, một phần thiết yếu của quá trình khai thác bệnh sử là thu thập thông tin về tình trạng căng thẳng về mặt tâm lý, trạng thái tinh thần của BN. Một sự cảm thông nào đó là phương pháp tiếp cận từ từ, sử dụng những câu hỏi mở sẽ giúp BN cung cấp nhiều thông tin mà sau đó có thể được ghi lại một



cách hệ thống khi kết thúc cuộc nói chuyện. Nếu vấn đề của BN là trầm cảm, việc hỏi để xác định ý định tự tử của BN là điều an toàn và cần thiết.

Các hình thức tâm lý hoặc tâm thần khác nhau được nói chuyện khác nhau từ việc khai thác bệnh sử chung. Trong quá trình giao tiếp với BN cần phải mất một khoảng thời gian đáng kể để tạo mối quan hệ, sự tin tưởng của BN với người nói chuyện. Có những câu hỏi tiêu chuẩn nhất định mà có thể cung cấp cho chúng ta những thông tin có giá trị giúp đánh giá tình trạng của BN tâm thần (xem Questions box 2.1 – Questions box 2.3). Nó có thể giúp ta thu thập những thông tin chi tiết hơn về từng vấn đề, tùy thuộc vào hoàn cảnh lâm sàng (xem CHƯƠNG 37).

### Questions box 2.3. Những câu hỏi để hỏi BN lo lắng.

---

1. Ông/bà có lo lắng quá mức về một điều gì đó không?
  2. Ông/bà gặp khó khăn trong việc thư giãn?
  3. Ông/bà có vấn đề về giấc ngủ vào ban đêm?
  4. Ông/bà có cảm thấy khó chịu ở nơi đông người?
  5. Ông/bà lo lắng quá mức về những điều nhỏ nhặt?
  6. Ông/bà có cảm thấy đột nhiên sợ hãi hay lo âu hoặc hoảng sợ, không có lý do trong các tình huống trong đó hầu hết mọi người sẽ không sợ?
  7. Ông/bà có cảm thấy mình thường hay lặp đi lặp lại những hành động đó, chẳng hạn như rửa tay nhiều lần?
  8. Ông/bà có bất cứ biểu hiện nào (như kiểm tra mọi thứ) mà ông/bà cảm thấy mình phải làm, cho dù ông/bà biết điều đó có thể hơi ngớ ngẩn?
  9. Ông/bà có nghĩ rằng mình gặp khó khăn trong việc kiểm soát hành vi?
- 

## 2.5. HOẠT ĐỘNG TÌNH DỤC

Thu thập thông tin về hoạt động tình dục là điều quan trọng, nhưng những câu hỏi này không thích hợp để hỏi tất cả BN, ít nhất là trong lần gặp đầu tiên khi BN chưa thật sự phát triển niềm tin và sự tin tưởng trong họ. Nên để BN tìm hiểu về chúng ta trước khi chúng ta hỏi những dạng câu hỏi này. Khi đặt những câu hỏi này nên kèm theo lời giải thích vì sao chúng ta cần biết.

Việc khai thác hoạt động tình dục của BN là cần thiết trong những trường hợp như sau: BN có biểu tiết dịch niệu đạo bất thường, đi tiểu đau (khó tiểu), dịch tiết âm đạo, một vết loét bộ phận sinh dục hoặc phát ban, đau bụng, đau trong thời gian giao hợp hoặc triệu chứng hậu môn trực tràng, hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải hoặc nghi ngờ viêm gan. Hỏi về ngày giao hợp cuối cùng, số liên lạc, bạn tình là đồng tính hay lưỡng tính và thông tin về người bán dâm. Các hình thức quan hệ tình dục cũng rất quan trọng, ví dụ: quan hệ miệng – hậu môn có thể dẫn đến các bệnh đại tràng, trực tràng thậm chí là viêm gan B, C hay HIV.

Nó cũng thường liên quan đến nhu cầu về việc trả lời và những câu hỏi thực tế về tiền sử lạm dụng tình dục. Cách để bắt đầu là: “ông/bà đã từng nghe qua về một số nạn nhân của việc lạm dụng tình dục và điều đó ảnh hưởng đến bệnh tật của họ. Điều này đã từng xảy ra với ông/bà chưa? Những hành vi này có thể ảnh hưởng quan trọng và lâu dài về thể chất cũng như tâm lý cho nạn nhân.

Chúng ta sẽ không nhận được những câu trả lời chính xác cho những câu hỏi mà chúng

ta đặt ra cho BN cho đến khi BN thật sự tin tưởng vào việc điều trị của thầy thuốc. Nếu câu trả lời không thật sự thuyết phục, ta có thể đặt lại câu hỏi ở giai đoạn sau.

## **2.6. BẤT ĐỒNG VỀ VĂN HÓA TRONG KHAI THÁC BỆNH SỬ**

Nếu ngôn ngữ giao tiếp của BN không giống như của chúng ta, họ sẽ gặp nhiều khó khăn trong cuộc tư vấn sức khỏe. Duy trì giao tiếp bằng mắt (trừ khi điều này bị coi là thiếu văn hóa đối với BN) và tập trung như thể chúng ta đang đưa ra câu hỏi.

Nếu ngôn ngữ là một vấn đề, cần có một thông dịch viên mà người đó không phải là người thân của BN để hỗ trợ BN. Một số BN cảm thấy xấu hổ khi thảo luận các vấn đề y khoa của họ trước mặt người thân và người thân thường có xu hướng giải thích (hoặc thay đổi) câu trả lời của BN thay vì chỉ dịch chúng. Thông dịch viên chuyên nghiệp được đào tạo để tránh điều này và thường có thể cung cấp đồng thời và chính xác thông tin của BN, nhưng không phải tất cả BN đều cảm thấy thoải mái khi có một người thứ ba bên cạnh.

Điều quan trọng là tiếp tục nhìn thẳng vào mắt BN khi đặt các câu hỏi, mặc dù thông tin đó sẽ được thông dịch viên trả lời; nếu không làm như vậy BN sẽ cảm thấy như mình bị gạt ra khỏi cuộc trò chuyện. Tạo cảm giác sao cho BN cảm thấy câu chuyện đang được truyền đạt thẳng đến họ: “ông/bà có bị khó thở không? Chứ không phải là “ông ấy đã từng bị khó thở?” Việc khai thác bệnh sử khi có một thông dịch viên luôn mất nhiều thời gian hơn bình thường.

Một tình trạng đáng báo động thường gặp của người nhà BN, những người đi cùng BN ngắt lời và nói những điều không đúng với những gì BN gặp phải. Sự can thiệp của người nhà BN đến thầy thuốc và BN khiến việc khai thác bệnh sử không được trực tiếp và các triệu chứng của BN có thể bị loại bỏ hoặc giải thích một cách không chính xác các thông tin mà BN nói với thầy thuốc. Cố gắng khéo léo làm cho người nhà BN hỗ trợ BN thể hiện theo cách của mình.

Mỗi người có một thái độ khác nhau đối với cùng một bệnh và bệnh tật cũng thay đổi tùy theo từng nền văn hóa khác nhau. Các vấn đề mà BN coi là đáng xấu hổ thì sẽ rất khó khăn để BN có thể thảo luận với thầy thuốc. Trong một số nền văn hóa, phụ nữ có thể từ chối trả lời hoặc không cho bác sĩ nam hay sinh viên khám bệnh. Nam sinh viên cần phải có một người phụ nữ đi kèm trong quá trình hỏi bệnh cho những BN nữ nhạy cảm và tất nhiên cả trong phần khám thực thể. Nó thật sự quan trọng giúp cho các vấn đề nhạy cảm về văn hóa giữa mọi người không làm ảnh hưởng đến kết quả thăm khám BN.

BN sống ở tại địa phương thường có rất nhiều người thân trong đại gia đình. Những người thân này có thể cung cấp các thông tin đặc lực về BN, những vấn đề y tế hoặc xã hội của riêng họ có thể gây khó khăn về khả năng điều trị cho BN. Sự ràng buộc từ các thành viên trong gia đình có thể gây khó khăn cho BN trong việc đến dự một cuộc hẹn, khám sức khỏe định kỳ hoặc lịch trình điều trị chuyên khoa của BN. Khai thác thật chi tiết về quan hệ gia đình và trách nhiệm của người nhà có thể giúp đỡ cho việc thiết lập kế hoạch điều trị cho BN.

Những quan điểm xuất hiện gần đây trong chăm sóc sức khỏe tại địa phương bao gồm những khái niệm về nhận thức văn hóa, mức độ nhạy cảm văn hóa và an toàn trong văn hóa. Nhận thức về văn hóa có thể coi là bước đầu tiên hướng tới sự hiểu biết sâu hơn về các nghi lễ, tín ngưỡng, phong tục, tập quán của một nền văn hóa. Mức độ nhạy cảm văn

hóa nghĩa là chấp nhận sự quan trọng cũng như vai trò của sự khác biệt về mặt văn hóa. An toàn trong văn hóa nghĩa là sử dụng những kiến thức này để bảo vệ BN và cộng đồng khỏi sự nguy hiểm và bảo đảm một mối quan hệ tốt giữa nhân viên y tế và BN tại địa phương của họ. Những kỹ năng này có thể áp dụng chung cho tất cả các nhóm văn hóa nhưng có sự thay đổi trong một vài chỗ.

Tất cả những vấn đề đã nói ở trên đòi hỏi phải có một cách tiếp cận thật đặc biệt nhạy cảm. Chúng ta phải trở thành một bác sĩ lâm sàng không thiên vị và khách quan.

## **2.7. BỆNH NHÂN KHÔNG HỢP TÁC HOẶC GÂY KHÓ KHĂN**

Hầu hết các cuộc gặp gỡ lâm sàng đều cần đến sự hợp tác giữa thầy thuốc và BN. BN muốn thầy thuốc giúp họ tìm ra những vấn đề sức khỏe và cách điều chỉnh để giải quyết vấn đề đó. Điều này sẽ khiến cả hai phía cảm thấy vừa lòng và thân thiện hơn trong cuộc hẹn. Tuy nhiên không phải cuộc nói chuyện nào cũng diễn ra trôi chảy như vậy.

Sự bực tức có thể nảy sinh từ hai phía nếu BN có vẻ không muốn nghe những lời tư vấn quá nghiêm trọng từ thầy thuốc hoặc họ sẽ không thật sự hợp tác để thầy thuốc có thể khai thác bệnh sử cũng như thăm khám. Trừ phi BN có một vấn đề nghiêm trọng liên quan đến tâm thần hoặc hệ thần kinh khiến họ mất đi khả năng kiểm soát hành vi và quyền tham gia hay không tham gia tư vấn là đặc quyền của họ. Vai trò của thầy thuốc là đưa ra lời khuyên và giải thích cho BN chứ không phải ra lệnh. Thật vậy, cần phải nhận ra rằng những lời khuyên đó chưa hẳn đã đúng. Luôn giữ suy nghĩ như vậy sẽ giúp tránh được những kết quả không mong muốn và không chuyên nghiệp của thầy thuốc gây lo lắng và giận dữ cho BN. Trong tất cả các trường hợp, chúng ta nên cung cấp một lời giải thích hợp lý, đồng cảm cũng như đưa ra những suy nghĩ thật thấu đáo để BN thấy tác hại của việc không làm theo sự tư vấn, điều đó sẽ giúp BN thay đổi. Một thầy thuốc khi cho lời khuyên mà BN hầu như không thực hiện theo thì chúng ta nên tự xem lại về sự nhạy bén của chúng ta trong lâm sàng.

Những BN có thái độ hung hăng và bất hợp tác có thể vì một lý do bệnh tật tác động đến hành vi của họ. Những khả năng có thể nghĩ đến bao gồm rượu, ngưng thuốc, một thương tổn nội sọ như: khối u, máu tụ dưới màng cứng hoặc một căn bệnh tâm thần như tâm thần phân liệt thể hoang tưởng. Trong một số trường hợp khác, sự bực tức tại thời điểm xuất hiện của bệnh cũng có thể trở thành vấn đề nan giải.

Một số khó khăn lại gặp phải khi chúng ta gặp phải những BN hợp tác một cách thái quá. Một BN lo lắng về tình trạng huyết áp của mình có thể mang theo tờ giấy ghi lại huyết áp đo được của BN mỗi 30 phút trong vòng vài tuần. Điều quan trọng lúc này là làm cho họ thấy rằng làm như vậy là không cần thiết, không khuyến khích BN nhiệt tình một cách quá mức. Một số khác có thể mang theo thông tin về các triệu chứng của họ hoặc một chẩn đoán trên internet đến với ta. Điều quan trọng cần nhớ và chỉ ra cho BN rằng những thông tin thu được theo cách này không thể áp đặt cho mọi trường hợp.

Những BN có bệnh lý mạn tính hoặc hiếm gặp bằng nhiều cách khác nhau có thể biết rõ tình trạng bệnh của mình và họ có thể trở nên khó chịu, đơn giản là vì họ có kiến thức. Giải pháp tốt nhất là nói với họ rằng đây là một tình trạng bất thường và chúng ta cần tìm hiểu thêm về cách tiếp cận mới nhất trong điều trị bệnh, sau đó sẽ cung cấp lại cho BN. Nhận lấy với lòng biết ơn các tài liệu được BN cung cấp liên quan đến bệnh tình của họ.

Nói “đây là điều phức tạp và tôi cần sự giúp đỡ của một chuyên gia trong lĩnh vực này”. Đây là cách giải quyết vấn đề hợp lý.

Đôi khi mối quan tâm của thầy thuốc và BN không giống nhau. Điều này đặc biệt thường gặp trong những trường hợp bệnh tật hoặc chấn thương đó có thể được bồi thường. BN có thể vô tình hoặc cố ý cố gắng gian lận trong quá trình thăm khám. Đây là một tình huống rất khó khăn chỉ có một cách duy nhất là áp dụng các phương pháp lâm sàng một cách nghiêm ngặt.

Thỉnh thoảng BN có những hành vi tâm bốc hoặc gây ra sự chú ý một cách thái quá đến thầy thuốc. Điều này nên được trao đổi một bằng việc duy trì một cách cẩn thận cung cách làm việc chuyên nghiệp. Thầy thuốc và BN phải ý thức được rằng cuộc hẹn của họ là chuyên nghiệp chứ không phải bất kỳ một cuộc hẹn thông thường nào khác. Đôi khi BN gửi những món quà không phù hợp. Điều này có thể được coi như một cách gây sự chú ý hoặc khiến họ trở nên quan trọng hơn. Chúng ta không nên nhận những món quà này và BN cũng nên được biết rằng điều này là trái với đạo đức. Mỗi nguy hiểm có thể đến từ sinh viên y khoa, những người còn coi nhẹ vai trò của bản thân mình trong vấn đề này.

## **2.8. BỆNH NHÂN TỰ LÀM HẠI BẢN THÂN VÀ HỘI CHỨNG MÜNCHHAUSEN**

Khi BN có một tiền sử đã gặp gỡ nhiều thầy thuốc, được thăm khám và làm nhiều xét nghiệm mà không có một chẩn đoán xác định, chúng ta nên nghĩ đến, “bệnh tật có phải do BN hư cấu?”<sup>a</sup>. Giả sử rằng những BN này đến thầy thuốc đều vì muốn được giúp đỡ và không hề có ý lừa dối thường sẽ gây trì hoãn việc chẩn đoán trong những trường hợp này. Cẩn thận trong việc khai thác bệnh sử và tham khảo ý kiến với đồng nghiệp đã từng điều trị cho BN để có thể tránh việc thăm khám và điều trị không cần thiết.

## **2.9. KHAI THÁC BỆNH SỬ VỀ VIỆC DUY TRÌ TRẠNG THÁI SỨC KHOẺ TỐT**

Đã bao giờ mọi người ý thức được rằng lối sống của họ sẽ ảnh hưởng đến sức khỏe của họ. Hầu hết mọi người đều có một chút hiểu biết về sự nguy hiểm của việc hút thuốc lá, uống rượu quá nhiều và béo phì. Có người thì có nhiều cách để xây dựng một chế độ ăn uống và luyện tập lành mạnh, một số khác lại không biết thế nào là hoạt động tình dục nguy hiểm.

Lần nói chuyện đầu tiên với một BN là cơ hội để đánh giá kiến thức của họ về các yếu tố nguy cơ gây ra các bệnh lý quan trọng. Ngay cả khi BN đang đề cập đến một vấn đề không liên quan, đó lại là cơ hội cho việc đánh giá nhanh chóng. Những vấn đề thực tế không thay đổi, nhắc nhở chúng ta rằng: những điều này có thể tạo ra sự khác biệt lớn đến cách mà con người bảo vệ họ khỏi bệnh tật.

Một phần của việc đánh giá kỹ lưỡng BN bao gồm việc thu thập và truyền đạt một số

---

<sup>a</sup> Được đặt theo tên Baron von Münchhausen (Karl Friedrich Hieronymus Freiherr von Münchhausen, 1720 – 1797). Câu chuyện không thể xảy ra của Baron von Münchhausen về bản thân mình đã được công bố bởi Rudolf Raspe như Những cuộc phiêu lưu đáng ngạc nhiên của Baron Münchhausen.

ý tưởng về các biện pháp giúp họ duy trì sức khỏe tốt (xem Questions box 2.4). Nó bao gồm một phương pháp tiếp cận toàn diện với sự kết hợp của các yếu tố nguy cơ gây bệnh khác nhau, mà điều này quan trọng hơn nhiều so với việc đánh giá từng yếu tố nguy cơ cá nhân. Một ví dụ, việc tư vấn cho một BN về yếu tố nguy cơ của bệnh tim mạch sẽ liên quan đến những thông tin về tiền sử gia đình, thói quen hút thuốc, huyết áp trước khi bệnh và hiện tại, mức cholesterol hiện tại và quá khứ, chế độ ăn uống, đánh giá mức độ đại tháo đường và cam đoan của BN về mức độ luyện tập bao nhiêu là đủ.

### **Questions box 2.4. Những câu hỏi liên quan đến việc duy trì một trạng thái sức khỏe tốt.**

---

1. Ông/bà có hút thuốc? Khi nào ông/bà ngưng hút thuốc?
  2. Ông/bà có biết mức cholesterol của ông/bà là bao nhiêu không?
  3. Ông/bà nghĩ rằng mình có một chế độ ăn lành mạnh? Hãy cho tôi biết chế độ ăn đó gồm những gì?
  4. Ông/bà có bị tăng huyết áp?
  5. Ông/bà có bị bệnh đại tháo đường hay mức đường huyết của ông/bà đang tăng dần?
  6. Ông/bà có uống rượu không? Mỗi ngày? Uống bao nhiêu?
  7. Ông/bà có thường xuyên tập thể dục không?
  8. Ông/bà có từng nghĩ rằng mình đã từng thực hiện bất kỳ hoạt động tình dục nguy hiểm nào hay chưa? Đó là gì?
  9. Ông/bà đã từng sử dụng ma túy hoặc chất cấm? Với ai? Ông/bà có bao giờ sử dụng quá mức dự định hoặc dùng thêm không?
  10. Ông/bà đã từng tiêm chủng những gì? Bao gồm các câu hỏi cụ thể về uốn ván, cúm, viêm phổi, viêm màng não mủ và H.Influenzae (ba loại tiêm chủng cuối là rất cần thiết cho những BN đã bị cắt lách vì họ dễ bị nhiễm các vi sinh vật này), viêm gan siêu vi A và B, virus u nhú ở người (HPV), tiêm phòng trước khi du lịch xa.
  11. Bà có thường xuyên đi khám để tầm soát ung thư vú không? (dựa trên tiền sử gia đình hoặc tuổi trên 50)
  12. Ông/bà có đi khám tầm soát ung thư đại tràng chưa? (từ 50 tuổi trở lên hoặc sớm hơn nếu có tiền sử gia đình có người bị bệnh ung thư đại tràng hoặc viêm đại tràng). Những xét nghiệm đã được thực hiện?
- 

Tùy thuộc vào độ tuổi của BN, mà ta có thể yêu cầu những xét nghiệm sàng lọc để xác định các căn bệnh quan trọng, chẳng hạn như chụp X quang tuyến vú cho BN ung thư vú, Pap smears cho những trường hợp ung thư cổ tử cung hoặc nội soi đại tràng nếu nghi ngờ ung thư đại tràng.

Ta có thể đánh giá mức độ nhận thức cũng như sự hiểu biết của BN về các biện pháp cơ bản để duy trì sức khỏe tốt trong suốt quá trình nói chuyện. Ngay cả khi họ trình bày những vấn đề không liên quan, những ví dụ nghiêm trọng về những hành vi nguy hiểm phải được chỉ ra. Điều này không nên thực hiện một cách quá thường xuyên. Ví dụ, chúng ta có thể nói: “đây có thể là một thời điểm tốt để thực hiện một nỗ lực lớn từ bỏ thuốc lá, bởi vì việc hút thuốc là không khôn ngoan cho một người có tiền sử gia đình về bệnh tim mạch như ông/bà.”

Chắc chắn một số câu hỏi hữu ích có thể giúp cho việc đưa ra chẩn đoán nghiện rượu nhanh hơn (xem CHƯƠNG 1). Một cách khác để hỏi, “ông/bà đã bao giờ gặp vấn đề về

việc sử dụng rượu?” và “trong vòng 24 giờ trước, ông/bà có sử dụng rượu bia không?”. BN trả lời “có” cho cả hai câu hỏi trên thì khả năng cao BN là một người nghiện rượu.

Hồ sơ về việc tiêm ngừa của BN nên được kiểm tra lại thường xuyên và cập nhật khi có chỉ định. Các vaccin virus không độc lực bao gồm influenza và vaccin bại liệt; vaccin viêm gan A và B là loại vaccin tái tổ hợp. Các vaccin vi khuẩn không độc lực bao gồm phế cầu, não mô cầu và H.influenzae; uốn ván, bạch hầu và ho gà là những độc tố vi khuẩn đã được biến đổi trở thành không gây độc. Các loại vaccin virus sống giảm độc lực bao gồm sởi – quai bị – rubella (MMR), herpes zoster và cúm; một loại vaccin vi khuẩn sống giảm độc lực là Bacille Calmette – Guerin (BCG – lao). Phụ nữ mang thai và người suy giảm hệ miễn dịch thì không nên dùng vaccin sống giảm độc lực. Những người muốn du lịch đến những vùng quê thuộc châu á hoặc bất cứ một nơi nào khác cần phải được hướng dẫn tiêm chủng bổ sung (ví dụ: viêm não Nhật Bản, thương hàn).

## **2.10. BỆNH NHÂN CAO TUỔI**

Những BN từ 70 tuổi trở lên xuất hiện những căn bệnh giống với người trẻ nhưng một số vấn đề có khuynh hướng trầm trọng hơn. Việc khai thác bệnh sử nên chú tâm đến những vấn đề có khả năng như: làm thế nào để BN duy trì trạng thái sức khỏe tốt. Nguy cơ biến chứng nhiễm trùng tăng lên ở nhóm BN này, hầu hết nhóm BN này nên được tiêm vaccin influenza thường quy. Cúm thường được tiêm chủng theo yêu cầu nếu lịch tiêm chủng được cập nhật. Xem CHƯƠNG 42 để biết thêm thông tin chi tiết.

### **2.10.1. Sinh hoạt hàng ngày**



**Hình 2.1. Khung tập đi.**

Đối với người lớn tuổi và người có bệnh lý mạn tính, ta nên hỏi một số câu hỏi sàng lọc cơ bản về hoạt động chức năng. Sự xuất hiện của các BN trong phòng tư vấn cách sử dụng khung đi bộ (xem Hình 2.1) hoặc hỗ trợ cho những câu hỏi chi tiết liên quan đến sinh hoạt hàng ngày. Hỏi những câu hỏi cụ thể về khả năng của BN như: tắm, đi bộ, sử dụng nhà vệ sinh và mặc quần áo. Tìm hiểu xem BN có nhu cầu giúp đỡ để hoàn thành những việc gì và nơi nào có thể cung cấp các dịch vụ giúp đỡ này. Những câu hỏi cần thiết, “ông/bà quản lý chúng như thế nào?” hoặc “ông/bà sẽ làm gì nếu gặp vấn đề đó?”. Sự giúp đỡ có thể đến từ phía người thân, hàng xóm, bạn bè, các dịch vụ y tế hoặc các tổ chức từ thiện. Sự gần gũi có thể nhận thấy ở nhiều dịch vụ khác nhau và sự tỉ mỉ cần được tìm hiểu một cách. Hãy thử tìm hiểu xem BN có cảm thấy hạnh phúc khi nhận được sự giúp đỡ hay không.

Chúng ta cũng nên đặt những câu hỏi về phương tiện trợ giúp trong những sinh hoạt cuộc sống hàng ngày như mua sắm, nấu ăn và giặt giũ, sử dụng phương tiện di chuyển, quản lý tiền bạc và thuốc men.

Làm sáng tỏ những điều đó cho dù BN đã từng được đánh giá bởi một thầy thuốc trị liệu hay thậm chí là thầy thuốc tại nhà. Hỏi coi có hay không có sự thay đổi đã được tạo ra trong căn nhà (chẳng hạn như xây dựng lối đi dốc, tay vịn trong nhà tắm, nút báo khẩn cấp).

Tìm xem có những ai sống với BN và cách mà họ có thể giúp đỡ BN chống chọi với bệnh tật. Rõ ràng, số lượng chi tiết phụ thuộc vào mức độ nặng và mạn tính của bệnh.

### 2.10.2. Sử dụng nhiều loại thuốc

Hơn 40 % những BN trên 60 tuổi cần từ 5 loại thuốc trở lên trong một ngày – là định nghĩa Polypharmacy. Những nguy cơ do tác dụng phụ của thuốc và biến chứng sử dụng thuốc tăng dần theo tuổi. Khai thác bệnh sử một cách cẩn thận có thể giúp ta có một cái nhìn toàn diện về các loại thuốc mà BN đang dùng và những tác động tiềm tàng của chúng. Nó có thể giúp ta khuyên BN ngừng sử dụng những loại thuốc không cần thiết trong thời gian dài. Một thầy thuốc giỏi sẽ thường xuyên xem xét và ngừng những thuốc không cần thiết.

Hãy cố gắng tìm ra những loại thuốc BN đang sử dụng, mỗi loại thuốc đã được sử dụng trong thời gian bao lâu và với mục đích gì. Thật đáng ngạc nhiên khi nhiều người sử dụng thuốc do thầy thuốc cung cấp nhưng lại không hề biết tác dụng của chúng là gì. Những BN khác tìm hiểu thông tin về các loại thuốc của họ trên internet và cảm thấy lo sợ khi sử dụng chúng. Thuốc có những nguy cơ đặc biệt cao đối với những người cao tuổi được thể hiện trong Bảng 2.1. Trong nhiều trường hợp một loại thuốc có thể được dùng để điều trị tác dụng phụ của những thuốc khác.

**Bảng 2.1. Tác dụng phụ của thuốc thường gây ra cho người cao tuổi.**

Loại thuốc	Tác dụng phụ
Tác động đến tâm thần	An thần và té ngã, gãy xương,...
Lợi tiểu	Hạ kali máu, rối loạn chức năng thận, gout.
NSAIDs	Làm trầm trọng thêm tình trạng tăng huyết áp, suy tim, bệnh thận mạn
Hạ áp	Hạ huyết áp tư thế và té ngã.

### 2.10.3. Sự tuân thủ

Có bằng chứng cho rằng có đến 50% BN không dùng thuốc theo chỉ định của thầy thuốc. Thái độ không tuân thủ (ngày xưa được hiểu như là không phục tùng) thường do phác đồ điều trị quá phức tạp (ví dụ như một số thuốc phải uống 3 lần/ngày), những bệnh không liên quan đến triệu chứng (tăng huyết áp), một số loại thuốc thì đắt tiền, BN trẻ hoặc già hoặc có vấn đề về tâm thần. Khi việc điều trị trông có vẻ không có hiệu quả, vấn đề có thể nằm ở việc tuân thủ điều trị của BN. Mặc dù nhiều biện pháp phức tạp để quản lý việc tuân thủ điều trị của BN đã được phát triển (ví dụ như máy pha chế thuốc điện tử, theo dõi việc phân phát thuốc) thì đây vẫn là vấn đề gây phiền toái và tốn kém.

Đặt những câu hỏi một cách cẩn thận có thể giúp quyết định việc tuân thủ sử dụng thuốc do thầy thuốc kê đơn. Bắt đầu với một nhận xét trung lập và các câu hỏi dạng như: “toa thuốc của ông/bà quá phức tạp. Ông/bà đã bao giờ quên dùng nó? Bao lâu? Ông/bà có sử dụng thiết bị pha chế thuốc (nó giống như một gói Webster)?” – (xem Hình 1.2b).

Trong một số trường hợp, sự mất hiệu lực được báo trước của thuốc có thể là manh mối. Ví dụ, một nhịp tim bình thường của BN đang dùng thuốc ức chế  $\beta$  (thuốc giảm nhịp tim), sự giảm nhu động ruột ở một BN được kê toa dùng thuốc cung cấp sắt có thể do không tuân thủ theo y lệnh của thầy thuốc. Có thể đo nồng độ thuốc trong máu BN. Ví dụ có thể đo nồng độ thuốc chống co giật trong máu khi một BN xuất hiện cơn động kinh mặc dù đã được điều trị.

Đánh giá tuân thủ điều trị, ít nhất là bằng cách đưa ra những câu hỏi tỉ mỉ là điều quan trọng trước khi tiến hành điều trị cho những BN dường như không còn đáp ứng với thuốc.

### 2.10.4. Trạng thái tinh thần

Dùng những câu hỏi giúp đánh giá chức năng nhận thức. Tiền sử sa sút trí tuệ của gia đình? BN nhận thấy vấn đề về trí nhớ hoặc những khía cạnh trong cuộc sống, chẳng hạn như việc thanh toán hóa đơn?

Đặt câu hỏi liên quan đến trầm cảm. Trầm cảm nặng có thể ảnh hưởng đến chức năng nhận thức.

Chứng mê sảng đề cập đến sự lú lẫn và thay đổi ý thức. Đừng nhầm lẫn điều này với bệnh sa sút trí tuệ, là nơi mà ý thức không bị thay đổi nhưng có sự mất dần trí nhớ dài hạn và duy trì chức năng nhận thức khác. Nếu có chỉ định, hãy thực hiện một cuộc kiểm tra trạng thái tinh thần (xem CHƯƠNG 37).

### 2.10.5. Những vấn đề đặc biệt ở người cao tuổi

Mất cân bằng và té ngã là điều phổ biến và nguy hiểm cho người cao tuổi. Gãy xương chậu và chấn thương đầu là những tai nạn có thể đe dọa tính mạng của họ. Hỏi về việc té và gập té. BN có dùng gậy hoặc khung tập đi? có những mối nguy hiểm trong nhà làm tăng nguy cơ (ví dụ như dốc, bậc thang hẹp)? Sử dụng thuốc an thần như thuốc ngủ, thuốc chống lo âu và một số thuốc chống tăng huyết áp làm tăng nguy cơ ngã và phải được đánh giá cẩn thận.

Sàng lọc bệnh loãng xương được khuyến khích cho tất cả phụ nữ ở độ tuổi trên 65 và tất cả những người đàn ông trong độ tuổi từ 70 tuổi trở lên. Những yếu tố nguy cơ cho bệnh loãng xương bao gồm thiếu cân, sử dụng rượu nặng, dùng corticosteroid, mãn kinh



sớm và có tiền sử gãy xương trước đó.

Các câu hỏi chung về sự vận động cũng cần đi chung với những câu hỏi về lý do cho sự bất động. Đây có thể bao gồm viêm khớp, béo phì, yếu cơ toàn thể và yếu cơ gốc chi (đôi khi do sử dụng corticosteroid).

Ngược đãi người lớn tuổi (cảm xúc, thể chất và tình dục) có thể xảy ra; để phát hiện ra nó, điều quan trọng là phải hiểu được hoàn cảnh xã hội của BN. Sử dụng những câu hỏi sàng lọc (mà không có người chăm sóc ở đó) bao gồm:

- Ông/bà cảm thấy an toàn tại nơi ông/bà đang sống?
- Ai nấu ăn cho ông/bà?
- Ai quản lý tài chính của ông/bà?

### **2.10.6. Kế hoạch chăm sóc nâng cao và quyết định sống còn**

BN cao tuổi có thể có những cảm xúc mạnh mẽ về mức độ điều trị mà họ muốn nếu tình trạng sức khỏe của họ bị suy giảm. Những mong muốn này nên được ghi lại trước khi bệnh tình xấu đi khiến cho BN không có khả năng thể hiện mong muốn của mình. Trong cuộc sống tương lai, BN ghi lại các quyết định của họ về việc đồng ý tiến hành các can thiệp y tế và văn bản pháp luật này có hiệu lực khi họ không còn có thể làm chủ quyết định của mình. Khuyến khích BN thảo luận về dự định của mình với thầy thuốc, chỉ định một người nào đó để đưa ra quyết định thay cho họ và cung cấp bản sao của các tài liệu pháp lý cho những người chăm sóc cho họ ở nhà và thầy thuốc của họ.

Đây có thể là một điều rất khó khăn. Nếu một BN bày tỏ ước muốn không sử dụng một phương pháp điều trị nào đó, các thầy thuốc phải chắc chắn rằng BN hiểu được bản chất và khả năng thành công của các phương pháp điều trị. Ví dụ, một BN bày tỏ ước muốn không cấp cứu ngưng tim nếu trái tim của bà ấy ngừng đập sau khi nhồi máu cơ tim, rất có thể BN không hiểu rằng rung thất sớm luôn luôn điều trị thành công bằng sốc điện mà không có di chứng lâu dài. Khi BN quyết định một điều gì đó thì BN phải nắm rõ về điều họ đã quyết định.

## **2.11. KHAI THÁC BỆNH SỬ DỰA TRÊN CHỨNG CỨ VÀ CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT**

Các nguyên tắc dựa trên bằng chứng của việc thăm khám lâm sàng sẽ được thảo luận trong CHƯƠNG 3 một cách chi tiết hơn, nhưng chúng cũng có thể được áp dụng để khai thác bệnh sử. Điểm khởi đầu của các chẩn đoán phân biệt của một triệu chứng nhất định nào đó có thể đúng hoặc sai (hay gọi là xác suất) là một bệnh nhất định nào đó sẽ xảy ra ở BN này. Hầu hết các thầy thuốc vẫn dựa trên kinh nghiệm của mình khi thực hiện việc đánh giá này, mặc dù một số thông tin về tần suất mắc bệnh trong các quần thể khác nhau luôn có sẵn. Thật không may, kinh nghiệm của một người là một phần tương đối nhỏ và những kinh nghiệm đó đã áp đặt vào suy nghĩ của thầy thuốc khiến họ ủng hộ hoặc phản đối một chẩn đoán nhất định.

Một số chẩn đoán có thể là phần lớn bị loại khỏi danh mục chẩn đoán phân biệt ở ngay thời điểm khai thác bệnh sử. Điều này có thể được căn cứ vào độ tuổi, giới tính của BN hoặc chủng tộc hay xác suất cực hiếm của một bệnh ở một quốc gia cụ thể. Ví dụ, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính sẽ rất khó xảy ra trong một người không hút thuốc và chỉ mới 20

tuổi nhập viện vì biểu hiện khó thở.

Chẩn đoán phân biệt được thu hẹp dần khi có thêm nhiều thông tin về các triệu chứng đến trực tiếp từ BN và như vậy kết quả của câu hỏi cụ thể về đặc điểm của các triệu chứng đó sẽ giúp chọn lọc lại danh mục các chẩn đoán phân biệt.

## **2.12. ĐÁNH GIÁ LÂM SÀNG**

Sau khi khám thực thể, cuộc nói chuyện với BN thường kết thúc bằng việc chúng ta đánh giá xem chẩn đoán nào có thể xảy ra đối với BN này. Lưu ý rằng bệnh sử là công cụ mạnh mẽ nhất trong hộp công cụ của chúng ta giúp cho chúng ta nhận biết được chẩn đoán có khả năng nhất trong phần lớn các trường hợp! Lỗi chẩn đoán trong thực hành lâm sàng thường liên quan đến sự thất bại trong quá trình khai thác bệnh sử. Đánh giá lâm sàng của chúng ta thường hợp lý, thì phần quan trọng nhất của toàn bộ quá trình là ở quan điểm của người bệnh.

Việc giải thích phải liên quan đến các triệu chứng của BN hay nhận thức của vấn đề. Chúng ta nên phân tích các triệu chứng và các dấu hiệu thăm khám lâm sàng có liên quan như thế nào đến chẩn đoán. Ví dụ, nếu một BN có biểu hiện khó thở, chúng ta nên bắt đầu bằng cách nói rằng, “tôi tin rằng triệu chứng khó thở có thể là hậu quả của viêm phổi, nhưng còn một vài khả năng khác”. Sự phức tạp của các lời giải thích sẽ phụ thuộc vào sự hiểu biết của chúng ta về những khả năng BN có thể gặp phải để từ đó theo dõi toàn bộ khía cạnh của chẩn đoán. Sự mong đợi của BN vào một lời giải thích chi tiết cũng rất khác nhau và điều này phải được cân nhắc kỹ lưỡng.

Nếu chẩn đoán là khá rõ ràng, tiên lượng bệnh cũng như kế hoạch điều trị phải được nêu ra. Một chẩn đoán nghiêm trọng phải được thảo luận thẳng thắn nhưng luôn luôn trong tình trạng thay đổi tùy thuộc vào điều kiện y tế và lợi ích của việc điều trị chính xác. Khi một BN dường như không muốn chấp nhận một chẩn đoán nghiêm trọng và từ chối điều trị, chúng ta phải cố gắng tìm ra lý do cho quyết định của BN. BN đã có trải nghiệm không tốt trước đó với việc điều trị hoặc họ có người bạn hoặc người thân bị bệnh tương tự và họ đã trải qua một thời gian khó khăn với điều trị hoặc xuất hiện các biến chứng?

Đôi khi cần phải điều chỉnh giọng điệu, lời nói trong cuộc nói chuyện, ví dụ: “điều quan trọng là chúng ta phải nhận ra rằng đây là một căn bệnh đe dọa tính mạng và cần phải điều trị khẩn cấp”. BN dường như không thể chấp nhận lời khuyên kiểu này và cần được thảo luận vấn đề này với một thầy thuốc khác hoặc với gia đình của họ. Điều này phải được điều chỉnh để BN cảm thấy có sự cảm thông: “đây rõ ràng là một thời gian khó khăn cho chúng ta. Ông/bà có muốn tôi sắp xếp cho ông/bà gặp một người nào khác để học cho một ý kiến nào đó về nó không? Hoặc ông/bà muốn thảo luận với gia đình của ông/bà một lần nữa?”. Biểu hiện của BN nên được ghi chép cẩn thận.

BN có thể cần phải được cảnh báo về một số hoạt động nhất định không nên làm cho đến khi được điều trị ổn định. Ví dụ, một BN bị động kinh thì lời khuyên đầu tiên là người đó không nên lái xe.

## **2.13. KẾT THÚC BUỔI THAM VẤN**

Sau khi nói chuyện với BN về đánh giá và tiên lượng, chúng ta cần xem xét và thảo luận về những tình huống khẩn cấp có thể xảy ra. Nhập viện ngay nếu vấn đề thật sự nghiêm trọng. Điều này có thể gây ra sự bất tiện lớn cho BN; các thầy thuốc phải sẵn sàng

để giải thích cho những khuyến cáo của mình và cố gắng để dự đoán thời gian nằm viện điều trị. Nếu cuộc thăm dò này là một gánh nặng hoặc quá mạo hiểm, nó phải được giải thích và thảo luận kỹ lưỡng để đưa ra lựa chọn, nếu có.

Nếu điều trị bằng thuốc được kê toa, BN được quyền biết tại sao điều này là cần thiết, lợi ích từ phương pháp này là gì và tác dụng nghiêm trọng có thể xảy ra là gì. Đây là một chủ đề phức tạp. Về phần của thầy thuốc lâm sàng, nó đòi hỏi một sự hiểu biết toàn diện về tương tác thuốc và tác dụng phụ, cũng như đánh giá xem điều nào là hợp lý để nói với BN mà không làm cho BN lo lắng. BN ít nhất phải biết được những triệu chứng nguy hiểm khi dùng thuốc để có thể ngưng sử dụng nếu gặp phải. Các hiệu thuốc thường cung cấp cho BN một danh mục khá dài về các tác dụng phụ có thể có của những loại thuốc được phát. BN có thể sẽ rất sợ hãi khi cầm toa thuốc trừ khi họ đã được giải thích tại thời điểm tham vấn. Đối phó với điều khó khăn này cần có thời gian và kinh nghiệm.

Không cần phải xấu hổ khi nói với BN, chúng ta sẽ tìm kiếm các tác dụng phụ và tương tác thuốc trước khi kê toa hoặc nếu một BN bày tỏ quan ngại về nó. Chúng ta có thể nói: “tôi chưa từng nghe nói về vấn đề đó với thuốc này nhưng hãy để tôi kiểm tra kỹ lại nó đã.”

BN phải được tạo cơ hội để đặt câu hỏi. Một vài người, khi đưa ra một chẩn đoán mới, có thể họ sẽ chú tâm tới tất cả những gì chúng ta nói với họ. BN nên nhớ rằng họ có cơ hội để đặt câu hỏi vào những buổi tư vấn tiếp theo, khi kết quả của các xét nghiệm đã có hoặc khi có tác động của việc điều trị có thể được đánh giá.

Cuối cùng, chúng ta có thể thấy rằng các BN giới thiệu một vấn đề mới, đôi khi nghiêm trọng, ở phần cuối của cuộc tham vấn. Các nghiên cứu cho rằng điều này sẽ xảy ra với tần suất 1/5 số trường hợp được tham vấn. Dưới đây là một ví dụ thực tế: một trong những BN đang đi bộ về phía cửa, anh ta nói: “cảm ơn ông/bà. Bây giờ tôi cảm thấy tốt hơn, tôi biết rằng vấn đề đau lưng của tôi không có gì đáng ngại. Ồ, bằng cách này, tôi cũng đã nhận thấy rằng có một chút dịch màu vàng đục chảy ra từ dương vật của tôi trong tuần này. Tôi chắc chắn rằng nó không có gì, phải không?”. BN bị bệnh lậu. Bất kỳ vấn đề mới nào cũng không được bỏ sót và yêu cầu chúng ta phải có được tất cả các chi tiết có liên quan đến vấn đề đó.

## T&O'C essentials

1. Hỏi những câu hỏi mở để bắt đầu (và không làm gián đoạn), nhưng sẽ kết thúc với những câu hỏi cụ thể để thu hẹp các chẩn đoán phân biệt.
2. Hỏi BN: “còn gì nữa không?”. Sau khi anh ta hoặc cô ta đã nói xong, để đảm bảo rằng tất cả các vấn đề đã được xác định. Lặp lại “còn gì nữa không?” một cách thường xuyên khi cần.
3. Nếu chúng ta cảm nhận được cảm xúc của BN, hãy đặt tên cho cảm xúc của BN và cho biết chúng ta hiểu nó (ví dụ: “ông/bà có vẻ buồn?”), tôn trọng và thể hiện sự ủng hộ của chúng ta (ví dụ: “ông/bà cảm thấy khó chịu cũng là điều dễ hiểu”).
4. Tổng hợp bệnh sử bằng cách: suy nghĩ về những vị trí giải phẫu có khả năng bị ảnh hưởng, sinh lý bệnh hay bệnh lý và nguyên nhân thường gặp. Khi chúng ta thực hiện một chẩn đoán, chúng ta cần tìm kiếm các bằng chứng bảo vệ và những bằng chứng phủ định chẩn đoán đó. Nếu chẩn đoán kém phù hợp, hãy xem xét lựa chọn, thay thế và tìm kiếm thêm dữ liệu về bệnh sử. Đừng vội kết luận quá sớm!
5. Nếu ngôn ngữ là một rào cản, hãy sử dụng một thông dịch viên chuyên nghiệp.
6. Hãy nhớ rằng những câu hỏi về cách BN duy trì sức khỏe tốt cũng là một phần trong việc khai thác bệnh sử.
7. Thực hiện một đánh giá lại các loại thuốc của BN mỗi khi BN đến khám.

# CÁC NGUYÊN TẮC CƠ BẢN TRONG THĂM KHÁM THỰC THỂ

Hà Văn Quốc

*Nhiều sai lầm được tạo ra từ việc mong muốn của một thăm khám lâm sàng đúng hơn là bất kỳ nguyên nhân nào khác.*

*Russell John Howard (1875 – 1942)*

Sinh viên khi bắt đầu học thăm khám sẽ ngỡ ngàng với phương pháp thăm khám bài bản được dạy và được thực hành. Tuy nhiên, có một số lý do cần thiết để áp dụng cách tiếp cận này. Thứ nhất, nó đảm bảo rằng việc thăm khám kỹ lưỡng, không bỏ sót các dấu hiệu quan trọng khi khám một cách lung tung. Thứ hai, đây là phương pháp thuận tiện nhất khi thăm khám BN trên giường bệnh, trong những bệnh đặc biệt hay những tư thế khác nhau, thay đổi theo thời gian. Để thuận tiện, BN thường được khám từ phía bên phải giường bệnh, cách này dường như chỉ thuận tiện cho những người thuận tay phải. Khi sinh viên học, họ thường cảm thấy an toàn khi đứng khép mình cùng nhóm bạn ở bên trái giường bệnh, các giảng viên dạy lâm sàng cũng nhận ra điều này, đặc biệt họ để ý rằng sinh viên có xu hướng đứng xa bên phải của giường bệnh nhất có thể.

Cần phải hiểu rằng chỉ có những thông tin dựa trên chứng cứ giới hạn về tính xác đáng của các dấu hiệu lâm sàng. Nhiều phần thăm khám thực thể sẽ được tiến hành như các phương cách truyền thống. Khi sinh viên nâng cao kỹ năng khám lâm sàng, kinh nghiệm và những dữ liệu dựa trên chứng cứ mới sẽ giúp họ chọn lọc các kỹ thuật khám lâm sàng. Chúng ta có các thông tin về những dấu hiệu có giá trị, nhưng cũng có những dấu hiệu mà sinh viên luôn muốn hiểu mặc dù chúng không có giá trị.

Cách tiếp cận bài bản trong thăm khám thực thể này đưa đến việc thăm khám từng bộ phận của cơ thể. Ví dụ, khám hệ tim mạch, bao gồm khám tim và những mạch máu lớn có thể tiếp cận được, bắt đầu với tư thế BN một cách đúng đắn. Tiếp theo cần có một cái nhìn toàn diện hơn là ngạc nhiên bởi những điều bất thường hoặc dành thời gian quá nhiều để thăm khám móng tay của BN. Từ đó, đặt ra một quy trình thăm khám để người bác sĩ tiếp cận đến tim. Cách tiếp cận này áp dụng cho các hệ cơ quan lớn và được xây dựng để phát hiện các dấu hiệu ngoại biên của những bệnh hệ thống mà những thăm khám trực tiếp không phát hiện được. Trong thăm khám, thầy thuốc sẽ hướng sự chú ý trực tiếp vào những cơ quan có thể bị bệnh có được khi khai thác bệnh sử. Tuy nhiên, một quá trình thăm khám bài bản đòi hỏi tất cả hệ cơ quan đều phải được khám.

Hạn chế của cách tiếp cận hệ thống là thời gian không thể dừng lại để quan sát các biểu hiện toàn thân của BN, điều mà có thể cung cấp nhiều bằng chứng cho chẩn đoán. Mỗi bác sĩ phải là một nhà quan sát giỏi, giống như một thám tử vậy (Conan Doyle). Dành thời gian để tạo một đánh giá sơ bộ về các biểu hiện toàn thân của BN, bao gồm: mặt; tay

và cơ thể, truyền tải những ấn tượng đến BN (và cả đến người) mà thầy thuốc và các thực tập sinh quan tâm đến con người giống như quan tâm đến bệnh tật. Sự đánh giá chung này thường diễn ra ở giường bệnh khi BN ở bệnh viện; với BN trong phòng khám, điều này nên được bắt đầu khi BN đi bộ vào phòng và trong suốt quá trình nói chuyện cũng như khi bắt đầu thăm khám.

Chẩn đoán được định nghĩa là một quá trình cốt yếu, gồm tên bệnh và phân loại bệnh tật, mức độ hoặc tiên lượng giúp chúng ta hướng đến các điều trị đặc hiệu với một sự tự tin rằng nó đem lại lợi ích cho BN nhiều hơn là có hại.

Trong thực hành lâm sàng thông thường, việc thăm khám thực thể chi tiết sẽ được thực hiện có chủ đích phụ thuộc vào những manh mối có được từ bệnh sử và đây là bệnh đã theo dõi từ trước hay là bệnh mới. Tuy nhiên sinh viên phải biết cách thực hiện quy trình thăm khám hệ thống một cách hoàn chỉnh, mặc dù có thể ít khi dùng đến trong thực hành lâm sàng.

### 3.1. THĂM KHÁM LÂM SÀNG

Khi thăm khám lâm sàng, chúng ta sẽ mong đợi có thể thực hiện thăm khám một cách hoàn mỹ và chu đáo theo các phương pháp mà trong sách này đã hướng dẫn. Hình thức thăm khám lâm sàng phổ biến nhất là OSCE (objective structured clinical examination – thăm khám lâm sàng theo cấu trúc khách quan) sẽ được trình bày ở cuối chương này. Hình thức khác được sử dụng cho những trường hợp kéo dài (khả năng khai thác bệnh sử, khám lâm sàng một cách đầy đủ và kế hoạch điều trị, giống như khi thực hành lâm sàng) và những trường hợp ngắn (kỹ năng thăm khám một cơ quan cụ thể và kỹ năng chẩn đoán, không cần biết chi tiết bệnh sử – tuy nhiên không phải là dễ dàng).

Với năng lực cao trong hỏi bệnh sử và thăm khám lâm sàng quyết định đến sự hiệu quả và an toàn trong thực hành y khoa. Học, thực hành và cải thiện những kỹ năng cơ bản mỗi ngày.

### 3.2. CÁCH BẮT ĐẦU

#### **Text box 3.1. Những điều cần nhớ trước khi thăm khám: WIPER.**

- **Wash:** rửa sạch tay (trước và sau).
- **Introduce:** giới thiệu và xin phép.
- **Position:** để BN ở tư thế đúng.
- **Expose:** bộc lộ vừa đủ.
- **Right:** đứng bên phải giường bệnh.

Vài bước đơn giản sẽ giúp cho BN thoải mái và hợp tác với chúng ta để hoàn thành quá trình thăm khám (xem Text box 3.1). Luôn luôn rửa sạch tay trước và sau khi thăm khám, để bảo vệ chúng ta và BN. Cố gắng khám trong không gian ấm áp với đủ ánh sáng để chúng ta có cơ hội phát hiện đầy đủ các dấu hiệu. Giới thiệu bản thân và xin sự cho phép của BN trước khi khám. Khi thăm khám cơ quan sinh dục hay hậu môn, phải có rèm che chắn. Đối với BN trưởng thành, trừ khi họ yêu cầu cần có người thân đứng bên cạnh, chúng ta cần mời họ ra ngoài một lúc. Chắc chắn rằng BN ở tư thế thoải mái nhất và bộc lộ vừa đủ, tránh bộc lộ những vùng không khám tới. Chúng ta đứng bên phải giường khi bắt đầu thăm khám, phải lịch sự và nhã nhặn.

### 3.3. ẢN TƯỢNG ĐẦU TIÊN

Ấn tượng đầu tiên về tình trạng BN phải được xem xét thận trọng. Đánh giá tình trạng ý thức của BN ngay lúc bắt đầu thăm khám. Các thay đổi đặc hiệu xuất hiện trong các bệnh đặc biệt (phù niêm) sẽ bàn đến ở các chương sau. Những bất thường quá rõ ràng, các bác sĩ thực tập và sinh viên bắt buộc phải nhìn thấy được.

Đầu tiên nhìn xem tình trạng của BN như thế nào, liệu ông/bà ấy có bị bệnh thật không? Với một người vui vẻ ngồi đọc Proust trên giường (xem Hình 3.1), thì dường như không cần thực hiện cấp cứu hay có bất cứ nguy hiểm nào đe dọa tính mạng của họ. Ngược lại, với một người đang ở bên bờ vực của sự sống hay đang hấp hối, họ thường nằm yên trên giường và không nhận biết được mọi thứ chung quanh. Về mặt thờ ơ và vô cảm, nhịp thở nông dần và nặng nhọc; ở giai đoạn cuối đời, hô hấp thường trở nên chậm và ngắt quãng, với những lần ngưng thở lâu dần giữa những đợt thở nhanh.



**Hình 3.1. Trong một thời gian dài, tôi thường đi ngủ rất sớm.**

Khi BN đi bộ đến phòng khám hoặc BN đã được bộc lộ để khám, đó là cơ hội để chúng quan sát các vấn đề liên quan đến sự di chuyển và dấu hiệu khó thở của BN. Ngoài đạt được ấn tượng sơ bộ về trạng sức khỏe của BN, các dấu hiệu thực thể nhất định cần được thận trọng xem xét.

#### **Dấu hiệu sinh tồn:**

– Đây là những dấu hiệu quan trọng cần được đánh giá xuyên suốt và liên tục trong quá trình theo dõi BN. Chúng liên quan trực tiếp đến chức năng tim phổi, bao gồm:

- + Nhịp tim.
- + Huyết áp.
- + Nhịp thở.
- + Thân nhiệt.

– Ví dụ, sự tăng nhịp thở có thể dự báo chính xác một cơn suy hô hấp cấp. BN ở

bệnh viện có thể được theo dõi ECG và  $spO_2$  liên tục; những cách thức đánh giá trên có thể xem như phần mở rộng của thăm khám thực thể.

– Các dấu hiệu sinh tồn phải được thực hiện mỗi khi BN cảm thấy khó chịu. BN trong bệnh viện được ghi lại một cách thường xuyên và vẽ thành biểu đồ. Chúng cung cấp những thông tin sinh lý cơ bản quan trọng.

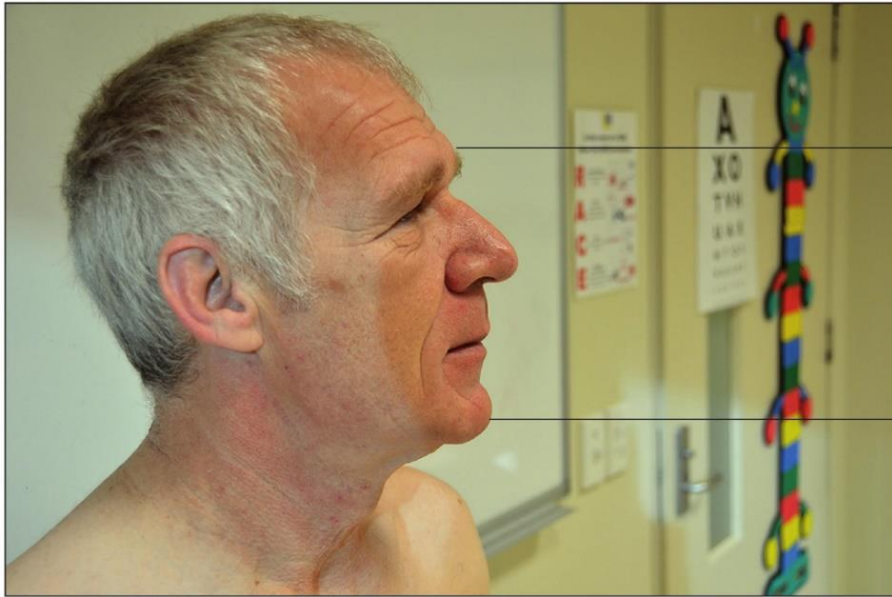
### 3.4. VÊ MẶT

#### List 3.1. Một số điểm quan trọng trong chẩn đoán dựa vào nét mặt.

- Bệnh cực đại đầu chi, xem Hình 3.2.
- Amiodarone (thuốc chống loạn nhịp) – màu xanh quanh mũi và vùng má, xem Hình 3.4.
- Vẻ mặt căng thẳng, lo lắng thấy ở BN rối loạn tâm lý hoặc cường giáp.
- Hội chứng Cushing.
- Trầm cảm: vẻ mặt nhạt nhẽo và thờ ơ nếu nặng (cũng có thể gặp trong bệnh nhược giáp).
- Hội chứng Down.
- Khuôn mặt kiểu Hippocrat (viêm phúc mạc tiến triển): mắt trũng, hóp hai bên thái dương, mũi gầy, môi có vảy cứng, trán ẩm ướt – xem Hình 3.7.
- Rối loạn chuyển hóa mỡ – khuôn mặt teo mắt mỡ (thuốc kháng Retro virus), xem Hình 3.5.
- Hội chứng Marfan.
- Khuôn mặt kiểu bệnh van hai lá.
- Teo cơ do bệnh cơ (xem Hình 3.6a).
- Loạn trương lực cơ (xem Hình 3.6b).
- Phù niêm trong nhược giáp nặng.
- Bệnh Paget.
- Bệnh Parkinson.
- Cười méo cơ mặt (trong uốn ván), xem Hình 3.3.
- Bệnh còi xương.
- Nhiễm độc giáp.
- Vẻ mặt người bị lupus ban đỏ hệ thống.
- Hội chứng Turner.
- Hội chứng tăng Ure (trong suy thận mạn).
- Vẻ mặt khô gợt.

Một chẩn đoán đặc hiệu đôi khi có thể được đưa ra bằng cách quan sát khuôn mặt BN, đôi khi nó cung cấp những bằng chứng hữu ích cho chẩn đoán. Đương nhiên, các dấu hiệu thực thể khác cũng cần phải được đánh giá để khẳng định chẩn đoán. Có những biểu hiện trên khuôn mặt là đặc trưng cho một số bệnh nào đó và có thể nghĩ ngay đến chẩn đoán nên được gọi là diện chẩn (diagnostic facies, trong tiếng Latin, từ facies không chỉ đơn thuần là khuôn mặt, mà bao gồm cả hình thể, dáng dấp, diện mạo và những nét đặc trưng, xem List 3.1 và Hình 3.8 – Hình 3.6). Ngoài những điểm đặc trưng cho chẩn đoán, còn có những bất thường quan trọng trên khuôn mặt cần được đề ý đến.

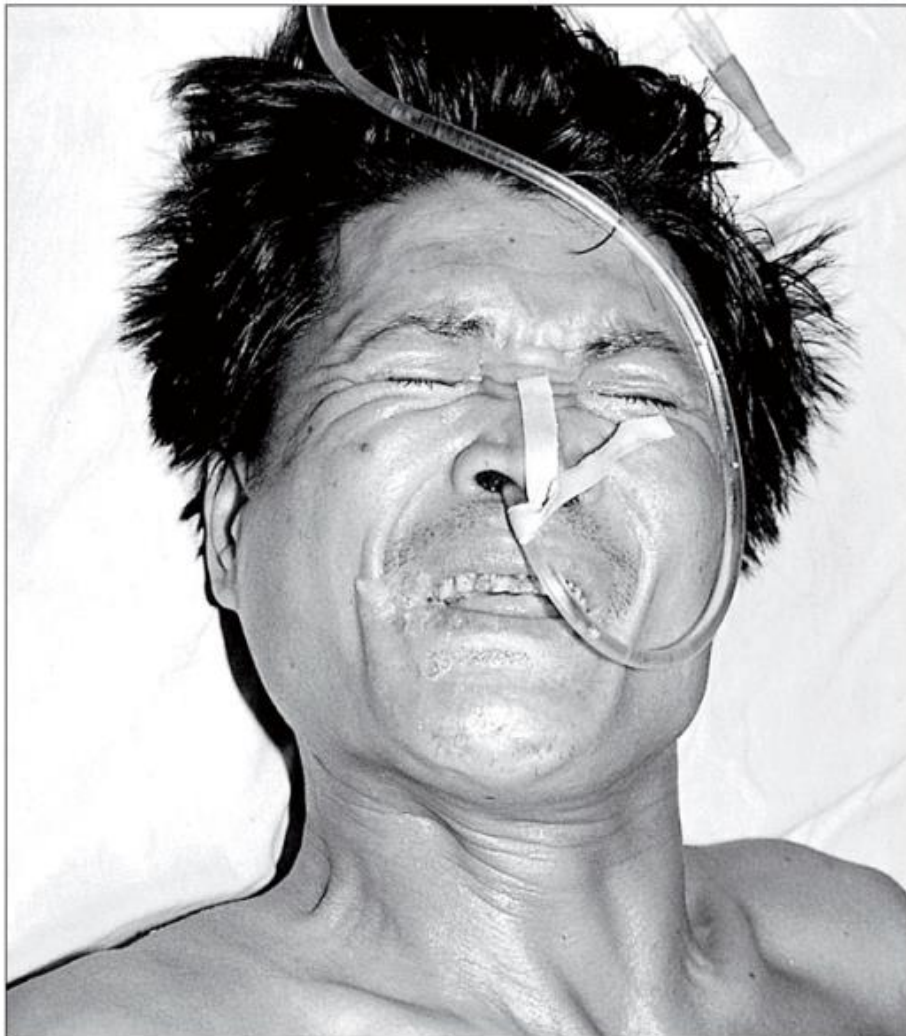




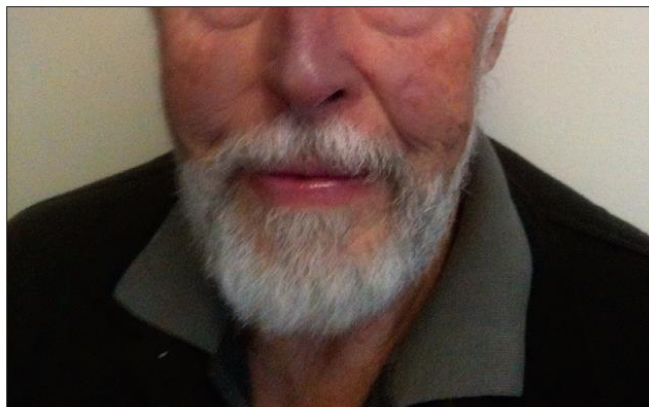
Gờ trên ổ mắt

Cắm nhô

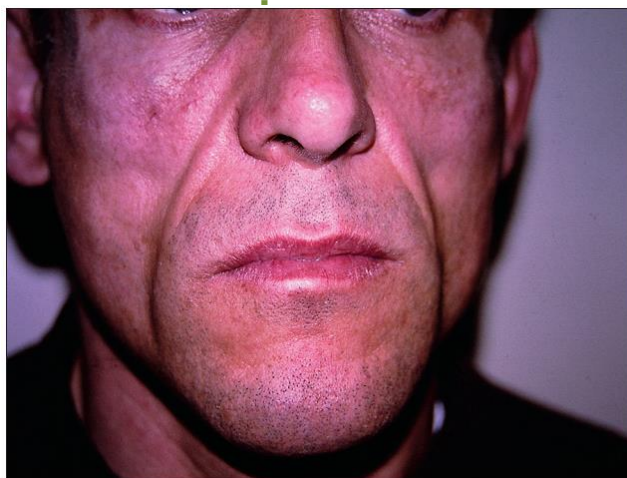
**Hình 3.2. Vẻ mặt BN bị bệnh cực đại đầu chi.**



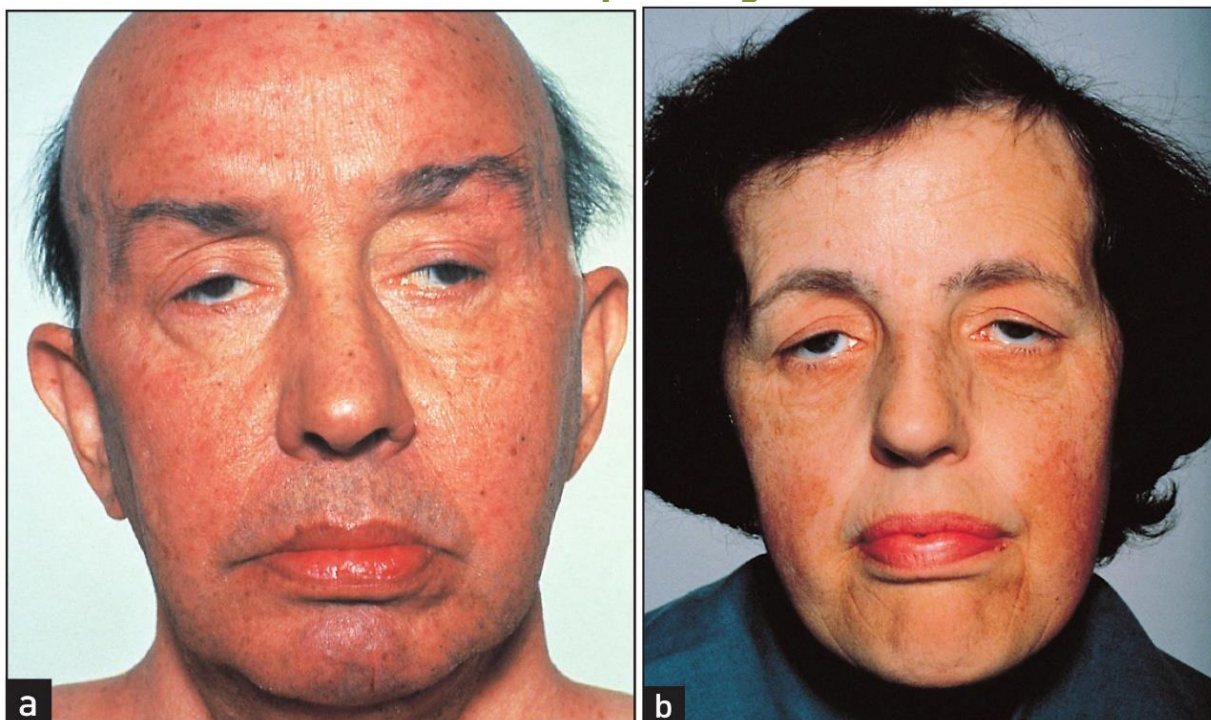
**Hình 3.3. Khuôn mặt cười méo mó trong uốn ván.**



Hình 3.4. Vết mặt nhiễm Amiodarone.



Hình 3.5. Loạn dưỡng mỡ.



Hình 3.6. (a) bệnh cơ, (b) loạn trương lực cơ.



**Hình 3.7. Khuôn mặt Hypocrate.**

### 3.4.1. Vàng da niêm

Khi nồng độ bilirubin tăng gấp hai lần so với giới hạn trên của giá trị bình thường, bilirubin sẽ ngấm vào các mô của cơ thể. Nó sẽ gây màu vàng bất thường của da, đặc biệt hơn nó sẽ làm vàng củng mạc. Sử dụng thuật ngữ scleral icterus (bệnh vàng củng mạc) thông thường không đúng, vì bilirubin thật sự ngấm vào mạch máu kết mạc hơn là mạch máu củng mạc. Kết mạc (hay củng mạc) ít khi bị ảnh hưởng bởi các chất màu. Thật sự thì vàng da là tình trạng gây nên vàng củng mạc. Còn những nguyên nhân gây vàng da mà không làm vàng củng mạc, được gọi là bệnh thừa caroten (do tổng hợp quá mức carotene, thường do ăn nhiều cà rốt hay xoài), acriflavine, fluorescein và acid picric ăn (uống) vào.

Thuật ngữ vàng da chúng tôi sử dụng kể từ đây về sau mà không nói gì thêm tức là vàng da do bệnh lý tăng bilirubin, để phân biệt với tình trạng vàng da do các nguyên nhân khác.

Vàng da có thể là hậu quả của quá trình sản xuất dư thừa bilirubin, thường do tán huyết (haemolytic anaemia), khi đó sẽ gây triệu chứng củng mạc đổi màu vàng chanh. Ngoài ra, vàng da cũng có thể do tắc đường mật, nếu nặng sẽ gây màu vàng sậm hoặc sắc cam. Những vết cào xước trên da cũng dễ quan sát được do gãi vì ngứa. Một nguyên nhân thường gặp khác của vàng da là suy tế bào gan. Bệnh Gilbert<sup>a</sup> cũng là một nguyên nhân thường gặp của vàng da. Nó gây tình trạng tăng nhẹ bilirubin không liên hợp do thiếu enzym, đây là một chẩn đoán lành tính. Vàng da sẽ được thảo luận cụ thể ở CHƯƠNG 13.

### 3.4.2. Tím

Thuật ngữ này hướng tới màu xanh tím bất thường của da và niêm mạc (xem Hình 3.8); được cho là do hiện diện của hemoglobin khử oxy ở các mạch máu trên bề mặt. Phân tử Hb chuyển từ màu xanh sang đỏ khi được gắn với Oxy ở phổi. Nếu Hb khử oxy trên 5 g/dl xuất hiện ở mao mạch, da sẽ chuyển thành màu xanh nhẹ. Tím tái không xuất hiện ở BN thiếu oxy do thiếu máu, vì tổng lượng Hb trong máu thấp. Chúng ta dễ dàng phát hiện

---

<sup>a</sup> *Nicholas Augustin Gilbert (1858 – 1927), một bác sĩ ở Paris, mô tả tình trạng bệnh này vào năm 1900, ông cũng là một tác giả của cuốn textbook y khoa.*

tím tái dưới ánh sáng huỳnh quang hơn là ánh sáng ban ngày.

### List 3.2. Nguyên nhân của tím tái.

Tím trung tâm	Tím Ngoại biên
<ol style="list-style-type: none"><li>Giảm độ bão hòa oxy trong máu động mạch.<ul style="list-style-type: none"><li>Giảm nồng độ oxy trong hít vào: sống ở vùng cao.</li><li>Giảm thông khí: hôn mê, tắc đường thở.</li><li>Bệnh phổi: COPD với tâm phế mạn, thuyên tắc phổi.</li><li>Shunt P – T ở tim (bệnh tim bẩm sinh tím).</li></ul></li><li>Bệnh đa hồng cầu.</li><li>Bất thường Hb (hiếm): Met – Hb (ion <math>Fe^{2+}</math> bị oxy hóa thành <math>Fe^{3+}</math>, thường do thuốc như dapsone – điều trị bệnh phong, thuốc vô cảm vùng ở người lớn có thể gây tử vong nếu không nhận biết và điều trị ngay).</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>Tất cả nguyên nhân gây tím trung tâm sẽ có tím ngoại biên.</li><li>Trời lạnh.</li><li>Giảm cung lượng tim: suy thất trái hoặc sốc.</li><li>Tắc động mạch hoặc tĩnh mạch.</li></ol>



Hình 3.8. Tím tái.

Tím trung tâm (central cyanosis) là sự xuất hiện một lượng Hb khử oxy trong máu động mạch và sự đổi màu xanh cũng hiện diện ngay cả ở những nơi có tuần hoàn phong phú, ví dụ như lưỡi. Cần phân biệt với tím ngoại biên (peripheral cyanosis), khi lượng máu cung cấp đến một phần nào đó của cơ thể bị giảm, trong khi mô tăng nhu cầu oxy hơn bình thường từ vòng tuần hoàn, ví dụ: môi thường trở nên tím tái khi trời lạnh, trong khi lưỡi thì không có. Sự hiện diện của tím trung tâm cần phải chú ý thăm khám kỹ càng hệ tim mạch (CHƯƠNG 5) và hô hấp (CHƯƠNG 10), xem List 3.2.

#### 3.4.3. Xanh (nhợt nhạt)

Khi có sự thiếu Hb (thiếu máu – anaemia), có thể làm da niêm xanh xao, nhợt nhạt và chúng ta nên chú ý đến điều này, đặc biệt ở màng niêm mạc củng mạc mắt khi có thiếu máu nặng (Hb dưới 7g/dl). Kéo mí dưới xuống và so sánh màu sắc phần trước của kết mạc mí mắt (palpebral conjunctiva) với phần sau, nơi phản chiếu của củng mạc. Thông thường dễ dàng phân biệt bởi phần trước mang màu đỏ còn phần sau màu kem. Sự khác biệt này

sẽ mất đi khi có thiếu máu nặng. Mặc dù đó là cách đơn giản tốt nhất để tầm soát thiếu máu, dấu hiệu này tương đối đặc hiệu (nhưng thường không nhạy) khi nghi ngờ thiếu máu do nguyên nhân khác. Cần hiểu rằng, xanh xao là một dấu hiệu, trong khi thiếu máu là một chẩn đoán dựa trên kết quả xét nghiệm máu.

### List 3.3. Các nguyên nhân gây sốc.

1. Giảm thể tích tuần hoàn
  - Mất dịch ngoại bào: mất máu, nôn ói, tiêu chảy, bỏng, nước tiểu, tăng tiết mồ hôi.
  - Mất dịch vào khoang trong cơ thể: dịch báng, tràn máu màng phổi hoặc gãy xương.
2. Sốc tim
  - Suy bơm (nhồi máu cơ tim, hở hai lá cấp).
  - Chèn ép tim.
  - Phình bóc tách ĐMC.
  - Loạn nhịp tim.
3. Tắc mạch phổi lớn.
4. Sốc nhiễm trùng (gram âm).
5. Sốc phản vệ.
6. Suy các tuyến nội tiết (suy thượng thận, suy giáp).
7. Bệnh thần kinh do thuốc: hạ áp, gây mê; bệnh thần kinh tự động do tổn thương tủy sống.

Xanh xao có thể thấy được trong sốc, thường được định nghĩa là sự giảm cung lượng tim đến mức không cung cấp đủ oxy cho mô (xem List 3.3). Những BN này thường xuất hiện lạnh run và tụt huyết áp. Xanh xao cũng có thể là một biến thể bình thường do hệ thống những tĩnh mạch sâu nằm dưới và nổi mờ trên da.

#### 3.4.4. Tóc

Những người cạo đầu, hói hay không có tóc thường ít khi đến khám bệnh. Thường có rất nhiều nguyên nhân trong đời sống hàng ngày đưa đến tình trạng này hoặc đôi khi do các bệnh nội lý tiết (CHƯƠNG 29).

### 3.5. CÂN NẶNG, THỂ TRẠNG

Cần có sự chú ý đặc biệt đối với những BN béo phì. Để ý sự phân bố mỡ: béo dạng táo (béo bụng) hay béo dạng quả lê (béo phì toàn thể gồm cả ở hông và đùi). Để đánh giá béo phì người ta dùng chỉ số khối cơ thể, BMI (body mass index), được tính công thức: cân nặng (kg) chia cho bình phương chiều cao (m). Thông thường giá trị này dưới 25 kg/m<sup>2</sup>. Với BMI trên 30 được gọi là béo phì và trên 40 là béo phì nặng. Những người béo phì có nguy cơ bệnh tật nhiều hơn so với người có chỉ số BMI thấp hơn, xem List 3.4. Đối với người châu Á, chỉ số này có khác biệt đôi chút, xem Bảng 3.1.

Chỉ số vòng eo – hông (WHR – the waist hip ratio) cũng có giá trị giúp dự đoán nguy cơ bệnh tật. Chỉ số này được tính bằng thương số giữa chu vi vòng eo (đo ở trung điểm của đường nối giữa hạ sườn và mào chậu) và vòng hông (đo ở nơi rộng nhất của vùng mông). Nguy cơ bệnh tật tăng lên khi chỉ số này hơn 1,0 đối với nam và hơn 0,85 đối với nữ. Chỉ số vòng eo đơn thuần cũng liên quan đến nguy cơ bệnh tật. Chu vi vòng eo trên 80 cm đối với nữ và trên 94 cm đối với nam sẽ tăng các nguy cơ bệnh tật, nguy cơ này tăng

cao khi chỉ số này lớn hơn 88 cm ở nữ và 102 cm ở nam. Những đánh giá này sẽ hữu ích hơn nếu được thực hiện thường xuyên và ghi chép lại.

**Bảng 3.1. Phân loại thể trạng theo BMI.**

Phân loại	Theo WHO (kg/m <sup>2</sup> )	Người châu Á (kg/m <sup>2</sup> )
Cân nặng thấp (gầy)	< 18,5	< 18,5
Bình thường	18,5 – 24,9	18,5 – 22,9
Thừa cân	25	23
Tiền béo phì	25 – 29,9	23 – 24,9
Béo phì độ I	30 – 34,9	25 – 29,9
Béo phì độ II	35 – 39,9	30 – 34,9
Béo phì độ III	≥ 40	≥ 35

**List 3.4. Các vấn đề y tế liên quan đến béo phì.**

- |  |  |
|--|--|
| <p><b>1. Bệnh nội tiết</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Đái tháo đường type 2.</li> <li>– Vô kinh.</li> <li>– Rối loạn lipid máu.</li> <li>– Hội chứng buồng trứng đa nang.</li> <li>– Suy tuyến sinh dục.</li> <li>– Gout.</li> </ul> <p><b>2. Hô hấp</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ngưng thở khi ngủ.</li> <li>– Rối loạn nhịp thở.</li> </ul> <p><b>3. Hệ tiêu hóa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Trào ngược dạ dày – thực quản (GERD).</li> <li>– Viêm gan nhiễm mỡ không do rượu (NASH).</li> <li>– Thoát vị.</li> </ul> | <p><b>4. Hệ cơ xương</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Viêm khớp.</li> <li>– Giảm vận động.</li> </ul> <p><b>5. Da</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Viêm da, viêm mô tế bào, nhiễm nấm.</li> <li>– Dẫn tĩnh mạch.</li> </ul> <p><b>6. Tim mạch</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tăng huyết áp.</li> <li>– Suy tim.</li> <li>– Bệnh tim thiếu máu cục bộ.</li> <li>– Bệnh tâm phế (suy tim phải do các bệnh lý ở phổi).</li> <li>– Tắc mạch phổi.</li> </ul> |
|--|--|

Với những BN nhẹ cân, BMI < 18,5 được gọi là nhẹ cân. Tìm các dấu hiệu teo cơ, có thể do các bệnh lý về thần kinh hay suy nhược do các bệnh ác tính. Đó có thể là dấu hiệu của thiếu hụt vitamin (mô tả ở phần sau). Ví dụ, thiếu vitamin C sẽ gây bệnh Scorbut, đặc trưng bởi những chấm xuất huyết vi thể quanh nang lông (perifollicular haemorrhages, xem Hình 3.9) cũng như vết bầm máu. Thiếu vitamin K cũng gây bầm máu nhưng không gây xuất huyết quanh nang lông.



**Hình 3.9. Xuất huyết quang nang lông trong bệnh scorbut.**

Chú ý vóc dáng quá cao hay quá thấp, có thể khó nhận ra khi BN nằm trên giường bệnh. Quan sát các biến dạng ở các chi hoặc thiếu mất các chi và nhìn xem vóc dáng có phù hợp với độ tuổi của BN. Nhiều vóc dáng khác nhau có thể liên quan đến các bệnh lý khác nhau, xem List 3.5. Nếu BN đi bộ từ ngoài vào phòng khám, đó là cơ hội để quan sát dáng đi của họ, phần này sẽ được trình bày rõ hơn ở CHƯƠNG 34.

**List 3.5. Một số hội chứng biểu hiện trên vóc dáng của cơ thể.**

**Nội tiết**

- Bệnh cực đại đầu chi.
- Hội chứng Cushing.
- Suy tuyến yên.
- Giả suy tuyến cận giáp.
- Bệnh còi xương.
- Bệnh Paget.

**Cơ xương**

- Hội chứng Marfan.
- Hội chứng Turner.
- Hội chứng Klinefelter.
- Lợn sản sụn.

**3.6. MẤT NƯỚC**

Mặc dù thật không dễ dàng để đánh giá chính xác, mỗi thầy thuốc phải có khả năng phán đoán gần đúng tình trạng thiếu hay thừa nước của BN. Ví dụ: một trường hợp mất nước nặng sẽ có nguy cơ tử vong cao do dẫn đến suy thận cấp tiến triển. Trong khi sự dư nước, BN sẽ bị quá tải tuần hoàn và phù phổi cấp. Uống quá nhiều nước (để bù nước sau vận động) sẽ gây ra hạ natri máu, dẫn đến lơ mơ và thậm chí rối loạn tri giác.

Cách tiếp cận bài bản đối với BN mất nước (xem List 3.6), tìm dấu hiệu mất trũng, khô niêm mạc và li bì xuất hiện như là một dấu hiệu của mất nước nặng. Giảm đàn hồi da (véo da) xảy ra trong trường hợp mất nước trung bình và nặng (test này không có giá trị với người già, vốn dĩ da đã nhăn nheo sẵn). Sự khô nách có thể xem xét đến mất nước, trong khi lưỡi ướm thì không. Tuy nhiên, cần phải xem xét nhiều dấu hiệu phối hợp với nhau.

Thực hiện đo huyết áp và chú ý dấu hiệu tụt huyết áp khi BN ngồi hoặc đứng dậy sau

khi nằm. BN nên đứng, nếu có thể, ít nhất một phút trước khi đo huyết áp (nếu BN không thể đứng được do chóng mặt tư thế có lẽ trầm trọng hơn so với sự thay đổi của huyết áp). Đó gọi là hạ huyết áp tư thế. Sự tăng nhịp tim trên 30 lần/phút khi BN đứng, là một dấu hiệu của giảm thể tích tuần hoàn.

### List 3.6. Phân loại mất nước.

- |  |   |
|--|---|
| <p><b>1. Nhẹ: mất nước &lt; 5% = 2,5 lít</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Khát ít.</li><li>- Khô niêm.</li><li>- Nước tiểu cô đặc.</li></ul> <p><b>2. Vừa: mất nước từ 5% – 8% = 4 lít</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Khát vừa.</li><li>- Giảm độ căng da (đàn hồi) đặc biệt ở cánh tay, trán, ngực và bụng.</li><li>- Nhịp tim nhanh.</li></ul> | <p><b>3. Nặng: mất nước từ 9% – 12% = 6 lít</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Khát nhiều.</li><li>- Giảm độ căng da, giảm nhãn áp.</li><li>- Tĩnh mạch xẹp, mắt trũng, mặt hốc hác.</li><li>- Hạ huyết áp tư thế.</li><li>- Thiếu niệu (&lt; 400 ml/24h).</li></ul> <p><b>4. Rất nặng: mất nước trên 12% &gt; 6 lít</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Li bì hoặc hôn mê.</li><li>- Có các dấu hiệu của sốc.</li></ul> |
|--|---|

Cân BN. Theo dõi cân nặng của BN mỗi ngày là cách tốt nhất để xác định sự thay đổi lượng nước theo thời gian. Ví dụ khi trọng lượng giảm 5% trên 24 giờ sẽ chỉ điểm rằng lượng nước mất tương đương 5%.

Thực hiện đo áp lực tĩnh mạch cảnh là cách nhạy nhất để phát hiện quá tải thể tích trong lòng mạch (xem CHƯƠNG 5).

### 3.7. BÀN TAY VÀ MÓNG

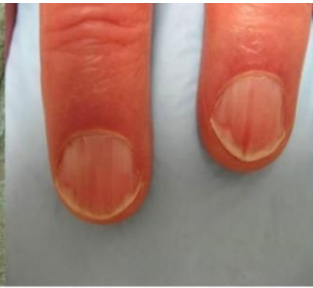
Thay đổi ở bàn tay có thể xuất hiện trong nhiều bệnh lý khác nhau. Sẽ rất có ích khi bắt tay trong lúc chào hỏi BN. Ngoài yếu tố lịch sự, nó còn giúp chẩn đoán bệnh loạn trương lực cơ teo (dystrophia myotonica), một bệnh về cơ hiếm gặp mà BN không thể làm được động tác đó. Bắt tay cũng là một cách lịch sự và được chấp nhận trước khi chúng ta bắt đầu thăm khám. Thăm khám lâm sàng là một sự việc mang tính xâm lấn, đụng chạm cơ thể và chỉ được chấp nhận, cho phép những bác sĩ (thậm chí sinh viên y khoa) chuyên nghiệp và có tác phong nghiêm túc.

Khám bàn tay gồm nhìn, sờ và vận động, là cánh cổng để mở ra nhiều chẩn đoán trong nhiều trường hợp. Không một chuyên ngành nội khoa nào mà không cần đến khám bàn tay. Hình dạng của móng tay sẽ thay đổi trong một số bệnh tim mạch và hô hấp, kích thước của bàn tay sẽ trở nên to hơn trong bệnh thừa hormone tăng trưởng (bệnh cực đại đầu chi – acromegaly), bàn tay biến dạng gập trong một số trường hợp viêm khớp, run tay hoặc teo cơ có thể gặp trong các bệnh lý liên quan đến thần kinh, lòng bàn tay nhợt nhạt có thể chỉ điểm của tình trạng thiếu máu. Ngón tay nhuộm màu vàng hắc ín có thể là dấu hiệu của một người hút thuốc lá. Ngoài ra còn nhiều thay đổi khác ở bàn tay sẽ được đề cập trong những chương tiếp theo.





Móng tay xanh



Móng tay đỏ



Móng tay vàng



Ngón tay dùi trống



Xuất huyết từng mảng



Móng tay hình thìa



hở, bong tróc móng tay



Đường Beau



Móng trắng



Đường Muehrcke



Đường Mees



Nếp đỏ và dẫn mao mạch



Nửa trắng nửa đen

**Hình 3.10. Các dạng móng.**

**Bảng 3.2. Các dấu hiệu ở móng của các bệnh hệ thống.**

Dấu hiệu móng	Nguyên nhân
Móng xanh (blue nails)	Tím, bệnh Wilson, bệnh loạn sắc tố.
Móng đỏ (red nails)	Đa hồng cầu (đỏ xanh), nhiễm độc CO (đỏ anh đào).
Móng vàng (yellow nails)	Hội chứng vàng móng.
Ngón tay dùi trống (clubbing)	Ung thư phổi, nhiễm trùng phổi mạn, viêm nội tâm mạc nhiễm trùng, bệnh tim bẩm sinh có tím, HIV, bệnh nhiễm trùng đường ruột mạn tính,...
Xuất huyết từng mảng (splinter)	Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng, viêm mạch máu.
Móng tay hình thìa (koilonychia)	Thiếu sắt, nhiễm nấm, bệnh Raynaud.
Hở, bong tróc móng (onycholysis)	Nhiễm độc giáp, bệnh vẩy nến, cố gắng làm sạch bên dưới móng quá mức.
Đường lõm ngang móng (Beau's line, xem Hình 3.13)	Sốt, suy nhược, suy dinh dưỡng.
Móng trắng (leuconychia)	Giảm đạm máu.
Những vết ngang màu trắng (Muehrcke's lines)	Chấn thương, bệnh cấp tính, giảm đạm máu (cũng có thể do hóa trị).
Đường ngang đơn độc màu trắng (Mees' line)	Nhiễm độc Arsen, suy thận (cũng có thể do hóa trị hoặc bệnh nặng).
Móng với nếp đỏ và giãn mao mạch	Lupus ban đỏ hệ thống.
Móng tay nửa – nửa (Terry's nail) đầu gần trắng hoặc hồng, đầu xa màu đỏ hoặc nâu đen	Suy thận mạn, xơ gan.



**Hình 3.11. Móng vuốt hóa, móng tay và móng chân có hình dạng như các móng vuốt. Biến dạng này thường gặp do bị chấn thương lặp đi lặp lại hoặc nhiễm Candida.**



**Hình 3.12. Lupus ban đỏ hệ thống (a) và (b).**



**Hình 3.13. Đường Beau.**



**Hình 3.14. Ngón tay ngả vàng do hút thuốc.**

### **3.8. THÂN NHIỆT**

Thân nhiệt của BN nên được ghi lại một cách thường xuyên như là một phần của bước đầu quá trình thăm khám. Nhiệt độ bình thường (ở miệng) trong khoảng từ 36,6 đến 37,2°C (98 – 99°F – xem Bảng 3.3). Nhiệt độ đo ở trực tràng thường cao hơn nhiệt độ đo ở nách

và ở tai thì thấp hơn so với ở miệng. Trong điều kiện thời tiết nóng bức, thân nhiệt có thể tăng thêm 0,5°C. BN nói rằng họ bị sốt thì thường là đúng, cũng như khi bà mẹ sờ trán của đứa con cảm thấy ấm, điều đó có nghĩa đứa trẻ đang có sốt.

**Bảng 3.3. Giá trị nhiệt độ trung bình.**

Vị trí	Bình thường	Sốt
Miệng	36,8°C	> 37,3°C
Nách	36,4°C	> 36,9°C
Trực tràng	37,3°C	> 37,7°C

**Bảng 3.4. Kiểu sốt.**

Kiểu	Tính chất	Ví dụ
Liên tục	Không giảm.	Thương hàn, Rickettsia, sốt do thuốc, sốt cao ác tính.
Sốt không liên tục	Nhiệt độ giảm xuống mức bình thường mỗi ngày.	Nhiễm trùng sinh mủ, lymphoma, lao kê.
Sốt từng cơn	Nhiệt độ dao động mỗi ngày > 2°C, không trở về bình thường.	Không đặc hiệu cho bệnh lý cụ thể nào.
Sốt hồi quy	Nhiệt độ trở về bình thường một vài ngày rồi tăng trở lại.	Sốt rét: sốt cách nhật (plasmodium vivax, p. ovale); sốt kiểu 4 ngày – thân nhiệt tăng đỉnh điểm vào ngày thứ 3 (p. malariae). Lymphoma: sốt Pel – Ebstein * hoặc bệnh Hogkin. Nhiễm trùng sinh mủ.
* Pieter Pel (1859 – 1919), giáo sư y khoa, Amsterdam. William Ebstein (1836 – 1912), bác sĩ người Đức.		

Thân nhiệt dao động trong một ngày, thấp nhất vào buổi sáng và đạt đỉnh cao nhất vào buổi tối (6 – 10 p.m). Sốt trong hầu hết các bệnh lý cũng theo thay đổi trong ngày. Những kiểu sốt khác nhau (pyrexia) sẽ có ích cho chẩn đoán (xem Bảng 3.4).

Khi thân nhiệt tăng rất cao (gọi là hyperpyrexia khi lớn hơn 41,6°C) là một tình trạng nghiêm trọng có thể dẫn đến tử vong. Nguyên nhân bao gồm sốc nhiệt do thời tiết hoặc do vận động quá mức (vận động viên marathon), bệnh sốt cao ác tính (một nhóm các rối loạn hiếm gặp do di truyền, thân nhiệt tăng rất cao xuất hiện do đáp ứng với thuốc mê như halothane hay dẫn cơ như suxamethonium), hội chứng ác tính do thuốc an thần (the neuroleptic malignant syndrome) và bệnh của vùng dưới đồi.

Hạ thân nhiệt được định nghĩa là nhiệt độ dưới 35°C. Các nhiệt kế bình thường không thể phát hiện được những trường hợp hạ thân nhiệt dưới 35°C, vì thế nếu nghi ngờ BN hạ thân nhiệt thì sử dụng một nhiệt kế đặc biệt hơn với mức nhiệt độ thấp hơn. Nguyên nhân bao gồm suy giáp và do ở trong thời tiết lạnh quá lâu.

### 3.9. NGŨI

Có những tình trạng bệnh lý có những mùi đặc trưng riêng. Hơi hở có mùi trái cây chín gặp trong nhiễm ketoacidosis, hơi thở có mùi ngọt gặp ở BN suy gan, mùi cá uon

trong hơi thở của BN suy thận và dĩ nhiên là cả mùi khó chịu đặc trưng của BN có hút thuốc lá hay mùi của BN vừa mới uống rượu. Hơi thở hôi, dù thường không chắc chắn nguyên nhân, có thể liên quan đến tình trạng vệ sinh răng miệng, viêm nướu hay u vùng mũi hầu. Nhiễm trùng phổi mạn tính có thể ảnh hưởng đến mùi hơi thở và nước bọt. Một ổ áp xe trên da có thể sinh mùi rất khó chịu, đặc biệt với tác nhân kỵ khí như chủng pseudomonas. Tiểu không tự chủ đi kèm với mùi đặc biệt của nước tiểu cũ và mùi khó chịu hơn nếu BN bị nhiễm trùng tiểu. Nhiễm trùng âm đạo thường được mô tả với mùi rất khó chịu. Tắc ruột nặng và rò dạ dày – đại tràng có thể gây mùi phân trong hơi thở khi BN ợ hoặc ói. Phân đen khi có xuất huyết tiêu hóa trên và sự ly giải của máu trong ruột tạo nên mùi rất nặng và có thể rất quen thuộc đối với những người làm lĩnh vực tiêu hóa. Mùi kim loại của máu mới tinh thoảng có trong khi thực hiện thủ thuật tim mạch can thiệp là rất nhẹ khi so sánh.

### **3.10. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN CHO VIỆC THĂM KHÁM**

Một quá trình thăm khám được diễn ra chính xác nhất khi điều kiện thăm khám là lý tưởng. Có nghĩa rằng, nếu có thể, BN nên được nằm trong phòng đầy đủ ánh sáng (ánh sáng ban ngày), yên tĩnh (điều này khó có thể có được vì trong khuôn viên bệnh viện khá ồn ào). Phải kéo màn che quanh BN trước khi thăm khám. Phòng khám phải đảm bảo tính riêng tư và thoải mái cho BN.

BN có quyền khi nghi ngờ rằng liệu thầy thuốc hoặc sinh viên có rửa tay hoặc tẩy sạch bằng các dung dịch sát khuẩn trước khi thăm khám cho họ hay không. Điều này rất quan trọng trong phòng mổ, cũng như trong các phòng khám. Hiện nay nhiều bệnh viện khuyến khích BN yêu cầu bác sĩ phải rửa tay trước khi thăm khám cho họ. Phần chuồng và phần màng của ống nghe phải được sát khuẩn sạch, cũng như những dụng cụ khi tiếp xúc với BN phải được bỏ đi (ví dụ kim khám cảm giác đau) hoặc sát khuẩn sạch.

Việc thăm khám không nên bắt đầu cho đến khi BN được giải thích rõ và nhận được sự đồng ý từ họ.

Trang phục của BN phải được bộc lộ đủ để có thể quan sát các cơ quan cần khám. Nên che tạm thời phần vú của BN nữ bằng khăn trong khi khám các cơ quan khác. Bác sĩ và sinh viên nam cần có một người nữ phụ đứng kèm khi khám cơ quan sinh dục, hậu môn hay khám vú đối với BN nữ. Cả BN nam và nữ đều cần phải che phủ vùng bẹn, ví dụ như trong lúc khám chân. Những BN ngoại trú nên được khoác một chiếc áo choàng. Tuy nhiên, các dấu hiệu quan trọng sẽ bị bỏ sót nếu lịch sự quá mức.

BN có thể nằm trên giường hay tư thế khác, tùy thuộc vào cơ quan mà chúng ta sẽ thăm khám. Ví dụ, khi khám bụng, BN nên nằm ngửa và kê một chiếc gối dưới chân để các cơ bụng giãn ra và khám dễ dàng hơn. Chúng ta sẽ nói rõ hơn ở các chương sau.

Khi khám mỗi cơ quan, chúng ta có 4 kỹ năng chính đó là: nhìn (inspection), sờ (palpation), gõ (percussion), nghe (auscultation). Với nhiều cơ quan khi thăm khám sẽ có thêm phần thứ 5, là đánh giá chức năng. Đo đạc cũng là một phần được áp dụng trong thăm khám đối với một số cơ quan. Mỗi cơ quan sẽ được thảo luận chi tiết ở các chương sau.

### **3.11. KHÁM LÂM SÀNG DỰA TRÊN BẰNG CHỨNG**

Hỏi bệnh sử và khám lâm sàng là những vấn đề xuất hiện sau khi có được những chứng cứ y học. Đó là những nỗ lực trong tất cả lĩnh vực của y khoa nhằm hướng đến thực hành

dựa trên bằng chứng có ích.

Một cách tự nhiên, những dấu hiệu thực thể thường có khuynh hướng khách quan và người khám không phải lúc nào cũng chấp nhận ý kiến của người khác. Ví dụ, mức độ của rung miu hay việc có hay có không sự thay đổi ở móng tay của BN có thể gây tranh cãi. Thông thường có những cách tiếp cận khác nhau để đánh giá sự có mặt hay không có của các dấu hiệu và các nhà lâm sàng có kinh nghiệm lâm sàng có thể không đồng ý với điều đó, ví dụ diện đập mồm tim ở vị trí bình thường hay không. Thậm chí ngay cả giá trị huyết áp cũng có thể khác nhau tùy vào việc chọn tiếng Korotkov thứ IV hay V và ngay cả có sự thay đổi qua từng phút trên một BN. Một số dấu hiệu chỉ xuất hiện từng lúc, một tiếng cọ màng tim có thể biến mất trước khi sinh viên có thể phát hiện.

Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng mức độ tin cậy của các dấu hiệu thực thể phụ thuộc vào độ nặng của bệnh và kinh nghiệm của người khám. Điều đó đưa đến sự đánh giá không đúng mức độ tin cậy của các dấu hiệu.

Một cách để xem sự hữu ích của một dấu hiệu hay một nghiệm pháp là đo và ước tính độ nhạy và độ đặc hiệu của nó:

– Độ đặc hiệu của một dấu hiệu là tỷ lệ những người không có bệnh và không có dấu hiệu đó trên tổng số những người không có bệnh. Ví dụ, độ đặc hiệu 80% có nghĩa là 8 trên 10 người không có dấu hiệu đó không bị bệnh, tức là nếu âm tính thì tỷ lệ không bệnh sẽ là 80%.

– Độ nhạy của một dấu hiệu là tỷ lệ giữa những người có bệnh và có dấu hiệu đó trên tổng số những người bị bệnh. Tức là với độ nhạy 80%, test đó có thể phát hiện được 80 người bị bệnh trong tổng số 100 người bị bệnh thật sự.

**Bảng 3.5. Độ nhạy và độ đặc hiệu.**

Dấu hiệu	Bệnh	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)
Gõ đục vùng thấp	Xơ gan	85	50
Chạm lách	Lách to	58	92
Cổ to	Bệnh tuyến giáp	70	82
Mạch đập bất thường ở chân	Bệnh mạch máu ngoại biên	63 – 95	73 – 99
Tiếng tim T3	EF < 50%	51	90
	EF < 30%	78	88
Loạn dưỡng da	Bệnh mạch máu ngoại biên	43 – 50	70
Ấn gan phòng cảnh	Suy tim sung huyết	24 – 33	95
Ấn tượng ban đầu	COPD	25	95
Âm thổi ĐM đùi	Bệnh mạch máu ngoại biên	20 – 29	95
Kéo dài thời gian đổ đầy mao mạch	Bệnh mạch máu ngoại biên	25 – 28	85
Dấu Tinel	Hội chứng ống cổ tay	25 – 75	75 – 90
Dấu Kernig	Viêm màng não	5	95

Chúng ta có thể sử dụng những thuật ngữ sau đây để giúp chúng ta dễ nhớ hơn

– SpIn = **S**pecific tests when **p**ositive help to rule **I**n disease. Các test đặc hiệu khi dương tính sẽ giúp chẩn đoán bệnh.

– SnOut = **S**ensitive tests when **n**egative help to rule **O**ut disease. Các test nhạy khi âm tính sẽ giúp loại trừ được bệnh.

Một nghiệm pháp hay một dấu hiệu được coi là hoàn hảo khi có độ nhạy và độ đặc hiệu đều là 100%. Một test hay một dấu hiệu có giá trị dương tính mà BN không bị bệnh được gọi là dương tính giả. Tương tự, nếu giá trị âm tính mà người đó bị bệnh thì gọi là âm tính giả. Từ đó ta có giá trị tiên đoán dương và giá trị tiên đoán âm, tương ứng là xác suất BN đó bị bệnh khi test dương tính và không bệnh khi test đó âm tính. Bảng 3.5 sẽ liệt kê độ nhạy và đặc hiệu một số dấu hiệu thường gặp.

Khả dĩ rằng kết quả của một test hay một dấu hiệu âm tính hoặc dương tính thật phụ thuộc vào mức độ phổ biến của bệnh trong thực hành lâm sàng (xác suất mắc bệnh trước khi test). Ví dụ nếu xuất huyết từng mảng ở móng tay của những người lao động nặng khỏe mạnh, thì đó gần như là một dấu hiệu dương tính giả của viêm nội tâm mạc nhiễm trùng. Dấu hiệu này không nhạy cũng không đặc hiệu, vì vậy trong trường hợp này có xác suất mắc bệnh trước khi test là rất thấp. Tuy nhiên, dấu hiệu này nếu xuất hiện ở một người bệnh với tiền sử bệnh van tim và có rung miu mới phát hiện, rất có thể đây là giá trị dương tính thật và BN này có xác suất mắc bệnh viêm nội tâm mạc nhiễm trùng là rất cao. Phân tích khả năng mắc bệnh trước khi test với tỷ lệ dương tính và âm tính dựa trên định lý Bayes.

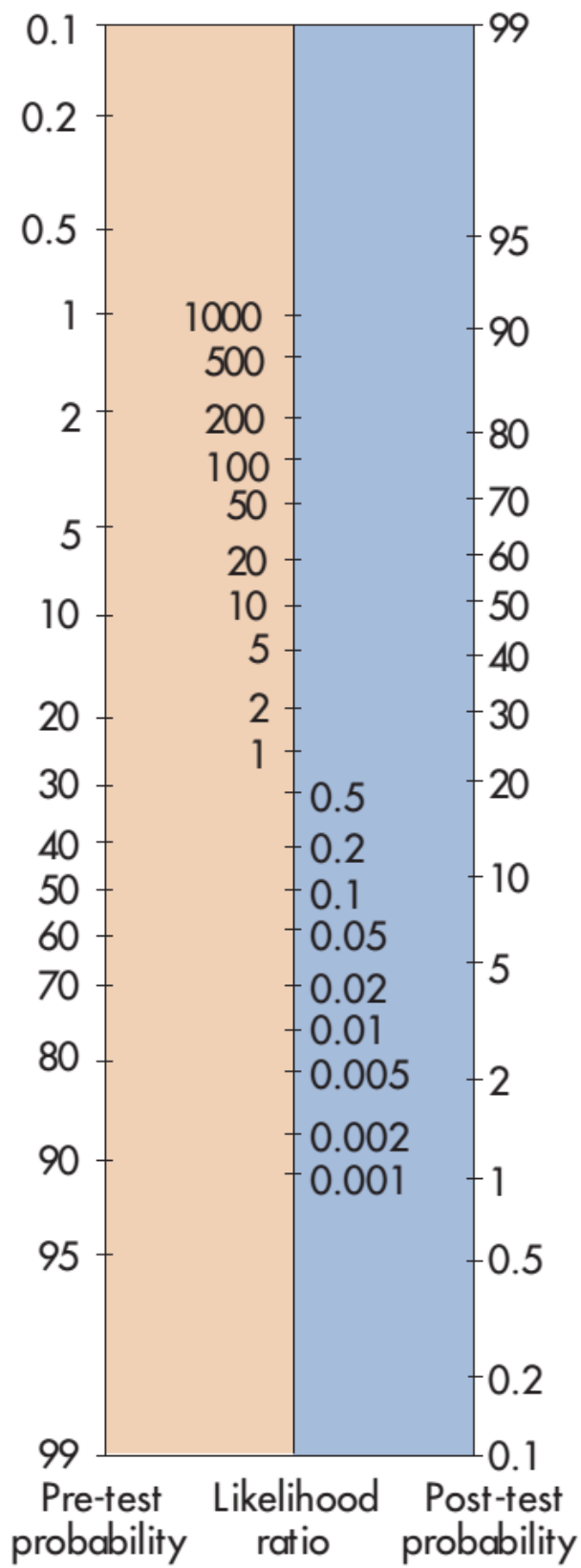
Một cách hữu ích để nói lên độ nhạy và độ đặc hiệu là tỷ số khả dĩ, LR (likelihood ratio). Một giá trị LR+ cho biết dấu hiệu đó thường xuất hiện ở những người bị mắc bệnh hơn là những người bình thường, tỷ số khả dĩ dương tính càng cao thì dấu hiệu đó càng hữu ích. Một tỷ số khả dĩ âm tính càng lớn thì khả năng dấu hiệu đó âm tính càng cao trên những người không mắc bệnh.

$$LR (+) = \frac{\text{độ nhạy}}{1 - \text{độ đặc hiệu}} \quad LR (-) = \frac{1 - \text{độ nhạy}}{\text{độ đặc hiệu}}$$

Nên nhớ rằng, với giá trị LR > 1, sẽ làm tăng xác suất mắc bệnh, ngược lại LR < 1 làm giảm xác suất mắc bệnh. Ví dụ, hiện diện tiếng tim T3 ở BN có thể suy tim với LR+ là 3,8 và LR- khoảng gần bằng 1. Có nghĩa rằng tiếng T3 này là đặc hiệu cho suy tim, nhưng không nhạy, sự vắng mặt của T3 không làm giảm khả năng mắc bệnh suy tim.

Tất cả các con số trên được tính toán trên một dân số nghi ngờ mắc bệnh, chúng có thể không đúng khi áp dụng cho những người không có triệu chứng. Biểu đồ Fagan (xem Hình 3.15) có thể áp dụng LR vào lâm sàng nếu xác suất mắc bệnh trước khi test được biết trước hoặc có thể tính ra được. Luôn nhớ rằng, LR+ với 2; 5 và 10 tương ứng làm tăng xác suất mắc bệnh thêm 15%, 30% và 45%. Tương tự, LR- với 0,5; 0,2 và 0,1 cũng làm giảm xác suất mắc bệnh lần lượt tương ứng như trên.

Khi xác suất mắc bệnh trước khi test thấp, ngay cả LR+ cao cũng không có giá trị. Đường thẳng biểu diễn được nối từ giá trị xác suất mắc bệnh trước khi test qua giá trị LR biết được và kết thúc ở xác suất mắc bệnh sau test. Ví dụ xác suất mắc bệnh trước khi test là thấp 10%, LR+ là 2, vậy vẽ đường thẳng nối hai giá trị này ta được xác suất mắc bệnh sau test là 20%.



**Hình 3.15. Biểu đồ Fagan.**



## 3.12. ĐỘ ĐỒNG THUẬN VÀ THỐNG KÊ K

### List 3.7. Những lý do quan trọng cho sự không đồng thuận.

1. Dấu hiệu xuất hiện rồi sẽ biến mất (rales nổ ở đáy phổi trong suy tim hay tiếng tim T4).
2. Một số kỹ thuật có thể không hoàn hảo (không yêu cầu BN ho trước khi khắng định về tiếng rales nổ ở phổi của BN suy tim).
3. Một số dấu hiệu mang tính chủ quan, ví dụ như mức độ của âm thổi nghe được.
4. Có định kiến sẵn về BN dựa trên những thông tin đã được biết đến trong bệnh sử hoặc những dấu hiệu khác quan sát được. Ví dụ như việc sờ chạm tuyến giáp sẽ qua loa nếu người khám biết trước được BN có bệnh lý tuyến giáp.

**Bảng 3.6. So sánh giá trị Kappa của những dấu hiệu thường gặp.**

Dấu hiệu	Độ tin cậy	Giá trị Kappa
Bất thường cử động của mắt	Cao	0,77
Kích thước bướu cổ khi khám	Cao	0,74
Thời gian thở ra gắng sức	Cao	0,70
Hiện diện của rales rít	Cao	0,69
Dấu hiệu bệnh gan: vàng da, co cứng Dupuytren, sao mạch	Cao	0,65
Sờ mạch chày sau	Tốt	0,6
Gõ đục	Tốt	0,52
Sờ được bờ dưới gan	Tốt	0,49
Ngón tay dùi trống	Từ yếu đến gần hoàn toàn	0,39 – 0,90
Tiếng thổi phế quản	Yếu	0,32
Âm thổi tâm thu	Từ yếu đến cao	0,3 – 0,48
Thở nhanh	Yếu	0,25
Xác định ung thư khi khám vú trên lâm sàng	Từ yếu đến cao	0,22 – 0,59
Cổ cứng	Không tin cậy	– 0,01

Tạm dịch, nguyên bản là inter – observer agreement, IOA được khảo sát trên những người độc lập với nhau và cùng quan tâm đến một vấn đề, được tính bằng tỷ lệ giữa những người đồng thuận và tổng số những người đồng thuận và không đồng thuận về một vấn đề đó.

Chỉ số LR của một dấu hiệu cho thấy sự xuất hiện một dấu hiệu, nhưng có sự thay đổi đáng kể trong sự đồng thuận giữa những người quan sát về sự xuất hiện của nhiều dấu hiệu. Một số nguyên nhân cho việc thiếu sự đồng thuận này, xem List 3.7.

Thống kê K (kappa) là một cách nhấn mạnh về sự khác nhau của mức độ đồng thuận của một dấu hiệu hay một test. Giá trị này nằm từ 0 và 1, giá trị 0 tức là sự đồng thuận cần phải thay đổi quan điểm về dấu hiệu đó và 1 nghĩa là đồng thuận hoàn toàn (100%). Quy ước, giá trị K từ 0,8 – 1 nghĩa là đạt được sự đồng thuận hầu hết hoặc hoàn toàn, từ 0,6 –

0,8 là sự đồng thuận cao, 0,4 – 0,6 là sự đồng thuận tốt, 0,2 – 0,4 là đồng thuận mức độ yếu, từ 0 – 0,2 là sự đồng thuận kém. Việc lựa chọn dấu hiệu và giá trị K được liệt kê trong Bảng 3.6. Nhớ rằng giá trị K lớn nghĩa là sự đồng thuận về sự có mặt của một dấu hiệu, không phải là một dấu hiệu nhất thiết phải có LR+ cao. Với K thấp chỉ thấy rằng dấu hiệu này rất khó để tìm ra một cách chính xác, đặc biệt là với người ít kinh nghiệm, nhưng không phải luôn luôn có nghĩa rằng dấu hiệu đó không hữu ích. Ví dụ, tiếng rales nổ điển hình của bệnh viêm phổi kẽ sẽ có giá trị K cao đối với nhóm bác sĩ giàu kinh nghiệm về chuyên khoa hô hấp, nhưng lại có K thấp khi được đánh giá bởi các bác sĩ phẫu thuật chỉnh hình.

Mặc dù một số dấu hiệu có giá trị thấp, giá trị K của một số xét nghiệm chẩn đoán đã được tính toán và không quá ấn tượng. Ví dụ, bóng tim to trên phim X quang là 0,48; trong khi kết quả về tắc mật báo cáo trên sinh thiết gan là 0,4.

Trong thực hành y khoa, nhiều yếu tố ảnh hưởng đến một chẩn đoán. Rất hiếm khi một triệu chứng, một dấu hiệu hay một test có thể đưa ra được chẩn đoán. Bằng chứng ủng hộ sự hữu ích của một dấu hiệu là đặt nó trong một mối quan hệ. Điều này sẽ khó khăn hơn khi học cách kết hợp các mấu chốt quan trọng trong bệnh sử và những gì chúng ta khám được trên lâm sàng. Tuy nhiên, kỹ năng và kinh nghiệm lâm sàng sử dụng nhiều thông tin và nghi ngờ khi có thông tin không hợp logic hoặc kết quả xét nghiệm có được.

#### T&O'C essentials

1. Thăm khám có hệ thống sẽ đảm bảo rằng chúng ta thăm khám hoàn chỉnh.
2. Luôn dành thời gian để nhìn tổng quát BN.
3. Bí quyết đạt đến sự thành công trong khám lâm sàng là luôn thực hành.
4. Đảm bảo tư thế BN đúng trong quá trình thăm khám.
5. Chắc chắn đảm bảo tính riêng tư cho BN.
6. Không bao giờ làm đau BN trong lúc khám.
7. Rửa sạch tay và dụng cụ phải được thực hiện thường quy.

### 3.13. GIỚI THIỆU VỀ OSCE (THI LÂM SÀNG THEO CẤU TRÚC KHÁCH QUAN)

Trong hầu hết các trường y hiện nay, thi hỏi bệnh sử và khám lâm sàng sử dụng hình thức thi OSCE (có thể là long case hay short case) theo hình thức chạy trạm (10 phút cho mỗi trạm), từng kỹ năng hỏi bệnh và khám lâm sàng sẽ được theo dõi bởi 1 – 2 giám khảo. Sinh viên sẽ luân phiên xoay vòng hết tất cả các trạm, mỗi trạm là một giám khảo khác nhau. Tại mỗi trạm, sau khi được cung cấp những về BN (tên, tuổi, lý do vào viện), yêu cầu đặt ra sẽ rất rõ ràng (ví dụ: “hãy đo huyết áp của BN”). Bộ câu hỏi đã được thiết kế sẵn và điểm số cũng ấn định sẵn, thường là đạt hoặc không. Chúng ta được 1 điểm cho việc hoàn thành mỗi bước cần thiết (ví dụ như giới thiệu bản thân: 1 điểm, rửa tay: 1 điểm). Điều đó có nghĩa rằng chúng ta phải thực hiện điều đó một cách có hệ thống và tập nhuần nhuyễn đến mức tự nhiên.

Ở phần cuối của hầu hết các chương, chúng tôi sẽ đưa ra những bài tập OSCE mẫu và cung cấp các câu hỏi để chúng ta có thể nhớ lại. Tìm câu trả lời trong mỗi chương và coi đó như là một cách ôn bài.

Tại mỗi trạm, thí sinh có thể được yêu cầu hỏi một bệnh của một bệnh đặc biệt (tiền sử xã hội) hoặc thăm khám một cơ quan nào đó (tìm dấu hiệu rung miu hoặc các dấu hiệu của bệnh phổi). Tại trạm khác, tùy thuộc vào kinh nghiệm của thí sinh, có thể yêu cầu kỹ năng lâm sàng khác như kê đơn. Mỗi trường y sẽ có một kiểu thi khác nhau, nhưng chắc chắn có những nguyên lý chung mà tất cả sinh viên phải hiểu (nếu họ muốn thi đậu).

Hãy nhớ rằng “BN” khi chúng ta đi thi có thể là một người đóng giả với những câu trả lời đã được định trước. Ý tưởng sử dụng BN giả nhằm chuẩn hóa câu trả lời cho các câu hỏi của thí sinh. BN giả thường đến từ các trường sản khâu điện ảnh, sẽ có nguy cơ (mặc dù ít) rằng họ sẽ diễn quá mức.



**Hình 3.16. Bạn bao nhiêu tuổi rồi?**

**Có một số điểm mấu chốt mà chúng ta phải luôn ghi nhớ:**

- Giám khảo sẽ biết được độ khó khi chúng ta thực hiện.
- Họ sẽ mong đợi ít hơn đối với những sinh viên năm đầu.
- Họ sẽ cung cấp lời giới thiệu, bằng cách nói, viết hoặc cả hai. Điều này sẽ nói cho chúng ta biết họ mong muốn chúng ta làm những gì, do đó đừng bao giờ làm những gì khác. Ví dụ, yêu cầu là khám chi trên của một BN yếu cánh tay, đừng bắt đầu với khám cảm giác. Thời gian có hạn và giám khảo sẽ chỉ dẫn cho chúng ta nơi sẽ có dấu hiệu bất thường.
- Một điều khác cũng quan trọng khi tiếp cận BN đó là thái độ của chúng ta đối với BN, chúng ta sẽ bị đánh rớt nếu chúng ta có hành vi khiếm nhã và không quan tâm tới BN.
- Một điều quan trọng cho sự tiến bộ trong lộ trình ôn tập thi cử, bao gồm giới thiệu bản thân, giải thích khi bắt đầu và khi thực hiện mỗi bước, chúng ta sẽ làm những gì. Ví dụ, đề yêu cầu chúng ta khám bụng, chúng ta phải giới thiệu bản thân trước, có thể nói: “tôi được yêu cầu để khám bụng của anh (chị), tôi mong anh (chị) vui lòng nằm ngửa và

kê một chiếc gối phía dưới, anh (chị) sẽ cảm thấy thoải mái chứ? Tôi cần kéo quần lót của anh (chị) xuống thấp một chút, sẽ ổn chứ? Anh (chị) có cảm thấy đau ở đâu không? Tôi rất lấy làm xin lỗi vì bàn tay của mình hơi lạnh, hãy cho tôi biết nếu anh (chị) cảm thấy không thoải mái”. Thực hiện rõ ràng trong suốt quá trình thăm khám, luôn để ý nét mặt BN khi bất cứ động tác nào có thể làm đau họ. Đây là cách tiếp cận với sự lễ phép thông thường và phải được thực hiện thường xuyên, chứ không phải chỉ là trong thi cử.

– Hãy nhớ luôn rửa tay trước và sau khi khám, sẽ lấy được điểm dễ dàng (nhớ thực hành để bảo vệ chúng ta và BN).

Nguyễn Thị Kim Thành

*Trái tim ... tự nó vận động và hoạt động không bao giờ nghỉ.  
Leonardo da Vinci (1452 – 1519)*

Trong các chương tiếp theo đây sẽ giới thiệu cách hỏi bệnh sử và thăm khám hệ thống tim mạch, cũng như các bộ phận khác của cơ thể có biểu hiện các triệu chứng và dấu hiệu của bệnh tim mạch. Đây không chỉ là việc đánh giá cơ bản đối với bất kỳ BN nào, hệ thống tim mạch còn là một trong những hệ thống phổ biến nhất được kiểm tra trong OSCEs và thi vấn đáp. Các bác sĩ tim mạch đánh giá nó là hệ thống quan trọng nhất trong cơ thể.

## 4.1. TRIỆU CHỨNG

### 4.1.1. Đau ngực

Khi nhắc đến triệu chứng đau ngực của BN (xem Bảng 4.1) tạo ra sự cấp bách hơn các triệu chứng khác. BN có thể ngạc nhiên khi thấy mình được đưa sang một phòng cấp cứu với sự khẩn trương của các bác sĩ. Triệu chứng này là do bệnh tim thiếu máu cục bộ, có thể là một tình trạng đe dọa tính mạng (xem List 4.1).

Những cơn đau của đau thắt ngực và nhồi máu cơ tim có tính chất tương tự nhau; cả hai đều là do sự tích tụ của các chất chuyển hóa từ cơ tim bị thiếu máu cục bộ do tắc nghẽn hoàn toàn hoặc một phần động mạch vành dẫn đến sự kích thích các dây thần kinh giao cảm ở tim. BN ghép tim có bệnh mạch vành có thể không cảm thấy đau thắt ngực, có lẽ bởi vì trái tim đã bị cắt đi các dây thần kinh. Tương tự như vậy, BN đái tháo đường có thể có được chẩn đoán “nhồi máu cơ tim im lặng”.

Để giúp xác định nguyên nhân đau ngực (xem Bảng 4.2 và Bảng 4.3), điều quan trọng là xác định thời gian, vị trí, tính chất và mức độ cùng các yếu tố làm nặng thêm triệu chứng (bốn đặc tính chủ yếu), cũng như các yếu tố làm thuyên giảm và các triệu chứng kèm theo (các câu hỏi SOCRATES; xem CHƯƠNG 1). Thuật ngữ đau thắt ngực (angina<sup>a</sup>) được đặt ra bởi Heberden từ tiếng Hy Lạp và tiếng Latin có nghĩa là “nghẹt thở” hoặc “bóp nghẹt”; và BN thường than phiền cảm giác đau như bị nghiền nát, đè nặng, khó chịu hoặc bóp

---

<sup>a</sup> William Heberden (1710 – 1801), mô tả triệu chứng đau thắt ngực vào năm 1768, là triệu chứng rất khó cải thiện: “BN thường sống với những cơn đau, có những cơn bóp nghẹt khi họ đi bộ (đặc biệt hơn nếu đi cầu thang, lên đồi và xuất hiện sớm sau khi ăn) với cảm giác đau và khó chịu ở vùng ngực. Nó dường như làm cản trở sinh hoạt hàng ngày của BN nếu nó đau tăng lên hoặc liên tục, nhưng khi họ có thể đứng yên, tất cả sự khó chịu sẽ biến mất”. Tuy nhiên ông chưa nhận ra đau thắt ngực là triệu chứng gây ra bởi hẹp khẩu kính của động mạch vành.

nguyệt ở sau xương ức hoặc trong cổ họng. Tốt nhất nên hỏi nếu BN có trải qua cảm giác “khó chịu” ở vùng ngực mà không phải “đau”, bởi vì đau thắt ngực có tính chất là mơ hồ không rõ và có thể không phải là đau (xem Hình 4.1).

**Bảng 4.1. Các kiểu đau ngực và đặc điểm đặc trưng.**

Kiểu đau	Nguyên nhân	Tính chất đặc trưng
Đau tim	Nhồi máu cơ tim hoặc thiếu máu cục bộ cơ tim.	Cảm giác bị bóp chặt hoặc đè nặng ở trung tâm, có thể lan lên hàm hay cánh tay trái.
Đau mạch máu	Bóc tách động mạch chủ.	Khởi phát rất đột ngột, lan ra sau lưng.
Đau màng phổi – màng ngoài tim	Viêm màng ngoài tim ± viêm cơ tim.	Đau kiểu màng phổi, tăng lên khi BN nằm.
	Viêm màng phổi.	Đau kiểu màng phổi.
	Tràn khí màng phổi.	Khởi phát đột ngột, như dao đâm và đi kèm với khó thở.
	Viêm phổi.	Thường là đau kiểu màng phổi, đi kèm với sốt và khó thở.
	Bệnh tự miễn.	Đau kiểu màng phổi.
	U trung mô.	Đau nhiều và liên tục.
	U di căn.	Đau nhiều và liên tục, khu trú.
Đau thành ngực	Ho dai dẳng.	Tăng lên khi cử động, thành ngực nhạy đau.
	Căng cơ bắp quá mức.	Tăng lên khi cử động, thành ngực nhạy đau.
	Viêm cơ liên sườn.	Như dao đâm, khu trú, tăng lên khi cử động.
	Zoster ngực.	Đau nhiều, theo vùng chi phối của rễ thần kinh, có phát ban trước đó.
	Nhiễm virus Coxsackie B.	Đau kiểu màng phổi.
	Chèn ép dây thần kinh vùng ngực hoặc thâm nhiễm.	Theo vùng chi phối của rễ thần kinh.
	Gãy xương sườn.	Tiền sử chấn thương, đau khu trú.
	Khối u xương sườn, nguyên phát hoặc di căn.	Đau hằng định, đau nhiều, khu trú.
	Hội chứng Tietze	Sụn sườn nhạy đau.
Đau dạ dày ruột	Trào ngược dạ dày thực quản.	Không liên quan đến gắng sức, có thể nặng hơn khi BN nằm xuống.
	Co thắt thực quản lan tỏa.	Giảm khi nuốt ví dụ nước ấm.
Đau ở đường thở	Khí quản.	Đau họng, đau khi thở.
	Carcinoma phế quản trung tâm.	
	Hít dị vật.	
Đau trung ương	Cơn hoảng sợ.	Thường khởi phát bởi sự lo lắng, kèm với khó thở và các triệu chứng tăng thông khí (chóng mặt, dị cảm quanh miệng).
Đau trung thất	Viêm trung thất.	
	Sarcoid hạch, lymphoma.	

## List 4.1. Bệnh sử các bệnh lý tim mạch.

### Triệu chứng chính

- Đau hoặc nặng ngực.
- Khó thở: khi gắng sức (chú ý mức độ gắng sức cần thiết), khó thở khi nằm, khó thở kịch phát về đêm.
- Phù nề mắt cá chân.
- Đánh trống ngực.
- Ngất.
- Đau cách hồi.
- Mệt mỏi.

### Tiền sử bản thân

- Tiền sử của bệnh tim thiếu máu cục bộ: nhồi máu cơ tim, bắt cầu động mạch vành (CABG), nong mạch vành, sốt thấp khớp, múa giật, bệnh lây truyền qua đường tình dục, làm răng gần đây, bệnh tuyến giáp.
- Phát hiện bệnh lý tim mạch tình cờ trước đó khi khám sức khỏe (ví dụ như quân đội, trường học, bảo hiểm).
- Thuốc

### Tình trạng chức năng trong bệnh tim

- Độ I: hiện tại có bệnh, đau thắt ngực\* không xảy ra trong quá trình hoạt động thể chất bình thường hay có rối loạn chức năng tim, nhưng không có biểu hiện triệu chứng khó thở †.
- Độ II: đau thắt ngực hoặc khó thở khi hoạt động thể chất bình thường.
- Độ III: đau thắt ngực hoặc khó thở khi hoạt động dưới mức bình thường.
- Cấp IV: đau thắt ngực hoặc khó thở ngay cả lúc nghỉ ngơi.

\* Theo phân loại Canadian Cardiovascular Society (CCVS).

† Theo phân loại của Hiệp hội tim mạch New York (NYHA).

### Tiền sử xã hội

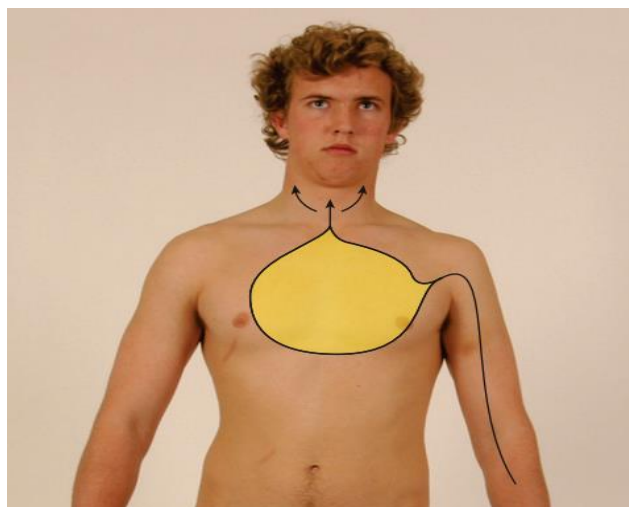
- Thuốc lá và rượu.
- Nghề nghiệp.

### Tiền sử gia đình

- Nhồi máu cơ tim, bệnh cơ tim, bệnh tim bẩm sinh, sa van hai lá, hội chứng Marfan.

### Yếu tố nguy cơ bệnh mạch vành

- Tiền sử bệnh mạch vành.
- Hút thuốc.
- Tăng huyết áp.
- Tăng lipid máu.
- Tiền sử gia đình bệnh mạch vành.
- Đái tháo đường.
- Viêm khớp dạng thấp và các bệnh viêm khớp mạn tính.
- Béo phì và ít vận động.
- Nam giới lớn tuổi
- Rối loạn cương dương.



Hình 4.1. Vị trí của các triệu chứng đau thắt ngực.

**Bảng 4.2. Các chẩn đoán phân biệt của đau ngực.**

Dạng đau thắt ngực	Dạng đau kiểu viêm màng ngoài tim hoặc viêm màng phổi	Dạng đau kiểu trào ngược dạ dày thực quản
Bóp chặt hoặc đè nặng	Cảm giác xé hoặc đâm	Cảm giác rát bỏng
Khởi phát (có thể đoán trước được) khi gắng sức	Không liên quan với gắng sức	Không liên quan gắng sức
Giảm khi nghỉ ngơi	Xuất hiện khi nghỉ ngơi	Xuất hiện khi nghỉ ngơi
Giảm nhanh chóng với nitrat	Không bị ảnh hưởng bởi nitrat	Không bị ảnh hưởng trừ khi co thắt
Không có vị trí cụ thể	Nặng hơn khi nằm ngửa (viêm màng ngoài tim)	Khởi phát có thể xuất hiện khi nằm ngửa
Không bị ảnh hưởng bởi hô hấp	Nặng hơn khi hô hấp Cọ xát màng ngoài tim hoặc màng phổi	Không bị ảnh hưởng bởi hô hấp

**Bảng 4.3. Các chẩn đoán phân biệt của đau ngực.****Nhồi máu cơ tim (hội chứng mạch vành cấp)**

- Khởi phát khi nghỉ ngơi.
- Đau không thể chịu được.
- Đổ mồ hôi.
- Lo âu (hoảng sợ).
- Không đáp ứng với nitrat.
- Triệu chứng đi kèm (buồn nôn và nôn mửa).

**Nhồi máu cơ tim**

- Đau trung tâm vùng ngực.
- Khởi phát bán cấp (vài phút).
- Đau không thể chịu được.

**Thiếu máu cục bộ cơ tim**

- Khi gắng sức.
- Xảy ra khi gắng sức.
- Xuất hiện nhiều đợt ngắn.
- Lan tỏa.
- Thành ngực không nhạy đau (chỉ phân biệt giữa nhồi máu và đau thành ngực)

**Đau thắt ngực**

- Khởi phát khi gắng sức.
- Đau mức độ vừa phải hay cảm giác khó chịu.
- Không đổ mồ hôi.
- Nhẹ hoặc không có sự lo lắng.
- Đáp ứng nhanh chóng với nitrat.
- Không có triệu chứng đi kèm

**Bóc tách động mạch chủ\***

- Lan ra sau lưng.
- Khởi phát tức thời.
- Đau rất dữ dội, tính chất như xé rách.

**Đau thành ngực**

- Có vị trí đau rõ ràng.
- Thường nặng hơn khi nghỉ ngơi.
- Kéo dài.
- Khu trú.
- Thành ngực nhạy đau.

\* LR của bóc tách là 66 nếu có cả ba đặc điểm hoặc hai cộng với tiền sử tăng huyết áp.

Cơn đau hoặc cảm giác khó chịu thường xuất hiện ở trung tâm chứ không phải ở bên trái. BN có thể bỏ qua những đau và nghĩ là không phải cơn đau do tim vì BN không cảm nhận được nó xuất phát từ tim ở phía bên trái. Nó có thể lan lên hàm hoặc cánh tay, nhưng rất hiếm khi lan xuống dưới rốn. Mức độ nặng hay nhẹ của các cơn đau hay cảm giác khó



chịu luôn thay đổi.

Đau thắt ngực điển hình xuất hiện khi gắng sức và giảm nhẹ khi BN nằm hoặc đi chậm lại. Mức độ gắng sức đủ để xuất hiện các cơn đau có thể được dự đoán trước cho BN. Việc thay đổi về kiểu khởi phát của cơn đau thắt ngực ổn định trước đó phải được đánh giá cẩn thận.

Những đặc tính này tạo thành đau thắt ngực điển hình (xem Bảng 4.3). Mặc dù đau thắt ngực thường xảy ra khi gắng sức, nhưng nó cũng có thể xảy ra khi nghỉ ngơi hoặc khi đánh thức BN. Đau ngực do thiếu máu cục bộ cơ tim thường không bị ảnh hưởng bởi sự hô hấp. Việc sử dụng nitrat ngậm dưới lưỡi làm giảm đau trong vòng một vài phút là một đặc điểm đặc trưng, nhưng điều này là không đặc hiệu do nitrat cũng có thể làm giảm co thắt thực quản và có thể gây hiệu ứng giả được rõ rệt.

#### **Bảng 4.4. Phân loại lâm sàng của đau thắt ngực từ Hiệp hội tim mạch Châu Âu.**

<b>Đau thắt ngực điển hình</b>	Có tất cả ba đặc điểm sau: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Cảm giác đau hoặc khó chịu sau xương ức với tính chất và thời gian điển hình.</li><li>2. Khởi phát khi gắng sức hoặc xúc động.</li><li>3. Giảm khi nghỉ ngơi hoặc sử dụng GTN (glyceryl trinitrate) hoặc cả hai.</li></ol>
<b>Đau thắt ngực không điển hình</b>	Có hai trong các đặc điểm trên.
<b>Đau ngực không tim</b>	Đáp ứng một hoặc không có đặc điểm nào ở trên.

Các cơn đau liên quan với hội chứng vành cấp (nhồi máu cơ tim hoặc đau thắt ngực không ổn định) thường xuất hiện vào lúc nghỉ ngơi, thường là nặng hơn và kéo dài lâu hơn. Hội chứng mạch vành cấp tính thường xuất hiện do vỡ mảng xơ vữa của động mạch vành, dẫn đến sự hình thành các cục huyết khối trong lòng động mạch. Đau thắt ngực ổn định xuất hiện do hẹp khẩu kính động mạch vành cố định. Đau xuất hiện hơn nửa giờ có nhiều khả năng do hội chứng vành cấp hơn là đau thắt ngực ổn định, nhưng đau liên tục trong nhiều ngày thì không phải một trong hai loại này. Các triệu chứng kèm theo của nhồi máu cơ tim bao gồm khó thở, đổ mồ hôi, lo âu, buồn nôn và choáng váng.

Các nguyên nhân khác gây đau sau xương ức được liệt kê trong Bảng 4.1 và Bảng 4.2. Đau ngực tăng lên khi hô hấp được gọi là đau kiểu màng phổi. Nguyên nhân có thể là do viêm màng phổi hoặc viêm màng ngoài tim. Viêm màng phổi có thể là nguyên phát (thường là do nhiễm siêu vi) hoặc thứ phát sau viêm phổi hoặc thuyên tắc phổi. Đau kiểu màng phổi thường không liên quan đến gắng sức và thường thuyên giảm bằng cách ngồi lên và ngả người về phía trước. Nó được gây ra bởi sự chuyển động ma sát của bề mặt màng phổi hoặc màng ngoài tim bị viêm vào nhau.

Đau kiểu thành ngực thường khu trú ở một khu vực nhỏ của thành ngực, đau giống như bị dao đâm và liên quan đến hô hấp hoặc các cử động của vai hơn là gắng sức. Nó có thể chỉ kéo dài vài giây hoặc lâu hơn. Bệnh của cột sống cổ hoặc ngực trên cũng có thể gây ra các cơn đau liên quan với vận động. Cơn đau này có xu hướng lan tỏa ra xung quanh từ phía sau hướng về phía trước của thành ngực.

Đau do phình bóc tách động mạch chủ thường là rất dữ dội và có thể được mô tả như

bị xé rách. Con đau này thường nặng nề nhất tại thời điểm khởi phát và lan tỏa ra sau lưng. Ba tính chất: đau nhiều, khởi phát nhanh và đau lan là rất đặc hiệu cho phình bóc tách động mạch chủ. Bóc tách động mạch chủ đoạn gần gây đau thành ngực trước và đoạn xuống thì gây đau vùng giữa hai xương bả vai. Tiền sử tăng huyết áp hoặc bệnh rối loạn mô liên kết như hội chứng Marfan hoặc hội chứng Ehlers – Danlos làm tăng nguy cơ phình bóc tách động mạch chủ.

Khởi thuyên tắc phổi lớn gây đau khởi phát rất đột ngột ở vùng sau xương ức và đi kèm với trụy tim mạch, khó thở và tím tái. Nó thường là đau kiểu màng phổi, nhưng có thể giống với cơn đau thắt ngực, đặc biệt là nếu kết hợp với thiếu máu cục bộ thất phải.

Tràn khí màng phổi tự phát có thể gây đau và khó thở dữ dội. Đau kiểu như dao đâm và khu trú ở một phần nào đó của ngực.

Trào ngược dạ dày thực quản thường gây đau giống như đau thắt ngực, nhưng đau kiểu rát bỏng. Điều quan trọng cần phải nhớ rằng hai tình trạng này tương đối thường gặp và có thể cùng xuất hiện. Co thắt thực quản có thể gây đau ngực sau xương ức hay khó chịu và có thể khá khó khăn để phân biệt với đau thắt ngực nhưng ít gặp; cơn đau có thể lan lên hàm và thường thuyên giảm khi nuốt nước ấm hoặc bằng cách sử dụng nitrat.

Viêm túi mật có thể gây đau ngực và bị nhầm lẫn với nhồi máu cơ tim. Thường sẽ có nhạy đau ở vùng da của hạ sườn bên phải.

Các nguyên nhân gây đau ngực dữ dội thường là một bên ngực, có thể không được rõ ràng cho đến khi xuất hiện phát ban mụn nước điển hình của herpes – zoster ở các vùng da được chi phối bởi các rễ ngực.

### Questions box 4.1. Những câu hỏi để hỏi BN đau thắt ngực.

- ! Dấu hiệu có thể gợi ý chẩn đoán một vấn đề cấp bách hoặc nguy hiểm.
  1. Ông/bà đau hoặc khó chịu như thế nào? Kiểu dao đâm, đè nặng hay bóp chặt?
  2. Đau khi nào? Liệu nó có xuất hiện bất ngờ hoặc khi hoạt động thể chất? Nó có nặng hơn khi bạn tập thể dục sau khi ăn?
  3. Nó kéo dài bao lâu?
  4. Bạn cảm thấy đau ở đâu?
  5. Liệu nó làm cho ông/bà ngừng hoặc đi chậm lại không?
  6. Liệu nó có mất đi một cách nhanh chóng khi ông/bà ngừng tập thể dục không?
- !
  7. Nó có xuất hiện khi ông/bà hạn chế tối đa thể lực hoặc nghỉ ngơi? (triệu chứng không ổn định)
  8. Ông/bà có đau thắt ngực trước đó và giống nhau giữa các lần không?

#### 4.1.2. Khó thở

Khó thở có thể do bệnh tim. Khó thở (từ dys theo tiếng Hy Lạp nghĩa là “xấu”, pnoia nghĩa là “thở”) thường được định nghĩa như là một cảm giác khó khăn trong hô hấp. Nó có thể xảy ra bất cứ khi nào mà việc hô hấp trở nên quá mức, nhưng cơ chế này là không rõ ràng. Nó có lẽ là do cảm giác tăng hoạt động của các cơ hô hấp để thay đổi lưu lượng trong phổi, do xẹp phổi hoặc tăng kháng lực của luồng không khí vào phổi.

Khó thở do tim thường là mạn tính và xuất hiện khi gắng sức do suy yếu cung lượng thất trái tăng lên lúc gắng sức. Chính sự suy yếu cung lượng tim thất trái dẫn đến áp lực

thất trái ở cuối thì tâm trương tăng lên cao, áp lực tĩnh mạch phổi tăng, thoát dịch vào khoảng kẽ và do đó làm giảm độ dẫn nở của phổi. Tuy nhiên, khó thở của suy tim mạn tính không tương quan với các phép đo áp lực động mạch phổi và rõ ràng về nguồn gốc của các triệu chứng khó thở do tim là khá phức tạp. Chức năng thất trái có thể bị suy yếu do thiếu máu cục bộ (tạm thời hoặc vĩnh viễn do giảm tưới máu cơ tim), nhồi máu cơ tim trước đó (tổn thương) hay phì đại (thường liên quan đến tăng huyết áp). Khi nó trở nên trầm trọng hơn, khó thở do tim có thể xảy ra ngay cả khi nghỉ ngơi.

Khó thở khi nằm (orthopnoea – theo tiếng Hy Lạp ortho là “thẳng”, xem List 4.2) hoặc khó thở tăng lên khi BN nằm ngửa, bởi vì ở tư thế đứng dịch trong khoảng kẽ của phổi sẽ được tái phân phối lại; ở vùng thấp của phổi trở nên tồi tệ hơn và ở vùng phía trên trở nên tốt hơn. Điều này cho phép cải thiện nồng độ oxy trong máu. BN có khó thở khi nằm nặng lên, họ phải ngồi cả đêm trên một chiếc ghế hay dựa lên nhiều chiếc gối đặt chồng lên trên giường. Khi không có khó thở khi nằm gợi ý rằng suy thất trái không có khả năng là nguyên nhân gây nên khó thở của BN (LR- = 0,04).

#### **List 4.2. Nguyên nhân của khó thở khi nằm.**

- Suy tim.
- Nguyên nhân hiếm gặp khác.
  - + Báng bụng.
  - + Mang thai.
  - + Liệt cơ hoành hai bên.
  - + Tràn dịch màng phổi nhiều.
  - + Viêm phổi nặng.

Khó thở kịch phát<sup>b</sup> về đêm (paroxysmal nocturnal dyspnoea – PND) là khó thở dữ dội xuất hiện khi BN đang ngủ buộc họ phải thức dậy phải dậy để thở. Điều này xuất hiện vì suy giảm đột ngột cung lượng tim của lượng thất trái với tăng áp lực cấp tính trong tĩnh mạch và mao mạch phổi; điều này dẫn đến thoát dịch vào mô kẽ, làm tăng hoạt động hô hấp. Hậu quả này có thể được tạo ra bởi sự tái hấp thu dịch phù ngoại biên vào ban đêm khi nằm ngửa. Khó thở do tim cấp tính cũng có thể xuất hiện với phù phổi cấp tính hoặc thuyên tắc phổi.

Khó thở do tim có thể khó phân biệt với khó thở do bệnh phổi hay các nguyên nhân khác. Cần phải hỏi kỹ về tiền sử của bất kỳ bệnh tim nào có thể gợi ý việc khởi phát của suy tim. Ví dụ, một BN có nhồi máu cơ tim trước đó có khó thở tiên triễn, nhiều khả năng đã giảm sự co bóp của thất trái. Một BN có tiền sử tăng huyết áp hoặc uống rượu rất nhiều có thể bị bệnh tim cao huyết áp hoặc bệnh cơ tim do rượu. Sự hiện diện của khó thở khi nằm hoặc khó thở kịch phát về đêm gợi ý nhiều đến suy tim hơn các bệnh lý của phổi.

Khó thở cũng là một triệu chứng phổ biến của sự lo lắng. Những BN này thường mô tả không có khả năng hít một hơi thở đủ lớn để lấp đầy phổi theo nhu cầu. Họ có thể hít được sâu và thở dài.

---

<sup>b</sup> Kịch phát khi triệu chứng và dấu hiệu xuất hiện đột ngột và từng cơn.

### 4.1.3. Sưng phù mắt cá chân

Sự hiện diện của phù đơn độc có tương quan kém với suy tim (có rất nhiều nguyên nhân thường gặp khác hơn), nhưng một số BN suy tim có biểu hiện sưng phù mắt cá chân ở hai bên do phù. Không giống như sưng xảy ra trong tình trạng viêm nhiễm, khu vực này không đau và không đỏ. BN có phù khởi phát gần đây và những BN có quan tâm nhiều đến cân nặng, họ nhận thấy cân nặng của mình gần đây có thể tăng từ 3 kg trở lên.

Phù mắt cá chân do tim thường là đối xứng và nhiều vào buổi tối, cải thiện dần trong đêm. Nó có thể là một triệu chứng của suy hai thất hoặc suy thất phải thứ phát có thể do một số nguyên nhân gây bệnh tiềm ẩn. Diễn tiến nặng, phù lan lên đến chân, đùi, cơ quan sinh dục và bụng. Thường có các triệu chứng hoặc dấu hiệu khác của bệnh tim.

Điều quan trọng là phải tìm hiểu xem BN có đang dùng một số thuốc dẫn mạch (ví dụ như thuốc chẹn kênh calci), cũng có thể gây phù ngoại biên. Có nhiều nguyên nhân phổ biến khác gây phù mắt cá chân cũng cần phải được xem xét; xem List 6.2. Phù nề ảnh hưởng đến khuôn mặt nhiều khả năng có liên quan đến bệnh lý ở thận, hội chứng thận hư.

### 4.1.4. Đánh trống ngực

Đây không phải là một thuật ngữ mô tả chính xác (xem Bảng 4.4). Nó thường được dùng để chỉ một thay đổi bất ngờ của nhịp tim. Yêu cầu BN mô tả chính xác những gì họ than phiền là đánh trống ngực nhanh hay chậm, đều hoặc không đều, và kéo dài bao lâu (xem Questions box 4.2).

**Bảng 4.5. Đánh trống ngực: chẩn đoán phân biệt.**

Đặc tính	Gợi ý
Tim đập mạnh và có nhịp nhỡ	Nhịp ngoại lai
Nặng hơn khi nghỉ ngơi	Nhịp ngoại lai
Rất nhanh, đều	SVT (VT)
Khởi phát tức thời	SVT (VT)
Mất khi kích thích thần kinh phế vị	SVT
Nhanh và không đều	AF
Mạnh và đều – không nhanh	Nhận thức về nhịp xoang (lo lắng)
Chóng mặt nặng hoặc ngất	VT
Suy tim trước đó	VT

*SVT = nhịp tim nhanh trên thất; VT = nhịp nhanh thất; AF = rung nhĩ*

Có thể là những cảm giác của một nhịp nhỡ sau một nhịp mạnh; điều này có thể là do nhịp ngoại lai từ tâm nhĩ hoặc tâm thất (tạo nên một cung lượng tim nhỏ), tiếp theo là một khoảng nghỉ bù và sau đó tiếp tục một nhịp thường (cung lượng tim nhiều hơn bình thường vì có thời gian đổ đầy tâm thất ở thì tâm trương kéo dài hơn).

Nếu BN than phiền về nhịp tim nhanh, điều quan trọng là phải tìm hiểu xem đánh trống ngực có sự khởi phát và kết thúc đột ngột hay từ từ. Các rối loạn nhịp tim thường có cơn khởi phát và kết thúc tức thời. Ngược lại trong nhịp nhanh xoang khởi phát và kết thúc

một cách chậm rãi và từ từ hơn. Một nhịp điệu hoàn toàn không đều là gợi ý của rung nhĩ, đặc biệt hơn nếu nó quá nhanh.

### **Questions box 4.2. Những câu hỏi để hỏi BN có đánh trống ngực.**

- ! Dấu hiệu có thể gợi ý chẩn đoán một vấn đề cấp bách hoặc nguy hiểm.
  1. Ông/bà có cảm giác tim đập bất thường hoặc có một cảm giác khác thường không?
  2. Nhịp nhanh hay chậm? Nhanh như thế nào? Nó nhanh hơn ở thời điểm cụ thể nào, như tập thể dục?
  3. Nhịp đều hay không đều, kết thúc và bắt đầu? Nếu không đều, có xen kẽ các nhịp bình thường là các nhịp nhõ hoặc nhịp đập mạnh – nhịp ngoại lai hoặc là nó hoàn toàn không đều? (rung nhĩ)
  4. Đánh trống ngực này kéo dài bao lâu?
  5. Những đợt đánh trống ngực xuất hiện và kết thúc có đột ngột không? (nhịp tim nhanh trên thất)
  6. Tình trạng này có mất nếu ông/bà hít thở sâu hoặc giữ hơi thở? (nhịp tim nhanh trên thất)
  7. Ông/bà có cảm giác có nhịp đập ở cổ không? (một số loại nhịp tim nhanh trên thất)
  - ! 8. Có đợt nào mà ông/bà đã từng được ghi lại trên ECG?
  - ! 9. Ông/bà có khi nào bị bất tỉnh trong cơn? (loạn nhịp thất)
  10. Ông/bà có vấn đề tim mạch nào khác như suy tim hoặc đau tim trong quá khứ? (loạn nhịp thất?)
  11. Trong gia đình có ai bị như thế này hay đột tử không? (hội chứng đột tử, ví dụ như hội chứng Brugada hoặc một hội chứng QT kéo dài)

Nó có thể có ích nếu hỏi BN về sự cảm nhận tốc độ và nhịp điệu của đánh trống ngực bằng ngón tay của mình. Các triệu chứng đi kèm bao gồm đau, khó thở hoặc lo lắng phải được hỏi rõ. Cần báo động trường hợp đánh trống ngực nhanh sau đó là ngất gợi ý nhịp nhanh thất. Những BN này thường có tiền sử của bệnh tim. Bất kỳ nhịp nhanh nào cũng có thể gây đau thắt ngực ở BN thiếu máu cục bộ cơ tim.

Hỏi BN có sử dụng động tác nào nhịp tim trở lại bình thường không. Các nhịp tim nhanh trên thất của có thể bị chấm dứt tức thì bằng cách kích thích thần kinh phế vị với một nghiệm pháp valsalva, bằng cách xoa xoang cảnh, ho hoặc nuốt nước lạnh hoặc đá <sup>c</sup>.

#### **4.1.5. Ngất, tiền ngất và hoa mắt**

Ngất (syncope) là mất ý thức thoáng qua do thiếu oxy não, thường là do lưu lượng tưới máu não không đủ (xem List 4.3). Tiền ngất (presyncope) là một cảm giác thoáng qua của yếu/liệt mà không mất tri giác.

Ngất có thể là một triệu chứng mờ nhạt hoặc là triệu chứng của bệnh tim mạch hoặc thần kinh. Phải chứng minh chắc chắn rằng BN thực sự mất ý thức hay không và hoàn cảnh khởi phát cơn ngất, ví dụ, đứng trong thời gian dài hoặc đứng dậy đột ngột (ngất tư thế), trong khi đi tiểu (ngất khi tiểu tiện), khi ho (ngất do ho) hoặc với cảm xúc căng thẳng

<sup>c</sup> Kéo tinh hoàn là một kích thích thần kinh mạnh nhưng không sử dụng phổ biến. Xoa xoang cảnh (theo đó động mạch cảnh được ép dưới góc của các hàm trong vài giây) có thể nguy hiểm cho những người bị bệnh động mạch cảnh vì có thể gây ra một cơn đột quỵ.

đột ngột (ngất do thần kinh phế vị). Tìm hiểu bất kỳ triệu chứng báo trước nào xuất hiện, như chóng mặt hay đánh trống ngực và cơn ngất kéo dài bao lâu. Phục hồi có thể tự phát hoặc BN bắt buộc phải có sự giúp đỡ từ xung quanh.

### List 4.3. Các nguyên nhân gây ngất và chóng mặt.

#### Ngất do thần kinh phế vị (thường gặp nhất)

- Khởi phát ở tuổi thiếu niên hoặc tuổi 20.
- Xuất hiện khi quá xúc động, ví dụ như nhìn thấy máu.
- Kèm theo buồn nôn và lạnh
- Chấn thương hiếm gặp.
- Ngất nhanh, không có dấu hiệu thần kinh khi tỉnh.

#### Ngất tình huống

- Xảy ra trong quá trình tiểu tiện.
- Xảy ra với ho kéo dài.

#### Loạn nhịp tim

- Tiền sử gia đình có đột tử (hội chứng Brugada hoặc QT dài hoặc ngắn).
- Thuốc chống loạn nhịp (QT kéo dài).
- Tiền sử bệnh tim mạch (loạn nhịp thất).
- Tiền sử đánh trống ngực nhanh.
- Không có cảnh báo (block tim – cơn Adams – Stokes).

#### Động kinh

- Có tiền triệu.
- Cắn lưỡi.
- Co giật.
- Buồn ngủ sau đó.
- Xoay đầu trong cơn.

*AS (aortic stenosis) = hẹp động mạch chủ.*

*HCM (hypertrophic cardiomyopathy = bệnh cơ tim phì đại.*

#### Nguyên nhân ngất do chuyển hóa (hôn mê)

- Tác nhân gây hạ đường huyết, hạ đường huyết.

#### Hạ huyết áp tư thế đứng

- Thời gian ngắn.
- Chấn thương hiếm gặp.
- Dễ xảy ra hơn khi nhịn ăn hoặc mất nước.
- Do huyết áp tâm thu thấp biết trước.
- Sử dụng thuốc hạ huyết áp.

#### Ngất do tắc nghẽn thất trái (AS, HCM)

- Xảy ra khi phải gắng sức.

#### Chóng mặt

- Không mất ý thức.
- Tệ hơn khi xoay đầu.
- Đầu hoặc căn phòng có vẻ như đang xoay.

#### Sau căng thẳng cảm xúc

- Tím tái.
- Đau cơ sau đó.

Nếu các triệu chứng của BN xuất hiện do khi thay đổi tư thế, hãy hỏi về việc sử dụng các thuốc hạ huyết áp hoặc kháng viêm và những thuốc khác có thể gây hạ huyết áp tư thế. Nếu ngất do thần kinh phế vị, nó có thể do một cái gì đó khó chịu như khi nhìn thấy máu hay ở trong một căn phòng nóng, đông đúc; BN thường thở dài và ngáp, cảm thấy buồn nôn và đổ mồ hôi trước khi ngất và có thể trước đây đã xảy ra tương tự, đặc biệt ở thanh niên và người trưởng thành trẻ tuổi.

Nếu ngất là do rối loạn nhịp, sẽ đột ngột mất ý thức bất kể tư thế của BN; đau thắt ngực cũng có thể xuất hiện nếu BN có bệnh tim thiếu máu cục bộ hoặc hẹp van động mạch chủ. Phục hồi thường khá nhanh. Ngất khi gắng sức có thể xảy ra do tắc nghẽn dòng chảy của thất trái trong hẹp van động mạch chủ hoặc bệnh cơ tim phì đại. Chậm nhịp đột ngột

và lâu (nhịp tim chậm – bradycardia), thường là kết quả của block tim hoàn toàn, gây ra ngất đột ngột và tái đi tái lại (con Adams – Stokes<sup>d, e</sup>). Những BN này có thể có tiền sử rung nhĩ. Thông thường họ có những đợt nhịp tim nhanh (tachycardia) cũng như có những đợt nhịp tim chậm. Tình trạng này được gọi là hội chứng suy nút xoang. Hỏi BN về các loại thuốc đang uống có thể gây nhịp tim chậm (chẹn beta, digoxin, chẹn calci).

Hỏi tiền sử gia đình về những trường hợp đột tử cũng rất quan trọng. Việc tăng số lượng các kênh ion bệnh lý đang được xác định là nguyên nhân gây ngất và đột tử. Những bệnh di truyền hiếm gặp này bao gồm các hội chứng QT dài, ngắn và hội chứng Brugada<sup>f</sup>. Chúng thường được chẩn đoán bởi những thay đổi điển hình trên ECG. Ngoài ra, một số thuốc có thể gây ra hội chứng QT dài (xem List 4.4).

#### **List 4.4. Thuốc và ngất.**

##### **Kết hợp với QT kéo dài khoảng thời gian và loạn nhịp thất**

- Thuốc chống loạn nhịp: flecainide, quinidine, sotalol, procainamide, amiodarone.
- Tăng nhu động dạ dày: cisapride, domperidone.
- Kháng sinh: clarithromycin, erythromycin.
- Thuốc chống loạn thần: chlorpromazine, haloperidol.

##### **Kết hợp với nhịp tim chậm**

- Beta – blockers.
- Một số thuốc chẹn calci (verapamil, diltiazem).
- Digoxin.

##### **Kết hợp với hạ huyết áp tư thế**

- Hầu hết các thuốc hạ huyết áp, đặc biệt là thuốc chẹn calci và prazosin.
- Thuốc điều trị Parkinson.

Nguyên nhân ngất do thần kinh có liên quan với sự phục hồi chậm và có những triệu chứng hoặc dấu hiệu thần kinh sẽ còn sót lại. Những người bên cạnh cũng có thể phát hiện được những cử động bất thường nếu BN bị động kinh, mặc dù tình trạng thiếu oxy não do một rối loạn nhịp tim cũng có thể gây ra co cứng và co giật. Hoa mắt, chóng mặt xuất hiện ngay cả khi BN nằm xuống hoặc có thể tệ hơn khi đầu cử động có nhiều khả năng có nguồn gốc từ thần kinh, mặc dù nhịp tim nhanh tái phát đôi khi có thể gây chóng mặt ở bất kỳ tư thế nào. Chúng ta phải cố gắng để xác định BN chóng mặt thực sự (vertigo: mọi thứ dường như đang xoay xung quanh) hoặc tiền ngất (sấp mặt ý thức).

---

<sup>d</sup> William Stokes (1804 – 1878) kế vị cha mình là giáo sư vật lý Regius của vào năm 1840. Ông là một thành viên của "Dublin School" về y học cùng với các bác sĩ nổi tiếng như Graves, Cheyne, Adams và Corrigan. Ông là một người yêu nghệ thuật và khẳng định với học sinh của mình phải am hiểu nghệ thuật trước khi học y học.

Robert Adams (1791 – 1875) là giáo sư phẫu thuật ở Dublin và trở thành bác sĩ phẫu thuật của Nữ hoàng Victoria. Ông đã bị bệnh gút và đã viết một bài báo nổi tiếng về nó.

<sup>e</sup> Con Adams – Stokes được mô tả đầu tiên bởi Gerbezius trong năm 1691 và sau đó bởi Morgagni năm 1761; sau này là một học trò của Valsalva và cũng mô tả hội chứng Turner 170 năm trước Turner.

<sup>f</sup> Joseph, Philip và Raoul Brugada là ba anh em nhà điện sinh lý học người Tây Ban Nha một thời.

### 4.1.6. Mệt mỏi

Mệt mỏi là một triệu chứng thường thấy của suy tim. Nó có thể được kết hợp với tình trạng giảm cung lượng tim và suy giảm nguồn cung cấp máu cho hệ thống cơ xương. Có rất nhiều nguyên nhân khác gây mệt mỏi, bao gồm: thiếu ngủ, thiếu máu và bệnh trầm cảm.

#### Questions box 4.3. Những câu hỏi để hỏi BN nghi ngờ có bệnh lý mạch máu ngoại biên.

---

- ! Dấu hiệu có thể gợi ý chẩn đoán một vấn đề cấp bách hoặc nguy hiểm.
    1. Ông/bà đã có vấn đề khi đi bộ vì đau ở chân không?
    2. Ông/bà cảm thấy đau ở đâu?
    3. Ông/bà đi được bao xa thì nó đau?
    4. Liệu nó có làm cho ông/bà phải dừng lại?
    5. Liệu nó có mất đi khi ông/bà ngừng đi?
  - !
    6. Có bao giờ ông/bà đau khi nghỉ ngơi không? (thiếu máu nặng có thể đe dọa hoại tử các chi)
    7. Có những thay đổi màu sắc da trên bàn chân hoặc mắt cá chân của ông/bà không?
    8. Ông/bà có lở loét trên chân hoặc bàn chân mà không lành không?
    9. Ông/bà có từng điều trị các bệnh về động mạch ở chân trong quá khứ không?
    10. Ông/bà có bị đái tháo đường, tăng huyết áp hoặc đột quỵ hoặc nhồi máu cơ tim trong quá khứ không?
    11. Ông/bà có từng hút thuốc không?
- 

### 4.1.7. Đau cách hồi và bệnh mạch máu ngoại biên

Đau cách hồi<sup>9</sup> (intermittent claudication). Từ “claudication” từ xuất phát từ tiếng Latin để chỉ việc đi khập khiễng. BN có triệu chứng này thường sẽ bị đau một hoặc cả hai bắp chân, đùi hoặc hông khi đi bộ một khoảng nhiều hơn so với một khoảng cách nhất định nào đó. Khoảng cách này được gọi là khoảng cách “claudication”. Khoảng cách “claudication” có thể ngắn hơn khi BN đi bộ lên đồi. Bệnh sử của đau cách hồi gợi ý bệnh lý mạch máu ngoại biên do sự suy giảm nguồn cung cấp máu làm ảnh hưởng đến hệ thống cơ xương. Các yếu tố nguy cơ quan trọng nhất là hút thuốc lá, đái tháo đường, tăng huyết áp và tiền sử bệnh mạch máu nơi khác trong cơ thể, bao gồm bệnh lý mạch máu não và thiếu máu cục bộ cơ tim (xem Questions box 4.3). Khi bệnh nặng hơn làm cho chân hoặc bàn chân cảm thấy lạnh, tê và cuối cùng là đau ngay cả khi nghỉ ngơi. Đau lúc nghỉ ngơi là một triệu chứng của tổn thương nghiêm trọng nguồn cung cấp máu từ động mạch. Luôn nhớ Sáu **P** của bệnh mạch máu ngoại biên:

- **Pain**: đau.
- **Pallor**: tái nhợt.
- **Pulselessness**: mất mạch.

---

<sup>9</sup> Hoàng đế La Mã Tiberius Claudius Drusus Nero Germanicus (10 BC – 54 AD) đi khập khiễng là một số dạng của tê liệt. “Claudication” và “claudius”, có nguồn gốc không liên quan và có vẻ trùng hợp ngẫu nhiên với Claudius. “Claudicant” lần đầu tiên xuất hiện tại Anh vào năm 1624.



- Paraesthesias: dị cảm.
- Perishingly cold: lạnh.
- Paralysed: liệt.

Động mạch khoeo bị bó chặt có thể xuất hiện, đặc biệt là ở nam giới trẻ tuổi với đau cách hồi liên tục khi đi bộ nhưng không có khi chạy. Ngoài ra, hẹp ống sống thắt lưng cũng gây đau cách hồi giả: không giống như đau cách hồi mạch máu, đau ở bắp chân không giảm khi đứng, nhưng giảm bớt khi ngồi (gập cột sống) và có thể trầm trọng khi uốn đốt sống (ví dụ như đi bộ xuống dốc).

## 4.2. CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA BỆNH MẠCH VÀNH

### Questions box 4.4. Những câu hỏi để hỏi BN có yếu tố nguy cơ tim mạch.

1. Ông/bà đã từng bị đau thắt ngực hoặc nhồi máu cơ tim trong quá khứ?
2. Ông/bà có biết nồng độ cholesterol của ông/bà là bao nhiêu? Trước hoặc sau khi điều trị?
3. Ông/bà có bị đái tháo đường? Làm thế nào kiểm soát tốt tình trạng đái tháo đường?
4. Ông/bà có bị tăng huyết áp và có được điều trị không?
5. Ông/bà có hút thuốc hoặc đã từng hút thuốc? Ông/bà đã không hút bao lâu?
6. Ông/bà có vấn đề về thận?
7. Ông/bà có bị viêm khớp dạng thấp?
8. Ông/bà có uống rượu không? Bao nhiêu?
9. Đối với nam giới: ông/bà có vấn đề về tình dục? Bất thường về cương dương?
10. Trong gia đình ông/bà có ai bị đau thắt ngực hoặc nhồi máu cơ tim? Ai? Họ bao nhiêu tuổi?

Một phần quan trọng trong hỏi bệnh sử liên quan đến tim mạch là thu thập các thông tin chi tiết về yếu tố nguy cơ tim mạch của BN (xem Questions box 4.4).

Bệnh tim thiếu máu cục bộ trước đó là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất đối với thiếu máu cục bộ mới. BN có thể biết về nhồi máu trước đó hoặc đã được chẩn đoán đau thắt ngực trong quá khứ.

Tăng cholesterol máu là yếu tố nguy cơ quan trọng kế tiếp của thiếu máu cục bộ cơ tim. Nhiều BN có thể đã biết nồng độ cholesterol trong huyết thanh của họ, vì hiện nay đó là một xét nghiệm gần như được làm thường quy. Cholesterol huyết thanh toàn phần là một xét nghiệm hữu ích và mức trên 5,2 mmol/l được coi là không như mong muốn. Định lượng cholesterol (không giống như định lượng triglyceride) chính xác ngay cả khi BN không nhịn ăn. BN có bệnh mạch vành sẽ có lợi nếu nồng độ cholesterol toàn phần giảm xuống dưới 4 mmol/l. Cholesterol toàn phần cao là có ý nghĩa hơn nếu lipoprotein có trọng lượng phân tử cao (HDL) ở mức thấp (dưới 1,0 mmol/l). Nồng độ triglyceride cao có ý nghĩa là một yếu tố nguy cơ của bệnh mạch vành và càng có ý nghĩa hơn khi nồng độ cholesterol toàn phần cũng cao. Nếu một BN đã có bệnh mạch vành, lipid máu cao là một yếu tố nguy cơ quan trọng. Kiểm soát các yếu tố nguy cơ cho những BN này được gọi là phòng ngừa các biến cố thứ phát. Những BN có nhiều yếu tố nguy cơ của bệnh tim thiếu máu cục bộ (ví dụ như đái tháo đường và tăng huyết áp) nên kiểm soát mức cholesterol của họ ở mức thấp nhất. Nếu cholesterol của BN cao, cần điều chỉnh chế độ ăn uống. Điều này có thể rất khó. Điều quan trọng cần phải nhớ rằng không phải chỉ có thức ăn mới chứa cholesterol mà còn nhiều loại chất béo bão hòa góp phần hình thành cholesterol. Uống

nhieu rượu và béo phì có liên quan với tăng triglyceride.

Hút thuốc lá có lẽ là yếu tố nguy cơ quan trọng tiếp theo của bệnh tim mạch và bệnh mạch máu ngoại biên. Một số BN khai rằng mình không hút thuốc mặc dù họ bỏ hút thuốc chỉ một vài giờ trước. Số năm mà BN đã hút và số điều thuốc hút mỗi ngày đều rất quan trọng (được ghi nhận là gói – năm). Mục ý nghĩa về tiền sử hút thuốc ở một BN không hút thuốc trong nhiều năm còn đang gây tranh cãi. Các nguy cơ của bệnh tim thiếu máu cục bộ có triệu chứng giảm dần trong những năm sau khi họ ngừng hút thuốc. Sau khoảng 2 năm, nguy cơ nhồi máu cơ tim giảm xuống mức tương tự như đối với những người chưa bao giờ hút thuốc. Sau 10 năm nguy cơ phát triển đau thắt ngực giảm xuống gần bằng với người không hút thuốc.

Tăng huyết áp là một yếu tố nguy cơ quan trọng khác của bệnh mạch vành. Cần tìm hiểu xem, tăng huyết áp được chẩn đoán đầu tiên khi nào, đã điều trị với những gì, nếu có, thì còn duy trì hay không (xem Questions box 4.4). Điều trị tăng huyết áp sẽ làm giảm nguy cơ của bệnh tim thiếu máu cục bộ, bệnh tim do tăng huyết áp, suy tim và bệnh mạch máu não (đột quỵ). Điều trị tăng huyết áp cũng cho thấy làm giảm nguy cơ phì đại thất trái.

Một tiền sử gia đình về bệnh động mạch vành làm tăng nguy cơ cho BN, đặc biệt là nếu ở thế hệ đầu (cha mẹ hoặc anh chị em ruột) và nếu nó đã ảnh hưởng đến những người này trước tuổi 60. Không phải tất cả bệnh tim, tuy nhiên ở bệnh tim thiếu máu cục bộ, một BN có người thân bị bệnh thấp tim sẽ có nguy cơ cao thiếu máu cục bộ cơ tim không cao hơn so những người khác.

Tiền sử đái tháo đường cũng làm tăng nguy cơ bệnh tim thiếu máu cục bộ lên rất nhiều. Một BN đái tháo đường không có tiền sử bệnh tim thiếu máu cục bộ có nguy cơ nhồi máu cơ tim tương tự như những người không bị đái tháo đường nhưng đã có nhồi máu cơ tim trước đó. Điều quan trọng là phải xác định xem BN đã bị bệnh đái tháo đường bao lâu và bắt đầu điều trị bằng insulin khi nào. Kiểm soát đường huyết tốt ở BN đái tháo đường làm giảm nguy cơ này. Cần cố gắng kiểm soát tốt đường huyết khi phát hiện BN đái tháo đường.

Bệnh thận mạn tính gắn với một nguy cơ mắc bệnh tim mạch rất cao. Điều này có thể liên quan việc gia tăng sản xuất canxi – phosphate. Nguy cơ này có thể kiểm soát bằng cách can thiệp chế độ ăn uống, “chất mang phosphate”, lọc máu hiệu quả hoặc ghép thận. Bệnh tim thiếu máu cục bộ là nguyên nhân gây chết thường gặp nhất ở BN có bệnh thận cần phải lọc máu.

Các bệnh viêm nhiễm mạn tính như viêm khớp dạng thấp cũng làm gia tăng đáng kể nguy cơ của các bệnh lý mạch máu.

Rối loạn chức năng cương dương là yếu tố nhạy cảm cho thấy có bất thường lớp nội mô động mạch và là một yếu tố nguy cơ hoặc là chỉ điểm cho các bệnh lý mạch máu.

Sự hiện diện của nhiều yếu tố nguy cơ làm cho việc kiểm soát từng yếu tố càng quan trọng hơn. Kiểm soát tích cực các yếu tố nguy cơ thường được chỉ định ở những BN này.

Cần lưu ý rằng trong chẩn đoán đau thắt ngực, các triệu chứng điển hình của BN cần được xem xét hơn sự xuất hiện của các yếu tố nguy cơ, chỉ làm tăng nhẹ khả năng thiếu máu cục bộ ở những BN bị đau ngực. Bệnh tim thiếu máu cục bộ trước đó là một ngoại lệ. Chắc chắn một BN đã từng đau thắt ngực trước đó và nói họ có xuất hiện một lần nữa là

luôn luôn đúng.

Tiền sử sâu răng hoặc nhiễm trùng là quan trọng đối với những BN có bệnh van tim, vì nó đặt họ vào nguy cơ viêm nội tâm mạc nhiễm trùng. Sâu răng cũng có thể làm tăng nguy cơ của bệnh tim thiếu máu cục bộ. Hỏi về số lần đến nha sĩ và nhận thức của BN về sự cần thiết sử dụng kháng sinh dự phòng trước khi nhổ răng<sup>h</sup> (và một số phẫu thuật khác). Bác sĩ phẫu thuật tim sẽ không thay thế van tim cho những người có răng hoặc nướu bị nhiễm bệnh vì sợ lây nhiễm trên van nhân tạo.

### 4.3. TIỀN SỬ ĐIỀU TRỊ VÀ SỬ DỤNG THUỐC

Các loại thuốc BN đang dùng thường cung cấp một manh mối tốt để chẩn đoán. Tìm hiểu về bất kỳ tác động xấu nào từ thuốc được sử dụng hiện tại hoặc trước đó. Tiền sử phẫu thuật cũng phải được điều tra. BN có thể đã ngưng mạch vành hoặc bắt cầu động mạch vành trước đó và có thể biết được có bao nhiêu động mạch được ngưng ra hoặc được bắt cầu. Nếu BN không thể cung cấp được bệnh sử, một vết sẹo ở giữa xương ức và những vết sẹo ở chân (gợi ý đường mổ lấy tĩnh mạch hiển trước đây) sẽ giúp hỗ trợ chẩn đoán.

BN suy tim có thể được khuyến cáo nên hạn chế lượng nước uống hàng ngày. Hãy hỏi lượng nước đã được khuyến cáo (thường là 1500 ml). Họ cũng có thể được khuyên nên cân trọng lượng hàng ngày và tăng liều thuốc lợi tiểu của họ nếu trọng lượng tăng lên. Hãy hỏi về những lời khuyên đã được đưa ra về việc này.

Sử dụng ma túy cũng có liên quan. Việc sử dụng cocaine hoặc các chất kích thích cũng là một nguyên nhân quan trọng của nhồi máu cơ tim ở người trẻ tuổi.

### 4.4. TIỀN SỬ BẢN THÂN

BN có tiền sử đau thắt ngực trước đây hoặc nhồi máu cơ tim vẫn có nguy cơ cao về thiếu máu cục bộ cơ tim. Nó rất hữu ích tại thời điểm này để tìm hiểu cách chẩn đoán bệnh tim thiếu máu cục bộ đã được thực hiện và đặc biệt là cận lâm sàng đã được tiến hành. BN cũng có thể nhớ rõ về các test gắng sức hoặc chụp mạch vành và một số BN thậm chí có thể nhớ có bao nhiêu động mạch vành bị hẹp, có bao nhiêu cầu nối động mạch vành (có nhiều hơn ba cầu nối thường có mức chính xác cao hơn). Các BN ngưng mạch vành có thể biết có bao nhiêu động mạch được ngưng và có đặt stent hay không (thường được gọi là stent mạch vành bởi BN và bác sĩ phẫu thuật tim). Hội chứng vành cấp hiện nay thường được điều trị sớm bằng ngưng động mạch vành.

BN có thể nhớ lại đã được chẩn đoán sốt thấp khớp lúc nhỏ của họ. Một BN bệnh trong một thời gian dài khi còn nhỏ cũng có thể có sốt thấp khớp. Tiền sử múa giật (cử động nhanh tự ý bất thường) gắn liền với sốt thấp khớp ở bé gái. Tiền sử sốt thấp khớp làm tăng nguy cơ bị thấp tim.

Tăng huyết áp có thể là do hoặc làm nặng hơn bởi hoạt động và chế độ ăn uống của BN (xem questions box 4.5). Dùng muối nhiều trong bữa ăn, sử dụng rượu lượng vừa phải

---

<sup>h</sup> Điều này có nghĩa là việc sử dụng một hoặc hai liều kháng sinh nhất định trước và sau khi phẫu thuật vì phẫu thuật này có thể dẫn đến nhiễm khuẩn huyết (sự xuất hiện của vi trùng trong máu) và khả năng nhiễm các bệnh lý valve tim (viêm nội tâm mạc). Nồng độ kháng sinh trong máu tại thời điểm làm phẫu thuật được nghĩ rằng sẽ phòng ngừa (nhưng chưa chứng minh được) viêm nội tâm mạc.

hoặc nhiều, ít vận động, béo phì và bệnh thận, tất cả những yếu tố đó góp phần làm tăng huyết áp. Thuốc kháng viêm nonsteroid gây giữ muối và nước, cũng có thể làm trầm trọng thêm tình trạng tăng huyết áp. Hỏi về những lời khuyên trước đó để điều chỉnh các yếu tố này, cũng như bất kỳ thuốc nào để điều trị tăng huyết áp khi hỏi bệnh đối với những BN tăng huyết áp.

#### **Questions box 4.5. Những câu hỏi để hỏi BN tăng huyết áp.**

1. Ông/bà có dùng nhiều muối trong bữa ăn hoặc ăn các loại thực phẩm chứa muối hoặc snack?
2. Ông/bà có kiểm tra cân nặng gần đây không?
3. Ông/bà uống bao nhiêu rượu?
4. Ông/bà tập thể dục hình thức nào và bao nhiêu?
5. Ông/bà có đo huyết áp ở nhà? Ông/bà ghi nhận bao nhiêu?
6. Ông/bà có sử dụng bất kỳ loại thuốc huyết áp hiện tại không? Ông/bà có uống các loại thuốc này trong quá khứ không? Thuốc đó có tác dụng gì với ông/bà?
7. Ông/bà có đang uống thuốc NSAIDs? Steroid?
8. Ông/bà có bất kỳ vấn đề nào về thận không? Máu trong nước tiểu? Mắt cá chân sưng phù? Khó thở?

### **4.5. TIỀN SỬ XÃ HỘI**

Cả hai bệnh thiếu máu cơ tim và bệnh thấp tim là những bệnh lý mạn tính có thể ảnh hưởng đến khả năng hoạt động bình thường của BN. Do đó, điều quan trọng là tìm hiểu xem tình trạng của bệnh đã ngăn cản họ làm việc như thế nào và trong khoảng thời gian bao lâu. Ví dụ BN bị suy tim nặng có thể cần phải có những điều chỉnh để sắp xếp cuộc sống của mình để họ không phải đi bộ lên và xuống cầu thang ở nhà.

Hầu hết các bệnh viện đều có các chương trình phục hồi chức năng tim cho BN có bệnh tim thiếu máu cục bộ hoặc suy tim mạn tính. Họ cung cấp các lớp tập thể dục có thể giúp BN lấy lại niềm tin và thể chất cho họ, cùng với các lớp thông tin về chế độ ăn uống, thuốc điều trị và có thể giúp đỡ về các vấn đề tâm lý. Tìm hiểu xem BN đã được tham gia vào một trong những chương trình này hay chưa và nó có ích không. Có phải dịch vụ này được sử dụng như một công cụ để liên hệ với BN nếu họ có quan tâm về các triệu chứng mới hoặc các thuốc điều trị?

Sự phục hồi sự tự tin và lòng tự trọng là những vấn đề rất quan trọng đối với BN và gia đình của họ trước một căn bệnh đe dọa tính mạng.

### **4.6. TIỀN SỬ GIA ĐÌNH**

Một số bệnh tim có di truyền. Khởi phát của bệnh tim ở độ tuổi trẻ (ví dụ như kết quả của tăng cholesterol máu có tính chất gia đình) hoặc đột tử trong gia đình (ví dụ như bệnh cơ tim phì đại, hội chứng Brugada) nên làm tăng nỗi ám ảnh về bệnh di truyền.

## T&O'C essentials

1. Khó thở có thể do tim, hô hấp hoặc các vấn đề khác. Hỏi bệnh sử cẩn thận sẽ giúp phân loại. Khó thở do tim (tức là khó thở do suy tim) tăng lên khi gắng sức hoặc khi BN nằm.
2. Đau ngực có thể không do tim nhưng bệnh sử thường có chứa đựng manh mối quan trọng giúp phân loại ra các chẩn đoán.
3. Bệnh tim thiếu máu cục bộ nên được nghi ngờ từ bệnh sử. Khi cơn đau thắt ngực ổn định, cơn đau hoặc khó chịu xảy ra khi gắng sức và giảm khi nghỉ ngơi. Một sự gia tăng gần đây về tần số hoặc xảy ra các cơn đau khi nghỉ ngơi gợi ý đau thắt ngực xấu hơn.
4. Chóng mặt và ngất có thể có nguyên nhân tim mạch và không do tim. Khai thác đúng bệnh sử sẽ cho chẩn đoán chính xác trong nhiều trường hợp và chỉ định các cận lâm sàng tốt nhất.
5. Đánh giá các yếu tố nguy cơ tim mạch mất ít thời gian và phải được làm thường quy.
6. BN biết rằng bệnh tim có thể đe dọa tính mạng và nó đôi khi gây ra đột tử. Khai thác bệnh sử bao gồm những câu hỏi đánh giá đúng về tác động của căn bệnh.

## OSCE ôn tập

### Bệnh sử bệnh lý tim mạch

**Topic này thường hay gặp trong OSCE, sẽ giúp ích khi ôn tập lại.**

1. Hỏi BN này về yếu tố nguy cơ bệnh tim thiếu máu cục bộ.
2. Người đàn ông này đã có vấn đề với đau ngực. Hãy khai thác tiền sử từ ông ấy.
3. Người phụ nữ này ngày càng khó thở trong 3 tháng qua. Hãy khai thác tiền sử từ bà ấy.
4. Hãy khai thác tiền sử từ người phụ nữ đã có đánh trống ngực.
5. Người đàn ông này có thể có đau cách hồi. Hãy khai thác tiền sử từ ông ấy.
6. Người phụ nữ trẻ này bị hoa mắt. Hãy khai thác tiền sử từ bà ấy.
7. Người đàn ông này đã được chẩn đoán gần đây bị tăng huyết áp. Khai thác tiền sử từ ông ấy.

## Bài test OSCE

### Bệnh sử bệnh lý tim mạch

**Ông Smith 56 tuổi bị đau ngực. Hãy trình bày cách khai thác bệnh sử của ông ấy.**

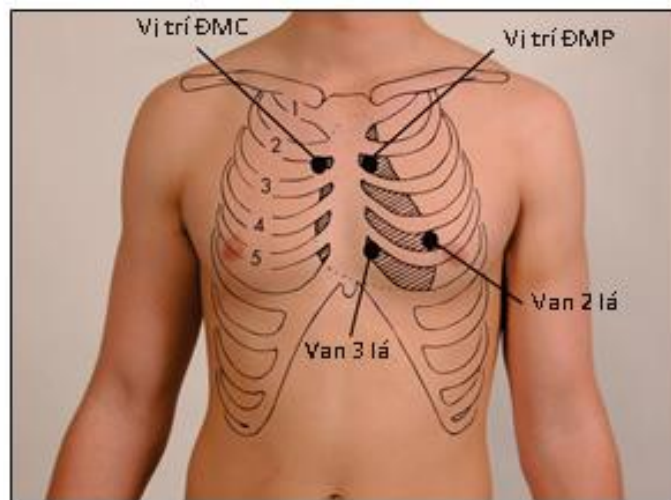
1. Giới thiệu bản thân và giải thích rằng bạn sẽ hỏi một số câu hỏi về vấn đề gần đây của BN.
2. Hãy hỏi ông ấy đau hay khó chịu như thế nào. Nếu cần thiết, đưa ra một số giải pháp thay thế; ví dụ: liệu có phía kiểu như vật nhọn hay vật tù đâm hoặc đè nặng hay xiết chặt?
3. Nơi nào ông cảm thấy đau? Cho tôi xem.
4. Liệu nó có lan ra nơi nào khác? Đến cánh tay hoặc quai hàm?
5. Khi nào nó đau? Khi ông đang đi bộ hoặc tập thể dục? Nó có tăng lên nếu ông đi bộ sau bữa ăn hoặc trong thời tiết lạnh không?
6. Liệu nó mất đi khi ông ngừng hoặc đi chậm lại? Sau bao lâu thì nó giảm xuống?
7. Nó xấu đi hoặc bị trở lại khi ông hoạt động ít hơn không?
8. Nó có xuất hiện khi ông làm bất cứ điều gì không?
9. Ông đã sử dụng thuốc viên hoặc ngậm (nitrat) dưới lưỡi không? Điều đó có giúp giảm đau không? Nếu vậy, sau bao lâu nó trở nên có hiệu quả? '
10. Ông có bất kỳ bệnh tim nào trước đó không? Loại gì? Ông đã điều trị thế nào?
11. Ông đã có tăng huyết áp hoặc tăng cholesterol? Nó đã được điều trị chưa?
12. Ông có hút thuốc không? Hay đã từng hút thuốc?
13. Trong gia đình ông có ai có vấn đề về tim mạch? Ai và họ bao nhiêu tuổi?
14. Có bất kỳ việc kiểm tra tim mạch nào gần đây được thực hiện: một ECG hoặc một test gắng sức? Ông có biết kết quả không?

Trần Nhật Quang, Tăng Trung Hiếu

*Người già thì các động mạch cũng già đi.  
Thomas Sydenham*

### 5.1. GIẢI PHẪU

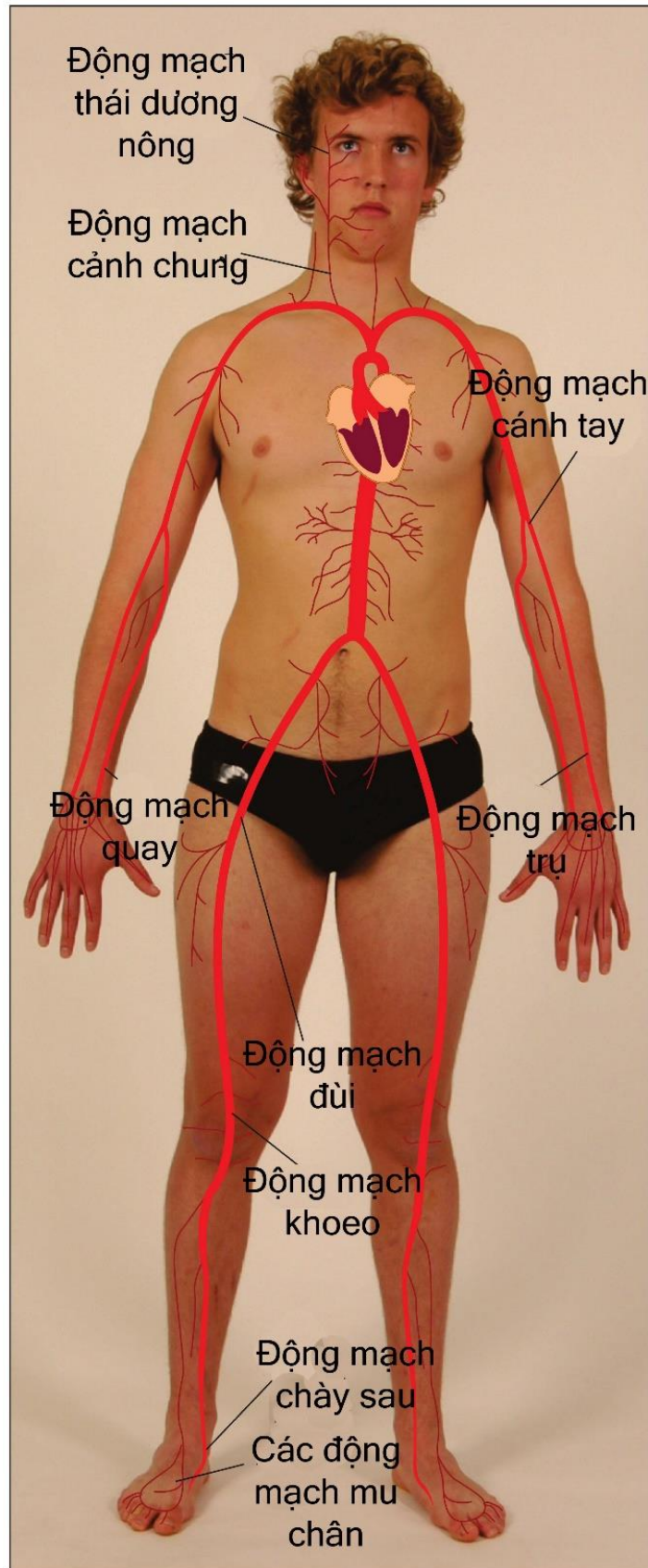
Sự co bóp của quả tim là kết quả của những chuyển động xoắn mà thông thường có thể sờ được (diện đập mồm tim) và đôi khi có thể nhìn thấy trên phần ngực phía trước tim – vùng trước tim<sup>a</sup> (praecordium). Máu qua tim và van tim đổ vào các mạch máu lớn của cơ thể có thể tạo ra nhiều âm thanh thú vị và tạo nhịp đập trong động mạch, sau đó đi đến các tĩnh mạch ở phần xa cơ thể. Các dấu hiệu của bệnh tim có thể được phát hiện bằng cách thăm khám vùng trước tim và các động, tĩnh mạch của cơ thể.



**Hình 5.1. Vị trí tốt nhất để nghe tim liên quan tới các vị trí giải phẫu của van tim.**

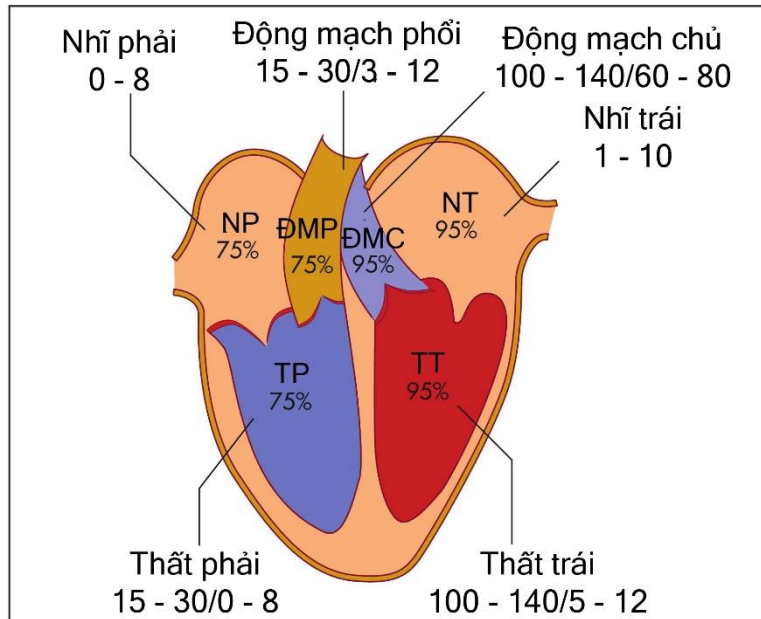
Cần phải ghi nhớ giải phẫu bề mặt của tim và van tim (xem Hình 5.1) và vị trí các động mạch sờ thấy được (xem Hình 5.2) khi thăm khám hệ thống tim mạch. Ngoài ra, sinh lý dòng máu qua vòng tuần hoàn lớn và vòng tuần hoàn phổi cần phải được nắm rõ cũng như chu chuyển tim và các nguyên nhân gây ra âm thổi (xem Hình 5.3).

<sup>a</sup> Bắt nguồn từ chữ Latin số nhiều *praecordia*, có nghĩa là các bộ phận của cơ thể dưới tim, nhưng cũng là nơi của cảm giác và cảm xúc. Trong tài liệu y khoa tiếng Latin có nghĩa là giống như tiếng Anh: phần của cơ thể trước tim.

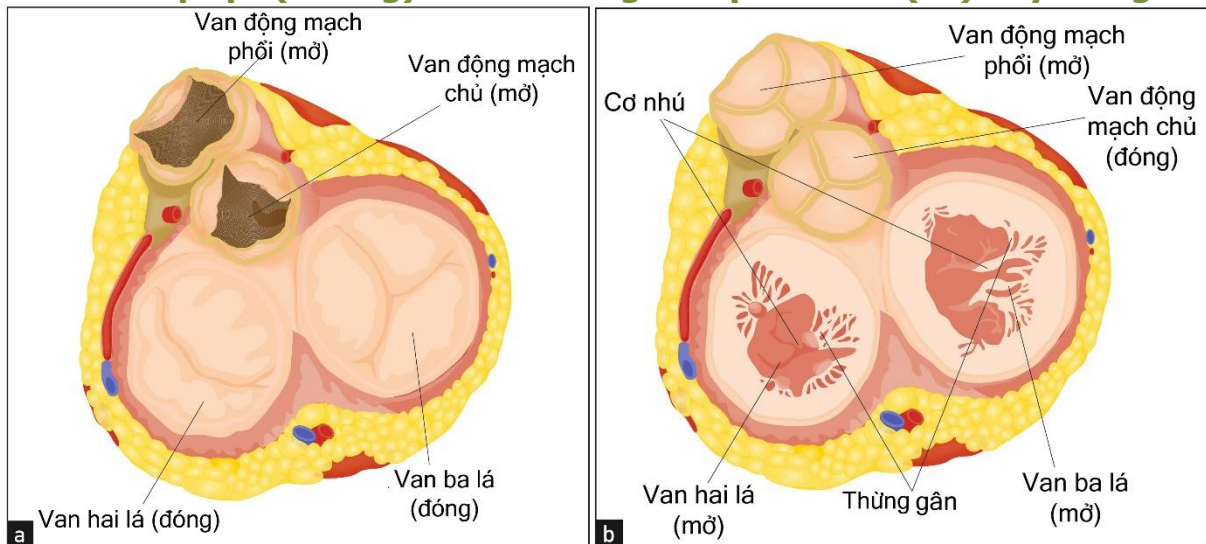


**Hình 5.2. Các động mạch bắt được.**





**Hình 5.3. Áp lực (mmHg) bình thường và độ bão hòa (%) oxy trong tim.**



**Hình 5.4. Các van tim trong thì (a) tâm thu và (b) tâm trương.**

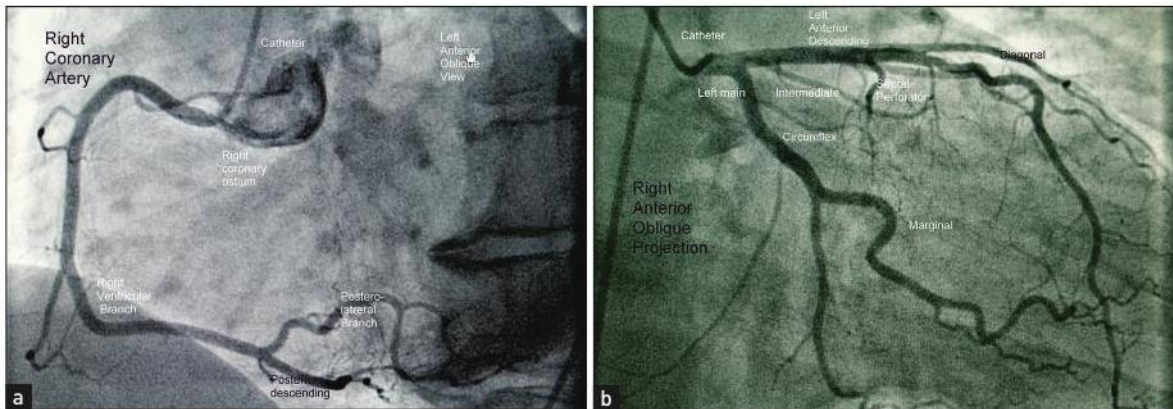
Các van tim chia cách tâm nhĩ với tâm thất (van nhĩ thất hoặc van hai lá và van ba lá) và các tâm thất với các mạch máu lớn tương ứng. Hình 5.4 cho thấy bộ khung xơ hỗ trợ bốn van và sự xuất hiện của nó trong quá trình tâm thu (co lại) và tâm trương (dãn ra) <sup>b</sup>.

Cơ tim được cấp máu bởi ba động mạch vành <sup>c</sup> (xem Hình 5.5). Động mạch vành trái xuất phát từ xoang vành trái valsalva và chia thành nhánh trái trước xuống (LAD) cung cấp máu cho thành trước tim và nhánh mũ (Cx) cung cấp máu cho phía sau của tim. Động

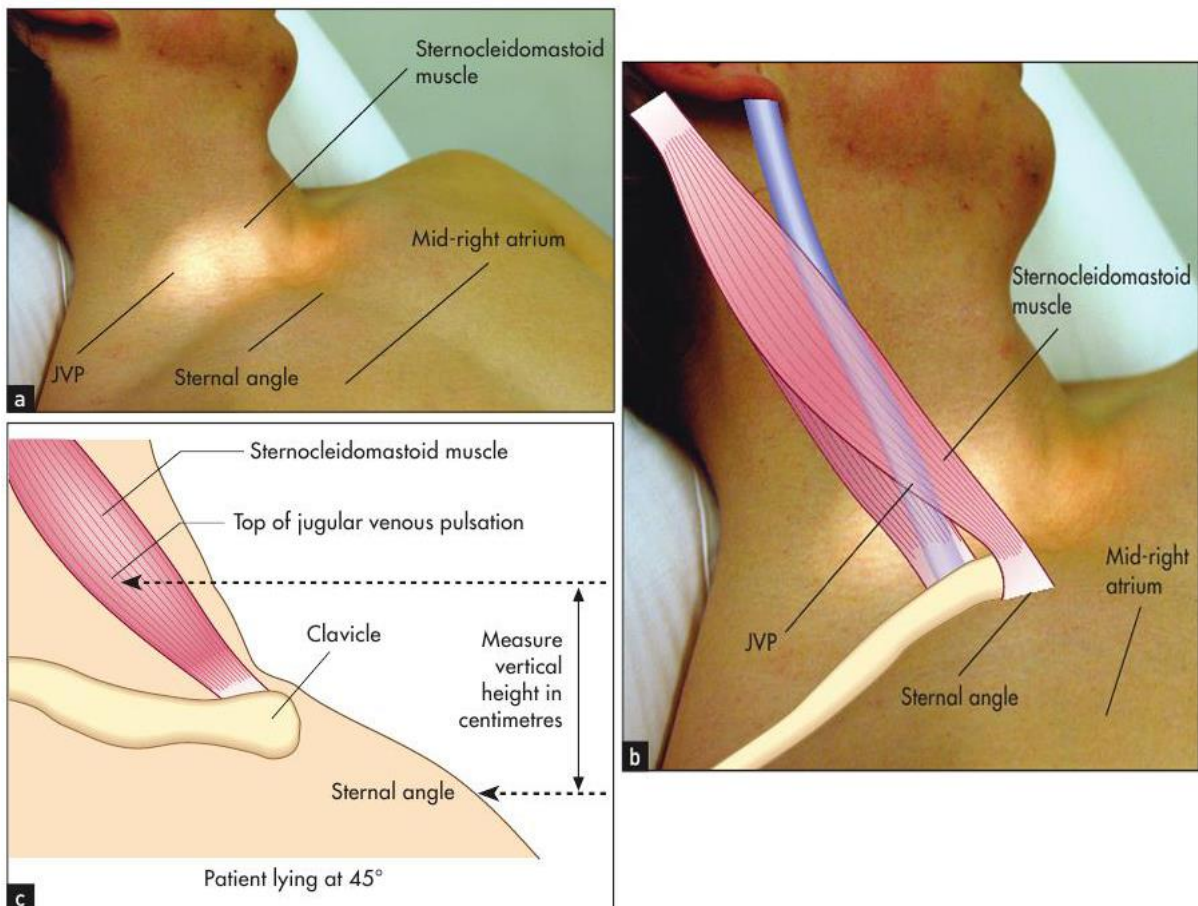
<sup>b</sup> Tâm thu (systole) có nguồn gốc từ tiếng Hy Lạp nghĩa là sự co lại và ban đầu được áp dụng cho một nguyên âm thường được phát âm dài, rút ngắn để lướt qua. Tâm trương có nghĩa ngược lại.

<sup>c</sup> Tên từ Latin: corona, có nghĩa là một vòng hoa hoặc vương miện. Các động mạch vành trông giống như một vòng hoa được treo trên bề mặt của tim.

mạch vành phải (RCA) xuất phát từ xoang Valsalva bên phải và cung cấp máu cho thành dưới của thất trái và phải. Các động mạch vành thường được mô tả như là các động mạch trên bề mặt của tim. Nó phải chạy qua bề mặt của tim hoặc bị ép trong thì tâm thu thất.



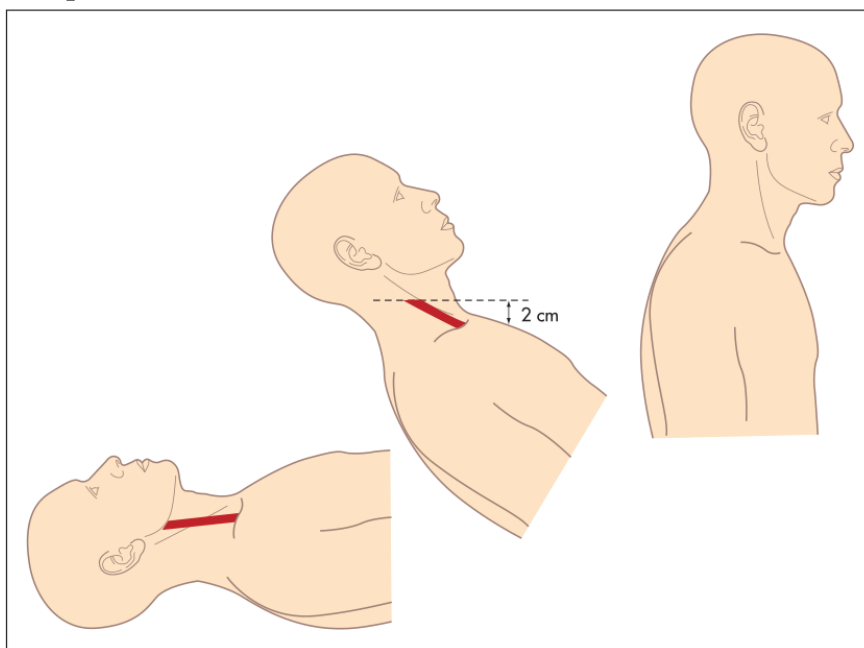
**Hình 5.5. Ba động mạch vành. (a) hình chụp động mạch vành phải, (b) hình chụp động mạch vành trái và động mạch mũ.**



**Hình 5.6. Áp lực tĩnh mạch cảnh (JVP). (a) đo JVP với BN nằm đầu cao 45°, mối tương quan giữa cơ ức đòn chũm, JVP, góc ức và giữa tâm nhĩ phải thấy rõ trên hình; (b, c) giải phẫu vùng cổ cho thấy tương quan giữa các cấu trúc mạch máu chính, xương đòn và cơ ức đòn chũm. Xem thêm Hình 5.7.**

Sự đổ đầy tim phải từ các tĩnh mạch hệ thống có thể được đánh giá bằng cách khám các tĩnh mạch cảnh ở cổ (xem Hình 5.6) và sờ gan. Những tĩnh mạch này đổ vào tâm nhĩ phải.

Tĩnh mạch cảnh trong nằm sâu trong cơ ức đòn chũm, trong khi tĩnh mạch cảnh ngoài lại nằm ở phía ngoài. Theo truyền thống, sử dụng các tĩnh mạch cảnh ngoài để ước tính áp lực tĩnh mạch là không được khuyến khích, nhưng tĩnh mạch cảnh trong và ngoài thường cho kết quả gần tương đương nhau. Các tĩnh mạch bên trái ít chính xác bởi vì nó đi qua từ phía bên trái của ngực trước khi đổ vào tâm nhĩ phải. Xung động xảy ra ở các tĩnh mạch bên phải phản ánh các chuyển động phần đầu cột máu đi trực tiếp vào tâm nhĩ phải. Cột này máu có thể được sử dụng như một áp kế và cho phép chúng ta quan sát sự thay đổi áp lực trong tâm nhĩ phải.



**Hình 5.7. Những thay đổi trong chiều cao của JVP khi BN ngồi dậy.**

Theo quy ước, lấy góc xương ức làm điểm zero và các xung động cao nhất trong tĩnh mạch cảnh trong, nhìn thấy được ở vị trí này khi BN nằm đầu cao  $45^\circ$  (đo bằng cm). Một người thể trạng trung bình, tâm nhĩ phải thấp hơn 5 cm so với điểm zero (xem Hình 5.6a và Hình 5.7) <sup>d</sup>.

## 5.2. TƯ THẾ BỆNH NHÂN

Thăm khám hệ thống tim mạch sẽ cho kết quả phù hợp nếu thăm khám đúng cách. Có nhiều phương pháp tiếp cận có giá trị tương đương nhau, nhưng việc tiếp cận chính xác không quan trọng bằng việc có một phương pháp khám toàn diện, tạo ấn tượng tốt và đảm bảo rằng không có phần quan trọng nào của thăm khám bị bỏ qua.

Đầu tiên, bộc lộ và đặt BN ở một tư thế thích hợp và tạm dừng lại đôi chút để quan sát

<sup>d</sup> Đây là phương pháp của Lewis. Sir Thomas Lewis (1881 – 1945), một bác sĩ tim mạch tiên phong của Anh, đã mô tả việc sử dụng giường bệnh để đánh giá áp lực tĩnh mạch cảnh như một cách để ước lượng áp lực tĩnh mạch trung tâm vào năm 1930.

các biểu hiện toàn thân của. Sau đó bắt đầu thăm khám chi tiết hai bàn tay của BN, nhịp tim và khám nhẹ nhàng đi từ cổ, mặt và đến vùng trước tim. Bảng tóm tắt của một phương pháp khám toàn diện được nêu CHƯƠNG 8.



**Hình 5.8. Khám tim mạch: tư thế BN.**

Điều quan trọng là BN phải nằm trên giường kê gối dưới đầu để đầu cao ở 45° (xem Hình 5.8). Đây là tư thế thường sử dụng để đánh giá áp lực tĩnh mạch cảnh (JVP). Ngay cả “đôi tượng” khám tim mạch là BN ngoại trú hoặc tiền phẫu có thể được khám đầy đủ chỉ khi BN nằm xuống (ghế thăm khám nên có sẵn). Trong khi nghe tim, thăm khám tốt nhất cần thiết BN phải nằm ở nhiều tư thế khác nhau, điều này sẽ được thảo luận sau.

### **5.3. KHÁM TOÀN TRẠNG**

Nhìn vào toàn trạng sức khỏe của BN. Liệu họ có bị bệnh không? Nếu vậy, hãy thử tìm hiểu lý do tại sao chúng ta đã hình thành ấn tượng đó trong đầu. Lưu ý, BN thở nhanh và khó khăn, gợi ý tình trạng khó thở.

BN có dáng vẻ của người bị suy kiệt: đó có thể là sụt cân và teo cơ nghiêm trọng. Những dấu hiệu này thường là do các bệnh lý ác tính, nhưng cũng có thể gặp suy tim nặng (suy kiệt do tim). Nó có thể là sự kết hợp của bệnh lý chán ăn (do sung huyết gan), suy giảm hấp thu ở đường ruột (do tắc nghẽn các tĩnh mạch ở ruột) và tăng nồng độ của cytokines gây viêm như TNF –  $\alpha$ .

Ngoài ra còn có một số hội chứng có liên quan với bệnh lý tim mạch nào đó. Hội chứng Marfan <sup>e</sup> (xem Hình 5.9), hội chứng Down <sup>f</sup> và hội chứng Turner <sup>g</sup> là những ví dụ quan

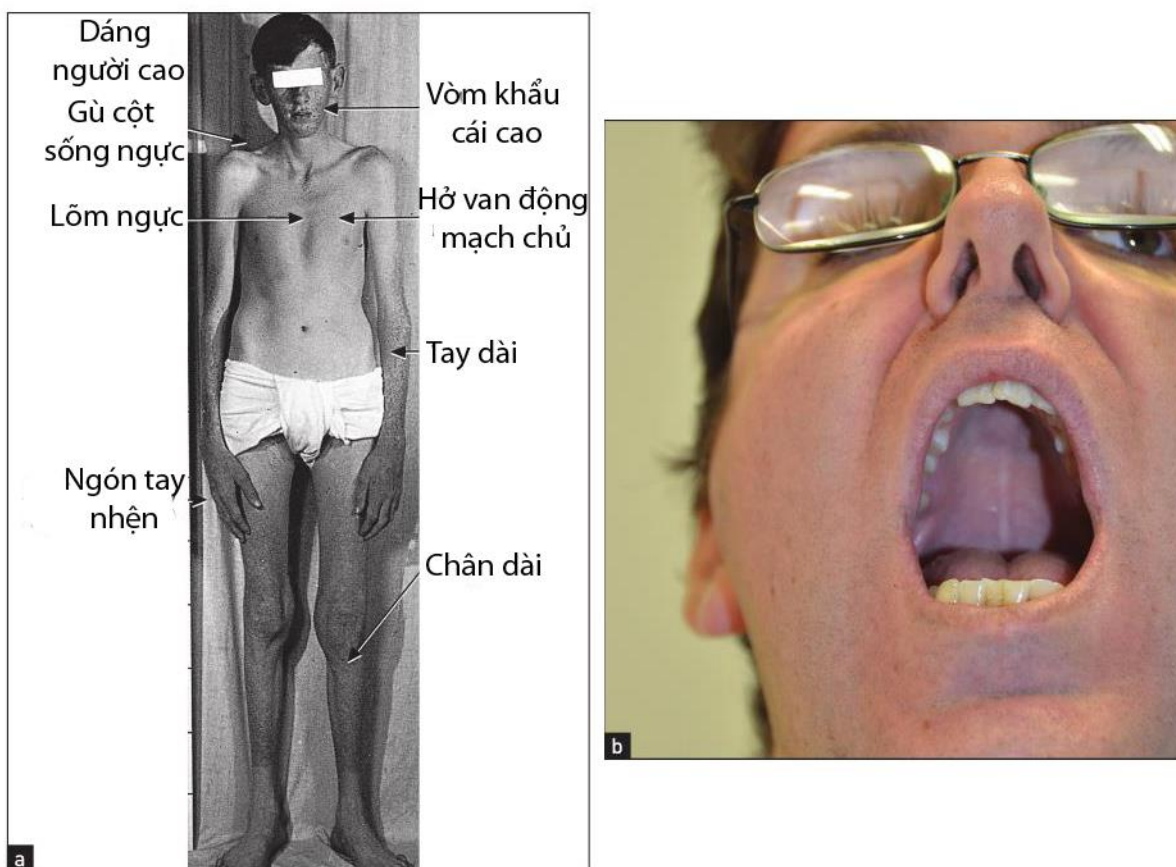
---

<sup>e</sup> Bernard – Jean Antonin Marfan (1858 – 1942), bác sĩ người Pháp và giáo sư đầu tiên của y học dự phòng tại Paris.

<sup>f</sup> John Langdon Down (1828 – 1896), phụ tá bác sĩ đến Bệnh viện London và người sáng lập của Bệnh viện Tâm thần Normansfield. Ông mô tả các hình ảnh lâm sàng của “mongolism” – hội chứng Down vào năm 1866.

<sup>g</sup> Henry Hubert Turner (1892 – 1970), giáo sư y học lâm sàng, Đại học Oklahoma. Ông mô tả hội chứng này năm 1938.

trọng.



**Hình 5.9. (a) hội chứng Marfan: dáng người cao, gù cột sống ngực, lõm ngực bẩm sinh, ngón tay nhện, chân tay dài, hở van động mạch chủ và vòm hầu cao; (b) vòm hầu cao.**

#### **5.4. BÀN TAY**

Cầm tay phải của BN. Đầu tiên hãy quan sát các móng tay, xem có dấu hiệu ngón tay dài trông hay không. Ngón tay dài trông là sự gia tăng mô mềm ở đầu xa của các ngón tay hoặc ngón chân. Có nhiều nguyên nhân dẫn đến ngón tay dài trông (xem List 5.1). Cơ chế chưa được biết rõ ràng nhưng có một số giả thuyết được đưa ra. Một giả thuyết hiện nay là yếu tố tăng trưởng tiểu cầu (platelet – derived growth factor –PDGF), phóng thích từ các mẫu tiểu cầu có nhân không lồ và cụm tiểu cầu gây thuyên tắc trong các giòng móng từ đó làm tăng sinh sợi mạch. Mẫu tiểu cầu nhân không lồ và cụm tiểu cầu thường không đi vào tuần hoàn động mạch. Kích thước lớn (đến 50  $\mu\text{m}$ ) ngăn cản chúng đi qua các mao mạch phổi khi chúng được phóng thích từ tủy xương. Trong điều kiện đó tiểu cầu có thể vón cục khi lưu thông trong động mạch (viêm nhiễm ở các van tim) hoặc đi qua mao mạch phổi (gặp trong shunt phải – trái liên quan với bệnh tim bẩm sinh), nó có thể đến hệ tuần hoàn lớn và bị mắc kẹt trong các mao mạch tận ở các ngón tay và ngón chân. Tồn thương các mao mạch phổi do các rối loạn khác nhau tại phổi có thể có hiệu ứng tương tự.

Thăm khám đúng đối với BN có ngón tay dài trông bao gồm quan sát móng tay và móng chân từ phía bên để xác định xem có mất góc hợp giữa giòng móng và ngón – góc dưới móng (xem Hình 5.10). Dấu hiệu Schamroth là sự biến mất của khoảng trống hình

kim cương khi chúng ta yêu cầu BN đưa hai móng của hai ngón tay tương ứng ở hai bàn tay đặt đối mặt với nhau (xem Hình 5.11)<sup>h</sup>. Một thông số được chấp nhận là tỷ lệ độ sâu liên đốt. Các kích thước trước sau (AP) của ngón tay được đo tại khớp liên đốt ngón xa và so với đường kính trước sau ở điểm mà da tiếp xúc với móng tay. Tỷ lệ lớn hơn 1 có nghĩa là ngón tay dài trông<sup>i</sup>. Cuối cùng là dấu hiệu đốt xa ngón ta to ra, do sưng nề mô mềm. BN hầu như không bao giờ để ý rằng họ có ngón tay dài trông, ngay cả khi nó đã rất nghiêm trọng. Họ thường ngạc nhiên khi bác sĩ của họ quan tâm đến nó như một phần bất thường về mặt giải phẫu.

### List 5.1. Các nguyên nhân gây ngón tay dài trông.

#### Thường gặp

- Hệ tim mạch
- + Bệnh tim bẩm sinh có tím.
- + Viêm nội tâm mạch nhiễm trùng.
- Hô hấp
- Ung thư phổi (thường không do carcinoma tế bào nhỏ).
- Nhiễm trùng phổi mạn tính:
  - Dẫn phế quản.
  - Áp xe phổi.
  - Viêm mủ màng phổi.
- Xơ hóa phổi vô căn.

#### Ít gặp

- Hô hấp
- + Xơ hóa nang.
- + Bệnh phổi amiang.
- + U trung mô màng phổi (loại xơ lạnh tính) hoặc u xơ màng phổi.

#### - Tiêu hóa

- + Xơ gan (đặc biệt xơ gan mật).
- + Viêm đường ruột.
- + Các bệnh lý của các tạng trong ổ bụng
- Nhiễm độc giáp
- + Gia đình (thường là trước tuổi dậy thì) hoặc vô căn.

#### Hiếm gặp

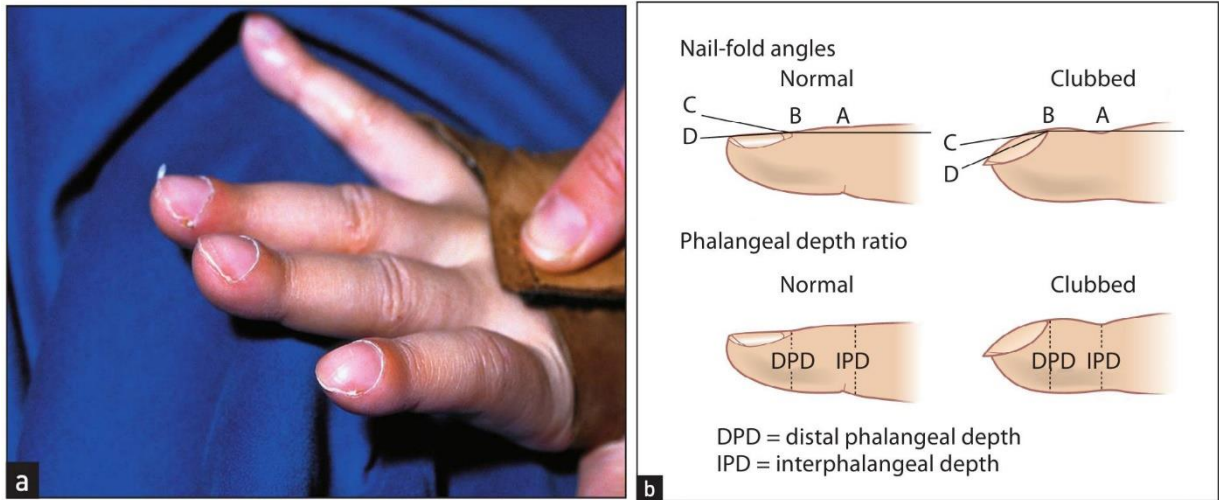
- Khối u thần kinh cơ hoành.
- Mang thai.
- Bệnh tuyến cận giáp thứ phát.
- Ngón tay dài trông một bên
- + Phình động tĩnh mạch phế quản.
- + Phình động mạch nách.

Trước khi chuyển sang thăm khám bộ phận khác, hãy cố gắng tìm những mảng xuất huyết ở các giương móng chân, tay (xem Hình 5.12). Các đường xuất huyết này nằm song song với trục dọc của móng. Nó thường do chấn thương, đặc biệt ở những người lao động chân tay. Tuy nhiên, một nguyên nhân quan trọng cần phải được loại trừ là viêm nội tâm mạch nhiễm trùng, hoặc nhiễm trùng van tim hoặc một phần của nội tâm mạc. Dấu hiệu xuất huyết này có thể là hậu quả của viêm mạch máu ở giương móng tay, nhưng điều này còn đang gây tranh cãi. Nguyên nhân hiếm hơn gây xuất huyết giương móng bao gồm viêm mạch máu như trong viêm khớp dạng thấp, viêm đa động mạch dạng nút hay hội

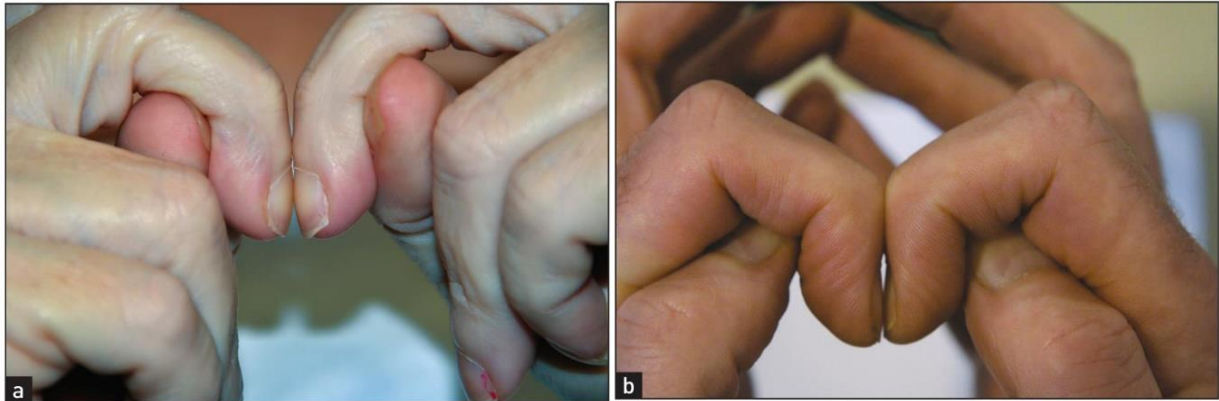
<sup>h</sup> Bác sĩ tim mạch nổi tiếng của Nam Phi Leo Schamroth phát hiện ngón tay dài trông như là kết quả của viêm nội tâm mạc vào năm 1976. Khi bệnh tiến triển xấu hơn, ông quan sát điều này trên chính ngón tay của mình, chỉ ra rằng khoảng trống xuất hiện trở lại khi bệnh của ông được cải thiện.

<sup>i</sup> Góc này có thể được đo bằng bóng ngón tay, bóng của các ngón tay có thể được đo bằng một thước đo góc. Nó không được sử dụng phổ biến. Nếu góc lớn hơn 190° thì hầu như đó là ngón tay dài trông..

chúng kháng phospholipid, nhiễm trùng ở bất kỳ nơi nào trong cơ thể, bệnh lý ác tính về máu hoặc thiếu máu nặng.



**Hình 5.10. Ngón tay dùi trống: (a) biểu hiện; (b) tỷ số độ sâu liên đốt.**



**Hình 5.11. (a) dấu hiệu Schamroth, (b) bình thường.**



**Hình 5.12. Mảng xuất huyết trong móng tay của một BN viêm van động mạch chủ, nội tâm mạc do tụ cầu.**



**Hình 5.13. Tổn thương Janeway.**

Nốt Osler<sup>j</sup> là một biểu hiện hiếm gặp của viêm nội tâm mạc nhiễm trùng. Chúng màu đỏ, nhô lên khỏi mặt da, sờ đau, có thể xuất hiện trên các đầu ngón tay (hoặc ngón chân) hoặc trong lòng bàn tay hoặc phần mô dưới lòng bàn tay. Chúng được ghi nhận xảy ra ở 50% BN trong thời kỳ mà trước khi có thuốc kháng sinh điều trị viêm nội tâm mạc ra đời. Hiện nay triệu chứng này gặp được dưới 5% BN. Tổn thương Janeway<sup>k</sup> (xem Hình 5.13) là những tổn thương hồng ban dát sần không đau chứa vi khuẩn, rất hiếm xuất hiện trên lòng bàn tay hoặc đầu các ngón tay ở BN viêm nội tâm mạc nhiễm trùng<sup>l</sup>.

U vàng ở gân là sự lắng đọng lipid ở gân màu vàng hoặc màu cam xuất hiện trong bệnh lý tăng lipid máu type II. Nó xuất hiện trên các gân của bàn tay và cánh tay có thể quan sát được. U vàng ở lòng bàn tay và u vàng ở khủy tay – đầu gối là đặc trưng của tăng lipid máu type III (xem Hình 5.14)<sup>m</sup>.

---

<sup>j</sup> Sir William Osler (1849 – 1919), một bác sĩ người Canada, giáo sư y khoa tại Đại học McGill lúc 25 tuổi và sau này là giáo sư đại học nổi tiếng tại Đại học y khoa Oxford và nhà sử gia nổi tiếng về y khoa. Ông đã được phong tước. Con trai duy nhất của ông bị giết tại Ypres. Không có điều trị nào cho viêm nội tâm mạc cho đến khi thuốc kháng sinh xuất hiện.

<sup>k</sup> Edward Janeway (1841 – 1911), một bác sĩ người Mỹ.

<sup>l</sup> Những dấu hiệu này hiện nay chủ yếu là "di tích lịch sử". Dấu hiệu này xuất hiện trước khi viêm nội tâm mạc được chẩn đoán nhưng không được điều trị được. Bác sĩ có thể mô tả và kể tên những triệu chứng đáng quan tâm nhưng điều trị được (dấu hiệu cùng tên của hở van động mạch chủ). Hiện nay, chúng rất ít được thấy vì bệnh này đã điều trị được.

<sup>m</sup> Tăng lipid máu được phân loại theo dựa vào việc protein mang lipid (lipoprotein) tăng lên. Trong type II có sự tăng lipoprotein tỉ trọng thấp (low density lipoprotein – LDL) hoặc lipoprotein tỉ trọng rất thấp (VLDL) và cholesterol đơn độc hoặc cả cholesterol và triglycerides đều tăng lên.





**Hình 5.14. U vàng ở gôi.**

## **5.5. KHÁM MẠCH ĐẬP ĐỘNG MẠCH**

Bác sĩ lâm sàng thành thạo thường có khả năng phối hợp việc sờ được mạch động mạch quay tại cổ tay, trong khi kiểm tra bàn tay của BN. BN mong đợi để được bắt mạch như một phần của việc kiểm tra sức khỏe. Bác sĩ có thể cảm nhận mạch đập trong khi nói chuyện với BN và trong khi tìm kiếm các dấu hiệu khác. Khi phần truyền thống này được thực hiện một cách thường quy có thể giúp thiết lập mối quan hệ giữa BN và bác sĩ.



**Hình 5.15. Bắt mạch quay.**

Mặc dù mạch quay xa hơn so với động mạch trung tâm nhưng có thể thu nhận một số thông tin hữu ích khi kiểm tra nó. Mạch thường cảm giác được ở giữa xương quay, bằng

cách sử dụng đầu ngón tay của ngón trỏ và ngón giữa để khám (xem Hình 5.15). Những điều sau cần lưu ý: (1) tần số mạch, (2) sự đều đặn và (3) có hay không trễ nhịp mạch quay – đùi (radiofemoral delay). Đặc điểm và cường độ của mạch tốt hơn hết nên ước lượng khi sờ động mạch cánh tay và động mạch cảnh.

### 5.5.1. Tần số mạch

Thầy thuốc có kinh nghiệm có thể ước tính tần số mạch nhanh chóng. Đếm trong hơn 30 giây là tương đối chính xác và chỉ đòi hỏi công thức toán học đơn giản để có được tổng nhịp mỗi phút. Ở người trưởng thành khi nghỉ ngơi nhịp tim bình thường từ 60 đến 100 nhịp mỗi phút, nhưng một phạm vi hợp lý hơn có lẽ là 55 – 95 (95% của những người bình thường). Nhịp tim chậm – bradycardia (từ tiếng Hy Lạp: bradys = chậm, kardia = quả tim) được định nghĩa như là một nhịp tim dưới 60 nhịp mỗi phút. Nhịp tim nhanh – tachycardia (từ tiếng Hy Lạp: tachy = nhanh, kardia = quả tim) được định nghĩa là trên 100 nhịp mỗi phút. Nguyên nhân của nhịp tim chậm và nhịp tim nhanh được liệt kê trong Bảng 5.1.

**Bảng 5.1. Các nguyên nhân nhịp chậm và nhịp nhanh.**

Nhịp chậm	
Nhịp đều	Nhịp không đều
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sinh lý (vận động viên, trong khi ngủ: do tăng hoạt động phó giao cảm).</li> <li>- Thuốc (ví dụ như beta – blockers, digoxin, amiodarone).</li> <li>- Suy giáp (giảm hoạt động giao cảm thứ phát do thiếu hụt hormone tuyến giáp).</li> <li>- Hạ thân nhiệt.</li> <li>- Tăng áp lực nội sọ (do ảnh hưởng đến dây ly tâm của trung tâm giao cảm) – một dấu hiệu muộn.</li> <li>- Block nhĩ thất độ ba (AV) hay độ hai (type 2).</li> <li>- Nhồi máu cơ tim.</li> <li>- Nhịp tim chậm kịch phát: ngắt do thần kinh phế vị.</li> <li>- Vàng da (chỉ trong trường hợp nặng, do sự lắng đọng của bilirubin trong hệ thống dẫn truyền)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Không đều không chu kỳ</b></li> <li>+ Rung nhĩ (kết hợp với bệnh lý hệ thống dẫn truyền hoặc thuốc block nút AV) do: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rượu, sau phẫu thuật mở ngực, vô căn.</li> <li>• Bệnh van hai lá hoặc bất kỳ nguyên nhân của lớn nhĩ trái.</li> </ul> </li> <li>+ Ngoại tâm thu thường xuyên.</li> <li>- <b>Nhịp không đều có chu kỳ</b></li> <li>+ Loạn nhịp xoang (bình thường nhịp sẽ chậm trong thì thở ra).</li> <li>+ Block AV độ hai (type 1).</li> <li>- <b>Xuất hiện rõ ràng.</b> Thiếu sót nhịp * (rung nhĩ, nhịp thất hay nhịp nhĩ đôi – một nhịp bình thường và theo sau là một nhịp bất thường).</li> </ul>
Nhịp nhanh	
Nhịp đều	Nhịp không đều
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tăng chức năng tuần hoàn, do: <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Vận động hay cảm xúc (lo âu).</li> <li>+ Sốt (tăng 15 – 20 nhịp mỗi phút cho mỗi °C trên mức bình thường).</li> <li>+ Mang thai.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rung nhĩ, do: <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Thiếu máu cục bộ cơ tim.</li> <li>+ Bệnh van hai lá hoặc bất kỳ nguyên nhân nào của lớn nhĩ trái.</li> </ul> </li> <li>+ Nhiễm độc giáp.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Nhiễm độc giáp.</li> <li>+ Thiếu máu.</li> <li>+ Rò động tĩnh mạch (như bệnh Paget hoặc suy gan).</li> <li>+ Beri – beri (thiếu hụt thiamine).</li> <li>– Suy tim sung huyết.</li> <li>– Viêm màng ngoài tim co thắt.</li> <li>– Thuốc (salbutamol và giao cảm khác, atropine).</li> <li>– Biểu thể bình thường.</li> <li>– Mất dẫn truyền tim, đái tháo đường (tần số lúc nghỉ là 106 – 120 nhịp mỗi phút).</li> <li>– Sốc mất máu.</li> <li>– Nhịp nhanh trên thất (thường &gt; 150).</li> <li>– Cường nhĩ với block AV 2:1 (thường là 150).</li> <li>– Nhịp nhanh thất (thường &gt; 150).</li> <li>– Nhịp nhanh xoang, do:</li> <li>+ Nhiễm độc giáp.</li> <li>+ Thuyên tắc phổi.</li> <li>+ Viêm cơ tim</li> <li>+ Thiếu máu cơ tim</li> <li>+ Sốt, thiếu oxy cấp tính hoặc tăng CO<sub>2</sub> (kích phát).</li> <li>– Nhịp nhanh nhĩ đa ổ.</li> <li>– Cường nhĩ với tần số thất biến động.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Bệnh tim do tăng huyết áp.</li> <li>+ Hội chứng suy nút xoang.</li> <li>+ Thuyên tắc phổi.</li> <li>+ Viêm cơ tim.</li> <li>+ Sốt, tình trạng thiếu oxy cấp tính hoặc tăng CO<sub>2</sub> (kích phát).</li> <li>– Khác: rượu, sau phẫu thuật mở ngực, vô căn.</li> <li>– Nhịp nhanh nhĩ đa ổ.</li> <li>– Cường nhĩ với tần số thất biến động.</li> </ul>
--	---

*\* Đây là sự khác biệt giữa nhịp tim đếm được khi nghe tim (vùng trước tim) và quan sát ở ngoại vi. Trong nhịp đập có tâm trương quá ngắn để đồ dây tim, một lượng máu quá nhỏ được đẩy ra trong quá trình tâm thu cho một nhịp để có thể bắt được tại cổ tay. Máy đo huyết áp tự động tại nhà (phổ biến với BN có quan tâm đến huyết áp của họ) sẽ thường xuyên báo nhịp chậm ở BN có ngoại tâm thu thường xuyên và báo kết quả báo động không cần thiết.*

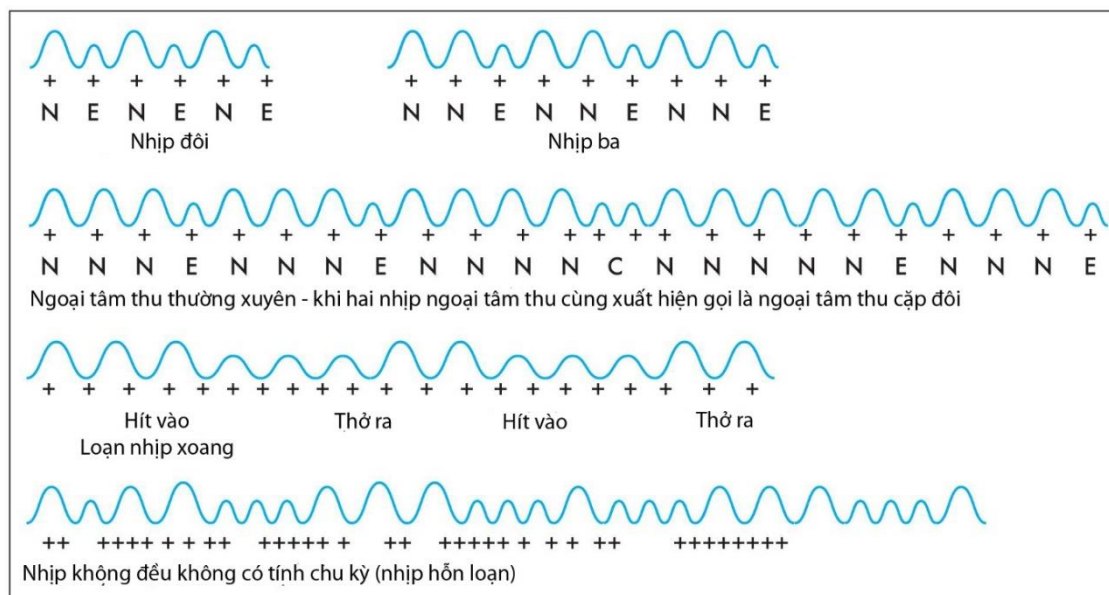
### 5.5.2. Nhịp điệu

Nhịp điệu có thể là đều hoặc không đều. Một nhịp không đều có thể hoàn toàn không đều mà không theo một dạng nào nhất định (không đều có chu kỳ hoặc nhịp hỗn loạn); thường là do rung nhĩ (xem Bảng 5.1). Trong rung nhĩ phối hợp mất cơ chế nhĩ và hoạt động điện xảy ra hỗn loạn với cuộc “oanh tạc” của nút nhĩ thất (AV) với tần số hơn 600 mỗi phút. Có một tỷ lệ không nhất định các xung động từ nút nhĩ thất được dẫn truyền đến tâm thất vì (may mắn) nút nhĩ thất không thể dẫn truyền ở tần số nhịp cao như vậy. Bằng cách này, tâm thất được bảo vệ khỏi nhịp cực nhanh nhưng đập bất thường, tần số thường ở mức 150 – 180 mỗi phút (trừ khi BN đang được điều trị bằng thuốc để làm chậm nhịp tim). Biên độ mỗi nhịp cũng khác nhau trong rung nhĩ vì khác nhau giữa các lần đồ dây tâm trương. Loại xung động này đôi khi được kích thích bởi nhịp bất thường do ngoại tâm thu

thất hoặc trên thất.

BN rung nhĩ hoặc ngoại tâm thu thường xuyên: có thể phát hiện nhịp thiếu. Có nghĩa là nhịp tim khi nghe tim với ống nghe cao hơn so với nhịp mạch quay đếm được ở cổ tay. Ở những BN này tiếng tim sẽ được nghe với mỗi nhịp tâm thu nhưng có sự co thất đến sớm với khoảng thời gian đồ đầy tâm trương ngắn sẽ không đủ cung lượng tim cho một nhịp có thể sờ được ở cổ tay.

Một nhịp tim không đều cũng có thể không đều có tính chu kỳ. Ví dụ, ở những BN loạn nhịp xoang, nhịp tim tăng theo mỗi nhịp hít vào và giảm dần theo từng nhịp thở ra; đây là một dấu hiệu bình thường. Nó đi kèm với những thay đổi ở tĩnh mạch trở về tim.



**Hình 5.16. Các dạng nhịp thường gặp. N = bình thường, E = ngoại tâm thu, C = ngoại tâm thu cặp đôi.**

Các dạng nhịp không đều (xem Hình 5.16) cũng có thể xảy ra khi BN có ngoại tâm thu thường xuyên. Nó có thể xảy ra trong tâm nhĩ (ngoại tâm thu nhĩ, AEBs) hoặc trong tâm thất (ngoại tâm thu thất, VEBs). Ngoại tâm thu thông thường xảy ra trong một tỷ lệ cố định so với nhịp đập bình thường. Sau mỗi nhịp bình thường lại có một ngoại tâm thu, được gọi là nhịp đôi – bigeminy. Nhịp đôi do ngoại tâm thu có một đặc trưng: nhịp bình thường, nhịp yếu (hoặc không có), nghỉ bù, nhịp bình thường,... Tương tự như vậy, sau mỗi hai nhịp bình thường có một ngoại tâm thu – nhịp ba (trigeminy). Một dạng nhịp không đều khác cũng được tìm thấy trong hiện tượng Wenckebach<sup>n</sup>. Ở đây thời gian dẫn truyền nút AV tăng dần cho đến khi một nhịp nhĩ không dẫn truyền xuống tâm thất. Theo sau đó, thời gian dẫn truyền nút AV sẽ rút ngắn và bắt đầu một chu kỳ khác tương tự.

### 5.5.3. Nhịp trở mạch quay – ùi và mạch quay – quay

Nhịp trở mạch quay – ùi là một dấu hiệu quan trọng, đặc biệt là trên một BN trẻ tuổi bị tăng huyết áp. Trong khi sờ động mạch quay, đặt các ngón tay của bàn tay kia lên động

<sup>n</sup> Marel Frederik Wenckebach (1864 – 1940), một bác sĩ người Hà Lan làm việc tại Vienna.

mạch đùi, mạch nằm dưới dây chằng bẹn, một phần ba của đường đi lên từ củ mu (xem Hình 5.17). Sự chậm trễ của mạch đùi so với mạch quay gợi ý chẩn đoán hẹp cung động mạch chủ, thường xuất hiện hẹp bẩm sinh ở eo động mạch chủ ngang mức khớp nối với động mạch chủ xuống. Nằm ở đầu xa của nguyên ủy động mạch dưới đòn. Tổn thương này có thể gây cao huyết áp ở chi trên. Thầy thuốc có thể sờ cả hai mạch quay để phát hiện sự bất đồng đều mạch quay – quay về thời gian, cường độ, thường do tắc động mạch lớn bởi một mảng bám xơ vữa của động mạch hay phình mạch hoặc hẹp động mạch dưới đòn ở một bên. Nó cũng có thể là một dấu hiệu của phình bóc tách động mạch chủ ngực.



**Hình 5.17. Cảm nhận nhịp trễ mạch quay – đùi.**

#### **5.5.4. Đặc điểm và cường độ**

Đặc điểm và cường độ được đánh giá khá kém bằng cách bắt mạch quay; động mạch cánh hoặc động mạch cánh tay nên được sử dụng để xác định đặc tính và cường độ của mạch, sẽ phản ánh chính xác hơn hình thái áp lực trong động mạch chủ. Tuy nhiên, mạch xẹp gập trong hở van động mạch chủ (bounding) và mạch xen kẽ (xen kẽ nhịp mạnh và nhịp yếu) của suy thất trái, có thể thấy một cách rõ ràng khi bắt mạch quay.

#### **5.5.5. Tình trạng của thành mạch**

Chỉ có những thay đổi trong lớp áo giữa của động mạch quay là có thể đánh giá được bằng cách sờ. Sự dày lên hay gập khúc thường được phát hiện ở động mạch quay của người cao tuổi. Tuy nhiên, những thay đổi này không chỉ ra có hay không có hẹp mạch máu do xơ vữa. Do đó, dấu hiệu này ít có giá trị lâm sàng.

### **5.6. HUYẾT ÁP**

Đo huyết áp động mạch<sup>o</sup> là một phần thiết yếu của việc thăm khám cho hầu hết các BN. Thông thường, huyết áp tâm thu và tâm trương được đo bằng phương pháp gián tiếp với một máy đo huyết áp (nguồn gốc từ Hy Lạp). Huyết áp tâm thu là áp suất đỉnh xuất

---

<sup>o</sup> Huyết áp được đo đầu tiên ở một con ngựa vào năm 1708 bởi Stephen Hales, một mục sư người Anh. Đo huyết áp là dấu hiệu sinh tồn truyền thống cuối cùng được đo và được sử dụng thường xuyên. Mãi cho đến đầu thế kỷ 20, nhờ Korotkoff và Janeway mà nó được sử dụng thường quy.

hiện ở động mạch sau tâm thu thất và huyết áp tâm trương là huyết áp động mạch giảm xuống trong thì tâm trương thất. Huyết áp bình thường được định nghĩa là huyết áp tâm thu dưới 130 mmHg và huyết áp tâm trương dưới 85 mmHg. Bình thường cao khi huyết áp tâm thu từ 130 – 139 mmHg và tâm trương từ 85 – 89 mmHg. Trong một số trường hợp, giảm huyết áp có thể được coi là bình thường (trong thời kỳ mang thai) hoặc trong điều trị (đối với BN đái tháo đường).

### 5.6.1. Đo huyết áp với máy đo huyết áp

Chiều rộng băng quấn tay của máy huyết áp bình thường là 12,5 cm. Điều này là tương đối phù hợp cho một người trưởng thành có kích thước vòng cánh tay bình thường. Tuy nhiên, ở những BN béo phì với vòng cánh tay lớn (chiếm 30% dân số trưởng thành) các băng quấn cỡ thường sẽ đánh giá huyết áp không chính xác (cao hơn so với huyết áp thực) và do đó cần có một túi lớn hơn. Một loạt băng quấn nhỏ với kích thước khác nhau dành cho trẻ em. Sử dụng một băng quấn quá lớn sẽ dẫn đến kết quả chỉ số huyết áp thấp hơn thực tế một ít.

Thông thường, huyết áp không đo ở cánh tay bên có cắt bỏ tuyến vú trước đây (đặc biệt là nếu các có cắt hạch nách) vì sợ làm xáo trộn hệ thống bạch huyết. Cắt bỏ tuyến vú hiện nay thường ít triệt để và nguy cơ xảy ra vấn đề là rất thấp. Không nên đo ở cánh tay có rò động tĩnh mạch sử dụng trong chạy thận vì có thể làm hỏng đường rò.

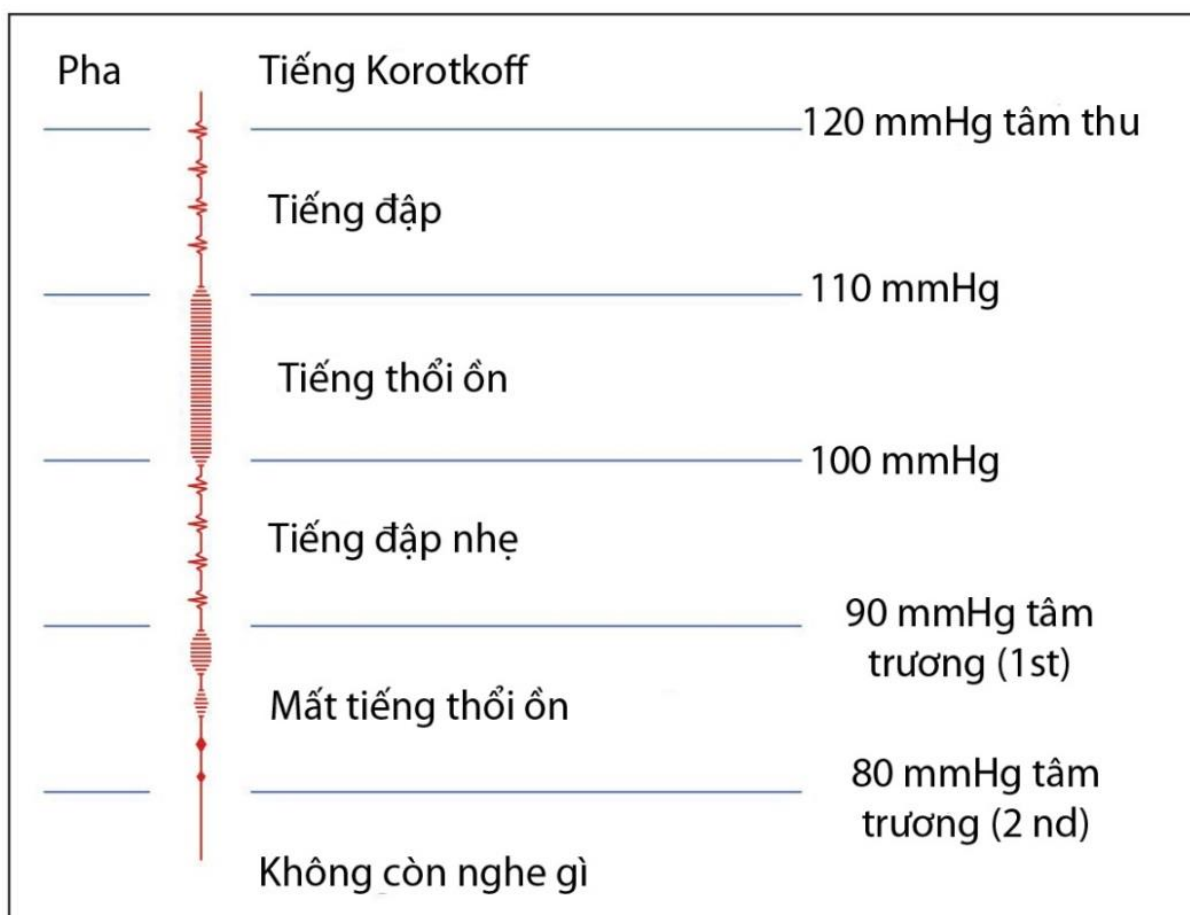


**Hình 5.18. Đo huyết áp ở BN nằm tư thế 45°.**

Băng quấn được quấn quanh phần phần trên cánh tay với trung tâm túi khí ở phía trên động mạch cánh tay (xem Hình 5.18). Động mạch này nằm trong hố khuỷu, một phần ba của đường đi qua lồi cầu trong. Để có kết quả huyết áp tâm thu tương đối chính xác, bơm căng băng quấn và sau đó xả chậm (3 – 4 mmHg mỗi giây) cho đến khi có mạch quay trở lại. Sau đó, để chính xác hơn, lặp lại cách này với phần màng của ống nghe đặt trên động mạch cánh tay, trượt bên dưới đầu xa của túi khí.

Động mạch cánh tay của BN nên ở ngang mức tim, là ở khoảng liên sườn 4 ở xương ức. Nếu cánh tay quá cao – ví dụ, ở mức ngang thượng đòn – huyết áp sẽ thấp hơn 5 mmHg

và nếu cánh tay là quá thấp, kết quả huyết áp sẽ cao hơn thực tế.



**Hình 5.19. Các tiếng Korotkoff . Huyết áp tâm thu được xác định bởi sự xuất hiện của âm thanh đầu tiên nghe được và huyết áp tâm trương được xác định bởi sự biến mất của nó.**

Năm âm thanh khác nhau sẽ được nghe khi xả túi khí một cách từ từ (xem Hình 5.19). Chúng được gọi là các tiếng Korotkoff<sup>P</sup>. Áp suất tại đó ta nghe âm thanh đầu tiên ở động mạch gọi là huyết áp tâm thu (Korotkoff I hoặc KI). Tiếp theo của giảm dần áp suất khi xả băng quấn, âm thanh tăng cường độ (KII), sau đó giảm dần (KIII), không nghe rõ nữa (KIV) và biến mất (KV). Nhiều nhà quan sát khác nhau xem KIV và KV là mức của áp lực tâm trương. KV có lẽ là đại lượng đo lường tốt nhất. Tuy nhiên, việc này đánh giá hơi thấp hơn so với huyết áp tâm trương ở động mạch. Mặc dù huyết áp tâm trương thường tương ứng nhất với KV, trong hở van động mạch chủ nặng, thì KIV phản ánh chính xác hơn. KV không có ở một số người bình thường và KIV sẽ được sử dụng.

Thỉnh thoảng, sẽ có một khoảng trống (âm thanh biến mất ngay sau tâm thu và xuất hiện trở lại trước tâm trương) ở người bình thường. Điều này có thể dẫn đến việc đánh giá thấp huyết áp tâm thu so với thực tại nếu băng quấn không được bơm lên đủ.

<sup>P</sup> Nikolai Korotkoff (1874-1920), một bác sĩ phẫu thuật St Petersburg, mô tả phương pháp nghe xác định huyết áp vào năm 1905, mặc dù những phát hiện của ông đã bị chế giễu.

Huyết áp tâm thu bình thường có thể thay đổi giữa hai tay khoảng 10 mmHg; ở chân huyết áp bình thường có thể cao hơn 20 mmHg so với tay, trừ khi BN có hẹp động mạch chủ. Đo huyết áp ở chân khó khăn hơn tay. Cần một túi hơi lớn hơn được đặt trên giữa đùi. BN nằm sấp và ống nghe được đặt ở hố khoeo, phía sau đầu gối.

Trong thì hít vào, huyết áp tâm thu và tâm trương bình thường sẽ giảm xuống (vì áp lực trong lồng ngực lúc này âm nhiều hơn, tạo thành các hồ máu trong mạch máu phổi, do đó làm giảm khả năng đổ đầy tim trái). Khi huyết áp giảm quá mức khi hít vào, nó sẽ được gọi là dấu mạch nghịch (pulsus paradoxus). Kussmaul định nghĩa điều này là một tình trạng giảm huyết áp và tăng nghịch lý tần số mạch. Huyết áp động mạch trong thì hít vào giảm trên 10 mmHg là bất thường và có thể do viêm màng ngoài tim co thắt, tràn dịch màng ngoài tim hoặc hen suyễn nặng. Để phát hiện dấu hiệu này, giảm áp lực bằng quần từ từ cho đến khi tiếng KI được nghe từng đợt (thì thở ra) và sau đó cho đến khi KI có thể nghe được từng nhịp. Sự khác biệt giữa hai chỉ số này thể hiện cho mức độ mạch nghịch.

### 5.6.2. Sự dao động của huyết áp

Khi huyết áp được đo với catheter trong lòng động mạch, huyết áp sẽ thay đổi từng phút ở những người bình thường. Thay đổi ngắn khoảng 4 mmHg ở tâm thu và 3 mmHg ở tâm trương là thường gặp. Thay đổi hằng giờ và hằng ngày thậm chí còn lớn hơn. Độ lệch chuẩn giữa các lần lên đến 12 mmHg đối với huyết áp tâm thu và 8 mmHg với tâm trương. Điều này có nghĩa là khi nghi ngờ kết quả bất thường thì lặp lại phép đo là cần thiết.

Khi trái tim hoạt động không đều (thường do rung nhĩ), nên xả túi hơi một cách thật chậm và thời điểm mà hầu hết tâm thu đều nghe được (KI): huyết áp tâm thu, thời điểm mà hầu hết các tiếng đều mất (KV): huyết áp tâm trương.

**Bảng 5.2. Phân loại huyết áp.**

Phân loại	Tâm thu (mmHg)	Tâm trương (mmHg)
Tối ưu	< 120	< 80
Bình thường	120 – 129	80 – 84
Bình thường cao	130 – 139	85 – 89
Tăng huyết áp nhẹ (độ 1)	140 – 159	90 – 99
Tăng huyết áp trung bình (độ 2)	160 – 179	100 – 109
Tăng huyết áp nặng (độ 3)	> 180	> 110

*(European Society of Cardiology guidelines, 1999).*

### 5.6.3. Tăng huyết áp

Tăng huyết áp thường rất khó để định nghĩa. Định nghĩa tăng huyết áp hữu ích nhất dựa trên ước lượng mức độ liên quan với tăng nguy cơ bệnh lý tim mạch. Có rất nhiều phân loại về tăng huyết áp, những gì được coi là thay đổi bình thường hay bất bình thường. Bảng 5.2 đưa ra một hướng dẫn có ích cho những định nghĩa hiện nay. Nếu huyết áp hơn 140/90 mmHg được coi là bất thường, tăng huyết áp có thể xảy ra ở 20% dân số trưởng



thành<sup>9</sup>. Huyết áp được đo bởi BN tại nhà hoặc bởi một Holter 24 giờ, có khả năng thấp hơn 10/5 mmHg so với đo trong lúc phẫu thuật (còn gọi là hiện tượng áo choàng trắng).

#### 5.6.4. Huyết áp tư thế



**Hình 5.20. Đo huyết áp ở BN đứng.**

#### **Text box 5.1. Nguyên nhân gây hạ huyết áp tư thế (HANDI).**

- Hypovolemia – giảm thể tích tuần hoàn (mất nước, chảy máu), suy tuyến yên.
- Addison's\* disease – bệnh Addison (suy tuyến thượng thận).
- Neuropathy – rối loạn thần kinh thực vật (đái tháo đường, loạn dưỡng cơ, hội chứng Shy – Drager).
- Drugs (các thuốc dẫn mạch và hạ huyết áp khác, thuốc chống trầm cảm ba vòng, thuốc lợi tiểu, thuốc chống loạn thần).
- Idiopathic – hạ huyết áp tư thế đứng vô căn (thoái hóa tiến triển hiếm gặp của hệ thần kinh thực vật, thường ở người lớn tuổi).

*\*Thomas Addison (1793 – 1860), một bác sĩ tại London.*

Huyết áp nên được đo thường xuyên ở cả hai tư thế nằm và đứng (xem Hình 5.20). Nếu huyết áp tư thế đứng thấp hơn 15 mmHg ở huyết áp tâm thu hoặc 10 mmHg ở huyết áp tâm trương là bất thường và được gọi là hạ huyết áp tư thế (xem Text box 5.1). Nó có thể gây chóng mặt hoặc không gây ra triệu chứng. Nguyên nhân phổ biến nhất là do sử

<sup>9</sup> Pseudohypertension – giả tăng huyết áp có nghĩa là huyết áp, khi đo bằng các máy đo huyết áp, là cao giả tạo vì thành động mạch bị vôi hóa. Điều tra của Osler một cách truyền thống phát hiện tình trạng này: bơm túi hơi trên áp tâm thu và sờ động mạch quay, ở người già tăng huyết áp có thể sờ thấy mạch. Tuy nhiên, giá trị của điều tra này đã xuất hiện các nghi ngờ.

dụng các thuốc hạ huyết áp, thuốc đối kháng  $\alpha$  – adrenergic.

## 5.7. MẶT

Kiểm tra củng mạc để xem có vàng hay không. Điều này có thể xuất hiện trong suy tim sung huyết nặng và sung huyết gan. Van tim nhân tạo gây phá hủy các tế bào hồng cầu do hỗn loạn quá mức là một nguyên nhân ít gặp nhưng là nguyên nhân gây vàng da do tim. Xanthelasmata – bệnh u vàng (xem Hình 5.21) là sự tích tụ cholesterol màu vàng dưới da xung quanh mắt và tương đối thường gặp. Đó là những biến thể bình thường hoặc có thể là dấu hiệu chỉ điểm cho tình trạng tăng lipid máu type II hoặc III, mặc dù chúng không phải lúc nào cũng kết hợp với tăng lipid máu.



Hình 5.21. (a) và (b) xanthelasmata.



Hình 5.22. Vòng đục rìa giác mạc (arcus senilis).

Quan sát nhãn cầu để tìm dấu hiệu vòng đục rìa giác mạc (xem Hình 5.22). Đó là một vòng tròn hoặc nửa vòng tròn màu xám trắng đục xung quanh chu vi bên ngoài của đồng tử và có lẽ liên quan với một số yếu tố làm tăng nguy cơ bệnh lý tim mạch.

Tiếp theo hãy tìm sự hiện diện “vẻ mặt van hai lá” gồm: đôi má ửng hồng có ánh xanh do dẫn nở của các mao mạch má. Điều này liên quan tới tăng áp phổi và cung lượng tim thấp xuất hiện trong hẹp van hai lá nặng và hiện nay dấu hiệu này rất hiếm gặp – xem Hình

5.23.



**Hình 5.23. Vẻ mặt van hai lá.**

Quan sát miệng BN, sử dụng đèn pin để xem có dấu hiệu vòm hầu cao hay không. Gặp trong hội chứng Marfan, liên quan với bệnh tim bẩm sinh, bao gồm hở van động mạch chủ thứ phát do dẫn gốc động mạch chủ và hở hai lá do sa van hai lá. Chú ý xem răng có bệnh hay không, vì chúng có thể là nguồn vi khuẩn gây viêm nội tâm mạc nhiễm trùng. Nhìn vào lưỡi và môi để phát hiện tím trung tâm. Kiểm tra niêm mạc để tìm những chấm xuất huyết điều này có thể gợi ý viêm nội tâm mạc nhiễm trùng.

## 5.8. CỔ

Thật kỳ lạ, khu vực nhỏ này của cơ thể lại chứa đựng các dấu hiệu tim mạch chỉ có thể tìm được khi thăm khám thật nhẹ nhàng và thành thực.

### 5.8.1. ĐỘNG MẠCH CẢNH

**Bảng 5.3. Các đặc điểm của xung động mạch.**

Loại nhịp	Nguyên nhân
Mạch dội (anacrotic – cường độ thấp, đường cong đi lên chậm, tạo sóng dạng khía đi lên).	Hẹp van động mạch chủ
Mạch hình bình nguyên (plateau – sóng nhọn đi lên chậm).	Hẹp van động mạch chủ
Mạch hai pha (bisferiens – mạch dội và mạch xẹp).	Hẹp và hở van động mạch chủ
Mạch xẹp (collapsing)	Hở van động mạch chủ Tăng tuần hoàn Còn ống động mạch Rò động – tĩnh mạch ngoại biên Xơ vữa động mạch chủ (đặc biệt ở người già)
Mạch nhỏ	Hẹp van động mạch chủ Tràn dịch màng tim
Mạch xen kẽ (alternans – mạnh và yếu)	Suy thất trái

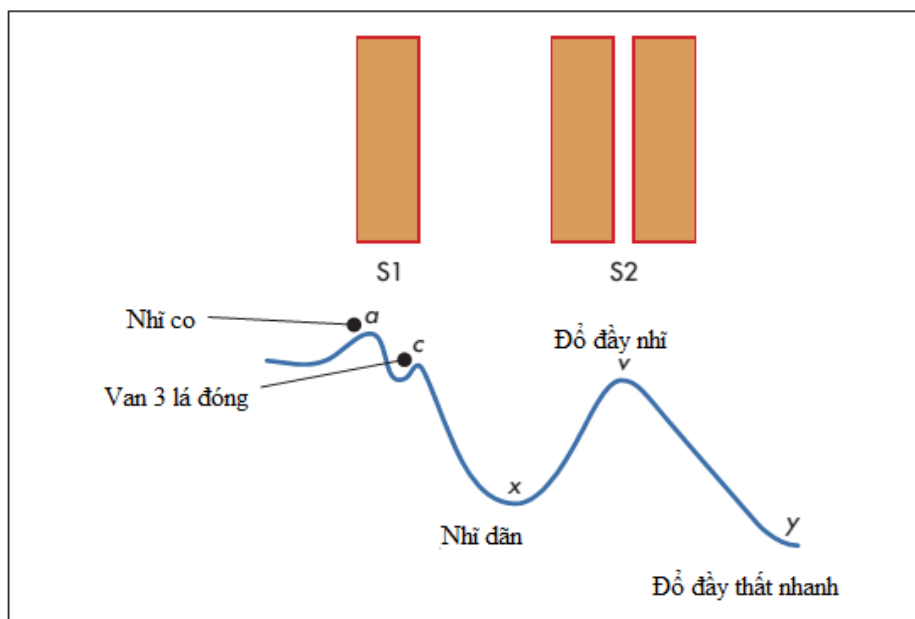


**Hình 5.24. Sờ động mạch cảnh.**

Động mạch cảnh không chỉ dễ khám – nằm trung điểm của cơ ức đòn chũm (xem Hình 5.24), mà còn cung cấp một lượng lớn thông tin về các dạng xung động của động mạch chủ – thường bị ảnh hưởng bởi những bất thường ở tim. Không bao giờ sờ cả hai động mạch cảnh cùng một lúc vì chúng cung cấp phần lớn máu lên não (cơ quan sống còn).

Đánh giá về các dạng xung động (biên độ, hình dạng và cường độ) là rất quan trọng trong việc chẩn đoán nhiều bệnh tim tiềm ẩn và mức độ nghiêm trọng của bệnh. Cần phải thực hành thật nhiều để phân biệt giữa các loại xung động quan trọng khác nhau của động mạch cảnh (xem Bảng 5.3). Nghe động mạch cảnh có thể được thực hiện trong lúc khám cổ hoặc trong lúc nghe tim ở vùng trước tim.

### 5.8.2. Áp lực tĩnh mạch cảnh



**Hình 5.25. JVP và liên quan của nó với tiếng tim thứ nhất (S1) và thứ hai (S2).**

Cũng như các xung động của động mạch cảnh cung cấp cho ta thông tin về động mạch chủ và chức năng thất trái, JVP (xem Hình 5.6c) cung cấp cho chúng ta thông tin về chức năng nhĩ phải và thất phải. Tư thế của BN và ánh sáng phòng rất quan trọng cho việc thăm khám. BN phải nằm tư thế đầu cao  $45^\circ$  bằng cách kê vài chiếc gối dưới đầu BN và có đầy đủ ánh sáng. Thông thường, BN nên nghiêng nhẹ đầu sang bên trái để các phần sụn của cổ được bộc lộ. Tuy nhiên, nếu đầu xoay quá nhiều, cơ ức đòn chũm sẽ co lại và sẽ che khuất tầm nhìn. Đây là một thăm khám khó và cần có nhiều người cùng thực thăm khám.

### List 5.2. Áp lực tĩnh mạch cảnh.

#### Những nguyên nhân tăng áp lực tĩnh mạch trung tâm

- + Giảm chức năng thất phải.
- + Hẹp hoặc hở van ba lá.
- + Tràn dịch màng ngoài tim hoặc viêm màng ngoài tim co thắt.
- + Tắc tĩnh mạch chủ trên.
- + Quá tải thể tích.
- + Tăng tuần hoàn.

#### Dạng sóng

- Nguyên nhân gây ra sóng a trội.
- + Hẹp van ba lá (gây ra sóng y dốc xuống chậm).
- + Hẹp động mạch phổi.
- + Tăng áp phổi.

#### - Nguyên nhân gây sóng a đại bác

- + Block tim hoàn toàn.
- + Nhịp nhanh kịch phát trên thất dẫn truyền nhĩ ngược dòng.
- + Nhịp tim nhanh kịch phát tại thất dẫn truyền nhĩ ngược dòng hoặc phân ly nhĩ thất.

#### - Nguyên nhân gây ra sóng v trội

- + Hở van ba lá.
- x dốc xuống
- + Biến mất: rung nhĩ.
- + Tăng lên: chèn ép tim cấp tính, viêm màng ngoài tim co thắt.
- y dốc xuống
- + Nhọn: hở van ba lá nặng, viêm màng ngoài tim co thắt
- + Chậm: hẹp van ba lá, u nhầy nhĩ phải.

Khi BN nằm cao  $45^\circ$ , góc xương ức là một đường gờ ghề ở nền cổ (xem Hình 5.6c). Điều này sẽ cung cấp cho chúng ta một điểm zero từ đó đo chiều cao của cột máu trong tĩnh mạch cảnh. Nhịp đập của tĩnh mạch cảnh (chuyển động) có thể phân biệt được từ xung động mạch vì: (1) nó được nhìn thấy nhưng không sờ thấy và chuyển động vào trong trội hơn so với động mạch; (2) nó có một dạng sóng phức hợp, thường nhấp nháy hai lần với mỗi chu kỳ tim (nếu BN có nhịp xoang); (3) nó di chuyển khi hô hấp – thông thường JVP giảm trong thì hít vào và (4) lúc đầu nó sẽ mất và sau đó được đổ đầy từ phía trên khi áp một lực nhẹ vào nền cổ.

JVP phải được đánh giá về chiều cao và tính chất. Khi JVP cao hơn 3 cm so với điểm zero, áp lực đổ đầy tim phải được nâng lên (bình thường là dưới 8 cm nước: 5 cm + 3 cm). Đây là một dấu hiệu của suy thất phải, quá tải thể tích hoặc một số loại bệnh lý màng ngoài tim.

Đánh giá các tính chất của JVP là một việc rất khó khăn, ngay cả đối với các bác sĩ có kinh nghiệm. Có hai sóng dương trong JVP bình thường. Sóng đầu tiên là sóng a và trùng với kỳ tâm thu nhĩ phải, do sự co của tâm nhĩ. Sóng a này cũng trùng khớp với tiếng tim đầu tiên và đến trước nhịp đập của động mạch cảnh. Sóng thứ hai được gọi là sóng v và do sự làm đầy của tâm nhĩ, trong thời gian van ba lá vẫn còn đóng trong thì tâm thu thất.

Giữa sóng a và sóng v có một khoảng do dẫn tâm nhĩ. Được gọi x dốc xuống. Nó bị gián đoạn bởi điểm c – do dẫn truyền xung động của động mạch cảnh và trùng với lúc van ba lá đóng; thường khó có thể nhìn thấy được. Tiếp theo sóng v, van ba lá mở ra và làm đầy thất diễn ra nhanh chóng; kết quả là có y dốc xuống (xem Hình 5.25).

Trong List 5.2 mô tả các thay đổi về đặc tính của JVP. Bất kỳ trường hợp nào mà sự đồ đầy tâm thất phải bị giới hạn (viêm màng ngoài tim co thắt, chèn ép tim hay nhồi máu thất phải) có thể gây tăng áp lực tĩnh mạch, được ghi nhận rõ ở thì hít vào vì tăng lượng máu tĩnh mạch trở về để tim. Sự gia tăng này trong JVP ở thì hít vào, gọi dấu Kussmaul<sup>r</sup>, là ngược với những gì xảy ra bình thường. Dấu hiệu này là dễ nhìn thấy khi BN đang ngồi ở 90° và thở chậm rãi qua miệng.

Nghiệm pháp phản hồi bụng – tĩnh mạch cảnh (hay phản hồi gan – tĩnh mạch cảnh) là một cách để kiểm tra suy thất phải hoặc trái hoặc giảm đáp ứng thất phải. Áp lực tác dụng lên giữa bụng trong 10 giây sẽ gây tăng tuần hoàn tĩnh mạch về tâm nhĩ phải. JVP thường tăng lên thoáng qua sau nghiệm pháp này<sup>s</sup>. Nếu có suy thất phải hoặc nếu áp lực nhĩ trái tăng lên (suy thất trái), JVP có thể tăng cao (> 4 cm) trong suốt thời gian thực hiện nghiệm pháp – khi đó phản hồi gan – tĩnh mạch cảnh sẽ (+). Sự sụt giảm đột ngột trong JVP (> 4 cm) khi áp lực tác động được phóng thích có thể phát hiện dễ hơn so với giai đoạn tăng lúc đầu. Không cần thiết phải ấn vào gan và vì thế khái niệm phản hồi gan – tĩnh mạch cảnh không còn phù hợp. Điều quan trọng là BN phải được thư giãn, thở qua miệng và không thực hiện nghiệm pháp Valsalva. Người thực hiện nên ấn chắc bằng lòng bàn tay lên giữa bụng. Không cần thiết phải ấn hơn 10 giây.

Sóng a đại bác xuất hiện khi nhĩ phải co bóp kháng lại van ba lá đang đóng. Điều này xảy ra từng đợt trong block tim hoàn toàn, khi hai buồng tim hoạt động một cách độc lập.

Sóng a không lồ nhưng không bùng nổ theo mỗi nhịp. Nó xảy ra khi áp lực nhĩ phải tăng lên bởi vì tăng áp tuần hoàn phổi hoặc tắc nghẽn dòng chảy ra (hẹp ba lá).

Các sóng v lớn của hở van ba lá không nên bỏ qua. Đó là một dấu hiệu đáng tin cậy của hở van ba lá và có thể dễ nhìn thấy tĩnh mạch phồng lên ở cổ trong mỗi nhịp tâm thu thất (xem Hình 5.26).

## 5.9. THÀNH NGỰC TRƯỚC

### 5.9.1. Quan sát

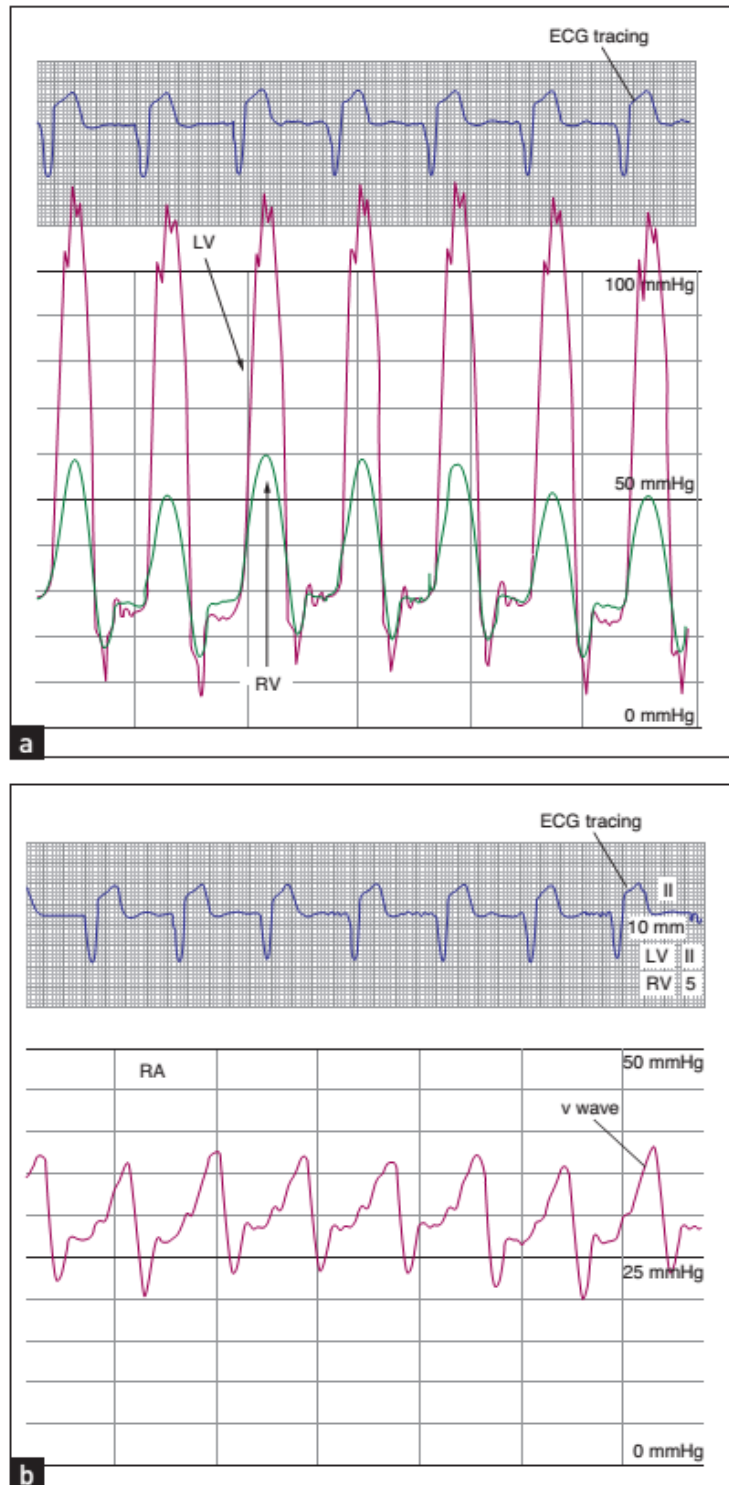
Nhìn các vết sẹo trên thành ngực. Các phẫu thuật tim trước đó sẽ để lại những vết sẹo trên thành ngực. Vị trí của các vết sẹo có thể cho biết van tổn thương đã được phẫu thuật. Hầu hết các phẫu thuật van tim cần phải có cầu nối tim – phổi nhân tạo và thường phải cắt xương ức (cắt xuống giữa xương ức). Sẹo này có thể ẩn dưới vùng lông ngực. Cũng không thật sự có ích vì nó có thể là kết quả của phẫu thuật bắt cầu động mạch vành trước đó. Ngoài ra, những vết sẹo mở ngực bên trái hoặc phải cũng có thể được ẩn dưới nếp vú, có

---

<sup>r</sup> Adolf Kussmaul (1822 – 1909), một bác sĩ người Đức, ông là người mô tả nhịp thở bất thường ở BN hôn mê do đái tháo đường và là người đầu tiên sử dụng ống soi thực quản, ông cũng tạo ra thuật ngữ múa vun bán thân.

<sup>s</sup> Người đầu tiên mô tả là Louis Paster vào năm 1885.

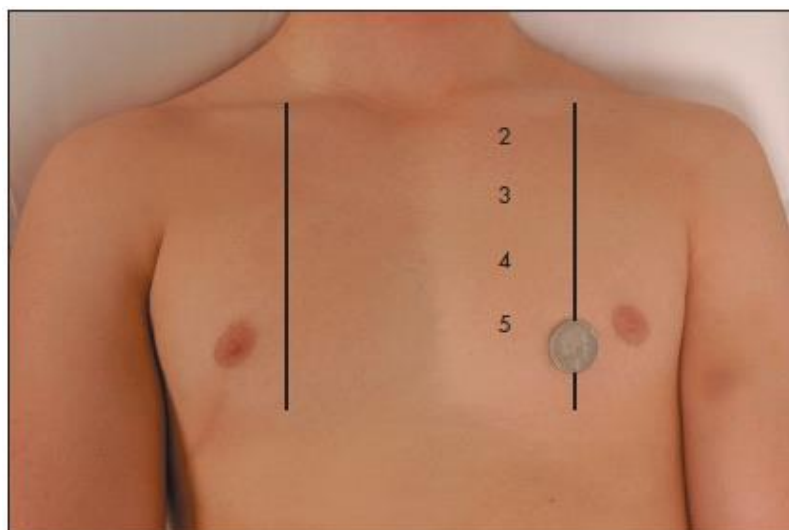
thể gợi ý phẫu thuật van hai lá đóng. Trong trường hợp này van hai lá bị hẹp được mở thông qua đường rạch ở tiểu nhĩ trái; bắt cầu tim – phổi có thể không cần thiết. Bắt cầu động mạch vành và thậm chí là phẫu thuật van hiện nay đôi khi chỉ cần đường rạch da nhỏ và tạo “cổng” bên cho các dụng cụ phẫu thuật tiến hành qua kênh thao tác có video hỗ trợ.



**Hình 5.26. (a) ECG và máy ghi áp lực cùng lúc ở thất phải và thất trái. Áp lực thất phải tăng, (b) bản ghi được ở nhĩ phải.**

Bất thường về xương như lõm ngực hoặc gù vẹo cột sống – kyphoscoliosis (từ kyphos Hy Lạp “gù lưng”, skolios “cong”), cong cột sống có thể hiện diện. Các bất thường về xương như trên, cũng có thể là một phần của hội chứng Marfan, có thể gây ra sự dịch chuyển vị trí của tim và các mạch máu lớn ở lồng ngực và do đó làm thay đổi vị trí của mỏm tim. Nếu nghiêm trọng có thể gây trở ngại cho chức năng phổi và gây ra tăng áp phổi.

Một phẫu thuật “bất thường” không được bỏ qua, nếu không có thể sẽ bị lúng túng, đó là máy tạo nhịp tim hoặc máy khử rung. Chúng thường nằm phía dưới cơ ngực lớn bên phải hoặc bên trái, ngay dưới xương đòn, thường dễ dàng sờ thấy. Điện cực máy tạo nhịp tim có thể sờ thấy dưới da, nằm phía trên cùng của máy. Máy thường di động dưới da. Máy dính vào da hoặc kéo căng da phía trên là chỉ định để đặt lại máy. Sự bào mòn da do máy là một biến chứng nghiêm trọng bởi vì nhiễm trùng là không thể tránh khỏi. Hiếm khi điện cực bị lỏng và gây co giật các cơ vùng ngực xung quanh máy. Khi điện cực thủng vào tâm thất phải hoặc qua thành tâm thất phải có thể dẫn đến co thắt cơ hoành một cách hỗn loạn (nấc cục), dù được thiết lập ở bất kỳ tần số nhịp nào. Hộp máy khử rung tim lớn hơn máy tạo nhịp. Hiện nay kích thước của nó khoảng 10 x 5 cm và độ dày nhỏ hơn 1 cm.



**Hình 5.27. Diện đập mỏm tim. Vị trí mỏm tim tương ứng với vị trí của đồng xu. Khoảng liên sườn được đánh số. Đường trung đòn trái, phải và đường nách trái trước. Cần thận khi xác định đường trung đòn.**

Quan sát diện đập mỏm tim. Vị trí bình thường của nó là ở khoảng liên sườn V, 1 cm về phía trong so với đường trung đòn (xem Hình 5.27). Nó chủ yếu là do sự nảy của tim khi máu được đẩy ra ngoài trong kỳ tâm thu. Có thể nhìn thấy các ổ đập khác; ví dụ như trên động mạch phổi trong trường hợp tăng áp phổi nặng.

### **5.9.2. Sờ**

Sờ mỏm tim (xem Hình 5.27 và Hình 5.28). Đếm các khoảng liên sườn theo từ trên xuống. Liên sườn II là liên sườn đầu tiên. Nó nằm ngay dưới góc ức. Vị trí mỏm tim được xác định như là điểm dưới ngoài nhất mà tại đó các ngón tay nảy lên ứng với mỗi nhịp tâm thu. Phạm vi mỏm tim bình thường tương đương với một đồng xu 20 cent (50 p) – xem Hình 5.27. Áp các đầu ngón tay của chúng ta vào các khoảng liên sườn. Nhắc cổ tay khỏi xương ức của BN. Lưu ý rằng mỏm tim chỉ sờ thấy ở khoảng 50% người trưởng thành.



Điều đáng chú ý là mỏm tim sờ thấy không phải vị trí giải phẫu chính xác của tim mà chỉ là một điểm ở phía trên nó. Vào thời điểm sờ thấy diện đập mỏm tim<sup>t</sup>, tim được giả định có dạng hình cầu và đỉnh xoắn ra xa thành ngực. Tuy nhiên, khu vực phía trên mỏm tim, di động gần ngực và dễ sờ thấy. Nếu mỏm tim lệch sang bên hoặc xuống dưới hoặc cả hai, điều này thường gợi ý tim to, nhưng đôi khi có thể là do thành ngực biến dạng hay bệnh màng phổi hoặc bệnh phổi.



**Hình 5.28. Sờ mỏm tim.**

Các đặc tính của diện đập mỏm tim có thể gợi ý chẩn đoán quan trọng. Mỏm tim bình thường đập nhẹ nhàng vào tay khi sờ. Một số loại diện đập bất thường:

– Áp lực tải (nặng, tăng tuần hoàn hoặc quá tải tâm thu) nhịp đập mạnh và duy trì liên tục. Xảy ra khi có hẹp van động mạch chủ hoặc tăng huyết áp.

– Thể tích tải (bóp mạnh) mỏm tim bị đẩy lệch, lan tỏa, nhịp đập không liên tục. Hiện tượng này thường gặp nhất trong hở van hai lá tiên triển hoặc bệnh cơ tim giãn.

– Loạn động nhịp mỏm tim là những xung động không tương đồng nhau cảm giác được trên một vùng lớn hơn bình thường ở thành trước ngực và thường là do rối loạn chức năng thất trái (ví dụ như nhồi máu vùng trước tim).

– Nhịp đôi, hai xung lực riêng biệt cùng được phát ra ứng với mỗi thì tâm thu, là đặc trưng của bệnh cơ tim phì đại.

– Nhịp nảy: cảm nhận được khi sờ thấy ở tiếng tim đầu tiên (bình thường không sờ thấy) và là chỉ điểm hẹp van hai lá hoặc rất hiếm là hẹp van ba lá.

Các đặc điểm, không bao gồm vị trí của diện đập mỏm tim có thể đánh giá dễ dàng hơn khi BN nằm nghiêng trái.

Ở nhiều BN mỏm tim có thể không sờ được. Điều này thường do thành ngực dày, khí phế thũng, tràn dịch màng ngoài tim, sỏi (hoặc tử vong) và hiếm gặp trong đảo ngược phủ

---

<sup>t</sup> *Jame Hope là người đầu tiên mô tả diện đập mỏm tim vào năm 1830 và cho rằng diện đập mỏm tim là do sự co của tâm thất . Jean – Nicholas Corvisant là người đầu tiên nêu sự twong quan của diện đập bất thường của mỏm tim với sự giãn lớn của các buồng tim.*

tạng (đảo ngược tim và các mạch máu lớn). Diện đập mồm tim sẽ nằm ở bên phải của xương ức trong nhiều trường hợp của đảo ngược phủ tạng.



**Hình 5.29. Sờ xung động cạnh xương ức.**

Một số xung động ở vùng trước tim có thể sờ thấy trong bệnh tim. Một xung động cạnh xương ức có thể cảm nhận được khi cổ tay (mô cái và mô út cạnh cổ tay) đặt lên bên trái xương ức với các ngón tay nhắc nhẹ khỏi lồng ngực (xem Hình 5.29). Thông thường không có xung hoặc cảm thấy một xung nhẹ. Trong trường hợp phì đại thất phải hoặc lớn nhĩ trái nặng, khi đó tâm thất phải bị đẩy về phía trước, cổ tay bị nảy lên với mỗi kỳ tâm thu. Sờ nắn bằng các ngón tay trên vùng phổi có thể phát hiện sự đóng của van động mạch phổi (sờ được P2) trong các trường hợp tăng áp động mạch phổi (xem Hình 5.30).



**Hình 5.30. Sờ đáy tim.**

Dòng máu xoáy, gây tiếng thổi, đôi khi có thể sờ được. Những tiếng thổi sờ thấy được gọi là rung miu. Nên sờ vùng trước tim một cách có hệ thống để tìm rung miu dội vào lồng bàn tay, đầu tiên trên mồm tim, cạnh bờ trái xương ức và sau đó là phần đáy tim (đó là phần trên lồng ngực và bao gồm các vùng của động mạch chủ và phổi – xem Hình 5.30).

Rung miu ở mồm tim có thể cảm nhận dễ dàng khi BN nghiêng trái vì lúc này mồm tim gần lồng ngực hơn. Tư thế khám tốt nhất là BN ngồi, chòm người về phía trước và thở

ra hết sức. Ở vị trí này, các phần của đáy tim nằm gần thành ngực hơn. Rung miu trùng với lúc mồm tim đập gọi là rung miu tâm thu; khác với lúc mồm tim đập gọi là rung miu tâm trương.

Rung miu thường là dấu hiệu chỉ điểm có một tổn thương thực thể. Phát hiện được rung miu sẽ rất có ích nhưng thường bị bỏ qua và là một phần quan trọng trong thăm khám tim mạch.

### 5.9.3. Gõ

Có thể xác định diện đục của tim bằng cách gõ<sup>u</sup>, nhưng không thường quy. Gõ chính xác nhất khi được thực hiện trong khoảng liên sườn V. BN nên nằm ngửa và bác sĩ sẽ gõ từ đường nách trước về phía xương ức. Điểm gõ đục sẽ là giới hạn tim trái. Nếu khoảng cách lớn hơn 10,5 cm giữa ranh giới của tim và giữa xương ức thì gọi là tim to. Dấu hiệu này không có ý nghĩa nếu BN có bệnh phổi kèm theo.

### 5.9.4. Nghe



**Hình 5.31. Nghe vùng van hai lá bằng phần chuông: nghe hẹp van hai lá ở tư thế nghiêng nhẹ sang trái.**

Cần thiết phải có ống nghe. Tuy nhiên, trong một số trường hợp chẩn đoán đã khá rõ ràng. Trong các kỳ thi, giám thị sẽ thỉnh thoảng dừng một chút trước khi nghe tim và yêu cầu thí sinh đưa ra ý kiến.

Kỹ thuật nghe tim: bắt đầu ở vùng van hai lá với phần chuông của ống nghe (xem Hình 5.1 và Hình 5.31). Phần chuông được thiết kế như một buồng cộng hưởng và đặc biệt hiệu quả trong khuếch đại âm thanh trầm, chẳng hạn như tiếng thổi tâm trương trong hẹp van hai lá hoặc tiếng S3. Phải áp nhẹ ống nghe lên lồng ngực, vì đè mạnh sẽ căng da dưới phần chuông tạo thành phần màng. Một số ống nghe hiện đại không có phần chuông và màng riêng biệt; khi áp nhẹ lên ngực, nó sẽ là phần chuông và khi đè mạnh, nó sẽ trở thành phần màng.

---

<sup>u</sup> Phương pháp gõ được đề cao bởi Pierre Poiry, một học trò của Laënnec, vào những năm đầu của thế kỷ 19. Khi đó người này đã gõ gián tiếp bằng một miếng ngà voi thay vì ngón tay giữa.



**Hình 5.32. Nghe mỏm tim bằng phần màng.**



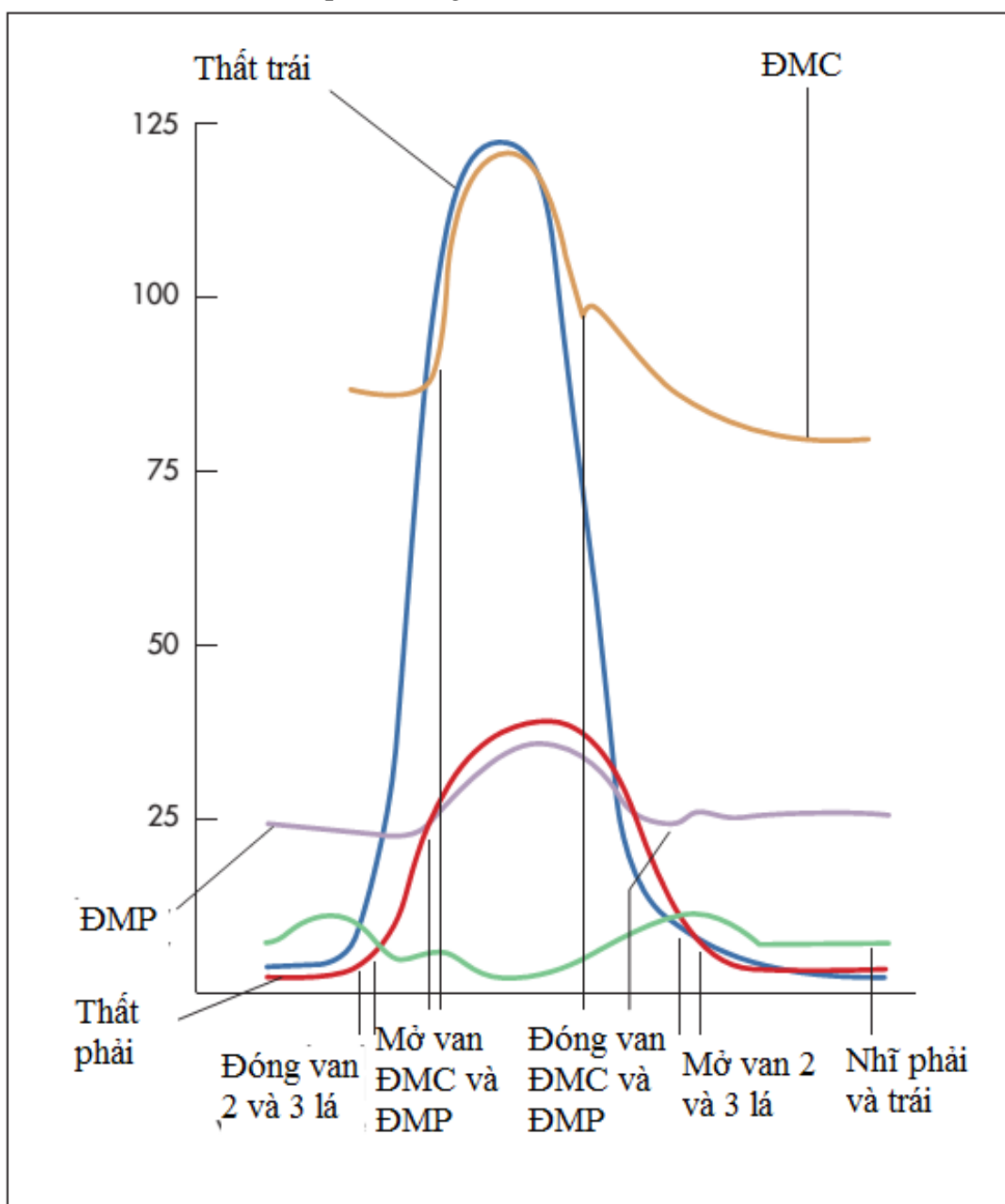
**Hình 5.33. Nghe vùng trên tim (vùng van động mạch phổi).**



**Hình 5.34. Nghe đáy tim (vùng van động mạch chủ).**

Tiếp theo, nghe khu vực van hai lá với phần màng (xem Hình 5.32), là phần tái tạo âm thanh âm cao tốt hơn, chẳng hạn như tiếng thổi tâm thu do hở van hai lá hoặc tiếng S4. Sau đó, nghe ở khu vực van ba lá (khoảng liên sườn thứ năm bên trái). Tiếp theo ở bờ trái xương ức để nghe van động mạch phổi (khoảng liên sườn thứ hai bên trái) và van động mạch chủ (khoảng liên sườn thứ hai bên phải) – xem Hình 5.33 và Hình 5.34, nghe một

cách cẩn thận ở mỗi vị trí với phân màng.



**Hình 5.35. Chu kỳ tim bình thường, bắt đầu từ thất trái bóp trước khi áp lực ở thất phải tăng lên. Vì thế van hai lá đóng trước van ba lá. Bởi vì áp lực động mạch phổi tâm trương thấp hơn động mạch chủ nên van ĐMP mở trước. Vì vậy, tiếng tổng máu lên phổi xảy ra gần với tiếng tim S1 hơn là ĐMC. Trong thì tâm thu, áp lực trong tâm thất hơi cao hơn so với các động mạch lớn. Đến cuối thì tâm thu, áp lực trong tâm thất thấp hơn so với các động mạch lớn và áp lực này đủ để đóng các van bán nguyệt khi tâm trương. Bình thường, van ĐMC đóng trước van ĐMP. Van hai lá và ba lá bắt đầu mở ra khi áp lực tâm thất thấp hơn áp lực tâm nhĩ.**

Để nghe tim chính xác, điều quan trọng là phải nắm rõ các tiếng tim bình thường. Điều này chỉ có thể làm được khi thực hành nhiều trên lâm sàng. Tiếng tim bình thường gồm hai âm thanh: tiếng thứ nhất và tiếng thứ hai. Các giải thích cho nguồn gốc của những tiếng tim này thay đổi từ năm này sang năm khác, các âm thanh đó có lẽ liên quan đến rung động gây ra bởi sự đóng của các van tim kết hợp với những thay đổi nhanh chóng của dòng máu và sự căng của các cấu trúc tim xuất hiện khi đóng van.

Tiếng tim thứ nhất (S1 hoặc T1) có hai thành phần tương ứng với hai lá và van ba lá khi đóng. Van hai lá đóng trước van ba lá một chút, nhưng chỉ nghe được một âm thanh. Tiếng tim đầu tiên được cho là sự khởi đầu của thì tâm thu thất.

Tiếng tim thứ hai (S2 hay T2), nhẹ hơn, ngắn hơn và âm sắc cao hơn một chút so với tiếng trước, đánh dấu sự kết thúc của thì tâm thu, được tạo ra do sự đóng van động mạch chủ và động mạch phổi. Trong trường hợp bình thường, mặc dù tâm thu thất trái và thất phải kết thúc đồng thời, áp lực tuần hoàn phổi thấp hơn so với động mạch chủ nên dòng chảy vẫn tiếp tục vào động mạch phổi sau khi tâm thu thất trái đã kết thúc. Kết quả là, việc đóng của van động mạch phổi xảy ra muộn hơn so với van động mạch chủ. Những thành phần này thường (trong 70% người trưởng thành bình thường) tách biệt nhau khá rõ nên có thể nghe được S2 tách đôi. Do thành phần van động mạch phổi của tiếng tim thứ 2 (P2) có thể không nghe được ở vị trí trước tim, S2 tách đôi có thể nghe rõ nhất ở khu vực van động mạch phổi và cạnh bờ trái xương ức. Van động mạch phổi đóng trễ hơn (20 hoặc 30 ms) trong thì hít vào do tăng lượng máu đổ về thất phải; do đó, S2 tách đôi nghe rõ hơn trong thì hít vào. S2 đánh dấu sự bắt đầu tâm trương, mà thường là dài hơn tâm thu.

Rất khó để phân biệt các tiếng tim. Có thể sờ động mạch cảnh để giúp xác định thời gian tâm thu và có thể giúp phân biệt hơn các tiếng tim dễ hơn. Điều quan trọng là phải xác định tâm thu và tâm trương khi nghe tim để có thể xác định âm thổi và các âm bất thường xuất hiện trong giai đoạn nào của chu kỳ tim. Sinh viên thường bị yêu cầu xác định thời gian âm thổi; điều này không quan trọng mà chỉ cần biết âm thổi xuất hiện ở giai đoạn nào trong chu kỳ. Ngay cả các chuyên gia cũng có thể bỏ sót nếu không đo thời gian âm thổi. Điều quan trọng là trong quá trình nghe, phải tập trung vào các thành phần của chu kỳ tim: cố gắng xác định và lắng nghe những tiếng bất thường. Ở những người mắc bệnh tim, thường có khoảng 12 thành phần cần phải xác định. Hiểu rõ về chu kỳ tim sẽ rất có ích khi nghe tim (xem hình 5.34).

## **5.9.5. Các tiếng tim bất thường**

### **5.9.5.1. Thay đổi về cường độ**

Tiếng tim đầu tiên (S1) lớn khi van hai lá hoặc van ba lá vẫn còn mở rộng cuối tâm trương và đóng mạnh khi khởi đầu thì tâm thất thu. Điều này xuất hiện trong bệnh hẹp van hai lá vì lỗ van hẹp làm giới hạn thể tích đổ đầy tâm thất vào cuối tâm trương do đó dòng máu không bị yếu đi vào cuối thì tâm trương. Bình thường, mép van hai lá bị đẩy về trước để đóng lại vào cuối tâm trương khi dòng máu đổ vào tâm thất chậm lại. Các nguyên nhân khác của S1 lớn có liên quan đến giảm thời gian đổ đầy tâm trương (nhịp tim nhanh hoặc bất kỳ nguyên nhân làm tăng thời gian dẫn truyền nhĩ thất).

Tiếng tim đầu tiên yếu có thể là do kéo dài thời gian đổ đầy tâm trương (block AV độ I) hoặc tâm thu thất trái khởi phát chậm (block nhánh trái) hay hở van (hở van hai lá).

Tiếng tim thứ hai (S2) có thể lớn khi van động mạch chủ đập mạnh (A2) ở BN tăng huyết áp. Điều này dẫn đến van động mạch chủ đóng mạnh do áp lực động mạch chủ cao. Hẹp van động mạch chủ bẩm sinh là nguyên nhân khác, bởi vì các van di động nhưng hẹp và đóng lại đột ngột ở cuối tâm thu. Tiếng van động mạch phổi (P2) thường lớn trong tăng huyết áp động mạch phổi, van đóng mạnh do áp lực động mạch phổi cao. Trong thực tế, P2 sẽ thấy tương quan với tăng áp lực động mạch phổi hơn là tiếng P2 lớn.

Tiếng A2 yếu nghe được khi van động mạch chủ bị vôi hóa, hoạt động các van giảm và hở động mạch chủ khi các van đóng không kín.

### **5.9.5.2. Tiếng tim tách đôi**

Tiếng tim bị tách thường gặp khi nghe trong vùng van động mạch phổi. S1 tách đôi thường không phát hiện được trên lâm sàng. Tuy nhiên, khi nó xuất hiện hầu hết là do sự bất thường dẫn truyền tim được gọi là block nhánh phải hoàn toàn.

S2 tách đôi tăng trong thì hít vào do chậm làm trống thất phải, như trong block nhánh phải (chậm khử cực thất phải), hẹp động mạch phổi (chậm tổng máu thất phải), thông liên thất (quá tải thất phải) và hở van hai lá (do van động mạch chủ đóng sớm, do làm trống thất trái quá nhanh).

Trường hợp S2 tách đôi cố định, không thay đổi theo hô hấp và tiếng tách đôi rõ rệt hơn. Điều này gây ra bởi thông liên nhĩ, khi đó khối lượng tuần hoàn giữa hai tâm nhĩ bằng nhau do lỗ thông. Kết quả là hai tâm nhĩ trở thành một buồng chung.

Tách đôi đảo ngược xuất hiện khi P2 xảy ra trước và xuất hiện trong thì thở ra. Điều này có thể là do sự khử cực thất trái chậm (block nhánh trái), chậm làm trống thất trái (hẹp van động mạch chủ nặng, hẹp eo động mạch chủ) hoặc tăng khối lượng tuần hoàn thất trái (còn ống động mạch lớn). Tuy nhiên trên thực tế, âm thổi do các nguyên nhân trên lớn nên thường sẽ không thể nghe thấy S2.

### **5.9.5.3. Tiếng tim khác (S3 và S4)**

Tiếng tim thứ ba (S3 hay T3) là một tiếng trầm (20 – 70 Hz) giữa thì tâm trương, thời điểm mà có thể nghe được một nhịp thứ ba. Vì là âm trầm nên dễ dàng hơn khi nghe bằng phần chuông. Nó được ví như tiếng ngựa phi và thường được gọi là nhịp Gallop. Nhịp của nó tương tự như của từ “kentucky”. Nếu thầy thuốc nghe được toàn bộ nhịp điệu của tim mà không phải từng tiếng riêng lẻ thì sẽ có thể nắm rõ được nhịp Gallop này. Nguyên nhân là do sự căng ra của các cơ như van hai lá hoặc ba lá ở cuối thì đổ đầy nhanh tâm trương, khi lưu lượng máu tạm thời dừng lại.

Một S3 bệnh lý là do giảm đàn hồi thất, khi đó S3 vẫn xảy ra ngay cả khi quá trình đổ đầy không quá nhanh. S3 liên quan chặt chẽ với tình trạng tăng áp lực cuối thì tâm trương ở nhĩ và thất.

Tiếng S3 thất trái ở mỏm tim rõ hơn so với ở cạnh bờ trái xương ức và to hơn trong thì thở ra. Bình thường là do đổ đầy tâm trương cực nhanh, kết hợp với tăng cung lượng tim; như khi mang thai, nhiễm độc giáp và ở một số trẻ em. Nếu không, nó là một dấu hiệu quan trọng của dẫn và suy thất trái, nhưng cũng có thể xuất hiện trong hở van động mạch chủ, hở van hai lá, thông liên thất và còn ống động mạch.

Tiếng S3 thất phải nghe lớn ở cạnh bờ trái xương ức và theo nhịp thở ra. Nó xuất hiện

trong suy thất phải hoặc viêm màng ngoài tim co thắt.

Tiếng tim thứ tư (S4 hay T4) là một âm thanh cuối tâm trương có âm độ cao hơn S3. Nhịp S4 nghe tương tự như từ “tennessee”. Và cũng hình thành nhịp bộ ba (gallop). Đó là do áp lực sóng nhĩ cao dội lại từ tâm thất kém đàn hồi. Nó không xảy ra nếu BN bị rung nhĩ, vì âm thanh này chỉ xuất hiện khi tâm nhĩ co bóp thật sự hiệu quả, mất khi tâm nhĩ rung. Không giống như S1 tách đôi, S4 sẽ biến mất nếu phần chuồng của ống nghe được ép chặt vào ngực.

Tiếng S4 thất trái có thể nghe rõ khi tính đàn hồi thất trái giảm do hẹp van động mạch chủ, hở van hai lá cấp, tăng huyết áp, thiếu máu cục bộ cơ tim hoặc người lớn tuổi. Đôi khi xuất hiện trong cơn đau thắt ngực hoặc nhồi máu cơ tim và có thể là dấu hiệu thực thể duy nhất của các bệnh lý trên.

Tiếng S4 thất phải xảy ra khi độ đàn hồi thất phải giảm như trong tăng áp động mạch phổi hoặc hẹp van động mạch phổi.

Nếu nhịp tim lớn hơn 120 lần/phút, S3 và S4 có thể chồng lên nhau, dẫn đến tiếng gallop tổng hợp. Trong trường hợp này, hai âm thanh không nghe được có thể kết hợp để tạo ra một âm thanh nghe được. Điều này không nhất thiết phải bao hàm sự căng của tâm thất, trừ khi một hoặc cả hai tiếng vẫn tồn tại khi nhịp tim chậm lại hoặc sau nghiệm pháp xoa xoang cảnh. Khi cả S3 và S4 xảy ra, nhịp điệu được mô tả như là một nhịp bốn. Thường xảy ra trong rối loạn chức năng tâm thất nghiêm trọng.

#### 5.9.5.4. Tiếng tim phụ

**Tiếng clắc mở van:** một âm cao, xuất hiện trong bệnh hẹp van hai lá nghe sau tiếng S2 với khoảng cách rất khác nhau. Đó là do việc mở ra đột ngột của van hai lá và theo sau là tiếng thổi tâm trương của hẹp van hai lá. Khó phân biệt với tiếng S2 tách đôi, nhưng thường xảy ra muộn ở kỳ tâm trương hơn tiếng P2 của tiếng tim thứ hai. Âm độ của nó cao hơn tiếng tim thứ ba và như vậy khó nhầm lẫn. Rõ nhất là nghe ở phần thấp cạnh bờ trái xương ức bằng phần màng của ống nghe. Thuật ngữ clắc mở van bao hàm chẩn đoán hẹp van hai lá hoặc hiếm hơn là hẹp ba lá.

**Tiếng click tổng máu tâm thu:** âm cao, xuất hiện đầu thời kỳ tâm thu ở vị trí van động mạch chủ, động mạch phổi, cạnh trái xương ức và có thể xuất hiện trong trường hợp hẹp bẩm sinh van động mạch chủ hoặc động mạch phổi khi các van vẫn còn đi động, theo sau là các tiếng thổi tổng máu tâm thu của hẹp van động mạch chủ hoặc phổi. Do van bất thường vòm lên đột ngột giai đoạn sớm kỳ tâm thu.

**Tiếng click không tổng máu tâm thu:** âm cao nghe trong thời kỳ tâm thu rõ nhất tại vùng van hai lá. Đây là dấu hiệu thường gặp. Có thể theo sau là một tiếng thổi tâm thu. Tiếng click có thể là do sa của một hoặc nhiều lá van trong kỳ tâm thu. Tiếng click phi tổng máu cũng có thể nghe thấy ở những BN có thông liên nhĩ hoặc bất thường van ba lá (bất thường Ebstein).

**U nhầy nhĩ**<sup>v</sup> là một khối u rất hiếm gặp có thể xuất hiện ở một trong hai tâm nhĩ. Trong quá trình tâm nhĩ bóp khối u lỏng lẻo có thể bị đẩy vào lỗ hai lá hoặc van ba lá, gây

---

<sup>v</sup> Tên của khối u gelatin này xuất phát từ tiếng Hy Lạp nghĩa là nhầy nhệt.



ra tiếng bồm (như hòn đá rơi xuống nước) đầu thời kỳ tâm trương, **tiếng plop do u**. Âm thanh này ít khi nghe thấy, ngay cả ở những BN có u nhầy (khoảng 10%).

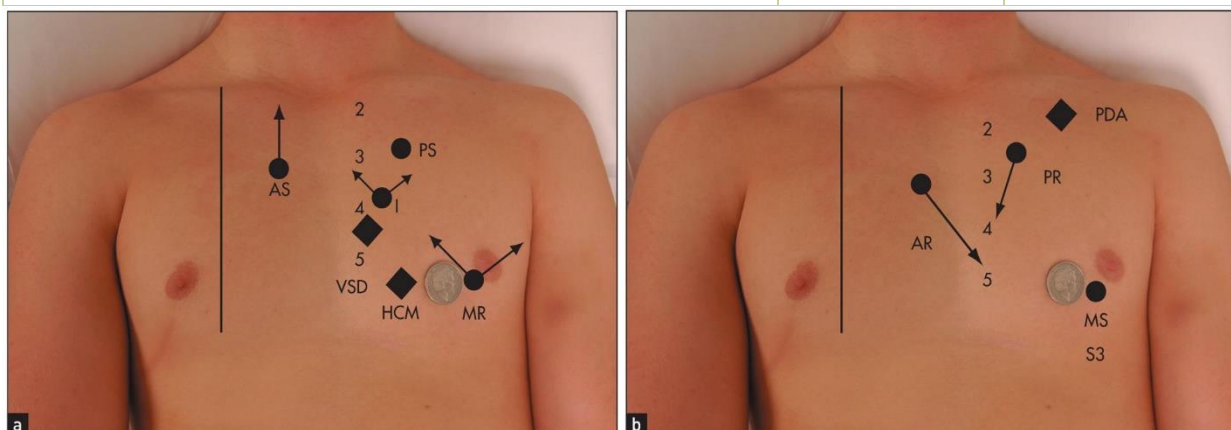
**Tiếng knock màng ngoài tim** thời kỳ tâm trương có thể xuất hiện khi có sự dừng lại đột ngột của việc làm đầy thất do bệnh viêm màng ngoài tim co thắt.

**Van tim nhân tạo** tạo ra tiếng đặc trưng. Hiếm khi, một máy tạo nhịp thất phải tạo ra tiếng click âm cao ở cuối thì tâm trương do co thắt các cơ thành ngực (**âm máy tạo nhịp**).

### 5.9.5.5. Âm thổi của tim

**Good signs guide 5.1. LRs của các dấu hiệu gợi ý một tiếng thổi có ý nghĩa lâm sàng (bất thường).**

Dấu hiệu	LR+	LR-
– Rung miu tâm thu	12	0,73
– Tiếng thổi toàn thì tâm thu	8,7	0,19
– Tiếng thổi to	6,5	0,08
– Tiếng thổi dạng bình nguyên	4,1	0,48
– Lớn nhất tại mỏm tim	2,5	0,84
– Lan ra động mạch cảnh	0,91	1,0



**Hình 5.36. Vị trí cường độ cao nhất và hướng lan của các âm thổi và tiếng tim (2 – 5 là các khoang liên sườn). (a) âm thổi tâm thu: AS = hẹp van ĐMC, MR = hở van hai lá, HCM = bệnh cơ tim phì đại, PS = hẹp van ĐMP, VSD = thông liên thất, I = vô hại. (b) âm thổi tâm trương và tiếng tim: AR = hở van ĐMC, MS = hẹp van hai lá, S3 = tiếng tim thứ 3, PR = hở van ĐMP, PDA = còn ống động mạch (âm thổi liên tục).**

Tiếng thổi gây ra bởi dòng máu chảy hỗn loạn. Một số biến động là không thể tránh khỏi khi máu được tổng qua các van động mạch chủ và động mạch phổi trong quá trình tâm thất co bóp. Sự hỗn loạn tăng lên trong trường hợp thiếu máu và nhiễm độc giáp. Vận tốc bình thường của dòng chảy qua các van này là khoảng 1 mét mỗi giây, đủ để tạo ra tiếng thổi nhẹ qua ống nghe, một âm thổi vô hại. Với sự hỗn loạn nhiều hơn – vận tốc khoảng 4 mét mỗi giây hoặc khi chảy qua van động mạch chủ bị hẹp và vận tốc cao hơn khi qua khe hở van hai lá tạo tiếng thổi lớn hơn. Một số đặc điểm nhất định cho thấy tính

ngghiêm trọng của âm thổi (xem Good signs guide 5.1).

Để xác định nguồn gốc tiếng thổi, cần xem xét một số mặt. Đó là: các đặc điểm liên quan (dấu hiệu ngoại vi), thời gian, vùng có cường độ lớn nhất, độ lớn và âm độ, ảnh hưởng của động học bao gồm cả hô hấp và nghiệm pháp Valsalva (xem Hình 5.36). Sự hiện diện của một âm thổi đặc trưng là dấu hiệu rất đáng tin cậy để chẩn đoán một bất thường van tim nào đó, nhưng giá trị thấp hơn trong chẩn đoán các bất thường khác.

Các đặc điểm liên quan. Như đã đề cập, các nguyên nhân gây ra âm thổi ở tim đôi khi có thể được tìm ra nếu phân tích cẩn thận các dấu hiệu ngoại vi.

**Bảng 5.4. Tiếng thổi.**

Thời gian xuất hiện	Tổn thương
<b>Toàn tâm thu</b>	Hở van hai lá. Hở van ba lá. Thông liên thất. Shunt chủ – phổi.
<b>Giữa tâm thu</b>	Hẹp van động mạch chủ. Hẹp van động mạch phổi. Bệnh cơ tim phì đại. Thông liên nhĩ.
<b>Cuối tâm thu</b>	Sa van hai lá. Rối loạn chức năng cơ nhú (thường do thiếu máu cục bộ hoặc bệnh cơ tim phì đại).
<b>Đầu tâm trương</b>	Hở van động mạch chủ. Hở van động mạch phổi.
<b>Giữa tâm trương</b>	Hẹp van hai lá. Hẹp van ba lá. U nhày nhĩ. Âm thổi Austin Flint của hở van động mạch chủ. Âm thổi Carey Coombs trong sốt thấp khớp cấp.
<b>Đầu tâm thu</b>	Hẹp van hai lá. Hẹp van ba lá. U nhày nhĩ.
<b>Liên tục</b>	Còn ống động mạch. Rò động – tĩnh mạch (động mạch vành, phổi, toàn thân). Thông động mạch chủ – phổi (cứng khớp bẩm sinh, shunt Blalock). Tiếng thổi tĩnh mạch (nghe rõ ở hố thượng đòn phải và mất đi khi đè ép tĩnh mạch cảnh trong cùng bên). Vỡ xoang Valsalva vào thất phải hoặc nhĩ phải “Mammary soufflé” (cuối thai kỳ hoặc giai đoạn hậu sản sớm)
<i>Chú ý: các âm thổi phổi hợp của hẹp và hở van động mạch chủ hoặc hẹp và hở van hai lá, có thể nghe như lấp cả chu kỳ tim, nhưng không phải âm thổi liên tục như định nghĩa.</i>	

– Thời gian.

+ Tiếng thổi tâm thu (xảy ra trong quá trình tâm thất co) có thể toàn tâm thu, giữa tâm thu (thời kỳ tổng máu) hoặc cuối tâm thu.

\* Âm thổi toàn tâm thu kéo dài trong suốt kỳ tâm thu, bắt đầu với tiếng S1 rồi đến tiếng S2. Độ lớn và âm độ của nó không thay đổi trong suốt thì tâm thu. Nó xuất hiện khi tâm thất rò rỉ vào một buồng có áp suất thấp hơn hoặc vào tĩnh mạch. Có sự khác biệt áp lực từ thời điểm tâm thất bắt đầu co bóp (S1), dòng máu và âm thổi bắt đầu với tiếng tim đầu tiên và tiếp tục cho đến khi áp suất cân bằng (S2). Nguyên nhân gây tiếng thổi toàn tâm thu bao gồm hở van hai lá, hở van ba lá và thông liên thất (xem Bảng 5.4).

\* Tiếng thổi tổng máu giữa kỳ tâm thu không bắt đầu ngay khi nghe tiếng tim đầu tiên; cường độ của nó là lớn nhất giữa tâm thu hoặc muộn hơn, giảm dần vào cuối tâm thu. Điều này được mô tả như một tiếng thổi khi to – khi nhỏ (crescendo – decrescendo). Những tiếng thổi này thường được gây ra bởi dòng chảy hỗn loạn qua lỗ van động mạch chủ hoặc phổi hoặc do tăng lưu lượng dòng chảy qua một lỗ có kích thước bình thường.

\* Khi có một khoảng trống đáng kể giữa tiếng tim đầu tiên và tiếng thổi, sau đó là tiếng S2, khi đó gọi là tiếng thổi cuối tâm thu. Đây là đặc điểm điển hình của sa van hai lá hoặc rối loạn chức năng cơ nhú khi xuất hiện trào ngược qua van hai lá xảy ra giữa kỳ tâm thu.

+ **Tiếng thổi tâm trương** (luôn là bất thường) xảy ra lúc tâm thất giãn. Khó nghe hơn tiếng thổi tâm thu và thường nhẹ hơn. Một tiếng thổi lớn thì dường như không phải tâm trương.

\* Tiếng thổi đầu tâm trương bắt đầu cùng lúc với tiếng tim thứ hai và nhỏ dần (to nhất lúc bắt đầu và độ dài thay đổi trong kỳ tâm trương). Những tiếng thổi đầu tâm trương có đặc điểm là âm độ cao và do trào ngược qua van động mạch chủ hoặc phổi. Tiếng thổi to nhất là lúc bắt đầu vì khi đó áp lực động mạch chủ và động mạch phổi là cao nhất.

\* Tiếng thổi giữa kỳ tâm trương bắt đầu muộn hơn trong thì tâm trương và có thể ngắn hoặc kéo dài cho đến S1. Nó trầm hơn tiếng thổi đầu tâm trương. Đó là do dòng chảy bị suy giảm trong quá trình đổ đầy thất và có thể do bệnh hẹp van hai lá và ba lá hay hiếm hơn là do u nhầy nhĩ, khi khối u làm tắc lỗ van.

\* Trong hở van động mạch chủ nặng, phản lực từ van động mạch chủ có thể làm lá trước van hai lá rung, tạo ra một tiếng thổi tâm trương. Thỉnh thoảng, van hai lá hoặc ba lá bình thường cũng gây ra tiếng thổi do dòng chảy, ngắn và xảy ra giữa kỳ tâm trương, khi có dòng chảy ồ ạt qua van. Nguyên nhân bao gồm tăng cung lượng tim hoặc shunt trong tim (thông liên nhĩ hoặc thông liên thất).

\* Tiếng thổi tiền tâm thu có thể nghe được khi nhĩ co bóp làm tăng lưu lượng máu qua van ngay trước S1. Nó là phần kéo dài của tiếng thổi giữa tâm trương trong hẹp van hai lá và hẹp van ba lá, thường không xảy ra khi tâm nhĩ không co bóp trong rung nhĩ.

\* Như tên của nó, **tiếng thổi liên tục** kéo dài cả tâm thu và tâm trương. Chúng được tạo ra khi có thông nối giữa hai vòng tuần hoàn với chênh lệch áp lực cố định làm dòng máu chảy qua liên tục. Thông thường có thể được phân biệt được tiếng thổi tâm thu và tâm trương (hẹp và hở van động mạch chủ), nhưng đôi khi lại khó khăn. Các nguyên nhân được đưa ra trong Bảng 5.4.

\* **Tiếng cọ màng ngoài tim** là một âm thanh thô ráp; có thể có ba yếu tố riêng biệt xảy ra bất cứ lúc nào trong chu kỳ tim. Không giới hạn ở tâm thu hay tâm trương. Tiếng cọ gây ra bởi chuyển động của bề mặt màng ngoài tim bị viêm; đó là kết quả của viêm màng ngoài tim. Âm thanh có thể thay đổi theo hô hấp và tư thế; nó thường to hơn khi BN ngồi dậy và thở ra. Nó có xu hướng đến và đi, thường sinh viên không thể tìm thấy nó. Nó được so sánh với những âm thanh lạo xạo khi đi bộ trên tuyết.

\* **Lạo xạo trung thất** (dấu hiệu của Hamman <sup>w</sup>) là một âm thanh lạo xạo nghe được cùng lúc với nhịp tim nhưng với thành phần tâm thu và tâm trương. Gây ra bởi sự xuất hiện của không khí trong trung thất và nghe một lần sẽ không bao giờ quên. Rất thường xuất hiện sau khi phẫu thuật tim và có thể liên quan đến tràn khí màng phổi hoặc sau chọc hút tràn dịch màng ngoài tim (nếu không khí đã đi vào màng tim).

– Vị trí có cường độ mạnh nhất. Mặc dù vị trí trước tim, vị trí nghe âm thổi dễ nhất, gợi ý về nguồn gốc của nó, cũng không phải là một dấu hiệu đáng tin cậy. Ví dụ, âm thổi do hở van hai lá thường to nhất ở mỏm tim, trên vùng nhĩ và có xu hướng lan ra nách, nhưng có thể nghe rõ ở vùng trước tim và thậm chí trên vùng van động mạch chủ hoặc sau lưng. Tiếng thổi lan lên động mạch cảnh, gợi ý nguồn gốc phát sinh từ van động mạch chủ.

– Độ lớn và cao độ. Độ lớn của tiếng thổi có thể hữu ích trong việc xác định mức độ nghiêm trọng của tổn thương van. Ví dụ, đối với hở van hai lá (xem Good signs guide 5.2).

### Good signs guide 5.2. Hở van hai lá nặng.

Độ lớn của tiếng thổi tâm thu	LR+ cho hở van hai lá nặng
– Độ 4 trở lên	14
– Độ 3	3,5
– Độ 0 – 2	0,12

+ Độ lớn và độ thô ráp của tiếng thổi (và sự hiện diện của rung miu) tương quan với mức độ nghiêm trọng của hẹp động mạch chủ, ngoại trừ các thể nặng nhất của hẹp van, khi đó tiếng thổi nhỏ vì cung lượng tim suy giảm mạnh. Bác sĩ tim mạch thường chia âm thổi thành 6 độ (hệ thống phân loại Levine):

\* Độ 1/6: rất nhỏ và ban đầu thường không thể nghe (thường chỉ nghe được khi đã biết là có âm thổi).

\* Độ 2/6: nhỏ, nhưng có thể được phát hiện gần như ngay lập tức bởi các bác sĩ có kinh nghiệm.

\* Độ 3/6: vừa phải, không có rung miu.

\* Độ 4/6: lớn, có rung miu.

\* Độ 5/6: rất lớn, sờ thấy rung miu dễ dàng.

\* Độ 6/6: rất, rất to, có thể nghe khi nhắc ống nghe khỏi ngực.

+ Phân loại này rất hữu ích, bởi vì một thay đổi của âm thổi cũng có một ý nghĩa

<sup>w</sup> Louis Hamman (1877 – 1946), một bác sĩ ở bệnh viện John Hopkins, Baltimore.

lớn – ví dụ sau khi bị nhồi máu cơ tim.

+ Đòi hỏi phải thực hành để đánh giá tốt cao độ của tiếng thổi, cũng như xác định loại âm thổi. Thông thường, những âm thổi trầm biểu thị những dòng chảy hỗn loạn dưới áp lực thấp như trong hẹp van hai lá và những âm thổi cao biểu thị dòng chảy vận tốc cao như trong hở van hai lá.

– Nghiệm pháp động học. Tất cả những BN với âm thổi mới được chẩn đoán nên được thực hiện những bài kiểm tra nghiệm pháp động học (tham khảo Good signs guide 5.3 và Bảng 5.5).

### Good signs guide 5.3. Nghiệm pháp và tiếng thổi tâm thu.

Dấu hiệu	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)
– Lớn hơn khi hít vào – âm thổi bên phải	100	88
– Nhỏ hơn khi thở ra – âm thổi bên phải	100	88
– Lớn hơn khi ngồi xôm – bệnh cơ tim phì đại	95	84
– Nhỏ hơn khi nắm chặt tay – bệnh cơ tim phì đại	85	75
– Lớn hơn khi nắm chặt tay – hở van hai lá/thông liên thất	68	92
– Lớn hơn trong pha căng Valsalva – bệnh cơ tim phì đại	65	96

### Bảng 5.5. Nghiệm pháp chức năng và âm thổi tâm thu.

Nghiệm pháp	Tổn thương			
	Bệnh cơ tim phì đại	Sa van hai lá	Hẹp van động mạch chủ	Hở van hai lá
Pha căng Valsalva (giảm tiền tải)	Lớn hơn	Dài hơn	Nhỏ hơn	Nhỏ hơn
Ngồi xôm hoặc đứng dậy (tăng tiền tải)	Nhỏ hơn	Ngắn hơn	Lớn hơn	Lớn hơn
Nắm chặt tay (tăng hậu tải)	Nhỏ hơn	Ngắn hơn	Nhỏ hơn	Lớn hơn

+ **Hô hấp:** những âm thổi xuất hiện ở tim phải trở nên lớn hơn ở thì hít vào vì lúc này lượng máu về tim tăng và chảy vào tim phải. Còn những âm thổi bên tim trái hoặc không thay đổi hoặc nhỏ lại. Thì thở ra thì ngược lại. Đây cũng là một cách nhạy và đặc hiệu để phân biệt âm thổi bên phải hay trái.

+ **Thở ra gắng sức:** là một phần thường quy của khám tim (xem Hình 5.37): cho BN nghiêng người về phía trước trong thì thở ra gắng sức và nghe được âm trào ngược động mạch chủ ở đáy tim, thường bị bỏ sót. Cách này giúp cho đáy tim sát với thành ngực. Và cũng có thể nghe được tiếng cọ màng tim tốt nhất ở vị trí này.

+ **Nghiệm pháp Valsalva**<sup>x</sup> (áp lực thở ra kháng lại nắp thanh môn đã đóng): yêu cầu BN bịt mũi, ngậm miệng, thở ra thật mạnh, hết sức để khí dồn ra màng nhĩ và giữ lâu nhất có thể. Đặt ống nghe ở cạnh trái xương ức quá trình thực hiện để đánh giá sự thay đổi của âm thổi tâm thu trong bệnh cơ tim phì đại và nghe ở mỏm tim khi nghi ngờ sa van hai lá. Nghiệm pháp Valsalva có 4 pha. Pha 1 (bắt đầu nghiệm pháp) có sự gia tăng áp lực trong lồng ngực, tăng thoáng qua cung lượng thất trái và huyết áp. Pha 2 (thì gắng sức) máu tĩnh mạch hệ thống đổ về giảm, sự đổ đầy tim phải và sau đó là tim trái giảm, thể tích nhát bóp và huyết áp cũng giảm trong khi nhịp tim thì tăng. Khi thể tích nhát bóp và huyết áp động mạch giảm, phần lớn âm thổi ở tim trở nên nhỏ lại, tuy nhiên bởi vì thể tích thất trái bị giảm trong bệnh cơ tim phì đại nên âm thổi tâm thu trở nên lớn hơn và tiếng click tâm thu và âm thổi trong sa van hai lá xuất hiện sớm hơn. Trong pha 3 (pha giải phóng), ban đầu là những âm thổi bên phải và sau đó là bên trái sẽ to hơn thoáng qua trước khi trở về bình thường. Huyết áp sẽ giảm nhiều hơn do hồ máu trong hệ tĩnh mạch phổi. Trong pha 4, huyết áp sẽ tăng lên, đó là kết quả của sự gia tăng hoạt động giao cảm, phản ứng lại với tình trạng hạ huyết áp trước đó. Thay đổi nhịp tim ngược lại với thay đổi huyết áp. Sự phản hồi huyết áp có thể được đo bằng cách bơm thêm 15 mmHg cao hơn huyết áp tâm thu trước khi làm nghiệm pháp. Tiếng Korotkoff sẽ xuất hiện ở pha 1 và pha 4 ở người bình thường. Không có trong pha 4 là dấu hiệu của suy tim. Thất trái không thể tăng cung lượng tim mặc dù có sự gia tăng hoạt động giao cảm.



**Hình 5.37. Nghiệm pháp cho hở van động mạch chủ hoặc tiếng cọ màng tim; BN thở hết sức.**

<sup>x</sup> Antonio Valsava (1666 – 1723), giáo sư giải phẫu ở Bologna. Ông mô tả nghiệm pháp Valsava vào năm 1704. Thở ra thật mạnh trong khi nắp thanh môn đóng gây chảy mủ ra ông tại ngoài trong trường hợp viêm tai giữa mạn tính.

+ **Từ đứng sang ngồi xôm:** khi BN chuyển nhanh sang ngồi xôm từ tư thế đứng, sức cản của tĩnh mạch trở về và hệ động mạch tăng lên cùng một lúc, làm gia tăng thể tích nhất bốp và áp lực động mạch. Điều đó làm phần lớn các âm thổi to lên. Tuy nhiên, kích thước thất trái tăng sẽ làm giảm sự tắc nghẽn dòng ra vì thế làm giảm cường độ âm thổi tâm thu trong bệnh cơ tim phì đại, trong khi đó tiếng click giữa tâm thu và âm thổi trong sa van hai lá bị chậm lại.

+ **Từ ngồi xôm sang đứng:** khi BN đứng lên nhanh sau khi ngồi xôm, sẽ xảy ra những thay đổi ngược lại về độ lớn của những âm thổi này.

+ **Vận động đẳng trường:** nắm chặt tay hoặc đứng lên – ngồi xuống 20 đến 30 giây sẽ tăng kháng trở động mạch, huyết áp và kích thích tim. Âm thổi tâm thu trong hẹp van động mạch chủ có thể nhỏ lại do giảm áp lực xuyên van nhưng thường không thay đổi. Đa số những âm thổi khác thì trở nên to hơn, ngoại trừ âm thổi tâm thu trong cơ tim phì đại thì nhỏ lại và âm thổi sa van hai lá thì chậm hơn do tăng thể tích tâm thất.

### 5.9.5.6. Nghe ở cổ

Đây là phần nên được khám thường quy như là một phần trong phương pháp động học để phát hiện các bệnh lý van tim, nhưng các phương diện nhất định của nó sẽ được chúng ta xem xét ở đây. Những âm thanh bất thường nghe trên động mạch gọi là tiếng thổi (bruit). Đây là những âm trầm và dễ nghe với phần chuông. Tiếng thổi động mạch cảnh dễ nghe nhất ở phần cơ ức đòn chũm ngay phía trên nửa trong của xương đòn. Yêu cầu BN ngừng thở một lúc để loại trừ âm thanh của tiếng thở. Thận trọng yêu cầu BN không nói chuyện. Tiếng nói thường gây rất khó chịu khi được khuếch đại bởi ống nghe.

Âm thổi tâm thu có thể lan từ tim. Âm thổi trong hẹp van động mạch chủ luôn nghe rõ ở cổ và tiếng thổi động mạch cảnh nhẹ thỉnh thoảng được nghe rõ ở BN hở van hai lá nặng hoặc hẹp van động mạch phổi. Âm thổi của hẹp động mạch cảnh nghe không rõ ở đáy tim. Di chuyển ống nghe từ điểm này sang điểm kia trên thành ngực, nếu âm thổi biến mất, có khả năng âm thanh xuất phát từ động mạch cảnh. Không thể loại trừ âm thổi động mạch cảnh ở BN có âm thổi do hẹp van động mạch chủ lan ra cổ. Hẹp động mạch cảnh là một nguyên nhân quan trọng gây âm thổi động mạch cảnh.

Hẹp nặng hơn liên quan đến âm thanh dài hơn và cường độ lớn hơn. Tắc mạch máu toàn bộ dẫn tới mất âm thổi. Không thể chẩn đoán trên lâm sàng hẹp động mạch cảnh (dù hẹp > 60%). Do đó, một âm thổi động mạch ít có giá trị dự đoán hẹp động mạch cảnh hay nguy cơ đột quỵ. Cường giáp có thể gây ra âm thổi tâm thu do tăng sinh mạch máu của tuyến.

Một âm thổi liên tục thỉnh thoảng nghe được ở nền cổ. Đó thường là âm thổi tĩnh mạch (venous hum), do dòng chảy của tĩnh mạch phát ra. Nó sẽ biến mất khi đè nhẹ ống nghe lên cổ. Thỉnh thoảng một âm thổi lớn hoặc hở van động mạch chủ nặng cũng có thể gây ra âm thanh tương tự. Ở những BN lọc máu thường xuyên có những âm thổi nghe được từ thông động – tĩnh mạch.

## 5.10. LƯNG

Đó là tất cả những gì của phần trước tim. Gõ và nghe ở đáy phổi cũng là một phần của khám tim mạch. Các dấu hiệu suy tim có thể được phát hiện ở phổi, trong một số trường

hợp có thể phát hiện được tiếng nổ ở cuối hoặc toàn thì hít vào hoặc tràn dịch màng phổi. Âm thổi hẹp động mạch chủ có thể nổi bật ở lưng trên.

Khi BN ngồi, cảm nhận phù ấn lõm của xương cụt, gặp trong suy tim phải nặng, nhất là những BN phải nằm trên giường. Vì xương cụt trở thành vùng thấp và dịch phù có xu hướng dồn xuống phía dưới do tác dụng của trọng lực.

### **5.11. BỤNG**

Đề BN nằm đầu thấp (trên một gối) và khám bụng. Nhìn vùng gan để phát hiện gan to, khi tĩnh mạch gan bị sung huyết trong suy tim phải. Phồng bao gan gây nhạy đau ở vùng da trên gan của những BN này. Trong hở van ba lá, gan sẽ nảy lên khi sóng áp lực thất phải thu truyền vào tĩnh mạch gan – đây là dấu hiệu đáng tin cậy. Phản hồi gan tĩnh mạch cổ. Cổ trướng có thể gặp trong suy tim phải nặng. Cường lách, nếu có, có thể là chỉ điểm của viêm nội tâm mạc nhiễm trùng.

Cảm nhận tiếng đập của động mạch chủ bụng, phía bên trái đường giữa. Dễ dàng sờ được ở những người gầy, tuy nhiên luôn phải nghĩ đến phình động mạch chủ bụng khi nhịp đập của động mạch chủ sờ được và lan rộng.

Khám tim mạch vẫn chưa kết thúc nếu chưa khám đến chân, sẽ được đề cập ở CHƯƠNG 6.



## T&O'C essentials

1. Khám tim mạch là phần quan trọng thậm chí khi BN không có triệu chứng của bệnh lý tim mạch (đánh giá BN trước mổ).
2. Khi tiến hành thăm khám, BN phải được khám ở tư thế đúng và bộc lộ đầy đủ.
3. Sinh viên y khoa nên phát triển các kỹ năng thăm khám và trở nên thân quen với nó.
4. Thăm khám một cách có hệ thống tức là không có phần thăm khám nào bị bỏ qua.
5. Những chú ý đặc biệt khi thăm khám tim mạch là tần số, nhịp, các đặc điểm của nhịp, huyết áp, áp lực tĩnh mạch cảnh, vị trí của điện đập mỏm tim
6. Nhiều dấu hiệu tim mạch được dùng để chẩn đoán hoặc gần như thế sẽ tạo cho việc thăm khám trở nên hứng thú.
7. Thực hành và kinh nghiệm là những vấn đề cốt lõi nếu sinh viên nhận ra được âm thổi của tim và phân biệt được giữa chúng với nhau.
8. Vị trí và thời gian của âm thổi sẽ cung cấp nhiều bằng chứng quan trọng về những tổn thương van tim.
9. Các dấu hiệu tim mạch hữu ích nhất trong suy thất trái là tiếng tim S3, điện đập mỏm tim bị đẩy lệch và loạn vận động.
10. Âm thổi tâm trương của hở van động mạch chủ là đặc trưng và có giá trị chẩn đoán cao – chỉ chẩn đoán phân biệt với hở van động mạch phổi.

## Bài test OSCE

### Thăm khám bệnh lý tim mạch

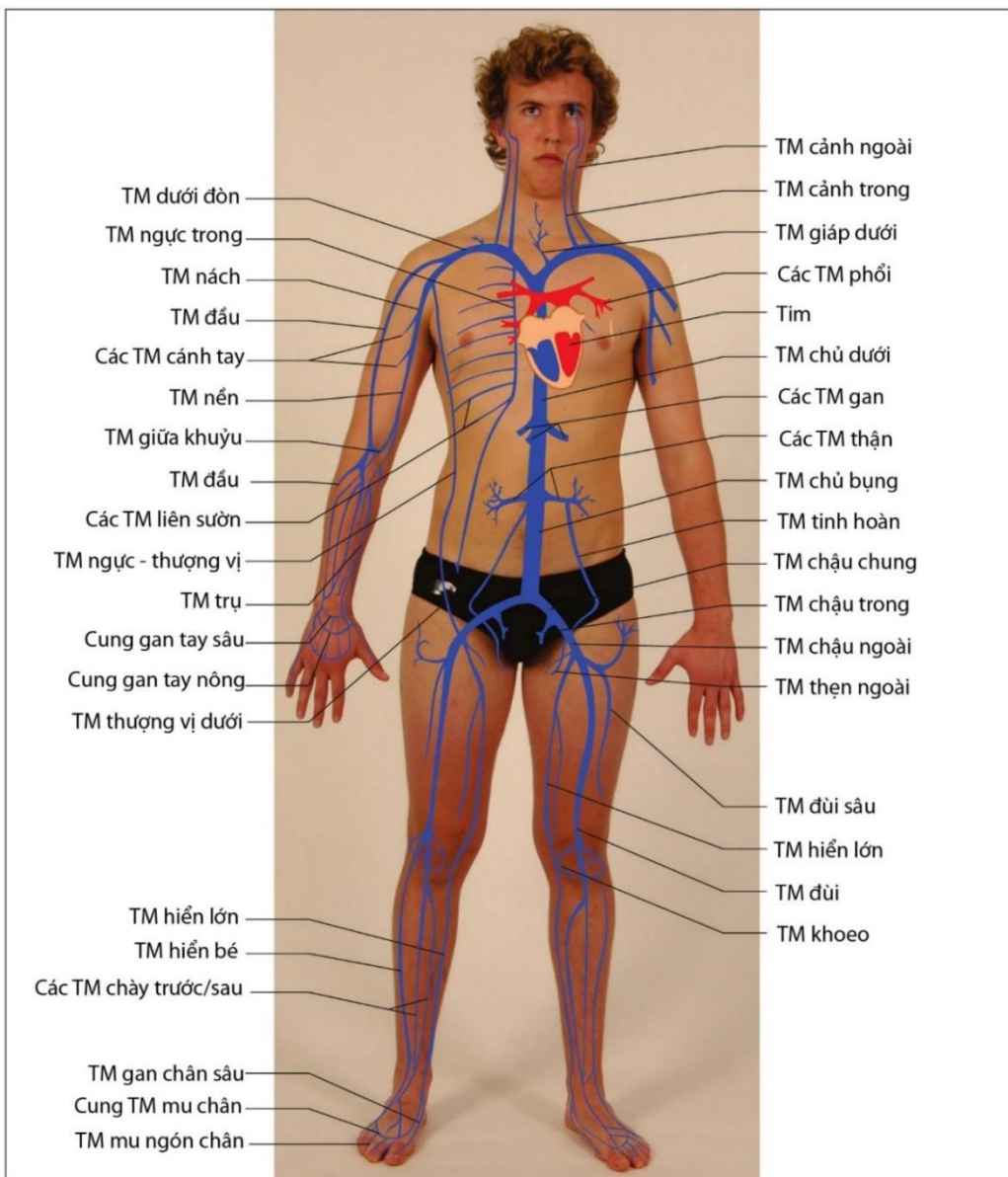
**Bà Keith bị tăng huyết áp hãy thăm khám tim mạch cho bà ấy.**

1. Giới thiệu bản thân và rửa tay thường quy.
2. Quan sát khuôn mặt và thể trạng BN để phát hiện các bất thường (vẻ mặt Cushing, nam hóa).
3. Bắt mạch (tần số và nhịp điệu) và nhịp trở mạch quay – đùi (hẹp van động mạch chủ).
4. Đo huyết áp. Đảm bảo rằng băng quấn đúng kích cỡ và BN ở tư thế đúng (khủy tay ngang mức tim khi nằm).
5. Kiểm tra huyết áp tâm thu bằng cách sờ lên cánh tay.
6. Đo huyết áp bằng cách nghe trên cánh tay, sau đó đo trên tay còn lại (nếu có sự khác biệt về huyết áp > 10 mmHg ở bên cánh tay có nghĩa là có bệnh lý mạch máu).
7. Kiểm tra huyết áp tâm thu tư thế đứng (nếu BN cho phép) để tìm sự thay đổi huyết áp theo tư thế.
8. Khám đáy mắt (để phát hiện những thay đổi do tăng huyết áp).
9. Khám hệ thống tim mạch để tìm những dấu hiệu của suy tim (tăng áp lực tĩnh mạch cảnh, dịch chuyển điện đập mỏm tim và tiếng tim S3), của phì đại thất trái và S4.
10. Khám bụng để tìm dấu hiệu lớn thận, phình động mạch chủ bụng và âm thổi động mạch thận.
11. Xét nghiệm tìm máu trong nước tiểu (trụ hồng cầu).

# THĂM KHÁM CHI DƯỚI VÀ BỆNH LÝ MẠCH MÁU NGOẠI BIÊN

Đoàn Như Thảo

*Chân; phần chi chúng ta dùng để đi; đặc biệt là phần nằm giữa gối và bàn chân.  
Samuel Johnson, A Dictionary of the English Language (1775)*



**Hình 6.1. Hệ thống tĩnh mạch.**

## 6.1. GIẢI PHẪU

Các động mạch thông thường có thể sờ thấy được tại những nơi mà nó đi qua nông dưới bề mặt da. Hình 5.2 và Hình 6.1 cho thấy vị trí giải phẫu cơ bản của các động mạch.

### 6.1.1. Tay

Hầu hết máu nuôi cánh tay được cung cấp bởi động mạch nách, sau đó chia ra một số nhánh nhỏ ở cánh tay và trở thành động mạch cánh tay. Động mạch này lại phân nhánh thành động mạch quay và động mạch trụ chạy xuống cẳng tay theo xương tương ứng. Cả hai tiếp tục đi đến cổ tay, cấp máu cho bàn tay và các ngón tay. Động mạch quay ở cổ tay rất nông và dễ dàng sờ thấy được. Các tĩnh mạch cánh tay bao gồm các tĩnh mạch ngón tay của bàn tay, tĩnh mạch đầu, tĩnh mạch giữa của cẳng tay và tĩnh mạch nền, chạy suốt theo toàn bộ chiều dài của cánh tay. Ở cánh tay, tĩnh mạch cánh tay và tĩnh mạch đầu chạy lên vai. Các tĩnh mạch này đổ vào tĩnh mạch nách rồi về tĩnh mạch chủ trên.

### 6.1.2. Chân

Các nguồn cung cấp máu chính đến chân là từ động mạch chậu ngoài, được đổi tên thành động mạch đùi khi nó đi qua dây chằng bẹn. Những nhánh chính của nó bao gồm: động mạch đùi sâu ở đùi, động mạch chày trước và chày sau ở cẳng chân. Động mạch chày sau thường sờ thấy ở phía sau mắt cá trong và động mạch chày trước thường sờ thấy ở mu bàn chân. Các tĩnh mạch của chân bao gồm các tĩnh mạch dài nhất trong cơ thể, tĩnh mạch hiển lớn. Những tĩnh mạch nông dẫn lưu qua những tĩnh mạch xuyên đổ vào các tĩnh mạch sâu là những tĩnh mạch có van để ngăn sự trở lại của dòng máu để về tim. Tổn thương những van này như huyết khối tĩnh mạch, có thể dẫn đến dẫn tĩnh mạch. Các tĩnh mạch chân đổ vào tĩnh mạch chậu ngoài và sau đó vào tĩnh mạch chủ dưới.

### 6.1.3. Chi dưới



**Hình 6.2. Phù ấn lõm ở chân – mức độ nặng.**

### List 6.1. Khám chi dưới.

1. **Nhìn – mặt trước và ngoài lòng bàn chân, giữa các ngón chân:**
  - Bị cắt cụt.
  - Loét.
  - Ban đỏ.
  - Dẫn tĩnh mạch.
  - Teo cơ.
  - Sẹo.
  - Mất màu (nhuộm màu tĩnh mạch; xem Hình 6.3).
  - Rụng lông.
2. **Sờ**
  - Nhiệt độ dùng mặt lưng bàn tay sờ từ hông đến bàn chân mỗi bên. Chú ý sự giảm nhiệt độ ngoại vi, so sánh trái và bên phải.
  - Kiểm tra thời gian đổ đầy mao mạch: nhấn vào móng chân cái và quan sát. Bình thường, các móng chân tái nhợt chuyển sang màu hồng trong vòng 3 giây.
- Kiểm tra khả năng đổ đầy của tĩnh mạch: chặn cung tĩnh mạch tĩnh mạch mu chân ở mỗi bên lần lượt bằng cách sử dụng hai ngón tay; nhả ngón tay ở xa và quan sát đổ đầy tĩnh mạch. Không có sự tái đổ đầy tĩnh mạch gợi ý tình trạng tưới máu kém ở bàn chân.
- Bắt mạch: cảm giác được phình động mạch chủ bụng, sờ động mạch đùi, động mạch khoeo, động mạch chày sau, động mạch mu chân.
3. **Nghe**
  - Nghe tim âm thổi động mạch chủ bụng, động mạch thận và động mạch đùi.
4. **Thực hiện test Buerger (xem bên dưới).**
5. **Đo chỉ số mắt cá chân – cánh tay (ABI).**
6. **Khám cảm giác chi dưới.** Đái tháo đường có thể gây ra mất cảm giác kiểu đi vớ.
7. **Test glucose trong nước tiểu.**



**Hình 6.3. Nhuộm màu tĩnh mạch.**

Xem List 6.1. Sờ phía sau mắt cá trong xương chày và phần xa của xương chày để phát hiện phù bằng cách ấn vào da ít nhất 15 giây bằng ngón tay cái. Cần phải khám nhẹ nhàng vì các vị trí này thường rất nhạy cảm. Phù có thể ấn lõm (da lõm vào và phục hồi chậm, xem Hình 6.2) hoặc không lõm. Phù nề do giảm albumin máu thường phục hồi nhanh hơn.

## List 6.2. Các chẩn đoán phân biệt phù mắt các chân.

### Suy tim

- Tiền sử suy tim.
- Các triệu chứng khác của suy tim.
- Áp lực tĩnh mạch cảnh cao.

### Giảm đạm máu

- Áp lực tĩnh mạch cảnh bình thường
- Ấn phù nề và hồi phục nhanh chóng, 2 – 3 giây.

### Huyết khối tĩnh mạch sâu hoặc viêm mô tế bào

- Một bên.
- Ban đỏ da.
- Nhảy đau ở bắp chân

### Phù nề do thuốc

- BN dùng thuốc chẹn kênh calci.

### Phù do bạch huyết

- Không nặng hơn vào cuối ngày.
- Ấn không lõm khi mạn tính.

### Phù lipid

- Ấn không lõm.
- Không xuất hiện ở bàn chân.
- Xuất hiện ở phụ nữ béo phì.

## List 6.3. Các nguyên nhân gây phù.

### Phù mềm ấn lõm chi dưới

- Bất thường tĩnh mạch ở chân (dãn tĩnh mạch).
- Thuốc : đối kháng calci.
- Bệnh khớp hoặc chấn thương ở chân.
- Tim: suy tim sung huyết, viêm màng ngoài tim co thắt.
- Gan: xơ gan gây giảm albumin máu.
- Thận: hội chứng thận hư gây giảm albumin máu.
- Đường tiêu hóa: kém hấp thu, nạn đói, kém hấp thu protein ở ruột gây ra giảm albumin máu.
- Beri – beri (ấm).
- Phù nề theo chu kỳ.

### Phù mềm ấn lõm chi dưới một bên

- Huyết khối tĩnh mạch sâu.
- Chèn ép tĩnh mạch lớn bởi khối u hoặc hạch bạch huyết.

### Phù cứng chi dưới

- Suy giáp.
- Bạch huyết.
- + Nhiễm trùng (giun chỉ).
- + Ác tính (ung thư xâm lấn của hệ bạch huyết).
- + Bẩm sinh (tắc nghẽn bạch huyết tiến triển)
- + Dị ứng
- + Bệnh Milroy\* (phù hạch bạch huyết không giải thích được xuất hiện ở tuổi dậy thì và thường gặp hơn ở nữ).

\* William Milroy (1855-1914), giáo sư Y khoa, Đại Học Nebraska, mô tả căn bệnh này vào năm 1928.

Phù ấn lõm gặp trong suy tim trừ khi bệnh lý này đã xuất hiện trong một thời gian dài và những thay đổi thứ phát ở mạch bạch huyết có thể xảy ra. Nếu phù xuất hiện, lưu ý đoạn trên của nó (ví dụ: phù đến giữa bắp chân hoặc phù đến giữa đùi). Phù nghiêm trọng có thể thấy cả ở da thành bụng và bìu. Nguyên nhân và chẩn đoán phân biệt phù được liệt kê trong List 6.2 và List 6.3.

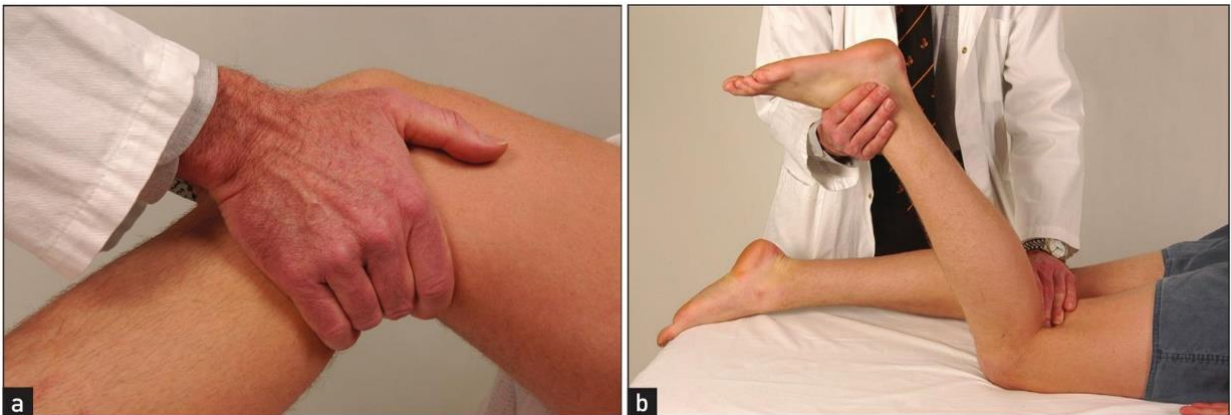
Phù không lõm (phù cứng) gợi ý bệnh lý phù bạch huyết mạn tính, do tắc nghẽn mạch bạch huyết (xem Hình 6.4). Phù do mỡ (lipoedema) là một thuật ngữ dùng để mô tả sự lắng đọng của mỡ ở mắt cá chân. Nó không xuất hiện ở bàn chân và thường ảnh hưởng đến phụ nữ béo phì.

Tìm các u vàng xanthomata ở gân Achilles<sup>a</sup> do tăng lipid máu. Cũng như dấu hiệu tím tái và dấu hiệu ngón chân dùi trống (có thể không có ngón tay dùi trống ở những BN còn ống động mạch, bởi vì sự gia tăng áp lực động mạch phổi, đủ để đảo chiều của dòng chảy trong shunt).



**Hình 6.4. Phù lympho (chân voi).**

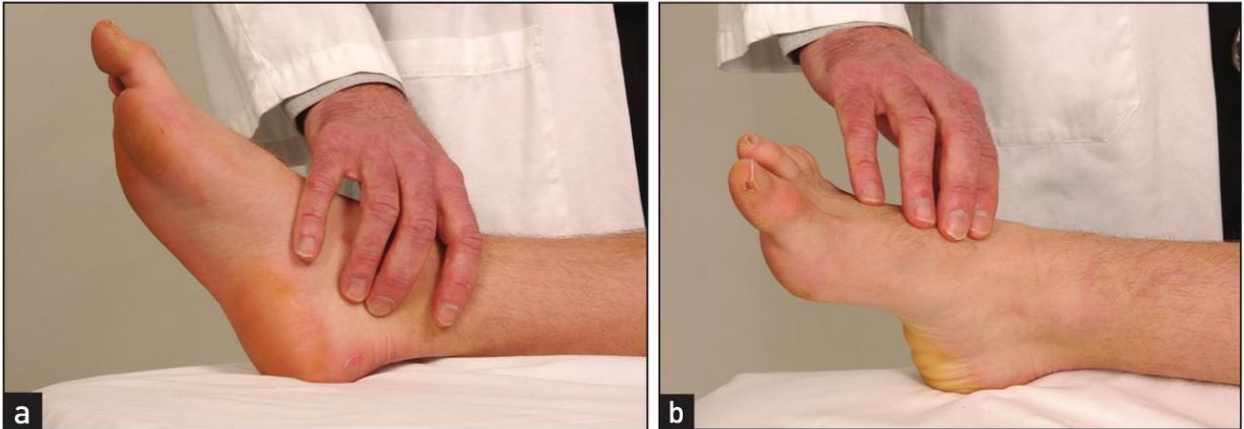
## **6.2. BỆNH LÝ MẠCH MÁU NGOẠI VI**



**Hình 6.5. Sờ động mạch khoeo: (a) nằm ngửa, (b) nằm sấp.**

Thăm khám cả hai động mạch đùi bằng cách sờ và nghe. Có thể nghe được âm thổi nếu các mạch máu bị hẹp. Tiếp theo sờ vào các động mạch sau đây: động mạch khoeo (đằng sau đầu gối Hình 6.5 a: nếu gặp khó khăn khi BN nằm ngửa, hãy thử lại bằng phương pháp trong Hình 6.5 b), động mạch chày sau (dưới mắt cá trong, xem Hình 6.6 a) và động mạch chày trước (trên mu bàn chân, Hình 6.6 b) cả hai bên.

<sup>a</sup> Achilles, huyền thoại anh hùng Hy Lạp, tương truyền khi còn là một em bé ông được nhúng vào sông Styx và trở nên bất tử, trừ gót chân. Ông ta bị giết bởi Paris, người đã bắn một mũi tên vào gót chân của mình.



**Hình 6.6. Sờ động mạch (a) chày sau và (b) mu bàn chân.  
Good signs guide 6.1. Bệnh lý mạch máu ngoại biên.**

Dấu hiệu	LR+	LR-
– Đau nặng hoặc loét ở bàn chân	5,9	0,98
– Bàn chân có nhạt màu, đỏ hoặc xanh	2,3	0,80
– Da teo	1,65	0,72
– Rụng lông	1,6	0,71
– Một bàn chân lạnh	5,9	0,92
– Mất mạch đùi	5,8	0,94
– Mất mạch chày sau hoặc chày trước	3,7	0,37
– Tiếng thổi xuất hiện ở chi	5,7	0,58
– Thời gian đổ đầy mao mạch > 5 giây	1,9	0,84
– Thời gian đổ đầy tĩnh mạch > 20 giây	3,6	0,83



**Hình 6.7. Loét tĩnh mạch. Loét tĩnh mạch có bờ không đều, da xung quanh nhạt màu – biểu mô mới (da mới) và vùng màu hồng của hạt mô. Thường có tiền sử của huyết khối tĩnh mạch sâu. Da thường ấm và phù nề. (Xem List 6.4).**

Khi BN có những cơn đau bắp chân khi gắng sức (đau cách hồi) thì khả năng có bệnh lý của động mạch ngoại vi. Bệnh nghiêm trọng hơn có thể dẫn đến đau ngay cả lúc nghỉ ngơi và gây thiếu máu cục bộ ở chân và bàn chân (xem Good signs guide 6.1). Thăm khám tìm dấu hiệu teo da và rụng lông, thay đổi màu sắc của bàn chân (màu xanh hoặc màu đỏ) và loét phần dưới cùng xương chày. Loét do đái tháo đường và tĩnh mạch có thể phân biệt được với loét do nguyên nhân động mạch (xem Hình 6.7, Hình 6.8, Hình 6.9).



**Hình 6.8. Loét động mạch. Loét động mạch có bờ đều và đáy lõm. Vùng da xung quanh lạnh. Mất mạch ngoại vi (Xem List 6.4).**

**List 6.4. Các nguyên nhân gây loét chân.**

- 
- |  |  |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Loét tĩnh mạch – thường gặp nhất (xem Hình 6.7).                     <ul style="list-style-type: none"> <li>– Vị trí: xung quanh mắt cá chân.</li> <li>– Đặc tính: bờ không đều, mô hạt ở đáy vết loét. Mô viêm xung quanh và phù nề.</li> <li>– Kèm theo thay đổi sắc tố da, dạng chàm.</li> </ul> </li> <li>2. Loét do thiếu máu cục bộ (xem Hình 6.8).                     <ul style="list-style-type: none"> <li>– Bệnh động mạch lớn (mảng xơ vữa, viêm tắc mạch do huyết khối): thường ở mặt ngoài của chân (mắt mạch).</li> <li>– Bệnh mạch máu nhỏ (viêm mạch máu quá mẫn, ban xuất huyết có thể sờ được).</li> <li>+ Vị trí: vùng chịu áp lực, mắt cá ngoài, mặt lưng và mép của bàn chân và ngón chân.</li> <li>+ Đặc tính: mềm, tròn, đáy nhạt, lõm và không chảy máu.</li> </ul> </li> <li>3. Loét ác tính, ví dụ: ung thư tế bào đáy (bờ trong suốt và sáng), ung thư tế bào vảy (bờ cứng gồ ghề), u hắc tố, lymphoma, sarcoma Kaposi.</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Nhiễm trùng, ví dụ: staphylococcus aureus, giang mai, lao, mycobacterium không điển hình, nấm.</li> <li>5. Do thần kinh (loét thủng không đau lòng bàn chân: bệnh thần kinh ngoại biên, ví dụ: bệnh đái tháo đường, giang mai, bệnh phong – xem Hình 6.9).</li> <li>6. Bệnh lý nền                     <ul style="list-style-type: none"> <li>– Bệnh đái tháo đường: bệnh mạch máu, bệnh thần kinh hoặc hoại tử sinh học dạng mỡ (mặt trước chân).</li> <li>– Hoại thư sinh mủ trên da.</li> <li>– Viêm khớp dạng thấp.</li> <li>– Lymphoma.</li> <li>– Thiếu máu tán huyết (loét nhỏ ở mắt cá), ví dụ: thiếu máu hồng cầu hình liềm.</li> </ul> </li> </ol> |
|--|--|
-





**Hình 6.9. Loét do bệnh tiểu đường (thần kinh). Loét do thần kinh không gây đau và đi kèm với giảm cảm giác ở vùng da xung quanh.**

Tìm sự giảm tái đồ đầy mao mạch (ấn móng chân – màu hồng của máu phục hồi chậm). Trong trường hợp như vậy, thực hiện nghiệm pháp Buerger<sup>b</sup> giúp khẳng định chẩn đoán của chúng ta: nhắc chân đến 45° (tái nhợt nhanh nếu tưới máu kém), sau đó đặt chân ở 90° trên các cạnh của giường (tím tái sẽ xuất hiện nếu cấp máu từ động mạch giảm). Thông thường không có sự thay đổi về màu sắc da ở hai vị trí này.

Chỉ số mắt cá chân – cánh tay (ABI) đánh giá khả năng cấp máu của động mạch cho chi dưới; một chỉ số bất thường cũng làm tăng nguy cơ tim mạch. Huyết áp tâm thu ở động mạch chày trước hoặc động mạch chày sau được thăm dò bằng Doppler và huyết áp kể với băng quấn quanh cẳng chân. Huyết áp này chia cho huyết áp tâm thu đo theo cách thông thường ở động mạch cánh tay. ABI nhỏ hơn 0,9 chỉ điểm bệnh lý động mạch nghiêm trọng và ABI từ 0,4 và 0,9 BN sẽ kèm theo triệu chứng đau cách hồi. ABI nhỏ hơn 0,4 liên quan tới thiếu máu cục bộ chi nặng. ABI lớn hơn 1,3 xảy ra với vôi hóa (không chèn ép) động mạch. Giảm ABI cũng được xem là một yếu tố nguy cơ bệnh động mạch ở những nơi khác.

### **6.3. TẮC ĐỘNG MẠCH CẤP**

Tắc cấp của một động mạch lớn ở chi gây đau, mất mạch, tái nhợt, “tê liệt” chi đó, cảm giác lạnh và dị cảm (sáu chữ P: painful, pulseless, pale, ‘paralysed’, perishingly cold, paraesthesias). Nó có thể là do huyết khối, nghẽn mạch hoặc chấn thương. Thuyên tắc động mạch ngoại vi thường phát sinh từ huyết khối trong buồng tim, thường là thứ phát sau (1) nhồi máu cơ tim, (2) bệnh cơ tim dẫn, (3) rung nhĩ hoặc (4) viêm nội tâm mạc nhiễm trùng.

### **6.4. HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH SÂU**

Huyết khối tĩnh mạch sâu (deep venous thrombosis – DVT) là một chẩn đoán lâm sàng

---

<sup>b</sup> Leo Buerger (1879 – 1943), bác sĩ ở New York, sinh ra ở Vienna, mô tả tình trạng viêm thuyên tắc mạch. Ông luôn ám ảnh với những chiếc xe đăc tiên.

khó khăn. BN thường than phiền đau ở bắp chân. Khi thăm khám, các bác sĩ lâm sàng nên tìm vị trí sưng nề ở bắp chân, đùi và sự giãn nở của các tĩnh mạch nông. Cảm giác ấm hơn ở vùng bên dưới và bóp bắp chân (nhẹ nhàng) để xác định khu vực nhạy cảm đau. Dấu hiệu Homans<sup>c</sup> (đau ở bắp chân khi chân được gấp mạnh bàn chân về phía mặt lưng) có giá trị chẩn đoán hạn chế và trên lý thuyết là rất nguy hiểm vì có khả năng đẩy cục huyết khối đi nơi khác.

Các nguyên nhân gây huyết khối đã được mô tả bởi Virchow<sup>d</sup> năm 1856 với ba triệu chứng (tam chứng Virchow nổi tiếng): (1) thay đổi của thành mạch, (2) thay đổi dòng chảy của máu và (3) những thay đổi trong thành phần của máu. Huyết khối tĩnh mạch sâu là thường do bất động kéo dài, suy tim (ứ huyết) hoặc chấn thương (tổn thương thành mạch) nhưng cũng có thể do khối u, đông máu nội mạch rải rác (DIC), thuốc viên tránh thai, mang thai và một số khiếm khuyết di truyền đông máu (các bệnh gây tăng đông máu – thrombophilia, ví dụ như yếu tố V Leiden, giảm yếu tố kháng thrombin III).

## 6.5. SUY VAN TĨNH MẠCH

Nếu một BN phàn nàn “suy tĩnh mạch”, yêu cầu họ đứng với hai chân hoàn toàn được bộc lộ. Quan sát mặt trước của cả hai chân để tìm những chỗ các nhánh tĩnh mạch dẫn của tĩnh mạch hiển dài (dưới tĩnh mạch đùi ở vùng bẹn đến mặt trong của phần dưới cẳng chân). Sau đó kiểm tra lại mặt sau của bắp chân tìm những vị trí dẫn tĩnh mạch của tĩnh mạch hiển ngắn (từ hố khoeo đến mặt sau của bắp chân và mắt cá ngoài). Tìm các triệu chứng như: chân bị viêm, sưng hoặc thay đổi sắc tố (lắng đọng haemosiderin dưới da thứ phát sau ứ trệ tĩnh mạch).

Sờ nắn các tĩnh mạch. Tĩnh mạch chân cứng gợi ý huyết khối, nếu nhạy đau sẽ chỉ điểm viêm tắc huyết khối tĩnh mạch. Thực hiện nghiệm pháp cough impulse. Đặt ngón tay trên tĩnh mạch hiển dài ở bẹn, phía trong tĩnh mạch đùi. (Đùng quên các mốc giải phẫu – tĩnh mạch đùi [ở trong], động mạch [ở giữa], thần kinh [ở ngoài]). Yêu cầu BN ho: nếu cảm nhận được sự rung động do dòng máu chảy qua thì van hiển – đùi bị suy.

Các nghiệm pháp bổ sung sau đây đôi khi hữu ích (các bác sĩ phẫu thuật thích hỏi sinh viên trong các kỳ thi):

– Nghiệm pháp Trendelenburg<sup>e</sup>: BN nằm xuống, chân được nâng lên. Áp một lực vừa đủ lên tĩnh mạch hiển ở bẹn và hướng dẫn BN đứng lên. Dấu hiệu này dương tính nếu các tĩnh mạch trống cho đến khi áp lực đè ở vùng bẹn biến mất (suy yếu van hiển – đùi). Nếu các tĩnh mạch đầy bất chấp sức ép ở vùng bẹn hay không, thì các van ở đùi hoặc bắp

---

<sup>c</sup> John Homans (1877 – 1954), giáo sư ngoại khoa, Đại học Harvard, Boston. Ông mô tả dấu hiệu này vào năm 1941, ban đầu là những ca viêm tĩnh mạch do huyết khối. Sau này ông không còn hứng thú với dấu hiệu này và nổi tiếng với câu nói: nếu dấu hiệu được đặt theo tên của ông, nó sẽ không thể trở thành một dấu hiệu có ích.

<sup>d</sup> Rudolph Virchow (1821 – 1902), nhà bệnh học xuất chúng người Đức, được coi là người sáng lập ra bệnh học hiện đại, giáo sư giải phẫu bệnh ở Berlin. Ông là người đưa ra các mô tả đầu tiên về bệnh bạch cầu. Ông chết năm 81 tuổi do gãy xương đùi sau khi nhảy từ chiếc xe điện đang chạy.

<sup>e</sup> Friedrich Trendelenburg (1844 – 1924), giáo sư ngoại khoa, Leipzig.

chân bất thường và nên thực hiện nghiệm pháp Perthes <sup>f</sup>.

– Nghiệm pháp Perthes: thực hiện lại nghiệm pháp Trendelenburg nhưng làm khi BN đứng, giảm áp lực để một lượng máu được phóng thích và sau đó cho BN đứng lên – ngồi xuống bằng ngón chân một vài lần. Các tĩnh mạch sẽ trở nên ít căng hơn nếu các tĩnh mạch xuyên ở bắp chân không bị tắc và các van còn hoạt động (bơm cơ đang hoạt động).

Nếu các tĩnh mạch dẫn là những dạng ít gặp (ví dụ: dẫn tĩnh mạch mu), cố gắng loại trừ dẫn tĩnh mạch thứ phát. Đây có thể là do một khối u vùng chậu đã ngăn cản sự trở về của tĩnh mạch sâu. Cần khám trực tràng và vùng chậu.

Cuối cùng, ứ tĩnh mạch mạn tính là một trong những nguyên nhân gây loét cẳng chân. Điều này thường liên quan với biến đổi sắc tố da và chàm, mà nguyên nhân là do những ứ tĩnh mạch.

Chẩn đoán phân biệt viêm loét chân được tóm tắt trong List 6.4.

---

<sup>f</sup> Georg Clemens Perthes (1869 -1927), phẫu thuật viên người Đức, giáo sư ngoại khoa đại học Tübingen. Ông là người đầu tiên dùng xạ trị để chữa ung thư (vào năm 1903).

## T&O'C essentials

1. Phù ngoại biên không phải là một dấu hiệu triệu chứng đặc hiệu của suy tim.
2. Luôn luôn xem xét nguyên nhân phù không do tim: bất thường tĩnh mạch, thuốc đối kháng calci, giảm protein máu.
3. Đi cách hồi (đau bắp chân khi đi một khoảng cách nhất định) nên đánh giá ngay mạch ngoại vi.
4. Điều trị thất bại một vết loét chân nên nghi ngờ bệnh mạch máu ngoại biên hay bệnh đái tháo đường hoặc cả hai.
5. Một vết loét không đau thường gợi ý một bệnh lý thần kinh ngoại biên, thường là hậu quả của bệnh đái tháo đường.
6. Khám lâm sàng không thể chẩn đoán chính xác huyết khối tĩnh mạch sâu.

## OSCE ôn tập

### Thăm khám chi dưới và bệnh lý mạch máu ngoại biên

**Ông Claude đau bắp chân khi đi bộ hơn 100m. Hãy thăm khám chi dưới của ông ấy.**

1. Rửa tay, giới thiệu bản thân và giải thích những gì sẽ thực hiện khi thăm khám chân cho ông ấy.
2. Hỏi xem có thể bộc lộ từ phần trên của đùi đến bàn chân được hay không.
3. Quan sát sự tím tái, teo cơ, rụng tóc hoặc móng và loét chân.
4. Lưu ý sự sưng phù hoặc nhuộm màu tĩnh mạch và sự xuất hiện của dẫn tĩnh mạch.
5. Sờ thân nhiệt ở chân và bàn chân, so sánh mỗi bên bằng cách sử dụng mặt lưng của bàn tay.
6. Bắt mạch chày sau và mạch mu chân, so sánh mỗi bên
7. Nếu không có mạch đập hoặc giảm thì sờ động mạch khoeo và nếu cần thiết có thể sờ động mạch đùi.
8. Cảm ơn BN.
9. Mô tả những dấu hiệu bạn phát hiện được.
10. Rửa tay.

Trần Minh Chiến, Nguyễn Anh Duy

*Khi một bệnh được đặt tên theo tác giả, chúng ta sẽ không hiểu nhiều về nó.  
August Bier (1861 – 1949)*

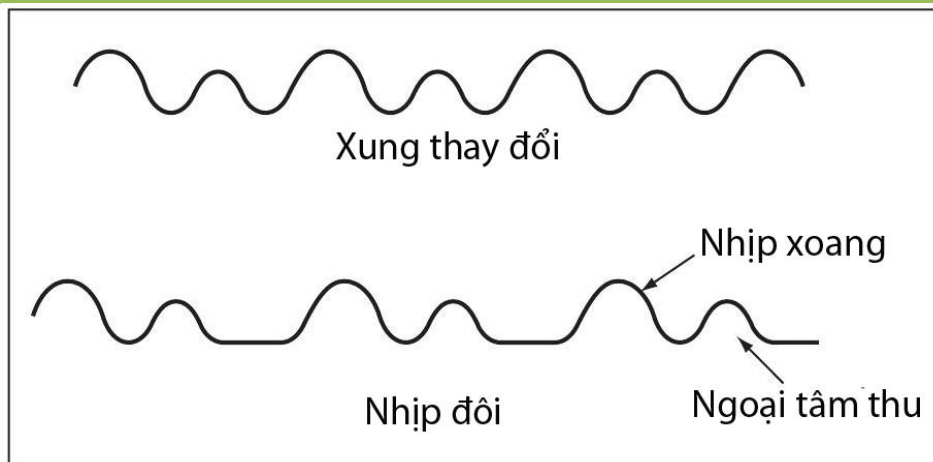
## 7.1. SUY TIM

Suy tim là một trong những hội chứng thường gặp nhất: nên tìm dấu hiệu suy tim đôi với tất cả BN nhập viện, đặc biệt nếu họ có than phiền khó thở. Suy tim được định nghĩa là giảm chức năng của tim, nghĩa là cung lượng tim giảm so với nhu cầu chuyển hóa của cơ thể và cơ chế bù trừ xuất hiện. Dấu hiệu đặc hiệu phụ thuộc vào thất trái, thất phải hoặc cả hai. Cần lưu ý là sự vắng mặt của các dấu hiệu suy tim cũng không được loại trừ chẩn đoán. BN với cơ chế bù trừ trong suy tim mạn, có thể không phát hiện bất thường trong thăm khám tim mạch.

### 7.1.1. Suy thất trái

**List 7.1. Các dấu hiệu chỉ điểm suy tim, cũng như các nguyên nhân gây khó thở.**

- |                             |                                      |
|-----------------------------|--------------------------------------|
| - Tiền sử nhồi máu cơ tim.  | - Diện đập mỏm tim bất thường.       |
| - Không thở khò khè.        | - Có tiếng S3.                       |
| - Khó thở kịch phát về đêm. | - Tiếng thổi ở van hai lá.           |
| - Khó thở khi nằm.          | - Rale nổ ở đầu và giữa thì hít vào. |
| - Ho khi nằm.               |                                      |



**Hình 7.1. Những thay đổi nhịp đập động mạch.**

### Good signs guide 7.1. Suy thất trái ở BN có khó thở.

Dấu hiệu chung	LR+	LR –
– Nhịp tim 100 lần/phút khi nghỉ ngơi	5,5	NS
– Phản hồi gan tĩnh mạch cảnh	6,4	0,79
<b>Phổi</b>		
– Rale nổ	0,8	0,5
<b>Khám tim</b>		
– Tăng áp lực tĩnh mạch cảnh	5,1	0,66
– Tiếng tim S4	NS	NS
– Mòn tim lệch ra ngoài đường trung đòn	5,8	NS
– Tiếng tim S3	11	0,8
– Âm thổi	2,6	0,81
<b>Các dấu hiệu khác</b>		
– Phù phổi	2,3	0,64
– Thở khò khè	0,22	1,3
– Cổ chướng	0,33	1,0
<b>Bệnh sử (triệu chứng quan trọng)</b>		
– Khó thở kịch phát về đêm	2,6	0,7
– Khó thở khi nằm	2,2	0,65
– Khó thở khi gắng sức	1,3	0,48
– Mệt mỏi và tăng cân	1,0	0,99
– Tiền sử suy tim trong quá khứ	5,8	0,45
– Tiền sử nhồi máu cơ tim trong quá khứ	3,1	0,69
– Tăng huyết áp	1,4	0,7
– COPD	0,81	1,1

*NS = không có ý nghĩa.*

– Triệu chứng cơ năng: khó thở khi gắng sức, khó thở khi nằm, cơn khó thở kịch phát về đêm.

– Triệu chứng toàn thân: thở nhanh do tăng áp phổi; tím trung ương do phù phổi; kiểu thở Cheyne – Stokes, đặc biệt ở những BN lớn tuổi có dùng thuốc an thần; tím ngoại vi do cung lượng tim thấp; hạ huyết áp do giảm cung lượng tim, suy nhược do tim (xem List 7.1).

– Mạch: nhịp nhanh xoang, do tăng hệ giao cảm; mạch nảy nhẹ (do cung lượng tim thấp); mạch luân phiên – alternans (xen kẽ giữa nhịp mạnh và yếu; nó không giống như nhịp đôi gây ra bởi ngoại tâm thu, khi đó tất cả nhịp đều giống nhau; xem Hình 7.1) – đây

là một dấu hiệu hiếm nhưng đặc hiệu và không rõ nguyên nhân.

– Diện đập mỏm tim: bị đẩy lệch do dẫn thất trái; rối loạn vận động do nhồi máu cơ tim thành trước hoặc bệnh cơ tim giãn; sờ được nhịp gallop. Sự vắng mặt của các dấu hiệu này không loại trừ suy thất trái.

– Nghe tim: tiếng S3 ở thất trái (dấu hiệu quan trọng); tiếng hở hai lá (dẫn vòng van thứ phát).

– Phế trường: dấu hiệu sung huyết phổi (rale nổ thì hít vào ở đáy phổi) hoặc phù phổi (rale nổ hoặc khô khè toàn bộ phế trường) do tăng áp lực tĩnh mạch (tăng tiền tải). Dấu hiệu rale nổ điển hình từ giữa – đến – cuối thì hít vào có thể không xuất hiện ở BN suy tim mạn tính, suy tim còn bù và có nhiều bệnh khác gây rale nổ ở đáy phổi. Điều này làm cho rale nổ không đặc hiệu và không nhạy trong suy tim

– Dấu hiệu khác: phản ứng Valsalva bất thường; phản hồi gan tĩnh mạch cửa dương tính; suy thất phải có thể gây biến chứng suy thất trái, đặc biệt nếu suy tim nặng và mạn tính.

– Dấu hiệu của các bệnh lý nền

+ Nguyên nhân gây suy thất trái: (1) bệnh cơ tim (thiếu máu cục bộ cơ tim, bệnh cơ tim); (2) quá tải thể tích (hở van động mạch chủ, hở van hai lá, còn ống động mạch); (3) quá tải áp lực (tăng huyết áp tâm thu, hẹp van động mạch chủ).

+ Các dấu hiệu của nguyên nhân tiềm ẩn: thiếu máu, nhiễm độc tuyền giáp, rối loạn nhịp (thường gặp là rung nhĩ), xem Good signs guide 7.1.

### **7.1.2. Suy thất phải**

– Triệu chứng cơ năng: phù mắt cá chân, cùng cụt hoặc ổ bụng, chán ăn hoặc buồn nôn.

– Triệu chứng toàn thân: tím ngoại vi do cung lượng tim thấp.

– Nhịp đập của động mạch: nhẹ, do cung lượng tim thấp.

– Áp lực tĩnh mạch cảnh: tăng do tăng áp tĩnh mạch (tiền tải tim phải); dấu hiệu Kussmaul do giảm tính đàn hồi thất phải (nhồi máu cơ tim thất phải), sóng v rộng (hở van ba lá chức năng thứ phát do dẫn vòng van).

– Sờ vùng trước tim: nhịp đập cạnh xương ức (do thất phải bị kéo lên).

– Nghe tim: S3 ở tim phải; tiếng thổi toàn tâm thu do hở van ba lá chức năng (trường hợp không có tiếng thổi cũng không loại trừ hở van ba lá).

– Bụng: gan to đàn xẹp do tăng áp tĩnh mạch trong gan; gan đập theo nhịp (dấu hiệu hữu ích) xuất hiện trong hở van ba lá.

– Phù: do giữ muối nước và tăng áp lực tĩnh mạch, có thể biểu hiện phù mắt cá chân và vùng cùng cụt, bụng hoặc tràn dịch màng phổi (lượng ít).

– Các dấu hiệu của bệnh lý nền

– Nguyên nhân suy tim phải: (1) bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (nguyên nhân thường gặp của bệnh tâm phế); (2) suy thất trái (suy thất trái nặng mạn tính gây tăng áp phổi, kết

quả là gây suy tim phải thứ phát); (3) quá tải về thể tích (thông liên nhĩ, hở van ba lá nguyên phát); (4) nguyên nhân khác gây quá tải áp lực khác (hẹp valve động mạch phổi, tăng huyết áp vô căn); (5) bệnh cơ tim (nhồi máu cơ tim thất phải, bệnh cơ tim).

## 7.2. ĐAU NGỰC

Nhiều nguyên nhân gây đau ngực cần phải cấp cứu nội khoa (hoặc phẫu thuật). Chẩn đoán xác định hay chẩn đoán phân biệt thường dựa vào bệnh sử và cận lâm sàng khẩn cấp (ECG, X quang ngực, phổi hoặc CT mạch máu phổi) có thể được chỉ định. Tuy nhiên thăm khám lâm sàng nhanh và cẩn thận có thể cung cấp thêm nhiều thông tin qua trọng. Trong tất cả trường hợp, khám tổng quát và đo dấu hiệu sinh tồn sẽ giúp đánh giá mức độ nặng và tính khẩn cấp của tình huống. Những triệu chứng đặc hiệu nhất định giúp chẩn đoán.

### 7.2.1. Nhồi máu cơ tim

– Triệu chứng toàn thân: có rất ít triệu chứng đặc hiệu của nhồi máu cơ tim nhưng nhiều BN sẽ biểu hiện rõ ràng với mệt mỏi và đau tức ngực. Đỏ mề hôi (các nhân viên cấp cứu thường gọi là toát mồ hôi), lo lắng (cảm giác như sắp chết – angor animi) và bồn chồn có thể xuất hiện rõ ràng. Cần phải ghi nhận tất cả thông tin này vì khi tình trạng BN thay đổi có thể được xem là khởi phát nhồi máu.

– Mạch và huyết áp: nhịp nhanh và/hoặc huyết áp tăng (25% nhồi máu thành trước có tăng huyết áp do tăng kích thích thần kinh giao cảm); nhịp chậm và/hoặc huyết áp thấp (lên đến 50% nhồi máu thành dưới do kích thích thần kinh phó giao cảm). Một trường hợp loạn nhịp khác như (do nhồi máu tâm nhĩ), nhịp nhanh thất và block tim cũng có thể xuất hiện.

– Áp lực tĩnh mạch cảnh: tăng trong nhồi máu thất phải, dấu Kussmaul là dấu hiệu đặc hiệu và nhạy trong nhồi máu cơ tim thất phải ở BN có nhồi máu thành dưới trước đó.

– Mỏm tim: rối loạn vận động ở BN nhồi máu cơ tim trước rộng.

– Nghe tim: tiếng tim S3; S4; giảm cường độ âm thanh; âm thổi nhẹ ở mỏm tim giữa hoặc cuối thì tâm thu (25% hở van hai lá thứ phát sau rối loạn chức năng cơ nhú) hoặc tiếng cọ màng tim (thường chỉ xuất hiện vài ngày sau đó).

– Biến chứng: rối loạn nhịp (nhịp nhanh thất, rung nhĩ, rung thất hoặc block tim); suy tim; sốc tim; đứt cơ nhú; thủng vách liên thất; phình vách thất; huyết khối hoặc vỡ tim. Dấu hiệu của các biến chứng này (thường không xuất hiện trong vài ngày đầu sau nhồi máu) bao gồm: sự tiến triển của một âm thổi mới; đau ngực tái phát; khó thở; đột ngột hạ huyết áp hay đột tử.

– Phân độ theo Killip<sup>a</sup> có thể được thực hiện. Nó cung cấp nhiều thông tin có giá trị tiên lượng:

+ Killip I: không có bằng chứng suy tim.

+ Killip II: suy tim nhẹ, rale nổ ở 1/3 dưới phổi hoặc ít hơn, huyết áp tâm thu > 90 mmHg.

---

<sup>a</sup> T. Killip, bác sĩ tim mạch người New Zealand, công bố bảng phân loại mang tên mình vào năm 1967.



- + Killip III: phù phổi, rale nở hơn 1/3 phổi, huyết áp tâm thu > 90 mmHg.
- + Killip IV: sốc tim, phù phổi, rale nở hơn 1/3 phổi, huyết áp tâm thu < 90 mmHg.
- Killip III và IV nguy cơ tử vong gấp hơn 5 lần và Killip II nguy cơ tử vong gấp 3 lần so với Killip I.

### 7.2.2. Thuyên tắc phổi

Không có nhiều dấu hiệu thực thể trong trường hợp này nhưng khó thở (có thể trầm trọng và làm BN kiệt sức) là dấu hiệu rõ ràng nhất của thuyên tắc phổi lớn. Thường có nhịp nhanh cả khi nghỉ ngơi. Dấu hiệu của shock – tụt huyết áp và xanh tím – cho biết tình trạng thuyên tắc rộng và đe dọa tính mạng. Có thể có dấu hiệu thuyên tắc tĩnh mạch sâu ở chân nhưng nếu không có những dấu hiệu này không có nghĩa là chúng ta có thể loại trừ chẩn đoán này.

### 7.2.3. Bóc tách động mạch chủ cấp tính

Bóc tách động mạch chủ cấp tính là một chẩn đoán khó, thường không thể loại trừ trên lâm sàng. Một vết rách ở lớp áo trong sẽ dẫn đến máu đi vào lớp áo giữa, tách lớp áo trong và lớp áo ngoài, trường hợp này có thể biểu hiện cấp tính hoặc mạn tính. Có 3 loại khác nhau: loại I bắt đầu ở động mạch chủ lên và lan ra theo hướng đầu gần hoặc đầu xa; loại II giới hạn đến động mạch chủ lên và cung động mạch chủ (đặc biệt liên quan đến hội chứng Marfan); loại III xuất phát từ đầu xa của nguyên ủy động mạch dưới đòn trái và có tiên lượng tốt hơn.

– Triệu chứng cơ năng: đau ngực (thường rất nặng, lan ra sau lưng và đạt cường độ tối đa ngay lúc khởi phát do một trong hai nguyên nhân: động mạch chủ bóc tách hoặc đi kèm nhồi máu cơ tim), đột quy, ngất (liên quan đến chèn ép mạch máu); triệu chứng suy thất trái và hiếm khi đau chi (do thiếu máu cục bộ); liệt hai chân (thiếu máu cục bộ tủy sống) hoặc đau bụng (thiếu máu cục bộ mạc treo).

– Triệu chứng thực thể: việc thăm khám có thể phát hiện được các dấu hiệu giúp cho chẩn đoán rõ ràng hơn (đặc hiệu nhưng không nhạy). Một số dấu hiệu về hình thể liên quan đến bóc tách (hội chứng Marfan, hội chứng Ehlers – Danlos). Mạch và huyết áp phải được đo ở cả hai tay. Mạch quay suy yếu ở một bên hoặc huyết áp khác biệt nhau  $\geq 20$  mmHg giữa hai tay là dấu hiệu quan trọng và gợi ý có tình trạng bóc tách diễn ra ảnh hưởng đến các mạch máu ở cả hai cánh tay. Thăm khám thêm dấu hiệu chèn ép tim, điều này sẽ xuất hiện nếu động mạch chủ vỡ tràn vào khoang màng tim. Khám tim tìm các dấu hiệu của hở van động mạch chủ gây ra bởi sự dập vỡ vòng van động mạch chủ. Khám thần kinh có thể phát hiện dấu hiệu yếu liệt nửa người, do bóc tách động mạch cảnh một bên. Hiếm khi xuất hiện các dấu hiệu nhịp đập ở khớp ức đòn, khàn tiếng (do chèn ép dây thần kinh quặt ngược thanh quản) và khó nuốt (do chèn ép thực quản). Khí quản bị kéo lệch (dấu hiệu Oliver<sup>b</sup>) có thể xuất hiện nếu có phình ở cung động mạch chủ. Mạch máu dẫn có thể bắt chéo qua

<sup>b</sup> Mặc dù các triệu chứng hiện nay chủ yếu có liên quan đến hen và COPD nặng, dấu hiệu này ban đầu được mô tả bởi William Oliver (1836 – 1908), bác sĩ quân y người Canada, vào năm 1878 và là các dấu hiệu của phình động mạch chủ ngực; dấu hiệu này hiện nay chủ yếu được các bác sĩ lồng ngực và bác sĩ nhi khoa quan tâm nhiều.

phế quản chính và kéo khí quản xuống trong quá suốt trình tâm thu.

## 7.3. BỆNH LÝ MÀNG NGOÀI TIM

### 7.3.1. Viêm màng ngoài tim cấp tính

– Triệu chứng thực thể: sốt, khó thở, tiếng cọ màng tim – cho BN ngồi và nghe tim lúc BN nín thở khi đã thở ra hết sức.

– Nguyên nhân của viêm màng ngoài tim cấp tính: (1) nhiễm virus (coxsackie virus A hoặc B, influenza); (2) sau nhồi máu cơ tim – sớm hoặc muộn (10 – 14 ngày, được gọi là hội chứng Dressler<sup>c</sup>); (3) sau phẫu thuật tim; (4) tăng urê máu; (5) khối u xâm lấn (ung thư phế quản, ung thư vú, lymphoma) hoặc là sau xạ trị khối u; (6) bệnh mô liên kết (lupus ban đỏ, viêm khớp dạng thấp); (7) suy giáp; (8) nhiễm trùng khác (viêm phổi sinh mủ hoặc nhiễm trùng huyết); (9) thấp khớp cấp.

### 7.3.2. Viêm màng ngoài tim co thắt mạn tính

– Triệu chứng toàn thân: suy kiệt.

– Mạch và huyết áp: mạch nghịch (áp lực trong động mạch giảm hơn 10 mmHg trong thì hít vào, do tăng đồ đầy thất phải sẽ đè ép thất trái); huyết áp thấp.

– JVP: tăng lên, dấu hiệu Kussmaul – mất đi tính giảm căng phòng thậm chí tăng sự căng phòng khi hít vào (50%); sóng x trội và sóng y dốc xuống (giảm nhanh trong thì tâm trương).

– Mỏm tim: không sờ được.

– Nghe tim: tiếng tim mờ xa xăm, S3 sớm; knock màng ngoài tim sớm (đồ đầy thất nhanh đột ngột dừng lại).

– Bụng: gan, lách to do tăng áp lực tĩnh mạch; bóng bụng.

– Phù ngoại biên.

– Nguyên nhân của viêm màng ngoài tim co thắt mạn tính: (1) phẫu thuật hoặc chấn thương tim; (2) lao, nhiễm nấm histoplasma hoặc nhiễm trùng sinh mủ; (3) chiếu xạ trung thất; (4) bệnh mô liên kết (đặc biệt là viêm khớp dạng thấp); (5) suy thận mạn.

### 7.3.3. Chèn ép tim cấp

– Triệu chứng toàn thân: thở nhanh; lo lắng và bồn chồn; ngất. BN trông có vẻ yếu ớt.

– Mạch và huyết áp: nhịp tim nhanh; mạch nghịch; tụt huyết áp.

– JVP: tăng; sóng x trội nhưng không có hiện tượng sóng y dốc xuống.

– Mỏm tim: không sờ được.

– Nghe tim: tiếng tim nhẹ.

– Phổi: đục và âm thở phế quản ở đáy phổi trái, do phổi bị đè ép bởi khoang màng

---

<sup>c</sup> William Dressler (1890 – 1969), bác sĩ tim mạch ở New York, mô tả hội chứng vào năm 1956.

tim căng phồng.

### 7.3.4. Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng

- Triệu chứng toàn thân: sốt; sụt cân; tái nhợt (thiếu máu).
- Bàn tay: xuất huyết từng mảng; ngón tay dùi trống (trong 6 tuần từ lúc khởi phát); nốt Osler (hiếm gặp); thương tổn Janeway (rất hiếm).
- Cánh tay: dấu hiệu của việc sử dụng thuốc đường tĩnh mạch (xem Hình 7.2) – viêm nội tâm mạc tim phải (và trái) có thể là hậu quả của việc này.
- Mắt: kết mạc nhợt nhạt (thiếu máu); xuất huyết kết mạc hoặc vũng mạc – điểm Roth<sup>d</sup> là tổn thương mạch máu nhỏ ở đáy mắt với một vòng màu đỏ xung quanh điểm vàng (nhìn Hình 7.3).



Hình 7.2. Vết tiêm tĩnh mạch ở cánh tay của người nghiện.



Hình 7.3. Roth's spot ở đáy mắt.

<sup>d</sup> Moritz von Roth (1839 – 1914), bác sĩ và là nhà bệnh học người Thụy Sĩ, mô tả các dấu hiệu này vào năm 1872.

– Tim – dấu hiệu của bệnh tim tiềm ẩn: (1) mất phải (hở van hai lá, hẹp van hai lá, hẹp van động mạch chủ, hở van động mạch chủ); (2) bấm sinh (còn ống động mạch, thông liên thất, hẹp eo động mạch chủ); (3) van tim nhân tạo.

– Bụng: lách to.

– Bằng chứng cục huyết khối ngoại vi: đến chi hoặc hệ thần kinh trung ương.

– Xét nghiệm nước tiểu: tiểu máu (một mẫu nước tiểu mới sẽ xuất hiện các tế bào hồng cầu biến dạng và trụ hồng cầu khi soi dưới kính hiển vi).

## 7.4. TĂNG HUYẾT ÁP

Điều quan trọng là phải có phương pháp thăm khám BN tăng huyết áp một cách có hệ thống. Việc thăm khám nhằm mục đích đo mức huyết áp, xác định nguyên nhân và mức độ nghiêm trọng bởi dấu hiệu của tổn thương cơ quan đích. Đó là một vấn đề thường gặp trên lâm sàng.

Quan sát tổng trạng, cần phải phát hiện các nguyên nhân ít gặp gây tăng huyết áp thứ phát: hội chứng Cushing<sup>e</sup>, bệnh cực đại đầu chi, đa hồng cầu, suy thận mạn.

Đo huyết áp khi BN nằm và đứng, sử dụng túi khí có kích thước phù hợp. Tăng huyết áp tâm trương khi đứng gặp trong tăng huyết áp nguyên phát; giảm HA tâm trương khi đứng có thể gợi ý nguyên nhân thứ phát nhưng thường là do ảnh hưởng của thuốc hạ huyết áp. Sờ để phát hiện hiện tượng nhịp trẻ mạch quay – đùi và kiểm tra huyết áp ở chân nếu nghi ngờ hẹp cung động mạch chủ hoặc tăng huyết áp nghiêm trọng được phát hiện trước 30 tuổi.

Khám đáy mắt để phát hiện các thay đổi của võng mạc trong bệnh tăng huyết áp (xem Hình 7.4 và Hình 7.5), được phân độ từ mức 1 đến 4:

– Độ 1: “vòng bạc” động mạch (thành mạch bị xơ cứng làm giảm độ trong suốt nên vệt sáng trung tâm rộng hơn và bóng hơn).

– Độ 2: độ 1 cộng với co thắt mạch máu võng mạc – AV nicking (lồi lõm hoặc đẩy lệch tĩnh mạch nơi chúng bắt chéo với động mạch).

– Độ 3: độ 2 cộng thêm xuất huyết (dạng ngọn lửa) và xuất tiết (dạng mềm do thiếu máu cục bộ hoặc dạng cứng lắng đọng lipid do rò qua thành mạch).

– Độ 4: độ 3 cộng thêm phù gai thị.

Điều quan trọng là mô tả sự thay đổi chứ không phải chỉ đưa ra phân độ.

Bây giờ thăm khám các phần còn lại của hệ thống tim mạch, dấu hiệu suy tim trái thứ phát do tăng huyết áp và hẹp van động mạch chủ. Tiếng T4 thường nghe được nếu huyết áp trên 180/110mmHg.

Sau đó sờ bụng để phát hiện để tìm khối u ở thận hoặc tuyến thượng thận (có thể là nguyên nhân) và tìm khối phình động mạch chủ bụng (có thể là biến chứng). Nghe tiếng thổi ở thận do hẹp động mạch thận. Nhớ rằng hầu hết tiếng thổi ở bụng bên trái có thể từ

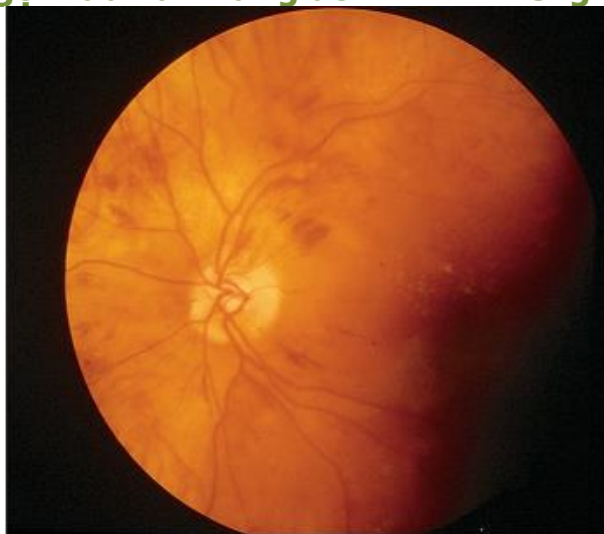
---

<sup>e</sup> Harvey Cushing (1869 – 1939), giáo sư ngoại khoa, Đại học Harvard, và là "cha đẻ của ngành phẫu thuật thần kinh". Bạn của Osler và thắng giải người viết tiểu sử về Osler vào năm 1925.

động mạch lách và không có giá trị. Tiếng thổi ít có giá trị nếu nó ngắn, nhẹ và giữa thì tâm thu. Một tiếng thổi tâm thu lớn ở vùng thượng vị thì nhiều khả năng liên quan với hẹp động mạch thận.



**Hình 7.4. Hình ảnh tổn thương võng mạc độ 3 do tăng huyết áp. Chú ý xuất huyết hình ngọn lửa và những đốm hình miếng cotton.**



**Hình 7.5. Hình ảnh võng mạc tổn thương độ 4 do tăng huyết áp. Chú ý co thắt mạch máu võng mạc, dây bạc (silver wiring) và phù gai thị.**

Khám hệ thống thần kinh trung ương để tìm dấu hiệu của tai biến mạch máu não trước đó, sờ và nghe âm thổi động mạch cảnh. Hẹp có thể là biểu hiện của các bệnh mạch máu và liên quan với hẹp động mạch thận. Xét nghiệm nước tiểu cũng phải được thực hiện để tìm chứng cứ của bệnh thận.

#### **7.4.1. Nguyên nhân tăng huyết áp hệ thống**

Tăng huyết áp có thể nguyên phát hoặc vô căn (> 95% trường hợp) và thứ phát (< 5%). Dùng quá nhiều rượu hoặc muối và béo phì có thể có liên quan với tăng huyết áp. Ngưng thở lúc ngủ cũng là một yếu tố liên quan.

Nguyên nhân thứ phát bao gồm: (1) bệnh thận – hẹp động mạch thận, viêm thận bể

thận mạn tính; bệnh thận do sử dụng thuốc giảm đau, bệnh mô liên kết, viêm cầu thận, bệnh thận đa nang, bệnh thận do đái tháo đường, bệnh thận trào ngược; (2) rối loạn nội tiết – hội chứng Cushing, hội chứng Conn (cường aldosterone nguyên phát – tuyến thượng thận tăng sản xuất hormone trong đó có aldosteron dẫn đến mất cân bằng giữa natri và kali trong máu), u tủy thượng thận, bệnh cực đại đầu chi, nhiễm độc giáp, suy giáp, cường cận giáp; (3) hẹp eo động mạch chủ và (4) nguyên nhân khác như: thuốc tránh thai, bệnh đa hồng cầu, nhiễm độc thai nghén, những nguyên nhân thần kinh (tăng áp lực nội sọ, nhiễm độc chì, porphyria cấp), tăng calci máu.

### 7.4.2. Biểu chứng tăng huyết áp

Bao gồm: suy tim, thiếu máu cục bộ cấp tính (đột quy), suy thận và bệnh mắt (mù). Tăng huyết áp cũng là một yếu tố nguy cơ của bệnh thiếu máu cục bộ cơ tim và bệnh mạch máu ngoại biên, bao gồm phình động mạch chủ bụng và bóc tách động mạch.

### 7.4.3. Cao huyết áp ác tính

Tình trạng này được định nghĩa với sự hiện diện của xuất huyết dạng ngọn lửa, các điểm hình miêng bông mềm và/hoặc phù gai thị (thay đổi trên mức 3) như là hậu quả của tăng huyết áp nghiêm trọng. Những BN này cần phải được nhập viện để điều trị khẩn cấp.

## 7.5. TĂNG ÁP PHỔI

Áp lực động mạch phổi thì tâm thu cao hơn 30 mmHg là bất thường và tạo nên tình trạng tăng áp phổi. Triệu chứng của tăng áp phổi thường không xảy ra cho đến khi áp lực động mạch phổi tăng gấp hai lần bình thường (tức là > 50mmHg). Khó thở khi gắng sức và mệt mỏi là những dấu hiệu phổ biến, đau ngực có lẽ do thiếu máu cục bộ thất phải xuất hiện trong khoảng 50% BN. Điều quan trọng là phải biết tìm những dấu hiệu gì trên BN có tăng áp phổi.

– Triệu chứng toàn thân (thường gặp ở BN tăng áp phổi nặng): thở nhanh; tím ngoại biên và lạnh tứ chi, do cung lượng tim thấp; khàn tiếng (rất hiếm, do sự chèn ép của động mạch phổi lên dây thần kinh quặt ngược thanh quản).

– Mạch: nhẹ do cung lượng tim thấp (chỉ gặp khi bệnh nghiêm trọng).

– JVP: sóng a trồi lên, do nhĩ phải co mạnh.

– Mỏm tim/đôi chiếu trên thành ngực: thất phải bị đẩy lên, sờ được P2.

– Nghe tim: tiếng click tổng máu thì tâm thu, do sự dãn nở các mạch phổi; âm P2 lớn, <sup>f</sup> do lá van đóng mạnh vì áp lực động mạch phổi cao; tiếng S4; tiếng thổi tổng máu do sự dãn nở của động mạch phổi dẫn đến kết quả dòng máu hỗn loạn; âm thổi trào ngược của động mạch phổi nếu như động mạch phổi dẫn ra.

– Dấu hiệu của suy thất phải (giai đoạn muộn: bệnh tâm phế mạn).

Nguyên nhân tăng áp phổi. Tăng áp phổi có thể do tự phát (nguyên phát) hoặc thứ phát. Nguyên nhân thứ phát bao gồm: (1) thuyên tắc phổi – ví dụ: huyết khối, mảnh khối

---

<sup>f</sup> Dấu hiệu cổ điển thật sự không hữu dụng. Tiếng P2 lớn thường do BN ốm, thành ngực mỏng hơn là do tăng áp phổi; tiếng P2 sờ được có giá trị hơn.

u, hạt mỡ; (2) bệnh phổi – COPD, ngưng thở khi ngủ, bệnh phổi mô kẽ (ví dụ xơ phổi); (3) suy tim trái dẫn đến tăng áp ngược trở lên phổi; (4) tim bẩm sinh gây một shunt trái – phải (thông liên nhĩ, thông liên thất, còn ống động mạch); (5) gù vẹo cột sống nặng.

## 7.6. ÂM THỐI VÔ HẠI

Việc phát hiện âm thổi tâm thu khi thăm khám là một vấn đề thường gặp. Nó có thể là một báo động nguy hiểm cho cả BN và người thăm khám lâm sàng. Những tiếng thổi ở những người không có triệu chứng thường là sự hỗn loạn bình thường trong tim và mạch máu lớn. Khi không có bất thường cấu trúc tim và mạch máu thì nó được gọi là âm thổi vô hại hay sinh lý. Chúng có thể phát sinh từ sự rung động bên trong cung động mạch chủ gần nguyên ủy của các động mạch ở đầu và cổ hoặc dòng máu từ thất phải. Chúng thường gặp ở trẻ em và thanh thiếu niên. Chúng thường lớn sau gắng sức và sốt (thời điểm thường phát hiện ra chúng).

Âm thổi vô hại luôn ở thì tâm thu. Tiếng vo ve của tĩnh mạch, không thật sự là âm thổi, xuất hiện ở cả thì tâm thu và tâm trương. Chúng thường có đặc điểm là nhẹ và tổng máu – tâm thu. Những phát sinh từ cung động mạch chủ có thể lan đến động mạch cảnh và nghe được ở cổ. Những phát sinh ở thất phải lan theo động mạch phổi thì lớn nhất ở khu vực van động mạch phổi và có tạp âm. Một âm thổi chảy trong ống phải được phân biệt với âm thổi do thông liên nhĩ. Do đó cần phải nghe thật cẩn thận để biết tiếng T2 tách đôi là cố định hay thay đổi trước khi khẳng định một âm thổi vô hại (xem Questions Box 7.1).

### Questions Box 7.1. Những câu hỏi để hỏi BN có âm thổi.

1. Có ai chú ý tiếng thổi này trước đây không? Bạn có làm bất cứ xét nghiệm nào chưa?
2. Bạn có bao giờ bị sốt thấp khớp khi còn nhỏ không?
3. Bạn có bao giờ được dẫn uống kháng sinh trước khi làm răng hoặc phẫu thuật hay không?
4. Bạn có khó thở khi gắng sức không?
5. Bạn có tức ngực khi tập thể dục không? (hẹp van động mạch chủ)
6. Bạn có chóng mặt hay hoa mắt suốt thời gian làm việc nặng hay không? (Hẹp van động mạch chủ nặng)
7. Bạn có bao giờ khó thở khi nằm không? (suy tim biến chứng van tim)

## 7.7. BỆNH VAN TIM CỦA TIM TRÁI

(xem Bảng 7.1)

### 7.7.1. Hẹp van hai lá

Bình thường diện tích lỗ van hai lá khoảng 4 – 6 cm<sup>2</sup>. Diện tích giảm một nửa hoặc nhiều hơn làm sẽ tắc nghẽn đổ đầy thất trái và máu chỉ chảy từ nhĩ trái xuống thất trái nếu áp lực trong nhĩ trái tăng lên.

– Triệu chứng cơ năng: khó thở, khó thở khi nằm, khó thở kịch phát về đêm (tăng áp lực trong nhĩ trái); ho ra máu (vỡ tĩnh mạch phế quản); bụng báng, phù nề, mệt mỏi (tăng áp phổi).

– Triệu chứng toàn thân: thở nhanh, “ gương mặt van hai lá”, tím ngoại biên (hẹp hai lá nặng).

– Mạch và huyết áp: bình thường hoặc giảm vì giảm cung lượng tim; rung nhĩ có thể xảy ra do tăng dần lớn nhĩ trái.

– JVP: bình thường, sóng a trội lên nếu tăng áp phổi xuất hiện; mất sóng a ở BN có rung nhĩ.

– Sờ: đặt tay ở mỏm tim (có thể sờ thấy S1); thất phải bị đẩy lệch lên trên và có thể sờ được P2 nếu có tăng áp phổi xuất hiện; rung miu tâm trương hiếm gặp (BN nằm nghiêng trái).

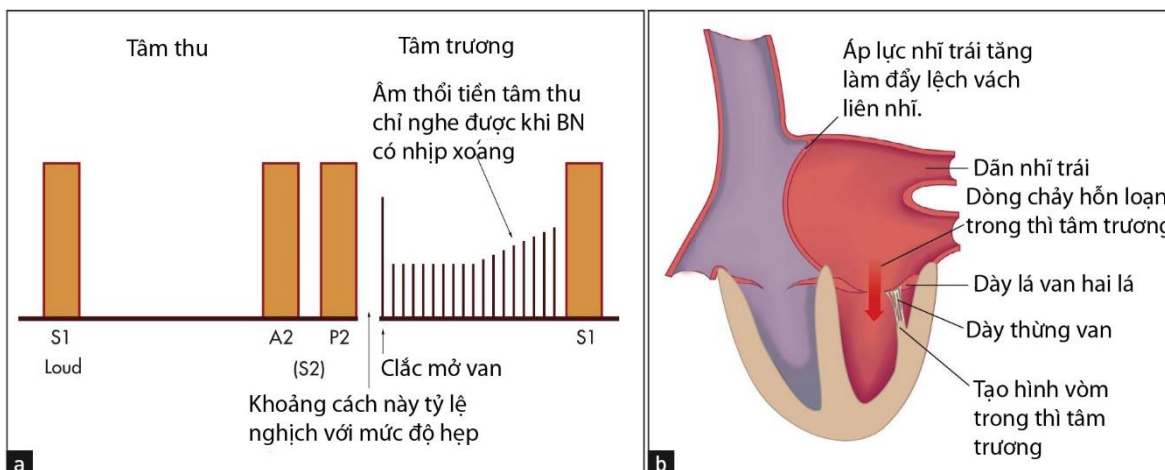
### **Bảng 7.1. Những đặc điểm tổn thương của lá van và bất thường bẩm sinh.**

	Vị trí	Thời gian	Hướng lan	Đặc điểm	Yếu tố làm tăng giảm	Đặc điểm khác
<b>Hở van động mạch chủ</b>	Động mạch chủ	Đầu tâm trương	Phần thấp bờ trái xương ức	Nhẹ dần	Thở ra, BN cúi người về phía trước	Áp lực mạch rộng, các dấu hiệu (theo tên người tìm ra)
<b>Hẹp van động mạch chủ</b>	Động mạch chủ	Tâm thu	Động mạch cánh	Tổng máu	Thở ra	Tách biệt với tiếng tim – mạch này chậm
<b>Hẹp van hai lá</b>	Mỏm tim	Giữa và cuối tâm trương	–	Nhỏ (phần chuông của ống nghe)	Tiền tâm thu, nghiêng trái, vận động	S1 lớn, tiếng clắc mở van
<b>Hở van hai lá</b>	Mỏm tim	Toàn tâm thu hoặc giữa và cuối tâm thu (sa van hai lá)	Nách hoặc bờ trái xương ức	Nổ	Dài hơn và lớn hơn với nghiệm pháp Valsalva.	Có nhịp đập cạnh xương ức (lớn nhĩ trái)
<b>Thông liên thất</b>	Phần thấp bờ trái xương ức	Toàn tâm thu	Không	Khu trú	–	Thường có rung miu
<b>Hở van ba lá</b>	Phần thấp, trái và phải xương ức	Toàn tâm thu	–	–	Lớn hơn khi hít vào	Sóng v lớn, nhịp đập gan
<b>Bệnh cơ tim phì đại</b>	Mỏm tim và cạnh bờ trái xương ức	Cuối tâm thu ở cạnh bờ trái xương ức, toàn tâm thu ở mỏm tim	–	–	Lớn hơn với nghiệm pháp Valsalva, nhẹ hơn khi ngồi xổm.	S4, nhịp đập ở mỏm tim tách đôi, mạch cánh nảy gập mạnh

– Nghe tim (xem Hình 7.6): S1 lớn (các lá van của van hai lá tách rời nhau đầu thời kỳ tâm thu) – điều này cho biết các lá van vẫn còn di động; P2 lớn hoặc có thể sờ được nếu như tăng áp phổi xuất hiện; tiếng clắc mở van (áp lực nhĩ trái cao tác động lên các lá van, nhưng phần nón van thì bị dừng lại đột ngột); âm thổi tâm trương nhỏ (nghe rõ nhất bằng phần chuông lúc BN nằm nghiêng trái, khác về cường độ và thời gian so với âm thổi của



hở van động mạch chủ); âm thổi cuối thời kỳ tâm trương giảm dần có thể nghe được nếu BN có nhịp xoang, nhưng thường không xuất hiện nếu có rung nhĩ – nghe rõ nhất khi BN nằm nghiêng trái; tập thể dục làm nổi bật âm thổi (cho BN ngồi xuống và đứng lên vài lần tại giường) <sup>g</sup>.



**Hình 7.6. Hẹp van hai lá, ở mỏm tim: (a) âm thổi, (b) giải phẫu.**

– Dấu hiệu hẹp van hai lá nặng (diện tích van hai lá nhỏ hơn 1 cm<sup>2</sup>): mạch nhỏ; tiếng S1 nhỏ (lá van bất động); tiếng clắc mở van tim sớm (do tăng áp lực nhĩ trái); tiếng thổi tâm trương dài (âm thổi vẫn còn miễn là có sự chênh lệch áp suất); rung miu tâm trương ở mỏm tim; dấu hiệu của tăng áp phổi.

– Nguyên nhân gây hẹp van hai lá: (1) thấp khớp (sau sốt thấp khớp cấp); van tim hình dù bẩm sinh (tất cả chèn vào một cơ nhú – hiếm gặp).

### 7.7.2. Hở van hai lá (mạn tính)

Hở van hai lá làm cho một phần thể tích co bóp của thất trái trào ngược lên nhĩ trái, dẫn đến tăng gánh thể tích lên cả nhĩ trái và thất trái.

– Triệu chứng cơ năng: khó thở (tăng áp lực nhĩ trái); mệt mỏi (giảm cung lượng tim).

– Triệu chứng toàn thân: thở nhanh.

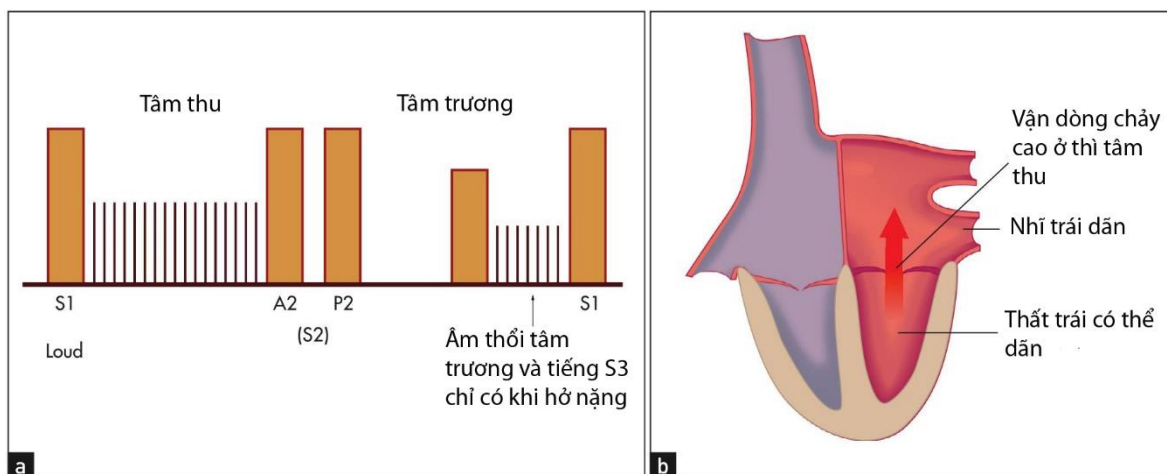
– Mạch: bình thường hoặc nảy ngắn do thất trái dẫn ra nhanh; rung nhĩ khá thường gặp.

– Sờ: mỏm tim bị đẩy lệch, lan tỏa và tăng vận động; rung miu toàn tâm thu đôi khi xuất hiện ở mỏm tim; nhịp đập xuất hiện cạnh ức (do nhĩ trái dẫn lớn phía sau thất phải – nhĩ trái trong hở van hai lá thường lớn hơn so với hẹp van hai lá và có thể rất lớn).

– Nghe tim (xem Hình 7.7): S1 nhẹ hoặc không nghe được (vào cuối thì tâm trương, áp lực nhĩ trái và thất trái trở nên bằng nhau và các lá van có khuynh hướng bị đẩy ngược lại); S3 thất trái do thất trái được đổ đầy nhanh chóng ở đầu thì tâm trương và âm nhỏ khi

<sup>g</sup> Âm thổi này nổi tiếng là rất khó phát hiện. Chưa tới 10% sinh viên y khoa có thể phát hiện ra khi được nghe trên băng ghi âm chuẩn.

không có sự trào ngược quá nhiều; âm thổi toàn tâm thu lớn nhất ở mỏm tim và thường lan ra nách.



**Hình 7.7. Hở van hai lá: (a) âm thổi, ở mỏm tim; (b) giải phẫu.**

– Dấu hiệu hở van hai lá mạn tính nặng: mạch nhỏ; thất trái giãn lớn; S3 lớn; S1 nhỏ; A2 sớm bởi vì thất trái giãn ra nhanh đẩy máu lên nhĩ trái gây đóng van động mạch chủ sớm; tiếng ồn đầu thì tâm trương; dấu hiệu tăng áp phổi và suy tim trái.

– Nguyên nhân hở van hai lá mạn tính: (1) sa van hai lá; (2) “thoái hóa” có liên quan đến tuổi già; (2) bệnh thấp khớp; (4) rối loạn chức năng cơ nhú, do suy thất trái hoặc thiếu máu cục bộ; (5) bệnh cơ tim phì đại, bệnh cơ tim giãn nở hoặc hạn chế; (6) bệnh của mô liên kết (hội chứng Marfan, viêm khớp dạng thấp, viêm cột sống dính khớp); (7) bẩm sinh (ví dụ bệnh khiếm khuyết ống nhĩ thất).

### 7.7.3. Hở van hai lá cấp tính

Trong trường hợp này BN có thể xuất hiện phù phổi và trụy tim mạch. Âm thổi có thể nhẹ hơn và nhỏ hơn so với hở van hai lá mạn tính. Nó có xu hướng ngắn và nhẹ dần (tức là giảm dần cường độ đến cuối thì tâm thu) do tăng áp lực tâm nhĩ.

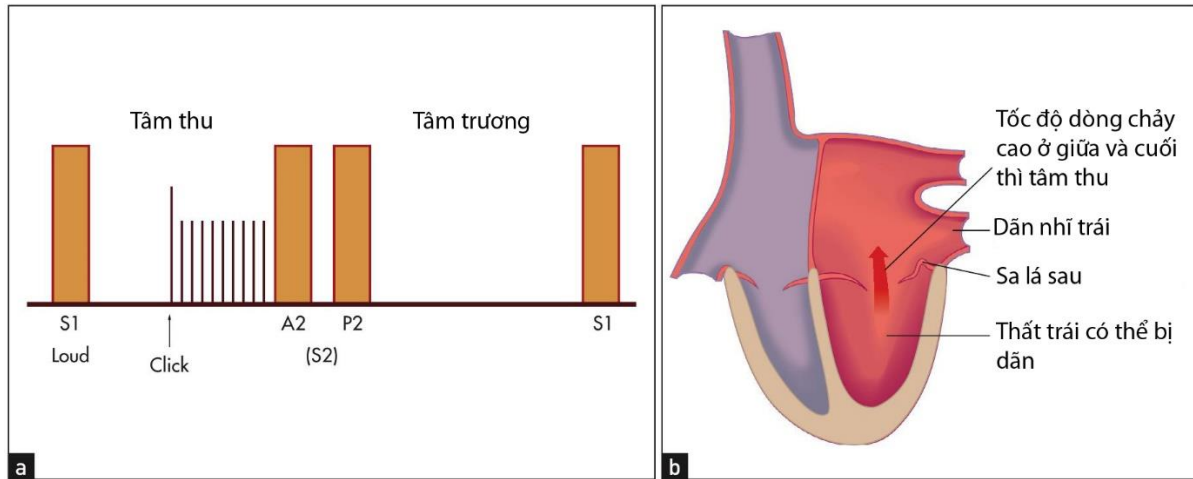
Với sự đứt thừng gân lá trước (thừng gân là dây nối từ cơ nhú đến lá van) âm thổi lan tới nách ra sau lưng, với sự đứt thừng gân sau âm thổi sẽ lan tới đáy tim và động mạch cảnh.

Nguyên nhân hở van hai lá cấp tính: (1) nhồi máu cơ tim (rối loạn chức năng hoặc đứt cơ nhú); (2) viêm nội tâm mạc; (3) chấn thương hoặc phẫu thuật; (4) đứt thừng gân tự phát (thình thoảng gặp khi vận động).

### 7.7.4. Sa van hai lá (hội chứng click âm thổi – tâm thu)

Hội chứng này có thể gây ra âm thổi hoặc tiếng click hoặc cả hai trong thì tâm thu ở mỏm tim. Sự có mặt của âm thổi chỉ ra rằng có hở van hai lá.

– Nghe tim (xem Hình 7.8): thường là có một tiếng click ở giữa thì tâm thu theo sau đó là một tiếng thổi ở giữa hoặc cuối thì tâm thu kéo dài đến tiếng tim thứ hai. Thường có dạng “nở”. Tuy nhiên có thể có tiếng click và không có âm thổi (cho thấy ít hoặc không có sự trào ngược) hoặc có âm thổi điển hình nhưng không có tiếng click.



**Hình 7.8. Sa van hai lá (hội chứng Barlow 1): (a) âm thổi ở mỏm tim, (b) giải phẫu.**

– Nghe tim động: âm thổi và tiếng click xuất hiện sớm và trở nên lớn hơn với nghiệm pháp Valsalva và khi đứng (không giống như tiếng click tổng máu của hẹp van động mạch chủ hoặc hẹp van động mạch phổi), nhưng khi cho BN ngồi xổm hoặc vận động tại chỗ (isometric exercise) thì cả âm thổi và tiếng click xuất hiện trễ hơn và nhẹ hơn.

– Nguyên nhân của sa van hai lá: (1) thoái hóa mô liên kết của van hai lá – nó rất thường gặp, đặc biệt ở phụ nữ và có thể tăng mức độ nghiêm trọng theo tuổi tác, đặc biệt ở nam giới, có thể gây hở van hai lá đột ngột; (2) có thể liên quan với thông liên nhĩ, bệnh cơ tim phì đại hoặc hội chứng Marfan.

### 7.7.5. Hẹp van động mạch chủ

Bình thường, diện tích của van động mạch chủ lớn hơn  $2 \text{ cm}^2$ . Nếu có sự thu hẹp đáng kể diện tích của van này thì sẽ làm hạn chế dòng máu chảy ra từ thất trái và tạo ra sự tăng gánh áp lực lên thất trái.

– Triệu chứng cơ năng: đau ngực khi gắng sức (50% không có bệnh động mạch vành), khó thở khi gắng sức và ngất khi gắng sức.

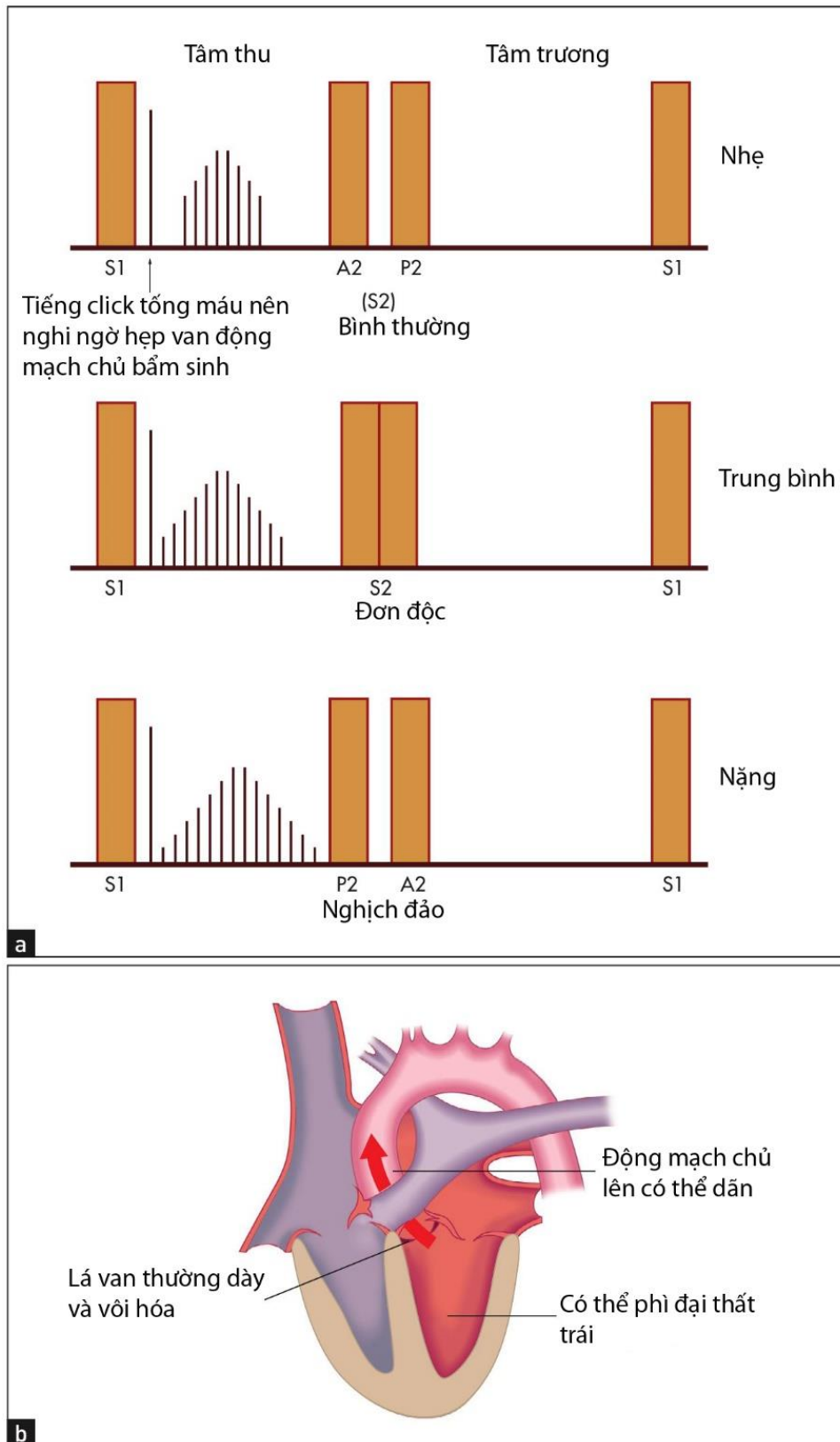
– Triệu chứng toàn thân: thường không có gì đáng kể gây chú ý.

– Mạch: mạch bình thường hoặc dội lên hoặc mạch có thể đạt đỉnh muộn (tardus) và yếu (parvus).

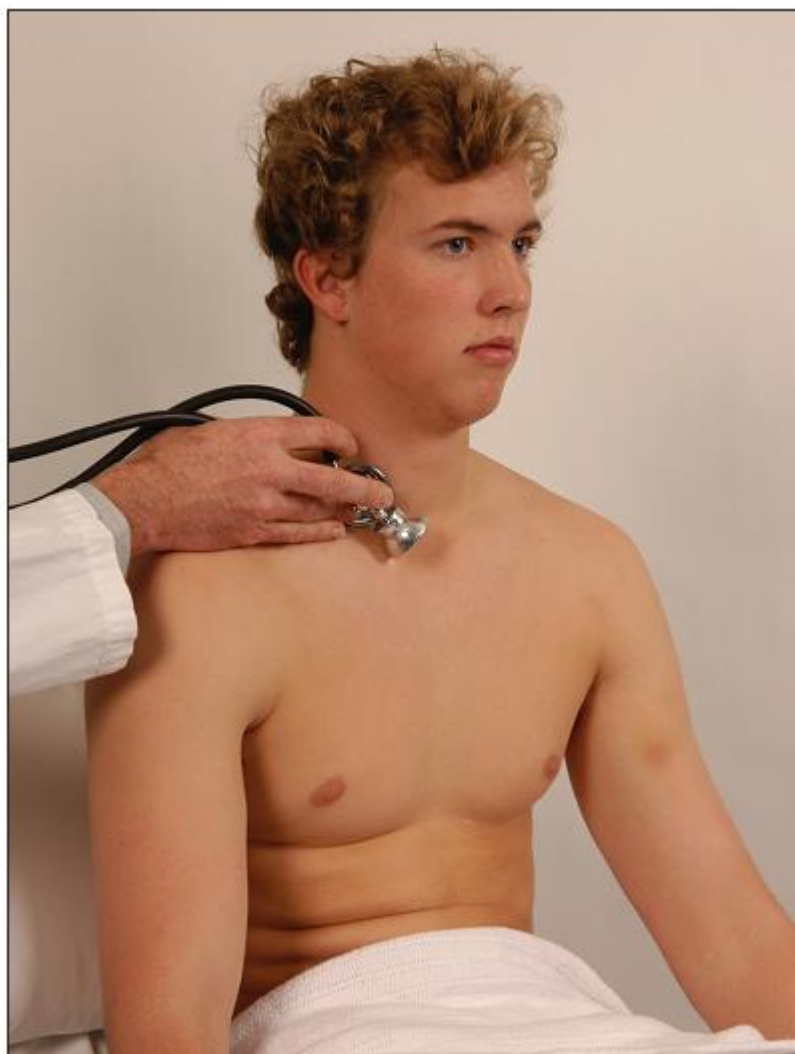
– Sờ: mỏm tim tăng động và vị trí có thể thay đổi một ít so với bình thường; rung miu tâm thu ở đáy tim (vùng van động mạch chủ).

– Nghe (xem Hình 7.9): tách đôi không rõ rệt hoặc đảo ngược S2 do sự tổng máu thất trái bị trì hoãn; âm thổi tổng máu giữa thì tâm thu thô ráp, rõ nhất vùng động mạch chủ và lan ra động mạch cảnh (xem Hình 7.10), đây là một dấu hiệu đặc trưng. Tuy nhiên, âm thổi cũng có thể nghe được ở vùng trước tim và lan xuống mỏm tim. Tiếng thổi có thể nghe được lớn nhất khi cho BN ngồi lên và hít vào gắng sức; thường đi kèm với hở van động mạch chủ; trong hẹp van động mạch chủ bẩm sinh những nếp ở lá van vẫn còn di động và phần vòm của lá van ngừng lại đột ngột, một click tổng máu có thể đi trước âm thổi – tiếng click không có nếu van bị vôi hóa hoặc nếu hẹp không phải ở van mà ở trên hoặc dưới van (hẹp

trên hoặc dưới van).



**Hình 7.9. Hẹp van động mạch chủ: (a) âm thổi tại vùng van động mạch chủ; (b) giải phẫu.**



**Hình 7.10. Hẹp van động mạch chủ: nghe động mạch cảnh.**  
**Good signs guide 7.2. Hẹp van động mạch chủ nặng.**

Dấu hiệu	LR+	LR-
- Động mạch cảnh nảy mạnh muộn	9,2	0,56
- Sờ thấy động mạch cảnh đập yếu	2,0	0,64
- Giảm hoặc mất A2	7,5	0,5
- Âm thổi trên xương đòn phải	3,0	0,1
- Bất kỳ âm thổi tâm thu nào	2,6	0
- Các âm thổi lan đến động mạch cảnh bên phải	8,1	0,29

- Dấu hiệu hẹp van động mạch chủ nặng (xem Good signs guide 7.2; diện tích van nhỏ hơn 1 cm<sup>2</sup> hoặc chênh lệch áp lực qua van lớn hơn 50 mmHg): mạch đều, mạch cảnh đập yếu; rung miu vùng van động mạch chủ; độ dài âm thổi và âm thổi đạt đỉnh chậm; A2 yếu hoặc không có; suy thất trái (dấu hiệu rất muộn); nhịp tăng gánh áp lực ở mỏm tim. Rất khó phân biệt giữa mức độ vừa và nặng nếu chỉ dựa vào các dấu hiệu trên. Điều quan trọng là hãy nhớ rằng ở người cao tuổi thì các dấu hiệu của hẹp van động mạch chủ mức

độ nặng càng ít đáng tin cậy hơn.

– Nguyên nhân gây hẹp động mạch chủ: (1) thoái hóa do vôi hóa, đặc biệt là ở những BN cao tuổi; (2) vôi hóa ở BN trẻ, thường có dạng van hai lá bẩm sinh; (3) bệnh thấp khớp.

– Những dạng khác có thể gây tắc nghẽn động mạch chủ: (1) tắc nghẽn trên van, hẹp động mạch chủ lên hoặc mảng xơ hóa ngay phía trên van – hiếm khi xảy ra và có thể có khuôn mặt đặc trưng (trán rộng, hai mắt xa nhau và cằm nhọn); tiếng A2 to và thường có rung miu vùng hõm ức; (2) tắc nghẽn dưới van, có một lớp màng hoặc một dải xơ phía dưới van – đi kèm với trào ngược qua van động mạch chủ và do một tổn thương phụt ảnh hưởng đến các lá van; (3) hẹp đường ra thất trái do bệnh cơ tim phì đại – có thể có nhịp đôi mỏm tim. Sự co của tâm nhĩ vào trong thất trái cứng có thể sờ được trước khi xảy ra xung động ở thất trái (dĩ nhiên là chỉ xuất hiện trong nhịp xoang).

Xơ cứng động mạch chủ ở người cao tuổi; không có những biểu hiện ngoại biên của hẹp động mạch chủ. Việc chẩn đoán sẽ dựa vào sự chênh lệch áp lực qua van động mạch chủ dù có hay không có sự dày lên hoặc âm thổi.

### 7.7.6. Hở van động mạch chủ

Van động mạch chủ suy yếu gây trào ngược dòng máu từ động mạch chủ vào thất trái trong suốt thời kỳ tâm trương miễn là áp lực tâm trương của động mạch chủ lớn hơn áp lực tâm trương của thất trái.

– Triệu chứng cơ năng: xảy ra ở giai đoạn cuối của bệnh bao gồm: khó thở khi gắng sức, mệt mỏi, đánh trống ngực (tăng tuần hoàn) và đau thắt ngực khi gắng sức.

– Triệu chứng toàn thân: hội chứng Marfan, viêm cột sống dính khớp hoặc các bệnh khớp có huyết thanh âm tính khác hoặc hiếm hơn, đồng tử Argyll Robertson xuất hiện.

– Mạch và huyết áp: mạch chìm sâu là dấu hiệu đặc trưng, mạch “water hammer”<sup>h</sup> (xem Bảng 7.2); có thể có khác biệt lớn giữa HA tâm thu và tâm trương. Dấu hiệu này dễ dàng phát hiện nhất khi thầy thuốc nâng cánh tay BN lên và sờ mạch quay ở cánh tay được nâng. Mạch bisferiens (tiếng Latin, đập hai lần) đây có thể là dấu hiệu của hở van động mạch chủ nặng hoặc kết hợp hở van và hẹp van động mạch chủ. Tốt nhất là đánh giá ở động mạch cảnh, có thể cảm nhận hai nhịp đập trong mỗi chu kỳ tim. Nó có thể gây ra bởi hiệu ứng Venturi trong động mạch chủ có liên quan đến sự tổng máu nhanh và co lại nhanh chóng của thành động mạch chủ, dẫn đến sự suy giảm của mạch theo sau bởi một nhịp mạnh do hiện tượng “rebound”. Đây là sự phân thú vị đặc biệt của Galen<sup>i</sup>.

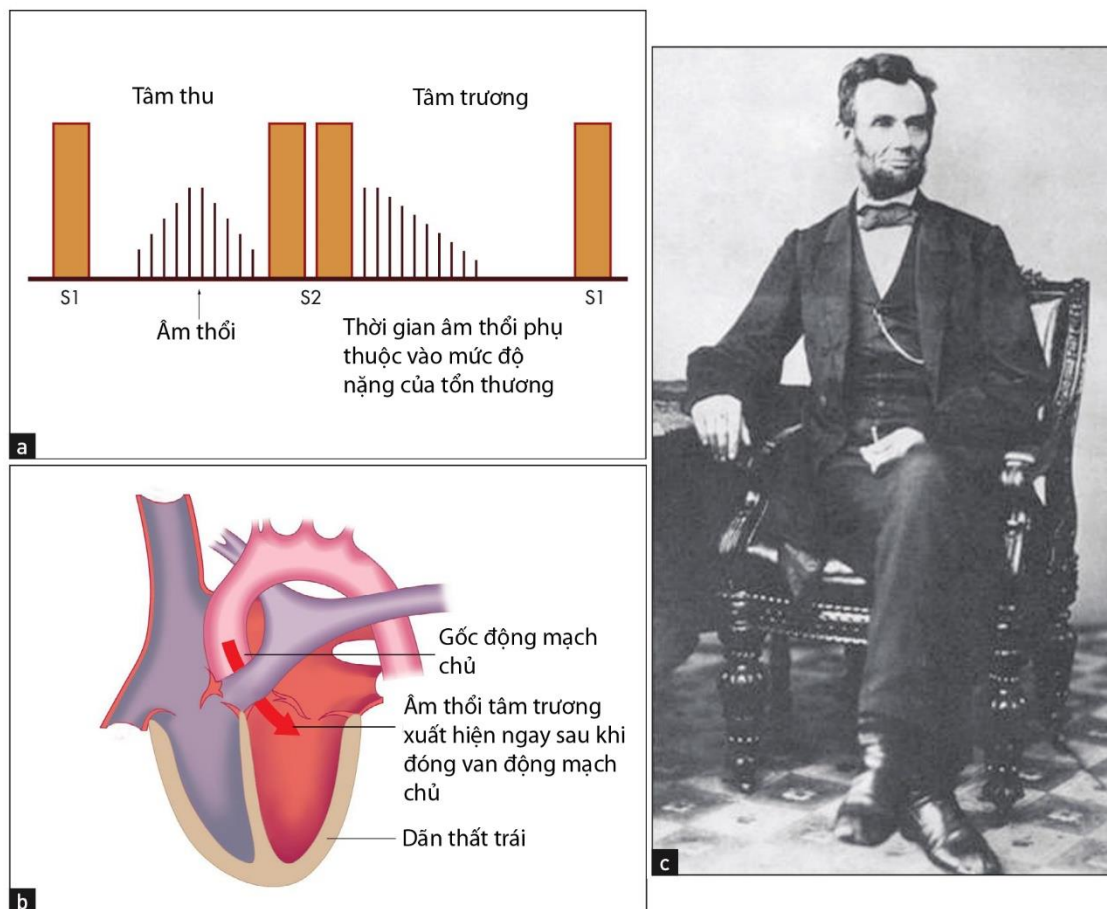
– Cổ: động mạch cảnh nảy mạnh trội lên (dấu hiệu Corrigan).

---

<sup>h</sup> Đây là món đồ chơi của các đứa con của hoàng hậu Victoria. Cấu tạo: một ống kín có phân nửa chứa nước và nửa còn lại là chân không. Khi xoay cái ống này làm nước di chuyển nhanh mà không có lúc cản không khí và đập vào đầu kia, tạo ra một tiếng ồn như búa đập. Trẻ em ngày nay khó có thể thích thú với món đồ chơi này.

<sup>i</sup> Claudius Galen (130 – 200 SCN). Sinh ra tại Pergamum, ông là bác sĩ phẫu thuật cho các võ sĩ giác đấu nhưng sau đó chuyển đến Rome vào năm 164 Sau Công Nguyên và trở thành bác sĩ nổi tiếng nhất thành phố. Ông là người đầu tiên mô tả các dây thần kinh sọ. Ông không bao giờ giải phẫu xác người, nhưng các bài giảng khổng lồ về giải phẫu của ông rất có ích trong 15 thế kỷ.

– Sờ: đặc trưng là mỏm tim bị đẩy lệch và tăng động. Rung miu tâm trương có thể được cảm nhận ở cạnh trái xương ức khi BN ngồi dậy và thở ra.



**Hình 7.11. Hở van động mạch chủ: (a) âm thổi ở bờ trái xương ức; (b) giải phẫu; (c) dấu hiệu Lincoln: bàn chân trái bị nhòe đi do chuyển động khi chụp ảnh ông.**

– Nghe (xem Hình 7.11): A2 (tiếng van động mạch chủ của S2) có thể yếu; có một âm thổi âm sắc cao nhẹ dần sau tiếng tim thứ S2 và kéo dài đến thì tâm trương – nghe được lớn nhất ở khoang liên sườn 3 và 4 bên trái; âm thổi tổng máu tâm thu rất thường gặp (do hẹp van động mạch chủ hoặc dòng máu qua van lớn với đường kính van bình thường). Hẹp van động mạch chủ được phân biệt với âm thổi do dòng chảy bởi sự hiện diện của các dấu hiệu ngoại biên đặc trưng của hẹp van động mạch chủ ví dụ như triệu chứng mạch bình nguyên. Tuy nhiên, nếu âm thổi thô và to hơn (đặc biệt là rung miu), thì nhiều khả năng là hẹp van động mạch chủ. Nên nghe tìm âm thổi Austin Flint<sup>j</sup>. Đây là một âm thanh ục ục âm sắc thấp (a low – pitched rumbling) giữa thì tâm trương và âm thổi tiền tâm thu ở mỏm tim (luồng máu trào ngược từ van động mạch chủ làm cho van hai lá rung lên). Nó có thể

<sup>j</sup> Austin Flint (1812 – 1886), bác sĩ người New York và giáo sư y khoa của Đại học Y New Orleans, mô tả âm thổi này vào năm 1862. Tác giả của cuốn sách "The principle and practice of medicine". Ông là người phản đối gay gắt việc đặt tên các dấu hiệu theo người tìm ra.

phân biệt với bệnh hẹp van hai lá vì S1 (tiếng tim thứ nhất) không lớn và không có tiếng clắc mở van. Nhiều dấu hiệu khác cũng được mô tả, nhưng ít giá trị hơn (xem Bảng 7.2 và Good signs guide 7.3).

### **Bảng 7.2. Những dấu hiệu được theo tên ở BN hở van động mạch chủ.**

Dấu hiệu Quincke	Mao mạch đập trong giường móng – không có giá trị, có thể là hiện tượng sinh lý bình thường.
Dấu hiệu Corrigan	Mạch cảnh nảy mạnh; mạch Corrigan water hammer xuất hiện khi BN nằm ngửa để hai tay xuôi theo cơ thể; chặn mạch quay cho đến khi mất hẳn, cách tay sau đó được nâng lên vuông góc với cơ thể và có thể sờ được mạch trở lại mặc dù vẫn duy trì áp lực lên động mạch quay.
Dấu hiệu De Musset	Đầu gật gù theo nhịp tim.
Dấu hiệu Hill	Huyết áp ở chân lớn hơn (> 20 mmHg) so với cánh tay.
Dấu hiệu Mueller	Lưỡi gà đập theo nhịp tim.
Dấu hiệu Duroziez	Âm thổi tâm thu và tâm trương trên động mạch đùi khi tạo một áp lực từ từ lên động mạch. Mạch được chặn lại bởi phần màng của ống nghe. Âm thổi tâm thu luôn có. Khi áp lực lên động mạch tăng, âm thổi tâm trương sẽ xuất hiện ở những BN bị hở van động mạch chủ do máu chảy ngược vào thất trái trong thì tâm trương. Nghiêng phần màng về phía đầu BN sẽ làm cho các tiếng thổi tâm trương dịu hơn nếu BN có hở van động mạch chủ nhưng sẽ lớn hơn nếu tiếng thổi là do tăng cung lượng tim (nhiễm độc giáp).
Dấu hiệu Traube	Tiếng đôi ở động mạch đùi khi ép vào phần xa; đây không phải là âm thanh “súng lục bắn” – nghe được ở động mạch đùi khi bị hở van động mạch chủ ở mức độ rất nặng.
Dấu hiệu Mayne	Giảm 15 mmHg huyết áp tâm trương khi cánh tay BN ở trên đầu so với khi để ngang tim.
Dấu hiệu Rosenbach’s	Mạch đập ở gan theo nhịp tim (trong trường hợp không có hở van 3 lá).
Âm thổi Austin Flint	Âm thổi ngắn (ầm ầm), được mô tả bởi Flint do hẹp van hai lá chức năng gây ra bởi sự va chạm giữa tia máu trào ngược lại của van động mạch chủ với các lá van của van hai lá.
Dấu hiệu Becker	Động mạch võng mạc trung tâm đập mạnh.
Dấu hiệu Gerhard	Mạch đập ở lách.
Dấu hiệu Landolfi	Sự co và dẫn xen kẽ của đồng tử (hippus, tiếng Hy Lạp hippos – “ngựa” – và nhịp gallop của nó).
Dấu hiệu Lincoln (xem Hình 7.11)	Sự di lệch quá mức của mắt cá chân khi gác một chân lên chân còn lại; được mô tả bởi Abraham Lincoln từ bức hình của chính ông (ông không biết nguyên nhân).
Dấu hiệu Sherman	Dễ dàng bắt được mạch mu chân ở BN trên 75 tuổi.
Watson’s water hammer pulse	
Dấu hiệu Ashrafian	Pulsatile pseudo proptosis (mắt có mạch đập – giả lồi)



*Ghi chú: Những dấu hiệu thú vị trên không phải lúc nào cũng hữu ích. Những dấu hiệu được đặt theo tên của những người sau: Heinrich Quincke (1842 – 1922), nhà thần kinh học người Đức; Dominic Corrigan (1802 – 1880), tốt nghiệp trường Edinburgh và từng làm ở Dublin và được ghi nhận đã khám phá ra bệnh hở van động mạch chủ; Alfred de Musset, nhà thơ người Pháp ở thế kỷ 19 bị hở van động mạch chủ (những dấu hiệu được ghi nhận bởi anh trai ông, một bác sĩ); Sir Leonard Hill (1866 – 1952), nhà sinh lý học người Anh đã mô tả sinh lý tuần hoàn não; Frederick Von Mueller (1858 – 1941), bác sĩ người Đức, đã ghi nhận sự gia tăng chuyển hóa ở người bệnh bị lồi mắt do bướu cổ; Paul Duroziez (1826 – 1897), bác sĩ người Pháp; Ludwig Traube (1818 – 1876), bác sĩ người Hungary làm việc ở Đức; Otto Heinrich Becker (1828 – 1890), giáo sư nhãn khoa, Đại học Heidelberg, đã mô tả dấu hiệu của những BN mắc bệnh Graves; dấu hiệu Lincoln's cũng như dấu hiệu de Musset được đặt tên theo tình trạng của BN; Thomas Watson, bác sĩ người Anh, đã mô tả dấu hiệu vào năm 1844; Hutan Ashrafian, nhà phẫu thuật tim – lồng ngực, bệnh viện St Mary's, London, mô tả dấu hiệu vào năm 2006 – bằng chứng cho thấy việc tìm những dấu hiệu mới của bệnh hở van động mạch chủ vẫn đang được tiếp tục.*

### Good signs guide 7.3. Hở van động mạch chủ từ trung bình đến nặng.

Những dấu hiệu	LR+	LR-
– Âm thổi điển hình	4,0 – 8,3	0,1
– Âm thổi Grade 1 (AR trung bình đến nặng)	0,0	NA
– Âm thổi Grade 2 (AR trung bình đến nặng)	1,1	NA
– Âm thổi Grade 3 hoặc hơn (AR trung bình đến nặng)	4,5	NA
<b>Áp lực mạch</b>		
– > 80 mmHg	10,9	
<b>Dấu hiệu khác – phân biệt AR từ nhẹ, trung bình đến nặng</b>		
– Dấu hiệu Duroziez, “pistol shot” ở đùi, mạch “water hammer”	NS	NS

*AR = hở van động mạch chủ; NS = không có ý nghĩa; NA = không áp dụng.*

– Dấu hiệu hở van động mạch chủ mạn tính mức độ nặng: mạch chìm sâu; chênh lệch huyết áp lớn (huyết áp tâm thu lớn hơn huyết áp tâm trương 80 mmHg); âm thổi tâm trương dài và nhỏ dần; tiếng S3 ở thất trái (tiếng tim thứ 3); A2 yếu; âm thổi Austin Flint; dấu hiệu suy thất trái.

– Nguyên nhân hở van động mạch chủ: các bệnh ảnh hưởng đến khu vực xung quanh van và gốc động mạch chủ, có thể cấp tính hoặc mạn tính.

– Nguyên nhân hở van động mạch chủ mạn tính: (1) bệnh van tim do thấp (hiếm khi chỉ có âm thổi trong trường hợp này), bẩm sinh (van hai lá; thông liên thất – liên quan đến sa van động mạch chủ, không phải là hiếm), các bệnh khớp có huyết thanh âm tính, đặc biệt là viêm cột sống dính khớp; (2) dẫn gốc động mạch chủ (âm thổi rõ tại cạnh ức phải) – hội chứng Marfan, viêm động mạch chủ (các bệnh khớp có huyết thanh âm tính, viêm khớp dạng thấp, giang mai giai đoạn ba), phình mạch bóc tách.

– Hở van động mạch chủ cấp tính: có sự khác nhau – không có mạch chìm sâu (huyết áp thấp) và âm thổi tâm trương ngắn.

– Nguyên nhân hở van động mạch chủ cấp tính: (1) van tim – viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn; (2) gốc động mạch chủ – hội chứng Marfan, phình mạch bóc tách tại gốc động mạch chủ.

## 7.8. BỆNH LÝ VAN TIM BÊN PHẢI

### 7.8.1. Hẹp van ba lá

Rất hiếm gặp

– JVP: tăng; sóng a khổng lồ với sóng y xuống chậm.

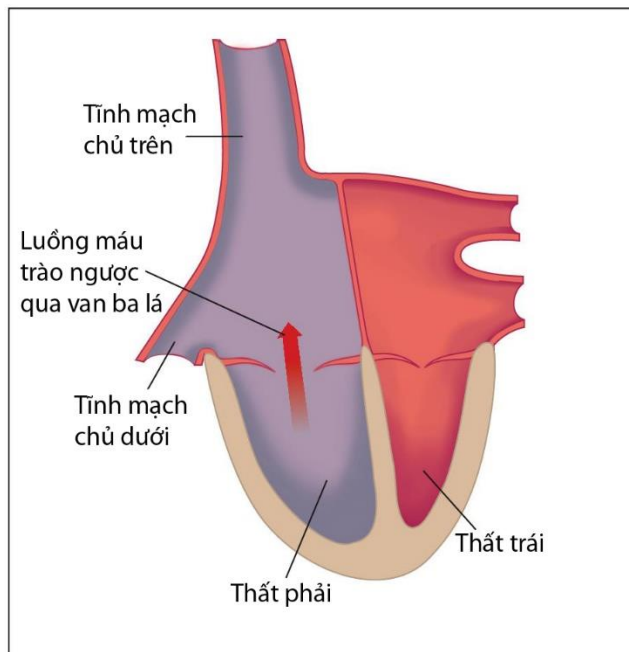
– Nghe: âm thổi tâm trương cạnh ức trái, nghe rõ hơn khi BN hít vào, rất giống với âm thổi trong hẹp van hai lá ngoại trừ vị trí có cường độ âm tối đa và ảnh hưởng của hô hấp (tăng lên khi BN hít vào); hở van ba lá và hẹp van hai lá cũng thường xuất hiện chung với nhau; không có dấu hiệu tăng áp phổi.

– Khám bụng: tiếng đập tiền tâm thu ở gan, do sự co bóp mạnh của tâm nhĩ ở kỳ tâm thu.

– Nguyên nhân hẹp van ba lá: bệnh thấp tim.

### 7.8.2. Hở van ba lá

(xem Hình 7.12)



**Hình 7.12. Hở van ba lá: giải phẫu**

– JVP: sóng v to; JVP sẽ tăng nhiều hơn nếu có suy thất phải.

– Sờ: thất phải to lên (đập ở cạnh xương ức).

– Nghe: âm thổi lớn toàn thì tâm thu ở đầu dưới xương ức, tăng lên khi hít vào, nhưng việc chẩn đoán có thể chỉ cần dựa trên cơ sở của các dấu hiệu ngoại vi.

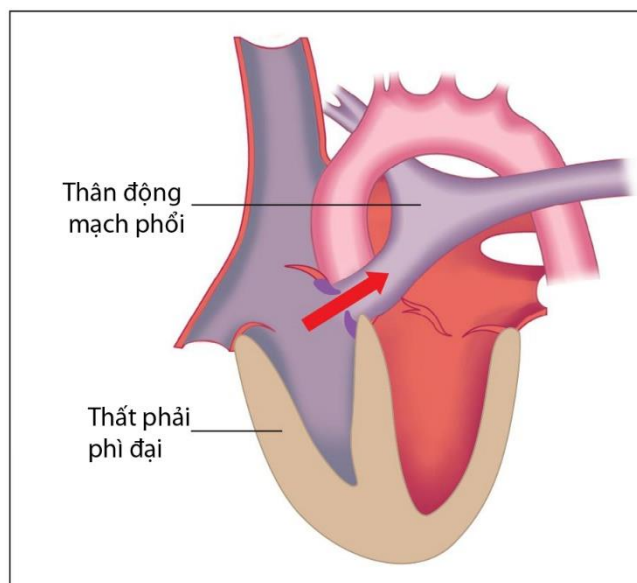
– Khám bụng: gan có mạch đập, to và đau là dấu hiệu thường gặp và có thể làm cho núm vú bên phải đập theo nhịp tim; bụng bần, phù và tràn dịch màng phổi cũng có thể gặp.

– Hai chân: tĩnh mạch giãn và có nhịp đập.

– Nguyên nhân hở van ba lá<sup>k</sup>: (1) cơ năng (không có bệnh tại van) – suy thất phải; (2) thấp khớp – rất hiếm gặp trường hợp mà chỉ có van ba lá bị ảnh hưởng, thường thì van hai lá cũng bị ảnh hưởng; (3) viêm nội tâm mạc nhiễm trùng (viêm nội tâm mạc phía bên phải tim ở những người tiêm chích ma túy); (4) sa van ba lá; (5) nhồi máu cơ nhú ở thất phải; (6) chấn thương (thường do bánh lái xe hơi đập vào gây tổn thương xương ức); (7) bẩm sinh – dị tật Ebstein<sup>l</sup>.

### 7.8.3. Hẹp động mạch phổi (người lớn)

(xem Hình 7.13)



**Hình 7.13. Hẹp van động mạch phổi: giải phẫu.**

– Triệu chứng toàn thân: tím ngoại vi, do cung lượng tim thấp nhưng chỉ trong trường hợp nặng.

– Mạch: bình thường hoặc yếu nếu cung lượng tim thấp.

– JVP: sóng a không lộ do nhĩ phải bị phì đại; JVP có thể tăng cao.

– Sờ: thất phải to có thể sờ thấy; rung miu vùng van động mạch phổi.

– Nghe: âm thổi kèm tiếng click tổng máu đi trước; âm thổi tâm thu thường thô và lớn, nghe rõ nhất ở vùng van động mạch phổi khi BN hít vào, rất hay gặp; S4 ở thất phải có thể gặp (do phì đại nhĩ phải). Nghe không rõ ở vùng động mạch cảnh.

– Khám bụng: có thể có nhịp đập tiền tâm thu ở vùng gan.

– Các dấu hiệu hẹp động mạch phổi nặng: âm thổi tổng máu tâm thu đạt đỉnh ở cuối thì tâm thu; không có tiếng click tổng máu (cũng không xuất hiện khi hẹp động mạch phổi

<sup>k</sup> Siêu âm tim: hở van 3 lá nhẹ thường gặp và được cho là sinh lý. Christian Doppler (1803 – 1853), bác sĩ người Úc và cũng là một nhà toán học.

<sup>l</sup> Wilhelm Ebstein (1836 – 1912), giáo sư y khoa tại Đại học Göttingen, Đức, người nghĩ ra và phát triển phương pháp khám – sờ.

hình phễu đây là hẹp dưới van); tiếng S4; dấu hiệu suy thất phải.

– Nguyên nhân hẹp động mạch phổi: (1) bẩm sinh; (2) hội chứng carcinoid (hiếm gặp).

**Bảng 7.3. Van tim nhân tạo: các dấu hiệu thực thể.**

Loại	Van hai lá	Van động mạch chủ
<b>Van bi (Starr – Edwards)*</b>	Âm thanh mở van sắc sau S2, âm thanh đóng van sắc tại S1. Tiếng thổi tổng máu tâm thu, không có tiếng thổi tâm trương.	Âm thanh mở van động mạch chủ sắc. Âm thổi tổng máu tâm thu (thô), không có âm thổi tâm trương trừ phi có sự rò máu xung quanh van, âm thổi đầu thì tâm trương thường do sự rò rỉ máu xung quanh van**.
<b>Van một đĩa (Bjork – Shiley)†</b>	Âm thanh đóng van sắc tại S1, âm thổi tổng máu tâm thu êm dịu và tiếng ầm ầm tâm trương – rumbling (đôi khi có âm thổi tâm trương).	Âm thanh đóng van sắc tại S2, âm thổi tổng máu tâm thu (êm dịu).
<b>Van màng tim lợn hoặc bò‡</b>	Âm thanh bình thường, đôi khi có âm thanh ầm ầm tâm trương (rumbling) mở van 2 lá.	Âm thanh đóng van thường được nghe thấy, âm thổi tổng máu tâm thu (êm dịu), không có âm thổi tâm trương.
<b>Van loại hai lá (St Jude)</b>	–	Thường có âm mở và đóng van, thường là âm thổi tổng máu tâm thu nhẹ.
<b>Van đồng loài</b>	Âm thanh bình thường, đôi khi có âm thổi êm dịu thì tâm thu; âm thổi đầu thì tâm trương nếu có hẹp van động mạch chủ.	–

\* Van cơ học hiện đại (St Jude) tạo ra âm thanh êm dịu hơn các loại van khác. Van Starr – Edwards thường tạo ra âm thanh ồn ào như tiếng trái bóng rơi lộp độp trong một cái lồng (vốn dĩ nó như vậy). Âm thanh tạo ra từ van có thể nghe được trong phòng yên tĩnh.

\*\* Âm thổi hở van động mạch chủ xuất hiện sau khi thay van gợi ý có sự rò rỉ máu qua vòng van. Thường không phổ biến. Ít gặp hơn, âm thổi hở van hai lá cũng gợi ý vấn đề với van hai lá nhân tạo.

† Rối loạn chức năng nghiêm trọng của van nhân tạo sẽ làm mất tiếng đóng hoặc mở van. Van bi và van lồng gây tán huyết nhiều hơn các loại khác và có âm thanh ồn nhất, trong khi vẫn đĩa lại tạo huyết khối nhiều hơn.

‡ Tắc nghẽn van nhân tạo sinh học hoặc không tương hợp BN – van nhân tạo gây ra tiếng ầm ầm tâm trương. Các van này thường ít được sử dụng cho vị trí của van hai lá bởi vì chúng có đời sống rất giới hạn ở đó. Những van sinh học thoái hóa có thể gây nên các âm thổi trào ngược hoặc hẹp hoặc cả hai.

#### 7.8.4. Hở van động mạch phổi

Đây là tình trạng bệnh lý không thường gặp; hở van động mạch phổi nhẹ thường được phát hiện trên siêu âm tim và được xem là sinh lý bình thường.

– Nghe: âm thổi tâm trương nhỏ dần với âm sắc cao nghe rõ tại bờ trái xương ức – rất đặc trưng nhưng không phải luôn tăng lên khi hít vào (không giống như hở van động mạch chủ). Nó được gọi là âm thổi Graham Steell<sup>m</sup> nó xuất hiện thứ phát do dẫn động

<sup>m</sup> Graham Stell (1851 – 1942), bác sĩ ở thành phố Manchester, mô tả âm thổi này vào năm 1888.

mạch phổi gây ra bởi tăng áp phổi. Chú ý: nếu không có dấu hiệu của tăng áp phổi, âm thổi tâm trương nhẹ dần ở bờ trái xương ức nhiều khả năng là do hở van động mạch chủ hơn là hở van động mạch phổi.

– Nguyên nhân hở van động mạch phổi: (1) tăng áp phổi; (2) viêm nội tâm mạc nhiễm trùng; (3) sau đặt bóng hoặc phẫu thuật điều trị hẹp van động mạch phổi; (4) không có van động mạch phổi bẩm sinh.

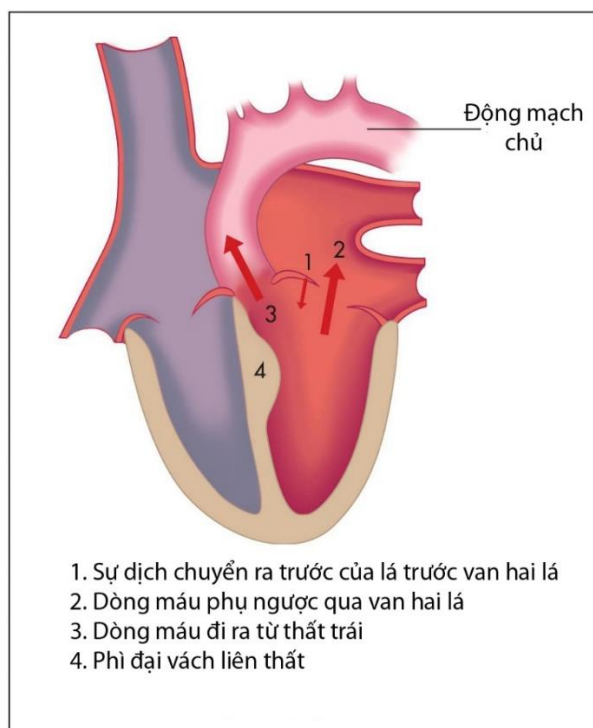
### 7.8.5. Van tim nhân tạo

Các dấu hiệu thực thể thường gặp của van được trình bày trong Bảng 7.3. Van nhân tạo cơ học sẽ có âm thanh sắc nét. Sự bóp nghẹt âm thanh của van cơ học có thể là dấu hiệu huyết khối tắc nghẽn van hoặc sự tăng sinh mô mạn tính (pannus). Sau khi thay van động mạch chủ, sự hiện diện của âm thanh trào ngược động mạch chủ sẽ chỉ điểm tình trạng rò rỉ xung quanh van, thường thông qua các lỗ ở các mũi khâu. Cũng như van thật già đi và thoái hóa, van nhân tạo có thể có các dấu hiệu của hẹp hoặc hở van hoặc cả hai.

## 7.9. BỆNH LÝ CƠ TIM

### 7.9.1. Bệnh cơ tim phì đại

(xem Hình 7.14)



**Hình 7.14. Giải phẫu bệnh cơ tim phì đại.**

Đây là sự phì đại bất thường của các cơ ở đường ra của thất phải hoặc thất trái, hoặc cả hai. Nó có thể gây cản trở dòng máu ra khỏi thất trái cuối thì tâm thu khi các cơ bị phì đại co lại. Sự di lệch của van hai lá vào trong ở hệ thống đường ra của dòng máu trong thì tâm thu cũng có thể xuất hiện, gây hở van hai lá và góp phần tạo nên tắc nghẽn. Mặc dù đường ra bị thu hẹp bởi các vách phì đại, nhưng góp phần lớn nhất gây ra sự gia tăng tắc nghẽn là do sự dịch chuyển của van hai lá trong thì tâm thu. Các biến thể của bệnh cơ tim

phì đại có thể xảy ra ở giữa tâm thất hoặc mỏm tim với các mức độ tắc nghẽn khác nhau.

– Triệu chứng cơ năng: khó thở (tăng áp lực cuối thì tâm trương do sự dẫn nở bất thường của tâm trương), đau thắt ngực, ngất hoặc đột tử (thứ phát sau rung thất hoặc sự tắc nghẽn gia tăng đột ngột).

– Mạch: nảy mạnh và giật hoặc đôi (bisferiens). Sự tống máu nhanh bởi sự phì đại của tâm thất đầu thì tâm thu, theo sau là tắc nghẽn xảy ra bởi sự dịch chuyển của van hai lá vào đường ra của dòng máu. Khác khác nhau so với mạch đập trong hẹp van động mạch chủ.

– JVP: thường có sóng a nhô lên, do sự co bóp mạnh của tâm nhĩ chống lại thất phải đàn hồi kém.

– Sờ: nhịp hai hoặc ba ở mỏm tim, do sự dẫn nở của tâm thất trong thì tiền tâm thu gây ra bởi sự co của tâm nhĩ.

– Nghe: âm thổi cuối tâm thu ở cạnh dưới bên trái xương ức và ở mỏm tim (do sự tắc nghẽn) và âm thổi toàn tâm thu ở mỏm tim (do hở van hai lá); S4.

– Các nghiệm pháp động học: âm thổi của dòng máu đi ra tăng khi thực hiện nghiệm pháp Valsava, bằng cách đứng lên và vận động kiểu isotonic (độ căng cơ không đổi khi có sự thay đổi chiều dài cơ); giảm khi BN ngồi hoặc vận động kiểu isometric (tĩnh – không thay đổi chiều dài cơ).

– Nguyên nhân phì đại cơ tim: (1) gen trội NST thường (đột biến gen chuỗi myosin nặng hoặc troponin) với nhiều mức độ biểu hiện khác nhau; (2) nguyên phát; (3) thất điều Friedreich<sup>n</sup>.

### 7.9.2. Bệnh cơ tim dẫn

Bất thường này của cơ tim đưa đến kết quả làm giảm toàn bộ chức năng của tim. Theo định nghĩa, bệnh mạch vành không phải là nguyên nhân. Bệnh cơ tim do thiếu máu cục bộ là một thuật ngữ thường được sử dụng để mô tả rối loạn thứ phát chức năng cơ tim nghiêm trọng sau thiếu máu cục bộ cơ tim thường xuyên. Các dấu hiệu của bệnh suy tim sung huyết, bao gồm hở van hai lá và ba lá. Những âm thanh từ tim có thể rất nhỏ. Loạn nhịp thất rất thường gặp. Nó cũng thường là một chỉ định cấy ghép tim.

Nguyên nhân gây bệnh cơ tim dẫn: (1) nguyên phát và có tính chất gia đình; (2) rượu; (3) sau nhiễm siêu vi; (4) sau sinh; (5) thuốc (doxorubicin); (6) loạn dưỡng trương lực cơ; (7) chứng nhiễm sắc tố sắt.

### 7.9.3. Bệnh cơ tim hạn chế

Bệnh này có các dấu hiệu tương tự như bệnh viêm màng ngoài tim cơ thắt, nhưng dấu hiệu Kussmaul thì phổ biến hơn và thường sờ được nhịp đập ở mỏm tim.

Nguyên nhân bệnh cơ tim hạn chế: (1) nguyên phát; (2) bệnh nội mạc cơ tim đa bạch cầu ái toan; (3) xơ hóa nội mạc cơ tim; (4) bệnh thâm nhiễm dạng bột (amyloid); (5) u hạt

---

<sup>n</sup> Nikolaus Friedreich (1825 – 1882), bác sĩ người Đức, mô tả bệnh này vào năm 1863. Ông là người thứ 2 sau Virchow trở thành giáo sư giải phẫu bệnh tại Đại học Würzburg vào năm 31 tuổi.

(sarcoid).

## 7.10. BỆNH TIM BẨM SINH KHÔNG TÍM

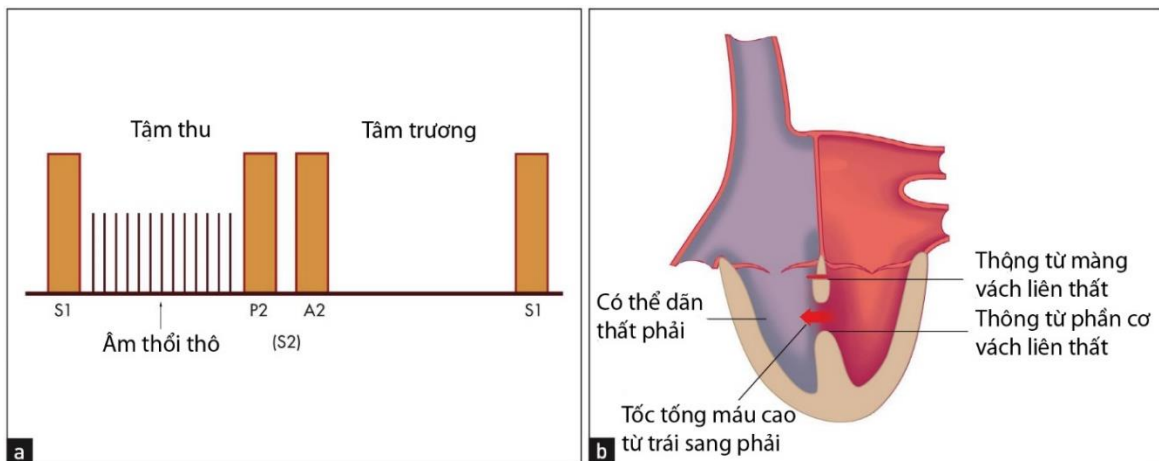
### 7.10.1. Thông liên thất

Là bệnh lý có một hoặc nhiều lỗ thông ở màng hoặc cơ trên vách liên thất.

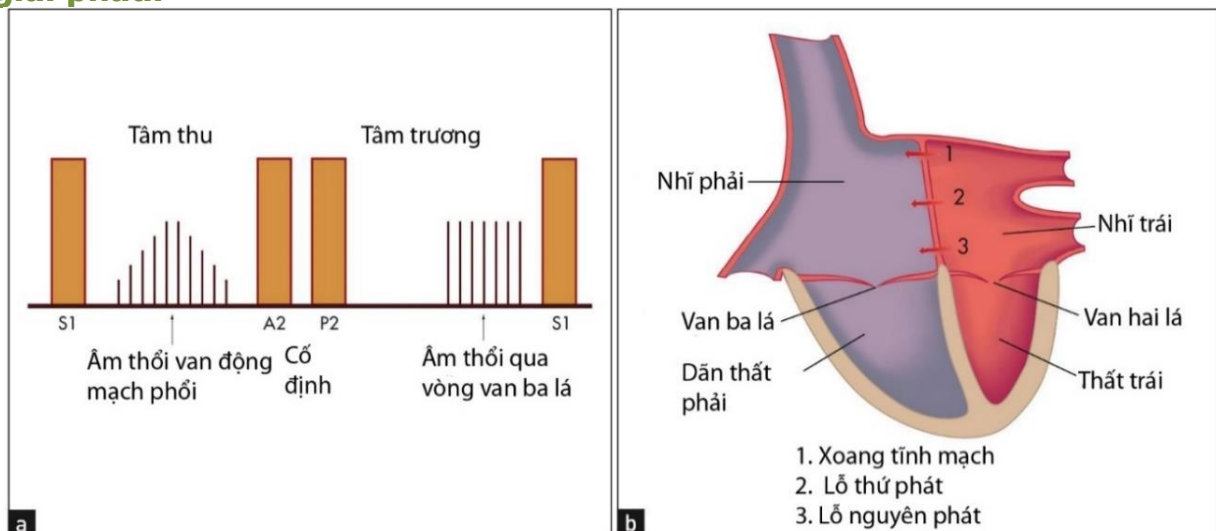
– Sờ: mỏm tim tăng động và bị đẩy lệch nếu lỗ thông lớn và rung miu cạnh bờ trái xương ức.

– Nghe (xem Hình 7.15): âm thổi thô toàn thì tâm thu nghe rõ nhất và hầu như chỉ khu trú ở cạnh dưới bờ trái xương ức cùng với tiếng tim thứ ba hoặc bốn – âm thổi lớn hơn nếu BN thở ra; đôi khi cũng xuất hiện âm thổi hở van hai lá. Thường sờ thấy rung miu tâm thu. Âm thổi thường thô và lớn hơn nếu lỗ thông nhỏ.

– Nguyên nhân thông liên thất: (1) bẩm sinh; (2) mắc phải (nhồi máu cơ tim vùng vách).



Hình 7.15. Thông liên thất (VSD): (a) âm thổi tại bờ trái xương ức; (b) giải phẫu.



Hình 7.16. Thông liên nhĩ (ASD): (a) âm thổi tại bờ trái xương ức; (b) giải phẫu.

## 7.10.2. Thông liên nhĩ

Có hai loại chính: lỗ thông thứ phát (90%), lỗ thông nằm trên vách liên nhĩ nhưng không liên quan đến các van nhĩ thất và lỗ thông nguyên phát, lỗ thông có liên quan đến các van nhĩ thất.

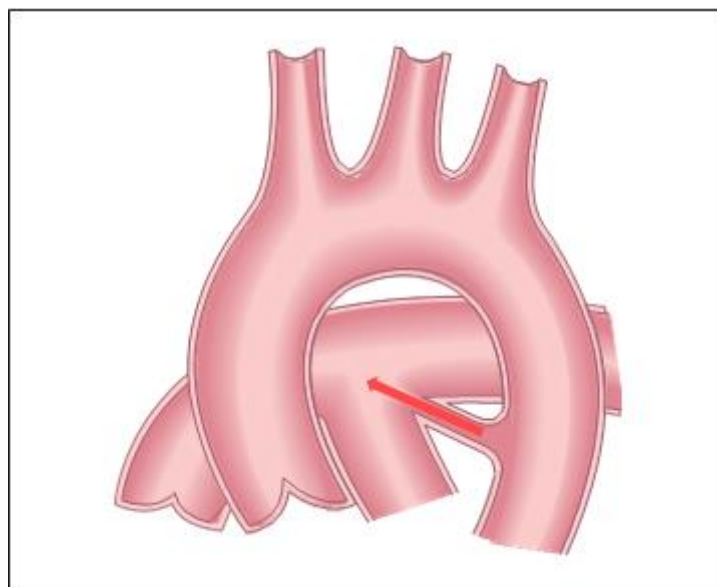
– Sờ: thất phải bình thường hoặc lớn.

– Nghe (xem Hình 7.16): S2 tách đôi cố định; lỗ thông không trực tiếp tạo ra âm thổi, nhưng việc tăng lưu lượng qua vùng tim phải có thể tạo ra âm thổi tâm trương âm sắc thấp khi qua van ba lá và thường gặp hơn là âm thổi tổng máu động mạch phổi thì tâm thu – cả hai âm thổi này đều nghe rõ hơn khi hít vào.

– Triệu chứng thực thể: các dấu hiệu của lỗ thông nguyên phát cũng tương tự như lỗ thông thứ phát nhưng đôi khi hở van hai lá, ba lá, hoặc thông liên thất có thể kèm theo. Các xung động của thất trái thường không sờ được.

## 7.10.3. Còn ống động mạch

(xem Hình 7.17)



**Hình 7.17. Còn ống động mạch: giải phẫu.**

Đây là một bệnh lý còn tồn tại một ống thông thời kỳ phôi thai nối giữa động mạch chủ và động mạch phổi. Xuất hiện shunt từ động mạch chủ sang động mạch phổi trừ phi tăng áp phổi xảy ra.

– Mạch và huyết áp: mạch chày sâu nảy mạnh (do một lượng máu lớn được tổng vào động mạch chủ trong thì tâm thu); huyết áp tâm trương thấp (do sự giảm áp lực nhanh chóng của động mạch chủ).

– Sờ: thường tăng động ở mỏm tim.

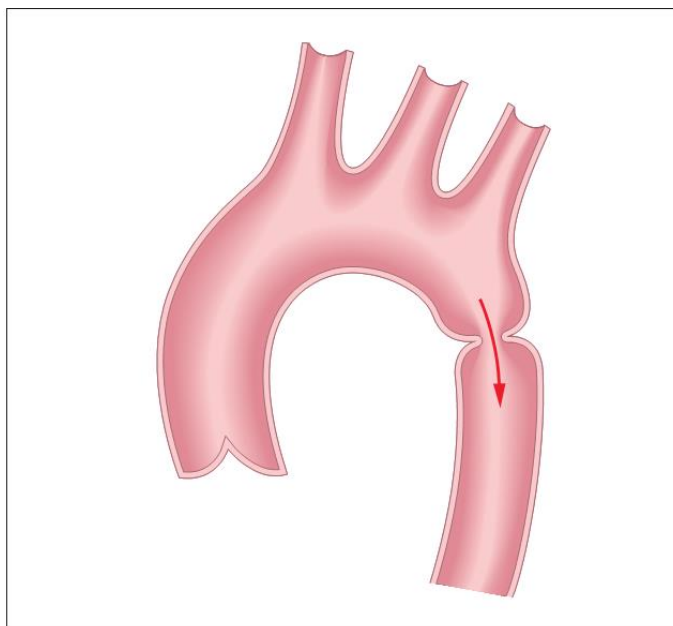
– Nghe: nếu shunt có kích thước vừa thì sẽ nghe được tiếng tim thứ hai đơn độc, nhưng nếu shunt có kích thước lớn sự tách đôi đảo ngược tiếng tim thứ hai sẽ xảy ra (do sự trì hoãn A2 bởi sự tăng tải thể tích của thất trái); âm thổi “machinery” liên tục nghe rõ ở khoảng liên sườn thứ nhất bên trái thường xuất hiện; luồng âm thổi qua phía tim trái, bao



gồm âm thổi của van hai lá giữa thì tâm trương, có thể được nghe thấy.

#### 7.10.4. Hẹp eo động mạch chủ

(xem Hình 7.18)



**Hình 7.18. Hẹp eo động mạch chủ.**

Đây là tình trạng hẹp bẩm sinh của cung động mạch chủ thường chỉ xảy ra ở đầu xa nguyên ủy động mạch dưới đòn trái. Thường gặp ở nam giới. Nguyên nhân vẫn chưa rõ ràng nhưng dường như có liên quan đến vị trí bất thường của các mô tham gia qua trình đóng ống động mạch. Có sự kết hợp với van động mạch chủ hai lá và hội chứng Turner.

Triệu chứng thực thể: phần trên cơ thể có thể phát triển hơn phần dưới cơ thể; mạch trẻ mạch quay – đùi và động mạch đùi đập yếu; huyết áp cao ở cánh tay nhưng không có ở chân; âm thổi giữa thì tâm thu được nghe thấy ở vùng trước tim và sau lưng, do máu lưu thông qua hệ thống tuần hoàn phụ trên thành ngực và qua chính chỗ hẹp.

#### 7.10.5. Bất thường Ebstein

Đây là thương tổn rất hiếm. Sự bất thường là sự dịch chuyển xuống của hệ thống van ba lá trong thất phải làm tâm nhĩ trở nên rất lớn và bao gồm một phần cơ tâm thất, trong khi thất phải trở nên nhỏ lại. Thường kèm theo thông liên nhĩ. Đặc trưng, có nhiều tiếng click liên tiếp xuất hiện do sự đóng không đồng bộ của van ba lá. Hở van ba lá thường xảy ra.

### 7.11. BỆNH TIM BẨM SINH CÓ TÍM

Đây là một lĩnh vực khó. Các nguyên nhân của bệnh tim bẩm sinh được liệt kê trong List 7.2. Quan trọng là xác định được có hay không sự có mặt của tăng áp phổi. Bệnh tim bẩm sinh mà trong đó có shunt tuần hoàn từ trái sang phải sẽ làm tăng lưu lượng máu lên phổi. Điều này có thể gây tăng áp phổi phản ứng vì thế áp lực trong động mạch phổi luôn vượt quá áp lực trong vòng tuần hoàn lớn. Khi điều đó xảy ra, shunt từ vòng tuần hoàn lớn sang vòng tuần hoàn phổi (trái sang phải) sẽ bị đảo ngược. Shunt phải – trái dẫn đến việc máu thiếu oxy trộn lẫn trong vòng tuần hoàn lớn, gây nên chứng xanh tím. Được gọi là hội

chứng Eisenmenger °.

### List 7.2. Phân loại bệnh tim bẩm sinh.

Không tím	Có tím
- <b>Shunt trái – phải</b>	- Hội chứng Eisenmenger (tăng áp phổi và có shunt phải – trái).
+ Thông liên thất.	- Tứ chứng Fallot.
+ Thông liên nhĩ.	- Bất thường Ebstein (nếu có thông liên nhĩ và xuất hiện shunt phải – trái).
+ Còn ống động mạch.	- Thân chung động mạch.
- <b>Không có shunt</b>	- Chuyển vị đại động mạch.
+ Van động mạch chủ có 2 lá, hẹp van động mạch chủ bẩm sinh.	- Bít lỗ van ba lá.
+ Hẹp eo động mạch chủ.	- Bất thường toàn bộ tĩnh mạch dẫn lưu phổi.
+ Đảo ngược phủ tạng.	
+ Hẹp động mạch phổi, hẹp van ba lá.	
+ Bất thường Ebstein.	

#### 7.11.1. Hội chứng Eisenmenger (tăng áp phổi và shunt phải – trái)

– Triệu chứng thực thể: tím trung ương; ngón tay dùi trống; chứng đa hồng cầu; các dấu hiệu tăng áp phổi.

– Nghe tiếng tim thứ hai (S2) có thể xác định được mức độ của shunt. Nếu tách đôi cố định rõ, có thể là thông liên nhĩ. Nếu chỉ có một tiếng tim duy nhất, có thể gợi ý thân chung động mạch hoặc thông liên thất. Nếu có S2 bình thường hoặc đảo ngược có thể là tật còn ống động mạch.

#### 7.11.2. Tứ chứng Fallot <sup>P</sup>

Có bốn đặc trưng trong bất thường bẩm sinh, gồm: (1) thông liên thất; (2) tắc đường ra thất phải, quyết định mức độ nghiêm trọng của tình trạng này và có thể hẹp tại van động mạch phổi hoặc hẹp lỗ phễu; (3) động mạch chủ cưỡi ngựa trên vách liên thất, gây ra chứng xanh tím; và (4) phì đại thất phải thứ phát sau tắc nghẽn đường ra.

– Triệu chứng thực thể: tím trung ương – có thể xuất hiện mà không có tăng áp phổi bởi vì có sự trộn lẫn với máu tĩnh mạch tại vị trí tâm thất, nơi mà huyết áp được cân bằng. Động mạch chủ nằm trên cả hai tâm thất, nên nhận máu từ thất trái và phải. Ngón tay dùi trống và chứng đa hồng cầu rất hay gặp. Có thể xuất hiện bằng chứng của phì đại thất phải – một xung đập cạnh bờ trái xương ức. Có thể có rung miu tâm thu do hẹp van động mạch phổi hoặc tắc đường ra thất phải. Tim không to toàn bộ. Nghe tim: tiếng tim thứ hai đơn độc và không có các dấu hiệu tăng áp phổi; xuất hiện âm thổi tổng máu tâm thu ở động mạch phổi.

° Victor Eisenmenger (1864 – 1932), bác sĩ người Đức. Ông mô tả hội chứng này vào năm 1897.

<sup>P</sup> Etienne – Louis Fallot (1850 – 1911), giáo sư ngành chuyên ngành vệ sinh, Marseilles, mô tả bệnh này vào năm 1888.

## 7.12. “SỰ TRƯỞNG THÀNH” VỚI BỆNH TIM BẨM SINH

Những BN đã được điều trị bệnh tim bẩm sinh nặng hiện nay thường sống đến tuổi trưởng thành. Nhiều quy trình phẫu thuật được tiến hành để chữa trị, đặc biệt cách đây 20 năm, mục tiêu là điều trị giảm nhẹ hơn là điều trị khỏi. BN sống chung với các dấu hiệu và triệu chứng đặc trưng.

### 7.12.1. Tứ chứng Fallot

Những BN đã điều trị ở tuổi sơ sinh có thể đối mặt với các vấn đề đặc biệt. Điều trị tắc đường ra thất phải và phì đại của vòng van động mạch phổi có thể làm hở van động mạch phổi nặng. Điều này, cuối cùng dẫn đến khó thở khi gắng sức. Phẫu thuật, cho đến hiện tại, yêu cầu phải mở thất phải (cắt vào trong thất phải). Điều này để lại một vết sẹo liên quan đến các bất thường về nhịp tim trong cuộc sống sau này. BN có thể có đánh trống ngực hoặc ngất.

Triệu chứng thực thể: có thể để lại một vết sẹo giữa xương ức, một âm thổi dài thì tâm trương do hở van động mạch phổi và dấu hiệu của phì đại thất phải (nhịp đập cạnh xương ức) và muện hơn là hở van ba lá (sóng v to ở cổ và nhịp đập ở gan).

### 7.12.2. Chuyển vị đại động mạch

Hầu hết những người trưởng thành có bất thường này đều có một cuộc phẫu thuật giảm nhẹ gọi là phẫu thuật Mustard. Trong bất thường này, động mạch phổi được nối với thất trái và động mạch chủ được nối với thất phải. Như thế hệ thống tuần hoàn lớn và tuần hoàn phổi là song song. Nó không phù hợp với sự sống trừ phi có một đường nối giữa hai hệ thống tuần hoàn này. Trẻ sơ sinh mắc tình trạng này sẽ được làm thông liên nhĩ ngay sau khi sinh với một catheter mang bóng (mở vách bằng bóng – balloon septostomy). Cho phép pha trộn máu giữa các hệ tuần hoàn. Sau đó, “vách ngăn” do phẫu thuật được tạo ra trong tâm nhĩ để dẫn máu từ cơ thể vào nhĩ phải qua lỗ thông liên nhĩ và vào nhĩ trái, sau đó máu được bơm vào động mạch phổi và vào phổi. Máu trở về từ phổi vào nhĩ trái được dẫn qua nhĩ phải và vào thất phải sau đó đến động mạch chủ. Điều này có nghĩa là thất phải đang làm việc như tâm thất trái bơm máu cho vòng tuần hoàn lớn. Sự sắp xếp này hoạt động rất tốt, nhưng có những mối quan tâm lâu dài về khả năng của thất phải để đương đầu với khối lượng máu của vòng tuần hoàn lớn.

– Triệu chứng cơ năng: các triệu chứng thường xuất hiện bao gồm đánh trống ngực do rối loạn nhịp trên thất, chóng mặt do nhịp tim chậm và khó thở liên quan đến suy giảm chức năng của tâm thất cho vòng tuần hoàn lớn. thỉnh thoảng, sự tắc nghẽn của các vách ngăn có thể xảy ra. Vấn đề thường gặp nhất là với các vách ngăn tĩnh mạch chủ trên, dẫn đến sưng và đỏ bồng mặt.

– Triệu chứng thực thể: bao gồm các vết sẹo, phù và đỏ bồng mặt, tím tái, phù ngoại vi do tình trạng tắc vách ngăn ở tĩnh mạch chủ dưới và do hở van ba lá. Nghe có thể phát hiện được tiếng ngựa phi và âm thổi do hở van hai lá và van ba lá.

## T&O'C essentials

1. Thăm khám hệ tim mạch một cách cẩn thận có thể chẩn đoán chính xác hầu hết các trường hợp có bệnh lý van tim.
2. Khai thác bệnh sử và thăm khám đầy đủ sẽ giúp giảm bớt các xét nghiệm tim mạch tốn kém và không cần thiết.
3. Không cần thiết phải ghi nhớ toàn bộ các dấu hiệu hở van động mạch chủ và tên của chúng (thực tế, bạn có thể quên hết).
4. Sự hiện diện của các dấu hiệu suy tim đặc trưng (tiếng tim thứ ba và nhịp đập bất thường ở mỏm tim) làm cho việc chẩn đoán gần như chắc chắn; nếu không có cũng không thể loại trừ suy tim.
5. Có một vài dấu hiệu đặc trưng của nhồi máu cơ tim và việc chẩn đoán chỉ dựa vào bệnh sử và ECG.

## Bài test OSCE

### Thăm khám bệnh lý tim mạch

**Bệnh nhân nữ, 75 tuổi cảm thấy khó thở và nghi ngờ suy tim. Hãy thăm khám cho bà ấy:**

1. Rửa tay
2. Giới thiệu bản thân và giải thích những gì sẽ thực hiện khi thăm khám tim mạch cho bà ấy.
3. Đứng phía sau và nhìn xem BN có ngưng thở và thở nhanh, có tím tái, có tăng JVP, có đng thở oxy hay không. Có cảm thấy BN không được khỏe hay không?
4. BN nằm tư thế 45°, bộc lộ đầy đủ để đánh giá phần trước ngực của BN nhưng phải còn một phần che lại vú của BN.
5. Bắt mạch.
6. Đo huyết áp.
7. Xem lại JVP (đặc biệt sóng v lớn), thực hiện test ấn gan phòng cảnh.
8. Quan sát các sẹo trên thành ngực (để xem trước đây BN có được phẫu thuật hay không).
9. Quan sát diện đập mỏm tim, sờ mỏm tim cẩn thận, để cảm giác rung miu và nhịp đập cạnh xương ức.
10. Nghe nhịp gallop và các bệnh lý van tim (hở van do suy tim).
11. Nghe đáy phổi (tiếng nổ giữa thì hít vào – không đặc hiệu), nhìn xem có phù vùng cẳng cụt.
12. Xem có phù chân không – không đặc hiệu.
13. Rửa tay.
14. Ghi nhận lại những dấu hiệu âm tính và dương tính của suy tim.

## OSCE ôn tập

### Thăm khám bệnh lý tim mạch

**Topic này thường hay gặp trong OSCE, sẽ giúp ích khi ôn tập lại.**

1. Một người đàn ông có tiền sử phẫu thuật van tim. Hãy thăm khám tim mạch cho ông ấy.
2. Một người đàn ông có hở van động mạch chủ. Hãy thăm khám và xác định mức độ nặng của bệnh lý này cho ông ấy.
3. Người phụ nữ này bị tăng áp phổi. Hãy thăm khám cho bà ấy.

# TÓM TẮT THĂM KHÁM VÀ CẬN LÂM SÀNG CHẨN ĐOÁN BỆNH LÝ TIM MẠCH

Nguyễn Duy Khuê

## 8.1. TÓM TẮT THĂM KHÁM TIM MẠCH

**Text box 8.1. Tóm tắt thăm khám bệnh lý tim mạch.**



**Hình 8.1. Thăm khám tim mạch. BN nằm ở tư thế đầu cao 45°.**

### 1. Quan sát tổng trạng

- Hội chứng: Marfan, Turner, Down.
- Rối loạn thấp khớp, như: viêm cột sống dính khớp (hở van động mạch chủ).
- Khó thở.

### 2. Bàn tay

- Bắt động mạch quay ở hai bên.
- Nhịp trẻ mạch quay – đùi.
- Ngón tay dùi trống.
- Dấu hiệu viêm nội tâm mạc nhiễm trùng – dấu xuất huyết kiểu splinter (dấu xuất huyết dưới móng),...
- Tím ngoại biên.

### - Sờ

- + Mỏm tim: vị trí, đặc điểm.
- + Rung miu.
- + Xung động bất thường.

Chú ý: cẩn trọng với những trường hợp đảo ngược phủ tạng.

### 7. Nghe

- Tiếng tim.
- Âm thổi.
- Tư thế BN.
- + Nghiêng trái.
- + Ngồi chồm về phía trước (ngưng thở sau khi thở ra gắng sức).

- Lắng đọng cholesterol ở dưới da (u vàng).

### 3. Huyết áp

### 4. Mắt

- Mắt
- + Cung mạc: nhợt, vàng
- + Đồng tử: dấu hiệu đồng tử Argyll Robertson (hở van động mạch chủ).
- + Dấu hiệu xanthelasmata – các u vàng xuất hiện ở mi mắt.
- + Hồng ban kiểu cánh bướm (hẹp van hai lá, hẹp van động mạch phổi).
- Miệng
  - + Xanh tím.
  - + Vòm miệng: cung khẩu cái cao gấp trong hội chứng Marfan.
  - + Thử tự cách mọc răng.

### 5. Cổ

- Áp lực tĩnh mạch cảnh.
- Chiều cao áp lực tĩnh mạch trung tâm.
- Hình dạng sóng (đặc biệt sóng n lớn)
- Động mạch cảnh: các đặc điểm của mạch này.

### 6. Ngực

- Nhìn
- + Sẹo.
- + Biến dạng.
- + Mỏm tim – vị trí, đặc điểm.
- + Ổ đập bất thường.

- + Tim rung miu khi thay đổi tư thế.

- Nghe động học

- + Các thì hô hấp.

- + Nghiệm pháp Valsalva.

- + Vận động (kiểu isometric, như: nắm bàn tay).

- Động mạch cảnh hai bên.

### 8. Lưng (tư thế ngồi chồm về phía trước)

- Vết sẹo, biến dạng.

- Phù nề vùng xương cụt.

- Trần dịch màng phổi (gõ).

- Suy thất trái (nghe).

### 9. Bụng (đầu bằng – chỉ kê một gối dưới đầu)

- Sờ gan (nhịp đập gan,...), lách, động mạch chủ bụng.

- Gõ tim bụng báng (suy tim phải).

- Động mạch đùi – sờ, nghe.

### 10. Chân

- Mạch ngoại biên.

- Tím tái, chân tay lạnh, rối loạn dinh dưỡng, loét (bệnh mạch máu ngoại biên).

- Phù.

- Xanthomata (u vàng).

- Nhạy đau ở bắp chân.

### 11. Khác

- Phân tích nước tiểu (viêm nội tâm mạc nhiễm trùng).

- Soi đáy mắt (viêm nội tâm mạc).

- Biểu đồ theo dõi thân nhiệt (viêm nội tâm mạc).

Tư thế BN nằm đầu cao 45°, bộc lộ vùng khám từ cổ đến ngực. Dùng khăn che ngực đối với BN là nữ.

Quan sát khi BN đứng để phát hiện các hội chứng Marfan, Turner, Down. Đồng thời tìm các biểu hiện của khó thở, tím tái, vàng da và suy kiệt.

Khám bàn tay kiểm tra được mạch quay, ngón tay dài trống. Ngoài ra tìm các dấu hiệu ngoại biên của viêm nội tâm mạc nhiễm trùng: dấu xuất huyết dưới móng cũng thường gặp (cũng có thể gặp trong chấn thương), một số tổn thương ít gặp hơn như tổn thương dạng Janeway hay dưới dạng nốt Osler (xem Hình 8.2). Quan sát nhanh, nhưng cẩn thận từng giường móng để tránh bỏ sót những dấu hiệu này. Đặt biệt chú ý đến những u vàng mọc ở gân gót (BN có tăng lipid máu type II).



**Hình 8.2. Các tổn thương ngoại biên thường gặp.**

Bắt mạch ở cổ tay phải chú ý đến tần số và nhịp điệu. Phát hiện được nhịp trẻ mạch quay – đùi (thường gặp trong hẹp eo động mạch chủ) và sự không tương đồng của mạch quay hai bên. Đánh giá các đặc điểm của mạch đập – động mạch cảnh là vị trí tốt nhất.

Đo huyết áp cho BN (tư thế nằm và đứng hoặc ở tư thế ngồi – để phát hiện hạ huyết áp tư thế).

Tiếp theo nhìn biểu hiện trên khuôn mặt BN để phát hiện ra triệu chứng vàng da (tán huyết do van nhân tạo) hoặc u vàng (tăng lipid máu type II hoặc III). Bên cạnh đó chúng ta cũng có thể dễ dàng nhận ra được “gương mặt van hai lá” kinh điển (hồng ban dạng cánh bướm). Sau đó khám miệng BN bằng đèn tìm các triệu chứng như: vòm khẩu cái cao (hội chứng Marfan), các đốm xuất huyết ở nướu răng (viêm nội tâm mạc). Bên cạnh đó đánh giá tím trung tâm bằng cách nhìn biểu hiện tím tái ở môi hay ở lưỡi.

Khám cổ là một trong những bước rất quan trọng. Tĩnh mạch cảnh hai bên phải được đánh giá thông qua chiều cao và các đặc điểm của nó. Dùng tĩnh mạch cảnh trong bên phải để đánh giá, khám và phát hiện dấu hiệu Kussmaul (tĩnh mạch cảnh nổi to khi hít vào). Khám từng động mạch cảnh. Đánh giá các đặc điểm của mạch.

Tiếp theo là quan sát ngực. Đầu tiên, phải luôn luôn chú ý đến các biểu hiện của vết sẹo, biến dạng, diện đập của mỏm tim và ổ đập nhìn thấy được ở lồng ngực BN. Không được bỏ qua những trường hợp BN có đặt máy tạo nhịp, sẹo mổ van hai lá (thường dưới vú bên trái) rất khó phát hiện và dễ dàng bỏ quên.

Sờ mỏm tim. Lưu ý khi xác định vị trí của mỏm tim cần xác định chính xác vị trí của khoang liên sườn. Thường mỏm tim nằm ở khoang liên sườn thứ 5, cách đường trung đòn trái khoảng 1 cm. Xác định một số tính chất đập của mỏm tim là điều quan trọng. Có nhiều loại. Nhịp tăng gánh áp lực (tăng động, quá tải tâm thu) mạnh và bền vững làm cho mỏm tim không thay đổi vị trí thường gặp trong hẹp động mạch chủ, tăng huyết áp. Nhịp tăng gánh thể tích (tăng động, quá tải tâm trương): nhịp mỏm mạnh nhưng không bền vững, khi đó mỏm sẽ lệch xuống – ra ngoài (hở van động mạch chủ, hở van hai lá). Rối loạn vận động mỏm (suy tim): có thể cảm nhận diện đập lớn hơn bình thường và không đồng đều. Khám phát hiện nhịp mỏm “tapping” trong hẹp van hai lá (sờ được âm S1). Nhịp đôi hoặc ba ở mỏm tim trong bệnh lý cơ tim phì đại cũng rất quan trọng. Nên sờ tìm rung miu ở mỏm và đo thời gian âm thổi. Rối loạn vận động vùng có biểu hiện diện đập lớn hơn so với bình thường và không điều thường gặp trong suy tim.

Sau đó dùng mô cái và mô út của bàn tay để tìm các nhịp đập ở cạnh trái xương ức (gặp trong lớn thất phải hoặc lớn nhĩ trái) và rung miu. Khám phần đáy tim để tìm: tiếng P2 sờ được và rung miu động mạch chủ. Phương pháp gõ có thể giúp ích trong việc xác định có tăng kích thước tim hay không.

Nghe tim bắt đầu ở vị trí ở ổ van hai lá, nghe bằng cả phần chuông và màng của ống

---

nghe. Nghe từng thành phần của chu kỳ của tim. Xác định tiếng S1, S2 và xác định cường độ có bình thường hay không và có tiếng S2 tách đôi hay không. Sau đó tìm các tiếng tim phụ và âm thổi. Không được hài lòng khi đã phát hiện được một bất thường.

Lần lượt nghe nhiều lần cạnh trái xương ức và đáy tim (vùng van động mạch chủ và động mạch phổi). Xác định thời gian từng chu kỳ tim bằng việc bắt nhịp đập của động mạch cảnh. Nghe động mạch cảnh.

Để giúp chẩn đoán dễ dàng hơn có thể xác định lại bằng cách điều chỉnh tư thế BN. Đầu tiên cho BN nằm nghiêng trái. Khám mỏm tim để xác định tính chất (đặc biệt là sờ mỏm tim để tìm S1) và nghe. Cho BN ngồi và sờ tim rung miu (yêu cầu BN thở ra tối đa) ở vị trí cạnh trái xương ức và đáy tim. Sau đó nghe các vùng đã khám như trên để tìm hở van động mạch chủ hoặc tiếng cọ màng ngoài tim.

Nghe tim động được thực hiện khi nghi ngờ về tiếng thổi tâm thu đồng thời thực hiện các nghiệm pháp Valsava khi có âm thổi tâm thu đơn thuần để không bỏ sót các trường hợp bệnh cơ tim phì đại.

Để loại trừ với các trường hợp tràn dịch màng phổi (do suy thất trái) có thể cho BN ngồi dậy và gõ để xác định và nghe phát hiện rale nổ (suy thất trái). Nếu phát hiện được nhịp trẻ mạch quay – đùi, nghe tim âm thổi do hẹp eo động mạch chủ ở lưng. Tìm dấu hiệu phù vùng cẳng cụt và biến dạng cột sống (viêm cột sống dính khớp với hở van động mạch chủ).

Tiếp theo cho BN nằm trên giường phẳng và khám bụng đúng cách để xác định gan to hay (suy thất phải) hoặc gan đập theo nhịp tim (hở van ba lá). Có thể ấn gan phồng cảnh nếu thuận lợi. Sờ phát hiện phình động mạch chủ bụng, lách to (gặp trong viêm nội tâm mạc).

Khám chân. Sờ động mạch đùi ở hai bên và nghe tim âm thổi. Khám tất cả mạch đập ngoại biên. Tìm các dấu hiệu của bệnh lý mạch máu ngoại biên, phù ngoại biên, ngón chân dùi trống, u vàng gân Achilles và dấu stigmata trong viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn.

Cuối cùng là kiểm tra đáy mắt (thay đổi huyết áp và điểm Roth trong viêm nội tâm mạc), phân tích nước tiểu (tiểu ra máu trong viêm nội tâm mạc). Kiểm tra nhiệt độ.

---

## 8.2. CẬN LÂM SÀNG CHẨN ĐOÁN

Các đánh giá chức năng tim mạch bằng các cận lâm sàng như: X quang, điện tâm đồ, siêu âm tim là những phần cơ bản và rất cần thiết trong chẩn đoán các bệnh lý tim mạch. Không thể nào cho một cận lâm sàng mà không hiểu nó giúp ích thế nào và nó có thể cung cấp cho thầy thuốc những gì.

### 8.2.1. X quang ngực: tiếp cận một cách hệ thống

Để đọc được X quang ngực là không quá dễ, đòi hỏi người đọc phải có đầy đủ kiến thức về giải phẫu và bệnh học, các giá trị bình thường (xem Hình 8.3) và hiểu rõ được thay đổi của X quang để lý giải những trường hợp bệnh lý. Để phát hiện ra bệnh khi đọc X quang, người bác sĩ lâm sàng phải đặt hết trách nhiệm của mình vào tấm phim đó.

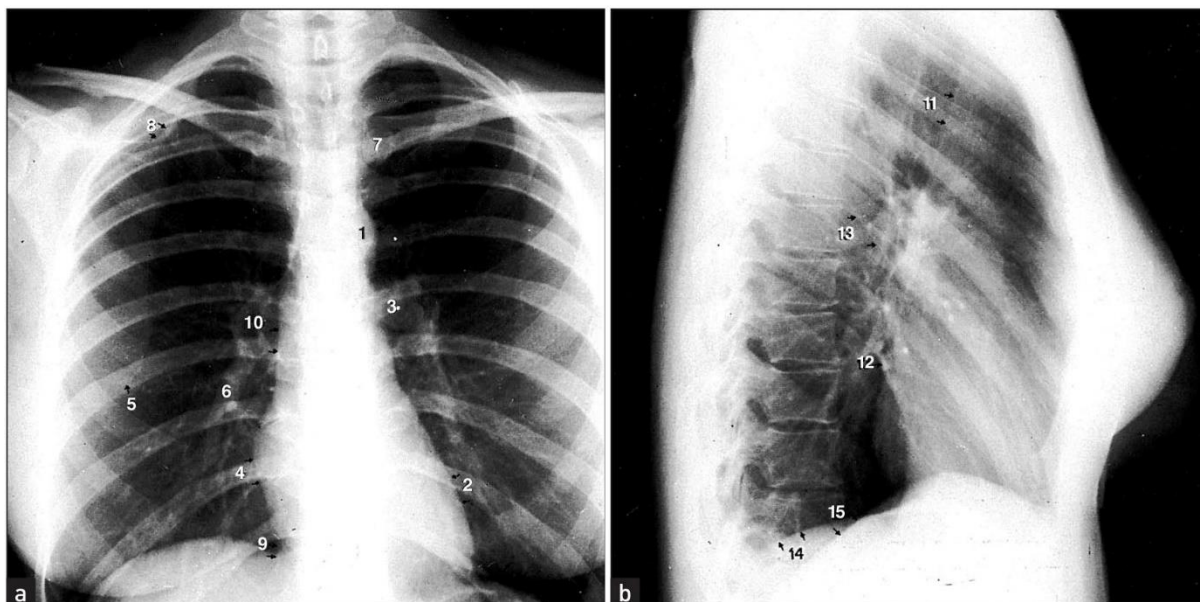
Hầu hết đối với sinh viên y khoa đối mặt với vấn đề: phân tích các đặc điểm trên phim và đưa ra một chẩn đoán duy nhất (thường là sai) hoặc nhìn lên trời để hy vọng có phép màu xảy ra. Tuy nhiên, tiếp cận một cách hệ thống lúc nào cũng có ích hơn! Bỏ sót xảy ra khi không nhìn hơn là khi không hiểu.

#### 8.2.1.1. Hình ảnh

– **Tên, ngày và sự chiếu chụp.** Điều quan trọng để xem phim X quang là phải kiểm tra chính xác là phim của BN mình cần đánh giá qua việc kiểm tra tên họ và ngày tháng.



Các ký hiệu trên phim còn cho biết cách chụp và tư thế BN. X quang ngực thẳng chuẩn được chụp theo hướng sau – trước (PA), tư thế BN đứng thẳng ưỡn người ra trước. Còn tư thế trước sau hoặc phim nằm chỉ là lựa chọn thứ hai. Trường hợp BN nằm ngửa, có sự căng phồng tất cả các mạch máu phía sau (do trọng lực) và khi đó hình ảnh phế trường sẽ to hơn. Do đó trên phim nằm ngửa thường khó phát hiện ra tràn dịch màng phổi lượng ít và bóng tim thường sẽ to hơn.



**Hình 8.3. XQ ngực bình thường. (a) sau – trước: (1) cung ĐMC; (2) bờ trái tim tạo bởi ngoài của thất trái; (3) rốn phổi trái, tạo bởi các động mạch phổi chính trái và một phần các tĩnh mạch phổi trái trên; (4) bờ phải tim tạo bởi nhĩ phải; (5) góc dưới xương vai; (6) động mạch đáy phổi phải; (7) mặt trong của xương đòn trái; (8) gai vai; (9) góc tim – hoành phải; và (10) hình ảnh chồng lên nhau của bờ ngoài bên phải của tĩnh mạch chủ trên và động mạch chủ lên lên. (b) nghiêng: (11) bờ trước khí quản; (12) tĩnh mạch phổi, vào nhĩ trái; (13) rãnh chéch; (14) cơ hoành bên trái và (15) cơ hoành phải.**

– **Đối xứng.** Các đầu trong của xương đòn nên cách đều so với đường giữa của mỏm gai. Nếu trường hợp BN xoay người, rốn phổi sẽ bị đẩy ra trước.

– **Bộ lộ.** Chất lượng của một phim X quang là rất quan trọng, cần đảm bảo đủ mật độ tia để có xuyên qua cột sống nhìn thấy được trung thất, nếu không phim sẽ quá trắng. Với kỹ thuật chụp tốt thì xương bả vai sẽ nằm ngoài hai phế trường. Phim cần được chụp khi BN hít vào đủ sâu để tránh trường hợp xuất hiện nhiều mạch máu phổi và để ước lượng chính xác chỉ số tim ngực. Ở một phim X quang hít vào đủ sâu, cơ hoành nằm ở vị trí cung xương sườn sau thứ 10 hay 12 hoặc ở cung sườn 6 ở phía trước. Cơ hoành bên phải thường cao hơn so với bên trái khoảng 2 cm.

– **Định hướng đúng.** Không được bỏ sót trường hợp đảo ngược phủ tạng – mỏm tim nằm bên phải và hơi dạ dày nằm bên trái. Đừng bị đánh lừa khi người kỹ thuật viên đánh dấu sai định hướng.

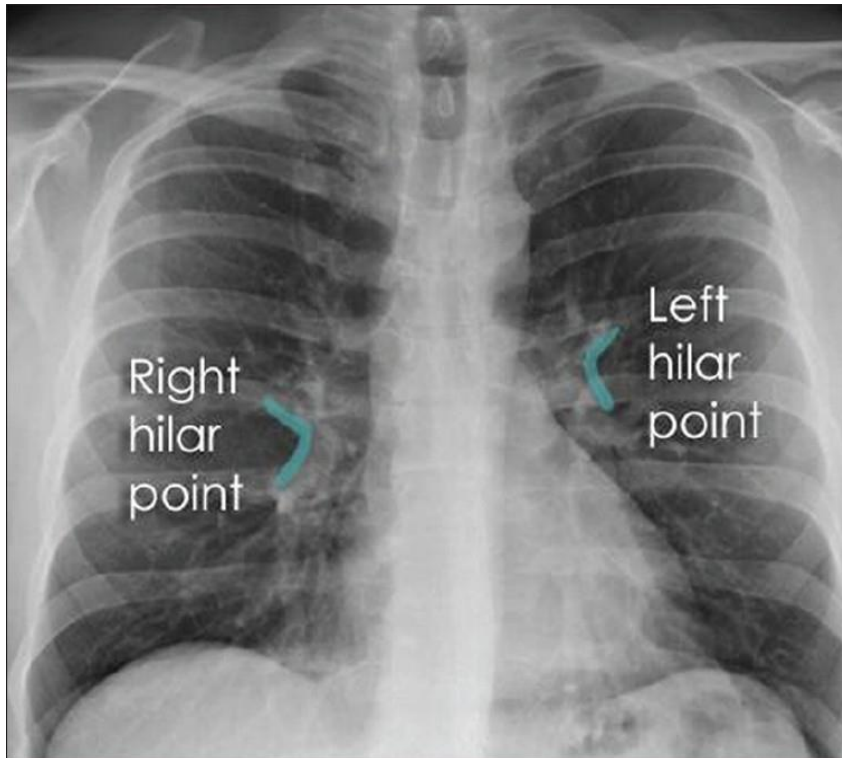
## – Cách đọc phim có hệ thống

### + Trung thất

Bình thường khí quản nằm ở chính giữa. Có thể lệch đi bởi khối chướng chỗ trung thất hay bướu cổ. Thường lệch sang trái một ít ở cung động mạch chủ (cung động mạch chủ càng trở nên rộng hơn theo tuổi và mất dần tính đàn hồi.)

Trung thất, bao gồm khí quản còn có thể bị lệch trong tràn dịch màng phổi lượng nhiều, tràn khí màng phổi hoặc xẹp phổi.

Việc xoay thay đổi tư thế có thể làm thay đổi kích thước các trung thất.



**Hình 8.4. Rốn phổi.**

### + Rốn phổi (xem Hình 8.4)

Rốn phổi được định dạng bởi các động mạch phổi và các tĩnh mạch của thùy phổi xếp chồng lên nhau. Rốn phổi bên trái cao hơn bên phải, bên phải thì có hình dạng chữ V, bên trái có hình góc vuông hơn.

Rốn phổi được nhìn rõ hơn nếu BN xoay người. Khi có bệnh lý tuyến lympho hoặc động mạch phổi to thì sẽ làm rộng rốn phổi.

### + Tim

Trên X quang, tim có hình ovan với mồm hơi hướng sang bên trái. Khoảng 2/3 của tim nằm bên trái cột sống.

Bờ phải của tim là bờ ngoài của nhĩ phải, còn bờ trái là thất trái. Bờ trái của thất phải được nằm ở vị trí cách khoảng một khoát ngón tay cái so với giới hạn trái của tim. Trên giải phẫu bề mặt của tim thì bờ trái của thất trái là vị trí của nhánh trái trước xuống.

Chỉ số tim ngực là một chỉ số giúp xác định gợi ý hình ảnh bóng tim có to hay

không. Nếu kích thước tim lớn hơn 50% đường kính thành ngực thì gợi ý là bóng tim to. Bóng tim có thể hơi to ra do đường kính trước sau tương đối nhỏ của ngực. Nếu chỉ số tim ngực nằm ở giới hạn trên của giá trị bình thường và BN không có nguyên nhân và biểu hiện của suy tim thì không cần phải cảnh báo.

Hình ảnh vô i hóa van sẽ được quan sát rõ hơn trên phim nghiêng. Trên phim thẳng thì hình ảnh van vô i hóa sẽ khó phát hiện do chồng lấp bởi cột sống.

#### **+ Cơ hoành**

Cơ hoành hai bên trên phim thẳng là đỉnh của hai vòm được nhìn tiếp tuyến. Nhiều phần của phổi nằm ở góc sườn hoành sau không nhìn thấy trên phim thẳng.

Nếu vòm cơ hoành thấp và phẳng thì là biểu hiện của khí phế thũng. Cần phải nhìn cẩn thận để tìm vòm hơi dưới hoành, chỉ điểm cho hơi tự do trong phúc mạc.

#### **+ Phế trường**

Trên phim thẳng rất dễ dàng để định khu và phân chia các thùy phổi. Và dễ dàng so sánh với các thùy phổi với nhau về sự thay đổi mật độ và sự phân bố của các mạch máu.

Đỉnh phổi nằm ở phía trên xương đòn. Thùy trên bao gồm từ đỉnh phổi xuống đến sụn sườn thứ II. Thùy giữa nằm giữa sụn sườn thứ II và thứ IV. Thùy dưới nằm giữa sụn sườn thứ IV và thứ VI.

Mức độ thấu xạ của phế trường phụ thuộc vào lượng khí chứa trong phổi. Màu “xám” là do máu trong mạch máu phổi.

Phần trên của phổi thường tưới máu kém hơn, kết quả là các mạch máu nhỏ hơn. Khi có tăng áp lực thất trái, sự phân bố mạch máu của thùy trên thay đổi và sung huyết.

Tăng mức độ thấu xạ xảy ra khi giảm tưới máu phổi, cũng gặp trong khí phế thũng. Thấu xạ phổi mất khi có tràn dịch hoặc đông đặc phổi.

Các thuật ngữ như “thâm nhiễm”, “đông đặc” và “mờ” thường dùng để mô tả phế trường. Thật sự không hay khi cố gắng đưa ra một chẩn đoán thật chính xác đối với một bệnh lý nền.

Phổi được chia thành các thùy bởi ranh giới của các màng phổi tạng. Ở phổi bên phải bao gồm các thùy trên, giữa, dưới. Còn ở bên trái chỉ có thùy trên và dưới.

Thùy trên bên phải bao gồm các phân thùy: trước, sau, đỉnh. Thùy giữa phổi phải bao gồm các phân thùy: ngoài và trong. Thùy dưới phổi phải bao gồm các phân thùy: đỉnh, đáy trong, đáy trước, đáy bên, đáy sau.

Có 3 sự khác nhau trong phân chia phân thùy của phổi trái. Ở thùy trên phổi trái có 4 phân thùy: đỉnh sau, trước và hai phân thùy lưỡi. Phân thùy lưỡi trước và lưỡi sau tương ứng với thùy trên phổi phải. Còn thùy dưới phổi trái cũng có 4 phân thùy: đỉnh, đáy trước, đáy bên, đáy sau (không có đáy trong).

Các rãnh phân thùy được nhìn giống như hình ảnh sợi tóc. Rãnh ngang, nằm ở ngang sụn sườn thứ 4 bên phải. Rãnh chéo thường không thấy trên phim thẳng.

#### **+ Xương và mô mềm**

Bóng của núm vú thường thấy trên phần thấp của phế trường và đường kính khoảng 5 mm. Và có thể dễ nhầm lẫn với hình ảnh tổn thương dạng đồng tiền (dạng nốt),

trong những trường hợp như vậy, đánh dấu nướm vú rất hữu ích.

Cần phát hiện mất hình ảnh bóng vú ở BN nữ. Phẫu thuật đoạn nhũ có thể gợi ý một ung thư di căn xương hoặc phổi, hoặc xơ hóa sau xạ trị vùng phổi trên.

Hình ảnh khí trong mô mềm có thể xuất hiện trong tràn khí màng phổi hoặc sau khi mở ngực.

Cần tìm các tuyến vôi hóa do lao ở cổ khi BN có sẹo phổi hoặc vôi hóa hạch ở rốn phổi.

Quan sát xương để phát hiện có gãy xương sườn hoặc tổn thương choáng chỗ. Tìm các khía trên xương sườn do tăng lưu lượng máu qua mạch máu liên sườn (hẹp eo động mạch chủ). Vẹo cột sống cổ hoặc ngực cũng phải được ghi nhận. Sự bào mòn hoặc viêm quanh khớp vai cũng phải được đánh giá cẩn thận.

#### + **Kết luận**

Một số cơ quan trên X quang có thể được xem kỹ lại khi nghi ngờ có tổn thương mà trên X quang chưa có phát hiện ra.

Các phần che lấp sau tim nên quan sát kỹ. Hình ảnh xẹp thùy dưới phổi trái sẽ xuất hiện với hình ảnh một tam giác dạng mờ sau bóng tim.

Ở hai đỉnh phổi phải được chú ý kỹ hơn các tổn thương, đặc biệt là trong tổn thương do lao hoặc trong khối u của hội chứng Pancoast (hội chứng phù kiểu áo choàng).

Mặt khác khi BN xuất hiện tràn khí một bên phổi thì hình ảnh hai phế trường sẽ khác nhau về thấu xạ.

### **8.2.1.2. Phim nghiêng**

Phim nghiêng thường được dùng để định vị đối với những tổn thương đã xác định được trên phim thẳng, nhằm mục đích kiểm tra một cách tỉ mỉ ranh giới của tổn thương. Đôi khi tổn thương chỉ có thể phát hiện được trên phim nghiêng. Nếu một khi đã có bằng chứng trên lâm sàng tổn thương có thể tại tim hoặc phổi thì luôn luôn khảo sát trên cả X quang ngực thẳng và nghiêng.

Một vài điều cần lưu ý: (1) tam giác sau tim và xương ức thường sẽ cùng đậm độ; (2) đốt sống ngực trở nên ít mờ hơn từ trên xuống, nếu không có bệnh phổi hoặc màng phổi và (3) góc sườn hoành sau nhọn nếu không có dịch hoặc đông đặc phổi cạnh đó.

Cơ hoành hai bên rõ nếu không có bệnh phổi hay màng phổi.

Rãnh chéch: vị trí “4 tới 4”. 4 cm phía sau góc sườn hoành trước qua rốn phổi, chạy tới mức đốt sống ngực thứ 4.

#### – **Tim**

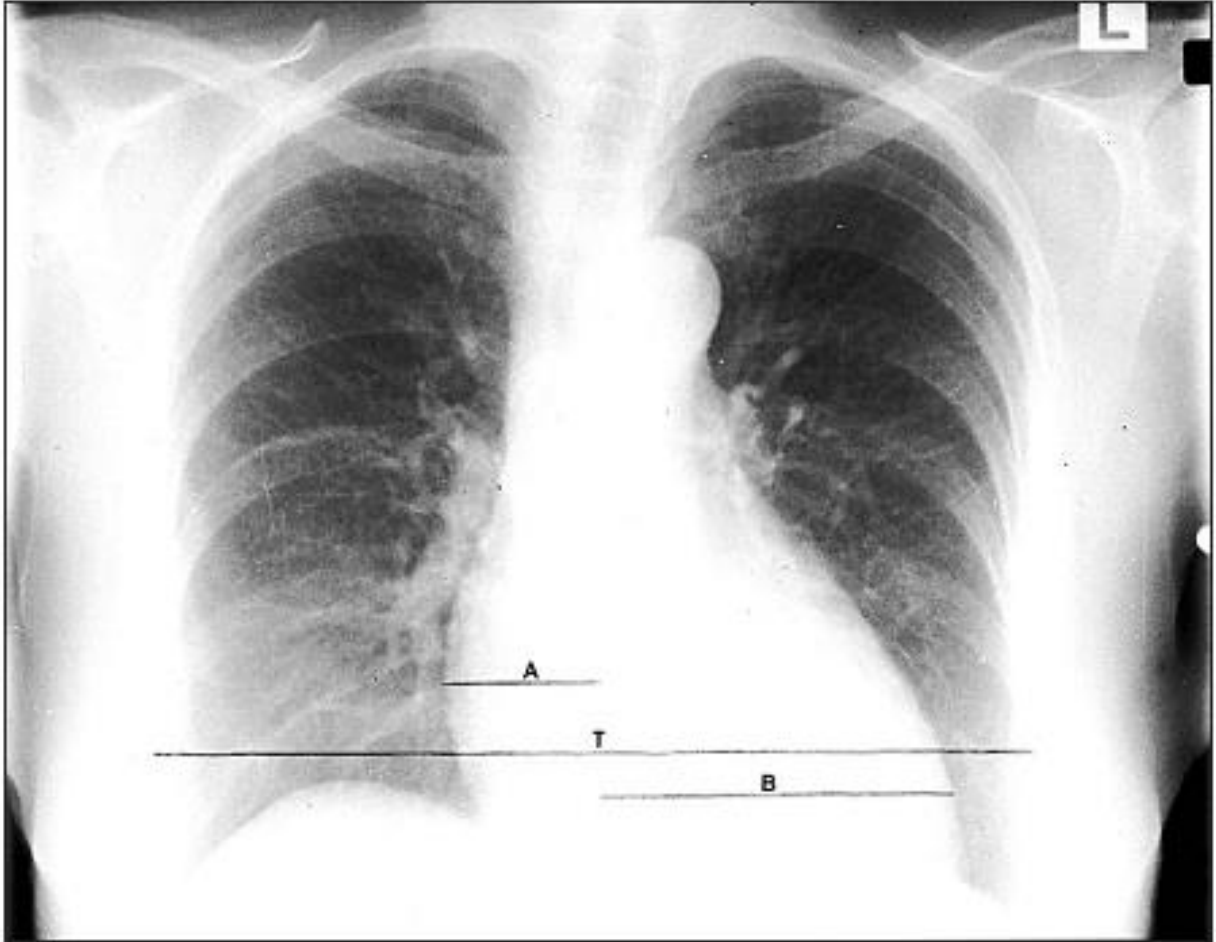
Thắt phải tạo thành hình ảnh bờ trước trên phim nghiêng. Nhĩ trái tạo nên bờ sau trên của tim.

Vôi hóa van hai lá có thể thấy bên dưới đường thẳng nối góc sườn hoành trước đến rốn phổi, còn vôi hóa van động mạch chủ thì nằm trên đường này.

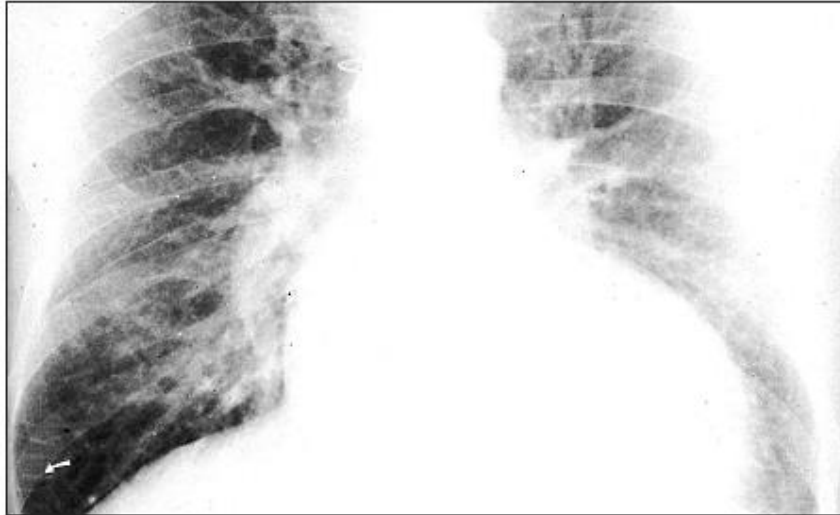
#### – **Vài ví dụ phim X quang của các bệnh lý tim mạch**

Thay đổi thấy được trên phim trong sung huyết tĩnh mạch phổi, phù mô kẽ phổi và phù phế nang phổi được thể hiện lần lượt từ Hình 8.5, Hình 8.6, Hình 8.7. Bệnh van hai

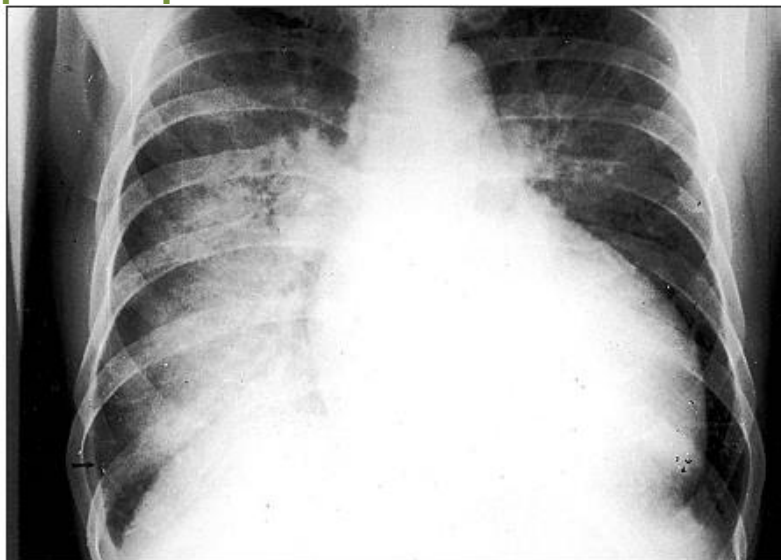
lá ở Hình 8.8 bệnh phình vách thất ở Hình 8.9. Các khía đặc trưng của mặt dưới xương sườn, xuất hiện trong Hình 8.10, sung huyết phổi với shunt trái – phải: dễ dàng thấy được ở Hình 8.11. Hội chứng Marfan được mô tả trong Hình 8.12; máy tạo nhịp và khử rung nằm ở Hình 8.13.



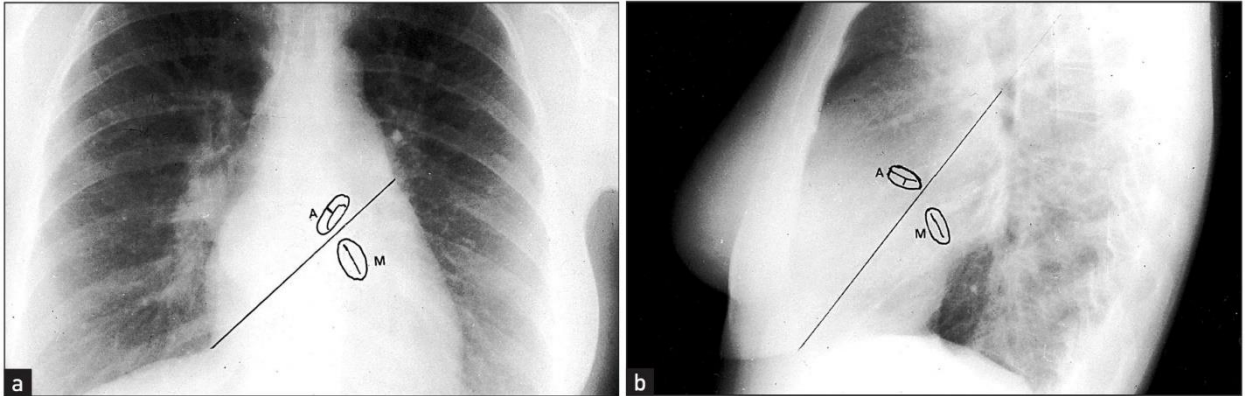
**Hình 8.5. Sung huyết tĩnh mạch phổi. Bóng tim to do suy tim. Tình trạng suy này chưa đủ để gây ra phù phổi. Tuy nhiên, tăng áp tĩnh mạch phổi gây ra sự thay đổi tưới máu vùng trên của phổi, dẫn đến mạch máu phía trên rốn phổi to hơn bên dưới. (Cơ chế của sự thay đổi này vẫn chưa được hiểu rõ hoàn toàn). Những thay đổi này xuất hiện khi áp lực tĩnh mạch phổi khoảng 15 đến 20 mmHg. Tỷ lệ tim ngực  $A + B$  rất hữu ích trong chỉ điểm bóng tim to nếu tỉ lệ này lớn hơn 50%. Đường kính ngực (T) là đường thẳng lớn nhất phía trên góc sườn hoành, thường nằm ngay mức cơ hoành phải. Đường kính tim là tổng của A và B.**



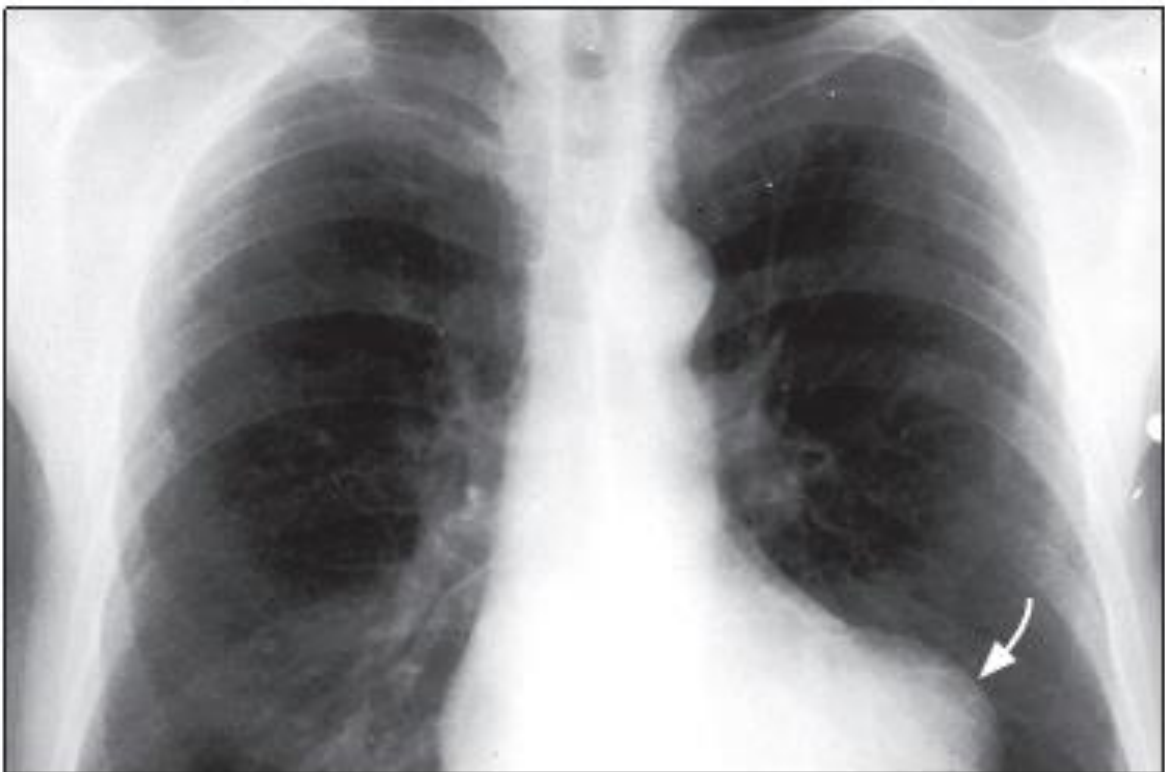
**Hình 8.6. Phù phổi mô kẽ. Bóng tim to (mức độ trung bình). Phù mô kẽ gây ra mờ nhẹ và lan tỏa hai phế trường kèm theo nhòe viền của các mạch máu. Thoát dịch vào trong mô kẽ xảy ra khi áp lực mao mạch lớn hơn áp lực thẩm thấu huyết tương khoảng 25 mmHg. Phù mô kẽ đặc trưng bởi đường Kerley B – phù vách liên thùy. Thấy rõ nhất phía ngoài của góc sườn hoành phải (mũi tên), đi theo hướng ngang, và dài khoảng 1 cm. Chúng bao gồm các hạch lympho bị ứ dịch – và ban đầu Kerley nghĩ chúng là nguyên nhân duy nhất gây ra các đường “B”. Đường rập xương ức do phẫu thuật tim trước đó.**



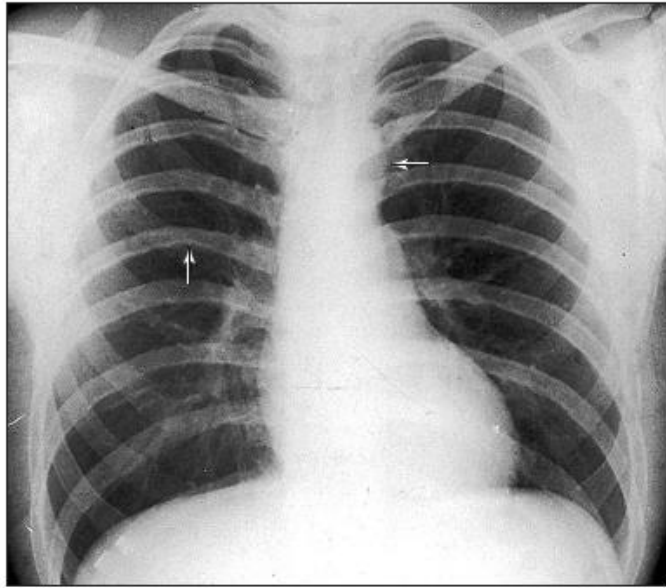
**Hình 8.7. Phù phổi phế nang. Khi áp lực tĩnh mạch phổi bằng 30 mmHg, dịch phù sẽ đi vào lòng phế nang. Gây ra hình ảnh bóng mờ (phụ thuộc vào độ lan rộng) hai phế trường. Thường xảy ra đầu tiên xuất hiện xung quanh rốn phổi và có hình ảnh cánh dơi. Các thay đổi này thường chồng lấp lên hình ảnh phù mô kẽ. Tràn dịch màng phổi dạng lamellar (giữa bề mặt phổi và màng phổi tạng) ở góc sườn hoành phải, kèm theo đường Kerley B.**



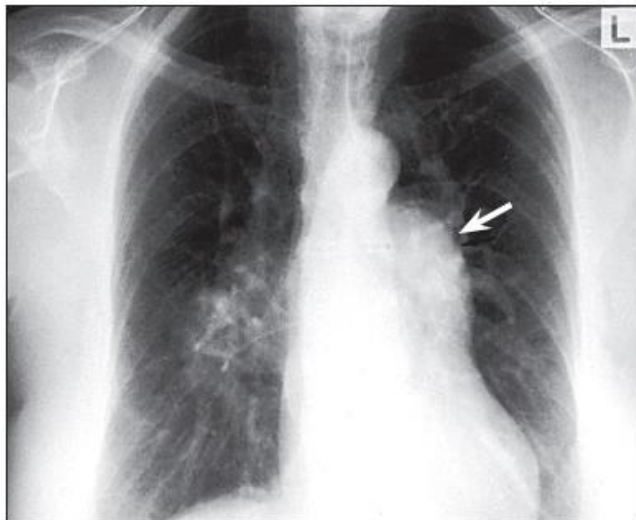
**Hình 8.8. Bệnh van hai lá. Lớn nhĩ trái do tăng gánh áp lực và thể tích. Nó lớn về phía sau và sang hai bên. Các tiểu nhĩ to về phía dưới rốn phổi trái. Bờ tâm nhĩ nhô lên gây ra hình ảnh “bờ đôi tim phải”. Để phân biệt với hóa van, hãy tưởng tượng hình ảnh trong đầu. Trong phim sau – trước (a) đường thẳng đi từ góc tim – hoành phải đến mặt dưới của rốn phổi trái. Đường thẳng trong phim nghiêng (b) đi từ góc trước – dưới qua điểm giữa rốn phổi. Van ĐMC nằm phía trên đường này, còn van hai lá nằm phía dưới đường thẳng này.**



**Hình 8.9. Phình vách thất. Hình ảnh phình to bờ trái tim (mũi tên), chỉ điểm cho phình vách thất trái. Nguyên nhân thường gặp là do suy yếu cơ tim sau nhồi máu.**

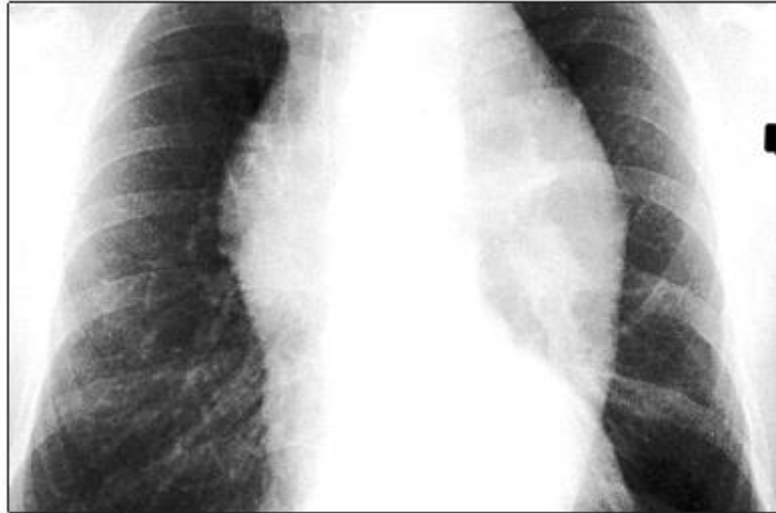


**Hình 8.10. Hẹp eo động mạch chủ.** Dấu hiệu kinh điển của hẹp eo ĐMC là hình ảnh khía của mặt dưới xương sườn (mũi tên bên trái). Do phì đại các động mạch liên sườn trong tình trạng máu ngược dòng từ bàng hệ động mạch nách đem máu trở về động mạch chủ xuống. Do tăng kháng lực lên dòng máu tim trái nên thất trái phì đại và sau đó suy. Suy dẫn đến lớn tim nhưng vẫn chưa xảy ra ở BN này. Dấu mũi tên ở bên phải chỉ điểm cung động mạch nhỏ hơn bình thường.



**Hình 8.11. Thông liên nhĩ.** Điều quan trọng là cần nhận biết có hay không tình trạng xung huyết phổi gây ra do shunt trái – phải. Shunt trái – phải xuất hiện trong thông liên nhĩ, thông liên thất và còn ống động mạch. Dòng shunt gây ra dẫn lớn động mạch phổi chính và các nhánh của nó. Rốn phổi phải lớn do dẫn rộng động mạch phổi phải. Rốn phổi trái bị che mờ bởi sự dẫn lớn của động mạch phổi. động mạch lên nhỏ (đôi lập với kích thước lớn của nó khi có còn ống động mạch). Nhĩ và thất trái không lớn, trong thông liên thất và còn ống động mạch.





**Hình 8.12. Hội chứng Marfan. Trung thất rộng do dẫn đồng đều động mạch chủ lên, cung động mạch chủ và động mạch chủ xuống. BN này mắc hội chứng Marfan. Phình bóc tách động mạch chủ cũng có thể có trong trường hợp này do có hình ảnh tương tự.**



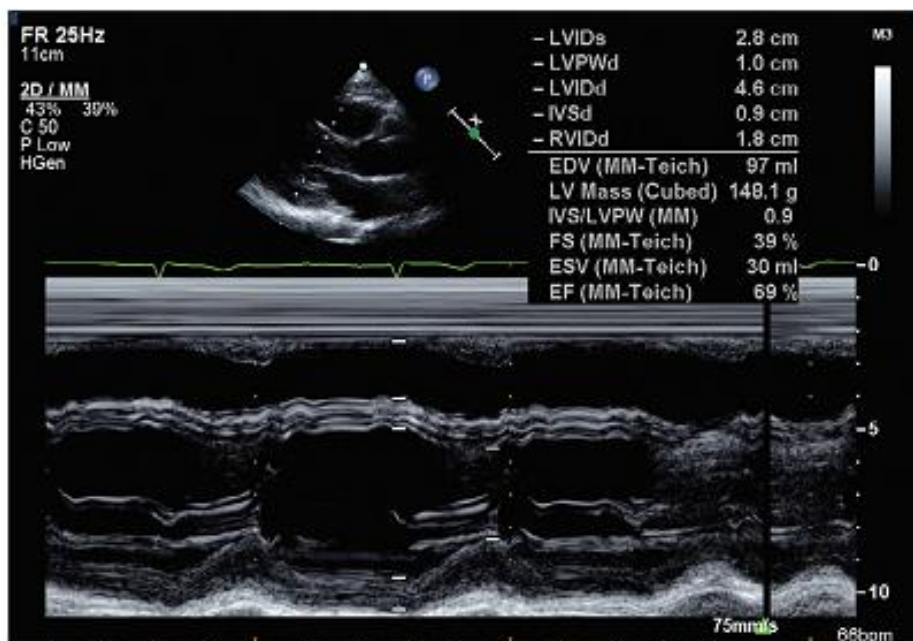
**Hình 8.13. Máy tạo nhịp và khử rung.**

### 8.2.2. Siêu âm tim

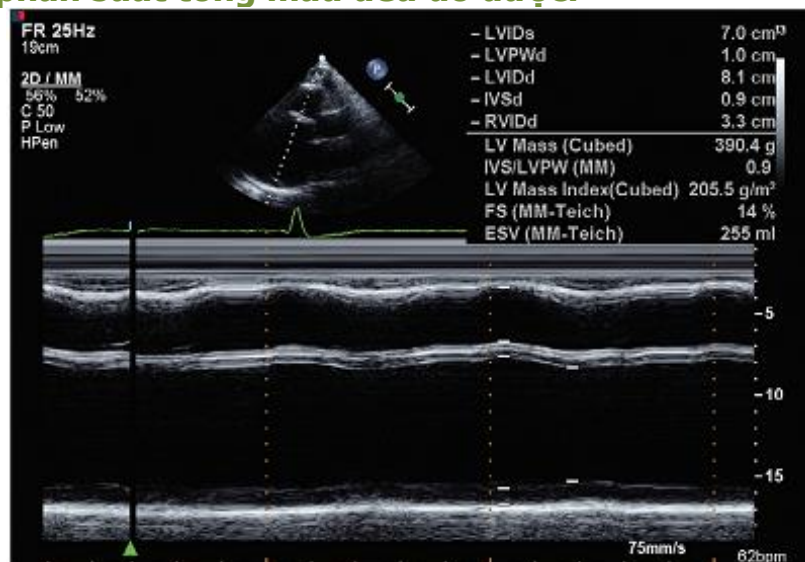
Siêu âm tim hiện nay là một trong những cận lâm sàng cơ bản và thiết yếu trong đánh giá chức năng tim của và có thể dễ dàng thực hiện tại giường bệnh, BN không phải chịu ảnh hưởng nào bởi tia xạ. Các mẫu máy siêu âm cầm tay đã và đang được sử dụng, được sử dụng như là một ống nghe. Mặc dù các thiết bị này giúp thầy thuốc không cần phải nghe tim, nhưng nếu không hỏi bệnh sử và khám lâm sàng chuẩn sẽ gây ra các nhầm lẫn.

Hầu hết các phương pháp siêu âm tim bao gồm bốn dạng:

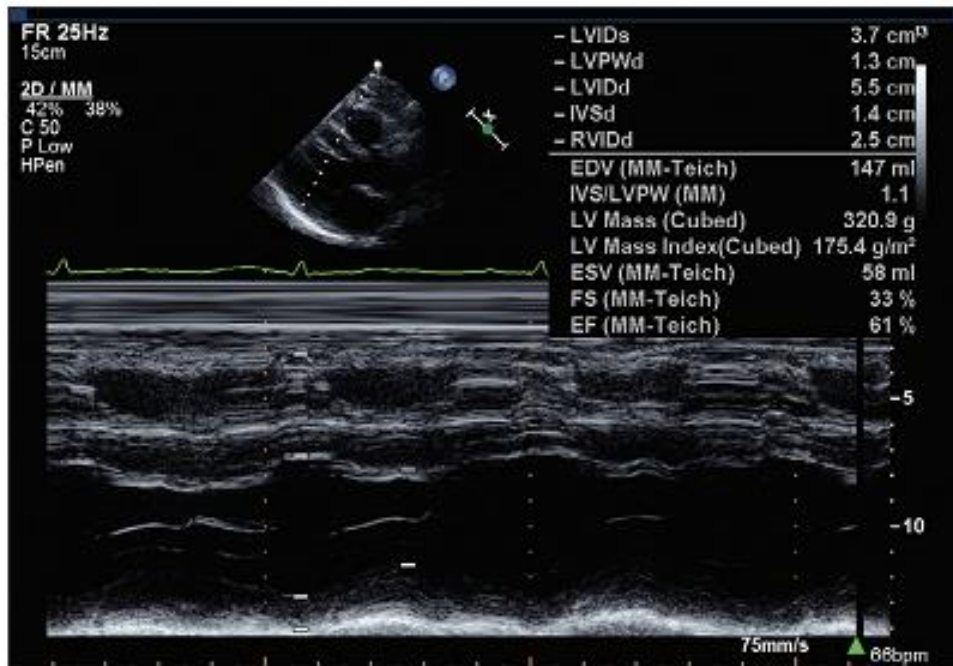
– Dạng mode M, toàn bộ thông tin chi tiết đều được cung cấp bởi một đường sóng siêu âm nhằm mục đích đánh giá các chuyển động chi tiết và đo kích thước các buồng tim (xem Hình 8.14, Hình 8.15, Hình 8.16).



**Hình 8.14. Siêu âm mode trực M dài. Cả FS – tỷ số co hồi thất (thay đổi trong các chiều giữa thì tâm thu và tâm trương; bình thường phải > 27 %) và EF – phân suất tổng máu đều đo được.**



**Hình 8.15. Siêu âm mode M của một BN nam 34 tuổi với bệnh sử hai tháng gần đây khó thở tăng dần, được chẩn đoán ban đầu là hen suyễn. Thất trái rất dẫn với kích thước cuối thì tâm trương là 70 mm (bình thường < 57 mm), chỉ số FS (dùng đánh giá suy chức năng thất trái) là 14% (bình thường > 25 – 27%). Độ co của vách và thành sau giảm bằng nhau. Đây là hình ảnh điển hình trong bệnh cơ tim dẫn.**

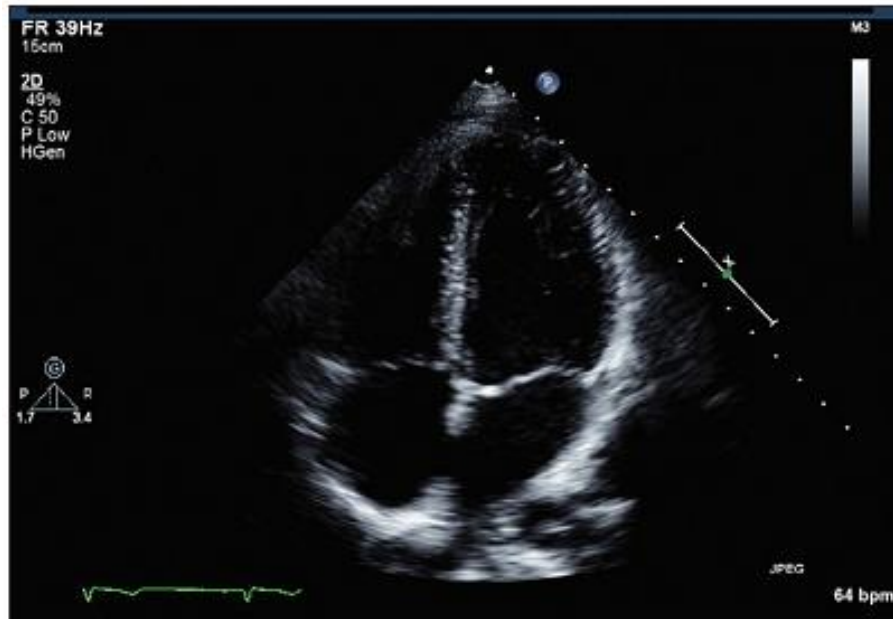


**Hình 8.16. Siêu âm mode M ở BN tăng huyết áp. Dày đôi xứng thành thất trái.**

– Siêu âm hai chiều (sectoc scanning), mode B hình ảnh siêu âm sẽ quét được hai chiều trong không gian, các hình ảnh khác nhau của tim trong các khu vực khác nhau sẽ được đưa về không gian hai chiều (xem Hình 8.17, Hình 8.18), góp phần cung cấp thêm thông tin về van tim, chức năng tim và sự hiện diện của các dị tật bẩm sinh.

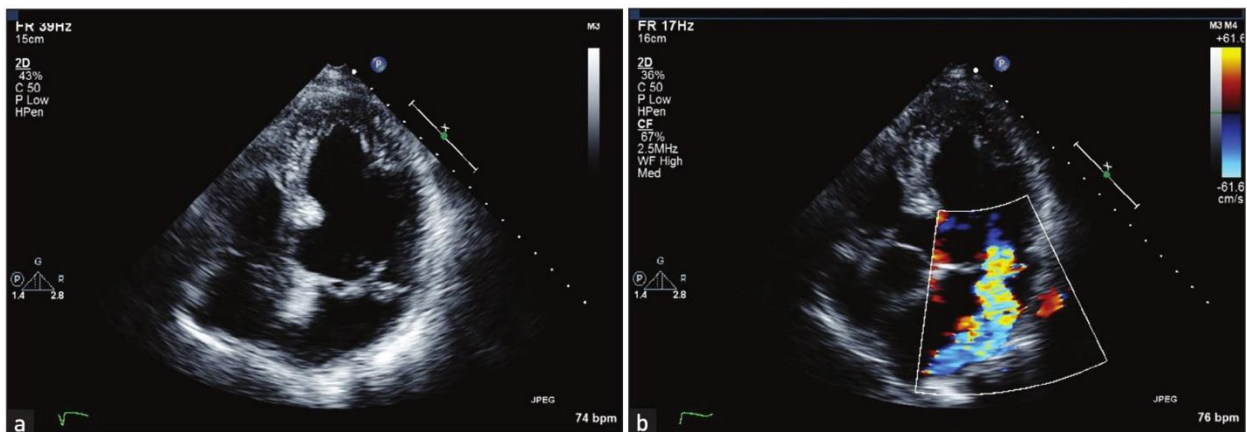


**Hình 8.17. Hình ảnh bình thường trục dài của tim. Van hai lá: thấy được hình ảnh lá van mở rộng trong khung hình tâm trương. Mỏm tim nằm bên trái và thất phải nằm ở phía trên của hình.**

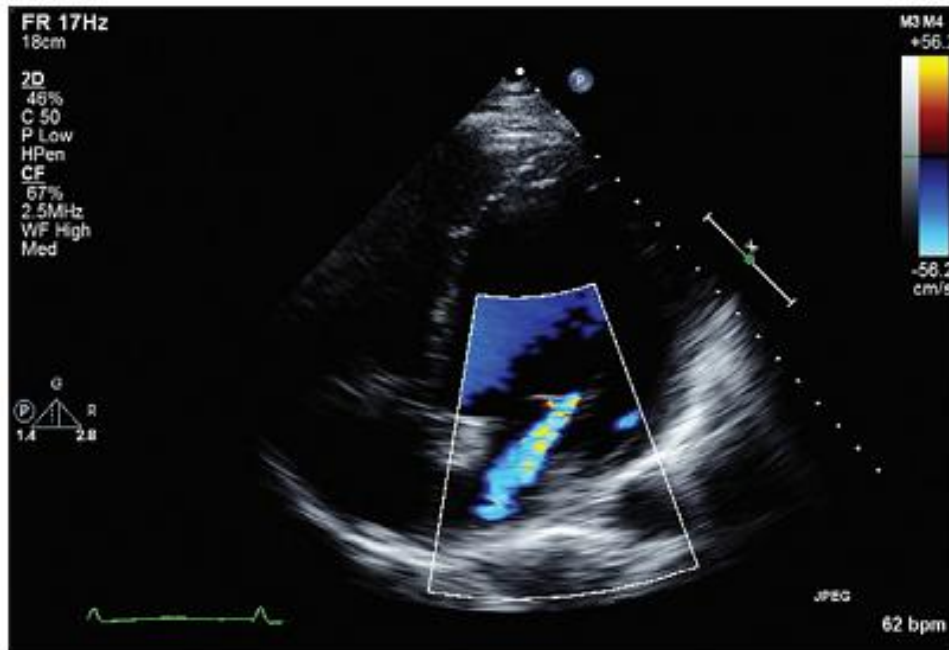


**Hình 8.18. Hình ảnh của 4 buồng tim. Nhĩ và thất trái nằm phía bên phải của hình. Van nhĩ thất (hai và ba lá) đóng trong khung hình tâm thu.**

– Siêu âm doppler hiển thị bằng dạng sóng và xung liên tục, phân tích sóng siêu âm dội ngược cho phép tính toán được sự thay đổi doppler do dội ngược của các tia do di chuyển các cột máu. Điều này cho ta biết được hướng các dòng chảy và tốc độ của các dòng máu từ nhiều phần khác nhau của tim. Bằng cách chồng thước đo doppler lên hình ảnh hai chiều, người siêu âm có thể tính toán vận tốc của dòng máu từ một vùng đặc biệt (động mạch chủ lên ngay phía sau van động mạch chủ; xem Hình 8.19).



**Hình 8.19. (a) hình ảnh 4 buồng tim của BN sa cả hai lá của van hai lá. Khung hình tâm thu cho thấy hình ảnh hai lá van đóng (lá trước bên trái) cong ngược vào trong tâm nhĩ trái dưới áp lực tâm thu. (b) hình ảnh 4 buồng tim của một BN nữ 50 tuổi với âm thổi giữa và cuối thì tâm thu. Một dòng phụt màu sáng (vận tốc cao) ở khung hình tâm thu, kéo dài từ giữa van hai lá ngược vào trong tâm nhĩ trái.**



**Hình 8.20. Siêu âm Doppler màu cho thấy hình ảnh dòng phụt của hở van hai lá từ lá van ngược vào nhĩ trái.**

– Siêu âm bản đồ màu dòng chảy, cho phép thiết bị hiển thị hình ảnh 2D theo thời gian thực, quy ước mã màu sắc dựa trên hướng và vận tốc của dòng chảy và chồng lên hình ảnh 2D. Bằng cách này, có thể thấy được dòng chảy trong tim tương ứng với giải phẫu và dễ dàng phát hiện các tổng máu bất thường (xem Hình 8.20).

### **Các thông tin thường ghi nhận được trên hình siêu âm tim**

#### **– Cấu trúc và chức năng**

+ Chức năng thất trái: kích thước thất trái cuối thì tâm trương (thường nhỏ hơn 57 mm) và cuối thì tâm thu. Xem Hình 8.14 cho thấy hình ảnh siêu âm của tim theo trục dài, thông tin về các số đo và các cấu trúc có thể được đánh giá trên mặt phẳng chuẩn này.

+ Siêu âm còn cho thấy các vùng thất trái giảm động (giảm di động thành tim), gợi ý một nhồi máu cơ tim cũ gây ra suy tim. Hình 8.18 cho thấy hình ảnh cấu trúc của 4 buồng tim. Lúc này, đầu dò nằm ở vị trí mỏm tim.

– **Dòng máu.** Dò theo khu vực và hình ảnh mode M có thể cho các thông tin về cấu tạo van, ví dụ: dày hoặc sa lá van (xem Hình 8.19). Siêu âm Doppler có thể phát hiện các tổng máu bất thường, ví dụ: phụt ngược dòng và đo vận tốc dòng chảy qua van. Các thông tin này cho phép đánh giá chênh lệch áp suất qua van.

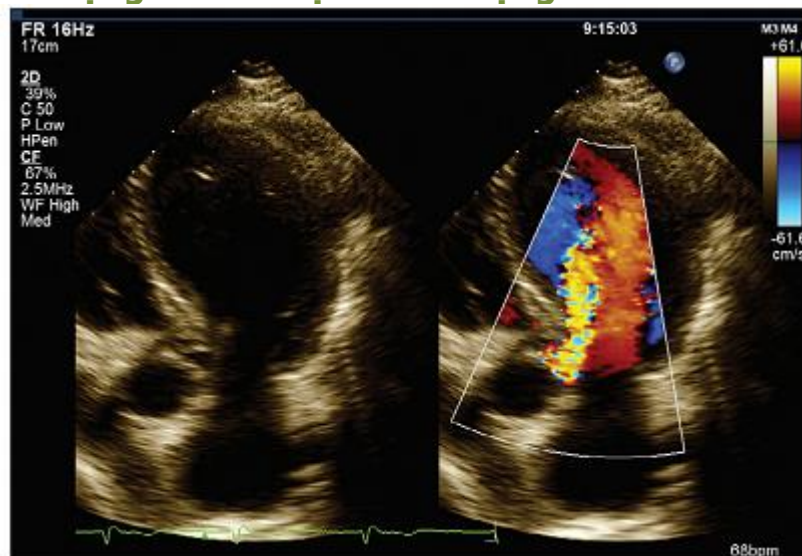
– **Hở van hai lá và sa van hai lá.** Có thấy được bất thường và sự thay đổi theo bất thường của van hai lá.

– **Hẹp van động mạch chủ.** Thường gặp dày và vôi hóa van động mạch chủ (xem Hình 8.21). Có thể phát hiện giảm vận động các lá van của van động mạch chủ. Giải phẫu van thường rõ ràng. Công thức đơn giản có thể đo được tốc độ phụt máu trong động mạch chủ lên. Có thể tính được công thức chênh lệch áp lực.

– **Hở van động mạch chủ.** Van có thể dày hoặc đôi khi sa (xem Hình 8.22). kích thước góc động mạch chủ tăng, đặc biệt nếu nó là nguyên nhân gây hở van. Dẫn thất trái thường xuất hiện và kích thước thất trái là một tiêu chuẩn để đánh giá mức độ nặng. Siêu âm doppler cho thấy hình ảnh phụt ngược với nhiều khoảng cách khác nhau vào trong thất trái.



**Hình 8.21. Trên mặt phẳng trực ngắn của van động mạch ở BN hẹp van động mạch chủ nặng. Lá van bị vôi hóa nặng.**

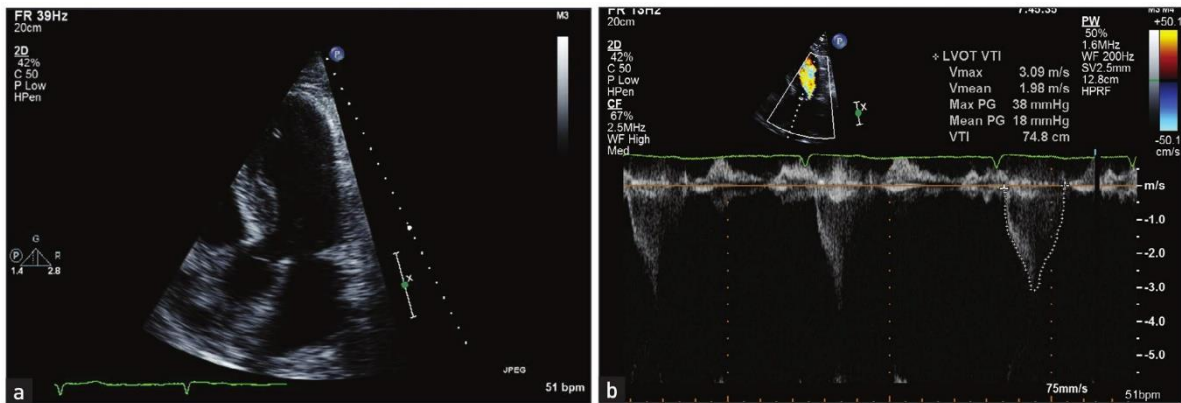


**Hình 8.22. Hở van động mạch chủ.**

– **Hở van ba lá.** Thường thứ phát sau bất thường chức năng thất phải hoặc tăng áp lực thất phải, ít gặp hơn là bệnh van ba lá nguyên phát. Hình ảnh van có thể bình thường. Siêu âm Doppler cho thấy hình ảnh phụt máu vào nhĩ phải.

– **Bệnh cơ tim phì đại.** Hình 8.23: các bất thường giải phẫu đặc trưng của bệnh này. Có phì đại vách không đối xứng. Vách liên thất bình thường dày khoảng 11 mm. Khi có phì đại kích thước có thể tăng lên 40 mm hoặc cao hơn. Siêu âm doppler có thể phát hiện chênh lệch áp suất dòng máu ra khỏi thất trái hoặc trào ngược qua van hai

lá hoặc cả hai.



**Hình 8.23. (a) và (b) bệnh cơ tim phì đại.**

– **Thông liên thất.**

+ Lỗ thông có thể thấy được trên phần cơ hoặc màng của vách. Đường kính của lỗ thông có thể đo được. Hậu quả của lỗ thông được đo gián tiếp thông qua các dấu hiệu dẫn thất phải do shunt trái – phải.

+ Siêu âm doppler, đặc biệt là bản đồ màu, thường cho thấy shunt trái – phải qua vách, thậm chí khi không phát hiện lỗ thông. Đánh giá vận tốc của dòng máu phụt cho biết áp lực thất phải. Nếu chênh lệch áp suất qua lỗ thông lớn, áp lực thất phải thấp hơn thất trái rất nhiều (thất trái bình thường). Lỗ thông lớn có thể gây tăng áp phổi và tăng áp lực thất phải.

– **Thông liên nhĩ.**

+ Lỗ thông thường lớn đủ để thấy trên siêu âm, mặc dù đôi khi cũng khó phát hiện. Các dấu hiệu gián tiếp cho thấy shunt trái – phải: lớn thất phải và vận động bất thường vách liên thất.

+ Siêu âm doppler có thể hiển thị shunt qua lỗ thông. Nếu vẫn còn nghi ngờ, thực hiện siêu âm qua thực quản để đánh giá chính xác giải phẫu của vách liên nhĩ.

– **Còn ống động mạch.** Động mạch phổi chính sẽ lớn hơn. Ống động mạch có thể nhìn thấy được. Siêu âm doppler cho thấy dòng chảy liên tục trong động mạch phổi chính tại thời điểm ống động mạch đóng.

## T&O'C essentials

1. X quang ngực, điện tim và siêu âm tim là những phần mở rộng của thăm khám tim mạch.
2. Điện tim và siêu âm tim: an toàn không có phơi nhiễm với tia xạ, có thể thực hiện nhiều lần.
3. Sinh viên cần tiếp cận, phân tích phim X quang phổi và điện tim và hiểu được các thông tin có thể thu được từ hình ảnh siêu âm tim.
4. Chẩn đoán ban đầu nhồi máu cơ tim cần dựa trên bệnh sử, khám lâm sàng và điện tim và không nên trì hoãn chờ đợi kết quả xét nghiệm máu.



Phạm Thanh Hậu

*Một chuyên gia nội khoa hô hấp thở dài vì những cơn thở ngắn.  
Kenneth T Bird (b.1917)*

## 9.1. TRIỆU CHỨNG

Xem List 9.1

### List 9.1. Các triệu chứng cơ năng.

- Ho (cough).
- Khạc đàm (sputum).
- Ho ra máu (haemoptysis).
- Khó thở (cấp tính, tiến triển hoặc kịch phát).
- Thở khò khè (wheeze).
- Đau ngực.
- Sốt.
- Khàn tiếng (hoarseness).
- Đổ mồ hôi về đêm.

### 9.1.1. Ho và khạc đàm

#### Questions box 9.1. Những câu hỏi để hỏi BN ho.

- ! Dấu hiệu có thể gợi ý chẩn đoán một vấn đề cấp bách hoặc nguy hiểm.
  1. Ông/bà đã ho bao lâu rồi?
  2. Ông/bà có ho ra bất cứ vật gì? Cái gì? Bao nhiêu?
  3. Ông/bà đã từng có vấn đề về xoang?
- !
  4. Đàm trong hay có màu? Có máu trong đàm không?
  5. Ông/bà có sốt cao?
  6. Có phải cơn ho chỉ xảy ra vào ban đêm (trào ngược acid)?
  7. Ông/bà có bị khó thở?
  8. Ông/bà có bị vấn đề về phổi trong quá khứ?
  9. Ông/bà đã từng hút thuốc? Ông/bà có còn hút thuốc?
  10. Ông/bà có nhận thấy mình bị thở khò khè? (hen suyễn, bệnh bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính [COPD])?
  11. Ông/bà có đang dùng bất kỳ thuốc nào không? (ví dụ như thuốc ức chế men chuyển ACEIs).

Ho là một triệu chứng hô hấp thường gặp. Nó xảy ra khi thì hít vào sâu và sau đó là một cơn thở ra đột ngột. Dòng không khí trong khí quản đạt đến vận tốc âm thanh trong cơn ho mạnh. Ho sẽ giúp đường dẫn khí được quét sạch các chất tiết và các vật thể lạ từ bên ngoài.

Thời gian của một đợt ho là rất quan trọng (xem Questions box 9.1). Cần hỏi xem cơn ho có từ bao lâu rồi. Một cơn ho xuất hiện gần đây, đặc biệt nếu đi kèm với sốt và các triệu chứng khác của nhiễm trùng đường hô hấp, có thể là do viêm phế quản cấp tính hoặc viêm phổi. Một cơn ho mạn tính (với thời gian trên 8 tuần) kết hợp với thở khò khè có thể là do hen; thỉnh thoảng hen chỉ có thể biểu hiện với triệu chứng ho. Một sự thay đổi về đặc tính của một cơn ho mạn tính có thể cho thấy sự tiến triển của một căn bệnh tiềm ẩn mới và nghiêm trọng (ví dụ như nhiễm trùng hoặc ung thư phổi).

Chẩn đoán phân biệt cơn ho dựa trên dấu hiệu của nó được thể hiện trong Bảng 9.1 và dựa vào thời gian ho được hiển thị trong List 9.2.

**Bảng 9.1. Các đặc điểm chẩn đoán phân biệt BN ho.**

Nguồn gốc	Đặc tính	Nguyên nhân
<b>Mũi họng/thanh quản</b>	Họng sạch, mạn tính.	Chảy mũi sau, trào ngược acid.
<b>Thanh quản</b>	Ho sặc sụa, đau, cấp tính hay kéo dài.	Viêm thanh quản, ho lâu ngày (ho gà), bệnh viêm thanh khí phế quản cấp.
<b>Khí quản</b>	Cấp tính, đau.	Viêm khí quản.
<b>Phế quản</b>	Không liên tục, thỉnh thoảng có tiết dịch, xấu hơn vào ban đêm.	Hen.
	Xấu hơn vào buổi sáng.	COPD.
	Có lẫn máu.	Ung thư phế quản.
<b>Nhu mô phổi</b>	Khan, sau đó tăng tiết dịch.	Viêm phổi.
	Mạn tính, tiết dịch nhiều.	Dẫn phế quản.
	Tiết dịch, có lẫn máu.	Lao.
	Kích thích, khan, dai dẳng.	Bệnh phổi kẽ.
	Xấu hơn khi nằm, thỉnh thoảng đàm có bọt hồng.	Phù phổi.
<b>Ức chế ACE</b>	Khan, có tiếng rít, dai dẳng	Do thuốc gây ra.

Ho đi kèm với chảy nước mũi, nghẹt mũi và đau đầu là do đường hô hấp trên, nguyên nhân thường gặp nhất dẫn tới ho mạn tính. Mặc dù những BN gặp phải vấn đề này, họ thường phàn nàn về việc ho nhưng khi yêu cầu chứng minh họ họ đều không ho được và đặc biệt là họng sạch. Điều này thường làm bác sĩ khoa lồng ngực khó chịu (những người này họ thường không có nhiều thời gian).

Một nguyên nhân gây kích ứng trong ho khan mạn tính có thể do trào ngược thực quản và gây kích ứng acid ở phổi. Có một số tranh cãi đầu là nguyên nhân gây ho thực sự. Một cơn ho khan tương tự có thể là một biểu hiện muộn của bệnh phổi kẽ hoặc việc sử dụng các thuốc ức chế men chuyển (ACEI – thuốc dùng trong điều trị tăng huyết áp và suy tim). Cơn ho có thể đánh thức một BN đang ngủ có thể là một triệu chứng của suy tim hoặc của

trào ngược acid từ thực quản vào phổi có thể xảy ra khi BN nằm. Một cơn ho mạn tính khạc đàm mủ nhiều có thể do dẫn phế quản.

### List 9.2. Chẩn đoán phân biệt ho dựa vào thời gian.

#### Ho cấp tính (< 3 tuần): các chẩn đoán phân biệt

- Nhiễm trùng đường hô hấp trên: cảm lạnh thông thường, viêm xoang.
- Nhiễm trùng đường hô hấp dưới
- + Viêm phổi, viêm phế quản, đợt cấp của COPD.
- + Kích ứng – hít phải các chất kích thích phế quản (ví dụ thuốc lá hoặc khói).

#### Ho mạn tính: chẩn đoán phân biệt và bằng chứng

- COPD: tiền sử hút thuốc lá.
- Hen suyễn: thở khò khè, sự trợ giúp của các thuốc dẫn phế quản.
- Trào ngược dạ dày – thực quản: xảy ra khi nằm, đau nóng rát vùng giữa ngực.
- Hội chứng ho do đường hô hấp trên: tiền sử viêm mũi, chảy dịch mũi sau, đau đầu kiểu xoang và tắc nghẽn.
- Dẫn phế quản: mạn tính hay tiết dịch.
- Thuốc ức chế ACE: tiền sử dùng thuốc.
- Ung thư phổi: tiền sử hút thuốc, ho ra máu.
- Suy tim: khó thở, PND.
- Tâm lý: hay thay đổi, triệu chứng kéo dài, thường nhẹ.

*ACE: enzym chuyển hóa angiotensin I thành angiotensin II.*

*COPD: bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.*

*PND: khó thở kịch phát về đêm.*

Một số BN cảm thấy cần thiết phải ho sau một nhịp ngoại lai. Có thể đi kèm với cảm giác lỡ một nhịp của tim.

Mô tả của BN về đặc điểm cơn ho có thể hữu ích. Đối với trẻ em, ho liên quan đến với tình trạng viêm nhiễm của nắp thanh quản có thể ảnh hưởng đến chất lượng tiếng nói và ho liên quan đến viêm thanh quản do virus thường được mô tả giống như là tiếng sủa (ho sặc sụa). Ho gây ra do sự chèn ép khí quản bởi một khối u có thể có tiếng to, ồn ào và lạnh lạnh. Ho liên quan đến liệt dây thần kinh quặt ngược thanh quản có một âm thanh trống rỗng (hallow sound) bởi vì các dây thanh âm không thể đóng lại hoàn toàn; được mô tả như cơn ho kiểu bò rỗng. Ho nhiều hơn vào ban đêm là gợi ý của bệnh hen hoặc suy tim, trong khi ho ngay sau khi ăn uống có thể là do rối loạn nuốt hoặc trào ngược thực quản hoặc hiếm hơn là rò thực quản – khí quản.

Một điều quan trọng (mặc dù có phần khó thực hiện) nữa là hỏi về các tính chất đàm và quan sát đàm nếu có thể. Để ý rằng một số BN quan tâm trong đàm của họ có gì hơn những người khác và có thể tả lại chi tiết hơn những gì chúng ta muốn biết. Ho khạc đàm mủ nhiều (vàng hoặc xanh) gợi ý diễn phế quản hoặc viêm phổi thùy. Đàm sẫm màu có mùi hôi có thể cho thấy sự hiện diện của một áp xe phổi với các vi sinh vật kỵ khí. Bọt màu hồng từ khí quản xuất hiện trong phù phổi, không nên nhầm lẫn với đàm. Tốt nhất là hãy tin tưởng vào cách đánh giá của BN về mùi vị của đàm, nếu không may nuốt phải đàm hôi BN sẽ rất ấn tượng về điều này, đàm hôi có thể xuất hiện trong dẫn phế quản hoặc áp

xe phổi.

### 9.1.2. Ho ra máu

**Bảng 9.2. Nguyên nhân (chẩn đoán phân biệt) của ho ra máu và bệnh sử điển hình.**

<b>Hô hấp</b>	
Viêm phế quản	Một lượng nhỏ máu lẫn với đàm.
Carcinoma phế quản	Ho ra máu đại thể, có tiền sử hút thuốc, giọng khàn.
Dãn phế quản	Khạc đàm máu lượng nhiều.
Viêm phổi	Sốt, các triệu chứng khởi phát gần đây, khó thở
<i>(Bốn trường hợp trên chiếm 80% trường hợp trên lâm sàng)</i>	
Nhồi máu phổi	Đau ngực kiểu màng phổi, khó thở.
Bệnh xơ nang	Nhiễm trùng tái phát.
Áp xe phổi	Sốt, đàm có mủ.
Lao	Từng nhiễm lao trước đây, tiếp xúc với bệnh lao, nhiễm HIV.
Dị vật	Bệnh sử hít phải dị vật, ho, thở rít.
Hội chứng Goodpasture*	Sự xuất huyết phổi, viêm cầu thận, do kháng thể kháng lại kháng nguyên màng đáy.
U hạt Wegener	Tiền sử viêm xoang, sống mũi biến dạng hình yên ngựa.
Lupus ban đỏ hệ thống	Xuất huyết phổi, liên quan nhiều hệ cơ quan.
Vỡ mạch máu niêm mạc sau ho nặng	Tiền sử ho nhiều xuất hiện trước khi ho ra máu.
<b>Tim mạch</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Hẹp van hai lá (nặng).</li> <li>– Suy tâm thất trái cấp.</li> </ul>	
<b>Chảy máu tạng</b>	
<i>Lưu ý: không tính nguyên nhân giả, như là chảy máu mũi hay nôn ra máu.</i>	
<i>* Ernest W Goodpasture (1886 – 1960), nhà nghiên cứu bệnh học tại Johns Hopkins, Baltimore. Ông mô tả hội chứng này vào năm 1919.</i>	

**Bảng 9.3. Phân biệt ho ra máu với nôn ra máu và chảy máu mũi – hầu.**

<b>Ho ra máu</b>	<b>Nôn ra máu</b>	<b>Chảy máu mũi – hầu</b>
Lẫn với đàm	Có buồn nôn trước đó	Máu xuất hiện trong miệng
Xuất hiện ngay sau khi ho	Lẫn với chất nôn, có triệu chứng nôn khan trước đó.	

Ho ra máu (haemoptysis) có thể là một dấu hiệu xấu của bệnh phổi (xem Bảng 9.2) và phải luôn luôn được kiểm tra kỹ lưỡng. Cần phải phân biệt với nôn ra máu và chảy máu mũi – hầu (xem Bảng 9.3). Hỏi xem lượng máu ho ra được là bao nhiêu. Ho ra máu mức độ nhẹ nghĩa là dưới 20 ml trong 24 giờ, máu chỉ ở dạng vệt làm đổi màu đàm. Ho ra máu với số lượng lớn hơn 250 ml máu trong 24 giờ là một tình trạng cấp cứu. Nguyên nhân

thường gặp nhất là ung thư, xơ nang, dẫn phế quản và lao phổi.

### 9.1.3. Khó thở

Cảm giác cần phải gắng sức khi thở được gọi là triệu chứng khó thở. Nó có thể là do bệnh lý của hệ hô hấp, bệnh lý tim mạch hoặc lười tập thể dục thể thao hoặc đôi khi do lo lắng quá mức (xem List 9.3). Khai thác cẩn thận về thời điểm khởi phát, mức độ khó thở và kiểu khó thở sẽ hữu ích trong việc chẩn đoán (xem Questions box 9.2 và List 9.4). BN có thể nhận biết điều này chỉ khi gắng sức nặng hoặc khi triệu chứng làm hạn chế khả năng gắng sức nhiều. Khó thở có thể được phân độ từ I đến IV dựa trên sự phân loại Hiệp hội tim mạch New York:

- I: có bệnh nhưng không khó thở hoặc khó thở khi gắng sức nặng.
- II: khó thở khi gắng sức vừa phải.
- III: khó thở khi gắng sức tối thiểu.
- IV: khó thở cả khi nghỉ ngơi.

#### List 9.3. Nguyên nhân gây khó thở.

##### Hô hấp

##### 1. Bệnh lý đường hô hấp

- Bệnh viêm phế quản mạn và khí phế thũng.
- Hen.
- Dẫn phế quản.
- Xơ nang.
- Khối u thanh quản hoặc hầu.
- Liệt đôi dây thanh âm.
- Tắc nghẽn hoặc hẹp khí quản.
- Nhuyễn khí quản (tracheomalacia, do yếu lớp sụn nâng đỡ khí quản).
- Viêm khớp nhẫn phế quản dạng thấp.

##### 2. Bệnh lý nhu mô phổi

- Bệnh phổi kẽ (bệnh nhu mô phổi lan toả, ví dụ xơ hoá phổi tự phát, sarcoidosis, bệnh mô liên kết, bụi vô cơ hay hữu cơ).
- Nhiễm trùng lan toả.
- Hội chứng nguy ngập hô hấp cấp (ARDS).
- Khối u thâm nhiễm và di căn.
- Tràn khí màng phổi.
- Bệnh bụi phổi (pneumoconiosis).

##### 3. Tuần hoàn phổi

- Tắc mạch phổi.
- Tăng áp động mạch phổi do huyết khối gây tắc mạch mạn tính.

- Di dạng động – tĩnh mạch phổi.

- Viêm động mạch phổi.

##### 4. Thành ngực và màng phổi

- Tràn dịch thấm hoặc dịch tiết nhiều.
- Khối u màng phổi.
- Gãy xương sườn.
- Viêm cột sống dạng dính khớp.
- Vẹo cột sống.
- Bệnh thần kinh cơ.
- Liệt cơ hoành.

##### Tim mạch

- Suy thất trái.
- Bệnh van hai lá.
- Bệnh cơ tim.
- Tràn dịch màng ngoài tim hoặc viêm màng ngoài tim co thắt.
- Thông liên nhĩ hoặc liên thất.

##### Thiếu máu

##### Không phải do tim phổi

- Tâm lý.
- Toan chuyển hóa (kiềm hô hấp còn bù).
- Tổn thương vùng dưới đồi.

## Questions box 9.2. Những câu hỏi để hỏi BN khó thở.

- ! Dấu hiệu có thể gợi ý chẩn đoán một vấn đề cấp bách hoặc nguy hiểm.
  1. Ông/bà bị khó thở bao lâu rồi? Nó có xảy ra đột ngột không?
  2. Những hoạt động nào ông/bà có thể làm trước khi việc khó thở khiến ông/bà phải dừng lại hoặc làm chậm lại? Ông/bà có thể đi bộ lên cầu thang không?
- !
  3. Ông/bà có bị đánh thức vào ban đêm do xuất hiện cơn khó thở hay phải ngủ ngồi không?
  4. Trước kia ông/bà từng có bệnh gì về tim hay phổi không?
- !
  5. Ông/bà có bị sốt không?
  6. Ông/bà có hút thuốc lá không?
- !
  7. Khi bị khó thở, ông/bà có cảm thấy bị đau thắt ở ngực không?
  8. Ông/bà có bị thở khò khè không? Hoặc ho không?
  9. Ông/bà thực sự có cảm giác khó khăn để có được sự thoải mái khi thở? (do lo lắng)
  10. Khi thở mạnh, ông/bà có thấy đau ngực hay không? (viêm màng phổi hoặc viêm màng ngoài tim)
- !
  11. Khó thở khởi phát rất nhanh hoặc tức thì? (tắc mạch phổi do huyết khối (khởi phát rất nhanh) hoặc tràn khí màng phổi – khởi phát tức thì)
  12. Ông/bà có hay bị khó thở khi lo lắng không? Ông/bà có thấy tê hay ngứa quanh môi khi đang thở hay không? (tăng thông khí kết hợp với lo âu)

## List 9.4. Chẩn đoán phân biệt khó thở dựa vào thời gian khởi phát.

### Vài giây đến vài phút:

- Hen.
- Tắc mạch phổi.
- Tràn khí màng phổi.
- Phù phổi.
- Sốc phản vệ.
- Dị vật gây tắc nghẽn đường thở.

### Vài tuần hoặc kéo dài hơn:

- Xơ phổi.
- COPD.
- Bệnh phổi kẽ.
- Tràn dịch màng phổi.
- Thiếu máu.

### Vài giờ đến vài ngày:

- Đợt cấp của COPD.
- Suy tim.
- Hen.
- Nhiễm trùng hô hấp.
- Tràn dịch màng phổi.
- Toan chuyển hoá.

Việc xác định khoảng cách BN có thể đi bộ được hoặc số bậc cầu thang BN có thể leo được rất hữu ích để xác định mức độ khó thở.

Sự kết hợp của khó thở với tiếng thở khò khè cho thấy bệnh xuất hiện ở đường dẫn khí, có thể là do bệnh hen suyễn hoặc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (xem List 9.5). Thời gian khởi phát và sự thay đổi của nó cũng rất quan trọng. Khó thở tiến triển xấu dần trong một vài tuần, vài tháng hoặc nhiều năm có thể là do bệnh phổi kẽ. Khó thở khởi phát nhanh hơn có thể do nhiễm trùng hô hấp cấp (bao gồm viêm phế quản phổi hoặc viêm phổi thùy) hoặc viêm phổi (có thể là nhiễm trùng hoặc thứ phát sau một phản ứng quá mẫn). Khó thở

thay đổi mỗi ngày một khác hoặc thậm chí từng giờ gợi ý chẩn đoán hen. Khó thở của khởi phát rất nhanh đi kèm với đau ngực dữ dội gợi ý tràn khí màng phổi (xem List 9.6). Khó thở với cảm giác không thể làm đầy phổi kèm theo tiếng thở dài gợi ý nguyên nhân do lo lắng. Khó thở xảy ra khi gắng sức vừa phải có thể do sự kết hợp của béo phì và thiếu hoạt động thể chất.

### List 9.5. Đặc điểm của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD).

#### Tiền sử:

- Tiền sử hút thuốc.
- Khó thở và thở khò khè.

#### Thăm khám:

- Nhịp thở tăng.
- Thở chu môi.
- Tím.
- Cúi người về phía trước, hai tay chống vào gối.
- Co kéo vùng liên sườn và thượng đòn.
- Dấu hiệu Hoover.
- Co kéo khí quản.

### List 9.6. Chẩn đoán phân biệt khó thở khởi phát đột ngột.

#### Đau ngực kiểu màng phổi:

- Tràn khí màng phổi, viêm màng phổi/viêm phổi.
- Thuyên tắc phổi.
- Chấn thương.

#### Không đau ngực:

- Phù phổi.
- Toan chuyển hoá.
- Thuyên tắc phổi.

#### Đau giữa ngực:

- Nhồi máu cơ tim và suy tim.
- Thuyên tắc phổi lớn.

#### Ho và thở khò khè:

- Hen.
- Viêm phế quản do hít phải chất kích thích.
- Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD).

#### 9.1.4. Thở khò khè

Có rất nhiều bệnh lý có thể gây ra tiếng ồn kiểu như huyết sáo liên tục phát ra từ lồng ngực (chứ không phải từ cổ họng) trong khi thở. Những bệnh lý này bao gồm hen hoặc COPD, viêm tiểu phế quản, tắc nghẽn đường hô hấp do dị vật hay khối u. Thở khò khè thường tối đa trong suốt kỳ thở ra và tăng lên khi thì thở ra kéo dài. Cần phải phân biệt với thở rít (stridor – xem bên dưới), vì chúng có âm thanh tương tự nhau, nhưng nó nghe rõ nhất ở khí quản trong thì hít vào.

#### 9.1.5. Đau ngực

Đau ngực do bệnh lý hô hấp thường khác biệt với đau ngực xuất hiện trong bệnh lý thiếu máu cục bộ cơ tim. Màng phổi và đường thở trung tâm có những sợi cảm nhận đau và có thể là nguồn gốc của đau đường hô hấp. Đau màng phổi là một kiểu đau nhói, tăng khi hít sâu và ho. Nó thường khu trú ở một vùng nào đó của ngực. Nó thường khởi phát đột ngột ở BN viêm phổi thùy, thuyên tắc phổi và nhồi máu phổi hoặc tràn khí màng phổi và thường đi kèm với khó thở. Sự khởi phát đột ngột của đau ngực kiểu màng phổi và khó thở là một vấn đề cấp bách, những tình trạng trên có thể đe dọa đến tính mạng nếu không được điều trị kịp thời.

### 9.1.6. Triệu chứng cơ năng khác

Viêm phổi do vi khuẩn là một bệnh lý cấp tính, có các triệu chứng báo trước (sốt, mệt mỏi và đau cơ) xảy ra trong một khoảng thời gian ngắn (vài giờ) trước khi cơn đau ngực kiểu màng phổi và khó thở xảy ra. Các triệu chứng báo trước của viêm phổi do virus lại thường có tiền triệu trước đó vài ngày. BN thỉnh thoảng bị sốt lúc nửa đêm. Bệnh lao, viêm phổi và lymphoma phải luôn được xem xét trong các trường hợp này. Thỉnh thoảng, BN lao phổi hay bị đổ mồ hôi về đêm.

Khàn tiếng hay nói khó do các dây thanh âm hoặc đường dẫn khí (dysphonia), đôi khi cũng được coi là triệu chứng của hệ hô hấp. Nó có thể do viêm dây thanh âm thoáng qua (viêm thanh quản), khối u ở thanh quản hay liệt dây thần kinh quặt ngược thanh quản.

Ngưng thở khi ngủ là một sự tăng bất thường về việc ngưng thở có tính chu kỳ xuất hiện trong suốt thời gian ngủ. BN bị ngưng thở lúc ngủ do tắc nghẽn (thời gian ít nhất 10 giây và thỉnh thoảng có thể hơn hai phút, bất chấp những nỗ lực hô hấp) thường xuất hiện với sự buồn ngủ vào ban ngày, mệt mỏi mạn tính, đau đầu vào buổi sáng và rối loạn nhân cách. BN thường ngáy rất to, họ thường bị béo phì và tăng huyết áp. Thang đo tình trạng ngủ Epworth là một cách để xác định mức độ nghiêm trọng của ngưng thở khi ngủ (xem List 9.7). BN bị ngưng thở lúc ngủ trung ương (ngưng hoạt động cơ hô hấp kỳ hít vào) cũng có thể có biểu hiện buồn ngủ nhưng không ngáy quá mức (xem Bảng 9.4).

Một số BN đáp ứng với sự lo lắng bằng cách tăng tần số và biên độ hô hấp. Điều này được gọi là sự tăng thông khí. Kết quả là tăng đào thải CO<sub>2</sub> và tiến triển thành kiềm hóa – tăng pH máu. Những BN này có thể than khó thở với hít vào khó hơn thở ra. Nhiễm kiềm dẫn đến dị cảm ở ngón tay và quanh môi, đau đầu nhẹ, đau ngực và cảm thấy có một sự suy sụp sắp xảy ra.

#### List 9.7. Thang điểm đánh giá buồn ngủ Epworth.

Ông/bà dễ dàng rơi vào giấc ngủ trong những tình huống nào sau đây? \*

0 = không bao giờ.

1 = khả năng yếu.

2 = khả năng trung bình.

3 = khả năng cao.

- Ngồi đọc sách.
- Xem tivi.
- Tại cuộc họp hoặc tại rạp chiếu phim.
- Là hành khách trên xe hơi hơn một giờ.
- Nằm nghỉ trưa.
- Ngồi nói chuyện với ai đó.
- Ngồi nghỉ sau khi ăn trưa (không uống rượu).
- Khi đang lái xe và dừng đèn đỏ.

*\* Thang điểm bình thường từ 0 đến 9. Ngưng thở lúc ngủ nặng từ 11 đến 20.*



**Bảng 9.4. Những kiểu thở bất thường.**

Kiểu thở	Nguyên nhân
1. Ngưng thở khi ngủ – ngưng thông khí hơn 10 giây mỗi lần và hơn 10 lần trong suốt giấc ngủ.	Tắc nghẽn (béo phì kèm hẹp đường hô hấp trên, quá phát amidan, những thay đổi mô mềm ở hầu trong bệnh to đầu chi hay suy giáp).
2. Nhịp thở Cheyne – Stokes <sup>1</sup> ngưng thở từng đợt (liên quan với sự suy giảm ý thức) xen kẽ với những khoảng thở nhanh và sâu một cách không bình thường (kéo dài trung bình trên 30s và đi kèm với lo âu); điều này là do sự chậm trễ trong phản ứng hóa cảm thụ quan đáp ứng với sự thay đổi của khí máu.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Suy thất trái.</li> <li>– Tổn thương não (ví dụ chấn thương, xuất huyết não).</li> <li>– Sống ở vùng cao.</li> </ul>
3. Nhịp thở Kussmaul (thiếu không khí) – thở nhanh, sâu do sự kích thích trung khu hô hấp.	Toan chuyển hóa (toan chuyển hóa do đái tháo đường, suy thận mạn).
4. Tăng thông khí gây nhiễm kiềm, tetany và tê quanh miệng.	Lo lắng.
5. Nhịp thở Biot <sup>2</sup> – biên độ và tần số thở không đều.	Tổn thương thân não.
6. Nhịp thở ngắt quãng – ngưng thở sau thì hít vào	Tổn thương cầu não.
7. Hô hấp đảo ngược – bụng thóp vào bên trong ở thì hít vào (bình thường phình ra ngoài do cơ hoành hạ xuống)	Liệt cơ hoành.

<sup>1</sup> John Cheyne (1777 – 1836), một bác sĩ người Scotland, làm việc tại Dublin, mô tả điều này trong năm 1818. William Stokes (1804 – 1878), một bác sĩ người Ireland, mô tả điều đó trong năm 1854.

<sup>2</sup> Camille Biot (1878 – 1936), bác sĩ người Pháp.

## 9.2. TIỀN SỬ ĐIỀU TRỊ

Điều quan trọng là phải tìm ra những loại thuốc BN đang sử dụng (xem List 9.8), mức độ thường xuyên sử dụng, kể cả hít hay uống. Các thuốc trước đây và hiện tại của BN có thể cung cấp thông tin cần thiết để chẩn đoán bệnh. Thuốc dẫn phế quản và steroids dạng hít được kê đơn cho những BN COPD và hen. Việc tăng cường sử dụng thuốc dẫn phế quản ở BN cho thấy sự kiểm soát hen không đạt hiệu quả và cần thiết xem xét để điều chỉnh. Các bệnh phổi mạn tính như sarcoidosis, viêm phổi quá mẫn và hen có thể được điều trị bằng steroids dạng uống. Sử dụng steroids đường uống có thể làm nặng thêm ở những BN bị lao phổi hoặc viêm phổi do nấm. Những BN có bệnh phổi mạn tính như xơ nang (cystic fibrosis) hoặc dẫn phế quản thường rất am hiểu về việc điều trị của họ và có thể sử dụng các phương pháp vật lý trị liệu khác nhau để giữ cho đường thở luôn thông thoáng.

Tìm hiểu xem BN có sử dụng oxy tại nhà hay không, có sử dụng đúng chỉ định không. Bình dưỡng khí hoặc oxy trong xy lanh có thể được dùng để cung cấp oxy thông qua mask hoặc cannula. Lưu lượng khí thở thường là 2 lít/phút hoặc hơn và phải thở oxy 24/24 trong một số trường hợp. Bình oxy di động và trung tâm để nạp khí oxy phải đều có sẵn. Việc thở oxy tại nhà khá đắt tiền và phải tuân thủ những quy định khá nghiêm ngặt. Thông thường khí máu động mạch cho thấy nồng độ oxy thấp trước khi phải thở oxy theo đúng

chỉ định. Vì lý do an toàn, BN phải bỏ hút thuốc lá trước khi việc thở oxy tại nhà được cho phép.

### List 9.8. Thuốc và bệnh phổi.

Ho	Thuyên tắc phổi
– Thuốc ức chế men chuyển.	– Oestrogens.
– Thuốc ức chế beta.	– Tamoxifen.
<b>Thở khô khè</b>	– Raloxifene.
– Thuốc ức chế beta.	<b>Phù phổi không do tim</b>
– Aspirin (nhạy cảm với aspirin).	– Hydrochlorothiazide
– Thuốc giảm đau kháng viêm non – steroid (NSAIDs).	<b>Bệnh màng phổi/tràn dịch</b>
– Tamoxifen, dipyridamole.	– Nitrofurantoin.
– Morphine sulfate.	– Phenytoin, hydralazine (chỉ định trong bệnh Lupus ban đỏ hệ thống).
– Succinylcholine.	– Methotrexate.
<b>Bệnh phổi kẽ (xơ hóa phổi)</b>	– Methysergide.
– Amiodarone.	
– Hydralazine.	
– Gold salts.	
– Bleomycin.	
– Nitrofurantoin.	
– Methotrexate.	

Các khóa phục hồi chức năng hô hấp này thường được chỉ định cho các BN mắc bệnh phổi mạn tính. Các khóa học này bao gồm các chương trình tập thể dục và kiến thức về cách xử trí với các triệu chứng hô hấp của các loại bệnh phổi mạn tính. Phải tìm hiểu kỹ lưỡng xem BN có được khuyến cáo thực hiện điều này hoặc có hữu ích hay không.

Hầu hết các loại thuốc đều có thể độc cho phổi. Ví dụ như thuyên tắc phổi do sử dụng thuốc tránh thai đường uống, bệnh phổi mô kẽ từ các tác nhân gây độc tế bào (methotrexate, cyclophosphamide, bleomycin), co thắt phế quản do nhóm thuốc beta – blocker hoặc các loại thuốc kháng viêm không steroid (NSAIDs) và các thuốc ức chế men chuyển gây ho. Một số loại thuốc độc cho phổi nhưng không được BN phản ánh đến vì nó không được phép sử dụng (ví dụ như cocaine), được sử dụng không thường xuyên (ví dụ như hydrochlorothiazide), có thể mua được từ các quầy thuốc (tryptophan) hoặc không được dùng bằng đường uống (timolol; beta – blocker nhỏ mắt cho các BN bị glaucoma). Do đó, các bác sĩ cần hỏi thêm về các loại thuốc đặc biệt này.

### 9.3. TIỀN SỬ BẢN THÂN

Luôn luôn phải hỏi tiền sử về các bệnh hô hấp trước đó, bao gồm viêm phổi, lao phổi hoặc viêm phế quản mạn tính hoặc các bất thường trên X quang ngực mà BN đã biết từ trước đây. BN có thể còn giữ lại những thông tin cận lâm sàng hữu ích chẳng hạn như nội soi phế quản, sinh thiết phổi và nội soi lồng ngực có hỗ trợ quay video, đo hô hấp ký (có hoặc không thực hiện test dẫn phế quản). BN hen nặng thường được đo lưu lượng đỉnh. BN đã bị nhiễm hội chứng suy giảm miễn dịch (AIDS) có nguy cơ cao bị viêm phổi do

*Pneumocystis jiroveci* (*carinii*) và các nhiễm trùng phổi khác, bao gồm cả bệnh lao.

## 9.4. TIỀN SỬ NGHỀ NGHIỆP

**Bảng 9.5. Bệnh bụi phổi nghề nghiệp.**

Vật liệu	Bệnh mắc
Than đá	Bệnh bụi phổi than đá.
Silica	Bệnh phổi silic.
Amiăng	Bệnh bụi phổi amiăng.
Bột Talc	Bệnh bụi phổi do bột Talc.

Việc hỏi về nghề nghiệp hiện tại và trước đây của BN khá quan trọng (xem Bảng 9.5). Một tiền sử chi tiết về nghề nghiệp là điều cần thiết. Các bệnh phổi nghề nghiệp hoặc bệnh bụi phổi gây bệnh phổi mô kẽ do làm tổn thương phế nang và đường dẫn khí nhỏ. Việc tiếp xúc kéo dài với các hóa chất hiện nay được yêu cầu hạn chế. Hút thuốc lá gây ra thêm các tác dụng phụ thêm ở những BN này. Các bệnh nghề nghiệp trên hiện nay rất hiếm, bệnh phổi nghề nghiệp phổ biến nhất là hen.

### List 9.9. Nghề nghiệp có thể tiếp xúc với amiăng.

- Công nhân khai thác mỏ amiăng, bao gồm cả người thân của các thợ mỏ.
- Công nhân xưởng đóng tàu hải quân và thủy thủ – lớp cách nhiệt của đường ống dẫn.
- Thợ xây dựng – amiăng trong ván sợi ép (những hạt, mẫu nhỏ văng ra trong quá trình cắt hoặc khoan).
- Công nhân nhà máy - sản xuất tấm fibro, phanh lót, một số hàng dệt may.
- Công nhân bảo trì xây dựng – tấm chắn amiăng.
- Công nhân phá dỡ công trình xây dựng
- Sửa chữa nhà ở.
- Nhân viên cứu trợ – dọn dẹp sau lũ lụt và đám cháy.

**Bảng 9.6. Nguồn gốc viêm phế nang dị ứng.**

Bệnh	Nguồn gây bệnh
Bệnh phổi của người nuôi chim	Lông và chất tiết của chim.
Bệnh phổi nông dân	Cỏ khô hay rơm mốc.
Bệnh bụi phổi bông	Sợi cotton hoặc sợi gai.
Bệnh bụi phổi từ pho-mát	Pho-mát bị mốc (nấm <i>Aspergillus fumigatus</i> ).
Bệnh bụi phổi từ mạch nha	Mạch nha bị hư, hỏng ( <i>Aspergillus flavus</i> ).
Sốt do máy làm ẩm không khí	Máy điều hòa (các loại vi trùng ưa nhiệt).

Hỏi về việc tiếp xúc với các loại bụi trong các ngành công nghiệp khai thác mỏ và nhà máy (ví dụ như amiăng, than, silic, oxide sắt, oxide thiếc, cotton, beryllium, oxit titan, bạc, nitrogen dioxide, anhydrides). Tiếp xúc nhiều amiăng có thể dẫn đến nhiễm amiăng (xem List 9.9), thậm chí tiếp xúc mức độ vừa cũng có thể dẫn đến những mảng xơ cứng màng phổi hoặc u trung biểu mô (bệnh ác tính của màng phổi). Các BN có thể không được cảnh báo rằng nghề nghiệp của mình liên quan đến tiếp xúc hóa chất nguy hiểm. Ví dụ, nhà máy

sản xuất dây cáp cách điện và những tấm chắn thường rất hay sử dụng amiang từ 25 năm trước. Tiếp xúc với amiang có thể dẫn đến bệnh bụi phổi amiang, mảng xơ cứng màng phổi, u trung biểu mô hay ung thư biểu mô của phổi khoảng 30 năm sau đó. Người thân của những người làm việc với amiang có thể tiếp xúc với chất này khi giặt trang phục của họ. Chỉ cần tiếp xúc rất ít là đủ để bệnh phát triển trên BN và đôi khi điều tra về công việc là cần thiết để tìm ra các nguồn tiếp xúc. Việc tìm kiếm các nguồn tiếp xúc có thể quan trọng như là một vấn đề của sức khỏe cộng đồng.

Công việc hoặc tiếp xúc các vật nuôi trong nhà, bao gồm cả các loài chim cũng có liên quan (ví dụ như sốt Q<sup>a</sup> hoặc bệnh sốt vệt, đó là những bệnh truyền nhiễm từ động vật mắc bệnh).

Tiếp xúc với bụi hữu cơ có thể gây ra một đáp ứng miễn dịch cục bộ với kháng nguyên hữu cơ và kết quả là mắc chứng viêm phế nang dị ứng rộng. Trong một vài giờ phơi nhiễm, BN có các triệu chứng giống như cúm, gồm: sốt; đau đầu; đau cơ; khó thở không có khò khè và ho khan. Thủ phạm là kháng nguyên có thể đến từ mốc cỏ khô, máy làm ẩm không khí hoặc máy điều hòa và một số kháng nguyên khác (xem Bảng 9.6).

Một điều quan trọng là cần phải biết được công việc cụ thể của BN tại nơi làm việc, sử dụng các thiết bị bảo vệ và những đồng nghiệp của họ có mắc bệnh hay không. Sự cải thiện trong triệu chứng vào cuối tuần là một chi tiết có giá trị để phát hiện sự hiện diện của các bệnh phổi nghề nghiệp, đặc biệt là hen. Điều này có thể xảy ra khi tiếp xúc với việc phun sơn hoặc nhựa hoặc hàn hơi.

## 9.5. TIỀN SỬ XÃ HỘI

Tiền sử hút thuốc lá thường xuyên thì mới là nguyên nhân chính gây COPD và ung thư phổi. Nó cũng làm tăng nguy cơ tràn khí màng phổi tự phát và hội chứng Goodpasture. Cần tính số gói – năm của BN = (số điều thuốc BN hút mỗi ngày x số năm BN hút thuốc)/20, lưu ý: đơn vị: gói – năm, không phải là gói/năm (CHƯƠNG 1). Nghề nghiệp cũng ảnh hưởng người hút thuốc lá; ví dụ, công nhân amiang hút thuốc lá sẽ có nguy cơ đặc biệt cao mắc bệnh ung thư phổi. Hút thuốc thụ động cũng là một yếu tố nguy cơ đáng kể cho bệnh phổi, BN nên được hỏi về việc tiếp xúc với khói thuốc lá thụ động ở nhà và tại nơi làm việc.

Nhiều căn bệnh hô hấp là mạn tính và có thể gây cản trở khả năng làm việc và hoạt động thể lực, cũng như gây cản trở cuộc sống bình thường. Trong một số trường hợp liên quan đến bệnh phổi nghề nghiệp có thể ảnh hưởng đến vấn đề bồi thường cho BN. Hãy hỏi về những vấn đề này và liệu BN đã được tham gia vào một chương trình hồi phục chức năng hô hấp. Điều kiện ở nhà ở có thể không phù hợp cho một người có hạn chế khả năng hoạt động thể lực hoặc mắc một bệnh truyền nhiễm.

Hỏi về lượng rượu tiêu thụ của BN cũng rất quan trọng. Uống một lượng lớn rượu trong cuộc nhậu đôi khi có thể dẫn đến sự hít rượu vào gây viêm phổi hít và người nghiện rượu có nhiều nguy cơ mắc viêm phổi do phế cầu hoặc Klebsiella. Người nghiện chích ma

---

<sup>a</sup> Sốt Q là một căn bệnh truyền nhiễm từ thú vật sang người. Bệnh này có ở khắp nơi trên thế giới. Sốt Q do vi trùng có tên là *Coxiella burnetii* gây ra. Vi trùng này có thể sống trong nhiều tháng và ngay cả nhiều năm trong bụi hoặc đất.

túy có nguy cơ bị áp xe phổi và phù phổi liên quan đến thuốc. Quan hệ tình dục hoặc có tiền sử tiêm chích ma túy có thể dẫn đến tăng nguy cơ lây nhiễm HIV và nhạy cảm với nhiễm trùng. Những chi tiết này có thể ảnh hưởng đến các quyết định về tư vấn điều trị tại nhà hoặc tại bệnh viện.

## **9.6. TIỀN SỬ GIA ĐÌNH**

Tiền sử gia đình của bệnh hen suyễn hoặc các bệnh dị ứng khác, xơ nang, ung thư phổi hoặc khí phế thũng nên được khai thác. Thiếu Alpha 1 – antitrypsin, là một ví dụ về bệnh di truyền và những người này có nguy cơ cao bị bệnh khí phế thũng. Tiền sử gia đình có bệnh lao cũng rất quan trọng. Một số bệnh phổi có thể có tính chất gia đình hoặc di truyền. Bao gồm các carcinoma phổi và tăng áp phổi.

## T&O'C essential

1. Một bệnh sử kỹ lưỡng thường sẽ giúp nhận ra khó thở là do nguyên nhân tim mạch hay hô hấp.
2. Chẩn đoán COPD có thể được thực hiện dựa trên tiền sử hút thuốc lá.
3. Khai thác tiền sử nghề nghiệp kỹ lưỡng rất quan trọng trong việc đánh giá hệ thống hô hấp, nó tốt hơn bất kỳ việc đánh giá hệ thống cơ quan khác.
4. Xem xét tình trạng yếu cơ và lo lắng có thể là nguyên nhân gây khó thở khi mà các nguyên nhân khác không rõ ràng.
5. Những BN có tình trạng lo lắng thường than phiền khó thở với mô tả là không thể có một hơi thở đầy đủ và luôn có cảm giác hụt hơi.

## OSCE ôn tập

### Bệnh sử bệnh lý hô hấp

**Topic này thường hay gặp trong OSCE, sẽ giúp ích khi ôn tập lại.**

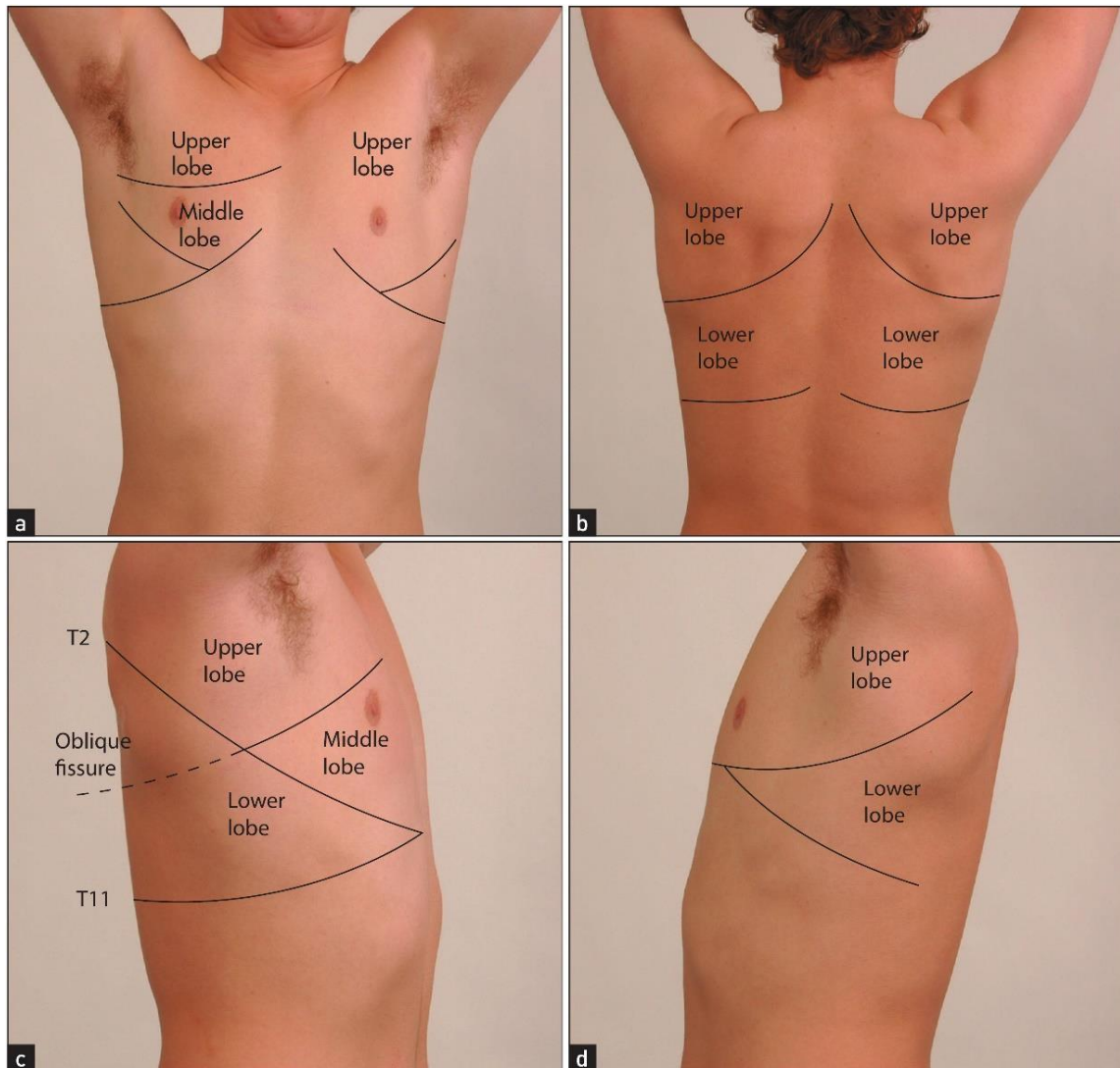
1. Một người đàn ông có mảng xơ màng phổi trên X quang. Hãy khai thác tiền sử hô hấp và nghề nghiệp của ông ta.
2. Người đàn ông này đang có vấn đề về hen suyễn. Hãy hỏi tiền sử từ anh ấy.
3. Tìm hiểu xem tiền sử của người phụ nữ này có phù hợp với COPD.
4. Người phụ nữ này bị ho. Hãy hỏi cô ấy về điều đó và tiền sử về đường hô hấp.
5. Tiếp cận một BN có thể ngưng thở lúc ngủ.

Võ Minh Hiếu

*Tôi muốn tiếp tục, nhưng phổi của tôi đã không chịu nổi nữa, sức mạnh của lời nói  
đã hoàn toàn rời bỏ tôi.*

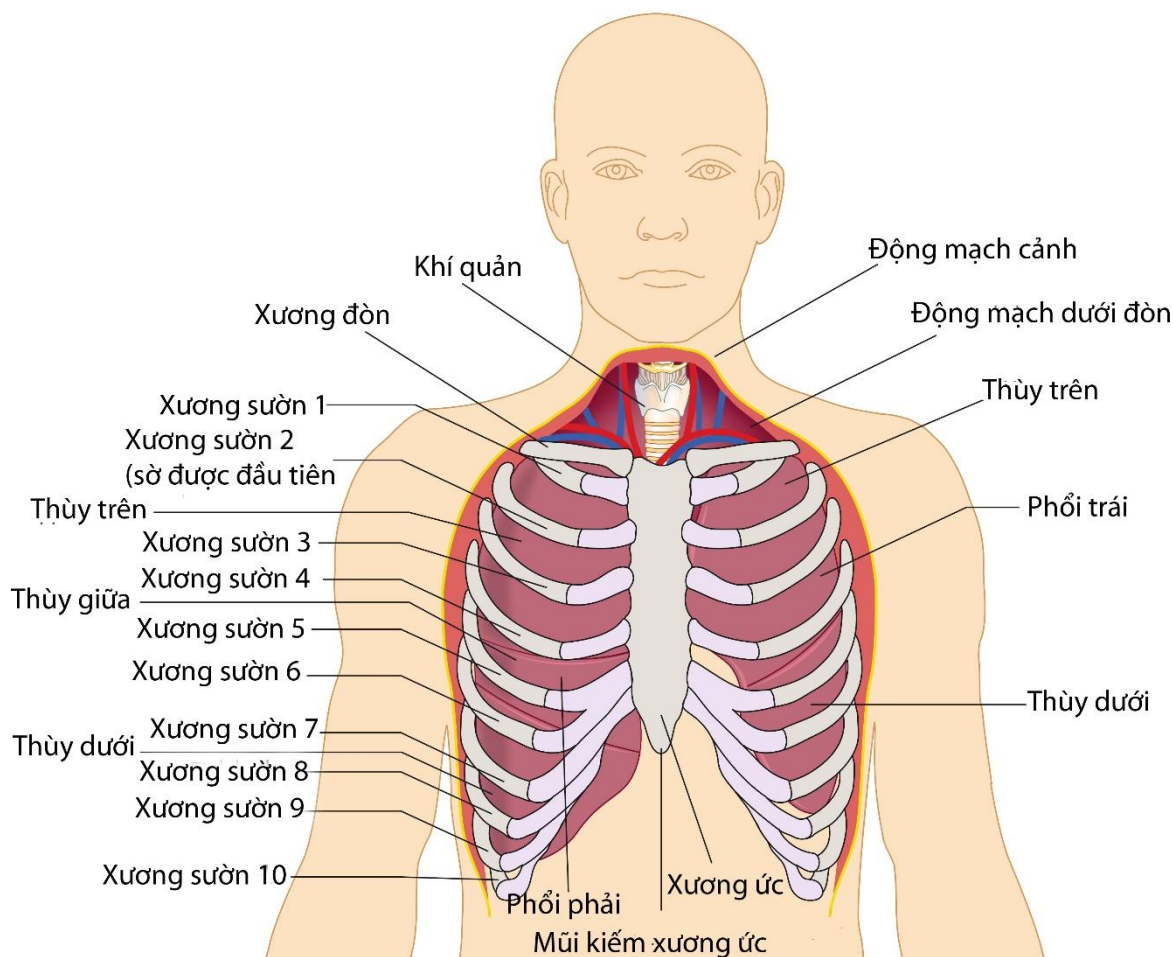
*William Shakespeare, Henry IV, phần 2*

### 10.1. GIẢI PHẪU



Hình 10.1. Các thùy của phổi. (a) trước, (b) sau, (c) các thùy của phổi phải và (d) các thùy của phổi trái.

Phổi là cơ quan đôi không đối xứng được bảo vệ trong một ống hình trụ bao gồm các xương sườn, cột sống và cơ hoành. Bề mặt phổi được bao phủ bởi màng phổi tạng – một màng mỏng và một màng tương tự như thế ở ngoài (màng phổi thành) lót mặt trong lồng ngực. Hai màng này được ngăn cách bởi một lớp dịch mỏng làm cho phổi di chuyển dễ dàng trong quá trình hô hấp. Những bệnh lý viêm nhiễm hay ác tính của phổi hay màng phổi đều có thể gây tích tụ dịch trong khoang màng phổi (tràn dịch khoang màng phổi).



**Hình 10.2. Giải phẫu cơ bản của phổi.**

Tim, khí quản, thực quản, các mạch máu lớn và thần kinh nằm giữa hai phổi tạo nên một cấu trúc gọi là trung thất. Động mạch phổi trái và phải đưa máu đi vào mỗi bên phổi tương ứng. Trao đổi khí diễn ra ở các mao mạch phổi bao quanh các phế nang – một túi khí nhỏ nối tiếp với các tiểu phế quản tận. Máu chứa nhiều oxy về thất trái thông qua các tĩnh mạch phổi. Các bất thường của tuần hoàn phổi như tăng áp tĩnh mạch phổi do suy tim hay tăng áp động mạch phổi có thể gây cản trở việc trao đổi khí.

Vị trí của tim, với mỏm tim hướng về bên trái làm cho phổi trái nhỏ hơn phổi phải và chỉ có hai thùy được phân chia bởi rãnh liên thùy là một đường xiên. Phổi phải có một rãnh liên thùy bé là đường ngang (nằm trên) và một rãnh thùy lớn là đường xiên (nằm dưới) phân chia nó làm 3 thùy (xem Hình 10.1).

Cơ hô hấp bao gồm cơ hoành là điểm tựa khi thở ra và các cơ liên sườn. Trong thì hít vào, cơ hoành ép lại và các cơ liên sườn co lại để nâng các xương sườn lên. Áp lực trong



lồng ngực giảm xuống làm không khí đi từ ngoài vào trong phổi. Thở ra là một quá trình thụ động do sự giãn ra của các cơ hô hấp. Các bất thường về chức năng hay cấu trúc phổi có thể thay đổi giải phẫu và sinh lý bình thường của quá trình hô hấp, ví dụ như căng dẫn lồng ngực quá mức trong COPD. Bệnh lý của các cơ hay thần kinh cũng có thể ảnh hưởng xấu đến chức năng của cơ hô hấp và các bất thường của trung tâm điều khiển hô hấp ở cầu não và hành não có thể gây cản trở quá trình hô hấp bình thường.

Trong suốt quá trình thăm khám hệ hô hấp, hãy luôn ghi nhớ giải phẫu bề mặt (xem Hình 10.2) của phổi để xác định vị trí nào của phổi bị tổn thương.

## 10.2. TƯ THẾ BỆNH NHÂN

BN nên được bộc lộ vùng khám toàn phần ngực đến vùng thắt lưng. Phụ nữ nên mang một cái áo choàng hay khăn để che vú khi phần ngực trước chưa được thăm khám tới. Nếu BN không bị bệnh quá nặng thì tư thế thăm khám dễ nhất đối với người thầy thuốc là để BN ngồi ở cạnh giường hay ngồi trên ghế.

## 10.3. BIỂU HIỆN TOÀN THÂN

Nếu là BN nằm nội trú, nhìn chung quanh giường xem có mặt nạ oxy, các loại thuốc hít, các loại thuốc khác hay vết đàm nhớt hay không. Sau đó hãy gợi ý trong đầu đến các triệu chứng sau đây trước khi bước vào thăm khám chi tiết.

### 10.3.1. Khó thở

Phát hiện triệu chứng khó thở khi BN nghỉ ngơi. Đếm tần số thở; tần số thở lúc nghỉ không vượt quá 25 lần/phút (bình thường từ 16 – 25 lần/phút)<sup>a</sup>; người bình thường có thể thở ở mức 25 lần/phút, trung bình là 20 lần/phút. Cần bí mật đếm nhịp thở bởi vì tần số thở là dấu hiệu sinh tồn duy nhất có thể bị ảnh hưởng bởi tự ý kiểm soát của người bệnh. Thở nhanh là khi nhịp thở đạt trên 25 lần/phút. Thở chậm là khi nhịp thở dưới 8 lần/phút, thường liên quan đến việc sử dụng an thần và đi kèm với tiên lượng xấu. Khi nghỉ, cơ hoành là cơ duy nhất vận động trong thì hít vào; thì thở ra là một quá trình thụ động.

### 10.3.2. Các dấu hiệu điển hình của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Quan sát xem có sự tham gia của các cơ hô hấp phụ không. Đây là triệu chứng của việc thở gắng sức, mà COPD<sup>b</sup> là một nguyên nhân quan trọng thường thấy. Những cơ hô hấp phụ bao gồm cơ ức đòn chũm, các cơ bám da cổ và các cơ dưới móng. Đặc trưng là các cơ hô hấp phụ gây nâng vai khi hít vào, hỗ trợ quá trình hô hấp bằng việc tăng thể tích lồng ngực. Có sự tham gia của các cơ vùng bụng ở thì thở ra trên BN bị tắc nghẽn đường hô hấp. Người bị COPD nặng thường có sự co kéo ở khoang liên sườn và hố thượng đòn trong thì hít vào. Điều này là do sự tăng lên muộn của thể tích phổi mặc dù áp suất âm

---

<sup>a</sup> Cần lưu ý đây là tần số thở ở người nước ngoài, ở người VN, tần số thở bình thường ở người trưởng thành là 12 – 16 lần/phút (theo sách Nội Khoa Cơ Sở - Triệu Chứng Học Nội Khoa, DH Y Hà Nội), ở trẻ em tần số thở nhanh hơn tùy độ tuổi (các bạn sẽ rõ hơn khi được học ở học phần Nhi Cơ Sở).

<sup>b</sup> Thuật ngữ COPD để chỉ tình trạng khi phế quản, viêm phế quản mạn, tắc nghẽn phổi mạn và hạn chế lưu lượng khí thở mạn. Thuật ngữ này được dùng phổ biến chỉ ít cho tới ngày nay. Chẩn đoán COPD dựa vào lâm sàng, X quang phổi và chức năng hô hấp.

trong khoang màng phổi đang rất lớn.

Ở một vài trường hợp, kiểu thở của BN giúp ích rất nhiều cho việc chẩn đoán. Kiểu thở chu môi là điển hình cho BN bị COPD nặng. Động tác này làm giảm sự khó thở của BN, có thể bằng cách cung cấp thông khí áp lực dương liên tục làm cho đường thở không bị xẹp lại hoàn toàn trong thì thở ra. Những BN này cảm thấy dễ chịu hơn khi ngồi đặt tay lên gối và hướng người về phía trước. Tư thế này làm ép vùng bụng và đẩy cơ hoành lên trên. Điều này phần nào giúp phục hồi lại dạng hình vòm bình thường của cơ hoành và giúp nó hoạt động hiệu quả hơn ở thì hít vào. Tăng sự chuyển động cơ hoành có thể gây đẩy lệch khí quản xuống dưới trong thì hít vào – co kéo khí quản (đây cũng là một triệu chứng đặc trưng gặp trong hen nặng, đặc biệt là ở trẻ em).

### 10.3.3. Xanh tím

Phát hiện thể tím trung ương tốt nhất bằng cách quan sát lưỡi. Việc kiểm tra lưỡi giúp phân biệt giữa tím trung ương và tím ngoại biên. Khi bệnh ở phổi diễn tiến nặng gây mất cân bằng quá trình thông khí – tưới máu đáng kể (như viêm phổi, COPD và thuyên tắc phổi), có thể gây giảm độ bão hòa oxy máu động mạch và gây tím trung ương. Xanh tím thấy rõ khi nồng độ hemoglobin khử trong máu đạt mức 50 g/L ở mao mạch. Xanh tím thường là hiện nhiên khi độ bão hòa oxy máu động mạch giảm xuống dưới 90% ở một người có nồng độ hemoglobin bình thường. Do đó tím trung ương là một triệu chứng của sự thiếu oxy máu nặng. Ở BN thiếu máu, sẽ không xuất hiện xanh tím ngay cả khi độ bão hòa oxy trong máu động mạch giảm tới ngưỡng này. Khi BN không có triệu chứng xanh tím ta cũng không loại trừ được tình trạng thiếu oxy. Quan sát triệu chứng xanh tím dễ hơn khi có đầy đủ ánh sáng (đặc biệt là ánh sáng đèn huỳnh quang) và khó hơn khi xung quanh BN có các vật dụng bằng vải màu hồng tươi.

### 10.3.4. Tính chất của ho

Ho là một đáp ứng bảo vệ trước các kích thích lên các thụ thể cảm giác ở lớp niêm mạc đường hô hấp trên hay phế quản. Yêu cầu BN ho thử vài lần. Mất đi tiếng ho lớn ban đầu có thể chỉ ra do liệt dây thanh âm (kiểu ho như tiếng bò kêu). Tiếng ho như bị nghẹt, khò khè hay ho không ra tiếng chỉ điểm cho một bệnh phổi tắc nghẽn. Ho kèm nhiều đàm nhớt chỉ điểm cho việc tăng tiết dịch phế quản do viêm phế quản, viêm phổi hay dẫn phế quản. Ho khan với cảm giác ngứa có thể do nhiễm trùng vùng ngực, hen suyễn, carcinoma phế quản hay đôi khi là suy thất trái hay bệnh phổi mô kẽ (ILD). Đây cũng là triệu chứng điển hình cho ho do dùng thuốc ức chế men chuyển. Ho sặc sụa (như sữa) chỉ điểm cho một bất thường ở đường hô hấp trên – họng hay thanh quản hoặc có thể mắc bệnh ho gà.

### 10.3.5. Đàm nhớt

Cần luôn kiểm tra đàm nhớt của BN. Khai thác kỹ về tính chất cũng như số lượng đàm nhớt là một phần quan trọng thiết yếu. Cần ghi nhận màu sắc, số lượng, loại (kèm mủ, chất nhầy, nhầy kèm mủ), có máu hay không trong đàm nhớt của BN.

### 10.3.6. Tiếng thở rít

Sự tắc nghẽn của thanh quản, khí quản (đường dẫn khí trên ngực) có thể gây ra tiếng thở rít, âm nghe như tiếng cọ sát nghe rõ nhất ở thì hít vào. Nguyên nhân có thể là do vật lạ, khối u, tình trạng nhiễm trùng (như nhiễm trùng nắp thanh quản) hay do viêm (xem List

10.1). Cần chú ý khẩn cấp ở BN có triệu chứng này.

### List 10.1. Nguyên nhân quan trọng gây thở rít ở người lớn.

#### Khởi phát đột ngột (trong vài phút)

- Sốc phản vệ.
- Hít phải khí độc.
- Viêm nắp thanh quản cấp.
- Hít phải vật lạ.

#### Từ từ (nhiều ngày, tuần)

- Khối u hầu họng hay thanh quản.
- Viêm khớp sụn nhẫn dạng thấp.
- Liệt hai dây thanh âm.
- Carcinoma khí quản.
- Khí quản bị đè bởi hạch lympho.
- U hạt do mở khí quản hay đặt nội khí quản.

### 10.3.7. Khàn tiếng

Nghe BN nói chuyện để ý xem BN có bị khàn tiếng (hay khó nói) hay không, điều này có thể chỉ điểm cho liệt dây thần kinh quặt ngược thanh quản liên quan đến carcinoma phổi (thường ở bên trái) hoặc ung thư thanh quản. Tuy nhiên, nguyên nhân phổ biến nhất là viêm thanh quản và sử dụng corticoids dạng hít trong hen. Nguyên nhân ngoài hô hấp bao gồm nhược giáp.

## 10.4. KHÁM BÀN TAY

Như thường lệ, thăm khám chi tiết bắt đầu từ việc khám bàn tay.

### 10.4.1. Ngón tay dùi trống

Tìm triệu chứng ngón tay dùi trống, chiếm 80% là do bệnh lý hệ hô hấp (xem Hình 10.3). Một nguyên nhân ít phổ biến nhưng không kém phần quan trọng liên quan đến ngón tay dùi trống là bệnh xương khớp phì đại do phổi (hypertrophic pulmonary osteoarthropathy – HPO). HPO đặc trưng bởi tình trạng viêm màng xương ở hai đầu xa của xương dài, cổ tay, mắt cá, các xương bàn tay và xương bàn chân, gây sưng và đau xương cổ tay và các vùng liên quan khác. Hiếm khi BN bị HPO mà không có ngón tay dùi trống. Các nguyên nhân gây bệnh HPO gồm carcinoma phổi nguyên phát và xơ hóa màng phổi. Cần lưu ý COPD không gây nên ngón tay dùi trống.



Hình 10.3. Ngón tay dùi trống.

## 10.4.2. Ngón tay ngả vàng

Tìm các vết ngả vàng ở ngón tay BN (thường do hắc ín, vì nicotine không màu); một triệu chứng của việc hút thuốc lá. Mật độ vết ngả vàng không chỉ rõ được số lượng thuốc lá BN đã hút, mà chỉ cho thấy việc BN thường xuyên cầm điếu thuốc trên tay.

## 10.4.3. Teo và yếu cơ

Do sự thâm nhiễm và chèn ép bởi các khối u ngoại vi phổi ở nửa thân dưới rễ thần kinh T1 làm teo một vài cơ nhỏ ở vùng bàn tay và làm yếu động tác dạng của các ngón tay.

## 10.4.4. Nhịp tim

Nhịp tim nhanh và mạch nghịch là dấu hiệu quan trọng của BN bị hen nặng. Nhịp tim nhanh là một tác dụng phụ thường gặp của việc điều trị hen bằng thuốc chủ vận  $\beta$ , kèm theo tình trạng khó thở hay thiếu hụt oxy do bất kỳ nguyên nhân.

## 10.4.5. Bàn tay run vẩy (loạn giữ tư thế)

Yêu cầu BN gập cổ tay, dang rộng cánh tay và các ngón tay. Tình trạng run vẩy bàn tay với chu kỳ 2 – 3 giây chỉ điểm cho tình trạng giữ  $\text{CO}_2$  tăng, thường là do COPD nặng. Điều quan trọng là BN khó giữ nguyên một tư thế. Loạn giữ tư thế cũng có thể được phát hiện bằng cách yêu cầu BN đưa lưỡi ra hay nhấc chân lên và gập mu bàn chân. Tuy nhiên đây là một triệu chứng muộn và không đáng tin cậy vì cũng có thể xuất hiện ở những BN có bệnh lý gan hay suy thận. BN bị ú  $\text{CO}_2$  nặng dễ bị rối loạn ý thức, với nhiệt độ ngoại vi thường ấm và mạch vẫn nảy rõ.

## 10.5. KHÁM MẮT

Mũi nằm ngay giữa khuôn mặt. Vị trí này giúp ta có quan sát cả bên trong lẫn bên ngoài. Yêu cầu BN nghiêng đầu về một bên. Có thể cần dùng đèn để mở và quan sát mũi. Tìm kiếm các polyp (liên quan đến hen suyễn), chèn ép các xương xoắn mũi (do dị ứng) hay vách ngăn mũi bị lệch (tắc mũi).

Như đã nói trên, quan sát lưỡi để tìm triệu chứng tím trung ương. Quan sát miệng để tìm triệu chứng nhiễm trùng đường hô hấp trên (họng đỏ, hạnh nhân sưng to có hoặc không có kèm mủ). Răng hồng hay chân răng hư có thể dẫn đến áp xe hay viêm phổi. Những BN bị ngưng thở lúc ngủ có thể do họng bị chít hẹp. Nghĩa là có sự giảm kích thước ở vùng không gian giữa khẩu cái mềm, amidan và mặt sau lưỡi. Những người sử dụng mặt nạ để phòng ngưng thở lúc ngủ vào ban đêm thường có dấu mặt nạ trên mặt và sưng quanh mắt. Họ thường kèm theo béo phì, cổ ngắn và họng nhỏ; đôi khi hàm trên và hàm dưới khít lại (cằm nhô về phía sau).

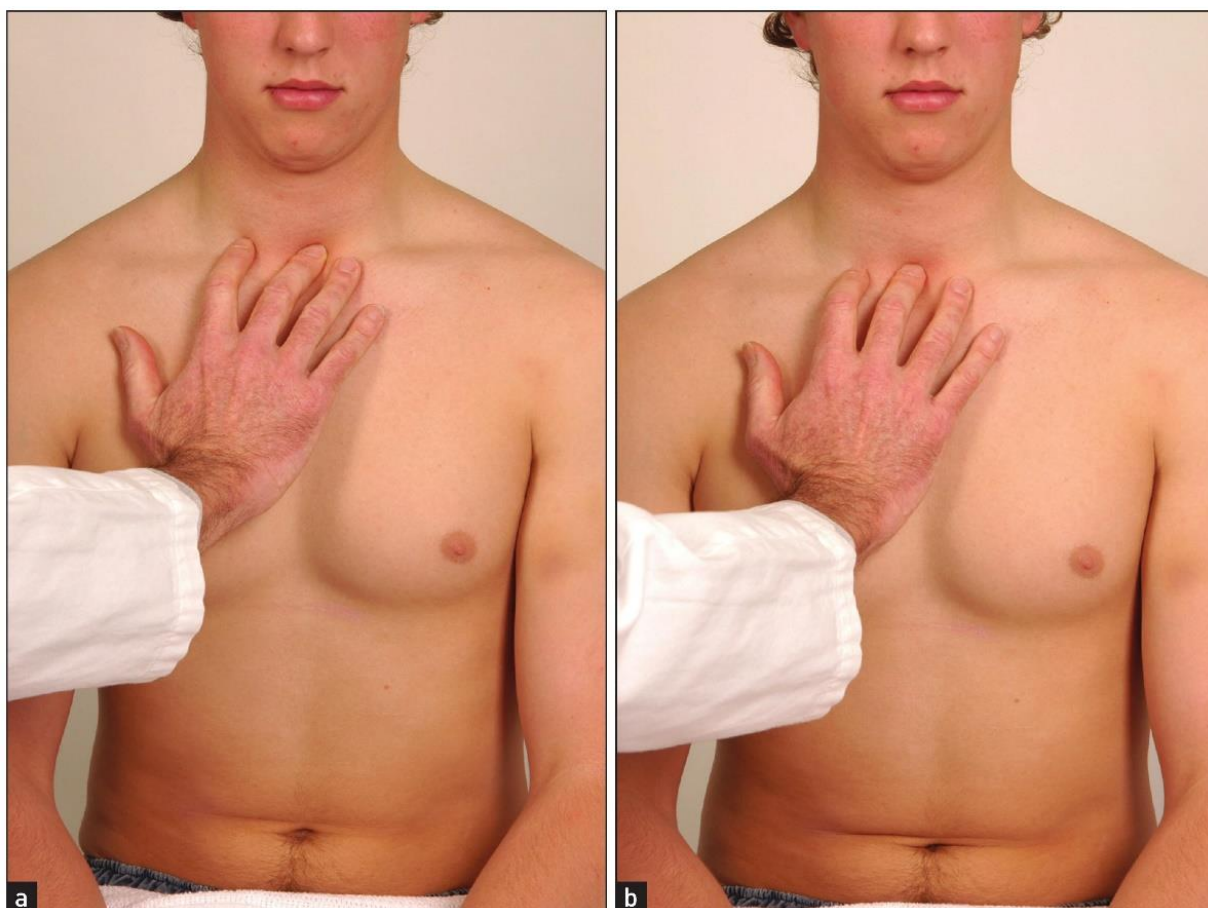
Viêm xoang được gợi ý chẩn đoán khi có nhạy đau ở bề mặt da trên các xoang. Nếu nghi ngờ viêm xoang cấp tính, có thể dùng đèn để rọi sáng qua các xoang trán và xoang hàm. Khám trong phòng tối và đặt đèn trong miệng BN. Rọi sáng bình thường nghĩa là không có viêm xoang. Mờ toàn bộ chỉ điểm cho viêm xoang, còn mờ khu trú thì ít giá trị hơn. Dùng đèn rọi sáng tìm sự hiện diện của mủ trong họng.

Quan sát mặt BN để tìm các vùng da đỏ, da nhăn nheo của người hút thuốc. Mặt có thể tím tái do tắc tĩnh mạch chủ trên. Tìm sự hiện diện của dấu hiệu ngưng thở lúc ngủ.

Kiểm tra mắt tìm các dấu hiệu của hội chứng Horner <sup>c</sup> (một hội chứng hiếm do liệt thần kinh giao cảm chi phổi một bên mặt gây ra các dấu hiệu: sụp mi không hoàn toàn, co đồng tử và giảm tiết mồ hôi bên bệnh), mà có thể là do carcinoma đỉnh phổi (khối u Pancoast <sup>d</sup>) chèn ép các dây thần kinh giao cảm ở cổ. Có một số biến đổi trên da mặt có thể chỉ điểm cho bệnh xơ cứng bì hay bệnh mô liên kết.

## 10.6. KHÁM KHÍ QUẢN

Vị trí của khí quản là điều quan trọng nhất và nên dành thời gian để thăm khám nó một cách chính xác. Việc thăm khám có thể gây khó chịu cho BN, vì vậy cần được tiến hành nhẹ nhàng. Dùng ngón trỏ bàn tay phải đẩy ở hõm trên xương ức từ phía trước lên trên và ra sau cho đến khi cảm nhận được khí quản (xem Hình 10.4). Nếu khí quản bị đẩy sang một bên, ngón trỏ sẽ cảm nhận được cạnh của nó chứ không phải phần giữa và có thể cảm thấy một vùng trống đối diện với bên khí quản bị đẩy lệch. Bình thường khí quản lệch nhẹ sang bên phải khá phổ biến. Khí quản lệch nhiều chỉ điểm cho bất thường ở thùy trên của phổi, nhưng đây không phải là dấu hiệu đặc hiệu (xem List 10.2).



**Hình 10.4. Sờ cảm nhận vị trí của khí quản – khoảng cách mỗi bên phải tương đương nhau.**

<sup>c</sup> Johann Horner (1831 – 1886), giáo sư nhãn khoa ở Zurich, mô tả hội chứng này vào năm 1869.

<sup>d</sup> Henry Khunrath Pancoast (1875–1939), giáo sư về tia X, Đại Học Pennsylvania, mô tả năm 1932.

## List 10.2. Nguyên nhân gây lệch khí quản.

- |  |  |
|--|--|
| <b>1. Hướng về phía phổi bị tổn thương</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Xẹp phổi thùy trên.</li><li>- Xơ hóa phổi thùy trên.</li><li>- Cắt bỏ phổi.</li></ul> | <b>2. Ra xa phía phổi bị tổn thương (ít gặp)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Tràn dịch màng phổi lượng nhiều.</li><li>- Tràn khí màng phổi áp lực.</li></ul> |
| <b>3. Khối u vùng trung thất như bướu giáp lan xuống sau xương ức.</b>   |  |

Xác định cơ kéo khí quản khi các ngón tay đặt trên khí quản cảm nhận được nó di chuyển xuống dưới trong mỗi nhịp hít vào. Đây là dấu hiệu chỉ điểm cho sự tăng dẫn nở quá mức của lồng ngực do có sự tắc nghẽn đường dẫn khí. Sự dịch chuyển của khí quản có thể nhìn thấy được, cần dành thời gian để thăm khám kỹ khi nghi ngờ BN bị COPD.

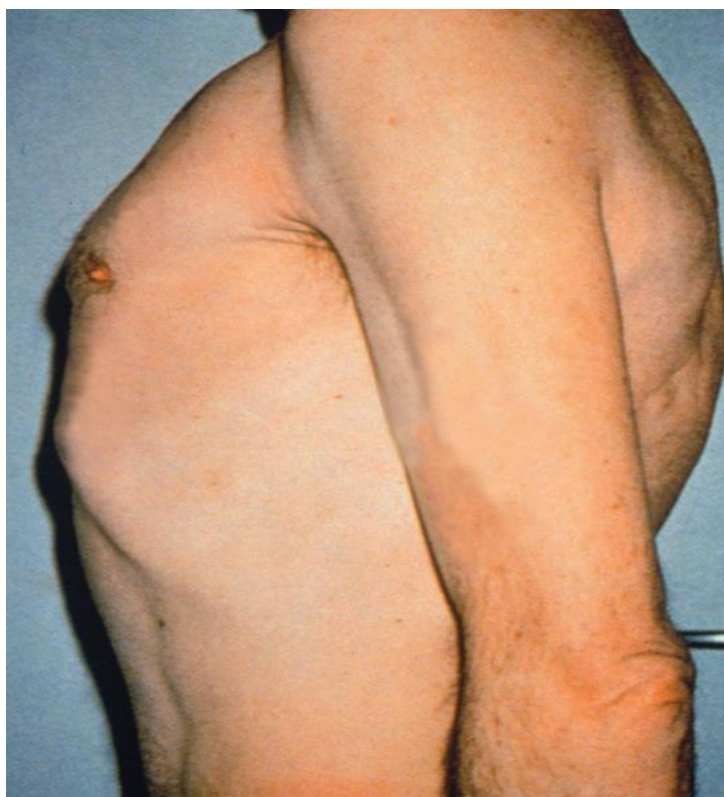
Nếu BN có dấu hiệu khó thở và nghi ngờ có sự tham gia của các hô hấp phụ, đặt ngón tay vào hố thượng đòn. Khi các cơ bậc thang trước co, ta sẽ cảm nhận được ở các ngón tay. Cơ ức đòn chũm sẽ tham gia hoạt động hô hấp nếu cơn khó thở diễn tiến nặng hơn. Ta có thể cảm nhận rõ hơn ở thì hít vào. Việc sử dụng các cơ hô hấp phụ trong một thời gian dài gây mệt mỏi và là dấu hiệu sắp dẫn đến suy hô hấp cấp.

### 10.7. KHÁM NGỰC

Khám ngực cần được khám tí mỉ trước – sau, nhìn, sờ, gõ, nghe. Khám và so sánh hai bên trái – phải.

#### 10.7.1. Nhìn

Hình dạng và sự cân đối.



Hình 10.5. Ngực hình thùng.

– Ngực hình thùng được mô tả với đường kính trước sau (AP) tăng lên so với đường kính bên (xem Hình 10.5). Sự gia tăng đường kính AP so với đường kính bên (tỷ lệ ngực) vượt quá 0,9 là bất thường và thường thấy ở BN hen nặng hoặc khí phế thũng. Đây không phải là một dấu hiệu chỉ rõ mức độ nặng của bệnh và cũng có thể thấy ở những người già bình thường. Đôi khi có thể nhầm lẫn trên BN gây có vòng bụng nhỏ. Gù vẹo cột sống nặng cũng là một nguyên nhân gây ra biến dạng lồng ngực bất đối xứng.



**Hình 10.6. (a) ngực hình phễu, (b) ngực hình chim.**

– Ngực hình mỏ chim (ức gà) là một bất thường khu trú (xương ức và các sườn sườn tạo hình vòng cung nhô ra phía trước (xem Hình 10.6b). Đây có thể là dấu hiệu của một bệnh lý hô hấp mạn tính ở trẻ em, được cho là do sự co thắt liên tục của cơ hoành trong khi lồng ngực vẫn còn mềm. Cũng có thể gặp dấu hiệu này ở những BN còi xương.

– Ngực hình phễu (ngực lõm) là một phát triển khiếm khuyết do đè nén khu trú đầu dưới xương ức (xem Hình 10.6a). BN thường gặp rắc rối với vấn đề thẩm mỹ nhưng ở thể nặng nó cũng có thể làm giảm dung tích phổi.

– Rãnh Harrison<sup>e</sup> là một đường hằn lên ở các xương sườn thấp ở phía trên chỗ bám cơ hoành. Nó có thể do bệnh hen suyễn nặng lúc còn bé hoặc bệnh còi xương.

– Gù cột sống là sự cong ra trước quá mức của cột sống, vẹo cột sống là thay đổi độ cong về phía bên. Gù vẹo cột sống có thể do nguyên phát (80%), thứ phát do bại liệt hoặc

---

<sup>e</sup> Edward Harrison (1766 – 1838), một bác sĩ tổng quát người Anh ở Lincolnshire, mô tả biến dạng này ở BN còi xương. Dấu hiệu này còn được mô tả bởi Edwin Harrison (1779 – 1847), một bác sĩ ở London.

liên quan đến hội chứng Marfan. Gù vẹo cột sống ngực nặng làm giảm dung tích phổi và phải tăng gánh đờ thở.

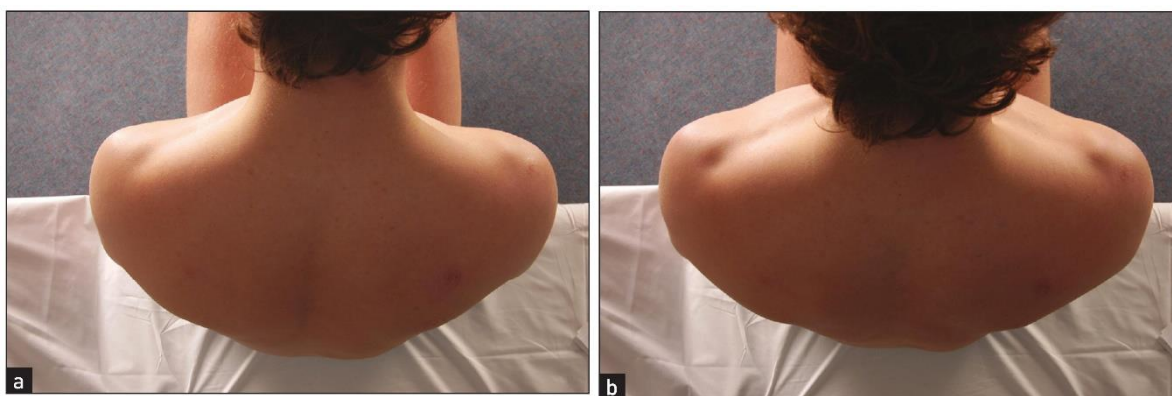
– Tổn thương trên thành ngực có thể biểu hiện khá rõ ràng. Tìm sẹo của các lần phẫu thuật trước hoặc sẹo đặt ống dẫn lưu tràn dịch hay tràn khí màng phổi. Phẫu thuật cắt bỏ một bên phổi (pneumonectomy) hoặc một thùy phổi (lobectomy) để lại một vết sẹo chéo dài ở thành ngực sau. Sự hiện diện của ba vết sẹo dài 2 – 3 cm cho thấy BN trước đó có mổ nội soi ngực để sinh thiết hạch bạch huyết, phẫu thuật cắt phổi hay thủ thuật làm xơ dính màng phổi (pleurodesis). Phẫu thuật tạo hình lồng ngực (thoracoplasty) gây biến dạng ngực nặng; phẫu thuật này được tiến hành ở những BN lao, kèm theo đó cần phải cắt bỏ đi một lượng lớn xương sườn ở bên bị bệnh để loại bỏ đi hoàn toàn bên phổi đó. Ngày nay phẫu thuật này không còn được áp dụng do hiệu quả tốt của các thuốc điều trị lao.

– Xạ trị có thể gây ban đỏ và dày da vùng chiếu xạ. Giữa vùng da bình thường và bất thường luôn có một ranh giới rõ ràng. Có thể có một vết xăm nhỏ chỉ ra các giới hạn của khu vực chiếu xạ. Các dấu hiệu trên cho thấy BN đã được điều trị ung thư phổi, vú, hiếm gặp hơn là Lymphoma.

– Tràn khí dưới da là cảm giác lép lép ở tay khi sờ vào vùng da ngực hoặc cổ. Nhìn có thể lầm với sưng phồng thành ngực và cổ. Nguyên nhân do có đường thông không khí từ phổi mà chủ yếu là do tràn khí màng phổi; trường hợp hiếm gặp do khí tràn từ thực quản bị vỡ hoặc tràn khí trung thất.

– Tĩnh mạch cổ nổi có thể nhìn thấy ở các BN tắc tĩnh mạch chủ trên. Đó là điều rất quan trọng để xác định hướng chảy của dòng máu.

– Cần lưu ý chuyển động của thành ngực. Tìm sự chuyển động bất đối xứng về phía trước và sau. Đánh giá tốt nhất về sự dẫn nở thùy trên phổi bằng cách đứng phía sau và nhìn xuống xương đòn khi BN thở bình thường (xem Hình 10.7). Chuyển động này giảm đi khi BN có bệnh lý ở phổi. Các vùng bị ảnh hưởng sẽ có chuyển động chậm hay giảm. Đánh giá về sự dẫn nở thùy dưới phổi tốt nhất từ phía sau.



**Hình 10.7. Quan sát sự dẫn nở thùy trên: (a) thở ra; (b) hít vào – chú ý sự cân xứng của xương đòn hai bên.**

– Giảm chuyển động một bên thành ngực có thể do xơ hóa phổi khu trú, đông đặc phổi, xẹp phổi, tràn dịch hay tràn khí màng phổi.

– Giảm chuyển động cả hai bên ngực gợi ý bất thường lan tỏa như COPD hay bệnh



phổi mô kê. Giảm di động ngực xảy ra ở một bên xuất hiện khi BN bị đau ngực kiểu màng phổi hay có chấn thương như gãy xương sườn.

– Tìm chuyển động ngực chiều vào trong của thành bụng ở thì hít vào khi BN nằm ngửa (chỉ điểm liệt cơ hoành).

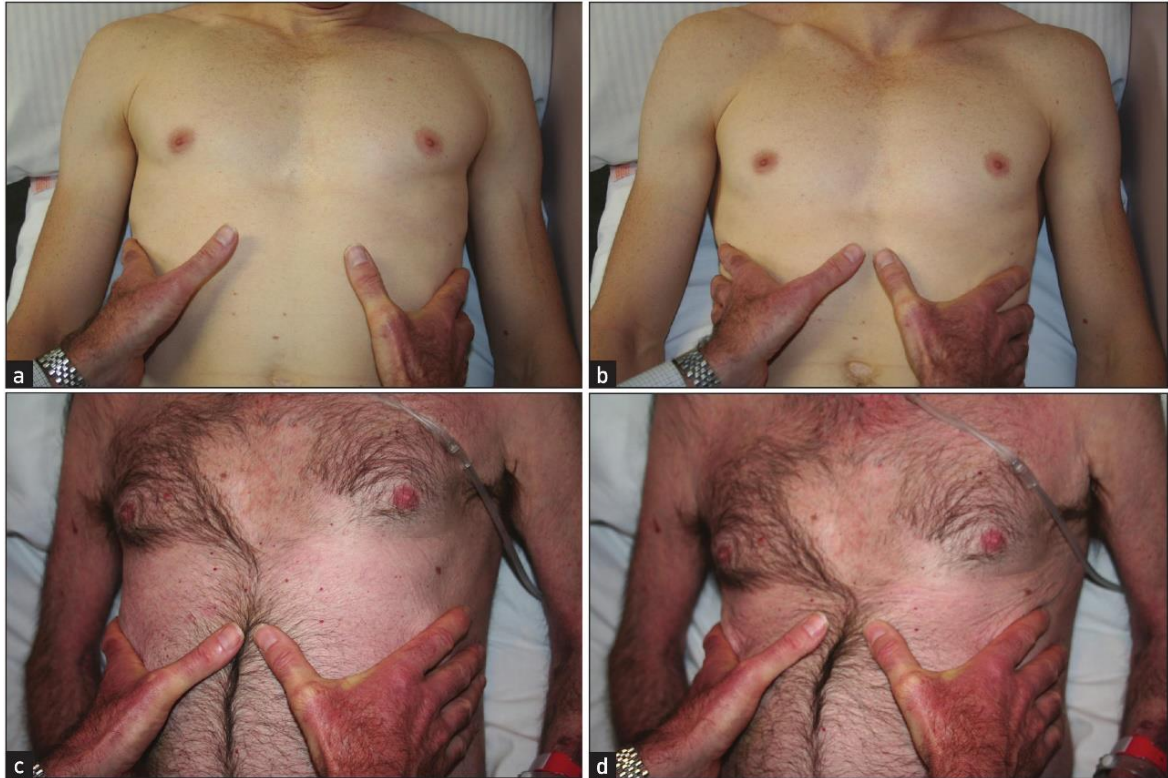
## 10.7.2. Sờ

### 10.7.2.1. Độ dẫn nở của lồng ngực

Người khám đặt bàn tay lên thành ngực BN, các ngón tay duỗi ra và để xung quanh thành ngực. Hai ngón tay cái đặt gần nhau ở giữa ngực và được nâng nhẹ ra khỏi thành ngực để lồng ngực có thể cử động dễ dàng khi BN thở (xem Hình 10.8). Khi BN hít sâu, hai ngón tay cái phải di chuyển xa nhau ít nhất 5 cm. Nếu một bên ít di động hơn chứng tỏ bên đó có tổn thương với các nguyên nhân đã được nói trên.



**Hình 10.8.** Sờ để đánh giá sự dẫn nở của thùy dưới: (a) thở ra, (b) hít vào.



**Hình 10.9. (a) hít vào bình thường, (b) thở ra bình thường, (c) hít vào Hoover dương tính, (d) thở ra Hoover dương tính.**

Nếu nghi ngờ BN bị COPD, cần quan sát thêm dấu hiệu Hoover (xem Hình 10.9). Bằng cách đặt hai bàn tay dọc theo bờ các xương sườn với ngón cái đặt gần mũi kiểm tra xương ức. Bình thường khi BN hít vào sẽ làm hai ngón cái di chuyển xa ra, tuy nhiên ở BN COPD có lồng ngực bị giãn nở quá mức thì cơ hoành sẽ kéo các xương sườn xuống dưới và làm hai ngón cái di chuyển lại gần nhau hơn (LR+ = 4,2).

Độ giãn nở của thùy dưới được đánh giá từ phía sau cũng theo cách này. Khi sự vận động được lặp đi lặp lại ở mặt trước thành ngực thì hoàn toàn có thể đánh giá được sự giãn nở của thùy trên và thùy giữa, nhưng điều này được đánh giá tốt hơn bằng cách quan sát.

### **10.7.2.2. Diện đập mòm tim**

Khi BN nằm, xác định vị trí của diện đập mòm tim có thể rất hữu ích, khi bị đẩy lệch về phía bên tổn thương có thể gặp trong xẹp phổi thùy dưới hay bệnh mô kẽ phổi khu trú. Chuyển động của diện đập bị đẩy lệch ra xa vùng tổn thương gặp trong tràn dịch màng phổi hay tràn khí màng phổi. Khó xác định diện đập mòm tim ở lồng ngực bị giãn nở rộng thứ phát trên BN bị COPD.

### **10.7.2.3. Sờ rung thanh**

Người khám sờ tay vào thành ngực BN khi BN nói chuyện hay hát để cảm nhận rung thanh. Đặt tay xung quanh thành ngực và đối xứng nhau khi yêu cầu BN lặp đi lặp lại từ “ninety – nine” hay “một – hai – ba”. Sờ rung thanh ở hai bên, cả mặt trước và mặt sau thành ngực. Bằng cách này ta có thể cảm nhận và so sánh sự khác biệt về cường độ rung trên thành ngực tác động lên bàn tay. Khó có thể diễn giải được dấu hiệu này, với sự biến đổi liên tục qua nhiều người quan sát và nó không còn là một phần bắt buộc khi thăm khám

thường quy. Nó phụ thuộc vào cảm nhận chủ quan của người khám về sự thay đổi cường độ rung trên thành ngực của BN khi họ nói. Cần phải luyện tập để phân biệt đâu là bình thường và bất thường. Rung thanh cảm nhận rõ hơn ở nam vì giọng nói trầm của họ. Rung thanh có thể mất ở cả những người bình thường (người có giọng nói cao hay thành ngực dày). Nó chỉ được xác định là bất thường khi có sự khác biệt so với bên kia. Nguyên nhân gây ra sự bất thường về rung thanh cũng tương tự như ở sự cộng hưởng giọng nói.

#### **10.7.2.4. Các xương sườn**

Ép nhẹ thành ngực theo hướng trước – sau và hướng bên. Đau khu trú ở một vùng chỉ điểm cho gãy xương sườn, có thể là thứ phát do chấn thương hoặc nguyên phát do u di căn, bệnh lý ở xương hay đôi khi do ho nặng kéo dài. Đau ở vùng sườn và nhạy cảm đau ở da phía trên gợi ý bệnh viêm sườn sườn.

#### **10.7.2.5. Nổi hạch vùng**

Các hạch vùng nách, cổ và thượng đòn phải được kiểm tra, hạch sưng to gặp trong u phổi ác tính hay các bệnh lý nhiễm trùng.

### **10.7.3. Gõ**



**Hình 10.10. Gõ phổi. (a) tư thế ngón gõ khi gõ lên ngón đệm, (b) gõ trực tiếp lên xương đòn để khám thùy trên dẫn khí.**

Người khám đặt bàn tay trái lên thành ngực BN với các ngón tay nằm giữa các xương sườn, nhấn ngón giữa đè lên thành ngực. Dùng phần mềm của đầu ngón giữa bàn tay phải (phần gõ) gõ nhẹ vào đốt giữa ngón giữa bàn tay trái (phần đệm). Gõ nhanh và dứt khoát để tiếng gõ không bị khuếch tán đi (điều này có thể ít bị ảnh hưởng nếu ngón tay đệm được

giữ vững vàng). Ngón tay dùng để gõ phải cong nhẹ và chuyển động lắc nhịp nhàng ở vùng cổ tay chứ không phải căng tay. Sinh viên y khoa cần giữ móng tay ngón giữa ngắn để dễ thực hiện điều này.

Cần gõ ở những vùng đối xứng ở thành ngực trước, sau và bên nách (xem Hình 10.10). Gõ vùng hố thượng đòn trên đỉnh phổi và trực tiếp lên xương đòn là một phần cần thiết trong khi thăm khám. Khi gõ ở thành ngực sau, xương bả vai nên được dịch chuyển ra khỏi vùng gõ bằng cách yêu cầu BN di chuyển khuỷu tay ra phía trước tối đa sẽ làm xương bả vai di chuyển về phía trước theo.

Cảm nhận về âm phát ra cũng quan trọng như cách gõ. Âm phát ra bị ảnh hưởng bởi độ dày thành ngực và các tạng bên dưới. Gõ lên các tạng đặc như gan, phổi bị đông đặc hay xẹp sẽ cho âm đục. Gõ lên vùng có dịch như trong tràn dịch màng phổi, sẽ cho âm đục nhiều (như gõ vào đá). Gõ trên phổi bình thường cho âm trong cộng hưởng và gõ vào tạng rỗng như ruột hay tràn khí màng phổi sẽ cho âm vang.

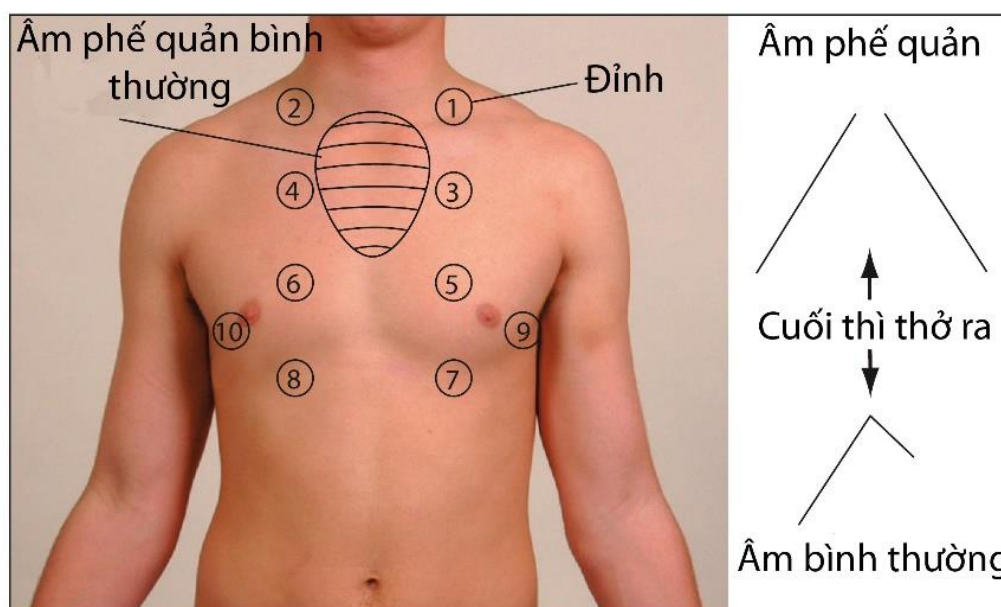
Thực hành gõ nhiều rất cần thiết để có thể gõ thành thạo, đặc biệt là khi có người quan sát. Khả năng gõ tốt trong thăm khám lâm sàng sẽ nói lên rằng sinh viên đó đã luyện nhiều trên lâm sàng.

**Vùng đục gan.** Bờ trên của vùng đục gan được xác định qua việc gõ từ trên xuống theo đường trung đòn phải. Thông thường bờ trên gan nằm ở khoảng gian sườn 6 đường trung đòn phải. Nếu âm trong của phổi vượt qua mức này, thì đây là dấu hiệu cho thấy sự căng phồng quá mức của phổi như trong hen suyễn hoặc khí phế thũng. Đây là một dấu hiệu mang tính chủ quan của người khám.

**Vùng đục tim.** Vùng đục tim ở bên trái lồng ngực có thể giảm trong hen suyễn hoặc khí phế thũng.

## 10.7.4. Nghe

### 10.7.4.1. Phế âm



**Hình 10.11. Âm bình thường và âm phế quản, nghe ở mỗi vùng theo trật tự trên hình. Phân biệt âm bình thường và âm phế quản.**

Sử dụng phần màng của ống nghe để nghe phổi ở trước và sau (xem Hình 10.11). So sánh âm nghe được ở hai bên trái – phải. Cần nghe phần cao ở nách, dùng phần chuông đặt nghe trên hố thượng đòn để nghe âm đỉnh phổi. Kết hợp vừa nghe vừa quan sát và cũng như khi nghe tim, cần nghe ở cả hai thì hô hấp. Lắng nghe tính chất, cường độ âm phát ra và sự hiện diện của các âm khác (ngẫu nhiên).

### Tính chất

– Phế âm bình thường gần như nghe được trên khắp cả hai bên phế trường. Yêu cầu BN nên hít vào và thở ra bằng miệng để âm thanh từ mũi họng không lẫn vào. Trong thì thở ra âm thanh được tạo chủ yếu từ các đường dẫn khí lớn thay vì ở các phế nang. Trong khi ở thì hít, âm thanh có thể được tạo ra gần nơi chúng ta nghe và nghe được phế âm chủ yếu ở phần rìa phế trường. Vì cả hai phế âm này đều sinh ra trong các phế nang hay còn gọi là các túi khí trong phổi, nên được gọi là tiếng thở túi. Âm thanh này được Laennec mô tả một cách điệu đà như là tiếng lá xào xạc trong gió. Cường độ âm phụ thuộc vào lượng không khí đi qua miệng và đi vào trong. Phế âm bình thường nghe lớn hơn và kéo dài hơn trong thì hít vào so với thì thở ra và giữa hai thì không có sự gián đoạn.

– Tiếng phế quản nghe được khi có sự nhiễu loạn dòng khí trong đường dẫn khí lớn mà không được lọc bởi các phế nang. Âm này nghe rỗng và như tiếng thổi. Âm này nghe được ở thì thở ra và có sự gián đoạn giữa thì hít vào và thở ra. Âm ở thì thở ra cao và có cường độ lớn hơn so với thì hít vào. Khi nghe được âm này ta sẽ dễ ghi nhớ hơn so với mô tả. Âm này có thể nghe được ở người bình thường, ở phần ngực trên bên phải nơi phế quản phải tiếp giáp với khí quản. Chúng được nghe ở vùng phổi đông đặc, như là những dòng khí hỗn loạn ở đường dẫn khí lớn đến các khu vực ngoại vi mà không cần lọc. Nguyên nhân được nêu ra ở List 10.3.

### List 10.3. Nguyên nhân gây âm phế quản.

#### Thường gặp

- Đông đặc phổi (viêm phổi thùy).

#### Ít gặp

- Xơ hóa phổi khu trú.
- Tràn dịch màng phổi (phía trên vùng có dịch).
- Xẹp phổi (ví dụ như gần vùng tràn dịch).

– Thi thoảng phế âm trong một khoang rộng có tính chất như tiếng phế quản lớn. Âm này rỗng như không khí thổi vào một cái bình rỗng (tiếng thổi vò).

**Cường độ phế âm.** Khi nói về phế âm, đề cập đến cường độ bình thường hay tăng giảm thì tốt hơn so với nói về đường thông khí. Luồng không khí đi vào trong các phần của phổi không thể đánh giá trực tiếp bằng âm thổi. Phế âm giảm bất đối xứng là một dấu hiệu của tắc nghẽn phế quản, ví dụ như do carcinoma hoặc dị vật ở phía bị giảm âm. Nguyên nhân của việc làm giảm cường độ phế âm bao gồm COPD (đặc biệt là khí phế thũng), tràn khí màng phổi, tràn dịch màng phổi, viêm phổi, một u tân sinh lớn hay xẹp phổi. Cường độ tăng khi BN thở sâu, như sau khi gắng sức.

#### 10.7.4.2. Các âm kèm theo khác

Có hai loại âm kèm theo khác: loại liên tục (khò khè) và ngắt quãng (nổ).

Âm liên tục được gọi là tiếng khò khè. Âm này bất thường và nghe có nhịp điệu như tiếng nhạc. Âm này đồng bộ thời gian với chu kỳ thở. Nó có thể nghe được ở thì hít vào, thở ra hay cả hai. Nó được tạo ra do sự rung lắc liên tục và chít hẹp của đường dẫn khí. Âm này nghe được to hơn ở thì thở ra. Điều này là do đường thở mở rộng hơn ở thì hít vào và hẹp lại khi thở ra. Nghe rõ âm này ở thì hít vào gián tiếp chỉ điểm cho việc chít hẹp đường thở nặng.

Âm sắc (tần số) của tiếng khò khè khá đa dạng. Điều này chỉ liên quan đến tốc độ lưu thông của dòng khí, chứ không liên quan đến độ dài của đường dẫn khí. Âm sắc cao được tạo ra ở các phế quản nhỏ và giống như tiếng huýt sáo, trong khi tiếng âm sắc trầm (đôi khi được gọi là tiếng ngáy) thì ở các phế quản lớn hơn.

Tiếng khò khè thường là kết quả của tắc nghẽn đường dẫn khí cấp hay mạn tính do hen suyễn (thường có âm sắc cao) hay COPD (thường có âm sắc trầm), thứ phát do sự phối hợp của co thắt cơ phế quản, phù nề niêm mạc và tăng tiết. Âm này ít có giá trị để chẩn đoán mức độ tắc nghẽn luồng không khí. Trong chít hẹp mức độ nặng có thể không có tiếng khò khè vì vận tốc luồng không khí qua vùng chít hẹp quá thấp, dưới mức có thể tạo ra âm thanh.

Một chít hẹp cố định, thường là do carcinoma phổi có xu hướng gây ra tiếng khò khè khu trú, như một tiếng nhạc đơn độc không mất đi khi ho.

Cần phân biệt tiếng khò khè với tiếng rít, khi tiếng rít nghe khá giống tiếng khò khè nhưng nghe lớn hơn ở khí quản và luôn nghe được ở thì hít vào (tiếng khò khè thì thường nghe được ở thì thở ra và đôi khi là ở cả hai thì).

Âm ngắt quãng được gọi là tiếng nổ. Có rất nhiều cách gọi âm thanh này, có lẽ do kết quả dịch sai của Laennec. Một số tác giả gọi âm này ở tần số thấp như tiếng rale và ở tần số cao như tiếng lạo xạo (crepitations), một số khác thì không phân biệt điều này. Cách tiếp cận đơn giản nhất là gọi nó là tiếng rale nổ (crackles) nhưng vẫn phải mô tả thời gian và âm sắc của nó. Những rale này thỉnh thoảng xuất hiện ở người bình thường nhưng biến mất sau khi ho.

Âm nổ có thể là do sự mất ổn định của đường dẫn khí ngoại vi do bị xẹp lại ở thì thở ra. Với áp lực hít vào cao, những luồng không khí nhanh chóng đi vào đường dẫn khí ở phía xa. Điều này gây nên sự mở rộng ra đột ngột của phế nang cũng như các phế quản nhỏ và trung bình có chứa nhiều các chất tiết ở phần phổi đang xẹp. Các phần dễ dẫn nở mở ra trước, tiếp theo là các phần cứng hơn. Âm nổ có âm sắc vừa và trung bình không được tạo nên do không khí đi qua vùng có chất tiết mà do sự đóng mở của đường dẫn khí nhỏ.

Thời gian xuất hiện rale nổ là điều rất quan trọng. Rale nổ ở đầu thì hít vào (mất trước khi đến giữa thì hít vào) gợi ý cho bệnh lý ở đường dẫn khí nhỏ và đặc hiệu cho COPD. Âm này có âm sắc thô trung bình. Âm này khác với âm nghe được trong bệnh suy thất trái, thường nghe được trong cuối chu kỳ hô hấp.

Âm nổ cuối thì hít vào hoặc toàn thì hít vào gợi ý cho bệnh lý giới hạn ở phế nang. Âm nghe được có thể nhỏ, trung bình hay thô. Âm nổ nhỏ được ví như tiếng khi ta dùng

các ngón tay chà xát tóc lại với nhau, hay như tiếng gỡ dây Velcro<sup>f</sup>. Âm này thường được tạo ra do bệnh phổi mô kẽ ( xơ hóa phổi). Cụ thể hơn, rale nổ được nghe được trong mỗi thì hít vào ở bệnh xơ hóa phổi sẽ là 14 so với 1 – 4 của COPD và 4 – 9 của suy tim. Khi bệnh phổi mô kẽ diễn tiến nặng hơn thì rale nổ sẽ nghe được sớm hơn và lan lên dần lên phía trên. Rale nổ trung bình thường do suy thất trái. Dịch nhiều trong phế nang làm mất chức năng của lớp Surfactant. Rale nổ thô là do có một lượng lớn dịch trong phế nang và có âm cao gắt khó chịu. Nó có thay đổi khi ho, nhưng vẫn còn âm cao gắt. Dẫn phế quản là bệnh thường gặp, nhưng bất cứ nguyên nhân nào gây tăng tích lũy dịch trong phế nang cũng có thể tạo nên âm này.

Tiếng cọ màng phổi: khi màng phổi dày, thô ráp cọ vào nhau lúc lồng ngực co giãn, ta có thể nghe được âm thanh thô ráp liên tục hoặc không liên tục. Tiếng cọ màng phổi gặp trong bệnh lý viêm màng phổi, thường là thứ phát do nhồi máu phổi hay viêm phổi. Hiếm hơn, các bệnh ác tính màng phổi, tràn khí màng phổi nguyên phát hay nhiễm siêu vi đôi khi gây ra tiếng cọ màng phổi.

### 10.7.4.3. Cộng hưởng âm

Nghe phổi khi BN nói chuyện giúp ta đánh giá thêm về khả năng dẫn truyền âm thanh của phổi. Ở phổi bình thường, các phần âm sắc trầm nghe rõ và các phần âm sắc cao thì ít nghe được. Tuy nhiên ở phổi bị đông đặc có xu hướng dẫn truyền các âm có âm sắc cao khi nghe qua ống nghe như tiếng dê kêu (Laennec gọi là *aegophony*). Là khi âm “i” được phát âm nghe như âm “ai”.

Tăng cộng hưởng âm là một dấu hiệu hữu ích để xác định bệnh phổi đông đặc, nhưng không phải là một bước quá cần thiết. Dùng ống nghe xung quanh ngực khi BN nói “ninety nine” hoặc “một – hai – ba”. Ở BN có phổi bị đông đặc sẽ nghe rất rõ, trong khi ở phổi bình thường sẽ nghe như bị nghẹt. Nếu có tăng cộng hưởng âm thì tiếng phế quản thường nghe được kèm theo (xem List 10.3). Đôi khi cộng hưởng âm tăng đến mức khi BN thì thầm ta vẫn có thể nghe được; đây được gọi là tiếng thì thầm ngực.

Nếu là một bất thường khu trú thì cần định khu rõ ràng về mức độ thùy hay phân thùy bị bất thường đó (xem Hình 10.1).

## 10.8. KHÁM TIM

Khám tim là một phần thiết yếu để đánh giá hô hấp và ngược lại vì hai hệ thống là có mối liên hệ mật thiết với nhau.

Cho BN nằm ngửa với đầu cao 45° và đo áp lực tĩnh mạch cảnh (JVP) để xác định bằng chứng của suy tim phải. Sau đó thăm khám vùng hình chiếu của tim trên ngực. Chú ý đến thành phần phổi trong tiếng tim thứ 2 (P2). Nghe rõ nhất ở khoang liên sườn 2 bên trái. Thường thì tiếng này không to hơn tiếng ở cung động mạch chủ (nghe rõ ở liên sườn 2 bên phải). Nếu P2 to hơn (và sờ được diện đập tại đây) ta nghĩ nhiều đến bệnh tăng áp phổi. Đó có thể là các dấu hiệu của suy thất phải và tăng huyết áp. Tăng áp động mạch phổi (bệnh tâm phế) có thể do COPD, bệnh phổi mô kẽ, thuyên tắc phổi, béo phì, ngưng

---

<sup>f</sup> Đây là tên loại dây dán bằng vải thường được dùng trong các loại nón, trang phục, nó rất quen thuộc nhưng tên gọi chính thức thì ít người biết đến.

thở lúc ngủ hoặc gù vẹo cột sống nặng.

## **10.9. KHÁM BỤNG**

Sờ gan để xác định gan bị sa xuống (ptosis <sup>g</sup>) thấp do khí phế thũng hoặc to lên do khối u di căn từ ung thư phổi.

## **10.10. CÁC LƯU Ý KHÁC**

### **10.10.1. Dấu hiệu Pemberton <sup>h</sup>**

Yêu cầu BN giơ tay lên cao qua khỏi đầu và giữ nguyên một phút. Ghi nhận thay đổi nhiều trên nét mặt, sự tím tái, tiếng thở rít khi hít vào và mạch tĩnh mạch cảnh không theo nhịp đập. Hiện tượng này xuất hiện ở BN có tắc tĩnh mạch chủ trên.

### **10.10.2. Chân**

Kiểm tra xem chân BN có bị sưng (phù nề) hoặc tím tái không, có thể là do bệnh tim phổi mạn và tìm kiếm dấu hiệu của huyết khối tĩnh mạch sâu.

### **10.10.3. Tần số thở khi vận động**

Nên kiểm tra tần số thở của BN hay than phiền về khó thở. Kiểm tra khi họ nghỉ ngơi và khi vận động gắng sức tối đa (như leo 1 – 2 tầng lầu hay chạy bộ) và nằm ngửa. Nếu khó thở không kèm theo thở nhanh khi vận động gắng sức thì xem xét vấn đề do lo lắng hay do giả ốm.

### **10.10.4. Thân nhiệt**

Sốt có thể có trong nhiễm trùng vùng lồng ngực cấp hay mạn tính.

---

<sup>g</sup> Từ này xuất phát từ tiếng Hy Lạp chủ yếu để mô tả tình trạng sụp mí mắt. Nhưng hiện nay nó cũng có thể dùng để mô tả tình trạng sa xuống của bất kỳ cơ quan nào.

<sup>h</sup> Hugh Pemberton (1891 – 1956), bác sĩ người Anh công tác ở Liverpool.



## T&O'C essentials

1. Thăm khám dễ dàng khi cho BN ngồi cạnh mép giường.
2. Như thường lệ, thăm khám từ tổng quát đến chi tiết. Đặc biệt chú ý đến các dấu hiệu của suy hô hấp và tím tái.
3. Yêu cầu BN ho và kiểm tra đờm trong cốc.
4. Thùy trên có thể khó đánh giá nhưng nên chú ý nhiều đến sự di lệch khí quản và sự di động của xương đòn từ bên trên và phía sau.
5. Một số dấu hiệu ở ngoài vùng ngực có thể đánh giá bất thường ở phổi như dấu ngón tay dùi trống hay hội chứng Horner.
6. Ran nổ nhỏ cuối kỳ hít vào của bệnh phổi kẽ rất đặc trưng và dễ ghi nhớ khi được nghe qua.

## OSCE ôn tập

### Thăm khám bệnh lý hô hấp

**Topic này thường hay gặp trong OSCE, sẽ giúp ích khi ôn tập lại.**

1. Người đàn ông này ho ra máu. Hãy thăm khám cho anh ta.
2. Cô gái này bị ho. Hãy thăm khám cho cô ấy.
3. Người đàn ông này bị đau vùng ngực. Hãy thăm khám cho ông ta.
4. Người đàn ông này bị nghiện thuốc là. Hãy thăm khám cho ông ta.

Trần Nam Anh

*Cuộc sống không thể được duy trì mà không có hô hấp, cũng không thể thở được mà không chuyển động.**Crooke, Body of Man (1615)*

## 11.1. SUY HÔ HẤP

### List 11.1. Các nguyên nhân gây suy hô hấp.

#### Bệnh phổi

- COPD hay hen suyễn.
- Tràn dịch màng phổi lượng nhiều.
- Viêm phổi.
- Phù phổi không do tim (hít phải khí độc).
- Thuyên tắc phổi.
- Chấn thương ngực hoặc tràn khí màng phổi.

#### Tắc nghẽn đường hô hấp

- Hít phải vật lạ.
- Chấn thương mặt hoặc cổ.
- Phù mạch.
- Viêm nắp thanh quản hoặc viêm họng.
- Bất tỉnh và hít phải dị vật – mất những phản xạ để bảo vệ đường thở.

#### Nguyên nhân không do hô hấp

- Thiếu máu.
- Đái tháo đường nhiễm ceton acid.
- Sự lo lắng và tăng thông khí.

Một bệnh hô hấp nặng có thể là một trường hợp cấp cứu y tế. Nhiều bệnh hô hấp được thảo luận dưới đây và một số bệnh không thuộc hô hấp (xem List 11.1) có thể gây ra vấn đề về đường hô hấp cấp tính và điều quan trọng là phải nhận ra dấu hiệu gợi ý một vấn đề cấp bách. Những dấu hiệu đó bao gồm:

- Tím tái hoặc SpO<sub>2</sub> thấp trên máy đo.
- Co kéo các cơ hô hấp phụ.
- Không có khả năng nói chuyện.
- Nhịp thở quá nhanh hoặc quá chậm.
- Dấu hiệu kiệt sức.
- Phế trường im lặng.
- Thở rít (tắc nghẽn đường thở).
- Ngủ gà.
- Chấn thương ngực.

- Nhịp tim nhanh.
- Mạch nghịch.

Có thể có những dấu hiệu của một bệnh hô hấp nên (xem Bảng 11.1).

**Bảng 11.1. So sánh dấu hiệu thực thể ở ngực trong các bệnh hô hấp.**

Rối loạn	Di lệch trung thất	Di động thành ngực	Gõ	Phế âm	Âm thanh khác
<b>Đông đặc</b>	Không	Giảm trên vùng bị ảnh hưởng	Đục	Phế quản	Rale nổ
<b>Xẹp</b>	Thay đổi cùng bên	Giảm trên vùng bị ảnh hưởng	Đục	Mất hoặc giảm	Không có
<b>Tràn dịch màng phổi</b>	Tim dịch chuyển sang phía đối diện (khí quản chỉ bị đẩy lệch nếu lượng nhiều)	Giảm trên vùng bị ảnh hưởng	Rất đục	Không có ở vùng có dịch; có thể có tiếng phế quản ở giới hạn trên	Không có; tiếng cọ màng phổi có thể được nghe thấy ở trên vùng tràn dịch
<b>Tràn khí màng phổi</b>	Khí quản lệch sang bên đối diện nếu tràn khí màng phổi áp lực	Giảm trên vùng bị ảnh hưởng	Vang	Không có hoặc giảm nhiều	Không có
<b>Hen phế quản</b>	Không	Giảm đối xứng	Bình thường hoặc giảm	Bình thường hoặc giảm	Thở khò khè
<b>Xơ phổi kẽ</b>	Không	Giảm đối xứng (tối thiểu)	Bình thường không bị ảnh hưởng bởi cơn ho hoặc tư thế	Bình thường	Rales nổ cuối hoặc toàn kỳ thở vào trên thùy bị ảnh hưởng

## 11.2. ĐÔNG ĐẶC PHỔI (VIÊM PHỔI THÙY)

Viêm phổi được định nghĩa là tình trạng viêm của phổi mà đặc trưng là sự tiết dịch vào các phế nang (xem Good signs guide 11.1). Những thay đổi đậm độ mới trên phim X quang xuất hiện trong một hoặc nhiều phân thùy hay thùy phổi. Viêm phổi hiện nay được phân loại gồm:

- Ở cộng đồng (CAP).
- Ở bệnh viện.
- Xảy ra trong phổi đã bị tổn thương (ví dụ như là hậu quả của sự hít vào).
- Xảy ra ở người bị suy giảm miễn dịch.

Cách phân loại này cho phép dự đoán các khả năng của tác nhân gây bệnh và hỗ trợ trong việc lựa chọn kháng sinh để điều trị. Các dấu hiệu của viêm phổi thùy là rất đặc trưng và biểu hiện trên lâm sàng với sự đông đặc phổi.

Bệnh sử có thể xuất hiện đột ngột như khó chịu, đau ngực, khó thở và sốt. BN có thể có biểu hiện rất yếu ớt và dấu hiệu sinh tồn – bao gồm nhiệt độ, nhịp thở và huyết áp –

phải được ghi lại. Có thể là dấu hiệu của triệu chứng xanh tím và kiệt sức ở những BN yếu ớt. Cụm từ viêm phế quản – phổi liên quan đến nhiễm trùng phổi mà đặc trưng bởi sự thay đổi loang lổ của X quang hơn bình thường ảnh hưởng đến cả những thùy dưới. Các dấu hiệu lâm sàng của đông đặc có thể không có.

### Good signs guide 11.1. Viêm phổi.

Dấu hiệu	LR+	LR –
<b>Quan sát tổng trạng</b>		
– Sa sút trí tuệ	4,0	NS
– Dấu hiệu sinh tồn	3,4	0,95
– Thân nhiệt > 37,8°C	2,4	0,58
– Tần số thở > 25 lần/phút	1,5	0,8
<b>Nhịp tim</b>		
– > 100 nhịp/phút	2,3	0,49
<b>Những dấu hiệu của phổi</b>		
– Gõ đục	4,3	0,79
– Giảm phế âm	2,5	0,6
– Âm phế quản	3,5	0,9
– Tiếng thổi vò	5,3	0,76
– Rales nổ	3,5	0,62
– Thở khò khè	1,4	0,76
<i>NS: không có ý nghĩa lâm sàng</i>		

#### 11.2.1. Triệu chứng cơ năng

- Ho (đau và khan lúc đầu).
- Sốt và rét run.
- Đau ngực kiểu màng phổi.
- Khó thở.
- Nhịp tim nhanh.
- Lú lẫn.

#### 11.2.2. Triệu chứng thực thể

- Độ dẫn nờ: giảm trên vùng bị ảnh hưởng.
- Rung thanh: tăng trên vùng bị ảnh hưởng (trong bệnh ngực khác dấu hiệu này là rất ít sử dụng).
- Gõ: đục, nhưng không quá đục.
- Phế âm: kiểu phế quản.

– Âm thanh khác: xuất hiện rale nổ ở giữa, cuối hoặc toàn thì hít vào khi tình trạng viêm phổi được cải thiện.

– Cộng hưởng âm: tăng.

– Tiếng cọ màng phổi: có thể có.

### **11.2.3. Nguyên nhân của viêm phổi cộng đồng**

– Streptococcus pneumoniae (> 30%).

– Chlamydia pneumoniae (10%).

– Mycoplasma pneumoniae (10%).

– Legionella pneumoniae (5%).

## **11.3. XỆP PHỔI**

Nếu một phế quản bị tắc bởi một khối u, ứ đọng chất tiết hoặc một sự hiện diện kéo dài của một dị vật trong đường hô hấp, không khí trong các phân của phổi được cung cấp bởi các phế quản được hấp thụ và gây xẹp phần phổi bị ảnh hưởng.

### **11.3.1. Triệu chứng**

– Khí quản: bị kéo lệch về phía bên bị xẹp.

– Dẫn nở lồng ngực: giảm bên tổn thương với thành ngực phẳng.

– Gõ: đục trên vùng bị xẹp.

– Phế âm: giảm, thường không có âm phế quản trên khu vực của xẹp phổi khi khối u là nguyên nhân gây ra, làm cho đường thở không mở ra được.

Lưu ý: (1) có thể không có dấu hiệu khi xẹp hoàn toàn thùy phổi, (2) những thay đổi xuất hiện sớm sau khi hít dị vật có thể gây phỏng quá mức bên bị ảnh hưởng.

### **11.3.2. Nguyên nhân**

– Trong lòng phế quản: chất nhầy (ví dụ như sau phẫu thuật, bệnh hen suyễn, bệnh xơ nang), dị vật.

– Thành phế quản: carcinoma phế quản.

– Ngoài thành phế quản: hạch to xung quanh phế quản, phình động mạch chủ.

## **11.4. TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI**

Đây là một sự ứ đọng các chất dịch trong khoang màng phổi. Lưu ý rằng những chất dịch trong khoang màng phổi có thể bao gồm máu (haemothorax), dưỡng chấp (chylothorax) hoặc mủ màng phổi đều được gọi tên cụ thể và không được gọi là tràn dịch màng phổi, mặc dù các dấu hiệu thực thể là tương tự nhau.

### **11.4.1. Triệu chứng**

– Khí quản và mỏm tim: bị đẩy lệch sang bên đối diện.

– Dẫn nở lồng ngực: giảm trên vùng bị ảnh hưởng.

– Gõ: rất đục khi có dịch.

– Tiếng thở: giảm hoặc không có, vùng phổi phía trên dịch nghe được âm phế quản do khối dịch tạo áp lực đè ép vào nhu mô phổi.

– Cộng hưởng âm: giảm.

### 11.4.2. Nguyên nhân

– Dịch thấm (tiêu chuẩn Light): (1) suy tim; (2) giảm albumin do hội chứng thận hư hoặc bệnh gan mạn tính; (3) suy giáp.

– Dịch tiết (tiêu chuẩn Light<sup>a</sup>): (1) viêm phổi; (2) u tân sinh (carcinoma phế quản, ung thư di căn, u trung biểu mô); (3) bệnh lao; (4) nhồi máu phổi; (5) áp xe dưới hoành; (6) viêm tụy cấp; (7) bệnh mô liên kết (viêm khớp dạng thấp, lupus ban đỏ hệ thống); (8) thuốc (methysergide, cytotoxics); (9) chiếu xạ; (10) chấn thương; (11) hội chứng Meigs<sup>b</sup> (u xơ buồng trứng gây tràn dịch màng phổi và cổ chướng).

– Haemothorax (máu trong khoang màng phổi): (1) chấn thương nặng ở ngực; (2) vỡ của các màng phổi dính chứa các mạch máu.

– Chylothorax (tràn dịch dưỡng chấp màng phổi do rò rỉ bạch huyết): (1) chấn thương hoặc phẫu thuật ở ống ngực; (2) ung thư hoặc lymphoma liên quan đến ống ngực.

– Viêm mũ màng phổi (mủ trong khoang màng phổi): (1) viêm phổi; (2) áp xe phổi; (3) dẫn phế quản; (4) bệnh lao; (5) vết thương ngực thấu ngực.

## 11.5. HỘI CHỨNG MÓNG VÀNG



**Hình 11.1. Hội chứng móng vàng, (a) bàn tay, (b) bàn chân.**

Đây là một bệnh hiếm gặp gây ra do sự thiếu sản của hệ bạch huyết. Các móng dày lên, có màu vàng (xem Hình 11.1) và có sự tách biệt của đầu các móng ra khỏi giường móng (bong móng). Nó có thể đi kèm với tình trạng tràn dịch màng phổi, dẫn phế quản và thường có phù bạch huyết ở chân.

<sup>a</sup> Định nghĩa dịch tiết là một dịch chất có ít nhất một trong những tiêu chuẩn sau đây: (1) protein dịch/protein huyết thanh > 0,5; (2) LDH dịch màng phổi/huyết thanh > 0,6; (3) LDH dịch màng phổi > 2/3 so với giới hạn trên bình thường của huyết thanh. Những dịch không thỏa những điều kiện trên gọi là dịch thấm.

<sup>b</sup> Joe Vicent Meigs (1892 – 1963), giáo sư chuyên ngành phụ khoa tại Harvard, mô tả hội chứng này vào năm 1937.

## 11.6. TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI

Rò khí từ phổi hoặc thành ngực vào khoang màng phổi gây tràn khí màng phổi.

### 11.6.1. Triệu chứng

- Dẫn nở ngực: giảm ở vùng bị ảnh hưởng.
- Gõ: tăng vang nếu tràn khí màng phổi nhiều.
- Phế âm: giảm đáng kể hoặc mất hẳn.
- Có thể có tràn khí dưới da.
- Có thể không có dấu hiệu nếu tràn khí màng phổi lượng ít (dưới 30%).

### 11.6.2. Nguyên nhân

#### Nguyên phát

– Tự phát: vỡ bóng khí dưới màng phổi, thường xuất hiện ở nam thanh niên cao, lớn, trẻ, khỏe mạnh.

#### Thứ phát

– Chấn thương: gãy xương sườn, vết thương thấu ngực hoặc trong quá trình hút dịch màng phổi hoặc màng ngoài tim.

– Do can thiệp của y tế: sau đặt catheter tĩnh mạch trung tâm.

– Khí phế thũng với vỡ bóng khí, thường ở BN trung niên hoặc cao tuổi bị bệnh tràn khí toàn thể.

– Nguyên nhân hiếm bao gồm bệnh hen suyễn, absces phổi, carcinoma phế quản, u hạt bạch cầu ái toan, u cơ trơn bạch mạch phổi ở phụ nữ tiền mãn kinh (LAM – lymphangioliomyomatosis), bệnh xơ hóa giai đoạn cuối hoặc hội chứng Marfan.

## 11.7. TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI ÁP LỰC

Điều này xảy ra khi có sự thông thương giữa phổi và khoang màng phổi, tổn thương tạo thành van một chiều, cho phép không khí vào khoang màng phổi trong thì hít vào và ngăn không cho không khí trở ra phổi lại trong thì thở ra. Tràn khí màng phổi áp lực gây nên áp lực ngày càng tăng trong khoang màng phổi; từ đó làm dịch chuyển trung thất gây đè ép, vặn xoắn và tắc các mạch máu lớn. Chính vì thế nó là một cấp cứu y khoa.

### 11.7.1. Dấu hiệu

- BN thường thở nhanh và tím tái và có thể hạ huyết áp.
- Khí quản và mỏm tim: lệch về phía đối diện bên bị ảnh hưởng.
- Dẫn nở ngực: giảm hoặc mất vùng bị ảnh hưởng.
- Gõ: tăng vang bên bị ảnh hưởng.
- Phế âm: mất.
- Cộng hưởng âm: mất.

## 11.7.2. Nguyên nhân

- Chấn thương.
- Thở máy ở áp lực cao.
- Tự phát (nguyên nhân hiếm gặp gây tràn khí màng phổi áp lực).

## 11.8. DẪN PHẾ QUẢN

Đây là một bệnh lý dẫn của phế quản, dẫn đến suy giảm đào thải chất nhầy và nhiễm trùng mạn tính. Một bệnh sử của ho mạn tính và có mủ đàm từ khi còn nhỏ hầu như có thể chẩn đoán.

### 11.8.1. Dấu hiệu

#### Suốt thời gian trầm trọng của bệnh.

- Dấu hiệu toàn thân: sốt, suy kiệt, viêm xoang (70%).
- Đàm: nhiều, có mủ, có mùi hôi, đôi khi có dính máu.
- Phế âm: rale nổ cuối hoặc toàn thì hít vào ở thùy phổi bị ảnh hưởng.
- Dấu hiệu của dẫn phế quản nặng: số lượng của đàm nhiều và ho ra máu, ngón tay dùi trống, tím tái, rale nổ lan rộng, dấu hiệu của tắc nghẽn đường thở, dấu hiệu suy hô hấp và tâm phế mạn, dấu hiệu của bệnh thoái hóa bột thứ phát (ví dụ như phù nề do protein niệu, suy tim, gan lách to, hội chứng ống cổ tay).

### 11.8.2. Nguyên nhân

- Bẩm sinh: (1) rối loạn lông chuyên nguyên phát (bao gồm cả hội chứng vô động lông mao); (2) xơ nang; (3) giảm gamma globuline bẩm sinh.
- Mắc phải: (1) nhiễm trùng lúc nhỏ (chẳng hạn như ho gà, viêm phổi hoặc bệnh sỏi); (2) bệnh cục bộ (dị vật, u hạch phế quản hoặc bệnh lao); (3) dẫn phế quản đầu gần trong dị ứng phế quản phổi do vi nấm aspergillus.

## 11.9. HEN PHẾ QUẢN

Hen được định nghĩa bởi nhiều cơn khò khè tái diễn kịch phát (hoặc ho từ nhỏ) do đường thở hẹp, trở nặng trong một thời khoảng ngắn.

### Triệu chứng

- Thở khò khè.
- Ho khan hoặc có đàm.
- Thở nhanh.
- Nhịp tim nhanh.
- Kéo dài thì thở ra.
- Kéo dài thời gian thở ra gắng sức (giảm lưu lượng đỉnh, giảm FEV<sub>1</sub>).
- Co kéo cơ hô hấp phụ.
- Hiện tượng căng dẫn lồng ngực (tăng đường kính trước sau với vai cao, giảm vùng



đục của gan).

– Hít vào và thở ra khò khè.

– Dấu hiệu của bệnh hen suyễn nặng: xuất hiện kiệt sức và sợ hãi, không có khả năng nói được vì khó thở, ngủ gà do tăng carbonic (hấp hối), tím tái (một dấu hiệu rất nguy hiểm), nhịp tim nhanh (trên 130 lần/phút tương quan với thiếu oxy máu đáng kể), mạch nghịch (hơn 20 mmHg), giảm hoặc mất phế âm.

## 11.10. BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD, hạn chế luồng không khí mạn tính; xem Good signs guide 11.2) gồm các bất thường từ khí phế thũng là chủ yếu, đặc điểm bệnh lý này là sự gia tăng quá mức bình thường kích thước vùng không khí ở phần xa của các tiểu phế quản tận; viêm phế quản mạn tính với phì đại tuyến nhầy, tăng số lượng tế bào đài và tăng tiết chất nhầy trong cây phế quản gây ho và khạc đàm mạn tính. COPD không gây ngón tay dùi trống hoặc ho ra máu. Khoảng 50% BN viêm phế quản mạn có bệnh khí phế thũng, do đó có thể có sự chồng chéo đáng kể những dấu hiệu lâm sàng. Chẩn đoán được đưa ra dựa vào 3 tiêu chí:

– Một bệnh sử của hút thuốc lá nhiều (hơn 40 gói – năm, LR = 12; dưới 20 gói – năm, LR = 0,5).

– Giảm phế âm.

– Từng được chẩn đoán khí phế thũng hoặc COPD.

Nếu hai hoặc ba trong số này hiện diện, giá trị LR+ chẩn đoán COPD là 25,7.

### Good signs guide 11.2. Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

Dấu hiệu	LR+	LR-
– Dấu hiệu Hoover (Trong khi hít vào, ngực di chuyển vào và bụng ra)	4,2	0,5
– Rale nổ sớm khi hít vào	NS	NS
– Khò khè	4,4	0,88
– Giảm đáng kể tiếng thở	2,6	0,66
– Thời gian thở ra gắng sức		
+ < 6 giây	0,6	
+ 6 – 9 giây	1,8	
+ > 9 giây	6,7	

*NS: không có ý nghĩa lâm sàng*

### 11.10.1. Triệu chứng

BN thường không xanh tím nhưng khó thở và thường được gọi là “khó thở môi hồng”. Các dấu hiệu là kết quả của sự căng phồng của lồng ngực.

– Ngực hình thùng với tăng đường kính trước sau.

– Thở mím môi (điều này xuất hiện trong khí phế thũng và không có trong viêm phế quản mạn tính): khép kín một phần môi làm tăng áp lực cuối kỳ thở ra và giữ đường thở

mở để giúp giảm thiểu các bẫy khí.

- Sử dụng cơ hô hấp phụ và co kéo các cơ liên sườn thấp ở thì hít vào.
- Ngủ gà hoặc thậm chí hôn mê có thể là một dấu hiệu của việc ứ CO<sub>2</sub> cho thấy sự xấu đi của tình trạng tăng CO<sub>2</sub> mạn tính của BN. Có thể gây ra bởi sự cung cấp oxy (qua mask) liên tục làm giảm điều hòa hô hấp. Đây là suy hô hấp loại II <sup>c</sup>.
- Ứ CO<sub>2</sub> cũng dẫn đến ấm các chi, mạch dội và đôi khi là dấu hiệu run vẩy.
- Sờ: giảm sự dẫn nở và ngực căng, dấu hiệu Hoover, khí quản co kéo.
- Gõ: tăng vang với giảm vùng đục của gan.
- Phế âm: giảm, rale nổ sớm khi hít vào.
- Khò khè là thường không có.
- Dấu hiệu của suy tim phải có thể xảy ra, nhưng chỉ trong trường hợp bệnh tiến triển kéo dài.

### **11.10.2. Nguyên nhân của bệnh khí thũng thông thường**

- Thường gặp là hút thuốc lá.
- Thỉnh thoảng, thiếu alpha 1 – antitrypsin.

## **11.11. VIÊM PHẾ QUẢN MẠN**

Điều này được xác định trên lâm sàng với khạc đàm hàng ngày trong ba tháng/một năm cho ít nhất hai năm liên tiếp. Hiện nay, nó không được chẩn đoán như là một thực thể riêng biệt với COPD và có lẽ mối quan tâm chủ yếu là bệnh sử.

### **11.11.1. Triệu chứng**

Các dấu hiệu là hậu quả của sự tăng tiết phế quản và tắc nghẽn đường hô hấp.

- Ho khạc đàm (chất nhầy hoặc mũ nhầy), đặc biệt vào buổi sáng sau khi thức dậy ngay và giảm bớt vào ban ngày.
- Xanh tím: những BN này đôi khi được gọi “phù tím”, vì sự có mặt tím tái trong các giai đoạn sau và phù nề liên quan đến suy thất phải.
- Sờ: ngực căng với giảm dẫn nở.
- Gõ: tăng cộng hưởng.
- Phế âm: giảm, khò khè cuối thì thở ra và rale nổ đầu thì hít vào.
- Dấu hiệu của suy thất phải

### **11.11.2. Nguyên Nhân**

Hút thuốc lá là nguyên nhân chính, nhưng nhiễm trùng phế quản tái phát có thể gây ra sự tiến triển của bệnh.

---

<sup>c</sup> Gọi là suy hô hấp loại II. Suy hô hấp loại I khi PCO<sub>2</sub> bình thường hoặc thấp, có thể do các bệnh lý hô hấp cấp tính (hen, viêm phổi, tràn khí màng phổi) hoặc các bệnh lý hô hấp mạn tính (bệnh phổi mô kẽ).

## 11.12. BỆNH PHỔI MÔ KẾ

### List 11.2. Bệnh phổi mô kế.

---

#### Thứ phát từ viêm phế nang (trước đây gọi là viêm xơ hóa phế nang)

- Nguyên nhân không rõ
- + Xơ hóa phổi tự phát.
- + Bệnh mô liên kết (như bệnh lupus ban đỏ hệ thống, viêm khớp dạng thấp, viêm cột sống dính khớp, xơ cứng toàn thân).
- + Hội chứng xuất huyết phổi (hội chứng Goodpasture).
- + Bệnh lý mảnh ghép kháng lại vật chủ.
- + Bệnh tiêu hóa hoặc bệnh gan (xơ gan mật nguyên phát, viêm gan mạn dạng hoạt động).
- Nguyên nhân rõ ràng
- + Bệnh bụi phổi.
- + Tổn thương do bức xạ.
- + Viêm phổi hít.
- + Thuốc (amiodarone).
- + Tiếp xúc với khí hoặc khói.

#### Thứ đến bệnh u hạt

- Nguyên nhân không rõ
  - + Sarcoidosis.
  - + Bệnh Wegener, bệnh Churg – Strauss.
  - Nguyên nhân được biết rõ
  - + Viêm phổi quá mẫn với bụi hữu cơ hay bụi vô cơ (silica, beryllium).
- 

Xơ hóa lan tỏa của nhu mô phổi làm giảm trao đổi khí và gây ra bất tương xứng giữa thông khí và tưới máu. Xơ hóa này có thể là kết quả của tình trạng viêm (viêm phế nang và viêm mô kẽ) hoặc bệnh lý u hạt (xem List 11.2). Nó thường không có nguyên nhân (xơ hóa mô kẽ vô căn) hoặc thứ phát do một căn bệnh không rõ nguyên nhân (ví dụ như bệnh sarcoidosis, bệnh mô liên kết). Nó có thể do hít phải bụi khoáng (xơ hóa trung tâm), thay thế các mô phổi sau bệnh gây hại cho phổi (ví dụ như viêm phổi hít, lao phổi). Bệnh collagen và viêm mạch cũng là nguyên nhân quan trọng.

#### Ghi nhớ 3C:

- Cough (dry): ho khan.
- Clubbing: ngón tay dùi trống.
- Crackles: rale nổ.

#### 11.12.1. Triệu chứng

- Toàn thân: khó thở, tím tái và ngón tay dùi trống có thể có.
- Sờ: giảm nhẹ sự dẫn nở lồng ngực.
- Nghe: rale nổ mịn (như tiếng gỡ dây Velcro) vào cuối thì hoặc toàn thì hít vào trên vùng phổi bị ảnh hưởng.

– Dấu hiệu của bệnh mô liên kết liên quan: viêm khớp dạng thấp, lupus ban đỏ hệ thống, xơ cứng bì, hội chứng Sjögren, viêm đa cơ và viêm da cơ.

### 11.12.2. Nguyên nhân

#### Thùy trên: SCART

- Silicosis: bụi phổi Silic (xơ hóa lớn tiền triển), sarcoidosis.
- Coal workers' pneumoconiosis: bệnh bụi phổi than đá (xơ hóa lớn tiền triển), xơ nang, bệnh viêm phế quản dị ứng mạn tính, viêm phổi tăng bạch cầu ái toan mạn tính.
- Ankylosing spondylitis: viêm cột sống dính khớp, dị ứng phế quản phổi do aspergillus, hội chứng xuất huyết phế nang.
- Radiation: tia xạ
- Tuberculosis: lao.

#### Thùy dưới: RASIO

- Rheumatoid arthritis: viêm khớp dạng thấp, bệnh collagen mạch máu khác.
- Asbestosis: bệnh bụi phổi amiang, dị ứng phế nang cấp, viêm phổi tăng bạch cầu ái toan cấp.
- Scleroderma: xơ cứng bì (xơ cứng hệ thống).
- Idiopathic interstitial fibrosis: xơ hóa mô kẽ vô căn.
- Other: khác (thuốc như busulfan, bleomycin, nitrofurantoin, hydralazine, methotrexate, amiodarone).

## 11.13. LAO

### 11.13.1. Lao nguyên phát

Anton Ghon<sup>d</sup> cho rằng hạch rốn phổi thường xảy ra ở trẻ em.

Thông thường không tìm thấy dấu hiệu bất thường ở ngực, nhưng thỉnh thoảng xuất hiện xẹp các phân thùy do tắc nghẽn phế quản bởi các hạch bạch huyết rốn phổi. Hồng ban nút là một dấu hiệu kèm theo quan trọng, nhưng rất hiếm.

### 11.13.2. Lao hậu nguyên phát

Các nguyên nhân của bệnh lao hậu nguyên phát hoặc lao người lớn là sự kích hoạt của tổn thương nguyên phát hoặc đôi khi là do tái nhiễm. Úc chế miễn dịch và suy dinh dưỡng dẫn đến các sự tái hoạt của lao.

Thường không có dấu hiệu ở ngực. Những manh mối để chẩn đoán là những triệu chứng cổ điển như ho, ho ra máu, sụt cân, ra mồ hôi đêm và khó chịu.

### 11.13.3. Lao kê

Trực khuẩn lao theo đường máu đến các cơ quan và hình thành những nốt lao kê tại

---

<sup>d</sup> Anton Ghon (1866 – 1963), một nhà bệnh học và giáo sư ngành giải phẫu người Áo ở Prague. Ông mô tả đặc điểm tổn thương này vào năm 1912.

lách, gan, hạch bạch huyết, thận, não hay khớp. Thể lao kê rất phức tạp ở cả trẻ em và người lớn.

Sốt, thiếu máu và suy kiệt là những triệu chứng tổng quát. BN cũng có thể khó thở và tràn dịch màng phổi, hạch, gan lách to hoặc có dấu hiệu của viêm màng não.

### 11.14. CHÈN ÉP TRUNG THẤT

Cấu trúc trung thất có thể bị chèn ép bởi các khối bệnh lý, bao gồm cả ung thư phổi (90%), các khối u khác (lymphoma, thymoma, u bì), bướu giáp lớn sau xương ức hoặc hiếm hơn như phình động mạch chủ.



**Hình 11.2. Tắc tĩnh mạch chủ trên (a) nhìn từ phía trước (b) nhìn từ phía bên.**

#### Triệu chứng

– Tắc nghẽn tĩnh mạch chủ trên<sup>e</sup>: khuôn mặt sưng phù và xanh tím quanh mắt (xem Hình 11.2); mắt có thể thấy lồi mắt, xung huyết kết mạc và dẫn các tĩnh mạch đáy mắt; tĩnh mạch cổ nổi nhưng không theo nhịp đập, tuyến giáp có thể to và có thể có hạch thượng đòn và dấu Pemberton dương tính; dẫn mạch máu bàng hệ ở ngực hoặc dấu hiệu của ung thư phổi.

- Chèn ép khí quản nén: thở rít, thường đi kèm với suy hô hấp.
- Ảnh hưởng đến thần kinh quặt ngược thanh quản gây khàn giọng.
- Hội chứng Horner.

– Liệt dây thần kinh cơ hoành: gõ đục tại các vùng bị ảnh hưởng, mà không thay đổi khi hít vào sâu (bình thường sẽ gõ vang) và không có phé âm gợi ý chẩn đoán liệt hoành

<sup>e</sup> Đầu tiên được mô tả bởi William Hunter (1718 – 1783) ở BN có phình động mạch chủ do giang mai.

do dây thần kinh.

### **11.14.1. Ung thư phổi**

Nhiều BN không có triệu chứng.

#### **11.14.1.1. Triệu chứng ở ngực và hô hấp**

- Ho ra máu.
- Ngón tay dùi trống, đôi khi có phì đại xương khớp (thường không có ở carcinoma tế bào nhỏ).
- Xẹp thùy phổi hoặc mất phế âm.
- Viêm phổi.
- Tràn dịch màng phổi.
- Thở khò khè cố định thì hít vào.
- Nhạy đau trên xương sườn (lắng động thứ phát của u trên xương sườn).
- Chèn ép trung thất, bao gồm các dấu hiệu liên quan thần kinh.
- Hạch thượng đòn hoặc hạch nách.

#### **11.14.1.2. U đỉnh phổi**

Triệu chứng: hội chứng Horner, liệt dây thần kinh quặt ngược thanh quản (khàn giọng) do tổn thương rễ thần kinh C8/T1.

#### **11.14.1.3. Di căn xa**

Não, gan và xương là những cơ quan bị ảnh hưởng nhiều nhất.

#### **11.14.1.4. Biểu hiện ngoài phổi của các u không di căn**

- Chán ăn, sụt cân, suy mòn, sốt.
- Thay đổi nội tiết:
  - + Tăng calci máu, do bài tiết các chất giống hormone tuyến cận giáp, xảy ra trong carcinoma tế bào vảy.
  - + Hạ natri máu: hormone chống bài niệu được tiết bởi carcinoma tế bào nhỏ.
  - + Hormone hướng vỏ thượng thận (ACTH) carcinoma tế bào nhỏ.
  - + Hội chứng carcinoid<sup>f</sup>.
  - + Nữ hóa tuyến vú – hiếm; thường gặp hơn ở carcinoma tế bào vảy.
  - + Hạ đường huyết: peptide giống như insulin trong carcinoma tế bào vảy.

---

<sup>f</sup> Đây là khối u thần kinh nội tiết hiếm gặp ở khí quản nhưng lại thường gặp ở đường tiêu hóa nhất là ruột non. Khối u này tiết ra chất 5 – HT (5 – Hydroxyltryptophan). Chất này thường được loại bỏ khỏi hệ thống tuần hoàn khi qua gan, nhưng khi có ung thư gan di căn thì chất này sẽ xuất hiện trong hệ thống tuần hoàn và gây nên triệu chứng khò khè và đỏ bừng mặt gọi là hội chứng carcinoid.

– Biểu hiện thần kinh: hội chứng Eaton – Lambert <sup>g</sup> (yếu cơ tiến triển) và mù võng mạc (carcinoma tế bào nhỏ), bệnh thần kinh ngoại biên, thoái hóa tiểu não bán cấp, viêm đa cơ, thoái hóa vỏ não.

– Huyết học: viêm tĩnh mạch huyết khối do bị đẩy lệch (migrating venous thrombophlebitis), đông máu nội mạch rải rác (DIC – disseminated intravascular coagulation), thiếu máu.

– Da: dấu gai đen (acanthosis nigricans), viêm da cơ (hiếm).

– Thận: hội chứng thận hư do viêm cầu thận màng (hiếm).

## **11.15. SARCOIDOSIS**

Đây là một bệnh hệ thống, đặc trưng bởi sự hiện diện của các u hạt bất tử (non – caseating) ảnh hưởng đến phổi, da, mắt, các hạch bạch huyết, gan, lách và hệ thần kinh. Các nguyên nhân chưa được biết rõ. Có thể không có các triệu chứng ở phổi.

### **11.15.1. Triệu chứng ở phổi**

– Phổi: thông thường không có dấu hiệu, mặc dù 80% BN có liên quan đến phổi. Trong trường hợp nặng có thể có dấu hiệu của bệnh phổi mô kẽ.

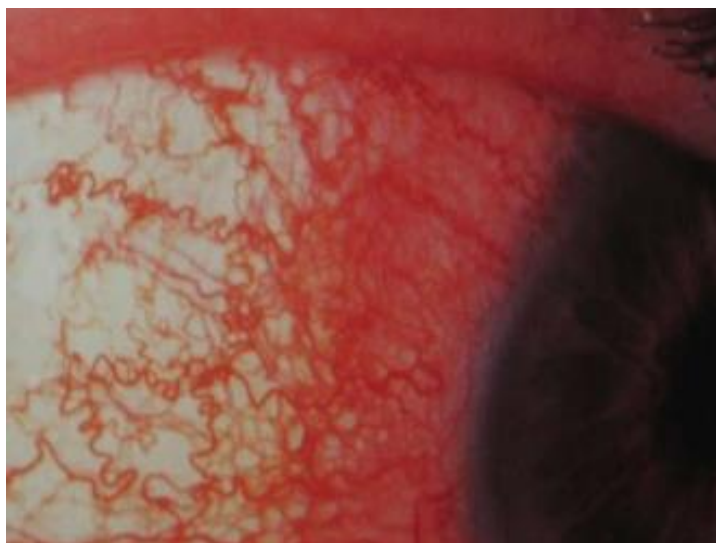
### **11.15.2. Dấu hiệu ngoài phổi**



**Hình 11.3. Lupus pernio.**

---

<sup>g</sup> ML Eaton (1905 – 1958), một bác sĩ người Mỹ và EH Lambert (1915 – 2003), bác sĩ thần kinh người Mỹ.



**Hình 11.4. Cường tụ thể mi.**

- Da: lupus pernio (xem Hình 11.3 – mảng màu tím trên mặt, đặc biệt là mũi, ngón tay hoặc ngón chân), nốt màu hồng và các mảng (u hạt – granulomata) trên vết sẹo cũ, hồng ban nút ở cẳng chân.
- Mắt: cường tụ thể mi, viêm màng bồ đào trước.
- Các hạch bạch huyết: hạch to toàn thân.
- Gan và lách to (không thường gặp).
- Phì đại tuyến mang tai (không thường gặp).
- Hệ thần kinh trung ương: tổn thương các dây thần kinh sọ, bệnh thần kinh ngoại biên (không thường gặp).
- Hệ cơ xương: đau khớp, ngón tay bị sưng nề, nang xương (hiếm).
- Tim: ức chế tim như ngất, tâm phế (cả hai hiếm).
- Dấu hiệu của tăng calci huyết.

## **11.16. THUYỀN TẮC PHỔI**

### **List 11.3. Yếu tố nguy cơ của thuyền tắc phổi.**

- Tiền sử thuyền tắc phổi trước đó.
- Không vận động (đi máy bay hay đi xe đường dài, đặc biệt là sau khi phẫu thuật – nguy cơ cao nhất với các phẫu thuật chỉnh hình chi dưới).
- Những bất thường yếu tố đông máu đã biết.
- Bệnh ác tính đã biết.

Huyết khối đến phổi thường xuất hiện mà không có triệu chứng hoặc dấu hiệu. Người ta phải luôn luôn nghĩ đến chẩn đoán này nếu có khởi phát đột ngột khó thở không rõ nguyên nhân khi BN có yếu tố nguy cơ thuyền tắc phổi (xem List 11.3). Đau ngực kiểu màng phổi và ho ra máu xảy ra khi có nhồi máu. Ngất hoặc khởi phát đau dữ dội sau xương ức một cách đột ngột có thể xảy ra với thuyền tắc lớn.



## Triệu chứng

- Dấu hiệu toàn thân: nhịp tim nhanh, thở nhanh, sốt (nhồi máu).
- Phổi: tiếng cọ màng phổi nếu nhồi máu đã xảy ra.
- Thuyên tắc lớn: tĩnh mạch cổ nổi, gallop thất phải, phập phồng thất phải, âm thổi do hở van 3 lá, sờ thấy thành phần phổi của tiếng tim thứ hai (P2), ngựa phi (S3 và/hoặc S4).
- Dấu hiệu của huyết khối tĩnh mạch sâu: ít hơn 50% BN có triệu chứng lâm sàng của bệnh nguyên.

Lưu ý: một chẩn đoán xác định không thể đưa ra dựa trên các triệu chứng và dấu hiệu đơn độc.

## T&O'C essentials

1. Suy hô hấp là một cấp cứu y khoa.
2. Thuyên tắc phổi phải được chú ý trong mọi tình huống khó thở đột ngột không rõ nguyên nhân, đặc biệt khi có đau ngực kiểu màng phổi.
3. Các dấu hiệu của hen nặng, phải được phát hiện không được chậm trễ. Đây là một bệnh lý có thể đe dọa tính mạng.

## OSCE ôn tập

### Các bệnh lý hô hấp

**Topic này thường hay gặp trong OSCE, sẽ giúp ích khi ôn tập lại.**

1. Khi X quang ngực của một BN nữ cho thấy tràn dịch màng phổi, hãy viết ra những dấu hiệu thực thể mà bạn nghĩ đến khi thăm khám.
2. Với một người đàn ông có ngón tay dùi trống, hãy khám hệ hô hấp của anh ấy. Bạn đang tìm kiếm điều gì đặc biệt?
3. X quang ngực của một người đàn ông cho thấy có đông đặc phổi. Những gì bạn muốn phát hiện khi thăm khám?
4. Hãy thăm khám người đàn ông này với COPD và cố gắng để đánh giá mức độ nặng của bệnh.

Thạch Minh Khánh

*Điều tra; hành động của tư duy đối với chân lý chưa được tìm ra.  
Samuel Johnson, A Dictionary of the English Language (1775)*

## 12.1. TÓM TẮT THĂM KHÁM HÔ HẤP

### Text box 12.1. Tóm tắt thăm khám bệnh lý hô hấp.



**Hình 12.1. Thăm khám hệ hô hấp.**

**Tư thế ngồi (nếu không có chống chỉ định).**

#### 1. Quan sát tổng trạng

- Đàm (máu, mủ, ...).
- Kiểu ho.
- Tần số, biên độ hô hấp và kiểu thở lúc nghỉ.
- Sử dụng cơ hô hấp phụ.

#### 2. Bàn tay

- Ngón tay dùi trống.
- Tím (ngoại vi).
- Dấu nhuộm nicotine ở ngón tay.
- Sự suy yếu của hoạt động dạng – khớp ngón tay (ung thư phổi làm tổn thương đám rối thần kinh cánh tay).
- Đau cổ tay (bệnh xương khớp phi đại do phổi).

#### - Gõ

- + Vùng thượng đòn.
- + Lung.
- + Nách, hố nách.
- + Gõ đục ở đáy phổi (liệt hoành).

#### - Nghe

- + Phé âm.
- + Các âm thanh bất thường.
- + Cộng hưởng âm.

#### 6. Ngực trước

- + Nhìn: dấu hiệu của xạ trị, hoặc những dấu hiệu như mô tả ở trên.
- Sờ
- + Hạch thượng đòn.
- + Sự dẫn nở của lồng ngực.

- Mạch (nhịp tim nhanh, mạch nghịch).
- Dấu run vẩy (do ứ CO<sub>2</sub>).
- 3. Mặt**
- Hội chứng Horner – biểu hiện ở mắt (u đỉnh phổi).
- Tím trung ương: biểu hiện ở môi, miệng.
- Giọng khàn (liệt dây thần kinh quặt ngược thanh quản).
- Sung phù ở mắt: hút thuốc, tắc nghẽn tĩnh mạch chủ trên.
- 4. Khí quản**
- 5. Thành ngực sau**
- Nhìn
- + Hình dạng của lồng ngực và cột sống.
- + Các vết sẹo.
- + Tĩnh mạch nổi (xác định hướng của dòng chảy).
- Sờ
- + Hạch bạch huyết ở cổ.
- + Sự dẫn nở của thành ngực sau.
- + Sờ rung thanh.
- + Sờ rung thanh.
- + Sờ rung thanh.
- + Mỏm tim.
- Gõ
- Nghe: dấu Pemberton's (tắc nghẽn tĩnh mạch chủ trên).
- 7. Tim mạch (nằm đầu cao 45°)**
- Áp lực tĩnh mạch cảnh (tắc tĩnh mạch chủ trên).
- Bệnh tâm phế mạn.
- 8. Thời gian thở ra gắng sức**
- 9. Khác**
- Phù chi dưới, tím tái.
- Vú.
- Biểu đồ thân nhiệt (nhiễm trùng).
- Dấu hiệu của bệnh ác tính hoặc tràn dịch màng phổi: khám ngực, bụng, trực tràng, hạch bạch huyết,...
- Tần số hô hấp sau khi tập thể dục.

Yêu cầu BN cởi quần áo, bộc lộ đến vùng eo (nữ giới thì mặc một chiếc áo choàng) và ngồi một bên cạnh giường. Trong phòng khám hoặc thăm khám phẫu thuật có thể được thực hiện với BN ngồi trên ghế. Khi BN đi vào phòng khám thì quan sát BN có khó thở khi đi vào phòng hoặc lúc cởi quần áo hay không, quan sát đàm nếu có. Sự hiện diện của đàm mủ luôn chỉ điểm tình trạng nhiễm trùng đường hô hấp và một lượng lớn đàm mủ là chi tiết quan trọng của dẫn phế quản. Ho ra máu cũng là một dấu hiệu cần lưu ý. Tìm dấu hiệu khó thở khi nghỉ và đếm tần số hô hấp. Chú ý sự di động ngược chiều của bụng trong suốt thì hít vào (liệt cơ hoành). Tìm sự co kéo cơ hô hấp phụ và các cơ liên sườn thấp ở phía trước (dấu hiệu của khí phế thũng). Suy nhược toàn thân cũng cần được ghi nhận.

Nâng bàn tay của BN. Tìm ngón tay dùi trống, xanh tím ngoại vi, dấu ngả vàng ngón tay và thiếu máu. Chú ý nếu có teo các cơ nhỏ trên bàn tay và khó dạng ngón tay (ung thư phổi ảnh hưởng đám rối thần kinh cánh tay). Sờ nắn cổ tay nhẹ nhàng (bệnh xương khớp phì đại do phổi). Trong khi nắm tay BN, bắt động mạch quay xác định dấu mạch nghịch. Đo huyết áp nếu được chỉ định.

Trên khuôn mặt. Tìm dấu hiệu co đồng tử và sụp mi trên (hội chứng Horner do ung thư đỉnh phổi). Kiểm tra lưỡi, môi tìm dấu hiệu xanh tím trung ương.

Sờ nắn vị trí của khí quản. Đây là dấu hiệu quan trọng, do đó cần dành nhiều thời gian. Nếu khí quản lệch khỏi vị trí, chúng ta phải tập trung vào các dấu hiệu lâm sàng liên quan thùy trên. Ngoài ra nhìn và cảm nhận sự co kéo khí quản, nó là chỉ điểm của tắc nghẽn luồng không khí nghiêm trọng và cảm giác có việc sử dụng các cơ hô hấp phụ hay không. Bây giờ yêu cầu BN nói chuyện (khàn giọng) và sau đó ho, lưu ý xem đó là ho nhẹ, ho khan hoặc

---

ho như bò rống. Tiếp đó, đánh giá thời gian thở ra gắng sức (FET<sup>a</sup>). Chú ý nghe trong khi yêu cầu BN hít vào tối đa rồi thở ra nhanh và mạnh nhất có thể. Lưu ý âm thở khò khè và thời gian kéo dài vượt quá 3 giây là bằng chứng của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

Bước tiếp theo là khám ngực. Có thể bắt đầu từ phía trước hoặc phía sau đều được. Ưu điểm của bắt đầu từ phía sau là thường có nhiều dấu hiệu hơn, ngoại trừ dấu hiệu khí quản di lệch.

Khám lưng. Hãy tìm dấu hiệu của gù vẹo cột sống. Đừng quên viêm cột sống dính khớp, đó là nguyên nhân gây giảm sự dẫn nở lồng ngực và xơ hóa thùy trên. Tìm sẹo mổ ngực và tĩnh mạch nổi. Bất kỳ sự thay đổi nào ở da do xạ trị cũng cần được lưu ý.

Sờ nắn các hạch cổ từ phía sau. Sau đó khám sự dẫn nở lồng ngực ở thùy đỉnh, bằng cách quan sát qua vai của BN, nhận thấy xương đòn dịch chuyển trong quá trình hô hấp vừa phải. Bên bị ảnh hưởng sẽ thấy chậm hoặc giảm chuyển động. Sau đó dẫn nở thùy dưới bằng cách sờ nắn. Lưu ý sự bất đối xứng và giảm di động.

Bây giờ yêu cầu BN cùng đưa cả hai khuỷu tay về phía trước để di chuyển xương vai ra khỏi phế trường. Khám rung thanh và sau đó thực hiện gõ trên thành sau ngực.

Nghe: chú ý phế âm (phế âm bình thường hay tiếng thở phế quản) và cường độ của chúng (bình thường hoặc giảm). Lắng nghe âm thanh khác (tiếng nổ hay khò khè). Cuối cùng kiểm tra cộng hưởng âm. Nếu tìm thấy một sự bất thường khu trú, cố gắng xác định các thùy và phân thùy nào xuất hiện bất thường.

Quay trở lại thành trước ngực. Quan sát hình dạng lồng ngực một lần nữa, sự dẫn nở các tĩnh mạch, sự thay đổi da do xạ trị và những vết sẹo. Sờ nắn các hạch thượng đòn cẩn thận. Sau đó tiến hành gõ và nghe. Nghe lên cao quá nách. Trước khi kết thúc, sờ tìm hạch nách và khám vú.

Cho BN nằm tư thế đầu cao 45° và đo áp lực tĩnh mạch cảnh. Sau đó thăm khám vùng trước tim, ngực dưới và chi dưới để tìm các dấu hiệu của tâm phế mạn. Cuối cùng khám gan và đo thân nhiệt.

Hãy nhớ rằng hầu hết các nghiệm pháp thăm khám hô hấp đều phải có mục đích. Không phải thăm khám tất cả các phần đều cần thiết cho mọi BN.

---

## 12.2. CẬN LÂM SÀNG CHẨN ĐOÁN

### 12.2.1. Đánh giá chức năng hô hấp

#### 12.2.1.1. Thời gian thở ra gắng sức

Khám lâm sàng có thể được bổ sung bằng đánh giá thời gian thở ra gắng sức (FET). Đo thời gian BN thực hiện thở mạnh và hoàn toàn qua miệng sau khi hít một hơi thật sâu. Thời gian thở ra bình thường là 3 giây hoặc ít hơn. Lưu ý bất kỳ âm thanh khò khè hoặc ho nào xuất hiện. Sự gia tăng FET cho thấy có tắc nghẽn đường hô hấp. Tiền sử hút thuốc là một yếu tố nguy cơ đáng kể và một FET 9 giây hoặc nhiều hơn có giá trị tiên đoán của COPD (LR+ = 9,6). Một lưu lượng đỉnh kế (thiết bị đo lưu lượng phổi) hoặc phế dung kế, sẽ cung cấp một phép đo chính xác hơn về chức năng của phổi.

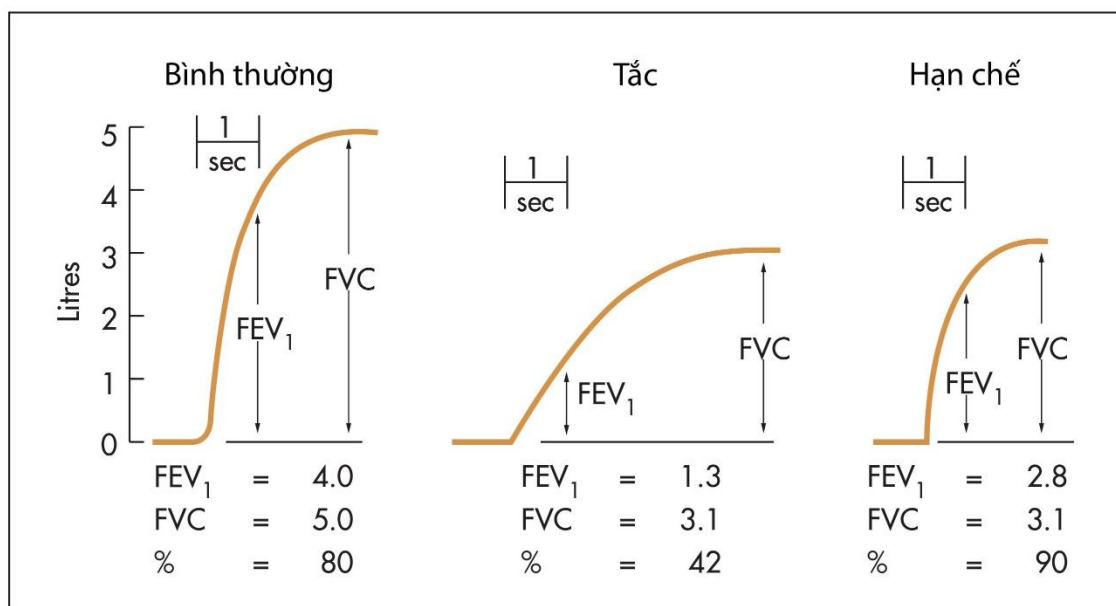
---

<sup>a</sup> Đây là dấu hiệu tương quan tốt giữa các nhà lâm sàng với kết quả của test là  $k = 0,7$ . Nó hầu hết cho kết quả chính xác nếu test này được thực hiện với đồng hồ bấm giờ.

### 12.2.1.2. Lưu lượng đỉnh kế

Máy đo lưu lượng đỉnh là một thước đo đơn giản được sử dụng để đo tốc độ dòng không khí thở ra tối đa. Một lần nữa yêu cầu BN hít một hơi thật sâu nhưng lâu hơn thì thở ra, sau đó thổi ra thật nhanh và mạnh tối đa có thể bằng miệng<sup>b</sup>. Giá trị thu được (lưu lượng đỉnh thở ra [PEF]) phụ thuộc phần lớn vào đường kính đường thở. Nam giới trẻ tuổi có giá trị bình thường khoảng 600 lít/phút và 400 lít/phút đối với phụ nữ trẻ tuổi. Các giá trị phụ thuộc vào tuổi tác, giới tính và chiều cao, vì vậy các bảng giá trị bình thường nên được tham khảo. Tắc nghẽn đường thở bởi bệnh hen suyễn hoặc COPD làm cho PEF giảm và nhiều giá trị khác nhau. Đó là một cách đơn giản để đánh giá và theo dõi BN có đường hô hấp tắc nghẽn nhưng phụ thuộc sự nỗ lực của BN. PEF hữu ích nhất khi được đánh giá chức năng hô hấp qua nhiều lần khác nhau.

### 12.2.1.3. Phế dung kế



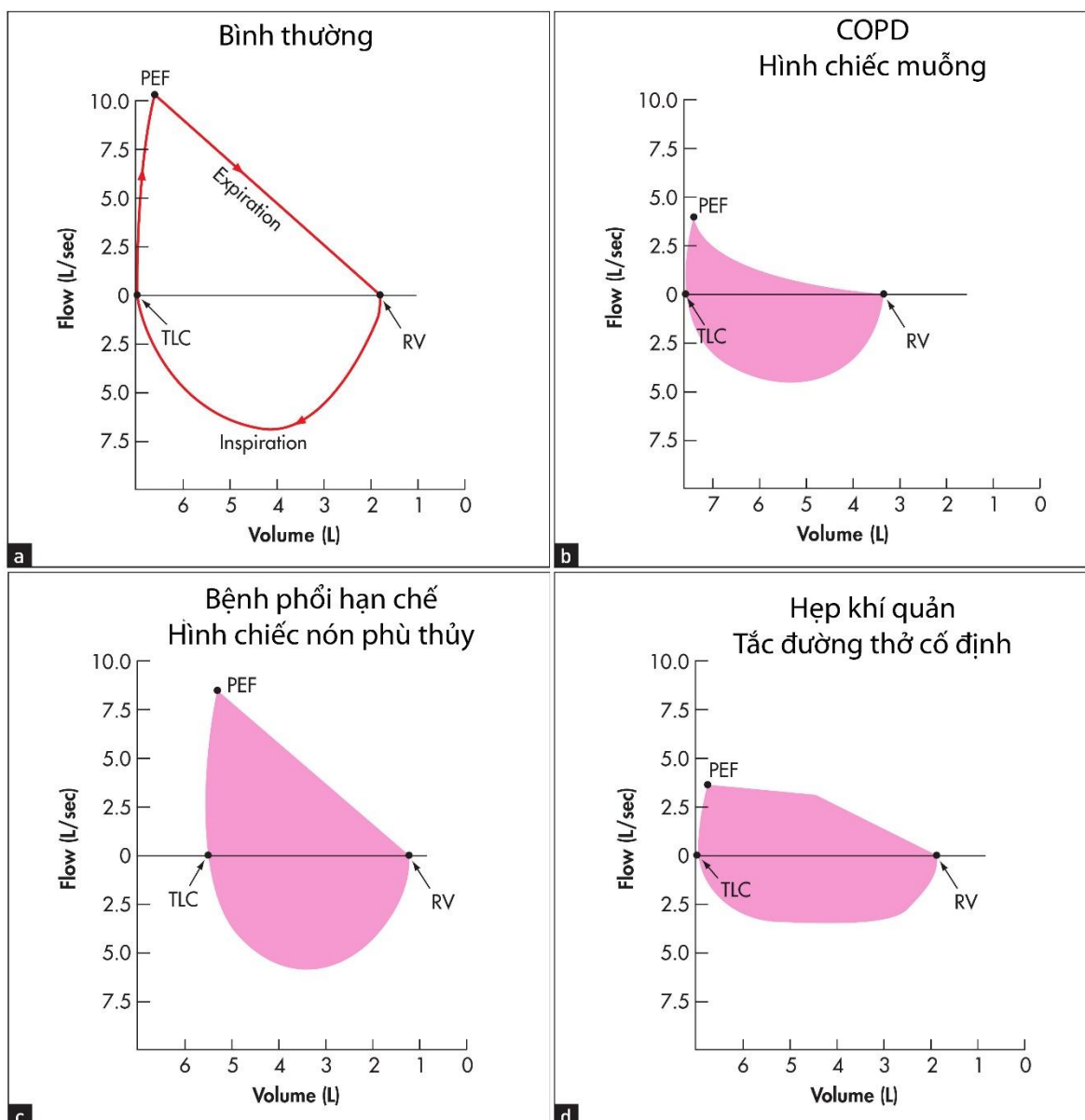
**Hình 12.2. Đồ thị đo phế dung kế.**

Các phế dung kế ghi chép lại đồ thị hoặc thể tích thở ra gắng sức và dung tích sống gắng sức (xem Hình 12.2). Thể tích thở ra gắng sức (FEV) là thể tích lượng không khí đi ra khỏi phổi sau khi hít vào tối đa và được đo trong một đơn vị thời gian<sup>c</sup>, thông thường là 1 giây (FEV<sub>1</sub>). Dung tích sống gắng sức (FVC) là tổng thể tích không khí đi ra khỏi phổi sau nỗ lực hít vào tối đa và thở ra gắng sức trong một lần thở. FVC thường gần bằng dung tích sống, nhưng trong tắc nghẽn đường thở nó có thể thấp hơn vì đường hô hấp đóng sớm. FVC thường được đo lại tốt nhất là ba lần và tính toán tỷ lệ FEV<sub>1</sub>/FVC thành một tỷ lệ phần trăm. Ở thanh niên khỏe mạnh, giá trị bình thường là 80%, nhưng điều này có thể giảm đến thấp nhất là 60% ở người già. Giá trị bình thường cũng thay đổi theo giới tính, độ tuổi, chiều cao và chủng tộc. Sự đảo ngược của tỷ lệ FEV<sub>1</sub>/FVC sau khi sử dụng thuốc

<sup>b</sup> Sinh viên nên phải thực hành điều này nhiều lần để không bối rối khi thực hiện điều này.

<sup>c</sup> Yêu cầu BN hít vào càng nhiều càng tốt và sau đó thở ra mạnh và nhanh chóng cho đến khi phổi rỗng.

dẫn phế quản là một test quan trọng phân biệt bệnh hen suyễn với COPD.



**Hình 12.3. Đường cong lưu lượng khí thở, nhìn vào hình dạng của đường cong trong mỗi trường hợp (từ (a) đến (d)). Một đường cong thể tích khí lưu thông bình thường là lồi và đối xứng. Trong bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD), tất cả các đường lưu lượng đều giảm và kéo dài thì thở ra (tạo nên một hình dạng cái muỗng). Trong bệnh phổi hạn chế ( xơ hóa phổi), các đường cong hẹp lại nhưng hình dạng vẫn bình thường (giống như một chiếc nón phù thủy). Trong tắc nghẽn đường thở cố định (hẹp khí quản), các đường cong có vẻ phẳng do cả thì hít vào lẫn thở ra bị hạn chế. PEF = lưu lượng đỉnh thở ra; TLC = tổng dung tích phổi; RV = thể tích khí cặn.**

– Khiếm khuyết thông khí do tắc nghẽn. Khi tỷ lệ  $FEV_1/FVC$  giảm ( $< 0,7$ ) điều này

gọi là một khiếm khuyết thông khí do tắc nghẽn. Cả hai giá trị có xu hướng giảm, nhưng FEV<sub>1</sub> lại giảm không tương xứng. Nguyên nhân là mất khả năng đàn hồi của phổi hoặc hẹp đường hô hấp gây ra, như trong bệnh hen suyễn hoặc COPD.

– Khiếm khuyết thông khí do hạn chế. Khi tỷ lệ FEV<sub>1</sub>/FVC là bình thường hoặc cao hơn bình thường, nhưng cả hai giá trị đều giảm, các đồ thị được mô tả như trên gọi là một khiếm khuyết thông khí hạn chế. Điều này xuất hiện trong bệnh lý của nhu mô phổi chẳng hạn như bệnh phổi mô kẽ, bệnh sarcoidosis hoặc khi sự dẫn nở phổi bị giảm gập trong viêm phổi hoặc bất thường thành ngực.

#### **12.2.1.4. Đường cong thể tích khí lưu thông**

Là một phần của đánh giá phế dung, đường cong thể tích lưu thông có thể được đo bằng cách sử dụng một thiết bị điện tử xách tay. Sự đo lường lưu lượng khí thở khi hít vào và thở ra để đánh giá chức năng thở ra mà không dựa vào thời gian. Đây là một thử nghiệm đơn giản và lặp lại dễ dàng thực hiện trong phòng khám chức năng hô hấp hoặc tại giường bệnh. FVC, FEV<sub>1</sub> và các giá trị lưu lượng khác (lưu lượng đỉnh) có thể được tính toán từ đường cong (xem Hình 12.3).

#### **12.2.2. Đo độ bão hòa oxy trong máu**

Đo độ bão hòa oxy (SpO<sub>2</sub>) liên tục trong máu động mạch của BN hiện nay có thể thực hiện dễ dàng với thiết bị đo oxy có sẵn. Các thiết bị này được sử dụng khá đơn giản như là một phần mở rộng của việc thăm khám thực thể, đặc biệt là đối với những BN suy hô hấp. SpO<sub>2</sub> giảm thấp có thể cho thấy xuất hiện một vấn đề xấu về hô hấp như kiệt sức ở BN bị hen suyễn nặng. Việc đo đạc này hữu ích cho bất kỳ BN nào xuất hiện tình trạng suy hô hấp hoặc những BN tím tái hoặc ngủ gà.

Dụng cụ đo được gắn vào ngón tay của BN hoặc dải tai. Sai lệch có thể xuất hiện đối với những BN giảm tưới máu mô vì lạnh hay sốc hoặc nếu móng tay được phủ bằng màu sơn móng tay. Hemoglobin thấp có thể gây kết quả thấp giả. Như với bất kỳ xét nghiệm nào, điều quan trọng là phải đảm bảo rằng kết quả là phù hợp với những biểu hiện lâm sàng. SpO<sub>2</sub> thấp ở một BN cảm thấy hoàn toàn bình thường thì kết quả đó gần như là sai lệch. Nói chung, kết quả  $\geq 95\%$  là đạt yêu cầu, khi  $< 90\%$  là rất bất thường và nó chỉ ra tình trạng suy hô hấp hoặc một bệnh lý nào đó trở nên nghiêm trọng (sốc nhiễm trùng hoặc một thuyên tắc phổi lớn).

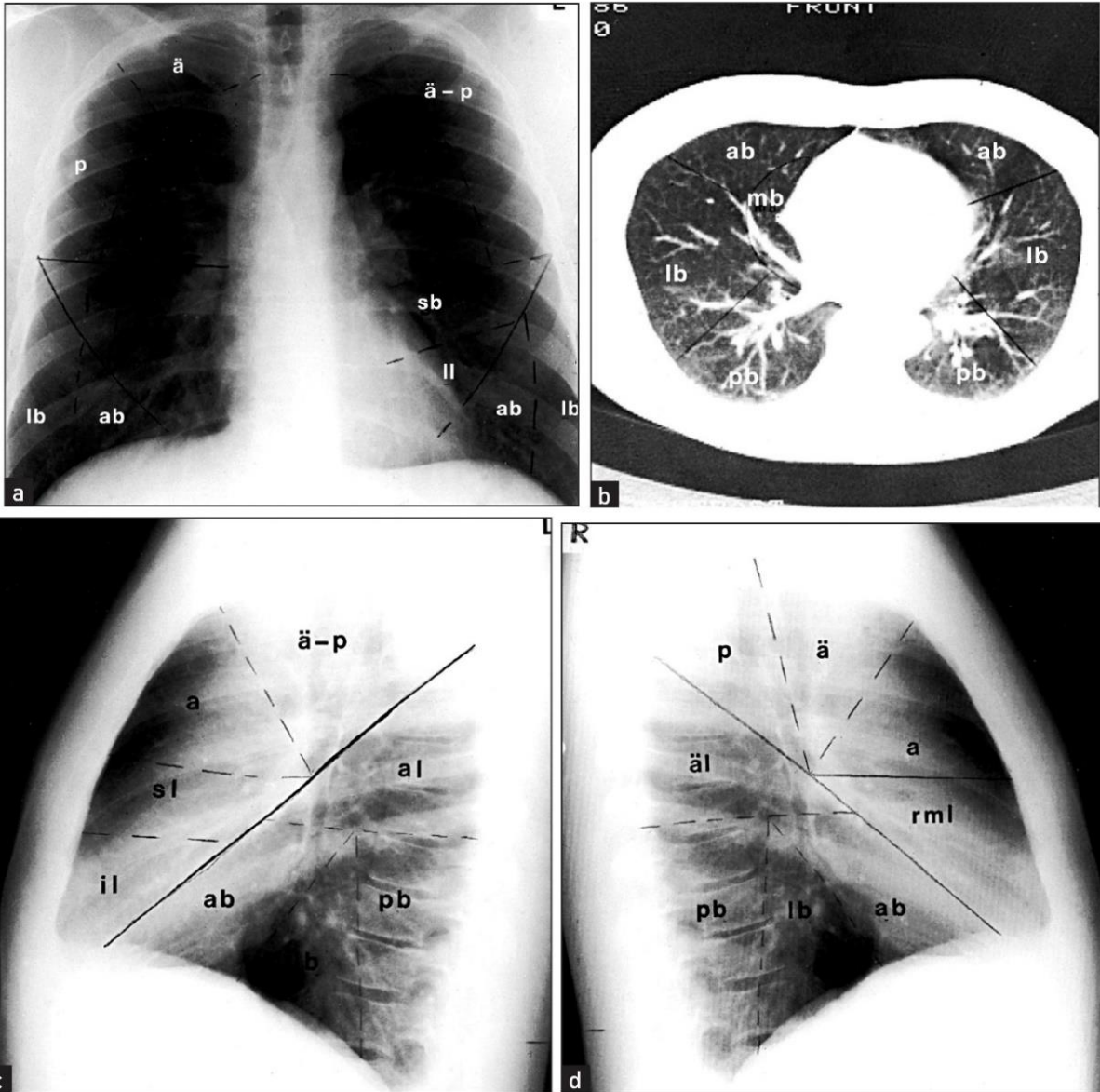
#### **12.2.3. Chụp X quang và CT scan ngực**

Sự xuất hiện X quang phổi bình thường, với các vùng phổi được chú thích như trong Hình 12.4.

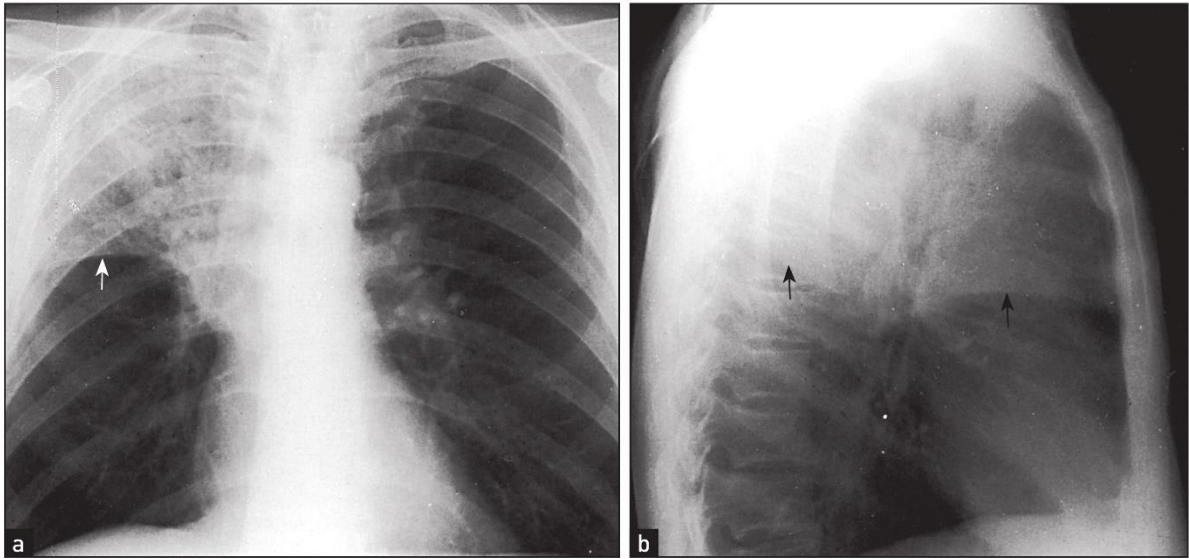
Những thay đổi trên tia X của sự đông đặc, tràn dịch màng phổi, tràn khí màng phổi và tràn dịch – tràn khí màng phổi được thể hiện tương ứng trong Hình 12.5 – Hình 12.8.

Một khối choán chỗ trong nhu mô phổi được nhìn thấy rõ ràng trong Hình 12.9, trong khi Hình 12.10 nhìn thấy nhiều khối u di căn. Bệnh lao nguyên phát được thấy trong Hình 12.11 và Hình 12.12 minh họa những đặc điểm của khí phế thũng.

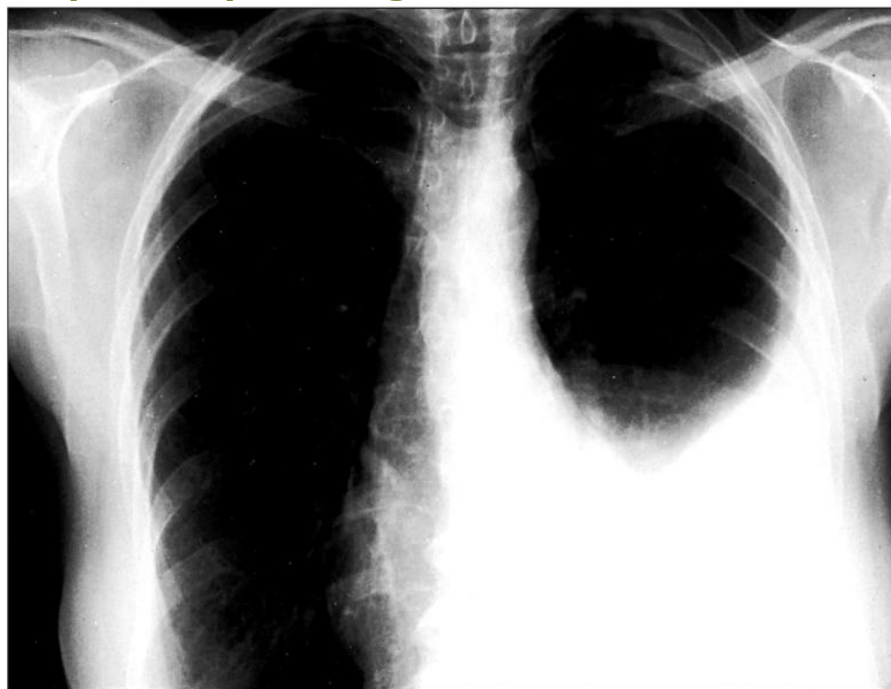




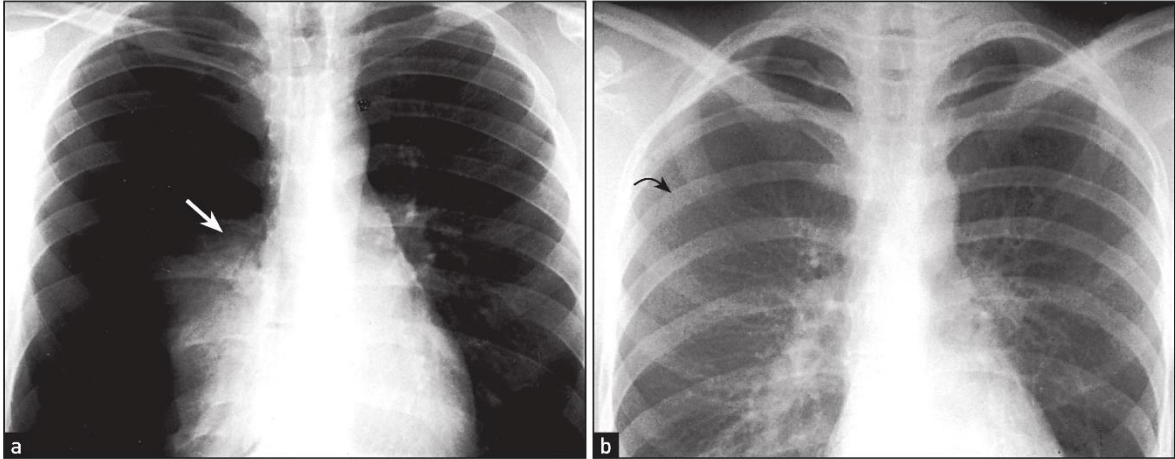
**Hình 12.4. Phân thùy phổi. (a) phim thẳng, (b) CT quét qua đáy phổi, (c) mặt trái, (d) mặt phải. Thùy trên phải: ä = phân thùy đỉnh; a = phân thùy trước, p = phân thùy sau. Thùy trên trái: ä - p = phân thùy đỉnh sau, s = phân thùy trước, sl = phân thùy lưỡi trên, il = phân thùy lưỡi dưới. Thùy giữa: m = phân thùy giữa, l = phân thùy bên. Thùy dưới phải: ä-l = phân thùy đỉnh, mb = phân thùy đáy trong, lb = phân thùy đáy bên, ab = phân thùy đáy trước, pb = phân thùy đáy sau. Thùy dưới trái: ä-l = phân thùy đỉnh, lb = phân thùy đáy bên, ab = phân thùy đáy trước, pb = phân thùy đáy sau.**



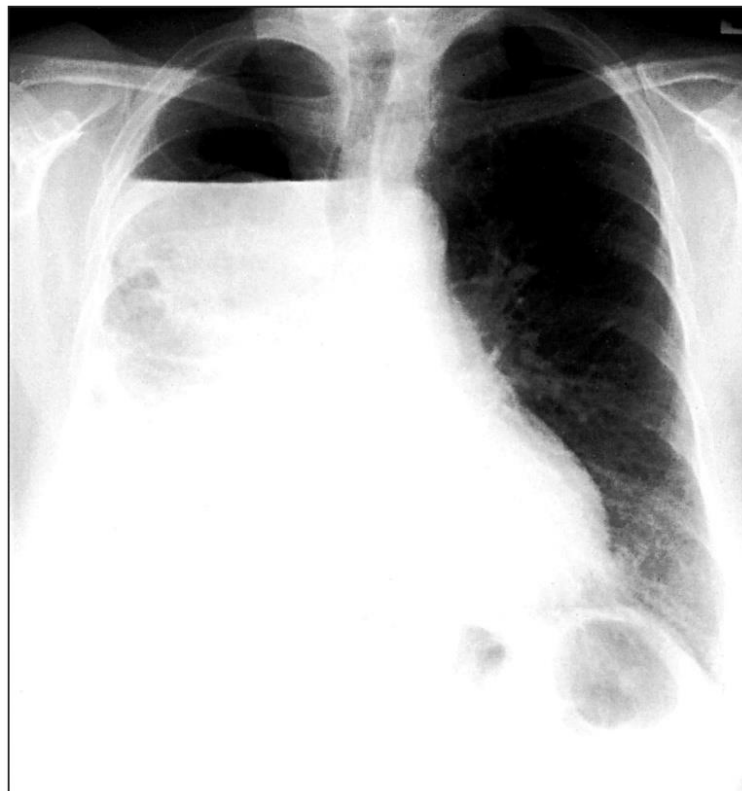
**Hình 12.5. (a) và (b) đông đặc thùy trên phổi phải. Thùy trên phổi phải mờ và được giới hạn ở phía dưới bởi một đường ngang (mũi tên). Có một vài chỗ xếp cũng như các rãnh cho thấy có một số điểm được nâng lên. Những thay đổi này có thể là do bản thân của viêm phổi thùy nhiễm khuẩn gây ra, nhưng một tổn thương hẹp phế quản trung tâm cần phải được lưu ý. Nếu vẫn còn viêm phổi, nội soi phế quản phải được chỉ định để tìm kiếm sự xuất hiện của ung thư.**



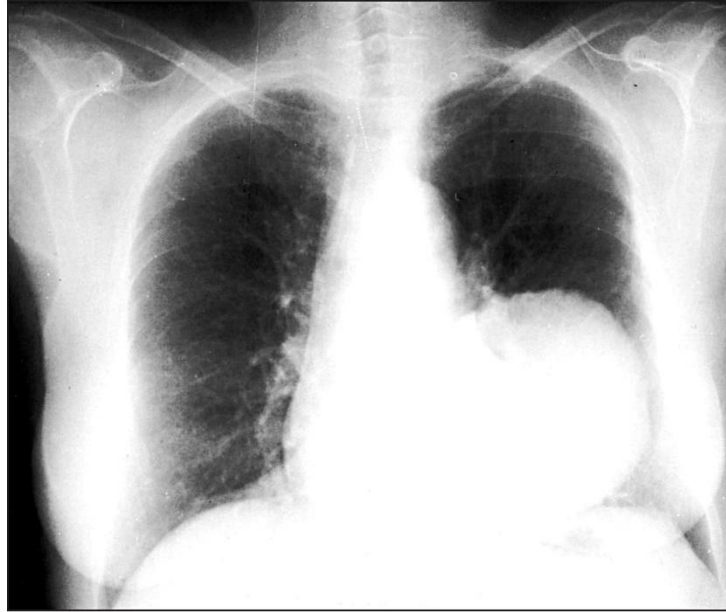
**Hình 12.6. Tràn dịch màng phổi. Các bờ trên của tràn dịch là một đường cong. Nửa cơ hoành bên trái không thấy vì không có sự tương phản của khí trong phổi liên kề. Tim có vẻ lệch phải, nhưng không chắc rằng với tràn dịch lượng như thế này. Nó có lẽ liên quan đến vẹo cột sống ngực thấp.**



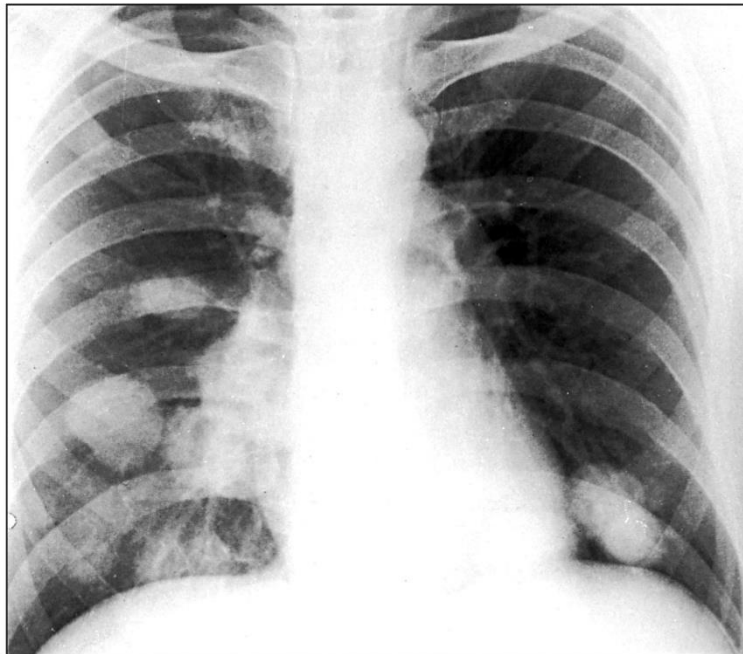
**Hình 12.7. Tràn khí màng phổi. (a) tràn khí màng phổi bên phải lớn với phổi xẹp về phía rốn phổi (mũi tên). Đồng thời đen hơn vì không có bóng của mạch máu. (b) một BN khác với tràn khí màng phổi ít hơn. Tràn khí màng phổi nhỏ dễ nhìn thấy trên phim hơn ở thì thở ra vì lượng tràn khí màng phổi vẫn không đổi, xung quanh một phần phổi bị xẹp. Các bề mặt màng phổi tạng được đánh dấu (mũi tên).**



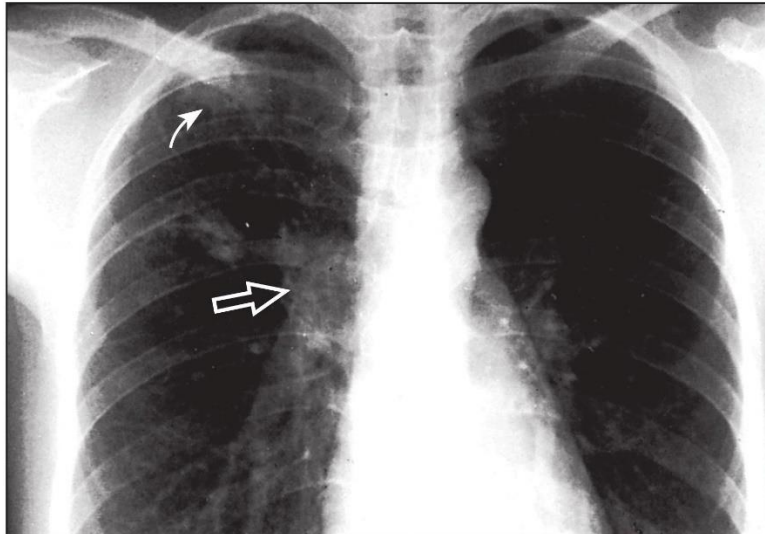
**Hình 12.8. Tràn dịch – tràn khí màng phổi. Một mức khí – dịch được nhìn thấy trong các phần trên của một bên ngực phải. Khi không khí và chất lỏng có mặt trong khoang màng phổi, bề mặt chất lỏng không còn tạo thành một đường cong. Một vài phần phổi được nhìn như nằm trong lớp dịch.**



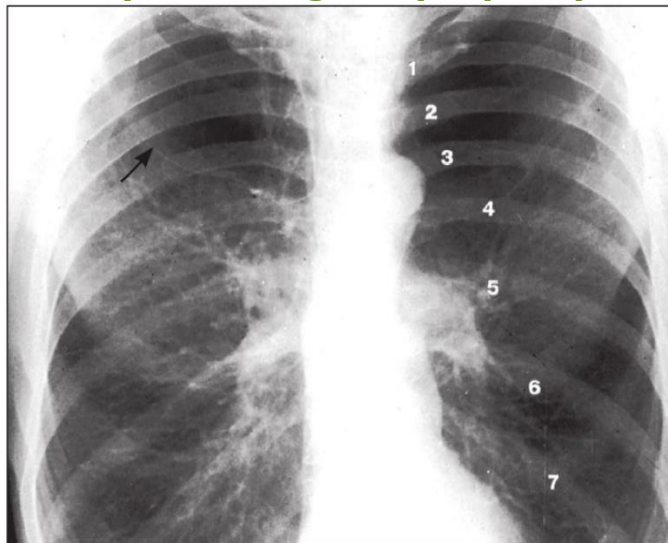
**Hình 12.9. Một khối u ở phổi. Một tổn thương lớn đơn độc ở vùng dưới bên trái. Chẩn đoán phân biệt là khối u nguyên phát hoặc thứ phát, u nang sán hoặc áp xe lớn. Không thấy được mức khí – dịch bên trong do sự tạo hang.**



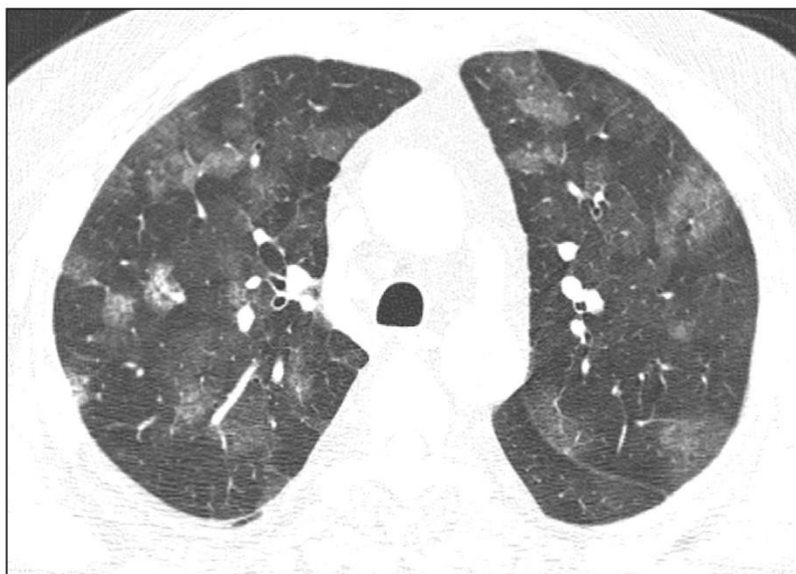
**Hình 12.10. U di căn phổi. Nhiều bóng mờ tròn xuất hiện ở cả hai phế trường, chủ yếu tập trung ở đáy phổi trái và quanh rốn phổi phải. Khả năng lớn nhất là đa u di căn phổi. Khả năng hiếm khác là u nang nang sán, nốt sarcoid lớn hoặc nốt dạng thấp lớn. Nhiều ổ áp xe trong trường hợp này là ít có khả năng nhất vì không có sự tạo hang.**



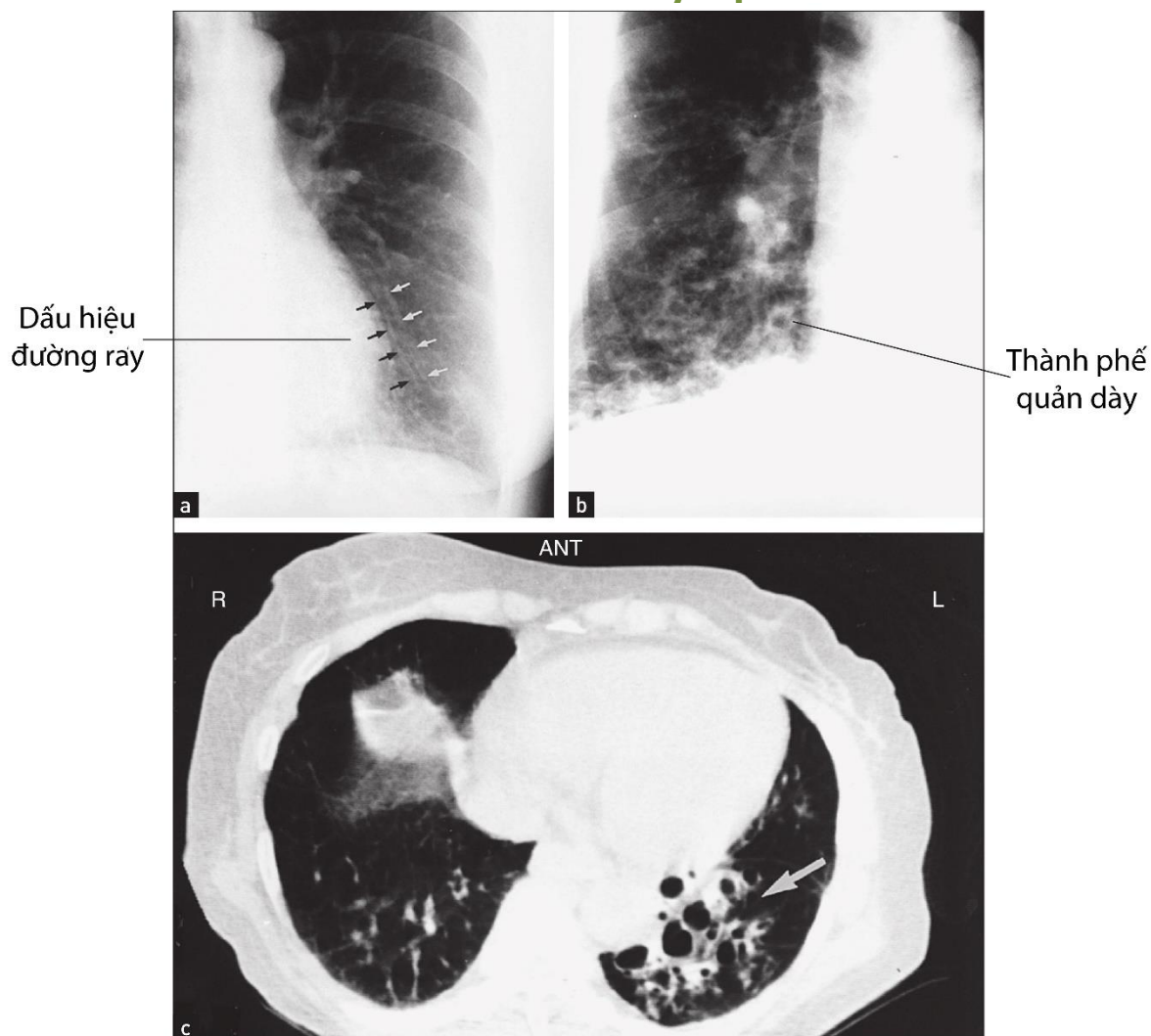
**Hình 12.11. Lao nguyên phát.** Hai bóng mờ tròn nhỏ ở thùy trên phổi phải (mũi tên trên). Rốn phổi phải lớn do các hạch lympho phì đại. Sự kết hợp của các bóng mờ khu trú và phì đại hạch bạch huyết là phức hợp lao nguyên phát (Ghon). Khi lành, vôi hóa có thể xuất hiện trong nhu mô và các hạch tổn thương. Ngược lại, ở bệnh lao tái hoạt hoặc tái nhiễm, hang lao có thể xuất hiện và không có hạch phì đại.



**Hình 12.12. Khí phế thũng.** Phổi phồng lên ở vùng thấp, nửa bên cơ hoành dẹt. Nửa bên cơ hoành thấp hơn bờ trước của các xương sườn thứ sáu. Hình chiếu cơ hoành thường nằm trên xương sườn thứ sáu ở phía trước và khoang liên sườn thứ mười ở phía sau. Đếm các xương sườn phía trước (1 – 6). Đen ở vùng trên hai bên với mất các dấu hiệu mạch máu do sự hình thành các bóng khí (mũi tên). Rốn phổi nổi bật do sự dẫn lớn các động mạch phổi trung tâm. Ngược lại, động mạch phổi ngoại biên nhỏ hơn, giảm kích thước và số lượng. Điều này là do sự phá hủy thực tế, đẩy lệch xung quanh các bóng khí và giảm tưới máu qua khu vực ứ khí.



**Hình 12.13. Xuất huyết phổi.**



**Hình 12.14. Dẫn phế quản.**



**Hình 12.15. CT scan của bệnh phổi kẽ.**

### **Thứ tự đọc X quang ngực**

– Khí đạo (đường giữa, không có biến dạng, không có khối choán chỗ cạnh khí quản).

– Mô mềm (không có gãy xương, tràn khí dưới da, dấu chỉ khâu xương ức, clip kim loại để lại sau cắt phổi hoặc làm bắt cầu động mạch vành).

– Kích thước tim, bóng tim và mật độ sau tim bình thường.

– Cơ hoành (bên phải cao hơn bên trái 1 – 3 cm, góc sườn hoành nhọn, cơ hoành tương phản với phổi rõ ràng).

– Cân bằng thể tích (đếm xương sườn, tìm di lệch trung thất).

– Tìm chi tiết (màng phổi và nhu mô phổi).

– Bóng dạ dày (trên bóng hơi dạ dày không nhìn thấy bất kỳ sự cản quang nào dày hơn 0,5 cm).

– Rốn phổi (bên trái thường cao hơn bên phải 3 cm, không lớn hơn một ngón tay cái), phần cứng (đặc biệt trong đơn vị chăm sóc đặc biệt đối với người bệnh nặng: ống nội khí quản, tĩnh mạch trung tâm, ống thông, máy tạo nhịp tim).

Chụp CT scan với độ phân giải cao cho các thông tin chi tiết hơn về phổi nhưng nó đặt những BN này dưới các tia bức xạ nhiều hơn hàng trăm lần. Chúng đặc biệt hữu ích cho việc chẩn đoán bệnh phổi mô kẽ, xuất huyết phổi (xem Hình 12.13) và dẫn phế quản (xem Hình 12.14). Các u phổi nguyên phát và thứ phát cho hình ảnh tốt nhất khi chụp CT scan và lao phổi có thể được xác định (xem Hình 12.15).

## T&O'C essentials

1. Các bác sĩ lồng ngực cần cân nhắc những hình ảnh X quang như một phương tiện thăm khám thực thể mở rộng.
2. Sử dụng thứ tự đọc X quang ngực giúp bạn hệ thống lại các hình ảnh X quang ngực để không bỏ qua các bất thường nào.
3. Luôn so sánh những dấu hiệu thực thể với các thay đổi trên X quang, điều này cũng sẽ giúp cải thiện kỹ thuật thăm khám của bạn.
4. CT scan cải thiện độ nhạy và đặc hiệu so với chụp X quang, nhưng phơi nhiễm tia xạ nhiều hơn.
5. Kiểm tra đầu giường như đo SpO<sub>2</sub> và các phép đo lưu lượng đỉnh có thể rất hữu ích trong việc đánh giá nhanh chóng tình trạng của BN.

## OSCE ôn tập

### Các bệnh lý hô hấp

**Topic này thường hay gặp trong OSCE, sẽ giúp ích khi ôn tập lại.**

1. Kết quả điển hình về đo hô hấp ký của một BN COPD nặng?
2. Hình ảnh X quang và CT cho bạn phát hiện một BN mắc bệnh phổi kẽ nặng.
3. X quang lồng ngực của người đàn ông cho thấy sự đông đặc phổi. Bạn mong đợi phát hiện những kết quả gì qua thăm khám?
4. Đây là hình ảnh CT ngực cho thấy những thay đổi dẫn phế quản. Bạn sẽ phát hiện những kết quả gì qua thăm khám?
5. Giải thích việc sử dụng các phế dung kế với BN và giải thích kết quả bạn phát hiện ở BN bị bệnh hen và với một người mắc bệnh phổi kẽ.



Võ Hoàng Anh Tuấn, Đặng Công Bắc

*Học về bệnh học mà không có sách vở giống như giương buồm ra biển mà không có bản đồ, còn học có sách mà không có BN thì giống như ra biển không biết để làm gì.*

*Sir William Osler (1849 – 1919)*

Bác sĩ chuyên khoa tiêu hóa và phẫu thuật viên tiêu hóa tập trung vào các bệnh lý về đường ruột, tuyến tụy, gan và các tác động ngoại vi của các bệnh lý này.

### 13.1. TRIỆU CHỨNG

Xem List 13.1.

#### List 13.1. Bệnh sử bệnh lý tiêu hóa.

Các triệu chứng chính:

- Đau bụng.
- Thay đổi thói quen ăn uống và cân nặng.
- Đầy bụng sau ăn (postprandial fullness) hoặc mau no (early satiation) hoặc cả hai.
- Buồn nôn và nôn.
- Ợ nóng và/hoặc trào ngược acid.
- Dịch tiết ở miệng nhiều.
- Khó nuốt.
- Rối loạn đi tiêu (tiêu chảy, táo bón, đi tiêu không tự chủ).
- Đầy hơi hoặc chướng bụng hoặc cả hai.
- Xuất huyết (nôn ra máu, tiêu phân đen, tiêu ra máu).
- Vàng da.
- Tiểu sậm màu, phân nhạt màu.
- Ngứa.
- Thờ ơ.
- Sốt.

#### 13.1.1. Đau bụng

Có nhiều nguyên nhân gây đau bụng, hỏi bệnh sử cẩn thận sẽ giúp ta chẩn đoán chính xác. Những điều sau đây cần phải được lưu ý:

– Tần suất và thời gian. Xác định cơn đau cấp hay mạn, thời gian khởi phát và số lần cơn đau.

– Vị trí và hướng lan. Vị trí cơn đau rất quan trọng. Yêu cầu BN chỉ điểm đau trên bụng và điểm đau nhiều nhất. Viêm phúc mạc thành thường gây ra cơn đau ở một vùng khu trú. Hỏi BN về hướng lan của cơn đau. Cơn đau lói ra sau lưng thường nghĩ đến đau do bệnh lý ở tụy hoặc thủng ổ loét dạ dày – tá tràng. Đau do kích thích cơ hoành có thể lan lên vai và đau do trào ngược hoặc co thắt thực quản có thể lan lên họng.

– Tính chất và kiểu đau. Cơn đau có thể là cơn đau quặn (đau từng cơn theo nhu

động ruột) hoặc là cơn đau âm ỉ. Cơn đau quặn là do sự tắc nghẽn đường tiêu hóa hoặc tiết niệu. Cơn đau quặn tăng lên do sự tắc nghẽn hoàn toàn hay một phần đường tiêu hóa gây kích thích các thụ thể đường tiêu hóa. Thông thường, đau quặn diễn ra do tắc ruột non. Nếu cơn đau là mạn tính thì hãy hỏi BN về tính chất hằng ngày của cơn đau.

– Yếu tố tăng giảm. Đau do loét dạ dày – tá tràng có thể hoặc không liên quan đến bữa ăn. Ăn có thể thúc đẩy cơn đau do thiếu máu cục bộ ở ruột. Nhóm thuốc antacids hoặc nôn có thể làm giảm cơn đau do viêm loét dạ dày – tá tràng hoặc cơn đau do trào ngược dạ dày – thực quản. Đại tiện hoặc trung tiện có thể tạm thời làm giảm cơn đau thường do các bệnh lý ở đại tràng. BN giảm đau bằng cách lăn lộn một cách mạnh mẽ thì thường nghĩ đến cơn đau quặn, trong khi những BN nằm yên hoàn toàn thì thường nghĩ đến cơn đau do viêm phúc mạc.

### Các kiểu đau

– Loét dạ dày tá tràng. Thường là đau âm ỉ hay cơn đau rát bỏng ở vùng thượng vị, cơn đau được làm dịu bởi thức ăn hoặc các thuốc antacid. Thường thì cơn đau diễn ra từng đợt, có thể xuất hiện vào ban đêm và đánh thức BN. Kết hợp các triệu chứng lại ta có thể chẩn đoán được bệnh. Cơn đau không phải lúc nào cũng liên quan đến bữa ăn, mặc dù các bài giảng kinh điển đều nói nó có liên quan. Trên lâm sàng ta không phân biệt được loét dạ dày hay tá tràng. Nhiều BN đau vùng thượng vị có liên quan đến bữa ăn nhưng không có bằng chứng là do loét dạ dày hay tá tràng trên các phương tiện cận lâm sàng.

– Đau do tụy. Thường là cơn đau âm ỉ vùng thượng vị, có thể thuyên giảm một phần khi BN ngồi và cúi người về phía trước. Cơn đau thường lan ra sau lưng và kèm theo nôn ói.

– Đau do mật. Mặc dù thường được gọi là cơn đau quặn mật, nhưng cơn đau này hiếm khi là cơn đau quặn. Sự tắc nghẽn ống mật, túi mật thường gây đau vùng thượng vị. Cơn đau thường rất dữ dội, liên tục và có thể kéo dài hàng giờ. BN có thể có tiền sử các cơn đau tương tự trước đó; mặc dù các cơn đau có thể xuất hiện sau các bữa ăn giàu chất béo, nhưng các cơn đau thường không được dự đoán trước. Trong trường hợp viêm túi mật tiến triển, cơn đau điển hình sẽ chuyển sang đau ở vùng hạ sườn phải và cơn đau sẽ dữ dội hơn. Cơn đau quặn mật thường đi kèm với buồn nôn và nôn ói.

– Cơn đau quặn thận. Đây là cơn đau quặn trên nền cơn đau âm ỉ, liên tục ở một vùng thận, thường lan xuống vùng bẹn. Cơn đau có thể rất dữ dội.

– Cơn đau do tắc ruột. Đây là cơn đau quặn. Đau bụng quanh rốn khiến ta nghĩ đến nguyên nhân do ruột non, nhưng đau do ruột già có thể ở bất cứ nơi nào trên bụng. Tắc ruột non thì cơn đau quặn diễn ra liên tục hơn (cách nhau mỗi 2 – 3 phút) so với tắc ruột già (mỗi cơn đau cách nhau 10 – 15 phút). Sự tắc nghẽn thường dẫn đến nôn, táo bón, chướng bụng.

### 13.1.2. Thay đổi thói quen ăn uống và cân nặng

Mất sự thèm ăn (sự chán ăn) và sụt cân là những triệu chứng quan trọng của hệ tiêu hóa. BN vừa chán ăn vừa sụt cân nên nghĩ tới một bệnh lý ác tính tiềm ẩn, nhưng cũng có thể xảy ra ở những BN trầm cảm hoặc ở các bệnh lý khác. Sự kết hợp giữa sụt cân và tăng sự thèm ăn cho thấy sự kém hấp thu các chất dinh dưỡng hoặc tình trạng tăng chuyển hóa

(nhiễm độc giáp). Việc xác định các triệu chứng trên diễn ra khi nào và cân nặng bị sụt giảm bao nhiêu trong suốt giai đoạn bệnh là rất quan trọng. Bệnh lý ở gan đôi khi gây ra sự rối loạn về vị giác. Điều này có thể khiến cho những người hút thuốc đang bị viêm gan cấp và vàng da từ bỏ thuốc lá.

### 13.1.3. Mau no và đầy hơi sau ăn

BN không thể ăn trọn bữa ăn bình thường (mau no), đây có thể là một triệu chứng của các bệnh lý ở dạ dày, bao gồm ung thư dạ dày và loét dạ dày. Cảm giác no không bình thường sau ăn cũng có thể là một triệu chứng của khó tiêu cơ năng (rối loạn nhu động ở đường tiêu hóa trên).

### 13.1.4. Buồn nôn và nôn ói

#### **Questions box 13.1. Những câu hỏi để hỏi BN có nôn ói tái đi tái lại.**

- ! Dấu hiệu có thể gợi ý chẩn đoán một vấn đề cấp bách hoặc nguy hiểm.
  1. Ông/bà hãy mô tả lại quá trình nôn (để loại trừ BN có ợ)?
  2. Ông/bà đã nôn ói bao lâu rồi? (nhận biết là cấp hay mạn tính)
  3. Lúc nôn, ông/bà có cảm thấy buồn nôn trước đó hay nó xuất hiện không có triệu chứng nào cảnh báo trước đó?
  4. Ông/bà có thường hay nôn ngay sau bữa ăn hay sau bữa ăn vài giờ không?
  5. Ông/bà có nôn vào buổi sáng sớm hay đêm khuya không?
- !
  6. Ông/bà nôn ra gì? Có lẫn máu, lẫn mật không, có mùi hôi thối hay nôn ra phân không? (chảy máu đường tiêu hóa hay tắc ruột)
  7. Ông/bà có những giai đoạn nôn đặc trưng xen kẽ với những khoảng thời gian hoàn toàn khỏe mạnh (hội chứng nôn ói chu kỳ)?
  8. Ông/bà có đau bụng kèm theo không?
- !
  9. Ông/bà có sụt cân không?
  10. Ông/bà có đang sử dụng thuốc gì không?
  11. Ông/bà có đau đầu không? (những triệu chứng thần kinh gợi ý nguyên nhân do trung ương)

Buồn nôn là cảm giác mà BN muốn nôn <sup>a</sup>. BN có cảm giác thức ăn căng trướng và nôn khan có thể xảy ra nhưng không có sự tổng thức ăn ra khỏi dạ dày. Nôn dùng để chỉ sự tổng thức ăn trong dạ dày ra ngoài bằng đường miệng, là không tự chủ.

Có nhiều nguyên nhân cho những than phiền này. Nhiễm trùng đường tiêu hóa (ngộ độc thức ăn do *Staphylococcus aureus*) hoặc tắc ruột non gây ra những triệu chứng cấp tính. Ở những BN có triệu chứng mạn tính, thai kỳ hoặc do thuốc (thuốc gây ngủ, digoxin, kháng dopamin, hóa liệu pháp) luôn luôn phải được loại trừ. Trong đường tiêu hóa, loét dạ dày với hẹp môn vị, rối loạn vận động (liệt dạ dày ở BN đái tháo đường hoặc sau phẫu thuật dạ dày), bệnh lý gan mật cấp tính, nghiện rượu là những nguyên nhân quan trọng gây nôn ói. Cuối cùng, nôn tâm lý, rối loạn ăn uống (chứng ăn vô độ) và hiếm gặp, tăng áp lực nội sọ nên được chú ý ở những BN buồn nôn và nôn mạn tính mà không giải thích được.

<sup>a</sup> Từ "nauseous" có thể có nghĩa là buồn nôn – nauseated (cảm giác giống như nôn ói – vomiting) hoặc đẩy ra (tức là làm cho người khác nôn. Có lẽ tốt nhất việc sử dụng từ nauseated để mô tả một BN cảm giác giống như nôn ói để tránh những hiểu lầm không mong muốn.

Việc khai thác thời gian BN nôn (xem Questions box 13.1) có thể có ích; nôn xảy ra trễ hơn một giờ sau ăn là điển hình của hẹp môn vị hoặc liệt dạ dày (gastroparesis), trong khi nôn vào sáng sớm trước khi ăn là đặc trưng ở phụ nữ có thai, nghiện rượu, tăng áp lực nội sọ. Ngoài ra cần hỏi BN nôn ra những gì (nôn ra mật chứng tỏ sự đóng mở của lỗ môn vị (giữa tá tràng và dạ dày) hoạt động không bình thường, thức ăn cũ gợi ý hẹp môn vị, nôn ra máu gợi ý tới loét đường tiêu hóa). Nôn do tắc ruột non BN có thể ít hoặc không cảm thấy buồn nôn.

Nôn khác với ợ. Ợ là sự dễ dàng trào ngược thức ăn lên miệng sau khi ăn; BN thường gọi đó là nôn. Thức ăn bị ọc ra ngoài hoặc được nuốt vào lại mà không có mùi khó chịu.

### 13.1.5. Ợ nóng và trào ngược acid

#### Questions box 13.2. Những câu hỏi để hỏi BN có trào ngược dạ dày thực quản.

- ! Dấu hiệu có thể gợi ý chẩn đoán một vấn đề cấp bách hoặc nguy hiểm.
  1. Ông/bà có ợ nóng không (một cơn đau nóng rát sau xương ức và lan lên họng)? Ợ nóng bao lâu một lần? (hơn một lần/1 tuần thì nghĩ đến BN có trào ngược dạ dày thực quản – GERD)
  2. Ông/bà có ợ nóng sau bữa ăn hay khi nghiêng người ra trước hay nằm không? (điển hình cho trào ngược acid)
  3. Ông/bà có đau ở ngang ngực lan xuống cánh tay trái hoặc lên phía hàm? (nghĩ đến thiếu máu cục bộ cơ tim)
- !
  4. Ông/bà có giảm đau khi dùng nhóm thuốc antacid không? (điển hình cho trào ngược acid)
  5. Ông/bà có đột ngột cảm thấy có dịch đắng trong miệng không? (điển hình cho trào ngược acid)
  6. Ông/bà có đột ngột cảm thấy có dịch mặn hay vô vị trong miệng? (tăng tiết dịch ở miệng, không phải là trào ngược dạ dày thực quản)
  7. Ông/bà có cảm giác khó nuốt không? (chứng khó nuốt, xem Questions box 13.3)
- !
  8. Ông/bà có ho khi nằm không?

Ợ nóng liên quan đến sự hiện diện của một cơn đau nóng rát hoặc khó chịu ở vùng sau xương ức. Thông thường, cảm giác này đi lên phía trên họng và diễn ra sau bữa ăn hoặc tình trạng sẽ nặng hơn khi cúi người về trước, khom lưng hay nằm ngửa (xem Questions box 13.2). Các thuốc antacid thường làm giảm cơn đau. Triệu chứng này là do sự trào ngược dịch vị trong dạ dày lên thực quản. Thường thì các chất dịch này là acid, thỉnh thoảng cũng có trào ngược các chất kiềm và cũng gây những vấn đề tương tự. Với các BN trào ngược dạ dày thực quản có thể là trào ngược acid, BN nếm mùi chất lỏng có vị chua và đắng trào lên miệng. Triệu chứng cho ta thấy rõ ràng là có tình trạng trào ngược. Vài BN than phiền họ bị ho, gây khó chịu cho họ khi họ nằm xuống. Ở những BN trào ngược dạ dày thực quản, do cơ vòng thực quản dưới dẫn không thích hợp. Các triệu chứng của trào ngược có thể nặng hơn do rượu, chocolate, caffeine, chất béo, các alkaloid trong lá trà, thuốc chẹn kênh Calci và thuốc kháng Cholinergic. Những chất này làm giảm áp lực cơ vòng thực quản.

Tăng tiết dịch miệng liên quan đến sự bài tiết quá nhiều nước bọt ở khoang miệng và không được nuốt lẫn với trào ngược; nó có thể xảy ra, không thường gặp ở những BN

loét dạ dày – tá tràng hay viêm thực quản.

### 13.1.6. Khó nuốt

Khó nuốt là khi BN cảm thấy khó khăn khi nuốt. Khó nuốt có thể xuất hiện với thức ăn rắn hoặc lỏng. Những nguyên nhân của khó nuốt được liệt kê trong List 13.2. Khi một BN than phiền rằng BN cảm thấy khó khăn trong việc nuốt, việc phân biệt là nuốt đau hay nuốt khó thật sự rất quan trọng. Nuốt đau (odynophagia) xảy ra với những tình trạng viêm nhiễm nặng ở thực quản. Nguyên nhân bao gồm nhiễm khuẩn ở thực quản (Candida, Herpes simplex), viêm loét ở thực quản, chất ăn mòn làm tổn thương thực quản, hiếm gặp như thủng thực quản.

#### List 13.2. Các nguyên gây khó nuốt.

##### 1. Tắc nghẽn cơ học:

- Nguyên nhân nội tại (ở thực quản).
- + Viêm thực quản trào ngược vôi dạng teo hẹp.
- + Carcinoma thực quản hay tâm vị.
- + Viêm thực quản tăng bạch cầu ái toan.
- + Bệnh lý màng ngăn hầu hoặc thực quản.
- + Túi hầu.
- + Vòng Schatzki (vòng thực quản dưới).
- + Dị vật.
- Nguyên nhân bên ngoài (không phải ở thực quản)
- + Bướu giáp lan tỏa vùng sau ức.
- + Khối u trung thất, carcinoma phế quản, chèn ép mạch máu (hiếm).

##### 2. Những rối loạn vận động thần kinh cơ

(có tiền sử khó nuốt cả thức ăn đặc và lỏng, các triệu chứng xuất hiện từng cơn):

- Co thắt tâm vị.
- Co thắt thực quản lan tỏa.
- Xơ cứng bì.

##### 3. Nuốt khó ở hầu – họng (hít và sự trào ngược chất dịch vào mũi).

- Rối loạn chức năng nhỡn – hầu; túi thừa Zenker.
- Bệnh lý thần kinh: liệt hành tủy, liệt giả hành tủy, bệnh nhược cơ, viêm đa cơ, loạn dưỡng tăng trương lực cơ.

#### Questions box 13.3. Những câu hỏi để hỏi BN nuốt khó.

! Dấu hiệu có thể gợi ý chẩn đoán một vấn đề cấp bách hoặc nguy hiểm.

1. Ông/bà khó nuốt thức ăn đặc hay lỏng hay cả hai? (thức ăn đặc và lỏng khiến ta nghĩ đến nguyên nhân do rối loạn vận động cơ như co thắt tâm vị, thức ăn rắn khiến ta nghĩ đến những nguyên nhân cơ học như ung thư hay teo hẹp).
2. Ông/bà khó nuốt ở đâu (chỉ vùng cảm giác khó nuốt)? (chỉ vào thực quản dưới nghĩ đến tắc nghẽn cơ học ở đoạn thực quản dưới)
3. Ông/bà khó nuốt từng đợt hay liên tục day dẳng? (khó nuốt liên tục khiến ta nghĩ đến viêm thực quản tăng bạch cầu ái toan, xuất hiện một vòng thực quản dưới hoặc rối loạn vận động; viêm thực quản tăng bạch cầu ái toan cũng gây tắc nghẽn thực quản cấp do thức ăn)
4. Tình trạng bệnh của ông/bà có nặng lên không? (nghĩ tới ung thư hay teo hẹp)
5. Ông/bà có ho hay nghẹn khi bắt đầu nuốt không? (nghĩ đến chứng nuốt nghẹn)
6. Ông/bà có đau khi nuốt (nuốt đau)? (nghĩ đến tình trạng nhiễm trùng thực quản cấp tính)
7. Ông/bà có ợ nóng hay trào ngược acid không? (nếu có nghĩ đến trào ngược dạ dày thực quản)
- ! 8. Ông/bà có sụt cân không? (nghĩ đến ung thư)
9. Ông/bà có bệnh hen hay sốt không? (nếu có nghĩ đến viêm thực quản tăng bạch cầu ái toan)

Khi BN than phiền rằng BN bắt đầu cảm thấy khó nuốt (xem Questions box 13.3), sự nôn chất dịch vào mũi hoặc cảm thấy nghẹn khi cố gắng nuốt, điều này gợi ý đến nguyên nhân của sự nuốt khó ở vùng hầu, họng. Nguyên nhân của nuốt khó ở hầu họng có thể là do bệnh lý về thần kinh (ví dụ như bệnh thần kinh vận động, là do bị liệt ở hành tủy hay liệt giả hành (bulbar palsy or pseudobulbar palsy)

Nếu BN khai rằng có thức ăn dính ở thực quản, thì nên quan tâm đến những nguyên nhân giải phẫu gây tắc nghẽn ở thực quản. Bảo BN chỉ ra vị trí mà thức ăn bị dính lại. Nếu có một sự tắc nghẽn cơ học ở đoạn cuối thực quản, hầu hết BN sẽ khu trú được việc khó nuốt là ở vùng phía dưới và sau xương ức. Tuy nhiên, nếu tắc nghẽn ở đoạn cao hơn của thực quản có thể có cảm nhận ở bất cứ nơi nào ở vùng sau xương ức. Nếu BN có ợ nóng, thì nguyên nhân của nuốt khó có thể do trào ngược dạ dày thực quản có hoặc không chít hẹp.

Diễn tiến của nuốt khó là một phần rất quan trọng trong việc khai thác bệnh sử. Khi BN nói rằng BN khó nuốt từng cơn hoặc xuất hiện sau những đợt đầu tiên của việc nuốt thức ăn, điều này gợi ý cho ta hoặc là có một vòng thực quản dưới, viêm thực quản tăng bạch cầu ái toan hoặc hiếm hơn là do co thắt thực quản lan tỏa. Tuy nhiên, nếu BN than phiền về việc nuốt khó ngày càng tăng, thì nên nghĩ đến chít hẹp thực quản, carcinoma hoặc do co thắt tâm vị. Nếu BN khai rằng thức ăn rắn và lỏng đều bị vướng lại, có nhiều khả năng là do rối loạn vận động thực quản như co thắt tâm vị hay co thắt thực quản lan tỏa.

### 13.1.7. Tiêu chảy

Triệu chứng tiêu chảy có thể được định nghĩa bằng nhiều cách khác nhau. BN có thể than phiền đi tiêu nhiều lần (hơn 3 lần trong ngày hoặc có sự thay đổi bất thường so với trước đây) hoặc phân lỏng hoặc là phân nước. Có rất nhiều nguyên nhân gây tiêu chảy.

Hỏi về số lần và lượng phân đi tiêu của BN. Một vài BN cũng đi tiêu một lượng phân ít nhưng hơn 3 lần trong ngày do sự tăng cảm giác đi tiêu. Phân không lỏng và lượng phân cũng không tăng. Đây không phải là tiêu chảy. Nó có thể xảy ra do bệnh lý ở trực tràng, tiêu không sạch phân (incomplete rectal emptying) hoặc rối loạn tâm lý dẫn tới sự tăng nhu cầu đi tiêu.

Khi ghi nhận bệnh sử (xem Questions box 13.4), rất quan trọng để xác định tiêu chảy xảy ra cấp tính hay mạn tính. Tiêu chảy cấp tính nhiều khả năng bị nhiễm trùng trong tự nhiên, trong khi tiêu chảy mạn thì có rất nhiều nguyên nhân.

Trên lâm sàng, tiêu chảy được chia ra các nhóm khác nhau dựa trên sự rối loạn sinh lý.

– Nếu phân toàn nước với lượng nhiều cần chú ý điều sau:

+ Tiêu chảy bài tiết khi đi tiêu với lượng nước lớn (thường hơn 1 lít/ ngày) và kéo dài khi BN ăn kiêng; không có mủ hoặc máu và phân không có váng mỡ. Tiêu chảy bài tiết xuất hiện khi lượng chất tiết ra ở ruột già hoặc ruột non vượt quá sự hấp thu; một số nguyên nhân bao gồm nhiễm trùng (*E. coli*, *Staphylococcus aureus*, *Vibrio cholerae*), bệnh lý về hormon (khối u tiết VIP – khối u tiết polypeptide vận mạch ở ruột non, hội chứng

Zollinger – Ellison <sup>b</sup>, hội chứng carcinoid) và u tuyến nhung mao.

### Questions box 13.4. Những câu hỏi để hỏi BN tiêu chảy.

- ! Dấu hiệu có thể gợi ý chẩn đoán một vấn đề cấp bách hoặc nguy hiểm.
  1. Bình thường ông/bà đi tiêu bao nhiêu lần trong một ngày?
  2. Phân như thế nào (lỏng, phân toàn nước,...)?
  3. Ông/bà có chạy nhanh vào nhà vệ sinh để kịp đi tiêu? (khẩn cấp trong bệnh lý đại tràng)
  4. Ông/bà có bị thức giấc trong đêm vì tiêu chảy? (nhiều khả năng là nguyên nhân thực thể)
- !
  5. Ông/bà có thấy máu tươi hoặc mủ, hoặc đờm trong phân? (gợi ý tới bệnh lý đại tràng)
  6. Ông/bà có đi tiêu nhiều phân trong một ngày không? (gợi ý bệnh lý ruột non nếu không có máu theo phân)
  7. Phân có nhạt màu, váng mỡ, mùi thối và khó rửa sạch? (tiêu phân mỡ)
  8. Ông/bà có nhìn thấy những giọt dầu/mỡ trong phân không? (viêm tụy mạn)
  9. Ông/bà có gặp vấn đề với việc kiểm soát đi tiêu? (đi tiêu không tự chủ)
- !
  10. Ông/bà có sụt cân không? (ung thư, hội chứng kém hấp thu)
  11. Thời gian gần đây ông/bà có dùng kháng sinh không? (chú ý tới Clostridium difficile, là vi khuẩn gây bệnh viêm đại tràng giả mạc thường do dùng kháng sinh đường uống).
  12. Gần đây ông/bà có đi du lịch không? Ở đâu? (lây nhiễm Giardia)
  13. Ông/bà có mắc bệnh viêm đường ruột hoặc phẫu thuật đường tiêu hóa trước đó không?
  14. Có ai trong gia đình ông/bà mắc bệnh coeliac (sự đề kháng của cơ thể với chất đạm trong lúa mì và những ngũ cốc khác) hoặc viêm đường ruột không ?
  15. Ông/bà có bị viêm khớp không? (bệnh viêm đường ruột, bệnh Whipple: là nhiễm trùng do vi khuẩn Tropheryma whipplei – hiếm gặp, ảnh hưởng đến hệ tiêu hóa. Bệnh Whipple gây trở ngại cho tiêu hóa bình thường, làm suy yếu sự phân hủy của thực phẩm, chẳng hạn như chất béo và carbohydrate và cản trở khả năng của cơ thể hấp thụ chất dinh dưỡng. Ngoài việc ảnh hưởng đến đường ruột, bệnh Whipple của có thể lây nhiễm sang các cơ quan khác, bao gồm cả não, tim, khớp và mắt)
- !
  16. Ông/bà có bị sốt, lạnh run hoặc ớn lạnh trước đó không? (nhiễm trùng, ung thư)
  17. Ông/bà có thường bị nhiễm trùng không? (suy giảm miễn dịch)

+ Tiêu chảy thẩm thấu không xuất hiện ở những người ăn kiêng và tiêu phân toàn nước với lượng nhiều liên quan đến ăn uống. Tiêu chảy thẩm thấu xuất hiện do kéo quá nhiều nước vào lòng ruột, cũng gây ra do khó tiêu hóa đường lactose (thiếu enzym disaccharidase), antacid magnesium hoặc phẫu thuật ở dạ dày.

+ Bất thường nhu động ở ruột non nếu BN có tình trạng nhiễm độc giáp hoặc hội chứng ruột kích thích.

– Nếu trong phân có máu, cần lưu ý đến tiêu chảy xuất tiết khi có tình trạng viêm nhiễm ở đại tràng. Đặc trưng là lượng phân ít nhưng đi nhiều lần và thường có máu hoặc chất nhầy (bệnh lý viêm nhiễm đại tràng, ung thư đại tràng).

<sup>b</sup> Robert Milton Zollinger (1903 – 1992), một phẫu thuật viên người Mỹ và Edwin Ellison (1918 – 1970), một bác sĩ người Mỹ. Hội chứng đặc trưng bởi tình trạng tăng tiết acid dạ dày, loét đường tiêu hóa và trong khoảng 40% trường hợp có tiêu chảy do u dạ dày (u tiết gastrin), được mô tả năm 1955.

– Nếu phân có váng mỡ nên lưu ý đến sự kém hấp thu các chất dinh dưỡng và tiêu phân váng mỡ. Phân thường có mỡ, nhạt màu, mùi khó ngửi, phân nổi và rất khó làm sạch bồn cầu. Tiêu phân váng mỡ được định nghĩa là xuất hiện hơn 7 gram mỡ trong phân 24 giờ. Có nhiều nguyên nhân gây tiêu phân mỡ.

### 13.1.8. Táo bón

Điều quan trọng là phải hiểu được ý BN khi họ nói họ bị táo bón. Táo bón là một triệu chứng phổ biến và được nhắc đến như tình trạng đi tiêu không thường xuyên (ít hơn 3 lần/tuần), phân cứng và đi tiêu khó khăn.

Triệu chứng này có thể xuất hiện cấp tính hay mạn tính (xem Questions box 13.5). Ở một số BN, táo bón mạn tính xảy ra do sự sao lãng thói quen đi tiêu, dẫn đến sự tích tụ, phân nhiều và khô. Với tình trạng trực tràng chướng liên tục do phân, BN có thể dần dần trở nên ít nhận thức được tình trạng căng đầy của trực tràng, dẫn đến táo bón mạn tính.

#### Questions box 13.5. Những câu hỏi để hỏi BN bị táo bón.

- ! Dấu hiệu có thể gợi ý chẩn đoán một vấn đề cấp bách hoặc nguy hiểm.
  1. Bao lâu ông/bà đi tiêu một lần?
  2. Ông/bà đi tiêu phân có cứng không, có khó khăn không?
  3. Phân trông như thế nào? (hình dáng phân, ví dụ: nhiều viên nhỏ)
  4. Ông/bà rặn hết mức mỗi lần đi tiêu không?
  5. Ông/bà có cảm thấy phân bị tắc nghẽn ở hậu môn khi cố gắng tống phân ra không?
  6. Ông/bà có bao giờ dùng ngón tay để ấn xung quanh hậu môn (hay âm đạo) để giúp tống phân ra không?
- !
  7. Ông/bà gần đây có thay đổi thói quen đi tiêu không?
  8. Gần đây ông/bà có sử dụng thuốc gì không?
- !
  9. Có máu trong phân không?
  10. Ông/bà có đau bụng không? Đau bụng có giảm bớt sau khi đi tiêu không?
- !
  11. Gần đây ông/bà có sụt cân không?
  12. Ông/bà có bị tiêu chảy không?
- !
  13. Ông/bà có tiền sử về polyp hay ung thư đại tràng không? Gia đình có ai bị ung thư đại tràng không?

Hỏi BN về việc sử dụng thuốc và tiền sử. Táo bón có thể là do uống thuốc (codein, thuốc chống trầm cảm, nhóm thuốc Antacid chứa nhôm hoặc calci), có thể do những bệnh về chuyển hóa hay nội tiết (suy giáp, tăng calci máu, đái tháo đường, u thần kinh nội tiết tủy tuyến thượng thận, rối loạn chuyển hóa porphyrin, hạ kali máu) và các rối loạn thần kinh (khiếm khuyết các tế bào hạch thần kinh phó giao cảm – aganglionosis, phình đại tràng bẩm sinh – Hirschsprung’s disease<sup>c</sup>, bệnh lý thần kinh tự động, tổn thương tủy sống, xơ cứng rải rác).

Táo bón cũng có thể xuất phát do sự tắc nghẽn một phần đại tràng do carcinoma; việc

<sup>c</sup> Harold Hirschsprung (1830 – 1916), một bác sĩ bệnh viện nhi Queen Louise, mô tả bệnh lý này năm 1888. Trước đó nó được mô tả vào năm 1825 bởi Caled Parry, một bác sĩ người Anh.



xác định xem gần đây có sự thay đổi thói quen đi tiêu là rất quan trọng, điều này có thể sẽ cho ta biết sự phát triển của một khối u ác tính. Những BN bị táo bón nặng mà không có những bất thường về cấu trúc giải phẫu có thể được phát hiện nhờ vào việc khảo sát sự chuyển động của thức ăn trong đại tràng (colonic transit studies) để biết được sự di chuyển chậm trong đại tràng. Táo bón do thức ăn di chuyển chậm là thường gặp ở phụ nữ trẻ tuổi.

Táo bón cũng thường xuất hiện ở những tháng cuối thai kỳ ở phụ nữ có thai.

Hỏi BN có phải rặn quá sức hay cảm giác phân bị nghẹt lại khi BN cố gắng để đi tiêu. Nếu gặp khó khăn trong việc tống phân ra có thể là do rối loạn ở các cơ vùng sàn chậu hay các rối loạn thần kinh hoặc do các bệnh lý ở hậu môn trực tràng (nứt hay hẹp). BN với những vấn đề trên thường phàn nàn về sự khó khăn khi đi tiêu, cảm giác phân bị nghẹt ở hậu môn, thậm chí BN phải dùng tay để giúp cho việc đẩy phân ra ngoài.

Một rối loạn mạn tính nhưng không đều đặn khi đi đại tiện (thường xen kẽ giữa táo bón và tiêu chảy) kết hợp với đau bụng, mà không có sự bất thường nào về cấu trúc hay sinh hóa thì rất phổ biến; những BN này được nghĩ là mắc hội chứng ruột kích thích. BN khai rằng họ đau bụng cộng hơn hai triệu chứng sau: giảm đau bụng sau khi đại tiện, tiêu phân mềm và đi nhiều lần với khởi phát đau bụng, tiêu phân nhầy, cảm giác đi tiêu không sạch ruột và chướng bụng có thể nhìn thấy được: nghĩ nhiều đến hội chứng ruột kích thích hơn là những bệnh lý thực thể.

BN nằm liệt giường hoặc những BN được phẫu thuật bụng thường bị táo bón. Sự thiếu ăn (starvation) hoặc thay đổi chế độ ăn uống cũng có thể gây ra táo bón.

### 13.1.9. Tiêu phân nhầy

Tiêu phân nhầy có màu trắng sữa do loét hậu môn, rò hậu môn hoặc adenoma dạng lông hoặc hội chứng ruột kích thích.

### 13.1.10. Xuất huyết

BN có vấn đề xuất huyết tiêu hóa gồm nôn ra máu (haematemesis), tiêu phân đen (melaena), tiêu phân máu đỏ tươi (haematochezia). Đôi khi BN được phát hiện tình cờ khi xét nghiệm thường quy phát hiện có hồng cầu trong phân. Điều quan trọng là phải khẳng định có nôn ra máu để không nhầm lẫn với các trường hợp chảy máu từ răng, lợi, mũi hoặc ho ra máu.

Triệu chứng nôn ra máu có thể chỉ định vị trí xuất huyết là trên hoặc tại tá tràng (xem Bảng 13.1). Hỏi về các triệu chứng của loét đường tiêu hóa, nôn ra máu thường do chảy máu mạn tính của loét đường tiêu hóa, đặc biệt là loét tá tràng. Loét đường tiêu hóa thường gây xuất huyết mà không có triệu chứng đau bụng.

Hỏi xem BN có nôn ra máu xuất hiện trong lần nôn đầu tiên hay không (xem Questions box 13.6). Hội chứng Mallory – Weiss thường có nhiều lần nôn ói lặp đi lặp lại, thường BN sẽ nói rằng những lần nôn đầu tiên sẽ bình thường và sau đó là nôn ra máu.

Nếu có máu trong phân, hỏi BN xem máu đó xuất hiện sau và ở trên phân hay là trộn lẫn với phân. Tiêu máu đỏ tươi và các bệnh lý tại hậu môn trực tràng như nứt hậu môn thường tiêu máu lượng đỏ tươi lượng ít qua hậu môn. Máu thường không trộn lẫn với phân như thường sẽ dính vào giấy đi cầu, ở trên phân hoặc bồn cầu.

Tiêu phân đen thường do xuất huyết tiêu hóa trên, mặc dù vậy cũng có thể do xuất

huyết ở ruột non hoặc đại tràng phải. Chảy máu qua trực tràng ở ạt thường xuất hiện từ đầu xa của đại tràng hoặc trực tràng nhưng cũng có thể từ đường tiêu hóa trên. Với xuất huyết đáng kể đường tiêu hóa dưới, điều quan trọng là phải xem xét có sự xuất hiện của loạn sản mạch máu hay túi thừa không (chảy máu thường xuất phát từ đại tràng phải hơn là đại tràng trái, thậm chí túi thừa xuất phát từ đại tràng trái nhiều hơn).

Xuất huyết tự phát ở da hoặc từ mũi, miệng có thể có vấn đề rối loạn đông máu do các bệnh lý ở gan.

**Bảng 13.1. Nguyên nhân gây xuất huyết tiêu hóa.**

<b>1. Xuất huyết tiêu hóa trên</b>	+ Thoái hóa mạch máu dạng bột.
– <b>Thường gặp</b>	+ Viêm mạch máu.
+ Loét mạn tính đường tiêu hóa: loét dạ dày, loét tá tràng.	+ Bệnh Ménétrier <sup>4</sup> .
+ Loét tiêu hóa cấp (bào mòn).	+ Rối loạn đông máu (thiếu yếu tố đông máu).
– <b>Ít gặp</b>	+ Giả xuất huyết (chảy máu từ mũi hầu).
+ Hội chứng Mallory – Weiss <sup>1</sup> (rách chỗ nối thực quản – dạ dày).	<b>2. Xuất huyết tiêu hóa dưới</b>
+ Dẫn tĩnh mạch thực quản/dạ dày.	– <b>Thường gặp</b>
+ Viêm loét hoặc bào mòn thực quản.	+ Loạn sản mạch máu.
+ Carcinoma, polyp hoặc các loại u khác ở dạ dày.	+ Bệnh lý túi thừa.
+ Loét Dieulafoy <sup>2</sup> (khiếm khuyết do dẫn các động mạch dưới niêm).	+ Carcinoma hoặc polyp đại tràng.
+ Dạ dày dưa hấu – watermelon stomach (dẫn các mạch máu ở hang vị).	+ Trĩ xuất huyết hoặc nứt hậu môn.
+ Rò động mạch chủ – tiêu hóa (thường là tá tràng, xuất hiện sau phẫu thuật động mạch chủ).	– <b>Ít gặp</b>
+ Bất thường mạch máu – loạn sản mạch máu, AVM, hội chứng blue rubber bleb nevus (dị dạng tĩnh mạch lan tỏa), tăng sinh mạch máu xuất huyết do di truyền, hội chứng CREST.	+ Chảy máu đường tiêu hóa trên ở ạt.
+ Giả u vàng sợi chun, hội chứng Ehlers – Danlos <sup>3</sup> .	+ Bệnh lý viêm nhiễm đại tràng.
	+ Viêm đại tràng thiếu máu cục bộ.
	+ Túi thừa Meckel.
	+ Bệnh lý ở ruột non (u, túi thừa, lồng ruột).
	+ Chảy máu đường mật (chảy máu túi mật).
	+ Loét đại tràng đơn độc <sup>5</sup> .

<sup>1</sup> George Kenneth Mallory (1900 – 1986), giáo sư bệnh học ở Boston và Soma Weiss (1898 – 1942), giáo sư y học ở bệnh viện thành phố Boston mô tả hội chứng này vào năm 1929.

<sup>2</sup> George Dieulafoy (1838 – 1911), một bác sĩ ở Paris.

<sup>3</sup> Edward Ehlers (1863 – 1937), bác sĩ da liễu người Đức, mô tả hội chứng này vào năm 1901 và Henri Alexandre Danlos (1844 – 1912), bác sĩ da liễu người Pháp, mô tả hội chứng này vào năm 1908.

<sup>4</sup> Pierre Ménétrier (1859 – 1935), một bác sĩ người Pháp.

<sup>5</sup> Johann Friedrich Meckel the younger (1781 – 1833), giáo sư phẫu thuật và giải phẫu tại Halle. Cha và ông của ông ấy là giáo sư ngành giải phẫu.

CREST = calcinosis, Raynaud's phenomenon, sclerodactyly and telangiectasia.

### Questions box 13.6. Những câu hỏi để hỏi BN có xuất huyết tiêu hóa.

- ! Dấu hiệu có thể gợi ý chẩn đoán một vấn đề cấp bách hoặc nguy hiểm.
- ! 1. Ông/bà có nôn ra máu tươi không?
- ! 2. Ông/bà đi tiêu phân đen hoặc có máu trong phân không?
- 3. Trước khi nôn ra máu, ông/bà có nôn ói hay không? (hội chứng Mallory – Weiss)
- 4. Ông/bà có sử dụng thuốc aspirin hoặc NSAIDs đường uống không?
- 5. Ông/bà có uống rượu không? Ông/bà có bệnh lý về gan không?
- 6. Ông/bà có loét đường tiêu hóa không?
- ! 7. Ông/bà sụt cân không?

### Questions box 13.7. Những câu hỏi để hỏi BN vàng da.

- ! Dấu hiệu có thể gợi ý chẩn đoán một vấn đề cấp bách hoặc nguy hiểm.
- 1. Ông/bà có tiểu sậm màu không? Phân có nhạt màu không? (vàng da do tắc mật)
- 2. Ông/bà có ngứa da không?
- ! 3. Ông/bà có sốt không? (viêm đường mật)
- ! 4. Ông/bà có thay đổi sự ngon miệng hay cân nặng không? (bệnh ác tính)
- 5. Ông/bà có bị đau bụng hay thay đổi thói quen đi tiêu không?
- ! 6. Ông/bà có nôn ra máu hay tiêu phân đen không?
- 7. Ông/bà có uống rượu không? Mỗi lần uống bao nhiêu? Uống rượu được bao lâu rồi?
- 8. Ông/bà đã từng sử dụng đường tĩnh mạch chưa?
- 9. Ông/bà có xăm hình không?
- 10. Ông/bà đã từng truyền máu chưa?
- 11. Gần đây ông/bà có bắt đầu sử dụng thuốc gì mới không?
- 12. Gần đây ông/bà có tiếp xúc với những BN vàng da hay bệnh về gan không?
- 13. Ông/bà có tiền sử về những hành vi tình dục không an toàn không?
- 14. Ông/bà có du lịch nước ngoài đến khu vực mà có nhiều BN viêm gan A không?
- 15. Ông/bà đã tiêm ngừa viêm gan B chưa?
- 16. Ông/bà có tiền sử bệnh viêm đường ruột không? (viêm xơ chai đường mật nguyên phát)
- 17. Ông/bà có tiền sử phẫu thuật gì không? (phẫu thuật mật, tụy)
- 18. Ông/bà làm nghề gì? Có tiếp xúc với các độc tố hại gan không?
- 19. Gia đình ông/bà có ai có bệnh về gan không?

#### 13.1.11. Vàng da

Thường thì người nhà BN sẽ nhận ra cứng mạc và da của BN bị vàng trước khi BN nhận biết được điều đó. Vàng da là do sự hiện diện của bilirubin dư thừa được lắng đọng ở kết mạc và da. Khi BN vàng da, phải hỏi BN về màu của nước tiểu và phân; phân nhạt màu mà nước tiểu sẫm màu có thể do tắc hay ứ mật làm cho urobilinogen không thể đi vào ruột. Hỏi thêm BN về tình trạng đau bụng; sỏi mật có thể gây đau đường mật và vàng da (xem Questions box 13.7).

#### 13.1.12. Ngứa

Triệu chứng này có nghĩa là ngứa ở da, có thể là ngứa toàn thân hay khu trú. Bệnh gan ứ mật có thể gây ngứa và ngứa chủ yếu ở các chi.

### **13.1.13. Chướng hơi, bụng báng**

Cảm giác đầy bụng (đầy hơi) có thể là do khí dư thừa trong bụng hay do tăng tính nhạy cảm của ruột (trong hội chứng ruột kích thích). Chướng bụng lâu ngày có thể do sự tích tụ dịch trong bụng báng. Nó có thể đi kèm với phù về mắt cá chân.

### **13.1.14. Thờ ơ**

Mệt mỏi và dễ mệt mỏi là những triệu chứng thường gặp ở BN bệnh gan cấp hay mạn tính, nhưng cơ chế thì vẫn chưa biết. Nguyên nhân có thể do thiếu máu ở những BN có bệnh lý về đường tiêu hóa hay viêm, nhiễm trùng mạn tính. Thờ ơ rất phổ biến ở nhiều người, nó không phải là một triệu chứng đặc trưng.

## **13.2. TIỀN SỬ ĐIỀU TRỊ**

Khai thác về tiền sử sử dụng thuốc của BN là rất quan trọng. Thuốc kháng viêm không steroid (NSAIDs) như Aspirin, có thể gây chảy máu cấp tính hoặc gây ra những tổn thương mạn tính lên đường tiêu hóa. Như đã được mô tả trước đó, một vài thuốc có thể gây rối loạn đi tiêu. Và có rất nhiều thuốc ảnh hưởng đến gan. Ví dụ như: viêm gan cấp tính có thể xuất hiện do các thuốc halothane, phenytoin hoặc chlorothiazide. Úm mật do phản ứng quá mẫn với chlorpromazine hay các thuốc thuộc nhóm phenothiazine khác, nhóm sulfonamide, nhóm sulfonylurea, phenylbutazone, rifampicin or nitrofurantoin. Các thuốc kích thích tổng hợp hormon sinh dục nam (anabolid steroids) và thuốc ngừa thai có thể gây tắc mật tùy thuộc liều sử dụng. Gan nhiễm mỡ có thể do uống rượu hay do sử dụng các thuốc tetracycline, valproic acid hoặc amiodarone. Một lượng lớn máu ứ ở các xoang gan còn gọi là bệnh máu ứ ở gan (peliosis hepatis) có thể do sử dụng các thuốc kích thích tổng hợp hormon sinh dục nam hoặc thuốc ngừa thai. Hoại tử tế bào gan cấp có thể xảy ra nếu dùng quá liều paracetamol (acetaminophen).

## **13.3. TIỀN SỬ BÀN THÂN**

BN có thể bị vàng da sau phẫu thuật có thể do quá trình gây mê (một số BN bị vàng da sau khi sử dụng thuốc mê đường hô hấp halothane) hoặc do thiếu oxy ở tế bào gan (hạ huyết áp trong lúc phẫu thuật hay giai đoạn hậu phẫu) hoặc gây tổn thương trực tiếp đến đường mật trong quá trình phẫu thuật. BN có tiền sử và đau thượng vị lặp đi lặp lại đồng thời có cơn đau bụng dữ dội có thể nghĩ đến thủng ổ loét đường tiêu hóa. Khai thác những BN có tiền sử bệnh lý viêm nhiễm đường ruột (bệnh viêm loét đại tràng hoặc bệnh Crohn) là rất quan trọng vì những bệnh mạn tính này có xu hướng bùng phát nặng hơn.

## **13.4. VÙNG DỊCH TỄ**

Nghề nghiệp của BN có thể liên quan (nhân viên y tế có thể phơi nhiễm viêm gan). Yếu tố tiếp xúc với độc tố cũng rất quan trọng ở những BN có bệnh lý gan mạn tính (carbon tetrachloride, vinyl chloride). Nếu BN có triệu chứng gợi ý bệnh gan, hỏi BN gần đây có đi du lịch ở các nước mà có dịch bệnh viêm gan hay không.

Tiền sử uống rượu rất quan trọng, đặc biệt ở những người nghiện rượu thường phủ nhận hoặc nói bớt đi lượng rượu mà họ đã uống. BN có tiền sử uống rượu và bị vàng da thì nên được lưu ý.

Tiền sử về tình dục cũng nên được khai thác. Việc khai thác tiền sử của việc tiêm chích

(tiêm chích tĩnh mạch, truyền huyết tương, điều trị nha khoa hay xăm mình) ở những BN này có những triệu chứng bệnh gan rất quan trọng, đặc biệt là viêm gan B và C lây qua đường này. Các yếu tố nguy cơ đối với BN viêm gan siêu vi bao gồm quan hệ tình dục, tiêm chích, truyền máu và xăm hình.

### **13.5. TIỀN SỬ GIA ĐÌNH**

Gia đình có tiền sử ung thư đại tràng, đặc biệt polyp hoặc bệnh viêm nhiễm đường ruột rất quan trọng. Hỏi BN tiền sử gia đình có ai bị bệnh tiêu chảy có váng mỡ không? – bệnh lý đường ruột gây ra bởi tình trạng nhạy cảm với gluten, một loại protein được tìm thấy trong lúa mì, lúa mạch đen và lúa mạch, đưa đến viêm và bất sản niêm mạc ruột non. Tiền sử gia đình có bệnh vàng da, thiếu máu, cắt lách hoặc cắt bỏ túi mật có thể xảy ra ở BN thiếu máu tán huyết (do bất thường về hemoglobin hay do bệnh tự miễn) hoặc tăng bilirubin máu bẩm sinh hay gia đình.

## T&O'C essentials

1. Tìm ra những triệu chứng tiêu hóa cụ thể và dạng biểu hiện bệnh sẽ hướng chúng ta đến chẩn đoán chính xác.
2. Hỏi BN ý của BN là gì khi BN dùng những từ như nôn (có phải là sự nhai lại?), táo bón hay tiêu chảy?
3. Nuốt khó và nghẹn thức ăn ngắt quãng gợi ý đến bệnh viêm thực quản tăng bạch cầu ái toan.
4. Nuốt khó, xuất huyết và sụt cân là những triệu chứng cảnh báo cần phải thăm khám.
- 5.Ợ nóng và trào ngược acid thường do bệnh trào ngược dạ dày thực quản
6. Có phải cơn đau mật không? Đau quặn mật thường do sỏi mật hay viêm túi mật cấp; đau cấp tính, đau âm ỉ (không phải đau quặn) thường kéo dài hàng giờ, thường khởi phát ở thượng vị hoặc vùng hạ sườn phải và thường không dự đoán trước được.
7. Đau bụng mạn tính hoặc tái phát nhiều lần có liên quan với triệu chứng táo bón hoặc tiêu chảy, hoặc cả hai kèm với đầy hơi, không có các triệu chứng cảnh báo thường do hội chứng ruột kích thích. Một chẩn đoán dương tính nhờ vào khai thác bệnh sử.

## OSCE ôn tập

### Bệnh sử bệnh lý tiêu hóa

**Topic này thường hay gặp trong OSCE, sẽ giúp ích khi ôn tập lại.**

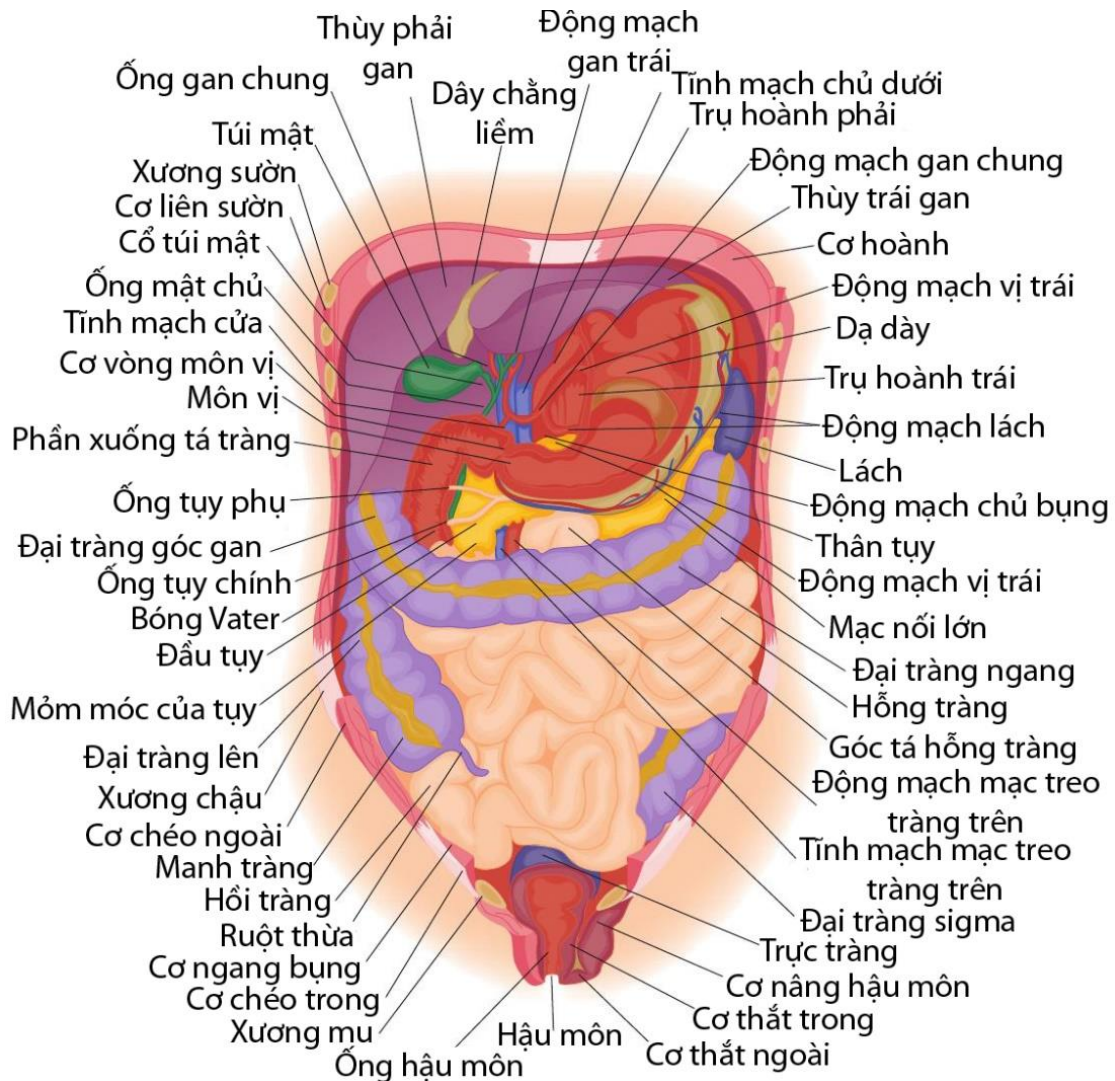
1. Một phụ nữ đang lo lắng vì triệu chứng đau bụng đã xuất hiện trong nhiều năm nay. Hãy hỏi bệnh sử của bà ấy.
2. Một người đàn ông gần đây xuất hiện vàng da. Hãy hỏi ông ấy về điều này.
3. Một người đàn ông bị tiêu chảy gần 3 tháng nay, hãy hỏi bệnh sử của ông ấy.
4. Người đàn ông này nhận thấy rằng, ông ấy đi cầu phân đen, hãy hỏi ông ta về điều này.
5. Người phụ nữ này được chẩn đoán là đau quặn mật. Hãy hỏi bà ấy về những triệu chứng mà bà ấy đã trải qua.

Nguyễn Thành Luân, Nguyễn Văn Khải

*Ông vua này mang bộ óc trong bụng và đưa bộ máy tiêu hóa vào trong đầu.  
William Shakespear, Troilus và Cressida*

Thăm khám hệ thống tiêu hóa bao gồm thăm khám hết vùng bụng. Điều này rất quan trọng để tìm ra các dấu hiệu ngoại biên của đường tiêu hóa và bệnh lý của gan.

### 14.1. GIẢI PHẪU



**Hình 14.1. Giải phẫu đường tiêu hóa.**

Hiểu được cấu trúc và chức năng của hệ tiêu hóa và các cơ quan trong ổ bụng là điều chính yếu để chẩn đoán bệnh lý đường tiêu hóa (xem Hình 14.1). Miệng là cửa vào đầu tiên của hệ tiêu hóa. Nó, trực tràng và hậu môn là những vùng dễ tiếp cận khi thăm khám và phải thăm khám thật cẩn thận khi có nghi ngờ các bệnh lý vùng bụng. Các vị trí của các cơ quan trong ổ bụng có thể có sự thay đổi, nhưng có những dấu hiệu trên bề mặt cần phải được lưu ý trong tâm trí khi thăm khám.

Gan là cơ quan lớn nhất trong ổ bụng, bao gồm: một thùy phải lớn và một thùy trái nhỏ, chia thành tám hạ phân thùy, trong đó thùy đuôi (hạ phân thùy I) chen vào giữa. Giới hạn dưới của gan kéo dài từ xương sườn thứ mười đến ngay dưới núm vú trái. Thông thường gan là không sờ thấy được, nhưng cũng có thể cảm nhận khi sờ ngay dưới hạ sườn phải ở người khỏe mạnh.

Lách là một cơ quan của hệ lympho nằm ngay dưới các xương sườn thứ 9, 10 và 11 bên trái. Lách thường không sờ thấy được ở người khỏe mạnh.

Thận nằm về phía trước khoảng bốn khoát ngón tay từ đường giữa và phía sau dưới xương sườn 12. Thông thường, thận phải thấp hơn 2,5 cm so với thận trái. Cực dưới của thận phải có thể sờ thấy ở những người gầy và khỏe mạnh.

Túi mật là một cơ quan hình quả lê và đáy nằm ở đầu của sụn sườn 9, thường không thể sờ thấy ở người bình thường. Tuyến tụy nằm ở khoang sau phúc mạc, đầu tụy thì nằm trọn vào hình chữ C của tá tràng và đuôi tụy nằm ở gần lách. Một khối to ở vùng tụy rất hiếm đến mức ta có thể sờ thấy.

Động mạch chủ nằm ở đường giữa và kết thúc ngay bên trái của đường giữa ngang mào chậu. Một khối theo mạch đập ở giữa bụng có khả năng cao là do phát sinh từ động mạch chủ và có thể đó chính là phình động mạch chủ bụng.

Dạ dày thường là hình chữ J và nằm ở phía trên bên trái của bụng trên lách và tuyến tụy; nối với tá tràng. Ruột non dài khoảng 3 – 10 m và bao gồm nửa trên là tá tràng và hồi tràng, nửa dưới là hồi tràng. Ruột non nằm trên phần giữa của bụng nhưng thường khó sờ thấy.

Đại tràng dài khoảng 1,5 m và từ phải sang trái gồm có: manh tràng, đại tràng lên, đại tràng góc gan, đại tràng ngang, đại tràng góc lách, đại tràng xuống, đại tràng sigma, trực tràng và ống hậu môn. Ruột thừa thường nằm ở vùng bụng dưới bên phải, xuất phát từ manh tràng. Manh tràng và đại tràng lên nằm ở phía bên phải của bụng, đại tràng ngang chạy qua vùng bụng trên từ phải sang trái và sau đó đến đại tràng xuống, đại tràng sigma và trực tràng nằm phía bên trái của bụng. Hiếm khi, một khối phát sinh từ đại tràng mà cảm nhận được trong ổ bụng.

Khu vực giải phẫu quan trọng khác là các cấu trúc vùng bẹn và hậu môn sẽ được mô tả trong chương này liên quan đến khám thoát vị và khám hậu môn trực tràng.

## **14.2. TƯ THẾ BỆNH NHÂN**

Để thăm khám bụng đầy đủ, điều quan trọng là BN phải nằm phẳng với đầu thoải mái nằm trên một chiếc gối (xem Hình 14.2). Điều này giúp thư giãn các cơ bụng và tạo điều kiện để sờ nắn bụng. Vì thế trước khi thăm khám nên giúp BN chuẩn bị theo đúng tư thế để sau đó tiến hành thăm khám.





**Hình 14.2. Tư thế BN.**

### **14.3. QUAN SÁT TỔNG TRẠNG**



**Hình 14.3. Bệnh viêm da dạng herpes trong bệnh tiêu phân mỡ.**

#### **14.3.1. Vàng da**

Củng mạc hoặc kết mạc và da sẽ vàng khi tăng bilirubin máu và tốt nhất nên quan sát dưới ánh sáng tự nhiên.

#### **14.3.2. Cân nặng**

Cân nặng của BN phải được ghi lại. Khi suy giảm chức năng đường tiêu hóa sẽ ảnh hưởng đến khả năng hấp thụ thức ăn dẫn đến sụt cân và suy mòn. Đây cũng có thể là hậu quả của một bệnh lý ác tính ở đường tiêu hóa hoặc xơ gan do rượu. Nếp gấp của da có thể nhìn thấy từ vùng bụng đến chân tay; thì điều này khiến chúng ta nghĩ đến BN có sụt cân

trong thời gian gần đây. Béo phì có thể gây ra gan nhiễm mỡ (viêm gan nhiễm mỡ không do rượu) và kết quả xét nghiệm có bất thường chức năng gan. Sử dụng các thuốc chứa các chất kích thích tổng hợp hormon sinh dục nam gây gia tăng khối lượng cơ bắp và xuất hiện các khối u gan khác nhau, bao gồm adenoma hoặc carcinoma gan.

### 14.3.3. Da

Đường tiêu hóa và da có chung một nguồn gốc phôi thai học. Rất nhiều bệnh lý có thể hiện diện ở cả da và ruột (xem Hình 14.3 – Hình 14.8, Bảng 14.1).



**Hình 14.4. U tụy tiết glucagon (glucagonoma): phát ban di trú vùng bẹn.**

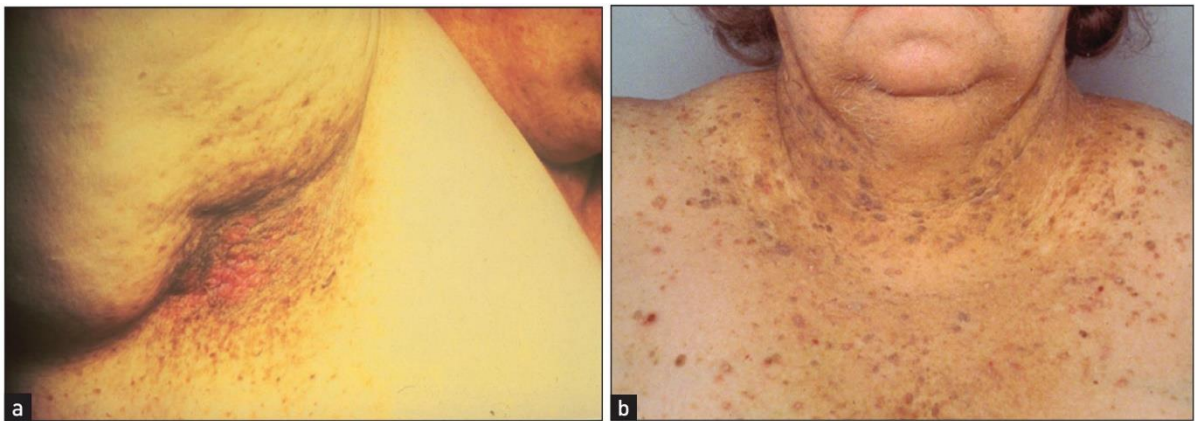
– Sắc tố. Tăng sắc tố da lan tỏa (generalised skin pigmentation) có thể do bệnh lý gan mạn tính, đặc biệt là trong bệnh lý nhiễm sắc tố sắt – haemochromatosis (do haemosiderin kích thích các tế bào hắc tố để sản xuất ra melanin). Kém hấp thu có thể dẫn tới rối loạn sắc tố dạng Addisonian (loạn sắc tố “sunkissed”) ở núm vú, các nếp lòng bàn tay, vùng chịu áp lực ti đê và miệng.



**Hình 14.5. Hội chứng Peutz – Jeghers.**

– Hội chứng Peutz – Jeghers <sup>a</sup>. Những đốm giống như tàn nhang (rời rạc, những tổn thương màu nâu – đen) xung quanh miệng và trên niêm mạc miệng (xem Hình 14.5) và trên các ngón tay, ngón chân thường đi kèm với các u nghịch tạo (hamartoma) ở ruột non (50%) và đại tràng (30%), trong đó có thể xuất hiện chảy máu hoặc lồng ruột. Ở những trường hợp mắc bệnh di truyền tính trạng trội này có tỷ lệ mắc carcinoma tuyến đường tiêu hóa sẽ tăng lên rất cao.

– Dấu gai đen (acanthosis nigricans). Vùng da dày lên dạng u nhú (papillomatous thickening), màu đen xám, thường gặp ở vùng da nhăn hoặc các vị trí gấp của cơ thể. Ví dụ, vùng gấp ở gáy hay ở bên của cổ, vùng nách, bẹn, ở các nếp gấp bụng. Vùng da này thường mềm, đối xứng (xem Hình 14.6). Dấu gai đen hiếm khi đi kèm với các ung thư đường tiêu hóa (đặc biệt là dạ dày) và lymphoma cũng như cực đại đầu chi, đái tháo đường và các bệnh lý về nội tiết khác.



**Hình 14.6. Dấu gai đen, (a) ở nách, (b) ở trước ngực.**



**Hình 14.7. Dẫn mao mạch xuất huyết do di truyền xuất hiện trên môi.**

<sup>a</sup> John Peutz (1886 – 1957), bác sĩ tại bệnh viện St John, Hague, Hà Lan, mô tả lần đầu tiên vào năm 1921. Harold Jeghers (1904 – 1990), giáo sư y khoa, bệnh viện thành phố Boston, Mỹ, mô tả điều này năm 1949.

– Dẫn mao mạch xuất huyết di truyền (Hereditary haemorrhagic telangiectasia) hay hội chứng Rendu – Osler – Weber<sup>b</sup>. Nhiều mao mạch nhỏ dẫn xuất hiện trong bệnh lý này, thường ở trên môi và lưỡi (xem Hình 14.7), nhưng có thể được tìm thấy bất cứ nơi nào trên da. Khi có ở đường tiêu hóa có thể gây mất máu mạn tính hoặc thậm chí thỉnh thoảng gây chảy máu cấp tính. Có thể kèm theo dị dạng động tĩnh mạch. Đây là bệnh lý di truyền tính trạng trội và không thường gặp.



**Hình 14.8. Bệnh porphyrin da mắc phải muộn.**

– Bệnh porphyrin da mắc phải muộn (porphyria cutanea tarda). Những bóng nước mỏng manh thường xuất hiện trên khu vực da hay tiếp xúc và lạnh để lại sẹo (xem Hình 14.8). Nước tiểu sẫm màu do sự rối loạn mạn tính của quá trình chuyển hóa porphyrin liên quan đến nghiện rượu và viêm gan C.

– Xơ cứng toàn thân (systemic sclerosis). Xơ cứng hệ thống thường được gắn liền với bệnh lý trào ngược dạ dày thực quản và rối loạn nhu động ruột.

**Bảng 14.1. Da và bệnh lý đường tiêu hóa.**

Bệnh	Da	Ruột	Biểu hiện khác
<b>Hội chứng đa polyp đường tiêu hóa</b>			
Hội chứng Peutz – Jeghers (tính trạng trội)	Các dát sắc tố trên tay, chân, môi.	Các polyp nghịch tạo (hiếm khi là adenocarcinoma) ở dạ dày, ruột non, đại tràng.	
Hội chứng Gardner <sup>1</sup> (tính trạng trội)	U nang, u xơ, u mỡ (thường đa u).	Polyp, adenocarcinoma đại tràng.	U xương dạng xương.
Hội chứng Cronkhite – Canada	Rụng tóc, tăng sắc tố, viêm lưỡi, loạn dưỡng móng	Polyp nghịch tạo, tiêu chảy, thiếu hụt tuyến tụy ngoại tiết.	
<b>Các u tiết ra hormon</b>			
Hội chứng carcinoid	Mặt đỏ bừng, dẫn mao mạch.	Tiêu chảy té nước, gan to.	Thở khò khè, âm thổi ở tim phải.
Bệnh tế bào mast hệ	Dẫn mao mạch, mặt đỏ	Loét đường tiêu hóa, tiêu	Hen, đau đầu, nhịp

<sup>b</sup> Henri Rendu (1844 – 1902), bác sĩ người Pháp. Frederick Weber (1863 – 1962), bác sĩ người Anh. Bệnh lý này được mô tả năm 1907.

thống do tăng sinh tế bào mast và giải phóng histamin.	bùng, sần sác tổ, ngứa, da về nổi, dấu Darier <sup>2</sup> (khi cọ sát bằng đầu tù của viết chì vài phút sau sẽ nổi đường hằn đỏ lên tại chỗ đó).	chảy, kém hấp thu.	nhANH.
U tiết glucagon	Hồng ban hoại tử di trú.	Viêm lưỡi, sụt cân, đái tháo đường.	
<b>Các bệnh lý mạch máu</b>			
Dãn mao mạch xuất huyết di truyền	Dãn mao mạch (đặc biệt là giường móng, lòng bàn tay, bàn chân).	Xuất huyết tiêu hóa.	Chảy máu vùng mũi họng, rò động tĩnh mạch phổi, suy tim cung lượng cao.
Giả u vàng sợi chun	Sẩn vàng/sẩn ở các khu vực nếp gấp.	Chảy máu đường ruột, thiếu máu.	Vết giả mạch ở đáy mắt
Hội chứng blue rubber bleb syndrome	Hemangioma (như ở lưỡi,...).	Chảy máu xuống ruột hoặc gan.	
Bệnh Degos hay bệnh sẩn teo da ác tính	Sẩn đỏ hình mái vòm ở giai đoạn đầu về sau là vết sẹo nhỏ teo trắng.	Thủng, nhồi máu ruột (chủ yếu ở trẻ nam – rất hiếm).	
Dấu gai đen	Vùng da dày lên dạng u nhú màu từ nâu đến đen thường ở nách.	Ung thư.	To đầu chi, đái tháo đường.
Viêm da dạng dạng herpes	Mụn nước – thường ở đầu gối, khuỷu tay, hoặc hông.	Bệnh lý tiêu phân mỡ.	
Thiếu kẽm	Tổn thương đỏ, có vảy, xước da xung quanh miệng, mắt, cơ quan sinh dục và những đốm trắng trên lưỡi.	Tiêu chảy (do thiếu kẽm đặc biệt trong bệnh cảnh Crohn với rò, xơ gan, nuôi ăn ngoài ruột, viêm tụy).	
Bệnh Porphyrin da muện	Mụn nước trên vùng da tiếp xúc (như bàn tay).	Bệnh gan do rượu.	
Viêm nhiễm đường ruột	Viêm da mũ hoại thư, hồng ban nút, ngón tay dùi trống, loét miệng	Viêm loét đại tràng hoặc bệnh Crohn.	
Bệnh thừa sắt	Thay đổi sắc tố da.	Gan to, dấu hiệu của bệnh lý gan mạn tính.	Đái tháo đường, suy tim (phi đại cơ tim), bệnh lý khớp, teo tinh hoàn.
Xơ cứng hệ thống.	Da sẽ dày lên, xơ cứng lại, lắng đọng nhiều calci, hiện tượng Raynaud <sup>3</sup> , dày da, dãn mao mạch.	Trào ngược dạ dày thực quản, rối loạn vận động thực quản, sự phát triển quá mức vi khuẩn ở ruột non với kém hấp thu.	

<sup>1</sup>Eldon John Gardner (1909 – 1989), nhà gen học người Mỹ.

<sup>2</sup>Ferdinand Jean Darier (1856 – 1938), bác sĩ da liễu ở Paris.

<sup>3</sup>Maurice Raynaud (1834 – 1881), bác sĩ đa khoa ở Paris.

### 14.3.4. Tri giác

Đánh giá định hướng không gian và thời gian. Hội chứng não gan, do xơ gan mất bù tiên triển (suy gan mạn tính) hoặc viêm gan tối cấp (suy gan cấp tính), là một rối loạn thần kinh thực thể. Các đặc điểm phụ thuộc vào nguyên nhân và các yếu tố cấu thành. BN tiến triển đến trạng thái cuối cùng là lơ mơ và hôn mê. Sự kết hợp của tổn thương tế bào gan và các shunt cửa – chủ do rối loạn cấu trúc của gan (cả trong và ngoài gan) gây ra hội chứng này. Bệnh cảnh này có thể làm cho gan không loại bỏ các chất độc hại, các chất chuyển hóa từ hệ tĩnh mạch cửa. Các chất chuyển hóa độc hại có thể bao gồm amoniac, methanethiol, acid béo chuỗi ngắn và các acid amin.

## 14.4. TAY

Ngay cả các chuyên gia tiêu hóa có kinh nghiệm cũng phải kiềm chế sự thích thú của mình khi tìm thấy các dấu hiệu trên bàn tay vì các dấu hiệu này là đầu mối cho sự hiện diện của bệnh lý gan mạn tính. Bất kể bệnh nguyên của nó là gì thì hậu quả tổn thương gan lan tỏa sẽ thường có những dấu hiệu ngoại vi tương tự. Tuy nhiên, nếu BN chỉ có một dấu hiệu này thì không đặc hiệu cho bệnh lý gan mạn tính.

### 14.4.1. Móng

#### 14.4.1.1. Đốm trắng trên móng tay



Hình 14.9. Đốm trắng trên móng tay – móng tay Terry.

– Khi có bệnh lý gan mạn tính hoặc các bệnh lý khác làm giảm albumin máu, thì các giương móng tay và chân sẽ bị mờ đi (bất thường này của giương móng không phải của móng), thường chỉ thấy một vành màu hồng ở phía trên cùng của móng tay hoặc chân (gọi là móng Terry <sup>c</sup>, xem Hình 14.9). Ngón cái và ngón trỏ thường gặp nhất. Cơ chế có thể là do sự chèn ép dòng chảy mao mạch do tụ dịch ngoại bào.



**Hình 14.10. Đường Muehrcke.**

– Đường Muehrcke (đường trắng ngang – xem Hình 14.10) cũng có thể xuất hiện ở BN có tình trạng giảm albumin máu (hypoalbuminaemic), bao gồm cả xơ gan. Đường màu xanh có thể thấy được trên ở những BN có bệnh lý Wilson (bất thường gen lặn nằm trên nhiễm sắc thể thường, đặc trưng của bệnh lý này là đồng bị lắng đọng lại trong mô do giảm khả năng thải đồng ra khỏi cơ thể, chính đặc điểm này làm xuất hiện các dấu hiệu tâm thần kinh và các bệnh lý ở gan).

#### **14.4.1.2. Ngón tay dùi trống**

Hơn 1/3 BN xơ gan có dấu ngón tay dùi trống. Trong số ít các trường hợp, nó có liên quan đến các shunt động tĩnh mạch ở phổi, hậu quả là gây sự thiếu hụt oxy trong máu động mạch. Chứng xanh tím có thể liên quan với bệnh gan trầm trọng mạn tính kéo dài. Nguyên nhân của thông động tĩnh mạch phổi thì chưa biết rõ. Các bệnh lý như viêm nhiễm đường ruột, tiêu phân váng mỡ dẫn đến suy giảm, cạn kiệt dinh dưỡng kéo dài có thể cũng là nguyên nhân gây nên ngón tay dùi trống.

#### **14.4.2. Lòng bàn tay**

##### **14.4.2.1. Lòng bàn tay hồng (lòng bàn tay son)**

Lòng bàn tay son là sự đỏ lên của lòng bàn tay ở vị trí mô cái đến mô út (xem Hình 14.11). Thường thì lòng bàn chân cũng bị ảnh hưởng. Đây có thể là một đặc điểm của bệnh lý gan mạn tính. Trong khi những dữ liệu được cho là do nồng độ oestrogen tăng cao, tuy

---

<sup>c</sup> Những thay đổi này được mô tả đầu tiên bởi Dr Richard Terry năm 1954 xuất hiện trên BN xơ gan. Chúng còn được tìm thấy trên những BN suy tim và trở nên thường gặp hơn ở những BN bình thường nhưng lớn tuổi. Đối với những BN dưới 50 xuất hiện dấu hiệu này thì có thể nghĩ đến xơ gan, suy tim hoặc đái tháo đường.

nhân dấu hiệu này không được chứng minh là có liên quan đến nồng độ oestrogen huyết tương, vì thế các nguyên nhân còn chưa chắc chắn. Lòng bàn tay son cũng có thể xuất hiện ở BN nhiễm độc giáp, viêm khớp dạng thấp, đa hồng cầu và hiếm gặp ở những BN sốt kéo dài hoặc bệnh bạch cầu mạn. Bên cạnh đó, đây cũng có thể là một dấu hiệu bình thường, đặc biệt là ở phụ nữ và dấu sao mạch có thể xuất hiện trong thai kỳ.



**Hình 14.11. Lòng bàn tay son.**

#### **14.4.2.2. Thiếu máu**

Kiểm tra các nếp gấp lòng bàn tay để tìm các dấu hiệu xanh xao, có thể gợi ý thiếu máu mà nguyên nhân có thể do mất máu đường tiêu hóa, kém hấp thu (folate, vitamin B12), tán huyết (do cường lách) hoặc các bệnh lý mạn tính.



**Hình 14.12. Co rút Dupuytren. (a) lòng bàn tay, (b) lòng bàn chân.**

#### **14.4.2.3. Co rút dạng Dupuytren**

Co rút dạng Dupuytren<sup>d</sup> là tình trạng dày lên, co rút lại của lớp cân ở lòng bàn tay có thể nhìn và sờ cảm thấy được, điều này làm cho các ngón tay gấp lại, thường gặp ở ngón

<sup>d</sup> Baron Guillaume Dupuytren (1777 – 1835), phẫu thuật viên tại Paris.



đeo nhẫn (xem hình 14.11). Dấu hiệu thường ở hai bên và đôi khi có cả ở bàn chân. Thường liên quan với nghiện rượu (không phải là bệnh gan), nhưng cũng có khi thấy ở những người lao động chân tay; thường mang tính gia đình. Lớp cân ở lòng bàn tay của những BN này có gia tăng bất thường xanthine và điều này có thể liên quan đến cơ chế bệnh sinh.

### 14.4.3. Dấu run vẩy

BN được yêu cầu đưa hai tay ra phía trước, cổ tay duỗi và xòe các ngón tay trong 15 giây. Các cử động giật, gập – duỗi không đều ở cổ tay và các khớp bàn ngón tay, thường phối hợp với các cử động ra ngoài của ngón tay thường do bệnh lý não – gan. Nguyên nhân là do sự nhiễu tín hiệu dẫn truyền cảm giác từ thể khớp đến hệ lưới ở thân não. Điều này dẫn đến các cử động run vẩy của các cơ tư thế. Đôi khi xuất hiện ở cánh tay, cổ, lưỡi, cằm và mi mắt. Khi khám có thể yêu cầu BN nhắm mắt kín hoặc thè lưỡi ra có thể quan sát được. Dấu run vẩy thường mất nếu BN ở tư thế nghỉ và thường xuất hiện ở cả hai bên khi duy trì ở một tư thế kéo dài. Các cử động nhịp nhàng không đồng nhất ở hai bên và mất đi khi BN hôn mê.

Mặc dù dấu run vẩy này là một dấu hiệu đặc trưng và sớm của suy tế bào gan nhưng nó không được dùng để chẩn đoán. Nó có thể xuất hiện trong bệnh lý suy tim, suy hô hấp, suy thận cũng như hạ đường huyết, hạ kali máu, hạ magnesium hoặc ngộ độc barbiturate.

Run rõ ràng (thực sự là một dạng của múa vờn – múa giật) có thể xuất hiện trong bệnh Wilson. Run nhẹ khi nghỉ thường gặp ở những BN nghiện rượu.

## 14.5. CÁNH TAY

Tìm các dấu hiệu bầm tím ở chi trên. Vết bầm tím lớn (bầm máu) có thể là do đông máu bất thường. Suy tế bào gan có thể làm gián đoạn quá trình tổng hợp protein và do đó ảnh hưởng tới việc sản xuất của tất cả các yếu tố đông máu (ngoại trừ yếu tố VIII vì được tạo ra ở hệ thống lưới nội mô). Vàng da do tắc nghẽn kết quả dẫn đến thiếu acid mật trong đường ruột và do đó có thể làm giảm hấp thu vitamin K (một loại vitamin tan trong chất béo), đó là sự thiết yếu cho việc sản xuất các yếu tố đông máu II (prothrombin), VII, IX và X.



**Hình 14.13. Chấm xuất huyết.**

Chấm xuất huyết (petechiae – vết bầm máu nhỏ như đầu kim tiêm) cũng có thể quan sát thấy (xem Hình 14.13). Việc lạm dụng quá nhiều rượu trong thời gian dài đôi khi có thể dẫn đến suy giảm chức năng tủy xương, gây giảm tiểu cầu, do đó sẽ xuất hiện ban xuất huyết. Ngoài ra, lách to thứ phát sau tăng áp tĩnh mạch cửa có thể gây ra cường lách, với

sự phá hủy quá mức tiểu cầu trong lách; trong bệnh lý gan nặng (hoại tử tế bào gan đặc biệt là cấp tính), đông máu nội mạch lan tỏa (DIC) có thể xuất hiện.

Tìm xem BN có teo cơ không, thường là một biểu hiện muộn của suy dinh dưỡng ở BN nghiện rượu (xem Text box 14.1). Rượu cũng có thể gây ra bệnh cơ ở gốc chi.

#### **Text box 14.1. Đánh giá vấn đề dinh dưỡng.**

- Lớp mỡ dưới da: tìm dấu hiệu nhão, chùn của da qua lớp mô dưới da và mất độ căng đầy. Sự thay đổi này có thể qua sát thấy ở cơ tam đầu, ngực ở bờ sườn ngay đường nách giữa và bàn tay.
- Teo cơ: quan sát cơ delta, cơ tứ đầu đùi. Nếu teo khối cơ delta có thể thấy được dấu hiệu vai vuông. Luôn nhớ rằng, teo cơ có thể xuất hiện trong các bệnh lý thần kinh.
- Sự thoát dịch từ trong lòng mạch ra khoang ngoài lòng mạch (liên quan đến sự mất khả năng sản xuất ra các protein bình thường trong máu của gan): bụng báng, phù ngoại biên.

Nhìn những vết xước do gầy, đây là dấu hiệu do ngứa thường gặp ở những BN bị bệnh vàng da do tắc mật. Đây là dấu hiệu thường gặp ở những BN xơ gan do ứ mật nguyên phát<sup>e</sup>. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh cơ chế của ngứa là do sự lưu giữ một chất không rõ “unknown substance” mà bình thường được bài tiết qua mật, hơn là cơ chế lắng đọng muối mật trong da như các giả thuyết trước đó.



**Hình 14.14. Dấu sao mạch ở ngực.**

Dấu sao mạch<sup>f</sup> (spider naevi – xem Hình 14.14) bao gồm một tiểu động mạch từ trung tâm và lan tỏa ra nhiều mạch máu nhỏ trông giống như chân nhện. Chúng có kích thước có thể nhìn thấy được khoảng 0,5 cm đường kính. Chúng thường được phân bố ở các khu vực dẫn lưu về tĩnh mạch chủ trên, do đó chúng có thể được tìm thấy ở cánh tay, cổ và ngực. Đôi khi dấu sao mạch này bị chảy máu nhiều, khi đó dùng tay ấn một lực vào điểm trung tâm để cầm máu. Sau đó máu sẽ nhanh chóng đổ đầy ở trung tâm khi thả tay ra.

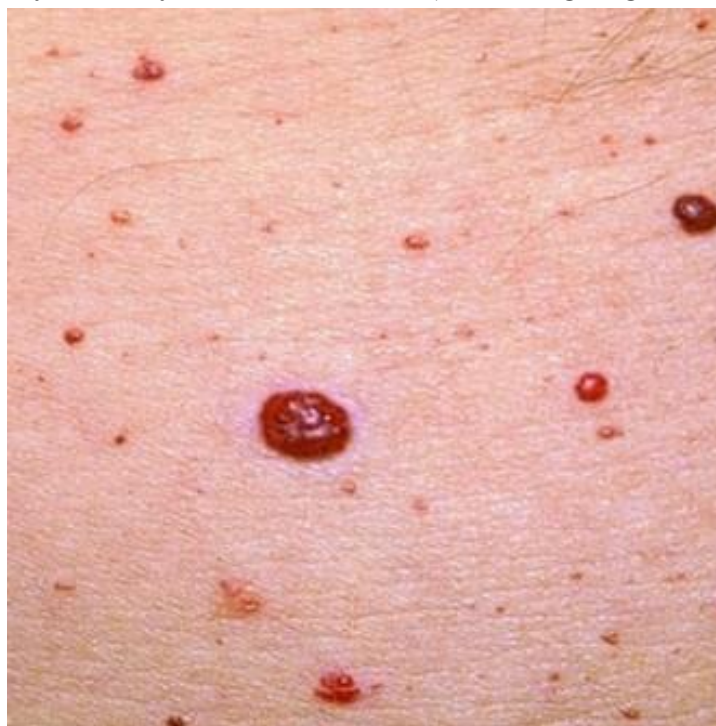
Nếu có hơn hai dấu sao mạch ở bất kỳ nơi nào trên cơ thể thì sẽ là bất thường. Dấu sao mạch có thể xuất hiện ở những BN xơ gan, thường do rượu. Ở những BN xơ gan số lượng

<sup>e</sup> Xơ gan ứ mật nguyên phát là bệnh lý viêm nhiễm phá hủy đường mật mạn tính không do nhiễm trùng và không rõ nguyên nhân. Bệnh lý này khá ít gặp, BN thường là nữ.

<sup>f</sup> Dấu sao mạch được mô tả đầu tiên vào năm 1867 bởi Erasmus (1809 – 1984), một phẫu thuật viên và bác sĩ da liễu người Anh.

dấu sao mạch có thể tăng hoặc giảm khi tình trạng của BN thay đổi, cũng như sự nổi bật của dấu hiệu lòng bàn tay son. Dấu sao mạch có thể xảy ra thoáng qua ở BN viêm gan siêu vi. Trong tháng thứ 2 đến thứ 5 của thai kỳ, dấu sao mạch sẽ thường xuất hiện, chỉ để biến mất trong vòng vài ngày sau sinh. Không biết tại sao dấu sao mạch lại chỉ xuất hiện ở phần trên của cơ thể nhưng có một điều là nó thường liên quan đến những vùng nào mà thường xuất hiện dấu đỏ bưng. Giống như dấu lòng bàn tay son là do estrogen dư thừa. Một phần của chức năng gan bình thường sẽ bất hoạt oestrogen và chức năng này sẽ suy yếu trong bệnh lý gan mạn tính. Oestrogen được biết đến là có tác dụng dẫn nở trên các tiểu động mạch xoắn ốc của nội mạc tử cung và điều này đã dùng để giải thích sự hiện diện của dấu sao mạch nhưng sự thay đổi nồng độ oestradiol huyết tương đã không được chứng minh tương quan với sự xuất hiện và biến mất của dấu sao mạch.

Chẩn đoán phân biệt của dấu sao mạch bao gồm các nốt Campbell de Morgan <sup>9</sup> (còn gọi là cherry hemangioma – xem Hình 14.15), sao tĩnh mạch và xuất huyết do dẫn mạch di truyền. Các nốt Campbell de Morgan là những tổn thương hình tròn đỏ nằm nhô lên trên bề mặt da, thường xuất hiện trên bụng hoặc trước ngực. Sao tĩnh mạch (xem Hình 14.16) là những tổn thương từ 2 đến 3 cm có thể xuất hiện trên mặt lưng bàn chân, chân, lưng và ngực thấp. Do áp lực tĩnh mạch tăng cao và được tìm thấy ở phía trên vùng chi phối chính của một tĩnh mạch lớn. Chúng không phải bị tắc do áp lực. Dòng máu hình thành từ ngoại vi vào trung tâm tổn thương, đối nghịch với dòng chảy trong dấu sao mạch. Tổn thương do dẫn mạch xuất huyết di truyền (xem Hình 14.7) đôi khi giống như dấu sao mạch.



**Hình 14.15. Các nốt Campbell de Morgan.**

<sup>9</sup> Campbell de Morgan (1811 – 1876), một phẫu thuật viên ở London. Ông ta là một trong 300 người theo học phẫu thuật tại trường Royal. Ông mô tả các nốt Campbell de Morgan vào năm 1872 và nghĩ rằng chúng là dấu hiệu của ung thư (bây giờ thì không phải).



**Hình 14.16. Sao tinh mạch.**

## **14.6. VÙNG MẮT**

### **14.6.1. Mắt**



**Hình 14.17. Củng mạc mắt vàng.**

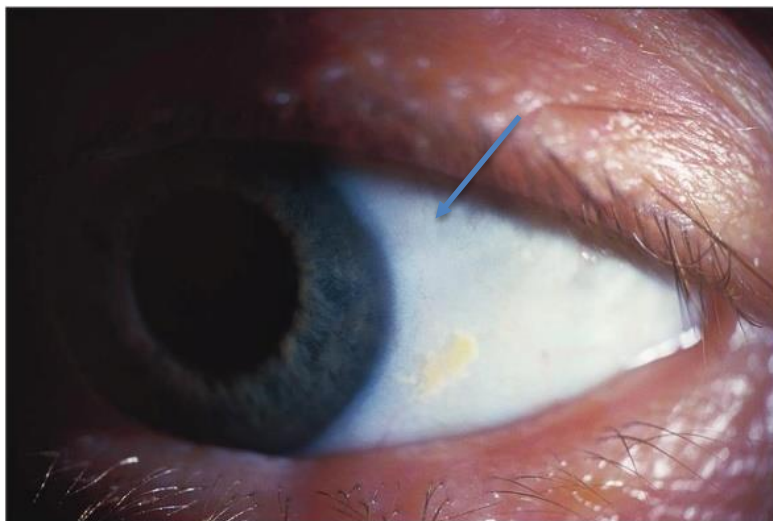
Đầu tiên nhìn kết mạc mắt để tìm xem có vàng (xem Hình 14.17) hay thiếu máu không. Xem có vệt Bitot<sup>h</sup> là vùng bị keratin hóa màu vàng ở củng mạc (xem Hình 14.18). Thường là hậu quả của sự thiếu hụt vitamin một cách trầm trọng, có thể do suy dinh dưỡng hoặc kém hấp thu. Tổn thương võng mạc và mù lòa có thể xảy ra theo sau đó. Vòng Kayser – Fleischer<sup>i</sup> (xem Hình 14.19) là các vòng nhẫn màu nâu – xanh ở ngoại vi của giác mạc,

---

<sup>h</sup> Pierre Bitot (1822 – 1888), mô tả dấu hiệu này vào năm 1863.

<sup>i</sup> Bernhard Kayser (1869 – 1954), bác sĩ mắt người Đức mô tả những vòng này vào năm 1902. Bruno Fleischer (1848 – 1904), bác sĩ mắt người Đức, mô tả dấu hiệu này vào năm 1903.

ảnh hưởng cực trên nhiều hơn cực dưới. Hiện tượng này là do lắng đọng đồng dư thừa trong màng Descemet<sup>j</sup> của giác mạc, phát hiện bằng cách kiểm tra bằng khe đèn. Thường gặp trong bệnh Wilson, một bệnh tăng dự trữ đồng gây xơ gan và rối loạn thần kinh. Vòng Kayser – Fleischer thường thấy khi BN đã có các dấu hiệu về thần kinh. Các bệnh lý gan mật khác cũng có thể có dấu hiệu này. Viêm màng mắt có thể gặp trong các bệnh lý viêm nhiễm đường ruột.



**Hình 14.18. Các vệt Bitot.**



**Hình 14.19. Vòng Kayser – Fleischer.**

U vàng ở mắt (xanthelasma) là mảng màu vàng ở mô dưới da quanh mắt, do lắng đọng lipid. Thường xuất hiện ở những BN tăng cholesterol huyết tương kéo dài. Ở những BN ứ mật, một lipoprotein bất thường (lipoprotein X) được tìm thấy trong huyết tương và đi kèm với gia tăng nồng độ cholesterol trong huyết thanh. Xanthelasma thường gặp ở những BN bị xơ gan ứ mật nguyên phát.

Ban xuất huyết quanh mắt “hội chứng mắt đen” là một dấu hiệu đặc trưng của sự thoái

---

<sup>j</sup> Jean Descemet (1732 – 1810), giáo sư phẫu thuật và giải phẫu ở Paris. Ông mô tả màng này vào năm 1785.

hóa mạch máu dạng bột (amyloidosis) (có lẽ liên quan đến sự thiếu hụt yếu tố X) nhưng là cực kỳ hiếm (xem Hình 14.20).



**Hình 14.20. Amyloidosis gây bầm máu quanh mắt. Chú ý rằng, những BN bầm máu hai mắt phải được nội soi mũi để kiểm tra, một dấu hiệu cực kỳ hiếm gặp.**

### 14.6.2. Tuyến nước bọt

Tiếp theo thăm khám vùng mang tai (xem List 14.1). Yêu cầu BN nghiêng răng để sờ các cơ cắn; tuyến mang tai bình thường không sờ thấy được nhưng khi tuyến to ra thì sờ rõ ràng ngay sau cơ cắn và phía trước của tai. Tuyến mang tai to ở hai bên có liên quan với nghiện rượu hơn là bệnh lý ở gan, do sự thâm nhiễm của chất béo, có lẽ thứ phát sau ngộ độ rượu có hoặc không có tình trạng suy dinh dưỡng. Tuyến mang tai đau, nóng, sưng gợi ý chẩn đoán viêm tuyến mang tai thường sau một bệnh lý cấp tính hoặc phẫu thuật. Một khối u tuyến mang tai hỗn hợp (adenoma đa hình) là dạng thường gặp nhất. Carcinoma tuyến mang tai có thể gây liệt dây thần kinh mặt. Sờ từ trong miệng để tìm sỏi tuyến mang tai, có thể xuất hiện ngay tại lỗ của ống tuyến mang tai (đối diện răng hàm trên thứ hai). Quai bị có thể gây tuyến mang tai to cấp, thường ở hai bên.

#### List 14.1. Các nguyên nhân gây to tuyến mang tai.

##### 1. Hai bên

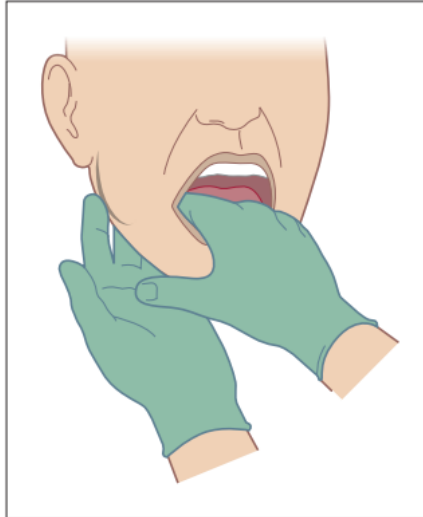
- Quai bị (có thể một bên).
- Sarcoidosis hoặc lymphoma gây tuyến mang tai to nhưng không đau.
- Hội chứng Mikuliz<sup>\*</sup>: gây to, không đau cả ba tuyến nước bọt, bệnh lý này có lẽ là giai đoạn sớm của hội chứng Sjögren.
- Viêm tuyến mang tai do rượu.
- Suy dinh dưỡng.

- Mất nước nặng: xuất hiện trong suy thận, carcinomatosis giai đoạn cuối và nhiễm trùng nặng.

##### 2. Một bên

- U tuyến mang tai hỗn hợp (đôi khi ở hai bên).
- U xâm lấn thường gây to tuyến mang, không đau một bên và liệt thần kinh mặt.
- Tắc ống tuyến mang tai (do sỏi).

*\* Johann von Mikuliz-Radecki (1850 – 1905), giáo sư ngành phẫu thuật ở Breslau. Ông mô tả hội chứng này vào năm 1892.*



**Hình 14.21. Khám tuyến dưới hàm.**

Tuyến dưới hàm to thường do sỏi calci, sờ thấy bằng hai tay (xem Hình 14.21). Đặt ngón tay trở trên sàn miệng của BN bên cạnh lưỡi và cảm nhận nó giữa ngón trở và các ngón tay đặt phía sau xương hàm dưới. Nó cũng có thể to trong các bệnh lý gan mạn tính.

### 14.6.3. Miệng

#### 14.6.3.1. Răng và hơi thở

##### List 14.2. Các nguyên nhân gây phì đại nướu răng.

- Phenytoin.
- Mang thai.
- Bệnh scorbut (scurvy – thiếu vitamin C): nướu răng trở nên đỏ, xốp, dễ chảy máu, phù nề và không đều.
- Viêm nướu do hút thuốc, dạng sỏi calci, dạng mảng, đau họng Vincent \* (viêm màng hạnh nhân do vi trùng gram âm).
- Bệnh bạch cầu.

*\* Jean Hyacinthe Vincent (1862 – 1950), giáo sư ngành pháp y và nhà vi trùng học người Pháp, mô tả bệnh lý này vào năm 1898.*

##### List 14.3. Các nguyên nhân gây thay đổi sắc tố trong miệng.

- Nhiễm kim loại nặng: chì và bismuth (đường xanh – đen nằm trên viền nướu), sắt (nhiễm sắc tố sắt – thay đổi sắc tố xanh – xám trên khẩu cái cứng).
- Thuốc: chống sốt rét, ngừa thai đường uống (vùng đen, nâu ở bất kỳ nơi đâu trong miệng).
- Bệnh Addison: các nốt màu nâu – đen ở bất kỳ chỗ nào trong miệng.
- Hội chứng Peutz – Jeghers: môi, niêm mạc má hoặc khẩu cái.
- Melanoma ác tính: thương tổn màu đen nhô lên ở bất kỳ chỗ nào trong miệng.

Đây là nơi bắt đầu của ống tiêu hóa, giống như đầu tận của ống tiêu hóa nơi mà chúng ta có thể quan sát được. Đầu tiên, quan sát sơ bộ về trạng thái của răng và chú ý xem BN có răng giả hay không. Nếu có răng giả cần phải lấy ra để khám vùng miệng được hoàn toàn. Chú ý xem nướu răng của BN có phì đại (xem List 14.2) hay rối loạn sắc tố không (xem List 14.3). Nếu răng giả lỏng lẻo có thể gợi ý tình trạng loét và răng bị hư hại có thể

có mùi hôi thối (hơi thở hôi).

Những nguyên nhân khác gây hơi thở hôi được liệt kê trong List 14.4. Những điều này phải được phân biệt với hơi thở hôi do các bệnh lý ở gan – có mùi hơi ngọt dịu. Đó là một trong những dấu hiệu gợi ý tình trạng bệnh lý tế bào gan trầm trọng và có thể do ngộ độc methanethiol. Những chất này được biết là bốc hơi lên cùng với hơi thở và có thể chuyển thành methionine khi amino acid không được demethyl hóa do các bệnh lý ở gan. Khi mùi hôi thối đó phủ đầy phòng bệnh của BN là một dấu hiệu tồi tệ, điều này gợi ý tình trạng tiền hôn mê gan trong nhiều trường hợp. Sự xuất hiện hơi thở hôi do gan ở những BN hôn mê không rõ nguyên nhân là điều gợi ý để chẩn đoán loại trừ.

Nếu mùi hôi thối đó không rõ ràng, yêu cầu BN thở qua miệng khi đó chúng ta sẽ cố gắng để ngủ lấy một ít.

#### List 14.4. Các nguyên nhân hơi thở có mùi.

- 
- |   |  |
|---|--|
| – Vệ sinh răng miệng kém.   | – Tăng ure máu (mùi amoniac).  |
| – Hơi thở hôi do gan (mùi ngọt dịu của trái cây).   | – Rượu (dễ phân biệt).   |
| – Nhiễm ceton (nhiễm ceton do đái tháo đường gây tiết ceton trong hơi thở có mùi trái cây). | – Paraldehyde.   |
|   | – Mùi thối (do nhiễm trùng kỵ khí đường hô hấp với tăng tiết nhiều đờm). |
|   | – Hút thuốc.   |
- 

#### 14.6.3.2. Lưỡi



Hình 14.22. Dấu lưỡi đen.

Dày thượng mô với các mảng vi trùng và hạt thức ăn bao phủ trên bề mặt của lưỡi, thường xuất hiện ở những người hút thuốc lá. Hiếm khi, nó là một dấu hiệu của bệnh lý và rõ ràng hơn ở phần sau của lưỡi nơi mà các nhú gai chuyển động một cách chậm chạp. Nó thường xuất hiện trong bệnh cảnh nhiễm trùng đường hô hấp nhưng không có liên quan đến táo bón hay bất kỳ rối loạn trầm trọng nào ở bụng.

Lưỡi đen (lingua nigra – xem Hình 14.22) do sự dẫn dài của các nhú gai ở phần sau của lưỡi, khi đó xuất hiện màu nâu đen do lắng đọng keratin. Nó thực sự không có triệu chứng



nhưng ảnh hưởng đến thẩm mỹ. Tích tụ bismuth có thể gây đổi màu đen trên lưỡi.



**Hình 14.23. Lưỡi địa hình.**



**Hình 14.24. Lưỡi có mảng trắng.**

Lưỡi địa hình (xem Hình 14.23) là một thuật ngữ mô tả những thay đổi dạng vòng và dạng đường màu đỏ. Thường không đau, nó khuynh hướng tự đến và tự đi. Nó thường không đặc hiệu cho bệnh lý nào nhưng có thể nghĩ nghiều đến thiếu hụt vitamin đặc biệt là vitamin B12.

Lưỡi có mảng trắng (xem Hình 14.25) là lưỡi có lớp niêm mạc dày và trắng, đây là biểu hiện của một bệnh lý ác tính. Hầu hết nguyên nhân gây lưỡi mảng trắng đều bắt đầu bằng chữ “S”: sâu răng (sore teeth), hút thuốc (smoking), nhiễm trùng (sepsis) hoặc giang mai (syphilis) nhưng cũng có thể không có nguyên nhân. Mảng trắng có thể xuất hiện ở vùng hầu, hậu môn và âm đạo.



**Hình 14.25. Viêm lưỡi.**



**Hình 14.26. Lưỡi to.**

Thuật ngữ viêm lưỡi (xem Hình 14.25) thường dùng để mô tả tình trạng lưỡi trơn láng mất sự gồ ghề và có thể đỏ lên. Biểu hiện này là do teo các gai lưỡi và ở giai đoạn muộn có thể có loét xuất hiện ở nông. Những thay đổi này xuất hiện trên lưỡi thường là hậu quả của sự thiếu hụt dinh dưỡng vì lưỡi rất nhạy (tế bào niêm mạc lưỡi có chu kỳ thay thế rất nhanh). Thiếu hụt sắt, folate và vitamin nhóm B, đặc biệt nguyên nhân thường gặp nhất là thiếu vitamin B12. Viêm lưỡi xuất hiện ở những người nghiện rượu và hiếm gặp ở những BN có hội chứng carcinoid. Tuy nhiên, nhiều trường hợp xuất hiện ở người lớn tuổi là không thể lý giải được.

Lưỡi to (macroglossia – xem Hình 14.26) có thể xuất hiện trong các bệnh lý bẩm sinh như hội chứng Down hoặc trong các bệnh lý nội tiết như cực đại đầu chi. U xâm lấn (hemangioma hoặc lymphangioma) hoặc sự thâm nhiễm của các amyloid trong bệnh amyloidosis cũng có thể gây lưỡi to.

### **14.6.3.3. Loét miệng**



**Hình 14.27. Loét miệng dạng áp tơ.**



**Hình 14.28. Viêm góc miệng.**

Đây là một chủ đề quan trọng vì có rất nhiều bệnh lý hệ thống có biểu hiện loét ở miệng – xem List 14.5. Loét dạng áp tơ (aphthous ulcer – xem Hình 14.27) là loại thường gặp nhất. Loại này thường bắt đầu với một bóng nước nhỏ đau xuất hiện trên lưỡi và bề mặt niêm mạc miệng, khi vỡ sẽ gây đau và loét nông. Những vết loét này khi lành lại sẽ không để lại sẹo. Nguyên nhân gây ra loại loét này chưa được biết hoàn toàn, chúng thường không xuất hiện trên những BN có bệnh lý hệ thống trầm trọng, nhưng có thể xuất hiện ở BN Crohn<sup>k</sup> hoặc tiêu phân váng mỡ. Nhiễm HIV thường đi kèm với nhiều tổn thương ở miệng. Viêm góc miệng (xem Hình 14.28) là tổn thương nứt ở khước miệng, nguyên nhân có thể do thiếu vitamin B6, B12, folate và sắt.

#### **List 14.5. Các nguyên nhân gây loét miệng.**

- |   |  |
|---|--|
| <b>1. Thường gặp</b>  | – Bệnh lý khớp: hội chứng Behçet <sup>1</sup> , hội chứng Reiter <sup>2</sup> .              |
| – Áp tơ.  | – Hồng ban đa dạng.  |
| – Chấn thương.  | – Nhiễm trùng: nhiễm virus – herpes zoster, herpes simplex; nhiễm vi trùng – giang mai, lao. |
| – Thuốc (steroids)  |  |
| <b>2. Ít gặp</b>  |  |
| – Bệnh lý đường tiêu hóa: bệnh crohn, viêm loét đại tràng, tiêu phân váng mỡ. |  |

<sup>1</sup> Halusi Behçet (1889 – 1948), bác sĩ da liễu người Thổ Nhĩ Kỳ. Ông mô tả bệnh lý này vào năm 1937.

<sup>2</sup> Hans Reiter (1881 – 1969), nhà vi sinh học ở Berlin, mô tả hội chứng này vào năm 1916.

#### **14.6.3.4. Nhiễm candida**

Nhiễm nấm candida albicans có thể gây ra những mảng màu trắng sữa trong miệng, việc loại bỏ những mảng này khá khó khăn và làm chảy máu trên bề mặt. Tình trạng này có thể lan vào thực quản gây loạn sản và nuốt đau. Nhiễm candida thường liên quan đến tình trạng suy giảm miễn dịch (steroids, hóa trị ung thư, nghiện rượu hoặc bất thường về

<sup>k</sup> Burrill Bernard Crohn (1884 – 1983), bác sĩ tiêu hóa người Mỹ tại bệnh viện Mount Sinai, mô tả bệnh lý này vào năm 1932. Trước đây nó được mô tả bởi Giovanni Morgagni (1682 – 1771) vào năm 1769.

hệ thống miễn dịch như HIV) gây nên sự suy giảm khả năng đề kháng. Sử dụng kháng sinh phổ rộng làm ức chế lợi khuẩn ở miệng cũng là nguyên nhân thường gặp bởi vì điều này sẽ tạo điều kiện nấm phát triển quá mức. Vệ sinh răng miệng kém, thiếu sắt và đái tháo đường cũng có thể gây nhiễm candida. Nhiễm candida niêm mạc mạn tính là một hội chứng riêng biệt gồm có nhiễm nấm ở miệng, nhiễm trùng ở giường móng tay, móng chân và da kéo dài hoặc tái đi tái lại. Gần phân nửa những BN này có các bệnh lý nội tiết như suy tuyến cận giáp, nhược giáp hoặc bệnh Addison.

## 14.7. CỔ VÀ NGỰC

Sờ hạch lympho ở cổ. Quan trọng là phải sờ cảm nhận các hạch thượng đòn, đặc biệt là ở bên trái. Nguyên nhân thường gặp nhất ở nhiều quốc gia là lao. Những vấn đề ở hạch vùng cổ, thượng đòn thường là hạch to có thể xuất hiện trong các bệnh lý ác tính ở dạ dày hoặc đường tiêu hóa hoặc ung thư phổi. Hạch thượng đòn bên trái to (hạch Virchow) xuất hiện cùng với carcinoma dạ dày gọi là dấu hiệu Troisier<sup>1</sup>. Đồng thời quan sát tìm các sao mạch.



**Hình 14.29. Nữ hóa tuyến vú.**

Ở nam giới, nữ hóa tuyến vú (gynaecomastia – xem Hình 14.29) có thể xuất hiện trong các bệnh lý gan mạn tính. Nữ hóa tuyến vú có thể một hoặc hai bên và vú thường nhạy đau. Đây có thể là dấu hiệu của xơ gan, đặc biệt là xơ gan do rượu hoặc viêm gan tự miễn mạn tính. Trong các bệnh lý gan mạn tính có sự thay đổi tỷ lệ oestradiol/testosterone. Ở những BN xơ gan, spironolactone sử dụng trong điều trị báng bụng cũng là một nguyên nhân thường gặp. Ngoài ra, nữ hóa tuyến vú có thể xuất hiện ở những người nghiện rượu mà không có các bệnh lý gan do tổn thương các tế bào Leydig<sup>m</sup> của tinh hoàn. Cũng có rất nhiều loại thuốc có thể gây nên nữ hóa tuyến vú (digoxin, cimetidine) nhưng hiếm.

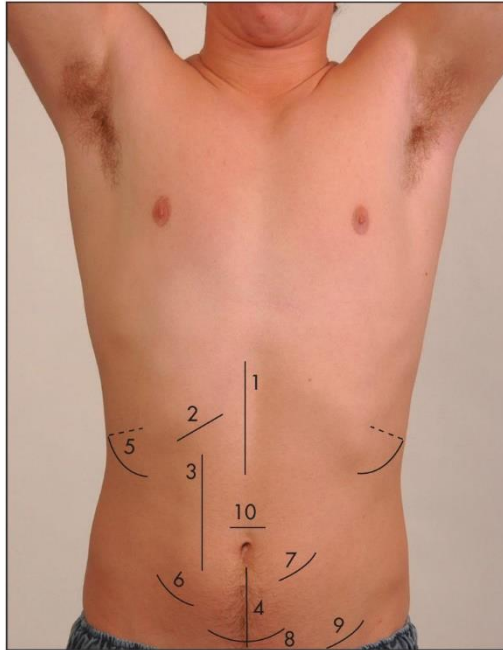
## 14.8. BỤNG

### 14.8.1. Quan sát

BN nằm ngửa trên giường bệnh, bộc lộ từ núm vú cho đến khớp mu. Quan sát xem BN có khỏe không? Những BN có cơn đau bụng cấp thường nằm rất tĩnh lặng và thở nông.

<sup>1</sup> Charles Émile Troisier (1844 – 1919), giáo sư bệnh học ở Paris, mô tả dấu hiệu này vào năm 1886.

<sup>m</sup> Franz von Leydig (1821 – 1908), nhà động vật học và giải phẫu học người Đức.



**Hình 14.30. Các sẹo trên thành bụng. Chú ý: các sẹo mỡ nội soi hiện nay rất hay gặp. Hầu hết các sẹo đó gồm những lỗ khoảng 2 cm, ngay trên rốn. (1) đường giữa trên rốn, (2) hạ sườn phải, (3) cạnh đường giữa bên phải, (4) đường giữa dưới rốn, (5) cắt thận, (6) cắt ruột thừa, (7) ghép thận, (8) trên vệt, (9) bên trái, (10) trên rốn.**



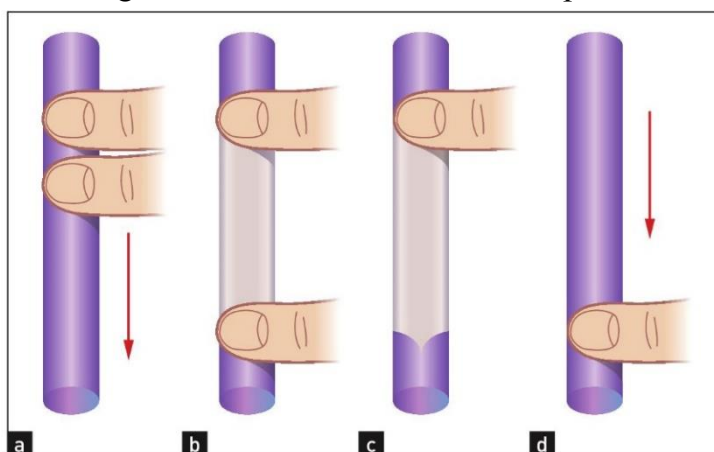
**Hình 14.31. (a) bụng cứng chướng do dịch báng – BN nằm ngửa; rốn bị đẩy xuống dưới không giống như trong trường hợp có khối choán chỗ lớn ở vùng chậu, (b) bụng báng khổng lồ nhìn thấy lúc BN ngồi.**

Việc thăm khám vùng bụng bắt đầu bằng việc quan sát cẩn thận để tìm các sẹo mổ hoặc chấn thương trước đó (xem Hình 14.30). Quan sát vùng quanh rốn, để tìm các sẹo mổ nội soi, nếu sẹo cũ sẽ có màu trắng còn sẹo mới sẽ có màu hồng do còn mạch máu. Chú ý các lỗ hồng trên thành bụng (hậu môn nhân tạo kiểu quai hoặc kiểu tận, mở hồi tràng ra da, mở niệu quản ra da) hoặc rò. Có thể thấy được các vân khía trên thành bụng sau khi BN sụt cân.

Quan sát bụng xem có căng chướng không (xem Hình 14.31). Tất cả những nguyên nhân gây nên tình trạng này đều bắt đầu bằng chữ “f” như: mỡ (fat – béo phì), dịch (fluid – bụng báng), mang thai (fetus), hơi (flatus – chướng bụng do tắc ruột), phân (faeces), u lớn (filthy big tumors – u buồng trứng hoặc nang ký sinh trùng) hoặc giả mang thai (phantom pregnancy). Nhìn và đánh giá hình dạng của rốn, điều này có thể gợi ý cho ta manh mối để chẩn đoán nguyên nhân. Khi rốn bị chôn vùi trong lớp mỡ thì đó có thể là do BN ăn quá nhiều. Tuy nhiên khi khoang phúc mạc bị đồ đầy do dịch (bụng báng) do bất kỳ nguyên nhân nào thì vùng hông lưng và thành bụng có cảm giác căng, lúc đó rốn sẽ nhô hoặc lồi ra và hướng xuống dưới. Ở phụ nữ mang thai, rốn sẽ bị tử cung đẩy lên trên, dấu hiệu này cũng có thể xuất hiện trong trường hợp nang buồng trứng không vỡ.

Nếu có khối phòng khu trú xuất hiện, đó có thể là sự giãn lớn của một cơ quan nào đó trong ổ bụng hoặc vùng chậu. Thoát vị là sự nhô ra khỏi vị trí bình thường của các cấu trúc trong ổ bụng qua lỗ mở bất thường. Điều này có thể là hậu quả của sự suy yếu của thành bụng do phẫu thuật trước đó, khiếm khuyết thành bụng bẩm sinh hoặc tăng áp lực mạn tính trong ổ bụng.

Nếu các tĩnh mạch xuất hiện nhô lên trên bề mặt của thành bụng thì cần phải xác định hướng của dòng chảy. Sử dụng một ngón tay đè lên để làm tắc tĩnh mạch và sau đó dùng ngón tay thứ hai để là trống tĩnh mạch phía dưới ngón tay làm tắc (xem Hình 14.32). Nhấc ngón tay thứ hai lên và quan sát, nếu có tái đồ đầy tĩnh mạch thì hướng của dòng máu là từ dưới lên trên. Chiều dòng máu nên được làm tách biệt ở phía trên và dưới rốn.



**Hình 14.32. Xác định hướng dòng chảy tĩnh mạch. (a) đặt hai ngón tay đè vào tĩnh mạch, (b) dịch chuyển ngón tay thứ hai xuống phía dưới để làm trống tĩnh mạch và giữ cho nó vẫn tắc, (c) nhấc ngón tay thứ hai lên nhưng tĩnh mạch vẫn không tái đồ đầy, (d) thực hiện test này lại lần nữa nhưng dịch chuyển ngón tay thứ nhất, sự tái đồ đầy xuất hiện cho chúng ta thấy được chiều hướng dòng chảy.**

Trong những trường hợp tăng áp lực tĩnh mạch cửa nặng (xem Hình 14.33), dòng shunt cửa – chủ qua tĩnh mạch rốn xuất hiện, những tĩnh mạch này có thể giãn lớn và ngoằn ngoèo. Hướng của dòng chảy là đi từ rốn. Bởi vì chúng giãn lớn và ngoằn ngoèo nên nhìn giống như mái tóc của Medusa sau khi bị Minerva cắt trong thần thoại Hy Lạp, nên đôi khi người ta gọi dấu hiệu này là đầu Medusa (caput Medusae) nhưng rất hiếm gặp – xem Hình 14.34. Thường chỉ một hoặc hai tĩnh mạch (thường là thượng vị) có thể nhìn thấy rõ ràng. Các tĩnh giãn lớn này cũng có thể gặp trong tắc tĩnh mạch chủ dưới thường do u hoặc huyết khối nhưng đôi khi do bụng báng quá mức. Trong những trường hợp này, các tĩnh mạch thành bụng giãn lớn để cung cấp máu bàng hệ từ chi dưới. Vì thế, để phân biệt dấu hiệu đầu Medusa do tắc tĩnh mạch chủ dưới bằng cách xác định hướng dòng chảy dưới rốn. Nó sẽ hướng xuống dưới chân trong trường hợp tăng áp lực tĩnh mạch cửa và hướng lên đầu trong trường hợp tắc tĩnh mạch chủ dưới. Các tĩnh mạch nông gồ lên cũng có thể là những tổn thương bẩm sinh.



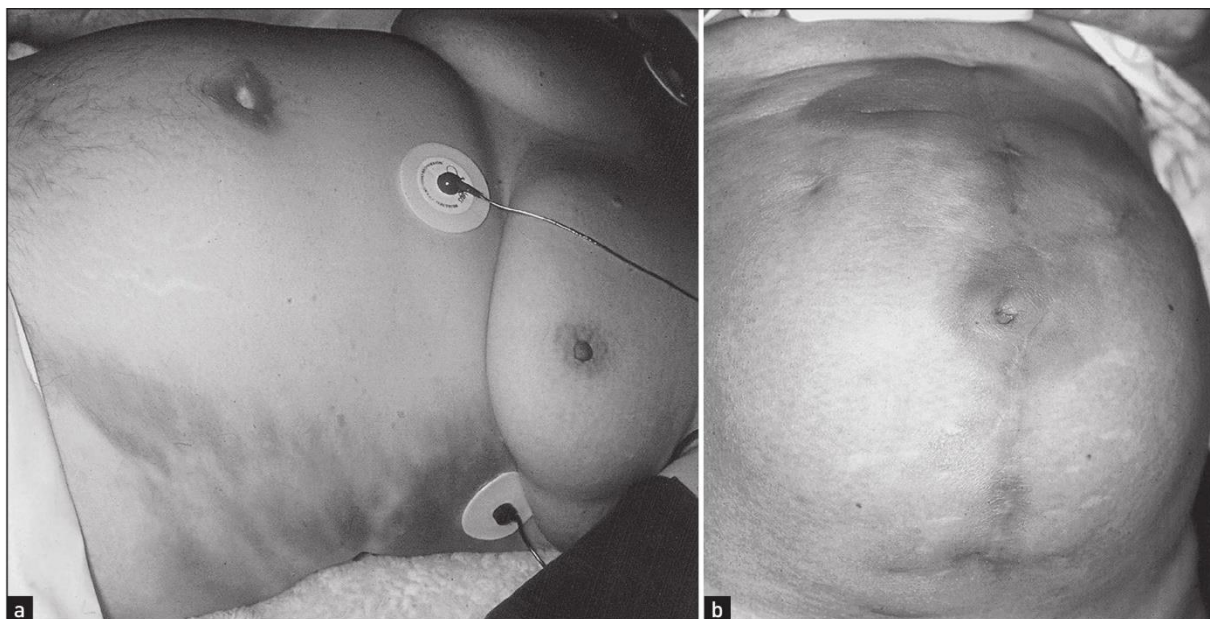
**Hình 14.33. Giãn lớn các tĩnh mạch quanh rốn ở BN tăng áp lực tĩnh mạch cửa.**



**Hình 14.34. Tĩnh mạch nhô lên, nhìn thấy được qua thành bụng. (1) tĩnh mạch nhỏ ở bờ sườn, (2) dạng đầu Medusa, (3) tắc tĩnh mạch chủ dưới.**

Có thể quan sát thấy mạch đập trên thành bụng. Nếu mạch đập thấy ở trung tâm vùng thượng vị thì có thể đó là phình động mạch chủ bụng. Tuy nhiên, động mạch chủ bụng có thể quan sát được mạch đập ở những BN gầy bình thường.

Đôi khi có thể nhìn thấy nhu động ruột qua thành bụng ở những BN gầy, điều này gợi ý có tình trạng tắc ruột. Chúng ta có thể quan sát được dấu hiệu này nếu tắc ở môn vị do loét, ung thư. Nhu động ruột trong trường hợp này là những sóng chậm ở thành bụng trên đi từ trái sang phải. Tắc ở đầu xa ruột non có thể gây những chuyển động tương tự nhưng có dạng bậc thang ở trung tâm của thành bụng.



**Hình 14.35. (a) dấu Grey – Turner và (b) dấu Cullen trong trường hợp nặng của viêm tụy cấp.**

Những tổn thương trên da thành bụng cũng cần phải được chú ý. Những thương tổn này gồm bóng nước do nhiễm herpes zoster – xuất hiện theo khoanh da (khu trú chỉ ở một bên bụng trong vùng chi phối của rễ thần kinh). Herpes zoster có thể gây ra những cơn đau bụng dữ dội có nguồn gốc không rõ ràng cho đến khi hồng ban xuất hiện. Hạch Sister Joseph<sup>n</sup> (xem Hình 14.36) là sự tích tụ của u di căn ở rốn, đây là vùng giải phẫu mà phúc mạc nằm sát với da nhất. Hiếm khi thấy được sự thay đổi sắc tố ở rốn thành màu xanh nhạt, trong những trường hợp có máu tụ phúc mạc lan rộng và viêm tụy cấp (dấu hiệu Cullen<sup>o</sup> – rốn có màu mắt đen – xem Hình 14.35b). Sự thay đổi sắc tố da hiếm khi có ở vùng hông lưng như trong trường hợp nặng của viêm tụy cấp (dấu hiệu Grey – Turner<sup>p</sup>, xem Hình 14.35a).

<sup>n</sup> Sister Joseph của bệnh viện St Mary, Rochester, Minnesota mô tả dấu hiệu này cho bác sĩ William Mayo (1861 – 1939) của bệnh viện thực hành Mayo Clinic.

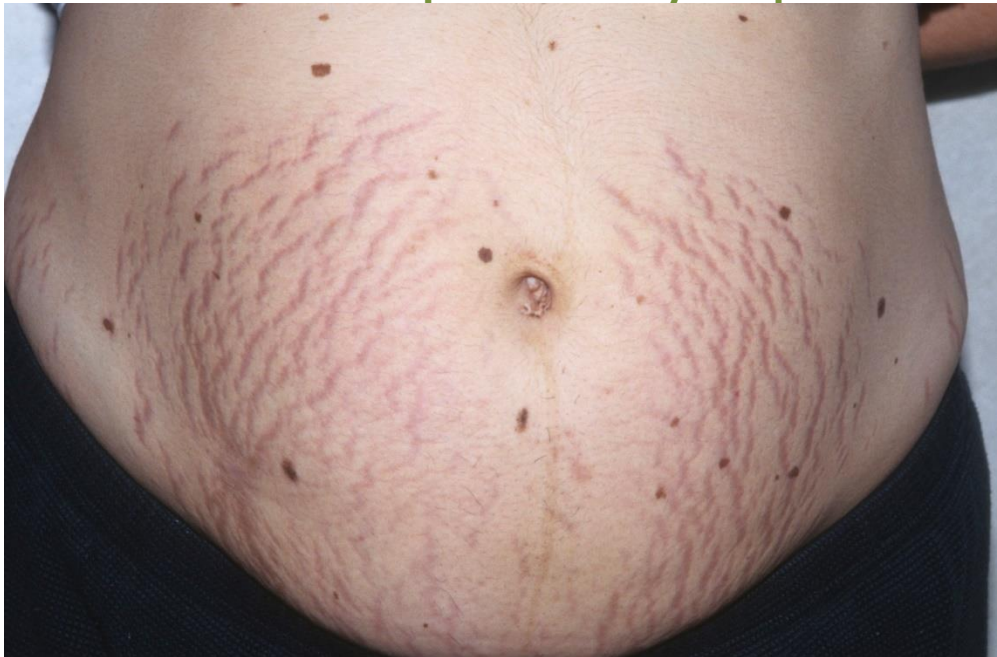
<sup>o</sup> Thomas S Cullen (1869 – 1953), giáo sư ngành phụ khoa tại bệnh viện Đại Học Hopkins, mô tả dấu hiệu này trên những BN thai ngoài tử cung vỡ.

<sup>p</sup> George Grey – Turner (1877 – 1951), phẫu thuật viên người Anh.





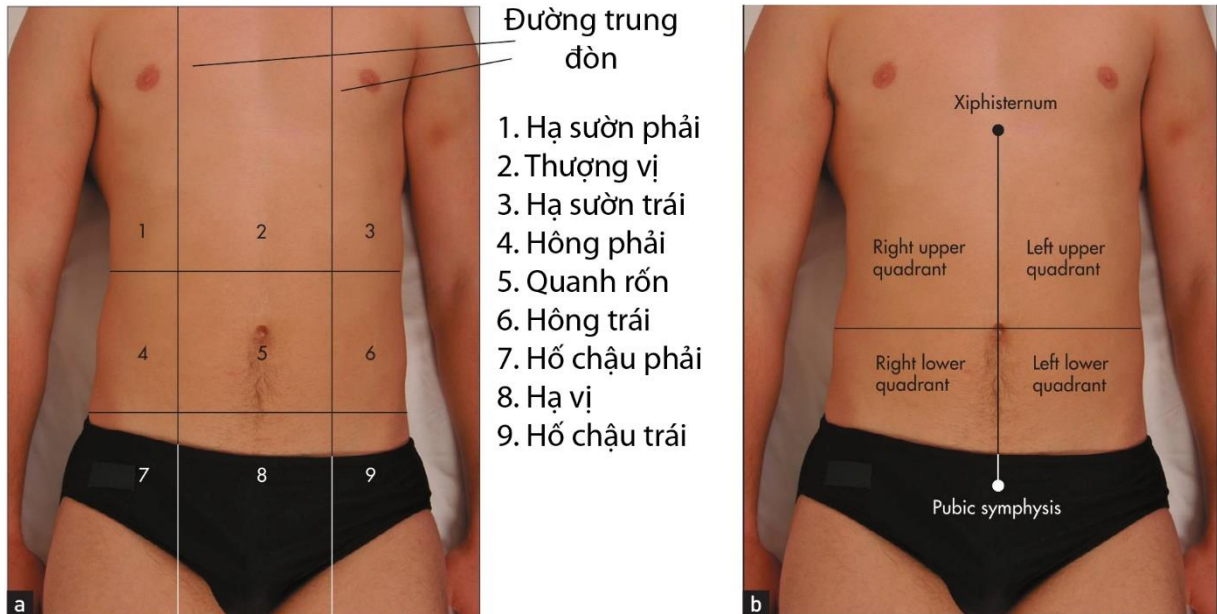
**Hình 14.36. Hạch Sister Mary Joseph.**



**Hình 14.37. Các vân khía trên thành bụng.**

Khi thành bụng bị kéo căng quá mức có thể gây đứt các sợi đàn hồi dưới da tạo ra các đường khía màu hồng với các sự xuất hiện của nếp nhăn trên da gọi là vân khía (striae) – xem Hình 14.37. Khi các đường này rộng ra và đổi màu đỏ tía thì có thể nguyên nhân là hội chứng Cushing. Báng bụng, mang thai và tăng cân là những nguyên nhân thường gặp.

Kế tiếp, yêu cầu BN ngồi ở cạnh giường bệnh để bụng của BN ngang mức tầm mắt của bác sĩ. Yêu cầu BN thở chậm qua miệng và quan sát bụng BN để tìm các dấu hiệu chuyển động không cân xứng ở hai bên, nếu có thì đó có thể là khối choán chỗ. Trong những trường hợp gan to có thể thấy gan ở hạ sườn phải, cũng như lách to sẽ thấy lách ở hạ sườn trái.



**Hình 14.38. Phân chia vùng bụng khi thăm khám (a) 9 vùng và (b) 4 vùng.**

### 14.8.2. Sờ

#### List 14.6. Đặc điểm cần xác định khi khám được một khối choán chỗ trong ổ bụng.

Đối với những khối khám được ở bụng cần phải xác định các đặc điểm sau đây:

- Vị trí: nằm ở vùng nào.
- Có nhạy đau hay không.
- Kích cỡ (phải đo) và hình dạng.
- Bề mặt: đều hay không đều.
- Bờ đều: hay không đều.
- Mật độ: chắc hay mềm.
- Di động và chuyển động theo nhịp thở không?
- Có mạch đập hay không?
- Có cấu trúc gì ở phía trên khối đó hay không?

Thao tác thăm khám nay sẽ cung cấp cho chúng ta rất nhiều thông tin hữu ích. Để thực hiện thao tác thăm khám sờ bụng được tốt nhất thì cơ thành bụng của BN phải ở trạng thái thư giãn hoàn toàn. Chúng ta nên lưu ý, thao tác thăm khám này phải đảm bảo không gây đau cho BN, thực hiện nhẹ nhàng và ấm áp. Hỏi BN có đau ở vùng nào hay không, nếu có thì chúng ta sẽ thăm khám ở vùng đó sau cùng. Khuyến khích BN hít thở nhẹ nhàng qua miệng. Nếu cần thiết, yêu cầu BN co gối nhẹ lên để các cơ thành bụng thư giãn hoàn toàn.

Để dễ dàng cho việc thăm khám, người ta chia bụng thành 9 vùng (xem Hình 14.38). Cần thăm khám từng vùng bằng mặt lòng của các ngón tay. Khi sờ bờ của các tạng hoặc khối choán chỗ nên sử dụng mặt bên của ngón trỏ vì đây là nơi nhạy nhất của bàn tay.

Khi sờ bụng nên bắt đầu bằng động tác sờ nhẹ nhàng lên mỗi vùng. Tất cả các chuyển động của bàn tay nên thực hiện bằng cử động ở các khớp bàn ngón và bàn tay nên uốn

khuôn theo hình dạng của thành bụng. Chú ý sự xuất hiện của các vùng nhạy đau hoặc khối u bên dưới. Khi dịch chuyển bàn tay qua mỗi vùng, chúng ta nên ghi nhận và ghi nhớ các cấu trúc giải phẫu bên dưới. Kế tiếp sờ các cấu trúc sâu ở bụng, cẩn thận để tránh sờ lên những vùng nhạy đau của BN – vùng này sẽ được khám cuối cùng. Sờ sâu được dùng để xác định các khối nằm trong sâu và cẩn thận xác định các đặc điểm của khối này – xem List 14.6.

Đề kháng thành bụng (khi đề kháng lại với việc sờ bụng do co thắt các cơ thành bụng) có thể do nhạy đau, lo lắng và thường tự chủ. Nó có thể xuất hiện nếu chúng ta không nhẹ nhàng trong việc thăm khám. Cảm ứng phúc mạc là sự co thắt phản ứng không tự ý của cơ thành bụng và luôn đi kèm với sự nhạy đau do kích thích phúc mạc và viêm phúc mạc.

Phản ứng dội xuất hiện khi thành bụng bị đè với một lực tăng dần một cách từ từ sau đó buông ra đột ngột, lúc đó BN sẽ có cảm giác đau như dao đâm. Điều này sẽ làm cho BN nhăn nhó và cau mày, vì thế phải quan sát nét mặt của BN khi thăm khám thao tác này. Nếu xuất hiện, nó gợi ý cho chúng ta có tình trạng viêm phúc mạc và nên được thực hiện nếu chúng ta đoán là viêm phúc mạc khu trú hay viêm phúc mạc toàn thể. BN có đau bụng cấp thì không nên hiện động tác này lập đi lập lại vì có thể làm cho BN kiệt sức. Khi khám động tác này cần cẩn thận, tránh việc sờ ấn bụng một cách thô bạo và đột ngột mà việc này nên được thực hiện chậm rãi và nhẹ nhàng. Nếu nghi ngờ BN giả vờ nên thực hiện test này với ống nghe. Yêu cầu BN nằm xuống, thở nhẹ nhàng lúc đó chúng ta đặt ống nghe và thực hiện test.

#### **14.8.2.1. Khám gan**

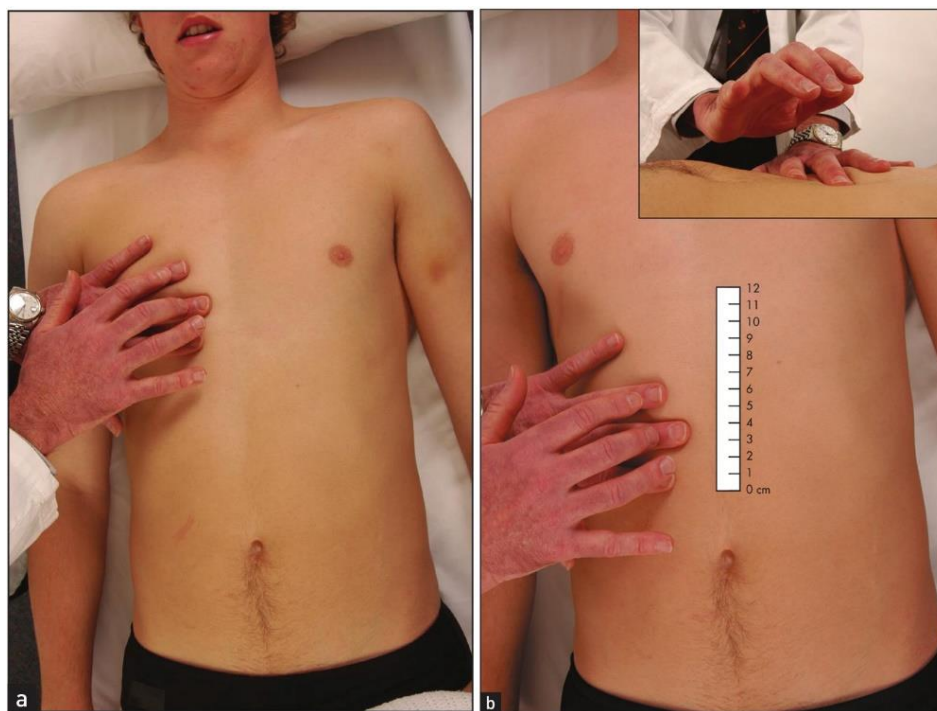
Để khám được gan to – xem Hình 14.39, bàn tay người khám phải đặt song song với bờ sườn phải và bắt đầu từ hố chậu phải lên. Yêu cầu BN hít vào và thở ra nhẹ nhàng bằng miệng. Với mỗi nhịp thở ra, chúng ta ấn nhẹ thêm và dịch chuyển lên hạ sườn phải 1 – 2 cm. Trong thì hít vào ta để bàn tay nằm yên và cảm nhận ở bờ ngoài của ngón trở để hy vọng bờ gan sẽ chạm vào ngón tay.



**Hình 14.39. Sờ chạm gan.**

Bờ và bề mặt của gan có thể mềm hoặc chắc, đau hoặc không đau, đều hoặc không đều và có hay không mạch đập. Bờ gan bình thường có sờ thấy ngay dưới hạ sườn phải khi hít sâu, đặc biệt ở những BN gầy. Bờ gan khi sờ thấy có cảm giác mềm, đều, sắc và bề mặt thì trơn láng. Đôi khi chỉ có thể sờ thấy thùy trái của gan bên trái đường giữa ở những BN xơ gan.

Khi sờ được bờ gan thì cần phải đánh giá chiều cao của gan. Cần nhớ rằng, chiều cao của gan sẽ khác nhau giữa nam và nữ, hơn nữa sai số trong việc đánh giá này có thể là khá lớn. Bờ trên của gan bình thường nằm ở khoang liên sườn VI đường trung đòn phải. Điểm này được nhận diện bằng cách gõ trên thành ngực theo hướng từ trên xuống thì nó chuyển từ gõ trong sang gõ đục (xem Hình 14.40a). Đánh giá chiều cao gan (xem Hình 14.40b) bằng cách đo từ điểm bắt đầu chuyển từ gõ trong sang gõ đục và kết thúc ở điểm mà chúng ta sờ được bờ của gan nằm trên đường trung đòn phải. Cần cẩn thận xác định chính xác đường trung đòn phải sẽ làm giảm bớt sai số. Chiều cao bình thường của gan là dưới 13 cm. Lưu ý rằng, chiều cao gan được xác định bằng việc khám lâm sàng sẽ có sai số từ 2 – 5 cm.



**Hình 14.40. Gõ xác định chiều cao gan: (a) giới hạn trên, (b) giới hạn dưới.**

Những nguyên nhân khác ở người bình thường mà chúng ta sờ được bờ gan như: sụp mi do khí phế thũng, hen hoặc tụ dịch, hơi dưới hoành hoặc xuất hiện thùy Riedel<sup>9</sup>. Thùy Riedel là sự nhô ra giống như hình cái lưỡi của gan từ mặt dưới thùy gan phải, nó có thể khá lớn nhưng hiếm khi trải dài tới hố chậu phải. Điều này làm cho chúng ta lầm lẫn với túi mật hoặc thận phải.

<sup>9</sup> Bernhard Riedel (1846 – 1916), phẫu thuật viên người Đức, mô tả dấu hiệu này vào năm 1888.

## List 14.7. Các đặc điểm trong chẩn đoán khi sờ gan.

- |  |  |
|--|--|
| <p><b>1. Gan to</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mức độ nhiều</li> <li>+ Di căn.</li> <li>+ Bệnh gan do rượu có thâm nhiễm mỡ.</li> <li>+ Bệnh tủy tăng sinh.</li> <li>+ Suy tim phải.</li> <li>+ HCC.</li> <li>- Mức độ vừa</li> <li>+ Các nguyên nhân ở trên.</li> <li>+ Nhiễm sắc tố sắt</li> <li>+ Các bệnh lý huyết học (bạch cầu kinh, lymphoma,...)</li> <li>+ Gan nhiễm mỡ (thứ phát do đái tháo đường, béo phì, nhiễm độc).</li> <li>+ Thâm nhiễm (amyloid).</li> <li>- Mức độ nhẹ</li> <li>+ Các nguyên nhân ở trên.</li> <li>+ Viêm gan.</li> <li>+ Tắc nghẽn đường mật.</li> <li>+ Bệnh nang sán.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Nhiễm virus suy giảm miễn dịch ở người (HIV).</li> </ul> <p><b>2. Gan chắc và không đều</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ HCC.</li> <li>+ Di căn.</li> <li>+ Xơ gan.</li> <li>+ Bệnh nang gan, u hạt (sarcoid), amyloid, u nang, loạn dưỡng mỡ.</li> </ul> <p><b>3. Gan đau</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Viêm gan siêu vi.</li> <li>+ Gan to nhanh (suy tim phải, hội chứng Budd – Chiari* [huyết khối tĩnh mạch gan]).</li> <li>+ HCC</li> <li>+ Áp xe gan.</li> <li>+ Nhiễm trùng đường mật do tắc nghẽn.</li> </ul> <p><b>4. Gan có mạch đập</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Hở van ba lá.</li> <li>+ HCC.</li> <li>+ Bất thường về mạch máu.</li> </ul> |
|--|--|

\* George Budd (1808 – 1882), giáo sư y khoa tại bệnh viện đại học King, London. Ông mô tả dấu hiệu này vào năm 1845. Hans Chiari (1851 – 1916), giáo sư bệnh học ở Prague, ông mô tả dấu hiệu này vào năm 1898.

Rất nhiều bệnh lý gây gan to và được liệt kê trong List 14.7. Xác định bờ gan dưới hạ sườn là dấu hiệu lâm sàng có độ đặc hiệu là 100% và độ nhạy là 48% với LR+ = 2,5 và LR- = 0,45. Cần nhớ rằng các bệnh lý của gan không phải lúc nào cũng làm gan to, gan teo thường gặp trong trường hợp xơ gan tiến triển và gan teo lại rất nhanh trong trường hợp hoại tử gan cấp (do chết tế bào gan).

### 14.8.2.2. Túi mật

#### List 14.8. Túi mật to và vàng da.

Vàng da	Không vàng da
<ul style="list-style-type: none"> <li>- U đầu tụy.</li> <li>- U bóng Vater.</li> <li>- Sỏi ống mật chủ.</li> <li>- Bọc niêm dịch túi mật do sỏi trong bao Hartmann và sỏi ống mật chủ (rất hiếm).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bọc niêm dịch hoặc viêm mù túi mật.</li> <li>- Carcinoma túi mật (sỏi cứng, khối phồng không đều).</li> <li>- Viêm túi mật cấp.</li> </ul>

Túi mật đôi khi được sờ thấy dưới hạ sườn phải ở điểm giao với bờ ngoài cơ thẳng bụng. Nếu nghi ngờ tắc mật hoặc viêm túi mật cấp thì việc thăm khám bằng tay nên đề vương góc với bờ sườn phải và di chuyển từ trong ra ngoài. Không giống như sờ bờ gan,

nếu sờ được túi mật thì nó sẽ giống như một củ hành, khối này sẽ di chuyển xuống dưới trong thì hít vào. Các nguyên nhân gây túi mật to được liệt kê dưới List 14.8.

Dấu hiệu Murphy nên được thực hiện nếu nghi ngờ viêm túi mật. Yêu cầu BN hít một hơi thật sâu, BN sẽ đột ngột ngưng thở khi túi mật viêm chạm vào tay người khám, nằm ngay dưới bờ sườn phải. Các dấu hiệu khác ít giá trị hơn.

Khi thăm khám một túi mật to cần phải ghi nhớ định luật Couvoisier<sup>r</sup>. Định luật này phát biểu rằng: nếu một túi mật to và BN có vàng da thì nguyên nhân không phải do sỏi. Thay vào đó là carcinoma tuyến tụy hoặc đường mật dưới dẫn đến vàng da tắc mật có khả năng cao hơn. Đó là vì túi mật trong trường hợp có sỏi thường bị xơ hóa mạn tính và vì thế túi mật ít có khả năng to ra. Chú ý nếu không sờ thấy túi mật và BN có vàng da thì một số nguyên nhân ngoài sỏi túi mật vẫn có thể, ít nhất 50% túi mật giãn to không sờ thấy được (xem Good signs guide 14.1)

### Good signs guide 14.1. Túi mật – dấu hiệu Couvoisier.

Dấu hiệu	LR+	LR-
<b>Sờ túi mật</b>		
– Phát hiện tắc nghẽn đường mật trên BN có vàng da.	26	0,7
– Phát hiện tắc nghẽn ác tính trên BN có vàng da tắc mật.	3,4	0,73



Hình 14.41. Lách to.

#### 14.8.2.3. Lách

Lách lớn nằm giữa và dưới (xem Hình 14.41). Bờ của nó thường nằm ở đường giữa dưới rốn. Kỹ thuật hai bàn tay được khuyến khích sử dụng. Đặt bàn tay trái ở phía sau

<sup>r</sup> Ludwig Courvoisier (1843 – 1918), giáo sư ngoại khoa ở Thụy sỹ. Ông mô tả định luật này vào năm 1890.

ngoài trên các xương sườn dưới trái của BN và tay phải đặt lên bụng vùng dưới rốn, song song với bờ sườn trái (xem Hình 14.42a). Đừng bắt đầu bằng việc sờ quá gần bờ sườn hoặc lách to sẽ bị bỏ sót. Khi bàn tay phải dịch chuyển hướng lên bờ sườn trái, ấn tay trái thật chặt lên khung sườn cho đến khi tạo được một nếp gấp trên da bụng (xem Hình 14.42b). Việc này sẽ làm giảm độ căng thành bụng và làm cho lách trở nên mềm để cảm nhận khi nó di chuyển theo hướng xuống dưới vùng hố chậu phải ở cuối thì hít vào (xem Hình 14.42c).



**Hình 14.42. Sờ lách. (a) sờ lách bắt đầu từ giữa bụng dưới và kết thúc ở dưới bờ sườn trái, (b) bàn tay người khám để trên bụng BN, (c) sau đó đặt lên bờ xương sườn dưới để giảm độ căng da, (d) nếu không sờ thấy lách ở tư thế nằm ngửa, cho BN nằm nghiêng về phía bên người khám.**

#### **List 14.9. Các nguyên nhân gây lách to.**

- Bệnh gan mạn có kèm tăng áp tĩnh mạch cửa.
- Bệnh về máu (bệnh tăng sinh tủy, lymphoma, bệnh bạch cầu, thiếu máu ác tính, thiếu máu hồng cầu hình liềm,...).
- Nhiễm trùng (viêm gan siêu vi cấp, tăng bạch cầu đơn nhân, nhiễm cytomegalovirus,...).
- Thâm nhiễm ( ví dụ Amyliod, Sarcoid...)
- Bệnh mô liên liên kết (lupus đỏ hệ thống).
- Bệnh cục đại đầu chi.
- Nhiễm độc giáp.

Nếu không sờ thấy lách cho BN nghiêng về phía bên phải (nằm nghiêng hướng về phía người khám) và lặp lại động tác khám như ở tư thế nằm ngửa (xem Hình 14.42d). Như một quy ước chung, lách to chỉ được phát hiện nếu như lách to gấp 1,5 đến 2 lần so với bình thường. Sờ lách để phát hiện lách to có độ nhạy trung bình nhưng có độ đặc hiệu cao. LR+

của lách to khi sờ lách là 9,6 và LR- là 0,6. Cách nguyên nhân gây gan lách to được liệt kê trong List 14.9.

#### **14.8.2.4. Khám Thận**

Một chẩn đoán phân biệt quan trọng đầu tiên cần được nghĩ đến khi sờ thấy một khối to ở hạ sườn trái hay phải có phải là thận hay không. Việc cố gắng sờ chạm thận nên được thực hiện một cách thường quy. Sờ bằng hai tay là tốt nhất. BN nằm thẳng lưng. Để sờ thận phải, tay trái của bác sĩ để phía sau lưng BN với phần mô bàn tay đặt ở dưới vùng thắt lưng phải. Sử dụng lực gấp của các ngón tay để dịch chuyển thận trong hố thận. Các ngón tay gấp lại để đẩy các tạng trong ổ bụng vùng đó hướng ra phía trước. Đặt bàn tay phải ở góc phân tư phía trên bên phải.

Đầu tiên cố gắng chạm thận giữa hai bàn tay. Chạm thận bằng hai tay một cách đều đặn (được gọi một cách cổ điển là bập bênh thận – ballotting, mặc dù thuật ngữ này có lẽ dành riêng cho một tạng hoặc một khối nào đó nằm trong môi trường chất lỏng). Trong trường hợp này góc thận được đẩy về phía trước bằng các ngón tay của bàn tay ở phía sau. Có thể cảm nhận được thận nổi lên trên và chạm vào bàn tay phía trước. Khi sờ chạm thận trái thì ngược lại.

Khi sờ được thận, cảm giác giống như bị sưng phồng với cực dưới tròn và một vết lõm ở giữa (rón thận). Tuy nhiên đó là dấu hiệu bất thường đối với một thận bình thường, nên phải xác định rõ điều này. Cực dưới của thận phải có thể sờ được ở những người khỏe mạnh nhưng gầy (thành bụng mỏng). Cả hai thận sẽ dịch chuyển xuống dưới trong thì hít vào.

Đặc biệt, nó thường dễ bị nhầm lẫn giữa thận trái to với lách to. Các đặc điểm chính để phân biệt là: (1) lách không thể sờ được giới hạn trên – khoang giữa lách và bờ sườn, trong khi thận to thì có thể sờ được; (2) không sờ được khía hình chữ V giống như ở thận; (3) lách dịch chuyển xuống dưới và vào trong ở thì hít vào còn thận thì dịch chuyển xuống dưới; (4) lách thì không thể bập bênh trừ khi có dịch báng nhiều, nhưng thận thì ngược lại bởi vì nó nằm sau phúc mạc; (5) chú ý là lách thì gõ đục còn thận thì gõ vang, do nằm sau các quai ruột chứa hơi nằm trước thận; (6) tiếng cọ sát với xương sườn đôi khi có thể nghe được ở trên lách nhưng còn thận thì không do nó nằm ra sau quá nhiều.

#### **14.8.2.5. Các khối khác trong ổ bụng**

Các nguyên nhân gây xuất hiện một khối choán chỗ trong ổ bụng ngoại trừ gan, lách và thận được tóm tắt trong List 14.10.

##### **Dạ dày và tá tràng**

– Mặc dù nhiều bác sĩ sờ vùng thượng vị để tìm ra dấu hiệu đau trên BN nghi ngờ loét dạ dày tá tràng, nhưng sự hiện diện hay vắng mặt của triệu chứng đau không không giúp ích nhiều trong chẩn đoán.

– Việc tắc nghẽn đầu ra của dạ dày do loét đường tiêu hóa hoặc carcinoma dạ dày, đôi khi sẽ xuất hiện dấu hiệu “tiếng lắc óc ách” (dấu hiệu của Hippocrates). Trong trường hợp nghi ngờ tắc nghẽn đầu ra của dạ dày, sau khi báo hiệu cho BN biết những gì sắp chúng ta sắp thực hiện, thì mỗi tay giữ ở một bên mào chậu và đặt ống nghe lên vùng thượng vị, sau đó lách BN từ bên này sang bên kia và lắng nghe. Tai tập trung để lắng nghe



tiếng óc ách do dạ dày bị tắc nghẽn và chứa quá nhiều dịch trong đó. Test này sẽ không có giá trị nếu BN vừa uống một lượng lớn sữa hoặc các chất lỏng khác. Trong trường hợp này, chúng ta sẽ thực hiện lại sau 4 giờ mà không cho BN uống thêm bất cứ thứ gì.

### List 14.10. Các nguyên gây ra khối choán chỗ trong ổ bụng.

#### 1. Hố chậu phải

- Áp xe ruột thừa hoặc u nhày ruột thừa.
- Carcinoma manh tràng hoặc căng chướng manh tràng do tắc nghẽn đầu xa.
- Bệnh Crohn.
- U hoặc nang buồng trứng.
- Thoát vị.
- Thận ghép.

#### 2. Hố chậu trái

- Phân (lưu ý: có thể thường được thụt tháo).
- Carcinoma đại tràng sigma hay đại tràng xuống.
- U hoặc nang buồng trứng.
- Áp xe cơ Psoas (cơ thắt lưng chậu).
- Thoát vị.
- Thận ghép.

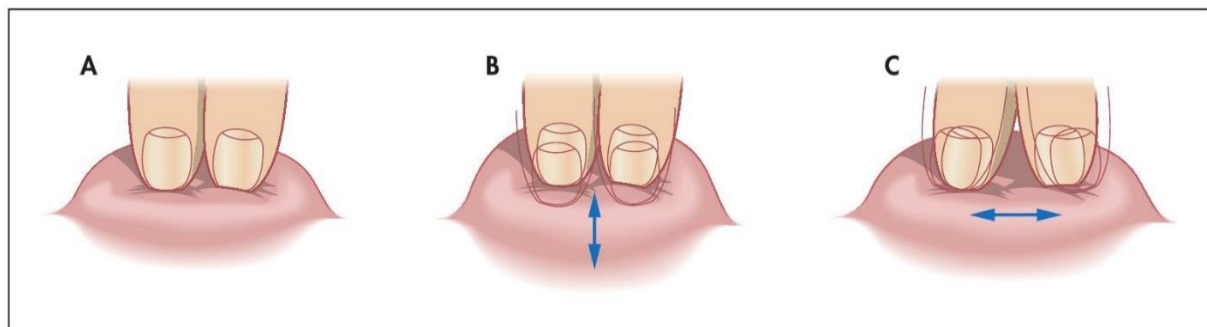
#### 3. Vùng bụng trên

- Hạch bạch huyết sau phúc mạc (lymphoma, u quái,...).
- Thùy trái của gan.
- Phình động mạch chủ bụng.
- Carcinoma dạ dày.
- U hoặc nang giả tụy.
- Dẫn dạ dày (hẹp môn vị, dẫn nở cấp tính trong nhiễm ceton do đái tháo đường hoặc sau phẫu thuật).

#### 4. Vùng chậu

- Bàng quang.
- U hoặc nang buồng trứng.
- Tử cung (mang thai, ung thư, u xơ).
- Tắc ruột non.

**Tụy.** Đôi khi có thể xuất hiện nang giả tụy sau một đợt viêm tụy cấp, nếu lớn có thể sờ được một khối sưng tròn trên rốn. Căng cứng là đặc điểm đặc trưng, nó dịch chuyển xuống dưới trong thì hít nào, cảm giác nó không di động. Đôi khi carcinoma tuyến tụy cũng có thể sờ được ở những BN gầy.



**Hình 14.43. Xác định sự lan truyền của nhịp nảy. (a) không có nhịp nảy, (b) nhịp nảy lan truyền từ động mạch kế cận, (c) sự lan truyền của nhịp nảy trong phình động mạch chủ.**

**Động mạch chủ.** Nhịp nảy của động mạch chủ bụng có thể xuất hiện, thường ở vùng thượng vị đối với những người khỏe mạnh nhưng gầy. Vấn đề là phải xác định xem có phải nhịp nảy này của phình động mạch chủ bụng (thường do xơ vữa) hay không. Đo chiều rộng của nhịp nảy một cách nhẹ nhàng với hai ngón tay bằng cách đặt chúng song song với động mạch và ở hai bên mép ngoài nhất của nhịp nảy còn sờ thấy được. Với một phình động mạch chủ, nhịp nảy sẽ lan rộng ra (tức là nó sẽ lan rộng ra đáng kể ở thì tâm thu – xem Hình 14.43). Nếu phình động mạch chủ bụng có đường kính lớn hơn 5 cm, thì nó cần

phải được điều trị. Độ nhạy cho việc phát hiện một phình mạch  $\geq 5$  cm là 82%. Độ nhạy của việc thăm khám phát hiện khối phình tăng lên theo với kích thước của nó. Khi thăm khám, nghi ngờ có phình động mạch thì LR+ là 2,7 và khi thăm khám bình thường LR- là 0,43.

**Ruột.** Đặc biệt ở một BN táo bón nặng với thành bụng mềm và phân được giữ lại, đại tràng sigma thường được sờ thấy. Không giống các khối khác, phân thường có thể ấn lõm bằng ngón tay của người khám. Hiếm khi, carcinoma ruột có thể sờ thấy được, đặc biệt là trong manh tràng nơi mà chúng có thể phát triển đến một kích thước lớn đủ để gây tắc nghẽn. Những khối như vậy sẽ không dịch chuyển theo nhịp thở. Trong thăm khám cho trẻ em hoặc người lớn với táo bón mạn tính và trực tràng to, trực tràng căng lớn do chứa phân có thể được cảm nhận được trên khớp mu, làm biến đổi một phần ở đường giữa vùng chậu.

**Bàng quang.** Bàng quang trống sẽ không thể sờ thấy được. Nếu chứa đầy nước tiểu, bàng quang lúc này có thể sờ được trên khớp mu. Nó cần phải được phân biệt với các nguyên nhân khác gây khối phồng ở vùng chậu. Đặc trưng của bàng quang là không thể cảm nhận được giới hạn dưới của bàng quang. Khối phồng thường không đều, trơn nhẵn, săn chắc và có hình bầu dục. Bàng quang đôi khi có thể cao quá rốn. Đôi khi có những trường hợp không dễ dàng để đưa ra một chẩn đoán khi có phôi phồng ở vùng chậu cho đến khi chúng ta chắc chắn rằng bàng quang đang trống. Điều này có thể đòi hỏi chúng ta phải đặt thông tiểu.

#### **Hạch bẹn.**

**Tinh hoàn.** Việc sờ nắn tinh hoàn có thể được thực hiện nếu có cần thiết trong quá trình khám bụng. Teo tinh hoàn xuất hiện trên bệnh gan mạn tính (bệnh gan do rượu, nhiễm sắc tố sắt). Cơ chế của nó tương tự như nữ hóa tuyến vú ở nam giới.



**Hình 14.44. Hở bao cơ thẳng bụng. (a) lúc nằm nghỉ, (b) lúc BN nằm trên gối.**

#### **Thành bụng trước.**

– Da và cơ thành bụng trước dễ bị các u cục giống như bất cứ vị trí nào trên bề mặt cơ thể (xem List 14.11). Vì vậy để chắc chắn, điều quan trọng là không để chúng nhầm lẫn với u cục trong ổ bụng. Để xác định một khối ở thành bụng, yêu cầu BN để tay lên ngực và nằm đầu cao. Một khối trong ổ bụng sẽ biến mất hoặc giảm kích thước, nhưng khối

trong thành bụng sẽ không thay đổi. Hở bao cơ thẳng bụng sẽ được chẩn đoán rõ ràng hơn khi BN ngồi (xem Hình 14.44). Căn thành bụng yếu là nguyên nhân thường gặp và gây phồng lên ở phần trung tâm bụng khi tăng áp lực ổ bụng.

### List 14.11. Các nguyên nhân gây khối phồng ở bụng.

- |  |  |
|--|--|
| - U mỡ.  | - Thoát vị thượng vị.                    |
| - U bã đậu.                                    | - Thoát vị rốn hoặc cạnh rốn.            |
| - U xơ ở da.                                   | - Thoát vị vết mổ.                       |
| - Tích tụ các u ác tính (melanoma, carcinoma). | - Hở bao cơ thẳng bụng (xem Hình 14.44). |
|  | - Tụ máu bao cơ thẳng bụng               |

– Đau có thể xuất phát từ thành bụng, điều này gây dễ nhầm lẫn với các cơn đau trong ổ bụng. Để kiểm tra đau thành bụng, cảm nhận được một vùng nhạy cảm đau khu trú và đau xuất hiện lại khi BN nằm ngửa. Nếu có điều này, yêu cầu BN nằm đầu cao và để gập tay trên ngực, sau đó sờ lại<sup>s</sup>. Nếu cơn đau biến mất, gợi ý rằng cơn đau này nằm trong ổ bụng (vì cơ bụng căng lên để bảo vệ các tạng bên trong). Nhưng nếu vẫn còn hoặc nhiều hơn có nghĩa là cơn đau nằm ở thành bụng (căng cơ, chèn ép dây thần kinh, viêm cơ). Tuy nhiên, test Carnett đôi khi có thể dương tính khi có bệnh lý của các tạng liên quan với phúc mạc gây viêm lớp cơ phủ (viêm ruột thừa).

### 14.8.3. Gõ

Gõ được sử dụng để xác định kích thước và tính chất cơ quan và các khối trong ổ bụng, nhưng hữu ích nhất vẫn là để phát hiện dịch trong khoang phúc mạc và gợi ý sự nhạy cảm đau trên BN viêm phúc mạc.



Hình 14.45. Gõ lách.

#### 14.8.3.1. Gan

Giới hạn của gan nên được xác định một cách thường quy bằng cách gõ. Nếu bờ của gan không sờ được và không có báng bụng, vùng bụng bên phải nên được gõ dọc theo đường trung đòn từ phía trên xuống hạ sườn phải cho tới khi tiếng gõ đục. Việc này cho phép chúng ta xác định giới hạn dưới của gan ngay cả khi không sờ được. Giới hạn trên

<sup>s</sup> Test Carnett mô tả bởi tác giả JB Carnett vào năm 1926.

của gan luôn được xác định bằng việc gõ dọc theo đường trung đòn từ trên xuống. Mất vùng đục bình thường của gan có thể xảy ra trong hoại tử gan hoặc có khí tự do trong ổ bụng (thủng ruột).

### 14.8.3.2. Lách

Gõ trên bờ sườn trái nhạy hơn so với sờ chạm để phát hiện lách to. Gõ vào khoang liên sườn thấp nhất trên đường nách trước trong cả hai thì hít vào và thở ra khi BN nằm ngửa (xem Hình 14.45). Nên nghĩ đến lách to nếu gõ đục hoặc trở nên đục trong cuối thì hít vào. Nếu gõ đục nên sờ lại lách.

### 14.8.3.3. Thận

Gõ lên khối dưới bờ sườn phải hoặc trái giúp chúng ta phân biệt khối đó xuất phát từ gan hoặc lách với thận. Trong trường hợp khối đó xuất phát từ thận, chúng ta sẽ gõ trong do các quai ruột che phủ phía trên (tuy nhiên nên cẩn thận vì đôi khi khối thận quá lớn có thể làm dịch chuyển các quai ruột ở phía trên).

### 14.8.3.4. Bàng quang

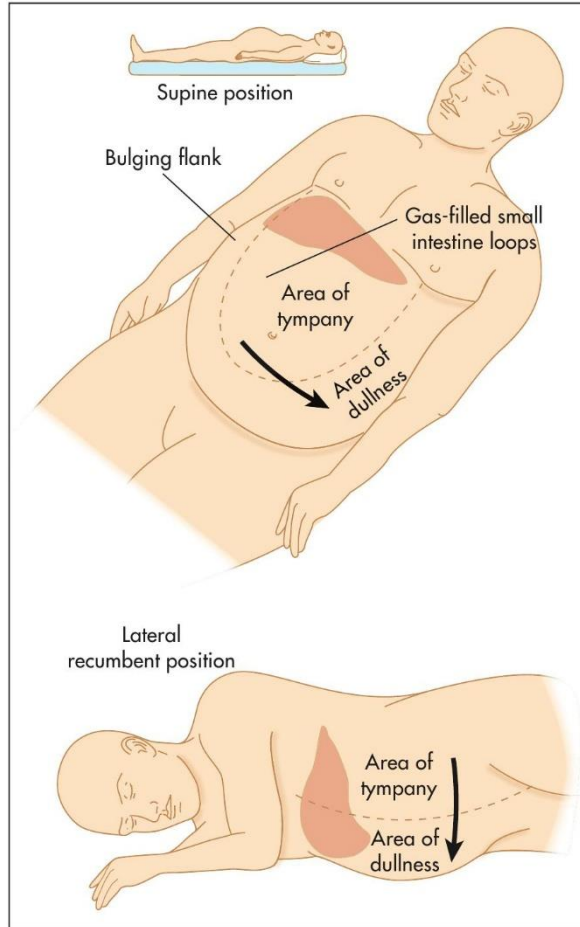
Một vùng đục trên khớp mu thì gợi ý giới hạn trên của một bàng quang lớn hoặc một khối choán chỗ ở vùng chậu.

#### Good signs guide 14.2. Báng bụng.

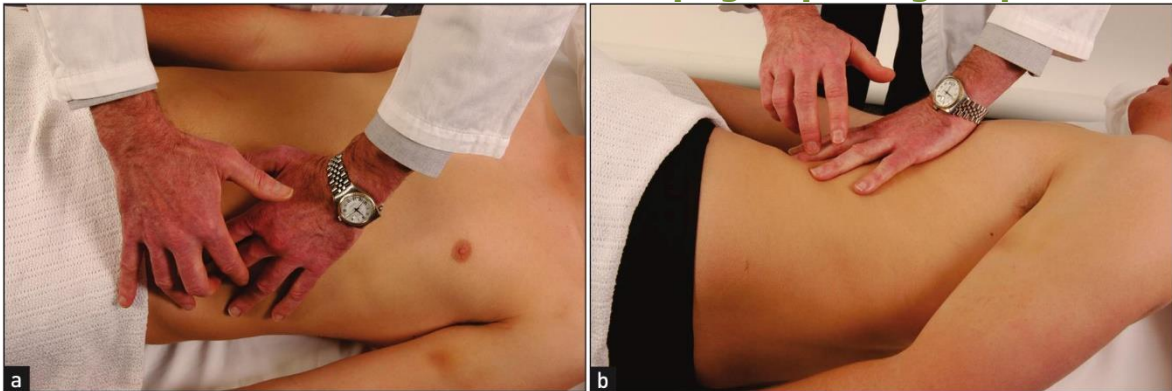
Dấu hiệu	LR+	LR-
<b>Nhìn</b>		
- Bụng to bè	2,4	0,3
- Phù mắt cá chân	2,8	0,1
<b>Sờ và gõ</b>		
- Gõ đục vùng hông lưng	2,6	0,3
- Gõ đục vùng thấp	5,8	0,5
- Dấu hiệu sóng vỗ	9,6	0,6

### 14.8.3.5. Báng bụng

Chú ý gõ bụng hầu hết là vang, do hơi trong ruột. Gõ ở hầu hết các vùng ở bụng ra đến hai bên hông. Khi có dịch ổ bụng (báng bụng) xuất hiện, do ảnh hưởng trọng lực dịch sẽ tích tụ lại ở hai bên hông lưng khi BN nằm ngửa. Như vậy một dấu hiệu khá sớm của báng bụng (có ít nhất hai lít dịch trong ổ bụng) là gõ đục ở hai bên hông lưng (xem Good signs guide 14.2). Khi dịch ổ bụng nhiều, bụng căng chướng lên, hai bên bụng sẽ to bè ra, rốn lồi (xem Hình 14.31) và gõ đục có thể xuất hiện ở đường giữa. Tuy nhiên vùng vang ở trung tâm sẽ luôn luôn tồn tại. Khám bụng thường quy nên bắt đầu bằng động tác gõ trên đường giữa với đầu các ngón tay hướng về phía chân, chú ý gõ hướng về phía hai bên hông lưng.



**Hình 14.46. Cơ chế của dấu hiệu gõ đục vùng thấp.**



**Hình 14.47. Gõ đục vùng thấp. (a) Gõ phía ra phía ngoài bờ sườn trái cho đến khi phát hiện tiếng gõ đục, đánh dấu bằng ngón tay đặt trên bụng được gõ. (b) cho BN nằm nghiêng hướng về phía bác sĩ, đợi khoảng 30 giây. Dấu hiệu gõ đục vùng thấp sẽ xuất hiện nếu vùng phía ngoài bờ sườn trái gãy đục bây giờ trở nên vang.**

Nếu (và chỉ nếu) tiếng gõ đục chỉ phát hiện ở hai bên hông lưng thì chúng ta phải tìm kiếm dấu hiệu gõ đục vùng thấp (xem Hình 14.47). Để phát hiện dấu hiệu này, người bác sĩ đứng bên phải người bệnh và tiến hành gõ từ trong ra ngoài hông trái cho đến khi xuất hiện tiếng gõ đục (xem Hình 14.47a). Điểm này sẽ được đánh dấu lại (thường bằng cách

đề một ngón tay lên chỗ đó) và cho BN nghiêng về phía người khám. Lý tưởng nhất là chờ từ 30 giây đến 1 phút cho dịch trong ổ bụng di chuyển theo chiều trọng lực và sau đó tiến hành gõ lại vị trí đã đánh dấu (xem Hình 14.47b).

Gõ đục vùng đục thấp (shifting dullness) sẽ dương tính nếu vùng gõ đục lúc đầu chuyển sang gõ vang. Điều này là do dịch trong ổ bụng di chuyển theo chiều trọng lực về phía điểm thấp nhất ở bên phải. Đôi khi có thể gặp trong trường hợp dịch và hơi trong những quai ruột non dẫn do tắc ruột non hoặc một nang buồng trứng khổng lồ lấp đầy toàn bộ ổ bụng. Điều này có thể gây ra sự nhầm lẫn.

### **List 14.12. Phân độ dịch bàng bằng nồng độ albumin dịch bàng.**

#### **Nồng độ cao (> 11 g/L)**

- Xơ gan\*.
- Viêm gan do rượu.
- Hội chứng Budd – Chiari (huyết khối tĩnh mạch gan) hoặc bệnh lý tắc tĩnh mạch.
- Suy gan tiến triển nhanh.
- Suy tim bẩm sinh, viêm màng ngoài tim co thắt (bàng bụng do tim).

#### **Nồng độ thấp (< 11 g/L)**

- U di căn phúc mạc.
- Lao.
- Bàng bụng do tụy.
- Hội chứng thận hư.

*\* BN bàng bụng có gradient nồng độ albumin so với huyết thanh tăng thường đi kèm với tăng áp lực tĩnh mạch cửa (độ chính xác > 97%).*

Để khám dấu hiệu sóng vỗ (fluid thrill) đặt hai lòng bàn tay ở hai bên hông, sao cho hai lòng bàn tay hướng vào nhau. Lắc nhẹ bụng của BN với một tay, tay kia sẽ cảm nhận sóng của dịch đập vào ở bên thành bụng còn lại. Dấu hiệu sóng vỗ có giá trị khi bàng bụng nhiều. Thật thú vị, nó cũng có thể xuất hiện trong trường hợp có một khối u nang buồng trứng lớn hoặc với thai kỳ đa ối.

Bụng to bè có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong việc xác định có bàng bụng hay không. Kể cả gõ đục vùng thấp cũng có độ nhạy và độ đặc hiệu cao. Phù mắt cá chân cũng là chỉ điểm tốt cho bàng bụng (xem Good signs guide 14.2).

Các nguyên gây bàng bụng được liệt kê trong List 14.12.

Khi lượng dịch bàng trong ổ bụng nhiều thì việc cảm nhận trực tiếp bằng sờ nắn trở nên khó khăn. Đây là cơ hội để thực hiện việc sờ ấn sâu hơn. Dùng bàn tay đặt lên bụng, các ngón tay gấp lại ở khớp bàn ngón một cách nhanh chóng, việc này sẽ làm dịch chuyển dịch bên dưới. Từ đó chúng ta có thể sờ được các khối phồng trong ổ bụng được bao phủ bởi dịch bàng. Trong các trường hợp cố gắng hơn, chúng ta có thể sờ gan hoặc lách to. Gan và lách có thể bập bênh khi có dịch bàng.

#### **14.8.4. Nghe**

Một số chuyên gia tim mạch cho rằng các âm thanh phát ra từ ổ bụng ít có sự thay đổi hoặc không đáng quan tâm như khi nghe tim, nhưng chúng giá trị nhất định.



**Hình 14.48. Nghe bụng.**

#### **14.8.4.1. Âm ruột**

Đặt phần màng của ống nghe ngay dưới rốn (xem Hình 14.48). Âm ruột có thể nghe ở tất cả các vị trí trên ổ bụng ở người khỏe mạnh. Chúng không có vị trí cụ thể hay có điểm này nghe rõ hơn ở điểm khác. Hầu hết các âm ruột có nguồn gốc từ dạ dày, số ít do đại tràng và phần còn lại là của ruột non. Âm ruột là một âm có tiếng óc ách đặc trưng và không liên tục. Âm ruột có thể được mô tả là khi có khi không, thuật ngữ “tăng” hoặc “giảm” không có ý nghĩa vì âm thanh phát ra rất thay đổi, phụ thuộc vào bữa ăn ngay trước đó.

Mất hoàn toàn âm ruột trong vòng 4 phút gợi ý tình trạng liệt ruột (đây là tình trạng không có nhu động ruột trong liệt ruột). Khi có dịch trong ruột, tiếng tim có thể nghe qua bụng, do âm lan truyền theo quai ruột dẫn.

Khi ruột bị tắc sẽ tạo ra một âm thanh có âm độ cao và lớn với một tiếng ngân vang do sự hiện diện của dịch và khí (âm tắc ruột). Âm ruột bình thường khác với âm tắc ruột. Ruột tăng nhu động hoặc co bóp gập trong tiêu chảy gây nên các âm ruột óc ách lớn, có thể nghe mà không cần ống nghe. Âm ruột đó được gọi là sôi bụng (borborygmi).

#### **14.8.4.2. Tiếng cọ phúc mạc**

Gặp trong trường hợp có sự bất thường của phúc mạc thành và phúc mạc tạng tạng do viêm, nhưng rất hiếm và không đặc hiệu.

Có thể nghe gõ hơn ở gan và lách. Tiếng cọ thô ráp hay tiếng ồn lớn nghe được khi BN thở. Nguyên nhân tại gan có thể là khối u (HCC hoặc di căn), áp xe gan, sinh thiết gan gần đây, nhồi máu gan hoặc lậu cầu hoặc viêm quanh gan do Chlamdia gây viêm bao gan (hội chứng Fitz – Hugh Curtis<sup>t</sup>). Tiếng cọ xuất hiện ở lách gợi ý tình trạng nhồi máu lách.

#### **14.8.4.3. Âm thổi tĩnh mạch**

Âm thổi tĩnh mạch liên tục, cường độ thấp, âm thổi nhẹ có thể lớn hơn khi hít vào hoặc giảm bớt khi ép ống nghe xuống. Thông thường nghe được ở giữa mũi kiếm xương ức và

---

<sup>t</sup> AH cutis mô tả sự dính gan do bệnh lý viêm nhiễm vùng chậu vào năm 1930. Trong khi đó T Fitz – Hugh mô tả viêm phúc mạc cấp ở phần tư bụng trên bên phải do lậu cầu vào năm 1934. Tuy nhiên, hội chứng này thực sự được mô tả bởi tác giả C Stajano vào năm 1920.

rôn trong trường hợp tăng áp tĩnh mạch cửa, nhưng hiếm. Nó có thể lan lên ngực hoặc phía trên gan. Một lượng máu lớn chảy qua tĩnh mạch rôn hoặc cạnh rôn trong dây chằng liềm có thể gây âm thổi này. Những kênh mạch máu này từ tĩnh mạch cửa bên trái đi vào tĩnh mạch thượng vị hoặc tĩnh mạch vú trong thành bụng. Một âm thổi tĩnh mạch nghe được ở những tĩnh mạch lớn như tĩnh mạch mạc treo tràng dưới hoặc sau thủ thuật tạo shunt cửa chủ. Đôi khi rung miu có thể phát hiện được ngay tại vùng có âm thổi lớn nhất. Hội chứng Cruveilhier – Baumgarten<sup>u</sup> liên quan với các âm thổi tĩnh mạch ở rôn và dẫn các tĩnh mạch ở thành bụng. Hầu hết là do xơ gan. Nó có thể xuất hiện khi BN tồn tại tĩnh mạch rôn, từ đó xuất hiện shunt cửa – chủ ở vùng này. Sự xuất hiện một âm thổi tĩnh mạch hoặc sự gồ lên của tĩnh mạch ở giữa bụng gợi ý vị trí tắc tĩnh mạch cửa là nằm ở trong gan hơn là tại chính tĩnh mạch cửa.

#### **14.8.4.4. Âm thổi**

Ít gặp, âm thổi tâm thu động mạch có thể nghe ở gan. Âm này có cường độ cao hơn âm thổi tĩnh mạch, không liên tục và không khu trú rõ ràng. Điều này thường gặp trong HCC, nhưng cũng có thể gặp trên BN viêm gan cấp do rượu, dị dạng thông động tĩnh mạch hay chỉ là thoáng qua sau sinh thiết gan. Nghe âm thổi động mạch thận ở hai bên đường giữa trên rôn khi nghi ngờ hẹp động mạch thận. Một âm thổi nghe được ở vùng thượng vị có thể xuất hiện trong trường hợp hẹp động mạch mạc treo tràng trên hoặc cũng có thể nghe được trong trường hợp bình thường. Âm thổi nghe được ở vùng lách khi có khối u thân tụy hoặc trong thông động tĩnh mạch lách.

#### **14.8.4.5. Nghiệm pháp Scratch**

Nghiệm pháp Scratch có thể xác định giới hạn của gan khi đau bụng nhiều, căng hoặc chướng to. Đặt ống nghe dưới mũi kiềm xương ức và nhẹ nhàng di chuyển trên da theo hướng góc phải đến bờ gan định trước, bắt đầu từ ¼ bụng dưới phải di chuyển từ từ đến giao điểm giữa hạ sườn phải và đường trung đòn phải. Khi đến bờ gan, những âm hỗn tạp được truyền đến ống nghe. Điểm bắt đầu thay đổi truyền âm (không phải lớn nhất) đó chính là bờ gan. Test này còn gây tranh cãi nhưng có thể đáng tin cậy với độ chính xác vừa phải (so với siêu âm bụng).

### **14.9. THOÁT VỊ BỆNH**

Thoát vị có tầm quan trọng trong phẫu thuật và không nên bỏ sót trong quá trình thăm khám bụng. Những sai lầm này thường xuất hiện ở sinh viên khi họ bắt đầu tiếp xúc với lâm sàng.

#### **14.9.1. Giải phẫu**

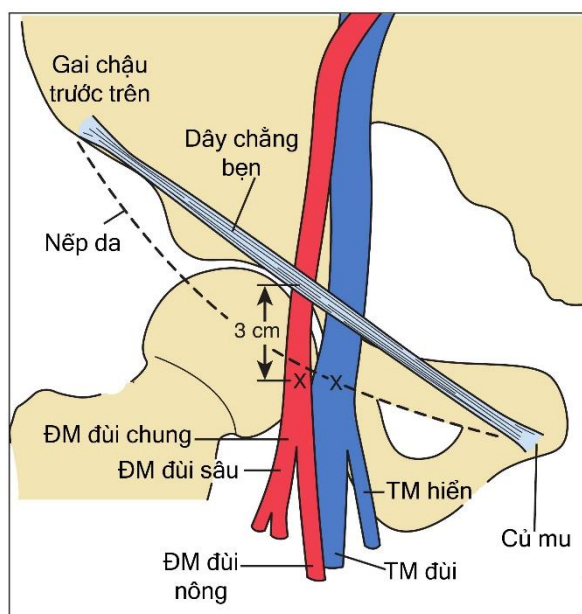
Chúng ta cần phải biết giải phẫu ống bẹn và ống đùi. Một mốc giải phẫu quan trọng là củ mu (hay củ gai). Một khối tròn sờ thấy (củ) ở giới hạn trên của phần trong của ngành trên xương mu (sụn khớp ở đường giữa ngành trên của xương mu trái và phải). Dây chằng bẹn dính vào củ mu (xem Hình 14.49). Tìm vị trí đập của động mạch đùi và đi hướng vào trong để xác định củ mu. Củ mu có thể dễ dàng cảm nhận được ở ngay phía ngoài của khớp

---

<sup>u</sup> Jean Cruveilhier (1791 – 1874), giáo sư giải phẫu bệnh ở Paris. Paul von Baumgarten (1848 – 1928), giáo sư bệnh học người Đức.



mu (cách đường giữa 2 – 3 cm). Ở những người béo phì có thể khó xác định củ mu, trong những trường hợp đó nên cho đùi gấp và giàng ra, có thể lần cơ khép dài để đến nguyên ủy của nó – củ mu.



**Hình 14.49. Giải phẫu củ mu và dây chằng bẹn.**

Từ củ mu đến gai chậu trước trên nằm ở ống bẹn. Ở điểm giữa bẹn (giữa khớp mu và gai chậu trước trên) là lỗ bẹn sâu. Tại củ mu là lỗ bẹn nông, ở nam giới là cửa ngõ vào bìu. Nhờ rằng ống đùi nằm phía ngoài củ mu và dưới dây chằng bẹn.

**List 14.13. Chẩn đoán phân biệt khối phòng ở bẹn.**

**Trên dây chằng bẹn**

- Thoát vị bẹn.
- Tinh hoàn ẩn.
- Nang của ống Nuck.
- Trần dịch tinh mạc
- U mỡ.

**Dưới dây chằng bẹn**

- Thoát vị đùi.
- Hạch bạch huyết.
- Dẫn tĩnh mạch hiển (sờ có cảm giác như một dòng nước trào ngược, biến mất khi nằm).
- Phình động mạch đùi (có mạch đập).
- Áp xe cơ Psoas (kèm theo sốt, đau và biến dạng gập).

**14.9.2. Thoát vị bẹn**

Các dấu hiệu của thoát vị là xuất hiện khối phòng vùng bẹn. Tuy nhiên không phải tất cả các trường hợp có khối phòng vùng bẹn đều là thoát vị (xem List 14.13).

Một khối phòng ở vùng bẹn xuất hiện khi đứng hoặc khi vận động gây tăng áp lực ổ bụng (như ho hoặc rặn) và biến mất (hoặc giảm) khi nằm, điều này thấy ở BN thoát vị.

Một vài trường hợp thoát vị bị kẹt (irreducible). Một số thoát vị kẹt được sử dụng với thuật ngữ “incarcerated” để thay cho thuật ngữ “irreducible”, nhưng tốt nhất nên tránh sử dụng. Túi thoát vị trong thoát vị kẹt chứa ruột, có thể tắc nghẽn và gây nên triệu chứng tắc ruột non. Đôi khi ruột không được cung cấp đủ máu gây hoại tử, lúc đó chúng được gọi là

thoát vị nghẹt (strangulated). Chúng thường đau, đỏ, căng và nhạy đau.

Thoát vị bẹn phình to trên nếp lằn bẹn. Các khối phòng được tìm thấy ở phía trong củ mu, trên dây chằng bẹn (hãy nhớ, bẹn = trên và trong). Thoát vị bẹn có thể trực tiếp hoặc gián tiếp. Thoát vị bẹn gián tiếp thường gặp nhất. Ruột đi qua ống bẹn qua lỗ bẹn sâu đến lỗ bẹn nông ra ngoài ống bẹn. Thoát vị bẹn trực tiếp thường là do việc suy yếu của cơ thành ống bẹn (khu vực được gọi là tam giác Hesselbach<sup>v</sup>, có giới hạn dưới bởi dây chằng bẹn, ngoài bởi bó mạch thượng vị dưới và trong bởi bao cơ thẳng bụng). Thông thường thì khối thoát vị không đến bìu. Tuy nhiên, để phân biệt thoát vị bẹn trực tiếp và gián tiếp là rất khó khăn nếu chỉ dựa vào các dấu hiệu lâm sàng.

Thoát vị đùi đi qua lỗ đùi trong ống đùi. Thoát vị đùi xuất hiện ở cuối nếp lằn bẹn, các khối phòng này nằm ở ngoài và dưới dây chằng bẹn (hãy nhớ, đùi = dưới và ngoài).

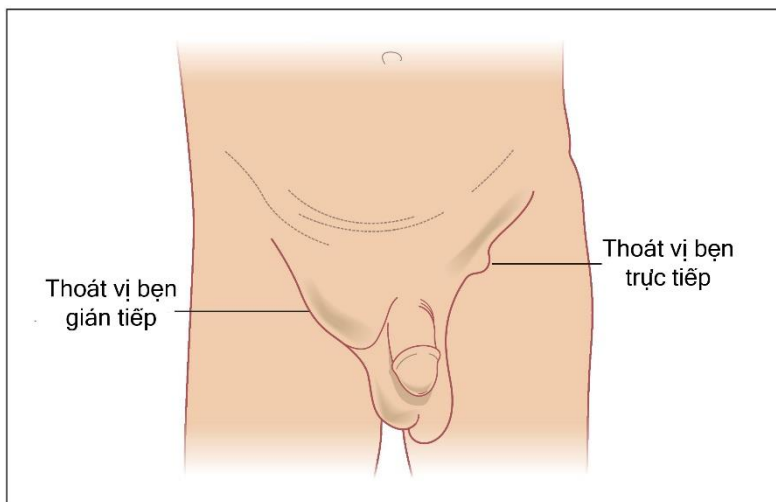
### 14.9.2.1. Kỹ thuật thăm khám

- Rửa tay và mang găng.
- Chuẩn bị BN: để thăm khám chi tiết khối thoát vị, yêu cầu BN đứng lên nếu có thể và bộc lộ từ vùng đùi đến bụng trên.
- Dấu hiệu chỉ điểm: yêu cầu BN chỉ ra nơi mà BN thấy hoặc cảm nhận khối phòng.
- Nhìn: chú ý các vết sẹo mổ trước đây, đôi khi rất khó để nhìn thấy chúng. Quan sát hai bên xem có xuất hiện khối phòng hay không.
- Ho: trước khi sờ, yêu cầu BN quay đầu về phía bác sĩ và ho. Mắt của chúng ta sẽ tập trung vào vùng củ mu và chú ý sự xuất hiện bất cứ dấu hiệu nào khi ho. Lặp lại tương tự nhưng quan sát ở phía còn lại.
- Sờ: đặt các ngón tay của bác sĩ lên vùng củ mu. Một lần nữa yêu cầu BN ho và sờ để tìm kiếm có khối phòng lên ở vùng bẹn hay không. Nếu thoát vị xuất hiện, không nên cố gắng sờ nắn khi BN đứng thẳng vì như thế sẽ khó khăn và đau hơn khi BN nằm ngửa.
- Để BN nằm ngửa: yêu cầu BN nằm ngửa trên ghế dài để kiểm tra. Thực hiện các thao tác thăm khám tương tự, các vị trí chính xác của khối thoát vị thường dễ dàng xác định hơn khi BN nằm ngửa.
- Xác định loại thoát vị: nếu một khối phòng xuất hiện, cần xác định rõ đó có phải là một khối thoát vị hay không và là thoát vị gì. Xác định lại củ mu. Cần nhớ rằng không thể sờ được cái gì trên khối thoát vị nhưng có thể sờ được trên khối tràn dịch màng tinh trong ống bẹn. Cố gắng xem là thoát vị bẹn hay thoát vị đùi (xem Hình 14.50) dựa vào vị trí củ mu và dây chằng bẹn (xem ở trên). Hãy nhớ thoát vị đùi nguy hiểm hơn: chúng thường nhỏ và chắc hơn thoát vị bẹn và không thay đổi khi ho. Bởi vì khối thoát vị này thường bị kẹt nên dễ nhầm lẫn với một hạch bẹn to. Thay đổi khi ho rất hiếm gặp trong thoát vị đùi, cần phải phân biệt với sự giãn lớn của tĩnh mạch hiển khi ho.
- Ở nam, kiểm tra tinh hoàn và bìu. Một khối thoát vị bẹn lớn có thể chạy qua lỗ bẹn

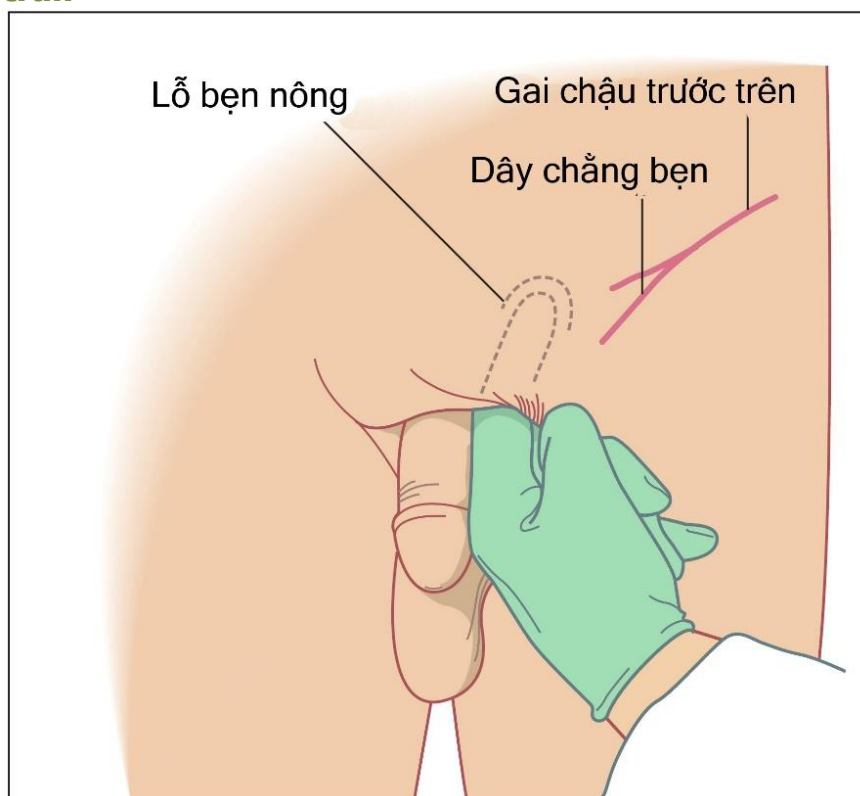
---

<sup>v</sup> Franz Hesselbach (1759 – 1816), giáo sư phẫu thuật, Würzburg, ông mô tả tam này được giới hạn bởi dây chằng bẹn, động mạch thượng vị dưới và cơ thẳng bụng.

nông ngay trên củ mu để xuống bìu. Đẩy nhẹ bìu bằng đầu ngón tay đã mang găng đặt vào lỗ bẹn nông để xác định thoát vị gián tiếp ở nam, nhưng việc này sẽ khó khăn đối với những người thiếu kinh nghiệm (xem Hình 14.51). Một tinh hoàn ẩn có thể nhầm với thoát vị bẹn, luôn kiểm tra tinh hoàn ở mỗi bìu. Trường hợp thoát vị bẹn lớn có thể biểu hiện lâm sàng với một khối phòng lớn trong bìu. Điều quan trọng là phải xác định có cái gì trên khối phòng hay không. Nếu có, thì khối phòng này là do các bệnh lý nguyên phát trong bìu, không phải khối thoát vị.



**Hình 14.50. Chú ý khối phòng hình elip của thoát vị bẹn gián tiếp đi xuống bìu phải. Cũng chú ý khối phòng hình cầu của thoát vị bẹn trực tiếp ở bên trái.**



**Hình 14.51. Khám ống bẹn ở nam giới.**

### 14.9.2.2. Thoát vị thượng vị

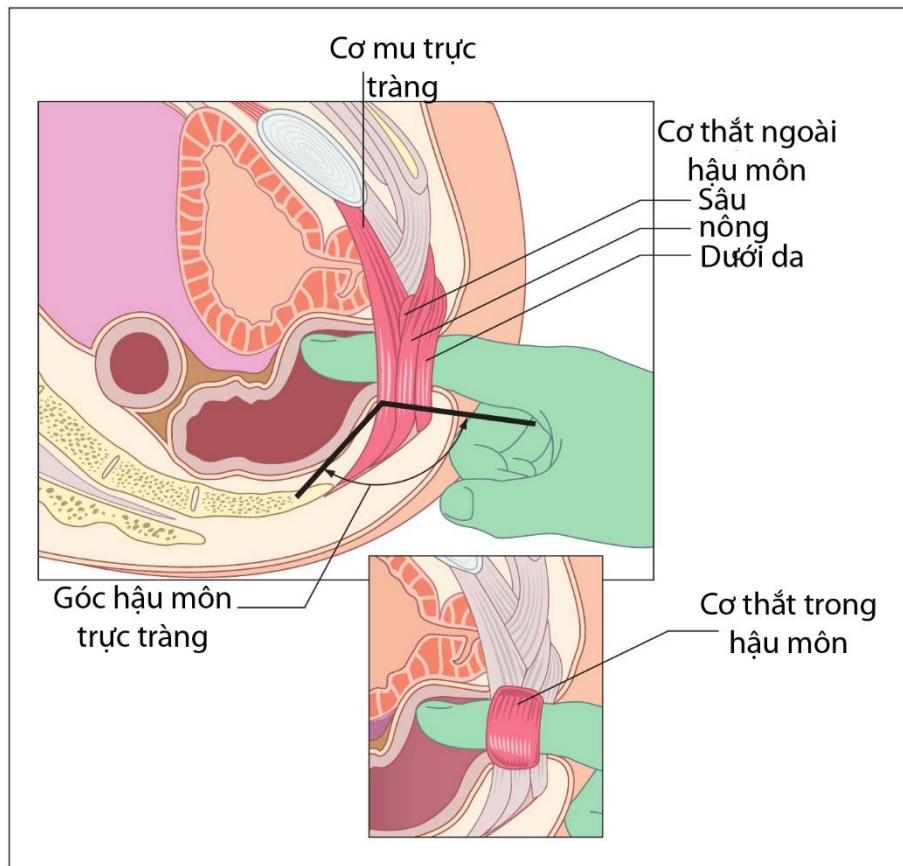
Thoát vị thượng vị thường gặp ở người lớn tuổi. Điều này có thể xác định bằng cách yêu cầu BN ngồi dậy với tư thế nửa nằm nửa ngồi và dễ dàng tìm thấy chỗ xuất hiện khối phòng. Tìm kiếm các vết sẹo có thể giải thích sự suy yếu thành bụng. Hỏi BN xem có khối sờ được khối phòng hay cảm thấy đau không. Cảm nhận khối phòng khi ho. Thoát vị thượng vị không triệu chứng tốt nhất nên điều trị bảo tồn.

### 14.9.2.3. Thoát vị vết mổ

Bất kỳ vết sẹo nào ở thành bụng cũng có thể là nơi thoát vị, do thành bụng suy yếu. Để thăm khám, yêu cầu BN ho và tìm ra vị trí phồng ra bất thường. Tiếp theo yêu cầu BN nâng đầu và vai cao lên khỏi giường trong khi đó bác sĩ sẽ dùng tay đặt lên trán của BN và cố gắng dùng lực kháng lại lực của BN, tay kia sẽ sờ để xác định chỗ khiếm khuyết trên cân cơ và cho BN ho kiểm tra lại.

## 14.10. THĂM KHÁM TRỰC TRÀNG

*Các bác sĩ thường chần chừ thực hiện những việc thăm khám cần thiết vì sợ dơ tay  
Willian Mayo (1861 – 1939)*



**Hình 14.52. Thăm khám hậu môn: giải phẫu vùng.**

Việc thăm khám bụng bao gồm cả việc thăm khám trực tràng (có mang găng tay, xem Hình 14.52). Động tác nên được xem xét thực hiện cho tất cả BN nhập viện do các triệu chứng ở đường ruột,  $\geq 40$  tuổi, trừ phi người khám không có ngón tay, BN không có hậu môn hoặc bệnh cấp tính như nhồi máu cơ tim thì có chống chỉ định tạm thời.

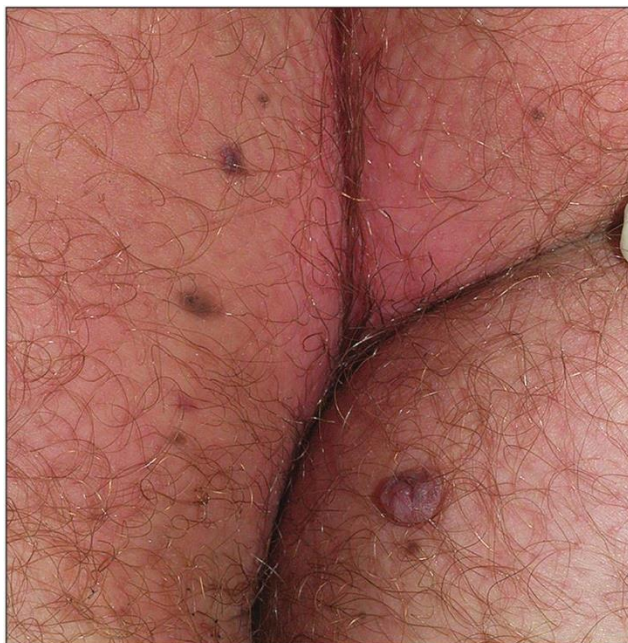
Nếu có chỉ định và phải được sự cho phép của BN, một người đi kèm giải thích cho BN, phải đảm bảo riêng tư trong suốt quá trình thăm khám, sau khi giải thích làm gì và tại sao, yêu cầu BN nằm ngửa hoặc nghiêng trái và gấp gối. Được gọi là tư thế nghiêng trái. Việc thăm khám có thể thực hiện khi BN đứng co chân, việc này có thể tốt cho việc khám tuyến tiền liệt nhưng khó khăn trong việc khám trực tràng.

Dùng một đôi găng tay và bắt đầu bằng việc quan sát hậu môn và vùng quanh hậu môn bằng cách tách mông ra. Thăm khám hậu môn theo thứ tự sau:

– Trĩ ngoại tắc mạch (trĩ). Nhỏ (nhỏ hơn 1cm) căng, xanh có thể nhìn thấy ở mặt rìa hậu môn. Chúng đau và do vỡ tĩnh mạch ở đám rối trĩ ngoại. Chúng còn được gọi là tụ máu quanh hậu môn.

– Mấu da thừa giống như các mấu da thừa ở vị trí khác trên cơ thể có thể phát hiện ngẫu nhiên với bệnh trĩ hay bệnh Crohn.

– Sa trực tràng. Có thể nhìn thấy nếp gấp màu đỏ của niêm mạc trực tràng theo chu vi sa ra ngoài hậu môn. Chúng trở nên rõ ràng hơn chỉ khi yêu cầu BN rặn như lúc đi vệ sinh. Nếu có sa trực tràng khi rặn sẽ lòi một khối màu đỏ sậm ở bờ hậu môn, sa niêm mạc làm xuất hiện các nếp gấp dạng vòng, các nếp gấp đồng tâm này là dấu hiệu của sa trực tràng hoàn toàn. Khối này xuất hiện thường xuyên ở hậu môn và thường không gây đau. Trong trường hợp sa niêm mạc trực tràng, các niêm mạc sa có thể cảm nhận được bằng đầu ngón tay cái và trở của người khám. Hậu môn mất trương lực cơ thắt trong và ngoài có thể kèm theo sa trực tràng.



**Hình 14.53. Condyloma.**

– Nứt hậu môn. Đây là một vết nứt trên thành hậu môn gây đau nhiều làm ảnh hưởng đến việc dùng tay khám hậu môn. Vết nứt hậu môn thường xuất hiện theo hướng ra phía sau hay ở trên đường giữa. Một mấu da thừa có thể xuất hiện ở đáy vết nứt và gợi ý tình trạng nứt là mạn tính. Nếu cần thiết có thể yêu cầu BN chồm tới để quan sát vết nứt một cách rõ ràng hơn. Nhiều vết nứt rộng có thể xuất hiện ở BN viêm nhiễm đường ruột, bệnh

lý ác tính hay bệnh lây truyền qua đường tình dục.

– Rò hậu môn. Các lối vào của đường rò có thể nhìn thấy được, thường là trong vòng 4 cm quanh hậu môn. Miệng lỗ rò thường xuất hiện như những hạt đỏ do sự hình thành mô hạt. Tình trạng này đôi khi cũng có thể xuất hiện trong bệnh Crohn hay áp xe quanh hậu môn.

– Condyloma – xem Hình 14.53. Có thể lầm với mấu da thừa, phân biệt ở chỗ condyloma có cuống thực sự với bề mặt màu trắng và đáy màu đỏ. Chúng có thể bao quanh hậu môn.

– Carcinoma hậu môn. Bệnh này có thể nhìn thấy như một khối nấm nằm sát rìa hậu môn.

– Ngứa hậu môn. Sự xuất hiện các bệnh lý gây kích thích hậu môn thay đổi từ viêm đỏ da tiết dịch đến dày trắng da. Nó thường do phân bẩn gây nên.

Tiếp theo yêu cầu BN rặn và quan sát vùng tầng sinh môn: quan sát xem BN có tiêu mất kiểm soát, rỉ phân hoặc chất nhày, tầng sinh môn sa xuống bất (> 4 cm) hoặc hậu môn nở rộng. Sự xuất hiện hậu môn nở rộng có thể tương quan với sự thay đổi áp lực đường tiêu hóa dưới lúc nghỉ trên áp kế. Trĩ nội có thể sa ra ngoài ở phía trước phải và sau phải hoặc bên trái.

Khám cơ thắt hậu môn. Quệt miếng bông lên vùng quanh hậu môn, thông thường chúng ta sẽ thấy hậu môn co thắt một cách nhanh chóng gợi ý các dây thần kinh cùng cụt còn nguyên vẹn. Đôi khi các phản xạ này có thể yếu ở người khỏe mạnh. Tuy nhiên nếu mất hoàn toàn phản xạ co thắt hậu môn, đặc biệt trong trường hợp tiêu không tự chủ gợi ý có tổn thương ở tủy sống và nên tiến hành thăm khám thần kinh chi tiết hơn để tìm ra nguyên nhân.

Bây giờ đến giai đoạn thăm trực tràng, bôi trơn đầu ngón tay trở của bàn tay đã đeo găng và đặt lên hậu môn. Yêu cầu BN hít sâu và thở ra bằng miệng để cho BN phân tâm và góp phần thư giãn để thăm khám dễ dàng hơn.

Nếu BN cảm thấy đau khi khám điều này gợi ý BN có nứt hậu môn và không nên khám sâu vào trực tràng. Thường nứt hậu môn có thể thấy được khi khám. Nứt hậu môn có thể gây táo bón nhưng cũng có thể thứ phát sau táo bón. Bôi trơn trực tràng bằng gel lignocain có thể giúp thăm khám toàn bộ phần còn lại của trực tràng. Nhưng sẽ tốt hơn nếu chúng ta tiến hành soi hậu môn có an thần hỗ trợ trên những BN này. Các nguyên nhân gây đau khác khi chúng ta thăm khám bao gồm trĩ ngoại tắc mạch, áp xe hố ngồi trực tràng, viêm trực tràng kích thích hoặc loét hậu môn do nguyên nhân khác.

Nếu BN không cảm thấy đau, từ từ đưa ngón tay vào cho đến khi cảm giác được cơ vòng đã thích nghi. Lúc này đẩy ngón tay chậm chậm vào trực tràng. Khi ngón tay đã nằm trong lòng trực tràng, đánh giá trương lực cơ vòng là bình thường hay giảm. Độ chính xác của động tác này còn là một nghi vấn nhưng gần đây nó đã cho thấy có kết quả khá tương đồng khi đo bằng áp kế. Trương lực lúc nghỉ (70 – 80%) chủ yếu do cơ thắt trong đảm nhận. Giảm trương lực cơ vòng có thể gợi ý tình trạng rách cơ vòng. Tăng trương lực lúc nghỉ có thể gây khó khăn khi đi tiêu.

Sờ thành trước trực tràng để khám tuyến tiền liệt ở nam và cổ tử cung ở nữ nên được

thực hiện đầu tiên. Tuyến tiền liệt bình thường chắc, hai thùy với chắc, đàn hồi với rãnh trung tâm. Nó trở nên cứng chắc hơn khi lớn tuổi. Phì đại tiền liệt tuyến làm xóa mất rãnh và hai thùy không đối xứng. Một nốt rất cứng gợi ý tình trạng carcinoma tiền liệt tuyến. Tuyến tiền liệt mềm và đau trong viêm tiền liệt tuyến. Một khối nhỏ trên tuyến tiền liệt hoặc cổ tử cung gợi ý tình trạng tích tụ u di căn vào ngăn Blumer<sup>w</sup> – giống như một ngăn sách.

Xoay ngón tay theo chiều kim đồng hồ lần lượt từ thành bên trái, thành sau và thành bên phải trực tràng. Sau đó đưa ngón tay vào sâu nhất có thể và từ từ rút ra theo thành trực tràng. Có thể cảm nhận được các tổn thương nhỏ mềm như carcinoma trực tràng hoặc polyp trực tràng (xem List 14.14).

#### **List 14.14. Các tổn thương có thể sờ được khi thăm trực tràng.**

- |  |  |
|--|--|
| – Carcinoma trực tràng.  | – U ác buồng trứng hoặc tử cung.                         |
| – Polyp trực tràng.  | – U ác tiền liệt tuyến hoặc tử cung (xâm lấn trực tiếp). |
| – Tăng sản nhú hậu môn   | – Lạc nội mạc tử cung.                                   |
| – Viêm túi thừa (mới hoặc cũ).                                       | – Sarcoma hoặc áp xe vùng chậu.                          |
| – Carcinoma đại tràng sigma (sa vào túi cùng Douglas <sup>*</sup> ). | – U hạt do amip.   |
| – Di căn vào khung chậu (Blumer's shelf).                            | – Dị vật.  |

*\* James Douglas (1675 – 1742), nhà giải phẫu học Scotland.*

### **14.10.1. Sàn chậu – các nghiệp pháp đặc biệt để thăm khám chức năng sàn chậu**

Nghiệm pháp đầu tiên khá đơn giản: yêu cầu BN rặn và cố gắng kéo ngón tay ra khỏi hậu môn. Thông thường cơ vòng và cơ mu trực tràng sẽ dẫn ra, lúc đó tầng sinh môn sa xuống khoảng 1 – 3,5 cm. Nếu các cơ này thắt chặt, đặc biệt là trong trường hợp tầng sinh môn không sa xuống, điều này cho thấy có sự co thắt nghịch lý của cơ thắt ngoài và cơ mu trực tràng, mà thực tế làm chặn đường ra của phân (gọi là loạn đồng vận sàn chậu hay rối loạn đi tiêu). Yêu cầu BN rặn lại và xoay ngón tay về thành trước. Ở vị trí sa trực tràng (khiếm khuyết ở thành trước trực tràng) có thể sờ thấy được.

– Thứ hai: ấn vào thành sau trực tràng và hỏi BN có đau không, việc này cho biết tình trạng đau cơ mu trực tràng, có thể gây rối loạn chức năng ở sàn chậu.

– Thứ ba: đánh giá có sự co thắt của cơ vòng và cơ nâng hậu môn hay không khi chúng ta yêu cầu BN co thắt các cơ đáy chậu lại. Cơ nâng hậu môn được nhận biết được bằng việc “nâng”, tức là đẩy ngón tay người khám hướng lên rốn. Nhiều BN tiêu không kiểm soát sẽ không thể làm tăng áp lực hậu môn khi họ được yêu cầu co thắt chặt lại.

– Cuối cùng, đặt bàn tay còn lại lên thành bụng trước và yêu cầu BN rặn thêm lần nữa, việc này giúp ta biết được một vài thông tin để biết BN co thắt quá mức thành bụng hay không (thực hiện nghiệp pháp Valsalva ngược) và có lẽ cơ cơ sàn chậu khi cố gắng đi

<sup>w</sup> George Blumer (1858 – 1940), giáo sư y khoa tại đại học Yale. Năm 1909, ông mô tả ung thư ở túi cùng Douglas có dạng giống như một ngăn sách.

vệ sinh, làm cản trở sự thoát phân. Tuy nhiên giá trị của nghiệm pháp này chưa rõ ràng.

Táo bón do rối loạn chức năng sàn chậu do đáp ứng với sự phân hồi sinh học trong khoảng 70% trường hợp và việc điều trị có thể cho thuốc nhuận tràng đường uống với những BN có vấn đề ở đường ra, các chẩn đoán phải được cân nhắc đối với tất cả những BN táo bón mạn. Thăm khám trực tràng tốt có thể giúp chúng ta đánh giá như đo bằng áp kế.

### **14.10.2. Kết thúc khám trực tràng**

Sau khi rút ngón tay ra khỏi hậu môn, kiểm tra xem găng có dính máu đỏ tươi hay phân đen, chất nhầy, mủ và lưu ý màu sắc phân. Trĩ sẽ không sờ thấy trừ khi có tắc mạch. Sau khi rút tay ra nếu lỗ hậu môn chưa đóng lại có thể do tổn thương thần kinh chi phối cơ thắt ngoài hậu môn.

## **14.11. NỘI SOI ĐẠI TRỰC TRÀNG**

Việc thăm khám trực tràng bằng ống nội soi đại tràng sigma là phần thăm khám mở rộng cho những BN có triệu chứng của hậu môn, trực tràng hay đại tràng. Các chỉ định chính bao gồm chảy máu trực tràng, tiêu chảy mạn tính, táo bón hoặc thay đổi thói quen đi cầu. Có thể có ích trên những BN đau bụng, trước khi điều trị cho bất kỳ BN có bệnh lý hậu môn trực tràng và nên cho BN uống thuốc xổ trước. Việc nội soi có thể thực hiện mà không cần gây mê, trừ khi BN đau nhiều.

### **14.11.1. Tiến hành**

Bắt đầu kiểm tra hậu môn như đã nêu trước đó. Sau đó thăm trực tràng.

Giải thích cho BN những gì sắp thực hiện, cảnh báo cho BN biết trước sẽ có cảm giác căng và muốn đi tiêu, có thể gây co thắt vùng trực tràng. Sau đó cho BN nằm nghiêng trái, cho BN thư giãn và hít thở qua miệng.

Nếu ống soi đại tràng cứng được sử dụng trước, nó được làm ấm nhẹ và được bịt lại, được đưa vào trực tràng theo hướng lên rốn cho đến khi đến bóng trực tràng (4 – 5 cm). Việc này là khâu duy nhất thực hiện mù. Lấy nút bịt được ra. Đầu nội soi được điều chỉnh nhẹ nhàng hướng ra phía sau bằng việc quan sát màn hình để đi theo đường cong xương cụt. Các điểm mốc quan trọng cần chú ý trong nội soi đại tràng sigma là rìa hậu môn, đường lược, nơi tiếp giáp hậu môn và trực tràng, van trực tràng dưới và giữa, cuối cùng nơi tiếp giáp đại tràng sigma và trực tràng. Bơm ít khí vào đó để hỗ trợ. Vào khoảng 12 – 15cm, vùng niêm mạc trơn láng trực tràng sẽ lộ ra những nếp đồng tâm của đầu xa đại tràng sigma. Có thể đưa các vật cứng vào đầu xa của đại tràng sigma ở hầu hết BN nam và một số nữ. Ống nội soi đại tràng sigma mềm có thể đánh giá được toàn bộ đại tràng còn lại bằng thao tác khéo léo. Đừng bao giờ đẩy dụng cụ đi lên nếu lòng ruột không được quan sát rõ ràng hoặc BN cảm thấy đau.

Ống nội soi đại tràng được đưa vào càng xa càng tốt, khi rút ra thì thực hiện một cách từ từ, điều này sẽ giúp khảo sát chu vi niêm mạc một cách cẩn thận hơn. Nhìn phía sau van Houston. Có thể lấy mẫu phân ở vùng xa hậu môn, xét nghiệm để xem có máu trong phân hay không hoặc nếu nghi ngờ có thể xét nghiệm vi sinh. Cũng có thể sinh thiết tổn thương niêm mạc.



### 14.11.2. Những bất thường thường gặp trong nội soi đại tràng sigma

- Máu. Có thể xuất hiện ở phía trên vị trí cao nhất của ống soi, chính vì vậy việc thăm khám toàn bộ khung đại tràng bằng nội soi đại tràng là chỉ định cần thiết.
- Đỏ và loét. Gợi ý tình trạng viêm nhiễm có thể khu trú hoặc lan tỏa.
- Phù niêm mạc. Ở những nơi mất dạng mạch máu bình thường của đại tràng, có thể gặp trong bệnh lý viêm nhiễm đường ruột nhẹ.
- Polyp. Có cuống hoặc không cuống, đơn hoặc đa polyp.
- Carcinoma.
- Chít hẹp. Có thể do carcinoma, bệnh Crohn, chấn thương, thiếu máu cục bộ, xạ trị hoặc (rất hiếm) lao.
- Lỗ của túi thừa.
- Nứt.

Nếu nghi ngờ một bất thường trong ống hậu môn thì nên soi hậu môn. Có thể kèm theo soi đại tràng sigma sau đó. Những tổn thương có thể nhìn thấy trong ống hậu môn bao gồm phù nề, khối choán chỗ, nứt, lỗ rò trong, dị sản trực tràng, trĩ. Trĩ thường xuất hiện lùi ra ở rìa hậu môn vị trí 3, 7, 11 giờ và chúng có thể sa xuống nếu BN rặn. Luôn nhớ rằng tĩnh mạch trĩ là bình thường hoặc có thể xuất hiện cùng các bệnh lý ác tính ở đường ruột khác.

### 14.11.3. Test nhanh máu trong phân

Test nhanh máu trong phân có thể xem xét chỉ định trong việc đánh giá BN thiếu máu hoặc thiếu sắt, xuất huyết tiêu hóa hoặc có triệu chứng gợi ý ung thư đại tràng. Sử dụng test guaiac, mẫu phân sẽ được đặt lên tờ giấy thấm guaiac. Nếu mẫu phân có máu sẽ gây phản ứng oxy hóa phenolytic tạo ra màu xanh trên tờ giấy. Các test mới nhất hiện nay có thể xác định được lượng máu trong phân.

Tuy nhiên kết quả dương tính giả hoặc âm tính giả có thể xuất hiện trong các test này. Các enzym peroxidase và catalase có thể có trong nhiều loại thức ăn khác nhau (trái cây tươi, rau sống) và nhân hem trong thịt đỏ có thể cho kết quả dương tính giả cũng như aspirin, kháng đông, sắt đường uống. Vitamin C có thể làm giảm độ nhạy của test guaiac nên không được dùng trước khi làm test. Kết quả âm tính giả thường ít với những khối u tân sinh ở đại trực tràng do tình trạng xuất huyết từng đợt. Thực hiện các test này với mẫu phân lấy ra sau động tác thăm trực tràng thường ít có giá trị và cần thao tác thăm khám có độ nhạy độ đặc hiệu cao (nội soi đại tràng) phụ thuộc vào tình trạng lâm sàng.

## 14.12. KHÁC

Thăm khám vết thâm tím và phù ở chân có thể gợi ý tình trạng bệnh lý ở gan. Triệu chứng thần kinh do nghiện rượu (run) hoặc bằng chứng thiếu hụt thiamin (B1 – bệnh thần kinh ngoại biên hoặc giảm trí nhớ có thể xuất hiện).

Thăm khám hệ thống tim mạch có thể giúp ích trên BN gan to. Suy tim là nguyên nhân thường gặp gây gan to hoặc thậm chí xơ gan. Đo thân nhiệt trên BN cũng khá quan trọng, đặc biệt trên những BN đau bụng cấp hoặc có bất kỳ gợi ý tình trạng nhiễm trùng nào.

Thăm khám cẩn thận tất cả các nhóm hạch lympho, vú hoặc ngực nếu có bất cứ nghi ngờ nào về các bệnh lý ác tính như gan to chắc và không đều.

## **14.13. ĐÁNH GIÁ THÀNH PHẦN CHỨA CỦA ĐƯỜNG TIÊU HÓA**

### **14.13.1. Phân**

Đừng bao giờ quên quan sát phân của BN, bởi vì nhiều thông tin quan trọng về đường tiêu hóa có thể thu được từ việc này.

#### **14.13.1.1. Phân đen**

Phân đen thường không đóng khuôn chặt, có màu đen và nhầy dính. Chúng có mùi khắm rất đặc trưng. Nguyên nhân là do máu bị phân hủy bởi các vi khuẩn ở dạ dày và ruột. Phân đen thường gợi ý tình trạng chảy máu từ thực quản, dạ dày hoặc tá tràng. Nguyên nhân thường gặp nhất là loét dạ dày mạn tính hoặc cấp tính. Ít gặp hơn là chảy máu từ đại tràng phải và (hiếm) chảy máu ở ruột non gây tiêu phân đen. Chẩn đoán phân biệt tiêu phân đen bao gồm uống viên sắt, bismuth, cam thảo hoặc than hoạt. Tuy nhiên những trường hợp đó, phân vẫn đóng khuôn tốt, không kèm chất nhày và không có mùi khắm.

#### **14.13.1.2. Phân đỏ tươi**

Dấu hiệu này thường là do xuất huyết từ trực tràng hoặc đại tràng trái. Ăn củ dền có thể gây nhầm lẫn với tình trạng tiêu phân đỏ tươi. Mất máu có thể do carcinoma hoặc polyp, dị dạng động tĩnh mạch, viêm nhiễm đường ruột hoặc viêm túi thừa đại tràng, đôi khi có thể xuất hiện trường hợp xuất huyết tiêu hóa trên ồ ạt. Máu thường được trộn lẫn với phân theo nhu động ruột nếu xuất huyết phía trên hậu môn trực tràng, nhưng nếu máu nằm trên bề mặt của phân hoặc chỉ dính vào giấy vệ sinh thì gợi ý tình trạng xuất huyết tại trực tràng, ví dụ như BN bị trĩ nội hoặc nứt hậu môn. Phân sệt đỏ đậm gợi ý tình trạng thiếu máu cục bộ ở ruột.

#### **14.13.1.3. Phân mỡ**

Phân thường rất nhạt, mùi hôi, khó chịu và thường nhiều. Chúng nổi lên và rất khó rửa sạch. Tuy nhiên, nguyên gây phân nổi thông thường là do khí và nước hơn là do mỡ.

Phân mỡ là do tình trạng kém hấp thu chất béo. Trong bệnh lý tuyến tụy nặng, dầu (triglycerides) có thể đi qua trực tràng và gây nên tình trạng tiêu phân mỡ do bệnh lý tuyến tụy (thiếu enzym lipase). Ngoài ra còn có thể xuất hiện khi BN sử dụng thuốc giảm cân gây giảm hấp thu chất béo (orlistat).

#### **14.13.1.4. Phân dạng kem đánh răng**

Phân có hình dạng như kem đánh răng khi được tuốt ra từ ống kem: dấu hiệu này thường gặp trong táo bón nặng xen kẽ tiêu chảy nhiều. Tuy nhiên, nó có thể xuất hiện trong hội chứng ruột kích thích, chít hẹp hoặc trong bệnh Hirschsprung.

#### **14.13.1.5. Phân như nước vo gạo**

Bệnh tá gây bài tiết một lượng lớn nước và điện giải, trong tình trạng tiêu chảy bài tiết nặng. Phân nhiều nước và kèm theo chất nhày.

## 14.13.2. Chất nôn

Bác sĩ may mắn sẽ có được chất nôn của BN để kiểm tra (thông tin bệnh đôi khi phải dựa vào điều này), vì vậy không nên để mất cơ hội cho một thăm khám chi tiết. Có rất nhiều loại chất nôn.

### 14.13.2.1. Màu cà phê

Xuất hiện cục máu đông trong nôn giống như những bã xác cà phê. Không may là các chất nôn có màu đen đều được mô tả như thế này. Điều này yêu cầu cần phải kiểm tra kỹ từng người. Sắt đường uống, rượu vang đỏ và uống cà phê có thể gây chất nôn tương tự.

### 14.13.2.2. Ói máu đỏ tươi

Sự xuất hiện cục máu đỏ tươi trong chất nôn. Nó gợi ý tình trạng xuất huyết tiêu hóa trên.

### 14.13.2.3. Chất nôn màu vàng – xanh

Đây là tình trạng nôn ra dịch mật và các thành phần trong đoạn đầu ruột non thường do tắc nghẽn.

### 14.13.2.4. Nôn có cặn phân

Có màu nâu, mùi hôi rất khó chịu trong chất nôn. Đây là dấu hiệu muộn của tắc ruột non. Uống trà cũng có thể gây nên tình trạng tương tự nhưng thường không có mùi như thế.

Chất lỏng màu nâu đen với số lượng lớn có thể xuất hiện trong trường hợp dẫn dạ dày cấp. Khám sẽ có tiếng lách ọc ách. Dẫn cấp tính có thể xuất hiện với nhiễm ceton do đái tháo đường hoặc sau phẫu thuật bụng. Nó gợi ý đây là một tình trạng cấp cứu y khoa do nguy cơ viêm phổi hít, việc cấp thiết là đặt sonde dạ dày.

### 14.13.2.5. Nôn vọt

Thuật ngữ này mô tả tình trạng nôn do hẹp môn vị hoặc tăng áp lực nội sọ.

## 14.14. NƯỚC TIỂU

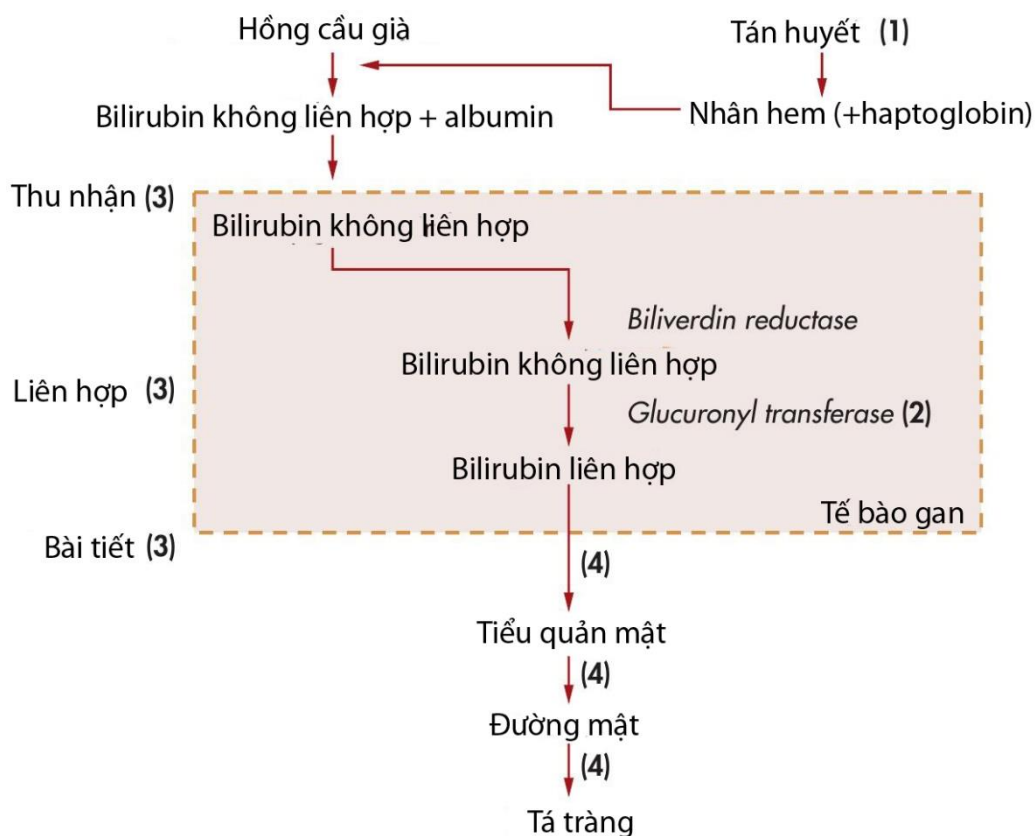
Chú ý rằng việc khám và đánh giá nước tiểu sẽ có ích trong chẩn đoán bệnh gan.

Que test màu có thể phát hiện được bilirubin và urobilinubin trong nước tiểu. Dương tính giả hoặc âm tính giả có thể xuất hiện do sử dụng vitamin C hoặc tiếp xúc nhiều với ánh sáng mặt trời. Để hiểu về lý do xuất hiện bilirubin và urobilinubin trong nước tiểu thì cần thiết phải nắm được cơ chế trao đổi chất (xem Hình 14.54).

Các tế bào máu bị phá vỡ bởi các hệ thống lưới nội mô, làm phóng thích các nhân hem – sẽ chuyển sang biliverdin và sau đó là bilirubin không liên hợp (gián tiếp), một hợp chất không tan trong nước. Vì lý do này, bilirubin không liên hợp trong thiếu máu tán huyết sẽ không xuất hiện trong nước tiểu (gọi là vàng da không do sắc tố mật).

Bilirubin không liên hợp được đưa vào máu dưới dạng kết hợp với albumin hoặc protein huyết tương khác. Bilirubin không liên hợp sẽ được vận chuyển đến tế bào gan và được đưa tới hệ thống lưới nội mô, nơi có enzym glucoronyl transferase gắn bilirubin với glucoronide. Kết quả hình thành bilirubin liên hợp, hòa tan trong nước. Bilirubin liên hợp sau đó được tập trung lại và bài tiết vào các tiểu quản mật bởi các tế bào gan.

Bilirubin liên hợp hầu hết được bài tiết vào ruột non và được chuyển đổi ở cuối hồi tràng và đại tràng thành urobilinogen và sau đó thành stercobilin. Stercobilin chịu trách nhiệm cho màu sắc bình thường của phân với các sắc tố của chế độ ăn không bilirubin khác. Hơn 20% urobilinogen được tái hấp thu tại ruột và lượng nhỏ sẽ được bài tiết vào nước tiểu như urobilinogen niệu. Điều này có thể phát hiện được bằng các que thử.



**Hình 14.54. Sơ đồ biểu diễn con đường chuyển hóa bilirubin. Tăng tán huyết (1) vượt quá khả năng chuyển hóa thành bilirubin liên hợp của tế bào gan, sẽ dẫn đến tăng bilirubin không liên hợp trong huyết tương. Giảm nồng độ enzym glucuronyl transferase (2) (bệnh Gilbert) gây giảm sự liên hợp của bilirubin. Rối loạn chức năng tế bào gan (3) làm giảm sự tiếp nhận, liên hợp và bài tiết, dẫn đến giảm bilirubin liên hợp và tăng bilirubin không liên hợp. Tắc nghẽn sau gan (4) sỏi hoặc khối u ngăn cản đường đi của bilirubin vào ruột dẫn đến tăng nồng độ bilirubin liên hợp trong huyết tương.**

Tắc mật hoàn toàn, có thể từ bất kỳ nguyên nhân nào, sẽ gây nên tình trạng không có urobilinogen niệu cũng như không có bilirubin liên hợp đến ruột dẫn đến tình trạng phân bạc màu (thiếu stercobilin). Các bilirubin liên hợp không được bài tiết (hoặc bài tiết với tốc độ giới hạn) sẽ gây rò rỉ từ các tế bào gan vào máu và xuất hiện trong nước tiểu (bình thường không có bilirubin trong nước tiểu), điều này dẫn đến tình trạng tiểu sậm (do dư thừa bilirubin liên hợp), tổn thương gan cấp tính như viêm gan siêu vi, giai đoạn đầu có thể xuất hiện urobilinogen niệu quá mức vì gan không thể tái bài tiết các urobilinogen hấp thu từ ruột. Những thay đổi này được tóm tắt trong Bảng 14.2.

**Bảng 14.2. Thay đổi trong nước tiểu và phân ở BN vàng da.**

<b>Các nguyên nhân vàng da</b>			
<b>Chất và vị trí</b>	<b>Tán huyết</b>	<b>Tắc hoặc ứ mật</b>	<b>Bệnh lý tế bào gan</b>
<b>Nước tiểu</b>			
Bilirubin (liên hợp)	Bình thường*	Tăng	Bình thường hoặc tăng
Urobilirubin	Tăng	Không có hoặc giảm	Bình thường hoặc tăng
<b>Phân</b>			
Stercobilin	Tăng	Không có hoặc giảm	Bình thường
Nguyên nhân	Thiếu máu tán huyết	Tắc đường mật ngoài gan (sỏi mật, carcinoma tụy hoặc đường mật, chít hẹp ống mật chủ), ứ mật trong gan (thuốc, vàng da thai kỳ).	Viêm gan, xơ gan, thuốc, tắc tĩnh mạch

*\*Nồng độ bilirubin không liên hợp trong huyết tương tăng.*

## T&O'C essentials

1. Khi thăm khám vùng bụng, điều quan trọng là chú ý để tư thế BN. Khi sờ nắn chú ý đến các cơ quan bất thường bên dưới.
2. Nếu tìm thấy một khối choán chỗ ở bụng, mô tả các đặc tính của nó, sau đó chú ý thăm khám đến gan, trực tràng và hạch thượng đòn.
3. Một khối ở hạ sườn trái có thể là lách hoặc thận. Nên nhớ rằng, không thể sờ được cực trên lách cũng như bập bênh lách.
4. Nếu gan và lách to, thăm khám các dấu hiệu khác của bệnh lý gan mạn.
5. Nếu cảm giác sờ được gan nhưng gan không lớn (kiểm tra bờ gan trên), chỉ có thể cảm nhận được phần gan to thùy trái ở vùng thượng vị.
6. Thoát vị bẹn phồng lên trên nếp lằn bẹn còn thoát vị đùi thì nằm đầu trong của nếp lằn bẹn.
7. Nhóm hạch bạch huyết phải được thăm khám cẩn thận.
8. Thăm khám hệ thống tiêu hóa sẽ không đầy đủ nếu thiếu thăm khám hậu môn trực tràng.
9. Đánh giá nước tiểu là phần thăm khám mở rộng quan trọng trong thăm khám thực thể.

## OSCE ôn tập

### Thăm khám bệnh lý tiêu hóa

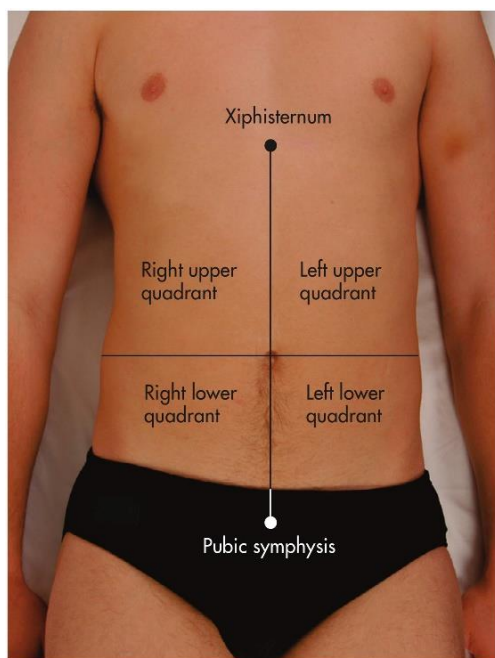
**Topic này thường hay gặp trong OSCE, sẽ giúp ích khi ôn tập lại.**

1. Vui lòng thăm khám người đàn ông có các dấu hiệu của bệnh gan mạn tính.
2. Một người phụ nữ bụng căng to. Thăm khám dấu hiệu báng bụng của bà ấy.
3. Vui lòng thăm khám người đàn ông có bệnh gan mạn tính và quyết định nếu có các dấu hiệu của tăng áp lực tĩnh mạch cửa.
4. Người đàn ông phát hiện khối phồng ở bẹn. Vui lòng thăm khám ông ấy.
5. Giải thích việc thăm khám trực tràng.

Đặng Ngọc Tuyền

*Đau bụng; có thể là đau quặn hoặc đau âm ỉ ở đường tiêu hóa  
Samuel Johnson, một từ điển Tiếng Anh (1775).*

**15.1. THĂM KHÁM ĐAU BỤNG CẤP**



- Viêm túi mật cấp
- Loét tá tràng
- Viêm gan
- Gan to sung huyết
- Viêm thận - bể thận
- Viêm ruột thừa
- Viêm phổi phải
- Nhồi máu cơ tim
- Loét dạ dày - tá tràng
- Viêm túi mật cấp
- Thủng thực quản
- Thương vị
- Vỡ lách
- Loét dạ dày
- Phình động mạch chủ
- Thủng đại tràng
- Viêm thận - bể thận
- Viêm phổi trái
- Tắc ruột non
- Viêm tụy cấp
- Viêm ruột thừa sớm
- Huyết khối mạc treo
- Phình động mạch chủ
- Viêm túi thừa
- Viêm ruột thừa
- Viêm phần phụ
- Thai ngoài tử cung vỡ
- Sỏi thận/niệu quản
- Thoát vị ngạnh
- Viêm hạch mạc treo
- Viêm túi thừa Meckel
- Bệnh Crohn
- Thủng manh tràng
- Abcess cơ psoas
- Viêm túi thừa sigma
- Viêm phần phụ
- Thai ngoài tử cung vỡ
- Thoát vị ngạnh
- Thủng đại tràng
- Viêm loét đại tràng
- Sỏi thận/niệu quản

**Hình 15.1. Các chẩn đoán phân biệt trong đau bụng cấp.**

Việc đánh giá một BN có cơn đau bụng cấp hay không rất quan trọng và đòi hỏi phải tiến hành khẩn trương hay phải quan sát và đánh giá cẩn thận. Trước tiên, chú ý đến tổng trạng BN. Một BN có cơn đau rõ ràng thường trông không khỏe, tuy nhiên, cần phải theo dõi và đánh giá lại nếu như BN trông thoải mái và không có vẻ như bệnh có bệnh (xem Hình 15.1).

Đánh giá dấu hiệu sinh tồn của BN ngay lập tức và đánh giá lại sau một khoảng thời gian, đánh giá lại qua nhiều lần thăm khám. Những dấu hiệu của suy giảm thể tích tuần hoàn và sự mất nước gồm – nhịp nhanh, hạ huyết áp tư thế, khó thở nhanh, co mạch, đổ mồ hôi và đây là mối quan tâm lớn đối với chúng ta. Những dấu hiệu có liên quan đến cơn đau bụng cấp này thường là chỉ điểm của sự mất máu đáng kể trong ổ bụng như phình động mạch chủ vỡ hoặc của sự thất thoát một lượng dịch đáng kể như do viêm tụy cấp hoặc sốc nhiễm trùng do thủng tạng rỗng hoặc áp xe. Lưu ý nhớ đo thân nhiệt cho BN.

**Nhìn bụng.** Quan sát cẩn thận sự di động của nhịp thở với các cơ thành bụng. Chú ý quan sát xem bụng có căng chướng không, có nhìn thấy sóng nhu động trên thành bụng không, các u cục bất thường hay không và đừng quên quan sát vùng bẹn để tìm dấu hiệu thoát vị bẹn. Tìm vết sẹo mổ ở bụng và hỏi BN về tính chất cũng như khoảng thời gian tồn tại của sẹo.

### Good signs guide 15.1. Viêm phúc mạc.

Dấu hiệu	LR+	LR-
<b>Khám bụng</b>		
– Phản ứng thành bụng	2,3	0,54
– Cảm ứng phúc mạc	4,4	0,84
– Phản ứng dội	2	0,42
– Âm ruột bất thường	1,4	0,89
<b>Thăm trực tràng</b>		
– Thăm trực tràng đau	1,2	0,91
<b>Nghiệm pháp khác</b>		
– Ấn đau thành bụng	0,08	1,9

Sờ nắn nhẹ nhàng. Trước tiên phải xác định xem có viêm phúc mạc hay không. Viêm phúc mạc là tình trạng viêm nhiễm gây đau khi phúc mạc thành và tạng chuyển động qua lại với nhau (xem Good signs guide 15.1). Phản ứng dội thường được sử dụng để đánh giá BN có viêm phúc mạc hay không. Tuy nhiên, nếu có viêm phúc mạc thì kỹ thuật này sẽ gây khó chịu (đau đớn nhiều) so với việc gõ nhẹ nhàng trên thành bụng. Nếu BN cảm thấy lo sợ, hãy bảo họ ho, mức độ đau của BN sẽ gợi ý mức độ viêm phúc mạc cũng như vị trí của nó. Sau đó tiếp tục sờ nắn một cách chậm rãi, sờ sâu nếu có thể hoặc xem có sờ chạm được khối u không. Đừng quên sờ để tìm một khối u có mạch đập như vỡ phình mạch. Điều này có thể khó phân biệt.

Sau đó gõ nhẹ nhàng lên những vùng có nhạy cảm đau khi ấn. Nếu là viêm phúc mạc toàn thể thì hầu như lúc nào cũng có chỉ định can thiệp phẫu thuật ngoại trừ viêm tụy cấp.

Thăm khám tìm thoát vị. Sự xuất hiện của thoát vị không nhất thiết có nghĩa đó là nguyên nhân gây ra bệnh hiện tại, vì thoát vị khá phổ biến. Tuy nhiên, một túi thoát vị đau hoặc thoát vị kẹt không đẩy lên được thì cần được chú ý và đặc biệt nếu đau trong khoảng thời gian gần đây được BN chú ý hoặc gần đây trở nên đau.

Nghe. Trong trường hợp có âm tắc ruột, thì âm náy sẽ lớn, âm sắc cao, tần số nhanh (xem Good signs guide 15.2). Còn liệt ruột thì âm ruột thường giảm hoặc mất.

Thăm trực tràng và thăm âm đạo cũng rất quan trọng nhưng ít có giá trị chẩn đoán đối với viêm ruột thừa hoặc tắc ruột. Chú ý bất kỳ điểm nhạy đau nào khi ấn và nhất là ở túi cùng Douglas, tìm những u cục hoặc máu. Nếu có máu ở trực tràng thì người khám nên nghĩ đến viêm ruột cấp (bệnh Crohn, viêm loét đại tràng, viêm đại tràng do thiếu máu cục bộ, viêm đại tràng nhiễm khuẩn) hoặc nhồi máu mạc treo ruột. Dịch tiết âm đạo có mủ thì nghi ngờ đến viêm vòi trứng.



### Good signs guide 15.2. Tắc ruột cấp.

Dấu hiệu	LR+	LR-
<b>Nhìn</b>		
– Thấy được nhu động	18,8	0,94
– Bụng căng chướng	9,7	0,4
<b>Khám bụng</b>		
– Cảm ứng phúc mạc	1	0,98
– Co cứng thành bụng	1,2	1
– Phản ứng dội	0,86	1,1
<b>Nghe</b>		
– Âm ruột tăng	5,8	0,61
– Âm ruột bất thường	2,7	0,54
<b>Thăm trực tràng</b>		
– Trực tràng đau	0,75	1

Xét nghiệm nước tiểu có thể thấy glucose niệu và ceton niệu trong bệnh cảnh nhiễm toan ceton do đái tháo đường (có thể gây cơn đau bụng cấp), đái máu trong cơn đau quặn thận, bilirubin niệu trong viêm đường mật hoặc đạm niệu trong viêm thận – bể thận.

Thăm khám hệ hô hấp để tìm những dấu hiệu đi kèm, tiếng cọ màng phổi hoặc tràn dịch màng phổi và thăm khám hệ tim mạch để tìm rung nhĩ (nguyên nhân thường gặp của thuyên tắc động mạch mạc treo) hay tìm dấu hiệu nhồi máu cơ tim. Thăm khám vùng lưng để tìm bệnh lý về cột sống có khả năng lan đến vùng bụng. Chú ý rằng nhiễm Herpes zoster có thể gây ra cơn đau bụng cấp trước khi có bóng nước điển hình.

### Good signs guide 15.3. Viêm ruột thừa.

Dấu hiệu	LR+	LR-
<b>Dấu hiệu sinh tồn</b>		
– Sốt	1,9	0,58
<b>Khám bụng</b>		
– Đau nhiều ở hố chậu phải	7,3	0,2
– Ấn đau điểm McBurney	3,4	0,4
– Dấu Rovsing	1,1 – 6,3	0 – 0,86
<b>Thăm trực tràng</b>		
– Trực tràng đau	0,83 – 5,3	0,36 – 1,1
<b>Dấu hiệu khác</b>		
– Dấu cơ Psoas	2,4	0,9

Tìm những triệu chứng cơ năng và thực thể của viêm ruột thừa (xem Good signs guide

15.3). Mệt mỏi và sốt thường đi kèm với đau bụng, khởi phát đầu tiên ở thượng vị hoặc hạ vị sau đó khu trú ở hố chậu phải. Khi khám ta sẽ thấy đau và có đề kháng vùng ở hố chậu phải. Chỗ đau và nhạy cảm đau thường nhiều nhất ở điểm McBurney. Điểm McBurney<sup>a</sup> được mô tả là một điểm nằm trên đường nối từ rốn đến gai chậu trước trên bên phải và cách gai chậu trước trên phải từ 3,8 đến 5 cm. Dấu hiệu Rovsing<sup>b</sup> cũng được làm tương tự phản ứng dội. Ấn sâu vào hố chậu trái của BN sau đó buông tay nhanh, BN sẽ bị đau hố chậu phải. Dấu hiệu cơ thắt lưng chậu (dấu cơ psoas) được khám khi BN nằm nghiêng trái và thầy thuốc cố gắng duỗi đùi phải của BN. Nếu BN có cảm giác đau và kháng lại tay người khám thì dấu hiệu dương tính. Khi viêm ruột thừa gây viêm vùng chậu, thăm thực tràng sẽ có cảm giác đau ở bên phải khi ấn. Những dấu hiệu này rất có giá trị. Nhớ rằng đối với những BN lớn tuổi, những dấu hiệu này có thể không rõ ràng.

## 15.2. ĐAU BỤNG CẤP SAU CHẤN THƯƠNG KÍN

Chúng ta phải tiếp cận những trường hợp chấn thương bụng kín sau một chấn thương do vật tù gây ra, ví dụ thường gặp là sau tai nạn giao thông. Một thăm khám lâm sàng cẩn thận để tìm những tình trạng shock và các dấu hiệu ở bụng, ngay sau khi thăm khám cần tiến hành các cận lâm sàng chẩn đoán, thông dụng và thường được sử dụng nhất là siêu âm bụng cấp cứu.

Kiểm tra mạch và huyết áp của BN. Huyết áp tụt là chỉ điểm của tổn thương trong ổ bụng (LR = 5,2). Tìm dấu bầm tím trên da. Chú ý sự hiện diện của dấu dây đai an toàn (đeo dây đai khi lái xe) do chấn thương với vết bầm trên vùng da bị va chạm (LR+ = 5,6 – 9,9). Tìm dấu hiệu bụng căng chướng (LR = 3,8). Làm phản ứng dội (LR = 6,5), xem có cảm ứng phúc mạc không (LR = 3,7). Chú ý rằng bụng không điểm nhạy đau không có nghĩa là loại trừ chấn thương bụng kín (LR = 0,61).

Làm siêu âm cấp cứu ngay vì việc này chính xác hơn thăm khám lâm sàng. Sự xuất hiện của dịch trong ổ bụng hoặc tổn thương tạng khi siêu âm tại giường cho thấy sự cần thiết để quyết định phẫu thuật cấp cứu (adjusted summary LR = 30). Một kết quả siêu âm bình thường thì cũng cần phải được đánh giá lại (adjusted summary LR = 0,26).

## 15.3. BỆNH GAN

Có rất nhiều dấu hiệu chỉ điểm cho bệnh gan mạn tính. Tần suất được tóm tắt trong Good signs guide 15.4

### Các dấu hiệu

- Bàn tay: móng trắng, ngón tay dùi trống, lòng bàn tay son, bầm tím, run vẩy.
- Mặt: vàng da, da tróc vẩy, dấu sao mạch.
- Ngực: nữ hóa tuyến vú, lông thưa, dấu sao mạch, bầm tím, teo cơ ngực.
- Bụng: gan lách to, bóng bụng, dấu tăng áp cửa, teo tinh hoàn.

---

<sup>a</sup> Charles McBurney (1845 – 1913), phẫu thuật ở New York, mô tả dấu hiệu này trong hội phẫu thuật New York vào năm 1889.

<sup>b</sup> Thorkild Rovsing (1862 – 1937), giáo sư phẫu thuật Copenhagen.

– Chân: phù, teo cơ, bầm tím.

– Sốt: có thể xuất hiện ở 1/3 BN với xơ gan tiến triển (đặc biệt trong xơ gan tiến triển thứ phát do rượu) hoặc nếu có nhiễm trùng dịch báng.

Sự xuất hiện của hai hoặc nhiều hơn những dấu hiệu dưới đây thì gợi ý đến chẩn đoán xơ gan: (1) sao mạch, (2) lòng bàn tay son, (3) bụng báng, (4) gan lách to (gan cứng chắc), (5) tĩnh mạch bàng hệ bất thường trên bụng, (6) bệnh não gan.

#### Good signs guide 15.4. Xơ gan.

Dấu hiệu	LR+	LR-
– Dấu sao mạch	4,3	0,61
– Lòng bàn tay son	5	0,59
– Gan to (khó)	3,3	0,37
– Bệnh não gan	10	0,86
– Bụng báng	7,2	0,69
– Tuần hoàn bàng hệ (tĩnh mạch nổi trên bụng)	11	0,72

## 15.4. TĂNG ÁP LỰC TĨNH MẠCH CỬA

### Các dấu hiệu

– Lách to: tương quan kém đến mức độ tăng áp cửa.

– Các tĩnh mạch bàng hệ: nôn ra máu (dẫn tĩnh mạch thực quản hoặc dạ dày).

– Bụng báng.

### Các nguyên nhân

– Xơ gan.

– Các nguyên nhân khác:

+ Trước xoang: (i) chèn ép tĩnh mạch cửa (lymphoma, carcinoma); (ii) huyết khối trong lòng mạch (đa hồng cầu); (iii) viêm tắc tĩnh mạch rốn.

+ Tại gan: (i) sarcoid, lymphoma hay sự thâm nhiễm bạch cầu; (ii) xơ gan bẩm sinh.

+ Sau xoang: (i) tắc tĩnh mạch trên gan (hội chứng Budd – Chiari) có thể không rõ nguyên nhân hoặc do loạn sản tủy, ung thư (thận, tụy, gan), thuốc tránh thai hoặc đang mang thai, hemoglobin niệu kịch phát về đêm, xơ hóa màng, chấn thương, nhiễm sán máng – schistosomiasis; (ii) bệnh thuyên tắc tĩnh mạch; (iii) viêm màng ngoài tim co thắt; (iv) suy tim mạn.

## 15.5. BỆNH NÃO GAN

### Phân độ

– Độ 0: không thay đổi tâm thần.

– Độ 1: thay đổi tâm thần (mất ý thức, lo âu, thần thờ, khoảng tập trung ngắn lại, phép tính cộng trừ bị ảnh hưởng).

- Độ 2: thờ ơ, mất định hướng (thời gian), thay đổi nhân cách, hành vi không thích hợp.
- Độ 3: lơ mơ nhưng vẫn đáp ứng với kích thích; mất định hướng hoàn toàn, lú lẫn.
- Độ 4: hôn mê.

### Nguyên nhân

- Bao gồm:
  - + Suy gan cấp (viêm gan sau nhiễm virus, viêm gan do rượu).
  - + Xơ gan.
  - + Bệnh não gan mạn do shunt cửa – chủ.
- Bệnh não gan còn có thể thúc đẩy bởi các yếu tố sau:
  - + Tiêu chảy, lợi tiểu hoặc nôn ói (làm hạ kali máu hoặc nhiễm kiềm dẫn đến tăng lượng NH<sub>3</sub> và những độc chất khác qua hàng rào máu – não).
  - + Xuất huyết tiêu hóa hay chế độ ăn nhiều đạm trước đó (gây tăng nitrogen cấp ở ruột).
  - + Nhiễm trùng (đường tiêu, ngực, viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát).
  - + Suy gan cấp mất bù (do rượu hoặc ung thư gan).
  - + Thuốc an thần.
  - + Rối loạn chuyển hóa: hạ đường huyết.

## 15.6. NUỐT NGHẸN

Nuốt nghẹn (gặp khó khăn trong việc nuốt) và nuốt đau (cảm giác đau khi nuốt) là những triệu chứng quan trọng của các bệnh lý thực thể. Thăm khám cẩn thận những BN này là việc rất quan trọng để tìm ra những nguyên nhân có thể có, đặc biệt là ung thư.

### Dấu hiệu

- Quan sát tổng trạng: sụt cân, do ăn ít hay do bản chất của ung thư thực quản.
- Bàn tay: quan sát móng tay tìm dấu móng tay hình thìa và xem các nếp gấp lòng bàn tay tìm dấu hiệu thiếu máu. Thiếu máu thiếu sắt có thể liên quan đến thực quản đoạn trên, một cấu trúc mỏng gồm lớp niêm mạc và lớp dưới niêm, không có lớp cơ. Thiếu máu thiếu sắt và nuốt nghẹn do thực quản đoạn trên gọi là hội chứng Plummer – Vinson<sup>c</sup> (hay còn gọi là hội chứng Paterson – Brown – Kelly<sup>d</sup>). Ngoài ra thăm khám bàn tay để tìm dấu hiệu xơ cứng bì.
- Miệng: quan sát niêm mạc miệng xem có viêm loét hay nhiễm trùng không (nhiễm

<sup>c</sup> Henry Plummer (1874 – 1936), một bác sĩ tại trung tâm Mayo Clinic, mô tả hội chứng này vào năm 1912; Porter Vinson (1890 – 1959), một bác sĩ tại trường đại học y khoa Virginia, mô tả hội chứng này vào năm 1919.

<sup>d</sup> Donald Paterson (1863 – 1939), một bác sĩ tại mũi hòng tại Cardiff và Adam Brown – Kelly (1865 – 1941), một bác sĩ tại mũi hòng tại Glasgow, mô tả hội chứng này vào năm 1919.

nấm Candida), có thể là nguyên nhân gây nuốt đau. Thăm khám các thần kinh sọ thấp để tìm dấu hiệu của liệt hành tủy hoặc giả hành tủy.

– Cổ: sờ tìm hạch thượng đòn, có thể gặp trong ung thư thực quản, thăm khám để tìm bướu giáp. Một khối u ở bên trái cổ đi kèm âm thổi có thể là túi thừa Zenker, một thoát vị của thành sau của niêm mạc dưới hầu.

– Phổi: thăm khám tìm bằng chứng bất thường khi nghe phổi ở thì hít vào và thở ra. Gặp trong dị vật đường thở, trào ngược dạ dày thực quản, hiếm hơn nữa là trào ngược khí quản – thực quản do ung thư thực quản.

– Bụng: sờ tìm dấu hiệu gan to do ung thư thực quản di căn và tìm khối u thượng vị do ung thư dạ dày; thăm trực tràng để loại trừ tiêu phân đen (dù không thường gặp trong các trong bệnh lý thực quản).

## 15.7. XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA

Nôn ra máu, tiêu phân đen hay chảy máu trực tràng là những dấu hiệu chỉ điểm của xuất huyết tiêu hóa. Trong những trường hợp này, việc đánh giá lượng máu mất và xác định vị trí xuất huyết là rất quan trọng. Nôn ra máu chỉ điểm cho một xuất huyết tiêu hóa trên.

### Đánh giá mức độ mất máu

– Trước tiên, phải đếm mạch và đo huyết áp cho BN ở tư thế ngồi hoặc nằm. Theo một nguyên tắc chung, mất từ 1,5 lít máu trở lên trong vài giờ sẽ làm giảm cung lượng tim, gây tụt huyết áp và nhịp tim nhanh. Mạch trên 100 lần/phút, huyết áp tâm thu dưới 100 mmHg hoặc huyết áp tâm thu hạ 15 mmHg so với ban đầu chứng tỏ BN đang có tình trạng mất máu nặng. Những dấu hiệu đó phụ thuộc vào tình trạng tim mạch của BN. Đối với những BN đã có bệnh lý tim mạch trước đó sẽ rơi vào sóc dễ dàng hơn những BN trẻ tuổi có hệ tim mạch hoạt động bình thường.

– Mỗi một dấu hiệu shock xuất hiện thì tình trạng mất máu đã và đang xảy ra. Biểu hiện lâm sàng gồm tím ngoại biên với chi lạnh, da ẩm ướt, khó thở, thở nhanh sâu; BN cảm thấy lo âu, hồi hộp. Huyết áp thấp, nhịp nhanh, tiểu ít hoặc vô niệu. Đó là những dấu hiệu đáng lo ngại của BN xuất huyết tiêu hóa. Những biện pháp hồi sức cấp cứu cần phải được thực hiện ngay lập tức.

### Xác định những vị trí có thể bị xuất huyết

– Nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa được liệt kê trong Bảng 13.1, CHƯƠNG 13.

– Thăm khám BN có xuất huyết tiêu hóa trên cần tìm dấu hiệu của bệnh gan mạn và tăng áp cửa. Việc đánh giá này, cần phải chú ý quan sát dịch nôn, phân và thăm trực tràng. BN có tiêu phân đen thì khả năng cao BN có xuất huyết tiêu hóa trên (LR = 25).

– Nhớ rằng, trong số những BN mắc bệnh gan mạn và xuất huyết tiêu hóa trên, chỉ khoảng một nửa là có xuất huyết do vỡ dẫn tĩnh mạch. Số còn lại thường xuất huyết do ổ loét dạ dày (cả những trường hợp cấp và mạn). Tìm những dấu chứng của xuất huyết do các bệnh lý huyết học (vết bầm tím hoặc các chấm xuất huyết).

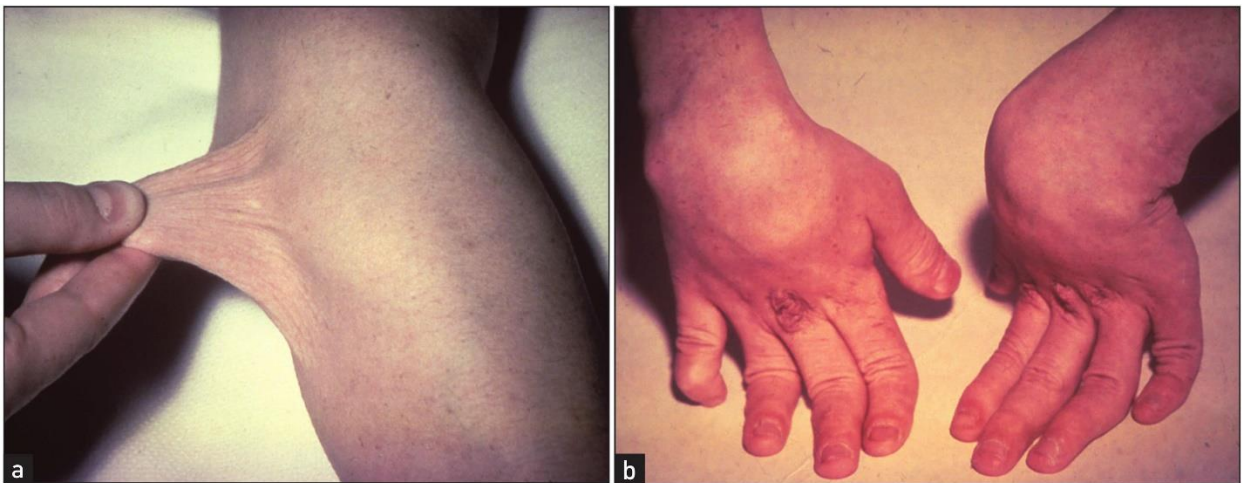
– Cuối cùng, thăm khám tìm các dấu hiệu tổn thương trên da mà có thể liên quan đến dị dạng mạch máu đường tiêu hóa, dù rất hiếm gặp.

– Ví dụ, giả u vàng sợi chun là một bệnh lý di truyền gen lặn nằm trên NST 16 quy định tính trạng của các sợi đàn hồi, dẫn đến việc tạo ra những nốt sần màu vàng nhạt giống như u vàng, tập trung nhiều ở nách và cổ (xem Hình 15.2). Những BN này cũng có thể có những vết mạch máu ở gai thị khi soi đáy mắt và những dị dạng của mạch máu mà có thể gây xuất huyết tiêu hóa. Hội chứng Ehlers – Danlos là một nhóm những bất thường của mô liên kết và tăng độ dẫn khi căng da (xem Hình 15.3). Trong một số type, mạch máu bị ảnh hưởng. Type IV đặc trưng bởi xuất huyết tiêu hóa, thủng ruột tự phát, da và khớp siêu đàn hồi.



**Hình 15.2. Giả u vàng sợi chun.**

– Thăm khám BN với xuất huyết tiêu hóa dưới cấp như đã mô tả ở trên, chú ý thăm khám vùng bụng và thăm trực tràng. Quan sát phân và kiểm tra xem có máu không. Lưu ý rằng khi có máu cục trong phân thì hướng đến nguyên nhân không phải từ tiêu hóa trên mà là trực tiếp từ đại tràng (nhưng đây không phải là tuyệt đối).



**Hình 15.3. Hội chứng Ehlers – Danlos. (a) cánh tay, (b) bàn tay.**

## 15.8. VIÊM ĐƯỜNG RUỘT

Bệnh viêm đường ruột đề cập đến hai bệnh lý mạn tính không rõ nguyên nhân của đường tiêu hóa: viêm loét đại tràng và bệnh Crohn.

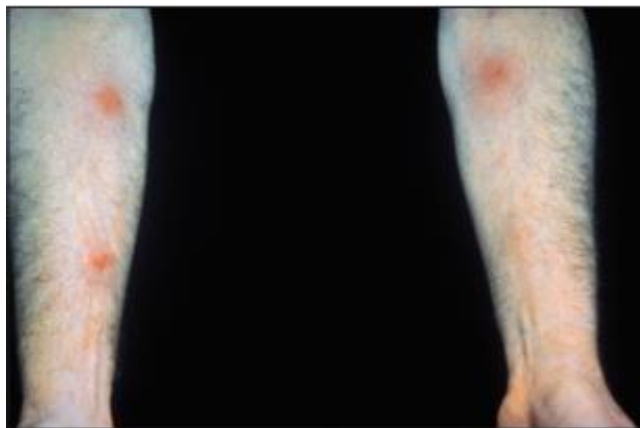
### 15.8.1. Viêm loét đại tràng

Trong đường tiêu hóa, chỉ có ruột già bị ảnh hưởng. Đôi khi đoạn cuối hồi tràng cũng có thể bị ảnh hưởng thứ phát. Bệnh này hầu như luôn luôn ảnh hưởng đến trực tràng, có thể lan rộng và nằm ở nhiều vùng của đại tràng.

– Các dấu hiệu ở bụng: nếu chỉ viêm trực tràng, thường luôn không có những bất thường bên ngoài (ngoại trừ soi đại tràng sigma và sinh thiết); đôi khi có nứt hậu môn; viêm đại tràng, trong một bệnh cảnh không phức tạp, thăm khám vùng bụng có thể bình thường hoặc nhạy cảm đau khi ấn và có dấu hiệu đề kháng trên đoạn ruột bị ảnh hưởng.

– Dấu hiệu của các biến chứng. Dấu hiệu tại chỗ gồm: (1) toxic dilation (phình đại tràng nhiễm độc) – một trong những biến chứng đáng sợ gồm những dấu hiệu như bụng chướng, đề kháng khu trú và cảm ứng phúc mạc, sốt, nhịp tim nhanh; (2) xuất huyết ồ ạt hoặc thủng; (3) carcinoma – có một sự gia tăng tỷ lệ ung thư đại tràng khi viêm loét đại tràng kéo dài.

– Dấu hiệu toàn thân: (1) bệnh gan mạn – xơ đường mật nguyên phát hoặc xơ gan; (2) thiếu máu – do một bệnh lý mạn tính hoặc do mất máu, tán huyết tự miễn; (3) viêm khớp đặc biệt là gối, cổ chân và cổ tay (10%), có thể có những dấu hiệu của viêm cột sống dính khớp ở 3% BN; (4) những biểu hiện ngoài da: hồng ban nút (2%) gồm những nốt màu đỏ, đau nổi ở vùng cẳng chân (xem Hình 15.4); viêm mủ da hoại thư (hiếm – xem Hình 15.5) khởi phát với một vùng da đỏ, đau về sau trở thành bóng nước và loét, nó có thể xuất hiện ở bất cứ vị trí nào nhưng thường là ở mặt trước chân; loét miệng do nguyên nhân loét áp tơ cũng thường gặp (5%); có thể có ngón tay dùi trống; (5) những thay đổi ở mắt bao gồm viêm kết mạc, viêm mống mắt và viêm thượng củng mạc mắt (xem Hình 15.6), có liên quan chặt chẽ với bệnh viêm khớp và phát ban ngoài da. Viêm kết mạc là tình trạng viêm nhiễm ở kết mạc mắt, sau đó đỏ và sưng; mắt tự nó không gây đau. Viêm mống mắt là tình trạng viêm nhiễm ở mống mắt với sự cương tụ trung tâm củng mạc và lan từ đồng tử ra ngoài – mắt nhạy đau. Viêm thượng củng mạc là những nốt đỏ nổi trên bề mặt của củng mạc.



Hình 15.4. Hồng ban nút.



**Hình 15.5. Hoại thư da sinh mủ.**



**Hình 15.6. Viêm mống mắt và củng mạc mắt**

### **15.8.2. Bệnh Crohn's**

Toàn bộ ống tiêu hóa từ miệng đến hậu môn đều có thể bị ảnh hưởng. Tuy nhiên hầu hết trường hợp nằm ở hồi tràng.

– Dấu hiệu ở bụng: nếu chỉ ảnh hưởng đến đoạn cuối hồi tràng thường sẽ không có dấu hiệu gì bất thường, mặc dù có đau, sờ thấy khối chắc hoặc mềm ở vùng hố chậu phải. Đôi khi có thể có dấu hiệu áp xe vùng bụng: những BN này có sốt cao đột ngột, nhạy cảm đau khi ấn, sờ được khối u và có bằng chứng của tắc ruột (đau, nôn, táo bón do mất nước, bụng chướng và trực tràng rỗng). Bệnh đường hậu môn cũng thường gặp, bao gồm da thừa, nứt, rò và áp xe. Nếu tổn thương đại tràng có thể có những dấu hiệu tương tự như viêm loét đại tràng.

– Dấu hiệu của các biến chứng: giống như viêm loét đại tràng. Ngoại trừ: (1) bệnh gan – xơ đường mật nguyên phát ít gặp; (2) nhuyễn xương và loãng xương có thể xuất hiện



ở những BN tổn thương ở đoạn cuối hồi tràng gây đau và gãy xương; (3) các dấu hiệu của kém hấp thu; (4) ngón tay dùi trống cũng thường gặp; (5) tỷ lệ các dấu hiệu của bệnh lý ác tính đường tiêu hóa (carcinoma ruột non hoặc ruột già) gia tăng; (6) tỷ lệ sỏi mật và sỏi thận tăng; (7) bệnh thận do viêm thận – bể thận, thận ứ nước hoặc có thể rất hiếm khi có thoái hóa bột thứ phát.

## 15.9. KÉM HẤP THU VÀ TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG

Có rất nhiều bệnh lý có thể gây kém hoạt động của hệ tiêu hóa hoặc kém hấp thu thức ăn. Sự hấp thu chất béo, protein và/hoặc tinh bột có thể bị ảnh hưởng.

### Dấu hiệu:

– Toàn thân: gầy sút (kém hấp thu đạm và đường), nếp gấp da nhiều (sụt cân gần đây), xanh xao (thiếu máu) hoặc rối loạn sắc tố da (bệnh Whipple<sup>e</sup>).

– Phân: mỡ (nhạt, có vẩn mỡ khi đi cầu).

– Miệng: viêm lưỡi và viêm nứt góc miệng (thiếu hụt vitamin B2, vitamin B6, vitamin B12, folate hoặc niacin), ban xuất huyết trong khoang miệng (thiếu hụt vitamin K) hoặc tăng sắc tố gây đóng trắng ở miệng, môi (thiếu hụt vitamin A; xem Hình 15.7).

– Chi: bầm tím (thiếu hụt vitamin K), phù (thiếu hụt protein), bệnh thần kinh ngoại biên (thiếu hụt vitamin B12 hoặc thiamine), đau xương (thiếu hụt vitamin D).

– Dấu hiệu gợi ý bệnh lý nền: những vết sẹo trên thành bụng từ lần phẫu thuật trước, ví dụ cắt dạ dày, phẫu thuật ở những BN bệnh Crohn hoặc cắt ruột do u; trên da có hiện tượng viêm da ngứa đỏ (xem Hình 15.8) và điều này liên quan rất mật thiết với bệnh lý ở manh tràng và kháng nguyên HLA – B8; có thể có những dấu hiệu của bệnh gan mạn hoặc bệnh viêm nhiễm đường ruột.



Hình 15.7. Thiếu vitamin A.

<sup>e</sup> George Hoyt Whipple (1878 – 1976), nhà bệnh học ở Baltimore, mô tả bệnh lý hiếm gặp này đặc trưng bởi tiêu chảy, đau khớp, dấu hiệu thần kinh trung ương và rối loạn sắc tố da.



**Hình 15.8. Viêm da dạng Herpes. Viêm da sẩn mụn nước ngứa xuất hiện trên bề mặt da ở những BN có bệnh lý tiêu phân mỡ.**



**Hình 15.9. Rối loạn sắc tố da trên BN Whipple.**

### **Nguyên nhân**

– Nguyên nhân thường gặp là tiêu phân mỡ, viêm tụy mạn và phẫu thuật cắt dạ dày trước đó.

### **Phân loại kém hấp thu**

- Lipolytic phase defects (thiếu hụt enzyme tuyến tụy: (1) viêm tụy mạn, (2) xơ nang.
- Micellar phase defects (thiếu hụt muối mật): (1) tắc đường mật ngoài gan, (2) bệnh gan mạn, (3) loạn khuẩn, (4) bệnh lý đoạn cuối hồi tràng: bệnh Crohn, phẫu thuật cắt bỏ.
- Mucosal defects (bệnh lý ở lớp niêm mạc): (1) tiêu chảy; (2) tiêu phân mỡ; (3) lymphoma; (4) bệnh Whipple (gây rối loạn sắc tố và viêm khớp; xem Hình 15.9); (5) thiếu máu ruột hoặc cắt bỏ đoạn ruột; (6) thoái hóa bột, (7) giảm gamma – globulin huyết; (8) nhiễm HIV.
- Delivery phase defects (mất khả năng vận chuyển chất béo từ tế bào ra hạch bạch huyết): (1) dẫn mạch bạch huyết đường ruột; (2) không có betalipoprotein máu; (3) carcinoma xâm lấn hạch bạch huyết.

### T&O'C essentials

1. Để tiếp cận một cơn đau bụng cấp cần loại trừ viêm phúc mạc bằng cách gõ trước khi sờ.
2. Biết được những dấu hiệu của bệnh gan mạn. Bệnh co thắt Duypuytren là dấu hiệu của nghiện rượu hoặc chấn thương, không gặp trong bệnh gan mạn.
3. Tìm dấu hiệu thiếu chất dinh dưỡng khi tiếp cận BN mắc bệnh đường tiêu hóa hoặc bệnh gan.
4. Hồng ban nút hoặc hoại thư da sinh mủ có thể gặp trong viêm loét đại tràng hoặc bệnh Crohn.

**16.1. TÓM TẮT THĂM KHÁM BỆNH LÝ TIÊU HÓA****Text box 16.1. Tóm tắt thăm khám bệnh lý tiêu hóa.****Hình 16.1. Thăm khám hệ thống tiêu hóa.****1. Quan sát tổng trạng**

- Vàng da (bệnh gan).
- Thay đổi sắc tố da (nhiễm sắc tố sắt, bệnh Whipple).
- U vàng (ứ mật mạn tính).
- Trạng thái tinh thần (bệnh não).

**2. Móng**

- Ngón tay dùi trống.
- Bạch sản móng (móng trắng).
- Lòng bàn tay son.
- Co thắt cơ Dupuytren (rượu).

**7. Bụng**

- Nhìn
- + Sẹo mổ cũ.
- + Bụng căng chướng.
- + Tuần hoàn bàng hệ – xác định hướng của dòng chảy để xem tắc nghẽn ở đâu.
- + Dấu bầm tím.
- + Thay đổi sắc tố da.
- + Khối phồng khu trú.
- + Nhu động ruột.
- Sờ

- Bệnh khớp.
- Run vẩy.
- 3. Tay**
- Dấu sao mạch.
- Vết bầm tím.
- Những vết xước do BN gãi khi ngứa (ứ mật mạn tính).
- 4. Mắt**
- Mắt
- + Củng mạc: vàng da, thiếu máu, viêm mống mắt.
- + Giác mạc: vòng Kayser – Fleischer (bệnh Wilson).
- Tuyến mang tai (rượu).
- Miệng
- + Hơi thở: hôi trong bệnh gan.
- + Môi: viêm miệng, bạch sản, loét, đốm sắc tố khu trú (hội chứng Peutz – Jeghers), dẫn mao mạch xuất huyết di truyền.
- + Nước: viêm lợi, chảy máu, phì đại, thay đổi sắc tố.
- + Lưỡi: viêm teo lưỡi, bạch sản, loét
- 5. Hạch nách, hạch cổ**
- 6. Ngực**
- Nữ hóa tuyến vú.
- Dấu sao mạch.
- Lông trên cơ thể.
- + Sờ nông xem có đau, đề kháng, tìm giới hạn của bất kỳ khối u nào.
- + Sờ sâu xem có cơ quan nào to không như gan, lách, thận và có khối bất thường không.
- + Nghiêng bên phải sờ lách.
- Gõ
- + Gan, lách
- + Bụng báng – tìm dấu hiệu gõ đục vùng thấp.
- Nghe
- + Âm ruột.
- + Âm thổi, tiếng cọ màng bụng.
- 8. Bẹn**
- Khám tinh hoàn.
- Các hạch bạch huyết.
- Các khối thoát vị (khám tư thế đứng).
- 9. Chân**
- Bầm tím.
- Phù nề.
- Dấu hiệu thần kinh (rượu).
- 10. Khác**
- Thăm trực tràng (rò, da thừa, máu, chất nhầy), sờ (có khối u cục không).
- Phân tích nước tiểu (mật).
- Đánh giá hệ tim mạch (bệnh cơ tim, suy tim, viêm màng ngoài tim co thắt).
- Biểu đồ thân nhiệt (nhiễm trùng).

Cũng như các thăm khám cơ quan khác, khi thăm khám hệ tiêu hóa thường phải thăm khám có chủ đích. Tuy nhiên, việc thăm khám hệ tiêu hóa khó có thể thực hiện một cách đầy đủ ngay cả ở những trung tâm y tế lớn vì việc này khá khó khăn và phức tạp. Bắt đầu bằng việc cho BN nằm xuống và cởi bỏ hết quần áo (cần có người thứ ba để chứng kiến).

Đặt BN nằm ngửa kê một gối dưới đầu, bộc lộ rõ vùng bụng. Quan sát một cách tổng thể, cũng như chi tiết để tìm các dấu hiệu của bệnh gan mạn tính.

Sau đó xem lòng bàn tay BN. Yêu cầu BN đưa cánh và bàn tay ra trước mặt và xem có dấu hiệu run vẩy hay không. Quan sát móng tay xem có dấu hiệu dùi trống không? có móng trắng không và lưu ý dấu hiệu lòng bàn tay son hoặc co cứng cơ Dupuytren. Bệnh khớp do nhiễm sắc tố sắt cũng có thể có. Quan sát cánh tay của BN xem các dấu bầm tím, vết xước và dấu hiệu sao mạch hay không.

Sau đó quan sát khuôn mặt BN. Chú ý các bất thường ở củng mạc (vàng mắt, thiếu máu hoặc viêm mống mắt). Nhìn vào giác mạc xem có vòng Kayser – Fleischer không. Sau đó khám vùng mang tai rồi dùng đèn và cây đè lưỡi quan sát các góc cạnh của vùng miệng xem có loét, dẫn mao mạch và viêm teo lưỡi không. Ghi nhận thêm hơi thở của BN xem có mùi hôi

---

hay không. Tiếp đến quan sát vùng ngực xem có dấu sao mạch, nữ hóa tuyến vú ở nam giới không.

Quan sát bụng từ bên này sang bên kia, những khối phồng hoặc khối u lớn có thể quan sát rõ. Yêu cầu BN hít thở chậm, sâu và tìm các dấu hiệu đặc trưng cho gan, lách và túi mật. Sau đó xem có sẹo mổ cũ, bụng căng chướng, tĩnh mạch nổi và các dấu hiệu thoát vị, bầm tím hoặc thay đổi sắc tố trên da không.

Sờ nắn nhẹ nhàng lên từng vùng để tìm có khối u hay khối phồng không, ghi nhận vùng nào BN thấy đau. Điều này sẽ tránh làm tăng sự đau đớn cho BN và có thể cung cấp manh mối giúp chẩn đoán bệnh. Sau khi sờ ở bề mặt thì tiếp tục sờ sâu hơn, tìm dấu hiệu gan và lách to. Nếu có gan to thì nên gõ tìm chiều cao gan. Nếu không sờ được lách thì gõ ngón tay vào bờ sườn trái ở đường nách trước ở cuối thì hít vào (gõ đục ở vùng này gợi ý lách to). Luôn nhớ rằng nên cho BN nghiêng phải để sờ một lần nữa nếu lần đầu không sờ chạm lách. Sau đó thực hiện sờ chạm thận bằng hai tay. Luôn luôn phải nhớ các đặc điểm phân biệt lách to với thận to.

Gõ phát hiện bụng báng thì chỉ có gõ đục vùng hông lưng (thường điều này sẽ rất rõ ràng). Nếu bụng BN gõ vang bên hông lưng phải thì không nên đổi tư thế nghiêng sang bên kia. Bằng cách khác, khám bằng nghiệm pháp gõ đục vùng thấp, tiến hành gõ từ phía người khám sang phía đối bên và để ý vùng gõ đục. Kế đến nghiêng BN về phía người khám và chờ trong một phút, sau đó bắt đầu gõ lại tìm vùng gõ vang.

Nghe: nghe âm ruột, kể đến nghe nhanh ở vùng gan, lách, thận, nghe xem có âm thổi, tiếng cọ màng bụng không.

Kế đến thăm khám vùng bẹn của BN. Sờ xem có hạch bẹn không. Thăm khám khối thoát vị bằng cách yêu cầu BN đứng và ho. Phải luôn luôn khám hai tình hoàn. Kế đến xem chân có sưng phù hoặc bầm tím không. Thăm khám các dấu hiệu thần kinh ở chân nếu có những dấu hiệu của bệnh gan mạn.

Nếu nghi ngờ gan to hoặc xơ gan thì yêu cầu BN nằm đầu cao 45° và ước tính áp lực tĩnh mạch cảnh. Điều này sẽ tránh được sai lầm do bị viêm màng ngoài tim co thắt hoặc suy tim mạn và cũng là nguyên nhân của bệnh gan. Trong khi BN ngồi dậy, sờ hố thượng đòn xem có các hạch bạch huyết không và sờ nắn thắt lưng xem có phù nề vùng cụt hay không. Nếu có bụng báng thì cần thiết phải khám vùng ngực để đánh giá xem có tràn dịch màng phổi không.

Nếu nghi ngờ bệnh lý ác tính nên khám tất cả các nhóm hạch bạch huyết, vú và phổi.

Thăm trực tràng cần được cân nhắc và kiểm tra các mẫu phân hoặc dịch nôn của BN tìm xem có bất thường không như có máu, đàm nhầy,... Tổng phân tích nước tiểu (đánh giá bilirubin, urobilinogen và glucose) và kiểm tra thân nhiệt của BN.

---

## **16.2. CẬN LÂM SÀNG CHẨN ĐOÁN**

Chẩn đoán hình ảnh, nội soi ống tiêu hóa, các xét nghiệm sinh hóa và các test chức năng chuyên biệt nhằm cung cấp thông tin quan trọng cho chẩn đoán và tiên lượng bệnh lý ở gan và đường tiêu hóa.

### **16.2.1. Nội soi ống tiêu hóa**

Nội soi cho phép các bác sĩ lâm sàng nhìn thấy trực tiếp các dấu hiệu thực thể của đường tiêu hóa. Thực quản, dạ dày và tá tràng (đoạn D2) thường tiếp cận dễ dàng khi nội soi dạ dày, trong khi soi đại tràng thì sẽ tiếp cận đến góc hồi manh tràng. Nội soi ruột non (enteroscopy) cho phép quan sát toàn bộ ruột non, mặc dù phương pháp này vẫn còn nhiều

thách thức về mặt kỹ thuật, nhưng ngày nay nhờ viên nang nội soi thì chỉ cần nuốt vào sau đó các camera sẽ ghi nhận hình ảnh các đoạn ruột non (để xác định nguyên nhân gây xuất huyết tiêu hóa). Siêu âm nội soi (đầu dò siêu âm được truyền qua kênh nội soi sinh thiết) cho thầy được hình ảnh tuyệt vời của tuyến tụy và ống mật.

Quan sát đánh giá là một kỹ năng quan trọng trong nội soi và một cách tiếp cận có hệ thống sẽ là chìa khóa để chẩn đoán chính xác.

Chỉ định nội soi bao gồm nuốt khó (nên nuốt một ngụm barium có thể là những chỉ điểm đầu tiên giúp hướng dẫn nội soi sau đó), nuốt đau, chảy máu đường tiêu hóa, nôn ói tái diễn, sụt cân và ợ nóng hoặc rối loạn tiêu hóa kháng trị. Thêm vào đó, thủ thuật này còn có thể đánh giá có dẫn tĩnh mạch thực quản hay không, nếu có thì có thể xem xét điều trị. Nội soi đại tràng được dùng để tầm soát ung thư đại tràng và đánh giá các triệu chứng tiêu hóa dưới mà không giải thích được.

Cần thiết cho thân nhân hoặc BN ký cam kết trước khi thực hiện các thủ thuật và cần giải thích rõ ràng những rủi ro (nhất là thủng, chảy máu và nguy cơ khi vô cảm).

Chống chỉ định tương đối của nội soi bao gồm thủng ruột, có bệnh lý tim phổi nghiêm trọng, hội chứng ngưng thở khi ngủ (nguy cơ vô cảm sẽ tăng lên), nhồi máu cơ tim gần đây (6 tháng trước) và đang sử dụng thuốc chống đông máu (vì nguy cơ chảy máu, đặc biệt là nếu cần sinh thiết).

### 16.2.2. Xét nghiệm hóa sinh

Xét nghiệm các men gan cung cấp một số hướng dẫn hữu ích khi tiếp cận bệnh lý về gan. Như một quy tắc đơn giản (mặc dù không có quy tắc là tuyệt đối trong y học), luôn xác định ý nghĩa một giá trị bất thường trên xét nghiệm máu trước khi tiến hành làm các xét nghiệm cao cấp tiếp theo.

Trong bệnh lý viêm gan, các men gan ALT (SGPT) và AST (SGOT) đều tăng. ALT thì đặc hiệu hơn AST trong viêm gan do virus cấp tính. Trong bệnh gan do rượu, AST cao hơn ALT (tỷ lệ này là khoảng 3: 1 vì rượu đặc biệt gây tổn thương mitochondria và AST đến từ mitochondria).

Một chỉ số khác của rối loạn chức năng gan là phosphatase kiềm trong huyết thanh (SAP), nhưng enzyme này có thể phát sinh từ gan (tắc mật) hoặc xương (di căn). Nếu gamma glutamyl transpeptidase (GGT) cũng tăng lên, điều này cho thấy nó có nguồn gốc từ gan và thường enzyme này tăng lên song hàng với SAP. Siêu âm thường được chỉ định để loại trừ dẫn đường mật (do ung thư).

Nồng độ albumin thấp có thể cho thấy gan chưa tổng hợp được protein này. INR tăng lên nếu có thiếu hụt vitamin K (vì gan không tổng hợp được các yếu tố đông máu II, VII, IX và X).

Nếu men gan tăng, nguyên nhân cần phải được xác định. Xem lại tiền sử sử dụng rượu. Kiểm tra BMI (viêm gan nhiễm mỡ không cồn). Làm các xét nghiệm marker viêm gan A, B hoặc C và tìm kiếm các bệnh gây ra thâm nhiễm trong gan (quá tải sắt trong nhiễm sắc tố sắt, bằng cách thử ferritin huyết thanh và sắt huyết thanh), bước tiếp theo là xem xét chẩn đoán dựa trên hình ảnh học.

### 16.2.3. Hình ảnh học trong hệ tiêu hóa

3 phương tiện thường dùng: X quang bụng, siêu âm, CT scan

#### 16.2.3.1. X quang bụng

**Chỉ định.** X quang bụng đứng được chỉ định ban đầu để xác định ba tình trạng: tắc ruột, hơi tự do xoang bụng và sỏi cản quang. Hơn 50% phình động mạch chủ bụng, 90% sỏi thận và ít nhất 10% của sỏi mật có đủ độ calci hóa để có thể phát hiện được trên phim bụng đứng. Thỉnh thoảng, những mức độ thải phân cũng có thể được đánh giá trên X quang bụng. Những trường hợp đau bụng không đặc hiệu thì không phải lúc nào cũng chỉ định X quang bụng.

**Kỹ thuật.** Chụp X quang thường quy của bụng bao gồm AP tư thế nằm, AP tư thế đứng và PA tư thế đứng. Nếu BN không thể đứng, chụp tư thế nằm nghiêng trái sẽ được xem xét. Thuật ngữ KUB thỉnh thoảng cũng được áp dụng với chụp X quang bụng dùng để khảo sát thận, niệu quản, bàng quang. Tất cả 3 hình ảnh sẽ được phân tích một cách hệ thống.

#### Nguyên tắc phân tích hình ảnh học

– Phân tích X quang bụng đứng đòi hỏi phải có kiến thức cơ bản về giải phẫu và bệnh học. Mật độ mô mềm của các tạng trong ổ bụng tương tự như của nước. Vì vậy, chúng thường không nhìn thấy được trừ khi giới hạn bởi chất béo hoặc có hơi kế cận. Ví dụ, ruột chứa đầy chất lỏng là không nhìn thấy được, nhưng thành ruột được nhìn thấy khi có chứa khí bên trong.

– Năm mật độ X quang cơ bản cần phải được phân tích là các chất khí, chất béo, tạng đặc, vôi hóa và kim loại (xem Bảng 16.1). Bởi vì các tạng trong ổ bụng không cản quang nên việc sử dụng thuốc cản quang khi chụp bụng sẽ làm nổi bật các cơ quan cần khảo sát. Uống Barium hoặc thực tháo với Barium và dùng qua đường niệu đồ tĩnh mạch hoặc động mạch nhằm đánh giá và nghiên cứu các đặc điểm tương phản trong xoang bụng.

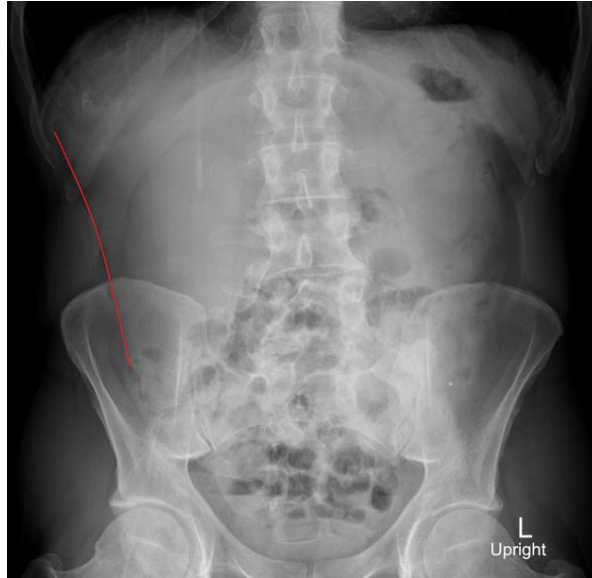
**Bảng 16.1. Các đậm độ cơ bản trên X quang bụng.**

Thành phần	Đậm độ
Khí	Rất đen
Mỡ	Đen
Tạng đặc	Xám
Canxi hóa	Trắng
Kim loại	Rất trắng

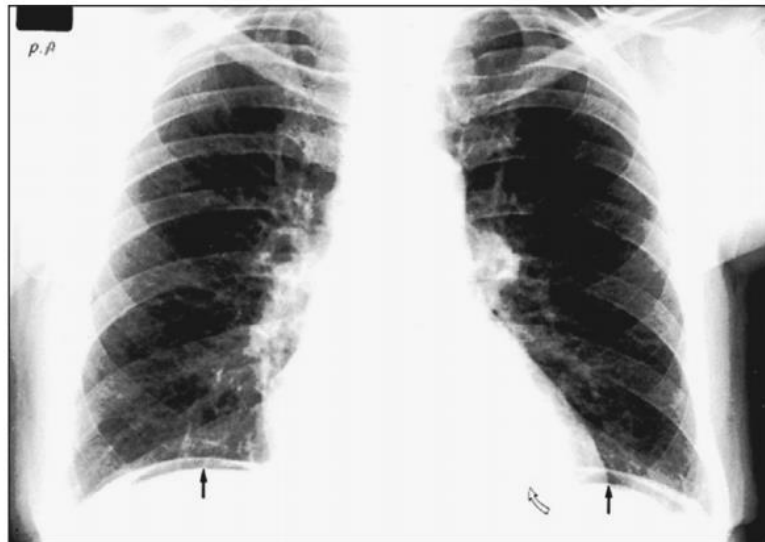
#### Đọc X quang bụng

– Giống như với X quang ngực, tên và ngày tháng chụp nên được kiểm tra đầu tiên. Bên trái và bên phải được dễ dàng phân biệt bởi bóng hơi trong dạ dày ở phía trên bên trái và mật độ mô mềm của gan thấy ở hạ sườn phải.





**Hình 16.2. Đường hông lưng trên phim X quang bụng.**



**Hình 16.3. Hơi tự do trong xoang phúc mạc. X quang ngực thẳng tư thế đứng sẽ có lợi vượt trội so với phim X quang bụng đứng về việc xác định hơi tự do trong khoang bụng. Trên phim X quang ngực, hơi tự do được nhìn thấy dưới hoành (mũi tên đen). Hơi tự do dưới hoành bên trái nên phân biệt với bóng hơi dạ dày. Hơi tự do (mũi tên đen) bên trái có hình dạng liềm bởi vì nó là viên lách và nằm ở đỉnh của hoành trái. Dấu hiệu này nói lên có lỗ thủng của một tạng rỗng trong ổ bụng ngoại trừ đã có phẫu thuật gần đây hoặc tổn thương do xuyên thấu.**

– Đánh giá

+ Ranh giới: cơ hoành, cơ thắt lưng chậu, mỡ tiền phúc mạc (đường hông lưng – flank line) – xem Hình 16.2.

+ Xương: các xương sườn dưới và sụn sườn, cột sống thắt lưng, xương chậu.

+ Khí trong tạng rỗng: khí trong dạ dày, ruột non và ruột già.

- + Tạng đặc: kích thước của gan, lách và thận.
- + Tạng vùng chậu: kích thước bàng quang.
- + Mạch: vôi hóa động mạch chủ.
- + Bất thường: sỏi thận hoặc sỏi mật, ruột dẫn, hơi tự do trong xoang phúc mạc (xem Hình 16.3).

+ Mức khí dịch trong ruột. Phim nằm ngửa được thực hiện trong hầu hết các trường hợp để hiển thị sự phân bố của hơi trong ruột. Ở những BN đau bụng cấp, phim bụng đứng cũng cho thấy được mức độ khí – dịch. Trong tắc ruột sẽ thấy được mức khí – dịch phân bố ở đầu gần. Trong viêm đại tràng thiếu máu cục bộ, sung phù niêm mạc ruột sẽ thấy rõ do có khí (hình ảnh ngón tay cái – thumb printing).



**Hình 16.4. Dấu hiệu thumb printing.**

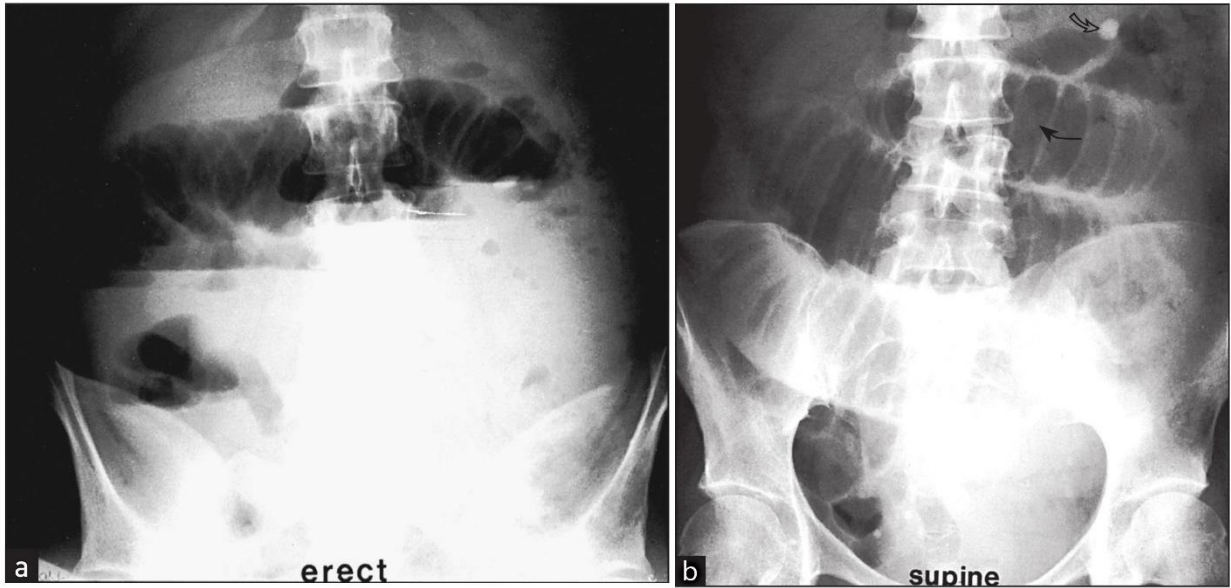
– Quai ruột dẫn. Khi có một tình trạng liệt ruột (xem Hình 16.5) hoặc tắc ruột (xem Hình 16.6 và Hình 16.7) xuất hiện, thì chúng ta có thể phân biệt đó là ruột non hay ruột già. Ruột già thường nằm ngoại vi, ít về số lượng, có đường kính lớn hơn 5 cm, chứa phân và các van niêm mạc đại tràng (haustral) không mở rộng theo chiều ngang của lòng ruột. Ngược lại, ruột non thì nằm trung tâm, số lượng nhiều, đường kính từ 3 đến 5 cm, không chứa phân. Các van niêm mạc ruột (valvulae conniventes) nở rộng hoàn toàn theo chiều ngang ruột. Trong dẫn dạ dày, dạ dày dẫn lớn nhanh chóng và căng chướng với nhiều hơi trong dạ dày (xem Hình 16.8).



Hình 16.5. Liệt ruột toàn bộ trên X quang bụng. Đại tràng chứa đầy khí và dẫn lớn, ngoại trừ trong đại tràng xuống. Dẫn ruột non cũng quan sát được ở hạ sườn phải mũi tên). Khi nhìn thấy hơi quanh trực tràng (mũi tên), có thể loại trừ được tắc ruột cơ học.



Hình 16.6. Tắc đại tràng. Đại tràng bị căng phồng có thể quan sát rõ ràng quanh đại tràng sigma, nơi có hình ảnh cắt cụt (mũi tên). Các nguyên nhân thường gặp là carcinoma hoặc chít hẹp do túi thừa. Tăng nhu động ruột khi khởi phát tắc ruột có thể loại bỏ khí và phân ở đầu xa. Do đó, không thấy khí ở BN này.



**Hình 16.7. Tắc ruột non.** Ruột non dẫn to, có thể nhận ra đó là ruột non vì nằm ở vị trí trung tâm và hình ảnh van ngang nằm hết chu vi ruột (mũi tên đen). Mực nước hơi được nhìn thấy trên phim bụng đứng (a). Trong phim nằm (b) thì cung cấp tốt hơn về sự phân bố của các quai ruột dẫn. Từ số lượng và vị trí của quai ruột dẫn, chúng ta sẽ biết được vị trí tắc ở ruột non. Hình ảnh cản quang nhỏ ở hạ sườn trái trên phim (b) là một viên thuốc (mũi tên trắng).



**Hình 16.8. Dẫn dạ dày.** Dạ dày dẫn lớn và căng chướng khí. Khi xuất hiện cấp tính, cần thiết phải đặt sonde dạ dày. Tắc cơ học do loét hay do ung thư môn vị cần được loại trừ. Dẫn dạ dày cũng thường gặp sau phẫu thuật, nhưng cũng có thể xuất hiện trong hôn mê do đái tháo đường, chấn thương, viêm tụy cấp hoặc hạ kali máu.

+ Vôôi hóa. Vôôi hóa hiện rõ do cản quang, so với mật độ mô mềm. Khoảng 90% sỏi thận là calci hóa, trong khi chỉ có 10% sỏi mật là calci hóa. Để xác định sỏi mật không calci hóa thì chúng ta sẽ cần đến siêu âm. Calci hóa ở tụy gặp ở BN viêm tụy mạn tính (xem Hình 16.9). Calci hóa sụn sườn thường gặp ở BN cao tuổi. Calci hóa thành của phình động mạch chủ bụng cũng có thể được nhìn thấy trên phim bụng. Phình động mạch lách hoặc thận cũng có thể có calci hóa. Calci hóa mạch máu cũng thường xuất hiện ở những người già.



**Hình 16.9. Calci hóa tuyến tụy. Sự calci hóa quanh tụy (mũi tên), thường xuất hiện trong viêm tụy mạn tính. Nguyên nhân rất có thể là do lạm dụng rượu bia.**

+ Bụng báng. Với sự tích tụ của dịch trong xoang phúc mạc, trên phim thường thấy nhìn chung toàn màu xám và không hiển thị rõ các chi tiết các cơ quan trong xoang bụng. Trên phim nằm, các quai ruột nổi lên giữa bụng. Bụng báng được xác định tốt nhất bằng siêu âm.

### **16.2.3.2. Siêu âm bụng**

Siêu âm chẩn đoán là một công cụ chẩn đoán hình ảnh an toàn và nhanh chóng, là phương pháp không xâm lấn, không đau, không cần dùng thuốc cản quang và thuận tiện, không cần chuẩn bị BN nhiều.

Siêu âm thích hợp cho những BN béo phì hay cơ bắp hoặc những nơi có nhiều khí, BN không thể làm theo y lệnh, đau dữ dội hoặc có vết thương hở lớn và băng phẫu thuật.

**Chỉ định.** Siêu âm là kỹ thuật hình ảnh được lựa chọn đầu tay trong khảo sát các bệnh lý gan mật bao gồm lách to, thận và bàng quang, viêm ruột thừa, bụng báng và phình động mạch chủ. Khi chấn thương bụng cấp xảy ra, đánh giá nhanh lượng dịch tự do bằng siêu âm nằm vị trí thường được sử dụng. Siêu âm là đặc biệt phù hợp trong nhi khoa và sản khoa vì các cận lâm sàng hình ảnh khác thường có tia X có thể ảnh hưởng lên thai nhi và em bé.

**Bảng 16.2. Các thuật ngữ siêu âm cơ bản.**

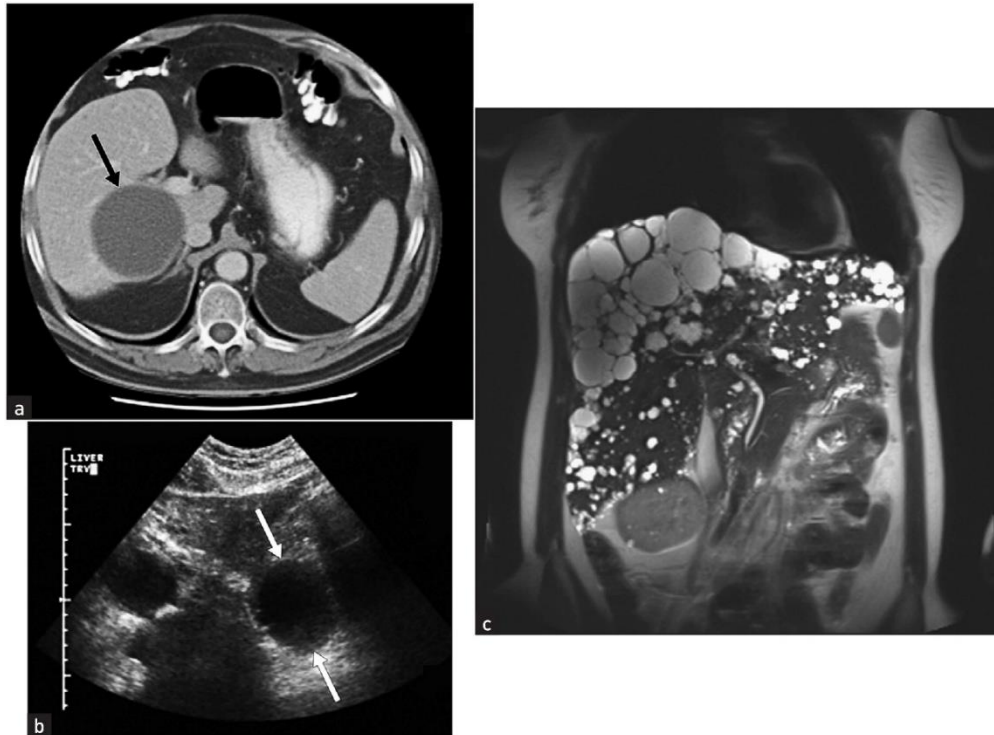
Thuật ngữ	Định nghĩa	Mối liên quan
<b>Không hồi âm</b>	Không thấy hồi âm, rất đen.	Túi mật, nang.
<b>Echo kém</b>	Giảm hồi âm, đen đến xám đen.	Tụy thận, u đặc.
<b>Echo dày</b>	Tăng hồi âm, trắng đến xám nhạt.	Xoang mỡ thận, chảy máu cấp.
<b>Có hồi âm</b>	Tăng hồi âm, trắng đến xám nhạt.	Mô mỡ, xuất huyết.
<b>Hồi âm đơn độc</b>	Cùng đậm độ với mô xung quanh	Túi mật, nang.
<b>Tăng hồi âm phía sau</b>	Tăng đậm độ sau cấu trúc.	Túi mật, nang.
<b>Giảm hồi âm phía sau (hình ảnh bóng lưng)</b>	Giảm đậm độ sau cấu trúc.	Xương sườn, ruột, calci hóa.
<b>Doppler</b>	Kỹ thuật để đánh giá dòng máu.	Mạch cửa, mạch chủ.

**Kỹ thuật.** Hình ảnh siêu âm được tạo thành bởi sóng âm thanh có tần số cao khác nhau, tần số 2 – 15 MHz được truyền qua cơ thể có nguồn gốc từ một đầu dò đặt trên da. Sóng siêu âm đi qua các mô cơ thể và được phản xạ trở lại. Thời gian mà sóng âm đi vào cấu trúc và phản xạ trở lại cho biết độ sâu của mô, còn lượng echo phản xạ trở lại được chuyển thành mật độ âm gọi là “hồi âm” – có thể là đen, trắng hoặc nhiều mức xám. Các mô cho phép các sóng âm truyền qua sẽ hiển thị màu đen (hypo – echoic, không hồi âm), khi mà có nhiều echo phản hồi trở lại được hiển thị màu trắng (hyper – echoic, tăng âm, xem Bảng 16.2 và Bảng 16.3).

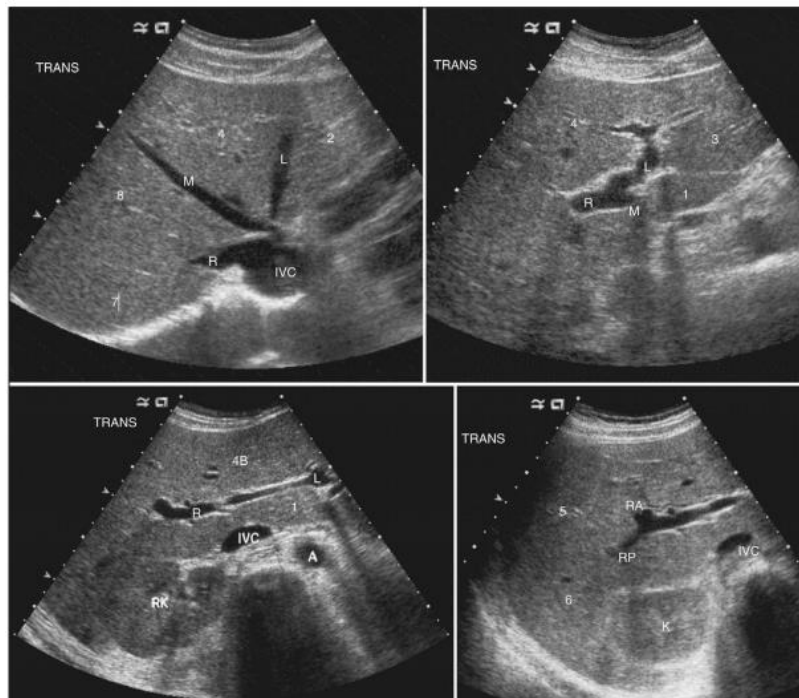
**Bảng 16.3. Đậm độ cơ bản trên siêu âm.**

Thành phần	Đậm độ
<b>Khí</b>	Tăng hồi âm tiếp giáp với giảm hồi âm phía sau hay hình ảnh bóng lưng.
<b>Mỡ</b>	Có hồi âm.
<b>Tạng rỗng</b>	Giảm hồi âm tiếp giáp với tăng hồi âm phía sau.
<b>Tạng đặc</b>	Có hồi âm.
<b>Canxi hóa</b>	Tăng hồi âm tiếp giáp với giảm hồi âm phía sau.

Nguyên tắc phân tích. Mỗi cơ quan được xác định và scan đầu tiên trong thời gian thực. Những hình ảnh chọn lọc của mỗi cơ quan được thực hiện qua mặt cắt khác nhau như dọc và ngang. Kiểm tra Doppler được áp dụng để xác định dòng máu chảy trong tĩnh mạch cửa, động mạch chủ, động mạch thận, tĩnh mạch gan và tĩnh mạch chủ dưới. Bất cứ tình trạng bệnh lý nào, chẳng hạn như thấy một khối u thì cũng được xem xét kỹ lưỡng với Doppler để mô tả dòng chảy mạch máu chảy vào khối u đó, có tăng sinh mạch máu không từ đây hướng đến cá bệnh lý ác tính. Mỗi cơ quan được đánh giá kích thước, hình dạng, bờ, hồi âm và sự tưới máu của nó. Bất kỳ sự bất thường nào được phát hiện thì cũng phải xác định đặc điểm của nó, bao gồm vị trí, kích thước, cấu trúc nội mô và vị trí giải phẫu, cũng như các mạch máu của nó (xem Hình 16.10, Hình 16.11).



**Hình 16.10. Nang gan trên (a) CT scan, (b) trên siêu âm, (c) MRI. Các u nang thường không có hồi âm bên trong nhưng khác biệt tăng hồi âm ở phía sau trên siêu âm. Có một vách ngăn trong nang nhưng rất mỏng. Các đặc điểm này cho thấy đó là một nang gan riêng biệt.**



**Hình 16.11. Siêu âm trong ung thư gan di căn. Nhiều tổn thương dạng vòng có hồi âm đa dạng trong gan từ đại tràng di căn lên. Chú ý, bờ viền gan được chia thùy do các nốt lớn trong xơ gan .**

### 16.2.3.3. CT scan bụng

**Chỉ định.** CT scan bụng đã trở thành kỹ thuật hình ảnh được lựa chọn nhiều trong khảo sát các bệnh lý vùng bụng. Các ưu điểm chính của CT scan là thời gian chụp ngắn, cung cấp chi tiết các cấu trúc giải phẫu, đánh giá được mạch máu và đặc điểm tưới máu tạng và tổn thương. Nhược điểm chính là do nhiễm bức xạ phát ra và biến chứng từ thuốc cản quang tĩnh mạch như suy thận và các phản ứng dị ứng.

**Bảng 16.4. Tóm tắt các kỹ thuật chụp CT scan bụng.**

Kỹ thuật	Cản quang	Ứng dụng	Ví dụ
<b>Không cản quang</b>	Không	Calci hóa.	Sỏi thận
<b>CT mạch máu</b>	– Tiêm tĩnh mạch trì hoãn chụp sau 20 giây.	– Bệnh lý mạch máu (phình mạch). – Mất máu cấp. – Khả năng sống của tạng. – Thương tổn tưới máu.	– Phình động mạch chủ. – Loạn sản mạch máu. – Viêm tụy hoại tử. – U di căn.
<b>Thì tĩnh mạch cửa</b>	– Tiêm tĩnh mạch trì hoãn chụp sau 70 giây.	– Khảo sát thường quy. – Tưới máu các tạng.	– Tất cả các bệnh lý.
<b>3 Pha</b>	– Không cản quang – Động mạch – Tĩnh mạch cửa	– Tưới máu các tạng.	– Viêm tụy hoại tử. – Nhồi máu.
<b>Thì muộn</b>	– Tiêm tĩnh mạch trì hoãn chụp sau 2 – 10 phút.	– Rò mạch máu. – Mất máu cấp. – Rách/u thận – niệu quản đoạn chậu. – Bàng quang.	– Xuất huyết tiêu hóa. – Rò phình mạch. – Rách niệu quản hoặc u. – U bàng quang.
<b>CT dựng hình đường mật</b>	– Tiêm tĩnh mạch chất tương tự bilirubin	– Bệnh lý đường mật.	– Sỏi. – Chít hẹp. – U. – Rò.
<b>CT khung đại tràng</b>	– Bơm đại tràng Cacbon dioxide	– Bệnh lý đại tràng.	– U. – Hẹp.

#### Kỹ thuật

– Hình ảnh thu được trong mặt phẳng ngang với một vòng xoắn ốc liên tục khi BN được di chuyển qua chùy tim. Khi tia X đi qua BN sẽ làm giảm năng lượng (giảm độ lực) tùy theo mật độ mô và được chuyển thành đậm độ. Khi một vùng cơ thể đã được quét qua, dữ liệu được tính toán lại thành các đậm độ xám khác nhau. Ngay nay những phương tiện



CT scan có thời gian quét nhanh hơn và số lát cắt nhiều hơn điều này cho phép phát hiện các chi tiết và những bất thường nhỏ hơn.

– Khi tiêm thuốc cản quang đường tĩnh mạch (cản quang iod tan trong nước) để tạo ra sự tương phản giữa các cơ quan, xác định các mạch máu và sự tưới máu. Ngược lại khi uống thuốc cản quang bằng đường miệng thì ta sẽ hiển thị chi tiết hệ thống đường ruột.

– Nhiều biến thể về kỹ thuật CT scan cho phép thu được sự tối ưu trong việc mô tả các sự bất thường (xem Bảng 16.4).

### **Nguyên tắc phân tích hình ảnh**

– Đầu tiên, các lược đồ vùng bụng nên được xem xét lại, bởi vì lên đến 10% các trường hợp có thể chẩn đoán hoặc phát hiện ở giai đoạn này. Thứ hai, quan sát tổng quan các slice để xác định bất kỳ một bất thường lớn nào như ruột dẫn, bụng báng, sự to lên của cơ quan nào đó, phình động mạch chủ hoặc khối u. Thứ ba, phân tích từng cơ quan cụ thể để đánh giá kích thước, giới hạn, đặc điểm cản quang và những tổn thương u cục nào xuất hiện. Ở vị trí ngoại vi của mỗi cơ quan bình thường thì quá trình chuyển đổi từ bề mặt tới chất béo liền kề thì sẽ thấy rất rõ ràng, nếu không thấy thì có thể có sự thay đổi do viêm, xuất huyết hoặc thâm nhiễm do u. Thứ tư, dịch tự do và khí tự do được xác định khi khảo sát khoang dưới hoành, khoang giữa đại tràng và thành bụng, hố quanh thận và vùng chậu. Cuối cùng, nên mở cửa sổ phổi trên CT scan thông qua các phần mềm để xem các bệnh lý ở đáy phổi như tràn dịch màng phổi, thoát vị hoành và các khối u hoặc tới cửa sổ xương để xem cột sống, xương sườn và xương chậu.

Phan Hoàng Vĩnh Phú, Lý Kim Ngân

*Falstaff: "ông bác sĩ nói gì về nước của ta"**Page: "Thưa ngài, ông ta nói, bản thân nước là một thứ tốt cho sức khỏe. Nhưng đối với những người thiếu nước họ sẽ có nhiều bệnh hơn là những gì họ nghĩ".**William Shakespeare, Henry IV, Part 1*

Mặc dù có sự khác biệt về chức năng của hệ thống tiết niệu – sinh dục giữa nam và nữ, nhưng chúng vẫn có mối liên quan mật thiết với nhau về mặt giải phẫu và thường được đánh giá cùng nhau.

## 17.1. TRIỆU CHỨNG

### List 17.1. Triệu chứng tiết niệu – sinh dục.

#### Triệu chứng chính yếu:

- |  |   |
|--|---|
| - Thay đổi thành phần nhìn thấy được của nước tiểu (tiểu máu,...). | - Triệu chứng gợi ý bệnh thận mạn (tăng ure huyết).               |
| - Thay đổi về lượng và dòng chảy nước tiểu:                        | + Thiếu niệu (oliguria), tiểu đêm, đa niệu.                       |
| + Đa niệu (polyuria).  | + Buồn nôn, lạt miệng, nôn, mệt mỏi, nấc cục, mất ngủ (insomnia). |
| + Tiểu đêm (nocturia).   | + Ngứa, bầm, phù.   |
| + Vô niệu (anuria).  | - Kinh nguyệt:  |
| + Tia nước tiểu yếu.   | + Tuổi có kinh.   |
| + Tiểu khó (hesitancy).  | + Sự đều đặn.   |
| + Tiểu nhỏ giọt (dribbling).                                       | + Chu kỳ cuối (ngày).   |
| + Bí tiểu (urine retention).                                       | + Thống kinh, rong kinh.  |
| + Tiểu són (strangury).  | - Rối loạn cương dương.   |
| + Tiểu không hết nước tiểu.  | - Mất ham muốn tình dục.  |
| + Tiểu không tự chủ.   | - Vô sinh.  |
| - Đau quặn thận.   | - Số lần mang thai và những biến chứng trong lúc mang thai.       |
| - Tiểu buốt (dysuria – đau lúc đi tiểu).                           | - Chảy mủ niệu đạo hoặc âm đạo.                                   |
| - Tiểu gấp.  | - Ban sinh dục.   |
| - Sốt, đau hông lưng.  |   |
| - Chảy mủ niệu đạo.  |   |

Triệu chứng cơ năng có thể bao gồm những thay đổi nhìn thấy được của nước tiểu, bất thường về sự đi tiểu, đau trên xương mu hoặc ở vùng hông, những triệu chứng hệ thống của suy giảm chức năng thận (xem List 17.1). Một số BN không có triệu chứng nhưng có

tăng huyết áp hoặc có bất thường trên kết quả xét nghiệm nước tiểu thường quy hoặc sinh hóa máu. Một số người khác có cảm giác không khỏe nhưng không có triệu chứng khu trú nào (xem Questions box 17.1). Những hội chứng chính yếu của bệnh thận được nêu ra trong Bảng 17.1.

Giải phẫu cơ bản của hệ sinh dục nam và nữ được trình bày trong CHUỖNG 18.

### **Questions box 17.1. Những câu hỏi để hỏi BN suy thận hoặc nghi ngờ có bệnh lý ở thận.**

! Dấu hiệu có thể gợi ý chẩn đoán một vấn đề cấp bách hoặc nguy hiểm.

1. Vấn đề về thận của ông/bà bắt đầu từ lúc nào? Ông/bà có cảm thấy mệt mỏi, tiểu đêm hay mất cảm giác ngon miệng không?
2. Ông/bà có nghĩ vấn đề về thận hiện nay là do những thuốc mà Ông/bà từng sử dụng không? (NSAID, thuốc ức chế men chuyển, thuốc chẹn thụ thể angiotensin hoặc thuốc cản quang)
3. Ông/bà có từng bị viêm nhiễm ở thận (bệnh viêm cầu thận cấp) hay có protein trong nước tiểu không?
4. Ông/bà có từng bị nhiễm trùng ở thận gần đây hay lúc nhỏ không?
5. Ông/bà có từng bị sỏi thận hay tắc nghẽn đường tiểu không?
- ! 6. Ông/bà có từng bị tiểu máu không? (khối u ác tính đường tiểu)
7. Ông/bà có từng được sinh thiết thận? Kết quả như thế nào?
8. Ông/bà có bị đái tháo đường hay tăng huyết áp không?
9. Ông/bà có bệnh lý tim mạch hay bệnh mạch máu ngoại biên không?
10. Ông/bà có từng phẫu thuật thận hoặc cắt thận hoặc được chẩn đoán chỉ có một thận có chức năng không?
11. Gia đình ông/bà có ai có thận to và tăng huyết áp không? (thận đa nang)
12. Ông/bà có từng bị nổi ban hay viêm khớp không? (lupus ban đỏ hệ thống, xơ cứng bì)
13. Ông/bà có từng bị phù hay khó thở không? (phù giữ nước)
14. Ông/bà có từng được chẩn đoán suy giảm chức năng thận và có thể sẽ phải lọc thận không?
15. Ông/bà có đang dùng thuốc để hỗ trợ chức năng thận không?
16. Những thuốc nào mà ông/bà đang sử dụng? (kể cả thuốc không kê toa và thảo dược)

#### **17.1.1. Những thay đổi của nước tiểu**

Một số BN đến khám do thay đổi màu sắc nước tiểu. Màu đỏ gợi ý tiểu máu (có máu trong nước tiểu). Viêm nhiễm hay chấn thương niệu đạo, bệnh lý ở tiền liệt tuyến có thể gây tiểu máu đầu dòng sau đó hết hẳn hoặc tiểu máu chỉ xuất hiện ở cuối dòng (xem List 17.2). BN có rối loạn chuyển hóa porphyrin thường có nước tiểu đổi màu cố định. Màu đỏ của nước tiểu còn xuất hiện khi BN có sử dụng một số thuốc như Rifampicin hoặc ăn nhiều củ dền, hiếm hơn là BN tiểu hemoglobin (sự phá hủy tế bào hồng cầu và giải phóng hemoglobin tự do) hoặc tiểu myoglobin (sự phân hủy hoặc chấn thương cơ). Nước tiểu có nhiều bọt, màu như nước trà hoặc màu nâu có thể là triệu chứng của bệnh thận hư hoặc suy thận. Tuy nhiên cần phải lưu ý là màu sắc nước tiểu cũng không phải là một chỉ điểm đáng tin cậy.

**Bảng 17.1. Các hội chứng chính ở thận.**

Tên	Định nghĩa	Ví dụ
<b>Hội chứng thận hư</b>	Protein niệu ồ ạt.	Bệnh tổn thương tối thiểu.
<b>Hoại tử ống thận</b>	Tiểu máu, suy thận.	Viêm cầu thận hậu nhiễm liên cầu.
<b>Bệnh ống thận mô kẽ</b>	Suy thận, protein niệu ít.	Bệnh thận do sử dụng thuốc giảm đau lâu ngày.
<b>Tổn thương thận cấp (AKI*)</b>	Đột ngột suy giảm chức năng thận, tăng creatinin.	Hoại tử ống thận cấp.
<b>Suy thận tiến triển nhanh</b>	Suy giảm chức năng thận trong vài tuần.	Tăng huyết áp ác tính hoặc viêm cầu thận hồng cầu hình liềm.
<b>Bất thường tiết niệu không triệu chứng</b>	Tiểu máu đơn độc hoặc protein niệu nhẹ.	Bệnh thận IgA

\* Trước đây gọi là suy thận cấp.

**List 17.2. Các nguyên nhân gây tiểu máu.****Do nhiễm trùng đường tiết niệu**

- Tiểu buốt.
- Sốt (viêm tiền liệt tuyến, viêm thận bể thận).
- Đau trên xương mu (viêm bàng quang).
- Đau nhẹ hông lưng hoặc đau lưng (viêm thận bể thận).

**Do sỏi thận**

- Đau hông lưng dữ dội.

**Do không phải từ cầu thận**

- Có máu cục trong nước tiểu.

**Do máu không phải trong nước tiểu**

- Kinh nguyệt.

**Do bệnh thận IgA**

- Nhiều đợt tái phát trong nhiều tháng.

**Do chấn thương**

- Gắn dây có đặt sonde tiểu.
- Chấn thương lưng hoặc bụng gần dây.

**Do rối loạn đông máu**

- Sử dụng thuốc chống đông.

**17.1.2. Nhiễm trùng đường tiểu****List 17.3. Những yếu tố nguy cơ của nhiễm trùng đường tiết niệu.**

- Nữ giới.
- Quan hệ tình dục.
- Mang thai.
- Đái tháo đường.
- Sau khi đặt sonde tiểu.
- Những nhiễm trùng tiểu trước đó.
- Triệu chứng tắc nghẽn đường tiểu dưới.

Nhiễm trùng đường tiểu (UTI – urinary tract infection) bao gồm cả nhiễm trùng đường tiểu trên (thận) và đường tiểu dưới (chủ yếu ở bàng quang). 50% nhiễm trùng đường tiểu dưới cũng có liên quan tới hai thận. Nhiễm trùng thận khó phân biệt trên lâm sàng với nhiễm trùng đường tiểu dưới nhưng nó là một tình trạng nghiêm trọng hơn và có liên quan

tới những rối loạn hệ thống như nhiễm trùng huyết.

### Good signs guide 17.1. Nhiễm trùng tiểu.

Triệu chứng	LR+	LR-
– Tiểu buốt	1,5	0,48
– Tiểuắt nhất	1,8	0,59
– Tiểu máu	2,0	0,92
– Sốt	1,6	0,9
– Đau hông lưng	1,1	0,89
– Đau vùng bụng dưới	1,1	0,89
– BN nói	4,0	0
– Chảy mủ âm đạo	0,3	3,1

UTI gặp nhiều ở nữ giới hơn nam giới nhưng bệnh lý này cũng có những yếu tố nguy cơ nhất định (xem List 17.3). Về cơ bản những triệu chứng của BN là những gợi ý mạnh mẽ. Những triệu chứng này bao gồm tiểu buốt (cảm giác đau hoặc buốt khi đi tiểu), tiểuắt nhất (tiểu nhiều lần, lượng nước tiểu ít), tiểu máu và đau hông lưng (gợi ý nhiều đến nhiễm trùng đường tiểu trên) hoặc đau lưng. Những người phụ nữ tin rằng là họ nhiễm trùng tiểu thường là đúng và độ dự đoán chính xác được báo cáo khoảng 84% (xem Good signs guide 17.1). Khám lâm sàng có thể phát hiện sốt, rét run, khó chịu vùng bụng dưới và đau hông lưng khi ấn góc thận từ phía sau. Những dấu hiệu đó gợi ý nhiều đến biến chứng của nhiễm trùng đường tiểu và viêm thận bể thận nhiều hơn. Nếu có sự xuất hiện của triệu chứng chảy mủ hoặc kích thích ở âm đạo, ta phải loại bỏ chuẩn đoán nhiễm trùng tiểu. Những BN lớn tuổi thường đi khám với những triệu chứng, dấu hiệu sơ sài và mơ hồ. Nhiễm trùng tiểu ở nam hoặc thường xuyên hoặc tái đi tái lại nhiều lần thường gợi ý một bất thường giải phẫu và cần phải được đánh giá bởi các bác sĩ niệu khoa.

#### 17.1.3. Tắc nghẽn đường tiểu

Tắc nghẽn đường tiểu là một triệu chứng thường gặp ở nam giới lớn tuổi và nhất là triệu chứng tắc nghẽn đường tiểu dưới (lower urinary tract symptom – LUTS) hoặc tắc nghẽn đường ra của bàng quang. BN có thể tiểu khó (khó khăn để khởi động quá trình đi tiểu), tiếp sau đó là tia nước tiểu yếu và tiểu nhỏ giọt. Tiểu són (BN đi tiểu nhiều lần với lượng ít, nước tiểu lẫn máu và rất đau mỗi khi đi tiểu), tiểu không hết nước tiểu (cảm giác muốn đi tiểu nữa mặc dù đã vừa đi xong). Nếu tắc nghẽn hoàn toàn có thể làm nước tiểu tự động tràn ra ngoài. Tắc nghẽn đường tiểu có thể làm tăng nguy cơ nhiễm trùng tiểu.

Sỏi thận có thể dẫn đến tắc nghẽn đường tiểu. Biểu hiện triệu chứng ở đây thường là cơn đau dữ dội hoặc đau liên tục vùng hông lưng hoặc vùng một phần bụng dưới lan xuống khớp mu, đáy chậu hoặc tinh hoàn. Tắc nghẽn đường tiểu còn có thể gây tổn thương thận cấp (xem List 17.4).

#### 17.1.4. Tiểu không tự chủ

Người bệnh không thể giữ nước tiểu trong bàng quang theo ý muốn. Đây không phải là hậu quả của riêng vấn đề tuổi tác. Nó có thể xuất hiện một cách nhất thời bởi tình trạng

niêm trùng tiểu, mê sảng, tiết quá nhiều nước tiểu (dùng thuốc lợi tiểu), bất động (do BN không thể vào phòng vệ sinh), viêm niệu đạo, viêm âm đạo hoặc sự tác động của phân.

Nguyên nhân gây ra bao gồm: (1) stress (rò tức thời bởi một stress sau khi ho hoặc sau khi tăng áp lực trong ổ bụng bởi bất kỳ lý do gì) – đó là vấn đề chủ yếu ở nữ giới vì lý do sinh nở hoặc teo thành âm đạo sau mãn kinh làm niệu đạo di động nhiều, (2) sự hoạt động quá mức của cơ thành bàng quang làm cho nước tiểu thoát ra mà không cần tác động của yếu tố stress, (3) sự kém hoạt động của cơ thành bàng quang – đây là trường hợp hiếm, thường do nguyên nhân thần kinh gây ra tiểu gấp, tiểu đêm và tiểu lắt nhắt, (4) tắc nghẽn đường tiểu thường xảy ra ở nam giới do bệnh lý tiền liệt tuyến và thường biểu hiện tiểu nhỏ giọt sau khi đi tiểu không hết, (5) rò tử cung niệu đạo – biến chứng sau khi sinh nở.

### List 17.4. Các nguyên nhân gây tổn thương thận cấp.

#### Khởi phát trong vài ngày.

Được định nghĩa là sự hư hại nghiêm trọng của chức năng thận một cách nhanh chóng đủ để gây ra sự tích tụ các sản phẩm đào thải, đặc biệt là các sản phẩm chứa nitơ trong cơ thể. Thường tốc độ lọc của thận nhỏ hơn 20 ml/giờ hoặc 400 ml/ngày nhưng thỉnh thoảng nó có thể tăng (suy thận cung lượng cao).

#### 1. Trước thận

- Mất dịch: máu (xuất huyết), huyết tương hoặc nước và điện giải (tiêu chảy, nôn ói, tháo dịch).
- Tụt huyết áp: nhồi máu cơ tim, sốc nhiễm trùng huyết, thuốc.
- Bệnh mạch máu thận: huyết khối, bóc tách, xơ vữa mạch.
- Tăng kháng trở mạch máu thận: hội chứng gan thận.

#### 2. Tại thận

- Đợt cấp của suy thận mạn (được thúc đẩy bởi tình trạng nhiễm trùng, tháo dịch, tắc nghẽn hoặc thuốc độc thận) – xem List 17.1.
- Bệnh thận cấp: viêm cầu thận cấp nguyên phát hoặc thứ phát, bệnh lý mô liên kết.
- Hoại tử ống thận cấp thứ phát:
- + Thiếu máu cục bộ (giảm thể tích máu).
- + Ngộ độc và thuốc (aminoglycoside, kháng sinh, thuốc cản quang, kim loại nặng,...).
- + Tiểu hemoglobin, tiểu myoglobin.
- Bệnh ống thận mô kẽ: thuốc (ức chế bơm proton, sulfonamides, cyclosporin A), lắng đọng ure hoặc calci, phosphate, oxalate, bệnh thận tinh thể.

- Bệnh mạch máu: viêm mạch máu, xơ cứng bì, u tủy xương.

- Viêm thận – bể thận cấp (hiếm).

#### 3. Sau thận (tắc nghẽn hoàn toàn đường tiết niệu)

- Tắc nghẽn niệu đạo: sỏi calci hoặc cục máu đông, bong nhú thận, chấn thương, hẹp quy đầu, hẹp tắc bao quy đầu (hẹp khít da bao quy đầu, làm cho nó không thể tụt vào trong và có thể gây tắc lỗ tiểu).
- Cổ bàng quang: sỏi calci, cục máu đông, phì đại hoặc ung thư tiền liệt tuyến
- Tắc nghẽn cả hai niệu quản
- + Bên trong lòng niệu quản: máu đông, tắc do mù, sỏi calci.
- + Bên ngoài thành niệu quản: xơ cứng sau phúc mạc (do xạ trị, methysergide, tự phát), phẫu thuật hoặc u vùng chậu/sau phúc mạc, sa tử cung.

#### Nguyên nhân gây suy thận tiến triển nhanh (khởi phát trong vài tuần đến vài tháng).

- Tắc nghẽn đường tiểu.
- Viêm cầu thận tiến triển nhanh.
- Hẹp động mạch thận hai bên (có thể do sử dụng thuốc ức chế men chuyển hoặc ức chế thụ thể).
- Đa u tủy.
- Bệnh thận xơ cứng bì.
- Tăng huyết áp ác tính.
- Bệnh đái máu tán huyết.

### 17.1.5. Bệnh thận mạn

Triệu chứng lâm sàng của bệnh có thể phân chia dựa vào chức năng bình thường của thận:

– Suy giảm chức năng thải nước tiểu có thể dẫn đến tích tụ lượng lớn các sản phẩm ure. Thường được biết nhiều bằng thuật ngữ tăng ure huyết, triệu chứng thường là mệt mỏi, chán ăn, suy dinh dưỡng, nấc cụt.

– Khả năng cô đặc nước tiểu suy giảm dẫn đến nguy cơ mất nước và tiểu đêm thường là những triệu chứng xuất hiện sớm.

– Tăng huyết áp do không đào thải được natri.

– Tổn thương ống thận dẫn đến mất natri và tụt huyết áp.

– Sự đào thải kali tùy thuộc lượng nước tiểu. Tình trạng tăng kali máu xảy ra khi BN thiếu niệu (lượng nước tiểu dưới 400ml/ngày) hoặc BN sử dụng thuốc lợi tiểu tiết kiệm kali hoặc những thuốc ức chế thải kali (ức chế men chuyển, ức chế thụ thể, NSAID).

– Giảm bài xuất acid dẫn đến toan chuyển hoá.

– Rối loạn chuyển hoá chất khoáng và xương (bất thường về lượng calci, phosphate, PTH, vitamin D) dẫn đến bất thường trong xương, mạch máu và gây lắng đọng calci ở mô mềm.

– Giảm bài tiết erythropoietin gây thiếu máu đẳng sắc đẳng bào.

– Ảnh hưởng đến chuyển hoá của một số thuốc được đào thải qua thận.

Chức năng thận được đánh giá bởi tốc độ lọc cầu thận (GFR – glomerular filtration rate). Đó là thể tích máu được thận lọc trong một đơn vị thời gian. Giá trị bình thường là 90 – 120 ml/phút. GFR được tính thông qua độ thanh thải của creatinin (sản phẩm thoái hóa bình thường của cơ). Nồng độ creatinine và ure huyết tương cũng cung cấp một thông số về độ tích lũy của chất độc ure và chức năng thận. Ngày nay, hầu hết các khoa xét nghiệm sử dụng GFR ước đoán (eGFR) dựa trên các thông số như nồng độ creatinine huyết tương, tuổi và giới của BN.

$$eGFR (ml/phút/1,73 m^2) = 1,86 \times \left( \frac{\text{creatinine huyết thanh } (\mu\text{mol/l})}{88,4} \right)^{-1,154} \times (\text{tuổi})^{-0,203}$$

*Nhân thêm 0,742 nếu là nữ và nhân thêm 1,212 nếu là người Mỹ gốc Phi.*

Một định nghĩa và phân loại mới của bệnh thận mạn (CKD – chronic kidney disease) được công bố. CKD được định nghĩa là tổn thương thận hoặc GFR < 60 ml/phút/1,73 m<sup>2</sup> trong 3 tháng hoặc có thể lâu hơn, bất kể nguyên nhân gì. Bệnh thận được chia thành 6 nhóm dựa vào GFR (xem Bảng 17.2). Điều này cho phép lên kế hoạch điều trị để làm chậm sự tiến triển của bệnh.

BN có hội chứng ure huyết cao xuất hiện vô niệu (< 50 ml/ngày), thiếu niệu (< 400 ml/ngày), tiểu đêm (thức dậy trong đêm để đi tiểu), đa niệu (tiểu với lượng nhiều bất thường). Tiểu đêm là dấu hiệu chỉ điểm của suy thận mà cô đặc nước tiểu bình thường và đa niệu là dấu hiệu chỉ điểm của suy thận mất hoàn toàn khả năng cô đặc nước tiểu (hoặc

uống nhiều nước <sup>a</sup>).

**Bảng 17.2. Phân loại CKD dựa vào GFR.**

Giai đoạn	Mô tả	GFR (ml/phút/1,73 m <sup>2</sup> )
0	Tăng nguy cơ của CKD (đái tháo đường, tăng huyết áp,...)	> 90
1	Tổn thương thận nhưng GFR bình thường	> 90
2	Tổn thương thận và GFR giảm nhẹ	60 – 89
3	Giảm GFR vừa phải	30 – 59
4	Giảm GFR trầm trọng	15 – 29
5	Suy thận	< 15

**Questions box 17.2. Những câu hỏi để hỏi BN lọc thận.**

- ! Dấu hiệu có thể gợi ý chẩn đoán một vấn đề cấp bách hoặc nguy hiểm.
1. Ông/bà được khuyên hạn chế những loại thức ăn gì?
  2. Ông/bà đã được kê những thuốc mang phosphate nào chưa? Khi nào ông/bà dùng những thuốc đó trong bữa ăn?
  3. Ông/bà từng lọc máu hay thẩm phân phúc mạc không? Có làm ở nhà không? Bao nhiêu lần một tuần?
- !
4. Gần đây ông/bà có đau bụng hoặc sốt không? (viêm phúc mạc do thẩm phân phúc mạc)
  5. Ông/bà có gặp vấn đề gì về lọc máu không, như tụt huyết áp hoặc vấn đề chỗ thông động tĩnh mạch? Có lần nào ông/bà bị viêm phúc mạc do thẩm phân phúc mạc không?
  6. Ông/bà tăng bao nhiêu cân sau mỗi lần lọc máu?
  7. Ông/bà còn đi tiểu được không? Nếu được, bao nhiêu?
  8. Ông/bà có trong danh sách chờ được thay thận không hoặc trước đây ông/bà có từng ghép thận không?
  9. Ông/bà có theo chế độ ăn kiêng không?
  10. Ông/bà có đang dùng thuốc gì không?
  11. Ông/bà có vấn đề gì tim mạch không?
  12. Ông/bà có cường cận giáp hay từng phẫu thuật tuyến cận giáp không?

Triệu chứng toàn thân của suy thận là buồn nôn, nôn ói, mệt mỏi, nấc cục, mất ngủ. Ngứa, dễ bị bầm và phù do giữ dịch. Những triệu chứng khác chỉ điểm của biến chứng bao gồm đau xương, gãy xương do thận và những triệu chứng của tăng calci máu (bao gồm chán ăn, buồn nôn, nôn ói, táo bón, tăng việc đi tiểu, rối loạn tâm thần) do tăng hormone PTH nguyên phát <sup>b</sup>. BN cũng có thể có biểu hiện triệu chứng viêm màng ngoài tim, tăng huyết áp, suy tim, bệnh tim thiếu máu cục bộ, bệnh thần kinh hoặc loét dạ dày.

Tìm hiểu xem BN có đang lọc thận không và nếu có thì là lọc máu hay thẩm phân phúc mạc. Những câu hỏi quan trọng cần phải hỏi một BN lọc thận được liệt kê trong Questions

<sup>a</sup> Nhiều người có thể uống 8 – 10 ly nước mỗi ngày.

<sup>b</sup> Tăng PTH thứ phát, calci máu giảm và phosphate tăng. Tăng PTH tam phát tức là tuyến cận giáp không còn chịu sự ức chế sẽ có calci và phosphate đều tăng.



box 17.2.

Hỏi về tất cả những biến chứng đã xảy ra bao gồm viêm phúc mạc tái đi tái lại nhiều lần do thẩm phân phúc mạc hoặc vấn đề về mạch máu do lọc thận.

Ghép thận là cách điều trị hiệu quả cho bệnh suy thận. BN ghép thận có thể biết quả thận ghép như thế nào là còn chức năng và biết được kết quả xét nghiệm chức năng thận gần đây nhất. Tìm hiểu xem, BN có biết về những đợt đào thải mảnh ghép, những đợt đó điều trị như thế nào và BN có ghép nhiều hơn một quả thận hay không. Xác định xem, BN có nhiễm trùng tái đi tái lại không, có rò nước tiểu hay tác dụng phụ do điều trị hay không. BN có thể gặp những vấn đề suy giảm miễn dịch sau một thời gian ghép thận như phát triển ung thư, nhiễm độc thận mạn tính (do cyclosporin và tacrolimus), béo phì và tăng huyết áp do corticosteroids hoặc nhiễm trùng tái đi tái lại. BN sẽ được cảnh báo rằng không được để da tiếp xúc với ánh sáng mặt trời và những BN nữ phải làm Pap smears định kỳ để tầm soát ung thư.

## 17.2. TIỀN SỬ KINH NGUYỆT VÀ TÌNH DỤC

Việc khai thác tiền sử tình dục có thể khá ngượng và nhạy cảm cho BN (và cả sinh viên), trừ khi nó có liên quan trực tiếp đến lý do vào viện, vấn đề này nên được hỏi sau cùng. Bởi vì khi đó giữa BN và thầy thuốc đã có sự tương tác với nhau và những câu hỏi đó lúc này sẽ ít mang tính xâm phạm hơn.

Khi khai thác tiền sử kinh nguyệt thì ngày đầu tiên của chu kỳ kinh rất quan trọng. Ngoài ra sự điều đặn của chu kỳ trong nhiều tháng hoặc nhiều năm và ngày có kinh gần nhất cũng có thể có liên quan. BN có thể than phiền về chứng thống kinh (dysmenorrhoea – đau bụng khi hành kinh) hoặc rong kinh (menorrhagia).

Huyết trắng có thể xuất hiện nếu BN bị nhiễm trùng đường sinh dục. Đôi khi tính chất huyết trắng là một chỉ điểm về loại nhiễm trùng. Tiền sử về số lần mang thai và số lần sinh nở cũng liên quan: gravidity để chỉ số lần người phụ nữ mang thai, parity để chỉ số lần sinh thành công. Hỏi về những biến chứng khi mang thai (tăng huyết áp).

Tiền sử quan hệ tình dục cũng liên quan. Hỏi về những biện pháp tránh thai và khả năng mang thai. Hỏi BN về rối loạn cương dương. Rối loạn cương dương được định nghĩa là không có khả năng đạt được hay duy trì sự cương cứng để đạt cực khoái liên tục trong 3 tháng. Hầu hết nguyên nhân là do cơ quan (bệnh lý thần kinh), do mạch máu (liên quan đến suy giảm chức năng nội mô) hoặc liên quan tới thuốc (chẹn beta, lợi tiểu thiazide). Quá trình này thường khởi đầu từ từ và biểu hiện sớm có thể là mất sự cương cứng buổi sáng ở những người đàn ông lớn tuổi.

## 17.3. TIỀN SỬ ĐIỀU TRỊ

Tiền sử dùng thuốc trước đây cần phải được hỏi. Chú ý tất cả các thuốc, bao gồm steroid và ức chế miễn dịch và liều lượng của chúng. Ở những BN suy giảm chức năng thận, liều lượng của những thuốc được lọc hoàn toàn bởi thận cần phải được điều chỉnh. Những BN có bệnh thận mạn cần phải được biết rõ sự cần thiết của việc hạn chế muối, nước, kali, phosphate, protein. BN có nhiễm trùng tiểu có thể đã dùng nhiều đợt dùng kháng sinh. Điều trị tăng huyết áp cũng nên được ghi nhận. Những thuốc nên sử dụng thận trọng như NSAIDs có thể làm nặng thêm tình trạng suy giảm chức năng thận hoặc gây ra bệnh thận mạn.

## 17.4. TIỀN SỬ BẢN THÂN

Tìm hiểu tiền sử nhiễm trùng tiểu hoặc sỏi thận trước đó hoặc hay tái đi tái lại. Có thể BN đã từng phẫu thuật để lấy sỏi đường tiểu hoặc phẫu thuật vùng chậu để trị chứng tiểu không tự chủ ở nữ hoặc phì đại tiền liệt tuyến ở nam. BN có thể biết về những lần có protein niệu hoặc tiểu máu vi thể ở những lần thử nước tiểu thường quy. Viêm cầu thận thường được chẩn đoán bằng sinh thiết thận và đó là một sự kiện đáng nhớ. Tiền sử đái tháo đường hoặc gout có thể có liên quan, vì những bệnh lý này có thể gây các biến chứng lên thận. Quan trọng nhất là phải tìm ra tiền sử tăng huyết áp, bởi vì nó không chỉ gây ra hư hại cho thận mà còn là một biến chứng thường gặp của bệnh thận. Tương tự, tiền sử những đợt tổn thương thận cấp, tiền sử điều trị ung thư bằng hóa trị và xạ trị, những đợt dị ứng nghiêm trọng và phơi nhiễm những chất độc cho thận đều liên quan đến bệnh thận. Tiền sử đái dầm (enuresis) sau 3 tuổi có thể liên quan đến trào ngược bàng quang niệu quản và hậu quả là để lại một sẹo ở thận.

Bệnh mạch máu thận có khả năng cao nếu BN có tiền sử bệnh lý mạch máu ở bất kỳ nơi đâu trên cơ thể như bệnh thiếu máu cục bộ cơ tim, bệnh lý mạch máu não. Ở những BN lớn tuổi, những câu hỏi đặc biệt liên quan đến việc sử dụng thuốc bột Bex hoặc Vincent có thể gợi ý bệnh thận do thuốc giảm đau? Điều này là đặc biệt quan trọng vì ở những BN này cần phải tầm soát các bệnh lý ác tính ở biểu mô đường tiểu và kiểm soát tổn thương thận.

## 17.5. TIỀN SỬ XÃ HỘI

BN bị bệnh thận mạn có thể gặp nhiều vấn đề xã hội. Có thể cần phải có những thiết bị để lọc thận tại nhà. Ai là người liên hệ với BN nếu việc lọc thận tại nhà có vấn đề? Chúng ta phải hỏi những câu hỏi chi tiết để tìm ra cách mà người bệnh và gia đình của họ thích ứng thế nào với bệnh lý mạn tính này và những biến chứng của nó. Hỏi xem người bệnh có còn làm việc được không? Tìm hiểu xem người bệnh hiểu biết được bao nhiêu về việc ghép thận. Cũng tìm hiểu sự hỗ trợ mà người bệnh nhận được từ gia đình và người thân. Việc lọc thận có thể được tiến hành ở một trung tâm khác để BN có thể đi du lịch được không?

## 17.6. TIỀN SỬ GIA ĐÌNH

Một vài thể bệnh về thận có thể di truyền. Ví dụ như bệnh thận đa nang là một bệnh lý di truyền tính trạng trội. Hỏi về bệnh đái tháo đường và tăng huyết áp của những người trong gia đình. Tiền sử gia đình bị điếc bẩm sinh cộng với tổn thương thận có thể là hội chứng Alport, một dạng viêm thận di truyền. Tiền sử gia đình bệnh thận ở bất kỳ dạng nào đều là một yếu tố nguy cơ để phát triển thành bệnh thận mạn.

## T&O'C essentials

1. BN bị bệnh thận ở giai đoạn đầu thường không biểu hiện triệu chứng.
2. Xét nghiệm máu hoặc nước tiểu thường quy có thể giúp phát hiện sớm bệnh lý ở thận.
3. Nhiều thuốc độc cho thận. Một sự thay đổi về thuốc có thể là nguyên nhân gây suy giảm chức năng thận.
4. BN suy thận làm gia tăng nguy cơ mắc các bệnh tim mạch và xương khớp.
5. Suy thận mạn có thể ảnh hưởng lớn đến đời sống BN. Những câu hỏi về sự hỗ trợ cũng như sự thích ứng nên trở thành thường quy.

## OSCE ôn tập

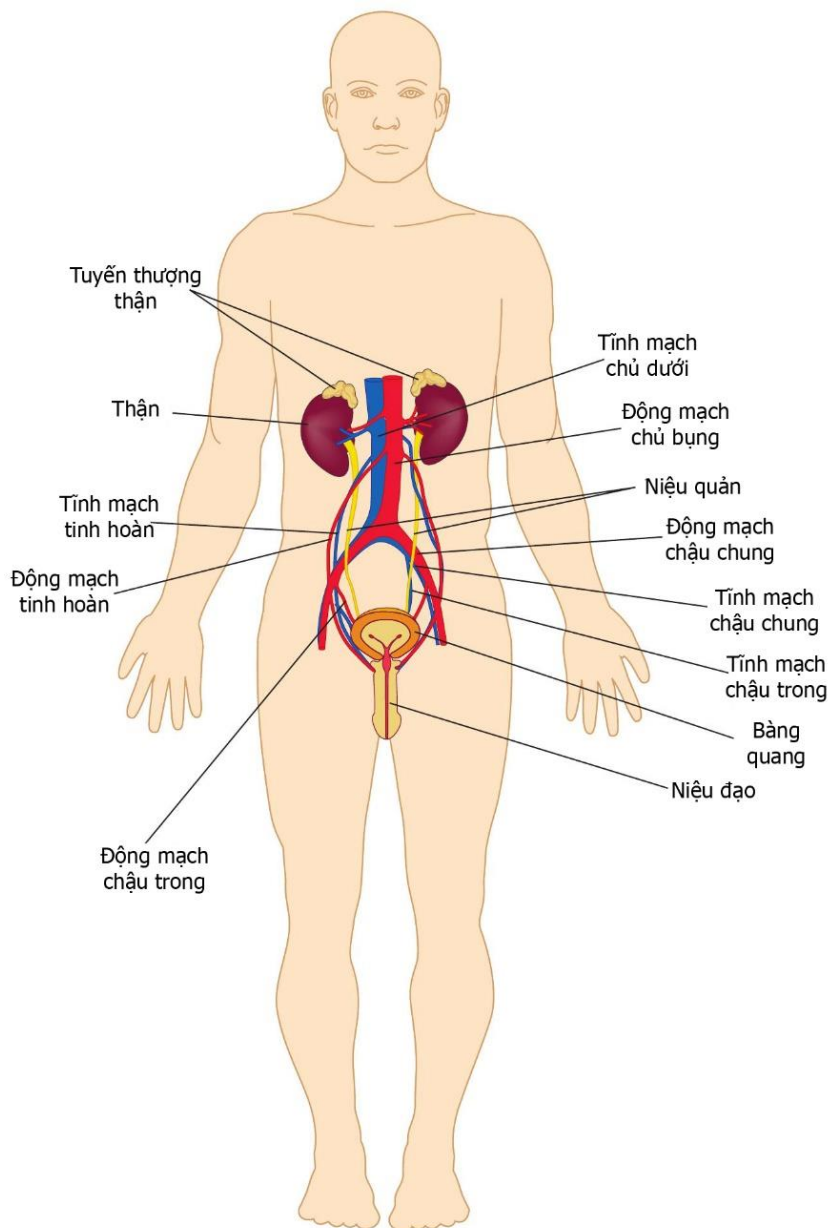
### Bệnh sử bệnh lý tiết niệu – sinh dục

**Topic này thường hay gặp trong OSCE, sẽ giúp ích khi ôn tập lại.**

1. Một người đàn ông ghép thận được 6 năm, hãy hỏi bệnh sử chi tiết từ ông ấy.
2. Hãy hỏi người phụ nữ về chế độ lọc thận và sự thích ứng của bà ấy như thế nào.
3. Một người phụ nữ nhiễm trùng tiểu tái đi tái lại, hãy hỏi bà ấy về điều này.
4. Một người phụ nữ lọc thận và gần đây phải thăm phân phức mạc, hãy hỏi bệnh sử bà ấy.
5. Một người đàn ông bị tăng huyết áp và có bệnh thận giai đoạn 4, hãy hỏi bệnh sử từ ông ấy.

Phan Hoàng Vĩnh Phú, Lý Kim Ngân

18.1. GIẢI PHẪU

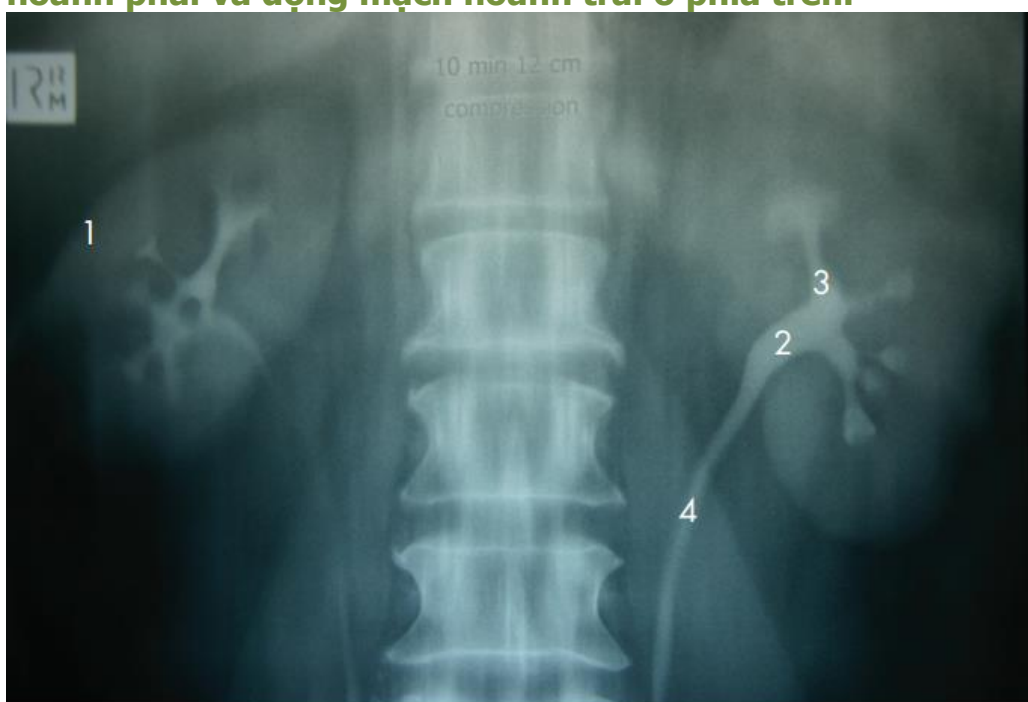


Hình 18.1. Giải phẫu thận và đường tiểu.

Hình 18.1 mô tả giải phẫu đường tiêu, Hình 18.2 mô tả hệ thống mạch máu cung cấp cho thận thông qua phim CT mạch máu thận và Hình 18.3 mô tả các bể chứa ở thận. Vấn đề về mặt chức năng có thể xuất phát từ bất kỳ bộ phận nào, như: động mạch cấp máu cho thận, nhu mô thận, niệu quản, bàng quang và niệu đạo.



**Hình 18.2. Hình ảnh CT mạch máu cho thấy nguyên ủy và đường đi của động mạch thận từ động mạch chủ bụng. Nhìn thấy được gốc của động mạch hoành phải và động mạch hoành trái ở phía trên.**



**Hình 18.3. Các bể chứa ở thận. Hình ảnh cản quang đường tĩnh mạch cho thấy cấu trúc của thận (1), bể thận (2), đài thận (3), niệu quản (4).**

## 18.2. THĂM KHÁM

Thăm khám hệ thống tiết niệu sinh dục không phải là một thăm khám thường quy. Tuy nhiên, nếu đang nghi ngờ hoặc xác định có bệnh lý về thận hay không thì việc thăm khám là bắt buộc. Hầu hết các triệu chứng thực thể đều do bệnh thận mạn (hội chứng ure huyết cao) và nguyên nhân của nó gây nên – xem List 18.1. Mặt khác, thăm khám sinh dục ở nam và sản phụ ở nữ là một phần của thăm khám tổng quát thường quy.

### List 18.1. Các nguyên nhân gây bệnh thận mạn.

**Được định nghĩa là giảm số lượng nephron theo thời gian dẫn đến tăng nồng độ ure máu**

1. Viêm cầu thận.
2. Đái tháo đường.
3. Bệnh lý mạch máu hệ thống.
4. Bệnh thận do thuốc giảm đau.
5. Bệnh thận do trào ngược.
6. Xơ hóa thận do tăng huyết áp.
7. Thận đa nang.
8. Bệnh thận do tắc nghẽn.
9. Bệnh thoái hóa dạng bột.
10. Bệnh lý mạch máu thận.
11. Bệnh lý huyết khối xơ vữa.
12. Tăng calci máu, tăng ure máu, tăng oxalate niệu.

13. Bệnh tự miễn.
14. Bệnh lý huyết học.
15. Bệnh thận do nhiễm độc.
16. Bệnh u hạt.
17. Viêm thận mô kẽ mạn tính.

**Đặc điểm lâm sàng cho thấy rằng suy thận mạn tính hơn là cấp tính:**

- Thận nhỏ (ngoại trừ đa nang, đái tháo đường, bệnh thoái hóa dạng bột và u tủy xương).
- Bệnh xương do thận.
- Thiếu máu (số lượng hồng cầu bình thường).
- Bệnh thần kinh ngoại biên.

### 18.2.1. Biểu hiện toàn thân

Dấu tăng thông khí (thở nhanh) có thể là chỉ điểm của tình trạng toan chuyển hóa. Khi có biểu hiện của triệu chứng nấc cụt thì có thể là dấu hiệu báo động của tăng ure máu. Hơi thở có mùi ammoniac thường gặp trong bệnh thận mạn. Mùi này rất khó để mô tả nhưng một khi đã ngửi được thì rất dễ nhớ. BN bệnh thận mạn thường có nước da tái xám (màu nâu bản hoặc ó màu ure). Điều này được giải thích do suy giảm khả năng bài tiết sắc tố trong nước tiểu (urochrome) cộng với tình trạng thiếu máu. Màu sắc da có thể từ xám nhạt đến màu đồng, do sự lắng đọng sắt ở những BN đã lọc máu và được truyền máu nhiều lần, nhưng những dấu hiệu này trở nên ít gặp hơn bởi việc sử dụng erythropoietin ngoại sinh. Ở BN suy thận giai đoạn cuối, BN từ từ lơ mơ rồi cuối cùng chìm vào hôn mê do sự tích tụ chất độc và nitrogen. Đôi khi có co giật, cơn tetany hay động kinh là do tính dễ kích thích của các neuron thần kinh cơ hoặc giảm nồng độ calci trong huyết tương. Việc điều chỉnh quá mức tình trạng toan chuyển hóa (bằng truyền bicarbonate) cũng góp phần làm BN co giật và hôn mê. Có thể có những nốt đặc hiệu do sự lắng đọng calci phosphate.

Cần thiết phải đánh giá lượng nước xuất nhập ở tất cả BN có bệnh thận. Nếu mất một lượng dịch quá lớn có thể gây ra tổn thương thận cấp hoặc gây tình trạng suy giảm mất bù trên BN có bệnh thận mạn. Ngược lại, nếu truyền dịch quá nhiều để cố gắng điều chỉnh tổn thương thận cấp thể làm tăng nguy cơ phù phổi. Nên cân BN thường xuyên, vì nó được coi như là một công cụ để đánh giá trạng thái cân bằng dịch.

Trên người BN có thể có mùi như nhiễm ceton trong nhiễm trùng tiểu. Chúng ta có thể có được bằng chứng BN tiểu không kiểm soát khi phát hiện nước tiểu dính lên quần áo của họ.

### 18.2.2. Bàn tay

Nên nhìn móng tay của BN. Tìm dấu hiệu móng trắng. Móng Muehrcke là triệu chứng có từng cặp đường ngang màu trắng nằm gần cuối của móng, xuất hiện khi BN giảm albumin máu (hội chứng thận hư). Hoặc dấu đường Mees<sup>a</sup> – xem Hình 18.4 (một đường màu trắng nằm ngang móng) thấy trong nhiễm độc arsenic cũng như suy thận. Dấu móng nửa – nửa (nửa móng đầu xa có màu đỏ hoặc nâu, nửa móng đầu gần có màu trắng hoặc hồng) gặp trong bệnh thận mạn (dấu móng terry).



**Hình 18.4. Đường Mees.**



**Hình 18.5. Cầu nổi động – tĩnh mạch ở cẳng tay của BN lọc thận nhân tạo.**

---

<sup>a</sup> RA Mees, bác sĩ người Hà Lan, báo cáo dấu hiệu này vào năm 1919. Dấu hiệu này còn được báo cáo trước đó ở Lancet năm 1901 bởi E Reynold. Ông thấy rằng dấu hiệu này gặp ở những người uống bia nhiễm arsenic ở miền bắc nước Anh.

Thiếu máu có biểu hiện lòng bàn tay nhợt. Nhiều nguyên nhân làm BN bệnh thận mạn bị thiếu máu, bao gồm thiếu dưỡng (đặc biệt thiếu acid folic), mất máu, giảm erythropoietin, tán huyết, suy tủy xương và tình trạng bệnh mạn tính.

### 18.2.3. Tay

Quan sát cổ tay và cẳng tay để tìm những vết sẹo và sờ để tìm cầu nổi động – tĩnh mạch – sử dụng cho những lần lọc máu trước. Đó là những vết phỏng dọc theo cánh tay và sờ có rung miu liên tục – cảm giác có tiếng ù ù đặc trưng phía trên chỗ thông nối – Hình 18.5. Đó cũng có thể là những vết sẹo của những lần phẫu thuật do tắc shunt hay hội chứng ống cổ tay. Khám để tìm hội chứng ống cổ tay.

Những vết bầm tím do sự tích tụ nitrogen gây ra bởi sự suy giảm mức tiêu thụ prothrombin, sự thiếu hụt yếu tố III tiểu cầu và bất thường về sự ngưng tập tiểu cầu ở những BN bệnh thận mạn. Biến đổi sắc tố da là dấu hiệu thường gặp. Những vết trầy xước trên da do ure huyết cao gây ngứa, cùng với sự tăng phosphate trong máu. Nếu điều này xuất hiện thường xuyên, BN có thể có suy nhược thần kinh nghiêm trọng. Ngưng tụ ure (ureamic frost – xem Hình 18.6) là dấu hiệu bột màu trắng trên da ở những nơi có nồng độ ure cao dẫn đến kết tủa mồ hôi, điều này xuất hiện vào giai đoạn cuối của bệnh thận mạn. Tìm bằng chứng của viêm mạch máu do bệnh thận gây nên.



**Hình 18.6. Dấu hiệu ngưng tụ ure (ureamic frost).**

Tìm dấu chứng của bệnh lý thần kinh ngoại biên ở chi. Bất thường về cảm giác được biểu hiện rõ ràng hơn các bất thường về vận động. Bệnh lý tủy sống và đau do xương cũng có thể gặp.

### 18.2.4. Mặt

Sự xuất hiện của ban hoặc co rút ở da có thể là chỉ điểm của bệnh lý mô liên kết như lupus ban đỏ hệ thống hoặc xơ cứng bì hệ thống.

BN có sử dụng máy trợ thính, điều này có thể liên quan đến hội chứng Alport (viêm thận di truyền kèm với điếc bẩm sinh và bệnh lý về võng mạc hoặc giác mạc).

Khám mắt để tìm các dấu hiệu thiếu máu hoặc hiếm hơn là vàng da (lắng đọng nitrogen có thể gây tán huyết). Một vệt màu trắng nằm vắt ngang qua giác mạc của BN do sự lắng đọng calci ở lớp thượng mô của giác mạc, điều này gặp trong cường cận giáp thứ phát hoặc do cường cận giáp tam phát hoặc sử dụng calci quá mức ở BN có bệnh thận mạn.



Hơi thở BN có thể có mùi nước tiểu. Đó là do sự biến đổi của ure thành amoniac trong nước bọt. Có thể loét niêm mạc miệng do giảm lượng nước bọt hoặc do tình trạng dễ nhiễm trùng ở BN có bệnh thận mạn hoặc do giảm đáp ứng tình trạng viêm cấp khi có lắng đọng nitrogen. Những BN ghép thận được điều trị với thuốc ức chế calcineurin (cyclosporin và tacrolimus) thường sẽ tăng sản nước răng.

### **18.2.5. Cổ**

Kiểm tra áp lực tĩnh mạch cảnh để giúp đánh giá thể tích dịch trong lòng mạch. Nghe âm thổi động mạch cảnh, có thể cung cấp manh mối (mặc dù không tin tưởng lắm) về bệnh lý xơ vữa mạch máu toàn thân (trong đó có hẹp động mạch thận hoặc biến chứng bệnh thận mạn). Tìm dấu chọc ở tĩnh mạch cảnh do đặt sheath vào lòng mạch để lọc máu trước đó. Tìm sẹo phẫu thuật cắt tuyến cận giáp trước đó trong điều trị cường cận giáp tam phát.

### **18.2.6. Ngực**

Khám tim và phổi. Có thể có dấu hiệu suy tim sung huyết ở BN bệnh thận mạn do giữ dịch hoặc tăng huyết áp do giữ muối và nước hoặc do co mạch quá mức hoặc cả hai. Dấu hiệu phù phổi có thể hiện diện (loại phù phổi không do tim, có hình ảnh cánh dơi trên phim X quang ngực). Quá tải thể tích hoặc bệnh tim do ure.

Viêm màng ngoài tim, có thể do fibrin hoặc xuất huyết ở BN bệnh thận mạn – thứ phát do sự lắng đọng các chất độc của chuyển hóa và có thể tràn dịch màng ngoài tim. Có thể nghe thấy tiếng cọ màng tim hoặc dấu hiệu chèn ép tim. Nhiễm trùng phổi cũng thường hay gặp do suy giảm miễn dịch ở những BN bệnh thận mạn hoặc do hậu quả của việc điều trị bệnh thận mạn.

### **18.2.7. Khám bụng**

Việc thăm khám bụng được đề cập trong CHƯƠNG 14. Tuy nhiên cần phải chú ý đến những vấn đề sau đây:

#### **18.2.7.1. Nhìn**

Sự hiện diện của catheter Tenckhoff (catheter thăm phân phúc mạc) nên được chú ý. Quan trọng là tìm thấy sẹo phẫu thuật cắt thận thường nằm ở phía sau. Cần thiết thì nên cho BN xoay và quan sát vùng hông lưng. Sẹo ghép thận thường được tìm thấy ở hố chậu phải hoặc trái. Thận ghép có thể quan sát được như một khối phồng lên bên dưới sẹo, nó được đặt trong một mặt phẳng khá nông. Kết quả của thăm phân phúc mạc tại vị trí đặt catheter trong khoang phúc mạc sẽ tạo ra một cái sẹo nhỏ, thường ở vùng bụng dưới hoặc cạnh đường giữa.

Bụng có thể căng trướng do bệnh thận đa nang lớn hoặc báng bụng (là kết quả của hội chứng thận hư hoặc dịch thăm phân phúc mạc).

Quan sát để tìm khối phồng ở bìu hoặc phù bộ phận sinh dục.

#### **18.2.7.2. Sờ**

Nên cẩn thận khi thăm khám để tránh bỏ sót khối u ở thận – xem List 18.2. Nên nhớ rằng một thận lớn thường lòi ra phía trước, trong khi áp xe hoặc tụ dịch quanh thận có khuynh hướng lòi ra phía sau. Thận ghép có thể sờ được dễ dàng ở hố chậu phải hoặc trái. Đau khi sờ lên thận ghép có thể là dấu hiệu của sự thải ghép. BN với bệnh thận đa nang

cũng có thể có đa nang gan và gan to do nang gan – xem List 18.3. Sờ xem bàng quang có căng to hay không, có phình động mạch chủ bụng không. Ở BN bị đau bụng, đau quần thận nên được nghĩ tới nếu ấn đau ở vùng thận hoặc ở hông lưng.

### List 18.2. Các tổn thương khiến chúng ta sờ được thận.

#### Sờ được thận một bên

- Carcinoma tế bào thận.
- Thận ứ mủ hoặc thận ứ nước.
- Viêm thận mủ hạt vàng.
- Thận đa nang (thận to không cân xứng).
- Thận phải bình thường hoặc thận đơn độc.
- Huyết khối tĩnh mạch thận cấp (một bên).
- Viêm mủ thận cấp.
- Áp xe thận.
- Phi đại bù trừ của thận chức năng đơn độc.

#### Sờ được thận hai bên

- Thận đa nang.
- Thận ứ mủ hoặc thận ứ nước hai bên.
- Carcinoma tế bào thận hai bên.
- Bệnh thận do đái tháo đường (sớm).
- Bệnh lý thâm nhiễm: amyloid, lymphoma.
- Cục đại đầu chi.
- Huyết khối tĩnh mạch thận hai bên.

### List 18.3. Bệnh lý thận đa nang ở người trưởng thành.

Nếu chúng ta chẩn đoán BN thận đa nang, luôn nhớ những điểm quan trọng sau đây:

1. Kiểm tra huyết áp (75% BN sẽ có tăng huyết áp).
2. Kiểm tra nước tiểu để tìm dấu hiệu tiểu máu (do xuất huyết trong nang) và đạm niệu (thường dưới 2 g/ngày).
3. Tìm bằng chứng của thiếu máu (do bệnh thận mạn) hoặc đa hồng cầu (do tăng nồng độ erythropoietin). Chú ý rằng nồng độ haemoglobin sẽ cao hơn mong đợi của mức độ suy thận.
4. Lưu ý sự xuất hiện của gan to và lách to (do đa nang). Những điều này có thể gây nhầm lẫn khi chúng ta thăm khám bụng.
5. Đau khi sờ có thể là chỉ điểm của nhiễm trùng nang.

*Xuất huyết dưới nhện xuất hiện ở 3% những BN có thận đa nang do vỡ phình mạch nội sọ. Vì thận đa nang là một bệnh lý di truyền tính trạng trội nên tất cả thành viên trong gia đình BN phải được tầm soát.*



Hình 18.7. Bập bênh thận.

### 18.2.7.3. Bập bênh thận

Ballotting là một từ tiếng Pháp, nghĩa là lắc, đây là một kỹ thuật thăm khám bằng cách đẩy nhẹ thận ra phía trước. Đặt một tay phía dưới góc thận và dùng các ngón tay đẩy thận hướng ra trước, trong khi bàn tay còn lại đặt ở phía trước 1/4 bụng trên, để cảm nhận thận di chuyển lên phía trên và chìm xuống trở lại – xem Hình 18.7.

### 18.2.7.4. Gõ

Điều này là cần thiết để phát hiện bụng báng bằng cách gõ đục vùng thấp. Cũng gõ để tìm bàng quang to. Người béo phì và bụng báng thì gõ trực tiếp lên bàng quang rất khó khăn. Đây là một cơ hội để áp dụng kỹ thuật nghe gõ. Đặt phần màng của ống nghe ngay trên bờ xương mu và bắt đầu gõ trực tiếp lên thành bụng, bắt đầu ở hạ sườn ngay đường giữa. Nếu âm thanh đột ngột tăng lên khi gõ thì vị trí này đã chạm đến bờ trên của bàng quang. Thậm chí có thể ước lượng được thể tích nước tiểu trong bàng quang bằng biện pháp này. Nếu bờ trên của bàng quang cách ống nghe < 2 cm thì gợi ý bàng quang trống, nếu > 8 cm thì tương ứng với lượng nước tiểu khoảng 750 – 1000 ml.

### 18.2.7.5. Nghe

Dấu hiệu quan trọng của việc nghe là phát hiện âm thổi ở thận. Âm thổi ở thận nghe rõ nhất ở trên rốn, cách đường giữa khoảng 2 cm về bên trái hoặc bên phải. Nghe bằng phần màng ở cả hai vị trí trên. Kế đó yêu cầu BN ngồi dậy và nghe ở hai bên hông lưng. Phát hiện âm thổi tâm thu và tâm trương là dấu hiệu rất quan trọng. Khi có âm thổi tâm trương thì có nghĩa là có sự thay đổi huyết động rõ rệt. Nó xuất hiện gợi ý hẹp động mạch thận bởi do loạn sản xơ cơ hoặc xơ vữa động mạch. Khoảng 50% BN hẹp động mạch thận sẽ có âm thổi. Ở BN có tăng huyết áp khó kiểm soát thì sự xuất hiện âm thổi tâm trương/tâm thu có LR+ cho hẹp động mạch thận là trên 40. Mặt khác, nếu chỉ có âm thổi tâm thu nhẹ thì ít nhất phân nửa số BN này không có hẹp động mạch thận. Trong những trường hợp này thì âm thổi có thể xuất phát từ động mạch chủ hoặc động mạch thận. Nếu không có tăng huyết áp thì chẩn đoán hẹp động mạch thận ít có khả năng hơn. Trường hợp bị phù phổi khởi phát đột ngột không giải thích được trên BN bị bệnh thận hư và tăng huyết áp làm cho chẩn đoán hẹp động mạch thận có khả năng nhiều hơn.

### 18.2.8. Thăm khám trực tràng và khung chậu

Phì đại tiền liệt tuyến ở nam giới và cứng xương chậu do sự xâm lấn từ ung thư cổ tử cung ở phụ nữ là những điều quan trọng cần phải ghi nhận, vì nó có thể gợi ý nguyên nhân gây tắc nghẽn đường tiểu và suy thận thứ phát.

### 18.2.9. Khám lưng

Đánh vào cột sống của BN một cách nhẹ nhàng bằng phần đáy của nắm đấm để phát hiện dấu hiệu đau xương. Có thể do loạn sản teo xương do thận hoặc nhuyễn xương, cường cận giáp thứ phát hoặc đa u tủy. Đau lưng trong bối cảnh bệnh suy thận luôn luôn nghĩ tới khả năng cao là do paraproteinaemia.

Dùng nắm đấm đánh nhẹ nhàng vào vùng hố thận, gọi là nghiệm pháp Murphy (xem Hình 18.8) và được thực hiện để phát hiện đau thận ở BN bị nhiễm trùng thận. Thông tin tương tự có thể biết được một cách nhẹ nhàng hơn bằng nghiệm pháp bập bênh thận khi BN nằm ngửa. Tìm dấu hiệu phù xương cùng ở những BN nằm liệt giường, đặc biệt ở

những BN bị suy tim sung huyết hoặc hội chứng thận hư. Sự xuất hiện của loét ngón chân gợi ý bệnh lý huyết khối xơ vữa.



**Hình 18.8. Nghiệm pháp Murphy.**

### **18.2.10. Chân**

Dấu hiệu quan trọng cần tìm ở đây là phù, ban xuất huyết, ban dạng lưới (một mạng lưới các vết màu đỏ – xanh do viêm mạch máu hoặc bệnh lý xơ vữa huyết khối), rối loạn sắc tố da, vết trầy xước và dấu hiệu của bệnh lý mạch máu ngoại biên. Khám để tìm các tổn thương thần kinh ngoại biên và ở cơ là cần thiết, cũng giống như trên cánh tay. Hạt tophi của gout hoặc sự xuất hiện của bệnh khớp do gout thường sẽ cho chúng ta thông tin về nguyên nhân ở những BN suy thận (mặc dù sự lắng đọng acid uric thứ phát cũng thường gặp trong bệnh thận mạn nhưng nó ít khi gây ra gout trên lâm sàng).

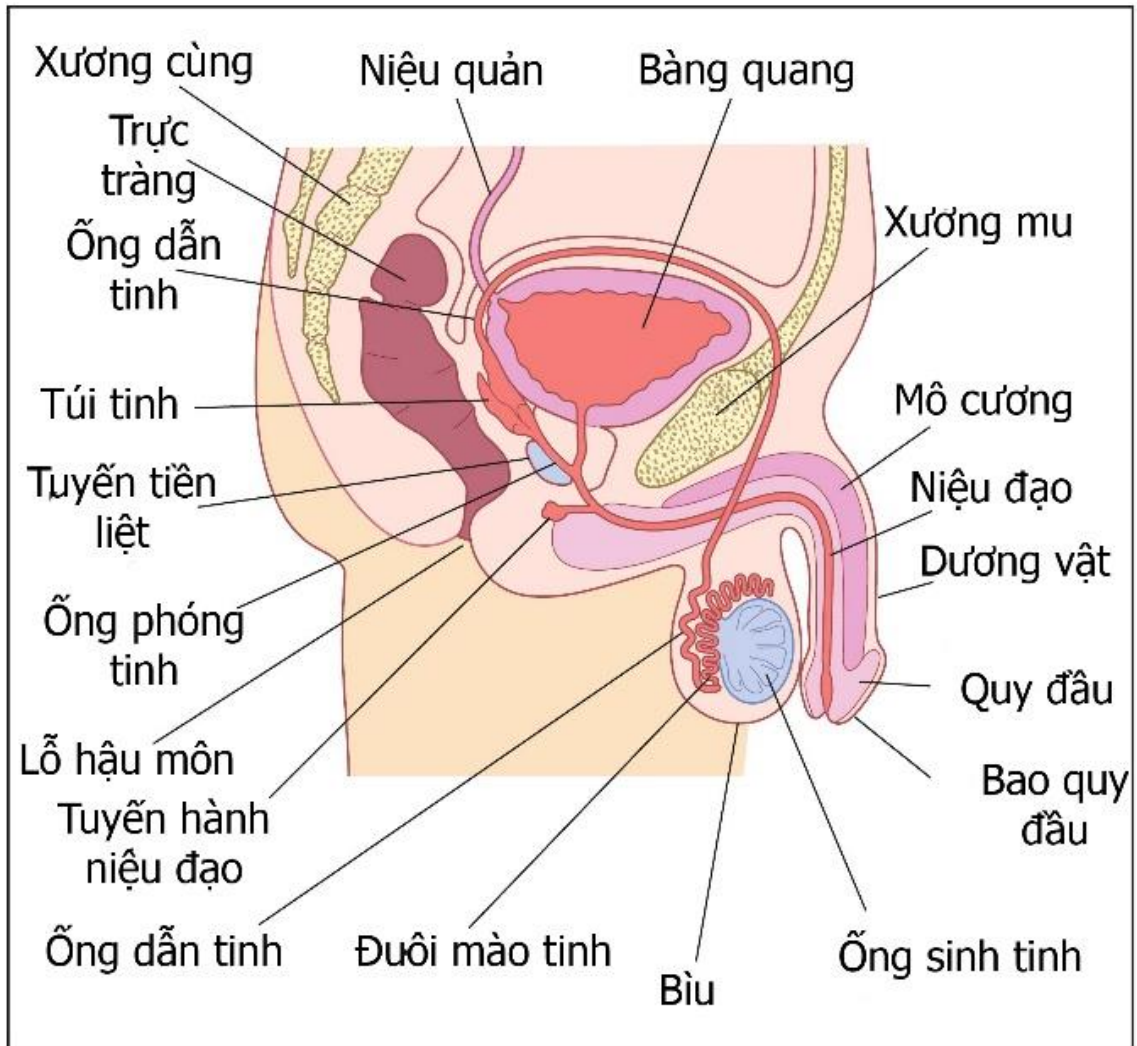
### **18.2.11. Huyết áp**

Việc quan trọng nữa là phải đo huyết áp cho tất cả BN có bệnh thận, bởi vì huyết áp cao gây ra suy thận hoặc nó cũng là biến chứng của bệnh thận. Kiểm tra xem BN có hạ huyết áp tư thế không, vì giảm thể tích máu có thể gây tổn thương thận cấp.

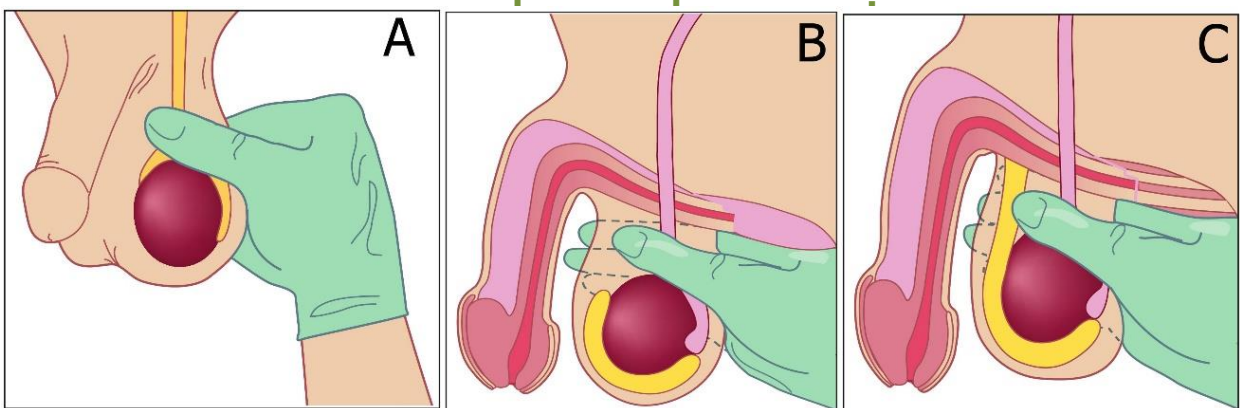
### **18.2.12. Đáy mắt**

Kiểm tra đáy mắt cũng khá quan trọng. Kiểm tra sự thay đổi của đáy mắt do tăng huyết áp và đái tháo đường. Đái tháo đường có thể gây bệnh thận mạn.

### 18.3. KHÁM BỘ PHẬN SINH DỤC NAM



Hình 18.9. Giải phẫu cơ quan sinh dục nam.



Hình 18.10. Thăm khám bìu. (A) để sờ mào tinh thì vuốt dọc cực sau của tinh hoàn, (B) tràn dịch màng tinh thì ngón tay có thể chạm được cực trên của tinh hoàn, (C) thoát vị bẹn thì ngón tay cũng không thể chạm vào cực trên của tinh hoàn.

Quan sát bộ phận sinh dục (xem Hình 18.9, Hình 18.10), sẽ cho chúng ta bằng chứng về loét niêm mạc. Nó có thể xuất hiện trong nhiều bệnh lý hệ thống, bao gồm hội chứng Reiter<sup>b</sup> (viêm khớp phản ứng) và hiếm hơn là hội chứng Behçet<sup>c</sup>. Vì lý do thẩm mỹ và an toàn nên đeo găng tay khi thăm khám ở vùng này. Tụt da quy đầu dễ bộc lộ đầu dương vật. Bề mặt niêm mạc quy đầu rất dễ bị nhiễm trùng hoặc loét trong các bệnh cảnh nhiễm trùng hoặc bệnh lý mô liên kết (xem List 18.4). Quan sát có chảy mủ niệu đạo không. Nếu tiền sử đã từng bị chảy mủ thì phải nặn hoặc vắt dịch ra bằng gạc. Bất kỳ dịch nào xuất hiện cũng nên gửi kiểm tra dưới kính hiển vi và cấy.

#### **List 18.4. Các nguyên nhân của các tổn thương ở bộ phận sinh dục.**

<b>Loét</b>	<b>Không loét</b>
– Herpes simplex (bóng nước xuất hiện sau đó là loét: đau).	– Viêm bao quy đầu do hội chứng Reiter hoặc do vệ sinh bộ phận sinh dục kém.
– Giang mai (không đau).	– Bệnh lý da liễu nguyên phát.
– Bệnh lý ác tính (carcinoma tế bào vảy: đau).	
– Hạ cam (do nhiễm <i>Haemophilus ducreyi</i> : đau).	
– Hội chứng Behçet.	

Quan sát bìu khi BN đứng. Thường thì tinh hoàn bên trái thấp hơn bên phải. Đó là bộ phận duy nhất của cơ thể không cân đối hai bên khi nhìn. Khi có tình trạng xoắn tinh hoàn, tinh hoàn sẽ bị đẩy cao lên và nằm ngang hơn so với mức bình thường. Quan sát xem có phù ở da, nang tuyến bã, nấm da ở đùi (ban đỏ do nhiễm nấm ở những vùng da ẩm ướt ở bẹn) hoặc bệnh ghẻ. Tràn dịch màng tinh thường gặp trong suy tim nặng và có thể xuất hiện ở những BN có hội chứng thận hư hoặc bàng bụng.

Sờ tinh hoàn mỗi bên nhẹ nhàng bằng cách sử dụng các ngón tay và ngón cái của tay phải hoặc nâng tinh hoàn giữa ngón giữa và ngón trỏ của bàn tay phải và sờ nó bằng ngón tay cái cùng bên. Tinh hoàn bình thường sẽ bằng nhau về kích thước, trơn, nhẵn và chắc. Biến mất một hoặc cả hai tinh hoàn có thể là do phẫu thuật cắt bỏ trước đó, tinh hoàn ẩn hoặc co rút tinh hoàn. Ở trẻ em, tinh hoàn có thể co rút khi bắt đầu sờ bìu bởi vì phản xạ co cơ bìu. Sự đi xuống không hết của tinh hoàn (một tinh hoàn nằm ở ống bẹn hoặc cao hơn) có nhiều cơ hội phát triển thành ác tính. Một tinh hoàn nhạy đau hoặc chai cứng, không cảm giác đều gợi ý tình trạng viêm tinh hoàn. Điều đó thường do quai bị trước tuổi dậy thì và xuất hiện khoảng 5 ngày sau khi viêm tuyến mang tai. Một tinh hoàn không đi xuống có thể sờ thấy ở ống bẹn, thường ngay ở vị trí lỗ bẹn nông hoặc phía trên. Sự xuất hiện của một tinh hoàn nhỏ, chắc gợi ý một bệnh lý nội tiết (suy tuyến sinh dục) hoặc teo tinh hoàn do rượu hoặc do thuốc.

Cảm nhận mào tinh ở phía sau đó đi lên trên theo ống dẫn tinh và thừng tinh. Nên phân

<sup>b</sup> Đây là một bệnh lý tự miễn, tiến triển do sự phản ứng với sự nhiễm trùng ở cơ quan khác của cơ thể.

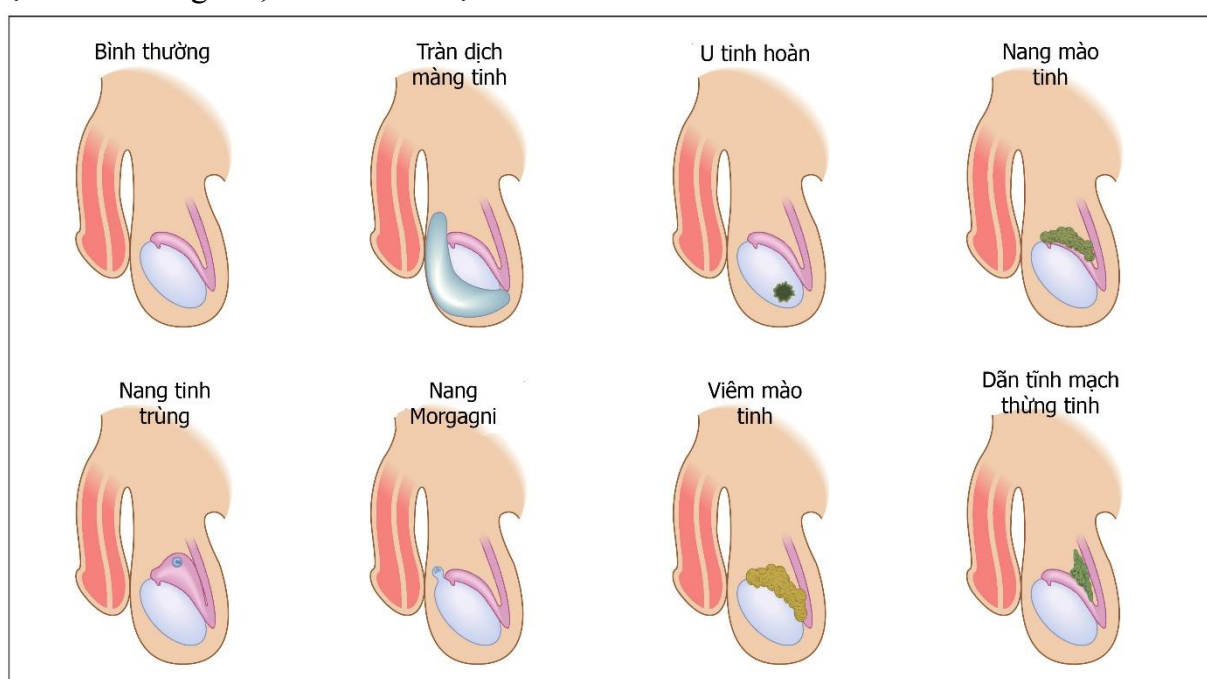
<sup>c</sup> Đây là bệnh lý phản ứng đáp ứng miễn dịch chéo, gây viêm mạch máu toàn thân, với tam chứng như: viêm màng bồ đào, loét áp tơ ở miệng, loét bộ phận sinh dục.

biệt được ống dẫn tinh và tinh hoàn.

Cảm nhận dẫn tinh mạch thừng tinh như một cái túi chứa giun ở trong bìu. Tinh hoàn bên dẫn tinh mạch thừng tinh nằm ngang. Không rõ điều này là nguyên nhân hay là hậu quả của dẫn tinh mạch thừng tinh. Dẫn tinh mạch thừng tinh bên trái thường có bệnh lý nên như u thận trái hoặc huyết khối tĩnh mạch thận trái. Sự hiếm gặp của dẫn tinh mạch thừng tinh bên phải vẫn còn là một câu hỏi.

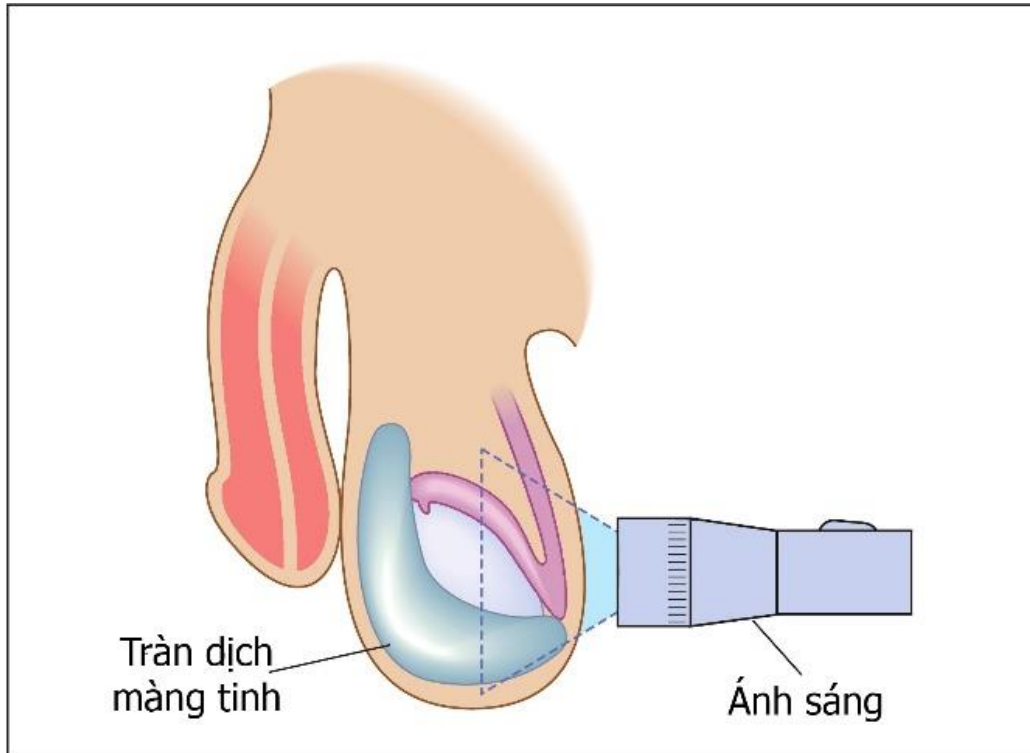
### Các chẩn đoán khi có khối phòng ở bìu

– Nếu khối phòng được sờ thấy ở bìu, đầu tiên phải xem có sờ được phần trên của nó không. Phải yêu cầu BN đứng lên. Nếu không sờ được bờ phía trên thì nó chắc hẳn đi xuống ống bẹn từ bụng và có thể là thoát vị bẹn bìu (xem Hình 18.11). Nếu sờ được giới hạn trên của nó, cần xem nó có tách biệt với tinh hoàn hay không và phải nhờ đến biện pháp soi đèn. Thực hiện bằng cách sử dụng đèn pin (xem Hình 18.12). Cho BN vào một căn phòng tối, dùng một cây đèn nhỏ chiếu vào bên cạnh tinh hoàn đang sưng to. Nếu khối dịch thì sẽ sáng lên, nếu là khối đặc thì vẫn tối.



**Hình 18.11. Phân biệt các tổn thương tạo khối phòng ở bìu.**

– Nếu khối đó là một phần của tinh hoàn và là một khối rắn thì nhiều khả năng là khối u hoặc hiếm hơn là u của người giang mai. Tinh hoàn có thể to, cứng ở người mắc bệnh bạch cầu cấp. Nếu khối là dịch thì nhiều khả năng là tràn dịch màng tinh hoàn. Nếu khối đó tách biệt với tinh hoàn và thấu quang thì có thể là nang mào tinh và nếu một khối cùng tính chất nhưng không thấu quang thì có thể là viêm mào tinh mạn tính. Thường có thể sờ dọc theo rãnh của tinh hoàn và mào tinh và có thể phân biệt u mào tinh và u tinh hoàn.



**Hình 18.12. Chiều đèn vào bìu.**

## 18.4. THĂM KHÁM VÙNG CHẬU

Khám vùng chậu nên được thực hiện như là một thao tác cuối cùng của bất kỳ quá trình thăm khám nào. Thăm khám này cần có sự đồng thuận và nếu là bác sĩ hoặc sinh viên nam thì phải cần có một người nữ đi cùng (xem List 18.5). Sự riêng tư của BN nên được đảm bảo. Phải mang găng tay khi thăm khám (xem Hình 18.13).

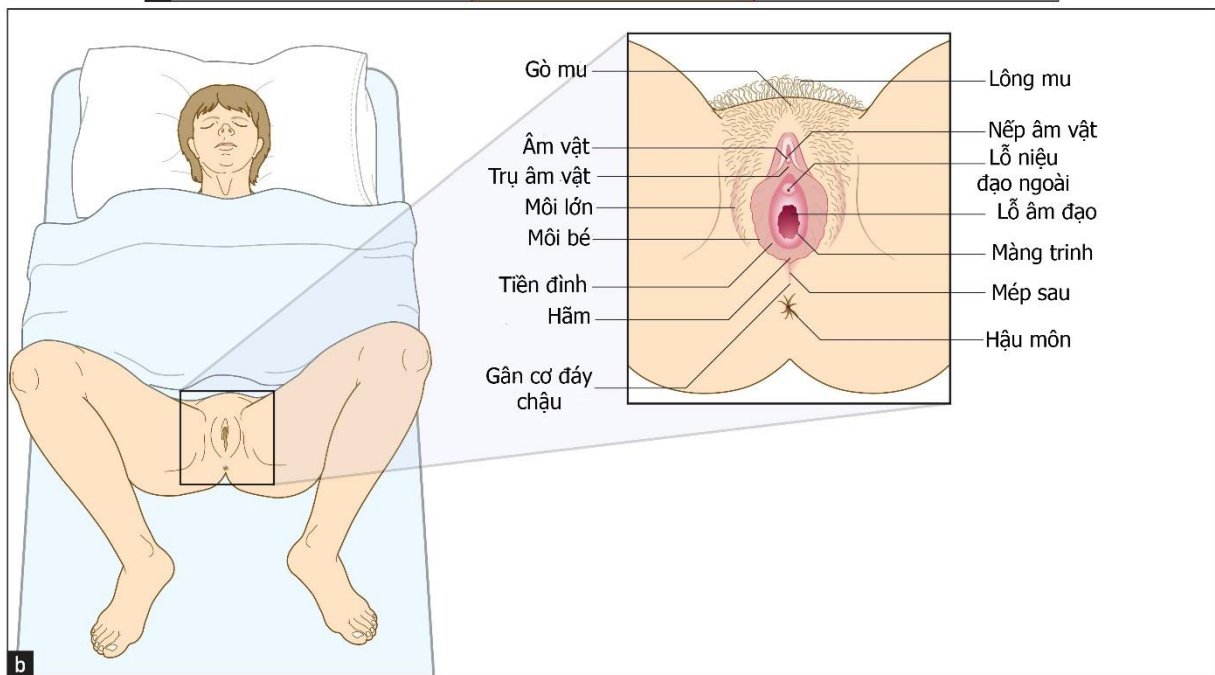
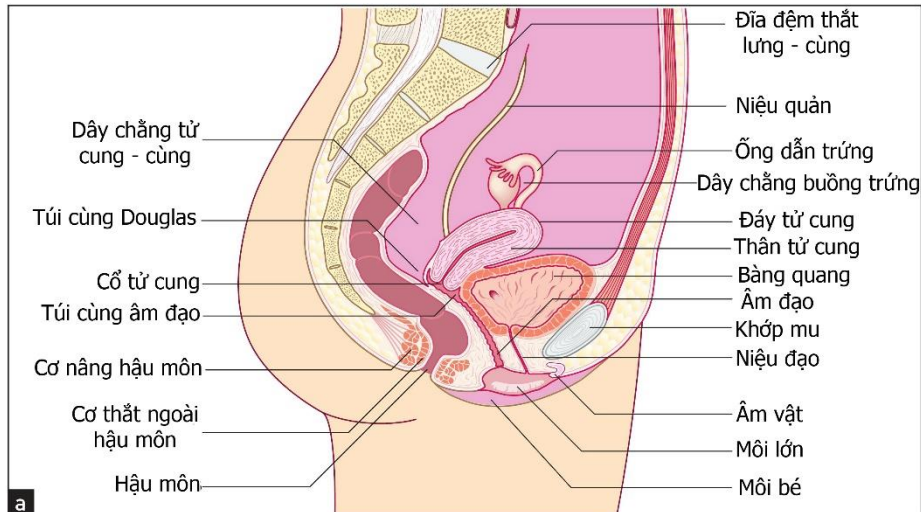
### List 18.5. Những nguyên tắc trong thăm khám vùng chậu.

#### Những nguyên tắc khi thăm khám vùng chậu:

- Giải thích việc thăm khám này là cần thiết và tại sao phải thăm khám.
- Giải thích việc thăm khám để phục vụ cho chẩn đoán bệnh lý gì.
- Tiếp nhận lời đồng ý của BN.
- Cần có người thứ ba, có thể là người thân hoặc bạn bè.
- Đợi BN cởi quần áo trong phòng kín đáo.
- Tiếp tục thảo luận với BN và tránh những bình luận không cần thiết.
- Giải thích những dấu hiệu tìm thấy và khuyến khích đặt câu hỏi cũng như bình luận.

Đầu tiên, BN cần phải làm trống bàng quang. BN nên nằm ngửa theo tư thế chân ếch – frog legged position (hai chân dang rộng ra, hai cổ chân chụm lại và gối gấp – xem Hình 18.14). Tư thế nằm nghiêng sang trái được sử dụng khi người bệnh không nằm tư thế sản khoa (lithotomy position) được hay khi cần khảo sát thành trước âm đạo như nghi ngờ rò niệu đạo.



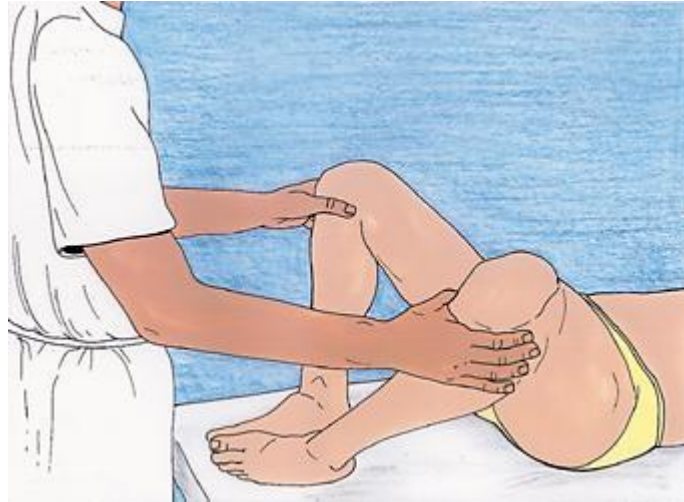


**Hình 18.13. Giải phẫu cơ quan sinh dục nữ. (a) nhìn bên cho thấy môi tương quan giữa cơ quan sinh dục với trực tràng và bàng quang, (b) trong tư thế khi thăm khám.**

Sử dụng đèn chiếu sáng vùng tầng sinh môn để quan sát rõ ràng, sau đó mang găng tay trước khi thăm khám. Đầu tiên, quan sát cơ quan sinh dục ngoài. Chú ý bất kỳ chỗ phát ban nào (những vùng xơ cứng màu trắng trong bệnh bạch sản – leukoplakia, chỗ sưng đỏ tróc da do nấm candida hay trichomonas), loét, mụn cóc, sẹo, các lỗ mở của xoang hoặc sang thương khác. Tách môi âm hộ ra bằng ngón cái và ngón trỏ. Sờ nang tuyến Bartholin<sup>d</sup> hoặc áp xe bằng ngón cái và ngón giữa trong phía sau của môi lớn, bình thường không sờ được tuyến này. Chú ý kích thước và hình dạng của âm vật, có mủ chảy ra từ lỗ niệu

<sup>d</sup> Caspar Bartholin Secundus (1655 – 1738), một giáo sư triết học ở Copenhagen lúc 19 tuổi, sau đó là giáo sư y khoa, giải phẫu và sinh lý. Ông mô tả tuyến này vào năm 1677.

đạo ngoài và âm đạo hay không. Nếu chảy máu âm đạo thì gợi ý đang hành kinh, sảy thai, ung thư, polyp cổ tử cung hoặc viêm loét. Chảy mủ gợi ý viêm âm đạo, viêm cổ tử cung, viêm nội mạc tử cung (bệnh lậu ) hoặc yêu cầu BN giữ lại băng vệ sinh để quan sát. *Trichomonas vaginalis* gây ra huyết trắng bọt, nhớt, màu vàng trắng; trong khi nấm *Candida* gây ra huyết trắng đặc như pho – mát, kèm theo tróc da, ngứa. Huyết trắng sinh lý có thể xuất hiện và hầu như là không màu.

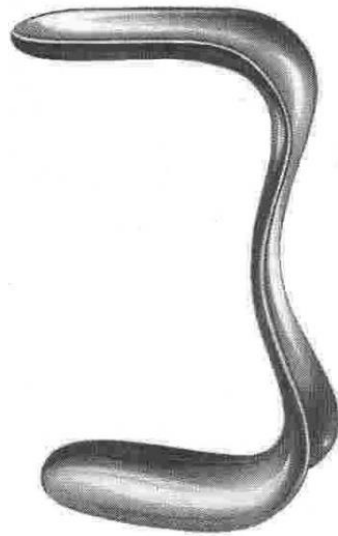


**Hình 18.14. Tư thế frog legged.**

Yêu cầu BN rặn; nếu BN có sa bàng quang (sự sa xuống của bàng quang qua thành trước âm đạo) hoặc sa trực tràng (sự sa xuống của trực tràng qua thành sau âm đạo) hoặc sa tử cung sẽ thấy rõ hơn. Kế đó yêu cầu BN ho, điều này có thể làm xuất hiện triệu chứng tiểu không tự chủ. Chú ý sự hiện diện của teo âm đạo ở những người phụ nữ lớn tuổi.



**Hình 18.15. Banh Cusco.**



**Hình 18.16. Banh Sim.**

Thăm khám bằng dụng cụ banh nên được thực hiện trước các thao tác thăm khám bằng ngón tay để tránh bị gel bôi trơn làm bẩn. Banh hai lá hoặc banh Cusco (xem Hình 18.15) thường được sử dụng nhất vì có thể thấy cổ tử cung một cách rõ ràng.

Giữ môi bé mở ra bằng tay trái, đặt dụng cụ banh vào trong âm đạo với lưỡi banh theo hướng thẳng đứng. Sau đó xoay 90° và đẩy banh vào trong. Khi banh chạm vào cổ tử cung, nhẹ nhàng bung banh ra để quan sát cổ tử cung. Chú ý bất kỳ sự chảy máu hay chảy dịch nào từ cổ tử cung hay bất cứ polyp hoặc vùng loét nào. Cần nhớ rằng cổ tử cung sau khi sinh có sự thay đổi, cùng với lỗ ngoài không đều và giống đường kẻ hơn. Những dấu hiệu thường gặp nhất là sưng cổ tử cung (erosion) hoặc lộ tuyến cổ tử cung (ectropion). Đây là những vùng biểu mô lót cổ tử cung xung quanh lỗ mở cổ tử cung xuất hiện màu đỏ sậm hơn là màu hồng bình thường của phần còn lại ở cổ tử cung. Đây không phải là sưng cổ tử cung trong hầu hết các trường hợp, có thể là những cột biểu mô bình thường chạy từ trong ống cổ tử cung ra ngoài. Nếu có bệnh sử nhiễm trùng, lấy gạc quét qua vòm âm đạo và lỗ mở cổ tử cung. Sau đó đưa đi soi để tìm *Candida*, *Trichomonas* và *Neisseria*. Lấy miếng gạc khác quét bên trong cổ tử cung để tìm *Chlamydia*.

Nếu thấy nghi ngờ có sa thành âm đạo nên sử dụng banh Sim (xem Hình 18.16), với loại banh này cho phép chúng ta quan sát rõ ràng hơn các thành âm đạo, loại banh này phù hợp để sử dụng cho những BN phải nằm tư thế Sim hoặc tư thế nửa sấp.

Bắt đầu thăm khám bằng tay. Dùng ngón giữa thám sát âm đạo và ấn nhẹ về phía trực tràng, khi lỗ âm đạo mở, có thể cho cả ngón trở vào để sờ cổ tử cung. Cổ tử cung bình thường có mật độ chắc như sụn ở đỉnh mũi. Luôn luôn nhớ phải để một tay trên thành bụng để ấn các tạng trong vùng chậu xuống tay đang thăm khám. Kích thước, hình dạng, mật độ và vị trí của tử cung cần phải được ghi nhận. Tử cung phì đại được mô tả giống như việc mô tả một tử cung đang mang thai. Thông thường tử cung ngã về phía trước nhưng có khoảng 10% phụ nữ có tử cung ngã ra sau. Vị trí này tử cung thường di động, thường ít có ý nghĩa.

Quan trọng phải kiểm tra túi cùng Douglas xem có dày thành hoặc có hạch hay không. Sau đó sờ hai bên vòm âm đạo để xem có phát hiện khối u của buồng trứng hay vòi trứng

không. Cố gắng tạo nên sự phân biệt đó là u của phần phụ tử cung hay của tử cung, mặc dù thường rất khó đạt được. Ví dụ, một u xơ có cuống có thể nhầm lẫn với u buồng trứng. Ngược lại, u buồng trứng chắc, đặc nếu như nó dính chặt vào tử cung thì khó có thể phân biệt với một u xơ tử cung. Buồng trứng có thể được sờ thấy ở người bình thường nếu như người đó gầy nhưng ống dẫn trứng chỉ được sờ thấy khi có phì đại bất thường.

Nếu một bé gái hay một người nữ trưởng thành còn màng trinh, thì cần phải thăm âm đạo bằng một ngón tay hoặc thăm trực tràng thay thế. Nên nhớ rằng một thăm khám gây đau đớn ít khi cung cấp những thông tin hữu ích. Và những trường hợp đặc biệt như thai ngoài tử cung, thăm khám có thể gây nguy hiểm.

## **18.5. LÀM PAP SMEAR CỔ TỬ CUNG**

Nên làm xét nghiệm này ít nhất ba tháng sau khi sinh và không làm khi đang có kinh. Giải thích mục đích của việc làm xét nghiệm và dặn BN rằng cô ấy có thể thấy nổi đóm sau đó.

Ghi lại tên BN và số vào viện trên lam. Sau đó tiến hành như sau: đặt dụng cụ banh âm đạo vào, lau sạch khí hư hoặc máu. Ghi chú sự hiện diện của cổ tử cung, sau đó dùng một dụng cụ như cây chổi quét 360° với lực đè ép vừa phải và quét lên cổ tử cung ngay tại khớp nối của cột biểu mô trụ đơn ở phần ống cổ tử cung và biểu mô vảy ở phía ngoài của cổ. Sau đó phết ngay bệnh phẩm lên lam một lớp mỏng và cố định bằng cồn 95%. Việc cố định cần 30 phút trong dung môi. Cuối cùng phải hỏi kỹ BN về những lần phết tế bào trước, kỳ kinh cuối và phương pháp tránh thai.

## T&O'C essentials

1. BN có bệnh thận có thể hoàn toàn không có triệu chứng thực thể nào.
2. Thận (ngoại trừ thận được ghép) là một cấu trúc sau phúc mạc và sờ được bằng phương pháp bập bênh thận.
3. Thận được ghép là một tạng nông và dễ dàng cảm nhận khi sờ.
4. Bệnh thận đa nang đôi khi làm cho thận rất lớn và có thể nhầm lẫn với gan to hay lách to.
5. Phân tích nước tiểu là phần mở rộng thêm trong phần thăm khám thận.
6. Việc tiếp cận một cách có hệ thống là cần thiết trong thăm khám bộ phận sinh dục ở nam giới và nữ giới.

## OSCE ôn tập

### Thăm khám hệ tiết niệu – sinh dục

**Topic này thường hay gặp trong OSCE, sẽ giúp ích khi ôn tập lại.**

1. Người phụ nữ này có tiền sử gia đình có thận đa nang, vui lòng thăm khám cho bà ấy.
2. Người đàn ông này phải lọc thận, hãy thăm khám cho ông ấy.
3. Người phụ nữ này đã được ghép thận, hãy thăm khám bụng cho bà ấy.
4. Người đàn ông này có bệnh thận giai đoạn 4 và đái tháo đường, vui lòng thăm khám cho ông ấy.
5. Hãy giải thích việc thăm khám vùng chậu cho người phụ nữ này vì bà ấy có huyết trắng.
6. Người đàn ông này phát hiện có khối u ở bìu, hãy thăm khám cho ông ấy.

Phan Hoàng Vĩnh Phú, Lý Kim Ngân

**19.1. TÓM TẮT THĂM KHÁM BỆNH THẬN MẠN****Text box 19.1. Tóm tắt thăm khám BN bệnh thận mạn.****Hình 19.1. Thăm khám BN bệnh thận mạn.****1. Tổng trạng**

- Trạng thái tâm thần.
- Thở nhanh (nhiễm toan), nấc cụt.
- Sạm da.
- Có các nốt dưới da (do lắng đọng calci phosphate).

**2. Bàn tay**

- Móng tay: móng tay trắng, đường trắng, cung màu nâu ở đầu xa.
- Có cầu động tĩnh mạch.
- Dấu run vẩy.
- Bệnh thần kinh ngoại biên.

**3. Tay**

- Màng bầm tím.

- Bàng quang.

- Gan.

- Hạch lympho.

- Bụng báng.

- Âm thổi.

- Thăm trực tràng (phì đại tiền liệt tuyến, khâu chậu cứng, chảy máu,...)

**7. Lưng**

- Sẹo mổ cắt thận.

- Nhảy đau.

- Phù.

**8. Ngực**

- Tim: mỏm tim, viêm màng ngoài tim, suy tim.

- Rối loạn sắc tố da.
- Có những mảng bong tróc da.
- Bệnh cơ.

#### 4. Mặt

- Mắt: thiếu máu, vàng da, vệt màu trắng nằm vắt ngang qua giác mạc.
- Miệng: khô, loét, hôi, phì đại nướu răng.
- Ban (lupus, viêm mạch máu).

#### 5. Cổ

- Áp lực tĩnh mạch cảnh.
- Âm thổi động mạch cảnh.
- Sẹo đặt sheath vào tĩnh mạch cảnh trước đó để lọc máu.
- Sẹo mổ cắt tuyến cận giáp.

#### 6. Bụng

- Catheter Tenckhoff trong thăm phân phúc mạc.
- Sẹo: lọc máu, phẫu thuật.
- Sờ: thận ghép.

- Phổi: viêm phổi, phù phổi.

#### 9. Chân

- Phù.
- Vết bầm tím.
- Rối loạn sắc tố da.
- Có những mảng bong tróc da.
- Bệnh thần kinh ngoại biên.
- Đánh giá mạch máu.

#### 10. Phân tích nước tiểu

- Ti trọng, pH.
- Đường: đái tháo đường.
- Máu: viêm thận, sỏi, nhiễm trùng.
- Đạm: viêm thận.

#### 11. Khác

- Huyết áp: tư thế đứng và nằm.
- Soi đáy mắt: thay đổi do tăng huyết áp và đái tháo đường.
- Ban, ban dạng lưới.

Yêu cầu BN nằm trên giường bệnh, tiến hành quan sát tổng trạng BN. Một số BN suy thận có thể có quá tải về thể tích hoặc vấn đề suy tim làm BN không thể nằm được một cách thoải mái. Luôn hỏi BN có thoải mái khi nằm không trước khi hạ thấp đầu BN xuống<sup>a</sup>. Đặc biệt chú ý đến trạng thái tâm thần, da sạm màu, BN có mất nước hoặc có tăng thông khí hoặc có nấc cục hay không.

Thăm khám chi tiết bắt đầu với bàn tay, quan sát móng xem có móng trắng, các vệt trắng nằm ngang móng (móng Muehrcke), vệt trắng đơn độc (đường Mee) hoặc cung màu nâu ở đầu xa (móng nửa – nửa). Khám tay và cổ tay để tìm có cầu nổi động – tĩnh mạch không.

Yêu cầu BN đưa tay ra trước và giữ lại để xem có dấu hiệu run vẩy. Sau đó quan sát tay để tìm các vết bầm tím, các nốt dưới da do lắng đọng calci phosphate, rối loạn sắc tố da, các mảng bong tróc hoặc nốt tophi.

Tiếp đến, quan sát mặt BN và bắt đầu thăm khám mắt xem có thiếu máu, vàng da hoặc vệt màu trắng trên giác mạc. Khám miệng xem có khô, loét, hôi và ghi chú lại khi có bất kỳ ban mạch máu nào trên mặt.

Khám cổ để tìm sẹo mổ, nghe âm thổi động mạch cảnh. Đánh giá áp lực tĩnh mạch cảnh khi nằm đầu cao 45° không.

BN nằm và bắt đầu khám bụng, quan sát xem có sẹo thăm phân phúc mạc hoặc mổ, bao gồm cả ghép thận. Sờ thận bao gồm cả thận ghép nếu có, sau đó sờ gan và lách. Sờ cảm nhận có phình động mạch chủ không. Gõ trên bàng quang, xác định xem có báng bụng, nghe có âm thổi động mạch thận không. Thăm trực tràng được chỉ định để xác định xem có phì đại tiền liệt tuyến hoặc chảy máu không.

<sup>a</sup> Một số BN chóng mặt cũng sẽ không cảm thấy thoải mái khi nằm xuống.

---

Yêu cầu BN ngồi, khám lưng xem có đau và có phù xương cùng không.

Khám tim để tìm các dấu hiệu của viêm màng ngoài tim hoặc suy tim, khám phổi để tìm các dấu hiệu của phù phổi.

Yêu cầu BN nằm xuống lại. Quan sát chân của BN xem có phù (hội chứng thận hư hoặc suy tim), có mảng bầm tím, có rối loạn sắc tố da, có mảng bong tróc da hoặc có biểu hiện của gout không. Khám xem có bệnh lý thần kinh ngoại biên không (giảm cảm giác, mất phản xạ ở ngón chi).

Tiến hành phân tích nước tiểu, bao gồm: pH, tỷ trọng, glucose, máu, protein hoặc bạch cầu. Phần cuối cùng của việc thăm khám là đo huyết áp cả tư thế nằm và đứng (hạ huyết áp tư thế) và soi đáy mắt để tìm các thay đổi do tăng huyết áp và đái tháo đường.

---

## 19.2. CẬN LÂM SÀNG CHẨN ĐOÁN BỆNH LÝ TIẾT NIỆU – SINH DỤC

### 19.2.1. Các cận lâm sàng

- Xét nghiệm nước tiểu (dipstick, cấy khi ngờ nhiễm trùng) và cận lắng nước tiểu.
- Test chức năng thận, ví dụ đánh giá chức năng cầu thận thông qua lượng creatinine huyết tương và mức lọc cầu thận ước đoán (eGFR, được tính từ nồng độ creatinine huyết tương), chức năng ống thận bằng cách xét nghiệm ion đồ và tính chất nước tiểu (pH, tỷ trọng, đường, đạm).
- Xét nghiệm máu để tìm nguyên nhân gây suy giảm chức năng thận như tìm virus viêm gan siêu vi B, C, HIV, phức hợp bổ thể và miễn dịch, bệnh tự miễn, điện di miễn dịch,...
- Xét nghiệm máu để tìm biến chứng của bệnh thận như: rối loạn điện giải, thiếu máu, glucose máu (đái tháo đường), nồng độ calci, phosphate, hormone tuyến cận giáp, acid uric.
- Siêu âm để đánh giá kích thước thận, tìm u thận hoặc các tắc nghẽn đường tiểu; siêu âm mạch máu thận để đánh giá sự cấp máu cho thận. Siêu âm bìu để xem có khối u trong bìu. Trong bệnh thận mạn thường thấy cả hai thận đều teo nhỏ trên siêu âm ngoại trừ trong bệnh thận do đái tháo đường, thoái hóa dạng bột, thận đa nang.
- Sinh thiết thận để chẩn đoán viêm vi cầu thận.

### 19.2.2. Nước tiểu

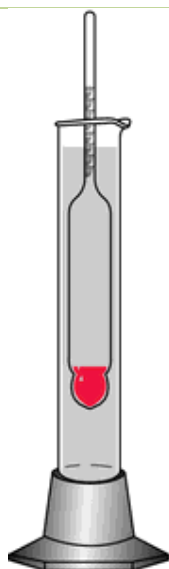
Đây là loại dịch mà không bao giờ được bỏ qua đối với tất cả BN nếu nghi ngờ có bệnh lý ở thận, đái tháo đường, bệnh lý đường tiêu hóa hoặc bệnh lý hệ thống.

- **Màu sắc:** quan sát màu sắc nước tiểu – xem Bảng 19.1.
- **Sự trong suốt.** Lắng đọng phosphate hoặc urat có thể bình thường và sẽ làm cho nước tiểu phủ màu trắng (phosphate) hoặc hồng (urate). Có thể đục nếu do nhiễm trùng. Ngoài ra đục có thể do mỡ, dưỡng trấp hoặc máu.
- **Mùi.** Có mùi ammoniac nhẹ là bình thường. Nhiễm trùng tiểu có thể làm cho nước tiểu có mùi hôi tanh như cá. Đôi khi một số kháng sinh có thể được ngửi thấy trong nước tiểu.



**Bảng 19.1. Các nguyên nhân gây thay đổi màu sắc nước tiểu.**

Màu sắc	Bệnh lý
Màu nhạt hoặc không màu	Nước tiểu loãng (uống quá nhiều nước, bia, đái tháo nhạt, lợi tiểu sau tắc nghẽn).
Vàng cam	Nước tiểu đặc (do mất nước), bilirubin, do dùng thuốc (tetracycline, anthracene, sulfasalazine, riboflavin, rifampacin).
Nâu	Bilirubin, do thuốc (nitrofurantoin, phenothiazine).
Hồng	Ăn nhiều củ dền, thuốc nhuận tràng (phenindione, phenolphthalein), tinh thể acid uric).
Đỏ	Tiểu máu, hemoglobin, myoglobin (có hồng, nâu hoặc đen), thuốc (porphyrins, rifampicin, phenazopyridine, phenytoin) hoặc ăn củ dền.
Xanh	Xanh methylene, triamterene, tiểu myoglobin mức độ nhẹ.
Đen	Tiểu hemoglobin nhiều, thuốc (methyldopa, metronidazole, unipenem), melanoma, ochronosis, porphyrin, alkaptonuria
Trắng	Tiểu dưỡng trấp.



**Hình 19.2. Urinometer.**

– **Tỷ trọng.** Thường sử dụng urinometer để đo tỷ trọng, đây là một vật với trọng lượng biết trước có thể nổi được, trên vật này có chia vạch với nhiều thông số. Ta thả dụng cụ này vào nước tiểu. Dụng cụ này chìm tới đâu, mức tỷ trọng nước tiểu sẽ được đọc trên bảng tham số tham khảo trên urinometer ngang mức nước tiểu – xem Hình 19.2. Ngoài ra cũng có thể đo tỷ trọng bằng cách dùng dipstick.

+ Nước có tỷ trọng bằng 1 và sự có mặt của chất tan (đặc biệt là những chất tan nặng như đường, protein, iod) sẽ làm tăng tỷ trọng. Nước tiểu bình thường có tỷ trọng từ 1,002 đến 1,025. Một tỷ trọng thấp gợi ý bệnh thận mạn (do suy giảm khả năng cô đặc nước tiểu hoặc đái tháo nhạt (do thiếu hụt ADH dẫn đến nước tiểu bị pha loãng). Tỷ trọng cao gợi ý giảm thể tích dịch cơ thể hoặc đái tháo đường – do có nhiều đường trong nước tiểu.

+ Có một sự tương quan giữ tỷ trọng và nồng độ thẩm thấu. Ví dụ, tỷ trọng 1,002 thì tương đương 100 mOsm/kg, tỷ trọng 1,030 tương đương 1200 mOsm/kg.

### List 19.1. Các nguyên nhân gây protein niệu.

#### Protein niệu kéo dài

1. Bệnh thận. Hầu hết các bệnh thận đều có protein niệu, lượng ít hay nhiều còn tùy thuộc vào tổn thương của cầu thận (Xem bảng 19.3)
2. Bệnh thận chức năng
  - Gắng sức.
  - Sốt.
  - Tăng huyết áp nặng.
  - Suy tim sung huyết.

- Bông.
- Truyền máu.
- Sau phẫu thuật.
- Nghiện rượu.

#### Protein niệu tư thế

Protein niệu xuất hiện khi người bệnh đứng lâu. Nếu không tìm thấy bất thường nào khác, người bệnh không có đái tháo đường, tăng huyết áp hay bệnh thận thì protein niệu đó có thể coi là lành tính.

### List 19.2. Hội chứng thận hư.

#### Định nghĩa

1. Protein niệu > 3,5 g/24h.
2. Giảm albumin máu (< 30 g/l).
3. Phù (do giảm albumin máu).
4. Tăng lipid máu (tăng LDL và cholesterol. Có thể do mất những yếu tố điều hòa tổng hợp lipoprotein trong huyết tương).

- Viêm cầu thận sang thương tối thiểu.
- Xơ hóa cầu thận khu trú từng vùng.
- 2. Thứ phát
  - Thuốc (penicillamine, lithium, heroin, NSAID).
  - Bệnh hệ thống (lupus ban đỏ hệ thống, đái tháo đường, thoái hóa dạng bột).
  - Bệnh lý ác tính (carcinoma, lymphoma, đa u tủy).
  - Nhiễm trùng (viêm gan siêu vi B, C, viêm nội tâm mạc, HIV, sốt rét,...).

#### Nguyên nhân

1. Nguyên phát
  - Viêm cầu thận màng.

- **Phân tích về mặt hóa học.** Các thuốc thử màu cho phép chúng ta phân tích đồng thời pH, glucose, protein, ceton, máu, nitrite, tỷ trọng, sự hiện diện của bạch cầu, bilirubin và urobilinogen. Que thử sẽ được nhúng vào nước tiểu và sự đổi màu sẽ được đánh giá sau một thời gian nhất định. Màu sắc que thử sau khi nhúng sẽ được so với bảng màu được nhà sản xuất cung cấp. Cần lưu ý rằng, đánh giá tỷ trọng nước tiểu bằng que thử này sẽ phụ thuộc vào pH và không nhạy với các thành phần không ion hóa nên sẽ có tương quan kém với nồng độ thẩm thấu của nước tiểu.

+ **pH.** Bình thường nước tiểu có tính acid, ngoại trừ sau khi ăn một khoảng thời gian ngắn nước tiểu sẽ trở nên kiềm hóa. Đo pH nước tiểu sẽ giúp ích trong nhiều trường hợp. Thỉnh thoảng nước tiểu kiềm hóa do điều trị, ví dụ điều trị tiểu myoglobin hoặc sỏi niệu tái phát do là sỏi urate hoặc cystine. Toan hóa ống thận xa nên được nghĩ tới khi nước tiểu vào buổi sáng sớm là kiềm và không thể acid hóa được. Nhiễm trùng tiểu do các tác nhân phân giải ure như *Proteus mirabilis* có thể làm kiềm hóa nước tiểu và dễ hình thành sỏi thận.

+ **Protein.** Màu được so sánh với bảng màu có sẵn của nhà sản xuất. Phương pháp này chỉ mang tính chất bán định lượng, khi protein niệu (+ đến +++) và nếu dương tính,

nên đánh giá lại bằng những test khác. Quan trọng chúng ta cần phải biết que thử nhạy với albumin nhưng với các protein khác thì không. Khi kết quả hiển thị (+) thì có thể là bình thường vì có trên 150 mg protein mất hằng ngày qua nước tiểu. Nguyên nhân gây protein niệu được trình bày trong List 19.1 và List 19.2. Que thử này không thể phát hiện được sự có mặt của protein niệu Bence – Jones (những chuỗi globulin miễn dịch có trọng lượng nhẹ). Nếu có protein niệu được xác định bằng que thử thì tốt nhất nên đưa mẫu nước tiểu này đi làm định tính và soi kỹ cặn lắng nước tiểu qua kính hiển vi để tìm bằng chứng của bệnh thận.

+ **Đường và ceton.** Phương pháp bán định lượng đường và ceton bằng que thử có thể sử dụng được. Đường trong nước tiểu thường gợi ý đái tháo đường, nhưng cũng có thể do nguyên nhân khác (xem List 19.3). Kết quả âm tính giả và dương tính giả cũng có thể có trong trường hợp sử dụng nhiều vitamin C, nhiễm trùng, các tác nhân oxy hóa, acid hydrochloric, tetracycline hoặc uống levodopa. Ceton trong nước tiểu của BN đái tháo đường là một xét nghiệm quan trọng gợi ý sự xuất hiện của nhiễm ceton acid do đái tháo đường (xem List 19.3). Ba dạng ceton trong cơ thể gồm: acetone, betahydroxybutyric, acetoacetic acid. Thiếu đường (do thiếu ăn) hay do tế bào không sử dụng được (đái tháo đường) gây nên sự kích hoạt enzym carnitine acetyl transferase – đây là một enzym làm tăng sự oxy hóa acid béo trong gan. Tuy nhiên con đường chuyển acid béo thành năng lượng dần dần bị bão hòa và dẫn đến sự hình thành các thể ceton. Que thử chỉ phát hiện được acetoacetic acid. Tình trạng ceton niệu thường kèm theo các biểu hiện chán ăn, nôn ói, kiệt sức.

### List 19.3. Các nguyên nhân gây glucose niệu và ceton niệu.

#### Glucose niệu

- Đái tháo đường.
- Do giảm một số chất khác (dương tính giả): chuyển hóa của salicylate, acid ascorbic, galactose, fructose.
- Suy giảm chức năng ống thận về hấp thu glucose như hội chứng Fanconi \* (bệnh lý ống lượn gần).

#### Ceton niệu

- Nhiễm toan ceton do đái tháo đường.
- Nhịn đói kéo dài.

*\* Guido Fanconi (1892 – 1972), bác sĩ nhi khoa tại Zürich. Được xem là một bác sĩ nhi khoa hiện đại, ông mô tả điều này vào năm 1936. Trước đó, hội chứng này được mô tả bởi Guido De – Toni vào năm 1933 và đôi khi người ta gọi hội chứng này là hội chứng De – Toni – Fanconi.*

+ **Máu.** Máu trong nước tiểu (tiểu máu) là bất thường và có thể nhìn thấy bằng mắt thường nếu trong 1 lít nước tiểu có 0,5 ml máu (xem List 19.4). Máu có thể xuất hiện trong nước tiểu ở phụ nữ lúc hành kinh. Trên que thử dương tính là một bất thường và có thể gợi ý là tiểu máu, tiểu hemoglobin (ít gặp) hay tiểu myoglobin (ít gặp). Xuất hiện nhiều hơn một vệt protein gợi ý máu trong nước tiểu có nguồn gốc từ thận. Dương tính giả khi nước tiểu có nhiều vi khuẩn và âm tính giả khi người bệnh đang dùng vitamin C.

## List 19.4. Các nguyên nhân làm dương tính máu trong nước tiểu trên que thử.

### Tiểu máu

#### 1. Thận

- Viêm cầu thận.
- Bệnh thận đa nang.
- Viêm thận – bể thận.
- Carcinoma tế bào thận.
- Bệnh thận do dùng thuốc giảm đau.
- Tăng huyết áp ác tính.
- Nhồi máu thận (viêm nội tâm mạc, viêm mạch máu).
- Bất thường đông cầm máu.

#### 2. Đường dẫn niệu

- Viêm bàng quang.
- Sỏi (xem Hình 19.3).
- U bàng quang và niệu quản.
- Bệnh lý tiền liệt tuyến (ung thư, phì đại lành tính).
- Viêm niệu đạo.

### Tiểu hemoglobin

- Tán huyết nội mạch: bệnh lý mạch máu nhỏ, thiếu máu tán huyết, tán huyết sau sốt rét, hemoglobin niệu tuần hành, tiểu hemoglobin kịch phát về đêm, van tim nhân tạo, bệnh ngưng kết tổ lạnh mạn tính (chronic cold agglutinin disease – COAD).

### Tiểu myoglobin. Do ly giải cơ.

- Nhồi máu cơ (chấn thương).
- Hoạt động cơ quá mức (co giật, sốt cao, chạy marathon).
- Nhiễm siêu vi (influenza, bệnh Legionnaires,...).
- Thuốc và độc chất (rượu, nọc rắn, statin).
- Chưa rõ nguyên nhân.



Hình 19.3. Sỏi thận.

+ **Nitrite.** Nếu dương tính, thường gợi ý đến nguyên nhân nhiễm trùng do những vi khuẩn sinh ra nitrite. Một loại que thử đặc hiệu hơn để phát hiện bạch cầu cũng đã được sử dụng, test dương tính có LR là 4,2 và test âm tính có LR là 0,3.

– **Cạn lắng nước tiểu.** Mọi BN nghi ngờ có bệnh thận đều nên xét nghiệm nước tiểu giữa dòng (xem Good signs guide 19.1). Ly tâm 10 ml nước tiểu với vận tốc 2000

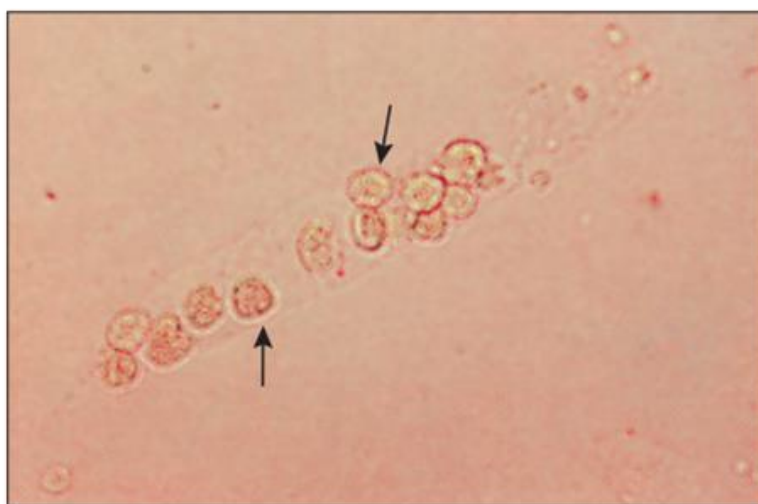
vòng/phút trong 4 phút. Bỏ những phần nổi trên bề mặt, lấy bỏ khoảng 0,5 ml, sau đó lắc đều lại, nhỏ lên bề mặt lam. Quan sát bằng kính hiển vi năng lượng thấp (low – power microscopic) và để tìm những thành phần đặc biệt thì dùng trường năng lượng cao (high – power field hay HPF). Có một tỷ lệ âm tính giả khi mẫu ta lấy có quá ít những thành phần có hình dạng. Tìm bạch cầu, hồng cầu và các trụ.

### Good signs guide 19.1. Phân tích nước tiểu trên BN có bệnh thận mạn.

Dấu hiệu	LR+	LR-
– Phát hiện máu trên que thử	1,55	0,89
– Phát hiện protein trên que thử	3,0	0,61
– Máu hoặc protein trên que thử	1,4	0,56
– Phát hiện hồng cầu khi soi nước tiểu	1,3	0,78
– Có trụ nước tiểu khi soi	4,1	0,22
– Microalbumin niệu	3,4	0,76

+ **Hồng cầu.** Là những tế bào tròn nhỏ không có nhân. Thường là không thấy được, mặc dù có thể có trên 5 hồng cầu/thị trường (LPF) có thể là bình thường ở những mẫu nước tiểu quá cô đặc. Nếu chúng tăng số lượng, nên cố gắng tìm nguồn gốc xuất hiện. Nếu xuất phát từ cầu thận (80% hồng cầu bị biến dạng, hình dạng và kích không đều), nếu từ đường tiểu (đa số có hình dạng bình thường).

+ **Bạch cầu.** Những tế bào có nhân chia thùy. Thường ít hơn 6 bạch cầu/thị trường (HPF), mặc dù có thể trên 10 nhưng sẽ là bình thường nếu nước tiểu quá cô đặc. Những tế bào biểu mô ống thường có nhân đặc hơn và lớn hơn. Tiểu mủ gợi ý nhiễm trùng niệu. Vi khuẩn có thể được phát hiện nếu có nhiễm khuẩn, sự có mặt của vi khuẩn sẽ có khả năng hơn nếu các tế bào biểu mô vảy (là những tế bào đơn nhân có nhân lớn) xuất hiện trội hơn trên trường quan sát. Nếu mủ vô trùng có thể là đặc trưng cho lao thận nhưng cũng có thể xuất hiện trong bệnh thận mô kẽ cấp hoặc mạn tính. Que thử multistrix cũng thường sử dụng để tìm bạch cầu.



**Hình 19.4. Trụ tế bào ống thận. Trụ này có nhiều tế bào với nhân tròn. Những trụ này là dấu hiệu của hoại tử ống thận cấp.**

+ **Các trụ.** Trụ là một vật có dạng hình trụ được hình thành trong lòng của ống thận hoặc ống góp (xem Hình 19.4). Chúng là biểu hiện của những tổn thương màng đáy cầu thận hoặc tổn thương ống thận. Kích thước của các trụ được quyết định bởi kích thước lòng trong của các nephron tạo ra nó. Sự xuất hiện các trụ trong nước tiểu là một bất thường quan trọng và chỉ điểm cho các bệnh lý ở thận.

**Trụ hyaline.** Đây là một cấu trúc hình trụ dài. Một hoặc hai hồng cầu hay bạch cầu có thể hiện diện trong trụ đó. Bình thường không có hơn một trụ hyaline/thị trường (LPF). Chúng được hình thành từ một lượng lớn các mucoprotein Tamm – Horsfall được tiết ra từ ống thận.

**Trụ hạt.** Đây là một cấu trúc hình trụ hạt bất thường hình thành từ ống thận, thường xuất hiện ở những BN có protein niệu. Chúng bao gồm các thành phần hyaline chứa các mảnh vỡ của các protein huyết tương.

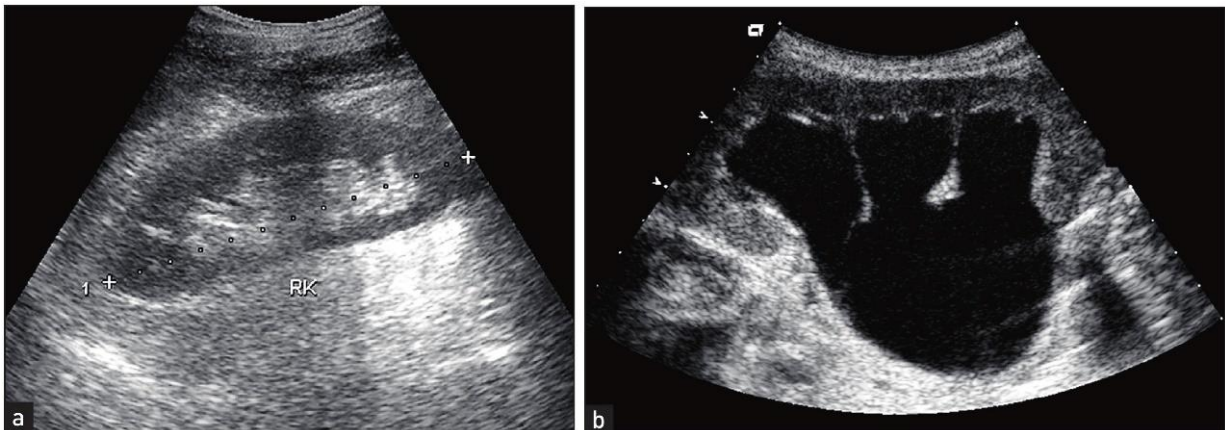
**Trụ hồng cầu.** Luôn luôn là bất thường và gợi ý đến những nguyên nhân nguyên phát ở cầu thận (tiểu máu có nguồn gốc từ cầu thận hoặc viêm mạch máu). Thành phần có từ 10 đến 50 hồng cầu sẽ xác định dễ dàng.

**Trụ bạch cầu.** Đây là một bất thường do nhiều bạch cầu kết dính lại hoặc nằm bên trong trụ. Điều này gợi ý tình trạng viêm thận – bể thận do vi khuẩn hoặc ít gặp hơn là viêm cầu thận, nhồi máu thận hoặc viêm mạch máu.

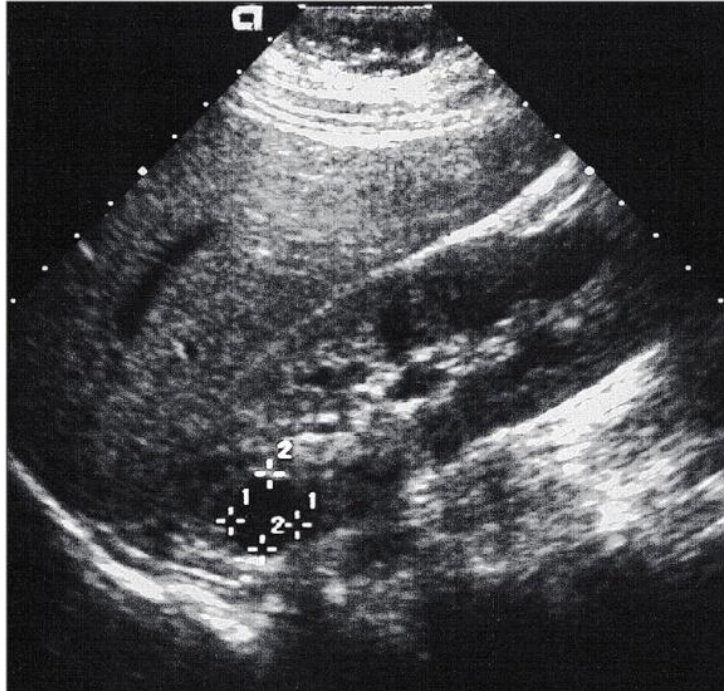
**Trụ mỡ (sự xuất hiện của mỡ bên trong các trụ).** Đây là một gợi ý đến hội chứng thận hư.

### 19.2.3. Hình ảnh học ở thận

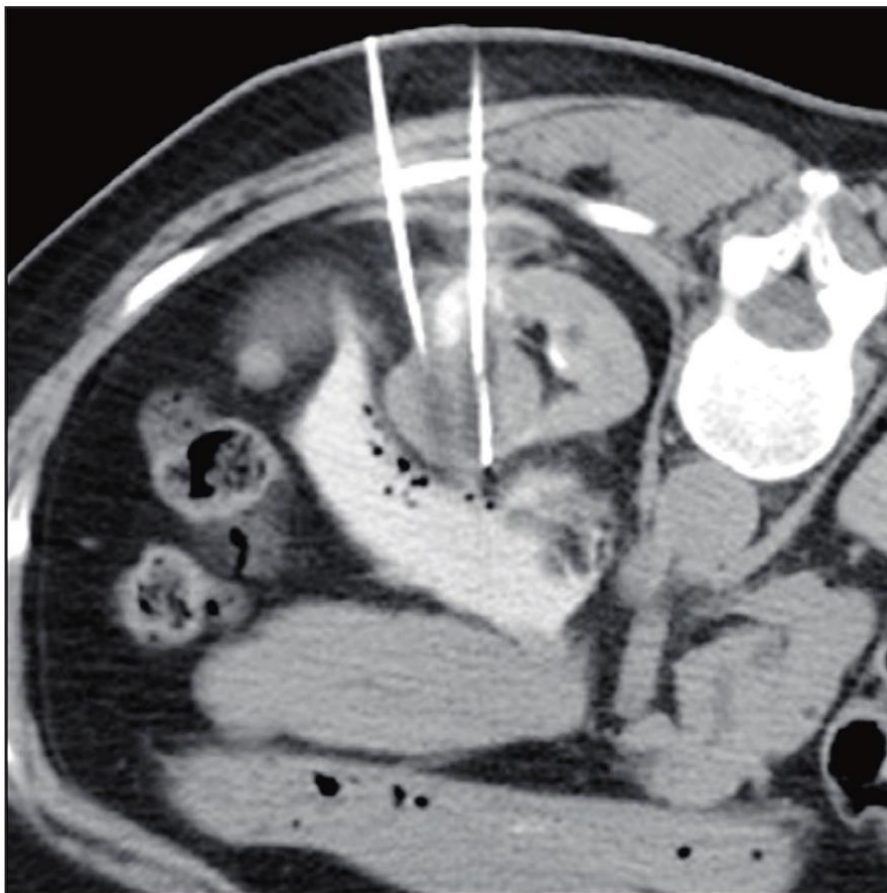
Những hình ảnh thường gặp trong các bệnh lý ở hệ tiết niệu – sinh dục được trình bày từ Hình 19.5 – Hình 19.9.



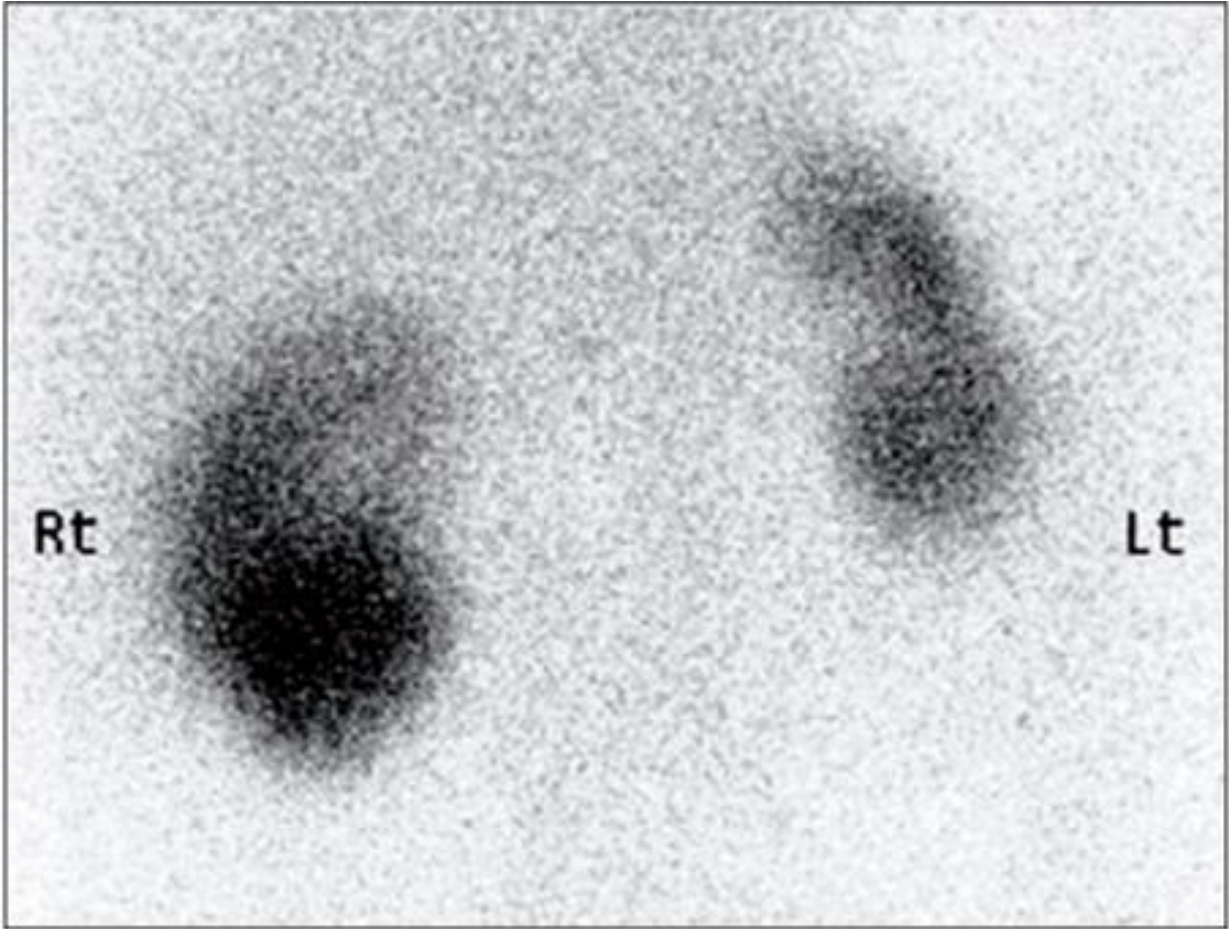
**Hình 19.5. Siêu âm hệ niệu. (a) thận bình thường, (b) thận ứ nước với teo vỏ thận.**



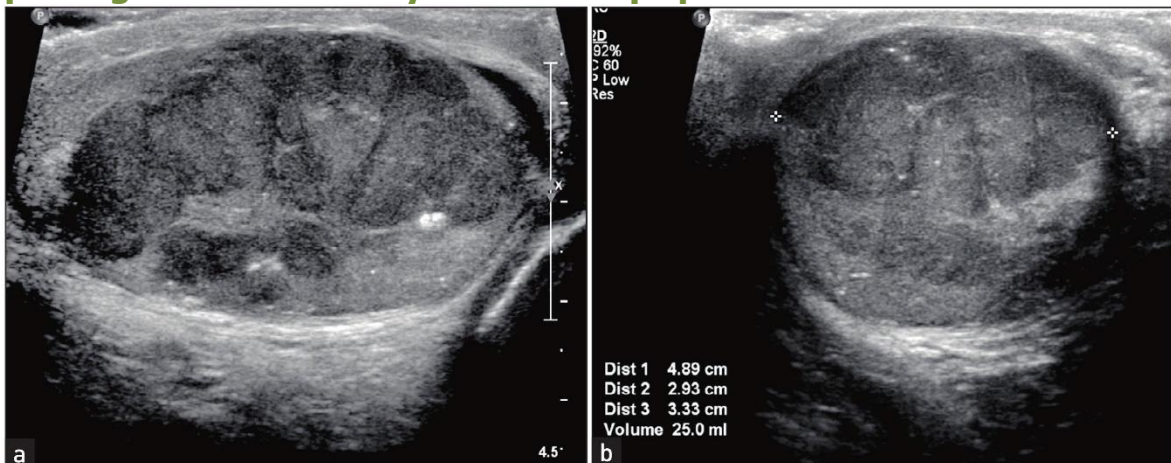
**Hình 19.6. Siêu âm thận đa nang. Có rất nhiều nang, nang lớn nhất có kích cỡ 1,2 x 1,2 cm.**



**Hình 19.7. CT scan u thận. Quan sát hình này thấy kim chọc được sử dụng trong liệu pháp ablation (phá hủy khối u).**



**Hình 19.8. Xạ hình thận. Thận trái bị teo nhỏ ở BN bị tăng huyết áp. Có một vùng nhồi máu ở thùy trên của thận phải.**



**Hình 19.9. Siêu âm khối u ở bìu. Mặt cắt ngang và cắt dọc qua nửa khối u ở bìu. Đó là một khối có nhiều thùy đồng nhất với vỏ bao mỏng của tinh hoàn.**



## T&O'C essentials

1. Đánh giá một bệnh thận và độ trầm trọng của nó phụ thuộc vào xét nghiệm máu cung cấp thông tin về chức năng thận.
2. Phân tích nước tiểu là quan trọng, nhất là trong tầm soát bệnh, như để phát hiện máu và protein.
3. Siêu âm thận có thể giúp phân biệt bệnh thận mạn (thận nhỏ) với bệnh thận cấp (thận bình thường).
4. Sinh thiết thận đôi khi cần thiết để chẩn đoán xác định bệnh thận. Đặc biệt để chẩn đoán viêm cầu thận cấp.

# CHƯƠNG 20

## BỆNH SỬ BỆNH LÝ HUYẾT HỌC

Lê Thị Phương Dung

*Máu là một phần quan trọng, là nguồn gốc của sự sống, xuất hiện ngay từ khi sinh ra cho đến cuối đời và ngay cả trong linh hồn của chúng ta.*

*William Harvey (1578 – 1657)*

### 20.1. CÁC RỐI LOẠN HUYẾT HỌC

#### List 20.1. Bệnh sử bệnh lý huyết học.

##### 1. Triệu chứng của thiếu máu

- Yếu ớt.
- Mệt mỏi.
- Khó thở.
- Cảm giác đầu óc.
- Chóng mặt tư thế.

**BN có thể nhận biết được một số vấn đề liên quan đến thiếu máu:**

- Chảy máu (kinh nguyệt, đường tiêu hóa, sau khi nhổ răng).
- Sắt (thiếu máu hồng cầu nhỏ) và vitamin B12 hoặc thiếu hụt folate (thiếu máu hồng cầu to).
- Bất thường tủy xương (bệnh lý tủy thâm nhiễm, xơ hóa tủy, bệnh bạch cầu).
- Bệnh mạn tính.
- Bệnh lý về hemoglobin.
- Sốt rét.

##### 2. Các triệu chứng rối loạn đông máu

- Dễ bị bầm tím.
- Ban xuất huyết.
- Chảy máu các khớp (bệnh Hemophilia).
- Dễ tạo huyết khối.

**BN có thể biết được những vấn đề trước đó:**

- Sự đông máu (bệnh Hemophilia).
- Tiểu cầu (hội chứng tăng đông [giảm số lượng tiểu cầu], thuốc chống kết tập tiểu cầu).
- Tăng nguy cơ đông máu (tiền sử bị huyết khối tĩnh mạch sâu, rối loạn đông máu di truyền).

##### 3. Triệu chứng bất thường về bạch cầu

- Nhiễm trùng tái diễn (giảm bạch cầu, u tủy, ức chế tủy xương).
- Sốt hoặc vàng da.
- Loét miệng.

##### 4. Triệu chứng của lymphoma

- Phù đại tuyền bạch huyết.
- Suy nhược, sụt cân, sốt, mệt mỏi.

##### 5. Triệu chứng của u tủy

- Nhiễm trùng tái đi tái lại (viêm phổi).
- Đau xương.
- Các triệu chứng của tăng calci máu.
- Phù đại lười do thoái hóa dạng tinh bột thứ phát.

Các rối loạn huyết học bao gồm:

- Bất thường của tế bào hồng cầu, ví dụ: thiếu máu (giảm số lượng hồng cầu), đa hồng cầu (tăng số lượng hồng cầu) và bệnh lý hemoglobin (hemoglobin bất thường).

- Bất thường của tiểu cầu, ví dụ: giảm số lượng tiểu cầu, tăng số lượng tiểu cầu và giảm chức năng tiểu cầu, do kết quả của việc sử dụng các loại thuốc chống kết tập tiểu cầu.
- Bất thường của các yếu tố đông máu: bệnh máu khó đông Hemophilia (do thiếu hụt các yếu tố đông máu) và bệnh có xu hướng tăng đông (ví dụ bệnh liên quan yếu tố V Leiden).
- Bất thường của tế bào bạch cầu, ví dụ: giảm bạch cầu (giảm số lượng bạch cầu đa nhân trung tính) và bệnh bạch cầu (tăng số lượng các tế bào lympho).
- Tủy xương giảm sản xuất bạch cầu hoặc hồng cầu hoặc cả hai (ví dụ: xơ hóa tủy xương, thâm nhiễm tủy xương).
- Bệnh ung thư hạch bạch huyết (lymphoma).
- Bất thường của sự sản xuất globulin miễn dịch, ví dụ: u tủy (sản xuất quá mức kháng thể đơn dòng) và thiếu hụt globulin miễn dịch.

## 20.2. TRIỆU CHỨNG

Các triệu chứng chính được nêu trong List 20.1.

### 20.2.1. Bất thường về hồng cầu

#### Questions box 20.1. Những câu hỏi để hỏi BN thiếu máu.

1. Làm thế nào để chẩn đoán? (xét nghiệm thường quy hoặc triệu chứng)
2. Ông/bà có những triệu chứng gì? (mệt mỏi, khó thở, đau thắt ngực)
3. Ông/bà có nhận thấy có chảy máu từ đường ruột, hay ói ra máu không?
4. Ông/bà có đi cầu phân màu đen không?
5. Ông/bà có loét dạ dày hoặc viêm ruột (viêm đại tràng) hoặc có phẫu thuật ruột non không?
6. Ông/bà có đang uống thuốc viêm khớp hoặc thuốc kháng đông không?
7. Gần đây ông/bà có được phẫu thuật hay thủ thuật không? (mắt máu)
8. Bà có từng bị rong kinh hay không?
9. Ông/bà có ăn kiêng? Có uống nhiều rượu bia không?
10. Ông/bà có uống thuốc bổ sung sắt và vitamin không?
11. Ông/bà có mắc bệnh thận hay viêm khớp trầm trọng không? (thiếu máu mạn tính)
12. Ông/bà đã từng được truyền máu chưa?
13. Ông/bà có thường cảm thấy không khỏe hoặc hay tái phát các đợt nhiễm trùng hoặc bị loét?
14. Trong gia đình ông/bà có ai bị thiếu máu không? (bệnh hemoglobin), nguyên nhân do đâu?

Nhiều nguyên nhân thiếu máu cần khai thác bệnh sử một cách tỉ mỉ, điều đó rất quan trọng giúp tìm ra căn nguyên bệnh (xem Questions box 20.1). BN bị thiếu máu có thể có các triệu chứng như yếu ớt, mệt mỏi, khó thở, hoặc chóng mặt tư thế. Đau thắt ngực và suy tim có thể nặng thêm do thiếu máu. Thiếu máu do thiếu sắt thường do mất máu qua đường tiêu hóa hoặc do thường xuyên bị rong kinh, cho nên những triệu chứng này nên được khai thác kỹ. Thiếu máu trong các bệnh lý mạn tính xuất hiện như là hậu quả của sự ức chế tủy xương như viêm nội tâm mạc nhiễm trùng và bệnh thận mạn. Cần khai thác các bệnh lý khác. Trong nhiều trường hợp sốt rét hoặc nhiễm ký sinh trùng đường ruột mạn tính là nguyên nhân gây thiếu máu mạn. Đa hồng cầu có thể kèm theo ngứa và đau đầu. Bệnh lý

phổi mạn tính (hypoxia), cũng có thể là một nguyên nhân gây thiếu máu. Uống rượu quá nhiều gây thiếu máu hồng cầu to và ăn chay nhiều có thể dẫn đến thiếu hụt B12. Tiền sử cắt dạ dày hoặc đoạn cuối hồi tràng có thể dẫn đến thiếu hụt B12 và một số bệnh đường tiêu hóa nghiêm trọng gây ra thiếu hụt folate và sắt do kém hấp thu.

### 20.2.2. Tiểu cầu

Rối loạn chức năng tiểu cầu có thể biểu hiện như dễ bầm tím hoặc chảy máu. Hỏi về tiền sử sử dụng thuốc; thuốc chống kết tập tiểu cầu là thường được kê đơn đối với các bệnh lý tim mạch. Giảm số lượng tiểu cầu có thể làm tăng nguy cơ chảy máu, thường xuất hiện trong một số bệnh lý tự miễn (xuất huyết giảm tiểu cầu nguyên phát, ITP – idiopathic thrombocytopenic purpura). Khai thác về tiền sử chấn thương hay phẫu thuật cắt lách, có thể dẫn tới tăng số lượng tiểu cầu.

### 20.2.3. Các bệnh nhiễm trùng tái phát

Các bệnh nhiễm trùng tái phát như viêm phổi có thể là một dấu hiệu đầu tiên cho một rối loạn của hệ thống miễn dịch, bao gồm cả bệnh bạch cầu, u tủy hoặc nhiễm HIV. Nếu BN phát hiện phì đại các hạch bạch huyết, điều này có thể do lymphoma hoặc bệnh bạch cầu. Không phải tất cả các khối sờ được đều là hạch lympho: nên xem xét một số chẩn đoán phân biệt (xem List 20.2). Hỏi về sốt, thời gian kéo dài của sốt và kiểu sốt nào. Lymphoma có thể gây ra sốt kéo dài, nhiễm virus như cytomegalovirus và bệnh truyền nhiễm thường kèm theo sự bất thường về huyết học và gây sốt.

#### List 20.2. Các chẩn đoán phân biệt với bệnh lý hạch lympho.

1. Khối u mỡ – thường lớn và mềm; có thể không nằm trong vùng chứa hạch bạch huyết.
2. Áp xe – đỏ và nhạy đau, có thể di động.
3. Nang bã nhờn – khu trú trong da.
4. Bướu giáp nhỏ – hình thành từ một phần của tuyến giáp.
5. Viêm chủng gần đây.

## 20.3. TIỀN SỬ ĐIỀU TRỊ

Bệnh thiếu máu có thể được điều trị bổ sung sắt hoặc tiêm vitamin B12. Thuốc kháng viêm hoặc thuốc kháng đông có thể là nguyên nhân gây ra chảy máu. Điều trị hỗ trợ thiếu máu do xơ hóa tủy xương hoặc suy tủy bằng cách truyền máu định kỳ.

Đa hồng cầu hoặc bệnh thừa sắt có thể được điều trị bằng trích máu tĩnh mạch thường xuyên.

Điều trị cho bệnh bạch cầu, u tủy hoặc lymphoma có thể bao gồm hóa trị, xạ trị hoặc cả hai hoặc ghép tủy. Cần lưu ý các tai biến của các phương pháp này sau khi đã áp dụng điều trị cho BN.

Cắt lách có thể đã được thực hiện cho BN có bệnh lý giảm tiểu cầu hoặc lymphoma hay chưa.

## 20.4. TIỀN SỬ BẢN THÂN

Tiền sử phẫu thuật cắt dạ dày hoặc rối loạn hấp thu có thể liên quan đến nguyên nhân gây thiếu máu. Thiếu máu trên BN có bệnh lý hệ thống như viêm khớp dạng thấp hoặc hội chứng ure huyết cao có thể do nhiều yếu tố gây ra.

## 20.5. TIỀN SỬ XÃ HỘI

Nguồn gốc chủng tộc của một BN cũng có liên quan đến bệnh lý huyết học. Thalassaemia là bệnh lý thường gặp ở người Địa Trung Hải hay khu vực Nam Á. Hiếm hơn, những người ăn chay một cách khắt khe có thể bị thiếu Vitamin B12. Tìm hiểu nghề nghiệp của BN và xem họ có tiếp xúc với các chất độc hại như là benzen không (nguy cơ gây bệnh bạch cầu). Hỏi xem BN trước đó đã có hóa trị liệu cho một bệnh lý ác tính không (tiến triển bệnh lý bạch cầu do thuốc). Tìm hiểu xem BN có uống rượu không.

## 20.6. TIỀN SỬ GIA ĐÌNH

Có thể có tiền sử của bệnh thalassaemia hoặc thiếu máu hồng cầu hình liềm trong gia đình. Máu khó đông là bệnh lý di truyền lặn trên nhiễm sắc thể giới tính X, trong khi bệnh von Willebrand<sup>a</sup> là bệnh di truyền tính trạng trội trên nhiễm sắc thể thường (xem List 20.3).

### List 20.3. Các nguyên nhân gây xuất huyết ở da.

#### Chấn thương

#### Giảm tiểu cầu hoặc rối loạn chức năng tiểu cầu

#### Rối loạn đông máu

##### 1. Mắc phải

- Thiếu vitamin K (dẫn đến giảm yếu tố II, VII, IX và X).
- Bệnh gan (giảm tổng hợp các yếu tố đông máu).
- Thuốc chống đông máu (heparin, warfarin, protein hoạt hóa kháng đông).
- Đông máu nội mạch rải rác (DIC).

##### 2. Bẩm sinh (hiếm khi gây bầm máu và thường biểu hiện với xuất huyết)

- Hemophilia A (thiếu yếu tố VIII).
- Hemophilia B (thiếu yếu tố IX, bệnh Giáng sinh).
- Bệnh Von Willebrand của (một bất thường di truyền của các protein von Willebrand, chúng là một phần của phức hợp yếu tố VIII và gây suy giảm khả năng kết tập tiểu cầu).

#### Bầm máu tuổi già (do mất tính đàn hồi của da).

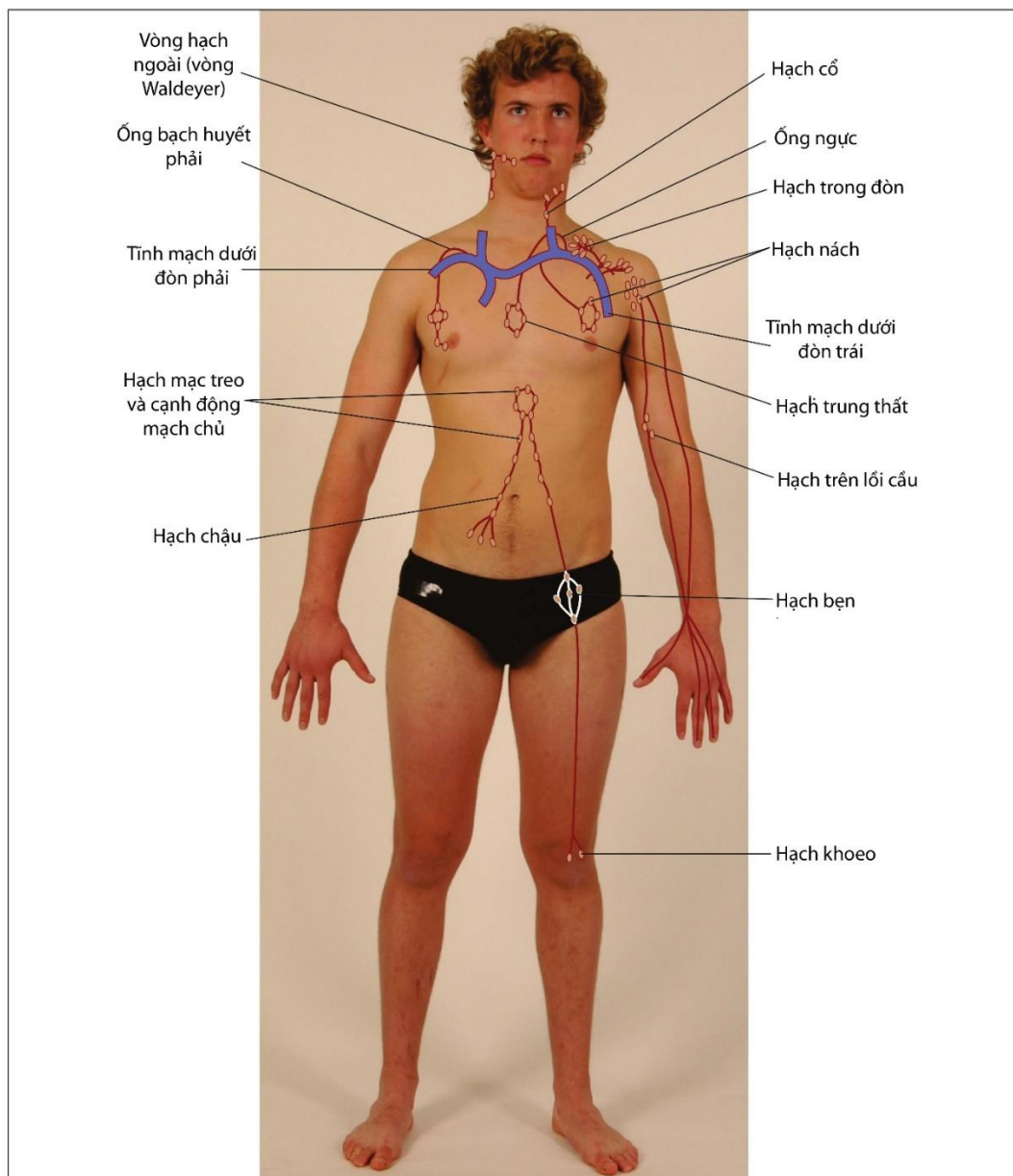
<sup>a</sup> EA von Willebrand (1870 – 1949), bác sĩ người Thụy Điển, ông mô tả bệnh lý này vào năm 1926.

## T&O'C essentials

1. Các triệu chứng huyết học thường không đặc hiệu: nhiều bệnh huyết học và các bệnh lý khác cũng gây ra mệt mỏi và khó chịu.
2. Thiếu máu thường được chẩn đoán bằng xét nghiệm máu thường quy, không cần khám thực thể, nhưng hỏi bệnh sử thật cẩn thận, điều này có thể cho biết nguyên nhân của thiếu máu và giúp hướng đến các xét nghiệm chuyên sâu.
3. Rất nhiều loại thuốc có thể gây ra các rối loạn về máu và BN không phải luôn luôn sử dụng đúng những loại thuốc này (thuốc không cần kê đơn như aspirin). Hỏi cẩn thận để nhận biết tác dụng phụ của thuốc, nó có thể là nguyên nhân của bệnh huyết học.
4. Khi có nhiễm trùng tái đi tái lại nên nghi ngờ về các bệnh lý huyết học cấp tính hoặc mạn tính.

Nguyễn Thị Phương Dung

*Máu: chất lỏng màu đỏ chảy trong cơ thể của tất cả các loài động vật.  
Samuel Johnson, một từ điển tiếng Anh (1775)*



Hình 21.1. Các vùng dẫn lưu bình thường của các nhóm hạch bạch huyết.

Thăm khám BN huyết học không chỉ dựa trên các kết quả phân tích các thành phần của máu trên kính hiển vi. Các triệu chứng thực thể kèm theo các kết quả xét nghiệm trên các tiêu bản máu có thể cho biết những manh mối quan trọng về bệnh lý nền của BN. Các bệnh huyết học thường gây ảnh hưởng đến hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu, quá trình đông cầm máu cũng như ảnh hưởng đến hệ võng nội mô.

### **21.1. GIẢI PHẪU**

Một điều quan trọng của việc thăm khám BN huyết học là việc khám các nhóm hạch bạch huyết. Nên nhớ các khu vực đồ vẽ của các nhóm hạch trong cơ thể khi khám hạch (xem Hình 21.1). Bất kỳ khi nào có bất thường ở bất kỳ vị trí nào thì đó có thể do nhiễm khuẩn hay một bệnh lý ác tính nào đó. Xác định kích thước lách cũng là một trong những việc quan trọng nhất khi thăm khám BN huyết học. Bình thường lách hầu như nằm hoàn toàn dưới xương sườn và sờ không chạm. Lách to không thể làm dịch chuyển xương sống, thận (do chúng ở sau phúc mạc) hoặc cơ hoành và vì vậy nó làm dịch chuyển dạ dày. Cực trước của lách tương đương với vị trí của cung sườn thứ 10, chạy hướng xuống dưới qua khung sườn, chéo qua bụng để đi xuống hố chậu phải.

Ludwig Traube mô tả một vùng có giới hạn trên bởi xương sườn VI, phía ngoài là đường nách giữa và phía dưới của bờ sườn trái – nơi đây có tiếng vang bình thường khi gõ. Ông lưu ý rằng gõ đục khu vực này là do tràn dịch màng phổi nhưng không nhận ra rằng lách to cũng gây ra hiện tượng này.

### **21.2. QUAN SÁT TỔNG TRẠNG**

Tư thế BN tương tự như khi thăm khám hệ tiêu hóa – nằm ngửa trên giường với một chiếc gối chêm dưới đầu BN. Quan sát các dấu hiệu suy kiệt và xanh xao (triệu chứng của thiếu máu). Cần lưu ý đến chủng tộc của BN (bệnh thalassemia). Nếu có xuất hiện các mảng bầm tím, cần mô tả vị trí phân bố và mức độ của nó. Vàng da có thể gặp trong trường hợp thiếu máu tán huyết. Những vết cào gãi (do ngứa, có thể gặp trong lymphoma hoặc bệnh tăng sinh tủy) cũng cần được lưu ý.

### **21.3. KHÁM BÀN TAY**

Việc thăm khám chi tiết nên bắt đầu bằng cách thông thường nhất là quan sát bàn tay. Hiện nay hiếm khi thấy được móng tay hình thìa (koilonychia) – khô, dễ gãy, tạo chóp, có hình giống chiếc thìa. Triệu chứng này xảy ra do thiếu máu thiếu sắt nặng, mặc dù cơ chế chưa biết rõ. Đôi khi còn phát hiện triệu chứng này khi bị nhiễm nấm hoặc trong hiện tượng Raynaud (xem Hình 21.2). Nhồi máu vùng ngón tay (xem Hình 21.3) có thể là một dấu hiệu của bất thường globulin (bệnh cryoglobulinaemia – đông globulin máu do lạnh). Thay đổi màu sắc của giường móng như xanh xao, nhợt nhạt có thể gặp trong thiếu máu nhưng không phải là triệu chứng đáng tin cậy. Nếu xanh xao xuất hiện ở các nếp gấp lòng bàn tay gợi ý rằng mức độ hemoglobin dưới 70 g/l, nhưng đây cũng là một triệu chứng không đặc hiệu.

Cần lưu ý các triệu chứng của huyết học với các triệu chứng của viêm khớp dạng thấp, bệnh gout hay những bệnh lý của mô liên kết (xem CHƯƠNG 25). Viêm khớp dạng thấp



kèm theo lách to, giảm bạch cầu đa nhân được gọi là hội chứng Felty<sup>a</sup>: cơ chế của giảm bạch cầu đa nhân vẫn chưa rõ, nhưng nó có thể dẫn đến các nhiễm trùng nghiêm trọng. Hội chứng Felty có thể kèm theo giảm tiểu cầu (xem Hình 21.4), thiếu máu tán huyết, thay đổi sắc tố da và loét chân. Triệu chứng của bệnh gout (hạt tophi) hoặc bệnh khớp có thể xuất hiện ở bàn tay. Gout cũng có thể là biểu hiện của một bệnh lý tăng sinh tủy. Bệnh lý của mô liên kết có thể gây ra thiếu máu do những viêm nhiễm mạn tính kèm theo.



**Hình 21.2. Hiện tượng Raynaud.**



**Hình 21.3. Nhồi máu ngón tay.**

---

<sup>a</sup> Augustus Roi Felty (1895 – 1963), bác sĩ ở bệnh viện Hartford, Connecticut, ông mô tả điều này vào năm 1924.



**Hình 21.4. Ban xuất huyết do giảm tiểu cầu.**

**List 21.1. Các nguyên nhân gây xuất hiện xuất huyết dưới da dạng chấm.**

**Giảm tiểu cầu. Số lượng tiểu cầu < 100 x 10<sup>9</sup>/l.**

**1. Tăng phá hủy**

- Do miễn dịch
- + Xuất huyết giảm tiểu cầu do miễn dịch.
- + Lupus ban đỏ hệ thống.
- + Do thuốc (quinine, sulfonamides, methylodopa).
- Không do miễn dịch
- + Do tiểu cầu bị phá hủy (van tim nhân tạo).
- + Do tiêu hao (đông máu nội mạch rải rác, mất do xuất huyết).

**2. Giảm sản xuất**

- Bất sản tủy (thuốc, hóa chất, bức xạ).
- Thâm nhiễm tủy xương (ung thư, u tủy, bệnh bạch cầu, xơ hóa).

**3. Tiểu cầu bị bắt giữ**

- Cường lách.

**Rối loạn chức năng tiểu cầu**

- Do bẩm sinh hoặc bệnh mang tính chất gia đình
- Mắc phải:
- + Bệnh tăng sinh tủy.

- + Rối loạn protein trong máu.

- + Bệnh thận mạn, bệnh gan mạn.

- + Do thuốc (aspirin).

**Xuất huyết do bệnh lý mạch máu nhỏ**

- Do nhiễm khuẩn:

- + Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn.

- + Nhiễm trùng huyết (não mô cầu).

- + Do virus phát ban (sởi).

- Thuốc (steroid).

- Scorbut (vitamin thiếu hụt C) – điển hình ban xuất huyết quanh nang lông chi trên, đây là tiêu chuẩn chẩn đoán.

- Hội chứng Cushing.

- Viêm mạch:

- + Viêm đa động mạch dạng nút.

- + Ban xuất huyết Henoch – Schönlein \*.

- Thuyên tắc mỡ.

- Rối loạn protein máu.

*\* Eduard Henoch (1820 – 1910), giáo sư nhi khoa ở Berlin, ông mô tả điều này vào năm 1865 và Johannes Schönlein, bác sĩ ở Berlin, ông mô tả điều này vào năm 1868.*

Đếm mạch cho BN có thể phát hiện mạch nhanh. BN thiếu máu có tình trạng tăng cung lượng tim, tăng nhịp tim theo cơ chế bù trừ do sự giảm vận chuyển oxy trong máu.

Quan sát để phát hiện ban xuất huyết (xem Hình 21.4) hay còn gọi là các vết bầm tím, do chảy máu dưới da. Các tổn thương có thể thay đổi kích thước từ vết rất nhỏ gọi là chấm xuất huyết (xem List 21.1) đến kích thước lớn gọi là mảng xuất huyết (xem Hình 21.5 và CHƯƠNG 20).



**Hình 21.5. Xuất huyết dưới da dạng mảng.**

Nếu xuất hiện các đốm xuất huyết nhô lên mặt da và chúng sờ được thì gợi ý đến viêm mạch máu hệ thống – nơi tổn thương thường gây đau đớn hoặc một số trường hợp có thể gây nhiễm trùng huyết.

#### **21.4. CẰNG TAY**

Nếu nghi ngờ xuất huyết do giảm tiểu cầu hay vỡ mao mạch, cần làm nghiệm pháp Hess<sup>b</sup> để xác định.

#### **21.5. KHÁM HẠCH TRÊN LỖI CẦU**

Khi thăm khám huyết học, cần phải nhớ luôn luôn sờ các hạch trên lồng cầu. Phương pháp tốt nhất là yêu cầu BN gập khuỷu đến 90°, dạng nhẹ cánh tay và đặt lòng bàn tay phải của người khám dưới khuỷu tay phải của BN (xem Hình 21.6). Ngón tay cái của người

---

<sup>b</sup> Alfred Hess (1875 – 1933), giáo sư nhi khoa ở New York, mô tả điều này vào năm 1914. Nghiệm pháp Hess hiện nay ít được thực hiện do việc xét nghiệm tiểu cầu cho kết quả rất nhanh và được thực hiện ở hầu hết bệnh viện. Đặt băng huyết áp ở cánh tay và bơm lên trên 10 mmHg so với huyết áp tâm trương. Đợi 5 phút rồi xả băng huyết áp và đợi thêm 5 phút rồi mới quan sát để tìm các chấm xuất huyết ở tay dưới nơi đặt băng quấn huyết áp, đặc biệt là ở cổ tay và hố trụ vì đây là nơi da lỏng lẻo nhất. Nếu < 5 chấm xuất huyết/cm<sup>2</sup> là bình thường và > 20 chấm xuất huyết/cm<sup>2</sup> là bất thường. Điều này gợi ý giảm tiểu cầu, rối loạn chức năng tiểu cầu hoặc vỡ mao mạch.

khám có thể được đặt trên vùng thích hợp, đó là ở đầu gần và hơi phía trước của lồi cầu trong. Điều này được thực hiện tương tự với tay trái. Hạch vùng này to thường là bệnh lý. Nó xuất hiện khi có nhiễm trùng tại chỗ, lymphoma non Hodgkin<sup>c</sup> hoặc hiếm gặp hơn là bệnh giang mai. Lưu ý các đặc điểm của hạch lympho và các bệnh lý được trình bày trong List 21.2 và List 21.3. Các triệu chứng và dấu hiệu chắc chắn gợi ý phi đại hạch bạch huyết có thể là hậu quả của một căn bệnh nghiêm trọng (xem Good signs guide 21.1).



**Hình 21.6. Sờ hạch trên lồi cầu.**

### **List 21.2. Các đặc điểm của hạch bạch huyết.**

**Khi sờ hạch cần ghi nhận những đặc điểm.**

#### **1. Vị trí**

- Hạch có thể khu trú tại một vùng (nhiễm trùng tại chỗ, lymphoma giai đoạn sớm) hoặc lan rộng (lymphoma giai đoạn muộn).
- Các khu vực sờ thấy hạch là:
  - + Vùng trên lồi cầu.
  - + Nách.
  - + Vùng cổ và cằm.
  - + Vùng thượng đòn.
  - + Vùng cạnh động mạch chủ (hiếm khi sờ thấy).
  - + Vùng bẹn.
  - + Vùng khoeo.

- 2. Kích thước.** Các hạch lớn thường là những hạch bất thường (> 1 cm).
- 3. Mật độ.** Các hạch cứng gợi ý sự lắng đọng carcinoma; hạch mềm có thể bình thường; và các hạch dai, đàn hồi có thể là lymphoma.
- 4. Tính chất đau.** Điều này gợi ý nhiễm trùng hoặc viêm cấp tính.
- 5. Sự di động.** Các hạch không di động nhiều khả năng là do sự thâm nhiễm của ung thư nhiều hơn so với các hạch di động.
- 6. Nằm trên da.** Viêm bề mặt da gợi ý nhiễm trùng, bề mặt da co rút gợi ý carcinoma.

<sup>c</sup> Thomas Hodgkin (1789 – 1866), một sinh viên nổi tiếng tại bệnh viện Guy, London, ông mô tả điều này vào năm 1832. Trường hợp đầu tiên ông mô tả là BN của Richard Bright – là người đầu tiên sử dụng ống nghe ở Anh.

### List 21.3. Nguyên nhân gây phì đại hạch huyết khu trú.

1. Nhóm hạch bẹn: nhiễm trùng chi dưới, bệnh lây truyền qua đường tình dục, bệnh lý ác tính vùng bụng hoặc vùng chậu, chùng ngừa.
2. Nhóm hạch nách: nhiễm trùng chi trên, carcinoma vú, bệnh lý ác tính rải rác, chùng ngừa.
3. Nhóm hạch trên lồng cầu: nhiễm trùng cánh tay, lymphoma, bệnh sarcoid.
4. Nhóm hạch thượng đòn trái: bệnh ác tính di căn từ ngực, bụng (đặc biệt là bệnh lý dạ dày – dấu Troisier) hoặc khung chậu.
5. Nhóm hạch thượng đòn bên phải: bệnh lý ác tính di căn từ ngực hoặc thực quản.

### Good signs guide 21.1. Các yếu tố cho thấy phì đại hạch lympho có liên quan đến các bệnh lý nền quan trọng (lymphoma).

Dấu hiệu	LR+	LR-
- Tuổi > 40	2,25	0,41
- Sụt cân	2,3	0,85
- Sốt	0,71	1,1
- Hạch đầu và cổ nhưng không có hạch thượng đòn	0,84	1,2
- Hạch thượng đòn	3,1	0,76
- Hạch nách	0,86	1,0
- Hạch bẹn	0,76	1,0
- Kích thước		
+ < 4 cm <sup>2</sup>	0,44	3,6
+ 4 – 9 cm <sup>2</sup>	2,0	0,87
+ > 9 cm <sup>2</sup>	8,4	0,65
- Mật độ chắc	3,3	0,64
- Nhảy đau	0,61	1,2
- Không di động	13,0	0,73

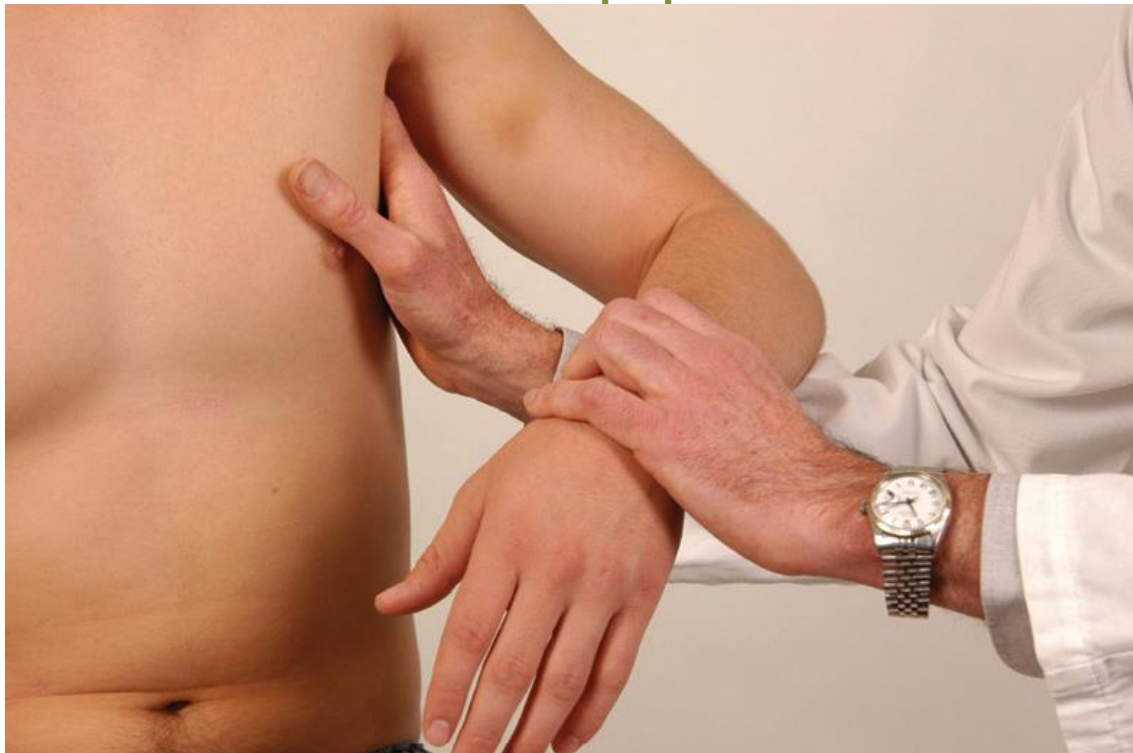
## 21.6. NHÓM HẠCH NÁCH

Để sờ được nhóm hạch này, nâng cánh tay của BN lên và dùng bàn tay trái của người khám để khám bên phải, đẩy ngón tay của người khám vào vùng nách càng cao càng tốt. Sau đó hạ cánh tay của BN xuống để ở trạng thái thư giãn trên cánh tay của người khám. Thực hiện ngược lại cho phía đối diện (xem Hình 21.7 và Hình 21.8).

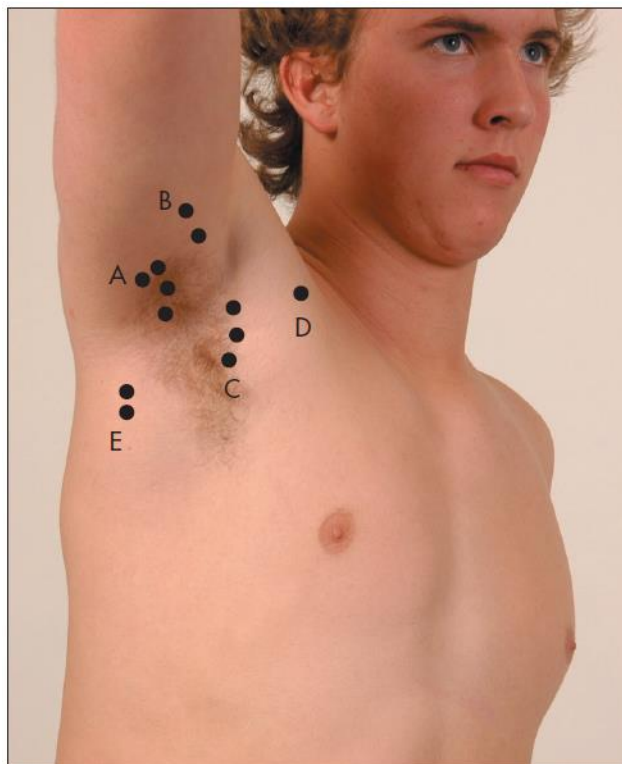
Có năm nhóm hạch nách chính: (1) trung tâm; (2) ngoài (trên và ngoài); (3) ngực (trong); (4) dưới đòn và (5) dưới vai (ở dưới cùng, xem Hình 21.9). Cần cố gắng cảm nhận các hạch ở mỗi vùng của nhóm hạch nách.



**Hình 21.7. Phì đại hạch nách.**



**Hình 21.8. Khám hạch nách.**



**Hình 21.9. Các nhóm chính của các hạch bạch huyết ở nách. A = trung tâm; B = ngoài; C = ngực; D = dưới đòn; E = dưới vai.**

### **21.7. KHUÔN MẶT**

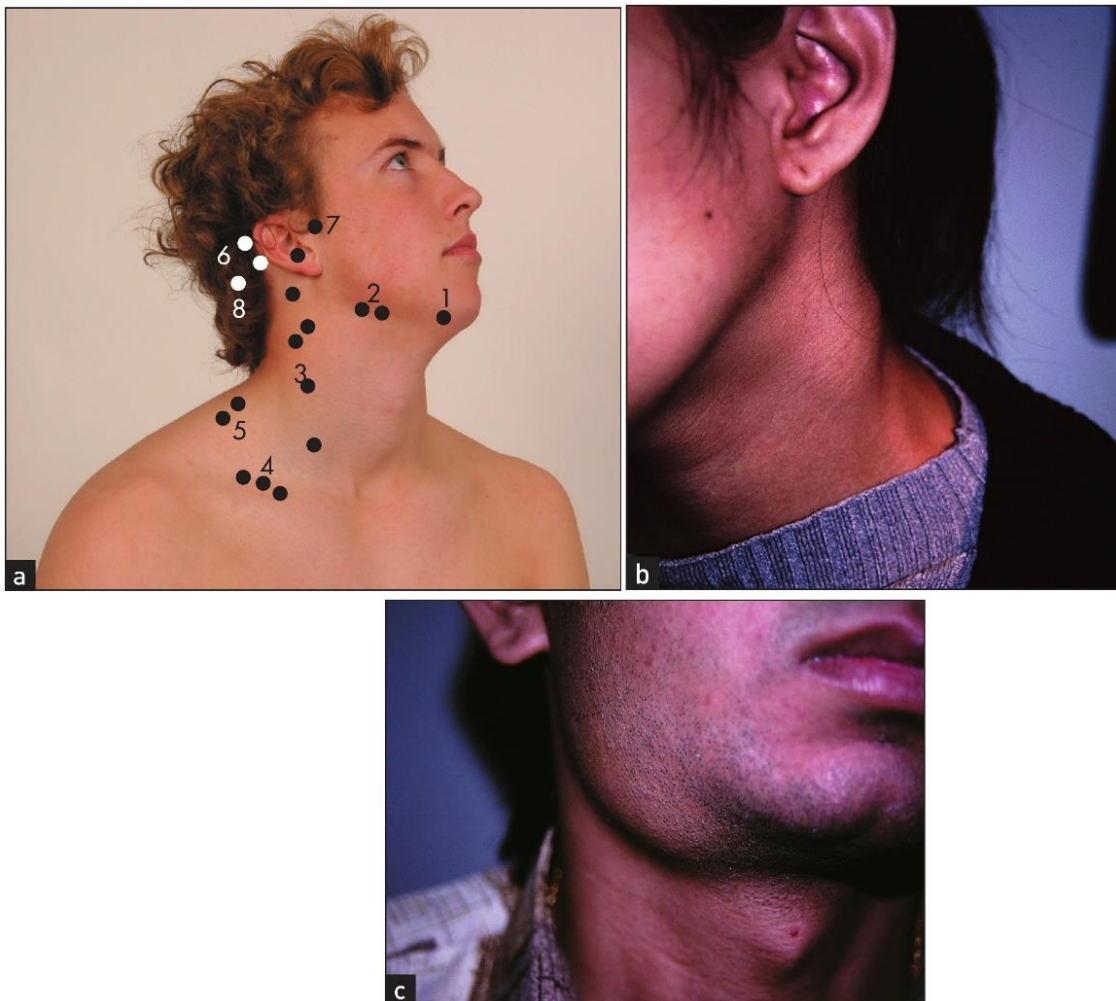
Quan sát đôi mắt để phát hiện vàng củng mạc, xuất huyết hay sung huyết (do tăng số lượng các mạch máu nổi lên trên củng mạc gặp trong đa hồng cầu, xem Hình 21.10). Kết mạc xanh xao, nhợt nhạt gợi ý thiếu máu và là triệu chứng đáng tin cậy hơn các triệu chứng ở móng chân, tay hoặc các nếp gấp lòng bàn tay. Tại Bắc Âu, sự kết hợp với dấu hiệu bạc tóc sớm và mắt xanh gợi ý bệnh thiếu máu ác tính miễn dịch do thiếu vitamin B12 do thiếu các yếu tố nội tại khi bị teo niêm mạc dạ dày.



**Hình 21.10. Đa hồng cầu vô căn – các mạch máu nổi trên bề mặt củng mạc.**

Khám miệng tìm sự phì đại nướu răng, do sự xâm nhập của bạch cầu, đặc biệt trong bệnh bạch cầu cấp dòng mono hoặc do sung nề trong bệnh scorbut. Chảy máu nướu răng có thể do loét, nhiễm trùng hoặc xuất huyết của niêm mạc hầu họng. Viêm teo lưỡi xuất hiện khi thiếu máu hồng cầu to hay thiếu máu thiếu sắt. Dẫn mao mạch quanh hoặc trong miệng gặp trong bệnh cánh xuất huyết do dẫn mao mạch di truyền. Cần lưu ý quan sát sự phì đại của hạnh nhân. Vòng Waldeyer<sup>d</sup> là một vòng bạch huyết ở phần sau của hầu miệng và hầu mũi bao gồm các hạnh nhân hầu và hạnh nhân khẩu cái. Đôi khi lymphoma non Hodgkin sẽ liên quan đến vòng hạnh nhân Waldeyer, nhưng bệnh Hodgkin hiếm khi xảy ra.

## 21.8. NHÓM HẠCH CỔ VÀ THƯỢNG ĐÒN



**Hình 21.11. (a) hạch bạch huyết vùng cổ và thượng đòn gồm: 1 = dưới cằm; 2 = dưới hàm dưới; 3 = chuỗi cổ (cổ sau và cổ trước hoặc cổ sâu); 4 = thượng đòn; 5 = góc tam giác sau; 6 = sau tai; 7 = trước tai; 8 = chẩm, (b) bệnh lý hạch bạch huyết ở cổ, (c) bệnh lý hạch bạch huyết dưới hàm.**

<sup>d</sup> Heinrich Wilhelm Gottfried von Waldeyer – Hartz (1836 – 1921), nhà giải phẫu học Berlin.



## List 21.4. Các nguyên nhân gây phì đại hạch bạch huyết.

### Phì đại hạch bạch huyết lan tỏa

- Lymphoma (hạch dai, đàn hồi và cứng).
- Bệnh bạch cầu (bạch cầu cấp hay bạch cầu kinh dòng lympho).
- Nhiễm trùng:
  - Virus (nhiễm trùng tăng bạch cầu đơn nhân, cytomegalovirus, HIV).
  - Vi khuẩn (lao, brucella, giang mai).
  - Ký sinh trùng (toxoplasmosis).

- Bệnh mô liên kết (viêm khớp dạng thấp, lupus ban đỏ hệ thống).
- Bệnh do xâm lấn (sarcoid).
- Thuốc (phenytoin – giả lymphoma).

### Phì đại hạch bạch huyết khu trú

- Nhiễm khuẩn cấp hoặc mạn tính khu trú.
- Di căn từ carcinoma hoặc các u đặc khác.
- Lymphoma, đặc biệt là bệnh Hodgkin.

Cho BN ngồi và sờ hạch cổ từ phía sau. Cần sờ được tám nhóm hạch bạch huyết tại khu vực này, cố gắng xác định mỗi nhóm hạch bằng ngón tay của người khám (xem Hình 21.11). Đầu tiên là sờ hạch dưới cằm – nằm ngay dưới cằm, sau đó là hạch dưới hàm – nằm ngay góc hàm. Tiếp theo đó sờ chuỗi hạch cổ – nằm trước cơ ức đòn chũm, nhóm hạch tam giác phía sau – nằm sau cơ ức đòn chũm. Sờ các hạch vùng cằm sau đó di chuyển xuống nhóm hạch trước và sau tai. Cuối cùng là sờ nhóm hạch phía trước, cho BN hơi nhún vai, cảm nhận trong hố dưới vai tại nguyên ủy của cơ ức đòn chũm để tìm nhóm hạch thượng đòn. Nguyên nhân của các bệnh lý hạch khu trú hay lan tỏa được liệt kê trong List 21.4. Lưu ý rằng nhiều hạch cổ nhỏ có thể sờ thấy được ở người trẻ tuổi khỏe mạnh.



Hình 21.12. Viêm mạch bạch huyết vùng bẹn.

Khi sờ được các hạch to nên lưu ý đến các vùng dẫn lưu của các hạch này. Điều này có thể gợi ý tìm được nguyên nhân của bệnh (xem List 21.4). Viêm mạch bạch huyết (xem Hình 21.12) là tình trạng viêm nhiễm của mạch bạch huyết, có thể quan sát rõ ràng được các vùng dẫn lưu của các hạch bất thường, đặc biệt nếu chúng phì đại lên thường do nguyên nhân nhiễm trùng.

## 21.9. XƯƠNG NHẠY ĐAU

BN ngồi, gõ nhẹ vào cột sống tìm điểm đau của xương. Nguyên nhân gây đau xương có thể là do xâm lấn tủy xương trong bệnh u tủy, lymphoma hay carcinoma hoặc do các

bệnh lý ác tính của xương. Ấn nhẹ nhàng lên xương ức và hai xương đòn bằng cùm tay, sau đó kiểm tra hai vai BN bằng cách đẩy ra trước.

### List 21.5. Các nguyên nhân gây lách to.

#### Lách rất to

Thường gặp

- Bệnh bạch cầu kinh dòng tủy.
- Xơ hoá tuỷ.

Ít gặp

- Sốt rét.
- Sốt rét đen (kala azar).
- Lymphoma nguyên phát của lách.

#### Lách to trung bình

Những nguyên nhân ở trên

Tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

Lymphoma.

Bệnh bạch cầu (cấp hoặc mạn tính).

Thalassaemia.

Bệnh do tích lũy (bệnh Gaucher \*)

#### Lách to mức độ nhẹ

Những nguyên nhân ở trên.

Rối loạn tăng sinh tuỷ khác:

– Đa hồng cầu vô căn.

– Tăng tiểu cầu.

Thiếu máu tán huyết.

Thiếu máu hồng cầu to (hiếm gặp).

Nhiễm trùng:

– Virus (bệnh truyền nhiễm, viêm gan).

– Vi khuẩn (viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn).

– Ký sinh trùng (sốt rét).

Bệnh lý mô liên kết:

– Viêm khớp dạng thấp.

– Lupus ban đỏ hệ thống.

– Viêm đa động mạch nút.

Thâm nhiễm (amyloid, sarcoid).

Lách to có thể thấy trong 3% – 12% dân số bình thường.

\* *Phillipe Charles Ernest Gaucher (1854 – 1918), một bác sĩ da liễu ở bệnh viện St – Louis, Pháp, ông mô tả điều này vào năm 1882.*

## 21.10. KHÁM BỤNG

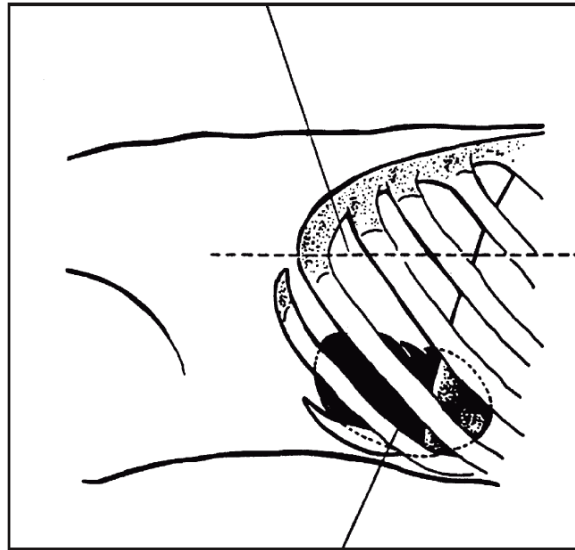
Cho BN nằm ngửa, khám bụng một cách tỉ mỉ, đặc biệt trong các trường hợp lách to (xem List 21.5 và Good sign guide 21.2), gan to, các hạch cạnh động mạch chủ (hiếm khi sờ thấy), hạch bẹn và khối bướu tinh hoàn. Cần nhớ rằng một khối u ở trung tâm và sâu trong ổ bụng thường do phì đại hạch cạnh động mạch chủ. Phì đại hạch cạnh động mạch chủ thường do lymphoma hoặc bệnh bạch cầu dòng lympho. Thăm khám trực tràng để tìm bằng chứng chảy máu hoặc carcinoma.

### Good signs guide 21.2. Lách to.

Dấu hiệu	LR+	LR-
– Sờ được lách	8.2	0.4
– Gõ đục (khoảng Traube)	2.3	0.48
– Nghiệm pháp Castell (nốt Castell)	1.2	0.45

Hai nghiệm pháp khám lách to được mô tả ở đây:

– Gõ khoảng Traube: BN nằm ngửa, tay trái dạng ra nhẹ, yêu cầu BN thở đều, sau đó gõ vùng lách từ giữa ra ngoài. Lưu ý rằng khu vực này thường gõ vang trừ khi do lách to.



**Hình 21.13. Điểm Castell**

– Gõ lách bằng phương pháp Castell: BN nằm ngửa, gõ vào điểm Castell (xem Hình 21.13) – khoảng gian sườn thấp nhất bên trái ở đường nách trước – khi BN hít vào và thở ra gắng sức. Lưu ý rằng gõ đục trong thì hít vào nếu như có lách to. Độ nhạy và độ đặc hiệu của nghiệm pháp này được ghi nhận là cao lần lượt khoảng 82% và 83%. Đánh giá BN nghi ngờ có bệnh ác tính được trình bày List 21.6.

**List 21.6. Đánh giá BN nghi ngờ có bệnh lý ác tính.**

1. Sờ nắn tất cả hạch bạch huyết dẫn lưu.
2. Khám tất cả nhóm hạch bạch huyết còn lại.
3. Khám bụng, đặc biệt đối với gan to và bàng quang.
4. Thăm khám tinh hoàn.
5. Thăm khám trực tràng và khám phụ khoa.
6. Khám phổi.
7. Khám ngực.
8. Khám da và móng tay để tìm melanoma.

**21.11. HẠCH BỆN**

Có hai nhóm hạch bẹn: một là dọc theo dây chằng bẹn và nhóm còn lại dọc theo mạch đùi (xem Hình 21.14), Các hạch nhỏ, chắc, di động thường xuất hiện ở người bình thường.

**21.12. CHÂN**

Chú ý phát hiện các vết bầm tím, thay đổi sắc tố da hay các vết cào xước. Ban xuất huyết sờ được trên mông hoặc cẳng chân thường xuất hiện trong ban xuất huyết Henoch – Schönlein<sup>e</sup> (xem Hình 21.15). Phản ứng thuốc có thể gây ban xuất huyết ở chân hay ở nơi khác (xem Hình 21.16). Loét chân có thể xuất hiện trên mắt cá trong hoặc mắt cá ngoài

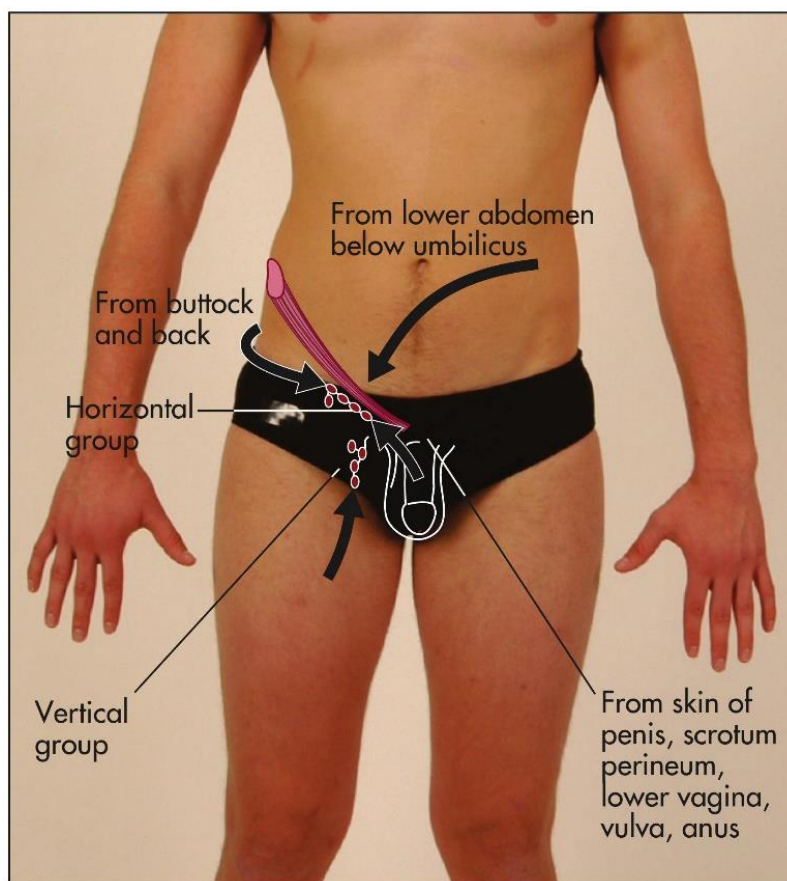
<sup>e</sup> Ban xuất huyết Henoch – Schönlein được đặc trưng bởi viêm cầu thận (biểu hiện bởi tiểu máu và protein niệu), đau bụng và đau khớp.

thường liên quan đến thiếu máu tán huyết (bao gồm thiếu máu hồng cầu hình liềm và bệnh hồng cầu hình cầu di truyền), cơ chế có lẽ là do biến chứng nhồi máu ở mô do bất thường độ nhớt của máu. Loét chân có thể xuất hiện trong bệnh thalassemia, macroglobulin máu, xuất huyết giảm tiểu cầu và đa hồng cầu, cũng như trong hội chứng Felty. Dùng hydroxyurea lâu dài cho rối loạn tăng sinh tủy có thể gây viêm loét má.

Đôi khi hạch khoeo có thể sờ được trong hố khoeo.

Cần khám chân để tìm các bất thường về thần kinh gây ra do thiếu vitamin B12: bệnh thần kinh ngoại biên và thoái hóa tủy sống bán cấp. Vitamin B12 là một yếu tố thiết yếu trong việc chuyển đổi homocysteine thành methionine; thiếu B12 dẫn đến thiếu methionine làm giảm sự methyl hóa protein nền của myelin. Thiếu vitamin B12 cũng có thể dẫn đến giảm thị giác và những thay đổi về tinh thần. Nhiễm độc chì có thể gây thiếu máu và đau bàn chân (hoặc bàn tay) rủ.

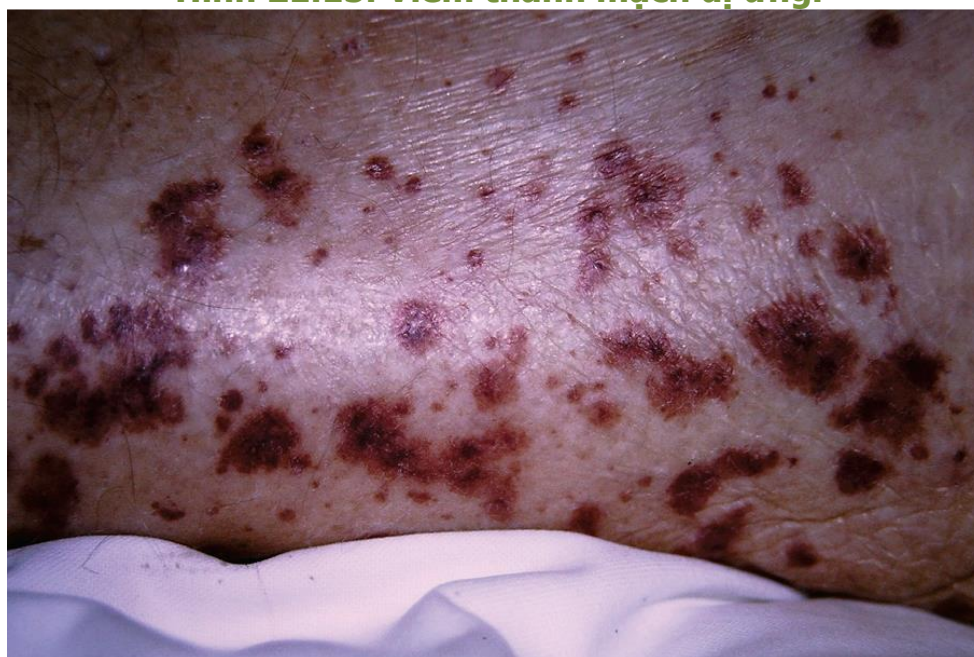
Dấu hiệu của bệnh lý tĩnh mạch ở chân có thể chỉ ra có huyết khối tĩnh mạch trước đó và tổn thương các van giữa các tĩnh mạch nông và sâu. Tìm dấu hiệu của huyết khối tĩnh mạch tái đi tái lại.



**Hình 21.14. Các nhóm hạch bạch huyết bẹn và các khu vực dẫn lưu của chúng.**



**Hình 21.15. Viêm thành mạch dị ứng.**



**Hình 21.16. Ban xuất huyết do thuốc.**

### **21.13. KHÁM ĐÁY MẮT**

Sự gia tăng độ nhớt máu, xảy ra trong bệnh macroglobulin máu, bệnh tăng sinh tuỷ hoặc bạch cầu kinh dòng bạch cầu hạt, có thể gây ra ứ huyết võng mạc và phù gai thị sau đó. Xuất huyết có thể xảy ra do rối loạn cầm máu. Tồn thương võng mạc (nhiều mảnh màu vàng – trắng) có thể gặp trong nhiễm toxoplasma và nhiễm cytomegalovirus.

## T&O'C essentials

1. Cần thăm khám toàn bộ cơ thể để tìm các triệu chứng bệnh huyết học.
2. Mô tả chính xác đặc điểm và kích thước của các hạch bạch huyết.
3. Sờ lách là một kỹ năng khó, sinh viên cần thực hành nhiều.
4. Có nhiều nguyên nhân gây lách to và kích thước của lách kèm theo sự hiện diện của bệnh lý hạch bạch huyết và bệnh nền của BN cần phải được đưa vào khi xem xét chẩn đoán phân biệt.

**22.1. TÓM TẮT THĂM KHÁM BỆNH LÝ HUYẾT HỌC****Text box 22.1. Tóm tắt thăm khám các bệnh lý huyết học.****Hình 22.1. Thăm khám huyết học.**

**BN nằm ngửa với một gối kê dưới đầu**

**1. Quan sát tổng trạng**

- Cân nặng (bình thường, giảm, tăng).
- Xuất huyết dưới da (giảm tiểu cầu, bệnh scorbut).
- + Dạng chấm (như đầu kim).
- + Dạng mảng (vết bầm lớn).
- Thay đổi sắc tố da (lymphoma).
- Phát ban và tổn thương thâm nhiễm (lymphoma).
- Loét (giảm bạch cầu đa nhân trung tính).
- Tím (đa hồng cầu).
- Đỏ da (đa hồng cầu).
- Vàng da (tán huyết).
- Vết trầy xước (bệnh tăng sinh tủy,

- Miệng – lưỡi phì đại (bệnh bạch cầu dòng mono), loét, nhiễm trùng, xuất huyết (bất sản tủy); viêm teo lưỡi, viêm góc miệng (thiếu sắt, thiếu vitamin).
- Lưỡi – amyloid.

**5. Hạch cổ (tu thể ngò): sờ từ phía sau.****6. Xương nhạy đau**

- Cột sống.
- Xương ức.
- Xương đòn.
- Xương vai.

**7. Bụng (tu thể nằm) và bộ phận sinh dục**

- Hạch bẹn.
- Khám chi tiết từng cơ quan.

**8. Chân**

- Viêm mạch (ban xuất huyết Henoch –

lymphoma).	Schölein ở mông, đùi).
– Chủng tộc.	– Vết bầm ở da.
<b>2. Tay</b>	– Thay đổi sắc tố da.
– Móng lõm hình thìa, nhạt màu.	– Loét (bệnh hemoglobin).
– Nếp gấp lòng bàn tay nhạt (thiếu máu).	– Dấu hiệu thần kinh (thoái hóa phức hợp bán cấp kết hợp, bệnh lý thần kinh ngoại biên).
– Bệnh khớp (heamophilia, gout thứ phát, thuốc).	<b>9. Khác</b>
– Bất mạch.	– Đáy mắt: xuất huyết, nhiễm trùng.
<b>3. Hạch nách và hạch trên lồng cầu</b>	– Biểu đồ thân nhiệt (nhiễm trùng).
<b>4. Mặt</b>	– Phân tích nước tiểu (đái máu, sắc tố mật).
– Củng mạc: vàng, nhạt, sung huyết kết mạc (đa hồng cầu).	– Khám trực tràng và phụ khoa (mắt máu).

Việc thăm khám huyết học là thăm khám có chủ đích trong quá trình theo dõi diễn tiến của bệnh, nhưng việc này sẽ là thăm khám toàn bộ và đầy đủ nếu lần đầu tiên tiếp xúc với BN mà bệnh lý huyết học được chúng ta nghĩ đến.

Tư thế BN giống như khi chúng ta thăm khám hệ tiêu hóa. Chắc chắn rằng BN đã bộc lộ đầy đủ, đối với phụ nữ thì được che một phần bằng áo choàng. Quan sát các vết bầm, thay đổi sắc tố da, da nhợt nhạt, vàng da hoặc các vết trầy xước (nghĩ đến bệnh tăng sinh tủy hoặc lymphoma). Ngoài ra, còn phải chú ý đến chủng tộc của BN.

Nâng bàn tay BN lên, quan sát móng tay xem có móng lõm hình thìa không (ngày nay ít gặp và gợi ý thiếu máu thiếu sắt) và những thay đổi trong viêm mạch máu. Nếp gấp lòng bàn tay nhợt nhạt có thể nói lên tình trạng thiếu máu (Hb thường dưới 70 g/l). Bằng chứng của các bệnh khớp có thể góp phần quan trọng trong chẩn đoán (viêm khớp dạng thấp và hội chứng Felty, chảy máu trong khớp thường tái đi tái lại trong các rối loạn đông cầm máu, gout thứ phát trong rối loạn tăng sinh tủy).

Khám các hạch trên lồng cầu ở tay, lưu ý bất kỳ vết bầm nào xuất hiện ở da. Hãy nhớ rằng, dạng chấm như đầu kim, trong khi dạng mảng là vết bầm lớn.

Khám nách và sờ các hạch vùng này. Tổng cộng có 5 vùng chính: trung tâm, ngoài (trên và ngoài), ngực (trong), dưới đòn, dưới vai (dưới).

Quan sát khuôn mặt BN. Xem mắt, chú ý dấu hiệu vàng, nhợt nhạt hay xuất huyết củng mạc và dấu sung huyết củng mạc trong đa hồng cầu. Tiếp đến là khám miệng. Hãy tìm dấu hiệu dẫn mao mạch quanh miệng. Lưu ý sự phì đại của nướu răng (bạch cầu cấp dòng mono hoặc bệnh scorbut), loét, nhiễm trùng, xuất huyết hay viêm teo lưỡi (thiếu sắt, thiếu B<sub>12</sub> hay thiếu acid folic) và viêm gốc miệng. Quan sát các hạnh nhân hầu và hạnh nhân khẩu cái (vòng Waldeyer).

Đỡ BN ngồi dậy. Khám các hạch cổ từ phía sau. Có 8 nhóm hạch: dưới cằm, dưới hàm, chuỗi cổ, thượng đòn, tam giác sau, sau tai, trước tai và vùng cằm. Sau đó sờ nhóm hạch vùng thượng đòn từ phía trước. Gõ nhẹ vào cột sống để tìm dấu hiệu đau xương của BN (gặp trong bệnh tăng sinh tủy, u tủy hoặc carcinoma). Đồng thời ấn nhẹ vào xương ức, xương đòn và xương vai để tìm dấu hiệu đau xương.

Đặt BN nằm ngửa một lần nữa. Khám bụng BN. Tập trung khám vào gan và lách. Sờ tìm các hạch cạnh động mạch chủ. Đừng quên khám tinh hoàn ở nam giới và thực hiện thăm trực tràng và phụ khoa (khi nghi ngờ có khối u hoặc chảy máu). Ép khung chậu tìm dấu hiệu đau xương. Sờ nắn các hạch bẹn. Có hai nhóm: dọc theo dây chằng bẹn và dọc theo bó mạch đùi.



---

Khám chân. Chú ý đặc biệt đến loét ở chân. Khám chân từ góc nhìn của thần kinh học để tìm bằng chứng của thiếu vitamin B<sub>12</sub> hoặc bệnh lý thần kinh ngoại biên do nguyên nhân khác. Nhớ rằng, suy giáp có thể là nguyên nhân gây thiếu máu và bệnh lý thần kinh.

Cuối cùng, soi đáy mắt, lập biểu đồ thân nhiệt và phân tích nước tiểu.

---

## 22.2. CẬN LÂM SÀNG CHẨN ĐOÁN

### 22.2.1. Xét nghiệm huyết học

Chẩn đoán các bệnh lý huyết học dựa trên bệnh sử, khám thực thể và các xét nghiệm chọn lọc. Trong khi chuyên ngành huyết học lại có nhiều xét nghiệm nặng nề và xâm lấn nên nên tăng chẩn đoán vẫn phải dựa vào lâm sàng.

Chìa khóa lựa chọn xét nghiệm bao gồm:

– Công thức máu: để xác định thiếu máu và tìm nguyên nhân có thể của nó (để xác định cần những xét nghiệm đặc hiệu hơn) hoặc để xác định rối loạn bạch cầu (bệnh bạch cầu) hoặc rối loạn tiểu cầu (thấp: giảm tiểu cầu, cao: tăng tiểu cầu).

– Phết máu ngoại biên: là phần cận lâm sàng để xác định bệnh lý (hồng cầu hình bia trong bệnh gan, hồng cầu hình gai trong bệnh thận, hồng cầu hình giọt nước trong thâm nhiễm tủy xương – xem bên dưới).

– Đếm hồng cầu lưới: sẽ thấp nếu sự sản xuất hoặc trưởng thành của hồng cầu bị thiếu hụt hoặc sẽ cao nếu đời sống hồng cầu ngắn đi (mất máu).

– Kiểm tra chảy máu quá mức: prothrombine time (INR) sẽ tăng nếu thiếu vitamin K hoặc điều trị bằng warfarin.

– Kiểm tra đông máu quá mức (như tiền sử đa tắc tĩnh mạch sâu): yếu tố V Leiden bị biến đổi, thiếu yếu tố kháng thrombin III, thiếu protein C hoặc S, kháng thể kháng phospholipid.

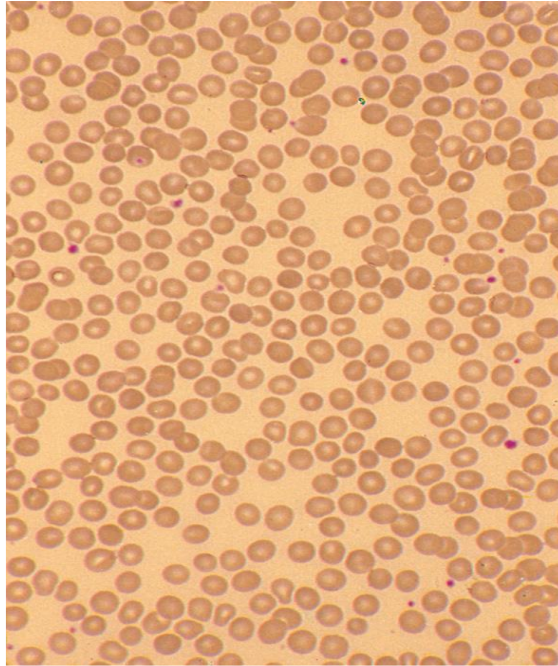
– Kiểm tra đặc biệt: đột biến gen JAK2 và đa hồng cầu nguyên phát, nhiễm sắc thể Philadelphia, bạch cầu kinh dòng tủy, điện di miễn dịch huyết thanh và nước tiểu để tìm đa u tủy (yếu tố M), kiểm tra tán huyết (bao gồm test Coombs – kháng thể kháng hồng cầu).

– Tủy xương: để xác định loại bệnh bạch cầu, tương bào tăng sản (đa u tủy).

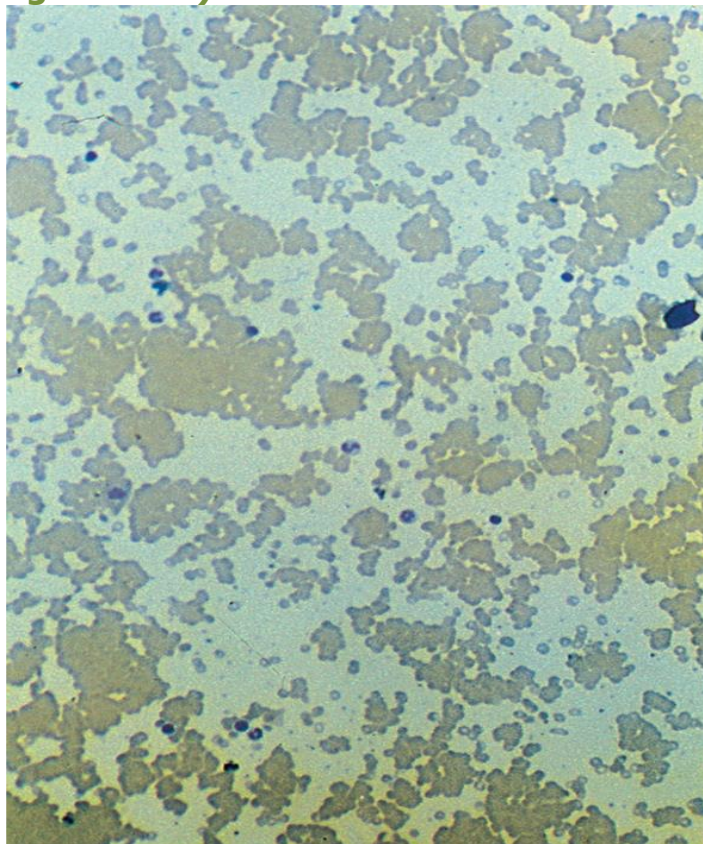
### 22.2.2. Tiêu bản phết máu ngoại biên

Đó là một cách tiếp cận đơn giản và hữu ích. Một lam máu ngoại biên được thực hiện đúng đắn là một cách sinh thiết mô đơn giản nhất, ít xâm lấn nhất và dễ tiếp cận nhất và trở thành một công cụ chẩn đoán hữu dụng trong lâm sàng. Kết quả phết máu ngoại biên có thể: (1) đánh giá hình thái học của hồng cầu, bạch cầu và tiểu cầu có bình thường không; (2) giúp mô tả loại thiếu máu; (3) phát hiện sự hiện diện của các tế bào bất thường và cung cấp manh mối cho sự biến đổi về lượng protein như paraprotein máu và (4) giúp cho việc chuẩn đoán các bệnh lý nhiễm khuẩn, thâm nhiễm ác tính của tủy xương hoặc rối loạn tăng sinh tế bào máu nguyên phát.

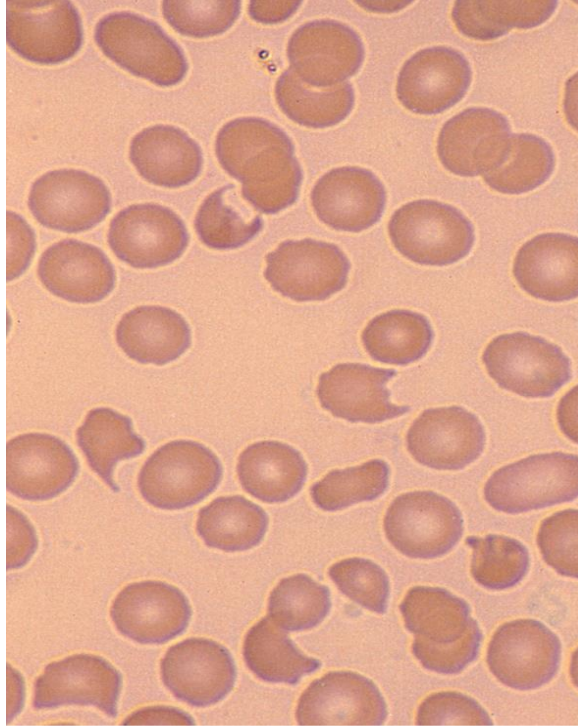
Các trang tiếp theo đây sẽ minh họa một số bệnh lý lâm sàng trên lam phết máu ngoại biên – xem từ Hình 22.2 đến Hình 22.14.



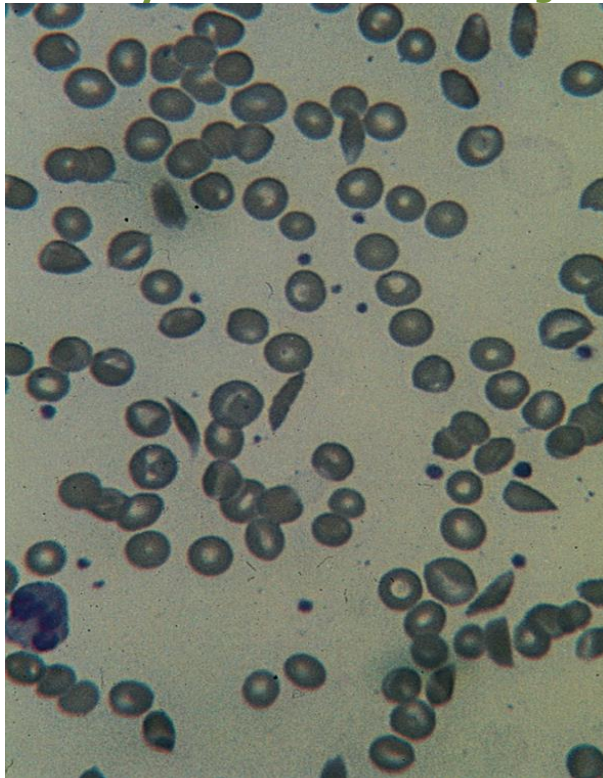
**Hình 22.2. Thiếu máu hồng cầu hình cầu. Di truyền tăng sinh hồng cầu hình cầu hoặc thiếu máu tán huyết tự miễn. Rất nhiều tế bào hồng cầu nhỏ tròn và thiếu vùng sáng ở trung tâm là hồng cầu hình cầu (hồng cầu lớn có thể là hồng cầu lưới).**



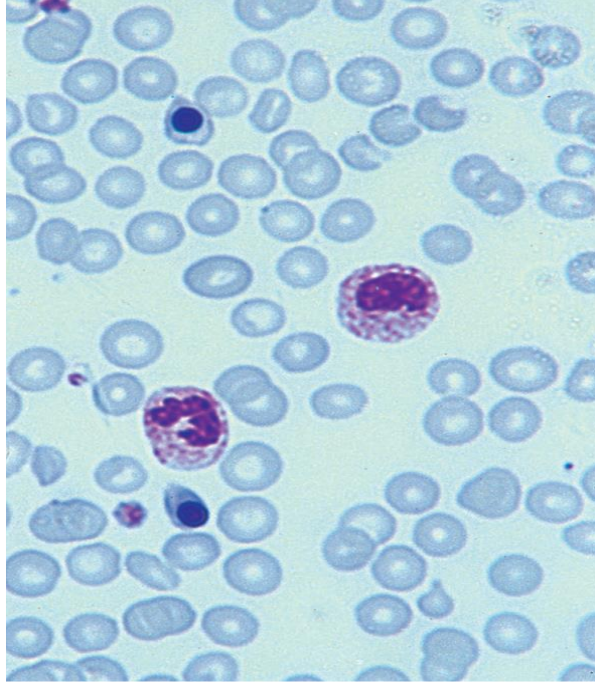
**Hình 22.3. Tự đông kết. Bệnh kết tủa lạnh. Hình ảnh cho thấy khối kết tủa của hồng cầu (năng lượng thấp).**



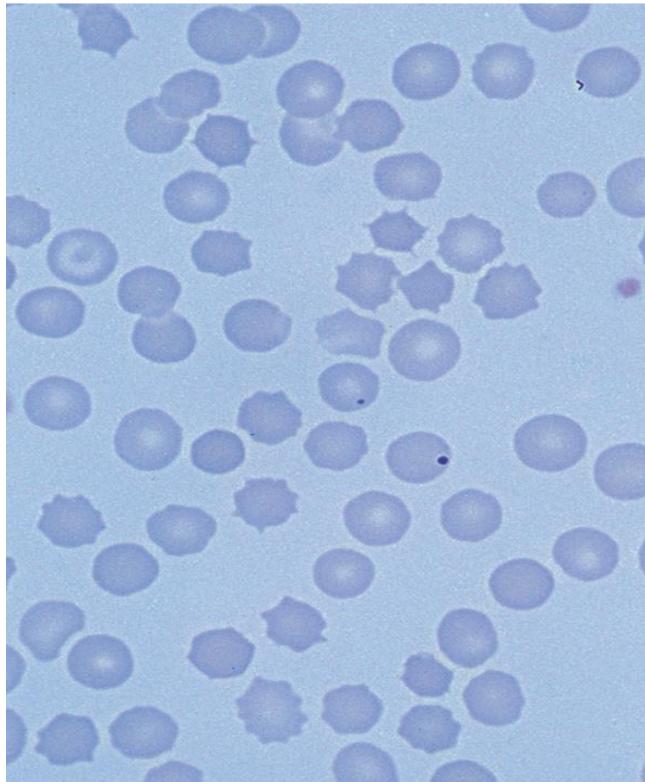
**Hình 22.4. Tán huyết trong bệnh lý vi mạch máu (đông máu nội mạch rải rác). Thường quan sát thấy các mảnh vỡ của hồng cầu (dấu vết cắn).**



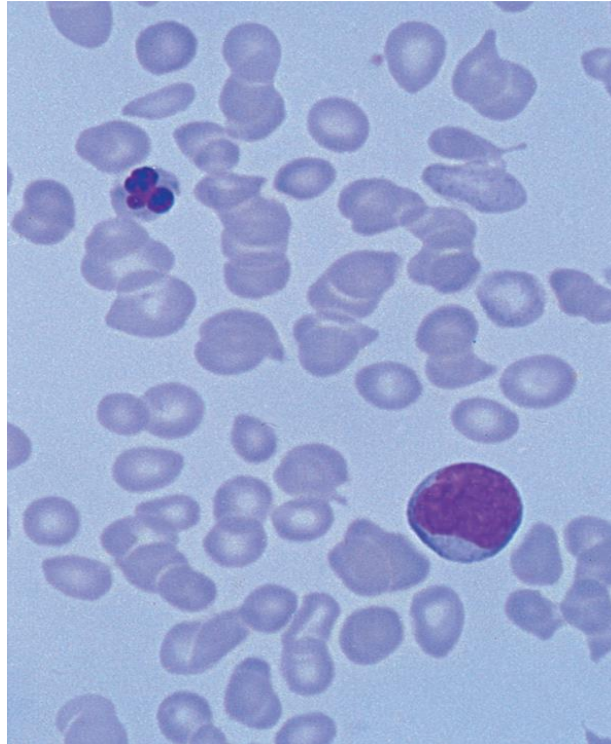
**Hình 22.5. Thiếu máu hồng cầu hình liềm. Lam cho thấy có nhiều hồng cầu dạng hình liềm với hồng cầu hình bia có thể thứ phát sau cắt lách trong bệnh này.**



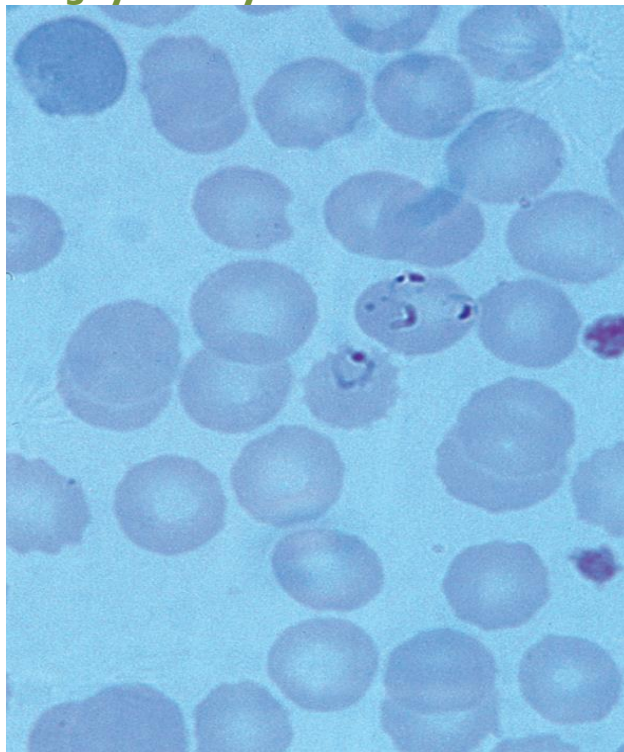
**Hình 22.6. Nguyên hồng cầu – bạch cầu. Lam cho thấy có thâm nhiễm của tủy xương. Thấy được sự lưu hành của hồng cầu có nhân và bạch cầu non.**



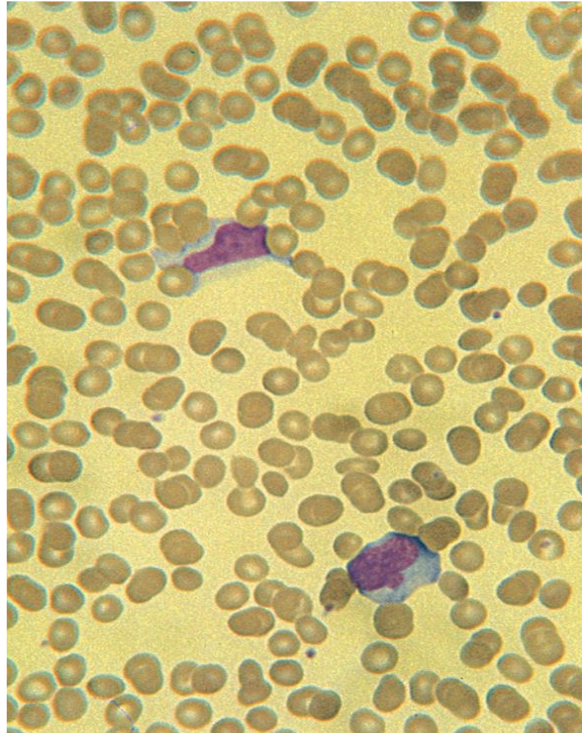
**Hình 22.7. Sau cắt lách. Lam cho thấy có nhiều thể Howell – Jolly, hồng cầu hình bia và tế bào có gai.**



**Hình 22.8. Tăng sinh nguyên bào sợi. Lam cho thấy có sự loạn sản của tế bào hồng cầu có nhân, các tế bào hồng cầu biến dạng hình giọt nước và có một bạch cầu nguyên thủy.**



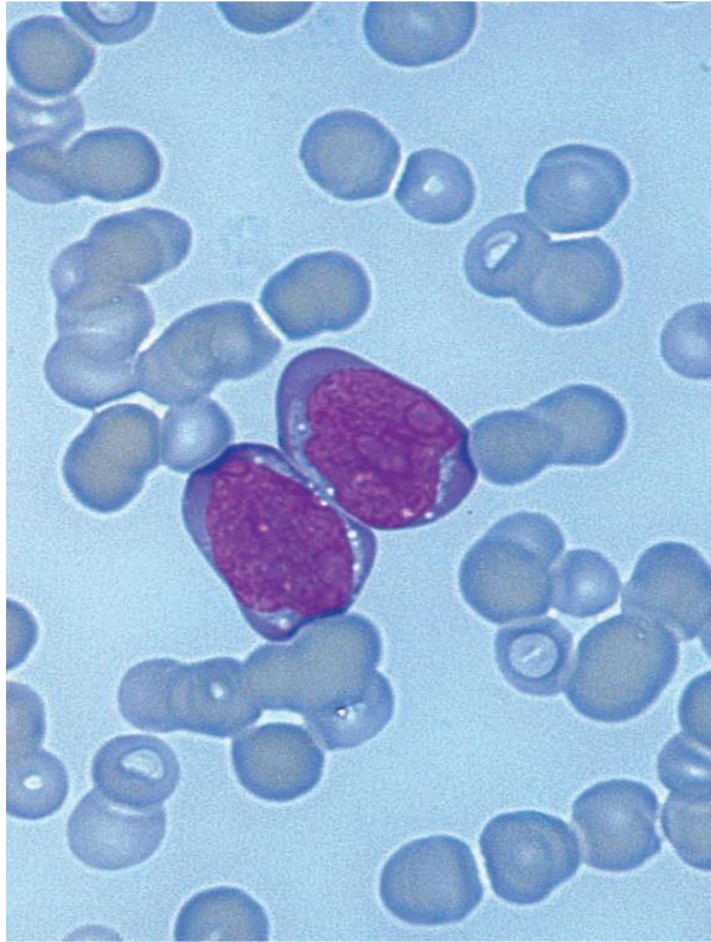
**Hình 22.9. Sốt rét. Hai hồng cầu ở trung tâm của lam có dạng tư dưỡng.**



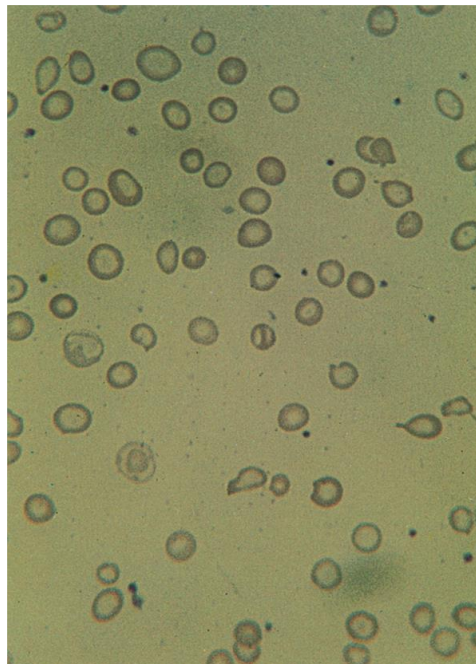
Hình 22.10. Bệnh do virus (bệnh truyền nhiễm). Trên lam có hai dạng không xác định hoặc dạng “switched – on” của tế bào lympho.



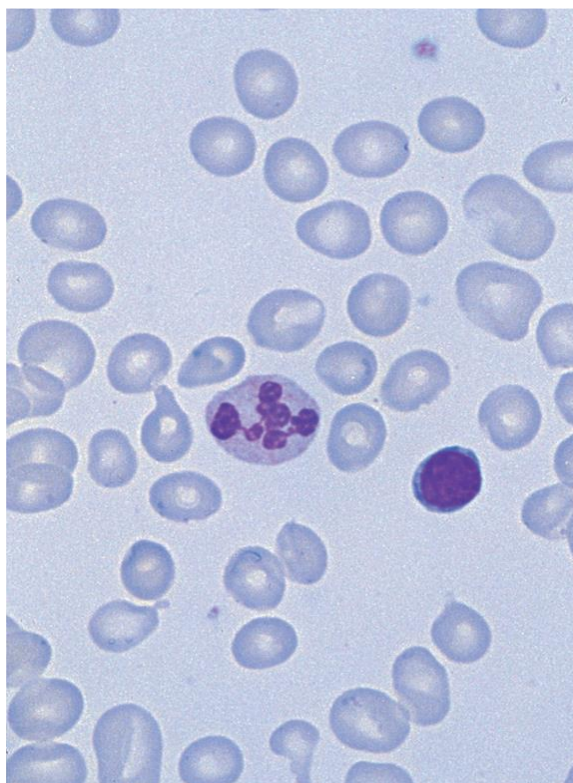
Hình 22.11. Nhiễm khuẩn (viêm phổi, viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn). Các bạch cầu ở trung tâm là các bạch cầu đũa với hạt độc tố trên lam.



**Hình 22.12. Bạch cầu cấp. Trên lam có hai bạch cầu nguyên thủy với nhân nổi bật.**



**Hình 22.13. Thiếu máu thiếu sắt. Trên lam cho thấy, hồng cầu đa dạng về hình dạng và kích cỡ. Nhìn chung đó là nhược sắc.**



**Hình 22.14. Thiếu máu hồng cầu to. Hồng cầu to với dạng oval và bạch cầu trung tính đa phân đoạn.**

### **22.2.3. Thiếu máu**

Thiếu máu là tình trạng giảm nồng độ của Hb dưới 135 g/l ở nam giới trưởng thành và dưới 115 g/l ở nữ giới trưởng thành. Thiếu máu không phải là một bệnh của bản thân nó, nó là kết quả của một bệnh lý nền (xem List 22.1). Có thể phân loại thiếu máu theo hình ảnh của tế bào máu. Hồng cầu với thể tích hồng cầu trung bình (MCV) thấp xuất hiện nhỏ và nhợt sắc. Người có MCV cao xuất hiện to và trong hoặc hình oval (hồng cầu to). Ngoài ra, hồng cầu có thể bình thường về hình dạng và kích cỡ nhưng giảm về số lượng.

Dấu hiệu thiếu máu nặng của bất cứ nguyên nhân nào bao gồm da niêm nhợt nhạt, nhịp tim nhanh, áp lực động mạch nầy rộng, rung miu tâm thu do sự tăng co bóp bù trừ cung lượng tim và suy tim nếu sự thích nghi không còn hiệu quả. Đó có thể là dấu hiệu của bệnh lý nền.

### **22.2.4. Giảm tế bào máu toàn thể**

Dấu hiệu: có thể có dấu hiệu lâm sàng của thiếu máu, giảm bạch cầu (giảm số lượng bạch cầu sẽ dẫn đến tình trạng nhạy cảm với nhiễm khuẩn) và giảm tiểu cầu (chấm xuất huyết và chảy máu) – sự giảm cả 3 dòng tế bào máu tủy xương. Nếu điều đó được xác định trên công thức máu thì được gọi là giảm tế bào máu toàn thể.

#### **Nguyên nhân**

– Thiếu máu bất sản: sự bất sản nặng của tế bào tiền thân dòng hồng cầu, bạch cầu và tiểu cầu trong tủy xương, kết quả trong xương mất đi các tế bào tạo máu và thay vào đó là mỡ. Nguyên nhân được xếp trong List 22.1. 50% không tìm được nguyên nhân rõ ràng.



## List 22.1. Các nguyên nhân gây thiếu máu.

### Thiếu máu hồng cầu nhỏ

- Thiếu máu thiếu sắt (sắt cần thiết cho sự tổng hợp hem)
- Chảy máu mạn tính (thường gặp nhất là chảy máu từ đường tiêu hóa hoặc kinh nguyệt).
- + Rối loạn hấp thu (cắt dạ dày).
- + Giun móc (mất máu).
- + Thai nghén (tăng nhu cầu)

Lưu ý: thiếu ăn hiếm khi là nguyên nhân đơn độc.

- Bệnh thalassemia nhẹ (bất thường hemoglobin).
- Thiếu máu nguyên hồng cầu (sắt gắn vào hem là bất thường)
- Thiếu máu kéo dài trong bệnh mạn tính.

### Thiếu máu hồng cầu to

- Nguyên bào tủy xương khổng lồ (tế bào to hình oval trên phết máu).
- + Thiếu B<sub>12</sub> do: thiếu máu ác tính, cắt dạ dày, tiêu chảy mỡ nhiệt đới hoặc phát triển quá mức của vi khuẩn, bệnh hồi tràng (bệnh Crohn, cắt đoạn hồi tràng lớn hơn 60 cm), sán cá (*Diphyllobothrium latum*) đặc biệt trong vùng Bắc Âu, chế độ ăn kiêng (ăn chay, hiếm có)
- + Thiếu folat do: suy dinh dưỡng, đặc biệt ở người kém hấp thu do nghiện rượu, mang thai, bệnh bạch cầu, tán huyết mạn tính, viêm mạn tính, thuốc kháng folat (phenytonin, metrotrexate, sulfasalazine).
- Không có tế bào tủy xương khổng lồ (chỉ có tế bào to trên lam máu).

- + Rượu.
- Xơ gan.
- + Tăng hồng cầu lưới (tán huyết, xuất huyết).
- + Suy giáp.
- + Thâm nhiễm tủy.
- + Hội chứng loạn sản tủy.
- + Bệnh tăng sinh tủy.

### Thiếu máu đẳng bào

- Suy tủy.
- + Thiếu máu bất sản (tủy xương hóa mỡ hay trống): do thuốc chloramphenicol, indomethacin, phenytoin, vàng, sulfonamides, kháng ung thư; phóng xạ, lupus ban đỏ hệ thống, viêm gan siêu vi, thai nghén, hội chứng Fanconi, bệnh tự phát.
- + Tạo máu không hiệu quả (bình thường hoặc tăng sinh tủy xương): loạn sản tủy, hemoglobin niệu kịch phát về đêm.
- + Thâm nhiễm (bệnh bạch cầu, lymphoma, u tủy, u hạt, xơ tủy).
- Thiếu máu do bệnh mạn tính
- + Viêm mạn tính (nhiễm trùng – lao, áp xe; bệnh lý mô liên kết).
- + Bệnh ác tính.
- + Thiếu hụt hormone (suy giáp, suy tuyến yên, bệnh Addison).
- + Bệnh gan.
- + Bệnh thận mạn tính.
- + Suy dinh dưỡng.
- Thiếu máu tán huyết
- + Khiếm khuyết bên trong: di truyền hồng cầu hình cầu, hồng cầu hình elip, bệnh hemoglobin – hồng cầu hình liềm, thalassemia, tiểu hemoglobin kịch phát về đêm.
- + Khiếm khuyết bên ngoài: tự miễn – kháng thể nóng hay kháng thể lạnh, truyền máu không thuận hợp, cường lách, chấn thương – chạy marathon; van tim nhân tạo, đông máu nội mạch rải rác, sốt rét

– Thâm nhiễm tủy xương do bệnh bạch cầu, lymphoma, carcinoma, u tủy, xơ hóa tủy xương hoặc u hạt.

– Khác: bạch cầu cấp (giai đoạn sớm), thiếu máu ác tính, cường lách, lupus ban đỏ hệ thống, thiếu folat, hemoglobin niệu kịch phát về đêm.

### 22.2.5. Bạch cầu cấp

Bệnh bạch cầu là bệnh lý tăng sinh quá mức của một trong các dạng tế bào máu. Bạch cầu cấp biểu hiện với suy tủy do quá trình thâm nhiễm của tủy xương với các tế bào chưa trưởng thành. BN sẽ tử vong rất nhanh nếu không điều trị. Bạch cầu cấp có thể chia làm hai loại: bạch cầu cấp dòng lympho và dòng tủy (dòng mono).

– Dấu hiệu chung của bệnh bạch cầu cấp. Bao gồm: da niêm nhạt (thiếu máu), sốt (thường chỉ xảy ra nhiễm trùng thứ phát do giảm bạch cầu) và xuất huyết (giảm tiểu cầu) đều do suy giảm chức năng tủy. Sụt cân, teo cơ (tăng chuyển hóa cơ bản) và nhiễm trùng khu trú (amidan hay xung quanh vùng họng do giảm bạch cầu) cũng có thể xuất hiện.

– Dấu hiệu do sự thâm nhiễm của hệ thống tạo máu. Chúng bao gồm: (1) đau xương do sự thâm nhiễm hay nhồi máu; (2) hạch to (nhẹ đến trung bình, đặc biệt là trong bệnh bạch cầu cấp dòng lympho); (3) lách to (nhẹ đến trung bình, đặc biệt trong bạch cầu cấp dòng lympho, lách có thể bị đau do nhồi máu) và (4) gan to (nhẹ đến trung bình).

– Dấu hiệu xâm lấn các cơ quan khác. Bao gồm: (1) phì đại hạnh nhân khẩu cái (bạch cầu cấp dòng lympho); (2) sung hay chảy máu nướu răng (bạch cầu cấp dòng mono); (3) tràn dịch màng phổi; (4) liệt dây thần kinh, liên quan đến rễ thần kinh tủy sống hay thần kinh sọ hoặc (5) viêm màng não vô trùng do sự thâm nhiễm vào màng não, gặp nhiều trong bạch cầu cấp dòng lympho.

### 22.2.6. Bạch cầu kinh

Đó là một bệnh lý huyết học ác tính, trong đó tế bào bạch cầu non được biệt hóa rõ. Bệnh có tiên lượng tốt hơn so với bệnh bạch cầu cấp. Có hai loại bệnh bạch cầu kinh là bạch cầu kinh dòng lympho và bạch cầu kinh dòng tủy.

– **Dấu hiệu của bệnh bạch cầu kinh dòng tủy.** Bệnh bạch cầu kinh dòng tủy là một trong những rối loạn tăng sinh tủy. Đó là sự lan rộng của khối u tế bào hạt trong tủy xương, gan và lách.

+ Dấu hiệu toàn thân bao gồm: da niêm nhạt (thiếu máu do xâm nhiễm tủy xương) và bệnh gout thứ phát (thường gặp).

+ Dấu hiệu hệ thống tạo máu bao gồm lách to nhiều và gan to vừa phải, (chú ý: hạch to thường là một dấu hiệu của sự chuyển dạng nguyên bào máu).

– **Dấu hiệu của bệnh bạch cầu kinh dòng lympho** có thể có mệt mỏi, da niêm nhạt, nhiễm trùng cấp tính tái đi tái lại.

+ Dấu hiệu ở hệ thống tạo máu bao gồm gan, lách và hạch to vừa phải.

+ Các bất thường khác bao gồm test Coomb dương tính – thiếu máu tán huyết, thâm nhiễm hạch bạch huyết, nhiễm Herpes zoster. BN có thể khai là có tiền sử mẫn cảm với côn trùng đốt.

## 22.2.7. Bệnh lý tăng sinh tủy

Đó là một nhóm rối loạn của các tế bào gốc tạo máu. Bao gồm đa hồng cầu nguyên phát, xơ hóa tủy xương nguyên phát, bạch cầu kinh dòng tủy và tăng số lượng tiểu cầu. Có sự chồng lấp các triệu chứng lâm sàng và đặc điểm bệnh học xuất hiện trong những rối loạn này. Do đó BN có thể có triệu chứng hoặc dấu hiệu của một hoặc nhiều rối loạn này. Bất kỳ rối loạn nào ở trên cũng có thể tiến triển thành bạch cầu cấp dòng tủy.

### 22.2.7.1. Đa hồng cầu

Đây là một bệnh lý khi nồng độ hemoglobin tăng cao và có thể do gia tăng khối lượng hồng cầu hay giảm của thể tích huyết tương. Đa hồng cầu nguyên phát là kết quả của gia tăng tính tự trị trong sản xuất hồng cầu. BN đa hồng cầu thường có vẻ mặt hồng hào, đỏ ửng. Để khám BN nghi ngờ là đa hồng cầu, cần đánh giá cẩn thận những biểu hiện của bệnh đa hồng cầu nguyên phát và nguyên nhân khác của đa hồng cầu (xem List 22.2).

#### List 22.2. Đa hồng cầu.

##### Dấu hiệu của đa hồng cầu nguyên phát

Xuất hiện sự sung huyết bao gồm sung huyết kết mạc và mạch máu võng mạc (không đặc hiệu).

Dấu hiệu trầy xước (ngứa toàn thân).

Lách to (80%).

Dễ chảy máu (rối loạn chức năng tiểu cầu).

Bệnh lý mạch máu ngoại biên và thiếu máu cục bộ cơ tim (huyết khối, tuần hoàn chậm).

Bệnh gout.

Tăng huyết áp nhẹ.

##### Nguyên nhân của đa hồng cầu

##### 1. Đa hồng cầu tuyệt đối (tăng số lượng hồng cầu)

– Tự phát: đa hồng cầu nguyên phát.

– Thứ phát:

+ Tăng tiết erythropoietin:

• Bệnh thận đa nang, ú nước, khối u, sau ghép thận.

• HCC.

• U nguyên bào mạch máu ở tiểu não.

• U xơ tử cung.

• Hội chứng nam hóa.

• Hội chứng Cushing.

• U tế bào ưa Chrom.

+ Tình trạng thiếu oxy (tăng erythropoietin thứ phát):

• Bệnh phổi mạn tính.

• Ngưng thở khi ngủ

• Sống ở vùng cao.

• Bệnh tim bẩm sinh có tím.

• Hemoglobin bất thường.

• Ngộ độc CO.

##### 2. Đa hồng cầu tương đối (giảm thể tích huyết tương)

– Mất nước.

– Đa hồng cầu do stress: bệnh Gaisböck \*.

*\* Felix Gaisböck (1868 – 1955), bác sĩ người Đức, mô tả vào năm 1905.*

Quan sát BN và ước lượng tình trạng mất nước của BN (mất nước đơn thuần có thể gây tăng Hb do cô đặc máu). Lưu ý xem BN có bệnh Cushing hay nam hóa ở nữ giới hay không. BN có thể xanh tím do có bệnh lý nền như tim bẩm sinh có tím hoặc bệnh phổi mạn tính. Tìm vết ố nicotin ở BN hút thuốc. Tất cả những BN này có thể dẫn đến đa hồng cầu thứ phát.

Quan sát tay của BN để thấy dấu hiệu trầy xước, ngứa sau tắm thường gặp trong đa hồng cầu nguyên phát, có thể do histamin phóng thích từ basophil. Đo huyết áp BN: rất hiếm khi một u tủy thượng thận có thể gây đa hồng cầu thứ phát và cao huyết áp.

Quan sát mắt BN, tìm sự sung huyết của kết mạc. Tăng đột ngột ở đáy mắt do ứ đọng, dẫn tĩnh mạch võng mạc và xuất huyết. Kiểm tra lưỡi BN để đánh giá xem có dấu hiệu xanh tím trung ương không.

Thăm khám hệ tim mạch để tìm dấu xanh tím do tim bẩm sinh và hệ hô hấp để tìm dấu hiệu của bệnh phổi mạn tính. Khám bụng một cách cẩn thận để tìm lách to, xuất hiện trong 80% các trường hợp đa hồng cầu nguyên phát nhưng không thường xảy ra với các nguyên nhân khác. Có những dấu hiệu bệnh gan mạn hoặc ung thư tế bào gan nguyên phát có thể gây đa hồng cầu thứ phát. Sờ vào thận và tiến hành phân tích nước tiểu. Ở phụ nữ có thể sờ tử cung. Bệnh thận đa nang, ứ nước, carcinoma thận và u xơ tử là những nguyên nhân hiếm gặp gây đa hồng cầu thứ phát.

Khám chân của BN để tìm dấu trầy xước, nốt tophi của gout và bệnh khớp cũng như các dấu hiệu của bệnh lý mạch máu ngoại biên. Trong đa hồng cầu nguyên phát, gout thứ phát xảy ra do sự gia tăng đột ngột của số lượng chất chuyển hóa dẫn đến tăng acid uric máu. Bệnh mạch máu ngoại biên xuất hiện trong đa hồng cầu nguyên phát do huyết khối (do tăng độ kết dính tiểu cầu và đẩy nhanh quá trình xơ vữa động mạch), tốc độ tuần hoàn chậm lại do tăng độ nhớt của máu.

Khám để tìm dấu hiệu tiểu não, sự hiện diện của một u nguyên bào mạch máu, là nguyên nhân hiếm gặp gây đa hồng cầu thứ phát. Khám hệ thần kinh trung ương tìm các dấu đột quy do huyết khối lấp mạch máu não.

### **22.2.7.2. Xơ hóa tủy nguyên phát**

Đó là một sự rối loạn tế bào gốc tạo máu với sự xơ hóa là một quá trình diễn ra thứ phát sau đó. Tủy bị xơ hóa và lách to dần lên là những đặc trưng cho bệnh.

– Dấu hiệu toàn thân bao gồm da niêm tái nhạt (thiếu máu ở hầu hết BN) và các đốm xuất huyết (gặp ở 20% BN, do giảm tiểu cầu).

– Dấu hiệu ở hệ thống tạo máu bao gồm lách to (trong hầu hết các trường hợp, và thường rất lớn – cũng có thể là một tổn thương lách do nhồi máu lách), gan to (xảy ra ở 50% BN và gan có thể rất to) và hạch to (rất ít gặp).

– Các dấu hiệu khác như đau xương (không phổ biến) và bệnh gout thứ phát (xuất hiện ở 5% BN).

### **22.2.7.3. Bệnh bạch cầu kinh dòng tủy**

### **22.2.7.4. Khái quát về tăng tạo tiểu cầu**

Đó là một sự gia tăng kéo dài của số lượng tiểu cầu trên mức bình thường mà không có bất kỳ nguyên nhân rõ ràng nào.

– Dấu hiệu toàn thân bao gồm chảy máu tự phát và huyết khối.

– Dấu hiệu hệ thống tạo máu bao gồm lách to.

– Nguyên nhân gây tăng tiểu cầu (số lượng tiểu cầu hơn  $450 \times 10^9/l$ ) bao gồm: (1) sau chảy máu hoặc phẫu thuật; (2) sau cắt lách; (3) thiếu sắt; (4) viêm mạn tính và (5) bệnh lý ác tính.

– Nguyên nhân gây tăng tiểu cầu (tiểu cầu đếm hơn  $800 \times 10^9/l$ ) bao gồm: (1) bệnh tăng sinh tủy và (2) thứ phát sau cắt lách, bệnh ác tính hay đôi khi trong tình trạng viêm

nhiễm.

## 22.2.8. Lymphoma

Lymphoma là một bệnh ác tính của hệ thống bạch huyết. Có hai nhóm bệnh học lâm sàng chính: lymphoma Hodgkin (với tế bào Reed – Sternberg<sup>a</sup> đặc trưng) và lymphoma non Hodgkin. Dấu hiệu của lymphoma phụ thuộc giai đoạn của bệnh. Bệnh Hodgkin thường biểu hiện ở giai đoạn I và II còn bệnh non Hodgkin lại thường biểu hiện ở giai đoạn III và IV.

Giai đoạn của lymphoma, sử dụng bảng phân loại Ann Arbor:

– Giai đoạn 1: bệnh giới hạn trong một nhóm hạch vùng hoặc một vị trí đơn độc ngoài hạch (IE).

– Giai đoạn 2: tổn thương hai hay nhiều nhóm hạch ở một phía của cơ hoành (II) với sự xâm lấn ngoài hạch (IIE).

– Giai đoạn 3: tổn thương nhiều nhóm hạch ở cả hai phía cơ hoành (III) mà có hoặc không có tổn thương khu trú ở lách (IIIS), xâm lấn cơ quan hoặc vùng ngoài hạch (IIIE) hoặc cả hai (IIIES)

– Giai đoạn 4: bệnh lan tỏa vào một hoặc nhiều cơ quan ngoài hạch (có hoặc không có bệnh lý hạch bạch huyết).

Với bất kỳ giai đoạn nào a = không có triệu chứng và b = sốt, sụt cân trên 10% thể trọng trong 6 tháng hoặc đổ mồ hôi đêm.

### 22.2.8.1. Dấu hiệu của lymphoma Hodgkin

– Phì đại hạch bạch huyết: rời rạc, đàn hồi, không đau, lớn và nông. Thường giới hạn một bên và một nhóm hạch vùng.

– Sụt cân và sốt có thể có hoặc không có nhiễm trùng (giảm khả năng miễn dịch trung gian tế bào) gợi ý bệnh có tiên lượng xấu.

– Gan và lách to. Lách to không phải luôn gặp trong sự lan rộng của bệnh.

– Thâm nhiễm cơ quan xảy ra trong giai đoạn muộn của bệnh. Đặc biệt chú ý tìm dấu hiệu: (1) bệnh phổi như tràn dịch màng phổi; (2) đau xương hoặc gãy xương bệnh lý (hiếm xảy ra); (3) chèn ép dây rốn thần kinh hoặc tủy sống (hiếm) và (4) thâm nhiễm da dạng nốt (hiếm).

### 22.2.8.2. Dấu hiệu lymphoma non Hodgkin

– Phì đại hạch bạch huyết: thường nhiều hơn một vị trí và vòng bạch huyết Waldeyer thường hay bị ảnh hưởng.

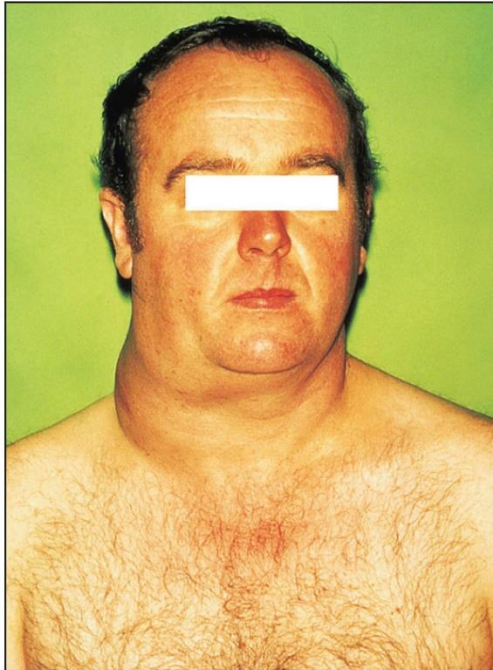
– Gan lách thường to.

– Dấu hiệu toàn thân như sụt cân hoặc sốt thì ít gặp.

---

<sup>a</sup> Dorothy Reed (1874 – 1964), nhà bệnh học tại bệnh viện John Hopkin, Baltimore, mô tả những tế bào này vào năm 1906. Karl Sternberg (1872 – 1935), một nhà bệnh học, mô tả những tế bào khổng lồ vào năm 1898.

- Dấu hiệu lan rộng ngoài hạch thường gặp hơn.
- Bệnh có thể đôi khi xảy ra ở vị trí ngoài hạch như từ đường tiêu hóa.



**Hình 22.15. Hạch bạch huyết vùng cổ phì đại ở BN lymphoma.**

### **22.2.9. Đa u tủy**

Đây là một bệnh ác tính thường gặp của tương bào.

Dấu hiệu toàn thân:

- Có thể là dấu hiệu của thiếu máu (do thâm nhiễm tủy xương hoặc là hậu quả của suy thận), ban xuất huyết (do thâm nhiễm tủy xương và giảm tiểu cầu) hoặc nhiễm trùng (đặc biệt là viêm phổi).

- Đau xương và gãy xương bệnh lý có thể có. Sụt cân cũng là một đặc điểm đặc trưng của bệnh.

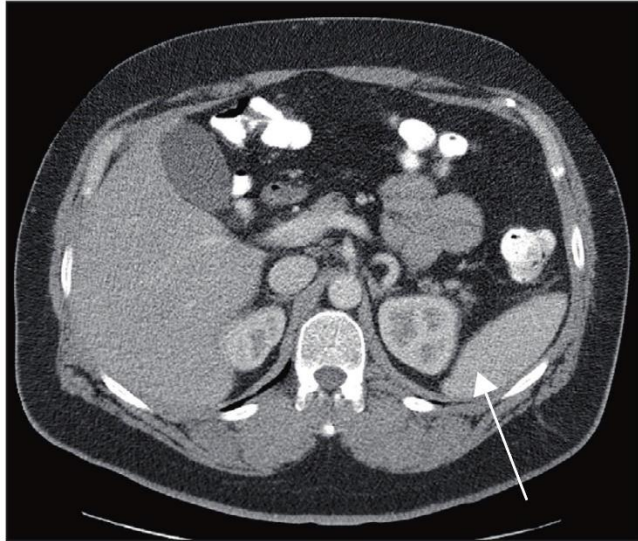
- Thay đổi ở da bao gồm rậm lông, ban vòng đỏ, da vàng và lắng đọng amyloid thứ phát.

- Dấu hiệu của chèn ép tủy sống hoặc thay đổi tâm thần (do tăng calci máu).

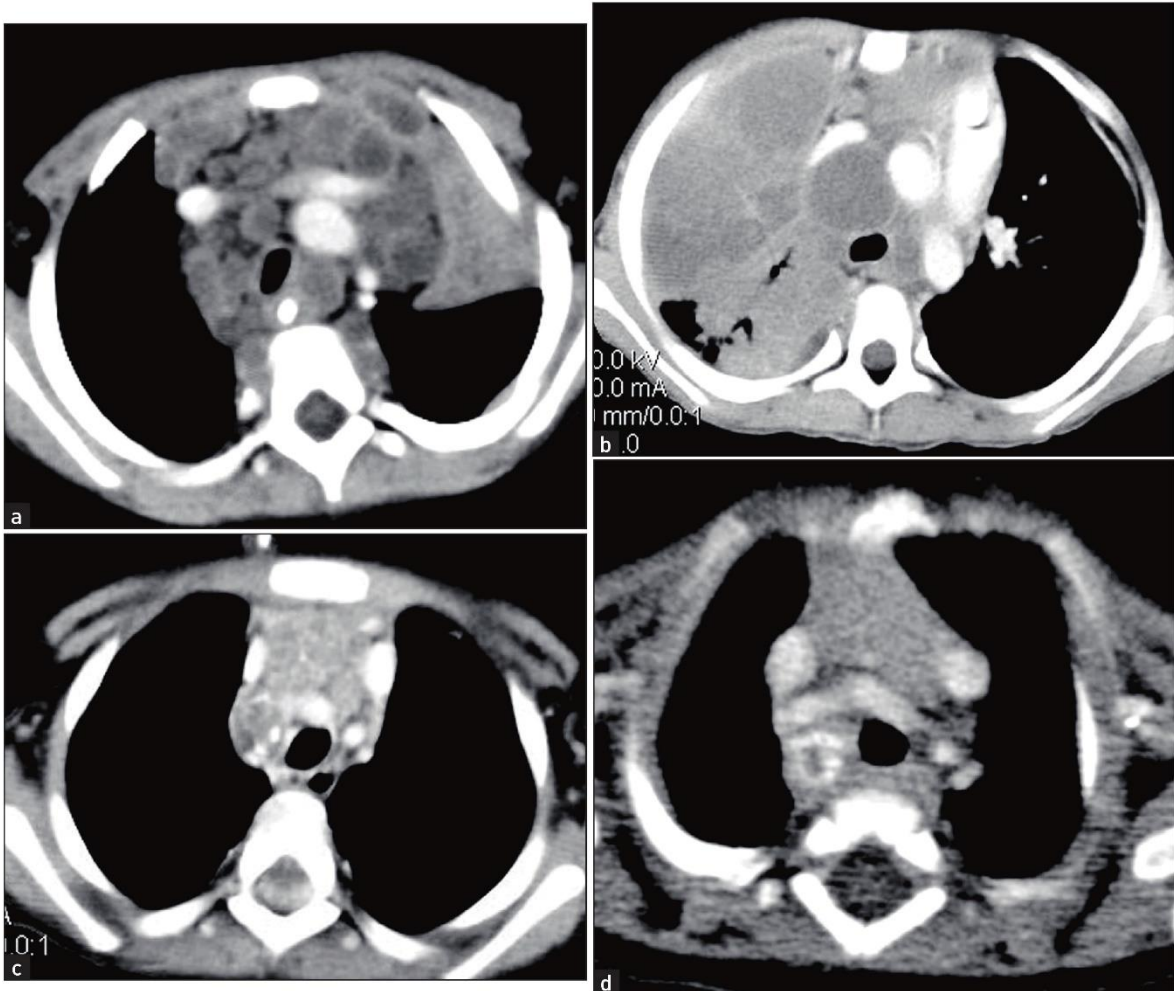
- Tìm dấu hiệu bệnh thận mạn (có thể do tổn thương ống thận, bệnh thận tăng acid uric, tăng calci máu, nhiễm trùng đường tiết niệu, lắng đọng amyloid thứ phát hoặc thâm nhiễm tương bào).

## **22.3. HÌNH ẢNH BỆNH LÝ HUYẾT HỌC**

CT scan và siêu âm thường được sử dụng để giúp xác định lách to hoặc hạch to bất thường (nhìn hình 22.16 và 22.17)



Hình 22.16. CT scan bụng. Kích thước bình thường của lách.



Hình 22.17. CT scan lồng ngực thấy rõ nhiều hạch to lan rộng, điển hình cho một lymphoma. Ở đó có rất nhiều hạch lớn trong trung thất trước thay thế cả tuyến ức.

## T&O'C essentials

1. Thăm khám một cách hệ thống có thể hướng ta đến một bệnh lý huyết học.
2. Nhiều bệnh về máu được phát hiện trên một tiêu bản phết máu ngoại biên thường quy.
3. Xuất hiện thường xuyên các vết bầm (mảng bầm) có thể là dấu hiệu chỉ điểm cho các bệnh về rối loạn đông cầm máu.
4. Thiếu máu là bệnh lý thường gặp và có biểu hiện toàn thân. Bệnh sử có thể giúp được nhiều cho chẩn đoán bệnh.
5. Khám hạch đầy đủ phải được thực hiện thường quy để phát hiện các bệnh huyết học.
6. Qua khám thực thể có thể phát hiện được lách to mức độ trung bình và cực lớn.
7. Hạch to, cứng, không đau là dấu hiệu có ý nghĩa trong chẩn đoán lymphoma.

## OSCE ôn tập

### Thăm khám bệnh lý huyết học

**Topic này thường hay gặp trong OSCE, sẽ giúp ích khi ôn tập lại.**

1. Người đàn ông này được điều trị lymphoma, hãy hỏi bệnh sử từ ông ấy.
2. Hãy hỏi bệnh sử từ người phụ nữ này, bà ấy gần đây được chẩn đoán là thiếu máu thiếu sắt.
3. Người đàn ông này được chẩn đoán là u tủy, hãy hỏi bệnh sử từ ông ấy.
4. Người đàn ông này nhận thấy rằng có một vài hạch bạch huyết to, hãy hỏi bệnh sử từ ông ấy.
5. Người phụ nữ này nghi ngờ bị loãng xương, hãy đưa ra các cận lâm sàng cần thiết.



Nguyễn Trần Duy, Lê Công Danh

*Các bệnh thấp khớp là tên gọi chung cho những triệu chứng đau nhức mà chưa có tên gọi đặc biệt, mặc dù do nhiều nguyên nhân khác nhau gây nên.*

*William Heberden (1710 – 1801)*

## 23.1. TRIỆU CHỨNG

Những triệu chứng chính của bệnh lý khớp được trình bày trong List 23.1.

### List 23.1. Bệnh sử bệnh lý khớp.

#### Triệu chứng chính

##### 1. Các khớp

- Đau.
- Sung.
- Cứng khớp buổi sáng.
- Cứng khớp do bất động.
- Mất vận động.
- Mất chức năng.
- Biến dạng.
- Yếu.

- Sự không ổn định.

- Thay đổi cảm giác.

##### 2. Mắt

- Khô mắt và miệng.
- Đỏ mắt.

##### 3. Hệ thống

- Hiện tượng Raynaud.
- Phát ban, sốt, mệt mỏi, sụt cân, tiêu chảy, loét niêm mạc.

### 23.1.1. Các khớp ngoại biên

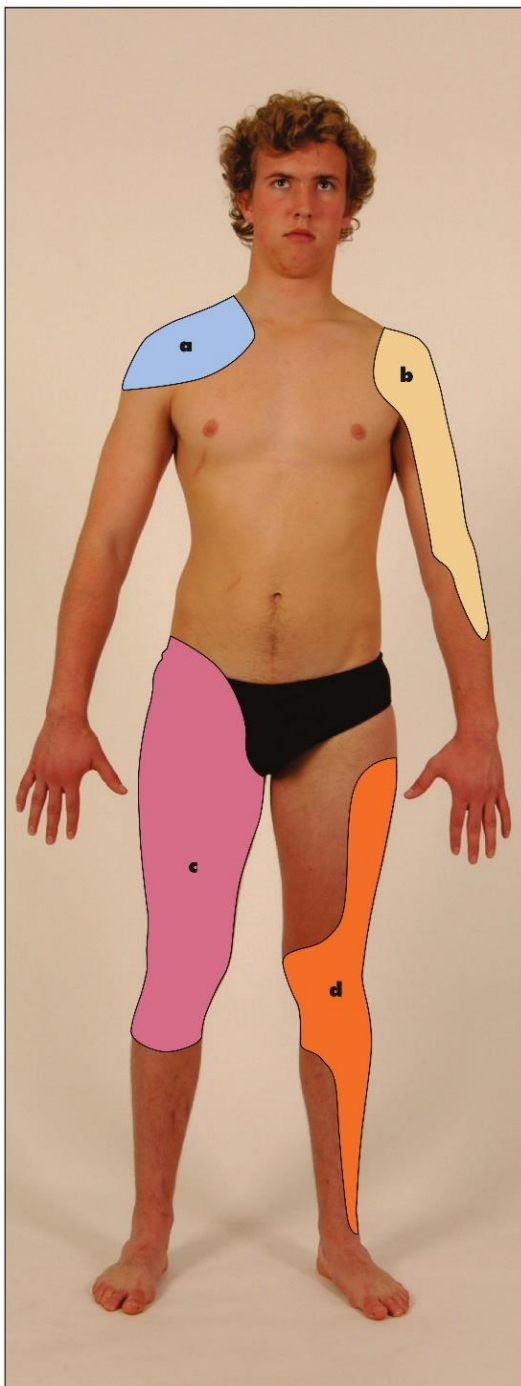
#### 23.1.1.1. Đau và sưng

#### Questions box 23.1. Những câu hỏi để hỏi BN đau khớp.

- ! Dấu hiệu có thể gợi ý chẩn đoán một vấn đề cấp bách hoặc nguy hiểm.
  17. Khớp nào bị đau?
  18. Một khớp (monoarthritis) hay nhiều khớp (polyarthritis)? Chỉ cho chúng tôi chúng ở đâu? (xem List 23.2, List 23.3, List 23.4)
  19. Khớp có sưng hay đỏ (viêm khớp) hay không (đau khớp)?
  20. Nó đang tốt hơn hay tồi tệ hơn?
  21. Ông/bà có đau nhiều hơn vào buổi sáng không (cứng khớp buổi sáng: viêm khớp dạng thấp hay sau tập thể dục không (viêm xương khớp/thoái hóa khớp)?
  22. Ông/bà có bị chấn thương ở khớp không?
- !
  23. Đau có tăng lên vào buổi tối không? (đặc biệt là đau lưng – bệnh lý ác tính)
  24. Đau lưng khởi phát đột ngột? (xẹp đốt sống)

Các bệnh lý nền của đau khớp thường có thể xác định bằng cách hỏi về sự phân bố, thời gian và đặc điểm của các khớp bị tổn thương – xem Questions box 23.1.

Điều này thường hữu ích khi hỏi BN về điểm đau hoặc khu vực đau. Ví dụ, BN nói rằng họ đau ở gối thì có thể là trong hố khoeo, khớp gối, trên hoặc dưới xương bánh chè. Nhớ rằng đau ở gối hoặc vùng đùi dưới cũng có thể là tổn thương từ khớp hông (xem Hình 23.1).



**Hình 23.1. Bản đồ vị trí đau gợi ý tổn thương ở khớp tương ứng. (a) khớp cùng đòn và ức đòn, (b) khớp vai, (c) khớp hông, (d) khớp gối.**

Những dạng biểu hiện triệu chứng của các bệnh lý khớp có thể giúp chúng ta thiết lập các chẩn đoán phân biệt bao gồm những điều sau đây:

- Khớp với không phải do khớp (tại khớp hoặc những cấu trúc xung quanh khớp như gân).
- Viêm với không viêm (viêm khớp dạng thấp với viêm xương khớp).
- Cấp tính và mạn tính.
- Ngoại biên với cột sống (cột sống hoặc khớp cùng chậu).
- Cải thiện hoặc tiến triển (các triệu chứng ở các khớp được cải thiện với tình trạng xuất hiện thêm tổn thương ở khớp mới) hoặc tái phát.
- Viêm một khớp với nhiều khớp (2 – 5 khớp) với đa khớp (> 5 khớp).

### **List 23.2. Các nguyên nhân gây bệnh khớp đơn độc.**

<p><b>Sung, nóng, đỏ, đau ở một khớp (viêm một khớp cấp)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Viêm khớp nhiễm trùng</li> <li>+ Từ đường máu (tụ cầu hoặc lậu cầu – sau đó có thể viêm đa khớp).</li> <li>+ Thử phát sau tổn thương thấu khớp.</li> <li>– Chấn thương.</li> <li>– Gout, giả gout, viêm khớp do hydroxyapatite</li> <li>– Tụ máu trong khớp (haemophilia).</li> <li>– Bệnh lý cột sống thể huyết thanh âm tính (thường gặp – đây là bệnh lý liên quan đến HLA – B27) – viêm cột sống dính khớp.</li> </ul>	<p><b>Đau khớp đơn độc nhưng không viêm khớp</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Viêm xương khớp.</li> </ul> <p><b>Viêm khớp đơn độc mạn tính</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Nhiễm trùng mạn tính (nhiễm trực khuẩn không điển hình).</li> <li>– Viêm cột sống huyết thanh âm tính.</li> <li>– Viêm bao hoạt dịch nốt – nhú sắc tố.</li> <li>– U sụn bao hoạt dịch.</li> </ul>
--	---

### **List 23.3. Các nguyên nhân gây viêm đa khớp.**

<p><b>Viêm đa khớp cấp</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Nhiễm trùng – siêu vi, vi khuẩn.</li> <li>– Khởi phát của viêm đa khớp mạn</li> </ul> <p><b>Viêm đa khớp mạn</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Viêm khớp dạng thấp.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Viêm cột sống dính khớp.</li> <li>– Viêm xương khớp.</li> <li>– Gout, giả gout, bệnh lý mô liên kết (lupus ban đỏ hệ thống).</li> <li>– Nhiễm trùng (nhiễm xoắn khuẩn – hiêm).</li> </ul>
---	--

Các nguyên nhân của viêm một khớp và viêm đa khớp được nêu trong List 23.2 và List 23.3, các dạng viêm đa khớp được liệt kê trong List 23.4.

#### **23.1.1.2. Cứng khớp buổi sáng**

Hỏi về sự xuất hiện của cứng khớp vào sáng sớm và thời gian cứng khớp này kéo dài bao lâu (điển hình kéo dài ít nhất một giờ). Cứng khớp buổi sáng thường xảy ra trong viêm khớp dạng thấp và các bệnh viêm khớp khác, thời gian cứng khớp là một chỉ dẫn mức độ nghiêm trọng của nó. Sự cứng khớp sau một thời gian không hoạt động, chẳng hạn như ngồi là đặc trưng của viêm xương khớp ở khớp hông hoặc khớp gối.

## List 23.4. Các dạng viêm đa khớp.

### Viêm khớp dạng thấp

- Đây là dạng viêm đa khớp đối xứng nhau.
- Bàn tay: các khớp ngón gần, khớp bàn ngón và khớp cổ tay.
- Khớp khuỷu.
- Các khớp nhỏ ở cột sống cổ cao.
- Khớp gối.
- Khớp cổ chân.
- Bàn chân: khớp bàn chân, khớp bàn ngón.
- Cột sống cổ và khớp thái dương hàm có thể bị tác động.

### Viêm cột sống

1. Viêm cột sống dính khớp
  - Khớp cột sống, khớp cùng chậu.
  - Khớp hông, khớp gối và khớp vai.
2. Viêm khớp vẩy nến
  - Viêm khớp thể ít không đối xứng.
  - Viêm ngón.
  - Viêm khớp các đốt ngón xa.
  - Khớp cùng chậu.
  - Dạng thấp khớp.
3. Viêm khớp phản ứng
  - Khớp cùng chậu và cột sống.

- Khớp hông.
- Khớp gối.
- Khớp ở cổ chân và bàn chân.

### Viêm xương khớp nguyên phát

- Thường đối xứng và ảnh hưởng tới nhiều khớp.
- Ngón tay: đầu xa (nốt Heberden) và đầu gần (nốt Bouchard), khớp bàn ngón và ngón cái.
- Khớp cùng đôn.
- Các khớp nhỏ ở cột sống (cột sống cổ thấp và thắt lưng).
- Khớp gối.
- Khớp bàn ngón của ngón cái ở bàn chân.

### Viêm xương khớp thứ phát

Đó là:

- Không đối xứng và có tiền sử chấn thương trước đó, viêm và nhiễm khuẩn ở các khớp chịu đựng trọng lượng của cơ thể như khớp hông và khớp gối.
- Hậu quả của các bệnh chuyển hóa (nhiễm sắc tố sắt); có nhiều triệu chứng và dấu hiệu toàn thân.

### 23.1.1.3. Tính không hằng định

Sự không hằng định này được BN kể như là việc đến và đi của các triệu chứng ở khớp trong một bệnh lý rõ ràng. Điều này có thể là do trật khớp thực sự (khớp vai hoặc xương bánh chèo) hoặc sự thay đổi của sức cơ hoặc các vấn đề ở dây chằng.

### 23.1.1.4. Biến dạng

BN có thể tự nhận biết được những biến dạng ở khớp hoặc xương. Nếu có sự biến đổi tiến triển về của cả một vùng đó thì điều này rất có ý nghĩa.

### 23.1.1.5. Rối loạn cảm giác

Điều này có thể xuất hiện như là một hậu quả của sự bó chặt dây thần kinh hoặc chấn thương, thỉnh thoảng đó là hậu quả của thiếu máu cục bộ. Hỏi về tình trạng tê bì hoặc dị cảm – cảm giác khác thường (khám bằng đinh gút hoặc kim). Đánh giá sự phân bố của các rối loạn cảm giác có thể giúp phân biệt được thần kinh bị tổn thương hoặc bị bó chặt (phân bố đặc hiệu) do thiếu máu cục bộ.

Hơn 50% trường hợp đái tháo đường type 1 và một số trường hợp đái tháo đường type 2 phát triển thành viêm khớp bàn tay do đái tháo đường. Các khớp nhỏ và sau đó là các

khớp lớn sẽ bị tác động. Nó gây đau và hạn chế vận động, đặc biệt là vận động duỗi các ngón tay. Da trở nên dày và chắc. Nguyên nhân có thể là bệnh lý mạch máu nhỏ do đái tháo đường dẫn đến tổn thương da và mô liên kết.

### 23.1.2. Đau lưng

Đây là triệu chứng rất thường gặp. Nó thường là hậu quả của bệnh lý cơ xương tại chỗ. Hỏi về vị trí đau, khởi phát đột ngột hay từ từ, khu trú hay lan tỏa, lan tỏa tới chi hoặc bất kỳ nơi nào khác, đau tăng khi vận động, ho hay kéo căng. Đau cơ xương điển hình là đau khu trú và tăng lên khi vận động. Nếu có sự kích thích rễ thần kinh cột sống có thể có cơn đau xuất hiện theo sự phân bố cảm giác da. Điều đó giúp chúng ta khu trú được tầng tổn thương. Các bệnh lý như loãng xương (xẹp đốt sống), ung thư xâm lấn, bệnh bạch cầu hoặc u tủy xương có thể gây ra đau lưng tiến triển, thường sẽ đau nhiều hơn vào ban đêm. Cơn đau có thể khởi phát đột ngột nhưng nó thường tự giới hạn nếu nó là hậu quả của xẹp đốt sống. Trong viêm cột sống dính khớp đau thường nằm khu trú ở khớp cùng chậu và cột sống thắt lưng, thường đau nhiều vào ban đêm và cứng khớp vào buổi sáng. Cơn đau do viêm cột sống dính khớp thường giảm khi vận động, điều này giúp chúng ta phân biệt với đau lưng cơ học. Đau do các bệnh lý ở vùng bụng và ngực (như phẫu thuật bụng hoặc phình động mạch chủ ngực) cũng có thể liên quan đến lưng.

### 23.1.3. Đau chi

Đau chi có thể xuất hiện trong các bệnh lý của hệ cơ xương, da, hệ thống mạch máu và thần kinh.

Đau cơ xương có thể do chấn thương hoặc viêm nhiễm. Bệnh cơ, chẳng hạn như viêm đa cơ có thể khởi phát bằng cơn đau nhức ở các cơ gốc chi quanh vai và hông, đi kèm với yếu cơ. Đau và cứng khớp vai và khớp hông ở BN trên 50 tuổi có thể là đau đa cơ do thấp khớp. Các triệu chứng khởi phát cấp tính hoặc bán cấp ở nhiều vị trí gợi ý một quá trình viêm nhiễm. Bệnh về xương chẳng hạn như viêm tủy xương, nhuyễn xương, loãng xương hoặc u cũng có thể gây đau chi. Viêm gân (viêm bao gân) có thể gây đau tại chỗ trên vùng bị ảnh hưởng.

Bệnh mạch máu cũng có thể gây đau chi. Tắc động mạch cấp gây đau dữ dội, khởi phát đột ngột kèm theo chi lạnh và tái nhợt. Bệnh mạch máu ngoại biên cũng có thể gây đau cách hồi. Huyết khối tĩnh mạch có thể gây đau nhức lan tỏa ở chân kèm theo sưng nề.

Hẹp cột sống có thể gây đau cách hồi thần kinh khi đi nhưng sẽ thuyên giảm khi nghiêng mình về phía trước.

Dây thần kinh bị bó chặt và các bệnh thần kinh có thể là nguyên nhân đau chi và thường kèm theo dị cảm và yếu chi. Các nguyên nhân thường gặp bao gồm dày hoạt dịch hoặc trật khớp bán phần, đặc biệt là BN viêm khớp dạng thấp. Viêm mạch máu đi kèm với viêm khớp cũng có thể gây ra bệnh thần kinh dẫn đến bệnh thần kinh ngoại biên lan tỏa hay viêm đa dây thần kinh. BN viêm khớp dạng thấp mạn tính thường tiến triển thành bán trật đốt cột sống cổ tại khớp C1 – C2. Tổn thương này do bào mòn dây chằng ngang quanh mặt sau của mấu răng. BN có thể mô tả như một cơn đau nhói lan xuống cánh tay và gây đau đầu vùng chẩm. Gập cổ có thể dẫn đến đè lồm vào tủy sống do mấu răng và có thể gây liệt tứ chi thậm chí là đột tử. Bất thường này có thể quan sát rõ ràng trên X quang cột sống cổ nghiêng. Tổn thương thần kinh ngoại biên có thể dẫn đến thay đổi vận mạch và đau dữ

đội ở chi – gọi là hội chứng đau khu vực phức tạp. Kể cả sau khi đoạn chi, đau chi ma có thể tiếp tục và tồn tại như một vấn đề mạn tính.

### 23.1.4. Hiện tượng Raynaud

Hiện tượng Raynaud<sup>a</sup> là một phản ứng bất thường của các ngón tay và ngón chân do lạnh. Theo kinh điển, đầu tiên ngón tay sẽ chuyển sang màu trắng, sau đó màu xanh và cuối cùng là màu đỏ sau khi tiếp xúc với nhiệt độ lạnh. Nó có thể gây đau. BN với bệnh Raynaud có hiện tượng Raynaud mà không có một bệnh lý nền nào rõ ràng. Bệnh có khuynh hướng có tính chất gia đình hoặc phụ nữ nhiều khả năng bị ảnh hưởng. Đây là một bệnh lành tính. Tuy nhiên, hiện tượng Raynaud ở BN có bệnh lý mô liên kết, đặc biệt là xơ cứng hệ thống, có thể dẫn đến sự hình thành các vết loét ở ngón tay – xem List 23.5. Nó có thể là dấu hiệu đầu tiên của bệnh lý này.

#### List 23.5. Nguyên nhân gây hiện tượng Raynaud.

##### Phản xạ

- Bệnh Raynaud (tự phát).
- Tổn thương run do máu (hội chứng bàn – cánh tay run).
- Bệnh lý thoái hóa cột sống cổ

##### Bệnh lý mô liên kết

- Xơ hóa hệ thống, dạng khu trú hoặc lan tỏa.
- Bệnh lý mô liên kết hỗn hợp.
- Lupus ban đỏ hệ thống.
- Viêm đa động mạch dạng nút.
- Viêm khớp dạng thấp.
- Viêm đa cơ.
- Viêm mạch máu.

##### Bệnh lý động mạch

- Huyết khối hoặc tắc do xơ vữa.
- Bệnh Buerger (viêm tắc mạch huyết khối).
- Hút thuốc lá.
- Chấn thương.

##### Bệnh lý huyết học

- Đa hồng cầu.
- Bệnh bạch cầu.
- Rối loạn protein máu.
- Bệnh lý tán huyết do kháng thể lạnh.

##### Ngộ độc

- Thuốc: chẹn beta, ergotamine.
- Vinyl chloride.

#### List 23.6. Biểu hiện lâm sàng của hội chứng Sjögren.

Trong hội chứng này, các tuyến tiết chất ngày bị thâm nhiễm bởi các tế bào lympho và tương bào, gây teo và xơ hóa mô tuyến.

1. Khô mắt: viêm kết mạc, viêm giác mạc, loét giác mạc (hiếm khi tăng sinh mạch máu giác mạc).
2. Khô miệng.
3. Ngực: nhiễm trùng thứ phát do giảm tiết chất nhày hoặc viêm phổi mô kẽ.
4. Thận: nhiễm toan ống thận hoặc đái tháo nhạt.
5. Đường sinh dục: viêm teo âm đạo.
6. Giả lymphoma: hạch to và lách lo, có thể hiếm khi tiến đến ung thư hạch thật sự (thường là non Hogkin).

<sup>a</sup> Maurice Raynaud (1834 – 1881), mô tả điều này trong lần làm việc đầu tiên của ông ấy, được công bố ở Paris vào năm 1862.

### 23.1.5. Khô mắt và khô miệng

Khô mắt và khô miệng là đặc điểm đặc trưng của hội chứng Sjögren (xem List 23.6). Hội chứng này có thể xuất hiện độc lập (Sjögren nguyên phát) và rất thường gặp khi đi kèm với viêm khớp dạng thấp hoặc bệnh lý mô liên kết khác. Tuyến tiết chất nhầy bị thâm nhiễm bởi lympho bào và tương bào, gây teo và xơ hóa. Khô mắt có thể dẫn đến viêm kết mạc, viêm giác mạc và loét giác mạc. Hội chứng Sjögren cũng có thể tác động đến các cơ quan khác như phổi hoặc thận.

### 23.1.6. Đỏ mắt

Viêm dính cột sống và hội chứng Behçet, nhưng không phải là viêm khớp dạng thấp, có thể có biểu hiện biến chứng bằng viêm móng mắt (đau mắt với sung huyết trung tâm củng mạc – đỏ mắt – lan ra ngoại biên của nhãn cầu. Trong bệnh cảnh khác, chẳng hạn như hội chứng Sjögren, đỏ mắt có thể do khô mắt, viêm củng mạc hoặc viêm thượng củng mạc.

## 23.2. TRIỆU CHỨNG TOÀN THÂN

Mệt mỏi là triệu chứng thường gặp của bệnh lý mô liên kết. Sụt cân và tiêu chảy cũng có thể xuất hiện trong bệnh xơ cứng hệ thống, vì sự gia tăng quá mức của vi khuẩn đường ruột. Viêm loét niêm mạc và phát ban thường xuất hiện trong một số bệnh hệ thống như lupus ban đỏ. Cứng khớp toàn thể có thể do viêm khớp dạng thấp hoặc xơ cứng hệ thống, nhưng nguyên nhân khác như nhiễm trùng hệ thống, vận động thể lực quá mức, đau đa cơ do thấp khớp, bệnh lý thần kinh cơ (hội chứng ngoại tháp, tetani, loạn trương lực cơ, viêm đa cơ) và suy giáp. Cuối cùng, sốt cũng có thể đi kèm với các bệnh mô liên kết, đặc biệt là lupus ban đỏ hệ thống, nhưng phải loại trừ nguyên nhân nhiễm trùng.

## 23.3. TIỀN SỬ ĐIỀU TRỊ

Các thuốc kháng viêm khớp được sử dụng trước đó cũng như là hiện tại (NSAIDs, sulfasalazine, lefunomide, hydroxychloroquine, gold, methotrexate, steroids, tác nhân ức chế hoại tử u và các tác nhân sinh học khác). Bất kỳ tác dụng phụ vào của các loại thuốc này (như loét dạ dày hoặc xuất huyết – do NSAIDs), tác dụng phụ của steroids hoặc nhiễm trùng nặng (tác nhân sinh học) cũng cần phải được phát hiện. Hỏi về những phương pháp vật lý trị liệu, phẫu thuật ở khớp và gân trong quá khứ.

## 23.4. TIỀN SỬ BẢN THÂN

Quan trọng là phải hỏi về tiền sử chấn thương hay phẫu thuật khớp (là một dạng của chấn thương khớp) trong quá khứ. Tương tự vậy, hỏi về tiền sử của lần nhiễm trùng gần đây – kể cả viêm gan, viêm họng do liên cầu, rubella, kiết lỵ, lậu hoặc lao – có thể liên quan đến sự khởi phát của đau khớp hay viêm khớp. Tiền sử bị cắn có thể gợi ý rằng BN mắc bệnh Lyme, nhưng sốt Ross River và nhiễm virus parvo thường đi kèm với viêm khớp gặp ở những BN Australia. Viêm nhiễm đường ruột kết hợp với viêm khớp. Tiền sử bệnh vẩy nến có thể gợi ý rằng BN bị viêm khớp do vẩy nến. Viêm khớp có thể xuất hiện trước phát ban ở BN viêm khớp vẩy nến, do đó tiền sử gia đình bệnh vẩy nến (liên quan mức độ 1) có thể gợi ý cho tình trạng này. Điều quan trọng nữa là phải hỏi về tiền sử viêm khớp lúc còn nhỏ. Tiền sử hút thuốc cũng quan trọng: viêm khớp dạng thấp thường gặp ở những người hút thuốc, và hút thuốc lá làm tăng nguy cơ các bệnh lý tim mạch.

## 23.5. TIỀN SỬ XÃ HỘI

Xác định mức độ hoạt động chức năng của BN. Hỏi về nghề nghiệp, sở thích, đam mê thể thao. Điều này cũng rất liên quan nếu là viêm khớp mạn tính gây tàn phế cho BN. Bất kỳ tiền sử nhiễm trùng qua đường tình dục nào trong quá khứ cũng rất quan trọng, viêm niệu đạo và lậu không đặc hiệu cũng có mối liên quan đặc biệt.

**Bảng 23.1. Hoạt động chức năng của BN viêm khớp dạng thấp.**

Độ	Đánh giá
1	Hoạt động chức năng bình thường.
2	Có khả năng thực hiện các hoạt động bình thường, mặc dù không thoải mái hoặc vận động giới hạn của một hay nhiều khớp.
3	Có khả thực hiện được một vài hoạt động bình thường hoặc có khả năng tự chăm sóc bản thân.
4	BN phải ngồi xe lăn hoặc nằm hoàn toàn trên giường bệnh.

## 23.6. TIỀN SỬ GIA ĐÌNH

Một số bệnh đi kèm với viêm khớp mạn tính có nguyên nhân từ gia đình. Bao gồm viêm khớp dạng thấp, gout, viêm xương khớp nguyên phát, nhiễm sắc tố sắt, viêm cột sống dính khớp và viêm nhiễm đường ruột. Tiền sử gia đình bị rối loạn đông máu có thể giải thích sự sung nề, đau khớp cấp ở một bé trai (haemophilia).



## T&O'C essentials

1. Rất nhiều bệnh về khớp có liên quan đến bất thường hệ thống. Hỏi về triệu chứng hiện tại và tiền sử bệnh.
2. Đau lưng khiến BN thức dậy trong đêm có thể liên quan đến các bệnh lý ác tính.
3. Bệnh khớp mạn tính có thể ảnh hưởng sâu sắc đến đời sống và công việc của BN. Rất cần thiết để biết rõ chi tiết tiền sử bệnh và ảnh hưởng của bệnh đến BN.
4. Tiền sử cứng khớp buổi sáng đặc trưng cho viêm khớp dạng thấp và giúp phân biệt với viêm xương khớp; thời gian kéo dài của triệu chứng giúp ta biết mức độ trầm trọng của bệnh.

## OSCE ôn tập

### Bệnh sử bệnh lý khớp

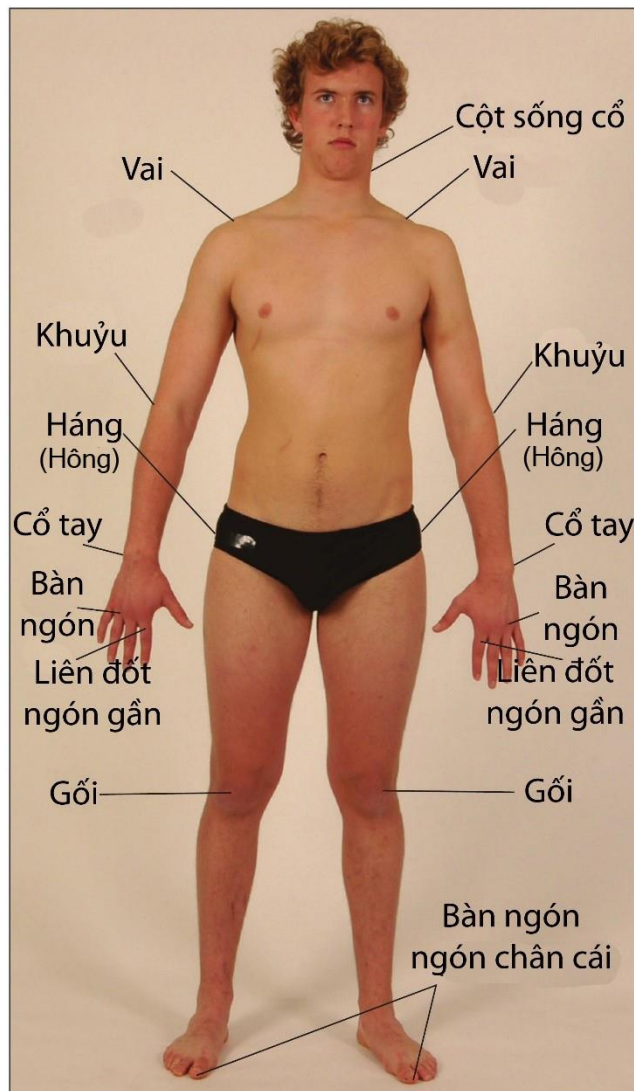
**Topic này thường hay gặp trong OSCE, sẽ giúp ích khi ôn tập lại.**

1. Hãy hỏi bệnh sử người phụ nữ này, bà ấy bị đau khớp.
2. Người đàn ông này bị đau lưng và nổi ban ở da đã lâu, hãy hỏi bệnh sử từ ông ấy.
3. Người phụ nữ này bị cứng khớp vào buổi sáng, hãy hỏi bệnh sử từ bà ấy.
4. Người đàn ông này khởi phát đau lưng dữ dội và sốt gần đây, hãy hỏi bệnh sử từ ông ấy.

Nguyễn Trần Duy, Lê Công Danh

*Làm sao thống kê được vai trò khủng khiếp của các khớp xương qua suốt cuộc đời của chúng ta  
William Shakespeare, Richard II*

### 24.1. GIẢI PHẪU



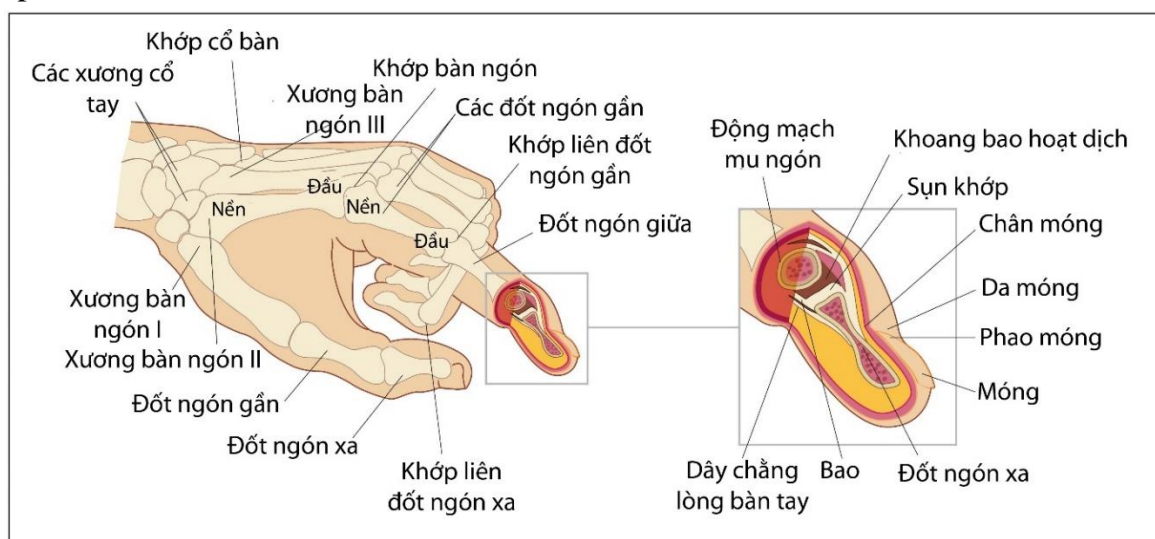
**Hình 24.1. Các khớp hoạt dịch bị ảnh hưởng trong viêm khớp dạng thấp (đối xứng, cánh tay và chân, khớp lớn và khớp nhỏ).**

Viêm khớp ảnh hưởng đầu tiên đến màng hoạt dịch của khớp. Sự dày lên này có thể sờ thấy và gọi là màng máu – pannus. Sau đó là sự tự hủy hoại của các cấu trúc xung quanh bao gồm dây chằng, sụn khớp và xương.

Đau khớp có thể khu trú nếu viêm nhiễm gần da, nhưng bất thường ở sâu có thể gây ra hiện tượng đau quy chiếu. Vùng cảm giác đau sẽ tương quan với sự phân bố của cơ bám vào khớp đó – khoanh cơ (myotome). Ví dụ, khớp vai và cơ vai sau được chi phối bởi rễ C5 và C6, vì vậy đau ở vai và xương bả vai có thể phát sinh từ bất kỳ cấu trúc nào được chi phối bởi các rễ thần kinh này – bao gồm cả cơ và khớp vai cũng như khoanh tủy C5 và C6 của tủy sống. Hình 24.1 cho thấy các vị trí các khớp hoạt dịch điển hình bị ảnh hưởng trong viêm khớp dạng thấp.

Các cấu trúc ngoài khớp bao quanh một khớp – dây chằng, gân, thần kinh cũng có thể là nguồn gốc của đau khớp. Đau khớp gây hạn chế vận động khớp theo tất cả các hướng, vận động chủ động (BN vận động) và vận động thụ động (vận động bởi người khám). Bệnh ngoài khớp gây giới hạn vận động ở các mức độ khác nhau theo các hướng khác nhau và có xu hướng gây hạn chế vận động chủ động nhiều hơn.

Viêm khớp thoái hóa hoặc viêm xương khớp là những dạng viêm khớp thường gặp, nhất là ở người già. Tình trạng này ảnh hưởng đến các khớp hoạt dịch (xem Hình 24.2) và được đặc trưng bởi sự mất sụn khớp, hình thành chồi xương mới và thay đổi hình dạng của khớp.



**Hình 24.2. Xương bàn tay và khớp ngón tay – các khớp hoạt dịch điển hình.**

**List 24.1. Các yếu tố nguy cơ của viêm xương khớp.**

- Tuổi.
- Béo phì.
- Các yếu tố di truyền.
- Chấn thương.
- Nghề nghiệp hoặc các hoạt động giải trí (khớp hông của người nông dân, khớp gối của cầu thủ bóng đá).
- Chủng tộc (người Caucasian – thường ở khớp hông và các khớp bàn tay).

Các yếu tố nguy cơ nhất định của viêm xương khớp được liệt kê trong List 24.1.

Mặc dù bất kỳ khớp hoạt dịch nào cũng có thể bị ảnh hưởng, nhưng đa số xảy ra ở một số khớp nhất định.

## 24.2. QUAN SÁT TỔNG TRẠNG

Có nhiều cách nhất định để khám khớp và các cấu trúc liên quan, điều quan trọng là phải nhận ra được những biến chứng toàn thân của các bệnh cơ – xương – khớp. Thực tế thăm khám phụ thuộc vào bệnh sử và đôi khi dựa vào sự nhạy bén của thầy thuốc. Khám đầy đủ tất cả các khớp ít khi được thực hiện thường quy trong thăm khám lâm sàng, nhưng sinh viên phải biết cách khám đúng cho mỗi khớp và thăm khám chuẩn là một phần quan trọng khi đánh giá những BN có các triệu chứng cơ năng về khớp hoặc những BN đã được chẩn đoán và có các triệu chứng tiến triển. Bệnh các mô mềm ngoài khớp cũng thường hay gặp.

Quan sát tổng trạng rất quan trọng vì hai lý do: một là, nó chỉ điểm các bất thường chức năng, một điều cần thiết trong việc đánh giá bệnh lý cơ – xương – khớp; hai là, một số bệnh lý nhất định có thể được chẩn đoán nếu quan sát tổng trạng một cách tỉ mỉ. Nhìn cách mà BN bước vào phòng bệnh. Có đau và có khó khăn khi đi vào phòng hay không? Tư thế ấy gợi ý điều gì? BN có cần sự hỗ trợ như gậy hoặc khung tập đi hay không? Biện dạng rõ ràng và những khớp nào có liên quan? Lưu ý đến kiểu tổn thương khớp, có thể gợi ý bệnh nguyên.

### List 24.2. Các dấu hiệu điển hình của viêm xương khớp.

- Phì đại xương (bony swelling) quanh khớp (nốt Heberden).
- Ít hoặc không có viêm màng hoạt dịch.
- Biến dạng kèm mất vũng ít.
- Giảm vận động – chủ động và thụ động.
- Tiếng răng rắc khi vận động khớp.
- Khớp nhạy đau.
- Teo và yếu cơ.

Để khám một cách chi tiết BN hơn nên yêu cầu BN cởi quần áo, bộc lộ càng nhiều càng tốt, thường là đến đồ lót. Tùy vào tình trạng BN và các bộ phận được khám, cách khám tốt nhất là bắt đầu khi BN nằm trên giường, ngồi ở cạnh giường hoặc ghé hoặc đứng. Nên lưu ý khi BN cởi quần áo vì các bệnh viêm khớp có thể ảnh hưởng đến các hoạt động này (thường ngày) của BN.

Xem các đặc điểm điển hình trong viêm xương khớp trong List 24.2.

## 24.3. NGUYÊN TẮC KHÁM KHỚP

Những nguyên tắc chung được áp dụng khi thăm khám tất cả các khớp được tóm tắt như sau: nhìn, sờ, vận động, đo và so sánh hai bên.

### 24.3.1. Nhìn

Nguyên tắc đầu tiên là luôn luôn so sánh trái và phải. Nên nhớ rằng khớp là một cấu trúc 3 chiều, nên cần phải được quan sát từ phía trước, phía sau và hai bên. Quan sát da để tìm dấu đỏ da – erythema, chứng tỏ có tình trạng viêm nhiễm đang diễn ra, viêm khớp

đang tiến triển hoặc nhiễm trùng, teo khớp – atrophy gợi ý đến những bệnh lý mạn tính, sẹo chứng tỏ BN đó đã từng được phẫu thuật trước đó như nối gân, thay khớp và phát ban – rash. Ví dụ, bệnh vẩy nến thường đi kèm phát ban và viêm đa khớp. Ban vẩy nến bao gồm các mảng đỏ, có vảy ở mặt dưới chi. Móng cũng bị ảnh hưởng (xem Hình 24.6). Ngoài ra, nên tìm xem có ban viêm mạch máu ở da không, với hình dạng từ mảng xuất huyết có thể sờ được hoặc ban dạng lưới cho đến hoại tử da.

Một khối nhỏ, cứng, sưng không đau ở mặt lưng cổ tay thường là nang hoạt dịch – hạch<sup>a</sup>. To hơn, khu trú, vùng sưng nề mềm ở mặt lưng cổ tay thường chỉ điểm viêm bao gân.

Lưu ý dấu hiệu sưng nề phía trên khớp. Một số nguyên nhân gây sưng khớp như: tràn dịch vào ổ khớp, phù đại và viêm bao hoạt dịch (viêm khớp dạng thấp) hoặc tăng sản xương ở viền khớp (viêm xương khớp). Cũng có thể do các mô xung quanh khớp, như viêm gân hoặc viêm túi hoạt dịch trong viêm khớp dạng thấp. Sưng nề chi dưới có thể do giữ nước – không đau và có thể do viêm ở một vị trí nào đó của chân. Sưng đau có thể là hậu quả của viêm nhiễm ở khớp mắt cá hoặc ở gân hoặc ở cân cơ hoặc phù viêm của da và mô dưới da.

Biến dạng là biểu hiện của những bệnh lý mạn tính, thường là thoái hóa, viêm khớp và đa dạng từ lệch trụ nhẹ ở các khớp đốt bàn – ngón tay trong giai đoạn sớm của viêm khớp dạng thấp cho đến phá hủy nặng và làm mất cấu trúc của khớp (Charcot<sup>b</sup> – xem Hình 29.13). Sự lệch trục của cơ thể ra xa đường giữa gọi là biến dạng valgus, hướng vào đường giữa gọi là biến dạng varus. Ví dụ, genu valgum nghĩa là chân chữ X và genu varum là chân chữ O.

Tìm bất thường trục của xương. Bán trật khớp (hoặc trật khớp nhẹ) – subluxation là tình trạng hai mặt khớp còn tiếp xúc với nhau một phần. Trật khớp nặng – dislocation là tình trạng hai mặt khớp hoàn toàn tách rời nhau.

Teo cơ là hậu quả của sự phối hợp giữa tình trạng khớp không được vận động, viêm mô xung quanh và đôi khi là chèn ép dây thần kinh. Dẫn tới ảnh hưởng các nhóm cơ bám vào các khớp bệnh (teo cơ tứ đầu đùi trong viêm khớp gối) và là dấu hiệu của bệnh lý mạn tính.

### 24.3.2. Sờ

Sờ da có ấm không. Thông thường dùng mặt lưng của các ngón tay – phần giúp đánh giá nhiệt độ tốt hơn. Một khớp mát là thường không liên quan đến viêm cấp. Một khớp sưng và hơi ấm có thể bị ảnh hưởng bởi viêm màng hoạt dịch cấp, nhiễm trùng (rất ấm; staphylococcus) hoặc viêm khớp tinh thể (gout).

Nhạy cảm đau biểu hiện tình trạng viêm cấp, nhưng có thể xuất hiện trên cơ của những BN đau cơ xơ hóa. Đau ở các cạnh khớp chỉ điểm tình trạng viêm. Các khớp không thể

---

<sup>a</sup> Điều trị theo truyền thống, đánh thật mạnh vào tổn thương bằng cuốn Kinh Thánh, không có hiệu quả chút nào.

<sup>b</sup> Jean Martin Charcot (1825 – 1893), bác sĩ thần kinh người Paris. Ông trở thành giáo sư về bệnh thần kinh, giữ chức tịch đầu tiên của Hội Thần Kinh thế giới. Các học trò của ông có: Babinski, Marie và Freud.

khám trực tiếp (khớp hông, khớp cổ chân giữa), đau khi vận động thụ động là dấu hiệu của viêm. Giải thích BN nếu việc khám khiến BN khó chịu. Đau có thể phân độ như sau:

- Độ 1: BN than đau.
- Độ 2: BN than đau và nhăn mặt.
- Độ 3: BN than đau, nhăn mặt và rút khớp lại.
- Độ 4: BN không cho khám.

Điều này có thể là hậu quả của tình trạng viêm khớp hoặc các tổn thương ngoài khớp (mô quanh khớp), bao gồm viêm gân; túi hoạt dịch hoặc các thành phần dính vào (điểm bám gân). Nhiễm trùng ở các khớp gây đau rất dữ dội và BN có thể không để cho người khám vận động khớp của mình. Sờ vào khớp hoặc những vùng bị đau phải thật nhẹ nhàng, quan sát vẻ mặt của BN chứ không phải chỉ chú ý vào khớp cần khám khiến cho việc khám trở nên khó chịu.

Sờ khớp phải thật chú ý, nếu có thể, tìm bằng chứng của viêm màng hoạt dịch, sưng nề có tính chất mềm và xốp. Phân biệt với tràn dịch, nó thường ảnh hưởng đến những khớp lớn nhưng cũng có thể xảy ra với bất kỳ khớp nào – khối sưng nề có tính di động và có thể bị đẩy lệch vào trong khớp. Phù xương có cảm giác cứng và bất động, gợi ý quá trình tạo xương hoặc dày xương dưới sụn.

### 24.3.3. Vận động

Có rất nhiều thông tin thu thập được khi khám vận động thụ động. Vận động thụ động chống chỉ định với các trường hợp có chấn thương gần đây ở chi hoặc khớp, cũng như nghi ngờ gãy xương. Yêu cầu BN thư giãn và chúng ta sẽ vận động thụ động các khớp. Điều này phải được thực hiện nhẹ nhàng và hạn chế nếu như BN cảm thấy đau (thứ phát do co thắt cơ), nếu có tràn dịch áp lực, nếu có co thắt các nang hoạt dịch hoặc có biến dạng cố định. Các khớp có thể hạn chế vận động duỗi (biến dạng dạng duỗi cố định) hoặc hạn chế gấp (biến dạng gấp cố định). Vận động thụ động cột sống không thực tế (trừ khi người khám rất khỏe) vì vậy vận động chủ động được áp dụng trong trường hợp này. Vận động chủ động hữu ích hơn trong việc đánh giá thêm chức năng khớp. Chức năng bàn tay và dáng đi thường áp dụng như là các nghiệm pháp chức năng. Đau khi di chuyển gợi ý vấn đề ở khớp hoặc mô xung quanh khớp.

Tính vững chắc của khớp rất quan trọng và phụ thuộc phần lớn vào hệ thống dây chằng quanh khớp. Nghiệm pháp này được thực hiện bằng cách di chuyển khớp nhẹ nhàng theo các hướng khác để đánh giá giới hạn vận động khớp – được giữ bởi dây chằng và cơ.

Sự kêu răng rắc của khớp, đó là cảm giác rít hoặc tiếng động từ bên trong khớp, gợi ý sự không đều của bề mặt khớp. Cho thấy có tổn thương mạn tính.

### 24.3.4. Đo

Đo lường chính xác phạm vi hoạt động của khớp bằng góc kế, là một thanh bản lề với thước đo góc ở trung tâm. Mở các cạnh và đặt chúng lên khớp. Đo vận động khớp bắt đầu ở vị trí số 0. Đối với hầu hết các khớp đó là vị trí giải phẫu ở trạng thái duỗi – ví dụ như gối thẳng. Chuyển động được ghi nhận là số độ vận động gấp từ vị trí bắt đầu. Một khớp gối có biến dạng gấp cố định được ghi nhận là 30° đến 60°, nghĩa là biến dạng gấp cố định một góc 30° và vận động khớp bị giới hạn đến 60°. Một số khớp có thể đo được cả

gấp và duỗi từ vị trí giải phẫu, như khớp cổ tay. Các góc kế không dùng thường quy nếu không phải là bác sĩ cơ – xương – khớp và vận động khớp có khoảng giá trị bình thường khá rộng. Hầu hết các bác sĩ lâm sàng ước lượng tương đối giới hạn vận động của khớp.

Thước dây dùng để đánh giá độ lớn cơ tứ đầu và trong khám vận động cột sống.

## **24.4. KHÁM CỤ THỂ TỪNG KHỚP**

### **24.4.1. Bàn tay và cổ tay**

xem Hình 24.3 đến Hình 24.8.



**Hình 24.3. X quang bàn tay bình thường.**

#### **24.4.1.1. Giải phẫu**

Khớp giữa các đốt ngón tay là các khớp hoạt dịch bản lề. Có 8 xương ở cổ tay hình thành nên các khớp trượt và giúp cổ tay vận động gấp/duỗi, dạng/khép khi chúng trượt lên nhau.

#### **24.4.1.2. Bệnh sử**

Đau sẽ xuất hiện ở một số hay tất cả các khớp. Con đau này thường mơ hồ và lan tỏa nếu lan xuống từ vai hoặc cổ hoặc do hội chứng ống cổ tay và khu trú nếu do viêm khớp. Cứng khớp vào buổi sáng nếu do viêm khớp dạng thấp. Sưng nề cổ tay có thể là triệu chứng của viêm khớp hay viêm bao gân. Sưng nề ở một số khớp riêng biệt thường gặp trong viêm khớp. Biến dạng ngón và bàn tay thường do viêm khớp dạng thấp hoặc biến dạng ở ngón tay là hậu quả của viêm khớp hoặc nốt tophi có thể là triệu chứng than phiền

của BN. Sự biến dạng khởi phát một cách đột ngột khiến chúng ta nghĩ nhiều đến đứt gân bệnh lý. Ngón tay khóa hoặc bật (ngón tay cò súng) là trường hợp điển hình của viêm bao gân gấp – tenovaginitis. Mất chức năng là một vấn đề nghiêm trọng liên quan đến nhiều chức năng quan trọng của bàn tay và cổ tay. Chúng ta cần khai thác các vấn đề gây nên tình trạng này. Triệu chứng thần kinh là hậu quả của việc dây thần kinh bị chèn ép gây ra dị cảm, tê và thỉnh thoảng cường cảm hay giảm sức cơ và suy giảm chức năng của bàn tay.

### **Text box 24.1. Thăm khám bàn tay và cổ tay.**

#### **Ngồi thẳng (bàn tay đặt lên gối).**

##### **1. Quan sát tổng trạng**

- Hội chứng Cushing.
- Cân nặng.
- Viêm móng mắt, viêm củng mạc,...

##### **2. Nhìn. ở mặt lưng**

- Cổ tay
- + Da: sọc, đỏ, teo cơ, ban.
- + Phù: phân bố.
- + Biến dạng: lệch trụ, trật khớp mặt lòng, ...
- Khớp bàn ngón
- + Da.
- + Sung nẻ: phân bố.
- + Biến dạng: lệch trụ, bán trật ra trước.
- Khớp liên đốt ngón gần và xa
- + Da.
- + Phù: phân bố.
- + Biến dạng: cổ thiên nga, boutonnière, chữ Z,...
- + Móng. Vẩy nến: có chấm lõm, khía, bong tróc, dày sừng, mất màu.

##### **3. Sờ và vận động thụ động**

- Cổ tay
- + Viêm màng hoạt dịch.
- + Tràn dịch.

- + Giới hạn vận động.
- + Tiếng răng rắc.
- + Đau móm trầm trọng.
- Khớp bàn ngón
- + Viêm màng hoạt dịch.
- + Tràn dịch.
- + Giới hạn vận động.
- + Tiếng răng rắc.
- + Bán trật khớp.
- Khớp liên đốt ngón gần và xa. Như trên
- Tiếng kêu ở gân lòng bàn tay.
- Hội chứng ống cổ tay.
- Mặt lòng.
- + Da: sọc, lòng bàn tay son, các nếp gấp lòng bàn tay (thiếu máu).
- + Teo cơ.
- 4. Chức năng bàn tay**
- Lực nắm.
- Lực nắm chìa khóa.
- Lực đối ngón.
- Khả năng khéo léo.
- 5. Khác**
- Khuỷu: nốt dưới da – ban vẩy nến.
- Các khớp khác.
- Dấu hiệu bệnh hệ thống.

### **24.4.1.3. Khám**

Đầu tiên, cho BN ngồi cạnh giường và đặt bàn tay BN lên gối với lòng bàn tay sấp. Thông thường chỉ cần khám bàn tay là đủ thông tin để đưa ra chẩn đoán. Đây là bài kiểm tra thường được hỏi trong thi vấn đáp.

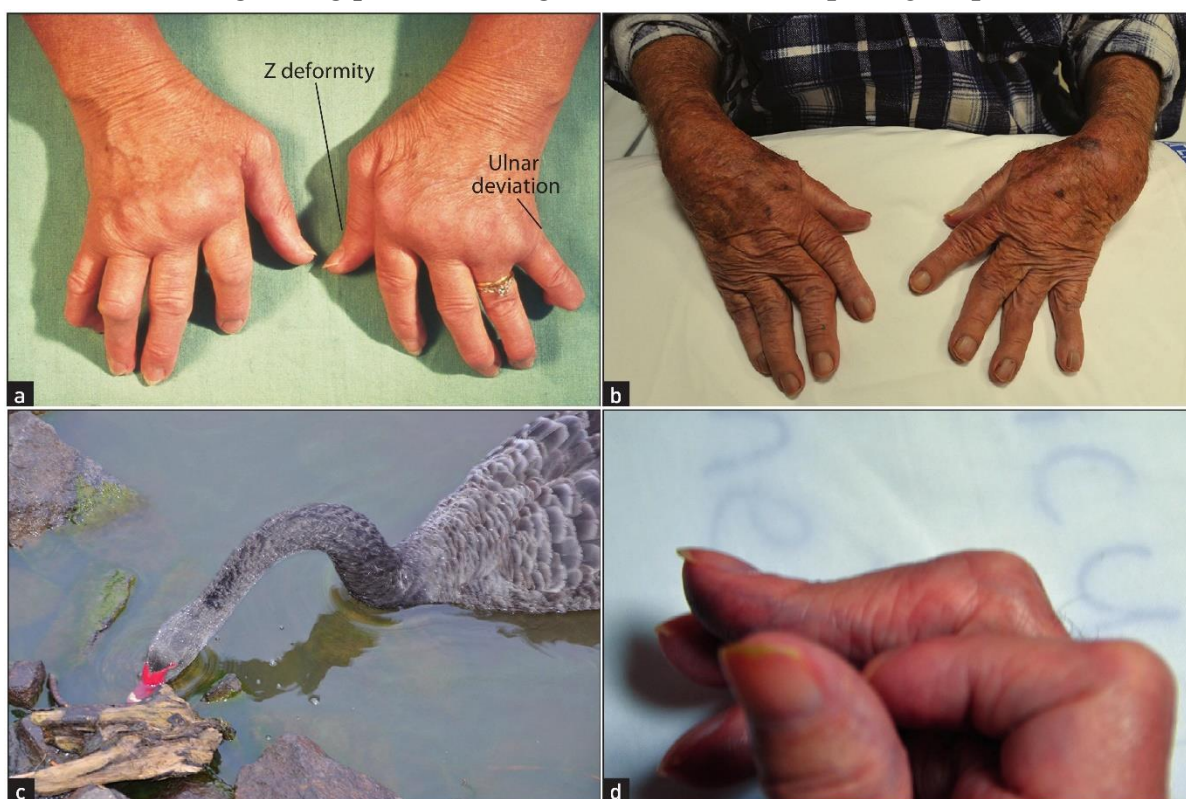
#### **Nhìn**

- Bắt đầu khám ở cổ tay và cẳng tay. Tìm những dấu hiệu nổi ban đỏ, xơ cứng bì, teo da, sọc và vết phát ban trên da. Tìm dấu hiệu sung nẻ và vị trí phân bố của nó.
- Kế đến, quan sát cổ tay để tìm dấu hiệu sung nẻ, biến dạng, sự gồ lên của móm



trâm và xương trụ. Sau đó quan sát xem có dấu hiệu teo cơ ở bàn tay hay không. Điều này làm xuất hiện những rãnh trống giữa các xương bàn ngón. Đặc biệt thấy rõ ở mặt lưng bàn tay.

– Tiếp đến là khám các khớp bàn ngón. Chú ý những bất thường về da, sưng nề hay biến dạng. Đặc biệt chú ý đến sự lệch trục trụ và bán trật khớp ở các ngón tay. Sự lệch trục trụ biểu hiện qua độ sai lệch của các ngón tại các khớp bàn ngón về phía xương trụ (trong). Thường đi kèm với bán trật ngón tay ra trước (xem Hình 24.4). Những kiểu biến dạng này rất điển hình nhưng không phải đặc trưng cho bệnh viêm khớp dạng thấp – xem List 24.3.



**Hình 24.4. (a) bàn tay viêm khớp dạng thấp: lệch trụ và biến dạng chữ Z. (b) Bàn tay viêm khớp dạng thấp: biến dạng cổ thiên nga và khớp liên đốt ngón xa. (c) cổ thiên nga khi đang ăn (cổ duỗi ở phần thân và đầu gập). (d) Biến dạng Boutonniere.**

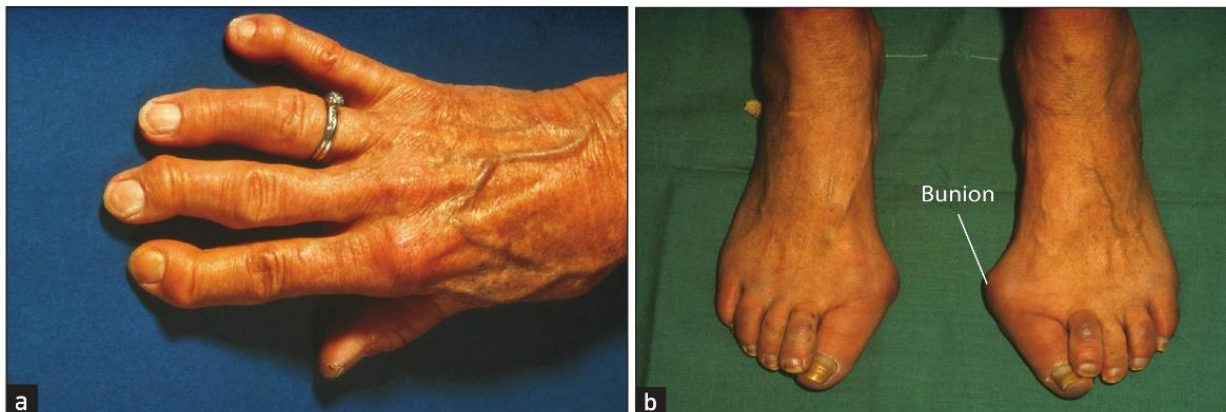
### List 24.3. Các nguyên gây biến dạng đa khớp.

- Viêm khớp dạng thấp.
- Viêm khớp Jaccoud\*.
- Viêm đốt sống huyết thanh âm tính, đặc biệt là viêm khớp vẩy nến, viêm cột sống dính khớp hoặc bệnh Reiter.
- Gout có tophi mạn tính (hiếm khi đối xứng).
- Viêm xương khớp nguyên phát toàn thể.

\* *François Jaccoud (1830 – 1913), giáo sư y khoa, Geneva.*

– Kế đến, kiểm tra khớp liên đốt ngón gần và ngón xa. Chú ý các bất thường ở da và sưng nề ở khớp. Tìm những biến dạng đặc trưng của viêm khớp dạng thấp (xem Hình

24.4). Bao gồm biến dạng cổ thiên nga và biến dạng boutonniere của các ngón tay và biến dạng hình chữ Z của ngón cái (xem Hình 24.4). Những biến dạng này xuất hiện do khớp bị phá hủy và rối loạn chức năng của gân. Biến dạng cổ thiên nga bản chất là do sự duỗi quá mức của khớp liên đốt ngón gần và biến dạng gấp cổ định tại khớp liên đốt ngón xa. Điều này là do BN bị bán trật khớp liên đốt ngón gần và gân cơ ở khớp liên đốt ngón xa bị ngấn lại. Biến dạng kiểu Boutonniere thì ngược lại, biến dạng gấp tại khớp liên đốt ngón gần và duỗi tại khớp liên đốt ngón xa. Nguyên nhân là do sự trôi ra của khớp liên đốt ngón gần qua chỗ đứt của gân duỗi. Biến dạng Z của ngón cái bao gồm duỗi quá mức của khớp liên đốt ngón tay, gấp cổ định và trật khớp bàn ngón tay.



**Hình 24.5. Bàn tay (a) và bàn chân (b) của BN viêm xương khớp/thoái hóa khớp. (a) nốt Heberden (khớp liên đốt ngón xa) và nốt Bouchard (khớp liên đốt ngón gần) và (b) biến dạng ngón cái ở bàn chân.**

– Tìm các đặc điểm của viêm xương khớp – osteoarthritis (xem Hình 24.5). Các khớp thường bị ảnh hưởng: khớp liên đốt ngón xa và khớp cổ bàn ngón I. Nốt Heberden<sup>c</sup> là biến dạng thường gặp do hình thành gai xương ở phần nền đốt ngón xa. Ít gặp hơn, có thể xuất hiện ở khớp liên đốt ngón gần và gai xương lúc này được gọi là nốt Bouchard<sup>d</sup>.

– Nhìn các ngón để tìm dấu hiệu ngón tay xúc xích (viêm ngón tay – dactylitis). Đây là đặc điểm của bệnh khớp vẩy nến, nhưng cũng có thể xuất hiện ở BN viêm khớp phản ứng. Điều này là do BN bị viêm khớp liên đốt ngón tay và bao gân cơ gấp bị phù nề. Các ngón bị ngấn lại là do viêm khớp thoái hóa nặng xuất hiện trong bệnh vẩy nến và được gọi là tàn phế do viêm khớp – arthritis mutilans. Bàn tay có hình ảnh main en lorgentte (tay cầm kính opera cán dài) do hiện tượng ngấn và lồng vào nhau của các ngón. Tình trạng này hiện nay rất ít gặp do sự phát triển trong các phương pháp điều trị viêm khớp dạng thấp.

– Nhìn các đầu ngón tay tìm teo cơ và loét ngón, gợi ý xơ cứng hệ thống.

<sup>c</sup> William Heberden (1710 – 1801), bác sĩ ở London và là bác sĩ của George III và Samuel Johnson, mô tả triệu chứng này vào năm 1802. Ông là người đầu tiên mô tả cơn đau thắt ngực

<sup>d</sup> Charles Jacques Bouchard (1837 – 1915), bác sĩ ở Paris.



**Hình 24.6. Móng vẩy nến, bong tróc móng và mất màu, chấm lõm và có khía.**



**Hình 24.7. Viêm mạch máu trong viêm khớp dạng thấp (mũi tên).**

– Khám móng. Những thay đổi đặc trưng ở móng của vẩy nến có thể thấy được bao gồm: bong tróc móng, lõm (các chấm lõm trên móng) – xem Hình 24.6 và ít gặp hơn là tình trạng dày sừng, móng có khía (không đặc hiệu) và mất màu. Các thay đổi viêm mạch máu xung quanh nếp móng cho thấy bệnh đang ở trạng thái hoạt động. Chúng bao gồm các tổn thương 1 – 2 mm có màu đen tới nâu do nhồi máu da và điển hình của viêm khớp dạng thấp (xem Hình 24.7). Dấu hiệu xuất huyết dưới móng splinter cũng có thể thấy ở những BN bị lupus ban đỏ hệ thống (và viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn) và hiện tượng này là do viêm mạch máu. Không giống nhồi máu phần da ở nếp móng (nail – fold), các tổn thương này nằm ở phần giường móng. Dẫn mạch quanh móng xuất hiện trong lupus ban đỏ hệ thống, xơ cứng bì hoặc viêm da cơ.

– Bây giờ yêu cầu BN ngửa bàn tay lên để khám lòng bàn tay. Tìm những vết sẹo (do phẫu thuật chỉnh gân hoặc chuyển gân) ở lòng bàn tay và dấu hiệu teo cơ mô cái hoặc

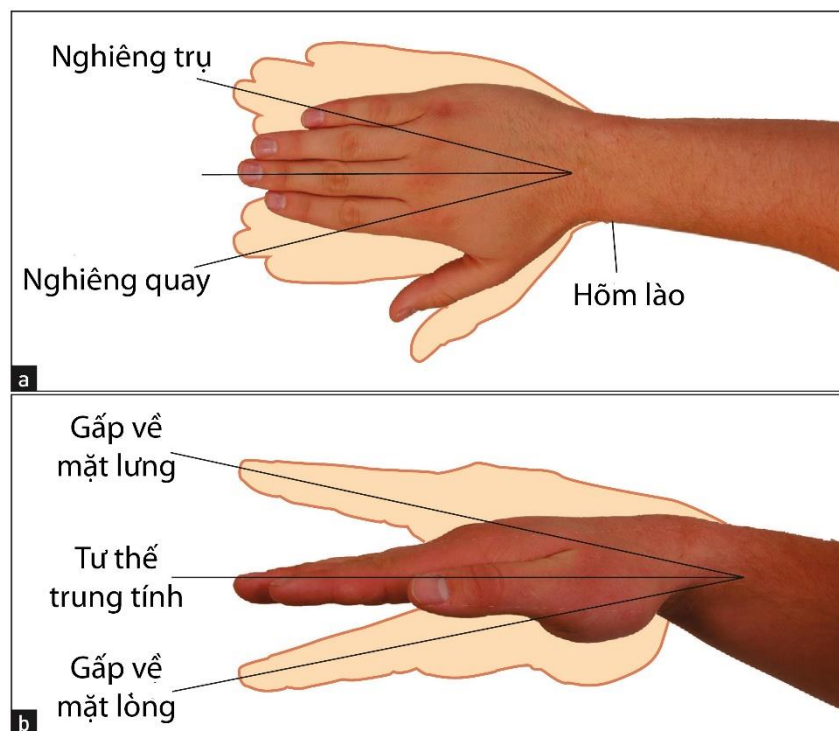
mô út (do không được sử dụng, viêm mạch máu hoặc chèn ép thần kinh ngoại biên). Dấu hiệu co cứng Dupuytren cũng có thể nhìn thấy được. Bệnh dẫn mao mạch cũng có thể giúp hỗ trợ chẩn đoán xơ cứng bì.



**Hình 24.8. Sờ khớp cổ tay – phương pháp chuẩn.**

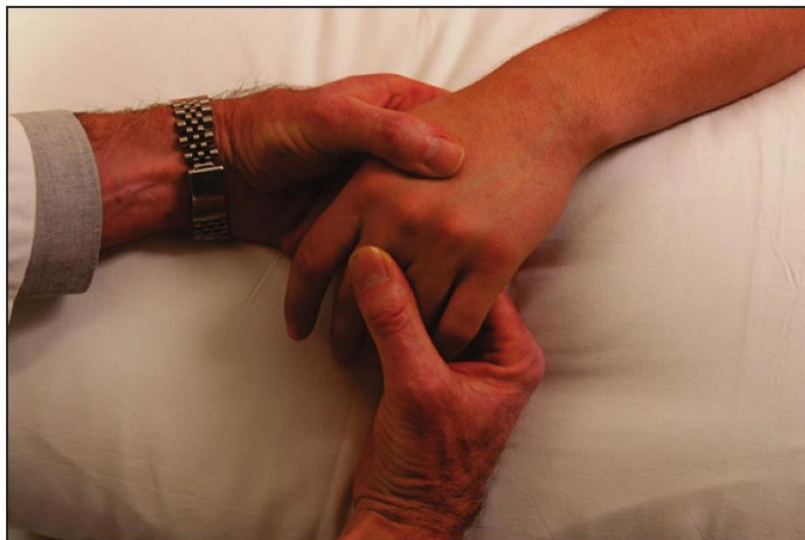
### Sờ và khám vận động

– Yêu cầu BN sắp bàn tay lại. Sờ cổ tay bằng hai ngón cái đặt ở mặt lưng cổ tay, đặt các ngón tay trở ở phía bên dưới (xem Hình 24.8). Sờ cảm nhận nhẹ nhàng để tìm xem có viêm màng hoạt dịch và tràn dịch ổ khớp không. Cổ tay nên được gấp nhẹ về mặt lưng (bình thường khoảng  $75^\circ$ ) và gấp nhẹ về mặt lòng (cũng khoảng  $75^\circ$ ) bằng ngón cái của người khám. Sau đó kiểm tra sự lệch trụ và lệch quay (khoảng  $20^\circ$ ) – xem Hình 24.9. Ghi nhận triệu chứng nhạy đau, hạn chế vận động, cũng như tiếng răng rắc của khớp khi vận động. Sờ nắn mòm trâm trụ xem BN có đau không, điều này có thể xuất hiện trong bệnh viêm khớp dạng thấp.



**Hình 24.9. Vận động khớp cổ tay. (a) nghiêng quay và nghiêng trụ; (b) gấp về mặt lưng và mặt lòng.**

– Kế đến là kiểm tra mỏm trâm quay. Mỏm trâm quay đau gợi ý viêm bao gân de Quervain<sup>e</sup>. Phù nề ấn lõm ở mỏm trâm gợi ý đến viêm màng hoạt dịch.



**Hình 24.10. Khám trật khớp về phía mặt lòng – khớp bàn ngón tay.**

– Khám hõm lồi đau có thể do viêm khớp cổ – bàn tay ngón I hoặc chấn thương xương thuyền (xem Hình 24.10). Khám tìm điểm đau ở đầu xa xương trụ gợi ý tình trạng viêm gân cơ duỗi cổ tay trụ.

– Tiếp theo kiểm tra khớp bàn ngón tay, bằng cách dùng hai ngón cái sờ nắn nhẹ lên các khớp này. Tiếp tục khám vận động thụ động. Để thăm khám các khớp dễ dàng, tốt nhất chúng ta gấp cổ tay BN ở tư thế 90°, điều này giúp mở bờ các khớp. Trật khớp mặt lòng có thể được mô tả: gấp khớp bàn ngón trong khi vẫn giữ đốt ngón gần của BN bằng ngón cái và ngón trỏ. Khớp bàn ngón lần lượt được đưa ra trước và sau (xem Hình 24.10). Ở khớp bình thường, di động thường rất nhỏ. Nhưng nếu độ di động này quá lớn thì phải nghi ngờ tổn thương dây chằng hay trật khớp.

– Sờ nắn khớp liên đốt ngón gần và xa xem có đau, sưng nề và gai xương hay không. Sử dụng ngón cái và ngón trỏ của mỗi bàn tay để kiểm tra cả hai mặt phẳng.

– Bây giờ kiểm tra tiếng răng rắc của các gân mặt lòng bàn tay. Mặt lòng các ngón tay người khám sẽ đặt vào lòng bàn tay của BN, yêu cầu họ gấp và duỗi khớp bàn ngón, trong khi bàn tay của chúng ta kháng lại tay của BN. Gân bị viêm sẽ tạo nên tiếng răng rắc khi sờ nắn do dày bao gân và có thể sờ được các nốt nhỏ. Đây là dấu hiệu của viêm bao gân.

– Ngón tay cò súng cũng có thể được tìm ra khi thực hiện nghiệm pháp này. Ở đây, sự dày lên một phần của gân gấp ngón tay sẽ khiến cho chúng kẹt chặt khi đi trong bao gân chật hẹp. Viêm khớp dạng thấp là nguyên nhân chủ yếu gây ra dấu hiệu này. Điển hình, ngón tay sẽ gấp đến một vị trí nhất định và không thể duỗi ra (gấp sẽ mạnh hơn duỗi). Khi dùng một lực kéo ngón tay sẽ tạo ra tiếng kêu.

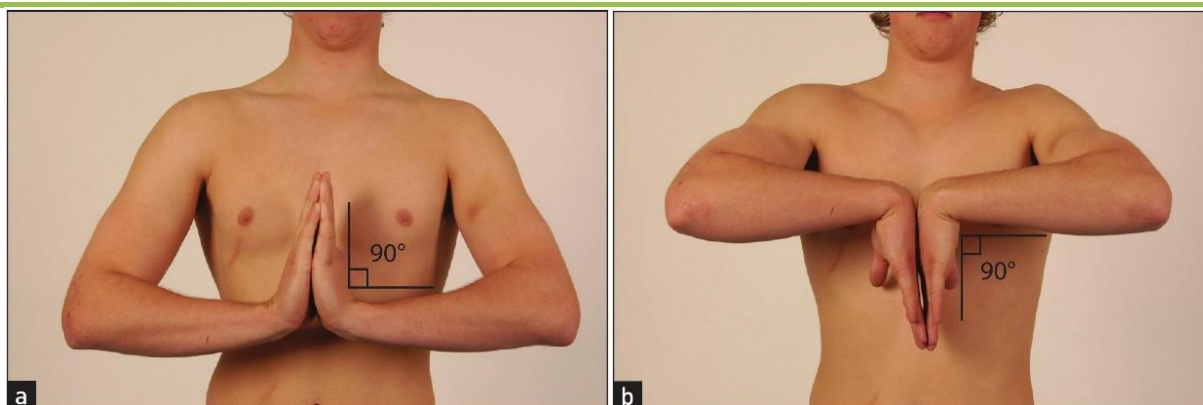
---

<sup>e</sup> Fritz de Quervain (1868-1940), giáo sư ngoại khoa người Berne, Thụy Sĩ.

– Nếu nghi ngờ hội chứng ống cổ tay, yêu cầu BN gấp cả hai cổ tay trong 30 giây, dị cảm sẽ xuất hiện ở bàn tay bị tổn thương (nghiệm pháp gấp cổ tay Phalen<sup>f</sup>). Sự dị cảm (châm chích) dọc theo phân bố dây thần kinh giữa, khi bao gân gấp dày lên chèn ép dây thần kinh này trong ống cổ tay (xem List 24.4). Nghiệm pháp này đáng tin cậy hơn dấu hiệu Tinel<sup>g</sup> – khi gõ lên phần bao gân gấp (nằm đầu gần của mặt lòng bàn tay) cũng gây ra cảm giác tương tự.

#### List 24.4. Nguyên nhân gây hội chứng ống cổ tay.

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| – Nghề nghiệp: làm việc nhiều trong tư thế cổ tay và bàn tay gấp. | – Gout.                  |
| – Viêm khớp dạng thấp.  | – Béo phì.               |
| – Nhược giáp.   | – Amyloid.               |
| – Bệnh cực đại đầu chi.   | – Đái tháo đường.        |
| – Mang thai.  | – Vô căn.                |
|   | – Viêm tủy xương cổ tay. |

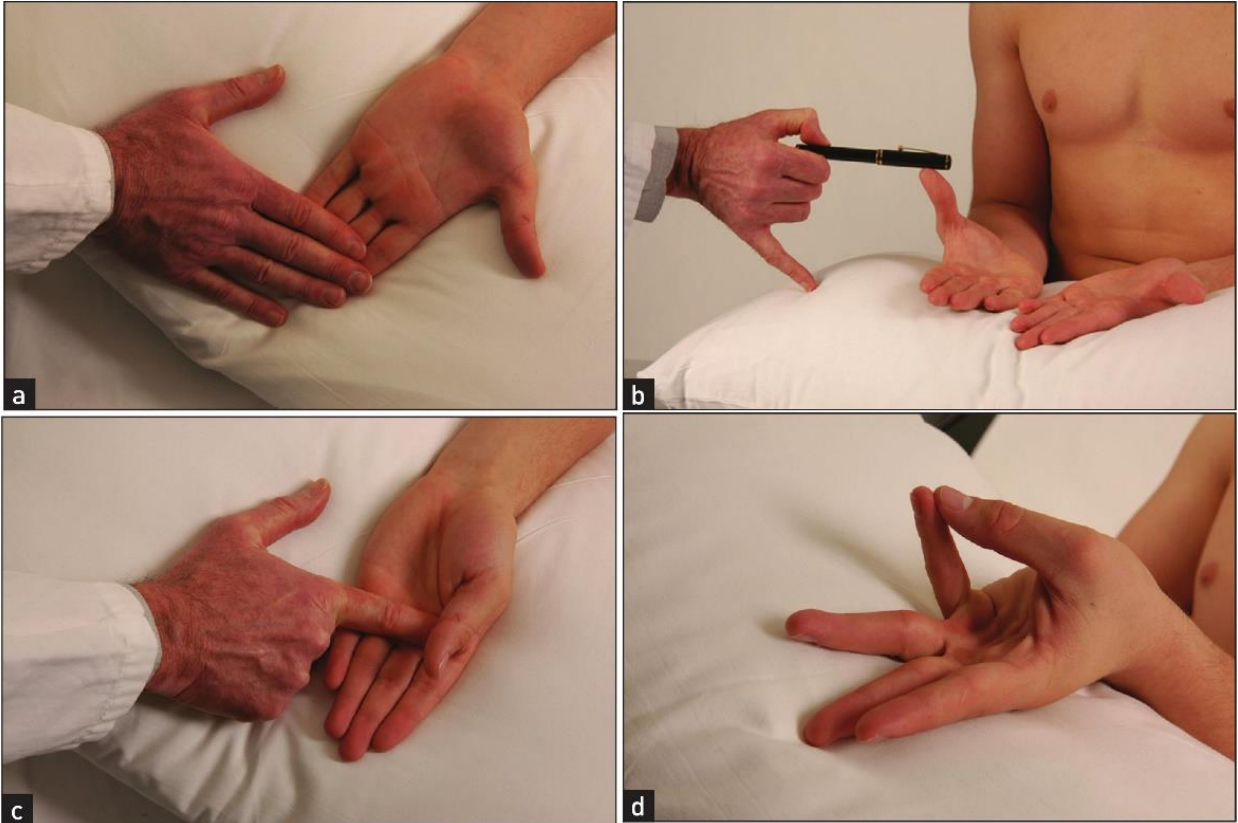


**Hình 24.11. (a) duỗi chủ động cổ tay; (b) gấp chủ động cổ tay.**

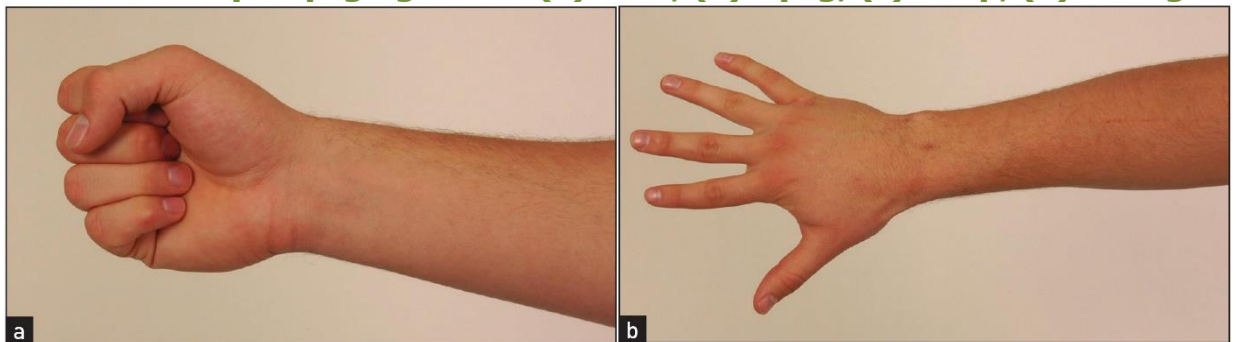
– Khám vận động chủ động. Đầu tiên là gấp và duỗi cổ tay như Hình 24.11. So sánh cả hai bên. Kế tiếp kiểm tra vận động ngón cái (xem Hình 24.12). BN mở bàn tay, lòng bàn tay ngửa lên và chúng ta giữ các ngón tay của BN. Khám động tác duỗi: BN duỗi ngón cái ra ngoài, dạng: đưa ngón cái thẳng lên trên, khép: ép chặt ngón cái vào trong và đối ngón cái: dùng ngón cái chạm vào các ngón còn lại. Kiểm tra sự hạn chế vận động của các động tác này. Kế đến khám khớp liên đốt ngón và khớp bàn ngón. Yêu cầu BN lần lượt nắm tay lại rồi duỗi tay ra (xem Hình 24.13). Sau đó kiểm tra từng ngón riêng lẻ. Nếu gấp chủ động của một hoặc nhiều ngón giảm, kiểm tra gân gấp sâu và nông (xem Hình 24.14). Giữ đốt gần ngón tay và cho BN co lại; đầu ngón tay sẽ co lại nếu gân gấp sâu bình thường. Sau đó giữ cho các ngón tay khác duỗi thẳng (làm bất động gân sâu), để ngón tay cần khám của BN nằm trên ngón tay của chúng ta và cho BN co ngón tay lại (nếu không thể thực hiện: chúng ta có tổn thương gân gấp nông). Tổn thương thường gặp nhất đứt gân gấp các ngón IV và V.

<sup>f</sup> George Phalen, bác sĩ chấn thương, bệnh viện Cleveland Clinic.

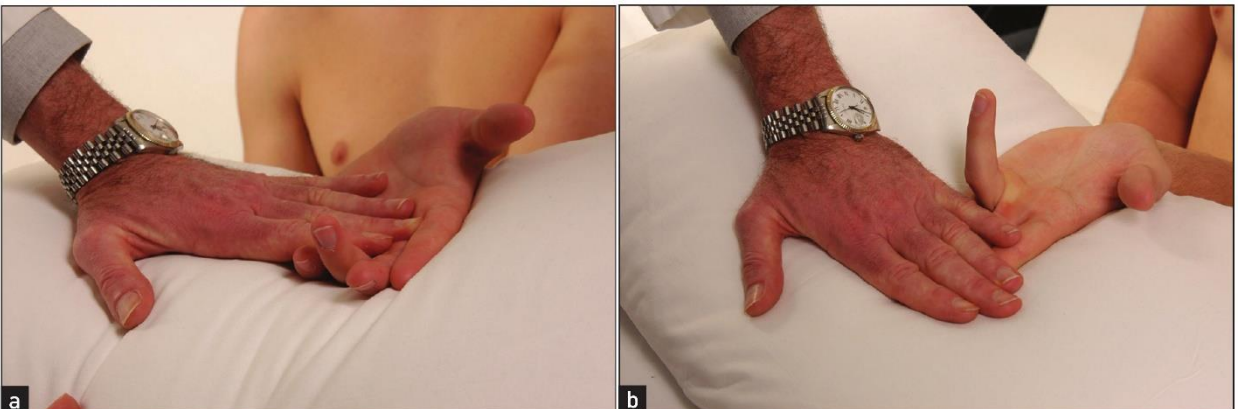
<sup>g</sup> Jules Tinel (1879 – 1952), bác sĩ và nhà thần kinh học ở Paris. Năm 1915 ông mô tả cảm giác châm chích dọc theo dây thần kinh khi gõ vào dây thần kinh đó.



Hình 24.12. Vận động ngón cái. (a) duỗi, (b) dạng, (c) khép, (d) đôi ngón.



Hình 24.13. Khám vận động khớp bàn – ngón và khớp liên đốt. (a) gấp; (b) duỗi.



Hình 24.14. Khám gân gấp nông và. (a) sâu, (b) nông.

## Chức năng

– Khám chức năng của bàn tay rất quan trọng. Lực nắm: cho BN siết chặt hai ngón tay của thầy thuốc. Ngay cả khi BN đang bực tức cũng khó mà gây đau cho chúng ta khi họ siết chặt kiểu này. Theo dõi lực nắm: có thể cho BN siết chặt túi hơi máy đo huyết áp được bơm căng một phần và ghi lại mức áp lực. Khám lực nắm chìa khóa (xem Hình 24.15): giữ chìa khóa bằng đầu ngón cái và ngón trỏ. Yêu cầu BN giữ chặt và tìm cách để mở gọng kìm này ra. Khám lực đôi ngón cái (xem Hình 24.16): BN đối ngón cái với từng ngón còn lại. Đánh giá lực của từng ngón. Cuối cùng, khám thực hành: yêu cầu BN cầm bút để viết hoặc gỡ một chiếc cúc.



**Hình 24.15. Lực nắm chìa khóa.**



**Hình 24.16. Kiểm tra lực đôi ngón.**





**Hình 24.17. Nốt thấp dưới da.**

– Cần đánh giá các thay đổi thần kinh khi khám chức năng bàn tay.

– Khám bàn tay sẽ không toàn diện nếu bỏ qua các nốt dưới da ở vùng khuỷu trong bệnh viêm khớp dạng thấp (xem Hình 24.17). Những nốt này kích thước khoảng 0,5 – 3 cm, cứng, tròn<sup>h</sup>, không đau thường tìm thấy ở mỏm khuỷu. Chúng có thể dính vào xương. Thường xuất hiện ở BN viêm khớp dạng thấp có yếu tố thấp (+). Các nốt thấp là các vùng hoại tử dạng xơ với đặc điểm mô học đặc trưng và có thể bắt đầu bằng viêm các mạch máu nhỏ. Chúng thường nằm ở vị trí bị chấn thương nhưng cũng có thể xuất hiện ở các vị trí khác, đặc biệt dính với gân, nằm ở các vị trí chịu lực ở bàn tay hoặc bàn chân, ở phổi, màng phổi, màng ngoài tim hoặc dây thanh âm. Vị trí thường gặp nhất là dính chặt với đầu gần xương trụ, vừa ra khỏi khuỷu tay. Đôi khi chúng xuất hiện trong túi hoạt dịch mỏm khuỷu và có thể di động tự do bên trong đó. Các gợi ý chẩn đoán khi có sự kết hợp của viêm khớp và nốt được nêu ra trong List 24.5.

#### **List 24.5. Nguyên nhân gây viêm khớp kèm theo các nốt\*.**

1. Viêm khớp dạng thấp.
2. Lupus ban đỏ hệ thống (hiếm).
3. Sốt thấp khớp (viêm khớp Jaccoud – rất hiếm).
4. U hạt (sarcoidosis – rất hiếm).

*\* Nốt tophi của gout và u vàng của tăng lipid máu có thể gây nhầm lẫn.*

<sup>h</sup> Giống như viên đạn phát ra từ súng ngắn.

– Nếu BN bị đái tháo đường, tìm đặc điểm của bệnh khớp ở bàn tay do đái tháo đường và đánh giá chức năng bàn tay. Da dày lên, căng và BN không thể duỗi tất cả các ngón một cách tối đa. Đây là đặc điểm để phân biệt với co thắt cơ Dupuytren, thường chỉ ảnh hưởng đến ngón IV và ngón V. Hai nghiệm pháp đơn giản có thể sẽ hữu ích:

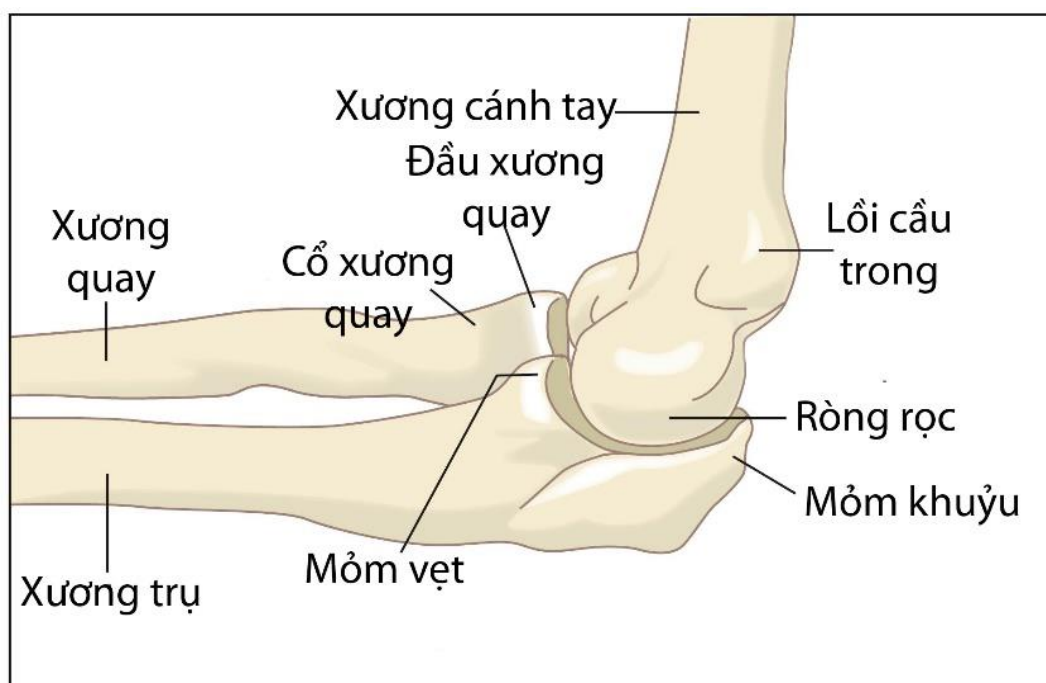
+ Để nhận ra sự co cơ ở khớp bàn ngón, khớp liên đốt ngón gần và khớp liên đốt ngón xa, yêu cầu BN chắp hai tay vào nhau như cầu nguyện (prayer test).

+ Để nhận ra sự co cơ ở khớp bàn ngón yêu cầu BN đặt hai lòng bàn tay lên mặt bàn (table top test).

## 24.4.2. Khuỷu tay

### 24.4.2.1. Giải phẫu

Xương cánh tay, xương trụ và xương quay gặp nhau ở khớp khuỷu, tạo thành khớp bản lề và khớp xoay quanh trục (xem Hình 24.18). Khớp xoay quanh trục xảy ra giữa xương quay và xương trụ và khớp giữa 3 xương là khớp bản lề.



Hình 24.18. Giải phẫu vùng khuỷu.

### 24.4.2.2. Bệnh sử

Đau khuỷu tay thường lan tỏa và lan xuống cẳng tay. Nó cũng có thể xuất hiện ở lồi cầu trong hoặc lồi cầu ngoài nếu BN có viêm gân (hội chứng khuỷu tay tennis hoặc golf). BN có thể nhận thấy dấu sưng nề do viêm. Swelling nề mặt lưng gợi ý viêm túi hoạt dịch mỏm khuỷu. Cứng khớp có thể cản trở vận động khuỷu và BN có thể than phiền khó khăn khi chải tóc. Khi vận động sấp và ngửa của khuỷu bị ảnh hưởng, BN sẽ than phiền khó khăn trong việc nắm và giữ. Nếu BN nhận thấy được sự vận động khuỷu tay bất thường điều này cho thấy sự bất ổn của khớp và có thể là kết quả của viêm khớp dạng thấp hay chấn thương. Tổn thương thần kinh trụ tại khuỷu có thể dẫn đến việc BN than phiền tê hoặc dị cảm theo sự phân bố thần kinh đó.

### 24.4.2.3. Khám

#### Quan sát

– BN khi họ cởi trang phục, khó khăn khi rút tay ra khỏi áo. Cánh tay phải được bộc lộ hoàn toàn. Lưu ý bất kỳ biến dạng nào hoặc khác biệt nào lệch trục so với bình thường 5 – 10° (góc mang<sup>i</sup>) khi BN đứng và hai lòng bàn tay hướng ra phía trước.

– Tìm dấu tràn dịch khớp, xuất hiện sưng nề ở bất kỳ bên nào của móm khuỷu. Sưng nề không liên tục trên móm khuỷu hoặc dưới da đầu gân xương trụ có thể là các nốt thấp, nốt tophi của gout, phì đại túi hoạt dịch móm khuỷu hoặc hiếm gặp hơn, các loại nốt khác (xem List 24.5).

#### Sờ

– Tìm điểm đau, nhất là ở lồi cầu trong và ngoài xương cánh tay, có thể gợi ý hội chứng khuỷu tay tennis hoặc golf, theo thứ tự tương ứng. Sờ các nốt sưng một cách riêng lẻ. Các nốt thấp khớp khá cứng, có thể đau và dịch chuyển vào các cấu trúc bên dưới. Nốt tophi do gout: sờ cứng và thường có màu vàng dưới da, nhưng đôi khi khó phân biệt với nốt thấp. Tụ dịch ở túi hoạt dịch móm khuỷu: phập phồng và đau nếu có viêm. Dịch này có thể liên quan đến viêm khớp dạng thấp và gout, nhưng thường xuất hiện độc lập với các bệnh này.

– Lượng dịch ít hoặc viêm màng hoạt dịch ở khớp khuỷu có thể phát hiện được, thầy thuốc đứng đối diện với BN, đặt ngón cái của bàn tay đối diện dọc theo cạnh xương trụ ở đầu xa móm khuỷu, vị trí mà bao hoạt dịch gần với bề mặt da nhất. Duỗi thẳng khớp khuỷu có thể sờ được chỗ phình nếu có tụ dịch.

#### Vận động

– Vận động khớp khuỷu thụ động. Khuỷu là một khớp bản lề. Vị trí 0° là khi khuỷu tay duỗi tối đa. Giới hạn gấp bình thường có thể đến 150°. Hạn chế duỗi là dấu hiệu sớm của viêm màng hoạt dịch.

– Nếu nghi ngờ viêm móm trên lồi cầu ngoài, yêu cầu BN duỗi cổ tay chống lại kháng lực. Kiểm tra giới hạn vận động chủ động bằng cách đứng trước mặt BN và mô tả. Nếu có bất kỳ biến dạng nào hoặc than phiền của BN về cảm giác tê, đánh giá thần kinh của bàn tay và cánh tay có thể phát hiện chèn ép thần kinh trụ.

### 24.4.3. Vai

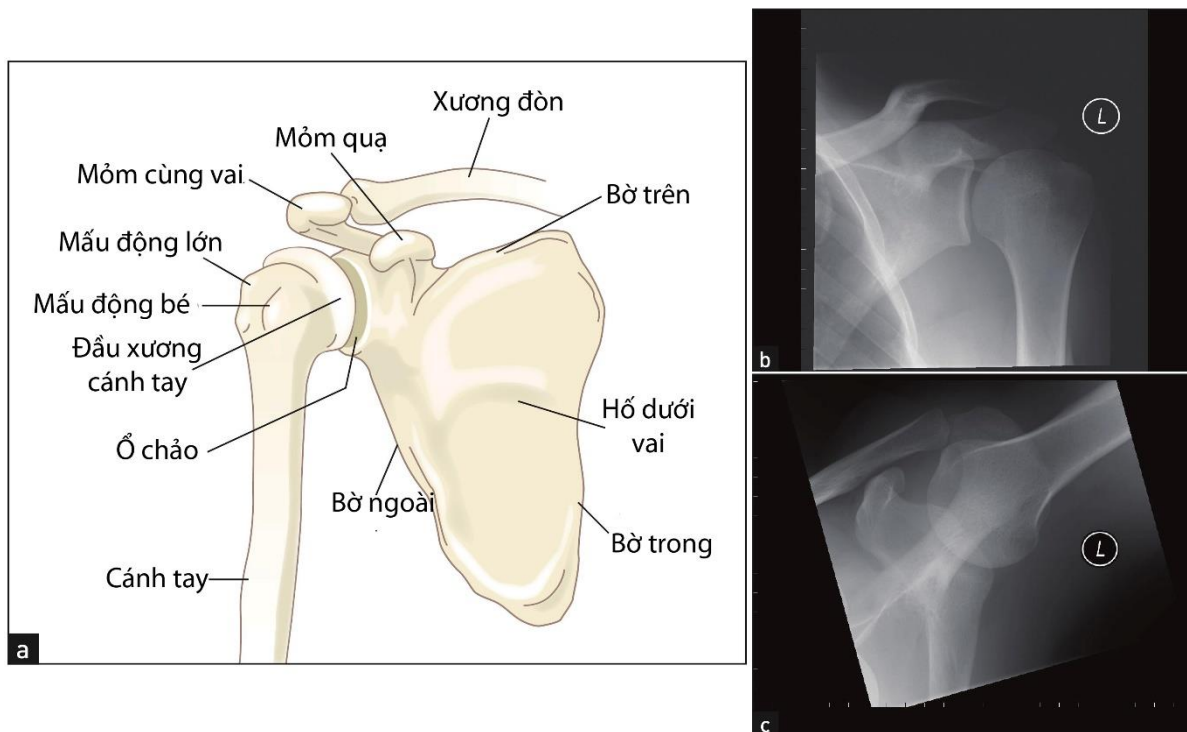
#### 24.4.3.1. Giải phẫu

Khớp vai là khớp di động nhất của cơ thể. Nó bao gồm: xương đòn, xương bả vai và xương cánh tay (xem Hình 24.19). Khớp cùng đòn tạo bởi móm cùng vai xương bả vai và xương đòn. Vận động của vai là kết quả của sự phối hợp của khối cầu – và – ổ khớp ở khớp vai cánh tay (giữa ổ chảo xương bả vai và chỏm xương cánh tay) và chuyển động của xương bả vai và ngực. Có 17 cơ tham gia vào quá trình này. Sự ổn định của khớp phụ thuộc vào 4 cơ: cơ trên gai, cơ dưới gai, cơ tròn bé và cơ dưới vai – nhóm cơ giữ chặt khớp

---

<sup>i</sup> Ở nữ giới, góc này rộng hơn do đó dễ thích nghi nên khớp háng cũng rộng hơn.

– cơ chóp xoay (rotator cuff muscles). Ổ chảo được mở rộng bởi vành sụn (vành ổ chảo). Cấu trúc này có tác dụng nâng đỡ đầu xương cánh tay, tăng độ sâu và diện tích bề mặt khớp. Khớp mất ổn định có thể do bất thường hoặc tổn thương bất kỳ thành nào của cấu trúc này.



**Hình 24.19. Khám vai. (a) giải phẫu khớp vai; (b) X quang vai trái ở tư thế trung tính, vị trí tương đối của đầu xương cánh tay, xương đòn và xương vai có thể quan sát được; (c) X quang vai trái ở tư thế dạng, dạng của cánh tay với xoay đầu xương cánh tay và xương đòn bị đẩy lên trên.**

Các khớp được bọc trong bao khớp với các bao hoạt dịch.

Khớp này thường xuyên bị ảnh hưởng bởi những bệnh lý không phải viêm khớp gây tác động lên túi hoạt dịch, bao khớp và các gân cơ xung quanh. Ví dụ, “vai đông (cứng)” – viêm dính khớp, viêm gân và viêm túi hoạt dịch. Tất cả các rối loạn này đều ảnh hưởng đến vận động khớp vai.

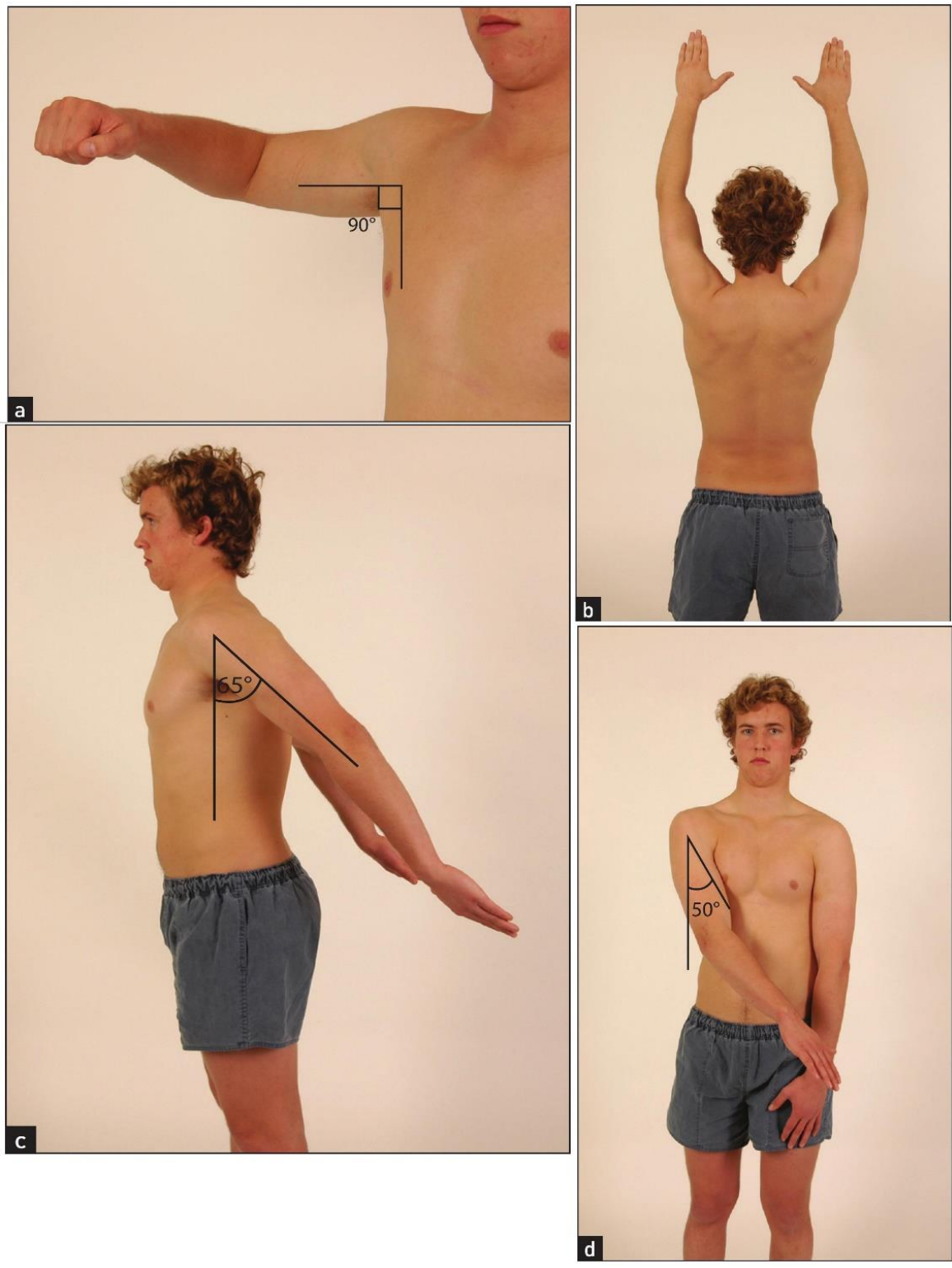
Sự bất ổn của khớp có thể dẫn đến trật khớp hoặc bán trật. Trật khớp hoặc bán trật ra trước xảy ra sau khi té ở tư thế cánh tay dang rộng. Nhiều sự bất ổn mạn tính có liên quan đến tình trạng dần ra từ từ của các cấu trúc nâng đỡ, xảy ra ở những người chơi thể thao hoặc làm việc với tư thế cánh tay cao hơn đầu. BN dẫn dây chằng có thể mất ổn định khớp theo nhiều hướng và một số có thể tự làm trật khớp vai.

### 24.4.3.2. Bệnh sử

Đau là triệu chứng thường gặp nhất ở BN có vấn đề ở khớp vai. Diễn hình là đau ở phần trước và phần bên của khớp. Có thể lan đến điểm bán tận của cơ delta hoặc thậm chí xa hơn. Cảm thấy đau trên đỉnh vai thường do khớp cùng đòn hoặc từ cổ. Biến dạng thường nặng nếu nó trở nên rõ ràng. Đau và cứng có thể là giới hạn nghiêm trọng vận động khớp vai. Sự bất ổn có thể gây cảm giác vai nhảy ra khỏi ổ khớp. Thường xảy ra trong lúc dạng

và xoay ngoài (trong lúc giao bóng tennis). Mất chức năng có thể dẫn đến khó khăn trong việc đưa tay cao hơn vai hoặc ra sau lưng.

### 24.4.3.3. Khám



Hình 24.20. Vận động khớp vai. (a) dạng: sử dụng khớp vai cánh tay, (b) dạng: sử dụng khớp vai cánh tay và xương bả vai, (c) duỗi, (d) khép.

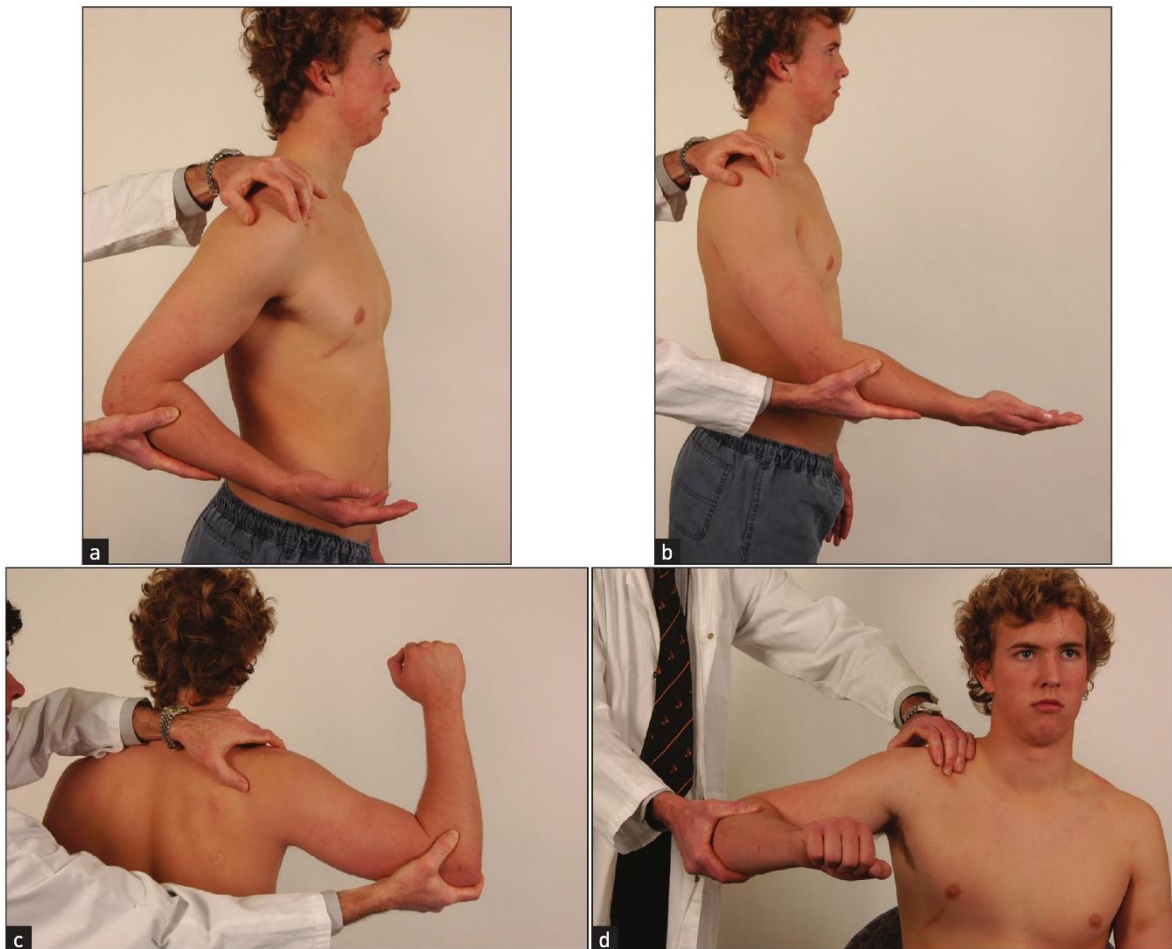
## Quan sát

– Quan sát BN cởi bỏ trang phục và ghi nhận vận động ra trước, ra sau và lên trên của vai nếu BN đau hoặc bị giới hạn. Đứng lùi lại quan sát và so sánh hai bên. Hai vai cũng như khớp cùng đòn phải ngang nhau ở hai bên. Trong trường hợp teo cơ delta một bên sẽ khó phát hiện nếu không so sánh hai bên. Teo cơ delta là một vấn đề đặc trưng của vai, còn teo cơ thang gợi ý vấn đề ở cột sống cổ.

– Nhìn các khớp. Sung nề các khớp có thể quan sát từ phía trước nếu tràn dịch nhiều và BN ốm. Tìm dấu hiệu không đối xứng hay những vết sẹo do chấn thương hoặc phẫu thuật trước đó.

## Sờ

– Sờ tìm điểm đau và sưng nề. Người khám đứng bên cạnh BN, một tay đặt lên vai BN và di chuyển cánh tay BN theo nhiều tư thế khác nhau (xem bên dưới). Khi vai di động, sờ nắn khớp cùng đòn và vuốt dọc xương đòn đến khớp ức đòn.



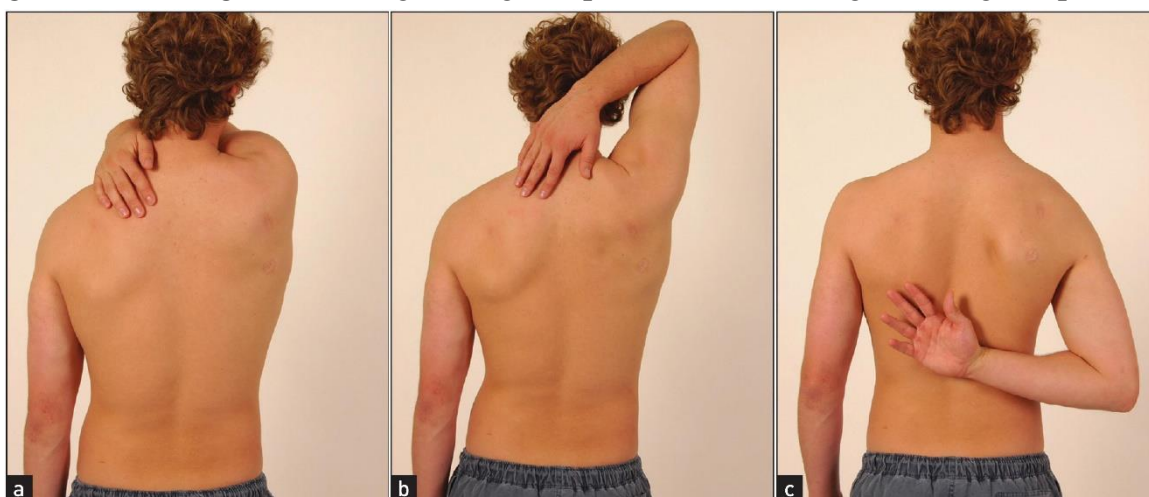
**Hình 24.21. Khám khớp vai. (a) duỗi, (b) gập), (c) nghiệm pháp e sợ (apprehension test), (d) dạng.**

## Vận động

– Vận động khớp vai (xem Hình 24.20 và Hình 24.21). Tư thế zero: hai tay đặt dọc theo thân với lòng bàn tay hướng ra trước. Dạng khớp vai với sự tham gia của khớp vai

cánh tay: giới hạn bình thường là 90°. Đối với vai phải, chúng ta đứng sau BN, đặt tay trái lên vai BN, tay phải của chúng ta sẽ dạng khuỷu của BN ra khỏi vai. Nâng: giới hạn bình thường là 180° khi vận động chủ động, khi đó xương bả vai cũng di động theo. Khép: giới hạn bình thường là 50°. Cánh tay được đưa chéo qua trước ngực. Xoay ngoài: giới hạn bình thường 65°. Với khuỷu gấp 90°, cánh tay xoay ra ngoài hết mức có thể. Xoay trong: giới hạn bình thường 90°. Khám chủ động bằng cách yêu cầu BN đặt bàn tay ra sau lưng và dùng ngón cái chạm vào lưng cao nhất có thể. BN có vấn đề với các cơ chóp xoay vai thường sẽ than đau khi làm nghiệm pháp này. Gấp: giới hạn bình thường 180°, trong đó khớp vai cánh tay hỗ trợ 90°. Duỗi: giới hạn bình thường 65°. Cánh tay đưa ra phía sau như đang nắm tay. Trong quá trình khám, cần đánh giá hạn chế vận động kèm đau hoặc không và tiếng răng rắc ở khớp hay không.

– Đánh giá nhanh vận động khớp vai bằng nghiệm pháp Apley<sup>j</sup> 3 bước (xem Hình 24.22). Đứng sau lưng và yêu cầu BN đưa tay gãi vào điểm ngửa giả định ở xương bả vai đối diện, đầu tiên chạm vào vai đối diện, sau đó chạm vào phía sau cổ và cuối cùng là phần lưng. Nếu vận động bình thường, không cần phải khám vận động thụ động khớp vai.



**Hình 24.22. (a) tới (c): nghiệm pháp Apley dùng để đánh giá vận động khớp vai.**

– Đánh giá sự ổn định của vai trước: thường dùng nghiệm pháp apprehension. Đứng sau lưng BN, dạng, duỗi và xoay ngoài khớp vai (xem Hình 24.21), trong khi đó chúng ta dùng ngón cái đẩy đầu xương cánh tay của BN ra trước. BN sẽ kháng lại thầy thuốc nếu có trật khớp (LR+ = 1,8, LR- = 0,23). Nếu BN bị trật khớp ra sau thì BN cũng sẽ có phản ứng tương tự khi khép và xoay trong khớp vai. Nghiệm pháp clunk (xem Hình 24.23) có lẽ BN sẽ dễ chịu và chính xác hơn. BN nằm ngửa với hai tay dạng hết mức. Sau đó xoay ngoài khớp vai tối đa, trong khi đó chúng ta đẩy nhẹ đầu xương cánh tay ra trước. Thay vì quan sát sự khó chịu của BN, người khám nên nghe và cảm nhận tiếng kêu (ken két) ở khớp vai (LR+ = 16, LR- = 0,67).

<sup>j</sup> Alan Apley, bác sĩ chấn thương chỉnh hình, bệnh viện St Thomas, London



**Hình 24.23. Nghiệm pháp clunk.**

– Cần phải đánh giá chức năng cơ nhị đầu. BN gấp khuỷu kháng lại lực của tay của người khám. Đứt gân cơ nhị đầu: khi đó cơ nhị đầu sẽ cuộn lại thành hình tròn (xem Hình 24.24).



**Hình 24.24. Đứt gân cơ nhị đầu.**

– Theo một nguyên tắc chung, bệnh trong khớp gây đau và hạn chế vận động tất cả các hướng, trong khi viêm gân chỉ gây đau hạn chế vận động ở một mặt phẳng và đứt gân hoặc tổn thương thần kinh gây yếu không đau. Ví dụ, nếu có hạn chế dạng vai trong khoảng (45 – 135°), gợi ý vấn đề ở nhóm cơ chóp xoay vai (cơ trên gai, cơ dưới gai, cơ dưới vai và cơ tròn bé) hơn là viêm khớp.

– Viêm gân cơ nhị đầu gây đau khu trú ở rãnh. Gân cơ trên gai cao hơn một chút, ngay dưới bề mặt phía trước mỏm cùng vai. Viêm gân cơ trên gai cũng khá thường gặp. Kiểm tra bằng cách đặt ngón tay lên đầu gân trong khi vai duỗi. Khi đó phần gân đẩy ra trước kháng lại ngón tay người khám, cử động đó gây đau. Khi vai gấp thì gân di chuyển ra xa và làm mất cảm giác đau.

– Đừng quên rằng viêm khớp ảnh hưởng đến khớp cùng đòn có thể nhầm lẫn với rối



loạn ở ổ khớp vai cánh tay. Nên kiểm tra cổ và nách ở BN đau vai.

#### **24.4.4. Khớp thái dương – hàm**

##### **24.4.4.1. Bệnh sử**

Triệu chứng thường gặp của rối loạn chức năng khớp thái dương – hàm bao gồm: tiếng click và đau khi mở miệng. Đôi khi, hàm bị khóa trong tư thế mở.



**Hình 24.25. Khám khớp thái dương hàm.**

##### **24.4.4.2. Khám**

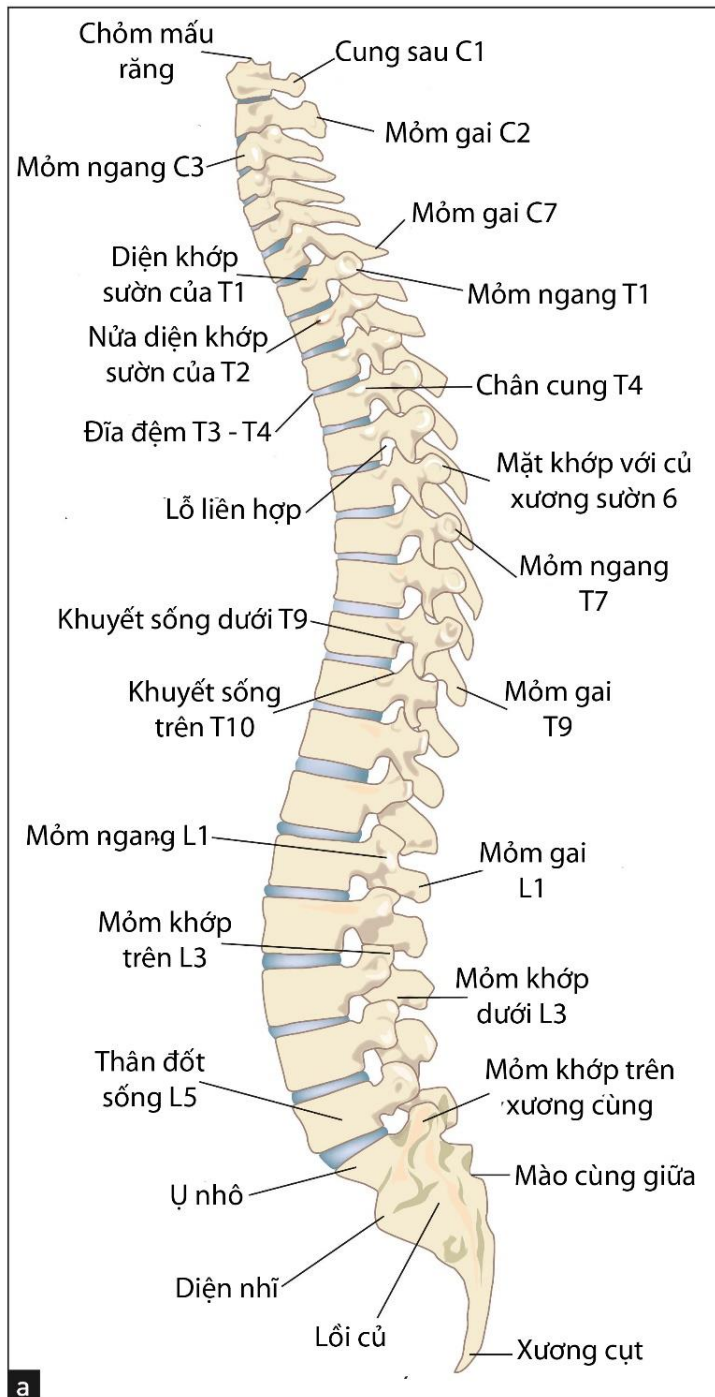
Nhìn phía trước tai: có sưng nề hay không? Sờ nắn bằng ngón tay đặt lên phía trước tai trong khi BN há và ngậm miệng (xem Hình 24.25). Sờ được đầu xương hàm dưới khi nó trượt ra trước lúc mở miệng. Có thể cảm thấy được tiếng click và tiếng ken két. Tình trạng này đôi khi kèm đau nếu có viêm khớp. Viêm khớp dạng thấp cũng có thể ảnh hưởng khớp thái dương – hàm.

#### **24.4.5. Cổ**

##### **24.4.5.1. Giải phẫu – cột sống**

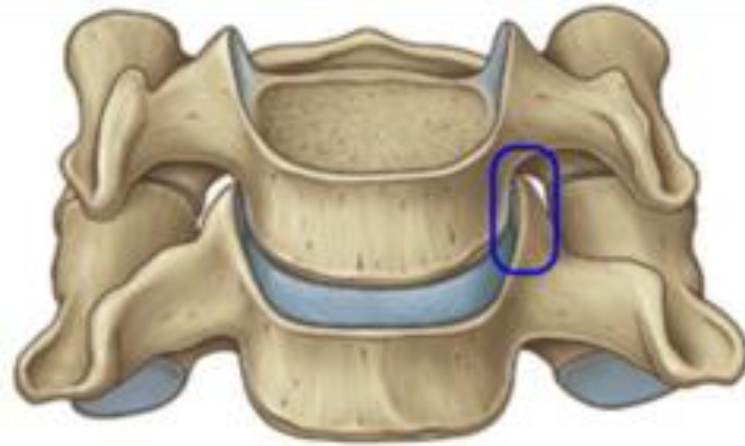
Cột sống (xem Hình 24.26) giống như một tháp xương bảo vệ tủy sống, mạch máu và các dây thần kinh hướng tâm và ly tâm. Có chức năng hỗ trợ cơ học cho cơ thể và đủ linh hoạt để cơ thể có thể uốn và xoay. Các khớp động giữa các mỏm khớp của các đốt sống và giữa các thân sống được chia cách bởi đĩa đệm. Các miếng sụn này đủ dẻo để hỗ trợ cho các vận động giữa các đốt sống. Trong cột sống cổ từ C3 – C7, có khớp mỏm móc – đốt

sống Luschka<sup>k</sup> – xem Hình 24.27. Chúng được tạo giữa mỏm móc của thân đốt sống dưới với thân đốt sống phía trên. Viêm xương khớp phì đại các khớp này có thể gây đau hoặc kích thích rễ thần kinh.



**Hình 24.26. (a) cấu trúc cột sống; (b) MRI cột sống thắt lưng cho thấy các đặc điểm giải phẫu tương quan với hình (a).**

<sup>k</sup> Hubert von Luschka (1820 – 1875), giáo sư giải phẫu học ở Tübingen.



**Hình 24.27. Khớp Luschka.**

### **24.4.5.2. Bệnh sử**

Đau là triệu chứng thường gặp nhất ở cổ. Đau cơ xương ở cổ thường xuất phát từ các cấu trúc phía sau cổ: đốt sống cổ, cơ gối đầu, cơ bán gai và cơ thang, thần kinh hoặc rễ thần kinh cổ. Đau phần cổ trước thường do thực quản, khí quản, tuyến giáp hoặc cơ cổ trước (cơ ức đòn chũm và cơ bám da cổ). Đau có thể quy chiếu ở trước cổ do nguyên nhân từ tim.

Bệnh sử chấn thương trực tiếp hoặc đột ngột giảm tốc độ có thể gây ngã cổ quá mức: chấn thương “whiplash”. Chấn thương cũng có thể do các động tác chữa trị vùng cổ. Cần cân nhắc xem có tổn thương tủy sống ở những BN này hay không. Hỏi về cảm giác khác thường hoặc yếu tay và chân và bất kỳ vấn đề nào liên quan đến chức năng ruột và bàng quang.

Con đau có thể khởi phát đột ngột, gợi ý tổn thương bung đĩa đệm hoặc từ từ do thoái hóa đĩa đệm.

Căng cơ và dây chằng do tư thế thường là nguyên nhân gây đau cổ thoáng qua. Thường do sử dụng cơ cổ quá mức. Hỏi BN về nghề nghiệp và hoạt động phải ngã cổ kéo dài và lặp đi lặp lại (thợ sơn hoặc vận động viên xe đạp). Những BN này thường than phiền cảm giác cứng cổ, đau và co thắt cơ. Động tác kẹp điện thoại giữa vai và tai có thể gây ra các vấn đề của rễ thần kinh. Cử động cổ có thể gây ra các triệu chứng rễ thần kinh như dị cảm theo sự phân bố của thần kinh cổ sau khi có tổn thương do ngã quá mức hoặc viêm khớp đốt sống cổ. Hỏi BN về triệu chứng và yếu ở cánh tay và bàn tay.

Biến dạng có thể là hậu quả của co thắt cơ hoặc đôi khi do thoát vị đĩa đệm. Vẹo cổ là tình trạng xoay không kiểm soát mạn tính của cổ về một phía do rối loạn trương lực cơ hoặc vấn đề ở rễ thần kinh cổ.

### **24.4.5.3. Khám**

BN nên được bộc lộ hết vùng cổ, vai và cánh tay (xem Hình 24.28).

Quan sát cột sống cổ khi BN ngồi thẳng và ghi nhận tư thế đặc biệt của BN. Khám vận động chủ động. Gập: yêu cầu BN cố gắng chạm cằm vào ngực (giới hạn gập bình thường là 45°). Duỗi (xem Hình 24.29a): BN nhìn lên trên và ra sau (giới hạn bình thường là 45°). Nghiêng bên (xem Hình 24.29b): cho BN chạm tai vào vai; tâm vận động bình thường là

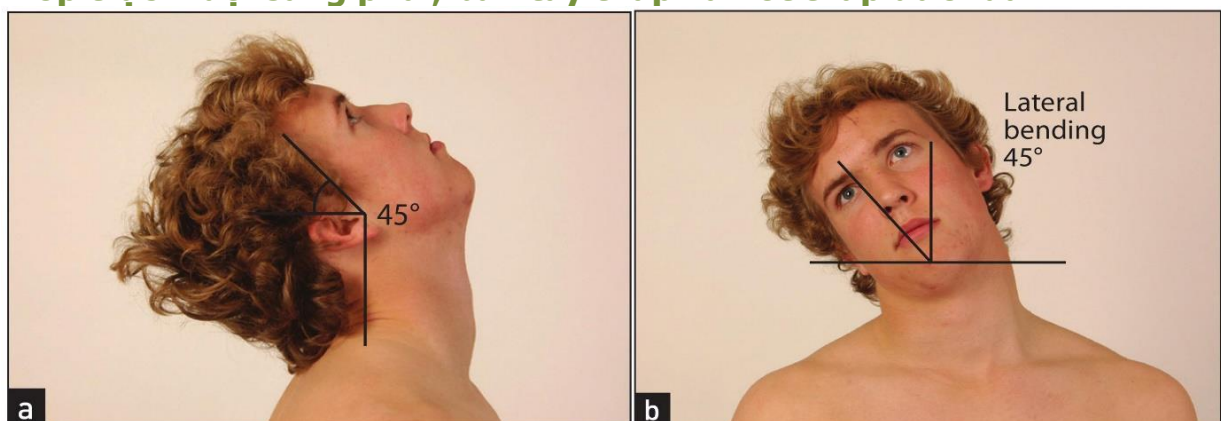
45°. Xoay: cho BN nhìn qua vai bên phải và bên trái. Giới hạn bình thường là 70°.

Sờ mòm gai phía sau. Để dễ thực hiện, cho BN nằm sấp với một cái gối đặt dưới ngực để cổ gập nhẹ. Sờ tìm điểm đau và khoảng cách giữa các mòm gai. Đau tại diện khớp khi ấn đầu ngón tay từ ngoài vào đường giữa, thực hiện ở mỗi bên (xem Hình 24.30).

Khám thần kinh chi trên, bao gồm: dạng vai (C5, C6) và cơ răng trước (C5, C6 và C7) cũng là một phần của khám cổ.



**Hình 24.28. Viêm khớp dạng thấp. Chú ý tư thế đầu bị nghiêng do trật khớp trục – đội sang phải, bàn tay thấp và nốt thấp dưới da.**



**Hình 24.29. Khám vận động vùng cổ. (a) duỗi – nhìn lên và ra sau; (b) nghiêng bên – chạm tai phải lên vai phải (45°); xoay – quay sang nhìn vai và phải (70°).**



**Hình 24.30. Khám mòm gai.**

**List 24.6. Các nguyên nhân gây đau lưng.**

Cần nhớ rằng các nguyên nhân nghiêm trọng gây đau lưng hiếm gặp ở các BN khỏe mạnh (< 1%).

! Dấu hiệu có thể gợi ý chẩn đoán một vấn đề cấp bách hoặc nguy hiểm.

1. **Nguyên nhân không đặc hiệu hoặc nguyên nhân cơ – xương.** Mặc dù thường cho rằng do thoái vị đĩa đệm, nhưng có ít mối liên quan giữa phát hiện trên MRI và đau – khoảng 30% BN không triệu chứng
  - Khởi phát từ từ.
  - Không dấu hiệu thần kinh.
  - Chấn thương nhẹ gần đây.
2. **Viêm cột sống dính khớp**
  - Triệu chứng toàn thân.
  - Đau khi nghỉ.
3. **! Đau ác tính**
  - Tăng khi nghỉ, làm BN không thể ngủ.
  - Kéo dài hơn 4 tuần.
  - Sụt cân.
  - Có bệnh ác tính đã biết.
4. **! Áp xe**
  - Tăng khi nghỉ.
  - Sốt.
  - Suy giảm miễn dịch.

5. **! Hội chứng chùm đuôi ngựa.** Chèn ép rễ thần kinh cùng, thường do thoát vị trung tâm lớn, nhưng có thể do nhiễm trùng hoặc bệnh lý ác tính gây hẹp ống sống.
  - Đau dữ dội.
  - Tiêu tiểu không tự chủ.
  - Tê vùng hội âm – yên ngựa.
  - Yếu chân.
6. **Gãy thân đốt sống**
  - Đau khởi phát đột ngột và nặng nề.
  - Loãng xương đã biết.
  - Sử dụng steroid (corticoid).
  - Chấn thương.
  - Nhạy đau trên thân đốt sống.
7. **Đau thần kinh tọa.** Kích thích hoặc chèn ép rễ thần kinh L4 – S1. Đau lan sau gối xuống cẳng chân.
8. **Hẹp ống sống**
  - Đau nhiều hơn khi đi bộ.
  - Giảm khi cong người về phía trước.
9. **Đau quy chiếu**
  - Đau bụng (áp xe túi thừa, viêm thận – bể thận).
  - Buồn nôn và nôn, tiểu khó (viêm thận – bể thận)
  - ! Đau như xé khởi phát đột ngột, tụt HA, shock (vỡ phình ĐMC bụng).

## 24.4.6. Cột sống ngực – lưng và khớp cùng – chậu

### 24.4.6.1. Bệnh sử

Đau vùng thắt lưng dưới là triệu chứng rất thường gặp (xem List 24.6). Vị trí đau nhiều nhất thường nằm ở thắt lưng – cùng. Đau khởi phát đột ngột và liên quan đến nâng hoặc căng cơ thể hoặc là khởi phát từ từ. Cứng và đau vùng lưng dưới thường tăng vào buổi sáng là đặc điểm của viêm cột sống. Đau vùng mông và đùi dọc theo thần kinh tọa gọi là đau thần kinh tọa. Trong chèn ép thần kinh tọa ở rễ thần kinh lưng – cùng, đau thường tăng khi ho hoặc căng cơ hoặc khi BN cúi người ra trước, ví dụ như khi đánh răng. Đau lưng mà BN gọi là “lumbago”: thường là đau quy chiếu (từ khớp đốt sống). Có thể xuất hiện triệu chứng thần kinh ở chân do chèn ép hoặc kích thích thần kinh. Dị cảm hoặc yếu có phân bố vị trí rõ ràng có thể chỉ ra tầng tủy sống tổn thương hoặc bất thường rễ thần kinh. Hỏi về khả năng giữ và nhịn tiểu cũng như cảm giác tê ở vùng hội âm – “vùng yên ngựa”, rối loạn cương dương và ruột, có thể là triệu chứng của tổn thương chùm đuôi ngựa.

### 24.4.6.2. Khám

Để bắt đầu khám, cho BN đứng và chỉ mặc quần đùi khi được khám bệnh. Kiểm tra các biến dạng ở lưng và hai bên. Chú ý sự mất độ gù bình thường ở phần ngực và độ ưỡn của phần lưng, đó là dấu hiệu điển hình của viêm cột sống dính khớp. Cũng nên chú ý đến bằng chứng của vẹo cột sống, phần bên cột sống bị cong sang bên có thể đơn giản (hình chữ C) hay phức tạp (hình chữ S) và có thể là hậu quả của chấn thương, sự phát triển bất thường, bệnh lý về thân đốt sống (còi xương, lao xương) hay bất thường cơ (bại liệt).

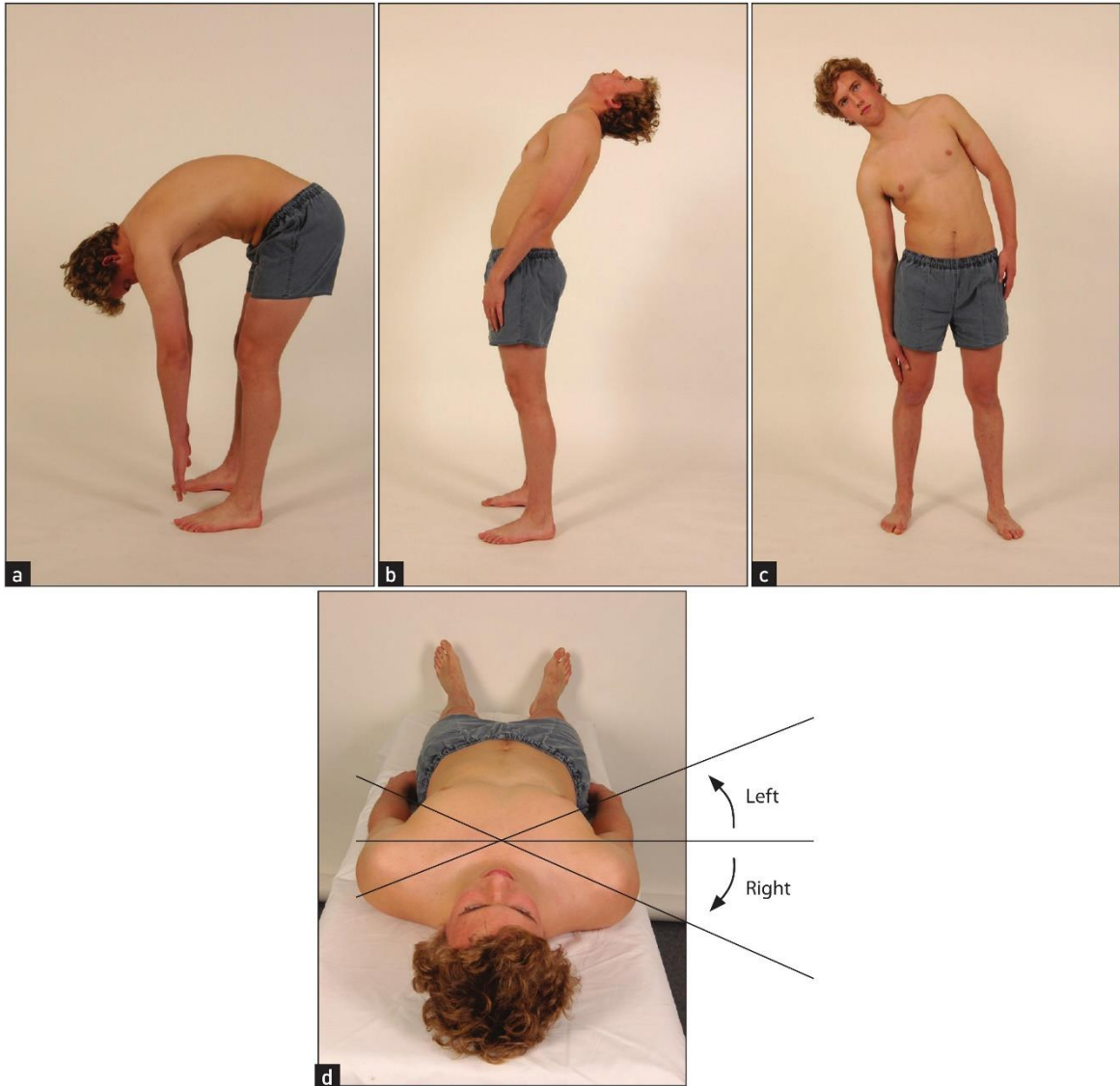
#### Sờ

– Cảm nhận từng đốt sống xem BN có đau không và có co cứng cơ không.

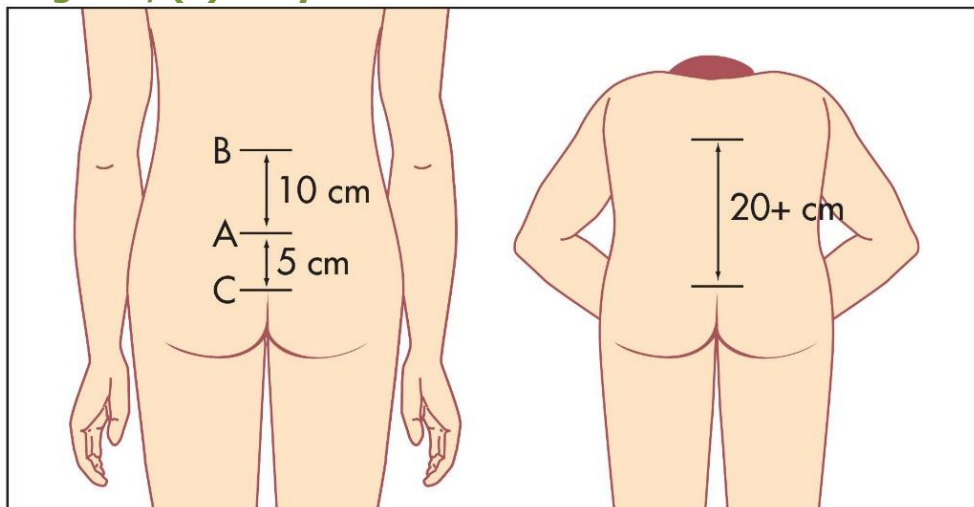
#### Vận động

– Nên khám vận động chủ động. Động tác gập – ưỡn người chủ yếu thực hiện được ở phần thắt lưng, trong khi động tác xoay người chủ yếu có được nhờ các đốt sống phần ngực. Giới hạn vận động này được thăm khám bằng cách quan sát (xem Hình 24.31) và sử dụng nghiệm pháp Schober (xem bên dưới và Hình 24.32).

– Động tác gập người được khám bằng cách yêu cầu BN chạm ngón tay vào các đầu ngón chân trong khi gối của họ vẫn trong tư thế duỗi. Giới hạn bình thường của động tác này rất rộng. Nhiều người chỉ có thể chạm vào nửa dưới cẳng chân khi gối họ đang thẳng. Khi BN uốn người, quan sát cột sống: bình thường sẽ có một đường cong mềm mại chạy dọc theo lưng từ vai đến chậu. BN bị viêm đốt sống dính khớp tiến triển sẽ có cột sống bị cứng, phẳng và tất cả các động tác uốn người chỉ có thể xuất hiện ở phần hông. Động tác ưỡn được khám bằng cách yêu cầu BN uốn người ra sau. BN bị đau lưng thường thấy không thoải mái so với động tác cúi người về trước. Động tác nghiêng bên được đánh giá bằng cách cho BN nghiêng sang bên và trượt tay phải của họ lên chân phải, nhưng không được cho BN cúi người ra trước, bên trái thực hiện theo cách tương tự. Động tác này sẽ sớm bị hạn chế đối với BN bị viêm cột sống dính khớp. Động tác xoay người được khám bằng cách cho BN ngồi/nằm lên bàn (để cố định xương chậu) và yêu cầu họ xoay đầu và vai về hai bên tối đa có thể. Vị trí quan sát tốt nhất là đứng ở phía trên.



Hình 24.31. Khám vận động cột sống ngực thắt lưng. (a) gập, (b) ưỡn, (c) nghiêng bên, (d) xoay.



Hình 24.32. Nghiệm pháp Schober.

– Đo độ gập của thắt lưng bằng nghiệm pháp Schober (xem Hình 24.32). Đánh dấu một điểm ở mức gai chậu sau chiếu lên cột sống (khoảng L5). Đặt một ngón tay ở dưới điểm này 5 cm và một ngón khác ở phía trên điểm này 10 cm. Sau đó yêu cầu BN cúi xuống để chạm các ngón chân với gôi đuôi, nếu khoảng cách của hai ngón tay nhỏ hơn 20 cm gợi ý rằng BN đã bị hạn chế động tác gập của thắt lưng. Khoảng cách từ ngón tay tới sàn nhà (trong tư thế cúi tối đa) có thể được đo nhiều lần để có thể theo dõi được diễn tiến của bệnh.

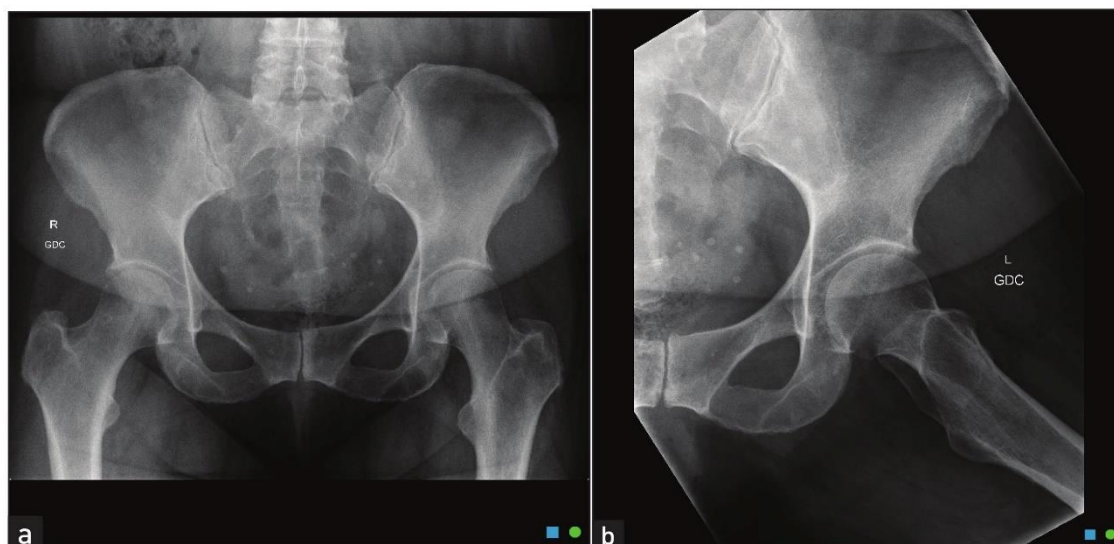
– Nghiệm pháp nâng thẳng chân (nghiệm pháp Lasegue<sup>1</sup> bao gồm cả động tác gập cổ chân về mặt mu bàn chân chủ động). Cho BN nằm trên giường, nâng chân BN lên một cách từ từ (trong lúc nâng luôn giữ cho gôi thẳng) nếu nghi ngờ BN bị đau thần kinh tọa (bình thường sẽ nâng chân lên được khoảng 80 – 90°). Nếu BN bị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, BN sẽ đau (nâng được  $\leq 60^\circ$ ).

– Nhấn trực tiếp lên gai chậu trước trên ở cả hai bên và đẩy ra phía ngoài như thể đang cố gắng tách hai cánh chậu ra ngoài. Ở BN bị viêm khớp cùng chậu, họ sẽ đau ở khớp cùng chậu khi thực hiện nghiệm pháp này.

– Tiếp theo cho BN nằm sấp trên giường. Quan sát dấu hiệu teo cơ mông. Khớp cùng chậu nằm sâu ở hõm Venus<sup>m</sup>. Thông thường, dùng lòng bàn tay sờ mạnh vào mỗi bên để phát hiện điểm đau ở BN có viêm cùng chậu. Khám riêng biệt ở mỗi bên.

– Lúc này cho BN nằm nghiêng sang một bên. Ấn vào mào chậu một lực vừa phải, BN cũng sẽ đau ở khớp cùng chậu trong trường hợp viêm khớp cùng chậu.

– Khám toàn diện vùng lưng thì không thể thiếu đánh giá thần kinh chi dưới.



**Hình 24.33. X quang (a) vùng chậu và khớp hông, (b) khớp hông trong tư thế dạng.**

<sup>1</sup> Charles E Lasègue (1816 – 1883), giáo sư y khoa ở Paris và là học trò của Trousseau.

<sup>m</sup> Vị thần tình yêu của người La Mã – tương đồng với vị thần Aphrodite của người Hy Lạp.



## 24.4.7. Khớp háng (hông)

### List 24.7. Các nguyên nhân gây đau đùi và hông.

#### Gãy cổ xương đùi

- Loãng xương đã biết.
- Bệnh sử có té ngã.
- Đau đột ngột dữ dội.
- Không có khả năng mang vác vật nặng.

#### Viêm xương khớp/thoái hóa khớp

- Tăng theo tuổi.
- Béo phì.
- Khởi phát từ từ.
- Đau khi đi lại.
- Công việc liên quan đến động tác bước ra khỏi xe tải hoặc nhảy ra khỏi bệ/bục.

#### Viêm khớp dạng thấp

- Đau khi nghỉ.
- Đau tăng lên vào buổi sáng.
- Kèm các khớp hay gặp khác.
- Hạn chế đi lại.

#### Viêm khớp nhiễm khuẩn

- Sốt.
- Mệt mỏi.

#### Hoại tử vô trùng đầu xương đùi

- Đau đột ngột.
- Mất khả năng chịu trọng lượng ở chân.
- Sử dụng steroid.
- Gãy xương đã biết.
- Đái tháo đường.
- Thiếu máu hồng cầu hình liềm.

#### Đau dị cảm đùi (do chèn ép thần kinh bì đùi ngoài)

- Đau đùi trước kèm dị cảm.
- Công việc bắt buộc phải ngồi lâu.
- Sử dụng các đai lưng quá chặt.

#### Viêm túi hoạt dịch máu chuyển

- Đau phần đùi ngoài.
- Tăng khi leo cầu thang.

### 24.4.7.1. Giải phẫu

Khớp hông là một khớp hoạt dịch gồm phần cầu và ổ khớp (xem Hình 24.33). Phần ổ khớp được hình thành bởi 3 xương: xương chậu, xương ngồi và xương mu. Phần cầu chính là đầu trên xương đùi hay còn gọi là chỏm xương đùi. Bao bọc xung quanh là gân cơ và thần kinh, những cấu trúc này có thể gây ra những triệu chứng cần phải phân biệt với bất thường khớp hông.

### 24.4.7.2. Bệnh sử

Từ “hông” được sử dụng rộng rãi để mô tả các vùng gồm vùng máu chuyển, lưng dưới và vùng mông. Hỏi bệnh thật kỹ để xác định được điểm đau (xem List 24.7). Một BN có vấn đề thực sự ở khớp hông sẽ đau nhiều ở vùng trước bẹn và lan xuống đầu gối. Những vận động viên bị “đau căng vùng bẹn” thường do bị viêm gân cơ khép hay viêm xương mu bởi chấn thương hoặc do luyện tập quá sức. Cơn đau ở vùng máu chuyển lớn thường là biểu hiện của viêm túi hoạt dịch máu chuyển, viêm hay rách gân cơ mông nhỏ. Cơn đau sẽ tăng khi bắt chéo hai chân. Tình trạng này thường liên quan đến môn thể thao mà BN chơi. Cơn đau điển hình xuất hiện khi bắt đầu tập luyện và giảm khi BN khởi động và tái phát khi BN nghỉ ngơi. Ghi nhận cụ thể lịch làm việc của BN. Hội chứng do quá sức liên quan đến công việc thường nặng nhất vào thứ sáu và giảm vào những ngày cuối tuần. Nhảy khỏi xe tải hoặc sàn cao có thể gây chấn thương khớp lặp đi lặp lại.

Đi khập khiễng có thể được chú ý bởi chính người bệnh. Khi kết hợp với cơn đau là do cơ chế bù trừ, nhưng nếu không đau có thể là do chiều dài giữa hai chi đã có sự khác

biệt hoặc mất đi sự vững chắc của khớp. BN thường để ý những tiếng click hay tiếng tách tách đến từ vùng hông. Nguyên nhân có thể do viêm túi hoạt dịch cơ thắt lưng chậu hay do gân cơ mông lớn bị trượt lên phía trên mấu chuyển lớn. Sự suy giảm chức năng thường làm BN cảm thấy khó khăn trong việc đi lại hay leo thang bộ. Động tác đứng lên và ngồi xuống dần dần làm cho BN cảm thấy không thoải mái bởi vì khớp bị cứng và đau.

Bệnh sử của một BN bị ngã và không thể đi lại hay chịu đựng trọng lực lên chân cũng gợi ý đến gãy cổ xương đùi. Bệnh sử bị viêm khớp dạng thấp và đau khi nghỉ ngơi cũng gợi cho chúng ta nghĩ đến viêm khớp hông dạng thấp. Viêm xương khớp thường diễn tiến từ từ ở người lớn tuổi, thường đi kèm với béo phì và các chấn thương tái đi tái lại.

Hỏi BN về những triệu chứng toàn thân như sốt và sụt cân, đây có thể là dấu hiệu của viêm khớp nhiễm trùng.

Những cơn đau đi kèm với dị cảm và lan theo vùng chi phối cảm giác của thần kinh bì đùi ngoài gợi ý hội chứng chèn ép (meralgia paraesthetica – đau, dị cảm ở đùi).

### 24.4.7.3. Khám

#### Quan sát

– Quan sát BN lúc họ đi vào phòng khám và chú ý nếu BN có dáng gậy, dáng đi chậm và không thoải mái hoặc đi khập khiễng.

– Cho BN nằm xuống, đầu tiên là nằm ngửa. Nhìn khớp hông là không hề dễ dàng vì có rất nhiều cơ che phủ. Tuy nhiên, cần phải tìm những vết sẹo cũ và các biến dạng. BN có thể để yên một tư thế với một chân bị xoay do đau.

#### Sờ nắn

– Sờ nắn ở phía xa điểm giữa dây chằng bẹn để tìm điểm đau của khớp. Điểm này chỉ nằm qua phần đầu xương đùi không nằm trong ổ cối. Lúc này cảm nhận tiếp vị trí của mấu chuyển lớn. Đặt ngón cái lên gai chậu trước trên hai bên, ngón trỏ và ngón giữa di chuyển từ từ đến mấu chuyển lớn. Bình thường hai bên ngang mức với nhau. Nếu có một bên cao hơn bên còn lại, thì bên cao hơn thường là bên bất thường.

#### Vận động

– Khám vận động khớp hông một cách thụ động (xem Hình 24.34). Động tác gấp được khám bằng cách co gối BN và gấp đùi về phía ngực. Giữ cho xương chậu cố định bằng cách giữ chân còn lại nằm trên giường. Biến dạng gấp cố định (không có khả năng duỗi khớp bình thường) có thể bị che lấp bởi những BN cong lưng, nghiêng xương chậu ra phía trước và tăng độ ưỡn của cột sống thắt lưng nếu không áp dụng nghiệm pháp Thomas<sup>n</sup>. Một chân sẽ gấp tối đa để làm cho xương chậu thẳng. Sau đó một chân duỗi. Biến dạng gấp cố định (hậu quả của viêm xương khớp) sẽ khiến cho BN không thể duỗi thẳng chân kia. Động tác xoay: gối và hông gấp. Một tay giữ gối, tay kia giữ bàn chân. Sau đó cho bàn chân di chuyển vào trong (xoay ngoài khớp hông, bình thường 45°), sau đó di chuyển ra ngoài (xoay trong khớp hông, bình thường 45°). Động tác dạng: thầy thuốc đứng

---

<sup>n</sup> Hugh Thomas (1834 – 1891), cha đẻ của ngành chấn thương chỉnh hình, là một thợ nắn xương tại Liverpool nhưng lại không làm trong bệnh viện.

cùng bên với chân được khám. Tay phải giữ lấy gót chân phải trong khi tay trái đặt lên gai chậu trước trên để cố định xương chậu. Sau đó di chuyển chân ra ngoài tối đa có thể. Bình thường chân sẽ dạng ra ngoài được tới 50°. Động tác khép thì ngược lại. Chân được nâng ra phía trước chân còn lại và bình thường sẽ nâng được khoảng 45°.



**Hình 24.34. Khám vận động khớp hông. (a) gấp, (b) duỗi, (c) gấp với gối gấp, (d) xoay trong, (e) xoay ngoài, (f) dạng.**

– Yêu cầu BN nằm sấp. Động tác duỗi được khám bằng cách đặt một tay qua khớp cùng chậu trong khi tay còn lại nâng chân lên, bình thường có thể nâng được 30°. Lúc này

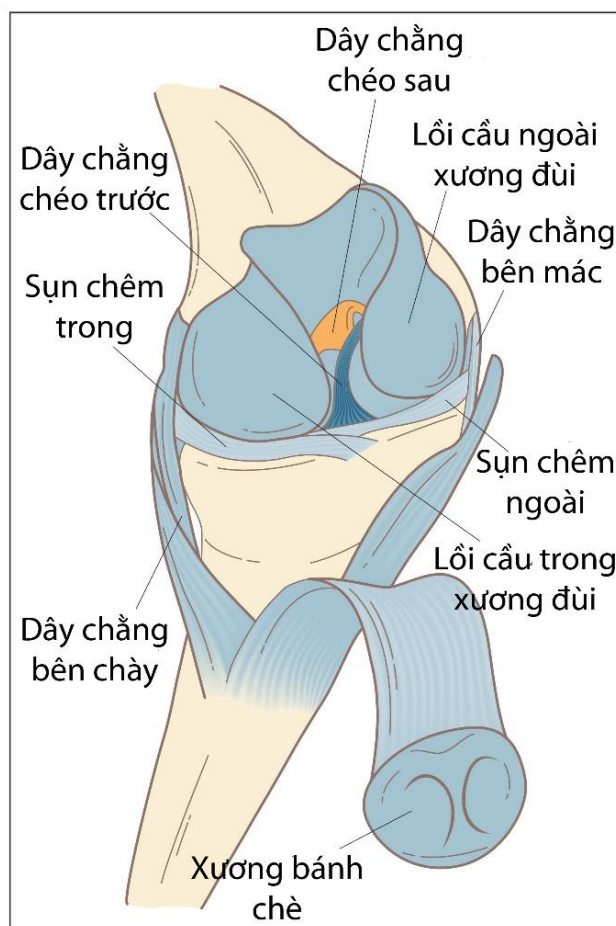
yêu cầu BN đứng và áp dụng nghiệm pháp Trendelenburg °. Ban đầu cho BN đứng bằng một chân, sau đó cho đứng bằng chân còn lại. Bình thường vùng chậu của chân không chạm đất sẽ cao, nhưng trong trường hợp có bệnh cơ gốc chi hay khớp hông, vùng chậu bên chân không chạm đất sẽ sa xuống.

– Cuối cùng, chiều dài chân tuyệt đối (tính từ gai chậu trước trên tới mắt cá trong) và chiều dài chân tương đối (tính từ rốn đến mắt cá trong) của mỗi chân cần được đo lường. Sự khác biệt về chiều dài tuyệt đối gợi ý cho ta nghĩ đến bệnh khớp hông ở bên ngắn hơn, trong khi sự khác biệt về chiều dài tương đối gợi cho chúng ta nghĩ đến BN bị nghiêng xương chậu.

– Ở BN bị viêm xương khớp thì động tác xoay trong, dạng và duỗi thường bị hạn chế. Khớp thoái hóa thường thể hiện bằng việc giảm không gian trong ổ khớp, xơ cứng (dày và tăng đậm độ xương trên phim X quang) ở bờ khớp và hình thành gai xương trên phim X quang thẳng.

## 24.4.8. Gối

### 24.4.8.1. Giải phẫu



Hình 24.35. Giải phẫu gối.

° Friedrich Trendelenburg (1844 – 1924), giáo sư ngoại khoa ở Rostock, Bonn và Leipzig (Đức).

Gối là một khớp bản lề được hình thành bởi đầu dưới xương đùi, xương bánh chè và đầu trên xương chày (xem Hình 24.35). Xương được bao bọc bởi bao khớp với màng hoạt dịch lớn. Sự vững chắc ở phía ngoài là nhờ những dây chằng bên ngoài, và vận động trước – sau được giới hạn bởi những dây chằng chéo. Có một phần sụn khớp lớn đóng vai trò hấp thu những chấn động và cho phép các đầu tận cùng của xương trượt lên nhau một cách nhẹ nhàng và trơn láng.

### 24.4.8.2. Bệnh sử

Đau là một vấn đề thường gặp ở gối (xem Bảng 24.1). Nếu đó là do chấn thương hoặc bất thường cơ học thì thường gây đau khu trú ở gối. Bệnh do viêm nhiễm thường gây ra những cơn đau lan tỏa. Hỏi BN để biết vị trí nào là đau nhất. Cứng khớp thường khởi phát từ từ và là một triệu chứng điển hình của viêm xương khớp. Triệu chứng này thường tồi tệ hơn sau một thời gian không vận động. Khóa gối thường có nghĩa là BN đột ngột không thể duỗi gối tối đa. Gối lúc này thường bị kẹt lại ở tư thế gấp 45°. Mở khóa gối cũng diễn ra đột ngột, thỉnh thoảng cũng xảy ra do một tư thế sai lệch nào đó của BN. Nguyên nhân là do cơ học: lỏng thân và rách sụn chêm, lúc đó trở thành vật kẹt ở giữa hai mặt khớp. Sưng nề xảy ra một cách đột ngột sau một chấn thương, thường là do tràn máu khớp bởi gãy xương hay đứt dây chằng; nếu sưng nề xảy ra sau một vài giờ, nguyên nhân thường là do rách. Viêm khớp và viêm màng hoạt dịch gây ra sưng nề mạn tính. BN thường chú ý thấy các biến dạng của khớp gây ra bởi tình trạng viêm. Thỉnh thoảng BN phàn nàn rằng gối của họ không vững hoặc rạn vỡ. Xương bánh chè không vững và đứt dây chằng thường là một trong những nguyên nhân gây ra điều này. Người khám luôn cần khai thác từ BN về sự mất chức năng của gối. Thường thì BN sẽ bị suy giảm khả năng đi bộ một đoạn đường dài, leo cầu thang và đứng lên – ngồi xuống ghế.

**Bảng 24.1. Chẩn đoán phân biệt đau gối.**

Vị trí đau	Đặc điểm
<b>Mặt ngoài gối</b>	
Rách sụn chêm ngoài	Bệnh sử chấn thương.
	Khóa khớp hay khớp kêu răng rắc.
	Sưng nề sau chấn thương.
Rách dây chằng bên mác	Gối lỏng lẻo.
Căng cơ nhị đầu đùi	Chấn thương hay làm việc quá độ.
<b>Mặt trong gối</b>	
Rách mâm chày trong	Bệnh sử chấn thương.
	Khóa khớp hay khớp kêu răng rắc.
	Sưng nề sau chấn thương
Rách hay căng dây chằng bên chày	Gối lỏng lẻo.
Căng cơ sau đùi	Chấn thương hay làm việc quá độ.
Hội chứng đùi bánh chè.	Lao động quá độ
	Triệu chứng mạn tính.

<b>Mặt sau gôi</b>	
Nang Baker	Đau đột ngột.
Viêm túi hoạt dịch	Sưng nề khu trú và mềm.
Căng cơ đùi sau	Lao động quá độ hay chấn thương.
Thuyên tắc tĩnh mạch sâu	Đau mạn tính.
	Chấn thương hay lao động quá độ.
<b>Mặt trước gôi</b>	
Gãy xương bánh chè	Đau đột ngột hay nhay đau
	Chấn thương.
	Sưng nề.
	Sờ mất liên tục xương.
Viêm gân bánh chè	Lao động quá độ.
Thoái hóa khớp	Đau mạn tính.
	Tăng lên khi đi bộ.
	Tiền sử chấn thương cũ.
Viêm túi hoạt dịch trước xương bánh chè (gôi người lau dọn nhà – housemaid*)	Nghề nghiệp.
Viêm túi hoạt dịch dưới xương bánh chè (gôi của linh mục – clergyman)	Nghề nghiệp.
<i>* Được mô tả bởi Henry Hamilton Bailey (1894 – 1961) như là một chẩn đoán đơn giản nhất trong ngoại khoa.</i>	

Viêm xương khớp/thoái hóa khớp gôi rất thường gặp. Tuổi già, chấn thương cũ và cứng gôi kéo dài ít hơn nửa giờ là những yếu tố gợi ý chẩn đoán. Những người trẻ thường xuyên hoạt động thể lực cũng có thể có những cơn đau và sưng nề ở dưới gôi tại điểm bám của gân bánh chè vào lõi củ chày – viêm mồm lõi củ chày hoặc bệnh Osgood Schlatter<sup>P</sup>. Đây là loại thường gặp nhất của viêm mồm xương do căng quá mức – traction apophysitis.

Hỏi BN xem họ đã từng phẫu thuật hay nội soi khớp gôi hay chưa.

Khai thác thông tin về nghề nghiệp cũng như những môn thể thao mà BN đã từng chơi. Chấn thương và hội chứng lao động quá sức thường liên quan đến các bài tập thể dục thể thao (nhất là thể thao đối kháng) và nghề nghiệp, kèm theo những chấn thương nhỏ lặp đi lặp lại ở gôi.

### **24.4.8.3. Khám**

Có thể khám BN ở nhiều tư thế và hiển nhiên có cả đi bộ. Điều đầu tiên cần làm là tìm

<sup>P</sup> Robert Osgood (1873 – 1956), làm việc tại Pháp trong Thế Chiến I và sau đó thành lập khoa tìu X tại Bệnh viện Đa khoa Massachusetts và sau đó phát triển vài loại phóng xạ gây ung thư da. Carl Schaller (1864-1934), giáo sư ngoại khoa ở Zurich, là người đầu tiên thực hiện hoàn chỉnh một ca cắt dạ dày vào năm 1897.

hiều, nhìn và khám chi lạnh trước. Điều này giúp hiểu được những thay đổi ở gối bị tổn thương, ngoài ra còn giúp BN an tâm rằng quá trình thăm khám sẽ không gây đau cho họ.

### Quan sát

– Nhìn cách BN nằm xuống với cả hai gối và đùi được bộc lộ toàn bộ. Chân bị ảnh hưởng thường co theo tư thế giảm đau giúp BN thoải mái nhất. Để ý xem có teo cơ tứ đầu đùi không. Teo cơ thường xảy ra khá sớm sau khi bị bất thường gối dẫn đến mất sử dụng cơ. Quan sát sự thay đổi da ở gối, sẹo (bao gồm cả sẹo mổ cũ và sẹo phẫu thuật nội soi), sưng nề và biến dạng. So sánh với bên đối diện. Sưng nề khu trú thường có thể dịch chuyển khi gấp và duỗi gối. Tổn thương hay gặp phải là lỏng lẻo thân sụn. Khối cố định ở đường khớp thường là nang sụn chêm.

– Phù bao hoạt dịch hay tràn dịch khớp gối thường được tìm thấy ở phía trong của xương bánh chè. Mất các rãnh quanh xương bánh chè trên da là dấu hiệu sớm của tràn dịch khớp gối. Đánh giá mức độ biến dạng gấp cố định chân bằng cách cho BN ngồi xổm, sau đó quan sát khớp gối ở mỗi bên. Khoảng không gian dưới gối sẽ hiện rõ nếu có viêm khớp biến dạng gấp gối vĩnh viễn.

– Biến dạng chân chữ X và chữ O cũng có thể quan sát được và dễ dàng ghi nhận hơn khi cho BN đứng. Biến dạng chữ O thường liên quan tới thoái hóa khớp và biến dạng chữ X thường liên quan tới viêm khớp dạng thấp.

– Lúc này quan sát BN lần lượt gấp và duỗi thẳng gối. Khi gối duỗi, xương bánh chè sẽ trượt lên trên nhưng vẫn nằm trên đường giữa hố gian lồi cầu đùi. Nếu như có trật xương bánh chè, xương bánh chè sẽ trượt ra ngoài khi gối gấp và trở lại vị trí ban đầu khi gối duỗi.

### Sờ nắn

– Sờ nắn xem cơ tứ đầu đùi có bị teo hay không. Sờ nhẹ lên khớp gối để nhận biết độ ấm và sưng nề bao hoạt dịch.



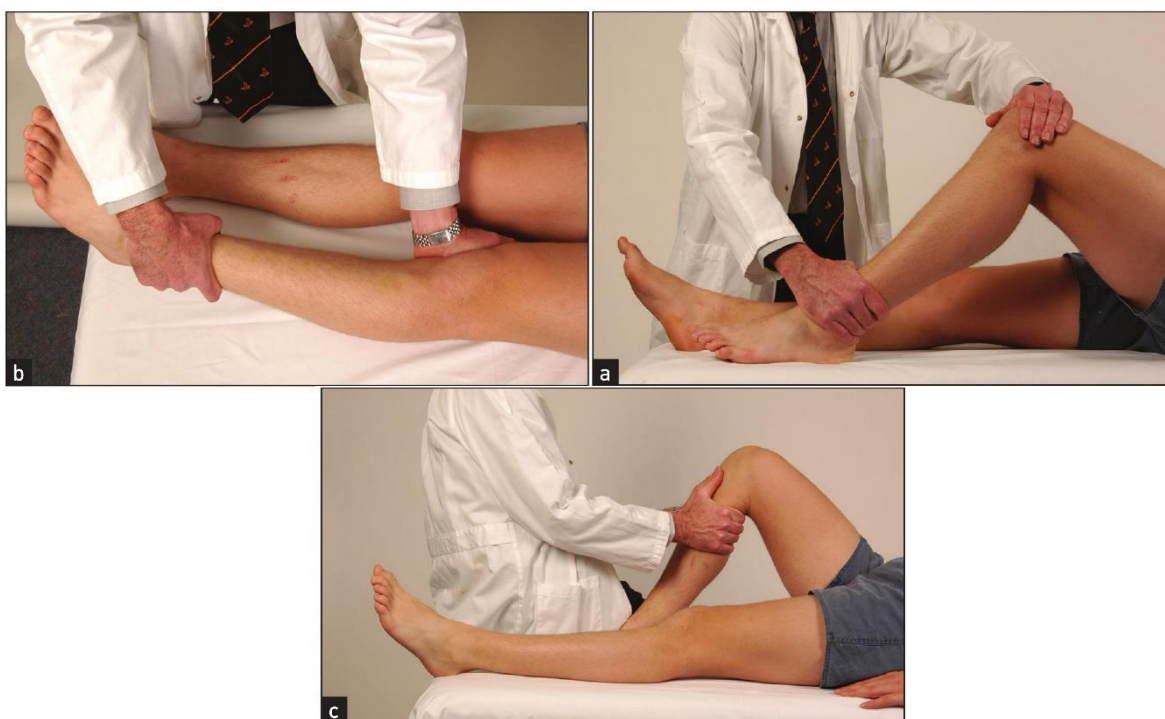
**Hình 24.36. Khám tràn dịch xương bánh chè. (a) gõ xương bánh chè; (b) dấu phập phồng: ấn vào chỗ phồng trên bánh chè.**

– Cần khám kỹ xem BN có tràn dịch khớp gối hay không. Nghiệm pháp gõ lên bánh chè được sử dụng để xác định khi có tràn dịch nhiều (xem Hình 24.36). Người khám đặt một bàn tay lên phần dưới cơ tứ đầu đùi và ấn vào phần trên bánh chè tại vị trí khớp. Tay còn lại ấn xương bánh chè xuống dưới. Dấu hiệu này dương tính khi cảm thấy bánh chè bị

chìm và có cảm giác xương bánh chè chạm vào xương đùi khi ta gõ vào. Dấu hiệu phỏng được sử dụng để tìm ra các khối tràn dịch nhỏ. Lấy tay trái đè vùng trên xương bánh chè trong khi tay phải vuốt lần lượt theo rãnh cạnh xương bánh chè, sau đó thực hiện tương tự với bên còn lại. Dấu hiệu phỏng chạy dọc theo rãnh xương bánh chè là do dòng dịch ở phía bên không được khám, đó là dấu hiệu bị tràn dịch lượng ít.

### Khám vận động

– Khám vận động thụ động. Kiểm tra gập và duỗi khớp gối (bình thường gập được  $135^\circ$  và duỗi được  $5^\circ$ ) bằng cách đặt một tay người khám lên gối và tay còn lại thực hiện động tác gập – duỗi gối cho người bệnh (xem Hình 24.37a). Chú ý giới hạn vận động của khớp gối và tiếng răng rắc trong khi gối đang vận động. Trong khi giữ cho gối gập, sờ nắn để tìm điểm đau khu trú. Sờ nhẹ nhàng tìm điểm đau dọc theo bờ khớp tại vị trí dây chằng bánh chè và tại vị trí bám của dây chằng bên.



**Hình 24.37. Khám gối. (a) gập gối; (b) khám dây chằng bên; (c) khám dây chằng chéo.**

– Sau đó kiểm tra hệ thống dây chằng vùng gối (xem Good signs guide 24.1). Dây chằng bên trong và bên ngoài được đánh giá bằng cách cho gối gập nhẹ trong khi tay vẫn giữ ở chân, căng tay của người khám để dọc theo xương chày BN; khám vận động ngoài và trong của khớp gối (xem Hình 24.37b). Trong khi đó giữ chắc đùi BN bằng tay còn lại. Di động hơn  $5 - 10^\circ$  là bất thường. Dây chằng chéo (xem Hình 24.37c): giữ bàn chân của BN bằng khuỷu của người khám hay ngồi lên hẳn bàn chân của BN. Gập gối của BN  $90^\circ$ . Nắm lấy xương chày và thử kéo về trước rồi đẩy ra phía sau khớp gối. Sự di chuyển của gối sẽ được nhận biết thông qua ngón cái của người khám đặt tại vị trí bờ khớp. Nếu khớp gối di động hơn  $5 - 10^\circ$  thì xem như là có bất thường. Nếu khớp gối di động ra trước nhiều gợi ý lỏng dây chằng chéo trước và gối di động ra sau nhiều thì nghĩ đến lỏng dây chằng chéo sau. Nghiệm pháp Lachman sẽ cho kết quả chính xác hơn ( $LR+ = 42,0$  và  $LR- = 0,1$ ).



Cho gối BN gấp khoảng 20 – 30° trong lúc BN nằm ngửa. Nằm lấy xương đùi (đặt tay phía trên đầu gối) để cố định nó, sau đó nắm lấy cẳng chân và kéo dứt khoát ra phía trước. Nếu xương chày di chuyển ra trước hoặc đầu gối không đứng yên là có bất thường.

### Good signs guide 24.1. Tổn thương dây chằng và sụn chêm.

Dấu hiệu	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	LR+	LR-
<b>Tìm dấu hiệu đứt dây chằng chéo trước*</b>				
– Dấu hiệu ngăn kéo trước	78	100	37	0.2
– Dấu hiệu Lachman	89	100	42	0.1
– Dấu hiệu Pivot	95	NA	NA	NA
<b>Tổn thương sụn chêm*</b>				
– Dấu hiệu McMurray	56	100	8.9	0.5
– Mềm bờ khớp	76	43	1,3	0,6
– Tràn dịch khớp	35	100	5,7	0,7
<i>* Tiêu chuẩn chẩn đoán</i>				
– Đứt dây chằng chéo trước, được mô tả trên MRI, nội soi khớp hoặc phẫu thuật.				
– Đứt sụn chêm: nội soi khớp.				

– Khi nghi ngờ BN có trật khớp hoặc bán trật khớp xương bánh chè, thực hiện nghiệm pháp apprehension bánh chè. Đẩy bánh chè ra ngoài trong khi co gối từ từ. Quan sát nét mặt BN xem có biểu hiện lo lắng hay không điều này gợi ý đe dọa trật khớp (lúc này cần dừng nghiệm pháp lại).



Hình 24.38. Nang Baker ở gối phải, nhìn từ phía sau.

– Yêu cầu BN xoay người nằm sấp. Nhìn và sờ nắn vùng hố khoeo để tầm soát nang Baker<sup>9</sup>. Đây là một túi thừa áp lực của màng hoạt dịch qua khe bao khớp gối (xem Hình 24.38). Dấu hiệu này sẽ được quan sát dễ dàng nhất khi cho gối duỗi, nếu không rõ khi BN nằm thì có thể cho BN đứng với gối duỗi hết mức. Nếu nang vỡ vào cơ bụng chân, nó sẽ gây các triệu chứng giống như thuyên tắc tĩnh mạch sâu. Vỡ nang thường đi kèm với “dấu hiệu trắng khuyết – xem Hình 24.39” – các vết bầm máu xuất hiện dưới mắt cá cổ chân. Cần phân biệt nang Baker với phình động mạch khoeo (khối phòng có mạch đập) và u xương (rất cứng).



**Hình 24.39. Dấu hiệu trắng khuyết.**



**Hình 24.40. Nghiệm pháp Apley (ấn mạnh).**

---

<sup>9</sup> William Baker (1839 – 1896), phẫu thuật viên Bệnh viện St Bartholomew, London, mô tả triệu chứng vào năm 1877.

– Đây cũng là vị trí thực hiện nghiệm pháp Apley (xem Hình 24.40). Đây là nghiệm pháp để kiểm tra tổn thương sụn chêm. Gấp gối BN 90°, cố định đùi bằng cách tì lên nó trong khi ấn vào bàn chân để xoay căng chân ra trước và sau. Nếu BN đau hay có tiếng click phát ra thì nghiệm pháp (+). Nghiệm pháp kéo căng thì ngược lại – xem Hình 24.41. Cũng tư thế BN nằm sấp, kéo căng chân của BN lên để làm căng sụn chêm và dây chằng. Nếu BN cảm thấy đau thì có thể là do dây chằng có vấn đề.



**Hình 24.41. Nghiệm pháp kéo căng.**



**Hình 24.42. Nghiệm pháp McMurray của gối.**

– Nghiệm pháp Murray<sup>r</sup> (xem Hình 24.42) cũng là một nghiệm pháp để phát hiện rách sụn chêm. Cho BN nằm ngửa, người khám đứng một bên để kiểm tra và một tay giữ lấy cổ chân của BN. Đặt tay còn lại vào mặt trong của gối và đẩy cho gối vẹo vào trong. Kéo chân BN từ tư thế gấp sang tư thế duỗi trong khi lần lượt cho căng chân xoay trong và xoay ngoài. Nghiệm pháp (+) khi cảm nhận được cảm giác lóp bóp nhẹ ở gối – có thể BN sẽ mất khả năng duỗi gối.

---

<sup>r</sup> Thomas McMurray (1888 – 1949), giáo sư ngoại khoa chấn thương chỉnh hình đầu tiêu ở Liverpool.

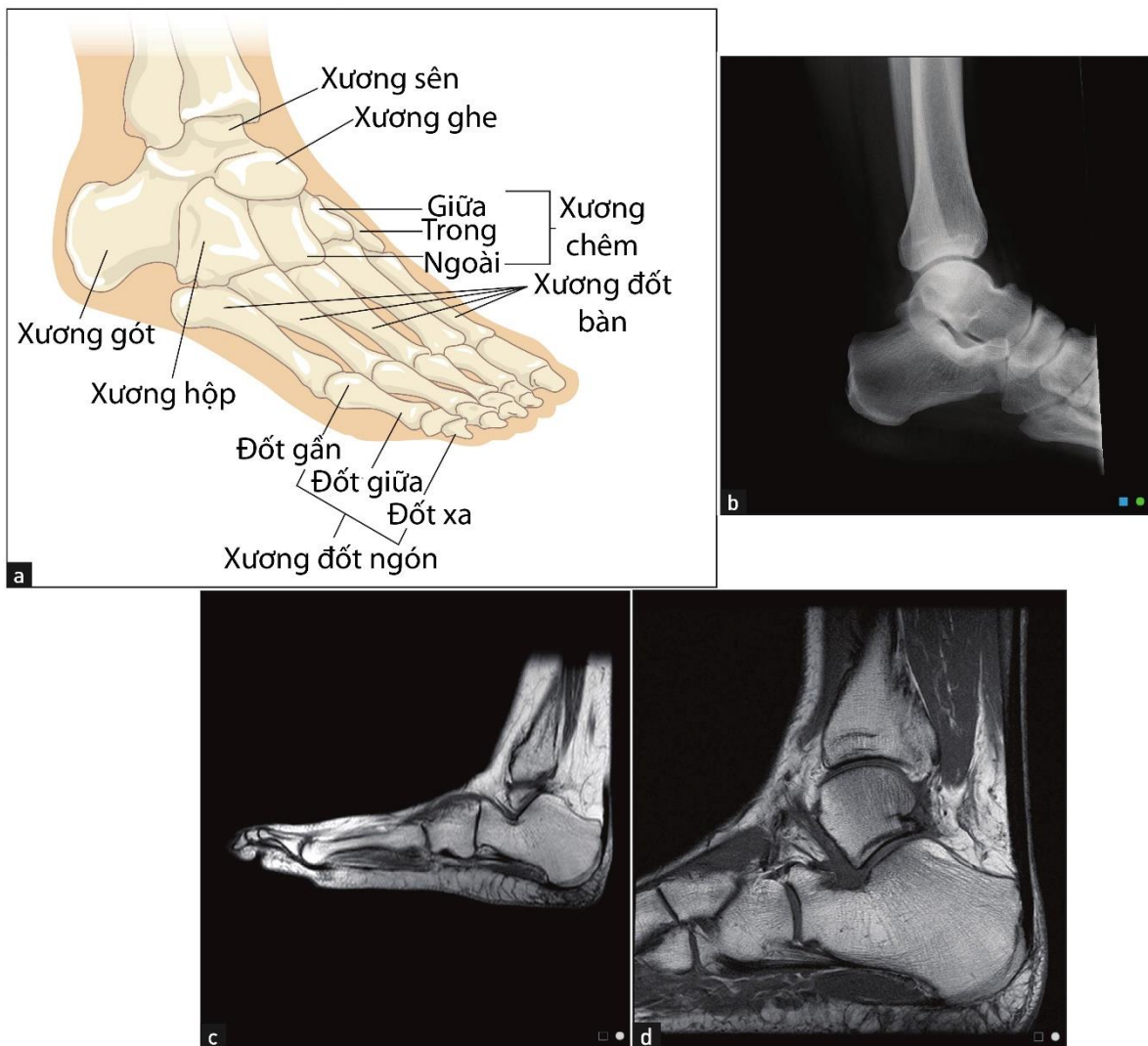
– Cho BN đứng dậy. Quan sát kỹ để phát hiện biến dạng vẹo trong (chữ O) và vẹo ngoài (chữ X) của BN.

– Cuối cùng kiểm tra chức năng. Cho BN đi lại. Quan sát dáng đi và chuyển động của gối, đặc biệt là dáng đi loạn choạng.

## 24.4.9. Cổ và bàn chân

### 24.4.9.1. Giải phẫu

– Cổ chân là một khớp hoạt dịch đóng vai trò như một bản lề, khớp này được hình thành bởi đầu dưới xương chày và xương mác và xương sên (xem Hình 24.43). Mảnh xương nhô ra của đầu dưới xương chày và xương mác được gọi là mắt cá chân, tạo nên một cái hốc. Cái hốc này hòa hợp với dây chằng cổ định khớp ở bên ngoài. Đầu gần của bàn chân được gọi là cổ chân được tạo nên bởi 7 xương cổ chân (xương sên, xương gót, xương ghe, xương hộp và 3 xương chêm – trong, giữa, ngoài) cùng hệ thống dây chằng và bao khớp nâng đỡ chúng. Khớp và dây chằng xung quanh xương cho phép bàn chân di chuyển như sau: vẹo trong, vẹo ngoài, gập mặt lưng (lên) và gập mặt lòng (xuống).



Hình 24.43. Cổ chân và bàn chân.

### 24.4.9.2. Bệnh sử

Triệu chứng thông thường là đau. Nếu cơn đau chỉ xảy ra khi BN đi giày thì giày có thể là nguyên nhân gây đau nhiều hơn là bàn chân. Có thể đau ở một vị trí đặc biệt và chúng ta cần khai thác để BN chỉ ra điểm đau. Có thể tiền căn chấn thương hay vận động với cường độ cao và phức tạp. Chấn thương cổ chân là điều thường gặp trong một số môn thể thao nhất định do cổ chân bị vẹo (bóng đá, bóng rổ; xem List 24.8). Đứt gân Achilles xảy ra với những người trên 50 tuổi khi chơi squash hoặc tennis và do lực gấp mặt lưng bàn chân quá mạnh. Đau gót chân (cả lòng bàn chân và phần sau xương gót) thường do viêm cân cơ lòng bàn chân, viêm gân Achilles hay viêm túi hoạt dịch sau gót.

#### List 24.8. Các nguyên nhân gây đau cổ chân.

##### Đau mạn tính hoặc dai dẳng

- Thoái hóa khớp (tăng khi đi lại).
- Viêm khớp (đau khi nghỉ).

##### Đau sau cổ chân

- Viêm gân Achilles (khởi phát đau phía sau bàn chân, liên quan viêm khớp dạng thấp).
- Đứt gân Achilles (đau đột ngột và dữ dội).

##### Đau mặt ngoài cổ chân

- Tổn thương dây chằng bên – bong gân (vận động quá mức cổ chân).
- Gãy xương mắt cá ngoài (đau dữ dội, có tiền sử chấn thương).

##### Đau mặt trong cổ chân

- Tổn thương dây chằng delta – bong gân (vận động quá mức cổ chân).
- Viêm gân cơ chày sau.
- Hội chứng ống cổ chân (chèn ép thần kinh chày sau).
- Gãy xương mắt cá trong (đau dữ dội, tiền sử chấn thương).

#### List 24.9. Các nguyên nhân gây đau bàn chân.

##### Đau khu vực xương cổ chân

- Thoái hóa khớp.
- Viêm khớp dạng thấp.
- U xơ lòng bàn chân.
- Viêm cân cơ lòng bàn chân (đau gót).

##### Đau khu vực xương bàn – ngón chân

- Đau bàn chân.
- Gãy xương bàn chân.
- U thần kinh gian liên ngón chân (bệnh thần kinh do chèn ép).
- Gout (đau dữ dội và sưng nề, thường là khớp bàn – ngón I).
- Vấn đề ở ngón chân (biến dạng ngón cái, móng mọc vào trong, ngón chân hình vuốt, ngón chân hình búa).

BN bị đau bàn chân (xem List 24.9) hay đau cổ chân thường có tiền sử với bệnh viêm khớp dạng thấp. Điều này có thể gây đau, biến dạng và ảnh hưởng đến khớp sên gót cổ chân, khớp giữa các khối xương cổ chân và khớp bàn ngón.

Những cơn đau nghiêm trọng liên quan tới khớp bàn ngón I thường do Gout. Đau ngay tại đốt bàn sau những bài tập thể thao nặng; nguyên nhân có thể là gãy xương do stress.

Cũng có thể xảy ra biến dạng liên quan tới cổ chân và ngón chân. BN sẽ cảm thấy bất tiện khi mang giày. BN có thể phát hiện được dấu sưng nề; ghi nhận đau (nếu có) trên một hay cả hai bàn chân. Sưng nề hai bên thường xảy ra do viêm. Sưng nề tới bờ trong đầu

xương bàn ngón I – bunion thường xuất hiện ở người già, nhưng có thể liên quan đến viêm khớp dạng thấp.

Dị cảm ở bàn chân cũng cần được ghi nhận. Cố gắng tìm ra phân bố của các rối loạn cảm giác, có thể do chấn thương thần kinh ngoại biên hay bệnh về thần kinh ngoại biên. Cảm giác lạnh bàn chân rất thường gặp nhưng xanh tím và loét mới là vấn đề cần quan tâm. Loét mạn tính bàn chân: cần phải loại trừ đái tháo đường.

### 24.4.9.3. Khám

Phải khám cả cổ chân, bàn chân và ngón chân.

#### Quan sát



**Hình 24.44. Ngón chân xúc xích ngón I và II trong viêm khớp vẩy nến.**

– Nhìn da BN. Ghi nhận: dấu hiệu sung nề, các vết sẹo, biến dạng và teo cơ. Biến dạng ngón cái bao gồm biến dạng vẹo ngoài – hallux valgus (biến dạng vẹo ngoài cố định của trục chính ngón I), móng vuốt (biến dạng gập) và bàn chân gió lửa, thường gặp trong viêm khớp dạng thấp. Biến dạng kiểu xúc xích ở ngón chân xảy ra ở BN bị bệnh khớp vẩy nến hay bệnh Reiter<sup>s</sup> (xem Hình 24.44).

– Nhìn sự thay đổi ở móng có thể gợi ý đến bệnh vẩy nến. Quan sát bờ cong ngang bàn chân, chạy dọc bên dưới khớp bàn ngón chân và bờ cong dọc, chạy từ khớp bàn ngón I đến gót chân. Những bờ cong này là những nơi chịu lực của cơ thể, có thể bị thẳng ra trong bệnh khớp như viêm khớp dạng thấp. Xơ chai ở đầu xương mặt lòng bàn chân có thể xuất hiện trong trường hợp trật khớp nhẹ (xem Hình 24.45).

---

<sup>s</sup> Hans Reiter (1881 – 1969), giáo sư ngành dự phòng ở Berlin, mô tả hội chứng này vào năm 1916. Mọi chuyện đều tốt đẹp trước khi ông thành một người theo Chủ Nghĩa Quốc Xã.



**Hình 24.45. Bàn chân thấp khớp: vẹo ra ngoài hai bên và xơ chai ở đầu xương bàn ngón chân.**

### **Sờ**

– Sờ nắn bắt đầu từ cổ chân, cảm nhận mức độ sưng nề ở hai mắt cá. Không nên nhầm lẫn dấu hiệu này với phù ấn lõm. Gãy xương vùng cổ chân: nghi ngờ nếu có tiền sử chấn thương, đau phía sau mắt cá trong là một dấu hiệu đáng tin cậy.

### **Vận động**

– Vận động khớp cổ chân, nắm giữa bàn chân bằng một tay. Kiểm tra động tác gấp về mặt lưng: nâng bàn chân về hướng đầu gối, bình thường chỉ nâng được  $20^\circ$ , và kiểm tra động tác gấp mặt lòng bằng cách làm động tác ngược lại, bình thường làm được  $50^\circ$ .

– Với khớp sên gót, chỉ kiểm tra động tác vận trong và vận ngoài. Đau khi vận động quan trọng hơn là giới hạn vận động của khớp. Khớp giữa bàn chân cho phép xoay phần bàn – ngón chân (forefoot) trong khi cố định phần cổ chân (xương sên + xương gót – hindfoot). Sau đó giữ vững cổ chân bằng một tay và xoay phần bàn – ngón chân. Cần lưu ý đau khi vận động hơn là giới hạn vận động.

– Ép khớp bàn ngón bằng cách ấn vào xương bàn ngón I và V giữa ngón cái và ngón trỏ của người khám. Nếu nhạy đau nghĩ đến viêm, thường xảy ra trong giai đoạn sớm của viêm khớp dạng thấp. Ấn vào lòng bả chân từ đốt gần khớp bàn – ngón III và IV. Nếu BN đau gợi ý đến bệnh u thần kinh Morton<sup>t</sup>. Đây là do chèn ép và sưng nề thần kinh ngón chân giữa các ngón. Thường liên quan đau và tê bì một mặt ở các ngón chân.

– Khám riêng lẻ từng khớp gian đốt bằng cách sờ và vận động. Các khớp này thường bị ảnh hưởng trong bệnh viêm cột sống huyết thanh âm tính. Đau nhói khớp bàn ngón I là

---

<sup>t</sup> Thomas Morton (1835 – 1903), phẫu thuật viên tổng quát và mắt, Bệnh viện Philadelphia, một trong những người đầu tiên thực hiện cắt ruột thừa.

đặc trưng của bệnh gout – khớp sẽ đỏ và sưng nề.



**Hình 24.46. Nốt thấp ở gân Achilles.**

– Nắn gân Achilles để tìm các nốt thấp (xem Hình 24.46) và đau do viêm gân Achilles. Vết thương đứt gân Achilles cũ có thể được phát hiện bằng cách siết chặt bắp chân: bình thường chân sẽ gấp nhẹ về mặt lòng nếu gân cơ Achilles không bị tổn thương (nghiệm pháp Simmond<sup>u</sup> – xem Hình 24.47). Sau đó sờ phần dưới gót chân để kiểm tra có đau hay không; cách khám này có thể chỉ ra viêm gân cơ lòng bàn chân, bệnh này là do viêm đốt sống huyết thanh âm tính và đôi khi không có nguyên nhân rõ ràng.



**Hình 24.47. Nghiệm pháp Simmond.**

---

<sup>u</sup> Franklin Simmond (1911 – 1983), phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Rowley Bristow, Surrey, UK.



## T&O'C essentials

1. Khám BN có viêm khớp cần phải hạn chế gây đau cho BN. Luôn so sánh hai bên.
2. Phần lớn các khớp đều cần phải được đánh giá chức năng.
3. Teo nhóm cơ kế cận nhau có thể do viêm khớp.
4. Tìm bất thường của các cấu trúc xung quanh như gân, da khi khám khớp.
5. Viêm khớp nhiễm khuẩn là một cấp cứu nội khoa.
6. Luôn nhớ rằng những biểu hiện toàn thân trong viêm khớp dạng thấp.

## OSCE ôn tập

### Thăm khám bệnh lý khớp

**Topic này thường hay gặp trong OSCE, sẽ giúp ích khi ôn tập lại.**

1. Hãy khám cột sống cho người đàn ông này.
2. Hãy khám bàn tay cho người phụ nữ này.
3. Người phụ nữ này nhận thấy da trên bàn tay và ngực căng bất thường, hãy thăm khám cho bà ấy.
4. Người phụ nữ này bị đau hông trái. Vui lòng thăm khám cho bà ấy.
5. Người đàn ông này đau vai khi thực hiện một số động tác ở khớp vai. Vui lòng thăm khám ông ấy.
6. Người đàn ông này đau gối trái, hãy thăm khám cho ông ấy.
7. Người phụ nữ này gặp khó khăn trong việc đi lại do đau bàn chân, hãy thăm khám cho bà ấy.

Trần Văn Đâu

### 25.1. VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

Viêm khớp dạng thấp là một bệnh lý viêm nhiễm hệ thống mạn tính chưa rõ nguyên nhân với các đặc điểm tổn thương biểu hiện ở khớp. Trong nhiều trường hợp, BN viêm khớp dạng thấp có yếu tố thấp trong huyết thanh (bệnh lý huyết thanh dương tính). Đây là những kháng thể không đồng nhất trực tiếp kháng lại phần Fc của IgG nhưng không đặc hiệu cho bệnh viêm khớp dạng thấp.

#### Text box 25.1. Thăm khám BN viêm khớp dạng thấp.



Hình 25.1. Viêm khớp dạng thấp.

#### 1. Quan sát tổng trạng

- Biểu hiện hội chứng Cushing.
- Cân nặng.

#### 2. Bàn tay

#### 3. Cánh tay

- Bệnh lý thần kinh do chèn ép hoặc bó chặt.

#### 6. Ngực

- Tim: viêm màng ngoài tim, tổn thương van tim.
- Phổi: tràn dịch, xơ hóa, nhồi máu, nhiễm trùng

- Hạch.

#### 7. Bụng

- Nốt dưới da.
- Khớp khuỷu.
- Khớp vai.
- Hạch nách.

#### 4. Mắt

- Mắt: khô mắt (Sjögren), viêm màng bồ đào, viêm thượng củng mạc, thiếu máu, đục thể tinh thể.
  - Soi đáy mắt (tăng độ nhót).
  - Mắt: tuyến mang tai (Sjögren).
  - Miệng: khô miệng, loét, bệnh sâu răng.
  - Khớp thái dương hàm.
- #### 5. Cổ
- Cột sống cổ.
  - Hạch cổ.

- Lách to (hội chứng Felty).
- Hạch bẹn.

#### 8. Hồng

#### 9. Gối

#### 10. Chi dưới

- Loét (viêm mạch).
- Sung bắp chân (vỡ nang hoạt dịch).
- Bệnh lý thần kinh ngoại biên.
- Viêm đơn dây thần kinh đa dạng.

#### 11. Chân

#### 12. Khác

- Nước tiểu: protein, máu (thuốc, viêm mạch máu, amyloid).
- Thăm trực tràng (máu).

Để thăm khám BN nghi ngờ viêm khớp dạng thấp (xem Text box 25.1), cho BN ngồi trên giường hoặc trên ghế.

### 25.1.1. Quan sát tổng trạng

Nhìn xem BN có hội chứng Cushing do điều trị corticoid hay những dấu hiệu của sụt cân có thể là dấu hiệu của bệnh đang tiến triển.

### 25.1.2. Bàn tay

Đặt bàn tay BN lên gối nằm. Quan sát xem có viêm màng hoạt dịch ở các khớp nhỏ đối xứng hai bên hay không (thường ít ảnh hưởng đến các khớp liên đốt ngón xa). Những bất thường thường gặp như lệch trục trụ, bán trật về phía lòng của khớp bàn ngón tay, biến dạng hình chữ Z của ngón cái với dạng cổ thiên nga và biến dạng boutonniere của ngón tay. Khám móng tay và vùng quanh móng để tìm các biến đổi mạch máu giống vệt xuất huyết. Xem có teo các cơ nhỏ ở bàn tay. Tìm lòng bàn tay son. Sờ lòng bàn tay để cảm nhận tiếng răng rắc của gân cơ khi BN đang gấp và duỗi các ngón tay. Xem có dấu hiệu liệt dây thần kinh trụ (do thần kinh bị ép chặt ở khuỷu tay) và liệt thần kinh giữa trong hội chứng ống cổ tay.

### 25.1.3. Cổ tay

Tìm dấu hiệu màng hoạt dịch dày lên và dấu hiệu Phalen (ống cổ tay).

### 25.1.4. Khuỷu tay

Tìm xung quanh khớp khuỷu xem có các nốt thấp dưới da không, điều này gợi ý bệnh lý huyết thanh dương tính, khám khớp khuỷu tay. Gấp căng khớp khuỷu cũng rất hay gặp.

### 25.1.5. Vai và nách

Khám vùng vai và nách xem có nhạy đau và giới hạn vận động hay không. Sờ nắn các hạch nách bởi vì các hạch phì đại có thể gợi ý bệnh khớp đang tiến triển ở những nơi mà nó dẫn lưu.

### 25.1.6. Mắt



**Hình 25.2. Những nốt viêm củng mạc ngoài mống mắt.**

Quan sát xem mắt có đỏ không, điều này có thể gợi ý do khô mắt trong hội chứng Sjögren xuất hiện trong khoảng 10 – 15% các trường hợp. Ngoài ra, phải chú ý tìm những nốt viêm củng mạc – đó là những sang thương màu đỏ sậm hoặc màu trắng nhô lên (đó là những nốt thấp) và xung quanh nó là vùng sung huyết củng mạc màu đỏ – xem Hình 25.2. Những nốt này đặc biệt xuất hiện ở phần trên của củng mạc và thường có cả ở hai bên nhưng chỉ tác động trong khoảng 1% BN mà thôi. Viêm mống mắt thường không xuất hiện.

### 25.1.7. Tuyến mang tai

Tuyến mang tai to gặp trong hội chứng Sjögren.

### 25.1.8. Miệng

Tìm xem BN có khô miệng hay sâu răng không (hội chứng Sjögren) và loét do thuốc không (methotrexate).

### 25.1.9. Khớp thái dương hàm

Khớp thái dương hàm kêu răng rắc khi BN mở miệng và ngậm miệng.

### 25.1.10. Cổ

Khám cột sống cổ tìm điểm đau, co thắt cơ và hạn chế vận động xoay cổ. Đồng thời kiểm tra các hạch cổ.

### 25.1.11. Ngực

Khám ngực xem có tràn dịch màng phổi hay xơ hóa phổi. Hội chứng Caplan<sup>a</sup> là sự xuất hiện của các nốt thấp ở phổi phổi hợp với bệnh bụi phổi.

---

<sup>a</sup> Anthony Caplan, bác sĩ người xứ Wales, mô tả điều này vào năm 1953.

### 25.1.12. Tim

Nghe tim để tìm tiếng cọ màng tim (thường gặp) và âm thổi phụt ngược do hở van (đặc biệt van động mạch chủ) có thể có do những nốt thấp ở van tim.

### 25.1.13. Bụng

Khám bụng để tìm xem có lách to hay không (xuất hiện trên 10% những BN và gợi ý có khả năng có hội chứng Felty) và gan to. Sờ tìm các hạch ở bẹn.

### 25.1.14. Chi dưới

Khám vùng hông xem có bị giới hạn vận động khớp hay không. Tuy nhiên khớp gối thường bị ảnh hưởng hơn và phải chú ý xem có teo cơ tứ đầu đùi không (dấu hiệu quan trọng của viêm khớp gối), tràn dịch bao hoạt dịch, gối có gập cứng không. Tìm biến dạng valgus (hậu quả của sự biến dạng ra ngoài của khớp – viêm xương khớp gây biến dạng varus) và mất vững của dây chằng xuất hiện như là một biến chứng muộn của bệnh. Khám vùng hố khoeo tìm nang Baker. Quan sát ở phần thấp của chân xem có loét hay không, gặp ở BN có biến chứng viêm mạch trong hội chứng Felty. Khám thần kinh ngoại biên tìm dấu hiệu viêm đơn dây thần kinh đa ổ ở chi dưới. Đó cũng là dấu hiệu của chèn ép tủy sống do trật C1 ra trước hoặc bán trật khớp của mấu răng C2.

### 25.1.15. Cổ và bàn chân

Tìm dấu hiệu bàn chân rù (do chèn ép thần kinh mác hoặc viêm mạch máu) và khám vận động khớp cổ chân để tìm giới hạn vận động khớp. Quan sát các khớp bàn ngón chân xem có sưng nề hay trật khớp không. Đó có thể biến dạng vẹo ngoài và ngón chân móng vượt. Luôn nhớ rằng, các khớp liên đốt ngón rất hiếm bị tổn thương. Cuối cùng, sờ nắn gân Achilles để tìm các nốt thấp – một dấu hiệu của bệnh lý huyết thanh dương tính.

Đánh giá tiến triển của bệnh là phương thức quan trọng để đánh giá đầy đủ trước khi bắt đầu điều trị và được thực hiện thường quy bởi các chuyên gia khớp học. Tiêu chuẩn này bao gồm: thời gian cứng khớp vào buổi sáng, đau khớp, mệt mỏi, khớp nhạy đau, sưng nề mô mềm và xuất hiện các triệu chứng ngoài khớp. Các tiêu chuẩn đó có thể được tìm thấy trên các trang web của nhiều hội khớp học khác nhau.

## 25.2. NHÓM BỆNH LÝ KHỚP HUYẾT THANH ÂM TÍNH

Bao gồm các bệnh lý: viêm cột sống dính khớp, bệnh Reiter (viêm khớp phản ứng), viêm khớp vẩy nến, viêm khớp do bệnh lý đường ruột. Đây là nhóm bệnh lý khớp huyết thanh âm tính để phân biệt với viêm khớp dạng thấp vì không có yếu tố thấp trong huyết thanh. Tuy nhiên có đến 30% BN viêm khớp dạng thấp điển hình có yếu tố dạng thấp trong huyết thanh âm tính. Nhóm bệnh lý khớp huyết thanh âm tính thường có sự chông chéo về mặt lâm sàng, sinh lý bệnh và có liên quan đến yếu tố HLA – B27.

### 25.2.1. Viêm cột sống dính khớp

Nên khám các vùng sau đây:

– Thất lưng – khớp cùng chậu: mất ưỡn cột sống thất lưng và gù cột sống ngực; biến dạng gập nặng ở cột sống thất lưng (hiếm), nhạy đau cột sống thất lưng, giới hạn vận động cột sống thất lưng, ấn đau khớp cùng chậu. Đo khoảng cách chẩm tường, thấy khoảng cách này tăng dần qua nhiều lần đo gợi ý biến dạng đang tiến triển. Khám nghiệm pháp Schober

và khám vận động nghiêng ngoài của cột sống bằng cách yêu cầu BN cúi người đưa hai tay xuống chạm vào các ngón chân trong khi gối duỗi. Vận động này thường sẽ bị hạn chế nghiêm trọng.



**Hình 25.3. Viêm màng mắt bên phải.**

– Chân: viêm gân Achilles, viêm gân cơ lòng bàn chân và dấu hiệu của hội chứng chùm đuôi ngựa (hiếm) – yếu chi dưới, mất kiểm soát cơ vòng, mất cảm giác vùng yên ngựa.

– Phổi: giảm độ đàn nờ của lồng ngực (< 5 cm), dấu hiệu của xơ hóa đỉnh phổi.

– Tim: dấu hiệu của hở van động mạch chủ.

– Mắt: viêm màng mắt cấp (có khuynh hướng tái phát) – đau mắt đỏ (10 – 15%) – xem Hình 25.3.

– Khám phân và trực tràng: dấu hiệu của viêm nhiễm đường ruột (viêm loét đại tràng hoặc bệnh Crohn). Chú ý các dấu hiệu thứ phát amyloid, ví dụ: gan lách to; thận to; tiểu đạm – có thể gặp, mặc dù đây là biến chứng rất hiếm gặp.

### **25.2.2. Viêm khớp phản ứng (hội chứng Reiter)**



**Hình 25.4. Viêm quy đầu dương vật.**

Diễn hình thường theo sau viêm niệu đạo hay tiêu chảy với viêm kết mạc và viêm khớp (thường không đối xứng) ở những khớp chịu lực như khớp hông, gối, cổ chân. Cần thăm khám các vùng sau đây:

– Bộ phận sinh dục: chảy mủ niệu đạo, viêm quy đầu dương vật – đó là những sang thương vẩy, loét đỏ nông giới hạn rõ trên đầu dương vật (xem Hình 25.4).

– Tiền liệt tuyến: viêm tiền liệt tuyến.

– Mắt: viêm kết mạc, viêm móng mắt (hiếm).

– Miệng: vết loét ở niêm mạc miệng không đau đặc biệt ở lưỡi.

– Lưng: khớp cùng chậu (có thể một bên).

– Chi dưới (thường bị ảnh hưởng nhất): gối, cổ chân, bàn ngón và ngón chân hình xúc xích, viêm gân cơ lòng bàn chân, viêm gân Achilles, dày sừng lâu (keratoderma blennorrhagica – xem Hình 25.5) ở lòng bàn chân – đó là những sang thương dạng dát màu nâu đỏ không đau có thể tróc vẩy và không thể phân biệt được với vẩy nến mụn mủ, móng dày, đục và dễ gãy.



**Hình 25.5. Dày sừng lâu.**

– Bàn tay (ít bị tổn thương): cổ tay, khớp bàn ngón, khớp liên đốt ngón gần, khớp liên đốt ngón xa, dày sừng lâu, các biến đổi ở móng tay.

– Tim mạch: hở van động mạch chủ (hiếm)

### **25.2.3. Viêm khớp vẩy nến**

Khoảng 10% BN vẩy nến có viêm khớp. Khám để tìm dấu chứng của viêm khớp dạng thấp bao gồm cột sống và khớp cùng chậu. Viêm khớp vẩy nến được chia thành 5 thể lâm sàng nhưng thường có sự trùng lấp:

– Viêm một khớp hay vài khớp không đối xứng ở bàn tay, bàn chân và những khớp khác (chú ý không có dạng ngón tay xúc xích). Đây là thể thường gặp nhất.

– Viêm đa khớp đối xứng giống như viêm khớp dạng thấp nhưng huyết thanh âm tính.

– Thể viêm các khớp liên đốt ngón xa với những biến đổi ở móng do vẩy nến.

– Thể viêm đa khớp phá hủy.

– Thể viêm khớp cùng chậu và không có tổn thương các khớp ngoại biên.

#### 25.2.4. Viêm khớp do bệnh lý đường tiêu hóa

Bao gồm hai bệnh có liên quan đến tổn thương các khớp là viêm loét đại tràng và bệnh Crohn:

– Bệnh khớp ngoại biên. Đây là dạng viêm vùi khớp không đối xứng, thường ở chi dưới đặc biệt là đầu gối và mắt cá. Ít khi gây biến dạng.

– Viêm khớp cùng chậu: lâm sàng không phân biệt được với viêm cột sống dính khớp.

### 25.3. VIÊM KHỚP DO GOUT



**Hình 25.6. Gout cấp ở khớp bàn ngón chân cái.**

Bắt đầu ở bàn chân, viêm khớp do gout cấp ảnh hưởng đến khớp đốt bàn ngón chân cái chiếm khoảng 75% các trường hợp (xem Hình 25.6). Kế tiếp khám cổ chân, gối vì nó có khuynh hướng bị tổn thương sau nhiều đợt tái phát. Ngón tay, cổ tay, khuỷu tay bị ảnh hưởng muộn (xem Hình 25.7). Nhìn và sờ các nốt tophi (do lắng đọng urate với tế bào viêm bao quanh chúng). Nốt tophi là dấu hiệu của gout tái phát mạn tính. Nó có khuynh hướng xuất hiện ở hoạt dịch khớp, túi hoạt dịch mỏm khuỷu (xem Hình 25.8), mặt duỗi cẳng tay, vành tai (xem Hình 25.9), dưới bánh chè và phía sau gân Achilles.



**Hình 25.7. Nốt tophi ở ngón tay.**





**Hình 25.8. Nốt tophi ở khuỷu tay.**



**Hình 25.9. Nốt tophi ở vành tai.**

Cuối cùng thăm khám các dấu hiệu bệnh lý nền của gout thứ phát: tăng purine do bệnh lý tăng sinh tủy, lymphoma, bệnh bạch cầu và giảm bài tiết urate ở thận do bệnh thận hoặc nhược giáp.

Tăng huyết áp, đái tháo đường và bệnh tim thiếu máu cục bộ thường xuất hiện trên BN gout.

#### **25.4. GIÀ GOUT**

Bệnh có biểu hiện giống như gout như được mô tả ở trên, nhưng thường ở khớp lớn (đặc biệt ở gối) và cổ tay. Một số BN có dấu hiệu của cường tuyến cận giáp, nhiễm sắc tố sắt và gout thực sự.

## 25.5. VIÊM KHỚP DO CALCIUM HYDROXYAPATITE

Thường ở khớp lớn (đặc biệt là đầu gối và vai) gặp ở người già.

## 25.6. LUPUS BAN ĐỎ HỆ THỐNG

Lupus<sup>b</sup> ban đỏ hệ thống là một bệnh lý viêm mạn có tính hệ thống chưa rõ nguyên nhân, được đặt tên như vậy bởi vì sự bào mòn tự nhiên của bệnh được ví như là tổn thương bị gây ra bởi một con sói đang đói.

### 25.6.1. Quan sát tổng trạng

Tìm dấu hiệu của sụt cân (do bệnh lý viêm mạn) hoặc ngoại hình Cushing (do điều trị với steroid, xem Text box 25.2). Trong khi hỏi bệnh sử hãy lưu ý đến các bất thường về tâm thần – tâm lý do lupus hoặc do điều trị steroid.

#### Text box 25.2. Thăm khám BN lupus ban đỏ hệ thống.

##### 1. Quan sát tổng trạng

- Ngoại hình giống Cushing.
- Cân nặng
- Tình trạng tâm thần.

##### 2. Bàn tay

- Viêm mạch.
- Phát ban.
- Bệnh khớp.

##### 3. Cánh tay

- Ban dạng lưới.
- Ban xuất huyết.
- Bệnh cơ gốc chi.

##### 4. Đầu

- Hói đầu, có hoặc không có sọc, mái tóc lupus – xem Hình 25.10.
- Mắt: viêm củng mạc, vệt cotton,...
- Miệng: nhiễm trùng, loét
- Phát ban: hình cánh bướm
- Tổn thương thần kinh sọ.
- Hạch cổ

##### 5. Ngực

- Tim mạch: viêm màng ngoài tim.
- Hô hấp: tràn dịch màng phổi, viêm màng phổi, xơ hóa phổi, xẹp phổi, nhiễm trùng.

##### 6. Bụng

- Gan lách to.
- Bụng chướng căng.

##### 7. Khớp hông

- Hoại tử vô trùng

##### 8. Chân

- Bàn chân: lòng bàn chân đỏ, viêm màng hoạt dịch khớp nhỏ.
- Phát ban.
- Loét mắt cá chân (hội chứng kháng phospholipid – xem Hình 25.11).
- Bệnh cơ gốc chi.
- Bệnh thần kinh .
- Viêm đơn dây thần kinh đa ổ
- Thất điều tiểu não
- Liệt nửa người.

##### 9. Khác

- Protein niệu.
- Tăng huyết áp.

<sup>b</sup> Từ Lupus theo tiếng Latin nghĩa là con sói.



**Hình 25.10. Mái tóc lupus.**



**Hình 25.11. Loét mắt cá chân trong hội chứng kháng phospholipid.**



**Hình 25.12. Lupus ban đỏ hệ thống.**

### 25.6.2. Bàn tay

Chú ý đến các tổn thương dạng viêm mạch quanh giường móng hoặc dẫn mạch và ban đỏ da ở đáy móng. Phát ban có thể xuất hiện – nhạy cảm ánh sáng là nguyên nhân thường gặp. Bàn tay phát ban do lupus khuynh hướng xảy ra ở thân ngón tay, khác với viêm da cơ (phát ban trên các khớp liên đốt ngón tay).

Hiện tượng Raynaud có thể xảy ra khi thời tiết lạnh.

Khám viêm khớp: viêm màng hoạt dịch của đầu gần và các khớp bàn ngón tay. Viêm khớp trong lupus ban đỏ hệ thống thường không có loét bào mòn nhưng nếu nặng có thể dẫn tới biến dạng không cố định do tổn thương các cấu trúc nâng đỡ.

### 25.6.3. Cẳng tay

Ban dạng lưới có thể xuất hiện ở đây (xem Hình 25.13). Theo tiếng Latin, điều này được mô tả như là sự đổi màu dạng lưới. Sang thương này được tạo thành do các đường viền màu đỏ xâm nhập cắt nhau. Ban xuất hiện do hiện tượng viêm mạch và hội chứng kháng phospholipid<sup>c</sup> hoặc tắc nghẽn do xơ vữa mạch. Ngoài ra, quan sát xem có ban xuất huyết không (do viêm mạch máu hoặc giảm tiểu cầu tự miễn). Khám để tìm bệnh lý cơ gốc chi (do tự bản thân của bệnh hoặc do điều trị với corticoid). Các nốt dưới da rất hiếm gặp ở BN lupus ban đỏ hệ thống. Hạch nách có thể phì đại nhưng ấn không đau.



Hình 25.13. Ban dạng lưới.

### 25.6.4. Đầu và cổ

Hói (rụng tóc) là một manh mối chẩn đoán quan trọng, xuất hiện ở 2/3 BN có thể kèm theo sẹo. Tìm dấu hiệu mái tóc lupus: tóc ngắn, dễ gãy ở trên trán. Toàn bộ tóc có thể khô và thô như trong suy giáp.

Khám mắt tìm dấu hiệu viêm củng mạc và thượng củng mạc (thường gặp ở BN viêm khớp dạng thấp hơn là lupus ban đỏ). Mắt có thể khô và đỏ (hội chứng Sjögren). Kết mạc mắt nhợt do thiếu máu ở các bệnh lý mạn tính. Đôi khi cũng có vàng da niêm do thiếu máu tán huyết. Tiến hành soi đáy mắt để tìm thể xuất tiết cứng (chấm màu trắng) do sung nề

---

<sup>c</sup> Hội chứng kháng phospholipid: tắc động mạch, tĩnh mạch tự phát do sự xuất hiện của kháng thể kháng phospholipid (kháng đông lupus, kháng cardiolipin).

các sợi thần kinh và là thứ phát do viêm mạch máu.

Phát ban ở mặt là một manh mối chẩn đoán (xem Hình 25.14). Điển hình là ban hình cánh bướm lan tỏa đến má và cánh mũi, phải phân biệt với viêm da mạn tính ở má và mũi. Loét miệng, khẩu cái mềm và khẩu cái cứng, miệng có thể khô trong hội chứng Sjögren.



**Hình 25.14. Phát ban hình cánh bướm**

Ban lupus dạng đĩa có thể thấy trong cùng một vùng hoặc ở nhiều vùng khác nhau trên cơ thể. Tổn thương bắt đầu với dạng mảng lan tỏa, trung tâm có sừng hóa và nút nang lông. Tổn thương dạng hoạt động thường có viền phù. Biểu hiện này gợi ý đến vẩy nến. Da đầu, tai ngoài và mặt thường bị ảnh hưởng nhất nhưng ở một số BN tổn thương này có thể xuất hiện ở cánh tay và ngực. Tổn thương dạng vòng lan rộng hoặc dạng vẩy nến có thể chỉ điểm sự xuất hiện của lupus da bán cấp.

Sau đó khám mặt, sờ các hạch cổ có thể to nhưng không đau.

### **25.6.5. Ngực**

Dấu hiệu tiếng cọ màng tim (viêm màng ngoài tim) có thể có. Khám phổi để tìm tiếng cọ màng phổi (viêm màng phổi) hoặc những dấu hiệu của tràn dịch màng phổi, xơ hóa phổi, xẹp phổi, tăng áp phổi có thể được phát hiện. Bệnh lý ở ngực thường thứ phát do viêm phổi mô kẽ hơn là viêm mạch máu ở phổi.

### **25.6.6. Bụng**

Lách to nhẹ 10% trường hợp. Gan to nhẹ trong trường hợp không có biến chứng. Bệnh gan mạn do viêm gan (viêm gan lupus) là một bệnh lý tự miễn riêng biệt hơn là một biến thể của lupus ban đỏ hệ thống

### **25.6.7. Khớp hông**

Khám vận động khớp hông: hoại tử vô mạch thường đau khi vận động, bảo tồn được

vận động duỗi khớp hông nhưng mất các vận động khác. Điều này là do thiếu máu cục bộ chỏm xương đùi, có thể do sử dụng corticoid hoặc do tự bản thân của lupus ban đỏ hệ thống.

### 25.6.8. Chân

Khám tìm bệnh lý cơ gốc chi và bệnh thần kinh ngoại biên (chủ yếu là cảm giác).

Hiếm khi có dấu hiệu liệt nửa người, thất điều tiểu não, múa giật.

Loét mắt cá chân do viêm mạch máu hoặc do hội chứng kháng phospholipid là dấu hiệu quan trọng. Hoại thư ngón chân cũng hay gặp. Đó có thể là phù mắt cá chân trong hội chứng thận hư hoặc giữ nước do sử dụng steroids. Ở chân cũng có thể quan sát thấy ban dạng lưới.

### 25.6.9. Nước tiểu và huyết áp

Phân tích nước tiểu tìm protein niệu và tiểu máu, kiểm tra huyết áp. Bệnh thận là biến chứng thường gặp của Lupus ban đỏ hệ thống.

### 25.6.10. Thân nhiệt

Sốt thường do Lupus hay thứ phát do bệnh nhiễm trùng hoặc bệnh lý mạn tính.

## 25.7. XƠ CỨNG BÌ

### Text box 25.3. Khám BN xơ cứng bì.

#### 1. Ngoại hình

- Mặt giống chim.
- Sụt cân (rối loạn hấp thu).

#### 2. Bàn tay

- Hội chứng CREST: lắng đọng calci, teo đầu xa ngón tay, xơ cứng da ngón tay, dẫn mao mạch, mất nhô đầu ngón tay, hoại tử.
- Dẫn quai mao mạch (nếp móng).
- Tiếng cọ dây chằng.
- Viêm khớp nhỏ và tiếng răng rắc của gân.
- Biến dạng gập cổ định.
- Chức năng bàn tay.

#### 3. Cánh tay

- Phù, da dày và bó chặt.
- Thay đổi sắc tố da.
- Bạch biến.
- Rụng tóc.
- Bệnh cơ gốc chi.

#### 4. Đầu

- Hói.

- Mắt: rụng lông mày, thiếu máu, khó nhắm kín.

- Miệng: nhăn lại, khó mở

- Thay đổi sắc tố

- Dẫn mạch

- Cơ cổ: teo và yếu.

#### 5. Nuốt khó

#### 6. Ngực

- Da bó chặt

- Tim – dấu hiệu tăng áp phổi, viêm màng ngoài tim, suy tim.

- Phổi: xơ hóa phổi, viêm phổi do hít, nhiễm trùng

#### 7. Chân

- Sang thương ở da.

- Viêm mạch.

#### 8. Khác

- Huyết áp (do huyết áp do tổn thương thận).

- Phân tích nước tiểu (protein niệu).

- Biểu đồ thân nhiệt (nhiễm trùng).

- Khám phân (tìm phân mỡ).



**Hình 25.15. BN xơ cứng bì.**

Đây là bệnh lý rối loạn mô liên kết với xơ hóa ở các mức độ khác nhau của da và bất thường mạch máu nhỏ ở ngón tay, tim, phổi, thận. Trong bệnh xơ cứng lan tỏa hệ thống dễ thấy xơ cứng ở da, những BN này thường kèm theo xơ hóa phổi. Hội chứng CREST (calci hóa, hiện tượng Raynaud, rối loạn nhu động thực quản, xơ cứng da ở ngón, dẫn mạch), xơ cứng da lan tỏa và bệnh phổi mô kẽ không xuất hiện nhưng BN này có nguy cơ tăng áp phổi tiên triễn.

### **25.7.1. Quan sát tổng trạng**

Tổng trạng gầy yếu do nuốt khó (rối loạn nhu động thực quản) hoặc rối loạn hấp thu (vi khuẩn phát triển quá mức) – xem Text box 25.3.

Thay đổi ở da trên BN xơ cứng hệ thống rất khác nhau. Đó có thể là phù trong giai đoạn sớm, ấn lõm, không đau ở bàn tay. Ở giai đoạn tiến triển, phù da được thay thế bởi sự xơ cứng da với biểu hiện da dày, cứng và chất. Giai đoạn này thường bắt đầu ở các ngón tay.

### List 25.1. Các nguyên nhân gây dày và co rút da.

- Xơ cứng hệ thống (xơ cứng bì), thể lan tỏa; những biến đổi mức độ nhẹ hơn trong xơ cứng bì giới hạn.
- Bệnh lý mô liên kết hỗn hợp (một rối loạn dễ nhận thấy với đặc điểm của xơ cứng bì, lupus ban đỏ hệ thống, viêm khớp dạng thấp, viêm cơ).
- Viêm bao cơ bạch cầu ái toan – dày da lan rộng do viêm nhiễm lớp cân mạc thường sau hoạt động thể lực quá mức, xảy ra trong trường hợp tăng bạch cầu ái toan và gammaglobulin máu.
- Bệnh bụi phổi.
- Hội chứng đau cơ bạch cầu ái toan.
- Hội chứng ngộ độc dầu.
- Xơ cứng bì khu trú – một nhóm các rối loạn không đồng nhất trên những vùng nhỏ bị xơ cứng, đây là dạng thường gặp nhất của xơ cứng bì, thường bắt đầu bằng những sang thương dạng mảng lớn màu đỏ và đỏ sậm, kèm theo đau và dần dần vào vùng xơ cứng, sau đó tự thoái lui sau vài năm.
- Do hóa chất: vinyl chloride, pentazocine, bleomycin.
- Giả xơ cứng bì: bệnh porphyrin da muện, bệnh cực đại đầu chi, hội chứng carcinoid.
- Phù cứng bì (scleredema): dày da ở vùng vai và lưng trên ở BN đái tháo đường.
- Bệnh lý mảnh ghép kháng lại vật ký chủ.

### 25.7.2. Bàn tay



Hình 25.16. Nhồi máu ngón tay.

Khám bàn tay, chú ý những nốt calci hóa (vì tinh thể calci lắng đọng ở mô liên kết dưới da của ngón tay), hiện tượng Raynaud thỉnh thoảng gây ra teo mô ngón tay (do thiếu máu cục bộ – xem Hình 25.16), xơ cứng da ngón tay (sự thắt chặt da ngón tay dẫn đến ngón tay thon) và dẫn mạch nhiều nơi ở ngón tay (xem Hình 25.17).





**Hình 25.17. Dẫn mao mạch ngón tay.**

Tim biến dạng co rút ngón tay rất thường gặp (xem Hình 25.18) và viêm màng hoạt dịch mặc dù ít gặp. Móng tay có thể bị ảnh hưởng bởi hiện tượng Raynaud. Có thể hữu ích khi quan sát các nếp móng bằng cách sử dụng kính lúp cầm tay: ở những BN xơ cứng bì, chúng ta sẽ quan sát được các quai mao mạch dẫn nhưng đây không phải là chẩn đoán. Tiếng cọ dây chằng có thể có ở thể lan tỏa gợi ý tiên lượng nghèo nàn. Đánh giá chức năng bàn tay quan trọng trong bệnh lý này.



**Hình 25.18. Xơ cứng bì ở ngón tay.**

### 25.7.3. Cánh tay

Xác định mức độ lan tỏa của co rút da ở cánh tay. Nếu da dày kéo dài từ phía trên cổ tay đến cánh tay, chân và thân mình thì có thể chẩn đoán là xơ cứng bì lan tỏa hơn là hội chứng CREST. Nếu da dày chỉ lan đến khuỷu tay và mặt thì chẩn đoán là xơ cứng bì giới hạn. Đánh giá bệnh cơ gốc chi do viêm cơ.

#### 25.7.4. Mắt

Da ở mắt có liên quan tới tiến triển của bệnh. Mắt mất các nếp gấp bình thường trên da cũng như rưng chân mày. Khuôn mặt thon lại và mắt biểu cảm (mắt giống chim). Quan sát xem có dẫn mạch mao mạch ở má và những sắc tố chấm đen trắng hay không. Yêu cầu BN nhắm mắt – da co rút làm cho việc nhắm mắt khó thực hiện hoàn toàn. Mắt BN có thể khô (hội chứng Sjögren) mặc dù ít gặp, kết mạc mắt nhợt (nhiều nguyên nhân gây thiếu máu bao gồm: bệnh lý mạn tính, chảy máu do viêm thực quản, dạ dày dựa hấu, bệnh thiếu máu tán huyết vi mạch).

Yêu cầu BN há to miệng. Chúng ta có thể miệng nhăn nheo, hẹp. Mắt khả năng há miệng và há miệng không quá 3 cm (khoảng cách giữa răng cửa trên và dưới) được coi là có hạn chế bất thường.

#### 25.7.5. Ngực

Quan sát da ở thành ngực, xuất hiện dày và chật giống như áo giáp của người La mã cổ đại.

Khám phổi tìm xơ hóa phổi, bằng chứng của viêm phổi do hít (hiếm), tràn dịch màng phổi và carcinoma.

Khám tim tìm dấu hiệu của tâm phế mạn vì xơ hóa phổi hoặc viêm màng ngoài tim. Suy thất trái có thể xuất hiện do tổn thương cơ tim.

#### 25.7.6. Chân

Tìm dấu hiệu của viêm mạch, loét da, các tổn thương trên da. Bệnh thần kinh ngoại biên (hiếm).

#### 25.7.7. Phân tích nước tiểu và huyết áp

Rất quan trọng vì xơ cứng bì gây biến chứng ở thận và kèm theo tăng huyết áp nặng. Bệnh thận là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở BN xơ cứng bì.

#### 25.7.8. Phân

Quan sát phân tìm phân mỡ (vì rối loạn hấp thu do vi khuẩn phát triển quá mức). Tóm tắt các dấu hiệu thực thể của BN xơ cứng bì được mô tả trong Text box 25.3.

### 25.8. SỐT THẤP KHỚP

Sốt thấp khớp là một bệnh lý viêm nhiễm xảy ra sau nhiễm liên cầu tan huyết beta nhóm A. Hiện này, hiếm gặp ở các quốc gia Tây Âu. Được chẩn đoán bởi hai tiêu chuẩn chính hoặc một tiêu chuẩn chính và hai tiêu chuẩn phụ cộng thêm bằng chứng nhiễm liên cầu gần đây.

– Tiêu chuẩn chính

- + Viêm tim (gây ra nhịp nhanh, suy tim, âm thổi, viêm màng ngoài tim).
- + Viêm đa khớp.
- + Múa giật.
- + Ban vòng.
- + Nốt dưới da (di động và không đau).

- Tiêu chuẩn phụ
  - + Tiền sử có thấp khớp.
  - + Sốt.
  - + Đau khớp.
  - + Protein phản ứng giai đoạn cấp.
  - + Khoảng PR kéo dài trên ECG.

Khám lâm sàng BN nghi ngờ sốt thấp khớp. Đầu tiên khám khớp lớn ở chi tìm tràn dịch hoặc viêm màng hoạt dịch. Phải có hai hay nhiều khớp bị tổn thương (điển hình là viêm đa khớp dịch chuyển từ khớp này sang khớp khác). Tìm các nốt dưới da phía trên các ụ xương. Quan sát tìm các ban trên da. Ban vòng màu hồng hoặc đỏ nhô lên mặt da và nhạt đi khi ấn. Hồng ban vòng có viền xung quanh màu đỏ sẫm và trung tâm có màu da, xuất hiện ở thân và gốc chi, không bao giờ có ở mặt. Tìm các cử động dạng múa giật. Chúng khởi phát muộn sau ba tháng viêm họng.

Khám tim mạch để tìm các dấu hiệu của viêm tim toàn thể: (1) tiếng cọ màng ngoài tim do viêm màng ngoài tim, (2) suy tim sung huyết do viêm cơ tim, (3) hở van động mạch chủ hoặc hở hai lá viêm nội tâm mạc nhiễm trùng.

Cuối cùng, kiểm tra thân nhiệt cho BN.

## 25.9. VIÊM MẠCH

Đây là một nhóm bệnh rối loạn không đồng nhất đặc trưng bởi viêm nhiễm và tổn thương mạch máu. Đặc điểm lâm sàng và mạch máu lớn bị tổn thương được thống kê trong Bảng 25.1.



**Hình 25.19. Viêm động mạch thái dương nông tế bào khổng lồ.**

**Bảng 25.1. Viêm mạch máu.**

Tên	Mạch máu	Đặc điểm
<b>Mạch máu nhỏ</b>		
<b>U hạt Wegener</b>	Mao mạch nhỏ đến trung bình, tĩnh mạch, tiểu động mạch, động mạch nhỏ.	U hạt nhiễm trùng tác động lên đường hô hấp, viêm cầu thận hoại tử, biến dạng mũi gây kiêu yên ngựa.
<b>Hội chứng Churg – Strauss</b>	Nhỏ.	Hen, tăng bạch cầu ái toan, nốt ở da, viêm đơn dây thần kinh đa ổ, thâm nhiễm ở phổi.
<b>Ban xuất huyết Henoch Schölein</b>	Nhỏ.	Ảnh hưởng đến trẻ em, ban xuất huyết ở mông, đau bụng, viêm khớp ở gối và cổ chân, viêm thận (40%).
<b>Viêm da mạch vi thể</b>	Nhỏ.	Viêm cầu thận, xuất huyết phế nang, bệnh lý thần kinh, tràn dịch màng phổi.
<b>Hỗn hợp globulin lạnh trong máu</b>	Nhỏ.	Viêm khớp, xuất huyết có thể sờ được ở chi, bệnh lý thần kinh, bệnh Raynaud, viêm gan C thường gặp.
<b>Viêm mạch kích thước trung bình</b>		
<b>Viêm đa động mạch dạng nút</b>	Kích thước từ nhỏ đến trung bình.	Đau cơ, đau khớp, sốt, ban xuất huyết sờ được, loét hoặc nhồi màu da, sụt cân, đau tinh hoàn, bệnh lý thần kinh, tăng huyết áp, nhồi máu thận, kèm theo viêm gan B.
<b>Bệnh Kawasaki</b>	Kích thước trung bình (động mạch vành có thể bị tổn thương).	Tác động lên trẻ em, phát ban tróc vảy ở chi, lưỡi như quả dâu tây.
<b>Viêm mạch máu lớn</b>		
<b>Viêm động mạch tế bào khổng lồ (xem hình 25.16)</b>	Trung bình đến lớn (động mạch thái dương, động mạch mắt và những nhánh của nó).	Đau đầu khu trú, triệu chứng toàn thân, đau hàm, mất khả năng nhìn ở động mạch long mi sau (tuổi $\geq 50$ )
<b>Bệnh Takayasu</b>	Lớn (động mạch chủ, cánh tay, cánh, trụ và nách).	Triệu chứng toàn thân, đau cách hồi, mất mạch (thường ở người Châu Á $\leq 40$ tuổi).

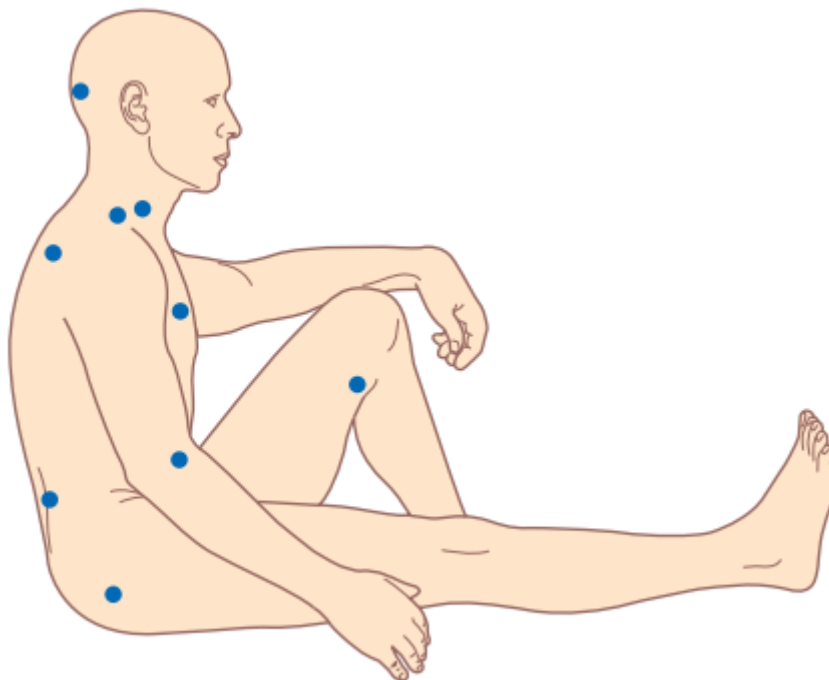
## 25.10. THẤP KHỚP MÔ MỀM

Đây là một nhóm các bệnh lý gây đau xuất phát từ mô mềm xung quanh khớp. Vấn đề này có thể là toàn thân (đau cơ sợi) hoặc giới hạn một vùng giải phẫu nào đó (gân cơ, bao gân, điểm bám gân cơ, màng hoạt dịch). Có rất nhiều bệnh lý dạng này, sau đây là những bệnh lý thường gặp.

### 25.10.1. Hội chứng đau cơ sợi

Đây là hội chứng thường gặp, thường bị coi nhẹ và hầu hết xuất hiện ở những phụ nữ tuổi từ 40 – 50. Nó có nhiều nhóm triệu chứng khác nhau bao gồm đau nhức cơ xương lan tỏa và biểu hiện mệt mỏi mạn tính. Đau cơ xương hầu hết xuất hiện ở cột sống (cổ và lưng) và lan tỏa. Nó trở nên tồi tệ hơn khi BN căng thẳng hoặc thời tiết lạnh. Đau có cảm giác ở khắp nơi và không đáp ứng với các thuốc kháng viêm. Kết hợp đau và mệt mỏi làm cho BN mất khả năng vận động một cách nghiêm trọng. Thường gây mất ngủ, BN thức dậy

với cảm giác không thoải mái và mệt nhiều hơn vào buổi sáng so với các buổi khác trong ngày. Lưu ý rằng BN không có bệnh lý bất thường nào về khớp, cơ và cân cơ.



**Hình 25.20. Vị trí thường gặp của đau sợi cơ. 18 vị trí cần phải được khám là: (1) cơ dưới cằm, (2) dưới đầu dưới của cơ ức đòn chũm, (3) cơ trên gai, (4) cơ thang, (5) gân khớp sụn sườn thứ 2, (6) dưới 2 cm so với lồi cầu ngoài xương cánh tay, (7) mẫu chuyển lớn, (8) trên 1/4 ngoài hông, (9) bờ trong của gôi.**

Khám Lâm sàng. Khám để tìm đặc điểm đau và nhạy đau ở nhiều điểm khác nhau (xem Hình 25.20). Những vùng này có thể đau khi ấn ngón tay ở người bình thường nhưng ở người bệnh này có thể đau một cách rõ ràng và đáp ứng bằng cách gạt tay người khám hoặc rút người lại. Đáp ứng này cần phải được khám tối thiểu từ 11 – 18 vị trí ở chi trên, chi dưới và cả hai chi (lan tỏa và đối xứng). Kế tiếp thăm khám để kiểm tra có tăng cảm giác đau ở vị trí kiểm soát như trán và đầu xa căng tay, ở những vị trí đó thường không có.

Chẩn đoán này dựa trên sự xuất hiện của những triệu chứng điển hình và nhạy đau, tăng cảm giác đau đa điểm, đa vùng (âm tính ở những vị trí kiểm soát). Bệnh lý viêm nhiễm và nội tiết cần phải được loại trừ.

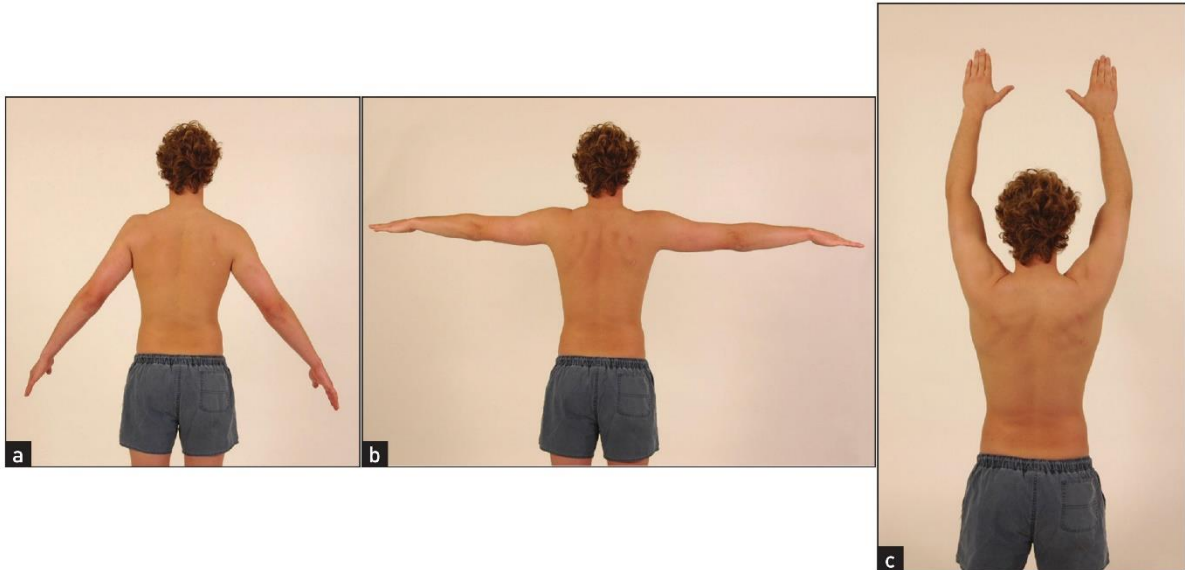
## **25.10.2. Hội chứng vai**

Rối loạn mô mềm ở vai thường có đặc điểm lâm sàng đặc trưng.

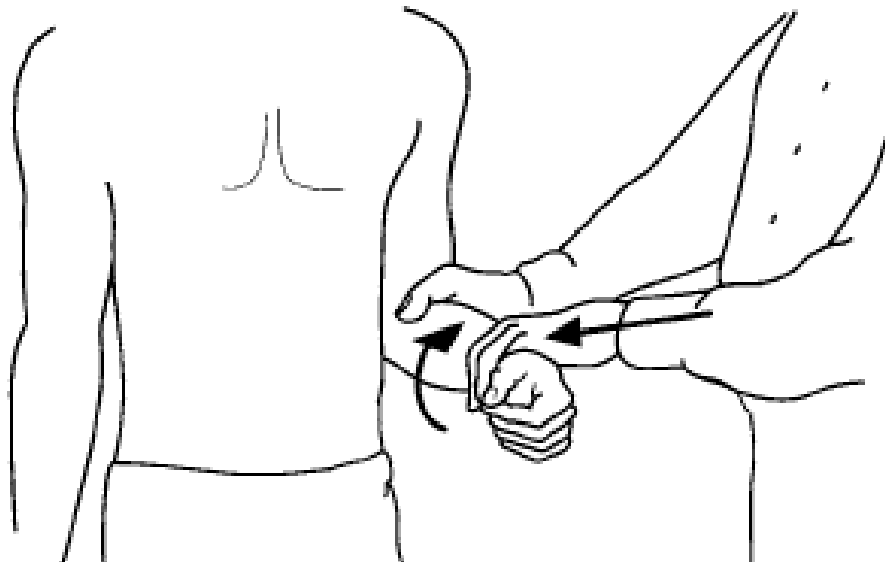
### **25.10.2.1. Hội chứng chóp xoay vai**

Viêm gân cơ trên gai là thường gặp nhất trong hội chứng chóp xoay. Nó thường do thoái hóa hay sau nhiễm trùng gân cơ trên gai khi bị đè ép giữa mỏm cùng vai và đầu xương cánh tay khi nâng cánh tay. Tuổi thường gặp là từ 40 – 50 tuổi. Triệu chứng có thể bắt đầu khi hoạt động thể lực không thường xuyên như là làm vườn.

Khám khớp vai. Chú ý đau khi dạng vai (xem Hình 25.21). Chú ý BN sẽ đau dạng hình cung từ 60° và 120° khi dạng vai. Lưu ý những tổn thương chóp xoay khác có thể gây đau vận động tương tự. Viêm gân cơ nhị đầu cũng có những biểu hiện lâm sàng tương tự như ở BN có hội chứng chóp xoay. Dấu hiệu Yergason<sup>d</sup> trong viêm gân cơ nhị đầu khá hữu ích (LR+ = 2,8) – xem Hình 25.22. BN gấp khuỷu 90° và sấp cổ tay. Người khám giữ cổ tay BN và để BN cố gắng ngửa căng tay. Viêm đầu gân cơ nhị đầu sẽ gây đau vai bởi vì cơ nhị đầu là cơ chính để ngửa căng tay.



**Hình 25.21. Nhiễm trùng gân chóp xoay có thể gây đau kiểu hình cung khi dạng cánh tay. Bắt đầu vận động (a) thì không đau nhưng dạng đến 90° (b) thì gây đau. Khi cánh tay dạng hết mức (c) cảm giác đau sẽ dịu đi vì chóp xoay không còn chịu tác động bởi áp lực.**



**Hình 25.22. Dấu hiệu Yergason.**

<sup>d</sup> Robert Mosely Yergason (1885 – 1949), phẫu thuật viên người Mỹ, mô tả dấu hiệu này vào năm 1931.

### 25.10.2.2. Vai đông

Viêm dính bao khớp vai hay vai đông là tình trạng giới hạn vận động chủ động và thụ động của cánh tay theo tất cả các hướng. Nó có thể xuất hiện sau khi cánh tay bất động do đột quỵ. Triệu chứng điển hình là khởi phát đau vai đột ngột, đau tăng lên về đêm đau lan lên đáy cổ và xuống cánh tay. Đau tăng lên khi vận động và có thể hai bên. Đau và cứng có thể kéo dài nhiều tháng. Các vận động khớp vai có thể không bao giờ trở lại bình thường được.

### 25.10.2.3. Viêm mủm trên lồi cầu (khuyết tay người chơi golf và tennis)

Nhiều người chơi hay không chơi thể thao đều có thể bị tổn thương, mặc dù các tổn thương nặng ít gặp hơn với các môn thể thao nhất định (bơi lội đồng đội). Đau có thể ở trên lồi cầu xương cánh tay. Lồi cầu ngoài thường bị tác động nhất gọi là khuyết tay của người chơi tennis. Đau xuất phát từ chỗ bám của các gân cơ duỗi vào lồi cầu ngoài. Tổn thương lồi cầu trong ngay tại vị trí chỗ bám của các gân cơ gấp cẳng tay gây viêm mủm trên lồi cầu trong – khuyết tay của người chơi golf. Những bệnh lý này cũng thường gặp ở những công nhân làm việc tay chân.



**Hình 25.23. Khám khuyết tay. Quan sát để tìm các dấu hiệu của viêm mủm trên lồi cầu ngoài. Sờ nắn trên nguyên ủy cơ duỗi cẳng tay để xác định điểm đau. Căng cơ bằng cách duỗi kháng cổ tay sẽ gây đau nhiều hơn.**

Khám lâm sàng. Khám xem có nhạy đau khu trú trên lồi cầu ngoài (xem Hình 25.23) hay lồi cầu trong (xem Hình 25.24). Yêu cầu BN duỗi các ngón tay với kháng lực. Điều này sẽ làm đau lồi cầu ngoài nhiều hơn (xem Hình 25.25). Yêu cầu BN gấp các ngón tay với kháng lực điều này sẽ gây đau lồi cầu trong nhiều hơn.



**Hình 25.24. Khám để tìm dấu hiệu của viêm mỏm trên lồi cầu trong. Ấn vào mỏm trên lồi cầu trong để tìm điểm đau. Triệu chứng sẽ tăng lên khi gấp có kháng lực ở cổ tay và ngón tay.**



**Hình 25.25. Khám để tìm dấu hiệu viêm lồi cầu ngoài xương cánh tay.**

### **25.10.3. Viêm bao gân cổ tay**

Viêm bao gân có thể xuất hiện ở BN viêm khớp dạng thấp nhưng cũng có thể xuất hiện ở những người khỏe mạnh. Nguyên nhân thì thường do những cử động không thích hợp lặp đi lặp lại. Vị trí thường gặp là viêm bao gân cổ tay nơi liên quan đến gân cơ duỗi dài và dạng ngón tay cái (viêm bao gân Quervain, xem Hình 25.26).





**Hình 25.26. Một BN viêm bao gân de Quervain. Sưng nề đặc trưng ở bao gân dạng ngón tay cái trên móm trâm quay.**

Khám. Phát hiện nhạy đau và sưng nề mặt quay của cổ tay (móm trâm quay). Đau khi vận động thụ động và chủ động của ngón tay cái. Chẩn đoán xác định bằng nghiệm pháp Finkelstein<sup>e</sup>. Giữ bàn tay BN với ngón cái gấp vào lòng bàn tay và sau đó uốn nhanh cổ tay nghiêng về phía trụ (xem Hình 25.27). Một nghiệm pháp cải tiến để giảm tỷ lệ dương tính giả bằng cách nắm ngón tay cái của BN thay vì để ngón tay gấp vào lòng bàn tay. Nghiệm pháp dương tính khi tay BN đau chói. Thăm khám thêm các vị trí thường gặp khác của các gân tổn thương: gân gấp các ngón tay và gân Achilles.



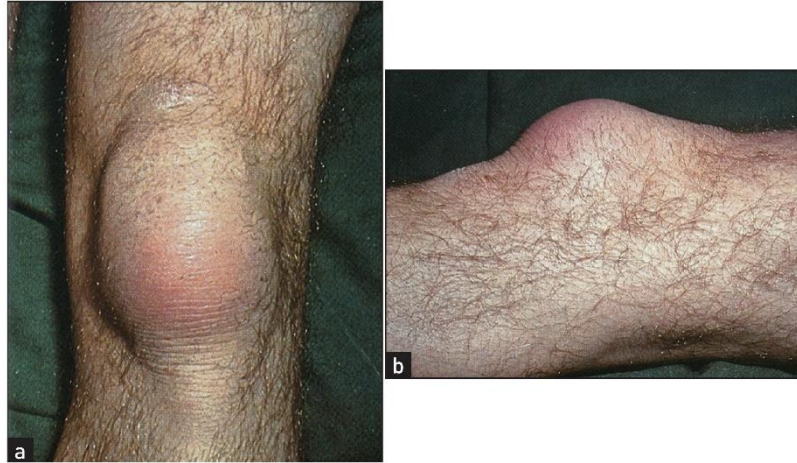
**Hình 25.27. Nghiệm pháp Finkelstein.**

#### **25.10.4. Viêm túi hoạt dịch**

Túi hoạt dịch ở những vùng tiếp xúc với những lực căng cơ học hoặc chấn thương cũng như những vị trí mà cơ và gân trượt trên xương hoặc cơ hoặc bề mặt các ụ xương – nơi đó túi hoạt dịch dễ bị tác động bởi lực căng cơ học. Viêm túi hoạt dịch thường xuất hiện như là một phản ứng viêm mô mềm khu trú với áp lực cơ học. Nó có thể liên quan đến viêm khớp dạng thấp, gout, nhiễm trùng. Vị trí thường gặp bao gồm vùng trước bánh chè (gối của người giúp việc nhà, xem hình 25.24), trên móm khuỷu (túi hoạt dịch móm khuỷu và máu chuyển lớn (viêm túi hoạt dịch máu chuyển, thực tế là viêm gân cơ).

---

<sup>e</sup> Harry Finkelstein (1865 – 1939), phẫu thuật viên tại Bệnh viện Bệnh Khớp, New York.



**Hình 25.28. Sưng, đỏ, đau ở túi hoạt dịch trước bánh chè.**

## **25.11. CÁC HỘI CHỨNG CHÈN ÉP THẦN KINH**

Các hội chứng chèn ép thần kinh gây ra bởi sự đè ép lên các dây thần kinh ngoại biên tại vị trí dễ bị tổn thương và gây ra các triệu chứng đau, dị cảm, tê ở những nơi mà dây thần kinh đó chi phối.

### **25.11.1. Hội chứng ống cổ tay**

Đè ép dây thần kinh giữa ở cổ tay là dạng thường gặp nhất. Chúng ta nhớ lại rằng, ống cổ tay giống như bánh mì sandwich giữa các xương cổ tay và dây chằng cổ tay, gồm có 9 gân gấp cũng như thần kinh giữa. Những BN này thường có triệu chứng tê, đau, dị cảm theo sự phân bố của thần kinh giữa (3 ngón I, II, III và mặt quay của ngón IV). Nó có thể là một dấu hiệu sớm của viêm khớp dạng thấp, triệu chứng thường làm cho BN thức giấc và có thể lan đến cẳng tay (1/3 trường hợp), có thể liên quan đến ngón IV và ngón V, cổ tay nhưng không có ở mặt lòng và mặt lưng bàn tay – dạng điển hình. Nguyên nhân thường gặp nhất là viêm bao gân gấp ở cổ tay. Giữ nước trong suốt thai kỳ hay sử dụng thuốc tránh thai làm xuất hiện hội chứng ống cổ tay. Ngoài ra chèn ép thần kinh giữa có thể gặp trong viêm khớp dạng thấp, suy giáp, cục đại đầu chi, amyloid.

Thăm khám. Triệu chứng sẽ xuất hiện khi gõ nhẹ lên ống cổ tay (thường bắt đầu ở nếp gấp đầu xa cổ tay) trong khi cổ tay được giữ ở trạng thái duỗi – dấu hiệu Tinel (LR+ = 1,8 và LR- = 0,8). Nghiệm pháp âm tính trên 30% những trường hợp có dấu hiệu chèn ép trên điện cơ. Gấp cổ tay chủ động trong khoảng 60 giây (nghiệm pháp phalen) có tỷ lệ âm tính giả thấp hơn (LR+ = 1,3 và LR- = 0,7). Hỏi BN: “Ông/bà làm gì khi bàn tay của ông/bà bị tê?”. Dấu hiệu flick dương tính khi BN mô tả nghe tiếng lách cách khi BN cầm nhiệt kế và lắc (LR+ = 29, LR- = 0,1). Khám để tìm teo cơ do thần kinh giữa chi phối cũng như tình trạng mất vận động (cơ gan bàn tay, yếu động tác dạng ngón cái) và rối loạn cảm giác (mô cái, tuy nhiên thường ít có mất cảm giác). Những dấu hiệu này xuất hiện chỉ trong những trường hợp bệnh tiến triển.

### **25.11.2. Đau đùi dị cảm**

Đè vào thần kinh bì đùi ngoài gây ra dị cảm và mất cảm giác vùng đùi ngoài. Toàn bộ dây thần kinh cảm giác đi qua phân ngoài của dây chằng bẹn, ngay phía trong gai chậu trước trên. Ở vùng này, cũng thường bị chèn ép ở những BN béo phì, mặc quần hoặc mang

thắt lưng quá chặt hoặc ngồi trong thời gian dài. Đái tháo đường, mang thai và chấn thương có thể gây ra hội chứng này

### 25.11.3. Hội chứng ống cổ chân

Bệnh lý này do sự chèn ép thần kinh chày sau trong ống xơ xương, ống này được hình thành bởi mạc giữ gân gấp và các xương cổ chân. Triệu chứng bao gồm đau bỏng rát, dị cảm ở ngón chân, lòng bàn chân và gót chân. BN thường bị đánh thức do đau vào ban đêm giống như hội chứng ống cổ tay. Triệu chứng đau này có thể lan lên trên. Việc đi lại có thể làm cải thiện triệu chứng. Nguyên nhân có thể là đái tháo đường, viêm màng hoạt dịch do viêm khớp dạng thấp, biến dạng xương và viêm bao gân cơ gấp. Phì đại cơ dạng ngón cái xuất hiện do chạy quá mức cũng là nguyên nhân thường gặp.

Khám. Thường sẽ ấn đau phía trên dây thần kinh – ở sau mắt cá trong. Có thể có dấu hiệu Tinel của ống cổ chân. Các dấu hiệu vận động bao gồm yếu cơ gấp ngón chân và các cơ nội tại của bàn chân.

### 25.11.4. U dây thần kinh Morton

Bệnh lý này cũng do sự chèn ép lên một hoặc nhiều dây thần kinh liên bàn ngón chân do dây chằng đốt bàn chân ngang. BN thường mô tả những cơn đau bỏng rát hoặc đau nhói lan ra đầu xa từ vị trí bị tổn thương đến các ngón chân (hầu hết là ngón III và ngón IV).

#### **List 25.2. Các nguyên nhân gây đau đốt bàn ngón chân.**

---

- Mang giày quá chặt.
  - Teo tấm mỡ đốt bàn chân ở người già.
  - Sẹo chai lòng bàn chân.
  - Viêm khớp bàn ngón chân.
  - Bàn chân bị biến dạng, bàn chân khoèo.
  - Chồng ngón chân
  - Chèn ép dây thần kinh liên ngón chân.
  - Bệnh mạch máu ngoại biên.
- 

Đau đốt bàn chân (metatarsalgia) là loại đau chói nhưng không khu trú lan đến 1/3 trước lòng bàn chân, ở vùng của một số hoặc tất cả các đầu xương đốt bàn. Nó có thể xuất hiện ở người khỏe mạnh sau khi đứng lâu nhưng cũng có thể xuất hiện ở những BN có bệnh lý ở bàn chân khác (xem List 25.2) và thường liên quan đến việc mang giày quá chặt. Đau đốt bàn chân Morton do chèn ép dây thần kinh liên ngón chân (thường giữa đốt bàn ngón III và ngón IV). BN mô tả đau bỏng rát giữa các xương đốt bàn chân và tê ở các ngón kế cận. Giảm khi BN tháo giày ra và massage chân.

## T&O'C essentials

1. Các dạng của các khớp liên quan có thể là manh mối để chẩn đoán bệnh lý nền của khớp.
2. Chẩn đoán hội chứng ống cổ tay nên được thiết lập với nhiều nghiệm pháp khác nhau, hỏi BN xem họ làm thế nào khi triệu chứng xuất hiện, họ sẽ mô tả dấu “flick”.
3. Hội chứng chóp xoay là một nhóm bệnh lý thường gặp. Tìm dấu hiệu theo dạng cung khi vận động có thể giúp ích cho chẩn đoán.
4. Đối với BN viêm cột sống dính khớp, đánh giá hàng loạt các kiểu vận động của cột sống và đo khoảng cách chằm tường có thể giúp đánh giá sự diễn tiến của bệnh

## OSCE ôn tập

### Thăm khám bệnh lý khớp

**Topic này thường hay gặp trong OSCE, sẽ giúp ích khi ôn tập lại.**

1. Người phụ nữ này nhận thấy bà ấy có vấn đề khi ngón tay bị lạnh và đi kèm với sự thay đổi màu sắc ngón tay, hãy thăm khám bàn tay và bất kể bộ phận nào mà bạn nghĩ đến.
2. Người phụ nữ này được chẩn đoán là lupus ban đỏ hệ thống, hãy thăm khám cho bà ấy.
3. Người đàn ông này đau ở khớp đốt bàn ngón chân đầu tiên, hãy thăm khám cho ông ấy.
4. Người đàn ông này đau vùng lưng dưới và hạn chế vận động. Vui lòng thăm khám ông ấy.
5. Người phụ nữ này đau và cứng khớp vai, hãy thăm khám cho bà ấy.

**26.1. TÓM TẮT THĂM KHÁM BỆNH LÝ KHỚP****Text box 26.1. Tóm tắt thăm khám bệnh lý khớp.**

Đánh giá **GALS** (gait – dáng đi, arm – tay, leg – chân, spine – cột sống) là cách nhanh nhất để xác định viêm khớp và các vấn đề liên quan đến vận động.

**Hỏi:**

- Ông/bà có vấn đề về đau hoặc cứng cột sống, cơ, khớp hay không? Ở đâu?
- Nó ảnh hưởng đến ông/bà như thế nào? Ông/bà có thể đi bộ hay leo cầu thang không? Ông/bà bước ra khỏi ghế có dễ dàng không? Ông/bà có thể tự mặc và tự giặt quần áo được không?

**Khám:**

1. **Dáng đi:** yêu cầu BN đi bộ đến cuối phòng, sau đó quay lại và đi lại bàn khám. Lưu ý đến độ dài của bước chân, sự mượt mà khi đi và xoay người, tư thế đứng, đánh gót và đánh tay khi đi. BN có đau khi đi? Liệt nửa người, Parkinson, bàn chân rù hoặc các dáng đi thần kinh khác thấy được rõ ràng.
2. **Tay, chân và cột sống**
  - Nhìn từ sau: xem có vẹo cột sống, quan sát bó cơ ở vai, cơ cạnh sống, cơ mông và cơ bắp chân. Quan sát mào chậu hai xem có cân xứng hay không.
  - Nhìn từ phía bên: xem có ưỡn bình thường hay gù cột sống ngực không. Yêu cầu BN cúi người và quan sát sự tách biệt của các móm gai.
  - Nhìn từ trước: quan sát sự cân xứng hoặc teo các nhóm cơ chính (vai, cánh tay, cơ tứ đầu đùi). Quan sát tìm các biến dạng ở gối,

4. **Vai (khớp cùng đòn, vai cánh tay và ức đòn):** đặt bàn tay ra sau lưng càng xa càng tốt giống như đang gãi lưng, đặt bàn tay sau đầu và đưa khuỷu tay càng ra xa càng tốt.
5. **Khuỷu (duỗi):** xuôi tay dọc theo thân và duỗi khuỷu thẳng ra.
6. **Bàn tay và cổ tay:** yêu cầu BN đưa hai tay ra trước, quan sát xem có biến dạng gấp cổ định của ngón tay, sưng nề và biến dạng bàn tay và cổ tay hoặc teo các cơ nhỏ của bàn tay. Yêu cầu BN ngửa bàn tay, quan sát xem có sưng nề hay teo cơ lòng bàn tay không. Động tác ngửa bàn tay có mượt mà và hoàn toàn không. Sự xoay ngoài khớp vai có làm hạn chế động tác ngửa bàn tay không? Yêu cầu BN nắm chặt bàn tay người khám, càng mạnh càng tốt. Yêu cầu BN chạm các đầu ngón tay lần lượt vào đầu ngón tay cái.
7. **Chân và hông:** yêu cầu BN nằm xuống, quan sát chiều dài chân, nếu nghi ngờ thì đo chiều dài thực tế của chân từ gai chậu trước trên đến mắt cá trong và chiều dài tương đối từ rốn đến mắt cá trong. Khám gấp khớp gối: yêu cầu BN gấp gối tối đa. Trong lúc đó bàn tay người khám đặt lên xương bánh chè để xem có nghe tiếng răng rắc hay không. Khám BN viêm xương khớp hông bằng cách cho BN xoay trong khớp hông. Đau và giới hạn vận động xuất hiện sớm ở BN viêm xương khớp.
8. **Bàn chân:** quan sát sự biến đổi do viêm khớp, đặt biệt ở khớp bàn ngón chân, sưng nề, xơ chai, nốt tophi.

---

cổ chạn và bàn chân.

Khi nghi ngờ có viêm khớp, cần nhiều thời gian hơn để khám vận động để tìm sự hạn chế vận động, sự không cân xứng và đau khi vận động.

- 3. Cột sống:** xoay – yêu cầu BN xoay vai qua trái và qua phải, gấp bên – yêu cầu BN trượt tay xuống chân phải và chân trái. Cột sống cổ: gấp bên – yêu cầu BN nghiêng đầu để chạm tai xuống vai, gấp và uốn – yêu cầu BN gấp cổ để chạm cằm vào ngực, sau đó nhìn lên và ra sau càng xa càng tốt.

Việc thăm khám sẽ rất khác nhau đối với những BN bất động, nhưng trong thực hành lâm sàng có thể thực hiện lướt qua một cách nhanh chóng. Nếu có bất thường lúc khám tầm soát thì cần phải khám chi tiết có chủ đích.

---

## 26.2. CẬN LÂM SÀNG CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán xác định bệnh lý cơ xương khớp phụ thuộc vào bệnh sử, thăm khám lâm sàng. Trong nhiều trường hợp khó, không nằm trong các tiêu chuẩn chẩn đoán. Lúc này việc chẩn đoán sẽ được xác nhận bởi các cận lâm sàng.

### 26.2.1. Xét nghiệm

Đó là các kháng thể tự miễn. Xét nghiệm này bao gồm

– Kháng thể kháng nhân (ANA) dương tính cao ở một số bệnh tự miễn bao gồm: lupus ban đỏ hệ thống (95%), lupus do thuốc, bệnh mô liên kết hỗn hợp, xơ cứng bì và hội chứng Sjögren (và ANA dương tính ít nhất 5% ở những người già khỏe mạnh). ANA có độ nhạy cao nhưng không đặc hiệu.

– Nếu ANA dương tính, thì test đặc hiệu cho ANA sẽ rất hữu ích, ví dụ kháng chuỗi đôi AND (đặc hiệu cho lupus ban đỏ hệ thống, kháng U1 – RNP (rất nhạy đối với bệnh lý mô liên kết hỗn hợp) và kháng thể kháng centromere (CREST).

– Kháng thể kháng tương bào của neurophil (ANCA) có thể ở dạng quanh nhân (p – ANCA như: hội chứng Churg – Strauss) hoặc thuần nhất trong tương bào của neutrophil (c – ANCA như: u hạt Wegener).

– Thành phần bổ thể (C4 và C3) giảm trong lupus ban đỏ hệ thống.

– HLA – B27 hiện diện trên 90% ở BN viêm cột sống dính khớp và trên 80% BN có hội chứng Reiter nhưng không được sử dụng cho chẩn đoán (trên 8% người bình thường cũng có HLA – B27 dương tính).

Dịch khớp rất quan trọng để xác định tình trạng viêm khớp nhiễm trùng.

### 26.2.2. Hình ảnh học

X quang, CT scan và MRI là cũng góp một phần trong tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh khớp. Sinh viên nên học nắm được các biến đổi, các dấu hiệu thường gặp trên những phương tiện hình ảnh học này và làm thế nào để sử dụng nó một cách có hiệu quả nhất.

#### 26.2.2.1. X quang thường quy

Sẽ cho biết mô mềm và xương trong nhiều dạng viêm khớp khác nhau:

- Sung nề mô mềm.
- Biến dạng hoặc phì đại xương.

– Hẹp khoảng khe khớp vì mất sụn đặc điểm nhiễm trùng khớp khu trú và viêm xương khớp toàn thể (xem Hình 26.1 và Hình 26.2).

– Sự bào mòn khớp với những vùng tăng sinh xương hoặc không vùng phát triển của xương (vẩy nến, xem Hình 26.11) hoặc không (viêm khớp dạng thấp, xem Hình 26.3).

– Biến dạng xương (Hình 26.5).

– Hình thành xương mới (cốt hóa dây chằng – Hình 26.4, viêm màng xương, gai xương).

– Calci hóa bất thường của dây chằng, sụn, gân cơ hoặc trong khe khớp.

– Thay đổi mật độ xương: xơ xương, tăng đậm độ (viêm khớp trong loãng xương), loãng xương, giảm đậm độ (viêm khớp nhiễm trùng).

Việc chụp X quang toàn bộ các khớp có triệu chứng là không cần thiết, những thông tin về sự phá hủy khớp và thay đổi điển hình có thể giúp cho việc chẩn đoán bằng những chỉ định chụp X quang chọn lọc. Ví dụ, BN có biểu hiện lâm sàng của viêm đa khớp, bệnh lý này có thể được xác nhận trên X quang bàn tay và bàn chân nếu có dấu hiệu bào mòn và hình ảnh điển hình (tổn thương các khớp bàn ngón tay và bàn ngón chân). Điều này có thể giúp chúng ta chẩn đoán xác định viêm khớp dạng thấp (xem Hình 26.6 và hình 26.7).

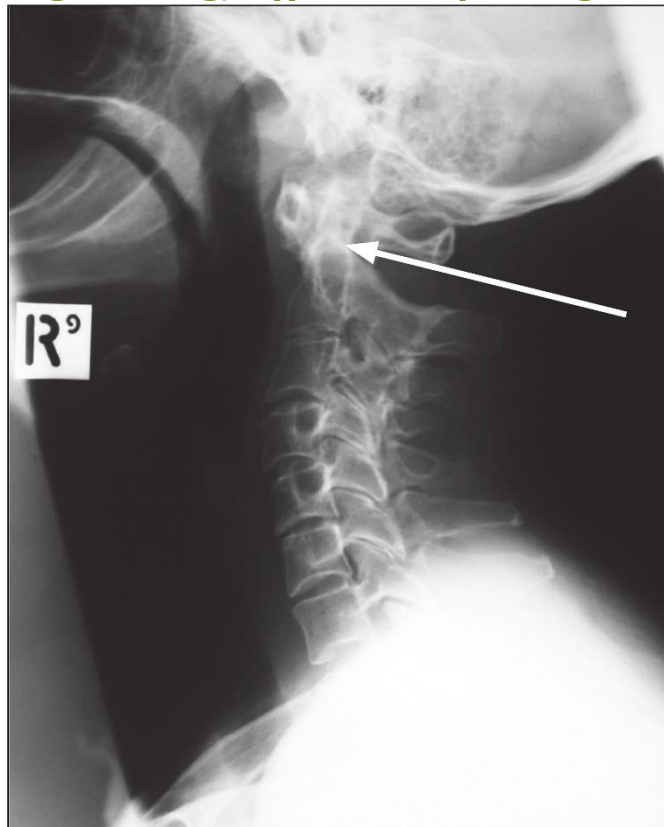
X quang khớp cùng chậu có thể phát hiện khớp tổn thương ở BN có triệu chứng viêm cột sống dính khớp trước khi có biểu hiện lâm sàng.



**Hình 26.1. Viêm xương khớp. X quang bàn tay cho thấy có dấu hiệu điển hình của viêm xương khớp: hẹp khe khớp, tăng sinh các khớp đầu xa. Cũng như bào mòn và phá hủy nhiều khớp liên đốt ngón gần.**

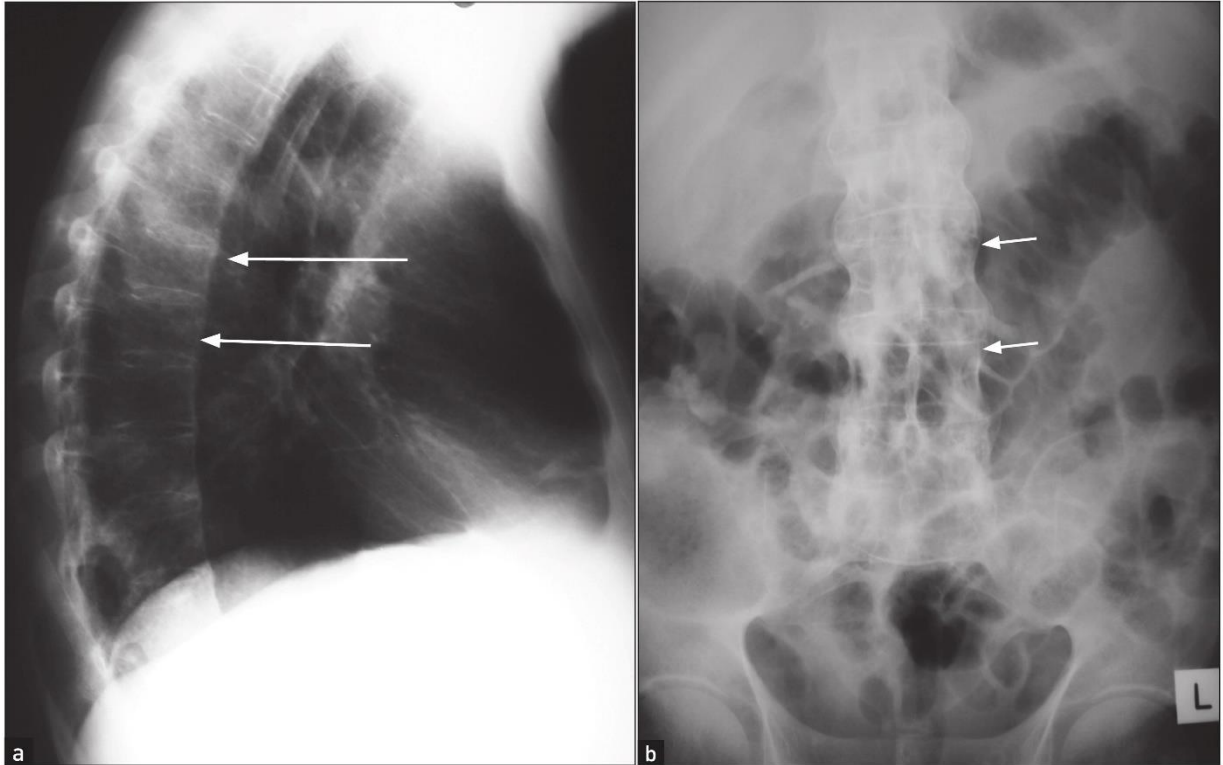


Hình 26.2. X quang tư thế thẳng của khớp hông cho thấy các đặc điểm điển hình của viêm xương khớp. Bên trái nặng hơn bên phải, chú ý có xơ xương, hình thành gai xương, hẹp khe khớp không cân xứng.

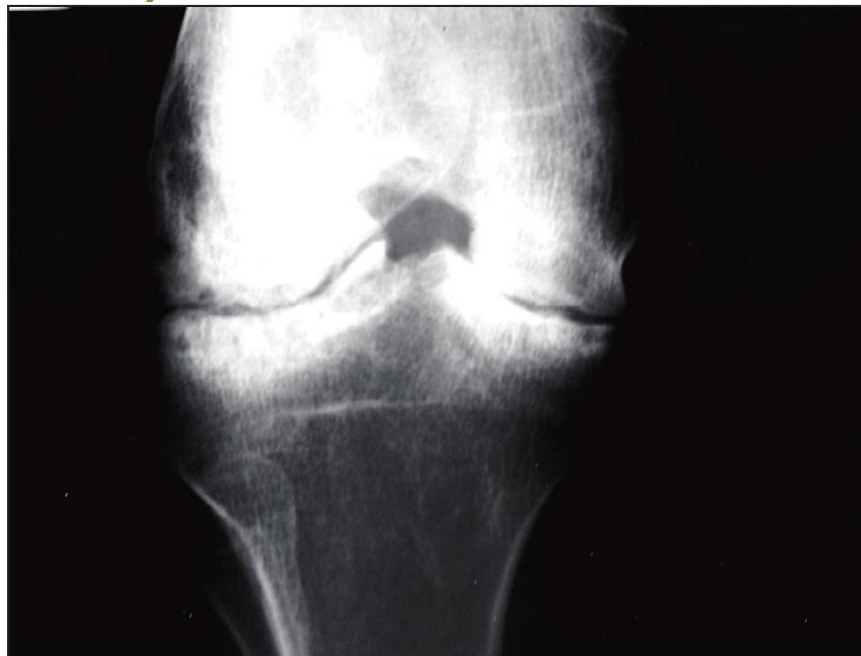


Hình 26.3. Viêm khớp dạng thấp. X quang cột sống cổ nghiêng cho thấy có trật nhẹ ra trước của cung trước mẫu răng C2.

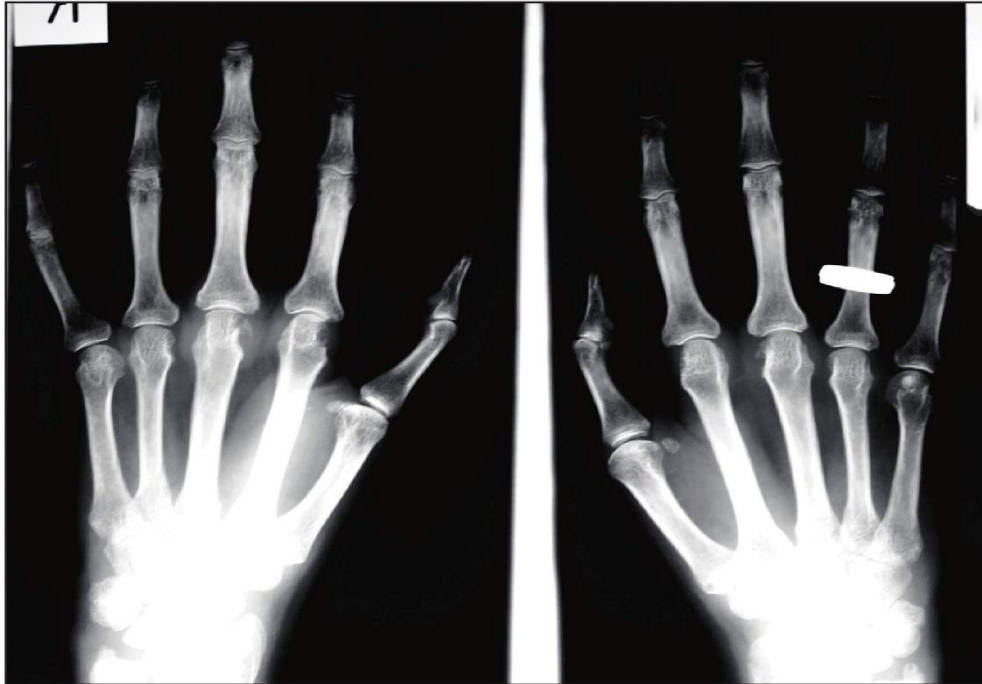




**Hình 26.4. Viêm cột sống dính khớp. (a) tư thế thẳng, (b) tư thế nghiêng của cột sống ngực cho thấy tình trạng dính khớp cùng chậu, hình thành cột hóa dây chằng lan rộng (mũi tên ngắn) và thân đốt đồng hình khối vuông (mũi tên dài).**



**Hình 26.5. Hemophilia. X quang cho thấy mất khe khớp và một số biến dạng của các cấu trúc kế cận. Mặc dù có xơ xương và phá hủy các cấu trúc kế cận của xương chày và xương đùi nhưng có hiện tượng nhuyễn xương với sự quá phát nhẹ ở đầu xương.**



Hình 26.6. Viêm khớp dạng thấp, dấu hiệu sớm trên X quang bàn tay của BN viêm khớp dạng thấp. Chú ý có sự bào mòn đầu xương khớp bàn ngón tay và mòm trầm trụ, giảm thành phần sụn trong khe khớp.



Hình 26.7. Viêm khớp dạng thấp, dấu hiệu muộn trên X quang bàn tay ở BN viêm khớp dạng thấp, hẹp khe khớp và phá hủy khớp cổ tay phải. Trật khớp bàn ngón tay và khớp liên đốt ngón gần, ngón tay cái biến dạng hình chữ Z. Bào mòn khớp liên đốt ngón gần – dấu hiệu của thể đang hoạt động (mũi tên).

### **26.2.2.2. CT scan và MRI**

CT scan và MRI ngày càng được sử dụng nhiều hơn để trong chẩn đoán các bệnh lý khớp. Phải nhớ rằng khi chụp CT scan, BN sẽ phơi nhiễm với tia xạ nhiều lần hơn so với liều tia xạ của X quang. Vì thế, chúng ta nên sử dụng CT scan khi mà X quang và siêu âm chưa thể chẩn đoán xác định. MRI ngày càng được ưa chuộng hơn nếu điều kiện tại cơ sở cho phép.

CT scan và MRI đưa ra thông tin hình ảnh 3 chiều của những khớp phức tạp và đặc biệt hữu ích khi chẩn đoán các bệnh lý ở cột sống. Ví dụ như:

- Vấn đề về mô mềm như là viêm túi hoạt dịch, viêm bao gân, rách chóp xoay.
- Nghi ngờ nhiễm trùng khớp hặc mô mềm.
- Vấn đề ở đĩa đệm như chèn ép tủy sống hoặc chèn ép rễ thần kinh.
- Các bệnh lý ác tính ở xương, khớp và mô mềm.
- Tổn thương và chấn thương khớp như khớp gối ở vận động viên hoặc sau chấn thương.

### **26.2.2.3. Siêu âm**

Siêu âm có thể phát hiện tràn dịch khớp gối, nang, dây gân. Tuy nhiên, nó không cho hình ảnh có độ phân giải cao như CT scan và MRI.

### **26.2.2.4. Xạ hình**

Xạ hình sử dụng Tc – biphosphate có thể có ích cho một số bệnh lý đặc hiệu, bao gồm:

- Phát hiện di căn xương.
- Nhiễm trùng xương hoặc khớp.
- Gãy xương do stress.
- Phát hiện bệnh Paget.

## **26.2.3. Hình ảnh X quang của một số bệnh khớp**

### **26.2.3.1. Viêm cột sống dính khớp**

X quang cột sống và khớp cùng chậu (xem Hình 26.4) cho thấy dính khớp cùng chậu và thân đốt sống hình khối vuông do hậu quả của việc mất đi góc trước và viêm màng xương chỗ eo thân đốt sống. Cốt hóa dây chằng xuất hiện như là một hậu quả của sự cốt hóa các vòng sợi đĩa đệm như trên hình. Nếu nặng có thể có hình ảnh cột sống tre – bamboo spine trên phim X quang – xem Hình 26.8.



**Hình 26.8. Hình ảnh bamboo spine.**



**Hình 26.9. Hình ảnh gót cựa.**

### **26.2.3.2. Hội chứng Reiter**

Ảnh hưởng đầu tiên ở khớp của hội chứng Reiter là những biến mô mềm, hậu quả này dẫn đến hẹp khe khớp và bào mòn tăng sinh ngay tại viên khớp thấy được trên phim X quang. Những dấu hiệu trên X quang cột sống và khớp cùng chậu tương tự như ở viêm cột sống dính khớp ngoại trừ những dấu hiệu ở khớp cùng chậu (xem Hình 26.10) và cốt hóa dây chằng có khuynh hướng xuất hiện không cân xứng. Dấu hiệu gót cựa – calcaneal spur – do viêm cân mạc lòng bàn chân – là một dấu hiệu điển hình (xem Hình 26.9).

### **26.2.3.3. Viêm khớp vẩy nến**

Trong những trường hợp nhẹ, X quang có thể bình thường hoặc chỉ thấy hình ảnh hẹp khe khớp hoặc những thay đổi do bào mòn. Không giống như hình ảnh X quang của viêm khớp dạng thấp, trong viêm khớp vẩy nến thì mật độ xương còn được duy trì bình thường và có thể có xơ hóa xương ở các xương nhỏ (xem Hình 26.11). Dính khớp ở các khớp ngoại biên và viêm khớp biến dạng nặng cũng có thể gặp trong bệnh lý này. Những tổn thương cân xứng trên cột sống và khớp cùng chậu tương tự như hội chứng Reiter.



**Hình 26.10. Hội chứng Reiter. X quang khung chậu cho thấy mất khe khớp cùng chậu (mũi tên).**



**Hình 26.11. Viêm khớp do vẩy nến.**

#### 26.2.3.4. Gout

X quang: hủy xương dưới sụn, khe khớp hẹp, phì đại xương do viêm màng xương ở thân xương và xương dưới sụn



**Hình 26.12. Gout. X quang bàn tay của BN viêm khớp nặng do gout. Chú ý, có sự phá hủy cạnh khớp đa ổ, hẹp khe khớp và phá hủy các bờ xương nhô ra. Phù nề mô mềm nặng ở các khớp liên đốt ngón xa ở ngón trỏ.**

#### 26.2.3.5. Giả gout

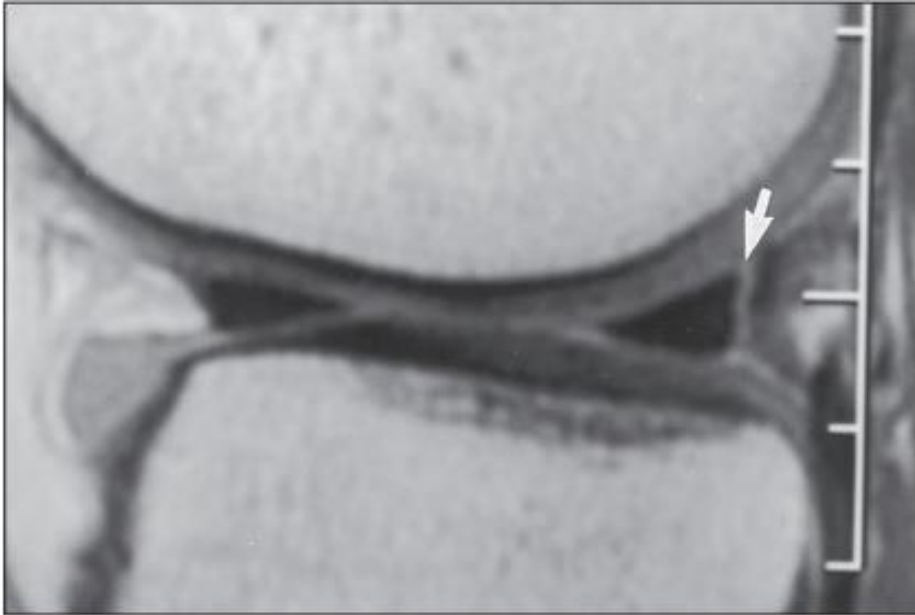
X quang cho hình ảnh hẹp khe khớp, hình thành nang dưới sụn và calci hóa sụn khớp. Calci hóa sụn khớp là hình ảnh điển hình của giả gout nhưng không phải lúc nào cũng có – xem Hình 26.13.



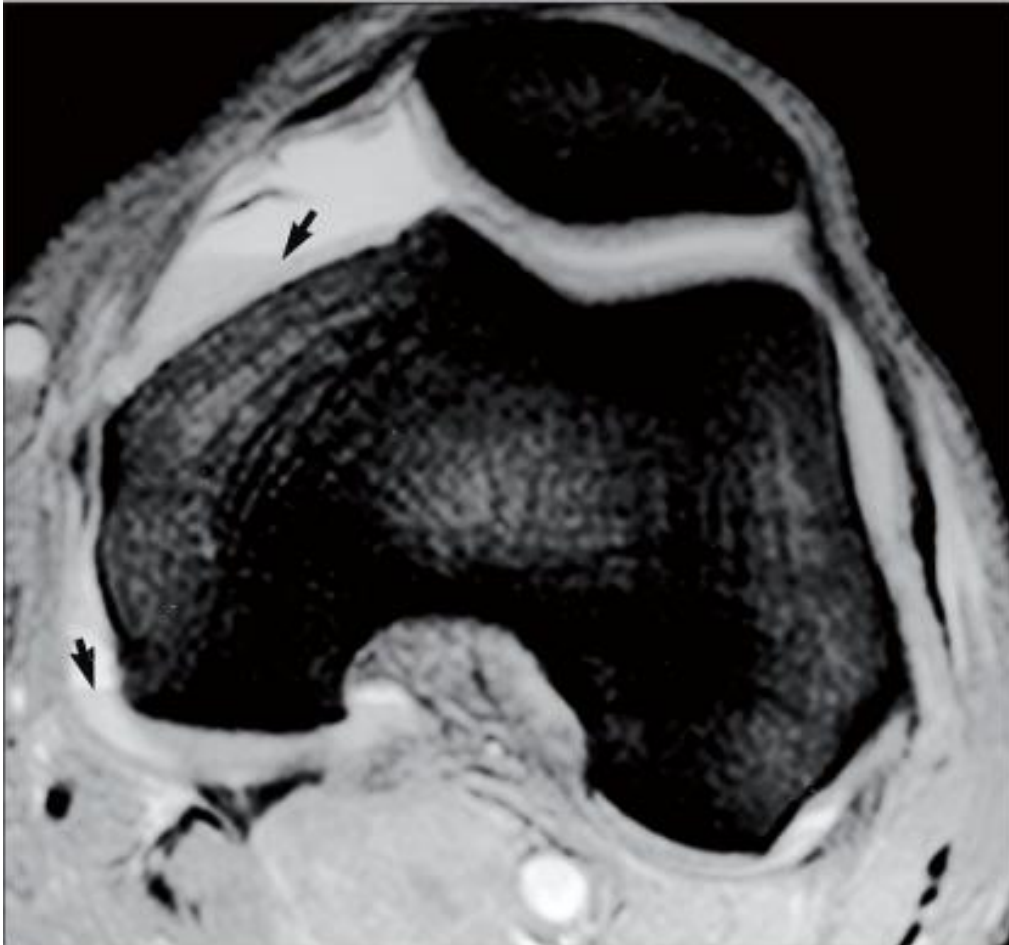
**Hình 26.13. Hình ảnh calci hóa sụn khớp gối.**

#### 26.2.4. CT scan và MRI

Những thay đổi khớp gối trên CT scan và MRI trên hình



Hình 26.14. CT scan có hình ảnh rách sụn chêm ở khớp gối.



Hình 26.15. CT scan của tụ máu khớp gối.

## T&O'C essentials

1. Khám theo thứ tự GALS là cách tốt nhất để tầm soát các bệnh khớp.
2. Các bất thường trên phim X quang sẽ hữu ích cho chẩn đoán các bệnh khớp.
3. CT scan và MRI cung cấp thông tin chi tiết về các cấu trúc bất thường ở khớp và đặc biệt hữu ích đối với những tổn thương khớp do chấn thương.
4. Xạ hình là chỉ định đặc biệt cho những bệnh lý đặc hiệu như di căn và nhiễm trùng.



Trần Tất Thành

*Một người thầy thuốc không chỉ nhìn nhận về một cơ quan bệnh, hay hơn nữa là một cơ thể bị bệnh mà còn phải thấu hiểu được cuộc sống của người bệnh.*

*Harvey Cushing (1869 – 1939)*

## 27.1. TRIỆU CHỨNG

### List 27.1. Bệnh sử bệnh lý nội tiết.

#### Triệu chứng chính

- Thay đổi sự thèm ăn và cân nặng.
- Rối loạn đại tiện.
- Vã mồ hôi.
- Phân bố lông tóc.
- Tri giác lơ mơ.
- Những thay đổi trên da.
- Thay đổi sắc tố da.
- Thay đổi tâm vóc cơ thể.
- Mất ham muốn tình dục, rối loạn cương dương.
- Rối loạn kinh nguyệt.
- Tiểu nhiều.
- Bướu cổ.

#### Bất thường nội tiết và các dấu hiệu, triệu chứng điển hình

- Nhiễm độc giáp: thích mát sợ nóng, sụt cân, thèm ăn (ăn nhiều), hồi hộp đánh trống ngực, tăng tiết mồ hôi, bồn chồn, bứt rứt, cáu kỉnh, tiêu chảy, vô kinh, yếu cơ, khó thở khi gắng sức.

- Nhược năng tuyến giáp (phù niêm): thích ẩm, lừ đừ, sung (phù) mi mắt, khàn tiếng, táo bón, da thô ráp, vàng da do ứ đọng caroten.
- Đái tháo đường: tiểu nhiều, uống nhiều, khát nhiều, nhìn mờ, yếu cơ, nhiễm trùng, ngứa vùng bẹn, nổi ban (ngứa âm hộ, viêm quy đầu), sụt cân, mệt mỏi, thờ ơ, rối loạn tri giác.
- Hạ đường huyết: đau đầu buổi sáng, tăng cân, co giật, vã mồ hôi.
- Suy thượng thận nguyên phát: sạm da, mệt mỏi, sụt cân, chán ăn, buồn nôn, tiêu chảy, tiểu đêm, thay đổi tính tình, co giật (hạ huyết áp, hạ đường huyết).
- Bệnh cực đại đầu chi: mệt, yếu cơ, tăng tiết mồ hôi, nóng tính, tăng cân, tay chân to, khuôn mặt to và thô kệch, đau đầu, giảm thị lực, thay đổi giọng nói, giảm ham muốn, liệt dương.
- Hội chứng Cushing: béo trung tâm, rạn da màu tím, mặt tròn như mặt trăng, bướu mỡ sau gáy (cổ trâu), teo cơ, vết bầm.

Hormon kiểm soát nhiều chức năng khác nhau của cơ thể nên những biểu hiện của bệnh lý nội tiết rất đa dạng. Triệu chứng có thể bao gồm những thay đổi về cân nặng, sự thèm ăn, thói quen đại tiện, sự phân bố lông tóc, sắc tố da, mồ hôi, chiều cao, kinh nguyệt kể cả sự tiết sữa bất thường (xuất hiện ở cả nam và nữ), khát nhiều, tiểu nhiều, tri giác lơ mơ, đau nhức đầu hay ngay cả sự mất đi ham muốn tình dục và rối loạn cương dương. Đau lưng và giảm chiều cao gây ra do xẹp đốt sống có thể là dấu hiệu của loãng xương mà có

thể do nguyên nhân nội tiết hay không do nội tiết. Những triệu chứng trên có thể gây ra bởi nhiều nguyên nhân vì vậy việc đánh giá một cách thật kỹ lưỡng là rất quan trọng. Mặt khác, BN cũng có thể biết được cơ quan hay nhóm cơ quan nội tiết nào bị bệnh. Bệnh sử của bệnh lý tuyến giáp và đái tháo đường rất thường gặp. Chương này sẽ bàn về một số triệu chứng quan trọng liên quan đến bệnh lý nội tiết. Sau đây là những triệu chứng thường gặp có liên quan đến nhiều bệnh lý nội tiết được liệt kê trong List 27.1.

### **27.1.1. Thay đổi sự thèm ăn và cân nặng**

Tăng cảm giác thèm ăn kèm theo sụt cân điển hình trong nhiễm độc giáp (do sự tăng hoạt động chuyển hóa) hoặc đái tháo đường (do sự mất glucose qua nước tiểu). Tăng cảm giác thèm ăn kèm theo tăng cân gặp trong hội chứng Cushing (do tác động của sự dư thừa glucocorticoid), hạ đường huyết hay bệnh lý vùng dưới đồi. Mất cảm giác thèm ăn kèm theo sụt cân có thể gặp trong suy thượng thận hay có thể do chán ăn tâm lý hoặc bệnh lý dạ dày ruột (đặc biệt là các bệnh lý ác tính). Mất cảm giác thèm ăn kèm theo tăng cân gặp trong bệnh nhược giáp (do giảm hoạt động chuyển hóa).

### **27.1.2. Thay đổi thói quen đi tiêu**

Tiêu chảy và tăng nhu động ruột liên quan tới bệnh cường giáp và suy thượng thận trong khi táo bón gặp trong nhược giáp và tăng calci máu.

### **27.1.3. Rối loạn tiết mồ hôi**

Tăng tiết mồ hôi là đặc điểm đặc trưng của bệnh cường giáp, u tế bào ưa chrom, hạ đường huyết, bệnh cực đại đầu chi nhưng cũng có thể gặp trong tình trạng lo lắng hay giai đoạn mãn kinh.

### **27.1.4. Rối loạn phân bố lông tóc**

Chứng rậm lông là tình trạng lông mọc nhiều hơn ở phụ nữ. Đánh giá lâm sàng và chẩn đoán phân biệt sẽ được trình bày ở CHƯƠNG 29. Sự mất đi của râu ở nam giới gợi ý một tình trạng suy tuyến sinh dục trong khi rụng tóc nhất thời ở phụ nữ xuất hiện do tình trạng tăng tiết androgen. Sự giảm sản xuất androgen của tuyến thượng thận là hậu quả của tình trạng suy tuyến sinh dục, suy tuyến yên hoặc suy thượng thận làm mất lông nách và lông mu ở cả nam và nữ.

### **27.1.5. Rối loạn tri giác**

Đây là triệu chứng thường gặp trong nhiều bệnh khác nhau. Có thể gặp ở BN nhược giáp, bệnh Addison, đái tháo đường. Thiếu máu, bệnh lý mô liên kết, bệnh viêm nhiễm mạn tính (HIV, viêm nội tâm mạc), do thuốc (thuốc an thần, thuốc lợi tiểu gây rối loạn điện giải), bệnh lý gan mạn, suy thận, bệnh ác tính và cả trầm cảm cũng có thể gây rối loạn tri giác.

### **27.1.6. Thay đổi trên da và móng**

Da trở nên khô, thô ráp và tái nhợt trong các bệnh lý nhược giáp và da khô có vẩy thì gặp trong bệnh lý suy tuyến cận giáp. Da vùng mặt và cổ đỏ bừng lại gặp trong hội chứng carcinoid (do khối u tiết ra các peptide gây dẫn mạch). Trong bệnh cực đại đầu chi mô mềm phát triển quá mức và các nhú da thừa gọi là gai da có thể gặp ở vùng nách. Gai da gặp trong bệnh cực đại đầu chi và cả trong tình trạng đề kháng insulin bao gồm hội chứng

Cushing và hội chứng buồng trứng đa nang. Đốm vàng mi mắt có thể gặp ở những BN đái tháo đường và nhược giáp.

Bong móng gặp trong bệnh Grave (Basedow) và hội chứng Cushing thì lại liên quan tới những vết thâm da tự nhiên, da mỏng và những vết rạn da màu tím.

### 27.1.7. Thay đổi sắc tố da

Tăng sắc tố da gặp được trong bệnh suy thượng thận nguyên phát, hội chứng Cushing và bệnh cực đại đầu chi. Giảm sắc tố xảy ra trong suy tuyến yên. Mất sắc tố khu trú, là đặc trưng của bệnh bạch biến (vitiligo) – liên quan với một số bệnh lý nội tiết như bệnh Hashimoto <sup>a</sup>, suy giáp và bệnh Addison (suy thượng thận tự miễn) và các bệnh tự miễn khác.

### 27.1.8. Thay đổi vóc dáng

Tầm vóc cao có thể xuất hiện ở trẻ em vì lý do di truyền (cha mẹ cao) hoặc hiếm hơn, có thể phản ánh sự dư thừa hormone tăng trưởng, thiếu hormone sinh dục, hội chứng Klinefelter <sup>b</sup>, hội chứng Marfan hay loạn dưỡng mỡ toàn thân. Tầm vóc ngắn cũng có thể do bệnh lý nội tiết, như thảo luận ở CHƯƠNG 29.

### 27.1.9. Rối loạn cương dương (liệt dương)

Không có khả năng lâu dài để đạt được hoặc duy trì sự cương cứng của dương vật đôi khi có thể là do thiếu năng sinh dục nguyên phát hoặc thiếu năng sinh dục thứ phát do tăng prolactin máu hay suy tuyến yên. Thường xuyên hơn, nó có liên quan đến rối loạn chức năng nội mô (bệnh mạch máu) và rối loạn cảm xúc. Bệnh lý thần kinh tự chủ (trong bệnh đái tháo đường hoặc nghiện rượu), bệnh lý tủy sống hoặc teo tinh hoàn cũng có thể gây ra vấn đề này.

### 27.1.10. Chảy sữa

Tăng prolactin máu (thường là hậu quả của adenoma tuyến yên) có thể gây ra chảy sữa bất thường ở 80% nữ giới và 30% nam giới. Chảy sữa ở nam giới xảy ra từ vú bình thường của nam giới.

### 27.1.11. Kinh nguyệt

Nếu không có kinh nguyệt được gọi là vô kinh. Vô kinh nguyên phát được định nghĩa là không có sự bắt đầu có kinh nguyệt lúc 17 tuổi. Vô kinh nguyên phát có thể dẫn đến suy buồng trứng (bất thường nhiễm sắc thể X như hội chứng Turner) hoặc tuyến yên hoặc bệnh lý ở vùng dưới đồi (khối u, chấn thương hay bệnh tự phát).

Sản xuất androgen quá mức hoặc bệnh hệ thống (rối loạn hấp thu, bệnh thận mạn, béo phì) cũng có thể dẫn đến vô kinh nguyên phát. Vô kinh nguyên phát rõ ràng cũng có thể xảy ra nếu dòng chảy kinh nguyệt không thể thoát ra nếu có một màng trinh không có lỗ thủng.

Vô kinh thứ phát được định nghĩa là sự chấm dứt kinh nguyệt từ 6 tháng trở lên. Mang

---

<sup>a</sup> Haku Hashimoto (1881 – 1934), phẫu thuật viên người Nhật Bản.

<sup>b</sup> Harry Fitch Klinefelter (1912 – 1990), bác sĩ Baltimore, mô tả bệnh lý này khi ông ta còn là sinh viên.

thai và thời kỳ mãn kinh là nguyên nhân thường thấy. Hội chứng buồng trứng đa nang, tăng prolactin máu, hội chứng nam hóa hoặc bệnh ở vùng dưới đồi hoặc tuyến yên cũng có thể dẫn đến vấn đề này, vì có thể sử dụng thuốc tránh thai hoặc bệnh tâm thần và sụt cân do bất kỳ nguyên nhân nào, nhưng đặc biệt là do chán ăn tâm lý.

### **27.1.12. Đa niệu**

Đa niệu được định nghĩa khi thể tích nước tiểu hơn 3 lít/ngày. BN rất khó kể với bác sĩ về số lần đi tiểu nếu đi tiểu với thể tích lớn. Nguyên nhân bao gồm đái tháo đường (loại niệu thẩm thấu do glucose, kém hấp thu chất tan); đái tháo nhạt (do thiếu hormone chống bài niệu hoặc thận kém đáp ứng với hormone này); BN uống quá nhiều nước (do bệnh tâm lý hoặc bệnh lý vùng dưới đồi hoặc các loại thuốc như chlorpromazin hoặc thioridazine); tăng calci huyết và bệnh thận đa nang.

## **27.2. TIỀN SỬ BẢN THÂN**

Tiền sử trước đó của bất kỳ bệnh lý nội tiết nào cũng phải được khai thác. Điều này bao gồm phẫu thuật trên cổ cho một bệnh bướu cổ. Điều trị cắt một phần tuyến giáp hoặc radio – iodine (<sup>131</sup>I) trong tiền sử có thể dẫn đến suy giáp sau này. Điều này cũng có thể áp dụng cho liệu pháp xạ trị tuyến giáp đối với carcinoma. Một người phụ nữ có thể đã được chẩn đoán với bệnh đái tháo đường sau khi sinh một em bé lớn. Có thể có tiền sử trước đó của tăng huyết áp, đôi khi do một bệnh lý nội tiết (u tế bào ưa crom, hội chứng Cushing hoặc hội chứng Conn). Phẫu thuật tuyến giáp trước đó kèm theo suy tuyến cận giáp do tổn thương tuyến cận giáp lúc phẫu thuật. Chấn thương đầu trước đó có thể là một nguyên nhân của tổn thương tuyến yên hoặc suy tuyến yên.

Điều trị trước đây của BN có các vấn đề ở tuyến giáp, có thể bao gồm việc sử dụng các loại thuốc kháng giáp, hormone tuyến giáp hoặc iod phóng xạ. Tiền sử phẫu thuật trên tuyến thượng thận hoặc tuyến yên có thể có và điều này có thể để lại di chứng suy giảm chức năng tuyến thượng thận hoặc tuyến yên.

BN đái tháo đường cần khai thác tiền sử điều trị một cách tỉ mỉ. Điều trị có thể tập trung vào chế độ ăn uống, insulin hoặc các thuốc hạ đường huyết đường uống. Người ta phải làm cho BN hiểu được bệnh lý này như thế nào và hiểu được những nguyên tắc của chế độ ăn của người đái tháo đường cũng như việc tuân thủ điều trị. Tìm hiểu xem mức đường huyết được theo dõi như thế nào và BN có điều chỉnh liều insulin hay không. Hầu hết BN sẽ có thể theo dõi lượng đường trong máu của mình ở nhà bằng cách sử dụng máy đo đường huyết. Hiện nay, có bằng chứng rõ ràng về sự kiểm soát chặt chẽ lượng đường trong máu làm giảm tần suất các biến chứng của đái tháo đường. BN nên ghi lại kết quả đo đường huyết tại nhà và có thể biết kết quả các xét nghiệm như HbA<sub>1c</sub> (mức đường huyết trung bình) và các xét nghiệm chức năng thận và protein trong nước tiểu.

BN cần phải nhận thức được sự cần thiết phải chăm sóc bàn chân và đôi mắt để giúp ngăn ngừa các biến chứng. Hầu hết các BN đái tháo đường có tầm nhìn mắt thông thường, thường sử dụng kính võng mạc. Có thể có tiền sử điều trị laser cho tăng sinh võng mạc do đái tháo đường.

BN bị suy tuyến yên hoặc suy thượng thận có thể dùng glucocorticoid (steroid) thay thế; sau này cũng đòi hỏi phải thay thế mineralocorticoid. Chi tiết về lịch trình liều lượng của BN cũng phải được ghi nhận lại.

BN có thể biết mình được chẩn đoán loãng xương hay không. Điều này cũng có thể được chẩn đoán sau khi gãy xương tự phát hoặc kết quả của các xét nghiệm tầm soát như đo mật độ xương, nồng độ vitamin D hay calci huyết thanh.

### **27.3. TIỀN SỬ XÃ HỘI**

Nhiều bệnh lý này là mạn tính và các biến chứng của chúng là nghiêm trọng. Làm thế nào để BN phản ứng với các vấn đề khác nhau và các bệnh lý này tại gia đình và công việc sẽ có một ảnh hưởng quan trọng đến thành công của điều trị.

### **27.4. TIỀN SỬ GIA ĐÌNH**

Có thể có tiền sử gia đình của bệnh tuyến giáp hoặc đái tháo đường. Đôi khi, tiền sử gia đình của hội chứng đa u nội tiết (MEN – multiple endocrine neoplasia) có thể có. Đây là bệnh lý di truyền tính trạng trội nằm trên NST thường. Chúng bao gồm các u tuyến yên, carcinoma tủy tuyến giáp, cường cận giáp, u tế bào ưa chrom và u tế bào đảo tụy.

## T&O'C essentials

1. Những ảnh hưởng của bệnh lý nội tiết rất đa dạng. Bệnh sử của một BN nghi ngờ có bệnh nội tiết nên bao gồm hàng loạt các triệu chứng có thể.
2. Bệnh sử từ BN đái tháo đường phải đầy đủ vì đây là bệnh có thể ảnh hưởng đến nhiều hệ thống. Bao gồm các câu hỏi về chẩn đoán, các triệu chứng của riêng bệnh đái tháo đường, điều trị hiện tại và bất kỳ dấu hiệu nào trong vô số các biến chứng của bệnh đái tháo đường.
3. Câu hỏi để sàng lọc một số bệnh nội tiết thông thường (bệnh lý tuyến giáp, đái tháo đường, loãng xương) nên là một phần thường quy trong việc đánh giá BN.
4. Rất nhiều bệnh nội tiết là mạn tính và có thể có ảnh hưởng sâu sắc đến đời sống của BN và công việc. Điều này cần phải được đánh giá.
5. Một số triệu chứng truyền thống kết hợp với bất thường nội tiết (rối loạn chức năng cương dương) cũng thường do các bệnh lý không phải nội tiết gây nên.

## OSCE ôn tập

### Bệnh sử bệnh lý nội tiết

**Topic này thường hay gặp trong OSCE, sẽ giúp ích khi ôn tập lại.**

1. Một BN có bướu giáp, hãy hỏi bệnh sử BN này.
2. Một phụ nữ gần đây tăng cân, hãy hỏi bệnh sử của bà ấy.
3. Một người đàn ông bị sụt cân và tiểu nhiều, hãy hỏi bệnh sử của ông ấy.
4. Một người phụ nữ này bị chảy sữa bất thường, hãy hỏi bệnh sử của bà ấy.
5. Người phụ nữ này tăng cân và khó đứng dậy khỏi ghế, hãy hỏi bệnh sử nội tiết từ bà ấy.

Trần Tất Thành

*Tuyến giáp to do bệnh lý sẽ tạo ra cổ "Derbyshire" hoặc bướu ở cổ.  
Huxley (1872)*

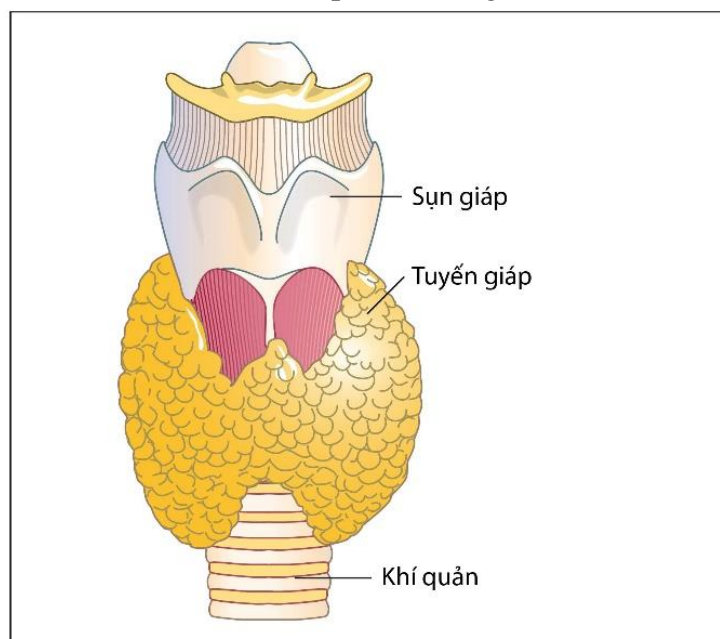
Thăm khám toàn bộ hệ thống nội tiết không phải lúc nào cũng được thực hiện một cách thường quy. Thông thường, sẽ dựa trên bệnh sử và kiểm tra tổng thể để quyết định thăm khám cho những bệnh lý nội tiết cụ thể.

## 28.1. TUYẾN GIÁP

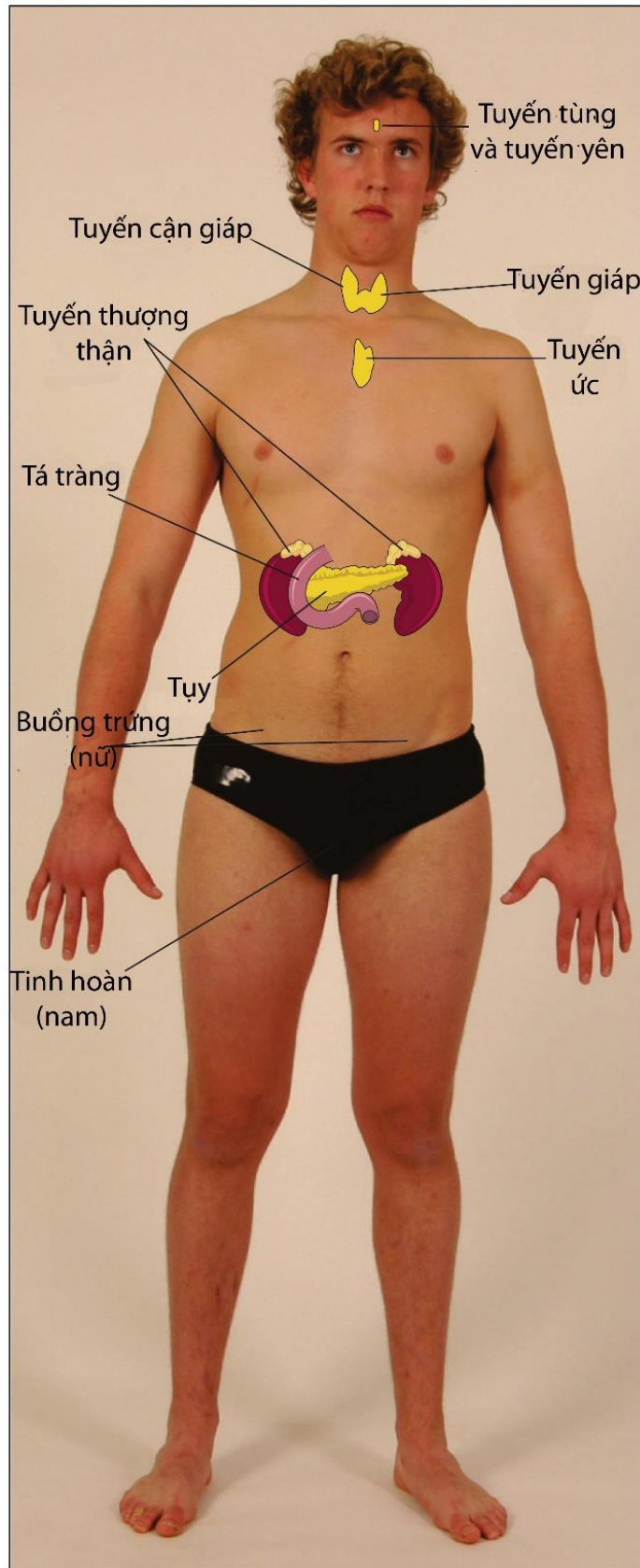
### 28.1.1. Tuyến giáp

#### 28.1.1.1. Giải phẫu

Ngay cả khi tuyến giáp không to, tuyến giáp (xem Hình 28.1) là tuyến nội tiết lớn nhất (xem Hình 28.2). Phi đại tuyến giáp rất thường gặp, xuất hiện ở 10% phụ nữ và 2% nam giới và phổ biến hơn ở các vùng thiếu iod. Tuyến giáp bình thường nằm phía trước thanh quản và khí quản, dưới chỗ lõm thanh quản của sụn giáp. Nó bao gồm một eo hẹp ở đường giữa (phía trước vòng khí quản thứ hai tới thứ tư và kích thước khoảng 1,5 cm) và hai thùy tuyến giáp nằm ở hai bên và dài 4 cm. Mặc dù vị trí của thanh quản rất khác nhau nhưng tuyến giáp hầu như luôn luôn dưới thanh quản khoảng 4 cm.



**Hình 28.1. Giải phẫu tuyến giáp.**



**Hình 28.2. Các tuyến nội tiết.**



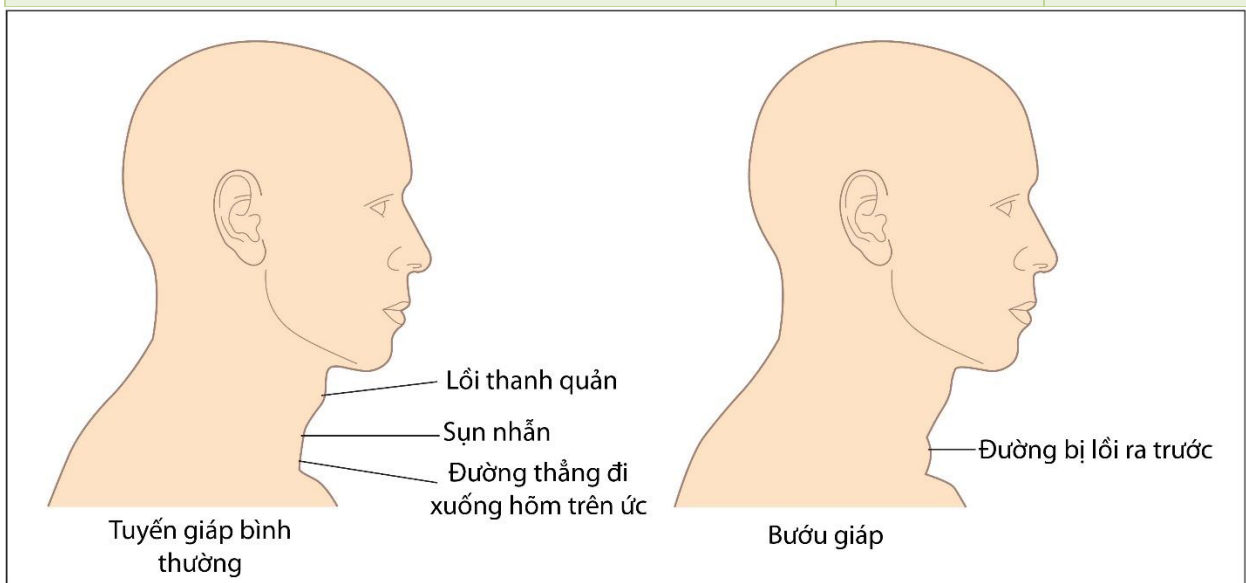
### 28.1.1.2. Nhìn

#### List 28.1. Các nguyên nhân gây khối phòng ở cổ.

<b>Đường giữa</b>	+ Tuyến dưới hàm.
- Bướu (di chuyển theo nhịp nuốt).	+ Tuyến mang tai (cực dưới).
- Nang giáp lưỡi (di chuyển khi thè lưỡi và cầm bất động).	- Da: nang bã hoặc u mỡ.
- Hạch lympho dưới cằm	- Hệ bạch huyết: nang dịch (trong suốt).
<b>Phía bên</b>	- Động mạch cảnh: phình, u (hiếm, có mạch đập).
- Hạch lympho.	- Họng: túi hầu, tồn tại cung khe mang (nang khe mang – branchial cyst).
- Tuyến nước bọt (sỏi, bướu).	- Tuyến cận giáp (rất hiếm).

#### Good signs guide 28.1. Độ chính xác trong thăm khám lâm sàng về kích thước tuyến giáp (so với trên siêu âm).

Kích cỡ tuyến giáp	LR+	LR –
- Bình thường $\leq 20$ g	0,26	-
- Gấp hai lần bình thường (20 – 40 g)	2,6	-
- Hơn hai lần bình thường $\geq 40$ g	13,0	-



**Hình 28.3. Tuyến giáp bình thường và bướu giáp.**

Tuyến giáp bình thường có thể chỉ nhìn thấy bên dưới sụn nhẫn ở một người trẻ gầy (xem List 28.1). Thông thường chỉ có eo tuyến giáp là có thể nhìn thấy như một vùng sưng phồng lan tỏa trung tâm. Phì đại tuyến giáp (giả bướu) có thể xuất hiện như là một lớp mỡ ở phía trước và phía bên của cổ. Dấu hiệu này thường gặp ở những người thừa cân nhưng cũng có thể xuất hiện ở những người cân nặng bình thường. Phì đại tuyến giáp, gọi là bướu giáp khi quan sát thấy rõ ràng (xem Good signs guide 28.1), đặc biệt là nếu BN có phì đại vùng cổ. Nhìn vào mặt trước và hai bên cổ và quyết định xem tuyến giáp sưng phồng khu trú hay sưng lan tỏa. Ở người khỏe mạnh, đường nối giữa sụn nhẫn và hõm trên ức phải

thẳng. Nếu có một chỗ phình ra gợi ý sự hiện diện của bướu giáp (xem Hình 28.3). Hãy nhớ rằng 80% những người có bướu giáp là những người có tuyến giáp bình thường, 10% là nhược giáp và 10% là cường giáp.

Bắt đầu sờ vào khối phồng ngay sau khi nó được phát hiện, nên chờ đợi cho đến khi chúng ta chuẩn bị một ly nước cho BN. Yêu cầu BN uống từng ngụm nước, lập lại nhiều lần sao cho BN không có cảm giác khó chịu khi nuốt. Yêu cầu BN nuốt, và quan sát cẩn thận khối phồng vùng cổ.

Chỉ có bướu giáp hoặc nang giáp lưỡi, bởi vì nó dính vào thanh quản nên nó sẽ dịch chuyển lên trong khi nuốt. Tuyến giáp và khí quản di chuyển lên khoảng 2 cm khi BN nuốt; chúng dừng lại khoảng nửa giây rồi đi xuống. Một số khối u không phải của tuyến giáp có thể đi lên trong khi nuốt, nhưng di chuyển lên ít hơn so với khí quản và hạ xuống mà không dừng lại. Tuyến giáp bị thâm nhiễm tế bào ung thư có thể không di chuyển đi lên trong khi nuốt nhưng rất hiếm. Nuốt còn cho phép quan sát hình dạng tuyến giáp tốt hơn

Lưu ý, có quan sát thấy bờ dưới tuyến giáp khi nó di chuyển đi lên không. Nang giáp lưỡi là một khối ở đường giữa, có thể xuất hiện ở mọi lứa tuổi. Nang giáp lưỡi do sự tồn tại của ống giáp lưỡi trong bào thai. Nó di chuyển đi lên một cách điển hình khi BN thè lưỡi ra.

Quan sát vùng cổ để tìm các vết sẹo. Phẫu thuật cắt bỏ tuyến giáp sẽ để lại một vết sẹo dạng vòng ở đáy cổ, ở ngay vị trí mà chúng ta hay đeo trang sức vòng cổ. Tìm tĩnh mạch cổ nổi. Tĩnh mạch dẫn ở thành ngực trên, thường do chèn ép tĩnh mạch cảnh ngoài, gợi ý bướu giáp lan xuống sau xương ức (tắc nghẽn đầu vào). Đỏ da vùng tuyến giáp (hiếm) xuất hiện trong trường hợp viêm tuyến giáp mưng mủ.

### **28.1.1.3. Sờ**



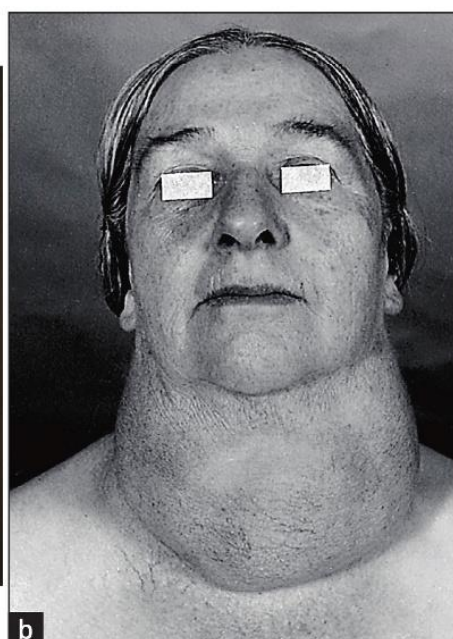
**Hình 28.4. Sờ tuyến giáp từ phía sau lúc BN đang nuốt từng ngụm nước.**

Sờ nắn tốt nhất nên bắt đầu từ phía sau (xem Hình 28.4) và nhớ giải thích cho BN trước khi thăm khám. Đặt cả hai bàn tay với đầu các ngón tay trên tuyến giáp. Cổ của BN hơi gập để cơ ức đòn chũm ở trạng thái thư giãn. Cảm nhận sự cân xứng của hai thùy tuyến giáp và eo của tuyến giáp. Cảm nhận từng bên tuyến giáp, sử dụng một tay để cố định tuyến giáp, tay còn lại để sờ.

### **Khi khám chú ý những vấn đề sau:**

– Kích thước: có thể ước lượng (xem Hình 28.5). Cảm nhận bờ dưới một cách cẩn thận, bởi vì nếu mất thì bướu giáp có thể đã lan rộng đến sau xương ức.

– Hình dạng: lưu ý tuyến giáp phì đại đều hay không đều và eo tuyến có bị ảnh hưởng hay không. Nếu sờ thấy hạch tách biệt với mô tuyến giáp còn lại thì xác định giới hạn, kích thước, độ chắc, đau và tính di động. Cũng xác định xem cả tuyến giáp đều là nốt hết (bướu giáp đa nhân) hay không.



**Hình 28.5. Bướu giáp. (a) lớn, (b) không lồ.**

– Độ chắc: có thể khác nhau ở các phần khác nhau của tuyến. Mềm (nhưng chắc hơn so với mô mỡ) là bình thường; tuyến giáp thường có mật độ chắc ở những trường hợp bướu giáp đơn thuần và thường cứng, đàn hồi điển hình trong viêm tuyến giáp Hashimoto. Một nốt cứng, chắc gợi ý carcinoma (xem List 28.2), vôi hóa trong nang, xơ hóa hay viêm tuyến giáp Riedel.

### **List 28.2. Các chẩn đoán phân biệt khi sờ thấy nốt trong tuyến giáp.**

1. Carcinoma (5% trong các trường hợp sờ được nốt) – cố định với các mô xung quanh, sờ thấy hạch bạch huyết, liệt dây thanh âm, cứng, lớn hơn 4 cm (tuy nhiên, hầu hết các trường hợp đều nhỏ).
2. U tuyến (adenoma) – di động, tách biệt với mô xung quanh.
3. Nốt lớn trong bệnh bướu giáp đa nhân có thể sờ thấy được.

– Nhảy đau: có thể là biểu hiện của viêm tuyến giáp (bán cấp hoặc mưng mủ), hoặc

hiêm hơn do chảy máu vào nang hay carcinoma.

– Di động: carcinoma dính chặt vào tuyến.

– Run miu: có thể sờ thấy rung miu trên tuyến giáp, xuất hiện khi tuyến giáp hoạt động chuyển hóa bất thường (trong nhiễm độc giáp).

Lặp lại tiến trình thăm khám khi BN nuốt.

– Sờ hạch lympho vùng cổ. Có thể có liên quan đến carcinoma tuyến giáp.

– Sờ phía trước lần nữa. Khối phồng khu trú có thể dễ nhận thấy. Chú ý vị trí của khí quản, có thể bị đẩy lệch bởi bướu giáp sau xương ức.

#### **28.1.1.4. Gõ**

Có thể gõ phần trên của khớp ức đòn từ bên này sang bên kia. Sự thay đổi từ tiếng vang sang đục chỉ điểm có thể là bướu giáp sau xương ức, nhưng đây không phải dấu hiệu đáng tin cậy.

#### **28.1.1.5. Nghe**

Nghe âm thổi ở mỗi thùy (một âm rít vào thì tâm thu). Đây là dấu hiệu của sự gia tăng cấp máu, xuất hiện trong trường hợp cường giáp hoặc đôi khi do việc sử dụng các loại thuốc kháng giáp. Chẩn đoán phân biệt với âm thổi động mạch cảnh (to hơn nằm ở vùng động mạch cảnh) hoặc âm thổi tĩnh mạch (thường mất bằng cách ép nhẹ vào đáy cổ). Nếu có một bướu giáp, đè nhẹ lên thùy bên và nghe lại tiếng thổi.

### **List 28.3. Các nguyên nhân gây bướu giáp.**

**Nguyên nhân gây bướu giáp lan tỏa (BN có chức năng giáp bình thường).**

- Tự phát (đa số).
- Dậy thì hoặc thai kỳ.
- Viêm giáp
- + Hashimoto.
- + Bán cấp (đau tuyến giáp).
- Bướu giáp đơn thuần (thiếu iod).
- Goitrogen: dư thừa iode, thuốc (lithium).
- Khiếm khuyết trong tổng hợp hormon (hội chứng Pendred's – bệnh lý duy truyền tính trạng trội nằm trên NST thường liên quan đến điếc thần kinh).

**Nguyên nhân tạo nên các nốt đơn độc trong tuyến giáp**

- Lành tính
- + Nốt trội trong bướu giáp đa nhân.
- + Thoái hóa hoặc xuất huyết vào nang keo hoặc nốt.
- + U nang tuyến.
- + Nang đơn thuần.
- + Ác tính
- + Carcinoma – nguyên phát – thứ phát (hiêm).
- + Lymphoma (hiêm).

#### **28.1.1.6. Dấu hiệu Pemberton**

Yêu cầu BN đưa cả hai cánh tay lên càng cao càng tốt. Chờ một vài phút, sau đó nhìn dấu sung huyết và xanh tím ở mặt. Suy hô hấp và tiếng thổi rít thì thổi vào có thể xuất hiện. Nhìn tĩnh mạch cổ xem có phình không (sung huyết tĩnh mạch). Yêu cầu BN hít một hơi thật sâu qua miệng và lắng nghe thổi rít. Đây là một nghiệm pháp để xác định tắc nghẽn đầu vào lồng ngực do bướu giáp sau xương ức hay bất kỳ khối u ở vùng sau xương ức (nâng cánh tay lên kéo đầu vào của lồng ngực để bướu giáp chèn ép nhiều hơn). Khám tuyến giáp nên là một phần của khám lâm sàng thường quy. Nguyên nhân của bướu giáp

được nêu trong List 28.3.

### **Questions box 28.1. Những câu hỏi để hỏi BN nghi ngờ có cường giáp.**

- ! Dấu hiệu có thể gợi ý chẩn đoán một vấn đề cấp bách hoặc nguy hiểm.
1. Ông/bà có tiền sử bệnh tuyến giáp không?
  2. Ông/bà có tiền sử gia đình nhiễm độc giáp? (yếu tố gia đình trong bệnh Graves liên quan đến tình trạng miễn dịch như bạch biến, Addison, thiếu máu ác tính, đái tháo đường type 1, nhược cơ và suy buồng trứng chưa trưởng thành)
  3. Ông/bà có sử dụng amiodarone hay thyroxine không?
  4. Ông/bà có sử dụng iod? (cân quang iod có thể gây nhiễm độc giáp thường ở BN có bướu giáp đa nhân trước đó)
- ! Ông/bà có cảm giác đánh trống ngực không? (nhiễm độc giáp gây rung nhĩ dẫn đến suy tim tiến triển)
6. Ông/bà có mất ngủ, kích thích, tăng động?
  7. Ông/bà có giảm cân, tiêu chảy, tăng số lần đi tiêu, tăng tiết mồ hôi, nóng trong người?
  8. Ông/bà có yếu cơ không? (yếu cơ gốc chi thường gặp, BN khó bật dậy ra khỏi ghế)
  9. Ông/bà có vấn đề về mắt như nhìn đôi, đỏ và đau sau mắt?

### **List 28.4. Nhiễm độc giáp và nhược giáp.**

#### **Nguyên nhân nhiễm độc giáp**

- + Nguyên phát
- + Bệnh Graves.
- + Bướu giáp đa nhân độc.
- + Bướu đơn nhân độc: u tuyến độc
- + Viêm giáp Hashimoto (giai đoạn đầu; sau đó gây nhược giáp).
- + Viêm giáp bán cấp (thoáng qua).
- + Viêm giáp sau sanh (không đau).
- + Do iod (hiện tượng Jod – Basedow, cung cấp iod sau chế độ ăn thiếu iod)
- + Thứ phát
- + Tuyến yên (hiếm): tăng tiết TSH.
- + Thai trứng hoặc carcinoma nhau thai: tăng tiết hCG (hiếm).
- + Bướu giáp buồng trứng (hiếm)
- + Thuốc (sử dụng quá mức hormone tuyến giáp, amiodarone).

#### **Nguyên nhân nhược giáp**

- Nguyên phát
- + Không có bướu (giảm hoặc mất mô giáp):
  - Suy nguyên phát.
  - Điều trị nhiễm độc giáp ( $I^{131}$ , phẫu thuật).
  - Bất sản tuyến giáp hoặc tuyến giáp ở lưỡi.
  - Không đáp ứng với TSH.
- + Có bướu (giảm tổng hợp hormone giáp):
  - Bệnh lý tự miễn mạn (viêm giáp Hashimoto).
  - Thuốc (lithium, amiodarone).
  - Khiếm khuyết bẩm sinh (thiếu enzym).
  - Thiếu iod địa phương
- Thứ phát
- + Tổn thương tuyến yên (xem List 28.7)
- + Tam phát.
- + Tổn thương vùng hạ đồi.
- + Thoáng qua.
- + Phản ứng điều trị hormone tuyến giáp.
- + Viêm giáp bán cấp.
- + viêm giáp sau sanh.

### 28.1.2. Cường giáp (nhiễm độc giáp)

Cường giáp là bệnh gây ra bởi nồng độ hormone tuyến giáp tăng cao. Nguyên nhân thường là do sản xuất quá mức của tuyến giáp nhưng đôi khi nó có thể là do tình cờ hay cố ý sử dụng thuốc hormone tuyến giáp (thyroxine) – giả độc giáp. Thyroxine đôi khi được BN sử dụng như một cách để giảm cân. Nguyên nhân có thể rõ ràng trong những trường hợp này nếu bệnh sử được hỏi cẩn thận (xem Questions box 28.1). Các amiodarone – thuốc chống loạn nhịp, trong đó có chứa một lượng lớn iod, có thể gây nhiễm độc giáp lên đến 12% BN ở các khu vực iod thấp. Đặc điểm lâm sàng của nhiễm độc giáp được đặc trưng bởi các dấu hiệu của hệ thần kinh giao cảm tăng hoạt động như run, tim đập nhanh và đổ mồ hôi. Những lời giải thích là không hoàn toàn rõ ràng. Tiết catecholamine thường bình thường ở những BN cường giáp. Tuy nhiên, hormone tuyến giáp ảnh hưởng lên tác dụng của catecholamin, bằng cách tăng số lượng thụ thể adrenergic trong các mô.

Nguyên nhân thường gặp nhất của nhiễm độc giáp ở những người trẻ tuổi là bệnh Graves<sup>a</sup>, là một bệnh tự miễn do globulin miễn dịch lưu hành kích thích thụ thể TSH trên bề mặt của các tế bào nang tuyến giáp (xem List 28.4 dưới đây).

Trình tự thăm khám một trường hợp nghi ngờ nang tuyến giáp như sau:

#### 28.1.2.1. Quan sát tổng trạng

Tìm dấu hiệu của sụt cân, lo lắng và khuôn mặt sợ hãi trong nhiễm độc giáp.

#### 28.1.2.2. Bàn tay



**Hình 28.6. Bong móng (móng Plummer).**

<sup>a</sup> Robert Graves (1896 – 1853), bác sĩ ở Dublin.

Yêu cầu BN đưa hai tay ra và nhìn xem có run không (do tăng hoạt động giao cảm). Đặt một tờ giấy lên những ngón tay của BN có thể chứng minh rõ ràng run nhiều hơn, trước sự sưng sốt của các đồng nghiệp ít kinh nghiệm.

Nhìn vào móng tay để tìm dấu hiệu bong móng (móng Plummer<sup>b</sup>; xem Hình 28.6). Bong móng (có sự tách rời của móng tay từ giường móng) xảy ra đặc biệt là ở ngón đeo nhẫn, nhưng có thể xuất hiện trên tất cả các móng tay và rõ ràng là do tăng hoạt động giao cảm. Kiểm tra để tìm ngón tay acropathy của tuyến giáp (acropathy là một thuật ngữ khác của ngón tay dùi trống), hiếm khi thấy ở bệnh Graves nhưng không phải với các nguyên nhân khác của nhiễm độc giáp.

Kiểm tra xem có lòng bàn tay ban son, cảm nhận lòng bàn tay ẩm và ẩm ướt (do tăng hoạt động giao cảm).

Bắt mạch lưu ý sự hiện diện của nhịp tim nhanh xoang (hệ giao cảm) hoặc rung nhĩ (do một giai đoạn trơ rút ngắn của các tế bào nhĩ liên quan đến hệ giao cảm và thay đổi hormone gây ra). Mạch cũng có thể chìm do cung lượng tim cao.

### 28.1.2.3. Cánh tay

Yêu cầu BN nâng cánh tay phía trên đầu và tìm bệnh lý cơ ở góc chi. Gõ phản xạ cánh tay tìm phản ứng giật bất thường, đặc biệt là trong giai đoạn dẫn cơ.

### 28.1.2.4. Mắt

#### List 28.5. Các nguyên nhân gây lồi mắt.

##### Hai bên

- Bệnh Graves

##### Một bên

- U ổ mắt (u thần kinh đệm thần kinh thị giác, u sợi thần kinh, u hạt, u bì)
- Huyết khối xoang hang.
- Bệnh Graves .
- Giả u ổ mắt.

Kiểm tra mắt của BN tìm lồi mắt, dạng lồi nhãn cầu từ ổ mắt (xem Hình 28.7 và List 28.5). Điều này có thể quan sát rõ ràng, nếu không, hãy xem xét cẩn thận củng mạc, trong lồi mắt sẽ không được bao phủ bởi mi dưới. Tiếp theo nhìn từ phía sau trên trán của BN để tìm dấu hiệu lồi mắt, nơi mắt sẽ được nhìn thấy phía trước đến bờ trên ổ mắt. Tiếp theo chúng ta sẽ khám để tìm các biến chứng, trong đó bao gồm: (1) chemosis (phù nề kết mạc và sung huyết củng mạc, đặc biệt là trên viền của cơ thẳng ngoài); (2) viêm kết mạc; (3) loét giác mạc (do không có khả năng khép mí mắt); (4) teo gai thị (hiếm và có thể do kéo căng thần kinh thị giác kéo dài) và (5) liệt mắt (sức cơ thẳng dưới có xu hướng bị mất đầu tiên và sau đó là các cơ hội tụ yếu dần).

Cơ chế của lồi mắt là không rõ ràng. Nó chỉ xuất hiện trong bệnh Graves. Nó có thể có trước khi nhiễm độc giáp hoặc có thể tồn tại dai dẳng sau khi tuyến giáp BN trở về bình thường. Nó đặc trưng bởi tình trạng thâm nhiễm viêm của các thành phần trong ổ mắt,

<sup>b</sup> Henry Plummer (1874 – 1936), bác sĩ ở viện Mayo Clinic, USA.

nhưng không phải của toàn bộ. Nó đặc biệt tác động lên các cơ ổ mắt và sự gia tăng kích thước của các cơ này, chiếm hầu hết việc gia tăng thể tích của các thành phần ổ mắt và do đó làm nhãn cầu lồi ra. Có lẽ là do tự miễn bất thường.

Kế tiếp, chúng ta sẽ thăm khám các vấn đề liệt mắt do tuyến giáp, liên quan đến tăng hoạt động giao cảm và không đặc hiệu cho bệnh Graves. Tìm dấu hiệu nhìn chằm chằm (biểu hiện sợ hãi) và mi co rút lại (dấu Dalrymple <sup>c</sup>), nơi mà chúng ta nhìn thấy củng mạc ở phía trên móng mắt. Làm test lid lag của mi (dấu hiệu von Graefe <sup>d</sup>), bằng cách yêu cầu BN nhìn theo ngón tay của chúng ta khi chúng ta di chuyển tay xuống với một tốc độ trung bình từ phần trên đến phần xuống của thị trường. Mi sẽ giảm động và sa xuống phía sau nhãn cầu.

Nếu có sụp mi, chúng ta cần phải loại trừ nhược cơ, đây là một bệnh lý liên quan đến tự miễn.



**Hình 28.7. Nhiễm độc giáp. BN lồi mắt và nhìn chằm chằm do tuyến giáp.**

### **28.1.2.5. Cổ**

Khám sự phì đại của tuyến giáp, có thể phát hiện được (60 – 90% BN). Trong bệnh Graves, tuyến giáp phì đại lan tỏa, trơn láng, mật độ chắc. Thường đi kèm với rung miu, nhưng dấu hiệu này không đặc hiệu đối với nhiễm độc giáp do bệnh Graves. Không có phì đại tuyến giáp thì ít có khả năng là bệnh Graves, nhưng không thể loại trừ nó. Bất thường về tuyến giáp có thể có ở những BN nhiễm độc giáp nhưng không có bệnh Graves bao gồm một bướu giáp đa nhân độc, bướu giáp đơn nhân độc (u tuyến độc) và không đau, viêm giáp sau sinh hoặc bán cấp (de Quervain <sup>e</sup>). BN viêm giáp de Quervain điển hình

<sup>c</sup> John Dalrymple (1803 – 1852), một phẫu thuật viên nhãn khoa tại Vương Quốc Anh.

<sup>d</sup> Friedrich von Graefe (1828 – 1870), giáo sư ngành nhãn khoa ở Berlin, mô tả điều này năm 1864. Ông ấy là một trong những bác sĩ nhãn khoa nổi tiếng nhất ở thế kỷ 19. Ông ấy mất vì bệnh lao.

<sup>e</sup> Fritz de Quervain (1868 – 1940), giáo sư ngành phẫu thuật ở Berne, Thụy Sĩ.



thường có phì đại mức độ trung bình, mật độ chắc và sờ đau. Nhiễm độc giáp có thể xuất hiện mà không có bướu giáp, đặc biệt ở những BN lớn tuổi. Ngoài ra, trong cường giáp do một bất thường hiếm gặp của các mô lá nuôi (một nốt dạng nang hoặc ung thư nhau – choriocarcinoma của tinh hoàn hoặc tử cung) hoặc liệu pháp thay thế hormone tuyến giáp quá mức, tuyến giáp thường sẽ không sờ thấy được.

Nếu có vết sẹo phẫu thuật cắt bỏ tuyến giáp, thì đánh giá tình trạng suy tuyến cận giáp (dấu hiệu Chvostek <sup>f</sup> hoặc dấu hiệu Trousseau <sup>g</sup>). Những dấu hiệu này thường hiện diện trong vài ngày đầu tiên sau khi phẫu thuật.

### 28.1.2.6. Ngược

Nữ hóa tuyến vú thường xuất hiện. Khám tìm tìm âm thổi tâm thu (do tăng cung lượng tim) và dấu hiệu của suy tim sung huyết do nhiễm độc giáp ở người già.

### 28.1.2.7. Chân

Trước tiên tìm dấu hiệu phù niêm trước chày. Đây là một dạng phù cứng, xuất hiện ở cả hai bên, với các nốt và các mảng màu hồng hoặc màu nâu hoặc màu da, do sự tích tụ mucopolysaccharide. Mặc dù vậy, chúng chỉ xuất hiện trong bệnh Grave và không xuất hiện trong nhược giáp. Khám để tìm các bệnh lý cơ gốc chi và tăng phản xạ ở chân, chỉ có khoảng 25% các trường hợp.

## 28.1.3. Nhược giáp (phù niêm)

Nhược giáp (thiếu hụt hormone tuyến giáp) là do bệnh lý nguyên phát của tuyến giáp hoặc hiếm hơn, thứ phát do bệnh lý tuyến yên và vùng hạ đồi (xem List 28.4). Phù niêm chỉ một dạng nặng của nhược giáp. Trong phù niêm, không rõ nguyên nhân, các mucopolysaccharides ưa nước tích tụ quanh các mô kẽ cả da. Điều này dẫn đến kết quả ứ dịch trong mô kẽ quá mức, kém di động do da dày và cứng chắc.

Các triệu chứng của nhược giáp âm thầm nhưng BN hoặc thân nhân của họ có thể nhận thấy lạnh, khó chịu, đau cơ, phù, táo bón, giọng khàn, da khô, giảm trí nhớ, trầm cảm và tăng cân (xem Questions box 28.2).

### Questions box 28.2. Những câu hỏi để hỏi BN nghi ngờ nhược giáp.

1. Ông/bà có cảm thấy thời tiết gần đây trở nên lạnh hơn không?
2. Ông/bà có bị táo bón không?
3. Ông/bà có tăng cân không?
4. Ông/bà có cảm thấy da của mình trở nên khô hơn không?
5. Trí nhớ của ông/bà có còn tốt như xưa? Ông/bà có cảm thấy trầm cảm không?
6. Ông/bà có khàn hơn không? (giọng nhược giáp là giọng chậm và giọng mũi xuất hiện ở một phần ba BN)
7. Ông/bà có bị sưng phù hai chân không?

<sup>f</sup> Franz Chvostek (1835 – 1884), bác sĩ người Áo.

<sup>g</sup> Armand Trousseau (1801 – 1867), bác sĩ người Pháp.

## Good signs guide 28.2. Nhược giáp

Dấu hiệu	LR+	LR-
<b>Da</b>		
Da thô	2,6	0,71
Da ẩm và khô	5,1	0,69
Lòng bàn tay lạnh	1,6	0,82
Lòng bàn tay khô	1,5	0,8
Phù quanh ổ mắt	3,2	0,61
Phù cổ tay	3,1	0,8
Rụng chân mày	1,95	0,83
<b>Lời nói: khản giọng</b>	2,3	0,83
<b>Tuyến giáp: bướu giáp</b>	2,6	0,68
<b>Mạch: &lt; 70 lần/phút</b>	3,9	0,64

Khám BN nghi ngờ nhược giáp theo thứ tự sau (xem Good signs guide 28.2).

### 28.1.3.1. Quan sát tổng trạng

Tìm các dấu hiệu đáp chậm chạp cả về tinh thần và thực thể, tình trạng chậm phản ứng hoặc có bằng chứng về thái độ hành vi phần khích, kích động, rất hiếm của phù niêm. Giọng nói nhược giáp là một dấu hiệu xuất hiện trong khoảng một phần ba BN nhược giáp. Giọng nói này có đặc điểm là chậm, nói giọng mũi và sâu. Béo phì là không nhiều hơn so với những người có tuyến giáp bình thường.

### 28.1.3.2. Bàn tay

Lưu ý tím ngoại vi (do giảm cung lượng tim) và phù nề ở da, sờ lên da có thể mát và khô. Da đổi màu vàng do tăng caroten máu (do chậm chuyển hóa caroten ở gan) có thể nhìn thấy trên lòng bàn tay. Quan sát lòng bàn tay, xem có xanh xao do thiếu máu hay không, có thể là do: (1) bệnh mạn tính; (2) thiếu folat thứ phát do loạn khuẩn hoặc thiếu vitamin B12 do thiếu máu ác tính hoặc (3) thiếu sắt do rong kinh. Bắt mạch, mạch có thể nhẹ và chậm. Khám để xem BN có mất cảm giác không, do ống cổ tay dày lên trong phù niêm.

### 28.1.3.3. Cánh tay

Khám để tìm bệnh lý cơ gót chi (hiếm) và cơ nhị đầu cánh tay hoặc phản xạ gân Achilles.

### 28.1.3.4. Mặt

Quan sát khuôn mặt của BN (xem Hình 28.8). Da đổi sang màu vàng do tăng caroten máu, nhưng củng mạc mắt không vàng. Da thường dày lên và rụng lông (alopecia), như thể bạch biến (một bệnh lý do tự miễn).

Quan sát mắt BN để tìm dấu hiệu phù quanh ổ mắt. Mất hoặc mỏng đi của của một phần ba ngoài chân mày có thể xuất hiện ở những BN phù niêm nhưng cũng thường gặp ở những người khỏe mạnh. Tìm u vàng trên mi mắt (do tăng cholesterol máu). Sờ da và tóc để xem có lạnh và khô hay không. Có thể có rụng tóc.

Nhìn vào lưỡi để tìm xem lưỡi có sưng phù hay không. Yêu cầu BN nói chuyện và lắng nghe giọng thô, vỡ òm, lời nói chậm. Điếc thần kinh hai bên có thể xuất hiện trong trường hợp nhược giáp bẩm sinh.



**Hình 28.8. Phù niêm.**

---

**List 28.6. Các tổn thương thần kinh liên quan đến nhược giáp.**

---

**Thường gặp**

- Óng cổ tay, óng cổ chân.
- Phản xạ muện ở cổ chân.
- Chuột rút.

**Ít gặp**

- Bệnh thần kinh ngoại biên.
- Bệnh cơ gốc chi.
- Liệt chu kỳ do hạ kali máu.

- Hội chứng tiểu não.
- Bệnh tâm thần.
- Hôn mê.
- Nhược cơ.
- Bệnh lý mạch máu não.
- Protein dịch mạch máu não cao.
- Điếc thần kinh.

---

**28.1.3.5. Khám tuyến giáp**

Giảm hormone tuyến giáp nguyên phát như là hậu quả việc bù trừ trong trường hợp tăng tiết TSH. Bướu giáp sẽ xuất hiện nếu mô tuyến giáp hoạt động ổn định.

Nhiều trường hợp nhược giáp không liên quan với phì đại tuyến vì có quá ít mô tuyến giáp. Các trường hợp ngoại lệ bao gồm thiếu iod trầm trọng, thiếu enzym (rối loạn chuyển hóa bẩm sinh), bệnh Hashimoto giai đoạn muộn hoặc điều trị nhiễm độc giáp (với iod phóng xạ) – xem List 28.4.

**28.1.3.6. Ngực**

Khám tìm các dấu hiệu của tràn dịch màng ngoài tim và khám phổi tìm các dấu hiệu của tràn dịch màng phổi.

### 28.1.3.7. Chân

Có thể có phù ấn không lõm. Yêu cầu BN quỳ gối trên một cái ghế, bộc lộ hoàn toàn mắt cá chân. Gõ vào gân Achilles bằng búa phản xạ. Các cơ sẽ co lại một cách bình thường (trên thực tế là hơi chậm), sau đó dần ra một cách từ từ trong nhược giáp (phản xạ hay dấu hiệu hung – up, xem Hình 28.11). Thăm khám các dấu hiệu của bệnh lý thần kinh ngoại biên và các bất thường thần kinh ít gặp khác liên quan đến tuyến giáp (xem List 28.6)

#### Questions box 28.3. Những câu hỏi để hỏi BN suy tuyến yên toàn thể.

1. Ông/bà có bao giờ bị mê sảng, yếu chi và mệt mỏi hoặc sụt cân chán ăn? (thiếu adrenocorticoid)
2. Ông/bà có tăng cân, thấy thời tiết lạnh hơn và đã từng bị táo bón? (thiếu TSH)
3. (Nam) ông có suy giảm khả năng hoạt động tình dục, giảm sức cơ, liệt dương hoặc có vấn đề vô sinh? (thiếu FSH)
4. (Nữ) bà có ra máu kinh ít hơn bình thường không? (thiếu FSH)
5. Ông/bà có nhận thấy mình giảm năng lượng và khả năng gắng sức? (thiếu GH ở người lớn)
6. Ông/bà có đau đầu hay suy giảm thị lực không? (u tuyến yên)

## 28.2. TUYẾN YÊN

U tuyến yên có thể biểu hiện các triệu chứng như sau: (1) các tác động tại chỗ như đau đầu, mất thị trường và mất thị lực; (2) thay đổi về tiết hormone tuyến yên (xem Questions box 28.3) Những thay đổi này bao gồm: (1) tăng tiết hormone tăng trưởng gây ra bệnh cực đại đầu chi; (2) tăng tiết hormone adrenocorticotrophic (ACTH) gây hội chứng Cushing; (3) tăng tiết prolactin gây chảy sữa, vô kinh thứ phát hoặc vô sinh nam hoặc thiếu hụt hormone (suy tuyến yên) và (4) tăng tiết TSH gây cường giáp.

#### List 28.7. Các nguyên nhân gây suy tuyến yên.

- Khối choán chỗ.
- + U tuyến yên (không tiết hoặc tiết).
- + U khác: u sọ hầu, ung thư di căn, sarcoma.
- + U hạt (sarcoid, lao)
- Do thầy thuốc (phẫu thuật hoặc chiếu xạ).
- Chấn thương đầu.
- Hội chứng Sheehan \* (xuất huyết thùy sau tuyến yên sau sinh dẫn đến hoại tử tuyến)
- Hội chứng hồ yên trống (phát hiện tình cờ trên MRI và không phải lúc nào cũng đi kèm với suy tuyến yên).
- Nhồi máu hoặc xuất huyết tuyến yên.
- Tự phát

*\* Harold Sheehan (1900 – 1988), giáo sư bệnh học ở Liverpool, Anh, ông mô tả hội chứng nào vào năm 1937.*

### 28.2.1. Suy tuyến yên toàn thể

Suy tuyến yên toàn thể là thiếu gần như tất cả các hormon tuyến yên và thường là do một tổn thương choán chỗ hoặc phá hủy tuyến yên (xem List 28.7). Việc bài tiết hormone sẽ suy giảm theo trình tự sau: (1) hormone tăng trưởng (thấp bé ở trẻ em, nhạy insulin ở

người lớn); (2) prolactin (không tiết sữa sau sinh); (3) gonadotrophins (mất đi các đặc điểm giới tính thứ cấp, rong kinh thứ phát ở phụ nữ, liệt dương và vô sinh ở nam); (4) TSH (nhược giáp) và (5) ACTH (suy thượng thận, mất đi sự phát triển các đặc tính lông sinh dục thứ phát do giảm sản xuất androgen thượng thận).

Tuy nhiên, sự thiếu hụt nội tiết tố có thể xảy ra đơn lẻ hoặc kết hợp nhiều loại.

### 28.2.1.1. Quan sát tổng trạng

BN có thể có vóc dáng nhỏ nhắn (do sự suy giảm bài tiết hormone tăng trưởng). Quan sát da niêm, tìm dấu hiệu da nhợt (do thiếu máu hoặc thiếu hụt ACTH do sự khiếm khuyết hoạt hóa kích thích tế bào sắc tố), da nhăn và rụng lông (do thiếu gonadotrophin). Có thể mất hoàn toàn các đặc điểm giới tính thứ cấp (xem Bảng 28.1) nếu sự khiếm khuyết gonadotrophin xuất hiện trước tuổi dậy thì.

**Bảng 28.1. Các đặc điểm phát triển giới tính thứ cấp.**

Những thay đổi xuất hiện ở tuổi dậy thì do gonadotrophin của tuyến yên	
<b>Nam giới</b>	
Giai đoạn	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tiền dậy thì</li> <li>2. Tinh hoàn và bìu bắt đầu to lên</li> <li>3. Dương vật bắt đầu dài ra</li> <li>4. Tăng đường kính dương vật, quy đầu phát triển và sạm màu da bìu.</li> <li>5. Trưởng thành: tất cả những đặc điểm trên cộng với việc mọc lông mu trải dài đến mặt trong của đùi.</li> </ol>	
<b>Nữ giới</b>	
<b>Vú</b>	<b>Lông mu</b>
Giai đoạn	Giai đoạn
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tiền dậy thì</li> <li>2. Chồi vú (vú nhô ra khỏi thành trước ngực).</li> <li>3. Vú và quầng vú to ra (chưa có đường viền riêng biệt).</li> <li>4. Núm vú và quầng vú nhô lên trên vú.</li> <li>5. Trưởng thành: quầng vú lõm vào và núm vú nhô ra.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Không có lông mu.</li> <li>2. Mọc thưa thớt, chủ yếu ở âm hộ.</li> <li>3. Lông đen, thô, xoắn mọc thưa thớt trên khóp mu.</li> <li>4. Gần trưởng thành: lông mu mọc chưa tới mặt trong của đùi.</li> <li>5. Trưởng thành: mọc theo kiểu ngang và trải dài tới mặt trong của đùi</li> </ol>

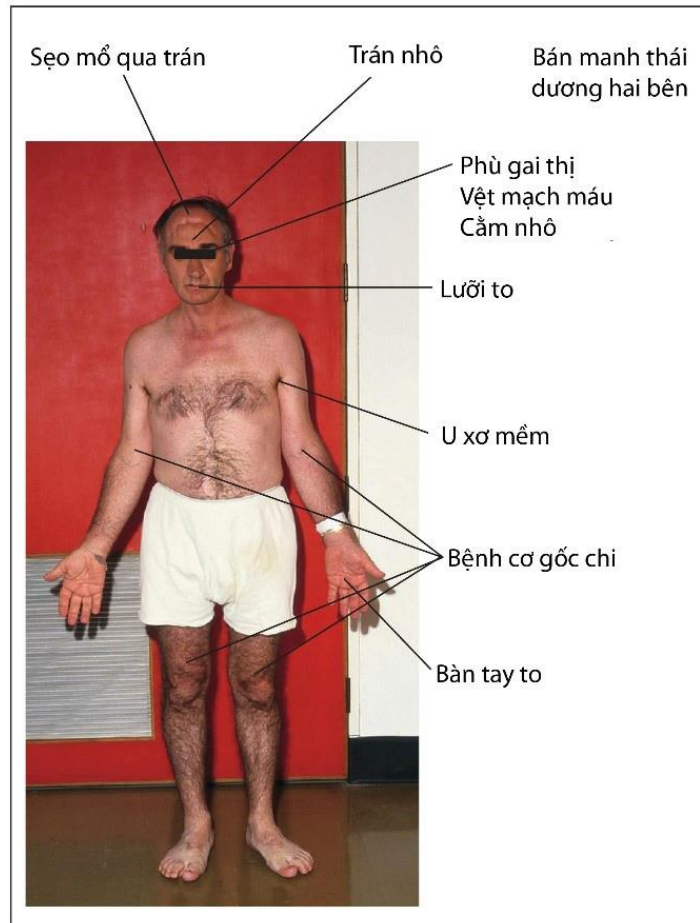
### 28.2.1.2. Mặt

Quan sát khuôn mặt BN gần hơn. Nhiều nếp nhăn da xung quanh mắt là đặc trưng của thiếu gonadotrophin. Quan sát vùng trán một cách cẩn thận để tìm những vết sẹo phẫu thuật tuyến yên (xem Hình 28.9) nhưng không qua xoang bướm, vì phẫu thuật tuyến yên qua xoang bướm được thực hiện qua nền mũi với đường mổ ở dưới môi trên.

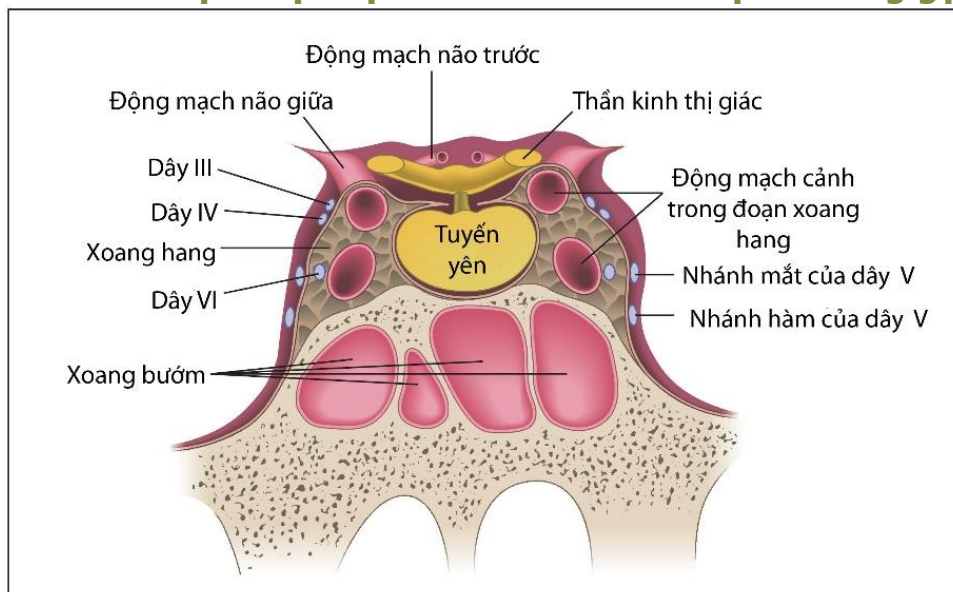
Khám mắt. Các thị trường mắt phải được đánh giá để tìm bất kỳ các khiếm khuyết nào, đặc biệt là bán manh thái dương hai bên (do u tuyến yên to chèn ép vào giao thị). Khám đáy mắt tìm dấu hiệu teo gai thị (do chèn ép vào dây thần kinh thị giác của u tuyến yên). Khám dây thần kinh III, IV, VI và nhánh 1 của dây thần kinh V, vì chúng có thể bị tác

động bởi sự lan rộng của u tuyến yên vào xoang hang (xem Hình 28.10).

Khám râu ở nam giới để thấy sự phát triển bình thường (mất đi do thiếu gonadotropin).



**Hình 28.9. Bệnh cực đại đầu chi: các dấu hiệu thường gặp.**



**Hình 28.10. Xoang hang. Môi liên quan của nó với các dây thần kinh sọ và tuyến yên.**

### 28.2.1.3. Ngực

Quan sát da, để tìm dấu hiệu da tái nhợt hoặc giảm sắc tố ở núm vú. Ở nam giới, giảm lông trên cơ thể (chủ yếu ở nách và ngực) có thể có. Ở phụ nữ, teo vú thứ phát có thể được tìm thấy.

### 28.2.1.4. Bộ phận sinh dục

Mất lông mu xảy ra ở cả hai giới. Ở nam giới, teo tinh hoàn có thể có. Tinh hoàn bị teo nhỏ có đặc điểm đặc trưng là nhỏ và mật độ chắc. Kích thước tinh hoàn bình thường khoảng 15 – 25 ml.



**Hình 28.11. Phản xạ gót (phương pháp thứ hai). Đây là cách tốt nhất để tìm dấu hiệu hung – up, xuất hiện trong nhược giáp. Bàn chân gập nhanh về phía mu nhưng sau đó duỗi ra một cách từ từ sai khi gõ vào gân gót.**

### 28.2.1.5. Phản xạ gót

Làm phản xạ gót để tìm dấu hiệu hung – up (xem Hình 28.11). Đây là một dấu hiệu quan trọng của nhược giáp do tuyến yên. Thỉnh thoảng, BN nhược giáp do tuyến yên có thể hơi thừa cân, nhưng phù da niêm kinh điển thường không xuất hiện.

## 28.2.2. Bệnh cực đại đầu chi

Bệnh cực đại đầu chi do sự bài tiết quá mức hormone tăng trưởng, thường do adenoma tế bào ưa acid của tuyến yên (eosinophilic pituitary adenoma). Hormone tăng trưởng kích thích gan và các mô khác để sản xuất somatomedin, thúc đẩy quá trình tăng trưởng. Hormone tăng trưởng cũng là một hormon đồng hóa protein gây tác động ở mức độ ribosome, đây cũng là yếu tố tác nhân đái tháo đường vì có tác dụng kháng insulin trong cơ và gan làm tăng giải phóng glucose. Bệnh lý có diễn tiến một cách từ từ và BN thường không thể nhận biết được các triệu chứng. Tuy nhiên, hầu hết BN có đau đầu u tuyến yên phòng ra gây kéo căng màng cứng.

Bệnh khổng lồ (gigantism) là hậu quả của sự tăng tiết hormone tăng trưởng xuất hiện trước tuổi dậy thì và trước khi các đầu xương cố định. Hậu quả là xương to ra và mô mềm

cũng phì đại. Bệnh cực đại đầu chi xuất hiện khi các tấm tăng trưởng được cố định, lúc đó có thể chỉ có sự phì đại mô mềm và xương dẹt.

### 28.2.2.1. Quan sát tổng quát

Khuôn mặt và thể trạng có thể là đặc trưng (xem Hình 28.9 và Hình 28.12).

### 28.2.2.2. Bàn tay

BN ngồi ở cạnh giường hoặc trên ghế và chúng ta sẽ quan sát bàn tay của họ. Chú ý dấu hiệu bàn tay to (do phì đại xương và mô mềm). Lòng bàn tay tăng tiết mồ hôi và ẩm cũng có thể có. Điều này là do tăng hoạt động trao đổi chất. Da có thể xuất hiện dày. Viêm xương khớp ở bàn tay cũng hay gặp xương phát triển quá mức. Khám dấu hiệu chèn ép thần kinh giữa do phì đại mô mềm ở ống cổ tay.

### 28.2.2.3. Cánh tay

Có thể có bệnh cơ ở gốc chi. Sờ nắn phía sau lồi cầu trong (funny bone) tìm dấu hiệu dày thần kinh trụ.



**Hình 28.12. (a) BN không thể mang nhẫn cưới, (b) u xơ mềm – nhú da thừa, (c) lưỡi to, (d) cảm nhô.**

### 28.2.2.4. Nách

Quan sát cẩn thận vùng nách để tìm các nhú da thừa (gọi là u sợi mềm, đó là nhú nhô lên khỏi da có màu của da và không đau, xem Hình 28.12b). Cố gắng và dùng cảm dùng tay sờ vào vùng nách để cảm nhận xem da có nhờn không. Tìm dấu hiệu gai đen.

### 28.2.2.5. Mặt

Tìm dấu hiệu phì đại bờ trên ổ mắt do xuất hiện trán nhô (điều này cũng có thể thấy



trong bệnh Paget, bệnh còi xương, chứng loạn sản sụn hoặc tràn dịch não thất). Đôi môi có thể bị dày lên.

Khám mắt để tìm các khiếm khuyết thị trường, kinh điển là có thể có bán manh thái dương hai bên nếu u tuyến yên lớn. Soi đáy mắt tìm dấu hiệu teo gai thị (do chèn vào dây thần kinh thị) và phù gai thị (do tăng áp lực nội sọ với khối u lan rộng). Đồng thời tìm sự hiện diện của vệt mạch máu (đó là những vệt màu đỏ, nâu hoặc màu xám có đường kính gấp 3 – 5 lần đường kính của tĩnh mạch võng mạc và tỏa từ đĩa thị ra ngoại biên), điều này có thể là do sự thoái hóa và xơ hóa của màng Bruch. Lưu ý, những biến đổi này cũng có thể xuất hiện ở những BN tăng huyết áp và đái tháo đường. Liệt vận nhãn có thể xuất hiện nếu u tuyến yên lớn và lan rộng.

Nhìn vào trong miệng tìm dấu hiệu lưỡi to, khoảng giữa hai hàm răng có thể không vừa với lưỡi. Há miệng to, có thể thấy lệch khớp cắn do cằm phì đại. Hàm dưới có thể trông như hình vuông và cứng. Khi cằm nhô ra phía trước gọi là dấu hiệu cằm nhô (prognathism).

#### **28.2.2.6. Cổ**

Phì đại tuyến giáp có thể lan tỏa hoặc dạng đa nhân (tất cả các cơ quan nội tạng có thể to ra do ảnh hưởng của hormone tăng trưởng). BN có thể có khàn giọng.

#### **28.2.2.7. Ngực**

Quan sát tìm dấu hiệu lông thô và nữ hóa tuyến vú. Khám tìm tìm các dấu hiệu của loạn nhịp tim, tim to và suy tim sung huyết, mà có thể là do bệnh tim thiếu máu cục bộ, tăng huyết áp hoặc bệnh cơ tim (thường gặp ở bệnh cực đại đầu chi).

#### **28.2.2.8. Lưng**

Tìm dấu hiệu của gù cột sống.

#### **28.2.2.9. Bụng**

Khám để tìm các dấu hiệu của gan, lách và thận to và tìm dấu hiệu teo tinh hoàn (thiếu hormone sinh dục thứ phát do khối u tuyến yên lan rộng). Bệnh cực đại đầu chi có thể đi kèm u tuyến yên dạng hỗn hợp và tăng tiết prolactin cũng có thể gây teo tinh hoàn.

#### **28.2.2.10. Chi dưới**

Quan sát chi dưới để tìm các dấu hiệu của viêm xương khớp ở hông, đặc biệt là gôi và các tổn thương giả gout. Dấu hiệu bàn chân rũ có thể có do chèn ép dây thần kinh mác chung.

#### **28.2.2.11. Phân tích nước tiểu và huyết áp**

Phân tích nước tiểu để tìm glucose, vì tăng tiết hormone tăng trưởng quá mức là yếu tố gây đái tháo đường trong 25% các trường hợp. Kiểm tra huyết áp xem BN có tăng huyết áp hay không.

Cuối cùng, quyết định xem bệnh đang ở dạng hoạt động hay không. Dấu hiệu của dạng hoạt động này bao gồm: (1) số lượng nhú da thừa lớn (nhú da thừa cũng có thể xuất hiện ở những người khỏe mạnh); (2) tăng tiết mồ hôi; (3) sự hiện diện của glucose niệu; (4) mắt thị trường tiến triển; (5) bứu giáp lan rộng và (6) tăng huyết áp. Lưu ý: đau đầu cũng gợi ý cho thấy bệnh đang ở dạng hoạt động.

### 28.2.3. Hội chứng tuyến yên khác

Hội chứng Cushing có thể xuất hiện như là kết quả của sự tiết ACTH tuyến yên quá mức nhưng cũng có nhiều nguyên nhân khác nữa. Cường giáp có thể xuất hiện như là kết quả của sự tăng tiết TSH tuyến yên tăng. U tiết prolactin (prolactinoma) của tuyến yên có thể gây chảy sữa ở cả phụ nữ và nam giới.

## 28.3. TUYẾN THƯỢNG THẬN

### 28.3.1. Hội chứng cushing

Hội chứng Cushing là do dư thừa mạn tính của glucocorticoid. Steroid có nhiều tác động trên cơ thể, do các RNA trung gian chọn lọc kích thích tổng hợp các DNA phụ thuộc. Điều này dẫn đến sự hình thành của các enzym, làm thay đổi chức năng tế bào và hậu quả là làm tăng dị hóa protein và gluconeogenesis. Nên nhớ rằng bệnh Cushing là do tăng tiết ACTH tuyến yên, trong khi hội chứng Cushing là do tăng sản xuất hormone steroid quá mức từ bất kỳ nguyên nhân (xem List 28.8, Good signs guide 28.3 và Questions box 28.4).

#### List 28.8. Các nguyên nhân gây hội chứng Cushing.

---

**Thừa steroids hoặc ACTH ngoại sinh (thường gặp nhất).**

**Tăng sản thượng thận**

- Thứ phát do tuyến yên tăng tiết ACTH (bệnh Cushing)
- + U tuyến nhỏ.
- + U tuyến lớn.
- + Rối loạn chức năng tuyến yên – hạ đồi.
- Thứ phát do u sản xuất ACTH (carcinoma phổi tế bào nhỏ).

**U tân sinh ở tuyến thượng thận**

- U tuyến.
  - Carcinoma (hiếm).
- 

#### 28.3.1.1. Bàn tay

Độ dày nếp gấp da đánh giá tốt nhất ở mu bàn tay và là dấu hiệu đáng tin cậy của hội chứng Cushing ở những phụ nữ trẻ tuổi. Các nếp gấp da dày hơn 1,8 mm.

#### Questions box 28.4. Những câu hỏi để hỏi BN nghi ngờ có hội chứng Cushing.

---

! Dấu hiệu có thể gợi ý chẩn đoán một vấn đề cấp bách hoặc nguy hiểm.

1. Gàn đây ông/bà có tăng cấn quá nhiều không? Bao nhiêu?
  2. Ông/bà có dễ bị bầm không?
  3. Da của ông/bà có trở nên mỏng hơn không?
  4. Ông/bà có mụn trứng cá không?
  - ! 5. Ông/bà có bị lo lắng, căng thẳng và không thể ngủ không?
  6. Ông/bà có yếu cơ hay khó khăn để bật khỏi ghế không? (bệnh cơ gốc chi)
  7. Ông/bà có vấn đề trong việc cương (nam) và vô kinh (nữ)?
  8. Ông/bà có được chẩn đoán bị đái tháo đường bao giờ chưa?
-

### Good signs guide 28.3. Hội chứng Cushing.

Dấu hiệu	LR+	LR-
<b>Dấu hiệu sinh tồn: tăng huyết áp</b>	1,5	0,74
<b>Thể trạng</b>		
– Mặt tròn như mặt trăng	1,7	0,05
– Béo phì trung tâm	3,7	0,17
– Béo phì toàn thể	0,12	2
<b>Da</b>		
– Da nhăn mỏng	29,7	0,22
– Mặt đỏ	2,7	0,25
– Rậm lông	1,8	0,67
– Vết bầm	4,3	0,48
– Rạn da đỏ/tím	1,9	0,7
– Mụn trứng cá	2,2	0,63
<b>Chi</b>		
– Yếu cơ gốc chi	3,95	0,45
– Phù chi	2	0,73

#### 28.3.1.2. Đứng

Yêu cầu BN cởi quần áo đến quần lót và, nếu có thể và yêu cầu BN đứng lên. Nhìn từ phía trước, sau và hai bên. Lưu ý dấu hiệu mặt tròn như mặt trăng và béo phì trung tâm (xem Hình 28.13, Hình 28.14). Các chi gầy trong khi đó thân mình lại béo phì<sup>h</sup> (hầu hết là trong bụng chứ không phải là chất béo dưới da). Đây là sự phân bố chất béo đặc trưng xuất hiện ở những BN tăng tiết steroid. Bầm tím có thể xuất hiện (do mất các mô nâng đỡ quanh mạch máu do quá trình dị hóa protein mô). Tìm các dấu hiệu rối loạn sắc tố trên bề mặt duỗi của chi (do các phân tử ACTH hoạt động như một hormone kích thích sắc tố [melanocyte – stimulating – hormone MSH]). Yêu cầu BN ngồi xổm để thăm khám tìm các dấu hiệu của bệnh lý cơ gốc chi, do huy động của các mô cơ hoặc mất kali qua đường niệu. Nhìn vào sau gáy tìm bướu mỡ, do sự lắng đọng chất béo ở giữa hai xương bả vai. Sờ trên xương để tìm điểm đau của thân đốt sống do loãng xương (biểu hiện kháng vitamin D và tăng bài tiết calci qua đường tiểu có thể góp phần làm giảm mật độ xương).

#### 28.3.1.3. Ngồi

Yêu cầu BN ngồi ở cạnh giường, nên nhớ rằng người đó có thể bị rối loạn tâm thần do steroid và từ chối làm điều gì mà chúng ta yêu cầu.

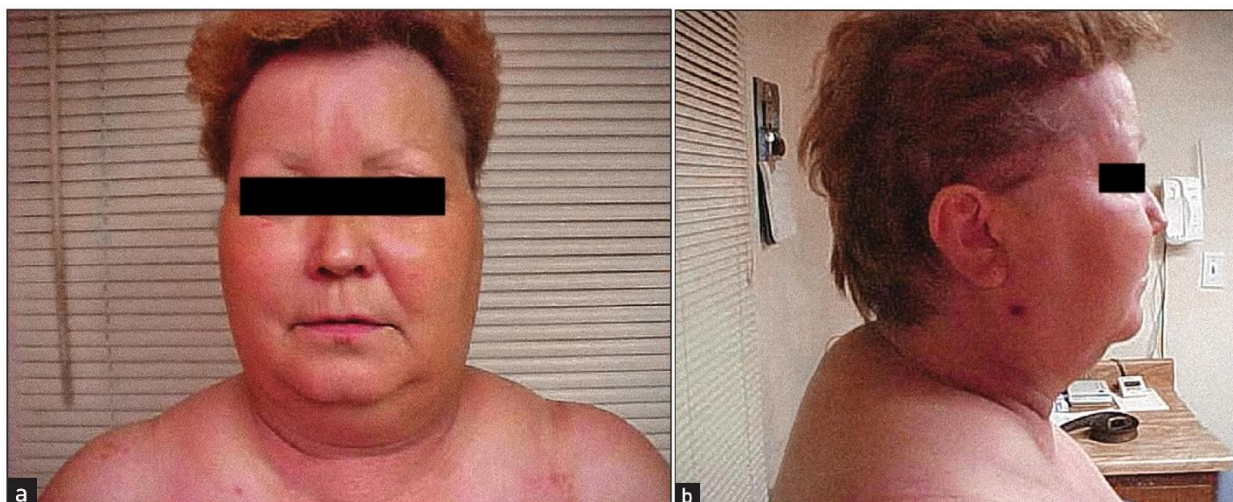
#### 28.3.1.4. Mặt và cổ

Tìm kiếm dấu hiệu đỏ mặt (điều này xuất hiện trong trường hợp không có đa hồng cầu, tuy nhiên một số trường hợp cũng có thể có). Mặt có thể tròn như mặt trăng do lắng đọng

<sup>h</sup> Sinh viên có thể tính được chỉ số béo phì trung tâm. Chỉ số này được tính bằng tổng ba vòng (cổ, ngực, eo) chia cho tổng của sáu vòng (cánh tay, đùi và cẳng chân hai bên). Bình thường là dưới 1.

mỡ ở phần trên. Quan sát trên mặt xem có sự xuất hiện của mụn trứng cá và rậm lông không (nếu tăng tiết androgen thượng thận). Dẫn mao mạch cũng có thể xuất hiện.

Thăm khám thị trường để xác định sự xuất hiện của u tuyến yên. Soi đáy mắt để tìm dấu hiệu teo gai thị, phù gai thị và những biến đổi do tăng huyết áp hoặc đái tháo đường. Hãy quan sát tiếp xem có lớp mỡ thừa thượng đòn hay không.



**Hình 28.13. Hội chứng Cushing. (a) mặt tròn như mặt trăng, (b) bướu lớn sau gáy.**



**Hình 28.14. Rạn da bụng ở BN nam có hội chứng Cushing.**

### **28.3.1.5. Bụng**

Yêu cầu BN nằm trên giường, kê một gối dưới đầu BN. Quan sát vùng bụng tìm các vết rạn da màu tím, do sự suy yếu và phá vỡ của các sợi collagen ở lớp bì, dẫn đến sự bộc lộ các mạch máu dưới da (Hình 28.14). Ở những BN Cushing, họ sẽ có vết rạn da rộng hơn (1 cm) so với ở những người tăng cân nhanh do những nguyên nhân khác. Chúng cũng có thể có gàn nách trên cánh tay hoặc trên mặt trong của đùi. Sờ khối thượng thận (hiếm khi carcinoma tuyến thượng thận lớn đến nỗi có thể sờ thấy được). Sờ tìm gan to do lắng

động mỡ hoặc hiếm hơn do lắng đọng u từ carcinoma tuyến thượng thận.

### 28.3.1.6. Chân

Sờ phù (do giữ muối và nước). Hãy tìm các vết bầm và vết thương lâu lành xuất hiện ở chân.

### 28.3.1.7. Phân tích nước tiểu và huyết áp

Dùng que thử để tìm đường trong nước tiểu (vì steroid là tác nhân đái tháo đường, điều này là do sự gia tăng trong tổng hợp đường ở gan và có tác dụng kháng insulin trên các mô ngoại vi). Tăng huyết áp cũng thường gặp do giữ muối và giữ (do tác động của aldosterone) và có khả năng tăng tiết angiotensin hoặc một tác động trực tiếp vào mạch máu.

### 28.3.1.8. Triệu chứng tổng hợp

Một số dấu hiệu của một số giá trị chẩn đoán trong hội chứng Cushing.

– Các dấu hiệu gợi ý carcinoma tuyến thượng thận có thể là bệnh lý nền trong một số dấu hiệu: (1) sờ được khối u ở bụng; (2) có dấu hiệu nam hóa ở nữ; (3) nữ hóa tuyến vú ở nam giới.

– Các dấu hiệu gợi ý sự tiết ACTH lạc chỗ có thể gây ra: (1) BN thường không có thể trạng Cushing, trừ khi khối u phát triển chậm và có thời gian để các đặc tính của bệnh Cushing phát triển; (2) phù và tăng huyết áp nổi bật hơn; (3) yếu cơ. Lưu ý: Cushing do carcinoma tế bào nhỏ sản xuất ACTH lạc chỗ, phần lớn BN là nam giới (LR+ = 13) và bệnh sử khởi phát nhanh chóng với nhiều triệu chứng và dấu hiệu (trong 18 tháng: LR+ = 15).

– Tầm quan trọng của tăng sắc tố: điều này gợi ý khối u ngoài tuyến thượng thận hoặc phì đại của adenoma tuyến yên tiết ACTH sau phẫu thuật cắt tuyến thượng thận (hội chứng Nelson<sup>1</sup>).

## List 28.9. Các nguyên nhân gây ra bệnh Addison.

Mạn tính	Cấp tính
<ul style="list-style-type: none"><li>– Nguyên phát</li><li>+ Bệnh thượng thận do tự miễn.</li><li>+ Nhiễm khuẩn (lao, HIV).</li><li>+ U hạt.</li><li>+ Sau điều trị bằng heparin.</li><li>+ Thâm nhiễm ác tính.</li><li>+ Loạn dưỡng chất trắng thượng thận.</li><li>+ Nhiễm sắc tố sắt.</li><li>– Thứ phát</li><li>+ Bệnh tuyến yên hạ đồi.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Nhiễm khuẩn huyết: nào mô cầu.</li><li>– Phẫu thuật cắt bỏ tuyến thượng thận.</li><li>– Bất kỳ stress nào ở những BN có suy thượng thận mạn tính hoặc ngưng đột ngột của quá trình điều trị bằng steroid kéo dài.</li></ul>

<sup>1</sup> Warren Nelson (1906 – 1964), nhà nội tiết học người Mỹ.

### 28.3.2. Bệnh addison

Bệnh Addison<sup>j</sup> là suy giảm chức năng vỏ thượng thận với việc giảm bài tiết glucocorticoid và mineralcorticoids. Thường do bệnh tự miễn của tuyến thượng thận. Các nguyên nhân khác được nêu trong List 28.9.

Nếu bệnh được nghi ngờ, tìm kiếm dấu hiệu suy mòn. Sau đó, yêu cầu BN cởi quần áo, quan sát các dấu hiệu rối loạn sắc tố ở các nếp gấp lòng bàn tay (xem Hình 28.15), khuỷu tay, nướu, niêm mạc miệng và bộ phận sinh dục, cũng như sẹo phẫu thuật trước đó. Điều này xảy ra do tăng tiết ACTH bù trừ trong chứng suy thượng thận nguyên phát (khi có bệnh thượng thận), vì ACTH hoạt động như một tác nhân kích thích tế bào sắc tố. Ngoài ra, quan sát để tìm dấu hiệu bạch biến (giảm sắc tố da khu trú, xem Hình 28.16), đây là một bệnh lý tự miễn thường đi kèm với suy thượng thận do tự miễn.



**Hình 28.15. Rối loạn sắc tố ở các nếp gấp lòng bàn tay ở những BN Addison.**



**Hình 28.16. Bạch biến ở các ngón tay.**

<sup>j</sup> Thomas Addison (1793 – 1860), mô tả bệnh lý này vào năm 1849. Addison, Bright và Hodgkin tạo nên bộ ba bác sĩ nổi tiếng tại bệnh viện Guy, London.

Hãy kiểm tra huyết áp và xem BN có hạ huyết áp tư thế hay không. Hãy nhớ rằng phần còn lại của các bệnh lý tự miễn có thể đi kèm với suy thượng thận tự miễn (xem Bảng 28.2).

**Bảng 28.2. Phân loại các bệnh lý được tìm thấy trong sự phối hợp đa dạng của hội chứng tự miễn đa hạt.**

Type 1 (hiếm)	Type 2 (thường gặp, HLA DRB1, DQA1, DQB1)
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Nhiễm nấm candida mạn tính ở da.</li><li>2. Suy cận giáp.</li><li>3. Bệnh Addison.</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Đái tháo đường phụ thuộc insulin.</li><li>2. Bệnh lý tuyến giáp mạn tính.</li><li>3. Bệnh Addison.</li><li>4. Nhược cơ.</li><li>5. Thiếu máu ác tính.</li><li>6. Suy sinh dục nguyên phát.</li></ol>

## T&O'C essentials

1. Việc thăm khám nội tiết thường là mục tiêu khi hỏi bệnh sử nghi ngờ bệnh lý nội tiết.
2. Tuyến yên có thể gây ra bệnh lý nội tiết ở bất cứ nơi nào trong cơ thể nhưng đau đầu và mất thị giác là bất thường quan trọng gây ra do tác động tại chỗ trong não.
3. Một số bệnh lý nội tiết biểu hiện như một điểm chẩn đoán (bệnh cực đại đầu chi, hội chứng Cushing, bệnh Addison).
4. Luôn luôn có bất thường tinh vi xuất hiện trên khuôn mặt hoặc thể trạng có thể gợi ý đến bệnh lý nội tiết: nếu chúng ta không chủ động nghĩ về điều này trong vài giây đầu tiên của quan sát tổng trạng, chúng ta có thể bỏ lỡ những bất thường này.

## OSCE ôn tập

### Thăm khám bệnh lý nội tiết

**Topic này thường hay gặp trong OSCE, sẽ giúp ích khi ôn tập lại.**

1. Người đàn ông này bị cực đại đầu chi, hãy hỏi bệnh sử ông ấy.
2. Khám BN cực đại đầu chi và quyết định xem bệnh lý có đang ở hoạt động không.
3. Một phụ nữ mới được chẩn đoán đái tháo đường type 2, hãy hỏi bệnh sử bà ấy.
4. Một phụ nữ được chẩn đoán hội chứng Cushing, hãy thăm khám cho bà ấy và ghi chú lại những dấu hiệu liên quan đến hội chứng Cushing.
5. Một người đàn ông nghi ngờ bất thường chức năng tuyến yên, hãy hỏi bệnh sử ông ấy và đưa ra các xét nghiệm để chẩn đoán.



Nguyễn Hữu Tuấn

**29.1. SỰ CHUYỂN HÓA CALCI****29.1.1. Cường cận giáp nguyên phát****List 29.1. Các dạng cường cận giáp.**

Nguyên phát	Thứ phát
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Adenoma (80%).</li> <li>– Tăng sản.</li> <li>– Carcinoma.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Tăng sản sau suy thận mạn.</li> </ul>
	Tam phát (tự trị)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Sự xuất hiện của cường cận giáp tự trị là một biến chứng của cường cận giáp thứ phát.</li> </ul>

**Questions box 29.1. Những câu hỏi để hỏi BN nghi ngờ cường cận giáp.**

- ! Dấu hiệu có thể gợi ý chẩn đoán một vấn đề cấp bách hoặc nguy hiểm.
1. Ông/bà có sỏi thận không?
  2. Ông/bà có gãy xương lần nào chưa?
  3. Ông/bà có gặp vấn đề gì về việc đau bụng không? Có bị táo bón không?
  4. Ông/bà có bị trầm cảm hay bị ảo giác không? (rối loạn tâm thần)
- ! Ông/bà có cơn lơ mơ, kích thích, vô cùng mệt mỏi hay thậm chí bất tỉnh không? (triệu chứng thần kinh)

**List 29.2. Các nguyên nhân gây tăng calci máu.**

- |   |   |
|---|---|
| – Cường cận giáp nguyên phát.   | – Ngộ độc giáp.   |
| – Carcinoma (từ di căn xương hay hóa chất trung gian miễn dịch dịch thể).               | – Liên quan đến suy thận (cường cận giáp thứ phát nặng).  |
| – Thuốc lợi tiểu thiazides.   | – Đa u tủy.   |
| – Thừa vitamin D.   | – Tăng calci huyết giảm calci niệu có tính chất gia đình. |
| – Sản xuất quá mức chất chuyển hóa vitamin D (sarcoidosis, u lympho tế bào T xác định). | – Bất động hoặc ngồi máy bay, phi thuyền lâu ngày.        |

Do sự gia tăng quá mức của hormone tuyến cận giáp (xem List 29.1) làm tăng nồng độ calci trong máu, tăng thải trừ phosphate qua thận và gia tăng hình thành 1,25 – dihydroxycholecalciferol do kích thích enzym adenylcyclase trong xương và thận. Cường cận giáp nguyên phát gây ra hậu quả như sỏi thận, xương (loãng xương và bệnh giả gout),

bụng (táo bón, loét dạ dày và viêm tụy) và tâm lý (lú lẫn) – Questions box 29.1.

Các nguyên nhân gây tăng calci huyết khác được nêu trong List 29.2.

### 29.1.1.1. Quan sát tổng trạng

Chú ý trạng thái tinh thần của BN. Tăng calci huyết nặng có thể gây hôn mê hoặc co giật. Đánh giá tình trạng mất nước (đa niệu do tăng calci huyết có thể gây mất nước).

### 29.1.1.2. Mắt

Kiểm tra mắt BN tìm vệt keratopathy (hiếm gặp).

### 29.1.1.3. Thân mình và hai chi dưới

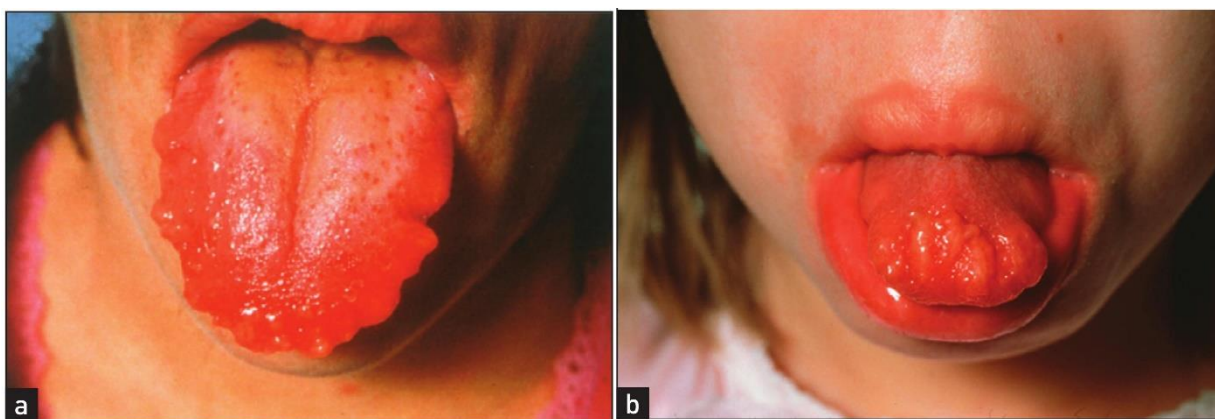
Sờ nắn vai, xương ức, xương sườn, xương sống và hông tìm điểm đau của xương, biến dạng xương hoặc bằng chứng của gãy xương trước đó. Thăm khám để tìm dấu hiệu yếu cơ, dấu hiệu giả gout. Kiểm tra huyết áp (có thể có tăng huyết áp kèm theo).

### 29.1.1.4. Phân tích nước tiểu

Kiểm tra nước tiểu, chú ý tiểu máu do sỏi thận.

## 29.1.2. Hội chứng MEN

Hội chứng đa u tân sinh tuyến nội tiết (hội chứng MEN), type I và II là bệnh lý di truyền được quy định bởi tính trạng trội nằm trên NST thường. Cường cận giáp có thể liên quan đến cả hai loại. MEN type I (do đột biến gen nằm trên NST 11), liên quan đến các khối u của tuyến cận giáp, tuyến yên và các tế bào đảo tụy. MEN type II (do đột biến gen nằm trên NST 10 liên quan đến gen tiền sinh ung thư), liên quan đến carcinoma vùng tụy của tuyến giáp, cường cận giáp và ung thư tế bào ưa chrom. MEN type IIB đặc trưng bởi u dây thần kinh niêm mạc (thường ở môi và lưỡi, xem Hình 29.1) và carcinoma tụy tuyến giáp kết hợp ung thư tế bào ưa chrom.



Hình 29.1. Đa u thần kinh niêm mạc ở lưỡi.

### 29.1.3. Suy tuyến cận giáp

Suy tuyến cận giáp gây ra tình trạng hạ calci máu là biến đổi thần kinh cơ (tetany – xem Questions box 29.2). Nó thường là biến chứng sau phẫu thuật cắt bỏ tuyến giáp, nhưng cũng có thể là tự phát. Hạ calci máu cũng có thể là kết quả của sự đề kháng của cơ quan đích với hormones tuyến cận giáp (giả suy cận giáp – xem List 29.3).

## Questions box 29.2. Những câu hỏi để hỏi BN hạ calci máu.

- ! Dấu hiệu có thể gợi ý chẩn đoán một vấn đề cấp bách hoặc nguy hiểm.
1. Ông/bà có từng phẫu thuật cắt bỏ tuyến cận giáp không?
  2. Ông/bà có cảm giác tê ở vùng miệng hay ngón tay không?
  3. Ông/bà có thường bị chuột rút không?
- ! 4. Ông/bà có cơn co giật nào không?

## List 29.3. Các nguyên nhân gây hạ calci máu.

- Suy tuyến cận giáp: sau cắt bỏ tuyến giáp, tự phát.
- Kém hấp thu.
- Thiếu vitamin D.
- Bệnh thận mạn.
- Viêm tụy cấp.
- Giả suy cận giáp.
- Thiếu magne.
- Hạ calci do bệnh lý ác tính.

Tìm dấu hiệu Trousseau and Chvostek đầu tiên. Dấu hiệu Trousseau được xác định bằng cách giữ túi hơi huyết áp ở cánh tay BN với mức huyết áp tâm thu. Bàn tay BN sẽ co lại điển hình trong vòng 2 phút khi có hạ calci máu do kích thích thần kinh cơ. Ngón cái khép chặt, các ngón còn lại duỗi ra, ngoại trừ khớp bàn – ngón tay. Tư thế bàn tay như bàn tay của bác sĩ sản khoa đỡ thai ra ngoài bằng tay và được gọi là bàn tay đỡ đẻ.

Dấu Chvostek được thực hiện bằng cách gõ nhẹ lên mặt (dây thần kinh mặt – dây VII), ở phía dưới tai. Dây thần kinh sẽ phản xạ quá mức trong hạ calci máu và gây ra co giật cơ nhanh ở vùng mặt cùng bên bị gõ.

Tiếp theo, sẽ khám để tìm các dấu hiệu tăng phản xạ, cũng dựa vào sự kích thích thần kinh – cơ.

Kiểm tra móng tìm dấu hiệu gãy hoặc nhiễm candida. Chú ý kiểm tra dấu hiệu da khô. Tìm kiếm sự biến dạng bất thường của răng. Khám mắt xem có đục thủy tinh thể hay phù gai thị. Những dấu hiệu này có thể xuất hiện trong tất cả các trường hợp suy tuyến cận giáp tự phát – một bệnh lý tự miễn. Đục thủy tinh thể cũng có thể xuất hiện do suy tuyến cận giáp sau phẫu thuật.



Hình 29.2. Giả suy tuyến cận giáp. (a) ở bàn chân, (b) ở bàn tay.

### 29.1.3.1. Giả suy tuyến cận giáp

Trong giả suy tuyến cận giáp, BN có cơn co giật tetany (do hạ calci máu) cũng như

những bất thường điển hình của xương. Những dấu hiệu này bao gồm vóc dáng nhỏ, khuôn mặt tròn, cổ ngắn, ngón tay hoặc ngón chân thứ tư hoặc thứ năm ngắn điển hình (do xương bàn tay hoặc bàn chân ngắn lại, có thể một bên hoặc cả hai bên, xem Hình 29.2). Yêu cầu BN nắm tay lại để kiểm tra các dấu hiệu lâm sàng đặc trưng.

### 29.1.3.2. Giả giả suy tuyến cận giáp

Tên gọi này dùng để chỉ bệnh cảnh không có cơn co giật tetany (nồng độ calci máu bình thường), nhưng có những dấu hiệu biến dạng xương điển hình.

## 29.2. LOÃNG XƯƠNG VÀ NHUYỄN XƯƠNG

### List 29.4. Nguyên nhân và yếu tố nguy cơ gây loãng xương và nhuyễn xương.

Loãng xương	Bệnh tiêu hóa
<b>Nguyên nhân toàn thân</b>	– Kém hấp thu.
– Phụ nữ: mãn kinh hoặc trên 70 tuổi.	– Bệnh gan mạn tính.
– Yếu tố di truyền.	<b>Thuốc</b>
– Nghiện rượu .	– Corticosteroids.
– Hút thuốc.	– Thuốc chống động kinh.
– Chán ăn do tâm lý.	– Heparin.
<b>Nội tiết</b>	<b>Nhuyễn xương</b>
– Thiếu năng sinh dục.	– Thiếu vitamin D do thiếu tiếp xúc với ánh nắng mặt trời (điều dưỡng chăm sóc BN tại nhà – những người che phủ từ đầu đến chân và bác sĩ da liễu) hoặc bất thường trong chuyển hóa vitamin D.
– Nhiễm độc giáp .	– Hạ phosphate máu.
– Hội chứng Cushing.	– Ức chế khoáng hóa xương do thuốc.
– Cường cận giáp.	
<b>Bệnh nhiễm trùng</b>	
– Viêm khớp dạng thấp.	
– Bệnh nhiễm trùng đường ruột.	

Những bệnh lý về xương này có nguyên nhân do nội tiết và không do nội tiết (xem List 29.4). Loãng xương là tình trạng suy giảm sản xuất chất nền của xương, dẫn đến giảm mật độ xương và làm tăng nguy cơ gãy xương. Nhiều trường hợp là do sự suy giảm chức năng tuyến sinh dục do tuổi tác, nhưng thường kết hợp với thiếu hụt vitamin D. Mặc dù, suy giảm mật độ khoáng của xương liên quan đến tuổi và kết hợp với gãy xương được gọi là loãng xương, nó cũng thường là hậu quả của nhuyễn xương. Ở phụ nữ, suy giảm nồng độ estrogen làm tăng nguy cơ: giảm hormon sinh dục trước tuổi mãn kinh, mãn kinh, thuốc kháng estrogen, hút thuốc và sụt cân.

Nhuyễn xương là quá trình khoáng hóa xương không hiệu quả. Điều này thường do nồng độ vitamin D thấp dẫn đến tình trạng kém hấp thu calci. Hậu quả là cường cận giáp thứ phát để duy trì nồng độ calci huyết thanh nhưng nó lại làm tăng hoạt động của các tế bào hủy xương và làm mất calci từ xương. Nếu tình trạng này xảy ra ở trẻ em sẽ dẫn đến còi xương.

Nhiều BN không có triệu chứng nhưng thường là có (xem Questions box 29.3) bao gồm gãy xương đột ngột (đặc biệt là thân đốt sống và liên quan tới đau lưng dữ dội, gãy

cổ xương đùi và cổ tay); một số người nhận thấy có sự suy giảm về chiều cao, đó là hậu quả của gù cột sống ngực tiến triển. Việc chẩn đoán có thể được thực hiện bằng chụp X quang để tìm nguyên nhân khác hoặc kết quả khảo sát mật độ khoáng của xương (DEXA).

**Questions box 29.3. Những câu hỏi để hỏi BN nghi ngờ có loãng xương hoặc nhuyễn xương.**

---

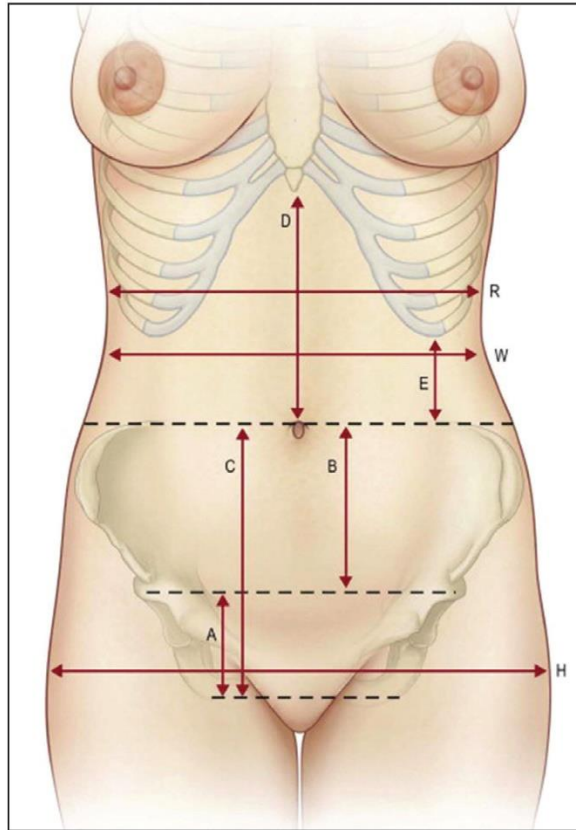
1. Ông/bà có khi nào bị đau lưng dữ dội không?
  2. Trong gia đình ông/bà có ai loãng xương không?
  3. Ông/bà có bị suy giảm chiều cao không?
  4. Ông/bà có gãy xương gần đây không (xương chậu hoặc cổ tay)? Chú ý các chấn thương nhẹ.
  5. Ông/bà có hút thuốc không? Có uống rượu không?
  6. Bà có mãn kinh chưa? Sớm hay trễ?
  7. Ông/bà có đo DEXA chưa?
  8. Ông/bà có đang điều trị với corticosteroid không? (> 7,5 mg prednisone > 3 tháng)
  9. Ông/bà có hoạt động thể lực bình thường được không?
  10. Ông/bà có bệnh về khớp không (viêm khớp dạng thấp)? Đái tháo đường? Tiêu phân mỡ?
  11. Ông/bà có điều trị theo toa không?
- 



**Hình 29.3. Khoảng cách chằm tường.**



**Hình 29.4. Thước đo chiều cao.**



**Hình 29.5. Khoảng cách sườn – chậu. Mốc giải phẫu. Giải phẫu bình thường vùng bụng. Khoảng cách tương đối ở phụ nữ độ tuổi trung niên. Những thay đổi tùy theo chiều cao cá nhân và cấu trúc xương. Rốn nằm trên đường ngang qua điểm cao nhất của mào chậu ở 99% BN. (A) khoảng cách giữa đỉnh xương mu và mép âm hộ trước, bình thường 5 – 7 cm. (B) khoảng cách giữa rốn và đỉnh xương mu, bình thường 11 – 13 cm. (C) = (A + B) khoảng cách giữa rốn và mép âm hộ trước (C = D). (E) khoảng cách sườn – chậu. Tỷ lệ khoảng cách này với chiều rộng của khung xương sườn (R) để xác định xem BN có vòng eo nhỏ hay lớn. Tỷ lệ (E:R) bình thường 1:3 (vòng eo lớn 1:2, vòng eo nhỏ 1:3). Khung sườn thon gọn ở phía dưới. Sự nhỏ hẹp của khung sườn cùng với bề rộng của vùng dưới nách tạo nên vòng eo nhỏ dạng chữ V. (H) độ rộng khung chậu. Khung chậu rộng hơn khung sườn làm rõ hơn vòng eo; vòng eo rõ hơn khi  $R < H$ . (W) eo tự nhiên – phần hẹp nhất của thân (rốn thường nằm dưới eo khoảng 1 – 4 cm). Tỷ lệ vòng eo – khung chậu ở phụ nữ thường là 0,72:1; ở người nam khỏe mạnh là 0,83:1. Lưu ý, đường viền của bụng khỏe mạnh chuyển từ lõm nhẹ ở vùng thượng vị đến lồi nhẹ vùng dưới rốn. Một rãnh dọc giữa ở cơ thẳng bụng cũng có thể thấy ở người có cơ bắp.**

### **Thăm khám lâm sàng**

– Đo chiều cao của BN bằng cách sử dụng một thước đo chiều cao (một thanh thẳng đứng với một thanh quy chiếu – xem Hình 29.4). So sánh kết quả chiều cao đo được này

với chiều cao của BN đo trước đó để phát hiện sự thay đổi về chiều cao. Gù cột sống ngực có thể được đánh giá giống như cách thực hiện đối với BN viêm cột sống dính khớp bằng cách đo khoảng cách chẩm – tường (xem Hình 29.3). Khi đứng thẳng, BN mất khả năng để chạm phần chẩm vào tường được xem là bất thường (LR+ = 3,8) và đánh giá khoảng cách này nhiều lần sẽ giúp ích trong việc theo dõi diễn tiến của bệnh.

– Gãy cột sống thắt lưng có thể được đánh giá bằng cách đo khoảng cách sườn – chậu (xem Hình 29.5). BN đứng quay mặt đi với hai tay mở rộng, chúng ta đứng phía sau BN. Đặt ngón tay của chúng ta giữa bờ hạ sườn và phần trên của xương chậu ở đường nách giữa. Thông thường, chúng ta có thể đặt vào đó hơn hai ngón tay (LR+ = 3,8).

– Nếu BN có đau lưng dữ dội gần đây, có cảm giác nhạy đau ở cột sống. Tuy nhiên, gãy thân đốt sống có thể không gây nhạy đau cục bộ, đôi khi gõ vùng kế cận cũng có thể gây đau. Cũng cần nhớ rằng các chẩn đoán phân biệt với gãy xương bao gồm các bệnh ác tính (u tủy xương).

## 29.3. HỘI CHỨNG LIÊN QUAN ĐẾN VÓC DÁNG THẤP BÉ

Những yếu tố này có thể xảy ra khi còn nhỏ.

### 29.3.1. Thăm khám

#### 29.3.1.1. Quan sát tổng trạng

Đầu tiên đo chiều cao BN, ở trẻ em thì so sánh với biểu đồ tăng trưởng theo tuổi và giới. Nhận dạng ngoại hình đặc trưng của những BN có hội chứng Turner (xem Hình 29.6), hội chứng Down, loạn sản sụn hoặc còi xương (xem Hình 29.7), đó là những bệnh lý mà BN có vóc dáng thấp bé. Chiều cao của cha mẹ và anh chị em cũng nên được kiểm tra.



Hình 29.6. Hội chứng Turner.



**Hình 29.7. Còi xương (hậu còi xương).**

Lưu ý bất kỳ biểu hiện nào của sụt cân, bao gồm nếp gấp da lỏng lẻo, có thể gợi ý nguyên nhân dinh dưỡng (do đói, kém hấp thu hoặc mất protein). Tìm dấu hiệu của suy tuyến yên hoặc tuyến giáp hoặc dư thừa steroid. Phát triển giới tính sớm (khởi phát các đặc điểm sinh dục thứ cấp) sẽ gây cao lên nhiều trong giai đoạn đầu tiên nhưng lại thấp bé sau đó.

#### **29.3.1.2. Ngực**

Thăm khám để tìm bằng chứng của bệnh tim bẩm sinh có tím và bệnh phổi, cũng như bệnh xơ nang.

#### **29.3.1.3. Bụng**

Tìm bằng chứng của suy gan hoặc suy thận (một nguyên nhân gây chậm phát triển khi xảy ra ở trẻ em).

### **29.3.2. Hội chứng Turner (45XO)**

Nhi hóa cơ quan sinh dục (bất thường trong phát triển các đặc điểm giới tính thứ cấp) – cơ quan sinh dục nữ (xem hình 29.5) Hãy tìm:

– Chi trên. Phù bạch huyết ở bàn tay; ngắn xương bàn ngón IV; móng tay tăng sản; tăng góc mang (góc giữa cánh – cẳng tay); tăng huyết áp.

– Mặt. Cằm nhỏ; sa nếp quạt mắt; miệng giống miệng cá; tai thấp hoặc biến dạng, mất thính lực.

– Cổ. Màng vây của cổ; chân tóc thấp; nếp gấp dư thừa ở mặt sau của cổ.

– Ngực. Đầu vú cách xa nhau (lông ngực hình khiêng); hẹp động mạch chủ.



- Khác. Nốt ruồi; hình thành sẹo lồi; phù bạch huyết ở chân.

### 29.3.3. Hội chứng down (3 NST 21)

#### Tìm các dấu hiệu:

- Mặt. mắt xếch; viêm kết mạc; vết trắng nhỏ ở móng mắt, tai nhỏ; sống mũi phẳng; miệng mở; lưỡi thè; cung khẩu cái hẹp.
- Tay. Bàn tay rộng ngắn; ngón tay thứ năm cong vào; nếp gấp lòng bàn tay đơn độc; tăng độ dẻo ở các khớp.
- Ngực. Bệnh tim bẩm sinh, đặc biệt là khiếm khuyết gờ nội tâm mạc.
- Khác. Tóc mọc thẳng; kẽ hở giữa ngón chân đầu tiên và thứ hai; chậm phát triển trí tuệ.

### 29.3.4. Chứng loạn sản sụn (người lùn)

Đây là bệnh lý di truyền tình trạng trội của sụn do đột biến gen kiểm soát các yếu tố tăng trưởng của nguyên bào sợi. Vóc dáng thấp bé, chân tay ngắn, thân hình bình thường, đầu tương đối lớn, mũi hình yên ngựa, cột sống thắt lưng ưỡn quá mức và đôi khi làm chèn ép tủy sống. Tìm các dấu hiệu:

- Trán nhô.
- Bệnh cơ gốc chi ở cánh tay và đùi.
- Cong xương trụ, xương chày và xương đùi

### 29.3.5. Bệnh còi xương



Hình 29.8. Chuỗi hạt ricket.

Khiếm khuyết sự khoáng hóa của các xương tăng trưởng (xem Hình 29.7), do thiếu vitamin D (suy thận mạn hoặc dinh dưỡng) hoặc hạ phosphote máu (rối loạn ở các ống thận). Tìm các dấu hiệu:

- Chi trên. Tetany; giảm trương lực, bệnh cơ gốc chi; cong xương trụ và xương quay.

- Mặt. Trán nhô và đỉnh phẳng.
- Ngực. “chuối hạt ricket” – sự dày lên của đầu sụn sườn (xem Hình 29.8); rãnh Harrison – lõm vào của các xương sườn dưới ở vòm hoành.
- Chi dưới. Cong xương đùi và chày, nhược cơ, bệnh cơ, gãy xương.

## 29.4. RẬM LÔNG

Đây là chứng mọc lông quá mức ở người phụ nữ so với những gì được coi là bình thường đối với chủng tộc của người phụ nữ đó (xem List 29.5). Nguyên nhân là do quá dư thừa androgen (bao gồm testosterone).

Thăm khám những BN này rất quan trọng để xem BN có nam hóa có hay không. Nam hóa là sự hiện diện đặc tính nam giới thứ cấp (phì đại âm vật, hói đầu vùng trán, tăng khối lượng cơ bắp, giọng trầm) và chứng tỏ rằng lượng androgen trong cơ thể tăng quá mức.

### List 29.5. Các nguyên nhân gây rậm lông.

1. Hội chứng buồng trứng đa nang (thường gặp).
2. Tự phát.
3. Thượng thận: khối u tiết androgen (hội chứng Cushing, tăng sản thượng thận bẩm sinh, khối u nam hóa – thường do carcinoma hơn là adenoma).
4. Buồng trứng: khối u tiết androgen.
5. Thuốc: phenytoin, diazoxide, streptomycin, minoxidil, đồng hóa steroids (testosterone).
6. Khác: bệnh cực đại đầu chi, bệnh chuyển hóa porphyrin

#### 29.4.1. Quan sát tổng trạng



Hình 29.9. Rậm lông do hội chứng buồng trứng đa nang.

Yêu cầu BN hết quần áo. Đánh giá sự phân bố lông trên khuôn mặt (xem Hình 29.9) và ở đường giữa, mặt trước, lưng. Nhìn chung, một kiểu hình hói đầu ở nam giới (chân tóc lùi dần vào trong), lông mọc khắp vùng râu hoặc lưng, ngực và lông ở vùng bụng dưới (đường giữa từ rốn đến bẹn) là bất thường. Lưu ý đến những đặc điểm của bệnh cực đại đầu chi hoặc hội chứng Cushing và những thay đổi ở da do bệnh chuyển hóa porphyrin.

Yêu cầu BN cởi hết quần áo và nằm ngửa. Tìm các dấu hiệu của sự nam hóa. Dấu hiệu bao gồm teo vú và tăng khối lượng cơ ở tay và chân, dạng lông mu của nam giới và phì đại âm vật. Kiểm tra vùng nách của BN với hội chứng buồng trứng đa nang có thể có vùng da dày đen – dấu gai đen (liên quan đến kháng insulin).

### 29.4.2. Bụng

Sờ nắn tìm khối u ở thượng thận, buồng trứng đa nang hoặc khối u buồng trứng (hiếm khi sờ thấy).

### 29.4.3. Huyết áp

Tăng huyết áp xuất hiện trong trường hợp thiếu hydroxylase C11 hiếm, đó là tình trạng gây nên sự nam hóa.

## 29.5. NỮ HÓA TUYẾN VÚ



**Hình 29.10. Chứng vú to ở nam. BN này đang sử dụng spironolactone để điều trị suy tim. Chú ý đường sọc giữa xương ức (mũi tên nhỏ) và vị trí máy phá rung ( mũi tên lớn).**

Nữ hóa tuyến vú là sự phì đại thực sự của vú ở nam giới (xem Hình 29.10). Thăm khám cẩn thận có thể phát hiện thấy mô vú nhô lên đến 4 cm trong 30% nam thanh niên bình thường; tỷ lệ này tăng theo độ tuổi. Những người đàn ông này không để ý thấy có bất thường nào của vú. Nữ hóa tuyến vú xuất hiện trên 50% nam thanh thiếu niên và cũng có ở người lớn tuổi do nồng độ testosterone giảm xuống. Mỡ lắng đọng (giả phì đại) ở nam giới béo phì có thể gây nhầm lẫn với nữ hóa tuyến vú ở nam giới.

Khám vú để tìm bằng chứng của các bệnh lý khu trú (bệnh ác tính nhưng hiếm), nhạy

đau cho thấy có sự tăng trưởng nhanh chóng và có mủ chảy ra từ núm vú không. Khám, xác định mô vú ở nam giới tốt nhất nên được tiến hành khi BN ngồi. Sờ nắn vú ở phía sau núm vú của BN giữa ngón cái và ngón trỏ. Cố gắng xác định bờ giữa mô mỡ dưới da và mô vú thật sự.



**Hình 29.11. Hội chứng Klinefelter; chú ý tứ chi dài khăng khiu, vai và ngực hẹp, bộ phận sinh dục khá nhỏ.**

**List 29.6. Nguyên nhân gây nữ hóa tuyến vú.**

**Tăng sản xuất estrogen**

- U tế bào Leydig (oestrogen)
- Carcinoma thượng thận (oestrogen)
- Carcinoma phế quản
- Bệnh gan (tăng chuyển hóa estrogen từ androgen).
- Nhiễm độc giáp (tăng chuyển hóa estrogen từ androgen) .
- Thiếu ăn.

**Giảm sản xuất androgen (thiếu năng sinh dục)**

- Hội chứng Klinefelter (xem Hình 29.11).
- Suy tinh hoàn thứ phát: viêm tinh hoàn, cắt bỏ tinh hoàn, chấn thương.

**Hội chứng nữ hóa tinh hoàn**

**Thuốc**

- Chất kết dính Oestrogen: oestrogen, digoxin, marijuana.
- Kháng androgens: spironolactone, cimetidine.

Khám cơ quan sinh dục nếu mơ hồ về giới tính và khám tinh hoàn để xác định có tinh hoàn không hoặc có giảm kích thước không. Lưu ý nếu có bất kỳ sự vắng mặt nào của các đặc điểm sinh dục thứ cấp.

Quan sát các dấu hiệu đặc biệt của hội chứng Klinefelter (xem Hình 29.11). Những BN này có dáng cao, giảm lông trên cơ thể và tinh hoàn nhỏ và cứng đặc trưng.

Quan sát các dấu hiệu của suy tuyến yên toàn thể hoặc bệnh gan mạn tính. Nhiễm độc

giáp đôi khi có thể là một nguyên nhân.

Cuối cùng, kiểm tra thị trường, đáy mắt để tìm bằng chứng của u tuyến yên.

Nguyên nhân của nữ hóa tuyến vú được tóm tắt trong List 29.6

## 29.6. ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

### List 29.7. Các nguyên nhân gây đái tháo đường.

#### Type 1

- Type 1A (sự tự hủy tự miễn của tế bào beta của tuyến tụy).
- Type 1 khởi phát ở người trưởng thành (kháng thể tế bào đảo tụy).

#### Type 2 (thiếu hụt insulin và đề kháng insulin) – loại đái tháo đường thường gặp

##### Các loại đái tháo đường khác

- Đột biến dẫn đến rối loạn chức năng của tế bào beta.
- Khiếm khuyết di truyền trong hoạt động của insulin (đái tháo đường dạng teo mỡ – đặc trưng bởi teo mỡ, gan to, rậm lông, gai đen, tăng sắc tố và tăng lipid máu).
- Bệnh của tuyến tụy ngoại tiết (viêm tụy mạn, u tụy, nhiễm sắc tố sắt).
- Nội tiết bất thường (cực đại đầu chi, hội chứng Cushing, u tế bào ưa chrom, u tụy tiết glucagon, u tiết somatostatin).

- Do thuốc (steroids, thuốc tránh thai, streptozotocin, diazoxide, phenytoin, lợi tiểu thiazide).
- Nhiễm khuẩn (cytomegalovirus, coxsackie, rubella bẩm sinh).
- Dạng hiếm của đái tháo đường miễn dịch trung gian (kháng thể kháng insulin).
- Đái tháo đường liên quan đến bất thường gen (hội chứng Down, hội chứng Klinefelter, hội chứng Turner).
- Hội chứng người cứng (cứng cơ thân tiền triển).

#### Đái tháo đường thai kỳ.

Đái tháo đường được đặc trưng bởi tình trạng tăng đường huyết do thiếu hụt tương đối hoặc tuyệt đối insulin. Các nguyên nhân của bệnh đái tháo đường được liệt kê trong List 29.7. Bệnh có thể xuất hiện từ dạng không có triệu chứng khi thăm khám thực thể đến dạng có các triệu chứng của bệnh đái tháo đường, từ đa niệu đến hôn mê nhiễm ceton do đái tháo đường (xem Questions box 29.4).

### 29.6.1. Quan sát tổng trạng

Đánh giá dấu mất nước do lợi tiểu thẩm thấu gây ra bởi lượng glucose trong nước tiểu có thể gây mất lượng dịch lớn. Lưu ý béo phì (BN đái tháo đường type 2 thường bị béo phì) hoặc dấu hiệu của sụt cân gần đây (điều này có thể là bằng chứng của glucose niệu không kiểm soát được).

Tìm bằng chứng của sự xuất hiện các bất thường nội tiết biểu hiện trên khuôn mặt (hội chứng Cushing hoặc bệnh cực đại đầu chi) và sắc tố (nhiễm sắc tố sắt – đái tháo đường đồng) vì chúng có thể gây ra bệnh đái tháo đường thứ phát.

BN có thể bị hôn mê do mất nước, nhiễm toan hay tăng áp lực thẩm thấu. Thở Kussmaul (đổi không khí) xuất hiện trong bệnh đái tháo đường do nhiễm toan (điều này xảy ra bởi vì quá trình chuyển hóa chất béo được tăng lên để bù đắp cho sự thiếu thốn glucose; sản xuất quá mức acetyl – coenzym A, dẫn đến chuyển hóa ở gan thành ceton, hai trong số này là các acid hữu cơ).

## Questions box 29.4. Những câu hỏi để hỏi BN đái tháo đường.

- ! Dấu hiệu có thể gợi ý chẩn đoán một vấn đề cấp bách hoặc nguy hiểm.
1. Ông/bà được chẩn đoán đái tháo đường năm bao nhiêu tuổi?
  2. Ông/bà có cần insulin ngay khi bắt đầu điều trị không?
  3. Triệu chứng nào gợi ý chẩn đoán? (tiểu nhiều, khát nhiều, sụt cân, nhiễm trùng da lâu lành, phát hiện tình cờ)
  4. Ông/bà sử dụng thuốc gì trước đó và cũng như các thuốc đang sử dụng?
  5. Ông/bà có ăn kiêng theo chỉ định của bác sĩ? Ông/bà có biết về chế độ ăn của BN đái tháo đường không?
  6. Ông/bà có thường kiểm tra đường huyết không? Kết quả như thế nào?
- !
7. Ông/bà có bị hạ đường huyết không (đường máu thấp do điều trị)? Ông/bà có cơn đổ mồ hôi, bủn rủn, khó chịu hay bất tỉnh không?
  8. Ông/bà có biết cách xử trí khi có triệu chứng cấp tính của hạ hay tăng đường huyết xảy ra không? (kiểm tra đường huyết, sử dụng viên đường, đến bệnh viện)
  9. Ông/bà có bị nhiễm ceton không (đường huyết rất cao liên quan đến nhiễm toan) và cần phải nhập viện? (đa niệu, đầu mất nước, lú lẫn, hôn mê)
  10. Ông/bà có biến chứng mắt, thần kinh, mạch máu ngoại biên hay ở thận chưa?
  11. Các xét nghiệm nào thường được dùng để kiểm tra các biến chứng này?
  12. Ông/bà và gia đình đã đối mặt với điều này như thế nào?
  13. Ông/bà vẫn còn khả năng làm việc không?

### 29.6.2. Chi dưới

Không giống như các hệ thống thăm khám khác, việc đánh giá của BN đái tháo đường có thể bắt đầu từ hai chân, vì rất nhiều các dấu hiệu lâm sàng chính yếu được tìm thấy ở đây. Đặc biệt là các tổn thương mạch máu và thần kinh ở bàn chân không nên bỏ lỡ.

#### 29.6.2.1. Quan sát

Vùng da ở bàn chân và cẳng chân có thể không có lông và bị teo do bệnh lý mạch máu nhỏ và hậu quả của thiếu máu cục bộ (cơ chế này là không rõ ràng, nhưng có thể liên quan đến thay đổi lipoprotein trong thành mạch).



Hình 29.12. Loét do đái tháo đường.

Lưu ý vết loét ở chân, đặc biệt là trên các ngón chân hoặc bất kỳ vùng nào của bàn chân tiếp xúc với áp lực (xem Hình 29.12). Những vết loét là do sự kết hợp của thiếu máu cục bộ và bệnh lý thần kinh ngoại biên (nguyên nhân của các bệnh lý thần kinh là không rõ ràng, nhưng có thể liên quan đến thiếu máu cục bộ và glycosyl hóa protein thần kinh). Quan sát mắt cá chân để tìm các dấu hiệu của khớp Charcot (khớp bị biến dạng mất trật tự, do mất proprioception hoặc đau hoặc cả hai, điều này dẫn đến chấn thương lặp đi lặp lại và không được chú ý đến). Tồn thương những vùng da không được bảo vệ bởi giảm hoặc mất cảm giác đau.

Tìm dấu hiệu nhiễm trùng trên bề mặt da, chẳng hạn như nốt, viêm mô tế bào và nhiễm nấm. Đây là vấn đề thường gặp ở BN đái tháo đường vì có sự kết hợp của nồng độ glucose trong mô cao và thiếu máu cục bộ, cung cấp một môi trường thuận lợi cho sự phát triển của sinh vật.

Lưu ý đến vết sẹo sắc tố (bệnh da muện do đái tháo đường). Đó là những mảng tròn nhỏ với những đường viền gồ lên nằm trên một đường thẳng trên cẳng chân (bệnh da do đái tháo đường).



**Hình 29.13. Hoại tử mỡ do đái tháo đường.**



**Hình 29.14. Khớp Charcot gối trái.**

Hoại tử mỡ do đái tháo đường là một biểu hiện da đặc biệt của bệnh đái tháo đường nhưng hiếm (< 1% BN đái tháo đường, xem Hình 29.13). Nó được tìm thấy trên cẳng chân, nơi có sẹo màu vàng trung tâm được bao quanh bởi một viền màu đỏ khi bệnh đang ở trạng thái tiến triển. Những mảng này có thể trở thành loét.

Quan sát ở đùi, có những vị trí tiêm insulin. Có thể kèm theo teo mỡ khu trú và phì đại mỡ liên quan đến việc sử dụng insulin đơn thuần, gây ra một phản ứng miễn dịch cục bộ. Lưu ý xem có teo cơ tứ đầu do bệnh lý đơn dây thần kinh đùi, được gọi là (không chính xác) teo cơ đái tháo đường.

Nhìn gôi tìm khớp Charcot (xem Hình 29.14).

### **29.6.2.2. Sờ**

Sờ lên bất kỳ vùng tiêm chích nào để tìm các dấu hiệu teo hoặc phì đại mỡ. Bắt mạch ở tất cả các mạch ngoại vi và nhiệt độ của bàn chân, kiểm tra sự hồi phục mao mạch. Mất mạch ngoại vi, lạnh đầu chi và giảm hồi phục mao mạch là những bằng chứng của bệnh mạch máu ngoại biên do đái tháo đường.

### **29.6.2.3. Thăm khám thần kinh**

Đánh giá một cách đầy đủ về bệnh lý thần kinh ngoại biên bao gồm mất cảm giác do tổn thương cột sau (giả giang mai thần kinh do đái tháo đường) và gõ phản xạ. Đánh giá sức cơ gốc chi (loạn dưỡng cơ do đái tháo đường).

### **29.6.3. Chi trên**

Quan sát móng tay để tìm các dấu hiệu của nhiễm nấm Candidas. Đo huyết áp của BN ở cả tư thế đứng và nằm, vì bệnh lý thần kinh thực vật do đái tháo đường có thể gây hạ huyết áp tư thế.

### **29.6.4. Mắt**

Khám thị lực. Thị lực có thể bị suy yếu vĩnh viễn vì bệnh võng mạc hoặc tạm thời do những thay đổi hình dạng của giác mạc gắn liền với tình trạng tăng đường huyết và giữ nước. Tìm dấu hiệu đồng tử Argyll Robertson <sup>a</sup> – một biến chứng hiếm gặp của bệnh đái tháo đường.

Sử dụng kính soi đáy mắt, bắt đầu bằng việc kiểm tra để tìm dấu hiệu đỏ mống mắt (do hình thành mạch máu mới ở mống mắt, điều này có thể gây tăng nhãn áp, xem Hình 29.15). Sau đó, lưu ý xem có sự xuất hiện của đục thủy tinh thể không, có liên quan đến sự lắng đọng sorbitol trong thủy tinh thể (khi glucose có mặt ở nồng độ cao trong các mô nó sẽ chuyển thành sorbitol bởi enzym aldose reductase).

---

<sup>a</sup> Douglas Argyll Robertson (1837 – 1909), phẫu thuật viên nhãn khoa Scotland và là hiệu trưởng trường đại học y khoa Royal, ông mô tả điều này vào năm 1869. Đồng tử nhỏ, không đều, không cân xứng, đáp ứng mạnh với các phản xạ ánh sáng phòng nhưng không đáp ứng với ánh sáng trực tiếp.

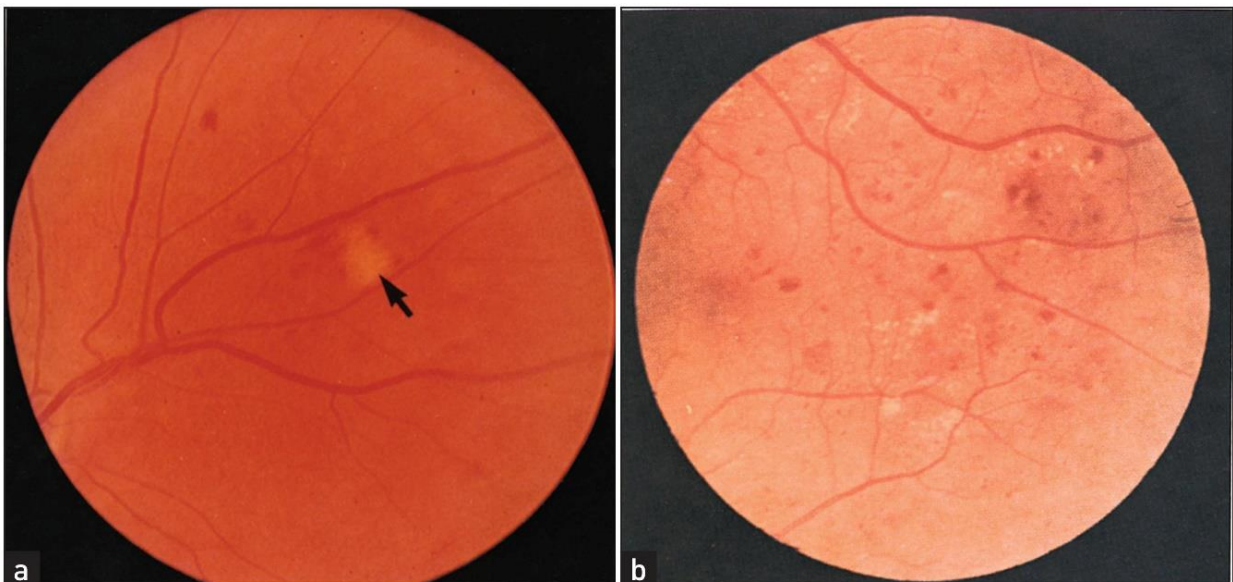




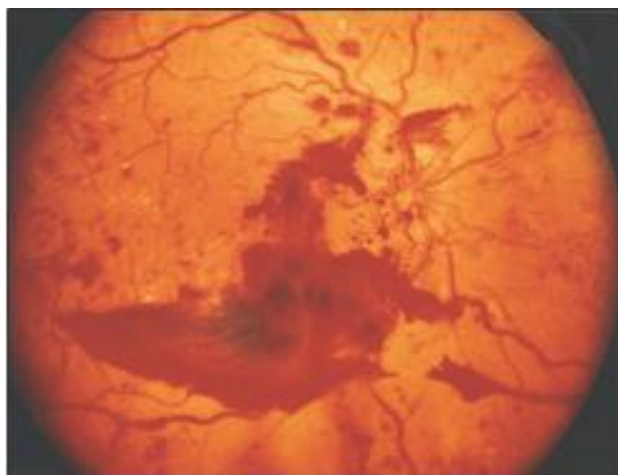
**Hình 29.15. Đỏ võng mạc. Hình thành mạch máu mới ở mặt trước võng mạc – thứ phát do thiếu máu cục bộ (thường do đái tháo đường).**

Kiểm tra võng mạc, rất nhiều thay đổi có thể xảy ra ở đây. Có hai loại chính của biến đổi võng mạc trong bệnh đái tháo đường: tăng sinh và không tăng sinh.

– Thay đổi không tăng sinh (xem Hình 29.16) có liên quan trực tiếp đến thiếu máu cục bộ của các mạch máu, bao gồm: (1) hai loại xuất huyết – dạng chấm, xảy ra ở lớp trong của võng mạc và dạng mảng, lớn hơn và xuất hiện nông hơn ở lớp sợi thần kinh; (2) các vi túi phình, do tổn thương thành mạch; (3) hai loại xuất tiết – dạng cứng với bờ thẳng và dạng mềm như cotton.



**Hình 29.16. Bệnh lý ở võng mạc do đái tháo đường. (a) xuất tiết mềm – mũi tên và xuất huyết nhỏ, (b) vi túi phình (dạng chấm), xuất huyết dạng mảng và xuất tiết vàng cứng.**



**Hình 29.17. Bệnh võng mạc tăng sinh do đái tháo đường.**

– Thay đổi tăng sinh (xem Hình 29.17) là những thay đổi của các mạch máu để đáp ứng với tình trạng thiếu máu cục bộ ở võng mạc. Chúng được đặc trưng bởi sự hình thành mạch máu mới, có thể dẫn đến xuất huyết dịch kính, hình thành sẹo và thậm chí là bong võng mạc. Bong võng mạc xuất hiện như một bong bóng bay đục hướng vào trong dịch kính. Dưới các màng mạch có thể nhìn thấy qua đó võng mạc bị bong ra như một tấm có màu đỏ sáng. Quan sát tìm các vết sẹo do chiếu laser (nhỏ màu nâu hoặc đốm màu vàng), thứ phát sau quang đông các mạch mới bằng chiếu laser.

Khám dây III, IV, VI. Đặc biệt, khám để tìm dấu hiệu liệt dây III do đái tháo đường gây thiếu máu cục bộ, đồng tử không dẫn (do nhồi máu dây III ảnh hưởng đến các sợi phía trong hơn là các sợi phía ngoài; theo cách này nó khác với tổn thương chèn ép, có hiệu ứng ngược lại).

Các dây thần kinh sọ khác có thể bị ảnh hưởng đôi khi do tai biến mạch máu não (xơ vữa mạch máu lớn). Trong trường hợp hiếm, nhiễm mucormycosis mũi – não có thể tiến triển ở những BN đái tháo đường kiểm soát kém, gây phù nề quanh hốc mắt và quanh mũi gây liệt các dây thần kinh sọ.

Khám tai để tìm bằng chứng của nhiễm trùng. Các viêm tai ngoài ác tính hiếm gặp, thường do *Pseudomonas aeruginosa*, gây ra gia tăng lượng mô hạt ở ống tai ngoài và liệt thần kinh mặt trong 50% các trường hợp.

Khám miệng tìm dấu hiệu của nhiễm *Candida*.

### **29.6.5. Cổ và vai**

Khám động mạch cảnh để tìm bằng chứng của bệnh mạch máu. Hiếm khi, có dày da của lưng trên và vai (xơ cứng bì do đái tháo đường – xâm nhiễm tan tủa ở da có phân bố rất khác nhau với xơ cứng bì, đôi khi có thể gây nhầm lẫn). Hãy tìm dấu hiệu gai đen – liên quan đến kháng insulin.

### **29.6.6. Bụng**

Sờ gan – tìm gan to (gan nhiễm mỡ hoặc nhiễm sắc tố sắt).

### **29.6.7. Phân tích nước tiểu**

Kiểm tra cho glucose và protein. Bệnh thận do đái tháo đường (viêm cầu thận, bệnh

động mạch thận hoặc viêm thận – bể thận) có thể gây ra protein niệu. Sự hiện diện của nitrite niệu và/hoặc máu có giá trị như nhiễm trùng đường niệu không có triệu chứng. Trong bệnh tiến triển có thể xuất hiện với các dấu hiệu của suy thận.

### **Bảng 29.1. Bảng tóm tắt thăm khám BN đái tháo đường.**



**Hình 29.18. Thăm khám BN đái tháo đường.**

#### **BN nằm ngửa**

##### **1. Quan sát tổng trạng**

- Cân nặng – béo phì.
- Dấu mất nước.
- Khuôn mặt nội tiết.
- Sắc tố da, nhiễm sắc tố sắt,...

##### **2. Chân**

- Quan sát
- + Da: hoại tử da, mất lông, nhiễm trùng, sẹo sắc tố teo cơ, loét, vùng tiêm chích.
- + Teo cơ.
- Sờ
- + Nhiệt độ (lạnh, xanh tím do bệnh lý mạch máu nhỏ và lớn).
- + Mạch ngoại vi.
  - Đùi.
  - Khoeo.
  - Chày sau.

##### **3. Tay**

- Quan sát
- + Vùng tiêm chích.
- + Tổn thương da.

- Bắt mạch.

##### **4. Mắt**

- Soi đáy mắt: đục thủy tinh thể, bệnh võng mạc, liệt dây thần kinh III, đỏ mống mắt,...

##### **5. Miệng**

- Nhiễm candidas.
- Nhiễm khuẩn.

##### **6. Cổ**

- Sờ và nghe động mạch cảnh.

##### **7. Ngực**

- Dấu hiệu của nhiễm khuẩn.

##### **8. Bụng**

- Gan: dấu hiệu gan nhiễm mỡ, nhiễm sắc tố sắt (hiếm).
- Đánh giá thần kinh
- + Viêm thần kinh đùi.
- + Bệnh lý thần kinh ngoại biên.

##### **9. Khác**

- Phân tích nước tiểu: glucose niệu, cetone niệu, protein niệu.
- Đo huyết áp đứng và nằm
- Tiêu chảy mỡ, hơi thở có mùi cetone

## 29.7. BỆNH PAGET

Bệnh Paget<sup>b</sup> (viêm xương biến dạng) được đặc trưng bởi sự tái hấp thu quá mức của xương bởi hủy cốt bào và bù trừ cho việc lắng đọng không có trật tự của xương mới. Nó có thể là một căn bệnh có nguồn gốc từ virus.

### 29.7.1. Quan sát tổng trạng

Lưu ý tầm vóc thấp bé (do sự uốn cong của xương dài ở các chi) và sự biến dạng rõ rệt của đầu và chi dưới.

### 29.7.2. Đầu và mặt

Thăm khám da đầu để tìm sự phì đại ở vùng trán và đỉnh, đo chu vi vòng đầu (nếu trên 55 cm coi như là bất thường). Có thể có sự nổi lên của các tĩnh mạch. Sờ thấy xương ẩm hơn và nghe trên xương sọ có thể có âm thổi tâm thu do gia tăng mạch máu ở vòm sọ. Kỳ lạ hơn nữa, có thể nghe được phé âm bằng cách đặt ống nghe lên xương sọ, điều này có thể do gia tăng dẫn truyền âm qua xương. Nếu có một vùng phù nề và tăng nhiệt độ khu trú thì đó có thể là sarcoma xương (1% BN Paget có thể tiến triển thành biến chứng này).

Khám mắt. Đánh giá thị lực và thị trường, soi đáy mắt tìm các vệt mạch máu và dấu hiệu teo gai thị. Viêm võng mạc sắc tố có thể xuất hiện nhưng hiếm. Khám tai, để tìm dấu hiệu mất thính lực (do tổn thương các xương con hoặc chèn dây thần kinh VIII do phì đại xương).

Khám các dây thần kinh sọ còn lại; tất cả có thể có tổn thương vì sự phát triển quá mức của các xương ở các lỗ ra của dây thần kinh hoặc do biến dạng vùng nền sọ (nền sọ phẳng – nơi mà hố sau trở nên bằng phẳng và các góc nền tăng).

### 29.7.3. Cổ

BN với biến dạng vùng nền sọ có cổ ngắn và chân tóc thấp. Đầu được giữ chặt và cử động ở cổ giảm. Đánh giá áp lực tĩnh mạch cảnh, vì suy tim cung lượng cao xuất hiện, đặc biệt nếu có bệnh tim thiếu máu cục bộ kèm theo.

### 29.7.4. Tim

Tìm các dấu hiệu suy tim.

### 29.7.5. Lưng

Khám tìm dấu gù cột sống (do tổn thương đốt sống gây xẹp thân đốt sống). Gõ tìm điểm đau khu trú, cảm nhận nhiệt độ và nghe âm thổi tâm thu trên thân đốt sống.

### 29.7.6. Chân

Quan sát mặt trước của xương chày và mặt ngoài của xương đùi tìm dấu hiệu cong xương (xem Hình 29.19). Cảm nhận nhiệt độ và cảm giác đau. Lưu ý bất kỳ sự xuất hiện nào của viêm xương khớp ở hông và gối, thường đi kèm trong bệnh Paget. Lưu ý bất kỳ sự sưng nóng cục bộ nào xuất hiện, bởi đó có thể là sarcoma.

---

<sup>b</sup> Sir James Paget (1814 – 1899), phẫu thuật viên tại bệnh viện St Bartholomew, London; cũng là bác sĩ của nữ hoàng Victoria.

Khám để tìm bằng chứng của liệt hai chân, không thường gặp nhưng có thể xảy ra do chèn ép tủy sống hoặc có shunt mạch máu trong tủy sống. Hiếm khi xuất hiện các dấu hiệu tiểu não do nền sọ phẳng.



**Hình 29.19. Bệnh Paget, biến dạng xương chày.**

#### **29.7.7. Phân tích nước tiểu**

Phân tích xem có sự xuất hiện của máu trong nước tiểu hay không (do có sự tăng tỷ lệ bị sỏi thận trong bệnh Paget).

## T&O'C essentials

1. Điều quan trọng là sự thường quy trong thăm khám một BN đái tháo đường. Khám sàng lọc nhanh chóng sẽ giúp phát hiện bất kỳ biến chứng nào trong rất nhiều biến chứng của bệnh.
2. Nhiều bất thường nội tiết nên được nghĩ đến nếu có khuôn mặt hoặc thể trạng bất thường. Điều này có thể bị bỏ qua, trừ khi chúng phải mất một chút thời gian nhìn lại BN một cách tổng thể.
3. Tầm vóc thấp bé thường là di truyền (từ cha mẹ có tầm vóc thấp bé), nhưng điều quan trọng là phải xem xét một số nguyên nhân nội tiết và NST, nếu trẻ em không may có tầm vóc thấp bé hơn so với cha mẹ của chúng.
4. Bệnh nội tiết có thể tác động đến bất kỳ phần nào của cơ thể. Khám tổng quát toàn diện là cần thiết cho những BN này.

## OSCE ôn tập

### Thăm khám bệnh lý nội tiết

**Topic này thường hay gặp trong OSCE, sẽ giúp ích khi ôn tập lại.**

1. Người phụ nữ này bị đái tháo đường type 2, hãy thăm khám cho bà ấy.
2. Người phụ nữ này có nhiều lông hơn bình thường, hãy thăm khám cho cô ấy
3. Người đàn ông này được chẩn đoán là hội chứng Klinefelter, hãy thăm khám cho ông ấy.
4. Người đàn ông này nhận thấy rằng bàn tay của ông ấy lớn hơn bình thường, hãy thăm khám cho ông ấy.
5. Người phụ nữ này bị đái tháo đường khoảng 30 năm này, hãy soi đáy mắt cho bà ấy và mô tả lại những gì khám được.

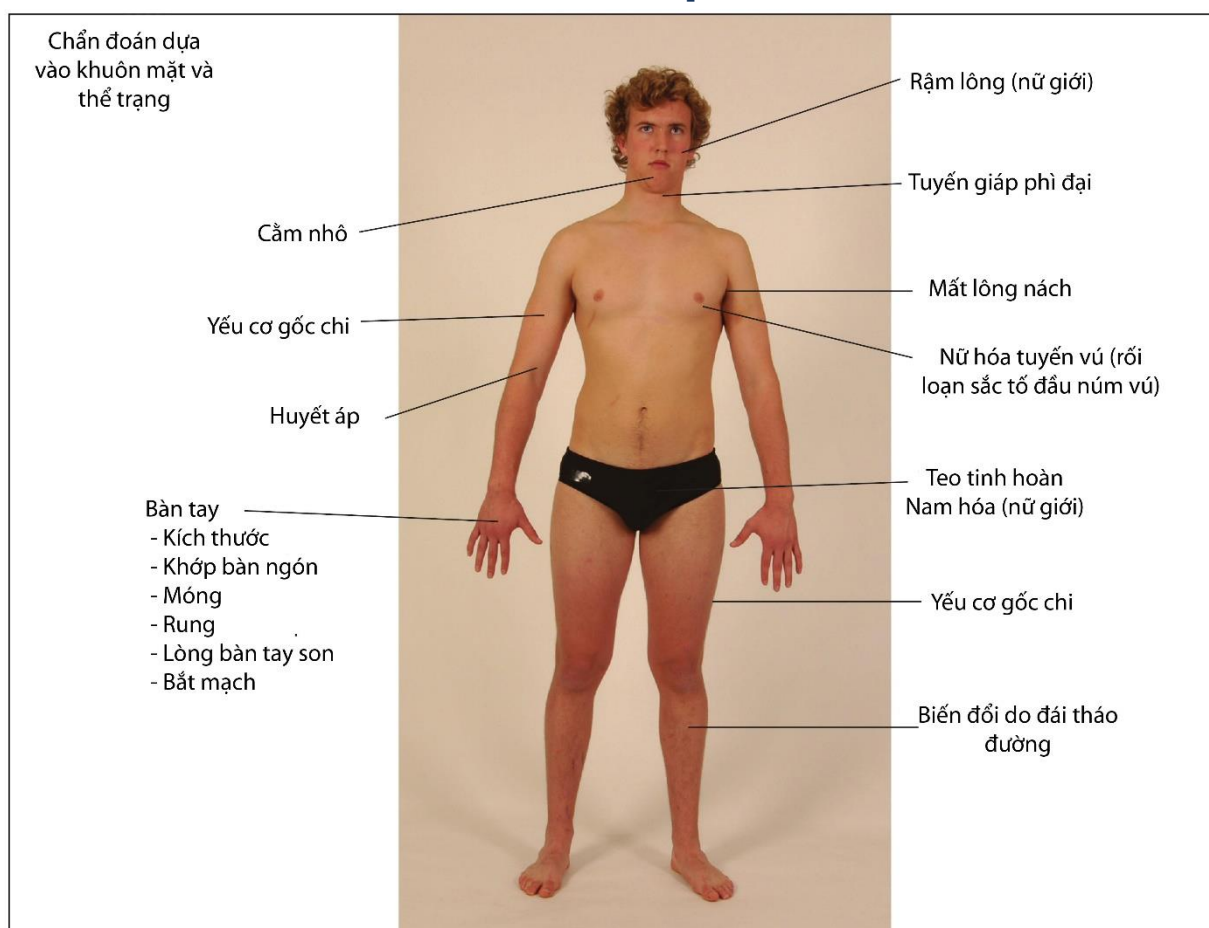
# TÓM TẮT THĂM KHÁM VÀ CẬN LÂM SÀNG CHẨN ĐOÁN BỆNH LÝ NỘI TIẾT

Nguyễn Hữu Tuấn

*Tôi đã học được điều này cách đây từ rất lâu, rằng cuộc tiểu phẫu là cuộc phẫu thuật được tiến hành cho một người nào đó không phải là bạn.*

*Bill Walton*

## 30.1. THĂM KHÁM LÂM SÀNG NỘI TIẾT



**Hình 30.1. Thăm khám các bệnh lý nội tiết.**

### **Text box 30.1. Tóm tắt thăm khám lâm sàng bệnh lý nội tiết.**

Quan sát BN một cách tổng thể để tìm một chẩn đoán dựa vào khuôn mặt và thể trạng của BN. Nhìn để tìm dấu hiệu gù cột sống ngực (gãy cột sống). Nếu chẩn đoán là rõ ràng, tiến hành thăm khám như cách đã được nêu trước đó. Nếu không, thì thăm khám theo thứ tự như sau:

Nâng bàn tay của BN lên, quan sát về kích thước của bàn tay (bệnh cực đại đầu chi), chiều dài của xương bàn ngón (giả suy tuyến cận giáp và giả giả suy tuyến cận giáp), những bất thường của móng tay (cường giáp, suy giáp và suy tuyến cận giáp), run, lòng bàn tay son và tăng tiết mồ hôi của lòng bàn tay (cường giáp).

Bắt mạch của BN (bệnh lý tuyến giáp) và huyết áp (tăng huyết áp trong hội chứng Cushing, hạ huyết áp tư thế trong bệnh Addison). Có thể thấy dấu hiệu Trousseau (tetany). Kiểm tra xem có yếu cơ gốc chi không (bệnh lý tuyến giáp, hội chứng Cushing).

Kiểm tra vùng nách. Hãy tìm dấu hiệu mất lông nách (suy tuyến yên) hoặc dấu gai đen và nhú da thừa (bệnh cực đại đầu chi).

Khám mắt (cường giáp) và đáy mắt (đái tháo đường, bệnh cực đại đầu chi). Quan sát khuôn mặt tìm dấu hiệu rậm lông hay không có lông xoắn nhẹ (suy tuyến yên). Lưu ý bất kỳ sự xuất hiện nào của nhờn da, mụn trứng cá, đỏ da (hội chứng Cushing).

Nhìn miệng tìm dấu hiệu cằm nhô và lưỡi to (bệnh cực đại đầu chi) hoặc rối loạn sắc tố miệng (bệnh Addison).

Kiểm tra cổ để xem tuyến giáp có to không. Lưu ý sự xuất hiện của vòng cổ (hội chứng Turner). Sờ tìm lớp mỡ thượng đòn (hội chứng Cushing).

Khám thành ngực tìm dấu hiệu rậm lông hay rụng lông, giảm kích thước vú ở phụ nữ (suy tuyến yên toàn thể) hoặc nữ hóa vú ở nam giới. Hãy tìm dấu hiệu rối loạn sắc tố ở núm vú (bệnh Addison). Đo khoảng cách cằm – tường nếu nghi ngờ loãng xương hoặc nhuyễn xương.

Quan sát vùng bụng để tìm dấu rậm lông, tích tụ mỡ trung tâm và rạn da màu tím (hội chứng Cushing) và cơ quan sinh dục bên ngoài như phì đại âm vật hoặc teo tinh hoàn. Nhìn vào hai chân tìm các thay đổi do đái tháo đường.

Kiểm tra cân nặng chiều cao và phân tích nước tiểu.

Thăm khám lâm sàng một BN nghi ngờ có bệnh lý nội tiết phải phù hợp với các triệu chứng cơ năng. Ví dụ, đối với một BN có thể bị bướu giáp, chúng ta cần phải xác định đúng đắn rằng khối bướu đó là do tuyến giáp phì đại và xác định các đặc tính của nó (bao gồm cả khi nó phì đại lan xuống sau xương ức), đồng thời đánh giá xem có những dấu hiệu của nhiễm độc giáp hoặc suy giáp hay không. Hãy nhớ rằng nhiễm độc giáp hoặc suy giáp có thể có ngay cả khi không có bướu giáp (cái mà làm cho chúng ta ngạc nhiên về ấn tượng đầu tiên của BN đối với chúng ta). Chúng ta có thể nghi ngờ bệnh Cushing ngay lần gặp đầu tiên; các thăm khám của chúng ta sau đó cần phải phù hợp để tìm kiếm những dấu hiệu xác nhận cái nhìn ban đầu của chúng ta (đúng hoặc không). Hãy nhớ rằng hội chứng Cushing và béo phì có thể gây khó khăn khi phân biệt ngay cả trên các xét nghiệm sinh hóa ban đầu. Các bác sĩ cũng có thể nhận ra bệnh Addison hoặc suy tuyến yên toàn thể ngay lần đầu gặp BN. Bệnh cực đại đầu chi trong giai đoạn muộn, việc chẩn đoán sẽ dễ dàng bị bỏ qua nếu chúng ta không nghĩ đến. Chẩn đoán phụ thuộc vào sự chuẩn bị trong suy nghĩ của chúng ta. Mặt khác, đái tháo đường có thể được chẩn đoán với xét nghiệm định lượng glucose trong máu thường quy, nhưng nếu chúng ta biết rằng BN có bệnh đái



tháo đường, chúng ta tập nhìn nhận một cách thường quy khi tiếp cận những trường hợp như thế này, lúc đó chúng ta không cần phải xác định BN có đái tháo đường nữa hay không mà chúng ta sẽ tìm kiếm các biến chứng của bệnh.

Tóm lại, cách mà chúng ta tiếp cận BN nghi ngờ có bệnh lý nội tiết được trình bày trong Text box 30.1, nhưng phương pháp này phải phù hợp cho với bệnh lý mà chúng ta đang nghi ngờ và chúng ta không nên tìm kiếm các vấn đề rõ ràng là không phù hợp với chẩn đoán.

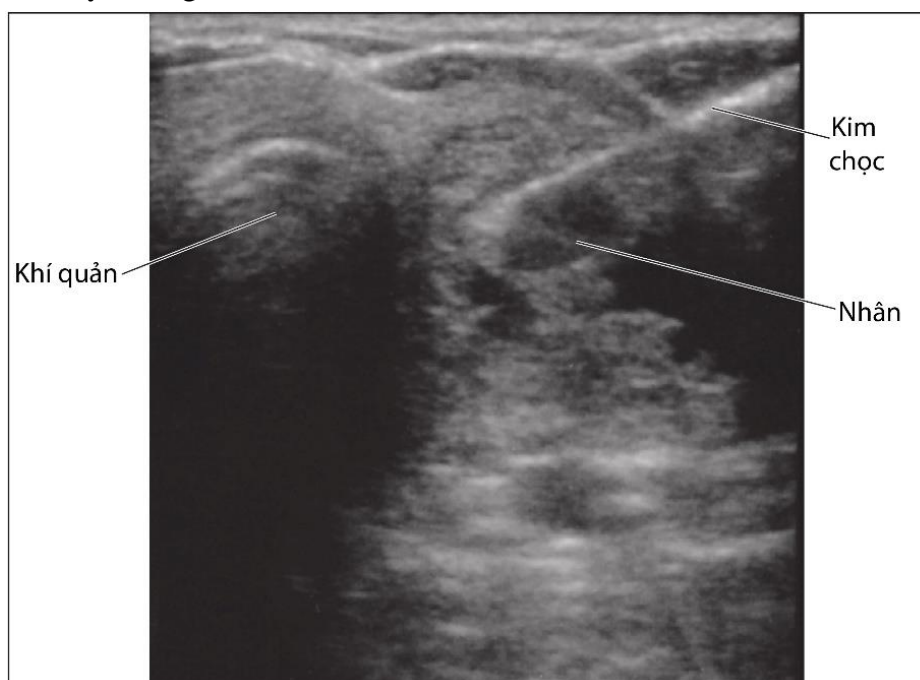
## 30.2. CẬN LÂM SÀNG CHẨN ĐOÁN

Để giải thích các cận lâm sàng thực hiện để chẩn đoán các bệnh lý nội tiết, chúng ta cần phải hiểu biết về sinh lý điều hòa hormone (các vòng feedback hormone kinh điển). Thông thường, xét nghiệm sinh hóa được thực hiện để xác định các bất thường về hormone và sau đó hình ảnh học có thể được thực hiện để xác định tổn thương về mặt giải phẫu. Sau đây là một số ví dụ được đưa ra.

### 30.2.1. Đánh giá chức năng tuyến giáp

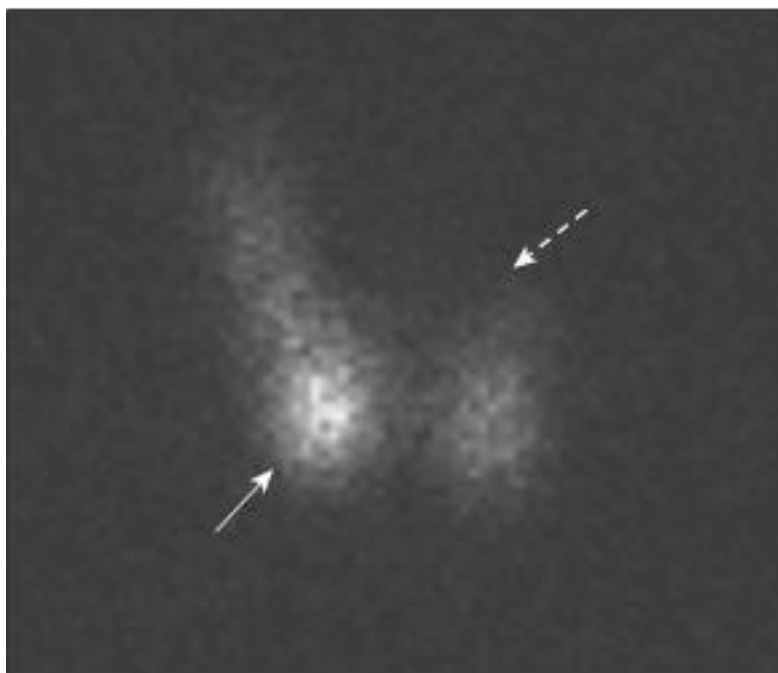
Hormone kích thích tuyến giáp (TSH) để tầm soát cho các bệnh lý tuyến giáp: nếu TSH là thấp hay cao, nồng độ T4 phải được xác định. Trong suy giáp, TSH cao do tuyến giáp không đáp ứng và tuyến yên tăng sản xuất TSH; nồng độ thyroxine (T4) thấp là phù hợp chẩn đoán. Trong cường giáp, các TSH thấp do tuyến giáp sản xuất thyroxine quá mức, ức chế tuyến yên sản xuất TSH; nồng độ T4 cao là phù hợp chẩn đoán.

Nếu một nhân đơn độc được phát hiện khi thăm khám tuyến giáp, điều quan trọng cần làm là kiểm tra TSH và thực hiện siêu âm tuyến giáp (xem Hình 30.2). Từ hình ảnh siêu âm, chúng ta có thể biết nốt đó có phải là nốt đặc hay không. Nếu nốt là đặc và lớn (> 1 cm) thì làm FNA dưới sự hướng dẫn siêu âm có thể giúp xác định xem có khối u đó có phải là ác tính hay không.



Hình 30.2. FNA dưới sự hướng dẫn của siêu âm.

Nếu TSH thấp, gợi ý cường giáp, xạ hình tuyến giáp có thể xác định rằng liệu các nốt đó có tăng chức năng (nhân “nóng”, xem Hình 30.3) hoặc không xuất tiết (nhân “lạnh”) – có thể là ác tính và FNA sẽ được chỉ định.



**Hình 30.3. Xạ hình của nhân nóng (xuất tiết – mũi tên liền) và nhân lạnh (không xuất tiết – mũi tên đứt).**

### 30.2.2. Đường máu

Đường huyết lúc đói thường được chỉ định cho việc chẩn đoán bệnh đái tháo đường. Dùng quên các tiêu chuẩn chẩn đoán: nồng độ glucose trong máu lúc đói (qua đêm)  $\geq 7,0$  mmol/l trong ít nhất hai lần xét nghiệm riêng biệt hoặc trong trường hợp không có đường huyết cao lúc đói (qua đêm), 2 giờ sau ăn nồng độ glucose máu là  $\geq 11,1$  mmol/l. Đường huyết lúc đói từ 6,1 và 7 mmol/l được coi mức đường huyết lúc đói kém ổn định. Ở những BN có các triệu chứng của bệnh đái tháo đường, đường huyết bất kì  $> 11,1$  mmol/l có thể chẩn đoán.

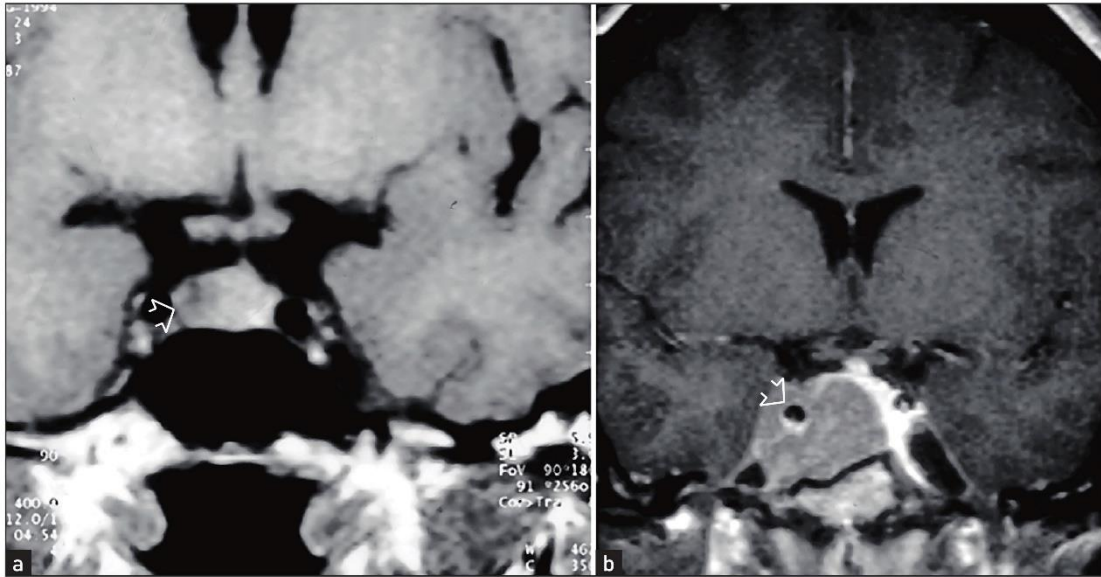
Nồng độ hemoglobin A<sub>1c</sub> (HbA<sub>1c</sub>) xác định việc kiểm soát đường huyết của BN như thế nào trong 8 – 12 tuần trước đó. Xét nghiệm này dựa trên thực tế rằng glucose tự do trong hồng cầu và gắn vào hemoglobin (không thể tách ra); các tế bào hồng cầu có đời sống trung bình là 120 ngày.

Mục tiêu kiểm soát để đạt được mức đường huyết bình thường hoặc gần như bình thường với HbA<sub>1c</sub>  $< 7\%$  nhằm giảm các biến chứng của bệnh tiểu đường. Có bằng chứng cho thấy các biến chứng của bệnh tiểu đường có thể xuất hiện khi mức đường huyết lúc đói hơn 6,1 mmol/l. Nồng độ HbA<sub>1c</sub>  $> 48$  mmol/mol ( $> 6,5\%$ ) là phù hợp với chẩn đoán đái tháo đường.

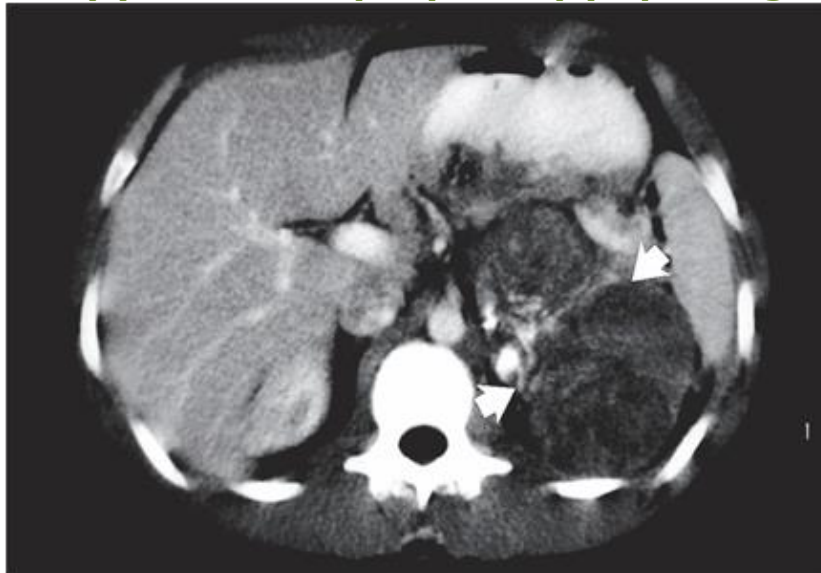
### 30.2.3. Hội chứng Cushing

Chúng ta có thể nghi ngờ hội chứng này nếu có sự tăng quá mức cortisol máu trên lâm sàng và điều này có thể được củng cố thêm bằng xét nghiệm máu thường quy (kali thấp

với nhiễm kiềm, đường huyết cao). Sau đó, chúng ta nên yêu cầu xét nghiệm sinh hóa để tầm soát chẩn đoán (xét nghiệm nồng độ cortisol máu vào buổi sáng và buổi tối, cortisol tự do trong nước tiểu 24 giờ hoặc nghiệm pháp ức chế bằng 1 mg dexamethasone qua đêm khi mức cortisol buổi sáng không bị ức chế). Để xác định chẩn đoán, làm test ức chế dexamethasone liều cao hơn và định lượng nồng độ ACTH, sau đó nếu có chỉ định, chụp CT scan hoặc MRI não để xác định liệu có u tuyến yên hay không (xem hình 30.4). Bệnh thượng thận (adenoma tiết cortisol; xem hình 30.5) cũng có thể gây xuất hiện bệnh Cushing. Mặt khác, tiết ACTH lạc chỗ (carcinoma tế bào nhỏ của phổi), thường không gây triệu chứng lâm sàng điển hình của bệnh Cushing, nhưng có thể gây rối loạn sắc tố.



**Hình 30.4. MRI (a) adenoma tuyến yên và (b) hội chứng hố yên trống.**



**Hình 30.5. CT scan u thượng thận có hình ảnh hoại tử.**

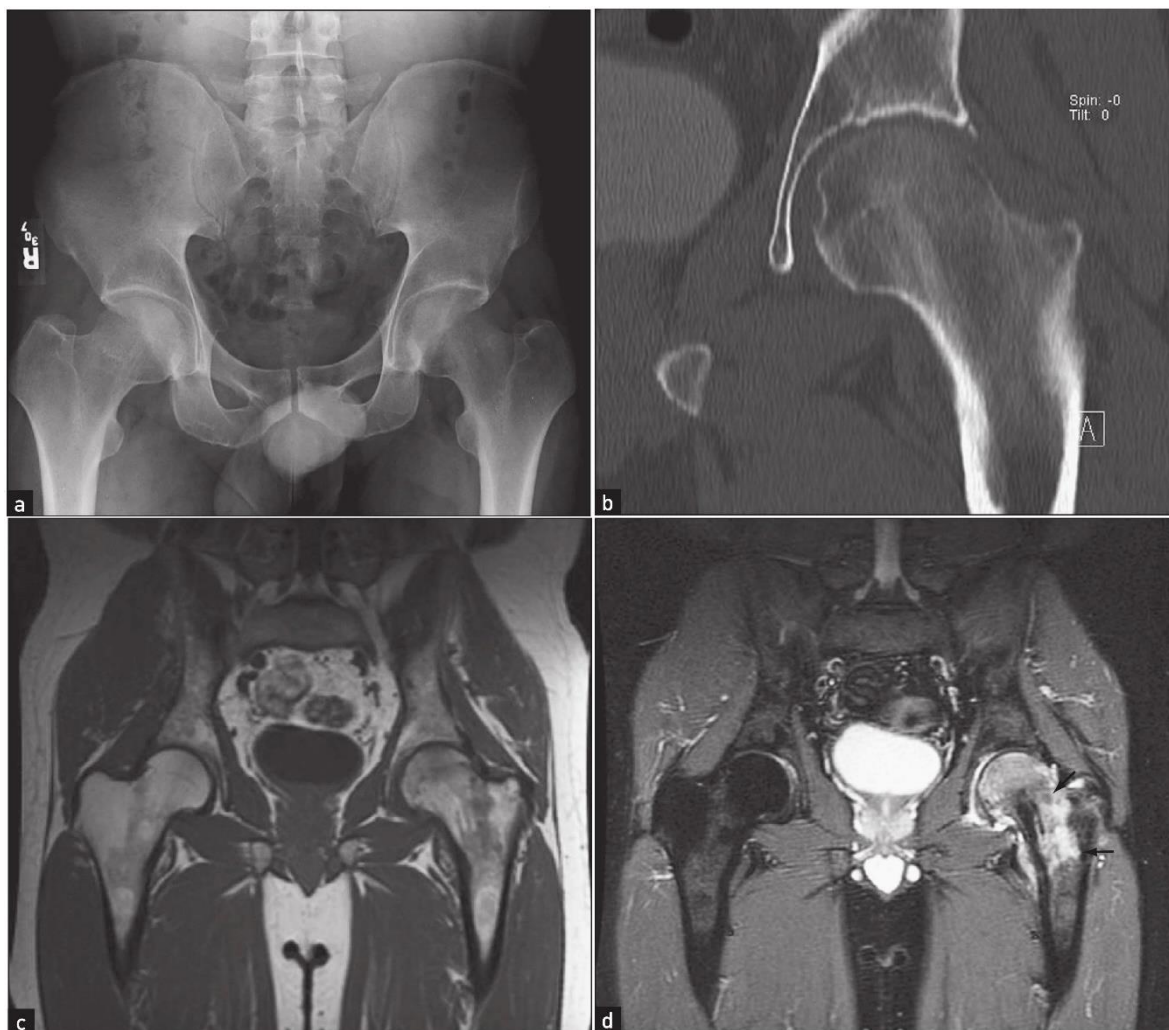
### 30.2.4. Bệnh Addison

Chúng ta có thể nghi ngờ suy thượng thận mạn tính trên các xét nghiệm máu thường quy (natri máu thấp và kali máu cao trên điện giải đồ). Việc chẩn đoán được xác định bằng

cách tiêm ACTH tổng hợp và đo nồng độ cortisol đáp ứng (còn gọi là nghiệm pháp synacthen).

### 30.2.5. Bệnh về xương

Một số bệnh về xương có thể do các bệnh lý nội tiết. Ví dụ như gãy xương thứ phát do loãng xương (giảm mật độ khoáng của xương, xem hình 30.6) và ít gặp hơn như nhuyễn xương (do thiếu vitamin D).



**Hình 30.6. X quang and CT scan của loãng xương. Chú ý giảm mật độ xương.**

Đo mật độ xương bằng cách sử dụng phương pháp đo độ hấp thụ năng lượng tia X kép (DEXA – dual energy X ray absorptiometry), đánh giá mật độ khoáng của xương và quan trọng phải xem xét những BN đã được điều trị bằng corticosteroid kéo dài hoặc những BN đã có gãy xương xảy ra sau chấn thương nhẹ. Sau đó xem lại bất kỳ phim X quang xương nào có sẵn của BN.

Định lượng nồng độ calci huyết, phosphate và phosphatase kiềm (một enzyme từ xương cũng như gan) có thể giúp tìm ra các bệnh xương có khả năng. Những xét nghiệm này đều là bình thường trong bệnh loãng xương. Chúng ta cũng có thể xét nghiệm nồng độ vitamin D, thường thấp trong nhuyễn xương.

Nếu nồng độ calci huyết cao trên các xét nghiệm thường quy hoặc khi đánh giá các bệnh về xương, một số nguyên nhân cần phải được xem xét, từ bệnh của tuyến cận giáp đến việc dùng vitamin D quá mức hoặc các bệnh lý ác tính. Hãy chắc chắn rằng nồng độ calci được đo là chính xác, vì nó có thể tăng do việc lấy máu không đúng hoặc cô đặc máu hoặc albumin thấp vì bất kỳ lý do nào. Cường cận giáp nguyên phát là một nguyên nhân quan trọng gây tăng calci máu (thường do adenoma cận giáp đơn độc). Nếu nồng độ PTH cũng tăng, cường cận giáp là chẩn đoán có khả năng nhất. Trong tình huống tăng calci là sự thật, nhưng nồng độ PTH trong giới hạn bình thường cao, đó là dấu hiệu cảnh báo chúng ta về chẩn đoán này, vì PTH phải bị ức chế với nồng độ calci máu cao.) Nếu PTH bình thường, chúng ta cần phải tìm kiếm các nguyên nhân khác của tăng calci máu, đặc biệt là các bệnh ác tính.

## T&O'C essentials

1. Những thay đổi xuất hiện ở các bệnh lý nội tiết như suy giáp và bệnh cực đại đầu chi có thể tiến triển một cách rất từ từ. Chúng có thể rõ ràng khi một BN đến gặp bác sĩ.
2. Nhiều triệu chứng của bệnh lý tuyến giáp là không đặc hiệu và các chỉ số nghi ngờ cao cần thiết cho việc chẩn đoán phải được xem xét.
3. Đái tháo đường thường gặp nhất và quan trọng trong các bệnh nội tiết.
4. Loãng xương (nhuyễn xương) rất thường gặp ở người cao tuổi và là một nguyên nhân quan trọng của gãy xương. Nó cần phải được kiểm tra thường quy.
5. Cận lâm sàng chẩn đoán các bệnh lý nội tiết được sử dụng để xác định các bất thường nội tiết và hình ảnh học thường là cần thiết để xác định các tuyến nội tiết có liên quan.

## OSCE ôn tập

### Thăm khám bệnh lý nội tiết

**Topic này thường hay gặp trong OSCE, sẽ giúp ích khi ôn tập lại.**

1. Hãy thăm khám cho người phụ nữ có bướu giáp.
2. Hãy thăm khám cho người phụ nữ với tăng cân và yếu cơ.
3. Hãy thăm khám cho người đàn ông với huyết áp thấp và sạm da.
4. Người đàn ông này bị đái tháo đường, hãy thảo luận để đưa ra các cận lâm sàng hữu ích trong việc kiểm soát đường huyết cho ông ấy.
5. Người phụ nữ này nghi ngờ bị loãng xương, hãy đưa ra các cận lâm sàng cần thiết.

Mai Văn Muồng

*Ai có thể biết được các cấu trúc não khi mà nó bị rối loạn do rượu?  
Hippocrates (460 – 375 BC)*

### 31.1. TRIỆU CHỨNG

Khai thác bệnh sử hệ thần kinh bắt đầu từ những chi tiết của các triệu chứng cơ năng (xem List 31.1). Nên để BN tự kể và diễn tả về những triệu chứng của chính họ. Sau đó, người thầy thuốc cần hỏi thêm để làm rõ những thông tin mà BN khai cũng như hỏi thêm những triệu chứng cần thiết khác. Một điều đặc biệt quan trọng là thời gian diễn tiến bệnh, nó có thể cung cấp cho chúng ta thông tin quan trọng về nguyên nhân của bệnh.

#### List 31.1. Bệnh sử bệnh lý thần kinh.

##### Triệu chứng cơ năng \*

- Đau vùng đầu, mắt.
- Đau vùng cổ và lưng.
- Động kinh, ngất hay cơn động kinh nhỏ.
- Choáng váng hay chóng mặt.
- Thay đổi về thị giác, thính giác và khứu giác.
- Thay đổi về dáng đi.
- Giảm hoặc rối loạn về cảm giác, yếu một hoặc nhiều chi.
- Rối loạn cơ vòng (cơ vòng bang quang, đường tiêu hóa).
- Cử động không chủ ý hay run.
- Rối loạn về nuốt và lời nói.
- Rối loạn về nhận thức.

##### Yếu tố nguy cơ bệnh mạch máu não

- Tăng huyết áp.
- Hút thuốc lá.
- Đái tháo đường.
- Tăng lipid máu.
- Rung nhĩ, viêm nội tâm mạc nhiễm trùng, nhồi máu cơ tim do huyết khối.
- Các bệnh lý huyết học.
- Tiền sử đột quy của gia đình.

*\* Chú ý: đặc biệt chú ý đến thời gian diễn tiến bệnh để xem các triệu chứng gợi ý đến bệnh lan tỏa hay khu trú và có khả năng liên quan đến hệ thần kinh không.*

Sự khởi phát cấp tính của các triệu chứng (từ vài phút đến vài giờ) thường gợi ý đến các bệnh lý về mạch máu não và cơ giât (ví dụ: sự khởi phát đau đầu dữ dội trong xuất huyết khoang dưới nhện hay sự khởi phát cấp tính của cơn động kinh).

Sự khởi phát của một số bệnh có thể đến đột ngột khi đang làm gì đó (ví dụ: khi đang tập thể dục) hoặc có thể có dấu hiệu báo trước (aura: tiền triệu). Tiền triệu là dấu hiệu đến trước, có thể xảy ra ở cục bộ cơ quan nào đó (ví dụ như rối loạn về thính giác, vị giác,

khứu giác, rối loạn về ngôn ngữ hay vận động) hoặc lan tỏa (như cảm giác sợ hãi). Sự xuất hiện của dấu hiệu tiền triệu và theo sau đó là sự mất ý thức thường gợi ý đến chẩn đoán cơn động kinh lớn hoặc cơn động kinh cục bộ phức tạp.

Các triệu chứng của đột quy hay tai biến mạch máu não thường xuất hiện sau vài phút hoặc ngay khi thức dậy, gây ra tổn thương chức năng khu trú ở não. BN không thể cử động một bên của cơ thể (liệt nửa người) hoặc gặp khó khăn trong việc nói hoặc nuốt. Khi các triệu chứng này mất đi trong 24 giờ thì được gọi là cơn thiếu máu não thoáng qua (TIA: transient ischaemic attack – quan điểm cũ). Sự khởi phát cấp tính của các triệu chứng hầu như đều có nguyên nhân từ mạch máu như: huyết khối, nhồi máu hay xuất huyết. Nếu BN tỉnh táo có thể trả lời được các câu hỏi thì điều quan trọng cần hỏi là sự khởi phát của các triệu chứng (diễn tiến nhanh hay chậm) và các yếu tố nguy cơ gây đột quy (xem Questions box 31.1).

### **Questions box 31.1. Những câu hỏi để hỏi BN (không có mất ngôn ngữ) để xem khả năng bị đột quy hay cơn thiếu máu não thoáng qua.**

1. Ông/bà có để ý thấy điều gì khác thường xảy ra với mình không?
2. Nó xảy ra như thế nào? Kéo dài bao lâu?
3. Hiện tại nó có cải thiện hoặc khỏi chưa?
4. Ông/bà đã từng bị đột quy trước đây không? Nó ảnh hưởng tới ông/bà thế nào?
5. Ông/bà có bị tăng huyết áp hay tăng mỡ máu không (yếu tố nguy cơ)?
6. Ông/bà có bị đái tháo đường không (yếu tố nguy cơ)?
7. Ông/bà có hút thuốc lá không (yếu tố nguy cơ)?
8. Trong gia đình có ai từng bị đột quy không?
9. Ông/bà hay có đánh trống ngực không? Có đi khám được chẩn đoán là rung nhĩ không?
10. Ông/bà có từng được điều trị với các thuốc kháng đông như Aspirin hay Warfarin không?

Sự khởi phát đột ngột của yếu nửa người sau đó thì biến mất và xuất hiện cơn đau đầu nặng là điểm đặc trưng của liệt nửa người migraine, nhưng đối với BN lớn tuổi có thể không có đau đầu đặc hiệu. Chính điều này gây khó khăn trong việc chẩn đoán phân biệt với cơn thiếu máu não thoáng qua. Sự khởi phát từ từ của sự yếu cơ thì gợi ý đến bệnh của cơ hơn là các bệnh lý ở mạch máu.

Nếu sự khởi phát bán cấp (vài giờ đến vài ngày) thường xuất hiện trong các bệnh lý viêm nhiễm (ví dụ: viêm màng não, áp xe não hay hội chứng Guillian – Barré<sup>a</sup>, đây là bệnh lý viêm đa rễ thần kinh cấp tính).

Quá trình diễn tiến mạn tính của các triệu chứng thường gợi ý đến các bệnh lý diễn tiến âm thầm, thường liên quan đến u não (vài tuần đến nhiều tháng) hoặc các bệnh lý thoái hóa (vài tháng đến nhiều năm). Sự rối loạn chuyển hóa hoặc nhiễm độc có thể xuất hiện ở bất kỳ thời điểm nào trong quá trình diễn tiến của bệnh.

Dựa vào bệnh sử (kết hợp khám lâm sàng), một quyết định được đưa ra để đánh giá

---

<sup>a</sup> Georges Guillian (1876 – 1961), Jean Alexandre Barré (1880 – 1967) và A Strohl đã cùng miêu tả về hội chứng này năm 1916; nhưng tên của Strohl đã bị bỏ qua do chống đối với Đức trong Chiến tranh thế giới thứ nhất.



xem đây là một bệnh lý khu trú hay lan tỏa và tổn thương ở mức độ nào của hệ thần kinh (hệ thần kinh có thể được chia làm 4 mức độ khác nhau: hệ thần kinh ngoại biên, tủy sống, hố sau và bán cầu đại não). Xem xét thời gian diễn tiến của bệnh và mức độ tổn thương của hệ thần kinh sẽ cho chúng ta những hướng chẩn đoán phân biệt hợp lý bằng những triệu chứng của BN. Sau khi hỏi chi tiết về các triệu chứng cơ năng, sẽ hỏi về tiền sử các triệu chứng thần kinh trước đây cũng như hỏi về các chẩn đoán và cận lâm sàng liên quan đến hệ thần kinh trước đây của BN. BN có thể biết được kết quả CT scan hoặc MRI mà họ đã được làm trong quá khứ. Một bệnh sử hệ thần kinh tỉ mỉ gồm những câu hỏi về những thói quen hằng ngày có thể có các triệu chứng của hệ thần kinh (xem Questions box 31.2). Nếu BN trả lời “có” với những câu hỏi này thì sẽ hỏi những câu hỏi chi tiết hơn về quá trình và thời gian diễn tiến của triệu chứng.

### **Questions box 31.2. Những câu hỏi để hỏi BN về các vấn đề có thể xảy ra với hệ thần kinh.**

---

1. Ông/bà cảm thấy vấn đề gì đang xảy ra với mình?
2. Ông/bà thuận tay trái hay tay phải?
3. Ông/bà có cảm thấy khó chịu ở vùng đầu không?
4. Ông/bà có cảm thấy chóng mặt hay mất thăng bằng không?
5. Ông/bà có cảm thấy việc nói chuyện của mình khó khăn hơn trước không?
6. Ông/bà có cảm thấy thị lực của mình thay đổi không?
7. Ông/bà có cảm thấy yếu ở tay hay chân không?
8. Ông/bà đã từng bị động kinh hay mất trí nhớ tạm thời không?
9. Ông/bà đã từng bị chấn thương vùng đầu không?
10. Ông/bà có cảm thấy khó chịu ở vùng lưng không?
11. Ông/bà đã từng chụp phim sọ não hay cột sống chưa?
12. Ông/bà đã từng uống những loại thuốc gì?
13. Ông/bà có tăng huyết áp không?
14. Trong gia đình ông/bà có ai mắc bệnh về cơ hay hệ thần kinh không?
15. Ông/bà có uống rượu không?

---

#### **31.1.1. Triệu chứng đau đầu và đau vùng mặt**

Đau đầu là triệu chứng rất thường gặp (xem Questions box 31.3). Khi xảy ra cơn đau đầu, điều quan trọng là phải xác định rõ đặc điểm, mức độ, vị trí, thời gian, tần số xuất hiện, hướng lan, yếu tố làm tăng, làm giảm và các triệu chứng kèm theo. Đau đầu một bên có dấu hiệu báo trước như thấy được tia chớp hoặc đường zigzag và có cảm giác sợ ánh sáng (photophobia: sợ ánh sáng) có khả năng là đau đầu migraine có tiền triệu (hay đau đầu kinh điển); nhưng đau đầu migraine lại thường không có tiền triệu. Cơn đau đầu ở vùng mặt (hoặc vùng thái dương) kéo dài vài phút đến vài giờ, thường có kèm theo chảy nước mắt, chảy nước mũi và đỏ mژه vùng trán, nó thường xuất hiện thành những đợt cấp kéo dài vài tuần, mỗi năm có một đến vài đợt thì gợi ý đến đau đầu từng cụm (cluster headache). Loại đau đầu này thường xuất hiện trội hơn ở nam giới và họ thường than phiền là đau không thể chịu nổi. Đau đầu xuất hiện ở vùng chẩm và thường kèm theo cứng cổ, có thể nguyên nhân do gai đốt sống cổ (cervical spondylosis). Đau đầu do sex (coital headache) xuất hiện trong khi quan hệ tình dục gần đạt tới cực khoái. Cơn đau đầu này

thường xảy ra ở tuổi trung niên. Nó thường khởi phát đột ngột, giai đoạn đau dữ dội kéo dài khoảng 15 phút và có thể gây cho BN cảm giác khó chịu đến vài giờ sau đó. BN không có buồn nôn hay cứng cổ. Đây là bệnh lý lành tính, nguyên nhân không rõ ràng và cần được chẩn đoán phân biệt với xuất huyết khoang dưới nhện vì nó cũng có thể xảy ra trong lúc quan hệ tình dục.

### Questions box 31.3. Những câu hỏi để hỏi BN bị đau đầu.

1. Con đau như thế nào (ví dụ như: âm ỉ, rõ ràng, đau nhói hay đau như siết chặt)?
2. Ông/bà cảm thấy đau ở đâu – ở trước hay sau, một bên hay ở vùng mặt?
3. Con đau trầm trọng thế nào, kéo dài bao lâu?
4. Nó xuất hiện đột ngột và dữ dội không? (gặp trong xuất huyết khoang dưới nhện)
5. Có dấu hiệu báo trước khi xuất hiện cơn đau đầu không (ví dụ: BN thấy ánh sáng chớp hoặc đường zigzag)? (đau đầu migraine)
6. Ông/bà có nhạy cảm với ánh sáng không (chứng sợ ánh sáng)? (đau đầu migraine)
7. Ông/bà có ngủ gà hoặc buồn nôn không? (tăng áp lực nội sọ)
8. Ông/bà có đau đầu một bên hoặc vùng thái dương và có nhìn đôi, đau hàm khi nhai hay mờ mắt không? (viêm động mạch thái dương)
9. Con đau nặng nề nhất xuất hiện ở vùng xương gò má? (viêm xoang)
10. Con đau đầu xuất hiện thành từng cụm và có chảy nước mắt một bên không? (đau đầu từng cụm)
11. Con đau đầu có kéo dài, xuất hiện khi đầu óc căng thẳng không và không có triệu chứng gì khác? (đau đầu Tension)
12. Ông/bà có uống nhiều rượu vào buổi tối không? (hangover: nôn nao, khó chịu sau khi uống rượu)

### Good signs guide 31.1. Viêm động mạch thái dương.

Dấu hiệu	LR+	LR-
– Nhìn đôi	3,6	0,96
– Đau hàm khi nhai (đau hàm dưới gần khớp thái dương hàm sau khi nhai một ít thức ăn dai)	4,3	0,72
– Da đầu nhạy cảm	1,7	0,73
– Cơn đau đầu bất kỳ	1,7	0,67
– Rối loạn thị giác (thường đột ngột mù một mắt)	1,1	0,97

Cơn đau đầu lan tỏa có tính chất trở nên nặng hơn vào buổi sáng và có kèm theo ngủ gà hay nôn ói thì có thể đây là tình trạng tăng áp lực nội sọ. Trong khi đó cơn đau đầu có kèm theo sợ ánh sáng và sốt cũng như có cổ cứng và diễn tiến từ từ có thể nguyên nhân là do viêm màng não. Cơn đau đầu một bên dai dẳng ở vùng thái dương thường liên quan đến sự tổn thương ở động mạch thái dương nông và kết hợp với mờ mắt hay nhìn đôi thì gợi ý đến viêm động mạch thái dương nông. Bệnh cảnh này (xem Good signs guide 31.1) thường có kèm theo đau hàm khi nhai (jaw claudication). Điều này thường làm cho BN bị giảm cân đáng kể. Đau đầu kèm theo đau vùng sau mắt, vùng má hay vùng trán hay gặp trong viêm xoang cấp. Sự khởi phát kịch phát ngay lập tức của một cơn đau đầu dữ dội thường khởi đầu khu trú nhưng sau đó trở thành lan tỏa và có kèm theo cứng cổ thì nguyên

nhân có thể là do xuất huyết khoang dưới nhện. Con đau đầu xuất hiện vào buổi sáng, trầm trọng hơn khi ho, đặc biệt là thường gặp ở người béo phì thì có thể là do tăng áp lực nội sọ vô căn; giảm thị giác cũng có thể xuất hiện.

Sau cùng, loại đau đầu phổ biến nhất là đau đầu do căng thẳng (tension – type headache) xảy ra mạn tính hoặc đau đầu từng cơn. Loại này thường đau ở cả hai bên, xuất hiện ở vùng trán, vùng chẩm hoặc vùng thái dương và có thể được diễn tả như cảm giác siết chặt, kéo dài hàng giờ và thường xuyên tái xuất hiện. Nó thường không có các triệu chứng kèm theo như buồn nôn, nôn ói, yếu chi hay dị cảm (như ngứa ở chi) và đau không làm BN thức giấc khi ngủ.

Ghi nhớ từ POUND khi cần phân biệt đau đầu migraine với đau đầu do căng thẳng:

**Pulsatile headache:** đau theo nhịp đập

4 – 72h **Ours duration:** kéo dài 4 – 72 giờ

**Unilateral (not bilateral):** một bên

**Nausea and/or vomiting:** buồn nôn/nôn ói

**Disabling headache:** đau đầu làm mất khả năng

Nếu có 4 đến 5 đặc điểm này thì LR+ của đau đầu migraine là rất cao.

Đau vùng mắt có thể là hậu quả của đau dây thần kinh sinh ba, viêm khớp thái dương – hàm dưới, glaucoma, đau đầu từng cụm, viêm động mạch thái dương nông, tâm thần, phình động mạch cảnh trong hoặc động mạch thông sau và gặp trong hội chứng khe ô mắt trên.

### 31.1.2. Triệu chứng ngất và co giật

Điều quan trọng là cần phân biệt được ngất xỉu (sự mất ý thức thoáng qua) với cơn động kinh (xem Questions box 31.4). Tuy nhiên, phần lớn các trường hợp ngất xỉu có thể có nguyên nhân từ các cơn co giật mạnh xuất hiện đột ngột, chiếm đáng kể trong tổng số trường hợp ngất xỉu<sup>b</sup>. Cơn co cứng – co giật toàn thể (generalised tonic – clonic seizures hay major seizures – grand mal epilepsy) gây ra mất ý thức đột ngột có thể được báo trước bởi một tiền triệu. Trong cơn, BN thường có tiêu tiểu không tự chủ và lưỡi bị cắn chặt. Những người xung quanh chứng kiến cơn giật của BN có thể mô tả đầy đủ các đặc điểm của cơn giật. Điều quan trọng đối với bất kỳ cơn co giật nào là xác định co giật toàn thể hay khu trú – co giật một bên của cơ thể có thể cho biết vị trí tổn thương nằm ở đâu trong hệ thần kinh trung ương như khối u hay áp xe. Nếu ý thức bị suy giảm thì cơn co giật cục bộ này được diễn tả là “phức tạp” (complex); nếu ý thức không bị suy giảm thì được gọi là “đơn giản” (simple). Cơn vắng ý thức (cơn động kinh nhỏ – petit mal) hay xuất hiện ở trẻ em. Loại này thường có nhiều đợt mất ý thức ngắn và BN thường hay nhìn chăm chăm và mắt trợn ngược. Các cử động vận động lớn thường ít xuất hiện trong loại này.

---

<sup>b</sup> Việc chẩn đoán nguyên nhân của mất ý thức thoáng qua thường khó khăn. BN thường thấy Bác sĩ tìm mạch nghĩ đến đầu tiên là nguyên nhân ở hệ thần kinh. Trong khi các bác sĩ thần kinh nghĩ đến đầu tiên là nguồn gốc từ tim mạch.

## Questions box 31.4. Những câu hỏi để hỏi BN ngất xỉu hoặc choáng váng hoa mắt.

---

1. Ông/bà có bị mất ý thức hoàn toàn không? Nó kéo dài bao lâu?
  2. Ông/bà có bị mờ mắt hay choáng váng hoa mắt khi đứng dậy đột ngột không? (hạ huyết áp tư thế – postural hypotension)
  3. Tình trạng này có xuất hiện thường xuyên không?
  4. Ông/bà có cảm thấy đầu mình quay tròn không? ( chóng mặt: vertigo)
  5. Triệu chứng này xuất hiện lúc tập thể dục gắng sức hay buổi tối lúc thức dậy đi tiểu? (exercise – gợi ý đến sự tắc nghẽn luồng máu qua thất trái như hẹp van động mạch chủ. Pass urine at night – ngất lúc tiểu)
  6. Ông/bà có bị chấn thương gì gần đây không?
  7. Ông/bà có thấy dấu hiệu gì báo trước không? (cảm thấy buồn nôn (sau đó ngất) khi đang ở trong phòng ngột ngạt thì gợi ý đến cơn vận mạch phế vị (vasovagal episode); khúu giác thay đổi và cảm giác déjà – vu thì gợi ý đến tiền triệu của cơn co giật).
  8. Ông/bà có tiểu trong cơn không? (seizure)
  9. Ông/bà có tự cắn lưỡi không? (seizure)
  10. Có ai thấy ông/bà bị ngất và để ý thấy ông/bà co cứng – co giật không? (gợi ý đến cơn co giật nhưng cũng có thể ngất xỉu do bệnh lý tim mạch)
  11. Khi tỉnh dậy ông/bà cảm thấy bình thường hay ngủ gà? (bình thường – ngất do tim. Ngủ gà – động kinh)
  12. Ông/bà có đang dùng các thuốc như: thuốc hạ áp, thuốc chống loạn nhịp tim hay thuốc chống động kinh không?
- 

Đôi khi cơn thiếu máu não thoáng qua có thể tác động lên thân não và làm cho BN choáng váng. Người ta dùng thuật ngữ cơn khuyu (drop attacks) để chỉ trạng thái BN ngã sụp xuống nhưng không có mất ý thức. Trong trường hợp này, BN khuyu xuống mà không có sự báo trước và cơn này thường diễn tiến ngắn. Hạ đường huyết (hypoglycaemia) có thể gây ra sự mất ý thức. BN hạ đường huyết cũng có thể được báo trước bởi sự đổ mồ hôi, yếu chi và lú lẫn trước khi mất ý thức. Hạ đường huyết hay xảy ra ở người đái tháo đường và đang điều trị bằng insulin hoặc thuốc hạ đường huyết đường uống. Cơn mất ý thức giả hay xảy ra ở BN mắc chứng Hysteria <sup>c</sup>. Trong những lúc như vậy, BN này thường sụp xuống đất mà không có sự chống đỡ nào và không có bất kỳ chấn thương nào, BN thường có sự dao động về mức độ mất ý thức trong thời gian ngắn.

### 31.1.3. Triệu chứng chóng mặt

Điều quan trọng là phải làm cho BN hiểu được nghĩa của từ chóng mặt (dizziness <sup>d</sup>) là gì. Nhưng thực sự là thuật ngữ vertigo, đây là cảm giác chuyển động (nhưng thực tế không có), thường là chuyển động môi trường xung quanh nhưng cũng có thể là đầu BN. Khi chóng mặt nặng, BN thường không có khả năng đứng hay đi và kèm theo các triệu chứng như buồn nôn, nôn ói, xanh xao, đổ mồ hôi và đau đầu cũng có thể xuất hiện. Điếc tai có

---

<sup>c</sup> Hysteria là từ cũ nhưng được dùng phổ biến dùng hơn là bệnh tâm căn

<sup>d</sup> Từ này có nguồn từ tiếng Anh cũ dysig, nghĩa là "stupid"

thể có hoặc không, thời gian diễn tiến của chóng mặt có thể giúp ích qua quá trình chẩn đoán (xem Bảng 31.1).

**Bảng 31.1. Bệnh sử và nguyên nhân của chóng mặt.**

Triệu chứng	Chẩn đoán thích hợp
Chóng mặt liên tục và không có giảm thính giác	Viêm dây thần kinh tiền đình (vestibular neuronitis)
Chóng mặt không liên tục và không có giảm thính giác	Chóng mặt tư thế lành tính (benign positioning vertigo)
Chóng mặt liên tục và có giảm thính giác	Viêm mê đạo (labyrinthitis)
Chóng mặt không liên tục và có ù tai, giảm thính giác	Bệnh Menieres (Mesnière's disease)

Những nguyên nhân chóng mặt do tổn thương tiền đình ngoại biên:

– Chóng mặt tư thế lành tính – cơn chóng mặt diễn ra ngắn, xuất hiện khi thay đổi tư thế đầu, do sự di chuyển của các thạch nhũ trong xoang nang và cầu nang.

– Viêm dây thần kinh tiền đình – chóng mặt không do tư thế, gây ra bởi sự viêm dây thần kinh tiền đình và không có giảm thính giác.

– Viêm mê đạo cấp – có liên quan đến giảm thính giác.

Những nguyên nhân khác gây chóng mặt:

– Dùng các thuốc gây độc cho tai (như aminoglycosides), liên quan đến điếc và ù tai.

– Bệnh Menieres<sup>e</sup> (Mesnière's disease) hay xuất hiện ở người trên 50 tuổi, có các triệu chứng chóng mặt, ù tai và điếc tai dần dần.

– U dây thần kinh (BN cũng có thể ù tai và điếc tai).

– Nguyên nhân trung ương như cơn thiếu máu não thoáng qua hệ động mạch đốt sống thân nền (vertebrobasilar TIAs) – nguyên nhân này có thể gây ra nhìn đôi (double vision), giảm thị lực và mất điều hòa; xơ cứng rải rác hay u tiểu não.

– Hiếm gặp hơn là tắc động mạch tai trong.

### 31.1.4. Rối loạn thị giác và thính giác

Các rối loạn thị giác có thể gồm nhìn đôi, nhìn mờ (amblyopia), sợ ánh sáng (photophobia) hoặc mất thị lực. Nguyên nhân gây điếc được tổng hợp trong CHƯƠNG 32.

### 31.1.5. Rối loạn dáng đi

Nhiều bệnh lý thần kinh có thể làm cho việc đi lại khó khăn. Chúng được mô tả trong CHƯƠNG 35. Dáng đi bất thường cũng có thể là do ảnh hưởng của những bệnh lý chấn thương chính hình lên chi dưới hay cột sống. Một dáng đi kì lạ đôi khi có thể là một dấu

<sup>e</sup> Prosper Ménière (1799 – 1862) là giám đốc của Viện Âm – Điếc học Paris, đã mô tả về đặc điểm của bệnh này trước khi ông ấy chết vì bệnh phổi. Ông ấy là người tinh thông về phong lan và là bạn của Victor Hugo và Honoré de Balzac. Ông ấy đã thêm dấu trọng âm ở từ "e" thứ hai trong tên của ông ấy. Còn dấu sắc của từ "e" đầu tiên được thêm bởi con ông ấy.

hiệu của hysteria.

### 31.1.6. Rối loạn cảm giác hay yếu chi

Cảm giác tê như kim đâm ở tay chân cho thấy có sự chèn ép dây thần kinh hoặc bệnh lý của dây thần kinh ngoại biên nhưng có thể liên quan đến đường dẫn truyền cảm giác ở bất kỳ cấp độ nào. Hội chứng ống cổ tay là một bệnh lý điển hình: ở đây có sự chèn ép dây thần kinh giữa và BN cảm thấy đau và dị cảm ở bàn tay và cổ tay. Đôi khi cơn đau có thể kéo dài tới cánh tay và thậm chí đến vai, nhưng cảm giác tê chỉ cảm thấy ở các ngón tay. Những triệu chứng này thường nặng hơn vào ban đêm và có thể được thuyên giảm bằng cách treo lủng lỏng các cánh tay qua phía bên của giường hoặc lắc tay (dấu flick).

Những bất thường ở rễ thần kinh, cột sống hay não bộ hầu hết là nguyên nhân của rối loạn cảm giác và yếu chi.

Yếu chi có thể do nguyên nhân tổn thương hệ thống vận động ở các cấp độ khác nhau, dưới đây là một số loại yếu chi và cơ:

– Sự suy yếu neuron vận động trên là do sự phá vỡ đường dẫn truyền thần kinh ở một mức độ trên các tế bào sừng trước tủy sống. Hậu quả là làm tăng trương lực cơ và các phản xạ ngoại biên. Sự phá vỡ các đường dẫn truyền thần kinh gây ra một hậu quả nghiêm trọng nhất là ảnh hưởng đến khả năng chống lại trọng lực của cơ và nó được gọi là yếu cơ bó tháp. Khối cơ có thể không hoặc teo cơ ít.

– Sự suy yếu neuron vận động dưới là do một tổn thương phá vỡ cung phản xạ giữa các tế bào sừng trước tủy sống và cơ. Làm giảm trương lực cơ và các phản xạ, rung cơ cục bộ (những sự co cơ không đều ở một vùng cơ nhỏ) có thể được nhìn thấy và ở đây teo cơ như là một triệu chứng nổi bật.

– Bệnh cơ gây suy yếu liên quan đến một cơ hoặc một nhóm cơ. Có teo cơ, giảm trương lực cơ và các phản xạ cũng giảm hoặc biến mất.

– Bệnh lý thần kinh cơ (ví dụ như bệnh nhược cơ mạn tính – myasthenia gravis) là nguyên nhân gây yếu cơ toàn thể, xấu dần đi sau nhiều lần tái phát. Các phản xạ và trương lực cơ vẫn bình thường.

– Yếu cơ không do tổn thương cơ quan (ví dụ do hysteria) gây ra một loại yếu cơ không liên quan tới giải phẫu với trương lực và sức cơ bình thường, trừ khi đã có quá trình không sử dụng cơ kéo dài, nhưng số lượng bó cơ bình thường.

### 31.1.7. Run và những cử động không tự ý

**Bảng 31.2. Tần số của cơn run.**

Parkinson	3 – 5 Hz
Nguyên phát/yếu tố gia đình	4 – 7 Hz
Sinh lý	8 – 13 Hz

Run là một chuyển động nhịp nhàng (xem Bảng 31.2). Một chuyển động run tần số thấp, theo định nghĩa thì tần số vào khoảng 3 – 5 Hz. Run nhanh có tần số cao hơn 10 Hz. Các run nghi chủ yếu xuất hiện trong thời gian thư giãn của các cơ, trong khi run vận động hữu ý (run tiểu não) diễn ra với một chuyển động có chủ ý và trở nên rõ ràng hơn vào thì

cuối của động tác. Run trở nên nhiều hơn khi mệt mỏi hoặc lo lắng. Rét run là một loại run gây ra bởi trời lạnh. Rét run là bình thường vì đây là một chuyển động tốt liên quan với việc giữ một tư thế hay thực hiện động tác một cách chậm chạp. Đây được gọi là run sinh lý. Nó trở nên rõ ràng hơn khi sợ hãi và mệt mỏi. Nó thường tăng bởi thuốc đồng vận beta sử dụng để điều trị hen suyễn hoặc bởi caffeine. Nhiễm độc giáp là một nguyên nhân gây ra sự gia tăng quá mức của run sinh lý. Những chuyển động này rất tốt và có thể khó khăn để nhìn thấy trừ khi được khám kỹ lưỡng. Run lành tính có tính chất gia đình là một rối loạn di truyền gây ra run, nhưng không có những triệu chứng khác. Dấu hiệu này rất dễ nhìn thấy khi tay của BN duỗi thẳng ra; nó có thể trở nên xấu hơn trong những chuyển động tự chủ. Nó thường biến mất khi các cơ nghỉ hoàn toàn. Trong bệnh Parkinson run có thể xuất hiện khi nghỉ. Run vận động tự ý (hay có chủ đích) do các bệnh lý ở tiểu não. Múa giật bao gồm những chuyển động giật không chủ ý. Những định nghĩa của các thuật ngữ được sử dụng để miêu tả các rối loạn chuyển động trình bày trong Bảng 31.3.

**Bảng 31.3. Định nghĩa các thuật ngữ để mô tả các rối loạn vận động.**

<b>Đứng ngồi không yên (akathasia)</b>	Vận động không ngừng, các chuyển động của tay chân bán hữu ý hằng định
<b>Run tay (asterixis)</b>	Đột ngột mất trương lực cơ trong quá trình cơ cơ để duỗi chi
<b>Mua vờn (athetosis)</b>	Các cử động chậm uốn éo, quần quai đặc biệt ở cánh tay và cổ tay
<b>Múa giật (chorea)</b>	Các cử động giật nhỏ và nhanh, thường che đậy cử động hữu ý cuối cùng (ví dụ: cử động giật tay lên trên được chuyển thành cử động vô ý làm cào tay lên mặt).
<b>Rối loạn vận động (dyskinesia)</b>	Các cử động không hữu ý và liên tục, thường xuất hiện ở mặt và miệng. Rối loạn này do sử dụng thuốc an thần nặng để điều trị các loạn thần.
<b>Loạn trương lực cơ (dystonia)</b>	Cơ liên tục một nhóm cơ đồng vận và đối vận, thường là gập duỗi chi tạo ra một tư thế kỳ quái
<b>Múa vung bán thân (hemiballismus)</b>	Là một dạng nặng của múa giật xuất hiện nửa người. Đó là những cử động mạnh có thể làm tổn thương BN hoặc những xung quanh
<b>Giật tự động tủy (myoclonic jerk)</b>	Cơ ngừng tạm thời gây giật đột ngột không hữu ý ở một chi
<b>Rung cơ cục bộ (myokymia)</b>	Các cơ thắt nhóm cơ nhỏ lặp đi lặp lại, thường liên quan đến các cơ vòng mi
<b>Tic</b>	Các cử động không cưỡng lại được lặp đi lặp lại, đó là những cử động hữu ý hoặc bán hữu ý
<b>Rung</b>	Đó là các rối loạn cử động nhịp nhàng

### 31.1.8. Tình trạng tâm thần và lời nói

Lời nói có thể bị xáo trộn bởi nhiều bệnh lý thần kinh khác nhau và được thảo luận ở CHƯƠNG 33. Rất nhiều bệnh lý khác nhau gây ra mê sảng hoặc sa sút trí tuệ (xem CHƯƠNG 37).

## 31.2. TIỀN SỬ BỆNH TẬT

Hỏi tiền sử về viêm màng não hoặc viêm não, tổn thương cột sống hoặc đầu, tiền sử

động kinh hoặc co giật và các phẫu thuật trước đó.

Tiền sử về các bệnh lý lây nhiễm qua đường tình dục (ví dụ: các yếu tố nguy cơ của nhiễm HIV hoặc giang mai) cần được chú ý. Hỏi về các yếu tố nguy cơ đưa đến sự tiến triển của các bệnh lý mạch máu não (xem List 31.1). Một chẩn đoán trước đó của các bệnh lý mạch máu ngoại biên hoặc bệnh mạch vành chỉ ra sự gia tăng yếu tố nguy cơ của các bệnh lý mạch máu não. Rung nhĩ kịch phát hoặc mạn tính có liên quan với nguy cơ tăng của đột quỵ do huyết khối, đặc biệt trên những BN trên 70 tuổi.

### 31.3. TIỀN SỬ DÙNG THUỐC

Tiền sử dùng thuốc trước đó và gần đây có thể gây ra những triệu chứng thần kinh rõ ràng (xem List 31.2). Hỏi về việc điều trị các rối loạn thần kinh với thuốc chống co giật, thuốc chống Parkinson, các steroid, ức chế miễn dịch, tác nhân sinh học, thuốc kháng đông, tác nhân kháng tiểu cầu và các thuốc khác có thể liên quan đến những vấn đề thần kinh; sử dụng thuốc ngừa thai và các thuốc chống tăng huyết áp.

#### List 31.2. Thuốc và các triệu chứng thần kinh.

---

##### Thuốc hạ áp

- Sử dụng điều trị: giảm nguy cơ đột quỵ
- Tác dụng phụ: chóng mặt tư thế, ngất, trầm cảm (methyldopa)

##### Thuốc chống tiểu cầu và chống đông

- Sử dụng điều trị: giảm nguy cơ đột quỵ.
- Tác dụng phụ: xuất huyết não.

##### Statins

- Sử dụng điều trị: giảm nguy cơ đột quỵ.
- Tác dụng phụ: bệnh cơ

##### Thuốc an thần

- Sử dụng điều trị: điều trị rối loạn tâm thần.
- Tác dụng phụ: mất điều hòa, an thần, run Parkinson

##### Triệu chứng thần kinh khác có liên quan thuốc

- Nhức đầu: nitrat, sildenafil.
  - Điếc: kháng sinh aminoglycoside, aspirin, furosemide.
  - Bệnh lý thần kinh ngoại biên: amiodarone, isoniazid, metronidazole.
  - Non – Parkinson run: thuốc giãn phế quản, amphetamines.
  - Khó nuốt: bisphosphonates.
  - Lú lẫn và mất trí nhớ: thuốc an thần lớn và nhỏ, thuốc kháng cholinergic (như amitriptyline)
  - Động kinh: lignocaine.
- 

### 31.4. TIỀN SỬ XÃ HỘI

Tiền sử xã hội từ hút thuốc dẫn đến các bệnh lý mạch máu. Việc hỏi BN về công việc và sự tiếp xúc với độc chất (ví dụ kim loại nặng) là khá hữu ích. rượu cũng có thể dẫn đến nhiều bệnh lý thần kinh (xem list 1.3). Nhiều bệnh lý thần kinh ảnh hưởng đến khả năng làm việc và tự chăm sóc của con người. Trong những trường hợp này, các câu hỏi về bảo đảm tài chính, điều kiện sống và khả năng giúp đỡ sẵn có tại nhà trở nên rất quan trọng.



## 31.5. TIỀN SỬ GIA ĐÌNH

Bất kỳ tiền sử nào về các bệnh lý thần kinh hoặc tâm thần nên được ghi chép lại. Một số bệnh lý thần kinh mang tính di truyền (xem Bảng 31.4).

**Bảng 31.4. Ví dụ về bệnh lý thần kinh mang tính di truyền.**

<b>NST X</b>	Mù màu, bệnh cơ Duchenne và Becker, bệnh mắt Leber
<b>Tính trạng trội</b>	Múa giật Huntington, xơ teo dạng củ, loạn dưỡng cơ
<b>Tính trạng lặn</b>	Bệnh Wilson, bệnh Refsum, bệnh Freiderich, bệnh Tay-Sachs
<b>Tăng theo tỉ lệ gia đình</b>	Bệnh Alzheimer (tính trạng trội, tăng nguy cơ với ApoE epsilon 4)

## T&O'C essentials

1. Hỏi về thời gian khởi phát của các triệu chứng thần kinh có thể giúp ích cho chẩn đoán.
2. Các triệu chứng cơ năng có thể xuất hiện trước các dấu hiệu thực thể.
3. Trong trường hợp không có triệu chứng cơ năng, các dấu hiệu thực thể bất thường có thể không rõ ràng.
4. Nguyên nhân gây nên chóng mặt có thể trở nên rõ ràng nếu chúng ta khai thác bệnh sử một cách cẩn thận và tỉ mỉ.
5. Hỏi những người chứng kiến (ví dụ khi BN lên cơn co giật) sẽ rất hữu ích khi BN có những cơn mất ý thức.
6. Bệnh sử sẽ hướng chúng ta đến bộ phận nào của hệ thần kinh bị tổn thương, việc này sẽ cần thiết khi chúng ta bước vào quá trình thăm khám chi tiết.

## OSCE ôn tập

### Bệnh sử bệnh lý thần kinh

**Topic này thường hay gặp trong OSCE, sẽ giúp ích khi ôn tập lại.**

1. Người phụ nữ này lo lắng về triệu chứng chóng mặt của bà ấy, hãy hỏi bệnh sử từ bà ấy.
2. Người đàn ông có nhiều cơn ngất tái đi tái lại, hãy hỏi bệnh sử ông ấy.
3. Người đàn ông này bị đau đầu, hãy hỏi bệnh sử ông ấy.
4. Người phụ nữ bị đánh thức do đau và cảm giác bị bó chặt ở cánh tay, hãy hỏi bệnh sử bà ấy.
5. Bà cụ này có vấn đề về ngôn ngữ, hãy hỏi bệnh sử bà ấy.
6. Người đàn ông này bị yếu hai chân, hãy hỏi bệnh sử ông ấy.
7. Người đàn ông này hay bị rớt đồ vật khi cầm nắm, hãy hỏi bệnh sử ông ấy.
8. Người phụ nữ này xuất hiện vài cơn ngất, hãy hỏi bệnh sử bà ấy.

# THĂM THẦN KINH: 12 ĐÔI DÂY THẦN KINH SỢ

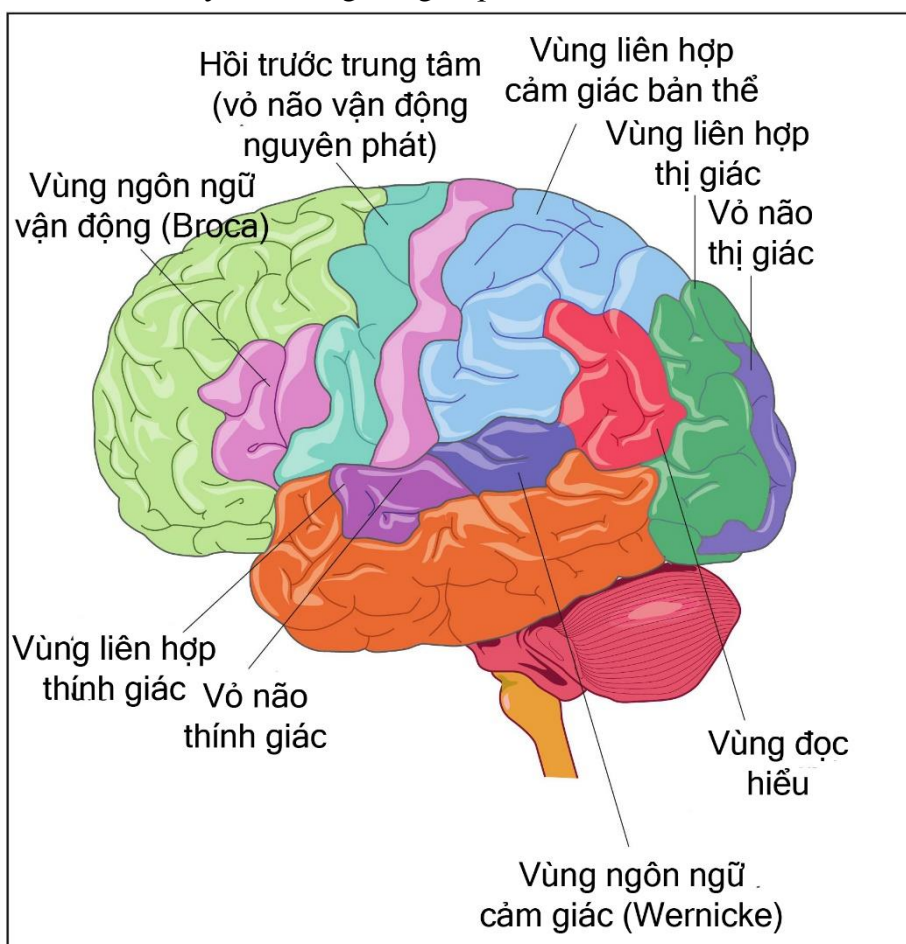
Lê Minh Châu

*Thần kinh – giác quan của não và toàn bộ cơ thể  
Samuel Johnson, A Dictionary of the English Language (1775)*

## 32.1. GIẢI PHẪU

Hơn bất kỳ hệ thống nào khác trong cơ thể, chẩn đoán về thần kinh học phụ thuộc vào vị trí giải phẫu tổn thương – ở não, tủy sống hoặc dây thần kinh ngoại biên. Hình 32.1 cho thấy giải phẫu đại thể và các vùng chức năng chính yếu của não.

Để bắt đầu thăm khám BN, thầy thuốc nên khai thác một số thông tin về người bệnh, bao gồm: tuổi, nơi sinh, tay thuận, nghề nghiệp và trình độ học vấn.



**Hình 32.1. Những vùng chức năng của não.**

Khám hệ thần kinh và nhận biết được các triệu chứng đòi hỏi phải mất nhiều thời gian thực hành. Hỏi bệnh cần có kỹ thuật tinh tế hơn so với thăm khám bằng các kỹ thuật khác. Cần cẩn thận phát hiện các dấu hiệu bởi vì đây thường là cách giúp xác định chính xác vị trí tổn thương. Vì vậy, cần nhớ một số cấu trúc giải phẫu thần kinh cơ bản.

Đề khám đầy đủ rất khó khăn và cần nhiều thời gian. Nó có thể phải mất hơn một ngày để khám một cách toàn diện (bao gồm đánh giá cả các dấu hiệu tâm thần). Điều này là không thể, nhưng khám sàng lọc có thể phát hiện đa số các dấu hiệu chỉ với thời gian ngắn.

Các khía cạnh sau đây cần được chú ý:

- 1. Khám tổng quát. Bao gồm: cổ cứng; các trung tâm thần kinh cấp cao hơn; ngôn ngữ và các cử động bất thường.
- 2. Dây thần kinh sọ từ I đến XII.
- 3. Chi trên. Hệ thống vận động: cử động, trương lực, sức cơ, phản xạ, phối hợp vận động. Hệ thống cảm giác: cảm giác đau, cảm giác vị trí cơ thể, cảm giác rung, cảm giác xúc giác.
- 4. Chi dưới: như chi trên, nhưng kèm theo đánh giá dáng đi.
- 5. Bệnh lý tại não và tủy sống.
- 6. Âm thổi động mạch cảnh.

## 32.2. TRIỆU CHỨNG TOÀN THÂN

### 32.2.1. Sự tỉnh táo

Ghi nhận mức độ tỉnh táo của BN. Nếu BN không tỉnh táo <sup>a</sup>, cần kích thích bằng các phương pháp khác nhau để xem phản ứng của BN.

### 32.2.2. Cổ cứng

Bất kỳ BN nào với các bệnh lý thần kinh cấp tính hoặc sốt hoặc thay đổi tri giác cần được đánh giá các dấu hiệu kích thích màng não.

– Cho BN nằm đầu bằng, để tay dưới cằm BN và nhẹ nhàng gập cổ BN (không để BN tự làm). Để cằm chạm vào ngực BN. Màng não có thể bị kích thích do mũ hoặc nhiễm khuẩn khác ở màng não hoặc máu thứ phát trong khoang dưới nhện hoặc xuất huyết khoang dưới nhện. Cổ BN không gập được hoặc có kháng lực khi gập cổ do đau gây co thắt các cơ ngửa cổ. Nguyên nhân khác gây cổ cứng đặc trưng bởi các yếu tố cân bằng kháng lực để xoay đầu, bao gồm: (1) thoái hóa cột sống cổ; (2) sau chấn thương cổ; (3) bệnh Parkinson và (4) tăng áp lực nội sọ, đặc biệt khi có nguy cơ thoát vị hạnh nhân não. Dấu hiệu Brudzinski <sup>b</sup>: cúi BN tự động co lại khi gập cổ do màng não bị kích thích.

– Dấu hiệu Kernig <sup>c</sup>: cũng cần khám nếu nghi ngờ viêm màng não. Gấp lần lượt mỗi bên đùi, sau đó cố gắng duỗi thẳng gối trong khi đùi vẫn gấp. Điều này sẽ bị giới hạn nếu

---

<sup>a</sup> Nếu BN bất tỉnh trong kỳ thi OSCE, tốt nhất nên yêu cầu một BN giả khác.

<sup>b</sup> Josef Brudzinski (1874–1917), bác sĩ nhi người Ba Lan, mô tả dấu hiệu này vào năm 1909.

<sup>c</sup> Vladimir Kernig (1840–1917), bác sĩ thần kinh BV St Petersburg, mô tả vào năm 1882.

có sự co thắt nhóm cơ vùng đùi sau (do đau), chứng tỏ màng não bị kích thích do dịch viêm rỉ xung quanh rễ thắt lưng.

– Mặc dù giá trị chẩn đoán vẫn còn chưa rõ ràng (kết hợp các dấu hiệu màng não lại cho LR+ là 0,92 và LR- là 0,88), đây là các dấu hiệu có ích trên lâm sàng và độ đặc hiệu cao. Tuy nhiên, ngay cả khi tam chứng viêm màng não kinh điển: **sốt, đau đầu và cổ cứng** đều “âm tính” – cũng không loại trừ viêm màng não (nghĩa là nó không quá nhạy).

### 32.2.3. Tay thuận

Bắt tay và hỏi BN thuận tay phải hay trái. Điều này thể hiện lịch sử và giúp đánh giá bán cầu ưu thế – 94% người thuận tay phải và 50% người thuận tay trái có bán cầu ưu thế bên trái. Có sự phân chia chức năng hai bán cầu, sự khác biệt rõ rệt nhất là bán cầu ưu thế kiểm soát ngôn ngữ và khả năng tính toán.

### 32.2.4. Định hướng

Để đánh giá định hướng về bản thân, không gian và thời gian của BN, bằng cách hỏi tên tuổi, vị trí hiện tại, ngày tháng (BN nằm viện lâu ngày thường xác định sai vì mỗi ngày trôi qua đều khá giống nhau). Định hướng sai không phải là triệu chứng định vị đặc hiệu để xác định vị trí tổn thương, có thể cấp tính và có thể hồi phục (mê sảng) hoặc mạn tính và không hồi phục (sa sút trí tuệ). Thang điểm MMSE (thang đánh giá tâm thần tối thiểu) là cách phù hợp để ghi nhận các tình trạng lú lẫn hoặc giảm trí nhớ theo thời gian.

Tiếp theo, tập trung vào đầu và cổ – đặc biệt, là các dây thần kinh sọ. Trong các chương tiếp theo sẽ đề cập đến chức năng ngôn ngữ và thăm khám thần kinh ở chi trên, chi dưới.

## 32.3. CÁC DÂY THẦN KINH SỌ

### 32.3.1. Giải phẫu

Các dây thần kinh sọ<sup>d</sup> (xem Hình 32.2 và Bảng 32.1) xuất phát trực tiếp từ não (dây I và II) hoặc thân não (cuống não, cầu não và hành não) – xem Hình 32.12, Hình 32.19, Hình 32.36.

### 32.3.2. Quan sát tổng trạng

Nếu được, cho BN ngồi tại cạnh giường. Quan sát đầu, mặt và cổ. Bệnh to đầu chi, bệnh Paget hoặc dị dạng chẩm cổ có thể phát hiện. Khám tổng quát cẩn thận có thể phát hiện được các dấu hiệu bị bỏ lỡ khi khám riêng lẻ từng dây thần kinh. Đặc biệt đúng với sụp mí, lồi mắt, đồng tử không đều, lác mắt và mặt không cân đối. Khám da đầu tìm sẹo mổ sọ và các u sợi thần kinh. Tìm tổn thương da: ví dụ, hemangioma dạng mao mạch hoặc dạng hang ở mặt trên đường đi dây V trong hội chứng Sturge – Weber<sup>e</sup>. Nó kèm theo hemangioma dạng tĩnh mạch nội sọ ở màng não và kèm theo co giật.

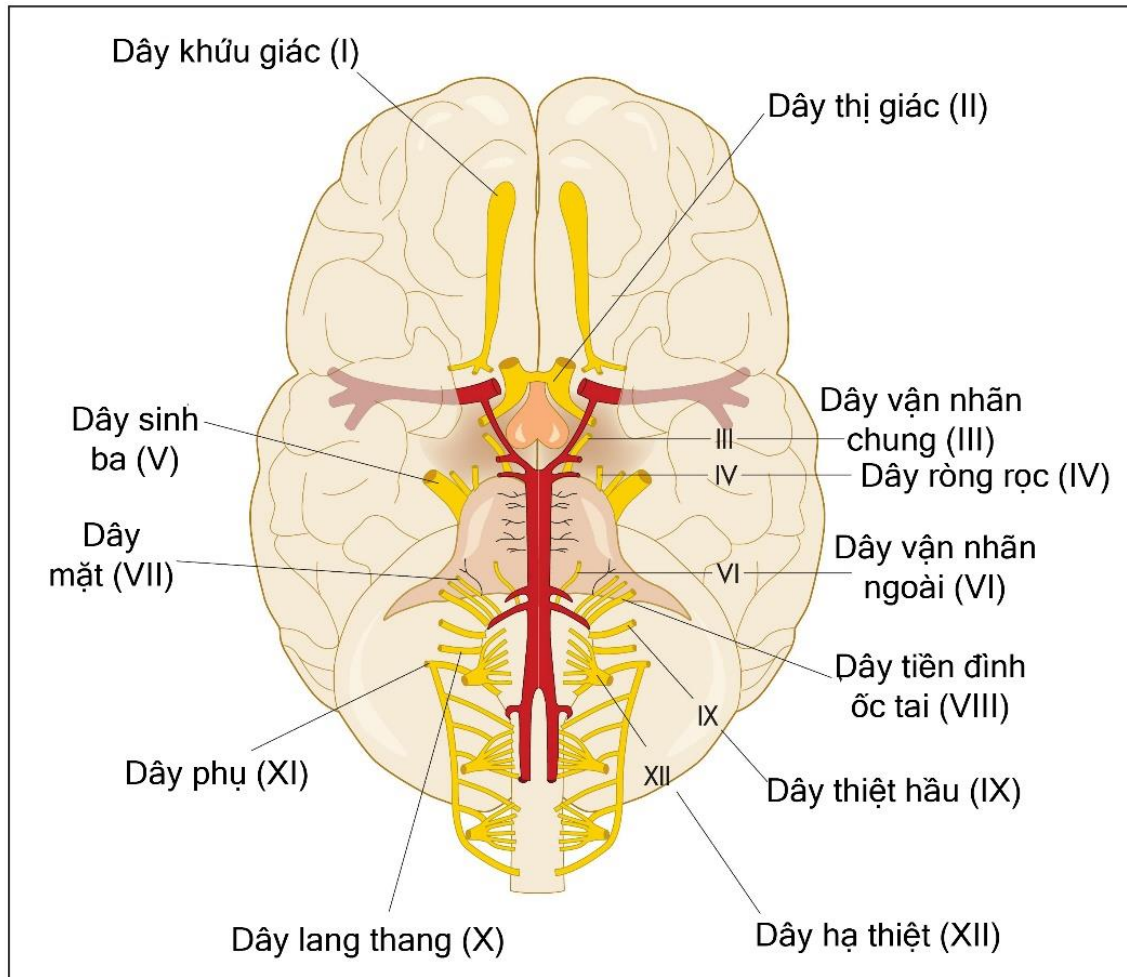
---

<sup>d</sup> Giải phẫu và chức năng các dây thần kinh sọ được công bố vào cuối TK 19. Galen đã phát hiện ra ít nhất 7 dây thần kinh vào TK thứ 2. Các dây này có thể là: thị giác, vận nhãn, phần cảm giác của dây sinh ba, phần vận động của dây sinh ba, dây mặt, dây tiền đình ốc tai, dây thiệt hầu (gồm dây lang thang và dây phụ) và dây hạ thiệt.

<sup>e</sup> William Allen Sturge (1850 – 1919), bác sĩ người Anh, mô tả vào năm 1897 và Frederick Parkes Weber (1863 – 1962), bác sĩ người Anh, mô tả vào năm 1922.

Herpes zoster (shingles) thường xuất hiện ở nơi phân bố thần kinh gây ra ban trên da và đau. Đặc điểm phân bố tổn thương tương ứng với vị trí giải phẫu của dây thần kinh liên quan (xem Hình 32.4 và Hình 32.22).

Khám các dây thần kinh theo thứ tự số của nó.



**Hình 32.2. Các dây thần kinh sọ.**

## 32.4. DÂY I (KHỨU GIÁC)

### 32.4.1. Giải phẫu

Dây I<sup>f</sup> (khứu giác) chỉ đơn thuần nhận cảm xuất phát từ màng nhầy của mũi và đi qua lỗ sàng đến hành khứu. Từ đây dây khứu chạy phía dưới thùy trán và tận cùng ở giữa thùy thái dương cùng bên.

### 32.4.2. Khám mũi và cảm nhận mùi

Nhìn bên ngoài của mũi. Tìm ban đỏ hoặc biến dạng. Sau đó khám tiền đình mũi bằng cách nâng cánh mũi lên (người lớn: cần sử dụng banh mổ vệt để thám sát rõ hơn).

<sup>f</sup> Samuel von Sommerring (1755–1830) là người đã ra phân chia 12 đôi dây thần kinh sọ theo lý thuyết hiện đại. Ông chia tiền đình ốc tai từ dây mặt, và dây thiệt hầu từ dây phụ và dây lang thang

Không cần khám thường quy dây I. Nếu BN than phiền không ngửi thấy mùi (anosmia) hoặc dấu hiệu cho thấy tổn thương thùy trán hoặc thùy thái dương, cần khám dây I. Những BN mất khứu giác đôi khi than phiền mất vị giác nhiều hơn khứu giác bởi vì cảm nhận mùi đóng một phần lớn trong cảm nhận vị giác. Kiểm tra riêng biệt từng bên mũi với các lọ tinh dầu có các mùi thông thường, như cà phê, vanilla và bạc hà (kinh điển nhưng độ tin cậy không cao). Các chất cay, nồng như amonia không nên dùng, vì (1) gây khó chịu, (2) kích thích độc hại này được cảm nhận bởi các sợi cảm giác của dây V. Cách đơn giản để khám khứu giác là dùng alcohol isopropyl sát trùng ở bệnh viện, vì BN dễ phân biệt và không nồng.

Phải khám khoang mũi khi BN mất khứu giác. Polyp và dây niêm mạc mũi có thể là nguyên nhân làm mất mùi.

### 32.4.3. Nguyên nhân gây mất khứu giác

Phần lớn các trường hợp mất khứu giác là ở hai bên. Nguyên nhân: (1) nhiễm trùng hô hấp trên (thường gặp); (2) hút thuốc lá và lớn tuổi; (3) u xương sàng; (4) vỡ sụn sọ hoặc xương trán hoặc sau phẫu thuật tuyến yên; (5) bẩm sinh – ví dụ: hội chứng Kallmann (suy tuyến sinh dục do giảm hormon hướng sinh dục); (6) u màng não vùng rãnh khứu (OGMs – meningioma of the olfactory groove); và (7) sau viêm màng não. Trường hợp một bên, chủ yếu do chấn thương đầu không có nứt xương hoặc giai đoạn sớm của OGMs<sup>g</sup>.

## 32.5. DÂY II (THỊ GIÁC)

### 32.5.1. Giải phẫu

Dây II không phải dây thần kinh thật mà là các bó của thần kinh trung ương kéo dài để kết nối võng mạc và não bộ. Chức năng dây II chỉ đơn thuần là cảm giác, chứa khoảng 1 triệu bó và dài khoảng 5 cm (xem Hình 32.5), đi qua lỗ thị giác và gần động mạch mắt, hợp với dây đối bên ở nền não tạo thành giao thoa thị giác. Định hướng không gian của các bó thần kinh từ những vùng khác nhau của đáy mắt được cố định, vì thế những bó từ phần thấp của võng mạc sẽ nằm ở phần dưới của giao thị và ngược lại. Các bó từ thị trường thái dương (phía mũi của võng mạc) bắt chéo tại giao thị, trong khi các bó của thị trường mũi đi thẳng. Sợi thần kinh cho phản xạ ánh sáng đi từ giao thị đến củ não trên, ở đó có sự liên kết với nhân dây III. Phần còn lại của bó thần kinh có chức năng nhìn đi ra khỏi giao thị theo dải thị đến thể gối ngoài. Từ đây bó thần kinh tỏa ra (tia thị) và đi qua phần sau của bao trong, đến vỏ não thị giác của thùy chẩm. Trên đường đi chúng trải rộng ra, những bó nằm ở 1/4 trên đi qua thùy đỉnh và các bó nằm ở 1/4 dưới đi qua thùy thái dương. Kết quả của sự bắt chéo ở giao thị: thùy chẩm bên phải chi phối thị trường bên trái và thùy chẩm trái chi phối thị trường bên phải.

---

<sup>g</sup> Các bất thường khác bao gồm: tăng khứu giác và loạn khứu. Tăng khứu là tăng độ nhạy với mùi. Thường là dấu hiệu của loạn thần hoặc hysteria nhưng có thể xảy ra khi bị đau nửa đầu, hành kinh hoặc một số trường hợp viêm não. Loạn khứu là cảm nhận mùi không đúng, có thể sau chấn thương đầu hoặc do một số loại loạn thần. Ảo khứu đa phần do một tổn thương cơ quan nào đó và gợi ý có tổn thương kích thích ở vỏ não khứu giác.

**Bảng 32.1. Các đôi dây thần kinh sọ.**

Dây thần kinh sọ	Tên	Lỗ đi ra	Sợi	Nhánh	Chức năng
<b>I</b>	Khứu giác	Lỗ sàng	Cảm giác	-	Ngửi
<b>II</b>	Thị giác	Lỗ thị giác	Cảm giác	-	Nhìn
<b>III</b>	Vận nhãn chung	Khe ổ mắt trên	Vận động	-	Cơ vận nhãn ngoại trừ: chéo trên và thẳng ngoài; cơ đồng tử
<b>IV</b>	Ròng rọc	Khe ổ mắt trên	Vận động	-	Cơ chéo trên
<b>V</b>	Sinh ba	V1: khe ổ mắt trên V2: lỗ tròn lớn V3: lỗ bầu dục	Vận động và cảm giác	V1: mắt V2: hàm trên V3: hàm dưới	Cảm giác vùng mặt; vận động các cơ nhai
<b>VI</b>	Vận nhãn ngoài	Khe ổ mắt trên	Vận động	-	Cơ thẳng ngoài
<b>VII</b>	Mặt	Ống tai trong	Vận động và cảm giác	Thái dương Gò má Miệng Hàm dưới Cổ	Cơ biểu cảm mặt Cơ bàn đạp Vị giác 2/3 trước lưỡi
<b>VIII</b>	Thính giác	Ống tai trong	Cảm giác	-	Thẳng bằng và nghe
<b>IX</b>	Thiệt hầu	Lỗ cảnh	Vận động, cảm giác và chế tiết	-	Cảm giác hầu, tai, 1/3 sau lưỡi. Chế tiết tuyến mang tai. Vận động cơ trâm – hầu
<b>X</b>	Lang thang	Lỗ cảnh	Vận động và cảm giác	-	Cảm giác hầu và thanh quản Cơ vùng hầu, thanh quản và khẩu cái
<b>XI</b>	Phụ	Lỗ cảnh	Vận động	-	Cơ thang và cơ ức – đòn – chũm
<b>XII</b>	Hạ thiệt	Lỗ hạ thiệt	Vận động	-	Cơ lưỡi





**Hình 32.3. Neurofibroma dưới da type I liên quan đến dây II và glioma ở cầu não (schwannoma xuất hiện trong type II).**



**Hình 32.4. Herpes zoster nằm trong vùng phân nhánh mắt của dây thần kinh mặt cho thấy sự phân bố theo dây thần kinh.**



hoàng đĩnh, bệnh lý võng mạc do đái tháo đường (xuất huyết dịch kính), chèn ép dây II hai bên hoặc giao thị, và tổn thương dây II hai bên – ví dụ, giảm thị lực do hút thuốc (mù do bệnh võng mạc).



**Hình 32.6. Động mạch thái dương dẫn lớn ở BN có đau đầu.**



**Hình 32.7. Khám thị trường: “nói với tôi ngay khi thấy que màu đỏ đi vào”.**

– **Thị trường:** đối diện BN (xem Hình 32.7). BN phải bỏ kính. Đầu thầy thuốc ngang với BN. Dùng một cây que (hoặc viết) có đầu đỏ (hoặc trắng). Khám riêng từng bên mắt. Dụng cụ để giữa thầy thuốc và BN, đưa từ ngoài vào trong đến khi BN thấy được. Đảm bảo BN nhìn thẳng vào mắt thầy thuốc. Khám mắt phải, yêu cầu BN nhìn vào mắt trái thầy thuốc, đầu BN ngang cánh tay thầy thuốc, che mắt còn lại. Đưa vật từ 4 hướng, vào giữa thị trường cần khám.

+ Tiếp theo, xác định điểm mù xung quanh thị trường mỗi mắt. Di chuyển vật từ từ đi qua thị trường. Âm điểm trung tâm rộng sẽ có hiện tượng: vật biến mất tạm thời sau đó

hiện trở lại. Chỉ khi ám điểm thật rộng mới phát hiện được.

+ Màu đỏ đầu que khám có thể dùng để phát hiện bệnh lý của dây II. So sánh cảm nhận màu sắc ở hai bên mắt. Mắt kém hơn sẽ nhận thấy màu mờ hơn hoặc không nhận biết được màu.

+ Nếu BN than phiền là que khám không nhìn thấy rõ, thì khám thị trường lúc này có thể sử dụng ngón tay thầy thuốc – thường dùng 2 ngón tay. Thầy thuốc cũng có thể sử dụng các ngón tay của mình để khám thị trường một cách nhanh lẹ do thiếu dụng cụ. Thầy thuốc đưa ngón tay từ ngoài đi vào trong và yêu cầu BN nói “có” khi vừa thấy ngón tay. Có thể phát hiện một số tình trạng mất thị trường sau đây (xem Hình 32.8 và Hình 32.9):

\* Giảm thị trường đồng tâm (thị lực đường hầm): có thể do glaucoma, bất thường võng mạc như viêm màng mạch – võng mạc, viêm võng mạc sắc tố, phù gai thị hoặc thiếu máu nuôi cấp, cùng với đau đầu migraine. Thông thường, thị trường sẽ giảm nhiều hơn khi vật di chuyển ra xa. Thị lực đường hầm cũng có thể do hysteria. Luôn luôn có một vùng nhỏ gần trung tâm thị trường mà BN không thấy được là điểm mù. Đây là vùng mà thầy thuốc có thể thấy gai thị bằng đèn soi đáy mắt và nơi dây II tiếp xúc với võng mạc. Phù gai thị làm điểm mù rộng hơn.

\* Ám điểm trung tâm hoặc mất thị giác trung tâm, có thể do thoái hóa myelin dây II (xơ cứng rải rác gây ám điểm một bên hoặc hai bên không đối xứng), ngộ độc như methyl alcohol (ám điểm đối xứng hai bên), dinh dưỡng như giảm thị lực do rượu hoặc thuốc lá (ám điểm trung tâm đối xứng hoặc ám điểm trung tâm điểm mù), tổn thương mạch máu (một bên), glioma dây II (một bên).

\* Mất thị lực hoàn toàn một bên: do tổn thương dây II hoặc bệnh lý ở mắt một bên.

\* Bán manh thái dương hai bên: do tổn thương ảnh hưởng lên trung tâm giao thị, gây tổn thương các nhánh mũi dây II nơi bắt chéo. Điều này làm mất thị trường thái dương hai bên. Nguyên nhân thường do: u tuyến yên, u sọ hầu (craniopharyngioma) và u màng não trên yên.

\* Bán manh mũi hai bên: rất hiếm, do tổn thương hai bên tác động lên các sợi thị giác không bắt chéo, do xơ vữa động mạch cảnh trong.

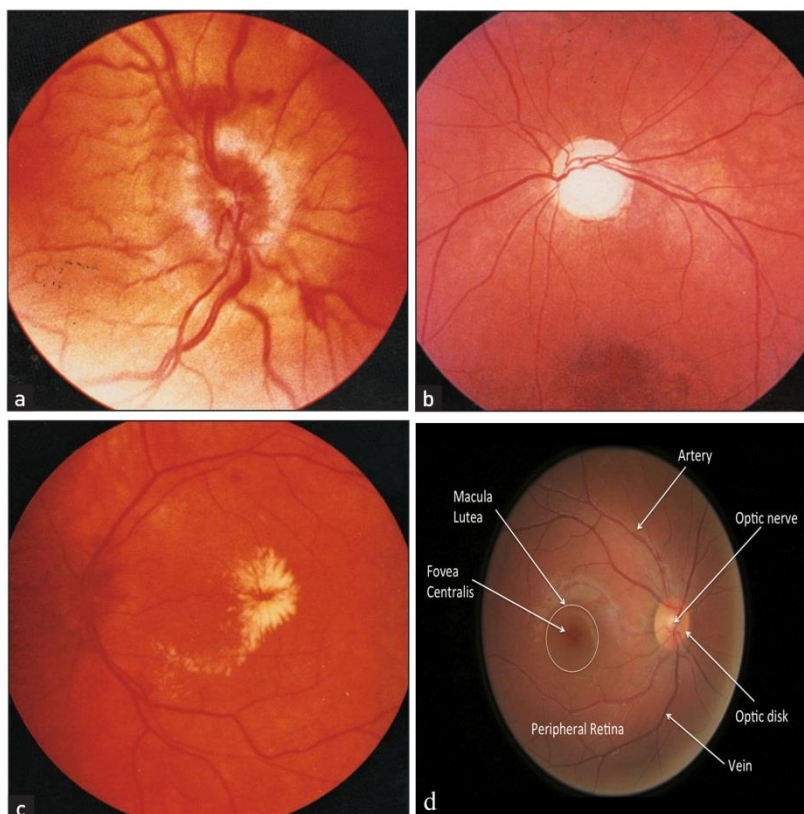
\* Bán manh đồng danh: tổn thương dải thị hoặc tia thị, ảnh hưởng lên thị trường bên phải hoặc bên trái. Ví dụ, mất thị trường thái dương (T) và mũi (P): do tổn thương nằm ở bên phải. Bản chất thực sự của khiếm khuyết này phụ thuộc vào vị trí các sợi bị tổn thương. Tổn thương ở dải thị thường là hoàn toàn. Tổn thương từ tia thị trở về sau: vẫn còn vài vùng nhìn thấy được nếu nguyên nhân do thiếu máu nuôi, mất hoàn toàn nếu do u hoặc xuất huyết. Vùng vỏ não thị giác được cho là có nguồn cấp máu phụ từ động mạch não trước và não giữa.

\* Bán manh đồng danh 1/4: mất thị trường 1/4 góc trên hoặc dưới cùng một phía. Có thể do tổn thương thùy thái dương (do tổn thương mạch máu hoặc u), gây mất 1/4 thị trường trên hoặc tổn thương thùy đỉnh (do tổn thương mạch máu hoặc u), gây mất 1/4 thị trường dưới.

+ Nếu dương tính (+) có giá trị chẩn đoán  $LR+ = 4,2 - 6,8$ , nếu âm tính hầu như không hữu ích.



mắt<sup>i</sup> (iridodonesis).



**Hình 32.10. Soi đáy mắt trong khám thần kinh. (a) phù gai thị, (b) teo gai thị, (c) bệnh lý võng mạc do tăng huyết áp độ IV gồm: phù gai thị; điểm vàng hình sao do tích tụ dịch dày đặc quanh hố trung tâm và phù võng mạc, (d) giải phẫu đáy mắt: fovea centralis: hố trung tâm; macula lutea: điểm vàng; optic nerve: gai thị.**

+ Chính kính về 0, khi đó có thể tập trung nhìn về đáy mắt. Vùng mờ của thấu kính (trong đục thủy tinh thể) có thể gây cản trở việc quan sát. Khi võng mạc nằm trong tiêu điểm, trước tiên kiểm tra gai thị bằng cách đi lần theo một tĩnh mạch lớn của võng mạc tới gai thị. Tất cả các tĩnh mạch này đều tỏa ra từ gai thị.

+ Kiểm tra cẩn thận bờ gai thị. Hình dáng thông thường như là một cái tách lõm nông có bờ rõ. Gai thị mất độ lõm sẽ làm mờ các cạnh và được gọi là phù gai thị (xem Hình 32.10a). Đây là dấu hiệu chỉ điểm tăng áp lực nội sọ. Nếu nghi ngờ phù gai thị, kiểm tra tĩnh mạch võng mạc có đập theo nhịp không. Nếu có, loại trừ tăng áp lực nội sọ, nhưng nếu không thì cũng không chứng minh được có tăng áp lực nội sọ. Nếu phù gai thị có liên quan với thoái hóa myelin phần trước dây II, gọi là viêm gai thị. Cần phân biệt: phù gai thị và viêm gai thị, bởi vì viêm gai thị gây mất thị giác còn phù gai thị thì không.

+ Ghi nhận màu sắc gai thị. Bình thường: màu vàng đậm (rich yellow) tương phản với phần còn lại của đáy mắt – màu đỏ đậm. Đáy mắt có thể bị nhiễm sắc tố trong một số

<sup>i</sup> Phẫu thuật đục thủy tinh thể hiện đại gỡ bỏ bao thấu kính giúp điều trị hiện tượng này

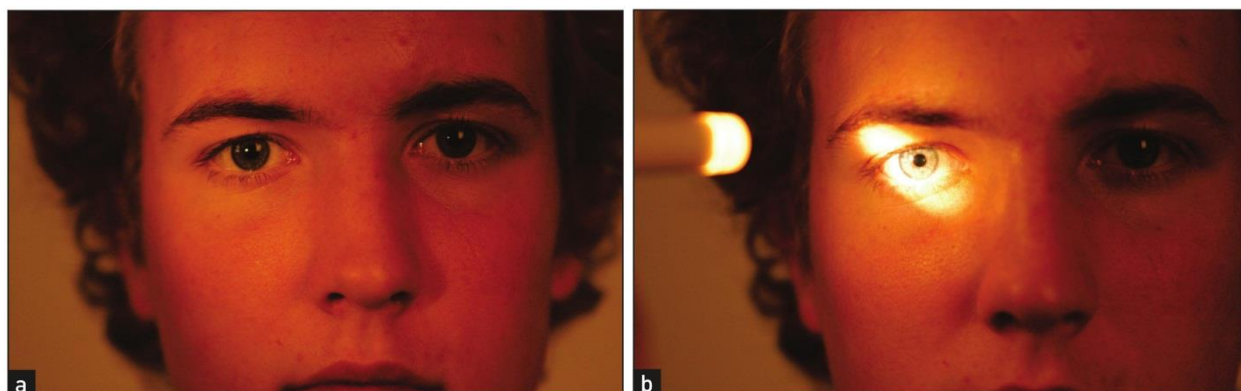
bệnh và trên BN có da bị nhiễm sắc tố. Khi gai thị có màu trắng nhợt thì thường là teo gai thị (xem Hình 32.10b).

+ Kiểm tra có hệ thống mỗi 1/4 của võng mạc để tìm bất thường, đặc biệt chú ý ở những BN bệnh đái tháo đường và tăng huyết áp (xem Hình 32.10c). Ghi nhận xuất huyết hoặc dịch tiết.

## 32.6. DÂY III (VẬN NHÃN CHUNG), IV (RÒNG RỌC) VÀ VI (VẬN NHÃN NGOÀI) – CÁC DÂY THẦN KINH VẬN NHÃN

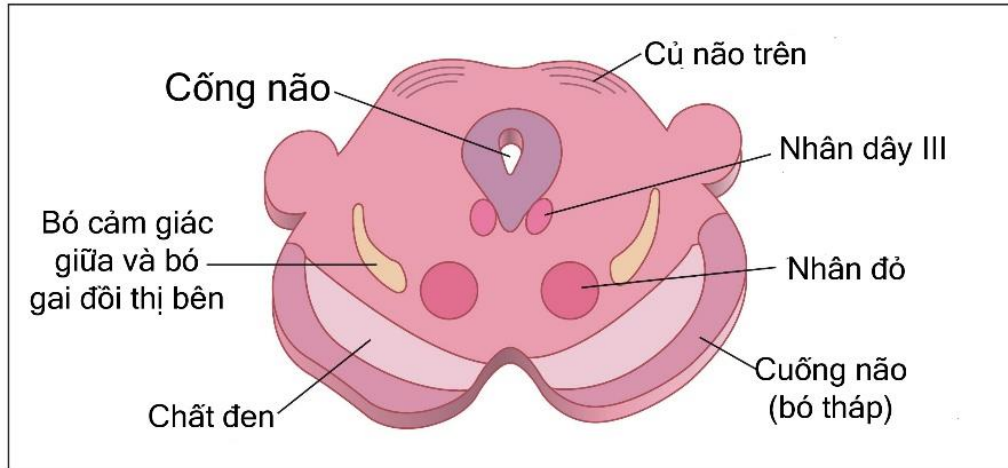
### 32.6.1. Giải phẫu

Kích thước đồng tử phụ thuộc vào sự cân bằng của hệ giao cảm và phó giao cảm. Hệ phó giao cảm chi phối thông qua nhân Edinger – Westphal<sup>j</sup> của dây III (kích thích của những sợi này sẽ gây co đồng tử: miosis). Hệ giao cảm chi phối thông qua các sợi đi từ vùng dưới đồi đi đến trung tâm thể mi tùy sống ở C8, T1 và T2 nơi mà chúng tạo thành synap với neuron thứ 2, từ đó neuron thứ 2 đi ra qua nhánh trước của thân giao cảm ngực và tạo synap tại hạch cổ trên; neuron thứ 3 từ đây đi cùng với động mạch cảnh trong vào để vào mắt (kích thích gây giãn đồng tử: **mydriasis**). Ngoài ra, phản xạ đồng tử (xem Hình 32.11) còn phụ thuộc vào sợi hướng tâm của nó nằm trên dây II (xem Hình 32.5). Phản xạ đồng tử co lại khi gặp ánh sáng: xung thần kinh đi qua dây II và dải thị đến củ não trên và đến nhân Edinger – Westphal của dây III ở trung não. Các sợi ly tâm từ nhân vận nhãn chung (xem Hình 32.12) nằm trên thành của xoang tĩnh mạch hang cùng với dây IV, nhánh mắt của dây V và dây VI (xem Hình 32.20). Các dây thần kinh này cùng ra khỏi hộp sọ qua khe ổ mắt trên. Các sợi gây co cơ mỏng mắt tận cùng ở hạch mi, từ đó các sợi hậu hạch tiếp tục đi đến mỏng mắt. Phần còn lại của dây III chi phối các cơ vận nhãn ngoài trừ cơ chéo trên (dây IV) và cơ thẳng ngoài (dây VI). Dây III cũng chi phối cơ nâng mi trên (xem Hình 32.13a).

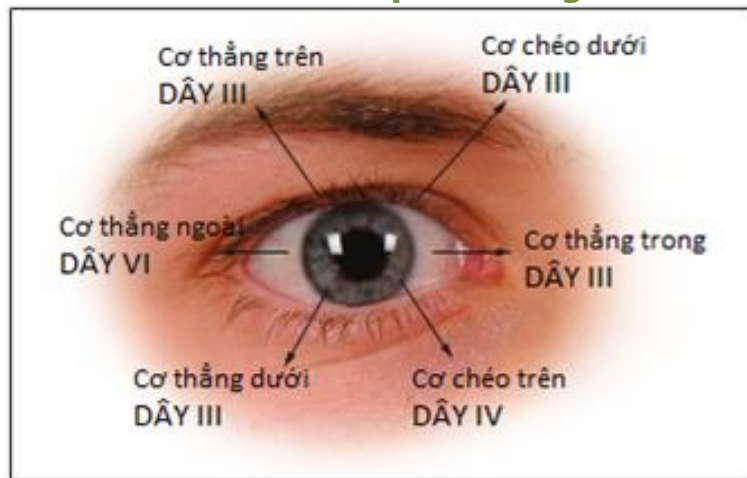


**Hình 32.11. Dây II và dây III. (a) đồng tử: đánh giá kích thước và tính đối xứng, (b) khám phản xạ ánh sáng.**

<sup>j</sup> Robert Marcus Gunn (1850-1909), bác sĩ mắt London, mô tả hiện tượng này vào năm 1883.



**Hình 32.12. Giải phẫu trung não.**



**Hình 32.13. Các cơ vận nhãn và dây thần kinh vận động.**

### 32.6.2. Khám lâm sàng

Đánh giá đồng tử và cử động mắt

#### 32.6.2.1. Khám đồng tử

Cho BN nhìn vào một vật ở giữa khoảng không, đánh giá về kích thước và hình dạng đồng tử, đều hay không đều? hai bên bằng nhau không? Sự khác biệt nhỏ về kích thước (khoảng 20%) được đánh giá là bình thường<sup>k</sup>.

Kiểm tra sụp mi một hoặc hai bên mắt. Cần nhớ: lộn mi (entropion là tình trạng mi dưới xa xuống và lộn ra ngoài do suy yếu mô liên kết) hoặc sụp phần mi mắt dưới là hiện tượng thoái hóa thường xảy ra ở người lớn tuổi nhưng cũng có thể do liệt dây VII hoặc sẹo trên mặt. Thông thường, BN sẽ cảm thấy mắt bị kích thích và ướt bởi vì rối loạn điều tiết nước

<sup>k</sup> Sự khác biệt này quá lớn là bất thường và được gọi là đồng tử không đều (anisocoria). Dao động nhỏ về kích thước là bình thường và gọi là đồng tử không ổn định (pupillary unrest). Co giãn đồng tử có theo nhịp gọi là chứng nháy đồng tử (hippus); có thể xảy ra sau khi hồi phục liệt dây III hoặc trong lúc ngủ. Không có gì nghiêm trọng và cũng không phải là triệu chứng giúp xác định vị trí tổn thương ngoại trừ nó hiện diện như là một dấu hiệu hiếm của hở valve động mạch chủ nặng.



mắt.

Khám phản xạ ánh sáng. Sử dụng đèn pin nhỏ, chiếu từ phía ngoài (để BN không bị chú ý bởi ánh sáng và điều tiết) di chuyển từ từ vào đồng tử và đánh giá sự phản ứng của đồng tử với ánh sáng. Quan sát cùng lúc đồng tử ở hai bên và lặp lại tương tự với mắt còn lại. Bình thường, đồng tử co mạnh lại khi vừa tiếp xúc với ánh sáng. Đồng thời, đồng tử bên kia cũng co theo. Hiện tượng này được gọi là đáp ứng đồng cảm (consensual response) ánh sáng.

Di chuyển đèn qua lại giữa hai đồng tử. Nếu có teo thần kinh thị giác hoặc giảm thị lực nghiêm trọng do nguyên nhân nào đó, đồng tử bên bệnh sẽ dãn ra sau một thời gian ngắn khi di chuyển đèn từ mắt lành sang mắt bệnh. Hiện tượng trên được gọi là khiếm khuyết đồng tử hướng tâm (hay đồng tử Marcus Gunn<sup>l</sup>). Lý giải cho hiện tượng này: vì mắt bệnh giảm các xung thần kinh hướng tâm dẫn đến giảm đáp ứng với ánh sáng. Khi chiếu đèn từ mắt lành sang mắt bệnh đồng tử sẽ dãn ra, do phản xạ co đồng tử của mắt bệnh giảm nên đồng tử trở về trạng thái nghỉ sau đáp ứng đồng cảm ánh sáng.

Bây giờ, đến lượt kiểm tra sự điều tiết. Yêu cầu BN nhìn vào khoảng không, sau đó chú ý vào một vật như ngón tay hoặc que khám có đầu trắng cách mũi khoảng 30 cm. Bình thường, cả hai đồng tử sẽ co – phản ứng điều tiết. Đáp ứng trên phụ thuộc vào đường dẫn truyền từ vỏ não liên hợp thị giác xuống nhân dây III. Nguyên nhân gây mất phản xạ ánh sáng nhưng còn phản xạ điều tiết thì tổn thương nằm ở thân não (đồng tử Argyll Robertson trong bệnh giang mai), tổn thương hạch mi (đồng tử Adie<sup>m</sup> hoặc hội chứng Parinaud<sup>n</sup>). Mất phản xạ điều tiết đơn thuần: đôi khi do tổn thương ở trung não hoặc mù vỏ não.

### 32.6.2.2. Cử động mắt

Các bất thường cử động mắt cần đánh giá: nhìn đôi hay song thị (diplopia) và rung giật nhãn cầu (nystagmus).

Bình thường, hai mắt di cùng di chuyển song song ngoại trừ khi hội tụ lại. Khi hai mắt không cùng trục: gọi là lé (strabismus) hay lác mắt (squint). Bất thường này có thể do liệt các dây thần kinh sọ (III, IV hoặc VI) và góc lệch trục của những bất thường này phụ thuộc vào hướng nhìn được gọi là lác bất đồng hành (incomitant squint). Nếu sự lệch trục cố định khi nhìn bất cứ hướng nào được gọi là lác đồng hành (concomitant squint). Lác đồng hành hay gặp ở trẻ em, thường là nguyên phát hoặc đôi khi do khối chồi chỗ nội sọ. Lác đi kèm với song thị nếu hình ảnh không bị ngăn chặn ở não. Tình trạng này diễn tiến khá nhanh ở trẻ em và có thể gây mất thị lực trầm trọng hoặc mù.

Yêu cầu BN nhìn vào kẹp áo<sup>o</sup>. Đầu tiên, đánh giá chuyển động tự nhiên của 2 mắt. Yêu cầu BN nhìn sang hai bên phải và trái, trên và dưới (xem Hình 32.14). Luôn nhớ rằng cơ thẳng ngoài (do dây VI vận động) chỉ kéo mắt ra ngoài theo trục ngang, còn cơ thẳng

---

<sup>l</sup> Ludwig Edinger (1855-1918), bác sĩ TK Frankfurt, và Carl Friedrich Otto Westphal (1833-1890), bác sĩ TK Berlin.

<sup>m</sup> William Andie (1886-1935), bác sĩ thần kinh người Úc làm việc ở Anh, mô tả vào năm 1931.

<sup>n</sup> Henri Parinaud (1844-1905), bác sĩ mắt người Pháp, mô tả vào năm 1889.

<sup>o</sup> Nếu các chiếc kẹp này được gắn trên ve áo choàng trắng được cắt may đẹp hoặc bộ áo đăc tiền, thì cho thấy người mặc thường là bác sĩ thần kinh.

trong (do dây III vận động) chỉ kéo mắt vào trong theo trục ngang. Vận động các cơ còn lại phức tạp hơn một chút. Khi mắt đưa ra ngoài, cơ nâng là cơ thẳng trên (dây III vận động), cơ hạ là cơ thẳng dưới (dây III vận động). Khi mắt đưa vào trong, cơ nâng là cơ chéo dưới (dây III vận động), cơ hạ là cơ chéo trên (dây IV vận động, xem Hình 32.13). Dựa vào nền tảng kiến thức trên nên khám cử động lên và xuống được thực hiện đầu tiên với việc cho mắt đưa vào trong, sau đó làm tương tự với việc cho mắt đưa ra ngoài. Cách khám: yêu cầu BN nhìn theo chuyển động của chiếc kẹp, cách BN 30 – 40 cm và di chuyển theo hình chữ H, bằng cả hai mắt và tìm xem có nhìn đôi hay không (ở bất kỳ hướng nào).



**Hình 32.14. Các dây số III, IV, V: vận nhãn tự ý. (a) sang trái, (b) sang phải, (c) nhìn lên, (d) nhìn xuống.**

Vấn đề của phương pháp khám này là mắt BN thường khó nhìn lên khi mắt của họ di chuyển ra ngoài hoặc vào trong, phần lớn trong số họ sẽ có nhìn đôi nếu họ cố gắng<sup>P</sup>. Tốt hơn nên cho BN nhìn lên khi mắt đang nhìn thẳng. Nếu liệt dây VI: bất thường mắt đưa ra ngoài theo trục ngang, liệt dây III: bất thường mắt đưa vào trong theo trục ngang. Cách khám: đưa kẹp theo hình chữ thập. Cho BN nhìn xuống, từ phải qua trái, nếu liệt dây IV: có bất thường và song thị ở phía BN nhìn xuống và vào trong.

Song thị có thể là dấu hiệu sớm của yếu cơ vận nhãn vì ánh sáng rơi vào nhiều phần tương ứng khác nhau của võng mạc do ánh sáng đi theo nhiều hướng khác nhau. Cần khám chi tiết hơn nếu phát hiện song thị. Hình ảnh giả thường nhạt hơn, ít tương phản hơn và luôn luôn nhòe hơn ảnh thật. Hỏi BN hai hình ảnh nằm cạnh nhau theo hướng ngang

<sup>P</sup> Từ khi con người bắt đầu săn bắn trên những thảo nguyên rộng lớn; không có bất kỳ mối đe dọa nào ở khoảng không phía trên đầu, do đó chuyển động của mắt cũng tiến hóa giúp chúng ta nhìn ngang tốt hơn là nhìn dọc. Mắt của người già khỏe mạnh thường nhìn lên rất kém.

hay dọc. Nếu hai hình ảnh nằm theo hướng ngang, liên quan đến cơ thẳng trong hoặc thẳng ngoài. Nếu hai hình ảnh nằm theo hướng dọc, liên quan đến một trong các cơ chéo hoặc cơ thẳng trên hoặc cơ thẳng dưới. Để xác định cặp cơ nào bị tổn thương hỏi BN hướng nhìn nào thì hai hình ảnh phân biệt rõ rệt nhất, khi đó cơ chi phối mắt đưa theo hướng đó bị ảnh hưởng. Ở trí hai hình ảnh phân biệt rõ rệt nhất, che một mắt lại và xác định hình nào biết mất. Mắt hình ảnh phía ngoài thì tổn thương bên mắt bị che. Song thị vẫn còn khi một mắt bị che (song thị một mắt) có thể do loạn thị, cận thị, lạc chỗ thủy tinh thể, đục thủy tinh thể hoặc hysteria.

Lưu ý nếu có bất thường cử động mắt về một hướng nào đó, thì có liên quan đến các cơ vận nhãn. Nếu phát hiện bất thường, cần khám riêng biệt từng mắt bằng cách che một mắt lại. Bất thường cử động mắt có thể do liệt dây III, IV hoặc VI hoặc bất thường cử động đồng trục thị giác (conjugate gaze).

### **32.6.2.3. Đặc điểm tổn thương dây III**

Sụp mi hoàn toàn (sụp mi một phần nếu tổn thương không hoàn toàn), lác phân kỳ (mắt nhìn xuống và ra ngoài) và dẫn đồng tử, mất phản xạ với ánh sáng trực tiếp (phản xạ đồng cảm ở mắt bình thường vẫn còn) và mất phản xạ điều tiết (xem Hình 32.15). Nếu có tổn thương dây III, cố gắng loại trừ tổn thương dây IV, bằng cách nghiêng đầu BN về phía tổn thương. Mắt bệnh sẽ xoay vào trong nếu dây IV bình thường (ghi nhớ: **SIN** – the Superior oblique **IN**torts the eyes).

Bệnh sinh liệt dây III. Nguyên nhân thường gặp nhất là chấn thương hoặc tự phát. Nguyên nhân trung ương: tổn thương mạch máu ở thân não, khối u, hiếm hơn là thoái hóa myelin. Nguyên nhân ngoại biên: (1) tổn thương gây chèn ép như phình mạch (thường là phình động mạch thông sau), khối u, viêm màng não sần sọ, carcinoma mũi hầu hoặc tổn thương ổ mắt – hội chứng Tolosa – Hunt (hội chứng khe ổ mắt trên – tổn thương đầu của dây III, IV, VI và nhánh V1 của dây V) và (2) thiếu máu nuôi hoặc nhồi máu như viêm động mạch, đái tháo đường và đau đầu migraine.

### **32.6.2.4. Đặc điểm tổn thương dây IV**

Khám dây thần kinh này bằng cách yêu cầu BN đưa mắt vào trong sau đó nhìn xuống. Nếu tổn thương gây liệt cơ chéo trên gây yếu chức năng nhìn xuống (mắt hướng ra ngoài và lên trên). Có thể cho BN đi lại với đầu nghiêng sang bên lành, hướng về phía vai (điều này giúp BN duy trì thị giác hai bên).

Liệt dây IV đơn thuần là rất hiếm gặp và thường là tự phát hoặc liên quan chấn thương. Đôi khi có thể xuất hiện khi tổn thương ở cuống não.

### **32.6.2.5. Đặc điểm tổn thương dây VI**

Tác động lên cơ chi phối cử động ra ngoài của mắt, lác phân kỳ và song thị. Các dấu hiệu này rõ nhất khi nhìn sang phía tổn thương, khi các hình ảnh nằm ngang và song song. Hình ngoài cùng do mắt tổn thương tạo ra sẽ biến mất khi che mắt này lại (và hình này thường mờ hơn).



**Hình 32.15. Liệt dây III. (a) nhìn thẳng, mắt phải nhìn xuống, ra ngoài và sụp mí, (b) không nhìn sang trái được (cơ thẳng trong), (c) nhìn sang phải bình thường (dây VI), (d) nhìn lên sang phải (cơ thẳng trên), (e) nhìn lên sang trái (cơ chéo dưới), (f) nhìn xuống sang phải (cơ thẳng dưới).**

**Bệnh sinh liệt dây VI.**

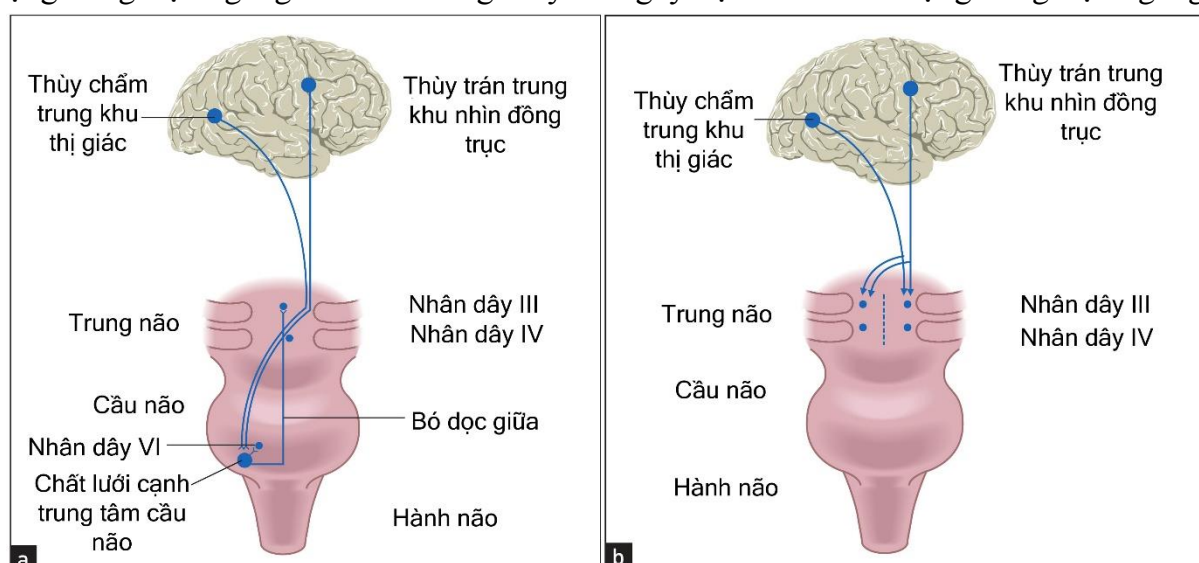
– Tổn thương hai bên có thể do chấn thương hoặc tổn thương não vùng Wernicke (hội chứng bao gồm liệt vận nhãn, lú lẫn và thất điều, thường liên quan tới chứng loạn thần

Korsakoff do giảm thiamine). Viêm đơn dây thần kinh đa ổ và tăng áp lực nội sọ cũng là nguyên nhân gây liệt dây VI.

– Tổn thương một bên thường là tự phát hoặc liên quan chấn thương. Có thể là tổn thương trung ương (tổn thương mạch máu hoặc u) hoặc ngoại biên (tăng áp lực nội sọ hoặc đái tháo đường).

### 32.6.2.6. Bất thường cử động đồng trục thị giác

Bình thường, mắt cử động sao cho các trục thị giác giữ trong cùng một mặt phẳng. Các trung khu cử động đồng trục: thùy trán cho cử động nhanh và thùy chẩm cho cử động chậm. Cử động đồng trục về bên phải được kiểm soát bởi não trái. Từ các trung khu này, các sợi thần kinh đi đến nhân dây VI, từ đây bó dọc giữa phối hợp hoạt động với nhân dây III đối bên (cơ thẳng trong – xem Hình 32.16). Tổn thương thân não gây liệt cùng bên cử động đồng trục ngang và tổn thương thùy trán gây liệt đối bên cử động đồng trục ngang.



**Hình 32.16. Cử động mắt theo hướng ngang (a) và theo hướng dọc (b).**

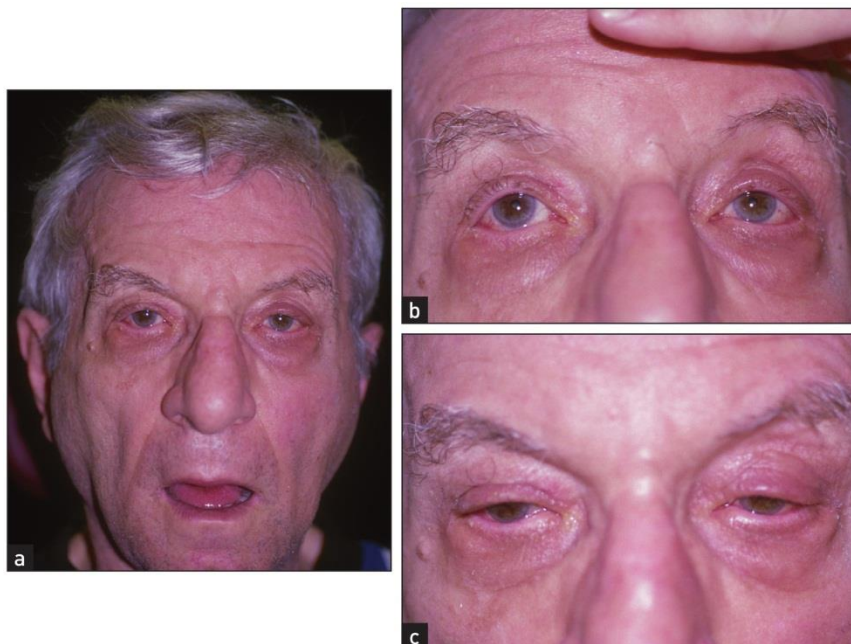
Có rất nhiều nguyên nhân gây lệch trục của mắt về 1 phía. Ví dụ, lệch trục bên trái: (1) tổn thương phá hủy (thường là mạch máu hoặc mô tân sinh), rối loạn đường dẫn truyền giữa thùy trán trái và nhân vận nhãn chung; (2) tổn thương phá hủy ở thân não phải; hoặc (3) tổn thương kích thích như động kinh cục bộ của thùy trán phải gây kích thích lệch trục bên trái.

**Liệt trên nhân (supranuclear palsy)** gây mất chức năng nhìn ngang hoặc nhìn dọc hoặc cả hai (xem Hình 32.17). Các đặc điểm lâm sàng cần phân biệt với liệt dây III, IV và VI bao gồm: (1) tổn thương cả hai mắt; (2) đồng tử không phản ứng và thường không đều; (3) thường không có song thị; và (4) phân xạ cử động mắt bình thường, ví dụ như trong lúc gập và ngửa cổ.

– Liệt trên nhân tiến triển (hoặc hội chứng Steele Richardson Olszewski<sup>9)</sup> đầu tiên mất chức năng nhìn dọc sau đó là mất chức năng nhìn ngang, đi kèm với dấu hiệu ngoại

<sup>9</sup> J Steele and J Richardson, bác sĩ thần kinh người Canada, mô tả năm 1964.

thấp, cứng cổ và sa sút trí tuệ. Phản xạ cử động mắt khi gập cổ và ngửa cổ chỉ bị ảnh hưởng vào giai đoạn muộn của bệnh.



**Hình 32.17. Liệt trên nhân. (a) cái nhìn đặc trưng, (b) nhìn lên giới hạn, (c) nhìn xuống giới hạn.**

– Hội chứng Parinaud: mắt chức năng dọc, đi kèm với rung giật nhãn cầu khi BN tập trung nhìn vào vật (xem bên dưới). Ngoài ra, có giả đồng tử Argyll Robertson. Nguyên nhân gây hội chứng này bao gồm: u tuyến tùng, xơ cứng rải rác và các tổn thương mạch máu.

– Lệch trục hướng lên không tự ý (con xoay mắt – oculogyris crisis): do Parkinson sau viêm não và có thể gặp ở BN nhạy cảm với dẫn xuất phenothiazine hoặc dùng levodopa.

**Hội chứng One and a half:** hiếm gặp, nhưng cần phải nhận ra được. Bao gồm: liệt chức năng ngang khi nhìn về một phía (chữ “one”), cộng với bất thường nhìn vào trong khi nhìn về phía còn lại (chữ “and a half”). Một số đặc điểm khác như: lác ngoài của mắt đối bên tổn thương (lác ngoài do liệt cầu não). Hội chứng One and a half có thể do: đột quỵ (nhồi máu), xơ cứng rải rác hoặc u mặt lưng của cầu não.

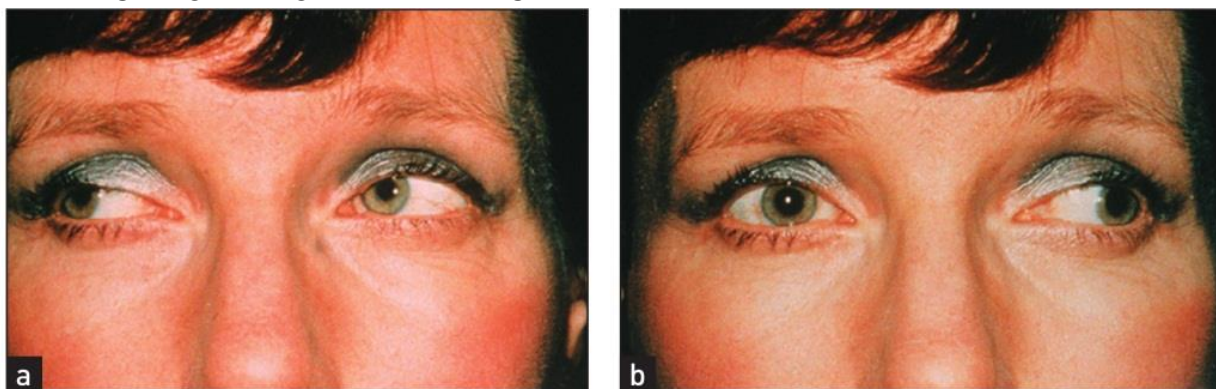
### **32.6.2.7. Rung giật nhãn cầu**

Bình thường, ở trạng thái nghỉ mắt nằm ở giữa do cân bằng các cơ vận nhãn. Mất sự cân bằng này, phụ thuộc vào các xung động từ võng mạc, các cơ vận nhãn, mối liên kết với tiền đình và trung ương, làm cho mắt di chuyển theo một hướng nào đó. Khi đó mắt được đưa nhanh về vị trí ban đầu. Khi các chuyển động này lặp đi lặp lại, gọi là **rung giật nhãn cầu** (nystagmus). Hướng rung giật nhãn cầu được xác định là các chuyển động hiệu chỉnh nhanh, mặc dù sự bất thường nằm ở chuyển động chậm ban đầu. Rung giật nhãn cầu do bất kỳ nguyên nhân nào sẽ xuất hiện rõ khi tập trung nhìn vào một hướng nào đó cách xa đường giữa. Trong nhiều trường hợp, rung giật nhãn cầu không xuất hiện khi mắt ở trạng thái nghỉ và chỉ xảy ra khi mắt di chuyển (rung giật nhãn cầu khi nhìn chăm chú).

Khi nhìn chăm chú cực điểm, rung giật nhãn cầu nhẹ là điều bình thường (sinh lý). Do đó, cách khám nystagmus là yêu cầu BN nhìn theo vật một ở góc khoảng 30° so với trục giữa của mắt.

Rung giật nhãn cầu có thể chia thành: dịch chuyển chậm về một hướng sau đó giật mạnh sang hướng còn lại (jerk) hoặc tốc độ dịch chuyển đều nhau cả hai hướng (pendular).

– **Rung giật nhãn cầu trục ngang kiểu jerk** có thể do: (1) tổn thương tiền đình (tổn thương cấp tính: rung giật nhãn cầu về phía đối bên tổn thương, tổn thương mạn tính: rung giật nhãn cầu về phía cùng bên tổn thương); (2) tổn thương tiểu não (bệnh lý ở một bên gây rung giật nhãn cầu hướng về phía bên tổn thương); (3) ngộ độc, ví dụ như phenytoin và rượu (gây rung giật nhãn cầu trục dọc nhưng ít gặp) và (4) liệt mắt liên nhân (internuclear ophthalmoplegia). Liệt mắt liên nhân (xem Hình 32.18) xảy ra khi rung giật nhãn cầu lúc mắt nhìn ra ngoài và mắt còn lại không thể nhìn vào trong. Nguyên nhân là do tổn thương bó dọc giữa, thường gặp ở người trẻ có tổn thương hai bên trong xơ cứng rải rác; người già trong các tổn thương mạch máu.



**Hình 32.18. Liệt mắt nhân trung gian. (a) nhìn sang phải bình thường, (b) nhìn sang trái (nystagmus mắt trái và mắt phải không nhìn vào trong được (bên bệnh)).**

– **Rung giật nhãn cầu trục dọc kiểu jerk:** có thể do tổn thương thân não. Rung giật nhãn cầu theo trục dọc có nghĩa là sự dao động theo trục dọc. Rung giật nhãn cầu có nhịp lên (upbeat): gợi ý tổn thương ở não giữa hoặc sàn não thất IV, rung giật nhãn cầu có nhịp xuống (downbeat) gợi ý tổn thương ở lỗ chằm. Ngoài ra phenytoin hoặc rượu có thể gây những bất thường này.

– **Rung giật nhãn cầu kiểu pendular** xảy ra khi thời gian các pha nystagmus bằng nhau. Nguyên nhân có thể do võng mạc (giảm thị lực điểm vàng, bạch tạng) hoặc do bẩm sinh. Tình trạng này được cho là hậu quả của thị lực kém hoặc tăng nhạy cảm với ánh sáng. Bệnh phát triển trong giai đoạn trẻ con và biểu hiện khi BN tập trung nhìn để kiểm một vật nào đó hoặc do tăng các xung thần kinh thị giác.

Bảng tóm tắt cách khám được đề cập trong CHƯƠNG 38.

## 32.7. DÂY V (SINH BA)

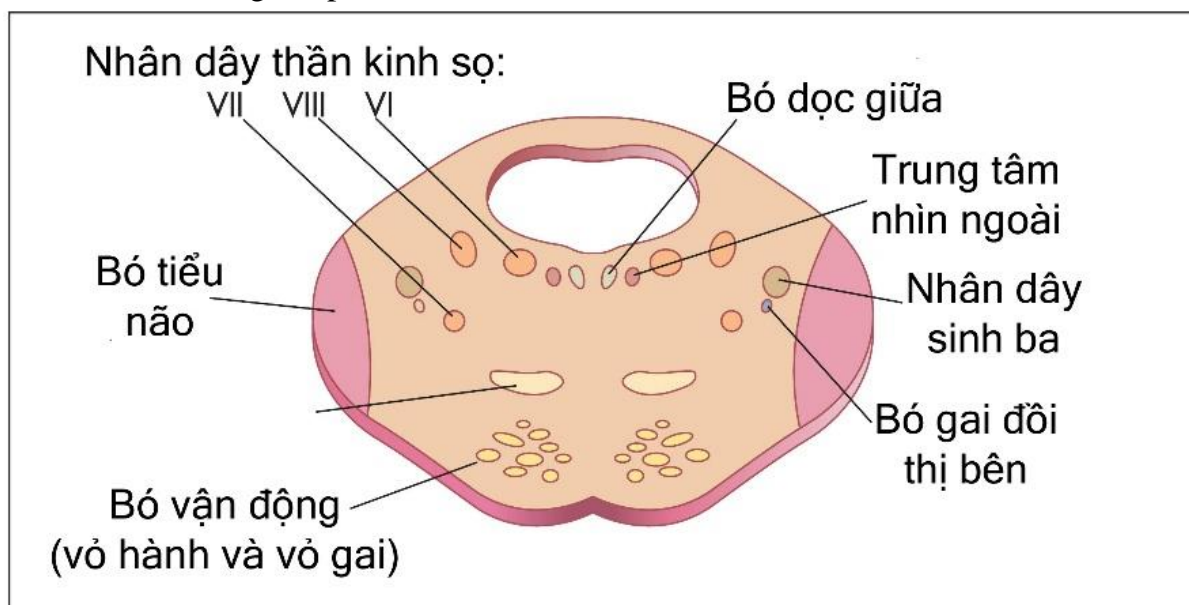
### 32.7.1. Giải phẫu

Bao gồm: bó cảm giác và vận động. Nhân cảm giác sờ và vận động nằm ở cầu não (xem Hình 32.19), nhân cảm giác bản thể nằm ở trung não, nhân cảm giác đau – nhiệt đi từ hành não đến tủy cổ trên. Đây là dây thần kinh sọ lớn nhất.

Dây thần kinh đi từ góc cầu – tiểu não và chạy qua thùy thái dương ở hố sọ giữa. Tại xương đá, dây thần kinh tạo thành hạch sinh ba (Gasserian<sup>r</sup>) và 3 nhánh cảm giác đi ra. Nhánh V1 (nhánh mắt) đi trong xoang tĩnh mạch hang cùng với dây III và chui ra ngoài qua khe ổ mắt trên để chi phối cảm giác da trán, giác mạc và kết mạc. Dây V2 (nhánh hàm trên) chui ra lỗ ổ mắt dưới và chi phối phần mặt giữa và niêm mạc miệng trên, vòm miệng và mũi – hầu. Nhánh V3 (nhánh hàm dưới) là nhánh lớn nhất đi chung với nhánh vận động, ra khỏi sọ qua lỗ bầu dục, chi phối phần hàm dưới và niêm mạc miệng dưới (xem Hình 32.20 và Hình 32.21).

Các bó cảm giác đau – nhiệt từ mặt, đi từ cầu não qua hành não và tủy cổ trên, tận cùng tại nhân bó gai khi chúng đi xuống. Neuron truyền tin thứ hai đi từ nhân này ngược trở lên bó sinh ba đồi thị trước. Bó cảm giác sờ nông và bản thể tận cùng tại cầu não hoặc lần lượt các nhân cảm giác chính và các nhân trung não, hình thành các bó trung não trước và sau. Do có sự phân tách này tại thân não, nên tổn thương hành não hoặc tủy cổ cao gây mất cảm giác mặt phân ly – mất cảm giác đa – nhiệt, nhưng còn cảm giác sờ nông và bản thể.

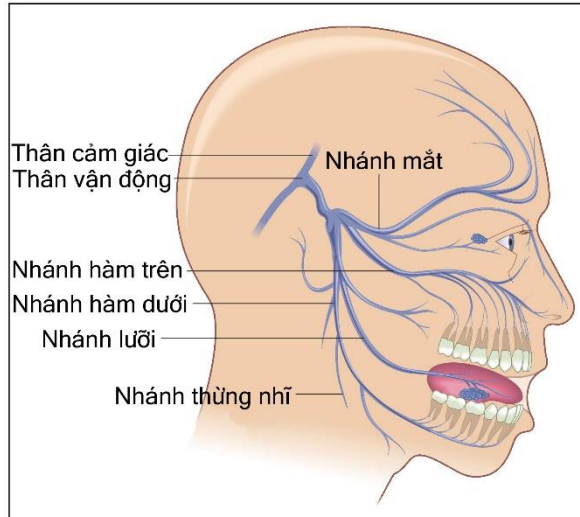
Nhánh vận động chi phối các cơ nhai.



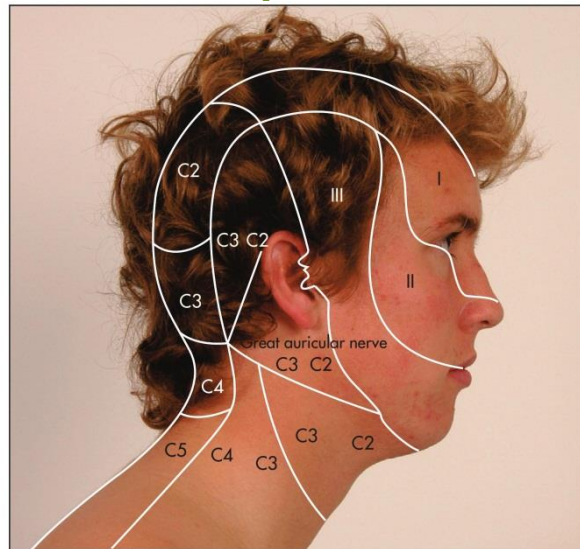
Hình 32.19. Giải phẫu cầu não.

<sup>r</sup> Johann Laurenz Gasser (1723 – 1765), giáo sư giải phẫu học, thành phố Vienna – nước Áo





**Hình 32.20. Dây thần kinh sinh ba.**



**Hình 32.21. Sơ đồ cảm giác da của dây V.**

### 32.7.2. Bệnh sử

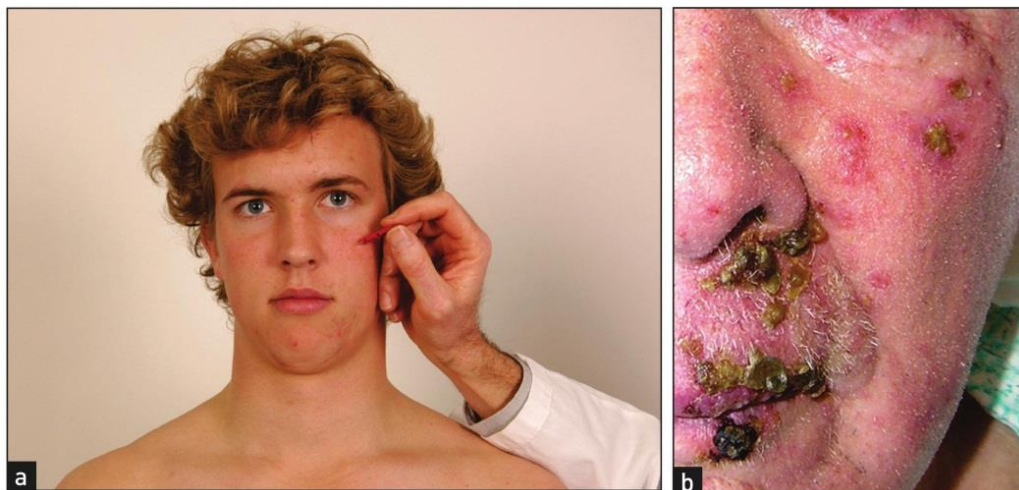
Đau dọc theo đường đi dây V thường hay gặp. Tic đau (đau dây V) là cảm giác đau dữ dội đột ngột một trong các nhánh cảm giác của dây V. Thường gặp ở người già. Nếu xuất hiện phụ nữ trẻ gợi ý tình trạng xơ cứng rải rác. Con đau ngắn nhưng rất dữ dội. Yếu tố khởi phát có thể là ăn hoặc đánh răng. Đau có thể gây ra do tổn thương ở cầu não hoặc chèn ép dây V do bất thường mạch máu. Đau theo dây V có thể do viêm xoang, áp xe răng, bệnh lý ác tính của xoang và herpes zoster. Yếu cơ do dây V làm BN than phiền nhai khó và nói khó.

### 32.7.3. Thăm khám lâm sàng

– Phản xạ giác mạc: quẹt nhẹ vào giác mạc (không chạm vào kết mạc) từ mắt này sang mắt kia bằng một que quán bông. Bình thường phản xạ chớp cả hai mắt. Hỏi BN có cảm giác chạm vào hay không. Thành phần cung phản xạ gồm: nhánh V1 tiếp nhận cảm giác, dây VII thành phần vận động chi phối cơ vòng mi. Mắt cảm giác giác mạc thường do

loét giác mạc. Lưu ý, nếu chỉ chớp mắt đôi bên: liệt dây VII cùng bên. BN vẫn còn cảm giác giác mạc.

– Cảm giác mặt: do 3 nhánh cảm giác của dây V, so sánh hai bên (xem Hình 32.22a). Trước tiên dùng một kim đầu nhọn (mới và sạch – không được dùng kim cũ vì những nguy cơ viêm gan B, HIV,...) để khám cảm giác đau. Nhẹ nhàng chạm vào da BN và hỏi xem cảm giác được vật nhọn hay tù. Có thể cho BN nhắm mắt. Mất cảm giác đau, BN sẽ cảm giác rằng là tù. Đánh dấu khu vực cảm giác tù của BN: đi từ vùng cảm giác tù đến vùng cảm giác nhọn. Việc khám còn bắt đầu đi từ trán lên đỉnh. Nếu tổn thương V1, cảm giác sẽ bình thường khi đến khoang da C2 (xem Hình 32.21).



**Hình 32.22. (a) cảm giác mặt dây V, nhánh hàm – hỏi BN đau tù hay nhọn và khám 3 nhánh ở mỗi bên. (b) Herpes zoster phân bố theo đường đi của nhánh hàm dây V.**

+ Cần lưu ý không chạm quá mạnh vì có thể gây chảy máu. Cảm giác nhiệt không cần khám thường quy nếu không thể loại trừ bệnh rong hành não, bởi vì mất cảm giác nhiệt thường đi kèm mất cảm giác đau.

+ Yêu cầu BN nhắm mắt, khám cảm giác sờ nông – bằng que quần bông một đầu. Cách khám: giống như trên, hướng dẫn BN nói “có” nếu cảm nhận được đầu que (không đè lên da). Cảm giác bản thể không khám thường quy trên mặt (vì thật sự thì rất khó khám).

– Bây giờ khám nhánh vận động: quan sát cơ cắn và cơ thái dương ở trạng thái nghỉ. Yêu cầu BN cắn chặt răng lại, sờ nắm mức độ co cứng của cơ cắn phía trên xương hàm dưới (xem Hình 32.23). Khám sức cơ bằng cách cho BN cắn thật mạnh một cái que đè lưỡi bằng gỗ với răng cối. Độ sâu dấu răng mỗi bên cho phép đánh giá tương đối sức cơ. Hoặc thầy thuốc có thể cố gắng rút que lưỡi ra khi BN đang cắn. Nếu sức cơ bình thường thì không thể rút ra được. Sau đó, cho BN há miệng và thầy thuốc dùng lực để khép miệng BN lại. Tổn thương một bên của nhánh vận động sẽ làm cho hàm lệch về phía tổn thương.



**Hình 32.23. Khám vận động dây V: cắn chặt hàm và sờ khối cơ cắn.**

– Nghiệm pháp giật hàm dưới hay phản xạ cơ cắn: BN há miệng nhẹ, đặt một ngón tay lên xương hàm dưới và dùng búa gõ nhẹ lên (xem Hình 32.24). Bình thường: miệng khép nhẹ và không có phản ứng mạnh nào cả. Nếu tổn thương neuron vận động phía trên cầu não: hàm dưới giật rất mạnh, nguyên nhân thường do liệt giả hành tủy <sup>s</sup>.



**Hình 32.24. Khám dây V: nghiệm pháp giật hàm dưới.**

### **32.7.4. Nguyên nhân gây liệt dây V**

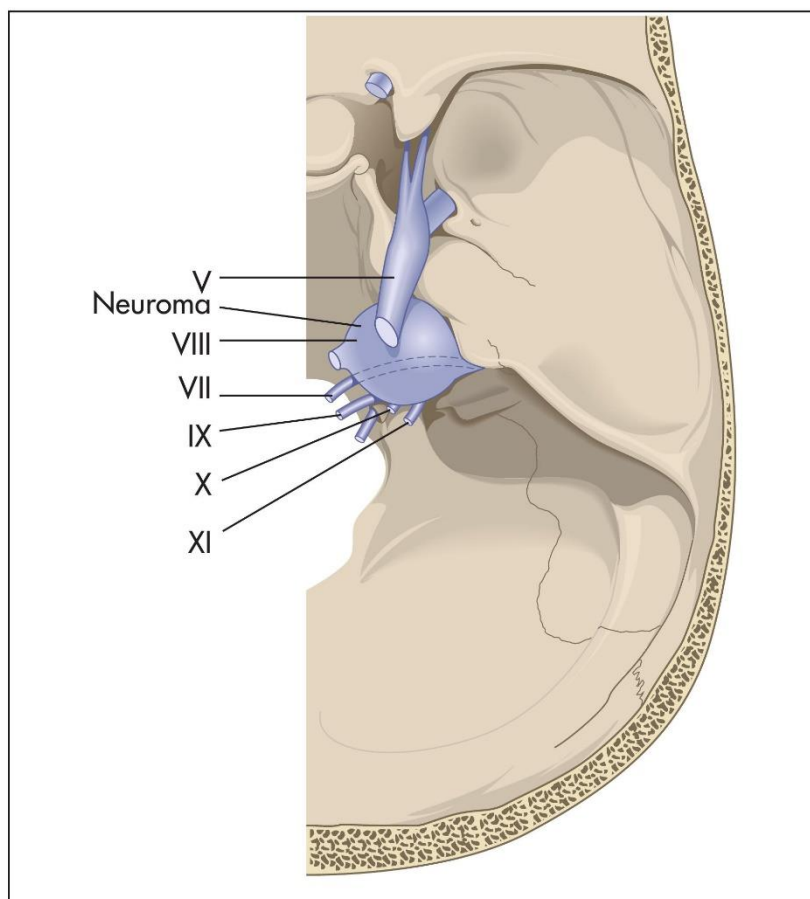
Trung ương (cầu não, hành não và tủy cổ cao) bao gồm: các tổn thương mạch máu, u hoặc bệnh rong hành não. Ngoại biên (hố sọ giữa): phình mạch, u (thứ phát hoặc nguyên phát) hoặc viêm màng não mạn tính. Hạch sinh ba (hạch Gasser, xương đá): u dây V, u màng não hoặc vỡ sán sọ giữa. Xoang tĩnh mạch hang chỉ liên quan đến V1 và thường kèm theo liệt dây III, IV và VI gặp trong phình mạch, u hoặc huyết khối.

Cần nhớ rằng, nếu mất hoàn toàn cảm giác của cả 3 nhánh thì tổn thương nằm tại hạch hoặc rễ cảm giác như: u thần kinh thính giác (xem Hình 32.25). Nếu mất hoàn toàn cảm giác ở một nhánh: tổn thương sau hạch. Dây V1 là nhánh thường bị tổn thương nhất vì nó chạy trong xoang tĩnh mạch hang và chui qua khe ổ mắt – vị trí rất dễ bị tổn thương do

<sup>s</sup> Phản xạ hắt hơi: không được khám thường quy. Ở đây, kích thích niêm mạc mũi bằng sợi tóc hoặc sợi dây nhỏ gây co các cơ mũi – hầu và ngực. Các sợi hướng tâm là dây V và sợi ly tâm là dây VII, IX, X, V và thần kinh vận động của tủy cổ. Trung tâm phản xạ nằm ở thân não và tủy cổ cao.

nhiều nguyên nhân khác nhau.

Nếu mất cảm giác phân ly: mất cảm giác đau, còn cảm giác sờ nông gợi ý tổn thương ở thân não hoặc tổn thương trên nhân như: bệnh rong hành não, u ở lỗ chẩm hoặc nhồi máu động mạch tiểu não sau dưới. Mất cảm giác sờ nông nhưng còn cảm giác đau thì thường do bất thường nhân ở cầu não như tổn thương mạch máu hoặc u. Mất vận động có thể là trung ương hoặc ngoại biên.



**Hình 32.25. U góc cầu tiểu não. Một u thần kinh xuất phát từ dây VIII, gây chèn ép các cấu trúc xung quanh gồm có dây V, dây VII, thân não, tiểu não.**

### **32.7.5. Thay đổi kích thích vận động**

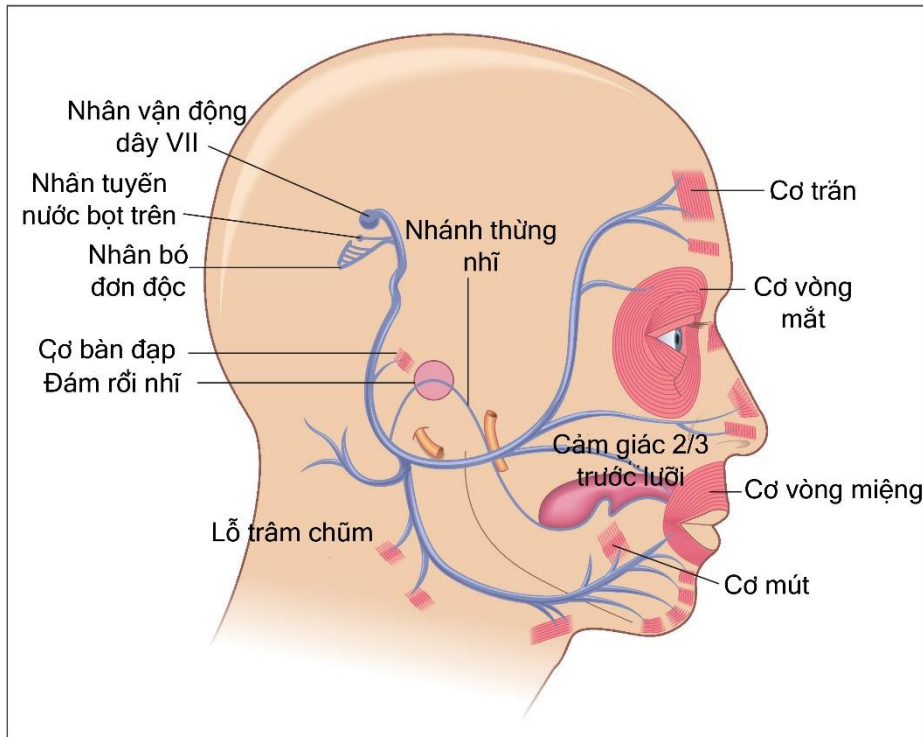
Cơ động kinh cơ giật liên quan tới hồi trước trung tâm gồm nghiền chặt hàm và cắn vào lưỡi. Bệnh Parkinson và run vô căn có thể gây run môi hoặc hàm theo nhịp. Chứng khít hàm: hàm cắn rất chặt gặp trong uốn ván và viêm não. BN không thể mở miệng. Thuốc chống loạn thần có làm cho BN có cử động nhai và ngáp liên tục (loạn vận động mặt muộn – tardive orofacial dyskinesia).

## **32.8. DÂY VII (MẶT)**

### **32.8.1. Giải phẫu**

Nhân dây VII nằm ở cầu não cạnh nhân dây VI (xem Hình 32.2). Dây VII (xem Hình 32.26) ra khỏi cầu não cùng với dây VIII qua góc cầu – tiểu não. Sau khi đi vào ống thần

kinh mặt, phình to ra để tạo thành hạch gối. Nhánh chi phối cơ bàn đạp đi từ ống thần kinh mặt. Nhánh thừng nhĩ (chứa các bó nhận cảm giác 2/3 trước lưỡi) hợp với dây VII trong ống thần kinh mặt. Dây VII ra khỏi sọ qua lỗ trâm – chũm. Sau đó đi qua giữa tuyến mang tai và chi phối các cơ biểu cảm ở mặt. Cơ trán chịu sự chi phối thần kinh vận động trung ương cả hai bên; các cơ còn lại chịu sự chi phối vỏ não đối bên.



**Hình 32.26. Dây thần kinh mặt.**



**Hình 32.27. Liệt neuron vận động trên của dây VII, góc miệng một bên bị hạ xuống, mờ nếp mũi má và còn nếp nhăn trán do tổn thương não bên phải.**

### 32.8.2. Bệnh sử

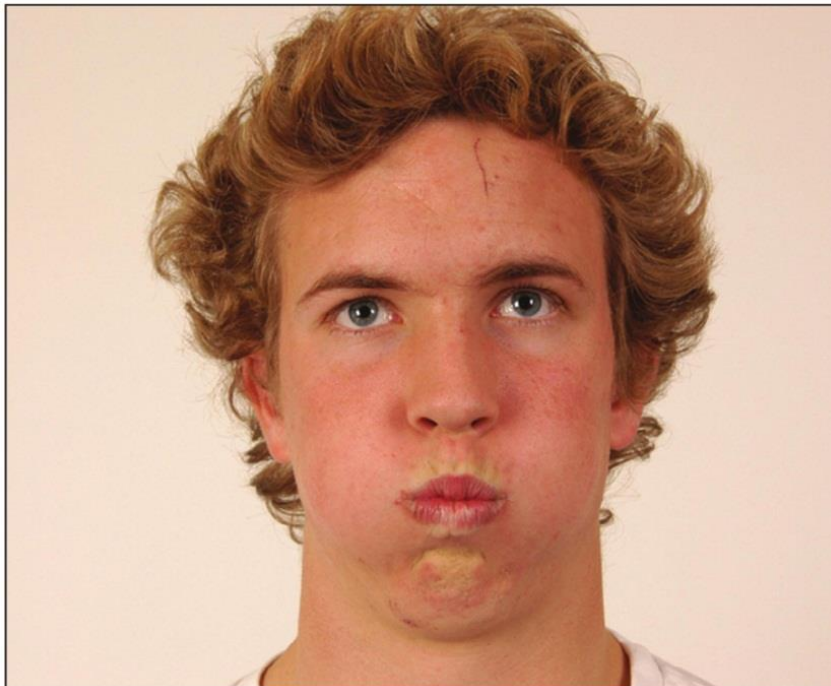
Triệu chứng đầu tiên của BN có thể là nói khó và uống nước thường bị đổ hoặc hai bên mặt không đối xứng khi nhìn vào gương. Có thể cảm giác khô mắt (giảm tiết nước mắt) hoặc khô miệng (giảm tiết nước bọt). Liệt cơ bàn đạp có thể gây ra: tăng cảm nhận âm thanh (tăng thính lực) hoặc không thể chịu được tiếng ồn hay các âm sắc cao. Cơ bàn đạp co lại do đáp ứng lại với âm thanh như: nhạc pop và chuyển động làm dịu lại của chuỗi xương con.

### 32.8.3. Khám

Kiểm tra mặt có bất đối xứng không, do liệt dây VII sẽ làm một bên góc miệng bị hạ xuống, mất các nếp nhăn trán và nếp mũi má (xem Hình 32.27). Tuy nhiên, mặt vẫn đối xứng nếu liệt hai bên.



Hình 32.28. Khám dây VII, yêu cầu BN nhìn lên và quan sát nếp nhăn trán (bình thường).



Hình 32.29. Khám dây VII, yêu cầu BN phồng má (bình thường).

Kiểm tra sức cơ. Cách khám: cho BN nhìn lên và thầy thuốc quan sát nếp nhăn trán (xem Hình 32.28). Có mất nếp nhăn hay không và kiểm tra sức cơ bằng cách kéo các nếp nhăn thẳng xuống, thực hiện ở mỗi bên. Nếu liệt trung ương (trên nhân) thì các nếp nhăn trán tương đối nguyên vẹn, do cơ trán được chi phối bởi vỏ não cả hai bên. Những cơ biểu cảm vùng mặt còn lại thường bị ảnh hưởng khi có liệt trung ương, mặc dù đôi khi cơ vòng mi không bị ảnh hưởng. Yêu cầu BN phồng má (xem Hình 32.29) và đánh giá sự cân đối hai bên.

Liệt neuron vận động dưới hay liệt ngoại biên (tại nhân hoặc rễ thần kinh), tất cả các cơ biểu cảm mặt đều bị ảnh hưởng.

Kế tiếp, yêu cầu BN nhắm mắt thật chặt (xem Hình 32.30). So sánh lông mi hai bên như thế nào và thử dùng lực mở từng mắt của BN. Tìm hiện tượng Bell<sup>t</sup> có hay không. Hiện tượng Bell có ở tất cả mọi người, mặc dù bình thường không dễ thấy nếu người đó không bị liệt dây VII. Trong trường hợp này, khi BN cố gắng nhắm kín mắt, bên có liệt mặt ngoại biên, mắt sẽ nhìn lên và mi mắt không khép kín được. Kế đó, yêu cầu BN nhe răng (xem Hình 32.31) và so sánh nếp mũi – má hai bên, bên liệt sẽ mất nếp này.



**Hình 32.30. Khám dây VII. Cố gắng nhắm kín mắt khi thầy thuốc vẫn giữ hai mi trên và dưới của BN.**



**Hình 32.31. Khám dây VII. Yêu cầu BN nhe răng (bình thường).**

---

<sup>t</sup> Sir Charles Bell (1774-1842), giáo sư giải phẫu của trường London's Royal College of Surgeons, sau đó là giáo sư phẫu thuật tại Edinburgh, mô tả liệt dây VII vào năm 1821.)

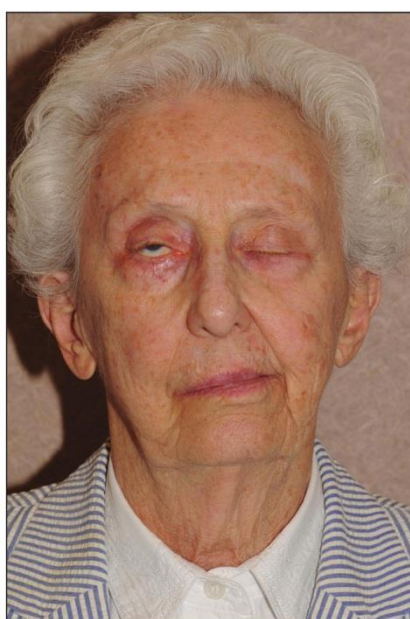
Nếu có liệt mặt ngoại biên, kiểm tra xem có mụn nước ở tai và vòm miệng do herpes zoster hạch thể gố không – hội chứng Ramsay Hunt <sup>u</sup>.

Liệt mặt do tổn thương vỏ não vẫn còn các cử động khóc hoặc cười và thật sự thì những cử động này mạnh hơn bình thường. Ngược lại (mất cử động biểu cảm nhưng còn cử động chủ động) do tổn thương nhiều vùng trên vỏ não, bao gồm cả thùy trán.

Khám vị giác 2/3 trước lưỡi: khám không thường quy. Nếu cần, cho BN đưa lưỡi ra, lần lượt đặt: đường, giấm, muối và quinine (ngọt, chua, mặn và đắng) vào mỗi bên lưỡi, BN sẽ chỉ ra giấy vị mà mình cảm nhận được. Súc miệng bằng nước sau mỗi lần khám.

#### 32.8.4. Nguyên nhân liệt dây VII

Tổn thương do mạch máu và u là những nguyên nhân thường gặp của liệt neuron vận động trên. Lưu ý rằng: tổn thương thùy trán sẽ mất các cử động biểu cảm nhưng các cử động chủ động vẫn còn.



**Hình 32.32. Liệt Bell bên phải.**

Liệt ngoại biên ở cầu não (thường kèm tổn thương dây V và VI) gồm tổn thương mạch máu, u, bệnh rong hành não và xơ cứng rải rác. Hồ sơ sau như: u thần kinh thính giác, u màng não hoặc viêm màng não mạn tính. Tổn thương ngay mức xương đá (liệt Bell – liệt dây thần kinh tự phát cấp tính; xem Hình 32.32): vỡ xương đá, hội chứng Ramsay Hunt hoặc viêm tai giữa, tuyến mang tai có thể bị ảnh hưởng do u hoặc bệnh u hạt (sarcoidosis). Lưu ý, liệt Bell là nguyên nhân hàng đầu (khoảng 80%) của liệt dây VII <sup>v</sup>.

Sự tái tạo các sợi thần kinh xuất hiện khi liệt Bell phục hồi có thể dẫn đến kết nối sai lệch. Hiện tượng hay gặp nhất là sự kết nối sai lệch giữa tuyến lệ và tuyến nước bọt trên

---

<sup>u</sup> James Ramsay Hunt (1874-1937), bác sĩ thần kinh người Mỹ.

<sup>v</sup> BN có liệt Bell cũ có thể bị đồng vận động (synkinesis). Khi nhắm mắt, góc miệng sẽ co giật; khi chu môi, mắt bị ảnh hưởng sẽ nhắm lại.



5% BN, gây ra: chảy nước mắt khi BN ăn: nước mắt cá sấu.

**Liệt mặt hai bên** có thể do hội chứng Guillain – Barré, bệnh u hạt, bệnh tuyến mang tai hai bên, bệnh Lyme hoặc hiếm hơn là viêm đơn dây thần kinh đa ổ. Bệnh cơ và nhược cơ nặng cũng có thể gây liệt mặt hai bên, nhưng không liên quan đến dây VII.

Mất vị giác một bên đơn thuần không kèm với các bất thường khác, có thể xuất hiện với những tổn thương ở tai giữa liên quan tới thừng nhĩ và thần kinh lưỡi, nhưng rất hiếm.

### 32.8.5. Thay đổi kích thích

Cử động co cứng (tonic) và đa động (clonic) của cơ mặt có thể xuất hiện trong động kinh. Các cử động bất thường khác của cơ mặt có thể xuất hiện như là một hậu quả của các bất thường ở hạch nền hoặc ngoại tháp. Những bất thường này bao gồm: múa vờn và chuyển động loạn trương lực. Các tổn thương kích thích ở thân não có thể làm tăng tiết nước bọt (đa tiết nước bọt – sialorrhoea). Cũng có thể gặp trong bệnh Parkinson hoặc kèm với nôn dữ dội.

## 32.9. DÂY VIII (THÍNH GIÁC)

### 32.9.1. Giải phẫu

Dây VIII (thính giác) gồm hai phần: ốc tai, các bó hướng tâm tiếp nhận âm thanh; và tiền đình, các bó hướng tâm giúp thăng bằng. Bó cảm nhận âm thanh bắt đầu từ cơ quan Corti<sup>w</sup> và chạy đến nhân ốc tai ở cầu não. Từ đây, dẫn truyền sang hai bên đến thể gối trong và đến hồi trên của thùy thái dương. Bó tiền đình bắt đầu từ túi bầu dục và ống bán khuyên, hợp với thần kinh ốc tai trong ống thần kinh mặt. Cả hai đi vào thân não tại góc cầu – tiểu não. Sau khi đến cầu não, bó tiền đình tỏa ra qua thân não và tiểu não.

### 32.9.2. Bệnh sử

BN không nghe được hoặc do người xung quanh nhận biết được. Không nghe được một bên thường do tổn thương thần kinh và cần được chẩn đoán chính xác. Cần làm rõ khởi phát đột ngột hay từ từ, có tiền sử gia đình người thân bị điếc hay không hoặc nghề nghiệp hay sở thích tiếp xúc với tiếng ồn mà không có dụng cụ bảo vệ tai hay không (công nhân xưởng tiện, nghệ sĩ nhạc rock đã nghỉ hưu). Cần khai thác tiền sử chấn thương hoặc nhiễm trùng tai tái phát.

### 32.9.3. Khám tai và chức năng nghe

BN có đeo dụng cụ hỗ trợ tai hay không; nếu có thì bỏ ra. Kiểm tra loa tai và sẹo sau tai. Kéo loa tai nhẹ nhàng (BN sẽ đau nếu có bệnh lý ở tai ngoài hoặc bệnh khớp ở thái dương – hàm). Có nốt ở trước và sau tai không, nếu có bệnh của ống tai ngoài.

Khám ống tai ngoài. Ống tai ngoài của người lớn thường gập khúc vì vậy để nhìn màng nhĩ, cần kéo tai ngoài BN lên và ra sau trước khi đặt ống soi tai. Màng nhĩ bình thường có màu xám ngọc trai và lõm. Quan sát ráy tai hoặc tắc nghẽn ống tai, kiểm tra xem viêm màng nhĩ hoặc thủng màng nhĩ hay không (xem CHƯƠNG 38).

Bây giờ, kiểm tra chức năng nghe. Phương pháp đơn giản: che ống tai ngoài bên kia

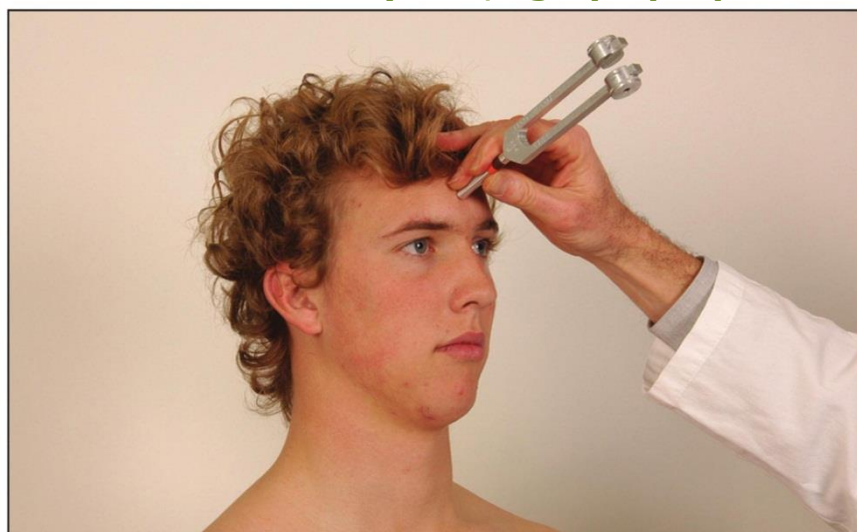
---

<sup>w</sup> Alfonso Corti (1822–1888), nhà giải phẫu người Italia, mô tả điều này năm 1851

với một ngón tay và dịch chuyển ngón tay để làm phân tâm BN trong khi thì thầm vào tai BN một con số nào đó. Cần có bộ số chuẩn cho các âm trầm bổng khác nhau. Ví dụ, số 68 thường dùng để kiểm tra âm sắc cao và 100 thường dùng kiểm tra âm sắc thấp. Nên thì thầm vào cuối thì thở ra để chuẩn hóa âm lượng và cách tai BN 60 cm.



**Hình 32.33. Khám dây VIII, nghiệm pháp Rinne.**



**Hình 32.34. Khám dây VIII, nghiệm pháp Weber.**

Không nên làm run thanh quản nếu âm phát ra đã đủ nhẹ nhàng. Nếu điếc một phần, cần làm nghiệm pháp Rinne và Weber:

– **Nghiệm pháp Rinne**<sup>x</sup> – dùng âm thoa đang rung có tần số 512 hoặc 256 Hz đặt lên mỏm chũm sau tai, khi bệnh không còn nghe nữa thì đặt âm thoa ngay trước ống tai ngoài (xem Hình 32.33). Bình thường BN vẫn còn nghe được khi đặt âm thoa ngay trước ống tai ngoài. Nếu BN điếc do thần kinh, vẫn nghe được khi đặt ở ống tai ngoài, do dẫn

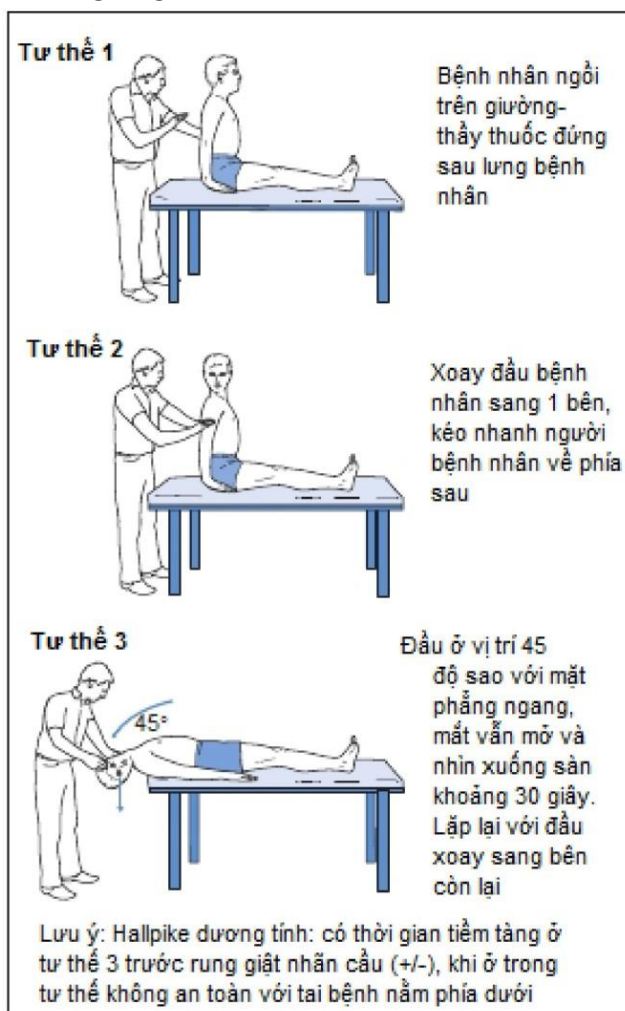
---

<sup>x</sup> Heinrich Adolf Rinne (1819-1968), chuyên gia về tai người Đức, mô tả nghiệm pháp của ông vào năm 1855 với âm thoa 512 Hz.

truyền qua không khí và dẫn truyền qua xương giảm đồng thời, vì vậy dẫn truyền qua không khí tốt hơn – bình thường (do bình thường: dẫn truyền đường khí nhanh hơn đường xương): khi đó Rinne (+). Nếu điếc dẫn truyền (do tai giữa), BN sẽ không còn nghe được khi đặt âm thoa trước ống tai ngoài, khi đó Rinne (-).

– **Nghiệm pháp Weber**<sup>y</sup> – dùng âm thoa đang rung có tần số 256 hoặc 512 Hz đặt ở giữa trán BN (xem Hình 32.34). Bình thường: âm nghe được nằm ở giữa trán. Điếc thần kinh: âm nghe được rõ hơn ở tai không bệnh. Điếc dẫn truyền: âm nghe to hơn ở tai bệnh.

**Nguyên nhân gây điếc.** Điếc thần kinh một bên có thể do: (1) khối u, như u dây dây VIII; (2) chấn thương: như vỡ xương đá hoặc (3) bệnh mạch máu của động mạch tai trong (hiếm). Điếc thần kinh hai bên có thể do: (1) sống trong môi trường có tiếng ồn; (2) thoái hóa, như điếc do tuổi già; (3) ngộ độc như aspirin, gentamicin hoặc rượu; (4) nhiễm trùng, như hội chứng rubella bẩm sinh, giang mai bẩm sinh hoặc bệnh Ménière. Điếc thần kinh hai bên do thân não tương đối hiếm. Điếc dẫn truyền: (1) ráy tay; (2) viêm tai giữa; (3) xơ cứng tai hoặc (4) bệnh xương Paget.



**Hình 32.35. Nghiệm pháp Hallpike.**

<sup>y</sup> Ernest Heinrich Weber (1795-1878), nhà sinh lý người Đức.

### 32.9.4. Khám chức năng tiền đình

Nếu BN than chóng mặt, thực hiện nghiệm pháp Hallpike <sup>z</sup> (xem Hình 32.35). Cách khám: cho BN ngồi và giải thích cụ thể cho BN về nghiệm pháp thầy thuốc sẽ làm, xoay đầu BN sang bên sau đó giữ đầu BN và cho BN nằm ngửa nhanh để đầu ở góc khoảng 45° so với mặt phẳng ngang. Yêu cầu BN phải mở mắt. Nếu nghiệm pháp (+): BN chóng mặt và rung giật nhãn cầu (xoay) về phía tổn thương (tai thấp hơn) vài giây, sau đó giảm và ngưng trong 10 – 15 phút; gặp trong bệnh cảnh gọi là chóng mặt tư thế kịch phát lành tính (benign paroxysmal positioning vertigo – BPPV). Xảy ra khi thay đổi tư thế của đầu, sau đó dịu đi, vì thế tên gọi trước đây là chóng mặt tư thế lành tính nhưng không phù hợp. Bệnh sinh: do rối loạn túi bầu dục và xuất hiện sau nhiễm trùng, chấn thương hoặc các bệnh lý mạch máu; làm xuất hiện các tinh thể trong các ống bán khuyên. Những tinh thể này di chuyển quán tính theo cử động của đầu gây ra chóng mặt và rung giật nhãn cầu. Nếu không có giai đoạn tiềm ẩn, không mệt hoặc rung giật nhãn cầu không mất hoặc biến đổi nhiều dạng, gợi ý nguyên nhân ở thân não (xơ cứng rải rác) hoặc tiểu não (carcinoma di căn).

### Nguyên nhân rối loạn tiền đình

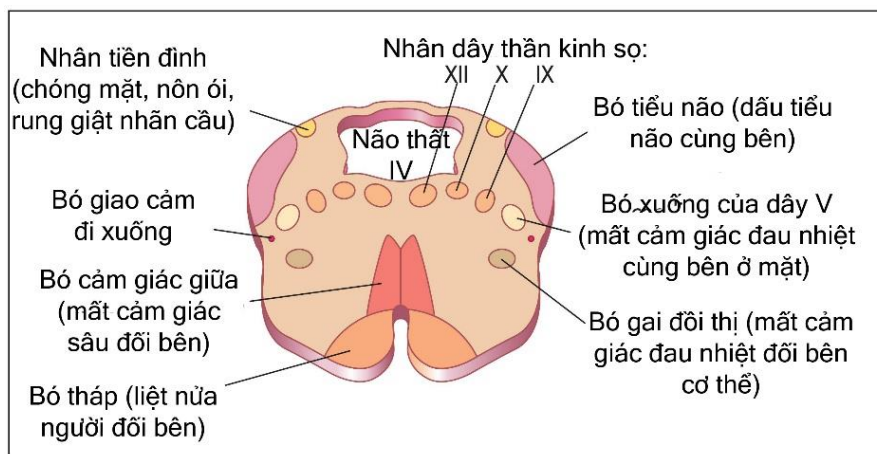
– Nguyên nhân mê đạo: viêm mê đạo cấp, say tàu xe, ngộ độc streptomycin, hoặc hiếm hơn là bệnh Ménière. Nguyên nhân tiền đình gồm: viêm thần kinh tiền đình, các nguyên nhân gây điếc thần kinh.

– Tại thân não. các tổn thương mạch máu, u tiểu não hoặc não thất IV, thoái hóa myelin hoặc tình trạng co thắt mạch như đau nửa đầu liên quan đến trung tâm liên kết của hệ tiền đình.

– Chóng mặt có thể liên quan đến mất chức năng thụ thái dương (thiếu máu nuôi hoặc động kinh cục bộ phức tạp).

## 32.10. DÂY IX (THIỆT HẦU) VÀ DÂY X (LANG THANG)

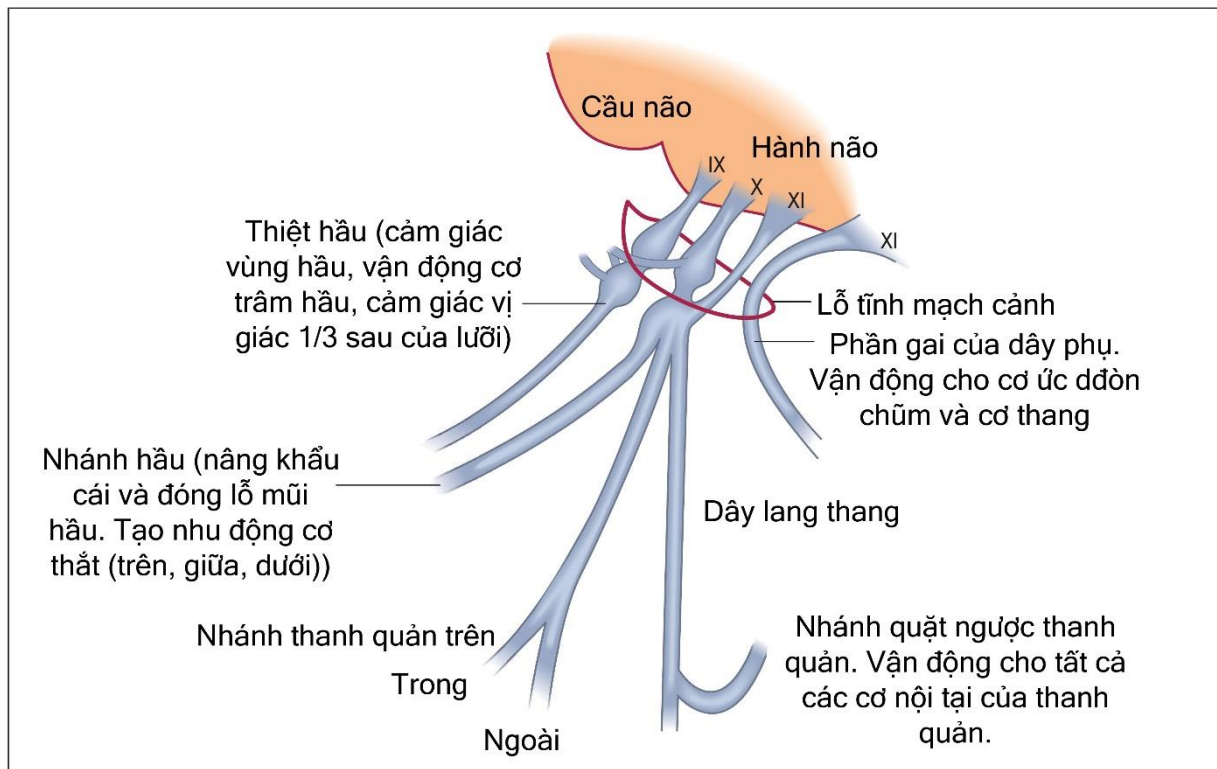
### 32.10.1. Giải phẫu



Hình 32.36. Giải phẫu hành não.

<sup>z</sup> Charles Hallpike (1900-79), bác sĩ tai mũi họng người Anh.

Các dây này bao gồm chức năng: vận động, cảm giác và thần kinh tự động (thực vật). Bó thần kinh từ các nhân ở hành não (xem Hình 32.36) tạo thành nhiều rễ con khi đi ra khỏi hành não. Tạo thành dây thần kinh IX, X và cũng góp phần tạo nên dây XI. Các dây thần kinh ra khỏi hộp sọ qua lỗ cảnh (xem Hình 32.37). Dây IX nhận các bó cảm giác từ mũi – hầu, hầu, tai giữa và tai trong và 1/3 sau lưỡi (bao gồm các bó vị giác). Nó cũng chứa các bó thần kinh chế tiết cho tuyến mang tai. Dây X nhận các bó cảm giác từ hầu và thanh quản và chi phối các cơ ở hầu, thanh quản và khẩu cái.



**Hình 32.37. Các dây thần kinh sọ thấp. Hạ thiệt (IX), lang thang (X), phụ (XI).**

### 32.10.2. Bệnh sử

Tổn thương dây IX: có thể không triệu chứng, nhưng BN có thể cảm thấy khó nuốt các thức ăn khô. Đau dây IX là một tic đau nhói của dây IX. BN sẽ cảm thấy đau dữ dội (shooting) đột ngột từ một bên họng lan sang tai cùng bên. Có thể có vùng khởi phát ở họng và xảy ra khi BN nhai hoặc nuốt.

Liệt dây X một bên: khó khởi phát nuốt thức ăn và nước, kèm theo khàn giọng.

### 32.10.3. Khám lâm sàng

BN há miệng và khám bằng que đè lưỡi. Ghi nhận vị trí lưỡi gà. Cho BN nói “Aaaa”

(xem Hình 32.38). Bình thường: bờ sau của khẩu cái mềm – màng khẩu cái – Velum<sup>aa</sup> nâng lên đối xứng cả hai bên. Nếu lưỡi gà lệch sang một bên: tổn thương dây X một bên, chú ý: lưỡi gà sẽ lệch sang bên lành.



**Hình 32.38. Khám dây IX. BN nói "Aaaa" và xem sự cân xứng của màng hầu hai bên.**

Khám phản xạ nôn (bó cảm giác của dây IX và vận động của dây X): thường không cần thiết. Phương pháp thay thế tốt hơn là chạm vào phía sau hầu mỗi bên (không phải khẩu cái mềm) bằng cây đè lưỡi; hỏi BN có cảm nhận được không. Bình thường sẽ có phản xạ co khẩu cái mềm. Nếu mất phản xạ nhưng cảm giác vẫn còn, gợi ý tổn thương dây X. Nguyên nhân thường gặp của giảm phản xạ nôn là do tuổi già. Cần lưu ý: nếu phản xạ bình thường mà thầy thuốc khám quá mạnh tay, thì BN có thể nôn vào người khám.

Yêu cầu BN nói chuyện để phát hiện khàn giọng (có thể do tổn thương tái phát thần kinh thanh quản một bên), sau đó cho BN ho. Lắng nghe để phát hiện tiếng ho giống như bò trong tổn thương thần kinh quặt ngược thanh quản. Không cần phải khám thường quy cảm giác 1/3 sau lưỡi (dây IX).

Kiểm tra khả năng nuốt bằng cách cho BN uống ngụm nước nhỏ và quan sát có trào ngược lên mũi hoặc ho hay không?

#### **32.10.4. Nguyên nhân gây liệt dây IX và dây X**

Nguyên nhân trung ương gồm các tổn thương mạch máu (nhồi máu hành não ngoài, do bệnh lý động mạch đốt sống hoặc động mạch tiểu não sau dưới), u, bệnh rong hành não và bệnh neuron vận động. Nguyên nhân ngoại biên (hố sau): phình mạch ở nền sọ, u, viêm màng não mạn tính hoặc hội chứng Guillain – Barré.

### **32.11. DÂY XI (PHỤ)**

#### **32.11.1. Giải phẫu**

Phần trung ương của dây này nằm ở hành não, gần với nhân dây IX, X và XII. Phần tủy gai nằm ở 5 khoang tủy đầu tiên. Chui ra khỏi hộp sọ cùng với dây IX và X qua lỗ cảnh

<sup>aa</sup> *Velum trong tiếng Latin nghĩa là "màn che".*

(xem Hình 32.37). Nhánh trung tâm cung cấp một số sợi vận động cho dây X và nhánh tủy gai chi phối cơ thang và cơ ức đòn chũm. Bó vận động chi phối cơ ức đòn chũm được cho là bất chéo hai lần nên vỏ não kiểm soát cơ này nằm cùng bên. Điều này cho thấy khi cơ cơ sẽ quay đầu về phía đối diện. Nghĩa là bán cầu nhận thông tin và điều khiển bên nào của cơ thể sẽ làm đầu quay về bên đó.

### 32.11.2. Khám

Yêu cầu BN nhún vai (xem Hình 32.39). Sờ khối cơ thang và cổ găng đẩy vai BN xuống. Sau đó hướng dẫn BN xoay đầu về phía tay thầy thuốc đang cản lại (xem Hình 32.40). Cần nhớ: cơ ức đòn chũm bên phải sẽ làm đầu xoay sang trái. Đồng thời sờ khối cơ ức đòn chũm.

Chứng vẹo cổ (torticollis) do tăng hoạt động của nhiều cơ cổ thường gặp hơn là yếu cơ. Bao gồm một phức hợp rối loạn vận động. Đầu lúc nào cũng nghiêng sang một bên hoặc trong trạng thái co cứng. Yêu cầu BN đưa đầu về trước. Thường thì bệnh có thể làm được một chút, nhưng cần quan sát xem BN có dùng tay để đẩy cho đầu thẳng hay không.



Hình 32.39. Khám dây XI. (a) BN nhún vai và tay người khám cố gắng đẩy xuống, (b) teo khối cơ thang bên trái.



Hình 32.40. Khám dây XI, yêu cầu BN xoay đầu về phía tay thầy thuốc đang cản lại.

### 32.11.3. Nguyên nhân liệt dây XI

Nguyên nhân một bên thường liên quan đến chấn thương vùng cổ hoặc sán sọ, bại liệt, biến dạng chẩm cổ (sán sọ dẹt – platybasia), bệnh lý rỗng tủy và u gần lỗ cảnh. Nguyên nhân hai bên thường do bệnh lý neuron vận động, bại liệt và hội chứng Guillain – Barré. Lưu ý, yếu cơ ức đòn chũm và cơ thang hai bên cũng có thể do loạn dưỡng cơ (đặc biệt loạn trương lực cơ teo).

## 32.12. DÂY XII (HẠ THIỆT)

### 32.12.1. Giải phẫu

Dây thần kinh đi từ hành não. Ra khỏi hộp sọ qua lỗ hạ thiệt. Chi phối hoạt động của lưỡi.

### 32.12.2. Bệnh sử

Liệt dây XII hai bên, BN sẽ cảm thấy khó nuốt và nuốt nghẹn khi lưỡi cuốn vào họng. Không có thay đổi về cảm giác khi tổn thương dây XII và tổn thương một bên hiếm khi gây ra triệu chứng.

### 32.12.3. Khám

Quan sát lưỡi BN lúc nằm ở sàn miệng. Bình thường lưỡi có thể chuyển động nhẹ, đặc biệt khi thè ra, nhưng không teo. Kiểm tra lưỡi có teo và các cơ xếp thành bó (các bó cơ này không đều, cơ thất không theo nhịp). Các dấu hiệu này chỉ điểm tổn thương neuron vận động dưới. Các bó cơ lưỡi này có thể xuất hiện ở một bên hoặc hai bên (xem Hình 32.41).



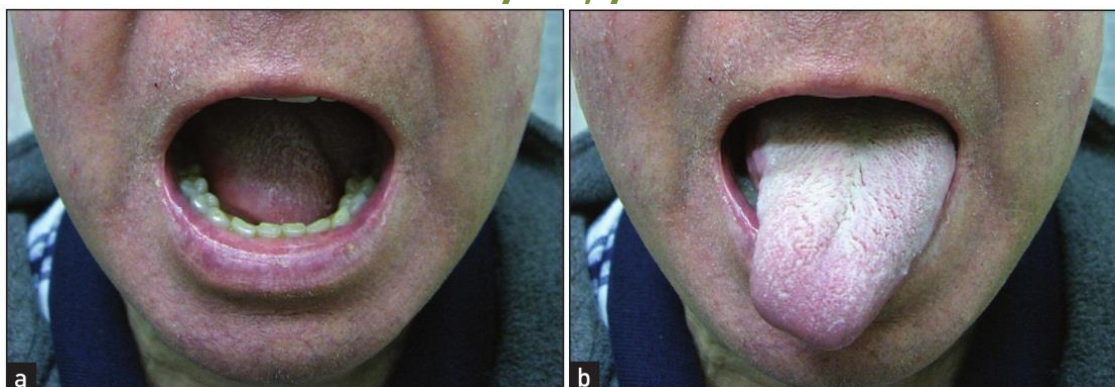
Hình 32.41. Các bó cơ lưỡi trong bệnh lý neuron vận động dưới.



Yêu cầu BN thè lưỡi ra khỏi miệng (xem Hình 32.42), trong liệt ngoại biên lưỡi sẽ lệch sang phía tổn thương (xem Hình 32.43). Lưỡi, cũng giống như mắt và khẩu cái, ở phần lớn mọi người, vận động trung ương chi phối cả hai bên, vì vậy liệt trung ương một bên thường không gây lệch.



**Hình 32.42. Khám dây XII, yêu cầu BN thè lưỡi ra.**



**Hình 32.43. Liệt dây XII, tổn thương neuron vận động dưới.**

Liệt trung ương dây XII chỉ biểu hiện rõ trên lâm sàng khi tổn thương hai bên, khi đó lưỡi sẽ giảm sự linh động. Sự kết hợp liệt trung ương hai bên của dây IX, X và XII được gọi là liệt giả hành tủy.

Liệt ngoại biên dây XII so thể làm các cơ tạo thành bó, teo và yếu. Nếu tổn thương hai bên sẽ gây rối loạn vận ngôn.

Rối loạn vận động cũng có thể ảnh hưởng đến lưỡi. Trong bệnh Parkinson, lưỡi có thể run một cách rõ rệt, nhất là khi nói hoặc thè ra. Múa vờn, múa giật và chứng loạn vận động muện cũng có thể ảnh hưởng đến lưỡi.

#### **32.12.4. Nguyên nhân liệt dây XII**

Liệt trung ương hai bên có thể do các tổn thương mạch máu, bệnh neuron vận động hoặc u như: u di căn ở sán sọ.

Liệt neuron vận động dưới (ngoại biên) một bên được chia làm hai loại: trung ương và ngoại biên. Trung ương: tổn thương mạch máu, như huyết khối động mạch đốt sống, bệnh

neuron vận động và bệnh rỗng hành não. Ngoại biên ở hồ sau bao gồm phình mạch hoặc u, viêm màng não mạn tính và chấn thương; ở cổ trên bao gồm u hoặc bệnh hạch bạch huyết và dị tật Arnold – Chiari<sup>bb</sup>. Dị tật Arnold – Chiari là bệnh bẩm sinh của sán sọ với thoát vị hạnh nhân tiểu não và hành não vào ống sống, gây liệt các dây thần kinh sọ thấp, dấu rối loạn chi thể tiểu não (do chèn ép hạnh nhân tiểu não) và dấu hiệu tổn thương neuron vận động trên của hai chân.

Liệt ngoại biên hai bên do các nguyên nhân như: bệnh neuron vận động, hội chứng Guillain – Barré, bại liệt và dị tật Arnold – Chiari.

**Bảng 32.2. Đặc điểm lâm sàng của giả liệt hành não và liệt hành não.**

Đặc điểm	Giả liệt hành não (liệt trung ương hai bên dây IX, X và XII)	Liệt hành não (liệt ngoại biên hai bên dây IX, X và XII)
Phản xạ nôn	Tăng hoặc bình thường	Mất
Lưỡi	Co cứng	Teo, hợp thành bó cơ
Dấu giật hàm dưới	Tăng	Mất hoặc bình thường
Lời nói	Loạn vận ngôn kiểu co cứng	Giọng mũi
Nguyên nhân khác	Dấu hiệu vận động trung ương hai bên (bó dài)	Dấu hiệu của bệnh tiềm ẩn (co cứng chi)
	Cảm xúc không ổn định	Cảm xúc bình thường
	Bệnh lý mạch máu não hai bên (bao trong hai bên)	Bệnh neuron vận động hội chứng Guillian-Barré
	Xơ cứng rải rác	Bại liệt
	Bệnh neuron vận động	Nhồi máu thân não

### 32.13. TỔN THƯƠNG ĐA DÂY THẦN KINH SỌ

Đường đi của các dây thần kinh sọ cho thấy chúng có thể bị tổn thương theo nhóm chỉ bởi một nguyên nhân đơn lẻ ở vị trí mà chúng đi sát với nhau. Những quá trình bệnh lý nhất định có thể ảnh hưởng đến một nhóm dây thần kinh sọ nhất định. Có nhiều hội chứng là kết quả từ sự bất thường của các nhóm dây thần kinh sọ:

- Ảnh hưởng một bên dây III, IV, V và VI: gợi ý tổn thương xoang tĩnh mạch hang.
- Ảnh hưởng một bên dây V, VII và VIII: gợi ý tổn thương góc cầu – tiểu não (thường là khối u).
- Ảnh hưởng một bên dây IX, X và XI: gợi ý tổn thương lỗ cảnh.
- Ảnh hưởng hai bên dây X, XI và XII: gợi ý liệt hành não nếu liệt ngoại biên và giả liệt hành não nếu liệt trung ương. Đặc điểm lâm sàng của liệt hành não và giả liệt hành não được đề cập trong Bảng 32.2 và nguyên nhân của liệt đa dây thần kinh sọ được liệt kê

<sup>bb</sup> Julies Arnold (1835-1915) và Hans Chiari (1851-1916), hai nhà sinh lý bệnh người Đức, mô tả bệnh này vào năm 1894.

trong List 32.1.

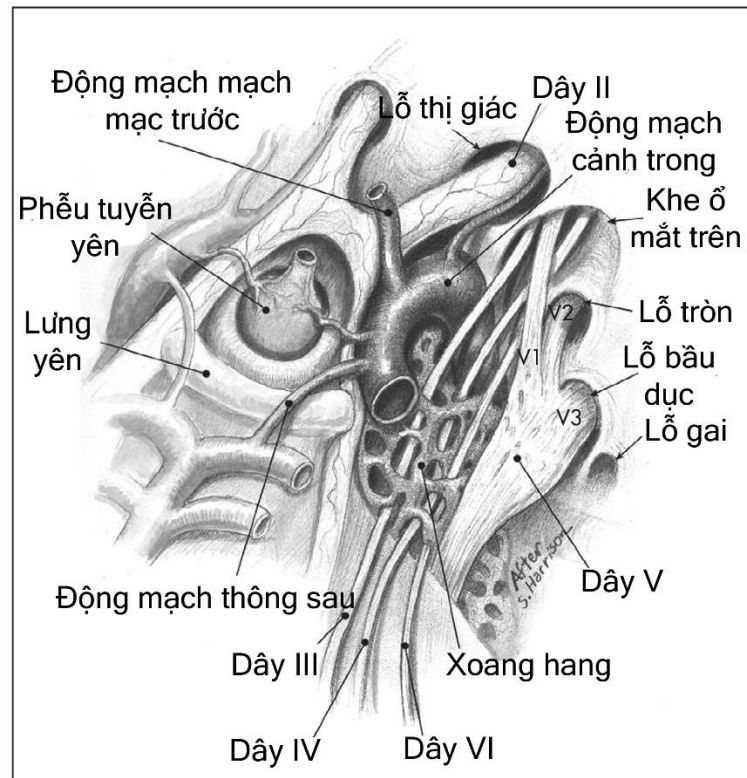
– Yếu cơ vận nhãn và cơ mặt do co liên tục: gợi ý chứng nhược cơ. Yếu cơ vận nhãn không do thần kinh sọ: có thể do bệnh cơ ở mắt. Đây là các loại yếu cơ không do tổn thương dây thần kinh sọ.

### List 32.1. Nguyên nhân liệt đa dây thần kinh sọ.

- Carcinoma mũi – hầu.
- Viêm màng não mạn tính (carcinoma, bệnh máu ác tính, lao, bệnh u hạt).
- Hội chứng Guillain – Barré (ngoại trừ dây cảm giác).
- Tổn thương thân não. Thường do bệnh mạch máu gây liệt chéo vận động hoặc cảm giác (dấu thần kinh sọ một bên và dấu hiệu của bó dài đối bên). BN có u thân não (vd: góc cầu – tiểu não) cũng có các dấu hiệu tương tự.
- Dị tật Arnold – Chiari.
- Chấn thương.
- Bệnh Paget.
- Viêm đơn dây thần kinh đa ổ (hiếm) (đái tháo đường).

## 32.14. ĐẦU VÀ CỔ

Quan sát và sờ hộp sọ để tìm sẹo (do phẫu thuật hoặc chấn thương) và bướu, có thể do u màng não hoặc sarcoma. Nghe hộp sọ bằng mặt màng của ống nghe, ở xương trán sau đó hai bên xương chẩm và đặt mặt chuông lên mỗi mắt BN (với mắt đối bên vẫn mở). Yêu cầu BN nín thở mỗi khi nghe. Âm thổi trên hộp sọ: gợi ý dị dạng động tĩnh mạch, bệnh Paget tiến triển hoặc u màng não dạng mạch máu hoặc có thể từ động mạch cảnh.



Hình 32.44. Giải phẫu động mạch cảnh.

## 32.15. ÂM THỞ ĐỘNG MẠCH CẢNH

### 32.15.1. Giải phẫu

Động mạch cảnh chung trái đi ra trực tiếp từ động mạch chủ và động mạch cảnh chung phải đi ra từ thân động mạch thân cánh tay đầu, là nhánh đầu tiên của động mạch chủ. Động mạch cảnh chung chạy lên từ khớp ức – đòn và đi ra sau cổ, sau đó chia nhánh ngay ở bờ trên sụn giáp thành động mạch cảnh trong và ngoài. Động mạch cảnh ngoài tận cùng ở tuyến mang tai và chia nhánh động mạch thái dương nông và động mạch hàm trong. Động mạch cảnh trong đi vào trong sán sọ qua ống cảnh ở xương thái dương (xem Hình 32.44).

### 32.15.2. Khám lâm sàng

Thông thường, nghe âm thổi động mạch cảnh bằng phần chuông của ống nghe đặt ở vị trí giữa góc hàm dưới và bờ trên sụn giáp, chưa có nghiên cứu chứng minh phương pháp nào là tốt nhất.

Âm thổi động mạch cảnh thường gặp, khoảng 20% trẻ em và 1% người lớn. Xuất hiện nhiều hơn ở BN tăng cung lượng tim (thiếu máu, nhiễm độc giáp và rò động – tĩnh mạch ở BN lọc thận). Cần phân biệt với tiếng thổi do tắc nghẽn động mạch chủ (lớn hơn ở vùng trước tim) và tiếng thổi tĩnh mạch (thì tâm trương và mất khi đè nhẹ lên cổ phía trên ống nghe).

Đặc điểm quan trọng của âm thổi: liên quan đến hẹp động mạch cảnh và đột quy. LR+ cho hẹp động mạch cảnh (70 – 99% phát hiện trên siêu âm Doppler) là khoảng 4. Ở những BN có triệu chứng (cùng bên với TIA hoặc đột quy trước đó), âm thổi có thể dự đoán hẹp với mức LR+ tương đương. Không thấy âm thổi cũng không loại trừ được tổn thương.

Có một sự đồng thuận chung đó là: sự xuất hiện của âm thổi chỉ điểm tăng nguy cơ xơ vữa mạch máu và ở BN trẻ (< 75), ít nhất, tăng nguy cơ đột quy với tỷ lệ mới mắc hằng năm 1 – 3%. Tuy nhiên, do vẫn chưa có phương pháp điều trị tốt nhất cho những BN này, một số nhóm nghiên cứu cho rằng không nên kiểm tra âm thổi động mạch ở những BN không có triệu chứng để nếu có âm thổi thì không phải thực hiện các xét nghiệm cũng như cảnh báo không cần thiết.

## T&O'C essentials

1. Thăm khám lâm sàng thần kinh chi tiết chỉ có thể được tiến hành khi đã đánh giá tình trạng tri giác, định hướng, tay thuận.
2. Luôn nhớ rằng phải so sánh sự cân xứng hai bên khi thăm khám thần kinh.
3. Thăm khám các dây thần kinh sọ là một tiến trình thăm khám phức tạp, đòi hỏi phải thực hành nhiều và thường xuyên nếu muốn trở thành một thầy thuốc thăm khám thần kinh thuần thục.
4. Kinh nghiệm để nhận biết các bất thường ở các dây thần kinh sọ là rất quan trọng, điều này sẽ giúp chúng ta hướng đến một chẩn đoán chính xác. Tuy nhiên, việc này sẽ rất khó khăn, vì như lần đầu tiên chúng ta thấy được BN liệt dây III.
5. Nếu có một bất thường về vận nhãn mà không phù hợp với các bệnh lý của một dây hoặc nhiều dây thần kinh sọ thì cần xem xét đến các bệnh lý ở cơ vận nhãn hoặc nhược cơ.
6. Run giật bó cơ ở lưỡi là một triệu chứng đặc hiệu cho tổn thương neuron vận động dưới của dây XII, thường do bệnh lý neuron vận động. Nhưng nó dễ bị bỏ qua, trừ khi chúng ta thăm khám một cách cẩn thận và tỉ mỉ.
7. Luôn nhớ rằng âm thổi động mạch cảnh rất hay gặp, tuy nhiên độ nhạy của dấu hiệu này trong chẩn đoán hẹp động mạch cảnh rất thấp trên lâm sàng nhất là ở những BN không có triệu chứng.

*Những suy nghĩ, tính cách và tâm hồn của con người không thể che đậy  
và luôn được biểu lộ ra lời nói*

*Milton*

Trong thời gian hỏi bệnh sử tổng quát cũng như thần kinh thì việc xuất hiện các rối loạn ngôn ngữ đều có khả năng phát hiện.

### 33.1. KHÁM NGÔN NGỮ

#### List 33.1. Thăm khám BN có dysphasia.

##### Nói lưu loát (thường là mất ngôn ngữ – aphasia tiếp nhận, dẫn truyền và gọi tên)

1. Gọi tên đồ vật: BN có aphasia gọi tên, tiếp nhận, dẫn truyền đều sẽ giảm khả năng gọi tên đồ vật.
2. Lặp lại: aphasia dẫn truyền và tiếp nhận không thể lặp lại cụm từ.
3. Hiểu: aphasia tiếp nhận không thể thực hiện theo y lệnh (nói hay viết).
4. Đọc: aphasia dẫn truyền và tiếp nhận có thể khó đọc (dyslexia).
5. Viết: aphasia dẫn truyền làm giảm khả năng viết (dysgraphia) trong khi đó aphasia tiếp nhận BN lại viết nội dung bất thường. BN có tổn thương thùy trán bán cầu trội có thể có dysgraphia.

##### Nói không lưu loát (thường mất ngôn ngữ vận động)

1. Gọi tên đồ vật: kém nhưng có thể tốt hơn so với ngôn ngữ tự phát.
2. Lặp lại: có thể nếu cố gắng tối đa.
3. Hiểu: suy yếu nhẹ như có thể thực hiện y lệnh nói hoặc viết.
4. Đọc: có thể có dyslexia.
5. Viết: có thể có dysgraphia.
6. Yếu nửa người: yếu tay nặng hơn chân.
7. BN luôn lo lắng bởi sự khiếm khuyết này nên họ luôn cảm thấy chán nản và suy nhược.

Điều quan trọng là phải phân biệt được các thuật ngữ dysphasia (tổn thương ở trung tâm ngôn ngữ ở bán cầu trội gây rối loạn trong sử dụng các ký tự giao tiếp – ngôn ngữ), dysarthria (khó khăn trong việc phát âm), dysphonia (thay đổi giọng nói do các bệnh lý ở dây thanh âm). Nếu diễn tiến tự nhiên của bất thường đó không theo dõi được thì trước khi tiếp tục các nghiệm pháp phân loại nên yêu cầu BN nói tự do – ngôn ngữ tự do hoặc theo y lệnh. Trong những điều kiện bình thường có thể đánh giá được lúc hỏi bệnh sử. Trong phần khám giọng nói hoặc khi thi OSCE, yêu cầu BN mô tả phòng ốc, quần áo của họ, công việc và hoạt động thường nhật của họ theo một trật tự để đánh giá chất lượng giọng nói. Sau đó sẽ khám về khả năng hiểu của BN, nên bắt đầu bằng những việc không gây ra lời nói, như yêu cầu BN chạm cằm, chạm mũi và chạm tai của họ. Sau đó sẽ sử dụng những

câu hỏi có/không và cuối cùng là sử dụng test lặp lại như yêu cầu BN lặp lại một cụm từ nào đó.

Để kết thúc quá trình tầm soát các rối loạn ngôn ngữ, yêu cầu BN đọc tên hai vật dụng và nói một cụm từ nào đó.

Không cần thiết phải thăm khám nhiều hơn nữa về ngôn ngữ nếu không có bất thường nào về ngôn ngữ được ghi nhận.

Nếu có bất thường thì tiếp tục theo List 33.1

### 33.1.1. Rối loạn ngôn ngữ (dysphasia)

Có 4 type dysphasia: tiếp nhận (receptive), vận động (expressive), gọi tên (nominal) và (conductive) dẫn truyền. Dysphasia vận động là một dạng của mất phối hợp vận động, điều này có nghĩa là BN mất khả năng thực hiện các động tác hữu ý mà không có liệt vận động.

– **Dysphasia tiếp nhận (sau).** Đây là tổn thương mà BN không thể hiểu được những từ ngữ được nói (auditory dysphasia) hoặc những từ ngữ được viết (alexia). Dạng tổn thương này được cho là khi BN không thể hiểu được các bất kỳ y lệnh hoặc câu hỏi nào hoặc nhận diện được bất kỳ ký tự nào được viết mà không có điếc hoặc mù. Lời nói vẫn lưu loát nhưng không có trật tự. Nó xuất hiện khi tổn thương nhồi máu, xuất huyết hoặc u chоán chỗ ở phần sau hồi thái dương trên bán cầu trội (vùng Wernicke <sup>a</sup>).

– **Dysphasia vận động.** Đây là kiểu rối loạn ngôn ngữ mà BN vẫn hiểu được lời nói nhưng không thể trả lời thích hợp được và nói không được lưu loát. Kiểu rối loạn này xuất hiện khi tổn thương ở hồi trán dưới (hồi trán 3 – vùng Broca <sup>b</sup>). Có một số dạng ngôn ngữ mà BN vẫn còn lưu giữ được ví dụ như ngôn ngữ tự động, ngôn ngữ cảm xúc. Ở dạng ngôn ngữ tự động (automatic speech), BN có thể thuật lại hàng loạt các từ ngữ như: các ngày trong tuần hoặc các chữ cái trong alphabet. Ngôn ngữ cảm xúc có thể được bảo tồn khi BN chán nản hoặc buồn bã BN có thể la hét một cách khá lưu loát. Cũng giống như vậy, BN cũng có thể hát những bài hát gia đình nhưng không thể đọc những từ này. Cần nhớ rằng trừ khi tổn thương đáp ứng với những khiếm khuyết này là rất lớn, có thể sẽ không giảm ở những BN có chức năng, trí nhớ, sự quyết đoán cao hơn. Một số BN được xem xét các bệnh lý tâm thần không phù hợp bởi vì ngôn ngữ của BN nói ra không có trật tự.

– **Dysphasia gọi tên.** Tất cả các type của dysphasia đều có gây khó trong việc gọi tên. Đây cũng là một type đặc biệt mà BN không thể gọi tên được đồ vật (ví dụ như ngòi bút) nhưng các khía cạnh khác của ngôn ngữ thì bình thường. BN có thể sử dụng câu dài để bỏ qua các lỗi sai và thay thế bằng từ khác (nói vòng vo). Nó xuất hiện khi tổn thương nằm ở vùng sau thái dương đỉnh bán cầu trội. Các nguyên nhân khác gồm: các bệnh lý ở não hoặc áp lực nội sọ bị tác động bởi tổn thương chоán chỗ, nó cũng có thể xuất hiện trong giai đoạn phục hồi của dysphasia. Chính vì thế giá trị định vị của nó vẫn còn mơ hồ không

---

<sup>a</sup> Karl Wernicke (1848 – 1904), giáo sư thần kinh học tại Breslau mô tả aphasia tiếp nhận vào năm 1874. Ông ấy qua đời khi đang chạy xe đạp.

<sup>b</sup> Pierre Broca (1824 – 1880), giáo sư thần kinh học tại Paris, mô tả vùng này vào năm 1861. Ông ấy mô tả loạn dưỡng cơ trước Duchenne.

rõ ràng.

– **Dysphasia dẫn truyền.** Đây là biểu hiện mà BN khó khăn trong việc lặp lại các cụm từ hoặc tên các đồ vật nhưng có thể làm theo các y lệnh. Rối loạn này do tổn thương ở các bó cung hoặc các sợi liên kết giữa vùng Broca và Wernicke.

Thăm khám chi tiết về các kiểu dysphasia được mô tả trong List 33.1. Nếu lời nói vẫn lưu loát, nhưng cách diễn giải thông tin sai lệch, ví dụ: dùng từ “treen” thay cho “train” (sử dụng một từ có phát âm tương tự hoặc đánh vần từ đó để người khác hiểu)<sup>c</sup>, lúc này khả năng BN có dysphasia loại gọi tên, dẫn truyền và tiếp nhận. Thực hiện test bằng cách yêu cầu BN nói tên một đồ vật, lặp lại một câu nói và sau đó là thực hiện y lệnh. Nếu có bất thường, yêu cầu BN đọc hoặc viết nhưng nhớ rằng một số BN có thể họ bị mù chữ.

Nếu lời nói chậm, ngập ngừng, không lưu loát có khả năng là dysphasia vận động. Tuy nhiên cần nhớ rằng nhiều trường hợp dysphasia là phối hợp nhiều loại. Những tổn thương lớn ở bán cầu ưu thế có thể gây ra dysphasia toàn thể.

### 33.1.2. Rối loạn vận ngôn (dysarthria)

Đây là kiểu tổn thương mà không gây những rối loạn trong nội dung của lời nói nhưng khó khăn trong việc phát âm, nó có thể do tổn thương ở nhiều cấp độ. Tổn thương neuron vận động trên của các dây thần kinh sọ, các bệnh lý ngoại tháp (Parkinson) hoặc các tổn thương ở tiểu não cũng có thể gây rối loạn, khó khăn trong việc phát âm.

Yêu cầu BN nói một câu gì đó, ví dụ như: British Constitution hoặc Peter Piper picked a peck of pickled peppers.

Liệt giả hành não (pseudobulbar palsy) là một kiểu yếu liệt do tổn thương neuron vận động trên gây ra dysarthria co cứng (âm thanh được phát ra khi BN cố gắng mở miệng để nói với hai môi đang khép chặt), liệt cơ mặt gây khó khăn trong việc nhai và nuốt. Nguyên nhân có thể do nhồi máu bao trong hai bên. Điều này làm mất liên tục đường dẫn truyền của bó tháp đến các nhân vận động ở thân não. Giật xương hàm thường tăng lên, những BN thường có khuynh hướng dễ bị xúc động, cười – khóc không phù hợp hoàn cảnh. Biểu hiện trên khuôn mặt có thể rất cảm xúc ở thời điểm này nhưng ngược lại họ không thể kiểm soát được biểu hiện nét mặt có chủ ý được<sup>d</sup>. Hiện tượng này xuất hiện do các nhân kiểm soát vận động đáp ứng với cảm xúc không nằm trên vỏ não vận động.

BN có tổn thương dây IX và dây X hai bên có nguy cơ bị hít các thức ăn lỏng và đặc vào phổi nếu họ cố gắng ăn hoặc uống. Nên thực hiện các bedside test để đảm bảo rằng an toàn trước khi cho họ ăn hoặc uống. Những test này bao gồm: mức độ giảm tri giác, phản xạ nôn, cảm giác hầu họng và test uống nước. Đối với test uống nước (water swallowing test), cho BN uống khoảng 5 – 10 ml lặp đi lặp lại. Ho, sặc và giảm SpO<sub>2</sub> coi như test (+).

Liệt hành não có thể gây nói giọng mũi, trong khi yếu cơ mặt gây nói lắp. Bệnh lý ngoại tháp có thể làm xuất hiện những giọng nói đơn điệu, vì nó gây vận động chậm chạp và cứng cơ. Nguyên nhân khác gây dysarthria như ngộ độc rượu và các bệnh lý tiểu não.

---

<sup>c</sup> Đôi khi sử dụng những từ có nghĩa tương tự như “go” và “start”. Điều này gọi là diễn giải theo ngữ nghĩa.

<sup>d</sup> Hội chứng này có lẽ nên được gọi là liệt giả hành cầu vì các nhân vận động dây V và dây VII nằm ở cầu não không phải ở hành não



Kết quả là gây mất phối hợp động tác, nói chậm, nói lắp và thường nói như tiếng nô hoặc vỡ giọng ở một số âm tiết gọi là scanning speech.

Loét miệng hoặc các bệnh lý khác cũng có thể gây các triệu chứng giống như dysarthria. Mỗi nguyên nhân cần được xem xét và thăm khám thích hợp.

### 33.1.3. Rối loạn phát âm (dysphonia)

Đây là dạng rối loạn do thay đổi giọng nói ví dụ như: khàn giọng với giảm âm lượng. Nó có thể xuất hiện với các bệnh lý ở thanh quản (như sau nhiễm virus hoặc u ở dây thanh) hoặc liệt dây thần kinh thanh quản tái đi tái lại.

## 33.2. BÁN CẦU ĐẠI NÃO

Chức năng thùy trán, thái dương, đỉnh được thăm khám nếu BN có mất định hướng hoặc dysphasia hoặc nghi ngờ có suy giảm nhận thức hoặc sa sút trí tuệ. Nếu BN có aphasia tiếp nhận thì có thể không cần thực hiện (xem List 33.2).

### List 33.2. Triệu chứng và dấu hiệu của chức năng thần kinh cao cấp.

#### Thùy đỉnh

- Dysphasia (bán cầu trội).
- Mất khả năng tính toán (acalculia), mất khả năng viết, mất khả năng phân biệt phải trái và mất nhận thức ngón tay (finger agnosia).
- Mất chú ý cảm giác và thị giác, mất phối hợp trong động tác vẽ hoặc mặc quần áo, mất nhận thức không gian (spatial neglect), bán manh  $\frac{1}{4}$  dưới, mất nhận thức xúc giác.
- Động kinh.

#### Thùy thái dương

- Mất trí nhớ.
- Bán manh  $\frac{1}{4}$  trên.
- Dysphasia (tiếp nhận nếu ở bán cầu ưu thế).
- Động kinh.

#### Thùy trán

- Thay đổi tính cách.
- Xuất hiện các phản xạ nguyên thủy (phản xạ cầm nắm, phản xạ tìm bú).
- Mất khứu giác (anosmia).
- Chèn ép thần kinh thị (teo gai thị).
- Thất điều (gait apraxia).
- Yếu chân (cạnh đường giữa).
- Tiểu không kiểm soát.
- Dysphasia (vận động), mất khả năng viết
- Động kinh.

#### Thùy chẩm

- Bán manh đồng danh.
- Mất khả năng đọc.
- Động kinh (tiền triệu có ánh sáng chớp).

### 33.2.1. Thùy đỉnh

Thùy đỉnh được xem như trung tâm tiếp nhận và phân tích các cảm giác.

#### 33.2.1.1. Bán cầu ưu thế

Một tổn thương ở hồi góc của thùy đỉnh ở bán cầu ưu thế có thể gây hội chứng lâm sàng đặc biệt gọi là hội chứng Grestmann<sup>e</sup>. Test thăm khám như sau:

- 1. Yêu cầu BN thực hiện một số phép tính đơn giản. Ví dụ như lấy  $100 - 7$ , rồi lấy

<sup>e</sup> Josef Grestmann (1887 – 1969), nhà tâm thần kinh học sinh ra ở Áo nhưng làm việc ở Hoa Kỳ.

kết quả trừ 7 và cứ tiếp tục như thế. BN sẽ mất khả năng làm điều này dù chỉ chính xác một lần, gọi là mất khả năng tính toán – acalculia.

– 2. Yêu cầu BN viết – BN mất khả năng viết – agraphia.

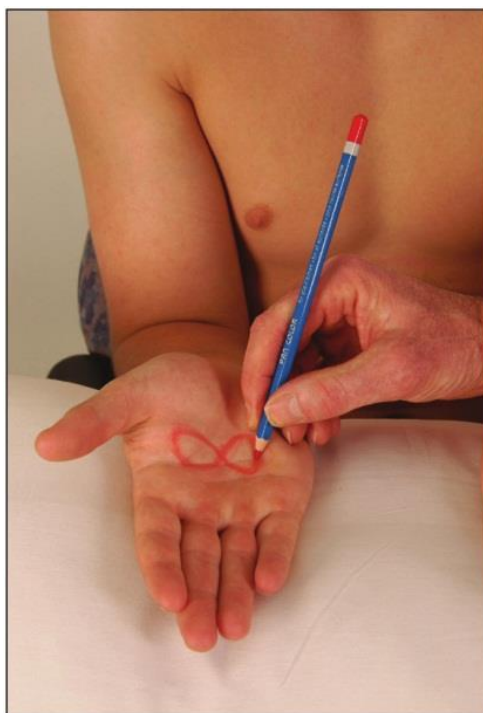
– 3. Test định hướng phải – trái bằng cách yêu cầu BN chỉ bên phải – bên trái của họ. Nếu họ làm đúng, yêu cầu BN chạm tai phải bằng tay trái và ngược lại. Mất khả năng này gọi là mất định hướng phải – trái.

– 4. Yêu cầu BN đọc tên các ngón tay của họ. Mất khả năng này gọi là mất nhận thức ngón tay. Sự mất khả năng này còn có thể không xác định được ngón tay người khám. Sự mất nhận thức này là khiếm khuyết tiếp nhận liên quan đến mất khả năng hiểu được ý nghĩa của các dạng kích thích khác nhau.

Một thuật toán dễ nhớ AALF mô tả bốn dấu hiệu của tổn thương thùy đỉnh bán cầu ưu thế gồm: **A**calculia (mất khả năng tính toán), **A**graphia (mất khả năng viết), **L**eft – right disorientation (mất định hướng phải – trái), **F**inger agnosia (mất nhận thức ngón tay).

Nên nhớ rằng hội chứng Grestmann có thể chỉ được chẩn đoán nếu trung tâm cao hơn không bị tổn thương. Một BN không tỉnh táo sẽ không thể thực hiện được các test này.

### 33.2.1.2. Tổn thương bán cầu không ưu thế



**Hình 33.1. Vẽ trên da và hỏi: số mấy?**

Các cảm giác vỏ não cần được phân tích ở những trung tâm cao hơn cảm giác đơn giản. Chúng cũng dựa vào sự toàn vẹn của các cảm giác đơn giản đặc biệt là cảm giác xúc giác và kim châm.

– Cảm nhận nét vẽ trên da (graphaesthesia) là khả năng nhận biết số hoặc ký tự được vẽ trên da. Sử dụng vật có đầu nhọn hoặc bút chì để vẽ trên da (xem Hình 33.1).

– Triệt tiêu xúc giác là khả năng cảm nhận được kích thích khi kích thích được đặt

lên mỗi bên riêng biệt nhưng không phải trên một bên mà là cả hai bên được kích thích. Chạm vào BN (với mắt nhắm) đầu tiên trên một tay, sau đó trên tay còn lại và sau đó trên cả hai tay, có thể chạm lên mặt và cổ. Yêu cầu BN nói bên nào bị kích thích. Đáp ứng bình thường là “cả hai” khi kích thích được đặt lên ở mỗi bên đồng thời.

Bây giờ sẽ kiểm tra các dấu hiệu chung của rối loạn chức năng thùy đỉnh

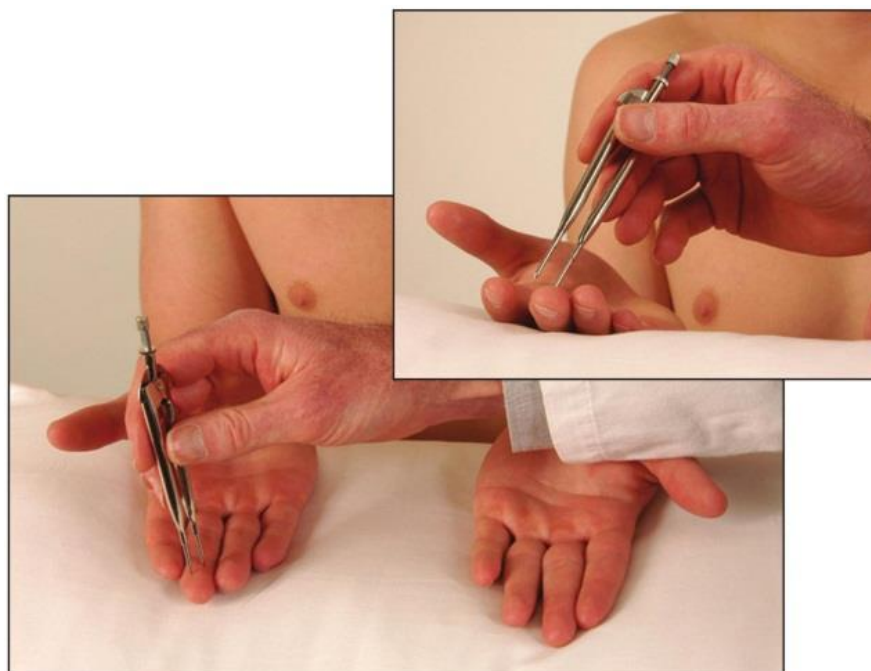
– Tìm các dấu hiệu mất chú ý cảm giác và thị giác. Khi một tay hoặc chân của BN được test riêng biệt thì cảm giác vẫn bình thường. Nhưng khi cả hai bên được test đồng thời thì cảm giác chỉ được nhận biết ở bên bình thường. Tổn thương thùy đỉnh phải sẽ dẫn đến mất chú ý ở bên trái và ngược lại.

– Đánh giá thị trường cũng rất quan trọng, vì tổn thương thùy đỉnh, thái dương, chẩm sẽ cho những dạng bán manh khác nhau.

– Tìm dấu hiệu mất nhận thức xúc giác (astereognosis – tactile agnosia). Yêu cầu BN nhắm kín mắt, đặt đồ vật lên bàn tay BN, BN có thể nhận biết được đồ vật đó nếu các thành phần chi phối cảm giác bình thường. Tổn thương thùy đỉnh sẽ gây mất nhận thức xúc giác đối bên.

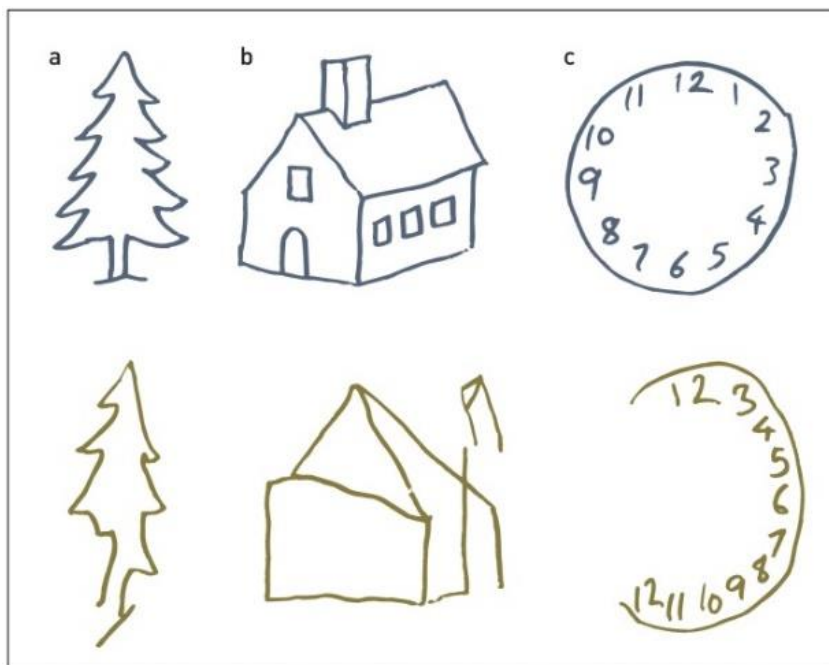
– Mất nhận biết nét vẽ trên da (agraphaesthesia). BN mất khả năng nhận biết được số được vẽ trên tay đối bên với tổn thương ở thùy đỉnh (xem Hình 33.1).

– Test phân biệt hai điểm (two points discrimination test) là test để kiểm tra khả năng phân biệt từng điểm riêng biệt khi kích thích hai điểm gần nhau trên da BN (xem Hình 33.2). Khoảng cách tối thiểu bình thường có thể phân biệt được là 3 cm trên bàn tay và bàn chân, 0,6 cm trên các đầu ngón tay. Có thể sử dụng compass để làm test này. Yêu cầu BN nhắm mắt và nói một hoặc hai điểm khi kích thích lên da BN. Đưa hai điểm gần nhau hơn và kích thích xen kẽ một/hai điểm.



**Hình 33.2. Test phân biệt hai điểm. Hỏi BN “cảm nhận được một hay hai điểm?”**

– Đánh giá sự phối hợp vận động trong động tác mặc quần áo và vẽ. Test mặc quần áo thực hiện bằng cách hỏi BN về cái áo pijama hoặc áo choàng đang mặc, yêu cầu BN cởi ra và mặc vào lại, những BN tổn thương thùy đỉnh bán cầu không ưu thế có thể không làm được điều này. Test động tác thiết kế và vẽ bằng cách cho BN vẽ lại những hình mà thầy thuốc đã vẽ (ví dụ như ngôi nhà, cây thông,... – xem Hình 33.3).



**Hình 33.3. Hình bên dưới là một phối hợp động tác vẽ (a và b) và một nhận thức không gian (c).**

– Một nhận thức không gian. Test này được thực hiện bằng cách yêu cầu BN điền các số vào mặt đồng hồ đã vẽ và bỏ trống (như Hình 33.3c). BN tổn thương thùy đỉnh phải có thể chỉ điền được các số ở phía bên trái (còn ở phía còn lại thì bỏ qua). Một nhận thức không gian cũng có thể xuất hiện ở bên bán cầu ưu thế nhưng rất ít gặp.

### 33.2.2. Chức năng thùy thái dương

Thùy thái dương là trung tâm trí nhớ ngắn hạn và dài hạn. Thực hiện test trí nhớ ngắn hạn bằng cách hỏi tên, địa chỉ và flower test – hỏi BN về tên của ba loại hoa và lặp lại chúng ngay sau đó. 5 phút sau có thể yêu cầu BN lặp lại những câu trả lời đó một lần nữa. Test trí nhớ dài hạn bằng cách hỏi BN những sự kiện đã xảy ra rất lâu như chiến tranh thế giới lần thứ I năm nào? Tuy nhiên trí nhớ có thể bị ảnh hưởng bởi sự sa sút trí tuệ (dementia) do bất kỳ nguyên nhân nào.

Ở những BN tỉnh với rối loạn trí nhớ nặng sẽ tạo ra những câu chuyện với những tình huống không có thực trong trí nhớ của họ. Điều này gọi là bịa chuyện (confabulation) và là một biểu hiện đặc trưng của hội chứng Wernicke – Korsakoff<sup>f</sup>. Để đánh giá điều này, có thể hỏi BN đã gặp mình (thầy thuốc) hay chưa. Những câu chuyện BN tạo ra thường

<sup>f</sup> *Sergei Sergeyeovich Korsakoff (1853 – 1900), một bác sĩ tâm thần người Nga mô tả hội chứng này vào năm 1887.*

rất dài, chi tiết và hoàn toàn không đúng sự thật.

Korsakoff's psychosis có thể xuất hiện nhất ở những người nghiện rượu (gây mất tế bào thần kinh trong nhân đồi thị và thể vú) và hiếm gặp ở những BN chấn thương đầu, u não, bệnh lý ở não, viêm não. Hội chứng này có điểm đặc trưng là mất trí ngược dòng (không nhớ những sự kiện xảy ra trước khi khởi phát triệu chứng) và sự mất khả năng ghi nhớ những thông tin mới, ở những BN tỉnh táo, đáp ứng tốt và có khả năng giải quyết vấn đề.

### 33.2.3. Chức năng thùy trán

Thùy trán có thể bị tổn thương do u hoặc do phẫu thuật (hoặc cả hai) hoặc các bệnh lý lan tỏa như nhiễm HIV, có thể làm thay đổi cảm xúc, trí nhớ, cách nhìn nhận vấn đề, sự cản trở trong thói quen hàng ngày và cảm giác phấn khích. BN có thể thay đổi tính tình hay cáu gắt, dễ nóng giận và cảm giác phấn khích<sup>9</sup>. Những đặc điểm này có thể rõ ràng hơn khi hồi bệnh sử và có thể được củng cố thêm bằng việc hỏi những người thân trong gia đình, hàng xóm hay bạn của BN. Vì họ có thể nhận biết sự thay đổi tích cách và cách cư xử của BN so với trước đây.

Đầu tiên sẽ đánh giá về các phản xạ nguyên thủy (primitive reflex). Vẫn còn sự tranh cãi là nó không xuất hiện bình thường ở người lớn nhưng có thể tái xuất hiện lại ở tuổi già. Sự xuất hiện của một phản xạ nguyên thủy đơn độc không phải là bất thường nhưng có nhiều phản xạ nguyên thủy xuất hiện thường liên quan đến các bệnh lý lan tỏa ở não có tổn thương thùy trán hoặc các vùng gần kề hơn là ở những vùng khác của não. Sa sút trí tuệ, bệnh lý ở não và u là có thể là nguyên nhân.

– Phản xạ nắm chặt (grasp reflex): trượt các ngón tay của thầy thuốc dọc theo bàn tay của BN, BN sẽ nắm chặt không chủ ý bàn tay của mình lại. Phản xạ này xuất hiện ở đối bên tổn thương.

– Phản xạ gan tay – cầm (palmomentary reflex): co thắt cơ cầm cùng bên khi quẹt lên mô cái của bàn tay bằng một chìa khóa hoặc ngón tay cái. Cơ vùng cầm làm môi dưới chu ra và đưa lên. Nó được cho là trạng thái đáp ứng co rút lại với một kích thích đau. Đáp ứng này có thể xuất hiện bằng một kích thích ở phần khác của cơ thể. Đáp ứng xuất hiện cả hai bên trong khoảng 50% các trường hợp. Một tổn thương ở một bên không nhất thiết gây ra đáp ứng tương ứng cùng/khác bên so với tổn thương.

– Phản xạ chu môi (pout and snout reflex): đặt búa phản xạ hoặc ngón tay lên môi trên hoặc trên môi trên sẽ gây ra cử động chu môi như đang tìm bú. Điều này có thể xuất hiện trong nhiều tổn thương nội sọ. Phản xạ mút là sự đáp ứng mạnh với kích thích. Kích thích này có thể gây ra các cử động mút, nhai và nuốt. Nó không phải là một dấu hiệu định vị.

Sau đó yêu cầu BN giải thích câu tục ngữ, ví dụ như “nhất nghệ tinh, nhất thân vinh”. BN có bệnh lý ở thùy trán có thể giải thích rõ ràng câu tục ngữ. Test triệu chứng mất khứu giác (anosmia) và thất điều (gait apraxia), với dáng đi không vững, có thể kỳ quái giống

---

<sup>9</sup> Sự phấn khích này có thể gây thiếu sự đứng đắn, nghiêm túc và BN luôn lặp lại những câu chuyện hoặc những câu nói vui đùa.

như bàn chân bị dính vào sàn nhà gây ra dáng đi lê chân kỳ lạ. Xem đầy mắt, hiếm khi thấy teo gai thị bên thùy trán có khối choán chỗ gây chèn ép dây thần kinh thị giác và phù gai thị đối bên do tăng áp lực nội sọ thứ phát (hội chứng Foster Kennedy <sup>h</sup>).

---

<sup>h</sup> Robert Foster Kenedy (1884 – 1952), một nhà thần kinh học tại New York

## T&O'C essentials

1. Thăm khám cẩn thận cho phép định vị được vị trí tổn thương.
2. Các rối loạn cảm giác là dấu hiệu của thùy đỉnh.
3. Cần phân biệt những BN tinh táo nhưng mất định hướng với những BN không tinh táo (mê sảng).
4. Sự xuất hiện của nhiều phản xạ nguyên thủy gợi ý tổn thương thùy trán.

## OSCE ôn tập

### Thăm khám ngôn ngữ và chức năng thần kinh cao cấp

**Topic này thường hay gặp trong OSCE, sẽ giúp ích khi ôn tập lại.**

1. Hãy thăm khám cho người đàn ông này, ông ấy gặp khó khăn trong việc phát âm.
2. Hãy thăm khám cho BN có rối loạn chức năng của thùy trán.
3. Hãy thăm khám cho BN có rối loạn chức năng của thùy đỉnh.
4. Người đàn ông này mắc chứng viết khó, hãy thăm khám cho ông ấy.

# 34 THĂM KHÁM BỆNH LÝ THẦN KINH NGOẠI BIÊN

Mai Văn Mưỡng, Nguyễn Châu Thanh

*Hệ thống là sự phức hợp của nhiều thứ cùng nhau hoạt động.  
Samuel Johnson, một từ điển Tiếng Anh (1775).*

## 34.1. THĂM KHÁM CHI VÀ THÂN

### 34.1.1. Bệnh sử

#### Questions box 34.1. Những câu hỏi để hỏi BN bị yếu cơ.

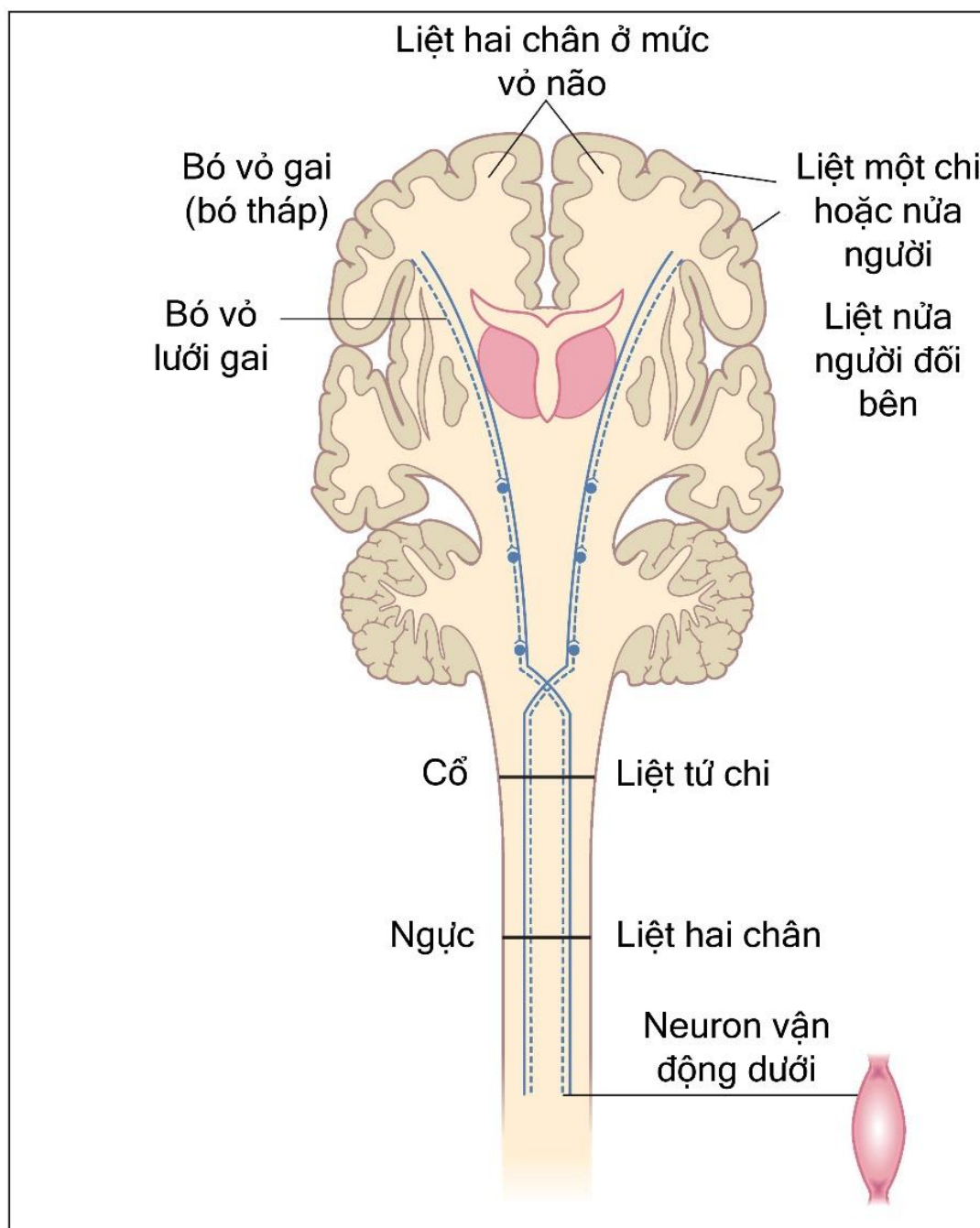
1. Ông/bà có thấy yếu liệt cả hai bên cơ thể không? (bệnh lý ở tủy sống, bệnh cơ hay bệnh nhược cơ).
2. Ông/bà yếu một bên cơ thể hoặc mặt không? (TIA hay đột quy).
3. Ông/bà chỉ thấy yếu ở tay hoặc chân hay một phần nào đó của chi không? (bệnh thần kinh ngoại biên hoặc rễ, đột quy hoặc bệnh xơ cứng rải rác).
4. Ông/bà có cảm thấy khó khăn trong việc đứng dậy từ ghế, chải tóc hay lúc ngẩng đầu lên không? (nhược cơ gốc chi – bệnh nhược cơ, teo cơ do đái tháo đường [gồm cả chi dưới], viêm đa cơ).
5. Ông/bà có cảm thấy nuốt khó hay nói khó không? (bệnh nhược cơ, viêm đa cơ).
6. Ông/bà có chứng nhìn đôi không? (bệnh nhược cơ, bệnh lý viêm đa dây thần kinh sọ).
7. Ông/bà có uống thuốc gì không? (bệnh cơ ở gốc chi do steroid).
8. Ông/bà có thấy khó chịu gì ở cổ hoặc lưng hay có viêm khớp nặng không? (bệnh lý rễ thần kinh).
9. Ông/bà đã được chẩn đoán ung thư bất kỳ giai đoạn nào không? (hội chứng cận u, hội chứng nhược cơ Lambert – Eaton).
10. Gia đình ông/bà có ai mắc những bệnh tương tự không? (bệnh cơ di truyền, bệnh Charcot – Marie – Tooth).
11. Ông/bà có bị nhiễm HIV không? (gây tổn thương thần kinh khác nhau hay phản ứng thuốc).
12. Ông/bà đã từng được chẩn đoán bệnh xơ cứng rải rác?
13. Ông/bà có bị tiểu đường không? (viêm đa dây thần kinh, teo cơ).

BN có thể có các biểu hiện triệu chứng đơn độc hoặc chiếm ưu thế về cảm giác hay vận động (xem Questions box 34.1) hoặc có liên quan đến các rối loạn về vận động như run. Các triệu chứng về cảm giác bao gồm cảm giác đau, tê (numbness) hay dị cảm – paraesthesia (ngứa hay cảm giác như kiến bò, kim châm). Cần hỏi bằng những cách khác nhau để phát hiện các triệu chứng mà BN không để ý tới. Hỏi rõ thời gian khởi phát và diễn tiến của bệnh có thể cho những gợi ý về bệnh nguyên của các triệu chứng hay chí ít cũng biết nơi mà ta cần tập trung tới khi khám cảm giác.



Tiền sử gia đình về những vấn đề trương tử cũng rất quan trọng, giúp ích cho việc chẩn đoán bệnh như bệnh loạn dưỡng cơ. Một chấn thương trước đó có thể là nguyên nhân của tình trạng hiện tại. Ví dụ: BN từng có tổn thương dây thần kinh ngoại biên nhưng không nhớ cho đến khi thầy thuốc hỏi.

### 34.1.2. Phân loại tổn thương theo giải phẫu



**Hình 34.1. Phân chia vùng tổn thương thần kinh vận động.**

Có 4 nguyên nhân chính gây yếu cơ:

– 1. Tổn thương neuron vận động trên hoặc bó tháp: nguyên nhân là do tổn thương trong não đến đầu gần của bó tháp trong thân não. Đây là nơi mà các sợi trục bắt chéo chạy

sang đôi bên trước khi xuống tủy sống (xem Hình 34.1).

– 2. Tổn thương neuron vận động dưới: tổn thương sừng trước tủy sống hoặc dây thần kinh ngoại biên.

– 3. Sự bất thường của các tiếp hợp thần kinh cơ (bệnh nhược cơ).

– 4. Bệnh ở cơ.

### 34.1.3. Tiếp cận thăm khám tổng quát

Điều quan trọng nhất là phải thăm khám một cách có trình tự các dấu hiệu thần kinh ở các chi để tránh bỏ sót triệu chứng. Trình tự khám sau đây là cách sắp xếp hợp lý và có hệ thống:

Khám vận động

– Quan sát tổng trạng.

+ Tư thế.

+ Kích thước cơ.

+ Cử động bất thường.

– Rung giật bó cơ.

– Trương lực cơ.

– Sức cơ.

– Phản xạ gân xương.

– Phối hợp động tác.

Khám cảm giác

– Cảm giác đau – nhiệt.

– Cảm giác sâu.

– Cảm giác nông.

### 34.1.4. Quan sát tổng trạng

Kiểm tra sự đối xứng

– 1. Đứng lùi lại và quan sát BN một cách toàn thể để phát hiện những dáng bộ bất thường. Ví dụ: trường hợp BN liệt nửa người do đột quy thì ở chi trên BN có lòng bàn tay sấp, khuỷu gấp và cánh tay khép, còn chi dưới thì duỗi thẳng.

– 2. Quan sát xem BN có teo cơ không. Điều này cho thấy BN có tổn thương dây thần kinh ngoại biên, bệnh cơ nguyên phát hay teo cơ do vận động ít. So sánh sự teo cơ bên này so với bên còn lại, cố gắng tìm kiếm nhóm cơ có liên quan (nhóm cơ đầu gần, đầu xa hoặc toàn thể, đối xứng và không đối xứng).

– 3. Kiểm tra phát hiện các cử động bất thường như run ở tay.

– 4. Kiểm tra da BN. Ví dụ: sự xuất hiện của neurofibromatosis, u dạng mạch dưới da tương ứng với tầng đốt sống tổn thương (liên quan đến rỗng tủy) hay nhiễm herpes zoster. Tìm phát hiện sẹo do chấn thương cũ hay mô. Chú ý BN có thông tiểu hay không.

## 34.2. KHÁM CHI TRÊN

### 34.2.1. Khám hệ vận động <sup>a</sup>

#### 34.2.1.1. Khám tổng quát

Bắt đầu khám nên bắt tay với BN và giới thiệu về mình. BN không thể thả lỏng bàn tay của mình để bắt tay, tức là có sự rối loạn trương lực cơ (không có khả năng thả lỏng sau khi co cơ tự ý). Nguyên nhân thường gặp là loạn trương lực cơ teo (dystrophia myotonica). Khi bàn tay thầy thuốc nắm chặt bởi tay của BN, giữ tư thế đó trong một thời gian ngắn – đây là bước kiểm tra khá quan trọng. Yêu cầu BN cởi áo để bộc lộ hoàn toàn tay và vai của BN ra.

Để BN ngồi xuống ở cạnh giường và yêu cầu BN đưa hai tay ra trước, lòng bàn tay hướng lên trên, cánh tay duỗi thẳng và nhắm mắt lại (xem Hình 34.2). Xem tay BN có dấu hiệu tay hạ xuống thấp hay không (test arm drift: một hay hai tay của BN hạ thấp xuống so với vị trí trung tính ban đầu). Có 3 nguyên nhân gây ra hiện tượng này:



**Hình 34.2. Test arm drift: “nhắm mắt lại, đưa và giữ hai tay thẳng ra trước. Sau đó xoay lòng bàn tay ngửa ra”.**

– 1. Tổn thương neuron vận động trên (bó tháp): sẽ làm cho chi bị ảnh hưởng rơi xuống thấp do yếu cơ và có khuynh hướng làm tay rơi thấp xuống. Test này lúc đầu xảy ra ở ngón chi như các ngón tay và lan dần đến gốc chi, có thể thấy cổ tay BN từ từ úp xuống, các ngón tay và khuỷu tay sẽ gập lại.

– 2. Bệnh lý tiểu não: trường hợp này BN lúc đầu cũng ngửa tay, sau đó thì gập và

---

<sup>a</sup> Aretaeus xứ Cappadocia vào năm 150 sau CN đã suy luận rằng có sự bất chéo thần kinh (bất chéo chữ thập) giữa não và ngoại biên, tổn thương ở bên phải của đầu sẽ gây ra những bất thường ở bên trái cơ thể.

hạ thấp xuống cổ tay và khuỷu tay.

– 3. Mất cảm giác sâu: trường hợp này (giống giả múa vờn) có cử động tìm kiếm và thường chỉ ảnh hưởng đến các ngón tay. Nguyên nhân là do mất cảm giác tư thế khớp và có thể ở bất cứ hướng nào.

### **34.2.1.2. Khám rung giật bó cơ**

Yêu cầu BN thả lỏng tay và xuôi tay xuống chúng dọc theo vật áo của BN. Kiểm tra các nhóm cơ lớn để phát hiện rung giật bó cơ (xem List 34.1). Đây là những nhịp co thắt không đều của một vùng nhỏ trên cơ và chúng là dạng co thắt không có nhịp điệu. rung giật bó cơ có thể là bó lớn hay bó nhỏ và xuất hiện lúc cơ ở trạng thái nghỉ, không xuất hiện trong lúc thực hiện các cử động tự ý<sup>b</sup>. Nếu có sự yếu hay teo cơ thì rung giật bó cơ là dấu hiệu của sự thoái hóa neuron vận động dưới. Rung giật bó cơ là lành tính nếu không có kèm theo các dấu hiệu khác của các tổn thương vận động.

#### **List 34.1. Nguyên nhân (chẩn đoán phân biệt) của rung giật bó cơ.**

- Bệnh lý neuron vận động.
- Chèn ép rễ thần kinh vận động.
- Bệnh lý thần kinh ngoại biên (ví dụ: biến chứng đái tháo đường).
- Bệnh lý tại cơ nguyên phát
- Hội chứng cường giáp

*Chú ý: run cơ thì tương tự như rung giật bó cơ lớn là xảy ra ở cùng nhóm cơ, thường liên quan đến cơ vòng mi và hầu hết lành tính. Run cơ khu trú thường đặc trưng cho bệnh lý ở của thân não (như xơ cứng rải rác hay u thần kinh đệm). Run sợi cơ chỉ được thấy trên điện cơ.*

### **34.2.1.3. Khám trương lực cơ**

Kiểm tra trương lực cơ ở cả cổ tay và khuỷu tay. Xoay cổ tay BN (nâng khuỷu BN bằng một tay và giữ bàn tay BN bằng tay còn lại) đồng thời với sấp và ngửa khớp khuỷu được thực hiện thụ động (thầy thuốc sẽ thực hiện động tác này). Trong lúc thực hiện nên nói chuyện với BN để họ được thư giãn và cho phép thầy thuốc vận động các khớp dễ dàng hơn.

Khi thầy thuốc nâng cánh tay BN lên và sau đó thả xuống, nếu cánh tay rơi xuống đột ngột thì trương lực cơ giảm. Còn ngược lại thì cần kết hợp với kinh nghiệm của người thầy thuốc mới có thể xác định trương lực cơ bình thường hay tăng (tăng trương lực cơ khi có tổn thương ngoại tháp hoặc tổn thương neuron vận động trên). Giảm trương lực cơ là dấu hiệu lâm sàng rất khó nhận biết và có lẽ cũng không có ích trong việc đánh giá tổn thương neuron vận động dưới. Hầu hết những người lớn tuổi cảm thấy thực hiện khó khăn nên không muốn phối hợp và không thả lỏng cơ hoàn toàn. Điều này dẫn đến tăng trương lực cơ với sự đề kháng không tự ý khác nhau trong suốt quá trình vận động thụ động (paratonia

<sup>b</sup> Nếu không thấy rung giật bó cơ thì gõ lên cơ cánh tay quay và cơ nhị đầu bằng ngón tay hoặc búa phản xạ và quan sát một lần nữa sự xuất hiện nhưng đây vẫn còn là vấn đề gây tranh cãi. Hầu như mọi nhà thần kinh học đều không thực hiện điều này. Nguyên nhân là các rung giật bó cơ thì phải tự ý. Bất kỳ sự cử động nào của cơ từ sự kích thích mà có thì không được gọi là tự ý. Thậm chí nếu nó xuất hiện, nó có thể không phải là rung giật bó cơ.

hay gegenhalte<sup>c</sup>). Khi rối loạn này trầm trọng có thể là kết quả của tổn thương thùy trán hay bệnh lý mạch máu não lan tỏa. Nếu các cử động khớp vô định, tần số thay đổi hoặc BN bối rối có thể yêu cầu BN tập trung đếm ngược từ 100 thì có thể làm giảm ảnh hưởng của các yếu tố này. Người trẻ thì có thể thả lỏng cơ một cách hoàn toàn nên có thể ít hoặc không có trương lực cơ và khi đó không được xem là giảm trương lực cơ ở những BN này.

Cứng cơ kiểu bánh xe răng cưa trong bệnh Parkinson là sự bất thường khác về trương lực cơ ở chi trên. Đánh giá tốt nhất là yêu cầu BN nhấc một tay lên trong khi người thầy thuốc di chuyển tay và cẳng tay còn lại của BN, đánh giá trương lực cơ ở cổ tay và khuỷu tay.

Tăng trương lực cơ (myotonia) cũng là một hình thức bất thường trương lực cơ, xảy ra đi sau vận động chủ động. Ở những BN này, trương lực cơ bình thường lúc nghỉ ngơi nhưng sau khi vận động đột ngột thì trương lực cơ lại tăng và BN không thể thả lỏng cơ lại. Gõ vào vùng cơ tăng trương lực thì sẽ có những sự co cơ lẫn tăn mất đi khá chậm (tăng trương lực cơ gõ: percussion myotonia). Nơi gõ dễ kiểm tra nhất là các mô cơ ở lòng bàn tay hoặc thực hiện theo cách khác là yêu cầu BN nắm tay chặt lại và sau đó mở tay nhanh ra. Việc mở tay sau khi nắm chặt diễn ra khá chậm do các cơ đang tăng trương lực.

#### **34.2.1.4. Khám sức cơ**

Sức cơ được đánh giá bằng việc so sánh giữa khả năng của thầy thuốc với kháng lực cơ tự chủ hoàn toàn của BN. Để quyết định sức cơ bình thường hay không cần xem xét đến các yếu tố như dáng vóc, tuổi và giới của BN. Sức cơ được phân loại dựa trên sự đáp ứng tối đa, theo Hội đồng Nghiên cứu Y khoa của Anh:

- Độ 0/5: liệt hoàn toàn.
- Độ 1/5: vận động cơ cơ có thể nhìn thấy được, nhưng không cử động khớp.
- Độ 2/5: cử động được khớp nhưng không thắng được trọng lực.
- Độ 3/5: thắng được trọng lực, nhưng không thắng được lực cản.
- Độ 4/5: chống được lực cản, nhưng chưa đạt đến sức cơ bình thường.
- Độ 5/5: sức cơ bình thường<sup>d</sup>.

Nếu sức cơ giảm, kiểm tra xem có sự đối xứng hay không đối xứng, nhóm cơ nào bị tổn thương: ngón chi, gốc chi hay toàn bộ chi. Đôi khi đau khớp và bệnh cơ có thể ảnh hưởng đến sự đánh giá này (xem CHƯƠNG 23). Yếu cơ không đối xứng gặp phổ biến nhất ở bệnh lý thần kinh ngoại biên, tổn thương rễ hoặc đám rối thần kinh cánh tay, tổn thương neuron vận động đoạn trên. Khi mỗi động tác được khám, các nhóm cơ quan trọng có liên quan sẽ được quan sát và sờ nắn.

#### **Khám vùng vai**

– Động tác dạng – cơ delta và cơ trên gai – (C5, C6): BN dạng cánh tay với khuỷu gấp và chống lại sức cản đẩy xuống của thầy thuốc (xem Hình 34.3).

---

<sup>c</sup> Xuất phát từ tiếng Đức nghĩa là "counterpressure" hay "standing your ground".

<sup>d</sup> Bạn không thể chiến thắng sức cơ của người trưởng thành hoàn toàn khỏe mạnh, ít nhất ở đôi chân.

– Động tác khép – cơ ngực lớn và cơ lưng rộng – (C6, C7, C8): BN khép cánh tay với khuỷu gấp và chống lại lực kéo ra của thầy thuốc.



**Hình 34.3. Khám sức cơ – dạng vai: “đừng để tay bị kéo xuống”.  
Khám vùng khuỷu**

– Động tác gấp – cơ nhị đầu cánh tay – (C5, C7): BN gấp khuỷu nhẹ và chống lại không cho thầy thuốc kéo thẳng ra (xem Hình 34.4).

– Động tác duỗi – cơ tam đầu cánh tay – (C7, C8): BN gấp khuỷu nhẹ và chống lại không cho thầy thuốc gấp vào (xem Hình 34.5).



**Hình 34.4. Khám sức cơ – gấp khuỷu: “ngăn không để tay bị kéo thẳng ra”.**



**Hình 34.5. Khám sức cơ – duỗi khuỷu: “đừng để tay gấp vào”.**  
**Khám vùng cổ tay**

– Động tác gấp – cơ gấp cổ tay trụ và cơ gấp cổ tay quay – (C6, C7): BN gấp cổ tay và ngăn không cho thầy thuốc kéo thẳng ra.

– Động tác duỗi – nhóm cơ duỗi cổ tay – (C7, C8): BN duỗi cổ tay và ngăn không cho thầy thuốc gấp nó lại (xem Hình 34.6).



**Hình 34.6. Khám sức cơ – duỗi cổ tay: “đừng để cổ tay gấp lại”**  
**Khám các ngón tay**

– Động tác duỗi – cơ duỗi chung các ngón, cơ duỗi ngón út và cơ duỗi ngón trỏ – (C7, C8): BN giữ các ngón tay thẳng và không để cho thầy thuốc đẩy chúng gấp lại (thầy thuốc đặt lực dưới các khớp bàn ngón ở mỗi bên, nếu có yếu các khớp bàn ngón, tay sẽ gấp lại).

– Động tác gấp – cơ gấp chung các ngón nông và cơ gấp chung các ngón sâu – (C7, C8): yêu cầu BN nắm chặt hai ngón tay của thầy thuốc (xem Hình 34.7).

– Động tác dạng – cơ gian cốt mu tay – (C8, T1): BN dạng các ngón tay ra và không cho thầy thuốc đẩy chúng sát lại (xem Hình 34.8).

– Động tác khép – cơ gian cốt gan tay – (C8, T1): BN giữ các ngón tay sát nhau và ngăn không cho thầy thuốc tách chúng ra.



**Hình 34.7. Khám sức cơ – gấp các ngón: "nắm chặt hai ngón tay của thầy thuốc" (không nắm nhiều hơn hai ngón).**



**Hình 34.8. Khám sức cơ – dạng các ngón: "ngăn không để các ngón tay bị đẩy sát vào nhau".**



### 34.2.1.5. Khám phản xạ

Khi có sự căng ra đột ngột của một cơ thường dẫn đến sự co nhanh của một cơ hay nhóm cơ đó. Phản xạ này thường được dẫn truyền qua dây thần kinh vào tủy sống và đáp ứng được điều hòa bởi các xung thần kinh dẫn truyền từ não. Vì phản xạ là quá trình đáp ứng lại sự căng của cơ, nên chính xác phải được gọi là phản xạ căng cơ hơn là phản xạ gân xương. Phản xạ gân cơ đơn thuần là sự dẫn truyền gây căng cơ.

Búa gõ phản xạ hiện nay được thiết kế rất đa dạng. Sir William Gowers<sup>e</sup> đã sử dụng phía trụ bàn tay của mình hoặc một phần của ống nghe để gõ phản xạ. Ở Úc và Anh, búa Queen Square<sup>f</sup> được sử dụng phổ biến (xem Hình 34.9). Búa Taylor được dùng nhiều ở Mỹ, hình dạng của nó như một cái rìu nhỏ và có một cạnh bằng cao su rộng để gõ phản xạ gân và có hơn một mép nhọn để rạch phản xạ trên da.

Mức độ phản xạ được phân từ mất phản xạ đến tăng phản xạ (xem Bảng 34.1).



**Hình 34.9. Búa gõ phản xạ Queen Square.**

<sup>e</sup> Sir William Gowers (1845 – 1915) là một giáo sư y khoa lâm sàng ở Bệnh Viện Đại Học Cao Đẳng ở London và là một bác sĩ thần kinh làm việc ở Bệnh Viện Quốc Gia về Bệnh Thần Kinh, Queen Square, London. Ông ấy cũng là một họa sĩ, đã vẽ những hình minh họa cho sách ông ấy và có những bức tranh được triển lãm ở Royal Academy.

<sup>f</sup> Búa Queen Square được phát minh bởi Miss Winte – Một nhân viên y tá ở Queen Square. Cô ấy đã làm ra những chiếc búa từ những miếng đồng thau, phủ bởi một vòng Petxe và cán được làm bằng gỗ tre. Cô ấy bán những chiếc búa này cho sinh viên y khoa và những nhân viên y tế.

### Bảng 34.1. Phân loại mức độ phản xạ gân cơ.

0	Mất phản xạ
+	Giảm phản xạ
++	Bình thường
+++	Tăng phản xạ ít, không kèm theo clonus (dấu đa động)
++++	Tăng phản xạ nhiều, có kèm theo clonus

Để BN nằm tư thế thoải mái với khuỷu gấp và bàn tay úp lên người và không để gì lên. Để gõ phản xạ gân cơ nhị đầu (C5, C6), đặt ngón tay trở lên gân cơ nhị đầu và dùng búa phản xạ gõ lên (xem Hình 34.10). Cầm búa phản xạ ở phần gân cuối của cán búa và để đầu búa rơi xuống bằng trọng lực lên trên ngón trở, không nên dùng lực gõ mạnh xuống. Bình thường, nếu cung phản xạ còn nguyên vẹn, sẽ có sự co nhanh cơ nhị đầu cánh tay làm cho khuỷu tay gấp lại và sau đó duỗi ra ngay lập tức. Thực hành nhiều sẽ giúp chúng ta biết được các phản xạ trong giới hạn bình thường. Khi phản xạ tăng quá mức, ta có thể nhận biết được nó nằm ngoài giới hạn bình thường.



**Hình 34.10. Khám phản xạ gân cơ nhị đầu cánh tay.**

Để đánh giá một phản xạ nào đó bị mất hoặc giảm, luôn sử dụng một nghiệm pháp hỗ trợ để củng cố. Ví dụ, yêu cầu BN cắn chặt răng trước khi gõ phản xạ. Các cơ chế của phản xạ trên tủy và các tế bào hình thoi được xác định nhằm giải thích cho nghiệm pháp hỗ trợ này, nhưng nó chỉ có tác dụng một phần nào đó bằng sự đánh lạc hướng BN, nhất là khi phản xạ đó bị mất đi, thêm vào đó một BN đang lo lắng sẽ có khuynh hướng co cứng một nhóm cơ nhất định. Việc trò chuyện với BN cũng tạo nên sự đánh lạc hướng chú ý đủ khả năng để đánh giá sự toàn vẹn của cung phản xạ. Đôi khi, những phản xạ bình thường có

thể được phát hiện chỉ khi ta làm thêm các nghiệm pháp hỗ trợ và phải luôn đối xứng hai bên.

Phản xạ tăng hay giảm trong tổn thương neuron vận động đoạn trên. Giảm hoặc mất phản xạ gấp trong sự gián đoạn bất kỳ phần nào của cung phản xạ như ở cơ (bệnh cơ), dây thần kinh vận động (bệnh dây thần kinh), rễ trước tủy sống (thoái hóa cột sống), sừng trước tủy sống (bại liệt) hay cung cảm giác (tổn thương rễ hoặc thần kinh cảm giác).

– Khám phản xạ cơ tam đầu (C7, C8): dùng một tay nâng khuỷu và gõ lên gân cơ tam đầu (xem Hình 34.11). Bình thường cơ tam đầu sẽ làm duỗi cẳng tay.



**Hình 34.11. Khám phản xạ cơ tam đầu cánh tay.**

– Khám phản xạ cánh tay quay (cơ ngửa) (C5, C6) là gõ vào điểm cuối đầu dưới xương quay ngay phía trên cổ tay (xem Hình 34.12). Tránh làm BN đau khi gõ trực tiếp vào dây thần kinh quay, đặt 2 ngón tay của thầy thuốc lên điểm này và sau đó gõ lên các ngón tay như khi gõ phản xạ cơ nhị đầu cánh tay. Bình thường khi cơ cánh tay quay sẽ gây gấp khuỷu.



**Hình 34.12. Khám phản xạ cánh tay quay.**

Duỗi khuỷu và gập các ngón có thể xảy ra khi gõ vào cổ tay của BN, đáp ứng này gọi là phản xạ nghịch đảo và phản xạ này gọi là phản xạ cánh tay quay nghịch đảo. Khi gõ phản xạ tam đầu cánh tay sẽ làm gập khuỷu thay vì đáp ứng bình thường trong phản xạ là duỗi khuỷu. Điều này xảy ra có liên quan đến sự mất co thắt cơ nhị đầu cánh tay và sự co thắt quá mức của cơ tam đầu cánh tay. Điều này được cho là do tổn thương tủy sống ngay mức C5 hay C6 như do chèn ép trong thoát vị đĩa đệm, chấn thương hay bệnh rỗng tủy sống. Tổn thương neuron vận động dưới ngang C5 hay C6 phối hợp với tổn thương neuron vận động đoạn trên làm ảnh hưởng đến các phản xạ dưới mức này.

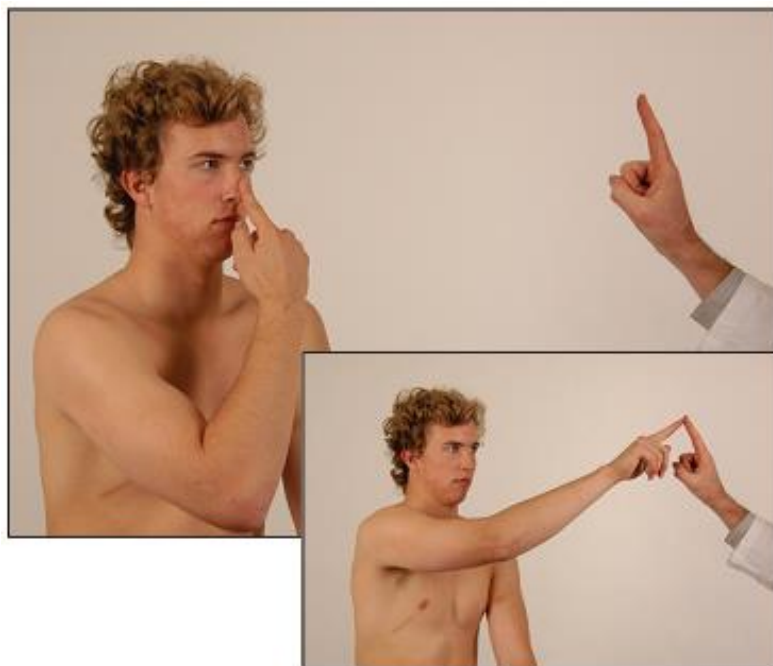
– Phản xạ các ngón tay (C8): để bàn tay BN thư giãn, lòng bàn tay hướng lên và các ngón tay hơi gập. Đặt bàn tay thầy thuốc lên các ngón tay của BN và gõ lên các ngón tay của mình (xem Hình 34.13). Đáp ứng bình thường trong khám phản xạ này là có sự gập nhẹ tất cả các ngón tay.



**Hình 34.13. Khám phản xạ các ngón tay.**

#### **34.2.1.6. Khám phối hợp động tác**

Tiểu não có nhiều sự kết nối (hướng tâm và ly tâm) đến con đường dẫn truyền cảm giác, các nhân ở thân não, đồi thị và vỏ não. Chính nhờ những sự kết nối này, tiểu não đóng vai trò vô cùng quan trọng trong sự phối hợp của các động tác chủ ý. Có hàng loạt các nghiệm pháp đơn giản được sử dụng để kiểm tra sự phối hợp của các động tác này. Cần giải thích cho BN biết trước khi khám các động tác này.



**Hình 34.14. Nghiệm pháp ngón tay chỉ mũi: chạm tay vào mũi mình sau đó chạm vào tay thầy thuốc.**



**Hình 34.15. Kiểm tra sự loạn liên động ở chi trên: lật úp bàn tay này liên tục lên mu bàn tay còn lại, thực hiện nhanh và trôi chảy nhất có thể.**

Nghiệm pháp ngón tay chỉ mũi

– Yêu cầu BN dùng ngón tay trỏ chạm vào mũi của mình và sau đó di chuyển ngón tay chạm vào ngón tay trỏ của thầy thuốc đang để gần đó khi mà BN duỗi vai và khuỷu có thể chạm tới (xem Hình 34.14). Nghiệm pháp này nên được thực hiện nhiều lần, lần đầu chậm, sau đó nhanh dần và BN lúc đầu mở mắt, sau đó thì nhắm mắt. Tạo ra một lực kháng nhẹ với cử động của BN bằng cách đẩy nhẹ cẳng tay BN khi thực hiện nghiệm pháp. Điều

này làm cho bất thường không đáng kể có thể được phát hiện.

– Các bất thường trong nghiệm pháp này: (1) run chủ ý là run tăng khi tay càng gần chạm mục tiêu (không có run lúc nghỉ), (2) quá tầm là ngón tay chỉ quá mục tiêu và thường hướng sang bán cầu tiểu não bị tổn thương. Những bất thường này xuất hiện chứng tỏ có tổn thương tiểu não.

Nghiệm pháp lật úp liên tiếp bàn tay

– Yêu cầu BN luân phiên lật và úp tay của mình trên mu bàn tay còn lại với tốc độ nhanh nhất có thể (xem Hình 34.15). Động tác này thực hiện chậm và vụng về gặp trong bệnh lý tiểu não và được gọi là loạn liên động (dysdiadochokinesis)<sup>g</sup>.

– Nghiệm pháp này cũng bị ảnh hưởng bởi sự rối loạn ngoài bó tháp (như bệnh Parkinson's) và rối loạn bó tháp (như nhồi máu bao trong).

Nghiệm pháp phản hồi

– Yêu cầu BN nhắc nhanh cánh tay lên sau đó thì dừng lại. Giảm trương lực cơ do tiểu não có thể làm chậm trễ việc dừng cánh tay lại. Phương pháp này giải thích sự phản hồi thích hợp hơn là phương pháp yêu cầu BN gập tay chống lại sức cản của thầy thuốc. Trường hợp đó khi thầy thuốc đột ngột lấy tay ra thì BN có sự gập tay mạnh, thậm chí không thể cản lại và BN có thể tự đánh vào mặt của mình. Do đó, chỉ những sinh viên tập luyện với nhau có khả năng phòng vệ mới sử dụng phương pháp này<sup>h</sup>.

– Yêu cầu cũng có thể gây ra sự vụng về này nhưng các nghiệm pháp vận động đã được thực hiện để xác định các rối loạn này.

### 34.2.2. Khám hệ cảm giác

Khám hệ cảm giác có thể có những khó khăn và khó chịu trong thời gian khá lâu nên cần làm theo những bước sau đây<sup>i</sup>

#### 34.2.2.1. Bó gai đôi thị (cảm giác đau và cảm giác nhiệt)

Các đường dẫn truyền cảm giác đau và nhiệt đi vào tủy sống và bắt chéo sau khi đi lên một vài khoanh tủy phía trên, đến bó gai đôi thị đối bên (xem Hình 34.16). Bó này đi lên đến thân não.

– Khám cảm giác đau: sử dụng kim mới, giải thích cho BN trước khi khám rằng sẽ dùng một cây kim châm nhẹ vào vùng da bình thường của BN như vùng ngực trước. Sau đó yêu cầu BN trả lời rằng đầu kim chạm vào là nhọn hay tù. Bắt đầu khám ở gốc chi trên

---

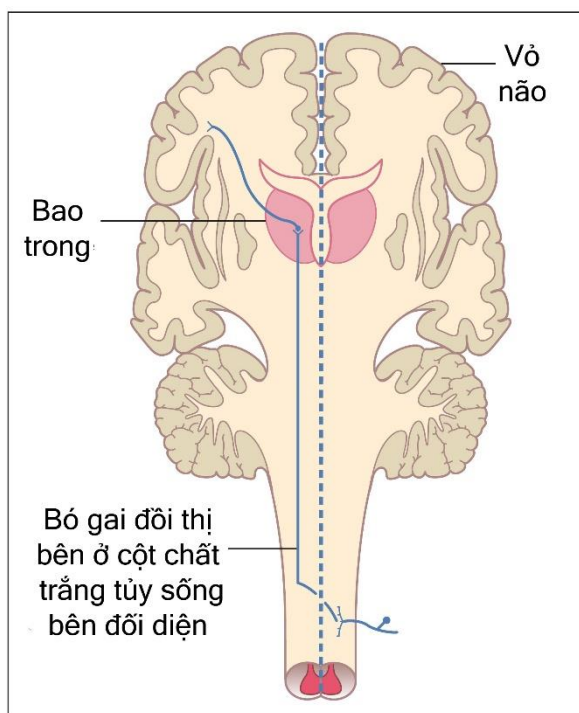
<sup>g</sup> *Thật sự loạn liên động thì không có khả năng thực hiện cử động luân phiên ở cả hai cổ tay với cánh tay và ngón tay trở duỗi ra. Diadochi là một từ Hy Lạp nghĩa là sự nối tiếp nhau ("succession"). Vấn đề ở đây là các cử động liên tiếp nhau. Còn danh từ Diadochi là các vương triều Hy Lạp – những người kế vị của Đại đế Alexander. Nó được chia ra từ đế chế của ông ấy.*

<sup>h</sup> *Nick Talley có một đai đen ("black belt") trong Tae Kwon Do and Tang Soo Do*

<sup>i</sup> *Năm 1826, Charles Bell thừa nhận rằng con người có "6 giác quan" và giác quan cuối cùng người ta gọi là cảm giác bản thể. Cảm giác rung được phát hiện ở thế kỉ 16 và cách khám nó thì được phát triển ở thế kỉ 19 bởi Rinné và cộng sự. Rydel and Seiffer đã phát hiện ra cảm giác rung và cảm giác bản thể được chi phối ở cột sau của tủy sống.*

và khám theo khoanh da – được chi phối bởi những đoạn tủy sống khác nhau (xem Hình 34.17). So sánh hai bên có cùng vị trí. Luôn luôn nhớ đánh dấu lại những vùng da có cảm giác bất thường và bình thường.

– Khám cảm giác nhiệt: dùng các ống nghiệm có hình dạng giống nhau chứa các loại nước nóng (40 – 45°C) và lạnh (5 – 10°C). Khám cảm giác lạnh có thể dùng những vật bằng kim loại như âm thoa. Nếu mất cảm giác nóng thì hầu hết đều đi kèm với mất cảm giác lạnh. Khi nhiệt độ khác nhau từ 2 – 5°C chúng ta có thể nhận biết được. Nghiệm pháp này chỉ được thực hiện trong những tình huống đặc biệt như nghi ngờ bệnh lý rối tủy.



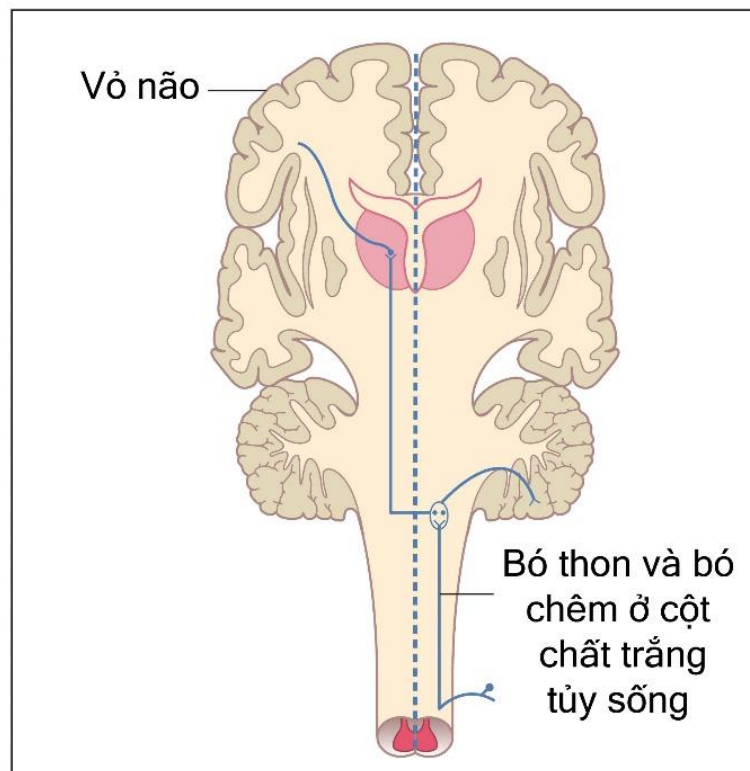
**Hình 34.16. Đường dẫn truyền cảm giác đau và nhiệt.**



**Hình 34.17. Khám cảm giác đau bằng kim châm: hỏi BN cảm giác đau nhọn hay tù.**

### 34.2.2.2. Cột sau (cảm giác run và cảm giác bản thể)

Các đường dẫn truyền cảm giác này đi vào tủy sống và lên trên cùng bên ở cột sau của tủy sống đến nhân thon và nhân chêm ở hành não, tại đây chúng sẽ bắt chéo sang bên đối diện (xem Hình 34.18).



**Hình 34.18. Đường dẫn truyền cảm giác run và tư thế khớp.**

– Khám cảm giác rung: dùng âm thoa có tần số 128Hz (không phải 256Hz). Yêu cầu BN nhắm mắt lại và đặt âm thoa run lên một trong các khớp liên đốt ngón xa ở tay và chân. BN sẽ cảm nhận được sự run của âm thoa. Sau đó dùng tay làm âm thoa giảm rung, BN vẫn có thể biết chính xác sự giảm rung của âm thoa đó. So sánh với bên đối diện. Nếu cảm giác run âm thoa giảm hoặc mất thì thực hiện run âm thoa ở đầu xương trụ phía cổ tay, sau đó đến khớp khuỷu (mỏm khuỷu) và cuối cùng ở khớp vai để xác định mức độ bất thường. Mặc dù run âm thoa lâu nay luôn được thực hiện ở nơi có các xương nhô lên nhưng thực tế cảm giác run vẫn nhận thấy được trên cả các mô mềm.

– Khám cảm giác bản thể: khám cảm giác này ở khớp liên đốt ngón xa của ngón tay út BN. Khi BN mở mắt, giải thích cho BN biết rằng mình sẽ nắm ở đốt xa ngón tay của BN để di chuyển lên xuống, yêu cầu BN trả lời là lên hay xuống. Sau đó yêu cầu BN nhắm mắt lại và thực hiện hai động tác này lặp đi lặp lại một cách ngẫu nhiên. Bình thường, động tác này dù lên hay xuống nhiều hay ít thì BN vẫn có thể biết được và trả lời chính xác. Nếu có bất thường, thực hiện nghiệm pháp này tương tự ở cổ tay và khuỷu tay. Thông thường, cảm giác về vị trí bị mất trước cảm giác chuyển động và ngón út sẽ bị ảnh hưởng trước ngón cái.

– Cảm giác sờ chạm: các sợi dẫn truyền cảm giác đi đến cột sau (cùng bên) trong tủy sống và bắt chéo ở giữa đường để đi đến bó gai đồi thị trước (đối bên). Do đó, cảm giác sờ



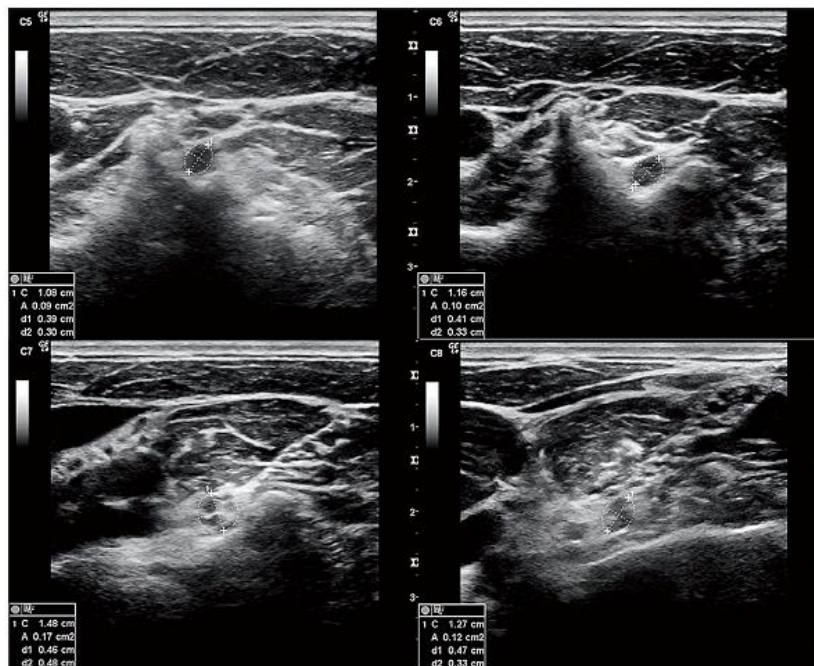
chạm ít có giá trị phân biệt. Sự kích thích của các receptor nơi sờ chạm có thể gây dị cảm – ví dụ sau khi bị thiếu máu cục bộ ở một chi. Khám cảm giác sờ chạm bằng một tấm bông. Yêu cầu BN nhắm mắt lại và nói “có” khi cảm giác được có vật chạm vào mình. Không chạm mạnh vào da vì điều này sẽ làm tác động lên các sợi lông. Khám đầy đủ các vùng da<sup>j</sup> và so sánh hai bên.

### 34.2.2.3. Giải thích các cảm giác bất thường

Cố gắng sắp xếp và tổng hợp lại đầy đủ các vùng da bị mất cảm giác (do tổn thương rễ thần kinh hoặc tủy sống) để có thể xác định vùng tổn thương như tổn thương dây thần kinh đơn độc, kiểu bệnh lý thần kinh ngoại biên (kiểu mang găng tay) hay mất cảm giác nửa người (do tổn thương đồi thị, thân não trên và tủy sống).

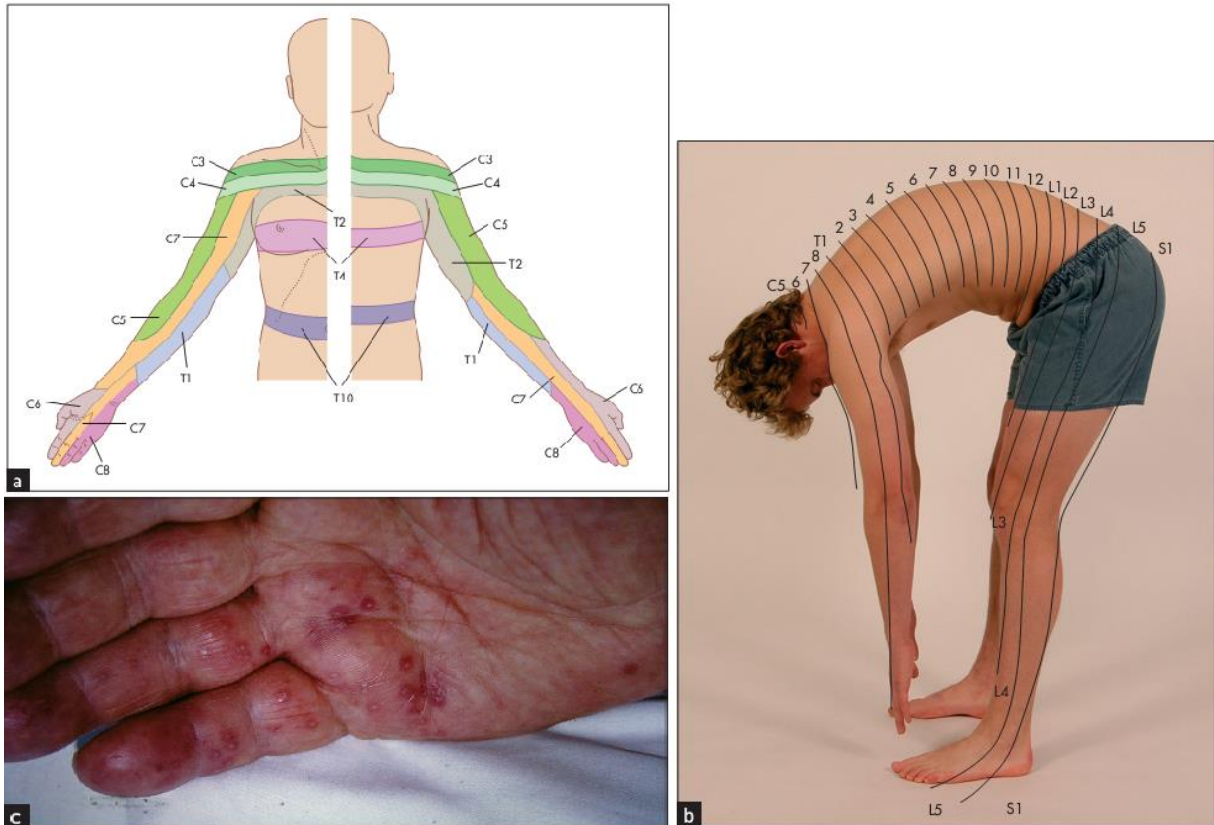
**Những vùng da chi trên do các khoanh tủy chi phối cảm giác** (xem Hình 34.19 và Hình 34.20) đã được chứng minh và học thuộc lòng theo hướng dẫn sau đây:

- C5 chi phối cảm giác vùng đỉnh vai và mặt ngoài cánh tay.
- C6 chi phối cảm giác mặt ngoài cẳng tay và ngón tay cái.
- C7 chi phối cảm giác ngón tay giữa.
- C8 chi phối cảm giác ngón út.
- T1 chi phối cảm giác mặt trong cánh tay phía trên và khuỷu tay.



**Hình 34.19. Hình ảnh siêu âm cắt ngang các dây thần kinh từ C5 – C8 khi ra khỏi tủy có hình dạng bầu dục và đo được diện tích mặt cắt ngang của các nhánh dây thần kinh.**

<sup>j</sup> Bản đồ cảm giác của con người (được Herry gọi là các điểm đau) lần đầu được phác họa bởi Herry Head (1861 – 1940). Ông ấy nổi tiếng về cuộc mổ thực nghiệm cắt thần kinh quay của chính ông ấy. Điều này giúp ông ấy vẽ được biểu đồ về cách thức phản hồi cảm giác.



**Hình 34.20. Những vùng da do các khoanh tủy chi phối cảm giác ở chi trên và thân. (a) giải thích sự chi phối cảm giác của mỗi khoanh tủy, (b) những vùng da do các khoanh tủy chi phối được nhận thấy rõ hơn khi chúng ta đứng bằng 4 chi, (c) bệnh zona làm tổn thương vùng da do C8 chi phối.**

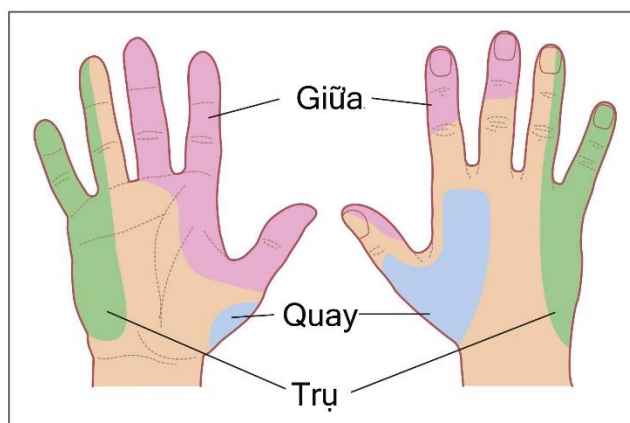
### 34.2.3. Khám các dây thần kinh ngoại biên ở chi trên

Tổn thương các dây thần kinh ngoại biên sẽ gây ra các triệu chứng rối loạn cảm giác và vận động đặc trưng. Những tổn thương dây thần kinh ngoại biên có thể khu trú do chấn thương, chèn ép hoặc có thể một phần của bệnh viêm đa rễ thần kinh – là bệnh hệ thống ảnh hưởng đến nhiều dây thần kinh.

#### 34.2.3.1. Khám thần kinh quay

Thần kinh quay là dây thần kinh vận động chi phối vận động cơ tam đầu cánh tay, cơ cánh tay quay và các cơ duỗi bàn tay. Biểu hiện đặc trưng của tổn thương dây thần kinh quay là bàn tay rũ (wrist drop). Nếu không rõ ràng, để phát hiện điều này, yêu cầu BN gập khuỷu, sấp cẳng tay, duỗi cổ tay và các ngón tay. Nếu tổn thương xuất hiện ở trên 1/3 trên của cánh tay, cơ tam đầu cánh tay vẫn có thể bị ảnh hưởng. Do đó, động tác duỗi khuỷu có thể mất khi khám nếu có tổn thương xuất hiện tổn thương ở cao.

Khám cảm giác bằng cách châm kim lên vùng hố lồi. Nếu mất cảm giác ở đây là tổn thương thần kinh quay ở đoạn trước chỗ chia đôi ngay tại khớp khuỷu thành thần kinh gian cốt sau và nhánh nông thần kinh quay (xem Hình 34.21).



**Hình 34.21. Các vùng bị mất cảm giác do tổn thương các thần kinh quan trọng ở chi trên.**

### 34.2.3.2. Khám thần kinh giữa

Dây thần kinh này vận động cho tất cả các cơ ở mặt trước cẳng tay trừ cơ gấp cổ tay trụ, ngón IV và ngón V của cơ gấp chung các ngón sâu. Nó còn chi phối các cơ ngón của bàn tay sau đây – **LOAF**

- **L**ateral two lumbricals – hai cơ giun ngoài.
- **O**pponens pollicis – cơ đối ngón cái
- **A**bductor pollicis brevis – cơ dạng ngón cái ngắn
- **F**lexor pollicis brevis (ở nhiều người) – cơ gấp ngón cái ngắn

**Tổn thương ở cổ tay** (hội chứng ống cổ tay – carpal tunnel syndrome). Dùng nghiệm pháp pen – touching để đánh giá sự yếu của cơ dạng ngón cái. Yêu cầu BN đặt tay lên mặt phẳng, lòng bàn tay hướng lên trên và dạng thẳng ngón cái ra để chạm vào bút mà thầy thuốc đang cầm ở phía trên (xem Hình 34.22). BN không làm được điều này nếu có liệt thần kinh giữa ở mức cổ tay hoặc cao hơn. Tuy nhiên, nên nhớ rằng hầu hết BN có hội chứng ống cổ tay có cơ lực bình thường và có các triệu chứng khác nhưng dấu hiệu này không phải có ở tất cả các trường hợp.



**Hình 34.22. Nghiệm pháp pen – touching để khám cơ dạng ngón cái: “dạng ngón cái thẳng ra để chạm vào bút”.**



**Hình 34.23. Nghiệm pháp đan tay của Ochsner. (a) bình thường, (b) bất thường do mất chức năng cơ gấp nông các ngón tay.**

**Tổn thương ở hố trụ (cubital fossa).** Nghiệm pháp đan tay của Ochsner<sup>k</sup> (kiểm tra chức năng của cơ gấp chung các ngón nông): yêu cầu BN đan hai tay mình vào nhau (xem Hình 34.23a) – ngón trỏ bên bị tác động sẽ không thể gấp lại được do tổn thương thần kinh giữa đoạn ở hố trụ hoặc ở mức cao hơn (xem Hình 34.23b).

Khám cảm giác do thần kinh giữa chi phối bằng cách dùng kim châm lên bàn tay của BN. Những vùng nhất định bị mất cảm giác bao gồm phía ngoài mô cái gan bàn tay, ngón trỏ, ngón giữa và nửa ngoài của ngón đeo nhẫn (xem Hình 34.21). Cảm giác vùng gan bàn tay được bảo tồn trong tổn thương thần kinh giữa ở đoạn ống cổ tay.

### 34.2.3.3. Khám thần kinh trụ

Dây thần kinh trụ vận động cho tất cả các cơ nhỏ ở bàn tay (ngoại trừ các cơ **LOAF**), cơ gấp cổ tay trụ và ngón IV, ngón V của cơ gấp chung các ngón sâu. Nếu tổn thương thần kinh trụ sẽ gây teo cơ bàn tay, tạo hình móng vuốt ở ngón út và ngón đeo nhẫn (gọi là bàn tay “vuốt trụ” – a claw – like hand). Dấu hiệu “vuốt trụ” là do sự duỗi quá mức của các khớp đốt bàn ngón tay và sự gấp của các khớp liên đốt ngón tay. Chú ý rằng dấu hiệu “vuốt trụ” càng rõ chứng tỏ nơi tổn thương thần kinh trụ là ở cổ tay, trong khi tổn thương ở khuỷu tay hoặc trên khuỷu tay sẽ gây mất vận động cơ gấp chung các ngón sâu và do đó sẽ làm mất khả năng gấp của các khớp liên đốt ngón tay. Điều này là “sự nghịch lý của thần kinh trụ”, trường hợp tổn thương xa hơn sẽ gây biến dạng nhiều hơn.

Nghiệm pháp Froment<sup>l</sup> – xem Hình 34.24: yêu cầu BN kẹp một tờ giấy giữa ngón cái và bờ ngoài của từng ngón còn lại, tổn thương thần kinh trụ sẽ làm liệt cơ khép ngón cái nên không thể kẹp tờ giấy do ngón cái bị ảnh hưởng sẽ gấp lại.

Những nguyên nhân gây bàn tay vuốt trụ được trình bày trong List 34.2, còn các nguyên nhân gây teo các cơ nhỏ được trình bày trong List 34.3 và xem Hình 34.25.

<sup>k</sup> Albert Ochsner (1858 – 1925) là phẫu thuật viên người Mỹ gốc Thụy sĩ, là dòng dõi của Andreas Vesalius – một nhà giải phẫu học vĩ đại.

<sup>l</sup> Jules Froment (1878 – 1946) là giáo sư y khoa ở Lyon, Pháp, đã mô tả nghiệm pháp này năm 1915.

## List 34.2. Những nguyên nhân gây ra bàn tay vuốt trụ (ở tất cả các ngón).

---

- Tổn thương thần kinh trụ và thần kinh giữa (tổn thương thần kinh trụ đơn độc chỉ gây ra ở ngón 4 và 5).
  - Tổn thương đám rối thần kinh cánh tay (C8 – T1).
  - Bệnh thần kinh khác (như rỗng tủy, bại liệt).
  - Cơ cơ thiếu máu (giai đoạn nặng và muộn).
  - Viêm khớp dạng thấp (bệnh không điều trị và tiến triển nặng).
- 

## List 34.3. Các nguyên nhân (chẩn đoán phân biệt) teo các cơ nhỏ ở bàn tay.

---

### Tổn thương tủy sống

- Bệnh rỗng tủy.
- Thoái hóa cột sống cổ gây chèn ép C8.
- Do khối u.
- Do chấn thương.

### Bệnh tế bào thần kinh sừng trước tủy sống

- Bệnh thần kinh vận động, bệnh bại liệt.
- Bệnh teo cơ tủy (như bệnh Kugelberg – Welander\*).
- Tổn thương rễ.
- Chèn ép C8.

### Tổn thương thân dưới của đám rối thần kinh cánh tay

- Hội chứng lỗ thoát ngực (thoracic outlet syndromes)
- Chấn thương, phóng xạ, thâm nhiễm và nhiễm trùng

### Bệnh thần kinh ngoại biên

- Tổn thương thần kinh trụ và quay
- Bệnh dây thần kinh vận động ngoại biên

### Bệnh cơ

- Loạn trương lực cơ teo – căng tay bị ảnh hưởng hơn bàn tay
- Bệnh đầu xa của cơ

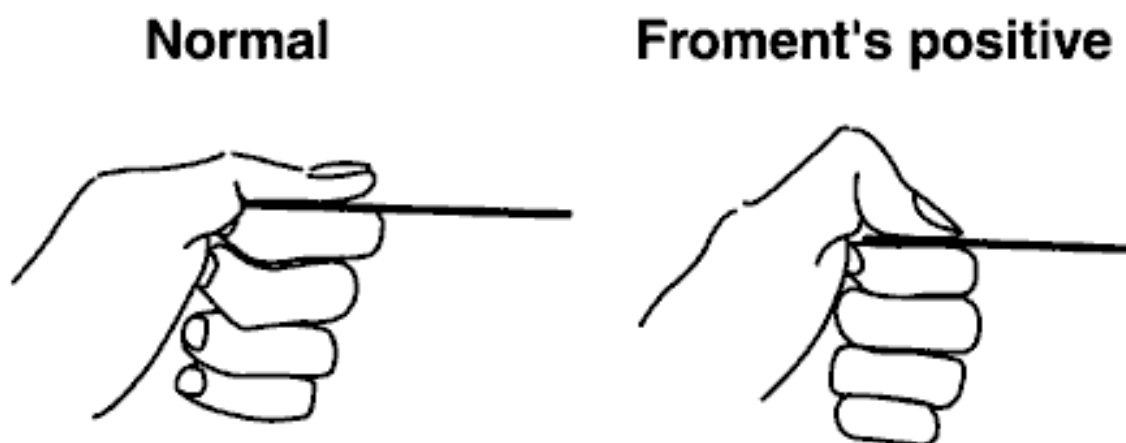
### Rối loạn dinh dưỡng

- Các bệnh khớp (không điều trị)
- Bệnh thiếu máu gồm cả bệnh viêm mạch
- Hội chứng vai – tay

*Chú ý: Phân biệt tổn thương thần kinh trụ với tổn thương thân dưới/rễ C8 của đám rối cánh tay phụ thuộc vào sự mất cảm giác với tổn thương rễ C8 có thể lan đến đầu gối của cổ tay và yếu các cơ lòng bàn tay trong tổn thương rễ C8 và thân dưới của đám rối cánh tay. Phân biệt tổn thương rễ C8 với thân dưới trên lâm sàng là rất khó, nhưng nếu có hội chứng Horner hoặc khối chèn ép ở nách thì gợi ý tới tổn thương đám rối thần kinh cánh tay.*

*\* Eric Klas Kugelberg (1913 – 1983) là một giáo sư về thần kinh lâm sàng ở Karolinska Institute, Stockholm và Lisa Welander (1909 – 2001) đã mô tả hội chứng này năm 1956. Lisa Welander là một nữ giáo sư thần kinh đầu tiên của Thụy Điển.*

---



**Hình 34.24. Nghiệm pháp Froment.**



**Hình 34.25. Bệnh thần kinh vận động cho thấy sự teo các cơ nhỏ ở bàn tay.**

**Bảng 34.2. Các rễ thần kinh và các thân của đám rối thần kinh cánh tay.**

Rễ thần kinh	Thân	Chi phối các cơ
C5 và C6	Trên	Các cơ vùng vai (đặc biệt là cơ nhị đầu và cơ Delta)
C7	Giữa	Cơ tam đầu và một số cơ cẳng tay
C8 và T1	Dưới	Các cơ bàn tay và một số cơ cẳng tay

**Bảng 34.3. Các dây, các bó của đám rối cánh tay và các cơ chúng chi phối.**

Bó thần kinh	Dây thần kinh	Các cơ chi phối
Bó bên	Thần kinh cơ bì, thần kinh giữa	Cơ nhị đầu, cơ sấp tròn, cơ gấp cổ tay trụ
Bó giữa	Thần kinh giữa và thần kinh trụ	Các cơ bàn tay
Bó sau	Thần kinh nách và thần kinh quay	Cơ Delta, cơ tam đầu và cơ duỗi cẳng tay

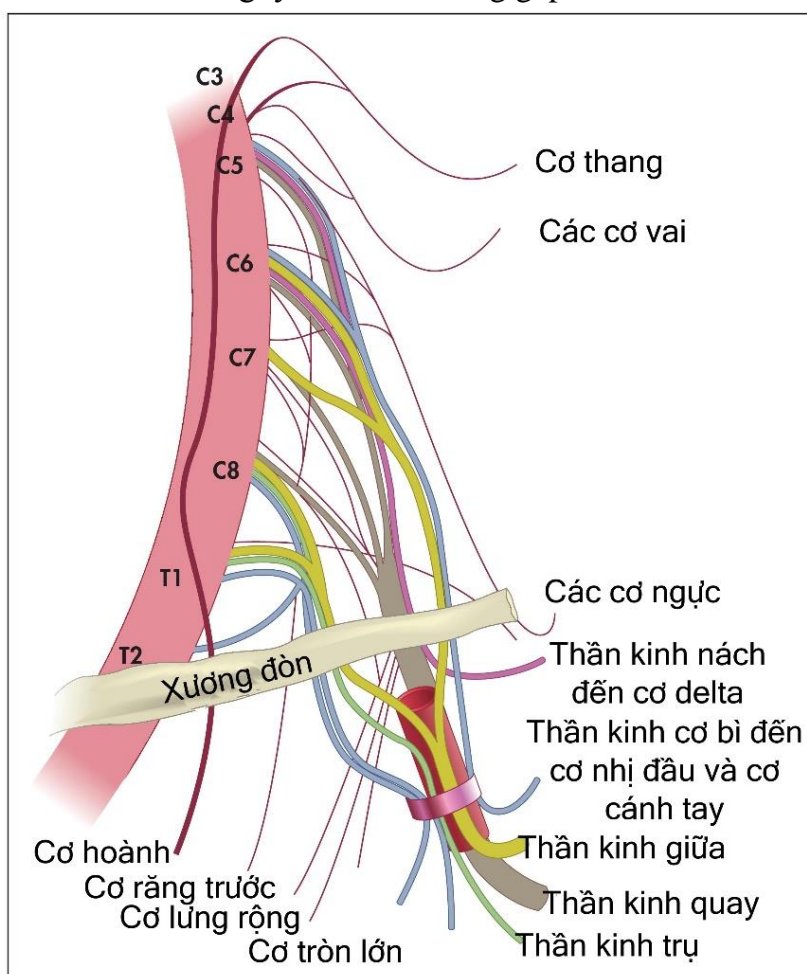
### 34.2.3.4. Khám đám rối thần kinh cánh tay

Tổn thương đám rối thần kinh cánh tay khá đa dạng từ nhẹ đến tổn thương hoàn toàn, tổn thương các dây vận động và/hoặc dây cảm giác. Đám rối thần kinh cánh tay bắt nguồn từ các rễ thần kinh, tiếp đến hình thành các thân, sau đó hình thành các bó và cuối cùng là hình thành các dây thần kinh ngoại biên (xem Bảng 34.2 và Bảng 34.3). Giải phẫu đám rối được trình bày trong Hình 34.25.

BN bị tổn thương đám rối thần kinh cánh tay sẽ than phiền rằng họ bị đau và yếu ở vai và tay. Triệu chứng đau thường nổi trội hơn, đặc biệt là khi có sự bật ra của rễ thần kinh nào đó. Nguyên nhân do thần kinh càng có khả năng hơn nếu cơn đau mờ, khó xác định vị trí, cơn đau không liên quan đến sự vận động của chi, nặng hơn về đêm và cảm giác đau không đôi khi sờ hay ấn vào. BN không cảm thấy thoải mái. Nguyên nhân do chấn thương chỉnh hình sẽ thích hợp nếu cơn đau trở nên nhiều hơn khi vận động, có dấu hiệu nhiễm trùng, sự biến dạng khớp hay thay đổi cảm giác đau khi sờ hay ấn vào. Hầu hết các tổn thương đám rối là trên xương đòn (đầu gần), đặc biệt là xảy ra do chấn thương. Khi tổn thương dưới xương đòn (đoạn xa) xảy ra thường ít nghiêm trọng.

Khám cánh tay và đai vai (xem List 34.4). Nhớ rằng thần kinh vai lưng (chi phối các cơ trám) xuất phát từ đầu gần rễ C5 đến thân trên và chức năng của các cơ trám thường không bị ảnh hưởng nếu tổn thương thân trên. Loại tổn thương này trong đám rối thần kinh cánh tay được trình bày trong List 34.5. Hội chứng sườn – cổ có thể gây ra bởi tổn thương đám rối cánh tay ở thân dưới (xem List 34.6). Bảng 34.4 gợi ý sự phân biệt giữa tổn thương đám rối và các rễ thần kinh.

Liệt Erb là liệt ở chi trên do tổn thương thân trên của đám rối thần kinh cánh tay, đặc biệt là nặng ở các rễ C5 – C6. Nguyên nhân thường gặp nhất là kẹt vai sau sanh khó.



**Hình 34.26. Đám rối thần kinh cánh tay.**

### List 34.4. Khám đại vai.

**Phương pháp:** sự bất thường có thể là do lạn dưỡng cơ, tổn thương rễ hoặc dây thần kinh. Kiểm tra mỗi cơ, bắt các mạch lớn và khám chức năng như sau:

1. Cơ thang (XI, C3, C4): yêu cầu BN nâng vai lên chống lại sức cản và quan sát hai bên cánh của vai trên.
2. Cơ răng trước (C5 – C7): yêu cầu BN chống hai tay lên tường và quan sát hai bên cánh của vai dưới.
3. Các cơ trám (C4, C5): yêu cầu BN kéo hai bả vai lại bằng cách đặt hai bàn tay ở phía sau hông.
4. Cơ trên gai (C5, C6): yêu cầu BN dạng cánh tay chống lại lực cản.
5. Cơ dưới gai (C5, C6): yêu cầu BN xoay phần trên cánh tay ra ngoài chống lại lực cản đặt ở khuỷu tay với khuỷu gấp.
6. Cơ tròn lớn (C5 – C7): yêu cầu BN xoay phần trên cánh tay vào trong chống lại lực kháng.
7. Cơ lưng rộng (C7, C8): yêu cầu BN chống lại lực cản để khép tay sát người.
8. Cơ ngực lớn, đầu xương đòn (C5 – C8): yêu cầu BN nâng phần trên cánh tay lên nằm ngang và đẩy lên chống lại lực cản phía trước.
9. Cơ ngực lớn, đầu ức – sườn (C6 – T11) và cơ ngực bé (C7): yêu cầu BN khép cánh tay chống lại lực cản.
10. Cơ Delta (C5, C6 và thần kinh nách): yêu cầu BN dạng cánh tay ra chống lại lực cản.

### List 34.5. Những tổn thương đám rối cánh tay

#### Tổn thương đám rối hoàn toàn (hiếm gặp)

- Các dấu hiệu về neuron vận động dưới đều bị ảnh hưởng.
- Mất cảm giác (toàn bộ cánh tay).
- Hội chứng Horner (một gợi ý quan trọng)
- Chú ý: nó thường gây đau.

#### Tổn thương thân trên (hội chứng Duchenne – Erb\*) (C5, C6)

- Mất vận động vùng vai và động tác gấp khuỷu – chi trên ở tư thế rơi xuống – bàn tay có tư thế waiter’s tip.
- Mất cảm giác phía mặt ngoài vùng cánh tay và cẳng tay.

#### Tổn thương thân dưới (hội chứng Klumpke +) (C8, T1)

- Bàn tay móng vuốt thật sự với mất vận động các cơ nội tại.
- Mất cảm giác phía xương trụ từ cẳng tay đến bàn tay.
- Hội chứng Horner.

\* *Wilhelm Heinrich Erb (1840 – 1921) là nhà thần kinh học nổi tiếng nhất nước Đức.*

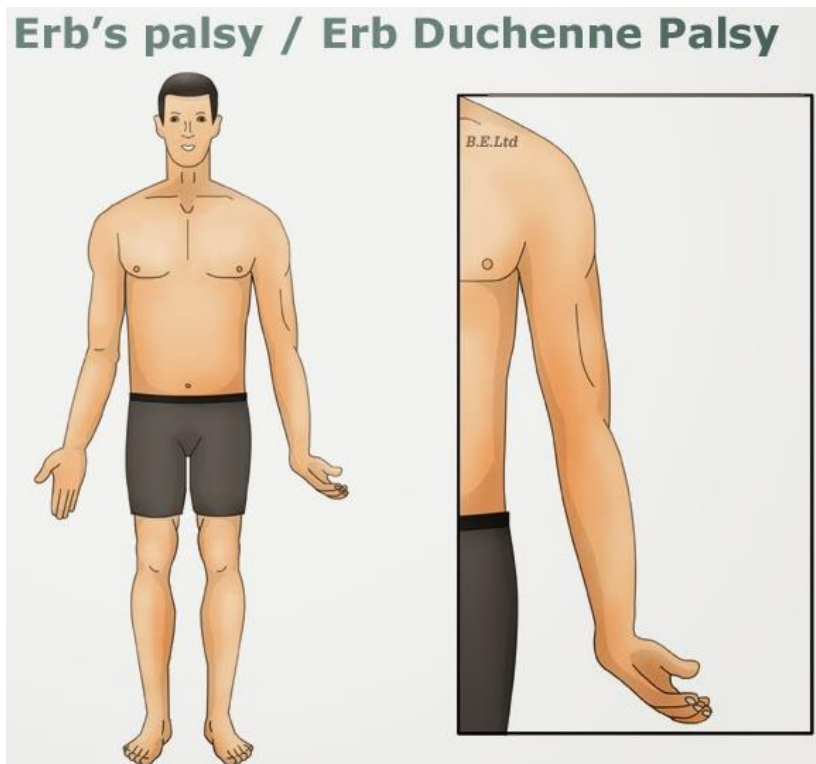
+*Auguste Déjérine – Klumpke (1859 – 1927) là nhà thần kinh học người Pháp, đã mô tả tổn thương này khi là một sinh viên. Cô ấy là người Mỹ nhưng được học ở Thụy Sĩ. Khi là sinh viên năm cuối, cô ấy kết hôn với một nhà thần kinh học nổi tiếng người Pháp Jules Déjérine.*



## List 34.6. Hội chứng sườn – cổ

### Lâm sàng đặc trưng bởi:

- Yếu và teo cơ các cơ nhỏ ở bàn tay (bàn tay móng vuốt).
- Mất cảm giác C8 và T1
- Mạch quay và huyết áp thay đổi
- Âm thổi động mạch dưới đòn khi cử động cánh tay (có thể gặp ở người khỏe mạnh)
- Sờ được xương sườn cổ ở vùng cổ (bất thường)



Hình 34.27. Tư thế bàn tay waiter's tip trong liệt Erb.



Hình 34.28. Xương sườn cổ.



**Hình 34.29. Cánh xương vai lồi ra do teo cơ.**

**Bảng 34.4. Phân biệt tổn thương đám rối cánh tay với chèn ép rễ thần kinh.**

	<b>Đám rối</b>	<b>Rễ</b>
<b>Tiền sử chấn thương</b>	Một vài trường hợp	Thỉnh thoảng gặp
<b>Khởi phát âm thầm</b>	Một vài trường hợp	Thường xuyên
<b>Đau cổ</b>	Không	Có
<b>Đau vai một bên</b>	Không	Có
<b>Yếu liệt</b>	Thường nghiêm trọng	Mức độ trung bình
<b>Kiểu yếu liệt</b>	Thường ở vùng vai và cơ nhị đầu hoặc bàn tay	Thường nhất là cơ tam đầu (tổn thương C7, nhất là tổn thương rễ)

Yêu cầu BN đứng cùng hướng với thầy thuốc, cánh tay duỗi thẳng và chống lên tường. Cánh xương vai được nhìn thấy điển hình trong loạn dưỡng cơ mặt – vai – cánh tay (xem Hình 34.29).

Nguyên nhân gây tổn thương đám rối cánh tay bao gồm:

- Viêm nhiễm, rối loạn tự miễn (thường tổn thương thân trên hơn).
- Tia xạ (thường tổn thương thân trên hơn).
- Ung thư (thường tổn thương thân dưới hơn) – ung thư gây tổn thương đám rối thần kinh cánh tay do sự xâm lấn tại chỗ; thân dưới thường bị ảnh hưởng đầu tiên. Tổn thương đám rối dạng này thường gây đau và tiến triển nhanh. Gây ra cả yếu liệt cơ và mất cảm giác.

– Chấn thương: trực tiếp (do tai nạn xe, phẫu thuật gồm gãy xương ức, xé rách và do đạn), do lực kéo (chấn thương lúc sinh, tai nạn xe, chấn thương trong thể thao như chặn bóng bầu dục thường gây tổn thương thân trên hơn), sự chèn ép mạn tính (hội chứng lồng thoát ngực, “liệt do đeo balo – backpack palsy”, gãy xương di lệch).

## 34.3. KHÁM CHI DƯỚI

Bắt đầu bằng cách kiểm tra dáng đi, nếu có thể (xem CHƯƠNG 35). BN nằm trên giường bệnh, việc thăm khám chân BN với đùi và chân được bộc lộ hoàn toàn (đặt chiếc khăn lên để che phủ vùng bẹn hai bên). Lưu ý BN có đặt sonde tiểu hay không, có thể chỉ ra rằng có chèn ép tủy sống hoặc bệnh lý tủy sống khác, đặc biệt là xơ cứng rải rác.

### 34.3.1. Khám vận động

#### 34.3.1.1. Rung giật bó cơ và teo cơ

Kiểm tra bó cơ để quan sát có teo cơ hay không. Cảm giác phần cơ bắp của cơ tứ đầu và bắp chân. Sau đó vuốt dọc tay theo xương chày ở mỗi bên để tìm sự teo cơ chày trước.

#### 34.3.1.2. Trương lực cơ

Kiểm tra trương lực cơ tại đầu gối và mắt cá chân. Đặt một bàn tay dưới gối cần khám và nâng ngược nhánh gối về phía trên, tạo nên tư thế gập. Khi BN thả lỏng thì cơ thể không có kháng lực. Khi đó thầy thuốc nâng đùi, gập và duỗi gối với tốc độ tăng dần, cảm nhận sự đề kháng của các cơ bị kéo căng (trương lực cơ). Trương lực cơ chi dưới có thể được kiểm tra bằng cách cho BN ngồi với hai chân thả tự do xuống cạnh giường. Nâng một chân BN cho đến khi chân BN nằm ngang rồi buông ra đột ngột. Chân BN sẽ đung đưa trên 6 lần đối với những người khỏe mạnh và thư giãn hoàn toàn. Nếu có giảm trương lực cơ do các bệnh lý ở tiểu não, sự dao động sẽ rộng và lâu hơn. Nếu có tăng trương lực cơ hoặc co cứng cơ thì sự chuyển động sẽ không đều và giật cơ.

Kế tiếp là kiểm tra sự đa động của mắt cá chân và gối. Đây là một cơ thắt cơ nhịp nhàng liên tục khi kéo căng cơ đột ngột. Nguyên nhân của tăng trương lực cơ là do tổn thương các neuron vận động trên. Nó còn đặc trưng bởi hiện tượng tăng tính nhạy cảm của các phản xạ (do sự tăng hoạt động các tế bào thần kinh vận động alpha).

Gập đột ngột bàn chân về phía mu với gối cong và đùi xoay ngoài. Khi xuất hiện đa động ở mắt cá, thì sẽ có những cử động gập – duỗi bàn chân sẽ lập đi lập lại. Hiện tượng đa động này kéo dài miễn là thầy thuốc vẫn duy trì động tác gập bàn chân về phía mu. Kiểm tra sự đa động xương bánh chè bằng cách đặt một bàn tay lên phần dưới cơ tứ đầu đùi với gối duỗi thẳng và dịch chuyển xương bánh chè xuống phía dưới một cách đột ngột. Sự co thắt nhịp nhàng của cơ tứ đầu đùi sẽ liên tục miễn là lực kéo căng xuống được duy trì.

#### 34.3.1.3. Sức cơ

– Hông

+ Gập – cơ thắt lưng cùng (L2, L3): yêu cầu BN để nâng thẳng chân lên và chống lại lực đẩy xuống của thầy thuốc (bàn tay của thầy thuốc đặt trên gối; xem Hình 34.30).

+ Duỗi – cơ mông lớn (L5, S1, S2): yêu cầu BN đè chân xuống và chống lại lực đẩy lên trên của tay thầy thuốc đặt dưới bắp chân hoặc mắt cá chân (xem Hình 34.31).

+ Dạng – cơ mông nhỏ và cơ mông bé, cơ may và cơ căng mạc đùi (L4, L5, S1): yêu cầu BN dạng chân và chống lại lực ép của thầy thuốc (xem Hình 34.32).

+ Khép – cơ khép dài, khép ngắn, khép lớn (L2, L3, L4): yêu cầu BN khép hai chân lại và chống lại lực đẩy nó ra (xem Hình 34.33).



**Hình 34.30. Khám sức cơ – gập hông: nâng chân lên và chống lại lực đẩy xuống.**



**Hình 34.31. Khám sức cơ – duỗi hông: đè chân xuống và chống lại lực nâng lên.**



**Hình 34.32. Khám sức cơ – dẹt hông: dẹt hai chân và chống lại lực đẩy vào.**



**Hình 34.33. Khám sức cơ – khớp hông: khớp hai chân và chống lại lực đẩy ra.**

– Gối

+ Gấp – gân kheo (cơ nhị đầu đùi, cơ bán gân, bán màng) – (L5, S1): yêu cầu BN phải gấp gối và chống lại lực kéo thẳng nó ra của thầy thuốc (xem Hình 34.34). Nếu nghi ngờ về sức cơ của nhóm cơ gấp, nên thực hiện khám ở tư thế nằm sấp. Có thể ngăn chặn được sự gấp hông và sờ được cơ trong lúc cơ co.

+ Duỗi – cơ tứ đầu đùi (cơ bắp này mạnh gấp ba lần cơ đối kháng của nó, là gân kheo) – (L3, L4): với đầu gối hơi cong, yêu cầu BN để duỗi thẳng gối và lực gấp gối của thầy thuốc (xem Hình 34.34).



**Hình 34.34. Khám sức cơ – gấp gối: gấp gối và chống lại lực duỗi chân ra.**



**Hình 34.35. Khám sức cơ – duỗi gối: duỗi gối và chống lại lực gấp gối lại.**

– Cổ chân

+ Gấp bàn chân về phía lòng – cơ bụng chân, cơ dép (S1, S2): yêu cầu BN đạp bàn chân xuống và chống lại đẩy nó lên (xem Hình 34.36).

+ Gấp bàn chân về phía mu – cơ chày trước, cơ duỗi ngón cái dài và duỗi các ngón dài (L4, L5): yêu cầu BN đẩy bàn chân lên và chống lại lực đẩy bàn chân xuống (xem Hình 34.36). Sức mạnh của khớp mắt cá chân có thể kiểm tra bằng cách cho BN nhón gót hay đứng trên gót chân; những cử động có thể bị hạn chế nếu sự phối hợp cơ bị suy yếu.



**Hình 34.36. Khám sức cơ – gấp bàn chân về phía lòng: đạp bàn chân xuống và chống lại lực đẩy nó lên.**



**Hình 34.37. Khám sức cơ – gấp bàn chân về phía mu: gấp bàn chân và chống lại lực đẩy nó xuống.**

– Khớp bàn ngón

+ Xoay ngoài – cơ mác dài và cơ mác ngắn và cơ duỗi các ngón chân dài (L5, S1): yêu cầu BN xoay bàn chân ra phía ngoài để chống lại kháng lực (xem Hình 34.38).

+ Xoay trong – cơ chày sau, cơ bụng chân và cơ duỗi ngón cái dài (L5, S1): bàn chân gấp lại hoàn toàn, yêu cầu BN xoay bàn chân vào trong vào trong chống lại kháng lực (xem Hình 34.39).

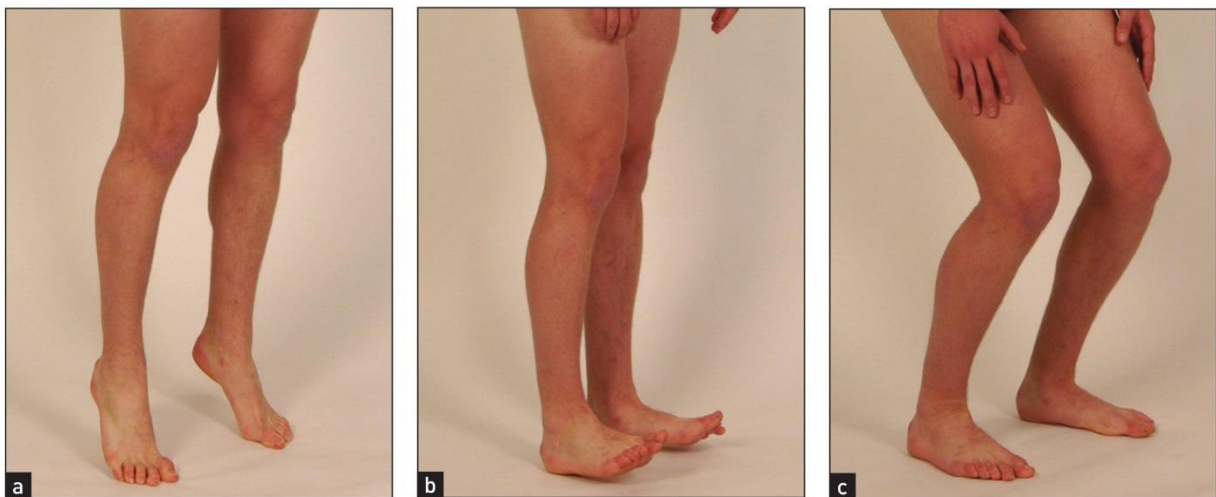


**Hình 34.38. Khám sức cơ – xoay ngoài bàn chân: xoay bàn chân ra ngoài và chống lại kháng lực.**



**Hình 34.39. Khám sức cơ – xoay trong: bàn chân xoay vào trong và chống lại kháng lực.**

Yếu chi cơ năng hay hysteria có thể được phát hiện bằng test Hoover. Thông thường, khi BN cố gắng để chống lại kháng lực, chi đối bên sẽ cố gắng hỗ trợ. Ví dụ, khi BN cố gắng duỗi chân để chống lại kháng lực, chân kia sẽ chống xuống giường hỗ trợ. Dấu Hoover<sup>m</sup> dương tính khi những cử động này không có.



**Hình 34.40. Đánh giá nhanh sức cơ chi dưới: (a) đứng bằng ngón, (b) đứng bằng gót, (c) ngồi xổm và đứng lên nhanh.**

Đánh giá nhanh sức cơ: thầy thuốc có thể đánh giá nhanh sức cơ chi dưới bằng cách yêu cầu BN thực hiện các động tác sau:

- 1. Đi bằng ngón (S1) – xem Hình 34.40a.
- 2. Đi bằng gót (L4, L5) – xem Hình 34.40b.
- 3. Ngồi xổm và đứng lên (L3, L4) – xem Hình 34.40c.

Những động tác này giúp khám sức cơ hông, gối và cổ chân. Nếu không thực hiện

<sup>m</sup> Charles Hoover cũng mô tả một dấu hiệu quan trọng của COPD.



được cần thực hiện nhiều cách thăm khám khác để xác định.

#### **34.3.1.4. Khám phản xạ**

Khám những phản xạ dưới đây

– Phản xạ gân gối (L3, L4). Đặt một tay dưới gối BN sao cho thoải mái và hỗ trợ cho việc thăm khám. Dùng búa gõ vào phía dưới xương bánh chè (xem Hình 34.41). Bình thường khi cơ tứ đầu đùi sẽ gây duỗi gối. Thực hiện và so sánh cả hai bên. Nếu sự phản xạ gân gối không có ở một hoặc hai bên, cần thực hiện lại cùng với kỹ thuật làm mất sự tập trung của BN. Yêu cầu BN khóa những ngón tay vào nhau và kéo ra xa thật mạnh trước khi gõ búa phản xạ (thao tác Jendrassik <sup>n</sup>, Hình 34.42). Thao tác này giúp phát hiện ra phản xạ gân gót mà dường như không có ở 70% người già. Một số sự co cơ chủ ý khác như nghiêng răng hay ôm chặt một vật gì đó nên được sử dụng nếu có những phản xạ gân cơ khó nhận ra.



**Hình 34.41. Khám phản xạ gối.**



**Hình 34.42. Khám phản xạ gối và yêu cầu BN khóa những ngón tay của mình lại và kéo ra để làm mất sự chú ý của BN.**

---

<sup>n</sup> Ernst Jendrassik (1858 – 1921), bác sĩ người Budapest

– Phản xạ gân gót (S1, S2). Tư thế bàn chân gấp về phía mu, gôi gấp nhẹ, đùi xoay ngoài để trên giường, tay thầy thuốc sẽ giữ bàn chân ở phía lòng và đẩy bàn chân gấp về phía mu. Gõ búa vào gân Achilles (xem Hình 34.43). Đáp ứng bình thường sẽ là gấp bàn chân về phía lòng do sự co của các cơ bẹn chân. Thực hiện lại lần hai với các nghiệm pháp làm mất sự chú ý của BN. Có thể khám ở tư thế quỳ gối và gõ búa vào lòng bàn chân.



**Hình 34.43. Khám phản xạ gót.**

– Phản xạ da lòng bàn chân (L5, S1, S2). Sau khi giải thích cho BN những gì sẽ thực hiện, thầy thuốc sử dụng một vật tù (ví dụ: chìa khóa) vẽ một đường dọc theo bờ ngoài lòng bàn chân và cong vào trong cho đến vị trí xương đốt bàn ngón giữa (xem Hình 34.44). Tư thế bàn chân BN được để như lúc khám phản xạ gân gót. Đáp ứng bình thường sẽ là gấp ngón cái về phía lòng ở những BN trên 1 tuổi. Đáp ứng gấp ngón cái về phía mu là phản xạ bất thường (phản xạ Babinski °) đặc trưng là ngón cái sẽ gấp và các ngón khác xòe hìn nan quạt. Phản xạ bệnh lý này gặp trong tổn thương bó tháp. Nếu phản xạ dương tính hai bên, có thể xảy ra cơn động kinh đơn thuần hay là gặp trong trường hợp BN hôn mê.



**Hình 34.44. Khám phản xạ da lòng bàn chân.**

---

*° Josef Babinski (1857 – 1932), bác sĩ thần kinh học Paris, mô tả dấu hiệu này vào năm 1896.*

### 34.3.1.5. Khám sự phối hợp động tác

Khám tiêu não với 3 nghiệm pháp

– Nghiệm pháp gối gót. Yêu cầu BN dùng gót chân vuốt dọc xương chày đối diện theo đường giữa, càng chính xác càng tốt (xem Hình 34.45). Trong bệnh lý tiêu não, gót chân BN sẽ đứng đưa, lắc lư và di chuyển quá đà. Nhắm mắt lại có thể làm giảm các triệu chứng đó. Nếu như có tổn thương cột sau, những triệu chứng đó có thể tăng thêm ngay khi nhắm mắt. Trường hợp này gọi là thất điều cảm giác.

– Nghiệm pháp ngón tay ngón chân. Nghiệm pháp ngón tay chỉ mũi không thể thực hiện nên nghiệm pháp ngón tay ngón chân thường được sử dụng. Yêu cầu BN nhắc chân lên (gối), dùng ngón tay chạm vào ngón chân cái. Quan sát sự run không chủ ý của BN.



**Hình 34.45. Khám nghiệm pháp gối – gót.**

– Nghiệm pháp chạm chân. Yêu cầu BN thay đổi vận động luân phiên một cách nhanh chóng bằng cách yêu cầu họ dùng lòng bàn chân chạm vào bàn tay thầy thuốc, sau đó dùng gót chân chạm vào cẳng chân bên đối diện và lặp đi lặp lại. Quan sát tìm sự mất nhịp điệu khi thực hiện động tác.

### 34.3.2. Khám hệ thống cảm giác

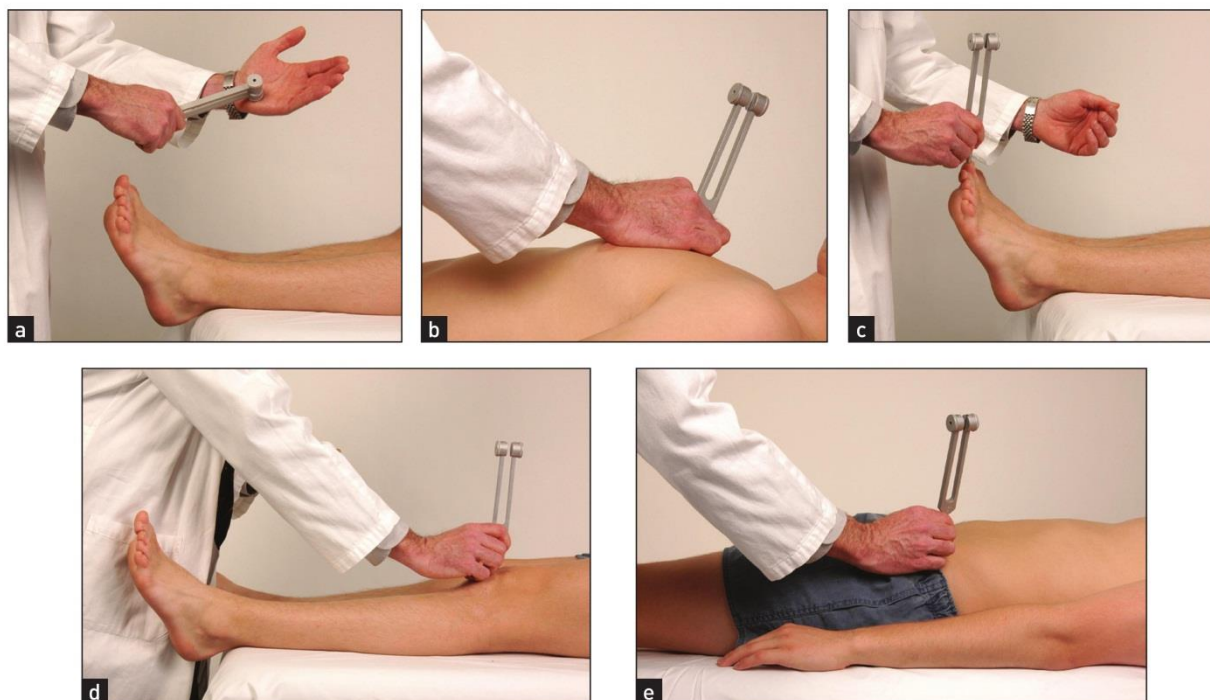
Cũng giống như chi trên, chi dưới cần được khám cảm giác theo khoanh da và so sánh hai bên (xem Hình 34.46). Khoanh vùng lại những vị trí có bất kỳ bất thường nào hoặc mất cảm giác da.

Sau đó kiểm tra cảm giác run ở mắt cá, nếu cần thiết có thể kiểm tra ở gôi và gai chậu trước trên (xem Hình 34.47). Sau đó khám cảm giác bản thể ở ngón chân cái, có thể khám ở gôi hoặc hông (xem Hình 34.48).

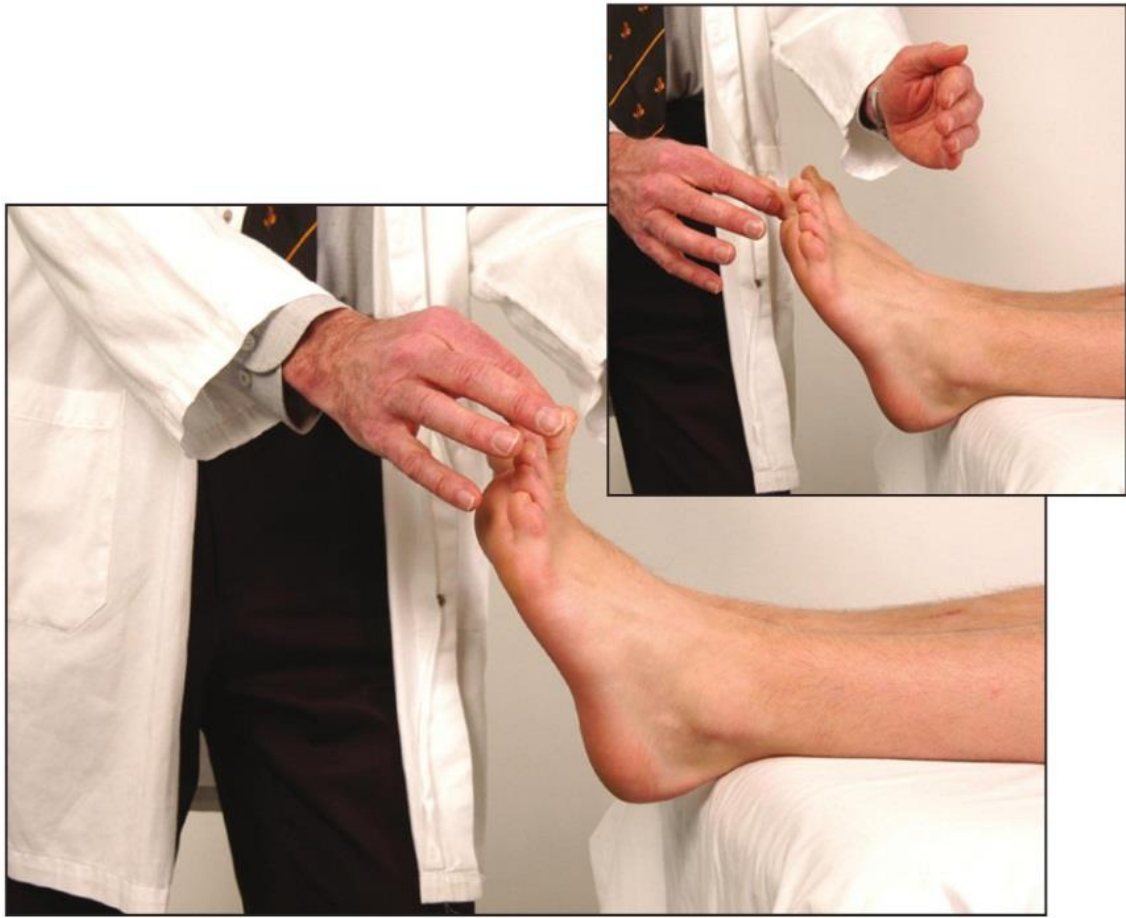
Cuối cùng khám cảm giác xúc giác (xem Hình 34.49).



**Hình 34.46. Khám cảm giác đau chi dưới.**



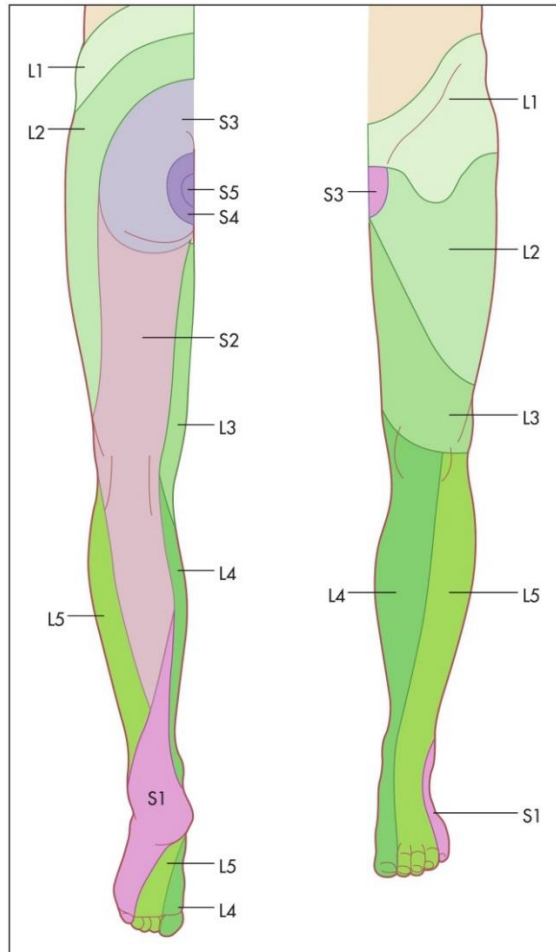
**Hình 34.47. Khám cảm giác run chi dưới.**



**Hình 34.48. Khám cảm giác bản thể: yêu cầu BN nhắm mắt và nói ngón chân mà thầy thuốc đang giữ đang được đẩy lên hay đẩy xuống.**



**Hình 34.49. Khám cảm giác sờ.**



**Hình 34.50. Cảm giác theo khoanh da ở chi dưới.**

Cảm giác theo khoanh da. Ghi nhớ hướng dẫn theo Hình 34.50.

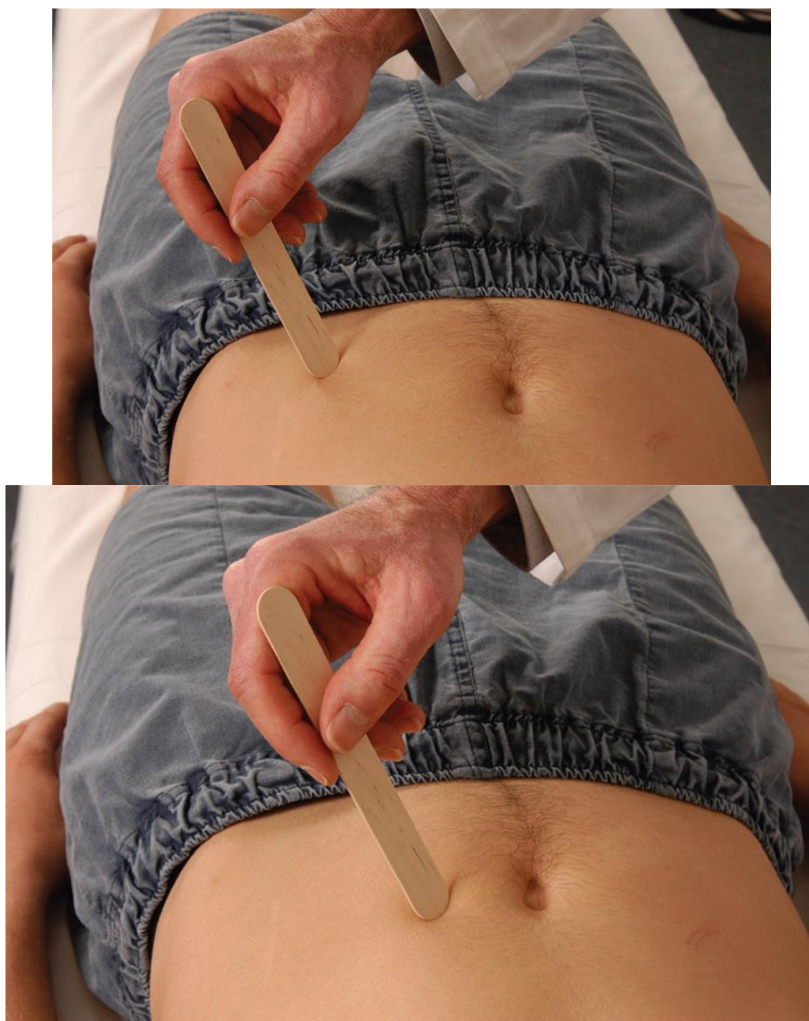
- L2 chi phối vùng đùi trước.
- L3 chi phối vùng xung quanh trước gối.
- L4 chi phối mặt trong cẳng chân.
- L5 chi phối mặt ngoài cẳng chân và bờ trong của mu bàn chân.
- S1 chi phối gót chân và hầu hết lòng bàn chân.
- S2 chi phối mặt sau đùi.
- S3,S4,S5 chi phối cơ vòng và hậu môn.

Tầng cảm giác. Nếu mất cảm giác ở chân, nên gắng tìm vùng mất cảm giác phía trên bằng cách vạch một đường bằng một cây kim cách khoảng 5 cm so với điểm đầu tiên từ chân hướng lên bụng, cho đến khi BN cảm giác được đầu nhọn của kim. Việc thăm khám này đôi khi có thể phải lên bụng, thậm chí là ngực. Một sự mất cảm giác ở vùng nào đó của cơ thể có thể cho biết được tầng tủy sống bị tổn thương. Hãy nhớ rằng, tầng gây tăng cảm giác da thường xuất hiện phía trên tầng mất cảm giác da, nó là giới hạn trên của vùng tủy bị thương tổn và cần phải xác định. Cũng nên nhớ rằng tầng thân sống chỉ tương ứng với tầng tủy sống trong tủy sống ở cổ trên vì tủy sống là ngắn hơn so với ống sống. Tầng

tủy C8 nằm tương ứng với tầng đốt sống C7. Trong đoạn ngực trên, tầng tủy sống cao hơn tầng đốt sống là hai khoanh tủy và đối với đoạn ngực giữa là ba khoanh tủy. Tất cả các khoanh tủy thất lưng cùng nằm từ đốt sống T11 đến L1.

Phản xạ nông hay phản xạ da. Những phản xạ này xuất hiện sờ hay kéo một vệt trên da hoặc niêm mạc. Những kích thích này nông hơn, nhẹ nhàng hơn so với kích thích của phản xạ gân xương. Những phản xạ này xuất hiện từ từ sau kích thích và ít hằng định. Những phản xạ đó bao gồm phản xạ nắm, phản xạ da bụng, phản xạ cơ vòng hậu môn và phản xạ da lòng bàn chân.

– Phản xạ da bụng (bụng trên T6 – T9, bụng giữa T9 – T11, bụng dưới T11 – L1). Khám bằng cách kéo nhẹ một đường từ rốn theo đường chéo ra ngoài theo mỗi góc tư của bụng (xem Hình 34.51). Phản xạ co thắt cơ thành bụng mất đi khi có tổn thương ở neuron vận động trên ở đoạn tủy phía trên hay cũng xuất hiện sau phẫu thuật làm cắt đứt các dây thần kinh. Ngoài ra, phản xạ này cũng mất đi khi BN mê hoặc ngủ sâu hoặc trong suốt quá trình gây mê. Phản xạ này khó nhận ra trong trường hợp BN béo phì và thường không có trong khoảng 20% người khỏe mạnh. Mất phản xạ da bụng kèm theo tăng phản xạ gân xương được cho là do bất thường của vỏ gai.



**Hình 34.51. Phản xạ da bụng, vệt lên da bụng hướng từ rốn ra ngoài theo góc phần tư và quan sát sự co thắt của cơ thành bụng.**

– Phản xạ da bìu L1 – L2. Kích thích mặt trong đùi theo hướng đi xuống dưới, đáp ứng bình thường là co thắt cơ bìu kéo bìu và tinh hoàn lên trên. Thường không có ở người lớn tuổi, người bị tràn dịch tinh mạc hay viêm tinh hoàn.

– Cảm giác vùng yên ngựa và phản xạ hậu môn. Khi nghi ngờ có tổn thương chùm đuôi ngựa (ví dụ như tiêu tiểu không tự chủ). Có thể mất cảm giác vùng mông hay da xung quanh lỗ hậu môn (S3 – S5). Ở những trường hợp này cần phải khám phản xạ cơ vòng hậu môn (S2, S3, S4). Bình thường cơ thắt ngoài co lại để đáp ứng với kích thích xung quanh hậu môn, phản xạ này có thể bị mất do tổn thương đoạn tủy cùng hay chùm đuôi ngựa. Tuy nhiên, nếu như những khoanh tủy cùng thấp nhất không bị tổn thương nhưng những đoạn tủy bên trên bị tổn thương, điều này có thể là do một tổn thương bên trong tủy sống.

– Cột sống. Thực hiện khám cột sống và nghiệm pháp nâng thẳng chân (Lasègue).

### **34.3.3. Khám thần kinh ngoại biên của chi dưới**

#### **34.3.3.1. Thần kinh bì đùi ngoài**



**Hình 34.52. Phân bố của dây thần kinh bì đùi ngoài.**

Kiểm tra sự mất cảm giác (xem Hình 34.52). Một tổn thương của dây thần kinh này thường xảy ra do sự bó chặt giữa dây chằng bẹn và gai chậu trước trên. Nó thường xuất hiện nhiều ở những người thừa cân hoặc ngồi lâu (ví dụ như lái xe tải, công chức). Nó gây mất cảm giác mặt ngoài đùi mà không làm giảm vận động. Nếu đau, nó được gọi là đau đùi dị cảm (meralgia paraesthetica).



### 34.3.3.2. Thần kinh đùi (L2, L3, L4)

Kiểm tra sự yếu liệt các cơ duỗi gối (yếu liệt cơ tứ đầu). Yếu cơ gấp hông có thể nhẹ và sức cơ khép được bảo tồn. Phản xạ gối mất, mất cảm giác da ở mặt trong đùi và cẳng chân (xem Hình 34.53).



Hình 34.53. Vùng chi phối cảm giác của thần kinh đùi.



Hình 34.54. Vùng chi phối cảm giác của dây thần kinh tọa.

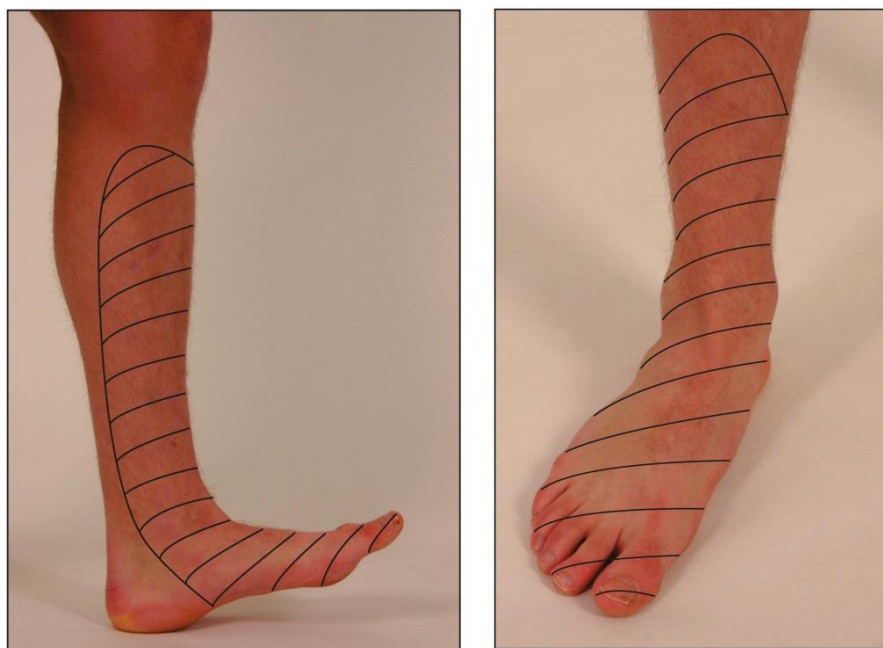
### 34.3.3.3. Dây thần kinh tọa (L4, L5, S1, S2)

Dây thần kinh này chi phối các cơ dưới gối và gân kheo. Khám dây thần kinh này gồm kiểm tra sự mất sức cơ dưới gối có thể gây dấu hiệu bàn chân rũ (bàn chân gấp về phía lòng) và yếu cơ gấp gối. Khám phản xạ, một tổn thương ở dây thần kinh tọa không làm

giảm phản xạ gối nhưng mất phản xạ gót và phản xạ da lòng bàn chân. Khám cảm giác đùi sau, vùng khoeo sau và ngoài, bàn chân (nếu tổn thương ở đầu gần (xem Hình 34.54).

#### 34.3.3.4. Thần kinh mác chung L4, L5, S1

Đây là nhánh tận lớn nhất của dây thần kinh tọa, dây thần kinh này vận động cho các cơ ở khu cẳng chân trước và ngoài (xem Hình 34.55). Khi khám dây thần kinh này chú ý quan sát dấu hiệu bàn chân rũ (xem List 34.7 và Hình 34.56). Khám động tác gấp về phía mu và lật ngoài của bàn chân. Khám phản xạ, thường những phản xạ này sẽ còn nguyên vẹn. Khám cảm giác, có thể mất những cảm giác đơn giản bờ ngoài mu bàn chân. Chú ý những rối loạn này có thể nhầm lẫn với các triệu chứng do tổn thương rễ L5, nhưng tổn thương rễ này sẽ gây yếu cơ gấp gối và lật trong bàn chân và mất cảm giác ở vùng da do rễ L5 chi phối.



Hình 34.55. Vùng cảm giác da do thần kinh mác chung chi phối.



Hình 34.56. (a) dấu hiệu bàn chân rũ: yêu cầu BN nâng chân bị tổn thương lên để bàn chân khỏi mặt đất. (b) đôi giày hỗ trợ cho những BN có bàn chân rũ.

### List 34.7. Các tổn thương có dấu hiệu bàn chân rũ.

- Liệt thần kinh mác chung.
- Liệt thần kinh tọa.
- Tổn thương đám rối thắt lưng cùng.
- Tổn thương rễ L4 – L5.
- Bệnh lý thần kinh vận động ngoại biên.
- Bệnh lý cơ ở ngón chi.
- Bệnh lý neuron vận động.
- Đột quỵ – động mạch não trước hoặc hội chứng lỗ khuyết (lacunar syndrome).

#### 34.3.4. Tư thế dáng đi



**Hình 34.57. Khám tiểu não – đi kiểu gót chân – ngón chân.**

Phải chắc chắn rằng thầy thuốc thấy được chân BN một cách rõ ràng. Yêu cầu BN đi bộ vài mét sau đó quay một vòng và quay lại, rồi đi theo kiểu gót chân – ngón chân để loại trừ tổn thương tiểu não gần đường giữa (xem Hình 34.57). Yêu cầu BN đi bằng mũi chân (tổn thương S1 sẽ khó thực hiện), sau đó đi bằng gót chân (trong tổn thương L4 hoặc L5 có bàn chân rũ xuống nên sẽ khó làm được).

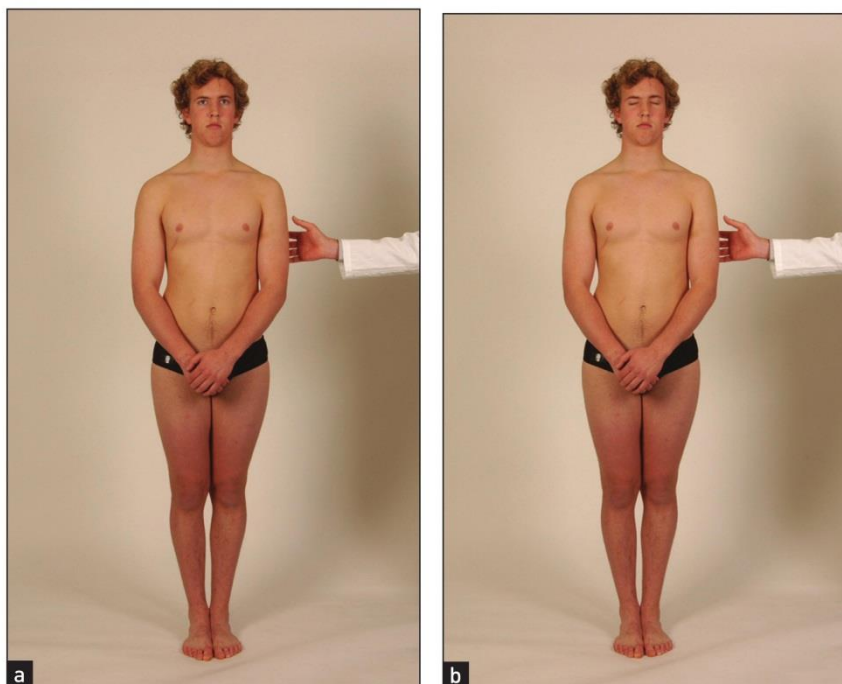
Khám các bệnh lý ở gốc chi bằng cách cho BN ngồi xổm rồi đứng lên hay ngồi trên ghế thấp rồi đứng lên.

Khám sự thăng bằng (nghiệm pháp Romberg), yêu cầu BN đứng thẳng, hai bàn chân chụm lại sát nhau và mở mắt (xem Hình 34.58a), sau đó yêu cầu BN giữ thăng bằng và nhắm mắt (xem Hình 34.58b), so sánh sự vững vàng tư thế khi mở mắt và nhắm mắt trong vòng một phút. Ngay cả khi BN không có bệnh lý thần kinh nào, cũng có thể có sự mất vững nhẹ trong khi đứng và nhắm mắt. Nghiệm pháp dương tính khi mà BN không vững

và có thể gây té ngã. Người bình thường có thể duy trì vững vàng một cách dễ dàng khoảng 60 giây. Nghiệm pháp Romberg cũng dương tính khi BN đứng không vững nhiều hơn khi nhắm mắt. Dấu hiệu này thường thấy ở BN mất cảm giác bản thể, đứng không vững khi mà sự cảm nhận thị giác về vị trí bị thay đổi.

Mất thăng bằng khi mở mắt là do tổn thương chức năng tiền đình và tiểu não.

Tổn thương đáng đi được tóm tắt trong List 34.8.



**Hình 34.58. Khám nghiệm pháp Romberg. (a) yêu cầu BN giữ thăng bằng và mở mắt, (b) yêu cầu BN giữ thăng bằng và nhắm mắt.**

**List 34.8. Rối loạn dáng đi.**

**Liệt nửa người.** Bàn chân gập về phía lòng và đu đưa theo một cung bên.

**Liệt cứng hai chi dưới.** Dáng đi hình cây kéo

**Bệnh Parkinson.**

- Khởi động chậm chạp
- Kéo lê chân
- Đứng im
- Tiến lên
- Lùi lại

**Tiểu não.** Dáng đi kiểu say rượu, BN lão đảo về bên tổn thương

**Tổn thương cột sau.** Dáng đi nhanh vụng về, bước chân rộng.

**Bàn chân rũ.** Đi nhắc chân lên cao.

**Bệnh cơ ở gốc chi.** Dáng đi lạch bạch ở cả hai chân.

**Tổn thương thùy trán.** Chân giống như bị dính vào nền nhà khi họ đứng thẳng và cử động dễ dàng hơn khi họ nằm ngửa.

**Hysteria.** Dáng đi kỳ lạ, không hằng định

### T&O'C essentials

1. Quan sát sự mất cân đối hai bên.
2. Đánh giá phản xạ tốt nhất là tăng hay mất phản xạ, còn phân độ mức độ thường không hữu ích.
3. Giới hạn bình thường của trương lực cơ rất khác nhau.
4. Thậm chí mức độ cảm giác kim châm cũng rất khác nhau, đôi khi có thể nói rằng những dấu hiệu này trên lâm sàng là không hữu ích.

### OSCE ôn tập

#### Thăm khám bệnh lý thần kinh ngoại biên

**Topic này thường hay gặp trong OSCE, sẽ giúp ích khi ôn tập lại.**

1. Người đàn ông này có vấn đề về thăng bằng, hãy thăm khám chi dưới cho ông ấy để tìm các dấu hiệu tiểu não.
2. Người đàn ông này bị khó khăn trong việc nâng bàn chân phải lên khi ông ấy đi bộ, hãy thăm khám cho ông ấy.
3. Hãy khám các phản xạ ở chi dưới cho người đàn ông này.
4. Hãy khám sức cơ chi trên cho người phụ nữ này.
5. Người phụ nữ này nhận thấy bà ấy bị teo các cơ nhỏ ở bàn tay trái, hãy thăm khám cho bà ấy.

Lê Minh Châu, Admin

### 35.1. TỔN THƯƠNG NEURON VẬN ĐỘNG TRÊN

Trong thần kinh học, đưa ra một chẩn đoán lâm sàng khi có sự xuất hiện của thiếu hụt thần kinh, quyết định dựa trên mức giải phẫu tổn thương và sau đó sẽ cân nhắc các nguyên nhân có khả năng nhất. Việc quan trọng cần làm là phân biệt giữa các dấu hiệu neuron vận động trên và các dấu hiệu neuron vận động dưới (xem List 35.3). Các dấu hiệu đầu tiên xảy ra khi có một tổn thương làm gián đoạn các đường dẫn truyền ở phía trên các tế bào sừng trước tủy sống; ví dụ, đường dẫn truyền vận động ở vỏ não, bao trong, cuống não, thân não hoặc tủy sống. Các dấu hiệu này bao gồm: liệt nặng các động tác dạng và duỗi chi trên, gập và dạng chi dưới, vì chức năng bình thường của các đường dẫn truyền này là điều hòa cơ cơ tự chủ của các cơ kháng trọng lực. Tuy nhiên, tất cả các cơ khác đều yếu hơn bình thường. Teo cơ nhẹ hoặc không có teo cơ, có thể bởi vì các yếu tố dinh dưỡng cơ do các neuron vận động dưới tiết ra không bị ảnh hưởng. Tuy nhiên, không vận động do liệt nặng cũng có thể gây teo cơ.

#### List 35.1. Các mức tổn thương neuron vận động trên.

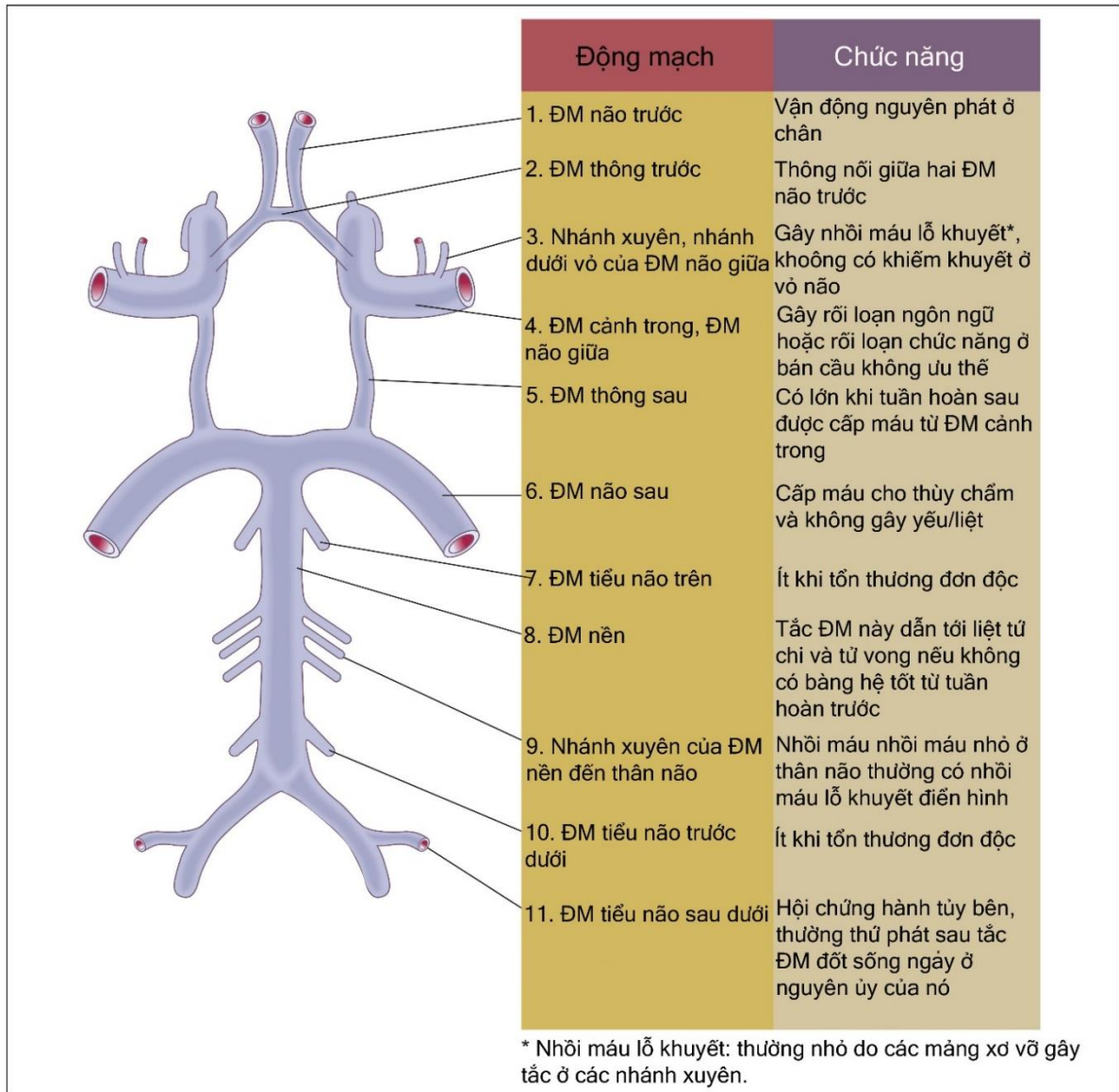
- Chân: L1 trở lên.
- Tay: C3 trở lên.
- Mặt: Cầu não trở lên.
- Song thị: trung não trở lên.

Các dấu hiệu neuron vận động trên xảy ra khi tổn thương nằm ở não hoặc tủy sống trên mức neuron vận động dưới (xem List 35.1).

Cơ cứng cơ xảy ra do sự phá hủy bó vỏ – lưới – gai, gây ra hiện tượng tăng phản xạ gân xương.

Monoplegia là liệt một chi khi có tổn thương ở vỏ não vận động hoặc một phần của bao trong. Hemiplegia là liệt ở một bên của cơ thể do tổn thương đường dẫn truyền đến vùng vỏ não đối bên.

Paraplegia là liệt hai chi dưới, quadriplegia là liệt tứ chi do nguyên nhân chấn thương tủy sống hoặc ít gặp hơn là tổn thương thân não (ví dụ: huyết khối động mạch thân nền).



**Hình 35.1. Giải phẫu đa giác Willis, chức năng quan trọng của các động mạch cấp máu.**

## **35.2. NGUYÊN NHÂN LIỆT NỬA NGƯỜI (TÔN THƯƠNG NEURON VẬN ĐỘNG TRÊN)**

### **35.2.1. Bệnh lý mạch máu não (đột quy hoặc TIA)**

Huyết khối, nghẽn mạch hoặc chảy máu xuất hiện trong vùng cấp máu đặc hiệu của mạch máu nào đó (xem Hình 35.1). Sự thiếu hụt này thường tiến triển trong vòng vài phút nhưng những tổn thương tiếp theo đó có thể xuất hiện sau vài giờ hoặc vài ngày gây ra do phù hoặc chảy máu xung quanh hoặc trong vùng nhồi máu. Nếu triệu chứng kéo dài dưới 24 giờ, được gọi là cơn thiếu máu não thoáng qua (TIA). Tổn thương vùng cấp máu của động mạch cảnh trong gây liệt nửa người bên đối diện nếu một vùng lớn của bao trong hoặc bán cầu não bị ảnh hưởng nhiều. Các triệu chứng khác như bán manh (hemianopia), mất cảm giác nửa người (hemianaesthesia) và rối loạn ngôn ngữ (dysphasia) có thể xuất

hiện (xem Bảng 35.1). Hẹp động mạch cảnh trong đoạn cổ có thể nghe được âm thổi.

Đột quỵ do xuất huyết thường liên quan đến bao trong hoặc nhân bèo (gây liệt nửa người đối bên và thường có mất cảm giác) hoặc đồi thị (gây mất cảm giác nửa người đối bên).

Tổn thương động mạch đốt sống – thân nền có thể gây liệt các dây thần kinh sọ, các dấu hiệu tiểu não, hội chứng Horner và mất cảm giác, cũng như là các dấu hiệu neuron vận động trên (thường xảy ra hai bên bởi vì đầu gần của cấu trúc này ở hai bên nằm cạnh nhau trong thân não). Ví dụ, tổn thương trung não dẫn đến liệt dây III và các dấu hiệu neuron vận động trên đối bên. Mất cảm giác nửa người và bán manh đồng danh thường xảy ra nếu động mạch não sau bị tổn thương. Một hội chứng quan trọng cần phải được nhận biết là hội chứng hành tủy bên (xem List 35.2). Mảng vữa ở động mạch chủ đoạn lên được coi như là nguồn gốc gây huyết khối động mạch nội sọ.

**Bảng 35.1. Huyết khối hoặc thuyên tắc nội sọ: đặc điểm lâm sàng.**

Động mạch não giữa	Động mạch não sau	Động mạch não trước	Động mạch đốt sống/thân nền (thân não)
Nhánh chính Nhồi máu 1/3 giữa một bên bán cầu: UMN mặt, tay > chân; bán manh đồng danh; loạn ngôn hoặc dấu hiệu bán cầu không không ưu thế (tùy bên); mất cảm giác vỏ não.	Nhánh chính* Nhồi máu đồi thị và vỏ não thùy chẩm: mất cảm giác nửa người (mất tất cả cảm giác); bán manh đồng danh (hoàn toàn); mù màu.	UMN chân > tay; chỉ mất cảm giác vỏ não phần chân; (nếu có tổn thương thể chai) tiểu không tự chủ.	Vận động/cảm giác “chéo” (ví dụ: mặt trái, tay phải); mất cảm giác/vận động nặng 2 bên; hội chứng Horner; dấu tiểu não; các dấu hiệu thần kinh sọ thấp.
Nhánh xuyên Nhồi máu bao trong: UMN mặt, UMN tay > chân			

*UMN = upper motor neurone lesion: tổn thương neuron vận động trên.*  
*\*Các tác động rất đa dạng bởi vì mạng lưới thông nối của các nhánh xa động mạch não giữa và cấp máu từ động mạch thông sau, nhưng nên đánh giá riêng biệt mất chức năng thùy chẩm và thùy thái dương.*

**List 35.2. Hội chứng hành tủy bên (hội chứng Wallenberg\*)**

Tắc nghẽn động mạch đốt sống hoặc động mạch tiểu não sau dưới hoặc động mạch hành tủy bên gây ra các dấu thần kinh cùng bên và “chéo bên”:

- Dấu tiểu não (cùng bên).
- Hội chứng Horner (cùng bên).
- Tổn thương dây TK sọ nằm dưới thấp (IX, X) – liệt khẩu cái và dây thanh âm (cùng bên).
- Mất cảm giác đau ở mặt (cùng bên).
- Mất cảm giác đau ở tay và chân (đối bên).
- Không có tổn thương neuron vận động trên.

\* *Adolf Wallenberg (1862 – 1942), giáo sư y khoa, thành phố Danzig.*



### 35.2.2. Tổn thương chèn ép và thâm nhiễm

Các khối u có khuynh hướng phát triển ở các thùy não và các dây thần kinh khu trú phụ thuộc vào vị trí khối u. Các dấu hiệu định vị thùy đỉnh, thùy thái dương, thùy chẩm và thùy trán gợi ý quá trình diễn tiến của bệnh. Tuy nhiên, khi có tăng áp lực nội sọ, có thể có các triệu chứng định vị giả, ví dụ như liệt dây VI một bên hoặc hai bên (bởi vì đường đi của dây thần kinh này trong sọ khá dài). Phù gai thị thường xuất hiện kèm theo nếu có tăng áp lực nội sọ.

### 35.2.3. Thoái hóa myelin

Xơ cứng rải rác gây ra tổn thương ở nhiều vị trí khác nhau với hai quá trình hồi phục và thoái hóa xảy ra song song.

### 35.2.4. Nhiễm trùng

Nhiễm virus HIV là nguyên nhân quan trọng gây ra các vấn đề về thần kinh, bao gồm các hội chứng neuron vận động trên.

## 35.3. TỔN THƯƠNG NEURON VẬN ĐỘNG DƯỚI

Tổn thương neuron vận động dưới làm gián đoạn cung phản xạ tủy sống, do đó gây teo cơ, giảm hoặc mất phản xạ và đôi khi gây rung giật bó cơ. Nguyên nhân là do tổn thương các neuron vận động ở tủy sống, rễ vận động hoặc dây thần kinh ngoại biên (xem List 35.3).

### List 35.3. Tổn thương neuron vận động trên và dưới.

#### Dấu hiệu tổn thương neuron vận động trên (bó tháp)

- Yếu tất cả các nhóm cơ. Tuy nhiên chi dưới yếu nhiều ở cơ gấp và cơ dạng. Chi trên yếu nhiều ở cơ duỗi và cơ khép. Ít khi có teo cơ.
- Co cứng: tăng trương lực cơ (kiểu dao nhíp) và thường đi kèm với đa động.
- Tăng phản xạ ngoại trừ phản xạ bề mặt (ví dụ: phản xạ da bụng), thường mất.
- Phản xạ da lòng bàn chân (Babinski) dương tính.

#### Dấu hiệu tổn thương neuron vận động dưới

- Yếu cơ biểu hiện rõ ở ngón chi hơn gốc chi, cơ gấp và cơ duỗi như nhau. Teo cơ là triệu chứng nổi bật.
- Trương lực cơ giảm
- Giảm phản xạ và phản xạ Babinski bình thường hoặc mất.
- Có thể xuất hiện rung giật bó cơ.

### 35.3.1. Bệnh neuron vận động

Đây là bệnh lý vẫn còn chưa rõ bệnh nguyên, gây ra do các thay đổi bệnh học ở các tế bào sừng trước tủy sống, nhân vận động ở hành tủy và các bó đi xuống. Do đó dẫn đến xuất hiện phối hợp cả các dấu hiệu của dây neuron vận động trên và neuron vận động dưới, mặc dù sẽ có một trong hai dạng sẽ chiếm ưu thế hơn.

Một điều quan trọng đó là: rung giật bó cơ gần như lúc nào cũng xuất hiện. Các phản xạ căng cơ thường xuất hiện (thường là tăng phản xạ) cho đến giai đoạn muộn của bệnh và hiếm khi có thay đổi về cảm giác (15 – 20% BN khai là có các dấu hiệu về cảm giác).

## List 35.4. Bệnh thần kinh ngoại biên.

---

### Nguyên nhân (chẩn đoán phân biệt) các bệnh lý thần kinh ngoại biên

1. Thuốc (ví dụ: isoniazid, vincristine, phenytoin, nitrofurantoin, cispatinum, kim loại nặng, amiodarone).
2. Nghiện rượu (có hoặc không thiếu vitamin B<sub>1</sub>).
3. Chuyển hóa (ví dụ: đái tháo đường, bệnh thận mạn).
4. Hội chứng Guillain – Barré.
5. Bệnh lý ác tính (ví dụ: carcinoma phổi [bệnh thần kinh cận u], bệnh bạch cầu, u lympho).
6. Giảm vitamin (ví dụ: B<sub>12</sub>) hoặc tăng (ví dụ: B<sub>6</sub>).
7. Bệnh lý mô liên kết hoặc viêm mạch máu (ví dụ: PAN, SLE).
8. Di truyền (ví dụ: bệnh lý thần kinh vận động và cảm giác di truyền).
9. Khác (ví dụ: thoái hóa dạng bột, nhiễm HIV).
10. Vô căn.

### Nguyên nhân từ bệnh lý ưu thế trên thần kinh vận động

1. Hội chứng Guillain – Barré, viêm đa rễ dây thần kinh mạn tính.
2. Bệnh thần kinh vận động và cảm giác di truyền.
3. Đái tháo đường.
4. Khác (ví dụ: rối loạn chuyển hóa porphyrin gián đoạn cấp, ngộ độc chì, bệnh bạch hầu, bệnh lý thần kinh block dẫn truyền đa ô).

### Nguyên nhân bệnh thần kinh cảm giác đau ngoại biên

1. Đái tháo đường.
2. Rượu.
3. Giảm vitamin B<sub>1</sub> hoặc B<sub>12</sub>.
4. Carcinoma.
5. Loạn chuyển hóa porphyrin.
6. Nhiễm độc arsen hoặc thallium.

*PAN = polyarteritis nodosa – viêm đa động mạch dạng nút.*

*SLE = systemic lupus erythematosus – lupus ban đỏ hệ thống.*

*HIV = human immunodeficiency virus.*

---

## 35.3.2. Bệnh lý thần kinh ngoại biên

Phân xa của dây thần kinh thường bị tổn thương đầu tiên vì chúng nằm xa thân tế bào, gây mất cảm giác hoặc vận động hoặc cả hai ở ngọn chi. Triệu chứng rối loạn cảm giác điển hình là mất tất cả cảm giác kiểu mang găng – mang vớ đối xứng hai bên (xem Hình 35.2). Không giống với các triệu chứng thấy ở tổn thương một dây thần kinh hoặc bệnh lý rễ thần kinh, mất cảm giác không đối xứng hoặc chỉ giới hạn ở một chi. Yếu cơ ngoại biên có thể do tổn thương dây vận động. Đôi khi, bệnh lý neuron vận động có thể xảy ra mà không có thay đổi cảm giác. Trong giai đoạn muộn, phản xạ giảm nhưng có thể không xuất hiện ở ngọn chi (xem List 35.4).



**Hình 35.2. Bệnh thần kinh ngoại biên: mất cảm giác kiểu mang găng – mang vớ.**

### **35.3.3. Hội chứng Guillain – Barré (bệnh lý viêm đa rễ thần kinh cấp tính)**

Được cho là do tự miễn, có thể khởi phát 7 – 10 ngày sau khi mắc bệnh. Kết quả là gây liệt mềm gốc chi và ngọn chi, với trường hợp điển hình là đi từ chi dưới lên chi trên. Hiếm khi có teo cơ. Giảm hoặc mất phản xạ. Ảnh hưởng đến các dây thần kinh sọ, đôi khi bệnh lý này chỉ có liệt đơn độc các dây sọ. Cảm giác giảm mức độ nhẹ hoặc bình thường. Không giống như viêm tủy ngang, cơ vòng ít bị ảnh hưởng. Yếu cơ hô hấp có thể gây tử vong nhưng bệnh thường tự giới hạn. Nhiễm HIV cũng có thể gây hội chứng tương tự. Điều quan trọng là cần phải đánh giá chức năng hô hấp của BN thường xuyên bằng cách đo FEV<sub>1</sub> và FVC. Giảm các thông số này có thể gây suy hô hấp và tử vong.

### **35.3.4. Xơ cứng rải rác**

Đây là bệnh lý chưa rõ căn nguyên, với các đặc điểm có các vùng viêm rải rác ở hệ thần kinh trung ương (CNS – central nervous system). Cần khai thác bệnh sử cẩn thận vì chẩn đoán xơ cứng rải rác dựa vào sự hiện diện của ít nhất hai vấn đề thần kinh riêng biệt ở hai thời gian và vị trí khác nhau của CNS (xem List 35.5).

Các dấu hiệu rất đa dạng. Cần tìm các dấu hiệu liệt cứng hai chi dưới và mất cảm giác cột sau cũng như các dấu tiểu não. Khám các dây thần kinh sọ. Xem xét cẩn thận để phát hiện mất thị lực, teo thị, viêm nhú và ám điểm (thường là trung tâm). Liệt mắt liên nhân là

dấu hiệu quan trọng và đa số xảy ra ở người trẻ. Liệt mắt liên nhân là tình trạng liệt cử động đưa mắt vào trong ở một bên do tổn thương bó dọc giữa cùng bên; do đó có thể có rung giật nhãn cầu ngang khi đưa mắt nhìn ra ngoài. Liệt mắt liên nhân hai bên luôn là hậu quả của xơ cứng rải rác.

Các dây thần kinh sọ khác hiếm khi bị ảnh hưởng (dây III, IV, V, VI, VII, giả liệt hành tủy) do tổn thương bên trong thân não. Tam chứng Charcot trong xơ cứng rải rác bao gồm: rung giật nhãn cầu, rung tay có chủ ý và nói ngắt quãng từng tiếng, nhưng chỉ xảy ra ở 10% BN.

Tìm dấu hiệu Lhermitte <sup>a</sup> (cảm giác như điện giật ở chi hoặc thân mình sau khi gập cổ). Nguyên nhân có thể do rối loạn ở cột sống cổ như phức hợp thoái hóa tủy sống bán cấp, thoái hóa cột sống, u tủy cổ, u lỗ lớn xương chẩm, lạm dụng nitrous oxide và nhiễm xạ vùng cổ – vai – ức (mantle).

### List 35.5. Các biểu hiện lâm sàng gợi ý xơ cứng rải rác.

- Liệt mắt liên nhân, mắt bị ảnh hưởng – yếu cơ vận động nhìn trong; mắt còn lại – rung giật nhãn cầu theo hướng ngang khi nhìn ngoài.
- Viêm thần kinh thị (mắt thị lực trung tâm, đau mắt, đĩa thị nhạt màu).
- Đồng tử Marcus Gunn.
- Tổn thương neuron vận động trên.
- Dấu tiểu não.
- Mất cảm giác cột sau.
- Tiêu/tiểu không tự chủ.

## 35.3.5. Dày dây thần kinh ngoại biên

### List 35.6. Viêm dây thần kinh đa ổ.

**Định nghĩa.** Là tình trạng viêm riêng biệt nhiều hơn một dây thần kinh ngoại biên (ít gặp ở dây thần kinh sọ) bởi một bệnh duy nhất.

**Nguyên nhân cấp (thường là mạch máu)**

- Viêm đa động mạch dạng nốt.
- Đái tháo đường.
- Bệnh mô liên kết (ví dụ: viêm khớp dạng thấp, lupus ban đỏ hệ thống).

**Nguyên nhân mạn**

- Bệnh lý chèn ép đa dây thần kinh.
- Sarcoidosis.
- To đầu chi.
- Nhiễm HIV.
- Bệnh phong.
- Bệnh Lyme.
- Khác (ví dụ: carcinoma – hiếm gặp).

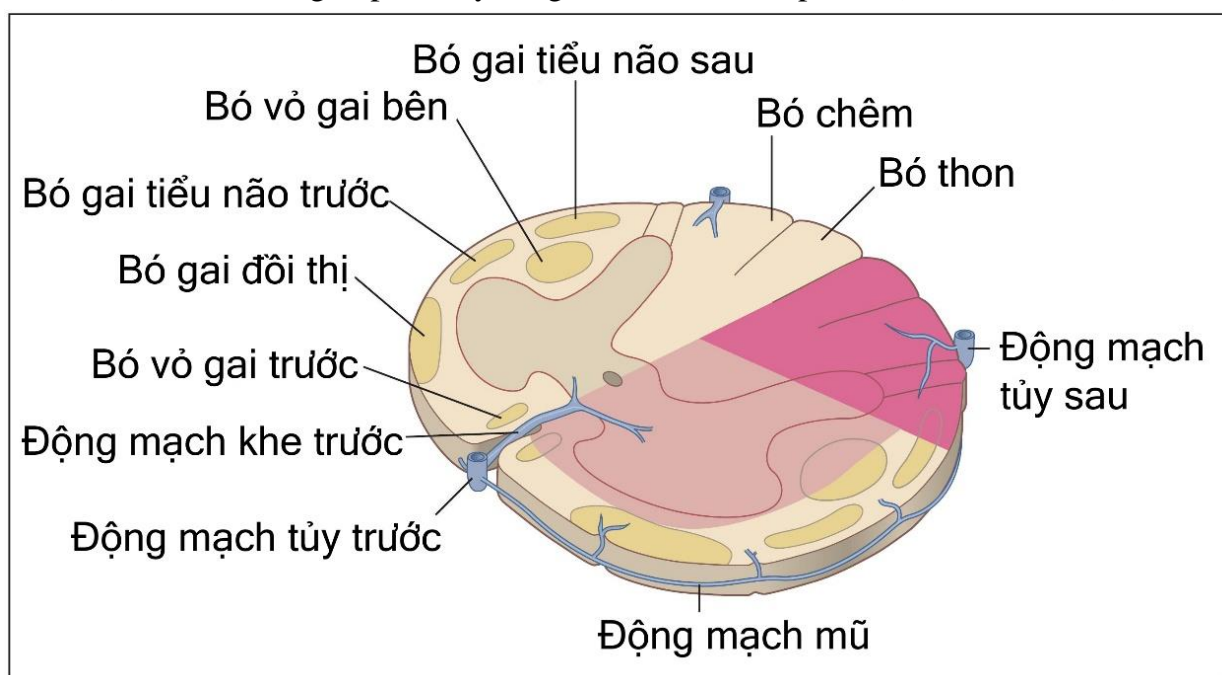
<sup>a</sup> Jacques Jean Lhermitte (1877 – 1939), bác sĩ thần kinh và tâm thần kinh người Pháp.

Nếu có bằng chứng tổn thương dây thần kinh ngoại biên, bệnh lý thần kinh ngoại biên hoặc viêm đơn dây thần kinh đa ổ (xem List 35.6), hãy sờ để phát hiện dày dây thần kinh. Dây thần kinh giữa ở cổ tay, dây thần kinh trụ ở khủy tay, thần kinh tai lớn ở cổ và thần kinh mác chung ở đầu xương mác là các vị trí dễ khám nhất. Nếu có dày thần kinh, cần nhắc các chẩn đoán sau:

- Bệnh cực đại đầu chi.
- Bệnh thoái hóa dạng bột.
- Bệnh viêm đa rễ dây thần kinh hủy myelin mạn tính.
- Bệnh phong.
- Bệnh thần kinh vận động và cảm giác di truyền (di truyền tính trạng trội; xem List 35.10).
- Khác (ví dụ: sarcoidosis, đái tháo đường, u sợi thần kinh).

### 35.3.6. Chèn ép tủy sống

Điều quan trọng cần nhớ là tổn thương tủy sống sẽ gây ra các dấu hiệu neuron vận động dưới ở tại mức tổn thương và dấu neuron vận động trên ở dưới mức tổn thương (xem list 35.7). Cần nắm rõ giải phẫu tủy sống và mạch máu cấp máu (xem Hình 35.3).



**Hình 35.3. Giải phẫu và cung cấp máu của tủy sống.**

Sau khi khám cảm thận các chi dưới (xem bên trên), phải xác định có thay đổi bất kỳ cảm giác ở khoang tủy nào không (xem Bảng 35.2). Sau đó khám lưng để tìm các thương tổn khu trú. Tìm biến dạng, sẹo và u sợi thần kinh. Sờ cột sống và nghe tìm âm thổi. Sau đó khám hai chi trên và các dây thần kinh sọ để xác định các tổn thương ở mức cao hơn nếu các triệu chứng không rõ ràng.

## List 35.7. Các thay đổi về vận động và phản xạ quan trọng do chèn ép tủy sống.

Xem Hình 35.5 đến Hình 35.7: thay đổi cảm giác

### Cổ cao

Dấu neuron vận động trên ở chi trên và chi dưới

#### – C5

- + Yếu cơ kiểu neuron vận động dưới và teo cơ trám, cơ delta, cơ nhị đầu và cơ cánh tay – quay.

- + Dấu neuron vận động trên ở phần còn lại của chi trên và toàn bộ cơ chi dưới; mất phản xạ cơ nhị đầu và tăng phản xạ cơ cánh tay – quay.

#### – C8

- + Yếu cơ kiểu neuron vận động dưới và teo cơ bàn tay.

- + Dấu neuron vận động trên ở chi dưới.

### Ngực giữa

Liệt cơ liên sườn.

Dấu neuron vận động trên ở chi dưới.

Mất phản xạ da bụng trên ở T7 và T8.

#### – T10 – T11

- + Mất phản xạ da bụng dưới và rôn lệch lên trên.

- + Dấu neuron vận động trên ở chi dưới.

#### – L1

- + Mất phản xạ da bìu (phản xạ da bụng bình thường).

- + Dấu neuron vận động trên ở chi dưới.

#### – L4

- + Yếu cơ kiểu neuron vận động dưới và teo cơ tứ đầu đùi.

- + Phản xạ gối mất.

- + Phản xạ gót có thể tăng cùng với dấu Babinski (+), nhưng đa phần nón tủy bị ảnh hưởng, dẫn đến tổn thương neuron vận động dưới.

#### – L5 – S1

- + Yếu cơ kiểu neuron vận động dưới: gấp gối, duỗi hông (S1) và dạng hông (L5), cơ bụng chân và cơ bàn chân.

- + Phản xạ gối còn.

- + Mất phản xạ gót và Babinski (–).

- + Còn phản xạ hậu môn.

#### – S3 – S4

- + Mất phản xạ hậu môn.

- + Mất cảm giác yên ngựa.

- + Hai chi dưới bình thường.

### Nguyên nhân chèn ép tủy sống

#### – Đốt sống

- + Thoái hóa cột sống.

- + Chấn thương.

- + Lòe đĩa đệm.

- + U.

- + Nhiễm trùng.

#### – Ngoài màng cứng

- + U lympho, u di căn.

- + Nhiễm trùng (ví dụ: áp xe).

#### – Trong màng cứng nhưng ngoài tủy

- + U (ví dụ: u màng tủy, u sợi thần kinh).

#### – Trong tủy\*

- + U (ví dụ: glioma, ependynoma).

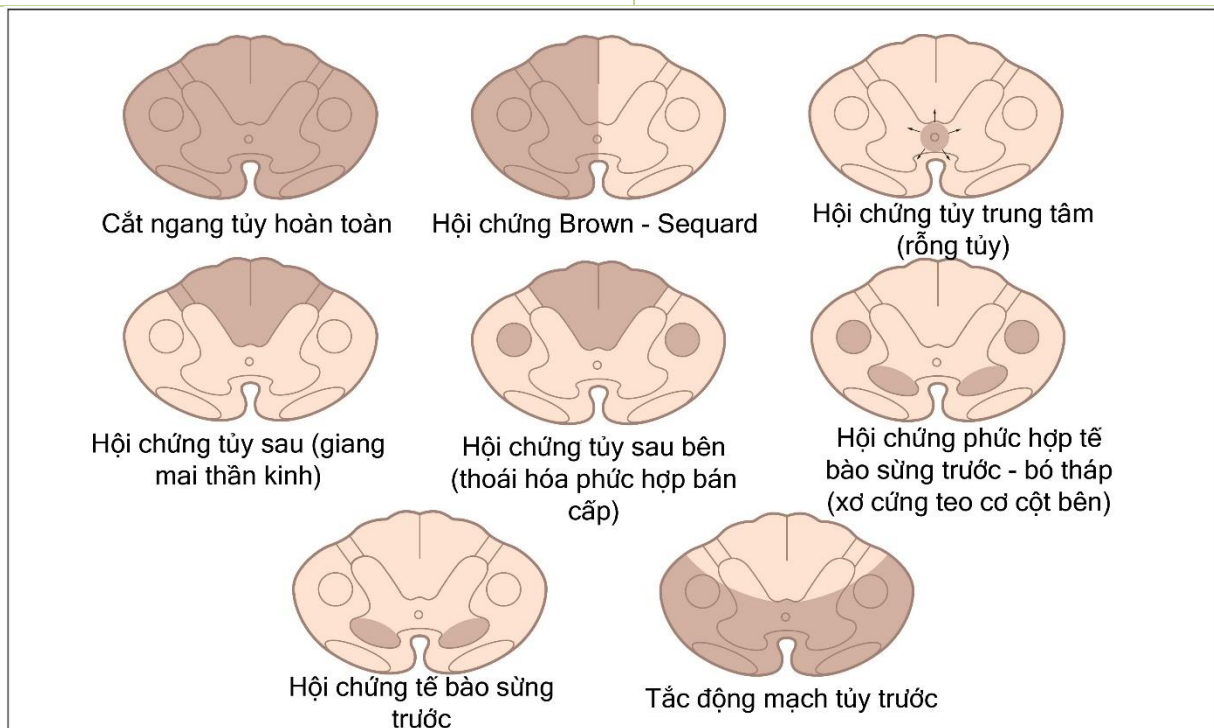
- + Rỗng tủy.

- + Xuất huyết tủy.

\* Dấu neuron vận động dưới có thể lan ra vài khoanh tủy và liệt cứng thường xảy ra vào giai đoạn muộn, không giống các trường hợp tổn thương ngoài tủy.

**Bảng 35.2. Các kiểu bất thường cảm giác quan trọng.**

Dấu hiệu	Vị trí tổn thương
Mất hoàn toàn cảm giác một bên.	Đôi thị hoặc thân não trên (tổn thương rộng).
Mất cảm giác đau nhiệt một bên mặt và thân mình đối bên.	Phần hành não chứa nhân của bó gai xuống của dây V và bó gai đôi thị lên (tổn thương hành não bên) (xem Hình 35.9).
Mất hoàn toàn cảm giác hai bên dưới tổn thương.	Tổn thương tủy sống (tổn thương tủy trước: chỉ ảnh hưởng cảm giác đau nhiệt).
Mất cảm giác đau nhiệt một bên dưới tổn thương.	Tổn thương tủy sống một bên (hội chứng Brown – Séquard; xem Hình 35.8).
Mất cảm giác đau nhiệt vài khoanh tủy, phần tủy sống còn lại bình thường.	Tổn thương tủy nội tại gần trung tâm trước (bao gồm các sợi bất chéo) – ví dụ: rỗng tủy sống, u tủy nội tại (chú ý: tổn thương phía sau nhiều hơn sẽ gây mất cảm giác bản thể).
Mất cảm giác nhiều khoanh tủy, ngoại trừ tủy cùng.	Chèn ép tủy nội tại.
Mất cảm giác hình yên ngựa (phần thấp nhất của tủy cùng).	Tổn thương chùm đuôi ngựa (còn cảm giác sờ trong tổn thương hành nón tủy).
Mất cảm giác sâu.	Tổn thương cột sau.
Mất cảm giác kiểu mang găng – mang vớ (chân và tay).	Bệnh thần kinh ngoại biên.
Mất tất cả cảm giác một phần nào đó của cơ thể	Tổn thương rễ sau (chỉ có cảm giác) hoặc thần kinh ngoại biên (thường kèm theo bất thường vận động).



**Hình 35.4. Các hội chứng tủy sống.**



**Hình 35.5. Hội chứng Brown – Séquard. Mất cảm giác đau nhiệt đối bên tổn thương, mất cảm giác sâu cùng bên tổn thương.**

### **35.3.7. Các hội chứng tủy sống quan trọng**

#### **35.3.7.1. Hội chứng brown – séquard <sup>b</sup>**

Các đặc điểm lâm sàng được trình bày ở Hình 35.5, là do hậu quả của tình trạng bị cắt ngang tủy ở một bên.

– **Thay đổi vận động:** (1) dấu neuron vận động trên cùng bên dưới mức tổn thương; (2) dấu neuron vận động dưới cùng bên tại mức tổn thương.

– **Thay đổi cảm giác:** (1) mất cảm giác đau nhiệt đối bên – cần lưu ý giới hạn trên của mất cảm giác thường nằm dưới tổn thương ở một vài khoanh tủy; (2) mất cảm giác rung và định hướng bản thể cùng bên; (3) cảm giác sờ nông thì thường không bị ảnh hưởng.

---

<sup>b</sup> Charles Edouard Brown-Séquard (1817 – 1894) thành công sau Claude Bernard ở Collège de France. Ông là con trai một thuyền trưởng người Mỹ (hải tặc) và một phụ nữ Pháp. Sinh ra tại Mauritius dưới sự cai trị của đế quốc Anh. Với hoàn cảnh như vậy, ông đã đi khắp nơi trên thế giới, làm việc tại Paris, Mauritius, London và New York. Hội chứng mang tên ông thường xuất hiện sau khi giết người thất bại. Theo truyền thống của những người cắt mìa ở Mauritius, khi muốn giết một ai đó, họ sẽ dùng 1 con dao dài và mỏng chém vào giữa xương sườn từ phía sau, làm đứt động mạch chủ hoặc tim. Chỉ loại dao như thế mới có thể làm cho tủy sống bị cắt ngang một bên.



– **Nguyên nhân:** (1) xơ cứng rải rác; (2) u mạch máu; (3) chấn thương; (4) viêm tủy; (5) bệnh lý tủy sống sau xạ trị.



**Hình 35.6. Mất cảm giác do cắt ngang tủy sống.**



**Hình 35.7. Kiểu mất cảm giác do các bệnh lý bên trong tủy sống. Ví dụ: u trung tâm hoặc ít gặp hơn là chèn ép từ bên ngoài với tủy cùng bình thường.**



**Hình 35.8. Tổn thương chóp tủy hay chùm đuôi ngựa – mất cảm giác vùng yên ngựa.**

### **35.3.7.2. Thoái hóa phức hợp bán cấp của tủy sống (thiếu vitamin B12)**

Đặc điểm lâm sàng: (1) tổn thương cột sau đối xứng (cảm giác rung và tư thế khớp), gây thất điều; (2) dấu neuron vận động trên ở chi dưới đối xứng hai bên kèm theo mất phản xạ gót; phản xạ gót có thể mất nhưng thường là tăng quá mức. Có thể có (3) bệnh thần kinh cảm giác ngoại biên (ít gặp và thường nhẹ); (4) teo gai thị và (5) sa sút trí tuệ.

### **35.3.7.3. Mất cảm giác phân ly**

Đây là dấu hiệu chỉ điểm bệnh tủy sống nhưng cũng có thể do bệnh lý thần kinh ngoại biên.

– **Nguyên nhân chỉ tổn thương bó gai – đôi thị:** (1) rỗng tủy; (2) hội chứng Brown – Séquard (chân đối bên); (3) tắc động mạch tủy trước; (4) hội chứng hành tủy bên (các triệu chứng đối bên; xem Hình 35.9); (5) bệnh lý dây thần kinh ngoại biên sợi nhỏ (ví dụ: đái tháo đường, thoái hóa dạng bột – amyloid).

– **Nguyên nhân tổn thương cột sau:** (1) thoái hóa phức hợp bán cấp của tủy sống; (2) hội chứng Brown – Séquard (chân cùng bên); (3) thoái hóa bó gai tiền não (ví dụ: mất

điều hòa Friedreich<sup>c</sup>); (4) xơ cứng rải rác; (5) giang mai biến chứng thần kinh (tabes dorsalis); (6) bệnh thần kinh ngoại biên (ví dụ: đái tháo đường, suy giáp); (7) bệnh lý thần kinh cảm giác (bệnh lý hạch rễ sau có thể do carcinoma, đái tháo đường hoặc hội chứng Sjögren).

#### **35.3.7.4. Rỗng tủy (khoảng trống ở trung tâm trong tủy sống)**

**Tam chứng lâm sàng:** (1) mất cảm giác đau nhiệt phía trên cổ, vai và cánh tay (kiểu áo choàng); (2) teo cơ (teo cơ và mất phản xạ) cánh tay và (3) dấu neuron vận động trên ở hai chi dưới.

Có thể vẹo cột sống ngược do yếu các cơ cạnh cột sống không đối xứng.



**Hình 35.9. Kiểu mất cảm giác trong hội chứng hành tủy bên.**

#### **35.3.7.5. Phản xạ da lòng bàn chân cộng với mất phản xạ gối, gót**

**Nguyên nhân:** (1) thoái hóa phức hợp bán cấp của tủy sống (giảm vitamin B12); (2) tổn thương chóp tủy; (3) phối hợp tổn thương neuron vận động trên và chèn ép chùm đuôi

---

<sup>c</sup> *Nicholaus Friedreich (1825 – 1882), bác sĩ người Đức, mô tả triệu chứng và năm 1863. Ông là giáo sư bệnh học ở Heidelberg. Bàn chân vòm (pes cavus) còn được gọi là bàn chân Friedreich.*

ngựa hoặc bệnh lý thần kinh ngoại biên, như đột quy ở BN đái tháo đường; (4) bệnh giang mai (liệt do giang mai); (5) mất điều hòa Friedreich; (6) bệnh thần kinh vận động; (7) nhiễm virus HTLV – I (human T – cell lumphotropicvirus).

Bảng tóm tắt các đặc điểm giúp phân biệt tổn thương trong tủy và ngoài tủy được trình bày trong Bảng 35.3.

**Bảng 35.3. Phân biệt tổn thương trong tủy và ngoài tủy.**

Trong tủy	Ngoài tủy
Đau theo rễ hiếm gặp	Đau theo rễ thường gặp
Các dấu hiệu vỏ – gai khởi phát muộn	Các dấu hiệu vỏ – gai khởi phát sớm
Dấu neuron vận động dưới lan rộng ra nhiều khoang tủy	Dấu neuron vận động dưới tại chỗ
Mất cảm giác kiểu phân ly (đau nhiệt) có thể xuất hiện	Hội chứng Brown – Séquard nếu có chèn ép nửa bên tủy
Dịch não tủy bình thường hoặc thay đổi ít. Tủy sống cùng không bị ảnh hưởng	Bất thường dịch não tủy, xuất hiện sớm

**List 35.8. Các nguyên nhân (chẩn đoán phân biệt) yếu cơ gốc chi và bệnh cơ.**

**Nguyên nhân yếu cơ gốc chi**

- Bệnh cơ.
- Bệnh tiếp hợp thần kinh cơ (ví dụ: bệnh nhược cơ).
- Nguồn gốc thần kinh (ví dụ: bệnh lý neuron vận động, bệnh lý đa rễ thần kinh, bệnh Kugelberg – Welander [teo cơ gốc chi và rung giật bó cơ do tổn thương tế bào sừng trước – gen lặn trên NST thường]).

**Nguyên nhân bệnh cơ**

- Loạn dưỡng cơ di truyền (xem List 35.9).
- Bệnh cơ bẩm sinh (hiếm gặp).
- Bệnh cơ mắc phải (cho dễ nhớ: PACE, PODS):
- + Polymyositis (viêm đa cơ) hoặc viêm da cơ (xem Hình 35.11).
- + Alcohol (rượu), AIDS (nhiễm HIV).
- + Carcinoma.
- + Endocrine (nội tiết, ví dụ: cường giáp, suy giáp, hội chứng Cushing, to đầu chi, suy tuyến yên).
- + Periodic paralysis (liệt chu kỳ, kali máu có thể tăng, giảm hoặc bình thường).
- + Osteomalacia (nhuyễn xương).
- + Drugs (thuốc, ví dụ: clofibrate, chloroquine, steroids, zidovudine).
- + Sarcoidosis.

**Chú ý: các nguyên nhân bệnh cơ gốc chi kèm với bệnh thần kinh ngoại biên:**

- Hội chứng cận u.
- Rượu.
- Suy giáp.
- Bệnh lý mô liên kết.

## List 35.9. Bệnh loạn dưỡng cơ.

---

### **Loạn dưỡng cơ Duchenne\* (giả phì đại cơ)**

- Chỉ xảy ra ở nam (gen lặn trên NST giới tính).
- Cơ bụng chân và cơ delta: lúc đầu phì đại, sau đó yếu cơ.
- Yếu cơ gốc chi: xảy ra sớm.
- Bệnh cơ tim dẫn.

### **Becker<sup>+</sup>**

- Chỉ xảy ra ở nam (gen lặn NST giới tính).
- Lâm sàng giống với Duchenne ngoại trừ ít ảnh hưởng đến tim, khởi phát muộn hơn và diễn tiến chậm hơn.

### **Loạn dưỡng cơ quanh vai hoặc chậu (girdle)**

- Có thể xảy ra ở nam và nữ (gen lặn NST thường), khởi phát vào năm 30 tuổi.
- Ảnh hưởng các cơ quanh vai và chậu.
- Mặt và tim thường không bị ảnh hưởng.

### **Loạn dưỡng mặt – vai – cánh tay**

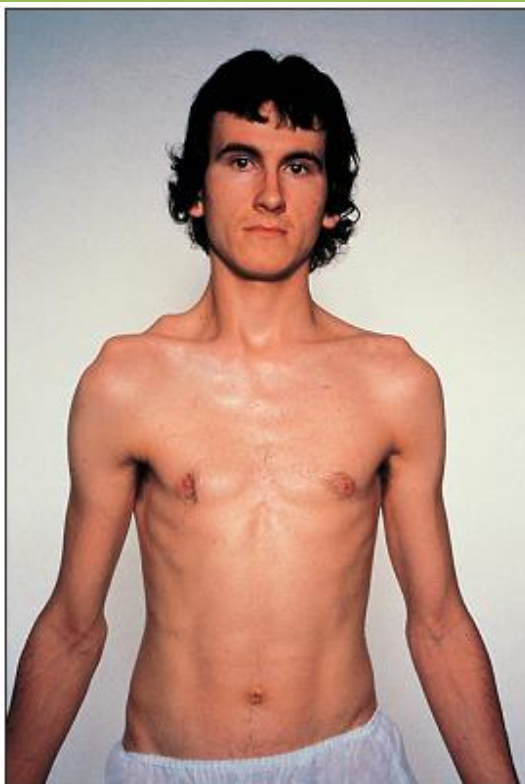
- Nam hoặc nữ (gen trội NST thường).
- Yếu cơ ngực hoặc cơ mặt kèm phì đại cơ delta.

### **Loạn trương lực cơ teo (gen trội NST thường)**

*\* Guillaume Duchenne (1806 – 75), một người tài giỏi nhưng quái gở, khai sinh ra thần kinh học của Pháp. Ông chết vì đột quỵ.*

*+ Peter Becker (1908 – 2000), giáo sư di truyền học người Đức.*

---

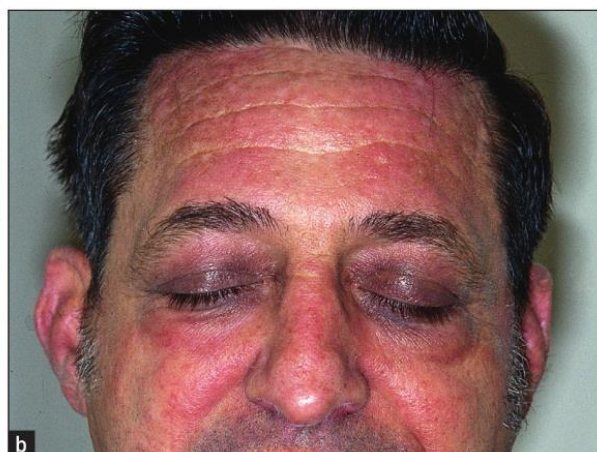


**Hình 35.10. Loạn dưỡng cơ mặt – vai.**

## 35.4. BỆNH CƠ

Yếu cơ có thể do tổn thương một dây thần kinh ngoại biên, viêm dây thần kinh đa ổ, bệnh lý thần kinh ngoại biên hoặc bệnh lý tủy sống. Mỗi bệnh có đặc điểm riêng biệt. Bệnh cơ nguyên phát gây yếu cơ nhưng không mất cảm giác. Yếu vận động giống với loại tổn thương neuron vận động dưới. Có hai dạng chính: bệnh cơ gốc chi và bệnh cơ ngọn chi.

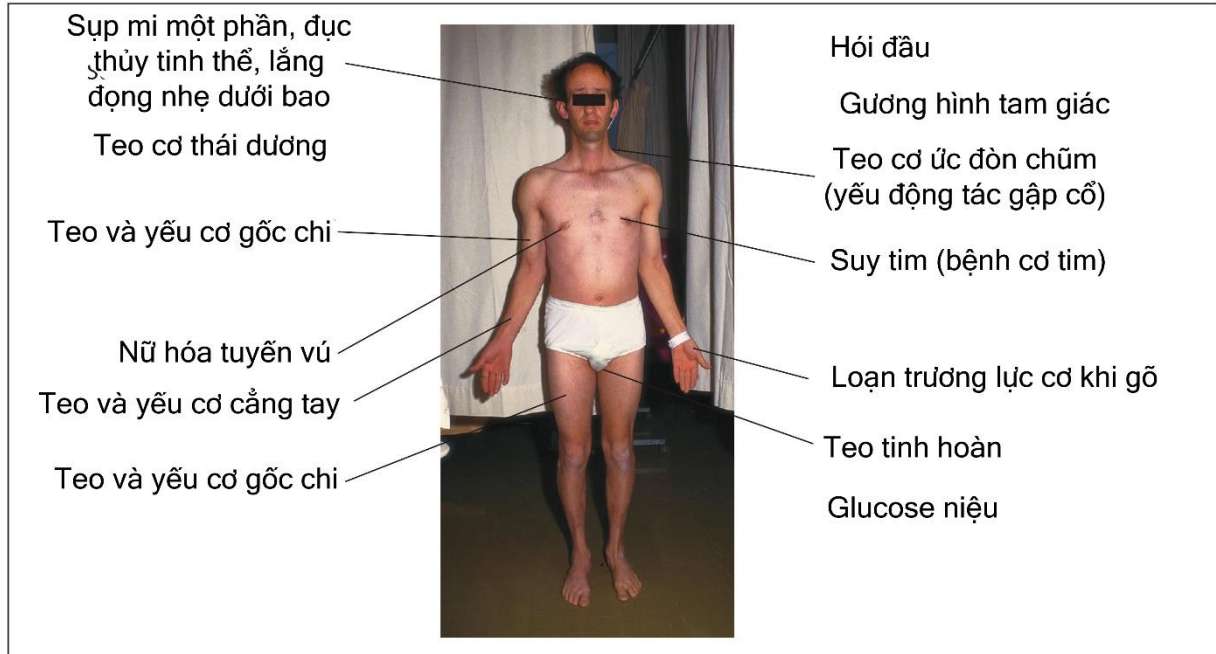
Bệnh cơ gốc chi là dạng thường gặp. Khi khám sẽ phát hiện teo cơ gốc chi và yếu cơ (xem List 35.8 và List 35.9, Hình 35.10 và Hình 35.11). Phản xạ liên quan tới các cơ này có thể giảm. Có thể do di truyền (ví dụ: loạn dưỡng cơ) hoặc mắc phải. Bệnh cơ ngọn chi cũng có thể gặp và luôn luôn là do di truyền, mặc dù bệnh thần kinh ngoại biên là nguyên nhân chủ yếu gây yếu cơ ngọn chi. Nếu ngọn chi bị ảnh hưởng, cần nghĩ đến bệnh thần kinh và cảm giác di truyền (xem List 35.10). Bệnh neuron vận động cũng có thể gây yếu cơ mà không ảnh hưởng đến cảm giác.



**Hình 35.11. Viêm da cơ. (a) dấu Gottren trong viêm da cơ – các nốt sần phẳng màu đỏ ánh xanh (giống màu hoa đinh tử hương) trên các khớp ngón tay nhưng cũng có thể thấy ở khuỷu hoặc gò và có thể có loét. (b) viêm da cơ cũng có thể gây ban màu đỏ ánh xanh trên mặt (đặc biệt ở mi mắt, hàm trên và trán), phù quanh ổ mắt, ban đỏ, sẩn, viêm da. Viêm da cơ và những bệnh lý có liên quan mật thiết với viêm đa cơ là những bệnh cơ tự phát vô căn. Gần 10% BN trưởng thành mắc bệnh viêm da cơ có tiềm ẩn ác tính. (c) hoa đinh tử hương.**

### 35.4.1. Loạn trương lực cơ teo

Nếu nghi ngờ BN mắc bệnh này (di truyền theo NST thường) nên thực hiện động tác bắt tay với BN vì BN không thể thực hiện được động tác này (tăng trương lực cơ) hoặc khi khám tổng quát phát hiện các dấu hiệu đặc trưng (xem Hình 35.12), cần khám theo trình tự sau.



**Hình 35.12. Loạn trương lực cơ teo.**

– Quan sát mặt BN để tìm: hói đầu (có thể BN đội tóc giả), gương mặt góc cạnh vô cảm, teo cơ thái dương và sụp mi một phần. Đeo kính dày, một triệu chứng kinh điển của bệnh, ngày nay rất khó để phát hiện điều này, do phẫu thuật thay lens. Cũng nên khám mắt vì có thể BN có thể có đục thủy tinh thể dạng phát quang và lẳng động dưới bao.

– Khám cổ: xem có teo cơ ức – đòn – chũm và sau đó làm test gập cổ (yếu cơ gập cổ, trong khi động tác ngửa cổ vẫn bình thường).

– Khám chi trên: bắt tay BN và thực hiện test gõ để tìm tăng trương lực cơ. Gõ vào mô cái sẽ gây co lại và sau đó dẫn ra từ từ của cơ dạng ngón cái ngắn. Khám cánh tay để tìm teo cơ và yếu cơ ngọn chi (cẳng tay thường bị ảnh hưởng đầu tiên) và gốc chi. Không có thay đổi cảm giác.

– Khám ngực tìm nữ hóa tuyến vú (gynaecomastic) ở nam (ít gặp). Khám tim mạch để tìm bệnh cơ tim. Sau đó, sờ để phát hiện teo cơ. Khám hai chi dưới, dây thần kinh chày là dây đầu tiên bị ảnh hưởng. Luôn phải kiểm tra glucose niệu (đái tháo đường luôn đi kèm với bệnh này).

Chú ý: tăng trương lực cơ cũng có thể gặp trong bệnh tăng trương lực cơ bẩm sinh di truyền (gen lặn hoặc gen trội NST thường) và loạn trương lực cơ di truyền (tăng trương lực cơ do lạnh di truyền gen trội nằm trên NST thường).

**List 35.10. Đặc điểm bệnh thần kinh vận động và cảm giác di truyền**

## **(bệnh Charcot – Marie – Tooth\*).**

- Bàn chân vòm (pes cavus).
- Teo cơ ngón chi do thoái hóa dây thần kinh ngoại biên; thường không xuất hiện từ khuỷu trở lên hoặc trên 1/3 giữa đùi; teo cơ mác khiến cho chân có hình dạng chai rượu champagne lộn ngược.
- Mất phản xạ.
- Cảm giác chi dưới giảm nhẹ hoặc bình thường.
- Dày dây thần kinh.
- Teo thị, đồng tử Argyll Robertson (hiếm).

*\* Jean Martin Charcot (1825 – 93), bác sĩ và nhà thần kinh học ở Paris; Pierre Marie (1853 – 1940), nhà thần kinh học ở Paris và là học trò giỏi nhất của Charcot; và Howard Henry Tooth (1856 – 1926), bác sĩ ở London, người đã tự mình mô tả các triệu chứng vào năm 1886. Loại I thường là gen trội trên NST thường.*



**Hình 35.13. Sụp mí hai bên sau khi nhìn lên trong bệnh nhược cơ nặng.**

### **35.4.2. Bệnh nhược cơ**

Là một bệnh tự miễn của tiếp hợp thần kinh – cơ. Trong đó các kháng thể chống lại các receptor của acetylcholine. Khác với bệnh cơ gốc chi ở điểm sức cơ sẽ yếu dần theo thời gian sử dụng. Ít khi teo cơ và không thay đổi cảm giác.

Khoảng 65% BN có triệu chứng ở các cơ vận nhãn bao gồm song thị và sụp mí. BN (hoặc là sinh viên của họ nếu BN là giảng viên đại học) sẽ nói rằng lời nói của họ trở nên khó hiểu nếu thời gian giảng kéo dài.

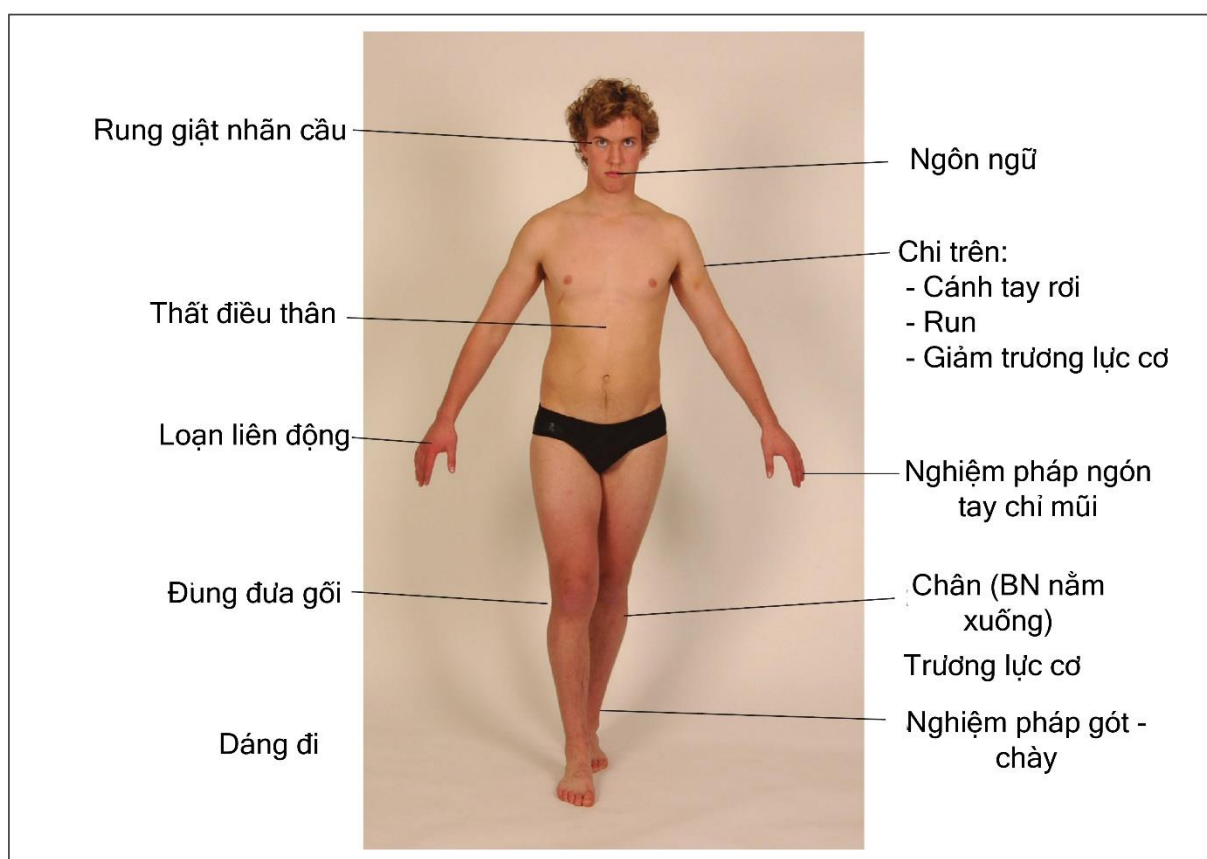
Cần phải kiểm tra sự mỏi cơ. Kiểm tra cơ vận nhãn bằng cách yêu cầu BN giữ mắt nhìn lên trong khoảng một phút và quan sát tình trạng sụp mí (xem Hình 35.13). Tìm dấu hiệu peek sign (dấu “nhìn trộm”) do yếu cơ vòng mí. Yêu cầu BN nhắm mắt; nếu dương



tính, trong vòng 30 giây mép của mí mắt bắt đầu tách ra, để lộ củng mạc. Nghiệm pháp này tăng tỉ số khả dĩ của nhược cơ (LR+ = 30, LR- = 0,88). Yếu cơ mặt cũng thường xảy ra nhưng BN ít khi than phiền. Có thể có dấu hiệu cười ngang. Yếu cơ nâng miệng làm BN giống như nhăn nhó mỗi khi cười. Để phát hiện ra dấu hiệu này, thầy thuốc có thể kể cho BN nghe vài câu chuyện cười và quan sát thật kỹ gương mặt.

Sau đó làm các test đối với các cơ khung gốc chi – yêu cầu BN giữ hai tay phía trên đầu. Thầy thuốc dùng tay đẩy tay BN xuống nhiều lần cho đến khi lực của BN yếu đi. Sức cơ sẽ giảm dần khi cơ lập đi lập lại.

Tim seọ mỏ cắt tuyến ức (phía trên xương ức) – cắt tuyến ức thường là chỉ điểm cho việc điều trị nhược cơ lan tỏa.



**Hình 35.14. Khám chức năng tiểu não.**

### 35.5. TIỂU NÃO

Nếu BN than phiền về việc tay chân vụng về hoặc có vấn đề trong việc phối hợp vận động, cần phải khám tiểu não (xem Hình 35.14). Các dấu hiệu trong bệnh lý tiểu não thường xảy ra cùng bên tổn thương. Bởi vì phần lớn các bó sợi thần kinh từ tiểu não bắt chéo hai lần ở thân não, cả sợi dẫn truyền đến và đi. Khám theo thứ tự như sau.

– Đầu tiên tìm rung giật nhãn cầu – thường là rung giật nhãn cầu theo hướng ngang và biên độ tăng lên khi nhìn về phía tổn thương. Hướng mà nhãn cầu dịch chuyển nhanh chính là bên tổn thương. Sau đó kiểm tra lời nói. Yêu cầu BN nói “British Constitution” hoặc “West Register Street” (xem Hình 35.15). Bất thường lời nói do tiểu não: giật, bật hơi mạnh và to, phân chia các âm tiết bất thường.



**Hình 35.15. West Register Street, Edinburg.**

– Khám chi trên: yêu cầu BN đưa hai cánh tay ra trước và quan sát sự rơi xuống ở phần trên cánh tay do giảm trương lực cơ đối vận. Kiểm tra trương lực cơ. Giảm trương lực cơ<sup>d</sup> do mất sự hỗ trợ liên động của các neuron vận động ở tủy sống.

– Kế đến thực hiện test ngón tay chỉ mũi: yêu cầu BN dùng một ngón tay chạm mũi của mình sau đó xoay ngón tay lại để chạm vào ngón tay thầy thuốc. Ghi nhận tình trạng rung tay có chủ ý (rung khi đang cố gắng chạm tới mục tiêu – do mất liên kết của tiểu não tại thân não) và quá tầm (BN chỉ tay đi quá mục tiêu). Nghiệm pháp cử động luân phiên nhanh: BN luân phiên chạm lòng bàn tay và mu bàn tay vào tay còn lại hoặc đùi của mình. Nếu BN không thể thực hiện dễ dàng: loạn liên động. Bây giờ, thực hiện kiểm tra sự bật lại: yêu cầu BN đưa cánh tay lên nhanh và dừng lại đột ngột (mất phối hợp giữa cơ đồng vận và cơ đối vận sẽ làm BN không thể dừng cánh tay). Trước khi thực hiện, luôn phải giải thích cho BN.

– Khám chân: kiểm tra trương lực cơ. Nghiệm pháp gối – gót: đánh giá cử động chính xác khi BN trượt gót từ từ trên xương chày theo hướng xuống mỗi chân vài lần. Sau đó yêu cầu BN đưa ngón chân cái lên chạm vào ngón tay thầy thuốc và quan sát hiện tượng

---

<sup>d</sup> *Khái niệm giảm trương lực cơ, cơ giật kiểu dội và kiểu quả lắc trong bệnh tiểu não bắt nguồn từ cuốn Gordon Holmes năm 1917, mô tả các dấu hiệu của bệnh tiểu não một bên cấp. Có thể chúng không xuất hiện ở các vấn đề về tiểu não khác. Tuy nhiên, sinh viên nên biết cách khám các dấu hiệu này.*

rung có chủ ý và quá tầm của động tác. Sau đó yêu cầu BN dùng gót chân chạm vào xương chày chân còn lại và làm luân phiên nhau.

– Kiểm tra mất điều hòa thân (thất điều thân): yêu cầu BN khoanh hai tay lại và ngồi xuống. Khi BN đang ngồi, yêu cầu BN đưa chân ra khỏi giường và kiểm tra sự đung đưa của gối (cẳng chân tiếp tục đung đưa thêm vài lần rồi mới dừng lại – đây là bằng chứng của giảm trương lực cơ).

– Đánh giá dáng đi (nếu có tổn thương tiểu não một bên, BN sẽ đảo vẹo về phía tổn thương). Nếu chắc chắn có các vấn đề về tiểu não một bên, kiểm tra các dây thần kinh sọ để phát hiện u góc cầu – tiểu não (dây V, VII và dây VIII) hoặc hội chứng hành tủy bên và dùng ống nghe để nghe tiểu não.

– Luôn luôn kiểm tra đáy mắt xem có phù gai thị không. Sau đó kiểm tra các dấu hiệu thần kinh ngoại biên của bệnh lý ác tính và bệnh lý mạch máu (âm thổi động mạch cảnh hoặc động mạch đốt sống). Khám sàn sọ tìm sẹo do phẫu thuật thần kinh trước đó.

– Nếu có bằng chứng tổn thương đường giữa như: thất điều thân, bất thường kiểu đi gót chân – ngón chân (đi một hàng: gót chân này bước lên ngay phía trước mũi chân kia) hoặc bất thường lời nói, cân nhắc u đường giữa hoặc hội chứng cận u (xem List 35.11). Nếu tổn thương hai bên, tìm dấu hiệu xơ cứng rải rác, mất điều hòa Friedreich (bàn chân vòm là dấu hiệu tin cậy nhất; xem List 35.12) và suy giáp (hiếm gặp). Thoái hóa tiểu não do rượu (tổn thương phần trước thùy nhộng) thường không ảnh hưởng đến tay. Nhưng nếu có, có thể do các dấu neuron vận động trên, nguyên nhân nằm trong List 35.13.

### **List 35.11. Nguyên nhân bệnh tiểu não.**

**Tổn thương phần mô thùy giun (chỉ ảnh hưởng chi dưới).** Thường do rượu.

#### **Một bên**

- Tổn thương do khối choán chỗ (u, abscess, u hạt).
- Thiếu máu nuôi (bệnh lý động mạch đốt sống – thân nền).
- Xơ cứng rải rác.
- Chấn thương.

#### **Hai bên**

- Thuốc (ví dụ: phenytoin).
- Rượu (cấp và mạn tính, có thể do giảm thiamine).
- Mất điều hòa Friedreich.
- Suy giáp.
- Hội chứng cận u.
- Xơ cứng rải rác.
- Dị dạng Arnold – Chiari.
- Tổn thương choán chỗ rộng, bệnh lý mạch máu não.

#### **Đường giữa**

- Hội chứng cận u.
- U đường giữa.

### **List 35.12. Đặc điểm lâm sàng mất điều hòa Friedreich (gen lặn NST**

## thường).

Thường xảy ra ở người trẻ:

- Dấu tiểu não (hai bên) bao gồm rung giật nhãn cầu.
- Bàn chân vòm\*, ngón chân quặp; gù vẹo cột sống.
- Dấu neuron vận động trên ở chi (mặc dù các phản xạ mất).
- Bệnh thần kinh ngoại biên.
- Mất cảm giác cột sau ở chi.
- Bệnh cơ tim (hơn 50% BN có bất thường ECG).
- Đái tháo đường (thường gặp).
- Teo thị (ít gặp).
- Tâm thần bình thường.

\* Các nguyên nhân khác của bàn chân vòm bao gồm: bệnh thần kinh vận động và cảm giác di truyền, thoái hóa gai – tiểu não hoặc bệnh thần kinh ở trẻ em.

## List 35.13. Nguyên nhân gây co và liệt nhẹ 2 chi dưới mất điều hòa (kết hợp dấu neuron vận động trên và dấu tiểu não).

### Tuổi vị thành niên

- Thoái hóa gai – tiểu não (ví dụ: mất điều hòa co cứng Marie).

### Trưởng thành

- Xơ cứng rải rác.
- Thoái hóa gai – tiểu não.
- Viêm tủy – màng tủy do giang mai.
- Dị dạng Arnold – Chiari hoặc các tổn thương khác ở đoạn nối não – tủy.

### Lớn tuổi

- Xơ cứng rải rác.
- Rỗng tủy.
- Nhồi máu (phần trên cầu não hoặc bao trong một bên – “thất điều – liệt nhẹ nửa người”)
- Tổn thương đoạn nối não – tủy (ví dụ: u màng não)

*Chú ý: các bệnh không liên quan nhau nhưng có mối tương đồng (ví dụ: thoái hóa cột sống cổ và thoái hóa tiểu não do rượu) có thể gây ra các bệnh cảnh giống nhau.*

Cần nhớ là có một liên kết qua lại quan trọng giữa tiểu não, thùy đỉnh và thùy trán. Điều này giải thích vì sao các bất thường tiểu não có thể gây ra các vấn đề về chức năng khác. Mất lưu loát trong ngôn ngữ, vấn đề về ngữ pháp trong lời nói và khó khăn trong việc ghi nhớ và lập kế hoạch: tất cả đôi khi là triệu chứng của bệnh tiểu não.

## 35.6. BỆNH PARKINSON

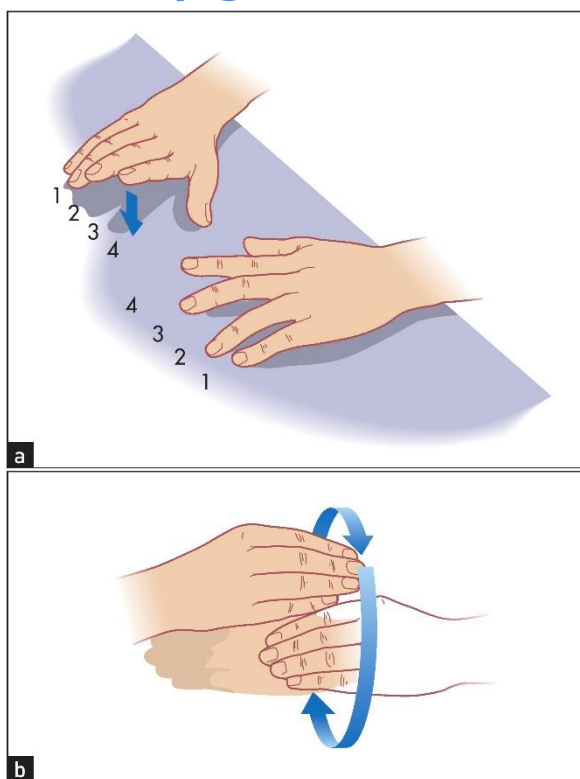
Đây là bệnh ngoại tháp thường gặp ở từ tuổi trung niên đến già (chiếm tỉ lệ 1% người trên 65 tuổi), do thoái hóa chất đen và đường dẫn truyền của nó. Kết quả là giảm dopamine và tăng quá mức sự dẫn truyền cholinergic ở nhân đuôi và nhân bèo, gây tăng các xung động kích thích trên tủy sống. Bệnh sử với khởi phát âm thầm và không đối xứng. Các triệu chứng không đặc hiệu (bất thường giấc ngủ, táo bón, trầm cảm và sa sút trí tuệ) có thể xuất hiện trước hoặc cùng lúc với triệu chứng run tay điển hình.

Khám theo thứ tự sau.

### 35.6.1. Quan sát

Ghi nhận sự thiếu biểu cảm của gương mặt, giống như chiếc mặt nạ. Có tư thế gập đặc trưng và có vài cử động không có chủ ý.

### 35.6.2. Dáng đi và cử động



**Hình 35.16. Chậm vận động. (a) gõ ngón tay; (b) xoay vòng.**

Yêu cầu BN đứng dậy, đi lại, xoay nhanh, đứng lại và lặp lại như thế.

– Dáng đi đặc trưng được mô tả là giống như chân bị dính vào sàn nhà – đi các bước nhỏ và BN rất khó để nâng bàn chân lên khỏi sàn nhà. Khó khăn trong giai đoạn khởi động đi, nhưng khi đã đi được thì BN gấp gáp (tăng tốc) và khó dừng được. BN Parkinson dường như luôn cố gắng để bắt kịp với trung tâm trọng lực. BN không thể đánh tay bình thường được. Đi kiểu gót chân – ngón chân rất khó khăn.

– Nghiệm pháp đẩy tới hoặc đẩy lui (đẩy tới: đẩy từ phía sau BN, đẩy lui: đẩy từ phía trước BN) có giá trị không chắc chắn và phải cảnh báo trước cho BN, đồng thời làm thật cẩn thận vì BN có thể không dừng lại được và té ngã. Thầy thuốc có thể đứng phía sau BN và kéo họ ngược về phía sau, nhưng phải chuẩn bị để chụp được BN.

– Chậm vận động (là tình trạng giảm tốc độ và biên độ của các phức hợp vận động) có thể do tổn thương đường dẫn truyền nhân đen – thể vân (đường dopaminergic), ảnh hưởng sự dẫn truyền giữa nhân bèo, nhân đuôi và vỏ não vận động, gây bất thường việc lập trình các cử động và làm gia tăng bất thường các đơn vị vận động riêng lẻ. Hai nghiệm pháp đơn giản (xem Hình 35.16) để đánh giá là: gõ ngón tay và xoay vòng. Yêu cầu BN gõ ngón tay lên một mặt phẳng nhiều lần, nhanh và hai tay cùng một lúc. Xoay vòng: xoay

một bàn tay vòng quanh bàn tay còn lại và để ở phía trước mặt. Các cử động này chậm và vụng về ở người bệnh Parkinson nhưng cũng phụ thuộc vào chức năng vận động và tiểu não. Khó khăn trong việc rời khỏi ghế ngồi cũng là một dấu hiệu khác của chậm vận động và BN thường gặp khó khăn trong việc nằm lên trên giường ngủ.

Cử động nhanh nghịch lý là tình trạng BN có khả năng thực hiện các cử động nhanh (đặc biệt khi giật mình). Ví dụ: BN có thể chạy xuống cầu thang ngay khi nghe tiếng chuông báo cháy nhưng không thể dừng lại khi đã xuống mặt đất – đây là test không được khuyến cáo thực hiện.

### 35.6.3. Run tay

Cho BN trở lại giường. Run tay lúc nghỉ, thường không đối xứng. Các cử động đặc trưng được mô tả như pill – rolling (động tác như đang se tròn viên thuốc). Cử động các ngón tại khớp đốt bàn cùng với cử động ngón cái. Các cử động theo các hướng khác nhau có thể xuất hiện tại cổ tay. Trong nghiệm pháp ngón tay chỉ mũi: run tay lúc nghỉ giảm, nhưng đột ngột run nhanh hơn có thể xảy ra bất chợt.

Run tay có thể xuất hiện khi cho BN thực hiện “chuỗi số 7” – đếm ngược từ 100 với mỗi lần trừ đi 7 và tiếp tục như thế (kích thích tâm thần) – hoặc đi chuyển chi đối bên (ví dụ: chạm nhanh ngón cái lần lượt vào các ngón tay còn lại). Các loại run khác được tóm tắt ở List 35.14.

#### List 35.14. Phân loại run không do sinh lý.

1. Bệnh Parkinson – run tay lúc nghỉ.
2. Run tư thế/hoạt động; xảy ra trong suốt thời gian vận động; Những nguyên nhân thường gặp gây run tư thế kiểu dạng – duỗi cánh tay:
  - Tự phát (thường gặp nhất).
  - Lo lắng.
  - Thuốc.
  - Gia đình.
  - Nhiễm độc giáp.
3. Vô căn/gia đình
4. Run tự ý (bệnh tiểu não); tăng khi tập trung vào vật đích
5. Trung não (“nhân đỏ”) – cử động dạng – khớp của chi trên với cổ tay gập – duỗi (thường đi kèm với run tự ý).

*\* Run là dao động có nhịp điệu của một phần cơ thể quan một điểm cố định.*

### 35.6.4. Trương lực cơ

Kiểm tra trương lực ở hai cổ tay. Tăng trương lực cơ này được gọi là cứng kiểu bánh răng cưa hoặc tạo hình (ống chì). Trương lực cơ tăng không liên tục, kèm với những lúc co giật cơ. Nếu tăng trương lực cơ không rõ, thực hiện test làm mất chú ý của người bệnh, có thể yêu cầu BN xoay đầu qua lại hoặc vẫy cánh tay đối diện khi khám trương lực cơ. Co cứng cơ kiểu bánh răng cưa sẽ xuất hiện bởi vì phản xạ gập căng quá mức bị gián đoạn do sự run tay.

Cần nhớ rằng, các dấu hiệu thường không đối xứng trong giai đoạn sớm của bệnh Parkinson.

### 35.6.5. Mắt

Có thể thấy hiện tượng đầu lắc lư (run), không chớp mắt, rỉ nước bọt và gương mặt thiếu biểu cảm. Nghiệm pháp gõ gốc mũi (phản xạ): ngón tay thầy thuốc đưa ra khỏi tầm nhìn của BN, gõ vào giữa trán BN (phần gốc mũi) với ngón giữa (xem Hình 35.18). Dấu hiệu dương tính khi BN nhắm mắt liên tục mỗi khi gõ. Người bình thường chỉ nhắm mắt trong một hoặc hai lần đầu khi thầy thuốc gõ. Phản xạ gốc mũi là phản xạ nguyên phát thường xuất hiện trong các bệnh lý thùy trán.



**Hình 35.17. (a) và (b) Nghiệm pháp gõ vào gốc mũi (dấu Wilson)**

Khám lời nói: thường đơn điệu, nhẹ và yếu, thiếu âm sắc. Đôi khi có nói lắp; lặp lại âm cuối cùng của một từ (khác với kiểu nói lắp bắp).

Khám vận động nhãn cầu, cụ thể là yếu cử động nhìn lên. Chỉ yếu cử động nhìn lên là đặc điểm của bệnh Parkinson. Có một nhóm các BN với co cứng và liệt vận nhãn sẽ được chẩn đoán là liệt trên nhãn tiền triển hơn là bệnh lý Parkinson. Các BN này đầu tiên mất cử động nhìn xuống, sau đó mất cử động nhìn lên và cuối cùng mất luôn cử động nhìn ngang.

Cảm giác lông mày nhót ảm (bã nhờn) hoặc ướt mồ hôi, do rối loạn chức năng thần kinh thực vật. Hạ huyết áp tư thế đứng cũng có thể do cùng nguyên nhân.

Phản xạ gan tay – cầm thường xuất hiện ở những BN này và thường rõ ràng ở những BN mất vận động nặng. Sa sút trí tuệ phát triển ở 30% BN.

### 35.6.6. Khả năng viết

Yêu cầu bệnh nhân viết tên của họ và địa chỉ. Thói viết nhỏ là triệu chứng đặc trưng. Tuy nhiên BN cũng có thể không làm được do sa sút trí tuệ, giai đoạn muộn. Đánh giá các trung tâm cao hơn nếu thích hợp. Xem Good signs guide 35.1.

#### Good signs guide 35.1. Bệnh Parkinson.

Dấu hiệu

LR+

LR –

– Co cứng, run tay và chậm vận động đều xuất hiện.	2,2	0,5
– Chỉ có run tay.	1,5	0,47
– Co cứng.	2,8	0,38
– Gõ góc mũi.	4,5	0,13
– Giọng nói yếu.	3,7	0,25
– Khó khăn khi đi gót chân – ngón chân.	2,9	0,32

### List 35.15. Nguyên nhân của hội chứng Parkinson.

1. Vô căn: bệnh Parkinson.
2. Thuốc (ví dụ: phenothiazines, methyl dopa).
3. Sau viêm não (hiện nay rất hiếm).
4. Khác: ngộ độc (CO, mangan), bệnh Wilson, liệt trên nhân tiền triền, hội chứng Steele – Richardson, hội chứng Shy – Drager, giang mai, u (ví dụ: u màng não thùy thái dương kích thước lớn).
5. Xơ vữa là nguyên nhân vẫn còn bàn cãi.

### 35.6.7. Nguyên nhân của hội chứng parkinson

Được tóm tắt trong List 35.15.

## 35.7. CÁC RỐI LOẠN VẬN ĐỘNG NGOẠI THÁP KHÁC (LOẠN VẬN ĐỘNG)

### 35.7.1. Múa giật

Tổn thương ở thể vân, gây ra các cử động co giật đột ngột, không lặp lại, không có chủ ý. Các cử động này có thể một bên hay toàn thể. BN thường thực hiện một cử động có chủ ý khác để che đậy. Trong bệnh này, đường dẫn truyền dopaminergic hoạt động mạnh hơn hệ cholinergic.

Múa giật có thể phân biệt với múa vung bán thân, múa vờn và giả múa vờn. Múa vung bán thân do tổn thương dưới đồi thị đối bên. Gây ra các cử động ném rất mạnh của các khớp ở gốc chi. Có thể thấy các vết thương ở da do bị chấn thương chi. Các cử động này có thể tồn tại trong lúc ngủ. Múa vờn hoặc loạn trương lực cơ là do tổn thương phần ngoài của nhân bèo, gây ra các cử động uốn éo chậm rãi ở ngón chi trong lúc BN nghỉ ngơi. Giả múa vờn là tình trạng giống múa vờn ở các ngón tay kèm theo mất cảm giác bản thể nặng (đặc biệt rõ khi nhắm hai mắt).

Nếu BN có múa giật hoặc nghi ngờ múa giật, cần khám theo thứ tự như sau. Đầu tiên bắt tay BN. Có thể phát hiện run tay hoặc loạn trương lực làm BN không thể duy trì lực nắm chặt tay (kiểu vắt sữa). Yêu cầu BN lấy tay ra, quan sát tình trạng múa giật (loạn trương lực). Dấu hiệu điển hình: duỗi quá mức của các ngón tay, ngón cái và gập cổ tay.

Quan sát mặt và khám mắt để tìm: lồi mắt (nhiễm độc giáp), vòng tròn Kayser – Fleischer (bệnh Wilson) và sung huyết kết mạc (đa hồng cầu). Yêu cầu BN đưa lưỡi ra và chú ý tình trạng co rút của lưỡi (các cử động uốn khúc). Tìm các ban da (ví dụ: lupus ban đỏ hệ thống, viêm mạch). Nếu BN là trẻ gái, khám tim để tìm dấu hiệu của bệnh thấp tim



(múa giật Sydenham <sup>e</sup>).

Khám phản xạ. Phản xạ da bụng thường nhanh, nhưng phản xạ gân cơ giảm và có kiểu quả lắc (do giảm trương lực cơ).

Khám các trung tâm cao hơn để tìm sa sút trí tuệ (múa giật Huntington <sup>f</sup>).

Các nguyên nhân gây múa giật được ghi trong List 35.16.

### List 35.16. Nguyên nhân gây múa giật.

1. Thuốc (ví dụ: quá liều levodopa, phenothiazines, thuốc ngừa thai uống, phenytoin).
2. Bệnh Huntington (gen trội NST thường).
3. Múa giật Sydenham (thấp tim) và tình trạng hậu nhiễm trùng khác (cả hai đều hiếm xảy ra).
4. Lão suy.
5. Bệnh Wilson.
6. Bệnh vàng da nhân não (hiếm).
7. Viêm mạch máu hoặc bệnh mô liên kết (ví dụ: lupus ban đỏ hệ thống – rất hiếm).
8. Nhiễm độc giáp (rất hiếm).
9. Đa hồng cầu hoặc hội chứng tăng độ nhớt máu (rất hiếm).
10. Viêm não do virus (rất hiếm).

## 35.7.2. Loạn trương lực cơ

BN có biểu hiện các tư thế bất thường không chủ ý phối hợp với cơ quá mức các cơ đối vận. Loạn trương lực cơ có thể khu trú (ví dụ: rối loạn trương lực cơ cổ), theo khoanh hoặc toàn thân. Các dạng rối loạn vận động khác cũng có thể xuất hiện (ví dụ: loạn trương lực cơ kiểu múa giật). Khởi phát cấp của loạn trương lực cơ là tình trạng thường gặp của tác dụng phụ của thuốc (ví dụ: levodopa, phenothiazines, metoclopramide).

## 35.8. TIẾP CẬN BỆNH NHÂN MÊ

Thăm khám nhanh chóng và hiệu quả là điều quan trọng đối với BN mê. Từ COMA (hôn mê) giúp thầy thuốc dễ nhớ 4 nhóm nguyên nhân chính gây mất tri giác:

- **CO<sub>2</sub>**: hôn mê do CO<sub>2</sub> (suy hô hấp: ít gặp).
- **Overdose**: quá liều (ví dụ: thuốc giảm đau, rượu, salicylate, CO, thuốc chống trầm cảm).
- **Metabolic**: chuyển hóa (ví dụ: hạ đường huyết, toan chuyển hóa do đái tháo đường, ure huyết, suy giáp, hôn mê gan, tăng calci máu, suy thận).
- **Apoplexy**: tổn thương cấp ở não (ví dụ: chấn thương đầu, tai biến mạch máu não [nhồi máu hoặc xuất huyết], tụ máu dưới màng cứng hoặc ngoài màng cứng, viêm màng não, viêm não, động kinh).

<sup>e</sup> Thomas Sydenham (1624-89). Ông là đại úy của quân đội Cromwell và trở thành bác sĩ nổi tiếng nhất thời bấy giờ, đã mô tả các đặc điểm lâm sàng của bệnh gout (mà ông mắc phải), cúm, hysteria và bệnh lây truyền qua đường tình dục. Ông được gọi là cha đẻ của Y Học Lâm Sàng Anh Quốc.

<sup>f</sup> George Huntington (1850-1916), bác sĩ đa khoa người Mỹ. Ông mô tả bệnh này trong sổ tay lâm sàng của mình vào năm 1872, khi đó ông chỉ mới 22 tuổi.

Hôn mê xảy ra khi hệ lưới bị tác động bởi tổn thương hoặc bất thường chuyển hóa hoặc tổn thương vỏ não lan tỏa.

### **35.8.1. Khám tổng quát**

Cần nhớ ABC:

- Airway.
- Breathing.
- Circulation.

#### **35.8.1.1. Đường thở và hô hấp**

Kiểm tra xem BN còn thở không bằng các nhìn vào các cử động của lồng ngực. Nếu không, cần phải cấp cứu ngay, bao gồm làm sạch đường thở và hỗ trợ thông khí. Ghi lại các kiểu thở cụ thể. Các dấu hiệu quan trọng cần phát hiện: kiểu thở Cheyne – Stokes (nhịp thở và độ sâu của hô hấp tăng lên, sau đó giảm dần, cuối cùng có một giai đoạn ngừng thở và lặp lại chu kỳ, gợi ý tổn thương não hai bên, nhưng không đặc hiệu), kiểu thở mất điều hòa không đều (thở kiểu Biot, do tổn thương thân não) và thở nhanh sâu (ví dụ: kiểu kussmaul, thứ phát do toan chuyển hóa, trong bệnh đái tháo đường).

#### **35.8.1.2. Tuần hoàn**

Ghi nhận các dấu hiệu của shock, mất nước và xanh tím. Màu đỏ mận điển hình hiếm khi xảy ở các trường hợp ngộ độc CO. Đo huyết áp và mạch.

#### **35.8.1.3. Tư thế**

Tìm các dấu hiệu của chấn thương. Chú ý tình trạng duỗi quá mức của cổ (ở những trẻ bị kích thích màng não hoặc thoát vị hạnh nhân tiểu não).

Tìm các dấu hiệu:

- Duỗi cứng mắt não, có thể tự nhiên hoặc xuất hiện do kích thích, gợi ý tổn thương trung não nghiêm trọng. Hai cánh tay duỗi và xoay trong, hai chân duỗi thẳng.
- Gồng cứng mắt vỏ, gợi ý tổn thương trên thân não. Một bên hoặc hai bên. Cánh tay gấp và xoay trong, hai chân duỗi.

#### **35.8.1.4. Cử động không chủ ý**

Các cử động co giật tái phát hoặc tiếp diễn, có thể khu trú hay toàn thân, gợi ý tình trạng động kinh. Co giật có thể xảy ra sau tổn thương giảm oxy và do bệnh chuyển hóa ở não. Cần nhớ rằng động kinh phức hợp từng phần có thể làm giảm ý thức mà không có các cử động co giật.

### **35.8.2. Mức độ ý thức**

Chạm vào mũi của BN bằng một miếng bông và xem các cử động gương mặt. Cách này ít gây nguy hại cho BN hơn các phương pháp truyền thống bằng cách đè ngón tay vào xương ức của BN để kích thích đau.

Xác định mức độ hôn mê của BN. Hôn mê là tình trạng mất ý thức với giảm đáp ứng với các kích thích bên ngoài. Hôn mê nhẹ là BN có phản ứng không hoàn toàn chủ tâm. Trong hôn mê sâu: BN hoàn toàn không phản ứng với bất kỳ kích thích nào và mất tất cả phản xạ (thường là do tổn thương thân não hoặc cầu não, mặt dù cũng có thể do quá liều,

ví dụ như barbiturate). Lơ mơ (stupor) là tình trạng mất ý thức nhưng vẫn có thể đánh thức BN. Các cử động có chủ tâm xuất hiện khi kích thích đau. Ngủ gà gần giống như tình trạng đang ngủ bình thường. BN có thể dễ dàng bị đánh thức hoàn toàn, nhưng sau đó lại rơi vào giấc ngủ. Thang điểm Glasgow (xem Bảng 35.4) dùng để đánh giá mức độ hôn mê chính xác hơn: cộng điểm mỗi phần lại và cho ra điểm tổng hợp.

**Bảng 35.4. Thang điểm Glasgow.**

<b>Mắt</b>	<b>Mở</b>	Tự nhiên	4
		Gọi mở mắt	3
		Kích thích đau	2
	<b>Không phản ứng</b>		1
<b>Vận động</b>	<b>Theo mệnh lệnh</b>	Làm đúng	6
	<b>Theo kích thích đau</b>	Gạt đúng	5
		Co – rút lại	4
		Gồng cứng	3
		Duỗi cứng	2
		Không phản ứng	1
<b>Lời nói</b>		Định hướng đúng	5
		Lẫn lộn	4
		Các từ không phù hợp	3
		Chỉ phát ra tiếng khó hiểu	2
		Không	1
<i>Cộng điểm ở 1, 2 và 3. Nhỏ hơn 4 = tiên lượng rất xấu; lớn hơn 11 = tiên lượng hồi phục tốt.</i>			

### 35.8.3. Cổ

Nếu không có bằng chứng chấn thương cổ, khám dấu hiệu cổ cứng và dấu hiệu Kernig (tìm viêm màng não hoặc xuất huyết dưới nhện).

### 35.8.4. Đầu và mặt

Quan sát và sờ để tìm vết thương ở đầu, bao gồm dấu Battle<sup>g</sup> (bầm sau tai, do vỡ sán sọ). Tìm sự bất đối xứng trên gương mặt (ví dụ: yếu cơ mặt). Bên liệt sẽ lõm vào và lồi ra khi thở. Kích thích đau (ví dụ: ấn vào khuyết trên ổ mắt) sẽ làm mặt BN nhăn lại và sự bất đối xứng sẽ thể hiện rõ hơn. Tìm dấu hiệu vàng da (ví dụ: hôn mê gan) hoặc biểu hiện phù niêm.

#### 35.8.4.1. Mắt

Khám đồng tử. Đồng tử co rất nhỏ (nhưng vẫn có phản xạ ánh sáng) xảy ra khi tổn thương cầu não và quá liều narcotic. Đồng tử co nhỏ một bên trong hội chứng Horner (ví

<sup>g</sup> William Battle (1855-1936), phẫu thuật viên, bệnh viện St Thomas, London.

dụ: một phần của hội chứng hành tủy bên hoặc tổn thương vùng hạ đồi; xem Hình 35.18). Đồng tử nằm ngay giữa và mất phản xạ gợi ý tổn thương trung não, thiếu oxy mô hoặc thuốc (anticholinergic). Dẫn đồng tử một bên gợi ý máu tụ dưới màng cứng, tăng áp lực nội sọ (thoái vị lều một bên) hoặc xuất huyết dưới màng nhện do vỡ phình động mạch thông sau. Đồng tử giãn to có thể xuất hiện trong tăng áp lực nội sọ và thứ phát sau xuất huyết thân não, hoặc thuốc kháng cholinergic.



**Hình 35.18. Hội chứng Horner. Chú ý sụp mí phải cùng bên tổn thương và đồng tử nhỏ (co lại).**

Xuất huyết kết mạc gợi ý nứt sọ. Khám tìm phù gai thị, bệnh lý võng mạc do đái tháo đường hoặc do tăng huyết áp, xuất huyết dưới màng dịch kính. Hội chứng khóa trong (locked – in) hiếm khi xảy ra; do tổn thương phần dưới thân não, BN tỉnh táo nhưng chỉ cử động được mắt.

Nhìn vào vị trí của mắt. Liệt dây thần kinh sọ có thể gây lệch vị trí của mắt ở nhiều hướng khác nhau. Dây VI dễ bị tổn thương do đường đi trong sọ của nó khá dài. Lệch mắt cả hai bên về một hướng ở những BN mất tri giác có thể do tổn thương hủy hoại ở một bán cầu đại não, gây lệch mắt về phía tổn thương. Tình trạng động kinh có thể làm mắt lệch khỏi phía tổn thương. Lệch mắt hướng lên hoặc xuống gợi ý vấn đề ở thân não. Cản trở nhãn cầu hoặc cơ vận nhãn ngoài do gãy xương có thể làm mắt ở vị trí bất thường hoặc cử động mắt bất thường.

Nghiệm pháp mắt búp bê: nâng mí mắt hai bên và xoay đầu qua lại. Khi phản xạ tiền đình bình thường (ví dụ: thân não bình thường), mắt vẫn giữ vị trí cố định như đang nhìn vật ở khoảng cách xa, nhưng thay đổi vị trí tương đối so với đầu. Gọi là “hiện tượng mắt búp bê” bình thường. Tổn thương thân não hoặc tác dụng của thuốc lên thân não có thể làm mắt di chuyển theo đầu, sự cố định của mắt không còn nữa.

#### **35.8.4.2. Tai và mũi**

Tìm có xuất huyết hoặc rỉ dịch não tủy không (rỉ dịch não tủy gợi ý nứt sọ). Dịch tiết có thể đem đi xét nghiệm tìm đường bên trong. Hiện diện của đường (glucose) khẳng định đó là dịch não tủy.

#### **35.8.4.3. Lưỡi và miệng**

Chấn thương có thể cho biết cơn co giật trước đó và vết ăn mòn hay lở loét quanh miệng gợi ý BN đã nuốt chất gây ăn mòn. Tăng sản nước bọt gợi ý BN có thể đang điều trị động kinh bằng phenytoin. Mùi hơi thở có thể cho biết: ngộ độc rượu, nhiễm ceton do đái tháo đường, hôn mê gan hoặc ure huyết cao. Cần lưu ý là say rượu có thể đi kèm với chấn

thương đầu. Khám phản xạ nôn; nếu không có nghĩa là BN đang có bệnh lý ở thân não hoặc hôn mê sâu, nhưng không phải là triệu chứng đặc hiệu. Dấu cắn trên lưỡi gợi ý co giật do động kinh có thể là lý do khiến BN mất tri giác.

### **35.8.5. Chi trên và chi dưới**

Tìm các dấu tiêm chích (nghiện ma túy, BN tiểu đường). Khám trương lực cơ bằng cách thông thường: nâng tay BN lên và thả xuống. So sánh hai bên, tìm bằng chứng liệt nửa người. BN hôn mê và liệt nửa người cấp do não, phản xạ co thắt cơ có thể bình thường hoặc giảm lúc đầu ở bên liệt. Giai đoạn sau các phản xạ co thắt cơ tăng và mất các phản xạ da.

Khám cảm giác đau bằng cách dùng một cây bút đặt lên đốt xa ngón tay hoặc ngón chân ngay dưới giường móng. Ấn mạnh và quan sát tay hoặc chân có co lại không. Khám tất cả các chi. Không có phản ứng nếu mất cảm giác đau hoặc hôn mê sâu. Nếu cảm giác bình thường nhưng chi bị liệt, BN sẽ nhăn mặt và cử động các chi khác.

Sự xuất hiện của nhăn mặt hoặc các cử động có chủ đích rất quan trọng. Các phản xạ tủy đơn thuần cũng có thể làm cho chi cử động khi kích thích đau.

### **35.8.6. Cơ thể**

Tìm dấu hiệu chấn thương. Khám tim, phổi và bụng.

### **35.8.7. Tiết niệu**

Chú ý nếu tiểu không tự chủ. Xét nghiệm nước tiểu tìm glucose và ketone (nhiễm ceton acid do đái tháo đường), protein (tăng ure huyết) và máu (chấn thương).

### **35.8.8. Glucose máu**

Luôn luôn lấy máu ở ngón tay BN và thử đường nhanh để đánh giá tăng hay hạ glucose máu. Nếu không thể thực hiện được ngay, cho BN liều bolus glucose đường tĩnh mạch (thường không gây hại ở BN nhiễm ceton acid do đái tháo đường, nhưng sẽ cứu sống BN hạ glucose máu). Nếu nghi ngờ bệnh não Wernicke, cho thêm thiamine (vitamin B<sub>1</sub>).

### **35.8.9. Nhiệt độ**

Giảm nhiệt độ (ví dụ: tiếp xúc với môi trường lạnh hoặc suy giáp) hoặc sốt (ví dụ: viêm màng não) cần phải được phát hiện.

### **35.8.10. Chất trong dạ dày**

Trong lúc bảo vệ đường thở, kiểm tra các chất trong dạ dày bằng cách đặt sonde dạ dày và thực hiện rửa dạ dày nếu nghi ngờ dùng thuốc quá liều hoặc các chẩn đoán khác không rõ ràng.

### **35.8.11. Thang điểm hôn mê**

Là thang điểm tốt nhất để đánh giá mức độ hôn mê, cũng như thay đổi mức độ tỉnh táo có thể được đánh giá khách quan hơn (xem Bảng 35.4).

## T&O'C essentials

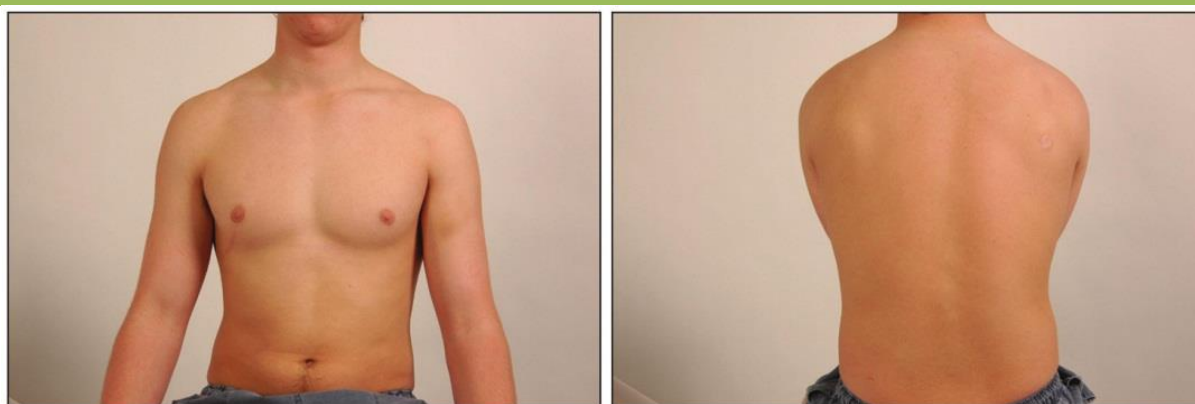
1. Chẩn đoán bệnh Parkinson là chẩn đoán lâm sàng.
2. Nếu khám một BN đi lại khó khăn, yêu cầu họ đi tốt hơn là bắt đầu khám thần kinh hai chi dưới.
3. Cố gắng quyết định xem các dấu hiệu thực thể này là do yếu cơ, bất thường thần kinh ngoại biên hoặc bệnh lý ở não.
4. Sơ đồ phân bố mất cảm giác giúp phân biệt bệnh thần kinh ngoại biên với bệnh rễ thần kinh hoặc dây thần kinh ngoại biên.

## OSCE ôn tập

### Các hội chứng và rối loạn thần kinh

**Topic này thường hay gặp trong OSCE, sẽ giúp ích khi ôn tập lại.**

1. Người đàn ông này nhận thấy rằng ông ấy hay bị run, hãy thăm khám cho ông ấy.
2. Người phụ nữ này bị khó khăn trong việc đi lại, hãy thăm khám cho bà ấy.
3. Người phụ nữ này bị tê ở bàn chân, hãy thăm khám cho bà ấy.
4. Người phụ nữ này cảm thấy khó khăn để bước ra khỏi ghế, hãy thăm khám cho người phụ nữ này.
5. Hãy giải thích và mô tả phương pháp tiếp cận BN hôn mê.

**36.1. TÓM TẮT THĂM KHÁM THẦN KINH****Text box 36.1. Tóm tắt thăm khám thần kinh.****Hình 36.1. Khám hệ thần kinh trung ương.****I. Khám trung tâm thần kinh cao cấp**

Tư thế nằm hoặc ngồi

**1. Quan sát tổng trạng**

- Quan sát tổn thương các dây thần kinh sọ hoặc tổn thương ở các chi.
- Hỏi BN thuận tay phải hay tay trái.
- Trình độ học vấn.
- Bắt tay với BN.

**2. Định hướng**

- Không gian.
- Thời gian.
- Bản thân.

**3. Lời nói**

- Tên đồ vật (loạn ngôn ngữ gọi tên).

**4. Thùy đỉnh**

- Bán cầu ưu thế (hội chứng Gerstmann):
- + Mất khả năng tính toán.
- + Mất khả năng viết.

- Sức cơ
  - + Vai.
  - + Khuỷu tay.
  - + Cổ tay.
  - + Các ngón tay.
  - + Chức năng thần kinh giữa và thần kinh trụ.
  - Phản xạ
  - + Cơ nhị đầu.
  - + Cơ tam đầu.
  - + Cơ ngửa.
  - + Ngón tay.
  - Phối hợp động tác
  - + Nghiệm pháp ngón tay chỉ mũi – độ rung cơ, quá tầm.
  - + Rối loạn liên động.
  - + Phản xạ giật lại.
- 4. Cảm giác**

- 
- + Mất khả năng định hướng trái – phải.
  - + Mất khả năng nhận biết các ngón tay.
  - + Bàn cầu không ưu thế. Mất khả năng mặc quần áo.
  - Hai bên:
  - + Rối loạn tập trung cảm giác.
  - + Rối loạn tập trung thị giác.
  - + Mất cảm giác vỏ não (rối loạn sơ đồ cảm giác, nhận thức hai điểm, tư thế khớp, cảm giác lập thể).
  - + Mất khả năng xây dựng cấu trúc hoặc vẽ.
- 5. Trí nhớ (thùy thái dương)**
- Trí nhớ gần (ví dụ: tên các loài hoa).
  - Trí nhớ xa.
- 6. Thùy trán**
- Các phản xạ nguyên thủy như: cầm nắm, tìm bú, gan tay – cầm.
  - Diễn tả ngôn ngữ.
  - Mùi.
  - Đáy mắt.
  - Dáng đi.
- 7. Khác**
- Thị trường.
  - Âm thổi.
  - Huyết áp,...
- II. Cổ cứng và dấu hiệu Kernig**
- III. Dây thần kinh sọ**
- II – thị lực và thị trường; soi đáy mắt.
  - III, IV, VI – đồng tử và vận nhãn.
  - V – phản xạ giác mạc, giật hàm.
  - VII – các cơ mặt.
  - VIII – thính lực.
  - IX, X – vòm họng và phản xạ nôn.
  - XI – cơ thang và cơ ức đòn chũm.
  - XII – lưỡi.
- IV. Khám chi trên**
- 1. Quan sát tổng trạng (bắt đầu bằng tư thế ngồi)**
- Sẹo.
  - Da (u xơ thần kinh, dát màu café sữa,...).
  - Cử động bất thường.
- Đau.
  - Rung động.
  - Bàn thể – khám ở các khớp gian liên đốt ngón xa (mỗi tay).
  - Xúc giác.
- 5. Khác**
- Dày dây thần kinh.
  - Hố nách.
  - Cổ.
  - Dây thần kinh sọ.
  - Chi dưới.
  - Phân tích nước tiểu.
- V. Khám chi dưới**
- Tư thế nằm
- 1. Quan sát tổng trạng**
- Sẹo, da.
  - Thông tiểu.
- 2. Dáng đi**
- 3. Vận động**
- Quan sát
  - + Teo cơ.
  - + Rung giật bó cơ.
  - + Run.
  - Sờ
  - + Bó cơ.
  - + Đau cơ.
  - Trương lực cơ
  - + Gối – và test đa động.
  - + Gót – và test đa động.
  - Sức cơ
  - + Hồng.
  - + Gối.
  - + Gót chân.
  - + Bàn chân.
  - Phản xạ
  - + Gối.
  - + Gót.
  - + Da lòng bàn chân.
  - Phối hợp động tác
  - + Test gót – gối.
-



<b>2. Bắt tay</b>	+ Test ngón tay – ngón chân.
<b>3. Vận động</b>	+ Test bàn chân gỗ.
- Kiểm tra vai – cánh tay	<b>4. Cảm giác</b>
+ Teo cơ.	- Đau.
+ Rung giật bó cơ.	- Rung động.
+ Run.	- Bản thể.
+ Test rơi xuống của cánh tay.	- Xúc giác.
- Sờ nắn	<b>5. Cảm giác vùng ngồi yên ngựa.</b>
+ Bó cơ.	<b>6. Phản xạ hậu môn.</b>
+ Đau cơ.	<b>7. Lưng</b>
- Trương lực	- Biến dạng.
+ Cổ tay.	- Sẹo.
+ Khuỷu tay.	- Điểm đau.
	- Âm thổi.

### 36.1.1. Bên thuận, định hướng và lời nói

Hỏi BN thuận tay phải hoặc trái. Đánh giá tầm soát tình trạng BN, hỏi tên; tuổi; ngày sinh BN. Hỏi tiếp tên một đồ vật và yêu cầu BN chỉ điểm một đồ vật nào đó được gọi tên trong phòng, để kiểm tra rối loạn ngôn ngữ. Yêu cầu BN nói “British constitution” để đánh giá sự rối loạn vận ngôn.

### 36.1.2. Dấu hiệu cổ cứng và kernig

BN nằm trên một mặt phẳng và nhẹ nhàng gập cổ bằng một tay đặt ở dưới cằm. BN nằm gập hông, gập gối và sau đó cố gắng duỗi thẳng cẳng chân.

### 36.1.3. Các dây thần kinh sọ

BN ngồi cạnh giường nếu có thể. Bắt đầu khám tổng quát đầu và cổ tìm sẹo phẫu thuật mở hộp sọ, u xơ thần kinh, bất đối xứng khuôn mặt, sụp mi mắt, lồi mắt, lé mắt, mắt đối xứng đồng tử.

#### 36.1.3.1. Dây thần kinh số II

Khám thị lực kỹ càng đối với những BN có mang kính. Khám từng mắt riêng biệt, mắt còn lại được che kín bằng một thẻ nhỏ.

Khám thị trường bằng cách sử dụng đầu viết hoặc ngón tay. Đầu của thầy thuốc ngang mức đầu BN. Khám riêng biệt từng mắt. Nếu thị lực kém, thị trường có thể được ghi lại bằng cách sử dụng các ngón tay.

Soi đáy mắt.

#### 36.1.3.2. Dây thần kinh số III, IV, VI

Nhìn vào đồng tử, chú ý hình dạng, kích thước tương đối và bất cứ tổn thương nào liên quan đến mi mắt. Sử dụng đèn pin bỏ túi và chiếu ánh sáng từ phía bên để đánh giá phản ứng của các đồng tử với ánh sáng. Đánh giá một cách nhanh chóng cả đáp ứng trực tiếp và đồng cảm. Tìm khiếm khuyết hướng tâm của đồng tử bằng cách di chuyển ánh sáng theo hình vòng cung từ đồng tử bên này sang đồng tử bên kia. Kiểm tra sự điều tiết bằng cách

yêu cầu BN nhìn vào một vật ở khoảng cách xa và sau đó nhìn vào đầu viết hoặc ngón tay thầy thuốc được đặt cách mũi BN khoảng 30 cm.

Đánh giá vận nhãn của cả hai, yêu cầu BN nhìn theo đầu viết của thầy thuốc và thầy thuốc sẽ di chuyển đầu viết theo nhiều hướng. Tìm hướng chuyển động kém và dấu hiệu rung giật nhãn cầu. Hỏi BN có xuất hiện dấu nhìn đôi ở mỗi hướng.

### **36.1.3.3. Dây thần kinh số V**

Test phản xạ giác mạc, yêu cầu BN nói có nếu cảm nhận được sự chạm nhẹ của các sợi bông vào giác mạc. Các thành phần cảm giác của cung phản xạ này là dây V và thành phần vận động là dây VII.

Khám cảm giác mặt trong ba phần: mắt, hàm trên và hàm dưới. Khám cảm giác đau với đầu kim và vẽ lại bản đồ nếu có bất kỳ vùng nào bị mất cảm giác từ từ đến nhọn. Khám cảm giác xúc giác, để phát hiện vùng phân ly cảm giác nếu có.

Kiểm tra nhánh vận động của dây V bằng cách yêu cầu BN nghiêng chặt răng trong khi thầy thuốc sẽ sờ để cảm nhận sự co thắt của cơ cắn. Sau đó yêu cầu BN mở miệng trong khi thầy cố gắng dùng lực để đẩy kín nó lại; điều này không thể nếu các cơ chân bướm hoạt động bình thường. Tổn thương một bên có thể làm hàm chệch hướng về bên yếu (bên bị ảnh hưởng).

Kiểm tra phản xạ giật hàm. Tăng lên trong trường hợp liệt giả hành não.

### **36.1.3.4. Dây thần kinh số VII**

Kiểm tra các cơ biểu hiện trên khuôn mặt. Yêu cầu BN nhìn lên và quan sát nếp nhăn trán. Hãy tìm dấu hiệu mất nếp nhăn và cảm nhận sức cơ bằng cách đẩy da trán xuống ở mỗi bên. Nếp nhăn trán vẫn còn nếu có tổn thương neuron vận động trên bởi vì vỏ não hai bên chi phối các cơ này.

Tiếp theo yêu cầu BN phải nhắm mắt thật chặt và so sánh hai bên. Cho BN cười và quan sát rãnh mũi má hai bên.

### **36.1.3.5. Dây thần kinh số VIII**

Yêu cầu BN lặp lại một số từ mà thầy thuốc thì thầm cách tai BN khoảng 60 cm. Kiểm tra ống tai ngoài và màng nhĩ nếu cần.

### **36.1.3.6. Dây thần kinh số IX và X**

Nhìn vào khoang miệng và lưu ý bất kỳ sự di lệch nào của lưỡi gà. Yêu cầu BN nói “Ah” và nhìn sự đối xứng trong chuyển động của khẩu cái mềm. Một tổn thương một bên gây ra lưỡi gà bị kéo về phía bên bình thường. Test cảm giác vùng hầu (dây IX). Yêu cầu BN nói chuyện để đánh giá sự khàn tiếng và ho. Ho kiểu bò cho thấy tổn thương dây thần kinh quặt ngược thanh quản.

### **36.1.3.7. Dây thần kinh số XII**

Khám miệng, kiểm tra lưỡi để tìm dấu hiệu teo cơ và rung giật bó cơ. Tiếp theo yêu cầu BN thè lưỡi ra. Với tổn thương ở một bên lưỡi thì lưỡi sẽ lệch về bên lành.

### **36.1.3.8. Dây thần kinh số XI**

Tìm tật vẹo cổ và khám các cơ thang và cơ ức đòn chũm. Yêu cầu BN nhún vai và cảm giác được cơ thang khi thầy thuốc đẩy vai xuống. Sau đó yêu cầu BN xoay đầu để

chống lại kháng lực và cũng cảm nhận được bó cơ của cơ ức đòn chũm. Sau đó kiểm tra hộp sọ và nghe âm thổi động mạch cảnh.

### 36.1.4. Chi trên

Hãy bắt tay BN một cách chắc chắn. Mời họ ngồi trên giường và đối mặt với thầy thuốc, nếu có thể.

Khám vận động một cách có hệ thống. Quan sát có teo cơ không (cả gốc chi và ngọn chi) và rung giật bó cơ. Đừng quên quan sát đai vai trong lúc khám.

Yêu cầu BN giữ vững cả hai tay (lòng bàn tay hướng lên trên) với cánh tay dang rộng và nhắm mắt. Tìm dấu hiệu yếu của một hoặc cả hai tay (tổn thương neuron vận động trên, tổn thương tiểu não, mất chức năng cột sau tủy sống). Cần lưu ý bất cứ dấu hiệu run hoặc giả múa vờn do mất cảm giác bản thể nào.

Kế tiếp sờ bắp cơ, cả ngọn chi và gốc chi, lưu ý các điểm đau cơ.

Đánh giá trương lực cơ bằng cách vận động các khớp với tốc độ khác nhau ở cổ tay và khuỷu tay.

Đánh giá sức cơ của vai, khuỷu, cổ tay và các ngón tay.

Nếu có chỉ định, khám dây thần kinh trụ (hầu hiệu Froment) và dây thần kinh giữa (nghiệm pháp chạm đầu viết).

Khám các phản xạ: cơ nhị đầu (C5, C6), cơ tam đầu (C7, C8), cơ cánh tay quay (C5, C6).

Khám sự phối hợp của các động tác với các nghiệm pháp ngón tay chỉ mũi và tìm dấu hiệu rối loạn liên động và phản xạ giật lại.

Yếu vận động có thể là do một tổn thương ở neuron vận động trên, neuron vận động dưới hoặc bệnh lý ở cơ. Nếu có bằng chứng của một tổn thương neuron vận động dưới, hãy xem xét tổn thương các tế bào sừng trước tủy sống, rễ thần kinh hoặc tổn thương đám rối thần kinh cánh tay, thần kinh ngoại biên hoặc một bệnh lý thần kinh vận động ngoại biên.

Khám cảm giác sau khi làm các nghiệm pháp vận động, bởi vì điều này có thể làm tổn nhiều thời gian.

Đầu tiên khám đường dẫn truyền cảm giác gai đồi thị (đau và nhiệt). Giải thích cho BN về việc sắp thực hiện, sử dụng một cây kim nhọn đặt lên trên thành ngực hoặc trán. Sau đó yêu cầu BN nhắm mắt và nói với thầy thuốc rằng họ cảm nhận được vận nhọn hay vật tù. Bắt đầu ở gốc chi và khám chi tiết từng khoanh da. Vẽ vùng bản đồ cảm giác da bất thường. Khi thầy thuốc khám, cố gắng tập trung vào khoanh da mất cảm giác để định vị tổn thương (tổn thương tủy sống hoặc rễ thần kinh), thần kinh ngoại biên, bệnh lý thần kinh ngoại biên (kiểu mang găng tay) hoặc giảm cảm giác nửa người (vỏ não hoặc tủy). Thường không cần thiết phải khám cảm giác nhiệt.

Kế tiếp đường dẫn truyền cột sau (rung và cảm giác bản thể). Sử dụng một âm thoa tần số 128 Hz để đánh giá cảm giác rung động. Đặt âm thoa đang rung lên phần xa của các khớp đốt ngón tay khi BN nhắm mắt lại và cho biết nếu họ cảm nhận được. Sau đó, yêu cầu BN nói khi nào âm thoa không còn rung nữa. Nếu có giảm cảm giác, thực hiện nghiệm pháp tương tự ở cổ tay, khuỷu tay và vai.

Khám cảm giác bản thể với các khớp liên đốt ngón xa của ngón V. Khi BN mở mắt, cảm lấy đầu xa khớp liên đốt ngón xa và giải thích cho BN là động tác nào gập lên và động tác nào gập xuống, sau đó yêu cầu BN nhắm mắt và lặp lại thao tác đó. Bình thường, chỉ cần dịch chuyển ngón tay một chút thôi là có thể nhận ra được và BN có thể nhận biết khi nào ngón tay gập lên và khi nào ngón tay gập xuống. Nếu có bất thường, làm nghiệm pháp vận động lớn hơn và sau đó thực hiện nghiệm pháp ở cổ tay và khuỷu tay nếu cần thiết.

Khám cảm giác xúc giác với mảnh cotton nhỏ, chạm lên da BN một cách nhẹ nhàng theo từng khoanh da.

Cảm giác dây dây thần kinh – dây dây thần kinh trụ ở khuỷu tay, thần kinh giữa ở cổ tay và thần kinh quay ở cổ tay và sờ ở hố nách nếu nghi ngờ có tổn thương ở gốc chi. Tìm sẹo trên da và cuối cùng là khám vùng cổ nếu cần thiết.

### **36.1.5. Chi dưới**

Đầu tiên khám tư thế và dáng bộ nếu cần thiết. Sau đó cho BN về giường bệnh với hai chân được bộc lộ hoàn toàn. Phủ một mảnh vải lên vùng bẹn của BN và ghi nhận lại BN có được đặt sonde tiêu hay không.

Quan sát có teo cơ, có rung giật bó cơ hay không, ghi nhận lại nếu có rung xuất hiện. Sờ nắn khối cơ tứ đầu đùi, tới căng chân, chú ý khám có teo cơ chày trước không.

Khám trương lực cơ ở gối và mắt cá, đồng thời với khám tình trạng đa động của các khớp. Kiểm tra sự đa động xương bánh chè bằng cách đặt một bàn tay lên phần dưới cơ tứ đầu đùi với gối duỗi thẳng và dịch chuyển xương bánh chè xuống phía dưới một cách đột ngột. Sự co thắt nhịp nhàng của cơ tứ đầu đùi sẽ liên tục miễn là lực kéo căng xuống được duy trì. Gập đột ngột bàn chân về phía mu với gối gấp và đùi xoay ngoài. Khi xuất hiện đa động ở mắt cá, thì sẽ có những cử động gập – duỗi bàn chân sẽ lập đi lập lại. Hiện tượng đa động này kéo dài miễn là thầy thuốc vẫn duy trì động tác gập bàn chân về phía mu.

Khám sức cơ ở hông, gối và mắt cá.

Khám phản xạ: gối (L3 – L4), gót (S1 – S2), phản xạ da lòng bàn chân (L5, S1, S2).

Khám sự phối hợp động tác: gối – gót, ngón tay – ngón chân và dấu hiệu bàn chân gõ.

Khám cảm giác giống như chi trên: cảm giác đau, rung, bản thể và cảm giác xúc giác. Nếu mất cảm giác ngoại biên, cố gắng xác định khoanh da bị mất cảm giác bằng cách dịch chuyển từ ngọn chi đến gốc chi, bụng và ngực. Khám cảm giác vùng yên ngựa và test phản xạ hậu môn (S2, S3, S4).

Khám lưng. Nhìn xem lưng có biến dạng, sẹo hoặc u xơ thần kinh. Sờ tìm điểm nhạy cảm đau trên cột sống và nghe âm thổi. Tiến hành khám nghiệm pháp nâng thẳng chân.

## **36.2. CẬN LÂM SÀNG CHẨN ĐOÁN**

Chẩn đoán thần kinh phụ thuộc vào bệnh sử và thăm khám lâm sàng. Hình ảnh học có thể xác định được vị trí tổn thương cũng như bệnh học là gì. Các cận lâm sàng đặc biệt được chỉ định tùy từng tình huống lâm sàng.

### **36.2.1. Chọc dò tủy sống**

Nếu nghi ngờ viêm màng não cấp hoặc trong trường hợp lâm sàng nghi ngờ có xuất huyết dưới nhện nhưng CT scan lại âm tính thì chọc dò tủy sống được chỉ định. Chọc dò

tủy sống cũng giúp ích trong việc chẩn đoán các bệnh lý thần kinh như: viêm màng não do u, viêm màng não do lao, giang mai thần kinh, viêm mạch máu, tăng áp lực nội sọ tự phát (bệnh não giả u), đầu nước áp lực bình thường. Ngoài ra, chọc dò tủy sống cũng có thể hữu ích trong việc chẩn đoán xơ cứng rải rác, hội chứng Guillain – Barré hoặc hội chứng cận u.

Nếu có phù gai thị khi soi đáy mắt hoặc xuất hiện dấu thần kinh khu trú (yếu/liệt nửa người) thì đầu tiên nên chụp CT scan hoặc MRI để loại trừ tăng áp lực nội sọ (bởi vì BN sẽ có nguy cơ tụt não khi chọc dò tủy sống trong trường hợp này).

Dịch não tủy sẽ được gửi đi nhuộm gram và cấy, cũng như đếm số lượng tế bào, định lượng glucose và protein. Các test đặc biệt đối với dịch não tủy như: tìm nấm, giang mai, vi khuẩn khử acid và cấy, kháng nguyên kháng nấm.

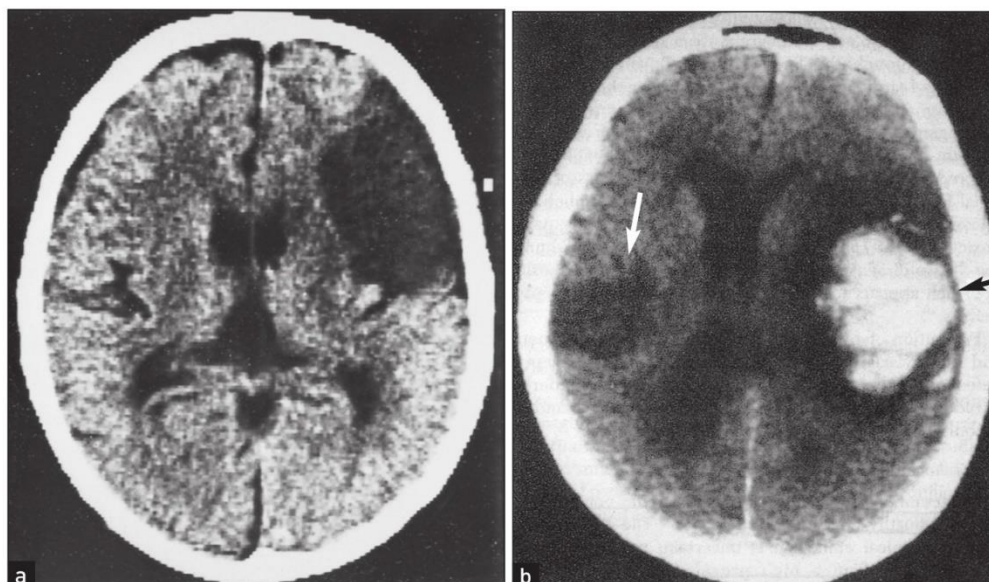
Nên nhớ rằng, nếu nghi ngờ viêm màng não cấp nên cho kháng sinh ngay khi chọc dò tủy sống – đừng đợi.

### 36.2.2. Hình ảnh học thần kinh

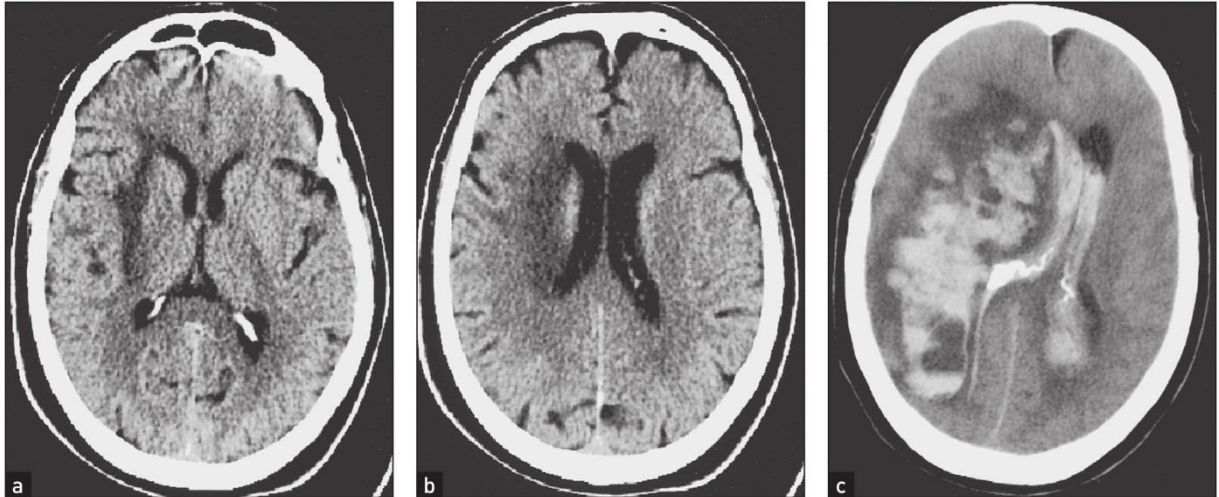
Những bước tiến mới trong lĩnh vực hình ảnh học thần kinh đó là CT scan và MRI, góp phần nâng cao khả năng chính xác trong chẩn đoán các bệnh lý thần kinh. Những kỹ thuật này hầu như không xâm lấn, mặc dù khi chụp CT scan BN phải phơi nhiễm với tia X có liều tia khá lớn và khi CT scan có chất tương phản, một số trường hợp có thể ảnh hưởng đến BN. MRI không thể chỉ định trong những trường hợp BN có mang di vật kim loại cản từ trong người (mà hầu hết là các máy tạo nhịp).

Việc phân tích CT scan cần phải đánh giá trên nhiều mặt phẳng và nhiều lát cắt hoặc dựng hình 3D.

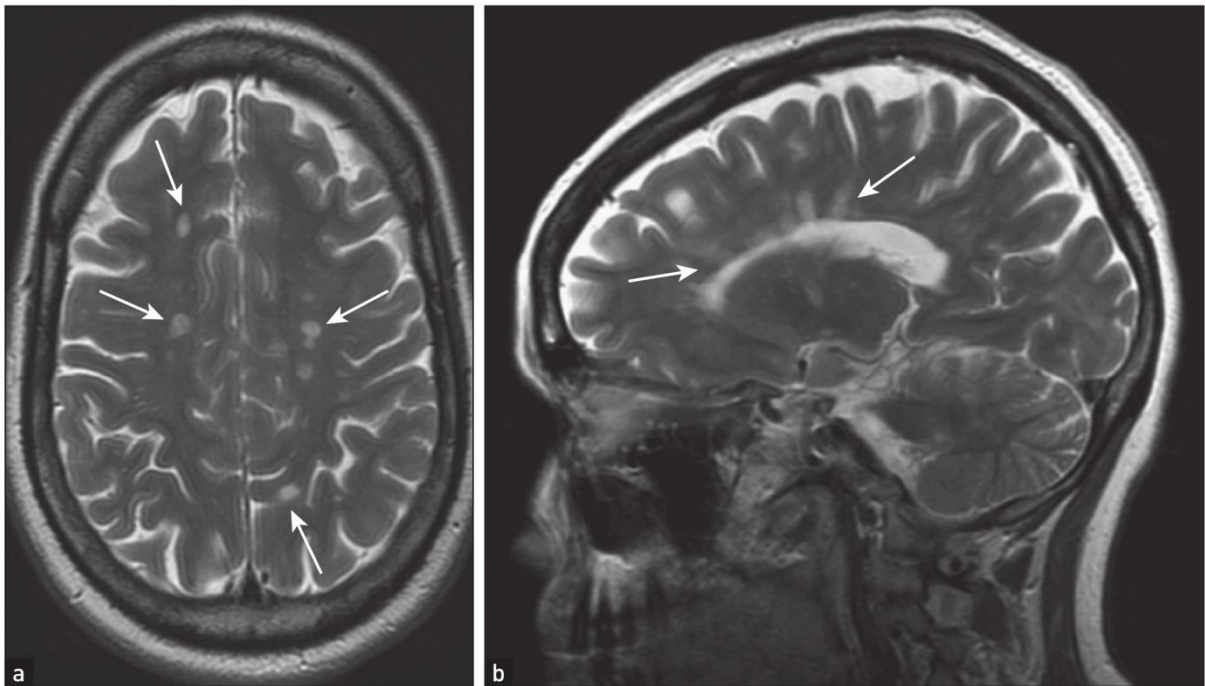
Một số ví dụ thường gặp cho thấy vai trò quan trọng của hình ảnh học từ Hình 36.2 đến Hình 36.8 và Hình 36.10.



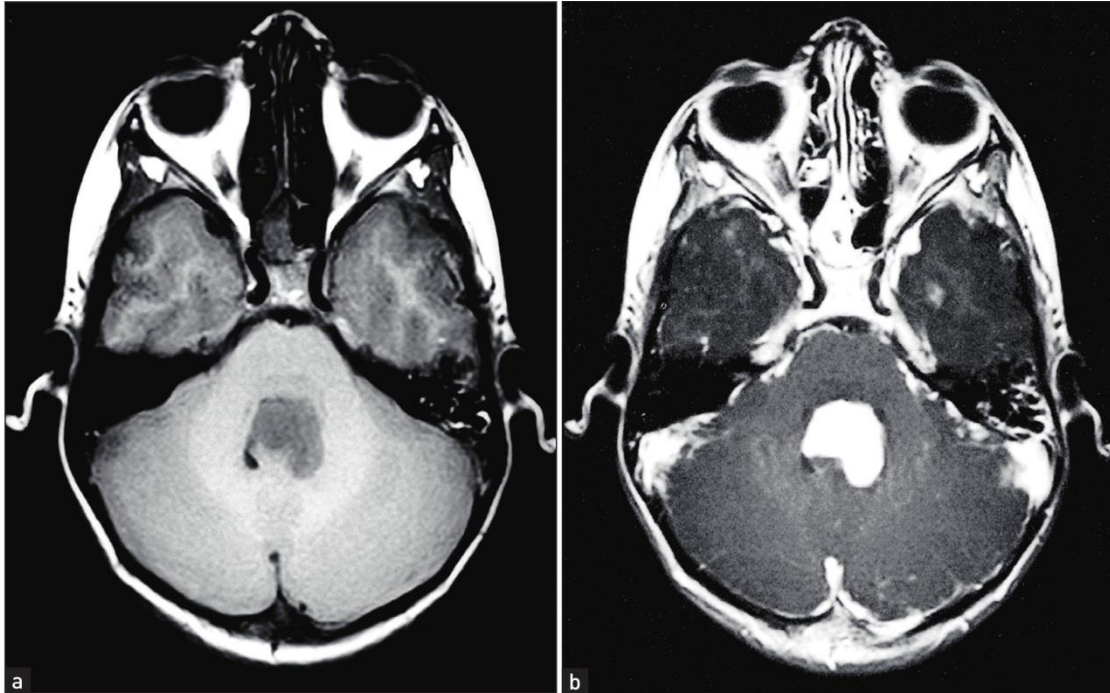
**Hình 36.2. Đột quy nhồi máu. Những hình CT scan này cho thấy có một vùng nhồi máu lớn của động mạch não giữa ở BN có rung nhĩ.**



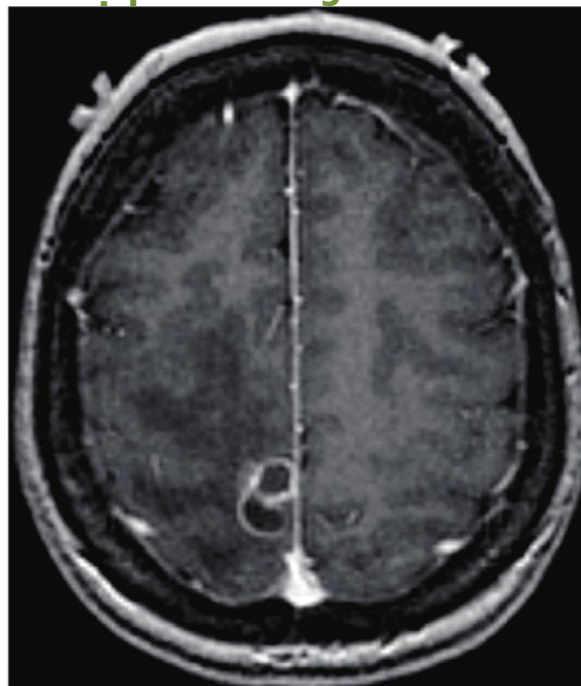
Hình 36.3. Đột quỵ xuất huyết não trên nền nhồi máu. Những CT scan này không có cản quang, (a) và (b) cho thấy có thay đổi đậm độ ở vùng chất trắng sâu trên BN có liệt 1/2 người trái. (c) hai ngày sau đó BN diễn tiến sang tình trạng xuất huyết trong vùng nhồi máu và vỡ vào trong não thất.



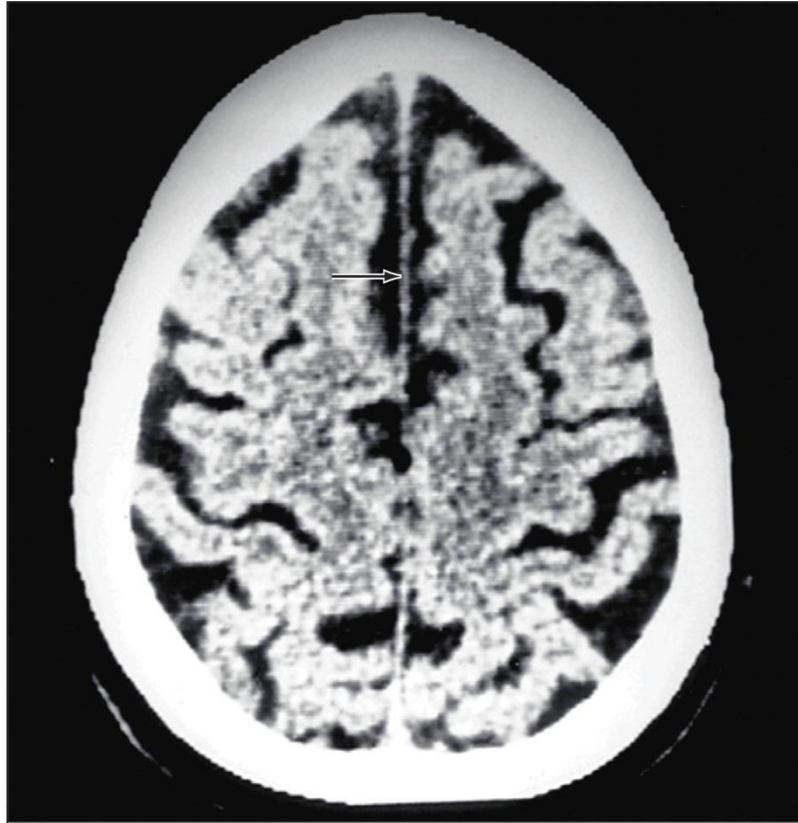
Hình 36.4. Bệnh xơ cứng rải rác. Các tổn thương xơ cứng rải rác trên MRI có khuynh hướng nằm ở vùng quanh não thất, thể chai, thân kinh thị giác. (a) những tổn thương này dạng khối cầu, nằm riêng biệt và có tín hiệu cao trên T2. (b) tổn thương dạng oval với một trục dài từ phía trên não thất đến bề mặt của não thất gọi là ngón tay Dawson.



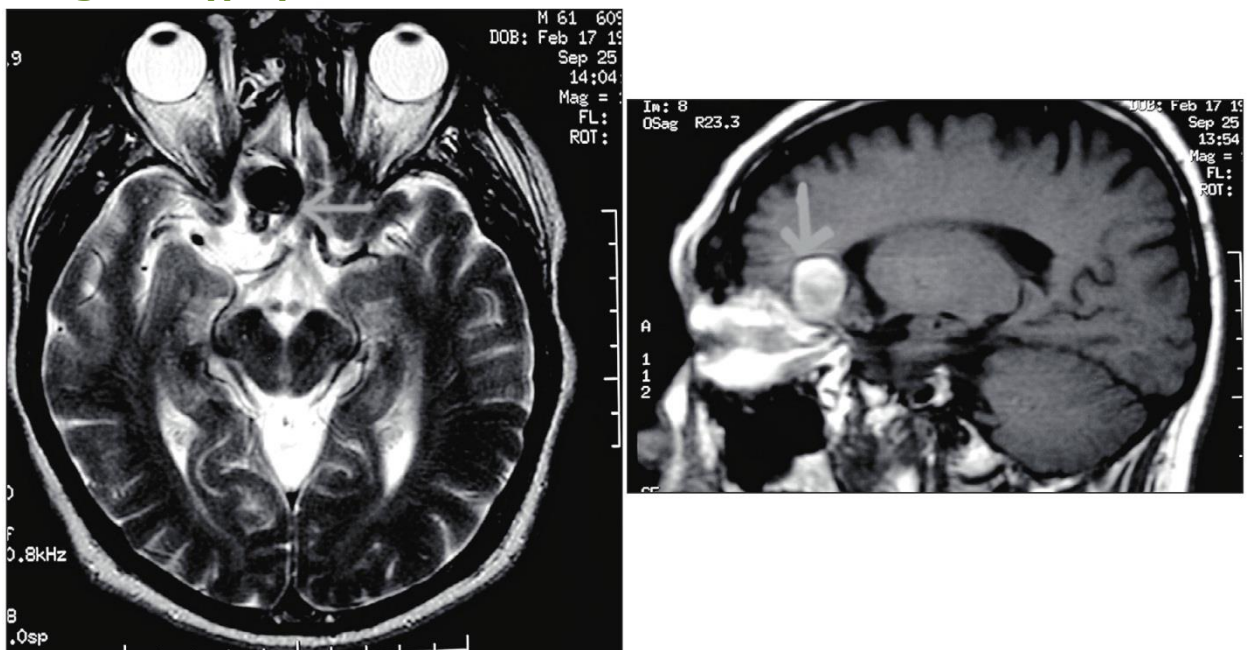
**Hình 36.5. U tiểu não. Đây là loại u não xuất hiện điển hình trên MRI, gọi là u nguyên tủy bào. (a) những khối u này có tín hiệu thấp trên spin echo T1. (b) sau khi tiêm chất tương phản (Gadolinium), những khối u này bắt thuốc rất mạnh do sự phá vỡ hàng rào máu não.**



**Hình 36.6. Áp xe não. Trên MRI có tiêm chất tương phản thấy được những tổn thương dạng vòng nhẫn, bắt thuốc dạng viền do nhiễm Nocardia.**

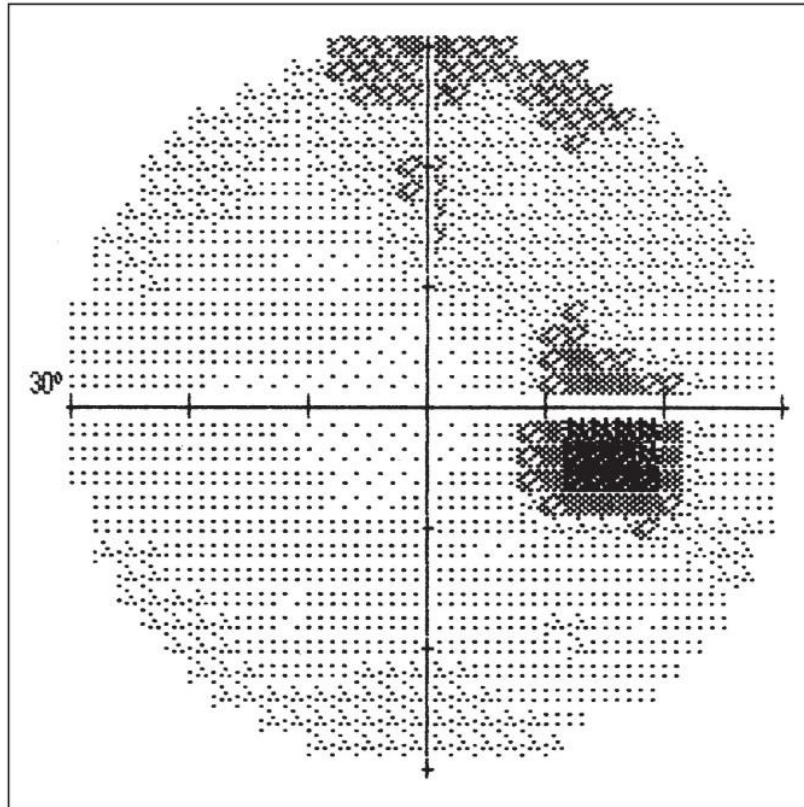


**Hình 36.7. Teo não.** Trên CT scan này cho thấy các rãnh não rộng hơn so với bình thường. Các thùy não teo lại, vỏ não bị co rút so với bản sọ trong của hộp sọ. Não thất giãn ra.



**Hình 36.8. Phình mạch máu não.** MRI cho thấy có huyết khối phần trong lòng túi phình khổng lồ.





**Hình 36.9. Biểu đồ thị trường. Hai mắt được đặt chồng lên nhau. Điểm mù được cho là có màu tối trên hình.**



**Hình 36.10. U tủy.**

## T&O'C essentials

1. Thăm khám thần kinh cần nhiều thời gian và thao tác khá phức tạp. Việc thăm khám lâm sàng có thể được định hướng trực tiếp dựa vào bệnh sử nhưng thăm khám thần kinh tầm soát vẫn được khuyến cáo thực hiện thường quy.
2. Việc thực hành nhiều trên lâm sàng là rất cần thiết, vì kinh nghiệm đó sẽ chỉ cho chúng ta dấu hiệu nào là đúng, dấu hiệu nào là sai.
3. Sự đối xứng hai bên là người bạn đồng hành của chúng ta, khi có sự mất cân xứng hai bên sẽ giúp chúng ta định vị được vị trí tổn thương.
4. Nguyên tắc khi thăm khám những bộ phận khác nhau phải trở nên thuần thục đến mức chúng ta có thể đặt những dấu hiệu đó lại với nhau mỗi khi phát hiện, hơn là chúng ta cứ suy nghĩ bước kế tiếp phải thăm khám cái gì.
5. Các chuyên gia thần kinh học có thể định vị chính xác vị trí tổn thương từ việc kết hợp những dấu hiệu đặc biệt được phát hiện.
6. Định khu thần kinh tổn thương có thể phát hiện trên CT scan và MRI. MRI cho những kết quả chính xác đối với những tổn thương ở thân não. Sử dụng những hình ảnh cắt ngang cũng có thể xác định bệnh nguyên (nhiễm trùng, u) khi vị trí của tổn thương nằm ở hệ thần kinh trung ương.

## OSCE ôn tập

### Trung tâm thần kinh cao cấp và dây thần kinh sọ

**Topic này thường hay gặp trong OSCE, sẽ giúp ích khi ôn tập lại.**

1. Người đàn ông này bị nhìn đôi, hãy thăm khám cho ông ấy để tìm các tổn thương của dây thần kinh sọ.
2. Người phụ nữ này có vấn đề về ăn uống, hãy thăm khám các dây thần kinh cho bà ấy.
3. Người đàn ông này có vấn đề về thăng bằng, hãy tiến hành thăm khám các dấu hiệu tiểu não.
4. Người phụ nữ này cảm thấy khó khăn khi đi bộ, hãy thăm khám dáng đi cho người phụ nữ này.
5. Người đàn ông này có vấn đề về trí nhớ, hãy thăm khám cho ông ấy.

Phạm Thế Anh

*Điều luật số 4: Người bệnh là một thực thể có bệnh.  
Samuel shem, the house of good*

Chương này sẽ giải quyết vấn đề về tâm thần và sức khỏe tâm thần. Nhà lâm sàng phải có được sự hiểu biết về các bệnh lý tâm thần và cách biểu lộ của chúng như thế nào, cũng như thăm khám và phát hiện ra chúng. Ngoài ra, còn có thể có sự trùng lặp giữa các bệnh về tâm thần và thể chất.

Các rối loạn tâm thần (đặc biệt là lo lắng và trầm cảm) là rất thường gặp. Những người phải chịu đựng các rối loạn này thường gặp những vấn đề về nội khoa. Sự điều trị thích hợp đối với những BN này đòi hỏi hiểu biết về sự tiến triển của các rối loạn tâm thần và ảnh hưởng của nó với các vấn đề nội khoa thường gặp. Một bệnh lý thực thể có thể đi kèm với các bệnh về tâm thần. Ví dụ: một số rối loạn nội tiết như bệnh phù niêm, có thể xuất hiện kèm theo trầm cảm. Ngoài ra, một số bệnh tâm lý tâm thần cũng có thể xuất hiện các bệnh lý thực thể kèm theo. Một sự hoảng sợ cấp tính có thể bị nhầm lẫn là một cơn nhồi máu cơ tim cấp. Hơn nữa, trạng thái tâm thần của BN có thể gây nhiều cho việc phát hiện tiến triển của các bệnh lý thực thể. Nó có thể đưa đến sự làm tăng quá mức các triệu chứng và phủ định mức độ nặng của các triệu chứng thực thể.

Bệnh sử về bệnh tâm thần thường theo một cấu trúc cơ bản giống bệnh lý thực thể và các nguyên tắc cơ bản ở CHƯƠNG 1 và CHƯƠNG 2 được áp dụng như nhau với bất kỳ bệnh lý nào. Bác sĩ nên khai thác bệnh sử bệnh hiện mắc, tiền sử tâm thần và dùng thuốc trước đó, gia đình và xã hội. Tuy nhiên, mục đích của hỏi bệnh sử nhằm gợi ra nhiều dữ liệu về các bệnh lý, từ sự hình dung, tập trung một cách rõ ràng không những về triệu chứng của BN mà còn về các mối quan hệ xã hội, chức năng tâm thần và hoàn cảnh cuộc sống (tiếp cận tâm sinh lý xã hội). Vì thế cần chú ý hơn đến sự phát triển, tiền sử cá nhân và xã hội hơn là một bệnh sử của các bệnh lý thực thể thông thường.

Công cụ khai thác bệnh sử về tâm thần khác với các cuộc hỏi bệnh thông thường giữa bác sĩ và BN. Mục đích của buổi trò chuyện nhằm chẩn đoán cũng như điều trị. Thông qua nó, bác sĩ hy vọng BN có thể nói về các vấn đề họ đang gặp phải. Điều đó giúp BN giảm nhẹ đi các mối lo lắng. Để đạt được điều này thái độ của bác sĩ không nên vội vã mà phải kiên nhẫn và thấu hiểu. Bệnh sử về tâm thần cũng nhằm mục đích thu được thông tin về các vấn đề của BN xuất hiện từ đâu, ví dụ như trong sinh hoạt, các mối quan hệ, quan điểm về xã hội và tinh thần. Một kế hoạch điều trị tốt nhất có thể giải quyết được các vấn đề trên. Ở mặt này việc khai thác bệnh sử giống với các cuộc khai thác bệnh sử thông thường. Các yếu tố về bệnh sử tâm thần là quan trọng và có mối quan hệ với bất kỳ bệnh lý nào.

Đặc biệt là các bệnh lý mạn tính và có thể đe dọa tính mạng. Vấn đề về tâm thần và thực thể có thể cùng tồn tại và chúng có thể tác động lẫn nhau. Một cuộc trò chuyện về các vấn đề y khoa giữa bác sĩ và BN gọi là toàn diện nếu bao gồm cả hai phần: thực thể và tâm thần.

## **37.1. CÁCH KHAI THÁC BỆNH SỬ**

Nhà lâm sàng khai thác về bệnh sử tâm thần muốn BN nói về những câu chuyện của họ với những vấn đề đang gặp phải. Với cách này, BN sẽ dễ dàng hơn trong việc bộc lộ những khía cạnh quan trọng nhất của căn bệnh. Tất nhiên là cách này vẫn được áp dụng cho thăm khám các bệnh lý thực thể thông thường khác. Hiệu quả nhất là sử dụng các tiếp cận cởi mở, không bị chi phối với các câu hỏi mở. Câu hỏi mở yêu cầu BN phải thuật lại những gì đã xảy ra với mình hơn là những câu trả lời đơn thuần. Nó cho phép BN có cơ hội nói ra các vấn đề của họ. Câu hỏi đóng, mặt khác, chỉ gợi ý trả lời là có hoặc không. Ví dụ: đánh giá trầm cảm ở BN, câu hỏi đóng sẽ là: ông/bà đã từng bị trầm cảm bao giờ chưa? Câu hỏi mở sẽ là: hãy nói cho tôi biết cảm xúc của ông/bà như thế nào? Ban đầu nếu nhìn qua, có thể câu hỏi mở sẽ có hiệu quả thấp vì cần phải có thêm thời gian để đánh giá mức độ của triệu chứng. Tuy nhiên, với một cách tiếp cận cẩn thận và thận trọng nó cho phép BN kể lại câu chuyện của họ, khai thác được một bệnh sử đầy đủ và hiệu quả. Đây không phải là nói thẳng vào mục tiêu, nên không cần phải sử dụng quá nhiều câu hỏi đóng – chúng cần thiết cho việc gọi ra các thông tin của các triệu chứng chắc chắn.

Cần phải có kinh nghiệm và thực hành trên lâm sàng nhiều, mới có đủ cảm giác tự tin và không bị bối rối khi trò chuyện với những BN có những vấn đề khó khăn về tâm lý có đi kèm với những dấu hiệu lâm sàng chắc chắn hoặc khi hỏi BN về những vấn đề giới tính hoặc đời sống tình dục của họ. Tất nhiên, người thầy thuốc cần có thái độ đồng cảm với những vấn đề khó khăn mà BN đang gặp phải.

Trong khi BN kể cho chúng ta nghe về câu chuyện của họ, lúc đó chúng ta nên đưa ra các giả thiết về các vấn đề hoặc chẩn đoán mà BN có thể gặp phải. Những giả thiết này được kiểm tra bởi những câu hỏi trọng tâm hơn sau đó và có thể bị bác bỏ hoặc được tiếp tục theo đuổi. Ví dụ: BN than phiền mệt mỏi, thờ ơ, không thể tập trung, ăn mất ngon, các triệu chứng này gợi ý trầm cảm. Những câu hỏi tiếp theo nên tập trung vào khả năng này. Cần hỏi những câu hỏi về các triệu chứng khác của trầm cảm: ông/bà cảm thấy thế nào về chính bản thân mình? Khí sắc của ông/bà như thế nào? Giấc ngủ của ông/bà như thế nào?

### **37.1.1. Câu hỏi mở đầu**

Đánh giá các triệu chứng của BN tâm thần nên bắt đầu bằng những câu hỏi không đe dọa. Sau khi bác sĩ giới thiệu mình, có thể bắt đầu bằng những thông tin hành chính cơ bản như (tuổi, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp, nơi ở, những người chung sống với BN,...) và sau đó tạo cho BN cảm giác dễ chịu bằng những câu chuyện ngoài lề. Một vài trường hợp, vấn đề liên quan đến tâm lý hoặc tâm thần có thể xuất hiện rõ ràng. Ví dụ, BN nói: tôi đi khám vì tôi cảm thấy chán nản. Tuy nhiên, nhìn bề ngoài các vấn đề tâm thần rõ ràng có thể có nguyên nhân từ các bệnh lý thực thể. Ví dụ: suy chức năng tuyến giáp hoặc mắc một bệnh nội khoa trầm trọng nào đó gần đây. Thường xuyên hơn, vấn đề tâm thần xuất hiện từ một vấn đề thông thường: tôi không có năng lượng và tôi cảm thấy mệt mỏi suốt ngày. Triệu chứng này có thể do trầm cảm hoặc nguyên nhân thực thể như thiếu máu. Nên

nhớ rằng các vấn đề tâm thần và thực thể có liên quan mật thiết với nhau. Hiếm khi các cuộc trò chuyện chỉ tập trung hoàn toàn vào các vấn đề tâm thần.

### 37.1.2. Khởi phát các triệu chứng

Để đánh giá sự khởi phát bệnh, chúng ta nên bao trùm ở nhiều góc độ tiếp cận khác nhau.

#### 37.1.2.1. Vấn đề

Để tìm ra vấn đề của BN một cách tự nhiên nhất cũng như sự chấp nhận của họ là rất khó khăn. Tất nhiên rồi, sẽ là khó nếu BN bị loạn thần và không tin rằng có bất cứ vấn đề nào tồn tại trong họ. Ví dụ: BN hưng cảm có thể suy nghĩ rằng mình không bao giờ sai và thái độ của họ là hợp lý. Nhưng trái lại, người nhà của họ có thể nhận ra rằng việc thuê một chiếc xe thể thao đắt tiền khi gia đình đang túng quẫn thì thật sự là có vấn đề.

Độ nặng của các triệu chứng trong các rối loạn tâm thần thường gặp cần được xem xét lại trong bảng đánh giá khởi phát triệu chứng. Nó bao gồm sự thay đổi khí sắc, lo âu, lo lắng, cách ngủ, sự ngon miệng, ảo giác, hoang tưởng. Việc thiết lập một bộ câu hỏi cho mỗi bệnh được đề cập trong Bảng 37.1.

#### Bảng 37.1. Các rối loạn tâm thần thường gặp và các câu hỏi đánh giá.

##### RỐI LOẠN KHÍ SẮC (MOOD DISORDERS)

Rối loạn khí sắc là một rối loạn bệnh lý (trầm cảm hoặc hưng cảm) với đặc điểm trầm cảm hoặc hưng cảm chiếm ưu thế trong khoảng thời gian nào đó. Chúng phân biệt nhau bởi khí sắc bình thường và thay đổi theo thời gian, độ nặng và sự dai dẳng của các triệu chứng. Có thể đi kèm với các triệu chứng khác và sự suy giảm chức năng.

##### Rối loạn lưỡng cực (bipolar disorder)

Định nghĩa rối loạn lưỡng cực là các cơn hưng cảm xen kẽ với trầm cảm, giao giữa hai giai đoạn này là cảm xúc bình thường.

##### a) Hưng cảm (mania)

- Tăng khí sắc, hoang tưởng tự cao, rối loạn hành vi (tăng hoạt động và mất kiểm soát hành vi).
- Triệu chứng khác: nói nhanh, nói nhiều và dễ bị kích thích, giảm nhu cầu ngủ, mất khả năng ức chế (xuất hiện hành vi buông thả như: tiêu nhiều tiền vào các cuộc ăn chơi, hành vi tình dục lố lỉnh, hành vi xã hội quá thân mật).

##### Questions box 37.1. Những câu hỏi để hỏi BN bị hưng cảm.

1. Ông/bà có thấy mình giỏi một cách đặc biệt không?
2. Ông/bà muốn ngủ ít hơn so với bình thường?
3. Ông/bà có thấy mình là một người đặc biệt hay có sức mạnh đặc biệt?
4. Có khi nào ông/bà có những việc làm quá mức hơn so với thường ngày?

##### b) Trầm cảm (depression)

- Rối loạn có đặc điểm: khí sắc trầm + sự hiện diện của thay đổi thực thể (rối loạn giấc ngủ, ăn mất ngon, mệt mỏi và tăng cân), tâm lý (giảm tự tin, lo âu, ý tưởng bị tội, ý tưởng tự sát), xúc động (buồn, dễ bị kích thích, mất hứng thú, mất sinh lực), triệu chứng tâm thần vận động (vận động chậm chạp, bối rối).

##### Questions box 37.2. Những câu hỏi để hỏi BN bị trầm cảm.

1. Ông/bà cảm giác về bản thân mình như thế nào?
2. Khí sắc của ông/bà như thế nào?
3. Có bao giờ ông/bà buồn, chán nản, thất vọng hay tuyệt vọng?
4. Có bao giờ ông/bà mất hứng thú với các hoạt động thiết yếu hằng ngày?
5. Giấc ngủ của ông/bà như thế nào?

## **RỐI LOẠN LO ÂU (ANXIETY DISORDERS)**

Định nghĩa: BN trải qua tình trạng lo âu quá mức. Lo âu có thể là thực thể (đánh trống ngực, khó thở, miệng khô, nôn ói, đi tiểu thường xuyên, chóng mặt, căng cơ, vã mồ hôi, tăng nhu động ruột, run, da lạnh) hoặc tâm lý (sự kinh sợ, nỗi sợ hãi, dễ bị kích thích, hoang mang, lo âu, căng thẳng về tinh thần, lo lắng quá mức về tin đồn nhảm nhí, khó tập trung, mất ngủ, không thể thư giãn).

### **1. Rối loạn lo âu thông thường (generalised anxiety disorder – GAD)**

- Rối loạn mạn tính với khuynh hướng lo âu quá mức về tất cả mọi thứ xuất hiện mỗi ngày.
- Các triệu chứng đi kèm: lo âu, căng thẳng về tinh thần (lo lắng, mất tập trung, bực mình, dễ cáu gắt), căng thẳng về thực thể.

### **Questions box 37.3. Những câu hỏi để hỏi BN có rối loạn lo âu.**

1. Ông/bà có cảm thấy lo lắng hay căng thẳng?
2. Ông/bà có lo lắng về nhiều vấn đề xảy ra xung quanh ông/bà không? Có khó khăn khi muốn nghỉ ngơi hay dừng lại không?
3. Ông/bà có lo lắng về những thứ mà nhiều người không bao giờ lo lắng về chúng?

### **2. Rối loạn hoảng sợ (panic disorder)**

- Đặc trưng bởi những cơn hoảng loạn xảy ra trong những tình huống tự phát mà đa số mọi người không lo sợ.
- Triệu chứng đặc trưng bởi các rối loạn thực thể (hồi hộp, đánh trống ngực, đau ngực, cảm giác nghẹt thở, co thắt dạ dày, chóng mặt, cảm giác thấy mơ hồ) hoặc sợ hãi với một số thảm họa (mất kiểm soát, mất trí, đau tim, đột tử). Chúng xuất hiện bất thành hình, nhanh chóng và mất đi sau vài phút.

### **Questions box 37.4. Những câu hỏi để hỏi BN có rối loạn hoảng sợ.**

1. Ông/bà có khi nào có cơn rối loạn hoảng sợ cấp tính (đột ngột có cảm giác rất lo lắng hoảng sợ và cảm giác một điều tồi tệ nào đó sắp xảy ra?)
2. Sự hoảng sợ của ông/bà xảy ra trong trường hợp mà người khác không sợ hãi không?
3. Nó có thể đến vào bất kỳ lúc nào không?

### **3. Ám ảnh sợ khoảng rộng (phobic anxiety)**

- Định nghĩa: rối loạn có sự tránh né riêng biệt một số nơi (như: siêu thị, ga tàu hỏa) nơi mà họ cảm thấy sợ hãi, có thể có những cơn hoảng loạn và không thể trốn chạy.

### **Questions box 37.5. Những câu hỏi để hỏi BN có ám ảnh sợ khoảng rộng.**

1. Ông/bà có từ chối việc đi ra ngoài không?
2. Ông/bà từ chối đi đến một vài địa điểm vì ông/bà sợ rằng ông/bà có thể có những cơn hoảng loạn?

### **4. Rối loạn ám ảnh và cưỡng bức (obsessive – compulsive disorder)**

- Rối loạn vừa có ám ảnh và cưỡng bức gây ảnh hưởng đến cuộc sống thường ngày.

### **Questions box 37.6. Những câu hỏi để hỏi BN có rối loạn ám ảnh và cưỡng bức.**

1. Ông/bà có nhiều thói quen hay sở thích mà ông/bà phải thực hiện chúng mỗi ngày không?
2. Chúng có là nguyên nhân dẫn đến các vấn đề của ông/bà hoặc khiến ông/bà lo âu không?
3. Ông/bà có thấy rằng, ông/bà phải làm nhiều thứ mặc dù chúng dường như không cần thiết và nó giúp ông/bà ngăn chặn ám ảnh đó?
4. Có bao giờ ông/bà có một suy nghĩ diễn ra trong đầu ông/bà và ông/bà không thể giải thoát khỏi chúng không?

## **CÁC RỐI LOẠN LIÊN QUAN ĐẾN STRESS**

### 1. Rối loạn stress cấp tính (acute stress disorder)

– Đặc trưng bởi sự xuất hiện trong thời gian rất ngắn sau một sang chấn với các triệu chứng: lo âu, trầm cảm, rối loạn giấc ngủ, có vấn đề về trí nhớ hoặc sự tập trung. Các hình ảnh, giấc mơ, đoạn hồi tưởng về sang chấn đó có thể xảy ra.

### Questions box 37.7. Những câu hỏi để hỏi BN có rối loạn stress cấp tính.

1. Ông/bà đang có vấn đề liên quan đến,...
2. Có bao giờ ông/bà cảm thấy mình lo âu hay lo lắng quá mức? Hoặc chán nản, thất vọng? Không thể loại những suy nghĩ đó ra khỏi đầu.
3. Có bao giờ ông/bà rối loạn giấc ngủ không?
4. Ông/bà có điều gì tồi tệ trong ký ức không?

### 2. Rối loạn stress sau sang chấn (post – traumatic stress disorder)

– Sự kiện sang chấn có tác động nặng nề riêng rẽ diễn ra trong 6 tháng trở lại đây.

– Đặc trưng sự tái hiện lại và lặp lại các hình ảnh, giấc mơ, hồi ức về sang chấn. Giấc ngủ sự tập trung, trí nhớ, khí sắc và sự chú ý có thể bị rối loạn. Ngoài ra còn có thể có trạng thái thờ ơ, không có cảm xúc và tránh né những thứ có thể gợi lại sự kiện trên.

### Questions box 37.8. Những câu hỏi để hỏi BN có PTSD.

1. Từ sau sự việc ... xảy ra, có bao giờ ông/bà cảm thấy phiền muộn về những ký ức tồi tệ đó không?
2. Có bao giờ ông/bà gặp ác mộng không?
3. Có bao giờ giấc ngủ của ông/bà bị rối loạn không?
4. Ông/bà có lo lắng với những kí ức của mình không?
5. Ông/bà có cố gắng để tránh né bất kỳ sự việc nào gợi nhớ đến sự kiện đó không?
6. Ông/bà hay hốt hoảng, bồn chồn không?

### TÂM THẦN PHÂN LIỆT VÀ RỐI LOẠN

### HOANG TƯỞNG (SCHIZOPHRENIA AND DELUSIONAL DISORDER)

– Đặc trưng bởi sự xuất hiện các rối loạn hoang tưởng, cách suy nghĩ (khó hiểu để liên kết các ý nghĩ của người bệnh), ảo giác (ảo giác thường là ảo thính), hành vi (đi lang thang hoặc hành vi kỳ quái) và cảm xúc (thờ ơ hoặc hội chứng cai).

### Questions box 37.9. Những câu hỏi để hỏi BN có tâm thần phân liệt và rối loạn hoang tưởng.

1. Ông/bà có bao giờ nghe thấy tiếng người đang nói chuyện trong khi xung quanh không có ai?
2. Ông/bà có bao giờ nghe giọng nói ở bên tai như thể là có ai đó ở đây?
3. Ông/bà có nghe thấy tiếng người nói chuyện trong đầu của ông/bà như thể có ai đang ở đây?
4. Ông/bà có bất kỳ suy nghĩ hay niềm tin nào mà người khác cho là bất thường hoặc kỳ lạ không?
5. Ông/bà có cảm giác ai đó đang chống lại mình?
6. Có bao giờ ông/bà cảm thấy TV hay radio gửi một số thông điệp cho ông/bà?
7. Ông/bà có bao giờ có cảm giác như ai đó đang theo dõi hay âm mưu ám hại ông/bà?
8. Ông/bà có bất kỳ ý tưởng nào mà ông/bà không thích nói về chúng bởi sợ người khác sẽ không tin hoặc sẽ nghĩ là có một vài điều không đúng với ông/bà?

### RỐI LOẠN TÂM THẦN DO NÃO (ORGANIC BRAIN DISORDER)

– Định nghĩa: có nhiều rối loạn xảy ra đặc trưng bởi sự suy giảm chức năng của não với các biểu hiện của ở sự rối loạn hành vi như mất trí nhớ, mất định hướng và rối loạn hành vi.

### 1. Mê sảng (hội chứng não cấp)

– Rối loạn đặc trưng bởi sự khởi phát cấp tính của rối loạn ý thức cộng với sự thay đổi về hành vi mà không có sa sút trí tuệ trước đó. Nó là hậu quả sinh lý trực tiếp của các bệnh lý thực thể thông thường như nhiễm độc, hội chứng cai, sử dụng thuốc, tiếp xúc với chất độc hoặc kết hợp với các yếu tố trên.

– Đặc trưng bởi sự thay đổi tri giác, ý thức u ám. Có thể đi kèm với kém tập trung, kích động, mất trí nhớ, mất định hướng, rối loạn về cảm xúc, hoang tưởng, ảo giác, sự đa nghi và rối loạn giấc ngủ (đảo ngược hoàn toàn thời gian ngủ).

– Mê sảng giảm hoạt động: đặc trưng bởi hội chứng cai, chậm chạp trong suy nghĩ và hành vi, biểu hiện dạng giống trầm cảm.

### Questions box 37.10. Những câu hỏi để hỏi BN có mê sảng.

1. Ngày hôm nay là thứ mấy?
  2. Ông/bà đã ở đây bao lâu rồi?
  3. Địa điểm mà chúng ta đang ở tên là gì?
  4. Ông/bà có nhớ tên của tôi không?
  5. Ông/bà có bị rối loạn về sự thức tỉnh?
- Hỏi để yêu cầu BN tập trung
6. Ông/bà có thể tập trung trong mọi sự thay đổi của hoàn cảnh?
  7. Những vấn đề trên xuất hiện một cách đột ngột? (thăm khám sức khỏe tâm thần Bảng 37.4).

### 2. Sa sút trí tuệ (hội chứng não mạn)

– Sự suy giảm chung về nhận thức, trí nhớ và nhân cách nhưng không có suy giảm về ý thức. Đặc trưng bởi mất trí nhớ (đặc biệt là trí nhớ gần), sự mất định hướng và hủy hoại các chức năng xã hội, hành vi và khả năng kiểm soát cảm xúc (có thể xuất hiện sớm: buồn bã hay kích động).

### Questions box 37.11. Những câu hỏi để hỏi BN có sa sút trí tuệ

1. Hôm nay là ngày mấy?
2. Ông/bà ở đây được bao lâu rồi?
3. Nơi ông/bà đang ở là nơi nào?
4. Ông/bà có nhớ tên tôi không? (Bảng 37.4 về khám sức khỏe tâm thần.)

## MỘT SỐ RỐI LOẠN KHÁC

Có nhiều rối loạn khác có thể xuất hiện với các vấn đề thực thể hoặc có thể thấy ở khoa cấp cứu với một số biến chứng (đặc biệt là tự sát).

### A. Rối loạn ăn uống (chán ăn, thèm ăn tâm thần)

– Đa số gặp ở phụ nữ, họ gặp vấn đề về vóc dáng cơ thể với một nỗi sợ hãi không giải thích được về sự béo phì. Họ làm mọi biện pháp mạnh mẽ để giảm cân (ăn kiêng, nôn ói, sử dụng thuốc xổ, tập thể dục quá mức). BN phủ nhận việc mình có vấn đề về cân nặng và sở thích ăn uống.

– Thèm ăn tâm thần có đặc điểm ăn uống điên cuồng theo sau là nôn ói và uống thuốc xổ. Chán ăn tâm thần có đặc điểm ăn kiêng quá mức, nhưng có thể cũng xuất hiện ăn nhiều, nôn ói và dùng thuốc xổ. BN sẽ thiếu cân một cách trầm trọng và xuất hiện các dấu hiệu của suy dinh dưỡng. Vô kinh cũng là biểu hiện thường gặp.

### Questions box 37.12. Những câu hỏi để hỏi BN có rối loạn ăn uống

1. Ông/bà có lo lắng về cân nặng của ông/bà?
2. Ông/bà có nghĩ là ông/bà mập không? Ông/bà cảm thấy gì về cân nặng của ông/bà?
3. Ông/bà đang ăn kiêng? Những điều mà ông/bà làm để kiểm soát cân nặng của mình?
4. Có bao giờ ông/bà làm cho mình bị bệnh sau một bữa ăn?

### B. Các rối loạn dạng bản thể

#### 1. Rối loạn bản thể

– Đặc trưng bởi nhiều lời than phiền thực thể mà không thể giải thích rõ ràng bằng bệnh thực thể. Đặc biệt là những than phiền về các cơ quan như:

### Questions box 37.13. Những câu hỏi để hỏi BN có rối loạn bản thể.

1. Ông/bà có vấn đề y khoa nào khác không?
2. Có khi nào ông/bà có các triệu chứng mà bác sĩ



dạ dày, tim mạch, hô hấp, cơ xương khớp, kinh nguyệt. Thường khởi đầu ở tuổi vị thành niên hoặc giai đoạn sớm của tuổi trưởng thành và có các yếu tố nguy cơ của biến chứng do thầy thuốc gây ra.

không thể tìm được nguyên nhân?

3. Ông/bà có thường xuyên bị bệnh không?

## 2. Rối loạn nghi bệnh

– Những BN này sợ hãi cho rằng họ có một bệnh nặng mặc dù việc sử dụng lại thuốc được bảo đảm và bị ám ảnh bởi các triệu chứng thực thể. Họ thường cố gắng tìm được lý do để tiếp tục uống thuốc. Một vài trường hợp, rối loạn có thể bị đánh lừa (nhiễm kí sinh trùng ở da).

### Questions box 37.14. Những câu hỏi để hỏi BN có rối loạn nghi bệnh.

1. Ông/bà có lo lắng về sức khỏe của ông/bà?
2. Ông/bà nghĩ rằng điều gì là không đúng với sức khỏe của mình?
3. Bác sĩ đã nói gì với ông/bà?

## 3. Các rối loạn phân ly (hysteria)

– BN xuất hiện các bất thường về thần kinh mà không giải thích được. Một số triệu chứng như: mù, rối loạn dáng đi, mất cảm giác, liệt vận động, mất khả năng nói. Thường xuất hiện sau sang chấn tâm lý đột ngột và tiền sử có nhiều đợt tương tự.

### Questions box 37.15. Những câu hỏi để hỏi BN có rối loạn phân ly.

1. Ông/bà có nhận thấy các hành vi của ông/bà là không đúng không?
2. Ông/bà đã làm những test gì rồi?
3. Ông/bà nói gì về căn bệnh của mình?

## LẠM DỤNG CHẤT

– Bao gồm lạm dụng rượu, sử dụng thuốc cấm, thuốc bán theo đơn.

## RỐI LOẠN NHÂN CÁCH

– Đặc trưng bởi các triệu chứng không đặc hiệu gồm: rối loạn về hành vi, có vấn đề với kiểm soát các cơn tức giận, các mối quan hệ cá nhân và khí sắc. Thường có nhiều vấn đề liên quan đến nhiều khía cạnh nhân cách của BN.

– Việc cá nhân cố ý lặp đi lặp lại các hành vi tự làm hại bản thân thường có rối loạn nhân cách. Họ có thể có những hành vi không thể dự đoán trước, khi ở BV, họ thường gây nhiều khó khăn cho các nhân viên y tế.

### Questions box 37.16. Những câu hỏi để hỏi BN có rối loạn nhân cách.

1. Có bao giờ ông/bà cố gắng gây hại cho chính bản thân mình?
2. Ông/bà đang có vấn đề với các mối quan hệ của mình không?

## SUY NHƯỢC THẦN KINH

– Vấn đề đang được tranh luận bao gồm phân độ WHO cho các rối loạn tâm thần.

## RỐI LOẠN TÂM THẦN SAU SINH

– Bao gồm loạn thần và trầm cảm sau sinh. Việc phát hiện sớm rối loạn này ở mẹ và trẻ rất quan trọng. Nó phân biệt với một hội chứng gọi là trầm cảm sau sinh (post partum blues – xuất hiện từ ngày thứ 4, 5 sau khi sinh, các tính chất bao gồm dễ khóc, dễ cáu kỉnh, buồn và thất vọng, kết thúc ngày thứ 10 sau khi sinh). Người mẹ xuất hiện các triệu chứng đặc biệt: lo lắng quá mức về đứa trẻ hoặc cảm thấy thất bại hoặc mất phương hướng trong việc làm mẹ. Nó có thể còn là sự mất tình cảm của đứa trẻ và người mẹ trở nên cô lập với mọi người. Về loạn thần sau khi sinh, trẻ có thể gặp phải những vấn đề do loạn thần của mẹ.

### Questions box 37.17. Những câu hỏi để hỏi BN có rối loạn tâm thần sau sinh.

1. Có bao giờ bà lo lắng khi bà có thể muốn gây tổn thương cho con mình?
2. Có bao giờ bà suy nghĩ việc làm tổn thương chính mình?

Việc khai thác các triệu chứng về lo âu và trầm cảm là rất quan trọng (đây là những rối loạn tâm thần thường gặp). Một cách tiếp cận đơn giản liệu BN có trầm cảm hay không bằng các câu hỏi:

- Tháng vừa qua, ông/bà có cảm thấy buồn chán, thất vọng không?
- Ông/bà có cảm thấy mất đi sự thích thú, hài lòng khi làm một việc gì không?

Nếu câu trả lời là có đối với các câu trả lời trên, chúng ta nên tìm kiếm các thông tin chi tiết về trầm cảm (LR+ = 2,9 và LR- = 0,05). Nhớ rằng, việc sử dụng những câu hỏi tầm soát kiểu như vậy với tất cả các BN (với những BN có khả năng rất thấp mắc bệnh hoặc xác suất mắc trầm cảm thấp) có thể gây dương tính giả.

Định nghĩa các triệu chứng khác được nêu trong Bảng 37.2. Nó rất quan trọng khi hỏi về tiền sử sử dụng thuốc (hợp pháp hay không) cũng như rượu và chất kích thích (liên quan đến rối loạn lo âu).

**Bảng 37.2. Triệu chứng của các bệnh tâm thần.**

<b>Ảnh hưởng</b>	Khả năng hành vi quan sát được đánh giá bởi trạng thái cảm xúc bên trong của con người.
<b>Kích động</b>	Sự gia tăng quá mức các hoạt động kết hợp những căng thẳng về nội tâm. Các hoạt động thường không đa dạng và lặp đi lặp lại. Bao gồm các hành vi: đứng ngồi không yên, tăng vận động, tay liên tục cựa quậy, cầu xé quần áo, không thể duy trì trạng thái ngồi lâu.
<b>Lo âu</b>	Sự sợ hãi dự đoán được về mối nguy hiểm hoặc sự rủi ro ở tương lai. Nó thường kết hợp với cảm giác căng thẳng và triệu chứng của hệ thần kinh tự động.
<b>Rối loạn phân ly</b>	Mất hoặc thay đổi chức năng vận động và cảm giác. Các yếu tố tâm lý được đánh giá kết hợp với sự tiến triển của các triệu chứng không được giải thích bởi điều kiện về giải phẫu hay sinh lý. Triệu chứng là kết quả của những xung đột vô thức và không giả vờ?
<b>Hoang tưởng</b>	Niềm tin hoặc ý tưởng sai lệch với thực tại, BN không bao giờ thừa nhận ý nghĩ của mình là sai lầm. Hoang tưởng không liên quan đến học vấn, văn hóa và địa vị xã hội.
<b>Sự giải thể nhân cách</b>	Thay đổi về trạng thái thức tỉnh của BN. Cảm giác đặc biệt như thể họ không có thật.
<b>Mất nhận thức</b>	Sự thay đổi về nhận thức hoặc trải nghiệm từ thế giới bên ngoài dường như không có thật.
<b>Mất định hướng</b>	Lẫn lộn về thời gian trong ngày, ngày hoặc mùa, nơi chốn và con người.
<b>Tư duy phi tán</b>	Những lời nói liên tục, nối tiếp nhau với sự thay đổi đột ngột từ chủ đề này sang chủ đề khác dựa trên thông tin hiểu biết phù hợp, sao nhãng các kích thích hoặc chơi chữ. Trong trường hợp nặng, lời nói có thể không có trật tự hoặc thể hiện sự rời rạc.
<b>Tự cao</b>	Sự đánh giá quá mức về giá trị, sức mạnh, sự hiểu biết, tầm quan trọng, cá tính. Khi nặng lên, có thể trở thành hoang tưởng thật sự.
<b>Ảo giác</b>	Cảm giác như có thật về sự vật, hiện tượng nhưng xảy ra khi không có kích thích phù hợp từ bên ngoài đến các giác quan. Nó không sử dụng trong trường hợp cảm giác sai lệch xuất hiện trong giấc mơ, khi buồn ngủ hoặc mới thức dậy

	(mơ màng).
<b>Tư duy liên hệ</b>	Cảm thấy các sự kiện xảy ra không chủ định, các sự kiện bên ngoài có ý nghĩa đặc biệt và không bình thường nhưng lại có ý nghĩa riêng biệt với người đó.
<b>Ảo tưởng</b>	Nhận thức sai lầm hoặc ý nghĩa sai lầm về các kích thích thực tế bên ngoài.
<b>Khí sắc</b>	Là trạng lực của cảm xúc, mang tính kéo dài và ổn định trong một thời gian, tô điểm cho cảm giác về thế giới xung quanh.
<b>Định kiến</b>	Niềm tin vô lý, quá mức đang tồn tại nhưng không mạnh bằng hoang tưởng (người bệnh có khả năng biết được niềm tin đó là không đúng). Niềm tin này được chấp nhận bởi các thành viên khác của một cộng đồng hay nền văn hóa.
<b>Nhân cách</b>	Tổng thể nhận thức lâu dài, các mối quan hệ và suy nghĩ về môi trường và bản thân.
<b>Ám ảnh sợ hãi</b>	Nỗi sợ không hợp lý về một sự vật đặc biệt, một hoạt động hay tình huống (ám ảnh kích thích) kết quả là hình thành một hành động bắt buộc để né tránh nó.
<b>Nói dồn dập</b>	Lời nói tăng về số câu chữ, tốc độ và khó ngắt lời. Thường nói rất lớn và mạnh mẽ. Người bệnh thường nói khi không có kích thích từ bên ngoài và có thể nói chuyện dù không có ai nghe.
<b>Chậm chạp vận động</b>	Hiện diện thường xuyên sự chậm chạp trong hoạt động và lời nói.
<b>Loạn thần</b>	Dùng với nghĩa mất hết sự kết nối với thực tại, bao hàm cả sự xuất hiện của ảo giác và hoang tưởng.

### Text box 37.1. Đánh giá nguy cơ tự sát.

- Tự sát có thể là bi kịch, là kết quả của bệnh tâm thần. Đánh giá về yếu tố nguy cơ tự sát là một phần cần thiết trong cuộc trò chuyện về tâm thần.
- Khi hỏi về vấn đề này không có nghĩa là làm tăng nguy cơ hay gieo rắc ý tưởng tự sát vào đầu BN. Nó có thể làm giảm nguy cơ, để họ có thể cảm thấy tin tưởng và nói ra hết nỗi sợ của họ. Yếu tố nguy cơ tự sát được đánh giá bởi những câu hỏi trực tiếp rằng BN có dự tính trước điều đó không?

#### Câu hỏi:

1. Có bao giờ ông/bà nghĩ cuộc sống này không đáng sống không?
2. Có bao giờ ông/bà cảm thấy tồi tệ đến nỗi có suy nghĩ muốn kết thúc mọi thứ không?

#### Nếu “có”:

1. Có bao giờ ông/bà nghĩ sẽ tự sát?
2. Ông/bà nghĩ sẽ thực hiện điều đó như thế nào?
3. Ông/bà đã từng lên kế hoạch để thực hiện nó?

### 37.1.2.2. Hoàn cảnh khởi phát bệnh

Bệnh tâm thần hiếm khi xảy ra mà không có nguyên do và thường có một sự kiện làm khởi phát bệnh, mặc dù nó có thể không rõ ràng khi bắt đầu. Các sự kiện bao gồm một loạt các trải nghiệm có thể ảnh hưởng đến BN hoặc một thành viên trong mạng lưới quan hệ xã hội của BN. Các sự kiện như vậy cũng có thể là bệnh thực thể, điều trị bằng thuốc hoặc không tuân thủ điều trị có thể gợi ý khởi phát. BN có bệnh lý về tâm thần thường không tuân thủ điều trị vì họ coi điều đó chưa xứng đáng với bệnh họ đang mắc. Điều này ít gặp ở những người không có bệnh lý về tâm thần, nhưng nếu điều đó xảy ra sẽ là một đóng góp to lớn vào sự tái phát của bệnh.

### 37.1.2.3. Yếu tố nguy cơ

Một đánh giá về các yếu tố nguy cơ gây hại BN, cả cho mọi người và chính bản thân

họ là điều cần thiết. Nó cho chúng ta biết liệu BN có muốn điều trị tự nguyện hay không. BN loạn thần, trong một vài trường hợp muốn được điều trị tự nguyện dưới sự quản chế phù hợp thì các đặc điểm cần thiết sau nên được ưu tiên: (1) BN có bệnh về tinh thần, (2) BN đang gây nguy hiểm cho chính họ và người khác. Đánh giá sự nguy hiểm cho người khác là rất khó, cách dự đoán tốt nhất là dựa vào tiền sử đe dọa/gây hại cho người khác. Tốt nhất trong trường hợp này là thiên về mặt dự báo cẩn trọng cho những người khác. Đánh giá về yếu tố nguy cơ tự sát nên được đưa vào với sự nhạy cảm và cách tiếp cận trực tiếp, được nêu trong Text box 37.1.

### 37.1.3. Tiền sử bệnh tật và điều trị trước đây

#### Bảng 37.3. Một số loại thuốc thần kinh và tác dụng chủ yếu.

Giải lo âu (benzodiazepines, beta – blockers [kiểm soát triệu chứng thực thể]).	Rối loạn lo âu, hội chứng cai rượu, mất ngủ.
Thuốc chống loạn thần thứ yếu, phenothiazines, butyrophenones, hầu hết các thuốc an thần.	Tâm thần phân liệt, hưng cảm, mê sảng.
Thuốc chống trầm cảm (ba vòng, ức chế chọn lọc tái hấp thu serotonin– SSRI, ức chế hấp thu serotonin – noradrenaline [SNRI]).	Trầm cảm, rối loạn lo âu, rối loạn ám ảnh – cưỡng chế.
Thuốc ổn định khí sắc: lithium, thuốc chống động kinh như carbamazepine, natri valproate.	Ngăn chặn rối loạn lưỡng cực hoặc điều trị hưng cảm.

Cả tiền sử bệnh lý tâm thần và thực thể trước đây cần được đánh giá. Và được đánh giá giống như các bệnh lý thực thể thông thường khác. Điều này nên được thực hiện bắt buộc để có thể tái hiện lại các đợt bệnh trước đây và hướng đến sự tái phát. Kết quả thu được không chỉ là kết quả chẩn đoán mà còn là việc điều trị và kết quả điều trị của BN trước đây.

Khai thác về tiền sử điều trị không dùng thuốc bao gồm: tư vấn, liệu pháp tâm lý, liệu pháp sốc điện và liệu BN có hiệu quả đối với phương pháp điều trị hay không. Và có khi nào BN phải nhập viện điều trị tại đơn vị tâm thần không? Nếu có thì bao lâu?

Tìm kiếm trên thông tin về tiền sử điều trị sử dụng thuốc; đặc biệt thuốc hướng tâm thần (xem Bảng 37.3), hiệu quả và tác dụng phụ của thuốc. Các thuốc chống loạn thần thường có tác dụng phụ kéo dài (xem List 37.1).

#### List 37.1. Các tác dụng phụ thường gặp của thuốc chống loạn thần.

1. Anticholinergic: khô miệng, nhìn mờ, bí tiểu, rối loạn cương dương, hội chứng chuyển hóa (tăng cân, đề kháng, tăng lipid máu), an thần kéo dài.
2. Tăng nhạy cảm quá mức: viêm da do nhạy cảm với ánh sáng, vàng da ứ mật, mắt bạch cầu hạt (clozapine)
3. Thuốc ức chế dopamine: parkinson, mất kiểm soát vận động tay chân, rối loạn vận động tự ý, rối loạn trương lực cơ, chứng vú to ở nam, hội chứng an thần ác tính.

### 37.1.4. Tiền sử gia đình

Đây là phần quen thuộc trong nhiều rối loạn về tâm thần. Hai khía cạnh cần được đánh giá trong tiền sử gia đình.

– Đầu tiên, hỏi BN một cách khéo léo nếu có bất cứ ai trong gia đình có bất kỳ bệnh

nào về tâm thần hay tâm lý hoặc có liên quan đến tự sát. Bác sĩ cũng nên hỏi nếu bất kỳ ai trong gia đình có điều trị các vấn đề liên quan đến tâm thần như lo âu, trầm cảm, ám ảnh sợ khoảng rộng, rối loạn ăn uống, vấn đề liên quan đến thuốc và rượu. Một vài vấn đề thường không được xem xét với BN bị loạn thần hay có bệnh về tâm thần.

– Thứ hai, cố gắng xác định các thành viên trong gia đình của BN bằng cây sơ đồ phả hệ. Những thông tin chính xác của mỗi thành viên cần cho cây sơ đồ phả hệ (tuổi, trạng thái tinh thần, sức khỏe). Ngoài ra, trong bệnh sử tâm thần người bác sĩ còn muốn biết về tính cách của từng thành viên trong gia đình và sự hòa thuận của họ. Cố gắng khai thác xem sự chăm sóc (hay thờ ơ) với BN của cha/mẹ họ như thế nào? Sự nuôi dạy và bảo vệ của họ như thế nào? Hai yếu tố trên cũng cho thấy sự quan trọng cho việc chi phối căn bệnh hiện tại của BN. Hỏi về chất lượng mối quan hệ của cha mẹ và không khí chung của gia đình.

Sự bạo hành trẻ em (về cảm xúc, thể chất hoặc tình dục) có thể là một sự kiện quan trọng đưa đến sự xuất hiện của nhiều bệnh và ta nên hỏi về những điều này. Có thể bắt đầu với những câu hỏi như: đôi khi trẻ em có thể có những trải nghiệm xấu, bác tự hỏi không biết cháu có không? Có ai đó muốn hãm hại hay đe dọa cháu không? Về vấn đề quấy rối tình dục? Cháu có thể nói cho cô (chú) nghe chuyện gì đã xảy ra?

Có được dữ liệu chi tiết về tiền sử gia đình giúp ta dựng nên toàn cảnh về sự phát triển của BN và để biết cần phải làm gì tiếp theo.

### 37.1.5. Tiền sử về bản thân và xã hội

Sử dụng các câu hỏi mở là cách tốt nhất để thu được các thông tin về tiền sử bản thân và xã hội. Có thể hỏi: ông/bà có thể nói cho tôi nghe một chút về những thứ xung quanh ông/bà, về sự phát triển của ông/bà, một phần tuổi thơ của ông/bà, những điều quan trọng về thời thơ ấu làm ông/bà nhớ nhất? Sau đó cho phép BN kể về câu chuyện của họ. Trong quá trình kể chuyện, BN có thể được gợi ý để bổ sung thêm thông tin về những mốc quan trọng: tiền sử sinh nở (tâm thần phân liệt có liên quan đến các bệnh xảy ra trong thời kỳ mang thai), sự phát triển sớm và liệu có những vấn đề trầm trọng về thời thơ ấu, như chấn thương đầu hoặc nhiễm trùng nghiêm trọng. BN đối phó thế nào với việc sống tự lập sớm, việc này thường xảy ra khi trẻ bắt đầu đi học tiểu học hoặc lên trung học (sự khó khăn trong cuộc sống tự lập là yếu tố nguy cơ cho rối loạn hoang sợ và những hành vi bệnh bất thường). Hỏi thêm BN về các mối quan hệ xã hội, tình bạn, trường học, khả năng học vấn, mối quan hệ trong độ tuổi thanh thiếu niên. Ở độ tuổi trưởng thành nên tập trung vào chất lượng các mối quan hệ thân thuộc và mạng lưới hỗ trợ xã hội, đặc biệt là những người BN tin tưởng.

Nơi sinh sống của BN trong nhiều trường hợp cần được khai thác giống như các bệnh lý thực thể khác. Bác sĩ cũng nên tập trung vào nghề nghiệp của BN: không chỉ là loại hình nghề nghiệp mà còn là khả năng đương đầu với công việc hoặc nếu họ không có việc làm thì họ sẽ đối phó với điều đó như thế nào.

**Nhân cách trước khi mắc bệnh.** Một đánh giá về nhân cách của BN trước khi mắc bệnh nên được tiến hành. Yêu cầu BN nói về chính bản thân họ. Nhân cách có thể được mô tả với những nét chính như: ám ảnh, sự nóng nảy, cấu gắt hay mệt mỏi quá sức. Không cần thiết phải sử dụng một hệ thống đầy đủ để mô tả tính cách của họ. Việc đánh giá này

là quan trọng trong cả khía cạnh tích cực và tiêu cực của BN, cách họ đối mặt hoặc phản ứng lại với những khó khăn trong cuộc sống, sở thích của họ, những mặt mạnh và mặt yếu kém đang hiện hữu trong họ.

## 37.2. THĂM KHÁM TRẠNG THÁI TÂM THẦN

Khi đánh giá BN, cần thận trọng trong việc quan sát đáng điệu hành vi, đặc điểm lời nói, thái độ và cách tương tác với bác sĩ. Những quan sát này được tập hợp với nhau thành hệ thống gọi là thăm khám trạng thái tâm thần. Đây không phải là một vài thứ “đã được thực hiện” khi kết luận một bệnh sử tâm thần, nó là một phần cần thiết trong quá trình đánh giá toàn diện BN.

Tuy nhiên có nhiều nghiệm pháp cần được sắp xếp một cách phù hợp để trở thành một phần trong thăm khám sức khỏe tâm thần. Nó bao gồm đánh giá trạng thái nhận thức (sự định hướng, trí nhớ, chú ý, việc đăng kí khám chữa bệnh của BN) và kiểm tra về sự rối loạn tri giác, một vài trường hợp là rối loạn tư duy. Test thăm khám sức khỏe tâm thần cung cấp cho chúng ta nhiều thông tin có giá trị chẩn đoán. Ở một số rối loạn, những thông tin này là đầu mối cho chẩn đoán.

Các chủ đề của việc thăm khám được ghi lại và đề cập trong Bảng 37.4, kết hợp với các nghiệm pháp khác trong đánh giá nhận thức của BN. Bảng này cũng trình bày một số đặc điểm bất thường trong thăm khám sức khỏe tâm thần thường gặp trong một số rối loạn tâm thần.

**Bảng 37.4. Bảng kiểm tra trạng thái sức khỏe tâm thần.**

Mô tả căn bản	Đánh giá mô tả, quan sát căn bản	Biểu hiện bệnh lý tâm thần thường gặp	Chẩn đoán
<b>Các dấu hiệu tổng quát</b>			
<b>Đáng điệu</b>	Bao gồm hình dáng, tư thế, ăn mặc phù hợp, khuôn mặt trang điểm, chải chuốt và sạch sẽ. Chú ý bất kỳ dấu hiệu nào trên cơ thể (hình xăm,...), biểu lộ cảm xúc trên nét mặt (trầm cảm, e dè, sợ sệt, lo lắng,...).	Dáng điệu kỳ quái.	Rối loạn loạn thần (tâm thần phân liệt, hưng cảm), rối loạn nhân cách.
		Ăn mặc lười thôi, nhếch nhác.	Tâm thần phân liệt, trầm cảm, mê sảng, sa sút trí tuệ.
		E dè, sợ sệt, lo âu.	Rối loạn lo âu.
		Ăn mặc loè loẹt, mất kiểm soát.	Hưng cảm.
		Sẹo ở cổ tay, hình xăm không chuyên nghiệp.	Rối loạn nhân cách.
<b>Hành vi</b>	Sự phù hợp hành vi của BN trong suốt quá trình giao tiếp. Một số cử động bất thường: kiểu cách, định hình, tic. Thay đổi vận động: mất vận động, thay đổi hoạt động cơ thể (kích động, giảm động,...).	Hành vi bất hợp tác.	Rối loạn loạn thần, rối loạn nhân cách, mê sảng, nhiễm độc.
		Hành vi kiểu cách.	Rối loạn loạn thần.
		Hành vi định hình.	Rối loạn loạn thần, mất khả năng phát triển, các hội chứng thực thể.

		Hành vi kỳ quái.	Rối loạn loạn thần, nhiễm độc, mê sảng.
		Hung hăng, đe dọa.	Hung cảm, rối loạn nhân cách, mê sảng, nhiễm độc, rối loạn thần kinh.
		Vận động không ngừng.	Đứng ngồi không yên do tác dụng của thuốc chống loạn thần.
		Thay đổi tâm thần vận động động (hội chứng cai).	Trầm cảm, mê sảng.
<b>Thái độ đối với người khám</b>	Cách BN phản ứng, mức độ hợp tác, sẵn sàng bộc lộ các thông tin. Phạm vi của thái độ và sự sai lệch có thể xảy ra từ thù địch đến sự thân thiện.	Thái độ không hợp tác, thù hằn.	Rối loạn loạn thần, rối loạn nhân cách, mê sảng, nhiễm độc.
		Quyến rũ, ngọt ngào.	Hung cảm hoặc giảm hung cảm, rối loạn nhân cách.
<b>Khí sắc và sự phản ứng</b>			
<b>Khí sắc</b>	Trạng thái cảm xúc kéo dài: mức độ, cường độ, dao động của khí sắc. Khí sắc có thể trung tính, phấn khởi, trầm cảm, lo âu hay kích động.	Khí sắc trầm	Trầm cảm.
		Lo lắng dễ kích động	Trầm cảm, rối loạn lo âu.
<b>Phản ứng</b>	Cách BN thể hiện trạng thái, cảm xúc của họ. Có thể tràn trề, thiếu ý tứ, hạn chế, không phù hợp.	Khí sắc trầm.	Trầm cảm.
		Thiếu ý tứ, nghiêm khắc.	Tâm thần phân liệt.
<b>Sự phù hợp</b>	BN có phản ứng phù hợp với chủ đề đang nói trong suốt cuộc trò chuyện.	Không phù hợp.	Tâm thần phân liệt.
<b>Lời nói</b>	Nhịp độ, ngữ điệu và âm lượng lời nói của BN cần được mô tả. Chú ý những trường hợp rối loạn ngôn ngữ và rối loạn vận ngôn.	Tăng nhịp độ.	Hung cảm, tâm thần phân liệt cấp.
		Chậm chạp.	Trầm cảm.
<b>Rối loạn nhận thức</b>	Xuất hiện ảo giác (ảo thanh, ảo thị, ảo vị, ảo xúc). Việc kiểm tra xem có sự chi phối của bộ phận cảm giác không là rất quan trọng. Ảo giác lúc buồn ngủ hay mới thức dậy là bình thường và một số rối loạn nhận thức khác cần chú ý như ảo tưởng, phủ định nhân cách,...	Ảo thị.	Hội chứng não cấp (mê sảng), động kinh, cai rượu, ngộ độc thuốc.
		Ảo thanh.	Tâm thần phân liệt, mê sảng, tổn thương thực thể (loạn ảo).
		Ảo vị/ ảo xúc.	Động kinh, tâm thần phân liệt.
<b>Tư duy</b>			

<b>Hình thành tư duy</b>	Là quá trình suy nghĩ của BN. Nó gồm số lượng các ý tưởng (tư duy dồn dập, tư duy nghèo nàn) và cách thức hình thành tư duy. Chúng có logic và thích hợp hay rời rạc và không liên quan? Sự liên kết giữa các nội dung cần được đánh giá – trôi chảy hay rời rạc, thiếu liên kết? Chúng được kết nối bằng những quan điểm không có thực (nhịp, cách họ nói – đi kèm “tiếng vang”?).	Rối loạn hình thành tư duy.	Tâm thần phân liệt, hưng cảm, mê sảng.
		Tư duy nhịp nhanh.	Hưng cảm, tâm thần phân liệt.
		Tư duy nghèo nàn.	Tâm thần phân liệt, trầm cảm, sa sút trí tuệ.
<b>Nội dung tư duy</b>	Nội dung các suy nghĩ của BN, đi từ lo lắng, ám ảnh, đánh giá quá mức đến hoang tưởng. Các chủ đề nên được đánh giá: ý tưởng tự sát, giết người, ý nghĩ hoang tưởng. Trong tình huống bệnh thực thể sự lo lắng về bệnh tật (hoang tưởng nghi bệnh) cần được đánh giá đi cùng với suy nghĩ ấu trĩ hay huyền bí, sự phủ định bệnh tật khi đang hiện hữu.	Hoang tưởng.	Tâm thần phân liệt, hưng cảm, trầm cảm, mê sảng và các hội chứng thực thể khác.

### Các giác quan và nhận thức

*Những điều liệt kê dưới đây là những test liên quan để đánh giá cơ bản về chức năng nhận thức*

<b>Sự thức tỉnh</b>	Mức độ của tri giác cần được đánh giá. Tri giác u ám hay sự dao động của tri giác cần được chú ý.	U ám.	Mê sảng.
<b>Định hướng</b>	Định hướng về không gian, thời gian và con người. Ngày, tháng, năm, nơi chốn.	Mất định hướng.	Mê sảng, sa sút trí tuệ.
<b>Trí nhớ ngắn hạn</b>	Là khả năng lặp lại thông tin sau 3 – 5 phút. Nếu ít hơn thì gọi là nhớ lại ngay lập tức. Cho BN lặp lại tên ba đồ vật sau 3 – 5 phút.	Mất trí nhớ ngắn hạn. Mất khả năng gọi tên tức thì trong mê sảng do kém tập trung.	Mê sảng, sa sút trí tuệ.
<b>Trí nhớ dài hạn</b>	Khả năng nhớ lại những sự kiện đã lâu. Yêu cầu BN nhớ lại các sự kiện của vài ngày cũng như vài năm trước đây.	Mất trí nhớ dài hạn.	Sa sút trí tuệ.
<b>Tập trung</b>	Yêu cầu BN lấy 100 trừ 7 và tiếp tục trừ cho 7 hoặc đánh vần các chữ cái theo thứ tự ngược lại.	Kém tập trung.	Mê sảng, sa sút trí tuệ.



<b>Kiến thức cơ bản, trí thông minh</b>	Hỏi về một số sự kiện gần đây. Trí thông minh có thể được đánh giá qua việc sử dụng ngôn ngữ. Yêu cầu BN thực hiện một vài phép tính đơn giản. Khả năng đọc viết cũng cần được đánh giá.	Kiến thức cơ bản yếu kém.	Mê sảng, loạn thần cấp, sa sút trí tuệ.
<b>Sự phán đoán và sáng suốt</b>			
<b>Phán đoán</b>	Khả năng thực hiện những hành vi phù hợp. Mô tả một tình huống giả định và hỏi BN sẽ hành động như thế nào với những tình huống đó. (Ông/bà sẽ làm gì nếu người thấy mùi thuốc khi đang ngồi trong rạp chiếu phim?).	Mất khả năng phán đoán.	Loạn thần, rối loạn nhân cách, mê sảng, sa sút trí tuệ.
<b>Sự sáng suốt</b>	Xác định liệu BN có nhận thấy là họ đang có vấn đề và mức độ hiểu biết của BN về vấn đề đó.	Thiếu sự sáng suốt.	Loạn thần, sa sút trí tuệ, mê sảng.

**Bảng 37.5. Các nguyên nhân thường gặp của mê sảng.**

<b>Ngộ độc thuốc</b>	Rượu, thuốc giảm lo âu, Digoxin, L – dopa, thuốc không rõ nguồn gốc.
<b>Trạng thái cai</b>	Rượu (mê sảng nặng), thuốc an thần, giảm lo âu.
<b>Rối loạn chuyển hoá</b>	Tăng ure máu, suy gan, suy tim, rối loạn nước – điện giải, trạng thái hậu phẫu, thiếu oxy máu.
<b>Rối loạn nội tiết</b>	Nhiễm ceton do đái tháo đường, tăng glucose máu.
<b>Nhiễm trùng hệ thống</b>	Viêm phổi, nhiễm trùng tiêu, nhiễm trùng huyết, nhiễm virus.
<b>Nhiễm trùng nội sọ</b>	Viêm màng não, viêm não.
<b>Tổn thương nội sọ khác</b>	Khối choán chỗ nội sọ làm tăng áp lực nội sọ.
<b>Chấn thương đầu</b>	Tụ máu dưới màng cứng, dập não, chấn động não.
<b>Thiếu hụt dưỡng chất và vitamin</b>	Thiamine (bệnh não wernicke), B12, acid nicotinic.
<b>Động kinh</b>	Trạng thái động kinh, trạng thái sau cơn động kinh.

Khi nghi ngờ sự suy giảm chức năng về nhận thức như BN bị sa sút trí tuệ, cần tiến hành thăm khám chi tiết hơn về chức năng nhận thức. Một công cụ được sử dụng rộng rãi để làm điều này là nghiệm pháp thăm khám trạng thái tâm thần thu nhỏ (mini – mental state examination: MMSE) giúp đánh giá về các mặt định hướng, trí nhớ và sự tập trung. MMSE là công cụ có bản quyền. Một công cụ hữu ích để tầm soát khác là test MiniCog với 3 bước (3 phút) đơn giản. Ở test này, yêu cầu BN ghi nhớ ba từ (lặp lại cho họ ba lần để chắc chắn rằng họ nắm bắt chính xác ba từ đó). Tiếp theo, yêu cầu BN vẽ mặt đồng hồ với những con số và vẽ các kim chỉ một thời gian nhất định (ví dụ: 11 giờ 10 phút). Sau đó yêu cầu BN lặp lại chính xác ba từ. Tổng điểm là 5, 1 điểm cho mỗi từ lặp lại đúng, 2 điểm cho vẽ mặt đồng hồ chính xác (0 điểm nếu không chính xác hoàn toàn). Điểm số từ

0 – 2 gợi ý chẩn đoán sa sút trí tuệ.

Một số nguyên nhân gây mê sảng và sa sút trí tuệ được liệt kê trong Bảng 37.5 và Bảng 37.6.

**Bảng 37.6. Các nguyên nhân gây sa sút trí tuệ.**

<b>Thoái hoá</b>	Sa sút trí tuệ tuổi già của bệnh Alzheimer, sa sút trí tuệ do sự thoái hoá thùy trán và thùy thái dương (chậm chạp trong tư duy, rối loạn ngôn ngữ,...), múa giật Huntington, bệnh Parkinson, tràn dịch não thất với áp lực bình thường, xơ cứng rải rác.
<b>Alzheimer di truyền</b>	Đột biến của gen tổng hợp presenilin – 1.
<b>Khối choán chỗ nội sọ</b>	U, tụ máu dưới màng cứng.
<b>Chấn thương</b>	Chấn thương đầu, bệnh não do boxing.
<b>Nhiễm trùng và các yếu tố liên quan</b>	Viêm não, giang mai thần kinh, HIV (sa sút trí tuệ do AIDS), bệnh Jacob – Cresutzdelt.
<b>Mạch máu</b>	Sa sút trí tuệ do nhồi máu đa vùng, tắc động mạch cảnh.
<b>Chuyển hoá</b>	Tăng ure máu, suy giảm chức năng gan.
<b>Độc chất</b>	Sa sút trí tuệ do rượu, ngộ độc kim loại nặng.
<b>Thiếu oxy máu</b>	Thiếu máu, ngộ độc CO, ngừng tim, suy hô hấp mạn tính.
<b>Thiếu hụt vitamin</b>	Vitamin B12, axit folic, B1 (hội chứng Wernicke - Korsakoff).
<b>Nội tiết</b>	Phù niêm, bệnh Addison.

### 37.3. CHẨN ĐOÁN

Việc kết luận một bệnh sử tâm thần, bao gồm các thăm khám thực thể thông thường, chẩn đoán sơ bộ, chẩn đoán xác định nên được đưa ra. Điều cần thiết hơn chẩn đoán xác định là một sự tổng hợp mọi yếu tố lại với nhau, cô đọng toàn diện về thái độ, sự thấu hiểu vấn đề của BN.

Các rối loạn tâm thần thường xuất hiện thông qua sự kết hợp các yếu tố tâm sinh lý, tâm lý xã hội và mỗi yếu tố nên được xem xét khi một vấn đề của BN được đánh giá (tiếp cận tâm sinh lý BN). Vấn đề của BN được hiểu theo chiều dọc, bằng cách phát hiện các yếu tố sinh lý khởi phát bệnh, đặc biệt là các yếu tố đóng vai trò nguyên nhân gây bệnh và các yếu tố duy trì bệnh (yếu tố kéo dài bệnh). Một bảng đơn giản được sử dụng để đánh giá BN về cử chỉ của họ (xem Bảng 37.7). Các yếu tố sinh học, tâm lý, tâm lý xã hội này đưa đến sự khởi phát, nguyên nhân trực tiếp hoặc duy trì bệnh được nhận biết. Các yếu tố duy trì bệnh là rất quan trọng, đặc biệt là các bệnh lý do thuốc, bởi vì các bệnh lý thực thể có thể duy trì vấn đề tâm thần của BN. Vì thế cho nên yếu tố tâm lý có thể duy trì bệnh lý thực thể của BN.

Một ví dụ về một hệ thống xây dựng chẩn đoán xác định ở Bảng 37.8. BN 53 tuổi bị trầm cảm sau cơn nhồi máu cơ tim, tiền sử gia đình có người bị trầm cảm (yếu tố di truyền khởi phát bệnh), giảm tự trọng về bản thân (yếu tố tâm lý khởi phát bệnh), ông ấy đang đầu với chúng bằng sự thành công trong kinh doanh. Ông ấy có ít bạn và một cuộc hôn nhân không được tốt đẹp (yếu tố tâm lý xã hội). Ông ấy bị nhồi máu cơ tim một tuần sau khi nghe tin không được thăng chức (yếu tố tâm lý) và công việc đang bị đe dọa (nguyên

nhân tâm lý xã hội gây bệnh). Việc công việc của ông ấy không được đảm bảo và thất bại trong hôn nhân, kết hợp với giảm tự trọng bản thân, làm duy trì bệnh của ông ấy. Nó như là sự thay đổi sinh học trong hệ thống dẫn truyền thần kinh.

Sự tiếp cận BN theo cách thức này giúp cho chúng ta lập một kế hoạch tiếp cận điều trị hiệu quả để có thể tập trung vào tất cả các yếu tố thích hợp, áp dụng cho BN trong ví dụ này, một sự kết hợp giữa thuốc chống trầm cảm, tư vấn hôn nhân và luyện tập sự quyết đoán (xây dựng lòng tin nơi bản thân) có thể được thực hiện

Một bệnh sử tâm thần đầy đủ sẽ cung cấp góc nhìn bao quát về BN và cho phép sự điều trị thích hợp được tiến hành theo kế hoạch. Đây là công việc đáng làm với nhà lâm sàng, cũng như cần nhắc lợi ích cho với BN.

**Bảng 37.7. Hệ thống xác định chẩn đoán.**

	Yếu tố khởi phát bệnh	Nguyên nhân trực tiếp gây bệnh	Yếu tố duy trì bệnh
Yếu tố sinh học			
Yếu tố tâm lý			
Yếu tố tâm lý xã hội			

**Bảng 37.8. Hệ thống chẩn đoán hoàn chỉnh.**

Yếu tố	Yếu tố khởi phát	Nguyên nhân gây bệnh	Yếu tố duy trì bệnh
Sinh học	Di truyền.	Nhồi máu cơ tim cấp.	Sự thay đổi dẫn truyền thần kinh.
Tâm lý	Giảm tự trọng.	Không được thăng chức.	Giảm tự trọng và công việc không bảo đảm.
Tâm lý xã hội	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Thiếu sự hỗ trợ.</li> <li>- Thất bại trong hôn nhân.</li> </ul>		Thất bại trong hôn nhân.

## T&O'C essentials

1. Nhà lâm sàng tâm thần có thể là một nhà chẩn đoán cũng như nhà điều trị.
2. Việc thăm khám trạng thái tâm thần là việc làm hằng ngày của phần đánh giá BN nghi ngờ có sự suy yếu nhận thức kéo dài.
3. Có thể cần nhiều nhà tư vấn cho một BN để tăng thêm sự tự tin cho họ.
4. Câu hỏi mở thích hợp có thể tạo nên những đáp ứng chính xác hơn.
5. BN trầm cảm cần được theo dõi định kỳ. Hỏi BN về diễn biến những triệu chứng của trầm cảm để xác định bất kỳ bệnh lý thực thể mạn tính nào hoặc lạm dụng rượu hoặc liệu họ có thực sự trầm cảm không.
6. Sự suy sụp cấp tính nhận thức gợi ý mê sảng thường là do thuốc

## OSCE ôn tập

### Bệnh sử và thăm khám sức khỏe tâm thần

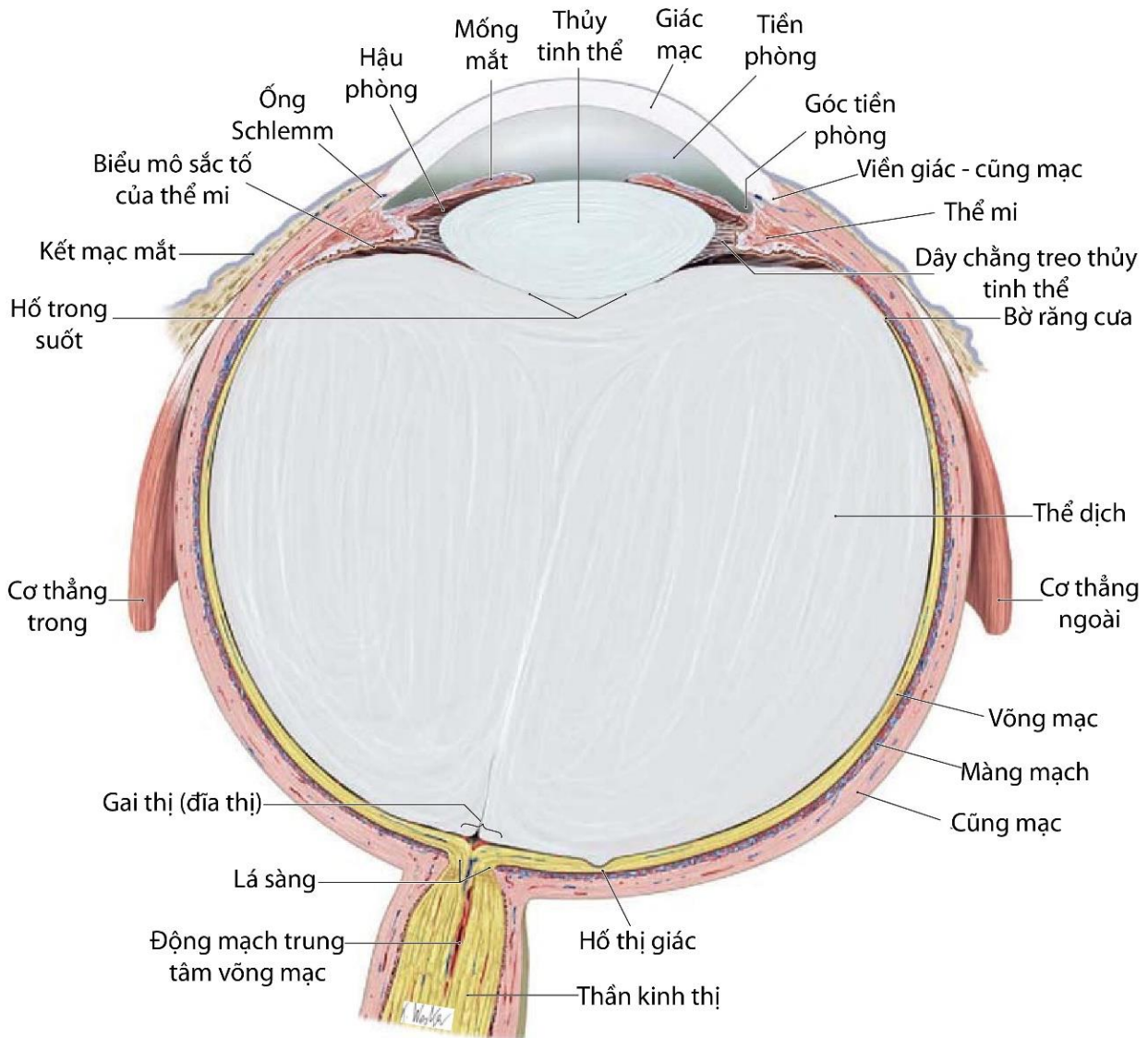
**Topic này thường hay gặp trong OSCE, sẽ giúp ích khi ôn tập lại.**

1. Hãy tiến hành thăm khám theo MME cho BN có vấn đề về trí nhớ xuất hiện trong thời gian gần đây.
2. Người phụ nữ này có vấn đề về lo âu, hãy hỏi bệnh sử từ bà ấy.
3. Người phụ nữ này nhận thấy bà ấy gần đây tăng cân quá mức, hãy hỏi bệnh sử bà ấy.
4. Người đàn ông này có vấn đề về lo lắng trong suy nghĩ, hãy hỏi bệnh sử ông ấy.

Phan Trần Bảo Duy

*Chẩn đoán không phải là kết thúc, nó là bắt đầu của việc điều trị.  
Martin H Fischer*

Việc khám mắt và tai, mũi và họng là rất quan trọng cho bất kỳ BN nào vì những bộ phận này có thể liên quan đến các bệnh lý tại chỗ hoặc toàn thân.



**Hình 38.1. Cấu trúc của nhãn cầu.**

## 38.1. MẮT

### 38.1.1. Giải phẫu

Cấu trúc của mắt được thể hiện trong Hình 38.1.

Nhãn cầu gồm có 3 lớp:

– Lớp trong hay lớp thần kinh hình thành võng mạc, gồm có lớp trong và lớp ngoài. Lớp ngoài chứa tế bào sắc tố, còn lớp trong là sự liên tục của thần kinh thị giác, chứa các tế bào que (nằm ở ngoại vi, giúp nhìn ban đêm) và tế bào nón (nằm ở trung tâm, giúp cảm nhận màu sắc).

– Lớp trung tâm hay còn gọi là màng bồ đào, gồm móng mắt và thể mi ở phía trước và màng mạch phía sau. Màng mạch là một cấu trúc mạch máu, cung cấp dinh dưỡng cho dây thần kinh thị giác, hố thị giác (khu vực thị lực nhạy bén nhất) và hai phần ba sau của võng mạc. Thể mi sản xuất thủy dịch. Chất lỏng trong suốt này nằm phía sau giác mạc và lấp đầy tiền phòng. Thủy dịch di chuyển qua đồng tử và dẫn lưu qua mạng lưới thủy dịch tại các góc tiền phòng. Thủy tinh thể nằm phía sau giác mạc và được treo bởi dây chằng của thể mi.

– Lớp bên ngoài là một lớp xơ. Phần trước là giác mạc trong suốt và phần còn lại là củng mạc. Khối lượng chính của nhãn cầu là thể dịch, đó là một chất gel trong suốt.

Giải phẫu thần kinh thị giác được mô tả trong CHƯƠNG 32.

Mi mắt cung cấp và phân phối độ ẩm cho giác mạc từ ba loại tuyến (hai nhỏ và một lớn). Hai loại tuyến lệ nhỏ<sup>a</sup> trong mi mắt tiết ra nước mắt, tạo mucin và dầu. Những thứ này đủ để bôi trơn các mi mắt và giác mạc trong trường hợp bình thường. Sự xúc động hoặc dị vật sẽ kích thích tuyến lệ lớn nằm giữa thành ngoài xương hốc mắt, nhãn cầu và cơ thẳng ngoài. Từ mỗi ống tuyến, một lượng lớn nước mắt chảy vào phần trên của mi mắt. Nước mắt hoặc bay hơi hoặc chảy qua bờ trong của mắt để vào rãnh lệ và sang túi lệ, ống lệ, ngách mũi dưới và sau đó đến mũi – và, nếu cần thiết, vào một chiếc khăn tay. Kết mạc là một niêm mạc lót mi mắt và giữ cho mi mắt trơn ở bên trong.

### 38.1.2. Bệnh sử

Các triệu chứng bao gồm đau, khó chịu và đỏ mắt (xem Bảng 38.2 và Questions box 38.1), mất hoặc rối loạn của thị giác, khô mắt hoặc chảy nước mắt và nhiễm trùng mi mắt và cấu trúc liên quan. Mất thị giác và các triệu chứng về thị giác khác (xem Bảng 38.1 và Questions box 38.2) cũng được nói đến trong CHƯƠNG 32.

Câu hỏi tổng quát hơn về tiền sử viêm khớp hoặc viêm mạch, bệnh xơ cứng rải rác hoặc bệnh tuyến giáp; nghề nghiệp và tiền sử tiếp xúc với mảnh kim loại hoặc hàn hồ quang; sử dụng kính áp tròng; tiền sử bệnh mạch máu; bệnh đái tháo đường hoặc rung nhĩ và hút thuốc. Viêm kết mạc là một đặc điểm của bệnh sỏi (xem Hình 38.2). Hỏi về các vấn đề về mắt trước đó hoặc phẫu thuật kể cả phẫu thuật laser. Đã đo áp lực nội nhãn trong

---

<sup>a</sup> *Lacrima*, từ tiếng Latin. Từ này xuất hiện trong thần thoại Hy Lạp khi mà Aeneas nhìn thấy sự sụp đổ của thành Troy. Anh ta rất xúc động và nói rằng "Sunt lacrimae retrum" – đó là giọt nước mắt cho điều này.

thời gian gần đây?

**Bảng 38.1. Các nguyên nhân thường gặp của rối loạn thị giác**

Triệu chứng	Nguyên nhân
<b>Đột ngột mất một phần hoặc hoàn toàn thị lực ở một mắt (phân biệt với bán manh).</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Thoáng qua: thiếu máu cục bộ võng mạc (chứng thoáng mù), chứng đau nửa đầu võng mạc (retinal migraine), viêm dây thần kinh thị giác (có thể xảy ra sau khi tập thể dục hoặc tắm nước nóng).</li> <li>– Kéo dài: bong võng mạc, tắc mạch võng mạc, bệnh võng mạc đái tháo đường (đột ngột hoặc từ từ), viêm động mạch thái dương, chấn thương.</li> </ul>
<b>Bán manh</b>	Nhồi máu ở vùng võ não thị giác, nhồi máu đỉnh – chẩm.
<b>Dần dần mất đi thị lực một bên hoặc hai bên</b>	Đục thủy tinh thể, thoái hóa hoàng điểm, tăng nhãn áp (không đau nếu mạn tính), khối u ở nền sọ (ví dụ như u màng não, adenoma tuyến yên).
<b>Mờ mắt</b>	Tật khúc xạ, đục thủy tinh thể, thoái hóa hoàng điểm (thường là một ám điểm trung tâm).
<b>Song thị</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Một mắt: lệch trục thủy tinh thể, đục thủy tinh thể, loạn thị, hysteria.</li> <li>– Hai mắt: cử động mắt bất thường (ví dụ như liệt cơ vận nhãn).</li> </ul>
<b>Halos (hình ảnh bị bóp méo quanh nguồn sáng)</b>	Phù nề giác mạc, glaucoma cấp.
<b>Khô mắt (BN cảm thấy có cái gì đó trong mắt)</b>	Hội chứng Sjogren, viêm mí mắt (ví dụ như chàm), nhiễm trùng mí mắt.
<b>Đau mắt và đau đầu</b>	Đau đầu từng cụm hoặc đau nửa đầu migraine.
<b>Đau khi liếc mắt</b>	Viêm dây thần kinh thị giác (mắt trắng).
<b>Mắt đau và đỏ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Lan tỏa với cương tụ trung tâm: viêm kết mạc (mí mắt bị dính với nhau).</li> <li>– Không cương tụ trung tâm: viêm móng mắt, glaucoma cấp tính (giác mạc mây).</li> <li>– Đau khi di chuyển mắt: viêm củng mạc (ví dụ như viêm mạch hệ thống).</li> <li>– Dị vật, quặm (mí dưới đảo ngược).</li> <li>– Loét giác mạc (herpes simplex, kính áp tròng).</li> </ul>
<b>Vệt nổi trong thị trường</b>	Thoái hóa thủy tinh thể (liên quan đến độ tuổi và cận thị).

**Questions box 38.1. Những câu hỏi để hỏi BN bị đau mắt đỏ.**

- ! Dấu hiệu có thể gợi ý chẩn đoán một vấn đề cấp bách hoặc nguy hiểm.
  1. Ông/bà có đeo kính áp tròng không? (loét giác mạc)
  2. Ông/bà có đau khi cử động mắt không? (viêm móng mắt hoặc củng mạc)
  3. Hai mí mắt của ông/bà có dính nhau vào buổi sáng không? (viêm kết mạc)
- !
  4. Ông/bà có chấn thương hay làm việc với rác thải, máy mài kim loại hoặc hàn điện? (chấn thương, dị vật hay bỏng)
  5. Ông/bà có viêm khớp hay hồng ban? (viêm mạch máu)

**Bảng 38.2. Phân biệt các nguyên nhân phổ biến gây đỏ và đau mắt.**

Bệnh	Vị trí đỏ	Bề mặt giác mạc	Đồng tử
<b>Viêm kết mạc do vi khuẩn</b>	Kết mạc ngoại vi Hai bên (cương tụ trung tâm)	Bình thường	Bình thường
<b>Viêm thượng củng mạc</b>	Phân đoạn, thường xung quanh giác mạc Một bên	Bình thường	Bình thường
<b>Viêm mống mắt cấp</b>	Mi đỏ Một bên	Đục (nhìn mờ)	Nhỏ, hình dạng bất thường, có thể mất phản xạ ánh sáng.
<b>Glaucoma</b>	Xung quanh giác mạc Một bên	Đục	Hình oval, mất phản xạ ánh sáng.
<b>Loét giác mạc</b>	Xung quanh giác mạc Một bên	Đục, vết loét bất màu nhuộm huỳnh quang.	Bình thường
<b>Xuất huyết dưới kết mạc</b>	Xuất huyết khu trú Không có giới hạn ở sau	Bình thường	Bình thường
<b>Xuất huyết kết mạc</b>	Xuất huyết khu trú Có giới hạn ở sau	Bình thường	Bình thường



**Hình 38.2. Viêm kết mạc ở BN bị bệnh sỏi.**

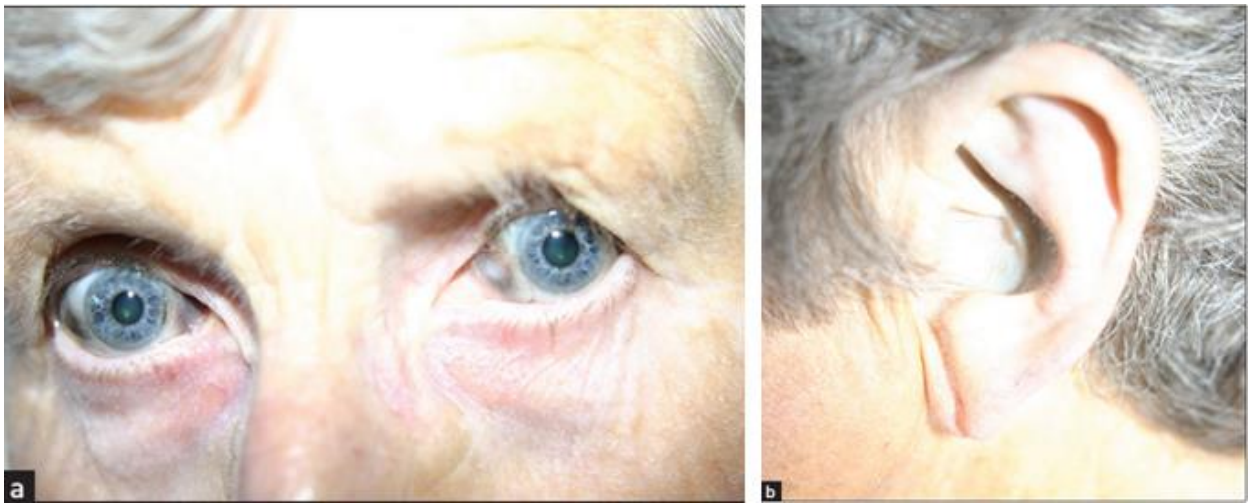


## Questions box 38.2. Những câu hỏi để hỏi BN đột ngột mất thị lực.

- ! Dấu hiệu có thể gợi ý chẩn đoán một vấn đề cấp bách hoặc nguy hiểm.
1. Có bất thường khi ông/bà nhắm lần lượt từng mắt? (mất thị trường)
  2. Ông/bà có cảm giác như có một bức màn chắn trước tầm nhìn? Sau đó thị lực trở lại bình thường? (chứng thoáng mù)
  3. Ông/bà có bị đột quy hoặc rung nhĩ trước đó? (tắc mạch võng mạc, nhồi máu não)
  - ! 4. Mắt của ông/bà có bị đau không? (glaucoma cấp, viêm mống mắt)
  5. Ông/bà có bị chấn thương ở mắt hoặc đầu? (chấn thương mắt hay thần kinh thị giác)
  6. Ông/bà đã có rối loạn thị giác trước đó ví dụ như nhìn thấy ánh sáng nhấp nháy? (đau đầu Migraine)
  7. Ông/bà có đau đầu dữ dội cùng bên không? (viêm động mạch thái dương)
  8. Ông/bà có bị yếu hoặc đau nhói ở tay hoặc chân hoặc rối loạn ruột hoặc bàng quang? (bệnh xơ cứng rải rác và viêm dây thần kinh thị giác)
  9. Ông/bà có bị bệnh tiểu đường? (bệnh võng mạc tiểu đường với xuất huyết).

Hỏi về tiền sử dùng thuốc. Hỏi về thuốc nhỏ mắt và các loại thuốc như corticosteroids (độc thủy tinh thể), thuốc kháng cholinergic (glaucoma góc đóng), amiodarone (lắng đọng ở giác mạc), chloroquine và chlorpromazine (độc tính lên võng mạc) và ethambutol và isoniazid (bệnh thần kinh thị giác).

### 38.1.3. Khám lâm sàng



**Hình 38.3. Bệnh da xám nâu. (a) củng mạc; (b) tai.**

Cho BN ngồi ở mép giường. Đầu tiên, đứng đối diện với BN và lưu ý những điều sau đây:

- 1. Sụp mí (sụp mí ở một hoặc cả hai bên).
- 2. Màu sắc của củng mạc
  - + Vàng (sự lắng đọng của bilirubin gây vàng da).
  - + Xanh (có thể là do tạo xương bất toàn, vì củng mạc mỏng cho phép các sắc tố ở màng mạch biểu hiện ra bên ngoài; màu xanh ở củng mạc cũng có thể xảy ra trong gia đình không có bệnh tạo xương bất toàn); màu xanh xám ở củng mạc đổi màu xảy ra ở BN bị

bệnh da xám nâu, do sự tích tụ của acid homogentisic trong mô liên kết ở những bệnh di truyền này; loa tai (xem Hình 38.3), khớp và van tim thường bị ảnh hưởng.

### List 38.1. Nguyên nhân của viêm màng bồ đào.

#### Viêm mống mắt (viêm màng bồ đào trước)

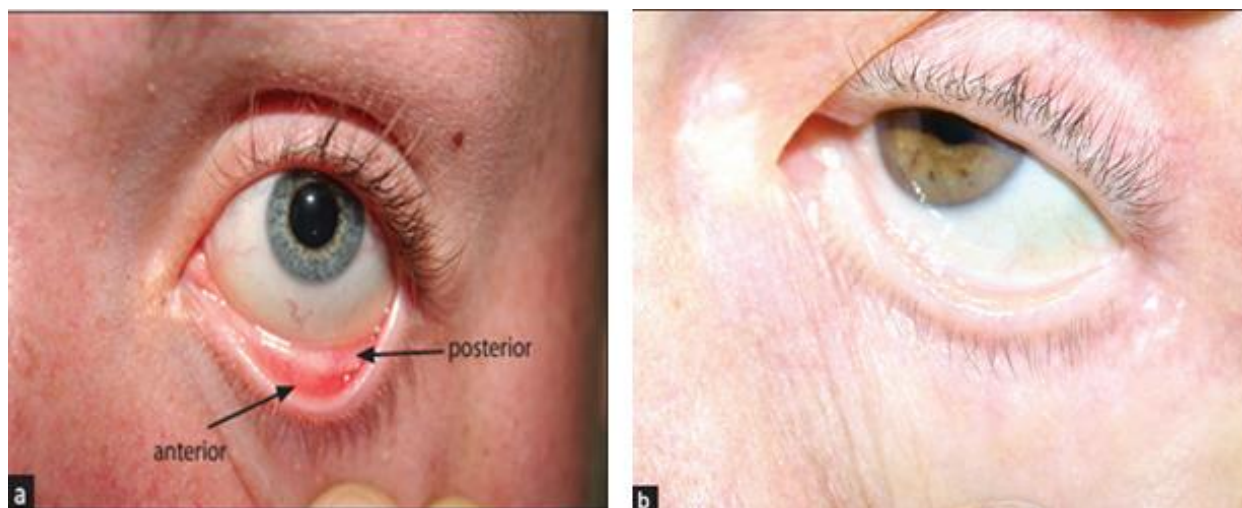
- Virus.
- Tự phát.
- Bệnh lý toàn thân
- + Bệnh lý khớp cột sống không có thay đổi trên huyết thanh
- + Bệnh viêm nhiễm đường ruột.
- + Đái tháo đường.
- + Bệnh u hạt (ví dụ như: sarcoidosis).
- + Nhiễm trùng (ví dụ như lậu, giang mai, toxoplasmosis, brucella, lao).

#### Viêm màng mạch (viêm màng bồ đào sau)

- Tự phát.
- Bệnh lý toàn thân
- + Đái tháo đường.
- + Bệnh u hạt (ví dụ như sarcoidosis).
- + Nhiễm trùng (ví dụ toxoplasmosis, giang mai, bệnh lao, nhiễm toxocaral).
- + Màng bồ đào bao gồm màng bồ đào trước (mống mắt) và màng bồ đào sau (thể mi và màng mạch).

Đỏ (viêm mống mắt hoặc viêm củng mạc, thường gây viêm nhiễm trung tâm; hoặc viêm kết mạc, gây ra viêm nhiễm ngoại vi có mũ; hoặc xuất huyết dưới kết mạc, gây ra chảy máu giống như hậu quả của chấn thương; xem Bảng 38.2 và List 38.1).

+ Củng mạc xanh xao, xuất hiện trong bệnh thiếu máu – kéo mi mắt xuống thấp và tìm sự tương phản bình thường giữa phần sau màu trắng ngọc và phần trước màu đỏ của kết mạc; mất sự tương phản này là một dấu hiệu đáng tin cậy của thiếu máu (xem hình 38.4 (b)).



**Hình 38.4. (a) củng mạc bình thường; (b) kết mạc xanh xao ở một BN bị thiếu máu. Lưu ý sự tương phản giữa trước và phần sau trong mắt bình thường.**

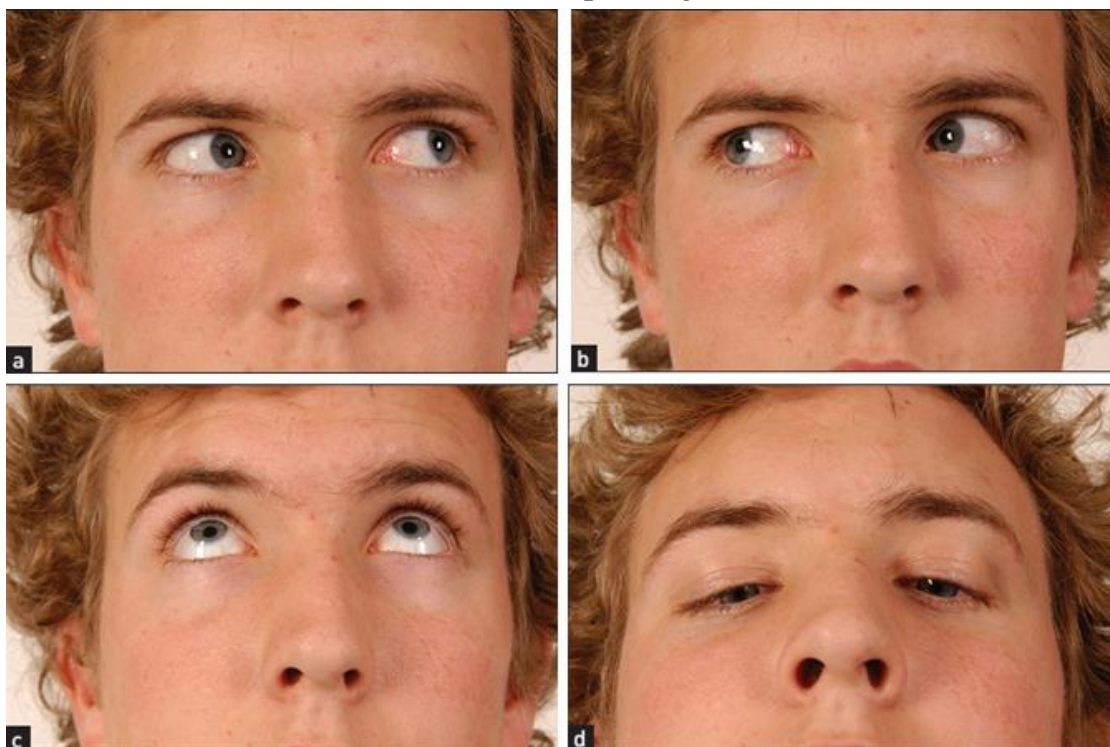
Nhìn từ phía sau và bên trên BN để tìm lồi mắt (exophthalmos), đó là sự gồ lên của đôi mắt. Nếu mắt nhô ra khỏi hốc mắt, thì gọi là lồi mắt thực sự (proptosis). Điều này tốt nhất được phát hiện bằng cách nhìn vào mắt từ phía trên trán, nếu mắt nhô ra khỏi bờ trên hốc mắt là bất thường. Nếu có lồi mắt, kiểm tra chi tiết về bệnh lý tuyến giáp: dấu lid lag (BN nhìn xuống theo ngón tay của thầy thuốc – mi mắt trên xuống chậm hơn đồng tử), phù

kết mạc (phù nề hành kết mạc), loét giác mạc và liệt mắt (yếu chức năng nhìn lên). Tìm bất thường của giác mạc, chẳng hạn như bệnh giác mạc hoặc vòng đục rìa giác mạc (arcus senilis).

Tìm xem có loét giác mạc không, có thể quan sát rõ ràng nếu nặng. Nhuộm fluorescein có thể làm vết loét dễ nhìn thấy hơn.

Tiến hành khám như khám các dây thần kinh sọ – kiểm tra thị lực, thị trường, phản xạ ánh sáng và sự điều tiết của mắt. Sự gián đoạn của đường dẫn truyền thần kinh giao cảm của mắt ở bất kỳ điểm nào gặp trong hội chứng Horner (sụp mi một phần và co đồng tử nhưng vẫn còn phản xạ ánh sáng). Đồng tử không đều (đường kính của đồng tử không bằng nhau) đã được tìm thấy trong 20% của những người khỏe mạnh. Cần nhớ rằng ở người cao tuổi có thể không tìm thấy phản xạ ánh sáng.

Khám vận nhãn (xem hình 38.5). Kiểm tra độ mỏi của cơ mắt bằng cách yêu cầu BN phải nhìn lên một cái ghim cài mũ (hat – pin) hoặc ngón tay trong khoảng 30 giây. Trong bệnh nhược cơ, cơ mắt sẽ mỏi và mi mắt sẽ sụp xuống.



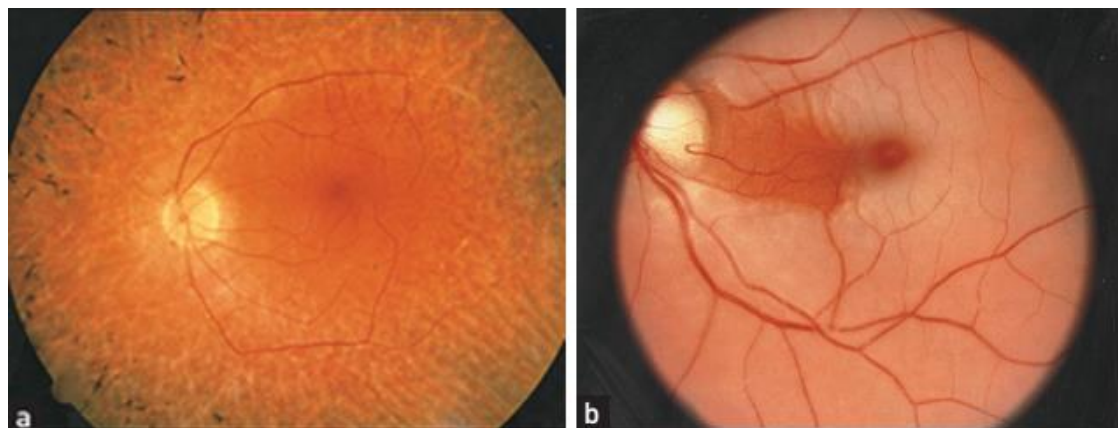
**Hình 38.5. Các dây thần kinh sọ III, IV và VI: cử động mắt tự ý. (a) nhìn qua trái, (b) nhìn bên phải, (c) nhìn lên, (d) nhìn xuống.**

Kiểm tra sự cảm nhận màu sắc nếu thị lực BN còn tốt. Bảng Ishihara (nhiều điểm màu khác nhau có dạng số) có thể được sử dụng. Giảm độ bão hòa màu đỏ (giảm khả năng nhìn thấy các vật màu đỏ) có thể xảy ra với bệnh lý thần kinh thị giác. Mù màu xanh – đỏ ảnh hưởng đến 7% nam giới (gen lặn nằm trên nhiễm sắc thể X).

Khám phản xạ giác mạc (xem CHƯƠNG 32).

Thực hiện soi đáy mắt. Để soi đáy mắt thành công cần được thực hiện nhiều trên lâm sàng. Điều quan trọng là cần thực hiện trong môi trường ánh sáng yếu để đồng tử của BN được giãn ra một phần và bác sĩ không bị phân tâm. Điều này làm cho việc khám trở nên

dễ dàng, đặc biệt là soi đáy mắt qua kính của BN. Mặc khác những BN có tật khúc xạ cần được điều chỉnh bằng kính soi đáy mắt thích hợp. BN nên được yêu cầu nhìn chăm chăm vào một điểm trên tường phía sau bác sĩ hoặc trên trần nhà và không chú ý vào ánh sáng của kính soi đáy mắt. BN thường sẽ cố gắng tập trung vào ánh đèn của kính soi đáy mắt và cần yêu cầu BN không làm điều này.



**Hình 38.6. Ảnh võng mạc. (a) viêm võng mạc sắc tố; (b) tắc động mạch trung tâm võng mạc.**

– Bắt đầu bằng việc kiểm tra giác mạc. Sử dụng mắt phải để kiểm tra mắt phải của BN và ngược lại. Xoay ống kính của đèn soi đáy mắt tới +20 và kiểm tra giác mạc cách BN 20 cm. Chú ý tìm viêm loét giác mạc. Xoay ống kính dần xuống đến 0 trong khi di chuyển kính gần đến BN. Các cấu trúc, bao gồm cả thủy tinh thể, thể dịch và võng mạc, ở khoảng cách tăng dần để tập trung vào đáy mắt.

– Kiểm tra võng mạc (xem Hình 38.6). Tập trung vào một trong các động mạch võng mạc để tìm đĩa thị giác. Bình thường đĩa tròn và có màu nhạt hơn so với võng mạc xung quanh. Rìa của đĩa thị giác thường sắc nét nhưng nó sẽ bị mờ nếu có phù gai thị hoặc viêm nhú, hoặc nhạt nếu có teo thị thần kinh. Nhìn vào phần còn lại của võng mạc, đặc biệt đối với xuất huyết và các thay đổi võng mạc do đái tháo đường hoặc tăng huyết áp.

– Có bốn loại xuất huyết: vết xuất huyết (streaky haemorrhage) gần mạch máu (dạng đường hoặc dạng ngọn lửa); vết bầm máu lớn (large ecchymoses) làm xóa mạch máu; chấm xuất huyết (petechiae), có thể bị nhầm lẫn với vi phình mạch; và xuất huyết dưới màng dịch kính (tràn máu hình liềm và có giới hạn rõ; một mức chất lỏng có thể được nhìn thấy). Hai loại đầu tiên xuất hiện trong bệnh lý võng mạc do tăng huyết áp và đái tháo đường. Hai loại xuất huyết này cũng có thể là hậu quả của tăng áp lực nội sọ hoặc sung huyết tĩnh mạch hoặc rối loạn đông máu. Loại thứ ba xuất hiện trong bệnh đái tháo đường và loại thứ tư là đặc trưng của xuất huyết dưới nhện.

– Có hai loại chính của biến đổi võng mạc ở BN đái tháo đường là không tăng sinh và tăng sinh. Biến đổi không tăng sinh bao gồm: (1) hai loại xuất huyết xuất hiện trong bệnh đái tháo đường – chấm xuất huyết, ở lớp trong của võng mạc; và mảng xuất huyết, lớn hơn và nông hơn ở lớp sợi thần kinh; (2) vi phình mạch (chỗ phình nhỏ ở thành mạch máu), do thành mạch bị tổn thương gây ra và (3) hai loại xuất tiết dịch – xuất tiết cứng, có bờ thẳng do rò protein qua thành mạch bị tổn thương và xuất tiết mềm (vết cottonwool), có dạng lông do vi nhồi máu. Thay đổi tăng sinh bao gồm hình thành mạch máu mới, có

thể dẫn đến bong võng mạc hoặc xuất huyết thể dịch.

## List 38.2. Nguyên nhân của những bất thường ở mắt.

### Đục thủy tinh thể

1. Tuổi già (đục thủy tinh thể do tuổi già).
2. Nội tiết (ví dụ: đái tháo đường, steroids).
3. Di truyền hay bẩm sinh (ví dụ: loạn trương lực cơ teo, bệnh Refsum<sup>1</sup>)
4. Bệnh ở mắt (ví dụ: glaucoma).
5. Bức xạ.
6. Chấn thương.

### Phù gai thị và viêm nhú gai

#### Phù gai thị

- Đĩa thị sưng phồng, không có tĩnh mạch đập.
- Thị lực bình thường (giai đoạn sớm).
- Điểm mù lớn.
- Khiếm khuyết thị trường ngoại vi.
- Khả năng cảm nhận màu sắc bình thường.
- Thường bị hai bên.

#### Viêm nhú gai

- Đĩa thị sưng phồng.
- Thị lực kém.
- Âm điểm trung tâm lớn.
- Đau khi vận nhãn.
- Khởi phát đột ngột, thường là một bên.
- Khả năng nhận biết màu sắc bị ảnh hưởng (đặc biệt là màu đỏ sẫm).

### Nguyên nhân gây phù gai thị

1. Tổn thương choán chỗ (gây tăng áp lực nội sọ) hoặc khối u sau ổ mắt.
2. Dẫn não thất
  - Tắc nghẽn (tắc não thất, cống não hoặc chỗ thoát của não thất tư, ví dụ: khối u).
  - Dẫn não thất loại thông.
  - Tăng tiết dịch não tủy (u nhú đám rối màng mạch – hiếm gặp).
  - Giảm hấp thụ của dịch não tủy (khối u gây chèn ép tĩnh mạch, tắc khoang dưới nhện do viêm màng não).
3. Tăng áp lực nội sọ lành tính (giả u não) (não thất nhỏ hoặc bình thường).
  - Tự phát.
  - Thuốc ngừa thai.
  - Bệnh Addison.
  - Thuốc (ví dụ nitrofurantoin, tetracycline, vitamin A, steroid).

- Chấn thương đầu.
- 4. Tăng huyết áp.
- 5. Huyết khối tĩnh mạch trung tâm võng mạc.

### Nguyên nhân gây teo gai

1. Phù gai thị mạn tính hoặc viêm dây thần kinh thị giác.
2. Tổn thương thần kinh thị giác do tăng áp lực nội nhãn.
3. Glaucoma.
4. Thiếu máu cục bộ.
5. Di truyền (viêm võng mạc sắc tố, bệnh Leber<sup>2</sup>, mất điều hòa Friedreich).

### Nguyên nhân của viêm dây thần kinh thị giác

1. Bệnh xơ cứng rải rác.
2. Nhiễm độc (ethambutol, chloroquine, nicotine, rượu).
3. Chuyển hóa (thiếu hụt vitamin B12).
4. Thiếu máu cục bộ (đái tháo đường, bệnh viêm động mạch thái ương, mảng xơ vữa).
5. Di truyền (ví dụ bệnh Leber).
6. Nhiễm khuẩn (ví dụ tăng bạch cầu đơn nhân do nhiễm khuẩn).

### Nguyên nhân của viêm võng mạc sắc tố

1. Bẩm sinh (liên quan với đục thủy tinh thể và tật cận thị)
2. Hội chứng Laurence – Moon – Biedl<sup>3</sup>.
3. Chấn thương di truyền.
4. Bệnh lý thần kinh có tính chất gia đình (bệnh Refsum).

<sup>1</sup> Sigvald Refsum (1907 – 1991), bác sĩ người Na Uy.

<sup>2</sup> Theodor von Leber (1840 – 1917), bác sĩ nhãn khoa tại Göttingen and Heidelberg.

<sup>3</sup> John Laurence (1830 – 1874), bác sĩ nhãn khoa tại London, Robert Charles Moon (1844 – 1914), bác sĩ nhãn khoa người Mỹ, Arthur Biedl (1869 – 1933), giáo sư sinh lý tại Prague.

- Sự thay đổi do tăng huyết áp có thể được phân thành 4 độ:
  - + Độ 1: “vòng bạc” động mạch (thành mạch bị xơ cứng làm giảm độ trong suốt nên vết sáng trung tâm rộng hơn và bóng hơn).
  - + Độ 2: vòng bạc động mạch và co thắt mạch máu võng mạc – AV nicking (lồi lõm hoặc đẩy lệch tĩnh mạch nơi chúng bắt chéo với động mạch).
  - + Độ 3: độ 2 cộng thêm xuất huyết (dạng ngọn lửa) và xuất tiết (dạng mềm do thiếu máu cục bộ hoặc dạng cứng lắng đọng lipid do rò qua thành mạch).
  - + Độ 4: độ 3 cộng thêm phù gai thị.
- Quan trọng là phải mô tả được sự xuất hiện của các biến đổi hơn là phải đưa ra phân độ.
  - Xem xét cẩn thận nếu nghi ngờ có tắc động mạch trung tâm võng mạc, toàn bộ đáy mắt có màu trắng sữa do phù nề võng mạc và khẩu kính động mạch giảm đi nhiều. Bệnh xuất hiện đột ngột, không đau, mù một bên thì đây là một cấp cứu nội khoa.
  - Huyết khối tĩnh mạch trung tâm võng mạc làm cho tĩnh mạch võng mạc ngoằn ngoèo và xuất huyết rải rác trên toàn bộ võng mạc dọc theo các tĩnh mạch (gọi là võng mạc máu và sầm sét). BN thường đột ngột mất một phần thị lực và không đau.
  - Viêm võng mạc sắc tố gây ra sự phân tán sắc tố đen theo đường chéo. Dễ bỏ sót nếu ngoại vi của võng mạc không được xem xét.
  - Trong bong võng mạc, võng mạc thường cao và gấp nếp. BN mô tả một “bóng râm đi xuống”, ánh sáng nhấp nháy hoặc có nhiều điểm đen. Khi có chẩn đoán cần giới thiệu ngay đến bác sĩ chuyên khoa để cố gắng ngăn chặn bong võng mạc hoàn toàn hoặc mù không hồi phục.
  - Đốm trắng xuất hiện trong viêm màng mạch và khi ở dạng hoạt hóa sẽ có dạng bờ mềm mại ở rìa mắt (ví dụ như trong toxoplasmosis, sarcoidosis).
  - Cuối cùng, yêu cầu BN nhìn trực tiếp vào ánh sáng của đèn soi. Điều này cho phép thầy thuốc xác định vị trí và kiểm tra hoàng điểm. Thoái hóa hoàng điểm là nguyên nhân hàng đầu gây mù; mất thị lực trung tâm. Dạng Drusen trong thoái hóa hoàng điểm là sự lắng đọng hyalin ở dưới biểu mô trung tâm võng mạc. Thoái hóa hoàng điểm có thể xuất hiện thứ phát sau thoái hóa hoặc tân sinh mạch máu.
- Sờ nắn hốc mắt để kiểm tra độ mềm mại. Nghe mắt với phần chuông của ống nghe – mắt được khám nhắm lại trong khi mắt kia mở và BN được yêu cầu ngừng thở. Nghe được âm thổi có thể là một dấu hiệu của dị dạng động tĩnh mạch hoặc u mạch máu.
- Sờ được hạch trước tai (viêm kết mạc do adenovirus).
- Xem xét khả năng BN có thể mang mắt thủy tinh (mắt giả). Điều này nên được nghi ngờ nếu thị lực ở mắt đó bằng không và không có phản xạ ánh sáng. Việc cố gắng khám đáy mắt của một con mắt thủy tinh sẽ làm cho BN có hy vọng nhưng không có ích gì.
- Nguyên nhân của những bất thường phổ biến về mắt được tổng kết trong List 38.2.

### 38.1.4. Song thị

Hầu hết các trường hợp song thị (khoảng 60%) không phải do bất thường của các dây thần kinh sọ. Điều quan trọng là phải có một phương pháp tiếp cận đối với vấn đề để tìm ra nguyên nhân.

Đầu tiên tìm hiểu xem là song thị một mắt (25%) hay hai mắt. Song thị một mắt vẫn còn khi mắt kia bị che lại. Mắt đó thường có vấn đề như loạn thị, lệch trục thủy tinh thể, bề mặt kính sát tròng không bằng phẳng hoặc kính dày và một số do đục thủy tinh thể. Song thị biến mất khi BN nhìn qua một lỗ nhỏ. Hysteria là một nguyên nhân vô cùng hiếm gặp.

Nếu như song thị cả hai mắt, xem xét các nguyên nhân phổ biến sau đây:

- Liệt dây thần kinh sọ (III, IV hoặc VI) – sụp mi, đồng tử thay đổi (III), vận nhãn bất thường.
- Bệnh của cơ vận nhãn (nhược cơ) – ngày càng nặng, nặng hơn sau khi mắt nhìn lên trong thời gian dài và kết hợp với sụp mi hai bên.
- Bệnh mắt do tuyến giáp – mắt lồi, dấu lid lag, phù kết mạc.
- Chấn thương hốc mắt – tiền sử hoặc dấu hiệu chấn thương.
- Internuclear ophthalmoplegia (liệt mắt liên nhân) – thường đi kèm với các dấu hiệu thần kinh.

### 38.1.5. Hội chứng Horner

#### 38.1.5.1. Giải phẫu

Sự gián đoạn dẫn truyền ở bất cứ điểm nào của thần kinh giao cảm ở của mắt (xem Hình 38.7) sẽ gây ra hội chứng Horner<sup>b</sup> (xem List 38.3).



**Hình 38.7. Hội chứng Horner bên trái, với sụp mi một phần và co đồng tử.**

<sup>b</sup> *Johann Friedrich Horner (1831 – 1886), giáo sư nhãn khoa tại Zürich, mô tả hội chứng này năm 1869.*

### List 38.3. Nguyên nhân gây hội chứng Horner.

1. Carcinoma đỉnh phổi (thường ung thư biểu mô tế bào vảy).
2. Cổ
  - Trường hợp ác tính (tuyến giáp).
  - Chấn thương hoặc phẫu thuật.
3. Tổn thương thân dưới của đám rối thần kinh cánh tay
  - Chấn thương.
  - Khối u.
4. Tổn thương động mạch cảnh
  - Phình động mạch cảnh hoặc bóc tách.
  - Khối u quanh động mạch cảnh (hội chứng Raeder \*).
  - Đau đầu từng cụm.
5. Tổn thương thân não
  - Bệnh mạch máu (đặc biệt là hội chứng hành tủy bên).
  - Khối u.
  - Bệnh rỗng hành não (syringobulbia).
6. Bệnh rỗng tủy sống (hiếm).

\* Không ảnh hưởng tới bài tiết mồ hôi khi khối u nằm ở vị trí của động mạch cảnh trong

#### 38.1.5.2. Tiếp cận lâm sàng

Hội chứng này bao gồm sụp mi một phần (sợi thần kinh giao cảm chi phối các cơ tròn của cả hai mí mắt) và đồng tử co (mất cân bằng thần kinh đối giao cảm) phản ứng bình thường với ánh sáng (xem Hình 38.7).

Cần xem xét các nguyên nhân khác gây sụp mi (xem Bảng 38.3).

Kiểm tra sự khác biệt (giảm) tiết mồ hôi ở mỗi chân mày với mặt lưng của ngón tay (không có dấu hiệu này không loại trừ chẩn đoán) <sup>c</sup>.

Hội chứng Horner có thể là một phần của hội chứng hành tủy bên <sup>d</sup>.

Tiếp theo yêu cầu BN nói và lưu ý độ khàn của giọng nói, có thể là do liệt dây thần kinh quặt ngược thanh quản do ung thư phổi hoặc do một tổn thương dây thần kinh sọ thấp.

Bây giờ nhìn vào bàn tay, nếu có ngón tay dài trống hoặc dạng ngón tay yếu. Nếu có bất kỳ dấu hiệu nào thì thực hiện khám hô hấp, tập trung vào các đỉnh phổi để tìm dấu hiệu của ung thư phổi.

Khám hạch cổ, ung thư biểu mô tuyến giáp và phình động mạch cảnh hoặc tiếng thổi.

<sup>c</sup> Lõm mắt hoặc co kéo ở mắt, thường được coi như là một đặc điểm của hội chứng Horner nhưng có lẽ không xuất hiện trên người, nó có thể xuất hiện trên mèo. Trong các tài liệu gốc của Horner thì chủ yếu viết về co đồng tử và sụp mi, nhưng cũng tình cờ đề cập đến vị trí của mắt "hơi lõm vào trong", lõm mắt thường là kết quả của phức hợp sụp mi và nâng mi dưới (sụp mi trên dưới).

<sup>d</sup> Tất cả những động mạch sau đây đều gây nên hội chứng này: động mạch đốt sống, động mạch tiểu não sau dưới, động mạch hành tủy trên, giữa, dưới.



Bệnh rỗng tủy sống là một nguyên nhân hiếm gặp của hội chứng này. Do đó, cần kiểm tra mắt cảm giác phân ly. Hãy nhớ rằng, bệnh rỗng tủy sống có thể gây ra hội chứng Horner ở hai bên mắt.

**Bảng 38.3. Nguyên nhân quan trọng gây sụp mí.**

Nguyên nhân	Đặc điểm liên quan
Lão hóa cơ hoặc cân nâng mí.	Phổ biến, thường không đối xứng.
U hoặc viêm hốc mắt.	Hốc mắt bất thường.
Cơ đồng tử, giảm tiết mồ hôi.	Hội chứng Horner
Mất nhìn xuống ra ngoài, đồng tử giãn.	Liệt dây III
Nhược cơ hoặc loạn trương lực cơ teo.	Liệt cơ hốc mắt, yếu cơ
Bẩm sinh hay tự phát.	

### 38.1.6. Viêm mống mắt

Viêm mống mắt (viêm màng bồ đào trước) có các triệu chứng đau, sợ ánh sáng và đỏ mắt (Bảng 38.2 và List 38.1). Khám mắt thấy thể mi đỏ với dẫn mạch xung quanh mống mắt. Có thể nhìn thấy mũ ở tiền phòng. Đồng tử thường không đều. Cũng có thể có mạch máu mới hình thành trên mống mắt.

Viêm mống mắt có liên quan với bệnh viêm khớp HLA – B27, bao gồm viêm cột sống dính khớp, bệnh viêm đường ruột, hội chứng Reiter và bệnh Behçet với diễn biến cấp tính. Viêm mống mắt mạn tính có thể liên quan đến bệnh viêm khớp dạng thấp chưa thành niên, cũng như sarcoidosis và giang mai.

Viêm giác mạc có thể gây loét, thường là do herpes simplex hoặc chấn thương (do mảnh kim loại từ máy mài hoặc bỏng do ánh sáng hồ quang). Người đeo kính áp tròng nếu kính không được vệ sinh tốt cũng có nguy cơ mắc bệnh. Lòi mắt nặng hay liệt thần kinh mặt làm mí không nhắm được có thể là một nguyên nhân cơ học.

Viêm củng mạc cũng có biểu hiện tương tự nhưng kèm theo hai mắt đỏ và đau; bệnh có liên quan đến bệnh khớp HLA – B27. Mắt đau khi vận nhãn.

### 38.1.7. Glaucoma

Tăng áp lực nội nhãn kéo dài gây mất dần thị lực. Glaucoma góc đóng (góc hẹp) là nguyên nhân gây tăng áp lực nội nhãn nhanh chóng. Các triệu chứng bao gồm đau mắt nặng, thấy quầng sáng xung quanh ánh đèn và buồn nôn; đây là một trường hợp cấp cứu nhãn khoa.

Thầy thuốc có thể thấy đồng tử giãn nhẹ, cố định, xung huyết kết mạc và giác mạc đỏ; nhãn áp tăng lên. Bệnh xuất hiện thứ phát sau tình trạng mạch máu mống mắt tân sinh (trong đái tháo đường) hoặc nguyên phát từ một mống mắt bất thường (di truyền). Bệnh glaucoma cấp có thể bùng phát với các thuốc kháng cholinergic (amitriptyline).

### 38.1.8. Bệnh zona

Herpes zoster liên quan đến nhánh đầu tiên (nhánh mắt) của dây thần kinh sinh ba có thể dẫn đến viêm màng bồ đào, viêm giác mạc và đe dọa thị lực. Đỉnh mũi, giác mạc và mống mắt được chi phối bởi dây thần kinh mũi – mí (một nhánh của dây thần kinh sinh

ba, xem Hình 38.8 và Hình 38.9). Sự xuất hiện của các mụn nước trên chóp mũi (mụn nước Hutchinson <sup>e</sup>) ở BN bị herpes zoster làm tăng nguy cơ xuất hiện các biến chứng về mắt (LR+ = 3,5).



**Hình 38.8. Zona ở mũi và mi mắt theo đường phân bố của dây thần kinh.**



**Hình 38.9. Zona mắt, dọc theo nhánh mắt của dây V.**

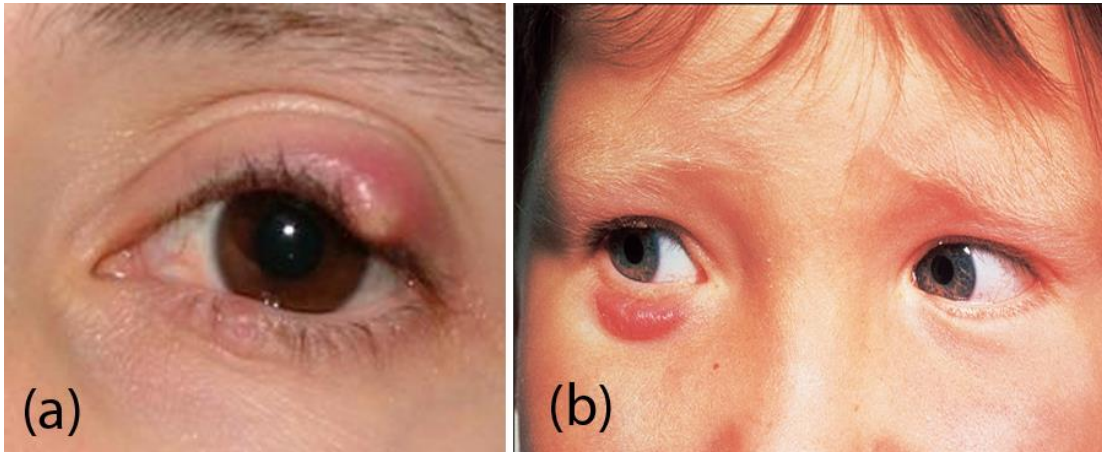
---

<sup>e</sup>Sir Jonathon Hutchinson (1828 – 1913), có nhiều tài liệu khác nhau viết về ông. Ông là phẫu thuật viên tại bệnh viện Moorfields Eye. Sau đó trở thành hiệu trưởng trường Đại Học Phẫu Thuật Hoàng Gia năm 1889, được chọn vào Hoàng Gia vào năm 1892 và phong tước năm 1908.

### 38.1.9. Mi mắt

Cần nhớ một số bệnh lý ở mi mắt sau đây:

- 1. Lẹo mắt (hordeolum) là tình trạng nhiễm trùng tuyến bã nhờn ở đáy của mi mắt gây ra bởi *Staphylococcus aureus*, thường nhạy đau (xem Hình 38.10a).
- 2. Chấp (chalazion) là một nốt tiền triển chậm, không đau của mi mắt (xem Hình 38.10b); là tình trạng viêm vô trùng của tuyến sụn mi nếu ở sâu hoặc của tuyến bã nhờn nếu ở nông.



Hình 38.10. (a) lẹo, (b) chấp.



Hình 38.11. Viêm tuyến lệ.

- 3. Viêm tuyến lệ là nhiễm trùng các tuyến lệ hoặc lệ đạo (xem Hình 38.11).
- 4. Viêm mô tế bào hốc mắt có thể lan sang mi mắt (xem Hình 38.12).
- 5. Lộn mi là mi mắt mất tính đàn hồi rủ xuống do lão hóa và rút khỏi củng mạc. Điều này làm cản trở quá trình thoát nước mắt, mắt trở nên khô và nước mắt tràn trên má BN.
- 6. Quặm mi. Sẹo hoặc mi dưới dày dẫn đến giác mạc bị bào mòn do hàng mi quặm ngược.



**Hình 38.12. Viêm mô tế bào hốc mắt.**

## **38.2. TAI**

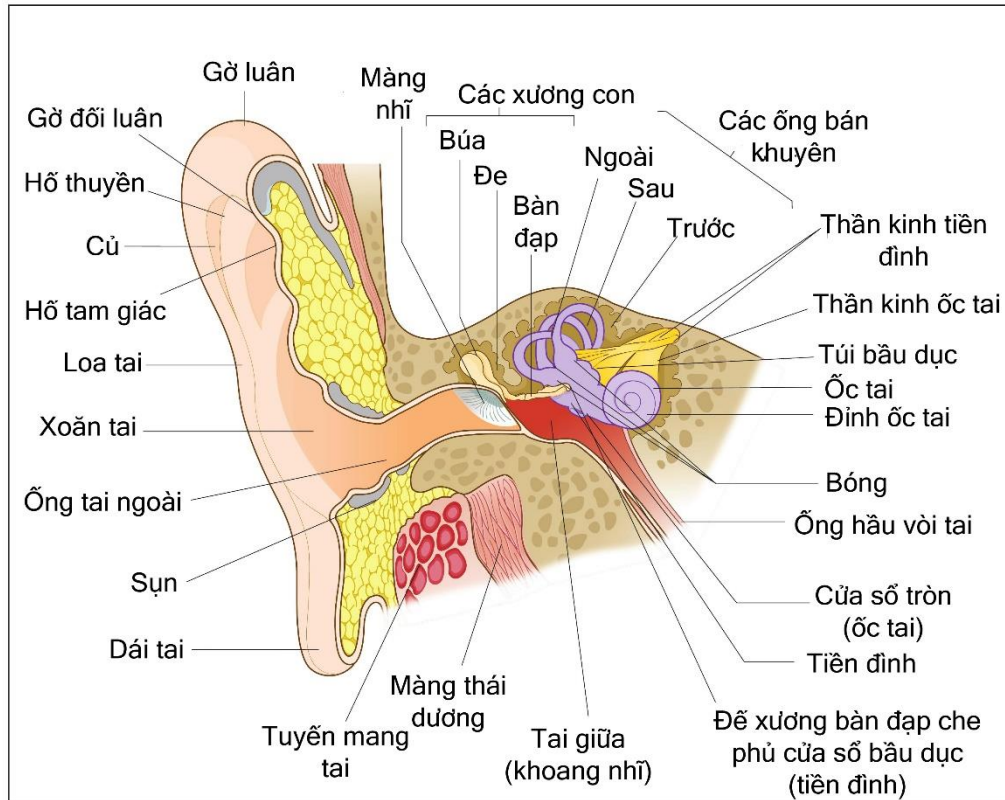
### **38.2.1. Giải phẫu**

Tai được chia thành ba phần: tai ngoài, tai giữa và tai trong

– Tai ngoài gồm loa tai, ống tai ngoài và màng nhĩ, có thể dễ dàng đánh giá với thiết bị đơn giản (xem Hình 38.13). Các tuyến trên da của ống tai tiết ra ráy tai. Khi các tế bào lột vảy từ mặt ngoài của màng nhĩ chúng kết hợp với ráy tai và bị đẩy ra phía ngoài để tạo sáp tai bình thường.

– Tai giữa bao gồm các lớp bên trong của màng nhĩ, hòm nhĩ (thượng nhĩ, trung nhĩ và hạ nhĩ), các xương nhỏ (xương búa, xương đe và xương bàn đạp), các vòi nhĩ và xoang chũm. Vòi nhĩ nối tai giữa với hầu mũi. Một nhánh của dây thần kinh mặt, thừng nhĩ đi vào hòm nhĩ qua thành sau của nó, đi ngang qua màng chũng của màng nhĩ, qua cổ của xương búa dính với niêm mạc, sau đó quay trở về để nhận các tín hiệu vị giác từ phần trước của lưỡi.

– Tai trong (mê đạo) có tiền đình (liên quan với sự cân bằng) và ốc tai (liên quan đến thính giác). Tiền đình bao gồm các ống bán khuyên nằm tạo góc với nhau. Cử động đầu làm xáo động nội dịch, một chất lỏng lấp đầy trong ống bán khuyên. Điều này kích thích các tế bào lông, gây xung động thần kinh để đi đến phần tiền đình của thần kinh VIII. Chuyển động của xương bàn đạp trên cửa sổ bầu dục của ốc tai kích thích các tế bào lông trong ốc tai, chúng chuyển đổi chuyển động này thành các xung thần kinh trong ốc tai đi đến dây VIII.



**Hình 38.13. Giải phẫu cắt ngang của tai thấy loa tai, ống tai ngoài, giữa và tai trong.**

**List 38.4. Triệu chứng thường gặp của tai.**

- Điếc.
- Chóng mặt.
- ù tai.
- Đau tai.
- Chảy dịch tai.
- Ngứa tai.

**38.2.2. Bệnh sử**

BN có thể có các triệu chứng của ba phần của tai:

- Tai ngoài. Các triệu chứng bao gồm ngứa, ban đỏ và chảy dịch (thủng màng nhĩ và nhiễm trùng hoặc viêm tai ngoài; xem List 38.4). Loa tai có thể được bị tổn thương do lực chấn thương hoặc mắc phải hoặc bệnh di truyền của sụn. Chảy dịch tai thường là mạn tính hơn nhưng chảy dịch mủ có thể gây phiền hà, khó chịu và khiến BN nhập viện. Đó có thể là do cholesteatoma. Cholesteatoma là sự tăng trưởng của lớp biểu mô lát tầng xuất phát từ tai giữa hay xương chũm. Tổn thương thường lành tính, tiến triển chậm dần đến phá hủy các cấu trúc xương và tai. Khi thủng màng nhĩ, có thể có dịch mủ trắng như pho – mát chảy ra. Nếu các xương con bị ảnh hưởng, có thể gây ra mất thính lực. Sự tích lũy của sáp tai cũng là một nguyên nhân gây giảm thính lực.

- Tai giữa. Các triệu chứng bao gồm nhiễm trùng thường ở trẻ em và gây ra đau tai,

nếu thủng màng nhĩ, có thể gây chảy mủ tai. Xơ cứng tai là một sự bất thường di truyền ảnh hưởng đến các xương con và gây điếc. U ở tai giữa và viêm tai giữa mạn tính cũng là những nguyên nhân gây ra điếc.

– Tai trong. Điếc và rối loạn thăng bằng bao gồm chóng mặt là những triệu chứng thường gặp của các bệnh lý ở tai trong. Û tai, mà thường là được mô tả như là “chuông reo trong tai”, xảy ra ở hầu hết các loại bệnh lý ở tai trong.

Một BN than phiền về việc điếc tai cần phải được hỏi về ảnh hưởng của tình trạng này tới công việc, cuộc sống, gia đình và các hoạt động xã hội. Hỏi về mức độ nặng của điếc, tuổi khởi phát và tốc độ khởi phát. Cũng cần tìm hiểu BN đã đối phó với việc điếc tai như thế nào. Có thể bao gồm sử dụng máy trợ thính, ngôn ngữ cơ thể và hỗ trợ nhóm. Những người đã được điếc từ thời thơ ấu có thể có vấn đề về lời nói và khó khăn về giáo dục. Tất cả những điều này cần phải được đánh giá.

### Questions box 38.3. Những câu hỏi để hỏi BN bị điếc.

1. Ông/bà có vấn đề về nghe bao lâu rồi? (ví dụ bẩm sinh)
2. Có công việc hoặc bất kỳ sở thích nào của ông/bà thường xuyên tiếp xúc với tiếng ồn?
3. Ông/bà đã từng được điều trị bằng các loại thuốc có thể làm tổn hại thính giác của ông/bà? (ví dụ salicylat, cisplatin và gentamicin).
4. Gia đình của ông/bà có ai bị điếc? (ví dụ xơ cứng tai)
5. Các ông/bà đã có nhiễm trùng tai tái phát? (đặc biệt phổ biến ở trẻ em thổ dân)
6. Ông/bà đã có vấn đề với sáp trong tai của ông/bà trong quá khứ?
7. Ông/bà có bất kỳ tổn thương tai hoặc đầu của ông/bà hoặc một bệnh nhiễm trùng nghiêm trọng như viêm màng não?
8. Ông/bà có bị ù tai? (ví dụ bệnh Ménière).

Đối với bất kỳ BN nào có biểu hiện điếc, một số câu hỏi có thể giúp xác định nguyên nhân (xem question box 38.3). Đôi khi cách một BN nói trong quá trình hỏi bệnh sử có thể hữu ích. BN bị điếc dẫn truyền có thể nghe tiếng nói của mình bằng đường dẫn truyền qua xương sọ và thường nghĩ rằng họ đang nói lớn tiếng nhưng thực tế họ có xu hướng nói chuyện một cách nhỏ nhẹ. Những người điếc thần kinh tiếp nhận không nghe thấy tiếng nói của mình tốt và họ có khuynh hướng nói chuyện lớn tiếng.

Kiểm tra thính giác có thể cung cấp thông tin về mức độ nặng và vị trí giải phẫu gây mất thính lực.

### 38.2.3. Khám

Khám tai bao gồm quan sát, sờ nắn, soi tai, khám bằng rung âm thoa, kiểm tra thính lực và kiểm tra tiền đình ngoại biên. Trong một số trường hợp cần phải khám các dây thần kinh sọ thấp.

Kiểm tra vị trí của loa tai và lưu ý kích thước và hình dạng của nó. Lưu ý bất kỳ vết sẹo hoặc sưng nề xung quanh tai. Quan sát xem có tai phụ – accessory auricle xuất hiện rõ ràng hay không (mảnh sụn tách biệt với loa tai), tai súp lơ – cauli flower (ổ tụ máu từ chân thương tái phát, mà có thể bị các đặc điểm giải phẫu bình thường của loa tai che khuất) và tai doi – bat ears (tai nhô thẳng hướng lên trên đầu).

Quan sát để tìm các dấu hiệu viêm ở bên ngoài hoặc chảy dịch – mủ tai ra ngoài. Kiểm

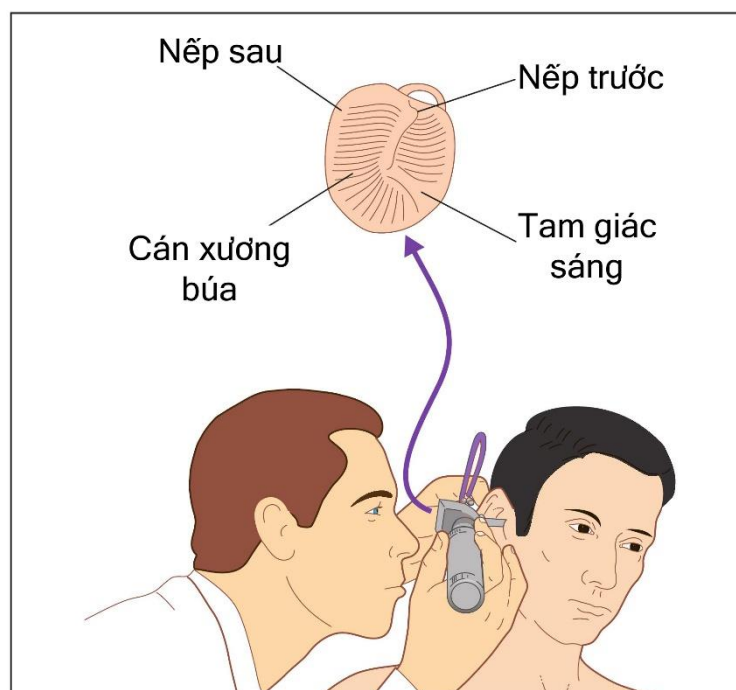
tra các lỗ tai và tai ngoài. Có bốn loại viêm tai ngoài, là tình trạng đi kèm với viêm da của ống bên ngoài:

– Viêm tai ngoài khu trú cấp tính liên quan đến một phần ba ngoài của ống tai ngoài nơi da che phủ sụn và nang lông. Nó là một dạng của nhọt và thường là hậu quả của nhiễm *S. aureus*.

– Viêm tai ngoài cấp lan tỏa thường được gọi là bệnh tai vận động viên bơi lội mặc dù nó cũng có thể xuất hiện ở những người không bơi lội. Hơi nước quá nhiều, nóng và độ ẩm, mất ráy tai bảo vệ và tăng độ pH làm cho da bị ẩm ướt và kích ứng. Nhiễm trùng có thể do *Pseudomonas aeruginosa*. Các triệu chứng ban đầu là ngứa, có thể tiến triển thành đau và tăng lên khi loa tai chuyển động. Vùng da thăm khám có thể có đỏ da từ nhẹ đến nặng và sưng nề. Có thể có một ít dịch tai màu trắng và kết khối chảy ra.

– Viêm tai ngoài mạn tính thường là hậu quả của sự kích ứng tại chỗ tái phát nhiều lần. Điều này có thể là do chảy dịch tai dai dẳng của nhiễm trùng tai giữa mạn tính nhưng cũng có thể được gây ra bởi sự chèn của dị vật vào tai (ví dụ như tăm bông, cây lấy ráy tai). Ngứa là triệu chứng nổi trội hơn so với đau. Với sự hiện diện của viêm da hồng ban tấy vảy. Nhất thiết phải phân biệt với các dạng khác của viêm da chẳng hạn như vẩy nến, viêm da cơ địa và viêm da tiết bã nhờn.

– Viêm tai ngoài ác tính (xâm lấn) với tính chất mạnh mẽ và đôi khi đe dọa tính mạng. Nó tác động đến những người cao tuổi bị đái tháo đường và BN suy giảm miễn dịch. Nó bắt đầu từ ống tai ngoài và lan dần dần vào bên trong. Nếu không điều trị có thể gây ra viêm tủy xương nền sọ và lan dần đến não – màng não. Nhiễm *Pseudomonas* là nguyên nhân thường gặp nhất. Đau tai sâu là triệu chứng nổi bật nhất. Triệu chứng xuất hiện đầu tiên tương tự như viêm tai ngoài mạn tính nặng. Khám có chảy dịch mũ tai, ống tai sưng và đỏ.



**Hình 38.14. Sử dụng kính (đèn) soi tai.**

Sau đó tìm kiếm dấu hiệu của nốt tophi của gout (nốt cứng chắc, nhạt màu và không đau do sự tích tụ của urate trong sụn tai, đặc hiệu nhưng không nhạy đối với chẩn đoán gout).

Sờ nắn loa tai tìm dấu hiệu sưng tấy hoặc các nốt. Nhẹ nhàng kéo loa tai xuống, thường sẽ gây đau khi có nhiễm trùng ống tai ngoài.

Việc soi tai yêu cầu sử dụng của một ống soi tai phù hợp với kích thước ống tai, cho phép kiểm tra ống tai và màng nhĩ (xem Hình 38.14). Việc thăm khám này là cần thiết cho bất kỳ BN nào có dấu hiệu nhiễm trùng đường hô hấp trên và bất kỳ triệu chứng nào liên quan đến tai, chóng mặt, liệt mặt hoặc chấn thương đầu. Luôn luôn kiểm tra cả hai tai!

Các kỹ thuật đúng được thực hiện như sau. Yêu cầu BN hơi xoay đầu sang một bên, sau đó kéo loa tai theo hướng lên trên, ra ngoài và ra sau để làm thẳng ống tai và cho phép tầm nhìn tối ưu nhất. Duỗi các ngón tay của bàn tay giữ kính soi tai để chạm má của BN, mục đích để giữ vững các dụng cụ và tránh những cử động đột ngột của đầu BN. Khi khám tai phải của BN, kính soi tai tốt nhất nên được giữ bằng tay phải hướng xuống dưới, trong khi sử dụng tay trái để kéo loa tai lên. Một tư thế giữ kính soi khác như hướng lên trên, nhưng sẽ có nguy cơ gây chấn thương nếu BN đột ngột cử động.

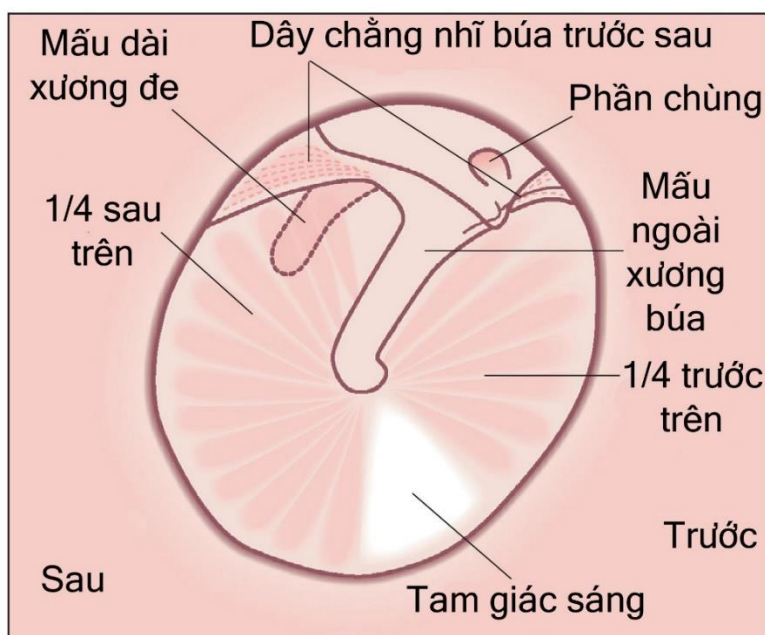
Quan sát ống tai ngoài để tìm bằng chứng của viêm nhiễm (như đỏ hoặc sưng) hoặc chảy dịch. Bình thường sẽ không có sự có nhạy đau, trừ khi có viêm nhiễm. Ráy tai thường là màu trắng hoặc hơi vàng, mờ và sáng bóng; nó có thể ẩm hoặc cứng và bị nèm chặt. Nó có thể che khuất tầm nhìn tới màng nhĩ. Máu hay dịch não tủy (chảy nước, chất lỏng trong suốt) có thể được nhìn thấy trong ống tai nếu có một vết nứt ở nền sọ. Ở những BN bị zona, có thể có mụn nước (mụn nước chứa đầy dịch lỏng) ở thành sau xung quanh lỗ tai ngoài.



**Hình 38.15. Màng nhĩ được xem qua đèn soi tai.**



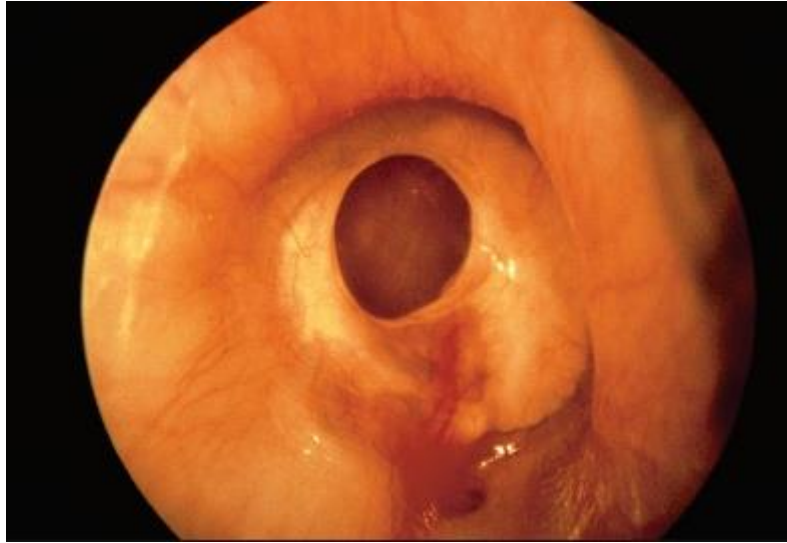
Kiểm tra màng nhĩ bằng đèn soi vào ống tai theo hướng về phía trước và xuống dưới. Bình thường màng nhĩ là một màu xám ngọc trai. Nó có hình bầu dục và bán trong suốt (xem Hình 38.15). Một phần năm trên được gọi là màng chùng và bốn phần năm dưới được gọi là màng căng. Cán của xương búa thường có thể nhìn thấy ở gần trung tâm của màng căng. Từ phía dưới của cán búa có một vết sáng hình nón có thể được nhìn thấy: tam giác sáng (the light reflex). Sự hiện diện hay vắng mặt của tam giác sáng không phải là một dấu hiệu nhạy cảm hay đặc hiệu của một bệnh nào đó (xem Hình 38.16 và Hình 38.17). Lưu ý màu sắc, độ trong suốt và bất kỳ bằng chứng nào về sự xuất hiện của dẫn mạch máu (xung huyết – một dấu hiệu của viêm tai giữa; xem Hình 38.17). Hãy tìm dấu hiệu phồng hoặc rút lại của màng nhĩ. Màng nhĩ phồng có thể do chất lỏng nằm bên dưới hoặc mũ ở tai giữa. Màng nhĩ rút lại có nghĩa là giảm áp lực trong tai giữa và là dấu hiệu của tắc ống Eustachian. Thủng màng nhĩ nên được lưu ý xem xét (xem Hình 38.18).



**Hình 38.16. Các chi tiết của màng nhĩ.**



**Hình 38.17. Viêm tai giữa với xung huyết màng nhĩ.**



**Hình 38.18. Thủng màng nhĩ.**

Nếu nghi ngờ nhiễm trùng tai giữa, đèn soi tai có bơm hơi có thể hữu ích. Sử dụng đèn soi đủ lớn để vừa khít với ống tai. Gắn một bóng bóp cao su vào đèn soi tai. Khi bóng được bóp nhẹ, áp suất không khí trong ống tai tăng lên và màng nhĩ bị đẩy vào bên trong. Nếu không có hoặc giảm sự chuyển động của màng nhĩ là một dấu hiệu có dịch trong tai giữa.

Để kiểm tra thính giác, nói thì thầm số hoặc từ như “mark” hoặc “park” vào một tai của BN trong khi tai kia bị làm phân tâm bởi sự chuyển động của ngón tay thầy thuốc trong ống tai hoặc ống tai được bịt bởi áp lực đè trên vành tai. Điều quan trọng là phải đứng đằng sau BN để ngăn chặn họ đọc được khẩu hình của thầy thuốc. Sau đó lặp lại với tai còn lại. Việc kiểm tra này sẽ đánh giá được phạm vi thính giác bình thường của tai. Nếu một BN nói rằng mình là người khiếm thính hoặc khám bằng tiếng nói thì thậm chí là dương tính, kiểm tra thính lực (đo thính lực) cần được chỉ định.

Theo một cách truyền thống, nghiệm pháp Rinne và Weber được thực hiện nếu nghi ngờ BN bị điếc, nhưng đây không phải là những nghiệm pháp sàng lọc hữu ích:

– Test Rinne: đặt một âm thoa rung 512 Hz ở xương chũm. Khi không còn nghe thấy âm thanh, di chuyển âm thoa gần với ống tai, nếu dẫn truyền không khí (như bình thường) tốt hơn so với xương, âm thanh sẽ lại được nghe thấy. Nếu điếc dẫn truyền thì dẫn truyền của xương tốt hơn so với không khí.

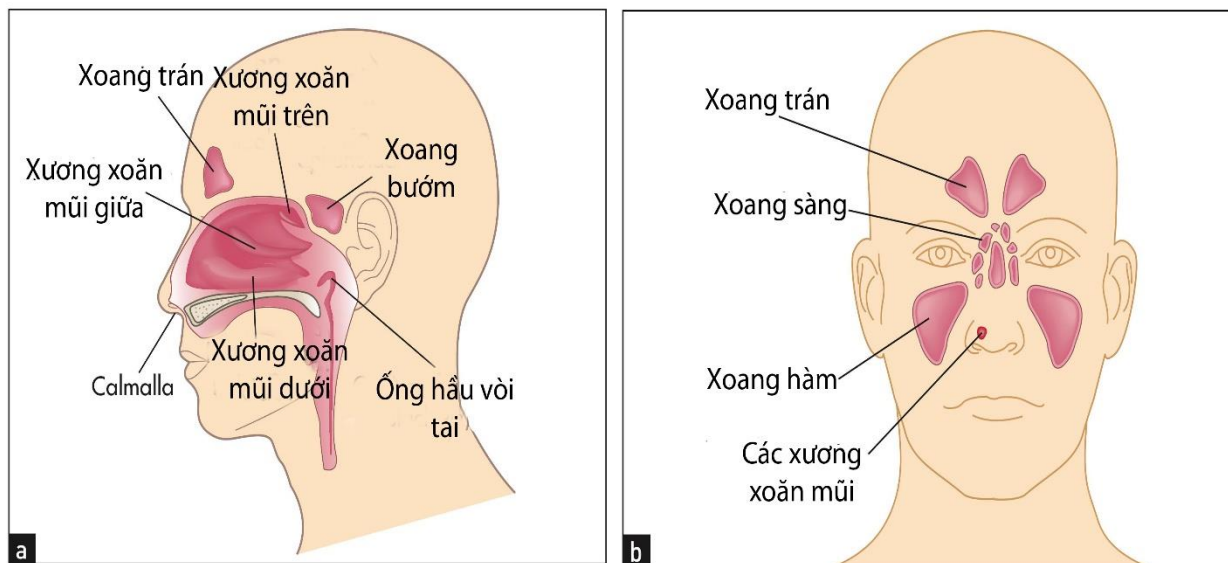
– Test Weber: đặt một âm thoa rung 512 Hz tại giữa trán của BN. Điếc thần kinh làm cho âm thanh có thể nghe tốt hơn ở tai bình thường, nhưng điếc dẫn truyền âm thanh được nghe tốt hơn ở tai bất thường.

## **38.3. MŨI VÀ XOANG**

### **38.3.1. Giải phẫu**

Một phần ba trên của mũi được hình thành bởi hai xương mũi và hai phần ba dưới được hình thành từ sụn (xem Hình 38.19). Sụn chia mũi thành hai khoang. Các xương mũi khớp với xương trán và xương hàm trên. Ở thành ngoài của mũi có ba cặp xương xoắn mũi (trên, giữa và dưới) tạo dòng xoáy không khí đi vào mũi. Điều này làm cho các hạt bụi rơi vào trong niêm mạc mũi, nơi lông mũi quét chúng xuống vùng mũi hầu. Không khí cũng

được sưởi ẩm và làm ẩm trong mũi. Dưới mỗi xương xoăn mũi là một ngách được đặt tên theo xương xoăn mũi ở phía trên nó.



**Hình 38.19. Giải phẫu mũi, (a) mặt phẳng coronal của các xoang cạnh mũi và (b) mặt phẳng sagittal của các xoang cạnh mũi.**

Xoang trán, xoang hàm và hai xoang sàng trước thoát dịch qua ngách mũi giữa. Xoang sàng sau thoát dịch qua ngách mũi trên. Sự thoát dịch được hỗ trợ bởi sự chuyển động của biểu mô có lông chuyển. Xoang hàm trên thoát dịch lên trên ngược với trọng lực thông qua lỗ xương của nó rồi đổ vào khoang mũi. Điều này giải thích tầm quan trọng của dẫn lưu dịch tự thể trong điều trị viêm xoang do vi khuẩn và tại sao nước nhỏ giọt ra ngoài từ mũi của những người bơi lội khi họ cúi xuống để làm khô tóc. Ống lệ mũi đổ vào ngách mũi dưới. Sự thoát dịch có thể bị gián đoạn do phù nề (ví dụ như dị ứng viêm mũi), tắc nghẽn cơ học (ví dụ như polyp mũi) hoặc lông mũi giảm chức năng (hội chứng Kartagener).

Các xoăn mũi là các cấu trúc mạch máu và chúng được cung cấp máu là dưới sự kiểm soát của hệ thần kinh tự động. Kích thích giao cảm gây co mạch và làm co các xương xoăn mũi. Kích thích phó giao cảm gây giãn mạch, sưng và đôi khi cản trở luồng không khí và chảy nước mũi. Mũi được cấp máu từ động mạch cảnh ngoài và cảnh trong. Các mạch máu của vách mũi trước gặp nhau ở khu vực Little<sup>f</sup>. Vùng này cách lỗ mũi ngoài khoảng 2 cm. Chảy máu mũi thường do tổn thương những mạch máu ở khu vực này.

Dây thần kinh của mũi bao gồm các dây thần kinh khứu giác, chi phối biểu mô khứu giác ở phần trên của mũi. Dây thần kinh khứu giác đi qua lá sàng của xương sàng đến hành khứu giác trong não. Phần còn lại của bên trong mũi được chi phối bởi các nhánh của dây thần kinh sinh ba.

Mạch máu niêm mạc mũi tiết chất nhầy, trong đó có chứa các globulin miễn dịch. Chất nhầy và sợi lông mũi (vibrissae) bẫy các hạt bụi và ngăn chặn chúng đi vào phổi. Chất

<sup>f</sup> William Little (1810 – 1894), một phẫu thuật viên tại Bệnh viện St Luke ở New York, ông mô tả vùng này vào năm 1843.

nhảy được quét ngược bởi lông mũi và được nuốt vào dạ dày.

### 38.3.2. Bệnh sử

Các triệu chứng thường gặp bao gồm:

– Chảy mũi (sổ mũi): xem xét viêm mũi dị ứng (chảy nước mũi), cảm lạnh (sổ mũi; dịch nhớt hơn có hoặc không có sốt và triệu chứng hệ thống) hoặc viêm xoang hoặc dị vật (chảy mủ) – xem Questions box 38.4.

– Nghẹt mũi: lạnh, dị vật, vẹo vách ngăn mũi.

– Chảy máu mũi: chấn thương, dị ứng hay cảm lạnh. Hỏi về việc sử dụng các thuốc chống đông máu và kháng tiểu cầu.

– Mất mùi hoặc giảm cảm giác về mùi (thường có mất vị giác rõ ràng): xem xét có tắc nghẽn cơ học do polyps hay không, nhiễm trùng hoặc chấn thương nếu có mất khứu giác hoàn toàn.

– Các triệu chứng của viêm xoang: ho, nghẹt mũi, sung huyết mũi, hắt hơi, đau mặt hoặc đau đầu tăng lên khi cúi người, chảy mủ – xem Bảng 38.4.

– Mũi lớn: mũi sư tử (rhinophyma).

#### Questions box 38.4. Những câu hỏi để hỏi BN bị nghẹt mũi.

1. Ông/bà bị nghẹt mũi bao lâu? (cấp tính thường là nhiễm trùng)
2. Có phải cả hai bên mũi bị ảnh hưởng hoặc chỉ có một? (vẹo vách ngăn mũi)
3. Ông/bà có dị ứng không?
4. Ông/bà có polyp trong mũi không?
5. Vấn đề của ông/bà có tệ hơn ở những thời điểm khác nhau trong năm không? (viêm mũi dị ứng)
6. Có đi kèm hắt hơi? (viêm mũi dị ứng)
7. Ông/bà có bị chấn thương mũi? Có vật gì trong mũi? (dị vật)
8. Có bất kỳ triệu chứng nào khác không? (mất khứu giác – polyp nhúc đầu và nặng đầu – viêm xoang; sốt)

#### Bảng 38.4. Đánh giá BN viêm xoang.

Nhiều khả năng bị viêm xoang	Ít khả năng bị viêm xoang
– Đau răng hàm trên.	– Viêm họng.
– Nghẹt mũi.	– Ngứa mắt.
– Mũi chảy mủ.	
– Ho và hắt hơi.	<b>Không đặc hiệu</b>
– Đau đầu.	– Mệt mỏi.
– Đau nặng hơn khi cúi người.	
– Đau ở trên mắt (viêm xoang trán).	
– Đau quanh hốc mắt (viêm xoang sàng).	

### 38.3.3. Khám

Khám mũi xoang bao gồm nhìn, sờ và khám cảm giác về mũi.

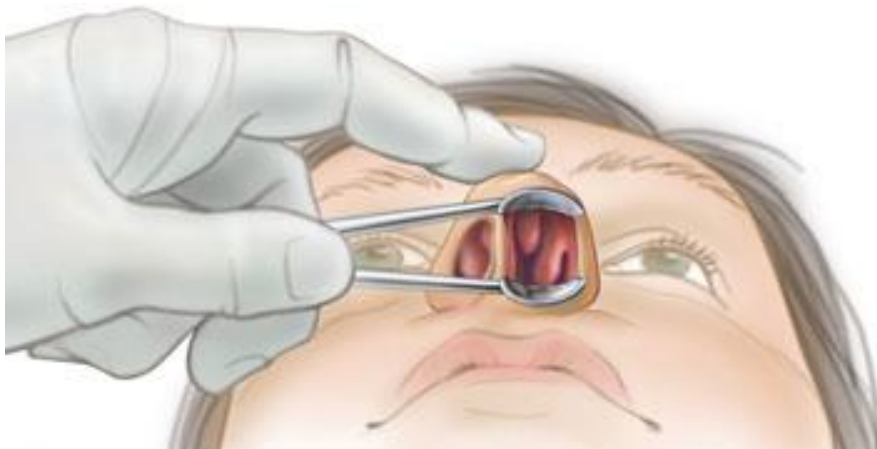
– Quan sát da. BN có mũi lớn có thể có bệnh mũi sư tử (rhinophyma). Sự phì đại và biến dạng của da mũi là do phì đại tuyến bã nhờn. Nó thường được gắn liền với bệnh trứng cá đỏ (rosacea). Lưu ý lệch mũi (quan sát tốt nhất từ phía sau BN và nhìn từ trên xuống). Chú ý sưng nề quanh mắt (viêm xoang). Kiểm tra lỗ mũi ngoài bằng cách ấn đỉnh mũi và đẩy lên trên bằng ngón tay cái.

– Sờ nắn xương mũi. Sau đó sờ tìm cảm giác sưng nề hoặc các dấu hiệu viêm nhiễm ở mắt. Chặn mỗi mũi để đánh giá tắc nghẽn bằng cách yêu cầu BN hít vào. Nếu BN có tiền sử mất mùi, thực hiện thăm khám khứu giác như trong mô tả ở CHƯƠNG 32.

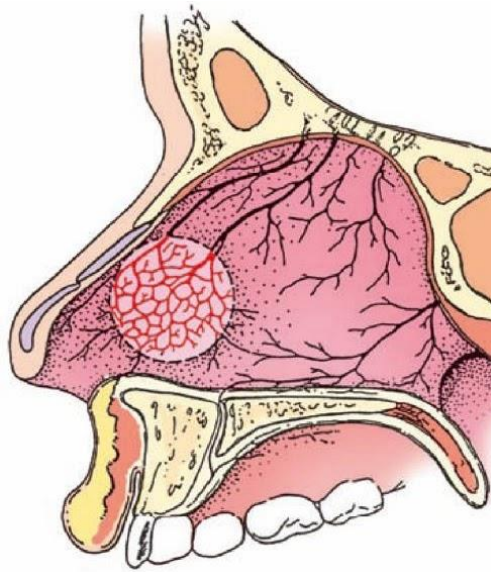
– Mũi gãy biến dạng (xẹp vách ngăn mũi) có thể xảy ra trong u hạt Wegener và viêm đa sụn tái đi tái lại.

– Quan sát bên trong mũi bằng cách sử dụng mỏ vịt mũi. Thiết bị đơn giản này với hai lưới được sử dụng để mở lỗ mũi ngoài. Giữ thiết bị trong tay trái và đưa nó vào mũi của BN theo hướng một lưới ở trên và một lưới ở dưới. Các lưới không nên tựa hoặc được đẩy vào các vách ngăn mũi. Tay còn lại dùng để giữ và di chuyển đầu của BN để nhìn thấy rõ các thành của mũi. Ngón trỏ tay trái nên tỳ vào mũi của BN để giữ lưới trên (xem Hình 38.20). Cố gắng chú ý những vấn đề sau:

- + 1. Lệch hoặc thủng của vách ngăn trước.
- + 2. Màu sắc của niêm mạc, thường là một màu đỏ sẫm (đậm hơn so với niêm mạc miệng) và mịn, ẩm và sạch sẽ.
- + 3. Chảy máu, sung hoặc tiết dịch.
- + 4. Polyp – thường thấy ở gần ngách mũi giữa.
- + 5. Dị vật.
- + 6. Chảy máu ở vùng Little nếu có chảy máu mũi – xem Hình 38.21.
- + 7. Sự hiện diện và tính chất của dịch tiết (ví dụ chảy nước, mủ, máu).
- + 8. Kích thước và màu sắc của các xoăn mũi.



**Hình 38.20. Khám mũi.**



**Hình 38.21. Vùng Little.**

### **38.3.4. Viêm xoang**

Viêm xoang là tình trạng viêm của các xoang cạnh mũi. Đau và tăng cảm giác da trên các xoang. Đối với người lớn, viêm xoang được phân loại là cấp tính nếu dưới 4 tuần, bán cấp nếu trong vòng 4 – 12 tuần và mạn tính nếu kéo dài trên 12 tuần. Viêm xoang cấp tính thường là thứ phát sau nhiễm virus.



**Hình 38.22. Viêm xoang sàn do vi khuẩn.**

Viêm xoang cấp do vi khuẩn (xem Hình 38.22) có thể xảy ra sau khi nhiễm virus hoặc do viêm mũi dị ứng, ở những BN có bất thường về giải phẫu chẳng hạn như biến dạng vách ngăn mũi hoặc polyp trong mũi hoặc ở những BN suy giảm miễn dịch. Các nguyên nhân thường gặp nhất của viêm xoang là do *Streptococcus pneumoniae* và *Haemophilus influenzae*. Bốn đặc điểm lâm sàng quan trọng gợi ý viêm xoang do vi khuẩn là: (1) các triệu chứng xấu đi sau khi có cải thiện sớm (dạng hai pha); (2) có mủ chảy ra từ mũi; (3) đau răng và đau mặt ngay phía trên xoang hàm (đặc biệt nếu đau một bên) và (4) tăng cảm giác da ngay phía trên xoang hàm (một bên). Có thể có sốt.

Các biến chứng của viêm xoang cấp do vi khuẩn có thể bao gồm viêm mô tế bào hốc mắt, viêm màng não, huyết khối xoang hang, áp xe não và viêm xương xoang. Do đó, nếu BN có bất kỳ dấu hiệu cảnh báo nào sau đây – phù nề quanh hốc mắt, thay đổi thị giác hoặc thay đổi trạng thái tâm thần – thầy thuốc cần phải nghĩ đến các biến chứng của viêm xoang do vi khuẩn. Viêm mô tế bào hốc mắt thường có biểu hiện ban đỏ của mí mắt, phù mi mắt và lồi mắt. Viêm mô tế bào quanh hốc mắt là một tình trạng lành tính gây ra bởi nhiễm trùng nguyên phát ở da xung quanh hốc mắt.

Những bệnh lý có biểu hiện giống với viêm xoang cấp do vi khuẩn bao gồm các u hạt Wegener, carcinoma hay lymphoma, sarcoidosis và ở những BN suy giảm miễn dịch, đái tháo đường, viêm xoang do nấm. Viêm xoang mạn tính có biểu hiện tắc nghẽn xoang mạn tính, mũi sau nhỏ giọt, ho, đau đầu và hơi thở hôi.

Bệnh nấm *Mucor* ở mũi não là một bệnh lý nhiễm nấm gây phá hủy các xoang. Có thể nhìn thấy một vảy đen trên niêm mạc mũi hoặc khẩu cái.



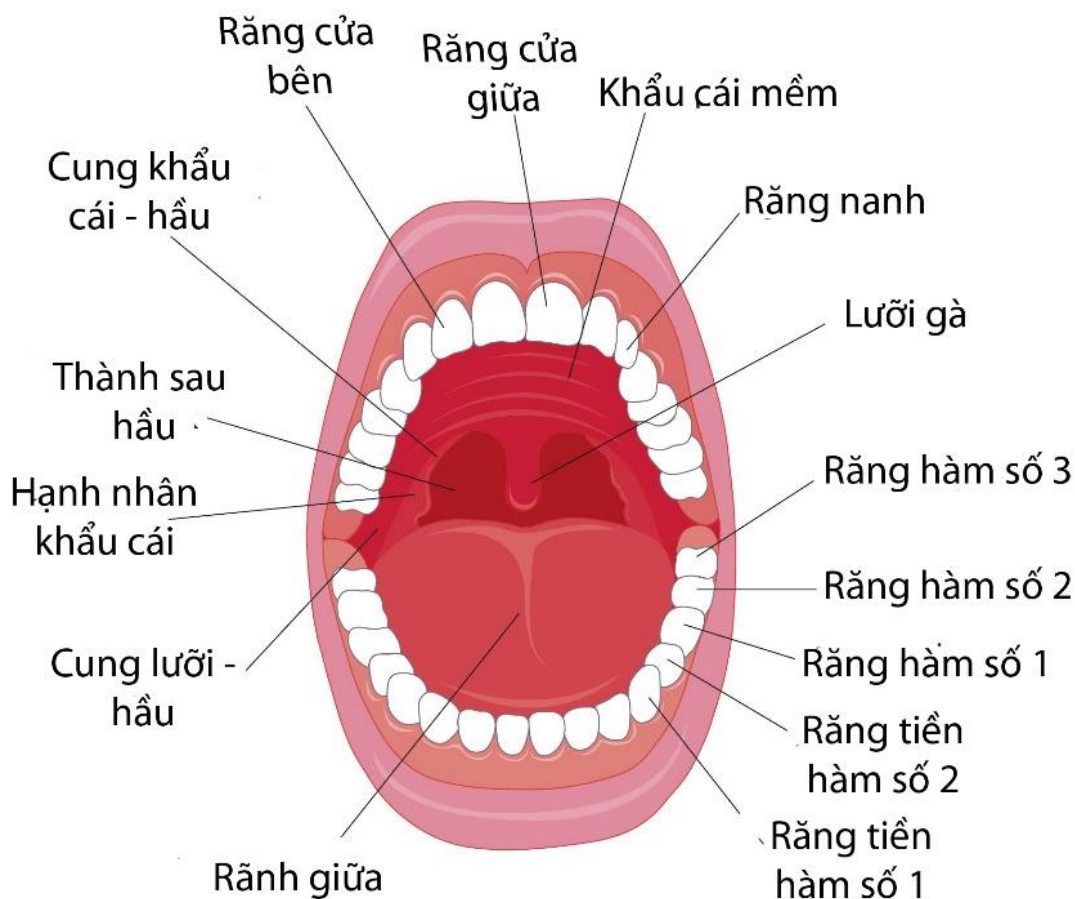
**Hình 38.23. Gợi sáng xoang.**

**Khám.** Có hai cách thường được sử dụng trong rọi sáng các xoang. Phương pháp đơn giản là đặt một ngọn đèn hoặc đèn chiếu sáng qua mô trong miệng của BN. Phòng phải hoàn toàn tối đen và BN phải ngậm môi lại để che đèn soi. Xoang bình thường có thể nhìn thấy qua làn da mặt và xuất hiện với cảm giác ấm áp. Phương pháp này có lợi thế là có thể so sánh được hai bên. Phương pháp thứ hai tránh sự cần thiết phải làm sạch đèn soi giữa

các lần khám. Đặt đèn trên bờ dưới ổ mắt và bảo vệ mắt khỏi ánh sáng, nhìn chăm chú vào miệng BN để quan sát xem khẩu cái cứng được chiếu sáng hay không – xem Hình 38.23.

## 38.4. MIỆNG VÀ HỌNG

### 38.4.1. Giải phẫu



**Hình 38.24. Giải phẫu miệng và họng.**

Cấu trúc giải phẫu chính của khoang miệng (Hình 38.24) bao gồm:

- Môi: được phủ bởi lớp biểu mô mỏng và nhiều nhú mạch máu (làm cho môi có màu đỏ).

- Lưỡi: bám vào xương móng, có chức năng ăn uống, phát âm, khu vực chính để cảm nhận các vị thức ăn. Nó có một rãnh dọc giữa và kết thúc ở phía sau lỗ tịt. Bề mặt gồ ghề gồm những gai lưỡi vì chúng được phủ bởi các nhú. Các nhú dạng nấm có ở đỉnh lưỡi và hai bên lưỡi. Nhú lớn nhất ở phía trước lỗ tịt gọi là nhú dạng vòng. Chúng chia lưỡi thành 2/3 trước và 1/3 sau.

- Răng

- Khẩu cái cứng: là một cấu trúc xương lõm. Phía trước, nôm nạc gập nếp gọi là các nếp khẩu cái. Khẩu cái mềm là lớp cơ mềm dẻo, kết thúc ở lưỡi gà, giúp đóng mũi hầu khi nuốt.



– Các nụ vị giác ở hai bên của lưỡi. Thường thì, là một nhánh của dây thần kinh mặt, nhận tính hiệu vị giác từ 2/3 trước lưỡi và dây thần kinh thiệt hầu nhận vị giác ở 1/3 sau lưỡi. Vị mặn được cảm giác bởi hai bên lưỡi, vị ngọt ở đầu lưỡi, vị đắng và chua ở 1/3 sau lưỡi do dây thần kinh thiệt hầu chi phối.

– Các tuyến nước bọt tiết nước bọt làm trơn miệng, nó chứa enzyme tiêu hóa như amylase thủy phân tinh bột. Tuyến lớn nhất là tuyến nước bọt mang tai, nó đổ ra ống Stensen và qua một nhú đối diện với răng hàm số 1 của hàm trên. Tuyến dưới hàm có kích thước nhỏ hơn, nó nằm ở dưới góc xương hàm dưới, đổ qua ống Wharton đến nhú hai bên hàm dưới lưỡi. Nhỏ nhất là tuyến dưới lưỡi, nó nằm ở sàn miệng gần lưỡi và đổ ra ngoài qua nhiều ống nhỏ.

### 38.4.2. Bệnh sử

#### Questions box 38.5. Những câu hỏi để hỏi BN đau ở miệng và họng.

1. Ông/bà bị đau ở miệng phải không? (bệnh về răng, loét)
2. Con đau như thế nào? (âm ỉ, đều – đau răng; chỉ khi hoạt động – viêm họng; đau khi ăn – bệnh ở khớp thái dương hàm)
3. Khi nuốt ông/bà có đau không? (viêm amidal, loét hầu họng)
4. Con đau kéo dài bao lâu rồi? (cấp tính gợi ý viêm nhiễm)
5. Ông/bà có vấn đề gì với hàm răng của mình không?

#### Questions box 38.6. Những câu hỏi để hỏi BN loét miệng.

1. Ông/bà có bị nhiều hơn một ổ loét ở miệng? (đa ổ loét gợi ý bệnh hệ thống, như bệnh Crohn)
2. Chúng làm cho ông/bà bị đau không? (nếu không đau gợi ý bệnh ác tính)
3. Ông/bà có bị loét hay có thương tổn khác ở âm đạo, dương vật, hậu môn? (gợi ý bệnh lây truyền qua đường tình dục, bệnh Crohn).
4. Ông/bà có cảm thấy không được khoẻ và có loét ở môi? (thường do nhiễm Herpes Simplex)
5. Ông/bà có bị loét lần nào tương tự? (gợi ý loét áp to)
6. Ông/bà có hút thuốc hay uống rượu? (loét ác tính)

#### Questions box 38.7. Những câu hỏi để hỏi BN bị khàn giọng.

1. Ông/bà khàn giọng bao lâu rồi? (bệnh sử mới xuất hiện gợi ý viêm thanh quản)
2. Triệu chứng có nặng lên không?
3. Ông/bà có bị chấn thương ở vùng cổ?
4. Ông/bà có bao giờ hút thuốc? (carcinoma thanh quản, carcinoma phổi, liệt thần kinh quặt ngược thanh quản)
5. Ông/bà có hay nói lớn không? (sử dụng quá nhiều, u nhú thanh quản)
6. Ông/bà có sử dụng thuốc gây mê gần đây không? (chấn thương khí quản do đặt nội khí quản)
7. Ông/bà có bệnh về tuyến giáp? (cường giáp)

Các triệu chứng quan trọng của các bệnh miệng và họng bao gồm:

- Đau ở miệng và họng (xem Questions box 38.5).
- Loét (xem Questions box 38.6).

– Chảy máu: xem máu chảy từ đâu (lợi, họng hay ho ra máu). Tìm nó nếu BN cảm thấy có một khối trong miệng hoặc họng, xem liệu còn nơi nào chảy máu nữa không hoặc BN có đang sử dụng thuốc chống kết tập tiểu cầu hay thuốc kháng đông không?

– Một khối hoặc u cục lồi lên trong miệng: hỏi xem nó có đau (nhiễm trùng) hay không, cơn đau xuất hiện bao lâu rồi và liệu nó có chảy máu (u tân sinh)?

– Khô miệng: hỏi về tiền sử sử dụng thuốc (thuốc chống trầm cảm, anti histamine), xạ trị gần đây (phá huỷ các tuyến nước bọt), khô mắt (hội chứng sicca) và nấm ở miệng (có kết hợp candida).

– Khó nuốt: hỏi điều này nếu BN chỉ khó nuốt chỉ với chất rắn (chít hẹp hoặc khối u thực quản) hoặc cả chất rắn lẫn chất lỏng (vấn đề về vận động thực quản) hoặc kết hợp với đau họng (viêm amidal).

– Nói khó: khó khăn khi sử dụng lời nói (xem Questions box 38.7).

### 38.4.3. Công cụ thăm khám

Thăm khám họng bao gồm quan sát và sờ.

– Nhìn, quan sát môi tìm loét do herpes, hội chứng Peutz – Jeghers, tím và khối u xuất hiện trên môi. Nguyên nhân thường gặp nhất là bọng niêm dịch (mucocele – xem Hình 38.25), tổn thương dạng nang có thể dài tới vài cm. Nguyên nhân gây ra bởi những tổn thương chấn thương làm hoặc tắc nghẽn tuyến nước bọt nhỏ.



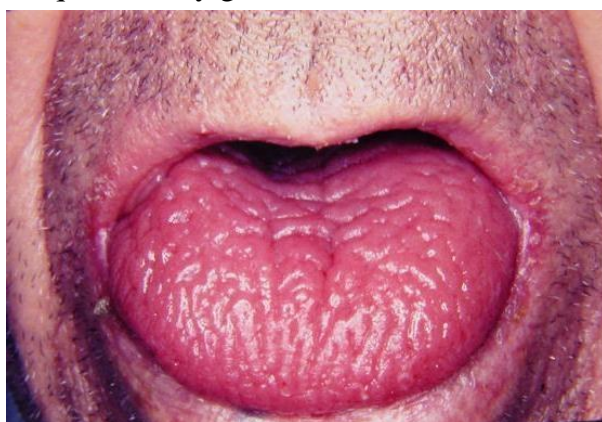
**Hình 38.25. Bọng niêm dịch.**

– Nhìn niêm mạc má, khâu cái, răng. Sử dụng đèn, bộc lộ niêm mạc má bằng cây đè lưỡi. Chú ý bất cứ dấu hiệu nào của viêm (đỏ, phù, ...). Nhìn lỗ đổ tuyến mang tai (đối với trường hợp viêm nhiễm). Một mảng trắng không đau (bạch sản) có thể xuất hiện ở lưỡi, lợi, niêm mạc má. Đây là gợi ý cho tiền ung thư. Mảng giống Lichen cũng có thể là nguyên nhân gây tổn thương mảng trắng không đau ở miệng, nó có dạng lưới. Tìm tổn thương dạng khối hoặc loét (xem Hình 38.28). Khám răng tìm sâu răng và dấu hiệu nhiễm trùng rõ ràng.

– Khám lợi, chú ý dấu hiệu phì đại (liên quan đến việc sử dụng phenytoin, bệnh bạch cầu hoặc thai kỳ), chảy máu và viêm nhiễm. Mảng đỏ là dạng bất thường niêm mạc miệng

với đặc điểm có những nốt sần đỏ tươi dễ chảy máu. Nó có nguy cơ tiềm tàng ác tính cao hơn cả bạch sản.

– Ở miệng ta phải kiểm tra lưỡi đầu tiên, yêu cầu BN đưa lưỡi ra ngoài, di chuyển từ bên này sang bên kia. Yếu vận động cơ lưỡi có thể do các bệnh lý thần kinh hoặc cơ. Tìm khối u hoặc sự thay đổi của niêm mạc với các phần khác của lưỡi. Bề mặt lưỡi có thể đỏ ở một số nơi lộ ra những nhú mạch máu được bao xung quanh bởi lớp viền màu trắng hoặc vàng trông giống như bản đồ. Nó còn được gọi là “lưỡi địa hình” và khá lành tính. Lưỡi kéo dài và nhuộm màu (từ thức ăn hoặc thuốc lá hoặc vi sinh vật) làm các nhú ở lưỡi trở nên đen và rậm lên. Điều này gợi ý sự lành tính. Sự tăng sinh quá mức các rãnh lưỡi, người ta gọi là lưỡi bìu (scrotal tongue – xem Hình 38.26), nó cũng là tổn thương lành tính. Tìm kiếm bằng chứng của nhiễm candida (xem Hình 38.29) với tổn thương trắng bao phủ niêm mạc viêm và có thể là kết quả của suy giảm miễn dịch hoặc sử dụng kháng sinh kéo dài.



**Hình 38.26. Lưỡi bìu.**

– Kiểm tra sàn miệng và dưới lưỡi. Yêu cầu BN cong lưỡi lên hướng về phía khẩu cái cứng giúp chúng ta dễ quan sát hơn. Những tĩnh mạch lớn có thể thấy được ở dưới lưỡi ở người cao tuổi. Chúng lành tính và không gây chảy máu. Kiểm tra niêm mạc bề mặt tìm những bất thường đã mô tả ở trên. Có thể xuất hiện u nang dưới lưỡi (ranula – xem Hình 38.27) – một nang lớn chứa chất nhầy. Chúng có thể khá lớn và mặc dù không đau nhưng gây cản trở việc ăn uống và nói chuyện.



**Hình 38.27. U nang dưới lưỡi.**

– Kiểm tra khẩu cái cứng và khẩu cái mềm để tìm các tổn thương niêm mạc tương tự và đốm xuất huyết ở khẩu cái cứng. Phi đại xương ở phần sau khẩu cái cứng là những dấu hiệu lành tính thường gặp. Nó thường nằm ở đường giữa và thường có nhiều thùy con. Nó gọi là torus palatinus – cấu trúc lồi ở đường giữa của khẩu cái cứng.

– Cảm giác lưỡi bằng tay có đeo găng. Nắm nó bằng một ít gạc với một tay và sờ bằng tay còn lại. 2/3 trước lưỡi có thể sờ được mà không gây phản xạ nôn. Cảm giác chai cứng (khó sờ) ở bất kỳ tổn thương nào (là một dấu hiệu ác tính).

– Bây giờ sờ cảm giác sàn miệng. Sử dụng cả hai găng tay, cảm giác bằng ngón tay trở tay phải vào một điểm ở dưới lưỡi và đẩy xuống dưới. Ngón trở tay trái đặt ở dưới cằm và đẩy lên trên. Sử dụng ngón tay cái và giữa tay trái đặt vào má BN giữa hai hàm răng để tránh trường hợp BN cắn các ngón tay của thầy thuốc. Dùng các ngón tay để sờ khối u và đánh giá sự nhạy cảm đau của chúng. Cảm nhận tuyến nước bọt dưới hàm.

– Yêu cầu BN nói “Ah” để kiểm tra vòm họng và lưỡi gà. Thường dùng cây đèn lưỡi để việc quan sát được chính xác hơn. Sử dụng hai cây đèn lưỡi để quan sát sâu hơn. Lưỡi nên ở vị trí phía sau hàm răng. Đặt cây đèn lưỡi quá sâu khiến BN buồn nôn, đặt quá gần về phía trước khiến cho lưỡi cuộn lại và che lấp hầu. Kiểm tra amygdal (chú ý kích thước, hình dáng, màu sắc, sự chảy mủ và màng bao phủ bên ngoài – nó có thể bị che lấp đi ở người trưởng thành hoặc không thấy). Amygdal to lên được phủ bởi một lớp màng hoặc mủ là đặc trưng của viêm amygdal do vi khuẩn hoặc virus. Sự phì đại này có thể xảy ra ở BN bị bệnh bạch cầu hoặc lymphoma. Nhớ kiểm tra hạch lympho ở cổ.

– Những thứ cần phải nhìn, sờ và nghe khi khám miệng và họng:

+ Viêm nứt góc miệng (angular stomatitis).

+ Trạng thái của răng và nướu.

+ Loét ở nướu và lưỡi (Herpes simplex), loét áp tơ, nhiễm candida (xem Hình 38.29).

+ Khối nhầy (cần nhắc ác tính).

+ Mủ ống mang tai.

+ Nốt Koplik (sởi, xem hình Hình 38.30)

+ Lưỡi: trơn (thiếu sắt, vitamin B12), lớn (bệnh cực đại đầu chi, khối u), lưỡi có dấu răng và bản (bệnh neuron vận động), loét to và có mảng trắng.

+ Amydal: thấy hoặc không, viêm hoặc bao phủ bởi mủ, phì đại (lymphoma).

+ Các tuyến nước bọt: kích thước và tăng cảm giác đau, đè vào lỗ đổ của tuyến xem mủ có chảy ra không.

+ Hạch lympho sưng và chảy dịch: tăng nhạy đau và sự phì đại (xem Hình 38.31).

+ Tiếng ho và khò khè.

+ Sự chi phối của các dây thần kinh sọ, nếu cần thiết.



**Hình 38.28. Loét má.**



**Hình 38.29. Nhiễm candidiasis.**



**Hình 38.30. Nốt Koplik.**



**Hình 38.31. Áp xe dưới hàm.**

#### **38.4.4. Viêm hầu**

Cơn đau họng do viêm hầu xuất tiết ở người lớn thường do nhiễm trùng thứ phát. Nguyên nhân thường gặp bao gồm virus, đặc biệt là Epstein – Barr virus ở tuổi thiếu niên khoảng 50% các trường hợp, trong khi khoảng 10% là liên cầu tan huyết beta nhóm A (xem Hình 38.32). Não mô cầu là nguyên nhân không thường gặp gây viêm hầu ở người lớn, HIV gây nhiễm trùng cơ hội, đặc thù hơn, có các yếu tố nguy cơ tình dục xuất hiện trong bệnh sử. Hai virus phổ biến khác gây bệnh là Herpes simplex và adenovirus. Nhiều trường hợp không rõ nguyên nhân gây bệnh. Trên lâm sàng, vùng hầu đỏ lên kèm theo có hoặc không có loét.

Tiêu chuẩn lâm sàng giúp xác định nguyên nhân liệu có phải do liên cầu tan huyết beta nhóm A hay không (4 tiêu chuẩn theo thang điểm Centor):

- Không ho.
- Sốt.
- Hầu xuất tiết.
- Hạch cổ trước.

Nếu đủ cả bốn tiêu chuẩn đồng nghĩa khẳng định tác nhân trên gây bệnh. Nếu thiếu ba tiêu chuẩn gợi ý cuối thì nhiễm trùng không phải do liên cầu tan huyết. Điều quan trọng là phải nhận biết điều này bởi viêm hầu do nhiễm liên cầu tan huyết beta có thể đưa đến nhiều biến chứng nhiễm trùng trực tiếp (viêm tai giữa, viêm xoang, áp xe quanh amygdale, nhiễm trùng khoang dưới hàm – cơn đau Ludwig) và biến chứng gián tiếp (sốt thấp khớp cấp và viêm cầu thận cấp). Viêm cầu thận cấp không thể dự phòng bằng kháng sinh.



**Hình 38.32. Viêm họng do Streptococcal.**

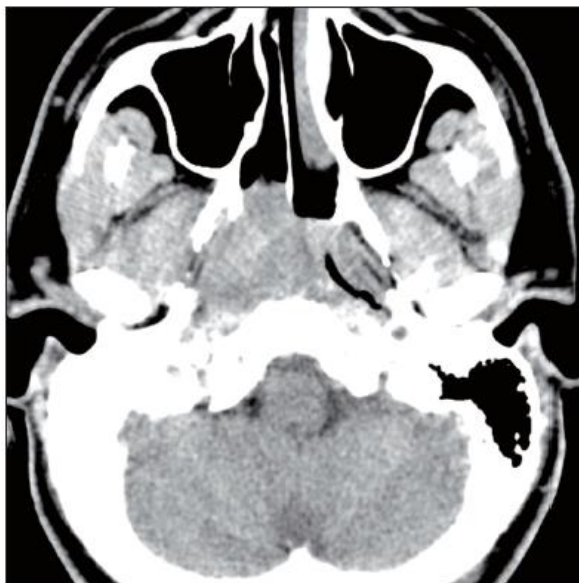
### **38.4.5. Viêm nắp thanh quản**

Bệnh hiếm gặp nhưng là nguyên nhân quan trọng gây đau họng. Biểu hiện lâm sàng kinh điển với tam chứng: đau họng, đau khi nuốt và sốt. BN có thể có thở rít, dễ nhầm lẫn với hen. Hít vào có tiếng khò khè do có viêm nhiễm trên nắp thanh quản. Ứ đọng chất tiết là một gợi ý khác giúp chẩn đoán. Cần phải chỉ định điều trị nội khoa tích cực để ngăn chặn tắc nghẽn đường hô hấp.

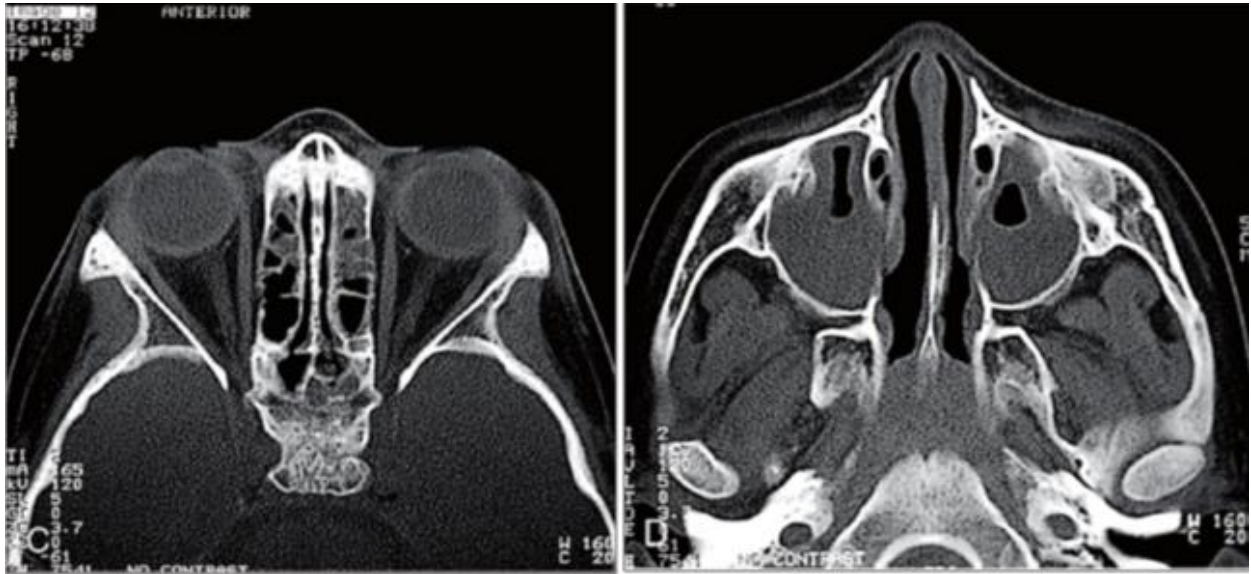
## **38.5. CẬN LÂM SÀNG CHẨN ĐOÁN**

CT scan đầu có thể sử dụng thường quy để giúp chẩn đoán viêm xoang và các khối u vùng hầu họng. Chúng có thể giúp nhận ra sự lan tràn của nhiễm trùng vào trong não hoặc ổ mắt (xem Hình 38.33 và Hình 38.34).

Thị trường có thể được định vị chính xác bằng biểu đồ thị trường. Hình ảnh chụp võng mạc thường được sử dụng để tầm soát cho những BN đái tháo đường.



**Hình 38.33. Carcinoma vùng hầu họng. Hình ảnh cho thấy một khối u phần mềm làm tắc mũi hầu bên phải và vòi Eustachian (P).**



**Hình 38.34. Viêm xoang cấp.** Hình ảnh chụp tư thế axial cho thấy xoang hàm bên phải trở nên mờ đục. Xoang hàm bên trái mờ hoàn toàn, chỉ nhìn thấy một bóng khí nhỏ.



## T&O'C essentials

1. Bệnh tại chỗ hay bệnh hệ thống quan trọng có thể bị bỏ qua trừ phi mắt và tai được thăm khám như một phần của các thăm khám nội khoa thông thường khác.
2. Soi đáy mắt chính xác bằng đèn soi đáy mắt nên được sử dụng thường quy. Thuốc giãn đồng tử có thể cần thiết để có được một kết quả chính xác.
3. Những dấu hiệu khó quan sát ở mắt, ví dụ như hội chứng Horner có thể bị bỏ qua trừ phi có đủ thời gian để quan sát rõ ràng và so sánh hai bên.

## Bài test OSCE

### Khám mắt

**Bà Barker bị đau hai mắt. Vui lòng khám cũng mạc và kết mạc cho bà ấy.**

1. Nhìn BN từ phía sau, có lẽ sẽ gọi cho ta một vài dấu vết để chẩn đoán.
2. Quan sát để tìm dấu hiệu vàng củng mạc mắt. Theo dõi diễn tiến nếu có.
3. Nhìn kết mạc có nhợt nhạt, sung huyết, phù nề hoặc tụ máu dưới kết mạc không.
4. Chú ý bất kỳ vùng đỏ nào (mắt đỏ một bên trong viêm mống mắt). Nếu kết mạc xung huyết trung tâm – cương tụ rìa gặp trong viêm mống mắt hoặc lan ra ngoại vi – cương tụ kết mạc gặp trong viêm kết mạc.
5. Nếu kết mạc bị sung huyết thì cần sử dụng găng tay trước khi kéo mi mắt xuống. Chú ý bất kỳ dịch gì chảy ra ở mắt (viêm kết mạc).
6. Nếu kết mạc nhợt nhạt, kéo mi mắt xuống và so sánh với vùng trắng như hạt ngọc trai phía sau kết mạc và vùng đỏ ở phía trước.
7. Nếu phù, tìm dấu hiệu mắt lồi và những dấu hiệu khác của cường giáp.
8. Nhìn mống mắt (BN có cảm giác có màn sương che phủ gợi ý phù hoặc viêm).
9. Nhìn và test phản xạ đồng tử (đồng tử nhỏ không đều trong viêm mống mắt, dẫn đồng tử hình bầu dục với phản xạ ánh sáng kém gợi ý glaucoma cấp).
10. Đánh giá vận nhãn (đau trong viêm mống mắt).
11. Soi đồng tử (loét giác mạc màu đen dưới sự kiểm tra của ánh sáng đỏ).
12. Tìm bằng chứng của viêm mạch máu hệ thống (xét nghiệm nước tiểu).

### Soi đáy mắt

**Ông Abbott bị đái tháo đường. Vui lòng soi đáy mắt cho ông ấy.**

1. Đồng tử phải được làm giãn trước khi soi.
2. Sử dụng đèn soi đáy mắt với quy trình nhất định được cho phép.
3. Tìm sự thay đổi của tăng huyết áp và đái tháo đường trên võng mạc.

### Mắt thị lực

**Cô Jenny Elder đang bị mất thị lực đột ngột. Vui lòng khám cho cô ấy.**

1. Kiểm tra mức độ mất thị lực mỗi bên mắt, đánh giá thị trường đầy đủ.
2. Đánh giá phản xạ đồng tử bằng đèn và ánh sáng phòng, sự khiêm khuyết phản xạ đồng tử (tổn thương thân kinh thị).
3. Kiểm tra sự vận nhãn và hỏi BN có đau khi vận nhãn (viêm thân kinh thị).
4. Kiểm tra đáy mắt. Chú ý dấu hiệu phù gai thị, có màu hồng hoặc trắng bất thường (thiếu máu cục bộ thân kinh thị), chú ý sự nhợt nhạt của võng mạc (tắc động mạch), xuất huyết (tắc tĩnh mạch) và huyết khối rõ ràng (ngay chỗ phân nhánh của động mạch).
5. Kiểm tra thị giác màu sắc nếu có bảng test đỏ – xanh lục phù hợp (tìm sự phá huỷ thân kinh thị).

6. Nghe âm thổi động mạch cảnh (hẹp động mạch cảnh).
7. Bắt mạch (rung nhĩ), đo huyết áp (tăng huyết áp).
8. Tổng phân tích nước tiểu hoặc protein (viêm mạch máu).

#### **Khám tai**

**Ông Li than đau nhức tai. Vui lòng kiểm tra ống tai ngoài và màng nhĩ cho ông ấy.**

1. Chú ý nếu BN có vẻ không được khoẻ hoặc sốt.
2. Quan sát loa tai và ống tai ngoài tìm nốt tophry, viêm da, viêm mô tế bào, dấu hiệu chấn thương (tụ máu), sẹo (phẫu thuật) và chảy dịch – mủ.
3. Quan sát cả hai tai.
4. Hỏi BN nếu BN đau nhiều, trước khi dùng đèn soi tai để thăm khám ống tai ngoài và màng nhĩ.
5. Tìm hồng ban hoặc chỗ sưng lên của loa tai, ráy tai, mủ hoặc chảy dịch tai từ màng nhĩ.
6. Quan sát màng nhĩ chú ý có thủng, thủng nhĩ hoặc mất tam giác sáng.
7. Kiểm tra khả năng nghe bằng nghiệm Weber hoặc Rinne.
8. Sờ khớp thái dương hàm để xem có đau và tiếng kêu lác rắc (dựa vào cơn đau).
9. Quan sát họng để tìm sự viêm nhiễm (dựa vào cơn đau).

#### **Khám họng**

**Cô Peta Smith than phiền về đợt đau họng tái phát. Vui lòng khám cho cô ấy.**

1. Đeo găng, lấy răng giả ra. Chú ý nếu có đờm dãi, ứng đỏ hoặc BN có khó chịu.
2. Mở đèn và yêu cầu BN mở miệng to ra.
3. Kiểm tra miệng và hầu với cây đèn lưỡi. Chú ý sự to ra của amygdal và bất cứ mảng hồng ban hoặc bất cứ dấu hiệu nào của viêm nhiễm.
4. Chú ý nếu BN không thể mở miệng hoàn toàn (cứng hàm).
5. Cảm nhận khoang miệng và lưỡi nhẹ nhàng với các ngón tay có đeo găng.
6. Sờ các hạch cổ một cách cẩn thận.
7. Đo thân nhiệt (sốt).
8. Yêu cầu thăm khám mũi với đèn soi tai (viêm mũi) và soi thanh quản gián tiếp nếu có gợi ý. Một vài test khác có thể bao gồm: phết họng (viêm amygdal do vi khuẩn) và một số test nhanh phát hiện EBV và monospot test (sốt virus).

### **OSCE ôn tập**

#### **Thăm khám mắt, tai, mũi, họng**

**Topic này thường hay gặp trong OSCE, sẽ giúp ích khi ôn tập lại.**

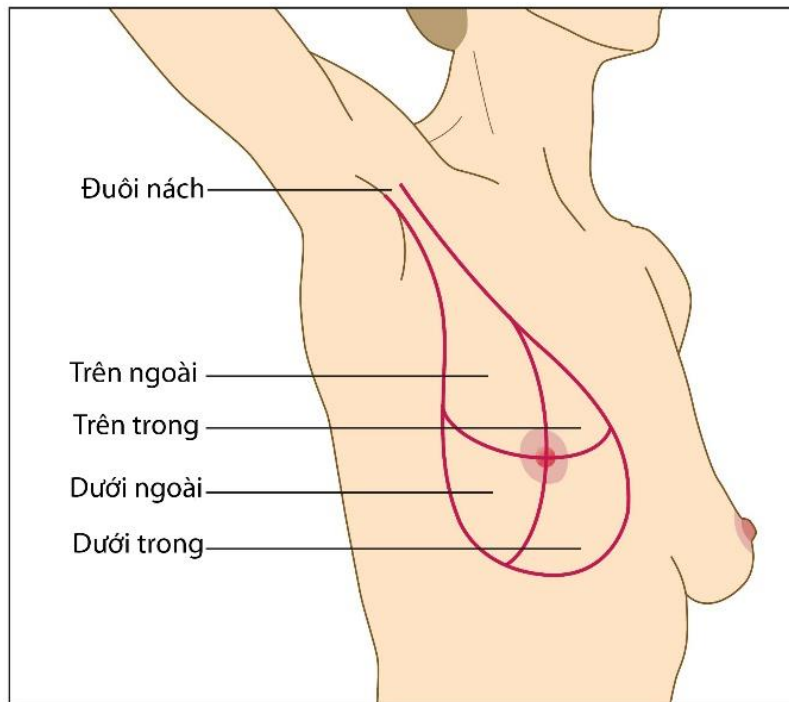
1. Người phụ nữ này mất thị lực, hãy hỏi bệnh sử và thăm khám cho bà ấy.
2. Người phụ nữ này than phiền rằng bà ấy bị đau mắt đỏ, hãy thăm khám cho bà ấy.
3. Người đàn ông này bị nhìn đôi, hãy thăm khám cho ông ấy.
4. Người đàn ông này bị đái tháo đường và có vấn đề về thị lực, khám thấy đồng tử ông ấy dẫn, hãy soi đáy mắt cho ông ấy.
5. Người phụ nữ này bị đau họng, hãy thăm khám cho bà ấy.
6. Người phụ nữ này nói rằng bà ấy lại bị viêm xoang, hãy thăm khám cho bà ấy.
7. Người đàn ông này bị loét miệng, hãy hỏi bệnh sử và sau đó thăm khám cho ông ấy.
8. Người đàn ông này bị điếc, hãy hỏi bệnh sử và sau đó thăm khám cho ông ấy.

*Hạnh phúc nhất là khi thầy thuốc có được bệnh sử đầy đủ, cái nhìn sắc bén và suy luận tốt.  
Walter C Alvarez (1976)*

Khám vú là phần cực kỳ quan trọng trong thăm khám tổng quát. Ở những BN nữ 40 tuổi hoặc hơn, thăm khám tầm soát ung thư vú được khuyến cáo (tự khám vú mỗi tháng và đến bác sĩ khám hàng năm) nhưng không có bằng chứng thuyết phục về giá trị của việc tự thăm khám vú.

### 39.1. GIẢI PHẪU

Ở phụ nữ, vú nằm đè lên cơ ngực lớn và trải dài từ xương sườn số 2 đến xương sườn số 6 ở phía trước khung sườn, vì thế vú bao phủ phần lớn phía trước thành ngực. Ở phía trước, mô vú trải dài từ dưới xương đòn đến giữa xương ức; còn ở phía ngoài, mô vú trải dài nách và có thể ra phía sau đến cơ lưng rộng (xem Hình 39.1). Vùng này có hình dáng vuông vức hơn là hình tròn. Đuôi nách (tail of Spence) là một vùng trải rộng của phần trên ngoài của vú theo hướng lên trên đến nách. Đuôi nách dọc theo bờ dưới của cơ ngực lớn và có thể đi qua mạc sâu để tiếp cận đến các hạch lympho ở nách.



Hình 39.1. Giải phẫu vú.

Về mặt hình thái, vú có hình nón với đáy là thành ngực và đỉnh là núm vú nằm ở trung tâm của vú. Có một quầng da sắc tố quanh núm vú gọi là quầng vú. Kích cỡ của quầng vú rất khác nhau ở phụ nữ, quầng vú chứa các tuyến Montgomery. Những tuyến này tiết các dịch dầu có tác dụng bôi trơn và bảo vệ núm vú. Lớp mạc nông xung quanh vú tách biệt với da bằng mô mỡ dưới da dày khoảng 0,5 – 2,5 cm. Lớp mạc nông này dính với da bởi các mô liên kết sợi kéo dài gọi là dây chằng Cooper.

Thành phần của vú gồm mô mỡ, mô tuyến và mô liên kết sợi. Ngoại trừ các mô tuyến sữa, hầu hết các thành phần còn lại của vú đều là mô mỡ. Tuyến vú ở phụ nữ trưởng thành có khoảng 14 – 18 phân thùy không đều nhau, tất cả cùng hội tụ tại núm vú. Sữa được tiết ra từ các phân thùy sẽ được đổ vào các ống góp ở mỗi phần thùy, đường kính khoảng 2 mm, rồi tới các xoang chứa sữa dưới quầng vú có đường kính từ 5 đến 8 cm. Có tất cả khoảng 5 đến 10 ống dẫn sữa mở ra ở núm vú.

Có rất nhiều bất thường lành tính của vú gây thay đổi hình thể và các biểu hiện khác của vú, gồm:

- U sợi tuyến vú (fibroadenomas) gây ra do sự tăng trưởng quá mức của các mô liên kết xung quanh vú.
- Nang vú do tắc các ống thu thập.
- U nhú lòng ống dẫn sữa.
- Dẫn ống tuyến vú xuất hiện khi các ống dẫn sữa gần núm vú dẫn ra, thành ống dày và ống dẫn được lấp đầy bởi dịch gây chảy dịch ra ngoài núm vú.

## 39.2. BỆNH SỬ

Cũng giống như thăm khám các cơ quan khác, hỏi bệnh sử là bắt buộc trước khi thăm khám tuyến vú. Những câu hỏi thiết yếu để hỏi BN phải xoay quanh những vấn đề như: khoảng thời gian mà BN cảm thấy được có khối u ở vú; đau; sự thay đổi về kích cỡ, hình thái của vú; mối liên quan đến chu kỳ kinh và sự chảy dịch qua núm vú. Hỏi BN có tự thăm khám vú của mình đều đặn không và có nhận ra sự thay đổi nào không. Đồng thời cũng hỏi về tiền sử chọc hút nang gì đó ở vú trước đây hay không.

Tìm những yếu tố nguy cơ liên quan đến ung thư vú như tiền sử gia đình có người bị ung thư vú hoặc ung thư buồng trứng. Tiền sử bản thân có liên quan đến ung thư vú như: béo phì, thời gian bắt đầu kinh nguyệt sớm, mãn kinh trễ, mang thai lần đầu muộn, sử dụng rượu nặng, phơi nhiễm với tia xạ và sử dụng oestrogen ở thời kỳ hậu mãn kinh. Ở những BN có tiền sử tăng sản (ống dẫn sữa hoặc phân thùy tuyến vú) không điển hình làm tăng nguy cơ ung thư vú lên 3 đến 5 lần. Tuy nhiên, ba phần tư BN ung thư vú không biết được yếu tố nguy cơ.

Các gen gây ung thư vú BRCA1 và BRCA2 có tương quan mạnh đến tần suất xuất hiện ung thư vú (và ung thư buồng trứng) ở nữ cũng như ung thư vú ở nam giới. BN có tiền sử gia đình có nhiều người bị ung thư vú hoặc ung thư buồng trứng cần phải hỏi BN có làm xét nghiệm di truyền học hay chưa. Chụp nhũ ảnh tầm soát được khuyến cáo thường quy cho tất cả phụ nữ trên 50 tuổi.

Nữ hóa tuyến vú ở nam giới có thể do tác động của liệu pháp hormone hoặc thuốc (điều trị carcinoma tuyến tiền liệt hoặc sử dụng aldactone – spironolactone). Thường có

tăng cảm giác da, vú lớn cả hai bên thường lành tính nhưng nếu lớn ở một bên thì đa phần do nguyên nhân ác tính. Vì tổn thương ác tính ở tuyến vú thường xuất hiện ở những BN có nữ hóa tuyến vú nên vú lớn không cân xứng ở nam giới cần phải quan tâm đặc biệt. Carcinoma tuyến vú ở nam giới ít gặp khoảng 100 lần so với nữ giới vì mô tuyến vú ở nam giới rất ít và bệnh lý này lại ít khi được nghĩ đến nên phần lớn bệnh đã xâm lấn ra xung quanh ở ngay thời điểm bệnh được phát hiện.

### 39.3. THĂM KHÁM

Để việc thăm khám vú được thực hiện một cách hoàn chỉnh, cần có nhiều thời gian để làm điều này (khoảng 3 phút cho mỗi bên). Trước khi bắt đầu thăm khám cần phải giải thích rõ ràng cho BN biết được những gì thầy thuốc sẽ thực hiện. BN cần được che phủ bởi một miếng gạc đối với bên chưa được khám.

Việc thăm khám chỉ có độ nhạy khoảng 50% và độ đặc hiệu 90% đối với carcinoma tuyến vú (LR+ = 14,1 và LR- = 0,47).



**Hình 39.2. Carcinoma vú phải, hình ảnh cho thấy vú phải nằm cao hơn, da bị lõm và co rút núm vú.**

#### 39.3.1. Nhìn

Yêu cầu BN ngồi xuống và bộc lộ hoàn toàn vùng ngực. Vẫn còn bàn cãi về giá trị của việc quan sát tuyến vú như là một phần của thăm khám thực thể nhưng những ung thư tiến triển có thể quan sát rõ ràng bằng cách này. Nhìn vào núm vú, nếu núm vú co rút thường do ung thư hoặc xơ hóa, một số BN bình thường cũng có co rút núm vú, điều quan trọng là phải hỏi BN sự ro rút núm vú này xuất hiện bao lâu rồi. Trong bệnh Paget tuyến vú (bệnh nền gây ung thư vú) gây đỏ ở một bên núm vú và chảy máu ở da. Kích cỡ của vú có thể không cân đối ở những người bình thường, điều quan trọng là phải hỏi họ, sự bất cân xứng này xuất hiện mới hay đã lâu rồi.

Kế tiếp nhìn vào phần còn lại của da, quan sát các tĩnh mạch trên da nếu xuất hiện rõ ràng ở một bên có thể do ung thư vú, da bị rút lõm hoặc có dạng như quả cam (có thể gặp ở ung thư vú tiến triển là phù lõm da do các tuyến mồ hôi).

Các mảng đỏ da xuất hiện dai dẳng ở quầng vú có thể do viêm da hoặc kích ứng da nhưng nếu không cân xứng hai bên hoặc không đáp ứng với điều trị có thể là một bệnh lý ác tính ở vú như bệnh Paget tuyến vú.

Yêu cầu BN đưa tay lên đầu và sau đó hạ xuống từ từ. Nhìn sự dịch chuyển của núm vú hoặc da, sự đẩy lệch vị trí của núm vú hoặc khối u cố định của vú (xem Hình 39.2).

Chú ý bất kỳ khối u nào thấy được rõ ràng ở nách. Yêu cầu BN thả lỏng tay và khép vào hông. Sau đó thầy thuốc dùng tay đẩy tay BN ra trong khi yêu cầu BN chống lại kháng lực để đánh giá cơ ngực lớn. Vùng trọng tâm này có thể lõm hoặc cố định.

Chú ý những bệnh lý không liên quan đến tuyến vú như lõm ngực (pectus excavatum), lồi ngực (pectus crainatum), phồng tĩnh mạch do tắc tĩnh mạch chủ dưới và những dấu hiệu của nam hóa như nổi mụn trứng cá và rậm lông.

### 39.3.2. Sờ

Khám cả vùng thượng đòn và vùng nách để tìm các hạch lympho. Tuy nhiên, có thể rất khó khăn vì khó phân biệt các hạt mỡ ở nách với sự to lên của các hạch lympho.

Sau đó yêu cầu BN nằm xuống. Việc thăm khám chỉ được thực hiện khi vú nằm phẳng trên thành ngực. Nếu vú lớn, thao tác đặt tay BN ra sau đầu khi thăm khám ở bờ ngoài của vú và đưa khuỷu tay lên ngang vai khi thăm khám ở bờ trong có thể hữu ích.

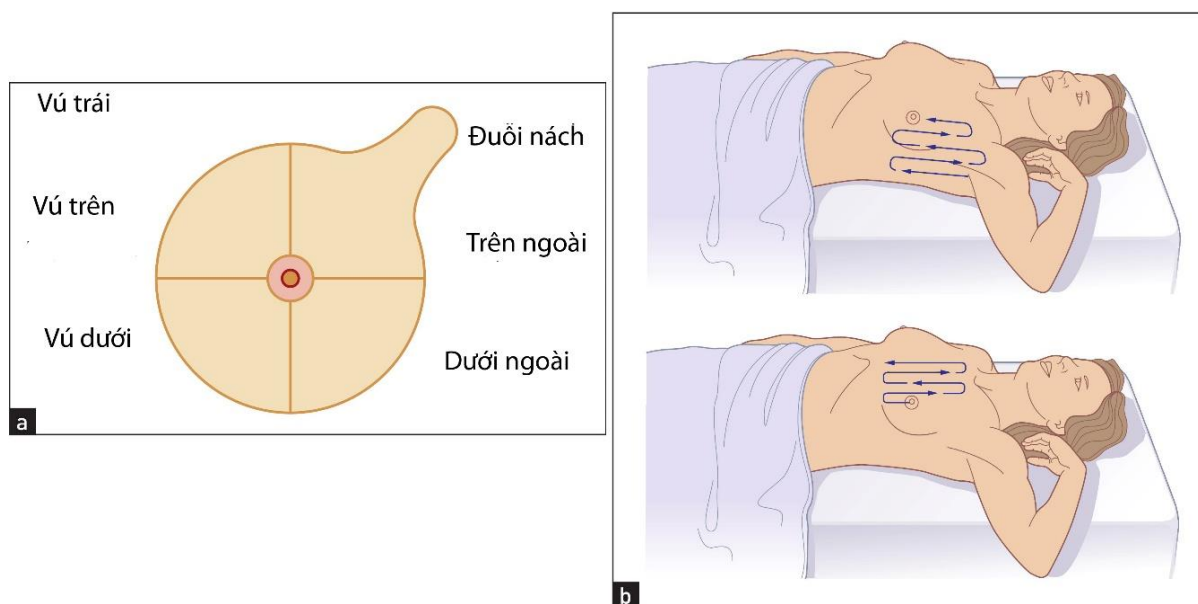
Thao tác sờ được thực hiện một cách nhẹ nhàng bằng đầu ngón tay của 3 ngón giữa song song với các viền vú. Sờ để cảm giác ở mỗi phần tư của vú theo một hệ thống (xem Hình 39.3a). Đừng nặn bóp vú vì nó có thể tạo ra cảm giác như thể chúng ta sờ được khối u. Khám tổng thể nên được thực hiện trong vùng hình vuông được giới hạn bởi xương đòn, xương ức, đường nách giữa, xương sườn 6. Bắt đầu từ trong nách và sờ theo một đường hướng xuống dưới tới xương sườn 6. Kiểu khám này giống như gạt lúa, theo những đường dọc hình zig zag để khám toàn bộ vú (xem Hình 39.3b). Không có cách nào là khám đúng cả miễn là tất cả các vùng của vú phải được khám. Có thể sờ theo mỗi phần tư, theo kiểu xoắn ốc từ núm vú hướng ra ngoài hoặc theo dạng cánh hoa (flower petal) từ núm vú tỏa ra quanh vú.

Mỗi vùng thăm khám ba lần, di chuyển tay với phạm vi nhỏ và áp lực tay thầy thuốc sờ cũng phải nhẹ nhàng. Thao tác sờ sẽ khó chính xác đối với những BN có cấy silicon. Cách thăm khám tốt nhất đối với những BN này là cho họ nằm ngửa và tay để dọc xuôi theo thân mình.

Kế tiếp sờ để cảm giác phía sau núm vú và chú ý những u cục được sờ thấy. Đồng thời quan sát bất kỳ dịch nào chảy ra từ núm vú: máu loãng (u nhú ống dẫn sữa, u xơ tuyến vú hoặc carcinoma), dịch huyết thanh vàng (u xơ tuyến vú), dịch huyết thanh (giai đoạn sớm của thai kỳ), dịch sữa (tiết sữa), dịch màu xanh (dẫn ống tuyến sữa).

Đừng nhầm lẫn những cấu trúc bình thường với khối u. Chúng ta có thể có cảm giác của khối u khi sờ thấy xương sườn hoặc khớp sườn ức nếu chạm quá sâu. Chúng ta có thể sờ được các mảng mềm như cao su (mô sợi tuyến) bình thường, đặc biệt ở phần tư trên

ngoài. Bình thường có thể sờ thấy mô vú hơi cứng ở quầng vú và phần tư trên ngoài thường đặc.



**Hình 39.3. Khám vú, (a) kiểu một phần tư, (b) khám theo hệ thống.**

### **39.4. ĐÁNH GIÁ KHỐI U VÚ**

5 đặc điểm sau đây cần phải đánh giá cẩn thận nếu xác định được khối u:

- Vị trí: khối u nằm ở phần tư nào của vú và có gần núm vú không.
- Kích thước, hình dạng, tính chất của khối u: một nốt cứng, không đều là đặc trưng của carcinoma; một nốt cứng, đều, trơn láng thường là u sợi tuyến vú đặc biệt ở những phụ nữ trẻ tuổi.
- Cảm giác đau: có thể do viêm nhiễm hoặc nang vú; ung thư vú thường không tăng cảm giác đau, mặc dù ung thư vú viêm nhiễm thường đi kèm với tăng cảm giác đau.
- Di động/cố định: di động của u vú được xác định bằng cách giữ vú bằng bàn tay người khám và dịch chuyển nó trên thành ngực, trong những carcinoma tiến triển có thể bị cố định vào thành ngực.
- Tổn thương đơn độc hoặc đa khối u: nhiều nốt cục có thể thấy ở các nang lành tính hoặc u xơ tuyến vú.

Nên nhớ rằng những u cục khám được ở vú có thể không liên quan đến tuyến vú gồm: u mỡ (lipoma) và nang bã đậu (sebaceous cyst).

Cũng nên nhớ rằng nhiều BN có tuyến vú bình thường cũng có thể sờ được các u cục và mặc dù các tổn thương lành tính có khuynh hướng mềm, di động, đều; chúng có thể có những đặc điểm của một tổn thương ác tính. Nguyên nhân gây ra những u cục của vú được liệt kê trong Bảng 39.1.

**Bảng 39.1. Các nguyên nhân gây u cục ở vú.**

<b>Không đau</b>	<b>Đau</b>
Nang.	– Nang.
Carcinoma.	– Áp xe vú.
U xơ tuyến vú.	– U xơ tuyến vú.
U sợi tuyến vú.	– Viêm sụn sườn.
Nguyên nhân không thường gặp:	– Ung thư vú nhiễm.
– Chấn thương, hoại tử mỡ.	
– Các nang khác (nang sữa đóng kén).	
– Viêm vú hạt (một bệnh lý viêm nhiễm giống ung thư).	
– Thành ngực (lipoma, viêm sụn sườn, bệnh Tietze).	

Ở nam giới bị nữ hóa tuyến vú, một đĩa của tuyến vú có thể sờ thấy dưới quàng vú. Đây không phải là biểu hiện ở nam giới – những người chỉ có béo phì đơn độc. Các nguyên nhân gây vú lớn ở nam giới nêu trong CHƯƠNG 29.



## T&O'C essentials

### 1. Sờ thấy u cục rõ ràng nhất nếu có:

- Thấy được ở ba mặt phẳng.
- Phân biệt với các cấu trúc xung quanh.
- So sánh không cân xứng so với vú còn lại.
- Tồn tại trong suốt chu kỳ kinh.
- Không trơn láng, giới hạn rõ và di động.

### 2. Khối u cục ở tuyến vú có thể là ác tính nếu có những đặc điểm sau:

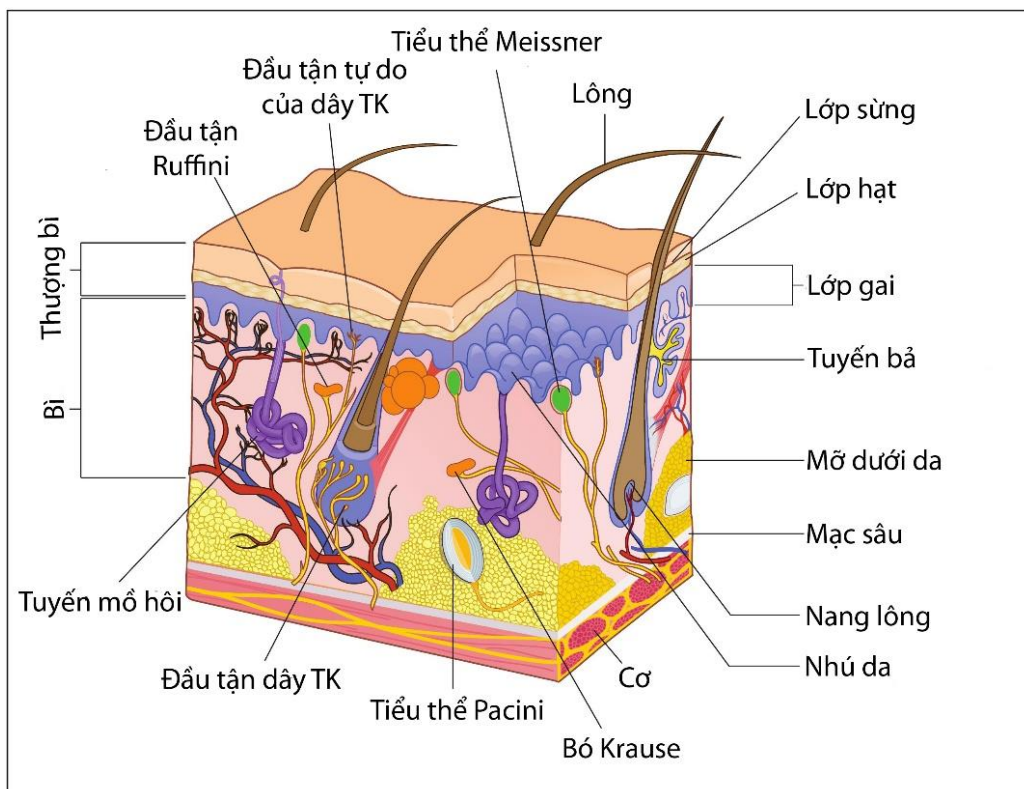
- Cứng.
- Bờ không đều, giới hạn không rõ.
- Không di động hoặc cố định.
- Da có thể bị co lõm.
- Có thể đi kèm với co rút núm vú hoặc tróc vảy núm vú.
- Chảy dịch máu qua núm vú.
- Có thể sờ thấy các hạch lympho.

Nguyễn Đăng Khoa

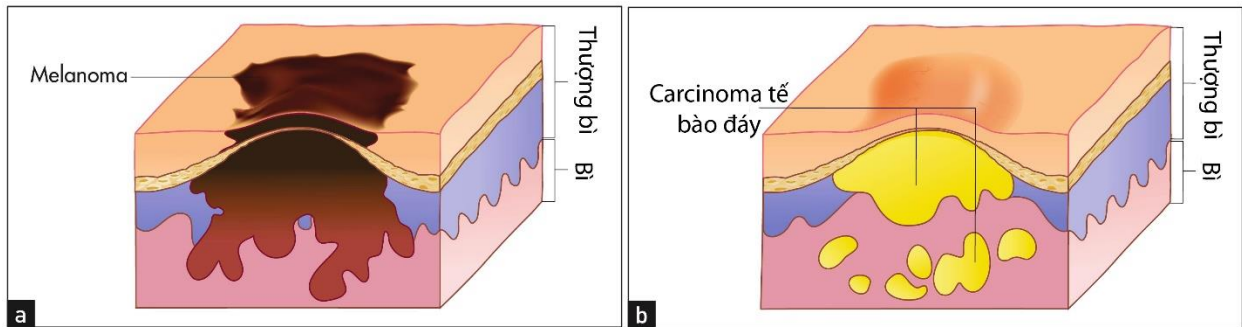
*Một sai lầm được tạo ra vì không biết sẽ có mười sai lầm được tạo ra không nhìn thấy.  
JA Lindsay*

### 40.1. GIẢI PHẪU

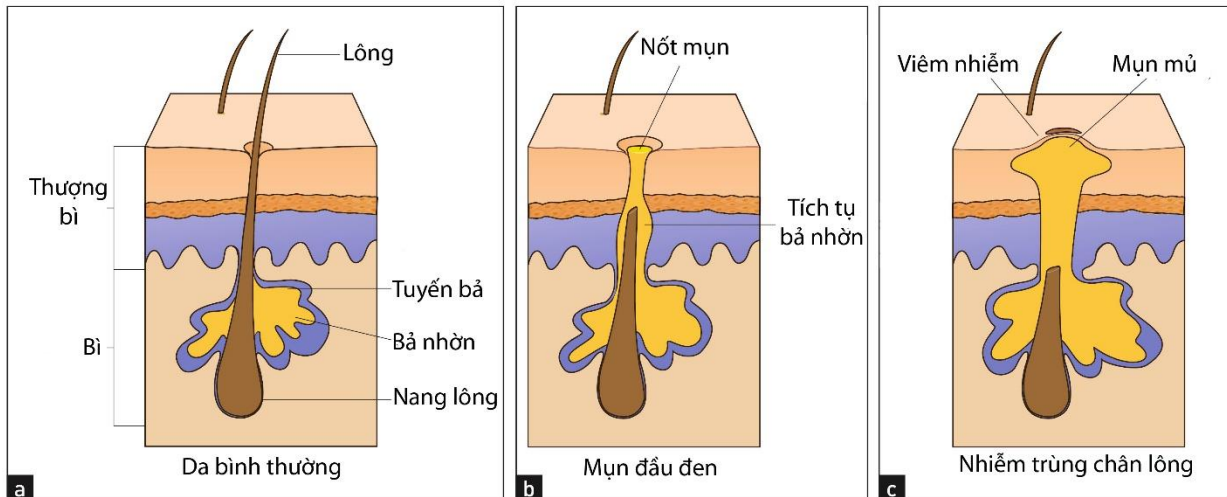
Hình 40.1 cho thấy 3 lớp chính của da: thượng bì (biểu bì), lớp bì và mô mỡ dưới da. Tất cả các lớp của da đều có thể liên quan đến biến đổi khác nhau trong các bệnh lý ở da. Ví dụ: hầu hết khối u ở da phát sinh ở lớp thượng bì (xem Hình 40.2), một số sang thương hồng ban bóng nước xuất hiện giữa lớp thượng bì và lớp bì, bướu mỡ là những khối u xuất hiện ở lớp mỡ dưới da. Các phần phụ của da gồm tuyến mồ hôi (có hai loại là tuyến mồ hôi toàn vẹn – xuất hiện ở hầu hết các nơi trên cơ thể, có chức năng tiết ra mồ hôi để làm mát cơ thể; tuyến mồ hôi bán hủy – xuất hiện ở nách và quanh hậu môn, chúng không có chức năng làm mát), nang lông (xem Hình 40.3) và móng là những vị trí thường gặp của nhiễm trùng.



**Hình 40.1. Các lớp của da.**



**Hình 40.2. (a) melanoma, (b) carcinoma tế bào đáy.**



**Hình 40.3. Những vị trí thường gặp của nhiễm trùng da.**

Tuyến mồ hôi toàn vẹn có mặt ở mọi nơi trên cơ thể trừ giường móng và bề mặt của một số niêm mạc. Chúng có khả năng tiết 5 lít mồ hôi mỗi ngày. Tuyến mồ hôi bán hủy được tìm thấy ở nang lông nhưng chỉ có ở một số vùng nhất định trên cơ thể; bao gồm nách, quanh hậu môn và núm vú. Ở người, chúng tiết một chất lỏng sền sệt với chức năng không rõ ràng.

Móng tay phát triển từ chất nền của móng và chúng được tạo ra do hóa sừng của nhiều tế bào. Chất nền tiến triển theo hình bán nguyệt và dưới dạng phần trắng ở ngón tay và ngón chân bình thường. Tóc cũng là sản phẩm của các tế bào biểu mô chuyên biệt, chúng phát triển từ nền tóc ở trong chân tóc.

## 40.2. BỆNH SỬ DA LIỄU

Đối với các BN có phát ban hay bệnh da, hỏi BN về thời gian và vị trí khởi phát; phân bố của sang thương; chúng có thay đổi theo thời gian không; sang thương có liên quan đến sự tiếp xúc với ánh nắng mặt trời hoặc nóng hoặc lạnh và bất kỳ đáp ứng nào với điều trị hay không (xem Questions box 40.1) là những việc làm cực kỳ quan trọng. Hỏi nếu ngứa kèm theo; vùng da bị ngứa thường là do các bệnh da liễu. Xác định xem BN có đau nhức và tăng cảm giác da có xuất hiện hay không; ví dụ, do viêm nhiễm và phù nề gây ra đau nhức ở da, khi bệnh liên quan đến bó thần kinh mạch máu và dây thần kinh có thể gây mất cảm giác (ví dụ: bệnh phong, bệnh giang mai). Triệu chứng toàn thân như sốt, đau đầu, mệt mỏi, chán ăn và sụt cân cũng cần được ghi nhận.

### Questions box 40.1. Những câu hỏi dùng để hỏi BN bị phát ban.

1. Ông/bà bị phát ban bao lâu rồi?
2. Trước đây ông/bà có phát ban lần nào không <sup>a</sup>?
3. Chúng có nặng lắm không?
4. Vùng da nào bị ảnh hưởng (vùng da tiếp xúc với ánh sáng mặt trời, vùng da tiếp xúc với quần áo hoặc hóa chất)?
5. Phát ban dạng phẳng hay nhô cao hoặc nốt phỏng rộp?
6. Có vùng da nào bị ngứa không?
7. Có gì làm cho phát ban giảm hơn không?
8. Chế độ ăn uống gần đây có gì thay đổi không?
9. Ông/bà đã thử điều trị gì chưa?
10. Ông/bà có sốt hay đau nhức khớp không?
11. Ông/bà có bị dị ứng không?
12. Ông/bà có dùng bất kỳ thuốc viên hay dược phẩm gì khác không? Có bất cứ điều gì mới trong hai tuần qua không?
13. Ông/bà có thay đổi xà phòng, dầu gội đầu, chất khử mùi hoặc bột giặt gần đây không?
14. Ông/bà làm những loại công việc gì? Ông/bà có tiếp xúc với hóa chất lúc làm việc hoặc sinh hoạt hàng ngày hay không?
15. Ông/bà có đi du lịch gần đây không? Ở đâu?
16. Người thân hoặc hàng xóm, có ai bị phát ban không?
17. Ông/bà có vấn đề sức khỏe nào khác không?

Cần hỏi về tiền sử phát ban và dị ứng. Hen suyễn, chàm hay cảm mạo gợi ý dị ứng. Tương tự, chứng cứ về các bệnh lý hệ thống xuất hiện trước đây có thể quan trọng đối với BN bị phát ban (bệnh đái tháo đường, bệnh mô liên kết, bệnh viêm nhiễm đường ruột).

Chi tiết về tiền sử xã hội cần phải được thu thập đặc biệt liên quan đến nghề nghiệp và thói quen, cũng như tiếp xúc với hóa chất, tiếp xúc với động vật hoặc thực vật, vì tất cả chúng đều có thể gây ra viêm da. Tất cả các loại thuốc đã dùng cần phải được ghi chép lại. Thuốc dùng đường uống hoặc không phải đường uống có thể gây phản ứng toàn thân biểu hiện ra ngoài với những tổn thương dưới da và có thể giống với một số bệnh lý ở da (xem Bảng 40.1). Tương tự, tiền sử gia đình về viêm da dị ứng, cảm mạo hay nhiễm ký sinh trùng ở da có thể rất hữu ích.

### 40.3. NGUYÊN LÝ THĂM KHÁM BỆNH LÝ DA LIỄU

Mục đích của chương này là đưa ra phương pháp tiếp cận để chẩn đoán các bệnh lý da liễu. Các dấu hiệu đặc biệt biểu hiện ngoài da có thể gợi ý chẩn đoán các bệnh lý hệ thống. Các chương khác đã bao gồm các gợi ý để đưa ra các chẩn đoán cụ thể. Chương này cố gắng để thống nhất các quan điểm về “thăm khám quan sát” như là một điểm khởi đầu có giá trị trong thăm khám BN.

Yêu cầu BN cởi đồ. Toàn bộ bề mặt da và phần phụ của da phải được quan sát một

<sup>a</sup> Khi bác sĩ da liễu không thể xác định được nguyên nhân gây phát ban, câu hỏi này có thể giúp ích. Nếu họ trả lời là có thì các nhà lâm sàng có thể tự tin mà nói rằng: “họ bị phát ban lại rồi”.

cách cẩn thận (xem List 40.1).

Khi khám những tổn thương da thật sự, một số đặc điểm phải được kiểm chứng. Đầu tiên, mỗi tổn thương phải mô tả đúng hình dạng và kích thước. Sử dụng thuật ngữ da liễu phù hợp (xem Bảng 40.2), điều này có thể làm cho việc chẩn đoán bệnh lý da liễu tốt hơn, thay vì không giải thích được. Nhiều bệnh lý da liễu được chẩn đoán hoàn toàn qua việc mô tả, việc mô tả tốt sẽ giúp ích đáng kể cho việc chẩn đoán. Thứ hai, sự phân bố tổn thương cần phải được ghi nhận, vì sự phân bố tổn thương có thể gợi ý chẩn đoán cụ thể. Thứ ba, dạng tổn thương, như dạng đường; hình khuyên (hình nhẫn); hình mắt lưới; dạng vằn (như da rắn) hoặc hỗn hợp, chúng cũng giúp ích cho việc xây dựng chẩn đoán. Sau đó sờ vào tổn thương, chú ý tính đồng nhất; độ mềm mại; nhiệt độ; độ sâu và tính di động. Các loại tổn thương da trình bày trong Hình 40.5 và thuật toán chẩn đoán lâm sàng trình bày trong Hình 40.6.

### **Bảng 40.1. Các dạng phản ứng thuốc ở da.**

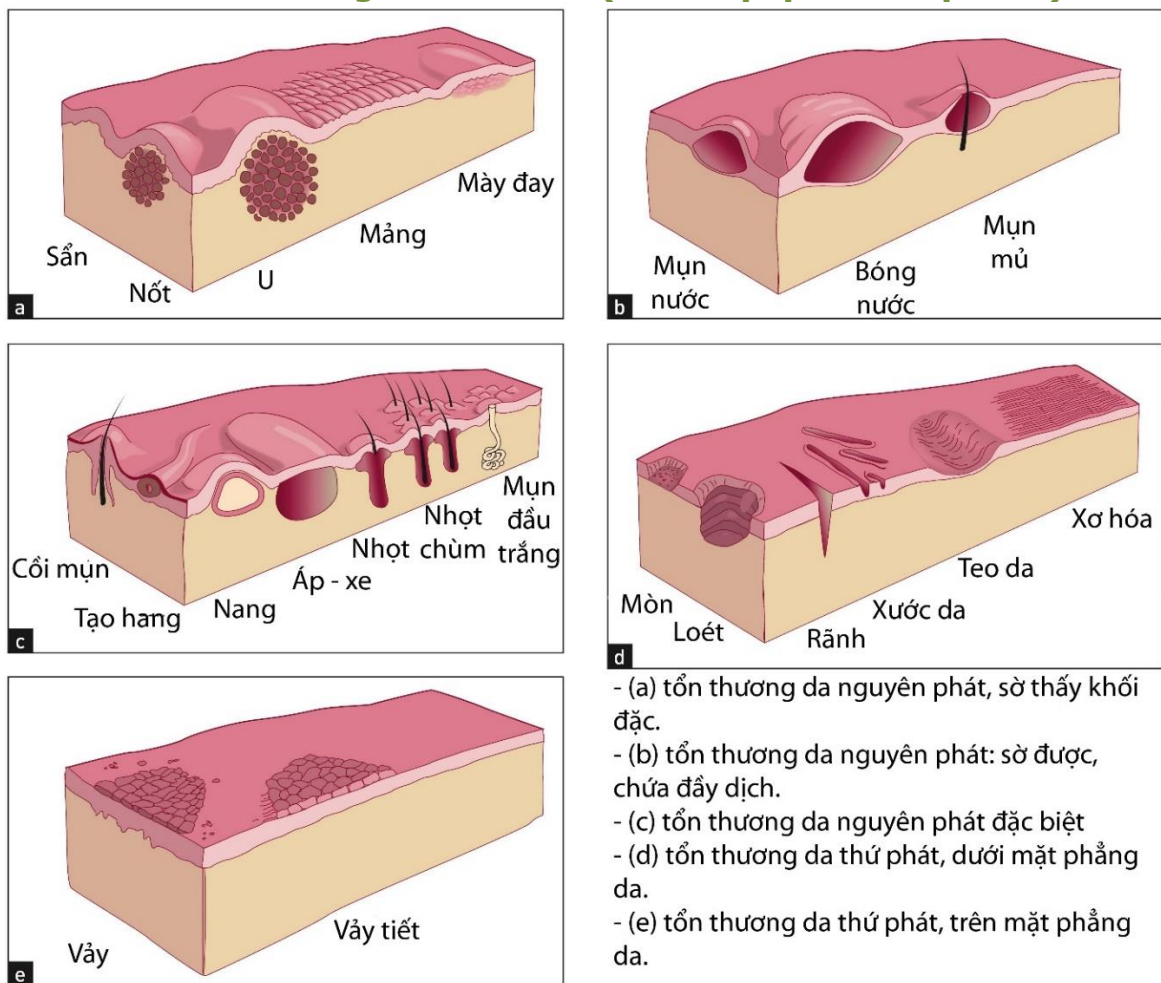
1. Mụn trứng cá (steroid).
2. Rụng tóc (chứng rụng tóc [hói đầu], hóa trị ung thư).
3. Thay đổi sắc tố: giảm sắc tố (hydroquinone, cloroquine, steroid tại chỗ) hoặc tăng sắc tố da.
4. Viêm da tróc vảy hoặc đỏ da toàn thân.
5. Nổi mề đay (do sử dụng thuốc kháng viêm non – steroid, tiếp xúc tia xạ, penicillin).
6. Hồng ban dát sần (dạng sỏi), xem Hình 40.4 do tác dụng phụ của ampicillin, allopurinol.
7. Hồng ban cảm quang (do sử dụng sulfonamide, sulfonyleurea, chlorothiazid, phenothiazine, tetracyllin, acid nalidixic, thuốc chống động kinh).
8. Lupus ban đỏ do thuốc (thuốc procainamide, hydralazine).
9. Bệnh viêm mạch (do propylthiouracil, allopurinol, thiazide, peniciline, phenytoin).
10. Hoại tử da (warfarin).
11. Thuốc gây lắng đọng porphyrin (rượu, barbiturate, sulfonamide, viên thuốc ngừa thai).
12. Hồng ban dạng lichen (thuốc chống sốt rét, beta – blocker).
13. Hồng ban cố định do thuốc (sulfonamide, tetracyllin, phenylbutazone).
14. Hồng ban bóng nước (thuốc frusemide, acid nalidixic, penicillin, clonidine).
15. Hồng ban nút hoặc hồng ban đa dạng.
16. Hội chứng thượng bì nhiễm độc hay hội chứng Lyell, bệnh da cấp tính (allopurinol, phenytoin, sulfonamide, NSAID).
17. Ngứa (thuốc phiện, kháng sinh, ức chế men chuyển, kháng thể đơn dòng).

### **List 40.1. Những vấn đề cần tập trung khi khám da liễu.**

1. Tóc.
2. Móng.
3. Tuyến bã nhờn – chứng hiện diện ở đầu, cổ và lưng.
4. Tuyến mồ hôi toàn vẹn – tiết mồ hôi, chúng ở hầu hết các nơi trên cơ thể.
5. Tuyến mồ hôi bán hủy – tiết mồ hôi, chúng hiện diện ở nách và bẹn.
6. Niêm mạc.



**Hình 40.4. Hồng ban dát sẩn (maculopapular eruptions).**



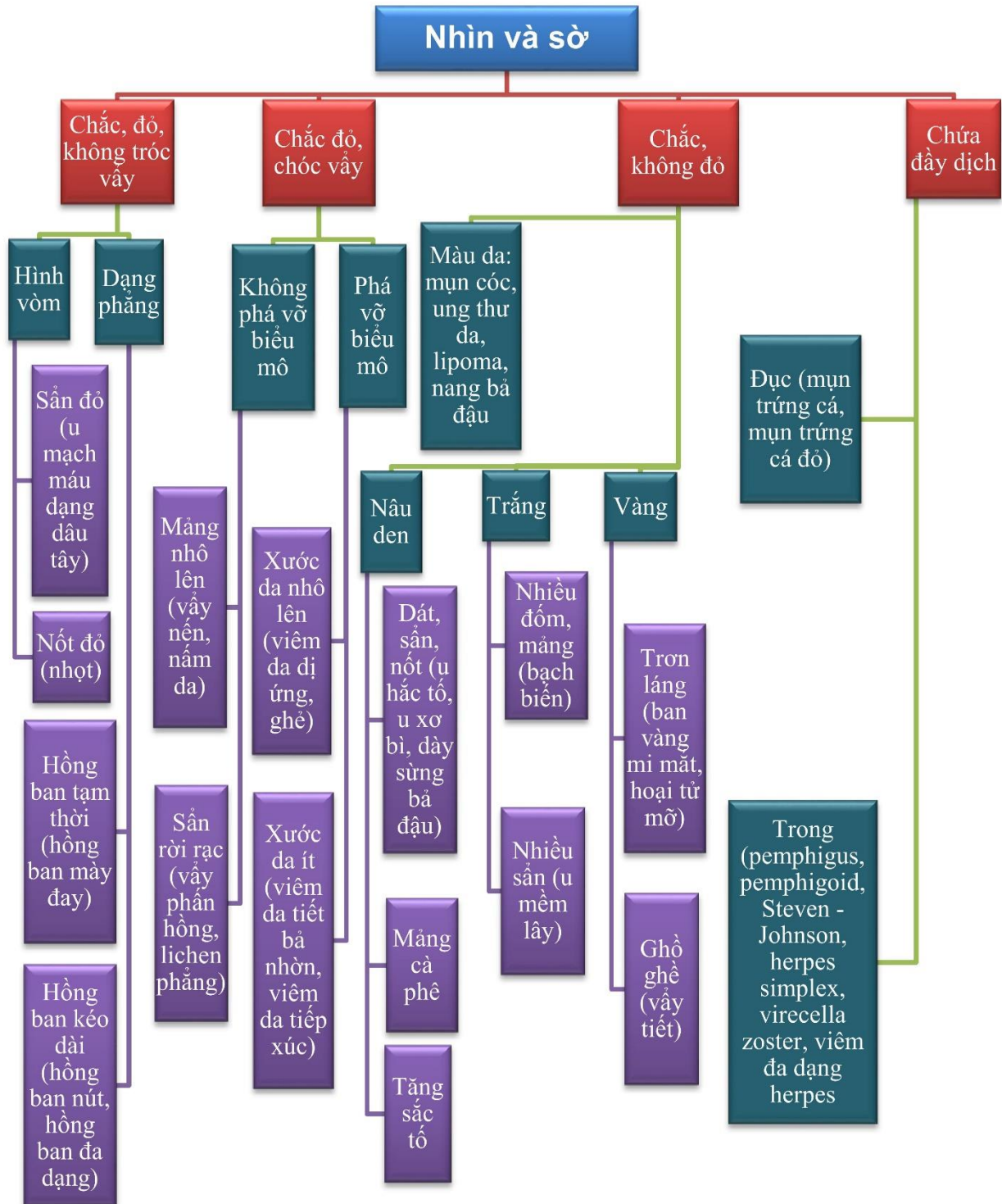
- (a) tổn thương da nguyên phát, sờ thấy khối đặc.
- (b) tổn thương da nguyên phát: sờ được, chứa đầy dịch.
- (c) tổn thương da nguyên phát đặc biệt
- (d) tổn thương da thứ phát, dưới mặt phẳng da.
- (e) tổn thương da thứ phát, trên mặt phẳng da.

**Hình 40.5. Các loại tổn thương da.  
Bảng 40.2. Các thuật ngữ da liễu.**

Thuật ngữ	Định nghĩa	Thuật ngữ mô tả
Teo da (Atrophy)	Mỏng lớp thượng bì do mất màng da bình thường.	Hình khuyên Hình nhẫn (hình tròn rỗng trung tâm, như nhiễm nấm)

			da).
Bóng nước (Bulla)	Chất lỏng tích tụ bên dưới thượng bì.	Hình cung	Hình uốn cong (giang mai thứ phát).
Vảy tiết (Crust)	Huyết thanh khô và rỉ dịch.	Hình cuộn tròn như lá cây dương xỉ	Vòng tròn.
Bầm máu (Ecchymoses)	Vết bầm tím.	Hộp lưu	Những tổn thương dính lại với nhau (sờ).
Tróc da (Excoriation)	Tổn thương do gãi dẫn đến mất lớp thượng bì.	Hình đĩa.	Hình tròn mà trung tâm không rỗng (lupus).
Sẹo lồi (Keloid – xem Hình 40.7)	Vết sẹo phì đại.	Dạng chàm	Viêm và có vảy (chàm dị ứng).
Dát (Macule)	Là một mảng vòng tròn thay đổi màu sắc da.	Dày sừng	Dày lên do tăng keratin (vẩy nến).
Nốt (Nodule)	Một khối giới hạn sờ thấy được với đường kính > 1 cm.	Lichen hóa.	Dày lên và xù xì của lớp thượng bì đi kèm với những mảng da nổi bật.
Sẩn (Papule)	Tổn thương nhô cao trên bề mặt da, bên trong chứa chất đặc, sờ chắc, đường kính < 1 cm (hồng ban dạng nút).	Dạng đường	Hình đường thẳng (viêm da tiếp xúc).
Chấm xuất huyết (Petechiae)	Đỏ, ấn không mất, < 5 mm	Sẩn vảy	Các mảng kết hợp với tróc vảy.
Thay đổi sắc tố	Tăng hoặc giảm sắc tố.	Dạng lưới	Đó là hệ thống mạng lưới (nhiễm ký sinh trùng ngoài da).
Mảng (Plaque)	Một tổn thương dạng hình đĩa sờ thấy được.	Hình vằn vèo	Ngoằn ngoèo.
Ban xuất huyết (Purpura)	Đỏ, ấn không mất > 5mm.	Dạng Écpet (Hình 40.8)	Phân bố theo vùng thần kinh chi phối
Mụn mủ (Pustule)	Là những nốt mụn có mủ bên trong.		
Vảy da (Scale)	Những phiến mỏng của lớp sừng tách rời khỏi lớp thượng bì.		
Xơ cứng (Sclerosis)	Sự chai cứng của các mô dưới da, liên quan đến phần bì.		
Loét (Ulcer)	Sự mất một vùng của mô hoặc niêm mạc.		
Mụn nước	Tổn thương nhô cao trên bề mặt da, bên		

(Vesicle)	trong chứa thanh dịch, đường kính < 5 mm.		
Mây đay (Wheal)	Vùng da bị phù nề.		



Hình 40.6. Thuật toán chẩn đoán các bệnh lý da liễu.



## 40.4. CÁCH TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN LÂM SÀNG VỚI CÁC U CỤC TRÊN DA

Đầu tiên, xác định vị trí; kích thước; hình dạng; khả năng di động; tính đồng nhất và tính nhạy đau của các u cục. Tiếp theo, xác định những khối u cục đó nằm trong lớp nào. Nếu chúng ở trong da (nang bả đậu, nang thượng bì, u nhú), chúng sẽ di động khi ta di động da, nhưng nếu chúng ở mô dưới da (u xơ thần kinh, u mỡ) da có thể dịch chuyển trên khối u. Nếu chúng ở trong cơ hoặc gân (bướu), khi co hoặc gân co thắt sẽ gây hạn chế sự di động của khối u. Còn khi chúng xuất hiện trên dây thần kinh, nhấn vào khối u có thể gây cảm giác tê rần rần như kiến bò và cảm nhận trong sự phân bố của các dây thần kinh, khối u không thể di chuyển theo trục dọc nhưng có thể di chuyển theo trục ngang. Còn khi chúng ở trong xương thì sẽ không di động.

Xác định khối u có khả năng bập bênh hay không (chứa chất lỏng). Đặt ngón trỏ (watching finger) nằm giữa phần trung tâm và ngoại vi của khối u. Đặt ngón trỏ của tay còn lại (displacing finger) ở phía đối diện với “watching finger” có khoảng cách bằng nhau từ trung tâm khối u tới hai ngón tay. Ấn “displacing finger” và vẫn giữ “watching finger”. Nếu khối u có chứa chất lỏng thì “watching finger” sẽ bị dịch chuyển ở cả hai trục của khối u (gọi là bập bênh khối u).

Đặt một đèn pin nhỏ phía sau khối u để xác định xem ánh sáng đèn pin có chiếu qua khối u được hay không. Ánh sáng sẽ truyền khối u dạng nang và làm cho khối u phát sáng.

Cần chú ý nếu có sự xuất hiện của bất kỳ dấu hiệu viêm nhiễm nào (sưng, nóng, đỏ, đau)<sup>b</sup>.

Tìm kiếm khối u tương tự ở những nơi khác như: đa u cục dưới da của u xơ thần kinh hoặc u mỡ. U xơ thần kinh nhỏ hơn u mỡ. Trong bệnh u xơ thần kinh type 1 (bệnh von Recklinghausen<sup>c</sup>), những khối u này nhìn có vẻ cứng nhưng thực ra là khá mềm. Chúng liên tục gia tăng về số lượng trong suốt cuộc đời và chúng có liên quan đến dát “màu cà phê sữa” xuất hiện khi còn nhỏ và đôi khi xuất hiện u xơ thần kinh trong cột sống.

Nếu nghi ngờ có viêm nhiễm hoặc khối u tân sinh, luôn nhớ rằng phải kiểm tra các hạch bạch huyết vùng và nhóm hạch bạch huyết khác.

## 40.5. SỰ TƯƠNG QUAN CỦA TRIỆU CHỨNG THỰC THỂ VÀ BỆNH LÝ DA LIỄU

Có rất nhiều bệnh da khác nhau với đa dạng các triệu chứng thực thể (xem Hình 40.6). Với mỗi nhóm triệu chứng chính của bệnh quan trọng thường gặp cần được xem xét liệt kê.

---

<sup>b</sup>Bốn dấu hiệu kinh điển này được mô tả bởi Celsus trong tập sách y khoa của ông ấy (bản thứ 8) để dạy cho những học viên yêu thích phẫu thuật. Sau đó những nhà phẫu thuật được cảnh báo để chú ý cẩn thận sự xuất hiện của bốn dấu hiệu kinh điển này sau mổ - calor, rubor, dolor, tumor. Các nhà phẫu thuật hiện đại đã thêm dấu hiệu mất chức năng vào những dấu hiệu kinh điển này.

<sup>c</sup>Frederich von Recklinghausen (1833 – 1910). Ông là phụ tá của Virchow ở Berlin và sau đó trở thành giáo sư giải phẫu bệnh ở Strasbourg từ năm 1872. Ông mô tả bệnh lý này vào năm 1882 và bệnh lý nhiễm sắc tố sắt vào năm 1889.



**Hình 40.7. Sẹo lồi.**



**Hình 40.8. Phát ban Zosteriform ở mông trái.**

### **40.5.1. Ngứa**

Triệu chứng ngứa (pruritus) đơn giản nghĩa là ngứa ngáy (itching). Nó có thể ở toàn thân hoặc khoanh vùng. Vết trầy xước thường hiện diện do BN gãi. Vùng ngứa khu trú thường do một bệnh lý nào đó về da, ví dụ như viêm da hoặc chàm. Ngứa toàn thân có thể gây ra do các bệnh lý da nguyên phát, các bệnh lý hệ thống hoặc yếu tố tâm lý.

Phải xác định nguyên nhân gây ngứa vì nó là điều cần thiết trong thăm khám chi tiết các bệnh lý da liễu (xem List 40.2). Thường xuất hiện các vết trầy xước, bào mòn da do BN gãi gây ra, bất kể do bệnh lý nền nào gây ra ngứa. Đây là những đặc điểm đặc hiệu cho những bệnh lý da liễu như: viêm da, ghẻ (xem Hình 40.9) hoặc những bóng nước của bệnh

lý viêm da dạng herpes (Duhring – Broque) cần phải được xem xét tìm hiểu kỹ.

Khi bệnh da nguyên phát đã được loại trừ, hỏi bệnh sử và thăm khám chi tiết nên được thực hiện để xem xét các bệnh lý hệ thống khác, trong List 40.3.

### **List 40.2. Các bệnh lý da nguyên phát gây ngứa.**

1. Khô da tróc vảy (asteatosis).
2. Viêm da dị ứng (hồng ban, phù nề, sần ở đầu, cổ, bề mặt uốn cong).
3. Nổi mề đay.
4. Ghẻ.
5. Viêm da dạng herpes.

### **List 40.3. Các bệnh lý toàn thân gây ngứa.**

1. Tắc mật.
2. Bệnh thận mạn.
3. Mang thai.
4. Lymphoma và các bệnh lý ác tính khác.
5. Thiếu sắt, đa hồng cầu.
6. Bệnh nội tiết (đái tháo đường, suy giáp, cường giáp, hội chứng carcinoid).



**Hình 40.9. Bệnh ghẻ. Những sẩn nhỏ rải rác, ngứa dữ dội. Các đường hầm cuộn lại một đầu trên ngón tay rất thường gặp.**

### **40.5.2. Phát ban vẩy hồng**

Phát ban vẩy hồng (erythroscamous eruptions) tạo nên những sang thương đỏ và có vẩy. Chúng có thể có ranh giới rõ hoặc lan tỏa. Chúng có thể ngứa hoặc không triệu chứng.

Khi đưa ra một chẩn đoán có sang thương phát ban vẩy hồng thì việc hỏi bệnh sử là rất quan trọng. Hỏi về thời gian của đợt phát ban, tiền sử gia đình về các bệnh da tương tự và liệu có hay không về tiền sử dị ứng của gia đình. Sang thương có ngứa hay không ngứa và sự phân bố của sang thương (thường trên bề mặt cơ duỗi của tay chân) cũng giúp đưa ra những gợi ý cho chẩn đoán.

Sang thương không có triệu chứng trên lòng bàn tay và bàn chân là những gợi ý của bệnh giang mai thứ phát, trong khi các sang thương ngứa ở những vị trí tương tự gợi ý nhiều đến bệnh lichen phẳng (xem Hình 40.10 và Hình 40.11). Lichen phẳng đôi khi đi

kèm với xơ gan mật nguyên phát và các bệnh gan khác, bệnh lý mảnh ghép kháng lại vật ký chủ mạn tính (chronic graft versus host – cGVHD) và thuốc (ví dụ: penicillamine, ức chế men chuyển). Tổn thương rải rác xuất hiện gần đây trên thân mình gợi ý nhiều của bệnh vẩy phấn hồng (xem Hình 40.12), ngược lại, tổn thương rộng, lan tỏa hơn gây ngứa dữ dội gợi ý nhiều đến bệnh chàm dạng đồng tiền (xem Hình 40.13 và List 40.4).

Tổn thương có vảy có bờ với ranh giới nổi rõ trên bề mặt dưới của chi thường do vẩy nến (xem Hình 40.14 và Hình 40.15).



**Hình 40.10. Lichen phẳng, với các tổn thương phẳng đa giác có màu hơi tím.**



**Hình 40.11. Lichen phẳng, các tổn thương tiến triển ở những vùng bị chấn thương – hiện tượng "Koebner".**



Hình 40.12. Bệnh vẩy phấn hồng, những sang thương tróc vẩy hình bầu dục rải rác khắp thân mình và có một mảng "vệ tinh" lớn.



Hình 40.13. (a) chàm đồng tiền – những tổn thương viêm da không đau dạng đồng tiền phân bố rải rác; (b) chàm đồng tiền, cận cảnh các tổn thương điển hình; (c) chàm đồng tiền.



Hình 40.14. (a) bệnh vẩy nến – màu đỏ sáng điển hình, có mảng tróc vẩy bạc ở khớp; (b) bệnh vẩy nến da đầu ở đường chân tóc.



**Hình 40.15. (a) vẩy nến mụn mủ cấp tính lan rộng. Thường phát ban dạng đỏ sáng với đặc điểm kỳ quái và mụn mủ chủ yếu ở rìa tổn thương, (b) vẩy nến mụn mủ của bàn tay.**

**List 40.4. Nguyên nhân gây phát ban vẩy hồng.**

1. Vẩy nến (mảng hồng ban dạng sáng và vẩy bạc).
2. Chàm dị ứng (hồng ban lan tỏa và vẩy mịn).
3. Bệnh vẩy phấn hồng (rìa màu hồng, vẩy, tổn thương phát ban như cây thông giáng sinh, mảng vệ tinh, tự giới hạn).
4. Chàm đồng tiền (những mảng tròn viêm da bán cấp).
5. Viêm da tiếp xúc (chất kích thích hoặc dị ứng).
6. Nhiễm nấm dermatophyte (bệnh ecpet mảng tròn).
7. Lichen phẳng (phẳng, màu đỏ, nhỏ, sần hình đa giác).
8. Giang mai thứ phát (phẳng, đỏ, tổn thương tăng sừng hóa).

**40.5.3. Phát ban dạng bóng nước**

**List 40.5. Nguyên nhân gây phát ban bóng nước.**

1. Bóng nước sau chấn thương hoặc bỏng.
2. Chốc bóng nước (do liên quan đến staphylococcus aureus).
3. Bóng nước do virus (herpes simplex, varicella).
4. Hồng ban bóng nước đa dạng.
5. Pemphigoid bóng nước.
6. Viêm da herpetiformis.
7. Pemphigus.
8. Rối loạn chuyển hóa porphyria.
9. Bệnh ly giải thượng bì bóng nước.
10. Bệnh nấm da.
11. Viêm da tiếp xúc cấp tính.
12. Viêm cân mạc hoại tử.
13. Vết côn trùng cắn.

Có rất nhiều bệnh khác nhau biểu hiện lâm sàng với các sang thường phồng rộp và bóng nước (xem List 40.5). Viêm da có thể có biểu hiện như một phát ban bóng nước, đặc biệt là viêm da tiếp xúc cấp tính (xem Hình 40.16 và Questions box 40.2).

## Questions box 40.2. Những câu hỏi để hỏi BN phát ban dạng bóng nước.

- ! Dấu hiệu có thể gợi ý chẩn đoán một vấn đề cấp bách hoặc nguy hiểm.
  1. Ông/bà có bóng nước ở mu bàn tay mà dễ vỡ và xấu hơn nếu tiếp xúc với ánh nắng mặt trời không? (bệnh porphyrin da mắc phải muộn)
  2. Ông/bà có vết loét hoặc bóng nước trong miệng xuất hiện trước bóng nước ở da? (pemphigus thể thông thường)
- !
  3. Ông/bà có bị loét và đau đốn đột ngột trong miệng không? (hội chứng Steven – Johnson, xem Hình 40.17)
  4. Có bóng nước trên môi hoặc bộ phận sinh dục không? có ngứa hoặc rát bỏng không? (herpes simplex)
- !
  5. Tổn thương bóng nước xuất hiện vài ngày, sau đó đau nặng hay rát bỏng ở những vùng mà các bóng nước vỡ ra? (herpes zoster)
  6. Ông/bà có thấy điểm màu hồng xuất hiện trên da và thấy ngứa trước khi bóng nước xuất hiện không? (bóng nước pemphigoid)

## Đặc điểm lâm sàng của phát ban bóng nước

– Bóng nước do virus chẳng hạn như những người bị nhiễm herpes simplex virus (xem Hình 40.18) có một hình thái đặc biệt (nhóm mụn nước trên nền hồng ban).

– Bóng nước pemphigoid là một bệnh lý hiếm gặp, thường ảnh hưởng đến những BN lớn tuổi. Mụn nước lan rộng, có vòm dày và không có khuynh hướng dễ vỡ (xem Hình 40.19).

– Pemphigus thể thông thường (pemphigus vulgaris) sẽ nặng nề hơn nhiều so với các thể khác (xem Hình 40.20). Nó là bóng nước có vòm mỏng dễ vỡ và tạo thành vẩy tiết. Bề mặt da bị ảnh hưởng có thể dịch chuyển qua các lớp da sâu hơn (dấu Nikolsky). Lở loét miệng cũng thường gặp.

– Bệnh Duhring – Broque đặc trưng bởi bóng nước lan rộng rất ngứa hoặc phát ban bóng nước.

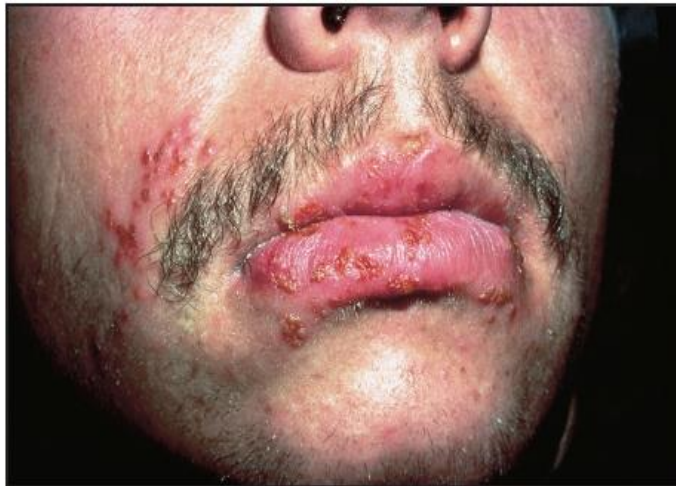
– Bệnh porphyrin da mắc phải muộn đặc trưng bởi bóng nước trong hoặc xuất huyết ở trên bàn tay hay ở nơi tiếp xúc với ánh sáng mặt trời, tăng sắc tố và gia tăng lông mặt; nhiều BN viêm gan C và uống rượu có thể gây ra các triệu chứng trên (do giảm men uroporphyrinogen decarboxylase).



**Hình 40.16. Viêm da tiếp xúc dị ứng từ việc sử dụng thuốc bôi lên các xoang bị tắc nghẽn.**



**Hình 40.17. Hội chứng Stevens – Johnson.**



**Hình 40.18. Nhiễm virus herpes simplex nguyên phát ở người lớn.**



**Hình 40.19. Bọng nước pemphigoid.**





**Hình 40.20. Pemphigus thể thông thường.**

#### **40.5.4. Đỏ da toàn thân**

Đỏ da toàn thân là giai đoạn cuối của nhiều bệnh da (xem List 40.6). Những BN đỏ da toàn thân thường đỏ da gần như toàn bộ bề mặt da của cơ thể với hồng ban viêm nhiễm tiến triển, thường kèm theo tróc da. Thường có liên quan đến phù nề và teo cơ. Điều này cho thấy rằng, đây là một tình trạng rất ít gặp và thường là một bệnh lý da liễu cần phải khẩn trương điều trị.

Cần cố gắng xác định nguyên nhân nền của đỏ da toàn thân, điều này tốt nhất nên dựa vào quá trình hỏi bệnh và thăm khám lâm sàng. Điều trị cụ thể có thể hướng trực tiếp vào các nguyên nhân nền được xác định. Một số BN đỏ da toàn thân sẽ tiến triển tối đa với các biểu hiện toàn thân của rối loạn chuyển hóa (gồm giảm albumin máu và mất nước ngoài thận), những BN này cần được theo dõi cẩn thận và giám sát liên tục cho đến khi họ qua khỏi giai đoạn cấp của bệnh.

Nguyên nhân phổ biến nhất là chàm, chúng thường là dị ứng đa dạng. Những BN này ngứa rất dữ dội. Một số người trong đó sẽ tiến triển thành một bệnh đỏ da mạn tính từng đợt.

#### **List 40.6. Nguyên nhân đỏ da toàn thân.**

1. Chàm.
2. Vẩy nến.
3. Do thuốc (phenytoin, allopurinol).
4. Vẩy phấn đỏ nang lông.
5. U sùi dạng nấm, bệnh bạch cầu, lymphoma.
6. Lichen phẳng.
7. Pemphigus foliaceus.
8. Rối loạn di truyền.
9. Bệnh nấm da.
10. Hội chứng sốc nhiễm độc – đỏ da toàn thân lan rộng.

#### **40.5.5. Những sang thương mụn mủ và vẩy tiết**

Biểu hiện lâm sàng của sang thương mụn mủ là kết quả của sự tích tụ bạch cầu đa nhân trung tính. Sự tích tụ như vậy thường là hậu quả một quá trình nhiễm trùng tiến triển; tuy

nhiên, mụn mủ vô trùng có thể hình thành như là một phần của một số bệnh da do sự phóng thích các yếu tố hóa ứng động sau một phản ứng miễn dịch.

Vẩy tiết hay mày là một tinh thể màu vàng tìm thấy ở trên da, chúng được tạo thành do sự đông lại của chất dịch huyết thanh, mủ hay máu trên da.

Việc cần thiết là phải xác định liệu có hay không có sang thương mụn mủ (hoặc một nhóm sang thương mụn mủ) là biểu hiện của tình trạng nhiễm trùng nguyên phát tiến triển hay tình trạng viêm nhiễm ở da. Ví dụ: sang thương mụn mủ ở trên tay và chân có thể do nhiễm nấm da, vẩy nến mủ nguyên phát hoặc bệnh mụn mủ (pustulosis) lòng bàn tay, bàn chân (xem List 40.7 và Questions box 40.3).

#### **List 40.7. Nguyên nhân gây những sang thương mụn mủ và đóng vẩy.**

1. Mụn trứng cá thông thường (mụn trứng cá, sần, mụn mủ, tổn thương dạng nang, sẹo sâu hẹp – không dẫn mao mạch)
2. Mụn trứng cá đỏ (tổn thương giống mụn trứng cá, hồng ban và dẫn mao mạch ở trung tâm khuôn mặt).
3. Chốc lở.
4. Viêm chân lông.
5. Tổn thương do virus.
6. Vẩy nến mủ.
7. Phát ban do thuốc.
8. Nhiễm nấm dermatophytes.
9. Hội chứng Sweet – bệnh da mụn mủ.

#### **Questions box 40.3. Những câu hỏi để để hỏi những BN có sang thương mụn mủ.**

1. Ông/bà có dùng cortisone? (mụn steroid)
2. Da của ông/bà bị đau đốn hay ông/bà có bị sốt không? (vẩy nến mụn mủ)
3. Trước đây ông/bà có từng bị bệnh vẩy nến không?
4. Ông/bà có thấy khuôn mặt của ông/bà dễ bị đỏ ửng không? Ví dụ, khi ông/bà uống đồ uống nóng? (bệnh trứng cá đỏ)
5. Ông/bà có bị đái tháo đường không? (nhiễm nấm candida ở da)
6. Ông/bà có đồ mỡ hôi quá mức không? (viêm chân lông)

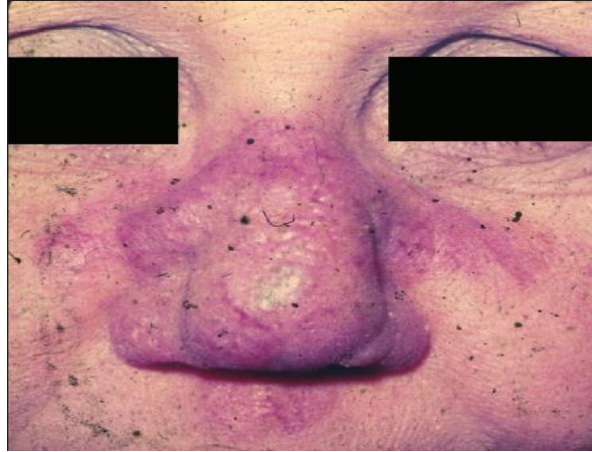
#### **40.5.6. Mảng da**

Mảng là sự dày lên khu trú ở da thường gây ra do sự biến đổi ở lớp bì hoặc lớp mỡ dưới da. Điều này có thể do quá trình viêm mạn tính hoặc sẹo xơ chai (xem List 40.8).

Các dạng sang thương da dạng mảng, tuổi BN và các triệu chứng lâm sàng khác cho phép chúng ta thiết lập nên chẩn đoán.

Hội chứng Sweet là bệnh lý liên quan đến những mảng đỏ ở da gây đau và sốt cao (sốt cấp tính do bệnh da ưa neutrophil); 10% có bệnh bạch cầu cấp.

Lupus pernio (xem Hình 40.21) xuất hiện với các sang thương dạng sần và mảng màu tím. Chúng cũng có thể xuất hiện ở một số BN sarcoidosis.



**Hình 40.21. Lupus pernio.**

**List 40.8. Nguyên nhân gây sang thương dạng mảng ở da.**

---

1. U hạt dạng vòng (xem Hình 40.22).
  2. Hoại tử mỡ do đái tháo đường.
  3. Bệnh sarcoidosis.
  4. Hồng ban nút.
  5. Lupus ban đỏ.
  6. Bệnh xơ cứng bì khu trú và xơ cứng bì toàn thể.
  7. Bệnh lao.
  8. Bệnh phong.
- 



**Hình 40.22. U hạt dạng vòng.**

### **40.5.7. Hồng ban nút**

Đây là sang thương gặp nhiều nhất trong nhóm bệnh viêm mạch máu dạng nốt. Những sang thương hồng ban nút thường được tìm thấy phía dưới gối, vùng trước xương chày và thường là hồng ban, sờ thấy được và nhạy đau. Có thể đi kèm với sốt (xem List 40.9). Tình

trạng này thường gặp sau khi nhiễm liên cầu khuẩn, nhiễm virus; có thể xuất hiện sau khi uống thuốc tránh thai, sử dụng sulfonamide; sarcoidosis và các bệnh lý viêm nhiễm đường ruột. Tuy nhiên, các biến đổi ở da trong bệnh sarcoidosis có thể giống với hầu hết bất kỳ các bệnh lý da liễu nào (ngoại trừ mụn nước).

#### **List 40.9. Nguyên nhân gây hồng ban nút.**

1. Sarcoidosis.
2. Nhiễm liên cầu khuẩn.
3. Bệnh lý viêm nhiễm đường ruột.
4. Thuốc (sulfonamides, penicilin, sulfonyleurea, oestrogen, iod, thuốc an thần).
5. Lao.
6. Nhiễm trùng khác (lepomatous leprosy, toxoplasmosis, histoplasmosis, yersinia, clamidia).
7. Lupus ban đỏ hệ thống.
8. Hội chứng Behçet.

#### **40.5.8. Hồng ban đa dạng**

Đây là một phản ứng viêm riêng biệt của da và niêm mạc. Nó không phải là một bệnh lý hệ thống. Sang thương điển hình với dạng hình bia, thường xuất hiện ở ngón chi (xem Hình 40.23). Phía ngoại vi sang thương có màu đỏ, ngược lại ở trung tâm có màu xanh hoặc thậm chí có ban xuất huyết. Các sang thương này có thể biến thành bóng nước, trong những trường hợp nặng có thể làm bong tróc vảy lan rộng trên bề mặt niêm mạc (hội chứng Steven – Johnson). Trong nhiều trường hợp, sang thương này là khởi phát lâm sàng hoặc tiền triệu của nhiễm herpes simplex virus. Các nguyên nhân khác gây sang thương này bao gồm: mycoplasma pneumonia, nhiễm nấm histoplasmosis, bệnh lý ác tính, sarcoidosis và một số loại thuốc (gồm những trường hợp có thể gây ra hoại tử thượng bì nhiễm độc). Đôi khi không tìm thấy được nguyên nhân nền gây bệnh.

Hoại tử thượng bì nhiễm độc, mặt khác, nó là một bệnh lý hệ thống và thường là thứ phát của phản ứng thuốc. Nó gây ra sự bong tróc một vùng da lớn. Những nguyên nhân chính có thể do: Penicillin, sulfonamide, phenytoin, NSAID.



**Hình 40.23. Hồng ban đa dạng với sang thương dạng cầu vồng hoặc hình bia, thứ phát sau nhiễm herpes simplex ở môi.**



**Hình 40.24. Viêm mô tế bào.**



**Hình 40.25. Viêm quầng.**

#### **40.5.9. Viêm mô tế bào và viêm quầng**

Viêm mô tế bào (cellulitis – xem Hình 40.24) là tình trạng viêm nhiễm ở lớp mô dưới da. Chúng thường do nhiễm khuẩn và hầu hết xuất hiện ở chân. Viêm quầng (erysipelas) là một bệnh lý nhiễm trùng xuất hiện giữa lớp bì và lớp mô dưới da (xem Hình 40.25). Chúng có thể xuất hiện ở mặt và chân. Cả hai có thể rất khó phân biệt nhưng viêm quầng có đặc trưng là bờ nhô cao lên, do có sự tham gia của lớp bì. Cả hai thường là hậu quả của nhiễm liên cầu tan huyết beta. Có thể đi kèm với sốt và mệt mỏi. Cũng có thể có một điểm vào rõ ràng từ một cơ quan nào đó của cơ thể, như nấm da pedis, loét dẫn tĩnh mạch hoặc có bệnh lý nền như đái tháo đường.

#### **40.5.10. Viêm nang lông, nhọt và nhọt chùm**

Những sang thương này là biểu hiện của tất cả các bệnh lý nhiễm trùng của nang lông

ở các mức độ khác nhau.

Viêm nang lông là tình trạng viêm nhiễm bề mặt của nang lông. Nhiều trường hợp do nhiễm tụ cầu nhưng chúng cũng có thể gây ra bởi chấn thương hay hóa chất. Tình trạng này thường hay gặp và tự hết sau một tuần hoặc lâu hơn. Nếu tình trạng nhiễm trùng trở nên sâu hơn, chúng sẽ trở thành một nốt và nếu chúng lan ra nhiều nang lông kế cận thì chúng sẽ trở thành nốt chàm. Kích thước của chúng có thể lên đến 10 cm. Chúng có thể xuất hiện ở bất kỳ nơi nào trên bề mặt da nhưng thường ở mông, cổ và khu vực tăng sinh môn. Chúng có thể làm BN rất đau đớn và thường đi kèm với nhiều triệu chứng toàn thân. Nguyên nhân gây ra thường do tụ cầu. Những tổn thương sâu thường lành lại bằng cách làm vỡ hoặc thoát mủ ra ngoài và sau đó thường để lại sẹo. Hạch bạch huyết dẫn lưu có thể to ra và đau.

Bệnh lý viêm tuyến mồ hôi nang mủ (hidradenitis suppurativa) thường gặp ở phụ nữ trẻ béo phì và thường đi kèm với nốt. Bệnh lý này liên quan đến tuyến mồ hôi bán huỷ ở nách, bẹn và vùng dưới vú.

Hăm da (intertrigo) là tình trạng nhiễm trùng ở nếp gấp da, nơi những vùng da ẩm chà xát với nhau. Nhiễm candida albicans thường gây nên những sang thương này (xem Hình 40.26). Nhiễm nấm candida niêm mạc mạn tính hiếm khi gây ra các bệnh da mạn tính và nhiễm nấm nặng.



**Hình 40.26. Nhiễm nấm candida albicans.**

#### **40.5.11. Các nhiễm trùng khác**

Nhiễm virus có thể dẫn đến phản ứng da. Bệnh sởi là một ví dụ của nhiễm trùng gây phát ban virus (xem Hình 40.27). Nhiều loại virus gồm cytomegalovirus (CMV), Epstein – Barr virus (EBV), coxsackievirus và các bệnh cơ hội sau nhiễm HIV có thể gây phát ban tương tự. BN bị nhiễm EBV điều trị bằng amoxicillin sẽ phát triển với tình trạng phát ban đặc trưng (xem Hình 40.28). Nhiễm khuẩn não mô cầu gây phát ban xuất huyết nặng (xem Hình 40.29).

Viêm niệu đạo không đặc hiệu và nhiễm khuẩn shigella dysentery có thể đi kèm với da dày sừng do bệnh lậu; vẩy sừng xuất hiện trên lòng bàn tay và bàn chân (xem Hình 40.30). U mềm lây (Molluscum contagiosum) là một bệnh truyền nhiễm do virus của da đặc trưng bởi nốt sần rời rạc hình vòm giống sáp, thường lõm trung tâm (xem Hình 40.31).

Nhiễm nấm da gồm nấm da, thường liên quan đến bàn chân (tinea pedis, xem Hình 40.32). Nó được gây ra bởi nhiều loại nấm.



**Hình 40.27. Phát ban virus.**



**Hình 40.28. Nhiễm EBV sau sử dụng amoxicillin.**



**Hình 40.29. Phát ban xuất huyết.**



**Hình 40.30. Dày sừng do bệnh lậu.**



**Hình 40.31. U mềm lây.**





**Hình 40.32. Bệnh nấm da ở bàn chân.**

### **40.5.12. Tăng sắc tố da**

Sự hiện diện của tăng sắc tố có thể do các bệnh lý hệ thống (xem List 40.10).

#### **List 40.10. Các bệnh lý gây tăng sắc tố lan tỏa**

---

##### **Bệnh nội tiết**

1. Bệnh Addison (bài tiết quá mức ACTH).
2. Chế tiết ACTH bất thường (carcinoma).
3. Viên uống tránh thai hoặc mang thai.
4. Cường giáp, bệnh cực đại đầu chi, pheochromocytoma (u tế bào ưa chrom ở tuyến thượng thận).

##### **Chuyển hóa**

1. Hấp thu kém hoặc dinh dưỡng kém.
2. Các bệnh của gan (nhiễm sắc tố sắt, xơ gan mật nguyên phát, bệnh Wilson).
3. Bệnh thận mạn, rối loạn chuyển hóa Porphirin, nhiễm trùng mạn tính (viêm nội tâm mạc nhiễm trùng).
4. Bệnh mô liên kết (lupus ban đỏ hệ thống, xơ cứng bì, viêm da cơ).

##### **Chủng tộc và di truyền**

##### **Khác**

1. Thuốc (chlorpromazine, busulfan, arsenicals).
  2. Xạ trị.
- 

### **40.5.13. Da đỏ bừng và đổ mồ hôi**

Chứng đỏ bừng ở da đôi khi có thể quan sát được, đặc biệt là ở mặt. Một số nguyên nhân của hiện tượng này được liệt kê trong List 40.11.

Sự tăng tiết mồ hôi quá mức (hyperhidrosis) có thể xuất hiện trong cường giáp, u tế bào ưa chrom tuyến thượng thận, bệnh to cực đại đầu chi, tăng calci máu, suy giảm chức năng hệ thần kinh thực vật, lo lắng, sốt và mãn kinh.

## List 40.11. Nguyên gây đỏ bừng mặt

---

1. Mãn kinh.
  2. Thuốc và thức ăn (nipedipin, sildenafil, mononatri glutamat).
  3. Sử dụng rượu sau khi uống Disulfiram (hoặc chỉ là rượu đơn thuần ở một số người).
  4. Bệnh lý tế bào mast hệ thống.
  5. Bệnh lý đỏ mặt (rosacea).
  6. Hội chứng carcinoid (do khối u tiết serotonin và các hóa chất trung gian khác gây ra đỏ bừng mặt, tiêu chảy và bệnh lý valve tim).
  7. Rối loạn chức năng thần kinh thực vật.
  8. Ung thư tuyến giáp.
- 

### 40.5.14. Những khối u ở da

Những khối u ở da rất thường gặp và hầu hết là lành tính (xem List 40.12). Phần lớn các u ác tính ở da có thể khỏi hoàn toàn nếu chúng được phát hiện sớm và điều trị thích hợp (xem List 40.13).

Ung thư ở da thường xuất hiện trên một số chủng tộc riêng biệt (cư dân da trắng ở Celtic hoặc vùng Bắc Âu) vì tiếp xúc thường xuyên với tia cực tím. Những ung thư ở da có thể xuất hiện với những sang thương dạng vẩy phẳng hoặc vẩy nhô lên trên bề mặt da hoặc những sang thương trơn láng. Chúng có thể lớn hoặc nhỏ và có thể có loét. Tất cả các tổn thương loét lâu lành nên được xem xét là ung thư da cho đến khi chứng minh được do các nguyên nhân khác.

Tổn thương sớm nhất là sang thương sừng hóa khi tiếp xúc với ánh sáng mặt trời, đó là những dát hoặc sẩn màu hồng được bao phủ bởi các vẩy bám dính chặt vào sang thương (xem Hình 40.34). Ung thư tế bào đáy có đặc điểm những sẩn trong mờ lõm ở trung tâm và được bao xung quanh bởi những mạch máu dẫn (xem Hình 40.35). Ung thư tế bào vẩy thường có dạng những sẩn mờ đục hoặc mảng bị ăn mòn hoặc tróc vẩy (xem Hình 40.36).

## List 40.12. Các loại u lành tính ở da.

---

1. Mụn cóc (wart).
  2. Bệnh mềm lây.
  3. Dày sừng tiết bã nhờn (seborrhoeic keratoses).
  4. U xơ da.
  5. U xơ thần kinh.
  6. U mạch máu.
  7. U vàng.
- 

## List 40.13. Các loại u ác tính ở da.

---

1. Ung thư tế bào đáy (basal cell carcinoma).
2. Ung thư tế bào vẩy (squamous cell carcinoma).
3. Bệnh Bowen\* (ung thư tế bào vẩy giới hạn bởi lớp thượng bì của da – carcinoma in situ).
4. Melanoma ác tính (có thể cho di căn xa – xem Hình 40.33).
5. U lắng đọng thứ phát.

\* John Templeton Bowen (1857 – 1941), bác sĩ da liễu ở Boston.

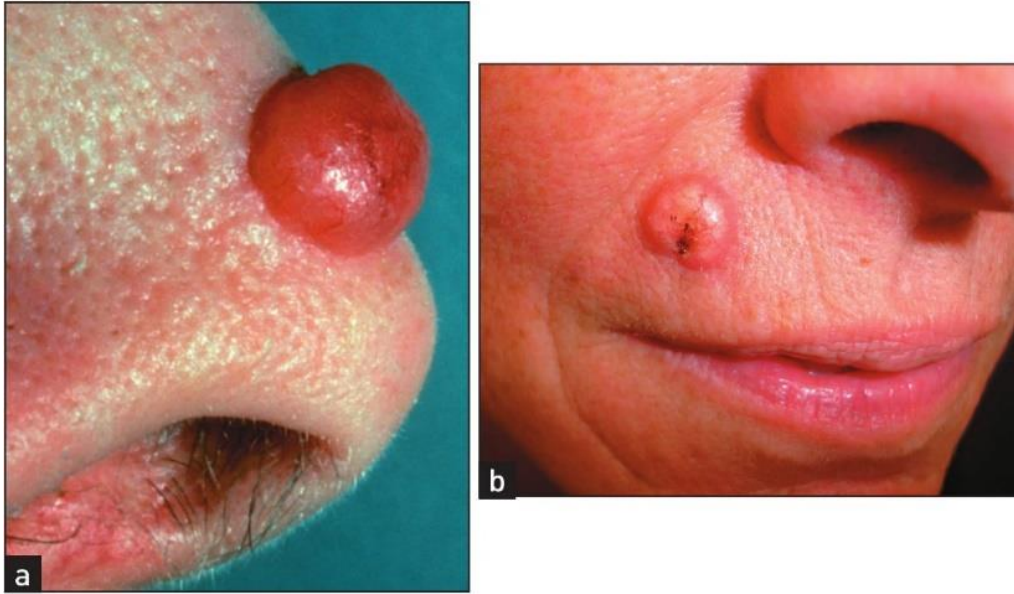
---



**Hình 40.33. Melanoma di căn.**



**Hình 40.34. Dày sừng quang hoá. Tổn thương lõm nhẹ và có vẩy. Trên vùng trán có thêm các sang thương dày sừng hạt sùi có thể sờ chạm được.**



Hình 40.35. (a) ung thư tế bào đáy, chú ý những cuộn có bờ rõ trên u. (b) ung thư tế bào đáy dạng sắc tố, với tính chất giống ngọc trai và lõm ở trung tâm, ở BN có da dễ bị tổn thương bởi ánh sáng mặt trời.



Hình 40.36. Ung thư tế bào vảy.

Melanoma ác tính cao thường là tổn thương tăng sắc tố nằm sâu, lớn dần và có giới hạn hình khía không đều (xem Hình 40.37). Đây là sang thương sắc tố rất đa dạng. Melanoma ác tính nên được nghĩ đến nếu có những thương tổn sau:

- Không cân xứng.
- Bờ không đều.
- Màu sắc phân bố không đều.
- Lớn (kích thước > 6 mm).
- Rò lên trên bề mặt da.



**Hình 40.37. Melanoma lan rộng trên bề mặt da.**

Có rất nhiều sang thương dạng nốt sắc tố bất thường và lớn (hội chứng loạn sản dạng nốt) làm gia tăng nguy cơ phát triển melanoma ác tính.

## **40.6. MÓNG**

Các bệnh hệ thống thường đi kèm với những thay đổi ở móng tay, móng chân và giường móng. Sự phát triển chậm của móng có nghĩa là có một giai đoạn tiến triển lâu dài của một bệnh dẫn đến sự thay đổi của móng. Có nhiều sự dấu hiệu đã được mô tả ở các chương khác nhưng đặc điểm quan trọng của sự thay đổi ở móng sẽ được đề cập trong chương này.

Nhiễm nấm móng (xem Hình 40.38) là bất thường thường gặp nhất ở móng. Nó xảy ra trong khoảng 40% các tổn thương ở móng và 30% trong tổng số các thương tổn do nấm gây ra. Đặc điểm của tổn thương: móng tay lõm, mất bóng, dày cứng, gợn sóng và biến dạng. Nó có thể bị nhầm lẫn với những tổn thương móng ở BN vậy nên. Nhiễm candida ở móng ít gặp hơn bởi vì nấm ngoài da chiếm ưu thế. Nhiễm nấm candida (chẩn đoán qua soi hoặc cấy) gợi ý khả năng nhiễm candida trên da và niêm mạc mạn tính. Chúng hiếm khi đi kèm với các bệnh chuyển hóa khác.



**Hình 40.38. Nhiễm nấm móng.**

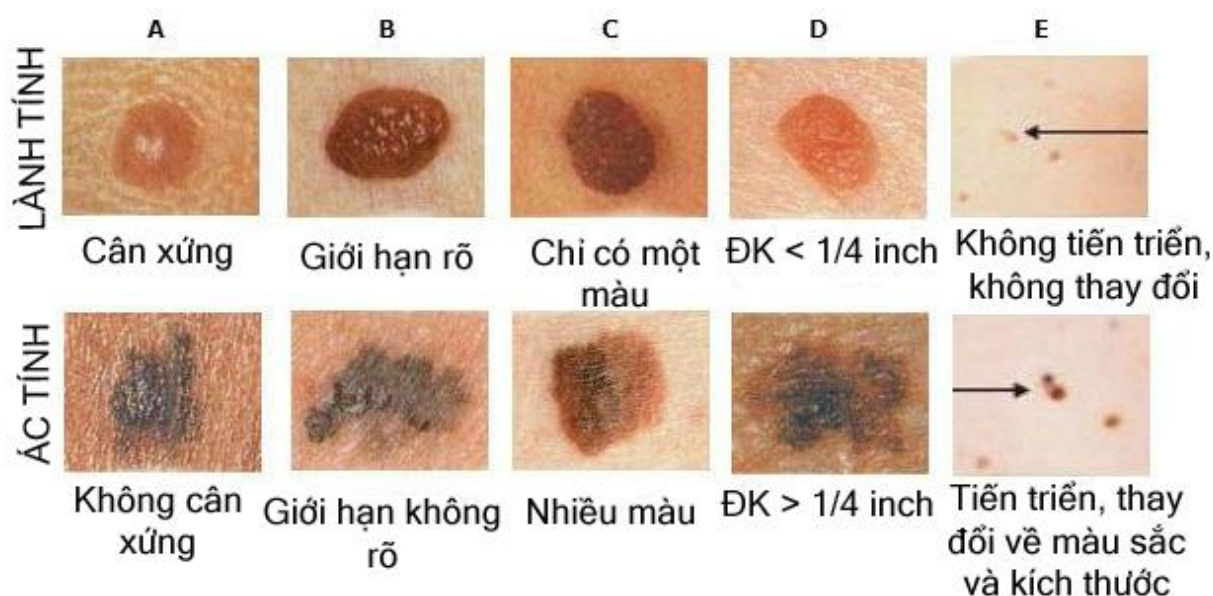


**Hình 40.39. Tổn thương móng xuất hiện trên 25% BN vẩy nến.**

Những tổn thương ở móng có thể xuất hiện ở BN vẩy nến, chiếm khoảng 25% (xem Hình 40.39). Đặc điểm của tổn thương là móng tay lõm. Đặc điểm này có thể xuất hiện ở BN nhiễm nấm, viêm quanh móng mạn tính, lichen phẳng và rụng tóc từng vùng (alopecia areata). Vẩy nến cũng là nguyên nhân thường gặp gây hở, bong tróc móng tay. Những tổn thương ít gặp bao gồm: dày sừng theo trục dọc (kẽ móng – onychorrhexis), dày sừng theo trục ngang ở đầu gần, dày sừng dưới móng, móng mất màu tự nhiên, chuyển sang màu vàng nâu.

Sự xuất hiện của sự dẫn mao mạch ở các nếp gấp móng là một dấu hiệu quan trọng trong các rối loạn hệ thống bao gồm lupus ban đỏ hệ thống, xơ cứng bì và hội chứng Raynaud. Những thay đổi này không đặc hiệu và rất đa dạng, vì gấp nếp dạng mao mạch có thể xuất hiện ở người khỏe mạnh. BN viêm da móng, móng gấp nếp dẫn mao mạch thường đi kèm với phì đại lớp biểu bì và các ổ nhồi máu xuất huyết nhỏ. Hội chứng Raynaud cũng có những thay đổi ở móng gây ra do việc cung cấp máu không đầy đủ. Triệu chứng bao gồm: móng giòn dễ gãy, dày móng theo trục dọc, nứt, phẳng, hở, bong tróc móng, móng lõm hình thìa, giường móng đỏ hơn bình thường.

Ngón tay dài trông là một bất thường ở móng quan trọng nó được mô tả ở BN HIV và dường như là một yếu tố quan trọng để đánh giá mức độ suy giảm miễn dịch của BN. Nhiễm HIV cũng thường đi kèm với nhiễm nấm, dày sừng trục dọc, những đường đen xuất hiện dọc trên móng thứ phát sau điều trị với Zidovudine.



**Hình 40.40. Phân biệt nốt ruồi lành tính và ác tính.**

**Text box 40.1. Tóm tắt thăm khám bệnh lý da liễu.**

Dẫu rằng BN chỉ bộc lộ một vùng da nhỏ những bất thường, bác sĩ cũng phải tiến hành thăm khám tất cả các vùng da còn lại:

Sau khi chuẩn bị cho nơi khám có đủ ánh sáng và yêu cầu BN cởi quần áo, bắt đầu quan sát móng và bàn tay. Viêm quanh móng là tình trạng nhiễm trùng ở da bao quanh móng. Những thay đổi khác cần chú ý bao gồm: móng tay lõm, mất bóng (vẩy nến, nhiễm nấm) và bong tróc móng (cường giáp, vẩy nến). Những vết đen ở dưới móng có thể là khởi đầu của một melanoma dưới móng. Những đường tụ máu đứt đoạn (viêm mạch máu) hoặc dẫn mao

---

mạch (lupus ban đỏ hệ thống) có thể thấy ở giường móng.

Một vết đổi màu hơi đỏ tía ở các khía trên các khớp ngón tay có thể gợi ý tình trạng viêm da cơ. Đồng thời quan sát mặt lưng bàn tay và cẳng tay để tìm những bóng nước đặc trưng của rối loạn chuyển hoá porphyrin. Nó xuất hiện ở những vùng da không được che phủ. Sẩn hoặc dấu trầy xước trên mu bàn tay, giữa các ngón tay và quanh cổ tay có thể gợi ý cái ghê. Mụn cóc do virus thường xuất hiện ở bàn tay.

Quan sát gan bàn tay tìm co cứng cơ Dupuytren. Nốt ruồi sắc tố dạng phẳng nổi liền với nhau (có nguy cơ cao trở nên ác tính) và u vàng ở các nếp của gan bàn tay.

Tiếp theo quan sát cẳng tay nơi những mảng lichen có thể xuất hiện ở mặt gấp (đặc trưng bởi những sẩn nhỏ, sáng, màu đỏ tím) và vẩy nến có thể xuất hiện ở mặt duỗi của chi. Những ban xuất huyết có thể sờ chạm được – những mảng bầm tím nhô lên gợi ý tình trạng xuất huyết dưới da – có thể quan sát được ở cánh tay và gợi ý tình trạng viêm mạch máu. Mảng da đen và dày có thể xuất hiện ở nách.

Quan sát tóc và da đầu của BN liệu tóc họ có khô hay không? Phân bố như thế nào? Tình trạng rụng tóc có thể gợi ý hói đầu ở nam giới, bệnh nặng gần đây, có thể là nhược giáp hoặc cường giáp. Những mảng rụng tóc có thể xuất hiện ở bệnh lý rụng tóc từng vùng. Tóc dễ gãy, ngắn xuất hiện trong bệnh lý lupus ban đỏ hệ thống. Ở vẩy nến, những vẩy màu bạc có thể xuất hiện ở da đầu. U lắng đọng thứ phát hiếm khi cảm nhận được chắc chắn ở da đầu. Nang bả đậu khá thường gặp. Đôi khi cũng có thể tìm thấy chấy trên đầu BN.

Bây giờ, quan sát tiếp lông mày, tìm các mảng tróc vẩy hay bả nhờn, hai dấu hiệu này xuất hiện trong bệnh lý viêm da tiết bã nhờn. Mảng hồng ban hơi tím xuất hiện ở xung quanh mi mắt trong viêm da cơ. U vàng thường ở gần mi mắt.

Quan sát mặt tìm mụn trứng cá đỏ, là nguyên nhân của các hồng ban sáng ở mũi, má, trán, cằm và thỉnh thoảng có mụn hoặc bệnh mũi sư tử (sự phồng ra làm biến dạng cấu trúc bình thường của mũi). Mụn trứng cá gây sẩn, mụn hoặc sẹo ở trên mặt, cổ, thân mình. Hồng ban cánh bướm của lupus ban đỏ hệ thống xuất hiện ở hai bên má nhưng hiếm. Dấu sao mạch có thể có. Tổn thương loét ở mặt có thể gợi ý các bệnh: ung thư tế bào đáy, ung thư tế bào vẩy hoặc hiếm hơn là lao da.

U lành tính ở mặt bao gồm u gai sừng (tổn thương giống núi lửa từ tuyến bã nhờn) và u mạch máu bẩm sinh.

Tìm kiếm những bóng nước xuất hiện trong nhiễm herpes zoster, vị trí thường gặp là vùng da chi phối của một trong ba nhánh của dây thần kinh sinh ba.

Quan sát tiếp ở cổ, nơi có thể chứa đựng những sang thương lan từ trên mặt xuống. Sang thương hiếm gặp là xuất hiện những nếp da thừa lỏng lẻo trong bệnh giả u vàng đàn hồi xuất hiện ở quanh cổ.

Tiếp tục quan sát thân người, nơi bất kỳ đợt phát ban nào xuất hiện lúc nhỏ sẽ trở nên dễ nhận biết bởi tính đặc trưng của chúng. Tìm dấu sao mạch nếu nghi ngờ. Sẩn hồng ban màu đỏ anh đào (Campbell de Morgan spots) có thể tìm thấy ở bụng (và ngực), chúng thường có dạng phẳng; nhờn, có khi là mụn cóc tiết bã nhờn màu vàng. Hồng ban có bờ rõ (sốt thấp khớp cấp) xuất hiện ở ngực, bụng. Herpes zoster có thể được tìm thấy ở bất kỳ vùng da nào theo sự chi phối của thần kinh.

U di căn từ cơ quan khác đến bất kỳ vị trí nào trên da là rất hiếm gặp. U xơ thần kinh là một khối u mềm, có màu như màu da; khi đi kèm với nhiều hơn 5 nốt màu cà phê sữa (màu nâu, ranh giới không đều), chúng gợi ý đến bệnh u xơ thần kinh (bệnh von Ricklinghausen). Những nốt ruồi sắc tố có thể thấy trên thân mình và cần phải tìm những bằng chứng về sự ác tính của những sang thương này khi được phát hiện. Vùng mông và vùng cụt cần phải được thăm khám thường quy đối với những BN nằm lâu. Vùng bụng và đùi có thể có một số

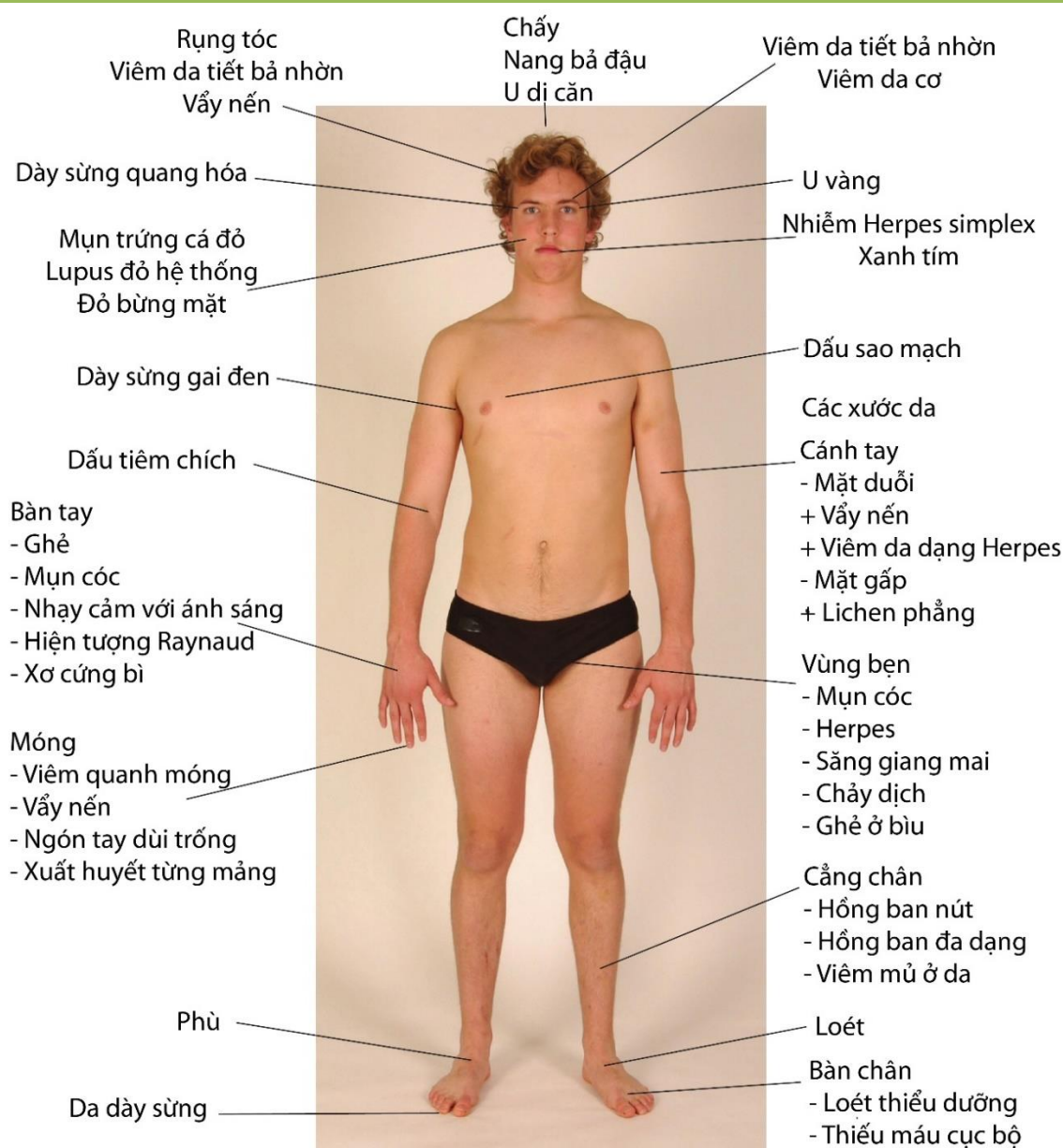
---



vùng teo đi hoặc phì đại do tiêm insulin.

Tiếp theo đến chân, các sang thương hồng ban nút hoặc hồng ban đa dạng thường xuất hiện ở cẳng chân. Hoại tử mỡ do đái tháo đường ảnh hưởng đến da xung quanh xương chày. Phù niêm trước xương chày cũng thường gặp. Tìm kiếm vết loét ở mỗi bên thuộc các phần thấp ở chi dưới. Mạng mạch bầm tím có cấu trúc giống như mạng lưới, ban đỏ dạng mạng mạch xuất hiện trong viêm mạch máu, hội chứng kháng phospholipid và thuyên tắc mạch do xơ vữa mạch máu.

Quan sát bàn chân để tìm những tổn thương đặc trưng của bệnh Reiter gọi là dày sừng lậu, nơi mà những sang thương vẩy tiết có thể lan rộng ra lòng bàn chân do sự kết hợp giữa mụn nước và mụn mủ. Tìm kiếm dấu hiệu thiếu máu cục bộ bàn chân, đi kèm với dấu hiệu hủy da và các phần phụ của da (các tuyến bã, lông, móng,...). Loét thiếu dưỡng có thể thấy được ở BN có bệnh lý thần kinh ngoại biên (đái tháo đường). Luôn luôn khám riêng biệt từng ngón chân để tìm melanoma.



**Hình 40.41. Vị trí của các dạng thương da thường gặp ở chi, mặt và thân.**

## T&O'C essentials

1. Thời gian khởi phát sang thương có thể là một gợi ý cho chẩn đoán.
2. Hỏi bệnh sử cẩn thận có thể biết được một bệnh lý hệ thống gây ra các sang thương ở da.
3. Hỏi về sự tiền sử tiếp xúc: sử dụng loại xà phòng mới hay chất tạo mùi mới giúp giải thích sự phát ban mới xuất hiện.
4. Phát ban có thể xuất hiện như là kết quả của việc sử dụng một loại thuốc mới trừ phi được chứng minh do nguyên nhân khác.
5. Việc thăm khám da liễu cẩn thận phải bao gồm toàn bộ bề mặt của da, lông, tóc, móng và đánh giá bề mặt niêm mạc.
6. Nhiều bất thường về da liễu thường gặp có thể chẩn đoán qua quan sát (vì thế sinh viên cần phải có đủ kinh nghiệm để nhận ra chúng).
7. Với bất kỳ tổn thương tăng sắc tố nào cần nhắc sử dụng bảng triệu chứng ABCDE của melanoma:
  - A Không cân xứng – asymmetrical.
  - B Bờ không đều – Border irregular.
  - C Màu sắc không đồng đều – colour irregular.
  - D Kích thước lớn – diameter large.
  - E Nhô lên trên bề mặt của da – elevated above the skin.

## Bài test OSCE

### Thăm khám bệnh lý da liễu

**Ông Talbot có một thương tổn tăng sắc tố ở ngực. Vui lòng thăm khám ông ấy.**

1. Hỏi về các vùng da tiếp xúc với mặt trời từ lúc nhỏ cũng như trưởng thành.
2. Hỏi về tiền sử gia đình xem có ai bị melanoma không? (10% melanoma có tiền sử gia đình).
3. Tổn thương xuất hiện khi nào? Nó có mới không?
4. Chúng biến đổi ra sao so với lúc mới xuất hiện?
5. Nó có ngứa hay chảy máu?
6. Các sang thương đã được làm sinh thiết hay các xét nghiệm khác trước đó không?
7. Quan sát tổn thương: có cân xứng? bờ rõ hay không rõ? phẳng hay nổi gồ lên? tăng sắc tố đơn dạng hay đa dạng? có loét hoặc viêm ở da? Đánh giá kích thước của chúng.
8. Quan sát da toàn bộ cơ thể bao gồm cả tóc để tìm các tổn thương tăng sắc tố khác.
9. Áp dụng bảng triệu chứng ABCDE.

Võ Thị Ánh Trinh

*Phải có hai người mới làm nên một cuộc tranh cãi, vì vậy phải có hai yếu tố mới làm nên một căn bệnh, nó là vi khuẩn và chủ thể.*

*Charles Chaplin (1856 – 1941)*

Chúng tôi đã chọn hai bài giảng quan trọng, hai bài giảng này được đề cập trong suốt chương này để trình bày việc làm thế nào tiếp cận các bệnh lý truyền nhiễm một cách hệ thống.

### 41.1. SỐT KHÔNG RÕ NGUYÊN NHÂN

#### List 41.1. Các nguyên nhân thường gặp gây sốt.

##### Khối u

- U lympho Hodgkin và u lympho không Hodgkin, bệnh bạch cầu, bệnh mô bào ác tính.
- Những khối u khác ở: gan, thận, phổi, ung thư biểu mô lan tỏa, u nhầy ở tâm nhĩ.

##### Nhiễm trùng

- Vi khuẩn: tuberculosis, brucellosis và các loại du khuẩn huyết khác, áp xe (đặc biệt là áp xe vùng chậu hay vùng bụng), viêm nội tâm mạc, viêm màng ngoài tim, viêm tủy xương nhiễm khuẩn, viêm đường mật, viêm bả thận, các bệnh lý viêm nhiễm vùng chậu (pelvic inflammatory disease – PID), viêm tuyến tiền liệt, giang mai, bệnh Lyme, bệnh mèo cào (cat – scratch disease), áp xe ở răng.
- Virus: tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm khuẩn, nhiễm cytomegalovirus, viêm gan B hoặc C, nhiễm HIV, nhiễm Ross River virus.
- Ký sinh trùng, nhiễm rickettsia và một số nguyên nhân khác như: sốt rét (malaria), sốt Q, bệnh nhiễm ký sinh trùng toxoplasma.
- Nhiễm nấm: bệnh nhiễm nấm histoplasma, cryptococcus, blastomycosis.

##### Bệnh mô liên kết

- Viêm khớp dạng thấp ở tuổi thiếu niên, lupus ban đỏ hệ thống.
- Viêm mạch máu: viêm động mạch tế bào khổng lồ, viêm đa động mạch nút.

##### Sốt do thuốc

##### Hỗn hợp

- Bệnh viêm nhiễm ống tiêu hóa, bệnh gan do rượu, bệnh u hạt (sarcoidosis), thuyên tắc mạch máu phổi, viêm nhiễm tuyến giáp, suy tuyến thượng thận, u tế bào ưa chrom, sốt Địa Trung Hải có tính chất gia đình và các hội chứng sốt định kỳ di truyền khác, giả sốt.

##### Không rõ nguyên nhân

Sốt không rõ nguyên nhân (pyrexia of unknown origin – PUO) được định nghĩa theo

một số tài liệu là sốt ( $> 38^{\circ}\text{C}$ ) trong hơn 3 tuần, những thăm khám và xét nghiệm cơ bản không tìm được nguyên nhân gây sốt. Các nguyên nhân thường gặp nhất có thể xét đến là: lao phổi, áp xe kín (thường trong ổ bụng), viêm tủy xương, nhiễm trùng, viêm nội tâm mạc, lymphoma hoặc bệnh bạch cầu, đợt cấp của viêm khớp dạng thấp tuổi thiếu niên, bệnh viêm động mạch tế bào khổng lồ (giant cell arteritis – GCA) và sốt do thuốc (sốt do thuốc là chiếm 10% các nguyên nhân nhập viện do sốt). Trong các nghiên cứu về sốt không rõ nguồn gốc, nhiễm trùng là nguyên nhân của 30% các trường hợp, tổn thương u tân sinh 30%, bệnh mô liên kết 15% và các nguyên nhân khác ở 15%; trong đó 10% còn lại, vẫn chưa biết nguyên nhân (xem List 41.1). Nên nhớ rằng, sốt càng lâu thì càng ít có khả năng do nguyên nhân từ một bệnh truyền nhiễm. Đa số các BN ít khi mắc những bệnh lý hiểm gặp mà hay mắc phải những bệnh lý thông thường được biểu hiện dưới dạng khác thường.

### 41.1.1. Bệnh sử

#### Questions box 41.1. Những câu hỏi để hỏi những BN có sốt.

- ! Dấu hiệu có thể gợi ý chẩn đoán một vấn đề cấp bách hoặc nguy hiểm.
  1. Ông/bà bị sốt bao lâu rồi?
  2. Ông/bà có tự đo thân nhiệt chưa? Thân nhiệt đo được là bao nhiêu?
- !
  3. Ông/bà có lạnh run hay không? (cần nghĩ đến nhiễm trùng huyết)
  4. Có ai mắc bệnh tương tự mà ông/bà biết hay không?
  5. Những loại thuốc nào mà ông/bà đang dùng?
  6. Gần đây ông/bà có mắc bệnh gì hay không?
  7. Ông/bà có được phẫu thuật hay làm các thủ thuật y tế gần đây hay không?
  8. Ông/bà có đi du lịch trong thời gian gần đây hay không? (nếu có, là nơi nào?)
  9. Ông/bà có dùng thuốc phòng sốt rét và tiêm chủng theo khuyến cáo cho chuyến đi của ông/bà hay không?
  10. Ông/bà có vật nuôi hay không? Chúng gần đây có bị bệnh hay không?

Bệnh sử có thể cung cấp một số manh mối ở các trường hợp khó. Khai thác bệnh sử cẩn thận ở một số BN có thể giúp đưa ra chẩn đoán trong khi các xét nghiệm đất tiền thất bại. Xem Questions box 41.1.

Thời gian và diễn tiến sốt cũng như bất cứ các triệu chứng đi kèm nào đều phải được hỏi rõ. Các triệu chứng của các hệ thống khác nhau trên cơ thể cũng phải được thực hiện hỏi bệnh và thăm khám một cách tuần tự.

Ví dụ:

– Hệ tiêu hóa: tiêu chảy, đau bụng, phẫu thuật bụng gần đây (viêm nhiễm ở ống tiêu hóa, viêm túi thừa, viêm đường mật).

– Hệ tim mạch: âm thổi, thủ thuật nha khoa (viêm nội tâm mạc), đau ngực (viêm màng ngoài tim).

– Hệ xương khớp: đau khớp, phát ban.

– Hệ thần kinh: đau đầu (viêm màng não, áp xe não).

– Hệ tiết niệu: tiền sử bệnh thận hoặc nhiễm trùng, tiểu buốt.

– Hệ hô hấp: lao cũ, tiếp xúc với bệnh lao gần đây, đau ngực.

Thông tin chi tiết về việc đi nước ngoài gần đây của người bệnh cũng rất quan trọng. Tìm hiểu xem BN có nuôi và tiếp xúc với vật nuôi nào hay không. Yếu tố nghề nghiệp cũng khá quan trọng. Tiền sử sử dụng thuốc. Tìm các yếu tố nguy cơ đến lây nhiễm HIV nếu BN bị phơi nhiễm. Các BN đã nhập viện có thể bị nhiễm khuẩn đường tiêu truyền hoặc vị trí của các ống thông.

Nhiễm trùng huyết (có vi khuẩn trong dòng máu) làm tăng nguy cơ tử vong. Nhiễm trùng huyết hiện diện trên 20% BN vào viện với cơn sốt cấp tính.

Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân (the systemic inflammatory response syndrome – SIRS) bao gồm  $\geq 2$  trong 4 triệu chứng sau: sốt  $\geq 38,3^{\circ}\text{C}$  (hoặc  $\leq 36^{\circ}\text{C}$ ), nhịp tim nhanh ( $\geq 90$  lần/phút), thở nhanh ( $\geq 20$  lần/phút), số lượng bạch cầu tăng (mặc dù nó có thể bị ức chế). SIRS có thể do tình trạng nhiễm trùng cấp tính nhưng cũng có thể xuất hiện sau khi bị bỏng hoặc phẫu thuật hoặc các bệnh viêm nhiễm khác (thuyên tắc mạch, viêm tụy, viêm mạch máu, bệnh tự miễn). Nhiễm trùng huyết đề cập đến sự nhiễm trùng dẫn đến SIRS, vì vậy SIRS có độ nhạy cao nhưng không đặc hiệu cho nhiễm trùng huyết. Chẩn đoán sớm nhiễm trùng huyết với các triệu chứng lâm sàng và sử dụng kháng sinh ngay có thể cứu sống BN.

## 41.1.2. THĂM KHÁM

### 41.1.2.1. Khám toàn trạng

Nhìn vào biểu đồ thân nhiệt để nhận dạng đặc điểm của sốt. Quan sát BN và nhận định mức độ trầm trọng của BN như thế nào. Tìm các triệu chứng của SIRS (sốt, nhịp tim nhanh, nhịp thở nhanh). Tìm bằng chứng của sự sụt cân (trong các bệnh lý mạn tính), ghi nhận bất kỳ các vết phát ban nào (xem List 41.2). Việc kiểm tra chi tiết sẽ phụ thuộc vào bệnh sử của BN.

#### List 41.2. Chẩn đoán phân biệt sốt kèm theo phát ban.

---

1. Virus: bệnh tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm trùng, rubella, SXH Dengue.
  2. Vi khuẩn: giang mai, bệnh Lyme.
  3. Không nhiễm trùng: thuốc, lupus ban đỏ hệ thống, hồng ban đa dạng (có thể liên quan ít nhiều đến nhiễm trùng tiềm ẩn).
- 

### 41.1.2.2. Khám bàn tay

Tìm dấu hiệu của bệnh lý viêm nội tâm mạc hoặc viêm mạch. Ghi nhận dấu hiệu ngón tay dùi trống. Sự biểu hiện bệnh ở các khớp hoặc hiện tượng Raynaud là dấu hiệu chỉ điểm cho bệnh lý ở mô liên kết.

### 41.1.2.3. Khám cánh tay

Quan sát các vị trí tiêm chích chứng tỏ việc tiêm chích thuốc thường xuyên. Kiểm tra các hạch nách và hạch trên lồng cầu (lyphoma, bệnh ác tính khác, sarcoidosis, nhiễm trùng khu trú).

### 41.1.2.4. Khám đầu và cổ

Quan sát động mạch thái dương nông, viêm động mạch thái dương có thể sờ thấy đau và dày.

Thăm khám mắt để phát hiện viêm móng mắt hoặc viêm kết mạc (bệnh lý mô liên kết

– hội chứng Reiter) hoặc vàng mắt (viêm đường mật, sốt rét). Soi đáy mắt tìm nốt lao kê trong tổn thương lao lan tỏa, đốm Roth trong viêm nội tâm mạc nhiễm trùng và xuất huyết võng mạc hoặc thâm nhiễm bạch cầu hoặc lymphoma.

Quan sát ban hình cánh bướm ở mặt (bệnh lupus ban đỏ hệ thống), viêm da tiết bã nhờn, thường phổ biến ở BN nhiễm HIV.

Quan sát tìm các vết loét ở miệng, nướu răng, nhiễm candida, răng và viêm amidan (như áp xe). Quan sát tai để phát hiện viêm tai giữa. Sờ để phát hiện viêm tuyến mang tai.

Sờ nắn các hạch vùng cổ. Kiểm tra kích thước và tăng cảm giác da vùng tuyến giáp (viêm tuyến giáp bán cấp).

#### **41.1.2.5. Khám ngực**

Kiểm tra ngực, sờ nắn nhẹ nhàng để tìm vị trí tăng cảm giác da. Kiểm tra cẩn thận cơ quan hô hấp (các dấu hiệu của bệnh viêm phổi, lao phổi, viêm mũ màng phổi, ung thư biểu mô) và âm thổi của tim (viêm nội tâm mạc nhiễm trùng, u nhầy tâm nhĩ) hoặc tiếng cọ màng tim (viêm màng ngoài tim).

#### **41.1.2.6. Khám bụng**

Khám bụng, tìm các đốm ban trên da bụng, bao gồm cả các đốm màu hồng (bệnh sốt thương hàn thì các đốm đỏ, phẳng, từ 2 – 4 mm, nhạt màu khi đè ép và thường xuất hiện ở vùng bụng trên và ngực dưới). Tìm dấu hiệu gan to và bán bụng (viêm phúc mạc tự phát do vi khuẩn, ung thư gan, ung thư di căn), lách to (bệnh lý tạo máu ác tính, viêm nội tâm mạc nhiễm trùng, sốt rét), thận to (carcinoma tế bào thận) hoặc đau khu trú (tụ mủ). Sờ nắn kiểm tra tinh hoàn có to không (trong ung thư tế bào mầm tinh hoàn – seminoma, lao tinh hoàn), sờ nắn hạch bẹn.

Thăm trực tràng, kiểm tra xem có u cục, đau ở trực tràng hoặc vùng chậu không (áp xe, carcinoma tuyến tiền liệt). Thăm âm đạo để tìm các ổ tụ mủ hoặc biểu hiện của viêm nhiễm vùng chậu. Quan sát dương vật và bìu xem có chảy dịch hoặc phát ban không.

#### **41.1.2.7. Khám hệ thần kinh trung ương**

Kiểm tra hệ thần kinh trung ương tìm các dấu màng não (lao màng não mạn tính, viêm màng não) hoặc dấu thần kinh khu trú (áp xe não, viêm đơn dây thần kinh đa ổ trong viêm đa động mạch nút).

### **41.2. NHIỄM HIV VÀ AIDS**

Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (the acquired immunodeficiency syndrome – AIDS), được mô tả đầu tiên vào năm 1981, do một loại virus gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV). Nó là một loại virus ưa tế bào lympho T, hậu quả là phá hủy tế bào T4, vì thế diễn ra sự bùng phát của các bệnh lý nhiễm trùng cơ hội, sự phát triển của các khối u, đặc biệt là sarcoma Kaposi <sup>a</sup>, lymphoma non Hodgkin.

#### **41.2.1. Bệnh sử**

Nhiễm HIV nên được chú ý đặc biệt khi BN thuộc nhóm nguy cơ cao (đồng tính nam,

---

<sup>a</sup> Moritz Kohn Kaposi (1837 – 1902), giáo sư da liễu, Vienna, mô tả loại sarcoma này vào năm 1892.

nghiện chích ma túy, có quan hệ tình dục không an toàn, bạn tình của người nhiễm HIV, hemophilia, truyền máu, gái mại dâm hay người có quan hệ tình dục với một trong số những nhóm nguy cơ trên).

BN có thể đã có một sự chuyển đổi huyết thanh (50% các trường hợp). Bất kỳ sự phối hợp nào của sốt, sưng hạch, phát ban dát sần, đau khớp, viêm họng, buồn nôn và ói mửa, nhức đầu, giảm cân và nhiễm candida miệng đều có thể là dấu hiệu của nhiễm HIV.

Hỏi những câu hỏi cần lưu ý (xem questions box 41.2) là điều quan trọng nhưng nếu BN không hợp tác thì nên để sau đó. BN có thể không muốn thông báo cho bạn tình của họ rằng họ đang bị nhiễm bệnh. Điều này khiến những người đó có nguy cơ nhiễm bệnh và đặt ra một nhiệm vụ cho các bác sĩ về việc thông báo, kiểm tra và bảo vệ những người đó (ví dụ bằng cách sử dụng bao cao su).

### **Questions box 41.2. Những câu hỏi để hỏi BN nghi ngờ nhiễm HIV.**

1. Ông/bà có nhớ được những triệu chứng của căn bệnh chuyển đổi huyết thanh hay không?
2. Tại sao chẩn đoán bị nghi ngờ?
3. Làm thế nào mà ông/bà nghĩ là mình đã bị nhiễm bệnh?
4. Bạn tình của ông/bà có biết bệnh của ông/bà hay không?
5. Họ có đưa ra những biện pháp phòng ngừa để tránh nhiễm trùng cơ hội hay không?
6. Ông/bà đã được xét nghiệm viêm gan chưa?
7. Ông/bà có vấn đề gì ở vùng ngực của mình hay với sự nhiễm trùng này không?
8. Ông/bà đã bắt đầu điều trị hay chưa?
9. Ông/bà đã được nghe nói gì về tiên lượng căn bệnh của ông/bà?

Nhiễm HIV thường kết hợp với các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác như giang mai, bệnh lậu và với những bệnh nhiễm virus viêm gan B và C. Tỷ lệ này sẽ thay đổi ở các nước khác nhau, nhưng viêm gan C không phổ biến ở những BN nhiễm HIV ở Australia.

HIV nên được nghi ngờ nếu BN có biểu hiện bệnh lao và bệnh lao nên được nghi ngờ ở những BN nhiễm HIV mắc các bệnh hô hấp mạn tính. Nhiễm HIV có thể che khuất các triệu chứng của lao bằng các triệu chứng của các bệnh cơ hội khác. Xét nghiệm HIV nên được làm đối với bất kỳ một bệnh truyền nhiễm nào không giải thích được.

## **41.2.2. Thăm khám**

### **41.2.2.1. Khám tổng quát**

Lấy thân nhiệt của BN. BN có thể có bệnh và yếu đi do các bệnh lý mạn tính hoặc nhiễm trùng cơ hội. Nhiễm Mycobacterium avium complex (MAC) biểu hiện với sốt và sụt cân.

Quan sát da để tìm các vết phát ban:

– Các ban dát sần ở BN nhiễm HIV cấp tính (tổn thương dát từ 5 đến 10 mm trên mặt và thân, hiếm khi có trên lòng bàn tay và lòng bàn chân).

– Zona (giời leo, bao gồm nhiều hơn một vùng da bị bệnh và thường gặp sớm nhất trong các biểu hiện của nhiễm HIV).

– Herpes ở miệng (mụn rộp) hoặc herpes sinh dục.

- Nhiễm nấm candida ở miệng hoặc vùng nếp gấp (khi mức CD4 dưới  $200/\text{mm}^3$ ).
- U mềm lây, bệnh chốc lở, viêm da tiết bã nhờn hoặc phát ban không đặc hiệu khác.
- Sarcoma Kaposi: u mạch máu màu đỏ – tím cứng. Thường xuất hiện trên da, nhưng có thể xuất hiện ở bất cứ nơi nào.
- Có thể tìm thấy các tổn thương da giống như sarcoma Kaposi. Chúng được gọi là bướu máu không tân sinh do vi khuẩn dạng que và được gây ra bởi *Bartonella henselae* và *Bartonella Quintana* (xem Hình 41.1 và Hình 41.2).



**Hình 41.1 Nốt đỏ của bướu máu không tân sinh.**



**Hình 41.2. Nốt ở giai đoạn muộn của sarcoma Kaposi.**



Bệnh vẩy nến nặng thường gặp ở BN nhiễm HIV.

Các phản ứng có hại của thuốc thường gặp ở BN bị nhiễm HIV và có thể là nguyên nhân gây phát ban. Hãy quan sát các điểm tăng sắc tố trên da. BN dùng các thuốc clofazimine để điều trị nhiễm MAC da thường có tăng sắc tố sâu. Teo mỡ ngoại vi – loạn dưỡng mỡ – trên chân tay, má và mông có thể được thấy ở 20 – 30% BN được điều trị với các thuốc ức chế protease. Một số BN có tái phân bố mỡ trong béo phì trung tâm.

#### **41.2.2.2. Khám bàn và cánh tay**

Hãy tìm thay đổi ở móng bao gồm cả sự bong tróc móng. Sờ các hạch vùng trên lồng cầu cánh tay, có thể đặc trưng bởi các hạch 0,5 cm hoặc lớn hơn. Chú ý bất kỳ dấu hiệu chích nào được phát hiện.

#### **41.2.2.3. Khám mắt**

Quan sát miệng để tìm:

- Mảng candida (xem Hình 41.4).
- Viêm góc miệng.
- Loét áp tơ.
- Loét lưỡi (ví dụ herpes simplex, bệnh cytomegalovirus hoặc nhiễm candida) hoặc viêm nước.
- Bệnh nha chu.

Sarcoma Kaposi (xem Hình 41.3) cũng có thể xuất hiện trên khẩu cái cứng hay mềm (hầu như các tổn thương luôn luôn có mặt ở những nơi khác trong đường tiêu hóa). Ung thư biểu mô tế bào vẩy ở miệng và lymphoma non Hodgkin cũng thường gặp ở BN AIDS.

Phì đại tuyến mang tai đôi khi được xem như là một kết quả của hội chứng Sjogren. Những BN nhiễm HIV có thể có khô mắt và miệng do nguyên nhân này.



**Hình 41.3. (a) sarcoma Kaposi trong miệng, (b) sarcoma Kaposi ở chân.**



**Hình 41.4. Nhiễm nấm candida ở miệng.**

Bạch sản lỏng đặc trung bởi một khối nhô cao hoặc mảng phẳng màu trắng, không đau và thường tìm thấy sang thương dạng lỏng xuất hiện trên mặt bên của lưỡi; nó được gây ra bởi virus epstein – barr (EBV) ở những người nhiễm HIV.

Sờ nắn nhẹ nhàng các xoang để tìm tăng cảm giác đau trên xoang (viêm xoang). Kiểm tra các hạch nách và hạch cổ. Có thể liên quan đến các bệnh toàn thân của hạch bạch huyết, nên kiểm tra tất cả các nhóm hạch bạch huyết.

#### **41.2.2.4. Khám ngực**

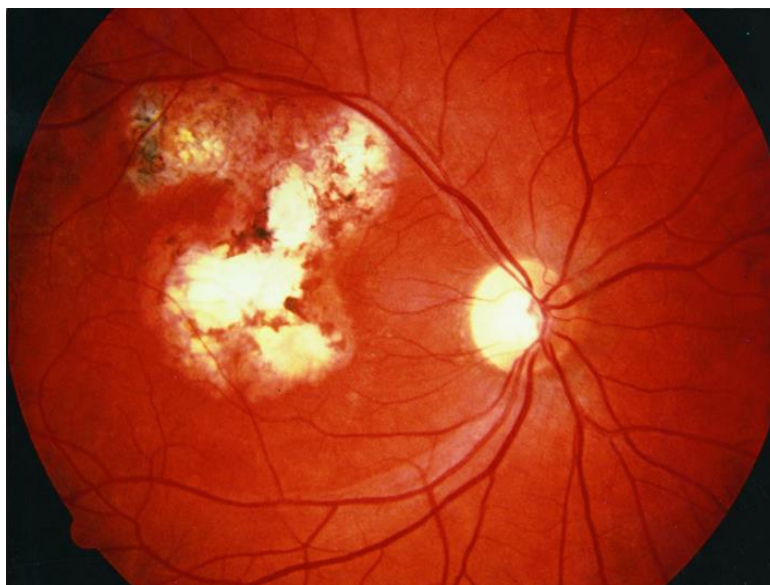
Ghi nhận các dấu hiệu thở nhanh hoặc ho khan. Chú ý các dấu hiệu ho mạn tính, ho khan hoặc ho có đờm. Nghe rale nổ ở phổi có thể có viêm tiểu phế quản tắc nghẽn. Đó là những dấu hiệu thường gặp, tuy nhiên cũng có trường hợp không có bất kỳ dấu hiệu lâm sàng nào ở phổi nhưng có biểu hiện thâm nhiễm trên x – quang phổi do nấm pneumocystis jiroveci (trước đây là carinii) hoặc nhiễm trùng cơ hội khác.

#### **41.2.2.5. Khám bụng**

Khám tìm các dấu hiệu gan, lách to (nhiễm trùng, lymphoma). Thăm khám trực tràng (viêm loét hậu môn do herpes simplex) và soi đại tràng sigma tìm sarcoma Kaposi hoặc viêm niêm mạc trực tràng (cytomegalovirus, herpes simplex, bệnh lỵ amip hoặc viêm đại tràng giả mạc từ việc sử dụng kháng sinh). Khám bộ phận sinh dục để tìm các sang thương do nhiễm herpes simplex, mụn cóc, mụn mủ hoặc sảng giang mai.

#### **41.2.2.6. Khám hệ thần kinh trung ương**

Tìm các dấu hiệu màng não (viêm màng não do cryptococcus). Đó có thể là dấu hiệu gợi ý một tổn thương choáng chỗ nội sọ (ví dụ như toxoplasmosis, lymphoma non Hodgkin).



**Hình 41.5. Sẹo võng mạc do toxoplasma cũ.**

Một hội chứng tương tự như hội chứng Guillain – Barré và bệnh thần kinh cảm giác đơn thuần có thể xảy ra. Việc nhiễm HIV, nhiễm trùng cơ hội hoặc các loại thuốc sử dụng trong điều trị có thể là nguyên nhân của các bệnh thần kinh ngoại biên, viêm đa cơ, bệnh rễ thần kinh, viêm đơn dây thần kinh đa ổ, bệnh lý ở tủy sống).

Soi đáy mắt tìm sự xuất tiết của võng mạc (thường gặp ở BN AIDS), vết sẹo (toxoplasmosis – xem Hình 41.5) hoặc viêm võng mạc (viêm võng mạc do cytomegalovirus với xuất huyết quanh mạch và xuất tiết dạng lông tơ, có thể gây khởi phát mù lòa nhanh chóng – xem Hình 41.6). Đó có thể là dấu hiệu của bệnh sa sút trí tuệ (bệnh não do AIDS).



**Hình 41.6. Viêm võng mạc do Cytomegalovirus.**

## T&O'C essentials

1. Sốt kéo dài có thể do một căn bệnh thông thường nhưng biểu hiện dưới dạng không điển hình.
2. Khai thác bệnh sử, tiền sử và thăm khám một cách cẩn thận sẽ hỗ trợ trực tiếp cho các chỉ định xét nghiệm tìm căn nguyên gây sốt hoặc những BN có khả năng bị nhiễm trùng huyết.
3. Việc đi du lịch gần đây hoặc tiếp xúc với những BN khác hoặc vật nuôi có thể gợi ý một số điểm đặc biệt để đưa ra các phương tiện chẩn đoán.
4. Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân có thể biểu hiện dưới ít nhất là 2 trong số 4 biểu hiện dưới đây: sốt  $> 38,3^{\circ}\text{C}$  (hoặc  $< 36^{\circ}\text{C}$ ), nhịp tim nhanh ( $> 90$  lần/phút), nhịp thở nhanh ( $> 20$  lần/phút) và sự tăng số lượng tế bào bạch cầu. Điều này có thể do hội chứng nhiễm trùng cấp tính gây ra (tuy nhiên cần phải loại trừ nhiễm trùng huyết), nhưng các triệu chứng trên cũng có thể xảy ra sau bỏng, sau phẫu thuật hoặc sau một bệnh lý viêm nhiễm khác như: huyết khối tĩnh mạch, viêm tụy).
5. Khả năng nhiễm HIV nên được xét đến đối với những BN mắc lao hoặc những bệnh nhiễm trùng không rõ nguyên nhân.
6. Cần đặt ra câu hỏi trên những BN mới được chẩn đoán nhiễm HIV về những dạng nhiễm trùng có thể xảy ra và liên kết quan trọng với các tổ chức sức khỏe cộng đồng.

Võ Thị Ánh Trinh

*Ông già hay quên**William Shakespeare, Henry V*

Vẫn còn chưa có sự thống nhất về tuổi của các BN lão khoa. Khoảng 140 năm trước đây, người già được tính là những người trên 50 tuổi. Ngày nay, ở các nước phương tây tuổi được xem là người già có thể mở rộng trên 65 tuổi (đó là điều mà các bác sĩ có kinh nghiệm muốn phân loại trên lâm sàng?). Việc phân loại tùy ý giữa các nhóm tuổi gồm: nhóm trẻ (65 – 74), nhóm giữa (75 – 84) và nhóm già nhất (85+) không nhất thiết phản ánh tuổi sinh học. Nhóm già nhất có xu hướng tăng dần đều: sự thay đổi này tạo ra thách thức lớn với hệ thống y tế và tác động không nhỏ đến tương lai.

### List 42.1. Thăm khám BN lão khoa: các phần cần đánh giá (ABCs).

1. Hoạt động thường ngày.
2. Thăng bằng, thăm khám vận động.
3. Hành vi.
4. Trầm cảm, thuốc (nhiều thuốc không cần dùng), răng (dinh dưỡng và sự thay đổi cân nặng).
5. Môi trường: vị trí nhà ở, sự hỗ trợ xã hội, các nguồn thu nhập, các ý định trong cuộc sống (kế hoạch chăm sóc).
6. Nguy cơ té ngã (tiền sử té ngã, test đứng dậy và đi, test phạm vi chức năng).
7. Tốc độ di chuyển (những người đi nhanh thường sống lâu hơn).
8. Khả năng nghe nhìn.
9. Rối loạn tiêu tiêu, chức năng tình dục.

BN lớn tuổi có xu hướng biểu hiện rất ít triệu chứng nhưng có nhiều bệnh mạn tính. Do đó, biểu hiện của bệnh thường không điển hình, nên phải khai thác kỹ bệnh sử của BN. Đặc biệt nhấn mạnh 4 vấn đề sau:

- Bất động.
- Không vững vàng.
- Trí tuệ hoặc trí nhớ giảm sút.
- Tiêu tiêu không tự chủ.

Cần xác định các nguy cơ té ngã, khả năng di chuyển, ứng phó và sự an toàn khi đối mặt với các vấn đề trong cuộc sống (xem List 42.1 và questions box 42.1). Suy giảm chức năng và sa sút trí tuệ là những vấn đề sức khỏe rất quan trọng cần xác định ở những BN lớn tuổi. Giảm thính giác và thị giác cũng như giảm khả năng nhận thức có thể ảnh hưởng

đến việc khai thác bệnh sử (xem List 42.2).

### Questions box 42.1. Những câu hỏi đặc biệt cần hỏi ở BN lớn tuổi.

1. Ông/bà đang dùng thuốc gì? Ông/bà có nhớ uống thuốc không? Gần đây có đổi thuốc không? Ông/bà có nghĩ rằng thuốc là nguyên nhân gây nên vấn đề hiện tại của ông/bà?
2. Ông/bà có thể đi lại mà không gặp bất kỳ trở ngại nào không? (a) trong nhà, (b) đi mua sắm?
3. Ông/bà có tập thể dục thường xuyên?
4. Trong năm qua ông/bà đã từng bị té ngã? Nguyên nhân? Ông/bà có đau không? Số lần té? Ông/bà có bị viêm khớp hay bệnh Parkinson?
5. Ông/bà có lần nào bị gãy cột sống, cổ tay hoặc hông?
6. Ông/bà có thể lái xe?
7. Ông/bà ở cùng với ai?
8. Ông/bà có vấn đề gì với việc nấu ăn, tắm giặt hay các khoản tiết kiệm?
9. Ông/bà có cảm giác ngon miệng khi ăn? Răng của ông/bà có gặp trở ngại? Ông/bà phải nghiền chúng trước khi ăn? Buổi tối ông/bà ăn bao nhiêu gram thịt? Ai là người nấu chúng?
10. Khả năng nhìn của ông/bà như thế nào? Ông/bà có bị đục thủy tinh thể? Ông/bà có mang kính?
11. Khả năng nghe của ông/bà như thế nào? Ông/bà có dùng máy trợ thính? Chúng có hoạt động tốt không?
12. Ông/bà nghĩ là vấn đề chính ông/bà đang gặp phải là gì?
13. Ông/bà có lo lắng khi không thể đương đầu với tương lai phía trước? Ông/bà nghĩ là ông/bà sẽ quản lý sức khỏe của mình như thế nào nếu chúng trở nên tệ hơn?
14. Ông/bà có cảm thấy mệt mỏi, trầm cảm hay mất hy vọng trong tháng vừa qua không? Ông/bà có lo lắng với sự hứng thú và hài lòng trong khi làm việc?
15. Ông/bà có thể cho phép tôi nói chuyện với người thân hay bạn bè về tình hình sức khỏe của ông/bà?

### List 42.2. Những thay đổi trong việc khai thác bệnh sử ở BN lớn tuổi.

1. Tốc độ tiếp xúc chậm rãi.
2. Điều chỉnh cách tiếp cận nếu BN giảm chức năng nghe nhìn hoặc sa sút trí tuệ tuổi già.
3. Tương tác tối đa, khi nói chuyện với BN đảm bảo BN có thể thấy được mặt của chúng ta.
4. Dùng đối xử bằng thái độ bề trên với họ.
5. Với sự cho phép của BN, khai thác người thân hay bạn bè (không quá nhiều) để giúp ích cho các nhà lâm sàng.

## 42.1. BỆNH SỬ LÃO KHOA CẦN ĐẶC BIỆT CÂN NHẮC

- Sự than phiền: một than phiền nào cũng là bất thường.
- Tiền sử: ghi lại tình trạng chủng ngừa của BN, đặc biệt là đối với phế cầu, cúm và bệnh uốn ván.
- Việc sử dụng thuốc: nhiều BN sử dụng nhiều loại thuốc cho một số bệnh, nhưng trong số đó có một số loại không cần thiết (gọi là polypharmacy). Một danh mục toàn diện cho các lý do sử dụng thuốc là rất quan trọng trong việc điều trị. Bất kỳ triệu chứng mới nào cũng có thể xuất phát từ polypharmacy.

– Tiền sử xã hội:

+ Nơi ở: tìm hiểu xem BN sống trong một căn nhà, căn hộ chung cư hay một nhà công vụ, nhà dịch vụ và những người sống cùng BN. Hỏi về sức khỏe của các thành viên trong gia đình cũng như sự gắn gũi với người thân và bạn bè.

+ Tập thể dục: tập thể dục là an toàn ở người cao tuổi, nói chung nó cải thiện tính linh hoạt, sự cân bằng, độ bền và sức mạnh, có thể giúp duy trì chức năng độc lập cũng như cải thiện chất lượng cuộc sống. Nó còn làm giảm nguy cơ té ngã.

+ Hút thuốc lá: hỏi chi tiết về tiền sử hút thuốc được xem như là thường quy khi hỏi tiền sử. Ngưng hút thuốc là có thể cải thiện chức năng của phổi kể cả những người trên 60 tuổi. Hơn nữa, lời khuyên bỏ thuốc lá ở những người lớn tuổi sẽ thành công nhiều hơn so với ở những người trẻ.

+ Sử dụng rượu: uống rượu không phải hiếm ở người cao tuổi nhưng phải được ghi nhận cẩn thận.

+ Lạm dụng và bị bỏ bê: đây có thể là vấn đề ở độ tuổi này. Những câu hỏi tế nhị, những cuộc phỏng vấn thường xuyên có thể phát hiện ra vấn đề này.

+ Khám tổng quát: đặc biệt chú ý chức năng nghe, nhìn, nhai, thay đổi trọng lượng, táo bón và tiểu không tự chủ, té ngã thường xuyên, tiền sử gãy xương và bệnh ở bàn chân (xem List 42.3).

### **List 42.3. Các yếu tố nguy cơ của té ngã.**

---

1. Tiền sử nhiều lần té ngã trước đây (số lần, nơi chấn thương).
  2. Tuổi > 80.
  3. Khó khăn trong việc rời khỏi ghế.
  4. Sử dụng gậy hoặc khung tập đi.
  5. Viêm khớp.
  6. Tầm nhìn hạn chế.
  7. Rối loạn hành vi hoặc trầm cảm.
  8. Yếu cơ.
  9. Bệnh Parkinson.
  10. Có vấn đề về dáng đi hay thăng bằng. Ví dụ: đột quy.
  11. Các vấn đề về việc bày trí các vật dụng trong nhà (thảm mềm, cầu thang).
  12. Sử dụng thuốc (sử dụng thuốc quá nhiều, đặc biệt là thuốc an thần, chống trầm cảm, thuốc hạ áp, anticholinergic).
- 

+ Ngã là một nguyên nhân chủ yếu gây tử vong ở người cao tuổi, thường do nhiều yếu tố: chóng mặt tư thế, giảm thị lực, suy giảm nhận thức, bệnh lý ở bàn chân, giảm mật độ xương và rối loạn dáng đi, tất cả có thể góp phần làm trầm trọng thêm vấn đề. BN có xu hướng té ngã nhiều hơn nếu trong tiền sử có té ngã nhiều hơn 3 lần hoặc trong năm vừa qua BN có té ngã dẫn đến chấn thương hoặc BN đang có viêm khớp hoặc bệnh Parkinson.

+ Hỏi về cách bày trí trong nhà của BN, như: các bậc thang, lan can hoặc phòng tắm. Hỏi về các vấn đề liên quan đến trầm cảm vì đây là vấn đề hay gặp ở người cao tuổi và cần phải được chẩn đoán và điều trị kịp thời.

– Chú ý các vấn đề cụ thể sau:

+ Các hoạt động sinh hoạt hằng ngày: hỏi về việc sử dụng điện thoại, mua sắm, nấu ăn, dọn dẹp, giặt giũ, lái xe và sử dụng thuốc.

+ Các hoạt động thể chất hằng ngày: tắm rửa, mặc quần áo, đi vệ sinh và giữ tiền; các hoạt động đó có thể bị ảnh hưởng bởi nhiều căn bệnh mạn tính khác nhau.

+ Quyết định điều trị và quyết định được chết: BN thường thích thú với chủ đề này, nó được chủ động đưa ra từ phía bác sĩ điều trị. Đó là một thủ tục để khuyến khích các BN ghi vào các văn bản về quyết định của mình, như: “không cứu chữa” (do not resuscitate) và kế hoạch chăm sóc.

## **42.2. KHÁM LÂM SÀNG LÃO KHOA: CẦN CHÚ Ý ĐẶC BIỆT**

Hoàn chỉnh cuộc thăm khám như thông thường, tuy nhiên cần xem xét kỹ các kết quả thu được.

### **42.2.1. Khám tổng quát**

Đánh giá sự thay đổi huyết áp theo tư thế.

Đánh giá xuất nhập nước ở BN, chức năng này bị suy giảm ở BN có suy giảm chức năng nhận thức.

Quan sát kỹ da của BN để tìm các vết loét, vết bầm của việc té ngã hoặc bạo hành đối với người già. Tìm các dấu hiệu nghi ngờ ung thư da.

Đo chiều cao và cân nặng để tính BMI, việc sụt cân là thường gặp ở người già.

### **42.2.2. Khám tim**

Nếu nghe thấy âm thổi tâm thu thì cân nhắc liệu có phải do hẹp van động mạch chủ, nếu nghiêm trọng hơn cần phải khám và đánh giá cụ thể hơn. Phù mắt cá chân thường có thể do suy tĩnh mạch hoặc sử dụng thuốc hạ áp (thuốc ức chế kênh calci) hơn là suy tim sung huyết. Thiếu máu cục bộ cơ tim hay gặp nhưng thường không có biểu hiện triệu chứng ở người già.

### **42.2.3. Khám ngực**

Ở người già thường có biểu hiện khó thở, nó có thể có nguyên nhân từ tim hoặc phổi.

### **42.2.4. Khám hệ tiêu hóa**

Quan sát răng, tìm các dấu hiệu của khô miệng, vì nó có thể gây ăn uống kém. Chú ý đến việc sụt cân gần đây. Có thể sờ thấy một khối ở phần bụng dưới bên trái ở những BN bị táo bón và nó biến mất khi được điều trị.

Có thể sờ thấy mạch đập của động mạch chủ bụng ở BN gầy, điều này có thể gây nhầm lẫn với phình động mạch chủ bóc tách. Tuy nhiên nếu sờ được động mạch chủ lớn bất thường thì tiến hành thăm khám và hình ảnh học để chẩn đoán phình động mạch chủ là cần thiết. Với các biểu hiện như: đau lưng, chướng bụng, cổ, giảm tuần hoàn ngoại vi ở chân không đối xứng thì đó có thể là dấu hiệu của vỡ phình động mạch chủ.

Tiến hành thăm khám trực tràng, để loại trừ khối u phân, đặc biệt ở những người có tiền sử tiêu, tiểu không tự chủ.



Bằng quang to có thể có ở BN bí tiểu cấp, hay gặp ở BN mê sảng.

### 42.2.5. Khám hệ thần kinh

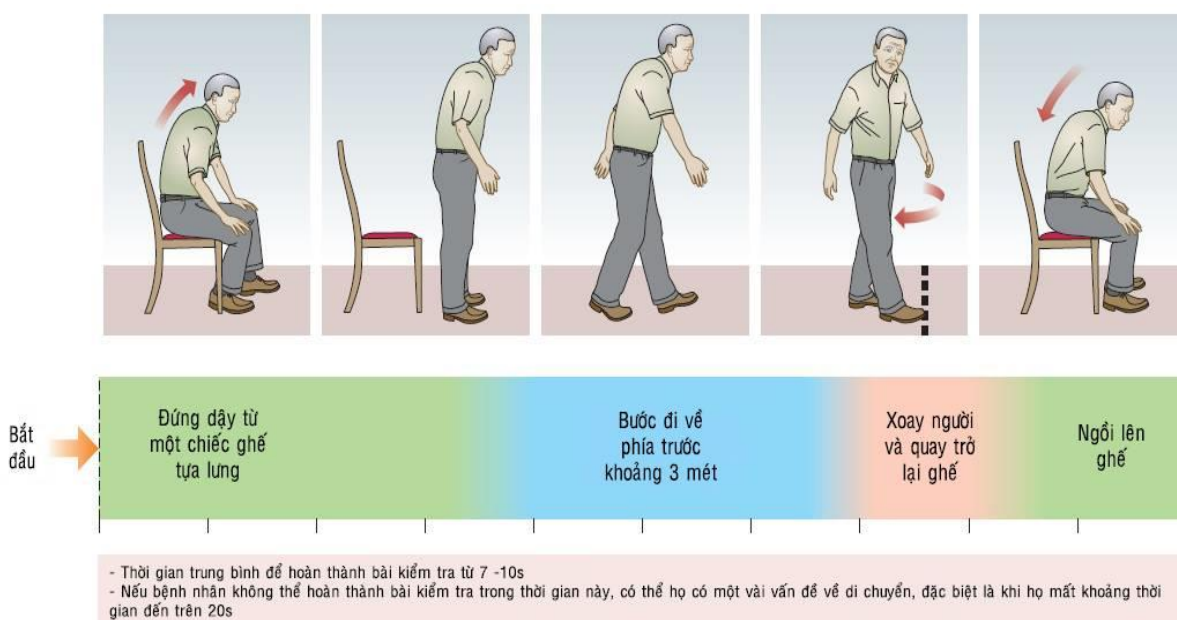
Ở người già cần được đánh giá thường quy chức năng nhận thức và trạng thái tâm thần. Công cụ đánh giá trạng thái tâm thần tối thiểu ở người già là khá hữu ích. Nếu BN lú lẫn, thì việc quan trọng là phải phân biệt đó là suy giảm nhận thức (sa sút trí tuệ) hay là một trạng thái tâm thần cấp tính (mê sảng, xem Bảng 37.5 và Bảng 37.6, CHƯƠNG 37).

Các phản xạ nguyên thủy như phản xạ trán mắt (glabellar reflex), phản xạ lòng bàn tay (palmar mental reflex) và phản xạ nắm (grasp reflex) được tìm thấy ở người có tuổi lớn và có thể đó là bằng chứng của việc sa sút trí tuệ.

Quan sát, đánh giá dáng đi, sự thăng bằng ở người già (thường đánh giá tốc độ đi 8 m có bấm giờ, tốc độ trung bình ở người già khỏe mạnh dao động từ 1,1 – 1,5 mét/giây).

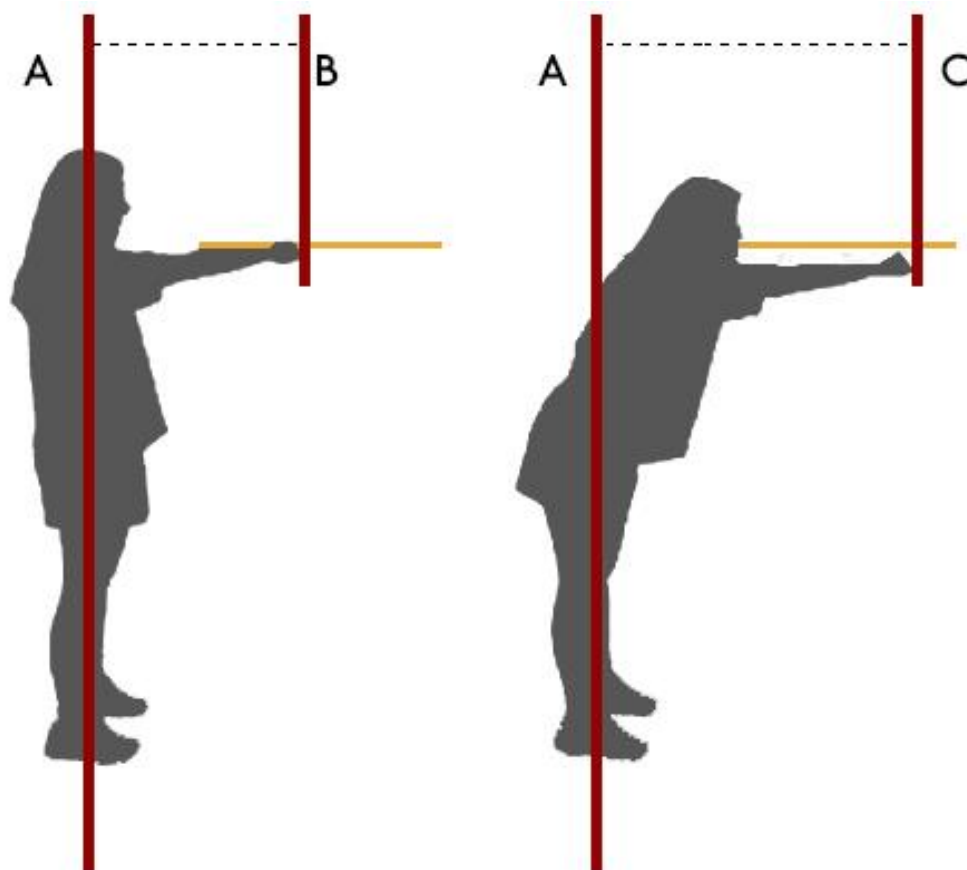
Đánh giá thêm với kiểm tra “đứng dậy và đi” (xem Hình 42.1), yêu cầu BN ngồi trên ghế, đứng dậy khỏi ghế, đi về phía trước 3 m, quay người 180°, đi trở về ghế và ngồi xuống. Đánh giá những vấn đề sau đây:

- Khi BN ngồi trên ghế: BN có gặp khó khăn khi rời khỏi ghế có và không có tay vịn?
- Khi BN đứng gần ghế: BN có đứng vững không? Có gặp vấn đề gì không?
- Khi BN đang đi: dáng đi có bất thường không? Đi chao đảo, dáng đi Parkinson, dáng đi liệt nửa người, đi cần khung hay thanh vịn không?
- Khi BN quay trở về: BN có chậm chạp hoặc do dự không?
- Khi BN ngồi xuống: BN có do dự, hay có dấu hiệu thần kinh nào không?



**Hình 42.1. Test “đứng dậy và đi”, (1) “bây giờ hãy đứng dậy và đi qua đây”, (2) “bây giờ hãy quay lại và đi trở lại”, (3) “bây giờ hãy đến và ngồi xuống ghế một lần nữa”. Gặp khó khăn khi đứng dậy chỉ ra sự gia tăng nguy cơ té ngã.**

Quan sát sự bất thường về dáng đi, sự thăng bằng và lực đi. Kiểm tra này được đánh giá từ 1 điểm (bình thường) đến 5 điểm (suy sụp nghiêm trọng), tuy nhiên thường tính theo thời gian (khoảng cách đi bộ cố định), so sánh với thời gian thực hiện trung bình của người bình thường cùng độ tuổi (tuy nhiên thực hiện nhiều lần có thể làm hạn chế giá trị chẩn đoán). Đánh giá cẩn thận với chân yếu hơn, nếu cần có thể kiểm tra sức cơ của chân đó.



**Hình 42.2. Test phạm vi chức năng.**

Kiểm tra khả năng, nguy cơ té ngã với test phạm vi của chức năng. Yêu cầu BN đứng dọc theo bức tường, tay BN vịn vào tường, sau đó cúi người về trước tối đa. BN có thể di chuyển bàn tay của dọc theo bức tường mà không được bước chân lên hoặc phải thực hiện từng chút một. Đo khoảng cách bàn tay di chuyển được. Khi khoảng cách đó dưới 15 cm thì nguy cơ té ngã sẽ tăng cao.

#### **42.2.6. Khám mắt và tai**

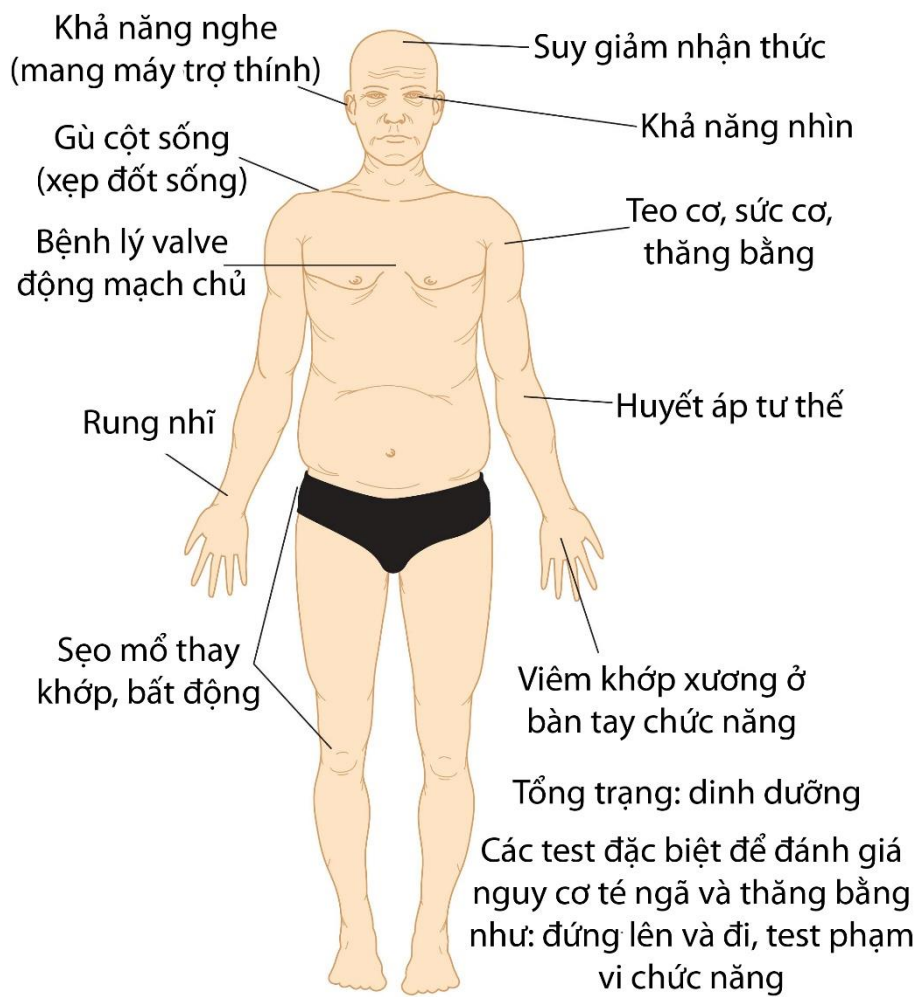
Kiểm tra khả năng nghe, nhìn của BN vì nó có thể ảnh hưởng cuộc sống tự lập của BN. Kiểm tra xem BN có đặt máy trợ thính? Tầm nhìn có bị hạn chế do đục thủy tinh thể hay không.

#### **42.2.7. Khám khớp**

Thăm khám tất cả các biến dạng, suy giảm chức năng vận động, bao gồm cả bàn chân.

#### **42.2.8. Khám vú**

Thăm khám vú ở những BN là nữ, tỉ lệ ung thư vú tăng cao theo tuổi.



**Hình 42.3. Khám lâm sàng cho người cao tuổi.**

## OSCE ôn tập

### Thăm khám các bệnh lý lão khoa

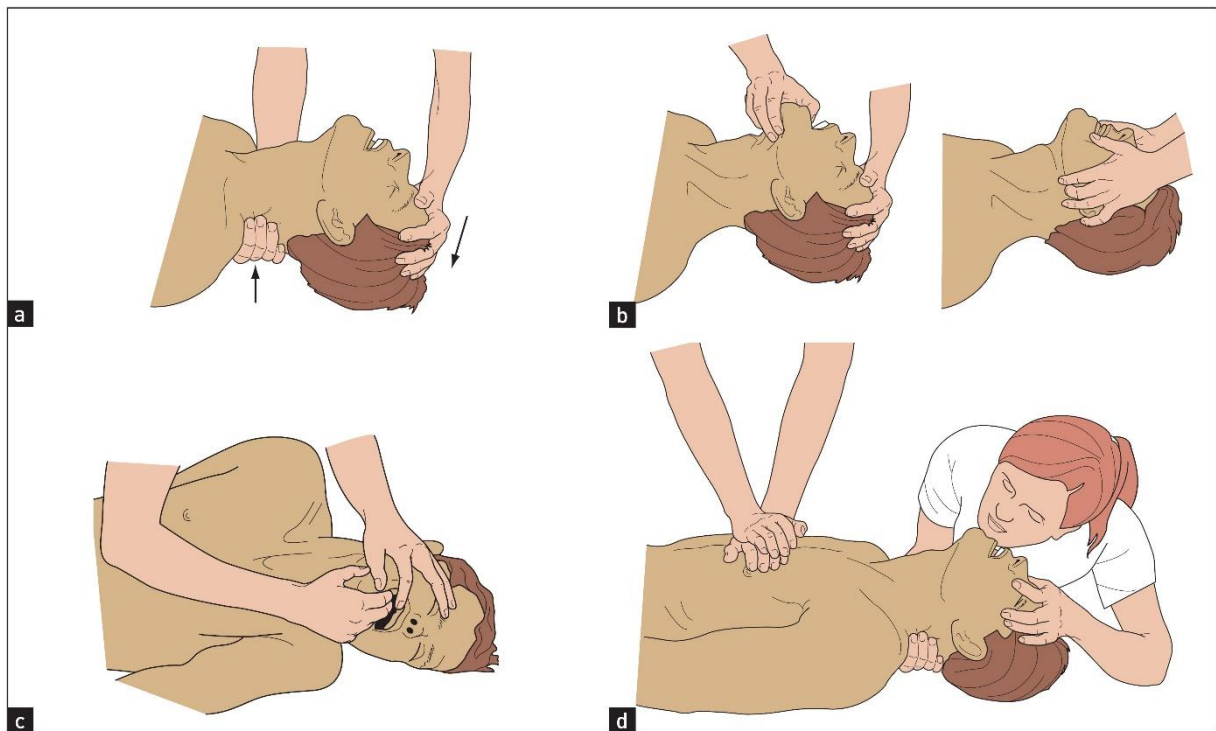
**Topic này thường hay gặp trong OSCE, sẽ giúp ích khi ôn tập lại.**

1. Cụ ông 89 tuổi sử dụng 11 loại thuốc. Hỏi tiền sử sử dụng thuốc của cụ.
2. Cụ bà 77 tuổi có vài vấn đề về trí nhớ của mình, hãy hỏi bệnh sử của cụ.
3. Cụ bà goá 88 tuổi sụt cân. Vui lòng hỏi bệnh sử của cụ.
4. Cụ ông 79 tuổi gặp khó khăn trong việc tự quản lý nhà cửa. Vui lòng hỏi bệnh sử của cụ.
5. Cụ bà 77 tuổi khởi phát đột ngột một cơn đau lưng cấp tính. Vui lòng hỏi bệnh sử và thăm khám phù hợp.
6. Một cụ bà có nhiều lần té ngã gần đây và đã bị gãy xương ở cổ tay. Vui lòng hỏi bệnh sử và tiến hành thăm khám.

Phạm Thế Anh

*Điều gì nên làm và không nên làm? Đó là một câu hỏi.  
William Shakespeare, Hamlet*

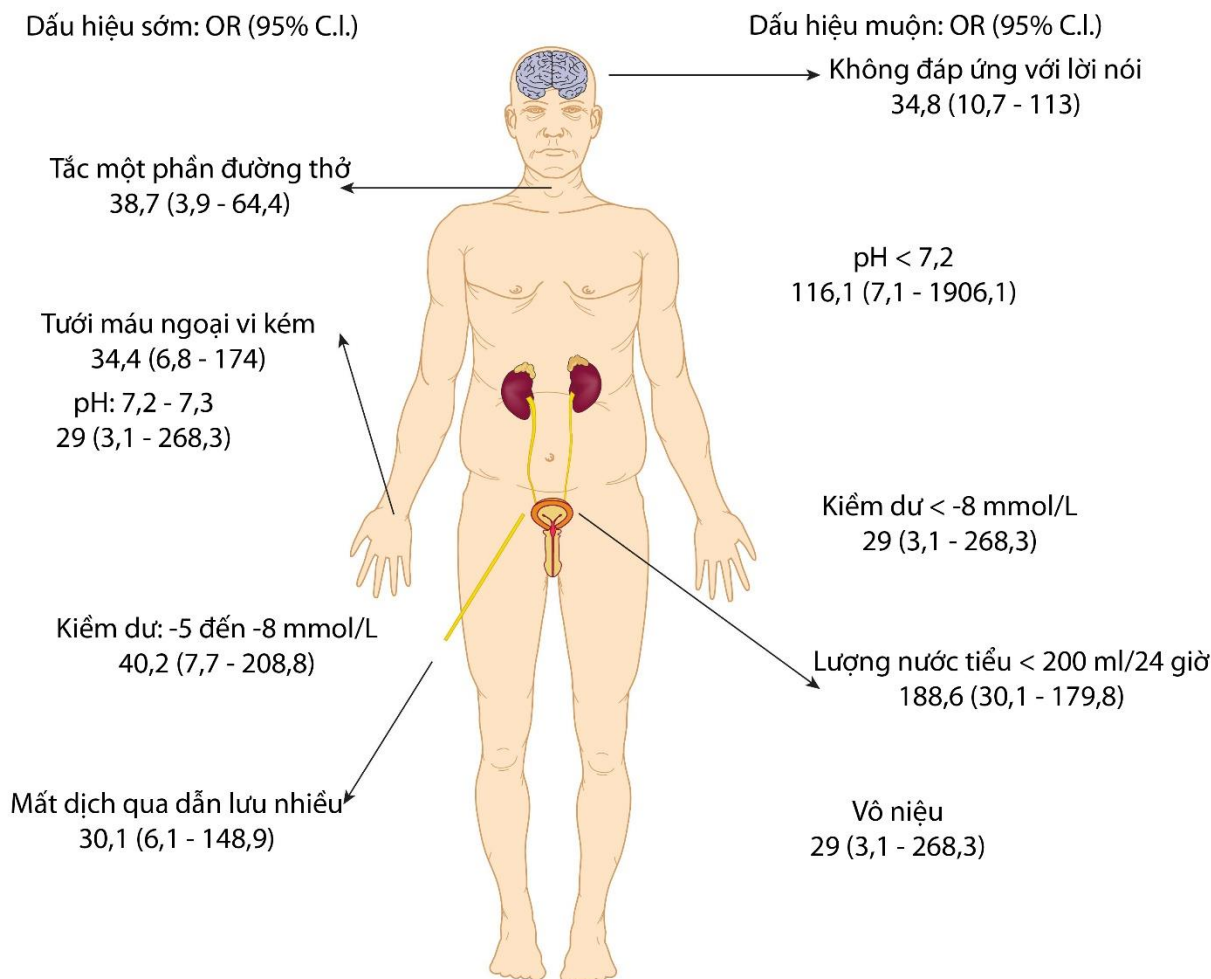
## 43.1. ĐÁNH GIÁ BAN ĐẦU



**Hình 43.1. (a) ngửa cổ – nâng cằm, (b) đẩy hàm xuống và ngửa cổ để mở rộng đường thở, (c) làm sạch đường thở, (d) hồi sinh tim phổi.**

Trong suốt quá trình học tập và làm việc, chúng ta sẽ hy vọng trở thành một chuyên gia về hồi sức tim phổi cơ bản hoặc nâng cao. Quá trình này đòi hỏi phải được thực hành và làm mới thường xuyên. Nếu chúng ta hiểu được rõ ràng về tình trạng nặng của BN, việc đầu tiên cần làm là hỏi BN “vẫn ổn chứ?” Nếu BN không đáp ứng hoặc chỉ rung lắc nhẹ, nhanh chóng kiểm tra liệu đường thở còn thông thoáng và nếu họ còn thở, nhanh chóng đánh giá tuần hoàn. Mất không quá 10 giây cho các việc làm trên. Bắt đầu hồi sức tim phổi (cardiopulmonary resuscitation – CPR, xem Hình 43.1). Nếu BN không thở hoặc thở ngáp cá cố gắng nhờ ai đó gọi xe cấp cứu. Nhiều phác đồ hiện hành nhấn mạnh tầm quan trọng của việc xoa bóp tim ngoài lồng ngực đúng cách (100 nhịp/phút, đặt tay ở giữa xương ức,

ấn sâu tối thiểu 5 cm cho mỗi nhịp và không ngừng lại, ghi nhớ phải ấn nhanh và vững chắc.



**Hình 43.2. Đánh giá BN nặng: "top 5" dấu hiệu sớm và muộn của sự phá huỷ các chức năng sinh lý của cơ thể đưa đến nguy cơ tử vong. A: đường thở, tắc nghẽn? Quan sát các vết thương. B: hô hấp, kiểm tra lồng ngực bị chấn thương? Quan sát cử động lồng ngực? Có co kéo cơ hô hấp phụ không? Nghe phổi và so sánh hai bên. C: tuần hoàn, mạch quay hoặc đùi, tần số và tốc độ? Huyết áp? Sự tưới máu: màu sắc, nhiệt độ? D: mất khả năng, trạng thái tri giác sử dụng thang điểm Glasgow? Phản xạ đồng tử? Cử động bất thường: dạng như động kinh? Dấu hiệu cục bộ: tăng phản xạ. Dấu hiệu khác: vết thương, vòng cảnh báo y khoa, đơn thuốc trong túi.**

BN đáp ứng đúng, trả lời thích hợp các câu hỏi, da niêm hồng, chi ấm và khô, BN không cần thiết phải can thiệp cấp cứu trước khi khai thác bệnh sử đầy đủ và thăm khám lâm sàng được hoàn tất. Nếu tri giác của BN xấu dần, kiểm tra lại đường thở, hô hấp và tuần hoàn (ABCs), kiểm tra đường huyết (không được bỏ qua hạ đường huyết) và ngay lập tức thiết lập đường truyền tĩnh mạch.

BN bị bệnh cấp tính nhập viện còn khả năng cung cấp thêm một vài thông tin về bệnh

sử, hãy hỏi:

- Ông/bà làm sao vậy?
- Chuyện gì đã xảy ra?
- Ông/bà có bị thương không? Ông/bà có bị đau ở đâu không?

Nếu có thể, trong lúc bắt đầu thăm khám thực thể (xem Hình 43.2), hãy hỏi về tiền sử các bệnh lý nội khoa: bệnh tim mạch, đái tháo đường, hen và trầm cảm. Nếu có ai đó đi cùng với BN, hãy hỏi họ nếu họ biết thêm bất kỳ thông tin nào. Tìm vòng đeo tay cảnh báo (xem Hình 43.3) hoặc đơn thuốc ở trong túi của BN.



**Hình 43.3. Vòng đeo tay cảnh báo.**

## **43.2. ĐÁNH GIÁ TRI GIÁC**

Đánh giá tri giác bằng hệ thống AVPU:

- **A** alert – thức tỉnh (bình thường).
- **V** verbal stimulus responsive – đáp ứng với lời nói.
- **P** pain stimulus responsive – đáp ứng với kích thích đau.
- **U** unresponsive – BN không đáp ứng

Nếu BN chỉ có đáp ứng với kích thích đau hay không đáp ứng, đánh giá họ bằng thang điểm Glasgow

Tập hợp các dữ liệu, được tóm tắt bằng thuật ngữ dễ nhớ AMPLE:

- **A** Allergies – dị ứng.
- **M** medical currently taken – thuốc sử dụng hiện tại và gần đây.
- **P** past medical history – tiền sử y khoa.

- **L** last meal – bữa ăn cuối cùng.
- **E** events preceding the current incident – các sự kiện diễn ra trước đợt bệnh hiện tại đang mắc.

Nếu BN thở nhanh, kiểm tra SpO<sub>2</sub> và bắt đầu sử dụng oxy liệu pháp nếu không có chống chỉ định. Nếu BN có nhịp nhanh hoặc nhịp chậm, đo ECG.

### 43.3. Một số thăm khám khác

(Xem List 43.1) đánh giá huyết áp BN và các dấu hiệu sinh tồn khác. Nếu BN tụt huyết áp cần nhắc thiết lập đường truyền tĩnh mạch và đánh giá thường xuyên dấu hiệu nhịp tim, huyết áp, nhịp thở, lượng nước tiểu mỗi giờ (nếu cần thiết bằng cách đặt sonde tiểu lưu).

#### List 43.1. Các dấu hiệu cần săn sóc đặc biệt.

---

##### 1. Các dấu hiệu hô hấp

- Thở rít hoặc rút lõm lồng ngực.
- Đe dọa hoặc tắc nghẽn đường thở (do chấn thương hay phù nề, phù nề hay phù mạch máu – xem Hình 43.4).
- Nhịp thở bất thường > 35 lần/phút hoặc < 8 lần/phút.
- Không thể thở gắng sức.
- Suy hô hấp: sử dụng cơ hô hấp phụ, không thể nói thành câu hoàn chỉnh (cơn hen nặng).
- SpO<sub>2</sub> < 90% với dụng cụ hỗ trợ oxy.
- Tăng PaCO<sub>2</sub>: kiểm tra khí máu động mạch (được cho là dấu hiệu giảm thở gắng sức).

##### 2. Các dấu hiệu tim mạch

- Mất mạch.
- Nhịp tim < 40 lần/phút hoặc > 180 lần/phút.
- Huyết áp tâm thu < 100 mmHg (huyết áp đo được ngay trước đó bình thường).
- Giảm tưới máu ngoại biên (gợi ý giảm oxy mô).
- Giảm lượng nước tiểu: < 0,5 ml/kg/giờ (qua sonde tiểu).
- ECG: vô mạch (không có nhịp), rung thất, nhịp nhanh kịch phát tại thất, block tim hoàn toàn.

##### 3. Các dấu hiệu thần kinh

- Đường thở bị đe dọa do không có phản xạ nôn.
  - Không đáp ứng mệnh lệnh của thầy thuốc.
  - Không đáp ứng kích thích đau.
  - Chỉ cử động một bên khi có kích thích (đột quy nhồi máu hoặc xuất huyết não).
  - Giảm nhịp thở.
  - Giảm trí giác đột ngột.
  - Kích thích đồng tử và phản xạ ánh sáng (đồng tử co nhỏ gợi ý xuất huyết cầu não).
  - Co giật tái diễn (động kinh cơn lớn).
  - GCS < 10 điểm.
- 

Đánh giá thời gian đổ đầy mao mạch bằng cách ấn mạnh vào móng ngón tay hay ngón chân cho đến khi tái nhợt, sau đó thả ra và ghi nhận thời gian màu sắc trở về bình thường, bình thường < 2 giây. Chậm thời gian đổ đầy mao mạch gặp trong sốc giảm thể tích hay



sốc tim.

Kiểm tra lồng ngực tìm bất cứ dấu hiệu nào của tràn khí màng phổi áp lực (gõ vang xung quanh nơi tràn khí, tim bị đẩy lệch sang phía đối diện, tràn khí dưới da và tĩnh mạch cổ nổi rõ).

Đánh giá xem có bị chèn ép tim không (tĩnh mạch cổ nổi, tụt huyết áp và mạch nghịch).

Khám tất cả các cơ quan để tìm các dấu hiệu của xuất huyết hay chấn thương khác.

Quan sát da trong trường hợp tử ban điểm gập trong nhiễm não mô cầu (xem Hình 43.4) và phù do mạch máu gập trong sốc phản vệ (xem Hình 43.5).

Kiểm tra nhiệt độ BN, nếu tăng, cân nhắc xét nghiệm máu và nước tiểu.



**Hình 43.4. Tử ban điểm do nhiễm não mô cầu.**



**Hình 43.5. Phù do mạch máu.**

## Bài test OSCE

### Thăm khám bệnh lý cấp cứu

**Ông Sherlock có nhiều cơn mất ý thức đột ngột, vui lòng thăm khám cho ông ấy.**

1. Đánh giá tri giác, test định hướng không gian; thời gian và con người.
2. Khám thần kinh: dáng đi, sau đó đến tứ chi và 12 đôi dây thần kinh sọ, tìm kiếm các dấu hiệu thần kinh khu trú (đột quỵ, khối u trong sọ).
3. Chú ý BN có vết rách ở lưỡi không (do co giật).
4. Tiếng thổi động mạch cảnh (hẹp động mạch cảnh).
5. Bắt mạch BN (loạn nhịp tim: rung nhĩ, block tim), kiểm tra huyết áp tư thế đứng và ngồi (hạ huyết áp tư thế).
6. Khám tim (âm thổi mới xuất hiện, chèn ép tim).
7. Đo thân nhiệt và khám dấu hiệu cổ cứng (nhiễm trùng huyết, nhiễm não mô cầu).

Nguyễn Đăng Khoa

*Tôi không sợ chết, tôi chỉ không muốn ở đó xem chuyện gì đang xảy ra.**Woody Allan*

Tất cả chúng ta cuối cùng đều phải chết, mặc dù hầu hết chúng ta cố gắng để không phải suy nghĩ về đề tài này. Xác nhận cái chết của BN là một trong những trách nhiệm về mặt pháp lý của một bác sĩ. Những việc này có thể tạo không khí rất đau buồn cho các bác sĩ cũng như người thân của BN. Sinh viên cần được tạo cơ hội để quan sát các đàn anh thực thụ của mình thực hiện các nhiệm vụ và để tìm hiểu những gì là bắt buộc về mặt pháp lý và tình cảm. Rõ ràng, việc khai báo rằng một BN đã chết phải chính xác, cũng như thể hiện sự cảm thông đối với điều này.

Cái chết không phải dễ dàng xác định được một cách tuyệt đối nhưng thường có nghĩa là chết não – trạng thái mất ý thức không hồi phục, thông thường nhưng không phải luôn luôn liên quan đến mất khả năng tự hô hấp không hồi phục.

### 44.1. ĐÁNH GIÁ

Khi chúng ta đánh giá một BN không đáp ứng, đừng cho rằng BN đã chết: hãy bắt đầu hồi sức cấp cứu tim phổi ngay lập tức và kêu gọi sự giúp đỡ, trừ khi có yếu tố gì đó để khẳng định “đừng hồi sức” (do – not – resuscitate: DNR) và “không hồi sức thêm” (not for resuscitation: NFR).

#### 44.1.1. Quyết định ngừng hồi sức

Hầu hết các bệnh viện đều có chính sách cụ thể về địa điểm hồi sức cấp cứu. BN có quyền để sống hoặc được thực hiện theo các ý nguyện của họ về việc hồi sức cấp cứu được ghi chép lại trước đó; ví dụ, một BN có bệnh nan y giai đoạn cuối có thể lựa chọn từ chối hồi sinh tim phổi hoặc duy trì sự sống khi ngừng tim xảy ra. Các chỉ định khi đã đưa ra cần được tôn trọng thực hiện. Tuy nhiên, nếu BN có thay đổi ý định của mình trước khi mất ý thức và điều này sẽ được các nhân viên y tế thông báo bằng lời nói, quyết định bằng lời nói lúc này có giá trị hơn những quyết định được ghi chép trước đó và nó phải được tôn trọng thực hiện (tức là chúng ta cần phải thực hiện hồi sinh tim phổi và cố gắng duy trì sự sống cho BN). Đôi khi, mong muốn có thể được ghi chép cụ thể hơn. Ví dụ, mong muốn không được đặt nội khí quản khi hồi sức. Vì vậy, sẽ là sai lầm nếu từ chối cơ hội chuyển nhịp tim cho những BN rung thất, nhưng nó sẽ là hợp lý nếu chúng ta không sử dụng thêm các phương tiện hồi sức xâm lấn khác. Nếu BN không biết đến chúng ta, điều quan trọng là phải bỏ qua mọi cảnh báo và bắt đầu hồi sức cho BN.

### 44.1.2. Không được chẩn đoán sai bệnh nhân đã chết

BN chết không thể đáp ứng, không có cử động hô hấp, không có nhịp hoặc tiếng tim, rất xanh xao và đôi mắt thường mở và nhìn chăm chăm. Đôi màu đỏ tím ở những vùng phụ thuộc trọng lực, xuất hiện khoảng nửa giờ sau khi chết, trong khi cứng đờ (co cứng cơ) sẽ xuất hiện khoảng một giờ sau đó.

Lưu ý rằng cái chết có thể được và đã được chẩn đoán lầm ở những trường hợp BN thở máy. Điều kiện quan trọng để loại trừ trước khi tuyên bố một người đã tử vong bao gồm:

- Hạ thân nhiệt.
- Đuối nước.
- Dùng thuốc quá liều (đặc biệt là rượu và thuốc an thần).
- Hạ đường huyết.
- Nguyên nhân khác của tình trạng hôn mê sâu hoặc tăng trương lực nặng.

Trong những trường hợp này, một số hoạt động của tim và hô hấp vẫn còn.

### 44.1.3. Khám những bệnh nhân nghi ngờ tử vong

List 44.1 tóm tắt việc thăm khám thực thể để xác nhận BN tử vong. Sau khi chết não, có thể vẫn còn các cử động tự phát từ tủy sống hoặc dây thần kinh ngoại biên. Ví dụ BN gập cổ, khuỷu tay và thân mình (được gọi là “dấu lazarus”) hoặc cử động gập các ngón tay.

#### List 44.1. Xác nhận cái chết: kiểm tra cơ thể.

##### Nhìn

- Kiểm tra có bất kỳ chuyển động nào của thành ngực (không).
- Nhìn xem có bất kỳ vận động tự phát (không).
- Khám phản xạ đồng tử đáp ứng với ánh sáng (cố định, giãn đồng tử, không phản ứng).
- Khám phản xạ giác mạc (mắt đáp ứng với kích thích bằng bông gòn).
- Khám phản xạ nôn (mắt phản xạ).

##### Sờ

- Sờ động mạch cảnh hoặc động mạch đùi (mạch bằng không sau hơn 1 phút).
- Khám phản xạ đáp ứng vận động với đau (không đáp ứng khi kích thích đau ở phía trên ổ mắt).

##### Nghe

- Nghe tiếng tim (bằng không sau hơn 1 phút).
- Nghe tiếng hơi thở (bằng không sau hơn 3 phút).

Hãy nhớ rằng, xác nhận cái chết có từ kết quả pháp y. Là một bác sĩ, bạn sẽ được yêu cầu thăm khám BN và ghi lại những phát hiện của mình trong hồ sơ bệnh án, bao gồm ngày và thời gian mà sự sống của BN kết thúc. Nếu có thể, bạn nên ghi luôn cả nguyên nhân gây ra cái chết và ký tên một cách rõ ràng. Bạn phải thông báo cho các nhà chức trách bất kỳ cái chết bất ngờ hay nghi ngờ.

#### 44.1.4. Chết não

BN thông khí cơ học đòi hỏi phải đánh giá thêm để xác nhận họ thực sự chết.

Các nguyên nhân có khả năng gây hồi phục luôn luôn phải được loại trừ (đặc biệt là thuốc; xem ở trên). Đã có trường hợp chết não đã rõ ràng và BN đây đã bị đánh thức sau đó.

Đừng quên “hội chứng khóa trong”. Điều này có thể xảy ra sau một thuyên tắc động mạch thân nền hoặc một số chấn thương khác của vùng cầu não. Những BN không may mắn, họ không bị mất tri giác nhưng không thể vận động được cơ mặt, tay, chân và thân mình. Chúng ta có thể xác định hội chứng này bằng cách yêu cầu BN chớp mắt một lần là “có” và hai lần để chỉ là “không”; cử động chớp mắt chủ động cũng như cử động mắt theo trục dọc không bị ảnh hưởng.

Các protocol thăm khám đều phải dựa trên pháp luật, nó thay đổi theo từng quốc gia và nhà nước. Theo truyền thống, việc thăm khám phải được thực hiện bởi hai bác sĩ khác nhau ở hai thời điểm khác nhau, thông thường cách nhau khoảng 24 giờ, để đảm bảo rằng trạng thái này là không hồi phục (nhưng thời gian thăm khám lặp lại phụ thuộc vào tuổi của BN và nguyên nhân gây tử vong). Việc thăm khám thường bao gồm khám thực thể (theo List 44.1), sự mất đi đáp ứng khi hút qua các ống khí quản, cùng với làm test nước lạnh (khám phản xạ tiền đình – vận nhãn): không có đáp ứng vận nhãn khi cho ít nước lạnh vào tai. Nếu việc thăm khám cho thấy BN đã chết não, làm test tăng CO<sub>2</sub> do não bộ và hành tủy (medullary brainstem hypercapnia), theo đó ngưng máy thở trong khi vẫn cho 100% O<sub>2</sub> và CO<sub>2</sub> động mạch được cho phép để tăng trên ngưỡng cài đặt trước (> 6,7 kPa). Quan sát, không thấy cử động hô hấp sau 8 – 10 phút cho thấy rằng đã mất chức năng của hành tủy.

### 44.2. THÔNG BÁO CHO NGƯỜI THÂN

Thông báo cho người thân luôn luôn là việc làm khó khăn nhưng đo là việc phải làm của người bác sĩ. Đó là một trong những điều khó khăn nhất các bác sĩ phải làm. Cung cấp các thông tin về BN – các thông tin này cần được đánh giá sâu sắc. Thông báo những tin tức xấu một cách chuyên nghiệp và đầy tình thương. Tìm một môi trường riêng và yên tĩnh, nói rõ ràng và súc tích, có thể hỗ trợ, tôn trọng văn hóa tín ngưỡng tôn giáo và khuyến khích giúp đỡ của các nhóm (ví dụ như y tá, nhân viên xã hội, giáo sĩ). Thân nhân thường muốn biết những gì đã xảy ra, đặc biệt nếu cái chết xảy ra bất ngờ. Nếu biết rõ ràng nguyên nhân tử vong, chúng ta có thể đưa ra lời giải thích; nếu không, chúng ta nên đề nghị người thân sắp xếp để được các chuyên gia tư vấn cho BN để thảo luận về mọi thứ.

### 44.3. HOÀN THÀNH GIẤY CHỨNG TỬ

Giấy chứng tử là một tài liệu pháp lý. Nếu cái chết đã được dự kiến (và không nghi ngờ) thì chúng ta nên hoàn tất các giấy chứng nhận càng sớm càng tốt. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) cung cấp một mẫu chứng nhận được áp dụng trên toàn cầu. Xác nhận bệnh trực tiếp dẫn đến cái chết (trong phần I của mẫu), cũng như bất kỳ các bệnh khác đã góp phần vào đó (phần II của mẫu).

### 44.4. KHÁM NGHIỆM TỬ THI

Phải có sự đồng ý của các thân nhân trước khi thực hiện điều đó. Hiện nay, sự đồng ý

cam kết khám nghiệm tử thi đã suy giảm nhiều trong những thập kỷ gần đây do không có sự đồng thuận của thân nhân cũng như trong cộng đồng về điều này. Nếu lý do yêu cầu khám nghiệm được truyền đạt rõ ràng và cảm thông thì nhiều người sẽ đồng ý ký vào cam kết.

Hãy nhớ rằng, các thông tin thu thập được từ việc khám nghiệm tử thi không hiếm việc đưa đến những bất ngờ về nguyên nhân tử vong và nên thông báo cho các chuyên gia, để họ giúp đỡ tránh những sai lầm chẩn đoán và điều trị trong tương lai.

Nếu nguyên nhân tử vong không chắc chắn thì việc khám nghiệm tử thi trở nên quan trọng hơn và các sự kiện rõ ràng như mới phẫu thuật hoặc chấn thương gần đây, các trường hợp đó nên được chuyển đến cơ quan điều tra. Lúc này cơ quan điều tra sẽ ra quyết định khám nghiệm tử thi.

## **44.5. HIẾN TẶNG NỘI TẠNG**

Trong những tình huống chết não, thông khí cơ học cần được tiếp tục, để tìm hiểu mong muốn hiến tạng và vì lý do đạo đức. Mong muốn của BN có thể được tìm hiểu (ví dụ như trên giấy phép lái xe hoặc giấy đăng ký đăng ký hiến tạng hoặc kết quả của cuộc thảo luận trước đó giữa BN và người thân). Hiến tạng nội tạng có thể tạo nên niềm an ủi cho người thân BN.