SỞ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO THÀNH PHỐ CẦN THƠ
TRƯỜNG TRUNG CẤP Y DƯỢC MEKONG

GIÁO TRÌNH

BỆNH HỌC NỘI KHOA

Dùng cho học sinh trung cấp

Lưu hành nội bộ

Cần Thơ, tháng 02 năm 2013

MỤC LỤC

TT	Nội dung	Tác giả	Trang
1	Lời nói đầu	Nhóm tác giả	1
2	Cách làm bệnh án nội khoa	BS. Văn Thị Mỹ Châu	2
3	Khám chẩn đoán và xử trí sốt	BSCKI. Đàm Văn Quang	7
4	Triệu chứng học bộ máy tuần hoàn	“	12
5	Tăng huyết áp	“	19
6	Các bệnh van tim	“	24
7	Cơn đau thắt ngực nhồi máu cơ tim	“	31
8	Suy tim	“	35
9	Triệu chứng bộ máy hô hấp	“	40
10	Viêm phổi thùy	“	52
11	Hen phế quản	“	55
12	Viêm phế quản cấp	“	59
13	Áp xe phổi	“	62
14	Viêm phế quản mạn	“	66
15	Triệu chứng bộ máy tiêu hóa	“	69
16	Nôn và táo bón	“	75
17	Áp xe gan	“	78
18	Xơ gan	“	82
19	Đau bụng	“	85
20	Bệnh loét dạ dày tá tràng	“	87
21	Chảy máu đường tiêu hóa	“	92
22	Vàng da	“	95
23	Hội chứng cổ trướng	“	98
24	Triệu chứng bộ máy tiết niệu	“	100
25	Nhiễm khuẩn đường tiết niệu	“	107
26	Viêm cầu thận cấp	“	111
27	Suy thận cấp	“	115
28	Suy thận mạn	“	119
29	Triệu chứng bộ máy thần kinh	“	122
30	Hội chứng liệt nửa người	“	127

31	Viêm đa dây thần kinh	“	131
32	Tai biến mạch máu não	“	135
33	Bệnh Basedow	“	139
34	Đái tháo đường	“	142
35	Cấp cứu ngưng tuần hoàn	“	145
36	Choáng phản vệ	“	149
37	Ngộ độc thức ăn cấp	BS. Văn Thị Mỹ Châu	151
38	Ngộ độc thuốc trừ sâu Phospho hữu cơ	“	154
39	Ngộ độc Paracetamol	“	157
40	Ngộ độc thuốc ngủ	“	159
41	Một số cấp cứu thường gặp	“	161
42	Cấp cứu say nắng, say nóng	“	165
43	Phù phổi cấp	“	168
44	Hội chứng thiếu máu	“	170
45	Thoái hóa khớp	“	173
46	Viêm đa khớp dạng thấp	“	176
47	Hạ canxi máu	“	179

LỜI NÓI ĐẦU

Thực hiện sự chỉ đạo của Ban Giám hiệu Trường Trung cấp Y dược Mekong về việc biên soạn giáo trình sách giáo khoa sử dụng trong nhà trường, nhằm từng bước nâng cao chất lượng dạy và học, đáp ứng được yêu cầu của giáo viên và học sinh, trên cơ sở tham khảo và cải tiến để tiếp cận với những tiến bộ khoa học trong mỗi giai đoạn đặc biệt trong lĩnh vực y học.

Giáo trình " BỆNH HỌC NỘI KHOA" được tập thể giáo viên - bác sỹ là những người có trình độ đại học và sau đại học của Trường Trung cấp Y dược Mekong tham gia biên soạn.

Nội dung sách viết theo chương trình giảng dạy hệ trung cấp do Bộ Y tế và Bộ Giáo dục và Đào tạo quy định, ngoài ra còn đáp ứng nhu cầu bổ sung kiến thức với nhiều bệnh lý phổ biến trên lâm sàng hiện nay. Một số bài viết được biên soạn thêm nhằm giúp học sinh học tập, tham khảo và vận dụng với thực tế.

Trình bày của mỗi bài giảng theo quy định: Mục tiêu học tập, nội dung bài học, câu hỏi lượng giá, ở cuối sách có tài liệu tham khảo. Hình thức trình bày theo Quy định của Hội đồng khoa học nhà trường hướng dẫn.

Cuốn sách xuất bản lần đầu có thể sẽ không tránh khỏi những khiếm khuyết: Từ hình thức đến nội dung. Chúng tôi mong nhận được các ý kiến đóng góp của quý đồng nghiệp bạn đọc để lần tái bản sẽ hoàn chỉnh hơn.

Xin trân trọng cám ơn.

Nhóm tác giả biên soạn

CÁCH LÀM BỆNH ÁN NỘI KHOA

I. MỤC TIÊU BÀI HỌC:

Sau khi học xong bài này học sinh có khả năng:

- Trình bày được tầm quan trọng của bệnh án.
- Trình bày được các yêu cầu của làm bệnh án.
- Trình bày được các nội dung cần có của bệnh án.

II. NỘI DUNG:

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

1. Yêu cầu đối với một bệnh án là:

- Phải làm kịp thời, làm ngay khi bệnh nhân vào viện. Sau đó tiếp tục được ghi chép hàng ngày về diễn tiến bệnh tật và cách xử trí.
- Phải chính xác và trung thực.
- Phải khám toàn diện, không bỏ sót triệu chứng và mỗi triệu chứng cần được mô tả kỹ lưỡng.
- Phải được lưu trữ bảo quản để có thể đối chiếu những lần sau, truy cứu khi cần thiết.

2. Nội dung cần có và theo trình tự của một bệnh án nội khoa

PHẦN 1: HÀNH CHÍNH:

- Họ tên bệnh nhân: giới tính, tuổi, dân tộc.
- Nghề nghiệp: (nếu đã về hưu thì phải ghi rõ nghề đã làm trước khi về hưu).
- Địa chỉ: theo thứ tự: thôn, xóm, xã, huyện, tỉnh, số điện thoại nếu có.
- Ngày vào viện: giờ, ngày.
- Địa chỉ liên lạc: ghi rõ họ tên và địa chỉ.

PHẦN 2: HỎI BỆNH:

1. Lý do vào viện: là biểu hiện khó chịu nhất bắt buộc bệnh nhân phải đi khám bệnh (thường không quá 3 triệu chứng, các triệu chứng được viết cách nhau bằng dấu phẩy hoặc gạch nối, không được ghi dấu cộng giữa các triệu chứng).

2. Bệnh sử: là quá trình diễn biến bệnh từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên cho đến khi người bệnh tiếp xúc với người đang làm bệnh án.

- Nếu diễn biến tuần tự các triệu chứng và ảnh hưởng qua lại của các triệu chứng với nhau, mô tả theo thứ tự thời gian. Biểu hiện bệnh lý đầu tiên là gì? Các triệu chứng kế tiếp như thế nào?

- Các triệu chứng cần mô tả các đặc điểm: xuất hiện tự nhiên hay có kích thích, thời điểm và vị trí xuất hiện, mức độ như thế nào, tính chất ra sao, ảnh hưởng đến sinh hoạt hoặc các triệu chứng khác nhau như thế nào, tăng kên hay giảm đi một cách tự nhiên hay có sự can thiệp của thuốc hoặc các biện pháp khác.

- Bệnh nhân đã được khám ở đâu, chẩn đoán như thế nào, điều trị gì, trong thời gian bao lâu?

- Kết quả điều trị như thế nào, triệu chứng nào còn, triệu chứng nào đã mất đi?

- Lý do gì mà bệnh nhân đã được điều trị ở nơi khác lại đến với chúng ta để khám chữa bệnh (không khỏi bệnh, đỡ, khỏi nhưng muốn kiểm tra lại…)

Lưu ý: nếu bệnh nhân bị bệnh từ lâu, tái đi tái lại, phải ra viện nhiều lần, làn này bệnh nhân đến viện với các biểu hiện như mọi lần thì mọi việc diễn ra trước khi có các biểu hiện bệnh đợt này được mô tả ở phần tiền sử.

3. Hiện tại: phần này mô tả các triệu chứng cơ năng chủ quan của bệnh nhân khi bệnh nhân trả lời các câu hỏi của thầy thuốc.

- Các triệu chứng xuất hiện trong phần bệnh sử: triệu chứng nào còn, triệu chứng nào mất, có thay đổi tính chất các triệu chứng đó hay không?

- Các mô tả các triệu chứng dấu hiệu khác mà thầy thuốc hỏi được.

4. Tiền sử:

- Tiền sử bản thân: các bệnh nội, sản, nhi, lây… đã mắc trước đó có liên quan đến bệnh hiện tại hoặc các bệnh nặng có ảnh hưởng đến sức khoẻ hoặc chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

Nếu bệnh nhân bị bệnh mạn tính, mà đợt này là biểu hiện đợt tiến triển của bệnh như các đợt khác trước đó thì mô tả các biểu hiện của các đợt trước, giống và khác gì so với đợt bệnh lần này.

- Tiền sử gia đình: trong gia đình có ai mắc bệnh giống bệnh nhân, hoặc có bệnh đặc biệt có tính chất gia đình và tính chất di truyền (nếu có thì phải mô tả là ai trong gia đình (bố, mẹ, anh chị, họ hàng bậc mấy với bệnh nhân), tính chất biểu hiện như thế nào…).

- Dịch tễ: xung quanh hàng xóm láng giềng có ai mắc bệnh như bệnh nhân không, vùng địa dư có bệnh gì đặc biệt không?

PHẦN 3: KHÁM BỆNH

Lúc mấy giờ, ngày tháng năm nào, ngày thứ mấy của bệnh.

1. Tổng quát:

- Dấu hiệu sinh tồn

- Thể trạng: chính xác nhất là tính theo cân nặng và chiều cao

- Da, niêm: nhạt, vàng, xuất huyết, phù

- Lông, tóc, móng

- Tuyến giáp

- Hạch ngoại biên: cổ, nách, bẹn.

2. Khám cơ quan

Theo thứ tự: nhìn, sờ, gõ, nghe, ưu tiên khám trước cơ quan tổn thương mà khi hỏi bệnh sử đã định hướng, sau đó đến các cơ quan liên quan khác.

2.1. Khám tuần hoàn:

- Nhìn: hình thể lồng ngực, vị trí mỏm tim đập

- Sờ: xác định lại vị trí mỏm tim đập? Rung miu? Harzer?

- Gõ: xác định điện đục của tim

- Nghe: tiếng tim T1, T2? Âm thổi?

- Khám mạch: nguyên tắc bắt mạch 2 bên để so sánh 2 bên.

2.2. Khám hô hấp:

- Nhìn: lồng ngực cân đối? Sự di động cua lồng ngực trong khi hít vào và thở ra?

- Sờ: rung thanh có đều 2 bên không?

- Gõ: có vùng nào gõ vang hơn bình thường không? Có vùng nào gõ đục hơn bình thường không?

- Nghe: rì rào phế nang? Tiếng rale phổi?

2.3. Khám tiêu hoá:

- Nhìn: bụng thon đều hay to bè? Có cổ trướng? Tuần hoàn bàng hệ? Rốn lồi hay lõm? Có sẹo mủ không (nếu có nêu vị trí, kích thước)?

- Nghe: nhu động ruột? Âm thổi động mạch?

- Gõ: gõ bụng theo hình nan hoa phát hiện có dịch không?

- Sờ: các điểm đau? Gan to? Lách to?

2.4. Khám thận – niệu:

- Nước tiểu: số lượng nước tiểu trong 24 giờ? Màu sắc nước tiểu? Trạng thái nước tiểu (trong, đục)?

- Khám tiết niệu:

+ Dấu hiệu chạm thận

+ Dấu hiệu bập bềnh thận

+ Các điểm đau niệu quản.

- Khám phát hiện các triệu chứng khác:

+ Phù

+ Tình trạng thiếu máu mạn tính

+ Hội chứng nhiễm trùng.

2.5. Khám thần kinh:

- Tỉnh táo không?

- Các dấu hiệu thần kinh khu trú: kích thước đồng tử, phản xạ ánh sáng, so sánh 2 bên. Có rối loạn vận động không? (liệt 2 chi dưới, liệt tứ chi, liệt nửa người). Có rối loạn cảm giác không? (rối loạn cảm giác nông hay cảm giác sâu, vị trí rối loạn cảm giác), Có liệt các dây thần kinh không?

- Trương cơ lực

- Phản xạ gân xương.

2.6. Khám cơ, xương khớp

- Có dấu hiệu teo cơ không?

- Có đau ở các khớp không?

- Có hạn chế vận động không?

- Có dấu hiệu cứng khớp buổi sáng không?

2.8. Các cơ quan khác

PHẦN 4: KẾT LUẬN

1. Tóm tắt bệnh án

- Bệnh nhân nam (nữ), bao nhiêu tuổi, nghề nghiệp (nếu có liên quan đến bệnh), có tiền sử (nếu có liên quan)

- Bệnh diễn tiến bao lâu rồi?

- Vào viện vì lý do gì?

- Qua hỏi bệnh, khám lâm sàng thấy có các hội chứng và triệu chứng sau (mô tả các triệu chứng khám phát hiện được). Chú ý nên sắp xếp thành các nhóm hội chứng và triệu chứng sau:

+ Các triệu chứng dương tính để khẳng định chẩn đoán

+ Các triệu chứng âm tính góp phần khẳng định chẩn đoán và khẳng định loại trừ

+ Các triệu chứng xác định mức độ bệnh, giai đoạn, tiên lượng.

2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán sơ bộ:

+ Chẩn đoán hội chứng hoặc bệnh lý

+ Nguyên nhân

+ Mức độ

+ Biến chứng.

Tuỳ theo bệnh lý có thể chẩn đoán đầy đủ hay không. Bệnh nhân được chẩn đoán ưu tiên giải thích được hầu hết những triệu chứng và hội chứng đã nêu trong phần tóm tắt bệnh án.

- Chẩn đoán phân biệt (bệnh, nguyên nhân gây bệnh).

3. Cận lâm sàng:

- Cận lâm sàng đề nghị: cận lâm sàng thường quy, cận lâm sàng để chẩn đoán.

- Cận lâm sàng đã có: ghi lại kết quả các xét nghiệm.

Biện luận chẩn đoán: kết hợp lâm sàng và kết quả CLS biện luận cho mỗi chẩn đoán sơ bộ và chẩn đoán phân biệt để đưa đến chẩn đoán xác định.

4. Chẩn đoán xác định:

Biện luận dựa trên các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng để đưa ra chẩn đoán xác định.

5. Điều trị:

- Chế độ dinh dưỡng, nghỉ ngơi (nếu có)

- Điều trị đặc hiệu

- Điều trị triệu chứng.

6. Tiên lượng và dự phòng:

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ:

Câu 1: Bệnh án là một văn bản ghi chép toàn bộ quá trình diễn biế của bệnh từ khi xuất viện về nhà:

A. Đúng.
B. Sai.

Câu 2: Bệnh sử là diễn biến bệnh từ khi:

A. Xuất hiện triệu chứng đầu tiên.
B. Đến khi tiếp xúc với người làm bệnh án.
C. Xuất hiện và kết thúc triệu chứng.
D. A, B đúng.

Câu 3: Có các loại chẩn đoán nào trong bệnh án nội khoa:

A. Chẩn đoán sơ bộ.
B. Chẩn đoán phân biệt.
C. Chẩn đoán xác định.
D. Tất cả đều đúng.

Câu 4: Thông thường trong bệnh án nội khoa có tiên lượng gần và tiên lượng xa:

A. Đúng.
B. Sai.

Câu 5: Khám bệnh phải luôn tuân theo nguyên tắc nhìn, xờ, gõ, nghe:

A. Đúng.
B. Sai.

Đáp án: Câu 1: B, Câu 2: D, Câu 3: D, Câu 4: A, Câu 5: A.

KHÁM -CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ SỐT

I. MỤC TIÊU HỌC TẬP:

Sau khi học xong bài này học sinh có khả năng:

1. Trình bày được cách khám và chẩn đoán sốt.

2. Trình bày được cách xử trí sốt.

II. NỘI DUNG:

1. Đại cương:

Sốt là tình trạng thân nhiệt vượt quá giới hạn bình thường cho phép do biến đổi chức năng của trung tâm điều hòa thân nhiệt ở vùng dưới đồi thị của não gây nên. Khi xem xét các biến đổi thân nhiệt theo nhịp ngày đêm ở người, được coi là có tình trạng sốt khi thân nhiệt buổi sáng >37,2 độ C hay thân nhiệt buổi tối > 37,7 độ C.

Tăng thân nhiệt không hoàn toàn đồng nghĩa với tình trạng sốt và được định nghĩa như một gia tăng thân nhiệt vượt quá điểm thân nhiệt bình thường do trung tâm điều hòa thân nhiệt kiểm soát, do suy giảm khả năng toả nhiệt của cơ thể (như khi gắng sức quá mức, trong môi trường quá nóng).

2. Mức độ khẩn cấp:

Tình trạng sốt có thể đặt ra vấn đề cấp cứu khi thấy bệnh nhân có thân nhiệt quá cao (> 40,5 ^{o}C) và/hoặc có kèm các dấu hiệu nặng như:

- Thần kinh: Hôn mê, co giật, hội chứng màng não

- Tim mạch: Trụy mạch, nhịp tim nhanh

- Hô hấp: Thở quá nhanh, khó thở

- Tình trạng mất nước nặng

- Xuất huyết da-niêm mạc hay các phủ tạng

- Xuất hiện các ban xuất huyết lan toả

Trường hợp có các dấu hiệu trên (riêng lẻ hay phối hợp với nhau) phải được nhập viện cấp cứu.

Cần nhập viện bệnh nhân sốt quá 10 ngày không có nguyên nhân rõ rệt.

3. Phân tích các đặc điểm lâm sàng:

3.1. Hỏi bệnh:

Hỏi tỉ mỉ, là điều cơ bản khi phân tích các đặc điểm lâm sàng của tình trạng sốt. Đặc biệt lưu ý:

- Trình tự theo thời gian của các triệu chứng và mối liên quan với việc dùng thuốc của bệnh nhân (thuốc theo đơn kê và thuốc tự bệnh nhân dùng) hay một can thiệp gần đây (nạo phá thai, nhổ răng, phẫu thuật).

- Khai thác tiền sử nghề nghiệp để tìm các chất độc bệnh nhân có khả năng tiếp xúc, cũng như các nguồn lây nhiễm có thể gặp (tiếp xúc với bệnh nhân bị bệnh truyền nhiễm, các động vật nuôi trong nhà), gần đây bệnh nhân có đi đâu xa hay không.

- Đặc biệt lưu ý để khai thác và phát hiện xem bệnh nhân có phải là người có nguy cơ cao bị AIDS hay không (mại dâm, tiêm chích ma tuý).

- Chú ý tới tiền sử bệnh lí nội khoa (bệnh tự miễn), dị ứng

3.2. Phân tích biểu đồ nhiệt độ (kiểu sốt):

- Dùng quá phổ biến thuốc hạ sốt, corticoid và kháng sinh có thể làm biến đổi tính chất "điển hình" của đường biểu diễn nhiệt độ kinh điển được thấy trong một số bệnh lí (mạch nhiệt phân li trong sốt thương hàn, bệnh Rubella).

- Một số kiểu sốt điển hình được mô tả:

+ Sốt kiểu cao nguyên (bệnh nhân có tăng thân nhiệt liên tục và hầu như không có biến đổi trong đường biểu diễn nhiệt độ trong cả ngày).

+ Sốt dao động (khi có biến động lớn trong đường biểu diễn nhiệt độ trong ngày): Nhiễm khuẩn sâu hay nhiễm khuẩn hệ thống, ung thư và sốt do thuốc.

+ Sốt thành cơn (khi nhiệt độ trong ngày có lúc giảm xuống song không tới mức bình thường): Sốt do virus, lao, trong nhiều tình trạng nhiễm khuẩn và không do nhiễm khuẩn.

+ Sốt tái phát (bệnh nhân có các giai đoạn sốt xen với giai đoạn hoàn toàn không sốt): Sốt rét cơn, sốt cách nhật do P.vivax.

4. Khám thực thể:

- Đánh giá các dấu hiệu sinh tồn

- Lấy thân nhiệt trung tâm (miệng hay hậu môn)

- Khám toàn diện với lưu ý đặc biệt:

+ Da: Phát hiện các tổn thương như ban, ban xuất huyết

+ Hạch ngoại biên

+ Các cơ quan nội tạng (Gan lách to, tim mạch, hệ thần kinh trung ương)

- Tìm ổ nhiễm khuẩn tiên phát (đường vào)

- Chú ý một số cơ quan dễ bỏ sót: Thăm hậu môn và hệ thống sinh dục, răng miệng và tai mũi họng

5. Chẩn đoán:

- Chẩn đoán có thể dễ định hướng trên lâm sàng: Khi sốt kết hợp với một bệnh cảnh lâm sàng gợi ý:

+ Có các hội chứng gợi ý một tổn thương phủ tạng hay một cơ quan (tai mũi họng, bộ máy hô hấp, tiết niệu, thần kinh hay phụ khoa . . . .)

+ Có tình trạng phát ban da

+ Có đường vào rõ rệt

+ Có tình trạng vàng da

- Chẩn đoán lâm sàng trong nhiều trường hợp rất khó như trong:

+ Bệnh nhân chỉ có tình trạng sốt đơn độc mà hoàn toàn không có bất kì một dấu hiệu chỉ điểm nào:

* Khai thác bệnh cần được tiến hành một cách nghiêm túc và có kế hoạch, chú ý tìm kiếm các dấu hiệu đi kèm như: Tình trạng rét run, vã mồ hôi, đau đầu, đau mỏi cơ, chán ăn, mệt mỏi và sút cân.

* Trên cơ sở các thông tin khai thác được, kết hợp các dấu hiệu và triệu chứng thu thập được giúp thảo luận lựa chọn tiến hành các thăm dò cận lâm sàng tối thiểu cần thiết.

- Sốt kéo dài không rõ căn nguyên: Khi bệnh nhân có thân nhiệt > 38 độ C kéo dài quá 2 tuần mà không xác định được nguyên nhân gây sốt.

+ Nhiễm khuẩn: 50%

+ Ung thư: 20%

+ Bệnh lí gây viêm: 15%

+ Do thuốc: 5%

+ Không tìm thấy căn nguyên: 5%

+ Cần chú ý căn nguyên lao và ung thư

+ Có thể nghĩ đến sốt do thuốc đặc biệt là do kháng sinh khi bệnh nhân có các tổn thương da và thử cắt thuốc nghi vấn gây sốt trong vòng 48h sẽ làm hết tình trạng sốt.

6. Những xét nghiệm cần làm:

- Công thức máu, tiểu cầu, hematocrit.

- Công thức bạch cầu có thể cung cấp các thông tin định hướng chẩn đoán: Giảm bạch cầu trong một số trường hợp nhiễm virus, sốt do thuốc, bệnh tạo keo, thương hàn, rubella, hay trong một số bệnh gây xâm nhiễm tủy xương như bệnh u lympho không phải Hodgkin, lao và bệnh do histoplasma.Tăng bạch cầu đa nhân trung tính trong nhiễm khuẩn cấp do vi khuẩn. Tăng bạch cầu lympho có thể gặp trong thương hàn, bệnh do brucella, lao và sốt do virus. Tăng bạch cầu ái toan có thể gặp trong sốt do tăng quá mẫn với thuốc, bệnh Hodgkin, và nhiễm kí sinh trùng.

- Thiếu máu: sốt rét

- Phân lập vi khuẩn gây bệnh: Cấy máu, soi và cấy nước tiểu hay bệnh phẩm thu từ cơ quan nghi vấn bị tổn thương hay là nguồn gốc của ổ nhiễm khuẩn tiên phát (đờm, dịch não tuỷ và các dịch thanh mạc như màng bụng, màng tim, màng phổi). Tìm kí sinh trùng sốt rét, tìm kí sinh trùng trong phân.

- Làm các phản ứng huyết thanh chẩn đoán với mầm bệnh nghi vấn: Vi khuẩn (leptospira, rickettsia...) virus và nấm (aspergillus): tùy thuộc rất nhiều vào phương tiện, trình độ và khả năng của phòng xét nghiệm cận lâm sàng của từng cơ sở y tế.

- Các thăm dò chuyên khoa khác: Được quyết định cụ thể theo định hướng lâm sàng để chẩn đoán nguyên nhân.

7. Thái độ xử trí:

7.1. Đối với tăng thân nhiệt:

- Do suy giảm khả năng toả nhiệt của cơ thể khi có nguyên nhân gây tăng sản xuất nhiệt quá mức: ví dụ say nắng, say nóng, sau dùng một số thuốc (amphetamin, cocain ...), hội chứng ác tính ở người dùng thuốc vượng thần kinh, thái độ xử trí cấp cứu là:

+ Hạ nhiệt: Chủ yếu bằng phương pháp vật lí như cởi bỏ bớt quần áo hay chăn đắp, đắp lạnh, quạt mát. Khi các biện pháp hạ nhiệt bên ngoài không hiệu quả có thể làm lạnh bên trong cơ thể bằng cách rửa dạ dày hay lọc màng bụng bằng dung dịch nước muối sinh lí lạnh.

+ Bồi phụ lại tình trạng mất nước và điện giải do tăng mất qua đường thở, mồ hôi bằng oresol hay truyền tĩnh mạch dung dịch muối đẳng trương khi bệnh nhân có huyết áp tâm thu < 90 mmHg.

7.2. Đối với tình trạng sốt:

- Không nên dùng kháng sinh khi chưa rõ nguyên nhân gây sốt

- Điều trị hạ sốt có chỉ định cấp cứu khi thân nhiệt bệnh nhân > 41 độ C, nhất là khi các biện pháp hạ nhiệt vật lí không có kết quả.

- Chỉ định dùng thuốc hạ sốt cấp cứu cho các bệnh nhân có tăng thân nhiệt ở mức độ vừa (39-41 độ C): Trẻ có tiền sử sốt cao co giật, phụ nữ có thai và bệnh nhân bị suy tim, suy hô hấp hay hôn mê.

- Thuốc hạ sốt được ưu tiên chọn dùng là nhóm hạ sốt chống viêm không phải steroid:

+ Paracetamol: Người lớn dùng viên 0,5g 1-2 viên/lần, dừng lại nếu cần, song không quá 8 viên/ngày. Đối với trẻ nhỏ nên dùng loại nhũ dịch với liều lượng tuỳ thuộc vào tuổi và cân nặng của trẻ (không quá 12,5 mg/kg trọng lượng cơ thể).

+ Tránh dùng aspirin cho trẻ nhỏ hay người lớn nghi bị sốt xuất huyết.

- Dùng corticoid có thể làm thay đổi bệnh cảnh lâm sàng và làm nhiễm khuẩn lan rộng. Nói chung không có chỉ định dùng corticoid đối với sốt nghi do nhiễm khuẩn, trừ trường hợp viêm màng não mủ, viêm màng ngoài tim do lao, viêm mạch nhưng vẫn phải dùng kháng sinh đặc hiệu.

- Điều trị đặc hiệu: Tùy nguyên nhân của sốt.

8. Những kinh nghiệm chẩn đoán và xử trí:

Ở bệnh nhân sốt kéo dài, nếu các kháng sinh (KS) đều không kết quả, cần chú ý tìm ổ nhiễm khuẩn.

Nếu không tìm thấy ổ nhiễm khuẩn, nên cắt hết các KS vài ba ngày. Nếu nhiệt độ có xu hướng giảm, có thể là sốt do dùng KS.

Nếu đang dùng KS uống mà thấy tiêu chảy, cần thay KS ngay.

9. Kết luận:

Sốt là một hiện tượng bệnh lý rất phổ biến vì là một phản ứng của cơ thể đối với các tác nhân gây bệnh.

Cho nên cần nhớ sốt chỉ là một triệu chứng của rất nhiều bệnh khác nhau. Vì vậy chẩn đoán sốt cần phải có một ý niệm tổng hợp các triệu chứng phối hợp với các xét nghiệm cần thiết để tìm nguyên nhân và xử trí. Tránh cho thuốc kháng sinh nhất loạt một cách mơ hồ, nếu chúng ta chưa tìm nguyên ra nhân của sốt. Vì như thế không những lãng phí kháng sinh, mà còn có thể làm che lấp các triệu chứng.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ:

Câu 1: Nhận định sốt dựa vào:

A. Khởi phát.
B. Tính chất.
C. Diễn biến.
D. Tất cả đều đúng.

Câu 2: Nhiệt độ bình thường của cơ thể là:

A. 37^oC
B. $37^o{}^5$ C
C. 36^o5 C
D. 38^oC

Câu 3: Bệnh nhân sốt phải điều trị bằng kháng sinh, trong quá trình điều trị bằng đường uống, bệnh nhân có biểu hiện tiêu chảy, xử trí bằng cách:

A. Ngưng kháng sinh.
B. Đổi sang kháng sinh khác.
C. Điều trị triệu chứng.
D. Tất cả đều đúng.

Câu 4: Trước một bệnh nhân sốt chưa rõ nguyên nhân nên dung kháng sinh để điều trị:

A. Đúng
B. Sai

Câu 5: Sốt kéo dài không rõ căn nguyên: Khi bệnh nhân có thân nhiệt > 38 độ C kéo dài:

A. Trên 1 tuần.
B. Trên 2 tuần.
C. Trên 3 tuần.
D. Trên 4 tuần.

Đáp án: Câu 1: D, Câu 2: A, Câu 3: B, Câu 4: B, Câu 5: B.

TRIỆU CHỨNG HỌC BỘ MÁY TUẦN HOÀN

I. MỤC TIÊU HỌC TẬP:

1. Trình bày được các triệu chứng cơ năng của bộ máy tuần hoàn.

2. Trình bày được các triệu chứng thực thể của bộ máy tuần hoàn.

3.Trình bày được một số phương pháp cận lâm sàng sử dụng trong chẩn đoán bệnh lý cơ quan tuần hoàn.

II. NỘI DUNG:

1. Đại cương:

Bộ máy tuần hoàn gồm: Tim và hệ thống mạch máu (Động mạch, tĩnh mạch).

Chức năng: Vận chuyển cung cấp các chất dinh dưỡng và Oxy (O_2) đến các mô, đem Các bô nic (CO_2) về phổi, đem các chất cần đào thải do chuyển hoá đến thận.

2. Triệu chứng cơ năng:

Là những triệu chứng do người bệnh cảm nhận được, làm cho bệnh nhân khó chịu, lo sợ phải đi khám bệnh. Các triệu chứng chính cần phải hỏi là:

2.1. Khó thở: Người bệnh không thoải mái, dễ dàng trong khi thở.

2.1.1. Nguyên nhân: Khó thở trong các bệnh tim mạch: Suy tim, hẹp lỗ van 2 lá, tràn dịch màng ngoài tim, tắc động mạch (ĐM) phổi.

2.1.2. Tính chất xuất hiện:

- Khó thở xuất hiện từ từ: Suy tim, tràn dịch màng ngoài tim.

- Khó thở xuất hiện từng cơn: Suy tim trái, hẹp lỗ van 2 lá.

2.1.3. Phân mức độ khó thở của hội tim mạch New York: có 4 mức độ:

- Mức độ 1: Khó thở khi gắng sức.

- Mức độ 2: Khó thở khi hoạt động bình thường.

- Mức độ 3: Khó thở khi hoạt động nhẹ.

- Mức độ 4: Khó thở cả khi nghỉ ngơi.

2.2. Đau ngực: Là triệu chứng thường gặp trong bệnh tim mạch (nhưng cũng có thể gặp trong một số bệnh không phải bệnh tim mạch).

2.2.1.Cơn đau thắt ngực: Là bệnh cảnh điển hình của cơ tim thiếu máu cục bộ.

- Vị trí: Phía sau xương ức hoặc bên ngực trái.

- Tính chất đau: Cảm giác đè nặng, bóp nghẹt.

- Hướng lan: Lên cổ hoặc mặt trong cánh tay trái xuống cẳng tay và ngón út.

- Thời gian: Từ 30 giây đến vài chục phút.

- Giảm nhanh khi cho người bệnh ngậm Nitroglyserin, hoặc Risordan.

- Điều kiện xuất hiện: Có thể xảy ra bất kỳ lúc nào nhưng thường xuất hiện sau gắng sức (Gắng sức, súc cảm, bị lạnh)

2.2.2.Đau ngực do nguyên nhân khác: Viêm màng ngoài tim, đau thành ngực, viêm màng phổi, viêm loét dạ dày hành tá tràng.

2.3. Hồi hộp đánh trống ngực: Là cảm giác tim đập mạnh có thể là triệu chứng của bệnh tim nhưng cũng có thể gặp trong các trường hợp khác.

2.3.1. Nguyên nhân do tim mạch: Rối loạn nhịp tim, tăng huyết áp.

2.3.2. Nguyên nhân khác: Cường tuyến giáp, thiếu máu, xúc cảm mạnh.

2.4. Phù:

2.4.1. Trong bệnh tim mạch: Thường gặp trong suy tim phải, suy tim toàn bộ.

Đặc điểm phù do suy tim:

- Vị trí: Thường phù ở vùng thấp như: Chi dưới.

- Thay đổi theo thời gian: Buổi chiều phù nhiều hơn buổi sáng.

- Mật độ , màu sắc: Thời gian đầu: Phù trắng, phù mềm, nếu không điều trị thời gian sau: phù cứng, tím.

Các triệu chứng kèm theo: Gan to, tĩnh mạch cổ nổi, khó thở.

2.4.2. Phù do nguyên nhân khác:

- Phù do bệnh lý ở thận (Phù ở mặt trước, có thể tràn dịch đa màng)

- Phù do xơ gan: Phù chủ yếu 2 ở chân, cổ trướng và tuần hoàn bàng hệ.

- Phù do suy dinh dưỡng: Phù ở 2 chân xuất hiện trước, xét nghiệm Protein trong máu giảm.

2.5. Ho:

Là động tác thở ra mạnh đột ngột là một phản xạ do kích thích ở bộ máy hô hấp và một số bộ phận khác.

Trong một số bệnh tim mạch gây ứ máu ở phổi, làm tăng áp lực tiểu tuần hoàn gây nên ho.

Trong bệnh hẹp lỗ van 2 lá: Ho khan, có thể ho ra máu, ho tăng khi nằm đầu thấp.

Trong suy tim trái: Bệnh nhân ho khan.

2.6. Dấu hiệu tím:

Thường thấy rõ ở môi, niêm mạc miệng, nền các móng: Do tình trạng giảm phân áp o xy (PaO_2) hoặc do tuần hoàn chậm lại nên ô xy (O_2) được tách nhiều khỏi o xy hemoglobin (HbO_2), trong suy tim thường gặp tím ngoại biên (Tím trung ương trong thông liên thất, bệnh tim phổi mạn tính).

2.7. Ngất:

Là tình trạng mất tri giác trong thời gian ngắn, đồng thời có giảm hoạt động tuần hoàn, hô hấp trong thời gian đó.

Nguyên nhân do những bệnh gây thiếu máu não cấp tính.

2.8. Đau các chi:

Vị trí: thường đau ở chi dưới, có thể đau cả 2 chi.

Tính chất đau: Như bị chuột rút, hoặc chỉ có cảm giác mỏi cơ, nặng chi.

3. Khám thực thể:

3.1. Toàn thân:

- Tổng trạng: Mập, gầy, thấp, nhỏ

- Màu sắc da niêm mạc?

- Có phù không, có khó thở không?

- Tĩnh mạch cổ có nổi không (Thường quan sát tĩnh mạch cổ bên phải).

- Động mạch cảnh có đập không (Trong hở van động mạch chủ có dấu hiệu mạch corigăng, lập loè mao quản)

- Làm phản hồi gan tĩnh mạch cổ.

- Đầu ngón tay có hình dùi trống không?

- Quan sát lồng ngực, bụng (có tuần hoàn bàng hệ không)

3.2. Khám tim:

Tư thế bệnh nhân nằm ngửa, đầu cao, hai chân co, bộc lộ vùng ngực, khám theo trình tự: Nhìn, xờ, gõ, nghe.

3.2.1. Nhìn:

Quan sát lồng ngực và diện đập của mỏm tim.

Bình thường mỏm tim đập ở liên sườn 4 hoặc liên sườn 5 đường giữa xương đòn trái (diện đập khoảng 1-2 Cm).

3.2.2. Sờ:

Sờ vùng trước tim xác định vị trí mỏm tim, trong bệnh hẹp lỗ van 2 lá, có thể sờ thấy rung mưu tâm trương, trong bệnh hở lỗ van 2 lá có thể sờ thấy rung mưu tâm thu, rung mưu liên tục gặp trong còn ống động mạch.

3.2.3. Gõ:

Mục đích: Để xác định vị trí kích thước tương đối tim trên tràng ngực .

+ Xác định mỏm tim:

- Gõ chéo: Từ dưới lên trên, từ trái qua phải, chỗ bắt đầu đục là mỏm tim

+ Xác định kích thước tim: Từ liên sườn 2 xuống, từ đường nách trước vào trong.

Bình thường: Bờ phải tim không vượt quá bờ phải xương ức, bờ trái tim không vượt quá đường giữa xương đòn trái.

3.2.4. Nghe tim:

Là phương pháp quan trọng nhất trong khám tim vì nó cung cấp nhiều triệu chứng có giá trị trong chẩn đoán.

Chuẩn bị dụng cụ: Ống nghe.

Bệnh nhân ở tư thế thoải mái, yên tĩnh, thày thuốc ở bên phải bệnh nhân.

3.2.4.1. Các vị trí nghe tim (Ổ nghe): Có 4 ổ nghe tim chính.

- Ổ van 2 lá (Mỏm tim): Liên sườn 4 hoặc 5 đường giữa xương đòn trái.

- Ổ van 3 lá: Sụn sườn 6 sát bờ trái xương ức.

- Ổ van động mạch phổi: Ở liên sườn 2 cạnh bờ trái xương ức.

- Ổ van động mạch chủ: Ở liên sườn 2 cạnh bờ phải xương ức.

Ngoài ra còn có ổ Erb – Botkin: Liên sườn 3 cạnh bờ trái xương ức.

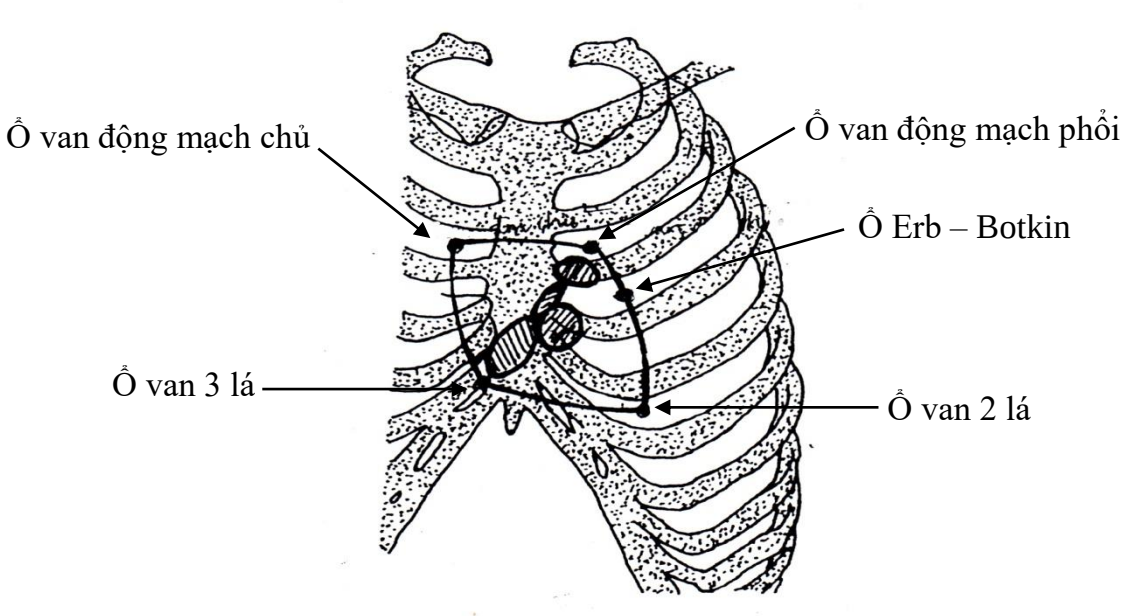
3.2.4.2. Tư thế nghe tim: có 3 tư thế nghe tim: Nằm ngửa, nghiêng trái, ngồi.

3.2.4.3. Trình tự nghe: Từ mỏm tim ngược theo chiều kim đồng hồ, khi nghe tim kết hợp với xờ mạch (Bắt mạch).

3.2.4.4. Tiếng tim bình thường: Mỗi chu chuyển tim có 2 tiếng T1 và T2.

- Tiếng thứ nhất: T1: Trần dài " Bùm" nghe rõ ở mỏm tim đồng thời với mạch đập, sau đó là khoảng im lặng ngắn.

- Tiếng thứ 2: T2: ngắn thanh " Tặc " đồng thời với mạch chìm, nghe rõ ở ổ van ĐM chủ và ổ van ĐM phổi.



Hình 1: Các vị trí nghe tim

3.2.4.5. Các tiếng tim bất thường:

+ T1 tăng cường độ gặp trong các trường hợp: Cường giao cảm, tăng cung lượng tim do gắng sức, cường tuyến giáp, thiếu máu.

+ T1 Đanh trong hẹp lỗ van 2 lá.

+ T1 giảm cường độ trong: Suy tim, hẹp lỗ van động mạch chủ. Trong trường hợp thành ngực dầy, tràn dịch màng ngoài tim thì T1 cũng giảm.

+ T2 tăng cường độ; gặp trong bệnh tăng huyết áp, cường giao cảm, tăng cung lượng tim.

+ T2 giảm cường độ trong: Hẹp khít van động mạch chủ hoặc van động mạch phổi, giảm cung lượng tim, thông liên thất.

+ T2 tách đôi: Nguyên nhân do van động mạch chủ và van động mạch phổi đóng xa nhau gặp trong hẹp khít van động mạch chủ, hẹp khít van động mạch phổi. Có thể do sinh lý bình thường gặp ở người trẻ.

+ Tiếng Clắc mở van 2 lá: Là một tiếng thêm vào tiếng thứ 2 nghe giống Clắc, âm sắc khô. Gặp trong bệnh hẹp van 2 lá, xuất hiện đầu thời kỳ tâm trương nghe rõ nhất là ở mỏm tim.

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

3.2.4.6. Các tiếng thổi ở tim.

+ Tiếng thổi tâm thu:

- Tiếng thổi tâm thu loại tống máu: Do sự cản trở dòng máu vào động mạch chủ hoặc động mạch phổi: Hẹp lỗ van động mạch chủ, hẹp lỗ van động mạch phổi. Trong cường tuyến giáp, thiếu máu: Do lượng máu hoặc tốc độ dòng máu tăng lên khi đi qua lỗ van động mạch chủ hoặc động mạch phổi cũng gây nên tiếng thổi tống máu.

- Tiếng thổi tâm thu loại trào ngược: Do dòng máu phụt ngược trở lại nơi xuất phát, thường gặp trong hở lỗ van 2 lá, hở lỗ van 3 lá.

+ Tiếng thổi tâm trương: Là tiếng thổi trào ngược do dòng máu phụt lại tâm thất trong thì tâm trương. Gặp trong hở lỗ van động mạch chủ, hở lỗ van động mạch phổi, Tiếng thổi tâm trương cường độ nhẹ nghe rõ ở liên sườn 3.

+ Tiếng rung tâm trươn**g:** Gặp trong hẹp van 2 lá nghe rõ ở mỏm tim: Nghe như tiếng vê rùi trống, khi xờ mỏm tim cũng thấy rung mưu.

+ Tiếng thổi liên tục: Găp trong còn ống động mạch, thông động - tĩnh mạch.

3.3. Khám động mạch.

3.3.1. Bắt mạch (Xờ mạch)**:** Thường bắt ở: mạch quay, mạch cảnh, mạch cánh tay, mạch kheo, mạch chày sau, mu chân.

+ Phân tích mạch:

- Đường kính: Mạch to hay nhỏ.

- Tính chất: Động mạch cứng hay mềm.

- Biên độ: Mạnh hay yếu.

- Tần số: Nhanh hay chậm

- Nhịp: Đều hay không đều.

3.3.2. Đo huyết áp:

Vị trí: Cánh tay, đùi, động mạch kheo

Bình thường huyết áp tâm thu ở đùi cao hơn ở cánh tay 20 mmHg (Huyết áp tâm trương bằng nhau).

3.4. Khám tĩnh mạch:

Tĩnh mạch cổ nổi trong suy tim phải.

Viêm tắc tĩnh mạch, dãn tĩnh mạch: Thường gặp ở 2 chi dưới.

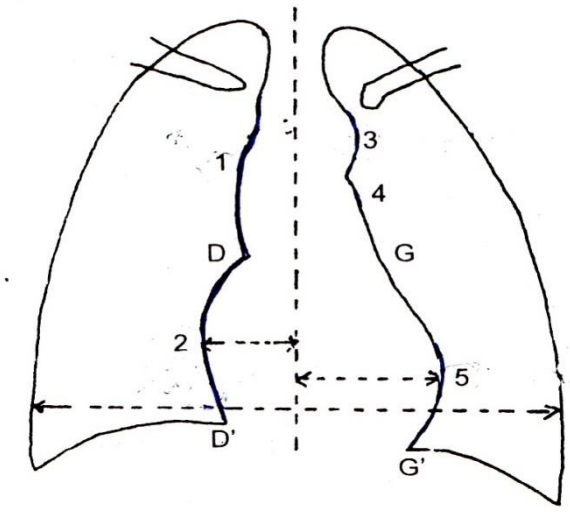
4. Cận lâm sàng:

4.1. X Quang tim phổi:

Ở tư thế thẳng:

- Bên phải có 2 cung:
  + Cung trên là tĩnh mạch chủ trên (1)
  + Cung dưới là tâm nhĩ phải (2)
- Bên trái có 3 cung:
  + Cung trên là quai động mạch chủ (3)
  + Cung giữa là thân động mạch phổi (4)
  + Cung dưới là tâm thất trái (5)

Tính kính thước tim (Chỉ số tim/ngực): Đường kính chỗ lớn nhất của tim/ Đường kính lớn nhất của lồng ngực < 50%, nếu > 50% là tim to.



Hình 2. X quang tim – phổi tư thế thẳng

4.2. Đo điện tim: Chẩn đoán trong 3 lĩnh vực:

- Bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ.
- Dày và dãn các buồng tim.
- Nhịp tim.

4.3. Siêu âm tim: Khảo sát được hình thái và hoạt động của các van tim, các buồng tim và các mạch máu.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Bộ máy tuần hoàn có đặc điểm nào sau đây:

A. Gồm có tim và hệ thống mạch máu.
B. Vận chuyển o xy (O_2) đến các mô.
C. Mang khí cacbonic (CO_2) về phổi để đào thải ra ngoài.
D. Có tất cả các đặc điểm trên.

Câu 2: Phân mức độ khó thở của hội tim mạch New York Hoa Kỳ thì khó thở khi hoạt động bình thường là:

A. Khó thở mức độ 1.
B. Khó thở mức độ 2.
C. Khó thở mức độ 3.
D. Khó thở mức độ 4.

Câu 3: Khi đo huyết áp ở cánh tay và ở đùi cùng một thời điểm, bình thường huyết áp tâm thu ở cánh tay thấp hơn huyết áp tâm thu ở đùi 20 mmHg.

A. Đúng.
B. Sai

Câu 4: Khi nghe tim vị trí ổ van động mạch phổi nghe ở:

A. Liên sườn 2 cạnh bờ trái xương ức
B. Liên sườn 3 cạnh bờ trái xương ức
C. Liên sườn 2 cạnh bờ phải xương ức
D. Sụn xườn 6 cạnh bờ phải xương ức

Câu 5: Khi Thày thuốc nghe tim bệnh nhân, tư thế bệnh nhân nằm ngửa là tư thế duy nhất để nghe tim.

A. Đúng
B. Sai

TĂNG HUYẾT ÁP

I. MỤC TIÊU HỌC TẬP:

1. Trình bày được khái niệm về huyết áp.
2. Trình bày được trị số bình thường và tăng huyết áp ở người Việt Nam.
3. Phân loại huyết áp theo nguyên nhân, theo mức độ, theo giai đoạn của bệnh.
4. Trình bày triệu chứng, biến chứng của bệnh tăng huyết áp.
5. Trình bày các biện pháp điều trị và dự phòng dự phòng bệnh tăng huyết áp.

II. NỘI DUNG:

1. Khái niệm:

- Huyết áp động mạch: Là áp lực của máu tác động lên thành động mạch.

- Huyết áp tâm thu – Huyết áp tâm trương:

+ Khi tim co bóp, áp lực máu trong động mạch lớn nhất gọi là huyết áp tâm thu (huyết áp tối đa)

+ Khi tim nghỉ cơ tim dãn ra tạo nên áp lực âm tính trong các buồng tim để hút máu về lúc này áp lực máu trong động mạch xuống thấp nhất ta đo được huyết áp (HA) tâm trương (Huyết áp tối thiểu)

- Huyết áp trung bình: của người Việt Nam > 15 tuổi là 120/75 mmHg (Viện Tim Mạch Việt Nam – 1992)

- Khoảng cách (Hiệu số): HA tâm thu –HA tâm trương = 30-50 mmHg.

- Tăng huyết áp: Nếu HA ≥ 140 / 90 mmHg được gọi là tăng huyết áp (tăng HA có thể tăng cả huyết áp tâm thu và HA tâm trương hoặc chỉ tăng một trong hai dạng đó)

2. Phân loại tăng huyết áp:

2.1. Theo nguyên nhân:

2.1.1. Bệnh tăng HA nguyên phát: Chiếm 95% các trường hợp chưa rõ nguyên nhân.

2.1.2.Tăng huyết áp thứ phát: Tăng huyết áp chỉ là triệu chứng của những bệnh này.

- Do thuốc: Thuốc chống thụ thai, cam thảo, ACTH và corticoid, non steroid

- Trong thai nghén.

- Trong một số bệnh thực thể:

+ Các bệnh về thận: Viêm cầu thận, viêm bể thận, hẹp động mạch thận, u thận, suy thận, lao thận,…

+ Các bệnh tim mạch: Hẹp eo động mạch chủ, hở van động mạch chủ.

+ Các bệnh nội tiết: U tuỷ thượng thận, tăng aldosterone nguyên phát, hội chứng Cushing…

2.2. Phân loại huyết áp theo mức độ:

Theo Tổ chức y tế thế giới / Hội tăng huyết áp thế giới năm 1999 được tiếp tục công nhận năm 2003:

Phân loại	**Huyết áp tâm thu** (mmHg)	**Huyết áp tâm trương** (mmHg)
Tối ưu Bình thường Bình thường cao	< 120 < 130 130 - 139	< 80 < 85 85 - 89
Tăng huyết áp độ 1 (Nhẹ)	**140 – 159**	**90 – 99**

Phân nhóm giới hạn **Tăng huyết áp độ 2** (TB) **Tăng huyết áp độ 3** (nặng)	140 – 149 **160 – 179** **≥ 180**	90 – 94 **100 – 109** **≥ 110**
Tăng huyết áp tâm thu đơn độc Phân nhóm: giới hạn	≥ 140 140 – 149	< 90 < 90

2.3. Phân loại tăng huyết áp theo giai đoạn của bệnh: Theo tổ chức y tế thế giới / Hội tăng huyết áp thế giới 1993:

- Giai đoạn 1: Không có dấu hiệu khách quan về tổn thương thực thể.

- Giai đoạn 2: Có ít nhất một dấu hiệu tổn thương cơ quan đích:

+ Hẹp động mạch võng mạc.

+ Dày thất trái

+ Protein niệu.

+ Có mảng xơ vữa ở các động mạch lớn (ĐM cảnh, ĐM chủ, ĐM đùi)

- Giai đoạn 3: Có triệu chứng và dấu hiệu là hậu quả của tổn thương cơ quan.

+ Tim: Đau thắt ngực, nhồi máu cơ tin, suy tim.

+ Đột quỵ não, thiếu máu não, bệnh não do tăng huyết áp.

+ Đáy mắt: Xuất huyết, xuất tiết, phù giai thị

+ Thận: Creatinin huyết tương > 2 mg/dl, suy thận

+ Mạch máu: Phồng tách mạch, tắc mạch.

3. Triệu chứng

3.1. Triệu chứng cơ năng: Có khi không có biểu hiện gì, có khi biểu hiện bằng các triệu chứng gợi ý:

- Nhức đầu từng cơn hay liên tục ở gáy, 2 bên thái dương, 2 nhãn cầu, gốc mũi, có khi cảm giác như đội mũ chật.

- Ù tai, hoa mắt.

- Giảm trí nhớ, hay quên.

3.2. Triệu chứng thực thể:

3.2.1. Đo huyết áp: Trị số huyết áp cao ≥ 140/90 mmHg

- Cách đo huyết áp:

+ Trước khi đo huyết áp cho bệnh nhân nằm nghỉ 15 – 20 phút.

+ Đo 2 lần khi khám.

+ Đo 3 ngày liên tiếp với cùng 1 máy đo, cùng một thời điểm đo, cùng một người đo.

+ Đo huyết áp cả tay và chân.

+ Đo ở các tư thế nằm, ngồi.

3.2.2. Khám tim có thể thấy:

- Diện đục của tim to ra.

- Tiếng T1 mạnh.

- Tiếng thổi tâm thu ở mỏm tim.

- Mạch: Căng và nẩy mạnh, nghe ở cạnh rốn nếu có tiếng thổi tâm thu là do hẹp động mạch thận

- Soi đáy mắt: Có thể có dấu hiệu tổn thương.

3.3. Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm sinh hoá máu:

+ Glucose, Cholesterol, Triglyserid, LDL-Cholesterol: có thể tăng

+ HDL-Cholesterol: có thể giảm.

- Xét nghiệm nước tiểu: tìm Protein, HC. BC.

- Điện tim.

- Siêu âm tim, siêu âm tổng quát.

4. Biến chứng

4.1. Tim: Biểu hiện sớm: Dày thất trái, nếu không điều trị dẫn đến dãn thất trái và suy tim. Động mạch vành cũng dần xơ vữa, gây ra thiếu máu cơ tim cục bộ làm xuất hiện những cơn đau thắt ngực, mức độ tăng nặng có thể gây nhồi máu cơ tim.

4.2. Não: Mạch máu não xơ vữa mất tính đàn hồi, biến dạng, dễ tạo thành các túi phồng dễ gây đột quỵ não.

4.3. Thận: Động mạch thận dần dần bị xơ hoá, lâu ngày dẫn tới teo 2 thận, cuối cùng là suy thận.

4.4. Mắt: Soi đáy mắt có hiện tượng hẹp động mạch võng mạc, nặng hơn là xuất huyết võng mạc, xuất tiết, phù gai thị.

5. Điều trị

5.1. Nguyên tắc chung

- Điều trị nguyên nhân

- Đưa huyết áp về mức cần thiết và ổn định, giảm tai biến và tử vong.

- Điều trị lâu dài, không giới hạn thời gian, có khi điều trị suốt đời.

- Lựa chọn thuốc phù hợp và liều tối ưu, ít có tác dụng phụ.

5.2. Các biện pháp không dùng thuốc:

- Chế độ ăn uống: Giảm muối, giảm mỡ.

- Chế độ luyện tập phù hợp, giảm cân nặng (Nếu béo).

- Chế độ làm việc phù hợp tránh gắng sức và Stress.

- Không hút thuốc, hạn chế rượu, café.

5.3. Các nhóm thuốc thường dùng:

5.3.1. Thuốc lợi tiểu:

- Hypothiazit 25 mg: Uống 1 viên/ ngày
- Natrilix 1,5 mg: Uống 1 viên/ ngày

5.3.2. Thuốc liệt giao cảm:

- Aldomet, Dopegyt, resecpin hàm lượng 250 mg

5.3.3. Ức chế thụ thể giao cảm Bê-ta:

- Propanolol (Inderal, Avlocardin) 40 mg
- Atenolol (Tenormin) 50 mg.

5.3.4. Thuốc ức chế can xi:

- Nifedipin viên 5 mg, 10 mg, 20mg
- Amlodipin viên 5 mg

5.3.4. Thuốc tác dụng vào hệ RAA (Renin-Angiotensin-Aldosterone)

- Thuốc ức chế men chuyển:

+ Captopril 25 mg, enalapril (Ednyt) viên 5 mg, Peridopril (Coversyl) viên 4 mg.

- Các thuốc đối kháng thụ thể AT1 của angiotensin II như:

+ Irbesartan (Aprovel) viên 150 mg, Telmisartan (Micardis) viên 40 mg.

6. Dự phòng:

- Khám sức khoẻ thường xuyên, định kỳ.
- Thực hiện chế độ làm việc, nghỉ ngơi hợp lý
- Hạn chế muối, tránh các chất kích thích (Thuốc lá, café, rượu, trà…)
- Trong sinh hoạt tránh căng thẳng, xúc cảm mạnh.
- Thường xuyên thể dục thể thao phù hợp.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Phân loại mức độ tăng huyết áp theo Tổ chức Y tế Thế giới và Hội tăng huyết áp Thế giới năm 1999 được tiếp tục công nhận năm 2003 có:

A. 2 mức độ.
B. 3 mức độ.
C. 4 mức độ.
D. Tất cả đều sai.

Câu 2: Khi xét nghiệm nước tiểu của bệnh nhân tăng huyết áp kết quả có Protein thì phân loại theo giai đoạn của bệnh là:

A. Giai đoạn 1.
B. Giai đoạn 2.

C. Giai đoạn 3.
D. Giai đoạn 4.

Câu 3: Thuốc điều trị hạ huyết áp Nifedipin thuộc nhóm:

A. Lợi tiểu.
B. Ức chế men chuyển.
C. Ức chế thụ thể giao cảm Bê-ta.
D. Ức chế Can xi.

Câu 4: Biến chứng của bệnh tăng huyết áp tới 4 cơ quan đích là: Tim – mạch, Gan, Phổi, Tụy.

A. Đúng
B. Sai

Câu 5: Áp lực của máu tác động lên thành động mạch được gọi là huyết áp động mạch:

A. Đúng
B. Sai

Đáp án: Câu 1: B, Câu 2: B, Câu 3: D, Câu 4: B, Câu 5: A.

CÁC BỆNH VAN TIM

I. MỤC TIÊU HỌC TẬP:

1. Trình bày được hoạt động sinh lý của tim.
2. Trình bày được rối loạn huyết động học trong các bệnh van tim.
3. Trình bày triệu chứng cơ năng, thực thể các bệnh van tim
4. Trình bày các biến chứng của các bệnh van tim.

II. NỘI DUNG:

1. Nhắc lại sinh lý chu kỳ tim: gồm 2 thì

2.1. Thì tâm thu: *(4/10 giây)*

- Thì nhĩ thu: 2 nhĩ co bóp dồn hết 1/10 số máu ở tâm nhĩ xuống tâm thất, thì này chiếm 1/10 giây.

- Thì thất thu: 2 thất co bóp tống máu vào 2 động mạch, van 2 lá và van 3 lá đóng lại. Van động mạch chủ và van động mạch phổi mở ra. Thì này chiếm 3/10 giây.

2.2. Thì tâm trương: *(4/10 giây)*

- Toàn bộ tim nghỉ:

- Hai van động mạch đóng lại, van 2 lá và van 3 lá mở ra. Máu được hút xuống tâm thất.

- Mỗi chu chuyển tim khoảng 8/10, mỗi phút có khoảng 75 chu kỳ tim tức là 75 lần tim đập.

2. Tiếng tim: khi nghe 2 tiếng tim:

- Tiếng thứ nhất: T1 nghe rõ ở mỏm tim: do van 2 lá và van 3 lá đóng cùng 1 lúc.

-Tiếng thứ hai: T2 nghe rõ ở đáy tim khoang liên sườn 2 bên phải hoặc bên trái cách bờ xương ức khoảng 1,5 Cm.

MỘT SỐ BỆNH VAN TIM THƯỜNG GẶP

A. HẸP LỖ VAN 2 LÁ

1. Đại cương: Hẹp lỗ van 2 lá là một bệnh van tim thường gặp nhất ở nước ta chiếm 40,3% số người mắc bệnh tim, 99% nguyên nhân là hậu thấp. Mặc dù ở nhiều bệnh nhân không ghi nhận có biểu hiện ở khớp (Khoảng 30% trường hợp) vì nhiều thể bệnh không có biểu hiện ở khớp.

2. Nhắc lại giải phẫu: Van 2 lá hơi hình bầu dục, có 2 lá van rất mỏng gồm van lớn: trước phải, van nhỏ: sau trái dính liền với thành nhĩ trái. Van mở đủ rộng để máu từ nhĩ trái xuống thất trái trong thời kỳ tâm trương và đóng kín không cho máu từ thất trái tràn ngược lên nhĩ trái trong thời kỳ tâm thu. Bình thường lỗ van rộng 4-6Cm^2

3. Nguyên nhân và rối loạn huyết động học:

3.1. Nguyên nhân: Chủ yếu là do thấp tim chiếm 99%.

3.2. Rối loạn về huyết động học: Trong thì tâm trương máu từ tâm nhĩ trái xuống tâm thất trái khó khăn (Do van 2 lá hẹp) nên máu ứ lại ở tâm nhĩ trái làm tăng áp lực ở nhĩ trái, sau đó máu ứ lại ở phổi gây tăng áp lực tuần hoàn phổi, về lâu dài làm tâm thất phải tăng co bóp dẫn đến suy tim phải.

4. Triệu chứng học:

4.1. Toàn thân: Nếu hẹp van 2 lá xảy ra trước tuổi dậy thì, người bệnh có dáng nhỏ bé, dậy thì chậm, tím ở môi.

4.2. Cơ năng:

- Khó thở nhất là khi gắng sức hoặc nằm đầu thấp.

- Ho: Có thể ho ra máu

- Cảm giác tim đập mạnh

- Có thể phát hiện tình cờ khi đi khám tim, hoặc qua biến chứng liệt nửa người.

4.3. Triệu chứng thực thể:

- Sờ: Ở mỏm tim có rung mưu tâm trương.

- Nghe ở mỏm tim:

+ Tiếng rung tâm trương (Đây là triệu chứng quan trọng nhất).

+ Tiếng thổi tiền tâm thu.

+ Tiếng T1 đanh

+ Clắc mở van 2 lá

+ T2 vang mạnh ở đáy tim.

5. Cận lâm sàng:

- X Quang ngực thẳng:

+ Cung giữa bên trái vồng lên vì ĐM phổi dãn lớn.

+ Cung dưới bên phải có hình bóng đôi do nhĩ trái lớn.

- Điện tim: Dày nhĩ trái, dày thất phải, có thể có rung nhĩ.

- Siêu âm có giá trị trong chẩn đoán.

6. Biến chứng:

- Rối loạn nhịp tim: Thường gặp rung nhĩ

- Tắc nghẽn mạch máu: Não, phổi, gan…

- Biến chứng ở phổi: Nhiễm khuẩn phổi.

- Suy tim phải.

7. Điều trị và dự phòng:

- Nội khoa: Chủ yếu là điều trị biến chứng và dự phòng tái phát.
- Ngoại khoa: nong van tim, thay van tim

- Dự phòng phát hiện và điều trị sớm bệnh thấp tim.

B. HỞ LỖ VAN HAI LÁ

1. Đại cương: Hở van 2 lá là tình trạng van không đóng kín trong thì tâm thu làm một lượng máu phụt ngược trở lại tâm thất trái lên tâm nhĩ trái. Tỷ lệ gặp 5 – 24% trong tổng số các bệnh lý tim mạch.

2. Nguyên nhân:

- Thấp tim.

- Chấn thương: đứt dây chằng van 2 lá.

- Rách lá van do viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn.

3. Rối loạn về huyết động:

Do lỗ van 2 lá bị hở nên đóng không kín trong thì tâm thu, do đó một lượng máu phụt ngược trở lại tâm nhĩ trái gây nên tiếng thổi tâm thu.

Trong thì nhĩ thu: Một lượng máu lớn xuống tâm thất trái nên tâm thất trái phải tăng sức co bóp để tống máu đi, dẫn đến suy tim trái và suy tim toàn bộ.

4. Triệu chứng:

4.1. Triệu chứng cơ năng: Có thể không triệu chứng, bệnh nhân phát hiện tình cờ qua khám bệnh hoặc có khó thở.

4.2. Triệu chứng thực thể:

- Nhìn: Có thể thấy mỏm tim đập mạnh và kéo dài, lệch xuống dưới và ra ngoài vị trí bình thường.

- Sờ: Có thể thấy rung mưu tâm thu ở mỏm tim.

- Nghe: Tiếng thổi tâm thu dạng phụt ở mỏm tim lan dọc bờ trái xương ức, lên nách.

5. Cận lâm sàng:

- X quang ngực thẳng: Nhĩ trái và thất trái to.

- Điện tâm đồ: Dày nhĩ trái, dày thất trái.

- Siêu âm tim: Giúp chẩn đoán xác định hở van 2 lá, đánh giá tình trạng lá van, vòng van, dây chằng, đo kích thước tâm nhĩ trái, tâm thất trái (trong trường hợp giãn tâm nhĩ trái và giãn tâm thất trái).

6. Biến chứng:

- Rối loạn nhịp tim.

- Suy tim.

- Tắc nghẽn động mạch (nhất là mạch máu não).

- Thấp tim tái phát.
- Phù phổi cấp.

- Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn.

7. Điều trị:

- Nội khoa: Điều trị các biến chứng, quan trọng nhất là điều trị dự phòng thấp tim tái phát và viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn.

- Ngoại khoa: Phẫu thuật sửa hoặc thay van tim.

C. HẸP LỖ VAN ĐỘNG MẠCH CHỦ

1. Đại cương:

Hẹp lỗ van động mạch chủ là tình trạng van động mạch chủ không mở hết trong thời kỳ tâm thu gây ách tắc đường tống máu từ tâm thất trái vào động mạch chủ.

Bình thường diện tích van động mạch chủ từ 3 – 5 Cm^2, các lá van mỏng, mềm mại. Khi các lá van bị dày, xơ và vôi hóa, dính sẽ làm hạn chế độ mở của van gây nên hẹp van động mạch chủ. Lúc đó diện tích lỗ van mở trong thì tâm thu chỉ còn < 2 Cm^2.

Bệnh hay gặp ở người lớn tuổi, nam giới chiếm 25% các bệnh van tim ở người lớn, điều trị nội khoa còn khó khăn, chủ yếu phải phẫu thuật khi có chỉ định.

2. Nguyên nhân:

- Thấp tim: Hiện nay hẹp lỗ van động mạch chủ do thấp tim có su hướng giảm rõ rệt. Khoảng 20% Các bệnh hẹp lỗ van động mạch chủ đơn thuần, còn đa số là có tổn thương van tim phối hợp. Nhất là có kèm theo hở lỗ van động mạch chủ, hẹp lỗ van 2 lá.

- Do thoái hóa: Thường gặp ở người cao tuổi, các mép van không bị tổn thương mà chỉ bị can xi hóa (vôi hóa) ở nền van, chỗ sát với động mạch chủ, làm cho van mở hạn chế. Thường không có hở van động mạch chủ kèm theo. Quá trình vôi hóa, xơ hóa lan rộng đến diện van và cả lá trước van 2 lá. Có thể cả loét mủn nên dễ gây tắc mạch.

- Vữa xơ động mạch: Thường ở người có yếu tố nguy cơ cao của xơ vữa mạch. Nhất là có rối loạn lipide máu nặng, động mạch chủ xơ vữa nặng kết hợp với xơ vữa mạch máu ở các nơi khác.

3. Rối loạn huyết động:

Do lỗ van động mạch chủ bị hẹp nên trong thì tâm thu tống máu vào động mạch chủ khó khăn, dòng máu xoáy mạnh và kéo dài tạo nên tiếng thổi tâm thu tống máu (dạng phụt).

Do áp lực trong tâm thất trái tăng nên tâm thất trái tăng sức co bóp dẫn đến phì đại tâm thất trái, suy thất trái và suy tim trái cuối cùng là suy tim toàn bộ.

4. Triệu chứng:

4.1. Triệu chứng cơ năng: Có thể xuất hiện khi gắng sức như:

- Ngất sau gắng khi gắng sức, có thể đi sau một cơn đau thắt ngực.

- Cơn đau thắt ngực khi gắng sức là triệu chứng rất thường gặp .

- Lâu dài có các triệu chứng cơ năng của suy tim như: khó thở khi gắng sức, có thể có khó thở kịch phát, ho, phù…

4.2. Triệu chứng thực thể:

- Sờ thấy rung mưu tâm thu ở ở liên sườn II cạnh bờ phải xương ức.

- Nghe: Tiếng thổi tâm thu dạng tống máu ở ổ van động mạch chủ, lan lên cổ, có thể thấy tiếng T2 nhỏ.

- Huyết áp: Huyết áp tâm thu thấp, huyết áp tâm trương bình thường.

5. Cận lâm sàng:

- X quang ngực thẳng: Cung thất trái lớn, quai động mạch chủ giãn.

- Điện tâm đồ: Dày thất trái.

6. biến chứng:

- Suy tim
- Bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ.
- Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn.
- Đột tử (chết đột ngột)

7. Điều trị:

- Nội khoa: Điều trị biến chứng, quan trọng nhất điều trị thấp tim tái phát và viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn.
- Ngoại khoa: Phẫu thuật sửa hoặc thay van tim.

D. HỞ LỖ VAN ĐỘNG MẠCH CHỦ

1. Nguyên nhân:

- Thấp tim thường kết hợp với hẹp lỗ van 2 lá hoặc hẹp lỗ van động mạch chủ.
- Giang mai, nếu hở lỗ van 2 động mạch chủ có kèm theo phình động mạch chủ hoặc hở van động mạch chủ đơn thuần.

2. Rối loạn huyết động:

Do lỗ van động mạch chủ bị hở nên đóng không kín trong thì tâm trương, một lượng máu phụt ngược lại tâm thất trái gây nên thiếng thổi tâm trương, và cùng với máu từ tâm nhĩ trái xuống nên lượng máu ở tâm thất trái tăng lên. Do đó tâm thất trái phải tăng sức co bóp để tống một lượng máu lớn vào động mạch chủ dẫn đến phì đại và suy tim trái.

3. Triệu chứng:

3.1. Triệu chứng cơ năng: Có thể khó thở khi gắng sức hoặc nằm đầu thấp hoặc không có triệu chứng chứng cơ năng mà tình cờ phát hiện được khi khám tim.

3.2. Triệu chứng thực thể:

Nhìn: Có thể thấy mỏm tim đập mạnh và kéo dài, lệch xuống dưới và ra ngoài vị trí bình thường.

Nghe tim: Tiếng thổi tâm trương ở liên sườn III cạnh bờ ức trái (ổ Erb - Botkins) lan xuống mỏm tim, có cường độ nhẹ. Nếu để bệnh nhân ngồi cúi về phía trước và thở ra tối đa rồi nín thở sẽ nghe rõ hơn.

Các dấu hiệu ngoại biên:

- Huyết áp: Huyết áp tâm thu bình thường hoặc tăng, huyết áp tâm trương thấp.
- Mạch Corrigan: Mạch nẩy mạnh, chìm xuống nhanh.
- Tiếng thổi đôi: Durozier ở động mạch đùi.
- Dấu Musset: Động mạch cổ đập mạnh làm cổ gật gù theo nhịp tim.

- Dấu "lập lòe mao quản": Các móng tay thay đổi màu hồng đậm nhạt theo nhịp tim.

4. Cận lâm sàng:

- X quang ngực thẳng: cung thất trái to.
- Điện tim: Dày thất trái.

5. Biến chứng:

- Thấp tim tái phát.
- Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn.
- Cơn đau thắt ngực.
- Suy tim.

6. Điều trị:

- Nội khoa: Quan trọng nhất là điều trị dự phòng thấp tim tái phát và viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn.
- Ngoại khoa: Phẫu thuật sửa hay thay van tim.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Đặc điểm sinh lý chu kỳ tim gồm (Chọn ý đúng nhất trong câu):

A. Thì tâm thu và thì tâm trương.
B. Thì tâm thu chiếm 4/10 giây.
C. Thì tâm trương chiếm 4/10 giây.
D. Tất cả các đặc điểm trên.

Câu 2: Đặc điểm của van hai lá (Chọn ý sai trong câu):

A. Có 2 lá van rất mỏng gồm lá lớn và lá bé.
B. Ngăn cách giữa tâm nhĩ phải và tâm thất phải.
C. Bình thường lỗ van rộng khoảng 4 - 6Cm^2
D. Van hai lá mở ở thì tâm thu và đóng kín ở thì tâm trương.

Câu 3: Biến chứng của hở lỗ van hai lá là (Chọn câu đúng):

A. Suy tim.
B. Nghẽn động mạch.
C. Rối loạn nhịp tim.
D. Tất cả các biến chứng trên.

Câu 4: Nguyên nhân chủ yếu của các bệnh van tim là bệnh thấp tim.

A. Đúng.
B. Sai.

Câu 5: Một trong những nguyên nhân của hở lỗ van động mạch chủ đơn thuần là bệnh Giang mai.

A. Đúng.
B. Sai.

Đáp án: Câu 1: D, Câu 2: B, Câu 3: D, Câu 4: A, Câu 5: A.

CƠN ĐAU THẮT NGỰC VÀ NHỒI MÁU CƠ TIM

I. MỤC TIÊU HỌC TẬP:

1. Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng lâm sàng của cơn đau thắt ngực.

2. Trình bày được định nghĩa, nguyên nhân, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của nhồi máu cơ tim.

3. Trình bày hướng xử trí cơn đau thắt ngực và hướng điều trị nhồi máu cơ tim.

4. Trình bày cách dự phòng nhồi máu cơ tim.

II. NỘI DUNG:

A. CƠN ĐAU THẮT NGỰC

1. Đại cương: Cơn đau thắt ngực xảy ra khi có sự mất cân bằng gữa cung và cầu về o xy của cơ tim.

2. Nguyên nhân:

2.1. Do tổn thương thực thể: Trên 90% các trường hợp do hẹp đáng kể (> 75%) lòng của một hay nhiều động mạch (ĐM) vành, thường do xơ vữa động mạch vành.

2.2. Do cơ năng:

- Co thắt ĐM vành.

- Nhịp tim quá nhanh làm tâm trương ngắn lại.

- Hở van ĐM chủ quá nặng làm máu trở lại thất trái quá nhiều.

- Tăng quá thái nhu cầu o xy của cơ tim như trong hẹp khít van ĐM chủ…

3. Triệu chứng lâm sàng:

3.1. Hoàn cảnh xuất hiện: Thường xảy ra khi gắng sức, khi có stress, sau tắm lạnh, ăn quá no, có thể tự phát, cơn đau đột ngột sảy ra có thể không liên quan đến hoàn cảnh trên.

3.2. Mô tả cơn đau điển hình:

3.2.1. Vị trí: Đau đích thực của cơn đau thắt ngực điển hình là đau ở sâu phía sau xương ức ngay chính giữa ngực phân phối cân bằng cả 2 bên phải và trái. Còn kiểu đau nông ở ngay dưới núm vú trái (mỏm tim) hoặc dọc đường nách trước (T) cho cơn đau thắt ngực là ít điển hình hơn cho đau thắt ngực. Có thể ở vùng trước tim, vai trái hoặc vai phải, bụng trên lưng.

*3.2.2. Tính chất***:** Cảm giác bó chặt hoặc đè nặng hoặc như nhói châm, có khi là cảm giác nóng rát chính giữa ngực, bóp nghẹt lấy cổ không thở được.

3.2.3. Hướng lan của đau: Lan xuyên lồng ngực ra phía sau ra phía sau tới vùng gian bả, lên phía sau hai vai sang tay trái thường nhiều hơn tay phải, dọc mặt trong cánh tay, cẳng tay, đến ngón út. Có khi lan xa: lên cổ, hàm dưới, xuống thượng vị.

Cũng có khi khởi phát đau ở một trong các vùng kể trên mà không hề đau ngực.

3.2.4. Độ dài cơn đau: Từ 30 giây đến vài chục phút.

3.2.5. Hoàn cảnh xuất hiện: Khi đang hoặc sau gắng sức hoặc súc động nhưng mau lẹ giảm rõ và hết hẳn nếu nghỉ ngơi hoặc ngậm dưới lưỡi: Nitroglyserin hay Risordan.

3.3. Triệu chứng khác:

- Mạch, huyết áp có thể bình thường, có thể tăng nhẹ.

- Điện tâm đồ trong cơn: Có thể thấy hình ảnh tổn thương và hình ảnh thiếu máu (Khoảng ST, sóng T)

4. Xử trí:

- Cho bệnh nhân nằm nghỉ ngơi yên tĩnh, thoáng khí, thở nhẹ nhàng, giải thích bệnh nhân yên tâm tránh lo lắng.

- Cắt cơn đau: Cho ngậm dưới lưỡi 1 viên Nitroglyserin 0,5mg – 0,75mg có tác dụng ngay từ 1 – 2 phút và kéo dài từ 10 - 30 phút sau, hoặc dùng thuốc dán: Nitriderm hặc Transiderm Nitro hoặc xịt Nitromint spray vào miệng 1 – 2 lần.

- Theo dõi huyết áp, mạch trong cơn đau và sau 15 – 20 phút nếu vẫn còn đau cho ngậm tiếp 1 viên Nitroglyserin 0,5 mg hặc xịt Nitromint spray vào miệng 1 – 2 lần. Nếu cơn đau kéo dài trên 20 phút mặc dù đã sử dụng Nitroglyserin thì phải lưu ý đến khả năng nhồi máu cơ tim bệnh nhân cần phải được chuyển ngay lên tuyến trên.

B. NHỒI MÁU CƠ TIM

1. Định nghĩa: Nhồi máu cơ tim (NMCT) là một hội chứng gồm có cơn đau thắt ngực mạnh và kéo dài hơn cơn thường. Trên điện tâm đồ có những biến đổi đặc biệt, và có sự gia tăng hoạt động của một số men (Enzyme) trong huyết thanh.

2. Tuổi thường gặp: ở người trung tuổi 30% ở người 50 tuổi trở lên.

3. Nguyên nhân: Do xơ vữa mạch làm cho động mạch vành bị bít tắc lại ở thân hoặc ở nhánh lớn gây tình trạng thiếu máu, thiếu dinh dưỡng một vùng cơ tim vùng đó sẽ bị thoái hoá và hoại tử.

4. Triệu chứng lâm sàng:

4.1. Đau ngực: Là triệu chứng đáng chú ý nhất, thể điển hình đau giống như một cơn đau thắt ngực thông thường nhưng cường độ mạnh hơn, kéo dài hơn. Đau có tính chất đau ở sâu, người bệnh tả như: Đè nặng, kìm kẹp, như xoắn. Điểm đau ở giữa ngực và vùng thượng vị lan ra chi trên. Đau thường kèm theo chóng mặt buồn nôn và nôn, cơn đau không phải gắng sức nằm nghỉ cũng không giảm

4.2. Choáng: Tuỳ theo phản ứng của bệnh nhân, trước cơn đau có thể có bệnh nhân lo lắng, vật vã, nét mặt tái xanh, chân tay lạnh, vã mồ hôi, mạch nhanh, nhip thở nhanh, đôi khi buồn nôn và nôn, tiểu ít.

4.3. Các triệu chứng khác:

- Huyết áp cả 2 số hạ rất nhanh

- Sờ khó thấy mỏm tim đập

- Nghe tim có thể giảm cường độ, có thể bình thường.

- 50% có tiếng thổi tâm thu ở mỏm tim.

- Đôi khi có tiếng cọ màng tim

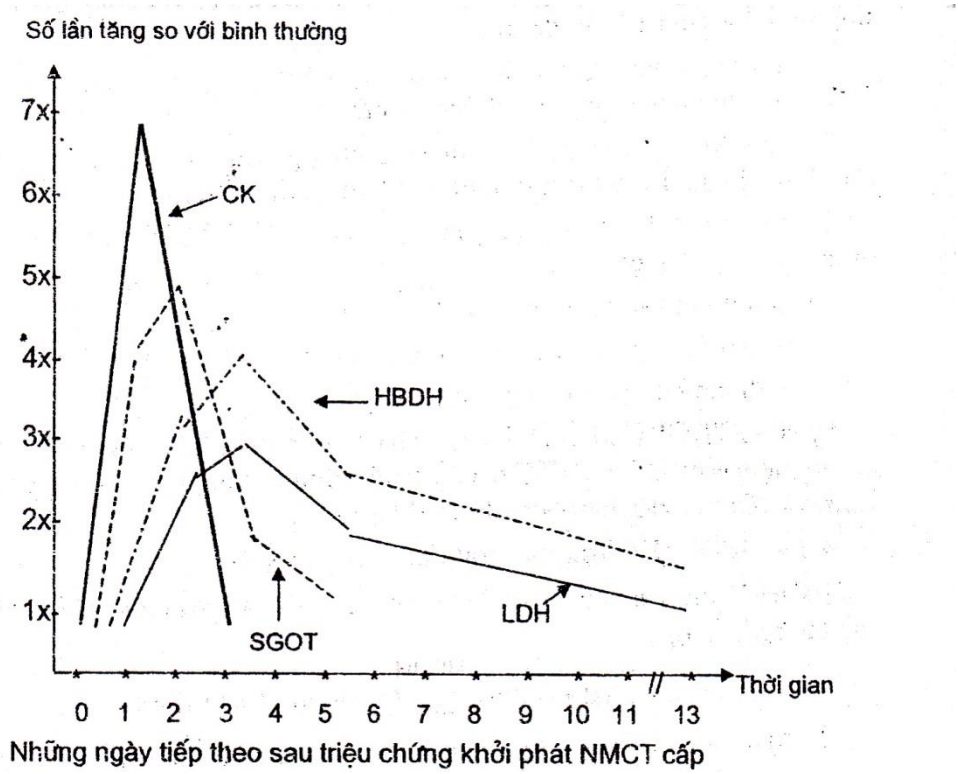
- Sốt: Sau 2 – 3 ngày.

4.4. Cận lâm sàng:

+ Điện tim: Giúp xác định chẩn đoán, diện tích nhồi máu, vị trí tổn thương, diễn tiến của bệnh.

+ Xét nghiệm sinh hoá máu:

- CK MB tăng (BT: < 24U/l)
- LDH tăng (BT: 230 – 460 U/l)
- SGOT tăng (BT: 10-40U/l)



Hình 3: Biểu đồ biểu diễn thay đổi enzime huyết thanh

5. Hướng điều trị:

- Nghỉ ngơi tuyệt đối, ăn lỏng nhẹ, chống táo bón.
- Theo dõi nhịp tim.
- Kiểm soát cơn đau
- An thần.
- Thở o xy.
- Phục hồi chức năng.

6. Dự phòng đối với bệnh đau thắt ngực và nhồi máu cơ tim:

- Khám sức khoẻ thường xuyên và định kỳ.
- Tránh các Stress căng thẳng về tâm lý, tránh lo âu xúc động.
- Làm việc nghỉ ngơi có điều độ, tránh các gắng sức.
- Không hút thuốc lá và không sử dụng các chất kích thích khác như: Rượu, bia, café…

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Cơn đau thắt ngực sảy ra khi:

A. Mất cân bằng gữa cung và cầu về o xy của cơ tim.
B. Lòng động mạch vành bị hẹp > 75%.
C. Chủ yếu do xơ vữa động mạch vành.
D. Tất cả các yếu tố trên.

Câu 2: Cơn đau thắt ngực điển hình có đặc điểm sau:

A. Đau sâu phía sau xương ức, cảm giác như bó chặt, đè nặng…
B. Hướng lan: ra sau lưng, lên vai, mặt trong cánh tay…
C. Thời gian từ 30 giây đến vài chục phút.
D. Tất cả các đặc điểm trên.

Câu 3: Đặc điểm của nhồi máu cơ tim là:

A. Thể điển hình như cơn đau thắt ngực, cường độ mạnh hơn, kéo dài trên 30 phút.
B. Thường gặp ở tuổi trung niên.
C. Do xơ vữa động mạch vành, gây bít tắc, làm hoại tử một vùng cơ tim.
D. Tất cả các đặc điểm trên.

Câu 4: Xử trí bệnh nhân có cơn đau thắt ngực: Cho bệnh nhân nằm nghỉ ngơi yên tĩnh, thoáng khí. Giảm đau bằng cách cho bệnh nhân ngậm dưới lưỡi 1 viên Nitroglyserin 0,5mg.

A. Đúng.
B. Sai.

Câu 5: Dự phòng cơn đau thắt ngực và nhồi máu cơ tim là: Không hút thuốc lá, không dùng các chất kích thích như rượu, bia, café, thuốc lá. Làm việc, nghỉ ngơi có điều độ tránh các Stress căng thẳng về tâm lý, tránh lo âu xúc động.

A. Đúng.
B. Sai

Đáp án: Câu 1: D, Câu 2: D, Câu 3: D, Câu 4: A, Câu 5: A.

SUY TIM

I. MỤC TIÊU HỌC TẬP:

1. Trình bày được khái niệm về suy tim.
2. Trình bày nguyên nhân, yếu tố thức đẩy suy tim.
3. Trình bày triệu chứng lâm sàng của suy tim.
4. Phân độ suy tim theo Hội Tim Mạch New York (NYHA)
5. Trình bày hướng điều trị suy tim

II. NỘI DUNG:

1. Đại cương:

1.1. Khái niệm: Suy tim là tình trạng suy giảm sức co bóp của cơ tim làm cho tim giảm khả năng cung cấp máu theo nhu cầu của cơ thể.

1.2. Sinh lý bệnh:

- Tim nhận máu từ hệ tĩnh mạch, và tống máu vào hệ đông mạch, chức năng huyết động thể hiện bằng cung lượng tim.

- Cung lượng tim = Tần số tim trong 1 phút x Thể tích 1 lần bóp.

- Cung lượng tim phụ thuộc vào 4 yếu tố:

+ Thể tích máu cuối thì tâm trương của tâm thất (Tiền gánh)

+ Sức cản mà cơ tim gặp phải khi co bóp tống máu (Hậu gánh)

+ Sức co bóp của cơ tim

+ Tần số tim.

- Trong suy tim: Do giảm sức co bóp của tim nên cung lượng tim giảm, huyết áp thấp. Cơ thể phản ứng lại bằng một loạt cơ chế thích ứng tại tim và ngoài tim:

+ Cơ chế tại tim: Dãn thất và dầy thất đều làm cho tim to ra. Tăng cường tính giao cảm làm tăng sức co bóp cơ tim và tăng tần số tim.

+ Cơ chế thích ứng ngoài tim:

* Hệ thần kinh giao cảm làm co mạch ngoại vi.

* Hệ RAA (Renin–Angiotensin–Aldosteron) được hoạt hoá làm tăng Angiotensin II là chất gây co mạch mạnh, và kích thích vỏ thượng thận tiết aldosterone tăng tái hấp thu muối và nước.

* Hê. ADH (Anti Diuretic Hormon): Kích tố chống bài niệu.

1.3. Nguyên nhân:

1.3.1. Bệnh của hệ tuần hoàn:

- Bệnh van tim hậu thấp, tim bẩm sinh, tăng huyết áp, bệnh mạch vành (Thiếu máu cơ tim, nhồi máu cơ tim) bệnh cơ tim tiên phát.

1.3.2. Các bệnh tạo suy tim cung lượng cao:

- Cường tuyến giáp (Basedow), thiếu máu, thiếu vitamin B_1 (Béri béri).

1.4. Những yếu tố đẩy nhanh quá trình phát sinh suy tim:

- Dùng thuốc không đúng (Trợ tim, chẹn thụ thể beta, ức chế dòng calci).

- Thấp tim tiến triển, viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn.

- Nhu cầu chuyển hoá gia tăng trong nhiễm khuẩn, thai nghén

- Tắc động mạch phổi, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản.

2. Triệu chứng:

2.1. Suy tim phải: Thường do các bệnh làm cản trở máu từ tim phải lên phổi như: hẹp lỗ van 2 lá, hẹp lỗ van động mạch phổi, các bệnh phổi mạn tính.

2.1.1. Triệu chứng cơ năng:

- Khó thở tăng dần.

- Đau tức vùng gan.

2.1.2. Triệu chứng thực thể:

- Phù: Thường phù 2 chi dưới với đặc điểm: Phù trắng, mềm, ấn lõm, giai đoạn sau phù tím. Có thể tràn dịch màng bụng, màng phổi, màng tim.

- Tím: Thường tím ở đầu chi, môi.

- Gan to mềm, nếu điều trị tốt gan nhỏ lại (Gan " Đàn xếp")

- Tĩnh mạch cổ nổi, Phản hồi gan tĩnh mạch cổ (+).

- Nước tiểu ít.

- Khám tim:

+ Mỏm tim đập ở mũi ức do tâm thất phải to, nhịp tim nhanh không đều, có thể có tiếng ngựa phi, có thể có tiếng thổi tâm thu ở van 3 lá. T2 tách đôi ở van động mạch phổi.

+ Nghe phổi: có ral ẩm, có thể có hội chứng 3 giảm.

+ Huyết áp có thể kẹp do huyết áp tối thiểu tăng.

2.1.3. Cận lâm sàng:

- Xquang: Tâm thất phải to, mỏm tim đẩy lên cao, cung động mạch phổi lớn.

- Điện tim: Nhịp nhanh, trục chuyển phải, dầy thất phải.

- Siêu âm tim: Dày thất phải, hở van tim, tăng áp lực động mạch phổi.

2.2. Suy tim trái: Thường do các bệnh ứ máu ở tâm thất trái, hoặc làm tăng công suất ở tâm thất trái như: Tăng huyết áp, hở lỗ van 2 lá, hở lỗ van động mạch chủ, hẹp lỗ van động mạch chủ, thiếu máu cơ tim, viêm cơ tim.

2.2.1.Triệu chứng cơ năng:

- Khó thở: là triệu chứng thường gặp, khó thở khi gắng sức. Đến giai đoạn sau khó thở cả khi lúc nghỉ ngơi, nằm cũng khó thở. Có thể xuất hiện cơn khó thở như phù phổi cấp, cơn hen tim.

- Ho: Do ứ máu ở phổi.

2.2.2. Triệu chứng thực thể:

- Mỏm tim đập lệnh sang trái và xuống thấp, nhịp tim nhanh nhỏ, có thể không đều có thể có tiếng ngựa phi, nghe có tiếng thổi tâm thu ở mỏm tim. Huyết áp có thể kẹp do huyết ám tối đa giảm.

- Nghe phổi có ral ẩm có thể có hội chứng 3 giảm

2.2.3. Cận lâm sàng:

- Xquang: Cung thất trái to, rốn phổi đậm.

- Điện tim: Trục lệch trái, dày thất trái.

- Siêu âm: Dày thất trái, hở van tim.

2.3. Suy tim toàn bộ: Bao gồm cả suy tim phải và suy tim trái.

*2.3.1. Triệu chứng lâm sàng***:** Chủ yếu của suy tin phải như khó thở thường xuyên, phù nhiều, có khi tràn dịch đa màng, phổi có nhiều ral ẩm, mạch nhanh yếu, huyết áp kẹp.

2.3.2. Cận lâm sàng:

- X Quang: Tim to toàn bộ, chỉ số tim / ngực > 50%

- Điện tâm đồ: Dày 2 tâm thất.

- Siêu âm: Dày và dãn 2 tâm thất.

2.4. Phân độ suy tim: theo NYHA (Hội Tim Mạch New York) 1994 chia 4 độ:

TT	Phân độ	Biểu hiện lâm sàng
1	**Độ I**	Có bệnh về tim nhưng vận động thể lực gần như bình thường, chưa biểu hiện khó thở.
2	**Độ II**	Đã có hạn chế vật động thể lực, khó thở khi gắng sức.
3	**Độ III**	Hạn chế vật động thể lực, khó thở khi vận động bình thường, hay mệt, hồi hộp, đau ngực.
4	**Độ IV**	BN mất khả năng vận động thể lực, khó thở thường xuyên, cả khi nghỉ ngơi.

2.5. Điều trị suy tim:

2.5.1. Điều trị nguyên nhân: Nguyên nhân suy tim, yếu tố thúc đẩy suy tim.

2.5.2. Biện pháp không dùng thuốc: Giảm hoạt động thể lực như nghỉ ngơi hợp lý, tuỳ theo mức độ suy tim. Ăn uống nhẹ, hạn chế muối, tránh Stress, làm việc phù hợp với điều kiện bệnh nhân.

2.5.3. Điều trị thuốc:

- Thuốc cường tim:

+ Digitalis:

Liều tấn công: Digoxin 0,25mg uống 1-3 viên /ngày (nếu creatinin máu BT). ở người già chỉ cho: 0,0625 – 0,125 mg, đôi khi 0,25 mg.
Liều duy trì: 1 viên / ngày cho 3 – 4 viên mỗi tuần.

- Thuốc lợi tiểu:

+ Furosemid 40 mg uống 1 – 3 viên / ngày

+ Spironolactol (Aldacton, Verospiron) 0,25mg uống 2-4 viên / ngày

- Thuốc giãn mạch:

+ Nhóm nitrat:

* Risordan 5 mg uống 1-2 viên / ngày,

* lenitral 2,5 mg uống 1-2 viên / ngày,

* Isosorbid mononitrat (Imdur 5 mg) uống 1-2 viên / ngày,

+ Nhóm ức chế men chuyển:

Thuốc	Biệt dược	Liều khởi đầu	Liều duy trì

Captopril	*Captopril*	6,25mg x 2	25mg x3
Perindopril	*Coversyl*	2 mg	4 mg

2.5.4. Ghép tim: Thực hiện phổ biến ở các nước tiên tiến trên thế giới.

2.5.5. Dự phòng:

- Phòng và điều trị thấp tim.

- Điều trị tích cực các bệnh toàn thân có thể dẫn tới suy tim.

- Thực hiện nghiêm chỉnh chế độ nghỉ ngơi, ăn uống và thuốc theo chỉ định khi đã xuất hiện suy tim.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Cung lượng tim phụ thuộc vào:

A. Tiền gánh.
B. Hậu gánh.
C. Sức co bóp của cơ tim, tần số tim.
D. Tất cả các yếu tố trên.

Câu 2: Những nguyên nhân đưa đến suy tim là:

A. Bệnh van tim hậu thấp.
B. Bệnh tăng huyết áp.
C. Bệnh cơ tim tiên phát.
D. Tất cả những bệnh lý trên.

Câu 3: Triệu chứng thực thể của suy tim phải là (chọn câu sai):

A. Phù, tím ở môi, đầu chi.
B. Gan "đàn xếp", tĩnh mạch cổ nổi.
C. Huyết áp kẹp do huyết áp tâm trương giảm.
D. Phản hồi gan tĩnh mạch cổ (+).

Câu 4: Phân độ suy tim theo Hội Tim mạch New York (Mỹ) năm 1994 được chia làm 4 độ.

A. Đúng.
B. Sai.

Câu 5: Một trong những nguyên nhân của suy tim phải là hở van 2 lá.

A. Đúng.
B. Sai.

Đáp án: Câu 1: D, Câu 2: D, Câu 3: C, Câu 4: A, Câu 5: B.

TRIỆU CHỨNG HỌC HỆ HÔ HẤP

I. MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được 5 triệu chứng cơ năng thường gặp của bệnh hô hấp.

2. Trình bày được 4 triệu chứng thực thể thường gặp của bệnh hô hấp.

3. Trình bày được các triệu chứng của hội chứng phế quản, hội chứng đông đặc, hội chứng ba giảm, hội chứng tràn khí màng phổi.

II. NỘI DUNG

1. Triệu chứng cơ năng:

Các bệnh về đường hô hấp có nhiều triệu chứng cơ năng, những triệu chứng này thường do:

- Chủ quan: Ho, đau ngực, khạc đờm, ho ra máu, khó thở.

1.1. Ho:

Ho là động tác thở ra mạnh và đột ngột một phản xạ do kích thích ở bộ máy hô hấp cơ quan hô hấp hô hấp và một số bộ phận khác.

Ho là một phản xạ tích cực nhằm loại bỏ các vật lạ, (thức ăn, bụi ...), hoặc các chất xuất tiết: dịch, đờm ở đường hô hấp tiết ra.

Ho là một triệu chứng rất thường gặp, tùy theo nguyên nhân mà tính chất về giá trị triệu chứng khác nhau.

1.1.1 Nguyên nhân:

Viêm họng, Viêm thanh quản, viêm khí phế quản, hen phế quản, bệnh phổi – phế quản tắc nghẽn mạn tính, giãn phế quản, ung thư phế quản, viêm phổi, áp xe phổi, lao phổi. ...

1.1.2. Biểu hiện lâm sàng:

Phân tích đặc điểm ho có thể giúp ích cho chẩn đoán:

- Âm thanh:

+ Kho khàn hoặc ho ông ổng: Trong viêm thanh quản.

+ Ho tiếng đôi (Tiếng ho lúc cao, lúc trầm): Trong liệt dây TK quặt ngược.

+ Ho nghe sâu: Do tổn thương đường hô hấp dưới, nhu mô phổi.

+ Ho đằng hắng, ho nông là viêm đường hô hấp trên.

- Ho khan hay có đờm:

+ Ho khan: Bệnh thanh quản, viêm họng hạt, viêm xoang, viêm tai xương chũm mạn tính …

+ Ho khạc đờm kèm theo sốt: Trong viêm phổi, lao phổi.

+ Ho dai dẳng có khạc đờm trong viêm phế quản mạn tính, giãn phế quản.

- Hoàn cảnh và thời gian xuất hiện ho:

+ Xuất hiện tự phát không có lý do có thể do: U, viêm dị ứng hoặc do lạnh …

+ Xuất hiện khi gắng sức: Trong hen phế quản.

+ Ho khi thay đổi tư thế trong: Tràn dịch, tràn khí màng phổi.

+ Ho xuất hiện buổi sáng ngủ dậy thường gặp viêm phế quản mạn tính.

+ Ho xuất hiện về đêm: Thường là triệu chứng khởi đầu của hen phế quản.

- Ho kịch phát, dai dẳng, mạn tính:

+ Ho kịch phát: gặp trong những nguyên nhân sau: Tràn khí màng phổi, hen phế quản, ho gà (Ho rũ rượi, gây nôn mửa, khạc đờm thành dây, thường xuất hiện về đêm), nhiễm vi rus, dị vật đường thở.

+ Ho mạn tính là ho kéo dài trên 3 tuần:

* Ung thư phổi (Trên một người hút thuốc lá dễ bị nhầm ho do hút thuốc).

* Lao phổi (Chương trình chống bệnh lao Quốc gia Việt Nam khuyến cáo khi ho trên 3 tuần cần phải khám lao phổi).

1.2. Khạc đờm:

Khạc đờm là sự ho và khạc ra ngoài các chất tiết, các sản phẩm bệnh lý nằm trong đường thở dưới nắp thanh môn.

1.2.1. Đặc điểm:

- Đặc điểm của đờm khạc ra từ đường hô hấp: Có ý nghĩa quan trọng trong chẩn đoán và điều trị. Nhưng trước tiên phải xác định có phải bệnh nhân ho khạc đờm thực sự hay không. Cần phân biệt những trường hợp sau đây không phải khạc đờm:

+ Nhổ ra nước bọt: Chất dịch (nước dãi) trắng trong và loãng, có bọt.

+ Khạc ra các chất từ mũi, họng bị hít xuống và nhổ ra.

- Cần xác định: Thời gian, số lượng, mùi, vị và tính chất của đờm.

+ Đờm trắng dính trong bệnh hen phế quản.

+ Đờm trong viêm phổi thùy đặc có màu " rỉ sắt ".

- Mùi của đờm: Mùi hôi thối thừng gặp trong áp xe phổi, viêm phổi ...

1.2.2. Nguyên nhân:

- Viêm phế quản cấp: Sau ho khan (5 – 7 ngày) là giai đoạn ho khạc đờm nhầy mủ vàng hoặc xanh kéo dài 1 – 2 tuần.

- Viêm phế quản mạn: Đờm khạc ra thường xuyên nhất là sáng ngủ dậy. Khi không có bội nhiễm thì ho khạc đờm nhầy, trắng hoặc hơi xám. Khi có đợt bùng phát bội nhiễm thì ho khạc đờm mủ nhầy.

- Viêm phổi:

+ Viêm phổi thùy do phế cầu: Ho khạc đờm thường ngày thứ 3 của bệnh, đờm dích khó khạc có lẫn ít máu gọi là đờm " rỉ sắt ". Kèm theo hội chứng đông đắc điển hình.

+ Phế quản phế viêm: Đờm nhầy mủ xanh hoặc mủ vàng.

+ Viêm phổi virus: Thường ho khan khạc đờm nhày trắng, khi có bội nhiễm thì khạc đờm nhầy mủ.

+ Hen phế quản: Khạc đờm ở cuối cơn khó thở, đờm dính, trắng, hoặc trong giống như bột lọc nấu chín. Có thể có hạt trai (Theo mô tả của Laennec).

+ Kén sán chó: Đờm loãng, trong vắt, có những hạt nhỏ như hạt kê, màu trong, xét nghiệm có đầu sán chó.

1.3. Ho ra máu:

Ho ra máu là hiện tượng máu từ đường hô hấp dưới, được thoát ra ngoài qua miệng khi ho. Ho ra máu thường là một cấp cứu nội khoa.

1.3.1. Đặc điểm lâm sàng:

- Hoàn cảnh xuất hiện: Ho khạc ra máu có thể xảy ra sau gắng sức, xúc động, phụ nữ đang kỳ kinh hoặc không có hoàn cảnh gì đặc biệt.

- Tiền triệu: Bệnh nhân cảm giác nóng rát sau xương ức, ngứa họng, tanh miệng hoặc ngất xỉu.

- Khạc máu:

+ Máu đỏ tươi, có bọt có thể chỉ là máu đơn thuần hoặc lẫn đờm.

+ Đuôi khái huyết: Bệnh nhân khạc máu ít dần màu sắc đen dần trong một vài ngày nữa sau khi được cầm máu là dấu hiệu đã ngừng chảy máu, thường gặp trong lao phổi (Máu khạc ra ít dần rồi đen lại).

1.3.2. Phân loại mức độ ho ra máu:

- Mức độ nhẹ: Ho từng bãi đờm nhỏ lẫn máu, tổng số máu đã ho ra < 50 ml, mạch và huyết áp bình thường.

- Mức độ vừa: Số lượng máu ho ra từ 50 – 200 ml, mạch nhanh, huyết áp bình thường, không có suy hô hấp.

- Mức độ nặng: Số lượng máu ho ra từ > 200 ml/1 lần hoặc 600 ml/48 giờ, suy hô hấp, trụy mạch.

- Ho máu " Sét đánh " xuất hiệt đọt ngột, ốc máu cới khối lượng lớn và tử vong. Nguyên nhân do mất máu hoặc tràn ngập máu ở 2 phổi, suy hô hấp và trụy mạch.

1.3.3. Các nguyên nhân chính ho ra máu:

- Áp xe phổi

- Lao phổi.

- Ung thư phổi.

- Giãn phế quản.

- Viêm phổi.

- Bệnh tim mạch và các bệnh khác.

1.4. Khó thở:

Là người bệnh không thoải mái, dễ dàng trong khi thở, cảm giác khó khăn, vướng mắc trong khi thở.

Khó thở làm thay đổi các đặc điểm các hoạt động thở bình thường của bệnh nhân như: Tần số thở, thời gian của thì hít vào, thở ra, sự phối hợp tham gia của các cơ hô hấp.

1.4.1. Cách đánh giá triệu chứng khó thở:

- Theo tần số: Bình thường tần số thở của 2 thì hô hấp là 16 – 20 lần / phút

+ Khó thở nhanh: Khi tần số > 20 lần/phút

+ Khó thở chậm: Khi tần số < 12 lần/phút

- Theo biên độ: Bình thường biên độ thở gần như bằng nhau giữa thì hít vào và thì thở ra. Khi có biến đổi về biên độ là có khó thở.

+ Khó thở thì hít vào: Thời gian hít vào kéo dài và khó khăn hơn thì thở ra.

+ Khó thở thì thở ra: Thời gian thở ra kéo dài và khó khăn.

- Theo kiểu thở: Bình thường nam giới có kiểu thở bụng (Kiểu hoành), nữ giới có kiểu thở ngực. Khi có biến đổi kiểu thở cũng là biểu hiện khó thở.

- Khi hỏi và khi khám bệnh nhân cần chú ý những điểm sau:

+ Hoàn cảnh xuất hiện.

+ Khó thở liên quan đến yếu tố môi trường.

+ Khó thở kèm theo các triệu chứng khác.

1.4.2. Mức độ khó thở:

- Mức độ I: Không hạn chế hoạt động thể chất.

- Mức độ II: Khó thở khi gắng sức.

- Mức độ III: Khó thở khi hoạt động nhẹ.

- Mức độ IV: Khó thở khi nghỉ ngơi

1.4.3. Nguyên nhân khó thở:

- Do bệnh lý thành ngực: Cấn thương, khối u, viêm cơ thành ngực..

- Bệnh lý màng phổi: Tràn dịch, tràn khí màng phổi.

- Do đường hô hấp trên (Thanh quản, khí quản): Do co thắt, phù nề thanh quản do viêm, do dị vật...

- Do hệ thống phế quản: Do chít hẹp lòng phế quản tùy theo múc độ chít hẹp mà có mức độ khó thở khác nhau một số bệnh thường gặp là:

- Viêm phổi nhất là viêm phổi thùy: Thường khó thở nhanh nông.

- Phế quản phế viêm: Khó thở nặng khó thở nhanh nông thường kèm theo các biểu hiện của suy hô hấp (Tím tái, mạch nhanh)

1.5. Đau ngực:

Đau ngực thường do các nguyên nhân: Tổn thương thành ngực (Cơ, xương, khớp), màng phổi, nhu mô phổi, một số bệnh lý của tim mạch. Ngoài ra có thể đau ngực là một phản xạ của các bệnh ở ổ bụng: Bệnh gan mật, dạ dày…

1.5.1. Biểu hiện lâm sàng:

Khi hỏi bệnh nhân cần chú ý các đặc điểm sau:

- Tính chất đau:

+ Đau đột ngột không báo trước, mức độ đau ngay lập tức ở mức tối đa: Gặp trong tràn khí màng phổi, Cơn đau thắt ngực.

+ Đau âm ỉ tăng dần: Tràn dịch màng phổi, K phổi, viêm phổi, áp xe phổi.

+ Đau tăng khi thay đổi tư thế, khi ho: Trong tràn dịch màng phổi, tràn khí màng phổi, đau tăng khi ấn vào thành ngực thường do bệnh lý ở thành ngực.

- Vị trí đau: Có thể gợi ý cơ quan tổn thương và bản chất của tổn thương:

+ Đau ngực trước: Thường gặp trong viêm khí - phế quản...

+ Đau ngực bên: Viêm phổi hoặc viêm màng phổi.

+ Đau dưới vú phải: Thường gặp trong viêm thùy giữa phổi phải cấp.

+ Đau vùng hạ sườn: Tràn dịch màng phổi hoặc viêm màng phổi.

+ Đau vùng đỉnh phổi lan xuống cánh tay: Thường gặp U vùng đỉnh phổi

- Liên quan cử động hô hấp:

+ Đau tăng khi thay đổi tư thế, hít sâu, khi ho: Thường gặp Viêm màng phổi, tràn dịch màng phổi, tràn khí màng phổi, Hội chứng trung thất.

+ Đau tăng khi ấn vào thành ngực; Do bệnh lý ở thành ngực.

1.5.2. Nguyên nhân đau ngực:

- Đau ngực do bệnh lý phổi – màng phổi:

+ Viêm phổi cấp.

+ Nhồi máu phổi.

+ Viêm khí phế quản.

+ Do bệnh lý màng phổi.

+ Lao phổi.

+ Ung thư phổi

- Đau ngực do bệnh ở thành ngực:

+ Gãy xương sườn:

+ Tổn thương sụn.

+ Tổn thương cơ.

+ Tổn thương TK liên sườn.

- Đau ngực do nguyên nhân khác.

1.6. Triệu chứng toàn thân:

Ngoài những triệu chứng chức năng trên, dấu hiệu toàn thân nếu có thì thường là những thể báo động:

1.6.1. Sốt:

- Thân nhiệt bình thường từ $36^0$8 – $37^0$3 C, trung bình là 37^0.
- Được gọi là sốt khi nhiệt độ cơ thể ≥ $37^0$5 C. Tùy mức độ của sốt (sốt nhẹ, sốt vừa, sốt cao) và tính chất của sốt (đột ngột, rét run, dao động, sốt về chiều …) giúp ta xác định chẩn đoán.

1.6.2. Mệt:

Là một trạng thái mệt mỏi mà bệnh nhân cảm thấy suốt ngày này qua ngày khác, không muốn và không thể làm gì được.

Nếu mệt mỏi cứ kéo dài, cần phải chụp X quang phổi, dù không có triệu chứng cấp tính của đường hô hấp.

1.6.3. Kém ăn và gầy mòn:

Ăn ít, mất ngon: Trong các bệnh phổi cấp tính có sốt thì việc kém ăn cũng không khác gì trong các bệnh viêm nhiễm khác. Sức đề kháng giảm dần, bệnh nhân gầy mòn, sụt cân đi song song với tiến triển của bệnh.

1.6.4. Rối loạn giấc ngủ:

Ho nhiều làm bệnh nhân mất ngủ, sau đó không ngủ trở lại được hoặc do bệnh thường xuyên xảy ra về đêm gần sáng: cơn hen phế quản, hen tim.

2. Khám thực thể bộ máy hô hấp:

Khám cơ quan hô hấp là phương pháp đánh giá sự hoạt động của cơ quan hô hấp, để phát hiện tình trạng bệnh hô hấp, để có hướng làm các xét nghiệm cận lâm sàng giúp cho chẩn đoán và điều trị.

2.1. Nhìn:

2.1.1. Tư thế người bệnh:

Nằm hoặc ngồi, tốt nhất là tư thế ngồi: Người bệnh bộc lộ hoàn toàn vùng ngực và lưng, ngồi ở tư thế nghỉ ngơi, cột sống thẳng, hai tay để dọc theo thân, hai vai buông thõng xuống. Bệnh nhân thở đều bằng mũi, nếu bệnh nhân không ngồi được thì có thể khám ở tư thế nằm ngửa và nằm nghiêng. Nguyên tắc chung là phải ở tư thế thoải mái, nghỉ ngơi, các cơ thành ngực không cứng.

2.1.2. Quan sát toàn thân:

Khám cơ quan hô hấp bao giờ cũng phải kết hợp với khám toàn thân:

- Da, niêm mạc: Tím tái trong bệnh lý phổi và tim do thiếu o xy.

- Ngón tay và ngón chân hình dùi trống gặp trong các bệnh nung mủ mạn tính như: Áp xe phổi, mủ màng phổi, tim bẩm sinh ...

- Hạch thượng đòn có thể là hạch ung thư phổi, hạch 2 bên cổ có thể là hạch lao.

2.1.3. Nhìn lồng ngực

Bình thường lồng ngực hai bên rất đối xứng với nhau. Trường hợp bệnh lý, lồng ngực có nhiều thay đổi, khi khám cần lưu ý sự biến dạng lồng ngực:

- Lồng ngực phình to các chiều: giãn phế quản.

- Lồng ngực giãn một bên: tràn dịch màng phổi.

- Lồng ngực lép và dẹt: gặp trong lao phổi, xẹp phổi…
- Lồng ngực lõm và co kéo: di chứng viêm dính màng phổi.

- Các cử động hô hấp:

+ Bình thường toàn bộ lồng ngực cử động theo nhịp thở , nếu lồng ngực bên nào giảm cử động thở là gợi ý bên đó bị tổn thương. Lồng ngực bị cố định thì thở ra gặp trong hen phế quản.

+ Quan sát các khoảng liên sườn, các hố trên và dưới xương ức: lúc thở vào các khoảng liên sườn bị co kéo: hẹp khí quản, viêm phế quản phổi…

+ Tần số thở và kiểu thở: Bình thường tần số thở là 16 – 20 lần/phút

+ Nhịp thở (hay biên độ thở) bình thường đều đặn giữa 2 thì, nếu thì thở nào kéo dài là khó thở thì đó.

+ Quan sát kiểu thở : Bình thường nam giới thở kiểu bụng (Kiểu hoành), nữ giới thở kiểu ngực. Nếu khám thấy có sự thay đổi tần số thở, nhịp thở, kiểu thở trên lâm sàng thì gọi là khó thở

2.2. Thao tác sờ:

- Dùng đầu ngón tay trỏ đặt vào 2 bên khí quản, cạnh khớp ức đòn 2 bên để tìm sự di lệnh của khí quản. Có thể kết hợp sờ mỏm tim để đánh giá sự di lệnh của trung thất.

- Dùng bàn tay áp sát vào thành ngực lần lượt thăm dò khung xương, trương lực cơ, các khoang liên sườn. Đồng thời tìm điểm đau khư trú, ấn tìm các u cục trên thành ngực, sự lép bép dưới da.

- Sờ rung thanh: Dùng một hoặc hai bàn tay áp sát trên thành ngực (Sờ rung thanh phía trước thì dùng một bàn tay), rồi bảo bệnh nhân đếm: 1 – 2 – 3, (Đếm chậm và to) sẽ thấy cảm giác rung ở lòng bàn tay: Đó là rung thanh của phổi. Phải đếm mẫu cho bệnh nhân bắt chước.

Lưu ý: Tìm rung thanh đối xứng và so sánh, bình thường rung thanh đều hai bên..

- Các trường hợp bệnh lý:

Rung thanh tăng: Trong hội chứng đông đặc phổi.

Rung thanh mất hoặc giảm: Tràn dịch màng phổi, tràn khí màng phổi, dày dính màng phổi, xẹp phổi...

2.3. Gõ phổi:

Mục đích: Đánh giá độ vang của phổi để biết những thay đổi của nó trong các trường hợp bệnh lý.

- Có 2 các gõ:

+ Gõ trực tiếp: Là dùng các đầu ngón tay cong lại và khép sát vào nhau rồi gõ trên thành ngực bệnh nhân, như vậy sẽ biết khái quát độ trong hoặc đục của lồng ngực.

+ Gõ gián tiếp: bàn tay trái của thầy thuốc áp sát vào thành ngực, các ngón tay cách đều nằn dọc các khong liên sườn (Riêng ngón giữa ấn mạnh hơn trên thành ngực). Rồi dùng ngón giữa của bàn tay kia gõ thẳng vunng góc lên đốt 2 bàn tay này. Động tác phải mạnh, nhanh, dứt khoát và chính xác bằng lực cổ tay, đồng thời phải gõ đều tay và so sánh đối sứng hai bên phổi.

- Kết quả:

+ Tiếng gõ trong: Gặp ở phổi người bình thường.

+ Tiếng gõ đục: Ở phổi đông đặc, tràn dịch màng phổi hoặc u phổi nằm sát thành ngực.

+ Tiếng gõ vang: Vang trong gặp trong hen phế quản, vang trống gặp trong tràn khí màng phổi.

2.4. Nghe phổi:

Là phương pháp cho ta nhiều thông tin nhất khi khám thực thể cơ quan hô hấp, có nhiều tổn thương phổi mà chỉ có nghe phổi mới phát hiện được.

Dùng ống nghe đặt sát lên thành ngực và nghe tất cả những vùng phổi, nghe đối xứng hai bên để so sánh.

2.4.1. Bình thường:

Nghe được tiếng rì rào phế nang, tiếng này nghe êm dịu, rõ ở thì hít vào và giai đoạn cuối của thì thở ra, do sự di chuyển của không khí trong và ngoài phế bào khi bệnh nhân hít thở.

2.4.2. Trường hợp bệnh lý, khi nghe phổi thấy:

Tiếng rì rào phế nang yếu hơn hoặc mất hẳn: khi có hiện tượng tràn dịch hay tràn khí ở màng phổi.

Ngoài những sự thay đổi của rì rào phế nang, trong bệnh lý còn gặp những tiếng bất thường khác.

2.4.2.1. Ran rít, ran ngáy (Còn gọi là loại ran khô):

Là tiếng ran xuất hiện khi luồng khí đi qua chỗ phế quản bị hẹp lại, do co thắt, bị chèn ép, phù nề niêm mạc, do khối u, do dị vật trong lòng phế quản ...

- Đặc điểm của ran rít và ran ngáy:

Đặc điểm	**Ran rít**	**Ran ngáy**
Cường độ	Trung bình hoặc cao, phụ thuộc vào mức độ tắc nghẽn phế quản	Phụ thuộc vào mức độ tắc nghẽn phế quản
Âm độ	Cao	Trầm
Âm sắc	Nghe như gió rít qua cửa	Nghe như tiếng gáy ngủ
Nghe thấy	Ở cuối thì thở vào và thở ra	Cuối thì thở vào và thở ra
Cơ chế	Chít hẹp phế quản vừa và nhỏ	Chít hẹp phế quản lớn

2.4.2. 3. Ran nổ:

- Là tiếng phát ra khi luồng không khí hít vào bóc tách các phế nang và các tiểu phế quản tận, bị lớp dịch rỉ viêm làm dính lại khi thở ra.

- Đặc điểm: Cường độ mạnh hay yếu phụ thuộc vào lưu lượng hô hấp, diện tích tổn thương, vị trí tổn thương so với thành ngực.

Âm độ cao, âm sắc khô, nhỏ, lép bép như tiếng muối rang, nghe rõ ở cuối thì hít vào, sau tiếng ho ran nổ nghe rõ hơn.

2.4.2. 4. Ran ẩm:

Là tiếng ran xuất hiện khi không khí chuyển động chất dịch xuất tiết trong phế quản và phế nang. Do lòng phế quản và phế nang có dịch xuất tiết nhiều và và lỏng.

- Đặc điểm:

+ Cường độ to nhỏ không đều,

+ Âm độ: Cao.

+ Âm sắc: nghe như tiếng lọc xọc của khí và dịch pha trộn.

+ Nghe rõ ở 2 thì (Thì hít vào và đầu thì thở ra)

- Ý nghĩa trong chẩn đoán: Ran ẩm nghe được khi viêm phế quản hoặc các bệnh lý khác gây xuất hiện dịch trong phế quản và phế nang: Lao hang xơ, phù phổi cấp…ngoài ra ran ẩm còn gặp trong ứ trệ vòng tiểu tuần hoàn trong phổi như: Suy tin trái, hẹp van 2 lá.

2.4.2. 5. Tiếng cọ màng phổi: Do hai lá thành và lá tạng của phổi cọ xát vào nhau, trong trường hợp màng phổi bị viêm và trong giai đoạn viêm khô. Tiếng cọ màng phổi mất đi khi bệnh nhân nín thở.

- Đặc điểm nghe thô ráp và ở nông cảm giác gần tai, cường độ và âm sắc thay đổi có khi nghe như tiếng kỳ tay vào lưng hoặc như tiếng cọ của 2 miếng lụa.

Tiếng cọ màng phổi nghe thấy ở cả 2 thì hô hấp, thì hít vào thường nghe rõ hơn.

3. Những hội chứng thường gặp trong hô hấp:

3.1. Hội chứng phế quản:

Hội chứng phế quản bao gồm những dấu hiệu cơ năng và những triệu chứng thực thể phát hiện được chủ yếu bằng nghe phổi. Hội chứng này xuất hiện khi hệ thống khí quản bị viêm, phù nề chít hẹp do co thắt, hoặc do chèn ép.

- Triệu chứng cơ năng: Trong hội chứng phế quản thường có đau ngực, ho khạc ra đờm hoặc khạc ra máu. Thường gặp: Viêm phế quản cấp, viêm phế quản mạn, hen phế quản, u phế quản …

- Triệu chứng thực thể: Có thể bình thường, có thể biểu hiện bệnh lý của từng nguyên nhân.

- Hội chứng co thắt phế quản: nghe ran rít, ran ngáy lan tỏa thường gặp trong hen phế quản. Ran ngáy phối hợp với ran ẩm thường gặp trong viêm phế quản

- Hội chứng ùn tắc: Nghe thấy chủ yếu là ran ẩm.

3.2. Hội chứng đông đặc:

Hội chứng đông đặc phổi là tình trạng bệnh lý, bình thường nhu mô phổi có nhiều phế nang và phế quản chứa không khí nên nó xốp. Khi nhu mô phổi bị tổn thương do viêm, phù nề, xuất tiết hoặc hoạt tử xơ hóa, kết đặc các khoảng chứa khí bị lấn át và biến dạng.

- Triệu chứng cơ năng: Phụ thuộc vào nguyên nhân gây bệnh, nhưng thường gặp là ho.

- Triệu chứng thực thể: Khám lâm sàng cần chú ý so sánh vùng tổn thương với vùng lành và với bên phổi đối diện.

+ Nhìn: Đánh giá sự cân đối của lồng ngực, so sánh sự di động của hao bên.

+ Sờ: Rung thanh tăng.

+ Gõ: Đục.

+ Nghe: Rì rào phế nang giảm hoặc mất, có thể có ran nổ.

- Tổn thương: Tùy theo nguyên nhân có thể có hoặc không.

- X-Quang – CT-Scaner lồng ngực: Giúp xác định nguyên nhân tổn thương.

- Hướng xử trí: Tùy theo nguyên nhân gây bệnh.

3.3. Hội chứng tràn dịch khoang màng phổi:

- Triệu chứng toàn thân: Tràn dịch do nhiễn trùng có thể có sốt, sút cân, mệt mỏi, kém ăn, mất ngủ...

- Triệu chứng cơ năng: Đau ngực kiểu đau màng phổi, tức nặng đôi khi rất đau tăng lên khi ho, hít sâu, đau khư trú.

+ Khó thở nhanh nông cả 2 thì, khó thở vào nhiều hơn, mức độ khó thở phụ thuộc vào mức độ tràn dịch và tư thế. Tràn dịch nhueefu bệnh nhân không thể nằm được, nói hụt hơi.

+ Ho: Thường ho khan liên tục khi thay đổi tư thế, khạc ra ít đờm trong.

- Triệu chứng thực thể:

+ Lồng ngực bên tràn dịch căng vồng, di động kém.

+ Hội chứng 3 giảm:

* Rung thanh giảm hoặc mất.

* Gõ đục.

* Rì rào phế nang: Giảm hoặc mất.

- X Quang:

Là chỉ định bắt buộc đối với mọi bệnh nhân khám lâm sàng có dấu hiệu tràn dịch màng phổi. Lợi ích của X quang phổi trong trường hợp này giúp:

+ Chẩn đoán xác định.

+ Ước lượng mức độ dịch nhằm xác định vị trí chọc dò tốt hơn.

+ Đánh giá sau chọc dò dẫn lưu dịch màng phổi.

- Siêu âm màng phổi:

Giúp khẳng định chẩn đoán có tràn dịch màng phổi hay không? Tràn dịch tự do hay khu trú? Qua siêu âm màng phổi còn giúp xác định được vị trí chọc dò tốt hơn.

- Chọc dò dịch màng phổi:

Nhằm chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch và điều trị. Tính chất của dịch chọc dò sẽ giúp ta hướng tìm nguyên nhân.

3.4. Hội chứng tràn khí khoang màng phổi:

Là hiện tượng có khí trong khoang màng phổi do nhiều nguyên nhân:

- Tràn khí màng phổi nội khoa (Tràn khí màng phổi tự phát):

+ Tràn khí màng phổi tự phát tiên phát.

+ Tràn khí màng phổi tự phát thứ phát: Là biến chứng của một bệnh hô hấp như: Lao phổi, hen phế quản, bệnh phổi phế quản tắc nghẽn mạn tính, viêm phổi tụ cầu...

- Tràn khí màng phổi ngoại khoa: Chấn thương, vết thương ngực.

3.4.1. Triệu chứng lâm sàng:

- Triệu chứng toàn thân: Phụ thuộc vào nguyên nhân và mức độ tràn khí, có thể có tình trạng sốc, suy hô hấp, trụy tim mạch.

- Triệu chứng cơ năng:

+ Đau ngực đọt ngột, dữ dội (Đau như xé ngực).

+ Ho khan, khó thở nhanh nông (Tùy theo mức độ tràn khí).

- Triệu chứng thực thể:

+ Lồng ngực bên tràn khí căng vồng, giảm cử động.

+ Tam chứng Galliard: Rung thanh giảm hoặc mất, gõ vang trống, rì rào phế nang mất.

- Cận lâm sàng: X quang là xét nghiệm chính giúp chẩn đoán tràn khí màng phổi . Trên phim X quang: Lồng ngực bên tràn khí phế trường tăng sáng, không thấy nhánh các phế quản và mạch máu phổi.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Triệu chứng cơ năng trong bệnh hô hấp (Chọn ý sai trong câu):

A. Ho.
B. Khạc đờm.
C. Khó thở.
D. Ăn chậm tiêu.

Câu 2: Đờm dãi: Trong, có bọt, không màu, gặp trong bệnh:

A. Viêm phổi.
B. Viêm phế quản cấp lúc đầu.
C. Sau cơn hen phế quản.
D. Cả B và C.

Câu 3: Ho là một phản xạ tống ra khỏi đường hô hấp các dị vật:

A. Đúng.
B. Sai.

Câu 4: Đờm dính máu gặp trong bệnh (Chọn ý sai trong câu):

A. Lao phổi.
B. Viêm phổi thùy.
C. Hẹp van 2 lá.
D. Suy thận cấp.

Câu 5: Khám thực thể bộ máy hô hấp, tư thế người bệnh tốt nhất là:

A.Tư thế nằm ngửa.
B. Tư thế nằm nghiêng.
C. Tư thế ngồi.
D. Tư thế đứng.

Đáp án: Câu 1: D, Câu 2: D, Câu 3: A, Câu 4: D, Câu 5: C.

VIÊM PHỔI THÙY

I. MỤC TIÊU HỌC TẬP

Sau khi học xong bài này học sinh phải:

1. Trình bày được khái niệm bệnh viêm phổi thùy.
2. Trình bày được nguyên nhân, điều kiện thuận lợi của bệnh viêm phổi thùy.
3. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của bệnh viêm phổi thùy.
4. Trình bày được cách điều trị và phòng bệnh của viêm phổi thùy.

II. NỘI DUNG

1. Đại cương:

1.1. Khái niệm:

Viêm phổi thùy là tình trạng viêm nhiễm cấp tính ở một thùy hay một phân thùy phổi gây tổn thương nhu mô phổi bao gồm phế nang, tổ chức liên kết và các tiểu phế quản tận cùng.

1.2. Nguyên nhân gây bệnh:

Chủ yếu do phế cầu (Streptococcus Pneumoniae), bình thường khư trú ở đường hô hấp trên, gặp điều kiện thuận lợi sẽ gây bệnh.

Các điều kiện thuận lợi: Nhiễm lạnh đột ngột, cơ thể suy yếu, suy giảm miễn dịch, người già, bệnh tai – mũi – họng, viêm xoang, bệnh tắc nghẽn mạn tính đường hô hấp, bệnh mạn tính...

Vi khuẩn xâm nhập vào phổi qua đường không khí: Hít phải mầm bệnh từ môi trường bên ngoài hoặc từ các ổ nhiễm khuẩn đường hô hấp trên hoặc đường máu từ các ổ nhiễm khuẩn sâu trong cơ thể.

2. Triệu chứng lâm sàng:

2.1. Triệu chứng cơ năng và toàn thân:

- Toàn thân: Khởi phát đột ngột bắt đầu rét run sau đó sốt 39 – 40^{O}C, mạch nhanh, mặt đỏ, vã mồ hôi, môi khô lưỡi bẩn, miệng đắng.

- Đau ngực phía bên tổn thương, khó thở nhẹ.

- Ho: Lúc đầu ho khan, sau ho có đờm đặc màu hồng hoặc màu ”rỉ sắt” kèm theo buồn nôn, bụng trướng.

2.2. Triệu chứng thực thể:

Thời kỳ toàn phát biểu hiện hội chứng đông đặc rõ rệt bên phổi viêm:

- Rung thanh tăng ở vùng đông đặc.

- Gõ: Đục ở vùng đông đặc.

- Nghe rì rào phế nang giảm ở vùng đông đặc có thể nghe được ran nổ, tiếng thổi ống.

2.3. Cận lâm sàng:

- X quang ngực chụp thẳng và nghiêng: Hình ảnh đám mờ đồng nhất của một thùy hay một phân thùy, hình tam giác, đáy quay ra ngoài đỉnh quay vào rốn phổi.

- Xét nghiệm máu: Bạch cầu tăng cao 15.000 – 20.000 /mm^3, Bạch cầu đa nhân trung tính chiếm 80 – 90%.

- Cấy máu phát hiện nguyên nhân gây bệnh.

3. Tiến triển và biến chứng:

- Tiến triển: Nếu điều trị kịp thời và đáp ứng tốt các triệu chứng cơ năng giảm dần, hội chứng đông đặc và hình ảnh X quang còn tồn tại trong vài tuần tiếp theo.

Đôi khi bệnh nhân bị sốc: Khó thở, môi tím tái, trụy tim mạch, phù phổi dẫn đến tử vong.

- Biến chứng:

+ Tràn mủ khoang màng phổi: Sốt kéo dài, điều trị phức tạp, để lại di chứng dày dính màng phổi.

+ Áp xe phổi: Hình ảnh ổ mủ trong phổi, sốt dai dẳng, khạc đờm mủ kéo dài, nguyên nhân thường do điều trị kháng sinh không đủ liều.

+ Xẹp một thùy phổi: Do đờm đặc làm tắc nghẽn phế quản.

+ Nhiễm khuẩn huyết: Dẫn đến sốc nhiễm khuẩn dễ gây tử vong.

4. Chẩn đoán:

- Chẩn đoán xác định:

+ Khởi phát đột ngột, rét run, sốt 39 – 40^{o} C.

+ Đau ngực.

+ Hội chứng nhiễm khuẩn: Môi khô lưỡi bẩn, bạch cầu tăng.

+ Hội chứng đông đặc phổi khư trú.

+ X quang phổi: Đám mờ đồng nhất hình tam giác.

- Chẩn đoán phân biệt:

+ Lao phổi: Thường sốt nhẹ về chiều, gầy sút, X quang phổi thấy đám mờ không đồng nhất thường ở đỉnh phổi hoặc dưới xương đòn, xét nghiệm đờm có vi khuẩn lao.

+ Nhồi máu phổi: Đau ngực và khó thở dữ dội, ho ra máu.

+ Áp xe phổi: Giai đoạn đầu áp xe rất khó phân biệt với viêm phổi thùy. Cần hỏi tiền sử trước có phẫu thuật ở vùng mũi họng, amiđan, hoặc nhổ răng. Đó là những yếu tố thuận lợi gây áp xe phổi.

5. Điều trị:

- Chống nhiễm khuẩn: Có thể dùng một trong những kgasng sinh sau nhung Penicillin thường được chọn ưu tiên:

+ Penicillin G: 4 triệu đơn vị / ngày tiêm bắp thịt hoặc tiêm tĩnh mạch. Có thể phối hợp với Gentamycine 3 mg/kg/ngày: Tiêm bắt thịt.

+ Ampicillin 2 – 3g / ngày tiêm bắt thịt hoặc tiêm tĩnh mạch.

+ Erythromycin 1,5 g/ngày uống

+ Dùng kháng sinh cho đến khi hết sốt 4 – 5 ngày.

- Điều trị triệu chứng:

+ Giảm ho long đờm: Bromhexin (Bisolvon) hoặc natribenzoat.

+ Ha sốt, giảm đau: Paracetamol.

6. Phòng bệnh:

- Không hút thuốc.

- Điều trị tốt các ổ nhiễm khuẩn ở tai mũi họng.

- Tránh nhiễm lạnh.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Viêm phổi thùy là tình trạng viêm nhiễm cấp tính ở nhu mô phổi, gây nên tổn thương ở:

A. Phế quản và phế nang
B. Các tiểu phế quản, và phế nang.
C. Phế quản và các tiểu phế quản.
D. Tất cả các ý trên đúng

Câu 2: Nguyên nhân viêm phổi chủ yếu do:

A. Haemophilus influenzae
B. Tụ cầu
C. Phế cầu
D. Liên cầu.

Câu 3: Cận lâm sàng đặc hiệu, để chẩn đoán viêm phổi thùy.

A. Xét nghiệm máu.
B. Siêu âm.
C. Xét nghiệm nước tiểu.
D. Chụp X quang phổi.

Câu 4: Bệnh lý nào sau đây không phải là biến chứng của bệnh viêm phổi:

A. Xẹp phổi.
B. Abces phổi.
C. Nhiễm khuẩn huyết.
D. Lao phổi.

Câu 5: Thuốc điều trị chủ yếu trong bệnh viêm phổi:

A. Giảm ho.
B. Giảm sốt
C. Kháng sinh.
D. An thần.

Đáp án: Câu 1: B, Câu 2: C, Câu 3: D, Câu 4: D, Câu 5: C.

HEN PHẾ QUẢN

I. MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được nguyên nhân của bệnh hen phế quản.

2. Trình bày được trệu chứng lâm sàng của bệnh hen phế quản.

3. Trình bày nguyễn tắc chung và thuốc điều trị bệnh hen phế quản.

II. NỘI DUNG

1. Đại cương

Hen phế quản là tình trạng viêm mạn tính đường thở, với sự tham gia của nhiều tế bào viêm. Tình trạng viêm nói trên làm tăng phản ứng đường thở gây ra các cơn khò khè, ho, nặng ngực và khó thở lặp đi lặp lại thường xảy ra vào ban đêm hoặc sáng sớm. Các biểu hiện đó luôn thay đổi và có thể hồi phục tự nhiên hoặc do điều trị.

2. Nguyên nhân: Thường gặp các nguyên nhân sau đây:

- Do dị ứng: Bao gồm các dị nguyên đường hô hấp và dị nguyên đường tiêu hóa:

+ Dị nguyên đườnh hô hấp: Do hít phải thường là bụi nhà, phấn hoa, nấm mốc, lông gia súc, gia cầm ...

+ Dị nguyên đường tiêu hóa như: Tôm, cua, thịt cá các loại, một số thuốc như: Aspyrin, penicillin, streptoycin, văc xin, thuốc mê...

Hen dị ứng với hen ngoại sinh hoặc hen cơ địa.

- Do nhiễm khuẩn: Bao gồm các nhiễm virus đường hô hấp trên, viêm xoang.

Hen nhiễm khuẩn tương đương với hen nội sinh.

- Các nguyên nhân khác: Hóa chất, các chất ô nhiễm môi trường, yếu tố vật lý, tác động tâm – thần kinh, vận động gắng sức...

3. Triệu chứng lâm sàng:

Cơn hen thường xảy ra sau một yếu tố kích thích hay về đêm, do thời tiết thay đổi. Cơn hen điển hình gồm 3 thời kỳ:

3.1 Triệu chứng cơ năng:

Giai đoạn tiền triệu: Tăng tiết dịch vùng mũi họng, hắt hơi, ho thành từng cơn, khó khạc đờm, khó thở nhẹ.

Giai đoạn khó thở cao độ: Khó thở dữ dội ngày càng tăng làm cho bệnh nhân đang nằm cũng phải ngồi dậy để thở, cảm giác lo sợ, khó thở thì thở ra, bệnh nhân phải há mồm, tỳ tay lên thành giường để thở. Thở ra rất khó nhọc và kéo dài gây ra tiếng khò khè cò cử. Trong cơn có sự co kéo của các cơ hô hấp như: cơ ức đòn chủm, cơ liên sườn…Cơn khó thở kéo dài 10 – 15 phút hoặc lâu hơn, cơn khó thở có thể tự hết.

Giai đoạn hồi phục: Cơn khó thở giảm dần trước khi hết cơn hen, bệnh nhân thường khạc ra nhiều trắng quánh dạng: « cháo bột sắn » hoặc « Hạt trai ». Hết cơn bệnh nhân mệt mỏi, nhưng cảm thấy dễ chịu hơn, ngủ được.

Cơn hen xuất hiện đột ngột khi thay đổi thời tiết hoặc nửa đêm về sáng.

3.2 Triệu chứng thực thể:

- Khám phổi trong cơn hen thấy:

+ Nhìn: lồng ngực giãn nở, co kéo.

+ Gõ: Lồng ngực trong

+ Nghe: Rì rào phế nang giảm, có nhiều ran ngáy, ran rít.

- Sau cơn hen: Khám phổi hoàn toàn bình thường

4. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu**:** Bạch cầu có thể tăng nếu có bội nhiễm (Bạch cầu trung tính tăng khi có bội nhiễm, Bạch cầu ái toan tăng trong dị ứng).

- Xét nghiệm đờm: Có bạch cầu ái toan, tế bào phế quản, tinh thể Charcot-Leyden.

- X quang phổi: Hai phế trường tăng sáng, các khoang liên sườn giãn rộng.

5. Biến chứng:

- Cấp: Tràn khí màng phổi, tràn khí dưới da và trung thất, nhiễm khuẩn phế quản.

- Mạn: Biến dạng lồng ngực, suy hô hấp mạn, tâm phế mạn.

6. Chẩn đoán:

- Chẩn đoán xác định dựa vào:

+ Lâm sàng: Cơn khó thở kiểu hen, khạc đờm trắng quánh, dính, cơn hen xảy ra trong những điều kiện gần giống nhau, tiền sử hen, dị ứng của ban thân và gia đình.

+ Cận lâm sàng: Máu ngoại biên bạch cầu ái toan tăng > 10%, đờm có tinh thể Charcot – Layden, X quang 2 phế trường sáng.

- Chẩn đoán phân biệt:

+ Hen tim.

+ Viêm phế quản mạn.

+ Giãn phế quản.

7. Phân loại theo thể bệnh:

- Hen nội sinh: Hen nhiễm khuẩn.

- Hen ngoại sinh: Hen dị ứng.

- Hen hỗn hợp: Cả nội sinh và ngoại sinh.

8. Điều trị

8.1. Nguyên tắc chung:

- Tránh những yếu tố gây kích thích (Dị nguyên).

- Điều trị giải mẫn cảm (Nếu được) với các dị nguyên như: Phấn hoa, bụi nhà, lông thú...

- Điều trị triệt để các ổ nhiễm khuẩn trong cơ thể.

- Tập thở nhằm phục hồi chức năng hô hấp.

8.2. Các thuốc dùng để điều trị cắt cơn hen phế quản:

- Thuốc làm giãn phế quản:

+ Theophyllin viên 100 mg: Uống 1 viên / lần x 2 – 3 lần / ngày.

+ Salbutamol viên 2 mg: Uống 1 viên / lần x 2 – 3 lần / ngày.

+ Terbutalin (Bricanyl) viên 5 mg: Uống 1 viên / lần x 2 – 3 lần / ngày.

+ Ventolin spray (Salbutamol), Bricanyl spray 1- 2 lần, xịt nhắc lại nếu không thấy đỡ.

Nếu cơn hen nặng: Amimophyllin (Diaphylin) ống 2,4g pha trong 10 ml dung dịch Glucose 5% tiêm tĩnh mạch chậm.

- Liệu pháp: Corticoid.

- Điều trị kháng sinh nếu có bội nhiễm

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Hen phế quản biểu hiện bằng các cơn khó thở kịch phát chiếm ưu thế ở thì:

A. Hít vào
B. Thở ra.
C. Cả 2 thì.
D. Tất cả đều sai.

Câu 2: Cơn hen phế quản thường xảy ra :

A. Buổi sáng.
B. Buổi trưa.
C. Buổi chiều.
D. Ban đêm.

Câu 3: Tính chất đờm trong hen phế quản.

A. Đờm nhày dính, trong, có bọt.
B. Đờm màu vàng.
C. Đờm màu xanh.
D. Đờm màu gỉ sét.

Câu 4: Biến chứng hen phế quản.Ngoại trừ ;

A. Bội nhiễm phổi.
B. COPD (Chronic-Obstructive-Pulmonary-Direare)
C. Tâm phế mạn.
D. Lao phổi.

Câu 5: Điều trị hen phế quản bằng thuốc :

A. Thuốc dự phòng.
B. Thuốc cắt cơn.
C. Thuốc giảm ho.
D. Tất cả đúng

Đáp án: Câu 1: B, Câu 2: D, Câu 3: A, Câu 4: D, Câu 5: B.

VIÊM PHẾ QUẢN CẤP

I. Mục tiêu học tập:

1. Trình bày khái niệm viêm phế quản cấp.

2. Trình bày nguyên nhân, và yếu tố thuận lợi gây viêm phế quản cấp.

3. Trình bày được yếu tố lâm sàng thể điển hình của viêm phế quản cấp.

4. Trình bày được hướng điều trị và dự phòng bệnh viêm phế quản cấp.

II. Nội dung:

1. Đại cương:

1.1. Khái niệm:

Viêm phế quản cấp là tình trạng viêm không đặc hiệu của niêm mạc phế quản lớn và trung bình do các nguyên nhân khác nhau gây nên, làm phù nề, xung huyết và tăng tiết nhày toàn bộ niêm mạc phế quản.

1.2. Nguyên nhân:

- Vi rus thường gặp là Adeno virus, cúm, sởi…

- Vi khuẩn: Liên cầu, phế cầu, Hemophylus influenzae…

- Hít phải các loại khí gây kích ứng niêm mạc đường hô hấp: Hơi acid, hơi kiềm, khí đốt, khói thuốc lá, thuốc lào …

1.3. Yếu tố thuận lợi:

- Thay đổi thời tiết, nhiễm lạnh đột ngột.

- Trẻ suy dinh dưỡng, cơ thể suy giảm miễn dịch, suy tim ...

- Môi trường vệ sinh kém, ẩm thấp, ô nhiễm không khí.

2. Triệu chứng:

2.1. Thể thông thường điển hình:

2.1.1. Thời kỳ khởi phát:

Từ vài giờ đến một vài ngày với các biểu hiện: Sốt nhẹ và viêm long đường hô hấp trên như: Hắt hơi, chảy nước mũi, rát họng, ho khan. Khi tình trạng viêm nhiễm lan xuống đường hô hấp dưới thì chuyển sang thời kỳ toàn phát.

2.1.2. Thời kỳ toàn phát: Qua hai giai đoạn:

- Giai đoạn phù nề xung huyết niêm mạc phế quản (Giai đoạn viêm khô):

+ Sốt: 38^o C – 40^o C.

+ Nhức đầu, mệt mỏi, biếng ăn.

+ Ho khan từng cơn, có khi khạc ra máu, có khi khan tiếng.

+ Nóng rát sau xương ức, tức ngực, khó thở nhẹ.

+ Nghe phổi: thấy rải rác ran ngáy, ran rít.

+ Giai đoạn này kéo dài khoảng 3 ngày rồi chuyển sang giai đoạn xuất tiết.

- Giai đoạn xuất tiết niêm mạc phế quản (Giai đoạn viêm ướt):

+ Ho khạc đàm đục màu vàng hặc màu xanh tùy theo nguyên nhân. Trẻ em dưới 3 tuổi thường kèm theo tiêu chảy do nuốt đàm.

+ Nghe phổi có ran ẩm, ran ngáy, giai đoạn này kéo dài khoảng năm ngày.

1.1.3. Thời kỳ lui bệnh :

Người bệnh thấy rễ chịu, ho khạc đàm rễ hơn thường khỏi bệnh sau khoảng một tuần nhưng ho còn kéo dài trong vài tuần.

1.1.4. Cận lâm sàng:

- X quang ngực: Vùng rốn phổi đậm.

- Xét nghiệm máu: Bạch cầu tăng $> 10.000/mm^3$

- Cấy đàm: Phát hiện vi khuẩn gây bệnh.

3. Tiến triển, tiên lượng và biến chứng:

- Bệnh thường khỏi hoàn toàn không để lại di chứng.

- Bệnh có thể khởi phát cơn hen phế quản.

- Biến chứng: Viêm xoang, viêm tai giữa, viêm phổi ở người già và trẻ em.

4. Điều trị và dự phòng:

4.1. Điều trị:

- Nghỉ ngơi, giữ ấm cơ thể nhất là vùng cổ ngực khi thời tiết lạnh, súc miệng nước muối, xông mũi họng.

- Thuốc giảm ho: Terpin codein, Neocordion...

- Thuốc làm loãng đàm: Bisonvon, N – Acetincystein, Natri benzoat...

- Nếu có khó thở (do co thắt phế quản): dùng Salbutamol hoặc Theophylin.

- Kháng sinh: Amoxicillin, Erythromycin, Bactrim, cephalexin, ceforoxim…

4.2. Phòng bệnh:

- Giữ ấm cơ thể nhất là vùng cổ ngực khi thời tiết lạnh.

- Vệ sinh răng miệng tốt, điều trị triệt để các ổ nhiễm khuẩn: Tai-Mũi-Họng, xoang, amyđan.

- Vệ sinh môi trường, tránh khói bụi và các loại khí hơi gây kích ứng.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Viêm phế quản cấp là tình trạng:

A. Viêm không đặc hiệu.
B. Viêm đặc hiệu.
C. Viêm không đặc hiệu của niêm mạc phế quản lớn và trung bình.
D. Tất cả đúng.

Câu 2: Nguyên nhân viêm phế quản cấp do vi khuẩn thường gặp là (Chọn câu sai).

A. Liên cầu.
B. Adeno virus
C. Hemophylus influenzae
D. Phế cầu.

Câu 3: Yếu tố nào thuận lợi cho bệnh viêm phế quản cấp:

A. Nhiễm lạnh đột ngột
B. Suy giảm miễn dịch.
C. Môi trường vệ sinh kém, ẩm thấp, ô nhiễm không khí.
D. Tất cả các yếu tố trên.

Câu 4: Triệu chứng nào không có trong giai đoạn phù nề xung huyết niêm mạc phế quản:

A. Sốt: 38^o C – 40^o C
B. Nghe phổi: thấy rải rác ran ngáy, ran rít.
C. Ho khạc đàm đục màu vàng hoặc màu xanh.
D. Tức ngực, khó thở nhẹ

Câu 5: Bệnh viêm phế quản cấp nếu không điều trị tốt có thể biến chứng viêm xoang, viêm tai giữa.

A. Đúng.
B. Sai.

Đáp án: Câu 1: C, Câu 2: B, Câu 3: D, Câu 4: C, Câu 5: A.

ÁP XE PHỔI

I. MỤC TIÊU HỌC TẬP

Sau khi học xong bài này học sinh phải:

1. Trình bày được 3 nguyên nhân gây bệnh áp xe phổi.

2. Trình bày được 3 giai đoạn trong diễn tiến lâm sàng của áp xe phổi.

3. Trình bày được 6 biến chứng của áp xe phổi.

4. Trình bày được tên 5 bệnh cần chẩn đoán phân biệt với áp xe phổi.

II. NỘI DUNG

1. Đại cương.

1.1. Định nghĩa:

Áp xe phổi là một viêm nhiễm cấp tính gây hoại tử ở nhu mô phổi, tạo nên một hang mới chứa mủ, không phải do lao.

Kén khí, giãn phế quản, hang lao, hang ung thư nhiễm khuẩn không gọi là áp xe phổi, mà gọi là mưng mủ phổi - phế quản, hoặc áp xe hóa, như: kén khí áp xe hoá, hang ung thư áp xe hố.

Áp xe phổi mạn tính là khi ổ Áp xe tồn tại từ 2 tháng trở lên.

1.2. Nguyên nhân và đường xâm nhập

1.2.1. Nguyên nhân:

- Vi khuẩn: vi khuẩn Gram (+) : tụ cầu, liên cầu, phế cầu. Vi khuẩn Gram (-), trực khuẩn Klebsiella, Escherichia Coli, Trực khuẩn mủ xanh (Pseudomonas aeruginosa); vi khuẩn yếm khí: Proteus, Bacteroide, S. Anaerobius.

- Ký sinh trùng: amíp, sán lá phổi (Paragonimus Westermanii).

- Nấm: Aspergillus, Blastomyces.

- Yếu tố thuận lợi: mắc bệnh mạn tính, nghiện rượu, thuốc lá, suy giảm miễn dịch, sau gây mê, mở khí quản, nhổ răng, cắt Amygdal, dị vật đường thở, chít hẹp phế quản do u, nhồi huyết phổi, chấn thương ngực.

1.2.2. Đường xâm nhập

- Hít xuống phổi vi khuẩn từ miệng họng là hay gặp nhất, ngoài ra vi khuẩn từ các ổ nhiễm khuẩn từ xa có thể đến phổi qua đường máu hoặc đường tiếp cận (áp xe gan, áp xe dưới cơ hoành).

2. Lâm sàng và cận lâm sàng.

2.1. Lâm sàng: có 3 giai đoạn:

2.1.1. Giai đoạn ổ mủ kín: bệnh cảnh lâm sàng giống viêm phổi cấp.

2.1.2. Giai đoạn ộc mủ: Sau 6 - 15 ngày bệnh nhân đột ngột ho tăng lên, đau tăng lên. Ho dữ dội và ộc ra rất nhiều mủ (hàng trăm ml), mủ đặc quánh màu vàng hoặc nhầy màu vàng, lổn nhổn những cục mủ mùi hơi thối. Vã mồ hơi, mệt lả. Sau đó

hết sốt, dễ chịu, ăn ngủ được. Giai đoạn ộc mủ cần đề phòng mủ tràn vào đường thở gây ngạt thở.

Có thể ho ra máu hoặc khạc ra ít mủ nhiều lần trong ngày (khái mủ):

Quan sát đại thể mủ khạc ra để sơ bộ có chẩn đoán nguyên nhân:

- Mủ màu vàng: Thường do tụ cầu.

- Mủ màu xanh: thường do liên cầu.

- Mủ màu Socola do Amip.

- Mủ thối và có những cục hoại tử đen: vi khuẩn kỵ khí.

2.1.3. Giai đoạn ổ mủ thông với phế quản: Bệnh nhân vẫn ho dai dẳng nhất là khi thay đổi tư thế và khạc mủ số lượng ít hơn.

2.2. X Quang:

Giai đoạn ổ mủ kín thấy một bóng mờ không thuần nhất, khá rộng, bờ mờ, chưa có ổ phá huỷ ở những giai đoạn sau thấy một hoặc nhiều hang dạng tròn, bờ dầy, xung quanh là tổ chức phổi đông đặc, trong hang có mức khí, nước.

2.3. Tiến triển và biến chứng:

2.3.1. Tiến triển:

- Điều trị tốt khỏi hoàn toàn sau một thời gian để lại sẹo hình ngôi sao.

- Điều trị không tốt thành áp xe mạn tính (trên 2 tháng, có ngón tay dùi trống) hoặc để lại hang .

2.3.2. Biến chứng

- Giãn phế quản quanh ổ áp xe.

- Mủ màng phổi, màng tim (do vỡ ổ áp xe).

- Áp xe não, viêm màng não.

- Khái huyết nặng.

- Thoái hóa dạng bột các cơ quan.

- Phát triển nấm Aspergillus trong hang của ổ áp xe.

3. Chẩn đoán:

3.1. Chẩn đoán xác định:

- Lâm sàng: khởi đầu đột ngột sốt, ho khạc đờm, ộc mủ hoặc khái mủ, đờm và hơi thở thối, đau ngực. Khám phổi có hội chứng đông đặc, hội chứng hang.

- Xét nghiệm máu BC tăng cao, N tăng, tốc độ máu lắng (VS) tăng.

- X quang: hình ảnh có mức khí nước, hay gặp ở thùy dưới phải.

- Xét nghiệm đờm tìm thấy vi khuẩn kị khí hoặc yếm khí, cấy mủ (+) tính.

- Áp xe phổi do amip: Đờm mủ màu Sôcôla, ổ áp xe thường ở phổi bên phải, xóa nhanh sau dùng các thuốc đặc trị amip: Flagyl, Emetin.

3.2 Chẩn đoán phân biệt:

- Giãn phế quản: bệnh sử mạn tính, khạc đờm mủ về buổi sáng, X quang: nhiều ổ tròn sáng ở thuỳ dưới. Chẩn đoán xác định bằng chụp cắt lớp vi tính phân giải cao.

- Mủ màng phổi thông với phế quản: bệnh nhân ộc nhiều mủ, X quang có hình ảnh tràn dịch, tràn khí màng phổi.

- Kén khí bị nhiễm khuẩn: Hang riềm mỏng, xung quanh không có đông đặc, điều trị kháng sinh không nhỏ đi. Tiền sử có hang từ trước.

- Hang ung thư: Thoái hoá ở trung tâm, bờ dầy, thành gồ ghề, điều trị kháng sinh không kết quả.

- Hang lao nhiễm khuẩn: dễ nhầm với áp xe mạn tính. Soi, cấy đờm BK (+) tính, có thâm nhiễm ở xung quanh hang, điều trị kháng sinh không kết quả.

4. Điều trị:

4.1. Điều trị nội khoa:

4.1.1 Kháng sinh:

Tốt nhất là dựa theo kháng sinh đồ. Không làm được kháng sinh đồ thì tùy theo triệu chứng lâm sàng, X quang, tính chất mủ mà có hướng xác định căn nguyên vi khuẩn học. Nên phối hợp 2-3 kháng sinh. Sử dụng kháng sinh bằng nhiều đường, truyền tĩnh mạch kết hợp với tiêm bắp sau đó tiêm bắp kết hợp với đường uống. Thời gian điều trị 6 - 8 tuần.

- Tụ cầu: Methicilin, Cephalosporin, Lincomyxin, Vancomyxin.

- Liên cầu: Penicilin G.

- Klebsiella: Gentamycin, Quinolon.

- Amip: Emetin, Flagyl.

4.1.2 Dẫn lưu mủ theo tư thế:

- Tùy theo vị trí ổ áp xe mà chọn tư thế dẫn lưu cho thích hợp kết hợp với vỗ rung mỗi lần 15-20 phút, mỗi ngày vài 3 lần.

- Nếu ổ áp xe gần sát thành ngực thì chọc hút ổ áp xe qua thành ngực, đặt dẫn lưu ổ áp xe qua thành ngực (thực hiện ở tuyến trên).

4.1.3 Long đờm: Natribenzoat 4-5g/ngày, Mucitux 50mg x 2-3 viên/ngày.

4.1.4 Trợ tim và nâng đỡ cơ thể.

- Truyền đạm, truyền dịch, cân bằng nước cho cơ thể.

- Tăng cường bồi dưỡng: trứng, sữa, hoa quả, các chất đạm, Vitamin.

4.2. Điều trị ngoại khoa:

Chỉ định:

- Áp xe phổi mạn tính, điều trị nội khoa trên 2 tháng không có kết quả.

- Ho ra máu nặng đe doạ tính mạng.

- Hang di sót.

- Phương pháp: cắt thùy phổi hoặc phân thùy phổi.

5. Phòng bệnh:

- Mùa đông gió rét cần thường xuyên mặc nhiều quần áo giữ ấm cơ thể nhất là vùng cổ, ngực.

- Vệ sinh răng miệng, tai mũi họng.

- Điều trị tích cực các bệnh ở miệng, họng ngay từ khi mới mắc.

- Phòng tránh bị sặc xăng dầu hoặc các dị vật hít vào phổi nhất là ở trẻ em.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Áp xe phổi là một viêm nhiễm mạn tính gây hoại tử ở nhu mô phổi

A. Đúng.
B. Sai.

Câu 2: Nguyên nhân gây bệnh áp xe phổi:

A. Vi khuẩn.
B. Ký sinh trùng
C. Nấm.
D. Tất cả đúng

Câu 3: X quang trong áp xe phổi có hình ảnh:

A. Đám mờ chiếm cả thùy phổi.
B. Có hình ảnh phế quản hơi.
C. Hang tròn, bờ dày, trong hang có mức khí mức nước.
D. Tất cả đúng

Câu 4: Áp xe phổi nếu điều trị không tốt, thành áp xe mạn tính. Thời gian được tính là:

A. Thời gian một tháng.
B. Thời gian hai tháng.
C. Thời gian ba tháng.
D. Thời gian bốn tháng.

Câu 5: Điều trị áp xe phổi, tốt nhất là dựa theo kháng sinh đồ.

A. Đúng.
B. Sai.

Đáp án: Câu 1: A, Câu 2: D, Câu 3: C, Câu 4: B, Câu 5: A.

VIÊM PHẾ QUẢN MẠN TÍNH

I. MỤC TIÊU HỌC TẬP:

1. Trình bày được đại cương và phân loại viêm phế quản mạn tính, khái niệm bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD.

2. Trình bày nguyên nhân và yếu tố thuận lợi của bệnh: COPD.

3. Trình bày triệu chứng lâm sàng và biến chứng của bệnh: COPD

4. Trình bày hướng điều trị và dự phòng bệnh: COPD.

II. NỘI DUNG:

1. Đại cương: Viêm phế quản mạn tính là một tình trạng viêm, tăng tiết nhày mạn tính của niêm mạc phế quản, gây ho và khạc đờm liên tục hoặc tái phát từng đợt ít nhất ba tháng trong một năm và ít nhất 2 năm liền.

Định nghĩa này loại trừ các bệnh gây ho mạn tính khác như: Lao phổi, giãn phế quản...

2. Phân loại: Viêm phế quản mạn tính được chia làm 3 loại:

2.1. Viêm phế quản mạn tính đơn thuần: Chỉ gây ho và khạc đờm, chưa có rối loạn thông khí phổi, có thể điều trị khỏi.

2.2. Viêm phế quản tắc nghẽn mạn tính: Triệu chứng chính là khó thở do tắc nghẽn lan rộng và thường xuyên của phế quản. Loại này còn gọi là bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD: Chronic Obstrutive Pulmonary Disease).

2.3. Viêm phế quản mạn tính nhày mủ: Ho và khạc đờm nhày từng đợt kịch phát hoặc liên tục.

BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

(COPD: Chronic obstructive pulmonal disease)

1. Khái niệm: Bệnh phế quản tắc nghẽn mạn tính (COPD: Chronic obstructive pulmonal disease) là tình trạng viêm tăng tiết dịch nhày của niêm mạc phế quản mạn tính gây nên ho, khạc đàm liên tục và khó thở, tái phát từng đợt (khoảng 3 tuần), ít nhất 3 tháng trong một năm, và ít nhất 2 năm liền.

2. Nguyên nhân và yếu tố thuận lợi:

- Thuốc lá, thuốc lào là nguyên nhân thường gặp.

- Ô nhiễm không khí: Khí thải công nghiệp, khói bụi.

- Nghề nghiệp: Công nhân làm việc ở môi trường có nhiều bụi.

- Nhiễm khuẩn đường hô hấp: do vi khuẩn, virus: làm tổn thương niêm mạc phế quản nên bệnh dễ tiến triển.

- Các yếu tố khác: Dị ứng, di truyền, tuổi, giới (Bệnh hay gặp ở người > 40 tuổi, nam nhiều hơn nữ).

3. Triệu chứng:

3.1. Triệu chứng cơ năng:

- Ho: bao giờ cũng có, từ trên 2 năm, ho từng đợt kéo dài khoảng 3 tuần, ho nhiều vào buổi sang kèm theo khạc đàm.

- Khạc đàm: Đàm nhày trong hoặc nhày xanh hay vàng đục như mủ, số lượng đàm tăng theo thời gian.

- Khó thở: Xuất hiện từ từ và tăng dần.

3.2. Triệu chứng thực thể:

Ở giai đoạn sớm chỉ ho khạc đàm dai dẳng các giai đoạn sau biểu hiện:

- Khó thở ngày càng tăng, rối loạn chức năng hô hấp.

- Lồng ngực căng vồng, biên độ hô hấp thấp.

- Gõ ngực vang.

- Nghe phổi: Rì rào phế nang giảm, có ran rít, ran ngáy.

- Nghe tim: Nhịp tim nhanh, tiếng T2 vang mạnh ở lỗ van động mạch phổi, dễ thấy triệu chứng của suy tim phải.

3.3. Cân lâm sàng:

- X quang: 2 rốn phổi đậm, hai phổi sang, khoảng lien sườn rãn rộng, xương sườn có su hướng nằm ngang, cung động mạch phổi và thất phải giãn lớn. Đợt cấp thấy mờ hai đáy phổi.

- Thăm dò chức năng hô hấp: Rối loạn chức năng hô hấp ở giai đoạn muộn, thông khí phổi giảm (VEMS).

- Xét nghiệm máu: Hồng cầu tăng do thiếu oxy mạn tính, hematocit tăng, bạch cầu tăng trong đợt cấp, tốc độ máu lắng tăng. PaO_2 giảm, $PaCO_2$ tăng ở giai đoạn muộn.

- Soi phế quản.

4. Tiến triển và biến chứng:

4.1. Tiến triển: Bệnh tiến triển kéo dài và có những đợt cấp do bội nhiễm biểu hiện: Sốt, ho, khạc đàm, khó thở. Bệnh nhân có thể tử vong trong đợt cấp do suy hô hấp.

4.2. Biến chứng:

- Giãn phế nang dẫn đến suy hô hấp mạn.

- Tắc động mạch phổi

- Suy tim phải.

5. Điều trị và dự phòng:

5.1. Điều trị:

- Bỏ thuốc lá, thuốc lào.

- Đổi nghề nếu làm việc ở nơi ô nhiễm không khí.

- Điều trị đợt cấp với:

- Kháng sinh phổ rộng, phối hợp kháng sinh.

- Làm dễ khạc đàm bằng các thuốc long đàm.

- Thuốc giãn phế quản: Salbutamol, Theophylin, Aminophylin

- Corticoid: Presnison hoặc presnisolon.

5.2. Phòng bệnh:

- Không hút thuốc lá, thuốc lào.

- Tránh ô nhiễm không khí.

- Làm việc có phương tiện bảo hộ lao động đầy đủ.

- Chống nhiễm khuẩn đường hô hấp.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Bệnh phổi phế quản tắc nghẽn mạn tính là tình trạng viêm tăng tiết dịch nhày của niêm mạc phế quản biểu hiện:

A. Ho, khạc đờm liên tục.
B. Khó thở .
C. Tái phát từng đợt (ba tháng trong một năm, hai năm liền)
D. Tất cả đều đúng.

Câu 2: Nguyên nhân nào không đúng của bệnh COPD:

A. Thuốc lá, thuốc lào.
B. Nghiền rượu.
C. Ô nhiễm không khí.
D. Nhiễm khuẩn đường hấ hấp.

Câu 3: Trong bệnh COPD, ho bao giờ cũng có, ho nhiều vào ban đêm.

A. Đúng .
B. Sai.

Câu 4: Biến chứng của bệnh COPD..

A. Suy hô hấp.
B. Tắc động mạch phổi.
C. Suy tim phải.
D.Tất cả đều đúng.

Câu 5: Phòng bệnh COPD, chọn ý sai trong câu:

A. Không hút thuốc lá, thuốc lào.
B. Tránh ô nhiễm không khí.
C. Không làm việc nơi thời tiết lạnh.
D. Chống nhiễm khuẩn đường hô hấp.

Đáp án: Câu 1: D, Câu 2: b, Câu 3: B, Câu 4: D, Câu 5: C.

TRIỆU CHỨNG HỌC BỘ MÁY TIÊU HÓA

I. MỤC TIÊU BÀI HỌC

1. Trình bày được các rối loạn cơ năng thường gặp của bộ máy tiêu hóa.

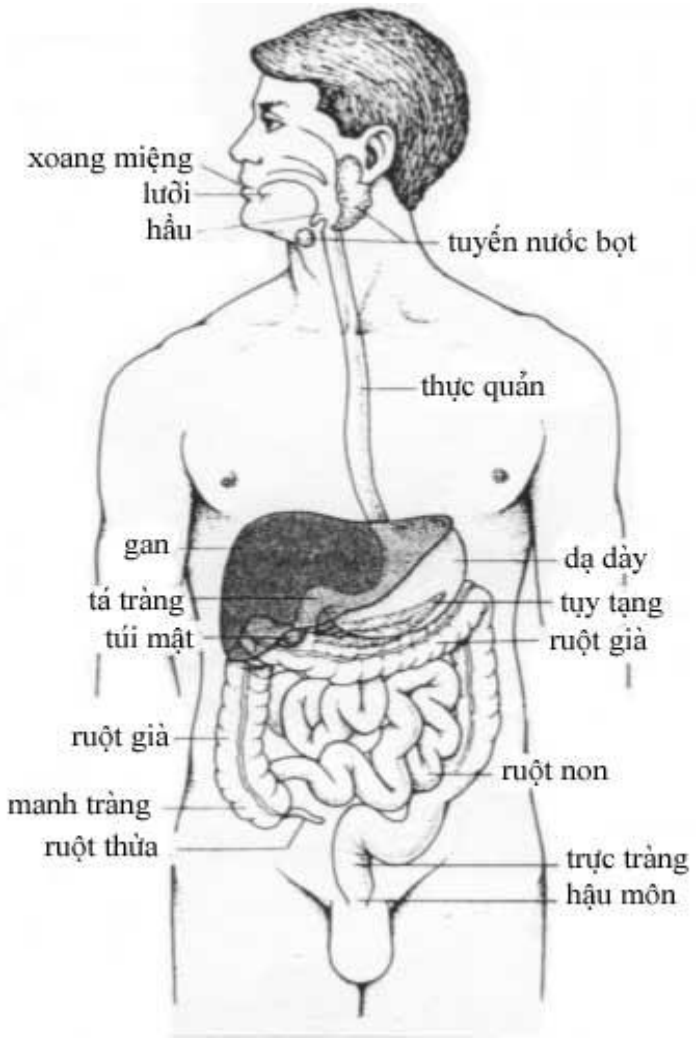
2. Trình bày được những triệu chứng lâm sàng ở phần trên ống tiêu hóa.

3. Trình bày được những biểu hiện bệnh lý khi khám lâm sàng vùng bụng và hậu môn – trực tràng.

II. NỘI DUNG

1. Đại cương:

- Bộ máy tiêu hóa gồm ống tiêu hóa và tuyến tiêu hóa. Ống tiêu hóa đi từ miệng đến hậu môn. Tuyến tiêu hóa gồm: Tuyến nước bọt, tuyến tụy, gan mật và hệ thống tuyến nằm trong thành ống tiêu hóa. Phần lớn bộ máy tiêu hóa nằm trong ổ bụng.



Hình 4: Bộ máy tiêu hóa

- Những bệnh ở bộ máy tiêu hóa chiếm khá cao trong các bệnh nội khoa và ngoại khoa.

- Khám lâm sàng bộ máy tiêu hóa bao gồm: hỏi người bệnh để phát hiện các rối loạn cơ năng của bộ máy tiêu hóa, khám phần trên của ống tiêu hóa (miệng, tuyến nước bọt, họng và thực quản), khám bụng (đại bộ phận của bộ máy tiêu hóa nằm ở bụng) và khám hậu môn – trực tràng.

2. Các rối loạn cơ năng của bộ máy tiêu hóa:

Để phát hiện các rối loạn cơ năng của bộ máy tiêu hóa cần phải hỏi bệnh. Hỏi bệnh nhằm xác định thời gian bắt đầu của bệnh, diễn biến và tiến triển của bệnh, sự liên quan của quá trình bệnh lý hiện tại với quá khứ. Hỏi bệnh nhằm khai thác các triệu chứng cơ năng, đặc điểm của triệu chứng và sự liên quan logic giữa các triệu chứng với nhau. Đồng thời cũng phải hỏi những triệu chứng toàn thân vì đôi khi những triệu chứng đó có những giá trị nhất định trong việc xác định bệnh ở bộ máy tiêu hóa.

Các triệu chứng cơ năng thường gặp của bộ máy tiêu hóa bao gồm:

2.1. Đau:

Đau là triệu chứng rất hay gặp và quan trọng, bao gồm cũng là triệu chứng chỉ đặc điểm của một tổn thương thực tế nhất định. Cần phải hỏi kĩ về vị trí đau, cường độ, thời gian, thời điểm đau và hướng lan của đau.....

2.2. Rối loạn về nuốt:

- Nuốt khó là không đưa thức ăn vào thực quản được hoặc thức ăn đã vào thực quản nhưng rất khó đi xuống dưới, bị tắc nghẽn lại ở một chỗ nào đó.

- Nuốt đau ở phần họng hoặc đau ở chỗ bị tắc nghẽn thức ăn.

2.3. Nôn và buồn nôn:

- Nôn là tình trạng chất chứa trong dạ dày bị tống ra ngoài. Buồn nôn là cảm giác muốn nôn nhưng không nôn ra được.

- Nôn thường là do nguyên nhân của bộ máy tiêu hóa, nhưng cũng có thể do nguyên nhân ngoài bộ máy tiêu hóa.

2.4. Ợ:

- Ợ là tình trạng chất chứa (kể cả hơi) trong dạ dày – thực quản đi ngược lên miệng do rối loạn chức năng vận động của phần trên ống tiêu hóa.

- Ợ hơi là do trong dạ dày – thực quản có nhiều hơi (do ăn uống hoặc do rối loạn chức năng dạ dày – thực quản, hoặc do nuốt nhiều hơi vào dạ dày – thực quản) và hơi bị tống ra ngoài. Có thể ợ nước, ợ nước chua (có dịch dạ dày), ợ nước đắng (có mật) và ợ thức ăn (từ dạ dày – thực quản).

2.5. Rối loạn về sự thèm ăn:

- Không có cảm giác thèm ăn, trông thấy thức ăn là sợ hãi, nhịn mấy ngày cũng được và không thấy đói.

- Đầy bụng khó tiêu: ăn vào thấy tức bụng, không muốn ăn hoặc ăn kém.

- Ăn không ngon miệng và hậu quả dẫn đến ăn ít.

- Đắng miệng làm mất cảm giác ngon miệng.

2.6. Rối loạn về phân:

- Phân quá nhiều hoặc quá ít, có thể đi đại tiện từ 3–4 lần hoặc vài chục lần 1 ngày.

- Phân táo (khuôn, rắn), ỉa chảy (lỏng, nát), phân sống và phân có mủ, máu, bọt.....

- Rối loạn về phân: biểu hiện những rối loạn về vận động, về tiêu hóa hoặc hấp thu của bộ máy tiêu hóa.

2.7. Rối loạn về đại tiện:

Đại tiện khó khăn, đau hậu môn khi đại tiện và mót rặn.

2.8. Hiện tượng sinh hơi trong ống tiêu hóa:

Sôi bụng do có nhiều nước và hơi trong ống tiêu hóa, trung tiện nhiều hoặc không trung tiện được.

2.9. Hiện tượng chảy máu tiêu hóa:

- Nôn ra máu đỏ nâu hoặc máu đỏ tươi.

- Đại tiện ra máu tươi, máu đen, lờ lờ máu cá.

3. Biểu hiện bệnh lý khi khám lâm sàng phần trên của ống tiêu hóa:

3.1. Khám môi:

Trong trường hợp bệnh lý thì môi thay đổi màu sắc, môi tím thường gặp trong suy tim và suy hô hấp, môi đỏ sẫm trong bệnh gan, môi nhạt khi thiếu máu.

Môi to ra trong bệnh to đầu chi, dị dạng khi sứt môi, môi lệch và nhân trung lệch khi kiệt miệng, nứt mép hoặc chốc mép khi bị nhiễm khuẩn hoặc virus.

3.2. Khám miệng:

Biểu hiện bệnh lý ở hố miệng gồm có:

- Chấm xuất huyết trong bệnh máu.

- Loét do thiếu vitamin nhóm B, nhiễm khuẩn và biến chứng của bệnh sởi.

- Mụn mọng nước do nhiễm khuẩn, virus.

- Hạt koplik ở mặt trong má, gặp trong bệnh sởi (màu đỏ, ở giữa hạt hơi xanh hoặc trắng, to bằng đầu đinh).

- Lỗ ống stenon sưng trong bệnh quai bị.

3.3. Khám lưỡi:

Biểu hiện bệnh lý ở lưỡi gồm có:

- Mảng màu đen trong bệnh Addison, lưỡi đen trong trường hợp ure máu cao, lưỡi đỏ sẫm trong nhiễm khuẩn, đa hồng cầu và suy gan, lưỡi tím trong suy tim và suy hô hấp, mặt dưới lưỡi màu vàng trong hoàng đảm.

- Thay đổi niêm mạc lưỡi có nhiều rêu trắng trong bệnh nấm, lưỡi nhẵn bóng và đỏ do thiếu máu Biermer.

- Loét và nứt lưỡi trong nhiễm khuẩn đặc biệt ở phanh dưới lưỡi khi ho gà.

- Lưỡi to trong bệnh to đầu chi, lưỡi teo một bên do liệt thần kinh dưới lưỡi.

3.4. Khám lợi và răng:

- Lợi thay đổi màu sắc khi bệnh lý. Đặc biệt lợi có viền đen trong nhiễm độc chì, thủy ngân, Bismuth...Lợi phì đại trong bệnh Leucemie hoặc viêm chân răng có mủ, lợi chảy máu trong các bệnh về máu và viêm lợi.

- Viêm quanh chân răng có mủ, nhiều cao răng.

- Thiếu sản lớp men răng, rụng răng sớm do viêm quanh răng, đái tháo đường.

3.5. Khám họng:

- Liệt màng hầu khi nuốt, màng hầu không kéo lên làm bịt lỗ sau của mũi gây thức ăn sặc lên mũi.

- Hạnh nhân sưng to, loét có mủ, có giả mạc.

- Vòm họng hoặc thành sau của họng có khối u.

- Họng có giả mạc trong nhiễm khuẩn, nấm, đặc biệt trong bệnh bạch hầu thì giả mạc phát triển nhanh có thể gây tắc thở.

- Dị dạng lưỡi gà (bị chẻ làm đôi).

3.6. Khám tuyến nước bọt:

- Tuyến nước bọt có thể sưng to hoặc bài tiết ít đi gây khô miệng, không đủ nước bọt để làm ướt thức ăn. Tuyến nước bọt sưng to do viêm cấp trong bệnh quai bị, viêm cấp do nhiễm khuẩn có thể có mủ chảy ra từ lỗ stenon. Sỏi tuyến nước bọt làm tắc ống dẫn nước bọt gây đau và to tuyến nước bọt.

- Một số yếu tố khác gây giảm bài tiết nước bọt nhất thời như yếu tố tinh thần và tâm lý, một số thuốc Atropin, kháng Histamin, thuốc chữa bệnh tâm thần.

3.7. Nhìn (quan sát):

- Bụng lõm lòng thuyền do suy mòn, lao màng bụng thể xơ cứng.

- Bụng trướng do dạ dày, ruột trướng hơi hoặc trong ổ bụng có hơi (thủng tạng rỗng), do tắc ruột làm ứ hơi lại trong ruột, do bụng có nước, khối u (u nang buồng trứng, thận ứ nước, gan to,...), do phình thành bụng sau mổ ổ bụng và có tạng trong ổ bụng phình to ra chỗ thành bụng yếu.

- Rốn lồi do thoát vị rốn hay ổ bụng có nước.

- Thành bụng co cứng không cử động theo nhịp thở, các cơ nổi rõ gặp trong viêm phúc mạc.

- Dấu hiệu rắn bò ở cả ổ bụng hay ở một vùng bụng do tắc hẹp ống tiêu hóa (hẹp môn vị, tắc đại tràng, tắc ruột non).

- Tuần hoàn bàng hệ.

3.8. Sờ nắn:

3.8.1. Những dấu hiệu bệnh lý:

- Lớp mỡ dưới da bụng quá dày, quá mỏng.

- Thành bụng phù nề (kèm theo phù ở nơi khác).

- Thành bụng căng do có nước hoặc hơi.

- Thành bụng cứng toàn bộ hoặc ở một vùng, chỗ cứng, chỗ mềm.

- Tăng cảm giác đau (phản ứng thành bụng) thường gặp trong các bệnh cấp tính như viêm phúc mạc, viêm ruột thừa, viêm túi mật,...

3.8.2. Tìm điểm đau:

- Điểm đau túi mật: nghiệm pháp Murphy (+) trong viêm túi mật...

- Điểm đau ruột thừa: Mac – Burney (+) trong viêm ruột thừa cấp.

- Điểm đau mũi ức trong các bệnh dạ dày, sỏi mật, giun chui ống mật, viêm túi mật,...

- Điểm đau vùng đầu tụy và ống mật chủ trong viêm tụy sỏi ống mật chủ.

- Điểm đau sườn lưng trong viêm tụy cấp, viêm quanh thận.

3.8.3. Gõ bụng

- Gõ vang toàn bụng đó là bụng trướng hơi.

- Gõ đục toàn bộ hoặc đục ở vùng thấp là có dịch ở trong ổ bụng.

- Vùng đục của gan mất chứng tỏ có hơi trong ổ bụng (do thủng tạng rỗng).

- Vùng túi hơi của dạ dày mất trong là do gan to choáng mất chỗ của dạ dày hoặc có khối u của dạ dày ở vùng túi hơi.

3.9. Nghe bụng:

Có thể nghe bằng tai trực tiếp trên ổ bụng và nghe bằng ống nghe để xác định các bệnh mạch máu (hẹp động mạch, phình động mạch, thông động tĩnh mạch), để xác định các khối u của ổ bụng.

4. Biểu hiện bệnh lý khi khám hậu môn - trực tràng:

Thăm khám trực tràng có thể phát hiện các tổn thương sau đây:

- Trĩ nội: từng búi ngoằn nghoèo như búi giun nằm dọc ống trực tràng.

- Polip trực tràng: thấy một khối dài tròn.

- Ung thư trực tràng: một khối cứng lồi lên làm hẹp lòng trực tràng.

- Những khối u trong ổ bụng cạnh trực tràng.

+ Ấn thành trực tràng bên phải đau trong viêm ruột thừa.

- Túi cùng Douglas phồng lên và đau trong viêm phúc mạc, thai ngoài tử cung vỡ gây chảy máu trong ổ bụng.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Ống tiêu hóa được tính từ miệng đến:

A. Dạ dày.
B. Ruột non.
C. Đại tràng.
D. Hậu môn.

Câu 2: Hệ tiêu hóa gồm : (Chọn ý sai trong câu)

A. Miệng.
B. Tuyến nước bọt.
C. Họng và phế quản.
D. Họng và thực quản.

Câu 3: Thăm khám trực tràng có thể phát hiện các tổn thương sau đây:

A. Trĩ nội, polip trực tràng.
B. Ung thư trực tràng.
C. Khối u trong ổ bụng, cạnh trực tràng.
D. Tất cả đều đúng.

Câu 4: Khám tiêu hóa, hỏi bệnh là bước quan trọng giúp cho thầy thuốc biết vị trí tổn thương.

A. Đúng.
B. Sai.

Câu 5: Khám bộ máy tiêu hóa, phương pháp cận lâm sàng nào quan trọng nhất:

A. Xét nghiệm máu.
B. X quang bụng.
C. Nội soi, siêu âm.
D. Tất cả đều đúng.

Trả lời: Câu1: D; Câu 2: C; Câu 3: D; Câu 4: A; Câu 5: D.

RỐI LOẠN CHỨC NĂNG BỘ MÁY TIÊU HÓA
NÔN VÀ TÁO BÓN

I. MỤC TIÊU BÀI HỌC

1. Trình bày định nghĩa, nguyên nhân, điều trị nôn.

2. Trình bày định nghĩa, nguyên nhân, điều trị táo bón.

II. NỘI DUNG

A. NÔN

1. Khái niệm:

Nôn là hiện tượng các chất chứa trong dạ dày đi ngược đường tiêu hóa ra ngoài, nôn là động tác phức tạp do cơ hoành, cơ bụng co lại, lỗ môn vị đóng lại, lỗ tâm vị mở ra, các chất dạ dày trào ngược ra miệng.

2. Nguyên nhân :

- Nguyên nhân của bộ máy tiêu hóa: tất cả kích thích trên đường tiêu hóa từ nền lưỡi đến họng , đến ruột non đều có thể gây ra nôn, như loét dạ dày tá tràng, viêm dạ dày, hẹp môn vị, sơ gan, viêm gan,....

- Nguyên nhân ngoài bộ máy tiêu hóa: các bệnh nhiễm khuẩn cấp tính, viêm màng não, tăng áp lực trong sọ, ure máu cao, uống một số thuốc như Aspirin...

3. Triệu chứng nôn :

- Chất nôn: toàn nước hoặc thức ăn, màu vàng hoặc màu đỏ, hay dịch đục.

- Khối lượng nôn: nhiều hay ít.

- Số lượng nôn, số lần nôn.

- Thời gian nôn: buổi sáng hoặc buổi chiều.

- Khoảng cách các lần nôn.

Biết được khối lượng và số lần nôn sẽ thấy được mức độ nặng hay nhẹ của bệnh:

- Tính chất nôn: nôn một cách khó khăn hay dễ dàng, trong bệnh viêm màng não thường là nôn nhanh và nôn vọt.

- Hậu quả của nôn: trường hợp nôn ít không ảnh hưởng gì đến toàn thân, nếu nôn nhiều và kéo dài sẽ gây những hậu quả nghiêm trọng như: mất nước, mất muối, điện giải, suy kiệt.

4. Điều trị :

Điều trị triệu chứng uống hoặc tiêm: Atropin, Metoclopramin, Largactil. Nếu có đe dọa mất nước, mất muối thì uống orezol hoặc là truyền dịch bù lại lượng nước mất.

B. TÁO BÓN

1. Khái niệm:

Táo bón là những trường hợp ỉa ra phân khô cứng, người bệnh có thể đi hằng ngày nhưng thường là 2 – 3 ngày mới đi một lần cơ chế táo bón là do đại tràng hút hết nước làm cho phân khô cứng lại.

2. Nguyên nhân :

- Do rối loạn phản xạ: bệnh nhân có thói quen nhịn đi cầu, dần dần nhiều lần bị ức chế phản xạ, ruột già hoạt động kém gây nên táo bón.

- Do sinh hoạt và điều kiện làm việc tĩnh lại, ngồi nhiều, ít vận động đi lại, không tập thể dục thể thao.

- Do ăn uống: ăn ít rau quả, uống ít nước.

- Do bệnh lý: táo bón là triệu chứng của một số bệnh nhiễm khuẩn như bệnh lỵ, sa trực tràng, ung thư trực tràng,...

- Do suy nhược, già yếu, mắc các bệnh mãn tính phải nằm lâu làm nhu động ruột và các trương lực của cơ thành bụng giảm.

- Do dùng một số thuốc chữa bệnh, dẫn chất của thuốc như vitamin, thuốc an thần, thuốc có chất sắt.

- Do các nguyên nhân cơ học bị chèn ép: phụ nữ có thai to đè vào trực tràng, khối u của tử cung, khối u tuyến tiền liệt.

3. Điều trị :

- Chế độ ăn uống: ăn những thức ăn có nhiều xơ, rau xanh hoặc rau sống, hoa quả, uống đủ nước, không nên uống rượu, ăn đúng giờ và nhai kĩ.

- Có thể dùng 1 số thuốc như: thuốc nhầy (aga, các dẫn xuất methylcellus), chất làm trơn như dầu parafin, thuốc lợi mật như Sorbiton.

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

Câu 1: Nguyên nhân gây ra nôn của bộ máy tiêu hoá. Ngoại trừ:

A. Loét dạ dày - tá tràng
B. Viêm màng não
C. Viêm dạ dày
D. Hẹp môn vị

Câu 2: Nguyên nhân gây ra nôn ngoài bộ máy tiêu hóa:

A. Nhiễm khuẩn cấp tính
B. Tăng áp lực nội sọ
C. Ure máu cao
D. Tất cả đều đúng

Câu 3: Nôn là hiện tượng các chất chứa trong dạ dày đi ngược đường hô hấp ra ngoài.

A. Đúng
B. Sai

Câu 4: Phân táo bón là phân bị tiêu quá mức, táo bón khi đi phân:

A. Phân cứng, khô
B. Khối lượng ít
C. Khó tống ra ngoài
D. Tất cả đều đúng

Câu 5: Đâu không phải là nguyên nhân của táo bón:

A. Do búi chỉ
B. Do rối loạn phản xạ
C. Do ăn uống
D. Sinh hoạt và điều kiện làm việc

Trả lời: Câu 1: B; Câu 2: D; Câu 3: B; Câu 4: D; Câu 5: A.

BỆNH ÁP XE GAN

I. MỤC TIÊU BÀI HỌC

1. Trình bày khái niệm, nguyên nhân áp xe gan.
2. Cách nhận biết triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng.
3. Trình bày biến chứng và cách điều trị nội, ngoại của áp xe gan.

II. NỘI DUNG

1. Đại cương:

Bệnh áp xe gan là một bệnh trong đó có một hoặc nhiều ổ mủ trong nhu mô gan, thường gặp ở thùy gan phải. Kích thước của ổ áp xe cũng rất khác nhau, trung bình 5 – 6 cm, với 500 – 600ml mủ, không có mùi, màu sôcôla, màu cà phê sữa hoặc là màu trắng xanh.

2. Nguyên nhân:

Ở Việt Nam những nguyên nhân thường gặp của áp xe gan là:

- Áp xe gan do amip: hay gặp nhất (80%)
- Áp xe gan đường mật do sỏi và giun đũa
- Áp xe gan do nhiễm khuẩn đường máu: nguồn gốc nhiễm khuẩn có thể ở xa gan như viêm ruột thừa hoặc do tiếp giáp viêm túi mật và áp xe dưới cơ hoành.

3. Triệu chứng:

3.1. Triệu chứng lâm sàng:

3.1.1. Thể điển hình:

Là thể hay gặp nhất và có 3 triệu chứng chủ yếu hợp thành tam chứng Fontan (sốt, đau hạ sườn phải và gan to):

- Sốt : có khi sốt cao thành cơn (39 – 40 độ C), có khi sốt 5 – 7 ngày. Có khi sốt kéo dài vài tháng hoặc sốt ngắt quãng. Sốt thường là triệu chứng đầu tiên, sốt 3 - 4 ngày sau đó mới có đau hạ sườn phải và gan to, nhưng cũng có thể xảy ra đồng thời với 2 triệu chứng đó.

- Đau hạ sườn phải và vùng gan: mức độ đau khác nhau tùy trường hợp.

Ở mức độ nhẹ là cảm giác nặng nề, căn cắn từng lúc một.

Mức độ nặng là đau làm cho người bệnh khó chịu không dám cử động. Đau xuyên lên vai và đau tăng khi cử động hoặc no, thở mạnh. Đau có tính chất kéo dài suốt ngày đêm (khác với tính chất đau trong sỏi mật đau thành cơn, đau quặn)

- Gan to và đau: Gan to 3 – 4 cm dưới bờ sườn phải, mềm, nhẵn, bờ tù, ấn đau và điểm đau tương ứng với ổ áp xe.

Ấn kẽ liên sườn có một điểm đau chói hay đau trội. Có thể thấy da vùng gan nóng hơn bình thường, đỏ và phù nề.

Ngoài tam chứng Fontan còn gặp một số triệu chứng lâm sàng khác như rối loạn tiêu hóa, ăn kém, gầy sút, cổ trướng (hậu quả suy dinh dưỡng), tràn dịch màng phổi (ổ áp xe ở cao gây phản ứng viêm do tiếp cận)

3.1.2. Thể không điển hình:

- Thể không sốt (chiếm tỷ lệ 9,3 %): sốt rất ít vài ba ngày rồi hết hẳn làm cho người bệnh không để ý đến, chỉ thấy đau hạ sườn phải, gầy sút…

- Thể sốt kéo dài: sốt kéo dài hàng tháng, sốt liên tục hoặc ngắt quãng, gan không to và thậm chí không đau.

- Thể có vàng da (chiếm tỷ lệ 3%): thể này nặng và dễ nhầm với áp xe ở sâu trong gan hoặc ổ áp xe nhỏ.

- Thể không đau (chiếm tỷ lệ 1,9%): gan to nhưng không đau do ổ áp xe ở sâu trong gan khoặc ổ áp xe nhỏ.

- Thể có suy gan: do ổ áp xe quá to phá hủy 50% tổ chức gan và người bệnh có thể chết vì hôn mê gan.

- Thể áp xe gan trái (chiếm tỷ lệ 3 – 5%): thể này xác định chuẩn đoán khó khăn, áp xe gan dễ vỡ vào màng tim gây tràn dịch màng tim.

- Thể phổi, màng phổi: do viêm nhiễm ở gan lan lên gây phản ứng màng phổi hay vỡ ổ áp xe gan lên. Thể này rất ít gặp, rất dễ nhầm lẫn với một số bệnh ở màng phổi, chuẩn đoán xác định áp xe gan rất khó và triệu chứng áp xe gan không có hoặc lu mờ.

- Thể có tràn dịch ngoài màng tim: ngay từ đầu khi hình thành ổ áp xe ở gan đã có biến chứng vào màng ngoài tim, các triệu chứng về áp xe gan bị che lấp và rất dễ bị lạc hướng xác định bệnh áp xe gan.

- Thể giả ung thư gan: gan to và cứng hoặc người bệnh gầy sút nhanh và nhiều dễ nhầm lẫn với ung thư gan.

3.2. Cận lâm sàng :

- Xét nghiệm máu: số lượng bạch cầu tăng (nhất là bạch cầu đa nhân trung tính), tốc độ lắng máu tăng

- Chụp X quang: Cơ hoành phải bị đẩy lên cao, kém di động, có thể tràn dịch màng phổi. Các dấu hiệu X quang này rất thường gặp trong áp xe gan (chiếm tỷ lệ 80%)

- Soi ổ bụng: qua soi ổ bụng có thể nhìn thấy trực tiếp ổ áp xe gan (khối lồi lên mặt trên hoặc dưới gan với những biểu hiện của viêm nhiễm như xung huyết, phù nề, dày dính). Có thể nhìn thấy dấu hiệu gián tiếp của áp xe gan như gan to và những biểu hiện viêm nhiễm (như trên) chiếm từng phần của gan. Có những trường hợp áp xe gan không biểu lộ ra bên ngoài hoặc ở vùng gan mà soi bụng không thể nhìn thấy được.

- Siêu âm gan: Siêu âm gan là phương pháp hiện đại rất tốt để xác định các tổn thương giới hạn của gan, số lượng ổ áp xe và kích thước của các ổ áp xe.

- Xét nghiệm phân: Tìm amip trong phân và soi tươi mủ hút trong ổ áp xe có thể tìm được amip (không tìm thấy amip cũng không loại trừ áp xe gan do amip)

3.3. Biến chứng do vỡ áp xe gan:

- Vỡ ổ áp xe gan là biến chứng hay gặp nhất, có thể vỡ tự nhiên hoặc do thăm khám thô bạo, do chấn thương, do chọc dò…nhưng đại đa số trường hợp là do ổ áp xe vỡ tự nhiên

+ Vỡ áp xe gan vào phổi

+ Vỡ vào màng ngoài tim

+ Vỡ vào ổ bụng gây viêm phúc mạc toàn thể: biến chứng này hay gặp. Đột nhiên đau bụng, sốt tăng lên, bụng cứng và đau hoàn toàn. Khi khám thấy có dịch ở vùng bụng thấp, chọc dò hút được mủ thì cần dẫn lưu ổ bụng kịp thời tránh tử vong vì choáng nhiễm khuẩn.

- Có thể vỡ vào ổ bụng gây viêm phúc mạc khu trú (do các mạch nối và các tạng bao vây lập tức tạo nên ổ mủ khu trú trong ổ bụng).

+ Vỡ vào ống tiêu hóa (dạ dày, đại tràng) làm cho người bệnh nôn ra mủ, ỉa ra mủ.

+ Vỡ vào thành bụng gây áp xe thành bụng (dễ nhầm với viêm cơ thành bụng). Nếu ăn thủng thành bụng rò ra ngoài tạo thành lỗ rò chảy mủ (dễ nhầm với viêm xương, viêm cơ…)

+ Biến chứng chảy máu trong ổ áp xe.

4. Điều trị:

4.1. Điều trị nội khoa:

- Thuốc:

+ Thuốc thuộc nhóm 5 Metronidazol (Klion, Flagyl…) dùng đường uống hoặc tiêm từ 30 – 40mg/kg hoặc 1,5 – 2g/ ngày, dùng trong 8 ngày.

+ Dehydro Emetin 1-2mg/ngày/kg trọng lượng cơ thể, dùng trong 8-10 ngày

+ Choloroquin (Delagyl) 0,4mg/ngày dùng trong 8-10 ngày

Sau khi đã tiêu diệt hết amip ở gan, cần tiêu diệt amip ở ruột nhất là kén.

Chọc mủ hút phối hợp với thuốc điều trị amip.

Có thể chọc sớm nếu ổ áp xe gan quá to, người bệnh đến muộn, thường là bệnh kéo dài trên 3 tháng và trường hợp điều trị bằng thuốc không khỏi. Có thể chọc hút mủ ổ áp xe dưới sự hướng dẫn của soi ổ bụng và siêu âm. Trong trường hợp điển hình, dễ chọc dò thì không cần chọc dò dưới sự hướng dẫn của siêu âm hoặc soi ổ bụng. Đại đa số trường hợp chọc hút một lần là đủ, nhưng có một số trường hợp có thể phải chọc hút 2 – 3 lần. Chọc hút mủ kết hợp với dùng thuốc có khi khỏi hoàn toàn.

4.2. Điều trị ngoại khoa:

Mổ phối hợp với dùng thuốc khi áp xe gan có biến chứng nguy hiểm hoặc đoạn có biến chứng, người bệnh đến quá muộn (thường là khi kéo dài trên 4 tháng), ổ áp xe quá to, gan to quá rốn tới hố chậu nếu chọc hút mủ sẽ gây vỡ.

Trường hợp áp xe gan đã điều trị thuốc đầy đủ, đúng cách phối hợp với chọc dò mà không có kết quả thì phải điều trị ngoại khoa.

Điều trị ngoại khoa có tỷ lệ tử vong là 2%.

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

Câu 1: Áp xe gan là một bệnh có một hoặc nhiều ổ mủ trong nhu mô gan.

A. Đúng
B. Sai

Câu 2: Ở Việt Nam nguyên nhân Áp xe gan thường gặp là:

A. Áp xe gan do Amip
B. Áp xe gan đường mật do sỏi và giun đũa
C. Áp xe gan nhiễm khuẩn đường máu
D. Tất cả đều đúng

Câu 3: Lâm sàng của Áp xe gan nổi bật là tam chứng Fontan:

A. Sốt, đau hạ sườn trái, gan to
B. Sốt, đau hạ sườn phải, gan to
C. Nôn, đau hạ sườn trái, gan to
D. Nôn, đau hạ sườn phải, gan to

Câu 4: Đâu là cận lâm sàng tốt nhất để xác định Áp xe gan:

A. Xét nghiệm máu
B. Siêu âm gan
C. Xét nghiệm nước tiểu
D. Nội soi

Câu 5: Nguyên nhân do vỡ Áp xe gan, chọn câu đúng nhất:

A. Do thăm khám thô bạo
B. Do chấn thương
C. Do chọc dò
D.Tất cả đều đúng

Trả lời: Câu 1: A; Câu 2: D; Câu 3: B; Câu 4: B; Câu 5: D

BỆNH XƠ GAN

I. MỤC TIÊU BÀI HỌC

1. Trình bày nguyên nhân, triệu chứng xơ gan.

2. Trình bày cận lâm sàng và biến chứng xơ gan

3. Trình bày cách điều trị xơ gan.

II. NỘI DUNG

1. Nguyên nhân:

- Viêm gan do virus: đặc biệt là viêm gan do virus B và virus không A không B. Đây là nguyên nhân quan trọng nhất.

- Nghiện rượu nặng và kéo dài, nhất là ở các nước Âu Mỹ.

- Nguyên nhân khác: suy dinh dưỡng nặng và kéo dài, ứ mật, ứ máu lâu ngày trong gan v.v…

2. Triệu chứng:

Bệnh sơ gan là một bệnh mạn tính, tiến triển lâu dài theo những giai đoạn sau:

2.1. Giai đoạn sơ gan tiềm tàng:

Bệnh không có dấu hiệu bệnh lý, toàn trạng vẫn tốt nên không chuẩn đoán được. Bệnh được phát hiện một cách tình cờ khi phẫu thuật hoặc mổ tử thi do chết vì một bệnh khác.

2.2. Giai đoạn sơ gan còn bù, chưa có triệu chứng:

2.2.1 Bệnh nhân thấy một số dấu hiệu sau: yếu mệt, chán ăn, sợ mỡ, khó tiêu trong một thời gian dài, có khi vài năm.

2.2.2. Có khi bệnh biểu hiện rõ hơn với các triệu chứng:

- Suy nhược, ăn kém, bụng chướng, ỉa chảy

- Phù nhẹ ở 2 chi dưới

- Chảy máu cam, chảy máu lợi

- Đau tức vùng hạ sườn phải

- Khám thấy gan to, lách to.

2.3. Giai đoạn sơ gan mất bù, biểu hiện ở hai hội chứng: Hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa và hội chứng suy gan.

2.3.1. Hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa:

- Cổ trướng: Đây là một cổ trướng tự do, thường nhiều dịch (3-10 lít), 25g/l) .

- Tuần hoàn bàng hệ trên da bụng

- Dãn tĩnh mạch thực quản, dãn tĩnh mạch trực tràng.

- Lách to.

2.3.2. Hội chứng suy tế bào gan:

- Toàn thể trạng giảm sút: suy nhược, chán ăn, chậm tiêu, sút cân.

- Phù nề, cổ trướng.

- Vàng da: lúc đầu kín đáo, về sau ngày càng đậm.

- Hội chứng chảy máu: chảy máu cam, chảy máu chân răng, chảy máu dưới da.

3. Cận lâm sàng:

- Thiếu máu: Số lượng hồng cầu giảm.

- Glucose máu hạ, có khi dẫn tới hôn mê hạ đường máu.

- Thời gian Prothrombin kéo dài.

- Chọc dò dịch màng bụng, xét nghiệm Rivalta âm tính.

- Các chức năng gan bị rối loạn.

- Siêu âm thấy tổn thương tế bào gan.

4. Biến chứng:

Xơ gan là một bệnh mạn tính nặng, không khỏi hẳn được. Song nếu được điều trị tốt, bệnh có thể ổn định một thời gian dài

Một số biến chứng có thể xảy ra:

- Nhiễm khuẩn dịch cổ trướng.

- Chảy máu tiêu hóa do dãn tĩnh mạch thực quản bị vỡ gây nên.

- Bệnh não cửa - chủ yếu biểu hiện bởi hôn mê gan.

- Xơ gan ung thư hóa.

5. Điều trị:

5.1. Những biện pháp chung:

- Nằm nghỉ khi có những đợt tiến triển, Không lao động nặng nhọc.

- Ăn nhiều đạm, đường, vitamin, hạn chế mỡ. Hạn chế muối hoặc ăn nhạt khi có phù và cổ trướng. Hạn chế đạm khi xơ gan mất bù, đe dọa bệnh não - gan. Tuyệt đối không uống rượu.

5.2.Thuốc:

- Các vitamin B_1, B_6, B_{12}, C, K

- Các acid amin, nhân trần, actisô

- Tùy theo trường hợp cụ thể: thuốc lợi niệu

- Các thuốc trợ gan khác: SylganS, Hepamez…

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Nguyên nhân chính dẫn đến xơ gan:

A. Viêm gan do virus
B. Viêm gan do nghiện rượu
C. Viêm gan do dùng thuốc
D. Tất cả điều đúng

Câu 2: Triệu chứng lâm sàng của xơ gan qua 3 giai đoạn (Chọn ý sai trong câu):

A. Giai đoạn xơ gan cấp
B. Giai đoạn xơ gan tiềm tàng
C. Giai đoạn xơ gan còn bù
D. Giai đoạn xơ gan mất bù

Câu 3: Hội chứng tăng áp lực tỉnh mạch cửa. (Chọn ý sai trong câu):

A. Cổ chướng
B. Vàng da
C. Tuần hoàn bàng huệ
D. Lách to

Câu 4: Biến chứng của xơ gan (Chọn ý sai trong câu):

A. Nhiễm khuẩn dịch cổ chướng
B. Apxe phổi
C. Chảy máu tiêu hóa
D. Ung thư hóa

Câu 5: Xơ gan giai đoạn mất bù có 2 hội chứng:

A. Hội chứng vàng da, hội chứng suy tế bào gan
B. Hội chứng vàng da, hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa
C. Hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa, hội chứng suy tế bào gan
D. Tất cả điều sai

Trả lời: Câu 1: D; Câu 2: A; Câu 3: B; Câu 4: B; Câu 5: C.

ĐAU BỤNG

I. MỤC TIÊU BÀI HỌC

Sau khi học xong bài đau bụng học sinh phải:

1. Trình bày được nguyên nhân đau bụng cấp và mãn.

2. Triệu chứng đau bụng cấp và mạn.

II. NỘI DUNG

1. Đau bụng cấp ngoại khoa:

1.1. Thủng dạ dày:

- Đau bụng dữ dội vùng thượng vị như dao đâm.

- Tình trạng toàn thân: sốc mạnh, nhanh, huyết áp hạ.

- Rối loạn tiêu hóa: nôn bí trung đại tiện.

- Khám bụng cứng như gỗ, có phản ứng phúc mạc.

1.2. Viêm tụy cấp chảy máu:

- Đau vùng thượng vị, lan ra sau lưng, thường xuất hiện đột ngột sau bữa ăn thịnh soạn.

- Tình trạng sốc nặng: mạch nhanh, bị nôn ói liên tục.

- Lượng Amylaza trong máu tăng cao.

1.3. Viêm ruột thừa:

- Đau âm ỉ vùng hố chậu phải.

- Rối loạn tiêu hóa, buồn nôn, nôn bí trung đại tiện, có khi tiêu chảy.

- Khám ấn điểm mạch Burney rất đau.

- Hội chứng nhiễm khuẩn sốt bạch cầu phát triển.

1.4. U nang buồn trứng xoắn:

- Đau vùng hố chậu đột ngột và dữ dội.

- Tình trạng sốc mạch nhanh, huyết áp hạ.

- Khám bụng và thăm âm đạo thấy khối u một bên hố chậu.

1.5. Thai ngoài tử cung bị vỡ:

- Người bệnh tắt kinh vài ba tháng, đột nhiên đau ở vùng hố chậu hoặc bụng dưới, ra máu âm đạo.

- Đặc biệt chảy máu trong, thiếu máu nhanh chóng, mạch nhỏ và nhanh, huyết áp hạ.

2. Đa bụng cấp nội khoa:

2.1. Cơn đau dạ dày cấp:

- Đau nhiều ở vùng thượng vị, có nôn thức ăn.

- Khám: không có phản ứng thành bụng.

2.2. Áp xe gan:

- Đau ở hạ sườn phải, đau rất dữ dội, không dám cử động và thở mạnh.

- Toàn thân: sốt cao, môi khô, lưỡi bẩn.

- Khám thấy gan to, rất đau, làm dấu hiệu rung gan (+).

2.3. Sỏi mật:

- Cơn đau quặn gan điển hình.

- Sốt vàng da.

4. Giun chui ống mật:

- Đau đột ngột ở vùng thượng vị và hạ sườn phải, người bệnh nằm phải chổng mông.

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

Câu 1: Đau bụng do thủng dạ dày, triệu chứng lâm sàng nào là đặc hiệu:

A. Đau bụng dữ dội như dao đâm vùng thượng vị
B. Rối loạn tiêu hóa
C. Bụng cứng như gỗ
D. Cả A và C

Câu 2: Đau bụng do viêm tụy cấp, triệu chứng lâm sàng nào là đặc hiệu:

A. Đau vùng thượng vị, xuất hiện đột ngột sau bữa ăn thịnh soạn
B. Nôn ói liên tục
C. Lượng Amylaza trong máu tăng cao
D. Tất cả đều đúng

Câu 3: Đau bụng viêm ruột thừa là đau âm ỉ vùng hố chậu trái

A. Đúng
B. Sai

Câu 4: Đâu không phải là triệu chứng lâm sàng của Apxe gan

A. Đau dữ dội ở hạ sườn trái
B. Hội chứng nhiễm trùng
C. Gan to rất đau
D. Tất cả đều đúng

Câu 5: Đau bụng do giun chui ống mật, tư thế người bệnh nằm chổng mông.

A. Đúng
B. Sai

Trả lời: 1: D; 2: D; 3: B; 4: A; 5: A.

BỆNH LOÉT DẠ DÀY – TÁ TRÀNG

I. MỤC TIÊU BÀI HỌC

1. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của loét dạ dày – tá tràng.

2. Trình bày được các biến chứng của bệnh loét dạ dày – tá tràng.

3. Trình bày hướng điều trị bệnh loét dạ dày – tá tràng.

II. NỘI DUNG

1. Đại cương:

- Bệnh loét dạ dày – tá tràng là một bệnh đã được biết từ hơn một thế kỷ nay, nhưng nguyên nhân cũng như cơ chế sinh bệnh học vẫn còn nhiều bí ẩn. Đây là một bệnh khá phổ biến ở nước ta cũng như ở các nước khác trên thế giới. Tỷ lệ mắc bệnh ở nam giới nhiều hơn nữ giới; loét tá tràng gặp nhiều hơn loét dạ dày.

- Vị trí ổ loét: hay gặp nhất ở hành tá tràng, bờ cong nhỏ, hang vị và môn vị, hiếm gặp hơn ở các vị trí khác (bờ cong lớn, tâm vị…)

- Số lượng ổ loét thường chỉ có một ổ loét cong cũng có thể có 2 – 3 ổ loét. Kích thước ổ loét với đường kính dưới 2 cm hay gặp.

- Sinh lý bệnh

+ Sự mất thăng bằng giữa yếu tố gây loét và yếu tố bảo vệ niêm mạc dạ dày. Đây là giả thuyết hiện nay được nhiều người công nhận nhất. Hiện tượng loét xảy ra là do tăng nồng độ hoặc hoạt độ acid clohydric và men Pepsin hoặc do giảm sự chống đỡ bình thường của niêm mạc dạ dày – tá tràng. Khi niêm mạc đã bị tổn thương thì không có khả năng tiết đủ chất nhầy để có tác dụng như một hàng rào bảo vệ, chống lại acid clohydric.

+ Vai trò của Helicobacter Pylori – một loại xoắn khuẩn gram âm quan trọng trong bệnh sinh của loét dạ dày – tá tràng.

2. Nguyên nhân:

- Do tăng tiết dịch vị axit trong dạ dày

- Do sử dụng các thuốc ảnh hưởng đến dạ dày như: Aspirin, Corticoid.

- Do thần kinh

- Do ăn uống không điều độ

- Do nhiễm Helicobacter Pylori

3. Triệu chứng:

Bệnh loét dạ dày - tá tràng có thể biểu hiện ở thể điển hình hoặc không điển hình.

3.1. Thể điển hình:

Bệnh biểu hiện bởi hội chứng loét:

- Đau bụng là triệu chứng chính:

+ Đau bụng vùng thượng vị hơi lệch sang phía bên trái, đau xuyên ức lên và ra sau lưng.

+ Đau như bỏng rát hoặc đau quặn, đau xoắn, đau âm ỉ.

+ Đau có tính chất chu kỳ:

Đau theo nhịp điệu với bữa ăn (đau khi đói, ăn vào đỡ đau – đó là loét hành tá tràng; đau sau khi ăn vài giờ - đó là loét dạ dày). Đau như vậy trong thời gian 1, 2 hay 3 tuần lễ rồi tự nhiên hết đau.

Thời kỳ không đau kéo dài trong nhiều tuần lễ hoặc nhiều tháng, có khi cả năm và đến năm sau vào mùa rét, một chu kỳ đau mới (như trên) lại xuất hiện. Càng về sau đau dần dần mất tính chất chu kỳ, có nhiều đợt đau trong năm và rồi đau liên tục.

- Ợ hơi, ợ chua, ợ nóng.

3.2. Thể không điển hình:

Bệnh tiến triển im lặng, không có triệu chứng đau bụng, ợ hơi, ợ chua, ợ nóng và biểu hiện đột ngột bởi một biến chứng (chảy máu tiêu hóa, thủng ổ loét…)

2. Cận lâm sàng:

2.1. Chụp Xquang dạ dày tá tràng: Có thể phát hiện ổ loét.

2.2. Nội soi dạ dày – tá tràng bằng ống soi mềm:

Nhìn thấy trực tiếp ổ loét ở vị trí nào, số lượng, kích thước ổ loét và các tổn thương khác kèm theo. Đây là phương pháp tốt nhất để chuẩn đoán xác định loét dạ dày – tá tràng.

2.3. Xét nghiệm dịch vị trong dạ dày:

Thấy được độ acid tăng trong loét tá tràng và độ acid giảm trong loét dạ dày.

2.4. Tìm Helicobacter Pylori trong các mành sinh thiết niêm mạc dạ dày:

Một số điểm so sánh giữa loét tá tràng với loét dạ dày:

Nội dung	Loét tá tràng	Loét dạ dày
Tính chất đau	- Đau lúc đói và ban đêm, ăn vào thì đỡ đau. - Đau muộn sau khi ăn 4 – 5 giờ	- Đau sớm sau khi ăn một vài giờ. - Ăn vào không đỡ đau có khi làm đau tăng thêm.
Xét nghiệm dịch vị	- Độ acid tăng.	- Độ acid giảm.
Chảy máu tiêu hóa	- Ỉa phân đen thường gặp hơn nôn ra máu	- Nôn ra máu thường gặp hơn ỉa phân đen.
Ung thư hóa	- Không xảy ra	- Có nguy cơ ung thư hóa (nếu sau 2 đợt điều trị nội soi tích cực mà ổ loét không lành nên phẫu thuật).
Tiến triển	- Khỏi, nhưng dễ tái phát	

4. Các biến chứng:

4.1. Chảy máu tiêu hóa:

Là biến chứng hay gặp nhất của loét dạ dày – tá tràng.

Chảy máu tiêu hóa với nhiều mức độ, biểu hiện bằng nôn ra máu, ỉa phân đen. Nếu mất nhiều máu thì kèm theo mạch nhanh, huyết áp hạ, có thể trụy tim mạch và tử vong nếu kông được xử trí cấp cứu kịp thời và đúng cách.

4.2. Thủng ổ loét:

Người bệnh đột nhiên đau dữ dội vùng thượng vị, đau như dao đâm. Khám thấy bụng cứng như gỗ và các triệu chứng của sốc xuất hiện (mạch nhanh nhỏ, huyết áp tụt…)

4.3. Hẹp môn vị:

Người bệnh ăn không tiêu, đầy bụng, buồn nôn, nôn ra thức ăn của bữa trước hoặc ngày hôm trước. Chất nôn có mùi đặc biệt vì thức ăn đã lên men. Khám bụng thấy có làn sóng nhu động dạ dày và tiếng lắc óc ách lúc đói.

4.4. Ung thư hóa:

Loét dạ dày có thể ung thư hóa.

5. Điều trị:

Chiến lược chung điều trị loét dạ dày – tá tràng là phải điều trị nội khoa đúng cách và đầy đủ trước, nếu không có kết quả mới phải phẫu thuật (cắt dây thần kinh phế vị, cắt 2/3 dạ dày).

5.1. Điều trị nội khoa:

5.1.1. Chế độ ăn uống: (xem phần chăm sóc người bệnh loét dạ dày – tá tràng).

5.1.2. Các thuốc điều trị loét dạ dày – tá tràng

- Các thuốc có tác dụng đến vỏ não và thân não có tác dụng điều hòa co bóp dạ dày và tống thức ăn nhanh.

- Các thuốc ức chế bài tiết acidclohydric (HCl).

- Thuốc tạo màng bọc bảo vệ niêm mạc dạ dày, do đó cũng làm liền sẹo ổ loét.

- Thuốc diệt Helicobacter Pylori và thuốc tạo màng bọc (Bismuth) cũng có tác dụng diệt Helicobacter Pylori. Các loại kháng sinh diệt Helicobacter Pylori có nhiều loại, nhưng có 4 loại có tác dụng nhất là Amoxyllin, Tetracyclin, Clarithromycin, nhóm 5 Metronidazol.

- Một số thuốc thường dùng:

+ Thuốc ức chế bài tiết HCl:

* Gastrizepin.
* Cimetidin, Randitidin, Nizatidin, Famotidin.
* Omeprazol.

+ Thuốc tạo màng bọc:

* Bismuth (có hiệu quả nhất).

* Gastropulgite (trung hòa độ pH).

+ Thuốc kháng sinh: Amoxycillin, Tetracyclin, Metrodinazol.

5.1.3. Điều trị ổ loét chảy máu

- Nếu người bệnh chảy máu vừa và nhẹ có thể dùng thuốc tiêm Cimetidin, Omeprazol.

- Nếu chảy máu nặng và quá nặng cần phải mổ cấp cứu (thuốc chỉ tạm thời để chờ mổ cấp cứu). Có thể cầm máu qua nội soi nếu kết quả tốt thì không cần mổ.

- Phương hướng điều trị loét dạ dày – tá tràng:

+ Kháng sinh 7 – 10 ngày.

+ Bishmuth 10 ngày hoặc 4 tuần (tùy biệt dược).

+ Thuốc kháng toan 6 – 8 tuần.

+ Thuốc ức chế bài tiết HCl 4 – 6 tuần.

5.2. Điều trị ngoại khoa:

- Được chỉ định trong những trường hợp sau đây:

+ Biến chứng của loét dạ dày – tá tràng:

+ Chảy máu tái phát nhiều lần hoặc chảy máu nặng điều trị nội khoa không có kết quả.

+ Biến chứng thủng ổ loét.

+ Hẹp môn vị.

+ Nghi ngờ loét ung thư hóa.

- Loét dạ dày - tá tràng được điều trị nội khoa đúng phương pháp trong nhiều năm mà không có kết quả, người bệnh vẫn đau nhiều.

CÂU HỎI CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Bệnh loét dạ dày - tá tràng là một bệnh khá phổ biến ở nước ta, tỉ lệ mắc bệnh nam giới nhiều hơn nữ giới.

A. Đúng
B. Sai

Câu 2: Loét dạ dày - tá tràng vị trí ổ loét hay gặp nhất:

A. Bờ cong lớn, tâm vị
B. Bờ cong nhỏ, hành tá tràng
C. Hang vị, môn vị
D. Cả B va C.

Câu 3: Nguyên nhân loét dạ dày - tá tràng ngoại trừ:

A. Tăng dịch vị axit trong dạ dày
B. Do rối loạn giấc ngủ
C. Do nhiễm Helicobacter Pylori
D. Do sử dụng thuốc

Câu 4: Đau bụng là triệu chứng nổi bật trong loét dạ dày - tá tràng. Chọn câu đúng nhất:

A. Đau vùng thượng vị, hơi lệch sang phía bên trái
B. Đau như bỏng rát
C. Đau có tính chất chu kỳ
D. Tất cả điều đúng

Câu 5: Đau không phải biến chứng loét dạ dày-tá tràng:

A. Chảy máu tiêu hóa
B. Viêm tụy cấp
C. Thủng ổ loét
D. Hẹp môn vị

Trả lời: 1: A; 2: D; 3: B; 4: D; 5: B.

CHẢY MÁU ĐƯỜNG TIÊU HÓA

I. MỤC TIÊU BÀI HỌC

1.Trình bày được nguyên nhân gây chảy máu đường tiêu hóa.

2.Trình bày triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng chảy máu đường tiêu hóa.

3. Xử trí được bệnh nhân chảy máu đường tiêu hóa.

II. NỘI DUNG

1. Đại cương

1.1. Khái niệm: Chảy máu đường tiêu hóa là tình trạng máu chảy ra khỏi thành mạch vào ống tiêu hóa, biểu hiện lâm sàng là nôn ra máu và ỉa phân có máu. Chảy máu đường tiêu hóa là một cấp cứu nội khoa.

1.2. Nguyên nhân:

- Loét dạ dày tá tràng
- Xơ gan.
- Các bệnh về máu.
- Do dùng thuốc: Corticoid, thuốc kháng viêm không steroid.
- Chảy máu đường mật ở bệnh nhân viêm loét đường mật, sỏi mật.
- Ngộ độc chì, thủy ngân, ure máu tăng.
- Bệnh viêm thành mạch dị ứng.
- Ung thư dạ dày.
- Bệnh lý ở ruột: Lồng ruột, ung thư đại tràng, thương hàn, lỵ, trĩ...

2. Triệu chứng:

2.1. Lâm sàng:

- Dấu hiệu báo trước: Đau vùng thượng vị dữ dội, đột ngột, nhất là bệnh nhân có loét dạ dày tá tràng, cảm giác cồn cào nóng rát. Tuy nhiên có trường hợp ít đau hoặc không đau.
- Hoa mắt, mệt lả, chóng mặt, thoáng ngất, buồn nôn, nôn
- Nôn ra máu: Số lượng 100 – 1000 ml hoặc hơn máu đỏ tươi hoặc thành máu cục màu sẫm hoặc đỏ nhạt lẫn thức ăn và dịch vị.
- Ỉa ra máu: Sau khi nôn ra máu vài giờ hoặc những ngày sau bệnh nhân ỉa ra phân màu đen bóng, quoánh (Đen như bã cà phê), mùi thối khẳm nếu chảy máu vùng thấp thì máu đỏ theo phân.
- Da niêm mạc nhợt nhạt.

2.2. Xét nghiệm cận lâm sàng:

- Số lượng hồng cầu giảm nhiều hay ít tùy thuộc vào lượng máu chảy.

- Huyết sắc tố (Hemoglobin) giảm.

- Hematocrit giảm.

- Hồng cầu lưới tăng.

3. Chẩn đoán:

3.1. Chẩn đoán xác định: dựa vào các hội chứng sau:

- Hội chứng chảy máu: Nôn ra máu, ỉa phân đen hoặc ỉa ra máu.

+ Hội chứng Mất máu cấp: Da niêm mạc nhợt nhạt, Hồng cầu giảm, huyết sắc tố giảm, hematocrit giảm, tiền sử có bệnh lý ở đường tiêu hóa.

3.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Ho ra máu: Trước khi ho ra máu có nóng rát sau xương ức, ho khạc đàm có bọt màu hồng.

- Chảy máu mũi, chân răng … (Khám chuyên khoa)

3.3. Chẩn đoán mức độ:

Chỉ tiêu	Nặng	Vừa	Nhẹ
Mạch quay	> 120 lần/phút	120 – 100 lần/phút	< 100 lần/phút
Huyết áp tâm thu	80 mmHg	90 – 100 mmHg	110 mmHg
Hồng cầu	< 2 triệu/lít	2 – 3 triệu/lít	> 3 triệu/lít
Huyết cầu tố	< 40 g/l	40 – 60 triệu/lít	> 60 triệu/lít
Hematocrit	< 0,20	0,20 – 0, 30	0,30 – 0,40

3. Xử trí

- Cho bệnh nhân nằm đầu thấp, chườm lạnh vào vùng thượng vị.

- Thở ô xy 2 – 4 lít/phút.

- Theo dõi mạch, huyết áp, nước tiểu, phân.

- Xét nghiệm máu thường quy, hematocit, và xác định ngay nhóm máu.

- Nhịn ăn trong 24 giờ thay vào đó bằng truyền dịch, khi hết chảy máu cho ăn chế độ lỏng, mềm, khi ỉa phân vàng cho ăn đặc hơn.

- Cầm máu:

Vitamin K 5 mg x 4 ống/ngày tiêm bắp thịt.

Transamin 0,25g 1 – 2 ống /lần x 1 – 2 lần/ngày tiêm tĩnh mạch chậm hoặc tiêm bắp thịt.

Hemocaprol chống tiêu fibrin: Ống 2g tiêm tĩnh mạch chậm.

Post-hypophyse 10 – 15 đơn vị pha với 300ml dung dịch glucose 5% truyền tĩnh mạch 1 – 2 lần / ngày

- Tìm nguyên nhân điều trị tích cực.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Nguyên nhân thường gặp khi xuất huyết phần trên ống tiêu hóa do tổn thương ở dạ dày – tá tràng:

A. Loét dạ dày - tá tràng
B. Ung thư dạ dày
C. Polip dạ dày - tá tràng
D. Tất cả đều đúng

Câu 2: Nguyên nhân thường gặp khi xuất huyết phần trên ống tiêu hóa do bệnh lí ngoài ống tiêu hóa. (Chọn ý sai trong câu)

A. Tăng áp lực tĩnh mạch cửa
B. Chảy máu đường mật
C. Chảy máu cam
D. Bệnh lý tủy xương

Câu 3: Nguyên nhân nào không phải do xuất huyết phần dưới ống tiêu hóa:

A. Trĩ hậu môn
B. Ung thư tử cung
C. Polit trực tràng
D. Ung thư trực tràng

Câu 4: Triệu chứng lâm sàng đặc hiệu khi xuất huyết phần trên ống tiêu hóa:

A. Đau bụng, tiêu chảy
B. Đau bụng, nôn ra máu
C. Nôn ra máu, ỉa phân đen
D. Nôn ra máu, ỉa phân đỏ tươi

Câu 5: Để đánh giá tình trạng mất máu, cận lâm sàng nào là quan trọng:

A. Số lượng hồng cầu
B. Số lượng huyết sắc tố
C. Tỉ lệ hematorit
D. Tất cả đều đúng

Trả lời: Câu 1: D; Câu 2: C; Câu 3: B; Câu 4: C; Câu 5: D.

VÀNG DA

I. MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Phát hiện và thăm khám được bệnh nhân vàng da trên lâm sàng.

2. Trình bày được những nguyên nhân chính của vàng da.

II. NỘI DUNG

Vàng da là một triệu chứng hay gặp trong các bệnh về gan mật. Chẩn đoán xác định vàng da thường dễ, nhưng chẩn đoán nguyên nhân nhiều khi khó khăn.

Bình thường, Bilirubin (sắc tố mật chính) bắt nguồn từ sự hoá giáng của hemoglobin, được lắng trong máu và thải tiết qua gan. Nếu số lượng Bilirunbin được sản xuất ra vượt quá khả năng thải tiết của gan. Bilirubin sẽ ứ đọng lại trong máu và nhuộm vàng các tổ chức của cơ thể. Nó sẽ gây nên hội chứng vàng da.

1. Sự chuyển hóa của Bilirubin:

- Bình thường, phần lớn Bilirubin được sản xuất do sự huỷ hoại hàng ngày của các hồng cầu già cỗi sau 120 ngày sống. Hemoglobin được giải phóng ra, được chuyển thành Bilirubin.

Đây là Bilirubin gián tiếp (còn gọi là Bilirubin tự do, hoặc chưa kết hợp) nó chỉ tan trong mỡ, không tan trong nước.

- Bilirubin gián tiếp theo máu đi đến tế bào gan. Nó được hấp thụ trong tế bào gan. Ở đây, nó kết hợp với axit glucuronic và trở thành Bilirubin trực tiếp (còn gọi là Bilirubin kết hợp). Bilirubin trực tiếp tan trong nước.

- Bilirubin kết hợp bài xuất khỏi tế bào gan và các đường dẫn mật, sau đó đi đến ruột non, rồi tới ruột già. Ở đây, vi khuẩn chí của ruột biến Bilirubin thành Urobilinogen và Stercobilinogen, cuối cùng thành Urobilin và Stercobilin.

- Phần lớn Stercobilin được loại trừ theo phân và làm phân màu vàng. Một phần nhỏ được tái hấp thụ bởi niêm mạc ruột, được đưa trở lại gan rồi lại bài xuất theo mật vào ruột.

Một phần rất nhỏ đi từ máu vào nước tiểu.

- Ở người bình thường, Bilirubin toàn phần trong máu di động từ 5mg đến 10mg/lit, trong đó 2/3 là Bilirubin kết hợp và 1/3 là Bilirubin tự do.

2. Cách thăm khám một bệnh nhân vàng da

2.1. Khám lâm sàng: rất quan trọng

- Cần khám bệnh nhân dưới ánh sáng tự nhiên, không khám dưới ánh sáng đèn điện, vì không chính xác.

- Đánh giá xem da và các niêm mạc của bệnh nhân vàng nhẹ, trung bình hoặc vàng thẫm. Chú ý cung mạc mắt, niêm mạc miệng, da mặt, gan bàn tay…

- Cách xuất hiện của vàng da: từ từ hay đột ngột, liên tục hay tái phát từng đợt?

- Màu sắc của nước tiểu, phân?

- Cơn đau bụng? Có sốt kèm theo?
- Tiền sử: có truyền máu? có tiếp xúc với bệnh nhân vàng da?
- Khám thực thể: có gan to? Lách to? Tuần hoàn bàng hệ trên thành bụng?

2.2 Thăm dò chức năng gan mật

- Nội soi tá tràng.
- Bilirubin toàn phần, tự do và kết hợp.
- Transaminase.

2.3. Các thăm dò cận lâm sàng khác

- Soi ổ bụng.
- Siêu âm gan, mật.
- Chụp đường mật.

3. Những nguyên nhân thường gặp của vàng da

3.1. Vàng da trước gan

- Bệnh sốt rét: lạnh run, sốt, vã mồ hôi.
- Thiếu máu tán huyết.
- Vàng da sinh lý trẻ sơ sinh.

3.2. Vàng da tại gan

- Viêm gan.
- Sơ gan.
- K gan.

3.3. Vàng da sau gan

- Sỏi túi mật.
- Sỏi ống mật chủ.
- Ung thư đầu tụy

CÂU HỎI CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Vàng da gặp trong các bệnh về gan mật. Bilirubin gián tiếp còn gọi là Bilirubin tự do:

A. Đúng
B. Sai

Câu 2: Thăm khám một bệnh nhân vàng da cần khám dưới ánh sáng:

A. Đèn pin
B. Đèn điện
C. Ánh sáng tự nhiên
D. Tất cả đều đúng

Câu 3: Nguyên nhân vàng da trước gan ngoại trừ:

A. Sốt rét
B. Sốt xuất huyết
C. Thiếu máu tán huyết
D. Vàng da sinh lý trẻ sơ sinh

Câu 4: Nguyên nhân vàng da tại gan. Chọn câu đúng nhất:

A. Viêm gan
B. Sơ gan
C. Ung thư gan
D. Tất cả đều đúng

Câu 5: Đâu không phải là nguyên nhân vàng da sau gan:

A. Sỏi túi mật
B. Sốt rét
C. Sỏi ống mạch chủ
D. Ung thư đầu tụy

Trả lời: Câu 1: A; Câu 2: C; Câu 3: B; Câu 4: D; Câu 5: B

HỘI CHỨNG CỔ TRƯỚNG

I. MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được cách nhận biết xác định cổ trướng.

2. Trình bày được cách phân biệt chuẩn đoán cổ trướng.

II. NỘI DUNG

1. Đại cương

Bình thường trong ổ bụng không có nước, khi giữa lá thanh và lá tạng của màng bụng vì một nguyên nhân nào đó xuất hiện có nước, gọi là hiện tượng cổ trướng, nước có thể nhiều hoặc ít.

2. Xác định cổ trướng

2.1. Nhìn

2.1.1 Ngoài da:

- Da bụng căng láng hoặc hơi, nề rốn nổi

- Tùy theo nguyên nhân có thể tuần hoàn bàng hệ

2.1.2. Hình thái bụng:

Nếu nước nhiều quá có thể phình ra những chỗ cơ thành bụng bè ra.

2.2. Sờ

- Sờ bằng tay sẽ thấy bụng căn nếu lượng nước nhiều

- Tìm dấu hiệu song vỗ

- Tìm dấu hiệu cục đá.

2.3. Gõ: là phương pháp xác định cổ trướng chắc chắn nhất.

3. Chuẩn đoán

3.1. Cổ trướng dịch thấm (phản ứng Rivalta (-))

- Tất cả những nguyên nhân gì gây ra phù ứ nước ở cả tổ chức đều có thể gây nên cổ trướng, vì nước qua thành mạch và qua khoang gian bào vào ổ bụng

- Do xơ gan: là nguyên nhân hay gặp nhất, cổ trướng toàn thể và nhiều nước, ngoài dấu hiệu cổ trướng ta còn thấy các dấu hiệu khác:

+ Tuần hoàn bàng hệ

+ Lách to

+ Chảy máu đường tiêu hóa.

- Cổ trướng do các bệnh tim: một số bệnh tim gây nên suy thất phải làm máu ứ ngoài liên, nước thoát ra ngoài gây phù và cổ trướng

- Cổ trướng do các bệnh thận: như hội chứng thận hư, viêm cầu thận cấp.

***3.2. Cổ trướng dịch tiết: (Rivalta*(+))**:

- Lao màng bụng: nước cổ trướng màu vàng chanh

- Ung thư trong ổ bụng: như ung thư gan, ung thư dạ dày: nước dịch cổ trướng màu máu đỏ không đông.

- Viêm màng bụng do vi khuẩn sinh mủ nước cổ trướng đục, có mủ.

4. Chuẩn đoán phân biệt

- Bụng béo, nhiều mỡ: da bụng dày, rốn lõm, gõ không có hiện tượng đục ở vùng thấp

- Bụng trướng hơi: gõ trong toàn bộ, không có dấu hiệu đục vùng thấp

- Bế đai bàng quang to

- Phụ nữ có thai

- U nang, nhất là u nang nước của buồng trứng.

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

Câu 1: Khi xác định cổ trướng cần khám theo các bước. Chọn câu đúng nhất:

A. Nhìn
B. Sờ
C. Gõ
D. Tất cả đều đúng

Câu 2: Nguyên nhân gây ra phù, ứ nước ở tổ chức đều gây cổ trướng.
A. Đúng
B. Sai

Câu 3: Khi xác định cổ trướng dịch tiết, cần dựa vào cận lâm sàng nào:
A. Xét nghiệm máu
B. Xét nghiệm nước tiểu
C. Xét nghiệm dịch màn bụng
D. Tất cả đều đúng

Câu 4: Dịch cổ trướng màu đỏ thường nghĩ đến:
A. Ung thư gan
B. Ung thư dạ dày
C. Ung thư phổi
D. Cả A và B đều đúng

Câu 5: Cổ trướng thường phân biệt với các bệnh. Chọn câu sai:
A. Bụng béo, nhiều mỡ
B. Bụng trướng hơi
C. Phụ nữ có thai
D. Bụng cứng như gỗ

Trả lời: 1: D; 2: A; 3: C; 4: D; 5: D.

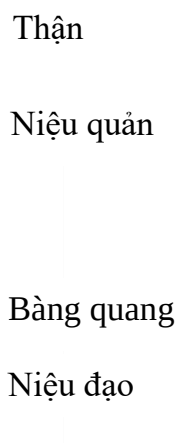
TRIỆU CHỨNG HỌC BỘ MÁY TIẾT NIỆU

I. MỤC TIÊU HỌC TẬP:

1. Trình bày được các triệu chứng rối loạn cơ năng của bộ máy tiết niệu.
2. Trình bày được cách khám thực thể bộ máy tiết niệu.
3. Trình bày được một số xét nghiệm phục vụ trong khám cơ quan tiết niệu .

II. NỘI DUNG:

1. Đại cương: Bộ máy tiết niệu gồm: Thận, niệu quản, bàng quang và niệu đạo.



Hình 5: Bộ máy tiết niệu

2. Nhắc lại vị trí, hình thể giải phẫu, sinh lý thận:

2.1. Hình thể ngoài: Thận hình hạt đậu, màu nâu đỏ, bề mặt trơn láng nhờ bao bọc trong một bao xơ.

- Mỗi thận có:

+ Hai mặt: Mặt trước, mặt sau.

+ Hai bờ: Bờ ngòai, bờ trong

+ Hai đầu: Đầu trên, đầu dưới.

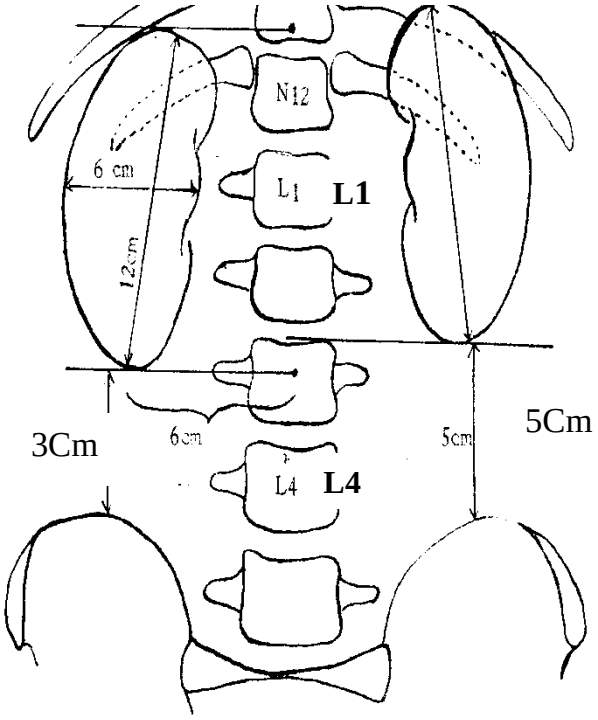
- Kích thước: Thận cao khoảng: 12 cm, rộng: 6 cm, dầy: 3 cm.

- Trọng lượng khoảng: 150 gam.

- Vị trí: Thận nằm sau phúc mạc

Đầu trên thận trái nằm ngang bờ trên xương sườn 11, đầu dưới cách mào chậu khỏang 5 cm

Đầu trên thận phải năm ngang bờ dưới xương sườn 11, đầu dưới cách mào chậu khoảng 3 cm.



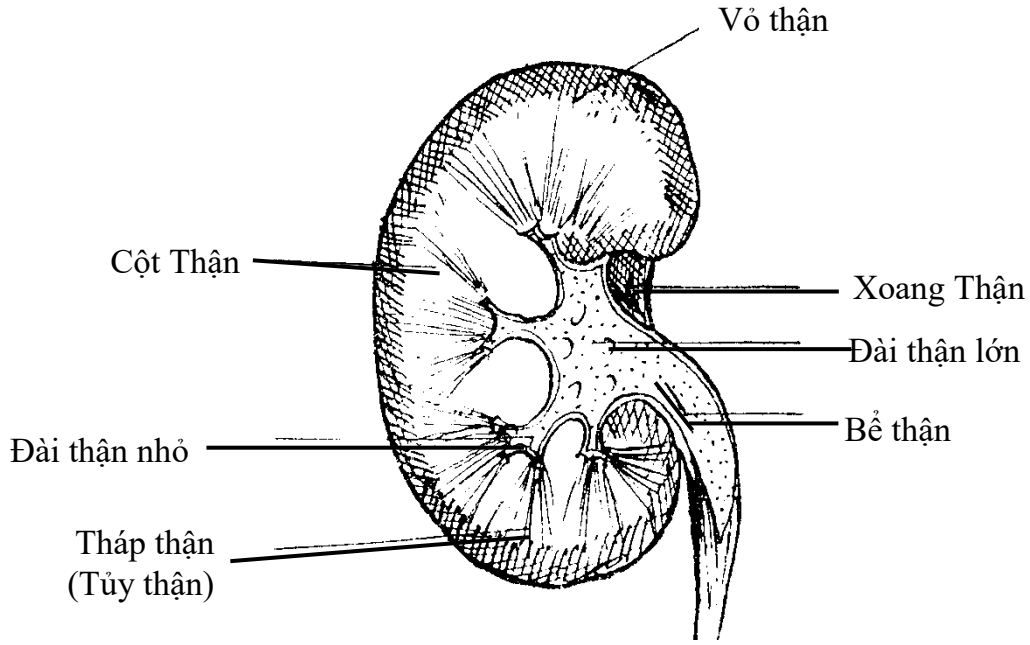
Hình 6: Vị trí và kích thước thận

2.2. Hình thể trong:

- *Về đại thể gồm có*

+ Xoang thận:

+ Nhu mô thận.



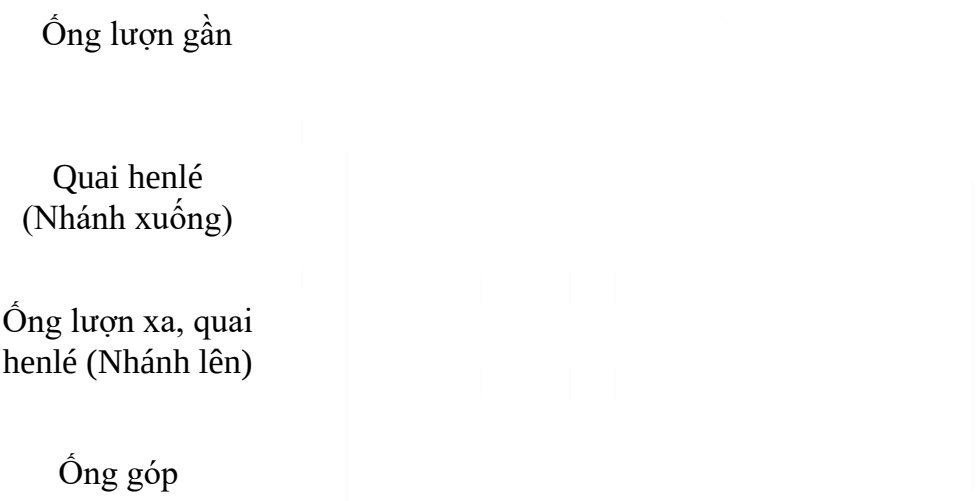
Hình 7: Thận phải cắt dọc

- Về phương diện vi thể nhu mô thận được cấu tạo chủ yếu bởi các đơn vị chức năng thận gọi là các nephron, mỗi nephron gồm:

+ Tiểu cầu thận (quản cầu thận, tiểu thể thận).

+ Ống lượn gần, quai henlé.Ống lượn xa.

+ Ống góp.



Hình 8: Cấu tạo một đơn vị thận

3. Chức năng: Thận có 3 vai trò chính là:

3.1. Thận là cơ quan bài xuất nước tiểu: Bài xuất những chất cặn bã của chuyển hóa trong cơ thể, đào thải các chất độc.

3.2. Thận có nhiệm vụ giữ hằng định nội môi: Điều hòa lượng nước trong cơ thể, điều hòa nồng độ các chất điện giải trong huyết tương, giữ vững thăng bằng kiềm toan.

3.3. Thận còn có chức năng nội tiết.

4. Các triệu chứng rối loạn cơ năng

4.1. Đau:

4.1.1. Cơn đau quặn thận: Là triệu chứng của tăng áp lực cấp tính đường dẫn niệu, thường do sỏi gây nên.

4.1.1.1. Khởi phát: Đột ngột , thường một bên.

+ Vị trí: Hông lưng, hạ sườn, hố chậu.

+Tính chất: Đau tăng dần, dữ dội, có tư thế giảm đau (Thường co gập người)

+ Hướng lan: Đau lan xuống dưới, dọc đường đi của niệu quản, lan đến bộ phận sinh dục, lan xuông mặt trong đùi.

Thời gian: Cơn đau thường kéo dài vài phút đến cả ngày.

4.1.1.2. Triệu chứng kèm theo:

+ Đái buốt: Cảm giác rát bỏng trong hoặc sau khi đái.

+ Đái rắt: Đái nhiều lần mỗi lần một ít, luôn mót đái.

+ Đái máu.

+ Đau trong bàng quang, đau tầng sinh môn.

4.1.2. Đau hố sườn lưng: Là biểu hiện của thận ứ nước, ứ mủ, sỏi đài bể thận, viêm thận – bể thận, viêm tấy quang thận.

+Vị trí: Đau hố thắt lưng, hoặc vùng hông lưng.

+Tính chất:

- Cấp tính: Đau dữ dội.

- Ứ nước cấp: Vỗ hố lưng đau nhói.

- Đau âm tức ỉ, cảm giác tức nặng liên tục, vỗ hố lưng đau: Thận ứ nước – mủ lâu ngày, sỏi đài – bể thận, viêm bể thận. ..

- Đau kèm theo sốt rét run, xét nghiệm: Bạch cầu tăng, protein niệu: Viêm thận, bể thận.

4.1.3. Đau bàng quang: Đau vùng hạ vị, kèm theo đái rắt, đái buốt: viêm bàng quang do sỏi, do dị vật.

4.2. Những rối loạn về bài tiết nước tiểu:

4.2.1. Bình thường: Một người đi tiểu trung bình 1 – 1,7 lít /24h khi uống nhiều nước, bia, chất lợi tiểu v.v. có thể đi tiểu nhiều hơn.

4.2.2. Tiểu nhiều: Nếu thường xuyên đi tiểu trên 2,5 l/24 h là tiểu nhiều do bệnh lý. (Tiểu đường, đái tháo nhạt, suy thận cấp do bỏng)

4.2.3. Tiểu ít và vô niệu:

- Khi lượng nước tiểu < 500 ml/24h là tiểu ít.

- Khi lượng nước tiểu < 200 ml/24h là vô niệu.

- Khi lượng nước tiểu < 100 ml/24h là vô niệu hoàn toàn.

Nguyên nhân:

- Trước thận: Mất nước, mất máu, tụt huyết áp…

- Tại thận: Viêm cầu thận cấp, ngộ độc cấp, dị ứng, sốt rét ác tính…

- Sau thận: Sỏi thận, u thận…

4.2.4. Tiểu buốt: Cảm giác nóng rát khó chịu, đau buốt ở niệu đạo – bàng quang trước trong hoặc sau khi đái.
Nguyên nhân: Viêm bàng quang, niệu đạo, tiền liệt tuyến, viêm tử cung

4.2.5. Tiểu rắt: Tiểu nhiều lần mỗi lần một ít, luôn mót đái.

Nguyên nhân: Viêm niệu đạo, bàng quang, ung thư trực tràng, u xơ tử cung…

4.2.6. Bí tiểu: Là tình trạng chức năng thận làm việc bình thường, bàng quang đầy nước nhưng bệnh nhân không đi tiểu được.

Nguyên nhân: Do viêm, ung thư, dị vật ở bàng quang – niệu đạo, ung thư tiền liệt tuyến, ung thư đại tràng, chất thương sọ não, chấn thương cột sống tổn thương tủy sống.

4.3. Những rối loạn về thành phần nước tiểu:

4.3.1. Nước tiểu bình thường: Không có hồng cầu.

4.3.2. Tiểu ra máu: Là sự xuất hiện hồng cầu trong nước tiểu (HC niệu):

- Tiểu máu đại thể: Nước tiểu đỏ, để lâu hồng cầu lắng xuống và nước tiểu có máu cục.
- Tiểu máu vi thể: Ly tâm nước tiểu, đếm HC dưới kính hiển vi.

Nguyên nhân:

Nội khoa: Viêm cầu thận cấp và mạn, lao thận, ung thư thận …

Ngoại khoa: Sỏi thận – niệu quản, thận đa nang, chấn thương hệ niệu.

- Nghiệm pháp 3 cốc: Để xác định vị trí tổn thương: Cho BN tiểu đều vào 3 cốc nhận định kết quả:

- Cốc thứ nhất có máu: Đái máu đầu bãi: Tổn thương niệu đạo, tiền liệt tuyến.

- Cốc thứ 3 có máu: (Đái máu cuối bãi): Tổn thương bàng quang.

- Cả 3 cốc có máu: (Đái máu toàn bãi) Tổn thương thận hoặc bàng quang.

4.3.3. Tiểu ra mủ: Bình thường trong nước tiểu có một vài nước tiểu có một vài tế bào bạch cầu. Tiểu ra mủ là hiện tượng có nhiều tế bào mủ (BC trung tính thoái hóa) trong nước tiểu tạo màu đục trắng.
Nguyên nhân: viêm niệu đạo, viêm bàng quang, viêm thận mủ, lao thận, nấm, lậu.

4.3.4. Tiểu ra Protein (Protein niệu): Bình thường trong nước tiểu có từ 0 đến 20 mg protein/24h. Protein là dấu hiệu chỉ điểm tổn thương thận.
Nguyên nhân: Viêm cầu thận cấp, viêm cầu thận mạn, hội chứng thận hư, đa u tủy, viêm thận-bể thận.

4.3.5. Tiểu ra dưỡng chấp (Dưỡng chấp niệu): Bình thường trong nước tiểu không có dưỡng chấp, dưỡng chấp gồm: Triglyserid, cholesterol và protein

Tiểu ra dưỡng chấp: Làm nước tiểu có màu trắng sữa.

Nguyên nhân: Nhiễm giun chỉ, chèn ép tắc ống bạch mạch.

Xác định: Nhỏ Ether nước tiểu hết đục, định lượng dưỡng chấp niệu, xquang hệ bạch mạch, xquang hệ niệu ngược dòng.

4.3.6. Tiểu ra huyết cầu tố: Bình thường nước tiểu không có Hemoglobin (Hb).

Tiểu ra Hb: Là hậu quả của tăng Hb máu, biểu hiện của tan máu cấp, hồng cầu bị vỡ nhiều, huyết cầu tố không kịp chuyển thành bilirubin trực tiếp mà bài tiết ra ngoài qua đường niệu, gây tiểu ra huyết cầu tố.

Nguyên nhân: Do truyền nhầm nhóm máu, nhiễm độc hóa chất: Chì, thủy ngân, asen, sốt rét ác tính (do P. Falciparum)

Trên lâm sàng cần phâm biệt tiểu ra hồng cầu và tiểu ra huyết cầu tố.

4.4. Khám thực thể:

4.4.1. Khám thận:

- Tư thế bệnh nhân và thầy thuốc: Bệnh nhân nằm ngửa, chân duỗi thẳng, thày thuốc ngồi bên phải hay trái bệnh nhân (tùy theo thận phải hay trái)

- Nhìn: Vùng hố thắt lưng có sưng, u không, có vết mổ cũ không?

- Sờ: Bàn tay trái thày thuốc đặt hố thắt lưng phía sau, các ngón tay hướng vào trong khối cơ lưng đẩy lên. Bàn tay phải đặt vào vùng hông trước dưới bờ sườn, trên rốn, các ngón tay hướng vào trong phía bờ cơ thẳng to ấn xuống , trong khi xờ chú ý cảm giác đau và phản ứng thành bụng.

- Một số nghiệm pháp và dấu hiệu thăm khám:

+ Dấu hiệu " Chạm thận": Bệnh nhân nằm ngửa, thầy thuốc một tay đặt dưới hố thắt lung bệnh nhân, tay kia đặt ở phía đối diện, tay dưới giữ nguyên tay trên ấn nhẹ theo nhịp thở của người bệnh. Nếu thận to ta cảm giác có khối u chắc ở lòng bàn tay (có thể là gan to bên phải, lách to bên trái).

+ Dấu hiệu: " bập bềnh thận": Thày thuốc một tay đặt ở hố thắt lưng, tay kia đặt ở thành bụng phía đối diện. Kết hợp nhịp nhàng tay dưới hơi hất lên, tay trên hơi đè xuống. tay dưới hất lên mạnh dứt khoát, khi thận to bàn tay trên và dưới cảm giác chạm vào một khối tròn chắc bập bềnh.

+ Dấu hiệu "rung thận": Bệnh nhân nằm nghiêng Thày thuốc để bàn tay lên vùng hố thắt lưng dùng mép bàn tay còn lại vỗ nhẹ lên lưng bàn tay đặt, bệnh nhân đau là dấu hiệu rung thận (+).

+ Ấn điểm sườn lưng: Là điểm gặp nhau của bờ dưới xương sườn 12 và bờ ngoài khối cơ lưng to. Dùng 3 ngón tay của bàn tay dưới ấn vào điểm đó, kết hợp bàn tay trên ấn xuống. Bệnh nhân đau trong trường hợp: Viêm quanh thận, sỏi bể thận, thận ứ mủ..

+ Ấn điểm sườn sống: Là giao điểm của góc xương sườn 12 và cột sống thắt lưng. Ấn điểm sườn lưng đau gặp trong: Viêm quang thận, sỏi thận.

4.4.2. Khám niệu quản:

- Điểm niệu quản trên: Giao điểm đường kẻ ngang rốn gặp bờ ngoài cơ thẳng bụng .

- Điểm niệu quản giữa: Chỗ gặp nhau giữa hai đường ngang nối hai gai chậu trước trên với bờ ngoài cơ thẳng to.

- Điểm niệu quản dưới: Thăm khám qua trực tràng âm đạo.

5. Khám bàng quang.

5.1. Bình thường: Không có cầu bàng quang, nên khám không thấy cầu bàng quang được.

5.2. Bệnh lý: Khi ứ nước tiểu ở bàng quang sẽ thấy vùng hạ vị, trên xương mu có khối căng tròn nhu quả bóng, không di động, nếu thông tiểu lấy ra được nhiều nước tiểu, khối đó xẽ xẹp ngay.

6. Phù:

6.1. Đặc điểm phù: Phù trắng, phù mềm, ấn lõm, phù buổi sang nhiều hơn buổi chiều, phù xuất hiện ở mắt sau đến chi.

6.2. Nguyên nhân phù trong các bệnh thận: Hội chứng thận hư, viêm cầu thận cấp, mạn, hội chứng suy thận cấp vô niệu, bệnh thận có suy tim tăng huyết áp…

6.3. Phân biệt phù do nguyên nhân khác:

- Suy tim: Phù buổi chiều nhiều hơn buổi sáng, phù xuất hiện ở chân, đối sứng.
- Suy gan: Phù mềm da sạm vàng, phù ở chi trước, nếu xơ gan có cổ trướng .

- Thiếu vitamin B1 (Béri – Béri): Phù chắc, ấn lõm, đau bắp chân, ngồi xuống đứng lên khó.

7. Một số xét nghiệm cận lâm sàng:

7.1. Tổng phân tích nước tiểu: Tìm cặn, hồng cầu, bạch cầu, tế bào (biểu mô, ung thư) trụ niệu, trụ mỡ.

7.2. Xquang: Chụp thận cản quang UIV (Urographie intraveineuse), xquang thường, chụp cắt lớp (Ctscanner).

7.3. Siêu âm.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Bộ máy tiết niệu gồm (Chọn câu đúng nhất):

A. Thận, niệu quản, bang quang.
B. Thận, niệu quản, niệu đạo.
C. Thận, bàng quang, niệu đạo.
D. Thận, niệu quản, bàng quang, niệu đạo.

Câu 2: Đặc điểm của cơn đau quặn thận là (Chọn câu sai):

A. Khởi phát thường đột ngột.
B. Đau có tính chất dữ dội.
C. Không có tư thế giảm đau.
D. Thường lan xuống dưới.

Câu 3: Được đánh giá là tiểu ít khi

A. Lượng nước tiểu < 500 ml/24h.
B. Lượng nước tiểu < 400 ml/24h.
C. Lượng nước tiểu < 300 ml/24h.
D. Lượng nước tiểu < 200 ml/24h.

Câu 4: Điểm niệu quản giữa là chỗ gặp nhau giữa hai đường ngang nối hai gai chậu trước trên với bờ ngoài cơ thẳng bụng.

A. Đúng.
B. Sai

Câu 5: Một trong những nguyên nhân gây phù trong bệnh lý về thận là: Hội chứng thận hư.

A. Đúng.
B. Sai

Đáp án: Câu 1: D, Câu 2: C, Câu 3: A , Câu 4: A, Câu 5: A

NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG TIẾT NIỆU

I. MỤC TIÊU HỌC TẬP:

1. Trình bày được nguyên nhân, yếu tố thuận lợi của nhiễm khuẩn đường tiết niệu.
2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của các loại nhiễm khuẩn đường tiết niệu.
3. Trình bày được nguyên tắc điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu.

II. NỘI DUNG:

1. Khái niệm:

Nhiễm khuẩn đường tiết niệu là bệnh thường gặp. Giới nữ hay mắc hơn nam (Do niệu đạo ngắn và thẳng). Trẻ em nhiễm khuẩn đường tiết niệu thường phức tạp, hay tái phát do dị dạng đường tiết niệu hoặc suy giảm cơ chế bảo vệ ở đường tiết niệu.

2. Nguyên nhân và yếu tố thuận lợi:

2.1. Nguyên nhân:

2.1.1. Do vi khuẩn: Chủ yếu Gram (-), thường gặp nhất Escherichia Coli (E. Coli) chiếm 80 – 85%

2.1.2. Bệnh lý đường tiết niệu: Ở bệnh nhân nhiễm trùng đường tiểu trong bệnh viện hoặc viêm đài bể thận tái phát có thể nhiễm các vi khuẩn gram (-) khác như Proteus, Klebsiella, Enterobacter, ít gặp tụ cầu, nấm candida.

2.1.3. Vi khuẩn lây nhiễm qua hai đường sau:

- Đường đi ngược dòng nước tiểu: Vi khuẩn từ ngoài vào niệu đạo, đến bàng quang rồi tới thận: Đây là đường xâm nhập hay gặp nhất.

- Vi khuẩn theo đường máu tới đường tiết niệu.

2.2. Những yếu tố thuận lợi:

- Nghẽn tắc đường niệu: Do sỏi niệu quản, u tiền liệt tuyến, ung thư bàng quang. Các nguyên nhân gây nghẽn tắc này làm cho bàng quang ứ nước tiểu nên vi khuẩn dễ phát triển. Mặt khác mạch máu bị đè ép nên máu tới bàng quang giảm , làm giảm số lượng bạch cầu dẫn tới cơ chế bảo vệ bị suy yếu.

- Các thủ thuật: Thông tiểu, soi bàng quang đưa vi khuẩn từ ngoài vào, với thông tiểu lưu trên 24 giờ tỷ lệ nhiễm trùng là 98%.

- Phụ nữ có thai: Thai đè ép bàng quang gây ứ nước tiểu.

- Một số bệnh ở cầu thận, ống thận, mô kẽ, suy thận, tăng huyết áp cũng khiến dễ nhiễm trùng đường niệu.

- Bệnh tiểu đường: Làm giảm hoạt động của bạch cầu, gây bệnh mạch máu, viêm âm đạo… là yếu tố thuận lợi.

3. Triệu chứng lâm sàng:

3.1. Viêm niệu đạo, bàng quang cấp (Nhiễm khuẩn đường tiểu dưới):

- Đau: Vùng bàng quang, niệu đạo.

- Tiểu buốt: Cảm giác nóng rát khó chịu, đau buốt ở niệu đạo – bàng quang trước trong hoặc sau khi đái.

- Tiểu rắt: Tiểu nhiều lần mỗi lần một ít, luôn mót đái.

- Tiểu ra máu.

- Xét nghiệm nước tiểu: Có vi khuẩn (Thường gặp E. Coli).

3.2. Viêm đài bể thận cấp tính (Nhiễm khuẩn đường tiểu trên).

- Sốt cao kèm theo rét run.

- Đau dữ dội vùng hố thận.

- Nếu có viêm bàng quang kèm theo: Có các triệu chứng: Tiểu buốt, tiểu rắt, tiểu ra máu.

Viêm đài bể thận cấp tính có thể dẫn tới áp xe thận, quanh thận, hoặc nặng hơn là nhiễm khuẩn máu dẫn đến sốc nhiễm khuẩn bệnh nhân dễ tử vong.

- Xét nghiệm nước tiểu có nhiều hồng cầu, bạch cầu, tế bào mủ và vi khuẩn.

- Siêu âm thận có thể thận ứ nước hoặc có sỏi.

3.3. Viêm đài bể thận mạn tính.

- Thường xuất hiện trên bệnh nhân có tiền sử viêm bàng quang nhiều lần.

- Triệu chứng ít rầm rộ, tiến triển đến suy thận mạn (Biểu hiện bằng tăng huyết áp, thiếu máu, protein niệu).

- Siêu âm: Có thể thấy thận teo.

- X Quang: Chụp UIV thấy đài, bể thận biến dạng, thận giảm chức năng. Đây là xét nghiệm quan trọng quyết định chẩn đoán.

- Xét nghiệm máu:

+ Bạch cầu tăng, bạch cầu đa nhân trung tính tăng.

+ U re, creatinin tăng (Khí có giảm chức năng thận).

- Xét nghiệm nước tiểu:

+ Tiểu đạm: Tiểu đạm là một dấu hiệu báo trước dự hậu xấu trong viêm đài bể thận mạn.

+ Tiểu mủ: Biểu hiện có nhiễm trùng đường tiểu đang tiến triển.

+ Soi tươi, cấy làm kháng sinh đồ

4. Điều trị:

4.1. Nguyên tắc:

- Lấy nước tiểu xét nghiệm truớc khi cho kháng sinh.

- Lựa chọn kháng sinh ít độc với thận và có hiệu lực với vi khuẩn.

- Đủ thời gian, có theo dõi kết quả điều trị qua triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm nước tiểu, thông thường thời gian điều trị là 10 ngày.

4.2. Những thuốc kháng sinh thường dùng:

- Ampicillin, Amoxcillin: - Người lớn uống 2g/24h chia làm 4 lần.

- Trẻ em uống 50 mg/kg cân nặng/24h chia 4 lần.

- Trimetroprim – sulphamethoxazol (Bactrim): Người lớn uống 480 mg/lần x 2 lần /24h. Trẻ em uống 36 mg/kg cân nặng/24h chia 2 lần.

- Cephalexin.

+ Nếu thất bại dùng các loại thuốc sau:

- Cefotaxim (Rocephine)

- Quinolon (Ofloxacin, Pefloxacin, Ciprofloxacin): Không dùng cho trẻ <16 tuổi.

+ Nhiễm khuẩn đường tiết niệu tái phát mạn tính:

Liệu pháp kháng sinh: Sau đợt tấn công ban đầu (Phần trên) cần tiếp tục duy trì bằng các thuốc sau:

Nitrofurantoin: - Người lớn uống 100 mg/24h
- Trẻ em lớn tuổi uống: 1-2 mg/kg/24h.

Acidnalidixic: - Người lớn: 1g/24h.
- Trẻ em 20 mg/24h.

Co-trimoxazol: - người lớn: 480 mg x 2 lần/24h
- Trẻ em: 12 mg/kg/24h.

Những thuốc trên được dùng luân phiên trong 2 – 3 tháng.

3. Điều trị triệu chứng: giảm đau, giảm các triệu chứng: tiểu buốt, tiểu rắt dùng các thuốc rãn cơ như: Spasmaverin, nospa…

4. Điều trị nguyên nhân: Giải quyết sỏi, u bướu đường tiết niệu.

5. Dự phòng:

- Nên uống thật nhiều nước tinh khiết mỗi ngày.

- Đừng cố nhịn khi bạn muốn đi tiểu.

- Vệ sinh đúng cách sau khi đại tiện.

- Dùng vòi tắm chứ không nên dùng bồn tắm.

- Luôn vệ sinh vùng âm đạo trước và sau giao hợp.

- Không nên dùng các dung dịch vệ sinh dạng phun hay thụt rửa

- Một cách giúp phòng ngừa chứng viêm đường tiết niệu là uống bổ sung - vitamin C đều đặn mỗi ngày (bằng cách tăng cường ăn trái cây)

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Đặc điểm của viêm đường tiết niệu là (Chọn ý sai trong câu):

A: Tỷ lệ nữ mắc nhiều hơn nam, nguyên nhân thường gặp do E. Coli
B. Một trong những yếu tố thuận lợi của viêm đường tiết niệu là tiểu đường.
C. Vi khuẩn lây nhiễm qua hai đường là: ngược dòng nước tiểu, và đường máu.
D. Tất cả các đặc điểm trên đều sai.

Câu 2: Triệu chứng nào không phải của viêm đường tiểu dưới cấp tính:

A. Sốt cao lạnh run.
B. Đau vùng bàng quang, niệu đạo.
C. Tiểu buốt.
D. Tiểu rắt.

Câu 3: Dự phòng viêm đường tiết niệu cần (Chọn câu đúng):

A. Nên uống thật nhiều nước tinh khiết mỗi ngày.
B. Đừng cố nhịn khi muốn đi tiểu.
C. Không nên ngâm mình trong bồn tắm.
D. Tất cả đúng.

Câu 4: Với đặt thông tiểu lưu trên 24 giờ tỷ lệ nhiễm trùng đường tiểu là 98%.

A. Đúng.
B. Sai

Câu 5: Trong viêm đường tiết niệu thường gặp nhất E. Coli chiếm 80 – 85% vì vậy khi điều trị ta lựachọn kháng sinh phù hợp, không nhất thiết phải xét nghiệm trước để tìm vi khuẩn.

A. Đúng.
B. Sai

Đáp án: Câu 1: D, Câu 2: A, Câu 3: D, Câu 4: A, Câu 5: B.

VIÊM CẦU THẬN CẤP

I. MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được khái niệm viêm cầu thận cấp (VCTC).

2. Trình được bày các nguyên nhân và hiểu cơ chế bệnh sinh của VCTC.

3. Nêu và phân tích được các triệu chứng lâm sàng của VCTC.

4. Trình bày được các công tác điều trị và dự phòng của VCTC.

II. NỘI DUNG:

1. Đại cương:

Viêm cầu thận cấp (hay còn gọi viêm vi cầu thận cấp) là hiện tượng viêm lan tỏa cấp tính xảy ra tại vi cầu thận với biểu hiện:

- Phù
- Tăng huyết áp.
- Tiểu máu.
- Tiểu đạm.
- Bệnh hay gặp ở tuổi thiếu niên: 3 – 10 tuổi.

2. Nguyên nhân:

2.1. Viêm vi cầu thận cấp hậu nhiễm liên cầu trùng.

2.2. Viêm vi cầu thận cấp không do hậu nhiễm liên cầu trùng.

- Do các vi khuẩn khác: Viêm nội tâm mạc, nhiễm khuẩn huyết, viêm phổi do phế cầu trùng, thương hàn, giang mai giai đoạn 2.
- Nhiễm siêu vi: Viêm gan siêu vi B, quai bị, sởi, thủy đậu, đậu mùa…
- Nhiễm ký sinh trùng: Sốt rét, toxoplasmose.

2.3. Các bệnh đa cơ quan: Lupus ban đỏ, bệnh viêm đa động mạch…

2.4. Các bệnh tiên khởi tại vi cầu thận:

- Viêm vi cầu thận với sang thương màng và tăng sinh.
- Viêm vi cầu thận với sang thương tăng sinh đơn thuần.

2.5. Các trường hợp khác: Chiếu xạ để điều trị bướu Wilms, chích ngừa ho gà, bạch hầu, uốn ván…

2.6. Sinh lý bệnh: (Trong bài này học nguyên nhân viêm vi cầu thận sau nhiễm liên cầu trùng).

Bệnh có cơ chế miễn dịch, các triệu chứng lâm sàng của bệnh sảy ra sau nhiễm liên cầu khuẩn từ 1 đến 3 tuần. Sự xâm nhập của liên cầu kích thích cơ thể sinh kháng thể chống lại những kháng nguyên hòa tan của liên cầu khuẩn . Từ đó hình thành phức hợp kháng nguyên kháng thể lắng đọng ở cầu thận gây tổn thương cầu thận.

Tiếp theo đó là cơ thể lại sinh kháng thể chống lại cầu thận đã bị tổn thương.

3. Triệu chứng:

3.1. Khởi phát đột ngột: Có thể chỉ là các dấu hiệu mệt mỏi, chán ăn, nặng hai mí mắt, đau tức vùng thắt lưng hông, nước tiểu đục.

3.2. Toàn phát:

- Đau: Triệu chứng không thường gặp, đau vùng hố thận hay thắt lưng, tính chất đau quặn hay đau liên tục.

- Phù: Thường xuất hiện trước ở mi mắt và mặt, dần dần phù toàn thân. Tính chất phù trắng, mềm, ấn lõm. Nếu phù nhiều có thể tràn dịch màng phổi, màng bụng, màng tim.

- Tăng huyết áp: Đa số bệnh nhân có tăng Huyết áp cả chỉ số tâm thu lẫn tâm trương nhưng thường không cao lắm (<180/110 mmHg). Đặc điểm của tăng huyết áp của VCTC là hết nhanh chóng (Không quá 3 tuần).

- Tiểu ít: Là triệu chứng đầu tiên của bệnh, tiểu < 400ml/24h, có thể vô niệu.

- Hội chứng nước tiểu:

+ Protein niệu: Khoảng 2g/24h chỉ kéo dài 7-10 ngày đầu về sau sẽ giảm dần.

+ Hồng cầu niệu: Là triệu chứng nhất thiết phải có, hồng cầu niệu kéo dài khoảng 3 tháng.

+ Trụ niệu: Không thường xuyên gồm: trụ hồng cầu, trụ trong, trụ hạt, đôi khi có trụ tế bào biểu mô.

+ Bạch cầu niệu: Không đáng kể.

+ Các xét nghiệm huyết học và sinh hóa máu:

+ Giảm nhẹ hồng cầu và hemoglobin.

+ Tốc độ máu lắng tăng (VS).

+ ASO tăng (Anti Streptolysin O). có thể tăng cao >250UI. Nếu có điều kiện phát hiện kháng thể Anti Desoxyribonuclease B (ADNase B) có giá trị hơn ASO vì tăng trên 90% các trường hợp.

+ Hàm lượng bổ thể và protein huyết tương giảm.

4. Tiến triển:

4.1. Nếu được điều trị tốt: Khỏi hoàn toàn chủ yếu ở trẻ em.

- Triệu chứng lâm sàng hoàn toàn hết hẳn trong vòng một tuần.

- Xét nghiệm nước tiểu: Hồng cầu, trụ niệu, protein niệu, trụ hình có thể kéo dài 6 tháng đến 1 năm. Chức năng thận bình thường.

Tất cả các triệu chứng trên tính từ khi bị bệnh đến 1 năm sau không hết được xem là chuyển sang mạn tính.

5. Biến chứng:

- Suy thận cấp

- Phù phổi cấp.

6. Chẩn đoán:

+ Chẩn đoán quyết định dựa vào:

- Tiền sử có nhiễm liên cầu.

- Phù nhẹ toàn thân.

- Huyết áp cao tạm thời.

- Protein niệu, hồng cầu, trụ hình.

- Tăng hiệu giá ASO, ADNase B, bổ thể giảm.

7. Điều trị và dự phòng:

7.1. Điều dưỡng:

- Cho bệnh nhân nghỉ ngơi tại giường.

- Chế độ ăn hạn chế muối (Không quá 1,5-2g/24h)

- Không cần hạn chế đạm, nếu có ure huyết tăng thì cần hạn chế đạm.

7.2. Điều trị căn nguyên:

- Thuốc: Kháng sinh tốt nhất là Penicillin hoặc Erythromycin khi còn nhiễm liên cầu để dự phòng.

+ Penicillin 1 triệu đơn vị /24h tiêm bắp x 10 ngày.

+ Erythromycin uống 1g/24h x 10 ngày.

7.3. Điều trị triệu chứng:

- Lợi tiểu: Furrosemid 40mg: Uống 1-2 viên /24h.

- Điều trị tăng huyết áp: Nifedipin retar 20mg x1-2v/24h

7.4. Điều trị các ổ nhiễm khuẩn mạn tính: Nếu điều trị kháng sinh không được phải can thiệp phẫu thuật, nhưng không được cắt Amygdal trong giai đoạn cấp của bệnh.

7.5. Điều trị dự phòng:

- Trong giai đoạn cấp của bệnh, cần điều trị nội trú, điều trị càng sớm tiên lượng càng tốt.

- Sau khi ra viện các cơ sở y tế quản lý, định kỳ xét nghiệm hàng quý để theo dõi.

- Giải quyết căn bản các ổ nhiễm khuẩn tiềm tàng , đề phòng các đợt bộc phát của bệnh. Tránh lạnh cải thiện điều kiện sống và làm việc.

- Quá trình theo dõi 1 – 2 năm không có protein niệu được coi là khỏi bệnh hoàn toàn.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Triệu chứng lâm sàng của bệnh viêm vi cầu thận cấp là (Chọn câu đúng):

A. Phù
B. Tăng huyết áp.
C. Tiểu ít.
D. Tất cả đều đúng.

Câu 2: Nguyên nhân của bệnh viêm vi cầu thận cấp là (Chọn câu đúng):

A. Do liên cầu trùng
B. Ký sinh trùng sốt rét
C. Do vi rút.
D. Tất cả đều đúng.

Câu 3: Trong điều trị viêm vi cầu thận cấp do liên cầu trùng cần (Chọn câu đúng)

A. Cho bệnh nhân nghỉ ngơi tuyệt đối.
B. Hạn chế ăn muối.
C. Thuốc kháng sinh tốt nhất là Penicillin hoặc Erythromycin.
D. Tất cả đều đúng.

Câu 4: Một trong những biến chứng của bệnh viêm vi cầu thận cấp là: Phù phổi cấp (Chọn câu đúng):

A. Đúng
B. Sai

Câu 5: Bệnh viêm vi cầu thận cấp do Ký sinh trùng sốt rét xét nghiệm thường dùng là ASO (Anti Streptolysin O) (Chọn câu đúng):

A. Đúng
B. Sai

Đáp án: Câu 1: D, Câu 2: D, Câu 3: D, Câu 4: A, Câu 5: B

SUY THẬN CẤP

I. MỤC TIÊU HỌC TẬP:

1. Trình bày được khái niệm Suy thận cấp.

2. Trình bày được các nguyên nhân suy thận cấp.

3. Trình bày triệu chứng lâm sàng của suy thận cấp.

II. NỘI DUNG:

1. Khái niệm:

Suy thận cấp: Là một cấp cứu lâm sàng với đặc điểm suy giảm chức năng thận nhanh chóng được thể hiện với triệu chứng nổi bật là thiểu niệu, vô niệu và tăng các sản phẩm azốt máu (BUN: Blood urea nitrogen, creatinin) nhanh chóng trong một thời gian ngắn.

2. Nguyên nhân:

2.1. Suy thận cấp trước thận:

Nguyên nhân trước thận là các nguyên nhân gây giảm dòng máu tới thận, làm giảm áp lực lọc cầu thận hay, gặp trong sốc do các nguyên nhân khác nhau như:

- Sốc giảm thể tích tuần hoàn:

+ Chảy máu: Chấn thương, mổ lớn, phá thai, chảy máu tiêu hoá.
+ Mất nước: Nôn, ỉa chảy, bỏng diện rộng, dùng thuốc lợi tiểu.

- Sốc do tim: Nhồi máu cơ tim cấp, hội chứng ép tim, viêm cơ tim cấp, loạn nhịp tim.

- Sốc do nhiễm khuẩn: Nhiễm khuẩn huyết, Nhiễm khunhiễm khuẩn đường tiêu hóa, nhiễm khuẩn tử cung, viêm tụy cấp.

- Sốc do quá mẫn: Sốc phản vệ.

- Sốc do chấn thương: Hội chứng vùi lấp, gãy xương lớn.

- Sốc do tan máu cấp: Gây tắc ống thận do hemoglobin, myoglobin:

+ Dập cơ lớn trong hội chứng vùi lấp.

+ Tan máu cấp: Do độc tố nọc rắn, do truyền nhầm nhóm máu, Sốt rét đái huyết cầu tố.

2.2. Suy thận cấp sau thận: Sỏi, u chèn ép đường tiết niệu.

2.3. Suy thận tại thận (Hoại tử ống thận cấp): thường do những nguyên nhân sau:

2.3.1. Tất cả những nguyên nhân: của suy thận cấp trước thận hay sau thận nếu để kéo dài không điều trị kịp thời sẽ đưa đến hoại tử ống thận cấp.

2.3.2. Do các sắc tố (Huyết sắc tố và sắc tố cơ vân)

- Huyết sắc tố: Trong các trường hợp tán huyết.

- Sắc tố cơ vân: Chấn thương, bị vùi lấp..

2.3.2. Do các chất độc thận: Mật cá trắm, kháng sinh họ aminoglycosides, thuốc cản quang tĩnh mạch, chất độc kỹ nghệ như kim loại nặng.

Các bệnh thận khác: Viêm cầu thận, viêm mạch máu thận, hoại tử gai thận trong bệnh tiểu đường…

Tắc nghẽn động hay tĩnh mạch thận (Nhóm nguyên nhân này thường không có bệnh cảnh lâm sàng tương tự với các nhóm trên vì chúng thường bất hồi phục)

3. Triệu chứng lâm sàng: Có 3 giai đọan: Giai đoạn thiểu niệu, giai đoạn đa niệu, giai đoạn hồi phục.

3.1. Giai đọan thiểu niệu: Thường xuất hiện trong vòng một ngày nhưng cũng có thể muộn đến 1 tuần sau khi có tổn thương thận. Giai đoạn này thường kéo dài 1 đến 2 tuần nhưng có thể ngắn đến vài giờ hay lâu nhiều tuần.

3.1.1. Các biểu hiện lâm sàng trong giai đoạn này là:

3.1.1.1. Biểu hiện thần kinh: Tri giác rất thay đổi, có thể tỉnh hẳn, hoặc chỉ lơ mơ buồn ngủ hay hôn mê. Đôi khi bệnh nhân bị kích động, co giật ít khi sảy ra nếu bệnh nhân không bị ngộ độc nước. Tất cả các tình trạng trên được cải thiện tốt với lọc thận.

3.1.1.2. Rối lọan tiêu hóa: Ăn mất ngon, nôn ói, liệt ruột, loét trợt dạ dày, đại tràng cùng với sự sáo trộn đông máu dễ gây xuất huyết đường tiêu hóa.

3.1.1.3. Rối loạn huyết học:

- Thiếu máu xuất hiện vài ngày sau thiểu niệu.

- Bạch cầu tăng.

- Tiểu cầu giảm.

3.1.1.4. Nhiễm trùng: Rất thường gặp chiếm 50 – 90% trong STC. Là nguyên nhân tử vong hàng đầu, các nhiễm trùng thường gặp là:

- Viêm phổi.

- Nhiễm trùng tiểu do đặt ống thông tiểu.

- Nhiễm trùng da do vết lóet nằm lâu.

- Nhiễm trùng huyết.

3.2. Giai đọan đa niệu:

Đánh dấu sự gia tăng thể tích nước tiểu ngày càng nhiều, mỗi ngày thể tích nước tiểu có thể tăng gấp đôi ngày hôm trước. Ngày thứ 3 bệnh nhân có thể tiểu được 1 lít, các ngày sau có thể nhiều hơn 2 lít/ ngày.

Các xét nghiệm: BUN, creatinin và kali vẫn còn cao.

Tuần thứ 2 của đa niệu nước tiểu bắt đều ổn định trở lại, xét nghiệm máu: BUN, creatinin và kali dần ổn định.

3.3. Giai đọan phục hồi:

Chức năng thận trở lại gần như bình thường 3- 12 tháng. 2/3 số bệnh nhân độ thanh lọc quản cầu còn giảm 20 - 40% so với mức bình thường. Tuy nhiên đa số bệnh nhân đều trở lại đời sống bình thường dù có một số ít sáo trộn chức năng thận.

4. X quang:

- Chụp bụng không chuẩn bị: Tìm sỏi.

- Chụp cắt lớp: CT Scanner.

- Chụp: UIV.

5. Siêu âm: Có giá trị trong chẩn đoán hiện nay.

6. Điều trị:

6.1. Nguyên tắc điều trị:

+ Trước tiên phải xác định rõ: STC trước thận hay sau thận.

- Nếu sau thận: Phải can thiệp ngoại khoa.

- Nếu trước thận: Phải bồi hoàn thể tích khối lượng tuần hoàn.

- Test Laxic và hoặc Manitol được thực hiện sau khi đã bù đủ dịch.

+ Nếu thất bại với test: Phải điều trị bệnh nhân như đã bị hoại tử ống thận.

- Điều chỉnh nước – điện giải.

- Chế độ dinh dưỡng.

- Điều trị các biến chứng.

- Chỉ định lọc thận nhân tạo hay thẩm phân phúc mạc.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Các nguyên nhân đưa đến suy thận cấp trước thận là (Chọc ý đúng trong câu):

A. Sốc do mất máu.
B. Sốc do mất nước.
C. Sốc nhiễm trùng.
D. Tất cả đều đúng.

Câu 2: Các nhiễm trùng thường gặp trong suy thận cấp là (Chọc câu đúng):

A. Nhiễm trùng da do vết lóet nằm lâu.
B. Viêm phổi.
C. Nhiễm trùng tiểu do đặt ống thông tiểu.
D. Tất cả đều đúng.

Câu 3: Đặc điểm của rối loạn huyết học trong suy thận cấp là (Chọn câu sai):

A. Thiếu máu.
B. Bạch cầu tăng.
C. Tiểu cầu Tăng.
D. Tiểu cầu giảm.

Câu 4: Trong suy thận cấp bệnh nhân có thể xuất huyết đường tiêu hóa do có sự sáo trộn đông máu gây ra.

A. Đúng.
B. Sai.

Câu 5: Trong suy thận cấp chụp X quang hệ niệu để xác định nguyên nhân suy thận cấp trước thận:

A. Đúng.
B. Sai.

Đáp án: Câu 1: D, Câu 2: D, Câu 3: C, Câu 4: A, Câu 5: B

SUY THẬN MẠN

I. MỤC TIÊU HỌC TẬP:

1. Trình bày được khái niệm suy thận mạn.

2. Trình bày được các nguyên nhân suy thận mạn.

3. Trình bày các giai đoạn suy thận mạn và triệu chứng lâm sàng.

4. Trình bày các biện pháp điều trị suy thận mạn.

II. NỘI DUNG:

1. Khái niệm: Suy thận mạn chỉ sự giảm mạn tính toàn bộ chức năng thận như: Duy trì chức năng thể dịch, chuyển hóa, điều hòa thăng bằng kiềm toan, đào thải các chất thóai biến, độc chất, cho đến chức năng khác: Nội tiết, tạo máu. V.v…

2. Nguyên nhân: Suy thận mạn có thể do nhiều bệnh lý khác nhau ở thận hay ở các cơ quan khác như:

- Bệnh cầu thận: Viêm cầu thận mạn.

- Bệnh ống mô kẽ, viêm đài bể thận.

- Bệnh mạch máu thận: Hẹp động mạch thận, tăng huyết áp ác tính.

- Bệnh chuyển hóa: Tiểu đường, nhiễm amyloid.

- Bệnh tạo keo: Lupus

- Bệnh tắc nghẽn đường tiểu: Sỏi, u chèn ép niệu quản, và các bệnh bẩm sinh: thận đa nang…

3. Triệu chứng lâm sàng: Suy thận mạn chia làm 4 giai đoạn:

- Giai đoạn 1:

Chỉ giảm khả năng dự trữ của thận. Không có triệu chứng và các xét nghiệm chức năng còn bình thường.

- Giai đoạn 2:

Sự suy thận bắt đầu có triệu chứng: Tiểu đêm, tiểu nhiều và thiếu máu nhẹ, cận lâm sàng với BUN (Blood urea nitrogen) tăng nhẹ, giảm khả năng cô đặc nước tiểu. Đay là giai đoạn của người bệnh đang ở giai đoạn cuối cùng của suy thận rõ rệt, chỉ cần xáo trộn nhỏ như: nôn ói , tiêu chảy… là có thể đưa bệnh nhân vào giai đoạn 3.

- Giai đoạn 3:

Suy thận trở nên rõ rệt, bệnh nhân bị thiếu máu khá nặng, tiểu ít, vẫn còn tiểu đêm, Ca^{+2} giảm, phosphat tăng, toan chuyển hóa, tiểu với đậm dộ huyết tương.

- Giai đoạn 4:

Suy thận giai đoạn cuối với đầy đủ các biểu hiện lâm sàng của suy thận: Về tiêu hóa, thần kinh, tim mạch, da và máu.

3.1. Biểu hiện tiêu hóa: BN thường bị nôn ói nấc cụt, niêm mạc miệng bị lở lóet, tuyến nước bọt mang tai bị viêm, nặng hơn nữa: Lóet dạ dày, ruột non, xuất huyết tiêu hóa, viêm tụy.

3.2. Biểu hiện tim mạch: Suy tim ứ huyết, tăng huyết áp, đôi khi có suy vành, rối lọan nhịp tim, phù phổi cấp.

3.3. Biểu hiện thần kinh: Mất ngủ, ngủ gà, giảm trí nhớ, bứt rứt, chóng mặt, ảo giác, hôn mê. Ở thần kinh ngoại biên bệnh nhân bị rối lọan cả vận động lẫn cảm giác, thường đối sứng và ở phần xa, hai chân nhiều hơn hai tay. Ngoài ra bệnh nhân còn có thể bị teo cơ, yếu cơ, giảm phản xạ gân xương hay mất cảm giác kiểu mang vớ.

3.4. Biểu hiện huyết học:

3.4.1 Thiếu máu:

- Do giảm: Eythropoietin.

- Huyết tán do các độc chất gây tổn thương màng hồng cầu.

- Do dinh dưỡng: Thiếu sắt, acidfolic, xuất huyết tiêu hóa, nhiễm trùng.

3.4.2. Rối lọan đông máu: Dễ gây xuất huyết dưới da, chẩy máu cam, chảy máu chân răng, chảy máu tiêu hóa.

3.4.3. Huyết tán: Do tổn thương màng hồng cầu.

3.5. Giảm khả năng miễn dịch: Bệnh nhân dễ bị nhiễm trùng nhất là lao phổi, nhiễm trùng đường niệu.

3.6. Biểu hiện dị trưởng xương: Đau xương nhất là vùng lưng, gối, bẹn và chân, thoa bóp hay chườm nóng không bớt đau.

3.7. Rối lọan nước và điện giải.

3.8. Rối lọan thăng bằng kiềm toan: Chỉ sảy ra ở giai đọan cuối

3.9. Biểu hiện ở da: Da thường bị khô ngứa, có thể thấy muối sương, cơ chế có thể do ure biến thành NH_3 và kết tinh lại ở ngoài da.

4. Nguyên tắc điều trị:

4.1. Điều trị bảo tồn:

4.1.1. Mục đích: Làm thuyên giảm các triệu chứng bệnh và chậm lại diễn tiến của suy thận cho đến khi bắt buộc phải lọc thận hay thay thận.

4.1.2. Biện pháp:

4.1.2.1. Dinh dưỡng: Rất quan trọng nếu thực hiện đúng chỉ với biện pháp này đã giảm ure xuống rõ rệt, cải thiện xáo trộn tiêu hóa, thăng bằng điện giải, kiềm toan, thần kinh…

- Đạm: Dùng 20-30g/ngày (Sữa, thịt, trứng)

- Năng lượng: Cần cung cấp khoảng 2000 – 2500 calo mỗi ngày bằng đường và mỡ (nên dùng dầu thực vật)

- Nước: Không giới hạn nhưng khuyên bệnh nhân chỉ uống khi khát. Chỉ định giới hạn khi có triệu chứng ngộ độc nước. Lượng nước mỗi ngày = Lượng nước tiểu + 500ml là đủ.

- Muối: Cần giới hạn muối để tránh phù và tăng huyết áp.

- Kiểm soát K^+: Nếu tăng nhẹ < 6mEq/l chỉ cần giới hạn đạm và các nguồn Kali khác vào cơ thể là đủ.

- Ca^{+2} Nếu giảm nhiều có thể dùng Vitamin D_3

- Ngoài ra: Cần cho nhiều: Vitamin B, Acid folic.

4.1.2.2. Chống toan huyết: Chỉ cần giới hạn đạm là đủ, chỉ điều trị khi HCO^-_3 giảm thấp hơn 15mEq/l.

4.1.2.3. Điều trị thiếu máu: Thường rất khó, có thể dùng sắt, acidfolic, vitamin B6, androgen.

4.1.2.3.4. Điều trị tăng huyết áp.

4.1.2.3.5. Điều trị suy tim.

4.2. Lọc thận dài hạn hay gép thận.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Suy thận mạn chỉ sự giảm mạn tính tòan bộ chức năng thận (Chọc câu đúng):

A. Đào thải các chất độc.
B: Duy trì chức năng thể dịch.
C. Chức năng tạo máu
D. Tất cả đều đúng.

Câu 2: Nguyên nhân nào không gây suy thận mạn (Chọn câu đúng)

A. Viêm cầu thận mạn tính
B: Bệnh tiểu đường
C. Tai biến mạch máu não
D. Lupus

Câu 3: Bệnh nhân suy thận mạn có triệu chứng thiếu máu nhẹ sảy ra ở giai đoạn:

A. Giai đoạn 1.
B: Giai đoạn 2.
C. Giai đoạn 3.
D. Giai đoạn 4.

Câu 4: Một trong những nguyên nhân gây thiếu máu trong suy thận mạn là do giảm Eythropoietin.

A. Đúng.
B. Sai.

Câu 5: Trong suy thận mạn chỉ số Can xi tăng, phosphat giảm:

A. Đúng.
B. Sai.

Đáp án: Câu 1: D, Câu 2: C, Câu 3: B, Câu 4: A, Câu 5: B.

TRIỆU CHỨNG HỌC THẦN KINH

I. MỤC TIÊU BÀI GIẢNG :

1. Trình bày triệu chứng thần kinh.
2. Thực hành khám và nhận định được triệu chứng thần kinh.

II. NỘI DUNG :

1. Đại cương

Hệ thần kinh là cơ quan phát triển nhất, rất phức tạp và có tính biệt hóa cao, có hai thành phần chính đó là thần kinh trung ương và thần kinh ngoại biên.

Thần kinh trung ương bao gồm: não và tủy sống nằm kín trong hộp sọ và ống sống nên không thể chỉ đơn thuần thăm khám bằng nhìn, sờ, gõ, nghe mà phải căn cứ vào các rối loạn chức năng của hệ thần kinh như vận động và cảm giác, phản xạ… Rồi dựa trên cơ sở giải phẫu, sinh lý mà suy ra vị trí tổn thương và hướng tới nguyên nhân gây bệnh.

2. Dụng cụ thăm khám

- Búa gõ phản xạ
- Đèn pin
- Kim khám cảm giác
- Bông gòn
- Âm thoa
- Đèn soi đáy mắt

3. Đánh giá tổng thể tình trạng người bệnh

- Quan sát tư thế người bệnh, dáng đi, nét mặt.
- Đánh giá tri giác : tỉnh hay mê

Yêu cầu BN định hướng về không gian, thời gian và bản thân: BN đang ở đâu, lúc mấy giờ, tên, tuổi, nghề nghiệp …Có thể đánh giá mức độ ý thức theo thang điểm Glasgow.

4. Khám 12 đôi dây thần kinh sọ:

Cả 12 đôi dây thần kinh sọ đều tập trung ổ vùng đầu, mặt, cổ.

4.1. Dây thần kinh số 1

- Là dây khứu giác, trung tâm nằm ở thùy thái dương.
- Khám : dùng một lọ nhỏ tinh dầu, bảo BN nhắm mắt, một tay người khám bịt một bên mũi BN, cho người bệnh ngửi bằng bên mũi còn lại, lần lượt đánh giá cả hai bên. BN bình thường nhanh chóng nhận biết được mùi, có thể nhận không rõ, không nhận biết hoặc tăng cảm nhận mùi (ảo khứu).

4.2. Dây thần kinh số II

- Là dây thị giác gồm 3 phần: thị trường, thị lực và đáy mắt.

- Thị lực: dùng bảng thị lực Snellen, người bệnh đứng cách 6m, che một bên mắt. Thị lực được đánh giá đến dòng chữ hoặc hình ảnh nhỏ nhất mà BN nhận biết được.

- Thị trường: là khoảng không gian trước mắt mà người bệnh bao quát được khi mắt nhìn cố định về một điểm ở phía trước.

- Cách khám: so sánh thị trường người bệnh với thị trường người khám. Người khám ngồi đối diện với BN, người khám che một bên mắt của mình, BN che mắt bên đối diện, BN nhìn tập trung vào đồng tử người khám, người khám di chuyển ngón tay sang trái, sang phải, lên trên, xuống dưới để xác định bốn phía thị trường của mình và so sánh với BN. Kết quả BN có thể mất hoàn toàn một hoặc hai bên hay bị bán manh. Có thể khám bằng máy cho độ chính xác cao, qua hình ảnh tổn thương giúp ta xác định được vị trí tổn thương của đường dẫn truyền thị giác.

- Khám đáy mắt: dùng đèn soi đáy mắt để đánh giá gai thị phù nề, bạc màu hay teo nhỏ …

4.3. Dây thần kinh số III, IV, VI

- Là nhóm dây thần kinh vận nhãn

- Dây III: chi phối cho vận động mi mắt, đồng tử, cơ thẳng trong, thẳng trên, thẳng dưới và cơ chéo dưới vận động đưa nhãn cầu lên trên, xuống dưới và vào trong. Khám quan sát dấu hiệu sụp mi, đồng tử co nhỏ hay dãn rộng có phản xạ với ánh sáng chiếu thẳng vào hay không. Liệt dây III hoàn toàn thì mắt bị lác ngoài, không đưa mắt vào trong và lên trên được kèm sụp mi và giãn đồng tử.

- Dây thần kinh số IV: điều khiển cơ chéo trên đưa mắt nhìn vào trong và xuống dưới.

- Dây thần kinh số VI: điều khiển cơ thẳng ngoài, đưa nhãn cầu ra ngoài.

- Các cơ vận nhãn có sự phối hợp hoạt động với nhau giữa mắt bên phải và bên trái để có sự đồng bộ của hai mắt khi nhìn theo một hướng nào đó.

4.4. Dây thần kinh số V

- Là dây tam thoa gồm hai phần: vận động và cảm giác. Vận động cơ nhai, khi khám thầy thuốc yêu cầu BN nhai, cắn, đưa hàm sang hai bên. Dây V chi phối cảm giác nửa bên mặt: trán, hàm trên và hàm dưới.

4.5. Dây thần kinh số VII

- Là dây vận động cơ mặt và cơ bám da cổ, đảm nhận vị giác 2/3 trước của lưỡi.

- Thường thấy 02 dạng liệt dây VII là trung ương và ngoại biên, trung ương thì liệt 1/4 dưới của mặt, ngoại biên thì liệt nửa bên mặt.

4.6. Dây thần kinh số VIII

- Là dây tiền đình ốc tai, liên quan đến thính giác và giữ thăng bằng cho cơ thể. Bệnh lý có liên quan nhiều đến tai mũi họng, giảm hoặc mất thính lực hay chóng mặt, nôn ói do rối loạn chức năng của tiền đình. Khám đánh giá: bịt một bên tai BN rồi người khám hỏi để BN trả lời (không cho BN thấy miệng người khám).

4.7. Dây thần kinh số IX, X, XI

- Là các dây thần kinh chi phối khu vực hầu họng.

- Dây IX chi phối cảm giác 1/3 sau lưỡi.

- Dây X vận động các cơ vùng hầu (phối hợp với dây IX) đến thanh quản, và có các sợi thần kinh đến các nội tạng.

- Dây XI còn chi phối vận động cơ ức đòn chũm và phần trên cơ thang. Khám yêu cầu BN phát âm, nuốt, uống nước.

- Khám đánh giá BN có liệt họng (ăn nghẹn, uống sặc), khó phát âm, nói khàn, sệ một bên vai.

4.8. Dây thần kinh số XII

- Là dây hạ thiệt, vận động cơ lưỡi. Khám yêu cầu BN há miệng đưa lưỡi sang hai bên, lưỡi lệch sang bên nào là liệt ở bên đó.

5. Khám dấu hiệu màng não

- Cứng gáy là dấu hiệu của phản ứng màng não khi có tổn thương hoặc kích thích màng não.

- Dấu Kernig: BN nằm ngửa, một tay thầy thuốc giữ gối BN để chân BN thẳng, một tay thầy thuốc nâng gót chân BN lên cao về phía bụng. Nếu đầu và lưng BN uốn cong ra phía sau và đau dọc cột sống lưng thì đó là Kernig (+)

- Dấu Brudzinski: BN nằm ngửa, thầy thuốc một tay giữ vùng cổ, một tay lòn ra sau gáy gập đầu BN sao cho cằm BN chạm vào trước ngực BN, nếu BN cưỡng lại và đầu gối co lại thì đó là dấu Brudzinski (+)

6. Khám vận động

6.1. Khám trương lực cơ

- Độ chắc, mềm: sờ nắn cơ lúc nghỉ.

- Độ ve vẩy: bàn tay, bàn chân.

- Độ gấp, duỗi cơ.

6.2. Khám sức cơ

Khám cơ gốc chi và ngọn chi, khám cả hai bên và so sánh sức cơ của BN với sức cơ của người khám. Phân độ từ 1/5 đến 5/5. Chú ý cơ bên thuận thường khỏe hơn cơ bên không thuận.

7. Khám phản xạ

- Nguyên tắc: BN ở tư thế thoải mái, cơ khám ở tư thế không chịu lực.

- Phản xạ gân cơ: có thể tăng, giảm hoặc mất.

+ Phản xạ da bụng

+ Phản xạ da bìu

+ Phản xạ cơ nhị đầu, cơ tứ đầu đùi

- Dấu hiệu Babinski: dùng kim vạch dọc bờ ngoài gan bàn chân khi gần tới ngón út thì vòng ngang về phía ngón cái. Babinski (+) khi ngón cái ngửa lên, các ngón khác xòe ra và cụp xuống.

- Dấu hiệu Hoffmann: để bàn tay BN sấp mềm mại trên tay người khám sao cho ngón cái tách ra khỏi các ngón khác, búng nhẹ vào ngón giữa của tay BN. Nếu ngón cái và ngón trỏ gập vào nhau như càng cua thì dấu hiệu Hoffmann (+)

8. Khám cảm giác

8.1. Cảm giác chủ quan:

BN cảm thấy như kim châm, kiến bò, tê ở một vùng da nào đó.

8.2. Cảm giác khách quan:

Tìm vùng mất hay giảm cảm giác trên cơ thể BN để tìm vị trí tổn thương ở não hay ở tủy.

9. Khám phát hiện rối loạn thăng bằng và phối hợp động tác

- Nghiệm pháp ngón tay chỉ mũi.

- Nghiệm pháp gót chân đầu gối.

- Nghiệm pháp lật úp bàn tay liên tiếp.

10. Khám hệ thống dinh dưỡng và cơ tròn

- Phù nề : do dinh dưỡng kém hay rối loạn TK thực vật.

- Teo cơ: tổn thương TK trung ương xuất hiện chậm do vận động kém, tổn thương TK ngoại biên xuất hiện nhanh.

- Loét: ở vùng tì đè trên BN hôn mê hay ở bên liệt.

- Rối loạn cơ tròn: táo bón, bí tiểu, tiểu không kiểm soát, rối loạn sinh dục.

11. Khám toàn diện các cơ quan

Rất nhiều người mắc bệnh thần kinh có liên quan đến bệnh lý ở các cơ quan khác như tim mạch, tai mũi họng …, vì vậy phải đảm bảo nguyên tắc khám toàn diện các cơ quan để tránh bỏ sót bệnh lý .

12. Chẩn đoán

Sau khi khám ghi nhận các triệu chứng thần kinh chúng ta tóm tắt lại và đi đến chẩn đoán:

- Chẩn đoán hội chứng

- Chẩn đoán vị trí tổn thương

- Chẩn đoán nguyên nhân

- Chẩn đoán phân biệt

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Khai thác bệnh sử để hướng tới nguyên nhân gây bệnh

A. Đúng
B. Sai

Câu 2: Dây thần kinh số I là dây vị giác:

A. Đúng
B. Sai

Câu 3: Dùng đèn soi đáy mắt để đánh giá thị trường BN

A. Đúng
B. Sai

Câu 4: Dây thần kinh số III vận động các cơ thẳng của mắt trừ cơ thẳng ngoài

A. Đúng
B. Sai

Câu 5: Dây thần kinh số VII vận động cơ bám da mặt

A. Đúng
B. Sai

Câu 6: Dây thần kinh số XII là dây hỗn hợp cả vận động và cảm giác

A. Đúng
B. Sai

Câu 7: Dấu hiệu Brudzinski (+) khi có tổn thương màng não

A. Đúng
B. Sai

Câu 8: Trong tổ thương thần kinh trung ương , dấu hiệu teo cơ thường xảy ra rất sớm

A. Đúng
B. Sai

Trả lời :

Câu1: A	Câu 2: B	Câu 3: B	Câu 4: B
Câu 5: A	Câu 6: B	Câu 7: A	Câu 8: B

HỘI CHỨNG LIỆT NỬA NGƯỜI

I. MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được đường đi của bó tháp thẳng và bó tháp chéo, bó vỏ nhân.
2. Chẩn đoán được các thể bệnh của liệt nửa người.
3. Trình bày được vị trí, nguyên nhân tổn thương.
4. Xử trí ban đầu và săn sóc điều dưỡng bệnh nhân liệt nửa người.

II. NỘI DUNG

1. Định nghĩa

Là một hội chứng giảm hoặc mất vận động 1/2 người do tổn thương của bó tháp

2. Nhắc lại giải phẫu

Hội chứng tháp gồm hai phần :

Bó vỏ não - gai : Đi từ vỏ não xuống tủy sống: Gồm bó tháp chéo và bó tháp thẳng.

Bó tháp chéo: bắt chéo sang bên đối diện ở 1/3 dưới hành tủy.

Bó tháp thẳng: đi thẳng xuống cột trước tủy rồi cũng bắt chéo qua mép trước tủy và tận cùng ở sừng trước tủy bên kia.

Bó vỏ não - nhân : đi từ vỏ não đến nhân các dây thần kinh sọ não nằm ở thân não. Các sợi bắt đầu từ vỏ não bên này xuống thân não rồi tách ra bắt chéo đến các nhân vận động của dây TK sọ bên kia.

3. Lâm sàng

3.1 Thể liệt 1/2 người kín đáo

- Khám sức cơ: giảm hoặc mất ở bên liệt.
- Khám phản xạ gân xương: giảm hoặc mất ở bên liệt.
- Khám các dây thần kinh sọ não thường thấy liệt VII trung ương nhẹ.
- Khám cảm giác.

3.2 Thể liệt 1/2 người ở bệnh nhân hôn mê

- Liệt mặt trung ương: nghiệm pháp Marie-Foix (+)
- Liệt 1/2 người

+ Giảm hoặc mất trương lực cơ, phản xạ gân xương giảm hoặc tăng ở bên liệt.

+ Phản xạ bệnh lý: Babinski, Oppenheim … ở bên liệt đi đôi với mất phản xạ da bụng, da bìu.

+ Khám lưu ý: liệt đồng đều hay không, liệt thuần túy hay có kèm rối loạn cảm giác, liệt 1/2 người cùng bên hay đối bên với các dây TK sọ não.

4. Chẩn đoán

4.1 Chẩn đoán phân biệt

Liệt thực thể hay liệt cơ năng (Hysteria)

4.2 Chẩn đoán vị trí

4.2.1 Tổn thương vỏ não đến bao trong

- Liệt không đều
- Liệt không thuần túy
- Liệt 1/2 người cùng bên với liệt các dây TK sọ não

4.2.2 Tổn thương bao trong

- Liệt đồng đều
- Liệt thuần túy
- Liệt 1/2 người thường cùng bên với liệt VII trung ương

4.2.3 Tổn thương thân não

- Ở cuống não : kèm liệt dây III
- Ở cầu não : liệt dây V,VII
- Ở hành tủy : liệt dây IX, X, XI, XII

4.2.4 Tổn thương tủy cổ trên (trên C4)

- Liệt 1/2 người + mất cảm giác sâu bên tổn thương
- Mất cảm giác nông (nóng, lạnh) bên lành

4.3 Chẩn đoán nguyên nhân

- Do chấn thương sọ não

+ Tụ máu ngoài màng cứng

+ Tụ máu dưới màng cứng

- Khối choáng chỗ trong não: u não

+ Hội chứng tăng áp lực nội sọ

+ Dấu thần kinh khu trú

- Tai biến mạch máu não

+ Xuất huyết não: khởi bệnh đột ngột, rối loạn ý thức từ nhẹ đến hôn mê và có dấu màng não. Thường do cao huyết áp hoặc dị dạng mạch máu não.

+ Nhũn não : khởi bệnh đột ngột, ít rối loạn ý thức và không có dấu màng não.

- Nhiễm trùng nội sọ do vi trùng hoặc virus như:

+ Viêm não màng não do virus

+ Viêm màng não mủ

+ Lao màng não

+ Áp xe não

Chẩn đoán dựa vào 3 hội chứng nhiễm trùng, tăng áp lực nội sọ và thần kinh khu trú

Xét nghiệm dịch não tủy rất có giá trị.

5. Điều trị :

Tùy theo nguyên nhân :

- Liệt cơ năng: tâm lý liệu pháp

- Do chấn thương sọ não gây máu tụ: phẫu thuật

- Do u não: phẫu thuật lấy u

- Do tai biến mạch máu não: chống phù não, tái lưu thông mạch máu não và tập vật lý trị liệu phục hồi chức năng

- Do nhiễm trùng: sử dụng kháng sinh hay thuốc diệt virus và điều trị nâng đỡ phục hồi các di chứng trên màng não.

Chăm sóc điều dưỡng

- Tùy theo rối loạn ý thức của người bệnh mà giúp vận động cho BN.

- Phòng chống loét do tì đè

- Cung cấp đủ dinh dưỡng cho người bệnh

- Chống lo lắng, động viên BN an tâm điều trị

- Theo dõi M, HA, T, NT và tiến triển bệnh

- Thực hiện nhanh chóng, chính xác, kịp thời các y lệnh

CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM :

Câu 1: Hội chứng liệt nửa người là do tổn thương của :

A. Bó tháp
B. Bó ngoại tháp
C. Tủy sống
D. Cầu não

Câu 2: Khám sức cơ ở bên liệt :

A. Luôn luôn giảm
B. Luôn luôn tăng
C. Mất hoàn toàn
D. Giảm hoặc mất

Câu 3: Phản xạ gân xương ở bên liệt :

A. Giảm
B. Tăng
C. Mất hoàn toàn
D. Giảm hoặc tăng

Câu 4: Liệt nửa người do tổn thương ở cuống não thường kèm liệt dây TK

A. Số II
B. Số III
C. Số IV
D. Số V

Câu 5: Xét nghiệm hình ảnh quan trọng để chẩn đoán trong hội chứng liệt nửa người là:

A. X-quang xương sọ
B. Dịch não tủy
C. Điện não đồ
D. Cắt lớp điện toán (CT scan) và cộng hưởng từ nhân (MRI)

Đáp án : Câu1:A, Câu 2:D, Câu 3: D, Câu 4:B, Câu 5:D .

VIÊM ĐA DÂY THẦN KINH

I. MỤC TIÊU HỌC TẬP :

1. Trình bày được khái niệm bệnh viêm đa dây thần kinh.

2. Nêu được các nguyên nhân gây bệnh viêm đa dây thần kinh.

3. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng bệnh viêm đa dây thần kinh.

4. Nêu được nguyên tắc điều trị và cách chăm sóc bệnh viêm đa dây thần kinh.

II. NỘI DUNG:

1. Đại cương:

1.1. Khái niệm:

Viêm đa dây thần kinh xảy ra do tổn thương nhiều dây thần kinh ngoại biên, biểu hiện lâm sàng là một hội chứng hỗn hợp vận động – cảm giác – dinh dưỡng đối xứng hai bên ngay từ đầu, triệu chứng rõ rệt ở ngọn chi và tiến triển đến hồi phục khi nguyên nhân được loại trừ.

1.2. Sơ lược giải phẫu học và sinh lý học dây thần kinh ngoại biên:

- Dây thần kinh ngoại biên bao gồm các dây vận đông, cảm giác và thực vật.

+ Các dây vận động bắt nguồn từ các tế bào vận động sừng trước tủy sống.

+ Các dây cảm giác bắt nguồn từ các tế bào hạch gai sừng sau tủy sống bên ngoài ống sống.

+ Các thân tế bào của các dây thần kinh giao cảm bắt nguồn từ các tế bào trung gian cột bên tủy sống từ D1 – L2.

- Dây thần kinh ngoại biên gồm nhiều sợi dây thần kinh tạo thành bó. Cấu tạo của mỗi sợi dây thần kinh bao gồm sợi trục và tế bào Schwann.

+ Sợi trục có hai loại: loại có myelin và không có meylin.

+ Tế bào Schwann bao bọc sợi trục (cả loại sợi trục có và không có meylin) khi sợi trục còn nguyên vẹn.

- Khi tổn thương sợi trục, bao myelin và tế bào Schwann sẽ thoái hóa. Ngược lại, khi tổn thương myelin mà sợi trục còn nguyên vẹn thì có sự tái tạo myelin.

- Tính kích thích và tính dẫn truyền là 2 đặc tính cơ bản của sợi thần kinh.

1.3. Nguyên nhân:

- Nhiễm độc: kim loại nặng (chì, thủy ngân), hóa chất, thuốc (isoniasid, hydralazin, ….), cồn,…

- Nhiễm khuẩn: các vi khuẩn phong, lao, thương hàn, …; hoặc virus.

- Rối loạn chuyển hóa: thiếu vitamin B1, bệnh đái tháo đường, thiểu dưỡng,…

2. Triệu chứng:

Thiếu sót vận động và cảm giác đối xứng, nổi bật về phía đoạn chi, là kiểu hình phân bố hay gặp nhất trong viêm đa dây thần kinh. Ngoài ra, bệnh nhân cũng có thể bị rối loạn về dinh dưỡng và thần kinh thực vật.

- Thiếu sót vận động dưới hình thức yếu và teo cơ xuất hiện đầu tiên tại các ngọn chi, sau đó lan dần về phía gốc chi, đối xứng hai bên. Giảm trương lực cơ, không có dấu hiệu Bakinski, không rối loạn cơ vòng.

- Giảm và mất phản xa gân xương (do tổn trong các sợi vận động hoặc các sợi cảm giác) cũng có kiểu phân bố tương tự nghĩa là mất ở gót trước khi mất ở gối, xuất hiện ở hai chi dưới trước hai chi trên.

- Rối loạn cảm giác cũng phân bố tương tự, nặng và rõ nét nhất ở ngọn chi, mất cảm giác hay giảm cảm giác nông và sâu theo kiểu "đi găng tay" hoặc "đi vớ chân". Khi bệnh tiến triển lâu, vùng giảm hay mất cảm giác xuất hiện thêm ở vùng da cạnh đường giữa của thành bụng và từ đó sẽ lan dần sang hai bên. Dị cảm (kiến bò, tê buồn, …). Đau cơ liên tục hoặc cách hồi. Bóp các cơ liệt bệnh nhân đau dữ dội .

Rối loạn dinh dưỡng phổ biến là teo cơ . Các cơ bàn chân thường teo sớm, tiếp theo là các cơ cẳng chân. Sự teo cơ xuất hiện muộn ở hai chi trên. Một số trường hợp co rút các gân làm bàn chân biến dạng. Các rối loạn dinh dưỡng khác có thể gặp là teo da, móng tay và móng chân dễ gãy, tăng tiết mồ hôi ở chân và tay …

- Rối loạn thần kinh thực vật có thể gặp bao gồm: hạ huyết áp, liệt dương, rối loạn đi tiểu, nhịp tim nhanh … thường gặp trong viêm đa dây thần kinh do đái tháo đường .

3. Cận lâm sàng :

- Dịch não tủy tăng prôtêin và tế bào khi nhiễm khuẩn .

-Chẩn đoán điện (điện cơ đồ) và sinh thiết thần kinh – cơ: giúp chẩn đoán xác định tổn thương sợi trục thần kinh hay bao myelin.

4. Tiến triển và biến chứng:

- Viêm đa dây thần kinh thường hồi phục dần khi loại trừ được nguyên nhân. Một số trường hợp nặng sẽ dẫn đến tử vong.

- Tránh và dự phòng các di chứng làm dẫn đến tàn phế teo cơ, biến dạng chi thể.

5. Điều trị:

- Nguyên tắc chung trong điều trị viêm đa dây thần kinh do nguyên nhân mắc phải là loại bỏ yếu tố nguyên nhân gây bệnh nếu điều này có thể thực hiện được. Ví dụ: bổ sung vitamin B1 (do thiếu vitamin B1); điều trị ổn định glucose máu bằng thuốc, bằng chế độ ăn uống hợp lý… (bệnh đái tháo đường); xem xét đổi thuốc kháng lao nếu nguyên nhân do thuốc kháng lao, …

- Chăm sóc bệnh nhân :

+ Giảm đau bằng aspirin, ủ ấm chi hoặc dùng đèn sưởi .

+ Chống biến dạng chi: tránh biến dạng chi ở tư thế gấp do đau. Bệnh nhân nằm ngửa trên giường cứng. Chi để ở tư thế chức năng, dùng gối, túi cát kê giữ bàn

chân vuông góc cẳng chân; dùng nẹp giữ các ngón chân không co gấp; tập vận động tránh cứng khớp.

- Thuốc :

+ Vitamin nhóm B liều cao chống đau và chống thoái hóa thần kinh :

+ Vitamin B1 tiêm bắp 100mg/ ngày;

+ Vitamin B6 tiêm bắp 50mg/ngày;

+ Vitamin B12 tiêm bắp 1000 _ 5000 đv / ngày.

+ Aspirin 0,5g ; uống 1 – 2g/ngày (sau ăn no).

+ Corticoid và kháng sinh phối hợp trong nhiễm khuẩn .

- Điều trị di chứng: tập luyện, xoa bóp, vật lý trị liệu phục hồi chức năng cần tiến hành sớm.

- Phòng bệnh bằng chế độ dinh dưỡng đầy đủ vitamin và muối khoáng, phòng bệnh truyền nhiễm, tránh nhiễm độc hóa chất và kim loại nặng, không nghiện rượu.

6. Chăm sóc điều dưỡng

- Chống đau cho BN

- Giúp BN vận động phù hợp với tiến triển của bệnh

- Chú ý tư thế BN để phòng biến dạng

- Giảm lo lắng, động viên BN

- Cung cấp đủ và đúng dinh dưỡng

- Thực hiện y lệnh chính xác kịp thời

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Bệnh viêm đa dây thần kinh là bệnh tổn thương hệ thần kinh trung ương.

A. Đúng.
B. Sai

Câu 2: Nguyên nhân gây bệnh viêm đa dây thần kinh là:

A. Nhiễm độc.
B. Nhiễm khuẩn.
C. Rối loạn chuyển hóa.
D. Tất cả nguyên nhân trên.

Câu 3: Các rối loạn (thiếu sót) về vận động, cảm giác, dinh dưỡng, … ở bệnh nhân viêm đa dây thần kinh có đặc điểm chung là:

A. Đối xứng. Triệu chứng lâm sàng nổi bật về phía ngọn chi .
B. Đối xứng. Nổi bật ở gốc chi .
C. Không đối xứng. Triệu chứng lâm sàng nổi bật về phía ngọn chi .
D. Không đối xứng. Nổi bật ở gốc chi .

Câu 4: Điều trị bệnh viêm đa dây thần kinh cần tiến hành các biện pháp :

A. Loại trừ nguyên nhân gây bệnh (nếu có thể) .
B. Chống biến dạng chi .
C. Tăng cường vật lý trị liệu, chống di chứng và biến chứng.
D. Dùng vitamin nhóm B liều cao .
E. Tất cả các ý trên.

Câu 5: Để hạn chế di chứng teo cơ, biến dạng chi thể trong viêm đa dây thần kinh cần tiến hành sớm:

A. Vật lý trị liệu.
B. Xoa bóp, bấm huyệt .
C. Thể dục liệu pháp.
D. Tất cả các ý trên.

Trả lời : Câu 1: B; Câu 2: D ; Câu 3: A ; Câu 4: E ; Câu 5: D .

TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO

I. MỤC TIÊU HỌC TẬP:

1. Trình bày được khái niệm tai biến mạch máu não.
2. Trình bày được các nguy cơ góp phần gây tai biến mạch máu não.
3. Trình bày được các thể lâm sàng của tai biến mạch máu não.
4. Trình bày được cách dự phòng tai biến mạch máu não.

II. NỘI DUNG:

1. Đại cương:

1.1 Khái niệm:

Theo tổ chức y tế thế giới, tai biến mạch máu não là "dấu hiệu phát triển nhanh chóng trên lâm sàng của một rối loạn khu trú chức năng của não kéo dài 24 giờ và thường do nguyên nhân mạch máu".

1.2 Nhắc lại giải phẫu mạng lưới động mạch cung cấp máu cho não:

- Động mạch cảnh trong có bốn nhánh: (1) động mạch não trước; (2) động mạch não giữa; (3) động mạch và mạng mạch trước (4)động mạch thông sau.

- Hệ động mạch sống - nền (xuất phát từ động mạch dưới đòn) gồm hai nhánh trái và phải hợp thành động mạch thân nền chia thành: (1) động mạch não sau và (2) tác động mạch cầu não, tiểu não, tai trong.

1.3. Các yếu tố nguy cơ gây tai biến mạch máu não:

- Tăng huyết áp, thường là cơn tăng huyết áp kịch phát.

- Xơ vữa động mạch.

- Một số bệnh rối loạn chuyển hóa: rối loạn lipid máu như tăng cholesterol máu, bệnh đái tháo đường.

- Stress căng thẳng thần kinh, xúc động quá mức…

- Trong đó tăng huyết áp và xơ vữa động mạch là hai yếu tố nguy cơ hàng đầu.

2. Các thể lâm sàng:

2.1. Cơn thiếu máu não cục bộ tạm thời:

- Thường do giảm khối lượng máu lưu hành qua não đột ngột (có nhiều nguyên nhân gây nên như giảm huyết áp, rối loạn nhịp tim, co thắt mạch não,…) hoặc do lắp mạch tạm thời, cục huyết khối đã hình thành tự tiêu được.

- Khởi phát đột ngột với chóng mặt và các triệu chứng thần kinh khu trú tùy thuộc vào vị trí của tổn thương như dị cảm hoặc bại nhẹ nửa người, nhìn đôi, khó nói,… Các triệu chứng này chỉ tồn tại trong thời gian ngắn vài phút, vài giờ không quá 24 giờ rồi mất đi nhanh chóng, không để lại di chứng bệnh nhân hồi phục hoàn toàn.

- Cơn thiếu máu não cục bộ tạm thời hay tái phát và có thể tiến triển thành nhồi máu não.

2.2 Nhồi máu não: nguyên nhân hay gặp là xơ vữa động mạch não có biến chứng huyết khối gây lắp mạch; còn gặp trong các bệnh tim nhất là khi có rung nhĩ, viêm màng trong tim nhiễm khuẩn bán cấp có các cục máu đông, mảnh sùi gây tắc mạch não.

- Tiền triệu: thường có rối loạn lời nói; hoặc rối loạn cảm giác.

- Khởi phát từ từ: liệt nửa người tiến triển từ từ, có thể hôn mê.

- Toàn phát: có thể hôn mê vừa hoặc nhẹ, rối loạn thần kinh thực vật mức độ trung bình. Các dấu hiệu lâm sàng đa dạng, phong phú tùy vị trí động mạch não bị tắc và vùng não tổn thương sẽ gây ra các dấu hiệu thần kinh khu trú tương ứng.

Ví dụ: nhồi máu não vùng động mạch não giữa sẽ biểu hiện hôn mê sâu, liệt nửa người, rối loạn cảm giác, mất lời, bán mạnh.

2.3 Chảy máu não: Thường do tăng huyết áp.

- Đau đầu có thể chỉ một bên (thường là bên có chảy máu). Đau đầu cấp hay mãn tính; kèm chóng mặt ù tai.

- Khởi phát: đột quị đột ngột, có thể hôn mê nhanh nếu chảy máu lớn. Đôi khi bắt đầu bằng đau đầu dữ dội, ý thức giảm dần.

- Toàn phát: biểu hiện 3 hội chứng:

+ Hôn mê: sâu và nặng; rối loạn cơ tròn (khó nuốt, tiểu tiện tự động). Mất phản xạ giác mạc và đồng tử. Cơ thể bất động.

+ Liệt nửa người: giảm trương lực cơ nửa người bên đối diện. Bệnh nhân nằm ở tư thế đầu và mắt cùng quay về phía bên tổn thương. Liệt mặt kiểu trung ương. Phản xạ bệnh lý bó tháp Babinski dương tính bên liệt.

+ Rối loạn thần kinh thực vật: tăng tiết dịch đường hô hấp trên gây tắc nghẽn phế quản. Rối loạn nhịp thở (Cheyne-stockes); rối loạn nhịp tim; tăng huyết áp; tăng thân nhiệt; rối loạn vận mạch và rối loạn dinh dưỡng bên liệt: ra mồ hôi, phù nề, tím tái, loét,…

- Xét nghiệm: dịch não tủy có hồng cầu, hoặc máu đỏ.

2.4 Chảy máu màng não: Do tăng huyết áp, vỡ u mạch máu,…

- Khởi phát: đột ngột nhức đầu dữ dội, ý thức u ám.

- Toàn phát;

+ Rối loạn ý thức biểu hiện qua trạng thái u ám, ngủ gà, có thể hôn mê nông; đôi khi kích thích vật vã.

+ Hội chứng màng não: nhức đầu, cứng gáy, sợ ánh sáng và tiếng động.

+ Rối loạn thần kinh thực vật: rối loạn vận mạch (vạch màng não), rối loạn thân nhiệt (sốt); rối loạn nhịp thở và nhịp tim,…

+ Babinski dương tính hai bên.

- Xét nghiệm: dịch não tủy nhiều hồng cầu, bạch cầu, protein tăng.

Tiến triển: Tai biến mạch máu não có thể phục hồi và hay để lại triệu chứng. Tuy nhiên có một tỷ lệ tử vong nhất định trong các trường hợp hôn mê sâu, hoặc các biến chứng viêm nhiễm khuẩn đường hô hấp, hệ tiết niệu - sinh dục, hệ tuần hoàn,..

2.5 Cận lâm sàng:

- Các kỹ thuật kinh điển: xét nghiệm dịch não tủy, điện não đồ, chụp động mạch não,…

- Các kỹ thuật mới: chụp cắt lớp (ct scanner), chụp cộng hưởng từ hạt nhân (MRS), chụp quét cắt lớp bằng tia photon, chụp mạch não với đồng vị xenon phóng xạ.

3. Chẩn đoán:

- Chẩn đoán xác định: dựa vào các dấu hiệu thần kinh khu trú, khởi phát đột ngột và các kết quả cận lâm sàng.

- Chẩn đoán phân biệt: nhồi máu cơ tim, chấn thương sọ não, hôn mê không do tai biến mạch máu não.

4. Điều trị:

Chuyển bệnh nhân lên tuyến bệnh viện để xử trí cấp cứu.

- Hút đờm dãi, làm sạch đường thở, cho thở oxy qua mũi, liên tục hay ngắt quãng.

- Nếu bệnh nhân không tỉnh, đặt ống thông dạ dày qua đường mũi để nuôi dưỡng và cho uống thuốc qua đường têu hóa.

- Chống phù não và tăng áp lực nội soi; mannitol 20% 300 ml, trong 24 giờ. Có thể cho uống glycerin 50% 100 ml chia làm 2 lần.

- Kiểm soát huyết áp: khi huyết áp tâm lên quá cao > 200 mmHg, nhỏ 3 giọt Adalate (loại viên nang 10 mg) vào dưới lưỡi để đưa huyết áp tâm thu xuống đến 170 – 180 mmHg.

- Cân bằng nước điện giải.

- Kháng sinh bội nhiễm.

- Với nhồi máu não; dùng các thuốc cải thiện tuần hoàn não như Cerebrolysin, Duxil, Tanakan, … thuốc chống kết tập tiểu cầu như Aspirin,…

- Với chảy máu não: xem xét khả năng phẫu thuật lấy ổ máu tụ.

5. Dự phòng :

- Phát hiện và điều trị xơ vữa động mạch, tăng huyết áp một cách căn bản.

- Phát hiện các dị dạng mạch máu để xử trí triệt để.

- Tránh các yếu tố nguy cơ gây tai biến mạch máu não: stress, gắng sức, tăng huyết áp,…

- Xử trí ngay khi có dấu hiệu báo trước: nhức đầu, chóng mặt, dị cảm chân tay, hoa mắt, ….

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Tai biến mạch máu não theo tổ chức y tế thế giới là:

A. Rối loạn toán bộ chức năng của não kéo dài trên 24 giờ.
B. Rối loạn khu trú chức năng của não kéo dài trên 24 giờ.
C. Nguyên nhân thường do mạch máu.
D. Nguyên nhândo nhiễm khuẩn.

Câu 2: Những nguy cơ hàng đầu gây tai biến mạch máu não là:

A. Tăng huyết áp và vữa xơ đông mạch.
B. Tăng huyết áp và rối loạn chuyển hóa.
C. Stress và vữa xơ đông mạch.
D. Rối loạn chuyển hóa và vữa xơ đông mạch.

Câu 3: Trong các thể lâm sàng dưới đây, thể tai biến mạch máu não thường hồi phục hoàn toàn, không để lại di chứng?

A. Cơn thiếu máu não cục bộ.
B. Chảy máu não.
C. Chảy máu màng não.
D. Nhũn não.

Câu 4: Dấu hiệu thần kinh khu trú bao giờ cũng có trong tai biến mạch máu não.

A. Đúng.
B. Sai.

Câu 5: Tai biến mạch máu não là một bệnh tiến triển cấp, cần phải:

A. Hồi sức cấp cứu tích cực.
B. Chống bội nhiễm, hạn chế di chứng và biếi chứng.
C. phục hồi chức năng, bảo đảm dinh dưỡng.
D. Tất cả những ý trên.

Trả lời: 1B, C; 2A; 3A; 4A; 5D.

BỆNH BASEDOW

I. MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh Basedow

2 Trình bày được các biến chứng của bệnh Basedow.

3. Trình bày được nguyên tắc điều trị bệnh Basedow.

II. NỘI DUNG

1. Khái niệm:

Basedow là một bệnh cường giáp, do tình trạng hoạt động quá mức của tuyến giáp dẫn đến tăng sản xuất hormon giáp nhiều hơn bình thường. Là một bệnh tự miễn, có tính gia đình, thường gặp ở phụ nữ từ 20 – 50 tuổi.

2. Triệu chứng:

2.1. Lâm sàng:

2. 1.1. Bướu giáp: bướu lan tỏa, cả 2 thùy, di động khi nuốt, không đau, có tính chất bướu mạch, khi sờ có thể có rung miu, nghe có âm thổi, nghe rõ ở cực trên tuyến giáp.

2.1.2. Biểu hiện ở mắt: thường lồi mắt 2 bên, mắt sáng long lanh.

2.1.3. Dấu hiệu nhiễm độc giáp:

- Sụt cân nhanh mặc dù ăn uống bình thường hoặc ngon miệng hơn.
- Da và điều nhiệt: bệnh nhân thường sợ nóng, thân nhiệt tăng nhẹ. Da nóng ẩm, ra nhiều mồ hôi làm bệnh nhân khát nước, uống nhiều nước và có thể gây tiểu nhiều.

- Tim mạch:

+ Nhịp tim nhanh thường xuyên > 90 lần/phút, tăng lên khi gắng sức hoặc xúc động, không tự trở về bình thường ngay cả khi ngủ hoặc nghỉ ngơi.

+ Hồi hộp, đánh trống ngực

+ Mạch nhanh, huyết áp tâm thu tăng

- Thần kinh:

+ Dễ xúc động, thay đổi tính tình.

+ Run đầu ngón tay với biên độ nhỏ, nhanh và đều.

- Tiêu hóa: tiêu chảy nhưng không kèm đau bụng.

- Cơ: yếu cơ, teo cơ nhất là vùng quanh vai.

2.1.4. Phù niêm trước xương chày (ít gặp) : thường có màu vàng hoặc tím đỏ, ấn không lõm, không đau.

2.2. Cận lâm sàng:

- T_3, T_4, FT_3, FT_4 tăng.

- TSH giảm.

3. Biến chứng:

- Tim mạch: rối loạn nhịp tim, suy tim

- Mắt: viêm, liệt cơ vận nhãn, lồi mắt ác tính.

- Cơn bão giáp.

- Suy kiệt nặng

4. Nguyên tắc điều trị:

4.1. Điều trị nội khoa: dùng thuốc kháng giáp tổng hợp, thuốc chống cường giao cảm, an thần.

4.2. Điều trị ngoại khoa: được chỉ định khi: điều trị nội khoa thất bại, bướu giáp quá to, bướu giáp nhân độc, Basedow có biểu hiện lồi mắt ác tính

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Bệnh Basedow

A. Là một bệnh tự miễn có tính gia đình
B. Thường gặp ở nữ từ 20 – 50 tuổi
C. Do tình trạng hoạt động quá mức của tuyến giáp
D. Tất cả đều đúng

Câu 2: Đặc điểm nào không đúng của bướu giáp trong Basedow

A. Bướu lan tỏa
B. Di động khi nuốt
C. Đau
D. Có tính chất bướu mạch

Câu 3: Dấu hiệu nào không phải là dấu hiệu của nhiễm độc giáp

A. Sụt cân nhanh mặc dù ăn uống bình thường
B. Nhịp tim nhanh thường xuyên > 90l/p, tự trở về bình thường khi ngủ hoặc nghỉ ngơi
C. Mạch nhanh, huyết áp tâm thu tăng
D. Run đầu ngón tay với biên độ nhỏ, nhanh và đều

Câu 4: Đặc điểm của phù niêm trong bệnh Basedow

A. Thường gặp ở chi trên và chi dưới
B. Phù mềm, ấn lõm, không đau
C. Rất thường gặp trong bệnh Basedow
D. Tất cả đều sai

Câu 5: Cận lâm sàng thường gặp trong Basedow

A. T_3 tăng, T_4 giảm
B. F T_3 tăng, FT_4 tăng
C. TSH tăng
D. A và C đúng

Câu 6: Biến chứng nào là biến chứng cấp tính của Basedow

A. Suy tim
B. Liệt cơ vận nhãn
C. Cơn bão giáp
D. Suy kiệt nặng

Đáp án: Câu1: D, Câu 2: C, Câu 3: B, Câu 4: D, Câu 5: B, Câu 6: C

ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

I. MỤC TIÊU HỌC TẬP

1.Trình bày được phân loại đái tháo đường

2. Mô tả được 4 triệu chứng lâm sàng điển hình của tăng đường huyết

3. Kể được các biến chứng cấp và mạn của đái tháo đường

4. Trình bày được tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường theo Hiệp Hội đái tháo đường Hoa Kỳ 2011

5. Nêu được nguyên tắc điều trị

II. NỘI DUNG

Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh mạn tính đặc trưng bởi tình trạng tăng glucose huyết mãn tính ngay cả khi đói do thiếu hụt insulin tuyệt đối hoặc tương đối

1. Phân loại đái tháo đường theo nguyên nhân:

- ĐTĐ type 1: do thiếu insulin tuyệt đối, xảy ra ở bất kỳ lứa tuổi nào nhưng thường gặp ở người trẻ nhỏ hơn 30 tuổi. Các triêu chứng thường khởi phát đột ngột và tiến triển nhanh nếu không điều trị.

- ĐTĐ type 2: do tình trạng đề kháng insulin kèm với thiếu insulin tương đối, xảy ra ở bất kỳ lứa tuổi nào nhưng thường gặp trên 40 tuổi. Các triệu chứng tiến triển âm thầm, thường được phát hiện muộn

- ĐTĐ thai kỳ: tình trạng rối loạn đường huyết được phát hiện lần đầu tiên trong thai kỳ

- Các type đặc biệt khác

2. Triệu chứng:

2.1. Lâm sàng điển hình của tăng đường huyết:

- Ăn nhiều.

- Uống nhiều.

- Tiểu nhiều.

- Gầy nhiều

2.2. Biến chứng: nhiều bệnh nhân nhập viện vì các biến chứng của đái tháo đường

2.2.1. Biến chứng cấp tính:

- Hôn mê do nhiễm ceton-acid (ĐTĐ type 1)

- Hôn mê do tăng áp lực thẩm thấu (ĐTĐ type 2)

2.2.2. Biến chứng mạn tính:

2.2.3. Biến chứng mạch máu lớn:

- Bệnh mạch vành

- Tai biến mạch máu não

- Bệnh mạch máu ngoại biên: viêm tắc động mạch chi dưới.

2.2.4. Biến chứng mạch máu nhỏ:

- Biến chứng mắt: bệnh võng mạc, đục thủy tinh thể.

- Biến chứng thận: bệnh thận, hoại tử gai thận.

- Biến chứng thần kinh: bệnh thần kinh cảm giác, bệnh thần kinh vận động, bệnh thần kinh tự chủ.

3. Cận lâm sàng:

- Glucose máu tăng, HbA_{1C} tăng

- Đường niệu (+) : khi đường máu tăng cao trên 160-180 mg/dl (tức vượt quá ngưỡng đường của thận) sẽ xuất hiện đường trong nước tiểu.

4. Tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường theo Hiệp Hội đái tháo đường Hoa Kỳ 2011 (ADA – 2011)

- $HbA_{1C} \geq 6.5\%$

- Glucose huyết lúc đói (sau ít nhất 8h không ăn) ≥ 126 mg/dl (7 mmol/l), sau ít nhất 2 lần thử.

- Glucose huyết bất kỳ ≥ 200 mg/dl (11.1 mmol/l) kèm theo triệu chứng điển hình của tăng đường huyết.

- Glucose huyết 2h sau khi uống 75g glucose ≥ 200 mg/dl

5. Nguyên tắc điều trị chung

5.1. Chế độ dinh dưỡng: Hạn chế glucid nhưng phải đảm bảo tổng số calo cần thiết trong ngày. Chọn loại thực phẩm có chỉ số tăng đường huyết thấp, nhiều chất xơ, chia làm nhiều bữa ăn trong ngày.

5.2. Hoạt động thể lực: Phù hợp với sức khỏe, lứa tuổi. Nên chọn những môn rèn luyện sự dẻo dai như : đi bộ, đi xe đạp, bơi lội…. khoảng 30phút/ngày.

5.3. Dùng thuốc: Tiêm insulin hoặc uống thuốc viên hạ đường huyết tùy trường hợp cụ thể.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Đặc điểm nào không phải của ĐTĐ type 1

A. Có thể xảy ra ở bất kỳ lứa tuổi nào.
B. Thường gặp ở người trẻ < 30 tuổi
C. Các triệu chứng thường khởi phát đột ngột và tiến triển nhanh
D. Do thiếu insuline tương đối

Câu 2: Lâm sàng điển hình của tăng đường huyết, chọn câu sai

A. Ăn nhiều
B. Uống nhiều

C. Ngủ nhiều
D. Tiểu nhiều

Câu 3: Biến chứng nào là biến chứng mạch máu lớn của ĐTĐ

A. Đục thủy tinh thể
B. Bệnh thận
C. Tai biến mạch máu não
D. Hôn mê do tăng áp lực thẩm thấu

Câu 4: Tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐ theo ADA 2011

A. $HbA_{1C} \geq 6.5\%$
B. Glucose máu lúc đói ≥ 126mg/dl
C. Glucose huyết bất kỳ ≥ 200mg/dl
D. Tất cả đều đúng

Câu 5: Khi bị ĐTĐ, lúc nào là đường cũng xuất hiện trong nước tiểu của bệnh nhân

A. Đúng
B. Sai

Câu 6: Điều trị ĐTĐ, chọn câu sai

A. Đảm bảo tổng số Calo cần thiết trong ngày
B. Nên chọn thực phẩm có chỉ số đường huyết cao
C. Tiêm insuline hoặc uống thuốc viên hạ đường huyết tùy trường hợp cụ thể
D. Hoạt động thể lực phù hợp với sức khỏe

Đáp án: Câu 1: D, Câu 2: C, Câu 3: C, Câu 4: A, Câu 5: B, Câu 6: B

CẤP CỨU NGƯNG TUẦN HOÀN HÔ HẤP

I. MỤC TIÊU HỌC TẬP:

1. Chẩn đoán được bệnh nhân ngưng tuần hoàn hô hấp

2. Trình bày được các bước thực hiện cấp cứu ngưng tuần hoàn hô hấp căn bản.

II. NỘI DUNG:

1. Đại cương

Ngưng tim ngưng thở là tình trạng không còn tuần hoàn và hô hấp hiệu quả.

Ngừng tuần hoàn có thể do rung thất, vô tâm thu hay phân ly điện cơ. Tùy nguyên nhân, ngừng tuần hoàn có thể xảy ra trước hay sau ngưng hô hấp.

Vài phút sau khi ngừng tuần hoàn - hô hấp, tế bào não sẽ bị tổn thương không hồi phục. Vì vậy sau khi xác định chẩn đoán, phải tiến hành cấp cứu. Cấp cứu ngừng tim ngừng thở nhằm mục đích cung cấp cho bệnh nhân tuần hoàn nhân tạo, hô hấp nhân tạo và phục hồi tuần hoàn có hiệu quả.

Tùy theo phương tiện và trình độ của người cấp cứu, người ta chia thành hồi sức cấp cứu ngưng tuần hoàn hô hấp căn bản (Basic Life Support - BLS) để duy trì tưới máu não cho đến khi có hồi sức ngừng tuần hoàn hô hấp mức cao (Advanced Cardiac Life Support - ACLS).

Để cung cấp tuần hoàn nhân tạo và phục hồi tuần hoàn có hiệu quả, người ta dùng phương pháp xoa bóp tim ngoài lồng ngực, sốc điện và thuốc vận mạch, thuốc chống loạn nhịp.

Để phục hồi hô hấp nhân tạo, người ta dùng phương pháp hô hấp qua miệng hay qua mũi, nhưng tốt nhất là đặt nội khí quản bóp bóng giúp thở.

Trong bài này chỉ trình bày xử trí hồi sức cấp cứu ngưng tuần hoàn hô hấp căn bản

2. Triệu chứng lâm sàng:

- Hôn mê đột ngột, có khi có co giật.
- Xanh tái toàn thân, da lạnh.
- Mạch cổ, mạch bẹn không có.
- Huyết áp không đo được.
- Ngưng thở đột ngột hoặc từ từ.
- Đồng tử hai bên giãn (sau 30 giây) là triệu chứng tổn thương não năng nề.

3. Nguyên nhân:

Ngừng tim ngưng thở: Có thể tiên phát do bệnh lý của tim hay phổi hoặc thứ phát do rối loạn chuyển hóa và các tình trạng bệnh lý sau:

- Thiếu oxy máu
- Toan máu nặng

- Tăng / Hạ kali máu nặng

- Giảm thể tích tuần hoàn nặng

- Hạ thân nhiệt nặng

- Ngộ độc thuốc, phản ứng thuốc

- Chẹn tim cấp.

- Tràn khí màng phổi ép

- Tắc động mạch vành gây nhồi máu cơ tim

- Thuyên tắc động mạch phổi nặng

4. Hồi sức ngưng tuần hoàn ngưng hô hấp căn bản:

Khi một bệnh nhân mất tri giác đột ngột, phải nghĩ ngay đến ngừng tim. Người đều tiên thấy sự việc phải gọi người đến giúp và tiến hành đánh giá bệnh nhân. Khi đã xác định ngừng tim ngưng thở, tiến hành cấp cứu theo ABC:

A. Airway: Kiểm soát đường thở.

B. Breathing: Thông khí.

C. Circulation: Tuần hoàn.

Airway (Kiểm soát đường thở): Đường thở được đánh giá bằng cách quan sát và nghe tiếng thở. Lấy dị vật, lau đờm dãi trong miệng, lấy răng giả (Nếu có), nhanh chóng làm thủ thuật ngửa đầu, nâng hàm dưới lên để mở thông đường thở.

Breathing: Nếu không có tự thở, bắt đầu làm hô hấp nhân tạo (hay bóp bóng - mặt nạ với oxy 100%). Tiến hành hô nhấp nhân tạo nằng phương pháp thổi ngạt miệng – miệng hoặc miệng – mũi.

- Người cấp cứu quỳ bên trái gần đầu bệnh nhân

- Bóp mũi bệnh nhân bằng ngón cái và ngón trỏ.

- Đặt một lớp gạc mỏng ở miệng bệnh nhân được giữ cho há to.

- Hít một hơi thật sâu và thổi vào phổi bệnh nhân qua miệng hoặc qua mũi để làm căng lồng ngực. Thổi như thế 3 lần rồi ép tim 15 lần (Tỷ lệ 1/5).

- Thỉnh thoảng nhớ lau đờm rãi cho đường hô hấp luôn được lưu thông.

- Nếu bệnh nhân cứng hàm thì thổi vào mũi.

Hình 9: Hô hấp nhân tạo.

Circulation (Xoa bóp tim ngoài lồng ngực): Đánh giá tuần hoàn bằng cách sờ mạch cảnh trong 5-10 giây, nếu không có mạch, tiến hành xoa bóp tim ngoài lồng ngực. Bệnh nhân nằm trên nền cứng.

Bắt đầu với một cú đấm mạnh trên lồng ngực 2 – 3 cái (có thể hiệu quả trong bloc nhĩ thất kịch phát, nhịp nhanh thất). Người thực hiện quì gối ngang mức bệnh nhân, hai bàn tay chồng lên nhau, lòng bàn tay tì vào nửa dưới của xương ức, vai ở trên người bệnh nhân, khuỷu tay thẳng, nhấn xương ức xuống khoảng 4-5 cm tạo một lực ép vào tim, ép vào khoảng 60 lần trong một phút, ép liên tục không ngừng dù chỉ trong chốc lát.

Hình 10: Xoa bóp tim ngoài lồng ngực

Nếu chỉ có một người làm thì phối hợp nhịp nhàng giữa ép tim và hô hấp hỗ trợ, cứ 5 lần ép tim thì một lần hô hấp. Nếu có hai người cấp cứu thì sau lần ép tim thứ

5 thì người thứ hai thổi ngạt một lần. Nếu có bóng Ambu thì người thứ hai bóp hỗ trợ hô hấp.

Trong khi hồi sức nếu có thể làm được thì đặt một đường truyền tĩnh mạch để đưa các dịch và thuốc cần thiết:

Để nâng huyết áp dùng: Noradrenalin, Dopamin hoặc Isuprel, pha trong dung dịch Glucose truyền tĩnh mạch.

Chống nhiễm toan dùng: Dung dịch Natri bicacbonat 8,4% truyền tĩnh mạch.

Nếu ghi được điện tim thì biết được nguyên nhân có biện pháp sử lý thích hợp.

Nếu rung thất phá rung bằng điện ngoài lồng ngực.

Nếu bệnh nhân tỉnh lại tiếp tục hồi sức cho đến khi mạch, huyết áp và nhịp tim trở lại bình thường.

Chỉ chấm dứt việc cấp cứu khi dấu hiệu chết đã rõ ràng: Tim không đập trở lại, mạch bẹn và mạch cổ không bắt được, đồng tử hai bên giãn hoàn toàn

5. Điều kiện để chuyển tuyến sau:

Bệnh nhân tạm thời ổn định: Tim đập trở lại, tự thở, huyết áp tối đa > 90 mmHg có thể chuyển bệnh nhân về tuyến sau. Vừa hồi sức vừa chuyển.

Nếu bệnh nhân vẫn còn nặng, điều kiện vận chuyển khó khăn phải mời tuyến sau đến chi viện.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Ngưng tim ngưng thở là tình trạng:

A. Không còn tuần hoàn và hô hấp hiệu quả.
B. Tuần hoàn và hô hấp hiệu quả nhưng rối loạn thức do thiếu máu não.
C. Các tế bào não tổn thương sau đó dẫn đến tình trạng ngưng tim ngưng thở.
D. Tất cả đều đúng.

Câu 2: Nguyên nhân của ngưng tim ngưng thở là:

A. Hạ thân nhiệt nặng
B. Toan máu nặng
C. Giảm thể tích tuần hoàn nặng
D. Tất cả đều đúng.

Câu 3: Thực hiện kiểm soát đường thở bao gồm:

A. Lấy dị vật, lau đờm dãi trong miệng.
B. Làm thủ thuật ngửa đầu.
C. Lấy răng giả nếu bệnh nhân có.
D. Tất cả đều đúng.

Câu 4: Thổi vào phổi bệnh nhân qua miệng 1 lần, ép tim ngoài lồng ngực theo 5 lần:

A. Đúng.
B. Sai.

Câu 5: Nếu quá trình cấp cứu nạn nhân vẫn còn nặng thì tiến hành chuyển tuyến sau:

A. Đúng.
B. Sai.

Đáp án: Câu 1: A, Câu 2: D, Câu 3: D, Câu 4: A, Câu 5: B.

CHOÁNG PHẢN VỆ

I. MỤC TIÊU HỌC TẬP:

1. Trình bày được các biểu hiện lâm sàng của choáng phản vệ.
2. Trình bày được nguyên nhân gây ra choáng phản vệ.
3. Trình bày được nguyên tắc xử trí choáng phản vệ.

II. NỘI DUNG

Choáng phản vệ là một phản ứng dị ứng cấp tính, xảy ra sau khi cơ thể tiếp xúc với dị nguyên, có thể gây tử vong nhanh chóng nếu không xử trí kịp thời

1. Lâm sàng :

- Biểu hiện ở da: ngứa, nổi mề đay, phù mạch
- Tiêu hóa: đau bụng, buồn nôn, nôn, tiêu chảy
- Hô hấp: khó thở do phù nề và co thắt thanh quản, co thắt phế quản
- Tim mạch: tim nhanh, rối loạn nhịp tim, mạch nhanh, huyết áp tụt.

Trường hợp nặng có biểu hiện choáng.

2. Nguyên nhân:

- Kháng sinh: nhất là nhóm betalactam, aminoglycosid, ….
- Các thuốc giảm đau an thần, vitamin, các thuốc cản quang….
- Các chế phẩm máu, huyết thanh, các loại vaccin
- Một số loại nọc: nọc ong, bò cạp
- Một số loại thức ăn

3. Nguyên tắc điều trị:

- Hồi sức hô hấp
- Adrenalin là thuốc điều trị hàng đầu trong choáng phản vệ
- Bù dịch tùy thuộc vào huyết áp và thể tích nước tiểu
- Điều trị co thắt phế quản
- Corticoide: phòng ngừa sự tái phát của choáng phản vệ

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Choáng phản vệ (chọn ý sai trong câu):

A. Là một phản ứng dị ứng cấp tính
B. Xảy ra khi cơ thể tiếp xúc với dị nguyên
C. Không cần xử trí vì có thể tự khỏi
D. Avà B đúng

Câu 2: Khó thở trong choáng phản vệ là do

A. Phù nề thanh quản
B. Co thắt thanh quản
C. Co thắt phế quản
D. Tất cả đều đúng

Câu 3: Biểu hiện lâm sàng nào không phải của choáng phản vệ

A. Ngứa, nổi mề đay, phù mạch
B. Khó thở
C. Tim nhanh, rối loạn nhịp tim
D. Không bao giờ có biểu hiện choáng

Câu 4: Nguyên nhân có thể gây ra choáng phản vệ

A. Kháng sinh
B. Vắc xin
C. Thức ăn
D. Tất cả đều đúng

Câu 5: Thuốc điều trị hàng đầu trong choáng phản vệ.

A. Adrenalin
B. Corticoide
C. Bù dịch
D. Tất cả đều đúng

Đáp án: Câu 1: C, Câu 2: D, Câu 3: D, Câu 4: D, Câu 5: A

NGỘ ĐỘC THỨC ĂN CẤP

I. MỤC TIÊU HỌC TẬP:

1. Trình bày được triệu chứng từng loại ngộ độc thức ăn.

2. Xử trí bước đầu của từng loại ngộ độc thức ăn và chuyển lên tuyến trên kịp thời.

3. Trình bày được biện pháp dự phòng ngộ độc từng loại thức ăn.

II. NỘI DUNG:

1. Đại cương:

Ngộ độc thức ăn là những tai nạn sảy ra do ăn phải những thức ăn có các chất độc chứa trong sẵn trong thức ăn:

- Ngộ độc thức ăn do vi khuẩn, hay độc tố của vi khuẩn.

- Ngộ độc thức ăn do chất độc có sãn trong thức ăn.

- Ngộ độc thức ăn do dị ứng các chất có trong thức ăn.

Trong phạm vi bài này chỉ trình bày trường hợp ngộ độc thức ăn do các chất độc có sãn trong thức ăn.

A. NGỘ ĐỘC KHOAI MÌ

1. Đại cương:

Khoai mì có chứa chất Heterosid chất này sinh Acid Cyanhydric có công thức HCN. Trong củ khoai mì thì vỏ và hai đầu chứa Acid Cyanhydric nhiều hơn. Sau khi ăn Acid Cyanhydric vào máu làm cho máu mất khả năng trao đổi Oxy do đó cơ thể thiếu Oxy.

2. Triệu chứng:

Acid Cyanhydric chỉ hình thành trong môi trường có dịch ruột, do đó các triệu chứng thường xuất hiện muộn: 3 – 4 giờ sau khi ăn. Tùy theo mức độ nặng nhẹ mà thể hiện các triệu chứng trên lâm sàng.

2.1. Thể tối cấp:

Bệnh nhân đột nhiên đau bụng, nôn vài lần, thở nấc, thở chậm, tím chi, co giật, hôn mê và tử vong rất nhanh. Loại này thường gặp ở trẻ em dưới 5 tuổi.

2.2. Thể nặng:

Bệnh nhân đau bụng, nôn nhiều lần, thở nhanh nông, nhức đầu, choáng váng và rất mệt, nếu không điều trị kịp thời sẽ dẫn đến hôn mê và có thể tử vong.
Thể này thường gặp ở trẻ em và người lớn có cơ thể yếu.

2.3. Thể nhẹ:

Thể này chỉ gặp ở người lớn bình thường và khỏe mạnh: Chỉ thấy người nôn nao, khó chịu, có khi nôn một vài lần, nhức đầu, mệt mỏi sau đó khỏi hẳn.

3. Điều trị:

3.1. Rửa dạ dày.

3.2. Tiêm thuốc giải độc:

- Natri Nitrit 1%: Tiêm tĩnh mạch 20 – 40 ml.

- Natri Hyposulphit 1% (Cloxit) tiêm sau Natri Nitrit 20 – 30 giây: Người lớn mỗi 15 phút tiêm tĩnh mạch 10 ml (Tổng liều 50 ml)

- Glucose ưu trương: 300 ml truyền tĩnh mạch.

- Có thể cho uống thêm, nước đường, nước mía, ăn mật.

- Thở Oxy, giữ ấm cho bệnh nhân.

4. Phòng bệnh:

- Không nên ăn khoai mì vào lúc đói, không nên ăn quá nhiều.

- Trước khi luộc khoai mì nên bóc hết vỏ, ngâm trong nước nhiều giờ, luộc với nhiều nước và mở vung nồi để Acid cyanhydric bốc hơi.

- Không nên ăn củ khoai mì có vị đắng, nhiều nhựa.

- Tốt nhất ăn khoai mì cùng với đường, mật.

B. NGỘ ĐỘC NẤM

1. Nguyên nhân:

Bệnh nhân ăn phải nấm độc: Nấm độc có nhiều giống khác nhau và mỗi giống gây độc bằng chất độc riêng biệt.

2. Triệu chứng:

Tuy nấm độc có nhiều giống khác nhau, ngộ độc nấm độc không giống nhau, nhưng có một số triệu chứng chung biểu hiện chủ yếu ở đường tiêu hóa: Nôn ói, đau bụng và tiêu chảy, có khi tiêu chảy lẫn máu. Ngoài ra tùy loại nấm độc có thể gây các triệu chứng khác nhau:

2.1. Ngộ độc Phalloide:

- Rối loạn thần kinh: Biểu hiện của bệnh nhân bơ phờ, lo lắng.

- Tổn thương thận: Tiểu ít, protein niệu, vô niệu.

- Triệu chứng khác: Chuột rút, giảm thân nhiệt, tím tái, trụy tim mạch.

- Sau vài ngày có thể bị viêm gan nhiễm độc, dẫn tới teo gan cấp.

2.2. Ngộ độc loại Amanite Pathére :

- Kích thích thần kinh, bệnh nhân hoang tưởng.

- Miệng khô, dãn đồng tử.

- Co giật, có cơn tetani.

2.3. Ngộ độc loại nấm Phallin: Gây tan máu, biểu hiện bằng các triệu chứng :

- Tiêu ra máu.

- Vàng da: Do tan máu.

- Đái huyết cầu tố.

- Co giật, hôn mê rồi tử vong.

3. Điều trị:

- Rửa dạ dày.

- Uống than hoạt tính 30 – 40gr.

- Truyền dịch: Natri Clorua và dung dịch Glucose 5 – 20%.

- Cho bệnh nhân thở Oxy, giữ ấm cho bệnh nhân.

- Trường hợp tan máu gây thiếu máu nhiều phải chỉ định truyền máu cùng nhóm (Chỉ định này chỉ thực hiện ở tuyến bệnh viện).

- Theo dõi sát mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở và số lượng nước tiểu bệnh nhân.

4. Dự phòng:

- Tốt nhất không ăn nấm tươi, nấm lạ mà chưa biết rõ.

- Không ăn quá nhiều nấm tươi dù là nấm lành vì ăn nhiều sẽ gây rối loạn tiêu hóa.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Một bệnh nhi 10 tuổi ăn có khoai mì, sau 3 giờ xuất hiện các triệu chứng: Rất mệt đau bụng, nôn nhiều lần, thở nhanh nông, nhức đầu, choáng váng. Được chẩn đoán là ngộ độc khoai mì:

A. Thể tối cấp.
B. Thể nặng.
C. Thể vừa.
D. Thể nhẹ

Câu 2: Khoai mì có đặc điểm (Chọn câu đúng):

A. Chứa chất Heterosid.
B. Triệu chứng ngộ độc xuất hiện 3 – 4 giờ sau khi ăn khoai mì.
C. Chất độc chứa nhiều ở vỏ và hai đầu củ.
D. Tất cả đều đúng.

Câu 3: Một bệnh nhân ăn nấm xuất hiện các triệu chứng: Đại tiện ra máu, tiểu ra máu xác định là ngộ độc chất:

A. Phalloide.
B. Amanite Pathére
C. Phallin
D. Phalloidin

Đáp án: Câu 1: B, Câu 2: D, Câu 3: C.

NGỘ ĐỘC THUỐC TRỪ SÂU PHOSPHO HỮU CƠ

I. MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của ngộ độc Phospho hữu cơ
2. Trình bày được chẩn đoán xác định và chẩn đoán mức độ ngộ độc
3. Trình bày được các biến chứng của ngộ độc Phospho hữu cơ
4. Trình bày được nguyên tắc xử trí của ngộ độc Phospho hữu cơ

II. NỘI DUNG

Ngộ độc thuốc trừ sâu Phospho hữu cơ hiện nay rất thường gặp. Đường ngộ độc chủ yếu là đường tiêu hóa do uống để tự tử, đôi khi qua da hoặc qua đường hô hấp do tiếp xúc với thuốc trừ sâu mà không có biện pháp bảo hộ lao động đúng.

1. Triệu chứng:

1.1. Lâm sàng: biểu hiện bằng 3 hội chứng

1.1.1. Hội chứng Muscarin:

- Da tái lạnh, vã mồ hôi
- Đồng tử co (nhỏ < 2mm)
- Đau bụng, nôn mửa, tiêu chảy
- Tăng tiết: nước bọt, nước mắt, nước mũi, đàm nhớt, phế quản; co thắt phế quản, khó thở.
- Nhịp tim chậm (< 60 lần/phút)

1.1.2. Hội chứng Nicotin: Run giật cơ (mặt, ngực, đùi, cánh tay), yếu cơ, liệt cơ nặng hơn có thể liệt hô hấp.

1.1.3. Hội chứng thần kinh trung ương:

- Ức chế hô hấp, co giật, hôn mê.
- Ức chế trung tâm vận mạch gây suy tuần hoàn cấp dẫn đến tử vong rất nhanh

1.2. Cận lâm sàng:

1.2.1. Định lượng men Cholinesterase trong máu:

Men Cholinesterase giảm < 50% giá trị bình thường

1.2.2. Tìm độc chất trong dịch dạ dày

1.2.3. Tìm và định lượng Paranitrophenol trong nước tiểu

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định dựa vào:

- Bệnh sử: uống hoặc tiếp xúc với thuốc trừ sâu

- Lâm sàng và cận lâm sàng

2.2. Chẩn đoán mức độ ngộ độc:

- Nhẹ: chỉ có hội chứng Muscarin + men Cholinesterase > 20% so với bình thường

- Trung bình: có 2 hội chứng Muscarin và Nicotin + men Cholinesterase = 10 - 20% so với bình thường

- Nặng: có cả 3 hội chứng + men Cholinesterase < 10% so với bình thường

- Nguy kịch: nặng + suy hô hấp cấp

3. Biến chứng:

- Suy hô hấp

- Viêm phổi hít

- Loạn nhịp tim

- Suy thận

4. Nguyên tắc xử trí:

- Bảo đảm sinh tồn, hô hấp và tuần hoàn

- Loại trừ độc chất ra khỏi cơ thể: rửa dạ dày, uống than hoạt

- Dùng thuốc giải độc đặc hiệu: Atropin, PAM

- Điều trị triệu chứng và điều trị nâng đỡ.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Phospho hữu cơ là một độc chất, chọn câu sai

A. Dễ dàng ngấm qua đường tiêu hóa
B. Có khả năng tổng hợp men Cholinesterase trong máu
C. Khi bị ngộ độc sẽ xuất hiện trong nước tiểu dưới dạng Paranitrophenol
D. Thường tử vong trong bệnh cảnh suy hô hấp

Câu 2: Lâm sàng điển hình của ngộ độc Phospho hữu cơ biểu hiện bằng các hội chứng

A. Hội chứng Muscarin
B. Hội chứng liệt nửa người
C. Hội chứng thần kinh
D. Tất cả đều đúng

Câu 3: Hội chứng Muscarin gây tăng tiết

A. Nhịp tim chậm
B. Đồng tử co
C. Phế quản
D. Đau bụng

Câu 4: Cận lâm sàng cần làm khi ngộ độc Phospho hữu cơ do uống để tự tử

A. Định lượng men Cholinesterase trong máu
B. Tìm độc chất trên đường hô hấp
C. Tìm và định lượng Paranitrophenol trong máu và nước tiểu
D. A và C đúng

Câu 5: Chẩn đoán ngộ độc Phospho hữu cơ mức độ nặng dựa vào:

A. Có cả 3 hội chứng
B. Men Cholinesterase < 10% so với bình thường
C. Có tình trạng suy hô hấp cấp
D. A và B đúng

Đáp án: Câu 1: B, Câu 2: A, Câu 3: C, Câu 4: A, Câu 1: D.

NGỘ ĐỘC PARACETAMOL

I. MỤC TIÊU HỌC TẬP:

1. Trình bày được nguyên nhân gây ngộ độc Paracetamol
2. Trình bày được triệu chứng ngộ độc Paracetamol
3. Trình bày được cách xử trí ngộ độc Paracetamol

II. NỘI DUNG:

Paracetamol (tên gọi khác là acetaminophen) là một thuốc giảm đau, hạ sốt được sử dụng rộng rãi nhất do có nhiều ưu điểm như sử dụng được cho người có bệnh dạ dày, người sốt do virút, phụ nữ có thai và trẻ em (kể cả sơ sinh). Tuy nhiên khi dùng quá liều có thể gây ngộ độc, chủ yếu là gây hoại tử tế bào gan.

Ngộ độc paracetamol liều độc dược trên 8g ở người lớn, 100mg/kg ở trẻ em đặc biệt nguy hiểm nếu viêm gan tiềm tàng từ trước, không được phát hiện

1. Nguyên nhân và yếu tố thuận lợi:

- Tiền sử bệnh tâm thần
- Dùng paracetamol quá cao cùng với thuốc khác
- Mới uống rượu và thuốc an thần.

Các yếu tố trên làm tăng tác dụng của các chất trung gian hoặc là mất glutathion từ tế bào hoặc cả hai

2. Triệu chứng lâm sàng:

Khởi đầu:

Triệu chứng nghèo nàn, chán ăn, buồn nôn, nôn mửa, đau bụng.

Nhưng nếu làm xét nghiệm, có thể thấy:

- Tỷ lệ prothrombin < 35%
- Creatinin máu < 150μmo1/1

Không can thiệp ngay và ngừng thuốc, bệnh sẽ nặng lên. Đó là bệnh cảnh của viêm gan nhiễm độc cấp.

Triệu chứng nhiễm độc nặng:

- Bệnh não gan, xảy ra chậm từ 3 đến 6 ngày
- Toan chuyển hóa.

3. Xét nghiệm

- Xét nghiệm hóa sinh:

+ SGPT tăng 100 lần bình thường.

+ Phospho máu giảm

+ Phospho niệu tăng.

+ Đường máu có thể hạ.

+ Xét nghiệm các khí trong máu cho thấy có: toan chuyển hóa

+ Rối loạn đông máu do suy tế bào gan và đông máu rải rác trong lòng mạch.

+ Ck tăng, amylase máu tăng.

- Xét nghiệm độc chất

+ Tìm paracetamol trong máu và nước tiểu. Tuy nhiên nồng độ paracetamol trong máu thấp mà lâm sàng vẫn nặng.

4. Xử trí

- Rửa dạ dày trong 6 giờ đầu

- Bù nước điện giải

- Lợi tiểu

- Uống than hoạt

- Nhuận trường

- Điều trị đặc hiệu dùng Exomuc liều 700mg/kg cân nặng dùng trong 24 giờ đầu và 1/2 liều trong 24 giờ sau.

NGỘ ĐỘC THUỐC NGỦ

I. MỤC TIÊU HỌC TẬP

Trình bày được triệu chứng và cách xử trí ngộ độc thuốc: Barbiturate, Benzodiazepines

II. NỘI DUNG

1. Ngộ độc Barbiturate:

1.1. Triệu chứng ngộ độc cấp:

- Hôn mê: gồm 4 mức độ:

+ Giai đoạn 1: gọi to còn trả lời

+ Giai đoạn 2: cấu véo phản ứng đúng

+ Giai đoạn 3: cấu véo phản ứng không đúng

+ Giai đoạn 4: cấu véo không còn phản ứng, phạn xạ gân xương giảm, không có dấu thần kinh khu trú, đồng tử thường giãn

- Rối loạn hô hấp: thở yếu hoặc ngừng thở

- Rối loạn tuần hoàn: huyết áp tụt, trụy mạch.

- Rối loạn điều hòa thân nhiệt: sốt ca hoặc hạ thân nhiệt nếu ngộ độc nặng

1.2. Biến chứng:

- Bội nhiễm: viêm phổi, xẹp phổi, loét.
- Suy thận cấp
- Tắc mạch do huyết khối

1.3. Xử trí:

Khi đã đảm bảo hô hấp và tuần hoàn

- Rửa dạ dày: khi bệnh nhân uống < 6h

- Bài niệu tích cực: tiêm lợi tiểu, truyền dịch

- Lọc ngoài thận

- Điều trị hỗ trợ phòng ngừa biến chứng

2. Ngộ độc Benzodiazepines:

2.1. Triệu chứng ngộ độc: Ngủ gà, loạn vận ngôn, thất điều và lú lẩn

2.2. Nguyên tắc xử trí:

- Loại trừ độc chất

- Dùng chất đối kháng (Flumazenil): hủy bỏ độc tính mà không gây ức chế hô hấp. Nếu nghi ngờ thuốc chống trầm cảm 3 vòng hoặc bệnh nhân có tiền căn động kinh không được dùng Flumazenil

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Mức độ hôn mê do ngộ độc cấp Barbiturate:

A. Gọi to còn trả lời
B. Cấu véo phản ứng đúng
C. Cấu véo phản ứng không đúng
D. Tất cả đều đúng

Câu 2: Các biến chứng bội nhiễm thường gặp trong ngộ độc Barbiturate

A. Viêm phổi, xẹp phổi
B. Suy thận cấp
C. Tắc mạch do huyết khối
D. Tất cả đều đúng

Câu 3: Rửa dạ dày cho bệnh nhân ngộ độc Barbiturate khi bệnh nhân uống sau 6h

A. Đúng
B. Sai

Câu 4: Các biểu hiện nào không thường gặp khi ngộ độc Benzodiazepines

A. Ngủ gà
B. Loạn vận ngôn
C. Trụy mạch
D. Lú lẩn

Câu 5: Xử trí ngộ độc Benzodiazepines

A. Loại trừ độc chất
B. Dùng chất đối kháng là Flumazenil
C. Bệnh nhân có tiền căn động kinh cần dùng Flumazenil càng sớm càng tốt
D. Avà B đúng

ĐÁP ÁN: Câu 1: D, Câu 2: A, Câu 3: B, Câu 4: C, Câu 5: D

MỘT SỐ CẤP CỨU THƯỜNG GẶP

I. MỤC TIÊU HỌC TẬP:

Trình bày đươc triệu chứng và cách xử trí 1 số cấp cứu thường gặp: điện giật, ngạt nước, rắn cắn.

II. NỘI DUNG:

A. ĐIỆN GIẬT

Điện giật là do tác động của dòng điện lên cơ thể gây nên những biến đổi sinh lý khác nhau, trường hợp nặng có thể gây tử vong.

Những điều kiện thuận lợi dễ bị điện giật: đi chân đất, mặc quần áo ẩm ướt, dòng điện có cường độ cao.

1. Triệu chứng:

1.1. Tại chỗ: bệnh nhân bị bỏng, cháy da từng đám sạm đen hoặc thành than, phù nề, có khi da thịt bị nứt nẻ.

1.2. Toàn thân:

- Bệnh nhân đau đớn, co cứng hoặc cơ giật các cơ, da tím tái.

- Bệnh nhân mất tri giác .

- Mạch nhanh nhỏ khó bắt, trường hợp nặng có thể gây liệt hô hấp, ngưng tim, ngưng thở (trong nhiều trường hợp những triệu chứng này có thể là hiện tượng chết giả).

2. Xử trí:

- Cắt ngay nguồn điện trước khi cấp cứu. Bằng mọi cách phải đưa nạn nhân ra khỏi nguồn điện một cách an toàn.

- Đặt nạn nhân vào nơi bằng phẳng, thoáng khí, yên tĩnh.

- Nếu nạn nhân ngưng tim, ngưng thở: cần phải xoa bóp tim ngoài lồng ngực và hô hấp nhân tạo một cách kiên trì. Khi nào tim đập lại, tự thở được chuyển ngay bệnh nhân tới bệnh viện gần nhất .

- Tiêm thuốc trợ tim và trợ hô hấp (không dùng thuốc trợ tim nếu tim chưa đập lại bình thường).

- Đối với vết bỏng:

- Làm lạnh vùng bỏng bằng nước lạnh, sạch.

- Bảo vệ vết bỏng tránh nhiễm trùng bằng cách băng tạm vết bỏng bằng tấm vải sạch, băng ép chặt vừa phải.

- Cho thuốc giảm đau để dự phòng sốc bỏng.

B. NGẠT NƯỚC:

Ngạt nước là do nước xâm nhập vào đường hô hấp gây ngạt thở và thiếu oxy ở các tế bào.

1. Triệu chứng: Có 3 trường hợp:

- Bệnh nhân còn tỉnh táo, hô hấp và tuần hoàn vẫn bình thường.

- Bệnh nhân mất ý thức nhưng còn hô hấp và tuần hoàn.

- Bệnh nhân mất ý thức ngưng tim, ngưng thở. Toàn thân nhợt nhạt, môi tím tái, bụng căng đầy nước. Có trường hợp bệnh nhân sủi bọt hồng ở mũi và miệng.

2. Xử trí:

- Cởi quần áo.

- Vác úp nạn nhân lên vai, đầu dốc thấp phía sau người vác, chạy tại chổ làm cho nước trong đường thở và đường tiêu hóa thoát ra ngoài.

- Đặt nạn nhân nằm ngửa, đầu nghiêng 1 bên, lau khô nước trong miệng và nhanh chóng làm hô hấp nhân tạo, xoa bóp tim ngoài lồng ngực.

- Tiêm thuốc trợ tim mạch.

- Khi nạn nhân tỉnh lại ủ ấm và đưa đến cơ sở y tế gần nhất để tiếp tục theo dõi và điều trị.

- Tại cơ sở điều trị:

+ Tiếp tục hút đờm dãi.

+ Hỗ trợ hô hấp.

+ Cho kháng sinh phòng viêm phổi.

C. RẮN CẮN

Có hai họ rắn:

- Họ rắn hổ: hổ mang, hổ đất, hổ chúa, hổ mèo, cạp nong, cạp nia, rắn biển.

- Họ rắn lục

1. Triệu chứng:

1.1. Tại chỗ:

- Đau, sưng nề tại vùng bị cắn, lan truyền nhanh lên trên và ra xung quanh.

- Sau 12h xuất hiện những bóng nước nếu vỡ sẽ gây chảy máu liên tục.

- Sau 24h có dấu hiệu hoại tử tại vết thương.

- Sau 3-4 ngày, các triêu chứng trên giảm dần nhưng cũng có thể nhiễm trùng nơi vết thương nếu như không được chăm sóc và điều trị tốt

1.2. Toàn thân:

- Tim mạch: rối loạn nhịp tim, viêm cơ tim, choáng (mạch nhanh, huyết áp tụt)

- Thần kinh: nhức đầu, buồn ngủ, sụp mi, nói ngọng, khó nuốt, tăng tiết đàm nhớt, khó thở, liệt cơ hô hấp hoặc liệt chi → triệu chứng đặc hiệu gợi ý bị rắn hổ cắn.

- Rối loạn đông cầm máu: xuất huyết, chảy máu, đông máu nội mạch lan tỏa → triệu chứng đặc hiệu gợi ý bị rắn lục cắn.

- Các nhiễm độc khác: nhiễm độc tiêu hóa, nhiễm độc thận, nhiễm độc cơ,….

2. Xử trí:

2.1. Sơ cứu tại chỗ:

- Trấn an bệnh nhân.

- Bất động chi bị cắn thấp hơn tim.

- Băng ép chi bị cắn bằng băng thun đủ chặt để làm chậm quá trình hấp thu nọc vào hệ tuần hoàn. Chỉ áp dụng với loài rắn gây nhiễm độc thần kinh, không áp dụng với loài rắn gây rối loạn đông máu vì khu trú nọc, tăng áp trong khoang dẫn đến tăng hoại tử tại chỗ. Không garrot động mạch vì có thể gây hoại tử chi.

- Tránh can thiệp vào vết cắn như nặng bóp, chích rạch vì có thể làm tăng hấp thu nọc rắn vào cơ thể, gây nhiễm trùng hoặc gây chảy máu. Có thể hút bằng dụng cụ trong vòng 3-5 phút đầu, tiếp tục ít nhất 30 phút.

- Nếu bắt được rắn nên mang đến cơ sở y tế để nhận diện.

- Chuyển đến bệnh viện càng sớm càng tốt, chú ý chi bị cắn không được cử động.

2.2. Điều trị đặc hiệu bằng huyết thanh kháng nọc rắn

2.3. Điều trị các biểu hiện toàn thân

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Trong việc cấp cứu 1 bệnh nhân bị điện giật, sau khi đã đưa bệnh nhân ra khỏi dòng điện, biện pháp nào là quan trọng nhất:

A. Chuyển ngay bệnh nhân đến bệnh viện gần nhất.
B. Tiêm ngay thuốc trợ tim mạch.
C. Hô hấp nhân tạo và xoa bóp tim ngoài lồng ngực một cách kiên trì.
D. Cho thở oxy.

Câu 2: Dùng thuốc trợ tim mạch cho bệnh nhân bị điện giật khi:

A. Bệnh nhân đang bị ngưng tim ngưng thở.
B. Bệnh nhân còn tỉnh, hô hấp và tuần hoàn vẫn bình thường.
C. Chỉ dùng khi bệnh nhân tim đập trở lại, tự thở được.
D. A và C đúng.

Câu 3: Trước một bệnh nhân bị ngạt nước, biện pháp xử trí sau đây là quan trọng nhất:

A. Chuyển ngay bệnh nhân đến bệnh viện gần nhất.
B. Cho thở oxy
C. Tiêm thuốc trợ tim.
D. Xử trí ngay tại chỗ bằng hô hấp nhân tạo và xoa bóp tim ngoài lồng ngực.

Câu 4: Triệu chứng nào không do họ rắn lục gây ra:

A. Đau cơ.
B. Sưng nề vùng bị cắn.
C. Yếu liệt cơ.
D. Rối loạn nhịp tim

Câu 5: Triệu chứng nào gợi ý do họ rắn hổ gây ra:

A. Hoại tử vết cắn.
B. Khó nuốt.
C. Tiêu chảy.
D. Đông máu nội mạch lan tỏa.

Đáp án: Câu 1: C, Câu 2: C, Câu 3: D, Câu 4: C, Câu 5: B

CẤP CỨU SAY NẮNG, SAY NÓNG

I. MỤC TIÊU HỌC TẬP:

1. Trình bày nguyên nhân say nắng, say nóng.

2. Trình bày được triệu chứng say nắng say nóng.

3. Xử trí được căn bản, bước đầu nạn nhân say nắng say nóng.

II. NỘI DUNG:

1. Khái niệm: Say nắng, say nóng là biểu hiện của rối loạn điều hòa thân nhiệt. Say nắng dễ sảy ra khi làm việc ngoài trời quá lâu, thường sảy ra vào mùa nắng. Say nóng dễ sảy ra khi làm việc trong môi trường quá nóng như: Công nhân hầm lò, nhà máy, quần áo công nhân không phù hợp cho sự tỏa nhiệt.

A. Say nắng:

1. Nguyên nhân: Do làm việc ngoài trời nắng, hay đi dưới nắng quá lâu, nhất là buổi trưa không có nón, mũ che đầu. Để ánh nắng gay gắt có nhiều tia tử ngoại chiếu trực tiếp vào đầu, vào gáy.

2. Triệu chứng lâm sàng:

- Đau đầu, chóng mặt, ù tai, hoa mắt, ngất.

- Trạng thái thần kinh: Bị kích động, vật vã bồn chồn, có khi nói sảng, co giật.

- Trụy mạch, mạch nhanh nhỏ, có khi huyết áp tụt.

- Sốt rất cao: 40 – 41^{o}C hặc hơn ngay từ đầu.

B. Say nóng:

1. Nguyên nhân:

- Làm việc ở hầm lò nóng nực, nơi có nhiệt độ cao, không khí ẩm và ít thay đổi, bị ra nhiều mồ hôi.

- Những công nhân, công an, bộ đội mặc áo phòng hộ, phòng vệ cách nhiệt.

- Không được bổ sung nước và muối.

2. Triệu chứng lâm sàng:

- Lúc đầu vã mồ hôi, đau đầu, mặt đỏ, cảm giác nghẹt thở. Sau đó chóng mặt hoa mắt, mặt tái nhợt, mạch nhanh, huyết áp hạ, có thể có ngất lịm.

- Nhiệt độ cơ thể tăng cao trên 40^{o}C, da và niêm mạc khô

- Thần kinh: Li bì, vật vã lẫn lộn, mê sảng, có thể có co giật, hôn mê.

3. Xử trí bước đầu: Say nắng, say nóng:

Phải giải quyết khẩn trương chủ yếu là làm sao cho thân nhiệt giảm xuống bằng biện pháp nhanh nhất:

- Đưa ngay nạn nhân ra khỏi nơi nắng nóng, đặt nằm nghỉ nơi thoáng mát nhưng không quạt vì sẽ làm tăng thêm mất nước.

- Không để nhiều người trong phòng hoặc vây quanh bệnh nhân, yên tĩnh, cởi bớt quần áo, nới dây lưng.

- Đắp khăn lạnh lên trán, lên mặt vào gáy, có thể đắp mền ướt hoặc lau mát toàn thân, theo dõi thân nhiệt.

- Cho uống nước trà pha lẫn với ít muối, uống dần từng ít một.

- Nếu sốt cao cho thuốc ha nhiệt: Paracetamol.

- Nếu có trụy mạch truyền: Natriclorua 0,9% hặc Glucose 5% hoặc Ringer lactate.

- Nếu có kích động, co giật: Seduxen 10mg x 1 ống tiêm bắp thịt.

- Nếu nạn nhân không có dấu hiệu giảm cần chuyển sớm về tuyến sau.

4. Dự phòng say nắng, say nóng:

- Khi lao động dưới nắng cần có nón, mũ bảo hiểm che đầu, gáy.

- Thực hiện thời gian lao động nghỉ ngơi hợp lý.

- Nước uống phải đảm bảo.

- Trang phục lao động hợp lý.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Say nắng, say nóng là biểu hiện của rối loạn điều hòa nhiệt.

A. Đúng.
B. Sai

Câu 2: Nguyên nhân của say nắng, say nóng là:

A. Để ánh nắng gay gắt có nhiều tia tử ngoại chiếu trực tiếp vào đầu, vào gáy.
B. Lao động nắng nóng không được bổ sung nước và muối.
C. Làm việc dưới trời nắng nhưng không có nón, mũ.
D. Tất cả đều đúng.

Câu 3: Triệu chứng của say nắng, say nóng là:

A. Mạch nhanh, có khi tụt huyết áp.
B. Nhức đầu, hoa mắt.
C. Vật vã, mê sảng, co giật.
D. Tất cả đều đúng.

Câu 4: Xử trí bước đầu: Say nắng, say nóng là (chọn câu sai):

A. Đặt nạn nhân ngay tại nơi nạn nhân say nắng, say nóng.
B. Cởi bớt quần áo, nới dây lưng nạn nhân.
C. Cho uống nước trà pha lẫn với ít muối.
D. Đắp khăn lạnh lên trán, lên mặt vào gáy

Câu 5: Trong xử trí ban đầu say nắng, say nóng là: Quạt mát cho nạn nhân để giúp nhanh chóng hạ thân nhiệt.

A. Đúng.
B. Sai

Đáp án: Câu 1: A, Câu 2: D, Câu 3: D, Câu 4: A, Câu 5: B.

PHÙ PHỔI CẤP

I. MỤC TIÊU HỌC TẬP

1.Trình bày được nguyên nhân của phù phổi cấp.

2. Mô tả được triệu chứng và nguyên tắc điều trị phù phổi cấp do tim.

II. NỘI DUNG

- OAP là tình trạng ứ đọng dịch trong mô kẻ phổi và phế nang dẫn đến rối loạn trao đổi khí phế nang – mao mạch phổi gây nên tình trạng suy hô hấp cấp trên lâm sàng.

- Có 2 dạng phù phổi cấp: phù phổi cấp huyết động và phù phổi cấp tổn thương

1. Nguyên nhân :

1.1. OAP huyết động:

- Bệnh tim mạch: bệnh van tim (bệnh van hai lá, bệnh van động mạch chủ), cơn tăng huyết áp, nhồi máu cơ tim, viêm cơ tim.

- Bệnh thận: đặc biệt là viêm cầu thận

- Các tai biến khi làm thủ thuật: thông tim, chọc tháo dịch màng phổi quá nhanh, truyền dịch quá nhiều và nhanh …..

1.2. OAP tổn thương:

- Nhiễm trùng, virus, kí sinh trùng: viêm phổi do phế cầu, cúm ác tính, sốt rét ác tính…

- Nhiễm độc cấp: do hít phải các chất độc: P, CO, NO_2,… hít phải dịch vị, ngạt nước…

2. Phù phù phổi cấp do tim:

2.1. Triệu chứng Lâm sàng:

- Bệnh nhân đột ngột khó thở, khó thở ngày càng tăng làm bệnh nhân hoảng hốt vì cảm giác sắp chết ngộp, phải ngồi dậy để thở.

- Thở nhanh > 30 lần/phút, tím môi và đầu chi, vã mồ hôi, có thể khạc ra bọt hồng

- Nhịp tim nhanh, huyết áp có thể bình thường hoặc tăng. Huyết áp sẽ tụt nếu xuất hiện suy hô hấp

- Nghe phổi có nhiều ran ẩm ở hai đáy phổi, lan dần lên như sóng thủy triều dâng

2.2. Cận lâm sàng:

- X-quang ngực: có thể gặp hình mờ lan tỏa từ rốn phổi sang 2 bên phế trường (hình cánh bướm)

- ECG, siêu âm tim: giúp xác định nguyên nhân gây OAP

2.3. Nguyên tắc điều trị:

- Điều trị triệu chứng: mục đích làm giảm tiền tải
- Điều trị các yếu tố thúc đẩy
- Điều trị nguyên nhân gây OAP

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Các dạng OAP

A. OAP huyết động
B. OAP tổn thương
C. OAP do tim
D. a và b đúng

Câu 2: Bệnh tim mạch sau đây gây ra OAP, ngoại trừ:

A. Bệnh van tim
B. Cơn tăng huyết áp
C. Thông tim
D. Viêm cơ tim

Câu 3: Nguyên nhân nào không gây ra OAP tổn thương

A. Viêm phổi do phế cầu
B. Sốt rét ác tính
C. Viêm cầu thận
D. Hít phải các chất độc: Phospho, CO, NO_2,…

Câu 4: Triệu chứng của OAP do tim

A. Bệnh nhân đột ngột khó thở dữ dội phải nằm nghỉ
B. Có thể khạc ra bọt hồng
C. Phổi có nhiều rale ẩm lan dần từ đỉnh xuống như sóng thủy triều dâng
D. Tất cả đều đúng

Câu 5: Triệu chứng X-quang ngực có thể gặp trong OAP

A. Hình mờ khu trú ở đỉnh phổi
B. Hình mờ lan tỏa ở đỉnh phổi
C. Hình mờ lan tỏa từ rốn phổi sang hai bên phế trường
D. Tất cả đều đúng

Câu 6: Đo ECG, siêu âm tim để chẩn đoán xác định OAP

A. Đúng
B. Sai

Đáp án: Câu 1: D, Câu 2:C, Câu 3:C, Câu 4:B, Câu 5: C, Câu 6: B

HỘI CHỨNG THIẾU MÁU

I. MỤC TIÊU HỌC TẬP

1.Trình bày được định nghĩa thiếu máu theo Tổ chức Y tế Thế Giới

2. Phân biệt được thiếu máu cấp và thiếu máu mạn

3. Kể được các nguyên nhân thiếu máu theo sinh lý bệnh học

4. Nêu được nguyên tắc điều trị chung

II. NỘI DUNG

1. Định nghĩa:

- Thiếu máu là tình trạng giảm số lượng Hb xuống dưới mức bình thường dẫn đến máu không cung cấp đủ oxy cho các mô tế bào trong cơ thể.

- Theo WHO, thiếu máu khi:

Hb < 13g/dl nam

Hb < 12g/dl nữ

Hb < 11g/dl phụ nữ mang thai và người già

2. Triệu chứng:

2.1. Lâm sàng của thiếu máu cấp:

Thời gian xuất hiện triệu chứng thiếu máu < 2 tuần, biểu hiện tình trạng thiếu oxy mô cấp do giảm khối lượng tuần hoàn cấp.

- Da niêm: da xanh xao, niêm nhợt.

- Tim mạch: mệt, hồi hộp, đánh trống ngực.

- Thần kinh: nhức đầu, chóng mặt, hoa mắt, ù tai, xây xẩm, dễ bị ngất.

Nếu thiếu máu nặng có thể bị sốc: mạch nhanh, huyết áp tụt, vật vã, lơ mơ, hôn mê, thiểu niệu, vô niệu.

2.2. Lâm sàng của thiếu máu mạn:

Thời gian xuất hiện triệu chứng ≥ 2 tuần, biểu hiện lâm sàng phụ thuộc vào mức độ bù trừ của các cơ quan đối với tình trạng thiếu oxy mạn.

- Da niêm, lông, tóc, móng: da xanh xao niêm nhợt, lưỡi mất gai, móng lõm mất bóng, tóc dễ rụng,….

- Tim mạch: hồi hộp, đánh trống ngực, khi thiếu máu nặng và kéo dài có biểu hiện suy tim như: mệt, khó thở phải nằm đầu cao. Tim nhanh, nghe có âm thổi tâm thu.

- Hô hấp: thở nhanh, nông.

- Thần kinh: nhức đầu, chóng mặt, ù tai, ngủ gà, giảm trí nhớ, kém tập trung,…

- Tiêu hóa: ăn chậm tiêu, chán ăn, nôn, tiêu chảy.

- Sinh dục: Nam: giảm khả năng tình dục, nữ rối loạn kinh nguyệt.

- Cơ xương khớp: đau khớp không điển hình, mỏi cơ vào cuối ngày.

2.3. Cận lâm sàng:

- Số lượng hồng cầu, Hb, Hct đều giảm.

- Các xét nghiệm đánh giá kích thước và màu sắc của hồng cầu: sẽ được nói thêm khi đi lâm sàng.

- Các xét nghiệm khác: tùy thuộc vào nguyên nhân thiếu máu

3. Nguyên nhân thiếu máu:

Phân loại theo cơ chế gây thiếu máu:

3.1. Thiếu máu do chảy máu:

- Chảy máu cấp: chấn thương ngoại khoa gây vỡ tạng hoặc gẫy xương lớn, xuất huyết tiêu hóa, ho ra máu, chảy máu đường tiết niệu sinh dục (rong kinh, rong huyết, tiểu máu).

- Chảy máu rỉ rả: giun móc, trĩ, ung thư dạ dày, ung thư trực tràng, u xơ tử cung,….

3.2. Thiếu máu do giảm sản xuất hồng cầu:

- Do thiếu nguyên liệu tạo hồng cầu: thiếu máu thiếu Fe, axit folic, vitamin B12, đạm.

- Do tổn thương tế bào máu gốc: suy tủy.

3.3. Thiếu máu do tăng phá hủy hồng cầu (thiếu máu tán huyết): do hồng cầu vỡ quá nhiều và thời gian sống của hồng cầu ngắn hơn so với bình thường. Có 2 dạng: tán huyết cấp và tán huyết mạn.

3.4. Thiếu máu do phối hợp 2 cơ chế 2 và 3: thường gặp trong các bệnh lý nội khoa mãn tính như viêm gan mạn, suy thận mạn, suy giáp, viêm đa khớp….

4. Nguyên tắc điều trị chung

- Trường hợp thiếu máu nặng cấp: phải truyền máu khẩn.

- Các trường hợp thiếu máu mạn: nên tìm nguyên nhân trước khi điều trị.

- Phối hợp điều trị nguyên nhân với điều trị triệu chứng trong đó điều trị nguyên nhân là quan trọng nhất.

5. Dự phòng:

- Bảo đảm đủ chất trong khẩu phần ăn.

- Không dùng phân tươi bón rau.

- Điều trị tốt các bệnh nhiễm trùng, ký sinh trùng và các bệnh đã mắc

- Bảo hộ lao động cho nhân viên làm việc trong môi trường độc hại như tiếp xúc với: Pb, Benzen, X. Quang,…..

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Theo WHO, thiếu máu khi:

A. Hb < 13g/dl nam
B. Hb < 12g/dl nữ
C. Hb < 11g/dl phụ nữ mang thai cũng như phụ nữ trưởng thành nói chung
D. a và b đúng

Câu 2: Thiếu máu cấp khi:

A. Thời gian xuất hiện triệu chứng < 2 tuần.
B. Thời gian xuất hiện triệu chứng ≥ 2 tuần.
C. Biểu hiện tình trạng thiếu oxy mạn do giảm khối lượng tuần hoàn cấp.
D. Luôn luôn có giảm tưới máu thận: thiểu niệu, vô niệu.

Câu 3: Thiếu máu mạn:

A. Thời gian xuất hiện triệu chứng < 2 tuần.
B. Triệu chứng lâm sàng phụ thuộc vào mức độ bù trừ của các cơ quan đối với tình trạng thiếu oxy cấp.
C. Nếu thiếu máu nặng có thể bị sốc.
D. Các triệu chứng lâm sàng xuất hiện từ từ.

Câu 4: Các yếu tố sau đây cần thiết để tạo hồng cầu

A. Sắt
B. Acid Folic
C. Protein
D. Tất cả đều đúng

Câu 5: Thiếu máu thiếu sắt:

A. Nguyên nhân do thiếu sắt để tạo hồng cầu.
B. Điều trị cần phải truyền máu ngay lập tức.
C. Điều trị cần phải uống viên sắt.
D. A và C đúng

Đáp án: Câu 1: D, Câu 2: A, Câu 3: D, Câu 4: D, Câu 5: D

THOÁI HÓA KHỚP

I. MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được phân loại thoái hóa khớp (THK) theo nguyên nhân

2. Mô tả được triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của THK

3. Nêu được nguyên tắc điều trị

II. NỘI DUNG

- THK là bệnh của khớp và cột sống mạn tính, do hậu quả của quá trình cơ học và sinh học làm mất cân bằng giữa tổng hợp và hủy hoại của sụn khớp, đĩa đệm và xương dưới sụn.

- Vị trí thường gặp của thoái hóa: khớp gối, cột sống thắt lưng, cột sống cổ.

1. Phân loại theo nguyên nhân:

- THK nguyên phát: nguyên nhân chính là do quá trình lão hóa, xuất hiện muộn, thường ở người 60 tuổi, nhiều vị trí, tiến triển chậm tăng dần theo tuổi, mức độ không nặng.

- THK thứ phát: phần lớn do nguyên nhân cơ học thể hiện bằng tình trạng chịu áp lực quá tải kéo dài của sụn khớp, gặp ở mọi lứa tuổi (thường < 40 tuổi) khu trú ở một vài vị trí, tiến triển nhanh và nặng.

2. Triệu chứng:

2.1. Triệu chứng lâm sàng:

2.1.1. Đau khớp kiểu cơ học:

- Đau âm ỉ, đau tăng lên khi vận động thay đổi tư thế, giảm về đêm và khi nghỉ ngơi.

- Đau diễn biến thành từng đợt, hết đợt có thể hết đau, sau đó tái phát đợt khác.

- Đau không kèm biểu hiện viêm.

2.1.2. Hạn chế vận động:

Một số bệnh nhân có dấu hiệu cứng khớp vào buổi sáng hoặc sau một thời gian bất động (< 15 phút)

2.1.3. Biến dạng khớp:

Do mọc gai xương, lệch trục khớp, thoát vị màng hoạt dịch khớp.

2.1.4. Dấu hiệu khác:

- Teo cơ do ích vận động

- Tiếng lạo xạo khi vận động

- Tràn dịch khớp gối.

- Không có biểu hiện toàn thân

2.2. Cận lâm sàng:

2.2.1. Công thức máu: Thay đổi không đáng kể

2.2.2. CRP (Polemerase Chain Reaction)**:** bình thường hoặc tăng nhẹ khi có viêm thứ phát màng hoạt dịch.

2.2.3. X-quang:

- Hẹp khe khớp hoặc đĩa đệm

- Đặc xương dưới sụn

- Mọc gai xương

3. Nguyên tắc điều trị chung:

Điều trị triệu chứng và phục hồi chức năng bằng cách kết hợp nhiều biện pháp: nội khoa, ngoại khoa, vật lý trị liệu.

- Nội khoa:

+ Giảm đau đơn thuần, hoặc giảm đau kháng viêm khi các thuốc giảm đau không hiệu quả.

+ Thuốc làm chậm quá trình thoái hóa và bồi dưỡng sụn khớp.

+ Chích thuốc vào khớp chỉ khi thật cần thiết (BSCK chỉ định)

- Vật lý trị liệu

- Ngoại khoa

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Vị trí nào không thường gặp trong thoái hóa khớp:

A. Khớp khuỷu
B. Cột sống cổ
C. Cột sống thắt lưng
D. Khớp gối

Câu 2: THK nguyên phát: chủ yếu do quá trình lão hóa, xuất hiện muộn, thường ở người 60 tuổi nhiều vị trí, tiến triển chậm tăng dần theo tuổi, mức độ nặng

A. Đúng
B. Sai

Câu 3: Đặc điểm nào không đúng trong THK

A. THK nguyên phát nguyên nhân chủ yếu là do quá trình lão hóa
B. THK thứ phát chủ yếu do nguyên nhân cơ học
C. Không gây hạn chế vận động
D. Không có biểu hiện toàn thân

Câu 4: Đau khớp kiểu cơ học, chọn câu sai

A. Đau âm ỉ
B. Đau tăng lên khi vận động, giảm khi nghỉ ngơi
C. Đau kèm biểu hiện viêm
D. A và B đúng

Câu 5: Nguyên nhân biến dạng khớp trong THK

A. Do mọc gai xương
B. Lệch trục khớp
C. Thoát vị màng hoạt dịch khớp
D. Tất cả đều đúng

Câu 6: Đặc điểm X-Quang trong THK

A. Hẹp khe khớp hoặc đĩa đệm
B. Mọc gai xương
C. Mất vôi rõ rệt ở các khớp tổn thương
D. A và B đúng

Đáp án: Câu 1: A, Câu 2: B, Câu 3: C, Câu 4: C. Câu 6: D, Câu 6: D

VIÊM ĐA KHỚP DẠNG THẤP

I. MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của VĐKDT

2. Kể được tiêu chuẩn chẩn đoán theo ARA - 1987

3. Nêu được nguyên tắc điều trị

II. NỘI DUNG

- VĐKDT là bệnh lý khớp mãn tính (≥6 tuần) thường gặp với các biểu hiện toàn thân, tại khớp và ngoài khớp ở nhiều mức độ khác nhau gây hậu quả nặng nề, cần phải điều trị tích cực ngay từ đầu để hạn chế tàn phế.

- Thường gặp ở nữ chủ yếu từ 35 - 50 tuổi

1. Triệu chứng:

1.1. Lâm sàng:

1.1.1. Toàn thân:

- Sốt nhẹ, trong đợt cấp có thể sốt cao.
- Mệt mỏi, xanh xao, ăn ngủ kém, gầy sút.

1.1.2. Tại khớp viêm khớp với các đặc điểm:

- Viêm một hoặc nhiều khớp cùng 1 lúc, vị trí thường gặp:

+ Khớp bàn tay: cổ tay, bàn ngón, ngón gần.

+ Khớp khuỷu

+ Khớp gối

+ Khớp bàn chân: cổ chân, bàn ngón chân.

- Tính chất viêm:

+ Đối xứng

+ Sưng, nóng, đỏ, đau trong các đợt cấp tính, đau tăng nhiều vào lúc gần sáng.

+ Cứng khớp buổi sáng kéo dài trên 1h.

+ Các ngón tay có hình thoi: ngón 2, 3, 4.

+ Có thể có dịch trong khớp gối.

- **Tiến triển:** viêm khớp tiến triển nặng dần dẫn đến dính khớp, biến dạng khớp. Cuối cùng bệnh nhân mất chức năng vận động, tàn phế (sau 10 – 20 năm)

1.1.3. Ngoài khớp:

- Nổi hạt dưới da, thường gặp ở mặt duỗi của khớp hoặc quanh khớp.

- Teo cơ, viêm gân.

- Biến chứng nội tạng hiếm gặp.

1.2. Cận lâm sàng:

1.2.1. Công thức máu: Thiếu máu đẳng sắc, đẳng bào. Tốc độ máu lắng tăng: thường gặp trong đợt cấp.

1.2.2. CRP: Tăng

1.2.3. Xét nghiệm đặc hiệu

- Xét nghiệm phát hiện nhân tố thấp trong huyết thanh (+).

- X-quang: chụp bàn tay và cổ tay có: hình bào mòn xương, hẹp khe khớp, mất vôi rõ rệt ở các khớp tổn thương.

3. Tiêu chuẩn chẩn đoán theo ARA - 1987

- Dấu hiệu cứng khớp buổi sáng.

- Viêm tối thiểu 3 trong 14 vị trí khớp (kể cả 2 bên)

- Viêm các khớp ở bàn tay

- Viêm khớp đối xứng

- Hạt dưới da

- Nhân tố thấp trong huyết thanh (+)

- Dấu hiệu X-quang điển hình của VKDT trên phim thẳng bàn tay và cổ tay.

Chẩn đoán xác định khi có ≥ 4 tiêu chuẩn. Các tiêu chuẩn từ 1 tới 4 tồn tại ít nhất 6 tuần

4. Nguyên tắc điều trị chung

Kết hợp nhiều biện pháp: nội khoa, ngoại khoa, vật lý trị liệu, phẫu thuật chỉnh hình 1 cách kiên trì và liên tục:

- Điều trị cơ bản: làm chậm hoặc ngưng diễn tiến của bệnh (do BSCK chỉ định)

- Điều trị triệu chứng: cải thiện triệu chứng viêm, giảm đau

- Các biện pháp hỗ trợ: tập luyện, vận động, vật lý trị liệu,…

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Đặc điểm của VĐKDT

A. Là bệnh lý khớp mãn tính
B. Biểu hiện ở toàn thân, tại khớp và ngoài khớp
C. Thường gặp ở nữ từ 35 – 50 tuổi
D. Tất cả đều đúng

Câu 2: Vị trí thường gặp trong VĐKDT

A. Khớp bàn tay: cổ tay, bàn ngón, ngón xa
B. Khớp khuỷu
C. A và B đúng
D. A và B sai

Câu 3: Đặc điểm nào không đúng trong VĐKDT

A. Viêm có tính chất đối xứng
B. Khớp này hết sưng đau mới chuyển sang các khớp khác
C. Khớp này đau rồi chuyển sang khớp khác nhưng khớp ban đầu vẫn còn đau
D. Cứng khớp buổi sáng kéo dài trên 1h

Câu 4: Đặc điểm cận lâm sàng trong VĐKDT

A. Thiếu máu đẳng sắc, đẳng bào
B. Tốc độ máu lắng tăng trong đợt cấp
C. CRP tăng
D. Tất cả đều đúng

Câu 5: X-Quang bàn tay và cổ tay trong VĐKDT, chọn câu sai

A. Hình bào mòn xương
B. Đặc xương dưới sụn
C. Hẹp khe khớp
D. Mất vôi rõ rệt ở các khớp tổn thương

Câu 6: Tiêu chuẩn nào không phải là tiêu chuẩn chẩn đoán VĐKDT theo ARA 1987

A. Dấu hiệu cứng khớp buổi sáng
B. Viêm tối thiểu 3 trong 14 vị trí khớp
C. Viêm các khớp ở bàn chân
D. Viêm khớp đối xứng

Đáp án: Câu 1: D, Câu 2: B, Câu 3: B, Câu 4: D, Câu 5: B, Câu 6: C

HẠ CANXI MÁU

I. MỤC TIÊU BÀI HỌC:

1. Trình bày được nguyên nhân hạ canxi máu
2. Trình bày được triệu chứng hạ canxi
3. Trình bày được hướng điều trị

II. NỘI DUNG:

1. Đại cương:

Lượng dự trữ canxi trong cơ thể được duy trì ổn định phụ thuộc vào 3 yếu tố chính, đó là do thức ăn, nước uống đưa vào, hấp thu canxi từ ruột và đào thải qua thận.

Nhu cầu hằng ngày một chế độ ăn đầy đủ phải bảo đảm cung cấp khoảng 1.000 mg canxi qua đường ăn uống thì có khoảng 200mg canxi bị đào thải qua đường mật và các dịch tiêu hóa khác. Mỗi ngày có khoảng 200 – 400mg canxi được hấp thu từ ruột vào máu và quá trình này phụ thuộc vào nồng độ vitamin D trong máu, phần canxi còn lại đào thải qua phân.

Cân bằng canxi được duy trì qua con đường đào thải qua thận, trung bình 200 mg/ngày. Gần 99 % canxi trong cơ thể tập trung ở trong xương, chủ yếu dưới dạng tinh thể hydroxyapatite. Chỉ 1% canxi trong xương là tự do trao đổi với dịch ngoài tế bào, do đó luôn sẵn sàng để điều chỉnh nồng độ canxi trong máu luôn ổn định. Nồng độ canxi toàn phần bình thường trong máu được

2. Nguyên nhân:

Hạ canxi máu là khi nồng độ canxi huyết thanh toàn phần dưới 8,8 mg/dl (2,20 mmol/l) trong điều kiện protein huyết thanh bình thường, hoặc canxi ion hóa dưới 4,7 mg/dl (1,17 mmol/l). Có nhiều nguyên nhân gây nên, trong đó chủ yếu là:

Tăng tạo xương trong khi cung cấp canxi không đủ (trẻ em đang giai đoạn phát triển nhanh, phụ nữ đang mang thai và nuôi con bằng sữa mẹ), hội chứng kém hấp thu do rối loạn tiêu hóa kéo dài; Suy tuyến cận giáp trạng, làm giảm bài tiết parathyroid hormon gây hạ canxi máu, tăng photpho máu và thường gây nên cơn tetani mạn tính. Nguyên nhân thường do tổn thương hoặc bị cắt bỏ khi phẫu thuật tuyến giáp; Giả suy tuyến cận giáp trạng; Thiếu hụt vitamin D; Bệnh lý thận: bệnh lý ống thận, suy thận.

Các nguyên nhân khác: Thiếu hụt magie, viêm tụy cấp, giảm albumin máu, tăng photpho máu. Các thuốc gây hạ canxi huyết như thuốc chống động kinh (phenobarbital, phenytoin), rifampicin, truyền máu nhiều, thuốc cản quang, dùng liều cao calcitonin.

Một bệnh nhân có dấu hiệu trouseau do hạ canxi máu.

3. Triệu chứng lâm sàng:

Các biểu hiện lâm sàng của hạ canxi máu là do rối loạn điện thế màng tế bào, gây kích thích hệ thần kinh-cơ. Dấu hiệu hay gặp là tình trạng co cứng cơ (chuột rút) ở vùng lưng và chân. Những trường hợp hạ canxi máu diễn biến từ từ, âm ỉ có thể gây các dấu hiệu thần kinh nhẹ như trầm cảm, lú lẫn hay kích thích tâm thần. Phù gai thị và đục thể thủy tinh có thể xuất hiện khi bị hạ canxi máu kéo dài.

Cơn tetani xuất hiện do hạ canxi máu nặng nhưng cũng có thể gặp trong trường hợp chỉ hạ canxi ion hóa trong khi canxi toàn phần bình thường, ví dụ như trong tình trạng kiềm hóa máu. Biểu hiện của cơn tetani là các triệu chứng cảm giác như dị cảm ở đầu chi, môi, lưỡi, bàn cổ chân, đau cơ lan tỏa, co cứng cơ vùng mặt, tay, chân. Ngoài cơn tetani tự phát, người ta còn dùng một số nghiệm pháp để tìm các dấu hiệu đặc trưng của hạ canxi máu.

Dấu hiệu Chvostek biểu hiện bằng sự co cơ mặt tự phát sau khi gõ nhẹ vào dây thần kinh mặt ở vị trí ngay trước ống tai. Dấu hiệu này gặp trong hầu hết các trường hợp hạ canxi máu cấp.

Dấu hiệu Trouseau biểu hiện bằng sự co rút các cơ vùng cổ tay, bàn tay xuất hiện khi giảm lượng máu cung cấp cho bàn tay, dấu hiệu này còn gặp trong hạ magie, kiềm hóa máu, hạ kali máu. Loạn nhịp tim hoặc rối loạn dẫn truyền trong tim có thể gặp ở một số trường hợp hạ canxi máu nặng.

Một số các triệu chứng khác có thể gặp như da khô, dày; móng tay giòn, có khía, dễ gãy; tóc xơ, cứng. Nhiễm nấm Candida cũng rất hay gặp nhất là trong các trường hợp suy tuyến cận giáp trạng.

4. Điều trị:

Trong trường hợp hạ canxi máu cấp tính như cơn tetani thì nên điều trị bằng tiêm tĩnh mạch chậm trong khoảng 10 phút 10ml canxi gluconat hoặc canxi clorua 10 %, các triệu chứng thường hết nhanh chóng sau tiêm nhưng tác dụng thường ngắn, chỉ kéo dài vài giờ. Do đó có thể tiêm nhắc lại hoặc truyền tĩnh mạch chậm (20-30 ml canxi gluconate 10% pha trong 1l glucose 5% truyền trong 12-24 giờ).

Đặc biệt lưu ý ở bệnh nhân đang sử dụng thuốc trợ tim digoxin (truyền rất chậm và theo dõi điện tim liên tục). Khi cơn tetani phối hợp với hạ magie máu, phải bổ sung đồng thời cả magie cùng với canxi. Trong trường hợp hạ canxi máu sau mổ cắt tuyến cận giáp thì chỉ cần bổ sung canxi bằng đường uống (1g/ngày) là đủ.

Với hạ canxi máu mạn tính, bổ sung canxi bằng đường uống và đôi khi phối hợp với vitamin D là đủ. Có thể dùng canxi gluconat hoặc canxi carbonat, bảo đảm 1-2g canxi/ngày. Với trường hợp hạ canxi máu do suy thận thì nên sử dụng calcitriol vì thuốc không cần chuyển hóa thêm tại thận nữa. Với trường hợp suy tuyến cận giáp thì nên sử dụng calcitriol với liều lượng từ 0,5-1 mcg/ngày. Trong trường hợp giả suy tuyến cận giáp thường chỉ cần điều trị bằng canxi đơn thuần (1mg/ngày).

Muốn phòng bệnh, tất cả mọi trường hợp đều phải tăng cường các thức ăn giàu canxi như tôm, cua, cá, sữa, phomát... và tăng cường tập thể dục ngoài trời (tăng tổng hợp vitamin D làm tăng hấp thu canxi ở ruột).

5. Dự phòng:

Thực hiện chế độ ăn đủ canxi bằng cách ăn nhiều tôm, cua, ốc, nghêu, sò, mực...; uống sữa và kết hợp với tắm nắng dưới ánh nắng mặt trời vào buổi sáng để da tổng hợp vitamin D. Chỉ nên dùng viên canxi bổ sung khi có chỉ định của bác sĩ. Theo các chuyên gia dinh dưỡng, nên ăn các loại rau củ như lá mù tạc, cải thìa, đậu bắp, bông cải, bí xanh, rau bina và củ cải. Bổ sung quả sung khô, đậu trắng, đậu phộng, đậu

đỏ và đậu xanh vào thực đơn hàng tuần của bạn. Uống sữa đậu nành và các loại sữa bò nguyên kem.

Nên ăn hải sản. Cá mòi, cá thu và các loại cá đóng hộp nguyên xương là nguồn cung cấp canxi tuyệt vời. Bên cạnh đó, cố gắng ăn ít nhất 1 tuần 1 lần các món tôm nguyên vỏ, ốc, hến và các loại sò để bổ sung một lượng canxi đáng kể cho cơ thể và đừng quên cắt giảm cafe, rượu và muối vì những chất này thường kìm hãm khả năng hấp thu canxi.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Lượng dự trữ canxi trong cơ thể được duy trì ổn định phụ thuộc vào:

A. Thức ăn.
B. Nước uống.
C. Hấp thu canxi từ ruột.
D. Tất cả đúng.

Câu 2: Quá trình hấp thu caxi từ ruột phụ thuộc vào nồng độ vitamin D trong máu.
A. Đúng.
B. Sai.

Câu 3: Mỗi ngày có khoảng 200 – 400mg canxi được hấp thu từ ruột vào máu:
A. Đúng.
B. Sai.

Câu 4: Thiếu canxi có thể gây các triệu chứng:
A. Da khô.
B. Móng tay giòn.
C. Tóc xơ.
D. Tất cả đúng.

Câu 5: Khi gõ nhẹ vào dây thần kinh mặt ở vị trí ngay trước ống tai, biểu hiện bằng sự co cơ mặt tự phát gọi là:

A. Cơn Tetani
B. Dấu hiệu Chvostek
C. Dấu hiệu Trouseau
D. Tất cả sai.

Đáp án: Câu 1: D, Câu 2: A, Câu 3: A, Câu 4: D, Câu 5: D