

## CHẨN ĐOÁN PHÙ

### MỤC TIÊU

1. Nêu định nghĩa phù
2. Trình bày sinh bệnh học của phù
3. Trình bày cách phân loại và các nguyên nhân gây phù
4. Chẩn đoán: xác định, nguyên nhân, phân biệt tình trạng phù
5. Nêu hướng tiếp cận bệnh nhân phù

### PHÙ: ĐỊNH NGHĨA

Phù là sự gia tăng thể tích dịch mô kẽ.

### PHÙ: SINH BỆNH HỌC

Tiểu động mạch	Mô kẽ	Tiểu tĩnh mạch
		Bạch huyết
Áp lực thủy tĩnh --->	Áp lực thủy tĩnh --->	
Áp lực keo <---	Áp lực keo <--	

*Suy thận*

*Corticoid*

*Xơ gan*

*Hội chứng thận hư*

*Suy dinh dưỡng*

*Dãn mạch, tăng tính thấm thành mạch*

*Suy tim*

*Suy bơm tĩnh mạch*

*Tắc tĩnh mạch*

*Tắc bạch mạch*

### PHÙ: CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

Tăng cân

Sưng chặt,

nặng

Dấu ấn lõm

### PHÙ: CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN

#### Sự phân bố của phù :

- Phù 1 chi: thường do tắc tĩnh mạch, bạch mạch, liệt chi.
- Phù do giảm albumin máu: phù toàn thân, rõ nhất là ở các mô mềm như mí mắt và mặt, nặng hơn / buổi sáng.
- Phù mặt ít gặp hơn là do dị ứng, phù niêm.
- Phù do suy tim: liên quan tới tư thế

Quan sát màu sắc, độ dày và sự nhạy cảm của da:

- Do viêm : đau, nóng, đỏ.
- Do tắc tĩnh mạch: Phù khu trú kèm theo tím. Phù tái phát nhiều lần -> da trên vùng này sẽ dày , đỏ, và cứng.

Các triệu chứng lâm sàng khác kèm theo gợi ý:

- Từ gan: Tuần hoàn bàng hệ, cổ chướng, vàng da, sao mạch, lòng bàn tay son...
- Do suy tim: tim to, nhịp ngựa phi cùng với các triệu chứng suy tim như khó thở, ran phổi, tĩnh mạch cảnh nổi và gan to.
- Do các nguyên nhân khác: Nhược giáp, Thuốc đang dùng, Thai kỳ
- Phù vô căn

### TRIỆU CHỨNG CƠ NĂNG SUY TIM

Triệu chứng cận lâm sàng

Đo áp lực tĩnh mạch :

- + ↑ p TM / 1 phần của cơ thể : tắc TM tại chỗ.
- + ↑ p toàn hệ thống TM: suy tim sung huyết.
- + Tắc TM C trên: phù cổ - tay & p TM > chân.
- + Phù chi dưới và bàng bụng: TM cảnh nổi / phù do tim & bình thường / phù do xơ gan.

Đo albumin huyết thanh : tìm phù / p keo nội mạch.

Đạm niệu âm tính -> phù không do bệnh lý thận.

nhẹ -> trung bình -> suy tim.

nặng -> hội chứng thận hư.

Hồng cầu / nước tiểu: viêm vi cầu thận.

Đạm máu, điện di đạm máu, men gan...: gan?

### **PHÙ: CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT**

Phù khu trú dễ phân biệt với phù toàn thân.

Phần lớn BN phù toàn thân do bệnh tim, thận, gan và rối loạn dinh dưỡng -> chẩn đoán phân biệt phù toàn thân : hướng tới việc tìm nguyên nhân.



## CHẨN ĐOÁN SỐT

**Định nghĩa**

Khi thân nhiệt > 37,5°C / cặp nhiệt ở miệng

Hoặc > 38°C / cặp nhiệt ở hậu môn

SỐT: SINH LÝ BỆNH

Mô hoại tử, nhiễm trùng, viêm, u... -> chất gây sốt nội sinh ( đặc biệt là interleukine IL-1)

-> hạ đồi

-> tăng thân nhiệt.

SỐT: NGUYÊN NHÂN

Nhiễm trùng

Tai biến mạch máu: não, vành, phổi.

Ung thư.

Tổn thương trung tâm điều nhiệt: u não, xuất huyết nội sọ...

Bệnh huyết học: cơn tán huyết cấp...

Bệnh miễn dịch: bệnh tạo keo, viêm đa khớp dạng thấp...

Bệnh chuyển hoá cấp: thống phong, bảo giáp...

Chấn thương cơ học.

Linh tinh: do thuốc, tâm lý, tự tạo...

SỐT: TRIỆU CHỨNG TOÀN THÂN

Lạnh run, ớn lạnh( thường / nhiễm siêu vi).

Cảm giác dễ chịu hơn trong môi trường ấm.

Đau nhức: đầu, lưng, cơ, khớp / không viêm khớp.

Da: đỏ, nóng, ẩm.

Tăng tần số tim.

Sảng: già, tai biến mạch máu não, nghiện rượu.

Co giật: thường ở trẻ em.

Herpes labialis: do sự tăng thân nhiệt làm hoạt hoá virus Herpes tiềm tàng. Thường / nhiễm

Pneumococq, Meningococq, Streptococq, sốt rét, Rickettsia...

SỐT: BIẾN CHỨNG

Dị hoá mô.

Mất nước.

Co giật.

Sảng

SỐT: CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

**Lưu ý trong sốt tự tạo:**

- không có tăng tần số tim
- không có các triệu chứng da kèm theo
- không theo 1 thể nào
- cần đứng bên BN trong thời gian cặp nhiệt

SỐT: CHẨN ĐOÁN THỂ

**Con**( Intermittent): thân nhiệt về bình thường mỗi ngày/ nhiễm trùng, áp xe, lao kê, lymphoma

**Liên tục**( remittent): thân nhiệt giảm trong ngày nhưng không về bình thường, dao động thân nhiệt trong ngày > 1,1°C.

**Kéo dài**( sustain): thân nhiệt tăng đều, kéo dài không có dao động trong ngày/ thương hàn.

**Hồi quy**(Relapse): có những đợt sốt ngắn giữa 5 – 7 ngày bình thường/ sốt rét.

**Đợt**( Episode): kéo dài nhiều ngày kèm sau đó > 2 tuần không sốt.

SỐT: CHẨN ĐOÁN MỨC ĐỘ

38 - 39 • C 39 - 40 • C > 40 • C > 42 • C

**Nhẹ Trung bình Cao Rất nặng**

**CẤP CỨU NỘI KHOA VÌ ĐẾN GIỚI HẠN TRÊN CỦA CUỘC SỐNG**

SỐT: CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN

Dựa vào thể/ dạng sốt.

Dựa vào khám lâm sàng nhiều lần và các xét nghiệm: công thức máu, tổng phân tích nước tiểu, tốc độ lắng máu, phết họng, cấy máu – nước tiểu, phân, test huyết thanh.

SỐT: NGUYÊN NHÂN nhiễm trùng?

- + Khởi phát đột ngột.
- + > 39°C kèm theo run.
- + Có triệu chứng hô hấp( ho, sổ mũi, đau họng).
- + Mệt mỏi, đau cơ khớp, sợ ánh sáng, nhức đầu, nhức mắt.
- + Buồn nôn, nôn, tiêu chảy.
- + Lách / hạch to.
- + Tiểu khó, đau; đau hông lưng.
- + Đau màng não.
- + Bạch cầu > 12.000 hoặc < 500 / mm<sup>3</sup> máu

SỐT KÉO DÀI CRNN

Sốt ≥ 3 tuần.

Sốt > 38° 3

Không tìm ra nguyên nhân sau > 1 tuần nhập viện( 1 số ý kiến mới : sau > 3 ngày nhập viện hoặc sau > 3 lần khám ngoại trú).

# KHÁM BỆNH NHÂN VỀ MÁU

**BS. Suzanne MCB Thanh Thanh**

Giới thiệu

- **Khám toàn diện.**
- **Đặc biệt lưu ý khám về hệ thống:**
  - Da niêm – móng.
  - Hệ vông nội mô: Gan – lách – hạch.
  - Cơ xương khớp.

## I. Khám da niêm – móng .

- **Cần để bệnh nhân ở nơi có nhiều ánh sáng, tốt nhất là ánh sáng tự nhiên**
- 1.1. Da
- a. Màu sắc da:

BN thấy được sự thay đổi màu sắc da rõ hơn BS.

  - \* Da xanh: quan sát ở mặt, lòng bàn tay, móng tay. Da xanh gặp trong bệnh thiếu máu. Khi thấy da xanh , xem niêm mạc mắt thấy lợt và môi lợt màu.
  - \* Da màu đỏ: da BN đỏ hơn bình thường, lòng bàn tay đỏ, móng tay sậm, niêm mạc mắt đỏ rực, 2 gò má đỏ. Da đỏ gặp trong bệnh da hồng cầu.
  - \* Da vàng: là do tăng bilirubine.
    - Do tán huyết: da vàng thường kèm với da xanh.
    - Do tắt mắt: da vàng + kết mạc mắt vàng + niêm mạc đáy lưỡi vàng. Nước tiểu vàng sậm.
    - Do tăng Caroten: vàng chủ yếu ở lòng bàn tay. Kết mạc mắt + niêm mạc đáy lưỡi không vàng.
  - \* Da xanh tím: do tăng deoxyhemoglobine gặp ở các bệnh tim và bệnh phổi, hay bất thường về hemoglobine (Methemoglobine)
- b. Sang thương về mạch máu ở da.
  - Xuất huyết dưới da chia làm 4 mức độ:
    - Pétéchia: những chấm xuất huyết nhỏ đường kính 1 - 3 cm , bờ tròn, ấn không mất có thể ở khắp nơi trên cơ thể, thay đổi màu sắc theo thời gian.
    - Purpura: ban xuất huyết, đường kính 1 cm.
    - Ecchymosis: mảng máu bầm, đường kính > 1cm, bờ không tròn đều.

Tất cả các đốm xuất huyết dưới da màu sắc thay đổi theo thời gian: đỏ tươi – đỏ sậm – tím – xanh – vàng .
  - Hematoma: bứu máu, có thể ở dưới da, khớp, nội tạng.
  - Khi khám dấu XHDD , làm nghiệm pháp Lacet – nghiệm pháp này nhằm đánh giá sức bền thành mạch:
 

Đo huyết áp và giữ ở trị số trung bình cộng của huyết áp trong 5 phút. Nghiệm pháp (+) khi có > 4 chấm xuất huyết / 1cm<sup>2</sup> da → có tổn thương thành mạch và tiểu cầu.
  - Cần chẩn đoán phân biệt các sang thương XHDD với :
    - Hồng ban
    - Mụn ruồi.
    - Sao mạch.
- 2. Niêm mạc:
  - a. Mắt:
    - Lợt màu gặp trong thiếu máu.
    - Sậm màu gặp trong đa hồng cầu.
    - XH niêm mạc mắt.
    - XH kết mạc mắt.

## b. Miệng:

- Chảy máu chân răng.
- Bướu máu trong niêm mạc miệng, lưỡi.
- Sưng nướu răng.
- Nấm miệng: gặp trong những bệnh sử dụng kháng sinh lâu ngày, suy giảm miễn dịch.

## c. Mũi:

- Chảy máu cam.

## d. Đường tiêu hoá:

Ôi ra máu, đi cầu phân đen hay máu đỏ tươi.

## e. Tiểu máu.

## f. Rong kinh.

## 3. Móng.

- Móng lợt lạt.
- Móng mất bóng, có sọc.
- Móng lõm.

## III. Hạch to.

## 1. Định nghĩa.

Hạch to là hạch tăng về kích thước một cách bất thường. Bình thường không sờ thấy hạch.

## 2. Nguyên nhân hạch to.

- Phản ứng lại với nhiễm trùng ( vi trùng , virus, nấm, KST).
- Phản ứng lại những bệnh không phải nhiễm trùng: sarcoidosis.
- Thâm nhiễm vào hạch:
  - \* Lành tính: histiocytosis.
  - \* Ác tính: lymphoma, leukemia, K di căn hạch.

- Khi khám thấy 1 hạch to phải khám các cơ quan , vùng da lân cận để tìm nguyên nhân gây hạch to.

## 3. Khám một hạch phải xác định những tính chất sau:

- Vị trí.
- Kích thước.
- Mật độ ( chắc, cứng , mềm).
- Đau.
- Dính vào mô bên dưới.
- Có dò ra bên ngoài không.
- Đối xứng.

## 4. Các vị trí hạch.

- Đầu mặt cổ.
- Nách.
- Bẹn.
- Hạch trung thất.
- Hạch bụng.

## 5. Vị trí của hạch giúp chẩn đoán.

- Nổi hạch cấp tính ở đầu cổ → tìm ổ nhiễm trùng ở vùng đầu , mặt , cổ, răng, TMH.
- Hạch to góc hàm: khám vòm hầu.
- Hạch cổ: lao hạch , lymphoma, leukemia.
- Hạch thượng đòn T: hạch Troisier- hạch di căn của K đường tiêu hoá , đặc biệt là K dạ dày.
- Hạch nách: nhiễm trùng chi trên, lymphoma, leukemia.
- Bẹn: nhiễm trùng cơ quan sinh dục, nhiễm trùng chi dưới, dịch hạch.



## **KHÁM BỆNH VỀ KHỚP**

Dàn bài

I . Đại cương

II. Khám bệnh về khớp

A. Hỏi bệnh

B. Khám lâm sàng

- Nhìn

- Sờ

- Khám toàn thân

ĐẠI CƯƠNG

\_ Đau khớp :

- Bệnh tại chỗ

- Bệnh toàn thân

\_ Tổn thương : 1 khớp , nhiều khớp

Xuất hiện đồng thời hay lần lượt

\_ Chẩn đoán bệnh : LS , CLS ( X quang , sinh  
hóa ... )

KHÁM BỆNH VỀ KHỚP

A. Hỏi bệnh

1. Đau khớp :

- Thời gian xuất hiện
- Hoàn cảnh xuất hiện
- Vị trí khớp đau
- Đau 1 khớp , hay nhiều khớp ( đồng thời hay lần lượt )
- Tính chất đau : nhức nhối hay âm ỉ
- Cường độ đau

1. Đau khớp

- Giờ giấc đau :
  - Đau kiểu cơ học : làm việc → đau tăng ; đau không làm tỉnh giấc ban đêm ( sau chấn thương ...)
  - Đau kiểu viêm : đau liên tục , ngay cả lúc nghỉ ngơi , tăng nhiều về đêm và sáng sớm .
- Đau làm tỉnh giấc ban đêm
- Diễn tiến đau : tăng , giảm ( tự nhiên , thuốc điều trị )

2. Cảm giác cứng khớp :

- Kiểu cơ học : kín đáo , xảy ra buổi sáng hay sau khi vận động khớp nhiều vào ban ngày
- Kiểu viêm : mức độ cứng khớp đáng kể , thường xuyên nếu chưa điều trị.

3. Triệu chứng các cơ quan khác

4. Tiền sử bản thân , gia đình : bệnh khớp nhiều khi có tính chất di truyền thường là từ mẹ sang con

B . Khám lâm sàng

**Nguyên tắc**

- Bộc lộ trực tiếp vùng khớp đau
- Đặt BN ở tư thế sao cho khớp được khám ít đau nhất, ít co thắt cơ nhất
- Khám các khớp 1 cách hệ thống từ đầu ↔ chân

- So sánh khớp bệnh với khớp đối xứng
- Khám toàn thân

### 1. NHÌN

-Dấu sưng khớp ( kích thước khớp ):

- Sưng do viêm ( sưng nóng đỏ đau ):có thể kèm viêm màng hoạt dịch
- Sưng không do viêm ( thay đổi đầu xương hay loạn sản xương sụn quanh khớp): khớp to không đều, không cân xứng

- Màu sắc da : đỏ , bầm (do rối loạn đông máu)
- Trục khớp lệch: thường là do viêm đa khớp cấp lâu năm
- Nốt quanh khớp
- Teo cơ quanh khớp: thường là do đau khớp làm cho kém vận động

### 2. Sờ

- Nhiệt độ da ở khớp
- Tìm điểm đau
- Sờ màng hoạt dịch
- Dấu ba động : xem dịch khớp nhiều hay không. Bằng cách ấn từ từ 1 bên xem ngón tay bên kia có cảm giác chuyển động không.Nếu có: Dấu 3 động dương tính
- Kiểm tra vận động ( đau khi vận động , biên độ vận động

- Vận động chủ động
- Vận động thụ động

Nếu { - Vận động chủ động giới hạn

- Vận động thụ động bình thường

⇒ Thường do đau cơ không do đau khớp

### 2. Sờ

- Hiện tượng lỏng khớp ( khớp gối , cổ chân ) :bệnh khớp ít khi gây lỏng khớp,Thường có do tổn thương dây chằng gây lỏng khớp.
- Tiếng lách rắc khi khám ( sụn khớp):bình thường có thể có nhưng nếu kèm thêm đau thì nên chú ý
- Teo cơ : đo vòng chi , mật độ cơ
  - Viêm khớp : thường phối hợp teo cơ quanh khớp , nhanh , nhiều
  - Bệnh khớp không viêm : cũng teo cơ nhưng rất chậm , ít .

### 3. Khám toàn thân

- Quan sát dáng đi , thế đứng
- Nhiễm trùng
- Hạch
- Tim mạch
- Hô hấp
- Da : ban đỏ vòng
- Thần kinh : múa vờn ( choree de Sydenham )

### C.CẬN LÂM SÀNG

Huyết học - Sinh hóa- X Quang- Siêu âm- Soi khớp- CT-MRI

## **KHÁM BỆNH NHÂN TIM MẠCH**

### I. ĐẠI CƯƠNG

- a. Khám toàn diện tất cả các bất thường về sức khỏe của BN
- b. Tuân thủ các trình tự thăm khám một BN
  - Lý do nhập viện
  - Tiền căn
  - Bệnh sử
  - Lược qua các cơ quan
  - Khám các cơ quan : da, niêm. Cổ, lồng ngực, bụng, tứ chi...

### II. KHÁM BN TIM MẠCH CẦN CHÚ Ý

#### a. Triệu chứng cơ năng

##### i. Khó thở

##### 1. Suy tim trái

- Khó thở khi gắng sức
- Khó thở kịch phát về đêm
- Khó thở theo tư thế
- Cơ hen tim
- Phù phổi cấp

##### 2. Hẹp 2 lá : như suy tim trái

##### ii. Đau ngực

##### 1. Tính chất :

- Vị trí
- Hướng lan
- Đặc điểm đau ngực
- Hoàn cảnh xuất hiện cơn
- Thời gian đau
- Yếu tố giảm đau
- Đau ngực đi kèm

##### 2. Đau ngực do thiếu máu cơ tim

- Sau xương ức
- Đè ép, nghiền nát, thắt chặt, nặng ngực
- Lan cổ, hàm dưới, vai trái, cánh tay trái, bờ trụ cẳng tay trái, ngón 4-5 bàn tay trái
- Kéo dài 5-20 phút
- Kèm buồn nôn, lo lắng, khó thở
- Đột ngột sau gắng sức hoặc gặp lạnh

- Giảm khi ngưng gắng sức, ngậm nitroglycerin dưới lưỡi

### 3. Đau ngực do nhồi máu cơ tim

Như TMCT, một số đặc điểm khác :

- Xảy ra khi nghỉ ngơi
- Đau dữ dội, vã mồ hôi, vật vã
- Kéo dài hơn 30 phút
- Không giảm khi ngưng gắng sức, không giảm khi ngậm nitroglycerin
- Có thể kèm suy tim, choáng tim

### iii. Có thể có một số triệu chứng khác như :

1. Hồi hộp, đánh trống ngực : tăng cung lượng trong hở van, tim chậm, ngoại tâm thu
2. Ngất : loạn nhịp, giảm cung lượng trong cơ tim phì đại tắc nghẽn, cơn adams stokes, hẹp van chủ
3. Xanh tím
  - Hiện tượng Raynaud : tiếp xúc lạnh co mạch gây tím đầu chi
  - Choáng tim, suy tim ứ huyết
  - Tím bẩm sinh : shunt (T) → (P)
4. Phù : suy tim, tắc tĩnh mạch, tắc bạch mạch, rối loạn tính thấm thành mạch
5. Ho : suy tim trái
6. Ho ra máu : hẹp 2 lá, phù phổi cấp

## B. TRIỆU CHỨNG THỰC THỂ

### i. Đánh giá toàn thân

#### a. Tư thế

- Nằm đầu cao do khó thở
- Ngồi cúi ra trước trong viêm màng ngoài tim

#### b. Tinh thần : lo lắng, hốt hoảng

#### c. Xuất huyết kết mạc, dưới móng, niêm nhợt trong viêm nội tâm mạc

### ii. Đầu mặt cổ

- Tuyến giáp : âm thổi, rung miêu
- Tĩnh mạch cổ nổi tư thế 30<sup>0</sup>
- Phản hồi gan tĩnh mạch cảnh : ấn quanh rốn tĩnh mạch cảnh cao thêm

### iii. Khám ngực

#### A. Nhìn :

##### 1. Nhịp thở

##### 2. Tuần hoàn bàng hệ ngực : chèn ép TM chủ trên

##### 3. Hình dạng lồng ngực

- Nhô bên trái : tim bẩm sinh, hẹp 2 lá
- Ưc gà, ngực lõm

4. Dấu nẩy trước ngực : xung động khoảng gian sườn 3, 4, 5 trái xương ức
5. Mỡ tim : liên sườn 4-5, đường trung đòn, đường kính 1-2 cm<sup>2</sup>

#### B. Sờ

- Mỡ : nẩy mạnh kéo dài trong dây thất trái. Mỡ khó sờ
- Dấu nẩy trước ngực
- Dấu Harzer
- Rung miêu

#### C. Nghe

##### 1. Ống nghe :

Màng : âm cao như T<sub>1</sub>, T<sub>2</sub>, âm thổi tâm thu

Chuông : âm trầm như rù tâm trương, T<sub>4</sub>

##### 2. Tiếng tim :

T<sub>1</sub> : rõ mỡ, trầm dài, đóng van nhĩ thất

T<sub>2</sub> : rõ đáy tim, thanh gọn, đóng van sigma

##### 3. Các ổ nghe tim : 5 ổ (hình 1)

##### 4. Âm thổi : nhận định 7 tính chất

- a. Vị trí rõ nhất
- b. Kỳ tâm thu hay trương
- c. Hình dạng : tràn, phụt, trám (hình 2)
- d. Cường độ :
  - + 1/6 : yên tĩnh chú ý
  - + 2/6 : nghe được nhưng nhỏ
  - + 3/6 : nghe rõ, không rung miêu
  - + 4/6 : có rung miêu
  - + 5/6 : chếch nửa ống nghe vẫn nghe
  - + 6/6 : cách da vẫn nghe
- e. Âm sắc : thô ráp, êm dịu, âm nhạc
- f. Hướng lan (hình 3)
- g. Yếu tố ảnh hưởng
  - + Nghiêng trái : rõ ở mỡ
  - + Cúi phía trước : âm thổi tâm trương
  - + Hít vào : âm thổi tâm thu tăng (carvallo dương tính)

##### 5. Tiếng tim

- T<sub>1</sub>
  - + Mạnh : hẹp 2 lá
  - + Mờ : suy tim

+ Tách đôi : bloc nhánh phải

- T<sub>2</sub> :
    - + Mạnh : hở chủ
    - + Mờ : hẹp chủ
    - + Tách đôi : sinh lý, thông liên nhĩ
  - T<sub>3</sub> : trong suy tim
  - T<sub>4</sub> : trong THA
  - Clắc mở van : bờ trái xương ức, sau T<sub>2</sub>, gấp trong hẹp 2 lá
- iv. Khám mạch, đo HA tứ chi : đặc biệt trong trường hợp tắc động mạch

## **TRIỀU CHỨNG CƠ NĂNG BỆNH TIM MẠCH**

\* **TCCN** = symptoms: TC mà BN nhận biết được và than phiền với BS, BS dùng “miệng” hỏi ra được TCCN. Tất cả điều này được thực hiện trong phần “bệnh sử” (history) của bệnh án

\* **TCTT** = signs: TC do BS khám và phát hiện ra được, thực hiện trong phần khám (examination) của bệnh án.

\* **1 TC** có thể vừa là TCCN vừa là TCTT

### **VAI TRÒ CỦA TCCN**

\* Y khoa: dự phòng và y khoa điều trị

\* Y khoa điều trị: chẩn đoán và điều trị. Có chẩn đoán rồi mới điều trị.

\* Chẩn đoán dựa vào: TC lâm sàng + TC cận lâm sàng (xét nghiệm).

\* TC lâm sàng = TCCN + TCTT.

=> TCCN là thành phần không thể thiếu được trong qui trình thiết lập chẩn đoán

### **CÁC TCCN BỆNH TIM MẠCH**

\* Đau ngực (*chest pain*)

\* Khó thở (*dyspnea*)

\* Ho, Ho ra máu (*cough, hemoptysis*)

\* Ngất (*syncope*)

\* Đánh trống ngực (*palpitation*)

\* Phù (*edema*)

\* Xanh tím (*cyanosis*)

### **ĐAU NGỰC**

\* Chest pain: đau ngực chung chung

\* Angina pectoris: đau thắt ngực, ám chỉ đau ngực do thiếu máu cơ tim

\* Typical angina: đau thắt ngực điển hình do thiếu máu cơ tim

\* Atypical angina: đau thắt ngực không điển hình

### **ĐAU THẮT NGỰC ĐIỂN HÌNH DO THIẾU MÁU CƠ TIM CỤC BỘ**

\* Khởi phát lúc gắng sức

\* Ngay sau x. ỨC, có khuynh hướng về bên T.

\* Đau nhói như dao đâm, xiết chặt, nghiền nát...

\* Lan lên vai T, hàm T, cánh tay T, mặt trong cẳng tay T, ngón út bàn tay T.

\* Thời gian: 20 giây → 20 phút.

\* Giảm đi khi nghỉ tĩnh hoặc ngậm dưới lưỡi thuốc nitrate tác dụng nhanh.

\* Có thể có các triệu chứng đi kèm như vã mồ hôi, buồn nôn.

### **NGUYÊN NHÂN GÂY**

#### **ĐAU THẮT NGỰC**

Đau thắt ngực trong hội chứng vành cấp (Acute Coronary Syndrome)

Angina Pectoris

Unstable Angina

Acute Myocardial Infarction

Các NN tim mạch gây đau ngực

\* NMCT cấp

\* TMCT

\* Viêm màng ngoài tim

\* Bóc tách ĐM chủ

\* Thuyên tắc, nhồi máu phổi

- \* Phình ĐM chủ
- \* Tăng áp ĐM phổi

#### NN TIÊU HÓA GÂY ĐAU NGỰC

- \* Vỡ thực quản
- \* Viêm thực quản, viêm dạ dày
- \* Loét dạ dày
- \* Viêm tụy
- \* Chướng dạ dày

#### NN Thần kinh – cơ - xương

- \* Đau do khớp cơ bị xơ hóa
- \* Viêm thần kinh
- \* Bệnh tủy sống
- \* Viêm hoặc co thắt cơ xương
- \* Viêm sụn sườn
- \* Herpes zoster

#### KHÓ THỞ (Dyspnea)

- \* ĐN: cảm giác hơi thở ngắn, nhận thức được thở không thoải mái (uncomfortable awareness of breathing).
- \* Bn thường than phiền: thiếu hơi thở, không đủ hơi để thở, hít vào không đủ, ngộp, mệt, nặng ngực.

#### CÁC KIỂU KHÓ THỞ

- \* Khó thở khi gắng sức (exertional dyspnea): cảm giác khó thở xuất hiện khi gắng sức ở mức độ vừa (chạy bộ hoặc lên đồi).

NN thường gặp nhất của khó thở khi gắng sức là suy tim trái. Bn bệnh phổi hoặc thể lực kém cũng có thể có TC này

#### KHÓ THỞ KỊCH PHÁT VỀ ĐÊM

##### (Paroxysmal Nocturnal Dyspnea)

- \* Đêm, BN nằm ngủ
- \* 2-3 giờ sau, khó thở ập đến → thức giấc.
- \* BN ngồi dậy, thông chân xuống giường, có thể đi lại quanh giường, gần cửa sổ → vài phút sau thì dễ thở lại
- \* Bn nằm ngủ lại → khó thở lại ập đến → ngồi dậy → giảm khó thở → nằm ngủ lại → khó thở lại ập đến ...
- \* BN không dám ngủ nằm → ngủ ngồi, gục vào đầu giường suốt phần còn lại của đêm dài.

#### KHÓ THỞ THEO TƯ THẾ (ORTHOPNEA)

- \* Cứ nằm xuống là khó thở ập đến.
- \* BN phải nằm đầu cao hoặc ngồi trên ghế để ngủ.
- \* Là biểu hiện của suy tim hoặc phổi nặng nề.
- \* Tư thế ngồi giúp hạ thấp cơ hoành và phân phối dịch về chi dưới → giảm TC khó thở.

#### KHÓ THỞ TRONG PHÙ PHỔI CẤP

- \* Xung huyết phổi đột ngột, nặng nề → dịch từ mao mạch phổi tràn vào phế nang → khó thở dữ dội.
- \* BN lo lắng, kích động, tái xanh, vã mồ hôi ướt đẫm, thều thào nói không thành tiếng, hơi thở thô ráp ồn ào làm người đứng bên cũng nghe thấy, cố gắng dùng tất cả các cơ hô hấp để thở, há hốc miệng để “đớp” lấy không khí.
- \* Có thể có bọt hồng trào ra miệng, mũi

#### PHÙ PHỔI CẤP

##### NN GÂY KHÓ THỞ

- \* Bệnh tim: xung huyết phổi (suy tim trái, tăng áp ĐM phổi)
- \* Phổi: tắc nghẽn đường thở (dị vật, u, viêm, hen PQ, viêm PQ mạn, dân PQ, khí phế thũng, bệnh nhu mô phổi lan tỏa)

\* *Bệnh thành ngực và cơ hô hấp*\* *Các NN khác: tăng thông khí, có thai, thiếu máu nặng, toan huyết ...*

## PHỤ

ĐN: là tình trạng tích tụ dịch quá mức ở khoảng gian bào.

Cơ chế chính: tăng áp thủy tĩnh, giảm áp keo, rối loạn tính thấm mao mạch

Có 2 loại phù theo vị trí: toàn thể hoặc khu trú.

## NGUYÊN NHÂN PHÙ

Phù toàn thể: suy tim sung huyết, tăng áp phổi, suy thận, xơ gan, mất protein qua đường ruột, suy giáp, truyền dịch quá nhiều, suy dinh dưỡng....

Phù khu trú: Thuyên tắc tĩnh mạch, chứng chèn ép TM chủ trên, tắc TM chủ dưới, viêm bạch mạch, dị ứng ...

Tiếp cận chẩn đoán phù

Dựa vào bệnh sử, khám và các XN.

Bệnh sử: xác định phù và các tính chất của nó để tìm NN gây phù.

Các TC gợi ý phù: tăng cân, nhấn đeo bị chật, giày chật, dây nịt phải nới thêm, nặng mặt .

Khám: xác định tình trạng phù: ấn lõm

ĐĐ của phù: độ lan rộng, tốc độ diễn tiến, các TC đi kèm.

## NGẤT (SYNCOPE)

ĐN: mất thức.

Phân biệt: mê (mất ý thức kéo dài), xỉu (không bị mất tri giác).

Cơ chế: giảm tưới máu não, động kinh cơn nhỏ.

## NGUYÊN NHÂN NGAT

Vasovagal syncope: giảm HA → giảm tưới máu não

Postmicturition syncope:

Posttussive: bệnh phổi mạn

Syncope do carotid sinus hypertensive

Postural syncope: antihypertensive medications, hypovolumic

Arrhythmias: Adams – Stokes

Hẹp van ĐM chủ khí

## XANH TÍM (CYANOSIS)

\* ĐN: da bị xanh tím khi lượng Hb khử tăng (&gt;5g%) hoặc có Hb bất thường (methemoglobine)

\* Phân loại:

Xanh tím trung tâm

Xanh tím ngoại biên

## CYANOSIS TRUNG TÂM

\* Xanh tím trung tâm : giảm độ bão hòa oxy ĐM do shunt phải – trái hoặc do chức năng của phổi kém.

\* Shunt phải – trái: bệnh tim bẩm sinh có luồng thông từ tim phải qua tim trái, máu đen chưa được oxy hóa đi vào đại tuần hoàn → tím.

\* Chức năng phổi kém: không oxy hóa máu đen tốt → tím. Các bệnh phổi mạn.

Hệ tuần hoàn

Shunt T → P: máu đen qua đại tuần hoàn → tím

## CÁC BỆNH TIM BẨM SINH TÍM

\* Tứ chứng fallot

\* Thông liên thất ; thông liên nhĩ, còn ống động mạch đã bị đảo shunt.

\* Chuyển vị đại động mạch

## XANH TÍM NGOẠI BIÊN

\* Hầu hết là do co mạch dưới da trong tình trạng cung lượng tim thấp hoặc tiếp xúc với lạnh.

\* Nếu cyanosis chỉ khu trú ở 1 chi thì phải nghĩ đến tắc nghẽn ĐM hoặc TM.

## HỒI HỢP – ĐÁNH TRỐNG NGỰC

ĐN: cảm giác tim đập nhanh hoặc mạnh, cảm giác không dễ chịu.

BN mô tả: tim nhảy trong lồng ngực, tim chạy đua (racing), tim đập không đều, cảm giác dội ở cổ.

### NGUYÊN NHÂN

Các rối loạn về tần số hoặc về nhịp tim gây đánh trống ngực:

nhịp tim nhanh,  
ngoại tâm thu,  
khoảng nghỉ bù,  
tăng cung lượng tim,  
tim tăng động,  
nhịp chậm

### HO

- \* Ho là một phản xạ để tống, làm sạch dịch tiết hoặc dị vật ra khỏi hệ thống khí - phế quản.
- \* Các bất thường của hệ thống khí - phế quản và nhu mô phổi đều gây ho..
- \* Các rối loạn về tim mạch cũng có thể gây ra ho

### HO DO TIM MẠCH

- \* Tăng áp TM phổi, phù mô kẽ hoặc phế nang phổi: suy tim trái, hẹp van hai lá.
- \* Nhồi máu phổi: ho, ho ra máu, đau ngực.
- \* Chèn ép cây khí – phế quản (do phình ĐM chủ).
- \* Tính chất của đàm giúp chẩn đoán nguyên nhân gây ho.

### HO RA MÁU

- \* ĐN: ho ra toàn máu, ho ra đàm có vờng máu.
- \* NN:

Thoát HC vào phế nang do mạch máu sung huyết (bệnh tim mạch).

Vỡ các mạch máu của phế quản (bệnh tim mạch).

Hoại tử và xuất huyết từ nhu mô phổi.

Loét niêm mạc PQ.

Xâm lấn mạch máu phổi (K).

### KẾT LUẬN

- \* TCCN bệnh tim mạch giúp chẩn đoán được các bệnh tim mạch.
- \* Mỗi triệu chứng có nhiều tính chất khác nhau thể hiện một bệnh lý gốc khác nhau.
- \* Khai thác được đầy đủ TCCN và các tính chất của chúng một cách chi tiết thể hiện bản lĩnh và trình độ của thầy thuốc.
- \* Cần thực tập cách khai thác các TCCN bệnh tim mạch một cách thành thực, nhanh chóng và chính xác.

# TRIỆU CHỨNG CƠ NĂNG CỦA BỆNH LÝ ĐƯỜNG HÔ HẤP

**TSBS NGUYỄN THỊ TÓ NHƯ'  
ĐHY DƯỢC TP HOCHIMINH**

## 7 TRIỆU CHỨNG CƠ NĂNG

Ho.

Khạc đàm.

Ợc mủ.

Ho ra máu.

Khó thở.

Đau ngực.

Thay đổi giọng nói.

HO

HÀNH ĐỘNG PHẦN XẠ HAY CỔ Ý

PHẦN XẠ:

CUNG PHẦN XẠ

KIỂU HO:

HO KHAN.

HO CÓ ĐÀM

HO CƠN THÀNH TRÀNG

HO KHÀN TIẾNG.

HO MẤT TIẾNG .

HO CÓ ÓI.

NGUYÊN NHÂN GÂY HO

Viêm hầu họng cấp hay mãn tính.

Viêm thanh quản hoặc là u thanh quản, lao

Viêm phế quản, dân phế quản, k phế quản.

Viêm phổi.

Tràn dịch màng phổi ,tràn dịch trung thất, tràn dịch màng tim

U trung thất,

Do rối loạn trương lực thần kinh: Basedow.

**KHẠC ĐÀM**

Ho có đàm có từ bao lâu.

Khạc đàm có liên quan đến sự thay đổi tư thế không.

Thường ho khạc đàm vào lúc nào trong ngày

Số lần khạc đàm

Lượng đàm khạc mỗi lần, và tổng cộng trong ngày.

Màu sắc đàm

**KHẠC ĐÀM**

Tính chất Đàm:

1. Nhảy,

2. Mủ nhảy: Mủ trộn lẫn với đàm.

Mủ nhảy để lắng xuống thành 4 lớp

3. Mủ có các màu sau đây: màu xanh lá cây, ánh vàng, trắng, đỏ dâu đóng khuôn, màu rỉ sét, nâu chocolat.

4. Bọt trắng hồng, xốp => phù phổi

5. Thanh dịch: trong và lỏng.

6. Giống như fibrine .

7. Ho ra máu.

**Ợc mủ**

Bài xuất mủ từ ổ áp xe trong phổi qua miệng.

Hỏi bệnh :

1. Số lượng mủ khạc trong ngày
2. Màu sắc
3. Hôi hay không
4. Triệu chứng khác : sốt, khó thở, đau ngực

**Ợc mủ**

Nguyên nhân :

Áp xe phổi vỡ,

Dò mủ màng phổi khí quản, tràn mủ trung thất,

Áp xe gan vỡ vào xoang màng phổi dò với khí quản.

Ho ra mủ

Ho ra máu là tình trạng bài xuất máu phát xuất từ đường hô hấp dưới nắp thanh quản, qua miệng .

$\Delta =/=$  :

Ói ra máu

Chảy máu đường hô hấp trên, từ xoang hầu họng như chảy máu chân răng, chảy máu mũi  
răng, từ mạch máu ở đáy lưỡi.

Ho ra máu

Hỏi bệnh :

1. Thời gian ho ra máu
2. Số lượng máu ho ra mỗi lần, tổng số máu mất trong ngày.
3. Màu sắc máu: đỏ tươi, đỏ nâu-> đen
4. Triệu chứng khác: sốt, khó thở, nước tiểu, kinh nguyệt

Ho ra máu

6 nguyên nhân thường gây ho ra máu:

lao phổi,  
k phổi,  
dãn phế quản,  
kén khí ở phổi,  
hẹp 2 lá,  
nhồi máu phổi.

Ho ra máu

Aùp xe phổi,

Viêm khí phế quản,

Khối u PQ lành tính,

Nấm phổi,

Rối loạn đông máu do sử dụng thuốc kháng đông,

Viêm phổi dạng mô hạt,

Viêm phổi do dị ứng.

Dị vật đường thở,

Bệnh bụi phổi,

\$ Goodpasture

Chấn thương ngực

Ho ra máu

Mức độ

TUỖ THUỘC SỐ LƯỢNG MÁU MẤT VÀ TỐC ĐỘ MẤT MÁU

NHẸ: HO DÂY MÁU TRONG ĐÀM-. 50ML

TRUNG BÌNH : 50 - 200ML/NGÀY

NẶNG : > 200ML/NGÀY

HO RA MÁU SÉT ĐÁNH

KHÓ THỞ

CHU KỲ HÔ HẤP:

Thì hít vào: chủ động.

Thì thở ra: thụ động

Thở là phản xạ :

Cung PX :

Trung tâm hô hấp : hành tuỷ

TK hướng tâm : TK hoành, TK liên sườn

TK ly tâm : từ võ não, phổi, xoang cảnh,

KHÓ THỞ

CƠ CHẾ HÔ HẤP

1. Thì hít vào gọi thì thở ra và ngược lại: phản xạ Hering Beuer.
2. Thiếu O<sub>2</sub> trong máu kích thích trung tâm hô hấp qua phản xạ Hering
3. Tăng CO<sub>2</sub> trong máu kích thích trung tâm hô hấp
4. Tần số thở : 14-18 lần/ phút ở trẻ sơ sinh có thể 44 lần/ phút.  
Thở nhanh  
Thở chậm

KHÓ THỞ CƠN / LIÊN TỤC

HỎI BỆNH: KHAI THÁC

KHÓ THỞ XẢY RA LÚC NÀO?

CƠN KHÓ THỞ KÉO DÀI BAO LÂU ?

YẾU TỐ KHỞI PHÁT KHÓ THỞ ?

LÀM SAO BỚT KHÓ THỞ

TRIỆU CHỨNG KHÁC KÈM THEO TRONG CƠN KHÓ THỞ

KHÓ THỞ CƠN / LIÊN TỤC

KHÁM BỆNH: CHÚ Ý

TẦN SỐ THỞ.

MÀU SẮC DA NIÊM

KIỂU KHÓ THỞ THÌ HÍT VÀO / THÌ THỞ RA.

KHÓ THỞ CÓ CHU KỲ HAY KHÔNG

TRIỆU CHỨNG KHÁC : TIM MẠCH THẦN KINH, NGÓN TAY DÙI TRẮNG , I TUẦN HOÀNG BÀNG HỆ NGỰC

NGUYÊN NHÂN KHÓ THỞ

thanh quản: khó thở chậm , thì hít vào , có dấu hiệu co kéo cơ hô hấp phụ, đôi có khi thay đổi giọng nói.

Nguyên nhân: dị vật đường thở, phù nề thanh môn, k thanh quản. Ở trẻ con có bạch hầu thanh quản, cúm

Phế quản: hen, phế quản, viêm phế quản mãn, Kphế quản, dị vật đường hô hấp.

Phổi : phù phổi cấp, nhồi máu phổi, bụi phổi, lao phổi

Màng phổi: Tràn dịch màng phổi, tràn khí màng phổi

NGUYÊN NHÂN KHÓ THỞ

Khó thở do các phế quản : khó thở thì thở ra

Phế quản: hen, phế quản, viêm phế quản mãn, K phế quản, dị vật đường hô hấp.

Phổi : phù phổi cấp, nhồi máu phổi, khí phế thủng, bụi phổi, lao phổi

Màng phổi: Tràn dịch màng phổi, tràn khí màng phổi

Trung thất: Tràn dịch trung thất, các khối u trung thất.

NGUYÊN NHÂN KHÓ THỞ

Tim: xem phần triệu chứng học tim mạch

Thành ngực: Gãy xương sườn.

Thần kinh: do u bướu, tai biến mạch máu não, viêm não, màng não.

Yếu tố tâm lý: lo lắng, hysteric

Hít phải các chất khí độc,

KHÓ THỞ CÓ CHU KỲ

THỞ CHEYNE-STOKES

THỞ KUSSMAUL

KHÓ THỞ KHÔNG CÓ CHU KỲ

1. Thở Biot : gặp trong viêm màng não
2. Thở dài : thường gặp ở những người có rối loạn tâm lý
3. Khó thở khi nằm đầu thấp : gặp tim mạch

#### ĐAU NGỰC

Đau ngực kiểu màng phổi :

trong viêm màng phổi, tràn khí màng phổi.

Nhu mô phổi:

Viêm phổi, nhồi máu phổi, lao phổi

Trung thất:

Các khối u vùng trung thất.

Tim mạch: xem phần tim mạch.

Thần kinh: zona, chèn ép dây thần kinh tủy sống.

Xương: loãng xương, gãy xương, k di căn xương.

#### THAY ĐỔI GIỌNG NÓI

KHÍ TIẾNG: vòm thanh khí quản cấp

MẤT TIẾNG: nt

NỖI GIỌNG MŨI: cảm, ỉm, vòm thanh khí quản,

NỖI GIỌNG ĐỐI : K thanh quản, lao thanh quản, liệt dây thần kinh hồi thanh quản

#### CÁC DẤU HIỆU THỰC THỂ CỦA BỆNH ĐƯỜNG HÔ HẤP

##### THĂM KHÁM PHỔI :

NHÌN - SỜ - GÕ - NGHE

MỤC ĐÍCH : TÌM CÁC DẤU HIỆU BẤT THƯỜNG LIÊN QUAN BỆNH LÝ HÔ HẤP

YÊU CẦU XEM LẠI BÀI CÁCH KHÁM PHỔI (SKILLLAB.)

##### NGHE PHỔI

##### TIẾNG THỞ BÌNH THƯỜNG

##### NGHE PHỔI

Nghe : rì rào phế nang

Tim tiếng bất thường chen vào thêm vào:

1. Tiếng ran
  - Tiếng ran nổ
  - Tiếng ran rít
  - Tiếng ran ngáy
  - Tiếng ran ẩm
2. Các âm thổi:
  - Thổi ống
  - Thổi màng phổi
  - Thổi hang
  - Thổi vò
3. Tiếng cọ màng phổi, tiếng cọ màng tim
4. Tiếng ngực thâm
5. Tiếng dê kêu
6. Tiếng vang phế quản

KHÓ THỞ CƠ KÉO CƠ Ức đòn chũm

# **KHÁM BỆNH NHÂN HÔ HẤP**

• PGS.TS TRẦN VĂN NGỌC

• BỘ MÔN NỘI

## SINH LÝ HÔ HẤP

- 1. PHẢN XẠ NẤP THANH QUẢN
- 2. HO
- 3. CƠ CHẾ BẢO VỆ CHỐNG NHIỄM TRÙNG
- 4. CHỨC NĂNG THÔNG KHÍ
- II. KHAI THÁC BỆNH SỬ
- ❖ Tiền căn hút thuốc lá và tiếp xúc với chất độc hại , khi bắt đầu ? Khi kết thúc ? Bao nhiêu / ngày ( chỉ số pack-year)?
- ❖ Nơi làm việc ?
- ❖ Một tiền căn tiếp xúc đã qua 20 năm có thể giải thích một số dạng bệnh phổi hay màng phổi .
- ❖ Nơi lắp đặt hệ thống làm lạnh hay điều hòa nhiệt độ .
- ❖ Cư trú ngắn hạn tại một vùng đặc biệt (cryptococcus ở tây nam USA ) hay Histoplasmosis ( nam và trung tây USA ) có thể gây ra bệnh giống lao.
- ❖ Du lịch mới đây tới Mỹ La tinh ( Blastomycosis Nam Mỹ )
- ❖ Thói quen cá nhân của bệnh nhân lạm dụng thuốc tiêm mạch ,
- ❖ Quan hệ tình dục không đúng cũng có thể giúp phát hiện một số bệnh phổi .
- ❖ Sử dụng thuốc ức chế miễn dịch có thể gây ngộ độc hay bệnh nhiễm trùng phổi do một số vi khuẩn .
- ❖ Một số thuốc có khả năng gây ra tổn thương phổi như Bleomycine , Nitrofurantoin , Methotrexate . Beta(-) có thể gây co thắt phế quản .
- ❖ Một số thuốc thông thường như Aspirine cũng có thể gây tổn thương phổi nặng ( phù phổi ) .
- ❖ Tiền căn gia đình là một đầu mối phát hiện các bệnh lý như : xơ nang, giảm alpha 1 antitrypsine, sạn phế nang, dẫn mạch máu di truyền .

## • TRIỆU CHỨNG CƠ NĂNG

### • HO

- Ho khan
- Ho đàm
- Ho máu

### • KHÓ THỞ

- 1 thì : khó thở vào , khó thở ra
- 2 thì :

## III.KHÁM HÔ HẤP

- NHÌN
- SỜ
- GÕ
- NGHE
- KHÁM HÔ HẤP
- 1. NHÌN
- Nhìn tổng quát :
  - Răng miệng xem có sâu răng, viêm nướu, tạo điều kiện cho viêm phổi hít hoại tử .
  - Lưỡi bị rách gợi ý đến động kinh có thể dẫn đến viêm phổi hít.

- Thay đổi tri giác hay định hướng nhẹ gợi ý đến di căn não của u nguyên phát ở phổi ở bệnh nhân COPD.
- Thay đổi cá tính hay hành vi , tri giác gợi ý đến ứ CO<sub>2</sub> cấp .
- Chấm xuất huyết da có thể phản ánh viêm mạch máu toàn thân trong đó có mạch máu phổi.
- Tổn thương da của Von Reclinhausen có thể cho biết nốt đơn độc ở phổi ở vùng cạnh cột sống là một neurofibroma.
- Nhiều hội chứng nội tiết có thể đi kèm với ung thư phổi .
- Ngón tay dùi trống kết hợp với xơ phổi chưa rõ nguyên nhân , dẫn phế quản và một số ung thư phổi .
- Nhiễm trùng ngoài da có thể là nguồn gốc của một abscess phổi do tụ cầu .
- Sẹo kín đáo ở tĩnh mạch của một người nghiện thuốc có thể làm sáng tỏ tổn thương ở phổi .
- Hồng ban nút hay hồng ban đa dạng đôi khi là biến chứng của sarcoidosis , lao , histoplasmosis và coccidiomycosis , phản ứng thuốc .
- Hội chứng tĩnh mạch chủ trên gợi ý bệnh lý ác tính ở phổi , hội chứng Horner.
- Nhìn tổng quát :
- Nhịp thở :
- Tần số ? > 30 l/p hay < 10 l/p → nặng
- Điều hay không ? → Kussmaul , Cheynstokes, Biott
- Khó thở :
- Khó thở cấp :
- Nguyên nhân ở trẻ em và người lớn khác nhau .
- + Ở trẻ em nhiễm trùng đường hô hấp trên là nguyên nhân hay gặp .
- + Ở người lớn , thường nhất là suy tim trái , thuyên tắc mạch phổi ( các nước Âu Mỹ nhiều hơn ) , viêm phổi , TKMP , tắc đường hô hấp , hen phế quản
- Khó thở mãn :
- + Gần như luôn tiến triển, bắt đầu là khó thở khi gắng sức sau này khó thở cả khi nghỉ ngơi. Tim và phổi hay cả hai là nguyên nhân thường nhất và đôi khi khó phân biệt
- + Trong hen phế quản : khó thở thường kèm ho và cò củ .
- + Hen tim do suy tim trái cấp :thường có cơn kịch phát về đêm .
- + Nhiễm Aspergillus phế quản phổi thường cũng gây cơn khó thở và khó thở kịch phát về đêm
- + Ở vùng dịch tễ của Schistosomiasis , cơn hen xảy ra như là một giai đoạn di chuyển của ký sinh trùng qua phổi .
- TÍM:
- Tím ngoại biên:
- + Thứ phát từ sự lấy đi nhiều oxy khi máu qua mao mạch ngoại biên.
- + Nguyên nhân thường nhất là giảm cung lượng tim kết hợp với co mạch ngoại biên.
- + Không những tay chân mà còn đầu mũi cũng trở nên tím trong suy tim nặng. Thực tế , trong trường hợp suy tim không điều trị được , hoại tử đôi khi phát triển ở đầu mũi.
- + Co mạch ngoại biên ( như trong hội chứng Raynaud) tự nó cũng tạo ra tím tái ở niêm mạc dưới móng.
- Tím trong bệnh phổi:
- + Bệnh nhân viêm phế quản mạn hay khí phế thũng có rối loạn V/Q gây thiếu oxy trong máu động mạch
- + Nguyên nhân khác gây giảm oxy máu động mạch là giảm thông khí phế nang ở bệnh nhân có phổi bình thường .
- Tím trong bệnh phổi:

- + Tím do hòa lẫn máu tĩnh mạch:
  - Bệnh nhân có shunt P-T trong tim, tím tái là do trộn lẫn máu động tĩnh mạch.
  - Đa hồng cầu thứ phát thường góp phần vào tím tái.
  - Đôi khi ta thấy có tím tái ở một vùng như trong còn ống động mạch với đảo shunt , chi dưới tím tái , chi trên bình thường.
- Tím trong bệnh phổi:
  - +Tím tái do các sắc tố bất thường trong máu:
    - Máu của MetHb có màu nâu Chocolat, do quang phổ kế phát hiện được sắc tố đặc trưng . PaO2 bình thường .
    - Nguyên nhân MetHb có thể do di truyền ( hiện diện HbM trong máu hay thiếu MetHb reductase ) do tiếp xúc hoá chất như chất màu Aniline, Chlorates, Nitrates, Nitrites , do dùng thuốc như Acetanilides, Nitroglycerine, Phenacetin, Primaquine.
  - Nitrates là nguyên nhân thông thường của MetHb . Nitrates bị khử thành Nitrites bởi vi khuẩn đường ruột . Dùng quá nhiều Nitroglycerines , Nitrates hữu cơ dẫn đến MetHb .
- Nhìn lồng ngực :
  - Mất cân đối một bên ngực là dấu hiệu của tràn dịch màng phổi , tràn khí màng phổi.
  - Mất cử động một bên cũng là dấu hiệu của tràn dịch màng phổi và tràn khí màng phổi, viêm phổi hay liệt cơ
  - Khí quản bị kéo lệch có thể do xẹp phổi hay tắc phế quản gốc .
  - Nhìn ngực và bụng trong lúc ngủ có thể phát hiện cử động vào trong nghịch thường của bụng ở bệnh nhân có hội chứng ngưng thở lúc ngủ do tắc nghẽn .
  - Không nhịp nhàng giữa bụng và cơ hoành có thể do liệt cơ hoành hai bên .
  - Sờ ngực :
    - Vị trí khí quản ở trên hõm ức giúp phát hiện lệch khí quản .
    - Sờ sự di lệch của mỏm tim có thể do sự di lệch của trung thất dưới .
    - Sờ đau ở xương sườn có thể do gãy , di căn hay do viêm màng phổi .
    - Harzer(+) do thất phải to ra .
    - Sờ rung thanh để xác định bất thường khi cho bệnh nhân đếm 1, 2, 3 .
    - Một số ca có thể sờ được cọ màng phổi
  - Gõ: .
    - Đánh giá độ đục trong hay vang của lồng ngực.
    - Gõ đục gặp trong đông đặc phổi , xẹp phổi , TDMP, dày dính màng phổi , u phổi .
    - Gõ vang là dấu hiệu của ứ khí do khí phế thũng , hen phế quản hay TKMP
  - Nghe :
    - Xác định cường độ và sự lan truyền của tiếng thở cũng như các tiếng bất thường.
    - Cường độ và thời gian của tiếng thở :
      - + Giảm toàn bộ: KPT , liệt cơ hoành , tắc PQ , TDMP, dày màng phổi,TKMP.
      - + Tăng : đông đặc , xẹp , phổi bị chèn ép nếu phế quản phần phổi phụ thuộc vẫn còn thoáng làm tăng dẫn truyền âm ra ngoài biên .
    - Sự truyền âm :
      - Thay đổi về giọng nói dễ xác định hơn tiếng thở.
      - + TDMP, TKMP, tắc phế quản làm giảm hoặc mất rì rào phế nang .
      - + Tăng trong đông đặc , nhồi máu , xẹp hay chèn ép mô phổi.
    - Tiếng bất thường:
      - + Tiếng vang phế quản : tiếng nói có âm sắc cao và rõ hơn bình thường .
      - + Tiếng dê kêu : tiếng nói trở nên giống tiếng dê kêu với âm sắc cao .Thường gặp trong đông đặc kèm TDMP. Đôi khi nghe trên phổi của viêm phổi thường không biến chứng hay nhồi máu phổi

- + Tiếng ngực thâm : nghe rõ một cách bất thường khi bệnh nhân nói thâm
- + Cọ màng phổi : thường nghe rõ ở cuối thì hít vào và đầu thì thở ra , âm sắc thô ráp như hai miếng vải cọ vào nhau , nghe rõ ở đường nách hay đáy phổi sau và thường không thay đổi khi ho .
- Tiếng ran:
- được phân thành hai nhóm :ran liên tục và không liên tục
- Ran liên tục :
- . Ran ngáy ran rít :
- + Do hẹp phế quản do co thắt , dầy niêm mạc hay tắc lòng phế quản .
- + Thường nghe ở thì thở ra , nhưng nếu lòng phế quản hẹp thêm nữa thì ta có thể nghe được ở cả hai thì .
- + Tiếng phát ra có lẽ do kết hợp của sự cản trở thông khí và sự rung động của thành phế quản
- Ran rít : Tiếng liên tục > 250ms , âm sắc cao , tần số >400 Hz như tiếng rít.
- Ran ngáy : Tiếng liên tục > 250 ms, âm sắc trầm, tần số < 200 Hz , như tiếng ngáy.
- Tiếng rít ( stridor) chủ yếu nghe ở thì hít vào và rõ nhất ở cổ. Nguyên nhân thường nhất là hít dị vật hay K hoặc tổn thương bẩm sinh ở trẻ em .
- Ran không liên tục :
- . Ran nổ :
- + Ran đầu thì hít vào do mở mạnh đường hô hấp nhỏ mà trước đó bị đóng lại trong thì thở ra trước đó . Ran mất sau khi ho phản ảnh chất tiết trong đường hô hấp tăng như trong viêm phế quản.
- + Ran cuối thì hít vào xảy ra trong bệnh mô kẽ và viêm phổi
- . Ran ẩm: nghe cả hai thì ( xuất hiện trong viêm phổi , suy tim , phù phổi .) .

## CÁC HỘI CHỨNG LÂM SÀNG TRONG BỆNH PHỔI

Có 5 hội chứng lớn trong bệnh lý đường hô hấp

- + Hội chứng đông đặc thùy phổi
- + Hội chứng hang
- + Xẹp phổi
- + Tràn dịch màng phổi.
- + Tràn khí màng phổi

### H/CDông đặc phổi:

Ý nghĩa:

Có bệnh gây tổn thương lan toả xuống PN gây tiết dịch, tăng thể tích phổi.

Nguyên nhân:

Viêm phổi do vi khuẩn, nhồi máu phổi, xẹp phổi do u bướu.

Vị trí: một phân thùy hay một thùy ,nhiều thùy phổi.

Đông đặc không co kéo: Có các T/C sau:

- + Ho khan,
- + Lồng ngực bên tổn thương di động kém hơn bên lành.
- + Xẹp hơn bên lành nếu có xẹp phổi kèm.
- + Rung thanh tăng,
- + Gõ đục.
- + RRPN giảm + rales nổ cuối kỳ hít vào.
- + Âm thổi ống.

T/ C X quang:

Vùng phổi bị đông đặc có hình ảnh khí ảnh nội phế quản,

Mờ đồng nhất một phân thùy hay nhiều phân thùy hay nhiều thùy, vùng đông đặc có giới hạn rõ,có hình tam giác đỉnh quay về phía rốn phổi.

Các cơ quan lân cận không bị đẩy lệch.

\$. Đông đặc có co kéo ( Xẹp phổi ):

Do tắc nhánh PQ lớn, có xẹp phổi .

Căn nguyên:

- 1).K phổi thường gặp ở nam > 50 tuổi, hút thuốc nhiều
- 2). Dị vật đường thở.

Sau phẫu thuật vùng ngực , bụng, do tắt đàm.

T/C gồm:

- + Nhìn nếu xẹp phổi ít không thấy biến đổi lồng ngực rõ. trái lại xẹp phổi diện rộng gây ra xẹp lồng ngực bên tổn thương.
- + Sờ khoảng liên sườn hẹp lại, Rung thanh tăng.
- + Gõ đục,
- + RRPN giảm đến mất hẳn.

Có dấu hiệu co kéo trung thất về phía phổi xẹp có giá trị lớn giúp chẩn đoán, nếu xẹp thùy trên có dấu hiệu co kéo khí quản về phía phổi xẹp, nếu thùy dưới xẹp gây co kéo vòm hoành trong có trường hợp tràn dịch màng phổi phản ứng có thêm rung thanh giảm đến mất hẳn.

T/C Xquang phổi:

Dấu hiệu trực tiếp;

- +Diện tích vùng tổn thương bị giảm
- + Bờ ngoài lõm vào

Dấu hiệu gián tiếp:

+Khoảng liên sườn hẹp

+Nếu xẹp phổi diện rộng sẽ gây co kéo các cơ quan lân cận về phía phổi xẹp.

Chẩn đoán vị trí:

Thùy trên:

Phim thẳng: bóng mờ đồng nhất ở 1/3 trên phế trường - bờ đáy tam giác lõm về phía bóng mờ, khí quản bị kéo lệch sang phía bóng mờ.

Phim nghiêng: bóng mờ giới hạn rõ 1/3 trên.

Thùy giữa hay lưỡi:

Phim thẳng : bóng mờ ở dưới bên phải hay bên trái của bờ tim

Phim nghiêng : bóng mờ hình tam giác nằm trong vị trí của bóng tim, có đỉnh ở rốn phổi, 2 cạnh tam giác lõm vào, đáy còn lại nằm ở tuỷ cùng trước của vòm hoành.

Thùy dưới:

\* Bên phải: trên phim tim phổi thẳng: bóng mờ hình tam giác nằm gần bờ tim phải lẫn vào trong trung thất, không xoá xoá mờ bờ phải

bờ dưới nằm trên vòm hoành.

Trên phim nghiêng P : tam giác có đỉnh nằm ở rốn phổi.

\* Thùy dưới bên trái : Khó xác định trên phim thẳng PA vì nó bị bóng tim trái che khuất.

\* Xẹp phổi hoàn toàn: Nhận diện chủ yếu nhờ vào phim PA.

Các dấu hiệu khác Khoảng liên sườn hẹp, vòm hoành bên phổi xẹp nâng lên

\$. Đông đặc rải rác:

Gần giống \$ ĐĐ không co kéo, nhưng không tập trung ở một vị trí phổi, có kèm ran nổ.

T/C Xquang: nhiều bóng mờ rải rác trên phế trường, giới hạn không rõ rệt.

\$.MÀNG PHỔI

Xoang màng phổi là một xoang ảo, bình thường không có khí hay nhiều dịch trong đó. .

\$.TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI

Xảy ra khi có sự tích tụ dịch trong xoang màng phổi trên 20ml/ngày

T/C lâm sàng:

BN ho khan mỗi khi thay đổi tư thế.

Khó thở thường xảy ra khi BN có tràn dịch lượng nhiều.

Đau ngực ở giai đoạn sớm của tràn dịch lượng dịch còn ít.

Khi có dịch:

Lượng dịch ít

Nhìn:BN nằm nghiêng về phía bên phổi lành,

Lượng dịch nhiều:

Nhìn:BN nằm nghiêng về phía bên phổi bệnh hoặc phải ngồi thở.,

lồng ngực kém di động;

Trường hợp tràn dịch khối lượng lớn có thể có dấu hiệu xô lệch trung thất về phía đối bên

Trường hợp tràn dịch khối lượng lớn có kèm theo xẹp phổi, tùy theo

mức độ xẹp phổi (nhiều hay ít) thì có khi không có dấu hiệu đẩy trung thất sang đối bên.

Sờ : RT giảm,

Gõ đục,

Nghe có tiếng cọ màng phổi - khi lượng dịch rất ít.

RRPN giảm phân phổi bị dịch MP bao quanh.

Tiếng thổi màng phổi - nếu dịch là loại thanh tơ, không

phải là máu hay mủ, lượng dịch trung bình - nghe được ở

vùng phổi phía trên mí dịch tiếp giáp với mực "nước"

Tiếng dê kêu,

Tiếng ngực thâm

T/C Xquang: Bóng mờ đồng nhất chiếm một phần phế trường, có thể có dấu hiệu đẩy lệch trung thất sang đối bên.

T/ C siêu âm màng phổi: có echogen của dịch ở xoang màng phổi bị tràn dịch.

Căn nguyên của TDMP:

Có nhiều nguyên nhân:

Do suy tim, suy gan, suy dinh dưỡng, nội tiết : phù niêm.

Do bệnh đường hô hấp: K di căn màng phổi. lao, virus, nấm phổi viêm phổi biến chứng TDMP phản ứng hoặc tràn mủ màng phổi

Do bệnh ngoại khoa: \$ demon – Meigs

PH N BIỆT DỊCH MÀNG PHỔI

	DỊCH THẨM >3g%	DỊCH TIẾT
<u>ĐẠM DMP</u>	< 0,5	>0,5
ĐẠM MÁU		
RIVALTA	--	+
LDH DMP	< 200 U/L	> 200 U/L
<u>LDH DMP</u>	< 0,6	> 0,6
LDH MÁU		

CĂN NGUYÊN TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI:

DỊCH THẨM:

+ Tăng áp lực thủy tĩnh:

suy tim, viêm màng ngoài tim co thắt, TDMtim, bệnh cơ tim.

+ Giảm áp lực keo huyết tương:

xơ gan , \$ thận hư, suy dinh dưỡng, viêm ruột non mất nhiều đạm.

+ Tử phù mạc:

Cổ chướng, thâm phân phù mạc.

+ Tăng tính thấm thành mạch:

Tất nghẹn mạch máu nhỏ , phù niêm.

DỊCH TIẾT :

Viêm phổi do lao, vi trùng, nấm, KST.

K di căn MP, K MP nguyên phát.

\$ Meigs.

Bệnh tạo keo.

Abces dưới cơ hoành.

TDMP có tăng Eo.

\*\*\*\*TRÀN MÁU MÀNG PHỔI.

Do K, Chấn thương thành ngực, nhồi máu phổi, lao, suy tim.

\$ TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI:

Đau ngực thành linh

Khĩ thở

Sờ : rung thanh giảm, có thể có kèm tràn khí dưới da

Gõ vang

Nghe : rì rào phế nang mất

Căn nguyên :

Khí phế thũng lan toả nặng,

Viêm phổi do Staphylococcus Auréus, lao, Pneumocystic Carinii,

Viêm phổi mô kẽ,

Hen PQ, Sarcoidose phổi

Nhồi máu phổi,

\$. DÂY DÍNH MÀNG PHỔI:

T/C cơ năng :

+ đau ngực khi hít thở sâu.

T/C thực thể:

Nhìn : lồng ngực bên dây dính MP xẹp hơn bên lành, tham gia nhịp thở kém hơn bên lành.

Sờ : khoảng liên sườn hẹp, biên độ hô hấp kém hơn bên lành.

RT giảm.

Gõ : đục.

Nghe : RRPN giảm .

Căn nguyên:

Thường do di chứng của Tràn máu màng phổi, tràn mủ màng phổi , tràn dịch màng phổi do lao.

\* Ho khan khi thay đổi tư thế

\* khó thở nếu tràn khí màng phổi lượng nhiều.

T/C thăm khám:

+ nhìn : lồng ngực kém di động, căng phồng, khoảng liên sườn giãn rộng.

+ Sờ : RT giảm hoặc mất.

gõ: vang.

Nghe: RRPN giảm.

T/C Xquang:

+ Bên lồng ngực bị tràn khí : vùng TK MP ở ngoại biên ,sát khung xương sườn- tăng sáng, có khoảng vô mạch.

+Nhu mô phổi bị đẩy co cụm về phía rốn phổi.

+ Trung thất bị đẩy lệch sang đối bên

\$. TRUNG THẤT.

Nhắc lại giải phẫu:

Giới hạn trung thất trên : từ nền cổ đến bờ trên quai ĐMC.

Trung thất dưới : từ bờ dưới ngã ba khí phế quản đến cơ hoành.

Trung thất giữa : nằm giữa nằm giữa trung thất trên và dưới.

Trung thất trước : từ mặt trong thành ngực đến mặt trước của khí quản.

Trung thất sau : từ mặt sau của khí quản đến cột sống.

Xem hình vẽ.

\$. CHÈN ÉP TK :

- Dây thần kinh hoành bị kích thích : gây nấc cục ; bị liệt : gây khó thở, cử động lồng ngực mất đối xứng.

- Dây thần kinh quặt ngược T : khàn tiếng.

- Mạng thần kinh cánh tay : đau từ C8 , D1 vào mặt trong cánh tay xuống các ngón 4, 5 { Pancoast Tobias}.

. TK giao cam cổ: [Claude Bernard Horner].

Đồng tử bên tổn thương nhỏ, sụp mí trên, hẹp khe mắt, lõm nhãn cầu.

TK giao cam lưng : Vã mồ hôi nhiều.

TK X : hồi hộp , tăng nhịp tim.

## \$. CHÈN ÉP MẠCH MÁU

### CHÈN ÉP TMC TRÊN:

Tim mặt , tay, nhức đầu.

+ Phù áo khoát: mặt,cổ, phần trên của lồng ngực, cánh tay.

+ TM cổ nổi, TM lưỡi dãn to. Tuần hoàn bàng hệ ở 1/3 trên ngực.

+ Nuốt nghẹn.

+ Khó thở từng lúc, tùy theo tư thế hay khó thở thường xuyên.

\$. Trung thất trước: \$ tắt nghẽn TMC trên + đau vùng xương ức.

\$ Trung thất giữa : liệt TK quặt ngược, TK hoành, RL hô hấp.

\$Trung thất sau : khó nuốt , Đau rễ TK liên sườn.

Căn nguyên:

Xem hình vẽ

### HỘI CHỨNG NHỒI MÁU PHỔI

Nguyên nhân nhồi máu phổi là thuyên tắc phổi.

Dạng điển hình của nhồi máu phổi có những triệu chứng chỉ điểm tạo thành hội chứng nhồi máu phổi:

+ Đau ngực khởi phát thình lình, cường độ mạnh như dao đâm, thường ở đáy phổi.

+ Khó thở, thở nhanh, có kèm đau ngực khi thở

+ Sốt thình lình, mức độ sốt thay đổi có lúc sốt cao 40°, đôi khi xảy ra chậm.

+ Ho ra máu, có khi máu đỏ tươi hay nâu sậm.

Chẩn đoán lâm sàng dựa vào 3 dấu hiệu sau đây:

#### 2) Dấu hiệu tim mạch :

*Dấu hiệu này là dấu hiệu quan trọng, xảy ra sớm, đôi khi triệu chứng nặng nề làm mờ \$ thuyên tắc phổi: Mạch nhanh, đều, HA giảm nhẹ thường thấy. Galop phải (+), T2 vang mạnh ở ổ van ĐM phổi. Trong trường hợp nặng, BN có dấu hiệu suy tim phải như gan to,đau; phản hồi gan tĩnh mạch cổ (+);tĩnh mạch cổ nổi.*

#### 3) Dấu hiệu phổi –màng phổi:

Không phải luôn luôn xảy ra, có thể có kèm \$ đông đặc nhu mô

Phổi , có tiếng cọ màng phổi.

#### 4) Xét nghiệm cận lâm sàng:

1. Xquang tim phổi: Thường xuất hiện chậm trong vòng 24- 48giờ sau khi nhồi máu phổi : các dấu hiệu hay gặp là mờ đông đặc nhu mô phổi dạng hình chêm,trần dịch màng phổi lượng ít, đa số các trường hợp Xquang tim phổi thường quy không thấy bất thường.

2. ECG : nhịp chậm, chuyển đạo trung gian chuyển trái, có S1Q3

Căn nguyên:nhồi máu phổi:

*\* do thuyên tắc cục máu đông từ tĩnh mạch , do thuyên tắc mỡ, thuyên tắc máu thuyên tắc ối..*

### HỘI CHỨNG HANG

- GỖ : ĐỤC
  - NGHE: TIẾNG THÔI HANG  
RAN Âm  
TIẾNG NGỰC THÂM (HIẾM)
- NGUYÊN NHÂN:  
LAO HANG, ÁP XE PHỔI

# TRIỆU CHỨNG CƠ NĂNG TIÊU HÓA

Võ Thị Mỹ Dung

- MỤC TIÊU
- **Phân biệt đau bụng cấp - mạn**
- **Nêu 5 nhóm nguyên nhân buồn nôn-nôn**
- **Nêu 2 nhóm nguyên nhân nuốt khó**
- **Phân biệt đặc điểm lâm sàng táo bón cấp, táo bón mạn**
- DÀN BÀI

## I. ĐAU BỤNG

## II. BUỒN NÔN - NÔN

## III. Ợ NÓNG

## IV. NUỐT KHÓ

## V. XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA

## VI. THAY ĐỔI THÓI QUEN ĐI TIÊU

- ĐAU BỤNG

Cơ chế:

- Đau do tạng: mơ hồ, định vị không rõ
- Đau do thành: đau sâu, kích thích hoặc viêm phúc mạc thành / mạc treo
- Đau do liên quan
- ĐAU BỤNG CẤP: NGUYÊN NHÂN
- Viêm dạ dày ruột cấp
- Viêm túi mật,
- Viêm túi thừa
- Viêm tụy
- Viêm vòi trứng
- Cơn đau quặn mật, thận
- Tắc ruột, thủng tạng rỗng
- Viêm ruột thừa
- ĐAU BỤNG CẤP
- Chỉ định phẫu thuật cấp cứu?
- Thuốc giảm đau?
- ĐAU BỤNG CẤP: BỆNH SỬ
- Đặc điểm: vị trí, kiểu đau, cường độ, hướng lan, thời gian, tần suất, các yếu tố làm giảm / nặng thêm
- Triệu chứng đi kèm
- Đau do liên quan: viêm phổi, viêm màng ngoài tim, nhồi máu cơ tim
- Tiền sử gia đình, kinh nguyệt, dùng thuốc kháng đông, giang mai, lậu
- ĐAU BỤNG MẠN
- Bệnh dạ dày tá tràng: viêm, loét, ung thư
- Bệnh đường mật
- Bệnh tụy: viêm tụy mạn, ung thư tụy
- Bệnh ruột non
- Bệnh đại tràng: IBS, K, viêm túi thừa mạn
- Nguyên nhân khác: lao màng bụng, bệnh mô liên kết, tiểu đường, porphyria, ...
- BUỒN NÔN-NÔN

- Buồn nôn: triệu chứng báo trước nôn
- Nôn: tống xuất mạnh các chất trong dạ dày
- Ợ hơi: co thắt hô hấp, trước nôn
- Ợe: tống xuất thức ăn sau ợ hơi
- Ợa (ợ): phun ngược lượng nhỏ thức ăn & không có hoạt động của cơ bụng
- Rối loạn chức năng
- Tổn thương thực thể
- Buồn nôn, không nôn

- Nghiện rượu
- Hội chứng ure huyết
- ↑ Ca/ máu
- Thuốc: digital, phiện, KS, ngừa thai
- Bệnh gan
- Tia xạ
- Thai

Buồn nôn dai dẳng/ khỏe: tâm thần

#### ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

- Migraine: nôn + nhức nửa đầu
- ↑ ALNS: nôn vọt + nhức đầu
- Bệnh mũi hầu: nôn + chóng mặt
- Nôn sáng sớm: thai, rượu, hc ure huyết
- Nôn do tâm thần: kéo dài, lên lút
- Nôn thức ăn sau ăn  $\geq 1g$ : ứ đọng
- Nghẽn tắc thực quản: ợa > nôn
- Nôn kéo dài: viêm phổi hít, XH, rối loạn e<sup>-</sup>

#### NGUYÊN NHÂN NÔN

##### Thần kinh:

- Migraine
- Rối loạn mũi hầu
- Sang thương ở não

##### Tâm thần:

- Chấn thương tâm lý
- Nôn lên lút
- Nôn chu kỳ

##### Chuyển hóa - nội tiết

- Suy thận
- Suy gan
- Nhược giáp
- Thai
- Dị ứng thức ăn
- Rối loạn e<sup>-</sup>: ↓Na<sup>+</sup>, ↑Ca<sup>++</sup>, ↑K<sup>+</sup>
- Toan chuyển hóa
- Suy thượng thận
- Tiểu đường
- Thuốc, hóa chất

##### Tiêu hoá

- Viêm loét DD TT
- Hẹp môn vị
- Tắc ruột
- Viêm gan cấp
- Viêm túi mật
- Viêm tụy
- Viêm phúc mạc
- Mất trương lực
- Viêm ruột thừa
- Liệt ruột
- Xơ gan
- Sỏi mật
- Ung thư tụy
- K màng bụng

##### Các nguyên nhân khác

- Bệnh gây sốt cấp tính
- Nhồi máu cơ tim
- Suy tim sung huyết
- Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính
- Phản xạ thần kinh

■ **Ợ NÓNG**

- Nóng, đau sau xương ức, mũi kiếm, lan trước ngực, 2 bên, hàm, cánh tay

■ **Nặng:** sau ăn, nghiêng về trước

■ ↓ trong vòng 15 phút sau dùng antacid

■ **Cơ chế:**

- Trao ngược acid-pepsin / mật-dịch tụy làm thay đổi biểu mô thực quản
- Bất thường vận động thực quản ±

■ **Căn nguyên:**

- Mất trương lực CVTQ dưới
- Barrett thực quản
- Bướu thực quản

■ **Biến chứng:**

- Viêm thực quản (XH, loét, hẹp)
- Hít vào KQ → xơ hóa, VP, ho mạn

■ **NUỐT KHÓ**

■ **Nuốt khó do hầu họng:**

- Lưỡi bị mất chức năng: nhược cơ
- Rối loạn chức năng hầu
- Nhược cơ - Bệnh cường não
- Cường giáp - Viêm da cơ
- Tắc nghẽn
- Viêm - Bướu
- Túi thừa Zenker

■ **Nuốt khó do thực quản**

- Tắc nghẽn lòng thực quản
- Thực quản màng
- Vòng thực quản dưới
- Hẹp do bướu, viêm, chất ăn mòn
- Co thắt cơ vòng thực quản dưới
- Vật lạ
- Tắc do chèn ép thực quản
- Bướu tuyến giáp
- Hạch
- Mạch máu:
- + Phình ĐMC
- + Cung ĐMC bên P
- + ĐM dưới đòn P bất thường
- Rối loạn vận động
- Achalasia
- Xơ cứng bì
- Bệnh thần kinh do tiểu đường

- Co thắt thực quản
- Amyloidosis
- Nhiễm ký sinh trùng (bệnh Chagas)
- Nguyên nhân khác
- Nhiễm trùng (nấm)
- Bệnh Crohn

#### ■ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA

##### ■ XHTH trên

- Ói ra máu (đỏ, bã café)
- Tiêu phân đen

##### ■ XHTH dưới

- Tiêu máu đỏ

#### ■ TIÊU CHẢY

■  $\perp$ : < 300 g / ngày (150 ml nước)

■ TC:  $\uparrow$  lượng dịch / phân, số lần

> 300 g/ngày ( $\geq$  250 ml nước)

→ Rối loạn nước điện giải

##### ■ Triệu chứng cơ năng

- Đau quặn bụng, buồn nôn, nôn
- Cảm giác mắc đi cầu
- Tiêu phân nhiều nước  $\pm$  nhầy

##### ■ Triệu chứng thực thể

- Đau bụng lan tỏa
- Nhu động ruột tăng
- Dấu hiệu mất nước

##### ■ Triệu chứng toàn thân

- Sốt
- Đau cơ

#### ■ TÁO BÓN

■ Phân quá khô, khó thải phân

■ Phân ít (< 50 g/ngày), ít đi tiêu

■ Căn nguyên

- Hư hỏng sự làm đầy trực tràng
- Rối loạn phản xạ đi tiêu

→ Rối loạn làm trống trực tràng

#### ■ TÁO BÓN CẤP

Mới xảy ra: rối loạn trầm trọng

Người lớn tuổi: phân đóng chặt

■ Bướu trực tràng-đại tràng

■ Nghẽn mạch mạc treo

■ Tổn thương hậu môn trực tràng

■ Rối loạn thần kinh

■ Bệnh toàn thân

#### ■ TÁO BÓN MẠN

- Thói quen + phân cứng, tiêu không thường xuyên

■ Thói quen ăn uống không đúng

■ Thói quen đi tiêu kém, thiếu luyện tập

- Sử dụng thuốc, HC đại tràng kích thích
- Trực tràng không nhạy cảm: nín, nghiện thuốc
- Hậu môn trực tràng: dò, loét, trĩ
- Bón nặng bất hồi phục: megacolon
- Rối loạn dạ dày ruột, bệnh toàn thân

# KHÁM BỤNG

## NỘI DUNG

1. NGUYÊN TẮC
2. PHÂN KHU VÙNG BỤNG
3. KỸ THUẬT KHÁM :  
NHÌN - NGHE – GÕ - SỜ

## NGUYÊN TẮC

1. KHÁM BỤNG LUÔN KẾT HỢP KHÁM TOÀN THÂN
2. LUÔN THỰC HIỆN ĐỦ 4 BƯỚC KHÁM ( NHÌN , NGHE , GÕ , SỜ )
3. TRÁNH GÂY ĐAU, KHÓ CHỊU CHO BỆNH NHÂN

## PHÂN KHU VÙNG BỤNG

1. KIỂU KINH ĐIỂN
  - Có 9 vùng
  - Mốc phân chia :
    - \*2 đường ngang
      - + Đường nối đầu trước 2 xương sườn 10
      - + Đường nối 2 gai chậu trước trên
    - \*2 đường dọc
      - + Đường đi qua giữa bờ sườn và cung đùi

## TÊN 9 VÙNG

1. Vùng thượng vị
2. Vùng hạ sườn P
3. Vùng hạ sườn T
4. Vùng rốn
5. Vùng hông / mạng mỡ P
6. Vùng hông / mạng mỡ T
7. Vùng hạ vị
8. Vùng hố chậu P
9. Vùng hố chậu T

## PHÂN KHU VÙNG BỤNG

### 2. KIỂU ANH - MỸ

- Có 4 vùng
- Mốc phân chia:
  - + Đường ngang qua rốn
  - + Đường nối mũi kiếm xương ức với khớp liên mu
- Tên 4 vùng :  $\frac{1}{4}$  trên P ,  $\frac{1}{4}$  trên T  
 $\frac{1}{4}$  dưới P,  $\frac{1}{4}$  dưới T

## HỎI BỆNH : TÌM TC CƠ NĂNG

### ĐAU BỤNG

## TÍNH CHẤT ĐAU BỤNG

### KHÁM BỆNH :

- KHÁM TOÀN THÂN
- KHÁM BỘ MÁY TIÊU HOÁ : KHÁM BỤNG
- THĂM TRỰC TRÀNG, ÂM ĐẠO
- KHÁM CHẤT THẢI TIẾT

### CÁC BƯỚC THỰC HIỆN KHÁM BỤNG

1. Nhìn bụng BN , không quên vùng bẹn
2. Nghe bụng với ống nghe
3. Gõ bụng
4. Sờ nắn bụng
5. Khám vùng bẹn
6. Thăm khám hậu môn – trực tràng

### CÁCH KHÁM BỤNG

#### NGUYÊN TẮC CHUNG :

- TƯ THẾ BN : nằm ngửa, 2 chân hơi co, 2 tay thả dọc theo thân người, thư giãn để mềm thành bụng, thở đều, vùng bụng được bộc lộ đầy đủ, có thể vừa nói chuyện
- TƯ THẾ NGƯỜI KHÁM : đứng bên phải BN , bảo BN mô tả cảm giác đau hay những cảm giác gì khác
- PHÒNG KHÁM : đủ ánh sáng, đủ ấm, đủ dụng cụ khám

#### THỰC HIỆN KHÁM BỤNG : NHÌN

#### **Để nhận biết hình dáng bụng, những bất thường và các di động trên thành bụng**

- TÌNH TRẠNG BÌNH THƯỜNG
- TÌNH TRẠNG BỆNH LÝ : Ghi nhận :
  - + Hình dáng chung của bụng BN
  - + Độ cong của bề mặt bụng
  - + Những chỗ phồng lên hay lõm vào
  - + Sự bất đối xứng
  - + Nhìn di động thành bụng theo nhịp thở
  - + Nhìn da bụng : lông, sắc tố, sẹo mổ cũ, tuần hoàn bàng hệ ,...
  - + Tình trạng cơ bụng
  - + Nhìn những chỗ phồng lên bất thường hay khối thoát vị
  - + Chú ý vùng rốn
  - + Nhìn vùng bẹn 2 bên và so sánh
  - + Một số dấu hiệu bệnh lý:
    - dấu rắn bò, vết bầm ( xuất huyết ) dưới da, lỗ dò thành bụng, nhịp đập khối u, thoát vị thành bụng

#### THỰC HIỆN KHÁM BỤNG : NGHE

#### **Để nhận biết một số âm thanh xuất phát từ các cơ quan trong ổ bụng như dạ dày, ruột, mạch máu**

- (1) Cách nghe :
  - bằng tai thường
  - bằng ống nghe
 Đặt ống nghe bên phải ngay dưới mũi ức, nhẹ nhàng và giữ yên ống nghe  
 Chú ý lắng nghe và tiếp tục ở những vị trí khác theo thứ tự từ trên xuống và từ trái qua phải  
 Không được quên vùng bẹn

## (2) Bình thường

Tiếng nhu động ruột 5 - 10 lần/ phút

## (3) Bệnh lý

Thay đổi nhu động ruột : tăng , giảm

Tiếng thổi từ mạch máu , từ khối u

Tiếng óc ách trong hẹp môn vị

THỰC HIỆN KHÁM BỤNG : GỖ

**Để nhận biết hình dạng, kích thước những cơ quan, cấu trúc trong ổ bụng**

Cách gõ:

- Áp nhẹ tay T trên thành bụng BN với các ngón tay hơi dang ra
- Dùng ngón giữa tay P, cong lại, gõ đầu ngón lên lưng của ngón giữa tay T
- Chỉ dùng cử động cổ tay, không cử động cả cánh tay
- Gõ khắp bụng một cách có hệ thống
- Gõ bụng ở tư thế BN nằm nghiêng P/ T
- Có thể phát hiện
- + Âm gõ vang khi gõ trên vùng có hơi ( ruột,.. )
- + Âm gõ đục khi gõ trên tạng đặc ( gan, lách,.. )
- Gõ xác định bờ trên gan, bờ dưới gan ( để xác định chiều cao gan )
- Gõ vùng lách
- Phát hiện bóng bụng

THỰC HIỆN KHÁM BỤNG : SỜ

LÀ PHƯƠNG PHÁP QUAN TRỌNG NHẤT

**Để nhận biết hình dạng, kích thước, mật độ những cơ quan, cấu trúc trong ổ bụng****Phát hiện những điểm đau và mức độ đề kháng của thành bụng**

- (1) Chuẩn bị : chú ý tư thế bệnh nhân
- (2) Nguyên tắc :
  - Sờ nhẹ nhàng từ vùng KHÔNG ĐAU đến vùng ĐAU
  - Đặt sát lòng bàn tay vào thành bụng, KHÔNG dùng 5 đầu ngón tay

Yêu cầu BN thở đều, sờ nhịp nhàng theo nhịp thở BN

PHƯƠNG PHÁP SỜ

- + Dùng 1 bàn tay
- + Dùng 2 bàn tay áp lên thành bụng hoặc 2 bàn tay chồng lên nhau để ấn sâu vào thành bụng
- + Sờ ở tư thế bệnh nhân nằm ngửa, nằm nghiêng P / T ,ngồi, đứng

(3) NHỮNG TRIỆU CHỨNG CÓ THỂ CÓ :

**A/ LỚP DA BÊN NGOÀI:**

- Khi mất nước: da mỏng, mất tính đàn hồi, có dấu vẹo da
- Khi bị phù: da dày lên, có dấu ấn lõm

**B/ LỚP CƠ VÀ PHỨC MẠC:**

- Co cứng thành bụng: cơ nổi rõ, không di động theo nhịp thở, co cứng liên tục
- Phản ứng thành bụng: còn di động theo nhịp thở, không co cứng liên tục
- Phản ứng dội ( Rebound tenderness)
- Xác định phản ứng dội:

- + Đè từ từ và sâu vào thành bụng
- + Nhấc tay lên nhanh
- + BN kêu đau : phản ứng dội (+)
- Xác định mức độ đề kháng của cơ thành bụng
- + Ấn chẩn nhiều vị trí khác nhau ở thành bụng
- + Phân biệt cơ cơ tự ý hay đề kháng thực sự

### **C/ NỘI TẠNG TRONG BỤNG:**

- Tạng to ra : gan, lách, thân,...
- Khối u trong ổ bụng: mô tả 7 tính chất ( vị trí, kích thước, giới hạn, mật độ, hình dạng, di động, đau ? )

### **D/ CÁC ĐIỂM ĐAU:**

- Điểm đau ruột thừa
- Điểm đau niệu quản trên, giữa, dưới
- Điểm đau túi mật: dấu hiệu Murphy
- Điểm đau của tụy: Mayo Robson, Tôn Thất Tùng, Mallet Guy
- Điểm đau buồng trứng

### **CÁCH KHÁM GAN**

- Chuẩn bị BN
- Khám bằng 2 tay :
  - + Đặt bàn tay trái ở hông P của BN, đẩy về phía trước và lên trên với các ngón tay hơi cong
  - +Đặt bàn tay P dưới bờ sườn P của BN, các ngón tay hướng chéo lên trên
  - Bảo BN hít sâu, cảm nhận bờ dưới gan trượt dưới những ngón tay. Nếu không thấy, ấn vị trí cao hơn hay thấp hơn một chút
- Cách khám khác :
  - Dùng các đầu ngón tay của cả 2 bàn tay móc ngược bờ sườn P của bệnh nhân từ phía trên
  - Cần xác định vị trí bờ dưới gan, mật độ gan, bề mặt, có nhân không, bờ gan sắc hay tù
  - Nghiệm pháp rung gan: đặt bàn tay T lên mạng sườn P của BN, các ngón tay nằm trong các khoảng liên sườn. Dùng bờ trụ chặt nhẹ và gợn vào các ngón tay T
  - Nghiệm pháp ấn kê sườn : dùng ngón tay 1 và 2 ấn vừa phải vào các kê sườn, có thể tìm được điểm đau chói

### **CÁCH KHÁM LÁCH**

- Khám bằng 2 tay:
  - Đặt bàn tay T ở vùng hông T , phía lưng của BN
  - Đặt bàn tay P ở vùng hông T, phía bụng của BN
  - Bảo BN hít sâu , nếu lách to sẽ cảm nhận bờ lách trượt dưới những ngón tay
  - Xác định kích thước , mật độ, bề mặt của lách
  - Có 4 độ lách to

### **E/ Một số dấu hiệu đặc biệt:**

- Dấu cục nước đá
- Dấu chạm thắt lưng / chạm thận
- Dấu sóng vỡ
  - + cách thực hiện
  - + ý nghĩa

### **KẾT LUẬN**

- Khám bụng để nhận biết TC thực thể
- Đòi hỏi rèn luyện nhiều về kỹ năng để có thể phát hiện các TC đầy đủ, chính xác

-Có buổi học về “ Khám Bụng “ ở BM Kỹ Năng Y Khoa

## KHÁM THẬN & ĐƯỜNG NIỆU

ThS. BS. NGUYỄN THỊ NGỌC LINH  
GIẢNG VIÊN BỘ MÔN NỘI - ĐHYD

### CẤU TẠO HỆ TIẾT NIỆU

- 2 quả thận
- 2 niệu quản
- Bàng quang
- Niệu đạo

### NHẮC LẠI GIẢI PHẪU

#### 1. Thận

- Nằm sau phúc mạc
- Ở 2 bên cột sống :  
Cực trên xương sườn 11  
Cực dưới : ngang mõm ngang đốt sống L<sub>2</sub>- L<sub>3</sub>
- Thận phải thấp hơn thận trái vì có gan nằm ở phía trên
- Kích thước thận 11 x 6 x 2,5cm. Thận được cố định bởi bao mỡ quanh thận, cân cơ thận, mạc , máu thận

#### 2. Niệu quản :

có hình ống, dài 25cm, bắt đầu ở bể thận chạy xuống dưới cắm vào BQ tại góc sau bên của BQ. Phần dày nhất ĐK 1cm

Thành niệu quản gồm 3 lớp: niêm mạc, lớp cơ, lớp áo ngoài. Lớp cơ tạo thành sóng nhu động trong niệu quản, đẩy nước tiểu từ bể thận xuống BQ theo tác dụng trọng lực

### NHẮC LẠI GIẢI PHẪU

#### 4. Bàng quang : là túi chứa nước tiểu, nằm sau xương mu, phía trước trực tràng

- Nữ : BQ tiếp xúc tử cung âm đạo
- Nam : tiền liệt tuyến nằm dưới BQ
- Hình dạng : tùy thể tích nước tiểu chứa bên trong. Khi chứa đầy nước tiểu có hình tròn và nhô vào ổ bụng
- Dung tích : 700-800ml. 200-300ml: BQ giãn, kích thích phản xạ đi tiểu
- Đi tiểu : cơ tam giác BQ co thắt, cơ thắt niệu đạo trong và ngoài giãn, nước tiểu được tổng xuất ra ngoài qua niệu đạo

Niệu đạo : ống dẫn nước tiểu từ BQ ra ngoài nhờ động tác đi tiểu

### CÁCH KHÁM THẬN

Tư thế : khám thận bên nào đứng bên đó

khám. Chân có thể duỗi thẳng hay co

Nhìn :

- Có khối u ở mạn sườn ? Ở hông lưng (hố thắt lưng dầy) gặp trong viêm tấy quanh thận, chấn thương thận, áp xe thận
- Vết sẹo mổ cũ hố thắt lưng (do phẫu thuật lấy sỏi thận)

Gõ :

- Gõ vang : trong trường hợp thận to vì đại tràng nằm ngang thận
- Gõ đục : nếu bướu đại tràng hoặc bướu trong ổ bụng

Nghe : có thể nghe âm thổi tâm thu ở góc sườn thắt lưng và ¼ trên bụng, do hẹp ĐM thận

- Một tay đặt dưới bờ sườn
- Bàn tay còn lại đặt ở hố thắt lưng
- Bàn tay trên ấn sâu xuống nhẹ nhàng, dứt khoát.
- Đồng thời nói BN hít sâu. Ta sẽ có cảm giác thận di chuyển xuống dưới, nằm giữa 2 lòng bàn tay -> dấu chạm thận dương tính

chạm thận dương tính

#### 1.2 DẤU BẬP BÈNH THẬN

- Tư thế và động tác giống như khám thận
- Khi sờ được thận, hất nhẹ bàn tay dưới, nếu thận to sẽ thấy bập bênh giữa 2 lòng bàn tay
- Dấu bập bênh thận dương tính chứng tỏ thận còn di động, ít dính vào cơ quan lân cận
- Khi thận to nhưng dính chắc vào hông lưng sẽ không có dấu bập bênh thận
- ❖ Các bất thường cấu trúc thận bẩm sinh : thận đôi, thận hình móng ngựa

Rung thận dương tính trong trường hợp :

- Thận ứ nước, ứ mủ
- Viêm đài bể thận cấp
- Viêm tấy quanh thận
- Chấn thương thận

### 1.3 CÁC ĐIỂM ĐAU

- ❖ Điểm sườn lưng
  - ❖ Điểm sườn sống
- Kết quả khám :

- Thận trái : không sờ thấy
- Thận phải : có thể sờ được cực dưới thận trong trường hợp người gầy, thường là phụ nữ

Nguyên nhân thận to :

- Thận ứ nước, ứ mủ
- Thận đa nang
- khối u thận
- Thận sa : do niệu quản dài làm thận nằm thấp nhưng kích thước bình thường

### CÁCH KHÁM NIỆU QUẢN

- Điểm đau niệu quản trên : ở bờ ngoài cơ thẳng to, trên đường ngang rốn
- Điểm niệu quản giữa : ở 1/3 ngoài của đường thẳng nối liền gai chậu trước trên
- Điểm niệu quản dưới : nằm trong tiểu khung, phải thăm trực tràng hay âm đạo mới phát hiện được
- Các điểm đau niệu quản (+) trong tắc nghẽn niệu quản do sỏi, cục máu đông

### KHÁM BÀNNG QUANG

- Nhìn : có khối u vùng hạ vị, căng tròn nằm ngay trên xương mu
- Sờ : cảm giác khối u tròn, mềm, có ranh giới rõ. Ấn vào BN có cảm giác mắc tiểu, đau tức
- Gõ : đục theo hình cong lồi lên trên

Chẩn đoán phân biệt :

- U nang
- Bướu tử cung - buồng trứng
- Bướu tinh hoàn nằm trong ổ bụng
- Có thai
- Báng bụng

Chẩn đoán xác định :

Bằng cách đặt thông tiểu, nước tiểu, nếu là cầu bàng quang sẽ xẹp sau khi thông tiểu

Nguyên nhân bí tiểu :

- Tắc nghẽn
- Bàng quang thần kinh
- Nhiễm trùng
- Do thuốc: giảm co thắt cơ tam giác BQ, tăng co thắt cơ vòng
- Sau phẫu thuật : cơ quan sinh dục, đại tràng trực tràng

### KHÁM NIỆU ĐẠO

- ❖ Nam : từ đầu dương vật đến niệu đạo sau thấy lỗ niệu đạo có màu hồng, không có dịch tiết. Có thể phát hiện được

- Hẹp bao da qui đầu
- Lỗ niệu đạo đỏ, chảy mủ, máu
- Hẹp lỗ niệu đạo
- Nếu sỏi kẹt niệu đạo có thể sờ được hòn sỏi trong niệu đạo
- Dị tật bẩm sinh: lỗ sáo thấp hoặc cao

- ❖ Nữ : vạch môi lớn, môi nhỏ sẽ thấy lỗ niệu đạo nằm trên âm đạo

## ❖ TIỂU NHIỀU - TIỂU ÍT - VÔ NIỆU

ThS BS NGUYỄN THY ANH

- ❖ SƠ LƯỢC VỀ SINH LÝ SỰ KIỂM SOÁT THĂNG BẰNG NƯỚC VÀ NATRI
- ❖ độ lọc cầu thận 125ml/ph → 150lít nước tiểu mỗi ngày !!!
- ❖ thực tế chỉ có # 1500ml → 2000ml bài tiết mỗi ngày → 99% được tái hấp thu ở ống thận.
- ❖ SỰ ĐIỀU HÒA BÀI TIẾT NATRI CỦA THẬN
- ❖ SỰ CÂN BẰNG GIỮA CẦU THẬN - ỐNG THẬN
- ❖ Khi cầu thận tăng lọc - ống thận sẽ tăng tái hấp thu và ngược lại.
- ❖ → tránh được ứ nước và muối khi lọc cầu thận giảm và mất nước và muối khi lọc cầu thận tăng.
- ❖ SỰ KIỂM SOÁT NGƯỢC ỐNG THẬN - CẦU THẬN
- ❖ MACULA Densa → hóa cảm thụ quan, điều hòa sự bài tiết Natri qua hệ thống renine angiotensine → angiotensine II → co tiểu động mạch đi của cầu thận → thay đổi độ lọc cầu thận của cùng Nephron.
- ❖ HỆ THỐNG RENINE-ANGIOTENSINE - ALDOSTERONE (RAA)
- ❖ HỆ RAA bị kích hoạt khi thiếu Natri và bị ức chế khi thừa Natri. → Angiotensine làm ↑ tái hấp thu Natri bằng :
- ❖ Gây co tiểu động mạch đi của cầu thận → ↑ phân xuất lọc của cầu thận → ↑ tái hấp thu Natri và H<sub>2</sub>O của ống thận gần.
- ❖ → tăng tiết Aldosterone của tuyến thượng thận → ↑ tái hấp thu Natri ở ống xa.
- ❖ CÁC YẾU TỐ LỢI TIỂU NATRI (NATRIURETIC - FACTORS)
- ❖ Bị kích hoạt bởi tình trạng ứ nước và Na hoặc bởi sự ↑ thể tích máu.
- ❖ Làm ↑ lọc cầu thận, ức chế trực tiếp sự tái hấp thu H<sub>2</sub>O và Na hoặc gián tiếp bằng cách thay đổi huyết động học tại thận.
- ❖ SỰ ĐIỀU HOÀ BÀI TIẾT H<sub>2</sub>O CỦA THẬN
- ❖ ỐNG THẬN GẦN:
- ❖ tái hấp thu H<sub>2</sub>O liên hệ mật thiết với Natri
- ❖ ỐNG XA VÀ ỐNG GÓP:
- ❖ Sự tái hấp thu Natri ở ống xa do ALDOSTERONE và tùy vào lượng Natri.
- ❖ Sự tái hấp thu H<sub>2</sub>O ở ống góp do ADH (AntiDiuretic Hormon) quyết định và tùy vào áp lực thẩm thấu của dịch ngoại bào.
- ❖ Ở NGƯỜI BÌNH THƯỜNG,
- ❖ mỗi ngày cần bài tiết qua thận trung bình # 600 mosm chất thẩm thấu sinh ra do chuyển hóa
- ❖ Để bài tiết nước tiểu có độ thẩm thấu bằng với huyết tương (#300 mosm/kg H<sub>2</sub>O) → thể tích nước tiểu/24 giờ
- ❖  $600 : 300 = 2\text{lít.}$
- ❖ NẾU ĐƯỢC CUNG CẤP NƯỚC NHIỀU :
- ❖ thận cần thải lượng nước dư → khả năng pha loãng nước tiểu của thận có thể hạ thấp độ thẩm thấu của nước tiểu còn 50 mosm/ kg H<sub>2</sub>O, thể tích nước tiểu có thể đạt đến 12lít/24giờ:
- ❖  $600 : 50 = 12\text{ lít}$
- ❖ KHI BỊ THIẾU NƯỚC HOẶC MẤT NƯỚC :
- ❖ thận cần giữ nước lại cho cơ thể → khả năng cô đặc nước tiểu của thận có thể làm tăng độ thẩm thấu nước tiểu đến 1200 mosm/ kg H<sub>2</sub>O, thể tích nước tiểu chỉ còn 400-500ml/24giờ.
- ❖  $600 : 1200 = 0,5\text{ lít}$
- ❖ CƠ CHẾ CỦA SỰ PHA LOÃNG VÀ CÔ ĐẶC NƯỚC TIỂU

- ❖ TIỂU NHIỀU DO ĐÁP ỨNG SINH LÝ
- ❖ 1- QUÁ TẢI CHẤT THẨM THẤU
- ❖ Quá tải chất thẩm thấu (tăng đường huyết ...) -> ↑ lọc cầu thận -> ↑ nồng độ trong lòng ống thận -> ↓ tái hấp thu NaCl tại ống gần và quai Henlé - lợi tiểu thẩm thấu, nước tiểu đẳng trương.
- ❖ Bệnh đái tháo đường.
- ❖ Truyền dịch Mamilol, urê.
- ❖ Nuôi ăn qua đường tĩnh mạch ( acid amin, gluco.)
- ❖ 2- QUÁ TẢI MUỐI
- ❖ Thừa muối -> uống nhiều nước -> lợi tiểu Natri, nước tiểu đẳng trương -> tiểu nhiều.
- ❖ Ăn mặn (hiếm)
- ❖ Tái hấp thu dịch trong PHÙ.
- ❖ 3- POTOMANIA: bệnh cuồng uống
- ❖ uống H<sub>2</sub>O quá mức → tiểu nhiều + Độ thẩm thấu huyết tương giảm → độ thẩm thấu nước tiểu giảm + không đáp ứng với vasopressine → Test nhịn nước + (Nghiệm pháp cô đặc nước tiểu + )
- ❖ **NGHIỆM PHÁP** **KẾT QUẢ BÌNH THƯỜNG**
- ❖ TRONG 24GIỜ (TEST NHỊN NƯỚC)
- ❖ H<sub>2</sub>O hấp thu < 500ml Thể tích nước tiểu < 750ml
- ❖ Chỉ ăn thức ăn khô Tỉ trọng nước tiểu > 1,027
- ❖ TRONG 4GIỜ (TEST VASOPRESSINE )
- ❖ Trên TM. arginine-vasopressine Lấy nước tiểu mỗi giờ
- ❖ hoặc xịt mũi MINIRIN Độ thẩm thấu nước tiểu
- ❖ > 700 mosm/Kg
- ❖ TIỂU NHIỀU DO ĐÁP ỨNG BẤT THƯỜNG TRONG CÁC BỆNH LÝ
- ❖ 1- ĐÁI THÁO NHẠT DO THẬN :
- ❖ Thận mất khả năng cô đặc nước tiểu -> tiểu nhiều, vì ống thận tổn thương giảm hoặc không đáp ứng với ADH.
- ❖ Bệnh thận : suy thận mãn, suy thận cấp giai đoạn phục hồi, viêm thận kẽ mãn, các bệnh ống thận bẩm sinh (toan máu ống thận).
- ❖ Tăng Caici máu.
- ❖ Hạ Kali máu.
- ❖ Thuốc : gây mê với METHOXYFLURANE.
- ❖ Lithium carbonate
- ❖ Demeclocycline
- ❖ **CHẨN ĐOÁN** : - Nước tiểu loãng, độ thẩm thấu huyết tương bình thường hoặc tăng. Đáp ứng kém với test nhịn nước và không đáp ứng với vasopressine.
- ❖ 2- ĐÁI THÁO NHẠT TRUNG ƯỚNG :
- ❖ Tuyến yên giảm hoặc ngừng tiết ADH -> thận mất khả năng cô đặc nước tiểu -> tiểu nhiều.
- ❖ **CHẨN ĐOÁN** : nước tiểu loãng, độ thẩm thấu huyết tương tăng nhẹ đáp ứng với vasopressine.
- ❖ **TIỂU ĐẠM**
- ❖ **TRIỆU CHỨNG QUAN TRỌNG/ BỆNH THẬN**
- ❖ **MỨC ĐỘ TIỂU ĐẠM (TĐ) & THÀNH PHẦN ĐẠM NIỆU CHO BIẾT CÁC LOẠI TỔN THƯƠNG THẬN**
- ❖ **ĐỊNH NGHĨA**
- ❖ ĐẠM NIỆU / 24G > 150MG
- ❖ BÌNH THƯỜNG : ĐN/24G < 150MG . ALBUMIN ≤ 30MG/24G
- ❖ ĐẠM CÓ PHÂN TỬ KHỐI < 20 KDa LỌC TỰ DO/ CẦU THẬN & TÁI HẤP THU / ỐNG THẬN

- ❖ *TAMM-HORSFALL IgA UROKINASE/ ỐNG THẬN BETA 2 micro G - APOPROTEIN ENZYME - PEPTIDE HORMONE*
- ❖ PHÂN LOẠI TB THEO SINH LÝ BỆNH
- ❖ MÀNG LỌC CẦU THẬN
- ❖ TIỂU ĐẠM TRƯỚC THẬN
- ❖ TIỂU ĐẠM TRƯỚC THẬN
- ❖ TIỂU ĐẠM CẦU THẬN
- ❖ TIỂU ĐẠM CẦU THẬN
- ❖ TIỂU ĐẠM CẦU THẬN
- ❖ TIỂU ĐẠM ỐNG THẬN
- ❖ TIỂU ĐẠM SAU THẬN
- ❖ VIÊM , CHẢY MÁU TỪ HỆ THỐNG BÀI TIẾT
- ❖ NHIỄM TRÙNG TIỂU
- ❖ CHẤN THƯƠNG
- ❖ CÁC PHƯƠNG PHÁP XN
- ❖ CHẨN ĐOÁN TIỂU ĐẠM
  - ❖ DIPSTICK
  - ❖ MICRAL TEST
  - ❖ KẾT TỬA BẰNG ACID
  - ❖ ĐIỆN DI ĐẠM NIỆU MIỄN DỊCH
- ❖ ĐỊNH LƯỢNG ĐẠM NIỆU
  - ❖ ĐN 24G
  - ❖ TỶ LỆ ĐẠM/ CREATININ NIỆU
- ❖ SƠ ĐỒ CHẨN ĐOÁN TIỂU ĐẠM

# SƠ ĐỒ CHẨN ĐOÁN TIỂU ĐẠM

