

**B GIÁO D C VÀ ÀO T O  
TR NG IH C TÂY Ô**



## **GIÁO TRÌNH**

**B NH H C C S**

**(Dùng cho ào t o D c s i h c)**

**BIÊN SO N: BS.CKI. NGUY N T N L C**

**N m 2016**

# LỜI NÓI ĐẦU



Do nhu cầu học tập ngày càng tăng của các lớp học Dự, chúng tôi biên soạn giáo trình **Bộ môn Hóa học** theo mục tiêu và số tiết qui định (45 tiết).

Giáo trình **Bộ môn Hóa học** chia thành hai phần kiến thức cơ bản và chuyên sâu. Bộ môn Hóa học là khoa tính toán thì ít khi làm hành, có tham khảo học để nghiên cứu và hiểu về các Bộ môn Hóa học khác tham khảo phần hiểu về hai bộ môn vì nó liên ngành là Bộ môn Hóa học TP. Hồ Chí Minh và Bộ môn Hóa học Mai Hòa Nội môn bộ môn khoa học, các pháp lý và tính toán của Việt Nam.

Giáo trình gồm 22 bài về các chuyên khoa Nội: huyết học, tim mạch, nội tiết, khí quản, hô hấp, tiêu hóa, nội mô và thận. Mỗi bài học đều có mục tiêu cần đạt, các bộ môn sinh viên cần nắm các mục tiêu cần nắm vững các phần trọng tâm của bài học.

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn TS.BS. Nguyễn Văn Tân và TS.BS. Nguyễn Văn Sách đã đọc và phê bình giáo trình sớm để hoàn thành.

Mặc dù đã có nhiều cố gắng nhưng do nội dung giáo trình bao gồm kiến thức của nhiều chuyên khoa khác nhau và thời gian có hạn nên giáo trình chắc chắn vẫn không tránh khỏi những thiếu sót, chúng tôi mong nhận được sự đóng góp ý kiến của quý thầy cô và các bộ môn sinh viên lần tái bản sau để hoàn chỉnh hơn.

Tháng 12 năm 2015

BS. CKI. Nguyễn Tấn Lộc

# M C L C



1. THI  U MÁU .....	1
2. T  NG HUY  T ÁP.....	4
3. R  I LO  N LIPID MÁU .....	11
4. SUY TIM .....	16
5.  ÁI THÁO      NG.....	19
6. B   U GIÁP      N THU  N .....	22
7. B  NH BASEDOW .....	25
8. VIÊM KH  P D  NG TH  P.....	27
9. B  NH GOUT.....	30
10. VIÊM PH  I .....	33
11. HEN PH  QU  N .....	36
12. TIÊU CH  Y .....	39
13. TÁO BÓN .....	42
14. LOÉT D   DÀY TÁ TRÀNG.....	45
15. VIÊM GAN.....	48
16. X   GAN .....	51
17. S  TXU  THUY  T DENGUE.....	56
18. NHI  M TRÙNG TI  U.....	60
19. H  I CH  NG TH  NH   .....	63
20. SUY TH  N C  P.....	66
21. SUY TH  N M  N.....	68
22. CHOÁNG PH  N V   .....	71

# THI U MÁU

## M C TIÊU

1. Trình bày c nh ngh a thi u máu theo T ch c Y t Th Gi i (WHO).
2. Phân bi t và ánh giá c m c thi u máu c p và thi u máu m n.
3. K c các nguyên nhân thi u máu.
4. Nêu c nguyên t c i u tr .

### 1. nh ngh a

- Thi u máu là tình tr ng gi m s l ng hemoglobin (Hb) xu ng d i m c bình th ng d n n máu không cung c p oxy cho các mô.

- Theo WHO (2001), thi u máu khi:

- Hb < 13 g/dl i v i nam.
- Hb < 12 g/dl i v i n .
- Hb < 11 g/dl i v i ph n mang thai và ng i l n tu i.

### 2. Tri u ch ng

**2.1. Lâm sàng c a thi u máu c p:** th i gian xu t hi n tri u ch ng thi u máu < 2 tu n, bi u hi n tình tr ng thi u oxy mô c p do gi m kh i l ng tu n hoàn c p. Các tri u ch ng lâm sàng s bi u hi n t ng i rõ khi thi u máu c p m c trung bình n n ng.

- Da niêm: da xanh xao, niêm nh t.

- Tim m ch: m t, h i h p, ánh tr ng ng c.

- Th n kinh: nh c u, chóng m t, hoa m t, ù tai, xây x m, d b ng t.

- N u thi u máu n ng có th b s c: m ch nhanh, huy t áp t t, v t vã, l m , hôn mê, thi u ni u, vô ni u.

**2.2. Lâm sàng c a thi u máu m n:** th i gian xu t hi n tri u ch ng  $\geq$  2 tu n, bi u hi n lâm sàng ph thu c vào m c bù tr c a các c quan i v i tình tr ng thi u oxy m n.

- Da niêm, lông, tóc, móng: da xanh xao, niêm nh t, l i m t gai, móng lõm m t bóng, tóc d r ng,...

- Tim m ch: h i h p, ánh tr ng ng c. Khi thi u máu n ng và kéo dài có th có bi u hi n suy tim nh : m t, khó th ph i n m u cao, tim nhanh, nghe tim có âm th i tâm thu.

- Hô h p: th nhanh, nông.

- Thận kinh: nh c u, chóng m t, ù tai, ng gà, gi m trí nh , kém t p trung,...
- Tiêu hóa: n ch m tiêu, chán n, nôn, tiêu ch y.
- Sinh d c: Nam: gi m kh n ng tình d c.

N : r i lo n kinh nguy t.

- C x ng kh p: au kh p không i n hình, m i c vào cu i ngày.

### 2.3. ánh giá m c thi u máu

#### 2.3.1. Thi u máu c p

M c	Nh	Trung bình	N ng
1. Th tích máu m t	< 10%	10 – 30%	> 30%
2. S l ng	< 500 ml	500 – 1500 ml	> 1500 ml
3. M ch	80 – 100 l n/phút	100 – 120 l n/phút	>120 l n/phút, = 0
4. Huy t áp tâm thu	> 90 mmHg	80 – 90 mmHg	< 80 mmHg
5. N c ti u	bình th ng	ti u ít	vô ni u
6. Tri giác	bình th ng	m t, ng gà	hôn mê
7. H ng c u	> 3 tri u	2 – 3 tri u	< 2 tri u
8. Hematocrit	> 30%	20 – 30%	< 20%

#### 2.3.2. Thi u máu m n

Hb (g/dl)	M c
< 7	N ng
7 – 9	Trung bình
> 9	Nh

### 2.4. C n lâm sàng

#### 2.4.1. T ng phân tích t bào máu

- S l ng h ng c u, Hb, hematocrit u gi m.
- Các xét nghi m ánh giá kích th c và màu s c c a h ng c u:
- + MCV (Mean Corpuscular Volume): th tích trung bình h ng c u.
- + MCH (Mean Corpuscular Hemoglobin): l ng Hb trung bình trong h ng c u.

+ MCHC (Mean Corpuscular Concentration): nồng độ Hb trung bình của hồng cầu.

- RDW (Red blood cell Distribution Width): phân bố hồng cầu theo chiều rộng.

- Hồng cầu lưới.

**2.4.2. Các xét nghiệm khác:** tùy thuộc vào nguyên nhân thiếu máu.

### **3. Nguyên nhân thiếu máu**

#### **3.1. Phân loại theo cách gây thiếu máu**

##### **3.1.1. Thiếu máu do thiếu máu:**

- Thiếu máu cấp: chấn thương ngoại khoa gây vết thương hoặc gãy xương lớn, xuất huyết tiêu hóa, ho ra máu, chảy máu nội tử - sinh dục (rong kinh, rong huyết, tiểu máu).

- Thiếu máu mạn: giun móc, trùn, ung thư dạ dày, ung thư trực tràng, u xơ tử cung,...

##### **3.1.2. Thiếu máu do giảm sản xuất hồng cầu:**

- Do thiếu nguyên liệu tổng hợp hồng cầu: thiếu Fe, acid folic, vitamin B12, protein.

- Do tổn thương tủy xương: suy thận.

**3.1.3. 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. Nguyên nhân có thể là do thiếu hụt hồng cầu hay ngoài hồng cầu, bệnh sinh hay mức độ.

**3.1.4. Thiếu máu do phá hủy nhiều cách:** thường gặp trong các bệnh lý nội khoa mạn tính như: viêm gan mạn, suy thận mạn, suy giáp, viêm khớp,...

#### **3.2. Phân loại theo kích thước và màu sắc của hồng cầu**

- Thiếu máu hồng cầu nhỏ: thiếu Fe, Thalassemia,...

- Thiếu máu hồng cầu to: thiếu acid folic, vitamin B12,...

- Thiếu máu hồng cầu bất thường: xuất huyết, tán huyết, suy thận mạn, suy thận, bệnh ác tính về máu,...

### **4. Nguyên tắc điều trị:**

- Điều trị triệu chứng thiếu máu: truyền máu khi có chỉ định. Chỉ truyền máu phải dựa vào Hb, tình trạng lâm sàng và bệnh nhân.

- Tìm và điều trị nguyên nhân.

# T NG HUY T ÁP

## M C TIÊU

- 1.Trình bày c nh ngh a và phân t ng huy t áp.
- 2.Trình bày c nguyên nhân và các y u t nguy c tìm m ch c a t ng huy t áp.
- 3.Mô t c bi u hi n lâm sàng và c n lâm sàng b nh t ng huy t áp.
- 4.Phát hi n c bi n ch ng c a t ng huy t áp.
- 5.Nêu c nguyên t c i u tr .

## 1. i c ng

### 1.1. nh ngh a

T ng huy t áp là tình tr ng t ng huy t áp tâm thu và/ho c t ng huy t áp tâm tr ng.

Ch n oán xác nh t ng huy t áp d a vào:

1. Tr s huy t áp o c:

- T i phòng khám: tr s huy t áp tâm thu  $\geq 140$  mmHg và/ho c tâm tr ng  $\geq 90$  mmHg sau khi khám ít nh t 2 l n và m i l n khám c o huy t áp úng cách 2 l n.

- T i nhà: tr s huy t áp tâm thu  $\geq 135$  mmHg và/ho c tâm tr ng  $\geq 85$  mmHg sau khi o huy t áp úng cách nhi u l n.

- o huy t áp b ng máy Holter huy t áp 24 gi : tr s huy t áp tâm thu  $\geq 130$  mmHg và/ho c tâm tr ng  $\geq 80$  mmHg.

2. B nh nhân ang i u tr t ng huy t áp.

### 1.2. Phân t ng huy t áp theo H i Tim m ch h c Vi t Nam 2015

Phân lo i	HA tâm thu (mmHg)	HA tâm tr ng (mmHg)
T i u	< 120	< 80
Bình th ng	< 130	< 85
Bình th ng cao	130-139	85-89
T ng huy t áp nh ( 1)	140-159	90-99
T ng huy t áp v a ( 2)	160-179	100-109
T ng huy t áp n ng ( 3)	$\geq 180$	$\geq 110$

Tăng huyết áp tâm thu $\geq 140$	$\geq 140$	$< 90$
----------------------------------	------------	--------

Chỉ số huyết áp ở phòng khám cần được phân loại. Nếu huyết áp tâm thu và tâm trương không cùng mức thì chọn mức cao hơn xếp loại.

Tỉ lệ tăng huyết áp: kết hợp huyết áp bình thường và bình thường cao.

### 1.3. Các dạng tăng huyết áp khác

- Tăng huyết áp “áo choàng trắng”: huyết áp chỉ tăng khi ở phòng khám hay bệnh viện.
- Tăng huyết áp ẩn dử: là tình trạng trái ngược của tăng huyết áp “áo choàng trắng”.
- Tăng huyết áp giả do mạch máu bị xơ cứng.

### 1.4. Nguyên nhân

Tăng huyết áp được chia thành: tăng huyết áp nguyên phát (chiếm khoảng 90%, không rõ nguyên nhân) và tăng huyết áp thứ phát.

#### 1.4.1. Các bệnh sinh tăng huyết áp nguyên phát

Tăng huyết áp nguyên phát (còn gọi là vô căn) do có rất nhiều yếu tố tham gia và không xác định được nguyên nhân nào là chủ yếu. Các yếu tố chính như sau:

- Tính di truyền.
- Lượng muối ăn vào.
- Tăng hoạt động giao cảm.
- Tăng kháng lực mạch máu.
- Cường nội tiết.
- Hệ Renin- Angiotensin- Aldosterone.
- Vai trò của lipoprotein.
- Kháng insulin.
- Béo phì.

#### 1.4.2. Các nguyên nhân của tăng huyết áp thứ phát

Các nguyên nhân thường gặp của tăng huyết áp thứ phát như sau:

- Hở van động mạch chủ.
- Do thận.
- Bệnh thận mạn tính.
- Hẹp động mạch chủ.



- Hẹp eo lưng m ch ch .
- Cường Aldosteron nguyên phát.
- Dùng steroid kéo dài và h i ch ng Cushing.
- U t y th ng th n.
- Bệnh tuyến giáp hoặc tuyến cận giáp.
- Tăng huyết áp liên quan thai k .

### **1.5. Các y u t nguy c tìm m ch chính dùng ánh giá nguy c tìm m ch trên b nh nhn t ng huy t áp**

1. Hút thu c lá.
2. Béo phì.
3. Ít ho t ng.
4. R i lo n lipid máu.
5. áitáo ng.
6. Albumin niệu vi th hoặc l c c u th n < 60 ml/phút.
7. L n tu i.
8. Tỉ n c n gia ình có b nh tìm m ch s m (nam < 55 tu i, n < 65 tu i).

## **2. Tri u ch ng**

### **2.1. C n ng**

a s b nh nhn t ng huy t áp không có tri u ch ng gì cho n khi phát hi n b nh. Phát hi n b nh có th do tình c o huy t áp hay khám vì bi u hi n c a bi n ch ng. N u b nh nhn có tri u ch ng, có th có các bi u hi n thu c 3 nhóm tri u ch ng sau:

- Do huyết áp cao: au u vùng ch m vào bu i sáng là tri u ch ng th ng g p. Các tri u ch ng khác có th g p là: h i h p, m t, khó th , m m t,... là các tri u ch ng không c hi u.
- Do b nh m ch máu c a t ng huyết áp: ch y máu m i, chóng m t do thi u máu não, t qu , au th t ng c, m m t.
- Do b nh nguyên c a t ng huyết áp (t ng huyết áp th phát): y u c do h kali máu trên b nh nhn c ng Aldosteron nguyên phát; t ng cân, m t tròn trên b nh nhn Cushing; c n nh c u, h i h p, toát m hôi trên b nh nhn u t y th ng th n,...

### **2.2. B nh s : các y u t c n khai thác trên b nh nhn t ng huy t áp**

- Th i gian t ng huyết áp.
- i u tr huyết áp tr c ây: thu c, li u, tác d ng ph .

- Sử dụng thuốc hay các chất làm tăng huyết áp: corticoid, ngà thai, cocain, thuốc diuretic,...
- Triệu chứng của nguyên nhân tăng huyết áp: hội chứng Cushing, u tủy thượng thận,...
- Triệu chứng thần kinh cơ quan đích: đau ngực, khó thở, phù, yếu hay liệt chi,...
- Chức năng và sinh hóa: natri, canxi, thuốc lá, rượu, hút thuốc,...
- Tiền sử gia đình có bệnh tim mạch hay tăng huyết áp do bệnh tim mạch, các bệnh có tính chất di truyền, tiểu đường,...

### 2.3. Triệu chứng thể thức

#### 2.3.1. Đo huyết áp: là công tác quan trọng, cần bố trí một số quy định.

Bệnh nhân nghỉ 5 phút trong phòng yên tĩnh, nằm áp.

- Không hút thuốc lá 15 phút, uống rượu và uống cà phê trong 1 giờ trước khi đo, không uống thuốc kích thích giao cảm, không mệt mỏi, không lo lắng.
- Đo tĩnh mạch hạ huyết áp (thường là hạ huyết áp, trong trường hợp bị tăng huyết áp thêm 2 phút (bệnh nhân già, mất ngủ)).
- Bệnh nhân nghỉ tĩnh, đặt tay vào ghế, cánh tay ngang mức tim, nếu yếu phải kê gối cao hơn đầu gối, để lại vùng đo.
- Đo 2 lần cách nhau 2 phút, nếu khác biệt nhiều ( $> 5 \text{ mmHg}$ ) đo thêm lần nữa.
- Túi huyết áp phải quấn 80% vòng tròn cánh tay, và hạ 2/3 chiều dài cánh tay.
- Trung tâm túi huyết áp đặt trên trung tâm cánh tay.
- Mép dưới băng quấn trên nếp khuỷu 2,5 cm, băng quấn ngang mức tim.
- Nếu đo chân: hạ huyết áp hạ xuống, băng quấn quanh đùi (nghe mạch khoeo, đo chân (bắt mạch chày sau)).
- Bơm túi huyết áp khi bơm tim quay, bơm tối đa 20 mmHg, sau đó xả hết khí và giảm 3 mmHg/giây.
- Huyết áp tâm thu là huyết áp đầu tiên (pha I của Korotkoff).
- Huyết áp tâm trương là huyết áp cuối cùng (pha V của Korotkoff).
- Khi thổi bóng bơm xuống 0, huyết áp tâm trương sẽ xác định vào huyết áp cuối cùng (pha IV của Korotkoff).
- Đo huyết áp cả 2 tay trong lần đầu tiên, nếu có sự khác biệt giữa 2 tay, giá trị bên nào cao sẽ đo tiếp theo dõi và ghi lại.

- Cân nặng thêm huyết áp chân đứng nghỉ ng 1h p eo 10 ng m ch ch .
- Nếu tim ngừng đập y u, nâng cánh tay b nh nhân lên, co du i bàn tay 5-10 l n , sau đó b m nhanh túi h i.
- Tính huyết áp đ a trên s trung bình 2 l n o.
- Ch n oán c n o huyết áp 3 l n cách nhau 1 tu n.

### 2.3.2. Khám lâm sàng

B nh nhân có th béo phì ph n thân, m t tròn trong h i ch ng Cushing, c chi trên phát tri n h n c chi đ i trong b nh h p eo 10 ng m ch ch . Tìm các bi u hi n x v a 10 ng m ch trên da (u vàng, ban vàng).

Khám tim m ch có th phát hi n s m dày th t trái hay d u suy tim trái, các 10 ng m ch gian s n p trong h p eo 10 ng m ch ch . S và nghe 10 ng m ch so sánh 2 bên, chi trên chi đ i phát hi n các tr ng h p t c 10 ng m ch (c nh trong, 10 ng m ch ch b ng, h p eo 10 ng m ch ch ,...)

Lo i tr t ng huyết áp “áo choàng tr ng” b ng cách s d ng ph ng pháp o liên t c huyết áp 24 gi .

Khám b ng có th phát hi n ti ng th i tâm thu b ng trong h p 10 ng m ch th n, h p/phình 10 ng m ch ch , ho c khám phát hi n th n to, th n a nang.

Khám th n kinh có th phát hi n các d u hi u tại bi n m ch não: y u lý t chi.

### 2.4. C n lâm sàng:

#### 2.4.1 Các xét nghi m c b n c n th c hi n trên t t c các b nh nhân t ng huyết áp

- Xét nghi m máu:
  - Huyết .
  - Ure, creatinin máu.
  - 10 ng máu.
  - Ion .
  - Cholesterol, Triglycerid, HDL-C, LDL-C.
  - Acid uric.
- Xét nghi m n c ti u: t ng phân tích n c ti u.
- Ch n oán hình nh: ECG, XQ ng c th ng.

#### 2.4.2. Các xét nghi m khuy n cáo

- Siêu âm tim.
- Siêu âm m ch c nh.

- Soi đáy m t.
- nh l ng protein ni u (n u test t ng phân tích n c ti u đ ng tính).
- m ni u vi th .
- CRP (C Reactive Protein).

#### **2.4.3. Các xét nghi m ch n oán bi n ch ng ho c nguyên nhân.**

### **3. Bi n ch ng**

Bi n ch ng chính c a t ng huy t áp g p các c quan nh : tim, th n, não, m t, m ch máu.

#### **3.1. Bi n ch ng tim**

Bi n ch ng tim c a t ng huy t áp bao g m: phì i th t trái, suy tim, b nh m ch vành, l an nh p và t t .

#### **3.2. Bi n ch ng não**

T n th ng não c a t ng huy t áp bi u hi n đ i đ ng nh i máu não (chi m 80 – 85%), xu t huy t não, xu t huy t đ i nh n (10%), c n thoáng thi u máu não, sa sút trí tu .

#### **3.3. Bi n ch ng th n**

T n th ng th n trên b nh nhân t ng huy t áp bi u hi n đ i 3 hình th c sau: ti u albumin vi th , ti u protein i th và suy th n.

C n chú ý, t ng huy t áp làm t n th ng th n ng c l i b nh lý th n c ng làm t ng huy t áp.

#### **3.4. Bi n ch ng m ch máu**

T n th ng m ch máu có th bi u hi n trên lâm sàng nh âm th i ng m ch c nh, ng m ch ch b ng, au cách h i trong b nh m ch máu ngo i biên.

#### **3.5. Bi n ch ng m t**

Soi đáy m t r t quan tr ng vì ó là d u hi u t t xác nh t n th ng đáy m t c ng nh tiên l ng.

Keith-Wagener-Barker chia làm 4 giai o n t n th ng đáy m t:

- Giai o n 1: ti u ng m ch c ng và bóng.
- Giai o n 2: ti u ng m ch h p có d u b t chéo (d u Gunn).
- Giai o n 3: xu t huy t và xu t ti t võng m c.
- Giai o n 4: phù lan t a gai th .

### **4. Nguyên t c i u tr**

#### **4.1. M c tiêu:**

- i v i t ng huy t áp > 18 tu i: h huy t áp < 140/90 mmHg.
- i v i t ng huy t áp > 80 tu i: h huy t áp < 150/90 mmHg, n u có ái tháo ng ho c b nh th n m n: h huy t áp < 140/90 mmHg.
- Ki m soát ng th i t t c các y u t nguy c i kèm.
- i u tr nguyên nhân n u có.

## **4.2. Ph ng pháp i u tr**

### **4.2.1. Thay i l i s ng**

- Không hút thu c, h n ch r u
- Gi m n m n, t ng c ng rau c , trái cây, ít ch t béo, thay ch t béo bão hòa b ng ch t béo không bão hòa.
- Gi m cân, ích Body Max Index (BMI) = 23, ích vòng eo < 90 cm (nam) và < 80 cm (n ).
- T ng c ng ho t ng th l c > 30 phút/ngày, 5-7 ngày/tu n.

### **4.2.2. Dùng thu c:**

N m nhóm thu c u tay trong i u tr t ng huy t áp:

- L i ti u
- Ch n beta
- c ch canxi
- c ch men chuy n
- c ch th th angiotensin II.

# R I LO N LIPID MÁU

## M C TIÊU

1. *Nêu nh ngh a và nguyên nhân c a r i lo n lipid máu.*
2. *K c các i t ng c n t m soát r i lo n lipid máu.*
3. *Xác nh c nhóm nguy c tìm m ch theo thang i m SCORE.*
4. *Nêu nguyên t c i u tr r i lo n lipid máu.*

### 1. nh ngh a

R i lo n lipid máu có th c nh ngh a là tình tr ng t ng b t th ng cholesterol và/ho c triglycerid trong máu, và/ho c s gi m HDL-cholesterol.

### 2. Nguyên nhân

R i lo n lipid máu có th do di truy n (nguyên phát) ho c do h u qu c a nh ng b nh khác ho c do thu c (th phát).

#### 2.1. R i lo n lipid máu nguyên phát

- T ng cholesterol máu gia ình: cholesterol trong máu cao và m c triglycerid máu bình th ng.

- T ng triglycerid máu gia ình: triglycerid trong máu cao và cholesterol máu bình th ng.

- T ng lipid máu h n h p gia ình: t ng m c cholesterol và triglycerid máu h n h p.

- Nh ng nhóm r i lo n lipid máu khác hi m g p.

#### 2.2. R i lo n lipid máu th phát

- Ch n: n nhi u carbohydrat tinh ch , m bão hòa hay m chuy n hóa, u ng nhi u r u.

- B nh lý: t c m t, h i ch ng th n h , suy th n m n, lo n d ng m , ái tháo ng ki m soát kém, suy giáp.

- Béo phì, thai k .

- Thu c: l i ti u thiazid, c ch bêta, glucocorticoid, estrogen t ng h p,...

### 3. Tri u ch ng lâm sàng

H u h t b nh nhân không có tri u ch ng c n ng và tri u ch ng th c th c hi u.

Hi m h n, b nh nhân b r i lo n lipid máu gia ình có th có u vàng da và u vàng gân nh gân bánh chè, gân gót và gân du i bàn tay.

Ri lo n lipid máu th ng c ch n oán b i t m soát xét nghi m th ng quy b nh nhn không có tri u ch ng hay b nh nhn có các b nh lý liên quan r i lo n lipid máu.

#### 4. Ch n oán

##### 4.1. T m soát r i lo n lipid máu

Th c hi n b xét nghi m lipid máu các i t ng sau:

- ã ch n oán xác nh b nh tim m ch.
- Hút thu c lá.
- T ng huy t áp.
- ái tháo ng type 2.
- B nh viêm ho c b nh th n m n.
- BMI 25 ho c vòng eo > 90 cm (nam) hay > 80 cm (n ).
- Ti n s gia ình m c b nh tim m ch s m.
- Ti n s r i lo n lipid máu có tính gia ình.
- Có th xem xét th c hi n b xét nghi m i v i nam > 40 tu i ho c n > 50 tu i.

##### 4.2. Xét nghi m bilan lipid máu

Phân tích lipoprotein máu nên c th c hi n sau 12 gi nh n ói bao g m: cholesterol toàn ph n, triglycerid, HDL-cholesterol và LDL-cholesterol.

LDL-cholesterol (mg/dl)		HDL-cholesterol (mg/dl)	
< 100	t i u	< 40	th p
100 – 129	g n t i u	60	cao
130 – 159	gi i h n cao		
160 – 189	cao		
190	r t cao		
Cholesterol toàn ph n (mg/dl)		Triglycerid (mg/dl)	
< 200	mong mu n	< 150	bình th ng
200 – 239	gi i h n cao	150 – 199	gi i h n cao
240	cao	200 – 499	cao

		500	r t cao
--	--	-----	---------

### 4.3. Xác nh nguy c tim m ch

**4.3.1. Thang i m SCORE:** đ báo t l m c b nh tim m ch gây t vong trong 10 n m, t i t a ch : [www.heartscore.org](http://www.heartscore.org)

### 4.3.2. Phân t ng nguy c tim m ch

#### a. Nguy c r t cao

Bao g m các i t ng có b t kì m t ho c nh ng y u t nguy c sau:

- B nh tim m ch ã c ch n oán xác nh b ng các th m dò xâm l n ho c không xâm l n (nh ch p m ch vành, x hình t i máu c tim, siêu âm tim g ng s c, m ng x v a ng m ch c nh trên siêu âm), t i n s nh i máu c tim, h i ch ng m ch vành c p, can thi p m ch vành qua da, ph u thu t b c c u n i ch -vành và các th thu t can thi p ng m ch khác, t qu do thi u máu c c b , b nh ng m ch ngo i biên.

- B nh nhân ái tháo ng type 2 ho c ái tháo ng type 1 có t n th ng c quan ích.

- B nh nhân b nh th n m n m c trung bình-n ng (m c l c c u th n < 60 ml/phút/1,73m<sup>2</sup>).

- i m SCORE 10%.

#### b. Nguy c cao

Bao g m các i t ng có b t kì m t ho c nh ng y u t nguy c sau:

- Có y u t nguy c n c cao rõ r t nh r i lo n lipid máu có tính gia ình hay t ng huy t áp n ng.

- i m SCORE 5% và < 10%.

#### c. Nguy c trung bình

- Các i t ng c xem là có nguy c trung bình khi i m SCORE 1% và < 5%.

#### d. Nguy c th p

- Các i t ng c xem là có nguy c th p khi i m SCORE < 1%.

### 5. Nguyên t c i u tr

#### 5.1. M c tiêu i u tr

##### 5.1.1. LDL-C

- nh ng b nh nhân có nguy c tim m ch r t cao (b nh tim m ch, ái tháo ng type 2, ái tháo ng type 1 có t n th ng c quan ích, b nh th n m n trung



bình – n ng ho c i m SCORE 10%): m c tiêu LDL-C là < 1,8 mmol/l (~70 mg/dl) và/ho c gi m LDL-C 50% khi không th t c m c tiêu i u tr .

- nh ng b nh nhân có nguy c r t cao nh b nh nhân sau h i ch ng m ch vành c p: m c tiêu c n t là < 1,8 mmol/l (~70 mg/dl) và t t h n n a là t n m c 1,3 mmol/l (53 mg/dl).

- nh ng b nh nhân có nguy c tim m ch cao (các y u t nguy c n c t ng rõ r t, i m SCORE 5% n <10%): xem xét m c tiêu LDL-C là < 2,5 mmol/l (~100 mg/dl).

- nh ng i t ng có nguy c trung bình ( i m SCORE > 1% n 5%): xem xét m c tiêu LDL-C là < 3,0 mmol/l (~115 mg/dl).

### 5.1.2. Non-HDL-C

M c tiêu Non-HDL-C c dùng khi m c tiêu LDL-C ã t c nh ng tryglycerid còn cao và/ho c HDL-C còn th p.

Phân t ng nguy c	M c m c tiêu i u tr	
	Non-HDL-C (mg/dl)	LDL-C (mg/dl)
Th p	< 130	< 100
Trung bình	<130	< 100
Cao	< 130	< 100
R t cao	< 100	< 70

*130 mg/dl = 3,3 mmol/l; 100 mg/dl = 2,6 mmol/l; 70 mg/dl = 1,8 mmol/l;*

**Non-HDL-C = Cholesterol toàn ph n – HDL-C**

### 5.1.3. Tryglycerid

- Phòng ng a viêm t y c p khi tryglycerid 500 mg/dl.

- Phòng ng a bi n c tim m ch: i u tr t ng tryglycerid b ng Fibrat có th làm gi m bi n c m ch vành, tuy nhiên ch a gi m c t l t vong chung.

## 5.2. Ph ng pháp i u tr

### 5.2.1. Thay i l i s ng

- Không hút thu c, h n ch r u và nên tránh u ng b nh nhân t ng tryglycerid máu.

- Gi m n m n, t ng c ng rau qu , các lo i h t, ng c c nguyên h t, cá. H n ch dùng u ng và th c ph m có ng b nh nhân t ng tryglycerid máu.

- Thay ch t béo bão hòa b ng ch t béo không bão hòa gi m n ng l ng ch t béo < 35%, ch t béo bão hòa < 7%, ch t béo đ ng trans < 1%, cholesterol < 300 mg/ ngày.

- i u ch nh n ng l ng tiêu th phòng ng a th a cân và béo phì.

- T ng c ng ho t ng th l c hàng ngày, ít nh t 30 phút/ ngày.

#### **5.2.2. Thu c:**

- Statin.

- Fibrat.

- Tách acid m t.

- Acid nicotinic.

- Thu c c ch h p thu cholesterol.

- Acid béo Omega – 3.

# SUY TIM

## M C TIÊU

1. *nh ngh a và phân lo i suy tim.*
2. *K c các nguyên nhân gây suy tim.*
3. *Trình bày c tri u ch ng lâm sàng và c n lâm sàng c a suy tim.*
4. *Phân và giai o n c a suy tim.*
5. *Nêu c nguyên t c i u tr suy tim.*

### 1. nh ngh a và phân lo i

Suy tim là m t h i ch ng lâm sàng ph c t p, là h u qu c a t n th ng th c th hay r i lo n ch c n ng c a qu tim đ n n tâm th t không kh n ng ti p nh n máu (suy tim tâm tr ng) ho c t ng máu (suy tim tâm thu).

D a vào sinh lý b nh và s khác bi t c a ph ng pháp i u tr ng i ta th ng phân ra:

- Suy tim c p và suy tim m n.
- Suy tim tâm thu và suy tim tâm tr ng.
- Suy tim cung l ng cao và suy tim cung l ng th p.
- Suy tim ph i, suy tim trái và suy tim toàn b .

Suy tim c p bao g m phù ph i c p, s c tim và có th là t c p c a suy tim m n.

Suy tim tâm thu x y ra khi kh n ng t ng máu c a tim gi m (phân xu t t ng máu gi m). Các tri u ch ng lâm sàng chính th ng là các tri u ch ng gi m cung l ng tim.

Suy tim tâm tr ng x y ra khi àn h i c a bu ng th t gi m, do ó nh n máu kém. Các tri u ch ng lâm sàng chính th ng là các tri u ch ng sung huy t ph i và t nh m ch h th ng.

### 2. Nguyên nhân

Các nguyên nhân suy tim là:

1. B nh ng m ch vành.
2. B nh tim do t ng huy t áp.
  - R i lo n ch c n ng tâm tr ng.
  - R i lo n ch c n ng tâm thu.
3. B nh van tim.
4. B nh c tim dẫn n .
5. B nh c tim phì i.

6. Bệnh cơ tim học.
7. Viêm màng ngoài tim cơ thể.
8. Suy tim cùng lòng cao.
- Thi u máu m n.
- Lu ng thông ng t nh m ch.
- C ng giáp.
9. Bệnh tim b m sinh.

### 3. Tri u ch ng

### 3.1. Lâm sàng

Biểu hiện lâm sàng của suy tim có thể thay đổi tùy theo nguyên nhân, tuổi của bệnh nhân và sự xảy ra cấp hay mạn tính.

Có thể có các nhóm tri u ch ng sung huy t t nh m ch ph i và t nh m ch h th ng ho c nhóm tri u ch ng gi m cung l ng tim ho c ph i h p c hai.

### 3.1.1. Tri u ch ng gi m cung l ng tim

- M t m i.
- C m th y y u, không ho t ng c.
- Gi m t i máu ngo i vi: tay chân l nh.
- L ng n c ti u gi m (do gi m t i máu th n).
- L n l n, l (do gi m t i máu não).
- Cu i cùng: s c.

### 3.1.2. Tri u ch ng sung huy t (ph i và m ch h th ng)

- Khó thở ngắn ngủi.
- Khó thở khi nằm.
- Khó thở khi tập thể dục.
- Tăng cân nhanh.
- Phù mắt.
- Tràn dịch màng phổi, màng tim.
- Gan to.

### 3.2. C n lâm sàng

- Công thức máu.
- Sinh hóa máu:      ng, ch c n ng gan th n, bilan lipid, ion      .
- Peptid th i Natri ni u: BNP và NT-proBNP.
- i n tâm      .
- Hình nh h c: X quang ng c, Siêu âm tim,...

#### 4. Phân và giai o n

#### 4.1. Phân suy tim

B ng phân suy tim c a hi p h i tim m ch New York (NYHA) đ a vào tri u ch ng c n ng và kh n ng g ng s c.

- I: có b nh tim, nh ng không b h n ch trong v n ng. V n ng th l c thông th ng không gây ra m t, h i h p khó th hay au ng c.

- II: có bệnh tim gây ra gì i h n nh v n ng. Bệnh nhân khi ngh ng i, v n ng th l c thông th ng làm m t, h i h p, khó th ho c au ng c.
- III: có bệnh tim làm gì i h n nhi u v n ng, bệnh nhân khi ngh ng i. V n ng th l c nh c ng làm m t, h i h p, khó th ho c au ng c.
- IV: có bệnh tim, v n ng nào c ng gây khó ch u. Tri u ch ng c n ng suy c a tim ho c c n au th t ng c x y ra c khi ngh . V n ng dù nh các tri u ch ng này gia t ng.

#### **4.2. Phân suy tim theo giai o n**

Suy tim là m t h i ch ng c a nhi u b nh lý khác nhau, có th t i n tri n không ng ng. Hunt SA và c ng s phân suy tim thành 4 giai o n:

- Giai o n A: Nguy c cao suy tim, không có bệnh tim th c th ho c tri u ch ng c n ng suy tim.
- Giai o n B: Có bệnh tim th c th nh ng không tri u ch ng suy tim.
- Giai o n C: Có bệnh tim th c th , tr c ây ho c hi n t i có tri u ch ng c n ng suy tim.
- Giai o n D: Suy tim kháng tr , c n can thi p c bi t.

### **5. Nguyên t c i u tr**

**5.1. M c tiêu:** gi m tri u ch ng, ng n ng a nh p vi n và kéo dài i s ng cho b nh nhân.

#### **5.2. i u tr nguyên nhân**

#### **5.3. Lo i tr các y u t làm n ng**

- Nhi m trùng.
- Lo n nh p.
- Thuyên t c ph i.
- Thi u máu c tim c c b .
- Có thai.
- Bệnh tuy n giáp.
- Thi u máu.
- Ch t c (r u, anthracyclin).
- Thu c ( c ch beta, kháng viêm không steroid, c ch canxi).
- Không theo úng yêu c u v ti t ch dinh d ng.

### **5.4. Ph ng pháp i u tr**

#### **5.4.1. Thay i l i s ng**

- Không hút thu c, không u ng r u.
- H n ch mu i, n c c bi t b nh nhân suy tim n ng.
- Gi m cân.

#### **5.4.2. Thu c:**

- c ch men chuy n ho c th th angiotensin.
- Ch n beta.
- Kháng aldosteron/l i ti u.
- Digoxin,...

# ÁI THÁO NG

## M C TIÊU

1. Trình bày c phân lo i và t m soát ái tháo ng.
2. K c các tri u ch ng lâm sàng i n hình c a t ng ng huy t.
3. K c các bi n ch ng c p và m n c a ái tháo ng.
4. Trình bày c tiêu chu n ch n oán ái tháo ng theo Hi p H i ái tháo ng Hoa K 2015.
5. Nêu c nguyên t c i u tr .

## 1. i c ng

### 1.1. nh ngh a

ái tháo ng là b nh m n tính c tr ng b i tình tr ng t ng glucose huy t m n tính ngay c khi ói do thi u h t insulin tuy t i ho c t ng i, kèm theo các r i lo n chuy n hóa glucid, lipid và protid.

### 1.2. Phân lo i ái tháo ng:

- ái tháo ng typ 1: do thi u insulin tuy t i, x y ra b t k l a tu i nào nh ng th ng g p ng i tr nh h n 30 tu i. Các tri u ch ng th ng kh i phát t ng t và ti n tri n nhanh n u không i u tr .
- ái tháo ng typ 2: do tình tr ng kháng insulin kèm v i thi u insulin t ng i, x y ra b t k l a tu i nào nh ng th ng g p trên 40 tu i. Các tri u ch ng ti n tri n âm th m, th ng c phát hi n mu n.
- ái tháo ng thai k : tình tr ng r i lo n ng huy t c phát hi n l n u tiên trong thai k .
- Các type c bi t khác.

### 1.3. T m soát ái tháo ng

C n t m soát ái tháo ng ng i l n có BMI > 23 và ng i có nhi u h n m t trong các y u t nguy c sau:

- Ít v n ng.
- Béo phì.
- T ng huy t áp, r i lo n lipid máu, r i lo n glucose huy t lúc ói ho c r i lo n dung n p glucose l n xét nghi m tr c.
- Vòng eo > 90 cm (nam), > 80 cm (n ).
- Gia ình tr c h có ng i b ái tháo ng.

- Phấn sinh con > 4 kg hoặc bất ái tháo thai hoặc bất bú ngay sau sinh.

- Tiền sản có bệnh mãn tính.

những bệnh nhân không có triệu chứng trên, bắt đầu kiểm soát bất tháo tháo ngay từ trên 45 tuổi.

## **2. Triệu chứng**

### **2.1. Lâm sàng điển hình của bệnh đái tháo đường**

- Nhức đầu.
- Tiệt niệu.
- Uống nhiều.
- Giảm nhiều.

Tuy nhiên bệnh nhân có thể không có triệu chứng gì cho đến khi phát hiện bệnh. Phát hiện bệnh có thể do tình cờ hoặc khám vì bệnh khác.

**2.2. Bệnh cảnh:** bệnh nhân nhập viện vì các bệnh cảnh của bệnh đái tháo đường.

#### **2.2.1. Bệnh cảnh cấp tính**

- Hôn mê do nhiễm ceton-acid (bệnh đái tháo đường typ 1).
- Hôn mê do tăng áp lực thẩm thấu (bệnh đái tháo đường typ 2).
- Hôn mê do hạ đường huyết.

#### **2.2.2. Bệnh cảnh mạn tính**

##### **a. Bệnh cảnh mạch máu lớn**

- Bệnh mãn tính.
- Tai biến mạch máu não.
- Bệnh mạch máu ngoại biên: viêm tắc động mạch chi dưới.

##### **b. Bệnh cảnh mạch máu nhỏ**

- Bệnh cảnh mắt: bệnh võng mạc, tăng nhãn áp.
- Bệnh cảnh thận: bệnh thận, hoại tử gai thận.
- Bệnh cảnh thần kinh: bệnh thần kinh cảm giác, bệnh thần kinh vận động, bệnh thần kinh tự chủ.

##### **c. Bệnh cảnh khác**

- Nhiễm trùng.
- Bệnh bàn chân do bệnh đái tháo đường.

## **2.3. Cận lâm sàng**

### **2.3.1. Xét nghiệm chẩn đoán**

- Glucose máu lúc đói hoặc bất kỳ.

- Nghi m pháp dung n p glucose.

- HbA<sub>1C</sub>.

### 2.3.2. Các xét nghi m khác

- ng ni u (+) : khi ng máu t ng cao trên 160-180 mg/dl (t c v t quá ng ng ng c a th n) s xu t hi n ng trong n c ti u.

- Th ceton trong huy t thanh và n c ti u.

- Tìm albumin vi l ng trong n c ti u.

- N ng insulin và peptid C trong huy t thanh.

### 3. Tiêu chu n ch n oán ái tháo ng theo Hi p H i ái tháo ng Hoa K 2015 (ADA – 2015)

- HbA<sub>1C</sub> ≥ 6.5%.

- Glucose huy t lúc ói (sau ít nh t 8 gi không n) ≥ 126 mg/dl (7 mmol/l), sau ít nh t 2 l n th .

- Glucose huy t b t k ≥ 200 mg/dl (11.1 mmol/l) kèm theo tri u ch ng i n hình c a t ng ng huy t.

- Glucose huy t 2 gi sau khi u ng 75g glucose ≥ 200 mg/dl.

### 4. Nguyên t c i u tr

- Ch dinh d ng: h n ch glucid nh ng ph i m b o t ng s calo c n thi t trong ngày. Ch n lo i th c ph m có ch s ng huy t th p, nhi u ch t x , chia làm nhi u b a n trong ngày.

- Ho t ng th l c: phù h p v i s c kh e, l a tu i. Nên ch n nh ng môn rèn luy n s d o dai nh : i b , i xe p, b i l i,...kho ng 30 phút/ngày.

- Dùng thu c: tiêm insulin ho c u ng thu c viên h ng huy t tùy tr ng h p c th .

Thu c viên:

- Metformin

- Sulfonylurea

- Glinid

- Thiazolidinedion

- c ch men alpha-glucosidase

- Ch t ng v n incretin (GLP-1).

- Ch t c ch men DPP-4.

- Ch t c ch kênh ng v n chuy n natri-glucose 2 (SGLT-2).



## B Ụ GIÁP N THU N

### M C TIÊU

1. K ể c các nguyên nhân gây b ệnh.
2. Mô t ả c các bi ểu hi ện lâm sàng và c ấu trúc lâm sàng c ủa b ệnh u giáp.
3. K ể c các bi ến ch ặng c ủa b ệnh u giáp.
4. Nêu c nguyên t ắc u trị .

### 1. i c ng

#### 1.1. nh ngh ĩa:

B ệnh u giáp n thu n là b ệnh u giáp lan t ả không c ả hay phình giáp. ây là s ự phì ể lan t ả c ả tuy ến giáp không t ạo thành nhân, không r ỉ lo ại ch ảy c ả n ặng tuy ến trên lâm sàng và xét nghi ệm.

T ỷ số t ử ch ết kho ảng 70% t ổng s ố ng ười b ệnh tuy ến giáp, ả s ố là n ữ, có l iên quan ến tính t âm n ữ, di truy ền và t ổng nhu cầu i ốt khi mang thai.

#### 1.2. Nguyên nhân

##### 1.2.1. Thi ếu h ormon giáp

###### a. Thi ếu h ormon tuy ến i

- Thi ếu i ốt
- Khi ếm khuy ết di truy ền trong t ổng h ợp hormon giáp: hi ếm g ặp, mang tính gia đình
- Nhi ếm khu ếch:

*E. coli* t ỉ t ỷ ra m ột ch ết kháng giáp làm gi ảm thu ập i ốt trong tuy ến giáp; *paraclobactrum*, *clostridium perfringens* t ỉ t ỷ ra ch ết gây b ệnh u giáp.

- Th ừa i ốt.

n ữ nhi ều t ỷ bi ến làm gi ảm s ố h ợp c ả hóa i ốt, t ổng h ợp T4 và T3 gi ảm nên TSH t ăng; dùng thu ốc có ch ứa i ốt (amiodaron, benzodiaron, thu ốc c ả n ặng quang li ều cao) c ả ch ể bài t ỉ t hormone.

- Thu ốc kháng hormon giáp: lithium, thionamides.
- Thi ều quá nhi ều hormon giáp: trong h ội ch ặng th ể n ữ .

###### b. Thi ếu h ormon giáp t ổng ể

Nhu cầu hormon giáp t ổng khi đ ể y thì (b ệnh c ả t ử đ ể y thì), mang thai.

### 1.2.2. Y u t m i n d c h

ã xác nh c kháng th TGI (Thyroid Growth Immunoglobulin), hay TGAb (Thyroid Growth Antibody) ch kích thích t ng tr ng t bào nang tuy n không nh h ng n kh n ng t ng h p hormon.

## 2. Tri u ch ng

### 2.1. Lâm sàng

Th ng không có tri u ch ng và phát hi n tình c .

- Khám th y b u lan t a, to cân i hai bên không au, m m s không th y nhân.

- M t b u có th g gh , không u n u b u ã ti n tri n nhi u n m do hình thành các nhân.

- Gi i h n c a b u khá rõ.

- Không ph i b u m ch.

Phân l n c a b u trên lâm sàng theo WHO:

- 0: không có b u.

- IA: m i thù y tuy n to h n t ngón l c a ng i b nh, ch c m nh n c b u khi s n n.

- IB: nhìn th y c b u khi ng i b nh ng a u t i a.

- II: nhìn th y c b u khi ng g n, u ng i b nh t th bình th ng.

- III: b u giáp l n nhìn th y t xa làm bi n d ng c .

### 2.2. C n lâm sàng

- Ch c n ng tuy n giáp nên c th c hi n t t c b nh nhân có b u giáp lo i tr c ng giáp hay suy giáp. Ng i thi u h t iod có FT3, FT4 và TSH bình th ng.

- Không c n x hình tuy n giáp. N u là b u háo iod ho c r i lo n t ng h p hormon s th y có t ng b t x và không có góc thoát. Trong tr ng h p b u giáp do quá t i iod, t p trung phóng x th p.

- Siêu âm không ch nh cho b u giáp lan t a, tr khi s th y nhân trên lâm sàng. Siêu âm giúp xác nh kích th c b u, cho bi t có nhân c, nhân h n h p hay nang tr ng,...

- Sinh thi t b ng kim nh ch khi c n phân bi t b u giáp n thu n v i viêm tuy n giáp.

- X-quang: chụp phim cổ họng, nghiêng: thấy bướu thông xuống trung thất, di lệch khí quản, nốt vôi hóa cá biệt.

- CT vùng cổ: đánh giá chính xác mức độ chèn ép các quan lân cận.

### 3. Tiến triển và biến chứng

Bướu có thể tăng kích thước giảm tiến triển sau điều trị, kích thước ban đầu trong nhũ nhĩ, và có thể tăng kích thước khi dậy thì, có thai, mãn kinh.

Quá trình tiến triển có thể gặp những biến chứng sau:

- Chèn ép: thực quản, khí quản, tĩnh mạch chủ trên gây khó nuốt, khó thở.
- Xuất huyết: thành lành tính và đau khu trú do xuất huyết trong nhân.
- Nhiễm khuẩn: viêm do vi trùng, áp xe tuyến giáp. Da vùng bướu nóng, bướu to và đau, bệnh nhân sốt và bạch cầu ưa nhân, tốc độ máu lắng tăng cao.
- Cổ cứng giáp: lúc đầu chỉ là bướu giáp nên thu nhận những dấu hiệu nhận diện của cổ cứng giáp trên mặt bướu lan tỏa (trên cổ cá có tính thẩm mỹ) hoặc bướu có nhũ nhĩ nhân (lúc này gọi là bướu giáp đa nhân hóa).
- Suy giáp.
- Ung thư hóa: hiếm gặp.

### 4. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị nguyên nhân (nếu có).
- Dùng các thuốc hormone tuyến giáp hoặc phẫu thuật.
- Chọn điều trị bằng iod phóng xạ nên thu nhận hay phẫu thuật với levothyroxin khi bướu giáp quá lớn, người già, không thể phẫu thuật vì bệnh lý kèm theo.

## B NH BASEDOW

### M C TIÊU

1. Trình bày các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh Basedow.
2. Kể các biến chứng của bệnh Basedow.
3. Nêu các nguyên tắc điều trị.

### 1. Định nghĩa

Basedow là một bệnh endocrine giáp, do tình trạng hoạt động quá mức của tuyến giáp dẫn đến tăng sản xuất hormone giáp niệu nên bình thường.

Là một bệnh mãn tính, có tính gia đình, thường gặp ở phụ nữ từ 20 – 50 tuổi.

### 2. Triệu chứng

#### 2.1. Lâm sàng

**2.1.1. Biểu hiện giáp:** biểu hiện lan tỏa, cấp 2 thùy, di động khi nuốt, không đau, có tính chất bướu mềm, khi sờ có thể có rung miu, nghe có âm thổi, nghe rõ các mạch trên tuyến giáp.

**2.1.2. Biểu hiện mắt:** thường là mắt 2 bên, mắt sáng long lanh.

#### 2.1.3. Đặc điểm lâm sàng:

- Sốt nhẹ, nhanh mặt đỏ, nóng, bình thường hoặc ngon miệng hơn.
- Da và niêm mạc: bệnh nhân thường nóng, thân nhiệt tăng nhẹ. Da nóng ẩm, ra nhiều mồ hôi làm bệnh nhân khát nước, uống nhiều nước và có thể gây tiêu niệu.
- Tim mạch:
  - + Nhịp tim nhanh thường xuyên > 90 lần/phút, tăng lên khi gắng sức hoặc xúc động, không trở về bình thường ngay cả khi nghỉ ngơi.
  - + Huyết áp, ánh sáng tăng.
  - + Mạch nhanh, huyết áp tâm thu tăng.
- Thận kinh:
  - + Đau lưng, thay đổi tính tình.
  - + Run nhẹ ngón tay và bàn chân, nhanh và yếu.
- Tiêu hóa: tiêu chảy nhẹ không kèm đau bụng.
- Cơ: yếu cơ, teo cơ nhất là vùng quanh vai.

**2.1.4. Phù niêm mạc xoang chày (ít gặp):** thường có màu vàng hoặc tím, nổi không lõm, không đau.

## **2.2. C n lâm sàng:**

### **2.2.1. o n ng hormon giáp trong máu**

- T<sub>3</sub>, T<sub>4</sub>, FT<sub>3</sub>, FT<sub>4</sub> t ng.
- TSH gi m.

### **2.2.2. Kháng th kháng tuy n giáp:**

- TPO-Ab và Tg-Ab d ng tính.
- TR-Ab c hi u cho Basedow.

### **2.2.3. X hình tuy n giáp**

### **2.2.4. Hình nh h c: siêu âm, CT scan, MRI.**

## **3. Bi n ch ng:**

- Tim m ch: r i lo n nh p tim, suy tim.
- M t: viêm, li t c v n nhãn, l i m t ác tính.
- C n bão giáp.
- Suy ki t n ng.

## **4. Nguyên t c i u tr :**

### **4.1. i u tr n i khoa: dùng thu c kháng giáp t ng h p, thu c ch ng c ng giao c m, an th n, vitamin nhóm B.**

- Thu c kháng giáp t ng h p: thiouracil và imidazol.
- Thu c ch ng c ng giao c m: propranolol.

### **4.2. i u tr ngo i khoa:**

c ch nh khi: i u tr n i khoa th t b i, b u giáp quá to, b u giáp nhân c, Basedow có bi u hi n l i m t ác tính.

### **4.3. i u tr b ng ng v phóng x : cho b nh nhân l n tu i.**

# VIÊM KH P D NG TH P

## M C TIÊU

1. Trình bày c tri u ch ng lâm sàng và c n lâm sàng c a viêm kh p d ng th p.
2. K c tiêu chu n ch n oán theo H i Th p kh p h c M (ACR) 1987.
3. Nêu c nguyên t c i u tr .

## 1. nh ngh a

- Viêm kh p d ng th p là b nh lý kh p t mi n m n tính ( $\geq 6$  tu n) th ng g p v i các bi u hi n toàn thân, t i kh p và ngoài kh p nhi u m c khác nhau gây h u qu n ng n , c n ph i i u tr tích c c ngay t u h n ch tàn ph .

- Th ng g p n ch y u t 35 - 50 tu i.

## 2. Tri u ch ng

### 2.1. Lâm sàng

#### 2.1.1. Toàn thân

- S t nh , trong t c p có th s t cao.
- M t m i, xanh xao, n ng kém, g y sút.

#### 2.1.2. T i kh p: viêm kh p v i các c i m:

- Viêm m t ho c nhi u kh p cùng 1 lúc.
- Th ng g p :
  - + Kh p bàn tay: c tay, bàn ngón, ngón g n.
  - + Kh p khu u.
  - + Kh p g i.
  - + Kh p bàn chân: c chân, bàn ngón chân.
- Tính ch t viêm:
  - + i x ng.
  - + S ng, nóng, , au rõ trong các t c p tính, au t ng nhi u vào lúc g n sáng.
  - + C ng kh p bu i sáng kéo dài trên 1gi .
  - + Các ngón tay có hình thoi: ngón 2, 3, 4.
  - + Có th có d ch trong kh p g i.

- Ti n tri n: viêm kh p ti n tri n n ng d n d n n dính kh p, bi n d ng kh p. Cu i cùng b nh nhân m t ch c n ng v n ng, tàn ph (sau 10 – 20 n m).

### 2.1.3. Ngoài khám

- Nghiệm tử da, thử nghiệm gập mủ da để khám phá quanh khám.
- Teo cơ, viêm gân.
- Bệnh chèn ép thần kinh chi.

## 2.2. Cận lâm sàng

### 2.2.1. Xét nghiệm máu

- Thử nghiệm máu lắng, thử nghiệm bạch cầu.
- Tốc độ máu lắng tăng: thử nghiệm gập mủ da trong thử nghiệm.
- CRP tăng.

### 2.2.2. Xét nghiệm miễn dịch

- Yếu tố dạng sợi (RF) dương tính.
- Kháng thể kháng CCP dương tính.
- X-quang: khớp bàn tay và cổ tay có: hình bào mòn xương, hẹp khe khớp, mất vôi rõ rệt các khớp tiến triển.

## 3. Tiêu chuẩn chẩn đoán theo ACR - 1987

- Đau nhức khớp buổi sáng.
- Viêm khớp ở 3 trong 14 vị trí khớp (kể cả 2 bên).
- Viêm các khớp bàn tay.
- Viêm khớp gối.
- Hội chứng da.
- Yếu tố dạng sợi (+).
- Đau nhức X-quang ở hình ảnh viêm khớp dạng sợi trên phim thử nghiệm bàn tay và cổ tay.

Chẩn đoán xác định khi có  $\geq 4$  tiêu chuẩn. Các tiêu chuẩn từ 1 đến 4 thì ít nhất 6 tuần.

## 4. Nguyên tắc điều trị

Kiểm tra bệnh nhân bằng: nội khoa, ngoại khoa, vật lý trị liệu và phục hồi chức năng để tìm cách kiên trì và liên tục.

- Điều trị triệu chứng: corticoid, thuốc chống viêm, giảm đau.
- + Corticoid, thuốc chống viêm non-steroid, giảm đau.
- Điều trị cơ bản: làm chậm hoặc ngừng tiến triển bệnh (do bác sĩ chuyên khoa chỉ định).

- + Các thuốc chống thuyên tắc: methotrexat, sulfasalazin, hydroxy chloroquin.
- + Các thuốc sinh học: kháng Interleukin 6, kháng TNF $\alpha$ , kháng lympho B.
- Các biện pháp hỗ trợ: tập vận động, vật lý trị liệu và phục hồi chức năng, phẫu thuật chỉnh hình, phòng ngừa và điều trị các biến chứng của bệnh.



## B NH GOUT

### M C TIÊU

1. *Nêu c nh ngh a và các nguyên nhân c a gout.*
2. *Trình bày c tri u ch ng lâm sàng và c n lâm sàng c a gout c p và m n.*
3. *Nêu c nguyên t c i u tr .*

### 1. I C NG

#### 1.1. nh ngh a:

Gout là b nh lý r i lo n chuy n hóa purin gây t ng acid uric máu và l ng ng các tinh th urat m t s mô, c bi t là màng ho t d ch kh p gây các c n viêm kh p c p.

Th ng g p nam (90%), tu i trung niên (30-50 tu i). Ph n sau tu i mãn kinh c ng có th g p.

#### 1.2. Nguyên nhân

##### 1.2.1. Gout nguyên phát ( 90%)

Do t ng t o acid uric ho c th ng g p h n là gi m ào th i acid uric th n. Nguyên nhân không rõ, có th do b m sinh, khi m khuỵ t v di truy n k th p v i m t s y u t khác.

##### 1.2.2. Gout th phát (10%)

Ch y u là gi m ào th i acid uric th n do: suy th n, do thu c (aspirin, l i ti u, m t s thu c khác), do r u.

Ho c t ng t o acid uric trong m t s b nh máu ác tính, v y n n.

### 2. Tri u ch ng

#### 2.1. Lâm sàng

##### 2.1.1 T ng acid uric máu không tri u ch ng

##### 2.1.2. Gout c p

- Các y u t kh i phát gout c p: th ng xu t hi n sau b a n nhi u m, u ng r u bia nhi u, g ng s c, c ng th ng, nhi m l nh, ch n th ng, ph u thu t.

- Kh i phát t ng t l kh p, hay g p nh t là kh p bàn ngón 1. V trí khác g m: bàn chân, c chân, g i; mu n h n có th viêm các kh p chi trên, r t hi m g p viêm a kh p c p.

- au t ng t th ng v êm, c ng t ng nhanh, có th kèm theo s t, l nh run.

- Kh p b nh h ng s ng, nóng, r ở r t.
- Không c n i u tr tri u ch ng viêm kh p t ng t i a trong vòng 24-48 gi sau ó gi m đ n và kéo dài trong 5-10 ngày r i t kh i hoàn toàn.

### 2.1.3. Kho ng cách gi a các c n gout c p

- + Hoàn toàn yên l ng, viêm kh p kh i hoàn toàn.
- + Kho ng cách gi a c n u tiên và c n th hai có th kéo dài t vài tháng n vài n m th m chí > 10 n m.
- + Càng v sau kho ng cách này ngày càng ng n l i, các c n viêm kh p x y ra liên ti p đ n n gout m n.

### 2.1.4. Gout m n

- N t tophy:
  - + Các u c c s n vành tai, ph n m m c nh kh p, quanh kh p, c t s ng,...
  - + Th ng c t o thành b nh nhân gout không i u tr sau 10 n m.
- Viêm nhi u kh p có th i x ng, bi n đ ng kh p, teo c , c ng kh p,...
- Bi n ch ng: v , loét và nhi m trùng tophi, s i th n, thi u máu m n, suy th n m n,...

## 2.2. C n lâm sàng

- B ch c u t ng nh , t c máu l ng t ng, CRP t ng.
- Acid uric máu t ng (20-30% bình th ng trong c n gout c p). Nên nh l ng acid uric ni u 24 gi .
- D ch kh p: t ng s l ng t bào ch y u là Neutrophil, có th th y tinh th urat.
- X quang: mu n có th th y h y x ng, bi n đ ng kh p.
- Siêu âm kh p.

## 3. Nguyên t c i u tr

### 3.1. M c ích i u tr :

- Kh ng ch các t viêm kh p gout c p.
- Làm h và duy trì acid uric máu m c cho phép.
- Ki m soát t t các b nh kèm theo.

### 3.2. Thu c

- Colchicin.
- Kháng viêm non-steroid (NSAID).

- Corticosteroid.
- Thuốc giảm tăng huyết áp acid uric.
- Thuốc tăng thải acid uric.
- Thuốc tiêu hủy acid uric trong máu.

# VIÊM PHỔI

## MỤC TIÊU

1. Nêu được định nghĩa và nguyên nhân gây viêm phổi cấp tính.
2. Trình bày các triệu chứng của viêm phổi cấp tính.
3. Phân loại viêm phổi theo thang điểm CURB-65.
4. Nêu được nguyên tắc điều trị.

## 1. ĐỊNH NGHĨA

### 1.1. Định nghĩa

Viêm phổi là tình trạng nhiễm trùng cấp tính nhu mô phổi bao gồm phế nang và mô kẽ, có thể ảnh hưởng toàn bộ thùy, phân thùy, phế nang tiếp cận với phế quản hay tổ chức kẽ.

### 1.2. Phân loại

#### 1.2.1. Theo cấu trúc giải phẫu

- Viêm phổi thùy.
- Viêm phế quản phổi (phế quản quản phổi).
- Viêm phổi mô kẽ.

#### 1.2.2. Theo vị trí lâm sàng

- Viêm phổi cộng đồng: tình trạng viêm phổi khi bệnh nhân đang sống ngoài bệnh viện hay cơ sở chăm sóc y tế, nhà dưỡng lão.
- Viêm phổi bệnh viện: tình trạng viêm phổi trong khi nằm viện mà phổi trước đó bình thường.

Trong phạm vi bài này chỉ đề cập đến viêm phổi cộng đồng.

### 1.3. Nguyên nhân gây viêm phổi cộng đồng

#### 1.3.1. Vi khuẩn

- Chính: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenza*, *Staphylococcus aureus*, *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa*.

- Không chính: *M. pneumoniae*, *C. pneumoniae*, *Legionella spp*, virus hô hấp,...

#### 1.3.2. Nấm

1.3.3. Ký sinh trùng: amip, giun sán, lá phổi.

1.3.4. Do tác nhân khác: hóa chất, dịch acid, ...

## 2. Triệu chứng

**2.1. Lâm sàng:** a d ng và th ng không c hi u.

**2.1.1. C n ng**

- S t.
- Rét run ho c v m hôi.
- Ho khan ho c ho àm.
- au ng c ki u màng ph i.
- Khó th .
- M t m i, nh c u, au c , bu n nôn, nôn,...

**2.1.2. Th c th**

- Khám ph i: h i ch ng ông c (gỗ c, rung thanh t ng, rì rào ph nang gi m ho c m t). Ph i có ti ng th b t th ng và ran n .

**2.2. C n lâm sàng**

**2.2.1. Công th c máu:** b ch c u t ng, neutrophil t ng.

**2.2.2. X quang ng c:** hình nh thâm nhi m m i ho c ti n tri n.

**2.2.3. Các xét nghi m ch n oán nguyên nhân:** soi t i và c y àm.

**3. Bi n ch ng**

N u b nh nhân nh p vi n s m và c i u tr úng phác b nh s kh i hoàn toàn sau 1-2 tu n i u tr .

Tr ng h p b nh nhân nh p vi n mu n ho c không tuân th i u tr b nh có th ti n tri n n ng h n, có kh n ng t vong do nh ng bi n ch ng sau:

- Suy hô h p.
- S c nhi m trùng.
- Abces ph i.
- Trần d ch ho c tràn m màng ph i, màng tim,...

**4. n ng c a viêm ph i theo thang i m CURB-65**

G m các y u t sau (m i y u t 1 i m):

1. Lú l n.
2. Ure máu > 7 mmol/L.
3. Nh p th > 30 l n/phút.
4. Huy t áp t i a < 90 mmHg, t i thi u < 60 mmHg.
5. Tu i > 65.

**K t qu :**

- 0 – 1 i m: i u tr ngo i trú.

- 2 i m: nh p vi n.

- 3 i m: nh p khoa h i s c tích c c.

## **5. Nguyên t c i u tr**

**5.1. i u tr tri u ch ng:** h s t, bù d ch, thu c ho, tr s c,...

**5.2. i u tr nguyên nhân:** dùng kháng sinh s m, úng lo i, li u.

# HEN PH QU N

## M C TIÊU

1. Trình bày các yếu tố kích thích phát triển hen.
2. Mô tả các triệu chứng hen điển hình.
3. Nêu các nguyên nhân gây ra hen phế quản.

## 1. Định nghĩa

### 1.1. Định nghĩa

Hen phế quản là tình trạng viêm mãn tính đường thở trong đó có sự tham gia của nhiều tế bào và thành phần tế bào. Tình trạng viêm mãn tính tạo ra hiện tượng tăng tính phản ứng của đường thở với các kích thích, gây ra những cơn thu hẹp lòng đường thở tái đi tái lại với các triệu chứng hô hấp tăng dần, có biểu hiện về đêm và sáng. Tình trạng thu hẹp đường thở dần tiến triển nặng, có thể hồi phục tự nhiên hoặc sau khi dùng thuốc.

### 1.2. Các yếu tố kích thích phát triển hen:

- Dị nguyên hô hấp.
- Nhiễm khuẩn đường hô hấp.
- Khói thuốc.
- Genetics.
- Các yếu tố khác: tâm lý, môi trường, thay đổi thời tiết, thuốc,...

## 2. Triệu chứng

### 2.1. Lâm sàng

Cơn hen thường xảy ra sau một yếu tố kích thích hay về đêm do thay đổi thời tiết.

i. Cơn hen điển hình gồm 3 thể:

#### 2.1.1. Triệu chứng báo trước

Mệt mỏi, ho khan, ngứa mắt, ho khan, cảm giác nhột có vật gì chèn làm cho khó thở.

#### 2.1.2. Cơn hen

- Cơn hen: Khó thở là dấu hiệu trung thành nhất của bệnh. Khó thở dần dần ngày càng tăng làm cho bệnh nhân đang ngủ bị đánh thức dậy, cảm giác lo sợ tức nghẹn ngột ngạt.

Khó thở thì thở ra, bệnh nhân phải phải há miệng, tay lên thành ngực thở. Thở ra rất khó nhọc và kéo dài gây ra tim đập nhanh, mệt mỏi. Trong cơn có sự co kéo của các cơ hô hấp như: cơ đòn chũm, cơ liên sườn,...

- Th c th : Khám ph i có các d u hi u:

+ Nhìn: l ng ng c giãn n , co kéo.

+ Nghe: rì rào ph nang gi m nhi u, có nhi u ran ngáy, ran rít.

### **2.1.3. H t c n**

Lúc b t u h t c n, b nh nhân ho kh c àm nhi u, àm tr ng nh y dích, khó kh c v sau đ kh c h n. Sau ó b nh nhân s c m th y đ ch u h n.

## **2.2. C n lâm sàng**

### **2.2.1. Công th c máu**

B ch c u có th t ng n u có b i nhi m.

### **2.2.2. X quang ph i**

Hai ph tr ng t ng sáng, các khoang liên s n giãn r ng.

### **2.2.3. o ch c n ng hô h p**

### **2.2.4. Khí máu ng m ch trong c n hen**

### **2.2.5. Xét nghi m àm, các xét nghi m v d ng**

## **3. Bi n ch ng**

- C p tính: hen ph qu n c p n ng, tràn khí màng ph i.

- M n tính: khí ph th ng, suy hô h p m n, tâm ph m n.

## **4. Nguyên t c i u tr**

### **4.1. M c tiêu:**

- t c và duy trì s ki m soát tri u ch ng.
- Ng n ng a c n hen k ch phát.
- Gi m nhu c u dùng thu c c t c n.
- Không còn nh p vi n ho c vào c p c u.
- Duy trì ho t ng hàng ngày, k c v n ng th l c.
- H n ch ph n ng ph c a thu c.

### **4.2. Ph ng pháp i u tr**

#### **4.2.1. Ki m soát các y u t kh i phát hen**

#### **4.2.2. Thu c:**

- Kích thích 2.
- Anticholinergic.
- Corticoid.



- ức chế leukotriene.
- Methyxanthin.
- Kháng thể IgE.

#### **4.2.3. Theo dõi đáp ứng điều trị**

#### **4.2.4. Giáo dục bệnh nhân và tư vấn hóa trị chemosoc bệnh.**

# TIÊU CH Y

## M C TIÊU

1. Trình bày c nh ngh a tiêu ch y.
2. N m c c ch b nh sinh và các nguyên nhân gây tiêu ch y.
3. Trình bày c tri u ch ng lâm sàng và c n lâm sàng c a tiêu ch y.
4. Nêu c nguyên t c i u tr .

### 1. nh ngh a

Tiêu ch y là tình tr ng i tiêu phân l ng  $> 2 \text{ l n/ngày}$  v i l ng phân  $> 200 \text{ gam/ngày}$ . Tùy th i gian di n ti n, tiêu ch y c phân lo i nh sau:

- $< 2$  tu n: tiêu ch y c p.
- $2 - 4$  tu n: tiêu ch y dai d ng.
- $> 4$  tu n: tiêu ch y m n.

### 2. C ch b nh sinh

Có b n c ch chính gây ra tiêu ch y. Tuy nhiên trên th c t , tiêu ch y có th x y ra do m t ho c nhi u c ch sau ph i h p:

#### 2.1. T ng ti t d ch

Khi s ti t d ch gia t ng v t quá kh n ng h p thu có th gây tiêu ch y.

#### 2.2. R i lo n nhu ng ru t

T ng nhu ng làm cho th c n qua ru t nhanh chóng không k p tiêu hóa và h p thu.

#### 2.3. Tiêu hóa kém

#### 2.4. H p thu kém (t n th ng niêm m c ru t)

## 3. Nguyên nhân

### 3.1. Tiêu ch y c p

Nhi m trùng (th ng g p)

- Vi trùng: *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*, *Vibrio cholerae*, *E.coli*, *Clostridium difficile*, *Yersinia*,...
- Virus: *Rota virus*, *Norwalk virus*,...
- Ký sinh trùng: *E.histolitica*, giun a, giun móc, giun l n, *Giardia lamblia*,...

### **c ch t**

- c ch t t vi trùng (ng c th c n): *Staphylococcus*, *C.perfingens*, *E.coli*, *Clostridium bolilinum*, *P. Pseudomonas*,...
- Hóa ch t c: chì, th y ngân, arsenic,...

### **Ch n u ng**

- R u, tình tr ng không dung n p th c n không c hi u, d ng th c n.
- Tác d ng ph c a m t s thu c.

### **Khác**

- Viêm ru t th a, viêm túi th a, xu t huy t tiêu hóa, ch ng ngh t phân.

## **3.2. Tiêu ch y m n tính**

### **B nh lý d dày**

- Sau ph u thu t c t d dày.
- H i ch ng Zollinger – Ellison.
- B nh Menetrier.

### **B nh lý ru t non (có th gây h i ch ng kém h p thu)**

- Sau ph u thu t c t m t o n ru t non dài.
- Viêm: b nh t o keo (lupus, x c ng bì, viêm a ng m ch), b nh Crohn, viêm i tràng do tia x .
- Nhi m Giardia m n tính.
- Lymphoma ru t.
- Suy t y.
- Thi u disaccarid.
- B nh Spure.
- Gi m gammaglobulin huy t.

### **B nh lý i tràng**

- Viêm: viêm loét i tr c tràng xu t huy t, Crohn.
- U: ung th i tràng, u tuy n nhánh i tr c tràng.

### **Tiêu ch y b nh nhân AIDS (th ng do nhi m trùng)**

### **Các nguyên nhân khác**

- R u ho c thu c (antacid, kháng sinh, h áp, nhu n tràng, thu c ch ng tr m c m).

• Bệnh lý nội tiết: suy thận (bệnh Addison), tiểu đường, cường giáp, bệnh tuyến phó giáp, u thần kinh nội tiết (u carcinoid, hội chứng Zollinger – Ellison).

- Hội chứng ruột kích thích.
- U ruột non.
- Viêm dạ dày ruột không đặc hiệu.
- Đột biến, dị dạng, hoặc tá tràng và tá tràng.
- Viêm nhiễm (Giardia, amib, lao).
- Lâm sàng thực nghiệm.

#### **4. Triệu chứng**

##### **4.1. Lâm sàng**

- Tính chất của tiêu chảy.
- Rối loạn tiêu hóa khác + đau bụng toàn thân.
- Hội chứng mất cân bằng điện giải → triệu chứng.
- Hội chứng suy dinh dưỡng (tiêu chảy mãn).

##### **4.2. Cận lâm sàng:**

- Đánh giá hệ quả tiêu chảy: công thức máu, ion, chức năng thận, protein máu.
- Các xét nghiệm chẩn đoán nguyên nhân: soi phân, X quang hoặc nội soi trực tràng,...

#### **5. Nguyên nhân nội tiết**

- Bù nước và điện giải: quan trọng nhất.
- Thực chế độ tiêu chảy khi cần.
- Kháng sinh khi cần.

# TÁO BÓN

## M C TIÊU

1. Trình bày các nguyên nhân gây táo bón.
2. Nêu các cách phòng ngừa và nguyên nhân gây táo bón.
3. Nêu các nguyên tắc điều trị táo bón.

### 1. Nguyên nhân

Táo bón là một triệu chứng thường gặp có thể dẫn đến nhiều hình thức sau:

- Tiêu chảy, phân nhầy.
- Giảm số lần tiêu hóa bình thường ( $< 3$  lần/tuần).
- Phân cứng.
- Cảm giác tiêu không hết phân.

### 2. Các cách phòng ngừa

#### 2.1. Chế độ ăn uống và vận động

Do rối loạn chức năng vận động của ruột.

Triệu chứng thường khởi phát từ và xảy ra quanh tuổi dậy thì. Tiêu hóa thường gặp nhất là phân cứng, và có thể dẫn đến biến chứng như mất nước, mất cân bằng điện giải, mất cân bằng dinh dưỡng.

Các triệu chứng đi kèm là đau bụng, chướng bụng, mất ngủ và không có thời gian nghỉ ngơi, các triệu chứng như vậy, các triệu chứng như vậy.

#### 2.2. Rối loạn thoát phân

Quá trình làm việc của ruột không hiệu quả do không có sự phối hợp nhịp nhàng của các cơ, hệ thống thần kinh và các cơ quan khác. Bệnh nhân thường có tình trạng cơ vòng hậu môn không thích hợp khi rặn.

Rối loạn thoát phân thường là do mất phối hợp và xảy ra từ tuổi dậy thì. Đây có thể là hậu quả của thói quen nhịn đi tiêu nhằm tránh đau khi tiêu phân lỏng, cứng hoặc khi đang bị bệnh như viêm, ... Rối loạn thoát phân cũng có thể bị ảnh hưởng bởi các yếu tố khác như stress, táo bón mãn tính, phân nhầy và không đáp ứng với điều trị bằng thuốc.

#### 2.3. Các triệu chứng sai lệch thói quen tiêu

Nhiều bệnh nhân này thường có kèm các rối loạn về tâm lý – xã hội. Các triệu chứng sai lệch thói quen tiêu hóa bình thường. Tuy nhiên, một số bệnh nhân có kèm

theo bất thường chức năng cảm giác và vận động vùng hệ thần kinh trung ương do đó rất khó phân biệt với nhóm bệnh nhân táo bón do chức năng vận động đại tràng.

### 3. Nguyên nhân

Táo bón có thể xảy ra do các bệnh lý thuộc hai nhóm là rối loạn làm yếu đại tràng và rối loạn tăng xuất đại tràng.

#### 3.1. Rối loạn làm yếu đại tràng

##### Bệnh lý thuộc nhóm tiêu hóa gây hệ quả rối loạn

- U lành hoặc ác tính.
- Viêm: loét mạn tính, viêm đại tràng – đại tràng xuất huyết, Crohn, viêm túi thừa.

- Rối loạn chức năng: hệ thần kinh ruột kích thích.
- Bất thường bẩm sinh: Bệnh Hirschsprung.

##### Thay đổi do các tình trạng làm thay đổi nội tiết, nội gan toàn thân

- Thai kỳ.
- Suy giáp.
- Cường tuyến cận giáp.
- Tiểu đường.
- Hạ kali máu.
- Ngộ độc chì.

##### Tác động của thuốc

- Nhóm opioid.
- Kháng cholinergic.
- Antacid.
- Chống trầm cảm.
- Lợi tiểu.

#### 3.2. Rối loạn làm tăng xuất đại tràng

##### Rối loạn phân xạ tiêu do bệnh lý nội tạng

- Bệnh lý hệ thần kinh trung ương (loét hệ thần kinh, nhiễm hệ thần kinh, dò hệ thần kinh, viêm đại tràng, trĩ, tăng áp lực ổ bụng hệ thần kinh).

- Bệnh lý thần kinh.
- Thiểu năng, căng thẳng, tuổi già.

### **Ri lo n ph n x i tiêu do nguyên nhân khác**

- Không t p thói quen i tiêu t t.
- L m d ng thu c nhu n tr ng.
- Nguyên nhân tâm lý.

## **4. Nguyên t c i u tr**

### **4.1. Thay il i s ng**

- Ch n: nhi u ch t x , u ng nhi u n c.
- Luy n t p: xoa b ng k t h p v i t p i i ti n úng gi .
- N ng v n ng, tránh n m ho c ng i nhi u.

### **4.2. Dùng thu c**

- Thu c nhu n tr ng.
- Thu c làm m m phân.
- Thu c bôi tr n.

# LOÉT DÀY TÁ TRÀNG

## MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân và các yếu tố thuận lợi của loét dạ dày tá tràng.
2. Mô tả được các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của loét dạ dày tá tràng.
3. Kể tên được các biến chứng của loét dạ dày tá tràng.
4. Nêu được nguyên tắc điều trị loét dạ dày tá tràng.

## 1. Tổng quan

### 1.1. Định nghĩa

Loét dạ dày tá tràng là một bệnh diễn tiến mạn tính do suy giảm các yếu tố bảo vệ và/hoặc tăng các yếu tố phá hủy, gây nên các tổn thương niêm mạc dạ dày hoặc tá tràng.

Bệnh gặp nam nhiều gấp 3-10 lần nữ, hiện nay tỷ lệ này có xu hướng giảm dần. Tuổi khởi phát 30-50 tuổi, loét tá tràng thường gặp nhiều nhất, nhiều hơn loét dạ dày 3-4 lần.

### 1.2. Nguyên nhân và các yếu tố thuận lợi

**1.2.1. Nhiễm Helicobacter Pylori (HP):** chiếm 50% nguyên nhân gây loét dạ dày tá tràng.

#### 1.2.2. Yếu tố thuận lợi:

- Các thuốc dễ gây loét: aspirin, kháng viêm non-steroid, corticoid.
- Yếu tố xã hội: căng thẳng gây tăng tiết dịch vị và tăng co bóp.
- Yếu tố di truyền:
  - + Thiếu dinh dưỡng kéo dài.
  - + Nivơ, rối loạn giấc ngủ, quá nhiều chất kích thích,...
  - + Nghiện rượu, nghiện thuốc lá.
- Di truyền.

## 2. Triệu chứng

### 2.1. Lâm sàng

#### 2.1.1. Cận lâm sàng

- Đau thường không lan hay lan ra sau lưng (tá tràng) hay lan lên vùng giữa 2 xương bả vai (dạ dày).



- C n au x y ra u n sau n (1-3 gi sau n trong loét d dày) ho c ch m t 3-5 gi sau n trong loét tá tràng.

- C n au l p l i u n hàng ngày vào m t gi nh t nh sau b a n, t au kéo dài 2-3 tu n n u không i u tr ; n u có i u tr , c n au ch gi m hay h t khi u ng thu c và ch h t h n sau 1 tu n n 10 ngày. i m này giúp chúng ta phân bi t v i c n au "gi loét" (d i 3 ngày), m t bi n th c a c n au qu n gan.

- C n au tái phát theo chu k sau 1 hay nhi u n m, th ng vào mùa l nh.

- au gi m khi n, u ng s a hay dùng thu c Antacid, t ng v i các th c n chua, nhi u acid (d a, chanh,...).

- Tính ch t au: nh xo n nh v n, ít khi có tính ch t nóng, rất nh trong viêm d dày.

- Kèm v i h i hay chua. Nôn khi có bi n ch ng. Táo bón.

- B nh nhân có th s t cân do gi m n vì au nh ng có ng i t ng cân do n hay u ng s a nhi u làm d u c n au.

### 2.1.2. Th không i n hình:

- au ki u nóng rất, sau n và có tính chu k .

- au ki u xo n v n, sau n nh ng chu k trong n m th t th ng.

- au ki u xo n v n, không liên h nhi u n b a n nh ng có tính chu k .

- Th không au ch phát hi n khi có bi n ch ng th ng hay xu t huy t chỉ m 20-25% tr ng h p.

- Ch có 30 % b nh nhân loét tá tràng có c n au i n hình.

**2.1.3. D u hi u th c th :** trong loét d dày r t nghèo nàn, tuy nhiên khám toàn di n c n thi t tìm các t n th ng c a các b nh khác có th gây au th ng v (không i n hình). Thông th ng b nh nhân có thi u máu nh , m t ng , hay có c a lo l ng. ôi khi b nh nhân có th ch chính xác m t i m au th ng v .

## 2.2. C n lâm sàng

**2.2.1. Ch p X quang d dày tá tràng c n quang :** ph ng pháp t t ch n oán loét b cong nh và loét hành tá tràng, ít nh y v i loét nông hay viêm, nay d n d n c thay th m t ph n b ng n i soi.

**2.2.2. N i soi d dày tá tràng:** là ph ng ti n t t nh t ch n oán và theo dõi loét d dày tá tràng. Qua n i soi chúng ta có th sinh thi t hay nhu m màu niêm m c có ch n oán chính xác h n. Sinh thi t là ph ng ti n ch n oán các loét thoái hóa (ung th ) và tình tr ng nhi m Helicobacter pylori b ng nhu m Giemsa, Starr hay làm test urease nhanh (Clo test), phát hi n urê do Helicobacter pylori phóng thích ra trên m u mô sinh thi t.

**2.2.3. Các ph ng ti n khác:** phát hi n nhi m Helicobacter pylori: huy t thanh ch n oán, c y m nh sinh thi t d dày,...

### **3. Bi n ch ng**

#### **3.1. Xu t huy t tiêu hóa**

#### **3.2. Th ng d dày tá tràng**

#### **3.3. H p môn v**

#### **3.4. Ung th hóa**

### **4. Nguyên t c i u tr :**

**4.1. Thay i l i s ng:** tránh các y u t thu n l i gây loét.

#### **4.2. Dùng thu c**

- Thu c trung hòa acid.
- Thu c gi m ti t acid: kháng th th H<sub>2</sub>, c ch b m proton.
- Thu c b o v niêm m c d dày và t ng s c kháng niêm m c d dày.
- Thu c di t HP.

# VIÊM GAN

## MỤC TIÊU

1. *Kiểm tra các nguyên nhân viêm gan.*
2. *Trình bày các lâm sàng và cận lâm sàng của viêm gan cấp và mạn.*

### 1. Định nghĩa

Viêm gan là tình trạng tổn thương nhu mô gan, đặc trưng bởi sự hiện diện của các tế bào viêm.

Viêm gan dưới 6 tháng gọi là viêm gan cấp, kéo dài trên 6 tháng gọi là viêm gan mạn.

### 2. Nguyên nhân

2.1. **Do virus:** A, B, C, D, E.

2.2. **Do vi trùng:** nhiễm leptospira, thương hàn, nhiễm rickettsia,...

2.3. **Do rượu**

2.4. **Viêm gan thoái hóa mỡ**

2.5. **Do thuốc:** acetaminophen liều cao, thuốc kháng lao, thuốc ngừa thai,...

2.6. **Do các chất**

2.7. **Viêm gan tự miễn**

2.8. **Bệnh Wilson**

2.9. **Bệnh sỏi mật di truyền**

2.10. **Do thiếu hụt 1- antitrypsin**

2.11. **Do thiếu máu cơ tim**

### 3. Lâm sàng

Đối với các bệnh nhân không có triệu chứng rõ ràng, cần phát hiện tình cờ khi làm xét nghiệm. Khoảng 25% bệnh nhân có các biểu hiện lâm sàng điển hình gợi ý viêm gan như: đau hạ sườn phải, vàng da.

#### 3.1. Viêm gan cấp

Bệnh có thể chia làm 4 thể loại:

##### 3.1.1. Thể cấp tính

Kéo dài trung bình vài tuần đến vài tháng tùy theo tác nhân gây bệnh. Hầu hết bệnh nhân không có triệu chứng gì đặc biệt.

### 3.1.2. Th i k kh i phát

- S t nh không kèm l nh run.
- M t m i, n u ng kém, au c , au kh p.
- ôi khi có au vùng gan, ti u màu vàng s m.

### 3.1.3. Th i k toàn phát

- Xu t hi n ti u s m màu tr c tiên, sau ó m i phát hi n vàng da, niêm. Lúc này, s t gi m đ n r i h t h n.
- Tri u ch ng suy nh c c th (m t, n u ng kém, bu n nôn ho c nôn,...).
- Có th ng a.
- Có th r i lo n i tiêu: tiêu ch y ho c táo bón.
- Gan có th to, au t c khi khám.
- Có th di n ti n n ng thành th viêm gan t i c p v i bi u hi n suy ch c n ng gan c p gây r i lo n ông máu (xu t huy t da niêm, xu t huy t tiêu hóa,...), r i lo n tri giác, i đ n vào hôn mê gan trong vòng 8 tu n t khi kh i b nh, có th t vong. Trong th suy gan c p, tình tr ng phù chân, báng b ng th ng r t nh trong khi tình tr ng r i lo n ông máu và r i lo n tri giác l i n i b t.

### 3.1.4. Th i k h i ph c

Các tri u ch ng gi m đ n, bi n m t, b nh nhân h i ph c hoàn toàn sau 1-2 tháng. M t s b nh nhân có th b vàng da kéo dài nh ng c ng không quá 6 tháng.

## 3.2. Viêm gan m n

Giai o n u th ng không có tri u ch ng lâm sàng rõ. B nh nhân có th ch c m th y h i m t m i, n kém, vàng da niêm nh ,...ho c hoàn toàn không có tri u ch ng gì. Sau nhi u n m, tri u ch ng u tiên khi n b nh nhân quan tâm th ng là bi u hi n c a bi n ch ng nh x gan m t bù (phù chân, báng b ng, ti u ít, xu t huy t da niêm b t th ng,...) ho c là ung th gan (gan to, c ng, au, suy gi m t ng tr ng nhanh chóng).

## 4. C n lâm sàng

### 4.1.Xét nghi m ch n oán viêm gan

- nh l ng các men gan transaminase: AST (SGOT) và ALT (SGPT).
- Lactat dehydrogenase (LDH).
- Bilirubin.
- Phosphatase ki m (ALP).
- glutamyl transpeptidase (GGT).
- i n di protein.

- Check nồng độ máu.
- Check oán hình nh h c: siêu âm, CT scan, MRI,...
- Sinh thị t gan.

#### **4.2. Xét nghi m ch n oán nguyên nhân:**

Tùy thu c t ng nguyên nhân khác nhau, ví d :

- Viêm gan siêu vi B: HBsAg, Anti-HBs, Anti-HBc (IgM: viêm c p), HBeAg, Anti-HBe, HBV DNA.
- Viêm gan siêu vi C: Anti-HCV, HCV RNA.

#### **5. Nguyên t c i u tr**

Tùy theo nguyên nhân c th gây viêm gan mà chúng ta có h ng i u tr riêng.

# X GAN

## M C TIÊU

1. K các nguyên nhân gây b nh x gan.
2. Trình bày c tri u ch ng lâm sàng và c n lâm sàng b nh x gan.
3. Li t kê các y u t tiên l ng x gan theo Child- Pugh.
4. Li t kê các bi n ch ng th ng g p.
5. Nêu c nguyên t c i u tr .

### 1. nh ngh a:

- X gan là h u qu c a b nh gan m n tính và ti n tri n, d n n s phá h y lan t a t bào nhu mô gan, thay vào ó nh ng mô s o và các n t tái t o phá v c u trúc bình th ng c a m ch máu và c a ti u thùy gan.

- **V mô h c x gan** c nh ngh a:

- Ho i t t bào nhu mô gan.
- X hóa kho ng c a lan vào ti u thùy.
- Các u c c tái sinh nh ng không có ch c n ng.

### 2. Nguyên nhân:

#### 2.1. R u:

R u gây t n th ng gan v i nhi u m c :

- Gan nhi m m .
- Viêm gan do r u.
- X gan.

#### 2.2. Viêm gan siêu vi B, C

#### 2.3. Thu c

#### 2.4. Th a s t

- B m sinh: do r i lo n chuy n hóa s t.
- Th phát: do các b nh ph i truy n máu lâu dài.

#### 2.5. Th a ng: b nh Wilson

#### 2.6. T c m t:

- B m sinh (không có t c m t ngoài gan).
- Th phát (có t c m t ngoài gan).

**2.7. H i ch ng Budd-chiari:** t c t nh m ch trên gan.

**2.8. Suy tim:** suy tim ph i m n tính  $\rightarrow$  x gan tim.

**2.9. Suy dinh d ng**

**2.10. Nhi m trùng, ký sinh trùng:** sán lá gan, giang mai b m sinh.

**2.11. T phát:** không rõ nguyên nhân.

X gan có th do m t nguyên nhân gây nên, c ng có th do nhi u nguyên nhân cùng tác ng.

### **3. Tri u ch ng**

#### **3.1 . X gan còn bù**

- Là giai o n s m c a x gan, tri u ch ng lâm sàng không rõ ràng, ít phát hi n c, ch phát hi n tình c vì bi n ch ng c a nó: xu t huy t tiêu hóa do dẫn v t nh m ch th c qu n, ho c có b nh khác qua ph u thu t b ng phát hi n x gan ho c qua khám s c kh e nh k .

- Gan th ng to, không au, ch c, b s c, m t nh n hay l n nh n,...

- Ch n oán xác nh trong giai o n này d a vào sinh thi t gan cho hình nh x gan.

#### **3.2 . X gan m t bù**

Là giai o n mu n c a x gan, bi u hi n trên lâm sàng khá rõ ràng v i nhi u tri u ch ng. Có hai h i ch ng:

**3.2.1.H i ch ng t ng áp l c t nh m ch c a:** có kho ng 60% tr ng h p x gan có t ng áp l c t nh m ch c a ( $> 20 \text{ cmH}_2\text{O}$ ).

Các tri u ch ng lâm sàng c a h i ch ng t ng áp l c t nh m ch c a bao g m :

+ Dẫn các t nh m ch vòng n i c a - ch :

. Tu n hoàn bàng h d i da b ng.

. Dẫn t nh m ch th c qu n.

. Dẫn t nh m ch tr c tràng.

+ C ch ng.

+ Lách to.

#### **3.2.2. H i ch ng suy t bào gan**

Gan có kh n ng bù tr r t l n. Do ó, khi x gan giai o n mu n, m t bù thì tri u ch ng m i rõ ràng. Có các tri u ch ng chính nh sau:

- R i lo n tiêu hóa: chán n, khó tiêu, tiêu ch y, táo bón b t th ng.

- Vàng da - niêm.

- Xu t huy t da – niêm.
- C ch ng.
- Phù chân.
- Sao m ch, lòng bàn tay son.
- R i lo n n i t i t:

Nam: li t đ ng, vú to.

N : r i lo n kinh nguy t, không có kh n ng có thai.

- R i lo n tâm - th n kinh: gi m trí nh , n ng h n m t nh h ng không gian, th i gian, n ng h n n a có th hôn mê.

**3.2.3. Khám gan:** x gan m t bù th ng là gan teo nh , c ng có tr ng h p gan to v i tính ch t: không au, b s c, m t ch c, b m t th ng không nh n c ng có th b m t nh n tùy nguyên nhân.

### 3.3. C n lâm sàng

#### 3.3.1. Các xét nghi m ch c n ng gan: xáo tr n

\* i n di protein: albumin gi m, globulin t ng (gama globulin), t l A/G <1.

\* T l prothrombin: gi m, trong x gan th ng gi m < 60%.

Th i gian Quick: kéo dài.

#### Cholesterol este hóa

\* T l -----: gi m

#### Cholesterol toàn ph n

\* Nghi m pháp th i BSP ( + )

\* **Xét nghi m v ho i t t bào gan:** men transaminase (SGOT, SGPT) có th bình th ng ho c t ng.

Transaminase t ng nói lên x gan ang t i n tri n. Ng c l i n u bình th ng là x gan trong giai o n n nh.

#### 3.3.2.. Xét nghi m d ch màng b ng

D ch màng b ng trong x gan c phân lo i: d ch th m

D a vào chên albumin gi a d ch màng b ng và huy t thanh (SAAG)

Trong x gan: SAAG  $\geq$  1,1g/dl

**3.3.3. N i soi:** tìm d u hi u c a t ng áp l c t nh m ch c a.

#### 3.3.4. Siêu âm

Siêu âm góp ph n ch n oán qua hình nh thay i c u trúc ch mô gan, d ch màng b ng, lách to, t nh m ch c a dẫn.

#### 3.3.5. Sinh thi t gan



Là xét nghiệm quy t nh nh t trong ch n oán x gan. Tuy nhiên, ch sinh thi t trong giai o n x gan còn bù, vì x gan m t bù thì tri u ch ng lâm sàng ấ khá rõ ràng, sinh thi t trong giai o n này giá tr không kh thi l m, gây nhi u tai bi n.

#### 4. Tiên l ng và bi n ch ng

**4.1. Tiên l ng:** nói chung không i u tr kh i, tuy nhiên n u i u tr t t có th làm cho b nh n nh c m t th i gian dài (kho ng 5 n m).

Tiên l ng x gan đ a vào b ng phân lo i Child - Pugh

	I M		
	1	2	3
Tri giác	t nh	mê ( I,II)	mê ( III,IV)
C ch  ng	nh	trung bình	n ng
Albumin (gam/dl)	$\geq 3,5$	2,8 - 3.4	$< 2,8$
Bilirubin (mg/dl)	$< 2$	2 - 3	$> 3$
T  l Prothrombin (%)	$> 70$	40 - 70	$< 40$

**Child A = 5 - 7 i m, Child B = 8 -10 i m, Child C = 11 - 15 i m**

**4.2. Bi n ch ng:** b nh nhân x gan đ n đ n suy ki t và có th t vong do các bi n ch ng sau :

- + Nhi m trùng : nhi m trùng huy t, ph i, d ch báng.
- + Xu t huy t tiêu hóa do dẫn v t nh m ch th c qu n.
- + Hôn mê gan.
- + H i ch ng gan - th n.
- + Ung th hóa.
- + R i lo n ông máu.

#### 5. Nguyên t c i u tr

##### 5.1. i u tr nguyên nhân

M t s nguyên nhân có th i u tr c nh : r u, viêm gan siêu vi, suy dinh đ ng, suy tim, s i m t,...

##### 5.2. i u tr nâng

- Ch n: gi m m
- B sung vitamin nh t là vitamin nhóm B, C.

- Tránh dùng các thuốc nhai ngậm gan.
- Các thuốc trị gan hiu qu không rõ ràng, giá thành t.

### **5.3. i u tr c ch ng**

Có nhi u bi n pháp :

- Ngh ng i.
- n l t.
- L i ti u.
- Truy n albumin, huyết t ng.
- Ch c tháo d ch.

### **5.4. i u tr bi n ch ng**

### **5.5. Ghép gan**

# S T XU T HUY T DENGUE

## M C TIÊU

1. Trình bày các tác nhân và ngu n lây c a s t xu t huy t.
2. Nêu các lâm sàng và c n lâm sàng c a s t xu t huy t Dengue.
3. Trình bày các phân s t xu t huy t theo WHO.
4. Nêu các nguyên t c i u tr và d phòng.

## 1. i c ng

### 1.1. nh ngh a

B nh s t xu t huy t Dengue là m t b nh truy n nhi m gây thành d ch do siêu vi Dengue gây ra. Có th bi u hi n t th nh , di n ti n lành tính n các th n ng (có bi u hi n xu t huy t ho c s c n ng ho c t n th ng a t ng) nh h ng n tính m ng b nh nhân.

### 1.2. D ch t h c

S t xu t huy t là m t trong nh ng nguyên nhân hàng u c a các tr ng h p nh p vi n và t vong tr em. B nh v n có th x y ra ng i l n, và s l ng ng i l n gia t ng trong nh ng n m g n ây.

- B nh x y ra quanh n m, cao i m vào tháng mùa m a (tháng 5-10).

- Th ng g p vùng ông dân c , v sinh môi tr ng kém ho c nh ng vùng dân c d c các tr c giao thông l n. Vi t Nam, t l g p nhi u các t nh ng b ng sông C u Long, ít g p h n nh ng vùng i núi cao.

### 1.3. Nguyên nhân và ngu n lây

Siêu vi Dengue thu c nhóm Arbovirus. Có 4 typ siêu vi Dengue gây b nh cho ng i, c t tên là typ 1,2,3,4; truy n b nh t b nh nhân qua ng i lành, qua v t mu i t. Trung gian truy n b nh là mu i v n *Aedes aegypti* cái. Mu i cái hút máu và truy n b nh vào ban ngày.

Khi nhi m v i m t typ Dengue, ng i b nh có th có kháng th b o v i v i typ ó, ch không c b o v v i nh ng typ Dengue khác, nên có th b nh i m typ Dengue khác m t th i gian sau. Nhi m b nh l n u c g i là s nh i m, l n hai c g i là th nh i m. l n nhi m th hai, ng i b nh đ r i vào tình tr ng s c, do h u qu c a ph n ng gi a kháng nguyên kháng th , nh h ng làm t ng tính th m thành m ch d n n tình tr ng s c.

## 2. Triệu chứng

### 2.1. Lâm sàng

Thường khi phát vẩy sốt cao liên tục 2 – 7 ngày, kèm các triệu chứng không đặc hiệu như nhức đầu, mệt mỏi, đau nhức cơ khớp, xuất huyết ngoài da hoặc niêm mạc thường nhẹ và lành tính.

- **Gan to và đau** (đau có thể lan tỏa khắp bụng, làm đau lưng và hạ sườn phải hoặc trái).

- **Xuất huyết** xảy ra từ ngày 2, ngày 3. Xuất huyết da-niêm mạc (t ban tím xuất hiện rải rác, vết bầm chấm chích, dấu chảy máu (+), ói ra máu, tiêu phân đen), xuất huyết niêm mạc mũi, xuất huyết nội tử cung, râm máu môi. Xuất huyết não-màng não hiếm gặp.

- **Sốt**: xảy ra vào ngày 4, ngày 5 (chỉ nhẹ, đôi khi có khi tím tái, mệt mỏi quay cuồng, khó thở, hoặc không thở được; huyết áp giảm, nhịp nhanh, hoặc không ổn định; và đôi khi bất thường...thời gian hồi phục màu da kéo dài > 2 ngày).

Diễn tiến thường nặng nề sau ngày thứ 6, ngày 7: triệu chứng sốt, hạ huyết áp, ngưng thở. Tuy nhiên có những trường hợp triệu chứng đau hạ sườn phải hoặc trái, khó chịu, sốt giảm dần, gan lớn và đau bụng nhẹ hơn, bệnh thuyên giảm vào ngày 4 hoặc ngày 5 (trường hợp chuyển nặng).

#### Lưu ý mất dấu hiệu:

- **triệu chứng**: các triệu chứng dần mất đi các loại siêu vi khác như cúm, sởi... Tiến vào sốc khoảng 25% các trường hợp.

- **nguyên nhân**: thời gian sốt kéo dài hơn so với trẻ em (trên 7 ngày). Đáng lưu ý hơn là biểu hiện xuất huyết thường nhẹ hơn và kéo dài hơn (có thể trên 2 tuần); các triệu chứng tiêu chảy máu kéo dài, rõ ràng; còn có thể có xuất huyết tiêu nội tử cung: tiểu máu, phân đen, rong kinh, chảy kinh, đau bụng liên tục và các biểu hiện lâm sàng khác. Tiến vào sốc ít hơn so với trẻ em.

- Biểu hiện thần kinh: bệnh nhân có thể có những biểu hiện rối loạn tri giác (cognitive impairment, ...). Thường dịch não tủy trongگیری bình thường.

- Biểu hiện viêm gan: bệnh nhân có thể có vàng da, vàng mắt, men gan tăng rất cao, có thể có tỷ lệ tăng cao.

### 2.2. Cận lâm sàng

- Bạch cầu ngoại biên trongگیری bình thường hoặc có thể giảm nhẹ từ ngày 4 hoặc ngày 5 cấp độ nhẹ. Số lượng tiểu cầu < 100 000/mm<sup>3</sup>, dung tích hồng cầu > 20% so với bình thường để xem là tiêu chuẩn chẩn đoán lâm sàng chuyển nặng.

- Bạch cầu lympho không điển hình gia tăng.

- Siêu âm: hình ảnh tràn dịch màng bụng, dịch màng phổi.

- Xét nghi m v ch c n ng ông máu b t th ng: gi m các y u t ông máu, fibrinogen gi m.
- Ph n ng c y máu phân l p siêu vi (ch d ng tính n u th máu s m).
- Ph n ng huy t thanh mi n d ch: tìm IgM.

### **3. Phân s t xu t huy t Dengue theo WHO**

#### **3.1. S t xu t huy t Dengue không kèm d u hi u c nh báo**

S t cao t ng t, liên t c t 2 – 7 ngày và có ít nh t 2 trong các d u hi u sau:

- Bi u hi n xu t huy t: nghi m pháp dây th t (+), ch m xu t huy t da, ch y máu chân r ng ho c ch y máu cam.
- Nh c u, chán n, bu n nôn.
- Da sung huy t, phát ban.
- au c , au kh p, nh c hai h m t.
- Xét nghi m: h ng c u dung tích bình th ng ho c t ng, ti u c u bình th ng ho c h i gi m, b ch c u th ng gi m.

#### **3.2. S t xu t huy t Dengue kèm d u hi u c nh báo**

G m lâm sàng c a s t xu t huy t Dengue, kèm thêm các d u hi u c nh báo sau:

- V t vấ, l , li bì.
- au b ng vùng gan.
- Gan to > 2 cm.
- Nôn nhi u.
- Xu t huy t niêm m c.
- Ti u ít.
- Xét nghi m: t ng dung tích h ng c u kèm ti u c u gi m nhanh.

#### **3.3. S t xu t huy t Dengue n ng**

Khi b nh nhân có 1 trong các bi u hi n sau:

- Thoát huy t t ng n ng: d n n s c gi m th tích, d ch khoang màng ph i và b ng nhi u.
- Xu t huy t tr m tr ng.
- Suy a t ng.

### **4. Nguyên t c i u tr**

Phác i u tr th ng nh t c ph bi n r ng rãi các tuy n khác nhau.

#### **4.1 i u tr s t xu t huy t Dengue không s c**

Không có i u tr c hi u, ch y u là i u tr tri u ch ng:

- H s t.
- Bùn c b ng ng u ng.
- Ch nh truy n d ch khi c n.

#### **4.2. i u tr s t xu t huy t Dengue có s c**

- Chuy n b nh nhâ n m t n i thu n l i cho vi c ch ng s c.
- Cho b nh nhâ n th oxy n u b t r t, v t vấ.
- Nhanh chóng l p ng truy n v ng vàng truy n d ch ch ng s c.

- N u không áp ng v i dung d ch tinh th , ph i truy n dung d ch cao phân t .  
N u không áp ng n a, ph i dùng thu c v n m ch. Tr ng h p có xu t huy t n ng:  
ph i truy n máu, th ng là truy n h ng c u l ng, ho c huy t t i ông l nh ho c  
truy n ti u c u.

#### **5. Phòng ng a**

Cho n nay, v n ch a có thu c ch ng ng a.

V n phòng ng a v n ph i d a vào các bi n pháp v sinh môi tr ng tránh  
b mu i t (ng mùng), ng n ng a s phát tri n c a mu i (di t l n qu n, di t mu i:  
d n d p bùn l y, nh ng n i n c ng). C n phát hi n s m tr b s t xu t huy t và tr  
có nguy c vào s c.

# NHIỆM TRÙNG TIẾU

## MỤC TIÊU

1. Phân biệt các nhiễm trùng tiểu trên và dưới.
2. Kể các yếu tố thuận lợi của nhiễm trùng tiểu.
3. Trình bày các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của nhiễm trùng tiểu.
4. Nêu các nguyên tắc điều trị.

### 1. Định nghĩa

Nhiễm trùng tiểu là bệnh gây ra do sự xâm nhập của vi sinh vật vào bể thận hoặc bàng quang tiểu niệu. Bệnh có biểu hiện lâm sàng rõ ràng, thường không triệu chứng nên bệnh nhân lâm sàng không nhận ra nhiễm trùng huyết có thể diễn biến rất nhanh chóng.

Nhiễm trùng tiểu có thể chia thành 2 nhóm theo vị trí giải phẫu:

- Nhiễm trùng tiểu trên: vị trí nhiễm trùng thận niệu quản trên, gồm: viêm đài bể thận cấp, viêm đài bể thận mạn.
- Nhiễm trùng tiểu dưới: vị trí nhiễm trùng bàng quang niệu quản, gồm: viêm bàng quang, viêm niệu quản, viêm niệu đạo.

### 2. Nguyên nhân và điều kiện thuận lợi

#### 2.1. Nguyên nhân

- Thường gặp nhất là các vi khuẩn gram âm: *E.Coli*, *Proteus*, *Pseudomonas*, *Klebsiella*, *Enterobacter*,...

- Đường xâm nhập:

+ Ngực dòng tụt đi lên

+ Đường máu: ít gặp, thường xảy ra các bệnh nhân bệnh miễn tính, suy giảm miễn dịch hoặc vi khuẩn gây bệnh có độc lực cao.

#### 2.2. Yếu tố thuận lợi

##### 2.2.1. Các nguy cơ tiểu: sỏi, u, nang, dị tật,...

##### 2.2.2. Trào ngược

+ Niệu đạo – bàng quang.

+ Bàng quang – niệu quản.

##### 2.2.3. Tuổi và giới

- Tuổi càng lớn thì nguy cơ nhiễm trùng tiểu càng tăng.

- Nữ có nhiều nguy cơ hơn nam.

- Phấn mang thai có nhi u nguy c h n.

**2.2.4. Các th thu t ni u khoa:** t sond ti u, soi bàng quang, ch p bàng quang ni u qu n ng c dòng,...

**2.2.5. Các b nh lý n i khoa:** ái tháo ng, các b nh lý làm suy gi m mi n d ch, b nh th n s n có,...

### 3. Tri u ch ng

**3.1. Lâm sàng:** không ph i lúc nào c ng ph n ánh úng v trí và m c tr m tr ng c a nhi m trùng ti u.

#### 3.1.1. Nhi m trùng ti u trên

- Bi u hi n nhi m trùng toàn thân rõ: s t cao, l nh run, v m t nhi m trùng.
- au góc s n l ng ho c vùng hông cùng bên.
- N c ti u c, có th có ti u máu, ti u máu th ng gi m nhanh trong vài ngày.

- Khám: h th t l ng y, n au góc s n l ng, th n to au, rung th n (+).

#### 3.1.2. Nhi m trùng ti u d i

- Ít khi có bi u hi n toàn thân.
- Có h i ch ng ni u o c p: ti u g t, ti u l t nh t nhi u l n, ti u khó.
- N c ti u c, có th có ti u máu.

### 3.2. C n lâm sàng

#### 3.2.1. Xét nghi m n c ti u

- C y n c ti u gi a dòng: ch n oán xác nh có nhi m trùng ti u n u hi n đi n  $\geq 10^5$  khuẩn vi khu n/ml n c ti u v i ch duy nh t m t lo i vi khu n.
- T ng phân tích n c ti u: tìm b ch c u, ph n ng nitrit.

#### 3.2.2. Xét nghi m máu

- Công th c máu.
- C y máu: khi nghi ng nhi m trùng ti u trên (có bi u hi n toàn thân).

#### 3.2.3. Hình nh h c: siêu âm, X quang b ni u không chu n b ,...

### 4. Ti n tri n và bi n ch ng

Nhi m trùng ti u c p không bi n ch ng n u c ch n oán và i u tr úng s kh i h n. N u ch n oán và i u tr không k p th i b nh có th gây ra các bi n ch ng c p d n n t vong nh nhi m trùng huyết, choáng nhi m trùng ho c đi n ti n n b nh m n tính nh viêm ài b th n m n và cu i cùng là suy th n m n.



## 5. Nguyên tắc điều trị

- Lựa chọn các yếu tố điều trị.
- Dùng kháng sinh diệt khuẩn giúp ngăn ngừa lây lan và giảm thiểu triệu chứng và các biến chứng.
- Chọn lựa kháng sinh dựa vào: số lượng vi khuẩn, kháng sinh phổ tác dụng qua thận và ít độc hại, số liệu kháng khuẩn ban đầu. Các loại kháng sinh có thể dùng: fluoroquinolon, beta – lactam, trimethoprim – sulfamethoxazol (TMP/SMX).
- Lựa chọn các kháng sinh tác dụng cao trong mô thận nếu cần có fluoroquinolon, TMP/SMX, tetracyclin nếu cần liều cao.
- Chọn lựa ngoại khoa kịp thời khi cần.

# H I CH NG TH N H

## M C TIÊU

1. *Nêu c nh ngh a và nguyên nhân c a h i ch ng th n h .*
2. *Trình bày c tri u ch ng lâm sàng, c n lâm sàng, bi n ch ng c a h i ch ng th n h .*
3. *Nêu c nguyên t c i u tr .*

### 1. nh ngh a

H i ch ng th n h là 1 h i ch ng lâm sàng và sinh hóa, xu t hi n khi có t n th ng c u th n do nhi u tình tr ng b nh lý khác nhau, c tr ng b i phù, protein ni u cao, m máu gi m, albumin máu gi m, t ng lipid máu.

### 2. Nguyên nhân và các th lâm sàng

Ng i ta chia h i ch ng th n h làm 2 nhóm tùy theo nguyên nhân gây b nh.

#### 2.1. H i ch ng th n h nguyên phát:

Chi m t l 90% c mô t b ng t n th ng b nh h c:

- B nh c u th n sang th ng t i thi u: nguyên nhân gây h i ch ng th n h th ng g p tr em.
- X hóa c u th n khu trú t ng vùng.
- Viêm c u th n màng.
- Viêm c u th n màng t ng sinh.
- Viêm c u th n t ng sinh gian mô: 5-10 % h i ch ng th n h nguyên phát.

Ch n oán nguyên nhân nguyên phát khi ã lo i tr nguyên nhân th phát.

#### 2.2. H i ch ng th n h th phát

- Do thu c: mu i vàng, th y ngân, penicillamin, captopril, kháng viêm non-steroid, lithium, chlorpropamin, rifampin, pamidronat, paramethadion, mephenytoin, tobutamid, warfarin, thu c c n quang,...

- D ng: ph n hoa, côn trùng, r n c n, sau chích ng a,...

- Nhi m trùng: vi trùng, virus, ký sinh trùng,...

- B nh h th ng: lupus ban h th ng, viêm da c t m i n, viêm kh p d ng th p, h i ch ng Goodpature, viêm m ch h th ng, ban xu t huy t Henoch-Scholein, b nh Takayasu,...

- Ung th : ung th ph i, ung th i tràng, ung th đ dày, ung th vú, c t cung, ti n li t tuy n, melanoma, ung th máu và lymphoma nh b nh Hodgkin, b ch c u m n dòng lympho, a u t y,...

- Bệnh di truyền và chuyển hóa: ái tháo ng, bệnh thận thoái hóa đ ng b t, h i ch ng Alport, h i ch ng th n h b m sinh, s t a trung h i,...

- Các nguyên nhân khác: liên quan n thai k (ti n s n gi t), th i ghép th n, h p ng m ch th n,...

### **2.3. Các th b nh trên lâm sàng**

Tùy theo d u hi u lâm sàng, c n lâm sàng mà ng i ta có th chia:

- H i ch ng th n h n thu n: ti u protein ch n l c, không ti u máu, không t ng huy t áp hay suy th n kèm theo.

- H i ch ng th n h không n thu n: ti u protein không ch n l c, ti u máu, và/ho c t ng huy t áp và/ ho c suy th n kèm theo.

## **3. Tri u ch ng**

### **3.1. Lâm sàng:**

- Phù: phù là tri u ch ng th ng g p nh t, phù th ng b t u m t, nhi u vào bu i sáng th c d y, phù chân, m c cá chân, phù bìu, âm h . Tr ng h p n ng phù toàn thân m c nhi u có kèm tràn d ch a màng. Phù tr ng, m m, n lõm, không au, i x ng hai bên. C n ánh giá m c phù b ng cách theo dõi cân n ng m i ngày.

- Ti u ít.

- Ti u máu, t ng huy t áp có th g p b nh nhân x hóa c u th n khu trú t ng ph n, viêm c u th n màng, viêm c u th n t ng sinh màng.

- M t m i, chán n.

### **3.2. C n lâm sàng**

#### **3.2.1. Xét nghi m n c ti u**

- m ni u 3.5 gam/24 gi , có th kèm ti u máu g p trong h i ch ng th n h không n thu n. i n di m ni u xác nh ti u m ch n l c hay không ch n l c. Ti u m ch n l c khi có trên 85% albumin.

- C n l ng n c ti u có th có h t m , tr m .

#### **3.2.2. Xét nghi m máu**

- Protein máu gi m d i 60 gam/lit, abumin máu gi m d i 30 gam/lit.

- T ng lipid máu.

#### **3.2.3. Sinh thi t th n**

ng i l n sinh thi t th n giúp ch n oán, i u tr và tiên l ng b nh.

## **3.3. Bi n ch ng**

- Nhi m trùng.

- T c m ch.
- R i lo n i n gi i.
- Suy th n c p.
- Suy dinh d ng.
- Suy th n m n.

#### **4. Nguyên t c i u tr :**

- i u tr nguyên nhân gây b nh i v i h i ch ng th n h th phát (n u có th ).
- i u tr tri u ch ng:
  - + Gi m phù b ng ch n gi m mu i, thu c l i ti u và truy n albumin.
  - + Ki m soát huy t áp và lipid máu.
- i u tr c hi u: corticoid và thu c c ch mi n d ch.
- i u tr bì n ch ng.

# SUY TH N C P

## M C TIÊU

1. *nh ngh a suy th n c p.*
2. *K c các nguyên nhân c a suy th n c p.*
3. *Trình bày c tri u ch ng lâm sàng và c n lâm sàng c a suy th n c p.*
4. *Nêu c nguyên t c i u tr .*

### 1. nh ngh a

Suy th n c p là tình tr ng suy gi m t ng t và nhanh chóng l c c u th n trong vài gi ho c vài ngày, bi u hi n b ng tri u ch ng thi u ni u ho c vô ni u và t ng nhanh các s n ph m có ngu n g c nitrogen trong máu nh : ure, creatinin,...

Suy th n c p n u không x trí k p th i b nh nhân có th t vong, tuy nhiên n u c i u tr k p th i và chính xác thì ch c n ng th n có th ph c h i hoàn toàn ho c g n hoàn toàn.

### 2. Nguyên nhân

#### 2.1. Suy th n c p tr c th n: do gi m t i máu th n (55%).

- M t d ch ngo i bào, m t máu: ph ng, tiêu ch y, nôn ói, xu t huy t tiêu hóa,...
- Tái phân ph i d ch ngo i bào: viêm t y c p, gi m albumin máu.
- Gi m cung l ng tim: suy tim, nh i máu c tim, chèn ép tim.
- Giảm m ch ngo i vi: nhi m trùng huy t, choáng, thu c h áp.

#### 2.2. Suy th n c p t i th n: do t n th ng nhu mô th n (40%).

- B nh các m ch máu l n: thuyên t c ng, t nh m ch th n
- B nh các m ch máu nh v và c u th n: viêm c u th n, viêm m ch máu,...
- Viêm ng th n mô k : kháng sinh (peniciline, betalactam,...), kháng viêm non-steroid
- Ho i t ng th n c p: aminoglycoside, ch t c n quang, ong t, r n c n,...

#### 2.3. Suy th n c p sau th n: do t c ngh n ng ti t ni u (5%): s i, u,...

### 3. Tri u ch ng

#### 3.1. Lâm sàng: g m 3 giai o n

##### 3.1.1. Giai o n thi u ni u

- Kéo dài trung bình 10 - 14 ngày nh ng c ng có th ng n h n ho c lâu h n.
- L ng n c ti u t 50 – 500 ml/ngày.

- Ure máu tăng 10 – 20 mg/dl/ngày, creatinin máu tăng 1 – 2 mg/dl/ngày.

**3.1.2. Giai đoạn a niệu:** Nồng độ tiểu tiện giảm, bệnh nhân có thể tiểu > 2–3 lít/ngày nên cần phải theo dõi lượng nước xuất nhập tránh rối loạn nước và điện giải.

**3.1.3. Giai đoạn ph cấp:** Nồng độ tiểu tiện trở về bình thường, ure và creatinin máu giảm dần. Giai đoạn ph cấp nhanh hay chậm tùy thuộc vào nguyên nhân gây bệnh, trung bình kéo dài khoảng 6 tháng – 1 năm.

### **3.2. Cận lâm sàng:**

- Công thức máu.
- Sinh hóa máu: ure, creatinin, ion  $\text{Ca}^{2+}$ , ...
- Tổng phân tích nồng độ tiểu u, ion  $\text{Na}^+$ ,  $\text{K}^+$ .
- Hình ảnh học:
  - + X-quang bụng không chuẩn bị: tìm sỏi thận quang.
  - + Chụp CT hoặc chụp siêu âm niệu quản để dò dòng chảy nước tiểu ngoài thận.
  - + Siêu âm bụng: đánh giá kích thước, cấu trúc của thận, sỏi, thận nước.
- Sinh thiết thận.

### **4. Nguyên tắc điều trị:**

- Nhanh chóng loại bỏ nguyên nhân gây suy thận cấp nếu có thể.
- Điều chỉnh rối loạn tuỷ hoàn: quan trọng là ph cấp lọc máu và dịch, duy trì huyết áp.
- Ph cấp lọc máu để giảm nồng độ tiểu u.
- Điều chỉnh các rối loạn nước, điện giải, tăng bù đắp kali máu.
- Điều trị triệu chứng phù hợp với từng giai đoạn bệnh.
- Chọn lọc bệnh nhân chuyển sang giai đoạn mạn tính.

# SUY TH N M N

## M C TIÊU

1. *nh ngh a suy th n m n.*
2. *K c các nguyên nhân c a suy th n m n.*
3. *Trình bày c tri u ch ng lâm sàng và c n lâm sàng c a suy th n m n.*
4. *Mô t giai o n b nh th n m n.*
5. *Nêu c nguyên t c i u tr .*

### 1. nh ngh a

Suy th n m n là tình tr ng suy gi m t t ( $\geq 3$  tháng) và không h i ph c theo th i gian toàn b các ch c n ng th n, do t n th ng không h i ph c v s l ng và ch c n ng c a các nephron  $\rightarrow$  suy th n m n giai o n cu i.

nh ngh a b nh th n m n bao g m c suy th n m n theo KDOQI (2002):

- T n th ng th n kéo dài trên 3 tháng bao g m b t th ng v c u trúc và ch c n ng c a th n, có ho c không kèm gi m l c c u th n: bi u hi n b ng b t th ng v b nh h c ho c các xét nghi m c a t n th ng th n (b t th ng xét nghi m máu, n c ti u ho c hình nh h c).

- Ho c l c c u th n (GFR)  $< 60$  ml/phút/1.73 m<sup>2</sup> da kéo dài trên 3 tháng có ho c không kèm t n th ng th n.

### 2. Nguyên nhân

- Tr c th n: t ng huy t áp, b nh m ch máu th n.

- T i th n: viêm c u th n m n, b nh th n do thu c gi m au, do ái tháo ng,...

- Sau th n: s i th n, lao ni u, viêm ài b th n m n.

Trong ó 3 nguyên nhân chính chi m kho ng 70% các nguyên nhân gây suy th n m n là: ái tháo ng, t ng huy t áp và b nh c u th n.

### 3. Tri u ch ng

#### 3.1. Lâm sàng

**3.1.1. Phù ki u th n:** m c phù tùy thu c vào nguyên nhân gây suy th n m n.

**3.1.2. R i lo n bài ni u**

- Giai o n u: ti u nhi u, c bi t là ti u nhi u v êm.

- Giai o n sau: l ng n c ti u ít đ n. Khi có thi u ni u ho c vô ni u là bi u hi n t c p c a suy th n m n ho c suy th n m n giai o n cu i.

### 3.1.3. R i lo n tìm m ch

- T ng huy t áp: 80% b nh nhn suy th n m n có t ng huy t áp.
- Suy tim sung huy t, có th d n n phù ph i c p.
- Viêm màng ngoài tim.

### 3.1.4. R i lo n huy t h c

- Thi u máu m n: m c thi u máu t ng ng v i m c suy th n, suy th n càng n ng thì thi u máu càng nhi u.
- R i lo n ông máu: d gâ y xu t huy t.
- Nhi m trùng: do gi m s n xu t b ch c u, gi m ch c n ng b ch c u.

### 3.1.5. Lo n đ ng x ng: bi u hi n au nh c x ng, gâ y x ng.

### 3.1.6. R i lo n hô h p: th nhanh sâu, h i th có mùi khai.

### 3.1.7. R i lo n tiêu hóa: chán n, n c c c, bu n nôn, nôn, viêm loét ng tiêu hóa → xu t huy t tiêu hóa.

### 3.1.8. R i lo n th n kinh: nh c u, v t vấ, co gi t, l m , hôn mê.

## 3.2. C n lâm sàng

- Công th c máu: th ng thi u máu ng s c, ng bào.
- Sinh hóa máu: ure, creatinin, ion ,...
- T ng phân tích n c ti u.
- Hình nh h c:
  - + Siêu âm b ng: th n teo nh , m t ranh gi i vùng v và t y.
  - + CT, MRI.

## 4. Giai o n b nh th n m n

Giai o n b nh th n m n		
Giai o n	Mô t	GFR ( c tính) (ml/phút/1,73m <sup>2</sup> da)
1	T n th ng th n v i GFR bình th ng ho c t ng	90
2	T n th ng th n v i GFR gi m nh	60 - 89
3	GFR gi m trung bình	30 – 59
4	GFR gi m n ng	15 – 29
5	Suy th n	< 15



## **5. Nguyên tắc điều trị**

### **5.1. Mục tiêu**

- Loại bỏ nguyên nhân nếu có thể.
- Điều trị bệnh nền giảm các triệu chứng cấp tính và làm chậm lại tiến triển của suy thận mạn cho đến khi bắt buộc phải điều trị thay thế thận.

### **5.2. Điều trị nội khoa**

- Chế độ dinh dưỡng:
  - + Giảm muối tùy theo chức năng thận.
  - + Giảm protein khi có phù, tăng huyết áp.
  - + Lượng nước nạp = nước tiểu + 500 ml.
- Kiểm soát huyết áp.
- Điều trị thiếu máu.
- Điều trị tất cả các bệnh kèm theo: tăng kali máu, toan chuyển hóa, quá tải thể tích,...

### **5.3. Điều trị thay thế thận**

- Lựa chọn nhân tạo.
- Hình thức phân phúc mạc.
- Ghép thận.

# CHOÁNG PH N V

## M C TIÊU:

1. K các nguyên nhân th ng g p gây ra choáng ph n v .
2. Trình bày c tri u ch ng lâm sàng c a choáng ph n v .
3. Nêu c nguyên t c x trí choáng ph n v .
4. Bi t c các bi n pháp d phòng choáng ph n v .

## 1. nh ngh a

Choáng ph n v là m t ph n ng d ng toàn thân c p tính x y ra ngay sau khi c th ti p xúc v i d nguyên, có th gây t vong nhanh chóng n u không x trí k p th i.

## 2. Nguyên nhân

**2.1. Th c n:** u ph ng, th y h i s n, s a, tr ng,...

### 2.2. Thu c:

- Kháng sinh: pencillin và cephalosporin th ng g p nh t.
- Aspirin và các NSAID khác.
- Thu c c n quang tiêm m ch.
- Các thu c khác ít g p: c ch men chuy n, opioid, barbiturat,...

**2.3. Côn trùng c n:** ong, bò c p.

**2.4. Cao su latex:** g ng tay, sonde ti u,...

## 3. Tri u ch ng lâm sàng

Xu t hi n vài phút n vài gi sau khi c th ti p xúc v i d nguyên bao g m nhi u bi u hi n lâm sàng trong ó tri u ch ng ngoài da là tri u ch ng th ng g p nh t (trên 90% b nh nhân).

T n su t các tri u ch ng th ng g p trong ph n v	
---	--

Tri u ch ng ngoài da	
----------------------	--

- |                      |        |
|----------------------|--------|
| - M ay, phù m ch máu | 85-90% |
| - b ng m t           | 45-55% |
| - Ng a               | 2-5%   |

<b>Hồ h p</b>	
- Khó th , khò khè	45-50%
- Phù thanh qu n	50-60%
- Ch y n c m i	15-20%
<b>Tu n hoàn</b>	
- Ng t, t t huy t áp	30-35%
<b>Tiêu hóa</b>	
- au b ng, tiêu ch y	25-30%
<b>Các tri u ch ng khác</b>	
- Nh c u	5-8%
- Co gi t	1-2%

**4. Nguyên t c x trí:** adrenalin và th oxy là các bì n pháp quan tr ng nh t.

- Lo i b tác nhân gây d ng.
- X trí ng th : làm thông ng th và cho b nh nhân th oxy.
- Thu c u tay: adrenalin.
- Các thu c hàng th hai: kháng histamin, corticoid, kích thích beta 2.
- Bù d ch.

## **5. D phòng**

Khi choáng ph n v x y ra thì t l t vong cao, do ó vì c phòng ng a ph n ng ph n v gi vai trò r t quan tr ng.

**5.1.** Luôn có s n t i các phòng tiêm ho c t tr c h p thu c ch ng s c g m 7 kho n:

1. Adrenaline 1mg – 1ml: 2 ng.
2. N c c t 10 ml: 2 ng.
3. B m tiêm vô khu n (dùng m t l n): 10ml (2 cái), 1ml (2 cái).
4. Hydrocortisone hemusuccinate 100mg ho c methyprednisolon.  
(Solumedrol 40mg ho c depersolon 30mg: 2 ng).
5. Ph ng ti n kh trùng (bông, b ng, g c, c n).
6. Dây garo.

7. Phác đồ điều trị cấp tính.

**5.2.** Tiền sử dị ứng có ý nghĩa nguy cơ phát biến chứng:

- Có tiền sử dị ứng, sốc phản vệ.

- Bệnh nhân đang điều trị chế phẩm chuyển hóa, chế phẩm beta mà các bệnh nhân dị ứng sử dụng thuốc kháng sinh.

**5.3.** Sử dụng corticoid và kháng histamin trước khi dùng bệnh nhân có tiền sử dị ứng cần dùng thuốc chống quang.

**5.4.** Test da giúp phát hiện phản ứng dị ứng với các thuốc gây phản ứng dị ứng.

**5.5.** Hướng dẫn kê đơn bệnh nhân có tiền sử dị ứng hoặc sốc phản vệ cần khai báo cho thầy thuốc biết.

# TÀI LIỆU THAM KHẢO



1. Bênh việ n Ch R y (2013), *Phác đồ điều trị 2013 – Ph n N i khoa*, Nhà xu t b n Y h c TP. H Chí Minh.
2. Bênh việ n B ch Mai (2012), *H ng d n ch n oán và i u tr b nh N i khoa*, Nhà xu t b n Y h c Hà N i.
3. B môn N i, i h c Y D c TP. H Chí Minh (2012), *B nh h c N i khoa*, Nhà xu t b n Y h c TP. H Chí Minh.
4. B môn N i, i h c Y Hà N i (2015), *B nh h c N i khoa t p 1 và 2*, Nhà xu t b n Y h c Hà N i.
5. H i Tim m ch h c Vi t Nam (2015), *Khuy n cáo v ch n oán và i u tr t ng huy t áp, r i lo n lipid máu, suy tim 2015*.
6. B y t (2015), *H ng d n ch n oán và i u tr b nh N i ti t – chuy n hóa*, Nhà xu t b n Y h c Hà N i.
7. B y t (2015), *H ng d n ch n oán và i u tr b nh Th n – ti t ni u*, Nhà xu t b n Y h c Hà N i.
8. V khoa h c và ào t o, B Y t (2010), *B nh h c*, Nhà xu t b n Y h c Hà N i.
9. Greene R.J., Harris N.D. (2008), *Pathology and Therapeutics for Pharmacists – A Basic for Clinical Pharmacy Practice*, 3<sup>nd</sup> editon, the Pharmaceutical Press.
10. Hemant Godara, Angela Hirbe, Michael Nassif, Hannah Otepka, Aron Rosenstock (2014), *The Washington Manual of Medical Therapeutics*, 34<sup>th</sup> edition, Lippincott Williams & Wilkins.