**BỘ CÂU HỎI ÔN THI NHI LÂM SÀNG**

**THẬN MÁU**

|  |
| --- |
| *“One day you’ll leave this world behind*  *So live a life you will remember”*  Avicii |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# A. Nội dung

*Dưới đây chỉ là những kinh nghiệm lâm sàng nên mang nhiều tính chất tham khảo.*

**1. Aspirin được khuyến cáo không nên dùng cho trẻ em. Nhưng có một số bệnh người ta vẫn dùng để điều trị ở trẻ em là bệnh gì?**

- Viêm khớp dạng thấp thiếu niên

- Kawasaki

- Sốt thấp khớp

- Bệnh nhi có đặt van tim nhân tạo

- Bệnh tim liên quan đến huyết khối: bệnh cơ tim giãn, v.v.

**2. Tại sao không nên dùng aspirin cho trẻ em?**

- Aspirin thúc đẩy sinh hội chứng Reye - bệnh não gan hiếm gặp, lâm sàng thường phù não, thoái hóa thần kinh tế bào não, suy gan nhiễm mỡ tiến triển nhanh chóng, gan to.

- Gây loét dạ dày do niêm mạc dạ dày chưa hoàn thiện, mà aspirin là acid nên làm tăng acid dịch vị dạ dày do aspirin ức chế COX-1 làm giảm tiết protasglandin, nên làm giảm yếu tố bảo vệ.

- Gây rối loạn đông máu - cầm máu do ức chế COX1 làm giảm thromboxan dẫn đến ức chế quá trình ngưng tập tiểu cầu.

- Gây dị ứng: Trẻ em đặc biệt những trẻ có cơ địa dị ứng thường hay bị dị ứng, tuy nhiên khả năng chống lại dị ứng kém. Nên aspirin có thể gây dị ứng nhẹ (nổi mày đay, ban xuất huyết), có khi nặng (sốc phản vệ)

- Gây các biểu hiện hô hấp quan trọng nhất gây co thắt phế quản làm nặng thêm tình trạng hen

- Gây tăng huyết áp (trẻ em ít gặp) do ức chế COX-1 làm giảm protasglandin I2 làm tăng giải phóng rennin nên gây tăng huyết áp (THA). Đặc biệt ở trên những trẻ đã bị THA (như viêm cầu thận).

- Gây ảnh hưởng chức năng thận do chức nặng lọc cầu thận và thải trừ thuốc còn kém ở trẻ nhỏ, dễ tích tụ thuốc gây độc.

**3. Cách làm dấu dây thắt ở trẻ em? Phân biệt dấu dây thắt với dấu Lacet? Tại sao không làm dấu Lacet mà làm dấu dây thắt?**

- Cách làm dấu dây thắt:

+ Dùng dây garo buộc ở 1/3 dưới cánh tay. Lưu ý thắt đúng kĩ thuật (mạch quay vẫn còn bắt được nhẹ, không quá lỏng màu da dưới chỗ thắt đổi màu và tĩnh mạch nông nổi rõ).

+ Thời gian duy trì tối thiểu phải được 5 phút.

+ Nếu có chấm xuất huyết mới xuất hiện dưới chỗ thắt là dương tính.

- Thực ra dấu dây thắt và Lacet này là một, có bản chất như nhau.

- Không làm dấu Lacet vì trẻ nhỏ, không có băng đo huyết áp phù hợp để làm cho trẻ.

**4. Các nguyên nhân gây giảm tiểu cầu?**

|  |  |
| --- | --- |
| Mẫu tiểu cầu tủy xương bình thường | Mẫu tiểu cầu tủy xương bất thường |
| Nhiễm trùng nặng ( vi khuẩn, virus).  Nhiễm độc.  Cường lách  Tự miễn  Miễn dịch | Suy tủy  Bạch cầu cấp  Rối loạn sinh tủy  Ung thư di căn tủy xương |

**5. Thế nào gọi là ban đa lứa tuổi?**

- Ban đa lứa tuổi là nhiều ban ở nhiều lứa tuổi (màu sắc) nằm trong một khu vực da.

**6. Tam chứng thận viêm?**

- Đái máu: đại thể hoặc vi thể

- Suy thận

- Tăng huyết áp.

**7. Bệnh bạch cầu cấp (BCC) thường được chẩn đoán sớm hay muộn? Vì sao?**

- Thường được chẩn đoán muộn vì đây là ung thư tại tủy xương, rất khó phát hiện vào giai đoạn sớm.

**8. Bệnh BCC thường gặp hay ít gặp ở trẻ em? Tại sao?**

- Đây là bệnh thường gặp ở trẻ em.

- Theo thống kê chiếm 33% bệnh lí ác tính ở trẻ em (số liệu sách Nhi Y Huế)

**9. Nguồn gốc hình thành bệnh BCC như thế nào?**

- Đầu tiên nhắc lại về sinh lí tạo máu: Tế bào (TB) gốc vạn năng > TB gốc đa năng định hương dòng tủy > Nguyên tủy bào > Tiền tủy bào > Tủy bào > Hậu tủy bào > Bạch cầu. Từ giai đoạn tủy bào trở về trước, tế bào có khả năng sinh sản nhưng chưa có chức năng. Từ hậu tủy bào trở về sau, tế bào không còn khả năng sinh sản nhưng có chức năng.

- Bệnh BCC thường rối loạn từ giai đoạn tủy bào trở về trước.

**10. Tại sao trong bệnh BCC bạch cầu tăng rất cao nhưng bệnh nhân dễ nhiễm trùng?**

- Thực chất BC tăng ở đây là BC non (hay còn gọi là tế bào blast) vì bạch cầu non chưa trưởng thành nên chưa có chức năng miễn dịch.

- BC tăng ở đây cũng thực chất do máy đếm nhầm.

**11. Tại sao trong bệnh BCC lại có hội chứng thâm nhiễm?**

- Vì BCC là một bệnh ung thư. Vì là ung thư nên có đặc tính lan tỏa và thâm nhiễm.

**12. BCC di căn tới cơ quan nào đầu tiên? Vì sao?**

- BCC là một bệnh ung thư liên quan đến máu. Mà máu thuộc hệ liên võng nội mô. Do vậy, tế bào blast sẽ di căn đến gan, lách, hạch (các cơ quan này cùng thuộc hệ liên võng nội mô).

**13. Trong BCC di căn tới cơ quan nào là nguy hiểm nhất? Vì sao?**

- Di căn tới não là nguy hiểm nhất. Vì đây là trung tâm điều hành của cơ thể.

**14. Tăng BC trong BCC là tốt hay xấu? Vì sao?**

- Tăng BC là xấu. Vì đây là giai đoạn mà hàng rào máu tủy đã bị phá vỡ, tương đương với tế bào blast đã tăng sinh rất nhiều, làm phá vỡ hàng rào máu tủy để đi vào máu.

**15. Giảm BC trong BCC là tốt hay xấu? Tại sao?**

- Giảm BC là tốt, tế bào blast tăng sinh chưa đủ vẫn còn chống chọi được.

**16. Thiếu máu trong BCC là tốt hay xấu? Tại sao?**

- Thiếu máu là tốt, chứng tỏ bệnh nhân BCC đã diễn tiến trong thời gian dài, gây thiếu máu.

**17. Kể tên 5 bệnh xuất huyết có nguyên nhân từ tiểu cầu (theo thứ tự ưu tiên cần nghĩ tới)?**

- Nhiễm trùng huyết có DIC

- Sốt xuất huyết

- Suy tủy

- Leucemia

- Xuất huyết giảm tiểu cầu đơn thuần

- Cường lách.

**18. Hỏi bệnh một trẻ vào viện vì xuất huyết cần lưu ý những gì?**

- Vị trí khởi phát

- Tần suất: Lần đầu hay tái phát nhiều lần.

- Tuổi lúc mới phát bệnh: Sơ sinh, hay thiếu niên.

- Hoàn cảnh xuất hiện: Tự nhiên, sau phẫu thuật, nhổ răng, chấn thương, thuốc (Aspirine).

- Chảy máu muộn

- Tiền sử gia đình.

**19. Các bước tiếp cận bệnh nhân xuất huyết là gì?**

- Bước 1: Xác định xuất huyết

+ Xuất huyết dưới da

+ Xuất huyết niêm mạc

+ Xuất huyết tiêu hóa

+ Xuất huyết tiết niệu sinh dục

+ Xuất huyết cơ khớp

+ Xuất huyết phổi

+ Xuất huyết não, màng não.

- Bước 2: Đánh giá hậu quả của xuất huyết

+ Các biểu hiện của giảm khối lượng tuần hoàn, chú ý phát hiện sớm sốc.

+ Cảnh giác các vị trí xuất huyết đe dọa tính mạng

+ Biểu hiện của thiếu máu, thiếu máu có tương ứng với mức độ xuất huyết không.

- Bước 3: Đánh giá tính chất xuất huyết.

+ Vị trí xuất huyết

+ Hình thái xuất huyết

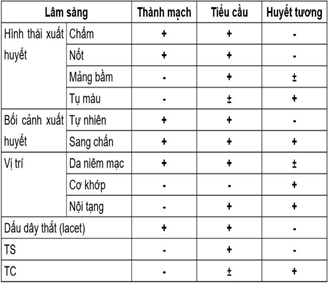
+ Lứa tuổi

+ Dấu dây thắt

+ Mức độ

|  |  |
| --- | --- |
| Mức độ xuất huyết | Biểu hiện xuất huyết |
| Nhẹ | Xuất huyết dưới da |
| Vừa | Xuất huyết toàn thân ở trẻ nhỏ, xuất huyết niêm mạc mắt, mũi họng. |
| Nặng | Xuất huyết niêm mạc nhiều vị trí/ không tự cầm hoặc xuất huyết nội tạng |
| Rất nặng | Xuất huyết trầm trọng đe dọa sự sống |

- Bước 4: Định hướng nguyên nhân



**20. Định hướng chẩn đoán lâm sàng xuất huyết?**

a. Dựa vào các hình thái xuất huyết trên da.

- Dạng chấm, nốt xuất hiện tự nhiên > Thành mạch.

- Dạng chấm, nốt, mảng bầm + chảy máu cam, lợi > Tiểu cầu.

- Mảng bầm, tụ máu ở cơ sau sang chấn > Huyết tương.

- Xuất huyết + dấu dây thắt (+) > Thành mạch, tiểu cầu.

b. Dựa vào vị trí xuất huyết:

- Xuất huyết não, màng não > Giảm tỷ prothrombin.

- Xuất huyết tiêu hóa, tiết niệu > Giảm tiểu cầu.

- Xuất huyết khớp > Hemophilli A và B.

**21. Các xét nghiệm định hướng nguyên nhân xuất huyết?**

a. Tiền sử (TS) kéo dài + Tiểu cầu (TC) bình thường

- Giảm số lượng tiểu cầu

- Rối loạn chức năng tiểu cầu:

+ Bệnh Glanzmann (rối loạn kết tụ).

+ Bệnh Jean-Bernard-Soulier (rối loạn kết dính).

b. TS kéo dài + TC giảm kéo dài

- Giảm tiểu cầu nặng

c. TS bình thường + TC bình thường

- Do thành mạch

- Do cơ học

d. TS bình thường + TC giảm kéo dài.

- Huyết tương.

**22. Xét nghiệm đánh giá huyết tương ở bệnh nhân xuất huyết?**

a. CK dài + Quick bình thường

- Hemophilli A

- Hemophilli B

- Thiếu yếu tố XI

- Thiếu yếu tố XII.

b. Quick dài + CK bình thường

- Thiếu F.VII

c. Quick dài + CK dài

- Thiếu F.X, V, II, I

- Do dùng chống đông loại anti-prothrombinase.

**23. Các nguyên nhân xuất huyết do thành mạch?**

- Tăng tính thấm thành mạch: Thiếu O­2, suy hô hấp sơ sinh.

- Thành mạch yếu: Thiếu vitamin C, vitamin PP

- Viêm mao mạch dị ứng: Scholein henoch.

- Dị dạng mạch: bệnh Rendu Osler, Bệnh Von willebrand.

**24. Các nguyên nhân xuất huyết do tiểu cầu?**

a. Rối loạn về số lượng tiểu cầu:

- Tủy xương bình thường (ngoại vi):

+ Do nhiễm trùng virus, vi khuẩn

+ Do nhiễm độc

+ Do cường lách

+ Do tự miễn lupus ban đỏ

+ Vô căn (bệnh Werlhop) hay miễn dịch

- Tủy xương bất thường (trung ương):

+ Suy tủy

+ Leucemie

+ Di căn tủy của ung thư

b. Rối loạn về chất lượng tiểu cầu

- Bệnh Glanzzman (suy nhược tiểu cầu): Rối loạn kết tụ TC

- Bệnh Bernard- Soulier: Rối loạn kết dính tiểu cầu vào thành mạch.

**25. Nguyên nhân gây xuất huyết do rối loạn quá trình đông máu?**

a. Rối loạn sinh thromboplastin hoạt động

- Bệnh Hemophilli A, B (Thiếu F.VIII, IX)

- Bệnh Rosenthal (F.XI)

- Bệnh Hageman (F.XII)

b. Rối loạn sinh thrombin

- Bệnh giảm phức hợp prothrombin (F.II, V, VII, X).

c. Rối loạn sinh Fibrin:

- Bệnh không có Fibrinogen bẩm sinh

- Bệnh thiếu yếu tố XIII

- Bệnh đông máu rải rác trong lòng mạch

- Bệnh tiêu sợi huyết nguyên phát cấp.

**26. Định nghĩa thiếu máu?**

- Thiếu máu không phải là một bệnh mà là một hội chứng gặp trong nhiều bệnh.

- Thiếu máu là tình trạng giảm (< -2SD) dung tích hồng cầu (Hct) hoặc nồng độ huyết sắc tố (Hb) trong 1 đơn vị thể tích máu so với chỉ số sinh lý bình thường theo tuổi và giới.

- Theo WHO:

+ Trẻ 6 tháng – 6 tuổi: Hb <110g/L

+ Trẻ 6 tuổi - 14 tuổi: Hb<120g/L.

**27. Phân loại nguyên nhân thiếu máu**

- Có 3 loại nguyên nhân thiếu máu:

+ Rối loạn sản xuất hồng cầu

+ Tán huyết

+ Xuất huyết

**28. Nguyên nhân rối loạn sản xuất hồng cầu**

- Thiếu nguyên liệu tạo hồng cầu

+ Thiếu protein do suy dinh dưỡng (đặc biệt thể phù), mất protein qua đường tiêu hóa, đường tiểu.

+ Thiếu sắt do nhiều nguyên nhân phức tạp hơn. ở trẻ nhỏ thường do giun móc.

+ Thiếu vitamin B12, acid Folic.

- Rối loạn hoạt động tủy

+ Do giảm sản xuất erythropoietin trong suy thận mạn, suy giáp, suy tuyến yên, thiếu protein.

+ Suy tủy toàn phần hoặc của riêng dòng hồng cầu, tiên phát hoặc thứ phát

+ Bệnh máu ác tính: Bệnh bạch cầu cấp, ung thư xâm lấn tủy

+ Ngộ độc chì

+ Viêm nhiễm mạn.

**29. Nguyên nhân tán huyết**

- Tại hồng cầu: Bệnh thường tiên phát do bất thường ở:

+ Màng hồng cầu: Minkowski Chauffard.

+ Men chuyển hóa: Thiếu G6PD, pyruvate kinase.

+ Khâu tổng hợp hemoglobin: Bệnh huyết sắc tố

- Ngoài hồng cầu:

+ Miễn dịch: Bất đồng nhóm máu mẹ-con (yếu tố Rheus, ABO) do tự kháng thể (bệnh tự miễn), tai biến truyền máu, huyết tán tự miễn.

+ Không miễn dịch: Chất độc, nhiễm trùng (hemolysin, toxin vi khuẩn), ký sinh trùng(sốt rét), cường lách, van cơ học.

**30. Nguyên nhân xuất huyết do xuất huyết**

- Tổn thương mạch máu:

+ Tăng tính thấm thành mạch (Vitamin C).

+ Viêm dị ứng (Schonlein Henoch).

+ Nhiễm trùng: Não mô cầu, sốt xuất huyết.

- Do rối loạn tiểu cầu:

+ Giảm số lượng

+ Giảm chất lượng tiên phát hoặc thứ phát.

- Do rối loạn đông máu:

+ Thiếu các yếu tố đông máu

+ Giảm prothrombin tiên phát hoặc thứ phát.

- Mất máu ra ngoài:

+ Chấn thương

+ Bệnh lý chảy máu rỉ rả đường ruột.

**31. Khám phát hiện thiếu máu**

- Lý do vào viện

- Diễn tiến

- Triệu chứng cơ nặng của thiếu máu

- Tiền sử bệnh tật, tiền sử truyền máu, khai thác tiền sử sản khoa, đẻ non, nhẹ cân, sinh đôi với trẻ nhỏ, tiền sử nuôi dưỡng với trẻ lớn.

- Tiền sử gia đình.

- Khám dấu hiệu da xanh

- Khám dấu hiệu niêm mạc nhợt

**32. Đánh giá mức độ thiếu máu**

- Nhẹ: Da xanh, niêm mạc nhợt nhẹ, huyết động chưa bị ảnh hưởng và Hb từ 90-110 (hoặc 120g/L).

- Vừa: Da xanh, niêm mạc nhợt vừa, huyết động chưa bị ảnh hưởng và Hb từ 60-90g/L.

- Nặng: Da xanh, niêm mạc nhợt nhiều, huyết động bị ảnh hưởng và Hb dưới 60g/L.

**33. Đánh giá tính chất thiếu máu**

- Cấp tính hay mạn tính

- Nhược sắc hay đẳng sắc.

**34. Định hướng nguyên nhân thiếu máu**

a. Tìm các vị trí xuất huyết giải thích được mức độ thiếu máu.

- Khám phát hiện các vị trí xuất huyết của bệnh nhân. Chú ý các vị trí xuất huyết khó khám như xuất huyết màng não, xuất huyết tiêu hóa rỉ rả.

- Cần chú ý khám nhận định thiếu máu có tương xứng với mức độ xuất huyết hay không. Nếu thiếu máu tương xứng với mức độ xuất huyết thì nguyên nhân gây thiếu máu thường là do xuất huyết.

- Sau đó, dựa vào tính chất xuất huyết ta định hướng nguyên nhân tại thành mạch, tại tiểu cầu, tại các yếu tố đông máu hay do sang thương xuất huyết bên ngoài.

**35. Đánh giá các dấu hiệu huyết tán**

- Tam chứng huyết tán cơ bản: Thiếu máu, vàng da, lách to.

- Vàng da không?

- Lách to hay không to?

- Cần quan sát nước tiểu xem màu sắc thế nào.

- Quan sát kỹ bộ mặt trẻ xem có biến dạng mặt không.

- Cân trẻ và đo chiều cao trẻ xem có bị chậm phát triển cân nặng và chiều cao không? Nếu ở trẻ lớn cần khám các dấu hiệu dậy thì của trẻ như thế nào?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tính chất | Huyết tán cấp | Huyết tán mạn |
| Thiếu máu | Nhanh | Từng đợt |
| Vàng da | Rõ | Ít |
| Lách to | Ít to | To |
| Triệu chứng huyết tán cấp | Tiểu coca, sốt, rét run | Không có |
| Nhiễm sắt | Không | Có |
| Chậm phát triển | Không | Có |
| Biến dạng xương | Không | Có |

- Huyết tán cấp thường do nguyên nhân ngoài hồng cầu, trừ thiếu men G6PD.

- Huyết tán mạn thường tại hồng cầu.

- Xét nghiệm khi huyết tán tại hồng cầu thường có hình dạng hồng cầu thay đổi (MCV, MCH, RDW) sức bền hồng cầu thay đổi.

- Chú ý: Khi khả năng cao không phải xuất huyết và huyết tán thì ta tìm các nguyên nhân do rối loạn sản xuất dòng hồng cầu.

+ Đánh giá các dấu hiệu của bất thường các dòng tế bào máu khác, giảm tiểu cầu gây xuất huyết, giảm bạch cầu gây nhiễm trùng khó điều trị, nhiễm trùng tái đi tái lại. Khi có bất thường các dòng tế bào máu khác, nghĩ nhiều đến nguyên nhân giảm sản xuất tại tủy xương.

+ Đánh giá chế độ dinh dưỡng, sự phát triển thể chất, các triệu chứng giảm protein máu. Từ đó gợi ý nguyên nhân thiếu máu dinh dưỡng.

**36. Chỉ định xét nghiệm khi bệnh nhân thiếu máu**

- Đánh giá mức độ và tính chất của thiếu máu: Công thức máu, huyết đồ.

- Xét nghiệm định hướng nguyên nhân:

+ Thiếu máu thiếu sắt: sắt huyết thanh, Ferritin.

+ Thiếu máu do nguyên nhân tại tủy: Tủy đồ.

+ Thiếu máu huyết tán tại hồng cầu: điện di huyết sắc tố, định lượng men G6PD, sức bền thẩm thấu hồng cầu.

+ Thiếu máu huyết tán ngoài hồng cầu: Test comb trực tiếp, gián tiếp, kéo máu tìm kí sinh trùng sốt rét.

**37. BCC cấp tại sao đau khớp?**

- Tăng sinh do tăng hoạt động xương gây đau khớp

**38. Khám bệnh nhân huyết học cần khám gì?**

- Khám HC thiếu máu

- Khám HC xuất huyết

- Khám HC nhiễm trùng

- Khám HC hệ liên võng nội mô: Gan, lách, hạch lớn.

**39. Bệnh nhân xuất huyết, thiếu máu, gan lách to nghĩ đến những nguyên nhân gì?**

- Nhiễm trùng huyết nặng

- Thương hàn

- Sốt xuất huyết

- VNTMNT

- HSP

- Suy tủy

- Sốt rét thường huyết máu huyết tán, bệnh nhân có biểu hiện của huyết tán như vàng ra, v.v.

- Bạch cầu cấp

- Ung thư di căn tủy.

Nên nghĩ đến các bệnh lí cấp tính trước, còn bệnh lý ung thư nên để sau cùng.

**40. Như thế nào gọi là thiếu máu tương ứng mức độ xuất huyết? Xuất huyết có giải thích được thiếu máu không?**

- Không có nghĩa mức độ thiếu máu = mức độ xuất huyết.

- Xuất huyết nhiều như nôn ra máu, xuất huyết chảy máu chân răng rỉ rả nhiều ngày, v.v thì mới gây ra thiếu máu.

- Thiếu máu mà do xuất huyết thường cấp, trẻ sẽ có biểu hiện hoa mắt chóng mặt.

**41. Định hướng nguyên nhân do tiểu cầu?**

- Hỏi xem bệnh nhân có sốt: DIC (đông máu rải rác trong lòng mạch), nhiễm trùng huyết nặng, HUS (Hội chứng huyết tán tăng ure máu), sốt xuất huyết.

- Triệu chứng tự miễn: Lupus ban đỏ hệ thống.

- Tiền sử gia đình, bệnh từ nhỏ: Glanzzman, Bernard soulier.

- Giảm các dòng khác: Suy tủy (không có gan lách hạch lớn), ung thư di căn tủy (tìm đc u nguyên phát ban đầu), Leucemia (có gan lách hạch lớn).

- Cuối cùng, loại trừ các nguyên nhân khác mới nghĩ đến xuất huyết giảm tiểu cầu đơn thuần.

**42. Ý nghĩa của các xét nghiệm trong bệnh BCC cấp**

- Huyết đồ, tủy đồ: Để xem hồng cầu lưới, tế bào blast, v.v.

- Tủy đồ: Tế bào blast> 25% có thể định hướng dòng lympho hay tủy ví dụ L1, 2, 3, v.v.

- LDH tăng thể hiện sự chuyển hóa tế bào nhanh, thể hiện gánh nặng ung thư. Nếu gánh nặng lớn, cho hóa chất vào, tế bào vỡ ra, dễ có HC ly giải u

- K+, PO43-, acid uric tăng, Ca2+ giảm do hội chứng ly giải u

- Hóa mô miễn dịch tủy: Để phân biệt đây là dòng tủy hay dòng lympho, có trường hợp cả 2 dòng. Và phân biệt được dòng lympho B hay T. (B tiên lượng tốt hơn T, dòng lympho tiên lượng tốt hơn dòng tủy).

**43. Điều trị bệnh nhân BCC?**

- Điều trị ổn định: Điều trị các triệu chứng nguy hiểm đe dọa tính mạng bệnh nhân.

- Điều trị đặc hiệu: Điều trị căn nguyên, do nó là u lỏng, nên chỉ có cách duy nhất là hóa trị toàn thân. Tuy nhiên trước khi điều trị cần chuẩn bị bệnh nhân thật kĩ.

- Chú ý: Cảnh giác hội chứng ly giải u bệnh nhân có thể tử vong ví dụ như do rung thất, ngừng tim, v.v.

**44. Tại sao thalassemia hồng cầu vỡ nhưng sức bền hồng cầu tăng?**

- Sức bền hồng cầu thể hiện 2 phần:

+ Tính bền vững màng

+ Sức chứa của hồng cầu: Thể tích/diện tích bề mặt.

- Thalassemia HC nhỏ, nhưng thể tích tăng làm sức chứa của hồng cầu tăng.

- Đây là xét nghiệm để sàng lọc bệnh Thalassemia (rẻ tiền, đơn giản hơn cả điện di protein).

- Sức bền hồng cầu giảm thường gặp bệnh HC hình cầu

**45. Bệnh nhân BCC cấp làm sao biết có thâm nhiễm hệ TKTW?**

- Khám các dấu hiệu thần kinh

- Quan trọng nhất, chọc dịch não tủy xem có tế bào blast trong dịch não tủy hay không. Nếu có thì có thâm nhiễm.

**46. Đánh giá thiếu máu**

a. Mức độ thiếu máu

- Đối với trường hợp mất máu cấp, phân độ thiếu máu sẽ dựa vào tốc độ mất máu và sự thay đổi huyết động học. Cụ thể là mất trên 15% lượng máu (500ml) được xem là thiếu máu mức độ nặng.

- Đối với thiếu máu mạn tính, phân độ dựa trên số lượng Hemoglobin đo được trong máu như sau:

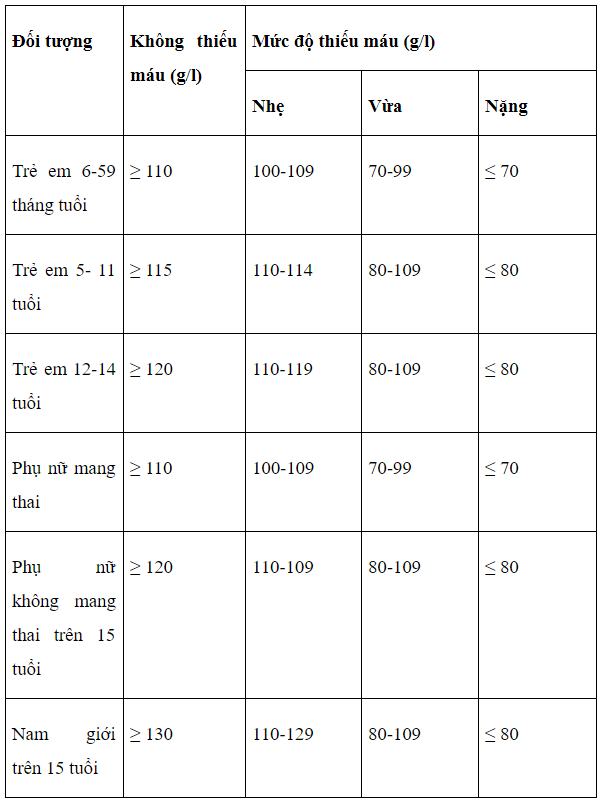
+ Mức độ 1: 10 g/dl ≤ Hb < 12 g/dl

+ Mức độ 2: 8 g/dl ≤ Hb < 10 g/dl

+ Mức độ 3: 6 g/dl ≤ Hb < 8 g/dl

+ Mức độ 4: Hb < 6 g/dl

Bên cạnh đó mức độ thiếu máu còn được chia theo từng đối tượng dựa trên bảng đánh giá mức độ thiếu máu sau:



b. Diễn tiến thiếu máu

- Thiếu máu cấp: thiếu máu xuất hiện nhanh, trong thời gian ngắn

- Thiếu máu mạn: thiếu máu xuất hiện chậm, từ từ và tăng dẫn trong nhiều tháng

c. Nguyên nhân thiếu máu

- Thiếu máu do mất máu: các yếu tố bên trong và ngoài cơ thể gây tổn thương như tai nạn chấn thương, rong kinh hoặc xuất huyết dạ dày.

- Thiếu máu do tan máu: là tình trạng các tế bào hồng cầu bị phá hủy nhanh hơn là được tạo ra do các nguyên nhân như bệnh Thalassemia, ung thư máu, dùng thuốc chống sốt rét,...

Thiếu máu do rối loạn quá trình tạo máu: các bệnh lý tủy xương là nguyên nhân dẫn tới tình trạng thiếu máu như: suy tủy xương, rối loạn tủy xương hoặc ung thư máu.

d. Đặc điểm hồng cầu

- Dựa vào MCV: phân loại được thiếu máu hồng cầu nhỏ hoặc to

- Dựa vào MCH (hemoglobin trung bình hồng cầu): phân loại được thiếu máu nược sắc hay ưu sắc

**47. Tím trung ương và tím ngoại biên khác nhau như thế nào?**

a. Tím trung ương (central cyanosis)

- Đặc trưng bằng sự giảm nồng độ bão hoà oxy máu động mạch (SaO2) do luồng thông phải-trái trong tim hoặc do tổn thương chức năng phổi

- Tím trung ương xuất hiện khi nồng độ trung bình của hemoglobin khử ở máu mao mạch ≥ 4 g/dL (hoặc nồng độ methemoglobin ≥ 0,5 g/dL)

- Các nguyên nhân thường gặp

+ Bệnh tim bẩm sinh có shunt phải-trái: tứ chứng Fallot, thông liên nhĩ với shunt phải-trái tạm thời, nghẽn đường ra thất phải ở bệnh nhân thông liên thất, v.v.

+ Methemoglobin bẩm sinh hoặc mắc phải, do phản ứng phụ của một số loại thuốc như Dapsone hay các chế phẩm chứa nitrite (nitroglycerin).

+ Bệnh lý nhu mô phổi hoặc một số bệnh gây ức chế hệ thần kinh trung ương

- Triệu chứng lâm sàng:

+ Thường chỉ phát hiện được tím khi SaO2 giảm dưới 85%

+ Biểu hiện tím ở toàn bộ cơ thể, bao gồm cả những vùng ấm, được tưới máu nhiều như kết mạc, niêm mạc trong khoang miệng, v.v

+ Tím nặng hơn khi gắng sức

+ Thường có móng tay khum, đầu chi dùi trống.

- Cận lâm sàng: SaO2 + PaO2 giảm; Hct tăng; Hb khử/máu tăng; MetHb máu tăng

b. Tím ngoại biên (peripheral cyanosis)

- Thường là tổn thương thứ phát do co thắt mạch máu dưới da

- Nguyên nhân

+ Giảm cung lượng tim (suy tim, nhất là suy tim phải)

+ Tiếp xúc với không khí lạnh, nước lạnh

+ Bệnh mạch máu ngoại vi (hội chứng Raynauld)

- Triệu chứng lâm sàng:

+ Biểu hiện ở những vùng da ít được tưới máu như các đầu chi, mũi, v.v.

+ Xuất hiện cả khi nghỉ ngơi. Khi gắng sức, tình trạng tím không tăng thêm nhiều

- Cận lâm sàng thường thì SaO2 + PaO2 bình thường hoặc giảm

**48. Phân loại xuất huyết trên lâm sàng và cận lâm sàng? Chẩn đoán phân biệt.**

**49. Nguyên nhân thiếu máu cấp/mạn?**

# B. Tác giả

Nguyễn Đình Thắng (2014-2020).

Louis Nguyễn (2018-2024)