

MỤC LỤC – ĐỀ CƯƠNG NỘI 2024

Câu 1. Trình bày triệu chứng lâm sàng bệnh viêm phổi thùy	2
Câu 2. Trình bày điều trị viêm phổi thùy	3
Câu 3. Trình bày chẩn đoán xác định áp xe phổi	4
Câu 4. Trình bày điều trị nội khoa bệnh áp xe phổi	5
Câu 5. Trình bày chẩn đoán xác định COPD	6
Câu 6. Trình bày chẩn đoán mức độ nặng COPD theo GOLD 2021	6
Câu 7. Trình bày điều trị COPD giai đoạn ổn định theo GOLD 2021	7
Câu 8. Trình bày chẩn đoán xác định Hen phế quản	9
Câu 9. Trình bày các nguyên nhân gây tràn dịch màng phổi	10
Câu 10. Trình bày triệu chứng lâm sàng viêm cầu thận cấp	11
Câu 11. Trình bày triệu chứng lâm sàng Hội chứng thận hư	11
Câu 12. Trình bày chẩn đoán xác định Hội chứng thận hư	12
Câu 14. Trình bày các triệu chứng lâm sàng suy thận cấp	13
Câu 15. Trình bày điều trị suy thận cấp thực tổn giai đoạn đái ít vô niệu	14
Câu 16. Trình bày điều trị xuất huyết tiêu hóa do tăng áp cửa.	16
Câu 17. Trình bày điều trị xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng.	18
Câu 18. Trình bày triệu chứng, biến chứng loét dạ dày tá tràng	19
Câu 19. Trình bày chẩn đoán, điều trị hôn mê nhiễm toan Ceton.	20
Câu 20. Trình bày triệu chứng, biến chứng viêm tụy cấp	21
Câu 21. Trình bày chẩn đoán, điều trị viêm tụy cấp	23
Câu 22. Trình bày triệu chứng, biến chứng xơ gan.	26
Câu 23. Trình bày điều trị xơ gan	28
Câu 24. Trình bày triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng áp xe gan do amip	30
Câu 25. Trình bày chẩn đoán, điều trị hôn mê nhiễm toan Ceton.	31
Câu 26. Trình bày chẩn đoán, biến chứng đái tháo đường.	31
Câu 27. Trình bày triệu chứng, điều trị hạ glucose máu	33
Câu 28. Trình bày chẩn đoán, điều trị suy giáp	35
Câu 29. Trình bày triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng basedow	37
Câu 30. Trình bày điều trị basedow	38
Câu 31. Trình bày chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt bệnh viêm khớp dạng thấp.	40
Câu 32. Trình bày triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng bệnh viêm cột sống dính khớp	42
Câu 33. Chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt bệnh gút.	44
Câu 34. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng loãng xương. Chẩn đoán xác định loãng xương.	45
Câu 35. Trình bày triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng hẹp van hai lá	47
Câu 36. Các yếu tố nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân tăng huyết áp và phân tầng nguy cơ để tiên lượng bệnh nhân tăng huyết áp.	49
Câu 37. Trình bày tiêu chuẩn chẩn đoán xác định suy tim (tiêu chuẩn Framingham và tiêu chuẩn của ESC 2008) và đánh giá mức độ suy tim (theo NYHA và theo AHA/ACC 2008).	50
Câu 38. Nguyên nhân, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị rung nhĩ	52
Câu 39. Chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt viêm màng ngoài tim cấp	55
Câu 40. Điều trị bệnh viêm khớp dạng thấp	56

Câu 1. Trình bày triệu chứng lâm sàng bệnh viêm phổi thùy

1. Cơ năng

- Khởi phát đột ngột:
 - + Sốt cao 39-40°C, rét run, mạch nhanh, khó thở, vã mồ hôi.
 - + Đau ngực kiểu màng phổi.
 - + Có khi nôn, chướng bụng, đau bụng.
 - + Ho khan, sau ho nhiều, đàm đặc có màu gỉ sắt hay có máu.
- Trên bệnh nhân cao tuổi, bệnh nhân suy giảm miễn dịch các biểu hiện ban đầu có thể không rõ ràng.
- Trẻ em: có thể co giật.

2. Thực thể

- Toàn trạng: mệt mỏi, gầy sút, chán ăn, ở môi miệng có Herpes
- Hội chứng nhiễm trùng: sốt, môi khô, lưỡi bẩn...
- Giai đoạn đầu: RRPN giảm bên tổn thương, có thể có tiếng cọ MP và ran nổ cuối thì hít vào.
- Giai đoạn toàn phát:
 - + Hội chứng đông đặc phổi điển hình (hoặc không điển hình) với rung thanh tăng, ấn các khoảng gian sườn đau, gõ đục, nghe âm phế bào giảm, âm thổi ống và ran nổ khô chung quanh vùng đông đặc.
 - + Nếu thương tổn nhiều thì có dấu suy hô hấp cấp, có gan lớn và đau, có khi có vàng da và xuất huyết dưới da, ở trẻ em có rối loạn tiêu hóa như buồn nôn, nôn, bụng chướng.
- Giai đoạn lui bệnh:
 - + Sức đề kháng tốt, điều trị sớm và đúng thì bệnh sẽ thoái lui sau 7 - 10 ngày, nhiệt độ giảm dần, toàn trạng khỏe hơn, ăn cảm thấy ngon, nước tiểu tăng dần, ho nhiều và đàm loãng, trong, đau ngực và khó thở giảm dần.
 - + Khám phổi thấy âm thổi ống biến mất, ran nổ giảm đi thay vào là ran ẩm. Thường triệu chứng cơ năng giảm sớm hơn triệu chứng thực thể.

Câu 2. Trình bày điều trị viêm phổi thùy

1. Điều trị hỗ trợ

- Nghỉ ngơi tại giường.
- Tiết thực dễ tiêu, đảm bảo đủ calo, thêm đạm và các loại vitamin nhóm B,C
- Bù nước và điện giải vì sốt cao, ăn uống kém, nôn, đi chảy...

2. Điều trị triệu chứng

- Thuốc hạ sốt
- Đảm bảo thông khí, thở oxy
- Các thuốc giãn phế quản, thuốc ho và long đàm.

3. Điều trị nguyên nhân

- Nhóm bệnh nhân nằm tại khoa nội/khoa hô hấp/truyền nhiễm với các tác nhân gây bệnh thường gặp: phối hợp β lactam +/- ức chế β lactamase kết hợp macrolide TM hoặc quinolone hô hấp.

+ Macrolid: (Erythromycin 1g x 2 lần/ngày, Clarithromycin 500mg x 2 lần/ngày)

+ β -lactam :

- ♦ Penicillin G.
- ♦ Amoxicilin 30-50 mg/kg/ngày.
- ♦ β -lactam/ức chế men β -lactamase (Amoxicilin – A.Clavunalic 1g x 3 lần/ngày)
- ♦ Cephalosporin 2 (Cefuroxim 1,5g x 3 lần/ngày)
- ♦ Cephalosporin 3 (Ceftriaxon 2g/ngày, Cefotaxim 1g x 3 lần/ngày)

Nhóm bệnh nhân nhập ICU, nguy cơ tử vong cao, có suy hô hấp cần thở máy hoặc sốc nhiễm khuẩn:

- Kháng sinh cần sử dụng là carbapenem thế hệ 1 (không bao phủ Pseudomonas) hay thế hệ 2 kết hợp Fluoroquinolone hay macrolide +/- thuốc bao phủ S. aureus nếu chưa loại trừ.
- Khi nghi ngờ P. aeruginosae, nên phối hợp β lactam +/- ức chế β lactamase chống Pseudomonas kết hợp quinolone chống Pseudomonase hay aminoglycosid
- Xem xét đổi kháng sinh tùy theo diễn biến lâm sàng và kháng sinh đồ.

Câu 3. Trình bày chẩn đoán xác định áp xe phổi

Thể điển hình, chẩn đoán dựa vào:

+ Hội chứng nhiễm trùng cấp: sốt, môi khô, lưỡi bẩn, hơi thở hôi, đái ít, nước tiểu sẫm màu.

+ Khái mủ nhiều (hoặc đàm hình đồng xu), hơi thối.

+ Sau khi ộc mủ sốt giảm dần, bệnh nhân dễ chịu hơn: mủ thối do VK yếm khí, mủ màu chocolate do amip, mủ vàng do áp xe đường mật vỡ thông lên phổi.

+ Hội chứng hang, quan trọng là X quang phổi có hình ảnh mức hơi - nước.

- Tuy nhiên, đến giai đoạn ộc mủ thường là muộn. Cần nghĩ đến áp xe phổi khi có những triệu chứng ban đầu: mệt mỏi, chán ăn, đau ngực, hơi thở thối, khám phổi có HC đông đặc/HC ba giảm, Xquang có hình 1 đám mờ, bệnh kéo dài >1 tuần.

Câu 4. Trình bày điều trị nội khoa bệnh áp xe phổi

1. Điều trị hỗ trợ

Đảm bảo chế độ dinh dưỡng cho bệnh nhân. Điều chỉnh rối loạn nước và điện giải, thăng bằng kiềm toan. Thở oxy.

2. Dẫn lưu ổ áp xe

- Dẫn lưu tư thế kết hợp vỗ rung lồng ngực 2-3 lần/ngày.
- Nội soi ống mềm hút mủ PQ dẫn lưu ổ áp xe, phát hiện các tổn thương gây tắc nghẽn và gấp bỏ dị vật.
- Chọc dẫn lưu mủ qua thành ngực: áp dụng với những ổ áp xe phổi ở ngoại vi, không thông với PQ, sát thành ngực hoặc dính với màng phổi.

3. Điều trị bằng kháng sinh

- Nguyên tắc dùng kháng sinh:
 - + Phổi hợp ≥ 2 loại kháng sinh, theo đường TM/TB.
 - + Dùng liều cao ngay từ đầu, ngay sau khi lấy bệnh phẩm xét nghiệm.
 - + Thay kháng sinh dựa theo diễn biến lâm sàng và kháng sinh đồ.
 - + Thời gian dùng ≥ 4 tuần (tùy đáp ứng lâm sàng và Xquang phổi)
- Các loại kháng sinh có thể dùng:
 - + Penicilin G + Aminoglycosid (xét nghiệm Creatinin máu 1-2 lần/tuần, thận trọng ở người cao tuổi, ĐTĐ do nguy cơ suy thận)
 - + Nếu nghi VK tiết β -lactamase: β -lactam/ức chế men β -lactamase (Amoxicilin/A.Clavunalic, Ampicillin/Sulbactam) + Aminoglycosid.
 - + Nếu nghi VK gram (-): Cephalosporin 3 + Aminoglycosid.
 - + Nếu nghi VK yếm khí:
 - β -lactam/ức chế men β -lactamase + Metronidazol.
 - Penicilin G + Clindamycin.
 - + Nếu nghi tụ cầu: Oxacillin/Vancomycin + Amikacin nếu kháng thuốc.
 - + Nếu nghi do Pseudomonas aeruginosa: Ceftazidim + Quinolon.
 - + Nếu nghi do amip: Metronidazol + KS khác.
- Liều dùng:
 - + Penicilin G 10-50 triệu đơn vị tùy tình trạng NT và cân nặng BN.
 - + Aminoglycosid (Gentamycin 3-5mg/kg/ngày, Amikacin 15mg/kg/ngày)
 - + Amoxicilin/A.Clavunalic, Ampicillin/Sulbactam 3-6g/ngày.
 - + Cephalosporin 3 (Ceftazidim 3g/ngày, Cefotaxim 3g/ngày)
 - + Metronidazol 1-1,5g/ngày
 - + Oxacillin 6-12g/ngày
 - + Vancomycin 1-2g/ngày
 - + Ciprofloxacin 1g/ngày, Levofloxacin 750mg/ngày, Moxifloxacin 400mg/ngày)

Câu 5. Trình bày chẩn đoán xác định COPD

- Cần nghĩ đến chẩn đoán COPD ở những BN >40 tuổi có các triệu chứng: Khó thở, ho mạn tính, khạc đờm và/hoặc tiền sử phơi nhiễm với các yếu tố nguy cơ (hút thuốc lá, thuốc lá, ô nhiễm môi trường trong, ngoài nhà, tiếp xúc với khói, khí, bụi nghề nghiệp).
- Rối loạn thông khí tắc nghẽn không hồi phục hoàn toàn với thuốc giãn PQ: EFV1 giảm, chỉ số Gaensler (FEV1/FVC) < 70% là tiêu chuẩn vàng của COPD. Không nhất thiết phải có các dh lâm sàng nhất là ở thời kỳ đầu của bệnh.

Câu 6. Trình bày chẩn đoán mức độ nặng COPD theo GOLD 2021**1. Đánh giá mức độ tắc nghẽn đường thở**

GOLD 1: FEV1 \geq 80% trị số lý thuyết

GOLD 2: $50\% \leq$ FEV1 < 80% trị số lý thuyết

GOLD 3: %, $30\% \leq$ FEV1 < 50% trị số lý thuyết

GOLD 4: FFEV1 < 30% trị số lý thuyết

2. Đánh giá COPD theo nhóm ABCD dựa vào

- Mức độ triệu chứng, ảnh hưởng của bệnh (mMRC, CAT): ít/nhiều triệu chứng.
- + Bộ câu hỏi CAT (8 câu hỏi, tổng điểm 40) điểm càng cao thì ảnh hưởng của bệnh tới tình trạng sức khỏe của BN càng lớn.
- + Bộ câu hỏi mMRC (5 câu hỏi với điểm cao nhất là 4) điểm càng cao thì mức độ khó thở càng nhiều.

3. Nguy cơ đợt cấp (tiền sử đợt cấp/năm, mức độ nặng đợt cấp): Nguy cơ thấp/cao.

BPTNMT nhóm A - Nguy cơ thấp, ít triệu chứng: có 0 - 1 đợt cấp trong vòng 12 tháng qua (đợt cấp không nhập viện và không phải sử dụng kháng sinh, corticosteroid) và mMRC 0 - 1 hoặc CAT < 10.

BPTNMT nhóm B - Nguy cơ thấp, nhiều triệu chứng: có 0 - 1 đợt cấp trong vòng 12 tháng qua (đợt cấp không nhập viện, không phải sử dụng kháng sinh, corticosteroid) và mMRC \geq 2 hoặc điểm CAT \geq 10.

BPTNMT nhóm C - Nguy cơ cao, ít triệu chứng: có \geq 2 đợt cấp trong vòng 12 tháng qua (hoặc 1 đợt cấp nặng phải nhập viện hoặc phải đặt nội khí quản) và mMRC 0 - 1 hoặc điểm CAT < 10.

BPTNMT nhóm D - Nguy cơ cao, nhiều triệu chứng: có \geq 2 đợt cấp trong vòng 12 tháng qua hoặc 1 đợt cấp phải nhập viện và mMRC \geq 2 hoặc điểm CAT \geq 10.

Câu 7. Trình bày điều trị COPD giai đoạn ổn định theo GOLD 2021

1. Điều trị chung

- Ngừng tiếp xúc với yếu tố nguy cơ.
- Cai nghiện thuốc lá, thuốc lào.
- Tiêm vắc xin phòng nhiễm trùng đường hô hấp.
- Phục hồi chức năng hô hấp.
- Vệ sinh mũi họng thường xuyên.
- Giữ ấm cổ ngực về mùa lạnh.
- Phát hiện sớm, điều trị kịp thời các nhiễm trùng tại mũi họng, răng hàm mặt.
- Phát hiện và điều trị các bệnh đồng mắc.

2. Các thuốc điều trị COPD

Thuốc giãn phế quản được coi là nền tảng trong điều trị COPD. Ưu tiên các loại thuốc giãn phế quản tác dụng kéo dài, dùng đường phun hít hoặc khí dung.

BN nhóm A: 1 thuốc GPQ tác dụng ngắn/dài, sử dụng khi khó thở.

BN nhóm B: Khởi trị với thuốc GPQ tác dụng kéo dài (LABA/LAMA).

BN vẫn còn khó thở dai dẳng: chuyển sang LABA + LAMA.

BN khó thở nhiều: khởi trị ngay LABA + LAMA.

BN nhóm C: Khởi trị với thuốc GPQ tác dụng kéo dài (LAMA)

BN tiếp tục có đợt cấp: dùng LAMA + LABA hoặc LABA + ICS.

LABA/LAMA là lựa chọn ưu tiên do ICS làm tăng nguy cơ viêm phổi.

BN nhóm D: Khởi trị với LABA + LAMA hoặc LABA + ICS (nếu BN có tiền sử và/hoặc gợi ý chẩn đoán chồng lấp hen và COPD hoặc tăng bạch cầu ái toan trong máu)

Nếu BN vẫn có đợt cấp:

+ Nâng bậc với LABA + LAMA + ICS.

+ Chuyển sang LABA + ICS. Nếu điều trị không cải thiện đợt cấp/triệu chứng : chuyển LABA + LAMA + ICS.

Nếu BN vẫn tiếp tục có đợt cấp:

+ Cân nhắc Roflumilast nếu $FEV1 < 50\%$ (BN có viêm phế quản mạn)

+ Cân nhắc cho nhóm Macrolide (BN có tiền sử hút thuốc)

+ Ngừng ICS.

3. Thở Oxy dài hạn tại nhà

- Chỉ định: BN COPD có suy hô hấp mạn tính, thiếu oxy máu.

+ $PaO_2 \leq 55$ mmHg hoặc $SpO_2 \leq 88\%$

+ PaO_2 từ 56 - 59 mmHg hoặc $SpO_2 \leq 88\%$ kèm thêm một trong các biểu hiện: Dấu hiệu suy tim P, Đa hồng cầu (hematocrit $> 55\%$), Tăng áp ĐM phổi.

- Lưu lượng 1-3 lít/phút, thời gian thở oxy ít nhất 16-18h/24h.

4. Thở máy không xâm nhập

- BN có tăng CO_2 máu nặng mạn tính ($\text{PaCO}_2 \geq 50 \text{ mmHg}$) và tiền sử nhập viện gần đây → Chỉ định thở máy không xâm nhập (BiPAP)
- BN có ngừng thở khi ngủ (chồng lấp COPD và ngừng thở khi ngủ) → Chỉ định thở máy áp lực dương liên tục (CPAP).

5. Theo dõi bệnh nhân

- Tái khám định kỳ 1tháng/lần, đánh giá, điều chỉnh phác đồ điều trị phù hợp, phát hiện, điều trị các biến chứng và các bệnh đồng mắc phổi hợp
- Theo dõi chức năng hô hấp.
- Giáo dục BN về kỹ thuật sử dụng các dụng cụ phân phối thuốc, tuân thủ điều trị, tránh tiếp xúc với yếu tố nguy cơ và áp dụng các phương pháp dự phòng đợt cấp.

Câu 8. Trình bày chẩn đoán xác định Hen phế quản

Nghĩ đến Hen khi có một trong những dấu hiệu hoặc triệu chứng chỉ điểm sau:

- Con hen với các đặc điểm:

+ Tiền triệu: hắt hơi, sổ mũi, ngứa mắt, ho khan, buồn ngủ...

+ Con khó thở:

♦ Lúc đầu khó thở chậm, thì thở ra, có tiếng cò cữ người ngoài nghe cũng thấy, khó thở tăng dần.

♦ Sau có thể khó thở nhiều, vã mồ hôi, khó nói. Con khó thở kéo dài 5-15 phút, có khi hàng giờ, hàng ngày.

♦ Con khó thở giảm dần và kết thúc với 1 trận ho và khạc đờm dài. Đờm thường trong, quánh và dính.

♦ Con hen xảy ra trong những điều kiện giống nhau: ban đêm, khi thay đổi thời tiết.

- Tiền sử: có một trong các triệu chứng

+ Ho, tăng về đêm.

+ Tiếng rít tái phát.

+ Khó thở tái phát.

+ Nặng ngực nhiều lần.

- Khám phổi bình thường cũng không loại trừ chẩn đoán hen.

- Thăm dò chức năng hô hấp: RL thông khí tắc nghẽn có hồi phục với thuốc GPQ chỉ số Gaensler ($FEV1/FVC$) $\geq 70\%$

Câu 9. Trình bày các nguyên nhân gây tràn dịch màng phổi

		Nguyên nhân
TDMP nước trong – vàng chanh	Dịch thấm (protein<30g/l) - Tăng AL thủy tinh - Tăng AL TM ngoại vi, TM phổi - Giảm protein - Giảm AL khoang MP	- Suy thận, HCTH (do giảm AL kéo/tắc mạch huyết khuyết) - Suy gan, Xơ gan cổ trướng (do giảm AL keo, thoát dịch từ ổ bụng qua cơ hoành vào khoang MP) - Suy tim (do tăng AL thủy tinh) - Suy dinh dưỡng.
	Dịch tiết (protein>30g/l) - Tăng tính thấm mao mạch MP - Giảm dẫn lưu của hệ bạch mạch	- Lao - Ung thư (Phổi, PQ, MP, di căn vào MP) - Viêm phổi (VP dưới màng) - Nhồi máu phổi - Sarcoidosis - Viêm tụy cấp, U nang buồng trứng, Áp xe gan - Thấp khớp cấp, Lupus ban đỏ, Hodgkin
TDMP máu (Hb DMP/ Hb máu >0,5)		- Chấn thương lồng ngực - Tai biến của các thủ thuật thăm dò - Ung thư màng phổi, di căn màng phổi - Vỡ phình tách ĐM chủ ngực - Rendu Osler
Tràn dưỡng chất MP - Dịch MP trắng như sữa, tái phát rất nhanh. - Soi vi thể thấy giọt mỡ. - Mỡ toàn phần DMP 1-4g/100ml - TG DMP >110mg%		- Chấn thương lồng ngực - PT lồng ngực gây lỗ rò ống ngực – MP - Viêm bạch mạch do lao, giun chỉ. - Ung thư hệ lympho, ung thư PQ di căn.
Tràn mủ MP (Dịch đục, nhiều BCĐN thoái hóa, sợi tơ huyết)		- Viêm phổi do VK - Áp xe phổi vỡ vào MP - Áp xe gan do amip/VK ở nơi khác vỡ lên phổi - Áp xe dưới cơ hoành - Viêm mủ trung thất - Ung thư PQ hoại tử, bội nhiễm - NK huyết - Chấn thương xuyên thành ngực nhiễm khuẩn - Chọc dò, sinh thiết, dẫn lưu MP không vô khuẩn - Sau PT vùng ngực

Câu 10. Trình bày triệu chứng lâm sàng viêm cầu thận cấp

- Thời gian tiềm tàng trước khi biểu hiện bệnh:
 - + 1- 3 tuần (TB 10 ngày) sau NK hầu hòng
 - + 3- 6 tuần (TB 2 tuần) sau NK ngoài da
 - + 1- 4 nếu BN đã có bệnh thận từ trước
- Các biểu hiện lâm sàng thường xuất hiện đột ngột, BN thường đến khám với 1 số triệu chứng không điển hình: mệt mỏi, chán ăn, sốt, đau bụng, đau lưng và với các dấu hiệu đặc trưng:
 - + Đái máu đại thể.
 - + Số lượng nước tiểu giảm.
 - + Phù toàn thân.
 - + Đau đầu, mờ mắt (THA), chậm chạp, lơ đãng.
- Giai đoạn muộn, có thể gặp:
 - + Co gât, lú lẫn, ngủ gà.
 - + Buồn nôn, nôn, dễ chảy máu, ho, khó thở.
 - + Đau lưng, THA.
- Khám lâm sàng phát hiện:
 - + Phù, ran ẩm, tăng cân
 - + THA, Thiếu/Vô niệu
 - + Đái máu đại thể
 - + RL ý thức, nôn, RL thị giác, co giật, thậm chí hôn mê do THA có tổn thương não, NK đường hô hấp, các vết lở ngoài da, ban ngoài da.
- Không phải tất cả các BN đều có biểu hiện lâm sàng rõ rệt, nhiều TH chỉ biểu hiện ở mức độ nhẹ hoặc tiềm tàng kín đáo.

Câu 11. Trình bày triệu chứng lâm sàng Hội chứng thận hư

- Đến viện với dấu hiệu phù tăng nhanh trong vài ngày/tuần, mệt mỏi, kém ăn, cảm giác yếu và đôi khi đau bụng.
- Các đợt bệnh có thể xuất hiện sau NT đường hô hấp trên.
 - + Phù: lúc đầu ở mặt và 2 chân, sau thành phù toàn thân, tràn dịch đa màng. Phù trắng, mềm, rõ ở vùng thấp, không đau. Đôi khi có thể có phù não. + Phù không đối xứng khi có biến chứng huyết khối TM.
 - + Đái ít < 500ml/ ngày
 - + THA, đái máu, suy thận cấp, thiếu máu (suy giảm chức năng thận), suy dinh dưỡng (mất protein qua nước tiểu, mất protein mang nguyên liệu sản xuất HC)

Câu 12. Trình bày chẩn đoán xác định Hội chứng thận hư

Tiêu chuẩn chẩn đoán Hội chứng thận hư bao gồm:

1. Phù
2. Protein niệu > 3,5 g/24 giờ/ 1,73m² diện tích bề mặt cơ thể.
3. Protein máu giảm dưới 60 g/lít, albumin máu giảm dưới 30 g/lít.
4. Tăng cholesterol máu \geq 6,5 mmol/l
5. Có hạt mỡ lưỡng chiết, trụ mỡ trong nước tiểu.

Trong đó tiêu chuẩn 2 và 3 là bắt buộc, các tiêu chuẩn khác có thể không đầy đủ.

Câu 13. Liệt kê các nguyên nhân gây đái máu

Đái máu đại thể	Đái máu vi thể
<p>1. NN từ niệu đạo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chấn thương niệu đạo - Ung thư TLT - Ung thư, polyp, viêm niệu đạo <p>2. NN từ bàng quang</p> <ul style="list-style-type: none"> - Viêm bàng quang - Sỏi bàng quang - U, polyp bàng quang <p>3. NN từ thận</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sỏi/Ung thư thận, niệu quản - Viêm thận bể thận - Lao thận - Thận đa nang - Do giun chỉ làm tắc và gây vỡ bạch mạch kèm mạch máu - Dị dạng mạch thận, cục máu ĐM/TM thận - Hoại tử nhú thận - Bệnh lý cầu thận cấp/mạn tính <p>4. Do bệnh toàn thân</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bệnh máu ác tính - Quá liều thuốc chống đông <p>5. Đái máu tự phát</p>	<p>1. Viêm cầu thận cấp và mạn</p> <ul style="list-style-type: none"> - VCT cấp sau nhiễm trùng - VCT màng tăng sinh - VCT mảnh, ổ - VCT tiến triển nhanh - Bệnh Berger - HC Alport - HC ure máu tan máu - Bệnh do màng đáy cầu thận mỏng <p>2. THA ác tính, các bất thường mạch máu và nhồi máu thận</p> <p>3. Viêm nội tâm mạc gây NK máu (do tụ cầu)</p> <p>4. Bệnh lý hệ thống</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lupus ban đỏ hệ thống - Viêm mạch - Schoenlein Henoch

Câu 14. Trình bày các triệu chứng lâm sàng suy thận cấp

- Đa số các trường hợp suy thận cấp khởi phát với dấu hiệu thiểu niệu ($< 400\text{ml}/24\text{h}$), nhưng một số trường hợp nước tiểu vẫn $> 1\text{L}/24\text{h}$ (thể còn bảo tồn nước tiểu).

- Ngoài ra tùy theo nguyên nhân dẫn đến suy thận cấp mà biểu hiện lâm sàng có thể khác nhau:

1. Suy thận cấp do nguyên nhân trước thận:

Thường thấy các triệu chứng mất nước như:

- Mạch nhanh, hạ HA tư thế, tụt HA.
- Da, niêm mạc khô; giảm độ chun giãn da, tĩnh mạch cổ xẹp.
- Số lượng nước tiểu giảm dần.

2. Suy thận cấp do nguyên nhân tại thận:

Các yếu tố nguy cơ: sốc kéo dài, dùng thuốc độc thận, thuốc cản quang, tiêu cơ vân, tan máu.

Có thể thấy một hoặc một số dấu hiệu sau:

- Nước tiểu có màu đỏ hoặc thẫm màu do đái ra máu trong viêm cầu thận cấp...
- Đau vùng thắt lưng do sỏi thận, niệu quản.
- Thiếu niệu, phù, tăng huyết áp.
- Sốt, đau cơ và ngứa, nổi ban sẩn sau dùng thuốc.

3. Suy thận cấp thể hoại tử ống thận cấp:

Thuộc nhóm suy thận cấp tại thận nhưng có thể được tách thành 1 thể lâm sàng riêng biệt.

4. Suy thận cấp do nguyên nhân sau thận:

Thường thấy dấu hiệu tắc nghẽn đường tiết niệu như:

- Con đau quặn thận hoặc đau hố lưng hoặc các điểm niệu quản.
- Thận to do ứ nước, ứ mủ.
- Triệu chứng của bàng quang: đau tức vùng bàng quang, đái buốt, đái dắt.
- Thiếu niệu hoặc vô niệu.
- Thăm trực tràng có thể thấy thấy tuyến tiền liệt to đi kèm với các rối loạn tiểu tiện trước đó.
- Chức năng thận thường phục hồi nhanh sau khi giải quyết được nguyên nhân tắc nghẽn như lấy sỏi, cắt bỏ tiền liệt tuyến...

Câu 15. Trình bày điều trị suy thận cấp thực tổn giai đoạn đái ít vô niệu**1. Cần phát hiện và điều trị sớm các biến chứng****2. Kiểm soát cân bằng nước điện giải và kiềm toan**

theo dõi cân nặng, dịch vào ra, mạch, huyết áp. Hạn chế nước, ăn nhạt.

3. Dịch truyền

dịch cao phân tử, HA không lên cần chỉ định các thuốc vận mạch, norepinephrine có hiệu quả tốt trên HA động mạch và cả tưới máu thận, norepinephrine có tác dụng tăng mức lọc cầu thận và tăng thể tích nước tiểu.

4. Lợi tiểu

+ Furosemid: tiêm TM 10 ống (20mg/ống) ba lần cách nhau 1 giờ. Hoặc truyền TM liên tục 40 -50 mg/giờ.

+ Manitol lợi tiểu thẩm thấu.

5. Điều trị toan chuyển hoá

pH < 7,2 cần truyền tĩnh mạch NaHCO₃, pH <7,1 cần lọc máu.

6. Điều trị tăng huyết áp

Nhóm chẹn kênh calci an toàn và không làm giảm dòng máu đến thận.

7. Trong trường hợp có tăng kali máu cần

+ Hạn chế đưa kali vào: rau quả nhiều K⁺, thuốc, dịch truyền có K⁺.

+ Loại bỏ các ổ hoại tử, chống nhiễm khuẩn.

+ Calci cần dùng ngay khi có những biểu hiện rối loạn tim mạch nặng (mạch chậm, QRS giãn rộng...) 0,5-2g tiêm TM chậm trong 5-10 phút, tác dụng nhanh nhưng ngắn. Có thể tiêm nhắc lại 30 phút/1 lần, liều dùng phụ thuộc vào nồng độ kali máu.

- Glucose ưu trương (20%, 30%, 50%) 250-500ml + insulin 10 - 20IU truyền TM: bắt đầu tác dụng sau 15 - 30 phút, giảm K máu 0,5 - 1,5mmol/lít.

+ Truyền natri bicarbonat 1,4% hoặc 4,2% hoặc tiêm tĩnh mạch natri bicarbonat 8,4 nếu muốn hạn chế lượng nước đưa vào. Dùng liều 1mEq/kg, truyền TM chậm (tác dụng trong trường hợp nhiễm toan).

+ Resin trao đổi ion: cứ 15g uống phối hợp với sorbitol có thể giảm được 0,5mmol/l. Có thể pha trong dung dịch đẳng trương 100ml thực hậu môn, tác dụng kém hơn đường uống, áp dụng cho một số trường hợp bệnh nhân không có khả năng uống hoặc nôn nhiều, thuốc có tác dụng sau khoảng 1 giờ.

+ Dùng lợi tiểu trong trường hợp bệnh nhân còn đái được, không có tắc đường tiết niệu và không giảm thể tích tuần hoàn. Lọc máu: thận nhân tạo hoặc lọc màng bụng khi tăng kali máu dai dẳng không hoặc kém đáp ứng với các biện pháp nêu trên

8. Chỉ định lọc máu sớm trong suy thận cấp khi có 1 trong các dấu hiệu sau:

- + Quá tải tuần hoàn, đe dọa phù phổi cấp.
- + Tăng kali máu, biến đổi điện tim (kali máu 6.5 mmol/l). Toan chuyển hóa, $\text{pH} < 7,2$.
- + Giảm Na^+ máu trầm trọng $\text{Na} < 120\text{mmol/l}$. Viêm màng ngoài tim.
- + Biểu hiện thần kinh: lú lẫn, co giật, hôn mê.
- + Xuất huyết trầm trọng do ure máu cao.
- + Hội chứng ure máu cao có biểu hiện lâm sàng.
- + Thiếu niệu không đáp ứng lợi tiểu.

Câu 16. Trình bày điều trị xuất huyết tiêu hóa do tăng áp cửa.**1. Hồi sức**

- Tư thế đầu thấp.
- Đảm bảo đường thở (đặc biệt BN có tuổi và/hoặc kèm bệnh tim mạch): Thở Oxy qua xông mũi 3-6 L/phút, đặt NKQ nếu có nguy cơ trào ngược vào đường hô hấp hoặc suy hô hấp.
- Ưu tiên bù lại khối lượng tuần hoàn để ổn định huyết động.
- + Tất cả BN phải được đặt đường truyền TM. Đặt catheter TMTT nếu không đặt được.
- + Chú ý nhận biết các bệnh đi kèm để điều trị thích hợp.
- Bồi phụ thể tích:
 - + Bắt đầu với truyền TM dịch đẳng trương 20ml/kg.
 - + Sau truyền dịch đẳng trương tới tổng liều 50ml/kg vẫn còn sốc: cần truyền dịch keo (500-1000mL)
 - + BN có RL đông máu: truyền Plasma tươi đông lạnh.
 - + BN có tiểu cầu $< 50.000/mm^3$: truyền tiểu cầu.
- Chỉ định truyền máu:
 - + Hb $< 70-80$ g/l
 - + Nồng độ Hb < 100 g/l ở BN bị tụt HA tư thế.
 - + BN bị bệnh lý tim mạch có triệu chứng: cơn đau thắt ngực hoặc > 60 tuổi cần được truyền máu duy trì hemoglobin > 100 g/l.

2. Các thủ thuật cầm máu

- Sử dụng các bóng chèn
 - + Ống thông Sengstaken-Blakemore: chảy máu thực quản.
 - + Bong chèn Linton-Waclas: chảy máu do vỡ giãn TM phình vị-tâm vị.
- Sử dụng nội soi
 - + Tiêm xơ: chảy máu nhẹ thực quản.
 - + Thắt TM thực quản chảy máu bằng vòng cao su: TM giãn bé, chảy máu.
 - + Dùng stent kim loại

- + Tiêm cyanoacrylate: chảy máu lớn thực quản và phình vị.
- + Keo sinh học: yếu tố VIII
- Nối thông 2 hệ TM cửa chủ (TIPS)

3. Sử dụng các thuốc vận mạch để làm giảm áp lực TM cửa

- Các thuốc thường dùng: Vasopressin, Terlipressin, Somatostatin, Octrotide.
- Tốt nhất là phối hợp giữa các phương pháp:

Thuốc vận mạch + chèn bóng/ tiêm xơ/ tiêm xơ/ stent.

4. Điều trị ngoại khoa: Chảy máu nặng không cầm máu được bằng các PP khác.

5. Điều trị dự phòng biến chứng hôn mê gan

- Kháng sinh: Quinolone hoặc Ceftriaxon nếu kháng Quinolone.
- Lactulose đường uống/thụt tháo.

6. Điều trị dự phòng chảy máu

- Trường hợp đã XHTH
 - + Ngay khi BN ngưng chảy máu: giảm ALTMC bằng chẹn β giao cảm không chọn lọc (propranolol) tăng dần cho tới khi nhịp tim giảm 25%
 - + Nội soi thắt TMTQ lại sau 14-21 ngày, sau 3-6 tháng nội soi kiểm tra lại.
 - + TH có giãn TM vùng tâm vị liên tục với các búi TM thực quản: tiêm histoacryl tại búi giãn vùng tâm vị, sau thắt triệt để các búi giãn tại thực quản.
- Trường hợp chưa bị XHTH: Tất cả BN xơ gan phải được nội soi TQDD phát hiện búi giãn tại TMTQ.
 - + BN xơ gan giãn TMTQ nhỏ (độ I): Có thể dùng chẹn β giao cảm không chọn lọc.
 - + BN xơ gan giãn TMTQ vừa và lớn (độ II, III): Có thể dùng chẹn β không chọn lọc hoặc thắt TMTQ nếu có chống chỉ định với thuốc chẹn β không chọn lọc.

Câu 17. Trình bày điều trị xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng.**1. Nguyên tắc**

Hồi sức tích cực, nội soi cầm máu và điều trị liên ổ loét

2. Điều trị cụ thể

- Ngay khi BN vào viện cần đánh giá tình trạng huyết động.
- Hồi sức tích cực ngay từ đầu.
- XN CTM, điện giải đồ, ure, đông máu, chức năng gan thận, nhóm máu và điện tâm đồ.
- Nội soi dạ dày-tá tràng sớm trong 24h đầu để chẩn đoán xác định và cầm máu nếu có chỉ định.
- Dùng thuốc giảm tiết acid.
- Điều trị liên ổ loét và chống tái phát

Hồi sức

Điều trị cầm máu bằng nội soi ống mềm:

- + Giúp cầm máu nhanh.
- + Giảm nhu cầu truyền máu.
- + Ngăn ngừa các biến chứng do shock mất máu.

Các phương pháp nội soi cầm máu:

- + Tiêm cầm máu: adrenalin 1/10.000, cồn tuyệt đối, nước muối ưu trương: Tiêm 4 góc và đáy của ổ loét.
- + Dùng nhiệt: đầu dò đơn/đa cực, argon plasma,...
- + Cầm máu cơ học: kẹp clip.
- Nên phối hợp tiêm cầm máu với PP cầm máu khác.

Thuốc:

Các PPI đường TM liều cao được chứng minh là làm giảm chảy máu tái phát và giảm tỷ lệ phải PT:

Esomeprazol, Pantoprazol, Omeprazol: 80mg TTMC, sau đó 8mg/h truyền liên tục trong 72h, sau đó 40mg/ngày uống tối thiểu 28 ngày tiếp theo.

Rabeprazol: 40mg TTMC + 4mg/h truyền liên tục trong 72h, sau đó 40mg/ngày uống tối thiểu 28 ngày tiếp theo.

Trường hợp không có thuốc đường TM, có thể dùng thuốc viên gấp 2- 3 lần liều tiêu chuẩn trong 72 giờ đầu. Sau đó dùng tiếp liều tiêu chuẩn.

Điều trị ngoại khoa

Khi sử dụng các phương pháp cầm máu nội soi và thuốc thất bại, có thể xem xét điều trị ngoại khoa hoặc nút mạch.

Nếu có HP phải diệt trừ sau khi XHTH ổn định.

Câu 18. Trình bày triệu chứng, biến chứng loét dạ dày tá tràng.**1. Triệu chứng****1.1. Lâm sàng**

- Đau thượng vị. Đau âm ỉ, kéo dài hoặc thành cơn nhưng có tính chu kỳ và thành từng đợt. Tùy vào vị trí ổ loét, tính chất đau có khác biệt:
 - + Loét hành tá tràng: Thường lúc đói hoặc sau ăn 2-3h, đau trỗi lên về đêm, ăn vào hoặc sử dụng các thuốc trung hòa acid thì đỡ đau nhanh.
 - + Loét dạ dày: Thường đau sau ăn. Đáp ứng kém với bữa ăn và thuốc trung hòa acid.
- Có thể có: buồn nôn, nôn, chán ăn, cảm giác nóng rát, đầy bụng, sệt cân, ợ chua.
- Khám bụng: thường không thấy gì đặc biệt, có thể thấy bụng trương/co cứng nhẹ.

1.2. Cận lâm sàng

- Nội soi DDTT (giá trị nhất): vị trí, số lượng, kích thước, tính chất ổ loét: cấp/mạn tính, nông/sâu, bờ đều/không đều, đáy sạch/có chất hoại tử và các tổn thương kèm theo (viêm, trợt)
- Test xác định H.P:
 - + Ure test hoặc nuôi cấy được làm từ mảnh sinh thiết.
 - + Test thở C13, C14
 - + Tìm kháng thể kháng H.P trong máu.
 - + Tìm kháng nguyên của H.P trong phân.
- Chụp dạ dày tá tràng có Barite (ít dùng):
 - + Hình ảnh ổ loét: ổ đọng thuốc.
 - + Sự thay đổi hình dạng vùng quanh ổ loét: biến dạng các nếp niêm mạc ở thân và phình vị, biến đổi về hình ảnh tiền môn vị hoặc tá tràng.
 - + Phân biệt ổ loét lành tính và ung thư.
- CLVT (ít dùng) khi nghi ngờ có biến chứng.
- Thăm dò acid dịch vị của dạ dày (ít dùng)
 - + Hút dịch vị lúc đói.
 - + Nghiệm pháp kích thích: Histamin/Insulin.

2. Biến chứng

- Xuất huyết tiêu hóa trên.
- Thủng hoặc dò ổ loét gây viêm phúc mạc toàn bộ/cục bộ.
- Hẹp môn vị (ổ loét bờ cong nhỏ, môn vị/tiền môn vị)
- Ung thư hóa (ổ loét hành tá tràng)

Câu 19. Trình bày chẩn đoán, điều trị hôn mê nhiễm toan Ceton.**1. Chẩn đoán****1.1. Triệu chứng lâm sàng**

- Triệu chứng tăng glucose huyết: mệt, tiểu nhiều, khát nước, nhìn mờ.
- Triệu chứng mất nước: yếu, mệt mỏi, chán ăn, khát nước, khô da và niêm mạc, chuột rút, mạch nhanh, tụt huyết áp.
- Rối loạn ý thức do mất nước: lơ mơ, ngủ gà, hôn mê.
- Triệu chứng lâm sàng toan chuyển hoá: nôn, buồn nôn, thở nhanh sâu (Kussmaul), hơi thở mùi táo thối.

1.2. Triệu chứng cận lâm sàng:

- Glucose huyết $> 250\text{mg/dl}$ ($13,9\text{ mmol/l}$).
- Khí máu động mạch: $\text{pH} < 7,3$; $\text{HCO}_3^- < 18\text{ mmol/l}$.
- Tăng khoảng trống anion > 12 .
- Ceton niệu (+), ceton máu (+).

2. Điều trị: Bổ sung thể tích dịch ngoài tế bào và tái tưới máu thận là việc làm rất quan trọng phải thực hiện đầu tiên.

- Truyền NaCl 9% tốc độ $15 - 20\text{ml/kg/h}$ hoặc 1 lít/h ở bệnh nhân có sốc giảm thể tích nhưng không có biểu hiện suy tim.

- Khi glucose huyết $< 200\text{mg/dl}$ hoặc $11,1\text{ mmol/l}$ cần truyền bổ sung glucose 5% cho đến khi hết tình trạng mất nước và toan ceton.

- Insulin: không truyền insulin khi nồng độ kali máu $< 3,3\text{ mmol/l}$.

+ Tiêm tĩnh mạch insulin actrapid liều $0,1\text{UI/kg}$ sau đó truyền tĩnh mạch insulin actrapid liều $0,1\text{U/kg/h}$.

+ Glucose huyết $< 200\text{mg/dl}$ hoặc $11,1\text{ mmol/l}$: giảm liều insulin TTM xuống $0,5\text{UI/kg/h}$. Ngay sau khi tình trạng toan ceton được điều trị (glucose huyết $< 11\text{ mmol/l}$, $\text{HCO}_3^- > 18\text{ mmol/l}$, $\text{pH} > 7,3$, khoảng trống anion $< 12\text{ mmol/l}$), bệnh nhân có thể ăn được, chuyển sang phác đồ tiêm insulin dưới da để kiểm soát glucose huyết.

- Bù kali máu:

+ Kali máu $< 3,3\text{ mmol/l}$: ngừng truyền insulin, bù kali $20-30\text{ mEq/h}$ cho đến khi kali $> 3,3\text{ mmol/l}$.

+ Kali từ $3,3 - 5,3\text{ mmol/l}$, truyền kali nồng độ $20 - 30\text{ mEq/l}$ duy trì kali $4-5\text{ mmol/l}$.

+ Kali $> 5,3\text{ mmol/l}$: không bù kali, kiểm tra kali máu mỗi 2h.

- Bù bicarbonate:

+ Theo khuyến cáo, có thể truyền bicarbonat trong những trường hợp:

$\text{pH } 6,9 - 7,0$: truyền 50 mEq bicarbonat và 10 mEq kali trong 200ml nước trong 1h.

$\text{pH} < 6,9$: truyền 100 mEq bicarbonat và 20 mEq kali trong 400ml nước trong 2h.

Câu 20. Trình bày triệu chứng, biến chứng viêm tụy cấp

1. Triệu chứng

1.1. Triệu chứng cơ năng

- Dấu hiệu khởi phát: sau các bữa ăn thịnh soạn, nhiều thịt và nhiều rượu.
- Đau bụng: vùng thượng vị, khởi phát đột ngột, tiến triển cấp nặng, lan vòng theo bờ sườn T ra sau lưng. Kiểu đau chói, đâm xuyên sâu, đau liên tục thường không có khoảng nghỉ. Tính chất, mức độ đau tùy nguyên nhân:
 - + VTC do sỏi: đau đột ngột thượng vị như dao đâm, lan ra sau lưng.
 - + VTC do nguyên nhân chuyển hoá, rượu: đau thường không đột ngột và không khu trú dữ dội như sỏi.
- Nôn và buồn nôn: nôn xong không đỡ đau bụng.
- Cần khai thác kỹ các tiền sử của cả bản thân và gia đình BN: VTC tái phát nhiều đợt, viêm tụy mạn, TS dùng thuốc, TS bệnh lý sỏi mật, giun chui ống mật, TS chấn thương.

1.2. Thực thể

- Toàn thân: nhịp tim nhanh, tụt HA (do hiện tượng thoát quản, giãn mạch và chảy máu), thiếu máu, sốt nhẹ nếu viêm đường mật/viêm tụy hoại tử.
- Khám bụng: bụng chướng, thường chướng hơi căng cứng và ấn đau, phản ứng thành bụng và cảm ứng phúc mạc.
- Ở các giai đoạn muộn có thể bụng chướng hơi kèm cổ trướng. Dịch tụy trong ổ bụng có thể lan tỏa thể tự do/khu trú: vùng đầu tụy, đuôi tụy hoặc sau khoang phúc mạc làm BN rất đau và khó chịu.
- Các TH VTC nặng gây liệt ruột, bụng chướng hơi, nghe tiếng sôi bụng thường giảm/mất, bí trung đại tiện.
- Dấu hiệu khác: tràn dịch màng phổi, vàng da, xuất huyết dưới da (VTC thể hoại tử): mảng bầm tím đen sau lưng (do xuất huyết khoang sau phúc mạc), cạnh sườn/khu vực quanh rốn (do chảy máu tụy vào khoang phúc mạc)

1.3. Cận lâm sàng

- Sinh hoá máu:
 - + Amylase hoặc Lipase máu tăng >3 lần là có giá trị chẩn đoán. Amylase thường tăng sớm hơn Lipase và trở về bình thường trước Lipase.
 - + ALT, Bilirubin tăng (VTC do sỏi mật)
- Công thức máu: BC, HCT tăng, CRP, TNF tăng vào ngày thứ 2 sau VTC.
- Xquang bụng không chuẩn bị: giúp loại trừ các cấp cứu ngoại khoa khác như thủng tạng rỗng và phát hiện tràn dịch màng phổi, sỏi tụy.
- Siêu âm: phương tiện tốt để chẩn đoán VTC, mức độ viêm tụy, loại trừ nguyên nhân đau bụng khác, phát hiện nguyên nhân VTC, đánh giá tụy dịch, tụ máu ổ bụng.
- CLVT có tiêm thuốc cản quang (giá trị cao) đánh giá kỹ hơn về tổn thương ở tụy cũng như biến chứng của VTC, bệnh lý các cơ quan khác.
- ERCP (chụp mật tụy ngược dòng) có vai trò trong chẩn đoán phân biệt VTC do tụy phân đôi, bệnh lý cơ Oddi và điều trị cấp cứu VTC do sỏi.

- EUS (Siêu âm nội soi) khi VTC KRNN nghi do sỏi.

2. Biến chứng

Biến chứng tại chỗ	Biến chứng toàn thân
<ul style="list-style-type: none">- Ổ tụ dịch, hoại tử và nhiễm khuẩn tụy- Nang giả tụy- Áp xe tụy, dò ống tụy vào ổ bụng- Tổn thương mạch máu, chảy máu	<ul style="list-style-type: none">- Suy hô hấp, suy thận, trụy tim mạch- Xuất huyết tiêu hóa- ARDS- Đông máu rải rác lòng mạch

Câu 21. Trình bày chẩn đoán, điều trị viêm tụy cấp.**1. Chẩn đoán****1.1. Chẩn đoán xác định**

Tối thiểu phải có 2/3 triệu chứng, trong đó triệu chứng lâm sàng là bắt buộc:

- + Đau bụng
- + Amylase hoặc Lipase máu ≥ 3 lần bình thường
- + Có tổn thương VTC trên CLVT
- + Trong TH Amylase hoặc Lipase máu bình thường, chẩn đoán dựa vào triệu chứng đau bụng điển hình và hình ảnh tổn thương VTC trên CLVT.

1.2. Chẩn đoán mức độ viêm tụy cấp

- Dựa vào tình trạng hoại tử tụy và suy tạng.

+ VTC nhẹ: không có suy tạng và cũng không có biến chứng tại chỗ hay toàn thân.

+ VTC vừa: có suy tạng và biến chứng tạm thời, hồi phục sau điều trị.

+ VTC nặng: biểu hiện suy tạng kéo dài liên tục ≥ 48 giờ. Các tạng được đánh giá là: hô hấp, tim mạch, thận, khi có từ ≥ 2 tạng bị suy gọi là suy đa tạng. Hầu hết thường có hoại tử nhu mô tụy.

- Có nhiều bảng điểm lâm sàng đánh giá mức độ nặng của VTC: Imrie, - Glasgow, Ranson hay được áp dụng lâm sàng. Trong đó Imrie phù hợp và dễ áp dụng ở nước ta.

<i>Lúc mới nhập viện</i>	<i>Trong 48h đầu</i>
<ul style="list-style-type: none"> - 55 tuổi - Bạch cầu $>15G/L$ - Glucose máu $>10mmol/l$ - LDH $>600 U/L$ - Ure máu $>16 mmol/l$ 	<ul style="list-style-type: none"> - Calci máu $<2 mmol/l$ - PaO₂ $<60mmHg$ - Albumin máu $<32 g/l$ - AST $> 100 U/L$
<i>Tổng điểm</i>	<i>Mức độ</i>
< 3 dấu hiệu	Nhẹ
3 – 5 dấu hiệu	Nặng
5 dấu hiệu	Rất nặng

1.3. Chẩn đoán nguyên nhân VTC

- Sỏi mật, giun chui đường mật/đương tụy.
- Nghiện rượu
- NN chuyển hóa: Tăng TG máu, tăng lipoprotein, tăng Calci máu
- Sau PT, chấn thương, can thiệp ERCP
- Khối u tụy, u bóng Vater
- Do thuốc, nhiễm trùng, virus, nấm, bệnh viêm mạn tính (viêm mao mạch dị ứng, viêm ruột mạn, viêm nút quanh ĐM)

- Không rõ nguyên nhân.

1.4. Chẩn đoán biến chứng

<i>Toàn thân</i>	<i>Tại chỗ</i>
Suy hô hấp, suy tim mạch, suy thận	Ổ tụ dịch, hoại tử và nhiễm khuẩn tụy
Xuất huyết tiêu hóa	Nang giả tụy: 4 tuần sau viêm tụy cấp
ARDS	Áp xe tụy, dò ống tụy vào ổ bụng
Đông máu rải rác lòng mạch	Tổn thương mạch máu, chảy máu

1.5. Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán phân biệt các nguyên nhân tăng amylase máu ngoài tụy và đau bụng khác.

- Với các trường hợp đau bụng cấp: thủng tạng rỗng (dạ dày, hành tá tràng), sỏi mật, tắc ruột, phình tách ĐM chủ bụng, nhồi máu cơ tim thành sau.
- Bệnh lý dạ dày, hành tá tràng.
- Với các trường hợp tăng amylase máu: suy thận, viêm tuyến mang tai.
- U tụy, đợt cấp viêm tụy mạn.

2. Điều trị

2.1. Điều trị chung

- Nhịn ăn đến khi đau giảm.
- Đặt sonde tá tràng, hút dịch đến khi đỡ nôn, chướng bụng.
- TD chặt chẽ huyết động, SpO₂, nước tiểu.
- Nuôi dưỡng TM đảm bảo đủ nước, điện giải, năng lượng và huyết động ổn định.
- Giảm đau theo bậc thang WHO.
- Kiểm soát các RL chuyển hóa: Glucose máu, Calci máu, Triglycerid.
- Kháng sinh: Chỉ định khi có bằng chứng NK hoặc nguy cơ NK cao (VTC hoại tử). Chọn kháng sinh thâm nhập vào tổ chức tụy tốt: Metronidazol, Quinolone, Cephalosporin TH3, Imipenem.
- Các thuốc giảm tiết acid dịch vị (PPI) duy trì tác dụng kéo dài.
- CT, MRI hoặc EUS xác định nguyên nhân, các biến chứng tại chỗ để tiến hành ERCP giải quyết nguyên nhân gây VTC cấp cứu.

2.2. Điều trị viêm tụy cấp nặng tại khoa điều trị tích cực

- BN có biểu hiện: Giảm O₂ máu, tụt HA không đáp ứng truyền dịch, suy thận (creatinin máu >176 mmol/l). Béo phì BMI>30, vô niệu, nhịp tim nhanh >120, dấu hiệu về bệnh não, tăng liều thuốc giảm đau.

- Điều trị hỗ trợ tim mạch, hô hấp, tiêu hóa, ngoại khoa:
- + Bồi phụ dịch mức tối ưu, TD phát hiện sớm suy tạng.
- + Nâng huyết áp.
- + Suy hô hấp: đặt NKQ, thở máy.
- + Suy thận: lọc máu.
- + Phẫu thuật: chỉ định ở bệnh nhân VTC hoại tử có NK.

2.3. Điều trị viêm tụy cấp hoại tử nhiễm khuẩn

- Chọc hút ổ hoại tử dưới hướng dẫn siêu âm/CT: lấy bệnh phẩm nhuộm Gram và nuôi cấy. Có kết quả thì điều trị kháng sinh:
- + Gram (-): Carbapenem, Fluoroquinolon/Cephalosporin + Metronidazol.
- + Gram (+): Vancomycin.
- Xử trí ổ hoại tử nhiễm khuẩn: PT lấy ổ hoại tử + dẫn lưu hoặc đặt dẫn lưu ổ hoại tử qua da dưới hướng dẫn siêu âm/CT.
- Rò ống tụy: PT hoặc nội soi can thiệp.

2.4. Điều trị viêm tụy cấp có tình trạng tụy dịch trong ổ bụng (2-3 tuần đầu)

→ Các biện pháp: dẫn lưu qua da, dẫn lưu qua nội soi.

2.5. Điều trị theo nguyên nhân

- VTC do sỏi, giun ống mật chủ → ERCP mở cơ Oddi, lấy sỏi → PT thất bại.
- Nghi VTC do giun chui ống mật chủ → Tẩy giun đũa bằng thuốc Albedazol.
- VTC do RLLM tăng TG → thay đổi chế độ ăn, chế độ tập luyện và thuốc giảm mỡ máu, thể nặng phải lọc máu.

Câu 22. Trình bày triệu chứng, biến chứng xơ gan.**1. Triệu chứng****1.1. Triệu chứng lâm sàng**

Bệnh cảnh lâm sàng Xơ gan khá đa dạng, phụ thuộc vào nguyên nhân gây bệnh, tiến triển, diễn biến và biến chứng của bệnh. Về lâm sàng, căn cứ vào việc có cổ trướng, chia làm 2 thể:

<i>Xơ gan còn bù</i>	<i>Xơ gan mất bù</i>
<p>- Cơ năng: + Mệt mỏi, sút cân, chán ăn, đau HSP. + Chảy máu mũi, đám bầm tím dưới da. + Khả năng làm việc và hoạt động tình dục kém.</p> <p>- Thực thể: + Vàng da, sạm da. + Giãn mao mạch dưới da (dạng TM chân chim, sao mạch) ở cổ, mặt, lưng, ngực. + Gan có thể to, mật độ chắc/cứng, bờ sắc. Lách mập mé bờ sườn.</p>	<p>HC suy TB gan</p> <p>- Cơ năng: + Sức khỏe sa sút, ăn kém, có thể sốt. + XHDD, chảy máu mũi/chân răng.</p> <p>- Thực thể: + Vàng da. + Phù 2 chi: phù mềm, ấn lõm, cổ trướng. + Gan mật độ cứng.</p> <p>HC TALTMC</p> <p>- Lách to. - THBH cửa chủ. - Giãn TMTQ: nôn máu, nội soi. - Có thể RL về TK, tâm thần: run tay, chậm chạp, mất ngủ.</p>

1.2. Cận lâm sàng

<i>Xét nghiệm</i>	<i>Chẩn đoán hình ảnh</i>
<p>- Sinh hóa máu: ALT, AST bình thường, cao vừa GGT cao Albumin thấp γglobulin, IgG, IgM tăng</p> <p>- Công thức máu: Thiếu máu nhược sắc, giảm tiểu cầu.</p> <p>- Đông máu: %PT giảm</p>	<p>- Siêu âm: + Nhu mô không đồng nhất, gan sáng hơn bình thường, phân thùy đuôi to, bờ mập mô không đều. + TM cửa, TM lách, TM mạc treo tràng trên giãn. + Lách to, có thể có cổ trướng. + TDMP.</p> <p>- CLVT: vừa chẩn đoán vừa phát hiện K gan. - MRI: phân biệt khối tăng sinh với K gan sớm. - Đo độ đàn hồi gan: khi nghi ngờ xơ gan. - Sinh thiết gan: dùng cho Xơ gan giai đoạn sớm. - Soi ổ bụng (ít dùng)</p>

2. Biến chứng

- Chảy máu do TALTMC (nặng, có tỷ lệ tử vong cao): thường gặp TMTQ, phình vị.

- Bệnh lý não gan: thay đổi chức năng TK ở người xơ gan, liên quan amoniac máu.
- Cổ trướng do TALTMC.
- HC gan thận: là tình trạng suy thận không có tổn thương cầu thận xuất hiện ở BN xơ gan cổ trướng có creatinin $> 1,5$ mmol/dl. Có 2 thể:
 - + Type 1: Creatinin $> 2,5$ mmol/dl, tiến triển trong 2 tuần (TL xấu)
 - + Type 2: Tiến triển chậm liên quan chức năng gan và mức độ cổ trướng.
- Hạ natri máu: Na máu < 130 mEq/l trên BN có cổ trướng, BN dễ hôn mê gan.
- HC gan phổi do thiếu máu ở ĐM và giãn các mạch máu trong phổi \rightarrow thiếu oxy, tạo shunt giữa hệ thống cửa và mạch phổi, TDMP, Tăng áp phổi nguyên phát, RL thông khí và tưới máu. Xquang ngực có dạng khảm và cơ hoành lên cao.
- Nhiễm trùng dịch cổ trướng: BCDN trong dịch cổ trướng $> 250/\text{mm}^3$.
- Huyết khối TM cửa.
- Ung thư biểu mô TB gan.

Câu 23. Trình bày điều trị xơ gan**1. Chế độ ăn uống sinh hoạt**

- Giai đoạn còn bù: tránh vận động mạnh, nên ăn nhạt và kiêng bia rượu.
- Giai đoạn mất bù: nên nghỉ ngơi hoàn toàn.
- Không sử dụng thuốc an thần và paracetamol.
- Đảm bảo cung cấp đầy đủ năng lượng. Không dùng nhiều thịt màu đỏ, ưu tiên acid amin phân nhánh và đạm thực vật.
- Nên có 1 bữa ăn tối trước khi đi ngủ.

2. Điều trị nguyên nhân

- Xơ gan do virus VGB → Dùng thuốc ức chế virus: Lamivudin, Entercavir, Tenofovir.
- Xơ gan do virus VGC → Xem xét dùng Peginterferon + Ribavirin cho XG gđ đầu.
- Xơ gan rượu → Phải ngừng sử dụng rượu, xem xét dùng corticoid.
- Xơ gan mật tiên phát → Dùng acid ursodeoxycholic.

3. Điều trị biến chứng

- Cổ trướng → Chế độ ăn hạn chế muối + Lợi tiểu kháng aldosterol (Furosemid). Nếu nặng, có thể nối thông hệ TM cửa và TM trên gan (TIPS).
- Bệnh lý não gan → Chế độ ăn hạn chế protein, ưu tiên cung cấp acid amin phân nhánh, làm sạch ruột (uống/thụt Lactulose), kháng sinh (Neomycin, Rifamycin, Ciprofloxacin, Metronidazol)
- Giãn vỡ TMTQ → Cầm máu qua nội soi, các thuốc vận mạch (Somatostatin, Octreotid, Terlipressin) hoặc có thể nối thông hệ TM cửa – chủ (TIPS).
- Nhiễm trùng dịch cổ trướng → Kháng sinh: Cefotaxim, Ciprobay, Rifamycin.
- HC gan thận
 - + Ngừng lợi tiểu
 - + Dùng human albumin
 - + Octreotid và midodrin
 - + Terlipressin
- Giảm natri máu
 - + Hạn chế dịch và nước.
 - + Sử dụng dịch muối ưu trương đường TM.

- + Có thể cân nhắc dùng albumin.
- + Sử dụng thuốc ức chế receptor V2: Lixivaptan, Satavaptan, Tolvaptan.

4. Điều trị dự phòng

- Giãn võ TMTQ → thất búi giãn qua nội soi, thuốc ức chế β giao cảm.
- Nhiễm trùng dịch cổ trướng → Ciprofloxacin, Cephalosporin TH3.
- Bệnh lý não gan → Lactulose uống/thụt.

5. Ghép gan: cho những TH có chỉ định.

Câu 24. Trình bày triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng áp xe gan do amip.**1. Triệu chứng lâm sàng**

- Tam chứng Fontan: sốt, đau HSP và gan to.
 - + Sốt: xuất hiện đầu tiên, sốt cao từng cơn/liên tục, có thể sốt nhẹ.
 - + Đau HSP: mức độ khác nhau.
- Nặng: đau làm người bệnh khó chịu, đau xuyên lên vai P, đau triền miên.
- Nhẹ: người bệnh có cảm giác nặng nề, căng tức HSP.
- + Gan to và đau: gan to, mặt nhẵn, bờ tù, ấn đau, ấn kỹ sườn có điểm đau chói. Có thể gan không to.
- Một số triệu chứng khác có thể gặp:
 - + TDMP: không nhiều, thường là dịch tiết (do ổ áp xe gây phản ứng viêm các cơ quan kế cận), ổ áp xe có thể vỡ vào màng phổi gây TDMP mủ.
 - + RL tiêu hóa (nhiễm amip ruột): đi ngoài phân lỏng, có máu, nhiều lần trong ngày.
 - + Gầy sút cân nhanh và nhiều, ăn kém, mệt mỏi.
 - + Phù nhiều mức độ, phù chân, toàn thân có thể kèm tràn dịch các màng (do dinh dưỡng kém, ổ mủ sâu kéo dài gây hạ protein máu)
 - + Vàng da, lách to (do NK kéo dài) hiếm gặp.

2. Cận lâm sàng

Xét nghiệm máu	Chẩn đoán hình ảnh
- <i>Huyết học:</i> BC tăng, chủ yếu BCĐNTT Máu lắng, CRP tăng - <i>Phản ứng huyết thanh:</i> Phản ứng ELISA với amip có giá trị chẩn đoán (hiệu giá ngưng kết >1/200)	- <i>Xquang phổi:</i> Cơ hoành bị đẩy lên cao, di động kém, có thể có TDMP. - <i>Siêu âm (giá trị nhất):</i> ổ giảm âm, ranh giới rõ. - <i>CLVT gan mật:</i> tổ chức giảm âm, không ngấm thuốc cản quang → phân biệt với u gan. - <i>Chọc hút ổ áp xe:</i> ra mủ màu chocolate, không mùi, cấy không có VK.

Câu 25. Trình bày chẩn đoán, điều trị hôn mê nhiễm toan Ceton.
(Trùng câu 19)

Câu 26. Trình bày chẩn đoán, biến chứng đái tháo đường.

1. Chẩn đoán

Chẩn đoán ĐTĐ Dựa vào 1 trong 4 tiêu chí sau:

- Glucose huyết tương lúc đói ≥ 7 mmol/L (126mg/dL).
- Glucose huyết tương sau 2h làm nghiệm pháp dung nạp với 75g glucose uống $\geq 11,1$ mmol/L (200 mg/dL).
- HbA1c $\geq 6,5\%$ (48 mmol/mol). Xét nghiệm HbA1c phải được thực hiện bằng phương pháp đã chuẩn hóa theo tiêu chuẩn quốc tế.
- BN có triệu chứng kinh điển của tăng glucose huyết hoặc cơn tăng glucose huyết cấp kèm mức glucose huyết tương bất kỳ ≥ 200 mg/dL (11,1 mmol/L).

Chẩn đoán xác định nếu có 2 kết quả trên ngưỡng chẩn đoán trong cùng 1 mẫu máu xét nghiệm hoặc ở 2 thời điểm khác nhau đối với tiêu chí a, b, hoặc c; riêng tiêu chí d: chỉ cần 1 lần xét nghiệm duy nhất.

Chẩn đoán ĐTĐ thai kỳ

Thực hiện nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống 75g đối với những thai phụ không được chẩn đoán ĐTĐ trước đó. Chẩn đoán ĐTĐ thai kỳ khi bất kỳ giá trị glucose huyết tương nào thỏa mãn tiêu chuẩn sau đây:

- Lúc đói ≥ 92 mg/dL (5,1 mmol/L)
- Ở thời điểm 1 giờ ≥ 180 mg/dL (10,0 mmol/L)
- Ở thời điểm 2 giờ ≥ 153 mg/dL (8,5 mmol/l)

2. Biến chứng

2.1. Biến chứng cấp tính

2.1.1. Hôn mê nhiễm toan ceton

- Nguy cơ tử vong cao do tăng các hormon gây tăng ĐH và thiếu hụt insulin làm tăng sản xuất glucose tại gan, giảm chuyển hóa glucose, tăng ly giải lipid tăng tổng hợp thể ceton gây toan ceton.
- Hậu quả cuối cùng dẫn tới tình trạng lợi tiểu thẩm thấu gây ra tình trạng mất nước và điện giải, toan chuyển hoá máu.

2.1.2. Hôn mê nhiễm toan acid lactic

Biểu hiện đặc trưng: toan chuyển hóa có tăng khoảng trống anion, nồng độ lactat tăng cao trong máu, trong khi đã loại trừ các nguyên nhân gây toan chuyển hóa khác như toan ceton, suy thận. Acid lactic là sản phẩm cuối cùng của quá trình chuyển hóa yếm khí glucose. Toan lactic xảy ra khi nồng độ acid lactic tăng cao trong máu. Đây có thể là hậu quả của việc sản xuất quá mức do mô thiếu oxy hoặc không thể đào thải do suy gan hoặc cả hai (trong trụ mạch).

2.1.3. Hôn mê tăng áp lực thẩm thấu

- Tình trạng đường máu tăng rất cao, mất nước nặng do tăng đường niệu và lợi tiểu thẩm thấu gây ra tình trạng mất nước. Khi áp lực thẩm thấu $> 320 - 330$ mOsm/kg, nước sẽ bị kéo ra khỏi các neuron hệ thần kinh trung ương gây ra tình trạng lú lẫn, hôn mê.

2.2. Biến chứng mạn tính

2.2.1. Biến chứng vi mạch: tổn thương dày màng đáy các vi mạch và gây dễ vỡ các thành mạch. Chính vì vậy làm chậm dòng chảy các mạch máu gây tăng tính thấm mao mạch.

a. Biến chứng võng mạc ĐTĐ: thường xuất hiện sau 5 năm ở ĐTĐ type 1 và ở tất cả các bệnh nhân ĐTĐ type 2, có hai thể bệnh võng mạc chính:

- Bệnh võng mạc không tăng sinh.
- Bệnh võng mạc tăng sinh.
- Đục thủy tinh thể
- Glaucoma

b. Biến chứng thận:

- Bệnh cầu thận ĐTĐ: có 2 dạng là xơ hoá ổ hoặc lan tỏa hoặc phối hợp cả hai.
- Các biến chứng thận khác:
 - + Viêm hoại tử đài bể thận
 - + Tổn thương thận mất bù sau tiêm thuốc cản quang trong các thủ thuật như chụp UIV, chụp mạch có thể gây suy thận cấp.

2.2.2. Bệnh lý mạch máu lớn: xơ vữa động mạch sớm, lan rộng ảnh hưởng đến các mạch máu xa.

- Bệnh lý mạch vành: người ĐTĐ tăng gấp 2-3 lần người không ĐTĐ.
- Bệnh mạch máu ngoại biên: đau cách hồi, đau chân ở tư thế nằm, chân lạnh, tím ở phần chi dưới và ngón chân, hoại tử.
- Biến chứng thần kinh:
 - + Viêm đa dây thần kinh ngoại biên: hay gặp nhất
 - + Bệnh lý đơn dây thần kinh: ít gặp hơn
 - + Bệnh lý thần kinh tự động.
- Tiêu hóa: Liệt dạ dày: thường gặp nhất. Gây đầy bụng, chậm tiêu và có ảnh hưởng đến glucose huyết sau ăn. Liệt thực quản: gây nuốt khó. Đại tràng: gây táo bón và ỉa chảy (tăng lên về đêm).
- Tiết niệu - sinh dục: Đờ bàng quang, tiểu không hết bãi, bí tiểu, rối loạn cương dương, liệt dương, khô âm đạo, rối loạn kinh nguyệt.
- Tim mạch: Hạ huyết áp tư thế, rối loạn nhịp tim (nhánh), ngừng tim.
- Biến chứng xương và khớp:
 - + Bệnh lý bàn tay ở người ĐTĐ trẻ tuổi
 - + Gãy Dupuytren: các gân ở gan bàn tay dày thành nốt, gây biến dạng như vuốt thú.
 - + Mật chất khoáng xương
- Bàn chân người ĐTĐ: hay gặp và là nguyên nhân dẫn tới cắt cụt và tử vong cao ở bệnh nhân ĐTĐ.

Câu 27. Trình bày triệu chứng, điều trị hạ glucose máu.**1. Triệu chứng**

- Tam chứng Whipple: Định lượng đường huyết $< 3 \text{ mmol/l}$ kèm các triệu chứng lâm sàng hạ ĐH, các triệu chứng giảm khi nồng độ ĐH tăng lên.
- DH chung: mệt đột ngột không giải thích được, đau đầu, chóng mặt, thiu.
- DH TK thực vật: vã mồ hôi, da xanh, hồi hộp, trống ngực, run tay, tăng tiết nước bọt.
- DH tim mạch: nhịp nhanh trên thất, THA tâm thu..
- DH tiêu hóa: đói, đau thượng vị, nôn, buồn nôn.
- DH TK: co giật kiểu động kinh khu trú/toàn thể, dh TKKT: liệt $\frac{1}{2}$ người, tổn thương TK sọ, RL cảm giác vận động, HC tiểu não, nhìn đôi.
- DH tâm thần (nặng) kích động, RL nhân cách, ảo giác, ảo khứu.
- Hôn mê hạ ĐH (giai đoạn cuối)
 - + Hôn mê yên lặng, hôn mê sâu, có thể gặp HC bó tháp: Babinski (+), PXGX nhanh nhạy/mất.
 - + Tăng trương lực cơ và co giật khu trú/toàn thể.
 - + Không có RL nhịp thở.

2. Điều trị:

Là 1 cấp cứu nội khoa cần điều trị ngay.

- TH không RL ý thức và RL tiêu hóa: ăn/uống 15g đường, đánh giá sau 15 phút, nếu glucose $< 4 \text{ mmol/l}$, tiếp tục nhắc lại. Đến khi glucose $> 4 \text{ mmol/l}$ thì dừng.
- TH RL ý thức và RL tiêu hóa
 - Tiêm bolus TM 1 ống glucose 50% (25g glucose) khi HĐH nặng □ sau đó truyền glucose duy trì ĐH $> 5,5 \text{ mmol/l}$.
- TH BN vật vã không thể đặt đường truyền □ tiêm bắp 1 ống glucagon 1mg, tiêm nhắc lại sau 10 phút nếu không hiệu quả.
- TH HĐH kéo dài □ chống tái phát bằng truyền TM glucose 10% 1000ml trong 4h, sau đó 1000ml trong 12h.
- TH hôn mê kéo dài □ duy trì ĐH 2g/l bằng glucose 10% và chống phù não bằng manitol hoặc hydrocortisone 100mg 4h/lần.
- TH BN tỉnh có thể duy trì qua đường uống.

- Theo dõi chặt ĐH 4h/lần, không để đường máu $>11\text{mmol/l}$.
- Thái độ Xử trí tiếp theo tùy nguyên nhân gây hạ ĐH:
 - + BN ĐTĐ đang điều trị insulin: hướng dẫn kỹ lại cách dự phòng và điều trị HĐH.
 - + HĐH do sulfonylurea: truyền TM kéo dài Glucose 10% 2000ml/24h và TD tại viện.
 - + BN RL ý thức nặng không ăn được qua đường miệng: cần vào viện TD và điều trị.
 - + BN u tiết insulin trước phẫu thuật: có thể dùng các thuốc ngừng tiết insulin như: Diazoxid đường uống hoặc sandostatin TDD 1000-2000 $\gamma\text{g/ngày}$.

Câu 28. Trình bày chẩn đoán, điều trị suy giáp**1. Chẩn đoán****1.1. Chẩn đoán xác định**

Triệu chứng lâm sàng điển hình:

- HC da, niêm mạc, lông tóc móng:

+ Da dày, mắt nếp nhăn, màu vàng sáp. Phù mi mắt. Gò má tím (giãn mao mạch)
+ Bàn tay/chân dày, to, khó gấp. Da tay chân lạnh tím. Gan bàn tay/chân vàng.

+ Niêm mạc bị thâm nhiễm: lưỡi to dày, nói khàn (dây thanh), ngủ ngáy (niêm mạc mũi), ù tai nghe kém (vòi Eustache)

+ Tóc lông móng khô, dễ rụng/gãy.

- HC giảm chuyển hóa:

+ RL thân nhiệt: sợ lạnh.

+ Giảm GFR.

+ Tăng cân dù ăn kém (do thâm nhiễm)

+ Táo bón mạn tính (giảm nhu động ruột)

+ Tim mạch: nhịp tim chậm, giảm cung lượng tim, HA thấp, đau vùng trước tim, tim to → ECG: nhịp chậm, điện thế thấp, ST chênh xuống, T dẹt.

+ Hô hấp: thở nông chậm, giảm đáp ứng với tình trạng tăng CO₂/giảm O₂ máu.

+ Thiếu máu.

+ TK cơ: yếu cơ, đau cơ, hay chuột rút, dạng giả phì đại (cơ to nhưng yếu), PXGX giảm/mất.

+ Tâm thần: mệt, thờ ơ, khó tập trung, giảm khả năng tình dục.

- RL nội tiết: bướu giáp, RL kinh nguyệt.

- TSH tăng/bình thường, FT₄ giảm.

- TSH máu > 20 μ U/ml → suy giáp tiên phát

- TSH máu < 20 μ U/ml → suy giáp tiên phát nhẹ (dưới lâm sàng) hoặc do bệnh ngoài tuyến giáp gây nên.

- TSH tăng nhẹ cần định lượng FT₄ để khẳng định chẩn đoán.

- Suy giáp thứ phát nồng độ TSH trong giới hạn bình thường.

1.2. Chẩn đoán phân biệt

- Thiếu máu, suy dinh dưỡng.

- ĐTĐ có nhiều biến chứng.

- HCTH có mất hormon giáp gắn protein qua đường tiêu.

- HC Down.

1.3. Chẩn đoán biến chứng

- Hôn mê do suy giáp: hôn mê yên lặng, tiến triển từ từ không có DH TKKT, thở chậm khò khè có cơn ngừng thở, RL hô hấp, RL tim mạch, giảm NA máu, tăng Cholesterol máu, protein/dịch não tủy tăng.

- Biến chứng tim mạch: RL nhịp tim, suy vành, TDMT gây ép tim.

2. Điều trị

2.1. Nguyên tắc:

- Tất cả BN SG cần phải điều trị (trừ SG cận lâm sàng và BN bị mạch vành).
- SG điều trị bằng hormon thay thế, không nhất thiết phải điều trị cấp cứu (trừ hôn mê do SG)

2.2. Hormon giáp trạng

Levothyroxin (LT4)

Liothyronin (LT3) chỉ dùng để điều trị hôn mê do SG.

2.3. Điều trị cụ thể

- Suy giáp ở BN trẻ không có bệnh mạch vành
 - + Liều trung bình 1,6 $\mu\text{g/kg}$ \rightarrow 75-100 $\mu\text{g/ngày}$
 - + Liều khởi đầu 50-75 $\mu\text{g/ngày}$ \rightarrow tăng dần liều từ từ \rightarrow duy trì liều theo đáp ứng LS và XN.
- Suy giáp ở BN có tuổi và nghi ngờ có bệnh mạch vành
 - + Điều trị suy giáp: khởi đầu liều 12,5 μg \rightarrow tăng liều dần.
 - + Điều trị đau ngực và bảo vệ tim: chẹn β giao cảm chọn lọc tăng liều dần tùy theo đáp ứng của chức năng tim. Có thể phối hợp/thay thế Chẹn kênh Calci.
- Suy giáp thứ phát \rightarrow Bắt đầu điều trị suy giáp sau vài ngày điều trị suy thượng thận (Hydrocortison)
- Các loại Suy giáp khác
 - + BN có TSH $> 10 \text{ UI/mL}$ hoặc 5-10 UI/mL + bướu giáp và/hoặc Anti-TPO (+)
 - \rightarrow Liều khởi đầu 25-50 $\mu\text{g/ngày}$
 - + Phụ nữ có thai: Phải đạt bình giáp trước khi có thai và cần đánh giá TSH 6 tuần/lần đến 6 tháng đầu. Suy giáp TB-nặng \rightarrow tăng liều LT4 25-50% trong nửa đầu của thai kỳ.
 - + Suy giáp thoáng qua \rightarrow điều trị trong < 2 tháng, đánh giá lại để quyết định tiếp.

2.4. Điều trị hôn mê phù niêm

- + Đặt NKQ thở máy, làm khí máu ĐM.
- + Đặt đường truyền (NaCl, Glucose), tránh thừa nước.
- + Tiêm TM LT4: khởi đầu 300-400 μg mỗi 8-8h, sau đó 100-200 $\mu\text{g/ngày}$
 - + Nếu có suy thượng thận: tiêm TM Hydrocortison 100-200 mg/ngày mỗi 8h.
 - + Sưởi ấm từ từ.

Câu 29. Trình bày triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng basedow**1. Triệu chứng lâm sàng****- Cơ năng**

- + Gầy sút dù vẫn ăn ngon.
- + RL tính cách và khí sắc: lo lắng, dễ kích thích, cáu gắt, khó tập trung.
- + RL điều hòa nhiệt: cơn nóng bừng, vã mồ hôi nhiều ở ngực-bàn tay (đh bàn tay Basedow), sợ nóng, khát uống nhiều nước.
- + Tim mạch: hồi hộp, đánh trống ngực, đau vùng trước tim, cảm giác nghẹt thở.
- + RL tiêu hóa: đi ngoài nhiều lần phân nát (tăng nhu động)

- Thực thể

Tim mạch	<ul style="list-style-type: none"> - Nhịp tim nhanh >100 l/p thường xuyên ngay cả khi nghỉ. - THA tâm thu. - Dh mạch kích động. - Suy tim sung huyết.
TK - Cơ	<ul style="list-style-type: none"> - Run đầu chi, biên độ nhỏ, tần số nhanh, tăng lên khi xúc động/tập trung. - PXGX tăng, nhạy với pha hồi phục nhanh. - Yếu cơ tứ chi, nhất là cơ gốc chi.
Bướu giáp	<ul style="list-style-type: none"> - Thường mật độ mềm/chắc, di động khi nuốt. - Là bướu mạch. - Mức độ to có thể thay đổi sau khi điều trị.
Bệnh mắt nội tiết	<ul style="list-style-type: none"> - Dh Stellwag: mi mắt nhắm không kín. - Dh Dalrymple: cơ mi trên co gây hở khe mi. - Dh Von Graefe: cơ mi trên co khi mắt nhìn xuống dưới. - Dh Moebius: liệt cơ vận nhãn gây nhìn đôi.
Bệnh da do Basedow (hiếm)	<ul style="list-style-type: none"> - Phù niêm trước xương chày: da dày, sần sùi, màu nâu vàng/tím đỏ, không véo lên được.
Triệu chứng khác	<ul style="list-style-type: none"> - Vàng da do tắc mật, viêm gan (hiếm) - RL sinh dục: RL cương dương ở nam, RL kinh ở nữ. - Loãng xương, dày tổ chức quanh màng xương.

2. Cận lâm sàng

- Định lượng FT3 FT4 tăng cao, TSH giảm thấp.
- XN kháng thể kháng tuyến giáp (TRAb) tăng.
- Xạ hình tuyến giáp: tuyến giáp to, tăng bắt Iod phóng xạ lan tỏa.
- Siêu âm tuyến giáp: cấu trúc giảm âm không đồng nhất, hình ảnh bướu tăng sinh mạch trên Doppler.
- ĐTĐ: nhịp nhanh xoang, RL nhịp khác.
- SHM: cholesterol và triglyceride máu giảm, Glucose và calci máu tăng.
- Xquang, đo mật độ xương: tăng tỉ lệ và mức độ loãng xương.

Câu 30. Trình bày điều trị basedow.**1. Điều trị nội khoa****1.1. Biện pháp chung**

+ Nghỉ ngơi, hạn chế lao động gắng sức, không thức khuya (nhất là 3-4 tuần đầu). Tránh bị stress.

+ Tăng cường dinh dưỡng nhưng cần tránh thức ăn có nhiều Iod.

1.2. Chống tổng hợp hormon tuyến giáp

Iod vô cơ (Lugol)	→ Chuẩn bị PT (giảm chảy máu tuyến giáp khi mổ), làm giảm nhanh nồng độ hormon giáp khi bị/nghi ngờ bị cơn cường giáp cấp. Liều tác dụng tối ưu: 50-100 mg/ngày
Thuốc kháng giáp trạng tổng hợp	- Là dẫn xuất của Thionamid gồm 2 nhóm: Nhóm Thiouracil (PTU) Nhóm Imidazol (Methimazol, Carbimazol): tác dụng mạnh, dài hơn. - Liều thay đổi tùy theo BN và giai đoạn điều trị: Giai đoạn tấn công (6-8 tuần): liều cao ngay Giai đoạn duy trì (12-18 tháng): giảm liều dần dựa trên sự cải thiện của LS và XN. PTU 200-400 mg/ngày → 50-100 mg/ngày Methimazol 15-30 mg/ngày → 5-10 mg/ngày Carbimazol 30-45 mg/ngày → 5-10 mg/ngày - Ngừng thuốc khi BC hạt trung tính <1000/mm ³ , vàng da ứ mật và viêm gan nhiễm độc.
Chống biểu hiện cường giao cảm bằng chẹn β giao cảm	- Luôn phải kết hợp với thuốc kháng giáp. - Sử dụng trong giai đoạn đầu, khi bệnh đỡ thì giảm liều dần. Propranolol 10-40 mg uống 3-4 lần/ngày
Glucocorticoid	→ Chỉ dùng khi có biểu hiện mắt, da do basedow hoặc trong cơn cường giáp cấp. Prednisolone 0,5-1,25mg/kg/ngày
Thuốc an thần	→ BN quá lo lắng, mất ngủ.

1.3. Điều trị bằng Iod phóng xạ

Chỉ định: BN lớn tuổi, có tai biến của điều trị nội khoa, tái phát sau điều trị nội khoa/ngoại khoa, CCD điều trị ngoại khoa.

CCĐ: PNCTvCCB, < 30 tuổi, lồi mắt nặng.

Biến chứng: Viêm tuyến giáp, làm nặng lên bệnh mawtsedo basedow, suy giáp vĩnh viễn ...

2. Điều trị phẫu thuật.

- Chỉ định:

- + Bướu giáp to/bướu đa nhân, bướu chìm trong lồng ngực.
- + Basedow tái phát sau điều trị nội khoa.
- + BN muốn có thai sớm.

- CCĐ: BN có biến chứng tim nặng (suy tim), lớn tuổi.

- Phải điều trị nội khoa chuẩn bị trước trong 2-3 tháng cho đến khi đạt bình giáp. Cho thêm Lugol 1 tuần trước mổ, liều 5 giọt/ngày.
- Cắt gần toàn bộ (để lại 3-4g)/toàn bộ tuyến giáp.
- Biến chứng: Liệt dây quặt ngược, sau cận giáp do cắt mất tuyến cận giáp..

Câu 31. Trình bày chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt bệnh viêm khớp dạng thấp.

1. Chẩn đoán xác định

• **Tiêu chuẩn của Hội Thấp khớp học Hoa Kỳ (ACR) 1987**

⇒ Chẩn đoán xác định khi có ít nhất 4 trong 7 yếu tố:

1. Cứng khớp buổi sáng kéo dài >1h.
2. Viêm ít nhất 3 trong số 14 khớp sau: ngón gàn, khuỷu, cổ tay, bàn ngón tay, gối, cổ chân, bàn ngón chân (2 bên), thời gian diễn biến ít nhất phải 6 tuần.
3. Trong số khớp viêm, có ít nhất 1 khớp thuộc các vị trí sau: ngón gàn, cổ tay, bàn ngón tay.
4. Có tính chất đối xứng.
5. Hạt dưới da.
6. Yếu tố dạng thấp huyết thanh (+).
7. Xquang điển hình ở khối xương cổ tay: hình ảnh bào mòn, mất chất khoáng đầu xương.

• **Tiêu chuẩn của Hội Thấp khớp học Hoa Kỳ và Liên đoàn chống Thấp khớp châu Âu 2010 (ACR/EULAR 2010)**

Biểu hiện	Điểm
A – Biểu hiện tại khớp	
1 khớp lớn	0
2 – 10 khớp lớn	1
1 – 3 khớp nhỏ (có/không có khớp lớn)	2
4 – 10 khớp nhỏ (có/không có khớp lớn)	3
> 10 khớp (ít nhất có 1 khớp nhỏ)	5
B – Xét nghiệm miễn dịch (ít nhất phải thực hiện một xét nghiệm)	
RF và Anti CCP âm tính	0
RF hoặc Anti CCP dương tính thấp	2
RF hoặc Anti CCP dương tính cao	3
C - Phản ứng viêm cấp tính	
CPR và tốc độ máu lắng bình thường	0
CRP hoặc tốc độ máu lắng tăng	1
D - Thời gian bị bệnh	
< 6 tuần	0
≥ 6 tuần	1

⇒ Chẩn đoán xác định khi $\geq 6/10$ điểm

⇒ Lưu ý

- *Khớp lớn bao gồm: Khớp háng, khớp gối, cổ chân, khớp khuỷu, khớp vai*
- *Khớp nhỏ: Khớp cổ tay, bàn ngón, khớp ngón gần*
- *Âm tính: RF ≤ 14 UI/ml; Anti CCP ≤ 17 UI/ml*
- *Dương tính thấp: Giá trị xét nghiệm ≤ 3 lần mức bình thường*
- *Dương tính cao: Giá trị xét nghiệm ≥ 3 lần mức bình thường*

2. Chẩn đoán phân biệt

- **Thấp khớp cấp:** người trẻ tuổi, < 26 tuổi. Triệu chứng chính: sưng đau các khớp nhỏ, viêm cấp tính, kiểu di chuyển; tiền sử nhiễm sốt, viêm họng trước đó khoảng một tuần, xét nghiệm ASLO (+). Thường kèm theo viêm tim: nhịp tim nhanh, có thể có tiếng thổi, có thể có tổn thương cơ tim hoặc màng ngoài tim. Chẩn đoán xác định theo tiêu chuẩn Jones - cải tiến năm 1992.

- **Lupus ban đỏ hệ thống:** ở nữ, trẻ tuổi. Kèm theo triệu chứng ngoài khớp: ban cánh bướm, nhạy cảm với ánh nắng; tổn thương thận; sốt kéo dài, rụng tóc, mắt kính... Viêm khớp thường không có hình bào mòn trên X-quang. Chẩn đoán theo tiêu chuẩn ACR 1982.

- **Xơ cứng bì toàn thể:** ở nữ, trẻ tuổi. Thường kèm theo hội chứng Raynaud. Tổn thương da rất đặc hiệu: da dày, cứng, rối loạn sắc tố... Chẩn đoán bệnh xơ cứng bì theo tiêu chuẩn ACR.

- **Thoái hoá khớp:** ở nữ, trung niên. Các vị trí thường gặp là khớp gối và khớp ngón gần, khớp ngón xa tại bàn tay. Hạt Heberden (ở ngón xa) hoặc Bouchard (ở ngón gần), đau kiểu cơ học, có dấu hiệu phá vỡ khớp. Khớp sưng đau mức độ nhẹ. XN máu và dịch khớp: hội chứng viêm sinh học (-), RF (-)

- **Gút mạn tính:** cần đặc biệt lưu ý khi bệnh nhân là nam giới, trung niên. Tiền sử thường có đợt sưng đau cấp tính ngón chân cái hoặc các khớp ở chi dưới với tính đặc biệt của cơn gút cấp. Giai đoạn này thường có hạt tophi; tinh thể urat ở hạt tophi hoặc trong dịch khớp. Acid uric máu > 420 mmol/l, có thể kèm các rối loạn chuyển hoá đường và/hoặc lipid máu. Chẩn đoán theo tiêu chuẩn chẩn đoán gout của Bennett và Wood 1968.

- **Hội chứng Pierre Marie:** nam giới, trung niên, có tiền sử nghiện thuốc lá, thuốc lào; ho khạc kéo dài hoặc ho ra máu. Ngoài sưng đau các khớp nhỏ ở bàn tay, chân, đối xứng hai bên, có đau dọc xương chày hai bên kèm theo ngón tay dùi trống hoặc mặt kính đồng hồ. Chụp phim X-quang quy ước (hoặc cắt lớp vi tính) có thể phát hiện u phế quản phổi, u trung thất. Nếu cắt bỏ u khớp sẽ hết sưng đau và móng tay, ngón tay trở lại bình thường.

Câu 32. Trình bày triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng bệnh viêm cột sống dính khớp.

1. Triệu chứng lâm sàng

Bệnh biểu hiện bằng các đợt viêm cấp tính trên cơ sở diễn biến mạn tính

1.1. Triệu chứng tại khớp ngoại vi

- Thường ở các khớp chi dưới: khớp háng, gối, cổ chân.
- Thường viêm cả 2 bên với biểu hiện: sưng đau, ít nóng đỏ, kèm tràn dịch.
- Khớp háng tổn thương sớm, chỉ phát hiện trên siêu âm.
- Thường biến dạng ở tư thế gấp. Cơ tủy hành teo nhanh chóng.

1.2. Triệu chứng tại khớp cùng chậu – cột sống (tổn thương trực)

- Tổn thương khớp cùng chậu: xuất hiện sớm nhất, ở 2 bên, với biểu hiện đau vùng mông không xác định.
- Tổn thương cột sống:

Vị trí giải phẫu cột sống thường bị viêm: đĩa liên đốt sống, dây chằng quanh đốt sống, các khớp liên mỏm gai sau.

Dấu hiệu cơ năng: Đau CS dai dẳng ở BN >40 tuổi, thường khởi phát âm ỉ, tăng dần, kéo dài > 3 tháng, kèm hạn chế cận động, cải thiện sau luyện tập, NSAIDs. Đau thường xuất hiện lúc nửa đêm gần sáng, kèm vứng CS buổi sáng.

Dấu hiệu thực thể: Hạn chế vận động CS, biến dạng CS.

- + CS thắt lưng (sớm nhất): giảm vận động tư thế cúi (tăng khoảng cách tay đất), giảm chỉ số Schober, cơ cạnh CS teo nhanh, CS mất đường cong sinh lý.
 - + CS ngực (tổn thương khớp sườn – đốt sống): thường diễn biến âm thầm, đa số không đau. Giảm độ giãn lồng ngực, suy hô hấp/gđ muộn.
 - + CS cổ (muộn nhất): giảm động tác cúi (tăng khoảng cách cằm ức), động tác xoay, uốn quá mức ra trước (tăng khoảng cách cằm tường).
- Biến dạng toàn bộ CS ở giai đoạn muộn → tăng khoảng cách cằm tường.
- + CS cổ uốn ra trước.
 - + CS ngực gù cong ra sau.
 - + CSTL mất đường cong sinh lý, phẳng

1.3. Triệu chứng ngoài khớp

- Toàn thân: sốt nhẹ, gầy sút, mệt mỏi trong các đợt tiến triển.
- HC bám tận (HC viêm các điểm bám gân): thường gặp đau gót do viêm điểm bám tận gân Achilles hoặc viêm cân gan chân.
- Tổn thương mắt: viêm móng mắt do liên quan kháng nguyên HLA-B27.
- Tổn thương tim: RL dẫn truyền, RL co bóp cơ tim thì tâm thu, tổn thương van tim, suy tim..
- Tổn thương phổi: RL thông khí hạn chế do tổn thương CS ngực.

2. Triệu chứng cận lâm sàng

2.1. Các xét nghiệm

- Xét nghiệm biểu hiện tình trạng viêm ở máu và dịch khớp.

- HLA B27 trong huyết thanh: khoảng 90% số bệnh nhân dương tính.
- Có thể có các bằng chứng nhiễm Chlamydia.

2.2. Chẩn đoán hình ảnh

- Chẩn đoán hình ảnh khớp cùng chậu:

+ X-quang quy ước khớp cùng chậu.

- ♦ Giai đoạn 1: nghi ngờ viêm khớp cùng chậu, biểu hiện bằng hình ảnh khớp cùng chậu dường như rộng ra (rộng và mở khe khớp cùng chậu).
- ♦ Giai đoạn 2: bờ khớp không đều, có một số hình ảnh bào mòn ở cả hai diện khớp ("hình ảnh tem thư").

- ♦ Giai đoạn 3: đặc xương dưới sụn hai bên, dính khớp một phần.

- ♦ Giai đoạn 4: dính toàn bộ khớp cùng chậu.

+ Chụp cộng hưởng từ khớp cùng chậu: hình ảnh phù tủy xương dưới tại khớp cùng chậu, hình ảnh bào mòn (các hình khuyết xương nhỏ) tại hai bờ của khớp cùng chậu (hình ảnh "tem thư").

+ Chụp cắt lớp vi tính khớp cùng chậu: hình ảnh xơ xương dưới sụn, hình bào mòn xương (hình ảnh "tem thư") và/hoặc dính khớp.

- X-quang cột sống:

+ Hình ảnh cầu xương do xơ hóa dây chằng bên: cột sống hình cây tre; các hình ảnh đường ray tàu hỏa do xơ hóa dây chằng liên gai: xuất hiện ở giai đoạn muộn.

+ Hình ảnh cầu xương ở phía trước (thể Romanus): hiếm gặp hơn, phát hiện được trên phim chụp cột sống nghiêng.

- X-quang khớp tổn thương: Khớp tổn thương thường là khớp háng, gối, cổ chân... Các khớp này đều có thể có: hẹp khe khớp, song hiếm khi có hình bào mòn xương (nếu có thường xuất hiện ở cả hai phía của khớp). Tại khớp háng, đôi khi thấy hình xơ hóa bao khớp biểu hiện bởi các dải xơ hình dẻ quạt.

- Mật độ xương

+ Phát hiện tình trạng thiếu xương hoặc loãng xương do tình trạng viêm, liên quan tới sự có mặt của TNF-a và IL-6, tình trạng giảm hoặc không vận động khớp và cột sống, sử dụng glucocorticoid bừa bãi.

2.3. Đánh giá mức độ hoạt động của bệnh

Đánh giá bệnh hoạt động theo chỉ số hoạt động BASDAI gồm 6 câu hỏi (do bệnh nhân tự trả lời). Điểm số của chỉ số BASDAI là tổng điểm của 6 vấn đề được khảo sát. Chỉ số này từ 0-60 điểm. Bệnh được coi là hoạt động khi chỉ số BASDAI₂₄.

Câu 33. Chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt bệnh gút.**1. Tiêu chuẩn chẩn đoán của Bennett và Wood 1968**

a. Hoặc tìm thấy tinh thể urat trong dịch khớp hay trong các hạt tophi.

b. Hoặc có ít nhất 2 trong 4 tiêu chuẩn sau đây:

- Tiền sử/hiện tại có ít nhất 2 đợt sưng đau của 1 khớp với tính chất: khởi phát đột ngột, sưng đau dữ dội, và khỏi hoàn toàn trong vòng 2 tuần.

- Tiền sử/hiện tại có 1 đợt sưng đau khớp bàn ngón chân cái với các tính chất như trên.

- Có hạt tophi.

- Đáp ứng tốt với colchicin (giảm viêm, giảm đau trong vòng 48h) trong tiền sử/hiện tại.

Chẩn đoán xác định khi có tiêu chuẩn a hoặc ít nhất 2 yếu tố của tiêu chuẩn b

2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm khớp nhiễm khuẩn

+ Do tổn thương một khớp.

+ Có thể sốt rét run, dịch khớp có BCDNTT thoái hoá, đặc biệt tìm thấy tinh thể urat trong BCDN.

+ Soi cấy dịch khớp để phát hiện viêm khớp NK + Gout.

- Viêm khớp dạng thấp: thường ở nữ, trẻ tuổi, khớp đau không nóng đỏ và không có cơn gout cấp, không có hạt tophi.

- Bệnh khớp khác: viêm khớp vẩy nến.

Câu 34. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng loãng xương. Chẩn đoán xác định loãng xương.

1. Triệu chứng lâm sàng

Thông thường, loãng xương không gây đau, không có biểu hiện lâm sàng. Các triệu chứng đầu tiên có thể là biểu hiện biến chứng của loãng xương (xẹp đốt sống hoặc gãy xương ngoại vi)

- Xẹp đốt sống (khi 1 đốt sống mới bị xẹp/đốt sống tiếp tục xẹp nặng thêm): Đau xuất hiện tự nhiên/liên quan tới gắng sức/chấn thương nhẹ, hoặc không đau.

Thường đau CS cấp tính, khởi phát đột ngột, không lan, không kèm triệu chứng chèn ép TK, giảm rõ khi nằm.

- RL tư thế cột sống (khi xẹp nhiều đốt sống) □ CS biến dạng (gù cong đoạn CS lưng – thắt lưng)

- Gãy xương: thường là đầu trên xương đùi/cánh tay, đầu dưới xương cẳng tay, xương sườn/chậu/cùng.

2. Cận lâm sàng

2.1. Xquang

- Hình ảnh Xquang cột sống ở giai đoạn sớm: Hình ảnh đốt sống tăng thấu quang đồng nhất, đốt sống răng lược: chỉ mất các bè xương ngang, còn lại bè dọc.

- Hình ảnh Xquang đốt sống ở giai đoạn muộn: Hình ảnh đốt sống tăng thấu quang, có thể có 1/nhiều đốt sống bị biến dạng hình chêm, hình thấu kính.

- Mức độ loãng xương trên Xquang được đánh giá bằng chỉ số Meunier, càng cao càng nặng.

- Triệu chứng âm tính quan trọng: không có tổn thương hủy xương ở đốt sống, khe liên đốt sống không bị hẹp, các cung sau hầu như bình thường.

2.2. Các xét nghiệm sinh hóa

- Trong loãng xương nguyên phát: XN về HC viêm (máu lắng, CRP, điện di protein máu..), bilan P-Ca (Ca máu, niệu, phosphatase kiềm..) bình thường.

- Khi có lún xẹp đốt sống: máu lắng, phosphatase kiềm có thể tăng thoáng qua, sau về bình thường.

2.3. Đo mật độ xương bằng phương pháp DEXA

- Loãng xương: T-score < -2,5

- Loãng xương nặng: T-score < -2,5 và có 1/nhiều gãy xương

- Thiếu xương: $-1,5 < \text{Tscore} < -2,5$

3. Chẩn đoán xác định

- Chẩn đoán tình trạng loãng xương theo tiêu chuẩn chẩn đoán của WHO dựa trên mật độ xương BMD: tiêu chuẩn vàng.
- Các phương pháp chẩn đoán loãng xương khác ngoài đo BMD, chỉ phát hiện được loãng xương ở giai đoạn muộn, hoặc giai đoạn muộn, hoặc khi đã có biến chứng. Đó là những phụ nữ đã mãn kinh có các triệu chứng sau:
 - + Giảm chiều cao so với thời thanh niên (do đốt sống bị lún xẹp).
 - + Cột sống biến dạng - gù cong (còng lưng).
 - + Được phát hiện lún xẹp đốt sống hoặc “thưa xương” trên X-quang.
 - + Gãy xương không do chấn thương hoặc do chấn thương nhẹ (thường gãy đầu trên xương đùi, đầu dưới xương cẳng tay).

Câu 35. Trình bày triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng hẹp van hai lá.**1. Lâm sàng**

Hẹp van 2 lá thường không có triệu chứng trong 1 thời gian dài nhiều năm.

1.1. Cơ năng

- Khó thở: thường gặp các hình thái
 - + Khó thở khi gắng sức (khá đặc hiệu, xuất hiện sớm)
 - + Khó thở kịch phát về đêm và khó thở khi nằm (do tăng AL mạch máu phổi)
 - + Con hen tim và phù phổi cấp (thường gặp): Biểu hiện suy tim Trái mà bản chất là suy tim Phải.
- Khàn tiếng, nuốt nghẹn (nhĩ T to đè TK quạ ngược, thực quản)
- Ho ra máu (tăng AL Nhĩ T □ tăng áp lực và vỡ TM nhỏ của phế quản)
- Hồi hộp trống ngực (do rung nhĩ), có thể choáng/ngất (rung nhĩ nhanh), góp phần hình thành huyết khối gây tắc mạch.
- Đau ngực gần giống CĐTĐN của bệnh ĐMV (tăng nhu cầu O₂ thất P khi tăng AL ĐMP nhiều)
- Mệt mỏi, uể oải (cung lượng tim giảm thấp).
- Đôi khi, triệu chứng tắc mạch đại tuần hoàn, biến chứng huyết khối.

1.2. Thực thể

- Chậm phát triển thể chất nếu hẹp van 2 lá từ nhỏ: Dấu hiệu: “lùn 2 lá”, biến dạng lồng ngực bên trái.
- Ứ trệ tuần hoàn ngoại biên khi có Suy tim P: gan to, TM cổ nổi, TD đa màng, phù chi dưới/toàn thân, phản hồi gan TM cổ (+)
- Tươi máu ngoại vi kém: da, đầu chi xanh tím,..
- SỜ: rung miu tâm trương ở mỏm tim.
- GÕ: diện đục tim thường không to.
- NGHE: T1 đánh, rung tâm trương và clac mở van 2 lá.

2. Cận lâm sàng**2.1. Điện tâm đồ**

- Khi HHL nhẹ và vừa: thường không có những biến đổi đáng kể
- Khi HHL tiến triển nặng hơn, một số dấu hiệu điển hình có thể gặp là:
 - + Hình ảnh P hai lá: sóng P rộng do dày nhĩ trái, thấy rõ ở chuyển đạo D2 với đặc điểm P rộng hơn 0,12ms; hình ảnh P 2 đỉnh.
 - + Trục điện tim chuyển sang phải. Dày thất phải xuất hiện khi có tăng áp lực động mạch phổi.
 - + Rung nhĩ thường xảy ra khi bệnh tiến triển nặng hơn.

2.2. X-quang ngực

- Áp lực ĐMP tăng sẽ thấy hình ảnh cung ĐMP nổi và đặc biệt là hình ảnh 4 cung điển hình ở bờ bên trái của tim. Một số trường hợp có thể thấy hình ảnh 5 cung khi nhĩ trái to và lộ ra bên trái dưới cung tiểu nhĩ.
- Bờ tim bên phải phần dưới có hình ảnh 2 cung do nhĩ trái ứ máu nhiều có 3 giai đoạn: giai đoạn đầu là hình ảnh song song hai cung với cung nhĩ trái vẫn ở

bên trong cung nhĩ phải, giai đoạn tiếp là hai cung này cắt nhau, và sau với hình ảnh hai cung song song, cung nhĩ trái ở ngoài cung nhĩ phải.

- HHL rất khít có thể thấy thất trái rất sáng trong thời kỳ tâm trương do máu đỏ vào thất trái ít.

- Đường Kerley B xuất hiện trên phim chụp thẳng khi có tăng áp lực động mạch phổi. Thất phải giãn.

- Hình ảnh gián tiếp: nhánh phế quản gốc trái bị đẩy lên trên hoặc nhĩ trái đè thực quản ở 1/3 dưới, thực quản bị đẩy ra sau trên phim chụp nghiêng có uống thuốc cản quang.

- Có thể thấy hình ảnh vôi hoá của van hai lá hoặc tổ chức dưới van trên phim chụp hoặc chiếu dưới màn tăng sáng.

2.3. Siêu âm - Doppler tim

- Siêu âm tim kiểu TM: phát hiện lá van dày, giảm di động, biên độ mở van hai lá kém, hai lá van di động song song, dốc tâm trương EF giảm ($EF < 15 \text{ mm/s}$ là HHL khít).

- Siêu âm tim 2D: phát hiện hình ảnh van hai lá hạn chế di động, lá van hình vòm, độ dày và vôi hoá của lá van, mức độ dính của dây chằng, co rút tổ chức dưới van cũng như đánh giá mép van, cho phép đo trực tiếp diện tích lỗ van hai lá, đánh giá chức năng thất trái và các tổn thương van khác có thể kèm theo.

- Siêu âm - Doppler tim: đánh giá những ảnh hưởng huyết động và qua đó có thể đánh giá mức độ hẹp dựa trên các thông số như: Vận tốc đỉnh dòng chảy qua van hai lá $> 1 \text{ m/giây}$, chênh áp qua van hai lá, ước tính áp lực động mạch phổi (ĐMP), đánh giá tổn thương thực tổn kèm theo.

- Siêu âm Doppler màu: đánh giá và ước lượng được mức độ Hở van hai lá đi kèm hoặc hở các van khác đi kèm thông qua đo độ lớn hoặc diện tích dòng màu phụt ngược.

- Siêu âm tim gắng sức: đánh giá đáp ứng của các thông số huyết động khi gắng sức có sự khác biệt/không thống nhất giữa triệu chứng cơ năng và thực thể.

- Siêu âm tim qua thực quản (TEE): xác định có huyết khối trong nhĩ trái hay không, mức độ hẹp van cũng như hình thái van và tổ chức dưới van, hình ảnh cục máu đông trong nhĩ trái hoặc tiểu nhĩ trái.

2.4. Thông tim thăm dò huyết động

Thông tim thăm dò huyết động: đo thông số áp lực cuối tâm trương thất trái, áp lực nhĩ trái (trực tiếp hoặc gián tiếp qua áp lực mao mạch phổi bít), áp lực động mạch phổi, cung lượng tim (tính bằng phương pháp Fick hoặc pha loãng nhiệt), nhịp tim và thời gian đổ đầy tâm trương (giây/nhịp tim).

Câu 36. Các yếu tố nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân tăng huyết áp và phân tầng nguy cơ để tiên lượng bệnh nhân tăng huyết áp.

1. Các yếu tố nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân tăng huyết áp

Các yếu tố nguy cơ tim mạch	
<ul style="list-style-type: none"> - Tăng huyết áp - Rối loạn lipid máu - Đái tháo đường - Có microalbumin niệu hoặc mức lọc cầu thận có ước tính < 60 ml/ph - Tuổi ≥ 55 - Giới nam hoặc nữ đã mãn kinh - Tiền sử gia đình mắc bệnh tim mạch sớm (nam trước 55, nữ trước 65) 	<ul style="list-style-type: none"> - Ít hoạt động thể lực - Chế độ ăn không phù hợp: quá nhiều muối, ít rau quả, nhiều chất béo,... - Thừa cân/béo phì; béo bụng - Hút thuốc lá, thuốc lào - Stress và căng thẳng tâm lý - Không dung nạp với điều trị kéo dài - Uống nhiều bia, rượu.

2. Phân tầng nguy cơ để tiên lượng bệnh nhân tăng huyết áp

Bệnh cảnh	HA bình thường	Tiền tăng huyết áp	Tăng huyết áp độ 1	Tăng huyết áp độ 2	Tăng huyết áp độ 3
	HA tâm thu 120-129 mmHg và HA tâm trương 80-84 mmHg	HA tâm thu 130-139 mmHg và/hoặc HA tâm trương 85-89 mmHg	HA tâm thu 140-149 mmHg và/hoặc HA tâm trương 90-99 mmHg	HA tâm thu 160-169 mmHg và/hoặc HA tâm trương 100-109 mmHg	HA tâm thu ≥ 180 mmHg và/hoặc HA tâm trương ≥ 100 mmHg
Không có yếu tố nguy cơ tim mạch nào			Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ cao
Có từ 1-2 yếu tố nguy cơ tim mạch(YTNCTM)	Nguy cơ thấp	Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ rất cao
Có ≥ 3 YTNCTM hoặc hội chứng chuyển hóa hoặc tổn thương cơ quan đích	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ cao	Nguy cơ cao	Nguy cơ cao	Nguy cơ rất cao
Đã có biến cố hoặc có bệnh tim mạch hoặc có bệnh thận mạn tính	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao

Câu 37. Trình bày tiêu chuẩn chẩn đoán xác định suy tim (tiêu chuẩn Framingham và tiêu chuẩn của ESC 2008) và đánh giá mức độ suy tim (theo NYHA và theo AHA/ACC 2008).

1. Tiêu chuẩn chẩn đoán xác định

1.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán suy tim theo Framingham

- Tiêu chuẩn chính:

- + Con khó thở kịch phát về đêm hoặc khó thở phải ngồi
- + Giảm 4-5 kg/trong 5 ngày điều trị suy tim
- + TM cổ nổi
- + Ran ở phổi
- + Bóng tim to
- + Phù phổi cấp
- + Tiếng T3
- + Áp lực TM hệ thống $> 16 \text{ cm H}_2\text{O}$
- + Thời gian tuần hoàn > 25 giây
- + Phản hồi gan TM cổ (+)

- Tiêu chuẩn phụ

- + Phù cổ chân
- + Ho về đêm
- + Khó thở khi gắng sức
- + Gan to
- + Tràn dịch màng phổi
- + Dung tích sống giảm $1/3$ so với tối đa
- + Tim nhanh ($> 120/\text{phút}$)

- Chẩn đoán xác định suy tim:

Có 2 tiêu chuẩn chính hoặc 1 tiêu chuẩn chính kèm theo 2 tiêu chuẩn phụ

1.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán suy tim theo Hội Tim mạch châu Âu 2008 (ESC)

Suy tim là một hội chứng bệnh lý gồm các dấu hiệu sau:

1. Bệnh nhân có triệu chứng đặc hiệu của suy tim (khó thở khi gắng sức, mệt mỏi, phù...), VÀ
2. Có các dấu hiệu thực thể của suy tim (nhịp nhanh, thở nhanh, có ran ở phổi, tĩnh mạch cổ nổi, phù ngoại biên, gan to), VÀ
3. Có bằng chứng khách quan của tổn thương cấu trúc, chức năng tim khi nghỉ (tim to, tiếng thứ ba, tiếng thổi tâm thu, bất thường trên siêu âm tim, tăng BNP).

2. Đánh giá mức độ suy tim (theo NYHA và theo AHA/ACC 2008).**2.1. Phân loại mức độ suy tim theo NYHA.**

Độ	Biểu hiện
I	Bệnh nhân có bệnh tim nhưng không có triệu chứng cơ năng nào, vẫn sinh hoạt và hoạt động thể lực gần như bình thường.
II	Các triệu chứng cơ năng chỉ xuất hiện khi gắng sức nhiều. Bệnh nhân bị giảm nhẹ các hoạt động về thể lực.
III	Các triệu chứng cơ năng xuất hiện kể cả khi gắng sức rất ít, làm hạn chế nhiều các hoạt động thể lực.
IV	Các triệu chứng cơ năng tồn tại một cách thường xuyên, kể cả lúc bệnh nhân nghỉ ngơi không làm gì cả.

2.2. Phân giai đoạn suy tim theo AHA/ACC (2008)

Giai đoạn	Đặc điểm
A	Bệnh nhân có các nguy cơ cao của suy tim nhưng chưa có các bệnh lý tổn thương cấu trúc tim
B	Bệnh nhân đã có các bệnh lý ảnh hưởng cấu trúc tim nhưng chưa có triệu chứng và biểu hiện của suy tim
C	Bệnh nhân đã có triệu chứng của suy tim hoặc đang có triệu chứng và có liên quan bệnh gây tổn thương cấu trúc tim
D	Bệnh nhân suy tim giai đoạn cuối cần các biện pháp điều trị đặc biệt

Câu 38. Nguyên nhân, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị rung nhĩ.

1. Nguyên nhân

- Tăng huyết áp.
- Bệnh động mạch vành.
- Bệnh van tim (còn khá phổ biến ở nước ta, đặc biệt là hẹp van hai lá). Suy tim.

Các nguyên nhân khác: stress thể lực quá mức; một số thuốc, cafein; nhồi máu phổi; bệnh phổi mạn tính tắc nghẽn; cường giáp; nhiễm trùng; rối loạn chuyển hoá; bệnh màng ngoài tim; Hội chứng Wolff-Parkinson- White; phẫu thuật tim mạch...

- Rung nhĩ vô căn.

2. Triệu chứng

2.1. Lâm sàng

- Có thể không có triệu chứng gì.
- Đa số bệnh nhân thấy hồi hộp đánh trống ngực, khó thở, đau ngực, chóng mặt, vã mồ hôi... Trường hợp nặng có thể có rối loạn huyết động: tụt huyết áp, ngất.
- Có trường hợp biến chứng tắc mạch là biểu hiện đầu tiên của bệnh: tắc mạch não, tắc mạch chi...
- Nghe tim: thấy loạn nhịp hoàn toàn, có thể thấy những dấu hiệu của các bệnh van tim kèm theo (nếu có).

2.2. Cận lâm sàng

a. Điện tim đồ:

- Sóng P và đường đẳng điện biến mất, thay bằng sóng f (fibrillation) với tần số rất nhanh và rất không đều, 400 - 700 ck/phút.
- Nhịp thất thường nhanh và không đều (loạn nhịp hoàn toàn). Nhịp thất đều và tần số thất chậm trong trường hợp rung nhĩ kèm theo bloc nhĩ thất hoàn toàn. - Tần số thất có thể rất nhanh và phức bộ QRS giãn rộng trong trường hợp rung nhĩ xảy ra trên nền hội chứng WPW thể điển hình. Rung nhĩ trong hội chứng suy nút xoang có thể gây đoạn ngừng tim kéo dài.

b. Siêu âm tim:

- Giúp đánh giá tình trạng cấu trúc và chức năng tim.
- Giúp đánh giá huyết khối, nguy cơ hình thành huyết khối (hiện tượng tăng đông trong các buồng tim).

3. Điều trị

Gồm 3 vấn đề cơ bản:

- Giảm đáp ứng (tần số) thất
- Giảm nguy cơ tắc mạch
- Chuyển nhịp (đưa về nhịp xoang) và duy trì nhịp xoang.

3.1. Kiểm soát tần số thất

- Tần số thất có thể kiểm soát bằng các thuốc làm chậm đường dẫn truyền qua

nút nhĩ thất.

- Có thể dùng đơn độc/phối hợp các nhom thuốc để tăng hiệu quả.
- Tần số mục tiêu: 70 – 80 ck/ph khi nghỉ ngơi và 90 – 115 ck/ph khi gắng sức.

Digitalis	<ul style="list-style-type: none"> - Chỉ định: RN nhanh kèm suy tim. - Dùng thuốc vài ngày trước sốc điện. - Khẩn cấp → tiêm TM Isolanid, Cedilanis 0,4mg (0,5-1 ống) - Không khẩn cấp → uống Digoxin 0,25mg (0,5-1 viên/ngày)
Chẹn β giao cảm (Metoprolol, bisoprolol)	<ul style="list-style-type: none"> - Chỉ định: RN nhanh kèm BMV, suy tim chức năng tổng máu thất T giảm. - Sử dụng liều thấp tăng dần
Chẹn kênh Calci (Vetapamil, Diltiazem)	<ul style="list-style-type: none"> - CCD: RL chức năng thất T

- RN nhanh trên HC WPW

→ Cắt cơn RN chuyển nhịp xoang = Procainamid.

→ Sốc điện chuyển nhịp cấp cứu khi RN gây đáp ứng thất quá nhanh ảnh hưởng huyết động

→ Cắt đốt đường dẫn truyền phụ = năng lượng tần số radio qua đường ống thông (RF) để điều trị triệt để.

- RF và cấy máy tạo nhịp tái đồng bộ tim: cân nhắc trong RN nhanh gây suy tim, giảm phân suất tổng máu thất T mà điều trị bằng thuốc thất bại.

3.2. Dự phòng huyết khối phòng chống đột quỵ

RN có bệnh van tim → Kháng vitamin K (Wafarin, sintrom) duy trì INR=2 – 3 và INR \geq 2,5 – 3,5 đối với van cơ học.

RN không có bệnh van tim → Sử dụng thang điểm CHA2DS2-VASc phân tầng nguy cơ để lựa chọn thuốc chống đông phù hợp

CHA2DS2-VASc =1 → Không dùng chống đông, cân nhắc Aspirin hoặc Wafarin (INR=2 – 3) hoặc NOAC.

CHA2DS2-VASc \geq 2 → Wafarin (INR=2 – 3) hoặc NOAC.

3.3. Chuyển nhịp (đưa về nhịp xoang) và duy trì nhịp xoang

- BN cần được đánh giá kỹ trước khi quyết định chuyển nhịp.

- Đối với BN bị RN đã lâu, tuổi cao, nhiều yếu tố tái phát... thì không chế nhịp thất, ngăn ngừa tắc mạch và “chung sống hòa bình” với RN lại là giải pháp tối ưu nhất.

- Cần điều trị hiệu quả bệnh nguyên của RN thứ phát trước khi xem xét chuyển nhịp xoang.

<i>Chuyển nhịp bằng thuốc</i>	<i>Chuyển nhịp bằng sốc điện</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Nên được lựa chọn đầu tiên. - Tỷ lệ thành công thấp hơn. - Có vai trò giúp sốc điện thành công cao hơn. * Các thuốc dạng tiêm: <ul style="list-style-type: none"> - Procainamid - Amiodaron - Ibutilid * Các thuốc dạng uống: <ul style="list-style-type: none"> - Procainamid và Amiodaron - Quinidin - Sotalol - Fecainid và Propafenon - Disopyramid - Moricizin 	<ul style="list-style-type: none"> - Tỷ lệ thành công cao >80% - Nên chỉ định khi dùng thuốc thất bại, RL huyết động trầm trọng. - Chỉ tiến hành khi BN đã được dùng chống đông đầy đủ. TH cấp cứu thì cho Heparin và siêu âm qua thực quản loại trừ không có máu đông trong buồng tim. - Yếu tố ảnh hưởng: thời gian bị RN, độ lớn sóng f, kích thước nhĩ T.

3.4. Các phương pháp điều trị khác

- Triệt đốt qua catheter (RF) → RN kịch phát có triệu chứng, RN dai dẳng mà điều trị thuốc chống loạn nhịp nhóm I, III thất bại, trẻ tuổi, chức năng tim còn tốt.
- Phẫu thuật cô lập nhĩ T.
- Đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn → RN kèm đáp ứng tim thất chậm/ RN trên HC suy nút xoang, RN kèm đáp ứng thất rất nhanh, không thể khống chế bằng nội khoa.

Câu 39. Chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt viêm màng ngoài tim cấp.**1. Chẩn đoán xác định:**

Dựa vào ít nhất 2 trong 4 tiêu chuẩn sau

- Đau ngực:
- + Thường giữa ngực, sau xương ức, có thể lan lên cổ/ra sau lưng.
- + Đau rát/nhói không liên quan đến gắng sức.
- + Đau kéo dài, không đỡ khi dùng thuốc giãn ĐM vành
- + Đau tăng lên khi ho, hít sâu, thay đổi theo tư thế
 - Cọ màng ngoài tim: dấu hiệu quan trọng, nghe rõ vùng cạnh ức T, thay đổi theo tư thế và thời gian.
 - ĐTĐ biến đổi: Theo 4 giai đoạn:
- + Đoạn ST chênh lên ở tất cả các chuyển đạo (đôi khi trừ V1, aVR), không có dh soi gương.
- + ST trở về đường đẳng điện với sóng T dẹt.
- + Sóng T âm, tròn, không đối xứng.
- + Sóng T trở về bình thường.

(TDMNT số lượng dịch nhiều: thấy dh điện thế thấp lan tỏa, và hiện tượng “so le điện học”, có thể có RL nhịp trên thất: rung nhĩ, ngoại tâm thu nhĩ)

- Siêu âm tim: “khoảng trống siêu âm” ở màng ngoài tim.

2. Chẩn đoán phân biệt

- NMCT cấp: sốt, tiếng cọ màng tim (có thể có nhưng xuất hiện sau đau ngực), ĐTĐ có ST chênh lên, Q hoại tử, hình ảnh soi gương ở vùng đối diện, tăng men tim.
- Phình tách thành ĐMC cấp → CLVT lồng ngực, siêu âm tim cấp.
- Thuyên tắc mạch phổi cấp: có yếu tố nguy cơ (sau PT, nằm lâu, ung thư..), có thể phối hợp huyết khối TM chi dưới → CLVT đa dây ĐMP.
- Viêm phổi, TKMP → chụp Xquang tim phổi.

Câu 40. Điều trị bệnh viêm khớp dạng thấp

1. Nguyên tắc điều trị

- Mục đích:

- + Kiểm soát quá trình viêm khớp.
- + Phòng ngừa hủy khớp.
- + Bảo vệ chức năng khớp.
- + Giảm thiểu tối đa các triệu chứng.
- + Nâng cao chất lượng cuộc sống.

- Các phương pháp điều trị:

- + Sử dụng thuốc.
- + Vật lý trị liệu, phục hồi chức năng.
- + Quản lý BN, giáo dục, tư vấn.

- Nguyên tắc điều trị thuốc:

+ Kết hợp nhiều nhóm thuốc: thuốc điều trị triệu chứng (thuốc chống viêm, giảm đau) + DMARD's ngay giai đoạn đầu của bệnh trên nguyên tắc: số nhóm thuốc và liều thuốc tối thiểu có hiệu quả.

- + Corticoid thường chỉ sử dụng trong những đợt tiến triển.

2. Phác đồ điều trị VKDT tại Việt Nam:

- Kết hợp đồng thời 3 nhóm thuốc sau:

- + Thuốc chống viêm
- + Corticoid liều cao và ngắn ngày (thường 1-2 tháng)
Hoặc NSAIDs nếu tình trạng viêm khớp ở mức độ vừa ($\text{DAS28} < 3,2$)
- + Thuốc giảm đau: Paracetamol hoặc các chế phẩm kết hợp khác.
- + Thuốc chống thấp khớp tác dụng chậm – DMARD's
- + Hydroxychloroquin/Chloroquin (đối với thể nhẹ)
- + Methotrexat + Salazopyrin Hydroxychloroquin/Chloroquin (được lựa chọn hàng đầu)
- + Salazopyrin (chỉ định khi không dung nạp Methotrexat)
- + Methotrexat + Hydroxychloroquin/Chloroquin +
- + Methotrexat + Cyclosporin A
- + Một trong các thuốc điều trị sinh học + Methotrexat
- + Một trong các thuốc điều trị sinh học

3. Các thuốc điều trị triệu chứng

3.1. Glucocorticoid

- CD: trong khi chờ DMARD's có hiệu quả, có đợt tiến triển, BN đã phụ thuộc corticoid

- Nguyên tắc: dùng liều tấn công, ngắn ngày để tránh hủy khớp và phụ thuộc thuốc. Đến khi đạt hiệu quả, giảm liều dần, thay thế bằng NSAIDs

- + Mức độ hoạt động mạnh/đợt tiến triển ($\text{DAS28} > 5,1$) □

Methylprednisolon

- + Mức độ hoạt động trung bình ($3,2 \leq \text{DAS28} \leq 5,1$) □ Prednisolon

3.2. NSAIDs

- CD: giai đoạn hoạt động nhẹ với liều tối thiểu có hiệu quả.
- Các thuốc giảm đau: theo sơ đồ bậc thang WHO.

4. Các thuốc điều trị cơ bản bệnh

- Thuốc chống thấp khớp làm thay đổi bệnh kinh điển – DMARD's
- + Thuốc chống sốt rét tổng hợp (Hydroxychloroquin) 200mg/ngày
CCĐ: suy giảm G6PD, tổn thương gan
Thận trọng: BN có thai
- + Methotrexat (lựa chọn hàng đầu) 10mg/tuần
CCĐ: hạ BC, suy gan, thận, tổn thương phổi mạn, muốn có thai
+ Salazopyrin
CD: CCĐ Methotrexat hoặc phối hợp Methotrexat khi Methotrexat đơn độc không kiểm soát được bệnh
Thuốc điều trị sinh học (DMARD's mới)
- + Thuốc ức chế TNF
- + Thuốc ức chế tế bào B hoặc T: Mycophenolat
- + Thuốc ức chế tế bào B: Rituximab
- + Thuốc ức chế IL6: Tocilizumab

5. Các phương pháp điều trị khác

Tiêm nội khớp Glucocorticoid

- + Hydrocortison: tiêm 3 lần/đợt, mỗi mũi cách nhau 3-4 ngày
- + Bmethason, Methylprednisolon: tiêm 1 mũi/đợt
(Mỗi đợt cách nhau 3-6 tháng, mỗi năm không quá 2-3 đợt)
Phục hồi chức năng (các bài tập để giảm cứng và đau khớp, chống dính khớp)
- Y học cổ truyền (châm cứu, thuốc nam) và nước suối khoáng.
- Điều trị ngoại khoa (Chỉnh hình, thay khớp nhân tạo)

6. Quản lý BN VKDT

Tuyên truyền, giáo dục BN

Tái khám hàng tháng theo hẹn của bác sĩ