

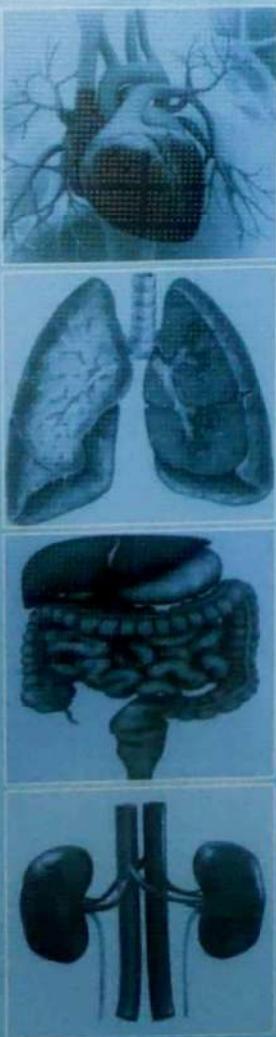


ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH
BỘ MÔN NỘI TỔNG QUÁT

GIÁO TRÌNH GIẢNG DẠY ĐẠI HỌC

Tiếp cận các vấn đề Nội khoa thường gặp

Chủ biên: TS.BS. Hoàng Văn Sỹ
PGS.TS.BS. Quách Trọng Đức



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH
BỘ MÔN NỘI TỔNG QUÁT

Giáo trình giảng dạy đại học
**TIẾP CẬN CÁC VẤN ĐỀ
NỘI KHOA THƯỜNG GẶP**

Chủ biên: TS.BS. Hoàng Văn Sỹ
PGS.TS.BS. Quách Trọng Đức



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

2020

CHỦ BIÊN

TS.BS. Hoàng Văn Sỹ

Trưởng Bộ môn Nội Tổng quát - Đại học Y Dược TP.HCM

PGS.TS.BS. Quách Trọng Đức

Phó trưởng Bộ môn Nội Tổng quát - Đại học Y Dược TP.HCM

THAM GIA BIÊN SOẠN

PGS.TS.BS. Châu Ngọc Hoa

Giám đốc Trung tâm Đào tạo nhân lực y tế theo nhu cầu xã hội - Đại học Y Dược TP.HCM

Nguyên phó Hiệu trưởng Đại học Y Dược TP.HCM

Nguyên Trưởng Khoa Y

Nguyên Trưởng Bộ môn Nội Tổng quát

Nguyên Trưởng Khoa Tim mạch - Bệnh viện Nhân dân Gia Định

PGS.TS.BS. Trần Văn Ngọc

Nguyên Phó trưởng Khoa Y

Nguyên Phó trưởng Bộ môn Nội Tổng quát - Đại học Y Dược TP.HCM

Nguyên Trưởng Khoa Hô hấp - Bệnh viện Chợ Rẫy

PGS.TS.BS. Trần Kim Trang

Nguyên Phó trưởng Bộ môn Nội Tổng quát - Đại học Y Dược TP.HCM

GS.TS.BS. Trương Quang Bình

Phó Giám đốc Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

Nguyên Phó trưởng Bộ môn Nội Tổng quát - Đại học Y Dược TP.HCM

TS.BS. Hoàng Văn Sỹ

Trưởng Bộ môn Nội Tổng quát - Đại học Y Dược TP.HCM

Trưởng Khoa Nội Tim mạch - Bệnh viện Chợ Rẫy

PGS.TS.BS. Quách Trọng Đức

Phó trưởng Bộ môn Nội Tổng quát - Đại học Y Dược TP.HCM

Phó trưởng Khoa Nội tiêu hóa - Bệnh viện Nhân dân Gia Định

TS.BS. Lê Thượng Vũ

Phó trưởng Bộ môn Nội Tổng quát - Đại học Y Dược TP.HCM

Trưởng Phân môn Hô hấp - Bộ môn Nội Tổng quát - Đại học Y Dược TP.HCM

Phó trưởng Khoa Hô hấp - Bệnh viện Chợ Rẫy

PGS.TS.BS. Trần Thị Bích Hương

Trưởng Phân môn Thận - Bộ môn Nội Tổng quát - Đại học Y Dược TP.HCM

Nguyên Phó trưởng Khoa Thận - Bệnh viện Chợ Rẫy

PGS.TS.BS. Bùi Hữu Hoàng

Trưởng Phân môn Tiêu hóa - Bộ môn Nội Tổng quát - Đại học Y Dược TP.HCM

Trưởng Khoa Tiêu hóa - Bệnh viện đại học Y Dược TP.HCM

BSCKI. Trần Cao Cường

Giảng viên Bộ môn Nội Tổng quát - Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

ThS.BS. Nguyễn Trường Duy

Giảng viên Bộ môn Nội Tổng quát - Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

ThS.BS. Nguyễn Định Quốc Anh

Giảng viên Bộ môn Nội Tổng quát - Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

ThS.BS. Nguyễn Ngọc Thanh Vân

Giảng viên Bộ môn Nội Tổng quát - Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

ThS.BS. Nguyễn Hồ Lam

Giảng viên Bộ môn Nội Tổng quát - Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

ThS.BS. Dương Minh Ngọc

Giảng viên Bộ môn Nội Tổng quát - Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

TS.BS. Võ Thị Mỹ Dung

Giảng viên Bộ môn Nội Tổng quát - Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

BSCKI. Võ Thị Lương Trân

Giảng viên Bộ môn Nội Tổng quát - Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

ThS.BS. Lâm Hoàng Cát Tiên

Giảng viên Bộ môn Nội Tổng quát - Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

BSCKI. Lê Đình Quang

Giảng viên Bộ môn Nội Tổng quát - Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

ThS.BS. Võ Phạm Phương Uyên

Giảng viên Bộ môn Nội Tổng quát - Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

ThS.BS. Lưu Ngọc Mai

Giảng viên Bộ môn Nội Tổng quát - Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

BSCKII. Nguyễn Thị Ngọc Linh

Giảng viên Bộ môn Nội Tổng quát - Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

ThS.BS. Huỳnh Ngọc Phương Thảo

Giảng viên Bộ môn Nội Tổng quát - Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

ThS.BS. Nguyễn Sơn Lâm

Giảng viên Bộ môn Nội Tổng quát - Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

ThS.BS. Bùi Thị Ngọc Yên

Giảng viên Bộ môn Nội Tổng quát - Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

ThS.BS. Lê Nguyễn Xuân Diền

Giảng viên Bộ môn Nội Tổng quát - Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

BAN THƯ KÝ

ThS.BS. Nguyễn Đức Khánh

ThS.BS. Nguyễn Minh Kha

HỘI ĐỒNG THẨM ĐỊNH GIÁO TRÌNH

1. PGS.TS. Châu Ngọc Hoa, ĐHYD TP.HCM.	Chủ tịch
2. TS.BS. Hoàng Văn Sỹ, ĐHYD TP.HCM.	Ủy viên TK
3. GS.TS. Nguyễn Văn Khôi, BV Chợ Rẫy.	Phản biện 1
4. TS.BS. Nguyễn Thị Tố Như, BV ĐHYD TP.HCM.	Phản biện 2
5. TS.BS. Võ Thị Mỹ Dung, ĐHYD TP.HCM	Ủy viên

Quyết định lựa chọn và sử dụng giáo trình “Tiếp cận các vấn đề nội khoa thường gặp” tại Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh số 1140/QĐ-ĐHYD ngày 19 tháng 6 năm 2020 của Hiệu trưởng Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

LỜI GIỚI THIỆU

Từ năm khóa 2016, Khoa Y – Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh đã chính thức áp dụng chương trình đổi mới trong việc đào tạo sinh viên y khoa.

Chương trình học được xây dựng theo mô hình giáo dục y khoa dựa trên năng lực. Chương trình áp dụng tích hợp giữa các môn học và liên kết giữa lý thuyết và thực hành, chú trọng đến thực hành và y học chứng cứ. Giảng viên giảng dạy và lượng giá dựa trên chuẩn năng lực.

Việc xuất bản sách phục vụ cho chương trình đổi mới là cần thiết và đáp ứng được nhu cầu sinh viên.

Sách “**Tiếp cận một số vấn đề Nội khoa thường gặp**” đề cập đến 14 vấn đề cần tiếp cận thường gặp trong thực hành lâm sàng. Sách được trình bày đẹp, mạch lạc với văn phong dễ hiểu, nội dung được cập nhật giúp học viên tiếp cận một cách khoa học từ các triệu chứng lâm sàng đến các xét nghiệm, hướng điều trị và hướng giải quyết các vấn đề. Bên cạnh đó, các tác giả còn cung cấp các bài tập gợi ý cho việc tham luận và đánh giá lại kiến thức qua từng bài học.

Tôi nghĩ đây là những bài học giúp cho các học viên, các bác sĩ trẻ có thể hệ thống hóa cách tiếp cận các vấn đề nội khoa cơ bản.

Xin trân trọng giới thiệu Sách “**Tiếp cận một số vấn đề Nội khoa thường gặp**” đến các sinh viên y và quý vị đồng nghiệp.

TP. Hồ Chí Minh, ngày 13 tháng 03 năm 2020

PGS.TS.BS. Châu Ngọc Hoa

Giám đốc Trung tâm đào tạo nhân lực y tế
theo nhu cầu xã hội – ĐHYD TP. Hồ Chí Minh
Nguyên Phó Hiệu trưởng ĐHYD TP. Hồ Chí Minh

LỜI NÓI ĐẦU

Khoa Y, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh đi đầu trong việc chuyển dịch từ đào tạo y khoa truyền thống sang đào tạo y khoa dựa trên năng lực. Để đạt được mục tiêu này, việc xây dựng lại chương trình sách giáo khoa đã được thực hiện một cách khoa học để phù hợp với tiêu chí đào tạo sinh viên y khoa hiện đại.

Giáo trình “**Tiếp cận một số vấn đề Nội khoa thường gặp**” do Bộ môn Nội Tổng quát biên soạn trong chương trình đào tạo dựa trên chuẩn năng lực dành cho đối tượng sinh viên y khoa năm thứ ba. Sách bao gồm các vấn đề nội khoa thường gặp trong thực hành lâm sàng. Các vấn đề được trình bày cô đọng, mang tính chất hướng dẫn sinh viên biết cách tiếp cận một số vấn đề nội khoa, nhằm trang bị cho sinh viên các kiến thức trước khi bước vào giai đoạn thực hành lâm sàng.

Sách được biên soạn bởi các giảng viên nhiều năm kinh nghiệm giảng dạy của Bộ môn Nội tổng quát. Chúng tôi nỗ lực biên soạn tài liệu này nhằm giúp cho sinh viên y khoa năm ba cũng như các sinh viên khác có thêm nguồn tư liệu học và tham khảo giúp sinh viên có thể trang bị kiến thức y khoa nhằm đáp ứng các yêu cầu về đào tạo y khoa hiện nay.

Chúng tôi xin gửi lời cảm ơn đến sự hợp tác của tất cả quý giảng viên Bộ môn Nội tổng quát, quý đồng nghiệp. Chúng tôi cũng xin gửi lời cảm ơn đến Ban lãnh đạo Khoa Y, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Ban lãnh đạo các Bệnh viện và quý đồng nghiệp.

Trong quá trình biên soạn, chắc chắn sẽ không tránh khỏi những thiếu sót. Chúng tôi trân trọng và mong muốn nhận được những ý kiến đóng góp quý báu quý đồng nghiệp gần xa.

Trân trọng.

TP. Hồ Chí Minh, ngày 13 tháng 03 năm 2020

TM. BAN BIÊN SOẠN

TS.BS. Hoàng Văn Sy

MỤC LỤC

Lời giới thiệu.....	5
Lời nói đầu	7
Bài 1. Tiếp cận bệnh nhân đau ngực.....	11
ThS.BS. Nguyễn Đình Quốc Anh, TS.BS. Hoàng Văn Sỹ	
Bài 2. Tiếp cận bệnh nhân hồi hộp.....	26
ThS.BS. Trần Đại Cường, TS.BS. Hoàng Văn Sỹ	
Bài 3. Tiếp cận bệnh nhân khó thở	40
BSCKI. Trần Cao Cường, ThS.BS. Dương Minh Ngọc, / PGS.TS.BS. Trần Kim Trang	
Bài 4. Tiếp cận bệnh nhân tăng huyết áp	65
ThS.BS. Nguyễn Ngọc Thanh Vân, PGS.TS.BS. Châu Ngọc Hoa	
Bài 5. Tiếp cận bệnh nhân ho, ho ra máu.....	78
ThS.BS. Nguyễn Hồ Lam, TS.BS. Lê Thị Trọng Vũ, PGS.TS.BS. Trần Văn Ngọc	
Bài 6. Tiếp cận bệnh nhân tiêu chảy, táo bón	90
BSCKI. Lê Định Quang, PGS.TS.BS. Quách Trọng Đức	
Bài 7. Tiếp cận bệnh nhân nôn, đi tiêu ra máu.....	104
ThS.BS. Lâm Hoàng Cát Tiên, TS.BS. Võ Thị Mỹ Dung	
Bài 8. Tiếp cận bệnh nhân vàng da	117
ThS.BS. Võ Phạm Phương Uyên, PGS.TS.BS. Quách Trọng Đức	
Bài 9. Tiếp cận bệnh nhân bụng to.....	131
BSCKI. Võ Thị Lương Trần, TS.BS. Võ Thị Mỹ Dung	
Bài 10. Tiếp cận bệnh nhân thiếu niệu, vô niệu, đa niệu	147
ThS.BS. Bùi Thị Ngọc Yên, ThS.BS. Huỳnh Ngọc Phương Thảo	
Bài 11. Tiếp cận bệnh nhân tiêu máu.....	164
ThS.BS. Lê Nguyễn Xuân Diển, BSCKII. Nguyễn Thị Ngọc Linh	
Bài 12. Tiếp cận bệnh nhân sốt	183
ThS.BS. Nguyễn Trường Duy, TS.BS. Hoàng Văn Sỹ	
Bài 13. Tiếp cận bệnh nhân phù.....	196
ThS.BS. Nguyễn Sơn Lâm, PGS.TS.BS. Trần Thị Bích Hương	
Bài 14. Tiếp cận bệnh nhân sụt cân không chủ ý.....	215
ThS.BS. Lưu Ngọc Mai, PGS.TS.BS. Quách Trọng Đức	

BÀI 1. TIẾP CẬN BỆNH NHÂN ĐAU NGỰC

Th.S.BS. Nguyễn Đình Quốc Anh, TS.BS. Hoàng Văn Sỹ

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày các tính chất quan trọng cần khai thác khi hỏi bệnh ở bệnh nhân đau ngực.
2. Trình bày các dấu hiệu cần lưu ý khi thăm khám bệnh nhân đau ngực.
3. Trình bày các nguyên nhân gây đau ngực.
4. Trình bày được các bước tiếp cận một bệnh nhân đau ngực.

NỘI DUNG BÀI GIẢNG

1. GIỚI THIỆU

Đau ngực là một trong những triệu chứng thường gặp nhất ở những bệnh nhân nhập cấp cứu. Đau ngực có thể là biểu hiện của một tình trạng bệnh không quan trọng, không nguy hiểm nhưng cũng có thể là biểu hiện của tình trạng bệnh tim mạch cấp tính, trầm trọng, nguy hiểm đến tính mạng. Việc tiếp cận một bệnh nhân đau ngực gặp nhiều thách thức vì có rất nhiều nguyên nhân gây đau ngực nhưng chỉ một số ít trong đó là nguy hiểm. Chính vì vậy, cần khai thác bệnh sử đầy đủ, khám thực thể kỹ lưỡng, chỉ định các cận lâm sàng cần thiết để có thể chẩn đoán chính xác nguyên nhân đau ngực.

2. HỎI BỆNH SỬ

Hỏi bệnh sử cần khai thác đầy đủ các tính chất của đau ngực bao gồm:

- Kiểu đau: nhói như dao đâm, siết chặt, đè ép, như xé, âm i...
- Cường độ đau: nhiều hay ít
- Vị trí đau: sau xương ức, trên xương ức, mõm tim...
- Hướng lan: vai, cổ, hông, cánh tay, sau lưng...
- Thời gian kéo dài: vài phút, vài giờ, nhiều ngày...
- Yếu tố khởi phát: gắng sức, xúc động mạnh, ăn uống, khi hít vào, khi xoay trở...
- Yếu tố giảm đau: ngưng mọi hoạt động, ngồi cúi ra phía trước, dùng nitroglycerin, dùng antacid...
- Triệu chứng đi kèm: vã mồ hôi, mệt, khó thở, buồn nôn, sốt, ho, tê đầu chi...

2.1. Kiểu đau

Kiểu đau là yếu tố then chốt trong việc đánh giá khả năng mắc bệnh tim phổi nghiêm trọng, đặc biệt là hội chứng mạch vành cấp.

Đau kiệu siết chặt, đè ép được xem là biểu hiện điển hình của cơn đau thắt ngực do thiếu máu cục bộ cơ tim. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng một số bệnh nhân thiếu máu cục bộ cơ tim lại than phiền về triệu chứng khó thở hoặc cảm giác lo lắng mơ hồ hơn là triệu chứng đau ngực.

Đau ngực khi ho, khi hít thở sâu (đau ngực kiệu màng phổi) gợi ý các bệnh liên quan đến màng phổi như: viêm phổi, thuyên tắc phổi, viêm màng ngoài tim. Đau ngực trong viêm màng ngoài tim hoặc thuyên tắc phổi lớn đôi khi lại đau kiệu đè ép và rất khó phân biệt với đau thắt ngực do thiếu máu cục bộ cơ tim.

Đau kiệu xé, như dao đâm thường gặp ở những bệnh nhân có bóc tách động mạch chủ cấp. Đau kiệu nóng rát gợi ý bệnh trào ngược dạ dày-thực quản nhưng cũng có thể xảy ra ở bệnh nhân thiếu máu cục bộ cơ tim.

2.2. Vị trí đau và hướng lan

Đau sau xương ức lan lên cổ, hàm, vai hoặc cánh tay điển hình cho đau thắt ngực do thiếu máu cục bộ cơ tim. Đau thắt ngực ít khi khu trú chỉ bằng một đầu ngón tay. Đau thắt ngực cũng có thể đau ở thượng vị nhưng hiếm khi đau vượt quá hàm dưới hoặc dưới rốn.

Đau ngực do bệnh thực quản thường đau sau xương ức, tuy nhiên các bệnh lý tiêu hóa khác lại thường đau nhiều nhất ở bụng hoặc thượng vị lan lên ngực.

Đau ngực dữ dội lan ra sau lưng, đặc biệt giữa hai xương bà vai, nên nghĩ đến bóc tách động mạch chủ cấp.

2.3. Yếu tố khởi phát và thời gian đau

Đau ngực do thiếu máu cục bộ cơ tim thường nặng dần trong vài phút, tăng khi gắng sức, giảm khi nghỉ ngơi. Ngược lại, đau ngực có cường độ đạt đỉnh ngay từ đầu thường gợi ý bóc tách động mạch chủ, thuyên tắc phổi, tràn khí màng phổi tự phát. Đau ngực chỉ kéo dài một vài giây hoặc hằng định về cường độ trong một thời gian dài (nhiều giờ đến nhiều ngày) hiếm khi do thiếu máu cục bộ cơ tim. Đau ngực do bệnh trào ngược dạ dày-thực quản thường xảy ra vào sáng sớm do lúc đó không còn thức ăn để trung hòa acid dạ dày.

2.4. Yếu tố tăng hay giảm đau

Bệnh nhân đau ngực do thiếu máu cục bộ cơ tim thường thích ngồi nghỉ hoặc tạm dừng đi bộ để giảm đau.

Đau ngực có cường độ thay đổi liên quan đến tư thế hoặc cử động chi trên và cổ thường gợi ý đến các nguyên nhân về cơ xương khớp, ít khi do thiếu máu cục bộ cơ tim.

Đau ngực trong viêm màng ngoài tim thường nặng hơn khi nằm ngửa và giảm đau khi ngồi cúi người ra phía trước.

Đau khởi phát do ăn uống thường do các nguyên nhân tiêu hóa như loét dạ dày, viêm túi mật, viêm tụy. Tuy nhiên, ở những bệnh nhân có bệnh động mạch vành nặng, sự tái phân bố máu đến nội tạng sau bữa ăn có thể khởi phát cơn đau thắt ngực sau ăn. Đau do bệnh trào ngược dạ dày-thực quản có thể khởi phát do rượu, một số loại thức ăn hoặc tư thế nằm ngửa. Đau ngực do bệnh trào ngược dạ dày-thực quản hoặc loét dạ dày thường giảm khi dùng thuốc giảm tiết acid dạ dày và thường không liên quan đến gắng sức. Đau ngực giảm trong vòng vài phút khi dùng nitroglycerin gợi ý thiếu máu cục bộ cơ tim, tuy nhiên cũng có thể gặp trong co thắt thực quản.

2.5. Triệu chứng kèm theo

Các triệu chứng kèm theo trong thiếu máu cục bộ cơ tim bao gồm: vã mồ hôi, khó thở, buồn nôn, mệt mỏi, choáng váng, ợ hơi. Khó thở có thể gặp trong nhiều bệnh cảnh khác nhau gây đau ngực nên không giúp chẩn đoán phân biệt, tuy nhiên khó thở là dấu hiệu gợi ý các nguyên nhân đau ngực do bệnh tim phổi. Suy hô hấp khởi phát đột ngột cần nghĩ đến thuyên tắc phổi, tràn khí màng phổi tự phát. Ho ra máu có thể xảy ra ở bệnh nhân thuyên tắc phổi, trong khi ho khạc đàm bọt hồng thường gặp trong suy tim nặng. Sự xuất hiện của ngất hoặc tiền ngất cần nghĩ đến thuyên tắc phổi, bóc tách động mạch chủ, rối loạn nhịp do thiếu máu cục bộ cơ tim. Mặc dù buồn nôn và nôn thường gợi ý bệnh lý tiêu hóa nhưng cũng có thể xảy ra trong bệnh cảnh nhồi máu cơ tim (thường là nhồi máu cơ tim thành dưới) do kích hoạt phản xạ phế vị hoặc kích thích các thụ thể thắt trái trong phản xạ Bezold – Jarisch.

3. TIỀN CĂN

Tiền căn cần chú ý đánh giá các yếu tố nguy cơ bệnh mạch vành (hút thuốc lá, tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu...), các yếu tố nguy cơ của thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch (ung thư, bất động, nằm lâu, hậu phẫu...) hoặc các bệnh lý liên quan (bệnh mạch vành, bệnh tự miễn, bệnh tiêu hóa, hội chứng Marfan, trầm cảm....). Những bệnh nhân trẻ tuổi ít có nguy cơ của bệnh lý mạch vành cần khai thác thêm tiền căn sử dụng thuốc gây nghiện (cocaine).

4. KHÁM THỰC THẾ

Khám thực thế cung cấp thêm thông tin để xác định nguyên nhân đau ngực và phát hiện các bệnh lý liên quan. Tuy nhiên, khám thực thế có thể bình thường ở những bệnh nhân bị hội chứng vành cấp.

4.1. Tổng quát

Khám tổng quát giúp đánh giá ban đầu mức độ nặng của bệnh. Bệnh nhân bị nhồi máu cơ tim hoặc bệnh tim phổi cấp tính thường lo lắng, khó chịu, xanh tím, vã mồ hôi. Hình dạng cơ thể đôi khi cũng giúp ích. Bệnh nhân hội chứng Marfan thường là nam giới, trẻ tuổi, cao, gầy với tràn khí màng phổi tự phát.

4.2. Sinh hiệu

Các dấu hiệu sinh tồn như: mạch, huyết áp, nhiệt độ, tần số thở hay độ bão hòa Oxy trong máu ngoại vi (chi số SpO₂) rất quan trọng và cần thiết trong đánh giá tình trạng, chẩn đoán cũng như thái độ xử trí bệnh nhân. Những dấu hiệu sinh tồn cần được theo dõi và đánh giá thường xuyên theo diễn tiến của bệnh nhân.

Nhip tim nhanh và tụt huyết áp là những dấu hiệu về huyết động học quan trọng, cần đánh giá nhanh để phát hiện các tình trạng bệnh nặng như nhồi máu cơ tim với biến chứng choáng tim, thuyên tắc phổi diện rộng, viêm màng ngoài tim cấp với tràn dịch màng ngoài tim gây chèn ép tim cấp hoặc tràn khí màng phổi áp lực.

Bóc tách động mạch chủ cấp thường đi kèm tình trạng tăng huyết áp nặng nhưng cũng có thể tụt huyết áp khi có tồn thương động mạch vành hoặc bóc tách vào khoang màng ngoài tim.

Nhip nhanh xoang là biểu hiện quan trọng của thuyên tắc phổi diện rộng. Nhip tim nhanh và giảm oxy gợi ý nguyên nhân về phổi. Sốt nhẹ không phải là dấu hiệu đặc hiệu vì có thể gặp trong nhồi máu cơ tim hoặc thuyên tắc huyết khối kèm nhiễm trùng.

4.3. Phổi

Khám phổi giúp xác định các nguyên nhân đau ngực liên quan đến phổi như: viêm phổi, tràn khí màng phổi. Suy thất trái và các biến chứng cơ học cấp do nhồi máu cơ tim có thể dẫn đến phù phổi cấp.

4.4. Tim

Xung động tĩnh mạch cảnh thường bình thường ở bệnh nhân hội chứng vành cấp nhưng cũng có thể bất thường trong chèn ép tim hoặc suy thất phải cấp tính. Khám tim có thể nghe được tiếng T3, T4 trong suy tim. Âm thổi của hở van hai lá hoặc âm thổi thô ráp của thông liên thất có thể gợi ý đến biến chứng cơ học của nhồi máu cơ tim cấp. Âm thổi của hở van động mạch chủ có thể là biến chứng của bóc tách động mạch chủ đoạn lên. Các âm thổi khác giúp gợi ý bệnh tim nền làm nặng thêm tình trạng thiếu máu cục bộ cơ tim như hẹp van động mạch chủ, bệnh cơ tim phì đại... Tiếng cọ màng ngoài tim gặp trong viêm màng ngoài tim giai đoạn đầu khi chưa có tràn dịch màng ngoài tim.

4.5. Bụng

Xác định được điểm đau khi khám bụng giúp hướng đến các nguyên nhân về tiêu hóa gây đau ngực. Bất thường khi khám bụng ít gặp trong các nguyên nhân về tim phổi cấp tính gây đau ngực, tuy nhiên trong trường hợp có bệnh tim phổi mạn tính hoặc suy thất phải nặng có thể khám thấy gan to do sung huyết.

4.6. Mạch máu

Biểu hiện của tình trạng thiếu máu nuôi chi cấp tính là mất mạch và tím, đặc biệt là chi trên, có thể gợi ý bóc tách động mạch chủ. Sung phù chỉ ở một bên chi dưới giúp hướng đến thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch.

4.7. Cơ xương khớp

Khám cơ xương khớp có thể phát hiện sưng, đỏ, đau khu trú tại các khớp sụn sườn, sụn ức. Mặc dù ấn đau thành ngực giúp gợi ý các nguyên nhân về cơ xương khớp gây đau ngực nhưng không loại trừ hoàn toàn được thiếu máu cục bộ cơ tim. Giảm cảm giác ở chi trên có thể gợi ý đến bệnh lý liên quan đĩa đệm cột sống cổ.

4.8. Khám da

Cần thăm khám kỹ lưỡng các sang thương da toàn thân, đặc biệt là vùng ngực. Bệnh nhân đau ngực có thể có sang thương *Herpes zoster* hay sang thương viêm da có thể giúp gợi ý nguyên nhân đau ngực. Ngoài ra, cũng cần thăm khám tìm u vàng quanh mắt (xanthoma) gợi ý nguy cơ bệnh mạch vành.

5. CẬN LÂM SÀNG

5.1. Điện tâm đồ

Điện tâm đồ đóng vai trò then chốt trong việc xác định bệnh nhân đau ngực do thiếu máu cục bộ cơ tim cũng như phát hiện các biến chứng tim mạch của các bệnh lý khác. Điện tâm đồ cần thực hiện trong vòng 10 phút sau nhập viện và nên đo lặp lại mỗi 30-60 phút ở những bệnh nhân nghi ngờ hội chứng vành cấp. Hình ảnh đoạn ST chênh xuống hoặc T âm sâu, đổi xứng trên điện tâm đồ giúp gợi ý thiếu máu cục bộ cơ tim. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng độ nhạy của điện tâm đồ đo lúc nghỉ trong chẩn đoán thiếu máu cục bộ cơ tim chỉ đạt khoảng 20%. Bất thường về ST, T có thể xảy ra trên nhiều bệnh cảnh khác nhau như: thuyên tắc phổi, phì đại thất trái, viêm màng ngoài tim, viêm cơ tim, rối loạn điện giải, rối loạn chuyển hóa. Tình trạng tăng thông khí trong rối loạn hoảng sợ có thể dẫn đến các bất thường về ST, T không đặc hiệu. Thuyên tắc phổi thường có biểu hiện nhịp nhanh xoang, có thể có trực lệch phải, sóng S ở chuyền đạo DI, sóng Q và T ở

chuyên đạo DIII. ST chênh lên lan tỏa không theo giải phẫu mạch vành và đoạn PR chênh lõm xuống giúp phân biệt viêm màng ngoài tim với nhồi máu cơ tim cấp.

5.2. X quang ngực

X quang ngực đóng vai trò quan trọng trong việc phát hiện các bất thường về phổi như viêm phổi, áp-xe phổi, tràn khí màng phổi hay u phổi. X quang ngực thường bình thường ở bệnh nhân hội chứng vành cấp nhưng cũng có thể thấy được hình ảnh phổi phổi cấp. Ngoài ra, X quang ngực còn có thể thấy được trung thất dãn rộng trong bóc tách động mạch chủ, dấu hiệu Hampton hoặc Westermark trong thuyền tắc phổi, vôi hóa màng ngoài tim trong viêm màng ngoài tim mạn.

5.3. Siêu âm tim

Ở những bệnh nhân chưa có chẩn đoán xác định, đặc biệt bệnh nhân trên hình ảnh điện tâm đồ có dạng ST chênh lên không đặc hiệu, triệu chứng đau ngực hay khó thở đang tiến triển, rối loạn huyết động học (mạch nhanh, huyết áp tụt hay huyết áp kẹp), siêu âm tim giúp phát hiện những rối loạn vận động vùng gợi ý đến thiếu máu tim cục bộ cấp tính hoặc chèn ép tim cấp trong tràn dịch màng ngoài tim ở bệnh nhân viêm màng ngoài tim. Siêu âm tim qua thành ngực có thể phát hiện dấu hiệu bóc tách động mạch chủ nhưng có độ nhạy thấp.

5.4. Điện tâm đồ gắng sức

Điện tâm đồ gắng sức thường được sử dụng để phân tầng nguy cơ mắc bệnh động mạch vành ở những bệnh nhân đánh giá ban đầu chưa tìm được nguyên nhân gây đau ngực và có nguy cơ thấp mắc hội chứng vành cấp. Vì đau ngực đang tiến triển là chẩn đoán của nghiệm pháp gắng sức nên điện tâm đồ gắng sức thường được dùng để chẩn đoán bệnh lý động mạch vành mạn.

5.5. Chụp cắt lớp vi tính động mạch vành (CT)

Chụp cắt lớp vi tính động mạch vành có độ nhạy cao trong phát hiện bệnh lý động mạch vành. Chụp cắt lớp vi tính cũng giúp loại trừ bóc tách động mạch chủ, tràn dịch màng ngoài tim, thuyền tắc phổi.

5.6. Chụp cộng hưởng từ (MRI)

Chụp cộng hưởng từ tim là một phương tiện không xâm lấn giúp đánh giá chức năng và cấu trúc của tim cũng như các mạch máu trong lồng ngực. Chụp cộng hưởng từ tim có thể phát hiện sớm nhồi máu cơ tim, xác định chính xác vùng hoại tử cơ tim, chẩn đoán các dạng bệnh cơ tim. Mặc dù ít được sử dụng trong đánh giá cấp cứu đau ngực

nhưng chụp cộng hưởng từ tim có thể giúp đánh giá cấu trúc tim ở những bệnh nhân tăng troponin không do bệnh động mạch vành. Chụp cộng hưởng từ cũng cho phép đánh giá chính xác bóc tách động mạch chủ.

5.7. Xét nghiệm máu

Tổng phân tích tế bào máu cần thực hiện ngay lúc nhập viện. Tăng bạch cầu đa nhân trung tính hay bạch cầu lympho có thể gợi ý các nguyên nhân viêm nhiễm. Giảm hồng cầu có thể gợi ý thiếu máu mạn hay cấp.

Men tim cần được xét nghiệm ngay lúc nhập viện và lặp lại mỗi 3 – 6 giờ ở tất cả bệnh nhân nghi ngờ hội chứng vành cấp. Do có độ chuyên biệt cao hơn nên troponin thường được sử dụng nhiều hơn CK-MB trong chẩn đoán nhồi máu cơ tim. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng men tim có thể tăng trong những bệnh cảnh khác gây tổn thương cơ tim ngoài nhồi máu cơ tim như: viêm cơ tim, suy thận mạn giai đoạn cuối, thuyên tắc phổi.

D-dimer tăng gợi ý đến thuyên tắc phổi. D-dimer bình thường giúp loại trừ thuyên tắc phổi.

BNP hoặc NT-proBNP có vai trò tiên lượng ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp hoặc thuyên tắc phổi.

Bảng 1. Các nguyên nhân gây đau ngực

Tim
Bệnh động mạch vành (đau thắt ngực ổn định, đau thắt ngực không ổn định, nhồi máu cơ tim)
Viêm màng ngoài tim, viêm cơ tim
Mạch máu
Phình bóc tách động mạch chủ
Thuyên tắc phổi
Tăng áp phổi
Phổi
Viêm màng phổi và/hoặc viêm phổi
Viêm khí phế quản
Tràn khí màng phổi
Ung thư phổi
Tiêu hóa
Bệnh trào ngược dạ dày - thực quản
Loét dạ dày - tá tràng
Bệnh túi mật
Viêm tụy
Thần kinh - cơ xương khớp
Viêm sụn sườn
Bệnh đĩa đệm cột sống cổ
Chấn thương
Căng cơ
Herpes zoster
Tâm lý
Rối loạn hoảng sợ

6. NGUYÊN NHÂN

6.1. Bệnh động mạch vành

Bệnh tim thiếu máu cục bộ ổn định thường do mảng xơ vữa gây hẹp dần lòng động mạch vành. Bệnh thường xảy ra ở tuổi trung niên, trên bệnh nhân có yếu tố nguy cơ của bệnh động mạch vành. Biểu hiện điển hình của bệnh là cơn đau thắt ngực với tính chất:

- Đau ngay sau xương ức.
- Lan lên hầu họng, cổ, hàm, vai, mặt trong cánh tay trái, bờ trụ cẳng tay trái, đến ngón 4-5 bàn tay trái, có thể lan sang ngực phải hoặc xuống thượng vị.
- Cảm giác như siết chặt, nghẹn nát.
- Cơn đau xảy ra sau gắng sức, gặp lạnh hoặc stress.
- Đau kéo dài 20 giây đến 20 phút.
- Đau giảm nhanh khi bệnh nhân ngưng mọi hoạt động hoặc ngậm nitroglycerin.

Khi các mảng xơ vữa trong động mạch vành bị đứt vỡ, hình thành khuyết khói gây tắc nghẽn đột ngột lòng mạch vành dẫn đến hội chứng vành cấp (nhồi máu cơ tim hoặc đau thắt ngực không ổn định), bệnh nhân sẽ đau ngực dữ dội hơn. Cơn đau thường xảy ra khi nghỉ ngơi, lan rộng hơn, kéo dài hơn 20 phút và không giảm đau với nitroglycerin. Tình trạng này khiến cho bệnh nhân rất mệt, khó thở, vã mồ hôi, có thể buồn nôn và nôn.

Khám thực thể có thể nghe được tiếng ngựa phi (gallop) T3, T4, âm thổi của hở van hai lá, ran ở phổi nếu nhồi máu cơ tim có biến chứng.

6.2. Viêm màng ngoài tim cấp

Bệnh nhân có biểu hiện nhiễm siêu vi trước đó, đau sau xương ức hoặc ngực trái, có thể lan lên vai trái, đau nhói hoặc đau kiểu mảng phổi, giảm đau khi ngồi cúi người ra trước.

Khám tim có thể nghe được tiếng cọ màng ngoài tim trong giai đoạn đầu khi chưa có tràn dịch màng ngoài tim. Trong giai đoạn tràn dịch màng ngoài tim, có thể nghe tiếng tim mờ, có thể có mạch nghịch khi có chèn ép tim cấp.

6.3. Bóc tách động mạch chủ

Bệnh nhân khởi phát đau đột ngột, dữ dội ngay từ đầu và kéo dài không giảm. Bóc tách đoạn lên của động mạch chủ gây đau vùng trước ngực trong khi bóc tách đoạn xuống gây đau giữa hai xương bả vai. Đau như xé, như dao đâm, lan sau lưng. Tiền căn tăng huyết áp hoặc bệnh lý mô liên kết như hội chứng Marfan làm tăng nguy cơ bóc tách động mạch chủ.

Khám thực thể có thể thấy tăng huyết áp, âm thổi của hở van động mạch chủ, mất mạch ngoại biên.

6.4. Thuyên tắc phổi

Đau ngực kiểu màng phổi khởi phát đột ngột, có thể đau kiểu đè ép trong thuyên tắc phổi diện rộng, thường đau một bên ngực, có thể đau sau xương ức, kèm khó thở. Bệnh nhân có thể ho ra máu, vã mồ hôi.

Khám thực thể có thể thấy thở nhanh nông, nhịp tim nhanh, tím tái, tụt huyết áp.

6.5. Tăng áp động mạch phổi

Đau ngực dưới xương ức kiểu đè ép, thường khởi phát khi gắng sức, kèm khó thở.

Khám có thể thấy các dấu hiệu của suy tim phải.

6.6. Viêm phổi, màng phổi

Đau ngực kiểu màng phổi, đau một bên kèm theo khó thở, ho, sốt.

Khám phổi ghi nhận có ran nổ, có thể có tiếng cọ màng phổi.

6.7. Tràn khí màng phổi

Đau ngực kiểu màng phổi một bên khởi phát đột ngột kèm khó thở.

Khám thấy âm phế bào giảm ở bên có tràn khí màng phổi.

6.8. Loét dạ dày-tá tràng

Đau thượng vị hoặc sau xương ức kiểu nóng rát, liên quan đến bữa ăn, giảm đau khi ăn hoặc dùng antacid.

6.9. Bệnh trào ngược dạ dày-thực quản

Gây viêm thực quản, co thắt thực quản, đau sau xương ức hoặc thượng vị kiểu nóng rát, xảy ra sau khi ăn và khi nằm ngửa, kèm ợ hơi, ợ chua, khó tiêu; giảm đau khi sử dụng antacid hoặc nitroglycerin (nếu có co thắt thực quản).

6.10. Bệnh túi mật

Thường đau quặn bụng vùng thượng vị hoặc hạ sườn phải xảy ra sau ăn.

6.11. Đau thành ngực

Thường đau nhói, khu trú tại một vùng nhỏ trên thành ngực, đau tăng khi ăn vào, khi ho, hít thở hoặc cử động. Viêm dây thần kinh liên sườn do *Herpes zoster* gây tăng cảm và đau theo khoanh da, lan theo rễ thần kinh, xuất hiện bóng nước tại chỗ viêm.

6.12. Đau ngực do nguyên nhân tâm lý

Thường gặp ở bệnh nhân nữ dưới 40 tuổi, có tình trạng lo lắng căng thẳng, tiền căn trầm cảm hoặc cơn hoảng loạn. Cảm giác ê ẩm vùng mỏm tim hoặc sau xương ức kéo dài hàng giờ, có lúc nhói lên 1 – 2 giây, có thể ẩn đau vùng trước tim. Bệnh nhân còn cảm thấy mệt, hồi hộp, khó thở, thở nhanh, chóng mặt, tê đầu chi.

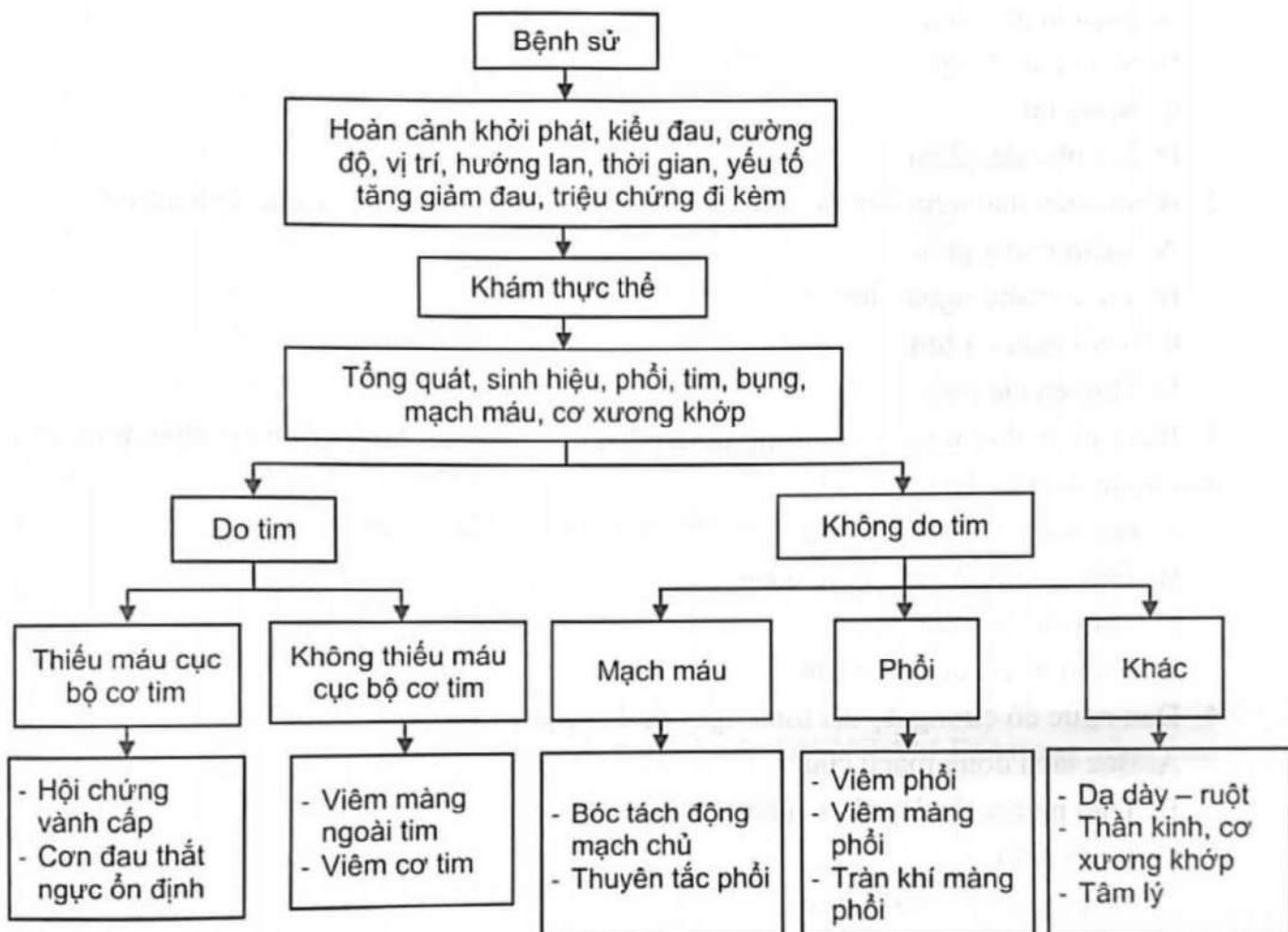
Bảng 2. Chẩn đoán phân biệt các nguyên nhân đau ngực thường gặp

Đau thắt ngực	Viêm màng ngoài tim hoặc màng phổi	Trào ngược dạ dày thực quản
Sát chặt hoặc đè ép	Đau nhói	Đau nóng rát
Khởi phát khi gắng sức	Không liên quan gắng sức	Không liên quan gắng sức
Giảm khi nghỉ	Không giảm khi nghỉ	Không giảm khi nghỉ
Giảm khi dùng nitrate	Không ảnh hưởng bởi nitrate	Không ảnh hưởng bởi nitrate
Không liên quan đến tư thế	Tăng khi nằm ngửa	(trừ khi kèm co thắt thực quản)
Không ảnh hưởng bởi hô hấp	Tăng khi hít thở	Có thể khởi phát khi nằm ngửa
	Có tiếng cọ màng tim hoặc màng phổi	Không ảnh hưởng bởi hô hấp

Bảng 3. Chẩn đoán phân biệt các nguyên nhân đau ngực do tim mạch

Hội chứng vành cấp	Đau thắt ngực
Khởi phát khi nghỉ	Khởi phát khi gắng sức
Đau nhiều	Đau vừa phải
Vã mồ hôi	Không vã mồ hôi
Lo lắng nhiều	Không lo lắng hoặc lo lắng ít
Không giảm với nitrate	Giảm đau với nitrate
Có triệu chứng kèm theo (buồn nôn, nôn)	Không có triệu chứng kèm theo
Nhồi máu cơ tim	Bóc tách động mạch chủ
Đau giữa ngực	Đau lan sau lưng
Khởi phát bán cấp (vài phút)	Khởi phát cấp tính
Đau nhiều	Đau dữ dội, như xe
Thiếu máu cục bộ cơ tim	Đau thành ngực
Liên quan đến gắng sức	Liên quan đến tư thế
Xảy ra khi gắng sức	Thường đau nhiều hơn khi nghỉ
Đau từng cơn	Đau kéo dài liên tục
Đau lan	Đau khu trú
Không điểm đau thành ngực	Có điểm đau thành ngực

7. SƠ ĐỒ TIẾP CẬN BỆNH NHÂN ĐAU NGỰC



Sơ đồ 1. Sơ đồ tiếp cận bệnh nhân đau ngực

8. KẾT LUẬN

Đau ngực gây ra do nhiều bệnh lý khác nhau với các đặc điểm và tính chất khác nhau. Khai thác bệnh sử, tiền căn và thăm khám thực thể cẩn thận giúp gợi ý chẩn đoán nguyên nhân. Đau ngực có thể là biểu hiện của tình trạng bệnh cấp tính, nguy hiểm đến tính mạng. Do đó, việc nắm rõ các bước tiếp cận giúp đưa ra quyết định nhanh chóng và kịp thời.

CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Kiểu đau ngực nào sau đây gợi ý nguyên nhân do thiếu máu cục bộ cơ tim?
 - A. Kiểu mảng phổi
 - B. Siết chặt, đè ép
 - C. Nóng rát
 - D. Xé, như dao đâm
2. Bệnh nhân đau ngực khi ho, khi hít thở sâu do các nguyên nhân sau, ngoại trừ?
 - A. Viêm màng phổi
 - B. Viêm màng ngoài tim
 - C. Nhồi máu cơ tim
 - D. Thuyên tắc phổi
3. Bệnh nhân đau ngực sau xương ức lan lên cổ, hàm, vai hoặc cánh tay điển hình cho đau ngực do nguyên nhân gì?
 - A. Bóc tách động mạch chủ
 - B. Trào ngược dạ dày-thực quản
 - C. Thuyên tắc phổi
 - D. Thiếu máu cục bộ cơ tim
4. Đau ngực có cường độ đạt đỉnh ngay từ đầu gợi ý nguyên nhân gì?
 - A. Bóc tách động mạch chủ
 - B. Trào ngược dạ dày-thực quản
 - C. Viêm phổi
 - D. Thiếu máu cục bộ cơ tim
5. Đau ngực tăng khi nằm ngửa và giảm đau khi ngồi cúi người ra phía trước gợi ý nguyên nhân?
 - A. Bóc tách động mạch chủ
 - B. Viêm phổi
 - C. thiếu máu cục bộ cơ tim
 - D. Viêm màng ngoài tim
6. Nhịp tim nhanh và tụt huyết áp là những dấu hiệu KHÔNG gặp trong trường hợp nào sau đây?
 - A. Nhồi máu cơ tim
 - B. Thuyên tắc phổi
 - C. Viêm màng ngoài tim
 - D. Viêm sụn sườn
7. Bệnh nhân đau ngực có điểm đau khu trú trên thành ngực gợi ý nguyên nhân gì?
 - A. Bóc tách động mạch chủ

- B. Viêm phổi
C. Viêm sụn sườn
D. Viêm màng ngoài tim
8. Đặc điểm của đau ngực do hội chứng vành cấp, ngoại trừ?
- A. Đau sau xương ức
B. Đau nhiều
C. Khởi phát khi nghỉ
D. Giảm đau với nitrate
9. Đặc điểm của đau ngực do bóc tách động mạch chủ ngực là?
- A. Đau xé, lan sau lưng
B. Liên quan đến tư thế
C. Thường đau nhiều hơn khi nghỉ
D. Giảm đau với nitrate
10. Đặc điểm của đau ngực trong trào ngược dạ dày thực quản là?
- A. Liên quan gắng sức
B. Đau nóng rát
C. Giảm khi nghỉ
D. Giảm khi nằm ngửa
11. Trên bệnh nhân nghi ngờ nhồi máu cơ tim, cần đo ĐIỆN TÂM ĐỒ trong vòng bao lâu sau nhập viện?
- A. 10 phút
B. 20 phút
C. 30 phút
D. 40 phút
12. Cận lâm sàng nào sau đây có thể giúp loại trừ thuyên tắc phổi?
- A. Siêu âm tim
B. Điện tâm đồ
C. D-dimer
D. BNP
13. Bệnh nhân nam, 80 tuổi có tiền căn tăng huyết áp nhập viện vì đau ngực đột ngột sau xương ức, dữ dội, kiểu xé lan sau lưng. Khám thấy mạch nhẹ, huyết áp tụt. Chẩn đoán nguyên nhân đau ngực của bệnh nhân này là gì?
- A. Nhồi máu cơ tim
B. Bóc tách động mạch chủ ngực
C. Tràn khí màng phổi
D. Trào ngược dạ dày-thực quản

14. Bệnh nhân nữ, 24 tuổi nhập viện vì đau ngực sau xương ức kiệu nóng rát xảy ra sau khi ăn kèm ợ hơi, ợ chua. Khám thấy ấn đau vùng thượng vị. Chẩn đoán nguyên nhân đau ngực của bệnh nhân này là gì?

- A. Nhồi máu cơ tim
- B. Tràn khí màng phổi
- C. Trào ngược dạ dày-thực quản
- D. Viêm màng ngoài tim

15. Bệnh nhân nam, 50 tuổi có tiền căn ung thư gan nhập viện vì đột ngột đau nhiều ngực trái liên tục, đau tăng khi hít thở sâu kèm khó thở nhiều, ho ra máu lượng ít. Khám thực thể ghi nhận thở nhanh, co kéo, phổi không ran. Nguyên nhân đau ngực của bệnh nhân này là gì?

- A. Tràn khí màng phổi
- B. Nhồi máu cơ tim
- C. Viêm màng ngoài tim
- D. Thuyên tắc phổi

Đáp án: 1B, 2C, 3D, 4A, 5D, 6D, 7C, 8D, 9A, 10B, 11A, 12C, 13B, 14C, 15D.

TÌNH HUỐNG LÂM SÀNG THẢO LUẬN

❖ Tình huống 1

Bệnh nhân nam, 70 tuổi nhập viện vì đau ngực.

Bệnh sĩ: cách nhập viện 1 giờ, bệnh nhân đang ngồi ăn tối thì đột ngột thấy đau ngực sau xương ức dữ dội, liên tục, lan lên vai trái, không yếu tố tăng giảm đau, kèm vã mồ hôi, khó thở nhẹ liên tục nên nhập viện.

Tiền căn: tăng huyết áp và đái tháo đường 5 năm, điều trị không thường xuyên.

Khám: bệnh tinh, tiếp xúc tốt, nằm đầu ngang, mạch 90 lần/phút, huyết áp hai tay 160/100 mmHg, nhiệt độ 37°C, nhịp thở 18 lần/phút, SpO₂ 92% (khí trời). Tĩnh mạch cổ không nổi. Mõm tim ở khoang liên sườn 5 trên đường trung đòn trái; nhịp tim đều, tần số 90 lần/phút; T1, T2 rõ, không âm thổi và tiếng tim bất thường. Phổi không ran. Bụng mềm, không điểm đau, gan không to.

Câu hỏi:

1. Cần hỏi thêm gì trong phản bệnh sử và tiền căn để xác định nguyên nhân đau ngực của bệnh nhân này?
2. Nêu các nguyên nhân gây đau ngực có thể trên bệnh nhân này và giải thích lý do?

3. Đề nghị các cận lâm sàng cần thiết để chẩn đoán nguyên nhân đau ngực của bệnh nhân?

❖ **Tình huống 2**

Bệnh nhân nam, 33 tuổi nhập viện vì đau ngực.

Bệnh sử: cách nhập viện 12 giờ, bệnh nhân đang nằm ngủ thì cảm thấy đau liên tục vùng ngực trái, mức độ vừa, không lan, đau tăng khi ho, kèm ho đàm trắng, vướng ít máu, khó thở nhiều liên tục, cảm giác ớn lạnh. Tình trạng đau ngực và khó thở ngày càng nhiều nên nhập viện.

Tiền căn: ung thư đại tràng năm 31 tuổi, phát hiện di căn gan 1 năm sau đó, đã phẫu thuật và hóa trị. Hút thuốc lá 10 gói – năm.

Khám: bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt, mạch 110 lần/phút, huyết áp hai tay 90/60 mmHg, nhiệt độ 38°C, nhịp thở 24 lần/phút, thở co kéo, SpO₂ 88% (khí trời). Tĩnh mạch cổ không nổi, không phù. Mõm tim ở khoang liên sườn 5 trên đường trung đòn trái; nhịp tim đều, tần số 110 lần/phút; T1 rõ, T2 mạnh; không âm thổi. Phổi không ran. Bụng mềm, không điểm đau, gan không to.

Câu hỏi:

1. Nếu các nguyên nhân gây đau ngực có thể trên bệnh nhân này và giải thích lý do?
2. Đề nghị các cận lâm sàng cần thiết để chẩn đoán nguyên nhân đau ngực của bệnh nhân?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Châu Ngọc Hoa. *Triệu chứng học nội khoa*. Thành phố Hồ Chí Minh. Nhà xuất bản Y học, 2012.
2. Kasper, Dennis, et al. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 19th ed. New York: Blacklick: McGraw-Hill Professional Publishing, 2015.
3. Mann, Douglas L., et al. *Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine*. 10th ed. Philadelphia, PA: Elsevier/Saunders, 2015.
4. O'Connor, S. and Talley, N. *Clinical Examination: A Systematic Guide To Physical Diagnosis*. 7th ed. Chatswood: Elsevier, 2014.

BÀI 2. TIẾP CẬN BỆNH NHÂN HỒI HỘP

ThS.BS. Trần Đại Cường, TS.BS. Hoàng Văn Sỹ

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được các tính chất quan trọng cần khai thác của hồi hộp.
2. Trình bày được các dấu hiệu cần lưu ý khi thăm khám bệnh nhân hồi hộp.
3. Phân tích được các nguyên nhân gây hồi hộp.

NỘI DUNG BÀI GIẢNG

1. GIỚI THIỆU

Hồi hộp, đánh trống ngực là một cảm giác chủ quan của bệnh nhân, được mô tả như là cảm giác tim đập mạnh, nhanh hoặc không đều và gây cảm giác khó chịu ở tim. Hồi hộp được định nghĩa là khi bệnh nhân cảm nhận nhịp tim đập của chính mình. Bệnh nhân có thể mô tả cảm giác như rung động nhanh trong tim, tim đập liên hồi, đập mạnh hoặc cảm giác rung rinh ở vùng cổ ngực, cũng có khi làm cảm giác “hụt nhịp tim”. Cảm giác này có thể ngắt quãng hay liên tục, đều hay không đều. Hồi hộp, đánh trống ngực thường được ghi nhận khi bệnh nhân đang nghỉ ngơi yên lặng trong thời điểm đó các kích thích khác là tối thiểu.

Hồi hộp là một lý do khám bệnh thường gặp ở cả phòng khám chăm sóc sức khỏe ban đầu cũng như phòng khám tim mạch, chiếm đến 16% trường hợp bệnh nhân đến khám. Nguyên nhân của hồi hộp rất đa dạng, bao gồm bệnh lý ở tim (43%), tâm thần kinh (31%) và có đến khoảng 16% không rõ nguyên nhân. Mặc dù nhiều bệnh nhân hồi hộp là do rối loạn tâm thần kinh hoặc những tình trạng lành tính, cũng cần lưu ý những bệnh lý hoặc tình trạng rối loạn nhịp nguy hiểm có thể gây tử vong. Khám lâm sàng cần thận và đánh giá đầy đủ, đôi khi cần làm các xét nghiệm xâm lấn để đưa ra chẩn đoán chính xác là quan trọng. Nhiều bệnh nhân có các triệu chứng diễn ra không liên tục, do đó khai thác bệnh sử đóng vai trò quan trọng.

2. NGUYÊN NHÂN

Hồi hộp có thể do rối loạn nhịp tim, nhịp nhanh xoang. Hồi hộp cũng có thể liên quan đến một bệnh lý khác ngoài tim hay các rối loạn tâm thần kinh hoặc do cảm giác lo lắng ở bệnh nhân có nhịp xoang bình thường. Trên thực tế, thường cần phân biệt giữa các rối loạn nhịp tim như nhanh xoang hoặc ngoại tâm thu (ngoại tâm thu nhĩ hoặc ngoại tâm thu thất) với các rối loạn nhịp nghiêm trọng như nhịp nhanh kịch phát trên thất hay nhịp

nhanh thất. Nghiên cứu của Weber và Kapoor trên 190 bệnh nhân hồi hộp vào khoa cấp cứu/phòng khám hoặc nhập viện ghi nhận nguyên nhân do tim là 43,2% (68% là các rối loạn nhịp nghiêm trọng, 25% là ngoại tâm thu nhĩ hoặc thất) trong khi đó nguyên nhân tâm thần kinh chiếm 30,5%. Trong số các bệnh nhân ngoại trú (28% trường hợp), nguyên nhân hồi hộp do tâm thần kinh chiếm 45% trong khi do tim chỉ 21%. Một nghiên cứu khác trên 127 bệnh nhân ngoại trú có hồi hộp ghi nhận rối loạn nhịp tim chiếm 65%, tuy nhiên nếu bỏ các trường hợp nhanh xoang hoặc ngoại tâm thu thì tỉ lệ này chỉ còn 19%. Vì vậy, có thể thấy chỉ có một số trường hợp bệnh nhân hồi hộp có bệnh lý tim mạch nặng tiềm ẩn trong khi đa số là do các nguyên nhân tương đối lành tính.

Hồi hộp cũng có thể phản ánh các bệnh lý rối loạn tâm thần tiềm ẩn. Nhiều bệnh nhân ghi nhận có tình trạng rối loạn lo âu, trầm cảm, rối loạn dạng cơ thể, chiếm 45% trường hợp được chẩn định do Holter điện tâm đồ. Mặc dù rối loạn hoảng loạn là một tình huống gây hồi hộp thường gặp, nhưng vẫn cần lưu ý có sự chồng lấp đáng kể giữa đặc điểm lâm sàng của rối loạn hoảng loạn và rối loạn nhịp tim, chẩn đoán bệnh lý này không có nghĩa là bệnh nhân không bao giờ có tình trạng bệnh lý khác gây hồi hộp. Trong một nghiên cứu hồi cứu trên 107 bệnh nhân đã biết nhịp nhanh kịch phát trên thất, 67% trường hợp thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán theo Hướng dẫn chẩn đoán và thống kê các rối loạn tâm thần (DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) cho rối loạn hoảng loạn, tuy nhiên chỉ có 45% trường hợp được chẩn đoán đúng nhịp nhanh kịch phát trên thất trong lần thăm khám ban đầu, có đến 55% trường hợp không được phát hiện nhịp nhanh kịch phát trên thất trong khoảng thời gian trung bình là 3,3 năm, đặc biệt là ở các bệnh nhân nữ trẻ.

Bảng 1. Một số nguyên nhân gây hồi hộp, đánh trống ngực

Nhóm bệnh	Nguyên nhân
Tim	<p>Rối loạn nhịp</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rung nhĩ 8 – 10% - Cuồng nhĩ 6% - Suy nút xoang 1% - Các rối loạn nhịp trên thất khác 9 – 10% bao gồm: AVNRT (nhịp nhanh vào lại nút nhĩ thất), AVRT (nhịp nhanh vào lại nhĩ thất), nhanh nhĩ kịch phát, MAT (nhanh nhĩ đa ồ) - Nhanh thất 2% - Ngoại tâm thu nhĩ hoặc thất 11 – 31% <p>Khác: hở van 2 lá do sa 1,1%, hở van động mạch chủ 1,1%, u nhầy nhĩ 0,5%</p>
Tâm thần kinh	<p>Hội chứng rối loạn hoảng loạn/Cơn hoảng loạn (Panic disorder, panic attack) 27%</p> <p>Sợ khoảng trống (agoraphobia)</p> <p>Các rối loạn sợ khác</p> <p>Rối loạn lo âu</p>

	Rối loạn dạng cơ thể Trầm cảm
Nhanh xoang	Cường giáp 2,6% Hạ đường huyết Sốt Nhiễm trùng Giảm thể tích tuần hoàn Thiểu máu 1,1% Các chất kích thích 3,2% Thuốc 2,6% U tuy thượng thận Bệnh tế bào mast (mastocytosis) Vô căn
Nhip xoang bình thường	Nguyên nhân gây hồi hộp không rõ 16 – 33%

Bảng 2. Các nguyên nhân và đặc điểm hồi hộp, đánh trống ngực thường gặp

Nguyên nhân	Đặc điểm
Nhip nhanh kịch phát trên thất	Dấu hiệu gợi ý: khởi phát đột ngột, vã mồ hôi và cảm giác choáng váng dai dẳng. Xác định bởi điện tâm đồ 12 chuyển đạo hoặc Holter điện tâm đồ 24 giờ với hình ảnh nhịp tim nhanh > 140 lần/phút kèm phức bộ QRS bình thường, không có sóng P hoặc sóng P bất thường. Trường hợp khởi phát do gắng sức hoặc liên quan bệnh tim thiếu máu cục bộ có thể thấy trên điện tâm đồ gắng sức.
Blöc tim chu kì/Blöc nhĩ thất độ II hoặc độ III	Dấu hiệu gợi ý: khởi phát trong vài phút hoặc vài giờ, với nhịp tim đập mạnh, chậm, có thể có mất ý thức, tái xanh nếu có tình trạng giảm cung lượng tim đáng kể. Xác định bởi điện tâm đồ 12 chuyển đạo hoặc Holter điện tâm đồ 24 giờ. Hình ảnh là sóng P không dẫn kèm theo sóng P dẫn truyền bình thường hoặc kéo dài khoảng PR cố định hay tăng dần, phân ly P – R, tần số QRS thấp.
Nhip nhanh xoang (có thể do lo lắng, đau, sốt, dùng cà phê, giảm thể tích tuần hoàn, thuyên tắc phổi, tăng thông khí...)	Dấu hiệu gợi ý: triệu chứng hồi hộp khởi phát dần dần trong vài phút, mạch đều, tiền căn ghi nhận các yếu tố là nguyên nhân khởi phát. Xác định bằng điện tâm đồ 12 chuyển đạo và tình trạng này được cải thiện khi ngưng hoặc điều trị các yếu tố là nguyên nhân khởi phát.
Rung nhĩ	Dấu hiệu gợi ý: triệu chứng hồi hộp khởi phát trong vài giây, không đều, dấu hiệu mạch hụt, huyết áp thay đổi. Xác định bằng điện tâm đồ 12 chuyển đạo với hình ảnh phức bộ QRS không đều, không có sóng P và có hình ảnh sóng f lẩn tần, có khi cần phải do Holter điện tâm đồ 24 giờ.
Ngoại tâm thu thất (có thể đơn ô - thường lành tính)	Dấu hiệu gợi ý: hồi hộp, đánh trống ngực cảm giác như cò nhát bόp đèn sớm hoặc bị bỏ qua, xảy ra có thể một lần hoặc bao gồm các

hoặc đa ô - thường do có bệnh lý tim mạch trước đó)	đợt ngắn, kéo dài trong nhiều giờ hoặc nhiều ngày, có khi kèm với cảm giác lo lắng. Xác định bằng điện tâm đồ 12 chuyển đạo hoặc Holter điện tâm đồ 24 giờ với hình ảnh phức bộ QRS đến sớm và không có kèm theo sóng P phía trước.
Mãn kinh/Tiền mãn kinh	Dấu hiệu gợi ý: tình trạng đỗ mồ hôi, thay đổi cảm xúc, kinh nguyệt không đều hoặc hết kinh, tình trạng ngày càng xấu hơn kéo dài nhiều tuần hoặc nhiều tháng. Xác định bằng xét nghiệm giảm estrogen huyết thanh, tăng FSH/LH và đáp ứng với điều trị nội tiết tố thay thế.
Nhiễm độc giáp	Dấu hiệu gợi ý: cảm giác lo lắng, kích thích, nóng, đỗ mồ hôi, sụt cân, tiêu chảy, tăng phản xạ và các dấu hiệu khác của cường giáp, khởi phát có thể qua nhiều tuần, nhiều tháng. Có thể có hình ảnh nhịp nhanh xoang, rung nhĩ hoặc rối loạn nhịp thất trên điện tâm đồ 12 chuyển đạo. Xác định bằng xét nghiệm tăng FT4 và/hoặc FT3 kèm giảm TSH.
U tuy thượng thận (hiếm)	Dấu hiệu gợi ý: có những cơn đột ngột cảm thấy lo lắng, sợ hãi, nặng ngực, vã mồ hôi, đau đầu và tăng huyết áp. Xác định bằng xét nghiệm sớm catecholamines hoặc free metanephrine tăng trong máu và nước tiểu sau cơn.

3. LÂM SÀNG

Các thông tin lâm sàng là rất quan trọng, đặc biệt khai thác bệnh sử của bệnh nhân sẽ cung cấp cho bác sĩ rất nhiều thông tin có giá trị để chẩn đoán chính xác nguyên nhân. Vì vậy, trong thăm khám cần phải tạo cảm giác thoải mái, tin cậy, phải để bệnh nhân mô tả các triệu chứng với ngôn ngữ của họ trước khi dùng các câu hỏi đóng để xác nhận lại vẫn đề, tập trung vào việc phát hiện ra các trường hợp cần các xét nghiệm nhằm chẩn đoán các rối loạn nhịp nghiêm trọng cũng như việc phát hiện ra các rối loạn tâm thần kinh cũng có ích cho bệnh nhân, kể cả trường hợp không liên quan đến triệu chứng hồi hộp.

3.1. Triệu chứng báo động

Phần lớn các nghiên cứu về giá trị của bệnh sử trong phân biệt các rối loạn nhịp tim lành tính với các rối loạn nhịp nguy hiểm (ví dụ như rung nhĩ, nhanh thất) đều không cho thấy một tiêu chuẩn rõ ràng. Tuy nhiên, khi bệnh nhân có những dấu hiệu/ triệu chứng trên lâm sàng cho thấy rằng cần phải đánh giá sâu hơn vì nguy cơ rối loạn nhịp tim nguy hiểm. Những dấu hiệu/ triệu chứng bao gồm:

- **Hồi hộp kèm với ngắt/tiền ngắt:** ngắt (tình trạng mất ý thức đột ngột, thoáng qua, phục hồi hoàn toàn do giảm tưới máu não toàn bộ) hay tiền ngắt là các triệu chứng gợi ý nhịp nhanh thất hoặc nhanh trên thất gây ra giảm cung lượng tim hữu hiệu.

- **Tiền căn gia đình đột tử do tim hoặc bệnh lý rối loạn nhịp tim:** tình trạng này làm gia tăng khả năng rung thất vô căn phát sinh từ buồng tổng thất phải, hội chứng Brugada, hội chứng Wolff – Parkinson – White hoặc hội chứng QT dài.
- **Sử dụng các thuốc gây kéo dài khoảng QT,** ví dụ như methadone, các tác nhân chống rối loạn nhịp hoặc các thuốc chống loạn thần. QT dài mắc phải có thể dẫn đến các rối loạn nhịp thất nguy hiểm.
- **Tiền căn bản thân có bệnh tim,** bao gồm bệnh động mạch vành, bệnh tim bẩm sinh, bệnh van tim, bệnh cơ tim phì đại hoặc bệnh cơ tim dãn nở - đây là yếu tố tiên lượng các rối loạn nhịp tim nghiêm trọng. Trong khi đó, không có tiền căn bệnh lý tim mạch hoặc các triệu chứng bệnh lý tim như đau ngực, khó thở ít giúp chẩn đoán hơn bởi vì các trường hợp này thường gặp ở bệnh nhân rối loạn hoảng loạn.

3.2. Hồi bệnh sứ và tiền căn

Hồi bệnh sứ cần khai thác các thông tin về biểu hiện đặc trưng của hồi hộp, các cảm giác kết hợp, cơn khởi đầu hồi hộp khi bệnh nhân bao nhiêu tuổi.

Tuổi khi khởi phát không đưa ra được dự báo độc lập cho việc hồi hộp có phải do nguyên nhân tim mạch hay không, tuy nhiên tuổi có thể giúp thu hẹp chẩn đoán phân biệt của các loạn nhịp tim rõ ràng. Bệnh nhân đã có hồi hộp từ khi còn trẻ nhiều khả năng có nhịp nhanh trên thất, đặc biệt liên quan các đường dẫn truyền phụ, mặc dù nhịp nhanh vào lại nút nhĩ thất (AVNRT) cũng có thể gặp. Các rối loạn nhịp khác như nhanh nhĩ, rung nhĩ thường xuất hiện ở những bệnh nhân lớn tuổi hơn; trong khi đó, rối loạn nhịp thất nặng diễn hình xuất hiện nhiều hơn ở bệnh nhân lớn tuổi bị bệnh tim thực thể. Cần lưu ý, nhanh thất tự phát đôi khi xuất hiện ở bệnh nhân vị thành niên và có thể liên quan đến hội chứng QT dài bẩm sinh xuất hiện trước tuổi 20. Hồi hộp ở bệnh nhân nam trẻ hoặc trung niên sau gắng sức có thể liên quan nhịp nhanh trên thất, đặc biệt là rung nhĩ do tăng trương lực đối giao cảm.

Giới nữ có thể liên quan đến tỷ lệ cao bệnh nhân có nhịp nhanh trên thất liên quan vòng vào lại nút nhĩ thất (AVNRT).

Khai thác chi tiết về biểu hiện của hồi hộp:

Hồi hộp được mô tả bằng nhiều cách nhưng có một số cảm giác đặc biệt có thể giúp ích cho chẩn đoán, cần lưu ý về tần số tim, nhịp tim đều hay không đều, nhịp nhanh hay chậm. Nhịp tim nhanh đều gợi ý cơn nhịp nhanh trên thất hoặc nhanh thất trong khi đó nhịp tim nhanh không đều gợi ý rung nhĩ, cuồng nhĩ hoặc nhịp nhanh kèm блок thay đổi. Nhịp tim chậm có thể liên quan đến блок tim.

Tiếng llop bôp ở trong lồng ngực, cảm giác tim ngừng đập, sau đó đập trở lại tạo tiếng thình thịch hoặc cảm giác llop bôp thường liên quan đến các ngoại tâm thu thất

hoặc trên thất. Cảm giác tim ngừng đập là do khoảng nghỉ bù sau ngoại tâm thu, còn cảm giác thình thịch, lopolitan là do co bóp mạnh, tăng co bóp sau khoảng nghỉ.

Sự rung động mạnh trong lồng ngực thường do loạn nhịp thất và trên thất dai dẳng.

Tiếng thình thịch ở cổ gây ra do sự phân ly nhĩ thất, có sự co bóp độc lập của nhĩ và thất, co bóp nhĩ đôi khi chống lại van hai lá, van ba lá đã đóng, tạo các sóng cannon A – tăng lên một cách luân phiên trong sóng A trên xung tĩnh mạch cổ, có thể gặp trong ngoại tâm thu thất, block nhĩ thất hoàn toàn hoặc nhanh thất. Xung động mạch ở vùng cổ cổ nhanh và đều là do các sóng A đều và dễ thấy, có thể nhận thấy như sự phình lên ở cổ, đôi khi còn gọi là dấu hiệu con ếch “frog sign”. Cảm giác thình thịch nhanh và đều ở cổ là điển hình nhất của nhịp nhanh vào lại trên thất, đặc biệt là AVNRT hoặc AVRT do hội chứng kích thích sớm.

Hồi hộp xuất hiện ngẫu nhiên và từng hồi hoặc ngắn, thoáng qua thường do ngoại tâm thu, trong khi khởi phát từ từ có thể gặp trong nhịp nhanh xoang. Hồi hộp khởi phát và kết thúc đột ngột có thể do nhịp nhanh trên thất hoặc nhanh thất, một số bệnh nhân có thể biết cách cắt cơn hồi hộp bằng cách xoa xoang cảnh hoặc các thủ thuật cường phế vị khác như: ấn nhẫn cầu, thủ thuật Valsalva – gợi ý nhịp nhanh kịch phát trên thất.

Hồi hộp liên quan tư thế: các bệnh nhân AVNRT có thể có loạn nhịp tim khi đứng lên thẳng, kết thúc khi nằm xuống.

Lưu ý các triệu chứng đi kèm như ngất/tiền ngất, đau ngực, khó thở, hụt hơi, triệu chứng đột quy, các triệu chứng đối giao cảm như: vã mồ hôi, đa niệu...

Hồi chi tiết về vấn đề điều trị, các thuốc đang dùng, lưu ý:

- Các thuốc/chất kích thích bao gồm: cocaine, methamphetamines, cà phê, rượu bia, thuốc lá, các thuốc kích thích beta giao cảm, theophylline.
- Các thuốc có thể làm QT dài hoặc gây rối loạn nhịp tim, ví dụ như thuốc chống rối loạn nhịp, methadone, thuốc chống loạn thần (phenothiazines, risperidone), kháng sinh (clarithromycin, erythromycin, sparfloxacin), thuốc chống nôn (droperidol, domperidone), thuốc ức chế protease, lợi tiểu (gây rối loạn điện giải).

Đánh giá và khai thác tiền căn về các rối loạn tâm thần kinh, bao gồm: rối loạn lo âu, trầm cảm, rối loạn lưỡng cực, hội chứng sang chấn sau chấn thương (PTSD), rối loạn hoảng loạn, rối loạn dạng cơ thể.

3.3. Thăm khám

Bệnh nhân đến bệnh viện khi đã qua cơn hồi hộp, thăm khám trong cơn thường ít khi thực hiện được. Tuy nhiên, khám thực thể có thể giúp xác định một số vấn đề bao gồm các bệnh lý tim mạch tiềm ẩn hoặc các bệnh lý khác có thể gây hồi hộp, ví dụ như: cường giáp, thiếu máu...

Lấy sinh hiệu bao gồm: nhiệt độ, mạch, huyết áp, nhịp thở có thể cung cấp một số thông tin hữu ích, sốt có thể gây tăng nhịp tim, tăng huyết áp có thể do dùng chất kích thích, hoặc các nguyên nhân thứ phát như: cường giáp, u tuy thượng thận...

Bệnh nhân có thể nghe âm thổi ở mõm kết hợp với tiếng clắc giữa tâm thu gọi ý hở van hai lá do sa lá van – một nguyên nhân do tim gây hồi hộp, trong khi đó âm thổi toàn tâm thu dọc bờ trái xương ức, tăng lên khi thực hiện nghiệm pháp Valsalva có thể gợi ý bệnh cơ tim phì đại tắc nghẽn. Trong khi đó, nếu khám lâm sàng có được các dấu hiệu của suy tim, dần thất trái, các yếu tố nguy cơ bệnh mạch vành có thể giúp chẩn đoán bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ hay bệnh cơ tim dần nở, làm tăng khả năng rối loạn nhịp nhất hoặc các rối loạn nhịp trên thất như rung nhĩ. Bệnh nhân có biểu hiện nhịp tim nhanh, không đều, mạch hụt có thể gợi ý rung nhĩ.

Thăm khám không chỉ giúp ích trong đánh giá bệnh lý tim mạch mà còn giúp loại trừ hay hướng chẩn đoán các nguyên nhân ngoài tim gây hồi hộp, ví dụ như: cường giáp, bệnh lý tiêu hóa, tâm thần kinh..., giúp phân biệt hồi hộp với các triệu chứng khác ở ngực như: ợ chua, cảm giác nóng rát sau xương ức, đau ngực...

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng và nguyên nhân hồi hộp

Đặc điểm lâm sàng	Nguyên nhân
Nam giới	Nguyên nhân do tim
Nữ giới	Cơn nhịp nhanh kịch phát trên thất vào lại tại nút nhĩ thất
Người trẻ	Rối loạn hoảng loạn Rối loạn nhịp tim do lối tắt
Người lớn tuổi	Rối loạn nhịp tim do bệnh tim cấu trúc, ví dụ rung nhĩ, nhanh thất
Nhịp nhanh	Rối loạn nhịp tim
Tiền căn rối loạn hoảng loạn, lo âu	Nhip nhanh xoang hoặc nhịp xoang bình thường
Nhịp không đều	Rối loạn nhịp tim
Tiền căn bệnh tim, bao gồm tăng huyết áp	Rối loạn nhịp tim
Cơn kéo dài > 5 phút	Rối loạn nhịp tim
Cảm giác thịnh thịch ở cổ, dấu hiệu con éch (frog sign)	Cơn nhịp nhanh kịch phát trên thất vào lại tại nút nhĩ thất
Triệu chứng đổi giao cảm (vã mồ hôi, lâng lâng đầu, buồn nôn)	Rối loạn nhịp tim
Khởi phát liên quan đến tình trạng tăng catecholamine (gắng sức, sợ hãi)	Rung nhĩ
Sử dụng chất kích thích	Nhip nhanh xoang
Dùng các thuốc gây QT dài	Xoắn đinh, nhanh thất

Bảng 4. Giá trị của các dữ liệu lâm sàng hồi hộp do rối loạn nhịp tim

Đặc điểm	LR+
Nhịp nhanh đều, thịnh thích ở cổ	177 (AVNRT)
Hồi hộp liên quan giấc ngủ	2,29
Hồi hộp khi làm việc	2,17
Tiền căn bệnh tim	2,03
Nam giới	1,73
Mô tả nhịp đều	1,66
Mô tả nhịp không đều	1,65
Cơn < 5 phút	0,38
Tiền căn rối loạn hoảng loạn	0,26

LR+: tỉ số dương tính khả dĩ (tức là tỉ số của tỉ lệ dương tính thật và tỉ lệ dương tính giả)

4. CẬN LÂM SÀNG

4.1. Điện tâm đồ 12 chuyển động: là phương pháp thăm dò cơ bản ban đầu giúp phát hiện một số bệnh lý tim như thiếu máu cục bộ cơ tim, phì đại thất trái có thể gợi ý nguyên nhân như: tăng huyết áp, bệnh cơ tim phì đại... Vai trò quan trọng của điện tâm đồ 12 chuyển động là có thể đánh giá cũng như phát hiện một số rối loạn nhịp tim hoặc các yếu tố nguy cơ đi kèm như: hội chứng kích thích sớm Wolff-Parkinson-White, hội chứng QT dài, Brugada, блок nhĩ thất, ngoại tâm thu thất, rung nhĩ, nhịp nhanh trên thất hoặc nhanh thất...

4.2. Holter điện tâm đồ 24 giờ: theo dõi điện tâm đồ liên tục kéo dài có thể giúp chẩn đoán các rối loạn nhịp tim tái phát không giải thích được hoặc các trường hợp bệnh sử gợi ý nguyên nhân hồi hộp là do rối loạn nhịp tim nhưng không phát hiện được ở điện tâm đồ 12 chuyển động. Tuy nhiên, cần lưu ý đôi khi thời gian theo dõi 24 giờ là không đủ để phát hiện các rối loạn nhịp tim này mà cần thời gian lâu hơn, có thể 48 giờ hoặc 1 – 2 tuần.

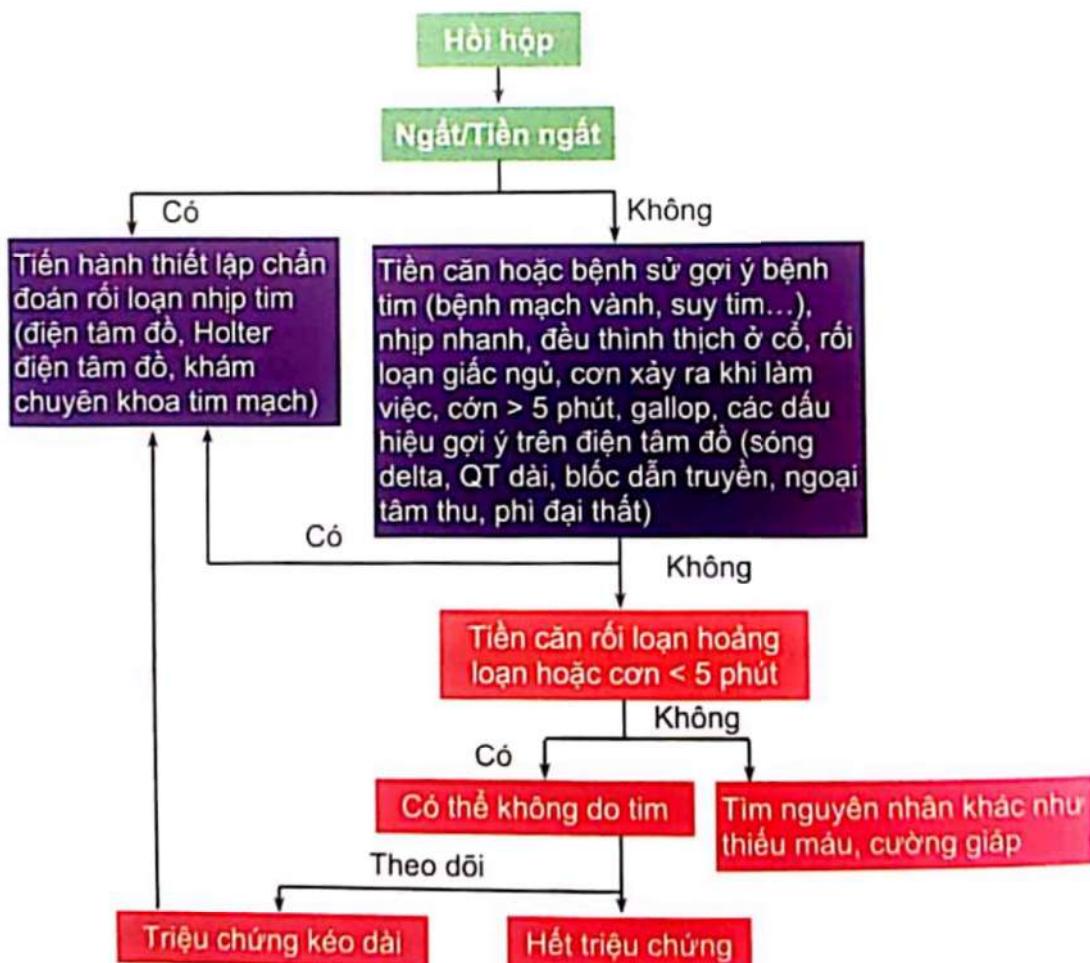
4.3. Siêu âm tim: là một công cụ khá hữu ích trong việc đánh giá một số bệnh lý tim cấu trúc như: suy tim, bệnh cơ tim dân nở, bệnh cơ tim phì đại, sa van hai lá...

4.4. Xét nghiệm máu: công thức máu đánh giá thiếu máu, chức năng tuyến giáp, điện giải đồ là các xét nghiệm cơ bản có thể làm để giúp đánh giá một số nguyên nhân gây hồi hộp thường gặp, trong khi hiện vẫn chưa có khuyến cáo về việc thực hiện các xét nghiệm khác một cách thường quy ở bệnh nhân hồi hộp, trừ các trường hợp trong các bệnh cảnh lâm sàng cụ thể.

4.5. Thăm dò điện sinh lý: là một biện pháp xâm lấn, có thể giúp chẩn đoán cũng như điều trị các bất thường về nhịp tim, giúp phân tích chi tiết về cơ chế tiềm ẩn của các rối loạn nhịp tim cũng như vị trí chính xác phát sinh loạn nhịp.

5. TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN

Bệnh nhân hồi hộp nên được đánh giá cẩn thận bằng khai thác bệnh sử - tiền cẩn, khám thực thể và thực hiện điện tâm đồ 12 chuyên đạo và một số xét nghiệm nhất định tùy theo bệnh cảnh lâm sàng cụ thể, cần lưu ý các triệu chứng báo động như đã đề cập. Nếu không có bằng chứng bệnh tim và hồi hộp là tạm thời, có khả năng dung nạp tốt, việc theo dõi liên tục hoặc kiểm tra lại được khuyến cáo, thường theo dõi khoảng hai tuần. Nếu có bằng chứng gợi ý bệnh tim và hồi hộp chỉ tạm thời, việc theo dõi Holter điện tâm đồ được khuyến cáo. Trong khi nếu hồi hộp dai dẳng hoặc bệnh nhân không dung nạp được, ngoài việc theo dõi Holter điện tâm đồ cần xem xét khả năng thăm dò điện sinh lý để đánh giá, bắt kể có hoặc không có bệnh tim.



Hình 1. Lưu đồ tiếp cận chẩn đoán

6. KẾT LUẬN

Hồi hộp là một triệu chứng chủ quan của bệnh nhân, phần lớn là lành tính. Tuy nhiên, việc tiếp cận chẩn đoán hồi hộp cần cẩn thận và đầy đủ để tránh bỏ sót các bệnh lý nguy hiểm. Không có dấu hiệu đơn độc nào trong bệnh sử có thể giúp phân biệt nguyên nhân hồi hộp là do rối loạn nhịp tim hay không.

Hồi hộp không phải chỉ do rối loạn nhịp tim. Phần lớn rối loạn nhịp tim không có triệu chứng và không có mối liên quan giữa triệu chứng được ghi nhận khi theo dõi điện tâm đồ với rối loạn nhịp tim. Việc chẩn đoán rối loạn tâm thần kinh có thể làm bỏ sót chẩn đoán hồi hộp do rối loạn nhịp tim.

Hồi hộp kèm ngất là một dấu hiệu nguy hiểm cần được đánh giá đầy đủ để đánh giá rối loạn nhịp tim nghiêm trọng.

CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Triệu chứng báo động của hồi hộp là gì?
 - A. Ngất
 - B. Sụt cân
 - C. Tiễn cǎn gia đinh tăng huyết áp
 - D. Rối loạn lo âu
2. Hồi hộp ở bệnh nhân trẻ tuổi thường do nguyên nhân nào?
 - A. Nhịp nhanh trên thất
 - B. Rối loạn hoảng loạn
 - C. Nhịp nhanh xoang
 - D. Cả A, B, C
3. Thuốc có thể gây QT dài là?
 - A. Risperidone
 - B. Domperidone
 - C. Clarithromycin
 - D. Cả A, B, C
4. Nghiệm pháp có thể giúp cắt cơn hồi hộp do nhịp nhanh trên thất là?
 - A. Xoa xoang cảnh
 - B. Ăn nhān cầu
 - C. Thủ thuật Valsalva
 - D. Cả A, B, C

5. Tiếng thỉnh thích ở cổ, dấu hiệu con ếch “frog sign” diễn hình cho hồi hộp do nguyên nhân gì?

- A. AVNRT
- B. Nhanh xoang
- C. Nhanh thất
- D. Cả A, B, C

Tình huống cho câu 6, 7, 8

Bệnh nhân nữ, 45 tuổi nhập viện vì cảm giác hồi hộp. Bệnh nhân khai một tháng nay cảm thấy mệt mỏi, hồi hộp, đánh trống ngực. Khám ghi nhận bệnh nhân cân nặng 40 kg, cao 150 cm, huyết áp 170/100 mmHg, mạch 120 lần/phút, tim T1, T2 rõ, nhịp đều, nhanh, tần số 120 lần/phút, không âm thổi, phổi không ran, bụng mềm. Người nhà cho biết bệnh nhân sụt cân nhiều trong vòng một tháng nay, từ 45 kg còn 40 kg, luôn than cảm giác nóng trong người.

6. Điện tâm đồ như hình bên dưới. Kết luận gì về điện tâm đồ này?



- A. Nhịp nhanh xoang
- B. Nhịp nhanh nhĩ
- C. Rung nhĩ
- D. Nhịp nhanh trên thất

7. Bệnh nhân này hồi hộp do nguyên nhân nào được nghĩ đến nhiều nhất?

- A. Tiễn mãn kinh
- B. Cường giáp
- C. Ngoại tâm thu thất
- D. Rối loạn lo âu

8. Cần làm thêm xét nghiệm nào để chẩn đoán bệnh lý trên?

- A. Holter điện tâm đồ
- B. FT4, TSH
- C. Estrogen huyết thanh, FSH/LH
- D. Catecholamine

9. Bệnh nhân nam, 60 tuổi, đến khám vì cảm giác hồi hộp đánh trống ngực trong hai tháng nay. Bệnh nhân có ghi nhận ngất hai lần. Bệnh nhân được khám lâm sàng và đo điện tâm đồ ghi nhận nhịp chậm xoang 55 lần/phút. Xét nghiệm gì cần phải làm tiếp theo ở bệnh nhân này là gì?

- A. FT4, TSH
- B. X quang ngực thẳng
- C. Holter điện tâm đồ
- D. Siêu âm tim

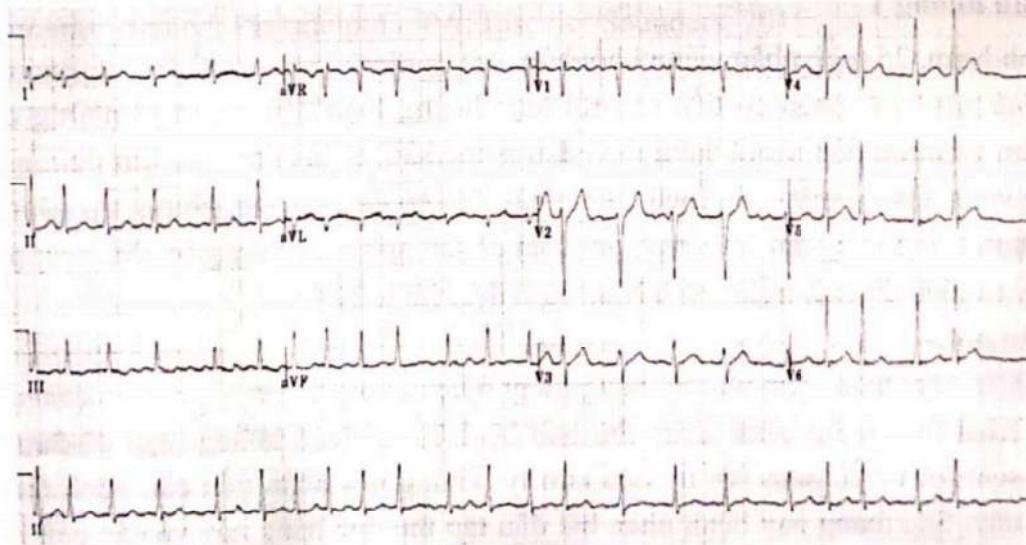
10. Nguyên nhân hồi hộp do tim chiếm khoảng bao nhiêu phần trăm?

- A. 20%
- B. 30%
- C. 40%
- D. 70%

11. Nguyên nhân hồi hộp do rối loạn tâm thần kinh chiếm khoảng bao nhiêu phần trăm?

- A. 10%
- B. 20%
- C. 30%
- D. 40%

12. Bệnh nhân nữ, 65 tuổi, đến khám vì hồi hộp đánh trống ngực. Bệnh nhân sau đó được đo điện tâm đồ. Kết quả điện tâm đồ này là?



- A. Nhịp nhanh nhĩ
- B. Nhịp nhanh xoang
- C. Rung nhĩ
- D. Nhanh thất

13. Hồi hộp tư thế thường do nguyên nhân nào sau đây?

- A. Nhịp nhanh xoang
- B. Nhịp nhanh nhĩ
- C. AVNRT
- D. Nhanh thất

14. Nhịp nhanh không đều gây hồi hộp là rối loạn nhịp tim nào sau đây?

- A. Rung nhĩ
- B. Nhanh nhĩ đa ồ
- C. Nhịp nhanh kèm блок thay đổi
- D. Cả A, B, C

15. Nhịp nhanh xoang có thể do nguyên nhân nào sau đây?

- A. Sốt
- B. Thiếu máu
- C. Giảm thể tích tuần hoàn
- D. Cả A, B, C

Đáp án: 1A, 2D, 3D, 4D, 5A, 6A, 7B, 8B, 9C, 10C, 11C, 12C, 13C, 14D, 15D.

TÌNH HUỐNG LÂM SÀNG THẢO LUẬN

❖ Tình huống 1

Anh Nam, 25 tuổi, nhập viện vì hồi hộp.

Bệnh sử: bệnh nhân có tiền căn rối loạn hoảng loạn đến khám vì những cơn hồi hộp, cảm giác tim đập nhanh kèm theo đau ngực, sau đó là cảm giác tim ngừng đập và choáng váng, chóng mặt. Các triệu chứng này đã kéo dài 6 tháng, nhưng trở nên thường xuyên hơn trong vòng hai tuần nay, đặc biệt có lần anh cảm thấy gần như ngất đi trong cơn xảy ra cách đây vài ngày. Anh Nam cảm thấy rất lo lắng.

Câu hỏi:

1. Cần khai thác thêm những thông tin gì ở bệnh nhân này?
2. Khai thác thêm bệnh nhân cho biết bệnh lý rối loạn hoảng loạn đã được kiểm soát tốt nhiều năm với trị liệu tâm lý, không ghi nhận tiền căn bệnh tim trước đây. Sáu tháng nay bệnh nhân bắt đầu tập thể dục hàng ngày và các cơn hồi hộp xảy ra thường liên quan khi tập luyện, anh Nam cảm thấy nhịp tim nhanh đều và sau đó là cảm giác gần như ngất đi, mắt tối sầm lại sau khi vận động buổi sáng làm cho anh ta phải ngừng lại và ngồi xuống sau đó ngất đi và tỉnh lại sau một

lúc lâu. Chẩn đoán nào nghĩ đến nhiều nhất ở bệnh nhân này và cần thăm khám, xét nghiệm thêm những gì trong trường hợp này?

❖ Tình huống 2

Cô Hồng, 67 tuổi đến khám vì cảm giác hồi hộp, tim đập nhanh, không đều.

Bệnh sử: triệu chứng hồi hộp diễn ra khá thường xuyên và không ghi nhận liên quan đến gắng sức hay các hoạt động gì đặc biệt. Cô Hồng cũng cho biết có tình trạng khó thở kéo dài 6 tháng, khó thở khi gắng sức và tiền căn rối loạn lo âu đang điều trị. Ngoài ra, cô còn cho biết hai tuần trước cô được bác sĩ cho sử dụng thuốc lợi tiểu Furosemide 40 mg 1 viên x 2/ngày để điều trị tình trạng phù chân kéo dài 3 – 4 tháng trước và cô thấy tình trạng khó thở cũng cải thiện đáng kể.

Câu hỏi:

1. Cần khai thác thêm những thông tin gì ở bệnh nhân này? Thăm khám lâm sàng sẽ cần chú ý những điểm nào?
2. Nguyên nhân gây hồi hộp trên bệnh nhân này nghĩ nhiều là do đâu? Giải thích ngắn gọn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mann, Douglas L., et al. *Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine*. 10th ed. Philadelphia, PA: Elsevier/Saunders, 2015.
2. Fitzpatrick AS, Riley M. Oxford Handbook of Clinical Diagnosis. *Ulster Med J*. 2007;76(1):63.
3. Jameson, J. Larry. *Harrison's Manual of Medicine*. 20th ed. New York: McGraw-Hill Education, 2020.
4. Hurst, John Willis, Valentin Fuster, Richard A. Walsh, and Robert A Harrington. *Hurst's the Heart*. 13th ed. New York: McGraw-Hill Medical, 2011.
5. Henderson, Mark C. (Physician), Lawrence M. Tierney, Jr, and Gerald W Smetana. *The Patient History: An Evidence-based Approach to Differential Diagnosis*. 2nd ed. New York; London: McGraw-Hill Medical, 2012.

BÀI 3. TIẾP CẬN BỆNH NHÂN KHÓ THỞ

BSCKI. Trần Cao Cường, ThS.BS. Dương Minh Ngọc, PGS.TS.BS. Trần Kim Trang

MỤC TIÊU

1. Giải thích cơ chế gây khó thở.
2. Liệt kê các nguyên nhân gây khó thở cấp.
3. Trình bày sơ đồ tiếp cận khó thở.
4. Nhận biết các dấu hiệu nguy hiểm ở bệnh nhân khó thở.
5. Đề nghị các cận lâm sàng chẩn đoán nguyên nhân khó thở.

NỘI DUNG BÀI GIẢNG

1. ĐỊNH NGHĨA KHÓ THỞ

Theo Hiệp hội Lồng ngực Hoa Kỳ, khó thở là cảm giác chủ quan của bệnh nhân biểu hiện sự không thoải mái trong quá trình hít thở với nhiều mức độ khác nhau. Cảm giác này bắt nguồn từ các tương tác của nhiều yếu tố như: sinh lý, tâm lý, xã hội, môi trường và có thể gây ra các đáp ứng thứ phát về mặt sinh lý và hành vi.

Khó thở có thể diễn tiến cấp tính từ vài giờ đến vài ngày, bán cấp từ vài ngày đến vài tuần hay mạn tính khi kéo dài trên 4 đến 8 tuần hay kéo dài hơn nữa.

2. CƠ CHẾ KHÓ THỞ

Phần lớn các bệnh nhân khó thở có thể được phân vào một trong hai nhóm lớn: do hô hấp hoặc do tim mạch. Khó thở do hô hấp bao gồm những rối loạn liên quan đến trung tâm điều hòa hô hấp, bơm hô hấp và bộ phận trao đổi khí. Trong khi đó, khó thở do tim mạch lại bao gồm các bệnh lý của tim (ví dụ như thiếu máu cục bộ cơ tim cấp tính, rối loạn chức năng tâm thu, bệnh van tim, bệnh màng ngoài tim), thiếu máu hoặc tình trạng suy mòn thể lực. Có thể có nhiều cơ chế cùng tác động gây khó thở trên cùng một bệnh nhân.

2.1. Hệ hô hấp

Hệ hô hấp có vai trò vận chuyển khí từ môi trường vào phế nang, nơi mà CO₂ được khuếch tán thụ động qua màng phế nang-mao mạch. Sau đó, CO₂ được vận chuyển ra ngoài môi trường. Bất kỳ rối loạn liên quan đến quá trình này cũng có thể gây ra khó thở.

2.1.1. Trung tâm hô hấp

Trung tâm hô hấp xác định tần số và độ sâu của nhịp thở thông qua các tín hiệu ly tâm gửi đến các trung tâm hô hấp. Các yếu tố gây kích thích trung tâm hô hấp ở thân não sẽ làm tăng thông khí và gây khó thở. Khó thở liên quan đến trung tâm hô hấp thường được mô tả với cảm giác “đói không khí” hoặc “thôi thúc phải thở”.

2.1.2. Bơm hô hấp

Bơm hô hấp bao gồm các cơ hô hấp, dây thần kinh ngoại biên truyền xung động từ trung tâm hô hấp đến cơ hô hấp, các xương thành ngực, màng phổi, hệ thống đường dẫn khí đến phế nang. Các tổn thương của bơm hô hấp gây khó thở được mô tả bằng cảm giác “tăng gắng sức để thở”.

Bệnh lý thần kinh cơ (ví dụ bệnh nhược cơ, hội chứng Guillain- Barré) đưa đến tình trạng cần phải gắng sức gần như tối đa để hít vào nhằm tạo đủ áp suất âm trong lồng ngực. Bệnh nhân bị giảm sức đàn hồi của lồng ngực (bệnh gù vẹo cột sống) hay của phổi (bệnh xơ hóa mô kẽ) cần phải gắng sức hơn bình thường để đưa khí vào trong phổi đến phế nang.

2.1.3. Bộ phận trao đổi khí

Bộ phận trao đổi khí bao gồm các phế nang và mao mạch phổi, dùng để khuếch tán CO₂ và O₂. Khó thở xuất hiện khi có tổn thương màng phế nang-mao mạch hoặc xâm nhập dịch, các chất của quá trình viêm vào giữa phế nang và mao mạch phổi. Các bệnh gây tổn thương bộ phận trao đổi khí thường gây giảm oxy máu hoặc tăng thán khí mạn tính trong những trường hợp nặng. Tổn thương bộ phận trao đổi khí thường kích thích trung tâm hô hấp, đưa đến cảm giác “đói không khí” hoặc “thôi thúc phải thở”.

2.2. Hệ tim mạch

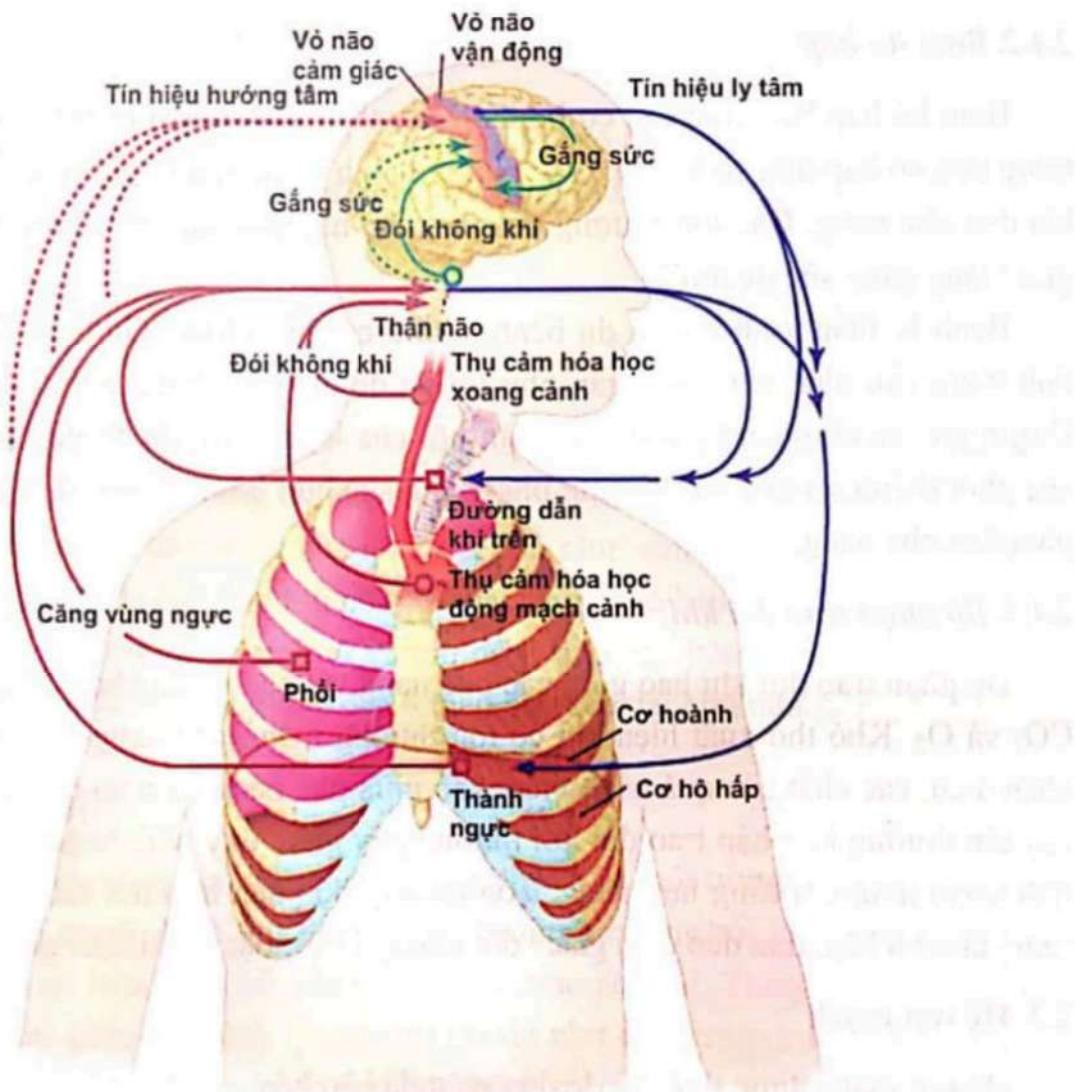
Hệ tim mạch được thiết kế để đưa máu đã bão hòa oxy từ phổi đến các mô và nhận CO₂ từ mô về lại phổi để thải ra ngoài. Do đó, hệ tim mạch bao gồm tim để bơm máu, hồng cầu để vận chuyển oxy.

2.2.1. Suy tim

Suy tim là một hội chứng lâm sàng do các bệnh lý về cấu trúc hoặc chức năng của tim làm tổn hại đến khả năng đốt cháy và tổng máu của thất.

2.2.2. Thiếu máu

Thiếu máu nặng có thể ảnh hưởng đến việc vận chuyển oxy do oxy được vận chuyển bằng cách gắn kết với hemoglobin. Thiếu máu cũng làm tăng cung lượng tim. Tuy nhiên, cơ chế thiếu máu gây khó thở vẫn chưa rõ.



Hình 1. Cơ chế điều hòa hô hấp

2.2.3. Suy mòn thể lực (deconditioning)

Lối sống tĩnh tại ít vận động dẫn đến giảm khả năng gắng sức và dẫn đến cảm giác khó thở ngay cả khi làm những việc thông thường. Điều này thường xảy ra ở bệnh nhân có bệnh tim và bệnh phổi mạn tính, bệnh nhân thường chấp nhận lối sống tĩnh tại để tránh khó thở. Tuy nhiên, hậu quả của tình trạng kéo dài hàng tháng không vận động gắng sức là tình trạng suy mòn thể lực và hậu quả cuối cùng là khả năng gắng sức tim mạch của bệnh nhân tệ hơn rất nhiều so với thực tế mà các bệnh lý nền mang lại. Khó thở do tình trạng suy mòn thể lực được mô tả bằng cảm giác "thở nặng nè", "cần hít thở thêm".

Bảng 1. Mối tương quan giữa mô tả khó thở, lâm sàng và cơ chế gây khó thở

Mô tả	Bệnh cảnh lâm sàng	Sinh lý bệnh
Căng ngực hoặc co thắt	Hen, suy tim sung huyết	Co thắt phế quản, phù mô kẽ
Tăng công thở, tăng gắng sức để hít thở	Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen, bệnh thần kinh cơ, giới hạn lồng ngực	Tắc nghẽn đường thở, bệnh lý thần kinh – cơ
"Đói không khí", cần phải hít thở, thôi thúc phải hít thở	Suy tim sung huyết, thuyên tắc phổi, hen, bệnh xơ phổi	Tăng xung động hô hấp
Không có khả năng hít thở sâu, không hài lòng khi hít thở	Hen hoặc COPD từ trung bình đến nặng, bệnh xơ phổi, các bệnh lý lồng ngực	Lồng ngực căng phồng, giới hạn thể tích khí lưu thông
Thở nặng nề, thở nhanh, cần hít thở thêm	Tình trạng ít vận động ở người khỏe mạnh, bệnh nhân có bệnh tim phổi đi kèm	Suy mòn thể lực

3. NGUYÊN NHÂN KHÓ THỞ

3.1. Các nguyên nhân gây khó thở cấp

Khó thở cấp diễn tiến trong vòng vài giờ đến vài ngày, có thể do các nguyên nhân sau:

Bảng 2. Các nguyên nhân gây khó thở cấp

Nguyên nhân tim mạch
Hội chứng vành cấp
Suy tim
Chèn ép tim cấp
Nguyên nhân hô hấp
Co thắt phế quản: hen, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính
Thuyên tắc phổi
Tràn khí màng phổi
Nhiễm trùng hô hấp: viêm phế quản, viêm phổi
Tắc nghẽn đường dẫn khí trên: dị vật đường thở, phản ứng phản vệ.

3.1.1. Hội chứng vành cấp

Ở bệnh nhân lớn tuổi, hội chứng vành cấp đôi khi được biểu hiện bởi triệu chứng duy nhất là khó thở và bác sĩ thường bỏ sót hội chứng vành cấp khi bệnh nhân biểu hiện khó thở hơn là đau ngực. Để chẩn đoán hội chứng vành cấp cần đo điện tâm đồ nhiều lần và xét nghiệm men tim (CK-MB, troponin) nhiều lần cho đến khi chẩn đoán xác định hoặc loại trừ. Hội chứng vành cấp gồm ba thể bệnh: nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên, nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên, đau thắt ngực không ổn định. Trong đó, nhồi máu cơ tim cấp làm tăng men tim có tính chất động học.

3.1.2. Suy tim

Suy tim là một trong những nguyên nhân thường gặp ở bệnh nhân trên 65 tuổi kèm khó thở. Suy tim có triệu chứng thường do tình trạng quá tải thể tích tuần hoàn. Thiếu máu cục bộ cơ tim và rối loạn nhịp là hai yếu tố thúc đẩy thường gặp làm suy tim trở nên mất bù. Triệu chứng khó thở trong suy tim đi từ mức độ nhẹ là khó thở khi gắng sức đến mức độ nặng nhất là phù phổi cấp. Các triệu chứng thường gặp trong suy tim bao gồm: nhịp tim nhanh, ran ở phổi, tĩnh mạch cảnh nổi, tiếng ngựa phi T3, phù ngoại biên. Chẩn đoán suy tim bên cạnh lâm sàng cần đánh giá thêm các dấu ấn sinh học trong suy tim như BNP, NT-proBNP và các cận lâm sàng hình ảnh như: điện tâm đồ, chụp X quang ngực thẳng, siêu âm tim qua thành ngực.

3.1.3. Chèn ép tim cấp

Khi có chấn thương, bệnh lý ác tính, hội chứng urê huyết cao, nhiễm trùng, chèn ép tim cấp nên được nghĩ đến khi bệnh nhân có khó thở. Dấu hiệu điển hình của chèn ép tim cấp bao gồm: tụt huyết áp, tĩnh mạch cảnh nổi, tiếng tim mờ, tuy nhiên đôi khi không có các dấu hiệu này. Điện tâm đồ cho thấy nhịp nhanh xoang với điện thế thấp và gấp hơn là hiện tượng so le điện thế. X quang ngực thẳng cho thấy hình ảnh bóng tim to. Siêu âm tim có thể thấy bề dày lớp dịch màng ngoài tim, hiện tượng đe sụp thành thất phải trong thi tâm trương.

3.1.4. Hen

Đợt kịch phát của hen thường biểu hiện bởi khó thở và khò khè. Dấu hiệu của cơn hen nặng bao gồm: co kéo cơ hô hấp phụ, nói ngắn quãng, vã mồ hôi nhiều, tri giác kích thích, kém đáp ứng với điều trị tích cực. Mệt mỏi nhiều, xanh tím và lơ mơ là các dấu hiệu báo động ngưng thở.

3.1.5. Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD: Chronic Obstructive Pulmonary Disease)

Đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính biểu hiện bằng khó thở, thường xảy ra sau nhiễm siêu vi hoặc nhiễm vi khuẩn đường hô hấp. Thuyên tắc phổi chiếm 25% trong các trường hợp đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và cần nghĩ đến khi không đáp ứng với điều trị chuẩn bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

3.1.6. Thuyên tắc phổi

Thuyên tắc phổi cần được nghĩ đến ở bất kỳ bệnh nhân có khó thở. Biểu hiện lâm sàng của thuyên tắc phổi rất đa dạng, dấu hiệu thường gặp là khó thở khi nghỉ ngơi và nhịp tim nhanh. Một số bệnh nhân không nhận yếu tố nguy cơ ngay thời điểm chẩn

đoán bệnh. Một số dạng khác của hội chứng thuyên tắc bao gồm: thuyên tắc mỡ khi có gãy xương dài và thuyên tắc ối xảy ra trong quá trình chuyển dạ.

Bảng 3. Tiêu chuẩn Well trong chẩn đoán thuyên tắc phổi

Dấu hiệu	Điểm
Triệu chứng lâm sàng của huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới (sưng chân, đau khi ấn)	3
Khi các chẩn đoán khác ít được nghĩ hơn thuyên tắc phổi	3
Nhip tim > 100 lần/phút	1,5
Bất động > 3 ngày hoặc vừa trải qua phẫu thuật trong vòng 4 tuần	1,5
Tiền căn huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới, thuyên tắc phổi	1,5
Ho ra máu	1
Bệnh lý ác tính	1
Khả năng	Điểm
Tiêu chuẩn Well cổ điển	
Cao	> 6
Trung bình	2 - 6
Thấp	< 2
Tiêu chuẩn Well cải tiến	
Khả năng có thuyên tắc phổi	> 4
Ít khả năng thuyên tắc phổi	≤ 4

3.1.7. Tràn khí màng phổi

Bất kỳ tràn khí màng phổi đơn giản nào cũng có thể tiến triển thành tràn khí màng phổi áp lực, gây nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân. Chấn thương và thủ thuật đặt catheter tĩnh mạch trung tâm là nguyên nhân thường gặp gây tràn khí màng phổi.

Yếu tố nguy cơ gây tràn khí màng phổi tự phát bao gồm: hút thuốc lá, tiền căn gia đình, hội chứng Marfan. Tràn khí màng phổi tự phát thường gặp ở người trẻ khoảng 20 tuổi, khó thở đột ngột kèm đau ngực kiểu màng phổi. Một số bệnh phổi cũng có thể gây tràn khí màng phổi như bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, bệnh xơ nang (cystic fibrosis), lao phổi, hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS: Acquired Immunodeficiency Syndrome) kèm viêm phổi do *Pneumocystis jiroveci*.

3.1.8. Nhiễm trùng hô hấp

Nhiễm trùng hô hấp như viêm phế quản nặng, viêm phổi nặng có thể đưa đến khó thở và giảm oxy máu. Ho khạc đàm, sốt và đau ngực kiêu mảng phổi là dấu hiệu thường gặp nhưng không đặc hiệu. Khó thở khởi phát ở bệnh nhân nhiễm trùng hô hấp thường ít cấp tính, trừ khi có bệnh lý nền. X quang ngực thẳng cần thiết cho chẩn đoán nhưng hình ảnh cũng có thể bình thường trong giai đoạn sớm của bệnh.

3.1.9. Dị vật đường thở

Các dị vật thường gặp là thức ăn, xương, mảnh vỡ của răng, viên thuốc, đồng xu. Bất kỳ vật dụng có thể đưa vào trong miệng đều có khả năng làm tắc nghẽn đường thở. Đây là nguyên nhân gây khó thở ít gặp hơn ở người trưởng thành và nhiều hơn ở trẻ em hay người già trên 75 tuổi.

Biểu hiện lâm sàng của dị vật đường thở cũng rất đa dạng. Một số bệnh nhân có hội chứng xâm nhập rõ ràng và dễ được chẩn đoán. Một số bệnh nhân có biểu hiện suy hô hấp và ngạt thở khi dị vật gây tắc hoàn toàn đường thở. Một số bệnh nhân biểu hiện sốt, ho, khạc đàm như nhiễm trùng hô hấp và sau đó là ho mạn tính kéo dài. Một số bệnh nhân lại không có triệu chứng.

Nội soi phế quản là xét nghiệm nên được thực hiện trong trường hợp nghi ngờ dị vật đường thở. Nội soi có thể bằng ống cứng hoặc ống soi mềm. Bên cạnh mục đích chẩn đoán, nội soi phế quản còn cho phép tiếp cận và loại bỏ dị vật đường thở.

3.1.10. Phản ứng phản vệ

Phản ứng phản vệ có thể được khởi phát bởi thức ăn, côn trùng đốt, do thuốc. Phản ứng phản vệ gây phù nề lưỡi và đường hô hấp trên gây tắc nghẽn đường hô hấp. Triệu chứng phản vệ xuất hiện trong vòng vài phút đến vài giờ bao gồm các dấu hiệu ở da và niêm mạc (phát ban, phù mặt, sưng vùng hầu họng), rối loạn hệ hô hấp (thở rít, khò khè, giảm oxy máu), rối loạn hệ tuần hoàn (tụt huyết áp, nhịp tim nhanh, ngắt) và biểu hiện ở đường tiêu hóa (đau bụng, nôn ói, tiêu chảy).

3.1.11. Thiếu máu cấp nặng

Các trường hợp thiếu máu cấp nặng do nguyên nhân xuất huyết hay tán huyết có thể gây khó thở. Thường có bệnh cảnh lâm sàng liên quan đến nguyên nhân như mất máu cấp hay liên quan đến truyền máu... Biểu hiện lâm sàng thay đổi tùy theo mức độ và nguyên nhân mất máu, thường có hội chứng thiếu máu nổi bật kèm theo các triệu chứng của bệnh lý nguyên nhân. Cần chú ý đến thay đổi về tri giác, mạch, huyết áp, lượng nước tiểu, tình trạng

tưới máu các mô, cơ quan và diễn tiến của bệnh. Bên cạnh các thay đổi trên, cần theo dõi thường xuyên Hct, hemoglobin để đánh giá mức độ và diễn tiến bệnh.

3.2. Các nguyên nhân gây khó thở mạn tính

Khó thở mạn là khó thở kéo dài vài tuần đến hàng tháng, có thể do các nguyên nhân sau (Bảng 4).

Bảng 4. Các nguyên nhân gây khó thở mạn tính

Đường dẫn khí trên	Bệnh tim mạch
U thanh quản	Rối loạn nhịp
Liệt dây thanh	Viêm màng ngoài tim co thắt, tràn dịch màng ngoài tim
Rối loạn chức năng dây thanh	Bệnh mạch vành
Bướu giáp	Suy mòn thể lực
U vùng cổ chèn ép đường thở	Suy tim
Thành ngực, thành bụng	Shunt trong tim
Liệt cơ hoành	Bệnh cơ tim hạn chế
Gù vẹo cột sống	Bệnh lý van tim
Cô thai lớn	Bệnh hô hấp
Béo phì nhiều	Hen
Thoát vị thành bụng	Dãn phế quản
Bóng bụng	Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính/khí phế thũng
Tăng áp lực ổ bụng	Thuyên tắc phổi mạn tính
Bệnh lý thần kinh cơ	Bệnh phổi mô kẽ
Xơ hóa cột bên teo cơ	U phổi gây chèn ép hoặc gây tắc nghẽn đường dẫn khí
Rối loạn hoặc liệt dây thần kinh hoành	Tràn dịch màng phổi Tràn khí màng phổi
Khiếm khuyết men glycolytic (bệnh McArdle)	Shunt phải - trái trong phổi
Bệnh lý tì thể	Tăng áp phổi
Viêm đa cơ (polymyositis),	Bãy khí ở phổi
Viêm da cơ (dermatomyositis)	Bệnh do độc chất, bệnh lý chuyển hóa, bệnh lý toàn thân
	Thiếu máu mạn

4. ĐẶC ĐIỂM KHÓ THỞ CỦA BỆNH NHÂN SUY TIM

Triệu chứng khó thở trong suy tim đi từ mức độ nhẹ là khó thở khi gắng sức đến mức độ nặng nhất là phù phổi cấp.

4.1. Các dạng khó thở trong suy tim

Khó thở khi nằm:

- Khó thở xảy ra khi bệnh nhân nằm, xuất hiện rõ hơn khó thở do gắng sức. Khó thở khi nằm là kết quả của sự tái phân bố dịch từ tuần hoàn nội tạng và chi dưới vào tuần hoàn trung tâm khi nằm, hậu quả làm tăng áp lực mao quản phổi. Ho về đêm là một biểu hiện thường thấy của quá trình này và thường bị bỏ sót của suy tim. Khó thở khi nằm giảm khi ngồi thẳng dậy hoặc nằm kê cao gối. Mặc dù khó thở nằm là một triệu chứng khá đặc hiệu của suy tim, triệu chứng này vẫn xảy ra ở những người có béo bụng, bàng bụng và ở những bệnh nhân có bệnh phổi.

Khó thở kịch phát về đêm:

- Thuật ngữ này dùng để mô tả những cơn khó thở và ho cấp tính thường xuất hiện vào ban đêm làm đánh thức bệnh nhân dậy, thường 1-3 giờ sau khi ngủ. Khó thở kịch phát về đêm có thể biểu hiện bằng ho hay khò khè, có thể do tăng áp lực trong động mạch phế quản gây chèn vào đường thở, cùng với phù nề mô kẽ phổi dẫn đến tăng sức cản đường thở. Trái với khó thở nằm giảm đi khi ngồi thẳng buông thõng hai chân ở một bên giường, bệnh nhân khó thở kịch phát về đêm thường ho và khò khè kéo dài ngay cả khi đã ngồi thẳng dậy. Hen tim liên quan rất gần với khó thở kịch phát về đêm, đặc trưng bởi khò khè thứ phát sau co thắt phế quản, cần phải chẩn đoán phân biệt với hen phế quản và những nguyên nhân gây khò khè khác từ phổi.

Thở Cheyne-Stokes:

- Thở Cheyne-Stokes là một dạng hô hấp theo chu kỳ thường thấy khi suy tim đã tiến triển và thường kèm cung lượng tim giảm. Thở Cheyne-Stokes được tạo ra do trung tâm điều hòa hô hấp giảm độ nhạy với PaCO₂. Có một khoảng ngưng thở, trong khoảng thời gian này PaO₂ giảm và PaCO₂ tăng. Những thay đổi về khí máu động mạch này kích thích trung tâm hô hấp đang bị ức chế, làm tăng thông khí và giảm thán khí, tiếp sau đó lại là một khoảng ngưng thở. Thở Cheyne-Stokes được bệnh nhân hoặc thân nhân cảm nhận là khó thở nặng hoặc bị ngưng thở thoáng qua.

Phù phổi cấp:

- Phù phổi cấp là kết quả của sự thâm dịch vào lòng phế nang do tăng áp lực thùy tĩnh mao quản cấp tính thứ phát do suy giảm chức năng tim hoặc do tăng thể tích trong lòng mạch. Phù phổi có thể biểu hiện bằng ho hay khó thở ngày càng tăng. Trong hầu hết các trường hợp nặng, phù phổi biểu hiện khó thở rất nặng nề kèm khạc ra bọt hồng. Nếu không xử trí nhanh chóng bệnh nhân sẽ tử vong.

4.2. Các xét nghiệm sử dụng trong suy tim

Dấu ấn sinh học:

- Nồng độ các peptide bài niệu natri giúp ích cho việc chẩn đoán suy tim. BNP (B-type natriuretic peptide) và NT-proBNP (N-terminal proBNP), được phóng thích từ tim bị suy, đều là những dấu ấn sinh học nhạy với suy tim có phân suất tổng máu (PSTM) giảm. Nồng độ các dấu ấn sinh học này cũng tăng trong suy tim có phân suất tổng máu bảo tồn mặc dù ít hơn. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng nồng độ của các peptide này tăng theo tuổi và tình trạng suy thận, tăng nhiều hơn ở phụ nữ và tăng trong suy tim phải do mọi nguyên nhân. Nồng độ các peptide bài niệu natri có thể thấp giả tạo ở những bệnh nhân béo phì và bình thường ở một số bệnh nhân sau điều trị. Nồng độ của BNP và NT-proBNP bình thường ở những bệnh nhân chưa điều trị giúp loại trừ chẩn đoán suy tim.

Siêu âm tim:

- Siêu âm tim 2D và Doppler đánh giá kích thước và chức năng thất trái cũng như các bệnh lý van tim và/hoặc các rối loạn vận động vùng trong bệnh mạch vành.

Bảng 5. Tiêu chuẩn chẩn đoán suy tim tâm thu theo Hội Tim châu Âu 2005

Có triệu chứng của suy tim khi nghỉ hay khi gắng sức

Và

Có bằng chứng khách quan của tổn thương cấu trúc/rối loạn chức năng tim trên thăm khám và thăm dò (khi nghỉ)

Và

Đáp ứng với điều trị suy tim (trong trường hợp nghi ngờ chẩn đoán)

Ghi chú: tiêu chuẩn 1 và 2 luôn phải có trong chẩn đoán suy tim.

Bảng 6. Phân loại suy tim theo Hội Tim châu Âu 2016

Loại suy tim	Suy tim PSTM giảm	Suy tim PSTM trung gian	Suy tim PSTM bảo tồn
Tiêu chuẩn	1 Triệu chứng [#] ± dấu hiệu**	Triệu chứng [#] ± dấu hiệu**	Triệu chứng [#] ± dấu hiệu**
	2 LVEF < 40%	LVEF 40 – 49%	LVEF ≥ 50%
	3 -	1/ Tăng các natriuretic peptides 2/ Có ít nhất 1 tiêu chí sau: a/ Tổn thương cấu trúc tim (lớn thất trái hoặc nhĩ trái) b/ Rối loạn chức năng tâm trương	1/ Tăng các natriuretic peptides 2/ Có ít nhất 1 tiêu chí sau: a/ Tổn thương cấu trúc tim (lớn thất trái hoặc nhĩ trái) b/ Rối loạn chức năng tâm trương
	BNP > 35 pg/mL; NT- ProBNP > 125 pg/mL Các dấu hiệu có thể không xuất hiện trong giai đoạn sớm của suy tim (nhất là trong suy tim phân suất tổng máu bảo tồn) hoặc khi dùng thuốc lợi tiểu.		

Triệu chứng: khó thở nằm, khó thở gắng sức, khó thở kịch phát về đêm, mệt mỏi, phù chân...

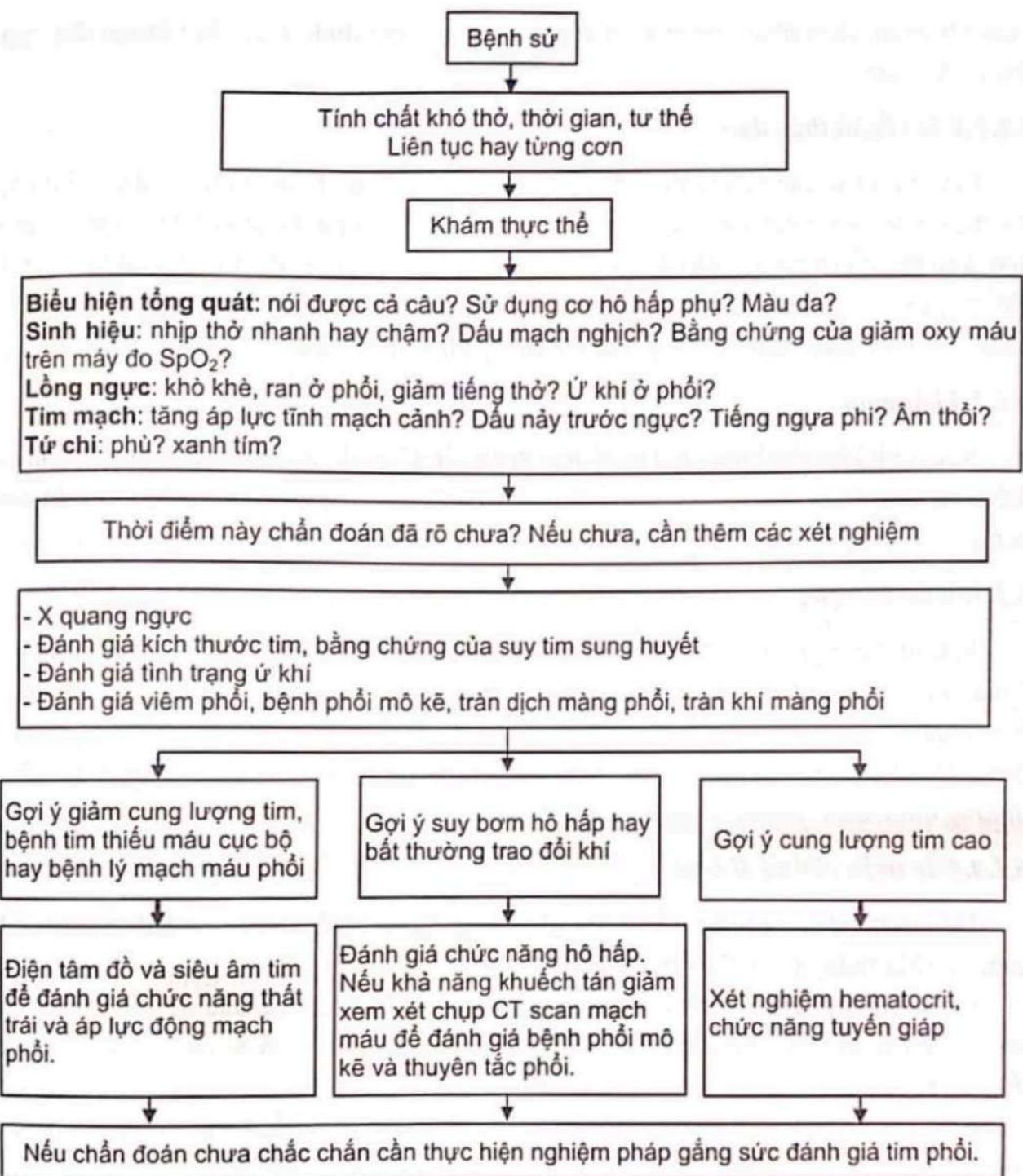
'LVEF (Left Ventricular Ejection Fraction): phân suất tổng máu của thất trái

** Dấu hiệu: tĩnh mạch cảnh nổi, phản hồi bụng tĩnh mạch cảnh dương, tiếng tim T3, mõm tim lệch ra ngoài...

PSTM: phân suất tổng máu

5. SƠ ĐỒ TIẾP CẬN BỆNH NHÂN KHÓ THỞ

Sơ đồ tiếp cận bệnh nhân khó thở (theo Harrison's Principle of Internal Medicine, 19th edition, part 2, section 5, pp 47e-2. McGraw-Hill education)



6. TIẾP CẬN BỆNH NHÂN KHÓ THỞ

6.1. Bệnh sử

Bệnh sử quan trọng trong tiếp cận bệnh nhân khó thở, tuy nhiên khó đạt được bệnh sử chi tiết khi bệnh nhân không thể nói được thành câu và bác sĩ thì cần phải đảm bảo cho bệnh nhân vẫn duy trì đủ thông khí và oxy hóa máu. Bệnh sử có thể được ghi nhận

từ bệnh nhân, thân nhân, nhân viên cấp cứu, bác sĩ gia đình. Các chi tiết sau đây nên được ghi nhận.

6.1.1. Các yếu tố thúc đẩy

Cần ghi nhận các yếu tố thúc đẩy khó thở, ví dụ không tuân thủ trong điều trị thuốc và chế độ ăn trong suy tim cấp, tiếp xúc với không khí lạnh hoặc dị nguyên trong cơn hen, khó thở cấp ngay sau khi ăn gợi ý phản ứng dị ứng, ho có đàm mới xuất hiện gợi ý nhiễm trùng hô hấp, vừa trải qua phẫu thuật hoặc bất động tăng nguy cơ thuyên tắc phổi, vừa mới chấn thương gợi ý tràn khí màng phổi, dập phổi.

6.1.2. Thời gian

Xác định khó thở khởi phát từ từ hay đột ngột. Cần ghi nhớ rằng cùng một bệnh có thể biểu hiện bằng các cách khác nhau và với khoảng thời gian khác nhau. Ví dụ cơn hen có thể phát triển triệu chứng trong vòng vài phút hoặc vài giờ.

6.1.3. Mức độ nặng

Khi tự đánh giá mức độ nặng của triệu chứng theo thang điểm 1 – 10 (1 = không đáng kể, 3 = nhẹ, 5 = trung bình, 7 = nặng vừa phải, 9 = rất nặng, 10 = mức cao nhất). Bệnh nhân bị hen, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, suy tim mệt bù thường đánh giá là 7 điểm, trong khi đó phụ nữ có thai, bệnh nhân có bệnh lý thần kinh cơ, thuyên tắc phổi thường được đánh ở mức 5 điểm.

6.1.4. Các triệu chứng đi kèm

Đau ngực: đau ngực kèm khó thở gặp trong nhiều bệnh như trong hội chứng vành cung, tràn khí màng phổi, thuyên tắc phổi.

Chấn thương: chấn thương đường thở, cổ ngực, bụng có thể đưa đến khó thở. Cần lưu ý triệu chứng khó thở cấp có thể không xảy ra vào đúng ngày bị chấn thương mà có thể xảy ra sau đó.

Sốt: sốt có thể đi kèm với nhiễm trùng, viêm phổi hít hoặc ngộ độc. Quá liều aspirin đôi khi cũng gây sốt kèm khó thở.

Ho ra máu: ho ra máu có thể gặp trong thuyên tắc phổi, lao phổi, ung thư phổi khi khối u xâm lấn vào mạch máu.

Ho và khạc đàm: tính chất đàm có thể giúp ích cho chẩn đoán. Ho đàm nhầy mù gặp trong viêm phổi, ho đàm bọt hồng trong suy tim mệt bù cấp tính. Trong khi đó, ho đàm toàn máu gặp trong lao phổi, xuất huyết ở phổi (trong thuyên tắc phổi hoặc ung thư phổi). Ho khan là một triệu chứng không đặc hiệu, có thể gặp trong hen, suy tim, nhiễm trùng hô hấp, thuyên tắc phổi.

6.2. Tiền căn

Cần xác định khó thở là mới xuất hiện lần đầu hay tái phát, các bệnh nội khoa trước đây như: hen, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, bệnh tim thiếu máu cục bộ và đợt khó thở này có giống các đợt khó thở trước đây. Nếu đợt khó thở này giống với các đợt trước đây thì vấn đề thường là đợt kịch phát của một bệnh lý nền. Lúc này, dữ liệu y khoa và danh mục thuốc bệnh nhân đang sử dụng có thể giúp ích cho chẩn đoán.

Tiền căn đặt nội khí quản: cần xác định bệnh nhân có được đặt nội khí quản vì các bệnh lý nội khoa trước đây, nếu có thì bệnh nhân có thể sẽ phải đặt nội khí quản trong lần này (ví dụ trường hợp cơn hen nặng).

Thuốc: cần xem lại các thuốc bệnh nhân đã sử dụng để xác định bệnh lý mạn tính của bệnh nhân. Sự thay đổi thuốc trong thời gian gần đây cũng giúp chẩn đoán, ví dụ bệnh nhân mới sử dụng kháng sinh, mới thay đổi liều thuốc điều trị suy tim. Cũng cần xem xét sự tuân thủ của bệnh nhân khi sử dụng thuốc.

Thuốc lá và các chất gây nghiện: hút thuốc lá làm tăng nguy cơ các bệnh mạn tính như: bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, ung thư phổi, bệnh mạch vành. Sử dụng chất gây nghiện đường hít có thể đưa đến hội chứng suy hô hấp cấp tính (Acute Respiratory Distress Syndrome). Sử dụng các thuốc gây nghiện khác không phải đường hít như thuốc phiện có thể gây tổn thương phổi cấp (Acute lung injury).

Các bệnh lý tâm thần: các nguyên nhân tâm lý gây khó thở là chẩn đoán sau cùng sau khi loại trừ các tổn thương thực thể. Tuy nhiên, ở những bệnh nhân trẻ dưới 40 tuổi, không tiền căn bệnh lý, khó thở do nguyên nhân tâm lý chiếm một tỷ lệ không nhỏ.

6.3. Khám thực thể

6.3.1. Các dấu hiệu nguy hiểm

Cần nhanh chóng xác định các dấu hiệu nguy hiểm ở bệnh nhân khó thở cấp trước khi hỏi bệnh sử và thăm khám để có thái độ xử trí tích cực. Bệnh nhân khó thở cấp diễn tiến trong vòng vài phút đến vài giờ. Các dấu hiệu cần phải xử trí khẩn cấp bao gồm: nhịp tim > 120 lần/phút, nhịp thở > 30 lần/phút, SpO₂ < 90%, sử dụng cơ hô hấp phụ khi hít thở, khó nói chuyện được thành câu, thở rít, rì rào phế nang không đều hai bên hoặc gõ khác nhau ở hai bên phổi, ran nổ hoặc ran ầm lan tỏa khắp phế trường, vã mồ hôi, xanh tím. Các dấu hiệu có nguy cơ ngưng thở: rối loạn tri giác, không có khả năng hít thở, xanh tím.

Một số bệnh nhân khó thở cấp có triệu chứng lo lắng và phải ngồi dậy để thở hoặc ngồi cúi người ra trước. Bệnh nhân thường thở nhanh, sử dụng các cơ hô hấp phụ và vã mồ hôi nhiều. Bệnh nhân chỉ có thể trả lời được vài từ, không thể nói được thành câu

hoàn chỉnh. Có thể nghe được tiếng thở khò khè hoặc thở rít. Tuy nhiên, ở những bệnh nhân rối loạn tri giác do ứ CO₂, bệnh nhân lại có xu hướng yên lặng hơn và đôi khi bị bỏ sót.

Có kéo cơ hô hấp phụ gặp trong tắc nghẽn đường thở trong hen, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, dị vật đường thở có thể được quan sát thấy ở vùng trên xương ức, vùng liên sườn và vùng dưới sườn. Đây là dấu hiệu gợi ý khó thở nặng và suy hô hấp.

Vã mồ hôi là do kích thích quá mức hệ thần kinh giao cảm gặp trong các bệnh nặng như nhồi máu cơ tim cấp, cơn hen nặng. Xanh tái thường ít gặp hơn, xuất hiện khi có giảm oxy máu nặng hoặc khi hiện diện methemoglobin trong máu.

Rối loạn tri giác (kích thích hoặc lơ mơ) ở bệnh nhân khó thở do giảm oxy máu nặng hoặc tăng CO₂ máu. Rối loạn tri giác cũng có thể gặp trong quá liều salicylate, ngộ độc carbon monoxide (CO) hoặc bệnh lý nền của bệnh nhân (hạ đường huyết, nhiễm trùng huyết).

6.3.2. Khám tổng quát

Sau khi đã tầm soát các triệu chứng nguy hiểm và xử trí thích hợp, cần khám toàn diện cho bệnh nhân. Cần lưu ý không nên loại trừ hoàn toàn bệnh tim và phổi nếu khám không ghi nhận bất thường vì độ nhạy và độ đặc hiệu trong khám tim và phổi rất giới hạn trong chẩn đoán viêm phổi và suy tim cấp mắt bù.

Tần số hô hấp: bệnh nhân với bệnh lý nặng có thể có tần số hô hấp tăng hoặc giảm hoặc đôi khi là bình thường như trong thuyên tắc phổi. Việc sử dụng tần số hô hấp để phân loại độ nặng của bệnh đôi khi là không chính xác.

Đo áp lực oxy mạch đập SpO₂ (Pulse oxymetry): áp lực oxy mạch đập là thông số quan trọng cho biết khả năng oxy hóa trong máu động mạch. Tuy nhiên, cũng cần phải ghi nhớ là thông số này có thể không đúng trong trường hợp bệnh nhân hạ thân nhiệt (hypothermia), choáng, ngộ độc carbon monoxide, hiện diện methemoglobin trong máu.

Ở người khỏe mạnh, SpO₂ ≥ 95%. Ở người lớn tuổi và người hút thuốc lá nhiều, SpO₂ trong khoảng 92 – 95%, trong khi bệnh nhân có bệnh phổi mạn tính mức nền SpO₂ có thể thấp hơn 92%. Ở bệnh nhân khó thở cấp và có SpO₂ thấp hơn mức dự kiến hoặc thấp hơn mức nền của bệnh nhân, cần phải truy tìm nguyên nhân. SpO₂ giảm nhiều khi vận động thể lực là một dấu hiệu đặc trưng cho viêm phổi do *Pneumocystis jiroveci*. Cần phải ghi nhận mức SpO₂ trước và sau khi vận động thể lực ở những bệnh nhân nghi ngờ hoặc đã có chẩn đoán nhiễm HIV.

Các dấu hiệu sinh tồn khác cũng cần phải ghi nhận. Khó thở và tụt huyết áp thường hay đi cùng nhau.

Nhìn màu da trở nên sậm màu gợi ý các tình trạng có đa hồng cầu, da xanh tái có thể do giảm oxy máu hoặc giảm tưới máu khi có thiếu máu. Cũng cần quan sát các dấu hiệu của phản ứng dị ứng và tìm các bằng chứng của chấn thương. Phù ngoại biên có thể là dấu hiệu của suy tim. Ngón tay dùi trống gặp trong các bệnh gây giảm oxy máu mạn.

6.3.3. Âm thở bất thường

Thở rít xuất hiện khi có tắc nghẽn đường thở. Thở rít khi hít vào gợi ý tắc nghẽn trên dây thanh (đường thở ngoài lồng ngực) (dị vật đường thở, viêm thanh thiết, phù mạch). Thở rít thì thở ra hoặc thở rít cả hai thì gợi ý tắc nghẽn dưới dây thanh (viêm khí quản do vi trùng, dị vật đường thở).

Khò khè gợi ý tắc nghẽn ở vị trí dưới khí quản, thường gặp trong hen, dị vật đường thở ở phế quản gốc, suy tim cấp mệt bù hoặc tổn thương cố định như u.

Ran nổ hay ran ầm gợi ý có dịch trong lồng phế nang, gặp trong suy tim mệt bù, viêm phổi. Ran cũng có thể xuất hiện trong bệnh xơ phổi. Tuy nhiên, không có ran cũng không loại trừ các bệnh này.

Rì rào phế nang giảm có thể do các nguyên nhân như: bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nặng, hen nặng, tràn khí màng phổi, tràn khí màng phổi áp lực, tràn máu màng phổi.

6.3.4. Các dấu hiệu tim mạch

Bát thường về nhịp tim (nhanh, chậm hay không đều) có thể là do phản ứng với tình trạng bệnh nền (nhịp tim nhanh trong thuyên tắc phổi) hoặc là triệu chứng của chính bệnh nền gây khó thở (rối loạn nhịp tim trong suy tim kèm rung nhĩ). Tiếng ngựa phi T3 có thể gặp trong suy tim mệt bù cấp tính. Tiếng tim mờ có thể gặp trong chèn ép tim cấp.

Tĩnh mạch cảnh nổi có thể gặp trong suy tim, chèn ép tim cấp hoặc bất kỳ nguyên nhân gây tăng áp lực trong lồng ngực và hạn chế khả năng đồ đầy của thất phải.

Mạch nghịch (Pulsus paradoxus) gặp trong trường hợp con hen nặng, chèn ép tim cấp, thuyên tắc phổi nặng.

6.4. Các xét nghiệm

Các xét nghiệm được đề nghị phải phù hợp với các chẩn đoán lâm sàng. Việc cho xét nghiệm một cách tổng quát có tính chất tầm soát có thể sẽ làm sai lệch chẩn đoán và làm chậm thời gian điều trị thích hợp cho bệnh nhân. Sử dụng hàng loạt các xét nghiệm dấu ấn sinh học không giúp chẩn đoán chính xác hơn so với việc đánh giá lâm sàng và cho xét nghiệm tập trung vào các chẩn đoán phân biệt. Tuy nhiên, phim X quang ngực thẳng và điện tâm đồ là hai xét nghiệm bắt buộc phải có ở phần lớn các bệnh nhân khó thở cấp.

6.4.1. X quang ngực thẳng

X quang ngực thẳng cần được thực hiện khi bệnh nhân nhập cấp cứu. Khi có bất thường nên được so sánh với các phim trước đây của bệnh nhân.

Suy tim cấp: dấu hiệu suy tim cấp có thể được nhìn thấy trên phim X quang như: bóng tim to, sung huyết mạch máu phổi, tái phân bố tuần hoàn phổi, phù mô kẽ (đường Kerley B, dày thành phế quản) và đôi khi có tràn dịch màng phổi. Cần lưu ý 20% bệnh nhân suy tim mất bù cấp không thể chẩn đoán được trên X quang. Trong trường hợp này, siêu âm phổi có độ nhạy cao hơn X quang và nên được sử dụng nếu được trang bị sẵn.

Viêm phổi: thâm nhiễm trên phim X quang được xem là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán viêm phổi trong chăm sóc sức khỏe ban đầu, tuy nhiên có thể không phát hiện được tổn thương trong giai đoạn sớm của bệnh.

Tràn khí màng phổi: khi tràn khí đủ nhiều có thể gây ra khó thở và thấy được trên phim X quang, nhất là khi chụp X quang ở thi thoả ra. Trong trường hợp lâm sàng nghi ngờ tràn khí màng phổi áp lực và bệnh nhân cần cấp cứu, nên xem xét chọc giải áp trước khi chụp X quang ngực thẳng.

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen: thể tích phổi tăng so với bình thường và vòm hoành dẹt có thể gợi ý bãy khí, gặp trong COPD và hen. Ứ khí một bên gợi ý dị vật đường thở. Tuy nhiên, nhiều bệnh nhân COPD và hen mức độ nhẹ đến trung bình không ghi nhận được trên phim X quang.

6.4.2. Điện tâm đồ

Điện tâm đồ với đoạn ST thay đổi là một bằng chứng mạnh trong chẩn đoán bệnh tim thiếu máu cục bộ. Tuy nhiên, việc điện tâm đồ và men tim bình thường cũng không giúp loại trừ bệnh tim ở cấp cứu. Điện tâm đồ ban đầu bình thường chiếm 20% bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu cơ tim sau đó và cũng chỉ có 33% điện tâm đồ ban đầu có dấu hiệu giúp chẩn đoán xác định nhồi máu cơ tim cấp. Điện tâm đồ có thể gợi ý thuyên tắc phổi (hình ảnh S1Q3T3), tràn dịch màng ngoài tim lượng nhiều (điện thế thấp, hiện tượng so le điện thế). Cần so sánh với các điện tâm đồ trước đây của bệnh nhân để giúp chẩn đoán bệnh (trong trường hợp rối loạn nhịp mới xuất hiện, block nhánh trái mới xuất hiện).

6.4.3. Siêu âm

Siêu âm bụng là công cụ hữu ích để đánh giá các nguyên nhân nguy hiểm gây khó thở như: chèn ép tim cấp, tràn khí màng phổi, tràn dịch màng phổi lượng nhiều.

Siêu âm tim giúp đánh giá rối loạn vận động các thành tim giúp gợi ý chẩn đoán bệnh tim thiếu máu cục bộ và thuyên tắc phổi.

Siêu âm mạch máu chi dưới giúp phát hiện huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới có thể giúp ích khi bệnh cảnh lâm sàng gợi ý thuyên tắc phổi.

6.4.4. Dấu ấn sinh học nhồi máu cơ tim

Các dấu ấn sinh học tim tăng giúp chẩn đoán hội chứng vành cắp. Tuy nhiên, mẫu xét nghiệm đầu tiên thực hiện ở cấp cứu thường cho kết quả bình thường. Đo lặp lại nhiều lần xét nghiệm dấu ấn sinh học tim giúp loại trừ nhồi máu cơ tim cấp. Các xét nghiệm này cũng có thể tăng trong bệnh thuyên tắc phổi, nhiễm trùng huyết, viêm màng ngoài tim, viêm cơ tim, suy thận.

6.4.5. B-type natriuretic peptide (BNP)

Thực hiện xét nghiệm BNP máu có thể giúp chẩn đoán suy tim trong trường hợp ngờ ngờ, tuy nhiên BNP cũng có thể tăng trong các trường hợp khác. Việc sử dụng xét nghiệm BNP có thể rút ngắn thời gian bệnh nhân phải nằm cấp cứu để chẩn đoán bệnh.

BNP < 100 pg/mL có giá trị tiên đoán âm tính > 90% trong chẩn đoán suy tim. BNP > 500 pg/mL rất gợi ý suy tim với giá trị tiên đoán dương > 90%. Ở mức BNP 100-500 pg/mL không thể phân biệt suy tim mêt bù cấp với các nguyên nhân khác. Các nguyên nhân gây tăng BNP gồm: thuyên tắc phổi, tình trạng quá tải dịch (suy gan, suy thận), bệnh lý nặng, các nguyên nhân gây dãn thất phải (tâm phế mạn, tăng áp phổi).

6.4.6. D-dimer

Việc sử dụng xét nghiệm D-dimer trong chẩn đoán thuyên tắc phổi phụ thuộc vào các thang điểm đánh giá nguy cơ thuyên tắc phổi (thang điểm Well trong chẩn đoán thuyên tắc phổi; tiêu chuẩn loại trừ thuyên tắc phổi: PERC - Pulmonary Embolism Rule-out Criteria). Khi bệnh nhân có nguy cơ thuyên tắc phổi thấp và xét nghiệm D-dimer âm tính có thể loại trừ thuyên tắc phổi. D-dimer không được sử dụng trong trường hợp nguy cơ thuyên tắc trung bình hoặc cao, trong trường hợp này CT scan mạch máu phổi có thuốc cản quang với độ phân giải cao nên được thực hiện. Bệnh nhân kèm bệnh lý ác tính, bệnh nhân lớn tuổi, bệnh nhân mới trải qua phẫu thuật cũng có thể tăng D-dimer.

6.4.7. Khí máu động mạch

Khí máu động mạch có vai trò hạn chế trong chẩn đoán ở bệnh nhân khó thở cấp. Độ bão hòa oxy máu có thể đánh giá gián tiếp thông qua máy đo SpO₂. Tình trạng rối loạn toan kiềm có thể được đánh giá thông qua khí máu tĩnh mạch hoặc bicarbonate huyết thanh.

Phân tích khí máu tĩnh mạch cũng có thể đánh giá bệnh nhân lơ mơ do CO_2 . Một số bệnh nhân có thể theo dõi tình trạng CO_2 bằng dụng cụ theo dõi CO_2 cuối thì thở ra

(end-tidal CO₂ monitor). PaCO₂ có thể thấp do tình trạng tăng thông khí. Khi PaCO₂ bình thường ở bệnh nhân có nhịp thở nhanh dự đoán bệnh nhân có thể sẽ bị suy hô hấp.

6.4.8. Chụp cắt lớp vi tính (Computed tomography scan)

Chụp cắt lớp vi tính ngực có thể được sử dụng trong chẩn đoán thuyên tắc phổi, viêm phổi, bệnh lý ác tính vùng ngực. Tuy nhiên, những bệnh này cũng có thể được chẩn đoán chỉ dựa vào lâm sàng và các xét nghiệm khác mà không cần đến chụp cắt lớp vi tính. Khi chỉ định chụp cắt lớp vi tính cần lưu ý một số nguy cơ như bệnh thận do thuốc cản quang, dị ứng thuốc cản quang và tiếp xúc với tia phóng xạ.

Xét nghiệm xạ hình thông khí - tưới máu (Ventilation- perfusion scan) là một xét nghiệm thay thế trong trường hợp nghi ngờ thuyên tắc phổi mà kết quả chụp cắt lớp vi tính bình thường.

6.4.9. Đo lưu lượng đỉnh thì thở ra (Peak expiratory flow rate- PEFR)

Lưu lượng đỉnh thì thở ra có thể giúp ích trong chẩn đoán bệnh tim và bệnh phổi. Xét nghiệm cũng giúp xác định mức độ co thắt phế quản trong cơn hen nặng. Giá trị này thay đổi theo giới, tuổi, cân nặng và tùy thuộc vào sự hợp tác của bệnh nhân.

PEFR thường cao ở bệnh nhân có bệnh tim. Trong cơn hen, PEFR là công cụ giúp tầm soát tình trạng tăng thán khí và giảm sử dụng khí máu động mạch một cách thường quy. Khi không sử dụng thuốc ức chế hô hấp (nhóm thuốc an thần và gây ngủ), tăng thán khí ít khi xuất hiện cho đến khi PEFR nhỏ hơn 25% giá trị bình thường hoặc nhỏ hơn 200 L/phút.

CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ

- Triệu chứng khó thở được ghi nhận chủ yếu dựa vào yếu tố nào sau đây?
 - Lời khai của bệnh nhân
 - Đếm nhịp thở trên 30 lần/phút
 - Đo SpO₂ < 90%
 - Khí máu động mạch PaO₂ < 60 mmHg
- Tính chất khó thở do nguyên nhân tim mạch có đặc điểm gì?
 - Xuất hiện từng cơn
 - Khạc đàm trắng trong khi hết cơn
 - Khó thở tăng khi nằm, giảm khi ngồi
 - Trong cơn nghe tiếng thở rít

3. Bệnh nhân nam 75 tuổi, có tăng huyết áp và đái tháo đường, nhập viện vì khó thở giờ thứ 15, huyết áp 85/50 mmHg, mạch 55 lần/phút. Khó thở có thể do nguyên nhân gì?
- Hội chứng vành cấp
 - Tụt huyết áp
 - Tăng đường huyết
 - Chèn ép tim cấp
4. Bệnh nhân nam, 50 tuổi, tiền căn tăng huyết áp điều trị ổn định, hút thuốc lá 20 gói/năm, thường xuyên khạc đàm vào buổi sáng, nhập viện vì khó thở ngày 5, có thể do nguyên nhân gì?
- Suy tim mệt bù
 - Cơn tăng huyết áp
 - Đợt mệt bù cấp của COPD
 - Bệnh tim thiếu máu cục bộ
5. Bệnh nhân nữ, 60 tuổi đang điều trị ung thư phổi với phác đồ hóa trị và xạ trị, nhập viện trong tình trạng khó thở. X quang ngực cho hình ảnh tồn thương 1/3 giữa phổi phải và bóng tim to. Xét nghiệm nào giúp loại trừ khó thở do tim?
- Điện tâm đồ
 - BNP máu
 - D-dimer
 - Troponin T
6. Bệnh nhân suy tim đang điều trị ổn định, từ 2 ngày nay khó thở nhiều hơn, cần phải hỏi về vấn đề gì?
- Chế độ ăn uống của bệnh nhân
 - Thói quen uống rượu, hút thuốc lá
 - Các thuốc hiện đang sử dụng
 - Các yếu tố thúc đẩy suy tim
7. Bệnh nhân nữ, 32 tuổi nhập viện trong tình trạng khó thở khi nằm, giảm khi ngồi cúi người ra trước. Tiền căn lao phổi đã điều trị. Khám thấy tĩnh mạch cảnh nổi ở tư thế 45 độ. Nghe tim mờ khó nghe. Mạch khó bắt. Nguyên nhân khó thở có thể nghĩ đến là?
- Hen
 - COPD
 - Suy tim phải
 - Chèn ép tim cấp

8. Bệnh nhân nam, 23 tuổi bị bể xương bánh chè phải sau tai nạn giao thông. Sau phẫu thuật nối xương bánh chè 3 ngày thì đột ngột xuất hiện khó thở. Nguyên nhân khó thở nào được nghĩ đến nhiều nhất là gì?
- Chấn thương ngực kín đi kèm sau tai nạn giao thông
 - Chèn ép tim cấp
 - Dị ứng thuốc gây mê khi phẫu thuật
 - Thuyên tắc phổi cấp tính
9. Điều nào sau đây đúng khi nói về khó thở?
- Là cảm giác chủ quan của bệnh nhân và bác sĩ không thể đánh giá được
 - Được mô tả như là cảm giác tức nặng ngực hay đau nhói ngực
 - Thay đổi theo thời gian nhưng xu hướng nặng dần lên
 - Được mô tả bằng nhiều từ ngữ khác nhau, tùy thuộc vào bệnh nhân
10. Bệnh nhân nữ, 28 tuổi, không tiền căn bệnh lý. Bệnh nhân đến khám vì gần đây có cảm giác “đói không khí”.
- Vị trí nào sau đây không phải là nguyên nhân gây khó thở ở bệnh nhân này?
- Đường dẫn khí
 - Mao mạch phổi
 - Phế nang
 - Trung khu hô hấp
11. Bệnh nhân nam, 25 tuổi, tiền căn hen từ nhỏ, đến khám vì khó thở và khò khè. Tồn thương thành phần nào dưới đây gây khó thở cho bệnh nhân này?
- Trung khu hô hấp
 - Cơ hô hấp
 - Đường dẫn khí
 - Phế nang
12. Bệnh nhân nam, 45 tuổi, có tiền căn gù vẹo cột sống đến khám vì khó thở. Khó thở xảy ra 2 năm nay và ngày càng nặng hơn, khả năng gắng sức của bệnh nhân giảm dần. Cơ chế nào sau đây có nhiều khả năng nhất gây khó thở ở bệnh nhân này?
- Bất thường trung khu hô hấp
 - Bất thường bộ phận dẫn khí
 - Bất thường bơm hô hấp
 - Bất thường mạch máu phổi
13. Cơ chế nào sau đây gây khó thở ở bệnh nhân viêm phổi?
- Bất thường mạch máu phổi
 - Bất thường màng phổi
 - Bất thường trung khu hô hấp
 - Bất thường bộ phận trao đổi khí

14. Bệnh nhân nam, 15 tuổi, đến khám vì khó thở 1 tuần nay. Ngoài khó thở, bệnh nhân không than phiền gì khác. Khám ghi nhận ran ngáy, ran rít lan tỏa đối xứng hai phổi. Nguyên nhân nào sau đây gây khó thở cho bệnh nhân này?
- Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính
 - Hen
 - Viêm phế quản mạn
 - Thuyên tắc phổi cấp
15. Bệnh nhân nam, 79 tuổi, tiền căn đột quy cách 3 tháng. Cách nhập viện 2 ngày, bệnh nhân sốt lạnh run kèm theo ho đàm vàng và khó thở. Trước đó 1 tuần, bệnh nhân bị sặc khi ăn súp. Khám: tinh, tiếp xúc chậm, sinh hiệu trong giới hạn bình thường. Khám phổi: ran nô râng rác phổi phải. Cơ quan khác chưa ghi nhận bất thường. Nguyên nhân nào gây khó thở trên bệnh nhân này?
- Viêm phổi do hít sặc
 - Dị vật đường thở
 - Ung thư phổi
 - Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Dáp án: 1A, 2C, 3A, 4C, 5B, 6D, 7D, 8D, 9D, 10A, 11C, 12C, 13D, 14B, 15A.

TÌNH HUỐNG LÂM SÀNG THẢO LUẬN

❖ Tình huống 1

Bệnh nhân nam 71 tuổi, nhập viện vì khó thở, bệnh 5 ngày.

Bệnh sử: 5 ngày trước nhập viện, bệnh nhân khó thở tăng dần, khó thở hai thi. Bệnh nhân cảm giác khó thở nhiều hơn. Bệnh nhân ho khạc đàm trắng trong, tăng khi nằm và về đêm, cảm giác đau ngực vùng hai bên khi ho, sốt $38,5^{\circ}\text{C}$. Bệnh nhân vẫn đi tiểu bình thường.

Tiền căn: tăng huyết áp 10 năm, huyết áp cao nhất đo được 180/110 mmHg, huyết áp bình thường khi uống thuốc 140/80 mmHg. Không ghi nhận đái tháo đường. Hút thuốc lá 25 gói-năm trong 50 năm. Bỏ hút thuốc 2 năm. Chưa ghi nhận tiền căn gia đình có bệnh lý tim mạch sớm. Toa thuốc hiện tại: Lisinopril 10 mg 1 viên; Felodipine 5 mg 1 viên; Atorvastatin 20 mg 1 viên; Aspirin 81 mg 1 viên.

Khám: tình trạng lúc nhập viện: mạch 110 lần/phút, đều, huyết áp 160/90 mmHg, nhịp thở 20 lần/phút, nhiệt độ $38,5^{\circ}\text{C}$, SpO₂ 95% với khí trời. Mõm tim ở liên sườn 5, lệch ngoài đường trung đòn trái 1 cm. Diện đậm khoảng 2 cm². Tần số tim 110 lần/phút,

đều, không âm thổi. Khoảng liên sườn dãn rộng. Gan không to, phản hồi bụng - tĩnh mạch cảnh âm tính. Các cơ quan khác không ghi nhận bất thường.

Cận lâm sàng: BNP máu 842,6 pg/mL. Siêu âm tim: dãn lớn thất trái (LVEDd = 62 mm), giật động toàn bộ thất trái. Phân suất tổng máu thất trái (theo phương pháp Simpson) là 20%. Không tràn dịch màng tim, không huyết khối buồng tim, vách liên thất, liên nhĩ nguyên vẹn. Hở van ba lá nhẹ, PAPs 35 mmHg. Điện tâm đồ: nhịp xoang 105 lần/phút, trực QRS = +80°. SV1 + RV6 = 38 mm. X quang ngực thẳng: bóng tim to, ứ khí phế nang hai bên phế trường.

Các xét nghiệm khác: đường huyết: 105 mg/dL; BUN 33 mg/dL; Creatinine 1,44 mg/dL; eGFR (MDRD) = 51 mL/phút/1,73 m² da. Na⁺ 140 mmol/L; K⁺ 3,6 mmol/L; Ca⁺⁺ 2,1 mmol/L; Cl⁻ 102 mmol/L. AST 57 U/L; ALT 61 U/L. Cholesterol toàn phần 171 mg/dL; HDL-C 26 mg/dL; LDL-C 108 mg/dL; Triglyceride 181 mg/dL. Công thức máu: hồng cầu: 4,3 T/L; Hb 135 g/L; MCV 92 fL; MCH 31 pg; MCHC 355 g/L; Bạch cầu 13,3 G/L; Neutro 85%; Tiêu cầu 238 G/L.

Câu hỏi:

1. Bệnh nhân có thể khó thở do các nguyên nhân gì?
2. Hãy nêu các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng giúp chẩn đoán suy tim
3. Nêu các dấu hiệu lâm sàng để chẩn đoán bệnh lý hô hấp. Cần làm thêm xét nghiệm gì để làm rõ chẩn đoán?
4. Bệnh nhân này có thể bị thuyên tắc phổi không? Tại sao?

❖ Tình huống 2

Bệnh nhân nữ 38 tuổi, nhập viện vì khó thở, bệnh 3 tháng.

Bệnh史: từ 3 tháng nay, bệnh nhân khó thở hai thi, tăng khi làm việc hàng ngày (phụ bán cơm), giảm khi ngồi nghỉ. Từ 1 tuần nay, bệnh nhân khó thở nhiều hơn, xuất hiện ngay cả khi vệ sinh cá nhân, bệnh nhân phải ngồi nghỉ để giảm khó thở. Khó thở còn xuất hiện về đêm sau khi bệnh nhân nằm ngủ được 2 giờ khiến bệnh nhân phải dậy để thở. Bệnh nhân ho khan ít, xuất hiện khi nằm. Bệnh nhân cũng khai có cảm giác nuốt nghẹn khi ăn cơm. Không ghi nhận sốt. Vì khó thở nên nhập viện.

Tiền căn: không tăng huyết áp, không đái tháo đường. Không hút thuốc lá. Không ghi nhận tiền căn thấp khớp. PARA: 2002, sinh thường, con nhỏ nhất 10 tuổi.

Khám thực thể: mạch 110 lần/phút không đều, huyết áp 100/70 mmHg, nhiệt độ 37°C, nhịp thở 25 lần/phút. SpO₂ 98% với khí trời. Cân nặng 48 kg, chiều cao 155 cm. Niêm hồng, chi ám mạch, mạch quay rõ hai bên. Phù nhẹ hai chi dưới đến mắt cá chân, đều hai bên. Tĩnh mạch cảnh không nổi. Phổi: rung thanh đều hai bên, gõ trong, âm phế bào êm dịu, không ran. Tim: mõm tim ở khoang liên sườn V đường trung đòn trái, diện

đập 2 cm², có dấu này trước ngực, không có dấu Harzer. Nghe tim loạn nhịp hoàn toàn 120 lần/phút, T1 mạnh ở mõm, T2 mạnh ở khoang liên sườn hai bờ trái xương ức. Bụng mềm. Gan: bờ dưới ở dưới sườn phải 1 cm, bờ trên khoang liên sườn V, đường trung đòn phải, chiều cao gan 11 cm. Nghiệm pháp phản hồi bụng – tĩnh mạch cảnh (+).

Câu hỏi:

1. Các nguyên nhân gây khó thở có thể nghĩ đến ở bệnh nhân?
2. Cần khám thêm các dấu hiệu gì và đề nghị cận lâm sàng gì để chẩn đoán suy tim?
3. Bệnh nhân được đo điện tâm đồ: rung nhĩ đáp ứng thất nhanh 125 lần/phút, lớn thất phải và nhĩ phải. Hãy nêu các nguyên nhân thường gặp gây lớn thất phải và nêu các nguyên nhân gây rung nhĩ?

Kết quả siêu âm tim như sau: dãn nhĩ trái, buồng tim phải. TAPSE 15 mm. Chuyển động xoáy dày đặc trong nhĩ trái, huyết khối nhĩ trái đường kính khoảng 16 x 25 mm và tiêu nhĩ trái đường kính khoảng 14 x 37 mm. Van 2 lá dày, xơ vôi hóa mép van và 1/2 thân van, lá trước mở dạng phình đầu gối, lá sau hạn chế vận động, dính 2 mép van hoàn toàn. Diện tích mở van 2 lá MVO=0,6 cm², hở van 2 lá nhẹ, hệ thống dưới van xơ hóa, rút ngắn nhiều (diagram Wilkins 10 điểm). Hở van 3 lá trung bình. PAPs= 60 mmHg, AnnTV=31 mm. Kích thước buồng tim trái bình thường, Phân suất tổng máu thất trái 63%.

4. Hãy cho biết bệnh tim hiện có của bệnh nhân? Giải thích tại sao bệnh nhân lại bị khó thở?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Châu Ngọc Hoa. *Triệu chứng học nội khoa*. Thành phố Hồ Chí Minh. Nhà xuất bản Y học, 2012.
2. Châu Ngọc Hoa. *Bệnh học nội khoa*. Thành phố Hồ Chí Minh. Nhà xuất bản Y học, 2012.
3. Collins SP, Lindsell CJ, Storrow AB, et al. ADHERE Scientific Advisory Committee, Investigators and Study Group. Prevalence of negative chest radiography results in the emergency department patient with decompensated heart failure. *Ann Emerg Med*. 2006;47(1):13-18.
4. Fesmire FM, Percy RF, Bardoner JB, et al. Usefulness of automated serial 12-lead ECG monitoring during the initial emergency department evaluation of patients with chest pain. *Ann Emerg Med*. 1998;31(1):3-11.

5. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur J Heart Fail.* 2016;18(8):891-975.
6. Kasper, Dennis, et al. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 19th ed. New York: Blacklick: McGraw-Hill Professional Publishing, 2015.
7. Galipienzo J, Garcia de Tena J, Flores J, et al. Effectiveness of a diagnostic algorithm combining clinical probability, D-dimer testing, and computed tomography in patients with suspected pulmonary embolism in an emergency department. *Rom J Intern Med.* 2012;50(3):195-202.

Bài 4. TIẾP CẬN BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP

ThS.BS. Nguyễn Ngọc Thanh Vân, PGS.TS.BS. Châu Ngọc Hoa

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. *Hồi bệnh sứ và tiền căn bệnh nhân tăng huyết áp.*
2. *Đo huyết áp chính xác.*
3. *Đề nghị xét nghiệm thường quy trên bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát.*
4. *Giáo dục bệnh nhân tăng huyết áp thay đổi lối sống.*

NỘI DUNG BÀI GIẢNG

1. TỔNG QUAN VỀ TĂNG HUYẾT ÁP

Tăng huyết áp là một vấn đề sức khỏe cộng đồng trên toàn thế giới.

Tại Việt Nam, theo số liệu năm 2015 của Hội Tim mạch Quốc gia, 47,3% người trưởng thành có tăng huyết áp. Tỷ lệ kiểm soát huyết áp là 17,9%.

Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ hàng đầu, dẫn đến tử vong và tàn phế do bệnh tim mạch, gây ra gánh nặng lớn cho nền y tế, kinh tế và xã hội. Việc điều trị tăng huyết áp có thể cải thiện các biến cố tim mạch như nhồi máu cơ tim, đột quỵ, bệnh động mạch ngoại biên và các biến cố mạch máu khác.

2. CHẨN ĐOÁN TĂNG HUYẾT ÁP

Về mặt dịch tễ học, không có một ngưỡng cụ thể cho tăng huyết áp, vì các trị số tăng dần của huyết áp trải dài trên một phổ liên tục, tương ứng với sự tăng dần của nguy cơ tim mạch. Theo nhiều nghiên cứu, mức huyết áp từ 115/75 mmHg trở lên có mối tương quan thuận với các biến cố tim mạch. Sự gia tăng mỗi 20 mmHg huyết áp tâm thu và/hoặc 10 mmHg huyết áp tâm trương làm tăng gấp đôi nguy cơ tử vong do đột quỵ, bệnh mạch vành và các bệnh mạch máu khác.

Về mặt lâm sàng, tiêu chuẩn chẩn đoán tăng huyết áp chủ yếu để xác định ngưỡng huyết áp mà tại đó có sự gia tăng nguy cơ các biến cố tim mạch.

Hay nói cách khác, các hướng dẫn lâm sàng chủ yếu tập trung trả lời các câu hỏi sau:

- Ở ngưỡng huyết áp bao nhiêu thì sẽ có sự gia tăng nguy cơ các biến cố tim mạch.
- Ở ngưỡng huyết áp bao nhiêu thì sự can thiệp điều trị sẽ có lợi ích rõ rệt trên các biến cố tim mạch.
- Các can thiệp nào trên một dân số cụ thể được chứng minh mang lại lợi ích cao nhất trong phòng ngừa nguyên phát và thứ phát các biến cố tim mạch.

Hiện tại có nhiều khuyến cáo khác nhau về tăng huyết áp, với các ngưỡng chẩn đoán khác nhau. Tuy nhiên, các khuyến cáo này đều thống nhất số huyết áp không phải là yếu tố quan trọng duy nhất trong chẩn đoán và điều trị, mà còn cần xét tới yếu tố nguy cơ, bệnh đi kèm, và các tổn thương cơ quan đích.

Trong bài viết này, chẩn đoán tăng huyết áp dựa theo JNC 8 2014, tương ứng với trị số 140/90 mmHg.

Việc ứng dụng đo huyết áp lưu động, huyết áp tại nhà trong hỗ trợ chẩn đoán và đánh giá điều trị tăng huyết áp đang được áp dụng rộng rãi. Các chỉ định cụ thể bao gồm:

- Nghi ngờ tăng huyết áp áo choàng trắng.
- Nghi ngờ tăng huyết áp ẩn giấu.
- Xác định vai trò của hiệu ứng áo choàng trắng trên bệnh nhân tăng huyết áp.
- Dao động huyết áp rộng giữa các lần khám hoặc trong cùng lần khám.
- Hạ huyết áp tự thể, do thuốc, sau ăn, liên quan hệ thần kinh tự chủ.
- Tăng huyết áp hoặc nghi tiền sản giật ở thai phụ.
- Xác định tăng huyết áp kháng trị.

Các chỉ định chuyên biệt cho theo dõi huyết áp lưu động: khi có sự bất tương hợp rõ giữa huyết áp tại phòng khám và tại nhà, khi cần đánh giá độ dao động huyết áp, nghi ngờ tăng huyết áp về đêm hoặc mất trung huyết áp (bệnh nhân ngưng thở khi ngủ, bệnh thận mạn hoặc đái tháo đường).

Các trị số tương ứng với huyết áp 140/90 mmHg đo tại phòng khám với các phương pháp đo khác là:

- Huyết áp tại nhà 135/85 mmHg.
- Huyết áp lưu động ban ngày 135/85 mmHg.
- Huyết áp lưu động ban đêm 120/70 mmHg.
- Huyết áp lưu động 24 giờ 130/80 mmHg.

3. MỤC TIÊU TIẾP CẬN BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP

- Đo huyết áp chính xác, làm mốc để điều trị và theo dõi.
- Xác định nguyên nhân (nếu có).
- Đánh giá các yếu tố nguy cơ và xác định nguy cơ tim mạch.
- Phát hiện các tổn thương cơ quan đích.
- Xác định các bệnh đi kèm có thể ảnh hưởng điều trị.
- Đánh giá các thay đổi lối sống có liên quan đến huyết áp.
- Lựa chọn các can thiệp điều trị.
- Theo dõi đánh giá đáp ứng điều trị (nhấn mạnh sự tuân thủ của bệnh nhân).

4. BỆNH SỬ VÀ TIỀN CĂN

Đa số bệnh nhân tăng huyết áp không có triệu chứng. Thường bệnh nhân phát hiện tăng huyết áp tình cờ, hoặc khi bệnh đã tiến triển và có biến chứng (đột quy, bệnh mạch vành...).

Các triệu chứng trên bệnh nhân tăng huyết áp có thể được chia thành ba nhóm: triệu chứng của tăng huyết áp, triệu chứng trên mạch máu và triệu chứng của các bệnh đi kèm.

Trong thực hành lâm sàng, các yếu tố cần ghi nhận trong tiền căn bao gồm:

- Thời gian tăng huyết áp, huyết áp cao nhất và huyết áp trung bình.
- Điều trị hiện tại: đáp ứng thuốc và tác dụng phụ (nếu có).
- Các yếu tố nguy cơ.
- Các triệu chứng gợi ý tăng huyết áp thứ phát.
- Bằng chứng của tổn thương cơ quan đích.
- Tiền căn gia đình tăng huyết áp và các bệnh lý tim mạch.
- Tiền căn sản khoa và các bệnh lý khác.
- Tiền căn về chế độ dinh dưỡng và các yếu tố tâm thần - xã hội (hành vi, nghề nghiệp...).

Trong đó, nhấn mạnh ba câu hỏi quan trọng: tăng huyết áp là nguyên phát hay thứ phát, các yếu tố nguy cơ tim mạch cũng như tổn thương cơ quan đích trên bệnh nhân này là gì.

4.1. Khi nào cần tầm soát nguyên nhân tăng huyết áp?

Tăng huyết áp nguyên phát (không có nguyên nhân) chiếm 90-95%, cho nên chỉ tầm soát nguyên nhân khi triệu chứng cơ năng, thực thể và tiền căn gợi ý.

Theo khuyến cáo của Trường môn Tim mạch Hoa Kỳ 2017, tăng huyết áp mới phát hiện hoặc không kiểm soát được nếu có một trong các yếu tố sau thì nên làm các xét nghiệm tầm soát nguyên nhân:

- Kháng trị, hoặc gây ra do thuốc.
- Khởi đầu đột ngột.
- Đột ngột không kiểm soát được mà trước đó kiểm soát tốt.
- Tăng huyết áp ác tính.
- Khởi phát trước tuổi 30.
- Khởi phát tăng huyết áp tâm trương ở người ≥ 65 tuổi.
- Tổn thương cơ quan đích không tương ứng với mức tăng huyết áp.
- Hạ kali nặng hoặc không có yếu tố khởi phát.

Nếu các xét nghiệm này trả kết quả dương tính, nên chuyển bệnh nhân đến bác sĩ chuyên khoa để được điều trị nguyên nhân.

Các yếu tố trong bệnh sử giúp gợi ý nguyên nhân tăng huyết áp được tóm tắt trong Bảng 1.

Bảng 1. Các yếu tố gợi ý tăng huyết áp nguyên phát hoặc thứ phát trong bệnh sử-tiền căn

Tăng huyết áp nguyên phát	Tăng huyết áp thứ phát
Tăng huyết áp từ từ, tốc độ tăng chậm	Huyết áp dao động, có cơn chóng mặt, tái (pheochromocytoma)
Các yếu tố tăng nguy cơ tăng huyết áp: tăng cân, ăn mặn, ít hoạt động thể lực, thay đổi nghề nghiệp cần di chuyển xa, uống rượu nhiều	Ngáy, tăng buồn ngủ ban ngày (hội chứng ngưng thở khi ngủ)
Tiền căn gia đình tăng huyết áp	Bệnh thận mạn do tắc nghẽn sau thận Chuột rút, yếu cơ (hạ kali do cường aldosterone nguyên phát hoặc aldosterone thứ phát do bệnh mạch máu thận) Sụt cân, hồi hộp, không chịu được nhiệt (cường giáp) Phù, mệt mỏi, tăng số lần đi tiểu (bệnh thận hoặc suy thận) Tiền căn phẫu thuật sửa hẹp eo động mạch chủ (tăng huyết áp có liên quan hẹp eo động mạch chủ) Béo phì trung tâm, mặt tròn, dễ bầm da (hội chứng Cushing) Không có tiền căn gia đình tăng huyết áp Rượu, thuốc (kháng viêm không steroid, cocaine, amphetamines)

4.2. Yếu tố nguy cơ tim mạch

Đa số bệnh nhân tăng huyết áp có ít nhất hai yếu tố nguy cơ tim mạch. Các yếu tố này có vai trò quan trọng trong quản lý bệnh nhân tăng huyết áp.

Các yếu tố nguy cơ tim mạch thường gặp trên bệnh nhân tăng huyết áp chia làm hai nhóm: thay đổi được và không thay đổi được, tóm tắt trong Bảng 2.

Bảng 2. Các yếu tố nguy cơ tim mạch thường gặp trên bệnh nhân tăng huyết áp

Yếu tố thay đổi được	Yếu tố không thay đổi được
Đang hút thuốc lá (chủ động hoặc thụ động)	Tuổi
Đái tháo đường	Tiền căn gia đình
Rối loạn chuyển hóa lipid	Bệnh thận mạn
Dư cân, béo phì	Tình trạng kinh tế xã hội thấp, trình độ học vấn thấp
Ít hoạt động thể lực	Nam
Chế độ ăn không lành mạnh	Ngưng thở khi ngủ
	Stress tâm lý xã hội

Yếu tố nguy cơ bệnh tim mạch do xơ vữa trong 10 năm (theo Pooled Cohort) được Trường môn Tim mạch Hoa Kỳ sử dụng trong việc đánh giá khởi động điều trị tăng huyết áp theo khuyến cáo năm 2017.

4.3. Tồn thương cơ quan đích: chia làm năm nhóm

- Tim: phì đại thất trái, bệnh mạch vành, rung nhĩ, suy tim.
- Não: cơn thoáng thiếu máu não, đột quy thiếu máu não, đột quy xuất huyết não, bệnh não do tăng huyết áp.
- Thận: bệnh thận mạn giai đoạn cuối.
- Mắt: tồn thương chia làm 4 độ theo Keith- Wagener- Barker.
 - + Độ 1: động mạch co nhỏ, ngoắn ngoèo.
 - + Độ 2: dấu bắt chéo động tĩnh mạch.
 - + Độ 3: phù nề, xuất tiết, xuất huyết võng mạc.
 - + Độ 4: phù gai thị.
- Mạch máu: xơ vữa động mạch, phình bóc tách động mạch chủ, bệnh động mạch ngoại biên.

5. KHÁM

5.1. Tổng quát

Cân nặng, chiều cao, vòng eo, BMI.

Vẻ mặt, sự linh hoạt, tri giác.

Huyết áp, nhịp tim, mạch máu (so sánh hai bên, chi trên, chi dưới), dấu xơ cứng mạch.

Phù, chi lạnh, ngón tay dùi trống, lượng nước tiểu.

Trong phần này, cần ghi nhận các dấu hiệu gợi ý nguyên nhân tăng huyết áp thứ phát (hội chứng Cushing, to đầu chi, bệnh thận mạn, đa hồng cầu).

5.2. Khám vùng

Đầu mặt cổ: đáy mắt, xanthelasma, tuyến giáp, mắt lồi, động mạch và tĩnh mạch cảnh...

Trước ngực: nhìn sờ nghe (A2 mạnh, T4, các dấu hiệu gợi ý suy tim, rung nhĩ, âm thổi gợi ý hẹp eo động mạch chủ).

Bụng: gan to, thận to (thận đa nang), bàng bụng, phình động mạch chủ bụng, âm thổi ở động mạch vùng bụng.

Các âm thổi nhẹ, ngắn, giữa thì tím thu ít khi có ý nghĩa quan trọng.

Các dấu hiện thần kinh khu trú (tiền căn đột quy).

Cơ teo, chi trên dưới không cân xứng, khớp lỏng lẻo.

6. CÁCH ĐO HUYẾT ÁP

Kỹ thuật và sự chuẩn bị bệnh nhân đóng vai trò quan trọng ảnh hưởng đến sự chính xác, độ tin cậy của đo huyết áp.

Theo khuyến cáo của Trường môn Tim mạch Hoa Kỳ, có 6 bước đo huyết áp như sau:

6.1. Bước 1: chuẩn bị bệnh nhân

Bệnh nhân ngồi thoải mái trên ghế (chân chạm đất, lưng tựa ghế) ít nhất 5 phút.

Bệnh nhân không hút thuốc lá, uống cà phê hoặc vận động trong ít nhất 30 phút.

Đảm bảo bệnh nhân làm trống bàng quang.

Không nói chuyện trong lúc nghỉ ngơi và đo huyết áp.

Bộc lộ vùng đo huyết áp.

Bệnh nhân được đo huyết áp khi đang nằm hay ngồi trên bàn khám thỏa các điều kiện trên.

6.2. Bước 2: sử dụng kỹ thuật đo phù hợp

Chọn dụng cụ đo được chuẩn hóa (được kiểm chuẩn định kỳ).

Nâng đỡ cánh tay bệnh nhân.

Vị trí trung tâm của bóng ngang với mức giữa xương ức.

Sử dụng máy đo có phần bóng cao su bao phủ ít nhất 80% chu vi cánh tay.

Có thể sử dụng màng hoặc chuông của ống nghe khi đo.

Tiêu chuẩn kích thước băng quấn đo huyết áp:

- Đường kính 22-26 cm cho người trưởng thành kích thước nhỏ.

- Đường kính 27-34 cm cho người trưởng thành kích thước trung bình.
- Đường kính 35-44 cm: người trưởng thành kích thước lớn.
- Đường kính 45-52 cm: băng quần đùi.

6.3. Bước 3: đo huyết áp để chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp

Với lần khám đầu tiên, nên đo cả hai tay. Các lần sau đó chỉ cần đo ở tay có trị số cao hơn.

Khi đo lặp lại, các lần đo cách nhau 1-2 phút.

Xác nhận trị số huyết áp tại đó mạch quay mắt bằng phương pháp sờ mạch, sau đó bơm lên 20-30 mmHg trên trị số này.

Xả bóng với tốc độ 2 mmHg/giây, xác định huyết áp tương ứng với tiếng Korotkoff (bằng ống nghe).

6.4. Bước 4: ghi nhận số đo huyết áp

Ghi nhận cả trị số huyết áp tâm thu và tâm trương, dựa vào tiếng Korotkoff pha thứ nhất và pha thứ năm, làm tròn đến số chẵn gần nhất.

Ghi nhận thời điểm uống thuốc huyết áp gần nhất.

6.5. Bước 5: đọc trị số trung bình

Lấy trị số trung bình của ít nhất hai số đo, ghi nhận từ ít nhất hai lần khám khác nhau.

6.6. Bước 6: thông báo kết quả đo huyết áp cho bệnh nhân

Thông báo kết quả huyết áp tâm thu và tâm trương cho bệnh nhân bằng lời nói và văn bản.

Lưu ý:

- Ở người < 30 tuổi có tăng huyết áp, cần đo huyết áp ở chi trên và dưới.
- Ở người > 65 tuổi, đái tháo đường, có dùng thuốc hạ áp cần đánh giá huyết áp ở hai tư thế: đứng và nằm.

7. CẬN LÂM SÀNG

7.1. Trên bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát

7.1.1. Thường quy

- Đường huyết đói.
- Công thức máu.
- Cholesterol toàn phần, HDL-c, LDL-c, triglyceride.
- Creatinine (tính ra eGFR).

- Điện giải đồ (Na, K, Ca).
- TSH.
- Tổng phân tích nước tiểu.
- ECG 12 chuyên đạo.

7.1.2. Các xét nghiệm khác

- Siêu âm tim.
- Axít uric huyết thanh.
- Albumin/Creatinine niệu.

7.2. Trên bệnh nhân nghi ngờ tăng huyết áp thứ phát

Tùy theo nguyên nhân sẽ có lựa chọn cận lâm sàng khác nhau (phần này sẽ được trình bày ở năm thứ 4).

8. THAY ĐỔI LỐI SỐNG

Mục tiêu điều trị tăng huyết áp là làm giảm tỷ lệ mới mắc của các biến cố tim mạch, đặc biệt là bệnh mạch vành, suy tim và đột quy. Điều trị tăng huyết áp gồm điều trị dùng thuốc, hoặc không dùng thuốc (thay đổi lối sống). Trong đó, thay đổi lối sống đóng vai trò nền tảng, được khuyến cáo cho tất cả bệnh nhân tăng huyết áp.

Các biện pháp này cần được áp dụng vào cuộc sống thường ngày của bệnh nhân, với nhiều lợi ích trên hệ tim mạch, hô hấp, cơ xương khớp.

Ngưng hút thuốc lá là yếu tố làm cải thiện nguy cơ cho các bệnh lý mạch máu nói chung, trong đó có tăng huyết áp. Các can thiệp khác được chứng minh có hiệu quả nhất trong dự phòng và điều trị tăng huyết áp được tóm tắt trong Bảng 3.

Bảng 3. Các biện pháp thay đổi lối sống và ảnh hưởng lên huyết áp tâm thu

Can thiệp	Cách can thiệp	Thay đổi huyết áp tâm thu
Giảm cân	Tốt nhất là giảm đến khi đạt cân nặng lý tưởng. Mục tiêu giảm ít nhất 1 kg cho người dư cân.	-5 mmHg (giảm 1 kg cân nặng tương ứng giảm khoảng 1 mmHg)
Chế độ ăn DASH	Nhiều trái cây, rau quả, ít béo, giảm chất béo bão hòa	-11 mmHg
Giảm sodium	Tốt nhất < 1.500 mg/ngày, mục tiêu giảm ít nhất 1.000 mg/ngày so với chế độ ăn hiện tại	-5/6 mmHg
Tăng kali trong khẩu phần ăn	Mục tiêu 3.500-5.000 mg/ngày	-4/5 mmHg
Tập aerobic	90-150 phút/tuần Đạt 65-75% dự trữ tần số tim	-5/8 mmHg

Tập kháng lực	90- 150 phút/tuần 50-80% 1RM 6 động tác, 30 lần tập cho mỗi động tác	-4 mmHg
Tập kháng lực đǎng trường	4 lần, cách nhau 1 phút, mỗi lần 2 phút, đạt 30-40% co cơ tự ý tối đa 3 buổi tập/tuần trong 8-10 tuần	-5 mmHg
Uống rượu vừa phải	Nam ≤ 2 đơn vị mỗi ngày, nữ ≤ 1 đơn vị mỗi ngày	-4 mmHg

9. THEO DÕI BỆNH NHÂN

Các yếu tố cần theo dõi bao gồm: đáp ứng với điều trị, các tác dụng phụ, các bệnh đi kèm khác, các triệu chứng và dấu hiệu mới xuất hiện, sự tuân trị và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

Trong giai đoạn đầu, có thể đánh giá lại mỗi 2 tuần - 4 tuần. Khi huyết áp ổn định có thể tái khám mỗi 3 - 6 tháng.

Tần suất theo dõi khác nhau tùy theo từng bệnh nhân: nguy cơ tim mạch cao hay thấp cao, tăng huyết áp cấp cứu, chưa ổn định hay ổn định qua nhiều lần khám, các bệnh đi kèm được kiểm soát tốt không.

10. KẾT LUẬN

Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ tim mạch hàng đầu có thể phòng tránh và điều trị được. Tại Việt Nam, với ngưỡng chẩn đoán là 140/90 mmHg, có gần 50% người trưởng thành mắc bệnh. Việc chẩn đoán chính xác tăng huyết áp, giáo dục bệnh nhân thay đổi lối sống, cải thiện sự tuân trị của bệnh nhân giúp phòng và giảm các biến cố tim mạch, cũng làm giảm các gánh nặng kinh tế - y tế.

Cùng là bệnh nhân tăng huyết áp, nhưng tiên lượng bệnh có thể khác nhau. Một bệnh nhân tăng huyết áp đơn thuần kiểm soát tốt có nguy cơ và tốc độ diễn tiến đến bệnh tim mạch giai đoạn cuối thấp hơn so với người có nhiều tổn thương cơ quan đích và bệnh đi kèm.

Do đó, trong quá trình tiếp cận bệnh nhân, cần xác định các yếu tố nguy cơ, bệnh đi kèm, tổn thương cơ quan đích, các điều trị hiện tại của bệnh nhân, nhằm có được bức tranh lâm sàng tổng thể của bệnh nhân. Từ đó, lựa chọn các can thiệp và đưa ra kế hoạch theo dõi phù hợp.

CÂU HỎI TỰ LUÔNG GIÁ

1. Tỷ lệ tăng huyết áp tại Việt Nam năm 2015?
 - A. 23,7%
 - B. 35,5%
 - C. 47,3%
 - D. 52,8%
2. Tỷ lệ kiểm soát huyết áp trên những bệnh nhân tăng huyết áp tại Việt Nam 2015?
 - A. 10,3%
 - B. 17,9%
 - C. 21,5%
 - D. 33,6%
3. Bệnh nhân nào sau đây **KHÔNG** là chỉ định đo huyết áp 24 giờ?
 - A. Bệnh thận mạn
 - B. Đái tháo đường
 - C. Rối loạn mỡ máu
 - D. Ngưng thở khi ngủ
4. Đối tượng nào sau đây cần tầm soát tăng huyết áp thứ phát?
 - A. Khởi phát năm 45 tuổi
 - B. Natri máu thấp
 - C. Kèm tồn thương cơ quan đích
 - D. Khởi phát đột ngột
5. Yếu tố nào sau đây gợi ý tăng huyết áp thứ phát?
 - A. Tiền căn gia đình tăng huyết áp
 - B. Khởi đầu từ từ
 - C. Ngáy, buồn ngủ ban ngày
 - D. Béo phì
6. Bệnh nhân nam 40 tuổi, huyết áp 150/100 mmHg. Nếu giảm được 10 kg cân nặng, ước tính huyết áp tâm thu giảm bao nhiêu?
 - A. 5 mmHg
 - B. 8 mmHg
 - C. 10 mmHg
 - D. 13 mmHg
7. Bệnh nhân nam 58 tuổi, huyết áp đo tại phòng khám 135/80 mmHg, siêu âm tim có phì đại đồng tâm thất trái. Bệnh nhân có tiền căn cơn thoáng thiếu máu não. Kết quả đo Holter huyết áp 24 giờ có huyết áp trung bình là 138/86 mmHg. Kết luận phù hợp là?
 - A. Tăng huyết áp áo choàng trắng

- B. Tăng huyết áp ẩn giấu
 C. Tăng huyết áp tâm trương đơn độc
 D. Không tăng huyết áp
8. Xét nghiệm thường quy trên bệnh nhân tăng huyết áp, ngoại trừ?
- A. Creatinine
 B. HbA1c
 C. TSH
 D. Điện giải đồ
9. Bệnh nhân nam nhập viện vì huyết áp 190/100 mmHg. Soi đáy mắt có dấu bắt chéo động tĩnh mạch. Phân độ tổn thương đáy mắt theo Keith-Wagener-Barker?
- A. 1
 B. 2
 C. 3
 D. 4
10. Tổn thương cơ quan đích do tăng huyết áp, ngoại trừ?
- A. Phình bóc tách động mạch chủ ngực
 B. Huyết khối tĩnh mạch sâu
 C. Xơ vữa quai động mạch chủ
 D. Bệnh động mạch ngoại biên chi dưới
11. Bệnh nhân nam 20 tuổi, huyết áp 190/100 mmHg. Thường tăng vào buổi sáng, kèm vã mồ hôi, hồi hộp thành từng cơn. Nguyên nhân nghĩ đến nhiều nhất trên bệnh nhân này là gì?
- A. Vô căn
 B. Pheochromocytoma
 C. Cường aldosterone nguyên phát
 D. Bệnh thận mạn
12. Bệnh nhân nữ, 65 tuổi, huyết áp 150/100 mmHg, sụt cân và tiêu chảy 1 tháng nay. Khám nhịp nhanh xoang, run tay, mắt lồi. Nguyên nhân tăng huyết áp nghĩ đến nhiều nhất trên bệnh nhân này?
- A. Cường giáp
 B. Suy giáp
 C. Parkinson
 D. Cushing do thuốc
13. Bệnh nhân nam, 67 tuổi, tăng huyết áp 2 năm nay. Bệnh nhân được chẩn đoán đái tháo đường cách đây 5 năm, hút thuốc lá 40 gói/năm. BMI 28 kg/m². Bệnh nhân có bao nhiêu yếu tố nguy cơ tim mạch?
- A. 3

- B. 4
C. 5
D. 6

14. Bệnh nhân nam 20 tuổi, khám vì huyết áp cao. Huyết áp tay phải 170/100 mmHg, tay trái 140/90 mmHg. Nguyên nhân tăng huyết áp nghỉ nhiều nhất là gì?
 A. Hẹp eo động mạch chủ
 B. Hẹp van động mạch chủ
 C. Hẹp động mạch thận
 D. Hở van động mạch chủ
15. Bệnh nhân cần nghỉ ngơi, không uống trà và cà phê trước đo huyết áp bao lâu?
 A. 15 phút
 B. 30 phút
 C. 45 phút
 D. 60 phút

Đáp án: 1C, 2B, 3C, 4D, 5C, 6C, 7B, 8B, 9B, 10B, 11B, 12A, 13D, 14A, 15B.

TÌNH HUỐNG LÂM SÀNG THẢO LUẬN

❖ Tình huống 1

Bệnh nhân nam 62 tuổi, tăng huyết áp 6 năm, bệnh tim thiếu máu cục bộ 2 năm. Bệnh nhân có thói quen hút thuốc lá 1 gói/ngày từ năm 19 tuổi, uống bia 5 lon/ngày. Khám đo huyết áp 155/85 mmHg. Cân nặng 82 kg, chiều cao 165 cm.

Câu hỏi:

- Cần hỏi gì thêm trên bệnh nhân này?
- Bệnh nhân này có chỉ định tim nguyên nhân tăng huyết áp không?
- Cần làm thêm gì để đánh giá yếu tố nguy cơ và tồn thương cơ quan đích?

❖ Tình huống 2

Bệnh nhân nữ 40 tuổi, khám vì huyết áp cao. Bệnh nhân khám định kỳ hàng năm không ghi nhận tăng huyết áp trước đó. Sáu tháng nay, bệnh nhân đau sưng khớp cổ tay, cổ chân tự mua thuốc giảm đau uống. Bệnh nhân tăng 3 kg/6 tháng, thường xuất hiện các vết bầm da.

Câu hỏi:

- Em cần hỏi thêm gì trên bệnh nhân này?
- Bệnh nhân này có chỉ định tim nguyên nhân tăng huyết áp không?
- Khám thực thể trên bệnh nhân này cần lưu ý những đặc điểm gì?
- Cần làm thêm gì để chẩn đoán nguyên nhân tăng huyết áp?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Châu Ngọc Hoa. *Bệnh học nội khoa*. Thành phố Hồ Chí Minh. Nhà xuất bản Y học, 2012.
- James PA, Oparil S, Carter BL, et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*. 2014;311(5):507-520.
- Loscalzo, Joseph. *Harrison's Cardiovascular Medicine*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill Medical, 2017.
- Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens*. 2013;31(7):1281-1357.
- Ralston, Stuart,, Ian D. Penman, Mark W. J. Strachan, and Richard P. Hobson. *Davidson's Principles and Practice of Medicine*. 23th ed. Edinburgh: Elsevier, 2018.
- Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, et al. Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet*. 2002;360(9349):1903-1913.
- Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension*. 2018;71(6):1269-1324.
- O'Connor, S. and Talley, N. *Clinical Examination: A Systematic Guide To Physical Diagnosis*. 8th ed. Chatswood: Elsevier, 2017.

BÀI 5. TIẾP CẬN BỆNH NHÂN HO, HO RA MÁU

ThS.BS. Nguyễn Hồ Lam, TS.BS. Lê Thượng Vũ, PGS.TS.BS. Trần Văn Ngọc

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày các khái niệm cơ bản liên quan vấn đề ho, ho ra máu.
2. Liệt kê các nguyên nhân ho và ho ra máu thường gặp.
3. Phân tích các bước tiếp cận bệnh nhân ho.
4. Phân tích các bước tiếp cận bệnh nhân ho ra máu.
5. Đề nghị cận lâm sàng chẩn đoán bệnh nhân ho, ho ra máu.

NỘI DUNG BÀI GIẢNG

1. KHÁI NIỆM VỀ HO – HO RA MÁU

Ho có thể từng hiện diện ở tất cả mọi người và là một cơ chế bảo vệ bẩm sinh giúp loại bỏ nhầy nhớt, độc chất hay chất viêm nhiễm khỏi thanh quản, khí quản và phế quản lớn. Ho còn là dấu hiệu của bệnh lý bên trong hay bên ngoài đường thở và phổi, là một chỉ điểm hữu ích cho bác sĩ và bệnh nhân trong quá trình tìm kiếm chẩn đoán bệnh. Ho được khởi đầu bằng một loạt các hoạt động hô hấp dẫn đến sự tổng xuất đột ngột của luồng khí tạo ra âm thanh ho đặc trưng. Ho: hít thở sâu và nhanh → đóng nắp thanh môn → co cơ bụng và cơ hô hấp → tăng đột ngột áp lực trong màng phổi và lồng ngực → mở nắp thanh môn và tổng xuất khí ra → pha hồi phục bằng hít vào sâu (áp lực trong lồng ngực có thể tăng lên 40 đến 400 cmH₂O).

Ho có thể là chủ ý, không chủ ý hoặc phối hợp cả hai cơ chế. Một phản xạ ho không chủ ý có ba loại kích thích thường gặp: **cơ học, phản ứng viêm và tâm lý**. Đa số trường hợp ho do một bệnh lý thực thể, tuy nhiên một số trường hợp do yếu tố tâm lý. Kích thích hướng tâm của ho bắt nguồn từ các thụ thể ho và được dẫn truyền đến trung tâm thông qua thần kinh số V, IX, X và thần kinh hoành. Những bệnh nhân ho khan, dai dẳng và không rõ nguyên nhân có thể do cơ chế tăng nhạy cảm thần kinh hướng tâm ở đường thở thông qua dự trữ nhiều neuropeptide. Thần kinh số X không chỉ mang xung động từ thanh quản, khí quản, phế quản, mà còn ở dạ dày và màng phổi. Thụ thể của đường thở hầu hết tập trung ở thanh quản, mật độ ít hơn ở đường dẫn khí gần và không có ở đường dẫn khí xa. Thần kinh số IX mang kích thích từ vùng hầu họng, thần kinh số V từ mũi và các xoang cạnh mũi, thần kinh hoành từ vùng màng tim và cơ hoành. Con đường thần kinh vận động chậm chí còn nhiều hơn, không chỉ từ não, thần kinh hoành, mà còn từ các thần kinh ở các cơ gian sườn và cơ hô hấp phụ. Cung phản xạ ho có thể

bị tổn thương do bệnh lý thần kinh. Sự co cơ hô hấp có thể suy yếu do suy kiệt, tuổi tác và bệnh thần kinh cơ.

Ho ra máu là tình trạng máu được tổng xuất từ đường hô hấp tại bất kỳ vị trí nào từ phế nang đến nắp thanh môn, lượng máu có thể thay đổi từ đàm dây máu đến ho ra máu lượng nhiều. Ho ra máu có thể có rất nhiều nguyên nhân khác nhau và đa phần các trường hợp đều có thể được tìm thấy nguyên nhân gây bệnh. Việc nhận định nguyên nhân và vị trí chảy máu đóng vai trò vô cùng quan trọng trong việc điều trị bệnh. Tiếp cận bệnh nhân ho ra máu cần phân biệt với ói ra máu (đọc thêm bài Tiếp cận bệnh nhân nôn, đi tiêu ra máu).

2. TIẾP CẬN BỆNH NHÂN HO VÀ HO RA MÁU

2.1. Tiếp cận bệnh nhân ho

Xem xét đầu tiên khi tiếp cận bệnh nhân ho là: (1) xác định mức độ ho (ho có quá mức không?) (2) đánh giá nguyên nhân có thể gây ho và (3) lên kế hoạch chẩn đoán và điều trị ho. Để giải quyết các vấn đề này, việc khai thác bệnh sử và thăm khám thực thể có thể cung cấp những đầu mối hữu ích.

2.1.1. Khai thác tính chất ho cần lưu ý những đặc điểm sau

2.1.1.1. Ho này là cấp, bán cấp hay ho mạn

- Ho cấp < 3 tuần.
- Ho bán cấp từ 3-8 tuần.
- Ho mạn > 8 tuần.

Tương ứng với thời gian, ho sẽ có những nguyên nhân thường gặp nhất định.

2.1.1.2. Ho khan, ho có đàm hay ho ra máu

Đàm là chất tiết đường hô hấp dưới. Ho có đàm gợi ý nguyên nhân có thể liên quan bệnh lý đường hô hấp dưới bao gồm phế quản hay nhu mô phổi. Ho khạc đàm thường hướng đến **viêm phổi, viêm phế quản, giãn phế quản** hay những bệnh lý gây xuất tiết **phế quản** (ung thư phế quản, sỏi phế quản, dị vật phế quản...) nhưng đặc điểm này cũng có giới hạn vì có những nguyên nhân tương đồng giữa ho khan và ho đàm. **Lượng đàm và màu sắc đàm** cũng cần khai thác để theo dõi diễn tiến bệnh.

Ho đàm mù gợi ý bệnh lý nhiễm trùng.

Ho ra máu là triệu chứng báo động một số bệnh lý nặng như lao, ung thư phổi, có thể tiến triển gây suy hô hấp vì vậy thường gây ra lo lắng khiến hầu hết bệnh nhân nhanh chóng tìm đến sự chăm sóc y tế.

Ho khan có thể do nguyên nhân tại hoặc ngoài đường hô hấp.

2.1.1.3. Hoàn cảnh khởi phát ho

Ho nỗi bật về đêm có thể gặp trong hen hay suy tim, ho sau bữa ăn có thể liên quan bệnh trào ngược dạ dày - thực quản, ho khi tiếp xúc với yếu tố kích thích, dị nguyên gợi ý tình trạng tăng nhẹ cảm đường thở.

2.1.1.4. Yếu tố làm tăng giảm ho

Các yếu tố như hít sâu, cười, hít không khí lạnh, nói liên tục có thể làm khởi phát ho nhiều, ho giảm với sử dụng thuốc dẫn phế quản.

2.1.1.5. Triệu chứng kèm theo

Triệu chứng kèm theo liên quan về mặt nguyên nhân gây ho: **sốt, đau họng chảy mũi, đau ngực kiêu màng phổi, khò khè, khó thở, ợ hơi, ợ chua.**

Triệu chứng kèm theo do ho quá mức gây ra (biến chứng của ho quá mức) được trình bày ở Bảng 1.

Bảng 1. Các biến chứng có thể gặp do ho quá mức

HÔ HẤP	CƠ XƯƠNG
Tràn khí màng phổi, trung thất, màng bụng	Đau cơ gian sườn
Tràn khí dưới da	Tổn thương cơ thẳng bụng
Tổn thương thanh quản	Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ
TIM MẠCH	TIÊU HÓA
Rối loạn nhịp tim	Thoát vị thực quản
Mất ý thức	KHÁC
Xuất huyết kết mạc	Tiêu không tự chủ
THẦN KINH TRUNG ƯƠNG	Ảnh hưởng về mặt xã hội
Ngất, đau đầu	Chấn xuất huyết, ban xuất huyết
Thuyên tắc khí não	Ảnh hưởng vết mổ

2.1.2. Nguyên nhân ho

Bảng 2. Nguyên nhân của ho

	CẤP	BẢN CẤP	MẠN
Thường gặp	Cảm lạnh Viêm mũi (dị ứng, kích thích, vận mạch) Viêm xoang cấp Viêm phổi cấp	Ho sau viêm /nhiễm trùng	Hội chứng ho hô hấp trên. Lao, hen, thuốc ức chế men chuyển. Viêm phế quản tăng eosinophil không phải hen. Bệnh trào ngược dạ dày thực quản Đợt cấp viêm phế quản mạn.
Ít gặp hơn	Đợt cấp bệnh đường thở (hen, dãn phế quản, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính) Hen tim, phù phổi cấp	Viêm mũi vi trùng bán cấp Hen	Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Dị vật đường thở, dãn phế quản. Ung thư phổi.
Không thường gặp	Đe dọa tính mạng (viêm phổi, bệnh tim mạch, thuyên tắc phổi)	Ho gà	Suy tim sung huyết, hít sắc mạn tính. U trung thất, tuyến giáp chèn đường thở. Bệnh phổi mô kẽ, sáp tai, ho tâm lý.

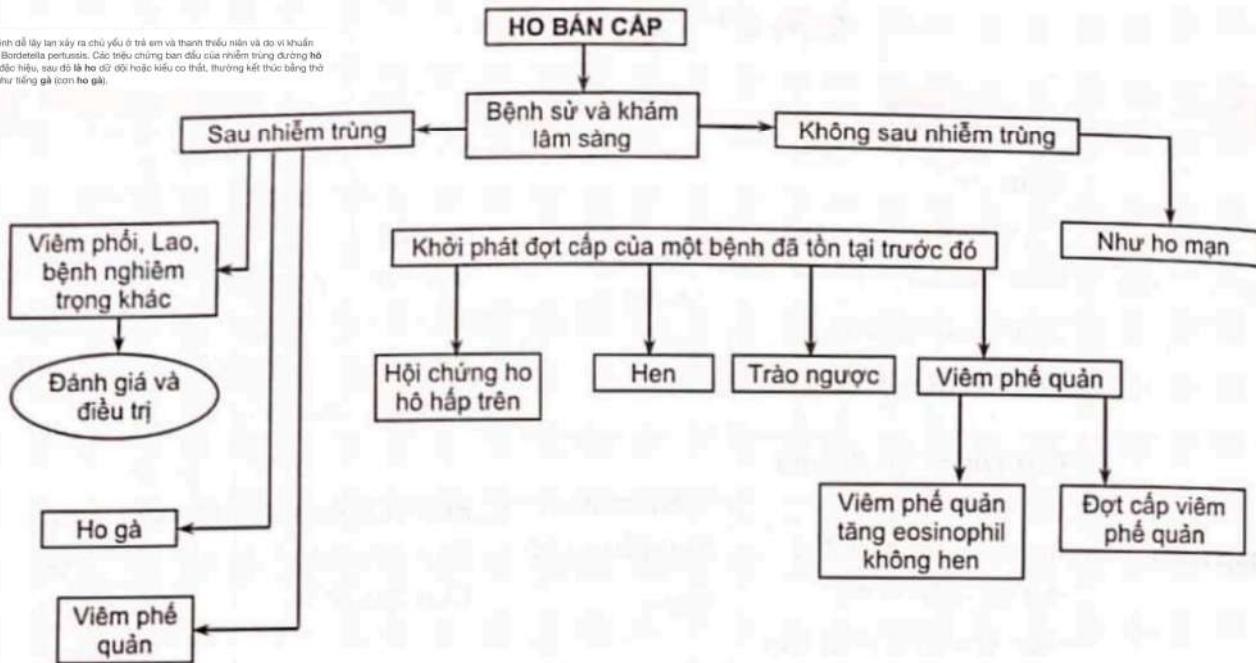
2.1.2.1. Ho cấp

Thường gây ra do **nhiễm trùng** hay **nhiễm siêu vi** đường hô hấp trên. Triệu chứng kèm theo gồm **chảy dịch mũi sau, cảm giác vướng ở họng, ngứa họng, đau họng, nghẹt mũi và chảy mũi.**

Đường hô hấp được chia thành trên và dưới, ngăn cách nhau bởi Sụn nhẵn. Trong đó đường hô hấp trên bao gồm các cơ quan: **mũi, hầu, họng, xoang và thanh quản**, đường hô hấp dưới tính từ khí quản, phế quản và 2 lá phổi.

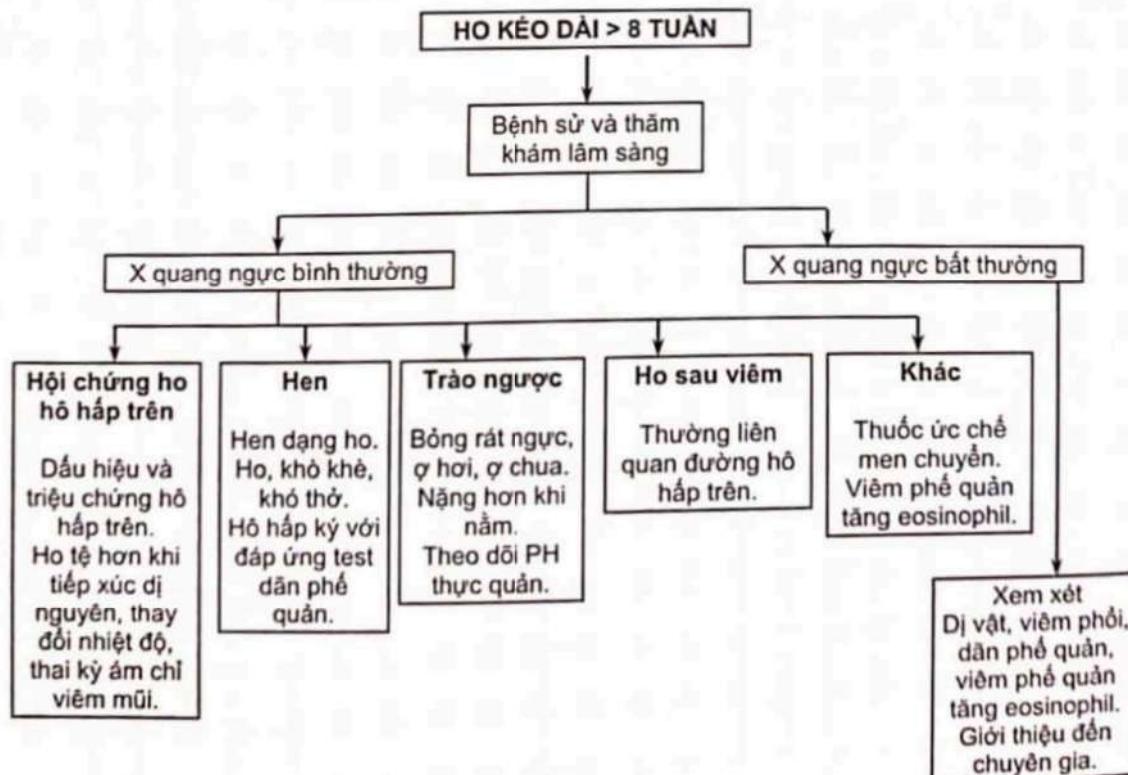
2.1.2.2. Ho bán cấp

Ho gà là một bệnh dễ lây tan xảy ra chủ yếu ở trẻ em và thanh thiếu niên và do vi khuẩn gram âm gây ra Bordetella pertussis. Các triệu chứng ban đầu của nhiễm trùng đường hô hấp trên không đặc hiệu, sau đó là ho dữ dội hoặc kiếu co thắt, thường kết thúc bằng thở rít, âm độ cao, như tiếng gà (con ho gà).



Sơ đồ 1. Sơ đồ tiếp cận ho bán cấp (3 – 8 tuần) ở bệnh nhân ≥ 15 tuổi.

2.1.2.3. Ho mạn tính



Sơ đồ 2. Sơ đồ tiếp cận ho mạn tính

2.2. Tiếp cận bệnh nhân ho ra máu

Tiếp cận bệnh nhân hội chứng ho ra máu qua năm câu hỏi: có ho ra máu? → Lượng nhiều? → Biến chứng? → Tiến triển? → Bên phải hay bên trái? Một khi có thông tin đầy đủ hội chứng ho ra máu, có thể tiếp cận chẩn đoán và điều trị ngay. Câu hỏi nguyên nhân là gì thì thường cần thời gian để trả lời.

Chẩn đoán xác định có ho ra máu: hỏi bệnh ghi nhận tiền căn hoặc nguy cơ bệnh lý phổi-phế quản, bệnh sử thấy có tiền triệu ngứa cổ, muốn ho. Bệnh nhân khai đưa máu ra bằng gắng sức ho, máu thường đỏ, có lẫn bọt hoặc đàm, có đuôi khái huyết, pH máu kiềm. Chẩn đoán phân biệt với các chảy máu đường hô hấp trên (khám tai mũi họng) và nôn ra máu từ đường tiêu hóa.

Lượng ít hay nhiều: phân loại theo lượng máu mất có tính tương đối vì lượng máu ho ra chỉ thể hiện một phần lượng máu mất. Ho ra máu lượng ít: máu ra như sợi chỉ hoặc đàm lẫn máu. Ho ra máu lượng nhiều: lượng máu ho ra $> 100 \text{ ml}/24 \text{ giờ}$.

Chẩn đoán tiến triển: thay đổi màu sắc máu đen dần và lượng máu ít dần nghĩ bệnh ngừng tiến triển. Nhiều trường hợp ho ra máu chưa đạt tiêu chuẩn lượng nhiều nhưng vẫn còn tiến triển cũng nên được xem xét như một trường hợp nặng và xử trí tích cực.

Chẩn đoán biến chứng: biến chứng thường gặp và đáng sợ nhất là suy hô hấp (chết đuối trên cạn). Choáng mất máu và/hoặc thiếu máu ít gấp hơn.

Chẩn đoán bên ho ra máu: cho phép can thiệp chẩn đoán điều trị khác nhau (nằm nghiêng, nội khí quản bên nào, bơm tắc mạch cầm máu bên nào).

Tiếp cận hội chứng qua năm câu hỏi giúp định hướng chẩn đoán và điều trị ho ra máu như là một cấp cứu nội khoa: ho ra máu có nặng, cần theo dõi sát và xử trí khẩn cấp không? Chẩn đoán nguyên nhân ho ra máu là bước tiếp cận tiếp theo đôi khi mất nhiều thời gian và vì vậy có thể lồng ghép hoặc thực hiện sau khi đã sơ cứu ho ra máu tạm ổn.

2.2.1. Bệnh sứ

Thu thập bệnh sử đầy đủ và chi tiết rất có giá trị trong chẩn đoán và đánh giá tình trạng ho ra máu. Ho đàm nhầy mù hay mù có vẩy máu gợi ý nhiễm trùng đường hô hấp dưới là nguyên nhân gây ho máu. Ho đàm mạn tính thay đổi tính chất đàm gần đây gợi ý đợt cấp viêm phế quản mạn. Ho đàm mù kèm sốt cao hay lạnh run gợi ý viêm phổi, đàm có mùi hôi gợi ý áp xe phổi. Đàm nhầy mù mạn tính lượng nhiều gợi ý gián phế quản (đàm ba lớp: lớp bọt, lớp nhầy và lớp mù đặc). Ho ra máu sau khởi phát của đau ngực màng phổi và khó thở gợi ý thuyên tắc phổi. Bệnh sứ đau hoặc sưng khớp, tiểu máu, ban da gợi ý bệnh tự miễn.

2.2.2. Tiền căn

Bệnh lý thận (hội chứng Goodpastures hay bệnh u hạt Wegener), lupus ban đỏ hệ thống, ung thư, lao phổi, Bệnh nhân AIDS cần chú ý khả năng sarcoid Kaposi ở nội phế quản hay chàm mờ phổi. Tiền căn hút thuốc lá, tiền căn tiếp xúc với amiăng gọi ý bệnh phổi mạn hay ung thư phổi mảng phổi. Tiền căn sử dụng thuốc kháng đông hay những thuốc đang dùng có thể ảnh hưởng đến tiêu cầu. Thường quen ăn cua suối (cua đá) ở các tỉnh phía Bắc gọi ý khả năng nhiễm sán lá phổi (*Paragonimus westermani*).

2.2.3. Khám thực thể

Trước tiên, cần đánh giá tổng trạng, các dấu hiệu sinh tồn và tình trạng trí giác của bệnh nhân.

Quan sát đậm ngay bên giường bệnh; màu sắc, lượng máu ho ra hoặc kèm đậm mủ. Bản thân tình trạng hiện diện máu trong phổi-phế quản có thể gây ran phế quản và ran nổ. Sự hiện diện ran mòn khu trú có thể gọi ý bên tồn thương. Một số biểu hiện có thể gọi ý nguyên nhân như tiếng cọ mảng phổi (thuyên tắc phổi), ran ngày kèm ran nổ hai thi (giãn phế quản). Khám tim có thể thấy các dấu hiệu liên quan tăng áp động mạch phổi, hẹp hai lá hay suy tim. Khám da có thể phát hiện sarcoid Kaposi, sang thương da của lupus, dị dạng động tĩnh mạch của Rendu-Osler-Weber.

Bảng 3. Những nguyên nhân chính của ho ra máu (BATTLE CAMP)

Chữ viết tắt	Tên bệnh
B	Bronchitis (Viêm phế quản)
B	Bronchiectasis (Giãn phế quản)
A	Aspergilloma (U nấm)
T	Tumour (U bướu)
T	Tuberculosis (Lao)
L	Lung abscess (Áp-xe phổi)
E	Embolii (Thuyên tắc phổi)
C	Coagulopathy (Bất thường đông máu)
A	Autoimmune disease (Bệnh tự miễn)
A	AV malformations (Dị dạng động tĩnh mạch)
A	Alveolar hemorrhage (Xuất huyết phế nang)
M	Mitral stenosis (Hẹp hai lá)
P	Pneumonia (Viêm phổi)

3. CẬN LÂM SÀNG CHẨN ĐOÁN HO VÀ HO RA MÁU

Xét nghiệm cận lâm sàng cần xem xét thực hiện cho bệnh nhân ho: X quang ngực thẳng, X quang xoang Blondevau - Hirtz, chức năng hô hấp với test dàn phế quản, xét

nghiệm đàm tim vi trùng lao, cây đàm hay PCR phết mũi hẫu tim *Bordetella pertussis* và các vi trùng khác, chụp cắt lớp vi tính ngực - xoang, nội soi phế quản, theo dõi pH thực quản trong chẩn đoán bệnh trào ngược dạ dày - thực quản.

Xét nghiệm cận lâm sàng xem xét cho bệnh nhân ho ra máu: công thức máu, đông máu toàn bộ, chức năng thận và tổng phân tích nước tiểu, X quang ngực thẳng, chụp cắt lớp vi tính ngực độ phân giải cao, nội soi phế quản, xét nghiệm đàm tim vi trùng lao và các xét nghiệm tùy vào nguyên nhân hướng đến.

4. KẾT LUẬN

Ho là triệu chứng rất thường gặp trong thực hành lâm sàng, đặc biệt là triệu chứng khiến bệnh nhân thường đến khám tại các phòng khám. Việc tiếp cận chẩn đoán bệnh nhân ho quan trọng là xác định nguyên nhân ho. Những thông tin lâm sàng từ việc hỏi bệnh và thăm khám sẽ là những đầu mối quan trọng hướng dẫn chỉ định xét nghiệm cũng như chẩn đoán bệnh hiệu quả. Ho ra máu là một thể riêng, nên được xem xét tiếp cận một cách phù hợp vì triệu chứng này thường gây lo lắng cho bệnh nhân cũng như tiềm ẩn nguy cơ cấp cứu quan trọng.

CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Phát biểu nào sau đây sai?

- A. Ho là phản xạ bảo vệ đường thở, giúp loại bỏ nhầy nhớt, độc chất và các chất viêm nhiễm khỏi đường dẫn khí
- B. Ho có thể là chủ ý hay không chủ ý
- C. Ho chủ ý có thể khiến bệnh nhân mất ngủ
- D. Yếu tố tâm lý có thể gây ho ở bệnh nhân

2. Kích thích hướng tâm của phản xạ ho thông qua những dây thần kinh sau đây,

NGOAI TRỪ?

- A. Thần kinh IX
- B. Thần kinh V
- C. Thần kinh VIII
- D. Thần kinh X

3. Phát biểu nào sau đây về ho ra máu là sai?

- A. Ho ra máu có thể là một tình trạng cấp cứu nội khoa
- B. Về mức độ, có thể phân chia ho ra máu thành ho máu lượng ít và lượng nhiều

- C. Máu chảy từ thành sau họng, sau đó bệnh nhân ho khạc ra cũng được xem là ho ra máu
- D. Ho ra máu dù ít hay nhiều cũng thường gây lo lắng cho bệnh nhân
4. Những tính chất ho nào cần khai thác khi hỏi bệnh sử?
- Thời gian ho, ho có đàm hay ho khan
 - Hoàn cảnh khởi phát ho
 - Triệu chứng kèm theo
 - Tất cả tính chất trên
5. Xét về phương diện hỗ trợ chẩn đoán nguyên nhân, tính chất ho nào sau đây thường được xem là quan trọng nhất?
- Ho có đàm hay ho khan
 - Hoàn cảnh khởi phát ho
 - Thời gian ho
 - Yếu tố làm tăng giảm ho
6. Ho có thể gây ra các biến chứng nào sau đây, NGOẠI TRÙ?
- Đau ngực
 - Mất ngủ
 - Tiêu không tự chủ
 - Suy hô hấp
7. Nguyên nhân gây ho cấp thường gặp nhất là gì?
- Viêm phổi
 - Giãn phế quản
 - Viêm nhiễm hô hấp trên
 - Lao phổi
8. Trên bệnh nhân ho kéo dài có X quang ngực bình thường, nguyên nhân gây ho có thể là?
- Hen dạng ho
 - Trào ngược dạ dày-thực quản
 - Viêm phế quản tăng eosinophil
 - Tất cả bệnh lý trên
9. Trên lâm sàng, làm sao để phân biệt giữa ho ra máu và chảy máu từ đường hô hấp trên?
- Dựa vào tính chất máu tổng xuất ra
 - Dựa vào thăm khám vùng mũi họng
 - Dựa vào tiền căn bệnh nhân
 - Dựa vào triệu chứng đi kèm

10. Ho ra máu lượng nhiều được nhận định với lượng máu tổng xuất ra trong 24 giờ là bao nhiêu?
- > 10 ml
 - > 100 ml
 - > 1.000 ml
 - Không dựa vào lượng máu vì không chính xác
11. Đánh giá ho ra máu còn diễn tiến hay không thường dựa vào đặc điểm sau?
- Thay đổi màu sắc máu
 - Thay đổi lượng máu
 - Không đánh giá được
 - A và B
12. Trong thuật ngữ “BATTLE CAMP” về các nguyên nhân ho ra máu, chữ “A” đại diện cho những nguyên nhân sau, NGOAI TRÙ?
- Viêm phổi hít
 - Bệnh tự miễn
 - Dị dạng động tĩnh mạch phổi
 - Xuất huyết phế nang
13. Biểu chứng có thể gặp trong bệnh cảnh ho ra máu là gì?
- Suy hô hấp
 - Choáng mất máu
 - Tử vong
 - Tất cả đều đúng
14. Khám thực thể trên bệnh nhân ho ra máu có thể giúp?
- Gợi ý bên phổi tồn thương
 - Gợi ý nguyên nhân ho ra máu
 - Đánh giá mức độ nặng ho ra máu
 - A và B
15. Trên bệnh nhân ho ra máu, những cận lâm sàng cần thiết ban đầu gồm?
- Công thức máu
 - Đông cầm máu
 - X quang ngực thẳng
 - Tất cả đều đúng

Đáp án: 1C, 2C, 3C, 4D, 5C, 6D, 7C, 8D, 9B, 10B, 11D, 12A, 13D, 14D, 15D.

TÌNH HUỐNG LÂM SÀNG THẢO LUẬN**❖ Tình huống 1**

Một bệnh nhân nữ, 53 tuổi đến khám vì ho khoảng 4 tháng.

Bệnh sử: ho khan, ho thường xuất hiện về đêm và đặc biệt xuất hiện khi bệnh nhân tiếp xúc không khí lạnh hay mùi nồng. Ngoài ra, bệnh nhân cũng hay chảy mũi, hắt hơi và có cảm giác dịch vướng thành sau họng. Bệnh nhân không khó thở nhưng có những lúc nghe thấy tiếng thở khò khè. Bệnh nhân ăn uống bình thường, không ợ hơi hay ợ chua.

Tiền căn: tăng huyết áp điều trị hằng ngày với zestril 10 mg. Gia đình có mẹ bị hen.

Khám: chưa phát hiện bất thường.

Câu hỏi:

1. Phân tích những tính chất của triệu chứng ho trên bệnh nhân này?
2. Nếu nguyên nhân ho có thể trên bệnh nhân này?
3. Đề nghị cận lâm sàng chẩn đoán bệnh?

❖ Tình huống 2

Một bệnh nhân nam, 58 tuổi nhập viện vì ho ra máu

Bệnh sử: bệnh nhân ho khạc đàm thính thoáng 1 tháng nay nhưng không đi khám bệnh. Trước nhập viện 1 ngày, bệnh nhân sau khi thức dậy buổi sáng cảm giác ngứa họng nên ho khạc ra máu đỏ tươi khoảng 200 ml, máu có lẫn bọt và ít đàm, không lẫn thức ăn. Sau ho khạc ra máu, bệnh nhân không khó thở nhưng rất lo lắng nên nhập bệnh viện tinh. Điều trị tại bệnh viện 2 ngày nhưng tình trạng ho ra máu vẫn còn, mỗi ngày ho khoảng 1-2 lần, mỗi lần khoảng 50 ml nên bệnh nhân được chuyển đến Bệnh viện Chợ Rẫy. Trong quá trình bệnh, bệnh nhân không sốt nhưng ăn uống kém hơn bình thường và kèm sụt cân (không rõ sụt bao nhiêu cân). Tiêu tiêu bình thường.

Tiền căn: chưa ghi nhận bệnh lý nội-ngoại khoa trước đây. Hút thuốc lá trên 30 gói-năm.

Khám: ghi nhận vài ran nở - ảm bên phổi phải.

Câu hỏi:

1. Phân tích các bước tiếp cận ho ra máu ở bệnh nhân trên?
2. Nếu nguyên nhân ho ra máu có thể trên bệnh nhân này?
3. Đề nghị cận lâm sàng trên bệnh nhân này?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Châu Ngọc Hoa. *Triệu chứng học nội khoa*. Thành phố Hồ Chí Minh. Nhà xuất bản Y học, 2012.
- Kasper, Dennis, et al. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 19th ed. New York: Blacklick: McGraw-Hill Professional Publishing, 2015.
- Broaddus, V. Courtney, and Robert J. Mason. *Murray & Nadel's Textbook of Respiratory Medicine*. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders, 2016.
- Grippi, Michael A. *Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders*. 5th ed. New York: McGraw-Hill Education, 2015.
- De Blasio F, Virchow JC, Polverino M, et al. Cough management: a practical approach. *Cough*. 2011;7(1):7.
- Bidwell JL, Pachner RW. Hemoptysis: diagnosis and management. *Am Fam Physician*. 2005;72(7):1253-1260.

BÀI 6. TIẾP CẬN BỆNH NHÂN TIÊU CHÂY, TÁO BÓN

BSCKI. Lê Đình Quang, PGS.TS.BS. Quách Trọng Đức

MỤC TIÊU

1. Trình bày định nghĩa tiêu chảy và táo bón.
2. Giải thích cơ chế bệnh sinh gây tiêu chảy và táo bón.
3. Trình bày nguyên nhân gây tiêu chảy và táo bón.
4. Trình bày các bước tiếp cận chẩn đoán tiêu chảy và táo bón.

NỘI DUNG BÀI GIẢNG

1. TIÊU CHÂY

1.1. Định nghĩa

Tiêu chảy là tình trạng đi tiêu phân lỏng > 2 lần/ngày với lượng phân > 200 g/ngày.

Tiêu chảy được phân loại tùy thời gian diễn tiến:

- < 2 tuần : tiêu chảy cấp.
- 2 - 4 tuần : tiêu chảy kéo dài.
- > 4 tuần : tiêu chảy mạn.

Lưu ý: cần phân biệt tiêu chảy với hai tình trạng sau:

- Giả tiêu chảy (pseudodiarrhea): đi cầu nhiều lần, nhưng mỗi lần đi chỉ được chút ít phân, đi kèm với triệu chứng buốt mót.
- Tiêu không tự chủ: bệnh nhân không tự kiểm soát được tình trạng thoát phân.

1.2. Cơ chế bệnh sinh

Có bốn cơ chế chính gây ra tiêu chảy. Tuy nhiên, trên thực tế, tiêu chảy có thể xảy ra do một hoặc nhiều cơ chế sau đây phối hợp.

1.2.1. Tiêu chảy thâm thấu

Khi trong lòng ruột có một lượng lớn các chất có tính thâm thấu cao nhưng không được hấp thu (thuốc tẩy xô, các thuốc chứa magne sulfate...). Niêm mạc ruột hoạt động như một màng bán thấm nên nồng độ thâm thấu cao trong lòng ruột sẽ gây ra sự di chuyển Na^+ và nước vào trong lòng ruột. Tiêu chảy thâm thấu sẽ ngừng diễn tiến nếu bệnh nhân không ăn hoặc uống thêm các thực phẩm có chứa các chất này.

1.2.2. Tiêu chảy dịch tiết

Độc tố của một số loại vi khuẩn (ví dụ: *Vibrio cholerae*, *E. coli*, *S. aureus*, *Bacillus cereus*) và một số thuốc nhuận trường có tác dụng kích thích sự bài tiết nước và Cl^- vào trong lòng ruột. Ngoài ra, còn có thể kèm hiện tượng ức chế hấp thu Na^+ .

1.2.3. Tiêu chảy do viêm (dịch rỉ)

Thường do nhiễm các tác nhân xâm lấn niêm mạc gây độc tế bào (*Shigella*, *Salmonella*, *Campylobacter*, *Yersinia*, *Clostridium difficile*) hoặc ký sinh trùng (*Entamoeba histolytica*). Tại vùng niêm mạc bị tổn thương có hiện tượng bài tiết nhầy, máu, mù, protein vào lòng ruột. Khả năng hấp thu nước, ion và các chất hòa tan cũng bị rối loạn. Ngoài ra, prostaglandine do hiện tượng viêm nhiễm tạo ra còn làm tăng tiết và tăng nhu động ruột góp phần vào cơ chế gây tiêu chảy.

1.2.4. Do rối loạn vận động ruột (tăng hoặc giảm nhu động ruột)

Thường gây ra tiêu chảy mạn tính. Gặp trong các bệnh đái tháo đường, cường giáp, suy thượng thận (bệnh Addison).

1.3. Nguyên nhân tiêu chảy cấp

1.3.1. Nhiễm trùng

1.3.1.1. Vi trùng

Các tác nhân vi trùng gây tiêu chảy cấp:

- *Salmonella*.
- *Shigella*.
- *Campylobacter*.
- *Vibrio cholerae*.
- *E. coli*.
- *Clostridium difficile*.
- *Yersinia*.

1.3.1.2. Virus

Các tác nhân virus gây tiêu chảy cấp:

- *Rota virus*.
- *Enterovirus*.
- *Norwalk virus*.

1.3.1.3. Ký sinh trùng

Các tác nhân ký sinh trùng gây tiêu chảy cấp:

- Amip.
- Giun đũa.
- Giun móc.
- Giun lươn.
- *G. lamblia*.

1.3.2. Độc chất

1.3.2.1. Độc chất từ vi trùng

Độc chất từ vi trùng (ngộ độc thức ăn): *Staphylococcus*, *C. perfrigens*, *E. coli*, *Clostridium botulinum*, *Pseudomonas* ...

1.3.2.2. Hóa chất độc: chì, thủy ngân, arsenic ...

1.3.3. Chế độ ăn uống, dùng thuốc

Rượu, tình trạng không dung nạp thức ăn không đặc hiệu, dị ứng thức ăn.

Tác dụng phụ của một số thuốc như kháng sinh, thuốc có chứa magne...

1.3.4. Khác

- Viêm ruột thừa.
- Viêm túi thừa.
- Xuất huyết tiêu hóa.
- Chứng nghẹt phân (fecal impaction).

1.4. Nguyên nhân tiêu chảy mạn

1.4.1. Bệnh lý dạ dày

- Sau phẫu thuật cắt dạ dày.
- Hội chứng Zollinger – Ellison.
- Bệnh Menetrier's.

1.4.2. Bệnh lý ruột non (có thể gây hội chứng kém hấp thu)

- Sau phẫu thuật cắt một đoạn ruột non dài.
- Viêm: bệnh tạo keo (lupus, xơ cứng bì, viêm da động mạch).
- Bệnh Crohn's.
- Nhiễm Giardia mạn tính.
- Lymphoma ruột.

- Suy tụy.
- Amyloidosis.
- Thiếu disaccharidase.
- Bệnh Sprue.
- Giảm gammaglobuline huyết.

1.4.3. Bệnh lý đại tràng

- Viêm: viêm loét đại trực tràng xuất huyết, Crohn's.
- U: ung thư đại tràng, u tuyến nhánh đại trực tràng.

1.4.4. Tiêu chảy ở bệnh nhân bị suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS)

- Thường do nhiễm trùng.

1.4.5. Các nguyên nhân khác

- Rượu hoặc thuốc (antacid, kháng sinh, hạ áp, nhuận trường, thuốc chống trầm cảm, thuốc nhuận trường).
- Bệnh lý nội tiết: suy thượng thận (bệnh Addison), đái tháo đường, cường giáp, bệnh tuyến phó giáp, u tiết nội tiết tố (u carcinoide, hội chứng Zollinger – Ellison).
- Hội chứng ruột kích thích.
- U ruột non.
- Viêm dạ dày ruột tăng bạch cầu ái toan.
- Rò mật, dạ dày hoặc tá tràng với đại tràng.
- Viêm nhiễm (Giardia, amip, lao).

1.5. Tiếp cận bệnh nhân tiêu chảy

1.5.1. Tiêu chảy cấp

Thường tự giới hạn. Nguyên nhân thường gặp nhất là do nhiễm trùng. Chẩn đoán nguyên nhân thường được thiết lập dễ dàng dựa trên bệnh sử và thăm khám thực thể, do đó trong đa số trường hợp không cần phải dùng thuốc và làm các xét nghiệm thăm dò.

Các trường hợp cần đặc biệt lưu ý bao gồm bệnh nhân > 70 tuổi, suy giảm miễn dịch, sốt > 38,5°C, có dấu hiệu mất nước, đau bụng nhiều, có triệu chứng toàn thân, tiêu ra máu, triệu chứng kéo dài hơn 24 giờ mà không cải thiện. Trong trường hợp này, cần làm thêm các xét nghiệm sau để chẩn đoán: công thức máu, ion đồ, chức năng thận, xét nghiệm phân (tim ký sinh trùng, hồng cầu, bạch cầu), nội soi đại trực tràng (đặc biệt nếu bệnh nhân có biểu hiện tiêu ra máu).

1.5.2. Tiêu chảy mạn

Đa số trường hợp tiêu chảy mạn tính không do nguyên nhân nhiễm trùng và thường cần thăm dò kỹ lưỡng để loại trừ bệnh lý thực thể. Hỏi và khám bệnh kỹ lưỡng, kết hợp với các xét nghiệm thường quy giúp đánh giá tình trạng nước điện giải và dinh dưỡng của bệnh nhân, đồng thời cũng gợi ý về cơ chế gây tiêu chảy để từ đó có định hướng để nghị thêm các cận lâm sàng hỗ trợ chẩn đoán bệnh.

Hỏi bệnh có thể giúp xác định vị trí của tổn thương gây tiêu chảy:

1.5.2.1. Tuổi khởi phát bệnh

Từ tuổi thanh thiếu niên: rối loạn chức năng, bệnh viêm loét đại trực tràng xuất huyết hoặc viêm ruột từng vùng (bệnh Crohn).

Từ tuổi trung niên trở lên: ung thư đại tràng, viêm túi thừa, bệnh lý tụy.

1.5.2.2. Hoàn cảnh, yếu tố khởi phát và giúp cải thiện tình trạng tiêu chảy

- Chế độ ăn.
- Dùng thuốc.
- Du lịch.
- Tiếp xúc với người tiêu chảy.

1.5.2.3. Tiền căn gia đình

Có người mắc bệnh viêm loét hoặc ung thư đại trực tràng.

1.5.2.4. Thời điểm xảy ra tiêu chảy trong ngày

Ban đêm: cần phải loại trừ bệnh lý thực thể. Có thể gặp ở bệnh nhân đái tháo đường có bệnh lý thần kinh.

Ban ngày: chủ yếu vào buổi sáng sau bữa ăn (thường do rối loạn tâm lý), bệnh Crohn, viêm loét đại trực tràng xuất huyết.

1.5.2.5. Biểu hiện tiêu chảy

Từng đợt: rối loạn chức năng ở ruột non hoặc đại tràng, viêm túi thừa, dị ứng, kèm hấp thu.

Từng đợt tiêu chảy với những đợt táo bón: rối loạn chức năng hoặc dùng thuốc nhuận trường quá liều.

Tiêu chảy liên tục: dò ruột, lạm dụng thuốc nhuận trường, bệnh lý dạ dày.

1.5.2.6. Tính chất phân

Tiêu chảy với khối lượng phân lớn mỗi lần: bệnh lý ruột non hoặc đại tràng bên phải.

Tiêu chảy với khối lượng phân rất ít mỗi lần: bệnh lý đại tràng bên trái.

Tiêu chảy toàn nước, rất ít phân: rối loạn tâm thần kinh, viêm nhiễm ruột nặng hoặc sau khi phẫu thuật cắt đoạn ruột non dài.

Phân sệt, lượng nhiều, có bọt, mùi khắm, vàng nhạt, bóng mỡ: hội chứng kém hấp thu.

Nhiều nhầy, nhưng không kèm máu, mù: gặp trong bệnh đường ruột chức năng.

1.5.2.7. Các triệu chứng kèm theo

Cảm giác buốt mót: có tồn thương thấp vùng hậu môn trực tràng.

Đau quặn bụng: giảm đau sau khi đi tiêu gợi ý bệnh lý đại tràng, không giảm đau sau khi đi tiêu gợi ý bệnh lý ruột non.

Sụt cân: kèm mất vị giác gợi ý kém hấp thu, suy giáp, kèm sốt và triệu chứng toàn thân khác gợi ý viêm nhiễm và viêm không do nhiễm ở đường ruột.

Xảy ra trước khi tiêu chảy (ung thư tụy hoặc ung thư cơ quan khác, lao, đái tháo đường, cường giáp, kém hấp thu).

Lưu ý là sụt cân thường ít gặp ở ung thư đại tràng cho đến khi bệnh đã ở giai đoạn rất trễ.

1.5.2.8. Thăm khám

Các dấu hiệu giúp nghĩ nhiều đến bệnh thực thể quan trọng: sụt cân, suy dinh dưỡng, thiếu máu, mất nước.

Ít các triệu chứng thực thể chuyên biệt, cần lưu ý tìm xem dấu hiệu bất thường da niêm, bướu giáp to có âm thổi, phù chân, gan lách hạch to, u bụng, rò quanh hậu môn.

Các dấu hiệu lâm sàng gợi ý bệnh lý nguyên nhân:

- Lồi mắt: cường giáp.
- Da niêm sạm màu: bệnh Addison.
- Mảng sắc tố trên da niêm: hội chứng đa polyp Peutz-Jeghens.
- Mảng bầm ở da: hội chứng kém hấp thu, ban xuất huyết Schonlein-Henoch.
- Hồng ban nút: viêm loét đại trực tràng xuất huyết.
- Hạch to: lao, lymphoma, hạch ung thư di căn.
- Ngón tay dùi trống: viêm loét đại trực tràng xuất huyết, bệnh Sprue.

1.5.2.9. Xét nghiệm

Công thức máu:

- Thiếu máu: gợi ý mất máu, kém hấp thu, nhiễm trùng, u bướu.
- Bạch cầu ái toan tăng gợi ý nhiễm ký sinh trùng, bệnh dị ứng.

Protein huyết, điện giải đồ: đánh giá tình trạng suy dinh dưỡng đậm và điện giải.

Xét nghiệm tìm nguyên nhân (đối với các trường hợp phức tạp thường đòi hỏi rất nhiều xét nghiệm, tốn kém và bao gồm cả những xét nghiệm xâm lấn).

Xét nghiệm phân: tìm ký sinh trùng, hồng cầu, bạch cầu, máu ẩn, nuôi cấy.

Nội soi: nội soi trực tràng-đại tràng chậu hông giúp phát hiện u và viêm nhiễm ở vùng này. Trong trường hợp nghi ngờ tồn thương đại tràng phía bên phải hoặc viêm đại tràng do bệnh tạo keo thì cần phải nội soi toàn bộ khung đại tràng.

X quang đại tràng cản quang.

Các xét nghiệm chuyên biệt khác: định lượng mỡ trong phân trong 72 giờ, đánh giá khả năng dung nạp lactose, cấy ruột non, sinh thiết ruột non, đo thời gian vận chuyển ở ruột non, định lượng gastrin trong máu.

2. TÁO BÓN

2.1. Định nghĩa

Táo bón là triệu chứng thường gặp được thể hiện dưới những hình thức sau:

- Đi tiêu khó, phải rặn nhiều.
- Giảm số lần đi tiêu hơn bình thường (< 3 lần/tuần).
- Phân cứng.
- Cảm giác đi tiêu không hết phân.

Khi tiếp cận bệnh nhân than phiền táo bón, cần hỏi bệnh kĩ để đánh giá biểu hiện thực sự trên từng bệnh nhân. Trên thực tế, có không ít trường hợp bệnh nhân tự cho là mình bị táo bón nhưng lại không thuộc các triệu chứng nào trong các định nghĩa nêu trên.

2.2. Cơ chế bệnh sinh

2.2.1. Chậm vận chuyển ở đại tràng

Do rối loạn chức năng vận động của đại tràng.

Triệu chứng thường khởi phát từ từ và xảy ra quanh tuổi dậy thì. Đối tượng thường gặp nhất là phụ nữ trẻ, đặc trưng bởi biểu hiện giảm số lần đi cầu (<1 lần/tuần).

Các triệu chứng đi kèm là đau bụng, trưởng hơi, mệt mỏi. Triệu chứng không cải thiện mặc dù đã sử dụng chế độ ăn nhiều chất xơ, các thuốc nhuận tràng thẩm thấu.

2.2.2. Rối loạn thoát phân

Quá trình làm trống trực tràng không hiệu quả do sự không có sự phối hợp nhịp nhàng của cơ bụng, cơ hậu môn trực tràng và cơ sàn chậu. Bệnh nhân thường có tình trạng co cơ vòng hậu môn không thích hợp khi rặn. Nhiều bệnh nhân bị rối loạn thoát phân cũng có kèm tình trạng chậm vận chuyển ở đại tràng.

Rối loạn thoát phân thường là do mắc phải và xảy ra từ tuổi nhỏ. Đây có thể là hậu quả của thói quen nín đại tiện nhằm tránh đau khi đi tiêu phân lớn, cứng hoặc khi đang bị nứt hậu môn, trĩ viêm. Rối loạn thoát phân cũng đặc biệt phổ biến ở những người già bị táo bón mạn tính, phải rặn nhiều và không đáp ứng với điều trị bằng thuốc.

2.2.3. Cảm nhận sai về thói quen đi cầu

Những bệnh nhân này thường có kèm các rối loạn về tâm lý – xã hội. Tốc độ vận chuyển dọc khung đại tràng bình thường.

Một số bệnh nhân có kèm bất thường chức năng cảm giác và vận động ở vùng hậu môn trực tràng do đó rất khó phân biệt với nhóm bệnh nhân táo bón do chậm vận động đại tràng.

2.2.4. Nguyên nhân

Táo bón có thể xảy ra do các bệnh lý thuộc hai nhóm là rối loạn đầy trực tràng và rối loạn tổng xuất trực tràng.

2.2.5. Rối loạn làm đầy trực tràng

- Bệnh lý đường tiêu hóa gây hẹp lồng ruột:
 - + U lành hoặc ác tính.
 - + Viêm ruột.
 - + Ly mạn tính.
 - + Viêm đại tràng – trực tràng xuất huyết.
 - + Crohn.
 - + Viêm túi thừa.
 - + Rối loạn chức năng: hội chứng ruột kích thích.
 - + Bất thường bẩm sinh: bệnh Hirschsprung's.
- Thứ phát do rối loạn nội tiết – điện giải
 - + Thai kỳ.
 - + Suy giáp.
 - + Cường phó giáp.
 - + Đái tháo đường.
 - + Hạ kali máu, hạ magne máu, tăng canxi máu.
 - + Ngộ độc chì.
- Tác dụng phụ của thuốc:
 - + Nhóm á phiện.
 - + Kháng cholinergic.

- + Antacid.
- + Chống trầm cảm.
- + Lợi tiểu.

2.2.6. Rối loạn làm trống trực tràng

- Rối loạn phản xạ đi tiêu do bệnh tại chỗ:
 - + Bệnh lý hậu môn trực tràng (loét hậu môn, nứt hậu môn, rò hậu môn, viêm trực tràng, trĩ, tăng áp lực cơ thắt hậu môn).
 - + Bệnh lý thần kinh.
 - + Thiếu động, cơ bụng yếu, tuổi già.
- Rối loạn phản xạ đi tiêu do nguyên nhân khác:
 - + Không tập thói quen đi tiêu tốt.
 - + Lạm dụng thuốc nhuận trường.
 - + Nguyên nhân tâm lý.

2.3. Tiếp cận bệnh nhân táo bón

Có 90% các trường hợp không có bệnh lý nền và tình trạng táo bón cải thiện khi uống đủ nước, chế độ ăn đủ chất xơ (15 – 25 g/ngày) và vận động.

2.3.1. Hỏi bệnh

2.3.1.1. Cần hỏi kỹ thói quen đi cầu và tính chất phân

Giúp loại trừ các trường hợp bệnh nhân cảm nhận sai về tình trạng táo bón và đồng thời gợi ý cơ chế sinh táo bón. Phân cứng và nhỏ như phân dê thường gặp trong trường hợp chậm vận chuyển đại tràng. Đi tiêu ít lần, cần phải rặn mạnh cũng không hiệu quả và có khi cần phải dùng tay móc phân gợi ý cơ chế rối loạn tổng xuất phân.

2.3.1.2. Thời gian bị táo bón

Táo bón kéo dài nhưng không ảnh hưởng đến tổng trạng dù đã dùng đến các biện pháp hỗ trợ như chế độ ăn, uống nước, vận động gợi ý các rối loạn đại trực tràng chức năng.

Táo bón mới xảy ra, đặc biệt là diễn tiến liên tục và tăng dần gợi ý bệnh lý thực thể quan trọng. Nguyên nhân thường gặp nhất là đang sử dụng các thuốc có tác dụng phụ gây táo bón, chứng nghẹt phân, ung thư đại trực tràng, bệnh lý hậu môn trực tràng gây đau khi đi đại tiện, bệnh lý thần kinh và bệnh lý toàn thân.

2.3.1.3. Các triệu chứng báo động

Các triệu chứng báo động:

- Sụt cân.
- Tiêu ra máu.
- Tiền căn gia đình có người ung thư đại trực tràng.
- Đau bụng, đặc biệt là đau bụng kiệu bán tắc ruột.

Đặc biệt nếu xảy ra ở người trên 40 tuổi, có tiền căn gia đình bị ung thư đại trực tràng, cần thăm dò kỹ để loại trừ ung thư đại trực tràng.

2.3.1.4. Các triệu chứng kèm theo

Các triệu chứng kèm theo:

- Trướng bụng.
- Đau bụng.
- Cảm giác đi tiêu không trọn (cảm giác chưa hết phân).
- Phải dùng lực rặn nhiều.
- Phải dùng tay móc phân.

2.3.2. Tiền căn

Phẫu thuật, sản phụ khoa.

Thuốc nhuộm trường, thảo dược, các thuốc đang điều trị khác.

Cần lưu ý đến chế độ ăn.

Các yếu tố tâm lý xã hội, đặc biệt lưu ý các dấu hiệu gợi ý trầm cảm (mất ngủ, giảm sinh lực, chán chường, mất tự tin, cảm giác tuyệt vọng).

2.3.3. Thăm khám

Thể trạng chung và giọng nói của bệnh nhân có thể gợi ý chẩn đoán lâm sàng suy giáp, trầm cảm, bệnh Parkinson.

Khám thực thể cần loại trừ ngay rối loạn thần kinh trung ương.

Khám bụng: lưu ý tìm u, bụng trương, phân cứng trong đại tràng.

Thăm hậu môn – trực tràng.

Rất quan trọng để chẩn đoán chứng nghẹt phân, phát hiện bệnh lý hậu môn trực tràng.

Nếu bệnh nhân đang bị táo bón ở thời điểm khám, nhưng khi khám thấy trực tràng trống hoặc thấy áp lực cơ vòng tăng thì nhiều khả năng bệnh nhân bị rối loạn ở khâu làm đầy trực tràng hơn là ở nhóm tổng xuất trực tràng.

Thăm hậu môn trực tràng: nhìn xem có sẹo, rò, nứt, trĩ ngoại. Thăm hậu môn trực tràng để tìm xem có khối phân nghẹt, chít hẹp, khối u hay không.

2.3.4. Xét nghiệm

Sinh hóa máu: điện giải đồ (đánh giá K^+ , Ca^+), xét nghiệm chức năng tuyến giáp nếu nghi ngờ táo bón do nguyên nhân nội tiết, chuyển hóa.

Nếu triệu chứng táo bón đơn độc và kéo dài, không ảnh hưởng tổng trạng và xảy ra trên người trẻ, chụp đại tràng cản quang có ưu điểm hơn nội soi đại tràng vì chi phí thấp hơn, ít khó chịu và giúp đánh giá được mức độ giãn rộng của khung đại tràng chứng phình đại tràng hoặc bệnh đại tràng do thuốc xổ.

Nếu táo bón mới khởi phát kèm theo các triệu chứng báo động, nội soi đại tràng là phương pháp thăm dò tốt nhất vì có thể quan sát trực tiếp, sinh thiết tồn thương, cắt polyp và điều trị (nếu có chỉ định).

Các xét nghiệm chuyên khoa khác: đo thời gian vận chuyển ở đại tràng, các xét nghiệm đánh giá chức năng vùng hậu môn, trực tràng và sàn chậu.

Bảng 1. Tiếp cận bệnh nhân tiêu chảy và táo bón

CÁC BƯỚC TIẾP CẬN BỆNH NHÂN	
TIỂU CHÂY	TÁO BÓN
Thực sự tiêu chảy?	Thực sự đúng định nghĩa táo bón?
Cấp tính/mạn tính?	Cơ chế gì?
Nguyên nhân	Triệu chứng gợi ý bệnh lý thực thể/cơ năng
Hệ quả	Triệu chứng gợi ý bệnh lý lành tính/ác tính
Mất nước	Đánh giá tổng thể
Rối loạn điện giải	Đặc điểm tâm lý – thần kinh
Nhiễm trùng nhiễm độc	Bệnh lý nội – ngoại khoa phối hợp
<i>Đề nghị các cận lâm sàng hỗ trợ</i>	Các thuốc đang sử dụng <i>Đề nghị các cận lâm sàng hỗ trợ</i>

CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Phát biểu nào sau đây đúng trong trường hợp tiêu chảy cấp?

- A. Tiêu phân lỏng > 2 lần/tuần với lượng phân > 300 mg/ngày
- B. Thường do cơ chế rối loạn vận động ruột
- C. Nguyên nhân thường gặp nhất là nhiễm trùng
- D. Thường diễn tiến kéo dài nếu không điều trị

2. Nguyên nhân nào sau đây không gây tiêu chảy mạn tính?

- A. Lymphoma ruột
- B. Lao ruột
- C. Salmonella

- D. *A. histolytica*
3. Nguyên nhân nào sau đây gây tiêu máu nhầy trong phân?
- A. *E. Coli*
 - B. *A. Histolytica*
 - C. *S. aureus*
 - D. *Campylobacter*
4. Nguyên nhân nào sau đây không gây táo bón do cơ chế rối loạn quá trình làm đầy trực tràng?
- A. Hội chứng ruột kích thích
 - B. Có thai
 - C. Ung thư đại tràng
 - D. Thiếu động
5. Triệu chứng nào sau đây không gợi ý táo bón do bệnh lý thực thể nghiêm trọng?
- A. Mới xảy ra ở người > 40 tuổi
 - B. Sụt cân
 - C. Phải rặn nhiều và dùng tay móc phân
 - D. Diễn tiến liên tục và nồng dần
6. Thời gian nào sau đây phù hợp với tiêu chảy mạn?
- A. Kéo dài trên 2 tuần
 - B. Kéo dài trên 3 tuần
 - C. Kéo dài trên 4 tuần
 - D. Kéo dài trên 5 tuần
7. Tiêu chảy mạn tính thường do cơ chế bệnh sinh nào sau đây?
- A. Tiêu chảy thâm thấu
 - B. Tiêu chảy dịch tiết
 - C. Tiêu chảy dịch rỉ
 - D. Rối loạn vận động ruột
8. Các đặc điểm nào sau đây không phù hợp với táo bón do cơ chế chậm vận chuyển ở đại tràng?
- A. Do rối loạn chức năng vận động của đại tràng
 - B. Là hậu quả của thói quen nín đại tiện
 - C. Thường gặp ở nữ hơn ở nam giới
 - D. Thường khởi phát ở tuổi dậy thì
9. Nguyên nhân nào sau đây không gây táo bón do rối loạn làm trống trực tràng?
- A. Nứt hậu môn
 - B. Trĩ

- C. Đái tháo đường
D. Thiếu động
10. Phát biểu nào sau đây đúng với tiêu chảy, ngoại trừ?
- A. Di tiêu phân lỏng > 2 lần/ngày với lượng phân > 200 g/ngày
 - B. Tiêu chảy > 4 tuần được gọi là tiêu chảy mạn
 - C. Không tự kiểm soát được tình trạng tháo phân
 - D. Thường do nguyên nhân nhiễm trùng
11. Nguyên nhân nào sau đây không gây ra tiêu chảy do rối loạn vận động ruột?
- A. Cường giáp
 - B. Suy tụy
 - C. Suy thượng thận
 - D. Đái tháo đường
12. Nguyên nhân gây ra tiêu chảy có thể kèm hội chứng kém hấp thu, ngoại trừ?
- A. Suy tụy
 - B. Bệnh Sprue
 - C. Dị ứng thức ăn
 - D. Thiếu disaccharidase
13. Tác nhân gây ra tiêu chảy dịch ri, ngoại trừ?
- A. Shigella
 - B. Salmonella
 - C. *C. difficile*
 - D. *V. cholerae*
14. Nguyên nhân gây ra táo bón do rối loạn phản xạ đi tiêu do bệnh lý tại chỗ?
- A. Thai kỳ
 - B. Hội chứng ruột kích thích
 - C. Rò hậu môn
 - D. Ngộ độc chì
15. Thuốc gây ra táo bón, ngoại trừ?
- A. Kháng cholinergic
 - B. Antacid
 - C. Chống trầm cảm
 - D. Sorbitol

Dáp án: 1C, 2C, 3B, 4D, 5C, 6C, 7D, 8B, 9C, 10C, 11B, 12C, 13D, 14C, 15D.

TÌNH HUỐNG LÂM SÀNG THẢO LUẬN

❖ Tình huống 1

Bệnh nhân nữ 45 tuổi đến khám vì tiêu lỏng > 4 lần/ngày.

Bệnh sử: cách nhập viện 1 ngày, bệnh nhân thấy đau bụng vùng quanh rốn, đau quặn từng cơn, mức độ 4/10, không lan, kèm theo đi tiêu lỏng > 4 lần, có nhầy, không rõ lượng. Bệnh nhân cảm giác nóng lạnh 1 – 2 lần.

Tiền căn: đái tháo đường 10 năm. Sinh hiệu ghi nhận mạch 100 lần/phút, huyết áp 100/70 mmHg, nhiệt độ 38,5°C.

Khám: ghi nhận bụng mềm, ấn đau quanh rốn. Không ghi nhận dấu mắt nước.

Các thông tin gì Anh/Chị cần thu thập để phân loại tiêu chảy này là do nhiễm trùng hay không do nhiễm trùng?

❖ Tình huống 2

Bệnh nhân nam 60 tuổi đến khám vì khó đi tiêu, 1 tuần đi tiêu 1 lần, phân kích thước nhỏ khoảng 2 tuần nay. Bệnh nhân đau bụng quặn trên nền âm ỉ, thỉnh thoảng cảm giác gö ở hố chậu trái. Bệnh nhân sụt cân 5 kg (từ 60 kg còn 55 kg). Sinh hiệu ghi nhận mạch 96 lần/phút, huyết áp 100/70 mmHg, nhiệt độ 37°C. Khám ghi nhận bụng mềm, ấn đau hố chậu trái. Không ghi nhận hạch ngoại biên. Niêm hồng nhạt. Khám hậu môn bình thường.

Các thông tin gì Anh/Chị cần thu thập để phân loại táo bón này là do rối loạn làm đầy trực tràng hay rối loạn làm trống trực tràng?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Châu Ngọc Hoa. *Triệu chứng học nội khoa*. Thành phố Hồ Chí Minh. Nhà xuất bản Y học, 2012.
2. Châu Ngọc Hoa. *Bệnh học nội khoa*. Thành phố Hồ Chí Minh. Nhà xuất bản Y học, 2012.
3. Kasper, Dennis, et al. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 19th ed. New York: Blacklick: McGraw-Hill Professional Publishing, 2015.
4. Friedman, H. Harold. *Problem-Oriented Medical Diagnosis*. 7th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2000.
5. Feldman, Mark, Lawrence S. 1953- Friedman, and Lawrence J. Brandt. *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*. 10th ed. Philadelphia, Pennsylvania: Saunders/Elsevier, 2016.
6. Kasper, Dennis L. *Harrison's Gastroenterology and Hepatology*. 3rd ed. New York: Blacklick: McGraw-Hill Professional Publishing, 2017.

BÀI 7. TIẾP CẬN BỆNH NHÂN NÔN, ĐI TIÊU RA MÁU

Th.S.BS. Lâm Hoàng Cát Tiên, TS.BS. Võ Thị Mỹ Dung

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được định nghĩa và các bước tiếp cận một bệnh nhân nôn, đi tiêu ra máu theo trình tự “7 câu hỏi +1*”.
2. Khai thác bệnh sử có định hướng một bệnh nhân nôn, đi tiêu ra máu.
3. Thực hiện thăm khám có định hướng bệnh nhân nôn ra máu, đi tiêu ra máu.
4. Đề nghị cận lâm sàng để chẩn đoán một trường hợp nôn, đi tiêu ra máu.

NỘI DUNG BÀI GIẢNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Nôn ra máu, đi tiêu ra máu là hiện tượng trong chất nôn ra hoặc trong phân có máu. Máu có thể xuất hiện rất thay đổi từ máu đỏ tươi, đỏ sẫm, đỏ bầm, nâu hay đen, toàn máu đỏ, có độ nhớt giống máu rút ra từ mạch máu, hay máu cục, hay chỉ là dịch đỏ, hồng... do máu bị pha loãng từ ít đến nhiều trong dịch đường tiêu hóa... Tất cả các hình thức có máu trong dịch nôn và phân đều được gọi là **xuất huyết tiêu hóa**.

Xuất huyết tiêu hóa được định nghĩa là tình trạng chảy máu trong đường tiêu hóa.

Về mặt lâm sàng, xuất huyết tiêu hóa được chia thành xuất huyết tiêu hóa trên và xuất huyết tiêu hóa dưới:

- Xuất huyết tiêu hóa trên: vị trí tổn thương gây chảy máu nằm trên góc Treitz.
- Xuất huyết tiêu hóa dưới: vị trí tổn thương gây chảy máu nằm từ góc Treitz trở xuống.

Ngoài ra, còn có các khái niệm: xuất huyết tiêu hóa cấp, xuất huyết tiêu hóa mạn, xuất huyết tiêu hóa ẩn, xuất huyết tiêu hóa không rõ vị trí.

Mức độ xuất huyết tiêu hóa gồm 3 mức độ:

- Nhẹ.
- Trung bình.
- Nặng.

Mức độ mất máu có 4 mức độ: I, II, III và IV.

Xuất huyết tiêu hóa có thể gây các biến chứng:

- Suy thận cấp.
- Choáng mất máu.
- Suy đa cơ quan.
- Tử vong.

2. TIẾP CẬN BỆNH NHÂN XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA

Tiếp cận bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa bao gồm các bước: hỏi bệnh, thăm khám, chẩn đoán lâm sàng, biện luận, đề nghị cận lâm sàng, chẩn đoán xác định và điều trị.

Tất cả các bước đều có thể tóm gọn theo trình tự “7 câu hỏi + 1*” sau:

- Có xuất huyết tiêu hóa không?
- Vị trí xuất huyết tiêu hóa?
- Mức độ xuất huyết tiêu hóa?
- Nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa?
- Diễn tiến xuất huyết tiêu hóa?
- Biến chứng?
- Dánh giá nguy cơ/bệnh kèm theo?

“*” phần riêng, khác nhau ở mỗi bước tiếp cận:

2.1. Hỏi bệnh

Trình tự theo 7 câu hỏi + tiền căn.

2.1.1. Có xuất huyết tiêu hóa không

Cần xác định có đúng là xuất huyết tiêu hóa không?

Hình thức biểu hiện của xuất huyết tiêu hóa thường là:

- Nôn ra máu
- Tiêu phân đen
- Tiêu phân máu

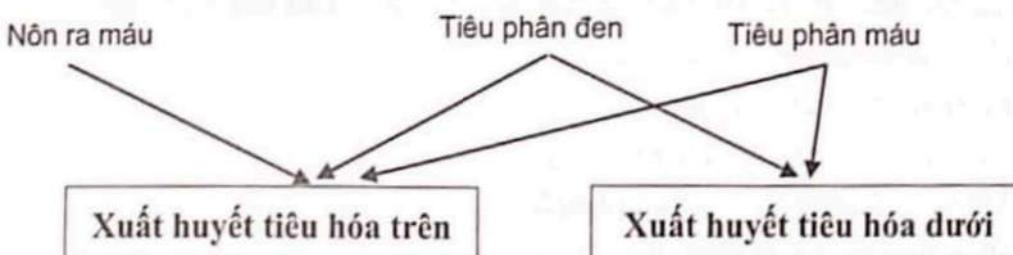
Để trả lời câu hỏi này, cần luôn nhớ phân biệt nôn ra máu với ho ra máu, khạc máu từ mũi, họng, chảy máu trong khoang miệng (răng, lưỡi, a-mi-đan...). Cần phân biệt phân đỏ, đen do xuất huyết tiêu hóa với phân có màu do thuốc, chất có màu tương tự (thuốc dân tộc có màu đen, thức ăn, uống có nhiều màu đỏ, v.v...)

Bảng 1. Phân biệt nôn ra máu và ho ra máu

Nôn ra máu	Ho ra máu
Màu thường sẫm hơn. Cảm giác muốn nôn, cảm giác quặn bụng, đầy lên từ thượng vị. Lỗ dịch tiêu hóa (dịch vị): vị chua, loãng, nếu xuất huyết từ dạ dày thường dịch nhiều hơn máu (có độ lỏng), lỗ thức ăn, pH acid Triệu chứng kèm theo hoặc tiền căn: đau thượng vị, triệu chứng bệnh lý gan mật.	Màu thường đỏ tươi. Cảm giác ngứa ở họng, cảm giác khạc từ miệng, không phải nôn. Lỗ dịch của đường hô hấp (nhầy, đàm): nhầy, quánh, đuôi khái huyết, pH kiềm; máu thường nhiều hơn dịch, nếu ho ra máu nhiều thường kèm triệu chứng suy hô hấp. Triệu chứng kèm theo hoặc tiền căn: đau ngực, ho, ho đàm, tiền căn lao hoặc bệnh lý hô hấp.

Quan sát mũi, khoang miệng, nướu răng, thành sau họng để loại trừ chảy máu từ mũi, các cơ quan trong khoang miệng.

2.1.2. Vị trí xuất huyết tiêu hóa



Tính chất máu, chất nôn, phân sẽ gợi ý vị trí xuất huyết theo nguyên tắc: càng gần nơi thoát ra, máu càng đỏ, càng ít thời gian trộn lẫn với dịch tiêu hóa, phân, sẽ càng giữ nguyên tính chất ban đầu của nó (giống máu khi rút khỏi mạch máu).

Ví dụ:

- Máu chảy từ tĩnh mạch thực quản dẫn: thường sệt, đỏ, ít pha lẫn dịch vị, thức ăn.
- Máu chảy trong dạ dày: pha lẫn dịch vị, thức ăn, thường bị biến đổi màu sắc do dịch vị.
- Máu chảy trong đại tràng: đại tràng chậu hông, đại tràng trái có sắc đỏ hơn, đại tràng phải thường là phân đen.
- Máu chảy từ hậu môn - trực tràng: máu đỏ tươi, có phần phân vàng.

Tiêu phân đỏ thường là xuất huyết tiêu hóa dưới; tuy nhiên, xuất huyết tiêu hóa trên lượng nhiều có thể gây tiêu phân đỏ, khi này, bệnh nhân phải có dấu hiệu gợi ý xuất huyết tiêu hóa nặng.

2.1.3. Mức độ xuất huyết tiêu hóa

Lượng máu nôn, đi tiêu ra càng đậm đặc, càng nhiều phản ánh mức độ xuất huyết tiêu hóa càng nặng. Tuy nhiên, cần lưu ý, tùy vị trí, lượng dịch nôn, lượng phân đỏ/den không phản ánh chính xác lượng máu mất vì có sự tham gia của dịch tiêu hóa và phân.

Cần hỏi các triệu chứng giúp chẩn đoán mức độ xuất huyết tiêu hóa theo bảng phân độ xuất huyết tiêu hóa như: chóng mặt, xây xẩm, vã mồ hôi, da xanh, nước tiểu, số lần đi tiêu giảm đi, khát nước, ngắt, lì bì, lú lẫn, hôn mê.

2.1.4. Nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa

Bảng 2. Những nguyên nhân thường gặp của xuất huyết tiêu hóa

Xuất huyết tiêu hóa trên	Xuất huyết tiêu hóa dưới
Viêm loét thực quản.	Viêm loét đại tràng, trực tràng: do amip, lỵ, do thiếu máu cục bộ, do tia xạ.
Viêm tröt dạ dày-tá tràng.	Viêm đại tràng, trực tràng xuất huyết.
Loét dạ dày – tá tràng.	Viêm ruột hoại tử.
Hội chứng Mallory – Weiss.	Dị dạng mạch máu.
Võ dãn tĩnh mạch thực quản-dạ dày hoặc bệnh dạ dày do tăng áp cửa.	Polyp đại tràng.
Ung thư thực quản, ung thư dạ dày.	Viêm loét túi thừa.
	Trĩ.
	Ung thư đại tràng, trực tràng.

Cần hỏi các triệu chứng gợi ý nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa từ:

- Thực quản: đau sau xương ức, nôn nhiều lần, nuốt đau.
- Dạ dày: đau thượng vị, đau liên quan bữa ăn, đầy bụng, khó tiêu.
- Ruột: đau quanh rốn, đau đớn khung đại tràng, đau hố chậu, thay đổi tính chất phân, thói quen đi cầu.
- Hậu môn, trực tràng: búi trĩ sa, đau hạ vị, hố chậu, đau hậu môn.
- Bệnh ác tính: thiếu máu không rõ nguyên nhân, gầy sụt, suy kiệt.

2.1.5. Diễn tiến xuất huyết tiêu hóa

Đang tiếp diễn: những hình thức biểu hiện xuất huyết tiêu hóa vẫn đang diễn ra.

Tạm ngưng hay ồn: hình thức xuất huyết tiêu hóa đã tạm ngưng, máu trong dịch nôn, phân thay đổi tính chất theo hướng sậm dần, ít dần.

Tái phát: đã có dấu hiệu tạm ngưng nhưng hình thức xuất huyết tiêu hóa xuất hiện trở lại, các triệu chứng mất máu không cải thiện theo điều trị hoặc nặng hơn.

Những dấu hiệu cho thấy xuất huyết tiêu hóa đang diễn tiến: vẫn nôn máu hoặc tiêu phân đen, chưa thay đổi tính chất, số lần nôn hay tiêu, các dấu hiệu thiếu máu (chóng mặt, khát nước) chưa cải thiện.

2.1.6. Biến chứng

Hỏi để tìm các biến chứng xuất huyết tiêu hóa như: lượng nước tiêu, dấu hiệu của choáng.

2.1.7. Đánh giá cơ/bệnh kèm theo

Cần hỏi bệnh nhân về bệnh đang có, triệu chứng bắt thường khác kèm theo, hỏi các tiêu chuẩn trong thang điểm muôn áp dụng để tiên lượng (phần này sẽ được trình bày trong chương trình ở năm thứ 4).

2.2. Tiền căn

2.2.1. Bản thân

Liên quan xuất huyết tiêu hóa: hỏi các lần xuất huyết tiêu hóa trước nếu có, chẩn đoán, kết quả nội soi.

Bệnh lý kèm theo: bệnh lý nội, ngoại khoa đang có, bệnh gan...tình trạng dị ứng, thói quen dùng rượu.

Yếu tố thuận lợi gây xuất huyết tiêu hóa như đang sử dụng thuốc gì, có dùng thuốc kháng đông, NSAIDs, corticoid.

2.2.2. Gia đình

Tình trạng bệnh lý, thói quen sinh hoạt trong gia đình.

2.3. Khám thực thể

Khám thực thể: 7 câu hỏi + khám toàn thân.

2.3.1. Có xuất huyết tiêu hóa không

Cần có bằng chứng chất nôn, phân có máu như: quan sát thấy có máu, thăm trực tràng có phân đen.

Cần chứng minh khả năng có xuất huyết tiêu hóa thông qua các triệu chứng gián tiếp như: niêm nhạt, thiếu máu mạn không rõ nguyên nhân.

2.3.2. Vị trí xuất huyết tiêu hóa

Tính chất máu quan sát thấy hoặc khai thác qua hỏi bệnh giúp gợi ý vị trí xuất huyết.

2.3.3. Mức độ

Bảng 3. Khám các dấu hiệu phân độ xuất huyết tiêu hóa

Mức độ xuất huyết tiêu hóa	Nhẹ	Trung bình	Nặng	
Mức độ mất máu	I	II	III	IV
Lượng máu mất	< 1 lít < 15%	1 - 1,5 lít 15 - 30%	1,5 – 2 lít 30 – 40%	2 lít > 40%
Mạch	< 100 lần/phút	100 - 120 lần/phút	> 120 lần/phút	> 140 lần/phút
Áp lực mạch	Bình thường hoặc tăng	Giảm nhẹ	Giảm	Nhẹ, khó bắt
Huyết áp tâm thu	Bình thường	Bình thường hoặc hạ huyết áp tư thế	Giảm khi nằm	Giảm nặng hoặc không đo được
Da	Tươi máu bình thường	Đỏ mồ hôi	Mát lạnh	Mát lạnh, nhợt nhạt
Nhịp thở	Bình thường	Tăng nhẹ	30 – 40 lần/phút	> 35 lần/phút
Nước tiểu (ml/giờ)	> 30	20 - 30	5 - 15	Vô niệu
Tri giác	Tỉnh, lo lắng nhẹ	Lo âu	Lo âu, lẩn lộn	Lẩn lộn, hôn mê

Khám các triệu chứng thực thể khác:

Tụt huyết áp tư thế: khi cho bệnh nhân chuyển tư thế từ nằm sang ngồi thông chân rồi đứng dậy, bệnh nhân có tụt huyết áp tư thế nếu **huyết áp tâm thu giảm ≥ 20 mmHg hoặc huyết áp tâm trương giảm ≥ 10 mmHg.**

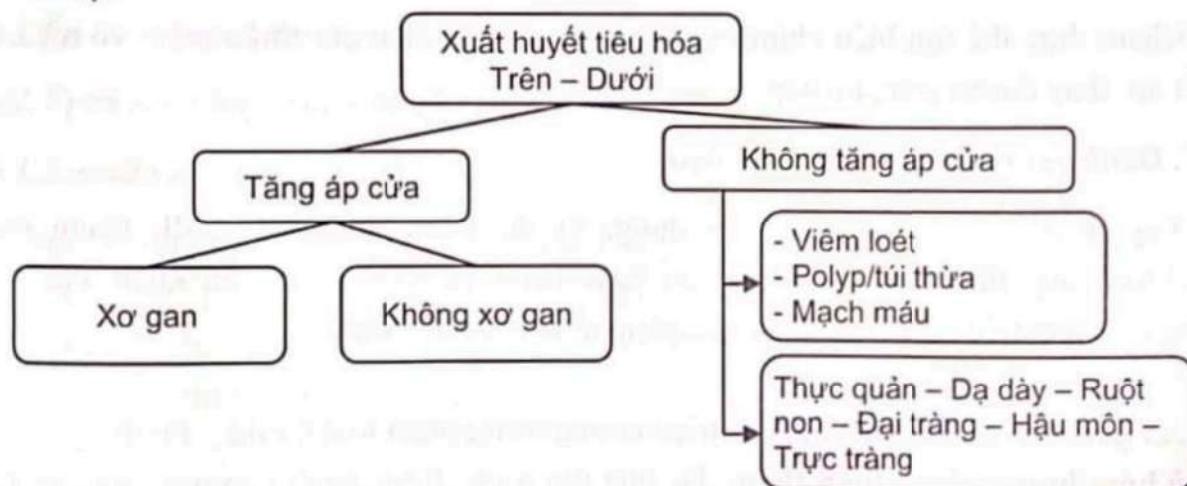
Nghiệm pháp bàn nghiêng (Tilt test): cho bệnh nhân chuyển tư thế từ nằm sang ngồi thông chân, huyết áp tâm thu giảm ≥ 10 mmHg, mạch tăng ≥ 20 lần/phút.

Da niêm.

2.3.4. Nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa

Có nhiều cách hệ thống nguyên nhân gây xuất huyết tiêu hóa.

Ví dụ:



Cần thăm khám tìm triệu chứng gợi ý nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa như:

Bảng 4. Các nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa theo vị trí giải phẫu

Nguyên nhân	Triệu chứng cơ năng	Triệu chứng thực thể
Xơ gan	Vàng da, bụng to.	Các triệu chứng thực thể của xơ gan.
Thực quản	Đau sau xương ức, nôn, nuốt đau.	
Dạ dày	Đau thượng vị, đau liên quan bữa ăn, đầy bụng, khó tiêu.	Án đau thượng vị.
Ruột	Đau quanh rốn, đau dọc khung đại tràng, đau hố chậu, thay đổi tính chất phân, thói quen đi cầu.	Án đau quanh rốn, dọc khung đại tràng.
Hậu môn, trực tràng	Búi trĩ sa, đau hạ vị, hố chậu, đau hậu môn.	Búi trĩ, ấn đau hạ vị, hố chậu.
Ác tính	Chán ăn, sụt cân.	Suy kiệt, triệu chứng tại cơ quan.

2.3.5. Diễn tiến

Diễn tiến xuất huyết tiêu hóa được đánh giá qua diễn tiến hình thức biểu hiện và các triệu chứng thiếu máu.

Nếu xuất huyết tiêu hóa tạm ngưng, ổn định dần:

- Hình thức biểu hiện: bệnh nhân sẽ giảm nôn, hết nôn ra máu, phân đen thay đổi theo hướng giảm số lần, chật dần, nhạt màu dần.
- Triệu chứng thiếu máu: mạch, huyết áp, niêm cài thiện về bình thường, chóng mặt, khát nước, nước tiểu cải thiện.
- Các dấu hiệu khác: nhu động ruột giảm về bình thường.

2.3.6. Biến chứng

Khám thực thể tìm biến chứng xuất huyết tiêu hóa nếu có: thiếu niệu, vô niệu, tụt huyết áp, thay đổi tri giác, hô hấp.

2.3.7. Đánh giá nguy cơ/bệnh kèm theo

Tùy theo tiêu chuẩn muốn áp dụng, ví dụ thang điểm Rockall, thang điểm Blatchford, tùy theo bệnh lý kèm theo hoặc bệnh nguyên nhân, cần khám các triệu chứng có trong tiêu chuẩn đó đánh giá, phân tầng mức độ bệnh.

Ví dụ:

Xơ gan: còn bù hay mất bù, các triệu chứng trong phân loại Child – Pugh...

Khám bụng, khám toàn thân: đặc biệt tìm triệu chứng bệnh gan mật (xơ gan, tăng áp cửa), bệnh ác tính (khối u vùng bụng, suy kiệt...)

2.4. Chẩn đoán

Chẩn đoán cần ghi đủ các chi tiết theo **7 câu hỏi** đã nêu ở trên:

- Xuất huyết tiêu hóa
- Vị trí
- Mức độ
- Nguyên nhân
- Diễn tiến
- Biến chứng
- Đánh giá nguy cơ/bệnh kèm theo

2.5. Biện luận

Biện luận cũng đi theo trình tự **7 câu hỏi** sau:

- Có xuất huyết tiêu hóa không.
- Vị trí xuất huyết tiêu hóa.

- Mức độ xuất huyết tiêu hóa.
- Nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa.
- Diễn tiến xuất huyết tiêu hóa.
- Biến chứng.
- Đánh giá nguy cơ/bệnh kèm theo.

Cần lưu ý: đánh giá nguy cơ hay tiên lượng mức độ nặng của bệnh nhân không phải là mức độ xuất huyết tiêu hóa. Chúng ta sử dụng các thang điểm hoặc những xét nghiệm theo các khuyến cáo, nghiên cứu đã được công bố, ví dụ như thang điểm Glasgow - Blatchford, Rockall cho xuất huyết tiêu hóa trên.

2.6. Đề nghị cận lâm sàng: 7 câu hỏi + bệnh nguyên nhân.

2.6.1. Có xuất huyết tiêu hóa không?

2.6.2. Vị trí xuất huyết tiêu hóa?

2.6.3. Nguyên nhân

Nội soi đường tiêu hóa trên hoặc dưới sẽ giúp chẩn đoán xác định: có xuất huyết tiêu hóa không vị trí xuất huyết tiêu hóa và nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa.

Hình thức nội soi đường tiêu hóa:

- Nội soi thực quản – dạ dày – tá tràng.
- Nội soi ruột non.
- Nội soi đại tràng.
- Nội soi trực tràng.
- Nội soi viên nang.

2.6.4. Mức độ xuất huyết tiêu hóa

Công thức máu: số lượng hồng cầu, dung tích hồng cầu (Hct), Hemoglobin.

2.6.5. Diễn tiến xuất huyết tiêu hóa

Diễn tiến xuất huyết tiêu hóa có thể được theo dõi dựa trên sự thay đổi của công thức máu: số lượng hồng cầu, dung tích hồng cầu (Hct), Hemoglobin.

2.6.6. Biến chứng

BUN, Creatinine.

Tình trạng choáng phát hiện trên lâm sàng. Nếu nghi ngờ choáng nặng, suy cơ quan, cần đề nghị xét nghiệm khảo sát các cơ quan. Ví dụ: men gan (AST, ALT), khí máu động mạch, lactate máu.

2.6.7. Đánh giá nguy cơ/bệnh kèm theo

Các cận lâm sàng đề nghị theo thang điểm muốn áp dụng. Ví dụ: thang điểm Blatchford gồm urea máu, Hemoglobin (phần này sẽ được trình bày trong chương trình năm thứ 4).

Không được quên các bệnh kèm theo của bệnh nhân, tùy theo bệnh lý và mức độ, cần đề nghị cận lâm sàng chẩn đoán, theo dõi thích hợp.

Bệnh nguyên nhân

Tùy theo bệnh nguyên nhân và mức độ, cần đề nghị cận lâm sàng chẩn đoán, theo dõi thích hợp.

Ví dụ:

- Xơ gan: xét nghiệm chức năng gan, phân độ Child – Pugh – Turcotte, tìm nguyên nhân.
- Bệnh lý ác tính: xét nghiệm tế bào học, hình ảnh học.

2.7. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán xác định sẽ dựa trên các kết quả cận lâm sàng. Vẫn theo nguyên tắc “7 câu hỏi”, chẩn đoán xác định phải nêu đủ:

Xuất huyết tiêu hóa - Vị trí - Mức độ - Nguyên nhân - Diễn tiến - Biến chứng - Đánh giá nguy cơ/bệnh kèm theo.

3. KẾT LUẬN

Xuất huyết tiêu hóa là một vấn đề cấp cứu tiêu hóa thường gặp. Năm vũng nguyên tắc “7 câu hỏi + 1*” sẽ giúp tiếp cận bệnh nhân một cách toàn diện, chi tiết, chẩn đoán rõ với biện luận mạch lạc để xử trí nhanh và chính xác cho bệnh nhân.

CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Bệnh nhân nam, 30 tuổi, tiêu phân sệt đỏ bầm, không nôn. Khám phát hiện mạch: 120 lần/phút, huyết áp: 80/50 mmHg, niêm nhợt, tay ẩm lạnh. Bệnh nhân bị xuất huyết tiêu hóa mức độ nào?

- A. I
- B. II
- C. III
- D. IV

2. Nguyên nhân gây xuất huyết tiêu hóa cho bệnh nhân ở câu 1 có thể là gì?
- A. Loét dạ dày – tá tràng
 - B. Hội chứng Mallory - Weiss
 - C. Trĩ
 - D. Viêm loét trực tràng
3. Bệnh nhân nữ, 75 tuổi, có tiền căn viêm loét dạ dày, tiêu phân đen từng viên nhỏ cứng giống phân dê, phải rặn nhiều. Sau khi đi tiêu phân đen, bệnh nhân thấy mệt. Chẩn đoán phù hợp với bệnh nhân là gì?
- A. Xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày
 - B. Xuất huyết tiêu hóa do ung thư dạ dày
 - C. Xuất huyết tiêu hóa do viêm loét tá tràng
 - D. Không xuất huyết tiêu hóa
4. Bệnh lý gây xuất huyết tiêu hóa trên góc Treitz?
- A. Polyp hôi tràng
 - B. Lý amip
 - C. Chảy máu đường mật
 - D. Viêm túi thừa Meckel
5. Cận lâm sàng nào dùng để chẩn đoán xuất huyết tiêu hóa ẩn?
- A. Siêu âm bụng
 - B. Nội soi dạ dày – tá tràng
 - C. Máu ẩn trong phân
 - D. Chụp cắt lớp vi tính bụng
6. Một bệnh nhân nôn ra máu với tình trạng: tinh, niêm hồng nhạt, mạch 110 lần/phút, huyết áp 90/60 mmHg, chi ấm. Mức độ xuất huyết tiêu hóa của bệnh nhân là độ mấy?
- A. I
 - B. II
 - C. III
 - D. IV
7. Một bệnh nhân nôn ra máu với tình trạng: tinh, niêm hồng, mạch 90 lần/phút, huyết áp 100/60 mmHg, chi ấm. Mức độ xuất huyết tiêu hóa của bệnh nhân là độ mấy?
- A. I
 - B. II
 - C. III
 - D. IV

8. Bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa với tình trạng: tinh, niêm hồng nhạt, mạch 110 lần/phút, huyết áp 85/50 mmHg khi nằm. Bệnh nhân có khả năng mất bao nhiêu % thể tích máu?
- A. 10%
 - B. 15%
 - C. 20%
 - D. > 20%
9. Tilt test (+) khi có sự thay đổi về mạch như thế nào?
- A. Tăng > 5 lần/phút
 - B. Tăng > 10 lần/phút
 - C. Tăng > 15 lần/phút
 - D. Tăng > 20 lần/phút
10. Tilt test (+) khi có sự thay đổi về huyết áp như thế nào?
- A. Tăng \geq 5 mmHg
 - B. Giảm \geq 10 mmHg
 - C. Tăng \geq 15 mmHg
 - D. Giảm \geq 20 mmHg
11. Tụt huyết áp theo tư thế khi có sự thay đổi (giảm) về huyết áp nhiều hơn bao nhiêu?
- A. 5 mmHg
 - B. 10 mmHg
 - C. 15 mmHg
 - D. 20 mmHg
12. Chi tiết nào không cần nêu ra trong chẩn đoán xuất huyết tiêu hóa?
- A. Hình thức xuất huyết
 - B. Vị trí
 - C. Mức độ
 - D. Nguyên nhân
13. Để đánh giá diễn tiến xuất huyết tiêu hóa, chúng ta không nên dựa trên triệu chứng nào?
- A. Dung tích hồng cầu (Hct)
 - B. Sinh hiệu
 - C. Màu sắc phân
 - D. Mức độ đau bụng
14. Cận lâm sàng nào giúp chẩn đoán nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa từ ruột non?
- A. Nội soi dạ dày
 - B. Nội soi tá tràng

- C. Nội soi đại tràng
- D. Nội soi viên nang

15. Dấu hiệu hay triệu chứng nào phản ánh chính xác mức độ mất máu của bệnh nhân trong những giờ đầu?

- A. Tri giác
- B. Sinh hiệu
- C. Niêm mạc
- D. Dung tích hồng cầu (Hct)

Dáp án: 1C, 2A, 3D, 4C, 5C, 6B, 7A, 8D, 9D, 10B, 11D, 12A, 13D, 14D, 15B.

TÌNH HUỐNG LÂM SÀNG THẢO LUẬN

❖ Tình huống 1

Bệnh nhân nam, 53 tuổi, nhập viện vì tiêu phân đờ bầm.

Bệnh sử: bệnh nhân tiêu phân đen sệt khoảng 2 ngày, 1-2 lần/ngày, lượng phân ít, đau vùng bụng bên phải âm ỉ, mức độ nhẹ. Bệnh nhân vẫn làm việc bình thường, không cảm thấy có gì bất thường khác. Cách nhập viện 1 ngày, bệnh nhân thấy đau vùng bụng bên phải nhiều hơn, sốt nhẹ. Ngày nhập viện, bệnh nhân đi tiêu 2 lần phân đờ bầm, sệt, lượng phân giống như ngày thường. Bệnh nhân thấy có hơi choáng váng khi đứng dậy, tự ngồi sau xe máy, được con chở đến bệnh viện để khám bệnh.

Câu hỏi:

1. Bệnh sử cần hỏi thêm những điều gì?
2. Tiền căn cá nhân cần hỏi điều gì?
3. Nguyên nhân gây xuất huyết tiêu hóa của bệnh nhân có thể là gì?

Khám: thời điểm bệnh nhân nhập viện ghi nhận bệnh nhân tỉnh, mạch 90 lần/phút, huyết áp 120/50 mmHg, niêm có nhạt đi nhưng còn sắc hồng, ấn đau vùng hạ sườn và hông phải, bụng mềm. Bệnh nhân đang uống thuốc điều trị tăng huyết áp hàng ngày.

Câu hỏi:

1. Với những thông tin trên, em đánh giá mức độ xuất huyết tiêu hóa của bệnh nhân ở mức độ nào?
2. Khám bệnh cần tìm thêm triệu chứng gì?
3. Khám những triệu chứng khác của bệnh nhân đều bình thường, em nghĩ nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa của bệnh nhân là gì?

❖ Tình huống 2

Bệnh nhân nam, 45 tuổi, nhập viện vì nôn ra máu.

Bệnh sử: khi đang ngủ, bệnh nhân thấy buồn nôn rồi đột ngột nôn ra máu sệt đỏ bầm, khoảng 200 ml. Bệnh nhân vội đến bệnh viện khám bệnh. Từ lúc đó đến khi vào đến bệnh viện, bệnh nhân nôn thêm 2 lần nữa, lượng và tính chất máu tương tự lần đầu.

Câu hỏi:

1. Bệnh sử cần hỏi thêm những điều gì?
2. Tiền cơn cá nhân cần hỏi điều gì?
3. Nguyên nhân gây xuất huyết tiêu hóa của bệnh nhân có thể là gì?

Khám: thời điểm bệnh nhân nhập viện ghi nhận bệnh nhân tĩnh, mạch: 100 lần/phút, huyết áp: 90/50 mmHg, niêm hồng nhạt. Bệnh nhân không phát hiện bệnh lý gì từ trước do không đi khám bệnh.

Câu hỏi:

1. Với những thông tin trên, em đánh giá mức độ xuất huyết tiêu hóa của bệnh nhân ở mức độ nào?
2. Khám bệnh cần tìm thêm triệu chứng gì?
3. Nếu những triệu chứng khác của bệnh nhân đều bình thường, nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa của bệnh nhân em nghĩ đến có thay đổi không? Vì sao?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Châu Ngọc Hoa. *Triệu chứng học nội khoa*. Thành phố Hồ Chí Minh. Nhà xuất bản Y học, 2012.
2. Châu Ngọc Hoa. *Bệnh học nội khoa*. Thành phố Hồ Chí Minh. Nhà xuất bản Y học, 2012.
3. Kasper, Dennis, et al. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 19th ed. New York: Blacklick: McGraw-Hill Professional Publishing, 2015.
4. Friedman, H. Harold. *Problem-Oriented Medical Diagnosis*. 7th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2000.
5. Feldman, Mark, Lawrence S. 1953- Friedman, and Lawrence J. Brandt. *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*. 10th ed. Philadelphia, Pennsylvania: Saunders/Elsevier, 2016.
6. Saint, Sanjay and Craig Frances. *Saint-Frances Guide to Inpatient Medicine*. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 2004.
7. O'Connor, S. and Talley, N. *Clinical Examination: A Systematic Guide To Physical Diagnosis*. 7th ed. Chatswood: Elsevier, 2014.

BÀI 8. TIẾP CẬN BỆNH NHÂN VÀNG DA

ThS.BS. Võ Phạm Phương Uyên, PGS.TS.BS. Quách Trọng Đức

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày định nghĩa và các cách phân loại vàng da.
2. Trình bày các nguyên nhân thường gặp của vàng da dựa theo cơ chế bệnh sinh.
3. Trình bày các bước tiếp cận một trường hợp vàng da dựa trên hỏi bệnh và thăm khám.
4. Đề nghị cận lâm sàng để chẩn đoán xác định.

NỘI DUNG BÀI GIẢNG

1. ĐỊNH NGHĨA

Vàng da (jaundice, icterus) là tình trạng nhuộm màu vàng ở da niêm và cung mạc mắt do tăng bilirubin toàn phần trong máu.

Trên lâm sàng, cần phân biệt với một số trường hợp vàng da không do tăng bilirubin gồm: vàng da do tăng beta-carotene, vàng da do thuốc (quinine, cloroquine). Những trường hợp này có vàng da nhưng không vàng niêm và không vàng cung mạc mắt.

Ngưỡng giá trị bình thường của bilirubin trong máu:

- **Toàn phần:** 0,8 – 1,2 mg% (13,6 – 20,4 micromol/l).
- **Trực tiếp:** 0,2 – 0,4 mg% (3,4 – 6,8 micromol/l).
- **Gián tiếp:** 0,6 – 0,8 mg% (10,2 – 13,6 micromol/l).

2. PHÂN LOẠI

2.1. Phân loại theo triệu chứng

Vàng da lâm sàng (vàng da niêm rõ): bilirubin toàn phần thường tương ứng với ngưỡng $> 2,5 \text{ mg/dl}$.

Vàng da dưới lâm sàng (vàng da niêm có thể chưa rõ): bilirubin toàn phần cao hơn giới hạn trên bình thường, nhưng không tăng quá $2,5 \text{ mg/dl}$.

2.2. Phân loại theo thành phần bilirubin

Vàng da chủ yếu do tăng bilirubin trực tiếp (bilirubin trực tiếp chiếm $> 50\%$ bilirubin toàn phần).

Vàng da chủ yếu do tăng bilirubin gián tiếp (bilirubin gián tiếp chiếm $> 80 - 85\%$ bilirubin toàn phần).

Vàng da do tăng bilirubin hỗn hợp (bilirubin toàn phần tăng nhưng không thuộc hai nhóm kể trên).

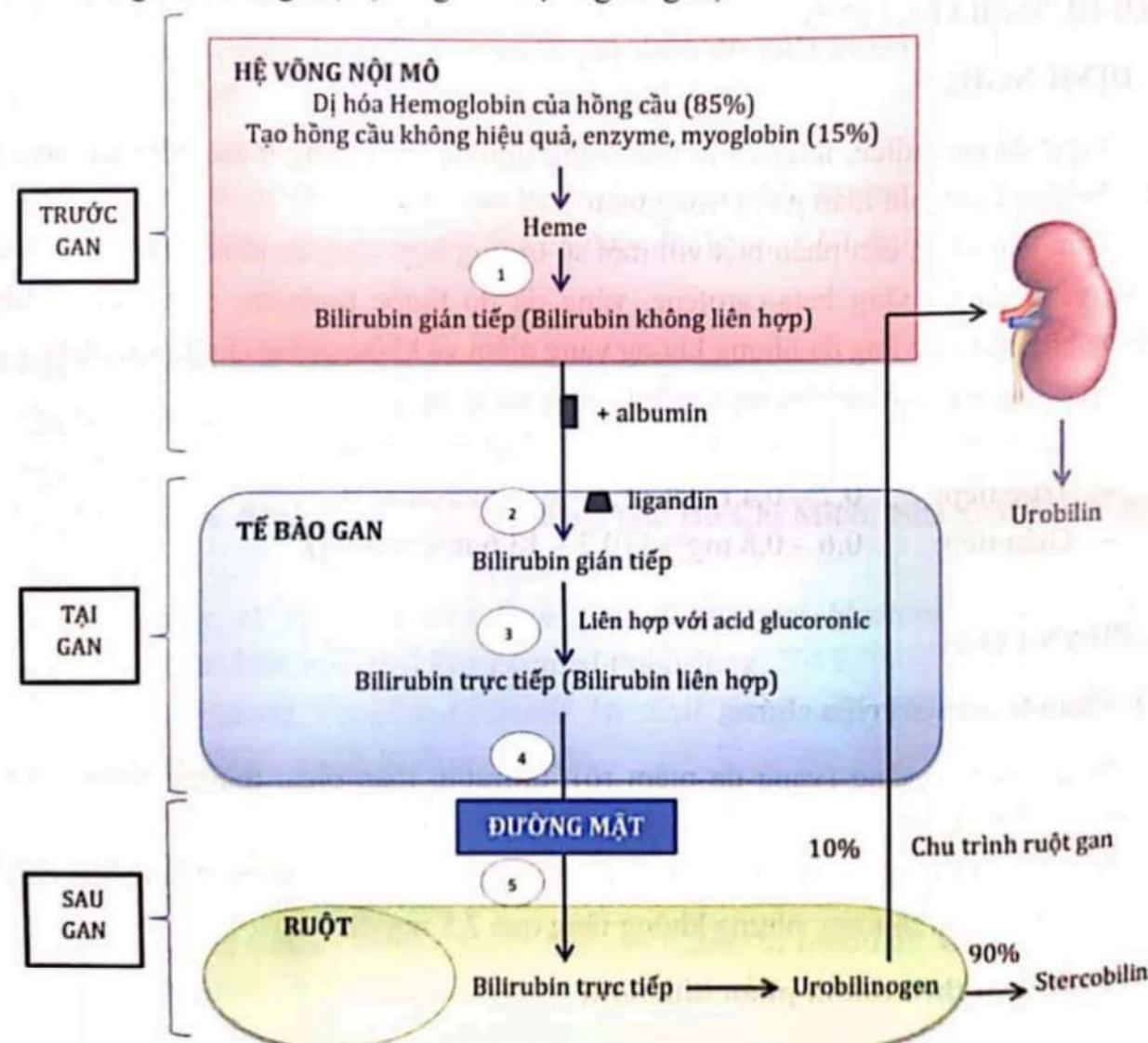
2.3. Phân loại theo cơ chế bệnh sinh

Tăng bilirubin gián tiếp:

- Tăng sản xuất bilirubin.
- Giảm tiếp nhận bilirubin vào gan.
- Giảm khả năng liên hợp.

Tăng bilirubin trực tiếp:

- Giảm bài tiết bilirubin vào tiêu quản mật.
- Tắc nghẽn đường mật (trong và/hoặc ngoài gan).



Hình 1. Sơ đồ chuyển hóa bilirubin

* Bất thường 1 trong 5 giai đoạn sau có thể gây vàng da:

- ① Tăng sản xuất bilirubin;
- ② Giảm tiếp nhận bilirubin vào gan;
- ③ Giảm khả năng liên hợp;
- ④ Giảm bài tiết bilirubin vào tiêu quản mật;
- ⑤ Tắc nghẽn đường mật

3. NGUYÊN NHÂN

3.1. Nhóm nguyên nhân trước gan

Nguyên nhân chính là tán huyết nên còn gọi nhóm nguyên nhân này là “vàng da do tán huyết”.

3.1.1. Đặc điểm

Vàng da do tăng bilirubin gián tiếp.

3.1.2. Cơ chế

Do tăng sản xuất bilirubin.

Tán huyết liên quan đến bệnh di truyền: bất thường màng hồng cầu (hồng cầu hình cầu, hồng cầu hình liềm), bất thường men (thiểu men G6PD), bất thường hemoglobin (thalassemia ...).

Tán huyết mắc phái: bất đồng nhóm máu, sốt rét, bệnh tự miễn.

Nguyên nhân khác: tạo máu không hiệu quả, hấp thu khối máu tụ, truyền máu lượng lớn.

3.2. Nhóm nguyên nhân tại gan (vàng da do bệnh gan)

3.2.1. Đặc điểm

Vàng da thường do tăng bilirubin hỗn hợp.

Viêm gan cấp
Xơ gan mãn tính
Áp xe gan đa ổ do vi khuẩn
Ung thư gan toàn thể

3.2.2. Cơ chế

Giảm tiếp nhận: hội chứng Gilbert, thuốc (rifamycin).

Giảm liên hợp: hội chứng Crigler – Najjar, thuốc (chloramphenicol).

Giảm bài tiết: hội chứng Dubin – Johnson.

Rối loạn chức năng tế bào gan (viêm gan cấp/bán cấp, bệnh gan mạn):

- Viêm gan siêu vi, viêm gan tự miễn. *Nay còn, mai bớt, mờ vắng da, sờ thấy rõ các truy*
chứy T
- Rượu, độc chất, thuốc.
- Thiếu máu gan cục bộ (tụt huyết áp, tắc mạch).
- Bệnh lý chuyển hóa (Wilson, ú sắt, viêm gan thoái hóa mỡ không do rượu).
- Gan nhiễm mỡ cấp trong thai kỳ.

Tắc nghẽn đường mật trong gan:

- Áp xe gan đa ổ. → Sốt cao, lạnh bụng, vỏ mỏm nhèm thay
- Xơ gan ú mật. → ↓ TBG, ↑ αγ

- Bệnh thâm nhiễm ở gan (ung thư gan, lao gan, amyloidosis). - *Số về chèn lùp
còn chèn có giá trị*
- Tắc mật trong gan do thai kỳ.
- Tắc mật trong gan tái diễn lành tính.
- Thuốc (erythromycin, estrogen).

3.3. Nhóm nguyên nhân sau gan (vàng da do tắc nghẽn đường mật)

3.3.1. Đặc điểm

Vàng da do tăng bilirubin trực tiếp.

3.3.2. Cơ chế

Tắc nghẽn trong lòng ống mật: sỏi ống mật chủ, giun chui ống mật.

Bệnh lý trên thành ống mật: ung thư đường mật, viêm đường mật xơ hóa.

Bệnh lý từ ngoài chèn vào đường mật: u đầu tụy, ung thư bóng Vater, ung thư gan, viêm tụy, hạch di căn vùng rốn gan.

*Lưu ý: trên cùng một bệnh nhân, vàng da có thể cùng lúc do nhiều cơ chế gây ra (ví dụ vàng da trong xơ gan có thể do phôi hợp các cơ chế sau: tán huyết, rối loạn chức năng gan, tắc mật trong gan và giảm bài tiết mật).

4. CÁC BƯỚC TIẾP CẬN BỆNH NHÂN VÀNG DA

4.1. Chẩn đoán vàng da do tăng bilirubin

4.1.1. Chẩn đoán xác định vàng da

Vàng da (da mặt, lòng bàn tay, lòng bàn chân) (Hình 2B), vàng cung mạc (do bilirubin có ái lực cao với elastin) (Hình 2A), vàng niêm mạc dưới lưỡi: cần quan sát dưới ánh sáng mặt trời.

Nước tiểu vàng sậm như nước trà đậm và foam test (+) (Hình 2C) (lắc chai đựng nước tiểu và quan sát thấy nổi bọt màu vàng): trong trường hợp vàng da do tăng bilirubin trực tiếp hoặc hỗn hợp.

Phân bì màu như phân cò: trong trường hợp tắc mật gần như hoàn toàn.

4.1.2. Chẩn đoán phân biệt

4.1.2.1. Triệu chứng vàng da

Vàng da do tăng carotene (ăn nhiều thức ăn có beta-carotene như carot, cà chua, đu đủ): vàng da nhưng không vàng niêm và cung mạc mắt.

Vàng da do thuốc quinine, chloroquine: vàng da nhưng không vàng niêm mạc và cung mạc mắt.

Kết mạc mắt ở người già hay hút thuốc lá nhiều: có đốm vàng nâu.

4.1.2.2. Nước tiểu đậm màu

Cô đặc nước tiểu.

Nước tiểu đỏ: tiểu máu, tiểu hemoglobin, tiểu myoglobin, do dùng thuốc, đang trong giai đoạn hành kinh.



(A) Vàng cung mắt (B) Vàng da (C) Nước tiểu vàng sậm + foam test (+)

Hình 2. Vàng da do tăng bilirubin

4.2. Chẩn đoán bệnh lý nặng gây vàng da

Triệu chứng gợi ý bệnh cảnh đe dọa tử vong:

- Cơn đau quặn mật (biliary colic), tiếp theo là sốt cao lạnh run, vẻ mặt nhiễm trùng (môi khô, lưỡi dơ), sau đó là vàng da do tắc mật, kèm tụt huyết áp, rối loạn tri giác → choáng nhiễm trùng đường mật.

- Vàng da sậm + rối loạn đông máu (bầm vết chích, châm xuất huyết, ban xuất huyết, khói máu tụ, xuất huyết tiêu hóa) + rối loạn tri giác → suy gan cấp.

- Vàng da do tán huyết diễn tiến nhanh trong vài giờ + dấu hiệu thiếu máu cấp (niêm nhợt, chóng mặt, ngất) + nước tiểu màu xá xị → tán huyết cấp.

4.3. Chẩn đoán nguyên nhân thường gặp gây vàng da

Cần khai thác kỹ bệnh sử, thăm khám toàn diện và đề nghị xét nghiệm cần thiết.

4.3.1. Dịch tễ

Tuổi: bệnh lý sỏi mật và ung thư thường gặp ở người trung niên và lớn tuổi, bệnh bẩm sinh thường xuất hiện từ nhỏ.

Giới tính: nam (gợi ý bệnh gan do rượu), nữ (sỏi mật, xơ gan ứ mật nguyên phát).

Nghề nghiệp: tiếp xúc máu, dịch tiết (viêm gan siêu vi), tiếp xúc chất thải chuột bọ (Leptospira).

Nơi ở: vùng dịch tễ sốt rét, viêm gan siêu vi.

4.3.2. Tiền căn

4.3.2.1. Bản thân

Nguy cơ lây nhiễm viêm gan siêu vi: tiền căn tiêm chích ma tuý, xăm người, chữa răng, phẫu thuật, truyền máu, quan hệ tình dục không an toàn, chạy thận nhân tạo.

Chất độc gan (rượu, thuốc) gây viêm gan cấp.

Phẫu thuật đường mật gây tắc mật do chít hẹp đường mật hoặc do bệnh gây tắc nghẽn đường mật lần trước tái phát.

Thai kỳ.

Vàng da tái phát nhiều lần: tán huyết, sỏi đường mật.

4.3.2.2. Gia đình

Thiểu máu tán huyết.

Bệnh Wilson (bệnh ú đồng).

Tăng bilirubin bẩm sinh.

4.3.3. Hội chứng suy kỵ lưỡng và khám hệ thống

4.3.3.1. Triệu chứng vàng da

Hoàn cảnh khởi phát: sau truyền máu, sau phẫu thuật đường mật, sau nhiễm siêu vi, sau phẫu thuật u ác tính.

Thời gian vàng da.

Đặc điểm về diễn tiến vàng da: vàng da tăng dần (bệnh lý ác tính chèn ép đường mật) hay lúc tăng lúc giảm, tái phát nhiều lần (sỏi đường mật).

Mức độ vàng da: vàng nhẹ từng đợt (tán huyết); vàng cam (bệnh gan), vàng đậm hơi ngả xanh (nếu tắc mật kéo dài).

4.3.3.2. Hội chứng tắc mật (Hình 3)

Vàng da: mức độ nặng tùy vào nguyên nhân và tình trạng tắc mật.

Ngứa: có thể xuất hiện trước vàng da. Tắc mật ngoài gan thường gây ngứa kéo dài hơn tắc mật trong gan (> 4 tuần).

Nước tiểu sậm màu.

Phân bạc màu (nếu tắc mật hoàn toàn).

U vàng (xanthoma) hay ban vàng (xanthelasma) ở dưới da do ú cholesterol kéo dài.

Tiêu chảy mỡ.

Triệu chứng của thiếu vitamin A (quáng gà), vitamin D (loãng xương), vitamin E (giảm phản xạ, thắt điệu), vitamin K (rối loạn đông máu).

Túi mật to không đau kèm vàng da (luật Courvoisier) gợi ý nhóm tắc mật ngoài gan ở vị trí thấp trên đường mật chính, thường do bệnh ác tính (ung thư tụy, ung thư bóng Vater). Tuy nhiên, dấu hiệu này không nhạy và không chuyên biệt.

Nếu tắc mật ngoài gan, gan có thể to, đau, mật độ chắc, bờ tù. Nếu tắc mật trong gan, gan có kích thước và mật độ thay đổi tùy vào nguyên nhân tắc mật.

4.3.3.3. Triệu chứng của táo huyết

Vàng da nhẹ, sốt nhẹ, chóng mặt, ngất, nước tiểu màu xá xị, thiểu máu, lách to.

4.3.3.4. Hội chứng suy tế bào gan và hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa

Hội chứng suy tế bào gan (sao mạch, lòng bàn tay son, báng bụng, phù chân...) và hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa (lách to, báng bụng, tuần hoàn bàng hệ kiều cửa chủ...) gợi ý bệnh gan mạn.

4.3.3.5. Triệu chứng không chuyên biệt có thể kèm theo

Buồn nôn, chán ăn, sụt cân không đặc hiệu vì có thể gặp ở bệnh gan hoặc tắc mật.

Gan to, đau hạ sườn phải có thể gặp trong viêm gan cấp, bệnh thâm nhiễm ở gan.

Hạch ngoại biên, lách to, suy kiệt gợi ý bệnh ác tính.

4.4. Những bệnh cảnh lâm sàng điển hình thường gặp

4.4.1. Nhiễm trùng đường mật

Bệnh nhân thường có tam chứng Charcot, được mô tả là “nay đau hạ sườn phải - mai sốt - mót vàng da” (nghĩa là ba triệu chứng trên xuất hiện theo trình tự này và triệu chứng sau xuất hiện cách triệu chứng trước 12-24 giờ). Nếu bệnh nhân có tam chứng Charcot kèm tụt huyết áp và rối loạn tri giác (còn được gọi là ngũ chứng Reynolds) thì cần nghĩ đến bệnh nhân đã có choáng nhiễm trùng đường mật.

4.4.2. Viêm gan siêu vi cấp thể điển hình

Bệnh cảnh điển hình qua 4 giai đoạn:

- Thời kỳ ủ bệnh không có triệu chứng (vài tuần – vài tháng).
- Thời kỳ tiền vàng da (trước khi vàng da xuất hiện một tuần) có triệu chứng giống nhiễm siêu vi như: chán ăn, mệt mỏi, đau cơ, sốt nhẹ không kèm lạnh run.
- Thời kỳ vàng da (2 – 6 tuần): vàng da niêm và nước tiểu sậm màu xuất hiện, lúc đó sốt sẽ giảm.
- Thời kỳ hồi phục (vài tuần – vài tháng): vàng da và nước tiểu vàng sậm bắt đầu giảm dần.

Bảng 1. Các đặc điểm giúp nhận định 3 nhóm nguyên nhân gây vàng da

	Nguyên nhân trước gan	Nguyên nhân tại gan	Nguyên nhân sau gan
Hỏi bệnh	Tiền căn có bệnh huyết học (thiểu men G6PD, hồng cầu hình cầu, thalassemia). Vàng da sau truyền máu. Du lịch vùng dịch tê sốt rét. Sốt nhẹ, chóng mặt, ngất. Nước tiểu màu xá xị.	Tiền triệu có hội chứng nhiễm siêu vi (mệt mỏi, đau cơ, chán ăn). Tiền căn gia đình có bệnh gan. Tiền căn tiếp xúc nguồn lây nhiễm viêm gan siêu vi.	Lớn tuổi. Đau bụng. Sốt, lạnh run. Tiền căn phẫu thuật đường mật.
Khám	Thiểu máu nổi trội hơn rất nhiều so với vàng da. Lách to (khi có nhiều đợt tán huyết). Có thể tụt huyết áp (thiểu máu cấp). Móng sọc, tóc dễ rụng (thiểu máu mạn).	Hội chứng suy tế bào gan. Hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Đầu hiệu chỉ điểm nguyên nhân: sạm da (ứ sắt), u vàng (xơ gan ứ mật), vòng Kayer-Fleischer ở mắt (Wilson).	Sốt. Sẹo mỡ bụng. Gan to, túi mật to. Sờ chạm u bụng. Đau bụng.
Xét nghiệm	Hemoglobin máu giảm. Bilirubin gián tiếp tăng đơn độc. Hemoglobin niệu (\pm).	Transaminase tăng chủ yếu: gợi ý vàng da do tổn thương tế bào gan. Phosphatase kiềm tăng < 3 lần ngưỡng bình thường. TQ kéo dài không điều chỉnh được bằng vitamin K. Chỉ dấu miễn dịch gợi ý viêm gan siêu vi, viêm gan tự miễn.	Transaminase bình thường hoặc tăng nhẹ (hiếm khi $> 500 \text{ UI/l}$)*. Phosphatase kiềm tăng > 4 lần ngưỡng bình thường. TQ kéo dài điều chỉnh được bằng vitamin K. Tăng amylase và/hoặc tăng lipase máu.

*Trường hợp ngoại lệ: tác mật thoáng qua do sỏi túi mật có thể làm tăng men transaminase đáng kể ($> 10-20$ lần bình thường) và giảm nhanh nếu tình trạng tắc nghẽn được giải quyết

5. CẬN LÂM SÀNG

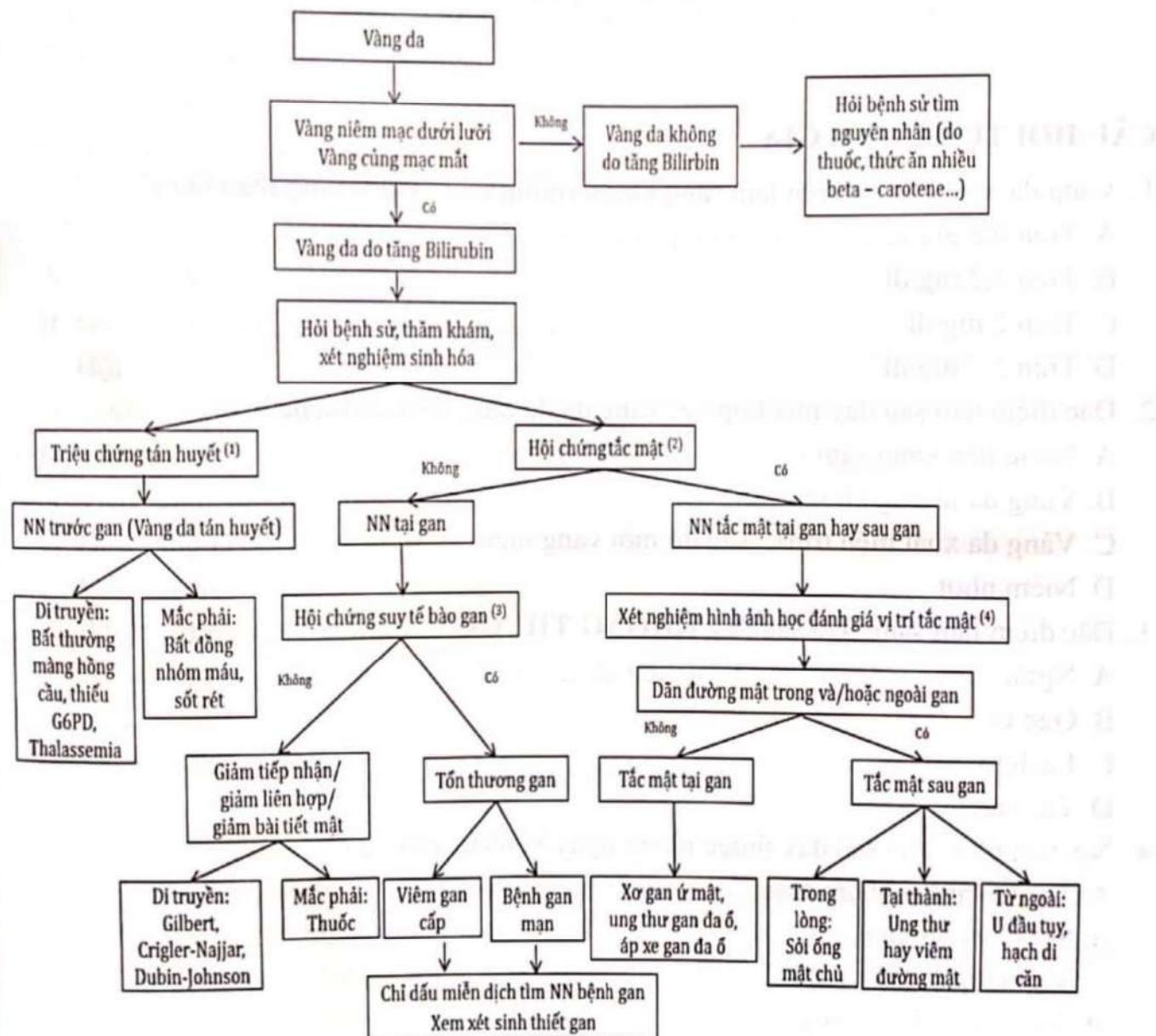
Tùy vào triệu chứng lâm sàng gợi ý nguyên nhân mà đề nghị xét nghiệm phù hợp.

- Xét nghiệm huyết học: công thức máu, phết máu ngoại biên.
- Xét nghiệm sinh hóa: bilirubin, phosphatase kiềm, GGT, AST, ALT, INR, ceruroplasmin.
 - Lưu ý hội chứng tắc mật trên cận lâm sàng: bilirubin trực tiếp tăng chủ yếu, GGT, phosphatase kiềm, 5'-nucleotidase, cholesterol máu tăng.
 - Xét nghiệm chỉ điểm tác nhân vi sinh gây bệnh: anti HAV IgM, HBsAg, anti HBc IgM, HBV DNA, anti HCV, HCV RNA.

- Xét nghiệm tự kháng thể chỉ điểm bệnh tự miễn: ANA, anti-dsDNA, AMA, anti-LKM1.

- Xét nghiệm hình ảnh học: siêu âm bụng, CT scan bụng, chụp mật tụy ngược dòng qua nội soi (ERCP), chụp cộng hưởng từ mật tụy (MRCP), chụp đường mật xuyên gan qua da (PTC), siêu âm qua nội soi (EUS).

6. SƠ ĐỒ TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN BỆNH NHÂN VÀNG DA (sơ đồ 1)



Sơ đồ 1. Sơ đồ tiếp cận chẩn đoán bệnh nhân vàng da

NN: nguyên nhân

⁽¹⁾ Tìm triệu chứng tán huyết trên lâm sàng và cận lâm sàng (xem thêm phần "Chẩn đoán nguyên nhân vàng da")

⁽²⁾ Tìm hội chứng tắc mật trên lâm sàng và cận lâm sàng (xem thêm phần "Chẩn đoán nguyên nhân vàng da")

⁽³⁾ Tìm hội chứng suy tế bào gan trên lâm sàng và cận lâm sàng (xem thêm phần "Chẩn đoán nguyên nhân vàng da")

⁽⁴⁾ Làm xét nghiệm hình ảnh học thông thường (siêu âm bụng, CT bụng) và xem xét làm xét nghiệm chuyên biệt (MRCP, ERCP, EUS, PTC) nếu chẩn đoán nguyên nhân ban đầu khó khăn

7. KẾT LUẬN

Vàng da là một tình huống lâm sàng thường gặp. Phối hợp hỏi bệnh, khám thực thể kĩ lưỡng, kết quả xét nghiệm sinh hóa và các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh thông thường (siêu âm bụng, chụp cắt lớp vi tính bụng) giúp chẩn đoán nguyên nhân vàng da trong hơn 75% trường hợp, đặc biệt là giúp phân biệt nhóm nguyên nhân vàng da tắc mật và không tắc mật. Trong những trường hợp chẩn đoán khó, các xét nghiệm chuyên biệt như MRCP, ERCP, PTC và sinh thiết gan có thể giúp ích để xác định chẩn đoán.

CÂU HỎI TỰ LUỢNG GIÁ

1. Vàng da xuất hiện rõ trên lâm sàng khi bilirubin toàn phần trong máu tăng?
 - A. Trên 0,8 mg/dl
 - B. Trên 1,2 mg/dl
 - C. Trên 2 mg/dl
 - D. Trên 2,5 mg/dl
2. Đặc điểm nào sau đây phù hợp với vàng da do tăng beta carotene?
 - A. Nước tiểu vàng sậm
 - B. Vàng da nhưng không vàng niêm
 - C. Vàng da xuất hiện trước, sau đó mới vàng niêm
 - D. Niêm nhợt
3. Đặc điểm lâm sàng nào sau đây KHÔNG THUỘC hội chứng vàng da tắc mật?
 - A. Ngứa
 - B. Gan to
 - C. Lách to
 - D. Túi mật to
4. Nguyên nhân nào sau đây thuộc nhóm nguyên nhân vàng da tại gan?
 - A. Truyền nhầm nhóm máu
 - B. Sỏi ống mật chủ
 - C. Viêm tụy
 - D. Áp-xe gan do vi trùng
5. Trong hội chứng vàng da, tăng bilirubin trực tiếp ưu thế khi tỷ lệ bilirubin trực tiếp/bilirubin toàn phần vượt quá?
 - A. 40%
 - B. 50%
 - C. 60%

- D. 80%
6. Bệnh nhân có vàng da vàng mắt và túi mật to không đau. Nguyên nhân nào gây vàng da có thể nghĩ đến trong trường hợp này?
- A. Ung thư bóng Vater
 - B. Viêm gan siêu vi
 - C. Ung thư gan
 - D. Áp-xe gan đa ổ
7. Đặc điểm nào sau đây thuộc nhóm nguyên nhân vàng da do tán huyết?
- A. Sốt cao lạnh run
 - B. Niêm nhợt
 - C. Xanthelasma ở dưới da
 - D. Nước tiểu vàng sậm, foam test dương tính
8. Đặc điểm nào sau đây gợi ý nguyên nhân vàng da do tắc mật sau gan?
- A. Túi mật to
 - B. Hội chứng tăng áp lực tinh mạch cửa
 - C. Hội chứng nhiễm siêu vi
 - D. Nước tiểu màu xá xị
9. Đặc điểm nào sau đây gợi ý nguyên nhân vàng da do bệnh lý tại gan?
- A. Tiết căn phẫu thuật đường mật
 - B. Đè kháng thành bụng
 - C. Vòng Kayer-Fleischer ở mắt
 - D. Phân bạc màu
10. Xét nghiệm nào giúp chẩn đoán vàng da do tán huyết?
- A. Tăng bilirubin hỗn hợp
 - B. Hemoglobin giảm
 - C. Phosphatase kiềm tăng
 - D. Bilirubin niệu (+)
11. Đặc điểm nào sau đây gợi ý nhóm nguyên nhân gây vàng da tại gan?
- A. Tiết căn phẫu thuật đường mật
 - B. Đè kháng thành bụng
 - C. Vòng Kayer-Fleischer ở mắt
 - D. Phân bạc màu
12. Xét nghiệm nào sau đây KHÔNG giúp chẩn đoán nhóm nguyên nhân vàng da tại gan?
- A. Transaminase
 - B. Hemoglobin niệu

- C. Chi dầu viêm gan siêu vi
D. Chi dầu miễn dịch
13. Cơ chế nào sau đây gây vàng da trên bệnh nhân áp xe gan đa ổ?
 A. Tán huyết
 B. Tắc mật trong gan
 C. Tắc mật ngoài gan
 D. Rối loạn chức năng tế bào gan
14. Nguyên nhân nào sau đây gây vàng da do tắc mật sau gan?
 A. Sỏi ống mật chủ
 B. Ung thư gan
 C. Thalassemia
 D. Viêm gan cấp
15. Đặc điểm nào sau đây KHÔNG THUỘC hội chứng vàng da tắc mật?
 A. Ngứa
 B. Gan to
 C. Lách to
 D. Túi mật to

Đáp án: 1D, 2B, 3C, 4D, 5B, 6A, 7B, 8A, 9C, 10B, 11C, 12B, 13B, 14A, 15C.

TÌNH HUỐNG LÂM SÀNG THẢO LUẬN

❖ Tình huống 1

Bệnh nhân nữ 45 tuổi, nhập viện vì vàng da.

Bệnh sử: cách nhập viện 5 ngày, bệnh nhân đột ngột đau hạ sườn phải, lan lên vai phải, kéo dài 12 giờ, sau đó xuất hiện sốt cao lạnh run, tiếp theo là vàng da tăng dần, ngứa ít, nước tiểu vàng sậm, phân vàng.

Tiền căn: cách đây 2 năm, bệnh nhân vàng da tái đi tái lại, được chẩn đoán sỏi túi mật và được phẫu thuật nội soi lấy sỏi ở bệnh viện tinh. Từ 2 tháng nay, bệnh nhân thỉnh thoảng đau quặn từng cơn ở hạ sườn phải, thường xuất hiện sau bữa ăn nhiều dầu mỡ. Cơn đau kéo dài vài phút và tự hết nên bệnh nhân không đi khám.

Khám: bệnh nhân tỉnh, BMI 26,1 kg/m². Tình trạng lúc nhập viện ghi nhận mạch 112 l/p, huyết áp 120/70 mmHg, nhiệt độ 39⁰C. Vàng da vàng mắt, niêm hồng. Có vài vết bầm máu trên cánh tay. Bụng mềm, gan to nhẹ, ấn đau tức, túi mật và lách không to. Không ghi nhận các dấu hiệu suy tế bào gan (sao mạch, lòng bàn tay son, phù chân, báng bụng).

Câu hỏi:

- Liệt kê những triệu chứng bất thường giúp chẩn đoán nguyên nhân vàng da trên bệnh nhân này.
- Bệnh nhân này thuộc nhóm nguyên nhân vàng da nào (trước gan, tại gan hay sau gan)? Lý giải vì sao?
- Nêu 2 chẩn đoán nguyên nhân gây vàng da nghĩ nhiều trên bệnh nhân này (bệnh nhân đã được phẫu thuật lấy sỏi túi mật). Lý giải vì sao?
- Hãy đề nghị cận lâm sàng (xét nghiệm máu và hình ảnh học) cần thiết để chẩn đoán nguyên nhân vàng da của bệnh nhân này?

❖ Tình huống 2

Bệnh nhân nam 30 tuổi nhập viện vì vàng da và vàng mắt.

Bệnh sử: cách nhập viện 5 ngày, bệnh nhân sốt cao 39°C lạnh run; kèm đau hạ sườn phải liên tục, cường độ trung bình, lan lên vai phải, tăng khi cử động mạnh, ho, hắt hơi. Sau đó, bệnh nhân thấy vàng da và vàng mắt tăng dần, mệt mỏi, chán ăn nên nhập viện cấp cứu.

Tiền căn: cách đây 2 tuần, bệnh nhân đau quặn hạ sườn phải, không sốt, được siêu âm bụng phát hiện giun chui ổ mật. Bệnh nhân được điều trị bằng thuốc giảm đau, triệu chứng giảm nên không đi tái khám.

Khám: bệnh nhân tỉnh, đừ, môi khô lưỡi dơ, mạch 120 lần/phút, huyết áp 120/80 mmHg, nhiệt độ 39°C , nhịp thở 20 lần/phút. Vàng da và vàng mắt. Không ghi nhận các dấu hiệu suy tế bào gan (sao mạch, lòng bàn tay son, phù chân, báng bụng ...). Bụng mềm, ấn đau hạ sườn phải, Murphy (+). Gan to 14 cm, mật độ mềm, bờ tù, rung gan (+), ấn kẽ sườn (+). Lách không sờ chạm.

Câu hỏi:

- Liệt kê những triệu chứng bất thường giúp chẩn đoán nguyên nhân vàng da trên bệnh nhân này.
- Bệnh nhân này thuộc nhóm nguyên nhân vàng da nào (trước gan, tại gan hay sau gan)? Lý giải vì sao?
- Nêu 2 chẩn đoán nguyên nhân gây vàng da nghĩ nhiều trên bệnh nhân này. Lý giải vì sao?
- Hãy đề nghị cận lâm sàng (xét nghiệm máu và hình ảnh học) cần thiết để chẩn đoán nguyên nhân vàng da của bệnh nhân này?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Châu Ngọc Hoa. *Triệu chứng học nội khoa*. Thành phố Hồ Chí Minh. Nhà xuất bản Y học, 2012.
2. Dooley, James, Anna S. F. Lok, Guadalupe Garcia-Tsao, and Massimo Pinzani. *Sherlock's Diseases of the Liver and Biliary System*. 13th ed. Hoboken, NJ: Wiley, 2018.
3. Kasper, Dennis, et al. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 19th ed. New York: Blacklick: McGraw-Hill Professional Publishing, 2015.
4. Yamada, Tadataka, and David H Alpers. *Textbook of Gastroenterology*. 6th ed. Chichester, West Sussex; Hoboken, NJ: Blackwell Pub., 2016.
5. Bickley, Lynn S., Peter G Szilagyi, and Barbara Bates. *Bates' Guide to Physical Examination and History Taking*. 12th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2017.
6. Feldman, Mark, Lawrence S. Friedman, and Lawrence J. Brandt. *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*. 10th ed. Philadelphia, Pennsylvania: Saunders/Elsevier, 2016.

BÀI 9. TIẾP CẬN BỆNH NHÂN BỤNG TO

BSCKI. Võ Thị Lương Trân, TS.BS. Võ Thị Mỹ Dung

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Khai thác bệnh sử có định hướng một bệnh nhân bụng to.
2. Thực hiện đúng các kỹ thuật thăm khám bệnh nhân bụng to và bàng bụng.
3. Biện luận lâm sàng để định hướng chẩn đoán bụng to.
4. Đề nghị cận lâm sàng để chẩn đoán xác định nguyên nhân bụng to.

1. TIẾP CẬN BỆNH NHÂN BỤNG TO

1.1. Đại cương

Bụng bệnh nhân to ra do sự tích tụ bình thường hoặc bất thường của dịch hoặc mô. Đó có thể là mỡ mờ (béo phì), hơi, dịch ổ bụng (còn gọi bàng bụng, tràn dịch màng bụng hay cổ trường), tạng đặc to ra do tăng sinh mô hoặc sự hiện diện của nang (gan to, lách to, thận đa nang, nang buồng trứng...), tắc nghẽn tạng rỗng (dạ dày, ruột non, đại tràng...), các khối胎 sinh (lành hoặc ác tính), mang thai.

Một cách dễ nhớ, các nguyên nhân gây bụng to thường bắt đầu bằng từ có phát âm là “F” như là:

- Fat (béo phì).
- Fluid (bàng bụng).
- Fetus (thai).
- Flatus (trường hơi do tắc đại tràng).
- Faeces (ú phân).
- “Filthy” big tumor (ví dụ như u buồng trứng).
- “Phantom” pregnancy (thai ảo).

1.2. Chẩn đoán các nguyên nhân gây bụng to

1.2.1. Béo phì

Triệu chứng bụng to ra thường chậm, kéo dài từ nhiều tháng đến nhiều năm.

Người béo phì thường có bụng tròn to cân đối, rốn thường lõm sâu vào trong thành bụng.

Sự tích tụ mỡ có thể thấy cả ở những phần khác của cơ thể. Tuy nhiên, ở nam giới, mỡ thường tập trung nhiều ở các tạng trong ổ bụng và ở mạc treo.

1.2.2. Bóng bụng

Bốn dấu hiệu đặc trưng của bóng bụng tự do:

- Bụng bệnh nhân bè ra hai bên ở tư thế nằm ngửa.
- Vùng trướng hơi tập trung ở phần trên của bụng.
- Dấu hiệu vùng đục di chuyển (+).
- Dấu hiệu sóng vỗ (+).

1.2.3. Bụng trướng hơi

Là khi hơi tập trung quá nhiều trong ống tiêu hóa hoặc có sự hiện diện của hơi tự do trong ổ bụng.

Nhìn thấy bụng to ra.

Gõ vang khắp bụng.

Quan sát bụng ở tư thế nhín nghiêng: bụng to ra theo hình một đường cong.

Trường hợp hơi trong ổ bụng lượng ít, khám thực thể có thể không phát hiện được. Khi lượng hơi nhiều hơn, có thể gõ vang khắp bụng, kèm triệu chứng đau, triệu chứng của viêm phúc mạc và thay đổi nhu động ruột.

1.2.4. Có thai

Bệnh nhân tắt kinh, có cảm giác thai máy, vú to ra.

Rốn thường bị đẩy về phía trên.

Cổ tử cung mềm.

Sờ được các phần của thai, nghe tim thai.

1.2.5. Ư nang buồng trứng

Những nang buồng trứng lớn có thể chiếm đầy ổ bụng và bị lầm với dịch màng bụng. Do có thành mỏng và chứa đầy dịch, các nang có thể đẩy rốn lồi ra, đồng thời cũng tạo ra dấu hiệu sóng vỗ và dấu hiệu vùng đục di chuyển khi khám bụng.

Các dấu hiệu giúp nhận ra nang buồng trứng:

Quan sát kỹ bụng ở tư thế nghiêng sẽ thấy nang buồng trứng tạo ra đường cong chủ yếu ở nửa dưới của bụng.

Khi bệnh nhân nằm ngửa, vùng trướng hơi của ruột bị đẩy lên trên, ta sẽ gõ đục ở phần dưới của bụng.

Nghiệm pháp “cây thước” (the ruler test): đặt một cây thước ngang qua bụng bệnh nhân, nhịp đập của động mạch chủ bụng không truyền qua được dịch tự do trong ổ bụng, nhưng nếu dịch được chứa trong một nang kín, động mạch chủ bụng đập sẽ làm cây thước chuyển động.

Nếu cây thước nằm yên: nghiệm pháp âm tính → là bàng bụng (cổ trường).

Nếu cây thước chuyển động theo nhịp đập của động mạch chủ bụng: nghiệm pháp dương tính → là nang buồng trứng.

1.2.6. Cầu bàng quang

Cầu bàng quang gây ra do tắc nghẽn mạn tính có thể to đến rốn, thường nằm ở đường giữa bụng.

Bệnh nhân bí tiểu, đau tức hạ vị.

Khám thấy vùng hạ vị căng, đau, gõ đục, giới hạn trên của vùng đục là một đường cong, mặt lõm hướng về phía chân.

Biến mất sau khi thông tiểu.

1.2.7. Ủ phân

Sự tích tụ lượng lớn phân (như trong bệnh phình đại tràng) có thể làm bụng to ra. Lạm dụng thuốc nhuận trường, lớn tuổi, sử dụng các thuốc kháng cholinergic ... là những nguyên nhân thường gặp.

Bệnh nhân thường có tiền căn táo bón kéo dài hoặc sử dụng thuốc nhuận trường, tiền căn sử dụng thuốc...

Khám: sờ thấy khối mềm qua thành bụng.

Khám trực tràng có thể thấy phân.

Bụng bệnh nhân thường không có trương hơi.

1.2.8. Các nguyên nhân khác

Bụng to khu trú là dấu hiệu của một trạng nào đó trong ổ bụng hay khung chậu to ra.

1.3. Kết luận

Có nhiều nguyên nhân gây ra triệu chứng bụng to. Muốn chẩn đoán bệnh chính xác, cần kết hợp các thông tin thu được qua phần hỏi bệnh (tiền căn, bệnh sử), Khám thực thể và làm các nghiệm pháp đặc biệt khác.

2. TIẾP CẬN BỆNH NHÂN BÁNG BỤNG

2.1. Đại cương

Bàng bụng là sự tích tụ dịch trong khoang màng bụng. Dịch này có thể được hình thành do các bệnh lý của màng bụng (nhiễm trùng, bệnh ác tính), hoặc do bệnh lý của những cơ quan ở xa màng bụng (bệnh gan, suy tim...).

Việc tiếp cận một bệnh nhân báng bụng phụ thuộc vào cách khởi phát của bệnh. Ở những bệnh nhân lần đầu tiên bị báng bụng, cần chú trọng vào việc xác định nguyên nhân gây báng bụng. Ở những bệnh nhân báng bụng đã biết nguyên nhân, cần đánh giá giai đoạn của bệnh để có hướng điều trị phù hợp.

2.2. Nguyên nhân

Có thể chia nguyên nhân gây báng bụng dựa vào cơ chế bệnh sinh như sau:

2.2.1. Do tăng áp cửa

Xơ gan.

Viêm gan do rượu.

Suy gan cấp.

Thuyên tắc tĩnh mạch trên gan.

Suy tim.

Viêm màng ngoài tim co thắt.

Báng bụng liên quan đến chảy thận nhân tạo.

2.2.2. Do giảm albumin máu

Hội chứng thận hư.

Bệnh ruột mất protein.

Suy dinh dưỡng.

2.2.3. Do bệnh lý của màng bụng

Nhiễm trùng: vi khuẩn, lao, nấm, ký sinh trùng.

Viêm dạ dày ruột tăng bạch cầu ái toan.

Thảm phân phúc mạc.

Bệnh lý ác tính:

- Ung thư biểu mô màng bụng.
- Ung thư di căn màng bụng.

2.2.4. Các nguyên nhân khác

Báng bụng dường trấp.

Báng bụng do tụy.

Chấn thương niệu quản.

Khoảng 5% bệnh nhân có nhiều hơn một nguyên nhân gây báng bụng, ví dụ: xơ gan và suy tim, xơ gan và lao màng bụng...

2.3. Tiếp cận bệnh nhân báng bụng

Tiếp cận bệnh nhân báng bụng cần theo các bước sau:

- Chẩn đoán bệnh nhân có báng bụng.
- Chẩn đoán mức độ báng bụng.
- Chẩn đoán nguyên nhân báng bụng.

2.3.1. Chẩn đoán bệnh nhân có báng bụng

Chẩn đoán bệnh nhân có báng bụng cần dựa vào:

- Lâm sàng:
 - + Hồi tiễn căn và bệnh sử.
 - + Khám thực thể.
- Các xét nghiệm hình ảnh học vùng bụng (phương pháp thường được sử dụng là siêu âm bụng).

2.3.1.1. Tiền căn

Uống rượu.

Viêm gan virus B, C mạn hoặc các yếu tố nguy cơ của viêm gan virus B, C mạn.

Tiền căn vàng da.

Viêm gan thoái hóa mỡ không do rượu.

Các bệnh lý khác đi kèm: suy tim, lao, ung thư, viêm tụy, bệnh nhân được thẩm phân phúc mạc...

Tiền căn gia đình có bệnh gan.

2.3.1.2. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng cơ năng:

- Báng bụng lượng ít thường không gây triệu chứng.
- Khi lượng dịch tăng lên, triệu chứng thường gặp nhất là bụng to ra, thể hiện ở chỗ dây thắt lưng hoặc quần áo ở vùng hông lưng chật đi. Bệnh nhân cũng thường than phiền về tình trạng tăng cân.
 - Khi báng bụng lượng nhiều và dịch hình thành nhanh, bệnh nhân có thể cảm thấy căng tức bụng, khó thở hoặc xuất hiện thoát vị thành bụng (thoát vị bẹn, thoát vị rốn). Các triệu chứng khác gây ra do tăng áp lực ổ bụng cũng được ghi nhận như khó tiêu, ợ nóng (do trào ngược dạ dày – thực quản).
 - Ngoài ra, bệnh nhân có thể than phiền những triệu chứng của bệnh lý nguyên nhân.

Triệu chứng thực thể:

- Nhìn:

- + Bóng bụng toàn thể lượng ít thường không thay đổi hình dạng bụng.
- + Bóng bụng toàn thể lượng nhiều:
 - Bụng bệnh nhân lớn ra, da bụng căng, bụng bè ra hai bên khi nằm ngửa, bụng xệ ra trước và xuống dưới khi ngồi hoặc đứng.
 - Mắt nếp nhăn quanh rốn, rốn lồi.
 - Da bụng căng, nhẵn bóng.
- Nghe: ít có giá trị chẩn đoán.
- Gõ:
 - + Bóng bụng toàn thể lượng ít: gõ thường không phát hiện được.
 - + Bóng bụng toàn thể lượng trung bình:
 - Gõ đục vùng thấp: là dấu hiệu tương đối sớm, khi lượng dịch khoảng 2 lít.
 - Dấu hiệu vùng đục di chuyển (+).
 - + Bóng bụng toàn thể lượng nhiều:
 - Gõ đục khắp bụng.
 - Vùng trướng hơi tập trung ở phần trên của bụng do các quai ruột chứa đầy hơi và di động nên nổi lên trên bề mặt của lớp dịch.
 - Dấu hiệu sóng vỗ (+).
 - + Cổ trướng khu trú:
 - Gõ chõ đục chõ trong (còn gọi là gõ đục bàn cờ).
 - Các vùng đục, vùng trong này không thay đổi khi thay đổi tư thế bệnh nhân.
- Sờ:
 - + Bóng bụng tự do lượng ít: sờ thường không có thay đổi gì đặc biệt.
 - + Bóng bụng tự do lượng trung bình và nhiều: tùy theo lượng dịch mà khi sờ sẽ có cảm giác mềm hoặc căng.
 - + Bóng bụng khu trú: sờ thường không phát hiện được.
- Các dấu hiệu đặc biệt:
 - + Dấu hiệu vũng nước (puddle sign): giúp phát hiện bóng bụng lượng ít (< 120 ml). Cách khám như sau: cho bệnh nhân nằm sấp trong 5 phút, sau đó nằm chống khuỷu và gối. Thầy thuốc đặt phần màng của ống nghe lên bụng bệnh nhân, búng hoặc gõ tay vào thành bụng của bệnh nhân tại một vị trí với cường độ không đổi, di chuyển mảng ống nghe ra xa dần, cường độ tiếng gõ sẽ thay đổi khi ra xa khỏi giới hạn của vùng dịch.
 - + Vùng đục di chuyển:
 - Dấu hiệu này chỉ xuất hiện khi lượng dịch trên 1.500 ml.

- Cho bệnh nhân nằm ngửa, gõ bắt đầu từ rốn ra bên hông sườn để xác định giới hạn trên của vùng gõ đục, đánh dấu vị trí này lên da. Sau đó, cho bệnh nhân nằm nghiêng sang một bên trong một phút, gõ để xác định ranh giới mới của vùng đục. Sự di chuyển của vùng đục chứng tỏ có dịch tự do trong ổ bụng.
- + Dấu hiệu sóng vỗ:
 - Dấu hiệu này chỉ xuất hiện khi lượng dịch trên 1.500 ml.
 - Khi tay phải vỗ vào một bên thành bụng, tay trái đặt ở phía bên thành bụng đối diện sẽ nhận được xung động truyền đến. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng lớp mỡ mạc treo cũng có thể tạo ra dấu hiệu sóng vỗ tương tự. Vì vậy, khi khám, có thể nhờ người phụ tá hoặc bệnh nhân đặt bờ trụ của bàn tay họ lên trên đường trắng giữa bụng để chặn sự di động của lớp mỡ mạc treo.
- + Dấu chạm cục nước đá: giúp phát hiện tạng đặc hay khối u trong trường hợp bàng bụng toàn thể lượng nhiều. Áp đầu các ngón tay vào thành bụng bệnh nhân, ấn mạnh rồi buông ra sao cho các đầu ngón tay vẫn áp sát vào thành bụng, nếu có cảm giác có một khối chạm vào tay là nghiệm pháp dương tính.

2.3.1.3. Xét nghiệm hình ảnh học vùng bụng

Các xét nghiệm hình ảnh học giúp khẳng định sự hiện diện của dịch bàng.

- Siêu âm bụng:

Là phương pháp không xâm lấn và ít tổn thương nhất để xác định sự hiện diện của bàng bụng.

Được xem là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán bàng bụng.

Có thể phát hiện lượng dịch khoảng 100 ml.

Giúp định vị chọc dò, đặc biệt khi lượng dịch quá ít hoặc trong trường hợp bàng bụng khu trú.

- Chụp cắt lớp vi tính bụng:

Chụp cắt lớp vi tính bụng có độ nhạy và độ chuyên biệt cao trong chẩn đoán bàng bụng. Tuy nhiên, do chi phí cao nên chụp cắt lớp vi tính không được xem là phương pháp hàng đầu trong chẩn đoán bàng bụng.

Chụp cắt lớp vi tính bụng có vai trò trong việc góp phần giúp chẩn đoán nguyên nhân của bàng bụng.

2.3.2. Chẩn đoán mức độ bàng bụng

Phân độ theo hội Bàng bụng quốc tế:

- Độ 1: báng bụng lượng ít, chỉ phát hiện được bằng siêu âm, lâm sàng không có triệu chứng.
- Độ 2: báng bụng lượng trung bình, biểu hiện bởi bụng to cân đối mức độ vừa.
- Độ 3: báng bụng lượng nhiều, bụng căng to.

2.3.3. Chẩn đoán nguyên nhân báng bụng

Triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm hình ảnh học có thể giúp gợi ý nguyên nhân, nhưng xét nghiệm dịch báng là quan trọng nhất để chẩn đoán nguyên nhân của báng bụng.

Chọc dò dịch báng là một thủ thuật đơn giản, có thể thực hiện tại giường, ít tai biến, nhưng có thể đem lại những lợi ích sau:

- Khẳng định chắc chắn bệnh nhân có báng bụng.
- Giúp xác định nguyên nhân của báng bụng.
- Phát hiện những trường hợp báng bụng nhiễm trùng.
- Xét nghiệm các dịch màng bụng và làm kháng sinh đồ giúp hướng dẫn cho việc điều trị được hiệu quả.

2.4. Chọc dò dịch báng

2.4.1. Chỉ định

- Chẩn đoán:
 - + Báng bụng mới khởi phát chưa rõ nguyên nhân.
 - + Nghi ngờ viêm phúc mạc nguyên phát ở các trường hợp báng bụng đã xác định nguyên nhân từ trước.
- Điều trị:
 - + Báng bụng gây căng tức khó chịu và gây suy hô hấp.
 - + Báng bụng trơ không đáp ứng với điều trị lợi tiểu.

2.4.2. Chống chỉ định

- Tuyệt đối:
 - + Đóng máu nội mạch lan tỏa (DIC).
- Tương đối:
 - + Bệnh tiêu fibrin nguyên phát (primary fibrinolysis).
 - + Tắc ruột.
 - + Dính ruột sau mổ.

2.4.3. Biến chứng

- Rối loạn huyết động sau chọc báng lượng lớn.

- Rỉ dịch qua vị trí chọc dò.
- Xuất huyết.
- Nhiễm trùng.
- Máu tụ thành bụng.

2.4.4. Phân tích dịch bàng

Phân tích dịch bàng nên theo trình tự sau:

- Quan sát đại thể.
- Phân tích các xét nghiệm thường quy của dịch màng bụng.
- Phân loại nguyên nhân của bàng bụng dựa vào độ chênh albumin trong huyết tương và trong dịch bàng lấy ở cùng thời điểm (SAAG: serum-ascites albumin gradient) và protein trong dịch màng bụng.
- Phân tích các xét nghiệm chuyên biệt của dịch màng bụng để xác định nguyên nhân.

2.4.4.1. Quan sát đại thể

Dịch trong: dịch màng bụng thường trong, vàng rơm hay vàng nhạt. Ở những bệnh nhân xơ gan mới khởi phát và không có biến chứng, dịch có thể trong như nước nếu nồng độ bilirubin trong máu bình thường và nồng độ protein trong dịch màng bụng thấp.

Dịch trắng như sữa: dịch có nồng độ triglyceride cao hơn trong huyết thanh và trên 200 mg/dl, thường là trên 1.000 mg/dl. Loại dịch này được gọi là dịch dường tráp.

Dịch đục: dịch có bạch cầu > 5.000/mm³ thường đục, và nếu lượng bạch cầu > 50.000/mm³ là dịch mù đại thể.

Dịch hồng hoặc màu đỏ như máu: dịch có hồng cầu > 10.000/mm³ thường có màu hồng. Dịch máu đại thể thường có lượng hồng cầu > 20.000/mm³.

Dịch nâu: dịch màng bụng màu nâu sậm như mật và nồng độ bilirubin trong dịch cao hơn trong huyết thanh có thể gấp trong thùng túi mật hoặc thùng ổ loét tá tràng.

2.4.4.2. Các xét nghiệm thường quy dịch của dịch màng bụng

Khi tiếp cận một trường hợp bàng bụng, hai vấn đề đầu tiên cần quan tâm:

- Dịch bàng có liên quan tăng áp cửa không?
- Dịch bàng có nhiễm trùng không?

Các xét nghiệm thường quy dịch màng bụng là các xét nghiệm được thực hiện đầu tiên và giúp xác định hai vấn đề trên, bao gồm các xét nghiệm sau đây:

- Albumin:

- + Albumin huyết tương phải được làm đồng thời với albumin trong dịch bàng để tính độ chênh albumin trong dịch màng bụng và trong huyết tương (SAAG).
 - + SAAG = Albumin/huyết tương – Albumin/dịch màng bụng.
 - SAAG $\geq 1,1$ g/dl: bàng bụng có liên quan đến tăng áp cửa (độ chính xác 97%).
 - SAAG $< 1,1$ g/dl: bàng bụng không liên quan đến tăng áp cửa.
- Protein toàn phần:
 - + Trước đây, protein thường được dùng để phân chia bàng bụng dịch thâm và bàng bụng dịch tiết. Tuy nhiên, hiện nay, hệ thống phân loại dịch thâm, dịch tiết dựa vào trị số protein ít có giá trị ứng dụng lâm sàng.
 - + Trị số protein không thay đổi trong viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát, và những bệnh nhân có protein dịch bàng < 1 g/dl có nguy cơ cao viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát.
- Đếm tế bào và các thành phần của tế bào:
 - + Là xét nghiệm rất hữu ích trong phát hiện nhiễm trùng và nên được thực hiện ở tất cả các mẫu dịch bàng, kể cả những trường hợp rút dịch bàng với mục đích điều trị.
 - + Trong viêm phúc mạc nguyên phát, bạch cầu tăng cao, trong đó bạch cầu đa nhân $\geq 250/\text{mm}^3$ và thường chiếm tỷ lệ trên 70%.
 - + Trong lao và ung thư màng bụng, bạch cầu tăng cao, ưu thế là lympho bào.

2.4.4.3. Phân loại nguyên nhân của bàng bụng dựa vào SAAG và protein trong dịch màng bụng

SAAG cao ($\geq 1,1\text{g/dl}$)		SAAG thấp ($< 1,1\text{g/dl}$)	
Protein cao	Protein thấp	Protein cao	Protein thấp
Suy tim.	Xơ gan.	Lao màng bụng.	Hội chứng thận hư.
Viêm màng ngoài tim co thắt.	Viêm gan do rượu.	Ung thư màng bụng.	
Hội chứng Budd-Chiary (giai đoạn sớm).	Suy gan tối cấp.	Bàng bụng do tụy.	
	Hội chứng Budd-Chiary (giai đoạn trễ).	Viêm thanh mạc (bệnh mô liên kết).	

2.4.4.4. Các xét nghiệm chuyên biệt khác

Các xét nghiệm chuyên biệt khác được đề nghị dựa vào bệnh cảnh lâm sàng và kết quả của các xét nghiệm thường quy ban đầu, với mục đích giúp tìm nguyên nhân của bàng bụng, bao gồm những xét nghiệm sau đây:

- Cấy vi trùng:

+ Hiện nay, phương pháp được sử dụng là cấy dịch màng bụng trong chai cấy máu tại giường bệnh cho kết quả tốt hơn phương pháp cấy dịch màng bụng cũ, với khả năng cấy dương tính khoảng 80%.

- Glucose:

+ Glucose trong dịch màng bụng thường bằng glucose trong máu.

+ Glucose trong dịch màng bụng giảm trong nhiễm trùng hoặc ung thư màng bụng.

- LDH:

+ Xơ gan không biến chứng: tỷ lệ LDH dịch màng bụng/LDH huyết thanh khoảng 0,4.

+ Trong viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát, tỷ lệ này thường tăng lên đến 1.

+ Khi tỉ lệ LDH dịch màng bụng/LDH huyết thanh > 1 : nhiễm trùng, bệnh ác tính, thủng đại tràng.

- Nhuộm Gram:

+ Thường chỉ dương tính khi có lượng lớn vi khuẩn cư trú.

+ Hữu ích trong loại trừ thủng ống tiêu hóa vào khoang màng bụng (trường hợp này nhuộm Gram có thể phát hiện được nhiều dạng vi khuẩn).

- Tế bào học: độ nhạy 58 – 75% trong chẩn đoán báng bụng liên quan bệnh lý ác tính.

- Amylase:

+ Nồng độ amylase trong dịch màng bụng khoảng 40 UI/L, tỷ lệ amylase dịch màng bụng/amylase huyết thanh vào khoảng 40%.

+ Tỷ lệ này tăng lên trong viêm tụy hoặc thủng ống tiêu hóa.

+ Viêm tụy: amylase dịch màng bụng > 2.000 UI/L, amylase dịch màng bụng cao hơn amylase huyết thanh khoảng 6 lần.

- Triglyceride (nếu dịch có màu đục như sữa hoặc nghi ngờ báng bụng dường tráp). Dịch dường tráp có nồng độ triglyceride trên 200 mg/dl (2,26 mmol/L) và thường trên 1000 mg/dl (11,3 mmol/L).

- Bilirubin: nên được làm ở những bệnh nhân có dịch báng màu nâu sậm.

+ Khi nồng độ bilirubin trong dịch báng lớn hơn bilirubin trong huyết thanh → gợi ý thủng túi mật hoặc thủng ống tiêu hóa vào khoang phúc mạc.

- Các xét nghiệm trong chẩn đoán lao màng bụng: soi trực tiếp, cấy vi trùng lao, nội soi ổ bụng, đếm tế bào, ADA...

2.4.5. Tóm tắt đặc điểm dịch màng bụng theo một số nguyên nhân

Nguyên nhân	Đại thể	Protein (g/l)	SAAG (g/dl)	Hồng cầu > 10000/ μ l	Bạch cầu / μ l	Xét nghiệm khác
Xơ gan	Vàng trong hay vàng sậm	< 25	> 1,1	1%	< 250 (90%) (chủ yếu là tế bào trung biểu mô)	
Ung thư	Vàng, máu, nhầy, dưỡng tráp	> 25	< 1,1	20%	> 1.000 (50%), nhiều loại tế bào khác nhau	Tế bào học, cell block, sinh thiết màng bụng
Lao màng bụng	Dịch trong, đục, máu, dưỡng tráp	> 25	< 1,1	7%	> 1.000 (70%), tế bào lympho ưu thế	Sinh thiết màng bụng, cấy, nhuộm tìm vi khuẩn
Viêm phúc mạc mù	Đục, mù	> 25	< 1,1		Bạch cầu đa nhân ưu thế	Nhuộm Gram, cấy
Suy tim sung huyết	Vàng trong	Thay đổi, 15 - 53	> 1,1	10%	< 1.000 (90%), chủ yếu tế bào trung biểu mô, tế bào đơn nhân	
Hội chứng thận hư	Vàng, dưỡng tráp	< 25	< 1,1		< 250, chủ yếu tế bào trung biểu mô, tế bào đơn nhân	
Báng bụng do tụy	Đục, máu, dưỡng tráp	Thay đổi, thường > 25	< 1,1	Thay đổi	Thay đổi	Tăng amylase trong dịch báng và trong huyết thanh

3. KẾT LUẬN

Báng bụng là tình trạng bệnh thường gặp ở khoa tiêu hóa. Chẩn đoán bệnh nhân có báng bụng đòi hỏi sự phối hợp của triệu chứng lâm sàng và các xét nghiệm hình ảnh học. Phân tích dịch báng là xét nghiệm quan trọng nhất giúp xác định nguyên nhân của báng bụng.

CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ

- Triệu chứng nào sau đây phù hợp với trường hợp bụng to do béo phì?
A. Bụng to nhanh, đột ngột

- B. Bụng to nhiều ở nửa bụng trên
 C. Rốn thường lõm sâu vào trong thành bụng
 D. Gõ vang khắp bụng
2. Dấu hiệu nào sau đây giúp nhận biết bụng to do u nang buồng trứng?
 A. Quan sát bụng ở tư thế nghiêng: buồng trứng tạo đường cong ở nửa bụng phải
 B. Khi bệnh nhân nằm ngửa: gõ đục ở phần trên của bụng
 C. Nghiệm pháp cây thước âm tính
 D. Đôi khi có thể khám thấy dấu hiệu sóng vỗ (+)
3. Khi khám bụng, dấu hiệu nào sau đây không phù hợp với trường hợp bụng to do cầu bàng quang?
 A. Giới hạn trên của vùng đục là một đường cong, mặt lõm của đường cong hướng về phía đầu
 B. Khám thấy vùng hạ vị căng, đau
 C. Gõ đục vùng hạ vị
 D. Bụng to biến mất sau khi thông tiểu
4. Dấu hiệu nào sau đây giúp nhận biết bụng to do trướng hơi?
 A. Nhìn nghiêng: bụng to tạo thành hình đường cong lõm ở giữa
 B. Rốn bệnh nhân thường bị đẩy về phía trên
 C. Gõ vang khắp bụng
 D. Dấu hiệu vùng đục di chuyển (+)
5. Một bệnh nhân có tiền căn táo bón kéo dài, vào viện vì thấy bụng to ra, khám sờ thấy có khối mềm qua thành bụng. Một nguyên nhân gây bụng to có thể nghĩ đến là?
 A. U đại tràng
 B. Ú phân
 C. Tắc ruột do phân
 D. Liệt ruột
6. Dấu hiệu nào sau đây không phù hợp khi khám bụng một bệnh nhân bàng bụng lượng nhiều?
 A. Rốn lồi, mất nếp nhăn quanh rốn
 B. Vùng trướng hơi tập trung ở hạ vị
 C. Gõ đục khắp bụng
 D. Dấu hiệu sóng vỗ (+)
7. Có thể khám thấy dấu hiệu sóng vỗ trong trường hợp nào sau đây?
 A. U nang buồng trứng to
 B. Thai kỳ
 C. Cầu bàng quang

D. Béo phì

8. Bệnh nhân nam, 65 tuổi, được chẩn đoán tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt 3 tháng, chưa điều trị gì. Hai ngày nay bệnh nhân tiêu khó, thấy bụng to ra. Khám thấy vùng hạ vị căng, đau. Nguyên nhân gây bụng to được nghĩ đến nhiều nhất là?
- A. U bàng quang
 - B. Cầu bàng quang
 - C. U phân
 - D. U tuyến tiền liệt
9. Bệnh nhân nam, 57 tuổi, có tiền căn phẫu thuật u dạ dày cách 1 năm. Một ngày nay bệnh nhân đau quanh rốn từng cơn, nôn ói nhiều, sau nôn có giảm đau, bí trung đại tiện. Khám bệnh nhân thấy bụng to, gõ vang khắp bụng. Nguyên nhân gây bụng to ở bệnh nhân này là?
- A. U dạ dày di căn màng bụng
 - B. Cầu bàng quang
 - C. Do trướng hơi
 - D. U phân do bệnh nhân bí trung đại tiện
10. Bệnh nhân nam, 56 tuổi, bảy tháng nay bệnh nhân thấy bụng to dần lên, tăng 7 kg. Một nguyên nhân gây bụng to được nghĩ đến là béo phì. Triệu chứng nào khám được sau đây là phù hợp?
- A. Bụng tròn to cân đối
 - B. Rốn lồi
 - C. Dấu hiệu vùng đục thay đổi (+)
 - D. Nghiệm pháp sóng vỗ (+)
11. Bệnh nhân nam, 56 tuổi, có tiền căn xơ gan, vào viện vì thấy bụng to ra. Triệu chứng nào sau đây không phù hợp với trường hợp bàng bụng ở bệnh nhân xơ gan?
- A. Gõ đục vùng thấp
 - B. Gõ chõ đục chõ trong
 - C. Dấu hiệu vùng đục di chuyển (+)
 - D. Vùng trướng hơi tập trung ở phần trên của bụng
12. Khám một bệnh nhân bàng bụng lượng nhiều, vùng trướng hơi thường tập trung ở?
- A. Vùng trên của bụng
 - B. Hai bên hông
 - C. Vùng hạ vị
 - D. Vùng thấp của bụng
13. Triệu chứng nào sau đây gợi ý bệnh nhân có bàng bụng khu trú?
- A. Gõ đục vùng thấp

- B. Dấu hiệu vùng đục di chuyển (+)
C. Vùng đục vùng trong không thay đổi theo tư thế bệnh nhân
D. Dấu chạm cục nước đá (+)
14. Nguyên nhân gây bàng bụng nào sau đây không phải do cơ chế tăng áp lực tĩnh mạch cửa?
- A. Xơ gan
B. Tắc tĩnh mạch trên gan
C. Suy tim
D. Ung thư biểu mô màng bụng
15. Xét nghiệm hình ảnh học được thường được sử dụng để chẩn đoán bàng bụng là:
- A. X quang bụng không sửa soạn
B. Siêu âm bụng
C. CT scan bụng có cản quang
D. MRI bụng có cản từ

Đáp án: 1C, 2D, 3A, 4C, 5B, 6B, 7A, 8B, 9C, 10A, 11B, 12A, 13C, 14D, 15B.

TÌNH HUỐNG LÂM SÀNG THẢO LUẬN

❖ Tình huống 1

Bệnh nhân nữ, 38 tuổi, nhập viện vì bụng to.

Bệnh sử: một tháng nay bệnh nhân thấy bụng to dần ra, không đau bụng, không khó thở, không sốt. Bệnh nhân ăn uống kém, sụt 3 kg trong 1 tháng.

Câu hỏi: cần hỏi thêm thông tin gì trong bệnh sử và tiền căn để định hướng chẩn đoán nguyên nhân gây bụng to ở bệnh nhân này?

❖ Tình huống 2

Bệnh nhân nam, 49 tuổi, nhập viện vì thấy bụng to ra.

Bệnh sử: hai tuần nay bệnh nhân thấy bụng to dần ra, không đau bụng, không khó thở. 5 ngày nay bệnh nhân thấy vàng da, vàng mắt, tiêu vàng sậm, kèm phù 2 chân, bụng to nhiều hơn nên nhập viện.

Tiền căn: viêm gan virus B mạn phát hiện 10 năm, không điều trị gì. Uống bia rượu nhiều.

Câu hỏi: khi khám thực thể, cần lưu ý tìm kiếm những triệu chứng gì để chẩn đoán nguyên nhân gây bụng to ở bệnh nhân này?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Châu Ngọc Hoa. *Triệu chứng học nội khoa*. Thành phố Hồ Chí Minh. Nhà xuất bản Y học, 2012.
2. Châu Ngọc Hoa. *Bệnh học nội khoa*. Thành phố Hồ Chí Minh. Nhà xuất bản Y học, 2012.
3. O'Connor, S. and Talley, N. *Clinical Examination: A Systematic Guide To Physical Diagnosis*. 7th ed. Chatswood: Elsevier, 2014.
4. Robert M. Glickman. Abdominal swelling and ascites. Harrison' Gastroenterology and Hepatology 2010.
5. Kasper, Dennis L. *Harrison's Gastroenterology and Hepatology*. 3rd ed. New York: Blacklick: McGraw-Hill Professional Publishing, 2017.
6. LeBlond, Richard F., Donald D. Brown, Manish Suneja, and Joseph F. Szot. *DeGowin's Diagnostic Examination*. 10th ed. New York: McGraw-Hill Education, 2014.

BÀI 10. TIẾP CẬN BỆNH NHÂN THIẾU NIỆU, VÔ NIỆU, ĐA NIỆU

ThS.BS. Bùi Thị Ngọc Yên, ThS.BS. Huỳnh Ngọc Phương Thảo

MỤC TIÊU

1. Nhận biết được triệu chứng thiếu niệu, vô niệu, đa niệu trên lâm sàng.
2. Thực hiện kỹ năng hỏi bệnh sử, khám thực thể bệnh nhân thiếu niệu, vô niệu, đa niệu.
3. Trình bày tiếp cận từng bước để chẩn đoán nguyên nhân, chẩn đoán phân biệt các trường hợp thiếu niệu, vô niệu, đa niệu.
4. Phân tích đề nghị cận lâm sàng thích hợp cho các trường hợp thiếu niệu, vô niệu, đa niệu.

NỘI DUNG BÀI GIẢNG

1. THIẾU NIỆU

1.1. Định nghĩa

Gọi là thiếu niệu khi thể tích nước tiểu dưới 400 ml/24 giờ. Thiếu niệu có thể đi kèm với tổn thương thận cấp do bất kỳ nguyên nhân nào và có tiên lượng xấu hơn cho việc hồi phục chức năng thận trong mọi trường hợp trừ trường hợp trước thận.

1.2. Nguyên nhân

Thiếu niệu có thể là đáp ứng sinh lý với tình trạng giảm cân bằng nước (lượng nước nhập ít hơn lượng nước xuất) nhưng thường gặp hơn là tình trạng bệnh lý cấp tính cần được chẩn đoán kịp thời để giúp bảo tồn chức năng thận.

Ba nhóm nguyên nhân của thiếu niệu gồm trước thận, tại thận và sau thận.

1.2.1. Trước thận

1.2.1.1. Mất dịch, thiếu nước, mất cân bằng nước, nhiễm trùng.

Bất kỳ rối loạn nào gây giảm thể tích lòng mạch đều có thể gây thiếu niệu.

- Giảm lượng dịch nhập do ăn uống kém, ở người già có thể gặp tình trạng thiếu dịch do giảm cảm giác khát....
- Tăng lượng dịch bị mất:
 - + Tình trạng mất máu do chấn thương, xuất huyết nội, xuất huyết tiêu hóa.

- + Tình trạng mất dịch do tiêu chảy, nôn ói nhiều, dẫn lưu, bong, dùng thuốc lợi tiểu...
- Thoát dịch vào khoang thứ ba:
 - + Xơ gan: xơ gan nặng, hội chứng gan thận có thể gây thiếu niệu, kèm bàng bụng, phù, mệt mỏi, yếu, vàng da, tụt huyết áp, tim nhanh, vú to, teo tinh hoàn và xuất huyết tiêu hóa.
 - + Hội chứng thận hư.
 - + Nhiễm trùng.
 - + Viêm tụy cấp.

1.2.1.2. Giảm cung lượng tim

Giảm cung lượng tim, đặc biệt thông khí cơ học trong đơn vị chăm sóc đặc biệt cũng góp phần làm giảm cung lượng tim.

Suy tim: thiếu niệu có thể xảy ra khi suy tim trái gây giảm cung lượng tim và giảm tưới máu thận.

1.2.1.3. Thuốc

Thiếu niệu có thể do thuốc gây giảm tưới máu thận (lợi tiểu), độc thận (kháng sinh, hóa trị), ứ đọng nước tiểu (đồng vận giao cảm hay kháng cholinergic) hoặc tắc nghẽn đường niệu kèm ứ đọng tinh thể (sulfonamide, acyclovir).

1.2.2. Tại thận

1.2.2.1. Hoại tử ống thận cấp

Thiếu niệu là triệu chứng sớm của hoại tử ống thận cấp. Thiếu niệu có thể đột ngột (thiếu máu cục bộ) hay từ từ (độc thận), thường kéo dài khoảng 2 tuần, sau đó là tình trạng đa niệu. Hoại tử ống thận cấp do chất độc thận hoặc do thiếu máu cục bộ thận.

1.2.2.2. Viêm cầu thận cấp

Viêm cầu thận cấp: có thể biểu hiện thiếu niệu hoặc vô niệu. Các biểu hiện khác: sốt nhẹ, mệt mỏi, tiểu máu đại thể, tiểu protein, phù toàn thân, tăng huyết áp, đau đầu, buồn nôn, nôn, đau bụng, đau hông lưng, sung huyết phổi (khó thở, ho đàm).

1.2.2.3. Viêm mô kẽ thận

Viêm ống thận mô kẽ do thuốc hoặc do tình trạng nhiễm trùng.

- Do thuốc: kháng sinh (sulfonamide, cephalosporin, vancomycin...), kháng viêm non-steroid, thuốc chống động kinh, allopurinol.

- Nhiễm trùng: vi trùng (*Staphylococcus*, *Streptococcus*, *E. coli*), siêu vi (*Epstein-Barr virus*) hoặc lao.

1.2.2.4. Bệnh mạch máu

Tắc tĩnh mạch thận 2 bên: thường gây thiếu niệu kèm đau cấp tính vùng hông lưng và lưng thấp, đè kháng vùng gốc sườn lưng, sốt, xanh xao, tiêu máu, thận to, phù.

Tắc nghẽn động mạch thận 2 bên: có thể gây thiếu niệu, nhưng thường gặp vô niệu hơn. Triệu chứng khác: đau hông lưng, vùng bụng trên liên tục và nặng, buồn nôn, nôn, giảm nhu động ruột. Bệnh nhân có thể sốt sau 1-2 ngày bị tắc nghẽn, tăng huyết áp tâm trương.

1.2.3. Sau thận

Do tắc nghẽn đường tiêu, xảy ra ở niệu đạo, bàng quang và 2 niệu quản.

1.2.3.1. Tắc nghẽn niệu đạo hoặc cổ bàng quang

Tắc nghẽn niệu đạo hoặc cổ bàng quang: bướu lành tuyến tiền liệt, ung thư bàng quang, ung thư tuyến tiền liệt, bàng quang thần kinh, do thuốc (anticholinergic), co thắt hoặc hẹp niệu đạo, sỏi, cục máu đông....

1.2.3.2. Tắc nghẽn niệu quản

Tắc nghẽn niệu quản 2 bên hoặc tắc nghẽn niệu quản 1 bên trên thận độc nhất:

- Trong niệu quản: sỏi, cục máu đông, nhú thận, ung thư.
- Ngoài niệu quản: u ác tính, xơ hóa sau phúc mạc, cột nhầm niệu quản khi phẫu thuật vùng chậu, chấn thương.

Thiếu niệu kết hợp với nguyên nhân trước hoặc sau thận thường đáp ứng sớm với điều trị mặc dù vẫn có thể dẫn đến tại thận nếu không điều trị. Thiếu niệu do nguyên nhân tại thận thường kéo dài hơn và có thể không hồi phục.

1.3. Hồi và thăm khám

1.3.1. Bệnh sử

1.3.1.1. Lượng nước xuất nhập

- Lượng nước nhập: nước uống, sữa, cháo, canh, súp.
- Lượng dịch truyền.
- Lượng nước tiêu đo được.
- Tiêu chảy: số lần, số lượng, tính chất phân: lỏng, sệt, màu, nhầy máu, triệu chứng mót rặn...
- Nôn ói: số lần, lượng, máu, ói vọt, đau bụng, sau ói có giảm đau không?

- Ông dẫn lưu: số lượng dịch, màu sắc dịch.
- Sốt.

Tính cân bằng nước xuất nhập (bilan):

$$\text{Bilan nước} = \text{nước nhập} - \text{nước xuất} - 500 \text{ ml} - 100 \text{ ml}$$

Theo đó:

$$\text{Bilan nước} = \text{nước nhập} (\text{đường miệng} + \text{dịch truyền})$$

$$\begin{aligned} & - \text{nước xuất} (\text{nước tiểu} + \text{dẫn lưu} + \text{nôn nôn} + \text{tiêu chảy}) - 500 \text{ ml} \\ & - 100 \text{ ml} (\text{nhiệt độ} - 37 \text{ độ C}) \end{aligned}$$

1.3.1.2. Bất thường đi tiêu

Rối loạn đi tiêu: đau, nóng, gắt khi đi tiêu, tiêu khó, tiêu đêm.

Thay đổi tính chất nước tiểu: màu, mùi, độ đục.

1.3.1.3. Tình trạng, thói quen ăn uống

1.3.1.4. Dấu hiệu xuất huyết

Dấu hiệu xuất huyết: chấn thương, tiêu máu, đau bụng, chóng mặt, mệt.

1.3.2. Tiền căn

Bệnh tim mạch: tăng huyết áp, suy tim.

Viêm gan, xơ gan.

Thận: hội chứng thận hư, suy thận cấp, suy thận mạn, viêm thận cấp, bệnh lý tuyến tiền liệt.

Bệnh toàn thân: lupus đồ hệ thống, amyloidosis, Goodpasture...

Xạ trị, phẫu thuật vùng bụng, chậu.

Tiền căn dị ứng.

Tiếp xúc các chất độc thận: kim loại nặng, dung môi hữu cơ, thuốc gây mê, thuốc cản quang, mật gấu, mật cá, ong đốt, rắn cắn, kháng nguyên gây dị ứng...

Các loại thuốc đang dùng: hạ huyết áp (đặc biệt ức chế men chuyển, ức chế thụ thể), thuốc giảm đau kháng viêm non steroid, thuốc cản quang, thuốc lợi tiểu, thuốc kháng sinh (đặc biệt nhóm aminoglycoside, vancomycin....).

1.3.3. Khám thực thể

Đánh giá tri giác, dấu hiệu sinh tồn (mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở).

Đo huyết áp tư thế.

Cân nặng lúc khám, so sánh cân nặng trước khi khởi bệnh.

Đo thể tích nước tiểu 24 giờ, quan sát nước tiểu: lượng, màu sắc, mùi, độ đục.

Khám dấu hiệu dư nước:

- Dấu hiệu phù toàn thân, trắng, mềm, ấn lõm.
- Đánh giá tình trạng tĩnh mạch cảnh.

Khám dấu hiệu thiếu nước:

- Rối loạn trí giác.
- Dấu véo da dương tính.
- Mắt trũng.
- Nhãn cầu mềm.
- Khát nước.
- Môi khô, lưỡi khô.
- Tĩnh mạch cảnh xẹp.
- Hỗm nách khô.
- Mạch nhanh, huyết áp giảm hoặc hạ huyết áp tư thế.
- Tiêu ít.

Khám dấu hiệu thiếu máu: niêm mạc, lòng bàn tay.

Tìm dấu hiệu xuất huyết, vết thương.

Khám tim: dấu hiệu tim to, dấu này trước ngực, âm thổi bất thường, tiếng ngựa phi (gallop) T3, tĩnh mạch cảnh, phản hồi gan tĩnh mạch cảnh.

Khám phổi: ran âm, ran ngáy, dấu hiệu tràn dịch màng phổi.

Khám bụng:

- Gan: dấu hiệu vàng da, vàng mắt, lòng bàn tay son, sao mạch, tuần hoàn bàng hạch, gan to, báng bụng.
- Thận: chạm thận, sờ thận, ấn góc sườn lưng, rung thận, tìm âm thổi động mạch thận.
- Bàng quang: tìm cầu bàng quang.
- Đánh giá dịch ở bụng, phản ứng thành bụng.

1.3.4. Theo dõi

Thể tích nước tiểu mỗi ngày, thay đổi thể tích nước tiểu.

Cân bằng nước xuất nhập, cân nặng mỗi ngày, so sánh giữa các ngày, ước lượng bệnh nhân thừa hay thiếu nước.

So sánh sự thay đổi triệu chứng cơ năng, dấu hiệu sinh tồn, triệu chứng thực thể mỗi ngày.

1.4. Chẩn đoán

1.4.1. Chẩn đoán thiếu niệu

Dựa vào thể tích nước tiểu 24 giờ đo được.

1.4.2. Chẩn đoán nguyên nhân

1.4.2.1. Chẩn đoán nguyên nhân sau thận

Bệnh nhân có triệu chứng của tình trạng tắc nghẽn:

Tắc nghẽn vùng niệu đạo, cổ bàng quang: cảm giác mắc tiêu, đau tức vùng hạ vị, tăng khi ăn vào vùng hạ vị, sờ được cầu bàng quang, giới hạn rõ, căng, gõ đục, mặt lõm hình cầu hướng xuống. Siêu âm là phương tiện ít xâm lấn giúp chẩn đoán, khi đặt thông tiêu, dẫn lưu ra nước tiểu giúp chẩn đoán xác định tình trạng bí tiểu.

- Thường gặp là tăng sinh tuyến tiền liệt lành tính: nam, trên 50 tuổi, các triệu chứng: tiểu lắt nhắt, tiểu ngập ngừng, tiểu gấp, hay tiểu do tràn đầy, giảm áp lực dòng nước tiểu nên tia nước tiểu yếu, không thể dừng khi đang tiểu, tiểu đêm, có thể tiểu máu.
- Bướu bàng quang: ít gặp, gây thiểu niệu nếu u tắc đường ra bàng quang. Triệu chứng chính là tiểu gấp và tiểu lắt nhắt, tiểu máu đại thể, có thể tắc nghẽn do cục máu và đau hông lưng.

- Sỏi: thiểu niệu hay vô niệu có thể xuất hiện khi sỏi tắc nghẽn ở thận, niệu quản, bàng quang hay niệu đạo. Bệnh nhân có thể có các triệu chứng: tiểu gấp, tiểu lắt nhắt, tiểu gắt, và tiểu máu, tiểu mù. Thông thường, bệnh có tiền căn đau quặn thận, dữ dội, lan từ gốc sườn lưng ra hông lưng, tới vùng trên xương mu và cơ quan sinh dục ngoài. Kiểu đau này có thể kèm buồn nôn, nôn, giảm nhu động ruột, trương bụng, đôi khi sốt, lạnh run.

- Hẹp niệu đạo: gây thiểu niệu kèm xuất tiết niệu đạo mạn tính, tiểu gấp, tiểu lắt nhắt, tiểu gắt, giảm dòng nước tiểu. Khi tắc nghẽn nặng hơn, có thể tạo nang, nhiễm trùng.

1.4.2.2. Chẩn đoán nguyên nhân trước thận

Xác định tình trạng dịch của bệnh nhân: thiếu nước, dù nước hay dư nước.

- Thiếu dịch trong lòng mạch:

Giảm huyết áp hoặc giảm huyết áp tư thế, thở ồ, chóng mặt, mệt mỏi, yếu cơ, chán ăn, ói, khát nhiều, choáng váng, xây xẩm, mắt trũng, véo da, niêm khô.

- + Giảm nhập: chế độ ăn uống, sinh hoạt.
- + Tăng xuất: mất qua tiêu chảy, ói, thuốc lợi tiểu, dẫn lưu, xuất huyết.
- + Một số bệnh lý gây thoát dịch ra khoang thứ ba như: hội chứng thận hư, xơ gan mắt bù, giảm albumin máu nặng, nhiễm trùng... mặc dù khám thực thể bệnh nhân phù, tuy nhiên phần lớn bệnh nhân này có tình trạng giảm thể tích dịch trong lòng mạch.

- Suy tim:

Triệu chứng khó thở khi gắng sức, khó thở kịch phát về đêm, khó thở khi nằm, đau ngực, tĩnh mạch cổ nổi, tim nhanh, thở nhanh, ran phổi, ho khan hoặc có đàm. Suy tim

nặng, bệnh nhân có thể khó thở tư thế, tím, tiếng ngựa phi (gallop), tăng huyết áp tâm trương, tim to, ho ra máu.

- Thuốc sử dụng trước đó: lợi tiểu, ức chế men chuyển, ức chế thụ thể, kháng viêm non-steroid, thuốc cảm quang.

1.4.2.3. Chẩn đoán nguyên nhân tại thận

Hoại tử ống thận cấp: thiếu niệu thường gặp, thường đi trước tình trạng đa niệu. Các dấu hiệu khác kết hợp sẽ gợi ý nguyên nhân (ví dụ: độc chất, thuốc, suy thận cấp trước thận kéo dài) và các dấu hiệu, triệu chứng của biến chứng như của tăng kali máu (yếu cơ, rối loạn nhịp), tăng ure huyết (chán ăn, ói, buồn ói, lú lẫn, lờ đờ, kích thích, co giật, ngứa, thở Kussmaul), suy tim (phù, tĩnh mạch cổ nổi, ran, khó thở).

Viêm cầu thận cấp: các biểu hiện khác có thể có: sốt, mệt mỏi, đau hông lưng, tiêu máu đại thể, phù mặt, phù toàn thân, tăng huyết áp, đau đầu, nôn ói, buồn nôn, dấu hiệu và triệu chứng của sung huyết phổi.

Viêm ống thận mô kẽ cấp: bệnh nhân thường đi kèm với các triệu chứng: sốt, phát ban và đau khớp. Có tiền căn tiếp xúc với các chất có khả năng gây dị ứng.

Viêm mạch máu: viêm mạch máu đôi khi gây vô niệu. Các triệu chứng đặc hiệu hơn bao gồm: mệt mỏi, đau cơ, đau nhiều khớp, sốt, tăng huyết áp, tiêu máu, tiêu protein, rối loạn nhịp, tím tái, loét da, mề đay, ban xuất huyết.

Nhiễm trùng: bất kỳ tình trạng nhiễm trùng nào cũng có thể gây thiếu niệu, sốt, lạnh run, bồn chồn, lú lẫn, đồ mồ hôi, chán ăn, ói, tiêu chảy, xanh xao, tụt huyết áp, nhịp tim nhanh. Bệnh nhân có thể có dấu hiệu của nhiễm trùng tại chỗ: tiêu gắt, bất thường đi tiểu. Khi nhiễm trùng nặng, bệnh nhân có nhiễm acid lactic, thở Kussmaul. **Viêm thận bể thận cấp:** thường kèm thiếu niệu đột ngột, sốt cao, lạnh run, mệt, đau hông lưng, đè kháng vùng gốc sườn lưng, tiêu đêm, tiêu gắt, tiêu máu, tiêu gấp, tiêu lắt nhắt, cảm giác mắc tiêu, nước tiểu đục. Bệnh nhân có thể chán ăn, buồn nôn, nôn, tiêu chảy.

1.5. Cận lâm sàng

Cận lâm sàng thường quy

Cận lâm sàng để chẩn đoán:

- BUN, creatinine, lập lại xét nghiệm để chẩn đoán tồn thương thận cấp, ước đoán độ lọc cầu thận.

- Siêu âm bụng, chụp bộ niệu không sửa soạn (KUB), chụp X quang hệ niệu cản quang bằng đường tĩnh mạch (UIV), chụp cắt lớp vi tính bụng – chậu kèm dựng hình hệ niệu khi nghi ngờ nguyên nhân sau thận. Cần cân nhắc việc sử dụng thuốc cản quang vì nguy cơ làm tồn thương thận nặng hơn.

- Siêu âm tim, điện tâm đồ, X quang ngực thẳng trong chẩn đoán suy tim.
- Tổng phân tích nước tiểu, protein nước tiểu 24 giờ, cặn Addis, soi cặn lăng nước tiểu tìm hồng cầu, trụ, albumin, protein huyết thanh, cholesterol toàn phần, HDL-C, LDL-C, triglyceride, ure, creatinine huyết thanh, áp lực thẩm thấu máu và nước tiểu, siêu âm bụng trong chẩn đoán nguyên nhân do thận.
- AST, ALT, bilirubin, GGT, albumin, protein, siêu âm bụng trong chẩn đoán nguyên nhân do gan.

Các xét nghiệm chuyên sâu để chẩn đoán bệnh lý cẩn nguyên khác.

2. VÔ NIỆU

2.1. Định nghĩa

Vô niệu khi thể tích nước tiểu $< 100 \text{ ml}/24\text{h}$. Thể tích nước tiểu thường dễ đo, do đó vô niệu ít khi bị bỏ sót. Tuy nhiên, nếu không điều trị kịp thời, tình trạng tăng ure huyết hoặc các biến chứng của tắc nghẽn đường tiểu có thể xuất hiện nhanh.

Sau khi xác định có tính trạng vô niệu, việc cần làm đầu tiên là xác định có tạo nước tiểu hay không. Đặt thông tiểu để loại trừ tất cả các trường hợp tắc nghẽn đường tiểu dưới và để kiểm tra nước tiểu tồn lưu. Tình trạng tắc nghẽn làm cản trở việc đặt thông tiểu và nước tiểu trở nên đục và có mùi hôi. Nếu thu được $> 75 \text{ ml}$ nước tiểu: gọi ý tắc nghẽn đường tiểu dưới. Nếu thu được $< 75 \text{ ml}$: gọi ý rối loạn chức năng thận hoặc tắc nghẽn đường tiểu ở vị trí cao hơn.

2.2. Nguyên nhân

Vô niệu có thể do tắc nghẽn đường tiểu hoàn toàn, tồn thương thận cấp do nhiều nguyên nhân tắc động mạch hoặc tĩnh mạch hoàn toàn, sốc (hạ huyết áp nặng và co thắt mạch máu thận nặng), hoại tử vỏ thận, hoại tử ống thận cấp, suy thận tiến triển nhanh.

- Hoại tử ống thận cấp, hoại tử nhú thận cấp.
- Hoại tử vỏ thận 2 bên, viêm cầu thận cấp.
- Hội chứng ure huyết tán huyết.
- Tắc nghẽn động mạch thận 2 bên, tắc tĩnh mạch thận 2 bên.
- Viêm mạch máu.
- Tắc nghẽn đường tiểu: tắc nghẽn nặng đường tiểu có thể gây vô niệu cấp tính hoặc vô niệu hoàn toàn.
- Thuốc: nhiều nhóm thuốc có thể gây vô niệu, thường do tính độc thận của thuốc. Thuốc kháng sinh nhất là nhóm aminoglycoside, thuốc gây mê, kim loại nặng, rượu và

các chất nội sinh. Các thuốc đồng vận giao cảm hay kháng cholinergic có thể gây vô niệu qua tác động thần kinh và cơ gây tắc nghẽn đường tiêu.

Các bước hỏi bệnh, thăm khám và chẩn đoán tương tự bệnh nhân thiểu niệu.

Lưu ý: nếu đặt thông tiêu không có nước tiểu, chuẩn bị cho bệnh nhân làm các xét nghiệm chẩn đoán như: siêu âm bụng, soi bàng quang, chụp hệ niệu ngược dòng và chụp cắt lớp vi tính thận để xác định các tắc nghẽn trên cao của hệ niệu. Nếu các cận lâm sàng này tìm ra tắc nghẽn, cần can thiệp ngoại khoa để giải quyết tắc nghẽn. Nếu không thấy tắc nghẽn, cần chuẩn bị cho bệnh nhân làm các xét nghiệm đánh giá chức năng thận.

3. ĐA NIỆU

3.1. Định nghĩa

Gọi là đa niệu khi thể tích nước tiểu trên 3 lít trong 24 giờ. Trên lâm sàng, cần chú ý phân biệt trường hợp tăng số lần đi tiểu (tiểu nhiều lần nhưng thể tích nước tiểu thấp) và trường hợp đa niệu thật sự (thể tích nước tiểu $> 3\text{ L}/24\text{ giờ}$).

3.2. Nguyên nhân

Đa niệu có thể chỉ là tình trạng đáp ứng sinh lý bình thường của cơ thể khi lượng nước nhập lớn, tuy nhiên đa niệu cũng có thể do bệnh lý.

Đa niệu do 2 nhóm nguyên nhân chính:

- (1) Tăng bài tiết các chất hòa tan không hấp thu được (như glucose).
- (2) Tăng bài tiết nước (thường do khiếm khuyết trong sản xuất ADH hoặc đáp ứng thận).

3.2.1. Đa niệu do bài tiết các chất hòa tan

3.2.1.1. Quá tải chất thẩm thấu

Trong một số trường hợp, 'lượng thẩm thấu' cao trong huyết tương được lọc qua thận do sự bài tiết của các chất tan không được tái hấp thu như glucose (trong bệnh cảnh đái tháo đường, lượng glucose tăng quá ngưỡng hấp thu của ống lượng gần), truyền mannitol, thuốc cản quang, ăn nhiều protein.... Các chất thẩm thấu này làm tăng độ thẩm thấu gây tăng lọc cầu thận, tăng hấp thu nước vào ống thận dẫn đến lợi tiểu thẩm thấu.

3.2.1.2. Quá tải muối

Dư muối gây cảm giác khát, bệnh nhân uống nhiều nước, kích thích yếu tố bài niệu natri, tăng thải natri qua nước tiểu gây tăng bài tiết nước qua nước tiểu dẫn đến đa niệu.

Các nguyên nhân gây thừa muối:

- Qua đường ăn uống: thói quen ăn mặn (ít gấp gây đa niệu), người lớn tuổi bị giảm cảm giác ở các gai vị giác lưỡi nên có xu hướng ăn mặn hơn người trẻ, ăn qua ống thông với dung dịch thức ăn có nhiều muối.

- Truyền nhiều dịch chứa muối.

- Tái hấp thu dịch trong bệnh cảnh phù.

- Sau hoại tử ống thận cấp hoặc giải quyết bế tắc đường tiêu (bệnh nhân bị út muối, nước trong giai đoạn thiểu, vô niệu).

3.2.1.3. *Tăng thải muối*

Do bệnh lý ống thận (bệnh nang thận, bệnh thận mất muối) hoặc việc sử dụng thuốc lợi tiểu ức chế sự tái hấp thu muối ở ống thận, gây tăng thải muối và nước dẫn đến đa niệu.

3.2.2. *Tăng thải nước*

3.2.2.1. *Bệnh cuồng uống*

Uống quá nhiều nước gây tiêu nhiều.

Các nguyên nhân gây uống nhiều nước:

- Rối loạn tâm thần: rối loạn lo âu.
- Bệnh lý vùng hạ đồi ảnh hưởng đến trung tâm khát, ví dụ sarcoidosis.
- Thuốc làm khô miệng và làm tăng cảm giác khát (ví dụ: thioridazine, chlorpromazine, anti-cholinergic).

3.2.2.2. *Dái tháo nhạt*

Do giảm tiết ADH hoặc ống thận giảm đáp ứng với ADH nên thận mất khả năng cô đặc nước tiểu gây đa niệu.

- *Dái tháo nhạt trung ương*

Tuyến yên giảm hoặc ngưng tiết ADH nên thận mất khả năng cô đặc nước tiểu gây đa niệu. Các nguyên nhân thường gặp tồn thương tuyến yên như: sau phẫu thuật, chấn thương, bướu, hội chứng Sheehan, nhiễm trùng, hội chứng Guillain Barre, thuyên tắc...

- *Dái tháo nhạt do thận*

Ông thận tồn thương làm giảm hoặc không đáp ứng với ADH nên thận mất khả năng đáp ứng với ADH dẫn đến thận mất khả năng cô đặc nước tiểu.

Các nguyên nhân:

- + Bệnh ống thận mắc phải: viêm dài bể thận, bệnh thận do thuốc giảm đau, da u tủy, thoái hóa dạng bột, bệnh thận tắc nghẽn, sarcoidosis, tăng calci máu, giảm kali máu, hội chứng Sjögren, thiểu máu hồng cầu hình liềm, do thuốc

hoặc độc chất (lithium, demeclocycline, methoxyphene, ethanol, diphenylhydantoin, propoxyphene, amphotericin B).

+ Bệnh di truyền bẩm sinh: bệnh thận đa nang, bệnh nang tụy thận.

3.3. Hỏi bệnh sử và khám thực thể bệnh nhân đa niệu

3.3.1. Hỏi bệnh sử và tiền căn

3.3.1.1. Hỏi bệnh sử

Hỏi về lượng nước tiểu, số lần đi tiểu, màu sắc nước tiểu.

Lượng dịch nhập trong ngày.

Chế độ ăn để đánh giá lượng muối.

Bốn triệu chứng gợi ý đái tháo đường: ăn nhiều, uống nhiều, tiểu nhiều và sụt cân.

Triệu chứng lo âu, mất ngủ.

3.3.1.2. Hỏi tiền căn

Tiền căn chấn thương, băng huyết, phẫu thuật tuyến yên.

Bệnh thận.

Tiền căn gia đình: đái tháo đường, bệnh thận đa nang...

Các thuốc đã dùng trước đó.

3.3.2. Khám thực thể

Đo thể tích nước tiểu 24 giờ.

Màu sắc nước tiểu.

Chú ý sinh hiệu.

Dấu hiệu thiếu nước.

Khám thận to.

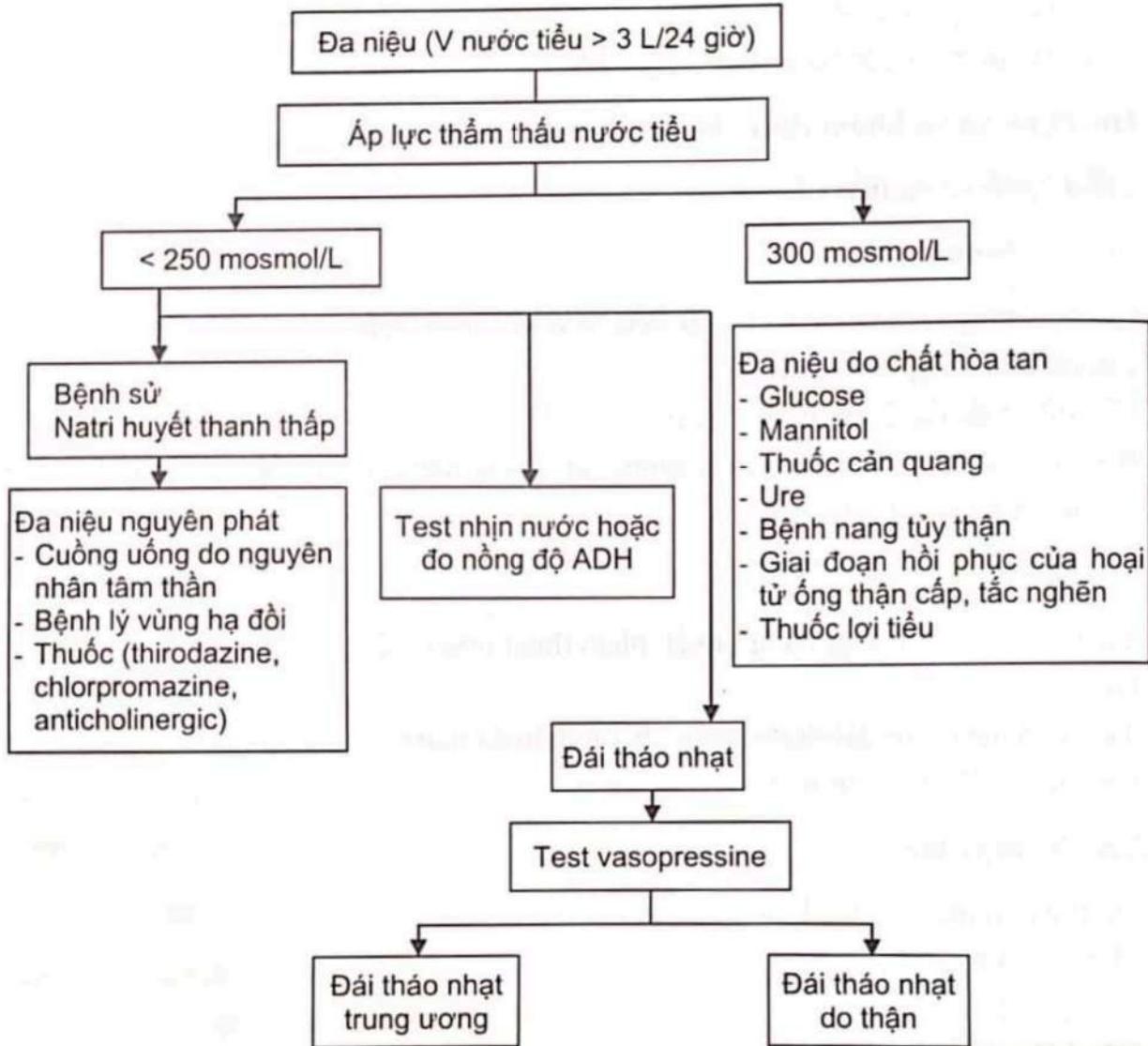
3.3.3. Theo dõi

Thể tích nước tiểu mỗi ngày, thay đổi thể tích nước tiểu.

Cân bằng nước xuất nhập, cân nặng mỗi ngày, so sánh giữa các ngày, ước lượng bệnh nhân thừa hay thiếu nước.

So sánh sự thay đổi triệu chứng cơ năng, dấu hiệu sinh tồn, triệu chứng thực thể mỗi ngày.

3.4. Chẩn đoán



Sơ đồ 1. Tiếp cận chẩn đoán đa niệu

3.5. Xét nghiệm cận lâm sàng

Đo áp lực thẩm thấu nước tiểu: để phân biệt đa niệu do tăng bài tiết các chất hòa tan (áp lực thẩm thấu $> 300 \text{ mosmol/L}$) hoặc đa niệu do tăng bài tiết nước (áp lực thẩm thấu nước tiểu $< 250 \text{ mosmol/L}$).

Ion đồ niệu, đặc biệt nồng độ natri trong nước tiểu.

Test nhịn nước, test vasopressine.

ÂU HỎI TỰ LUÔNG GIÁ

1. Khi nào được gọi là thiểu niệu?
- Thể tích nước tiểu < 100 ml/24 giờ
 - Thể tích nước tiểu < 400 ml/24 giờ
 - Thể tích nước tiểu < 1.000 mL/ 24 giờ
 - Thể tích nước tiểu < 3.000 mL/24 giờ
2. Tiếp cận nào là đúng khi gặp bệnh nhân tiểu ít?
- Đầu tiên cần phân biệt thiểu niệu và bí tiểu
 - Đầu tiên cần xem đây có phải là thiểu niệu do nguyên nhân tại thận không
 - Đầu tiên cần lấy máu xét nghiệm điện giải đồ
 - Đầu tiên cần siêu âm bụng để loại trừ nguyên nhân sau thận
3. Bệnh nhân nam, 50 tuổi, đến khám vì tiểu ít. Cách nhập viện 3 ngày bệnh nhân nuốt nát cá để điều trị đau lưng, sau đó nôn ói nhiều lần, ăn uống kém, tiểu ít dần nên nhập viện. Hiện bệnh nhân phù nhẹ 2 mi mắt, nước tiểu khoảng 300 ml/24 giờ màu xá xị. Nguyên nhân gây tiểu ít của bệnh nhân nghĩ nhiều là?
- Tổn thương thận cấp trước thận
 - Tổn thương thận cấp tại thận
 - Tổn thương thận cấp sau thận
 - Bệnh nhân bị hội chứng thận hư
4. Nguyên nhân nào sau đây gây thiểu niệu do trước thận?
- Suy tim cấp
 - Phì đại tuyến tiền liệt
 - Ly giải cơ vân
 - Bàng quang thần kinh
5. Biểu hiện lâm sàng nào sau đây gợi ý thiểu niệu do nguyên nhân sau thận?
- Khám dấu thiểu nước rõ
 - Có dấu hiệu suy tim trái
 - Có cầu bàng quang
 - Nước tiểu màu đờ sậm không có cục máu đông
6. Bệnh nhân nam, 60 tuổi, đến khám vì tiểu ít, khi hỏi tiền căn dùng thuốc cần chú ý nhóm thuốc nào sau đây?
- Nhóm giảm đau paracetamol
 - Nhóm giảm đau kháng viêm non-steroid
 - Nhóm hạ áp úc chế calci
 - Nhóm hạ áp úc chế beta giao cảm

7. Dấu hiệu nào sau đây gợi ý bệnh nhân có tình trạng thiếu nước?
- A. Phù 2 chân
 - B. Tăng cân
 - C. Bilan nước dương
 - D. Nhập cầu mềm
8. Khi nào được gọi là đa niệu?
- A. Thể tích nước tiểu > 2,5 lít/24 giờ
 - B. Thể tích nước tiểu > 3 lít/24 giờ
 - C. Thể tích nước tiểu > 3,5 lít/24 giờ
 - D. Thể tích nước tiểu > 4 lít/24 giờ
9. Bệnh nhân nữ 45 tuổi, đến khám vì tiểu nhiều lần. Bệnh nhân khai khoảng 1-2 tháng nay đi tiểu nhiều lần, trung bình khoảng 10-15 lần/ngày, lượng nước tiểu mỗi lần khoảng 300-400 ml, nước tiểu vàng trong, cảm giác khát nước nhiều, tiểu không gắt buốt, không đau. Đồng thời, bệnh nhân bị sụt cân 3 kg trong 1 tháng nay nên lo lắng và đến khám. Bạn nghĩ chẩn đoán nào sau đây là phù hợp nhất?
- A. Nhiễm trùng tiểu
 - B. U tuyến yên
 - C. Đái tháo đường
 - D. Cường giáp
10. Nguyên nhân nào có thể gây đái tháo nhạt do thận?
- A. U tuyến yên
 - B. Bệnh thận đa nang
 - C. Đái tháo đường típ 2
 - D. Viêm cầu thận cấp
11. Bệnh nhân nam, 28 tuổi, mới phẫu thuật nội soi lấy sỏi niệu quản 2 bên gây tắc nghẽn sau thận được 2 ngày. Hôm nay, bệnh nhân thấy tiểu nhiều, nước tiểu khoảng 4,5 lít/24h. Nguyên nhân gây tiểu nhiều được nghĩ đến nhiều nhất?
- A. Bệnh thận mắt muối
 - B. Đái tháo đường típ 2
 - C. U tuyến yên
 - D. Giai đoạn đa niệu của suy thận cấp
12. Nguyên nhân nào sau đây gây đa niệu do tăng thải muối?
- A. Dùng thuốc lợi tiểu
 - B. Đái tháo đường típ 2
 - C. Truyền mannitol
 - D. Đái tháo nhạt

13. Bệnh nhân nữ, 60 tuổi đến khám vì lượng nước tiểu ít. Bệnh nhân khai khoảng 3 ngày nay thấy lượng nước tiểu ít dần, hiện tại tiểu khoảng 300 ml/24 giờ, nước tiểu vàng sậm, không gắt buốt. Đồng thời, bệnh nhân cảm thấy đau căng vùng hạ vị, phù 1 chân trái và ra huyêt âm đạo rỉ rả lượng ít khoảng 1 tuần nay. Nguyên nhân nào gây lượng nước tiểu ít nhất ở bệnh nhân này?
- Tắc nghẽn sau thận
 - Hội chứng thận hư
 - Suy thận cấp trước thận do mất máu
 - Viêm cầu thận cấp
14. Bệnh nhân nữ 20 tuổi, khám vì tiểu ít. Hôm qua, bệnh nhân ăn nhiều thức ăn ở tiệc sau đó đau quanh rốn, nôn ói và tiêu chảy 4-5 lần kèm sốt nhẹ 38 độ C. Hôm nay, bệnh nhân còn tiêu lòng 4-5 lần, hết đau bụng và nôn ói, tiểu khoảng 400 ml vàng sậm. Khám thực thể nào sau đây là quan trọng nhất để tìm nguyên nhân tiểu ít?
- Làm nghiệm pháp chạm thận
 - Khám dấu Cullen và Turner
 - Dấu mắt nước
 - Tìm điểm đau niệu quản
15. Xét nghiệm nào sau đây giúp phân biệt nguyên nhân đa niệu do tăng bài tiết chất hòa tan hay tăng thải nước?
- Ure, creatinine niệu
 - Tổng phân tích nước tiểu
 - Cặn lắng nước tiểu
 - Áp lực thẩm thấu nước tiểu

Đáp án: 1B, 2A, 3B, 4A, 5C, 6B, 7D, 8B, 9C, 10B, 11D, 12A, 13A, 14C, 15D.

TÌNH HUỐNG LÂM SÀNG THẢO LUẬN

❖ Tình huống 1

Bệnh nhân nữ, 20 tuổi, Nghề nghiệp: sinh viên. Nhập viện vì: phù toàn thân.

Bệnh sử: cách nhập viện 2 tuần, bệnh nhân thường cảm giác nặng 2 mi mắt vào buổi sáng giảm dần về chiều, 3 ngày sau xuất hiện phù 2 chân tăng dần, mềm ấn lõm không đau kèm tiểu bọt, lượng khoảng 1 lít/ngày, màu vàng sậm. Tình trạng phù ngày càng tăng, lượng nước tiểu giảm dần, bệnh nhân tăng 8 kg trong vòng 1 tuần. Ngày nhập viện, bệnh nhân phù nhiều, tiểu 300 ml/24 giờ, nước tiểu vàng sậm.

Tiền căn: không bệnh lý gì trước đây, cách 2 tuần không ghi nhận viêm họng, viêm da.

Khám: sinh hiệu lúc nhập viện: mạch 90 lần/phút, huyết áp 150/100 mmHg, nhịp thở 16 lần/phút, nhiệt độ 37 độ C. Cân nặng 60 kg, chiều cao 152 cm. Tinh, tiếp xúc tốt, phù mặt và 2 chân, mềm ấn lõm, không đau. Mõm tim liên sườn 5 đường trung đòn trái, tiếng tim đều rõ, không âm thổi. Phổi không ran, bụng mềm, ấn không đau, gó đặc vùng thấp (+).

Câu hỏi:

1. Tiếp cận nguyên nhân tiêu ít của bệnh nhân? Cần hỏi bệnh và thăm khám thêm gì để xác định nguyên nhân tiêu ít?
2. Đề nghị cận lâm sàng để xác định nguyên nhân tiêu ít?

❖ Tình huống 2

Bệnh nhân nữ, 37 tuổi, đến khám vì tiêu nhiều.

Bệnh sĩ: khoảng 1 tháng bệnh nhân thấy mình đi tiêu nhiều lần trong ngày, khoảng 10 lần, đồng thời đêm cũng tiêu nhiều hơn 4-5 lần/đêm, sau khi đi tiêu cảm giác khát nước và cần uống nhiều nước. Lượng nước tiêu mỗi lần khoảng 300-500 ml, vàng trong, nước tiểu thấy kiết bu. Tiêu không gắt, không đau, không cảm giác mắc tiêu sau khi đã đi tiêu. Đồng thời, bệnh nhân thấy cảm giác thường xuyên đói bụng và sụt cân 2 kg trong 2 tuần nay.

Tiền căn: chưa phát hiện bệnh gì trước đây. Gia đình có cha mẹ và chị gái đều mắc bệnh đại tháo đường.

Khám: bệnh nhân tinh, tiếp xúc tốt. Mạch 100 lần/phút, huyết áp 140/80 mmHg, cân nặng 80 kg, chiều cao 160 cm, vẻ thiếu nước. Khám các cơ quan không phát hiện bất thường.

Câu hỏi:

1. Khám dấu thiếu nước như thế nào?
2. Những nguyên nhân nào có thể gây tiêu nhiều trên bệnh nhân này?
3. Cần đề nghị các cận lâm sàng nào để chẩn đoán nguyên nhân tiêu nhiều của bệnh nhân?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bickley, Lynn S., Peter G Szilagyi, and Barbara Bates. *Bates' Guide to Physical Examination and History Taking*. 12th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2017.

2. Wilkins, Lippincott W. *Handbook of Signs & Symptoms*. 4th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, 2010.
3. LeBlond, Richard F., Donald D. Brown, Manish Suneja, and Joseph F. Szot. *DeGowin's Diagnostic Examination*. 10th ed. New York: McGraw-Hill Education, 2014.
4. Gleadle, Jonathan. *History and Examination at a Glance*. 2nd ed. Oxford: Blackwell, 2007.
5. McPhee, Stephen J., Michael W Rabow, and Maxine A Papadakis. *CURRENT Medical Diagnosis and Treatment 2017*. 56th ed. New York: Blacklick: McGraw-Hill Education, 2017.
6. Siegenthaler, Walter. *Differential Diagnosis in Internal Medicine: From Symptom to Diagnosis*. 1st ed. Stuttgart: Thieme, 2007.

BÀI 11. TIẾP CẬN BỆNH NHÂN TIỂU MÁU

ThS.BS. Lê Nguyễn Xuân Điện, BSCKII. Nguyễn Thị Ngọc Linh

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Khai thác bệnh sử, tiền căn và khám thực thể một bệnh nhân đi khám vì tiểu máu hoặc tình cờ được phát hiện có tiểu máu.
2. Trình bày cách tiếp cận chẩn đoán một trường hợp tiểu máu: chẩn đoán xác định, chẩn đoán vị trí và tìm nguyên nhân.
3. Đề nghị các cận lâm sàng cần thiết để chẩn đoán xác định tiểu máu và tìm nguyên nhân.
4. Trình bày một số nguyên nhân thường gặp gây tiểu máu.

NỘI DUNG BÀI GIẢNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Tiểu máu là sự hiện diện của hồng cầu trong nước tiểu.

Có 2 loại tiểu máu:

Tiểu máu đại thể: khi nhìn thấy được bằng mắt thường, nước tiểu có màu nâu sậm, màu đỏ tươi hoặc lăn sợi dây máu, máu cục. Để lâu hoặc quay ly tâm sẽ lắng thành 2 lớp, phần dưới cặn lắng nước tiểu có màu đỏ hoặc sậm màu, phần trên trong.

Tiểu máu vi thể: phát hiện khi làm xét nghiệm cặn lắng nước tiểu có ≥ 3 hồng cầu/QT 40 hoặc cặn Addis có trên 5.000 hồng cầu/phút .



Tiểu máu đại thể so với bình thường



Nước tiểu sậm màu có thể do tiểu Hb, myoglobin

Hình 1. Phân biệt tiểu máu đại thể và vi thể
(Nguồn: Glomerulonephritis and hematuria, A.I.Moosa)

Cần phân biệt tiêu máu đại thể với các nguyên nhân khác làm nước tiêu có màu đỏ hoặc sậm màu nhưng không có hồng cầu trong nước tiêu.

Nước tiêu có màu đỏ do thức ăn, màu thực phẩm: phẩm màu, củ cải đường hay củ cải đỏ, mâm xôi, việt quất, đậu tằm, ớt cựa gà, cây đại hoàng.

Thuốc: pyridium, riboflavin, rifamycin, nitrofuran toxin, chloroquine, phenolphthalein levodopa, methyldopa.

Tiêu sắc tố: Hb (do tán huyết) hay myoglobin (do ly giải cơ vân).

Tiêu bilirubin: bệnh lý tắc nghẽn đường mật.

Tiêu porphyrin: ít gặp.

Ngoài ra, cần loại trừ có máu trong nước tiêu do dây nhiễm hồng cầu từ các nguyên nhân khác: kinh nguyệt, xuất huyết âm đạo, trĩ, xuất huyết tiêu hóa dưới.

2. CƠ CHẾ GÂY TIÉU MÁU

Tổn thương bất cứ vị trí nào trong hệ thống thận - tiết niệu đều có thể gây tiêu máu: từ thận, niệu quản, bàng quang cho đến niệu đạo.

Nguồn gốc từ cầu thận: màng đáy cầu thận bị tổn thương do viêm, quá trình bệnh tự miễn... Ông thận: bị phá hủy do độc chất, thiếu máu tưới thận.

Tổn thương bề mặt niêm mạc đường tiêu: sỏi, bướu, nhiễm trùng.

3. CÁCH KHAI THÁC BỆNH SỬ, TIỀN CĂN VÀ KHÁM THỰC THỂ MỘT BỆNH NHÂN BỊ TIÉU MÁU

Khai thác bệnh sử, tiền căn và khám thực thể một bệnh nhân bị tiêu máu giúp gợi ý tiêu máu có nguồn gốc từ cầu thận hay đường tiết niệu.

3.1. Khai thác bệnh sử

Hoàn cảnh xuất hiện: tiêu máu bắt đầu từ khi nào, xuất hiện tự nhiên hay sau một hoạt động gắng sức, chấn thương như té ngã, va đập, luyện tập thể thao nặng...

Đặc điểm tiêu máu:

Tiêu máu đầu dòng, cuối dòng hay toàn dòng, giúp gợi ý vị trí tổn thương: tại thận, niệu quản hay bàng quang, niệu đạo.

Có kèm tiêu máu cục hoặc sợi dây máu: đây là một dấu hiệu gần như chắc chắn tiêu máu do bệnh lý đường tiết niệu (không từ cầu thận). Vì lượng máu chảy trực tiếp từ chỗ tổn thương vào nước tiêu với số lượng nhiều, đủ để tạo cục máu đông. Tiêu máu từ cầu thận hầu như không gây tiêu máu cục (có thể gặp trong bệnh thận IgA).

Lý do khiến bệnh cầu thận không gây tiêu máu cục: do sự hiện diện của urokinase và chất kích hoạt plasminogen ở cầu thận và ống thận có tác dụng tiêu sợi huyết. Ngoài ra tiêu máu ở cầu thận là một quá trình tồn thương mao mạch lan tỏa, với lượng máu ít so với thể tích lọc của cầu thận khá lớn. Vì thế, sự hình thành cục máu đông khó xảy ra.

Ngoài ra khi có máu cục sẽ chắc chắn đây là tiêu máu, không cần phân biệt với các nguyên nhân khác làm nước tiểu sậm màu như tiêu Hb, tiêu myoglobin...

Các triệu chứng đi kèm gợi ý vị trí và nguyên nhân tiêu máu:

- Các triệu chứng gợi ý tiêu máu do nguyên nhân ngoài cầu thận như nhiễm trùng, sỏi, u bướu...

- Sốt: tiêu máu do nhiễm trùng tiêu.
- Đau hông lưng, đau hạ vị, cơn đau quặn thận: sỏi.
- Hội chứng niệu đạo cấp: tiêu gắt buốt, tiêu lắt nhắt, tiêu khó, tiêu ngập ngừng, tiêu gấp, tiêu són, nhò giọt.
- Các triệu chứng gợi ý tiêu máu do nguyên nhân bệnh cầu thận: phù, tăng huyết áp, tiêu ít.

3.2. Khai thác tiền căn

Chú ý tiền căn: tiêu máu, tiêu ra sỏi, nhiễm trùng tiểu, sỏi niệu (phát hiện qua siêu âm, X quang KUB...hoặc đã được điều trị), phẫu thuật lấy sỏi, hoặc u bướu đường tiết niệu.

Đã được làm các thủ thuật niệu khoa: đặt thông tiểu, soi bàng quang.

Tiền căn dùng một số thuốc có thể gây tiêu máu: cyclophosphamide gây viêm bàng quang xuất huyết, lạm dụng thuốc giảm đau gây hoại tử nhú thận, kháng sinh gây viêm mô kẽ thận cấp, xạ trị vùng bụng chậu trong điều trị ung thư.

Nhiễm trùng da, hầu họng gần đây gợi ý tiêu máu do viêm cầu thận hậu nhiễm liên cầu trùng, bệnh thận IgA.

Đau khớp, nổi hồng ban, loét miệng: bệnh lupus đỏ.

Bệnh nhân tiêu máu liên quan chu kỳ kinh nguyệt: do bệnh nhân đang có kinh hoặc do lạc nội mạc tử cung của đường tiêu gây tiêu máu trong và sau khi có kinh.

Tiền căn gia đình: có bệnh nhân thận mạn, thận đa nang, hội chứng Alport (diết, giảm thị lực), bệnh thận IgA, bệnh thận màng đáy mỏng... Đây là các bệnh di truyền và có tính chất gia đình. Gia đình có người bị lao.

3.3. Khám thực thể một bệnh nhân tiêu máu

Sốt gợi ý nhiễm trùng, nhiễm siêu vi. Tổng trạng gầy suy kiệt gấp trong lao, ung thư hệ tiết niệu.

Phù, huyết áp cao, tiêu ít gọi ý viêm cầu thận cấp hoặc mạn.

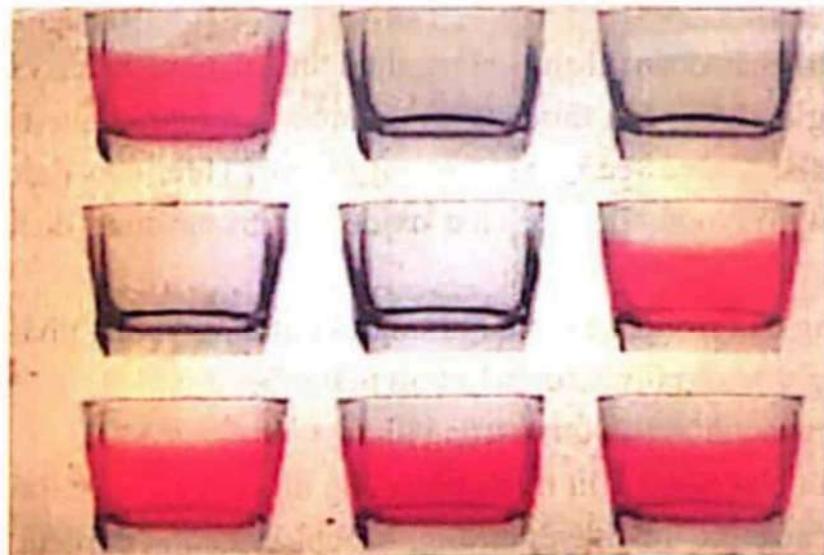
Da niêm: thiếu máu, loét miệng hầu họng, xuất huyết da niêm: gợi ý tiêu máu do rối loạn đông máu, lupus đỏ ...

Bụng: thận to, rung thận (+) 1 hoặc 2 bên trong viêm đài bể thận cấp, thận ứ nước do tắc nghẽn, u thận, thận đa nang.

Cầu bàng quang: do tắc nghẽn đường tiểu dưới có thể do u, sỏi, cục máu đông, chấn thương niệu đạo hoặc u từ ngoài xâm lấn, chèn ép cổ bàng quang-niệu đạo...

Khám cơ quan sinh dục ngoài: tinh hoàn, mào tinh hoàn: gợi ý lao niệu sinh dục.

Làm nghiệm pháp ba ly: phương pháp cổ điển để gợi ý vị trí tiêu máu. Cho bệnh nhân tiêu lần lượt vào ba ly và quan sát bằng mắt thường xem ly nào nhiều máu nhất (đỏ nhất).



Hình 2. Nghiệm pháp 3 ly
(Nguồn: www.kidneyservicechina.com)

Cả 3 ly đỏ như nhau - tiêu máu toàn dòng: do tổn thương cầu thận, đường tiểu trên.

Ly 3 đỏ nhất - tiêu máu cuối dòng: tổn thương ở bàng quang.

Ly 1 đỏ nhất - tiêu máu đầu dòng: tổn thương ở niệu đạo, tiền liệt tuyến.

Tuy nhiên nếu tổn thương nặng bất cứ vị trí nào cũng có thể gây tiêu máu toàn dòng. Ví dụ khối u ác tính ở bàng quang, viêm bàng quang xuất huyết... Do đó nghiệm pháp 3 ly chỉ có giá trị tương đối trong chẩn đoán vị trí tiêu máu.

4. TIẾP CẬN MỘT BỆNH NHÂN TIÊU MÁU

Để tiếp cận bệnh nhân tiêu máu, cần trả lời các câu hỏi sau:

- Chẩn đoán xác định: bệnh nhân có thực sự tiêu máu không?

- Chẩn đoán vị trí: tiểu máu nguồn gốc từ cầu thận (glomerular) hay ngoài cầu thận (non-glomerular), từ đường tiêu trên (thận, niệu quản) hay đường tiêu dưới (bàng quang, niệu đạo).
 - Chẩn đoán nguyên nhân: các nguyên nhân thường gặp của tiểu máu từ cầu thận và ngoài cầu thận là gì?
 - Biến chứng của tiểu máu là gì?

5. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

5.1. Tổng phân tích nước tiểu 10 thông số bằng que nhúng dipstick

Que nhúng có tẩm sẵn chất hóa học sẽ phản ứng với hoạt tính peroxidase của Hem có trong hồng cầu, Hb, myoglobin khiến chất chi thị màu chuyển từ màu cam thành màu xanh lục đến xanh đậm.

Thời gian đọc 60 giây. Giá trị chẩn đoán: nhanh chóng, định tính, rẻ tiền, độ nhạy cao.

Trường hợp (+) giả (không có hồng cầu thực sự trong nước tiểu nhưng que nhúng cho kết quả dương tính): các chất sau có thể gây phản ứng (+) với Hem như tinh dịch sau phóng tinh, tiểu hemoglobin, myoglobin, các chất oxide hóa trong dung dịch khử trùng, pH nước tiểu > 9.

Trường hợp (-) giả (có hồng cầu trong nước tiểu nhưng que nhúng không phát hiện được): rất ít gặp. Do lượng nhập vitamin C nhiều, pH nước tiểu < 5.

Ngoài ra, cần khảo sát thêm các thông số quan trọng khác:

Tiêu đậm: chỉ cần 1 ml máu pha trong 1 lít nước tiểu cũng đủ để nước tiểu đổi màu đỏ. Lượng máu này chứa khoảng 0,6 ml huyết tương, sẽ chứa 35 mg protein (nếu protein huyết tương 60 g/L). Nồng độ protein này dưới ngưỡng phát hiện của que nhúng dipstick, vì thế xét nghiệm đậm niệu (-).

Khi tiểu đậm > 1 – 2 g/L gợi ý tiểu máu có nguồn gốc cầu thận. Nếu tiểu máu kèm tiểu đậm suy thận và các dấu hiệu khác gợi ý bệnh cầu thận hoặc tiểu đậm vẫn còn sau khi điều trị nhiễm trùng, cần chuyển khám chuyên khoa nội thận (làm thêm các xét nghiệm đậm niệu/24 giờ, tìm nguyên nhân và đánh giá sinh thiết thận).

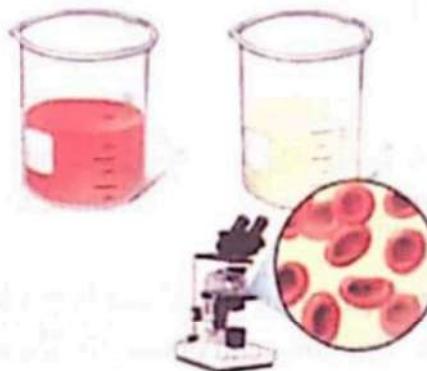
Tuy nhiên, khi tiểu máu do nguồn gốc không cầu thận với số lượng lớn, đặc biệt tiểu máu cục cũng có thể gây tiểu đậm, thường < 1 g/L. Cần chuyển khám chuyên khoa ngoại niệu để tầm soát bệnh và đánh giá nguy cơ ung thư hệ niệu (bao gồm xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh thận, niệu quản, bàng quang và nội soi bàng quang).

Cần xem xét thời điểm xuất hiện tiểu máu. Nếu tiểu máu mới xuất hiện thêm ở một bệnh nhân đã có tiền căn tiểu đậm trước đó, cũng cần khảo sát thêm các nguyên nhân ở đường tiết niệu.

Tiêu bạch cầu: tiêu máu nhiều thường kèm tiêu bạch cầu nhưng số lượng ít. Nếu số lượng bạch cầu tương đối nhiều so với hồng cầu, gợi ý nhiễm trùng tiêu, lao niệu, viêm ống thận mõ kẽ. Tiêu bạch cầu kèm nitrit (+) gợi ý tiêu máu do nhiễm trùng đường tiêu. Cần cấy nước tiểu (kháng sinh đồ). Nếu nghi ngờ lao niệu sẽ soi trực tiếp sau khi nhuộm Ziehlstiel- Nelson, cấy trên môi trường Loewenstein hoặc thử PCR trong nước tiểu tìm vi khuẩn lao.

5.2. Cận lăng nước tiểu

Phát hiện hồng cầu qua soi kính hiển vi thường và kính hiển vi quang học. Định lượng cho kết quả chính xác, kiểm tra bệnh nhân thực sự có tiêu máu khi que nhúng có kết quả (+). Chẩn đoán tiêu máu khi ≥ 3 hồng cầu/QT 40.

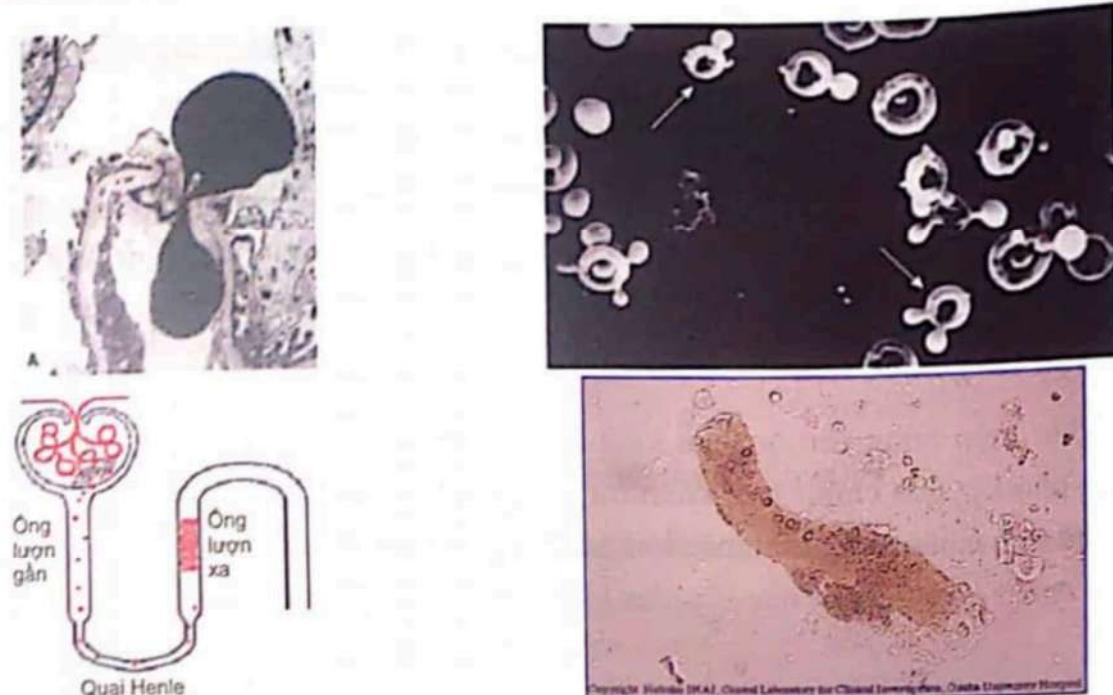


Hình 3. Soi cận lăng nước tiểu

(Nguồn: Hematuria – Harvard Health; www.health.harvard.edu)

Ngoài ra, cận lăng nước tiểu giúp chẩn đoán chắc chắn tiêu máu có nguồn gốc từ cầu thận trong các trường hợp:

- Tìm được trụ hồng cầu. Thường gặp trong viêm cầu thận hoạt tính cao.
- Xem hình dạng hồng cầu dưới kính hiển vi quang học có độ phóng đại lớn. Hồng cầu biến dạng méo mó, kích thước to nhỏ không đều với tỷ lệ biến dạng trên 80%, sự hiện diện của chồi, nhú từ hồng cầu, hồng cầu hình nhẫn (acanthocyte) chiếm tỷ lệ 5%.
- Khi tiêu máu có nguồn gốc ngoài cầu thận, hồng cầu đồng dạng tròn đều hoặc có hình gai đồng đều do ở trong nước tiểu quá lâu làm biến dạng hồng cầu.
- Tế bào học nước tiểu: tìm tế bào ác tính của niêm mạc đường tiêu gợi ý ung thư đường tiết niệu, đặc biệt ở bệnh nhân có nguy cơ ung thư.



Hình 4. Trụ hồng cầu – hồng cầu hình nhẵn

(Nguồn: Clinical laboratory for Clinical Investigation, Osaka University Hospital)

Sau khi qua màng đáy cầu thận, hồng cầu sẽ kết hợp với đạm Tamm-Horsfall tại ống thận xa, tạo thành trụ hồng cầu. Trụ hồng cầu chứng tỏ tiểu máu có nguồn gốc cầu thận.

5.3. Cặn Addis

Đếm số hồng cầu, bạch cầu, các trụ trong 1 phút. Phương pháp: thường lấy nước tiểu trong 3 giờ. 6 giờ sáng bệnh nhân đi tiểu hết. Sau đó, uống 200 – 300 ml nước, nằm nghỉ. 9 giờ tiểu hết vào cốc thuỷ tinh, đo thể tích nước tiểu (V ml). Lắc đều nước tiểu trong cốc, lấy 10 ml quay ly tâm, hút bỏ 9 ml phần trên, còn 1 ml cặn lắc đều, đem lên buồng đếm.

Bình thường: hồng cầu: 1.000/phút, bạch cầu: 2.000/phút, 1 – 3 trụ hình/phút.

Chẩn đoán tiểu máu khi ≥ 5.000 hồng cầu/phút. Tiểu máu đại thể khi ≥ 30.000 hồng cầu/phút.

5.4. Cấy nước tiểu khi có triệu chứng nhiễm trùng tiểu

Sốt, hội chứng niệu đạo cấp, đau hông lưng. Đặc biệt khi tiểu máu kèm tiểu bạch cầu, nitrit (+). Xét nghiệm kiểm tra tiểu máu 4 - 6 tuần sau điều trị kháng sinh.

5.5. Các xét nghiệm chẩn đoán nguyên nhân bệnh cầu thận

Khi tiêu máu có dấu hiệu gợi ý do bệnh cầu thận, các xét nghiệm cần thực hiện thêm để tìm nguyên nhân: đậm niệu/24 giờ, ANA, anti-dsDNA, ANCA, ASO, HBsAg, anti HCV, kháng thể kháng màng đáy-GBM.

5.6. Sinh thiết thận

Thường không chỉ định trong:

- Tiêu máu đơn độc: không tiêu đậm, không suy thận, không tăng huyết áp, không biểu hiện toàn thân hoặc tiền cản gia đình có bệnh thận. Do các trường hợp này không có điều trị đặc hiệu, tiên lượng rất tốt. Không cần phải sinh thiết mà chỉ cần theo dõi.
- Viêm cầu thận cấp hậu nhiễm liên cầu trùng.
- Tiêu máu đơn độc, kéo dài không do cầu thận (hồng cầu không biến dạng, không tiêu đậm): cần khảo sát hình ảnh học và nội soi bàng quang.

Chi sinh thiết khi có bắt đầu có dấu hiệu bệnh thận tiến triển: tiêu protein, tăng huyết áp và suy thận. Một số bệnh lý cầu thận thứ phát cũng cần được sinh thiết thận như: lupus đỏi hệ thống biến chứng thận, hội chứng Henoch Schonlein.

6. CÁC XÉT NGHIỆM HÌNH ẢNH HỌC

Thực hiện khi nghi ngờ tiêu máu có nguồn gốc ngoài cầu thận để phát hiện bệnh lý tại thận, niệu quản, bàng quang, tuyến tiền liệt, đặc biệt ở bệnh nhân lớn tuổi, tiêu máu đại thể và nguy cơ cao ung thư đường tiết niệu.

6.1. Siêu âm thận-tiết niệu

Xét nghiệm không xâm lấn, nhanh chóng, rẻ tiền và phát hiện được nhiều bệnh lý thận, hệ tiết niệu gây tiêu máu. Đặc biệt có lợi ở phụ nữ có thai do không dùng thuốc cản quang.

Hình ảnh siêu âm thận bình thường: kích thước 2 thận: dài 9 – 12 cm, rộng 4 – 6 cm, dày 0,3 – 0,4 cm, thường không bằng nhau, thay đổi 1 – 1,5 cm. Nếu 2 bên chênh lệch > 1,5 – 2 cm phải nghi ngờ hẹp động mạch thận 1 bên. Niệu quản không thấy trên siêu âm, chỉ thấy khi niệu quản giãn to.

Có thể phát hiện được: kích thước thận nhỏ (teo) < 8 cm, độ phản âm dày, cấu trúc vỏ tuy không phân biệt rõ trong bệnh thận mạn.

Sỏi niệu: ở nhu mô thận, đài bể thận, niệu quản, sỏi san hô. Tắc nghẽn đường niệu. Áp-xe thận, áp-xe quanh thận, máu tụ quanh thận.

U thận, u bàng quang: không phân biệt được u lành, u ác, trừ trường hợp angiomyolipoma.

Bệnh lý thận đa nang: kích thước thận lớn, giới hạn tuy-vô mát, toàn bộ thận có rất nhiều nang, có thể kèm gan-tụy đa nang.

Lao thận: đường viền không đều, ứ nước từng vùng, nốt vôi hóa trong mỗi thận, có thể ứ nước toàn bộ do lao hép niệu quản.

Viêm bàng quang: dày vách và phủ nè lớp niêm mạc, có nhiều cặn, cục máu đông trong bàng quang, cầu bàng quang (+) khi bị tắc nghẽn cổ bàng quang - niệu đạo. Bệnh lý tuyến tiền liệt: có thể phát hiện viêm tuyến tiền liệt, bướu lành, ung thư, nang, vôi hóa.

Chèn ép từ ngoài vào như: hạch, u vùng chậu, thai, ung thư cổ tử cung, u xơ tử cung.

6.2. Chụp X quang bụng không sonda soạn (còn gọi là chụp KUB: kidney, ureter, bladder).

Phát hiện sỏi cản quang hệ niệu. Nếu bóng thận to chứng tỏ sỏi niệu gây tắc.

6.3. Chụp hệ niệu có thuốc cản quang tĩnh mạch (chụp UIV)

Dánh giá được chức năng bài tiết của từng thận, biến đổi hình thể đài bể thận, xác định sỏi và vị trí sỏi và tắc nghẽn đường tiểu. Hiện nay, ít thực hiện vì không phát hiện được sỏi và u có kích thước nhỏ.

6.4. Chụp niệu quản-bể thận ngược dòng (chụp UPR-Urétero pyélographie rétrograde).

Phát hiện các trường hợp hẹp, tắc niệu quản do sỏi hoặc các nguyên nhân khác, đặc biệt khi chụp UIV thận không bài tiết thuốc cản quang.

6.5. Chụp cắt lớp vi tính và chụp cộng hưởng từ

Chụp cắt lớp vi tính (CT: computed tomography) và chụp cộng hưởng từ (MRI: magnetic resonance imaging) không và có sử dụng thuốc cản quang là xét nghiệm hình ảnh học thường dùng nhất để đánh giá tiêu máu đại thê và vi thê. Phát hiện được:

- Các u ở đường tiết niệu: thận, bàng quang, tuyến tiền liệt. U sau phúc mạc, u tuyến thượng thận, kén thận. Phát hiện được tồn thương nhỏ < 3 cm.

- Chấn thương thận.

- Các bệnh lý nhiễm khuẩn nhu mô thận và khoang quanh thận: viêm thận bể thận cấp, áp xe thận, lao thận.

Chụp cắt lớp vi tính hệ niệu có độ nhạy cao với sỏi, tắc nghẽn, u thận và các bất thường khác trong ổ bụng ngoài hệ niệu. Không phát hiện được u kích thước nhỏ.

Chụp cộng hưởng từ không cản quang có lợi ở bệnh nhân chống chỉ định dùng thuốc cản quang do suy thận, dị ứng hoặc ở phụ nữ mang thai.

6.6. Chụp mạch cắt lớp vi tính và chụp mạch cộng hưởng từ

Chụp mạch cắt lớp vi tính (CTA: CT angiography) và chụp mạch cộng hưởng từ (MRA: magnetic resonance angiography): chẩn đoán tiêu máu do các bệnh mạch máu như: túi phình động mạch, rò động mạch tĩnh mạch, u mạch máu, tắc hẹp động mạch thận, đái ra máu không rõ nguyên nhân.

6.7. Soi bàng quang, niệu đạo

Thường thực hiện ở các bệnh nhân tiêu máu đại thể, có máu cục hoặc tiêu máu không rõ nguyên nhân dù đã làm các xét nghiệm hình ảnh học, đặc biệt ở người có yếu tố nguy cơ cao của ung thư.

Có thể thấy được máu đang chảy ra từ niệu đạo, bàng quang hoặc chảy máu từ thận phải hay thận trái.

Phát hiện ung thư, sỏi, viêm bàng quang xuất huyết và niệu đạo. Hẹp niệu đạo do phì đại tuyến tiền liệt.

7. NGUYÊN NHÂN TIỂU MÁU

7.1. Nguyên nhân thường gặp của tiêu máu có nguồn gốc cầu thận

Bệnh thận IgA. Thường gây tiêu máu đại thể tái phát sau nhiễm trùng đường hô hấp trên. Biểu hiện lâm sàng đa dạng, tiêu máu có thể kèm tiêu protein và suy thận.

Viêm cầu thận cấp hậu nhiễm liên cầu trùng.

Bệnh thận màng đáy mỏng. Màng đáy cầu thận mỏng. Tiên lượng tốt. Hiếm khi gây suy thận, có tính chất gia đình. Còn gọi là tiêu máu gia đình lành tính.

HC Alport (viêm thận di truyền). Biểu hiện lâm sàng chính là tiêu máu, viêm thận tiến triển kèm tiêu protein và giảm chức năng thận, điếc và giảm thị lực.

Viêm cầu thận tiến triển nhanh.

Viêm cầu thận nguyên phát và thứ phát khác: viêm cầu thận tăng sinh màng, viêm thận lupus, hội chứng Henoch Schonlein, viêm cầu thận hậu nhiễm liên cầu trùng, viêm mạch máu, hội chứng tán huyết ure huyết.

7.2. Nguyên nhân thường gặp của tiêu máu có nguồn gốc không cầu thận

Nhiễm trùng: viêm đài bể thận cấp, viêm bàng quang, viêm tuyến tiền liệt, lao niệu. Nhiễm ký sinh trùng: sán máng Schistosomiasis haematobium, gây viêm bàng quang, viêm niệu đạo. Có thể tiến triển dẫn đến ung thư bàng quang.

Sỏi, dị vật.

U bướu lành hoặc ung thư (thận, niệu quản, bàng quang, tuyến tiền liệt), nang thận, thận đa nang xuất huyết.

Gắng sức, chấn thương do tai nạn, chơi thể thao, thủ thuật niệu khoa.

Thuốc: cyclophosphamide, xạ trị vùng bụng chậu gây viêm bàng quang xuất huyết.

Rối loạn đông máu: bệnh hemophilia hay dùng quá nhiều thuốc aspirin, heparin, warfarin. Lâm sàng thường kèm xuất huyết các nơi khác trong cơ thể. Thường các loại thuốc kháng đông sẽ làm nặng thêm tình trạng tiêu máu do các nguyên nhân khác. Vì thế vẫn cần tầm soát các nguyên nhân khác gây tiêu máu ở các bệnh nhân này.

Bệnh lý mạch máu: tăng huyết áp ác tính, hồng cầu hình liềm và các bệnh lý động tĩnh mạch thận: thuyên tắc động mạch, thuyên tắc tĩnh mạch, dị dạng động tĩnh mạch, rò động mạch – tĩnh mạch.

8. CHẨN ĐOÁN VỊ TRÍ TIÊU MÁU

Các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng giúp chẩn đoán tiêu máu có nguồn gốc cầu thận và có nguồn gốc ngoài cầu thận.

Bảng 1. Phân biệt các nguyên nhân tiêu máu

	Tiêu máu cầu thận	Tiêu máu ngoài cầu thận
Đặc điểm lâm sàng		
Đặc điểm tiểu máu	Luôn tiểu máu toàn dòng. Nước tiểu màu đỏ sậm, nâu, màu coca.	Tiểu máu đầu dòng, cuối dòng có thể toàn dòng nếu tồn thương nặng hoặc tại thận. Nước tiểu màu hồng, đỏ tươi.
Máu cục	Hầu như không bao giờ (có thể gặp trong bệnh thận IgA).	Có thể có, đây là dấu hiệu gần như chắc chắn.
Triệu chứng đi kèm	Phù, tăng huyết áp, tiểu ít. Đau hông lưng nhẹ. Sốt, phát ban, ngứa.	Triệu chứng kích thích đường tiêu dưới: tiểu khó, tiểu lắt nhắt, nhiều lần, tiểu gấp, tiểu ngập ngừng. Có thể vô niệu hoặc bí tiểu do biến chứng tắc nghẽn. Cơn đau quặn thận hay đau hông lưng lan xuống bẹn đùi, bộ phận sinh dục ngoài.
Tiền căn bản thân	Tiểu máu, phù, tăng huyết áp. Nhiễm trùng hầm họng da.	Nhiễm trùng tiểu, sỏi niệu. Lạm dụng thuốc giảm đau. Có các yếu tố nguy cơ ung thư đường tiết niệu.

Tiền căn gia đình: bệnh lý di truyền, có tinh chất gia đình	Bệnh thận màng đáy mỏng, hội chứng Alport, bệnh thận IgA, bệnh thận mạn.	Bệnh thận đa nang.
Chấn thương	Không.	Do va đập, té ngã, tập thể dục nặng.

Đặc điểm cận lâm sàng

Chức năng thận	Thường giảm trong viêm cầu thận hoạt tính cao.	Bình thường hoặc giảm nếu có biến chứng tắc nghẽn đường tiết niệu.
Tiểu đạm	Thường gấp, $> 1 - 2 \text{ g/L}$.	Ít gấp, $< 1 \text{ g/L}$ nếu tiểu máu số lượng nhiều.
Hình dạng hồng cầu	Hồng cầu biến dạng (hồng cầu hình nhẫn).	Hồng cầu tròn đều hoặc hình gai nhưng đồng dạng.
Trụ hồng cầu	Có.	Không.
Các xét nghiệm hình ảnh học: siêu âm, UIV, chụp CT, cộng hưởng từ... Soi bàng quang	Bình thường. Độ phản âm dày, vỏ tùy khó phân biệt trong bệnh thận mạn.	Thận ứ nước, dãn nở dài bể thận, niệu quản, cầu bàng quang. Sỏi. U đường tiết niệu, tuyến tiền liệt và các bệnh lý khác xâm lấn đường tiết niệu: bệnh lý tử cung phần phụ, u vùng chậu,...

Tiểu máu do cầu thận nước làm tiểu đậm màu, màu coca: do quá trình, thời gian di chuyển của hồng cầu tại nephron kéo dài và pH nước tiểu acid có thể tạo thành methemoglobin khiến nước tiểu chuyển thành màu nâu hoặc coca.

9. CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA UNG THƯ ĐƯỜNG TIẾT NIỆU

- > 35 tuổi.
- Nam.
- Hút thuốc lá, có liên quan số lượng hút.
- Tiền căn: tiểu máu đại thể, nhiễm trùng tiểu mạn tính, xạ trị vùng chậu, hội chứng kích thích đường tiêu, đặt dụng cụ trong hệ niệu kéo dài.
- Tiền căn tiếp xúc hóa chất, chất nhuộm (benzene): thợ sơn, thợ in, sử dụng hóa chất cho cây trồng.
- Tiền căn dùng thuốc: cyclophosphamide, lạm dụng thuốc giảm đau, thảo dược Trung Quốc (aristolochic acid) dễ gây ung thư thận.

10. THEO DÕI TIỂU MÁU

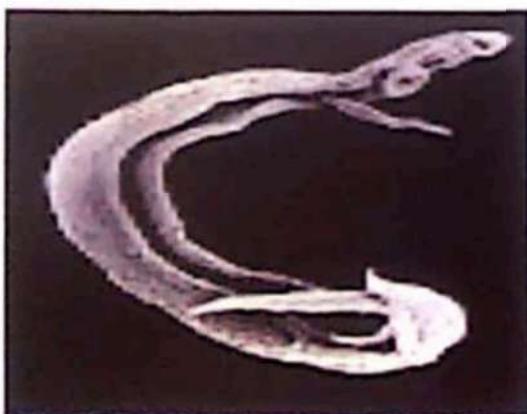
Tiểu máu lành tính, thoáng qua thường gặp trong: hoạt động thể lực nặng, giao hợp, chấn thương, nhiễm siêu vi.

Trường hợp tiểu máu do có kinh, gắng sức hoặc nhiễm trùng tiêu: sẽ kiểm tra lại nước tiểu sau khi bệnh nhân hết kinh hoàn toàn, 4 – 6 tuần sau khi nghỉ ngơi hoặc đã điều trị nhiễm trùng để xem tiểu máu còn kéo dài hay đã hết.

Khoảng 5 – 10% không tìm được nguyên nhân dù đã làm đầy đủ các xét nghiệm. Việc theo dõi bệnh nhân là quan trọng vì ảnh hưởng đến tiên lượng. Cần kiểm tra định kỳ creatinine máu, tổng phân tích nước tiểu tối thiểu mỗi năm.

Tiểu máu đơn độc kéo dài thường do các nguyên nhân sau:

- Bệnh thận IgA.
- Bệnh thận màng đáy mỏng.
- Viêm cầu thận tăng sinh màng không lắng đọng IgA.
- Hội chứng Alport.
- Tăng tiêu canxi và axít uric: tiền căn gia đình thường có sỏi niệu. Làm xét nghiệm định lượng canxi và axít uric trong nước tiểu 24 giờ.
- Các trường hợp hiếm gặp: viêm bàng quang do xạ trị, nhiễm sán máng schistosomiasis, biến dạng và rò động tĩnh mạch.



Hình 5. Sán máng và trứng xâm nhập niêm mạc bàng quang gây tiểu máu, ung thư
(Nguồn: Ký sinh trùng, 2009, Nguyễn Đình Nga)

Nếu tiểu máu đại thể kèm máu cục nên chuyển cho chuyên khoa tiết niệu (urology) để thực hiện các xét nghiệm hình ảnh hoặc nội soi bàng quang.

Nếu tiểu máu kèm các dấu hiệu gợi ý bệnh cầu thận sẽ chuyển chuyên khoa nội thận (nephrology).

11. BIẾN CHỨNG CỦA TIỂU MÁU

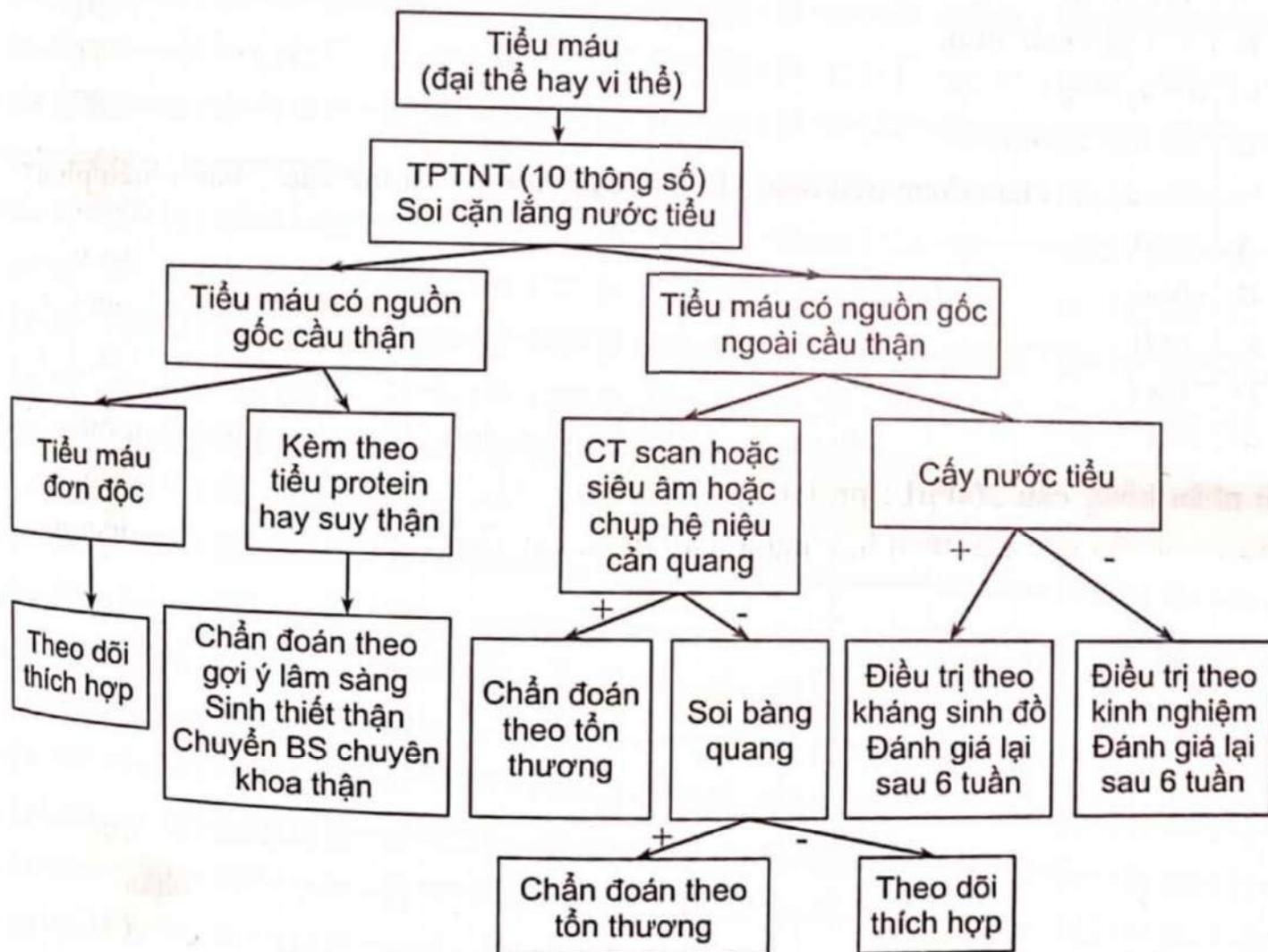
Gây thiếu máu nếu tiêu máu với số lượng nhiều. Thường gặp trong chấn thương thận, ung thư thận, thận đa nang xuất huyết tái phát.

Gây tắc nghẽn niệu quản, bàng quang do cục máu đông.

12. KẾT LUẬN

Tiêu máu (đại thể hay vi thể) là vấn đề y khoa thường gặp. Tiếp cận chẩn đoán cần đúng và đủ để không bỏ sót chẩn đoán và không làm quá nhiều xét nghiệm. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán, vẫn có những trường hợp không tìm được nguyên nhân. Mức độ tiêu máu không liên quan đến mức độ nặng của bệnh, nên xem tiêu máu là dấu hiệu của một bệnh quan trọng và không nên bỏ qua.

Hiện nay, chưa có khuyến cáo việc tầm soát tiêu máu trong cộng đồng.



Sơ đồ 1. Tiếp cận bệnh nhân tiêu máu

CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Tiêu máu cuối dòng thì vị trí chảy máu sẽ nằm ở đâu trên đường tiết niệu?
 - A. Cầu thận
 - B. Niệu quản
 - C. Bàng quang
 - D. Niệu đạo
2. Đặc điểm cặn lăng nước tiểu nào sau đây là của tiêu máu có nguồn gốc ngoài cầu thận?
 - A. Trụ hồng cầu
 - B. Hồng cầu biến dạng trên 80%
 - C. Hồng cầu hình nhẵn trên 5%
 - D. Hồng cầu đồng dạng
3. Dùng thuốc nào sau đây sẽ có nguy cơ gây tiêu máu?
 - A. Rifamycin
 - B. Cyclophosphamide
 - C. Methyldopa
 - D. Nitrofurantoin
4. Tiêu chuẩn để chẩn đoán tiêu máu khi làm cặn Addis là hồng cầu ≥ bao nhiêu/phút?
 - A. 2.000
 - B. 3.000
 - C. 4.000
 - D. 5.000
5. Bệnh nhân nam, 28 tuổi, khám sức khỏe định kỳ được làm tổng phân tích nước tiểu ghi nhận hồng cầu 200/ μL ; protein 1 g/L; nitrite âm; bạch cầu âm. Để phân biệt tiêu máu có nguồn gốc cầu thận hay ngoài cầu thận, cận lâm sàng cần thực hiện tiếp theo là gì?
 - A. Cặn lăng nước tiểu
 - B. Cặn Addis
 - C. Protein niệu 24 giờ
 - D. Siêu âm bụng
6. Bệnh nhân nam, 45 tuổi, đến khám vì tiêu gắt buốt, kèm tiêu máu cục, cuối dòng. Bệnh nhân không kèm theo sốt hay đau lưng. Bệnh nhân được làm tổng phân tích nước tiểu ghi nhận hồng cầu 200/ μL ; protein 0,3 g/L; nitrite âm; bạch cầu 500/ μL . Chẩn đoán có thể nhất của bệnh nhân này là gì?
 - A. Viêm đài bể thận cấp
 - B. Viêm bàng quang cấp

- C. Viêm niệu đạo cấp
D. Viêm tuyến tiền liệt cấp
7. Nguyên nhân nào sau đây gây tiêu máu có nguồn gốc từ cầu thận?
- Ung thư bàng quang
 - Nhiễm trùng tiểu
 - Bệnh thận IgA
 - Sỏi đường tiết niệu
8. Nguyên nhân nào sau đây gây tiêu máu có nguồn gốc ngoài cầu thận?
- Sỏi đường tiết niệu
 - Hội chứng thận hư
 - Hội chứng Alport
 - Bệnh thận IgA
9. Triệu chứng nào sau đây thường đi kèm với tiêu máu có nguồn gốc từ cầu thận?
- Hội chứng niệu đạo cấp
 - Tiêu ra máu cục
 - Phù
 - Cơn đau quặn thận
10. Ở bệnh nhân tiêu máu, khám thực thể ghi nhận triệu chứng nào sau đây thì gợi ý tiêu máu có nguồn gốc từ cầu thận?
- Phù, tăng huyết áp, tiêu ít
 - Cầu bàng quang
 - Sốt
 - Đau hông lưng
11. Yếu tố nào sau đây KHÔNG phải là yếu tố nguy cơ của ung thư đường tiết niệu?
- Nữ
 - Trên 35 tuổi
 - Hút thuốc lá
 - Dùng cyclophosphamide
12. Bệnh nhân nam, 50 tuổi, đến khám vì tiêu máu, có máu cục cuối dòng. Bệnh nhân sụt 10 kg trong 2 tháng qua. Tiền căn: hút thuốc lá 20 gói-năm. Đái tháo đường típ 2 và tăng huyết áp điều trị thường xuyên, không rõ biến chứng. Khám cơ quan chưa ghi nhận bất thường. Yếu tố nguy cơ ung thư đường tiết niệu của bệnh nhân này là gì?
- Đái tháo đường típ 2, tăng huyết áp, 50 tuổi
 - Tăng huyết áp, 50 tuổi, hút thuốc lá
 - 50 tuổi, hút thuốc lá, nam giới
 - Đái tháo đường típ 2, tăng huyết áp, hút thuốc lá

13. Bệnh nhân nam, 20 tuổi, đến khám vì phù, bệnh 3 ngày. Khám ghi nhận huyết áp 150/90 mmHg, phù toàn thân, tim đều, phổi thô, bụng mềm. Bệnh nhân được làm tổng phân tích nước tiểu ghi nhận hồng cầu 200/ μ L; protein 3 g/L; nitrite âm; bạch cầu âm. Nguồn gốc tiểu máu của bệnh nhân này nhiều khả năng nhất là từ đâu?

- A. Cầu thận
- B. Đài bể thận
- C. Niệu quản
- D. Bàng quang

14. Bệnh nhân nam, 24 tuổi, đến khám vì phù, tăng huyết áp, tiểu ít. Sau khi hỏi bệnh sử, khám thực thể và làm một số xét nghiệm, bệnh nhân được chẩn đoán viêm cầu thận cấp hậu nhiễm liên cầu trùng. Cận lâm sàng nào sau đây không nên thực hiện trên bệnh nhân này?

- A. Siêu âm bụng
- B. Sinh thiết thận
- C. Cận Addis
- D. Protein niệu/24 giờ

15. Trong chẩn đoán tiểu máu, xét nghiệm cần phải làm ban đầu là xét nghiệm nào?

- A. Cận lắng nước tiểu
- B. Cận Addis
- C. Tổng phân tích nước tiểu
- D. Protein niệu 24 giờ

Đáp án: 1C, 2D, 3B, 4D, 5A, 6B, 7C, 8A, 9C, 10A, 11A, 12C, 13A, 14B, 15C.

TÌNH HUỐNG LÂM SÀNG THẢO LUẬN

❖ Tình huống 1

Bệnh nhân Nguyễn Hoàng V., nam, sinh năm 1995, nhập viện vì tiểu sậm màu.

Bệnh sử: cách nhập viện 9 ngày, bệnh nhân đột ngột đi tiểu sậm màu, giống xá xị, toàn dòng, không máu cục, không tiểu ra sỏi, không tiểu gắt buốt, không đau hông lưng, không phù, thể tích nước tiểu khoảng 1.000 – 1.200 ml/24 giờ. Bệnh nhân không điều trị gì, tình trạng tiểu sậm màu vẫn còn nên bệnh nhân khám và nhập viện Bệnh viện Nhân dân Gia Định

Tiền căn: không ghi nhận tiền căn gì đặc biệt.

Khám: sinh hiệu ghi nhận mạch 88 lần/phút, huyết áp 150/80 mmHg, nhịp thở 18 lần/phút; nhiệt độ 37°C. Khám các cơ quan: chưa ghi nhận bất thường.

Cận lâm sàng:

Tổng phân tích nước tiểu 10 thông số (TPTNT 10TS):

Hồng cầu	250/ μ L	Protein	5 g/L
Urobilinogen	bình thường	Glucose	bình thường
Bilirubin	âm	pH	6,5
Nitrite	âm	Tỷ trọng	1,015
Ketones	âm	Bạch cầu	25/ μ L

Soi cặn lắng nước tiểu: hồng cầu: 15 – 20/QT 40, hồng cầu biến dạng > 80%, hồng cầu hình nhẵn; Trụ hồng cầu: 3/QT 40; Bạch cầu: 0/QT 40.

Câu hỏi:

1. Tóm tắt bệnh án – Đặt vấn đề – Biện luận vấn đề của bệnh nhân?
2. Bệnh nhân này cần làm thêm các xét nghiệm gì?
3. Biện luận tổng phân tích nước tiểu của bệnh nhân?
4. Bệnh nhân này có chỉ định sinh thiết thận không? Vì sao?

❖ **Tình huống 2**

Bệnh nhân Nguyễn Thị N., nữ, sinh năm 1962, nhập viện vì tiểu màu đờ tơi.

Bệnh sử: sáng ngày nhập viện, sau khi ngủ dậy, bệnh nhân đột ngột đi tiểu màu đờ tơi, toàn dòng, lẫn ít máu cục. Kèm theo đó bệnh nhân có tiểu tiêu gắt buốt, không sốt không tiểu ra sỏi, không đau hông lưng, không phù. Bệnh nhân cảm thấy lo lắng nên bệnh nhân khám phòng khám chuyên khoa Nội thận. Trong quá trình bệnh, bệnh nhân không ăn thực phẩm có màu đờ, không ăn mâm xôi, việt quất, không chẩn thương, không vàng da.

Tiền căn: tăng huyết áp 20 năm, đang điều trị với amlodipin 5 mg 1 viên/ngày; bisoprolol 2,5 mg 1 viên/ngày. Bệnh nhân không sử dụng thuốc nam, thuốc bắc. Bệnh nhân không hút thuốc lá, không uống rượu.

Khám: sinh hiệu ghi nhận mạch 80 lần/phút, huyết áp: 130/80 mmHg, nhịp thở: 20 lần/phút; nhiệt độ 36,5°C. Khám các cơ quan chưa ghi nhận bất thường.

Cận lâm sàng:

Tổng phân tích nước tiểu 10 thông số (TPTNT 10TS):

Ery	250/ μ L	Protein	0,3 g/L
Urobilinogen	bình thường	Glucose	bình thường
Bilirubin	âm	pH	6,5
Nitrite	âm	Tỉ trọng	1,015
Ketones	âm	Leukocyte	125/ μ L

Soi cặn lắng nước tiểu: chưa có kết quả

Câu hỏi:

1. Tóm tắt bệnh án – Đặt vấn đề – Biện luận vấn đề của bệnh nhân?
2. Biện luận tổng phân tích nước tiểu của bệnh nhân?
3. Sinh viên hãy dự đoán khi soi cặn lắng nước tiểu của bệnh nhân này sẽ thấy được gì?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Châu Ngọc Hoa. *Bệnh học nội khoa*. Thành phố Hồ Chí Minh. Nhà xuất bản Y học, 2012.
2. Bickley, Lynn S., Peter G Szilagyi, and Barbara Bates. *Bates' Guide to Physical Examination and History Taking*. 12th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2017.
3. Wilkins, Lippincott W. *Handbook of Signs & Symptoms*. 4th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, 2010.
4. LeBlond, Richard F., Donald D. Brown, Manish Suneja, and Joseph F. Szot. *DeGowin's Diagnostic Examination*. 10th ed. New York: McGraw-Hill Education, 2014.
5. Gleadle, Jonathan. *History and Examination at a Glance*. 2nd ed. Oxford: Blackwell, 2007.
6. McPhee, Stephen J., Michael W Rabow, and Maxine A Papadakis. *CURRENT Medical Diagnosis and Treatment 2017*. 56th ed. New York: Blacklick: McGraw-Hill Education, 2017.
7. Floege, J., Richard J. 1953- Johnson, and John Feehally. *Comprehensive Clinical Nephrology*. 5th ed. St. Louis, Mo.: Saunders/Elsevier, 2015.
8. Brenner, Barry M., and Floyd C Rector. *Brenner and Rector's the Kidney*. 10th ed. Philadelphia: Saunders, 2016.

BÀI 12. TIẾP CẬN BỆNH NHÂN SỐT

ThS.BS. Nguyễn Trường Duy, TS.BS. Hoàng Văn Sỹ

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày định nghĩa sốt.
2. Giải thích cơ chế bệnh sinh của sốt.
3. Phân tích các nguyên nhân và triệu chứng của sốt.
4. Trình bày cách tiếp cận bệnh nhân sốt.
5. Phân tích được cận lâm sàng để xác định nguyên nhân gây sốt.

NỘI DUNG BÀI GIẢNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Sốt là một triệu chứng thường gặp trên lâm sàng, dễ nhận diện nhưng việc xác định nguyên nhân gây sốt đôi khi lại là một thách thức.

Cần hiểu rõ một số thuật ngữ:

- Sốt (fever): nhiệt độ cơ thể tăng cao hơn ngưỡng dao động bình thường của thân nhiệt do sự thay đổi điểm điều nhiệt (setpoint) của vùng hạ đồi.
- Tăng thân nhiệt (hyperthermia) hay sốc nhiệt (heat stroke): nhiệt độ cơ thể tăng cao mất kiểm soát, vượt quá khả năng thái nhiệt của cơ thể và điểm điều nhiệt của vùng hạ đồi vẫn giữ nguyên, không thay đổi.
- Tăng thân nhiệt ác tính (hyperpyrexia): nhiệt độ cơ thể $> 41,5^{\circ}\text{C}$, thường do nhiễm trùng nặng hoặc xuất huyết não gây tổn thương trung tâm điều nhiệt.
- Sốt chưa rõ nguyên nhân (FUO - fever of unknown origin): nhiệt độ cơ thể $> 38,3^{\circ}\text{C}$ qua ít nhất 2 lần đo, kéo dài ít nhất 3 tuần trên một cơ địa không có suy giảm miễn dịch, đã được thăm khám và đã làm đầy đủ các xét nghiệm để chẩn đoán nhưng vẫn không tìm ra nguyên nhân.
- Tác nhân gây sốt (pyrogen): tất cả các chất có thể gây ra sốt, bao gồm tác nhân gây sốt ngoại sinh (độc tố vi trùng, lipopolysaccharide, siêu kháng nguyên) và tác nhân gây sốt nội sinh (interleukin-1, interleukin-6, TNF).

2. ĐỊNH NGHĨA

Ở người trưởng thành, thân nhiệt trong ngày dao động trong khoảng $36,8^{\circ} \pm 0,4^{\circ}\text{C}$, thấp nhất vào khoảng 6 giờ sáng và cao nhất vào khoảng 16 – 18 giờ chiều. Được gọi là sốt khi nhiệt độ cơ thể đo được $> 37,2^{\circ}\text{C}$ vào ban ngày hoặc $> 37,7^{\circ}\text{C}$ vào buổi chiều và đêm.

3. SINH LÝ BỆNH

Thân nhiệt được điều chỉnh bởi vùng hạ đồi. Trung tâm điều nhiệt của vùng hạ đồi bao gồm:

- Nhân trước thị thuộc vùng hạ đồi trước: nhận tín hiệu cảm giác từ các thụ thể nóng/lạnh ngoài da.
- Nhân cạnh não thất thuộc vùng hạ đồi sau: nhận cảm nhiệt độ của máu cung cấp cho vùng hạ đồi.

Dù nhiệt độ của môi trường có thay đổi thì thân nhiệt vẫn được giữ nguyên vì trung tâm điều nhiệt của cơ thể sẽ cân bằng quá trình sinh nhiệt (chủ yếu tại cơ và gan) và quá trình thải nhiệt (chủ yếu tại da và phổi). Với người trưởng thành trong độ tuổi 18 đến 40, thân nhiệt dao động trong khoảng $36,8^{\circ} \pm 0,4^{\circ}\text{C}$.

Tác nhân gây sốt ngoại sinh (hình thành ngoài cơ thể) bao gồm: vi trùng, nội độc tố của vi trùng, siêu vi hoặc các protein lạ khác. Khi có sự hiện diện của các tác nhân này trong cơ thể, hệ thống miễn dịch sẽ ngay lập tức được kích hoạt, sản sinh ra các cytokine tác dụng kháng viêm, điều hòa miễn dịch và thải loại các dị nguyên. Các cytokine như: interleukin (IL) 1, IL-6 và interferon, TNF được gọi là tác nhân gây sốt nội sinh (hình thành trong cơ thể).

Tác nhân gây sốt nội sinh kích thích vùng hạ đồi phóng thích prostaglandin E2 (PGE2). Kế tiếp, PGE2 sẽ gắn kết vào thụ thể tại các tế bào thần kinh dend làm giải phóng cAMP. Chính cAMP là yếu tố gây thay đổi điểm điều nhiệt của vùng hạ đồi. Khi điểm điều nhiệt này được nâng lên một mức mới, vùng hạ đồi sẽ cảm nhận được máu đến tưới cho khu vực hạ đồi đang thấp hơn điểm điều nhiệt mới này, gây các tín hiệu thần kinh đến neuron vận động dẫn đến hiện tượng co mạch ngoại biên (để giữ nhiệt, tránh hiện tượng tản nhiệt) và gây run cơ (nhằm tăng tạo nhiệt) và/hoặc tăng tạo nhiệt độ dòng máu qua gan. Hậu quả là thân nhiệt sẽ tăng lên, sốt xuất hiện.



4. NGUYÊN NHÂN

Nhiễm trùng (nguyên nhân thường gặp nhất).

Ung thư.

Bệnh tự miễn: viêm đa khớp dạng thấp, lupus ban đỏ.

Tai biến mạch máu: nhồi máu cơ tim, nhồi máu não.

Bệnh lý chuyên hóa: gout, cường giáp.

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

Chấn thương cơ học: gãy xương, dập cơ.

Nguyên nhân khác: thuốc (carbamazepine, kháng sinh), tự tạo.

Nguyên nhân gây sốt có thể được khu trú theo kiểu hình sốt. Các kiểu hình sốt thường gặp:

4.1. Sốt liên tục (continuous fever, sustained fever)

Nhiệt độ cơ thể luôn trên mức bình thường trong ngày và độ dao động của thân nhiệt không quá 1°C. Nguyên nhân:

- Viêm phổi thùy.
- Thương hàn.
- Viêm màng não.
- Viêm đài bể thận.
- Sốt Malta (bệnh Brucellosis).
- Sốt phát ban.
- Sốt mò, sốt triền sông Nhật Bản (do Rickettsia).

4.2. Sốt dao động (remittent fever)

Nhiệt độ cơ thể luôn trên mức bình thường trong ngày và độ dao động của thân nhiệt hơn 1°C. Nguyên nhân:

- Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn.
- Thấp khớp cấp.
- Tăng đơn nhân nhiễm trùng.
- Hội chứng ấu trùng di chuyển (Larva migrans nội tạng).
- Nhiễm amip.
- Nhiễm HIV.

4.3. Sốt cơn (intermittent fever)

Nhiệt độ cơ thể tăng trên mức bình thường trong một khoảng thời gian, sau đó trở về bình thường và lặp lại chu kỳ đó. Nguyên nhân:

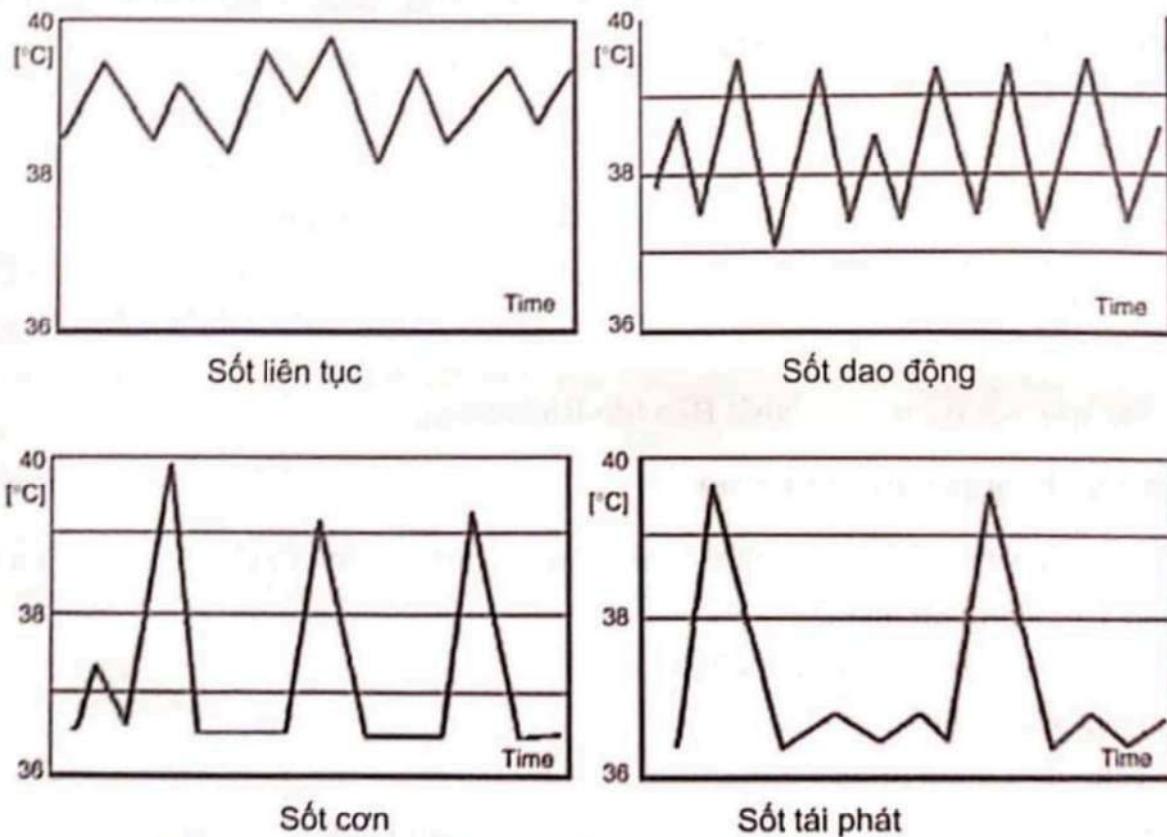
- Sốt cách 12 giờ: bệnh Kala-Azar (nhiễm Leishmania nội tạng), viêm khớp do lậu cầu, viêm khớp vị thành niêm, sốt do thuốc (ví dụ: carbamazepine).
- Sốt cách 24 giờ: sốt rét do *Plasmodium falciparum*, *Plasmodium knowlesi*.
- Sốt cách 48 giờ: sốt rét do *Plasmodium vivax*, *Plasmodium ovale*.
- Sốt cách 72 giờ: sốt rét do *Plasmodium malarie*.

4.4. Sốt tái phát (relapsing fever)

Sốt kéo dài vài ngày (thường 3 – 5 ngày), sau đó hết sốt vài ngày và sốt lại, lặp lại chu kỳ như trên. Nguyên nhân: do xoắn khuẩn Borrelia (*Borrelia recurrentis*, *Borrelia crocidurae*, *Borrelia hermsii*) lây truyền qua các ký sinh trung gian như: chí, rận, ve, mò.

Sốt Pel-Ebstein

Là một thể sốt đặc biệt do bệnh lymphoma. Bệnh nhân sốt kéo dài 1 tuần, giảm sốt trong tuần kế tiếp sau đó sốt trở lại vào tuần tiếp theo.



Hình 1. Các dạng sốt

5. TRIỆU CHỨNG

Ôn lạnh, lạnh run, run cơ; có thể có yếu cơ, đau cơ, đau lưng, phát ban (thường do nhiễm siêu vi).

Khát nước, khô miệng, đắng miệng, chán ăn.

Rối loạn thần kinh: đau đầu, hoa mắt, mè sảng (thường ở người lớn tuổi), co giật (thường ở trẻ em).

Tiêu ít, nước tiểu sẫm màu, tiêu lỏng.

Da: đỏ, nóng.

Môi khô, lưỡi khô.

Thở nhanh: thân nhiệt tăng 1°C thì nhịp thở tăng 2 – 3 lần/phút.

Nhịp tim nhanh: thân nhiệt tăng 1°C thì nhịp tim tăng 10 – 15 nhịp/phút. Trong thương hàn, thân nhiệt tăng nhưng mạch lại chậm (hiện tượng mạch-nhiệt phân ly).

6. CHẨN ĐOÁN

6.1. Chẩn đoán xác định: dựa vào đo thân nhiệt bằng nhiệt kế.

Cần lưu ý:

- Thân nhiệt ở trực tràng > ở miệng > ở nách.
- Nhiệt độ ở miệng = nhiệt độ ở nách + $0,5^{\circ}\text{C}$.
- Nhiệt độ ở trực tràng = nhiệt độ ở miệng + $0,5^{\circ}\text{C}$.
- Sốt tự tạo: không có triệu chứng ngoài da, không tăng nhịp tim.

6.2. Chẩn đoán phân biệt: với tăng thân nhiệt

Nguyên nhân: do ở trong môi trường nhiệt độ quá cao.

Triệu chứng: da khô, đỏ, nóng, không dao động thân nhiệt trong ngày, không đáp ứng với thuốc hạ sốt. Nặng hơn: sưng mô, cứng cơ, co giật, đồng tử giãn, ly giải cơ gây tiêu myoglobin và rung thất.

6.3. Chẩn đoán nguyên nhân

6.3.1. Dựa vào thời gian

Dưới 1 tuần (sốt cấp tính): nhiễm trùng cấp, sốt rét ác tính, do thuốc, gout.

Trên 1 tuần (sốt kéo dài): lao, viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn bán cấp, sốt rét, ung thư, bệnh tự miễn.

6.3.2. Dựa vào vùng dịch tễ

Vùng dịch tễ sốt rét: vùng duyên hải, vùng rừng núi.

Sốt kéo dài + hạch to + loét da + đi vào rừng, rãnh: sốt mò.

Sốt + mùa mưa + vùng dịch tễ sốt xuất huyết: nghi sốt xuất huyết.

Sốt + rối loạn tiêu hóa + vùng dịch tễ thương hàn: nghi đến thương hàn.

Sốt + hội chứng nhiễm trùng hô hấp + vùng dịch cúm (có người bị cúm, gia cầm chết hàng loạt): nghi đến cúm.

6.3.3. Dựa vào khám thực thể

Dau hạ sườn phải + sốt + vàng da (tam chứng Charcot): nhiễm trùng đường mật.

Sốt + đau hạ sườn phải + gan to (tam chứng Fontan): áp-xe gan do amip.

Sốt + đau đầu + nôn ói + cổ gượng: viêm màng não.

Sốt về chiều + chán ăn + sụt cân + đồ mồ hôi trộm + suy sụp tổng trạng (hội chứng nhiễm lao chung): lao.

Sốt kéo dài + hội chứng suy tim + có âm thổi tại tim + các dấu hiệu ngoại biên của viêm nội tâm mạc: viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn.

7. CẬN LÂM SÀNG

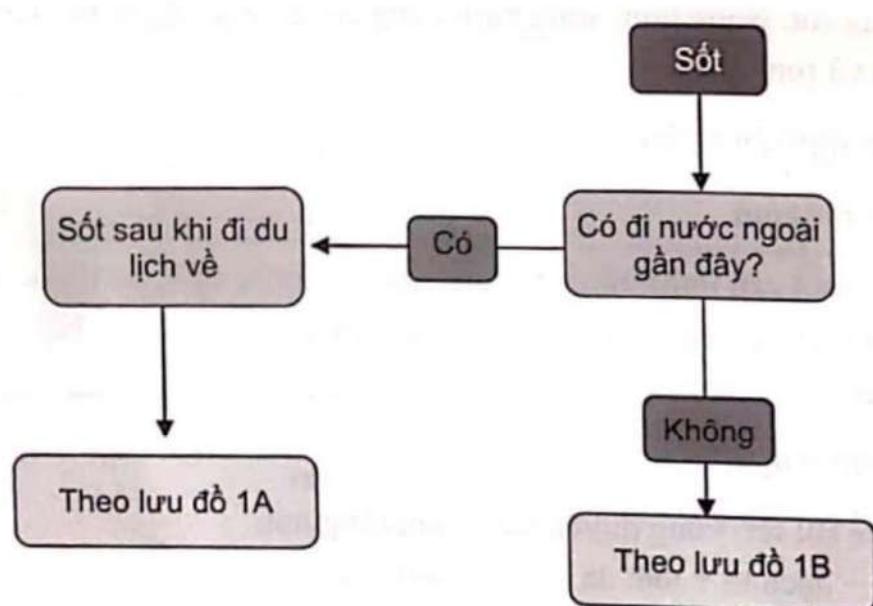
Gợi ý nhiễm trùng, viêm: công thức máu, tốc độ lắng máu, CRP, procalcitonin.

Tìm vị trí nhiễm trùng, viêm: các xét nghiệm hình ảnh học, tổng phân tích nước tiểu, xét nghiệm dịch não tủy.

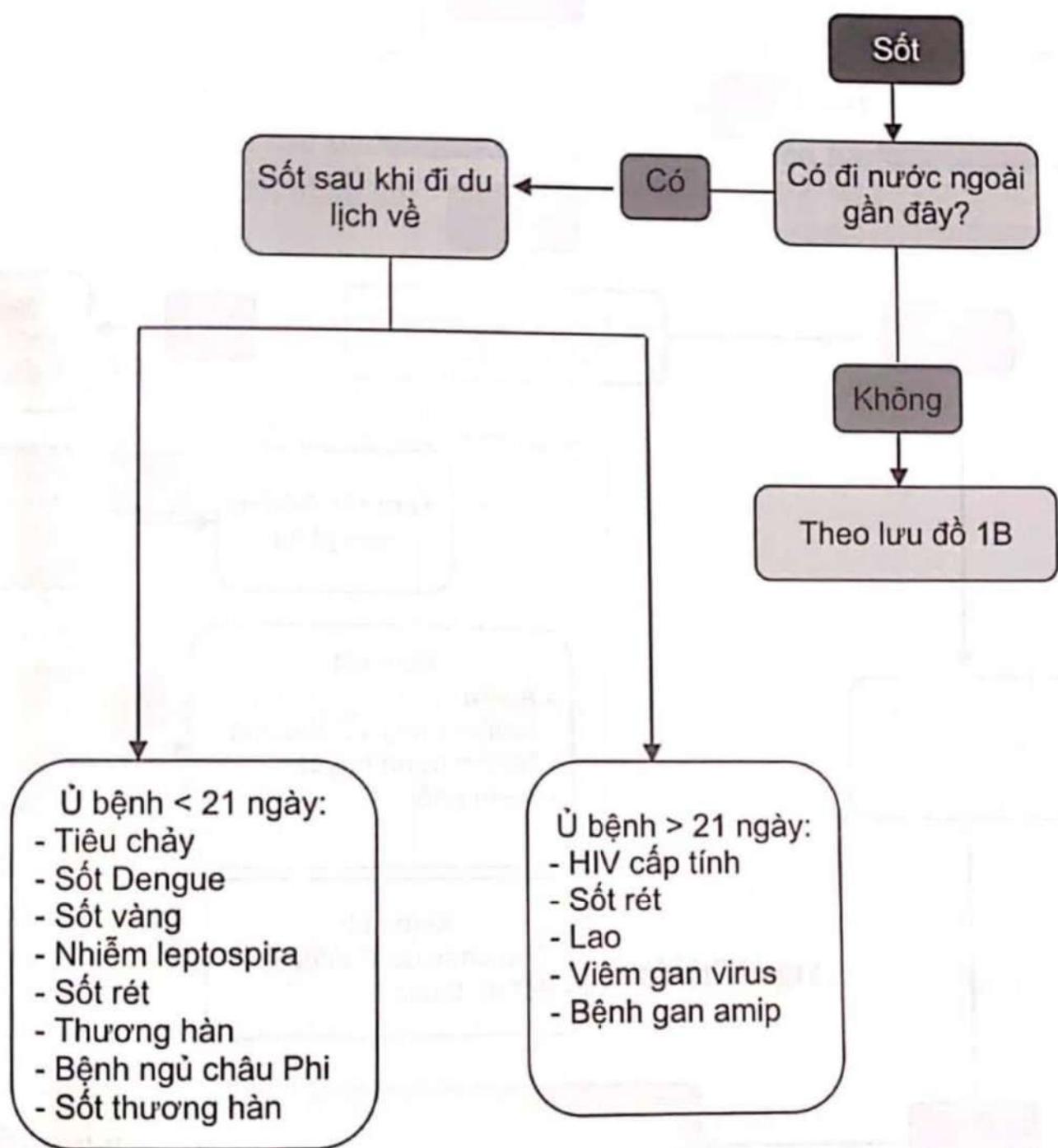
Tìm tác nhân gây bệnh: cấy máu, cấy dịch bệnh phẩm, soi đàm tim AFB, phết máu tìm ký sinh trùng sốt rét, soi phân, huyết thanh chẩn đoán.

8. LUU ĐỒ TIẾP CẬN BỆNH NHÂN SỐT

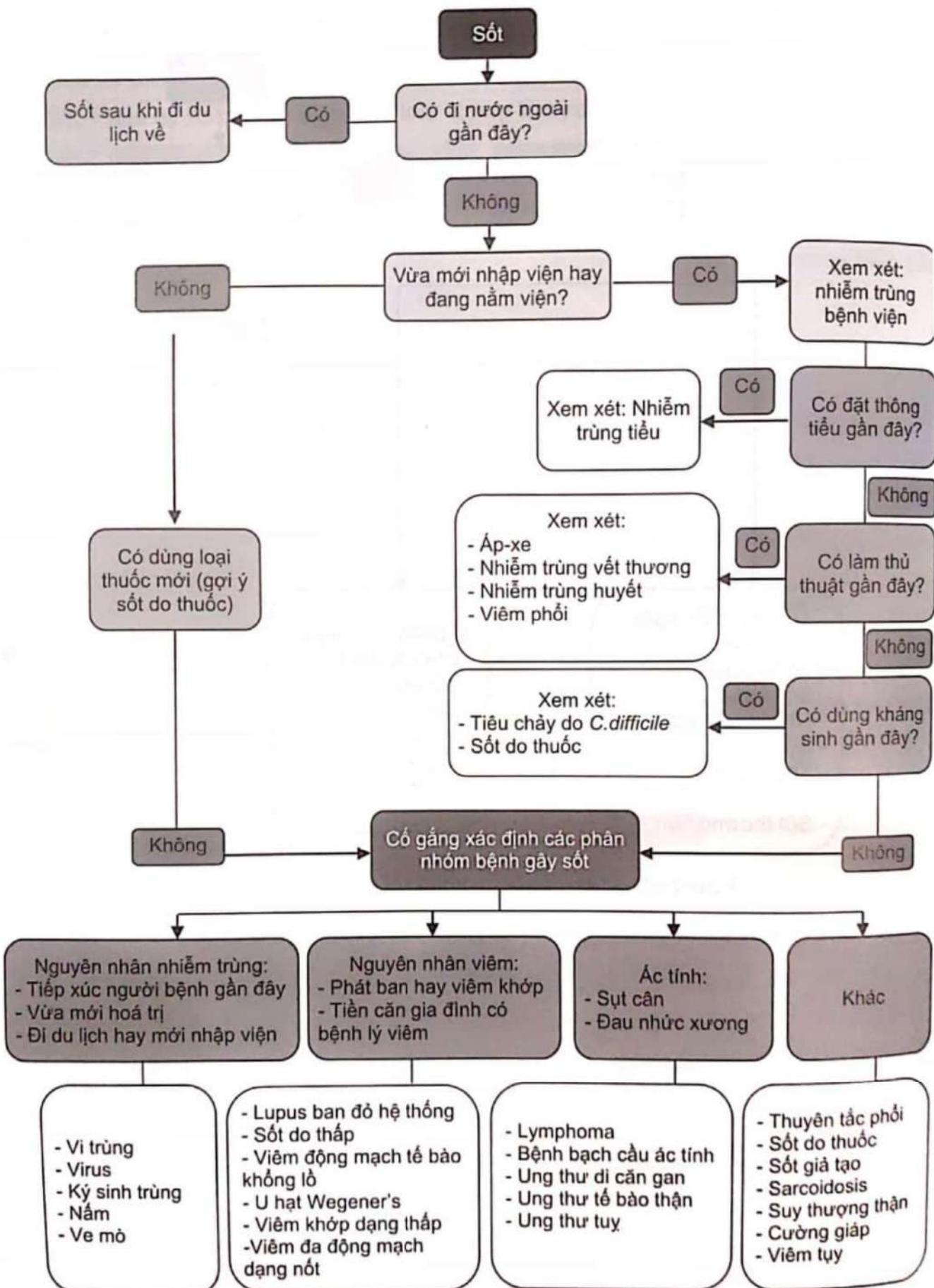
Có thể tiếp cận bệnh nhân sốt dựa vào yếu tố dịch tễ (đi du lịch, nằm viện, sử dụng thuốc..) theo lưu đồ dưới đây:



Lưu đồ 1. Tiếp cận bệnh nhân sốt



Lưu đồ 1A. Tiếp cận bệnh nhân sốt sau khi đi du lịch



Lưu đồ 1B. Tiếp cận bệnh nhân sốt không liên quan du lịch

9. KẾT LUẬN

Sốt là triệu chứng khách quan, dễ phát hiện nhưng không đặc hiệu cho nguyên nhân nào. Chính vì vậy, cần phải khai thác kỹ bệnh sử và vùng dịch tễ, hỏi triệu chứng, diễn tiến sốt, kiểu hình sốt và các dấu hiệu khi thăm khám để tiến hành làm các xét nghiệm phù hợp hỗ trợ tìm nguyên nhân sốt.

CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Được gọi là sốt khi nhiệt độ cơ thể ban ngày?

- A. $> 36,2^{\circ}\text{C}$
- B. $> 36,5^{\circ}\text{C}$
- C. $> 37^{\circ}\text{C}$
- D. $> 37,2^{\circ}\text{C}$

2. Được gọi là sốt khi nhiệt độ cơ thể ban đêm?

- A. $> 36,5^{\circ}\text{C}$
- B. $> 36,7^{\circ}\text{C}$
- C. $> 37,7^{\circ}\text{C}$
- D. $> 38,2^{\circ}\text{C}$

3. Sự khác nhau căn bản giữa “sốt” và “tăng thân nhiệt” là gì?

- A. Thay đổi nhiệt độ cơ thể
- B. Thay đổi điểm điều nhiệt
- C. Thay đổi nhịp tim
- D. Mức tăng của nhiệt độ cơ thể

4. Điều nào sau đây đúng khi nói về sốt chưa rõ nguyên nhân (FUO)?

- A. Nhiệt độ cơ thể $> 38^{\circ}\text{C}$
- B. Sốt kéo dài ít nhất 3 tuần
- C. Thường xảy ra trên sơ địa suy giảm miễn dịch
- D. Bệnh nhân đã được làm các xét nghiệm căn bản

5. Yếu tố nào sau đây trực tiếp gây thay đổi điểm điều nhiệt của vùng hạ đồi?

- A. Nội độc tố vi trùng
- B. Tác nhân gây sốt nội sinh
- C. Prostaglandin E2
- D. AMP vòng

6. Điều nào đúng khi nói về sốt liên tục?

- A. Thân nhiệt luôn $> 40^{\circ}\text{C}$

- B. Dao động thân nhiệt $\leq 1^{\circ}\text{C}$
- C. Xảy trên cơ địa suy giảm miễn dịch
- D. Nguyên nhân thường gặp: viêm màng não, viêm phổi

7. Điều nào đúng khi nói về sốt cơ?

- A. Thân nhiệt tăng sau đó giảm dưới mức bình thường
- B. Sốt không có tính lặp lại chu kỳ
- C. Thường do các bệnh lý tự miễn
- D. Có thể gặp trong sốt rét

8. Khi thân nhiệt tăng 1°C thì nhịp tim sẽ tăng thêm bao nhiêu?

- A. 3 – 5 nhịp/phút
- B. 5 – 10 nhịp/phút
- C. 10 – 15 nhịp/phút
- D. 15 – 20 nhịp/phút

9. Khi nhiệt độ đo tại nách là $39,5^{\circ}\text{C}$ thì tương ứng với nhiệt độ đo tại miệng là bao nhiêu?

- A. 38°C
- B. 39°C
- C. $39,7^{\circ}\text{C}$
- D. 40°C

10. Bệnh nhân 20 tuổi, nhập viện vì sốt 40°C liên tục 2 ngày nay kèm đau đầu, nôn ói, lờ mơ. Chẩn đoán nào nên nghĩ đến đầu tiên?

- A. Viêm phổi thùy
- B. Áp-xe gan do amip
- C. Lao màng não
- D. Viêm màng não mù

11. Bệnh nhân nữ làm nghề rẫy, thường xuyên vào rừng lấy củi. Bệnh nhân sốt 1 tháng nay: sốt 4 ngày, hết sốt 3 ngày rồi sốt lại. Khám ghi nhận: hạch bẹn + hạch nách to, vết loét da vùng lưng. Chẩn đoán phù hợp nhất lúc này là?

- A. Cúm A H₁N₁
- B. Sốt rét ác tính
- C. Thương hàn
- D. Sốt ve mò

12. Bệnh nhân nam, đến khám vì đau hạ sườn phải 5 ngày nay kèm sốt $38,5^{\circ}\text{C}$. Khám ghi nhận: gan to 16 cm, rung gan (+). Chẩn đoán phù hợp nhất lúc này là gì?

- A. Viêm đại tràng góc gan
- B. Áp-xe gan do amip

- C. Ung thư gan đa ổ
D. Viêm túi mật cấp
13. Bệnh nhân nữ 30 tuổi, đến khám vì sốt dao động từ $38^{\circ}\text{C} - 39^{\circ}\text{C}$ trong 2 tháng nay kèm khó thở tăng dần, phải ngủ ngồi 1 tuần nay. Khám ghi nhận: âm thổi tâm thu 4/6 tại mõm tim lan nách, có dấu xuất huyết kết mạc.
- A. Chẩn đoán nào sau đây nên nghĩ đến đầu tiên?
 - B. Áp-xe phổi
 - C. Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn
 - D. Lao màng ngoài tim
 - E. Sốt xuất huyết
14. Bệnh nhân nam 35 tuổi làm nghề nuôi gà vịt, nhập viện trong bệnh cảnh suy hô hấp cấp. Bệnh nhân sốt cao, ho khạc đàm đục, khó thở tăng dần 3 ngày nay. Khoảng 2 tuần nay, trang trại gà của anh ta có nhiều gà chết chưa rõ lý do.
- Chẩn đoán nào sau đây nên nghĩ đến lúc này?
- A. Thương hàn
 - B. Bệnh Kala-Aazar
 - C. Sốt rét ác tính
 - D. Cúm gia cầm
15. Nhóm xét nghiệm nào giúp tìm nguyên nhân gây sốt?
- A. Công thức máu, X quang ngực, siêu âm bụng
 - B. CRP, tốc độ máu lắng, ion đồ
 - C. Tổng phân tích nước tiểu, phân tích dịch màng bụng
 - D. Soi đàm, soi phân, cấy máu

Đáp án: 1D, 2C, 3B, 4B, 5D, 6B, 7D, 8C, 9D, 10D, 11D, 12B, 13C, 14D, 15D.

TÌNH HUỐNG LÂM SÀNG THẢO LUẬN

❖ Tình huống 1

Bệnh nhân nam, 40 tuổi, nhập viện vì sốt kéo dài 2 tháng.

Bệnh sử: khoảng 2 tháng nay, bệnh nhân sốt liên tục mỗi ngày (không rõ nhiệt độ), kèm ớn lạnh, ăn uống kém, sụt 3 kg. Đồng thời, bệnh nhân khó thở ngày càng tăng dần, không đi bộ quá 100 m vì khó thở, nằm ngủ phải kê 3 gối.

Tiền căn: hở van động mạch chủ phát hiện năm 22 tuổi, không điều trị.

Khám: bệnh nhân tĩnh, tiếp xúc tốt, thở nhanh nông, mạch 110 lần/phút, huyết áp 110/30 mmHg. Nhiệt độ trong ngày trong khoảng $38^{\circ}\text{C} - 40^{\circ}\text{C}$. Niêm nhạt, có xuất

huyết dưới móng tay và nốt Osler tại đầu ngón tay. Mòm tim tại khoảng liên sườn 6 lèch ngoài đường trung đòn trái 2 cm. Khoảng liên sườn 3 bờ trái + khoảng liên sườn 2 bờ phải xương ức có âm thổi tâm trương 3/6 và âm thổi tâm thu dạng phụt 3/6 không lan. Phổi trong, không ran.

Câu hỏi:

- Liệt kê những triệu chứng bất thường gợi ý nguyên nhân gây sốt trên bệnh nhân này?
- Bệnh nhân này thuộc kiêu hình sốt nào? Lý giải tại sao.
- Nêu chẩn đoán được nghĩ đến nhiều nhất trên bệnh nhân này?
- Cần làm những cận lâm sàng gì để chẩn đoán nguyên nhân gây sốt cho bệnh nhân này?

❖ **Tình huống 2**

Bệnh nhân nữ, 20 tuổi, nhập viện vì sốt cao, rối loạn trí giác.

Bệnh sử: cách nhập viện 3 nhập, bệnh nhân bắt đầu thấy mệt mỏi, ăn uống kém, đau đầu tăng dần, nôn ói nhiều, kèm sốt cao liên tục, nhiệt độ đo được khoảng 39°C. Bệnh nhân có tự mua thuốc uống không rõ loại, nhưng không hết sốt. Ngày nhập viện, bệnh nhân sốt cao, lơ mơ, nói sảng nên được gia đình đưa nhập viện cấp cứu.

Tiền căn: ghi nhận bị viêm tai giữa 1 tháng trước.

Khám: bệnh nhân lơ mơ, vẻ kích thích, huyết áp 90/60 mmHg, mạch 110 lần/phút, nhịp thở 28 lần/phút, nhiệt độ 39°C, SpO₂ 94% (khí trời). Thể trạng trung bình, BMI 23 kg/m², tim T1 T2 đều rõ, không âm thổi, phổi không ran, bụng mềm. Tiêu phân vàng, tiêu dễ, nước tiểu vàng trong.

Câu hỏi:

- Cần khai thác thêm thông tin về bệnh sử và dấu hiệu lâm sàng nào để giúp tìm nguyên nhân gây sốt của bệnh nhân?
- Nêu các chẩn đoán sơ bộ của bệnh nhân?
- Trình bày các cận lâm sàng giúp chẩn đoán nguyên nhân gây sốt của bệnh nhân?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Châu Ngọc Hoa. *Triệu chứng học nội khoa*. Thành phố Hồ Chí Minh. Nhà xuất bản Y học, 2012.
- Lynn S., Peter G Szilagyi, and Barbara Bates. *Bates' Guide to Physical Examination and History Taking*. 12th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2017.

Bài 13. TIẾP CẬN BỆNH NHÂN PHÙ

ThS.BS. Nguyễn Sơn Lâm, PGS.TS.BS. Trần Thị Bích Hương

MỤC TIÊU HỌC TẬP

- Trình bày định nghĩa phù và giải thích cơ chế gây phù.
- Trình bày các nguyên nhân phù.
- Trình bày đặc điểm lâm sàng phù do một số nguyên nhân thường gặp.
- Trình bày các bước tiếp cận bệnh nhân phù.

NỘI DUNG BÀI GIẢNG

1. ĐỊNH NGHĨA VÀ CƠ CHẾ GÂY PHÙ

1.1. Phân bố dịch trong cơ thể

Dịch trong cơ thể chiếm khoảng 60% trọng lượng cơ thể (tỷ lệ này thay đổi tùy theo tuổi, giới) được phân bố 2/3 ở khoang nội bào và 1/3 ở ngoại bào. Dịch ngoại bào được phân bố 2/3 trong mô kẽ, 1/3 trong huyết tương (Bảng 1). Mặc dù phù là tăng thể tích dịch ngoại bào, nhưng thể tích lòng mạch có thể tăng, bình thường hoặc giảm.

Bảng 1. Phân bố dịch trong cơ thể

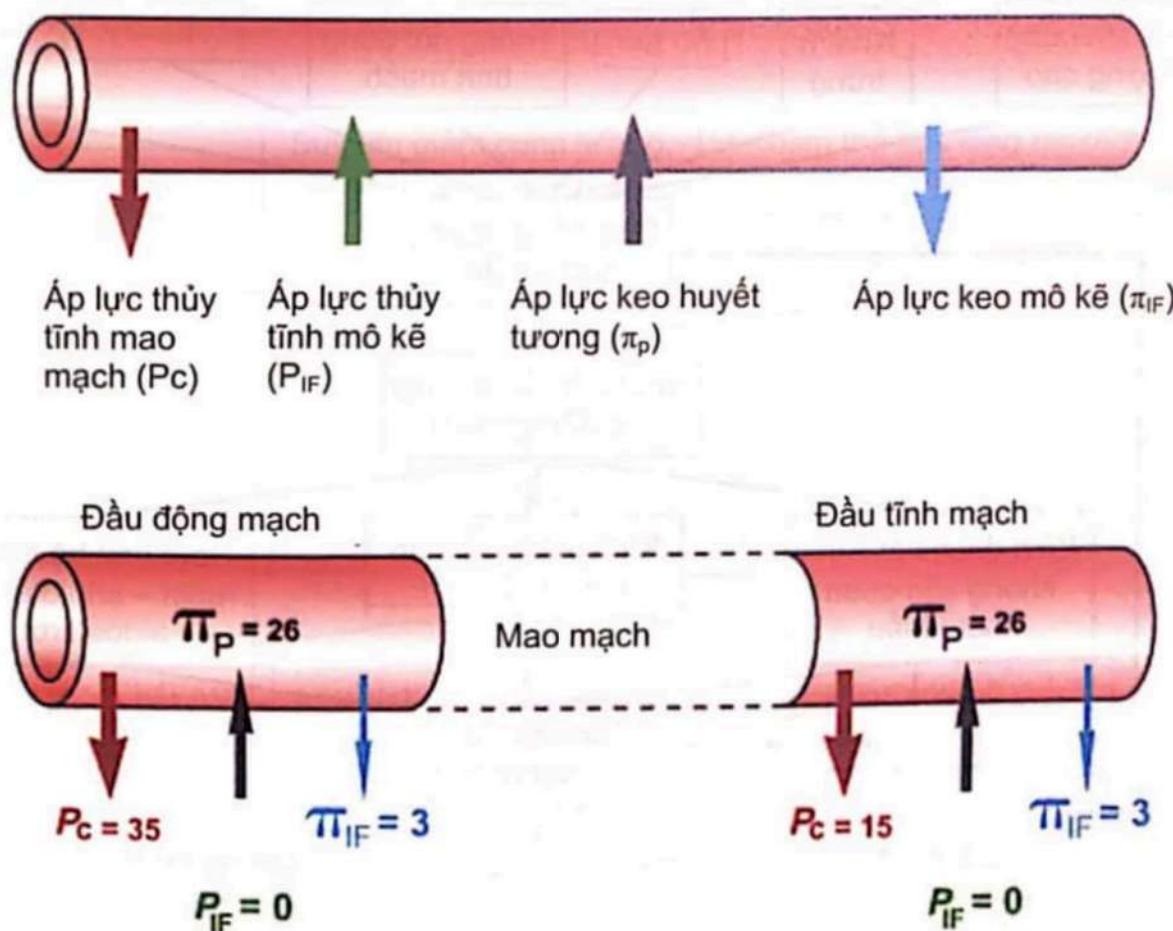
Khoang dịch	Lượng dịch	Thể tích thực (L) (trên người 50 Kg)
Tổng lượng dịch	60% trọng lượng cơ thể	32,0
Nội bào	40% trọng lượng cơ thể (2/3 tổng lượng dịch)	20,0
Ngoại bào	20% trọng lượng cơ thể (1/3 tổng lượng dịch)	10,0
Mô kẽ	2/3 dịch ngoại bào	6,7
Huyết tương	1/3 dịch ngoại bào	3,3
Tĩnh mạch	85% thể tích huyết tương	2,8
Động mạch	10% thể tích huyết tương	0,5

1.2. Định nghĩa phù

Phù là tình trạng tăng thể tích dịch mô kẽ, hình thành khi có sự thay đổi các lực Starling làm tăng lượng dịch từ lòng mạch ra mô kẽ. Khi dùng ngón tay ấn lên vùng phù, nếu để lại dấu ấn lõm trên da gọi là phù mềm (pitting edema), điều này chứng tỏ dịch có thể di chuyển tự do trong mô kẽ. Khi không có dấu ấn lõm, gọi là phù cứng

(non-pitting edema) chứng tỏ dịch không di chuyển tự do trong mô kẽ. Thuật ngữ "anasarca" dùng để chỉ tình trạng phù nhiều, toàn thân, kèm tràn dịch đa màng. Chăm sóc da vùng phù rất quan trọng để tránh nứt da và nhiễm trùng.

Các lực Starling chi phối sự dịch chuyển của dịch giữa các khoang, bao gồm 4 thành phần (Hình 1): áp lực thủy tĩnh mao mạch (P_c) và áp lực keo huyết tương (Π_p), áp lực thủy tĩnh dịch mô kẽ (P_{IF}) và áp lực keo dịch mô kẽ (Π_{IF}). Trong đó, áp lực thủy tĩnh mao mạch và áp lực keo dịch mô kẽ có xu hướng kéo dịch từ lòng mạch ra mô kẽ, ngược lại, áp lực thủy tĩnh dịch mô kẽ và áp lực keo nội mạch (từ các protein huyết tương, chủ yếu là vai trò của albumin) có xu hướng kéo dịch từ mô kẽ vào lòng mạch. Kết quả là dịch và các chất hòa tan đi từ lòng mạch ra mô kẽ ở đầu động mạch, quay trở lại lòng mạch ở đầu tĩnh mạch của các mao mạch. Vì dịch đi vào lòng mao mạch ở đầu tĩnh mạch là thụ động, do đó sẽ có một phần dịch được vận chuyển theo mạch bạch huyết trở lại tuần hoàn chung. Sự dịch chuyển của dịch thường ở trạng thái cân bằng để duy trì tình trạng ổn định của mô kẽ và nội mạch.



Hình 1. Các lực Starling

1.3. Đáp ứng của cơ thể với phù

Ở người bình thường, khi truyền nước muối đẳng trương sẽ làm tăng thể tích dịch ngoại bào, tuy nhiên sau đó thận sẽ đảm bảo chức năng thải muối và nước dư giúp kéo thể tích dịch ngoại bào về bình thường. Chức năng này của thận sẽ bị ảnh hưởng khi các yếu tố điều hòa (thể tích lòng mạch hiệu quả, cung lượng tim...) bị thay đổi.

1.3.1. Giảm thể tích lòng mạch hiệu quả

Phù làm tăng tích dịch mô kẽ và dịch ngoại bào nên dễ dẫn đến giảm thể tích hiệu quả trong lòng mạch. Tình trạng giảm độ đầy (underfilling) hệ thống động mạch có thể gặp ở bệnh nhân suy tim, xơ gan, nhiễm trùng... dẫn đến hậu quả làm giảm lượng máu đến các cơ quan trong đó có thận. Thận sẽ kích hoạt hệ renin-angiotensin-aldosteron (RAA), hệ thần kinh giao cảm để giữ muối Na kèm theo giữ nước và làm phục hồi thể tích lòng mạch có hiệu quả. Tuy nhiên, sự kích hoạt này đôi khi quá mức sẽ làm nặng thêm tình trạng phù (Sơ đồ 1).



Sơ đồ 1. Cơ chế phù do tình trạng dãn động mạch hệ thống

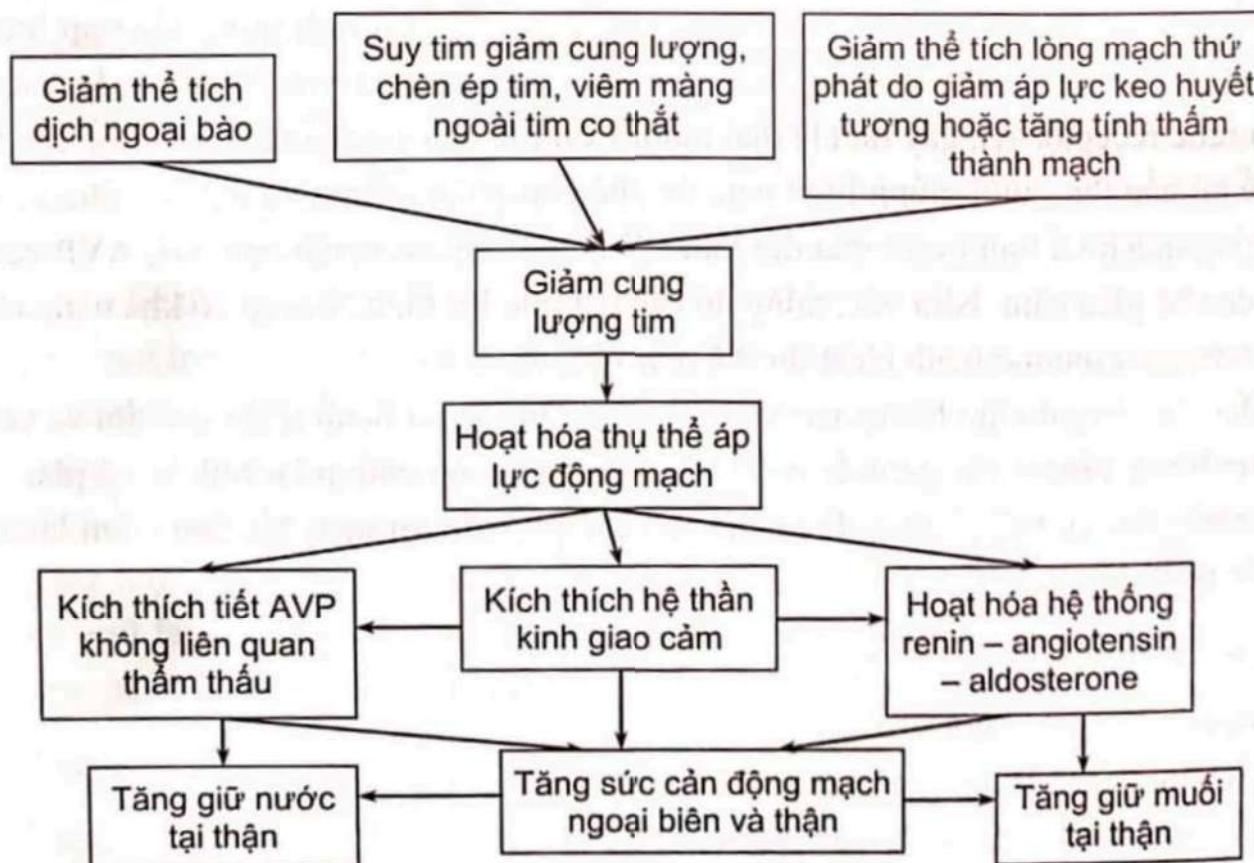
1.3.2. Các yếu tố tại thận và hệ thống renin – angiotensin – aldosterone (RAA)

Giảm lưu lượng máu tới thận, kích thích các tế bào của phức hợp cận quản cầu tăng tiết renin. Renin chuyển angiotensinogen (do gan tổng hợp) thành angiotensin I (AI).

sau đó AI được men chuyển thành angiotensin II (AII). AII có tác dụng làm co mạch hệ thống, đặc biệt ở tiểu động mạch vào của cầu thận làm giảm áp lực thủy tĩnh tại các mao mạch quanh ống. Trong khi đó, phân suất lọc cao sẽ làm tăng áp lực keo bên trong lòng những mao mạch này, do vậy sẽ làm tăng tái hấp thu muối và nước ở ống thận gần cũng như ở cảnh lèn quai Henle.

Các nguyên nhân làm giảm lượng máu tới thận (giảm cung lượng tim, hay dẫn động mạch hệ thống đã nói ở phần trước) sẽ hoạt hóa hệ RAA gây giữ muối và nước góp phần vào sự hình thành phù (Sơ đồ 2). AII sẽ kích thích vỏ thượng thận sản xuất aldosterone. Aldosterone tiếp tục kích thích tái hấp thu muối Na (tăng thải kali) ở ống gòp, góp phần tăng tình trạng phù. Bệnh nhân suy tim có tăng nồng độ aldosterone trong máu do tăng tiết kèm thời gian bán hủy kéo dài hơn do giảm lưu lượng máu tới gan gây giảm chuyển hóa.

Ức chế chuyển hóa AI thành AII và ức chế thụ thể của AII sẽ gây thải muối và nước làm giảm phù. Ức chế hoạt động aldosterone bằng thuốc spironolactone hay eplerenone (đối vận với aldosterone) hoặc amiloride (ức chế kênh Na nội mô) thường gây nên tình trạng lợi tiểu mức độ trung bình ở bệnh nhân phù.



Sơ đồ 2. Cơ chế phù do giảm cung lượng tim

1.3.3. Arginine vasopressin (AVP)

Khi nồng độ thâm thầu nội bào tăng sẽ kích thích thụ thể vasopressin nhóm 2 (V2) tăng tiết AVP, làm tăng tái hấp thu nước tự do ở ống lợn xa và ống góp làm tăng tổng lượng nước trong cơ thể. Nhiều bệnh nhân suy tim có nồng độ AVP lưu hành tăng do đáp ứng với tình trạng giảm thể tích lòng mạch hiệu quả và giảm đàm hồi của thành nhĩ trái, là những kích thích phát không liên quan áp lực thâm thầu. Những bệnh nhân này thường kèm phù và hạ natri máu và nồng độ AVP không giảm dù áp lực thâm thầu huyết tương giảm.

1.3.4. Endothelin-1

Là peptide có tác dụng co mạch phóng thích từ tế bào nội mô. Nồng độ peptide này tăng lên trong huyết tương của những bệnh nhân suy tim nặng, kèm theo tình trạng co mạch thận, giữ muối Na và phù.

1.3.5. Các peptide lợi niệu Na

Khi tâm nhĩ dãn sẽ giải phóng ANP (Atrial Natriuretic Peptide), một polypeptide từ cơ tâm nhĩ. Một chất khác tương tự là BNP (Brain Natriuretic Peptide) được lưu trữ trong tế bào cơ tim thất cũng sẽ được giải phóng ra khi có tình trạng tăng áp lực tim thất thì tim trương. ANP và BNP được giải phóng và gắn kết với thụ thể A lợi niệu Na (natriuretic receptor A), gây ra: (1) thải muối và nước qua cơ chế tăng mức lọc cầu thận, ức chế tái hấp thu muối ở ống lợn gần, ức chế giải phóng renin và aldosterone; (2) dẫn tiêu động mạch và tĩnh mạch qua đối vận với hoạt động co mạch của AII, AVP và kích thích của hệ giao cảm. Như vậy, nồng độ các peptide lợi niệu Na cao có khả năng chống lại tình trạng ú muối ở bệnh nhân suy tim và phù.

Mặc dù nồng độ lưu hành của ANP và BNP tăng lên ở bệnh nhân suy tim và xơ gan có bàng bụng, nhưng các peptide này không đủ khả năng chống lại tình trạng phù. Tình trạng phù nặng có thể có tăng đè kháng với các peptide lợi niệu Na làm giảm hiệu quả của các peptide này.

1.4. Cơ chế phù

Những cơ chế chính

Có bốn cơ chế chính gây phù:

- Tăng áp lực thùy tĩnh mao mạch (tăng P_c).
- Giảm áp lực keo mao mạch (giảm albumin máu) (giảm Π_p).
- Tăng tính thấm thành mạch.
- Tắc nghẽn dẫn lưu bạch huyết.

Phù do tăng áp lực thủy tinh mao mạch là hậu quả của tình trạng tăng áp lực tinh mạch do tắc nghẽn ở tinh mạch, tình trạng này có thể xảy ra toàn thân (ví dụ trong suy tim), hoặc khu trú (ví dụ trong huyết khối hoặc chèn ép tinh mạch ở chi).

Phù do tổn thương lớp mô mao mạch gây tăng tính thấm thành mạch làm thoát protein huyết thanh ra mô kẽ. Protein thoát vào mô kẽ sẽ được dẫn lưu qua hệ bạch huyết. Khi sự dẫn lưu này bão hòa sẽ gây tích tụ dịch trong mô kẽ. Tổn thương thành mạch có thể do thuốc, virus, vi khuẩn, nhiệt, chấn thương, phản ứng quá mẫn hay miễn dịch. Tổn thương lớp tế bào nội mô mạch máu ở bệnh nhân phù do viêm thường ẩn không lõm, khu trú và kèm các dấu chứng khác của tình trạng viêm như đỏ, nóng, đau.

Giảm áp lực keo huyết tương làm giảm khả năng giữ dịch trong lòng mạch và kéo dịch trở lại lòng mạch, đồng thời tăng giữ muối nước ở thận, gây tình trạng phù xảy ra toàn thân, phù mềm và không đau.

Tình trạng tắc nghẽn dẫn lưu bạch huyết (nhiễm giun chi, nạo hạch trong phẫu thuật điều trị ung thư...) gây phù khu trú. Giai đoạn đầu biểu hiện phù mềm, ẩn lõm, nhưng nếu tình trạng kéo dài sẽ có xơ hóa mô phù trở thành phù cứng.

Một bệnh nhân có thể có một hoặc nhiều cơ chế phối hợp. Biểu hiện trên lâm sàng có thể phù toàn thân đơn thuần, phù khu trú đơn thuần, hoặc phù khu trú trên nền phù toàn thân.

Cơ chế phù toàn thân trong các bệnh lý sau:

1.4.1. Suy tim

Suy tim (tâm thu hoặc tâm trương) gây do giảm cung lượng tim và/hoặc sức cản hệ thống mao mạch dẫn đến giảm khả năng đỗ đầy hệ thống động mạch, đồng thời gây ứ đọng máu ở hệ thống tinh mạch từ đó gây phù toàn thân. Ngoài ra, tăng trương lực thần kinh giao cảm trong suy tim còn gây co mạch thận, giảm độ lọc cầu thận gây giữ muối và nước tại thận (Sơ đồ 2).

Ở bệnh nhân suy tim nhẹ, tăng nhẹ tổng thể tích dịch cơ thể có thể bù trừ cho sự giảm thể tích tuần hoàn hiệu quả thông qua định luật Starling của cơ tim, nhờ đó duy trì được cung lượng tim. Tuy nhiên, nếu tình trạng suy tim nặng hơn, muối và nước tiếp tục được giữ lại gây tăng thể tích máu nhiều hơn, điều này làm nặng lên tình trạng ứ dịch trong hệ tinh mạch, hậu quả làm tăng áp lực thủy tinh và gây phù.

1.4.2. Suy thận

Hầu hết bệnh nhân suy thận phù do ứ muối nước nguyên phát ở thận nhưng cũng có vài bằng chứng cho thấy sự ứ đọng dịch mô kẽ do tăng tính thấm mao mạch. Tình trạng này khác với hầu hết các bệnh nhân phù do suy tim, là cung lượng tim bình thường (một số có tăng cung lượng tim).

1.4.3. Hội chứng thận hư và những tình trạng giảm albumin máu khác

Bệnh nhân bị hội chứng thận hư có giảm áp lực keo huyết tương do tiêu protein lượng nhiều ($> 3,5$ g/ngày). Khi giảm albumin máu nặng (< 35 g/L), muối và nước được thận giữ lại nhưng không thể lưu lại trong lòng mạch, như thế, thể tích máu động mạch hiệu quả và tổng thể tích máu trong hệ thống động mạch đều giảm. Điều này khởi đầu quá trình phù qua việc hoạt hóa hệ thống RAA (Sơ đồ 1).

1.4.4. Xơ gan

Bệnh nhân xơ gan có sự tắc nghẽn đường ra tĩnh mạch gan, gây dãn và tăng thể tích máu trong hệ thống tĩnh mạch lách, tăng dẫn lưu bạch huyết ở gan. Tăng áp lực trong gan và giảm thể tích động mạch hiệu quả kích thích giữ muối nước ở thận. Những sự thay đổi này nặng nề hơn khi kèm theo tình trạng giảm albumin máu do gan giảm tổng hợp, cũng như dãn hệ thống động mạch ngoại biên dẫn đến hoạt hóa hệ RAA và thần kinh giao cảm ở thận kèm giải phóng AVP, endothelin và các cơ chế giữ muối-nước khác (Sơ đồ 1). Nồng độ lưu hành aldosterone trong máu thường tăng do giảm chuyển hóa hormone ở gan. Tăng giữ muối ở thận còn do tổng hợp quá mức các prostaglandin (PGE2 và PGI2) ở bệnh nhân xơ gan, do đó khi sự tổng hợp các chất này bị ức chế bởi NSAIDs, chức năng thận có thể xấu hơn và sự giữ muối nước trở nên nặng hơn.

Ban đầu, dịch tích tụ mõ kẽ chủ yếu khu trú (tràn dịch màng bụng) do út máu ngược dòng hệ tĩnh mạch cửa và tắc nghẽn dẫn lưu bạch huyết ở gan. Giai đoạn trễ hơn, đặc biệt khi có giảm albumin máu nặng, phù toàn thân xuất hiện. Khi tràn dịch màng bụng lượng nhiều gây tăng áp lực trong ổ bụng sẽ ngăn cản hồi lưu tĩnh mạch chi dưới và làm phù chi dưới nhiều hơn.

1.4.5. Phù do nguyên nhân dinh dưỡng

Chế độ dinh dưỡng thiếu protein nặng kéo dài có thể gây giảm protein máu và phù. Phù có thể nặng lên khi có suy tim do bệnh Beri beri (là tình trạng suy tim do thiếu vitamin B1, nguồn gốc từ suy dinh dưỡng, có nhiều thông nối động tĩnh mạch ngoại biên gây giảm tưới máu hiệu quả hệ thống và giảm thể tích động mạch hiệu quả).

Phù có thể nặng lên trong những ngày đầu khi bệnh nhân được nuôi ăn đầy đủ, còn gọi là phù sau nuôi ăn trở lại (Re-feeding edema), điều này xảy ra do tiêu hóa thức ăn nhiều hơn làm tăng kèm lượng muối nhập và kéo theo giữ nước. Tình trạng này kèm tăng giải phóng insulin, tác động trực tiếp làm tăng tái hấp thu muối của ống thận.Thêm vào đó, tình trạng giảm albumin, giảm kali và thiếu năng lượng có thể góp phần gây phù ở bệnh nhân suy dinh dưỡng.

2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

2.1. Bệnh sứ và tiền căn

2.1.1. Khai thác bệnh sứ và tiền căn

Khi điều kiện bệnh nhân cho phép, cần khai thác kỹ các đặc điểm quan trọng sau:

- Thời gian phù.
- Cách xuất hiện và diễn tiến của phù.
- Thay đổi cân nặng.
- Có thay đổi theo tư thế hay không, thay đổi theo thời gian trong ngày hay không (từ chi trên xuống chi dưới, quanh hốc mắt hay trong vùng cung cụt).
- Phù có đổi xứng hay không.
- Đáp ứng với điều trị thuốc.
- Các triệu chứng khác đi kèm (khó thở, vàng da....).
- Nước tiểu có thay đổi về tính chất và số lượng không.
- Hỏi về tiền căn bệnh lý tim mạch, gan, thận, phẫu thuật, dùng thuốc....
- Hỏi về chế độ dinh dưỡng, bệnh lý đường tiêu hóa.
- Phù thường tích tụ dịch ít nhất 3-4 kg trước khi thấy được trên lâm sàng. Phù có thể được nhận ra khi mặt bị sưng, rõ nhất ở vùng quang hốc mắt, khi ấn lên da thì bị lõm dễ dàng. Dạng nhẹ hơn, phù có thể được nhận ra khi lấy ống nghe trong vài phút mà vành chuông để lại vết lõm, bệnh nhân thấy đeo nhẫn chật hơn trước đây, hoặc đi giày chật hoặc khó hơn, nhất là về chiều..

2.1.2. Phân bố của phù

Sự phân bố của phù là một chi điểm quan trọng hướng tới nguyên nhân. Phù ở bệnh nhân suy tim có khuynh hướng nặng hơn ở chân và nặng lên về chiều, phù theo tư thế, khi bệnh nhân nằm tại chỗ, dịch phù sẽ tập trung ở vùng thấp trước xương cùng. Bệnh nhân suy tim nặng có thể có báng bụng, triệu chứng này có thể phân biệt với báng bụng do xơ gan qua áp lực tĩnh mạch cảnh (áp lực tĩnh mạch cảnh tăng trong suy tim và bình thường trong xơ gan).

Phù do giảm protein huyết thanh, như trong hội chứng thận hư, đặc trưng là phù toàn thân, nhưng ở trên nền mô rất mềm như mi mắt, mặt và có khuynh hướng rõ nhất vào buổi sáng do tư thế nằm trong đêm. Phù mặt còn do các nguyên nhân khác như nhiễm giun xoắn, phù niêm, phản ứng dị ứng.

Phù khu trú ở 1 chân hay 1 tay thường là hậu quả của tắc nghẽn tĩnh mạch và/hoặc mạch bạch huyết. Liệt nửa người làm giảm lưu thông bạch huyết và hồi lưu tĩnh mạch sẽ gây phù ở bên liệt. Ở bệnh nhân có tắc nghẽn tĩnh mạch chủ trên, phù sẽ khu

trú ở đầu, cổ, tay, mặt còn gọi là phù áo khoác. Mặt khác, phù toàn thân có thể biểu hiện rõ ở một vùng xác định, điều này làm dễ lầm với phù khu trú đơn thuần.

2.2. Khám thực thể

Khi khám cần tìm ba đặc điểm quan trọng đối với vùng phù giúp gợi ý nguyên nhân phù:

- Dấu ấn lõm (dịch phù ít protein, gợi ý tình trạng giảm áp lực keo hay tăng áp lực thùy tĩnh). Giai đoạn sớm, phù do tắc nghẽn bạch huyết chưa có sự xơ hóa cũng ấn lõm nên khó phân biệt với phù mềm).

- Đau.

- Thay đổi da vùng phù: màu sắc, nhiệt độ, bề mặt da (huyết khối tĩnh mạch cấp tính và viêm mô tế bào sưng ấm ở vùng tổn thương). Phù niêm thường cứng, nhuộm vàng vùng da ở gối, khuỷu, lòng bàn tay, chân. Suy tĩnh mạch có những vùng tăng sắc tố, loét, mỏng da, teo da). Khi phù tái diễn nhiều lần, da vùng phù sẽ dày lên, thay đổi sắc tố và cứng.

Các trường hợp phù khó nhận biết là trên các bệnh nhân béo phì, phù nhẹ mới xuất hiện, phù khu trú trên nền phù toàn thân, hoặc phù ít trong các khoang (màng bụng, màng phổi, màng tim).

Các tình trạng phù khu trú do tắc nghẽn tĩnh mạch, có thể thấy được dãy các tĩnh mạch tuần hoàn bằng hệ ở vùng phù hoặc tìm thấy các tĩnh mạch dãy ở các bệnh nhân phù do dãy tĩnh mạch sâu. Đôi khi có thể không khám thấy dãy các tĩnh mạch nông, lúc này cần làm các biện pháp chẩn đoán khác (siêu âm tĩnh mạch). Phù do dãy tĩnh mạch, hoặc tắc nghẽn bạch huyết vùng chậu thường xảy ra ở 2 chân, do đó trên lâm sàng cũng dễ nhầm lẫn với các nguyên nhân gây phù toàn thân.

Mức độ phù: dùng ngón tay ấn lên vùng phù, từ 5-10 giây, phù (+) → (++) khi độ lõm trên da vùng phù từ 1 cm đến 4 cm.

Ngoài ra, khám tổng quát và các hệ cơ quan giúp gợi ý phân biệt các nguyên nhân phù.

3. TIẾP CẬN BỆNH NHÂN PHÙ

3.1. Phù toàn thân hay phù khu trú?

Phù toàn thân thường có tính hệ thống (giảm áp lực keo huyết tương hoặc tăng áp lực thùy tĩnh) gây tăng thể tích dịch toàn cơ thể: mặt, tay chân, có thể kèm tràn dịch đa màng. Phù khu trú là phù tại một vùng của cơ thể, thường do các cơ chế tại chỗ gây nên.

Tràn dịch màng phổi, tràn dịch màng tim và báng bụng là các dạng phù đặc biệt. Các nguyên nhân gây phù được tóm tắt trong Bảng 2.

Bảng 2. Nguyên nhân gây phù

Phù khu trú	Phù toàn thân
<p>Viêm: nhiễm trùng, phù mạch, dị ứng.</p> <p>Chuyển hóa: gout.</p> <p>Suy van tĩnh mạch có hay không kèm viêm.</p> <p>Thuyên tắc tĩnh mạch: hậu phẫu, ngồi máy bay, tàu xe lâu hoặc bất động.</p> <p>Chèn ép tĩnh mạch hay bạch huyết: bệnh ác tính, quần áo bó chật.</p> <p>Tổn thương: bỏng, chất ăn mòn, bị cắn (rắn, ong, nhện, ...).</p> <p>Phù 2 bên trên cơ hoành: tắc tĩnh mạch chủ trên.</p> <p>Phù 2 bên dưới cơ hoành: tắc, tăng áp tĩnh mạch cửa do xơ gan, tắc tĩnh mạch cửa, sán máng.</p> <p>Tắc nghẽn tĩnh mạch chủ dưới: huyết khối, chèn ép, thai kỳ.</p> <p>Mất trương lực tĩnh mạch: thuốc (chẹn kênh canxi, ức chế men chuyển..) nằm lâu, lười vận động.</p>	<p>Suy tim.</p> <p>Suy tim cung lượng cao: bệnh Beri Beri, thiếu máu nặng, bệnh Paget, nhiễm độc giáp.</p> <p>Suy tim tâm thu.</p> <p>Xơ gan.</p> <p>Suy thận cấp, suy thận mạn.</p> <p>Giảm albumin máu: mất protein (phỏng, rò, bệnh lý ruột), hội chứng thận hư, xơ gan.</p> <p>Ứ muối nước do thận: corticoid, NSAIDs.</p> <p>Tăng tính thấm thành mạch: nhiễm trùng huyết, SIRS, interleukin 2.</p> <p>Các nguyên nhân khác: suy giáp (phù niêm, phù cứng), cường tuyến vỏ thượng thận ngoại sinh, có thai, dùng estrogen, thuốc dẫn mạch (thuốc chẹn kênh canxi).</p> <p>Phù vô căn: mạn tính, tái phát, hay gặp ở nữ 30 - 50 tuổi, không có bất thường tim, gan, thận, mạch máu. Có thể kèm béo phì.</p> <p>Phù miền nhiệt đới (tropical edema) khi một người bị phù đột ngột trong 48 giờ sau khi di chuyển từ vùng lạnh tới vùng nóng hay ẩm và ướt. Phù tự giới hạn trong vài ngày.</p>

Ghi chú: NSAIDs, Non-steroid anti-inflammatory drugs (thuốc kháng viêm không steroid); SIRS: systemic inflammatory response syndrome (hội chứng đáp ứng viêm toàn thân).

3.1.1. Phù toàn thân

Phần lớn các bệnh nhân bị phù toàn thân do bốn nhóm nguyên nhân chính: bệnh lý của tim mạch, thận, gan và suy dinh dưỡng. Vì thế, chẩn đoán phân biệt phù toàn thân nên trực tiếp xác định hoặc loại trừ những nguyên nhân này (Bảng 3).

Bảng 3. Đặc điểm của các nguyên nhân chính gây phù toàn thân

	Bệnh sử	Khám thực thể	Cận lâm sàng
Tim	<p>Tăng cân, mệt mỏi, khó thở khi gắng sức, tình trạng khó thở tăng dần theo thời gian. Khi tình trạng suy tim tiến triển thường kèm theo khó thở khi nằm, khó thở kịch phát về đêm. Có thể kèm tiểu đêm.</p> <p>Tính chất phù: diễn tiến từ từ, liên quan tới tư thế, thường ở chân do bệnh nhân đi lại, đứng lâu. Phù mềm, đổi xứng, thường xuất hiện đầu tiên ở hai chân, rõ hơn về buổi chiều, giảm khi ngủ qua đêm, biến mất vào buổi sáng. Nếu bệnh nhân nằm, thường ở lưng và vùng xương cùng. Ban đầu thường kín đáo, rõ và nặng dần khi suy tim nặng lên. Phù ở tay, mặt thường chỉ xuất hiện khi suy tim nặng. Cần khai thác các yếu tố thúc đẩy suy tim.</p>	<p>Tăng áp lực tĩnh mạch cảnh, gan to, tĩnh mạch cổ nổi, phù cẳng chân.</p> <p>Tim to, nhanh, tiếng ngựa phi (gallop) T₃.</p> <p>Ran ẩm đáy phổi.</p> <p>Đôi khi mạch so le, loạn động.</p> <p>Xanh tím ngoại vi, mạch nhỏ khi tình trạng suy tim nặng.</p>	<p>Tăng tỷ lệ ure/creatinine; tăng acid uric, thường giảm natri huyết thanh, đôi khi tăng men gan với sung huyết gan.</p> <p>Siêu âm tim: tim bất thường cấu trúc và chức năng (tâm thu hoặc tâm trương).</p> <p>X quang ngực thẳng có thể thấy sung huyết phổi, tái phân bố tuần hoàn đỉnh phổi, Kerley B, tràn dịch màng phổi; bóng tim to.</p> <p>Điện tâm đồ có thể giúp gợi ý nguyên nhân.</p>
Gan	<p>Ít gặp khó thở, trừ khi kèm theo báng bụng đáng kể. Thường có bệnh sử lạm dụng rượu và tiền căn bệnh gan.</p> <p>Tính chất phù: đi kèm với các triệu chứng suy tế bào gan, báng bụng, tăng áp lực tĩnh mạch cửa.</p> <p>Phù xuất hiện từ từ, giống tính chất của phù do giảm albumin máu: phù mô lỏng lẻo, nơi thấp.</p>	<p>Thường báng bụng; áp lực tĩnh mạch cảnh trong bình thường hoặc thấp.</p> <p>Huyết áp thấp hơn so với bệnh nhân bệnh thận hoặc bệnh tim.</p> <p>Thêm một hoặc nhiều dấu hiệu bệnh gan mạn tính (vàng da, ban đỏ bàn tay, co cứng Dupuytren, sao mạch, vú to ở nam); có thể có loạn giữ tư thế và các dấu hiệu bệnh não khác.</p>	<p>Giảm albumin, giảm cholesterol, protein khác (transferrin, fibrinogen).</p> <p>Tăng men gan, phụ thuộc vào nguyên nhân và mức độ cấp tính của tổn thương gan.</p> <p>Có khuynh hướng hạ kali, nhiễm kiềm hô hấp; hồng cầu to do thiếu folat.</p>

Thận	Suy thận: phù mạn, tái diễn nhiều lần; có thể kèm dấu hiệu và triệu chứng của ure huyết: giảm ngon miệng, thay đổi vị giác (vị kim loại hoặc vị cá), thay đổi giấc ngủ, khó tập trung, chân không yên, rung giật cơ, khó thở thường không rõ rệt như suy tim. Ở bệnh nhân suy thận cấp hoặc mạn, giữ muối và nước có thể nặng dẫn tới tăng huyết áp hoặc phù phổi cấp. Tính chất phù: phù toàn thân, rõ ở các mô mềm như mi mắt, mặt, nặng hơn về buổi sáng. Hội chứng thận hư: bệnh nhân thường phù nhiều, diễn tiến nhanh, đột ngột, thay đổi tính chất nước tiểu. Viêm cầu thận cấp: phù kèm tiểu máu và tăng huyết áp, có thể kèm tiểu ít.	Tăng huyết áp. Mùi hôi ure. Phù quanh hốc mắt có thể rõ rệt. Tiếng cọ màng ngoài tim trong trường hợp nặng có tăng ure huyết. Dấu hiệu thiếu máu.	Có albumin niệu, giảm albumin máu. Đôi khi tăng creatinine huyết thanh và ure Tăng kali-máu, nhiễm acid chuyển hóa, tăng photphat-máu, giảm calci-máu, thiếu máu (thường hồng cầu bình thường). Suy thận cấp: sung huyết phổi trên phim X quang ngực thẳng, thường không có tim to.
Suy dinh dưỡng	Thường ở người lớn tuổi, phụ thuộc chế độ ăn. Tiền căn cắt đoạn ruột, ung thư, tiêu chảy kéo dài, hội chứng kém hấp thu, ăn uống kém. Nhiễm trùng mạn tính. Giảm áp lực keo, gây phù mu bàn tay, bàn chân. Có thể đi kèm bệnh tê phù khi thiếu vitamin B1. Tính chất: xuất hiện từ từ, phù ở vùng mô lỏng lẻo: mu bàn tay, mi mắt.	Teo cơ, thiếu máu.	Nước tiểu không có protein. Giảm protein, albumin máu. Giảm kali và các ion khác, thiếu máu.

3.1.2. Phù do thuốc

Cơ chế bao gồm co mạch thận (NSAIDs và cyclosporine), dãn tiểu động mạch (thuốc dãn mạch), tăng tái hấp thu muối nước ở thận (hormone steroid), tổn thương thành mạch. Phù thường khởi phát sau vài ngày tới vài tuần dùng thuốc và mất đi trong

vòng vài ngày hoặc lâu hơn sau khi ngưng thuốc. Phù có thể là toàn thân hoặc khu trú (thường ở 2 chân), phù mềm ấn lõm.

Bảng 4. Nguyên nhân phù do thuốc

Nhóm thuốc	Loại thuốc
Chống trầm cảm	IMAO, trazodone
Hạ áp	Ức chế beta giao cảm, chẹn kênh calci Dãn mạch trực tiếp: Clonidine, hydralazine, methyldopa, minoxidil
Kháng siêu vi	Acyclovir
Hóa trị	Cyclophosphamide, cyclosporin, cytosine arabinoside, mithramycin
Cytokine	Interferon alpha, interleukin 2, 4; yếu tố kích hoạt dòng tế bào hạt
Hormones	Androgen, corticosteroids, estrogen, progesterone, testosterone, tăng trưởng
NSAIDS	Celecoxib, ibuprofen

Ghi chú: IMAO, Monoaminoxydase inhibitors; NSAIDS: Non-steroid anti-inflammatory drugs (thuốc kháng viêm không steroid).

3.1.3. Phù khu trú

Phù khu trú do tắc nghẽn tĩnh mạch hay mạch bạch huyết có thể do viêm tắc tĩnh mạch huyết khối, viêm bạch mạch mạn tính, nạo hạch trong phẫu thuật ung thư, giun chi. Phù do tắc nghẽn bạch huyết khó cải thiện vì tình trạng thoát huyết tương ra mô kẽ làm nặng hơn tình trạng phù. Phù do tắc nghẽn bạch huyết giai đoạn sớm có thể ấn lõm, nhưng theo thời gian mô dưới da được tổ chức hóa sẽ trở thành phù cứng ấn không lõm.

Phù khu trú có thể do tình trạng viêm, nhiễm trùng hay quá mẫn thường kèm các dấu hiệu khác: đỏ, nóng, đau. Những nguyên nhân phù khu trú thường xuất hiện và diễn tiến nhanh trong vòng 72 giờ:

- Huyết khối tĩnh mạch.
- Viêm mô tế bào.
- Chèn ép khoang sau chấn thương.
- Mới khởi đầu dùng thuốc (thường gặp là thuốc chẹn kênh canxi).

Các nguyên nhân còn lại thường diễn tiến chậm trong thời gian dài.

Phù do suy bơm tĩnh mạch thường sẽ giảm khi kê cao chi, tăng lên khi hạ thấp chi, khi đi lại/đứng nhiều (suy bơm tĩnh mạch chân). Một nguyên nhân phù toàn thân vẫn có thể có phù khu trú đi kèm: hội chứng thận hư có huyết khối tĩnh mạch, hay có viêm mô tế bào.

Siêu âm có độ nhạy cao (95%) và đặc hiệu (96%) với huyết khối tĩnh mạch, siêu âm Duplex có thể dùng chẩn đoán suy tĩnh mạch mạn tính. Ngoài ra, có thể chụp mạch bạch huyết, MRI.

3.2. Tiếp cận bệnh nhân phù (Lưu đồ 1)

Câu hỏi quan trọng đầu tiên là: phù toàn thân hay phù khu trú.

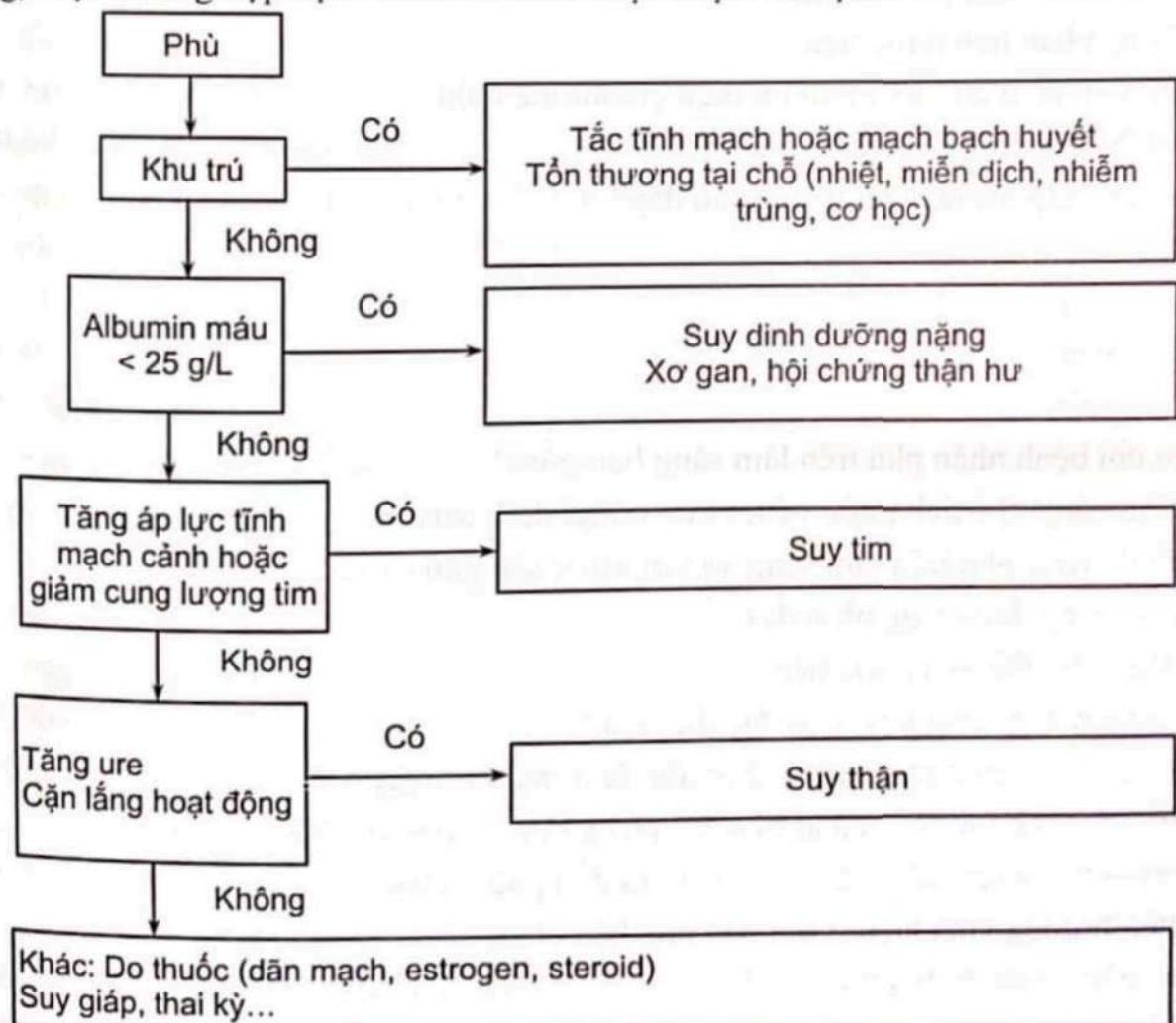
Nếu là phù khu trú, đặc điểm phù khu trú có thể giúp gợi ý nguyên nhân.

Nếu là phù toàn thân, cần xem có giảm albumin máu nặng không (< 2,5 g/dL).

Nếu có, bệnh sử bao gồm tính chất xuất hiện và diễn tiến phù theo thời gian, khám thực thể, tổng phân tích nước tiểu và các xét nghiệm khác sẽ giúp phân biệt xơ gan, suy dinh dưỡng nặng hay hội chứng thận hư.

Nếu không giảm albumin, cần tìm dấu chứng của suy tim dù để gây phù toàn thân.

Cuối cùng, phải xác định được lượng nước xuất nhập và tổng cân bằng dịch theo thời gian (tổng lượng nước nhập – tổng lượng nước xuất) của bệnh nhân có phù hợp không, hoặc trường hợp bệnh nhân có thiểu niệu hoặc vô niệu.



Lưu đồ 1. Tiếp cận bệnh nhân phù.

4. KẾT LUẬN

Phù là triệu chứng thường gặp trong nhiều bệnh lý, có thể do nguyên nhân tại chỗ hoặc toàn thân. Hỏi bệnh sử và thăm khám kỹ giúp gợi ý nguyên nhân gây phù. Định lượng albumin máu là xét nghiệm quan trọng trong định hướng chẩn đoán nguyên nhân.

CÂU HỎI TỰ LUỢNG GIÁ

1. Định nghĩa phù toàn thân?

- A. Phù đối xứng 2 bên trực dọc cơ thể
- B. Phù xuất hiện ở ít nhất 2 nơi trên cơ thể
- C. Phù đối xứng 2 bên cơ thể, và phải xuất hiện ở ít nhất 2 nơi trên cơ thể
- D. Phù 2 nơi trên cơ thể, đối xứng qua cơ hoành và trực dọc cột sống

2. Xét nghiệm quan trọng nhất để chẩn đoán nguyên nhân phù do thận là?

- A. Albumin máu, protid máu
- B. Tổng phân tích nước tiểu
- C. Protein niệu 24 giờ, albumin niệu/creatinine niệu
- D. BUN, creatinine huyết thanh

3. Phù cứng gấp trong bệnh lý nào sau đây?

- A. Suy tim
- B. Suy giáp
- C. Suy gan
- D. Suy thận

4. Theo dõi bệnh nhân phù trên lâm sàng bao gồm?

- A. Cân nặng, thể tích nước tiểu, nước uống, dịch truyền
- B. Tình trạng phù trên lâm sàng so với trước khi phù
- C. Cân nặng, huyết áp, nhịp thở
- D. Màu sắc, thể tích nước tiểu

5. Phù do suy tim sung huyết có đặc điểm là?

- A. Phù toàn thân trắng, mềm, tăng nhanh trong vài ngày
- B. Phù thường xuất hiện đầu tiên ở 2 chân, tăng vào buổi chiều
- C. Bóng bụng xuất hiện đầu tiên, sau đó đến phù 2 chân
- D. Phù thường xuất hiện ở mu bàn tay, bàn chân

6. Nước tiểu có nhiều bọt thường do trong nước tiểu có nhiều thành phần nào?

- A. Hồng cầu
- B. Bạch cầu

- C. Protein
 - D. Glucose
7. Tiêu chuẩn nào KHÔNG phải của hội chứng thận hư?
- A. Đạm niệu 24 giờ $> 3,5 \text{ g}/24 \text{ giờ}/1,73 \text{ m}^2 \text{ da}$
 - B. Phù toàn thân
 - C. Tiêu máu
 - D. Tăng lipid máu
8. Nguyên nhân gây phù toàn thân có cơ chế khác biệt nhất so với 3 nguyên nhân còn lại?
- A. Suy tim
 - B. Xơ gan
 - C. Hội chứng thận hư
 - D. Suy dinh dưỡng
9. Bệnh nhân phù toàn thân nào có kèm phù khu trú?
- A. Suy tim
 - B. Xơ gan
 - C. Hội chứng thận hư
 - D. Suy dinh dưỡng
10. Bệnh nhân nữ, 39 tuổi, nhập viện vì phù 2 chân cách nhập viện 1 tuần. Khám bệnh nhân phù trắng, mềm, ấn lõm, không đau, phù nhẹ mí mắt và 2 chân. Có thể gặp nguyên nhân gây phù nào sau đây, CHỌN CÂU SAI?
- A. Suy tim
 - B. Hội chứng thận hư
 - C. Viêm cầu thận cấp
 - D. Suy van tĩnh mạch chân
11. Phù khu trú do nguyên nhân nào sau đây?
- A. Suy van tĩnh mạch 2 chân
 - B. Suy tim trái
 - C. Suy dinh dưỡng
 - D. Xơ gan
12. Xét nghiệm đầu tiên giúp phân nhóm bệnh nhân phù toàn thân là?
- A. Tổng phân tích nước tiểu
 - B. Siêu âm tim
 - C. Men gan, bilirubin
 - D. Albumin máu

13. Bệnh nhân nam, 60 tuổi, bị tăng huyết áp, ung thư đại tràng, cách 3 tháng. Ung thư phát triển làm tắc ruột, bệnh nhân được mổ cắt ruột già + non và mở dưa hổng tràng ra da cách 2 tháng. 2 tháng nay BN vẫn ăn uống nhiều (thịt cá trứng sữa mỗi ngày đều lượng nhiều). Bệnh nhân than 1 tháng nay yếu cơ, teo cơ dần dần, 2 tuần nay bắt đầu xuất hiện phù toàn thân. Bệnh nhân làm việc được, nhưng ít hơn trước do mệt. Nguyên nhân nào phù hợp phù ở bệnh nhân này?

- A. Hội chứng thận hư thứ phát do ung thư
- B. Suy dinh dưỡng
- C. Suy thận do u chèn ép sau thận
- D. Suy tim do tăng huyết áp

14. Bệnh nhân nữ, 20 tuổi, nhập viện vì phù toàn thân. Hồi bệnh ghi nhận bệnh nhân chưa từng đi khám bệnh. 3 tháng nay bệnh nhân thường làm việc mau mệt, phù toàn thân lúc tăng lúc giảm. 1 tháng nay phù nhiều, bệnh nhân mệt không làm việc được, phải nghỉ ở nhà kèm tiêu ít. Khám ghi nhận tim to, gan to ấn đau nhẹ vùng gan, tĩnh mạch cổ nổi, phù toàn thân. Nguyên nhân nào phù hợp gây phù ở bệnh nhân này?

- A. Xơ gan
- B. Suy thận thể thiếu niệu
- C. Suy tim
- D. Suy giáp

15. Bệnh nhân nam, 19 tuổi, không có tiền căn bệnh lý gì trước đây. Bệnh nhân đi Vũng Tàu chơi cùng bạn bè. Ngày 1, bệnh nhân không có triệu chứng gì. Ngày 2, bệnh nhân thấy phù mặt, tay chân tăng nhanh từ sáng tới trưa, kèm mệt, khó thở, khó khè, do đó. Bạn bệnh đưa bệnh nhân vào viện. Nguyên nhân phù của bệnh nhân có thể là?

- A. Hội chứng thận hư
- B. Suy tim cấp
- C. Viêm mô tế bào toàn thân
- D. Phản ứng phản vệ

Đáp án: 1D, 2B, 3B, 4A, 5B, 6C, 7C, 8A, 9B, 10C, 11A, 12D, 13B, 14C, 15D.

TÌNH HUỐNG LÂM SÀNG THẢO LUẬN

❖ Tình huống 1

Bệnh nhân nữ 32 tuổi, đến khám vì phù 1 tháng.

Bệnh sử: bệnh nhân không đi khám bệnh, 3 tháng nay phù toàn thân tăng dần kèm cảm giác mệt mỏi, chán ăn, ngủ nhiều. Bệnh nhân tăng cân 8 kg trong vòng 3 tháng.

Tiêu 1.500 - 1.700 ml/ngày, vàng trong, không bọt, ăn uống theo nhu cầu. Phù không thay đổi trong ngày, không theo tư thế. Bệnh nhân không dùng thuốc gì, không có thai. Bệnh nhân làm việc bình thường, không thấy tức ngực hay khó thở.

Tiền căn: không ghi tiền căn bệnh lý gì trước đây.

Khám: ghi nhận huyết áp 150/95 mmHg, mạch 67 lần/phút, áp lực tĩnh mạch cổ + 9 cmH₂O, phù toàn thân, lòng bàn tay chân ánh vàng, mát lạnh. Cung mạc không vàng. Tim không to, không âm thổi, không tiếng tim bệnh lý. Gan không sờ thấy, không sao mạch, không có lòng bàn tay son, không tuần hoàn bang hệ. Khàn tiếng. Phù toàn thân, da vùng phù sạm, cứng, xù xì.

Câu hỏi 1: bệnh nhân này nghĩ nguyên nhân phù là gì? Dùng các chứng cứ về triệu chứng cơ năng và thực thể để biện luận sơ bộ.

Xét nghiệm để nghị để chẩn đoán nguyên nhân?

Một số kết quả cận lâm sàng:

- Albumin máu: 3,5 g/dL.
- Tổng phân tích nước tiểu: sạch, không ghi nhận tiêu protein, tiêu máu.
- BUN 15 mg/dL, creatinine huyết thanh 0,9 mg/dL.
- Siêu âm tim: EF 70%, ECG, X quang ngực: không ghi nhận dấu hiệu bất thường.
- Nồng độ men AST, ALT và bilirubin trong giới hạn bình thường.

Câu hỏi 2: xét nghiệm gì sẽ làm tiếp theo để chẩn đoán nguyên nhân gây phù của bệnh nhân?

❖ Tình huống 2

Bệnh nhân nam, 60 tuổi, đến khám vì phù chân 2 tuần nay.

Bệnh sử: bệnh nhân thường phù vào buổi chiều tối và hết khi thức dậy vào buổi sáng hôm sau. Bệnh nhân không khó thở và không đau ngực, nhưng mệt mỏi khi tập thể dục buổi sáng.

Tiền căn: tăng huyết áp đã lâu, kiểm soát tốt với thiazide, amlodipine và atenolol. Bệnh nhân hút thuốc lá 20 gói/năm.

Khám: ghi nhận bệnh nhân béo phì (chiều cao 165 cm, cân nặng 98 kg), tim T1 T2 đều rõ, không có tiếng T3, không có âm thổi, phổi trong, bụng mềm. Phù chân ấn lõm 1+ đến gói ở cả 2 bên. Bệnh nhân mập nên khó xác định tĩnh mạch cảnh. Bệnh nhân làm nghề thợ may. Vợ bệnh nhân nói bệnh nhân ngủ ngáy rất to.

Câu hỏi: bệnh nhân này có thể phù do những nguyên nhân là? Cần hỏi thêm và khám tim những tính chất gì với mỗi nguyên nhân?

BÀI 14. TIẾP CẬN BỆNH NHÂN SỤT CÂN KHÔNG CHỦ Ý

ThS.BS. Lưu Ngọc Mai, PGS.TS.BS. Quách Trọng Đức

MỤC TIÊU HỌC TẬP

- Trình bày định nghĩa sụt cân không chủ ý, phân biệt với các khái niệm sụt cân không giải thích được, thiếu cơ, hội chứng suy mòn.
- Trình bày các nguyên nhân thường gặp của sụt cân không chủ ý.
- Trình bày các bước tiếp cận một trường hợp sụt cân không chủ ý dựa trên hỏi bệnh và thăm khám.
- Đề nghị cận lâm sàng để chẩn đoán xác định nguyên nhân sụt cân không chủ ý.

NỘI DUNG BÀI GIẢNG

1. ĐỊNH NGHĨA

Sụt cân không chủ ý (unintentional, involuntary or unintended weight loss) được định nghĩa là sụt cân không do chủ đích của bệnh nhân, không bao gồm sụt cân do một bệnh lý đã biết hay do tác động của điều trị (ví dụ: điều trị lợi tiểu trong suy tim). Sụt cân có ý nghĩa lâm sàng khi giảm ít nhất 5% cân nặng trong vòng 6 – 12 tháng.

Cần phân biệt với:

- Sụt cân không giải thích được (unexplained weight loss), sụt cân đơn độc (isolated weight loss) hoặc sụt cân không rõ nguyên nhân (unknown weight loss): là tình trạng sụt cân mà không tìm được nguyên nhân sau khi đã hỏi bệnh, khám và làm các xét nghiệm thăm dò.
- Thiếu cơ (sarcopenia): là một hội chứng ở người cao tuổi, đặc trưng bởi sự mất khối lượng cơ và suy giảm sức cơ. Sụt cân không phải là tiêu chuẩn để chẩn đoán thiếu cơ.
- Hội chứng suy mòn (cachexia): là hội chứng chuyển hóa do viêm bao gồm mất khối cơ do bệnh lý, sụt cân ít nhất 5% cân nặng trong vòng 12 tháng kèm theo 3 trong 5 triệu chứng sau:
 - + Giảm sức cơ.
 - + Mệt mỏi.
 - + Chán ăn.
 - + Chỉ số khối mỡ tự do thấp.
 - + Xét nghiệm sinh hóa bất thường (tăng các dấu ấn viêm, thiếu máu, albumin huyết thanh thấp).

Bệnh nhân sụt cân không chủ ý có thể có hoặc không có hội chứng suy mòn, tùy thuộc vào nguyên nhân gây sụt cân.

2. NGUYÊN NHÂN

Có nhiều nguyên nhân gây ra sụt cân không chủ ý (Bảng 1 và Bảng 2). Khi không có sốt hoặc không có nguyên nhân nào khác làm tăng nhu cầu năng lượng (ví dụ: cường giáp), sụt cân chủ yếu là do giảm lượng nhập thức ăn.

Sụt cân không chủ ý tiến triển dần thường là chỉ điểm một bệnh lý hay một rối loạn tâm thần nghiêm trọng. Bệnh lý mạn tính ảnh hưởng tới bất kỳ cơ quan nào cũng có thể gây chán ăn và sụt cân.

Trong các nguyên nhân gây sụt cân không chủ ý, bệnh lý ác tính là nguyên nhân chính chiếm 15 – 37%, bệnh lý tiêu hóa lành tính chiếm 10 – 20%, các nguyên nhân tâm thần chiếm 10 – 23%, 25% không rõ nguyên nhân.

2.1. Bệnh lý ác tính

Các bệnh lý ác tính thường gặp nhất gây sụt cân không chủ ý là ung thư dạ dày ruột, tụy, máu, phổi, vú, niệu đạo, buồng trứng và tuyến tiền liệt.

Chán ăn và sụt cân hiện diện ở 15 – 40% bệnh nhân ung thư lúc được chẩn đoán, nhưng tần suất cao nhất ở ung thư phổi (60%) hoặc ung thư tiêu hóa (80%). Hội chứng suy mòn trong bệnh ác tính liên quan đến các bất thường chuyển hóa phức tạp làm suy giảm khối cơ.

Bệnh nhân sụt cân do bệnh ác tính thường có biểu hiện một hoặc nhiều bất thường khi hỏi bệnh và thăm khám. Chẳng hạn như bệnh nhân có thể có đau bụng, trướng bụng, buồn nôn, nôn, nuốt khó, ăn nhanh no do gan lách to hoặc tắc nghẽn ruột do khối u, triệu chứng tăng canxi máu hoặc các triệu chứng của kém hấp thu.

Ở bệnh nhân sụt cân không chủ ý, bệnh lý ác tính tiềm ẩn rất hiếm gặp nếu đánh giá tầm soát ban đầu không ghi nhận bất thường.

2.2. Bệnh lý tiêu hóa lành tính

Nhiều bệnh lý tiêu hóa lành tính có thể gây sụt cân, chẳng hạn như bệnh lý loét dạ dày tá tràng, các bệnh gây kém hấp thu, bệnh viêm ruột, hội chứng rối loạn vận động, viêm tụy mạn, táo bón, viêm dạ dày mạn teo. Bệnh nhân thường có các triệu chứng tiêu hóa như: chán ăn, đau bụng, ăn nhanh no, nuốt khó, nuốt đau, tiêu chảy, tiêu phân mỡ hoặc biểu hiện của xuất huyết tiêu hóa kéo dài. Bệnh nhân có thể có các triệu chứng liên quan đến quá trình viêm mạn tính, thiếu máu mạn, tắc ruột hoặc rò tiêu hóa. Bệnh viêm ruột có thể có các triệu chứng ngoài tiêu hóa. Bệnh nhân bị hội chứng kém hấp thu có thể sụt cân kèm hoặc không kèm theo tăng cảm giác thèm ăn.

Các vấn đề răng miệng cũng dễ bị bỏ sót và có thể biểu hiện triệu chứng hôi miệng, vệ sinh răng miệng kém, khô miệng, nhai khó, hội chứng khớp thái dương hàm, mất răng, đau do sâu răng hay áp-xe hàm mặt.

2.3. Các rối loạn tâm thần

Các rối loạn tâm thần thường gây sụt cân, đặc biệt là trầm cảm, chiếm 31 - 58% nguyên nhân gây sụt cân ở nhóm này.

2.3.1. Trầm cảm

Gây sụt cân do phối hợp nhiều yếu tố, bao gồm sự cô lập với xã hội, tàn tật về mặt thể chất, sa sút trí tuệ, khó nuốt, thuốc sử dụng và nhiều bệnh mạn tính kèm theo.

2.3.2. Các rối loạn về ăn uống

Ở bệnh nhân có cân nặng bình thường hoặc thiếu cân, sự ám ảnh bị thừa cân có thể dẫn đến sụt cân do bệnh nhân giảm ăn uống, tập luyện thể lực quá mức, tự móc họng gây nôn, dùng thuốc/thảo dược để giảm cân, và/hoặc các hành vi gọi ý chứng chán ăn tâm thần/chứng ăn – nôn.

2.3.3. Khác

Mất cảm giác thèm ăn và sụt cân không chủ ý cũng có thể xảy ra ở các bệnh nhân bị rối loạn tâm thần. Trong giai đoạn hung cảm của rối loạn lưỡng cực, sự tăng hoạt động và lo lắng có thể ảnh hưởng đến ăn uống. Trong một số hiếm trường hợp, bệnh nhân có ảo giác hoặc hoang tưởng dẫn đến quan niệm khác thường về thức ăn khiến cho họ ăn ít đi và gây sụt cân.

2.4. Bệnh nội tiết

2.4.1. Cường giáp

Sụt cân là triệu chứng kinh điển của cường giáp. Hầu hết bệnh nhân ăn nhiều hơn. Một số bệnh nhân trẻ bị cường giáp nhẹ vẫn ăn lượng đủ để gây tăng cân. Ở bệnh nhân lớn tuổi hơn, cường giáp thường gây chán ăn kèm sụt cân tăng dần.

2.4.2. Đái tháo đường

Đái tháo đường không kiểm soát có thể gây sụt cân với tăng cảm giác thèm ăn, đặc biệt là đái tháo đường type 1 mới khởi phát. Mặc dù bệnh nhân đái tháo đường type 2 chưa được chẩn đoán hoặc kém kiểm soát đôi khi có thể biểu hiện sụt cân, tăng cân thường gấp hơn ở những bệnh nhân này. Tuy nhiên, một số bệnh nhân đái tháo đường type 2 có thể biểu hiện hội chứng suy mòn do bệnh lý thần kinh đái tháo

đường, một hội chứng ít gặp chưa rõ cơ chế được đặc trưng bởi sụt cân nghiêm trọng (có thể tới 60% cân nặng) và thường có biểu hiện đau liên quan thần kinh ở vùng trước đùi.

2.4.3. Suy thượng thận

Suy thượng thận nguyên phát mạn tính thường biểu hiện triệu chứng sụt cân, mặc dù các triệu chứng khác nổi trội hơn như: mất nước, chán ăn, mệt mỏi, uể oải, yếu ớt. Suy thượng thận cấp hoặc do rối loạn chức năng hạ đồi hoặc tuyến yên thường không gây sụt cân.

2.4.4. U tuyỷ thượng thận

Tình trạng tăng hoạt giao cảm ở bệnh nhân u tuyỷ thượng thận về mặt giả thuyết có thể gây sụt cân kèm tăng cảm giác thèm ăn, nhưng chỉ 5% bệnh nhân u tuyỷ thượng thận có biểu hiện sụt cân.

2.5. Bệnh nhiễm

2.5.1. Nhiễm HIV

Bệnh nhân nhiễm HIV có nhu cầu năng lượng hàng ngày tương tự như người bình thường. Sụt cân ở người nhiễm HIV thường từng đợt, xảy ra khi có nhiễm trùng thứ phát hoặc có bệnh lý dạ dày ruột xảy ra làm giảm ăn uống. Trạng thái ngủ lịm và mệt mỏi khi có nhiễm trùng có thể giúp duy trì cân bằng năng lượng và cân nặng.

2.5.2. Lao

Nhiều bệnh nhân lao hoạt động bị sụt cân. Đối với lao tái hoạt động, sụt cân ý nghĩa là một trong các triệu chứng then chốt gợi ý.

2.5.3. Viêm gan virus C

Nhiễm virus viêm gan C mạn tính cũng có thể gây sụt cân, kèm theo buồn nôn, chán ăn và mệt mỏi.

2.5.4. Nhiễm giun sán

Một số bệnh nhiễm giun sán có thể gây suy dinh dưỡng và sụt cân.

2.6. Bệnh lý mạn tính tiến triển

2.6.1. Suy tim sung huyết

Gần phân nửa các bệnh nhân suy tim phân độ NYHA III và IV có biểu hiện sụt cân và bị suy dinh dưỡng. Sụt cân ở những bệnh nhân này có thể do chán ăn, ăn nhanh no,

trầm cảm, sung huyết gan và ruột, tăng nồng độ cytokine và angiotensin II. Tình trạng ứ dịch trong suy tim mạn thường che lấp tình trạng mất khói cơ. Sụt cân ở bệnh nhân suy tim mạn có liên quan tới tăng tỷ lệ tử vong.

2.6.2. Bệnh phổi mạn tính (hội chứng suy mòn do bệnh phổi)

Sụt cân mạn tính kèm suy dinh dưỡng có thể xảy ra trong bệnh phổi mạn tính nặng và được gọi là hội chứng suy mòn do bệnh phổi. Hội chứng suy mòn hiện diện trong bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính với tỷ lệ thay đổi từ 30 – 70%. Sụt cân tăng dần có thể xảy ra ngay cả khi nhập đủ lượng calo do tăng nhu cầu làm việc của cơ hô hấp và đáp ứng viêm hệ thống. Thông thường, sụt cân xảy ra theo đợt, liên quan đến đợt cấp của bệnh phổi, nhưng không hồi phục lại cân nặng sau khi đợt cấp qua đi. Điều trị glucocorticoid, đáp ứng viêm hệ thống và không vận động góp phần làm mất khói lượng cơ trong bệnh phổi nặng.

2.6.3. Bệnh thận tiến triển

Trong bệnh thận tiến triển, chán ăn và các triệu chứng do ure huyết cao khác xảy ra khi độ lọc cầu thận giảm dưới 15 ml/phút. Cũng như trong suy tim, tình trạng ứ dịch trong bệnh thận tiến triển thường che lấp sự mất khói lượng cơ.

2.7. Các bệnh lý thần kinh

Một số bệnh thần kinh như đột quy, sa sút trí tuệ, bệnh Parkinson và xơ cứng cột bên teo cơ có thể gây sụt cân. Sụt cân có thể do một hoặc nhiều khiếm khuyết như thay đổi nhận thức, rối loạn vận động, nuốt khó.

2.8. Thuốc/hóa chất

Các thuốc không kê toa, thuốc được kê toa, các thuốc cấm có thể gây sụt cân. Sụt cân có thể là một tác dụng ngoại ý đã biết của một số thuốc kê toa thường gặp như thuốc chống động kinh, thuốc hạ đường huyết và thuốc điều trị bệnh lý tuyến giáp. Thuốc ức chế anticholinesterase dùng trong điều trị sa sút trí tuệ (như donepezil, rivastigmine, galantamine) có thể góp phần gây sụt cân. Sụt cân rõ rệt có thể xảy ra sau khi giảm liều hoặc ngưng một số thuốc chống loạn thần mà bệnh nhân đã dùng liều cao trong nhiều năm (như chlorpromazine, haloperidol, thioridazine, mesoridazine).

Sụt cân cũng có thể xảy ra khi lạm dụng một số thuốc/hóa chất:

- Rượu: nhiều bệnh nhân lạm dụng rượu chủ yếu thu nạp năng lượng từ rượu, do đó bị suy dinh dưỡng và sụt cân. Tuy nhiên, sụt cân ở bệnh nhân xơ gan rượu có thể bị che lấp do báng bụng và phù.

- Cocaine: khoảng 40% bệnh nhân dùng cocaine mạn tính bị sụt cân, chán ăn và rối loạn giấc ngủ.

- Amphetamine: Amphetamine làm tăng phóng thích catecholamine từ đầu tật thần kinh tiền synap dẫn đến giảm cảm giác thèm ăn và tăng chuyển hóa cơ bản.
- Marijuana (cần sa): cai nghiện cần sa có thể gây các triệu chứng bao gồm chán ăn, sụt cân, dễ kích động, mộng mị.
- Thuốc lá: nghiện thuốc lá nặng có thể gây sụt cân, trong khi ngưng thuốc lá có thể gây tăng cân.

2.9. Bệnh thấp

Bệnh nhân bị các bệnh thấp (như viêm khớp dạng thấp, viêm mạch máu thái dương tê bào không lò) thường biểu hiện sụt cân như là một trong các triệu chứng hệ thống.

2.10. Nguyên nhân khác

2.10.1. Các yếu tố xã hội dẫn đến chế độ ăn uống thiếu hụt

Ví dụ như không thể tiếp cận với thức ăn, đặc biệt ở người lớn tuổi.

2.10.2. Vận động viên

Một số nghề nghiệp đòi hỏi phải có thể hình ôm (như vận động viên chạy đường dài, người mẫu, vũ công ballet, người tập thể dục dụng cụ). Một số người khi tham gia huấn luyện tăng cường phải tăng nhập calo một cách thận trọng để duy trì cân nặng và khối lượng cơ bắp. Tăng lượng thức ăn nhập vào không phải luôn đủ để duy trì trọng lượng cơ thể, dẫn đến sụt cân thoảng qua hoặc kéo dài.

Bảng 1. Các nguyên nhân gây sụt cân không chủ ý

Các nguyên nhân chính gây sụt cân không chủ ý
Ung thư (ví dụ: dạ dày - ruột, phổi, lymphoma, thận, tuyến tiền liệt)
Các bệnh tiêu hóa lành tính (ví dụ: loét dạ dày tá tràng, bệnh celiac, bệnh viêm ruột)
Rối loạn tâm thần (đặc biệt là trầm cảm), các rối loạn liên quan ăn uống
Bệnh nội tiết (ví dụ: cường giáp, đái tháo đường, suy thượng thận)
Bệnh nhiễm (ví dụ: nhiễm HIV, viêm gan virus, lao, nhiễm khuẩn hay nhiễm nấm mạn tính, nhiễm giun sán mạn tính)
Bệnh mạn tính tiến triển (ví dụ: hội chứng suy mòn do suy tim, do bệnh phổi, do suy thận)
Bệnh lý thần kinh (ví dụ: đột quỵ, sa sút trí tuệ, xơ cứng cột bên teo cơ)
Thuốc/ hóa chất
Bệnh thấp (ví dụ: viêm khớp dạng thấp nặng, viêm mạch tê bào không lò)
Tập luyện thể lực nặng kéo dài (ví dụ: chạy đường dài, múa ballet, tập thể dục dụng cụ)

Các thuốc/hóa chất liên quan đến sụt cân

Rượu	
Cocaine	
Amphetamines	
Hội chứng ngưng thuốc (ngưng thuốc sau khi sử dụng kéo dài cần sa hoặc các thuốc hướng tâm thần liều cao)	
Thuốc lá	
Tác dụng phụ của các thuốc được kê toa (ví dụ: thuốc chống động kinh ở người đái tháo đường, thuốc điều trị bệnh lý tuyến giáp)	
Thảo dược hoặc các thuốc không kê toa (5-hydroxytryptophan, nha đam, caffeine, cascara, chitosan, crôm, bồ công anh, cây ma hoàng, garcinia, glucomannan, guarana, guar gum, thảo dược lợi tiểu, nicotine, pyruvate, cây ban Âu)	

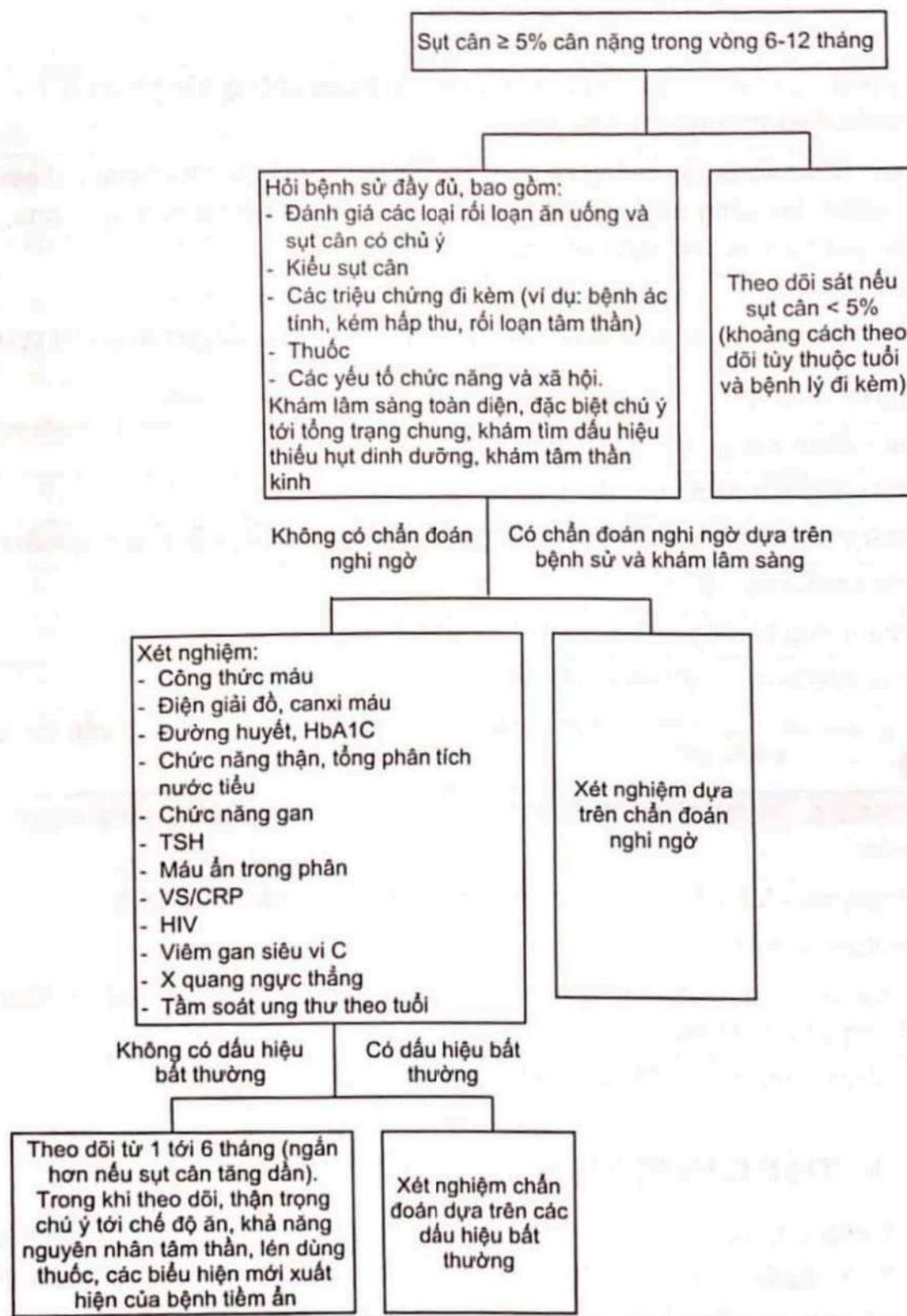
Bảng 2. Các nguyên nhân sụt cân không chủ ý ở người lớn tuổi (MEALS ON WHEELS)

Medications – Thuốc (ví dụ: digoxin, theophylline, SSRIs, kháng sinh)
Emotional – Cảm xúc (ví dụ: trầm cảm, lo âu)
Alcoholism – Nghiện rượu, lạm dụng rượu
Late-life paranoia or bereavement – Hoang tưởng tuổi già hoặc nỗi đau sau mất người thân
Swallowing problems – Các vấn đề về nuốt
Oral factors – Yếu tố răng miệng (mất răng, khô miệng)
Nosocomial infections – Nhiễm khuẩn bệnh viện (ví dụ: lao, viêm phổi)
Wandering and other dementia-related factors - Đi lang thang hoặc các yếu tố liên quan sa sút trí tuệ
Hyperthyroidism, hypercalcemia, hypoadrenalinism – Cường giáp, tăng canxi máu, suy thượng thận
Enteral problems – Vấn đề tiêu hóa (ví dụ: hẹp thực quản, bệnh ruột gluten)
Eating problems – Vấn đề ăn uống
Low salt, low cholesterol, and other therapeutic diets – Chế độ ăn ít muối, ít cholesterol và các chế độ ăn điều trị khác
Social isolation, stones – Cô lập với xã hội, sỏi (viêm túi mật mạn)

3. CÁC BƯỚC TIẾP CẬN BỆNH NHÂN SỤT CÂN KHÔNG CHỦ Ý

Do có rất nhiều nguyên nhân gây sụt cân không chủ ý, không có cách tiếp cận duy nhất nào áp dụng được cho mọi bệnh nhân. Tiếp cận bệnh nhân nên bắt đầu bằng việc xác định có sụt cân, sau đó là hỏi bệnh sử và thăm khám thực thể kỹ lưỡng (Lưu đồ 1). Đánh giá bệnh nhân sụt cân không chủ ý nên được cá thể hóa, dựa trên các phát hiện thu

được từ bệnh sử và khám thực thể. Những bệnh nhân sụt cân dưới 5% cân nặng bình thường có thể được theo dõi sát, khoảng cách theo dõi có thể thay đổi tùy thuộc vào tuổi và bệnh lý đi kèm của bệnh nhân. Ở bệnh nhân sụt cân ≥ 5% cân nặng bình thường và có các bất thường khi hỏi bệnh sử hoặc thăm khám cần được chỉ định xét nghiệm để xác định chẩn đoán nghi ngờ.



Lưu đồ 1. Lưu đồ tiếp cận bệnh nhân sụt cân không chủ ý

3.1. Bước 1: xác định có sụt cân

Nhiều bệnh nhân than phiền sụt cân nhưng khi cân đo lại không thấy có giảm cân. Do đó, việc xác định có sụt cân cần xem xét 3 yếu tố:

- Mức độ sụt cân.
- Phương pháp xác định có sụt cân.
- Khoảng thời gian xảy ra sụt cân.

Mức độ sụt cân

- Dao động cân nặng bình thường trong ngày: 1 – 2%.
- Dao động cân nặng bình thường từ ngày này qua ngày khác: có thể tới 2,2 kg.
- Sụt cân sinh lý ở người già: 0,1 – 0,2 kg/năm, có thể tới 0,5%/năm.
- Sụt cân có ý nghĩa lâm sàng: ít nhất 5% trong vòng 6 tháng.

Phương pháp xác định có sụt cân

- Dùng cân nặng đo được ở phòng khám nếu có.
- Dùng tiêu chuẩn của Marton và cộng sự: sụt cân đã được ghi nhận hoặc có ít nhất 2 trong 3 tiêu chuẩn sau:
 - Thay đổi kích cỡ quần áo.
 - Bạn bè hoặc người thân nhận thấy có sụt cân.
 - Bệnh nhân xác định được số cân nặng bị sụt giảm.

Khoảng thời gian xảy ra sụt cân: trong vòng 6 – 12 tháng vừa qua.

3.2. Bước 2: hỏi bệnh sử

Bệnh sử bao gồm sụt cân được ghi nhận, đánh giá kiểu sụt cân, đánh giá các rối loạn ăn uống và sụt cân có chủ ý có thể có và loại trừ các yếu tố khác có thể liên quan đến sụt cân.

3.2.1. Sụt cân được ghi nhận

Đánh giá định tính bởi bệnh nhân về mức độ sụt cân của họ thường không đáng tin cậy. Trong một nghiên cứu tiền cứu về sụt cân không chủ ý, chỉ 50% bệnh nhân báo cáo sụt cân là có sụt cân thực sự. Do đó, đối với sụt cân được ghi nhận, quan trọng cần phải xác định cân nặng trước đó, nếu không có, hỏi các thành viên khác trong gia đình về tiền căn cân nặng của bệnh nhân, bao gồm cân nặng bình thường trước khi sụt cân xảy ra. Sụt cân không chủ ý tới 20% cân nặng thường ngày thường liên quan với suy dinh dưỡng nặng liên quan tới năng lượng từ protein, thiếu hụt dinh dưỡng và rối loạn chức năng đa cơ quan.

3.2.2. Kiểu sụt cân

Việc xác định thời gian và kiểu sụt cân là rất quan trọng, bao gồm cả những dao động cân nặng trong quá khứ và việc sụt cân tiến triển dần hay ổn định. Sụt cân mới xảy ra ở một người có cân nặng ổn định trong nhiều năm và sụt cân tiến triển dần thì đáng lo ngại hơn và cần đánh giá tim nguyên nhân ngay. Các yếu tố khác cần xem xét bao gồm thay đổi cảm giác thèm ăn, lượng calo nhập và hoạt động thể lực.

3.2.3. Đánh giá các rối loạn ăn uống và sụt cân có chủ ý

Nên hỏi bệnh nhân về khả năng sụt cân có chủ ý (ví dụ như ăn kiêng ở bệnh nhân béo phì).

Bệnh nhân cũng nên được đánh giá về sụt cân có chủ ý do các rối loạn ăn uống. Các đặc điểm lâm sàng của chứng chán ăn tâm thần (anorexia nervosa) bao gồm hạn chế năng lượng nhập vào dẫn đến cân nặng bất thường, sợ tăng cân hoặc béo phì và có nhận thức lệch lạc về cân nặng và hình thể. Các đặc điểm lâm sàng của chứng ăn-nôn (bulimia) bao gồm ăn uống vô độ, hành vi bù trừ không thích hợp để ngừa tăng cân (như tự gây nôn) và lo lắng qua mức về cân nặng và hình thể.

3.2.4. Hỏi các triệu chứng và yếu tố khác liên quan tới sụt cân để định hướng nguyên nhân

3.2.4.1. Các triệu chứng liên quan

- Bệnh lý tiêu hóa: cần hỏi tất cả bệnh nhân về các triệu chứng tiêu hóa (như đau bụng, buồn nôn, khó nuốt, tiêu chảy, tiêu phân đen hoặc phân có máu).

- Bệnh ác tính: bệnh nhân có thể bị đờ mồ hôi đêm, sốt, mệt mỏi. Bệnh nhân cũng nên được đánh giá các triệu chứng của bệnh ác tính dựa trên tuổi và yếu tố nguy cơ (ví dụ: hỏi về tiêu phân đen hoặc tiêu phân máu ở bệnh nhân ≥ 40 tuổi hoặc có nguy cơ ung thư đại tràng, hoặc hỏi các triệu chứng hô hấp ở bệnh nhân hút thuốc lá hoặc từng hút thuốc lá).

- Kém hấp thu: các triệu chứng kém hấp thu như tiêu phân mỡ, mất cơ, tiêu lỏng. Bệnh nhân cũng có thể có triệu chứng thiếu hụt dinh dưỡng liên quan đến kém hấp thu (ví dụ xuất huyết dưới da do thiếu vitamin K).

- Các rối loạn tâm thần: bệnh nhân nên được đánh giá các rối loạn tâm thần, đặc biệt là trầm cảm.

3.2.4.2. Thuốc/hóa chất

Hỏi bệnh sử kỹ lưỡng để xác định tất cả các thuốc (bao gồm cả thuốc không kê toa và thảo dược), sự thay đổi thuốc và bất kỳ hóa chất nào bệnh nhân sử dụng.

3.2.4.3. Các yếu tố chức năng

Khó nuốt, chức năng răng kém, nhận thức kém hoặc sa sút trí tuệ có thể góp phần làm sụt cân.

3.2.4.4. Các yếu tố xã hội

Yêu cầu bệnh nhân mô tả về chế độ ăn của họ và hỏi về các yếu tố xã hội liên quan đến thức ăn (ví dụ: cách bệnh nhân tiếp cận thức ăn, ai nấu ăn). Một số bệnh lý có các nhu cầu vi chất khác nhau mà chế độ ăn thông thường không đáp ứng được. Ở một số bệnh nhân, cần hỏi thêm về tiền căn du lịch và đời sống tình dục để đánh giá nguy cơ mắc các bệnh truyền nhiễm.

Một quá trình xem xét hệ thống là cần thiết nếu nguyên nhân vẫn chưa chắc chắn sau khi đã hỏi bệnh sử như trên.

3.3. Bước 3: khám thực thể

Khám thực thể tập trung vào việc đánh giá các triệu chứng liên quan đến các nguyên nhân khác nhau của sụt cân không chủ ý.

Cần đặc biệt chú ý tới:

- **Tổng trạng chung:** vẻ mặt thờ ơ không cảm xúc có thể là dấu hiệu của bệnh lý tâm thần.

- **Đầu mặt cổ:** bệnh nhân cần được khám tìm dấu hiệu liệt vận nhãn và các dấu chứng của thiếu các yếu tố vi lượng (ví dụ: khô nứt môi, viêm lưỡi) (Bảng 3). Nên khám răng vì chất lượng răng kém có thể dẫn đến sụt cân.

- **Khám tim phổi:** bệnh nhân có bệnh tim và phổi mạn có thể bị sụt cân

- **Khám bụng:** khám tìm để kháng thành bụng, báng bụng, gan lách to, khối u trong ổ bụng.

- **Khám thần kinh:** đánh giá các khiếm khuyết thần kinh. Đặc biệt ở người già, đánh giá suy giảm nhận thức và sa sút trí tuệ vì các bệnh này có thể góp phần gây sụt cân.

- **Khác:** khám tim hạch to.

Các kết quả khám thực thể bất thường khá thường gặp (55 – 59%) trong bệnh lý ác tính. Trái lại, khám thực thể bất thường chỉ hiện diện ở 3% bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn tâm thần hoặc chưa tìm được nguyên nhân sụt cân sau khi thăm khám và xét nghiệm tầm soát.

Bảng 3. Biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng của các rối loạn hấp thu

Kém hấp thu	Biểu hiện lâm sàng	Biểu hiện cận lâm sàng
Calories	Sụt cân nhưng vẫn thèm ăn bình thường.	
Chất béo	Phân nhiều và nhạt màu, tiêu chảy nhưng không trướng hơi, tiêu phân mỡ.	Tỷ số bài tiết chất béo (% chất béo ăn vào không được hấp thu) > 6%.
Protein	Phù, teo cơ, mắt kinh.	Giảm albumin máu, giảm protein máu
Carbohydrate	Tiêu chảy phân nước, bụng trương, không dung nạp sữa.	Lượng hydrogen trong hơi thở tăng. Phân có pH acid, khoảng trống thẩm thấu phân (stool osmotic gap).
Vitamin B12	Thiếu máu. Thoái hóa hồn hợp bán cấp dây thần kinh sống (triệu chứng sớm là dị cảm và mắt điêu hòa (ataxia) liên quan tới mất cảm giác rung và cảm giác vị trí.	Thiếu máu hồng cầu to. Nồng độ vitamin B12 giảm. Xét nghiệm Schilling bất thường. Nồng độ methylmalonic và homocysteine huyết thanh tăng.
Folic acid	Thiếu máu.	Thiếu máu hồng cầu to. Nồng độ folate trong hồng cầu và trong huyết thanh giảm. Nồng độ homocysteine huyết thanh tăng.
Vitamin B	Khô nứt môi, viêm lưỡi không đau, viêm môi tróc vảy, viêm da đầu chi, viêm nứt góc miệng.	
Sắt	Thiếu máu hồng cầu nhỏ, viêm lưỡi, thèm ăn đá lạnh (pagophagia).	Sắt huyết thanh và ferritine giảm, khả năng gắn sắt toàn phần tăng.
Canxi và Vitamin D	Dị cảm, tetany, gãy xương bệnh lý do nhuyễn xương, dấu hiệu Chvostek và Troussseau dương tính.	Giảm canxi máu, phosphatase kiềm huyết thanh tăng, mật độ xương bất thường.
Vitamin A	Dày sừng nang lông, quáng gà.	Retinol huyết thanh giảm.
Vitamin K	Hematoma, các rối loạn xuất huyết.	Thời gian prothrombin kéo dài, yếu tố đông máu phụ thuộc vitamin K giảm.

3.4. Bước 4: xét nghiệm chẩn đoán

Ở bệnh nhân ghi nhận sụt cân ≥ 5% cân nặng bình thường và bệnh sử hoặc khám thực thể có bất thường, cần làm thêm xét nghiệm để xác định chẩn đoán nghi ngờ (Lưu đồ 1). Bệnh nhân có bệnh sử hoặc khám thực thể liên quan đến kém hấp thu (Bảng 3) nên được đánh giá thích hợp.

Khi bệnh sử và khám thực thể không giúp gợi ý chẩn đoán, cận lâm sàng chẩn đoán cơ bản sẽ giúp đưa ra chẩn đoán trong phần lớn trường hợp. Các xét nghiệm sâu hơn được chỉ định tùy thuộc vào kết quả của các xét nghiệm ban đầu. Một đánh giá chẩn đoán cơ bản nên bao gồm:

- Tổng phân tích tế bào máu.
- Điện giải đồ.
- Đường máu và HbA1C.
- Canxi máu.
- Chức năng thận và tổng phân tích nước tiểu.
- Chức năng gan.
- Hormone tuyến giáp.
- TSH.
- Máu ẩn trong phân.
- Độ lắng máu hoặc CRP.
- Xét nghiệm HIV.
- Xét nghiệm viêm gan virus C ở bệnh nhân có yếu tố nguy cơ.
- X quang ngực thẳng.
- Tầm soát ung thư theo tuổi (Bảng 4 và Bảng 5).

Bảng 4. Tầm soát ung thư cho người trưởng thành < 65 tuổi

	Tiền căn gia đình liên quan	Tham vấn di truyền/xét nghiệm
Ung thư vú	Hội chứng vú và buồng trứng có tính di truyền.	Tầm soát theo các khuyến cáo.
	Nữ > 40 tuổi.	Thảo luận về việc tầm soát, tùy theo quyết định cá nhân, có thể chụp nhũ ảnh mỗi 2 năm.
Ung thư cổ tử cung	Nữ 21 – 29 tuổi.	Pap smear mỗi 3 năm.
	Nữ ≥ 30 tuổi.	Pap smear mỗi 3 năm HOẶC Pap smear + xét nghiệm HPV mỗi 5 năm.
Ung thư đại trực tràng	Bệnh nhân có yếu tố nguy cơ.	Tầm soát theo các khuyến cáo.
	Bệnh nhân ≥ 40 tuổi không có yếu tố nguy cơ.	Tầm soát (lựa chọn tùy trường hợp: nội soi đại tràng, nội soi hậu môn trực tràng, xét nghiệm tìm máu ẩn trong phân).
Ung thư phổi	Bệnh nhân 55 – 74 tuổi, tiền căn hút thuốc ≥ 30 gói-năm và hiện đang hút thuốc hoặc đã bỏ trong 15 năm gần đây.	Xem xét tầm soát bằng chụp cắt lớp vi tính liều tia thấp.

Ung thư tiền liệt tuyến	Nam nguy cơ cao 40 – 45 tuổi.	Thảo luận về việc tầm soát, tùy theo quyết định của cá nhân.
	Nam ≥ 50 tuổi không có yếu tố nguy cơ.	Thảo luận về việc tầm soát, tùy theo quyết định của cá nhân.
Melanoma	Bệnh nhân nguy cơ cao.	Khám da liễu định kỳ.
	Bệnh nhân nguy cơ trung bình.	Luôn thận trọng với những sang thương nghi ngờ.

Tầm soát ung thư cho người lớn < 65 tuổi

Bảng 5. Tầm soát ung thư cho người ≥ 65 tuổi

Tầm soát ung thư	Những yếu tố chính cần xem xét ở người lớn tuổi là: Kỳ vọng sống: liệu bệnh nhân có khả năng sống đủ lâu để được lợi từ việc tầm soát này không? Những tác hại có thể có: biến chứng của thủ thuật, lo âu, chi phí, chẩn đoán quá mức. Mong muốn của chính bệnh nhân.
Ung thư vú	Cùng thảo luận để đưa ra quyết định, nếu bệnh nhân muốn tầm soát, chụp nhũ ảnh mỗi 2 năm nếu kỳ vọng sống ít nhất là 10 năm.
Ung thư đại trực tràng	Xét nghiệm tìm máu ẩn trong phân, HOẶC Nội soi đại tràng kiểm tra mỗi 10 năm, HOẶC Nội soi hậu môn trực tràng mỗi 5 năm nếu kỳ vọng sống ít nhất 5 năm.
Ung thư cổ tử cung	Có thể ngưng làm pap smear từ sau tuổi 65 nếu có 3 kết quả liên tiếp bình thường trong 10 năm. Có thể ngưng tầm soát sau khi chỉ định cắt tử cung do nguyên nhân bệnh lý lành tính.
Ung thư phổi	Chụp cắt lớp vi tính ngực liều thấp hàng năm cho những bệnh nhân nguy cơ cao cho đến khi 80 tuổi, ngưng tầm soát nếu bệnh nhân đã bỏ thuốc hơn 15 năm hoặc kỳ vọng sống thấp.

3.5. Bước 5: theo dõi

Ngay cả khi đánh giá ban đầu thích hợp, có thể không tìm thấy nguyên nhân rõ ràng gây sụt cân. Nếu không tìm thấy bất thường nào, theo dõi từ 1 tới 6 tháng phù hợp với một bộ các xét nghiệm với khả năng khu trú chẩn đoán thấp (Lưu đồ 1). Vì một bệnh lý cơ quan hiếm khi xảy ra ở những bệnh nhân có kết quả khám thực thể bình thường và xét nghiệm ban đầu bình thường, việc chờ đợi từ 1 tới 6 tháng ít nguy cơ gây ra dự hậu xấu cho bệnh nhân. Khi theo dõi, cần chú ý kỹ tới chế độ ăn, khả năng của các nguyên nhân tâm lý xã hội, lén dùng thuốc và các biểu hiện mới xuất hiện của bệnh lý tiềm ẩn. Bệnh nhân có sụt cân tăng dần được ghi nhận qua nhiều lần thăm khám nên được theo dõi với khoảng cách ngắn hơn. Có thể cần tầm soát thêm ung thư ở người lớn tuổi.

4. KẾT LUẬN

Sụt cân không chủ ý là một tình huống lâm sàng thường gặp. Tuy nhiên, do có rất nhiều nguyên nhân dẫn đến sụt cân không chủ ý, không có cách tiếp cận chung cho mọi bệnh nhân. Chẩn đoán thường bắt đầu bằng việc xác định có sụt cân, tiếp đó là hỏi bệnh sử và thăm khám thực thể cẩn thận. Tùy vào dữ kiện thu thập được mà đề nghị các xét nghiệm phù hợp để đi đến chẩn đoán nguyên nhân gây sụt cân không chủ ý.

CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Sụt cân có ý nghĩa lâm sàng khi?

- A. Giảm ít nhất 10% cân nặng trong vòng 6 tháng
- B. Giảm ít nhất 5% cân nặng trong vòng 6 tháng
- C. Giảm ít nhất 5% cân nặng trong vòng 6 – 12 tháng
- D. Giảm ít nhất 5% cân nặng trong vòng 12 tháng

2. Nguyên nhân thường gặp nhất gây sụt cân không chủ ý là?

- A. Bệnh lý ác tính
- B. Bệnh lý tiêu hóa lành tính
- C. Bệnh lý tâm thần
- D. Không rõ nguyên nhân

3. Bệnh lý nào sau đây không gây sụt cân?

- A. Đái tháo đường
- B. Nhược giáp
- C. Trầm cảm
- D. U tuy thượng thận

4. Một bệnh nhân nữ 55 tuổi, có tiền căn đái tháo đường type 2 từ 10 năm nay, đến khám tiêu hóa vì triệu chứng buồn nôn, nôn và ợ nóng xuất hiện 1 năm nay. Triệu chứng ngày càng nặng dần và bệnh nhân đã sụt 12 kg trong vòng 4 tháng qua. Bệnh nhân đang điều trị thuốc metoclopramide để chống nôn và điều trị thuốc hạ đường huyết gliclazide. Các xét nghiệm kiểm tra: Hemoglobin 114 g/L, WBC $5,7 \times 10^9/L$, CRP 4 mg/L, HbA1C 12,7%. Cận lâm sàng thích hợp nhất cần làm tiếp là gì?

- A. Siêu âm bụng
- B. Xét nghiệm hơi thở chẩn đoán nhiễm *H. pylori*
- C. Chụp cắt lớp vi tính bụng
- D. Nội soi tiêu hóa trên

5. Một bệnh nhân nam 45 tuổi, đến khám vì sụt cân 5 kg trong 2 tháng vừa qua. Bệnh nhân có tiền căn hút thuốc lá 30 gói – năm và bị lao phổi cách đây 10 năm. Bệnh nhân hay ho khạc đàm trắng trong mỗi sáng sớm từ 2 năm nay. Một tháng nay bệnh nhân hay bị khó thở khi gắng sức, sốt nhẹ về chiều, chán ăn. Bệnh lý nào sau đây ít nghĩ là nguyên nhân gây sụt cân trên bệnh nhân này?

- A. Ung thư phổi
- B. Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính
- C. Lao phổi
- D. Suy tim

6. Yếu tố nào sau đây không phải là nguyên nhân gây sụt cân thường gặp ở người lớn tuổi?

- A. Bệnh lý răng miệng
- B. Nghiện rượu
- C. Sa sút trí tuệ
- D. Hút thuốc lá

7. Một bệnh nhân nữ 35 tuổi đến khám vì sụt cân 10 kg trong 3 tháng, run tay và ra mồ hôi nhiều. Ngoài ra, bệnh nhân đi tiêu phân vàng sệt 4-6 lần/ngày. Bệnh nhân vẫn ăn uống bình thường. Khám lâm sàng ghi nhận tuyến giáp to. Chẩn đoán phù hợp nhất là?

- A. Bệnh Graves
- B. Cường giáp
- C. Cơ bão giáp
- D. Suy giáp

8. Rối loạn tâm thần thường gặp nhất gây sụt cân là?

- A. Sa sút trí tuệ
- B. Tâm thần phân liệt
- C. Chứng chán ăn tâm thần
- D. Trầm cảm

9. Các thuốc/hóa chất sau đây có thể gây sụt cân, ngoại trừ?

- A. Cocaine
- B. Rượu
- C. Cà phê
- D. Corticoids

10. Độ tuổi nên tầm soát ung thư đại trực tràng ở Việt Nam là?

- A. 40 tuổi
- B. 45 tuổi
- C. 50 tuổi
- D. 55 tuổi

11. Bệnh nhân nam 57 tuổi, đến khám vì tiêu phân đen và sụt cân 8 kg trong 1 tháng. Bệnh nhân than phiền triệu chứng chán ăn, đầy bụng sau ăn. Nguyên nhân gây sụt cân nghĩ nhiều nhất trên bệnh nhân này là?

- A. Ung thư thực quản
- B. Ung thư dạ dày
- C. Ung thư đại tràng
- D. Loét dạ dày tá tràng

12. Một bệnh nhân nam 90 tuổi, được người nhà đưa đến khám vì sụt cân. Người nhà thấy bệnh nhân ốm hơn so với 2 tháng trước nhưng không rõ số cân nặng sụt giảm. Bước tiếp cận đầu tiên trên bệnh nhân này là?

- A. Xác định cân nặng hiện tại của bệnh nhân
- B. Xác định sụt cân có ý nghĩa lâm sàng hay không
- C. Loại trừ sụt cân có chủ ý
- D. Xác định kiểu sụt cân

13. Phát biểu nào sau đây không phải là sụt cân có ý nghĩa lâm sàng?

- A. Giảm ít nhất 5% cân nặng trong vòng 6 – 12 tháng
- B. Thay đổi kích cỡ quần áo
- C. Bạn bè hoặc người thân nhận thấy có sụt cân
- D. Bệnh nhân nhận thấy có sụt cân nhưng không rõ số cân nặng sụt giảm

14. Xét nghiệm cận lâm sàng nào sau đây không dùng để tầm soát ung thư đại trực tràng?

- A. Máu ẩn trong phân
- B. Chụp cắt lớp vi tính bụng
- C. Nội soi đại tràng
- D. Nội soi trực tràng

15. Phương tiện dùng tầm soát ung thư phổi được khuyến cáo hiện nay là?

- A. X quang ngực thẳng
- B. X quang ngực thẳng + nghiêng
- C. Chụp cắt lớp vi tính lồng ngực không cản quang
- D. Chụp cắt lớp lồng ngực lồng ngực có cản quang

Đáp án: 1C, 2A, 3B, 4D, 5D, 6D, 7B, 8D, 9D, 10A, 11B, 12B, 13D, 14B, 15C.

TÌNH HUỐNG LÂM SÀNG THẢO LUẬN

❖ Tình huống 1

Bệnh nhân nữ 73 tuổi đến khám vì sụt cân không chủ ý.

Bệnh sử: bệnh nhân khai sụt 6 kg trong năm vừa qua (từ 60 kg còn còn 54 kg ở thời điểm đến khám). Sụt cân xảy ra từ từ tăng dần. Gần đây, bạn bè của bệnh nhân đều nói rằng trọng bệnh nhân ốm đi rõ rệt. Bệnh nhân ăn 3 bữa mỗi ngày như bình thường. Tuy nhiên, bệnh nhân thừa nhận rằng bà ăn ít hơn vào mỗi bữa. Một tháng nay, bệnh nhân có cảm giác buồn nôn và nhai nuốt khó khăn. Bệnh nhân không có thêm than phiền gì khác.

Tiền căn: loãng xương, gãy xương đùi trái cách 3 năm, viêm khớp, suy giáp và rối loạn lipid máu. Bệnh nhân đang uống levothyroxine, statin, biphosphonate, vitamin D và canxi. Gần đây, bệnh nhân bắt đầu dùng thuốc kháng viêm không steroids (NSAIDs) mỗi khi đau khớp gối. Bệnh nhân từng hút thuốc lá nhưng đã bỏ thuốc hơn 15 năm và không uống rượu bia. Bệnh nhân sống một mình. Chồng bệnh nhân mất đột ngột cách đây 3 năm vì nhồi máu cơ tim cấp.

Khám: cân nặng tại phòng khám 55 kg, BMI là 22 kg/m^2 . Khám răng hàm mặt ghi nhận răng lung lay nhiều, có vài vết loét ở vùng khẩu cá cứng. Ăn đau nhẹ thượng vị. Khớp gối trái đau và sưng nhẹ. Các cơ quan khác chưa ghi nhận bất thường.

Câu hỏi:

1. Sụt cân trên bệnh nhân này có ý nghĩa lâm sàng hay không? Tại sao?
2. Những nguyên nhân nào có thể gây sụt cân trên bệnh nhân này?
3. Cần đề nghị xét nghiệm cận lâm sàng nào để xác định nguyên nhân sụt cân?

❖ Tình huống 2

Ông Nguyễn Văn H., 40 tuổi, là tài xế chạy đường dài, đến khám tại phòng khám tổng quát của bệnh viện vì sụt cân 4 kg trong 2 tháng vừa qua.

Bệnh sử: hai tháng nay bạn bè của ông H thấy ông H ốm hơn, cân nặng đo được tại nhà cách đây 1 tuần là 64 kg. Cân nặng đo tại phòng khám là 63 kg. Ông H vẫn ăn 3 bữa một ngày như bình thường. Tuy nhiên, ông không có cảm giác thèm ăn, không cảm thấy ngon miệng nên ăn ít hơn vào mỗi bữa. Ông H có cân nặng ổn định trong nhiều năm nay. Việc sụt cân mới xảy ra gần đây và tiến triển dần. Nửa năm nay, ông H hay bị đau quặn bụng vùng hố chậu (P), tiêu phân vàng sệt 2 - 3 lần/ngày. 2 tháng nay, ông H thấy mệt mỏi, hay đổ mồ hôi đêm, sốt nhẹ về chiều, ho ít đàm trắng trong vào buổi sáng, không khó thở, không đau ngực.

Tiền căn: cân nặng thường ngày của ông H là 68 kg. Ông H hút thuốc lá 64 gói/năm, uống rượu bia 2-3 lần/tuần, mỗi lần 8 lon bia. Ông H độc thân, có quan hệ tình dục

không an toàn với người đồng giới. Không tiếp xúc với ai bị lao phổi. Tiền căn gia đình không ai bị ung thư.

Khám: chiều cao 165 cm, cân nặng 63 kg, BMI 23 kg/m². Sinh hiệu: huyết áp 130/80 mmHg, mạch 90 lần/phút, nhịp thở 20 lần/phút, nhiệt độ 37,3°C. Hạch bẹn phải d khoảng 1,5 cm, cứng, không đau, di động kém. Vùng hố chậu phải ấn đau nhẹ, không đề kháng. Các cơ quan khác không ghi nhận bất thường.

Câu hỏi:

1. Sụt cân trên bệnh nhân này có ý nghĩa lâm sàng hay không? Tại sao?
2. Những nguyên nhân nào có thể gây sụt cân trên bệnh nhân này?
3. Cần đề nghị xét nghiệm cận lâm sàng nào để xác định nguyên nhân sụt cân?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kasper, Dennis, et al. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 19th ed. New York: Blacklick: McGraw-Hill Professional Publishing, 2015.
2. Yamada, Tadataka, and David H Alpers. *Textbook of Gastroenterology*. 6th ed. Chichester, West Sussex; Hoboken, NJ: Blackwell Pub., 2016.
3. Wong CJ. Involuntary weight loss. *Med Clin North Am*. 2014;98(3):625-643.

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
Chi nhánh Thành phố Hồ Chí Minh
699 Trần Hưng Đạo - Phường 1 - Quận 5
VPGD: 139A Triệu Quang Phục - Phường 11 - Quận 5
Điện thoại: 028-39235648
Email: cnxuatbanyhoc@gmail.com

Giáo trình giảng dạy đại học

TIẾP CẬN CÁC VẤN ĐỀ NỘI KHOA THƯỜNG GẶP

Chịu trách nhiệm xuất bản
Tổng Giám đốc: Chu Hùng Cường
Chịu trách nhiệm nội dung
BSCKI. Nguyễn Tiến Dũng

Biên tập: Từ Thành Trí Dũng
Sửa bản in: Từ Thành Trí Dũng
Trình bày bìa: Mai Xuân Hoài
Kỹ thuật vi tính: Phan Danh Thanh

Đối tác liên kết xuất bản: Bộ môn Nội tổng quát –
Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

In 2.000 cuốn khổ 19 x 26,5 cm tại Công ty Cổ phần Thương mại In Nhật Nam, 007 Lô I, KCN Tân Bình, phường Tây Thạnh, quận Tân Phú. Xưởng in: 410 Tân Kỳ Tân Quý, phường Sơn Kỳ, quận Tân Phú, TP. Hồ Chí Minh.

Số xác nhận đăng ký xuất bản: 2512-2020/CXBIPH/4-84/YH ngày 30/6/2020. Quyết định xuất bản số: 321/QĐ-XBYH ngày 28/9/2020. In xong và nộp lưu chiểu năm 2020.
Mã ISBN: 978-604-66-4347-0