

Mục lục

TĂNG HUYẾT ÁP	2
SUY TIM	5
ĐAU NGỰC HCVC	8
ĐAU NGỰC 2	11
KHÁM TIM – BS Trường Duy	13
TỔNG HỢP PHÂN TÍCH TIẾNG TIM	17
NHIỄM TRÙNG TIỂU	20
Hội chứng nhiễm trùng	21
Hội chứng niệu đạo cấp	22
PHÙ TOÀN THÂN – HCTH	23
LUPUS	26
BIỆN LUẬN TIỂU MÁU	28
XHTH	30
VIÊM TỤY CẤP	32
HỘI CHỨNG SUY TẾ BÀO GAN	35
ĐAU HẠ SƯỜN PHẢI	37
Đau thượng vị cấp	39
VÀNG DA	43
GAN TO	45
Hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa	50
HEN	51
COPD	55
VIÊM PHỔI	60
Hội chứng 3 giảm:TDMP	63
Hội chứng tắc nghẽn đường hô hấp dưới	64
Hội chứng nhiễm trùng đường hô hấp dưới	66
Hội chứng đông đặc	67

TĂNG HUYẾT ÁP

1. Xác định BN có thật sự THA ko
2. THA nguyên phát hay thứ phát
3. Phân độ JNC 7 nếu THA nguyên phát, nếu THA thứ phát thì ghi huyết áp cao nhất
4. Biến chứng

1. Bệnh nhân có tiền căn THA được chẩn đoán cách đây 30 năm, điều trị liên tục cho đến nay. Lần này nhập viện, bệnh nhân ổn sau 1 ngày, huyết áp đo được 140/60 mmHg nên nghĩ có THA độ I theo JNC VII.

- Khi huyết áp 140/60 mmHg thì bệnh nhân không có triệu chứng gì. Bệnh nhân bắt đầu cảm thấy mệt mỏi, chóng mặt khi huyết áp tâm thu đạt 180 mmHg nên nghĩ là cơn THA trên nền THA mạn, cơn THA này không có biến chứng cấp tính nên nghĩ là cơn THA khẩn cấp.

2. Nguyên nhân:

✱ Thứ phát:

- Thuốc: bệnh nhân sử dụng cam thảo, corticoide, thuốc ngừa thai.

- Hẹp eo động mạch chủ: khám lâm sàng mạch tứ chi không đều rõ, nghe thấy âm thổi ở khoang liên sườn III trái, ở lưng, giữa cột sống và vùng bả vai.

- Bệnh nhu mô thận: bệnh nhân có tiền căn bệnh lý thận như: thận đa nang, thận ứ nước, viêm cầu thận cấp, viêm cầu thận mạn, lao thận, khám lâm sàng thấy thận to.

- Bệnh đường tiết niệu: bệnh nhân cơn đau quặn thận, không bí tiểu.

- Hẹp động mạch thận: khám lâm sàng nghe thấy âm thổi động mạch thận.

- Cường giáp: do khám thấy tuyến giáp phì đại, bệnh nhân sợ ánh sáng, đánh trống ngực, phù trước xương chày, nhịp tim nhanh, tay run, mắt lồi, mắt ngủ, thân nhiệt tăng SA, TSH, T3, T4

- Nhược giáp: khám da dày, vẻ mặt chậm chạp, nhịp chậm, lạnh, khàn tiếng, giọng chậm SA, TSH, T3, T4

- Cường tuyến cận giáp: do bệnh nhân không có triệu chứng hạ canxi máu như co rút, đau cơ.

- Hội chứng Cushing: tiền căn sử dụng corticoide, khám thấy triệu chứng như: mặt tròn, đỏ bừng, da mỏng, xuất huyết dưới da, bướu mỡ, nhiều mụn CT, MRI tuyến yên, tuyến thượng thận.
- U tuỷ thượng thận: THA từng cơn, cảm giác kiến bò vùng bụng, đau bụng, nhức đầu dữ dội, xanh tái, vã mồ hôi, tim đập nhanh SA bụng, định lượng catecholamine, metanepirin/NT24h, CT, MRI.
- U vỏ thượng thận: bệnh nhân trẻ, yếu liệt chi, dị cảm, triệu chứng hạ canxi máu CT, MRI, xạ ký MIBG.
- To đầu chi: do khám thấy đầu chi to.

✱ Nguyên phát:

- Bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ như nam giới, trên 60 tuổi, rối loạn chuyển hoá lipid máu nên nghĩ nhiều là THA nguyên phát.

3. Biện chứng:

•Tim:

- Phi đại thất trái: không nghĩ do khám thấy mỏm tim không lệch. Xquang, siêu âm tim.
- Suy tim: khám lâm sàng không có tĩnh mạch cổ nổi, Harzerd (-), không có gallop T3 nhưng bệnh nhân lớn tuổi có tiền căn THA, nhồi máu cơ tim nên không loại trừ, đề nghị siêu âm tim, ECG, NT-proBNP.
- Bệnh mạch vành: nghĩ nhiều do tiền căn có đau ngực, đề nghị chụp DSA mạch vành.
- Rung nhĩ: nghĩ nhiều do khám thấy nhịp tim không đều, tiền căn từng được chẩn đoán và được phẫu thuật đặt máy tạo nhịp. ECG

•Thần kinh:

- U não/Xuất huyết nội sọ: tiền căn TBMMN, bệnh nhân không đau đầu, không hoa mắt, không mất định hướng lực, không liệt chi, không dấu thần kinh khu trú, không nôn. CT scan não

- Thận: nghĩ nhiều do bệnh nhân có tiền căn suy thận mạn chẩn đoán cách đây 2 năm, đề nghị Creatinin nước tiểu 24g, Bun, Siêu âm bụng.

- Bệnh lý nhu mô thận: bệnh nhân không có tiền căn bệnh thận ứ nước, thận đa nang, viêm cầu thận, suy thận, khám thận không to CLS: Creatinin, BUN

- Bệnh lý động mạch thận: không nghe âm thổi động mạch thận CLS: siêu âm Doppler động mạch thận

- Bệnh lý đường tiết niệu: bệnh nhân không tiểu gắt, tiểu buốt, bí tiểu, không đau quặn thận, không chấn thương vùng hông lưng không nghĩ

•Mắt: không nghĩ do mắt không mờ, đề nghị soi đáy mắt.

•Mạch máu:

- Xơ vữa động mạch: khám lâm sàng không thấy dấu xơ vữa, dấu xe điều nhưng bệnh nhân có tiền căn rối loạn lipid máu nên không loại trừ, đề nghị siêu âm doppler mạch máu.

- Bệnh động mạch chi dưới: không nghĩ do chi dưới không phù, không đau cách hồi, mạch chi dưới rõ đều. Khám giật dây chuông, se điều chụp động mạch chi dưới.

- Phình bóc tách động mạch chủ ngực: không nghĩ do bệnh nhân không đau ngực dữ dội dọc theo cột sống.

Cơn THA: tiền căn (+), THA kéo dài, cao, không kiểm soát ($HATT > 180 \text{ mmHg}$, $HATTr > 110 \text{ mmHg}$). Chia ra cơn THA cấp cứu (tổn thương cơ quan đích tiến triển, ví dụ nhồi máu/XH não, phù nề/XH gai thị, suy thận cấp, NMCT cấp, phù phổi cấp, phình bóc tách ĐM chủ) và cơn THA khẩn trương (tiền căn (-), không có tổn thương cơ quan đích tiến triển)

CHẨN ĐOÁN:

1. THA nguyên phát, độ 2 theo JNC 7, biến chứng rung nhĩ
2. THA thứ phát, do hẹp eo động mạch chủ, huyết áp cao nhất 180/80mmHG, biến chứng xơ vữa động mạch

SUY TIM

1. Suy tim phải hay suy tim trái?
2. Suy tim độ mấy theo NYHA
3. Nguyên nhân gây suy tim
4. Yếu tố thúc đẩy suy tim

Theo tiêu chuẩn fanningham Nghĩ nhiều bệnh nhân có suy tim

1. Suy tim phải hay suy tim trái?

-Suy tim trái: bệnh nhân có khó thở nằm, khó thở kịch phát về đêm. Khám ghi nhận móm tim ở khoang liên sườn VI đường nách trước, diện đập $2,5 \times 2,5 \text{ cm}^2$, nhịp tim 110 l/ph, gallop T3 ở móm tim nên nghĩ bệnh nhân có suy tim trái

-Suy tim phải: bệnh nhân có khó thở gắng sức, phù. Khám ghi nhận Harzder (+), DNTN (+), gallop T3 ở phần thấp bờ trái xương ức, TMCN / 45 độ (+), phản hồi bụng cảnh (+), gan to 13cm nên nghĩ bệnh nhân có suy tim phải

Suy tim ở bệnh nhân này là suy tim toàn bộ

2. Suy tim độ mấy?

-Bệnh nhân có bệnh tim (suy tim) gây giới hạn đáng kể hoạt động thể lực. Hoạt động thể lực dưới mức thông thường (kể ra.....) gây mệt, hồi hộp, khó thở, đau ngực

Suy tim độ III theo NYHA

3. Nguyên nhân gây suy tim?

Các nguyên nhân gây suy tim trên bệnh nhân này có thể là:

-Bệnh tim bẩm sinh:

+Thông liên thất: khám không ghi nhận ATTT ở kls 3-4 bờ trái xương ức, lan hình nan hoa không nghĩ

+CODM: khám không ghi nhận ATLT dưới xương đòn trái không nghĩ

-Bệnh lý van tim:

+Hở van động mạch chủ: không ghi nhận ATTT ở ổ van động mạch chủ, lan dọc bờ trái xương ức

+Hẹp van động mạch chủ: không ghi nhận ATTT ở ổ van động mạch chủ, lan lên vùng thượng đòn và động mạch cảnh

+Hở van 2 lá: khám không ghi nhận ATTT ở mỏm tim, lan ra nách, T2 tách đôi, T3 tại mỏm không nghĩ

-THA: Chưa ghi nhận tiền căn THA ở bệnh nhân này, khám HA: 120/80 mmHg không nghĩ

-Bệnh lý mạch vành: Bệnh nhân không có tiền căn có cơn đau thắt ngực, không có tiền căn được chuẩn đoán NMCT hay chụp mạch vành. Tuy nhiên bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ như: Nam > 45t, Nữ > 55t, nữ mãn kinh, THA, DTD, hút thuốc lá, rối loạn lipid máu, ít vận động, stress, gia đình có người mắc bệnh tim mạch sớm (Nam < 55t, Nữ < 65t)

-Bệnh cơ tim dẫn nở: Khi không có bất kì nguyên nhân nào giải thích được suy tim ta mới nghĩ nhiều nguyên nhân này

4. Yếu tố thúc đẩy suy tim đột này là gì?

-Do nhiễm trùng: Bệnh nhân không sốt, không có hội chứng nhiễm trùng (môi khô, lưỡi đỏ, vết loét nhiễm trùng) nên không nghĩ

<Tại tim: VNTMNT, viêm cơ tim....>

<Ngoài tim: thấp tim, viêm phổi, viêm da, nhiễm trùng tiêu...>

-Nhóm tim mạch:

+THA: Chưa ghi nhận tiền căn THA ở bệnh nhân này, khám HA: 120/80 mmHg không nghĩ

+Rối loạn nhịp: Bệnh nhân không hồi hộp, đánh trống ngực, không ngất, lúc thăm khám ghi nhận T1, T2 đều, rõ, tần số 80 l/ph không nghĩ

+TMCT tiến triển: Bệnh nhân không có tiền căn có cơn đau thắt ngực, không có tiền căn được chuẩn đoán NMCT hay chụp mạch vành. Tuy nhiên bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ như: Nam > 45t, Nữ > 55t, nữ mãn kinh, THA, DTD, hút thuốc lá, rối loạn lipid máu, ít vận động, stress, gia đình có người mắc bệnh tim mạch sớm (Nam < 55t, Nữ < 65t)

+Thuyên tắc phổi: Bệnh nhân không đau ngực, không khó thở, không ho ra máu. Tuy nhiên bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ như: dùng thuốc kháng đông, nằm lâu, gãy xương lớn.... nên không thể loại trừ

+Hở van cấp: khám tim không ghi nhận âm thổi không nghĩ

-Nhóm điều trị:

+Quá tải thể tích: bệnh nhân không truyền dịch, không được truyền máu không nghĩ

\ +Không tuân thủ điều trị: có nghĩ

+Dùng thuốc: bệnh nhân không có tiền căn dùng thuốc NSAIDS, corticoid, và các loại thuốc khác không nghĩ

-Nhóm suy tim cung lượng cao: (Có thể không cần BL)

+Cường giáp:

+Thiếu máu

+Thai kì

Chuẩn đoán:

Suy tim, độ III theo NYHA, do THA, yếu tố thúc đẩy không tuân thủ điều trị

ĐAU NGỰC HCVC

I) Để đưa ra HCVC từ đau ngực cần:

- YTNC bệnh mạch vành:

+ Gia đình: tiền căn gia đình bệnh tim mạch sớm (nam <55t, nữ <65t)

+ Bản thân: nam, nữ mãn kinh

nam >45t, nữ >55t

+ Bệnh lý: THA, ĐTĐ, RLLM, xơ vữa đm

+ Lối sống: HTL, béo phì, lười vận động, stress

- Tiền căn.

- Con đau kiểu mạch vành (đau đè nặng/thắt chặt/ bóp nghẹt sau xương ức hoặc ngực trái, lan lên vai trái, mặt trong cánh tay trái hoặc có khi là các ngón 4,5. Ngoài ra có thể lan lên cổ, hàm, vai, tay phải, thượng vị, sau lưng. Đau ngực trong HCVC thường xuất hiện lúc nghỉ ngơi, kèm đổ mồ hôi, lo lắng, hoảng sợ, kéo dài >20p (hoặc 30p tùy người), không đáp ứng với nitro glycerin.

* Tuy nhiên nhiều bn có cơn đau ngực có tính chất không giống -> có yếu tố nguy cơ vẫn nghi ngờ.

II) Khi đưa ra được HCVC cần cđpb với CĐTNCÔĐ. CLS: ECG, men tim. Kết quả:

- NMCT ST chênh lên: men tim tăng, ST chênh lên -> chỉ định tái thông mạch vành.

- NMCT ST không chênh: men tim tăng, ST không chênh -> không thể tái thông mạch vành.

- CĐTNCÔĐ: men tim không tăng, ST không chênh

III) Giờ: Tính từ lúc khởi phát -> nv. Ý nghĩa giúp chỉ định tái thông mạch vành.

IV) Phân độ killip: được dùng trên lâm sàng, méo care cls nó nói clg

Killip I: không có triệu chứng lâm sàng của suy tim

Killip II: có rale phổi, S3, tăng áp lực tm cảnh

Killip III: có OAP

Killip IV: choáng tim hay tuột HA

V) Biến chứng:

- Võ thành tự do: đau ngực dữ dội hơn lúc khởi phát bệnh, kèm trụy mạch, sốc tim, thường gây tử vong nếu không can thiệp kịp.
- Thủng vách liên thất: thường xảy ra sau 24h, đau ngực tăng, có thể diễn tiến đến sốc tim, trụy mạch, phù phổi cấp, nghe tim có âm thổi tâm thu kls 3-4 lan hình nan hoa.
- Hở valve tim cấp (thường gặp hở 2 lá cấp do đứt cơ nhú): do tăng áp lực lên tim trái đột ngột, diễn tiến đến phù phổi và sốc tim.
- Suy bơm: các triệu chứng của suy tim trừ tim to.
- RLN.

VI) Các câu hỏi liên quan đến cơn đau thắt ngực ổn định (méo nhập viện làm clg đầu):

1) Cơn đau thắt ngực (ổn định) điển hình là gì?

=> Khi thỏa 3 ý:

* Cơn đau thắt ngực có tính chất điển hình: vị trí (sau xương ức hoặc ngực trái), hướng lan (cổ, hàm dưới, vai trái, mặt trong cánh tay trái đến ngón 4,5; có thể chấp nhận 1 số hướng lan khác như trên), cường độ (vừa phải, bệnh nhân chịu được nhưng phải ngưng gắng sức), thời gian (từ vài giây đến <20p, thường 5-10p), thường kèm theo buồn nôn, khó thở, hồi hộp, đánh trống ngực.

* Xuất hiện khi gắng sức hoặc cảm xúc

* Giảm khi nghỉ ngơi hoặc dùng nitrat

Khi thỏa 2 ý: Cơn đau thắt ngực không điển hình

Khi thỏa 1 hoặc 0 ý: không phải cơn đau thắt ngực hay đau ngực không đặc hiệu.

2) Phân độ cơn đau thắt ngực theo CCS (Canadian Cardiovascular Society):

Độ I: đau thắt ngực chỉ xảy ra khi hoạt động thể lực rất mạnh.

Độ II: hạn chế nhẹ hoạt động thể lực, ĐTN xảy ra khi leo cao >1 lầu hoặc đi bộ >2 dãy nhà.

Độ III: hạn chế đáng kể hoạt động thể lực, ĐTN xảy ra khi leo cao 1 tầng lầu hoặc đi bộ từ 1-2 dãy nhà.

Độ IV: các hoạt động thể lực bình thường đều gây ĐTN, đau thắt ngực khi làm việc nhẹ, gắng sức nhẹ.

VII) Các câu hỏi liên quan đến CĐTNKÔĐ và NMCT:

1) Định nghĩa CĐTNKÔĐ?

=> ĐTN xuất hiện đột ngột và/hoặc ĐTN diễn tiến xấu hơn (tăng về tần số, thời gian, cường độ, xuất hiện khi nghỉ hoặc những mức độ gắng sức trước đây có thể dung nạp, không giảm khi nghỉ ngơi hay ít đáp ứng với nitrat).

2) Tiêu chuẩn chẩn đoán NMCT?

=> khi thỏa 2/3 tiêu chuẩn: cơn đau thắt ngực tính chất phù hợp, ECG, men tim.

* Cơn đau ngực có tính chất phù hợp: kéo dài hơn, cường độ dữ dội hơn, không giảm khi nghỉ hoặc ngậm nitroglycerine, kèm khó thở, buồn nôn, nôn, đổ mồ hôi, hồi hộp đánh trống ngực.

- Cơn ĐTN có thể không xảy ra trên bn tuổi cao, ĐTD, hậu phẫu. Khi đó dùng các triệu chứng tương đương CĐTN (khó thở, suy tim nặng lên, rối loạn tri giác, đổ mồ hôi nhiều, mệt mỏi cực độ,...)

* ECG: tìm sự thay đổi của đoạn ST (giai đoạn tối cấp, những giờ đầu), sóng T âm, sâu, nhọn, đối xứng (giai đoạn cấp, trong những giờ đầu), sóng Q hoại tử (có thể xuất hiện muộn trong vài ngày sau).

* Men tim:

- Troponin I và troponin T (nhạy và đặc hiệu hơn, được ưu tiên sử dụng trước): tăng sau 3-12h, đạt cực đại 24-48h, bình thường sau 5-14 ngày.

- CK-MB: tăng sau 3-12h, đạt đỉnh trong 24h, bình thường sau 48-72h. Cần phân biệt tăng CK-MB ngoài tim, khi đó CK-MB thường tăng kéo dài.

Chẩn đoán:

NMCT giờ 3, Killip 3, biến chứng thủng vách liên thất

ĐAU NGỰC 2

* **Tim:**

-Bệnh mạch vành: YTNC (HTL, ĐTD, THA, xơ vữa) đau đột ngột/gắng sức; cảm giác nghiền nát/siết chặt; sau x.ức; giảm khi nghỉ, ngậm nitroglycerin dưới lưỡi; lan lên hầu họng, cổ, vai, mặt trong cánh tay, bờ trụ cẳng tay, đến ngón 4,5 bàn tay trái; kéo dài 20s – 20m

-Viêm màng ngoài tim cấp: đau sau x.ức/ngực trái; đau kmp, tăng khi nằm ngửa, giảm khi ngồi cuối người ra trước, lan đến vai/cổ/lưng/ bụng; kéo dài giờ – ngày. Khám: tam chứng Beck (tụt huyết áp, tiếng tim mờ, tĩnh mạch cổ nổi), sờ móm khó, tiếng cọ màng tim, gan to.

-Bóc tách động mạch chủ: đột ngột đau nhói dữ dội, đau như xé; giữa ngực; lan ra sau lưng vùng liên bả vai; kéo dài không giảm

-Hẹp van động mạch chủ nặng: đau thắt ngực (giống BMV, đau khi gắng sức, giảm khi nghỉ), ngất khi gắng sức, khó thở (gắng sức, nằm, kịch phát về đêm). Khám: âm thổi tâm thu (dạng phụt, hình trám, kls 2 P, lan lên dm cảnh 2 bên.

-Viêm cơ tim: giống đau mạch vành nhưng không có YTNC

* **Phổi:**

-TDMP do viêm: khó thở, ho khan tư thế, đau ngực kmp. HC 3 giảm, dê kêu, ngực thâm – Xquang

-TKMP: tiền căn (chọc dịch màng phổi, chấn thương), khó thở đột ngột (nam trẻ, nghỉ ngơi), đau ngực kmp. Hc tkmp.

-Thuyên tắc phổi: YTNC (rối loạn đông máu, thuốc kháng đông, nằm bất động, hậu phẫu, gãy xương), khó thở dữ dội, đau ngực kmp, đánh trống ngực, ho ra máu, ngất, xanh tím, tụt huyết áp.

* **Tiêu hóa:** ERDS: ợ hơi, ợ chua – Nội soi dạ dày

* **Cơ xương thành ngực:**

Đau ngực kiểu mạch vành (nhánh phải/trái/mũ/xuống trước trái): đau sau xương ức; tăng khi gắng sức, stress; giảm khi nghỉ, ngậm nitroglycerin

Mạn	Cấp		
ĐTN ổn định	ĐTN không ổn định NMCT cấp ST chênh lên NMCT cấp ST ko chênh lên	NMCT cấp ST chênh lên	ĐN Men tim (+) ST ↑ (+)
Ổn định với một gắng sức	Hội chứng vành cấp (ĐTN, NMCT)	NMCT cấp ST k chênh lên	ĐN Men tim (+) ST ↑ (-)
Phân độ CCS	Phân độ Killip	ĐTN k ổn định	ĐN (+) Men tim (-) ST ↑ (-)
	Biến chứng		
Chẩn đoán: ĐTN ổn định CCS	Chẩn đoán: ĐTN không ổn định, Killip.. NMCT cấp, giờ, Killip		

KHÁM TIM – BS TRƯỜNG DUY

I/ Nhìn:

1/Tri giác: (Nhìn xa)

-Tỉnh: bệnh nhân tỉnh khi thỏa 2 điều kiện đó là khi 2 bán cầu đại não được trọn vẹn và hệ lưới hoạt hóa hướng lên được trọn vẹn.

-Không tỉnh: ngủ gà, lơ đãng, hôn mê. Bệnh nhân không tỉnh do 2 điều kiện trên không được thỏa mãn, không được cung cấp máu đầy đủ. Do đó khi thấy bệnh nhân không tỉnh, ta phải nghĩ đến:

+Giảm cung lượng tim nặng: ST nặng, hẹp khí 2 lá, hẹp khí van động mạch chủ

+Giảm O₂ máu nặng: trong bệnh tim bẩm sinh có luồng thông P-T

+COPD làm tăng PaCO₂ ức chế não

+Bệnh gan não gan

Gặp 1 bệnh nhân không tỉnh, ta phải xem:

+HA có tụt hay không?

+Có suy tim nặng hay không?

+Bệnh lý cản trở sự đổ đầy thất?

+Bệnh tim bẩm sinh có shunt P-T

-Ngoài ra trên 1 bệnh nhân F4 xuất hiện lơ đãng, do 2 nguyên nhân chính: hạ đường huyết và áp-xe não.

-Bứt rứt, vật vã + KT phải ngồi + vã mồ hôi chuẩn bị vào phù phổi cấp

-Bứt rứt, vật vã + KT phải ngồi - vã mồ hôi Thuyên tắc phổi

2/Tư thế: (Nhìn xa)

-Nằm đầu ngang + thở êm Bệnh nhân không có tình trạng suy tim sung huyết

-Nằm đầu cao: các nguyên nhân do

+ST nặng

+Hẹp khí 2 lá

+TDMP: khi có tràn dịch, sẽ có hiện tượng xẹp phổi thụ động, khi bệnh nhân nằm đầu cao, sẽ hạn chế xẹp phổi, chỉ có phần đáy phổi bị xẹp

+TD màng bụng lượng nhiều: giảm biên độ di động của cơ hoành

3/Tổng trạng: (Nhìn xa)

-Gầy trong suy tim mạn kéo dài hay còn gọi là “suy mòn do tim” do 2 nguyên nhân: gan to chèn ép dạ dày do có ứ đọng trên gan gây chán ăn, sung huyết niêm mạc ruột làm không hấp thu được chất dinh dưỡng

-Lùn 2 lá

- Nửa trên phát triển bình thường, nửa dưới teo hẹp eo DMC thường kèm theo THBH vùng nách
- Béo phì + ngủ gà Hội chứng PickWich – Hội chứng ngưng thở khi ngủ, tương ứng với giảm O2, tăng CO2 gây co thắt phế quản tâm phế mạn

4/Da niêm: (Nhìn gần)

a)Da: Quan sát ở vùng da ít tiếp xúc với ánh sáng sẽ chính xác nhất: mặt trong cánh tay, da trên lồng ngực.

-U vàng – ban vàng: Là tình trạng tăng Cholesterol máu kéo dài

+U vàng (Xanthoma): quanh hốc mắt, dạng cục

+Ban vàng (Xanthoplasma): mặt ngoài khuỷu tay, đầu gối, dạng mảng

+Cung mỡ: xung quanh móng mắt sẽ thấy 1 vòng trắng đục

+Nếu cung mỡ đỏ màu xanh? Vòng Kayer – Fecher trong bệnh ứ đồng Wilson do thiếu ceruloplasmin

b)Niêm: Quan sát các nơi sau: niêm mạc mắt, niêm mạc miệng, niêm mạc đáy lưỡi, niêm mạc giường móng. 3 mức độ cần quan sát: niêm hồng (mạch máu đỏ hết niêm)– niêm nhạt – niêm tím.

***Tím khác với tái:** Tím là tình trạng tăng sắc tố da do tăng HbCO2 > 5g/ml. Tái là tình trạng giảm tưới máu, màu sắc da nhợt hơn, trắng hơn. Có 4 loại tím:

-Tím TW: khi lượng Hb khử lấy ở bất kì vị trí nào trong cơ thể đều cao, gặp trong

+TBS có shunt P-T (Phức hợp Essimenger: chỉ tất cả TBS có shunt P-T)

+Suy hô hấp nặng do tâm phế mạn thường kèm ngón tay khum, hoặc do suy tim nặng

Phân biệt 2 nguyên nhân trên dựa vào tri giác bệnh nhân. Nếu bệnh nhân lừ đừ là do SHH, nếu bệnh nhân tỉnh là do TBS có shunt P-T (do TBS diễn tiến từ từ, bệnh nhân thích nghi được)

-Tím ngoại biên: lượng Hb khử tăng cao ở ngoại biên do tắc động mạch, hẹp động mạch

-Tím khác biệt: gặp trong CODM có shunt đảo ngược, hồng tay phải, 3 chi còn lại tím. Vị trí ống động mạch là từ chỗ phân đôi của động mạch phổi đến vị trí đối diện động mạch dưới đòn trái (thân cánh tay đầu – động mạch cánh chung – động mạch dưới đòn trái). Ống động mạch bình thường đến tuần 6 sẽ bịt lại mất đi

-Tím khác biệt đảo ngược: gặp trong hoán vị đại tuần hoàn có kèm CODM, 2 tay tím nhiều hơn 2 chân

-Bệnh gì sinh ra đã có tím? Tứ chứng Fallot, nếu mới tím trong vài năm lại đây, nghĩ đến bệnh tim bẩm sinh đảo chiều. F4 gồm có: TLT rộng trên cao, hẹp động mạch phổi, DMC cuối ngựa vách liên thất, dày thất phải. Nguyên nhân do sự dịch chuyển sàn nhĩ – thất sang trái, thất phải phải bơm cả máu cho cả động mạch chủ lẫn động mạch phổi.

*Thông liên thất ban đầu thất phải không bị ảnh hưởng, ảnh hưởng đầu tiên là do tăng áp lực động mạch phổi trước, rồi mới đến dày thất phải, rồi mới đổi chiều shunt.

5/Lồng ngực: (Nhìn gần)

- Lồng ngực ức gà (LN chim bồ câu) + Lồng ngực hình phễu Trên mặt phẳng ngang thấy ngực nhô lên, bệnh nhân thường có hội chứng hạn chế
- Lồng ngực hình thùng: Đường kính trước sau > đường kính ngang. Gặp trong bệnh khí phế thũng (lưu ý không được nói bệnh COPD do COPD có 3 thể). Các phế nang thông nhau bởi lỗ Kohn và ống Lambert, khi bệnh nhân hút thuốc lá nhiều hoặc thiếu men anpha1-trypsin các vách phế nang bị phá hủy tạo thành kén khí đẩy xương sườn và xương ức ra trước tạo nên lồng ngực hình thùng, ngoài ra sẽ đè vào mao mạch phổi gây tăng áp lực mao mạch phổi tăng áp động mạch phổi tăng hậu phải thất phải dày thất phải. (giải thích theo Laplace $P=2T/R$, khi P tăng thì T phải tăng, nhưng T tăng cao quá sẽ gây vỡ tim, do đó R giảm, R giảm thì thất phải dày đồng tâm và hướng tâm)
- +Nhô cao bên trái: gợi ý dày thất phải (bệnh TBS hoặc HHL) do các sụn sườn chưa cốt hóa lúc nhỏ
- +Gù, vẹo cột sống có thể là nguyên nhân gây tâm phế mạn
- +Biến dạng do viêm cột sống dính khớp gây HoDMC
- +Ức gà + lõm: thường đi kèm bệnh lý collagen, van động mạch chủ và gốc động mạch chủ cũng có cấu tạo là collagen bị ảnh hưởng theo. Trong Hc Marfan gợi ý HoDMC đi kèm
- +Rung cả vùng trước tim: Hở van nặng, tăng động tuần hoàn, Shunt T-P, BTN, bệnh cơ tim phì đại
- +Ồ đập kls 3-4-5: gợi ý dày dẫn thất phải

6/Màu sắc da trên lồng ngực:

- THBH do tắc TM chủ trên (u, huyết khối, u ngoài chèn vào)
- Đám tăng sắc tố da: là những mảng rải rác kết hợp với 2 núm vú cách xa nhau (lệch khỏi đường trung đòn) gặp trong Hc Noonan + Hc Leopard thì ta phải nghĩ tới:
 - +U nhầy nhĩ trái KT khi ngồi và dễ thở khi nằm.
 - +TLN T2 tách đôi cố định. Hở van động mạch phổi
 - +Hẹp phì đại dưới van DMC

7/Kiểu thở: (Nhìn gần)

- Xem có co kéo cơ hô hấp phụ hay không? Ta xem các cơ sau: cánh mũi, ức đòn chũm, cơ gian sườn, cơ thẳng bụng.
- Tur thể ngừ hoa: gặp trong các bệnh tắc nghẽn đường hô hấp trên, hoặc bệnh bạch hầu do con vi khuẩn *Corynebacterium diphtheria*. Bệnh bạch cầu làm thành lớp giả mạc, phù nề thanh quản, coi chừng bệnh nhân bệnh bạch hầu bị viêm cơ tim sau đó
- Cheynestokes: kỳ thở nhanh bệnh nhân tỉnh, kỳ thở chậm và ngưng thở bệnh nhân lơ lơ gặp trong :
 - +Suy tim nặng

+COPD nặng có kèm theo tăng CO₂ máu

+U vùng cầu não và cuống não

+Xuất huyết não coi chừng do THA

-Kussmaul: xem biên độ di động lồng ngực của bệnh nhân tăng. Gặp trong toan chuyển hóa, nguyên nhân gây toan chuyển hóa là: (nơi tiết H⁺ nhiều nhất trong cơ thể là thận)

+Suy thận coi chừng do THA hoặc suy tim nặng

+Ngộ độc vitamin C

-Biot: suy hô hấp nặng, chỉ định đặt nội khí quản

-Ngáp cá: sắp ngưng tim ngưng thở, chỉ định đặt nội khí quản

8/Ngón tay: (Nhìn gần)

-Ngón tay dùi trống: đường kính chỗ da-móng > đường kính khớp liên đốt xa

-Móng tay khum: 2 cách khám:

+Mất dấu hình thoi (dấu Schamproth) khi cho bệnh nhân áp 2 móng tay lại

+Góc móng tay – ngón tay mất góc tù, nó chuyển sang góc nhọn

2 loại ngón tay trên không đặc hiệu cho bất cứ bệnh nào cả, có thể gặp trong suy tim nặng, hội chứng ruột kích thích, xơ gan, COPD, K đại tràng....Cơ chế không rõ (đừng có chém gió)

TỔNG HỢP PHÂN TÍCH TIẾNG TIM

I/Tiếng tim T1: Bản chất của tiếng tim T1 và T2 không phải do 2 lá van đóng lại mà do dòng máu đang đi qua van có tốc độ cao thì bị lá van đột ngột đóng lại gây nên xung động

-Tiếng T1 tần số thấp, âm trầm, thời gian 0.1-0.12s.

-Gồm 2 thành phần là m1 (đóng van 2 lá) và t1 (đóng van 3 lá) cách nhau $< 0.03s$. Thành phần m1 là chủ yếu

-Cường độ của tiếng tim thứ nhất phụ thuộc vào các yếu tố sau:

(1) Vị trí các lá van lúc bắt đầu tâm thu thất.

(2) Tốc độ tăng áp suất thất trái hay vận tốc máu qua van 2 lá, 3 lá

(3) Có hoặc không bệnh cấu trúc van 2 lá.

(4) Lượng mô, khí, dịch giữa tim và ống nghe

***T1 tăng cường độ:**

-Nhịp tim nhanh làm rút ngắn thời gian tâm trương, làm tốc độ tăng áp suất thất trái nhanh hơn. Tăng hoạt động giao cảm + catecholamin làm tăng trương lực cơ nhĩ và thất

-Khoảng PR ngắn $< 0.12s$, P là nhĩ co, R là thất co, khoảng PR ngắn tức là tâm nhĩ chưa kịp giãn ra mà thất đã co làm tăng áp suất thất trái $>$ nhĩ trái nhiều và làm cho đóng van nhĩ thất làm T1 to

-Gặp trong sốt, thai kì, cường giáp, gắng sức, thiếu máu, Beriberi (cơ chế chính là tăng cung lượng tim, tăng nhịp tim)

-T1 đánh trong hẹp van 2 lá do lá van xơ cứng, lá van đóng đột ngột khi áp lực trong thất trái vừa cao hơn nhĩ trái vốn đã cao rồi, thời gian chênh áp giữa nhĩ và thất kéo dài trong kì tâm trương

-Hội chứng kích thích sớm: Wolff – Parkinson – White. Bình thường vòng van nhĩ-thất có mô xơ ngăn cách hoàn toàn cơ nhĩ và cơ thất, ở 1 số người có những đường dẫn truyền phụ và nó có tốc độ nhanh hơn đường chính nên kích thích van nhĩ thất đóng sớm ngay sau pha nhĩ co.

Như vậy T1 mạnh gặp trong:

+Tăng vận tốc máu qua van: tim bẩm sinh có shunt trái – phải (TLT, TLN, CODM), hẹp 2 lá, nhịp tim nhanh (thiếu máu, cường giáp, sốt, Beriberi, gắng sức, thai kỳ)

+Hội chứng kích thích sớm W-P-W

***T1 giảm cường độ:**

-VNTMNT làm rách van 2 lá

-Tổn thương van 2 lá do thấp tim (HHL giai đoạn muộn) hoặc van 3 lá làm cho lá van dày dính, xơ hóa, bất động

-Suy tim trái

-PR dài

-HoHL, HoDMC: cơ sở để loại trừ HoDMC nặng là T1 còn bình thường

-Béo phì, khí phế thũng, tràn dịch màng ngoài tim (bệnh nhân không thể nằm ngửa), tràn dịch màng phổi (thường

nằm nghiêng về bên phổi bệnh)

***T1 tách đôi:**

-T1 tách đôi sinh lý vào khoảng 0.01s – 0.03s

a)T1 tách đôi thuận:

-t1 muộn gặp trong block nhánh phải hoàn toàn (xung điện khử xong thất trái rồi mới qua thất phải), bệnh Ebstein, hẹp VDMP

-m1 đóng sớm: hội chứng Wolff – Parkinson – White có đường phụ bên thất trái hoặc bệnh nhân đặt máy tạo nhịp trong buồng thất trái

b)T1 tách đôi nghịch:

-HHL nặng, u nhầy nhĩ trái và block nhánh trái hoàn toàn

*Tiếng T1 đại bác:

-Gặp trong block nhĩ thất, phân ly nhĩ thất hoàn toàn (ngất Adam-Stokes): xen lẫn những tiếng T1 nhỏ và bình thường xuất hiện T1 mạnh. Đó là tiếng xuất hiện sau 1 khoảng PR ngắn < 0.1s

II/Tiếng tim T2:

-Tiếng T2 tần số cao, âm cao, thời gian ngắn hơn 0.05-0.1s, A2 và P2 bình thường cách nhau < 0.03s, khi hít vào T2 tách đôi cách nhau 0.03-0.06s

***T2 tăng cường độ:**

-Cường độ T2 phụ thuộc vào áp lực tâm trương của 2 DM

-A2 mạnh lên trong THA, cường giao cảm, dẫn DMC hay phình DMC. Tăng lượng máu qua động mạch chủ (4F, thân chung động mạch, TLT có hẹp van động mạch phổi)

-P2 phổi mạnh lên trong TADMP (nguyên phát hoặc thứ phát), thuyên tắc phổi, ASD, VSD, PDA

***T2 giảm cường độ:**

-A2 và P2 yếu đi trong giảm CLT (choáng, suy tim nặng), hẹp van bán nguyệt

***T2 tách đôi:**

-T2 tách đôi rộng do P2 đóng muộn:

+Hoạt động thất phải chậm: BNP, ngoại tâm thu thất trái

+Tăng thời gian hoạt động tâm thu thất phải: HDMP (là bệnh làm cho T2 tách đôi nhiều nhất ~0.12s), TADMP, PE

+V thất phải tăng: shunt T-P, HoDMP

+Bất thường về cấu trúc lồng ngực: lưng thẳng, ngực lõm

-Thông liên nhĩ làm A2 – P2 tách đôi không phụ thuộc hô hấp (do shunt phải – trái khi hít vào và shunt trái – phải khi thở ra). Ngoài ra còn suy tim phải nặng, PE lớn, cấp

-T2 tách đôi rộng do A2 đóng sớm: HoHL, TLT, viêm màng ngoài tim co thắt

-T2 tách đôi nghịch: block nhánh trái hoàn toàn, ngoại tâm thu thất phải, hẹp van động mạch chủ, CODM. P2 đóng sớm trong Hc Wolff Parkinson White Type B. Còn gọi là T2 đảo ngược do hít vào thì A2 – P2 gần nhau hơn

NHIỄM TRÙNG TIỂU

Chẩn đoán: Viêm bàng quang cấp, tác nhân E.coli, biến chứng nhiễm trùng huyết
ĐAU HÔNG LƯNG

Bệnh nhân đau hông lưng (P), đau quặn, khi đi tiểu lan xuống vùng bẹn, không tư thế giảm đau, tăng khi vận động.

Các nguyên nhân có thể là:

- Viêm túi mật cấp: Có: đau quặn vùng hạ sườn phải hay thượng vị, đau không lan vai phải hay lan sau lưng, đau tăng sau ăn, buồn nôn, nôn, sau nôn không giảm đau. Khám thấy Murphy (+)
- Viêm ruột thừa cấp: Có đau thượng vị hoặc quanh rốn, sau lan xuống hố chậu phải kèm buồn nôn, nôn, sốt, bí trung đại tiện. Khám: Mac Burney (+), phản ứng thành bụng HCP (+).
- Viêm tụy cấp: Có đau liên tục vùng thượng vị sau bữa ăn thịnh soạn, lan ra sau lưng, đau dữ dội, giảm đau ở tư thế cò súng, kèm buồn nôn, nôn, sau nôn không giảm đau. Khám: Mayo-Robson (+)
- Tắc ruột: đau quặn từng cơn, lan tỏa khắp bụng kèm bí trung đại tiện, chướng bụng. Buồn nôn, nôn xong giảm đau nhưng đau quay trở lại, có yếu tố thuận lợi là phẫu thuật vùng bụng trước đó. Khám: dấu rắn bò, gõ vang vùng bụng.
- Nhồi máu mạc treo: yếu tố thuận lợi: van tim nhân tạo, NMCT, viêm động mạch và bệnh lý tim mạch khác. Đau đột ngột, dữ dội, liên tục kèm tiêu chảy và đi cầu phân máu. Nôn thường trước đau bụng, khi đau bụng thì không nôn.
- Vỡ thai ngoài tử cung: QHTD không an toàn gần đây
- Viêm đại tràng mạn: rối loạn đi tiêu, cảm giác mót rặn.
- Bệnh lý tử cung, phần phụ (xoắn u nang buồng trứng, viêm phần phụ): bệnh nhân nữ, lớn tuổi, đã có gia đình, có tiền căn phụ khoa, ra huyết trắng bất thường
- Viêm dây TK liên sườn: mệt mỏi, đau theo dây TK liên sườn, nổi bóng nước
- Bệnh lý cơ-xương-khớp: tiền căn chấn thương vùng hông lưng, đau cột sống, da vùng hông lưng sưng, nóng, đỏ, đau. Không có tiền căn thoát vị đĩa đệm
- Con đau quặn thận: đau đột ngột hông lưng lan xuống hạ vị, mặt trong đùi, hố chậu và cơ quan sinh dục ngoài. Đau quặn, đau tăng khi đi tiểu, không có yếu tố giảm đau, kèm theo rối loạn đi tiểu (hội chứng niệu đạo cấp, bất thường nước tiểu...), cơn đau quặn thận thường không sốt, nếu có sốt phải chú ý biến luận nhiễm trùng tiểu

BL tiếp cơn đau quặn thận:

- Biến chứng chập đái bể thận ngược dòng: tiền căn làm thủ thuật này trước đó
- Lao thận: bệnh nhân có tiền căn lao phổi, có sốt về chiều, sụt cân, chán ăn, ra mồ hôi đêm, ho ra máu, ho khạc đàm, gia đình có người bị lao
- K thận xuất huyết: lớn tuổi, tiền căn K, tổng trạng suy sụp, sụt cân, chán ăn, tiểu máu rỉ rã

- Thận đa nang xuất huyết: tiểu máu cục, khám thận to 2 bên, to không đều, tiền căn gia đình có người bị
- Sỏi niệu quản: là nguyên nhân thường gặp nhất, bệnh nhân có yếu tố nguy cơ: nữ, ngồi nhiều.....

Vị trí của sỏi có thể là:

- +Chỗ nối bể thận – niệu quản: điểm đau niệu quản trên (+), điểm sườn sống (+)
- +Chỗ NQ bắt chéo động mạch chậu chung: điểm đau niệu quản giữa (+)
- +Chỗ NQ đổ vào thành bàng quang: đau hạ vị lan ra cơ quan sinh dục ngoài, kèm với hội chứng niệu đạo cấp (để nhầm với NTT, NTT thì có sốt), nên nghĩ nhiều, đề nghị thăm khám hậu môn – trực tràng
- +Sỏi rớt vào lòng BQ: thường không gây triệu chứng, không loại trừ
- +Chỗ cổ BQ – niệu đạo: kẹt hoàn toàn gây bí tiểu. Kẹt không hoàn toàn gây triệu chứng tiểu ngắt quãng, tiểu nhỏ giọt, tiểu khó, tiểu lắt nhắt, tiểu gắp.

Biến chứng của sỏi niệu quản:

- Nhiễm trùng tiểu: sốt lạnh run, bất thường nước tiểu
- Suy thận cấp: thiếu niệu, vô niệu

HỘI CHỨNG NHIỄM TRÙNG

Sốt cao kèm lạnh run, vã mồ hôi, môi khô, lưỡi đỏ, nhịp tim xx lần/phút, nhịp thở xx lần/phút (Nếu xx cao thì ghi vô). Vị trí tổn thương có thể là:

- Đường hô hấp: sổ mũi, ho khạc đàm, đau ngực, khó thở
- Tai – mũi – họng: chảy mủ tai, ù tai, nghẹt mũi, sổ mũi, đau họng
- Đường tiêu hóa: tiêu chảy, táo bón, buồn nôn, nôn, tiêu phân bất thường (sệt..)
- Thần kinh: lơ mơ, mất tri giác, không dấu cổ mềm, co giật
- Da, cơ, khớp: sưng, nóng, đỏ, đau da, cơ, khớp, có vết loét da
- Đường tiết niệu: hội chứng niệu đạo cấp. đau hông lưng, yếu tố nguy cơ: giới nữ, trước đợt bệnh có QHTD, huyết trắng bất thường nghĩ nhiều bệnh nhân có NTT

*Biện luận tiếp nhiễm trùng tiểu:

a)Vị trí NTT:

- Viêm bàng quang cấp: có hội chứng niệu đạo cấp, đau vùng hạ vị, tiểu máu cuối dòng, tiểu đục, tiểu mủ. Không có sốt lạnh run, đau hông lưng, HC đáp ứng viêm toàn thân.
- Viêm niệu đạo cấp: có hội chứng niệu đạo cấp, tiểu đục đầu dòng, có vết loét lỗ niệu đạo, tiền căn huyết trắng bất thường, QHTD trước đợt bệnh, cảm giác nóng rát lỗ niệu đạo ngoài
- Viêm đài bể thận cấp: đột ngột sốt cao kèm lạnh run, đau hông lưng lan xuống. HC niệu đạo cấp và viêm bàng quang xảy ra trước đó vài ngày. Khám rung thận (+), chạm thận (+)

b)Tác nhân gây NTT:

- Escherichia coli: nghĩ nhiều vì đây là tác nhân thường gặp nhất, bệnh nhân nữ trẻ tuổi, mới bị lần đầu, không có tiền căn thủ thuật xâm lấn đường niệu.
- Lao: BN có tiền căn lao phổi, đợt bệnh này không có HC nhiễm lao chung (ho, khạc đàm, sụt cân, đổ mồ hôi trộm) nên không nghĩ.
- Candida albicans: BN có tiền căn ra huyết trắng tái đi tái lại, cơ địa suy giảm miễn dịch, ĐTĐ, lao, thương hàn.

c)Biến chứng của NTT:

- NT huyết: bệnh nhân tỉnh táo, tiếp xúc tốt, không co giật, không thở nhanh, nhịp tim không nhanh, không có biểu hiện suy cơ quan khác ngoài thận nên không nghĩ CTM, cấy máu.
- Abscess thận và quanh thận: đau hông lưng, sốt lạnh run, rối loạn tiêu hóa, rung thận (+), chạm thận (+) siêu âm, CT-scan bụng
- Hoại tử gai thận: bn không có yếu tố nguy cơ: ĐTĐ, viêm thận kẽ mạn, bệnh hồng cầu hình liềm, ghép thận nên không nghĩ siêu âm, chụp cản quang đài bể thận ngược dòng.
- Viêm bàng quang sinh hơi, viêm đài thân sinh hơi: bn không có tiền căn ĐTĐ nên không nghĩ siêu âm, CT scan.

HỘI CHỨNG NIỆU ĐẠO CẤP

- Nhiễm trùng tiểu: đã BL ở trên
- Chấn thương niệu dục: không nghĩ do bệnh nhân không có chấn thương trước đó
- Viêm âm đạo: ra huyết trắng bất thường

PHÙ TOÀN THÂN – HCTH

Bệnh nhân phù mắt, sau đó tới phù bụng, tay, chân, phù mềm, đối xứng 2 bên nên nghĩ bệnh nhân có phù toàn thân. Các nguyên nhân gây phù toàn thân thường gặp là:

Suy dinh dưỡng: Không nghĩ vì

- tính chất phù không phù hợp: thường là phù nhẹ lòng bàn tay, mu bàn tay trước
- khám không thấy tổng trạng gầy suy kiệt, không có hội chứng kém hấp thu (tiêu chảy kéo dài, tiêu phân mỡ...)
- chế độ ăn uống tốt, tình trạng dinh dưỡng bình thường.

Suy tim: không nghĩ vì

- tính chất phù không phù hợp: thường phù đầu tiên là ở 2 chân, tăng về chiều tối, giảm vào sáng sớm lúc mới ngủ dậy
- không có biểu hiện của suy tim: khó thở khi gắng sức, gan to, tĩnh mạch cảnh nổi, Hardzer (+), dấu nẩy trước ngực...
- bn không có tiền căn bệnh tim mạch

Xơ gan: không nghĩ vì

- tính chất phù không phù hợp: thường báng bụng trước rồi dần dần phù 2 chân
- không có biểu hiện của hội chứng suy tể bào gan (vàng da, vàng mắt, sao mạch, lòng bàn tay son, dấu XHDD...) và hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa (tuần hoàn bàng hệ, gan to, lách to...)
- không tiền căn bệnh lý gan mật trước đó

Thận: nghĩ nhiều vì

- diễn tiến phù phù hợp: phù ở mắt, mi mắt trước sau đó phù đến chân, rồi đến báng bụng, phù tăng vào sáng sớm lúc mới ngủ dậy, giảm về chiều
- tiểu ít hơn bình thường
- tiểu vàng đục nhiều bọt → nghi ngờ tiểu đạm

☺ **Các nguyên nhân tại thận bao gồm:**

❖ HCTH: nghĩ nhiều vì:

- diễn tiến phù nhanh, nặng: cân nặng tăng nhanh (phù chỉ 3 ngày mà bn tăng 10kg, từ 42kg lên 52kg), tràn dịch đa màng (báng bụng, phù bìu, tràn dịch màng phổi 2 bên)
- bn có CHA, tiểu ít hơn bình thường
- tiểu vàng đục nhiều bọt → nghi ngờ tiểu đạm nhiều
→ Đề nghị CLS: sinh hóa máu (protein, albumin, cholesterol...), đạm niệu 24h, TPTNT

❖ VCTC: ít nghĩ đến hơn nhưng không thể loại trừ được vì

- Bn có những điểm phù hợp:
 - + phù kiểu thận
 - + CHA, tiểu ít, tiểu đạm
 - + tiền căn có sốt phát ban trước khởi phát phù 11 ngày, tuy không thể hiện đủ các triệu chứng của viêm họng do LCK nhưng không thể loại trừ
 - Bn có những điểm không phù hợp:
 - + VCTC thường chỉ phù nhẹ chứ không nhiều và nhanh như bn này
 - + Tiểu đạm thường không nhiều đến mức làm nước tiểu vàng đục nhiều bọt
- Đề nghị CLS: TPTNT, đạm niệu 24h, CTM, C3 C4, ASO

1/Nguyên nhân: HCTH có 2 nhóm nguyên nhân

a)Thứ phát:

- Do thuốc : bệnh nhân không có tiền căn sử dụng thuốc kháng viêm, giảm đau, kháng đông, thuốc cảm quang và các loại thuốc khác trước lúc phù (chỉ dùng thuốc của bệnh viện cấp) không nghĩ
- Dị ứng: bệnh nhân không bị côn trùng đốt, rắn cắn, không có tiền căn dị ứng, hay chích ngừa trước lúc bệnh không nghĩ
- Nhiễm trùng: bệnh nhân không sốt, không đau họng trước lúc phù, tuy nhiên bệnh nhân chưa tiêm ngừa VGSV B nên không loại trừ VGSV B và C CLS: HbsAg, Anti-HCV
- Bệnh hệ thống: bệnh nhân không có hồng ban cánh bướm, hồng ban dạng đĩa, không viêm loét miệng, không rụng tóc, không rối loạn thần kinh tuy nhiên không chỉ dựa vào lâm sàng mà loại trừ lupus ban đỏ hệ thống CLS: ANA, AntiDSNA, C3, C4
- Ung thư: bệnh nhân trẻ tuổi, không có tiền căn tiếp xúc hóa chất,tổng trạng tốt, không sụt cân, khám hạch ngoại biên không sờ chạm, tuy nhiên K có thể diễn tiến âm thầm nên không thể loại trừ
- Di truyền: chưa ghi nhận tiền căn gia đình về HCTH, rối loạn tri giác, thị giác trong hội chứng Alport không nghĩ
- Chuyển hóa: chưa ghi nhận tiền căn ĐTĐ trên bệnh nhân này tuy nhiên không loại trừ, bệnh nhân không có các triệu chứng của nhược giáp như thờ ơ, da dày, lưỡi to CLS: đường huyết đói

b)Nguyên phát: bệnh nhân trẻ tuổi, bị lần đầu, không ghi nhận tiền căn bệnh lý trước đó nghĩ nhiều sau khi đã loại trừ các nguyên nhân thứ phát

2/Thuận túy hay không thuận túy: nghĩ nhiều bệnh nhân HCTH thuận túy do bệnh nhân không có THA, thiếu niệu, tiểu máu. Tuy nhiên không loại trừ tiểu máu vi thể CLS: TPTNT, soi cặn lắng nước tiểu tìm hồng cầu

3/Biến chứng:

a)Biến chứng cấp:

- Suy thận cấp: nghĩ nhiều vì bệnh nhân thiếu niệu, lượng nước tiểu 24h là <400ml CLS: BUN, creatinin máu
- Tắc mạch: ghi câu cuối, tuy nhiên không loại trừ biến chứng tắc mạch CLS: Siêu âm doppler mạch máu, MRI mạch máu.
- +Thuyên tắc phổi: bệnh nhân không đau ngực, không khó thở đột ngột, không ho ra máu không nghĩ
- +Nhồi máu cơ tim: bệnh nhân không đau ngực dữ dội, không có tiền căn bệnh lý tim mạch trước đó, trẻ tuổi không nghĩ
- +Tắc mạch não: bệnh nhân không đau đầu, chóng mặt, không giảm trí nhớ, lú lẫn, hôn mê không nghĩ
- +NM mạc treo: bệnh nhân không đau bụng, không nôn không nghĩ
- +Thuyên tắc tĩnh mạch sâu chi dưới: bệnh nhân không phù chi không nghĩ
- +Tắc tĩnh mạch thận: bệnh nhân không tiểu máu đại thể, đau hông lưng không nghĩ
- Nhiễm trùng:

- +Nhiễm trùng huyết: khi thăm khám không có hội chứng nhiễm trùng nhưng lúc nhập viện bệnh nhân từng sốt cao kèm lạnh run và thiu,vã mồ hôi theo dõi nhiễm trùng huyết
- +Viêm mô tế bào: da vùng phù không nóng, đỏ, đau không ngứa
- +Viêm phổi: bệnh nhân không sốt, ho khạc đàm, đau ngực kiểu màng phổi không ngứa
- +Viêm phúc mạc nguyên phát: bệnh nhân không có báng bụng, đau bụng, sốt cao, lạnh run phản ứng thành bụng (-) không ngứa
- b)Biến chứng mạn: Nếu bệnh nhân bị lần đầu thì không cần BL
- Tim mạch:
 - +THA: trị số HA bệnh nhân 120/80, không có tiền căn THA không ngứa
 - +XVDM: khám trị số HA 2 tay bằng nhau, bệnh nhân không đau cách hồi, dấu se điều (-), giật dây chuông (-), không có các yếu tố nguy cơ của XVDM không ngứa
- Suy thận mạn: CLS: BUN, Creatinin máu
- Suy dinh dưỡng: BMI cân đối không ngứa
- Rối loạn chuyển hóa: bệnh nhân da niêm hồng không ngứa có thiếu máu

LUPUS

Lupus ban đỏ hệ thống: cách đây 3 năm bệnh nhân từng có :

- Đau chuyển tiếp tại các khớp liên đốt gần của ngón tay, khớp cổ tay, khớp cổ chân, khớp đầu, sưng, đối xứng 2 bên
- Loét miệng
- Phát ban đỏ khắp người, da trên mặt thâm đen khi tiếp xúc với ánh nắng nhiều,
- Nổi hồng ban dạng đĩa ở 2 mu bàn tay.
- Tiền căn thiếu máu tán huyết cách đây 15 năm

-> có 5/11 tiêu chuẩn của lupus -> bệnh nhân có lupus ban đỏ hệ thống. CLS : ANA, AntiDSDNA, C3, C4

Nguyên nhân của lupus thường gặp là:

- + Di truyền: gia đình chưa ghi nhận tiền căn lupus ban đỏ hệ thống -> không nghĩ
- + Thuốc: bệnh nhân có tiền căn sử dụng thuốc giảm đau thường xuyên (không rõ loại), kéo dài 3 năm -> nghĩ nhiều
- + Nhiễm trùng mạn: bệnh nhân có tiền căn thường xuyên đau khớp và viêm họng nhưng chỉ vài ngày là khỏi -> ít nghĩ
- + Ánh nắng mặt trời, hóa chất: nghề nghiệp là công nhân may, thường xuyên ngồi trong phòng, không tiếp xúc với hóa chất -> không nghĩ

Biểu chứng của lupus thường gặp là:

❖ Phổi:

- + Viêm màng phổi: bệnh nhân có khó thở nhẹ tuy nhiên không đau ngực -> không nghĩ
- + Viêm phổi cấp do lupus: bệnh nhân có ho khan và khó thở nhẹ, tuy nhiên bệnh nhân không đau ngực, sốt -> không nghĩ
- + Thuyên tắc phổi: bệnh nhân có khó thở đột ngột, dữ dội kèm ho đàm bọt hồng, vã mồ hôi tuy nhiên không đau ngực -> không nghĩ
- + Viêm phổi mạn do lupus: bệnh nhân không có khó thở tiến triển, không ho khan kéo dài -> không nghĩ
- + Xẹp phổi: khám khí quản không lệch, lồng ngực đối xứng 2 bên -> không nghĩ

❖ Tim:

- + Viêm ngoại tâm mạc: bệnh nhân có khó thở nhẹ tuy nhiên không có đau ngực, không sốt -> không nghĩ
- + Viêm nội tâm mạc: bệnh nhân không có sốt cao kèm lạnh run -> không nghĩ
- + Tổn thương mạch vành: bệnh nhân không đau thắt ngực -> không nghĩ
- + Huyết khối tĩnh mạch: khám không có đau, tím ở trên cơ thể -> không nghĩ

❖ Thận:

HCTH: bệnh nhân phù đột ngột, phù nhiều, phù mềm ấn lõm, đối xứng 2 bên, tăng 17% trọng lượng/4 ngày, diễn tiến nhanh, tiểu nhiều bọt, bọt to lâu tan -> nghĩ nhiều

Viêm cầu thận: bệnh nhân có phù, tiểu ít tuy không có tiểu máu đại thể nhưng không thể loại trừ tiểu máu vi thể ít nghĩ.

Suy thận mạn: bệnh nhân có phù nhưng không vô niệu, không có THA -> không nghĩ

❖ Thần kinh :

+ Rối loạn tâm thần: bệnh nhân tỉnh táo, tiếp xúc tốt -> không nghĩ

❖ Máu và cơ quan tạo huyết:

+ Thiếu máu: khám có da niêm nhợt nhưng bệnh nhân từng có tiền căn thiếu máu tán huyết cách 15 năm -> ít nghĩ

+ Rối loạn đông máu: da không tím, không có hiện tượng chảy máu khó cầm -> không nghĩ

+ Lách và hạch to: khám không thấy lách và các hạch sưng to -> không nghĩ

❖ Tiêu hóa:

+ Xuất huyết tiêu hóa: bệnh nhân không có buồn nôn, nôn, không có tiêu phân đen -> không nghĩ

+ Loét dạ dày, tá tràng, viêm tụy: bệnh nhân không có đau bụng -> không nghĩ

BIỆN LUẬN TIỂU MÁU

a) Xác định lại đúng thật sự là bệnh nhân tiểu máu?

- Bệnh nhân không sử dụng các loại thực phẩm: củ cải đỏ, rau dền và các loại thuốc trị lao... Bệnh nhân có tiểu máu

b) Xác định bệnh nhân có thật sự là tiểu hồng cầu?

- Tiểu Hemoglobin: bệnh nhân không có tiền căn truyền máu, nhiễm độc, đợt bệnh này bệnh nhân không sốt rét, nhiễm trùng nặng hoặc nhiễm trùng nhiều nơi không nghĩ CLS: Hemoglobin niệu

- Tiểu Myoglobin: bệnh nhân không viêm cơ, không vận động mạnh hoặc chấn thương cơ, không nằm lâu, không sử dụng các loại thuốc gây ly giải cơ vân không nghĩ CLS: Myoglobin niệu

- Các nguyên nhân gây tiểu máu thoáng qua:

+ Kinh nguyệt: kinh nguyệt bệnh nhân đều, đợt này cách ngày kinh 2 tuần

+ Gắng sức: không ghi nhận

+ QHTD: không ghi nhận

+ Chấn thương: không ghi nhận

+ Nhiễm trùng, nhiễm siêu vi: không sốt, không ho khạc đàm, không sổ mũi...

+ Đặt sonde tiểu: bệnh nhân không được làm thủ thuật này

+ Xạ trị, hóa trị vùng chậu: không ghi nhận

Bệnh nhân tiểu hồng cầu sau khi đã loại trừ các nguyên nhân khác

c) Nguồn gốc tiểu máu:

- Từ cầu thận: vi thể - đỏ sậm - toàn dòng - phù - THA - giảm V tiểu. Tiền căn: NT đường hô hấp - lupus - ban xuất huyết sờ được

- Không từ cầu thận: đại thể - đỏ tươi - máu cục - đau hông lưng - hội chứng niệu đạo cấp - sốt - tiểu khó, bí tiểu.

Tiền căn: NTT - sỏi niệu

- Rối loạn đông máu: sử dụng kháng đông, chảy thận, chảy máu răng lợi, XHTH, bầm máu....

d) Nguyên nhân gây tiểu máu từ cầu thận:

- Hội chứng Alport: bệnh nhân và gia đình không có tiền căn rối loạn thị giác, điếc, gia đình chưa ghi nhận có người tiểu máu không nghĩ

- Bệnh thận IgA: đợt bệnh này bệnh nhân không có triệu chứng của nhiễm trùng đường hô hấp trên (.....), không có tiền căn tiểu máu trước đó không nghĩ

- Bệnh màng đáy mỏng: chưa ghi nhận tiền căn gia đình có người tiểu máu không loại trừ được đâu CLS: sinh thiết thận

- Lupus đỏ: bệnh nhân không có tiền căn lupus, chưa ghi nhận rụng tóc, loét miệng, rối loạn thần kinh, hồng ban cánh bướm, hồng ban dạng đĩa nên không nghĩ bệnh nhân có lupus, tuy nhiên không chỉ dựa vào lâm sàng mà loại lupus CLS: ANA, Anti-DSDNA

- VTCT hậu nhiễm liên cầu trùng: tiền căn: nhiễm trùng đường hô hấp (sốt, đau họng, hạch cổ to, ho khạc đàm) cách đó 1-2 tuần hoặc nhiễm trùng da (mụn mủ, dễ vỡ, để lại sẹo, hạch to) cách đó 2-6 tuần. Có 3 triệu chứng nữa: THA, phù, thiếu niệu
- Hội chứng Henoch-Scholein: bệnh nhân không đau khớp, không đau bụng cơn, liệt ruột, XHTH, không ghi nhận ban xuất huyết trên cơ thể không ngứa

XHTH

BIỆN LUẬN

(Ví dụ: XHTH trên, độ 2, ổn, do vỡ dẫn TMTQ)

1/Có thực sự là XHTH?

-Phân biệt nôn ra máu với: ho ra máu, khạc ra máu, ăn thức ăn có máu hoặc màu đỏ

-Phân biệt tiêu phân đen với: táo bón, uống bismuth, than hoạt, sắt, phân mật

-Phân biệt tiêu máu đỏ với: thuốc điều trị lao – phos ryfamycine

2/Vị trí XHTH?

3/Phân độ?

4/Ổn hay đang tiếp diễn?

Dựa vào sinh hiệu

5/Nguyên nhân?

a)XHTH trên do các nguyên nhân thường gặp sau:

-Loét DD-TT:

+Tiền căn: XHTH các lần trước do LDDTT. Dùng các thuốc: Aspirine, corticoid, thuốc hạ áp, thuốc NSAIDS

+Máu bầm lẫn dịch vị và thức ăn, máu lòng hoặc cục. Tiêu phân đen

+Con đau thượng vị do LDDTT, buồn nôn, nôn, ợ chua.

+Không có triệu chứng lâm sàng khác của xơ gan (2 hội chứng)

-Vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản: nôn ra máu đỏ lượng nhiều, đột ngột, không lẫn thức ăn, không đau thượng vị, ít dịch vị, sau đó mới tiêu phân đen. Tiêu phân máu bầm hay đỏ. Hội chứng TALTCM và STBG. Nôn ra máu xong lách nhỏ lại. Tiền căn: xơ gan

-Hội chứng Mallory-Weiss: nôn nhiều hoặc ợ nhiều trước khi nôn ra máu, sau khi nôn ra máu mới tiêu phân đen. Diễn tiến tự ổn: 24h-48h. CLS: nội soi phát hiện vết rách niêm mạc

-Viêm loét dạ dày xuất huyết: Tự ổn trong 36h không cần điều trị. Yếu tố thúc đẩy: bệnh nhân sử dụng thuốc NSAIDS, uống rượu, stress nặng (bệnh nặng, bệnh não, phồng nhiều, hay bệnh phụ thuộc máy thở)

-K dạ dày: K dạ dày gây XHTH lượng nhiều chứng tỏ K đã diễn tiến nặng. Khám sờ thấy khối u, tổng trạng suy kiệt, mệt mỏi, chán ăn, sụt cân nhanh, nếu K đã diễn tiến 1 thời gian thì bệnh nhân thiếu máu mạn, tiêu phân đen rĩ rã

Ổn hay đang tiếp diễn: -Nhu động ruột: nếu bình thường 10-20l/ph thì XHTH ổn, nếu tăng thì có thể đang tiếp diễn

-Tình trạng mạch, HA, da niêm, khát nước, nước tiểu

-Bình thường lại gợi ý máu đã ngừng chảy

-Ngày càng xấu đi (sau vài giờ bù máu và dịch mà bệnh nhân chưa hết choáng) gợi ý máu đang tiếp tục chảy

XHTH trên: điển hình là nôn ra máu, không điển hình là tiêu phân đen hắc ín

-XHTH dưới: điển hình là tiêu máu đỏ, không điển hình là tiêu phân lẫn máu hoặc tiêu phân đen, có thể nhầm với XHTH trên

VIÊM TỤY CẤP

BIỆN LUẬN ĐAU THƯỢNG VỊ CẤP VIÊM TỤY CẤP

Nguyên nhân gây đau thượng vị cấp có thể là:

a)Ngoại khoa:

- Viêm phúc mạc: đau liên tục, bệnh nhân không dám cử động kèm bí trung đại tiện, trướng bụng, nôn.
- Thủng ổ loét DD-TT: đau đột ngột, kiểu lói như dao đâm, đau lan khắp bụng. Nếu thủng bí thì triệu chứng nhẹ, không kéo dài quá 1h. Khám: bụng cứng như gỗ, mất vùng đục trước gan.
- Tắc ruột cấp: đau đột ngột, quặn từng cơn, kèm bí trung đại tiện, đau lan tỏa khắp bụng, kèm nôn ói ra dịch vàng, hôi như phân. Khám: dấu rấn bờ, gõ vang, giai đoạn đầu nhu động ruột tăng, giai đoạn sau nhu động ruột giảm.
- Viêm ruột thừa cấp: đau thượng vị hoặc quanh rốn, sau lan xuống hố chậu phải kèm buồn nôn, nôn, bí trung đại tiện. Khám: Mac Burney (+), phản ứng thành bụng HCP (+)
- Nhồi máu mạc treo: yếu tố thuận lợi: van tim nhân tạo, NMCT, viêm động mạch và bệnh lý tim mạch khác. Đau đột ngột, dữ dội, liên tục kèm tiêu chảy và đi cầu phân máu. Nôn thường trước đau bụng, khi đau bụng thì không nôn
- Vỡ phình động mạch chủ bụng: đau đột ngột, kiểu xé. Khám: ổ đập động mạch chủ, âm thổi động mạch chủ bụng
- Viêm túi mật cấp: bệnh cảnh đau thượng vị và ói giống viêm tụy cấp. Murphy (+)

b)Nội khoa:

- NMCT: lớn tuổi, tiền căn tim mạch, có yếu tố nguy cơ XVDM. Thời gian đau thường >30 phút, hiếm khi lan quá rốn. Nếu không loại trừ được à CLS: ECG, BNP, NT-proBNP.
- Viêm đáy phổi phải: sốt, ho khạc đàm, đau ngực kiểu màng phổi. Khám: hội chứng đông đặc, ran nổ - ẩm
- Sỏi mật: đau quặn từng cơn kèm nôn. Tam chứng Charcot. Không loại trừ vừa nhiễm trùng đường mật vừa viêm tụy cấp
- Viêm túi mật cấp: đau quặn từng cơn, kèm sốt. Khám: túi mật to hoặc không to, nghiệm phát Murphy (+)
- Viêm loét DD-TT: đau kiểu bỏng rát, liên tục, liên quan bữa ăn, không lan, kèm buồn nôn, nôn, ợ chua
- Viêm gan cấp: , thường hsp đau âm ỉ, liên tục. Bệnh nhân không trải qua đầy đủ 4 giai đoạn của viêm gan cấp. Ủ bệnh – Tiền vàng da (1 tuần – mệt mỏi, chán ăn, đau cơ khớp, sốt nhẹ không kèm lạnh run, đau tức hạ sườn phải, tiểu vàng sậm) – Vàng da (vàng da tăng dần, nước tiểu vàng sậm, phân bạc màu, ngứa, buồn nôn, nôn khan, kém dung nạp mỡ, sốt hết rồi tới vàng da, mệt mỏi, suy nhược. Khám gan: to mấp mé bờ sườn, lách, mềm, tù, đau tức. Thời gian 2 – 6 tuần) – Hồi phục: (vàng da giảm, tiểu rất nhiều, khỏe hơn)
- Nhiễm toan-ceton do đái tháo đường: bệnh nhân có tiền căn DTD
- Giun chui ống mật: đau dữ dội, đột ngột, giảm đau ở tư thế chống hông
- Viêm tụy cấp: đau thượng vị dữ dội kèm lan ra sau lưng, vai trái, đau liên tục, giảm đau khi nghiêng trái hoặc khi cúi người ra trước, kèm nôn ói, sau nôn không giảm đau, sốt. Khám: Mayo-Robson (+)

BIỆN LUẬN

1/Có phải viêm tụy cấp hay không? (dựa vào chuẩn đoán loại trừ)

2/Viêm tụy cấp ngày thứ mấy? Tính cho đến lúc khám

3/Thở nặng hay nhẹ? VTC thở nhẹ là VTC không có biến chứng. Định nghĩa VTC nặng là VTC có 1 biến chứng cục bộ, hoặc toàn thân hoặc tử vong

4/VTC đã có biến chứng chưa?

a)Biến chứng tại tụy:

-AXT, nang giả tụy: thường xảy ra sau từ 4-6 tuần nên không biện luận

-VT hoại tử nhiễm trùng: thường xảy ra sau 10-14 ngày nên không biện luận

-Tụ dịch cấp tính tại tụy: CT-scan

-Hoại tử tụy: bệnh nhân không có hội chứng đáp ứng viêm toàn thân, lúc thăm khám ghi nhận: nhiệt độ 37 độ, nhịp tim 80 l/ph, nhịp thở 15 l/ph không nghĩ

-Bảng bụng: khám: sóng vỗ (-), gõ đục vùng thấp (-), vùng đục di chuyển (-) không nghĩ

-Rò tụy về phía trước: gây tràn mủ màng phổi, tràn mủ trung thất, rò vào ruột non, đại tràng, túi mật, tĩnh mạch cửa, da không nghĩ

b)Biến chứng ngoài tụy:

-Toàn thân: bệnh nhân không có các triệu chứng của suy đa cơ quan, lúc thăm khám HA 120/80 mmHg, nhịp thở 18 l/ph, không có dấu hiệu của suy hô hấp, không nôn ra máu, đi tiêu phân máu, không thiếu niệu không nghĩ

-Phổi:

+ARDS: nhịp thở 18l/ph, bệnh nhân không khó thở, không co kéo cơ hô hấp phụ không nghĩ

+TDMP: bệnh nhân không ho khan, không khó thở, không đau ngực kiểu màng phổi. Khám không ghi nhận hội chứng 3 giảm, tiếng dè kêu không nghĩ

-Tim mạch:

+TDMT: bệnh nhân không đau ngực, không khó thở. Khám T1, T2 đều, rõ không nghĩ

+Huyết khối

*Tắc TM lách: không ghi nhận lách to trên bệnh nhân không nghĩ

*Tắc TMMTTT: bệnh nhân không đau bụng, đầy bụng, khó tiêu, đi tiêu phân vàng đóng khuôn không nghĩ

*Tắc động mạch lách, động mạch tụy: khám không ghi nhận XHDD không nghĩ

-Tiết niệu: không nghĩ bệnh nhân có suy thận cấp do V nước tiểu 1 l/24h

-Tiêu hóa: bệnh nhân không nôn ra máu, không tiêu phân máu không nghĩ

-Tắc nghẽn dạ dày ruột: bệnh nhân không đau bụng, không bí trung đại tiện. Khám không ghi nhận dè kháng thành bụng, gõ bụng không vang, NDR 6 l/ph không nghĩ bệnh nhân liệt ruột hay thủng đại tràng

-TK: bệnh nhân không hôn mê, không lú lẫn không nghĩ bệnh nhân có phù não

-Da-Cơ-Xương-Khớp: khám không ghi nhận hoại tử, xuất huyết dưới da không nghĩ

5/Nguyên nhân?

- Rượu: thường khởi phát VTC sau khi uống rượu từ 1-3 ngày
- Sỏi: bệnh nhân có tiền căn đau quặn mật, sỏi mật trước đây, vàng da thoáng qua, tiền căn làm thủ thuật đường mật trước đó
- Tăng TG máu: tuy bệnh nhân không có tiền căn rối loạn lipid máu nhưng bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ của tăng TG máu như: béo phì, DTD, RL lipid, rượu.
- Thuốc: 2 tháng sau uống hoặc sau khi tăng liều
- Tăng Canxi máu: bệnh nhân không có biểu hiện của bệnh cường cận giáp: mệt mỏi, yếu, dễ gãy xương. Ngoài ra còn phải loại trừ bệnh u di căn xương (tự BL)
- NT: KST giun đũa, VGSV B, quai bị
- Chấn thương
- Thủ thuật

HỘI CHỨNG SUY TẾ BÀO GAN

BIỆN LUẬN HỘI CHỨNG SUY TẾ BÀO GAN

Bệnh nhân có vàng da, vàng kết mạc mắt, sao mạch, lòng bàn tay son, ngón tay dùi trống, phù chân, sốt, móng trắng, xuất huyết dưới da, rối loạn tri giác, sụt cân, chán ăn, suy kiệt nên nghĩ bệnh nhân có hội chứng suy tế bào gan. HCSTBG có 3 nguyên nhân thường gặp là:

a)Viêm gan:

-Viêm gan cấp: Thời gian < 6 tháng, thường hsp đau âm ỉ, liên tục. Bệnh nhân không trải qua đầy đủ 4 giai đoạn của viêm gan cấp. Ủ bệnh – Tiền vàng da (1 tuần – mệt mỏi, chán ăn, đau cơ khớp, sốt nhẹ không kèm lạnh run, đau tức hạ sườn phải, tiểu vàng sậm) – Vàng da (vàng da tăng dần, nước tiểu vàng sậm, phân bạc màu, ngứa, buồn nôn, nôn khan, kém dung nạp mỡ, sốt hết rồi tới vàng da, mệt mỏi, suy nhược. Khám gan: to mập mé bờ sườn, lách, mềm, tù, đau tức. Thời gian 2 – 6 tuần) – Hồi phục: (vàng da giảm, tiểu rất nhiều, khỏe hơn)

-Viêm gan mạn: >6 tháng, thường đau hsp âm ỉ, liên tục. Chưa ghi nhận tiền căn bệnh nhân có đợt viêm gan cấp, tuy nhiên không loại trừ được, bệnh nhân chưa tiêm ngừa VGB không loại trừ VGB và VG C

b)Xơ gan: Nghĩ nhiều vì bệnh nhân có HCSTBG rõ và tiền căn VG gì gì đó ghi ra

c)K gan:

-Giai đoạn đầu: nếu có HcSTBG thì phải K gan toàn bộ Gan to

-Giai đoạn sau: tổng trạng suy sụp, gan to

+Nguyên phát:

+Thứ phát: phải tìm được ổ tổn thương ở cơ quan khác, nếu đã di căn đến gan chứng tỏ bệnh K ở CQ khác đã diễn tiến lâu Tổng trạng suy sụp.

Nghĩ nhiều HcSTBG trên bệnh nhân này là do XG.

*Bệnh nhân có vàng da/ báng bụng XGMB

*Nguyên nhân gây XG trên bệnh nhân này có thể là:

-Siêu vi: không loại trừ VGSV B, C

-Suy tim phải: bệnh nhân không khó thở, không phù. Khám: Hardzer (-), DNTN (-), không gallop T3, TMCN (-), phản hồi bụng cảnh (-).

-Ú mật: vàng da phải có trước đó 2-3 năm, bệnh nhân có tiền căn đau hạ sườn phải, không ngứa, phân không bạc màu

-Suy dinh dưỡng: phù ở mu bàn tay, mu bàn chân trước. Tiền căn ăn uống kém, loại trừ bằng BMI

-KST: không nghĩ bệnh nhân nhiễm sán máng do không ăn gỏi sống

-Rượu: bệnh nhân có uống rượu nghĩ nhiều

-Rối loạn chuyển hóa: Fe: da sạm. Cu: vòng Kayer-Flecher ở mắt

-Chưa rõ nguyên nhân

*Biến chứng:

-XHTH: Bệnh nhân không nôn ra máu, không tiêu ra máu không nghĩ

-VPMNKTP: Nếu bệnh nhân không có báng bụng loại. Nếu bệnh nhân có báng bụng, không nghĩ bệnh nhân có VPMNKTP do bệnh nhân không sốt, nôn, đau bụng, XHTH, dấu hiệu của shock nhiễm trùng, trước đó bệnh nhân không bị tiêu chảy

-HC gan-thận: Nếu V nước tiểu cao không nghĩ. Nếu V thấp đề nghị CLS BUN Creatinin máu

-Bệnh não gan: Không nghĩ do bệnh nhân tỉnh táo, không rối loạn tri giác, không run vẩy, lơ mơ, không thay đổi tính tình.

-K gan: ít nghĩ do sờ bề mặt gan không lớn nhõn nhưng không loại trừ

-Báng bụng khó chữa:

ĐAU HẠ SƯỜN PHẢI

BIỆN LUẬN ĐAU HẠ SƯỜN PHẢI

Nguyên nhân gây đau hsp trên bệnh nhân có thể là:

- a) Suy tim phải: không nghĩ do bệnh nhân không khó thở, không phù, không có tiền căn bệnh lý tim mạch. Khám: Harzder (-), DNTN (-), TMCN (-), phản hồi gan-cánh (-), không gallop T3 thất phải.
- b) Viêm phổi phải thùy đáy: không nghĩ do bệnh nhân không sốt, không ho khạc đàm, không khó thở. Khám: không ghi nhận tiếng thổi ống, rale nổ, rale ẩm, hội chứng đông đặc. CLS: X-Quang ngực thẳng
- c) Nhiễm trùng đường mật: thường bệnh nhân đau quặn từng cơn, vàng da tăng dần, sau đó có hội chứng nhiễm trùng (môi khô, lưỡi dơ, sốt.....)
- d) Giun chui ống mật: đau quặn từng cơn, dữ dội, đi kèm đau cạnh phải mũi ức, tư thế giảm đau chống hông. Khi giun rơi xuống chết tại OMC triệu chứng tắc mật (vàng da...).
- e) Viêm gan cấp: Thời gian < 6 tháng, thường hsp đau âm ỉ, liên tục. Bệnh nhân không trải qua đầy đủ 4 giai đoạn của viêm gan cấp. Ủ bệnh – Tiền vàng da (1 tuần – mệt mỏi, chán ăn, đau cơ khớp, sốt nhẹ không kèm lạnh run, đau tức hạ sườn phải, tiểu vàng sậm) – Vàng da (vàng da tăng dần, nước tiểu vàng sậm, phân bạc màu, ngứa, buồn nôn, nôn khan, kém dung nạp mỡ, sốt hết rồi tới vàng da, mệt mỏi, suy nhược. Khám gan: to mấp mé bờ sườn, lách, mềm, tù, đau tức. Thời gian 2 – 6 tuần) – Hồi phục: (vàng da giảm, tiểu rất nhiều, khỏe hơn)
- f) Viêm gan mạn: >6 tháng, thường đau hsp âm ỉ, liên tục. Chưa ghi nhận tiền căn bệnh nhân có đợt viêm gan cấp, tuy nhiên không loại trừ được, bệnh nhân chưa tiêm ngừa VGB, có tiền căn uống rượu, sử dụng thuốc không rõ loại không loại trừ VGB và VG C
- g) Nang gan nhiễm trùng: triệu chứng giống AXG, tuy bệnh nhân không có tiền căn nang gan nhưng không loại trừ bệnh nhân có nang gan trên lâm sàng ít nghĩ
- g) K gan nguyên phát thể áp-xe hóa: thường không đau. Nếu đau, kèm sốt, RG (+), AKS (+), gầy, sụt cân nhanh, tiền sử VGSV B, C không loại trừ được CLS: AFP, siêu âm, CT-scan, chụp chọn lọc động mạch gan, sinh thiết gan
- h) Mủ quanh thận: không nghĩ do bệnh nhân không đau vùng hố thắt lưng, không kèm theo rối loạn đi tiểu: hội chứng niệu đạo cấp, rối loạn nước tiểu: tiểu đục, tiểu mủ, tiểu máu....

CLS: siêu âm bụng, TPTNT

i) AXG: nghĩ nhiều bệnh nhân có AXG do....., đặc biệt là rung gan (+), AKS (+). Nguyên nhân gây AXG trên bệnh nhân này:

+AXG do amip: thường sốt nhẹ, không kèm lạnh run kéo dài 2-3 ngày, sau đó đau hsp, đau tức, lan lên vai phải và sau lưng, tăng khi thở mạnh, ho. Khám gan to 2 chiều, to thùy P, lách, tù, mềm, ấn đau chói, tiền sử ly amip. Nếu sốt cao, kèm lạnh run, vã mồ hôi không được loại trừ AXG amip bội nhiễm CLS: huyết thanh chuẩn đoán amip, siêu âm bụng, CT-scan, chọc dò

*Biến chứng AXG do amip:

- TDMP phải: bệnh nhân không khó thở, không ho khan, đau không lan lên ngực. Khám không ghi nhận hội chứng 3 giảm 1/3 dưới phổi phải, không tiếng dê kêu không nghĩ
- Vỡ vào phổi – phế quản: bệnh nhân không ho nhiều, không khạc mủ màu socola không nghĩ
- Chèn ép tim cấp (TDMNT): bệnh nhân không khó thở, không đau ngực. Khám không ghi nhận tam chứng Beck: HHA, tiếng tim mờ, TMCN không nghĩ
- AXP: bệnh nhân hiện tại không có nhiễm trùng dữ dội, không ho khạc đàm, không đau ngực, không ộc mủ không nghĩ
- VPM: bệnh nhân không đau bụng, không bí trung đại tiện. Khám đề kháng thành bụng (-) không nghĩ
- Vỡ vào dạ dày – ruột: bệnh nhân không nôn ra mủ, không tiêu ra mủ không nghĩ
- Viêm tấy quanh thận: bệnh nhân không đau vùng thắt lưng, không có hội chứng niệu đạo cấp, không ghi nhận bất thường nước tiểu: tiểu mủ, tiểu máu, tiểu đục... Khám rung thận (-), chạm thận (-) không nghĩ
- Vỡ vào thành ngực: khám không ghi nhận da bệnh nhân phù nề, sưng đỏ không nghĩ
- Áp xe não: bệnh nhân không rối loạn tri giác, tỉnh táo, tiếp xúc tốt không nghĩ
- +AXG do vi trùng: bệnh nhân có tiền căn sỏi mật, giun chui ống mật, cơn đau quặn mật trước đây. Đau hsp dữ dội, sốt cao dao động, kéo dài, kèm lạnh run, vàng da. Khám: gan to, mặt lằng, bờ tù, mềm, túi mật to, đau, Murphy (+)
- CLS: siêu âm bụng, CT-scan, chọc dò, cấy mủ, cấy máu
- *Biến chứng AXG do vi trùng:
- TDMP phải: bệnh nhân không khó thở, không ho khan, đau không lan lên ngực. Khám không ghi nhận hội chứng 3 giảm 1/3 dưới phổi phải, không tiếng dê kêu không nghĩ
- Chảy máu đường mật: bệnh nhân không nôn ra máu, không có tiền căn nôn ra máu trước đó không nghĩ (biến chứng này nặng, có thể gây tử vong, nôn ra máu dạng thời bút chì, hay tái phát)
- Chèn ép tim cấp (TDMNT): bệnh nhân không khó thở, không đau ngực. Khám không ghi nhận tam chứng Beck: HHA, tiếng tim mờ, TMCN không nghĩ
- NT huyết: hiện tại bệnh nhân không có các triệu chứng sau: sốt, nhịp tim nhanh, nhịp thở nhanh, rối loạn tri giác không nghĩ
- VPM: bệnh nhân không đau bụng, không bí trung đại tiện. Khám đề kháng thành bụng (-) không nghĩ
- +AXG do sán lá gan: triệu chứng âm ỉ và kéo dài, đau đầu, mệt mỏi, bệnh nhân nằm trong vùng dịch tễ SLG (Duyên hải miền Trung), có thói quen ăn rau sống, gỏi cá sống. CLS: CMT, XN huyết thanh chuẩn đoán sán lá lớn, chọc dò, siêu âm, CT-scan, XN tìm trứng sán trong phân

ĐAU THƯƠNG VỊ CẤP

Đau thương vị cấp: bệnh nhân đột ngột đau nhói vùng thượng vị, đau liên tục tăng dần, giảm khi nằm ở tư thế cò súng, lan sang 2 hông trái, phải, kéo dài 2 ngày nên nghĩ bn có đau thương vị cấp. Các nguyên nhân thường gặp là:

a)Ngoại khoa:

-**Viêm phúc mạc:** đau liên tục, dữ dội nhưng trong viêm phúc mạc bệnh nhân thường nằm, không dám cử động và khám cảm ứng phúc mạc (+), đề kháng thành bụng (+),bụng cứng như gỗ, mất NĐR, phải PT mới giảm đau

-**Thủng ổ loét DD-TT:**

+**đột ngột, kiểu lói như dao đâm, đau lan khắp bụng**, hiếm khi nôn, (nôn ra dịch nâu đen:hẹp môn vị; nôn ra máu: loét đôi bên), đến trễ VPM cơ năng: bí trung đại tiện do liệt ruột

+khám bụng: **bụng cứng như gỗ, cơ cứng thành bụng (+), mất vùng đục trước gan**, đau túi cùng Douglas, bụng ko di động, thở bằng ngực nhịp thở nhanh nông Xquang không sửa soạn

+Tiền sử đau bụng trên rốn, dạ dày tá tràng

-**Tắc ruột cấp:**

+**đột ngột, quặn từng cơn (30s càng ngày càng tăng), cường độ đau giảm dần theo thời gian, triệu chứng giảm sau nôn**, kèm bí trung đại tiện, sốt nhẹ, mất nước do nôn, do ứ dịch khoang bụng lòng ruột

+**khám dấu rắn bò** (nhìn tiếp tuyến/sờ TRCH), **NĐR tăng dần rồi mất, bụng trướng**, bụng mềm, không co cứng, không CUPM Xquang, SA

-**Viêm ruột thừa cấp:**

+**đau thương vị hoặc quanh rốn, vài giờ sau lan xuống khu trú hố chậu phải**, thường đau âm ỉ đau tăng khi ho/tư thế, RLTH: buồn nôn, nôn sau đau (ko có ngược lại), tiêu lỏng, táo bón; RT gần bàng quang, niệu quản NTT

+khám **điểm đau Mac Burney (+), phản ứng dội (+), đau khi gõ, co cứng, đề kháng thành bụng**, (Lanz, Clado, dấu Rovsing (+), dấu cơ thắt lưng chậu, dấu cơ bít, môi khô lưỡi bẩn, sốt nhẹ (cao do VPM, apxe) CTM, CRP, SA

-Nhồi máu mạc treo: đau đột ngột, dữ dội thượng vị và quanh rốn, liên tục nhưng đau do nhồi máu mạc treo thường không có yếu tố giảm đau, tiêu phân máu, ngoài ra bệnh nhân không có các yếu tố thuận lợi như van tim nhân tạo, NMCT, và bệnh lý tim mạch khác, không sử dụng thuốc gây đông máu và thể trạng tốt, bệnh nhân trẻ tuổi

-**Vỡ phình động mạch chủ bụng:**

- +Bệnh nhân không đau kiểu xé giữa bụng, cạnh cột sống, vùng hông, choáng váng, vã mồ hôi, buồn nôn
- +tam chứng(tụt HA, khối u có mạch đập ở bụng, đau bụng)

b)Nội khoa:

-Viêm túi mật cấp:

- +đau quặn(>6h) vùng thượng vị, ¼ trên phải, lan ra sau lên vai phải, buồn nôn, nôn, sốt nhẹ

Gđ đầu: đau quặn sau ăn (15-30p, trong khi LDDTT 1-1,5h), sau nôn không giảm đau (LDDTT giảm đau)

Gđ tắc túi mật: đau liên tục, nặng VPM

- +Murphy (+) CTM, SA, Xq ngực bụng.

+Tiền sử cơn đau quặn mật

+ YTNC: thuốc tránh thai, estrogen, cholesterol, Crohn, cắt hồi tràng, RL lipid máu (tuýp 4); tiền căn sỏi mật kèm

Xem thêm BH Ngoại TH 222

-NMCT: tính chất cơn đau giống với NMCT, bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ của XVDM như: uống rượu, RL lipid máu. Tuy nhiên không giải thích được đau lan qua hông phải và trái, không loại trừ được CLS: ECG, BNP, NT-proBNP.

-Viêm đày phổi phải: có sốt, ho khạc đàm, đau ngực kiểu màng phổi, khám hội chứng đông đặc, ran nổ

-Sỏi mật: đau trong sỏi mật thường quặn từng cơn kèm sốt, nôn. Tính chất đau không phù hợp, ngoài ra bệnh nhân không có tiền căn sỏi mật, không vàng da nên không nghĩ

- Viêm gan cấp: tuy tính chất đau là đau liên tục nhưng khi khám rung gan (-), ấn kẽ sườn (-), bệnh nhân không có sốt, không vàng da, gan không to, đã chích ngừa viêm gan B nên không nghĩ

- Nhiễm toan ceton – đái tháo đường: bệnh nhân không có tiền căn ĐTĐ nên không nghĩ

-Viêm dạ dày cấp: đau trong viêm dạ dày cấp thường không lan, không có tư thế giảm đau. Tính chất đau không phù hợp trên bệnh nhân nên không nghĩ

-Giun chui ống mật: trong GCOM, bệnh nhân thường giảm đau ở tư thế chống hông. Tính chất không phù hợp trên bệnh nhân nên không nghĩ

-VTC: tuy bệnh nhân không có nôn, không sốt, khám Mayo robson (-) nhưng tính chất đau liên tục tăng dần, giảm đau ở tư thế cò súng, ấn đau ở tam giác Chauffard – rivet , có ăn 1 bữa tiệc thịnh soạn ngày hôm trước, tiền căn có RL lipid máu, gan nhiễm mỡ nên nghĩ nhiều

hợp trong VTC nên nghĩ nhiều

***VTC ngày 2**

***Thể VTC:** Bệnh nhân không có tình trạng sock, không có dấu hiệu của viêm phúc mạc, suy hô hấp cấp, suy thận cấp hay XH da niêm nên nghĩ bệnh nhân VTC thể nhẹ

***Nguyên nhân gây VTC:** trên bệnh nhân này có thể là:

-Sỏi mật: bệnh nhân không có tiền căn sỏi mật, không có những đợt đau, sốt, vàng da tái phát tuy nhiên không loại trừ được CLS: siêu âm đường mật, ERCP

-Sỏi bùn: thường gây VTC tái phát, bệnh nhân có tiền căn VTC cách đây 1 năm nên không thể loại trừ CLS: siêu âm đường mật

-Rượu: bệnh nhân uống 5 gam cồn/ngày trong vòng 20 năm, trước lúc khởi phát bệnh 1 ngày bệnh nhân có uống 80 gam cồn nên nghĩ nhiều

-Tăng TG máu: bệnh nhân có tiền căn rối loạn lipid máu, gan nhiễm mỡ kèm có uống rượu, ăn nhiều mỡ trước khi phát bệnh nên không loại trừ CLS: lipid máu

-Thuốc, độc chất: bệnh nhân không tiếp xúc với thuốc trừ sâu, bò cạp cắn nên không nghĩ

-Giun chui ống mật: bệnh nhân không sủ giun định kỳ nên không loại trừ

-Nhiễm trùng: bệnh nhân sốt không kèm lạnh run, khám ghi nhận môi không khô, lưỡi sạch nên không nghĩ

-K tụy: bệnh nhân không vàng da, không sụt cân, không lớn tuổi nên không nghĩ

-Nguyên nhân khác: chưa ghi nhận tiền căn gia đình, không thực hiện thủ thuật ERCP hay phẫu thuật gần đây, hay chấn thương.... Nên không nghĩ

***Biến chứng:**

a)Tại tụy:

-Tụ dịch cấp tính tại tụy: CLS: CT-scan

-Hoại tử tụy: bệnh nhân không có hội chứng đáp ứng viêm toàn thân (37°C , nhịp tim 64 l/ph, nhịp thở 20 l/ph) nên không nghĩ CLS: CPR máu, CT-scan

-Viêm tụy hoại tử nhiễm trùng: bệnh nhân không sốt cao, không có dấu hiệu của suy đa cơ quan nên không nghĩ

-Nang giả tụy: thường hình thành sau 4 tuần, bệnh nhân mới khởi phát bệnh khoảng 4 ngày nên không nghĩ

-Áp xe tụy: thường hình thành sau 4 tuần nên không nghĩ

-Bảng bụng: khám không ghi nhận bụng to, dấu sóng vồ (-), gõ đục vùng thấp (-), vùng đục di chuyển (-) nhưng không loại trừ dịch trong khoang màng bụng lượng ít

b)Biến chứng mạch máu:

-Tắc tĩnh mạch lách do huyết khối: khám không ghi nhận lách to nên không nghĩ

-Tắc tĩnh mạch mạc treo tràng trên: bệnh nhân không tiêu phân nhầy, máu, không chán ăn nên không nghĩ

c)Tắc nghẽn dạ dày – ruột:

-Liệt ruột: khám NDR 6 l/ph nên không nghĩ

d)Biến chứng hệ thống:

-Phổi: bệnh nhân không suy hô hấp, khám phổi không ghi nhận bất thường nên không nghĩ

-Hoại tử mô: khám không ghi nhận bất thường XH ở da, xương, khớp nên không nghĩ

VÀNG DA

Hội chứng vàng da: Các nguyên nhân gây vàng da thường gặp là:

- Tán huyết: vàng da do xảy ra từng đợt, không kèm theo ngứa, nước tiểu vàng sậm, phân vàng sậm, sốt xảy ra từng đợt trước mỗi lần vàng da kèm thiếu máu, lách to.
- Vàng da sau gan:
 - o Lòng ống mật:
 - ❖ sỏi mật: Vàng da do sỏi mật thường có ngứa, phân bạc màu, vàng da xảy ra từng đợt, thay đổi theo thời gian, đau quặn từng cơn, kèm buồn nôn, nôn, Murphy(-)
 - ❖ Giun chui ống mật: Tiền căn không ăn rau sống, không ăn gỏi cá, kèm trong GCOM, thường giảm đau ở tư thế chống hông.
 - o Thành ống mật:
 - ❖ Nhiễm trùng đường mật: bệnh nhân có tam chứng charcot : đau hạ sườn phải, sốt và vàng da.
 - ❖ K đường mật: vàng da và đau hạ sườn phải thường tăng dần, phân bạc màu, gan to .
 - o Bệnh lý từ ngoài chèn ép đường mật:
 - ❖ K đầu tụy, u bóng Vater : Vàng da tăng dần không kèm đau bụng, phân bạc màu, sụt cân, túi mật căng to, gan to.
- Các nguyên nhân tại gan:
 - o Viêm gan cấp: 4 giai đoạn của vgb cấp trong sách.
 - o Viêm gan mạn: thường không có triệu chứng cho đến khi phát hiện xơ gan hoặc K gan (mệt mỏi, chán ăn, đau nhức cơ, nước tiểu vàng sậm, vàng da nhẹ) **ko biết biện luận sao hết**
 - o K gan: Vàng da tăng dần kèm tổng trạng sụt cân, suy sụp kéo dài.
 - o Áp xe gan do vi trùng: Vàng da thường vàng sậm kèm biểu hiện nhiễm trùng rõ, sốt kèm lạnh run, đau HSP dữ dội, gan to, đau, mặt lằng, bờ tù, mật độ mềm, rung gan (+), ấn kẽ sườn (+).
 - o Áp xe gan do amip: không vàng da, nếu có là bội nhiễm vi trùng
 - o Xơ gan: vàng da kèm HC tăng áp TMC , HC suy tế bào gan
 - + Do siêu vi: có tiền căn viêm gan B, không thể loại trừ viêm gan C . CLS: HbsAg, Anti HCV
 - + Do rượu: bệnh nhân không uống rượu nên không nghĩ
 - + Ú mật: tiền căn không có sỏi mật, chưa từng phẫu thuật đường mật trước đó. Trong quá trình bệnh, không ngứa, không có phân bạc màu, vàng da xảy ra liên tục, không có đau quặn từng cơn nên không nghĩ

- + Suy tim phải: bệnh nhân không khó thở. Khám: Hardzer (-), DNTN (-), không gallop T3, TMCN (-), phản hồi bụng cảnh (-) -> không nghĩ
- + Suy dinh dưỡng: phù ở mu bàn tay, mu bàn chân trước, tiền căn không ăn uống đói kém trong thời gian dài. Tính chất không phù hợp kèm BMI = -> không nghĩ
- + Ký sinh trùng: tiền căn không ăn rau sống, không ăn gỏi cá, tôm sống nên không nghĩ
- + Rối loạn chuyển hoá:
 - Sắt: không nghĩ do bệnh nhân không có tiền căn thiếu máu mạn, không có da sạm
 - Đồng: không nghĩ do bệnh nhân không có vòng Kayser Fleischer ở mắt.
- Các biến chứng của xơ gan như:
 - XHTH: trong quá trình bệnh, bệnh nhân không buồn nôn, không nôn ra máu, đi tiêu phân vàng đóng khuôn nên không nghĩ
 - Viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát: bệnh nhân có báng bụng, sốt cao kèm lạnh run, đau HSP nên nghĩ nhiều. CLS: chọc dịch màng bụng, xét nghiệm dịch màng bụng
 - Hội chứng gan thận : trong quá trình bệnh, bệnh nhân đi tiểu vàng sậm, lượng nước tiểu 1 l/ngày nên không nghĩ
 - Bệnh não gan: bệnh nhân tỉnh táo, không vật vờ, không li bì, không lơ mơ, không rối loạn tri giác nên không nghĩ
 - K gan: ít nghĩ do sờ bề mặt gan không lồi nhô nhưng do bệnh nhân lớn tuổi, ăn uống kém nên không loại trừ

ĐỊNH NGHĨA

Gan to

Nam	> 10 cm + 3cm
Nữ	> 7 cm + 3cm

TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN GAN TO

LÂM SÀNG

Triệu chứng toàn thân Sốt Suy kiệt nhanh Rối loạn tri giác Thiếu máu	
Hội chứng	Hội chứng nhiễm trùng Hội chứng vàng da tắc mật Hội chứng suy tế bào gan Hội chứng tăng áp tĩnh mạch cửa
Triệu chứng các cơ quan liên hệ đến gan	Túi mật to, Murphy(+) Tràn dịch màng phổi P, bệnh lý abces gan, K gan. Lách to trọng xơ gan Tim: gan – tim, viêm màng ngoài tim Hệ võng nội mô
Tiền căn	Nghiện rượu, xơ gan, vàng da mạn, abces gan, bệnh lý đường mật. Suy tim ứ huyết
Một số cận lâm sàng	Xét nghiệm chức năng gan Miễn dịch học chẩn đoán Chẩn đoán hình ảnh Tế bào học

CHẨN ĐOÁN GAN TO DỰA TRÊN TRIỆU CHỨNG PHỐI HỢP

Triệu chứng phối hợp	Bệnh lý
Hc nhiễm trùng	<p>Abces gan do amibe: tam chứng Fontan</p> <p>Ls:</p> <ul style="list-style-type: none"> gan to 1 thùy thường thùy phải Bề mặt mềm, nhẵn, ấn đau Rung gan + ấn kể sườn (+) Về mặt nhiễm trùng+ sốt(không cao)+TC lỵ <p>Cls:</p> <ul style="list-style-type: none"> siêu âm bụng Huyết thanh chẩn đoán Chọc dịch màu socola <p>Viêm gan do virus</p> <p>Ls:</p> <ul style="list-style-type: none"> Gan to mấp mé bờ sườn+ 4 giai đoạn VG cấp+ ấn hơi tức+ bề mặt nhẵn <ol style="list-style-type: none"> 1. ủ bệnh: không triệu chứng 2. tiền vàng da: 1 tuần TC cảm cúm 3. vàng da: 2-6 tuần, TC vàng da, ngứa, phân bạc màu <p>cls:</p> <ul style="list-style-type: none"> xét nghiệm chức năng gan

	<p>huyết thanh chẩn đoán</p> <p>u lành gan:</p> <p>Nhiễm Leptospira</p>
<p>Hc vàng da</p> <p>tắc mật</p>	<p>Sởi mật</p> <p>Ls:</p> <p>gan to, đều 2 thùy, mềm, nhẵn, tam chứng Charcot (nay đau mai sốt mốt vàng da)</p> <p>Cl:</p> <p>siêu âm</p> <p>chụp cản quang đường mật</p> <p>tc đau trước đây.</p> <p>U đầu tụy</p> <p>Ls: Gan to đều, mềm, không đau. Tổng trạng suy sụp</p> <p>Cl:</p> <p>siêu âm</p> <p>Chụp bụng cắt lớp</p> <p>Chụp đường mật cản quang (EMRC CMRC)</p> <p>Sán lá gan:</p> <p>Ls:</p> <p>gan to 1 thùy, mềm, nhẵn. TC ăn gỏi cá, tắc mật nặng, trong phân có trứng sán.</p>
<p>Gan thâm</p> <p>nhễm</p>	<p>Gan nhiễm mỡ</p> <p>Gan nhiễm glycogen</p>
<p>Khối u</p>	<p>Ung thư gan nguyên phát</p> <p>Ung thư gan thứ phát</p>

	<p>Ls:</p> <p>Gan to, không đều, lổn nhổn không đau, mật độ cứng, suy sụp</p> <p>Cls:</p> <p>siêu âm bụng</p> <p>Chụp bụng cắt lớp</p> <p>Chụp động mạch gan</p> <p>Xét nghiệm AFP và sinh thiết gan.</p>
<p>Gan ứ huyết</p>	<p>Suy tim ứ huyết:</p> <p>Ls:</p> <p>gan to đều, mềm, đau tức, nhẵn. gan tm cổ (+), hở 3 lá thấy ổ đập. điều trị giảm gan đàn xẹp.</p> <p>Cls:</p> <p>x quang ngực</p> <p>Điện tâm đồ</p> <p>Siêu âm tim</p> <p>Viêm màng ngoài tim co thắt</p> <p>Ls:</p> <p>hội chứng nhiễm trùng, khó thở, đau ngực kiểu màng phổi, khám tim nghe tiếng cọ màng tim.</p> <p>Cls :</p> <p>điện tâm đồ</p> <p>Men tim</p> <p>Siêu âm tim</p>

khác	<p>Xơ gan thể phì đại (gđ đầu xơ gan teo)</p> <p>Ls:</p> <p>gan to đầ 2 thùy, chắc. hctatmc, hc stbg</p> <p>Cls:</p> <p>xn chức năng gan</p> <p>Siêu âm</p> <p>Sinh thiết gan</p> <p>Viêm gan do độc chất</p> <p>Gan tự miễn</p> <p>Wilson</p>

HỘI CHỨNG TĂNG ÁP LỰC TĨNH MẠCH CỬA

- Hội chứng Banti: thường lách to độ 3, hội chứng suy tế bào gan. Trên bn này lách to độ 1, không có hội chứng suy tế bào gan nên không nghĩ.
- Hội chứng Budd-Chiari: bn không có yếu tố nguy cơ (đa hồng cầu, thiếu máu, hậu phẫu, nằm lâu) nên không nghĩ.
- VMNT co thắt: bn không đau ngực nên không nghĩ.
- Bệnh lý tại gan: xơ gan, K gan, viêm gan đã biện luận trên.
- Hẹp TMC bẩm sinh: bn mới có biểu hiện gần đây nên không nghĩ.
- Viêm tắc TMC hoặc lách: thường xảy ra trên bn thai kì, hậu sản, nằm lâu, bn thường có nhiễm trùng nặng nên không nghĩ.
- U bụng chèn ép: đã biện luận trên.

HEN

CĐ: Con hen cấp độ [] yếu tố thúc đẩy [] biến chứng []/ hen [kiểm soát]

I) YTNC hen:

- Tiền căn gia đình.
- Bệnh lí: viêm mũi dị ứng, viêm kết mạc dị ứng, viêm da tiếp xúc, chàm.
- Có dị ứng nguyên (thường là thức ăn)
- Khởi phát trước 40t (thường #20t)

II) Các triệu chứng gợi ý:

- + Khi có $\geq 2/4$ triệu chứng: ho khan (chỉ có đờm khi hồi phục), khó thở, khò khè, nặng ngực.
- + Các triệu chứng thay đổi về cường độ, thời gian theo thời gian trong ngày, trong năm (theo mùa), khi có yếu tố thúc đẩy.

* Các triệu chứng không gợi ý hen:

- + Chỉ $\frac{1}{4}$ triệu chứng
- + Ho khạc đàm
- + Khó thở kèm chóng mặt, choáng váng, dị cảm
- + Đau ngực
- + Tiếng rít thì hít vào

III) Con hen cấp:

1) Định nghĩa: là giai đoạn nặng của các triệu chứng hen vượt ra ngoài dao động bình thường hàng ngày.

2) YTTĐ:

- Nhiễm trùng hô hấp
- Dị ứng nguyên
- Chất ô nhiễm không khí (khói bụi, khói thuốc,...)

- Gắng sức, tăng thông khí
- Thay đổi thời tiết (quá lạnh hay quá nóng)
- Cảm xúc
- SO₂
- Các yếu tố khác (đề cập đến nếu có và đã loại trừ các yếu tố trên, không thì bỏ cmnd): thức ăn, gia vị, chất bảo quản, thuốc

3) Đánh giá mức độ: bn khó thở khi đi lại, giảm khi ngồi, trong cơn khó thở bn nói đc thành cụm từ, có

 Chẩn đoán mức độ nặng				
Độ nặng	I	II	III	IV
Khó thở	Khi đi lại	Khi nói	Khi nghỉ	
Tư thế	Nằm	Ngồi	Cúi trước	
Nói thành	Nguyên câu	Cụm từ	Từng từ	
Tri giác	K/ thích(±)	K/thích (+)	K/thích (+)	Lơ mơ, hôn mê
Tần số thở	Tăng	Tăng	> 30/phút	
Cơ kéo cơ hô hấp phụ	Không	Có	Có	Di chuyển ngực - bụng nghịch chiều
Thở rít	Vừa, thở ra	Lớn	Thường lớn	Không nghe
Nhịp mạch	<100/phút	100–120 /phút	> 120/phút	Nhịp chậm
Mạch nghịch	< 10 mmHg	10-25mmHg	> 25 mmHg	Không
PEF	> 80%	60% - 80%	< 60% (< 100L/phút) Đáp ứng kéo dài < 2 giờ	
PaO ₂ ±	> 80 mmHg	> 60 mmHg	< 60mmHg ± xanh tím	
PaCO ₂	< 45 mmHg	< 45 mmHg	> 45mmHg ± suy hô hấp	
SpO ₂	> 95%	91 – 95%	< 90%	
* Chỉ cần hiện diện vài thông số để phân độ nặng cơn hen				

co kéo, nhịp mạch 100-120l/p thở rít lớn

4) Biến chứng:

*Cấp: SHHC, TKMP, xẹp phổi (tương tự COPD).

*Mạn: tắc nghẽn luồng thông khí cố định (hỏi thì nói, không xét trên ls nên không cần bl)

IV) Đánh giá bệnh hen nền:

1) Cái cm gì mà từng đợt nhẹ, dai dẳng nhẹ, bla bla giờ hết xài r, ai sợ hỏi cứ học.

2) Mức độ kiểm soát: kiểm soát (không vi phạm), kiểm soát 1 phần (vi phạm 1-2 tiêu chí), không kiểm soát (vi phạm 3-4 tiêu chí). Đánh giá trong 4 tuần gần nhất.

- Triệu chứng ban ngày >2 lần/tuần
- Dùng thuốc giảm triệu chứng >2 lần/tuần
- Triệu chứng ban đêm >0 lần/tuần
- Giới hạn hoạt động >0 lần/tuần

V) Các yếu tố phức tạp (chắc chắn hỏi đầu):

- Sốc phản vệ
- VP
- Xẹp phổi
- TKMP
- TK trung thất

VI) Các bệnh đồng mắc của hen: 5 bệnh

- Viêm xoang, viêm mũi
- Béo phì
- OSA (ngưng thở khi ngủ): nghĩ tới như a Duy dạy
- GERD
- RL thần kinh: lo lắng, trầm cảm.

VII) Các CLS có thể thực hiện:

- 1) Chức năng hô hấp: tiêu chuẩn vàng. Chỉ định đo trong cơn hen (nếu được) mới có giá trị, khác với COPD đo lúc ngoài cơn.
- 2) X-quang: chủ yếu tìm nguyên nhân thúc đẩy là VP thường gặp, chỉ điểm hen chỉ trong cơn.
- 3) Dấu lẩy da -> tìm dị ứng nguyên, giờ ít xài
- 4) nồng độ IgE trong máu

COPD

COPD phải trả lời 5 câu hỏi sau:

Đợt cấp COPD mức độ (nặng, nhẹ, trung bình), yếu tố thúc đẩy?, biến chứng/ COPD nhóm (A,B,C,D), bệnh đồng mắc ????

1. Mức độ đợt cấp (nặng, nhẹ, trung bình)
2. Yếu tố thúc đẩy
3. Biến chứng
4. COPD nhóm (A,B,C,D)
5. Bệnh đồng mắc

❖ Mức độ đợt cấp (nặng, nhẹ, trung bình): dựa vào bảng trong sách bệnh học

Nhóm	Nhẹ	Trung bình	Nặng
Triệu chứng quan trọng	1 trong 3	2 trong 3	Cả 3
Tuổi	Bất kì	Bất kì	≥ 65
Cơn kích phát		≤ 4 lần/năm	> 4 lần/năm
Bệnh đồng mắc	Ko	Ko	rõ

Triệu chứng quan trọng gồm: khó thở tăng, lượng đàm tăng, lượng mũi tăng (đàm đục, đổi màu)

❖ Yếu tố thúc đẩy:

- o Hút thuốc lá : tuy tiền căn hút thuốc lá 30 gói-năm nhưng bệnh nhân đã bỏ thuốc lá cách đây 1 tháng -> không nghĩ
- o Nhiễm trùng hô hấp : bn sốt, ớn lạnh, sổ mũi, chảy nước mũi, ho khạc đàm vàng -> nghĩ nhiều . CLS: cấy đàm để tìm nguyên nhân
- o Lao phổi: BN không có HC nhiễm lao chung (sốt nhẹ về chiều, mệt mỏi, chán ăn, sụt cân, đổ mồ hôi trộm) nhưng BN mệt mỏi, chán ăn mấy tháng nay, BN lớn tuổi , VN nằm trong vùng dịch tễ của lao nên không thể loại trừ. Đề nghị AFB, BK đàm
- o Dị nguyên : không nghĩ do không ghi nhận tiền căn dị ứng, đợt NV này không tiếp xúc với dị nguyên lạ như phấn hoa, bụi gỗ, lông thú
- o Không tuân thủ điều trị: không nghĩ do BN dùng thuốc và tái khám theo đúng chỉ định của bác sĩ (hình như có cái này méo đâu @@)
- o **Cảm xúc : lo lắng hồi hộp, xúc động mạnh trước đó**
- o **Hoạt động gắng sức**
- o **Yếu tố khí hậu**

o **Ô nhiễm môi trường**

o Bệnh đồng mắc:

o Tim mạch:

- + TMCT, NMCT: không có tiền căn bệnh mạch vành, không có các yếu tố nguy cơ tim mạch, không đau ngực -> không nghĩ
- + THA: không nghĩ do BN vào viện với HA bình thường hằng ngày (hình như cái này cũng méo có)
- + Suy tim: không nghĩ do bn ko có triệu chứng của suy tim (khó thở khi gắng sức, khó thở khi nằm, khó thở kịch phát về đêm), khám không thấy tim to
- + RLN: nhịp tim bn bình thường -> không nghĩ

o Hô hấp:

- + Viêm phổi: bn không có triệu chứng sốt, đau ngực kiểu mp, ho khạc đàm mủ kèm khám không ghi nhận HC đông đặc, ran nổ -> không nghĩ
- + K phổi, K phế quản: ít nghĩ do BN ko sụt cân, không sốt, không ăn uống kém nhưng do tuổi cao, có tiền căn hút thuốc lá 30 gói năm nên không thể loại trừ -> đề nghị làm X Quang ngực thẳng.
+ OSA

- o Tiêu hóa: không ghi nhận GERD(trào ngược dạ dày thực quản) , viêm loét dạ dày, HC đại tràng chức năng
- o Thần kinh: lo âu, trầm cảm: không nghĩ do BN tiếp xúc tốt, không có biểu hiện hoang tưởng, sợ sệt
- o Chuyển hóa: ĐTĐ: không nghĩ do BN không có biểu hiện “ 4 nhiều”, nhưng vẫn đề nghị xét nghiệm đường huyết để tầm soát cho BN; HC chuyển hóa (trên lâm sàng chỉ đánh giá được qua vòng eo >90 cm (nam) >80 cm (nữ) ở VN, nước ngoài là >102/88cm)
- o Cơ xương khớp: teo cơ, loãng xương :
- o Mắt: đục thủy tinh thể : bệnh nhân quan sát tốt, không bị mờ mắt -> không nghĩ
- o **Huyết học: thiếu máu**

❖ Biến chứng:

❖ **Cấp (suy hô hấp cấp, tràn khí màng phổi, xẹp phổi do tắc đờm) biến chứng mạn (suy hô hấp mạn , đa hồng cầu, tâm phế mạn)**

- Đa hồng cầu : bn da không ửng đỏ, niêm mạc mắt, dái tai không ửng đỏ -> không nghĩ
- TKMP: khám ls không phát hiện được hội chứng tkmp, không đau kiểu màng phổi, tiền căn không được chọc dịch hay dẫn lưu -> không nghĩ
- Suy hô hấp cấp : : nhịp thở lúc thăm khám bệnh nhân 25l/ph, thở có co kéo cơ hô hấp phụ nhưng SpO2 92%, không rõ suy hô hấp trên LS. Tuy nhiên BN COPD thường ứ CO2 mạn nên SpO2 không đánh giá hết. Phải đánh giá trên LS mới có chỉ định CLS phù hợp. CLS : khí máu ĐM, X quang ngực thẳng
- Suy hô hấp mạn: tuy BN không tím tái, không lơ mơ, ngủ gà, không có dấu hiệu của suy thất phải nhưng ngoài cơn cấp, BN khó thở mạn mMRC= 4 -> không loại trừ. CLS: khí máu động mạch

- Tâm phế mạn: bệnh nhân không phù ngoại vi, dấu Harzder (-), TMC nổi (-), gan không sờ chạm, không T3, T4 thất phải-> không nghĩ
- **Xep phổi : bn khó thở tuy nhiên khám ko thấy hồi chứng 3 giảm bên phổi trái , lồng ngực cân đối 2 bên không nghĩ**

❖ Nhóm:

Theo tao là chỉ cần 2 cái đầu thôi, số đợt cấp và Mmrc LÀ ĐƯỢC RỒI!

Phân nhóm COPD:

1. Thang điểm mMRC (triệu chứng)

Bảng điểm đánh giá khó thở MRC	Điểm
Khó thở khi gắng sức mạnh	0
Khó thở khi đi vội trên đường bằng hay đi lên dốc nhẹ	1
Đi bộ chậm hơn người cùng tuổi vì khó thở hoặc phải dừng lại để thở khi đi cùng tốc độ của người cùng tuổi trên đường bằng.	2
Phải dừng lại để thở khi đi bộ khoảng 100m hay vài phút trên đường bằng	3
Khó thở nhiều đến nỗi không thể ra khỏi nhà, khi thay quần áo	4

2. Đánh giá dựa vào hô hấp kí (nguy cơ)

Phân độ COPD dựa vào đo chức năng hô hấp được thể hiện ở bảng 2.2. Tuy nhiên, người ta thấy rằng, ít có mối liên quan giữa mức độ nặng của FEV1 và triệu chứng cũng như chất lượng cuộc sống của bệnh nhân COPD. Chính vì lý do đó, bắt buộc chúng ta phải sử dụng các thang điểm đánh giá triệu chứng để phân độ bệnh.

Bảng 2

Phân giai đoạn nặng của COPD theo Hô hấp ký	
Giai đoạn	Đặc điểm (FEV1/FVC < 70%)
GOLD I: Nhẹ	FEV1 > 80% giá trị dự đoán
GOLD II: Trung bình	50% < FEV1 < 80% giá trị dự đoán
GOLD III: Nặng	30% < FEV1 < 50% giá trị dự đoán

3. số đợt cấp (nguy cơ)

có 0-1 đợt cấp trong một năm, không có đợt cấp phải nhập viện

có ≥ 2 đợt cấp trong một năm, có ≥ 1 đợt cấp phải nhập viện

AB nguy cơ thấp

AC triệu chứng ít

- CAT=8 (lưu ý chính xác nhất phải do BN đánh giá)

X Hoàn toàn không ho (0)

X Không có đàm trong phổi (0)

X Cảm giác nặng ngực (2)

X Khó thở khi lên dốc (2)

X Không hạn chế các hoạt động ở nhà (0) (Không phải là BN tự vệ sinh, ăn uống được mà phải hỏi: trước khi bị COPD bác làm được những việc gì (như quét nhà, dọn dẹp, vác bao gạo), nay như thế nào?)

X Yên tâm ra khỏi nhà dù có bệnh phổi (0) Không phải là BN có thể đi loanh quanh gần nhà mà phải hỏi bác có đi du lịch được không, về quê được không (như quê xa, có thể đi xe về quê chơi)?

X Ngủ ngon, thỉnh thoảng khó thở về đêm (2)

X Cảm thấy tương đối khỏe(2). Hỏi: sức khỏe có 10 điểm, bác thấy mình mấy điểm?

❖ Bệnh đồng mắc: có cái nào thì kể ra

o Tim mạch:

+ TMCT, NMCT

+ THA (hình như k có)

+ Suy tim

+ RLN, HUYẾT KHỐI – có hk à? @@

o Hô hấp:

+ Viêm phổi:

+ K phổi, K phế quản:

+ OSA

o Tiêu hóa: không ghi nhận GERD(trào ngược dạ dày thực quản) , viêm loét dạ dày, HC đại tràng chức năng

o Thần kinh: lo âu, trầm cảm

o Chuyển hóa: ĐTĐ, HC X (hội chứng chuyển hóa)

- o Cơ xương khớp: teo cơ, loãng xương : **loãng xương và trầm cảm : thường ko được chẩn đoán đầy đủ và thiên liên quan tới cuộc sống kèm và tiên lượng tốt. (GOLD 2015)**
- o Mắt: đục thủy tinh thể
- o **Huyết học: thiếu máu**

Vậy: chuẩn đoán

Đợt cấp COPD mức độ nặng, yếu tố thúc đẩy nhiễm trùng hô hấp , biến chứng suy hô hấp cấp/ COPD nhóm D, bệnh đồng mắc @@@@

- nhiễm trùng,
- yếu tố khí hậu
- ô nhiễm môi trường
- dị ứng nguyên
- xúc động
- gắng sức
- ô nhiễm môi trường làm việc

***YTTĐ y chang hen, qua coi cái kia cho chuẩn**

***Tiêu chuẩn nv:**

- Tăng độ nặng của triệu chứng
- Bệnh COPD ban đầu nặng
- Xuất hiện triệu chứng thực thể mới
- Thất bại trong việc điều trị đợt cấp ban đầu
- Kèm bệnh đồng mắc nặng
- Đợt cấp thường xuyên
- Tuổi cao (bên hô hấp nói chung là >65)
- Không đủ điều kiện chăm sóc tại nhà

VIÊM PHỔI

Viêm phổi cần trả lời 4 câu hỏi

- Viêm phổi (cộng đồng, bệnh viện, liên quan đến chăm sóc y tế), mức độ ????? tác nhân ????, biến chứng????

1. Viêm phổi (cộng đồng, bệnh viện, liên quan đến chăm sóc y tế)
2. Mức độ
3. Tác nhân
4. biến chứng

❖ Phân loại viêm phổi:

Trong vòng 3 tháng gần đây, BN không nằm viện, không sống ở nhà điều dưỡng hay đơn vị chăm sóc, không mới dùng kháng sinh đường tĩnh mạch, hoá trị hay chăm sóc vết thương hay chạy thận, không có người thân có VK đa kháng thuốc. **Nếu BN ở luôn trong BV => có thể VP liên quan chăm sóc y tế (dù không có trong tiêu chuẩn) -> nên nghĩ nhiều viêm phổi cộng đồng**

❖ Tiêu chuẩn nhập viện của bn: chỉ cần 1 tiêu chuẩn là đủ (còn dựa vào CLS hay điều trị ngoại trú không đáp ứng)

- + Tuổi > 65
- + Bệnh đồng thời: COPD, dẫn phế quản, K, ĐTĐ, suy thận mạn, suy tim, suy gan, tai biến mạch máu não, cắt lách
- + Nghiện rượu, suy dinh dưỡng
- + Lâm sàng: nhịp thở > 30 l/p, nhiệt độ #40 hay #35, rối loạn ý thức, Mạch >125 l/p, HA tối thiểu <60mmHg, HA tối đa <90mmHg

❖ Đánh giá độ nặng của VP:

▪ CURB-65:

- + BN có HA lúc NV 100/70 mm Hg
 - + Tuổi 70
 - + Nhịp thở : 30 l/p
 - + Bệnh nhân tỉnh táo, không lơ mơ, không rối loạn ý thức
- > 2 điểm -> mức độ trung bình -> nhập viện (chỉ là tiêu chuẩn ban đầu)

▪ IDSA-ATS:

- + Tiêu chuẩn chính: BN không cần thở máy, không có choáng nhiễm trùng.
- + Tiêu chuẩn phụ:

HATT > 90mmHg, HATTr > 60mmHg

Bn không hạ huyết áp cần truyền dịch nhiều

Nhịp thở 30 l/p

Bn không lú lẫn hay mất định hướng

Nhiệt độ : 39° (>36)

Không nghiện rượu, không xơ gan, không cắt lách

-> đề nghị X quang ngực đứng (VP nhiều thùy), CT máu (BC, tiểu cầu), BUN, đường huyết, ion đồ (Na⁺), khí máu động mạch để tìm các tiêu chuẩn khác. Do đó BN chưa đủ điều kiện nhập ICU trên lâm sàng (cần ½ tiêu chuẩn chính và 3/9 tiêu chuẩn phụ) -> chưa cần nhập ICU.

❖ Tác nhân gây viêm phổi ngoài cộng đồng trên bn này là :

Phế cầu : tuy bn không có sốt cao, kèm đau ngực kiểu mp dữ dội nhưng do bệnh nhân lớn tuổi, kèm ho khạc đàm mủ gỉ sét và đây là tác nhân thường gặp nhất (40%) -> nghĩ nhiều. CLS : cấy đàm, huyết thanh chuẩn đoán

Hemophilus influenzae: Bn không hút thuốc lá nên loại trừ.

Moraxella catarrhalis: ít nghĩ nhưng không loại trừ

Gram (-) : dựa vào dịch tễ thường gặp gram (-)

VK yếm khí: không nghĩ do bn không có bệnh nha chu, đàm không có mùi

Viêm phổi không điển hình: do bn không có tiền căn hút thuốc lá -> không nghĩ đến tác nhân H.influenzae, Chlamydia pneumoniae, Legionella pneumoniae.

Ngoài ra có thể gặp tác nhân khác trên BN nội trú không nằm ICU như Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae, Haemophilus influenzae, Legionella species, virus hô hấp.

• BN có yếu tố nguy cơ nhiễm phế cầu kháng thuốc: tuổi>65, bệnh nội khoa đồng thời (hỏi thêm có điều trị beta-lactam 3 tháng qua: "mấy tháng có viêm họng, sốt mua thuốc uống?", dùng corticoid, tiếp xúc trẻ em ở TT chăm sóc ban ngày; còn nghiện rượu là BN này không có).

=> Nhớ:

1/ BN có bệnh nội khoa đồng thời (nếu không có thường điều trị ngoại trú): Phế cầu

Kháng thuốc, Gram đường ruột.

2/ BN trên 65 tuổi: Phế cầu kháng thuốc

3/ Điều trị kháng sinh, đặc biệt beta-lactam: Phế cầu kháng thuốc.

✓ Tác nhân không điển hình (Mycoplasma, Legionella, Chlamydia) cũng thường gặp.

✓ Legionella: thường ở trại lính, trại tập trung. Là tác nhân gây bệnh nặng nhất trong các tác nhân, thường kèm tiêu chuẩn. Cđoán phải tìm kháng nguyên trong nước tiểu (cấy trên MT phổi gà ở VN chưa làm được, còn Cđoán huyết thanh chỉ trong nghiên cứu: làm 2 lần, hiệu giá tăng 4 lần). ATS khuyến cáo nếu VP nặng thì nên cấy thử con này.

- ✓ H.influenza: kèm viêm tai, tương đối nhẹ nhàng.Có thể nhiễm ở KTX.
- ✓ VK Gram âm:sống trong nhà điều dưỡng, bệnh tim phổi căn bản, bệnh nội khoa đồng thời, mới điều trị KS.
- ✓ Pseudomonas aeruginosa: bệnh phổi cấu trúc(dẫn PQ,xơ nang, COPD giai đoạn CD), corticoid > 10 ngày, điều trị KS phổ rộng > 1 tuần trong tháng qua, suy dinh dưỡng

❖ **Biến chứng**

- Tai phổi:

Suy hô hấp cấp: nghĩ nhiều do BN có khó thở, co kéo cơ hô hấp phụ, thở 30 l/p, sinh hiệu lúc NV có SpO₂: 89 %

Áp xe phổi: ít nghĩ nhưng không thể loại trừ (đã biện luận ở trên).

Áp xe phổi: ít nghĩ do BN không có yếu tố nguy cơ như nhiễm trùng nha chu hay hít dịch nhiễm trùng vào nhu mô phổi,bn sốt không ớn lạnh, không sụt cân, không thiếu máu nhưng cơ địa suy giảm MD, ĐTĐ, xơ gan,....

TMMP (tràn mủ màng phổi) : ít nghĩ do khám LS không có \$ 3 giảm, không có tiếng dề kêu, ngực thâm, nhưng bệnh diễn tiến 1 tháng, BN có cơ địa suy giảm miễn dịch nên không thể loại trừ.

TKMP: không nghĩ do KLS không giãn rộng, không dấu lép búp dưới da, không có hội chứng tkmp

◇ ngoài phổi:

- Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng: bn có đau ngực kiểu mp, khám tim không nghe âm thổi, không có dấu xuất huyết da niêm, lách to, tiểu máu, không có bl van tim trước đó -> không nghĩ
- Viêm màng ngoài tim: khám ls không có tiếng cọ màng tim,tiếng tim rõ -> không nghĩ
- Viêm màng não mủ: BN không có dấu màng não như cổ cứng, không đau đầu nên loại trừ.
- Suy thận cấp: không nghĩ do BN tiểu nước tiểu vàng trong lượng khoảng 1,5l/ngày.
- Nhiễm trùng huyết: bn có hc đáp ứng viêm toàn thân nhưng tuy nhiên bn tỉnh, tiếp xúc được -> ít nghĩ, không loại trừ

Kết luận: chuẩn đoán

Viêm phổi cộng đồng mức độ trung bình chưa biến chứng, tác nhân phé cầu

HỘI CHỨNG 3 GIẢM: TDMP

Khám lâm sàng thấy gõ đục 1/3 dưới phổi T, RRPN giảm 1/3 dưới phổi T, rung thanh giảm 1/3 dưới phổi T hội chứng 3 giảm, có thể do các nguyên nhân sau:

a) Thành ngực: U thành ngực: không nghĩ do không có khối u thành ngực

b) Màng phổi:

-Dày dính màng phổi: ít nghĩ do bệnh nhân không có các bệnh lý phổi trước đó, không có tiếng cọ màng phổi, khí quản không lệch, nhưng không loại trừ được do bệnh nhân đã được chọc dịch màng phổi X-Quang

-TDMP: nghĩ nhiều do bệnh nhân có đau ngực kiểu màng phổi (tăng khi ho, giảm khi nằm nghiêng sang bên P), khó thở tăng khi nằm, ho khan khi thay đổi tư thế. Đã được chọc dịch màng phổi

-U màng phổi: ít nghĩ do bệnh nhân không hút thuốc lá, không có tiền sử tiếp xúc với hóa chất độc hại, nhưng không loại trừ được do bệnh nhân lớn tuổi, sụt cân 3-4kg trong 1 tháng X-Quang

c) Nhu mô phổi:

-Áp xe phổi ngoại biên: không nghĩ do không có nhiễm trùng dữ dội, không sốt cao, không ho đàm mủ, người không suy kiệt

-Xẹp phổi: lồng ngực đều 2 bên, khoang liên sườn không lệch, co kéo, khí quản không lệch, nhưng không loại trừ được do TDMP trước đó đã rút dịch X-Quang

-U phổi ngoại vi: không nghĩ do không có tiền căn hút thuốc lá + hóa chất độc hại, thể trạng người không suy kiệt, hạch ngoại vi không sờ được

-Như vậy hội chứng 3 giảm trên bệnh nhân này nghĩ nhiều đến TDMP lượng trung bình, nguyên nhân có thể là:

a) TDMP dịch thấm: ít nghĩ do tràn dịch bên phổi trái đơn độc, nguyên nhân do

+Suy tim: không nghĩ do khó thở không liên quan gắng sức, khám tim không có dấu hiệu bất thường, không có tiền căn THA và các bệnh lý tim mạch khác

+Viêm màng ngoài tim co thắt: không nghĩ do không có tiếng cọ màng tim, ho và hít sâu làm tăng đau ngực, khi đau ngực bệnh nhân không nghiêng người ra trước, không sốt

+Xơ gan: không nghĩ do không có gan to, vàng da, bang bụng, sao mạch, không uống rượu

+HCTH: không nghĩ do không có phù, không thiếu niệu

b) TDMP dịch tiết: nghĩ nhiều do tràn dịch 1 bên trái đơn độc, nguyên nhân do

+Viêm phổi: không nghĩ do không có sốt, ho không có đờm, không có vệt mặt nhiễm trùng

+Lao: ít nghĩ do không sốt về chiều, không ra mồ hôi trộm, nhưng không loại trừ được do bệnh nhân tuổi cao có thể không có sốt, có sụt cân 4-5kg trong 1 tháng, có ho

+Chấn thương: không nghĩ do không có chấn thương lồng ngực

+Bệnh lý tạo keo: không nghĩ do không có đau nhức xương khớp, gia đình không có ai bị bệnh này

HỘI CHỨNG TẮC NGHẼN ĐƯỜNG HÔ HẤP DƯỚI

Hội chứng tắc nghẽn đường hô hấp dưới: COPD nghĩ do bệnh nhân khó thở thì thở ra (co kéo cơ thẳng bụng), nghe rale rít, rale ngáy lan tỏa 2 phế trường. Nguyên nhân:

* Do tim: hen tim, phù phổi cấp: không nghĩ do khám không thấy dấu chứng của suy tim trái, hẹp valve 2 lá, bệnh nhân không khó thở khi nằm, khó thở kịch phát về đêm.

* Do phổi:

- Đợt cấp COPD:

+Nghĩ bệnh nhân bị COPD do >40 tuổi, hút thuốc lá 80 gói-năm, tiếp xúc bụi nhiều 51 năm, khó thở xuất hiện cách đây 3 năm có liên quan đến gắng sức, ho khạc đàm liên tục trong nhiều năm, từng được chẩn đoán COPD. Đề nghị chức năng hô hấp.

+Phân nhóm COPD: trước đợt bệnh bệnh nhân khó thở độ 1 theo mMRC, trong năm nhập viện 2 lần nghĩ nhiều do COPD -> nghĩ COPD nhóm C.

+Nghĩ đợt cấp COPD do khó thở tăng, ho tăng, đàm tăng, khó thở không còn đáp ứng với thuốc đang điều trị (Berodual, Seretide). Đề nghị chức năng hô hấp.

+Yếu tố thúc đẩy đợt cấp COPD:

+ Nhiễm khuẩn đường hô hấp: nghĩ nhiều do bệnh nhân có hội chứng nhiễm trùng đường hô hấp dưới (sốt, lười ăn, ho khạc đàm đặc màu vàng đục, nghe rale nổ). Đề nghị X-quang ngực thẳng, CTM, cấy đàm.

+ Khói bụi, chất bẩn: nghĩ do cơn khó thở xuất hiện sau khi bệnh nhân tiếp xúc với bụi, chất bẩn (sửa cống).

+ Gắng sức: không loại trừ do cơn khó thở xuất hiện sau khi bệnh nhân hoạt động thể lực (sửa cống).

+ Nhiệt độ: không loại trừ do cơn khó thở xuất hiện vào buổi tối.

+ Dị nguyên: không nghĩ do bệnh nhân không có tiền sử dị ứng.

+ Suy tim sung huyết: không nghĩ do khám không thấy các dấu chứng suy tim, hẹp valve 2 lá, không có khó thở khi nằm, không khó thở kịch phát về đêm.

+Biến chứng:

+ Suy hô hấp cấp: nghĩ nhiều do bệnh nhân nhập viện vì lên cơn khó thở, khi nhập viện bệnh nhân thở co kéo, thở hức.

+ TKMP: không nghĩ do khám không thấy HC TKMP.

+ Tâm phế mạn: không nghĩ do không thấy sung huyết ngoại biên, không có tĩnh mạch cổ nổi, Harzer (-), dấu nẫy trước ngực (-).

+ Đa hồng cầu: không loại trừ. Đề nghị công thức máu.

- Viêm phế quản cấp: nghĩ do bệnh nhân có biểu hiện nhiễm trùng (sốt, môi khô, lưỡi bẩn). Đề nghị

- U phế quản: không nghĩ do rale rít lan tỏa khắp 2 phế trường.

- Dị vật phế quản: không nghĩ do bệnh nhân tỉnh táo và không cảm thấy hít sặc.

- Cơn hen phế quản cấp: không nghĩ bệnh nhân bị hen do không có tiền căn dị ứng, không viêm xoang hay viêm mũi dị ứng, trong gia đình không có người bị hen, các triệu chứng xuất hiện sau 40 tuổi -> không nghĩ bệnh nhân có bệnh hen.

- Dẫn phế quản: không nghĩ do lượng đàm ít, không có đàm 3 lớp hay ho ra máu.

HỘI CHỨNG NHIỄM TRÙNG ĐƯỜNG HÔ HẤP DƯỚI

Hội chứng nhiễm trùng đường hô hấp dưới + đau ngực kiểu màng phổi: bệnh nhân sốt lạnh run, ho khạc đàm đặc màu vàng đục, nghe thấy rale nổ. Đau ngực nông, tăng lên khi ho, khi xoay trở hay hít sâu. Nguyên nhân:

- Viêm phổi: nghĩ nhiều do bệnh nhân sốt lạnh run, đau ngực kiểu màng phổi, ho khạc đàm đặc màu vàng đục, nghe thấy rale nổ. Nghĩ viêm phổi cộng đồng do tình trạng bệnh xảy ra khi ở nhà. Đề nghị X-quang ngực thẳng, công thức máu, cấy đàm.

- Mức độ: nghĩ viêm phổi mức độ nặng do có biến chứng suy hô hấp cấp.

- Biến chứng của viêm phổi:

- + Suy hô hấp cấp: biến luận phía trên.

- + Nhiễm trùng huyết: không nghĩ do bệnh nhân không có biểu hiện suy đa cơ quan.

- + Abscess phổi: không nghĩ do bệnh nhân không có phản ứng viêm dữ dội, không ho ra máu, không ọc mủ.

- + TDMP, TMMP: không nghĩ do khám không thấy 3 giảm, bệnh nhân không khó thở khi nằm.

- Lao phổi: nghĩ nhiều do bệnh nhân có HC nhiễm trùng đường hô hấp dưới (sốt lạnh run, đau ngực kiểu màng phổi, ho khạc đàm đặc màu vàng đục, nghe thấy rale nổ), mặt khác VN là vùng dịch tễ lao. Đề nghị X-quang ngực thẳng, CTM, AFB đàm.

- Abscess phổi: không nghĩ do bệnh nhân không có phản ứng viêm dữ dội, không ho ra máu, không ọc mủ.

- U phổi: nghĩ nhiều do bệnh nhân hút thuốc lá 80 gói-năm. Đề nghị X-quang ngực thẳng, CT-scan ngực.

HỘI CHỨNG ĐÔNG ĐẶC

HC đông đặc (rung thanh phải tăng,gõ đục,rì rào phế nang mất) có thể do các nguyên nhân:

- Áp xe phổi : bn không có tiền căn hôn mê,không nghiện rượu,không viêm phổi hít,không viêm lợi miệng,đàm không có mùi hôi,không vờng máu -> không nghĩ
- Lao phổi: bn không có sốt về chiều,không có chán ăn,đàm không có máu nhưng do vn nằm trong vùng dịch tễ của lao -> không loại trừ. CLS: AFB đàm,X-quang ngực thẳng
- K phổi: bn lớn tuổi,thường không có triệu chứng rõ ràng -> không loại trừ. CLS: X quang phổi
- Viêm phổi : nghĩ nhiều nhất do bn có lạnh run,sốt cao 39⁰C ,khó thở,nhịp thở nhanh 36 lần/phút,ho khạc đàm trắng xanh,nhầy khoảng 2.5ml,khám ls có hội chứng đông đặc: RT phải tăng,ran nổ ở 2/3 dưới phổi phải cuối thì hít vào,gõ đục ở 2 bên phổi. CLS: CTM,XN đàm
- Nhồi máu phổi: không có đau ngực dữ dội,không có sốt,sốc hay ho ra máu,tiền sử không có phẫu thuật tim hay bệnh tim -> không nghĩ

I. Các điểm đau:

1. Điểm thượng vị: nằm ở giữa đường nối từ mũi ức tới rốn, đau trong loét dạ dày.
 2. Điểm môn vị- hành tá tràng: Điểm tiếp giáp giữa rốn - hõm nách với đường ngang qua điểm thượng vị, đau trong loét môn vị - hành tá tràng.
 3. Điểm tá tụy: Điểm nằm trên đường rốn - hõm nách cách rốn khoảng 4cm. Đau trong loét tá tràng, viêm tụy cấp.
 4. Tam giác tá tụy (Tam giác Chauffard): Là tam giác cân đỉnh hướng về rốn 2 cạnh là: đường ức- rốn và đường hõm nách phải - rốn , từ rốn lấy lên 5cm (đối với người thấp), 7cm đối với người cao. Đau trong loét tá tràng, viêm tụy cấp
 5. Điểm Mayo- Robson: Là điểm sườn sống lưng bên trái. Điểm gặp nhau giữa cột sống và bờ dưới sườn sườn XII. Đau gặp trong viêm tụy cấp.
- Cơ chế : Có một phần thân và đuôi tụy không có phúc mạc phủ (sau phúc mạc) do vậy khi viêm tụy cấp ấn vào vùng tụy này (điểm Mayo- Robson) thấy đau.
6. Điểm túi mật: Điểm giao của bờ sườn với đường hõm nách phải- rốn hoặc điểm tiếp giáp bờ ngoài cơ thẳng bụng và bờ sườn phải . Đau trong viêm túi mật.
 7. Điểm cạnh ức phải: Nằm ở dưới bờ sườn phải trên cơ thẳng to. Đau trong giun chui ống mật.
 8. Điểm niệu quản trên: Nằm ở điểm giao nhau của đường ngang qua rốn vuông góc với đường thẳng giữa và bờ ngoài cơ thẳng to. Đau trong sỏi niệu quản.
 9. Điểm niệu quản giữa: Điểm nối 1/3 ngoài và 2/3 trong đường nối 2 gai chậu trước trên.(Nêu cách xác định gai chậu trước trên?)
 10. Điểm niệu quản dưới : Nằm trong thành bàng quang chỗ niệu quản đổ vào bàng quang. Không sờ được phải thăm trực tràng hoặc âm đạo
 11. Điểm buồng trứng: Nằm ở giữa đường nối từ gai chậu trước trên đến gai mu.

Các điểm đau của ruột thừa:

12. Điểm Mac- Burney: Nằm ở giữa đường nối từ rốn đến gai chậu trước trên bên phải.
13. Điểm Clado: Nằm ở giao điểm đường nối 2 gai chậu trước trên và bờ ngoài cơ thẳng to bên phải.
14. Điểm Lanz: Ở chỗ nối tiếp giữa 1/3 ngoài và 2/3 trong của đường nối 2 gai chậu trước trên(trùng với điểm niệu quản giữa bên phải)

II. Các dấu hiệu và nghiệm pháp:

1. Dấu hiệu Bouvret: Dạ dày giãn to thỉnh thoảng nhìn thấy từng đợt sóng nhu động nổi nhẹ dưới da bụng.

Nếu đặt áp cả bàn tay lên thành bụng ở vùng trên rốn sẽ thấy dạ dày giãn căng nổi lên rồi chìm xuống từng đợt. Gặp trong hẹp môn vị Cơ chế: Khi bị hẹp môn vị thức ăn không xuống được dạ dày, dạ dày phản ứng bằng cách tăng co bóp để tống thức ăn xuống tá tràng, do đó nhu động dạ dày tăng lên, áp sát tay vào vùng thượng vị sẽ thấy sóng nhu động dạ dày.

2. Dấu hiệu lắc óc ách lúc đói: Để 2 bàn tay vào 2 cánh chậu lắc mạnh và đều sang 2 bên. Trong hẹp môn vị sẽ nghe thấy tiếng óc ách như lắc một chai nước. Cơ chế: do dịch trong dạ dày không xuống được tá tràng khi lắc gây ra tiếng óc ách (lưu ý lắc lúc đói mới có giá trị)

3. Dấu hiệu Murphy: Để các ngón tay ở điểm túi mật, khi bệnh nhân thở ra ấn sâu các ngón tay xuống và đưa lên trên về phía cơ hoành rồi để yên ở áp lực đó. Bảo bệnh nhân hít vào cơ hoành đẩy túi mật xuống chạm vào đầu ngón tay. Trường hợp bình thường bệnh nhân hít vào bình thường, nếu túi mật bị tổn thương thì bệnh nhân sẽ đau và ngừng thở ngay → DH Murphy (+) gặp trong viêm túi mật xơ teo.

Chú ý:

- Trước khi làm DH này cần xác định xem gan có to không từ đó xác định điểm túi mật
- Chỉ làm khi nhìn túi mật không to vì túi mật to ấn vào có thể gây vỡ túi mật, mật vào ổ phúc mạc gây viêm phúc mạc mật.

4. Dấu hiệu Ludlow: Lấy ngón tay ấn vào kẽ liên sườn ở vùng gan trong trường hợp áp xe gan thì bệnh nhân cảm thấy rất đau → DH Ludlow (+).

5. Dấu hiệu rung gan: Bàn tay trái áp nhẹ lên vùng gan các ngón tay để ở kẽ liên sườn, dùng bờ ngoài tay phải chạt từ nhẹ đến mạnh vừa vào mu các ngón tay trái, bệnh nhân đau → DH rung gan (+) gặp trong áp xe gan.

6. Dấu hiệu bập bênh thận: Bệnh nhân nằm ngửa, gối gấp. Tay của thầy thuốc cùng bên với thận cần khám để ở dưới bờ sườn, tay kia để ở góc sườn thắt lưng. Tay phía trên ấn nhẹ xuống rồi để yên tại đó, trong khi đó tay phía sau hất mạnh lên từng đợt phẩy làm nhanh và nhịp nhàng. Nếu thận to tay phía trên có cảm giác khối u chạm vào → DH bập bênh thận(+).

7. Dấu hiệu chạm thận: Tay để như trên, nhưng tay trên bụng ấn xuống tay sau lưng có cảm giác khối u chạm vào → DH chạm thận (+).

8. Dấu hiệu rắn bò: Lấy tay kích thích trên thành bụng sẽ thấy sóng nhu động của ruột, nhìn trên thành bụng thấy các sóng giống như rắn bò, gặp trong tắc ruột cơ học.

Các dấu hiệu của viêm ruột thừa cấp:

9. Dấu hiệu Schotkin- Blumberg: Lấy ngón tay ấn từ từ thành bụng ở HCP xuống sâu càng tốt đến khi bắt đầu thấy đau, rồi đột nhiên bỏ tay ra nhanh. Bình thường người ta không cảm thấy đau, khi bị viêm phúc mạc thì bệnh nhân sẽ cảm thấy đau dữ dội.

10. Dấu hiệu Blumberg: Như DH Schotkin- Blumberg nhưng ở toàn ổ bụng
11. Dấu hiệu Obrasov: Bệnh nhân nằm ngửa chân duỗi thẳng, thầy thuốc dùng bàn tay trái ấn nhẹ vùng hố chậu phải đến khi bệnh nhân bắt đầu thấy đau thì giữ nguyên tay ở vị trí đó, tay phải đỡ căng chân phải gấp đùi vào bụng. Nếu viêm ruột thừa thì bệnh nhân thấy đau tăng ở HCP
12. Dấu hiệu Siskovski: Bảo bệnh nhân nằm nghiêng sang bên trái bệnh nhân thấy đau ở HCP.
13. Nghiệm pháp phản hồi gan - tĩnh mạch cảnh: Áp bàn tay phải vào vùng gan to dưới bờ sườn ấn từ nhẹ đến mạnh dần đồng thời quan sát tĩnh mạch cảnh phải của bệnh nhân (bệnh nhân nghiêng đầu sang trái). Nếu tm cảnh nổi rõ dần lên, khi bỏ tay ra thì tm lại nhỏ đi như cũ → NP phản hồi gan tĩnh mạch cảnh (+): gặp trong gan ứ máu do suy tim phải. Khi gan xơ thì nghiệm pháp này âm tính.
14. Phản ứng cơ thành bụng: Nếu đặt tay nhẹ lên thành bụng vẫn thấy mềm nhưng khi ấn sâu xuống thì cảm thấy sự chống đối của các cơ ở dưới → Có phản ứng cơ thành bụng: gặp trong viêm phúc mạc.
15. Dấu hiệu sóng vỗ: Người phụ chặn bàn tay lên đỉnh ổ bụng người khám lấy 1 bàn tay áp vào 1 bên thành bụng, tay kia vỗ nhẹ hoặc búng vào thành bên đối diện sẽ thấy cảm giác sóng dội vào lòng bàn tay bên đối diện → Dh sóng vỗ (+): cổ trướng mức độ trung bình và nhiều
16. Dấu hiệu cục đá nổi : Lấy tay ấn nhanh vào thành bụng sẽ đụng vào một vật cứng rồi biến mất ngay giống như cục đá hoặc quả trứng nổi trong nước. Dấu hiệu cục đá nổi dương tính chứng tỏ có một khối u tự do nổi trong dịch cổ trướng, thường là lách to