

Chủ biên: HOÀNG GIA

Chăm sóc  
**BỆNH**  
trong  
**GIA ĐÌNH**

1  
Tập



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

CHỦ BIÊN: HOÀNG GIA

**CHĂM SÓC BỆNH  
TRONG GIA ĐÌNH**

**Tập I**

**NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC**

**HÀ NỘI - 2009**

**CÁC TÁC GIẢ:**

Hoàng Gia

Bùi Đức Dương

Vũ Đình Quý

## LỜI NÓI ĐẦU

Ôm đau bệnh tật luôn là nỗi lo lắng đối với mỗi thành viên trong từng gia đình và không phải là trong bất kỳ hoàn cảnh nào cũng có điều kiện tiếp cận dịch vụ khám xét và chăm sóc y tế kịp thời. Chính vì thế, việc rèn luyện và chăm sóc sức khỏe cá nhân là một yêu cầu ngày càng cao của gia đình và xã hội.

Với người cao tuổi, sức khỏe của chính bản thân mình có thể thay đổi bất thường hàng ngày cho nên cần thiết tự theo dõi các dấu hiệu lâm sàng xuất hiện ở cơ thể nhằm chủ động cung cấp thông tin cho cán bộ Y tế để có được sự chẩn đoán bệnh sớm và được điều trị kịp thời, giúp sức khỏe nhanh chóng hồi phục.

Xuất phát từ những yêu cầu trên, đồng thời góp phần hướng ứng chính sách pháp luật về xã hội hóa công tác chăm sóc sức nhân dân do ngành y tế Việt Nam khởi xướng, chúng tôi soạn thảo bộ sách: **CHĂM SÓC BỆNH TRONG GIA ĐÌNH** nhằm cung cấp chủ yếu cho dân chúng cộng đồng những hiểu biết đơn giản, thiết yếu về các biểu hiện toàn thân và cơ năng trên phương diện lâm sàng của từng bệnh trong cơ thể, hướng sự quan tâm đến khả năng mắc bệnh của chính mình hoặc người thân trong gia đình rồi tường thuật lại cho cán bộ Y tế để có biện pháp chẩn trị nhanh chóng và hiệu quả.

Sách gồm 2 tập, 10 chương, mỗi chương đề cập tương đối đầy đủ các chứng bệnh của một cơ quan cơ thể. Sách giúp người dân có thể đọc tham khảo bệnh tật một cách có hệ thống khi có thời gian rỗi rãi tại nhà hay tại phòng đọc nhà văn hóa Thôn, xã; hoặc có thể tra cứu nhanh một bệnh cụ thể nào đó mà mình quan tâm.

Với cán bộ Y tế cơ sở, sách có thể được sử dụng như một hình thức giúp trí nhớ, tạo tâm lý bình tĩnh, tự tin khi giải quyết những tình huống bệnh tật cụ thể tại cộng đồng.

Chúng tôi đã rất cố gắng và nghiêm túc khi biên soạn bộ sách này. Tuy nhiên chắc chắn không tránh khỏi những thiếu sót về nội dung cũng như hình thức trình bày. Mong được sự chỉ dẫn của các cán bộ Y tế và sự đóng góp ý kiến quý báu của các bạn.

*Xin chân thành cảm ơn.*

**Các tác giả**

## MỤC LỤC

Lời nói đầu	3
<b>Chương 1: Các bệnh tim mạch</b>	<b>15</b>
Một số khái niệm	15
Ngất và thùi	23
Đau thắt ngực	27
Suy nhược thần kinh tuần hoàn	35
Trạng thái sốc	37
Ngoại tâm thu	41
Loạn nhịp	44
Mạch nhanh kịch phát	45
Tim đập nhanh tâm thất	45
Mạch nhanh trên tâm thất	47
Giảm huyết áp	50
Giảm huyết áp thể đứng	51
Tăng áp lực động mạch	52
Hẹp lỗ van hai lá (mitral)	59
Hẹp van động mạch chủ	62
Hở van hai lá	64
Hở van động mạch chủ	65
Hở lỗ van ba lá	67
Hẹp lỗ van ba lá	68

Hẹp van động mạch phổi	69
Hở van động mạch phổi	70
Viêm cơ tim do bệnh thấp khớp cấp	70
Suy tim phải cấp tính	72
Bệnh tim do phổi cấp tính	72
Tắc động mạch phổi	73
Xơ cứng động mạch chủ	77
Xơ cứng động mạch vành	78
Nhồi máu cơ tim	79
Viêm cơ tim	84
Suy tim	86
Viêm màng ngoài tim cấp tính	101
Viêm thất màng ngoài tim	105
Rối loạn tâm thần - thân thể	108
Bệnh phổi do tim	108
Phù phổi cấp	110
Nhồi máu phổi	114
Nhịp nút	116
Nhịp xoang	117
Tim sang phải	120
Bệnh tim do bệnh phổi mạn tính	121
Các bệnh tim bẩm sinh	124
Phì đại tim bẩm sinh tự phát	127

Phình thành tim	127
Khối u ở tim	128
Chấn thương tim	129
Bệnh chuyển vị	130
Ổng động mạch	131
Bệnh tim tê phù	133
Thai nghén ở người mắc bệnh tim	134
Tắc mạch khí	136
Tắc mạch mỡ	137
Ép tim ngoài lồng ngực	138
Hồi sinh tim	139
<b>Chương 2: Các bệnh hô - hấp</b>	<b>140</b>
Đau ngực	140
Ho	145
Ho ra máu	147
Chứng xanh tím	150
Khó thở	153
Thiếu oxy	158
Nấc	161
Viêm họng	162
Bệnh ở khí đạo do virút	164
Viêm phế quản cấp tính	166
Viêm phế quản mạn tính	169



Hen phế quản	171
Dị vật đường thở	174
Bệnh ung thư phế quản - phổi	177
Bệnh giãn phế quản	179
Viêm phế - mao quản	182
Viêm trung thất	183
U trung thất	184
Tràn khí trung thất	187
Liệt cơ hoành	188
Viêm phế quản - phổi	189
Viêm phổi do virút	193
Hội chứng Loeffler	195
Áp xe phổi	196
Khí thũng phổi cấp tính	199
Khí thũng phổi mạn tính	200
Xẹp phổi	204
Xơ cứng phổi	207
U phổi lành tính	208
U di căn ở phổi	209
Suy hô hấp	210
Bệnh nhiễm bụi silic ở phổi	213
Viêm màng phổi	215
Tràn dịch màng phổi	218

Viêm màng phổi mạn tính	220
Viêm màng phổi khô	222
Bệnh lao phổi	224
Chấn thương lồng ngực	234
Hồi sinh hô hấp "miệng kề miệng" bằng cách thổi không khí thở ra	236
Dự phòng tắc khí - phế quản	237
<b>Chương 3: Các bệnh tiêu hoá</b>	<b>239</b>
Bệnh ở lưỡi	239
Bệnh thực quản	241
Phi đại tuyến nước bọt và nước mắt	247
Ứa nước bọt	247
Viêm miệng	248
Áp xe dưới cơ hoành	249
Thoát vị hoành	250
Khó tiêu	252
Trướng khí dạ dày	253
Rối loạn tiêu hoá chức năng	254
Táo bón chức năng mạn tính	255
Bệnh ỉa chảy mô	256
Cơ thắt tâm vị	257
Hẹp môn vị ở người lớn	258
Giãn dạ dày cấp	259

Viêm tấy dạ dày	260
Viêm dạ dày cấp tính	261
Viêm dạ dày mạn tính	262
Loét dạ dày - tá tràng	263
Hội chứng Zollinger - Ellison	265
Ung thư dạ dày	265
U dạ dày lành tính	267
Các khối u ruột non	267
Bệnh nốt ruồi son - polyp tiêu hoá	268
Túi thừa dạ dày	269
Sa niêm mạc dạ dày	269
Sa tạng	270
Xoắn ruột, dạ dày	271
Hội chứng sau thủ thuật cắt bỏ dạ dày	272
Lao dạ dày	273
Lao ruột	273
Viêm ruột thừa cấp tính	274
Tắc ruột	276
Viêm hạch mạc treo ruột	278
Nghẽn và tắc mạch máu mạc treo ruột	279
Viêm màng bụng	280
Viêm màng bụng do lao	282
Viêm cuối ruột hồi	283

Các viêm ruột kết* nhiễm trùng	285
Viêm ruột thẳng - kết chảy máu	287
Túi thừa của ruột kết	288
Túi thừa Meckel	289
Ung thư ruột kết	290
Ung thư ruột thẳng	292
Trĩ	293
Hội chứng Sjogren	294
Tăng áp lực tĩnh mạch cửa	295
Nghẽn tĩnh mạch cửa	296
Bệnh não tĩnh mạch cửa - chủ	297
Nghẽn tĩnh mạch gan	298
Bệnh Cruveilhier - Baumgarten	299
Chứng teo vàng cấp tính của gan	299
Tăng bilirubin huyết tự phát	301
Áp xe gan không do amip	302
Viêm gan nhiễm độc	303
Viêm gan dạng lupus	304
Gan ngấm mỡ	305
Hôn mê gan	306
Giang mai gan (ở người lớn)	307
Ung thư gan nguyên phát	308
Ung thư gan thứ phát	308

U nang bào sán ở gan	309
Xơ gan	310
Loạn vận động đường mật	317
Bệnh sỏi mật	318
Bệnh sỏi ống mật chủ	320
Viêm ống mật	322
Viêm túi mật cấp tính	323
Viêm túi mật mạn tính	325
Viêm túi mật thuỷ thũng	325
Ung thư các đường dẫn mật	326
Viêm tuyến tụy cấp tính	327
Viêm tuyến tụy mạn tính	329
Viêm tuyến tụy do quai bị	331
Bệnh sỏi tuyến tụy	331
Ung thư tuyến tụy	332
U nang tuyến tụy	333
<b>Chương 4: Các bệnh tiết niệu</b>	<b>335</b>
Phù	335
Bí tiểu tiện	339
Vô niệu	343
Tăng urê huyết	346
Chấn thương đường tiết niệu	351
Các dị vật bẩm sinh đường tiết niệu	352

Hội chứng Goldblatt	354
Hẹp niệu quản	355
Hẹp niệu đạo	355
Viêm bể thận và viêm thận - bể thận cấp tính	356
Viêm bể thận- thận mạn tính	358
Viêm thận cấp tính	360
Viêm thận bán cấp	365
Viêm thận mạn tính	367
Viêm thận thành ổ	370
Viêm quanh thận và viêm tấy quanh thận	371
Viêm thận kẽ	372
Ứ thận	373
Nhồi máu thận	373
Nghẽn các tĩnh mạch thận	374
Áp xe thận	375
Bệnh sỏi thận	375
Cơn đau sỏi thận	382
Viêm thận tiềm tàng	384
Thận ứ nước và viêm mũ toàn thận	385
Các bệnh hư thận	388
Bệnh hư thận ở đơn vị thận dưới	389
Bệnh thận hư mỡ	393
Bệnh thoái hoá thận dạng tinh bột	396

Bệnh lao thận	397
Bệnh u thận	399
Thận đa nang	400
Nhiễm calci thận	402
Xơ cứng thận lành tính	403
Xơ cứng thận ác tính	404
Thận di động	406
Các rối loạn thần kinh bàng quang	408
Viêm bàng quang	409
Bệnh sỏi bàng quang	411
U bàng quang	412
Viêm tuyến tiền liệt, viêm niệu đạo, viêm túi tinh	413
U tuyến tiền liệt	415
Ung thư tuyến tiền liệt	417
U bìu	419

## Chương 1

# CÁC BỆNH TIM MẠCH

## MỘT SỐ KHÁI NIỆM

### 1. Đánh trống ngực

Đánh trống ngực là những nhịp đập của tim mà bệnh nhân cảm thấy được và làm người bệnh khó chịu (Laennec). Bình thường, hoạt động của tim chỉ được người bệnh cảm thấy do ảnh hưởng của xúc cảm hoặc khi gắng sức.

#### *a. Đánh trống ngực khi gắng sức*

Nguyên nhân:

- Suy nhược thần kinh - tuần hoàn: đánh trống ngực xuất hiện khi chỉ gắng sức nhẹ, có kèm theo đau ở vùng tim và khó thở.
- Suy tim: một gắng sức nhẹ cũng gây đánh trống ngực, nhiều khi rất khó chịu.

#### *b. Đánh trống ngực đều:*

Nguyên nhân:

- Tim đập nhanh kịch phát: xuất hiện một cách đột ngột, không rõ nguyên nhân.
- Đánh trống ngực thường đi đôi với dấu hiệu đau ở vùng tim.
- Nhiễm độc nicotin (do hút thuốc lá) và cafein (do uống cà phê).
- Các rối loạn tiêu hoá: gặp trong các trường hợp do nuốt hơi, chứng khó tiêu, u ruột non dạng ung thư.
- Sốt: do tim đập nhanh gây đánh trống ngực.



- Thiếu máu: thường đánh trống ngực xuất hiện khi gắng sức.
- Giảm glucose huyết: thường gặp đánh trống ngực.
- Giảm huyết áp ở thể đứng: đánh trống ngực xuất hiện khi ở tư thế đứng.
- Mãn kinh: đánh trống ngực kèm theo các cơn bốc hỏa.
- Uống hoặc tiêm các thuốc: ephedrin, aminophyllin, atropin, cao tuyền giáp và thuốc an thần.
- Các bệnh: Basedow, u tuỷ thượng thận, hở động mạch chủ, chẹn tâm nhĩ - thất hoàn toàn.

*c. Đánh trống ngực không đều:*

Nguyên nhân:

- Chứng ngoại tâm thu.
- Loạn nhịp hoàn toàn.

## **2. Các biểu hiện ở não**

Ngất và thối: sự sút giảm hoặc tạm ngừng trong chốc lát tuần hoàn não, thường dẫn đến:

- Khi nhẹ: gây hiện tượng "thối" người đi, cơ thể tuy yếu nhưng vẫn còn ít nhiều ý thức. Cơn "thối" ít khi là do tai biến từ nguyên nhân tim.
- Khi nặng: gây hiện tượng "ngất". Người bệnh mất hoàn toàn ý thức. Cơn ngất là hiện tượng thối đã nặng, xảy ra đột ngột, ngắn ngủi và có kết hợp với chứng mạch chậm thường xuyên hay không là do hội chứng Adams - Stokes (hội chứng của bệnh tim).

## **3. Mạch**

Người ta bắt mạch ở động mạch quay.

Bất các động mạch khác có thể giúp ta phát hiện một số bệnh:

- Sờ động mạch đùi ở người trẻ tuổi bị tăng huyết áp để phát hiện bệnh "hẹp eo động mạch chủ".
- Sờ động mạch khoeo, động mạch mu bàn chân và động mạch chày sau để nghiên cứu bệnh viêm động mạch.

#### *a. Mạch quay*

Khi bắt mạch, người ta đặt 3 ngón tay lên động mạch và ép động mạch vào xương, lần lượt ta chú ý:

- Tần số và nhịp:
  - + Xem chứng loạn nhịp.
  - + Xem hiện tượng "mạch bị hụt" khi số lần mạch đập ít hơn số lần tim đập.
- Áp lực trong động mạch:

Cách tìm áp lực động mạch như sau: lấy ngón tay trỏ ép động mạch quay để ngăn không cho các nhịp đập từ động mạch trụ qua cung gan tay tới có thể đi qua được. Sau đó dùng ngón nhẫn ép cho tới khi ngón tay giữa không còn cảm thấy một cảm giác đập nào nữa. Người ta phân biệt:

- + Mạch cứng: áp lực tâm trương cao.
- + Mạch mềm: áp lực tâm trương thấp.
- + Mạch nhảy (mạch corrigan): áp lực tâm thu dâng lên nhanh là ta phải nghĩ tới bệnh hở động mạch chủ, còn ống động mạch.
- + Mạch nhỏ: gặp trong bệnh hẹp động mạch chủ. Đây là bệnh mà ngay cả khi áp lực động mạch vẫn bình thường thì áp lực tâm thu cũng chỉ dâng lên từ từ.
- + Mạch dội đôi: sự xuống thấp của áp lực diễn ra làm 2 thì.
- + Mạch nghịch thường (mạch Kussmaul): các mạch đập yếu đi hoặc biến mất khi hít vào sâu. Dấu hiệu này được nhận định để chỉ rõ bệnh "viêm thất màng ngoài tim".

### Thành động mạch:

Cách xác định: dùng ngón tay trỏ và ngón nhẫn ép động mạch vào xương để tống hết máu ở đoạn động mạch này ra. Đó, dùng ngón tay giữa lần động mạch này để nhận định hành mạch, xem động mạch có bị cứng, ngoài ngoài hoặc ư xe điều" hay không.

- Mạch không đều nhau: mạch hai bên có thể khác nhau trong một số bệnh của động mạch chủ (như: phình động mạch chủ, viêm động mạch chủ, hẹp eo động mạch chủ).

### b. Một số kiểu mạch đập đặc biệt

- Mạch so le: mạch bị so le khi mà các đập mạch cứ lần lượt một cái đập khế rồi lại đến một cái đập mạnh, nhịp tâm thất trong khi đó vẫn đều (khác với chứng ngoại tâm thu nhịp đôi).

Mạch so le thường chỉ cho biết là có suy tim trái, nhất là tim lại đập chậm. Nó cũng cho biết là có thể do dùng thuốc italín.

Trong cơn tim đập nhanh kịch phát, mạch so le không có ý nghĩa gì cả.

- Mạch đôi: mạch gọi là nhịp đôi là mạch cứ sau mỗi cái tim đập bình thường thì lại có một ngoại tâm thu đi theo, cứ thế kế tiếp nhau một cách rất đều đặn. Khi bắt mạch thì thấy có đặc điểm là cứ một cái mạch đập mạnh rồi lại đến một cái mạch đập khế, tiếp theo sau là một thời gian nghỉ bù.

### c. Mạch dùi

Sự mất mạch dùi là một dấu hiệu căn bản của bệnh "hẹp động mạch chủ". Việc bắt mạch dùi phải là một động tác bắt ọc trong tất cả các trường hợp tăng huyết áp.

#### 4. Áp lực động mạch

Đo áp lực động mạch bằng một huyết áp kế: căng tay cần được nâng lên ngang với mức tim, khuỷu tay phải hơi gấp nhẹ và cánh tay không được bị bó chặt bởi tay áo.

Bờ dưới của băng cuốn cách nếp khuỷu tay khoảng 2 -3cm. Bề rộng băng áp lực chỉ bằng 2/3 chiều dài cánh tay.

a. *Áp lực tâm thu*: khi bắt đầu nghe thấy các tiếng động mạch một cách đều hoà thì đó là con số áp lực tâm thu.

b. *Áp lực tâm trương*: thả hơi đến một mức độ áp lực nào đó, các tiếng động mạch mất đi hoàn toàn. Mức độ này là mức độ áp lực tâm trương.

*Chú ý:*

- Khoảng thiếu tiếng: khi tháo dần hơi ở băng cuốn ra, các tiếng động mạch biến mất rồi sau đó lại tái hiện ở một mức áp lực thấp hơn, cuối cùng thì tiếng đập động mạch mất hẳn. Trong trường hợp này, vì băng cuốn không được bơm căng tới một mức độ cần thiết thì ta sẽ rơi vào sai lầm là đọc con số áp lực tâm thu ở mức dưới.
- Các trị số bình thường: thường nói rằng, áp lực tâm thu bằng con số 100 cộng với số tuổi của người bệnh.

Ở người trẻ:

- Áp lực tâm thu thay đổi từ 90mmHg đến 140mmHg.
- Áp lực tâm trương thay đổi từ 60mmHg đến 90mmHg.

Thường đo áp lực động mạch ở cả hai bên và nếu có sự chênh lệch quá 20mmHg thì cần phải tìm nguyên nhân.

- Áp lực tâm trương:
  - + Trường hợp bình thường: áp lực tâm trương tăng lên thêm 10mmHg - 20mmHg khi người bệnh đang từ tư thế nằm chuyển sang tư thế đứng.

- + Nếu áp lực tâm trương hạ xuống khi từ tư thế nằm chuyển sang tư thế đứng thì đó là hiện tượng bệnh lý: giảm huyết áp thể đứng.

### **áp lực động mạch đùi**

Người bệnh được đặt ở tư thế nằm sấp, băng cuốn được xung quanh đùi.

Nghe tiếng đập động mạch ở hõm khoeo.

Kết quả bình thường: những áp lực đo được ở đây cao hơn áp lực ở cánh tay 10mmHg.

### **ự chạm của mỏm tim vào lồng ngực**

Sự chạm bình thường của mỏm tim là sự nhô lên của thời tâm thu, khu trú ở khoảng gian sườn 4 hoặc 5 bên trái, ở đường giữa xương đòn.

Nếu nằm nghiêng về phía bên trái, chỗ chạm của mỏm tim ởng bị dịch ra phía ngoài từ 2 - 4cm.

Chỗ chạm của mỏm tim vào lồng ngực nhỏ như một cái m hoặc vạch theo một đường dài.

Sự chạm của mỏm tim bất thường:

- Sự chạm dội hẳn lên: gặp trong bệnh phì đại tâm thất trái.
- Sự chạm lan rộng: gặp trong hội chứng giãn hoặc phình vách tim.
- Sự chạm toàn khối: làm rung chuyển toàn bộ nửa lồng ngực.
- Sự chạm hai thì: nhịp ngựa phi trong bệnh suy tim.
- Sự chạm ở đáy tim: có thể sờ thấy sự nhô lên nhịp nhàng của đáy tim ở khoảng gian sườn 2 trái, thường gặp trong bệnh giãn động mạch phổi.

Nếu sờ được những sự nhô lên của đáy tim ở bên phải xương ức thì ta nghĩ đến bệnh hình động mạch chủ.

- Sự chạm ở bên phải: cho phép phát hiện chứng tim di chuyển sang phải.

## 7. Lưu lượng tim

- Lưu lượng tim là lượng máu mà một trong số hai tâm thất bơm ra trong một phút. Lượng máu này ở hai bên tâm thất bằng nhau.

- Lưu lượng tâm thu: là lượng máu được bơm ra trong mỗi lần tim đập.

Ta có:

Lưu lượng tim = lưu lượng tâm thu x tần số tim

- Chỉ số tim: là lượng máu (tính thành lít) do tim bơm ra trong 1 phút cho  $1m^2$  bề mặt da (lít/phút/ $m^2$ ).

Theo tác giả Cornard, các trị số bình thường là:

Lưu lượng tim: từ 5,5 đến 6,5 lít

Chỉ số tim: từ 3.1 đến 3,8 lít.

Lưu lượng tâm thu: từ 80 đến 90ml.

Lưu lượng tim tăng lên khi gắng sức, nhịp tim nhanh, nhiễm khuẩn, nhiễm độc, thai nghén, thiếu máu...

Lưu lượng tim bị giảm trong suy tim, trạng thái shock (sốc), trong nhịp tim nhanh quá 170/phút...

## 8. Áp lực tĩnh mạch

Lấy chiều cao của tâm nhĩ phải làm tâm chuẩn, để bệnh nhân nằm nghỉ hoàn toàn ít nhất là 15 phút, kê tay vào gối để cho tay ở cùng một độ cao với tâm nhĩ phải.

Chọc vào tĩnh mạch bằng một kim to, rồi nối kim này với một áp kế (kiểu áp kế dùng để đo áp lực nước não tủy), áp kế này cũng được đặt ở cùng tâm với tâm nhĩ phải.

Đọc áp lực tĩnh mạch trên áp kế. Bình thường: áp lực tĩnh mạch thay đổi từ 2 - 12cm nước.

*Các trường hợp tăng áp lực tĩnh mạch:*

- Tăng áp lực tĩnh mạch toàn thân: xảy ra trong các bệnh
  - + Suy tim phải.
  - + Tràn dịch màng ngoài tim.
  - + Khí thủng phổi.
  - + Béo phì.
- Tăng áp lực tĩnh mạch chỉ riêng ở 2 chi trên: gặp trong bệnh tĩnh mạch chủ trên bị tắc.
- Tăng áp lực tĩnh mạch chỉ riêng ở 2 chi dưới: gặp trong các bệnh
  - + Tĩnh mạch chủ dưới bị tắc.
  - + Khôi u ở bụng.
  - + Thai nghén.
  - + Tăng áp lực tĩnh mạch cửa.
  - + Nghẽn các tĩnh mạch đùi hoặc chậu.

## **9. Tốc độ tuần hoàn**

Vì đo tốc độ tuần hoàn phức tạp nên người ta thay nó bằng đo thời gian tuần hoàn.

Thời gian tuần hoàn là thời gian mà máu cần để đi từ một điểm này đến một điểm khác của hệ thống tuần hoàn.

Người ta đo thời gian tuần hoàn bằng cách đưa vào máu tại một nơi nào đó của hệ tuần hoàn một chất ngoại lai rồi đo thời gian cần thiết để cho chất đó đi đến được một điểm khác của hệ tuần hoàn.

Thời gian tuần hoàn càng ngắn nếu tốc độ tuần hoàn trung bình trong đoạn đường mà ta nghiên cứu càng nhanh.

Kết quả bình thường:

- Thời gian cánh tay - lười: trị số trung bình: 10 - 18 giây.
- Thời gian cánh tay - phổi: trị số trung bình: 3 - 8 giây.

## NGẤT VÀ THỈU

### 1. Định nghĩa

Ngất là bị mất ý thức một cách đột ngột và hoàn toàn.

Thỉu là bị mất ý thức một phần (là độ thứ nhất của ngất).

### 2. Các loại ngất

#### *a. Ngất thông thường*

- Bệnh căn: sợ hãi hoặc xúc động.
- Sinh bệnh học: do tích tụ máu ở trong các mạch máu nội tạng, thiếu máu cục bộ nhất thời ở não và giảm thể tích tâm thu.
- Triệu chứng lâm sàng:
  - + Nhức đầu, lo âu, tái nhợt, mất ý thức, lạnh mồ hôi.
  - + Khó thở, tim đập nhanh và sau đó tim đập chậm.
  - + Huyết áp tâm thu hạ.



- + Có thể người bệnh co giật.
- Điều trị:
  - + Đặt bệnh nhân nằm đầu thấp.
  - + Cho ngủ tĩnh đầu thơm.

*b. Hội chứng xoang cảnh:* ngất tái diễn nhiều lần do tăng tính cảm thụ của xoang cảnh.

- Bệnh căn: xoang cảnh cảm thụ sức ép từ bên ngoài làm tăng áp lực nội động mạch cảnh và khởi phát qua đường phản xạ, gây nên tim đập chậm và giãn mạch.

Ở người cao tuổi, sự ép vào các xoang cảnh còn có thể gây ra tai biến mạch máu não.

- Triệu chứng: một động tác đột ngột mạnh có thể gây ra một cơn ngất. Có 3 thể ngất:
  - + Thể tim đập chậm.
  - + Thể vận mạch: gây nên giảm huyết áp.
  - + Thể não: có xảy ra ngất nhưng không có giảm huyết áp và tim không đập chậm.
- Điều trị:
  - + Thể tim đập chậm: dùng atropin 0,4mg - 0,6mg x 3 lần/24h hoặc amphetamin 5 - 10mg/24h.
  - + Thể vận mạch: dùng ephedrin 25mg kết hợp với một loại barbituric.
  - + Thể não: dùng các loại thuốc điều trị thiếu năng tuần hoàn não, thuốc trợ tim.

*c. Ngất thiếu oxy huyết*

Nguyên nhân:

- Bệnh tim do bệnh phổi mạn tính: ngất xảy ra khi gắng sức hoặc khi dùng thuốc làm suy giảm hô hấp như morphin, barbituric...
- Các bệnh tim bẩm sinh như các bệnh: tam chứng Falot, tứ chứng Falot, hẹp tật lỗ van ba lá...

*d. Ngất trong các bệnh van tim*

Nguyên nhân:

- Bệnh hẹp động mạch phổi.
- Hẹp lỗ van hai lá.

*e. Ngất trong các chứng loạn nhịp tim*

Ngất xảy ra trong thời gian tạm dừng tâm thất kéo dài cũng như trong các nhịp tâm thất rất nhanh, vô hiệu và gây ra thiếu năng tuần hoàn não (xem: hội chứng Adams Stokes).

Ở người cao tuổi có các tổn thương xơ cứng động mạch não, khi nhịp tâm thất nhanh trên 150 lần/phút thì càng dễ gây ra ngất.

*f. Ngất tim: gặp trong các bệnh*

- Nhồi máu cơ tim.
- Trần dịch màng ngoài tim gây ép tim.
- Hẹp lỗ động mạch chủ.
- Polyp tâm nhĩ trái.

*g. Ngất do nguyên nhân não*

Thường gặp trong:

- Các bệnh: u não, co thắt mạch máu não, tai biến mạch máu não. Trong các bệnh này, có sự thiếu oxy của mô

não với tính chất khu trú. Trong thể khu trú, sự mất ý thức có kèm theo những dấu hiệu thần kinh bất định.

- Bệnh não do tăng huyết áp, bệnh tăng áp lực nội sọ. Trong các bệnh này, có hiện tượng tăng sức kháng ở trong các mạch máu não.

*h. Ngất trong chứng giảm huyết áp thể đứng:* do rối loạn của xoang cảnh và các phân xạ cơ mạch mà xoang cảnh là nguồn gốc.

Thường gặp ở người suy nhược, lo âu, chóng mặt, hay có hiện tượng đánh trống ngực.

*Điều trị:* dùng ephedrin, amphetamin.

*i. Ngất trong tăng thông khí*

Gặp ở người thần kinh bị kích động và lo âu, bị lẫn tâm thần, chóng mặt và đôi khi mất ý thức. Chứng ngất này là do tình trạng nhiễm kiềm hô hấp, thường thứ phát sau đào thải quá mức  $CO_2$  và do những đợt phóng adrenalin do lo âu.

Người bệnh thở nhanh và sâu.

*k. Ngất trong chứng giảm glycose huyết*

Glucose và các acid béo biến thành glycogen, chất này tích lại trong gan. Trong trường hợp bình thường, glycogen lại được gan biến thành glucose tùy theo nhu cầu của cơ thể mà không có giảm hoặc tăng glucose huyết.

Người ta thấy giảm glucose huyết trong các tổn thương gan cấp tính và nghiêm trọng (như trong bệnh teo vàng gan cấp tính).

Triệu chứng: người bệnh vật vã, lú lẫn tinh thần; trong một số trường hợp, người bệnh đờ đẫn; không có tổn thương thần kinh khi khám xét.

Nguyên nhân giảm glucose huyết có thể do nhiễm khuẩn, nhiễm độc hoặc bệnh của gan.

*l. Ngất do nguyên nhân khác*

- Nhiễm độc CO<sub>2</sub>, nhiễm độc thuốc giãn mạch (như nitrit, histamin).
- Bệnh động kinh, bệnh hysteria ở phụ nữ, cơn ho làm gián đoạn tuần hoàn phổi và gây ra tình trạng thiếu oxy não.
- Chảy máu trong do loét, thiếu máu nặng, tắc động mạch phổi...

## **ĐAU THẮT NGỰC**

Đau thắt ngực đồng nghĩa với bệnh Heberden.

### **1. Định nghĩa**

Chứng đau thắt ngực là một hội chứng đau trước tim từng lúc. Nó biểu thị một sự giảm nhất thời (tuyệt đối hay tương đối) mức cung ứng oxy cho cơ tim.

### **2. Hoàn cảnh xuất hiện**

- Chủ yếu gặp ở nam, tuổi trên 40.
- Gặp ở nam và nữ đã có bệnh tim xác định, bệnh tăng huyết áp, bệnh tiểu đường.

### **3. Nguyên nhân**

Do lưu lượng máu trong động mạch vành giảm một cách tuyệt đối hay tương đối so với nhu cầu của cơ tim, hay gặp trong các bệnh:

*a. Xơ cứng các động mạch vành:* gặp trong 90% trường hợp đau thắt ngực, các nguyên nhân thường gặp là

- Tiểu đường.
- Tăng cholesterol huyết.
- Phù niêm mạc.

Các nguyên nhân nêu trên gây thiếu máu cục bộ nhất thời ở một số vùng cơ tim do hậu quả của xơ cứng động mạch vành.

*b. Các tật động mạch chủ:* gặp trong các bệnh

- Viêm động mạch chủ và hở lỗ động mạch chủ do bệnh giang mai.
- Hẹp lỗ động mạch chủ: có thể kèm đau thắt ngực nặng.

*Chú ý:* bệnh hở lỗ động mạch chủ do bệnh thấp khớp hiếm khi gây đau thắt ngực.

*c. Các nguyên nhân khác*

- Hẹp các động mạch vành ở một mức độ nhất định gây thiếu máu và giảm tỷ lệ oxy trong máu.
- Các chứng tim đập nhanh kịch phát vì giảm lưu lượng tim và gây nên giảm lưu lượng động mạch vành.
- Nhiễm độc nội tiết tố tuyến giáp trạng do tăng nhu cầu của cơ tim về oxy và do tim đập nhanh.

*d. Vai trò của co thắt động mạch vành:* sự lo lắng của người bệnh gây nên sự co thắt động mạch vành và làm cho chúng đau thắt ngực dễ xuất hiện.

*e. Các nguyên nhân ngoại lệ*

- Dị tật của các động mạch vành.
- Viêm nút quanh động mạch.

- Tăng hồng cầu.
- Thấp khớp cấp.
- Di truyền.

*f. Những yếu tố làm cho cơn đau thắt ngực khởi phát*

- Tim làm việc tăng lên: do gắng sức, xúc cảm, lạnh, tăng huyết áp, nhịp tim nhanh kịch phát, tiêm adrenalin.
- Giảm lưu lượng động mạch vành do giảm lưu lượng tim: gặp trong các bệnh giảm huyết áp trong trạng thái shock (sốc), giảm glucose huyết.
- Các bệnh tiêu hoá: gặp trong các bệnh loét dạ dày - tá tràng và bệnh đường ruột.

Có thể đây là sự tổn tại song song của các bệnh đường tiêu hoá với cơn đau thắt ngực ở người trên 40 tuổi.

#### **4. Triệu chứng lâm sàng**

Vì có một hoặc nhiều động mạch vành bị tắc, đồng thời cơ tim bị những vùng hoại tử và xơ hoá nên có các triệu chứng:

*a. Cơn đau thắt ngực điển hình*

- Vai trò của gắng sức:
  - + Gắng sức (như khi đi bộ...) làm cho cơn đau thắt ngực xuất hiện.
  - + Ăn quá no, lạnh, xúc cảm, nicotin (trong thuốc lá), giảm glucose huyết cũng gây ra những cơn đau thắt ngực.
- Tính chất của cơn đau: cơn đau thắt ngực biểu hiện bằng một chứng đau ngang ngực, thường ở phía sau xương ức. Chứng đau này được người bệnh cảm thấy như một cảm giác thắt, đôi khi như bị bóp.

Cơn đau khu trú ở mỏm tim có thể cho ta chẩn đoán, nhưng có thể nhầm với bệnh khác.

- Sự lan toả của đau: đau lan lên vai trái hay lan ra cả hai vai, thường đau dọc theo mặt trong của cánh tay và bàn tay trái hoặc của cả hai cánh tay.

Đau còn có thể lan toả lên cổ hoặc lên hàm.

- Thời hạn của cơn đau:
  - + Cơn đau kéo dài tới vài phút.
  - + Nếu cơn đau kéo dài quá nửa giờ thì ta có thể nghĩ tới bệnh nhồi máu cơ tim.
- Tác dụng của nitroglycerin: nitroglycerin có tác dụng tốt, là một yếu tố quan trọng cho chẩn đoán.
- Các dấu hiệu phụ:
  - + Dấu hiệu thần kinh thực vật: tái nhợt, vã mồ hôi, buồn nôn, một tiểu tiện không nhịn được.
  - + Cảm giác lo âu, sợ chết.
- Các dấu hiệu âm tính:
  - + Không có dấu hiệu khó thở và đánh trống ngực.
  - + Huyết áp không thay đổi.

*b. Các thể bệnh không điển hình*

- Vị trí không điển hình:
  - + Đau khu trú ở mỏm tim.
  - + Đau thất ở vai, lưng, cánh tay, cổ tay.
- Các thể bệnh không đau:
  - + Người bệnh thấy cảm giác mệt mỏi, khó chịu ở trong ngực.
  - + Lo âu khi gắng sức, nấc khi gắng sức, nôn mửa khi gắng sức, ức chế hô hấp khi gắng sức.

- Sự lan toả không điển hình: dấu hiệu đau lan tới vai và cánh tay phải, vùng thương vị, vùng giữa xương vai.
- Cảm giác đau không điển hình:
  - + Người bệnh có cảm tưởng một gánh nặng đè lên vai, có nước chảy trên lồng ngực, lồng ngực bị cào.
  - + Các cảm giác đau nhói, đau như dao đâm không thuộc bệnh cảnh đau thắt ngực.
- Đau thắt ngực có kèm các triệu chứng khác:
  - + Đau thắt ngực kèm theo khó thở hoặc ngất: hiếm gặp. Có thể thấy dấu hiệu này trong bệnh "hẹp lỗ động mạch chủ".
  - + Đau thắt ngực hậu phát sau nhĩ tim nhanh kịch phát nên có kèm theo dấu hiệu "đánh trống ngực".

## 5. Tiến triển và tiên lượng

Các cách tiến triển:

- Các biểu hiện đau có thể thuyên giảm một cách tự nhiên, mà không có lý do rõ rệt.
- Đôi khi các bệnh suy tim, rung tâm nhĩ, nhồi máu cơ tim làm cho các biểu hiện đau bị mất hẳn.
- Tiên lượng xấu khi các cơn đau gần nhau và xảy ra ngay cả khi đang nghỉ ngơi (đau thắt ngực ở tư thế nằm).
- Người bị chứng đau thắt ngực luôn luôn bị đe dọa chết đột ngột.

## 6. Chẩn đoán

Chẩn đoán chứng đau thắt ngực dựa vào:

- Tiền sử bệnh.



- Đau ngang sau xương ức, có kèm triệu chứng lo âu, khởi phát do gắng sức, thuyên giảm nhờ nghỉ ngơi cùng tác dụng của thuốc nitrit.
- Sự lan toả đặc trưng của các cơn đau.
- Điện tâm đồ: đoạn ST bị hạ thấp.

## 7. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với:

### a. Các bệnh tim

- Nhồi máu cơ tim.
- Đánh trống ngực gây ra cảm giác đau nhói như kim châm trong giây lát ở mỏm tim hay ở vùng cận mỏm tim.
- Khó thở kèm tức ngực (mà không phân biệt được với đau ngực).
- Viêm màng ngoài tim cấp tính.

### b. Các bệnh thấp

- Viêm quanh khớp vai - cánh tay: cần lưu ý bệnh này hay gặp ở người bị chứng đau thắt ngực.
- Đau bắt nguồn từ cột sống: dấu hiệu đau không liên quan với gắng sức và kéo dài hơn.
- Viêm khớp sụn - sườn: lấy tay ấn vào chỗ nối sụn - sườn thì bị đau.
- Hội chứng đau của mũi ức: đau sau xương ức ở phía dưới, lan ra vùng thượng vị, sau lưng, lên vai và ra hai cánh tay.

Đau xương ức có thể:

- + Tự phát: như loãng xương.
- + Thứ phát: sau bệnh của cột sống lưng; bệnh của thực quản, của túi mật, của dạ dày.

*c. Các bệnh tiêu hoá*

- Trướng hơi dạ dày - ruột kết: đau xảy ra sau bữa ăn và giảm khi ợ hơi.
- Thoát vị hoành: đau ở sau xương ức và lan ra hai cánh tay.

*d. Các rối loạn tâm thần - thân thể*

- Loạn thần kinh chức năng.
- Suy nhược thần kinh - tuần hoàn: đau ở vùng trước tim, thường khu trú ở mỏm hoặc ở quanh mỏm. Có tính chất đau âm ỉ hoặc đau nhói. Triệu chứng đau thường phối hợp với rối loạn chức phận như: chứng khó tiêu, táo bón, ỉa chảy, đánh trống ngực, chóng mặt, khó thở kiểu thở dài, vã mồ hôi.

## **8. Điều trị**

*a. Trong khi đang có cơn*

Các nitrit là thuốc tốt nhất đối với cơn đau thắt ngực.

- Nitroglycerin (trinitrin): dùng liều 0,75mg, tác dụng ngay sau 1 - 2 phút và kéo dài tối đa là 1 giờ.
- Amyl nitrit: loại ống có 3 giọt thuốc nước. Bẻ ống thuốc đổ nước thuốc vào một khăn mùi xoa và hít mạnh.
- Tác dụng phụ của các nitrit:
  - + Làm tim đập nhanh, nhức đầu, đôi khi ngất.
  - + Nếu sử dụng nhiều trong thời gian lâu có thể gây ra methemoglobin huyết.

*b. Giữa các cơn*

- Chữa căn nguyên: cần chữa các bệnh là nguyên nhân của "đau thắt ngực", như: các bệnh thiếu máu, bệnh van động mạch chủ, bệnh tăng năng tuyến giáp.

- Loại bỏ các yếu tố gây cơn đau:
  - + Người bệnh phải di chậm chạp, tránh để bị lạnh, tránh các xúc cảm mạnh, ăn những bữa nhỏ.
  - + Đối với người mắc bệnh tiểu đường, phải tránh không để giảm glucose huyết.
- Loại bỏ các yếu tố bổ bằng cách cần chữa các bệnh như:
  - + Nhiễm khuẩn.
  - + Bệnh đường mật.
  - + Loét dạ dày- tá tràng.
  - + Chứng béo phì.
  - + Tăng huyết áp.
- Lối sống:
  - + Nghỉ ngơi về thể chất và tinh thần.
  - + Ăn uống thanh đạm và ít mặn.
  - + Hạn chế hút thuốc, tốt nhất là cai thuốc lá.
- Các thuốc giảm đau: dùng các thuốc như gardenan, các bromua, cloral hoặc các thứ thuốc trấn tĩnh (meprobamat, clopromazin, reserpin).
- Điều trị bằng thuốc: không có thuốc làm giãn động mạch vành một cách hiệu nghiệm.
  - + Các nitrit có tác dụng lâu dài: tetranitrol, mannitol, hexanitrat).
  - + Theophyllin và các dẫn xuất: kết quả điều trị chưa được chắc chắn.
  - + Các chất ức chế monoamin oxydase (tersavid, niamid): làm giảm tỷ lệ và cường độ của các cơn và được dùng chủ yếu trong các thể nặng.

Liều lượng:

Tersavid: 100 - 300mg/24h.

Niamid: 100mg/24h.

Liều duy trì:

Tersavid: 50 - 200mg/24h.

Niamid: 50 - 100mg/24h.

- Các thuốc chống đông: dicoumarol và heparin có tác dụng khi có nhồi máu cơ tim.

## **SUY NHƯỢC THẦN KINH TUẦN HOÀN**

Suy nhược thần kinh tuần hoàn còn được gọi là: hội chứng gắng sức, hội chứng Dacosta, loạn thần kinh chức năng tim.

### **1. Định nghĩa**

Hội chứng gồm những triệu chứng đa dạng, có đặc điểm căn bản là không còn khả năng gắng sức thể lực trong khi tim mạch không thấy có một thương tổn gì rõ rệt.

### **2. Hoàn cảnh xuất hiện**

Thường gặp ở nữ giới, tuổi từ 20 đến 30.

### **3. Nguyên nhân**

- "Stress" (tấn công) xúc cảm quá mạnh.
- Người bệnh có tình trạng tâm lý quá nhạy cảm và khó khăn.

### **4. Triệu chứng lâm sàng**

#### *a. Các dấu hiệu chức năng*

- Người bệnh dễ bị mệt, đánh trống ngực, thiu, chóng mặt, khó thở kiểu thở dài, vã mồ hôi, đau khu trú ở mỏm tim.

- Có rối loạn chức phận khác như: khó tiêu, táo bón, tiêu chảy kết hợp.

*b. Các dấu hiệu thực thể*

- Sốt nhẹ.
- Chóng xanh tím đầu chi.
- Rối loạn vận mạch ở mặt.
- Huyết áp động mạch không ổn định.
- Tim nhịp nhanh xoang, tiếng thứ nhất ở mỏm tim có thể danh.

## **5. Chẩn đoán phân biệt**

Cần phân biệt với:

- Bệnh tim thực tổn hữu cơ.
- Bệnh cường tuyến giáp.
- Loạn tâm thần kinh chức năng.

*Chú thích:* chứng suy nhược thần kinh tuần hoàn có thể xảy ra thêm vào một bệnh tim hữu cơ.

## **6. Tiên lượng**

Tốt khi mới mắc bệnh.

## **7. Điều trị**

- Dùng thuốc an thần, thuốc trấn tĩnh, reserpin.
- Cần rèn luyện để thích ứng với sự gắng sức: tập thể dục tăng dần.
- Làm cho người bệnh an tâm vì các rối loạn này không ảnh hưởng đến tuổi thọ.

# TRẠNG THÁI SỐC

## 1. Định nghĩa

Trạng thái shock (sốc) là một hội chứng có căn nguyên rất khác nhau, với đặc điểm là: một tình trạng suy tuần hoàn cấp tính biểu hiện ra chủ yếu bằng chứng giảm huyết áp.

## 2. Nguyên nhân

### *a. Giảm trương lực mạch*

- Sốc chấn thương tiên phát:
  - + Là cơn ngất sau khi bị chấn thương.
  - + Sau cơn ngất, có thể có sốc chấn thương.
- Sốc do tâm thần.
- Sốc quá mẫn.
- Sốc nhiễm độc - nhiễm khuẩn.
- Sốc do tác dụng của thuốc: thuốc giãn mạch, gây tê ống sống.

### *b. Giảm khối lượng máu*

- Sốc chấn thương gây chảy máu trong và ngoài.
- Chảy máu trong và ngoài không do chấn thương.
- Bỏng rộng có mất huyết tương và tan máu.
- Mất nước: do nôn và tiêu chảy kéo dài, giảm protein huyết, hôn mê trong bệnh tiểu đường, suy tuyến thượng thận.

### *c. Sốc do tim*

- Do cơ tim bị yếu: thường gặp trong các bệnh

- + Nhồi máu cơ tim.
- + Giai đoạn cuối của bệnh suy tim.
- Do lượng máu xuống không đủ đầy tâm thất trong thời kỳ tâm trương, hay gặp trong:
  - + Chứng tim đập nhanh.
  - + Tràn máu màng ngoài tim, viêm màng ngoài tim cấp tính.
  - + Tác động mạch phổi.

#### *d. Yếu tố nhiễm khuẩn*

- Giãn mạch ngoại vi trong các bệnh nhiễm khuẩn nặng nhưng bao giờ cũng có hiện tượng co mạch trước.
- Tác động trực tiếp vào cơ tim và vào tuyến thượng thận.

### **3. Triệu chứng lâm sàng**

#### *a. Tâm thần*

- Vô tình cảm nhưng vẫn tỉnh.
- Có thể có triệu chứng lo âu và vật vã xảy ra trước.

#### *b. Da*

- Xanh tái, tím nhợt; có thể có những vết bầm tím.
- Da lạnh, nhất là ở các đầu chi.
- Mức cương máu của da giảm.
- Giảm nhiệt độ.

#### *c. Hệ tim mạch*

- Mạch nhanh (thường trên 140 nhịp trong 1 phút), nhỏ, khó bắt.

- Các tĩnh mạch đều bị xẹp nên khó tiêm tĩnh mạch.
- Giảm huyết áp: đây là dấu hiệu căn bản, huyết áp giảm tỷ lệ thuận với tính chất trầm trọng của bệnh; nhiều khi không đo được huyết áp tối thiểu.
- Tim có nhịp quả lắc.

*d. Hô hấp*

- Thở nông và nhanh.
- Khó thở là dấu hiệu bệnh nặng, tiên lượng xấu.

*e. Đồng tử:* thường giãn, phản ứng kém với ánh sáng.

*f. Thận*

- Tiểu tiện ít.
- Vô niệu: là dấu hiệu của hội chứng viêm thận - ống thận cấp tính, nước tiểu đục và sẫm màu, chứa nhiều albumin và trụ hạt, có kèm theo tăng urê huyết và mất nước ngoài tế bào.

**4. Các thể bệnh không điển hình**

- Không giảm nhiệt độ:
  - + Có kèm giảm huyết áp.
  - + Có kèm mạch nhẩy.
- Mạch chậm.
- Huyết áp bình thường hoặc cao: gặp khi sốc mới bắt đầu.

**5. Tiên lượng**

Tiên lượng xấu khi:

- Sốc càng mạnh và kéo dài.
- Người bệnh cao tuổi và điều trị muộn.



## 6. Điều trị

Cần điều trị sớm trạng thái sốc và trước hết phải chú trọng điều trị nguyên nhân gây sốc: cầm máu khi có chảy máu, cho thuốc kháng sinh để điều trị nhiễm khuẩn, điều trị chứng tim đập nhanh kịch phát.

- Tư thế bệnh nhân: đặt bệnh nhân ở tư thế nằm đầu thấp, tuy nhiên không được duy trì người bệnh nằm ở tư thế này lâu quá vài giờ.

- Tiêm truyền dịch ngoài đường tiêu hoá: nhằm mục đích phục hồi lại hoặc duy trì khối lượng máu. Các biện pháp thường được dùng là:

- + Truyền máu toàn phần: dùng trong trường hợp bị sốc chảy máu và các thể sốc khác cho tới khi thể tích huyết cầu được đưa trở về mức bình thường.
- + Truyền dung dịch glucose, dung dịch natri clorua đẳng trương hoặc truyền huyết tương (hoặc thể dược của huyết tương như: dextran, subtosan, oxypolygelatin)

Chỉ định trong các loại:

- + Sốc do mất nước.
- + Sốc chấn thương.
- + Sốc do tim.
- + Sốc nhiễm độc - nhiễm khuẩn

*c. Các thuốc kiểu giao cảm và các thuốc hồi sức*

- Angiotensin (hypertensin) là một polypeptid, có những thuộc tính làm tăng huyết áp rất đáng chú ý.

Có thể tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm dưới da 100 - 500 $\gamma$

$$(1\gamma = \frac{1}{1000} mg)$$

- Các thuốc kiểu giao cảm (là các thuốc co mạch) có thể gây ra phù phổi cấp tính, nhịp nhanh tâm thất và chứng tiểu tiện ít do thiếu máu cục bộ ở thận.

Các thuốc kiểu giao cảm là: adrenalin, noradrenalin... Dùng các thuốc này bằng cách hoà vào trong dung dịch glucose rồi truyền nhỏ giọt tĩnh mạch chậm.

*d. Các thuốc giảm đau*

Không dùng morphin trong trường hợp: chấn thương sọ, thương tổn ở thận và ở gan, rối loạn hô hấp.

*e. Liệu pháp oxy:* chỉ định trong sốc có biến chứng suy hô hấp.

*f. Atropin:* chỉ định trong sốc có kèm tim đập chậm.

*g. Digitaline:* chỉ định trong sốc có kèm các dấu hiệu suy tim.

*h. Các corticosteroide và ACTH:* chỉ định trong trường hợp:

- Sốc quá mẫn.
- Suy vỏ thượng thận cấp tính.
- Sốc nhiễm độc nhiễm khuẩn.

Cần kết hợp với thuốc kháng sinh.

Có thể tiêm tĩnh mạch: 100mg hydrocortison + 500mg dung dịch glucose.

## NGOẠI TÂM THU

### 1. Định nghĩa

Ngoại tâm thu là những nhịp co bóp quá sớm của tim hoặc của một phần tim.

Kích thích bắt nguồn từ một điểm nào đó của tâm nhĩ hoặc của tâm thất trước khi xung động bình thường từ xoang tới nơi.

## 2. Nguyên nhân gây bệnh

- Ở người bình thường: ngoại tâm thu vẫn hay gặp.
- Các thuốc: dương địa hoàng (gây chứng nhịp đôi khi bị ngộ độc), cà phê, chè, nicotin, thuốc gây mê cloroform và xycloropan, calci.
- Các bệnh tim.
- Sự kích thích cơ học: ngoại tâm thu hay xảy ra trong phẫu thuật lồng ngực.

## 3. Triệu chứng lâm sàng

- Có cảm giác đánh trống ngực không đều trong đó thời kỳ nghỉ bù được cảm thấy như một sự ngừng tim trong chốc lát, sự co bóp của tim ngay sau ngoại tâm thu được cảm thấy như một cái đập mạnh trong ngực.
- Đau ở mỏm tim hay cạnh mỏm tim, có tính chất đau nhói như kim châm.
- Bất mạch quay: mạch gián đoạn.
- Nghe tim: nghe thấy một tiếng thứ nhất thêm vào, mà không nghe thấy tiếng thứ hai.
- Trong ngoại tâm thu thất, có thể lâu lâu lại thấy tĩnh mạch cảnh đập mạnh một cái. Hiện tượng này tương ứng với sự co bóp đồng thời của hai tâm nhĩ và của hai tâm thất.

## 3. Các thể lâm sàng

a. *Các ngoại tâm thu lẻ tẻ*: thỉnh thoảng lại gặp một nhịp ngoại tâm thu không theo một quy tắc nào nhất định.

b. *Ngoại tâm thu tập hợp thành một nhóm*

- Chứng nhịp đôi: cứ sau mỗi chu chuyển bình thường lại có một ngoại tâm thu.

Có thể gặp chứng nhịp đôi ở những người lành mạnh, nhưng thông thường thì nó là dấu hiệu của nhiễm độc digitalin.

- Ngoại tâm thu nhịp 3 và nhịp 4: cứ sau 3 hay 4 co bóp tim do xoang điều khiển thì lại có một ngoại tâm thu.

#### **4. Chẩn đoán phân biệt**

Cần chẩn đoán phân biệt với chứng loạn nhịp hoàn toàn do rung tâm nhĩ.

Trong rung tâm nhĩ: các quãng tạm dừng lâu, không có một cái đập sớm đứng trước của tim. Khi gắng sức thì chứng loạn nhịp tăng lên.

Trong ngoại tâm thu thì khi nhịp tim nhanh lên, các ngoại tâm thu sẽ ít đi.

#### **5. Ý nghĩa lâm sàng học**

- Ngoại tâm thu tự nó không có tính chất bệnh lý, có thể gặp ở người khoẻ mạnh.
- Ở người mắc bệnh tim, chứng ngoại tâm thu thất cũng bình thường như trên. Cần lưu ý rằng nếu tim đã bị thương tổn mà dùng thuốc digitalin sẽ dẫn đến sự dễ dàng khởi phát các ngoại tâm thu.
- Ngoại tâm thu nhĩ ít gặp, thường báo hiệu chứng rung tâm nhĩ hoặc chứng tim đập nhanh tâm nhĩ.
- Chứng ngoại tâm thu xuất hiện khi gắng sức là dấu hiệu tim đã bị tổn thương.

#### **6. Điều trị**

Cần tìm và điều trị nguyên nhân:

- Bỏ hẳn thuốc lá, cà phê, rượu, nước chè.

- Chứng ngoại tâm thu không có bệnh tim: cần làm cho người bệnh yên tâm về tính chất vô hại của nó và cho người bệnh dùng thuốc an thần nhẹ.

Trong trường hợp mất ngủ do chứng ngoại tâm thu: cho dùng các thuốc ngủ.

- Trong chứng ngoại tâm thu phối hợp với suy tim: phải điều trị suy tim.
- Trong chứng ngoại tâm thu do digitalin gây ra: phải ngừng việc sử dụng digitalin, có thể dùng các muối kali.
- Quinidin hoặc procainamid: được chỉ định trong trường hợp ngoại tâm thu mà cách điều trị thông thường không khỏi và trong trường hợp ngoại tâm thu đe dọa chuyển thành chứng tim đập nhanh tâm thất.

## LOẠN NHỊP

Trong trường hợp bình thường, xung động hoạt hoá các tâm nhĩ và tâm thất phát sinh từ nút xoang.

Xung động nút xoang có tính tự động và bình thường có tần số cao hơn cả. Do đó, nút này bắt toàn bộ tim phải đập theo nhịp của nó.

Trong các phần của mô đặc thù nằm ở phía dưới nút xoang, tính tự động ngày càng giảm bớt khi tiến dần về phía mỏm tim. Các trung tâm tự động dưới thường không phát huy tác dụng. Khi có lý do nào đó, một trung tâm ở phía dưới lôi kéo được tim đập theo nhịp của mình thì đó là nhịp tim "dị nguyên" hay "khác chỗ". Điều này có thể xảy ra trong trường hợp:

- Tần số riêng của nút xoang bị giảm đi, tạo điều kiện cho trung tâm dưới có thể biểu thị ra.

- Hoặc có sự kích thích một trung tâm dưới khiến tần số của trung tâm này tăng lên tới mức có thể vượt tần số của nút xoang và chỉ huy tim.

Trước một chứng loạn nhịp, ta phải lần lượt khám:

- + Các triệu chứng chức năng.
- + Mạch của động mạch quay.
- + Nghe tim.
- + Ép xoang cảnh và làm một số thao tác khác nhằm làm đổi khác nhịp tim.

## **MẠCH NHANH KỊCH PHÁT**

Định nghĩa: cơn nhịp tim tăng nhanh lên kịch phát xảy ra và chấm dứt một cách đột ngột.

Người ta phân biệt:

- Những thể tim đập nhanh kịch phát do tâm thất.
- Những thể tim đập nhanh kịch phát trên tâm thất.

## **TIM ĐẬP NHANH TÂM THẤT**

### **1. Nguyên nhân**

- Tim đã bị thương tổn nặng vì nhồi máu cơ tim hoặc tim đang bị suy nặng.
- Nhiễm độc digitalin: trước hết nó gây ngoại tâm thu lẻ tẻ, sau đến ngoại tâm thu nhịp đôi và cuối cùng là chứng tim đập nhanh tâm thất.

- Adrenalin, quinidin, procainamid, cyclopropan hoặc cloroform (thuốc gây mê).

## **2. Triệu chứng lâm sàng**

- Triệu chứng chức năng:
  - + Có cảm giác khó chịu kèm theo cơn tim đập nhanh tâm thất.
  - + Suy sụp huyết áp, tim đập nhanh, chóng mặt hoặc thiù ngất.
- Mạch quay: mạch đập yếu do huyết áp bị tụt.
- Khi nghe tim thấy tần số tiếng tim trong một phút chênh lệch từ 5 đến 10 nhịp giữa các lần đếm khác nhau, có sự phân ly giữa mạch của tĩnh mạch cảnh và các tiếng tim.

## **3. Tiên lượng**

Tiên lượng thường xấu, có thể gây biến chứng rung tâm thất.

## **4. Điều trị**

- Nếu do nhiễm độc digitalin thì phải ngừng ngay việc sử dụng digitalin.
- Nếu người bệnh còn tỉnh thì dùng:
  - + Quinidin: uống liều lượng 0,40g, cứ cách 2 - 3 giờ một lần.
  - + Hoặc: uống procainamid với liều lượng 0,5 - 1,5g, cứ cách 2 giờ một lần.
- Nếu người bệnh bất tỉnh: tiêm tĩnh mạch chậm quinidin với liều 0,5g hoặc tiêm tĩnh mạch với liều lượng 250 - 750mg. Nếu tiêm bắp thì đỡ nguy hiểm hơn.

- Tiêm dưới da atropin với liều lượng 1/2mg để tăng cường tác dụng của quinidin.
- Digitalin: chỉ có thể dùng trong trường hợp không do nhiễm độc digitalin và có suy tim.
- Các muối kali: dùng trong trường hợp nhiễm độc digitalin.

## **MẠCH NHANH TRÊN TÂM THẤT**

Chứng: mạch nhanh trên tâm thất cùng nghĩa với bệnh Bouveret.

### **1. Nguyên nhân**

Nguyên nhân gây bệnh chưa được biết rõ.

Có thể gặp chứng bệnh này trong trường hợp:

- Người không có tổn thương ở hệ thống tim mạch.
- Ghép thêm vào các bệnh tim khác nhau, nhất là ghép thêm vào bệnh viêm van hai lá do thấp hoặc bệnh tăng năng tuyến giáp.

### **2. Triệu chứng lâm sàng**

- Cơ tim đập nhanh bao gồm những ngoại tâm thu trên tâm thất nối tiếp nhau nhanh và đều.
- Cơ được đánh dấu bằng một cơ bộp tim sớm và đi theo sau là một loạt các tâm thu đều nhịp.

#### *a. Các triệu chứng cơ năng*

- Người bệnh có cảm giác khó chịu ở trong ngực rồi sau đó có dấu hiệu đánh trống ngực đều.



- Vào lúc cuối cơn đánh trống ngực, có hiện tượng bài niệu quan trọng hoặc buồn nôn, tê cứng, chóng mặt và có thể bị thui.
- Có thể bị đau ở tim. Nếu các động mạch vành đã bị thương tổn thì cơn đau thất ngực do cơ tim bị thiếu máu cục bộ, hậu quả của sự giảm lưu lượng động mạch vành trong khi có cơn tim đập nhanh. Nếu cơn kéo dài, có thể thấy xuất hiện các dấu hiệu ứ đọng máu ở phổi và ở các tĩnh mạch.

*b. Mach quay:* trong cơn ngắn thì mạch đều và đập khỏe, huyết áp vẫn bình thường.

Khi cơn kéo dài và nhịp tim rất nhanh thì huyết áp tâm thu có thể bị suy sụp.

- Nhịp tim đều và nhanh.
- Ép xoang cảnh: việc ép xoang cảnh làm ngừng ngay chứng tim đập nhanh.

### 3. Tiên lượng

- Tiên lượng tốt đối với thể vô căn (không rõ nguyên nhân).
- Đối với chứng tim đập nhanh trên tâm thất và chẹn tâm nhĩ - thất thay đổi mỗi lúc một khác, nhịp tâm nhĩ khoảng 200 lần/phút, còn nhịp tâm thất khi nhanh khi chậm, khi đều và khi không đều.

### 4. Chẩn đoán

Căn cứ vào:

- Tiền sử: khởi đầu và kết thúc đột ngột.
- Tính chất tuyệt đối đều của nhịp tim.

## 5. Điều trị

### a. Các biện pháp dự phòng

- Bỏ thuốc lá, cà phê và các chất kích thích.
- Dùng quinidin 0,2g x 3 lần/24h.
- Phối hợp với thuốc an thần.
- Điều trị bệnh tim nếu có.

### b. Các thao tác nhằm cắt cơn tim đập nhanh

Theo thứ tự:

- Nuốt một thức ăn đặc, làm động tác gấp mình, đưa đầu vào giữa hai đầu gối.
- Thao tác Valsalva: thở ra hết sức, thanh môn đóng chặt.
- Ép xoang cảnh phải trong 10 - 20 giây, sau đến ép xoang cảnh trái cũng trong thời gian tương tự.

*Chú ý:* nếu ép xoang cảnh cả hai bên cùng một lúc thì nguy hiểm và có thể gây ra tai biến mạch máu não, nhất là ở người cao tuổi.

### c. Nếu các động tác này không có kết quả thì

- Dùng prostigmin 1 - 2ml tiêm bắp để làm tăng trương lực giây thần kinh phế vị.
- Dùng digitalin loại có tác dụng nhanh: 0,8 - 1,2mg cedilanid tiêm tĩnh mạch chậm.
- Uống quinidin 0,4g/lần, cách 2 giờ lại uống một lần, tổng liều không được quá 2g.
- Tiêm bắp 300mg procainamid (biệt dược pronestyl).

# GIẢM HUYẾT ÁP

## 1. Định nghĩa

Giảm huyết áp là khi áp lực động mạch tâm thu chỉ vừa bằng hay dưới 90mmHg. Mặt khác, chứng giảm huyết áp được chẩn đoán khi huyết áp của người bệnh thấp hơn huyết áp thường ngày từ 30mmHg đến 40mmHg.

## 2. Nguyên nhân

- Giảm huyết áp do thể tạng: huyết áp tâm thu luôn luôn thấp, khoảng 90mmHg - 110mmHg mà không có dấu hiệu khó chịu nào.
- Trạng thái sốc (shock).
- Suy tuyến thượng thận.
- Các bệnh gây suy mòn.
- Bệnh nhiễm khuẩn cấp tính và mạn tính.

## 3. Triệu chứng

Giảm huyết áp không có biểu hiện trên lâm sàng học, trừ trường hợp bị trạng thái sốc.

## 4. Điều trị

- Giảm huyết áp do thể tạng không cần phải điều trị.
- Các thể giảm huyết áp khác: cần chữa nguyên nhân.

# GIẢM HUYẾT ÁP THỂ ĐỨNG

## 1. Định nghĩa

Giảm huyết áp thể đứng là "giảm huyết áp khi đang từ tư thế nằm chuyển sang tư thế đứng, có kèm theo chóng mặt và đôi khi cả ngất".

## 2. Triệu chứng và các thể lâm sàng

*a. Thể nhất thời:* gặp ở người bình thường khi ở trên giường bước chân xuống đất hoặc sau khi gắng sức rất mạnh.

*b. Thể thường xuyên*

- Vô căn: gặp chủ yếu ở người dài khổ (người cao) và thường có kèm theo suy nhược, đánh trống ngực; lo âu, đôi khi cả ngất nữa.
- Thứ phát: có thể gặp trong
  - + Bệnh gây suy mòn nặng.
  - + Bệnh thiếu máu.
  - + Một số bệnh thần kinh như: bệnh thần kinh do tiểu đường, bệnh rong hành não...
  - + Chứng giãn tĩnh mạch.
  - + U bụng.
  - + Bệnh Addison.
- Thể có kèm liệt dương và chứng thiếu mô hôi:
  - + Gặp ở nam quá 40 tuổi.
  - + Không thấy có chứng tim đập nhanh thể đứng.

### 3. Điều trị

- Trong các thể thứ phát: chữa các bệnh nguyên nhân.
- Trong các thể vô căn: dùng thuốc giao cảm như ephedrin, amphetamin.
- Nếu giảm huyết áp thể đứng phổi hợp với chứng "sổ bụng": đeo thắt lưng nịt bụng để giữ cho các phủ tạng không bị xô dịch.
- Nếu người bệnh đang dùng thuốc giảm huyết áp và thuốc an thần thì phải ngừng ngay các thuốc này.

## TĂNG ÁP LỰC ĐỘNG MẠCH

### 1. Định nghĩa

Tăng áp lực động mạch là tình trạng huyết áp động mạch cao, vượt quá 140/90mmHg do tăng sức kháng ngoại vi đối với sự lưu thông của máu ở trong các tiểu động mạch.

Tăng huyết áp ít khi biểu hiện trước 20 tuổi.

### 2. Nguyên nhân và phân loại

#### a. Tăng huyết áp vô căn

Trong bệnh tăng huyết áp vô căn, một số yếu tố giữ vai trò nhất định làm phát sinh ra bệnh:

- Di truyền.
- Tâm thần: ở người nóng nảy, rất ưa hoạt động.
- Béo phì.
- Mãn kinh: có các đợt tăng huyết áp.

- Xơ cứng động mạch: bệnh xơ cứng động mạch có thể gây ra hoặc làm nặng thêm bệnh tăng huyết áp. Mặt khác, bệnh tăng huyết áp tạo điều kiện dễ dàng cho sự xuất hiện bệnh xơ cứng động mạch.
- Natri: muối ăn giữ một vai trò nhất định trong sinh bệnh học của tăng huyết áp.

Tăng huyết áp và vô căn tiến triển theo 2 cách khác nhau:

- + Trở thành tăng huyết áp lành tính.
- + Trở thành tăng huyết áp ác tính hay là bệnh xơ cứng mạch ác tính, thường gặp ở người trẻ với các dấu hiệu tổn thương thận (xem thêm bệnh xơ cứng thận ác tính) và tử vong nhanh.

#### *b. Tăng huyết áp do nguyên nhân thận*

- Các bệnh thận: viêm thận cấp tính và mạn tính, viêm thận - bể thận, bí đái do nguyên nhân tiền liệt tuyến.
- Các bệnh thận bẩm sinh: thận đa nang, thận ú nước, các dị dạng mạch máu (xem: hội chứng Goldblatt).
- Tăng huyết áp thai nghén và sản giật cũng có thể có nguồn gốc ở thận (vì: khi thận có hệ thống tuần hoàn không đủ thì sẽ giải phóng ra một enzym đặc biệt gọi là renin. Enzym này biến đổi chất tạo hypertensin thành hypertensin hay angiotonin).

#### *c. Tăng huyết áp do nguyên nhân nội tiết*

- U tuỷ thượng thận.
- U thượng thận.
- Chứng tăng năng tuyến giáp: gây ra tăng huyết áp tâm thu nhẹ.

*d. Tăng huyết áp với các bệnh khác*

- Suy tim: tim mất bù có khi kèm theo những đợt tăng huyết áp.
- Hẹp eo động mạch chủ.
- Tăng huyết áp tâm thu ở chứng tim đập chậm của hở lỗ động mạch chủ.
- Hệ thần kinh: bệnh viêm não và chấn thương sọ não, tăng áp lực nội sọ.
- Nhiễm độc chì, bệnh do porphyrin cấp tính.
- Các bệnh mô tạo keo: viêm nút quanh động mạch, lupus ban đỏ.

### **3. Triệu chứng lâm sàng**

*a. Các dấu hiệu chức năng*

- Dễ bị kích thích thần kinh, khó thở khi gắng sức, đánh trống ngực.
- Nhức đầu vùng chẩm, chảy máu cam.
- Chóng mặt khi thay đổi tư thế, ù tai, rối loạn vận mạch ở các đầu chi.

*b. Đo áp lực động mạch:* áp lực động mạch vượt quá 140/90mmHg (ở người trẻ) hoặc quá 150/90mmHg (ở người cao tuổi).

Hiện tượng tụt huyết áp đột ngột ở người có bệnh tăng huyết áp cho phép ta nghĩ đến biến chứng nhồi máu cơ tim hoặc rối loạn mạch máu não.

Trước khi đo huyết áp: để bệnh nhân nghỉ 20 phút.

Đo huyết áp 3 lần liên tiếp trước khi kết luận là tăng huyết áp.

c. *Khám mạch*: khám mạch quay và khám mạch đùi cả hai bên, nhất là ở người trẻ tuổi, để phát hiện bệnh hẹp eo động mạch chủ.

d. *Nghe tim*

- Tiếng thứ nhất phân đôi, có thể thấy tiếng ngựa phi tiến tâm thu. Tiếng thứ hai ở ổ động mạch chủ thường bị danh.
- Trong thể bệnh nặng: có thể nghe thấy tiếng thổi tâm thu ở mỏm tim (do tâm thất trái bị giãn và có hở lỗ van hai lá chức năng).

e. *Khám đáy mắt*: có giá trị tiên lượng. Phân biệt các giai đoạn:

- Giai đoạn 1: xơ cứng nhẹ hoặc hẹp các tiểu động mạch, võng mạc bình thường.
- Giai đoạn 2: khẩu kính và ánh động mạch không đều. Động mạch bị xơ cứng từng chỗ và có một đôi chỗ xuất huyết.
- Giai đoạn 3:
  - + Các tiểu động mạch bị xơ cứng hoặc co thắt.
  - + Võng mạc phù, dịch rỉ từng đám, xuất huyết từng đốm hay từng mảng.
- Giai đoạn 4:
  - + Có các thương tổn như giai đoạn 3.
  - + Phù điểm mù.

#### 4. *Biên chứng*

- Tim: phì đại tâm thất trái, suy tim trái với các cơn khó thở kịch phát.



- Mắt: có các biến chứng như đã ghi trên.
- Thận: xơ cứng thận gặp trong thận tăng huyết áp.
- Não: nhức đầu, ù tai, bệnh não do tăng huyết áp (chảy máu não: chứng nghẽn mạch não do xơ cứng động mạch thường kết hợp với tăng huyết áp, trong khi 75% trường hợp chảy máu não xảy ra ở người tăng huyết áp).

## 5. Tiến triển và tiên lượng

Các yếu tố tốt đối với tiên lượng là: tăng huyết áp dễ biến hoặc chỉ tăng huyết áp tâm thu, chức năng thận bình thường và đáy mắt ít bị tổn thương.

Tiên lượng bệnh xấu khi tăng huyết áp cố định hoặc cứ tuần tiến tăng lên mãi, huyết áp tối thiểu cao quá 120 - 130mmHg, thận bị tổn thương, não và tim bị ảnh hưởng, đáy mắt bị hư biến (đặc biệt là dấu hiệu phù điểm mù).

Muôn đánh giá mức độ nặng nhẹ của bệnh tăng huyết áp phải dựa vào mức độ nặng nhẹ của các biến chứng, mà không dựa vào các con số huyết áp.

## 6. Chẩn đoán

- Chẩn đoán tăng huyết áp dựa vào kết quả đo áp lực động mạch trong nhiều lần liên tiếp.
- Muốn chẩn đoán tăng huyết áp vô căn thì phải loại trừ các nguyên nhân do bệnh thận hoặc bệnh nội tiết.
- Cần chẩn đoán phân biệt: thể giả u của bệnh tăng huyết áp với hội chứng tăng áp lực nội sọ, sung huyết ở điểm mù và các rối loạn thần kinh sẽ khó phân biệt được với bệnh u não thật sự.

## 7. Điều trị

*a. Điều trị nguyên nhân:* chữa nguyên nhân trong một số bệnh thận, bệnh u tủy thượng thận...

### *b. Điều trị toàn thân*

- Liệu pháp tâm lý: có tác dụng đối với chứng tăng huyết áp có tính chất dễ biến.
- Điều trị triệu chứng:
  - + Dùng thuốc giảm đau để điều trị nhức đầu.
  - + Dùng thuốc an thần và thuốc ngủ (gardenal, các bromua, clorat) có kết quả tốt đối với tăng huyết áp thần kinh kích thích.
- Chế độ ăn: phải xử trí chứng béo phì, ăn không quá 1g natri clorua mỗi ngày, nhất là khi đã có suy tim.

### *c. Các loại thuốc giảm huyết áp*

- Reserpin.
- Các thứ thuốc liệt hạch:
  - + Fentolonium (ansolysen): 20mg/24h.
  - + Clorisondamin (ecolid): liều lượng 25mg/24h, uống vào buổi sáng.
  - + Mecamylamin (inversin hay mevasin): bắt đầu với liều 2,5mg, sau tăng thêm 2,5mg mỗi ngày.
  - + Thuốc apresolin với liều lượng 10 - 100mg/24h, chia làm 4 lần. Tác dụng: giãn mạch trung ương và phong bế các chất tiết adrenalin. Không dùng thuốc này khi có bệnh động mạch vành.
  - + Thuốc protoveratrin: liều lượng 0,5 - 1,5mg/24h, uống làm nhiều lần. Tác dụng: kích thích, phần tới của phân xạ phế vị. Chỉ định trong bệnh não do tăng huyết áp và trong phù phổi do tăng huyết áp.

- + Thuốc ismelin: làm liệt giao cảm, ức chế sự tạo thành noradrenalin. Liều dùng: uống 10mg/24h.
  - Các thuốc muối lợi tiểu: chlorothiazid, chlortalidon có tác dụng giảm huyết áp nhẹ và tăng cường tác dụng của các thứ thuốc giảm huyết áp.
    - + Loại hạ kali máu: hydrochlorthiazid, chlortadon, furosemid.
    - + Lợi niệu giữ kali: spironolacton, triamteren... các thuốc lợi tiểu có tác dụng giảm huyết áp nhẹ và tăng cường tác dụng của các thuốc hạ huyết áp.
  - Thuốc phong bế giao cảm:
    - + Reserpin: viên 0,1mg; uống 2 - 4 viên/24h.
    - + Isucelin làm liệt giao cảm, ức chế tạo norepinephrin, viên 25mg, uống 1 viên/24h.
  - Thuốc chẹn giao cảm  $\alpha$ : phentolamin (ansolysen): 20mg/24h.
  - Thuốc chẹn giao cảm  $\beta$ : propranolol, viên 40mg dùng 4 viên/24h, chia 2 lần, uống trước bữa ăn.
  - Thuốc ức chế men chuyển angiotensin: accupril 10mg/24h
  - Thuốc đối kháng thụ thể angiotensin II: losantan, preartan: liều dùng 50mg ngày 1 lần.
  - Thuốc đối kháng calci: nifedipin, amlodipin dùng 5mg 1 lần/24h.
  - Thuốc trị cao huyết áp khác: methyldopa 250mg x 2-3 lần/24h; rilucenidin uống 1mg vào buổi tối.
- e. Chọn cách cho thuốc*
- Tăng huyết áp lành tính: dùng thuốc an thần, thuốc trấn tĩnh, reserpin liều nhỏ giọt (0,1 - 0,25mg/24h).

- Tăng huyết áp thể trung bình: dùng thuốc an thần và reserpin với liều lượng 0,50 - 75mg/24h. Có thể dùng thêm chlorothiazid và thuốc liệt hạch.
- Tăng huyết áp ác tính: dùng thuốc an thần, reserpin liều cao (có thể tới 1mg/24h), chlorothiazid và thuốc liệt hạch.

## HỆP LỖ VAN HAI LÁ (MITRAL)

### 1. Định nghĩa

Sự hư biến bệnh lý của lỗ van hai lá làm cản trở sự lưu thông của máu từ tâm nhĩ trái xuống tâm thất trái.

### 2. Nguyên nhân

- Viêm màng trong tim do thấp khớp.
- Bẩm sinh: hiếm gặp.

### 3. Triệu chứng lâm sàng

Tiền sử: không tìm thấy trong tiền sử bệnh này có bệnh thấp khớp cấp trong 1/3 số trường hợp.

#### a. Khởi đầu:

- Bệnh khởi đầu thường không có triệu chứng hoặc bắt đầu bằng dấu hiệu khó thở.
- Có thể biểu hiện đột ngột bằng cơn phù phổi cấp, khái huyết (ho ra máu) hoặc tai biến tắc động mạch.

#### b. Giai đoạn sung huyết phổi

- Khó thở khi gắng sức, có khi kèm theo khó thở nằm, ho và ho ra máu.

- Các cơn khó thở kịch phát về đêm, chứng hen tim, các cơn phù phổi cấp tính nhẹ hoặc nặng là những biến chứng thường gặp ở phụ nữ. Phù phổi thường gặp trong thời kỳ hành kinh hoặc trước kinh nguyệt.
  - Đau trống ngực, đau trước tim.
  - Khàn tiếng do liệt dây thần kinh quặt ngược (gọi là hội chứng Ortner) và khó nuốt: ít gặp.
  - Dấu hiệu xanh tím nhẹ và kín đáo.
- c. *Giai đoạn suy tim phải*: di theo sau sung huyết phổi.

Khi đỡ khó thở thì thường xuất hiện phù ngoại vi; dần dần phù tăng lên, gan to ra, có rối loạn tiêu hoá.

#### 4. Biến chứng

##### a. *Biến chứng tim*

- Quá trình viêm thấp khớp tái phát của bệnh có thể lan rộng tới van động mạch chủ và van ba lá, gây hậu quả giãn phình to tâm nhĩ trái.
- Có khả năng gây viêm màng trong tim, bán cấp.

##### b. *Biến chứng tắc động mạch*

Hẹp lỗ van hai lá và giãn to tâm nhĩ trái là dấu hiệu thuận lợi cho việc hình thành các cục máu đông. Các cục máu này sẽ đi vào trong cây động mạch:

- Tắc mạch não gây ra:
  - + Chứng liệt nửa thân, có thể gây biến chứng mất ngôn ngữ.
  - + Liệt trội nhất là ở mặt và cánh tay.
- Các biểu hiện tắc mạch khác: ở thận và lách, động mạch tứ chi, động mạch trung tâm võng mạc.

### *c. Biến chứng phổi*

- Nhồi máu phổi: gặp ở người bệnh hẹp lỗ van hai lá đang bị suy tim, thường có các dấu hiệu:
  - + Điểm đau ngực.
  - + Ho và khạc huyết (ho ra máu).

Khám: một vùng nhỏ ở phổi có tiếng gõ đục kèm theo tiếng thổi và tiếng ran nổ.

- Các bệnh nhiễm trùng cấp tính ở phế quản - phổi.
- Phù phổi cấp tính: có dấu hiệu khó thở, ho và ho ra máu.
- Viêm động mạch phổi: có dấu hiệu xanh tím do mạch bị bít kín.

*d. Tai biến tim sản*: thai nghén làm cho bệnh nặng thêm lên.

*e. Các bệnh van tim khác kết hợp.*

## **5. Chẩn đoán phân biệt**

- Hen phế quản.
- Các bệnh phổi: giãn phế quản, lao phổi.
- Bệnh Basedow với các dấu hiệu:
  - + Tuyến giáp trạng to.
  - + Gày sút.
  - + Tim đập nhanh và đánh trống ngực, có biểu hiện rung nhĩ.
- Bệnh ống động mạch: có tiếng rung tâm trương như trong bệnh hẹp lỗ van hai lá.

## **6. Tiên lượng**

Tiên lượng bệnh tùy thuộc vào mức độ hẹp lỗ van nhiều hay ít.

## 7. Điều trị

Cách điều trị tốt nhất là thủ thuật cắt mép van tim.

## HỆP VAN ĐỘNG MẠCH CHỦ

Bệnh van động mạch chủ (ĐMC) ít gặp so với bệnh van 2 lá. Nó chiếm 25% trong tổng số bệnh van tim mãn tính.

### 1. Nguyên nhân

- Hẹp van động mạch chủ do bệnh thấp hầu như đồng hành với bệnh thấp của van hai lá.
- Bệnh viêm cơ tim thường xâm phạm vào van ĐMC và hậu quả là gây dính tại các tiếp điểm của lá van.
- Lắng đọng calci ở van động mạch chủ người già được gọi là hẹp van chủ calci hóa vô căn.
- Yếu tố bẩm sinh hay dị dạng cũng là căn nguyên nổi bật trong hẹp van động mạch chủ.

### 2. Sinh bệnh học

- Van động mạch chủ hẹp, thất trái tăng co bóp dẫn tới giãn và phù đại.
- Thất trái phù đại, áp lực tăng, nén ép mạch vành ảnh hưởng việc cấp máu cơ tim trong khi nhu cầu oxy cơ tim tăng cao. Hiện tượng này dẫn đến tình trạng thiếu máu cục bộ cơ tim và gây cơn đau thắt ngực.
- Khi tình trạng hẹp van động mạch chủ tiến triển cùng lượng tim giảm, nhĩ trái không còn khả năng làm rỗng hoàn hảo, vì thế hệ thống phổi trở nên sung huyết, cuối cùng suy tim phải sẽ chắc chắn xảy ra.

### 3. Triệu chứng

Hẹp động mạch chủ chỉ thực sự trở thành vấn đề đối với người bệnh cho đến khi lỗ van còn khoảng 1/3 kích thước bình thường, tương xứng với độ tuổi 40 - 50 ở hầu hết bệnh nhân.

- Có 3 triệu chứng đặc trưng của hẹp van động mạch chủ:
  - + Khó thở gắng sức: hình thành từ khả năng thích ứng tim giảm và tăng cao áp lực mao mạch phổi.
  - + Đau thắt ngực: là hậu phát của việc giảm cấp máu mạch vành và nhu cầu oxy cơ tim tăng.
  - + Ngất xỉu do gắng sức: được gây ra bởi sự giảm áp lực động mạch thứ phát của giãn mạch trong gắng sức cơ tim và một cung lượng tim cố định.
- Các triệu chứng khác xảy ra trong giai đoạn muộn của bệnh gồm: mệt, yếu, khó thở khi nằm, khó thở kịch phát ban đêm và phù phổi.
- Giai đoạn cuối khi đã có suy tim phải, thấy có: gan to, rung nhĩ, tăng áp lực tĩnh mạch hệ thống.

Hẹp van ĐM chủ khi đã trình diện lâm sàng, nên không tiến hành điều trị thì thời hạn sống sót là từ 1,5 đến 3 năm.

### 4. Chẩn đoán và xử trí

- Hẹp van động mạch chủ được chẩn đoán bởi tiếng thổi tâm thu thô ráp tại vùng van động mạch chủ; bởi các triệu chứng lâm sàng; bởi thông tim và chụp mạch máu.
- Điều trị: bằng phẫu thuật.



## HỞ VAN HAI LÁ

### 1. Nguyên nhân sinh bệnh học

- Bệnh gặp ở nam giới nhiều hơn nữ giới.
- Ở nữ giới bệnh hay gặp ở người trẻ, gầy, ốm yếu và thường không có triệu chứng.
- Về nguyên nhân có thể kể ra:
  - + Suy tim do thấp tim.
  - + Viêm màng trong tim nhiễm khuẩn.
  - + Xơ hóa cơ tim thứ phát sau thiếu máu cục bộ động mạch vành.
  - + Phình mạch thất hoặc nhồi máu cơ tim.
  - + Chít hẹp dưới động mạch chủ phì đại vô căn.
  - + Ngoài ra còn có sự góp mặt của yếu tố bẩm sinh.
- Về sinh bệnh học, có 2 hiện tượng cần lưu ý:
  - + Khi van hai lá bị hở mãn tính, một lượng máu từ thất trái chuyển hướng trào ngược lại qua lỗ hở van về nhĩ trái, máu ngược dòng làm cho cả nhĩ trái và thất trái giãn và phì đại.
  - + Do thất trái, nhĩ trái phì đại và tăng áp lực, áp lực mao mạch và tĩnh mạch phổi cũng tăng cao, rốt cuộc gây ra suy tim phải.

### 2. Triệu chứng

- Hở van hai lá làm giảm cung lượng tim và mệt mỏi ốm yếu là những biểu hiện nổi bật. Một số bệnh nhân đánh trống ngực (do rung nhĩ) hoặc khó thở kịch phát ban đêm.

- Hở van hai lá nặng dẫn tới suy tim phải với biểu hiện: ú huyết gan, đau vùng gan, phù, cổ trướng giãn tĩnh mạch cổ, buồn nôn, khó thở.
- Trong hở van hai lá cấp hậu quả sung huyết phổi, phù phổi thường xảy ra với biểu hiện khó thở gắng sức, có điểm đau ở ngực, ho và ho ra máu, nghe phổi có ran ẩm và ran nổ.
- Tim to ra, mỏm tim xê dịch sang trái, nghe tim thấy có tiếng thổi tâm thu mạnh và tiếng tim thứ 3.

### 3. Chẩn đoán

- Căn cứ vào sự hiện diện các triệu chứng lâm sàng nhất là tiếng thổi tâm thu ở mỏm tim lan lên nách.
- X quang ngực, điện tâm đồ, siêu âm đều chứng tỏ phì đại thất trái và nhĩ trái.
- Chẩn đoán quyết định được làm bởi thông tim hoặc chụp mạch thất trái. Nó cho phép đánh giá chức năng thất trái và mức độ hở van hai lá.

### 4. Điều trị: phẫu thuật

## HỞ VAN ĐỘNG MẠCH CHỦ

Hở van động mạch chủ thì ít gặp hơn so với hẹp van chủ: 75% số người hở van động mạch chủ là nam giới.

### 1. Nguyên nhân

Cả yếu tố bẩm sinh và yếu tố mắc phải đều đóng góp nguyên nhân cho loại bệnh này.

- Bệnh thấp là thủ phạm của 80% số người bị hở van động mạch chủ. Bệnh này đã làm dày, làm biến dạng và làm co rút lá van.

- Bệnh giang mai (Syphillis) chỉ gây ra chưa đầy 5% các trường hợp bằng cách làm giãn vòng van hoặc làm hở các tiếp điểm giữa những lá van.
- Viêm màng trong tim nhiễm khuẩn cũng góp phần gây xói lở các lá van.
- Trong hội chứng Marfan, van động mạch chủ vừa bị hoại tử vừa bị làm giãn hở.
- Dị dạng bẩm sinh là yếu tố thuận lợi cho viêm màng trong tim nhiễm khuẩn và bệnh thấp can thiệp làm giãn van động mạch chủ.

## 2. Sinh bệnh học

- Tác động của quá trình viêm nhiễm và dị dạng bẩm sinh làm cho các lá van đóng không khít hoặc làm cho vòng van giãn, biến dạng. Hậu quả là ở thì tâm trương một lượng máu trào ngược qua lỗ van động mạch chủ trở về thất trái.
- Trong cuối chu chuyển tim, đều đặn có 50% lượng máu mà thất trái đã bơm vào động mạch chủ sẽ dồn ngược trở lại qua lỗ van ở thì tâm trương. Lượng máu lớn cộng với hoạt động bù trừ làm cho thất trái phì đại gây suy tim trái. Mặt khác, áp lực nhĩ trái tăng, nhĩ trái phì đại làm cho áp lực phổi tăng, phổi sung huyết, kết quả là suy tim phải.

## 3. Triệu chứng

- Biểu hiện lâm sàng khởi đầu bởi nhận biết nhịp tim đập. Nó gây khó và rất nổi bật ở vị trí phía trái ngực. Nhịp nhanh xoang có thể xuất hiện khi gắng sức hay kích thích và nhịp sớm của thất sẽ xuất hiện.
- Khó thở gắng sức khi tim mất bù; khó thở nằm, khó thở kịch phát ban đêm và vã mồ hôi cho biết suy tim trái sắp xảy ra.

- Đau thất ngực có thể xảy ra do thiếu máu cục bộ cơ tim hoặc do tim va chạm với thành ngực trái.
- Giai đoạn cuối của bệnh được xác định bởi gan sưng to, phù mắt cá chân, bụng có nước.

#### 4. Chẩn đoán

Dựa vào:

- Triệu chứng lâm sàng.
- Tiếng thổi tâm trương êm dịu tại vị trí van động mạch chủ, độ nảy mạch lan rộng.
- Điện tâm đồ: đoạn ST chênh xuống, sóng T đảo chiều là biểu hiện phì đại thất trái.
- Siêu âm tim: cho biết khối lượng tâm thất quá tải.
- Chụp mạch: xác định mức độ nặng của bệnh mạch vành.
- Chẩn đoán quyết định bởi thông tim; đồng thời xác định mức độ nặng của bệnh van động mạch chủ.

## HỖ LỖ VAN BA LÁ

### 1. Nguyên nhân

- Bệnh thấp khớp: hở lỗ van ba lá bao giờ cũng kết hợp với hẹp lỗ van hai lá.
- U dạng ung thư ruột non.
- Bẩm sinh do dị tật ở van.
- Hở lỗ van ba lá chức năng: gặp ở những bệnh tim có giãn tim phải.

## 2. Triệu chứng lâm sàng

### a. Dấu hiệu chức năng

- Khó thở khi gắng sức, nhiều khi khó thở gắng sức không kèm theo khó thở kịch phát và khó thở nằm.
- Đau gan khi gắng sức.

### b. Dấu hiệu tĩnh mạch căng phồng

- Phù.
- Dấu hiệu nước màng bụng.
- Tĩnh mạch cổ nổi.
- Gan to, đôi khi có mạch gan tâm thu.

## 3. Chẩn đoán

Hở lỗ van ba lá cần được chẩn đoán phân biệt với viêm thất màng ngoài tim.

## 4. Điều trị

Phẫu thuật

# HỆP LỖ VAN BA LÁ

## 1. Nguyên nhân

Hẹp lỗ van ba lá là bệnh van tim khá phổ biến. Ở phụ nữ bệnh gặp 4 tới 5 lần nhiều hơn so với nam giới. Tổn thương van ba lá kiểu này ít khi đơn độc, thường đồng diễn hẹp hai lá, hẹp van động mạch phổi nhưng không kết hợp với hở van hai lá.

Thấp tim là nguyên nhân hay gặp của bệnh hẹp van ba lá.

## 2. Sinh bệnh học

Sự kết dính tại các tiếp điểm lá van, co rút và dính các sợi gân chằng làm cho lỗ van ba lá hẹp lại, máu bị chặn và dồn lại ở tim. Áp lực hệ thống tăng cao do hậu quả của sự tắc nghẽn đồng thời có giảm lượng máu bơm ra từ thất phải.

## 3. Triệu chứng

- Các triệu chứng của suy tim phải ở bệnh nhân có hẹp van ba lá gồm: chứng gan to và giãn tĩnh mạch cảnh như xơ gan do tim, dẫn tới hoàng đản.
- Việc giảm thể tích máu của thất phải sẽ làm giảm lượng máu qua phổi về tim trái rồi từ tim trái đi nuôi cơ thể. Hậu quả là người bệnh mệt mỏi, sụt cân, hạ huyết áp.

## HẸP VAN ĐỘNG MẠCH PHỔI

- Hẹp van động mạch phổi là bệnh hiếm gặp, thường có nguồn gốc bẩm sinh dù rằng nó có thể được gây ra bởi ung thư hoặc bệnh thấp cấp tính. Biểu hiện của bệnh là van động mạch phổi hẹp, cản trở luồng máu bơm lên phổi, hậu quả là một khối lượng máu không được tổng hết vào động mạch phổi trong thì tâm thu. Cả thất phải và nhĩ phải đều giãn để bù trừ cho khối lượng máu nhận được.
- Triệu chứng của hẹp van động mạch phổi gồm: tiếng thổi tâm thu mạnh, mệt mỏi và khó thở khi gắng sức. Trường hợp diễn biến nặng, bệnh nhân sẽ có các biểu hiện của suy tim phải: gan to, cổ trướng và phù.

## HỞ VAN ĐỘNG MẠCH PHỔI

Hở van động mạch phổi cũng là tình trạng hiếm gặp. Bệnh do viêm màng trong tim nhiễm khuẩn, khối u và thấp cấp tính gây ra. Những lá van động mạch phổi trở nên không hoàn bị và đóng không kín được, dòng máu dồn ngược lại thất phải ở cuối thì tâm thu, thất phải và nhĩ phải cùng phì đại. Người bệnh có biểu hiện các triệu chứng của suy tim phải tương tự như trường hợp hẹp van động mạch phổi.

## VIÊM CƠ TIM DO BỆNH THẤP KHỚP CẤP

Bệnh viêm cơ tim do bệnh thấp khớp cấp tính còn gọi là bệnh thấp tim.

### 1. Định nghĩa

Tất cả mọi định vị viêm ở tim (viêm màng trong tim, viêm cơ tim, viêm màng ngoài tim...) gặp trong quá trình bệnh thấp khớp cấp và di chứng của các định vị này được gọi là viêm cơ tim do bệnh thấp khớp cấp.

### 2. Điều kiện xuất hiện

Gần như toàn bộ các bệnh tim của trẻ em và của thanh thiếu niên là do thấp.

### 3. Nguyên nhân

Thấp khớp tim chỉ là một biến chứng của thấp khớp cấp.

### 4. Triệu chứng lâm sàng

*a. Thể cấp tính:* xảy ra trong quá trình một cơn thấp khớp cấp với các triệu chứng:

- Đau khớp: dấu hiệu đau có tính chất di chuyển tới các khớp khác nhau.
- Tim đập nhanh.
- Đau trước tim, mỏm tim đập lệch sang phía bên trái.
- Nghe tim: có tiếng thổi tâm thu ở mỏm tim.
- Có dấu hiệu loạn nhịp tim. Ở thể nặng bệnh có dấu hiệu của rung tâm nhĩ.
- Dấu hiệu suy tim: khó thở, nhịp ngựa phi khi nghe tim, ứ máu ở các tĩnh mạch, gan to, đôi khi có dấu hiệu phù.

#### *b. Thể bán cấp*

- Thấp tim tiến triển là giai đoạn tiếp theo của thể cấp tính.
- Thể mạn tính: có thương tổn van tim vĩnh viễn của bệnh thấp tim.

### **5. Tiên lượng**

Bệnh van tim do thấp khớp cấp có thể gây biến chứng "viêm màng trong tim bán cấp Osler với tỷ lệ khoảng 2-5%.

### **6. Điều trị**

- Nghỉ ngơi tuyệt đối tại giường.
- Thuốc điều trị:
  - + Kháng sinh liều cao.
  - + Phenylbutazon với liều lượng 8 - 12mg/kg thể trọng. Khi dùng thuốc này phải theo dõi công thức máu và trọng lượng cơ thể vì thuốc gây ra hiện tượng giữ nước trong cơ thể. Trong trường hợp cần thiết, sử dụng chế độ ăn nhạt cho người bệnh.
  - + Các salicylat: loại thuốc này không ngăn chặn được sự tiến triển của tổn thương tim.



- + Cortison và ACTH: có tác dụng tốt trong điều trị các thể thấp tim cấp tính. Cần kết hợp với chế độ ăn nhạt. Nếu người bệnh có dấu hiệu giữ nước hoặc sung huyết phổi thì cho thêm các thứ thuốc lợi niệu.
- + Không dùng digitalin.

## **SUY TIM PHẢI CẤP TÍNH**

Suy tim phải cấp tính được mô tả với danh từ bệnh tim do bệnh phổi cấp tính mà nguyên nhân hay gặp nhất là chứng tắc động mạch phổi. Nó biểu hiện chủ yếu bằng trạng thái shock (sốc).

## **BỆNH TIM DO BỆNH PHỔI CẤP TÍNH**

### **1. Định nghĩa**

Bệnh tim do bệnh phổi cấp tính là một hội chứng gây ra do giãn đột ngột của các khoang tim phải, khi động mạch phổi hoặc một nhánh của động mạch phổi bị tắc đột ngột và tắc rất nhiều.

### **2. Nguyên nhân**

- Tắc động mạch phổi.
- Tắc mạch khí và tắc mạch mỡ.
- Xẹp phổi.
- Khí thủng màng phổi tự phát.
- Phù phổi cấp tính.
- Viêm phổi nhiều thùy.

- Thủng vách ngăn, vỡ phình động mạch chủ vào trong động mạch phổi, thoát vị hoành.

### 3. Triệu chứng

Xem bệnh tắc động mạch phổi.

## TẮC ĐỘNG MẠCH PHỔI

### 1. Định nghĩa

Tắc động mạch phổi là cả động mạch phổi hoặc một trong các nhánh của động mạch phổi bị bít nghẽn đột ngột bởi một dị vật (cục máu đông, bóng hơi hoặc một mảnh khối u...).

### 2. Nguyên nhân

*a. Viêm nghẽn tĩnh mạch:* viêm nghẽn tĩnh mạch hậu phẫu gây ra 40% các trường hợp tắc động mạch phổi. Bệnh thường xảy ra sau phẫu thuật bụng và chậu nhỏ.

Sự bất động hoàn toàn làm cho tắc động mạch phổi xảy ra dễ dàng hơn.

Viêm tĩnh mạch của thời kỳ hậu sản càng dễ gây tắc động mạch phổi.

Chứng viêm nghẽn tĩnh mạch nào cũng có thể gây tắc mạch; tuy nhiên, cục nghẽn mạch xuất phát từ các tĩnh mạch chi dưới thường gây bệnh nhiều hơn.

*b. Bệnh tim:* vật gây tắc mạch đến từ tim phải.

Hay gặp trong:

- Hẹp lỗ van hai lá.
- Nhồi máu cơ tim.

- Viêm màng trong tim Osler ở bên phải (ở van động mạch phổi, ở van ba lá) là nguồn gốc của tắc mạch nhiễm khuẩn.

c. *Các bệnh mạn tính và làm suy mòn*: suy tim, ung thư, liệt các chi, tăng hồng cầu.

d. *Tắc mạch khí*: gặp trong bệnh tràn khí màng phổi, khí thũng phổi, thủ thuật phá thai và tắc mỡ (gặp trong gãy xương hở).

e. *Các nguyên nhân phụ trợ*: có thể gặp tắc động mạch phổi khi người bệnh đang nằm ở giường bước xuống đất.

*Chú ý*: sự bít nghẽn một động mạch nhỏ hay trung bình của hệ thống động mạch phổi ở một người mắc bệnh tim thường gây ra nhồi máu phổi vì nhu mô phổi đã bị sung huyết và tuần hoàn bàng hệ không đủ để ngăn ngừa hoại tử.

### 3. Triệu chứng

Triệu chứng của bệnh tắc động mạch phổi khác nhau tùy theo trường hợp:

a. *Thể vô triệu chứng*: gặp ở trường hợp tắc động mạch phổi nhỏ. Biểu hiện có thể:

- Không có triệu chứng.
- Hoặc: tim đập nhanh và khó thở nhẹ, có cảm giác lo âu trong chốc lát, sốt nhẹ, hạ huyết áp trong thời gian rất ngắn, có vài ngoại tâm thu.

b. *Bệnh tim do bệnh phổi cấp tính*

Tắc động mạch phổi quan trọng là nguyên nhân gây ra bệnh tim do bệnh phổi cấp tính.

*Đặc điểm của bệnh như sau*:

- Bắt đầu đột ngột.
- Có dấu hiệu khó thở và tức ngực dữ dội.

- Có thể có cơn đau sau xương ức giống như cơn đau của bệnh đau thắt ngực và của nhồi máu cơ tim.
- Sốt kết hợp với dấu hiệu suy tim phải.

Hình thái lâm sàng có thể được thể hiện qua hai loại bệnh cảnh:

- + Trạng thái sốc nổi bật, có triệu chứng: tái nhợt, nét mặt lo âu, chân tay lạnh toát, vã mồ hôi, mạch nhỏ và huyết áp hạ thấp.
- + Bệnh cảnh của suy tim phải: người bệnh khó thở nhiều, xanh tím, tĩnh mạch cổ nổi to và đập mạnh, gan to.

*c. Thể bệnh phổi và màng phổi:* đó là bệnh cảnh của chứng nhồi máu phổi.

*d. Thể suy tim tiến triển và không phục hồi.*

#### 4. Tiến triển

Có những khả năng tiến triển sau:

- Bệnh có thể khỏi, không để lại di chứng.
- Có các biến chứng: nhồi máu phổi, suy tim đột ngột.
- Tắc động mạch phổi tái phát.

#### 5. Chẩn đoán

Chẩn đoán xác định dựa vào các dấu hiệu:

- Đau ở vùng trước tim.
- Tim đập nhanh, khó thở có kèm trạng thái sốc và suy tim phải cấp tính.

Các dấu hiệu trên đây xuất hiện ở một người bệnh vừa bị phẫu thuật, một người bệnh mắc bệnh mạn tính hoặc một sản phụ.

*b. Chẩn đoán phân biệt:* cần phân biệt bệnh tắc động mạch phổi với

- Nhồi máu cơ tim.
- Tràn khí màng phổi tự phát.
- Phù phổi cấp tính.
- Hen phế quản.

## **6. Điều trị**

- Nghỉ ngơi tại giường ở tư thế ngồi, cho thuốc nhuận tràng nhẹ.
- Dùng thuốc chống đông máu: heparin (50 - 100mg/24h trong 2 ngày hoặc dicoumarol 50 - 100mg mỗi ngày).
- Liệu pháp oxy: dùng cho người bệnh thiếu oxy máu, thể hiện bằng dấu hiệu xanh tím và khó thở.
- Dùng thuốc chống đau: morphin 0,01 - 0,02g/24h (tiêm dưới da).
- Dùng thuốc chống co thắt: atropin 0.25 - 0,5mg hoặc papaverin 30mg.
- Dùng thuốc kháng sinh để điều trị nhiễm khuẩn sau khi đã bị tắc động mạch phổi.
- Trong trường hợp suy tim phải cấp tính và đe dọa phù phổi cấp tính thì có thể trích máu từ 300ml đến 500ml.

## XƠ CỨNG ĐỘNG MẠCH CHỦ

Trong bệnh xơ cứng động mạch chủ có thương tổn thoái hoá và sự phá huỷ các sợi đàn hồi nên động mạch chủ giãn rộng, cứng và giòn ngoèo.

### 1. Triệu chứng lâm sàng

- Tăng huyết áp tối đa, nhưng huyết áp tối thiểu bị hạ thấp hoặc không thay đổi do động mạch chủ bị cứng đờ.
- Có khi nghe tim thấy tiếng thổi tâm thu.

### 2. Biến chứng

a. *Phình động mạch*: hay gặp phình động mạch chủ bụng, có thể gây vỡ phình động mạch chủ bụng vào khoang sau màng bụng.

b. *Nghẽn mạch*: xảy ra trong trường hợp

- Có mảng vữa ở động mạch hoặc ở chỗ có vết loét vữa động mạch.
- Có vật tắc mạch.

Các triệu chứng của nghẽn mạch:

- Hai chi dưới bị xâm ngất.
- Teo cơ và đau hai chi dưới.
- Khập khiêng cách hồi của bắp chân.
- Hai chi dưới không còn giao động.
- Có rối loạn dinh dưỡng 2 chi dưới.

c. *Hở lỗ động mạch chủ*: hiếm gặp.

### 3. Điều trị

- Phình động mạch chủ:
  - + Điều trị triệu chứng khó thở và đau dữ dội, nằm nghỉ trên giường.
  - + Điều trị phẫu thuật.
- Nghẽn mạch: phẫu thuật

## XƠ CỨNG ĐỘNG MẠCH VÀNH

### 1. Hoàn cảnh xuất hiện

Bệnh xảy ra chủ yếu ở nam giới và là nguyên nhân quan trọng gây tử vong đàn ông độ tuổi 35 - 44, rồi tiếp tục tăng theo tuổi và gây ra khoảng 40% của tử vong đàn ông lứa 55 - 64 tuổi.

Ở nữ giới, bệnh này được gặp chủ yếu ở tuổi từ 60 đến 70.

### 2. Triệu chứng lâm sàng

- Bệnh xơ cứng động mạch vành có thể hoàn toàn không có triệu chứng lâm sàng.
- Bệnh có thể biểu hiện bằng một trong các dấu hiệu sau:
  - + Chứng đau thắt ngực: do thiếu máu cục bộ nhất thời ở một số vùng cơ tim (xem bài: đau thắt ngực).
  - + Nhồi máu cơ tim: do thiếu máu cục bộ kéo dài và hoại tử một số vùng cơ tim.
  - + Suy tim loạn nhịp: xơ hoá cơ tim và xơ hoá hệ thống dẫn truyền.

# NHỒI MÁU CƠ TIM

## 1. Định nghĩa

Nhồi máu cơ tim là chứng hoại tử do thiếu máu cục bộ ở một phần cơ tim, thông thường nhất là do một động mạch vành bị tắc gây nên.

## 2. Nguyên nhân

- Chứng nghẽn động mạch vành: động mạch vành bị tắc do nghẽn mạch và gây nên nhồi máu cơ tim.
- Nguyên nhân ít gặp: tắc động mạch vành do bệnh phẩm từ các bệnh:
  - + Viêm động mạch vành.
  - + Tắc mạch khí, tắc mạch mỡ.
  - + Chấn thương và dị tật của động mạch vành.
- Các yếu tố thuận lợi: đó là các bệnh có tác dụng làm cho chứng xơ cứng động mạch dễ xuất hiện như:
  - + Bệnh tiểu đường.
  - + Bệnh tăng huyết áp.
  - + Bệnh tăng hồng cầu.
  - + Bệnh loét dạ dày - tá tràng và bệnh đường mật.
- Các yếu tố khởi động bệnh:
  - + Gắng sức bất thường, xúc động mạnh.
  - + Chấn thương lồng ngực, trạng thái sốc.
  - + Tim đập nhanh kịch phát, chảy máu nặng.
  - + Sự lạm dụng thuốc lá.



- + Những nghề tinh tậ và luôn luôn làm cho thần kinh căng thẳng.

### 3. Triệu chứng lâm sàng

a. Các dấu hiệu báo trước: có thể gặp triệu chứng báo trước như

- Đau mơ hồ ở vùng trước tim.
- Các cơn đau thất ngực dồn dập.
- Cảm giác lo âu.

b. Các dấu hiệu chức năng

- Đau: có tính chất của đau thất ngực kéo dài. Chứng đau này không đỡ khi dùng các nitrit.
- Các dấu hiệu phụ:
  - + Lo lắng và vật vã.
  - + Nôn và nấc.
  - + Có trạng thái sốc: da xám ngắt, tứ chi lạnh toát, vã mồ hôi.
  - + Có dấu hiệu phù phổi cấp tính nếu người bệnh bị suy tim trái.
- Các dấu hiệu thực thể:
  - + Sốt khoảng 38 - 38<sup>o</sup>5 trong khoảng 10 ngày đầu tiên.
  - + Mạch nhanh, có thể loạn nhịp.
  - + Tiếng tim xa xăm, có thể thấy tiếng thổi tâm thu chức năng ở mỏm tim (do hở lỗ van hai lá chức năng).
  - + Áp lực động mạch: huyết áp có thể tăng trong những phút đầu, nhưng nhanh chóng giảm tới mức thấp nhất sau vài giờ.

- + Trạng thái sốc có thể xuất hiện trong khi áp lực động mạch tương như bình thường ở những người có bệnh tăng huyết áp.

#### 4. Các thể lâm sàng

- Thể nhẹ: triệu chứng đau có thể rất nhẹ, đặc biệt ở người cao tuổi.
- Thể cấp tính: có thể tử vong sớm.
- Thể bệnh kèm theo sốc với các triệu chứng:
  - + Giảm huyết áp.
  - + Xanh tím.
  - + Xám các đầu chi và vã mồ hôi.
- Thể bệnh kèm theo rối loạn não: có tình trạng thiếu oxy não do lưu lượng tim giảm sút đột ngột. Các dấu hiệu thường gặp là:
  - + Rối loạn tâm thần.
  - + Co giật, có thể hôn mê.
  - + Liệt nửa người.
- Thể lâm sàng kèm suy tâm thất phải cấp tính:
  - + Phù ngoại vi.
  - + Gan to.
  - + Ứ máu tĩnh mạch.
- Thể lâm sàng kèm suy tâm thất trái cấp tính:
  - + Khó thở kịch phát.
  - + Có thể có dấu hiệu phù phổi cấp tính.
- Thể lâm sàng kèm hội chứng bụng cấp tính:

- + Đau bụng.
- + Bụng cứng như gỗ: ít gặp.

## 5. Biến chứng

### a. Nghẽn mạch và tắc mạch

- Vật gây tắc mạch xuất phát từ tim trái thì đến động mạch não, động mạch thận hoặc động mạch chi dưới. Vật gây tắc mạch xuất phát từ tim phải thì đi tới động mạch phổi.
- Các vật gây tắc mạch bắt nguồn từ một chỗ nghẽn mạch từ hai chi dưới hoặc từ một cục nghẽn mạch ở màng trong tim.

b. *Loạn nhịp tim và rối loạn dẫn truyền*: hay gặp nhất là chứng tim đập nhanh, thường xuất hiện vào những ngày đầu.

c. *Suy tim*: suy tim có thể xảy ra sớm (biểu hiện trên lâm sàng dấu hiệu của phù phổi cấp tính) hoặc sau trạng thái sốc.

d. *Đau thắt ngực*: cơn đau thắt ngực có thể xuất hiện khi người bệnh hoạt động trở lại.

### e. *Loạn dưỡng phần xạ ở hai chi trên*

- Viêm quanh khớp vai - cánh tay trái hoặc phải:
- Rối loạn mạch và dinh dưỡng ở cánh tay và bàn tay.

## 6. Chẩn đoán

### a. *Chẩn đoán xác định*: dựa trên các dấu hiệu

- Đau trước tim kéo dài theo kiểu cơn đau thắt ngực và không chịu tác dụng của thuốc nitrit.
- Huyết áp hạ thấp.
- Sốt, tăng bạch cầu trong máu, có glucose trong nước tiểu.

*b. Chẩn đoán phân biệt*

- Cơ đau thắt ngực thường: có thời gian đau ngắn hơn và huyết áp động mạch không giảm.
- Viêm màng ngoài tim cấp tính.
- Bệnh đường tiêu hoá như: loét dạ dày - tá tràng, viêm tụy cấp tính, cơn đau bụng gan (trong trường hợp bệnh nhồi máu cơ tim có triệu chứng đau bụng, nôn, sốt, tăng bạch cầu trong máu).
- Bệnh đường hô hấp như:
  - + Tác động mạch phổi: khó phân biệt với bệnh nhồi máu cơ tim.
  - + Tràn khí màng phổi.
  - + Tràn dịch màng phổi.

## **7. Tiến triển**

Bệnh có thể khỏi và để lại di chứng; tuy nhiên, bệnh thường hay tái phát.

Bệnh tiến triển nặng khi có các dấu hiệu: huyết áp hạ nhiều, tim đập rất nhanh, suy tim cấp tính, sốt cao, đau dữ dội và kéo dài.

## **8. Điều trị**

*a. Điều trị trong giai đoạn cấp tính*

- Nằm nghỉ tuyệt đối trên giường.
- Thuốc giảm đau: morphin 0,01 - 0,02g.
- Thở oxy: được chỉ định trong trường hợp sốc, khó thở và suy tim.
- Điều trị sốc: dùng ephedrin 5 - 15mg tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch; angiotensin (hypertensin) với liều lượng 100 -

500γ tiêm dưới da vào khu vực thân thể (không tiêm thuốc này vào tứ chi vì bộ phận này được tưới máu kém trong trường hợp sốc).

- Dùng thuốc chống đông: phải thận trọng khi sử dụng thuốc này.

*b. Điều trị trong giai đoạn mạn tính*

- Các thuốc an thần.
- Chế độ ăn lỏng, bỏ thuốc lá, trong trường hợp suy tim thì cho chế độ ăn không có muối.
- Tránh táo bón: dùng thuốc nhuận tràng, chế độ ăn có nhiều rau và quả.
- Thuốc chống đông: có thể làm giảm được các lần tái phát của bệnh.
- Nghỉ ngơi, vận động và xoa bóp nhẹ hai chi dưới.
- Hoạt động trở lại: từ từ và tăng dần, tránh gắng sức quá nhiều.

## VIÊM CƠ TIM

### 1. Định nghĩa

Viêm cơ tim là tình trạng viêm cấp tính hay mạn tính ở cơ tim hoặc thương tổn thoái hoá cơ tim do một bệnh nhiễm khuẩn gây ra.

### 2. Nguyên nhân

*a. Bệnh nhiễm khuẩn:* các loại vi khuẩn hoặc virút, hay gặp do vi khuẩn bạch hầu.

Đặc biệt trong bệnh nhiễm khuẩn máu do tụ cầu khuẩn hay liên cầu khuẩn thì có thể hình thành các áp xe nhỏ trong cơ tim.

*b. Các tác nhân hoá học và thuốc men như: arsenic (asen), thuốc emetin, các huyết thanh.*

*c. Viêm cơ tim vô căn: gặp ở người lớn, có thể do tình trạng dị ứng.*

*d. Viêm cơ tim cấp tính nguyên phát của trẻ em: gặp ở trẻ em dưới 3 tuổi. Các triệu chứng báo trước là triệu chứng tiêu hoá, không sốt, thể hiện bằng dấu hiệu của suy tim phải cấp tính.*

### **3. Triệu chứng lâm sàng**

#### *a. Dấu hiệu chức năng*

- Có thể một số trường hợp viêm cơ tim không có triệu chứng lâm sàng.
- Các triệu chứng thường gặp: tim đập nhanh, đánh trống ngực, suy nhược.
- Ở thể nặng: khó thở, xanh tím rõ rệt, có thể xảy ra trạng thái sốc hoặc suy tim cấp tính.

#### *b. Dấu hiệu nghe ngực*

- Tiếng tim bị mờ.
- Có thể thấy tiếng ngựa phi.

### **4. Chẩn đoán**

Chẩn đoán xác định bệnh dựa vào các dấu hiệu:

- Mạch rất nhanh.
- Tiếng tim bị mờ.
- Nhịp ngựa phi (nếu có).

- Chứng loạn nhịp tim.
- Trạng thái sốc.
- Hội chứng suy tim cấp tính.

Ở người trẻ tuổi bị bệnh suy tim mà không tìm được yếu tố, nguyên nhân gây bệnh thì nghĩ đến viêm cơ tim vô căn.

### 5. Tiên tri

- Viêm cơ tim do thấp khớp và do bệnh bạch hầu có tiên tri xấu.
- Viêm cơ tim do các nguyên nhân khác đều có tiên tri tốt.
- Trạng thái sốc hoặc suy tim đều là những dấu hiệu bất lợi.
- Viêm cơ tim đã khỏi có thể trở thành nguyên nhân của giãn tim.

### 6. Điều trị

- Điều trị nguyên nhân
- Nghỉ ngơi hoàn toàn.
- Thở oxy.
- Điều trị suy tim, điều trị chứng loạn nhịp.
- Điều trị trạng thái sốc.

## SUY TIM

### 1. Định nghĩa

Suy tim là một hội chứng được nhận thấy khi cơ tim không còn khả năng đảm bảo một lưu lượng tim đủ để đáp ứng các nhu cầu của cơ thể.

Suy tim thường đi đôi với một lưu lượng tim giảm sút.

## 2. Nguyên nhân

### *a. Nguyên nhân tại tim*

- Các bệnh tim giảm lưu lượng: các bệnh làm giảm lưu lượng tim thường gặp là:
  - + Các thương tổn thoái hoá của cơ tim.
  - + Bệnh tăng huyết áp.
  - + Các dị tật của van tim.
  - + Viêm cơ tim do thấp khớp.
- Các bệnh tim làm tăng lưu lượng tim: do một số bệnh tim bẩm sinh như bệnh thông liên nhĩ, bệnh thông liên thất.
- Bệnh tràn dịch màng ngoài tim và bệnh viêm màng ngoài tim co thắt.
- Loạn nhịp tim.

### *b. Nguyên nhân ngoài tim: thường gặp trong các bệnh*

- Tăng năng tuyến giáp.
- Bệnh thiếu máu nặng.
- Bệnh xơ gan.
- Bệnh tê phù.
- Bệnh tim do bệnh phổi mạn tính.

### *c. Các nguyên nhân khác*

- Gắng sức.
- Tim đập nhanh.
- Các bệnh nhiễm khuẩn.
- Thai nghén, vòng kinh.



- Nhồi máu phổi.
- Chế độ ăn uống: bữa ăn quá no và chứa nhiều muối, chứng béo phì.
- Thời tiết nóng: trong mùa hè, tim bị mất bù.
- Tiêm truyền nhỏ giọt tĩnh mạch số lượng lớn, tốc độ nhanh.
- Triệu chứng ho làm rối loạn tuần hoàn trong phổi.
- Dùng cortison hoặc ACTH liều cao để chữa bệnh: có tác dụng giữ natri trong cơ thể.

### **3. Suy tim phải mạn tính**

#### **3.1. Định nghĩa**

Suy tim phải mạn tính là hội chứng mạn tính gây ra do sự bất lực của tim phải mà đặc điểm chủ yếu là sung huyết tĩnh mạch toàn thể (gan to, phù ngoại vi).

#### **3.2. Nguyên nhân**

- Suy tim trái: suy tim trái gây biến chứng suy tim phải hậu phát sau tăng áp lực ở động mạch phổi.
- Bệnh tim do phổi mạn tính: bệnh phổi mạn tính làm tăng sức kháng trong tiểu tuần hoàn và gây giãn tâm thất phải.
- Bệnh tim bẩm sinh: bệnh thông liên nhĩ, bệnh thông liên thất cao, bệnh tim bẩm sinh có kèm hẹp lỗ động mạch phổi.
- Bệnh viêm cơ tim do thấp khớp.
- Bệnh thiếu máu nặng, bệnh cường tuyến giáp nghiêm trọng, bệnh tê phù.
- Viêm thất màng ngoài tim.
- Tim đập nhanh kéo dài.

### **3.3. Triệu chứng lâm sàng**

#### *a. Dấu hiệu chức năng*

- Đau gan: đau ở vùng hạ sườn phải do gan to.
- Rối loạn dạ dày - ruột: chán ăn, buồn nôn, tiêu chảy, có cảm giác trướng bụng.
- Tiểu tiện nhiều về đêm: là dấu hiệu sớm và dẫn đến chứng tiểu tiện ít.
- Khó thở.
- Rối loạn kinh nguyệt ở phụ nữ.
- Rối loạn tâm thần: mất ngủ, mất trí nhớ, mê sảng.

#### *b. Dấu hiệu thực thể*

- Người bệnh xanh tím, các tĩnh mạch cổ nổi.
- Gan to và đau.
- Phù, có thể thấy tràn dịch ở ổ màng bụng và khoang màng phổi.
- Có dấu hiệu đập rất mạnh ở vùng thượng vị (dấu hiệu tim đập mạnh), tim đập nhanh và có chứng rung tâm nhĩ.

### **3.4. Chẩn đoán phân biệt**

Cần phân biệt với các bệnh:

- Viêm thất màng ngoài tim.
- Khí thủng phổi.
- Xơ gan.
- Rối loạn về mạch ngoại vi: bệnh giãn tĩnh mạch gây nên chứng phù cẳng chân.
- Chứng béo phì: có áp lực tĩnh mạch cao và phù nhẹ ở cẳng chân.

## **4. Suy tim trái cấp tính**

### **4.1. Định nghĩa**

Suy tim trái cấp tính là hội chứng cấp tính xảy ra ở những người mắc bệnh tim trái mà đặc điểm chủ yếu là chứng khó thở kịch phát.

### **4.2. Nguyên nhân**

- Suy tâm thất trái: gặp ở các bệnh
  - + Tăng huyết áp.
  - + Bệnh động mạch chủ.
  - + Các thương tổn thoái hoá của tâm thất trái: gặp trong bệnh nhồi máu cơ tim, bệnh xơ cứng động mạch vành.
- Suy tâm nhĩ trái: bệnh hẹp lỗ van hai lá.

### **4.3. Triệu chứng**

Triệu chứng thay đổi tùy theo thể bệnh.

- Thể nhẹ:
  - + Khó thở về đêm, trong chốc lát.
  - + Ho.
  - + Có cảm giác lo âu.
- Thể hen tim: thể này có tính chất kinh điển của chứng suy tâm thất trái cấp tính.
- Thể phù phổi cấp: là biểu hiện nặng nhất của suy tim trái cấp tính.

### **4.4. Tiến triển**

- Tiến triển của bệnh phụ thuộc vào nguyên nhân.
- Các giai đoạn cấp tính nhẹ dần đi khi suy tim phải đã hình thành.

#### **4.5. Chẩn đoán**

- Chẩn đoán xác định: dựa vào những cơn khó thở kịch phát xảy ra ở người mắc một bệnh tim trái (hay là hẹp lỗ van hai lá).
- Chẩn đoán phân biệt:
  - + Hen phế quản.
  - + Phù phổi do nguyên nhân nhiễm khuẩn: gặp ở người cao tuổi bị viêm phổi hay viêm phế quản - phổi (người bệnh sốt cao).

#### **4.6. Điều trị**

- Uống digitalin hoặc tiêm tĩnh mạch ouabain.
- Tiêm morphin 0,01 - 0,02g. Cần thận trọng khi sử dụng morphin đối với người già, người mắc bệnh gan và bệnh viêm thận mạn tính.
- Dùng aminophyllin để điều trị co thắt phế quản trong bệnh suy tim trái cấp tính.
- Trích máu 300 - 500ml trong các trường hợp nặng.
- Thở oxy.
- Dùng thuốc lợi niệu.
- Chế độ ăn không có muối.

### **5. Suy tim trái mạn tính**

#### **5.1. Nguyên nhân**

- Tăng huyết áp động mạch không rõ nguyên nhân hoặc do nguyên nhân ở thận.
- Thương tổn thoái hoá của cơ tim: gặp trong bệnh nhồi máu cơ tim hoặc xơ cứng động mạch vành.

- Các tật của van tim: gặp trong các bệnh hẹp eo động mạch chủ, hở động mạch chủ do thấp khớp, hở và hẹp lỗ van hai lá, viêm màng ngoài tim co thắt lan sang tim trái.

## **5.2. Triệu chứng lâm sàng**

### *a. Dấu hiệu chức năng*

- Cơ thể yếu và chóng mệt mỏi.
- Khó thở: khó thở khi gắng sức. Trong thể bệnh nặng có khó thở nằm.
- Ho.
- Ho ra máu: do hẹp lỗ van hai lá hoặc do nhồi máu phổi.

### *b. Dấu hiệu thực thể*

- Da xanh tím.
- Tâm thất trái to: sờ lồng ngực thấy sự chạm dội của mỏm tim vào lồng bàn tay và mỏm tim bị xô dịch xuống dưới về phía bên trái.
- Mạch so le: có sự luân phiên một cái đập mạnh rồi đến một cái đập yếu.
- Tim đập nhanh và tiếng thứ hai mạnh, đôi khi có tiếng ngựa phi.
- Nghe phổi có ran ẩm ở hai đáy, đó là ran ứ đọng.

## **5.3. Chẩn đoán**

Chẩn đoán xác định bệnh dựa vào các dấu hiệu:

- Khó thở gắng sức hoặc khó thở nằm.
- Có ran ứ đọng ở phổi.
- Khoang tim trái to.

#### **5.4. Điều trị:** dùng các thuốc:

- Spartein.
- Digitalin.
- Strophantin (Ouabain)
- Thuốc lợi niệu.

### **6. Suy tim toàn bộ**

#### **6.1. Suy tim toàn bộ cấp tính**

Suy tim toàn bộ cấp tính gặp trong các bệnh:

- Viêm cơ tim do thấp khớp.
- Viêm thận.
- Nhiễm độc do nội tiết tố tuyến giáp trạng.

#### **6.2. Suy tim toàn bộ mạn tính**

Hội chứng này bắt đầu bằng chứng suy tim trái và sau đó bị thêm biến chứng suy tim phải.

Tuy nhiên, vẫn có những bệnh tim gây gánh nặng cho cả hai tâm thất cùng một lúc: gặp trong bệnh van hai lá và bệnh động mạch chủ.

Trong suy tim toàn bộ: vừa có các triệu chứng của suy tim trái, vừa có các triệu chứng của suy tim phải.

### **7. Tim lão suy**

#### **7.1. Định nghĩa**

"Tim lão suy" là suy tim xảy ra ở người cao tuổi và do quá trình thoái hoá của cơ tim. Trong bệnh tim của người cao tuổi, sự tưới máu cho cơ tim do các động mạch vành chỉ bị rối loạn rất ít.

### **7.2. Nguyên nhân**

- Quá trình thoái hoá của tim do hoạt động tạo ra hiện tượng teo các sợi cơ tim.
- Các yếu tố khác như:
  - + Xơ cứng động mạch.
  - + Tăng huyết áp
  - + Bệnh phổi mạn tính tác động trên một quả tim đang thoái hoá.

### **7.3. Triệu chứng lâm sàng**

Là bệnh cảnh của suy tim mà không có tăng huyết áp, không có các dấu hiệu suy động mạch vành và không có bệnh phổi mạn tính.

Tiến triển của chứng suy tim này tuần tiến. Tim càng thoái hoá nhiều thì tiến triển càng nặng.

### **7.4. Chẩn đoán**

Chẩn đoán dựa vào hai yếu tố:

- Có dấu hiệu lão hoá ở các cơ quan khác.
- Không có yếu tố gây bệnh khác, nhất là không thấy có xơ cứng động mạch vành.

### **7.5. Điều trị**

Theo cách điều trị suy tim.

## **8. Các biến chứng của suy tim**

Suy tim là một bệnh toàn thân, có thể gây nên các loại biến chứng như biến chứng gan, biến chứng thận, biến chứng não.

Các biến chứng đáng sợ nhất là nghẽn tĩnh mạch và nhiễm khuẩn ở phổi.

### **8.1. Nghẽn tĩnh mạch**

Hay gặp, nhất là ở người suy tim phải mà nằm nghỉ tại giường.

Biến chứng này thường có biểu hiện triệu chứng trên lâm sàng khi xảy ra tắc động mạch phổi hoặc nhồi máu phổi.

### **8.2. Nhiễm khuẩn ở phổi**

Nhiễm khuẩn phổi xảy ra khi có ứ đọng máu ở trong phổi. Thường gặp viêm phế quản và viêm phổi. Viêm phổi hay xảy ra do ứ huyết ở chỗ thấp.

## **9. Tiến triển của suy tim**

Tiến triển của suy tim phụ thuộc vào các yếu tố gây bệnh.

- Suy tim gây ra bởi các yếu tố ngoại lai như: nhiễm độc nội tiết tố tuyến giáp, bệnh thiếu máu, bệnh tê phù có tiến triển tốt khi chữa khỏi nguyên nhân.
- Suy tim do bệnh tim bẩm sinh hay bệnh tim mắc phải có khả năng phẫu thuật (như bệnh hẹp lỗ van hai lá, hẹp ống động mạch...) cũng có tiến triển tốt.
- Suy tim xảy ra sau nhồi máu cơ tim: có tiến triển xấu.
- Suy tim ở người có bệnh tăng huyết áp đôi khi cũng có tiến triển tốt.
- Suy tim ở người được nghỉ ngơi an nhàn có tiến triển tốt, nhưng vẫn có thể đột nhiên xảy ra biến chứng bất ngờ như phù phổi, tắc động mạch, nhồi máu phổi, viêm phổi.



## 10. Phân loại suy tim

Phân loại suy tim dựa vào mức độ nặng nhẹ của bệnh.

- Loại 1: bệnh tim chưa làm giảm sút các khả năng hoạt động của thể lực.
- Loại 2: bệnh tim đã làm giảm sút nhẹ khả năng hoạt động thể lực. Người bệnh cảm thấy khó chịu khi gắng sức nhiều.
- Loại 3: bệnh tim đã làm cho khả năng hoạt động thể lực bị giảm nhiều. Người bệnh không có triệu chứng suy tim khi được nghỉ ngơi.
- Loại 4: có những rối loạn nặng khi người bệnh gắng sức rất nhẹ.

## 11. Điều trị suy tim

### 11.1. Điều kiện cần điều trị suy tim

*a. Khi người bệnh có các triệu chứng:* mệt nhọc, khó thở khi gắng sức... thì cần điều trị. Phương pháp điều trị:

- Tăng giờ nghỉ ngơi.
- Dùng thuốc an thần.
- Chế độ ăn có ít muối.

*b. Khi người bệnh bị suy tim thực sự:* áp dụng phương pháp

- Nằm nghỉ tuyệt đối ở trên giường.
- Dùng thuốc digitalin, thuốc lợi niệu.
- Thở oxy và cho chế độ ăn nhạt.

### 11.2. Tiêu chuẩn đánh giá tác dụng của điều trị

Tiêu chuẩn để đánh giá hiệu lực của điều trị là:

- Thể trọng của người bệnh: khi giảm thể trọng là bệnh đỡ ở người mắc bệnh tim.
- Mạch: mạch chậm lại là bệnh đỡ. Cần đếm tiếng tim đập trong khi nghe tim. Không nên tin vào mạch quay, vì mạch quay có thể chậm lại do chứng chẹn tâm nhĩ - thất gây nên bởi ngộ độc thuốc digitalin.
- Mức bài niệu: nếu đi tiểu nhiều hơn thì đó là dấu hiệu của bệnh giảm.
- Bóng tim: khi bóng tim thu nhỏ là dấu hiệu của bệnh tiến triển tốt.

### **11.3. Sự nghỉ ngơi**

Tùy theo mức độ nặng nhẹ của từng trường hợp bệnh mà ta có thể chỉ định cách nghỉ ngơi như sau:

- Hạn chế bớt sự hoạt động.
- Nghỉ ngơi tuyệt đối: áp dụng đối với suy tim nặng hoặc suy tim cấp tính.

*Cần chú ý:* nằm nghỉ kéo dài có thể gây nên

- + Viêm tĩnh mạch và biến chứng của viêm tĩnh mạch.
- + Người bệnh dễ bị ứ máu ở phổi có thể gây ra viêm phổi hoặc viêm phế quản.
- + Gây táo bón, làm giảm trương lực cơ và mạch, gây ảnh hưởng không tốt đến tinh thần của người bệnh.

### **11.4. Thực hiện các biện pháp điều trị**

#### *a. Nhu cầu calo*

- Chế độ ăn làm cho người bệnh gầy đi đối với trường hợp mắc bệnh tim kèm theo béo phì.

- Chế độ ăn lỏng đối với người bệnh bị suy tim nặng.
- Tránh để người bệnh bị táo bón và trướng bụng.

*b. Nước uống*

- Không cần hạn chế lượng nước uống đối với người bệnh đang ăn theo chế độ ăn không có muối.
- Cần cho người bệnh uống để đỡ khát với nước uống không chứa natri.
- Tránh nước khoáng và sữa.

*c. Chế độ ăn ít muối:* phải giảm càng nhiều càng tốt mức cung cấp natri trong thức ăn. Chế độ ăn ít muối được chỉ định trong:

- Suy tim có nước trong ổ màng bụng, có phù: mức 0,5g natri/24h.
- Suy tim có tăng huyết áp: mức natri <0,2g/24h.

*d. Các vitamin:* dùng vitamin B1 liều cao hàng ngày (2 - 10mg/24h).

*e. Cai thuốc lá hoàn toàn,* nhất là trong trường hợp đau thắt ngực, đánh trống ngực và ho.

**11.5. Thuốc an thần**

- Việc sử dụng đúng mức thuốc an thần sẽ có tác dụng làm cho người bệnh bớt chứng lo lắng và góp phần làm cho nhịp tim chậm lại.
- Trong trường hợp suy tim nặng, có thể dùng morphin trong những ngày đầu tiên. Sau đó, nên dùng các barbituric, meprobamat và reserpin.

*Chú ý:* clopromazin và các dẫn xuất của nó có nhược điểm là làm cho nhịp xoang nhanh lên.

## 11.6. Digitalin

a. *Chỉ định điều trị*: digitalin được dùng trong trường hợp

- Suy tim cấp tính hoặc mạn tính.
- Rung tâm nhĩ, chứng tim đập nhanh kịch phát trên tâm thất.

b. *Các chống chỉ định*: không dùng thuốc digitalin trong các trường hợp sau

- Đau thắt ngực không có suy tim, suy nhược thần kinh - tuần hoàn, phù ngoại vi do nguyên nhân ngoài tim, tim đập nhanh xoang (không có suy tim).
- Có dấu hiệu nhiễm độc digitalin.
- Phải thận trọng khi dùng digitalin trong các trường hợp: viêm cơ tim do thấp khớp, hội chứng Adams -Stokes.

c. *Nhiễm độc digitalin*

- Các dấu hiệu nhiễm độc digitalin:
  - + Dấu hiệu dạ dày - ruột: buồn nôn, chán ăn, nôn, tiết nhiều nước bọt, đau bụng và tiêu chảy.
  - + Dấu hiệu thị giác: giảm thị lực, ám điểm, giảm sắc thị.
  - + Dấu hiệu thần kinh: nhức đầu, vật vã, mất phương hướng, chóng mặt, nhược cơ.
- Điều trị nhiễm độc digitalin:
  - + Điều trị buồn nôn: dùng bismuth và các thuốc kháng histamin, clopromazin (25mg tiêm bắp).
  - + Điều trị chứng loạn nhịp: khi nhịp tim chậm lại hay nhanh lên thì ngừng dùng digitalin.

Trong trường hợp loạn nhịp nguy hiểm, cho clorua kali 2,5g. Nếu người bệnh bị hôn mê thì cho kali clorua thụt trực

tràng hoặc tiêm tĩnh mạch (tiêm chậm tĩnh mạch dung dịch kali clorua 10% với liều lượng 0,5 - 1ml mỗi phút. Không cho quá 1g).

- + Điều trị mất nước: truyền nhỏ giọt tĩnh mạch dung dịch glucose đẳng trương.
- + Điều trị dấu hiệu thần kinh: dùng atropin để điều trị chứng kích thích hành não.

*Ghi chú:*

- Calci tăng cường tác dụng của digitalin. Vì vậy không được cho calci cùng với digitalin.
- Có sự đối kháng giữa digitalin và ion kali. Do đó, tác dụng độc của digitalin tăng lên ở những người bệnh đã mất kali (do tác dụng của thuốc lợi niệu hoặc của các corticoid). Do đó, trong các trường hợp này, nên cẩn thận cho người bệnh uống một thứ muối kali kèm theo thuốc digitalin.

**11.7. Thuốc lợi niệu**

- Chỉ định dùng thuốc: dùng thuốc lợi niệu trong các trường hợp suy tim có kèm theo phù, ứ máu ở phổi và ở gan, tràn dịch màng phổi và tràn dịch màng bụng có phổi hợp với chế độ ăn nhạt mà bệnh không thuyên giảm.
- Chống chỉ định: không dùng thuốc lợi niệu trong trường hợp suy thận và đặc biệt là trong bệnh viêm tiểu cầu thận.
- Sử dụng thận trọng thuốc lợi niệu trong trường hợp đang bị sốt và ở người bệnh mắc bệnh tiền liệt tuyến (gây ra nguy cơ bí tiểu tiện).
- Không dùng thuốc lợi niệu khi người bệnh có phản ứng dị ứng đối với thuốc lợi niệu thủy ngân.

### **11.8. Liệu pháp oxy**

Chỉ định của liệu pháp oxy trong suy tim là: khó thở nặng, xanh tím cao độ, trạng thái lo âu, vật vã và mê sảng, chứng ho không cầm được.

## **VIÊM MÀNG NGOÀI TIM CẤP TÍNH**

### **1. Định nghĩa**

Viêm màng ngoài tim cấp tính là viêm màng ngoài tim lúc đầu có dịch rỉ tơ huyết (viêm màng ngoài tim khô) và sau thì chuyển sang dịch rỉ thanh tơ.

### **2. Nguyên nhân**

Các nguyên nhân có thể gặp:

#### *a. Nguyên nhân do viêm*

- Lành tính (có thể do virút).
- Nặng: do vi khuẩn (từ một nhiễm khuẩn ở phổi, ở màng phổi hoặc ở trung thất), do lao (hậu phát do lao phổi hoặc lao màng phổi), do nấm Actinomyces, do bệnh sán Echinococcus (hiếm gặp).

#### *b. Nguyên nhân không do viêm*

- Do chuyển hoá: tăng urê huyết nặng.
- Do thiếu máu cục bộ: gặp trong bệnh nhồi máu cơ tim (viêm màng ngoài tim sau cơ thất tim).
- Do chấn thương.
- Do chảy máu: các tạng chảy máu, do quá liều các thuốc chống đông.

- Do ung thư: ít gặp.

c. *Nguyên nhân chưa biết*: các bệnh mô tạo keo như bệnh viêm nút quanh động mạch, bệnh lupus ban đỏ.

### 3. Triệu chứng lâm sàng

#### a. *Dấu hiệu chức năng*

- Đau trước tim: đau khu trú ở vùng trước tim. Có thể có hướng lan giống như trong cơn đau thắt ngực. Có thể đau lan xuống dưới bụng và dễ nhầm với một hội chứng bụng cấp tính.
- Khó thở: xảy ra sớm và thường dữ dội.
- Dấu hiệu ép trung thất: khó nuốt, khàn tiếng, ho (gặp trong trường hợp tràn dịch nhiều).
- Sốt: gặp trong trường hợp viêm.

#### b. *Dấu hiệu thực thể*

- + Gõ vùng tim thấy vùng đục của tim rộng ra.
- + Nghe tim thấy tiếng tim mờ, có thể thấy tiếng cọ sát màng ngoài tim.

#### *Ghi chú:*

Khi màng ngoài tim bị tràn dịch rất nhiều thì dịch sẽ gây ép tim. Trong trường hợp này, ta thấy có các dấu hiệu:

- Tĩnh mạch cảnh nổi.
- Gan to.
- Mạch nghịch thường xuất hiện.
- Huyết áp giảm nhiều.

Trong trường hợp này, phải chọc tháo dịch màng tim ngay để xử trí cấp cứu.

#### 4. Các thể bệnh theo nguyên nhân

##### *a. Viêm màng ngoài tim cấp lành tính*

- Có tiền sử bệnh là bệnh nhiễm khuẩn đường hô hấp trên.
- Bệnh bắt đầu đột ngột, có triệu chứng đau đầu và sốt. \*
- Có thể kèm theo tràn dịch màng phổi ở một bên hoặc ở cả hai bên.

##### *b. Viêm màng ngoài tim do thấp khớp*

- Xảy ra trong quá trình tiến triển của thấp khớp cấp tính.
- Gặp ở người trẻ tuổi.

##### *c. Viêm màng ngoài tim do lao*

- Thường phát sinh sau bệnh lao phổi hoặc lao màng phổi.
- Tiến triển mạn tính, có thể trở thành viêm thất màng ngoài tim.
- Tiên lượng bệnh: xấu.

##### *d. Viêm màng ngoài tim do thiếu máu cục bộ*

- Khoảng 20% trường hợp nhồi máu cơ tim gây biến chứng viêm màng ngoài tim.
- Có tiếng cọ xát màng ngoài tim khi nghe tim.

##### *e. Viêm mũ màng ngoài tim*

- Thường xảy ra hậu phát sau bệnh nhiễm khuẩn phổi, nhiễm khuẩn màng phổi hoặc sau một áp xe dưới cơ hoành.
- Xảy ra ở trẻ em nhỏ tuổi và trẻ em còn bú.
- Tiên lượng bệnh: xấu.

*f. Viêm màng ngoài tim chảy máu:* khi lạm dụng thuốc chống đông máu có thể là nguyên nhân gây ra viêm màng ngoài tim chảy máu nặng.



Viêm màng ngoài tim do urê huyết cao: xảy ra vào giai đoạn cuối của viêm thận mạn tính, tỷ lệ tử vong cao.

## 5. Chẩn đoán

a. *Chẩn đoán xác định*: để xác định bệnh, cần dựa vào các dấu hiệu:

- Đau trước tim.
- Khó thở.
- Nghe tim thấy tiếng cọ xát màng ngoài tim.

b. *Chẩn đoán phân biệt*: cần phân biệt với các bệnh

- Nhồi máu cơ tim.
- Tắc động mạch phổi.
- Giãn tim do suy tim hoặc do viêm cơ tim.

## 6. Điều trị

a. *Điều trị triệu chứng*

- Dùng thuốc giảm đau, chườm nước đá vùng trước tim.
- Chọc tháo nước màng ngoài tim. Khi người bệnh có triệu chứng khó thở, tim đập nhanh, huyết áp giảm, hoặc người bệnh bị sốc (shock).

b. *Điều trị nguyên nhân*

- Viêm màng ngoài tim cấp lành tính:
  - + Dùng salicylat và corticosteroid có kết quả tốt.
  - + Thuốc kháng sinh: ít tác dụng.
- Viêm màng ngoài tim do thấp khớp:
  - + Dùng salicylat và corticosteroid.
  - + Điều trị như đối với bệnh thấp khớp cấp tính.

- Viêm màng ngoài tim do lao:
  - + Dùng các kháng sinh đặc hiệu đối với bệnh lao.
  - + Chọc tháo nước màng ngoài tim nếu có các dấu hiệu ép tim.
- Viêm màng ngoài tim có mũ: điều trị toàn thân bằng các kháng sinh liều cao đặc hiệu đối với vi khuẩn lao.
- Viêm màng ngoài tim chảy máu: nếu viêm màng ngoài tim do giảm prothrombin huyết thì phải ngừng cho thuốc chống đông, phải truyền máu, dùng thuốc vitamin K hoặc protamin.

## VIÊM THẮT MÀNG NGOÀI TIM

Viêm thắt màng ngoài tim cùng nghĩa với dính màng ngoài tim hoặc hội chứng Pick.

### 1. Định nghĩa

Viêm thắt màng ngoài tim là do dính và xơ hoá túi màng ngoài tim, làm cản trở sự hoạt động của tim, nhất là trong thời kỳ tâm trương.

### 2. Nguyên nhân

Bệnh lao có thể được coi như nguyên nhân chính của viêm thắt màng ngoài tim. Trong phần lớn trường hợp bệnh lao lúc đầu đã bị bỏ qua không được phát hiện.

Co thắt màng ngoài tim ít khi xảy ra sau các bệnh: viêm màng ngoài tim cấp lành tính, viêm mũ màng ngoài tim, tràn máu màng ngoài tim.

Viêm thắt màng ngoài tim không xảy ra sau khi bị thấp khớp cấp.

### 3. Triệu chứng lâm sàng

#### *a. Dấu hiệu toàn thân và dấu hiệu chức năng*

Thường gặp:

- Khó thở.
- Căng bụng.
- Phù hai chi dưới.
- Ở trẻ em: có chứng nhi tính.
- Ở người lớn: thường bị gầy sút.
- Ở các thể nặng: có dấu hiệu xanh tím.

#### *b. Dấu hiệu thực thể*

- Gan to.
- Tĩnh mạch cổ nổi.
- Có nước trong ổ màng bụng.
- Phù.
- Mạch nhỏ và huyết áp động mạch ở vào khoảng 100/80mmHg.
- Có thể gặp tràn dịch màng phổi.
- Nghe tim có thể thấy tiếng thổi tâm thu và thường gặp chứng rung tâm nhĩ.

### 4. Tiên triển

Tiến triển của bệnh thường xấu.

Có khi người bệnh chịu đựng được một khoảng thời gian dài từ 10 đến 20 năm.

## 5. Chẩn đoán

### a. Chẩn đoán xác định

Dựa vào dấu hiệu:

- Khó thở.
- Gan to.
- Tăng áp lực tĩnh mạch.

### b. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với:

- Suy tim: dựa vào
  - + Tiền sử.
  - + Các dấu hiệu lâm sàng.
  - + Tim to ra nhiều (trong viêm thất màng ngoài tim: tim hơi to, không tương xứng với mức cương máu tĩnh mạch).
- Xơ gan: dựa vào
  - + Dấu hiệu gan có thương tổn.
  - + Tăng áp lực tĩnh mạch được giới hạn trong hệ thống tĩnh mạch cửa - chủ.
- Tĩnh mạch chủ trên bị chèn ép hoặc bị tắc: có tuần hoàn bàng hệ tĩnh mạch ở ngực.

Chứng chèn ép hoặc tắc tĩnh mạch chủ dưới thì không gây tăng áp lực tĩnh mạch ở hai chi trên.

- Bệnh hẹp lỗ van ba lá: thường có kèm theo hẹp lỗ van hai lá.

## 6. Điều trị

- Áp dụng chế độ ăn không có muối.
- Dùng thuốc lợi niệu thuy<sup>2</sup> ngân như mersalyl, salyrgan, neptal, novurit, mesraluril.
- Chọc tháo nước màng bụng.

- Đôi khi cần dùng thuốc digitalin và thuốc làm giảm lượng protein huyết (nếu có).
- Phẫu thuật: bóc vỏ tim.

## **RỐI LOẠN TÂM THẦN - THÂN THỂ**

- Rối loạn tâm thần - thân thể không phải là bệnh tim, nhưng hậu quả giống như bệnh tim. Các dấu hiệu sau có thể gặp:
  - + Giảm sút sự hoạt động.
  - + Có mối quan hệ giữa tim và trạng thái xúc cảm: lo âu, sợ sệt, đánh trống ngực, ngất, đau ở vùng tim.

Khi trạng thái lo âu trở nên trầm trọng thì chứng tim đập nhanh cũng tăng.

- Thuốc lá và cà phê: làm cho tình trạng của người bệnh càng nặng thêm ở trường hợp loạn thần kinh chức năng tim.

(Tìm hiểu thêm nội dung của bài suy nhược thần kinh tuần hoàn).

## **BỆNH PHỔI DO TIM**

### **1. Định nghĩa**

Bệnh phổi do tim là chứng ứ máu ở phổi. Đó là sự sung huyết thụ động ở phổi, có nhiều ổ chảy máu hoặc ổ xơ hoá.

### **2. Nguyên nhân**

- Suy tâm thất trái có kèm những biểu hiện phổi do tăng áp lực tĩnh mạch phổi.

- Người mắc bệnh tim có hiện tượng giữ nước và muối do rối loạn tuần hoàn thận.
  - Bệnh tim mạn tính gây ứ máu ở phổi.
- Ứ máu và phù ở phổi còn có thể có thêm nhồi máu phổi.

### 3. Triệu chứng

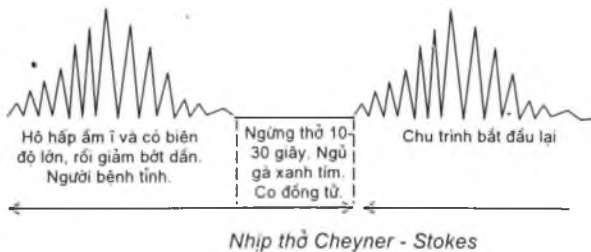
Sự ứ máu phổi cấp tính gặp trong nhồi máu lan rộng của tâm thất trái, biểu hiện bằng chứng phù phổi cấp tính.

Trong các thể tiến triển từ từ, các triệu chứng lâm sàng của ứ máu phổi là:

- Khó thở do tim: khó thở gắng sức, khó thở nằm, cơn khó thở kịch phát về đêm, có nhịp thở nhanh và giảm dần dẫn đến ngừng thở một lúc, rồi sau đó lại bắt đầu chu kỳ lại (gọi là nhịp thở Cheyner - Stokes).
- Có tiếng ran hai thì ở hai đáy phổi khi có ứ đọng dịch ở trong nhu mô phổi.

### 4. Điều trị

Điều trị suy tim



# PHỤ PHỔI CẤP

## 1. Định nghĩa

Phụ phổi là một hội chứng thường kịch phát do huyết thanh từ trong các mao mạch phổi thoát ra bên ngoài mạch, chảy vào bên trong các phế nang gây ra.

## 2. Nguyên nhân

*a. Nguyên nhân ở tim:* tất cả các bệnh gây tổn thương tâm thất trái đều có thể dẫn tới phụ phổi cấp.

Ngoài ra, còn có các nguyên nhân:

- Tăng huyết áp nặng và kéo dài.
- Bệnh van tim, chủ yếu là bệnh hẹp lỗ van hai lá và bệnh hở lỗ động mạch chủ.
- Nhồi máu cơ tim.
- Viêm màng ngoài tim nặng.

*b. Nguyên nhân viêm nhiễm*

- Phụ phổi cấp có thể xảy ra trong quá trình tiến triển của một bệnh nhiễm trùng.
- Có thể nói là một biến chứng của bệnh viêm phổi, viêm phế quản - phổi hoặc lao phổi.
- Ở người mắc bệnh tim có kèm theo bệnh nhiễm khuẩn đường hô hấp hoặc bệnh nhiễm khuẩn phổi.

*c. Nguyên nhân nhiễm độc*

Nhiễm độc ở phổi làm thương tổn các mao mạch ở phổi và gây ra phụ phổi. Các chất gây nhiễm độc phổi:

- Các acsin, dẫn xuất của clo (hơi độc chiến tranh), amoniac, chất bốc hơi của acid mạnh hoặc của cadimi (có trong sản phẩm dùng trong công nghiệp).
- Nhiễm độc barbituric, morphin các iodua và rượu.

*d. Nguyên nhân hiếm gặp*

- Phù phổi cấp do chọc tháo nước màng phổi số lượng nhiều và nhanh.
- Phù phổi cấp có thể xảy ra trong trường hợp bị tổn thương ở não (do nhiễm khuẩn, do chấn thương hoặc do bệnh của mạch máu) và bệnh ở tuỷ sống.
- Phù phổi cấp có thể gặp trong trường hợp thai nghén hoặc trong lúc hành kinh, nhất là ở người mắc bệnh tim.
- Phù phổi có thể gặp trong trường hợp người bệnh được tiêm truyền dịch vào tĩnh mạch với một thể tích dịch quá lớn.
- Phù phổi có thể gặp trong trường hợp dẫn lưu dờm dãi trong khí - phế quản, không đủ để làm thông thoáng đường dẫn khí.

### **3. Triệu chứng lâm sàng**

Đây thường là một tai biến của suy tâm thất trái cấp tính, được gặp ở người bệnh:

- Tăng huyết áp: cơn phù phổi cấp xảy ra vào các giờ đầu của ban đêm.
- Hẹp lỗ van hai lá: cơn phù phổi cấp tính gắn liền với gắng sức hoặc với hành kinh.

*a. Dấu hiệu chức năng*

- Người bệnh có cảm giác: ngọt nhạt và tức ngực, cảm thấy buồn buồn trong thanh quản, lo âu và sợ sệt.



- Da xanh tím, đầu chi giá lạnh và nhợt mờ hôi.
- Có cơn ho rũ rượi, khạc nhiều đờm ngầu bọt màu hồng chứa 2 - 3% protein. Đôi khi khạc ộc ra chất thanh dịch.

*b. Dấu hiệu thực thể*

Nghe phổi thấy có ran ướt, ran ngáy và ran rít ở 2 phổi, có tính chất tăng dần lên cao giống như dấu hiệu nước thủy triều dâng lên.

- Nghe tim: có thể thấy tiếng ngựa phi.
- Mạch nhanh, đôi khi nhỏ khó bắt.
- Huyết áp giảm nhiều trong thời gian có cơn.

#### **4. Các thể lâm sàng**

*a. Thể bán cấp*

- Chỉ thể hiện dấu hiệu phổi không điển hình.
- Có những dấu hiệu của suy tâm thất trái.

*b. Thể tối cấp tính*

- Người bệnh hôn mê.
- Nghe phổi thấy tiếng ran ướt ứ đọng với âm thanh lọc sọc không đều.
- Có đờm bọt trào ra mồm và mũi.

#### **5. Chẩn đoán**

Với triệu chứng khạc đờm đặc trưng của bệnh, việc chẩn đoán phù phổi cấp không khó khăn.

#### **6. Tiến triển**

- Phù phổi cấp tính được điều trị sớm có tiến triển tốt.

- Tuy nhiên, bệnh thường tái phát và có tiến triển xấu sau một thời gian dài.

## 7. Điều trị

Thể bệnh do nguyên nhân tim:

- Nghỉ ngơi tại giường ở tư thế ngồi để làm giảm bớt lượng máu tĩnh mạch trở về tim.
- Thuốc morphin: thuốc làm giảm sự lo lắng, ức chế các phản xạ phổi, gây ngủ.

Liều lượng 0,01 - 0,03g tiêm bắp/24h.

*Ghi chú:*

- Cần thận trọng khi dùng morphin ở người mắc bệnh tim có tuổi cao hoặc đã có thương tổn quan trọng ở gan.
- Không dùng morphin ở người bệnh có chứng ngại vật ở đường hô hấp (như trường hợp có nhiều dịch tiết hoặc đờm dãi), cần hút dịch ở phế quản.
- Trích máu từ 300 đến 500ml hoặc đặt ga rô ở chi rồi nối lỏng dần.
- Thuốc digitalin hoặc ouabain 1/4mg tiêm tĩnh mạch.
- Thuốc aminophyllin: tiêm tĩnh mạch hoặc dùng thuốc đạn nạp hậu môn.
- Liệu pháp oxy: oxy làm bớt chứng giảm oxy trong mô và tế bào, làm giảm khó thở và làm giảm độ thấm thấu mao mạch.

*b. Thể bệnh do viêm*

- Dùng thuốc an thần, không sử dụng morphin.
- Thở oxy trong trường hợp có xanh tím và khó thở nhiều.

- Dùng kháng sinh liều cao.
- c. *Thể bệnh do nhiễm độc*
- Dùng thuốc an thần: cẩn thận trọng khi dùng.
- Thở oxy.

## NHỒI MÁU PHỔI

### 1. Định nghĩa

Nhồi máu phổi là sự hoại tử do thiếu máu cục bộ của nhu mô phổi. Xảy ra hậu phát sau một tai biến tắc động mạch phổi.

### 2. Nguyên nhân

Xem bài tắc động mạch phổi.

Nhồi máu phổi là do một tắc động mạch phổi xảy ra ở phổi đang bị ứ đọng tuần hoàn.

Trong trường hợp này, tuần hoàn bàng hệ không đủ khả năng đảm bảo sự nuôi dưỡng vùng phổi bị thiếu máu cục bộ nữa.

### 3. Triệu chứng lâm sàng

a. *Dấu hiệu chức năng*

- Đau ngực: chứng đau này có tính chất của đau màng phổi, đau tăng lên khi ho và khi thở sâu.

Nếu vùng phổi bị nhồi máu ở sát màng phổi hoành thì sẽ gây ra:

- + Đau ở cổ và ở hai vai.
- + Hoặc: hội chứng đau giống như hội chứng bụng cấp tính.

- + Ho: bao giờ cũng gặp dấu hiệu này.
- + Khạc đờm có lẫn máu: đờm quánh, đỏ thẫm.
- + Sốt: sốt nhẹ có kèm theo nhịp tim nhanh.

**b. Dấu hiệu thực thể**

- Vàng da nhẹ, kín đáo.
- Nghe phổi có thể thấy:
  - + Tiếng cọ màng phổi và một ít ran ở 2 đáy phổi.
  - + Có dấu hiệu của tràn dịch màng phổi trong trường hợp kèm theo viêm màng phổi xuất dịch.

**4. Tiến triển**

- Hay tái phát.
- Ở người bệnh mắc bệnh tim, nhồi máu phổi là dấu hiệu báo trước trạng thái suy tim không hồi phục.
- Hiếm gặp: ổ nhồi máu phổi bị bội nhiễm để chuyển thành áp xe phổi.

**5. Chẩn đoán xác định**

Dựa vào các triệu chứng:

- Khó thở xảy ra bất đầu đột ngột, có kèm theo ho và đau ngực.
- Khạc đờm có lẫn máu.
- Đôi khi có tiếng cọ màng phổi.
- Sốt nhẹ, nhưng mạch rất nhanh.

**6. Chẩn đoán phân biệt**

Chú ý phân biệt:

- Nhồi máu phổi thể yên lặng và lu mờ: hay gặp và dễ nhầm với các bệnh ở tim.

*Chú ý:* ở người bệnh đang phải nằm mà bỗng thấy tim đập nhanh và sốt nhẹ thì bao giờ cũng phải nghĩ đến nhồi máu phổi.

- Bệnh tim: nhồi máu phổi ở thùy dưới, nhất là ở thùy dưới trái, cần phân biệt với nhồi máu cơ tim và viêm màng ngoài tim.
- Bệnh tiêu hoá: nhồi máu phổi ở thùy dưới khi lan tới cơ hoành có thể giống như một hội chứng bụng cấp tính.
- Bệnh phổi:
  - + Nhồi máu phổi có kèm ho ra đờm lẫn máu: cần chẩn đoán phân biệt với giãn phế quản, lao phổi, sán lá phổi.
  - + Nhồi máu phổi có kèm tràn dịch màng phổi: cần chẩn đoán phân biệt với tràn dịch màng phổi do lao, tràn dịch màng phổi do virút..

## 7. Điều trị

- Xử trí như bệnh tắc động mạch phổi.
- Ngoài ra có thể dùng thuốc kháng sinh để điều trị nhiễm khuẩn ở ổ nhồi máu phổi và chọc tháo dịch màng phổi nếu kèm theo tràn dịch màng phổi.

## NHIP NÚT

### 1. Định nghĩa

Nhip nút là nhip tim do một xung động không phải xuất phát từ nút xoang mà lại xuất phát từ nút nhĩ - thất Tawara điều khiển.

## **2. Nguyên nhân**

- Do tăng trương lực dây thần kinh phế vị.
- Ngộ độc digitalin, thuốc gây mê.

## **3. Triệu chứng**

- Có dấu hiệu: tỉnh mạch cảnh đập đồng thời với mạch quay.
- Đôi khi thấy tiếng tim thứ nhất nghe danh.

## **4. Điều trị**

Thường chứng nhịp nút tiến triển nhẹ và tốt nên không cần phải điều trị.

# **NHỊP XOANG**

Đặc tính cơ bản của nhịp xoang là sự điều hoà tần số bởi hệ thần kinh thực vật.

## **1. Nhịp xoang bình thường**

Các cơ bóp của tim có sự kích thích bắt nguồn từ nút xoang. Nguồn gốc xoang của sự kích thích là sự điều hoà của hệ thần kinh thực vật.

- Khi gắng sức: tim đập nhanh lên tương xứng với sự gắng sức đã làm.
- Khi thở sâu: tim đập nhanh lên vào cuối thời kỳ hít vào và đập chậm lại vào cuối thời kỳ thở ra.
- Khi thay đổi tư thế: tim đập nhanh lên khi đứng dậy và đập chậm lại khi nằm xuống.
- Khi ấn vào xoang cảnh: tim đập chậm lại một cách tuần tiến. Khi ấn vào nhân cầu, tim cũng đập chậm lại.

## 2. Chứng tim đập nhanh xoang

Chứng tim đập nhanh xoang ít khi vượt quá tần số 160 lần/phút. Nguyên nhân chứng tim đập nhanh xoang gắn liền với sự tăng trương lực của thần kinh giao cảm hoặc sự giảm trương lực của dây thần kinh phế vị.

### a. Nguyên nhân

- Nguyên nhân sinh lý: tuổi nhỏ (dưới 6 tuổi tần số tim cao hơn 100), cảm xúc, gắng sức, tiêu hoá.
- Các thuốc atropin, adrenalin, cà phê, chè, thuốc lá, rượu...
- Trạng thái sốc, suy nhược thần kinh tuần hoàn, thiếu oxy huyết, bệnh suy tim.
- Bệnh nhiễm khuẩn, đặc biệt là bệnh thấp khớp cấp.
- Thiếu máu, tê phù, rối loạn thần kinh chức năng, lo âu, tăng năng tuyến giáp.

### b. Chẩn đoán xác định

Dựa vào các yếu tố:

- Trong tiền sử bệnh: chứng tim đập nhanh bắt đầu và kết thúc từ từ.
- Khi gắng sức: nhịp tim nhanh lên một cách tuần tiến.
- Khi thay đổi tư thế: nhịp tim tuần tiến chậm lại khi người bệnh nằm xuống.
- Khi thở sâu: tim đập chậm lại khi thở ra sâu.
- Khi ép vào xoang cảnh hoặc khi ép vào nhân cầu: tim đập chậm dần lại.

### c. Điều trị

- Chữa bệnh nguyên nhân.
- Cho thuốc an thần.

### 3. Chứng tim đập chậm xoang

Chứng tim đập chậm xoang là biểu hiện khi co bóp của tim có tần số dưới 60.

#### a. Nguyên nhân

Nguyên nhân của chứng này gắn liền với sự tăng trương lực của dây thần kinh phế - vị:

- Tim đập chậm do thể tạng, khi ngủ.
- Tim đập chậm do digitalin, quinidin.
- Do tăng áp lực ở trong sọ, vàng da.
- Hội chứng xoang cảnh (xem bài: ngất và thiu) ép vào vùng xoang cảnh, dù là nhẹ, cũng có thể gây ra chứng tim đập chậm xoang và đôi khi còn làm cho sự tự động xoang bị ngừng lại. Kết quả là làm cho người bệnh bị ngất.

#### b. Chẩn đoán xác định

Dựa vào các yếu tố:

- Khi gắng sức: tim đập nhanh dần.
- Khi thay đổi tư thế: tần số tim nhanh dần lên khi đứng lên.
- Khi thở sâu: tim đập nhanh lên một chút khi hít vào sâu.
- Khi ép xoang cảnh: nhịp tim đập chậm lại một chút.

#### c. Điều trị

- Nằm nghỉ tại giường.
- Tránh ngất bằng cách tránh đè ép bất thường vào xoang cảnh.
- Thuốc atropin: ít kết quả.



#### **4. Chứng loạn nhịp xoang**

Trong trường hợp này, nhịp tim bị nhanh lên rồi lại bị chậm lại do trương lực của hệ thần kinh thực vật (chủ yếu là của dây thần kinh phế - vị) luôn luôn thay đổi.

Ở trẻ em và thanh thiếu niên, chứng loạn nhịp xoang hay gặp và gắn liền với động tác hô hấp.

Ở người cao tuổi, chứng loạn nhịp xoang không có liên quan với động tác thở.

- Phải chẩn đoán phân biệt với chứng loạn nhịp hoàn toàn do rung tâm nhĩ và chứng ngoại tâm thu.
- Điều trị chứng loạn nhịp xoang:
  - + Dùng atropin và các barbituric.
  - + Có thể không cần điều trị.

### **TIM SANG PHẢI**

Chứng tim sang phải là một vị trí bất thường của tim, nằm ở nửa lồng ngực phải, ở tư thế đối xứng với tư thế bình thường.

Cần phân biệt với:

- Tim sang phải có sự đảo ngược toàn bộ các phủ tạng (ngược vị tạng):
  - + Dị tật này không có biểu hiện gì trên lâm sàng.
  - + Cung động mạch chủ và túi hơi dạ dày cũng bị đảo vị trí và ở bên phải.
  - + Chứng tim bên phải với tình trạng ngược vị tạng còn có thể kết hợp với hội chứng Kartagener.

- Chứng tim sang phải lẻ loi: hầu hết các trường hợp tim sang bên phải lẻ loi, không có ngược vị tạng đều có gây xanh tím.
- Tim xoay sang phải hay tim sang phải được hiệu chỉnh lại:
  - + Tim nằm ở bên phải, nhưng nó đã bị xoay theo một cách khiến cho tâm thất trái nằm ở phía trước và về bên trái, còn tâm thất phải nằm ở đằng sau và về bên phải.
  - + Còn có thêm những dị tật khác nữa ở tim và ở ngoài tim.

*Ghi chú:* người ta gọi tim sang trái để chỉ một tình trạng ngược vị tạng mà tim ở bên trái. Trong trường hợp này tim bị nhiều dị tật.

## **BỆNH TIM DO BỆNH PHỔI MẠN TÍNH**

### **1. Định nghĩa**

Bệnh tim do bệnh phổi mạn tính là chứng suy tim phải tăng dần, hậu quả của chứng tăng áp lực kéo dài ở tiểu tuần hoàn trong các bệnh phổi mạn tính.

### **2. Nguyên nhân**

- Bệnh ở nhu mô phổi: viêm phế quản mạn tính, khí thũng phổi, giãn phế quản, xơ phổi, lao xơ, bụi phổi.
- Bệnh ở màng phổi: tràn khí màng phổi, viêm dày dính màng phổi.
- Bệnh ở lồng ngực: gù vẹo lồng ngực và các biến dạng khác (như: cắt ép sườn rộng) ở lồng ngực.
- Tác tăng dần động mạch phổi:

- + Tác động mạch phổi có thể là nguyên nhân gây ra chứng tim do phổi bán cấp tiến triển nhanh.
- + Viêm bạch mạch do ung thư (như ung thư di căn từ dạ dày hoặc từ tuyến tụy tới) cũng gây bệnh tim do phổi mạn tính.
- Tăng áp lực động mạch phổi nguyên phát:
  - + Tăng áp lực ở tiểu tuần hoàn chưa rõ nguyên nhân (như trong bệnh xơ phổi kẽ Hamman - Rich).
  - + Tăng áp lực động mạch phổi trong bệnh hẹp lỗ van hai lá và trong bệnh tim bẩm sinh (như bệnh thông liên thất, bệnh thông liên nhĩ, bệnh còn ống động mạch)

### 3. Triệu chứng lâm sàng

- Dấu hiệu của một bệnh phổi:
  - + Ho kéo dài, nhất là về mùa rét.
  - + Khó thở.
  - + Có chứng xanh tím
  - + Đau thắt ngực do xanh tím nặng.
- Dấu hiệu suy tim phải:
  - + Ho từng cơn có dấu hiệu hen.
  - + Khó thở tăng.
  - + Gan to và phù.
  - + Đôi khi có tràn dịch màng bụng hoặc tràn dịch màng phổi.
  - + Nghe tim có thể thấy: tiếng ngựa phi (tiếng đập nhanh, không đều và nhịp ba), có thể thấy tiếng thứ hai đánh ở ổ động mạch phổi hoặc tiếng thổi tâm trương.

#### 4. Chẩn đoán phân biệt

Khi một người mắc bệnh phổi mạn tính mà các triệu chứng ho, khó thở và xanh tím tăng lên thì cần chẩn đoán phân biệt với:

- Bệnh phổi nặng lên không có biến chứng tim hoặc xuất hiện thêm một bệnh nhiễm khuẩn ở phổi.
- Đã xuất hiện bệnh tim do bệnh phổi mạn tính, tức là đã có suy tim phải.

*c. Đã xuất hiện bệnh suy tim trái* do tăng huyết áp ở đại tuần hoàn, do xơ cứng động mạch, do dị tật ở động mạch chủ.

#### 5. Tiến triển

- Bệnh tim do bệnh phổi mạn tính hậu phát sau tình trạng thiếu oxy - huyết (gặp trong bệnh khí thũng phổi) có tiến triển tốt nên được điều trị đúng cách.
- Bệnh tim do bệnh phổi mạn tính hậu phát sau các tổn thương giải phẫu của hệ mạch ở trong phổi (gặp trong bệnh xơ cứng mạch, tắc mạch) có tiến triển xấu: chứng suy tim thường không có kết quả khi được điều trị.

#### 6. Điều trị

- Dùng thuốc kháng sinh để điều trị nhiễm khuẩn đường hô hấp.
- Thở oxy.
- Dùng thuốc điều trị giãn phế quản và khí dung.
- Điều trị suy tim theo phương pháp thông thường.

*Ghi chú:* không dùng các loại thuốc ngủ trong điều trị bệnh tim do bệnh phổi mạn tính

# CÁC BỆNH TIM BẨM SINH

## 1. Định nghĩa

Các bệnh tim bẩm sinh là những dị tật của tim hay của các mạch máu lớn dị tật của tim hay của các mạch máu lớn xảy ra trong đời sống nội tử cung.

## 2. Nguyên nhân

Các bệnh tim bẩm sinh xảy ra giữa các tuần lễ thứ năm và thứ tám của đời sống phôi thai, vào lúc mà ống tâm nhĩ - thất, các tâm nhĩ và các tâm thất bị chia ra làm hai nửa bởi một vách ngăn.

### a. Nguyên nhân di truyền

Có những gia đình trong đó các bệnh tim bẩm sinh gặp nhiều hơn là ở các gia đình khác.

### b. Bệnh do virút

Bệnh do virút xảy ra ở quý đầu của thời kỳ thai nghén làm cho thai nhi có một tỷ lệ cao những dị tật ở tim và ở mắt.

## 3. Các bệnh tim bẩm sinh

Theo tác giả Abbott, các bệnh tim bẩm sinh có thể được sắp xếp theo thứ tự giảm dần như sau:

- Bệnh thông liên tâm nhĩ.
- Bệnh thông liên tâm thất.
- Ống động mạch.
- Hẹp động mạch phổi.
- Dị tật của các van sigma ( $\epsilon$ )

- Hẹp eo động mạch chủ.
- Dị tật của các tĩnh mạch lớn.
- Chuyển vị của các mạch máu lớn.

### **3.1. Bệnh tim bẩm sinh gây xanh tím**

#### *a. Tứ chứng Fallot*

Có 4 loại tổn thương:

- Thông liên thất.
- Động mạch chủ chuyển sang phải.
- Hẹp động mạch phổi.
- Phi đại tâm thất phải.

Bệnh có các dấu hiệu lâm sàng sau:

- + Xanh tím.
- + Ngát.
- + Nghe tim: có tiếng thổi tâm thu và kèm theo là dấu hiệu rung (thrill).

#### *b. Tam chứng Fallot*

Có 3 loại tổn thương:

- Hẹp động mạch phổi
- Thông liên tâm nhĩ.
- Phi đại tâm thất phải.

Triệu chứng lâm sàng: cùng dấu hiệu như bệnh tứ chứng Fallot.

#### *c. Rò động mạch phổi*

Triệu chứng: nghe tim thấy tiếng tim bình thường, đôi khi có tiếng thổi liên tục ở phổi.

### **3.2. Bệnh tim bẩm sinh không gây xanh tím**

#### *a. Hẹp động mạch phổi*

Có triệu chứng lâm sàng:

- Xanh tím muộn.
- Nghe tim: có tiếng thổi tâm thu và tiếng thứ hai yếu (ở ổ động mạch phổi) và phân đôi tiếng tim thứ hai ở đáy.

#### *b. Thông liên nhĩ*

Triệu chứng lâm sàng:

- Xanh tím ngay lúc mới sinh, về sau tự mất đi. Khi "shunt" (cầu nối) đảo ngược thì dấu hiệu xanh tím xuất hiện lại.
- Tiếng tim thứ hai ở ổ động mạch phổi mạnh, có tiếng thổi tâm thu khi nghe tim.

#### *c. Ống động mạch*

Nghe tim có thể thấy:

- Tiếng thổi liên tục mạnh lên vào cuối thời kỳ tâm thu.
- Tiếng thứ hai ở ổ động mạch phổi mạnh.

#### *d. Thông liên thất (còn gọi là bệnh Roger)*

- Thường không có triệu chứng lâm sàng.
- Có thể có dấu hiệu rung tim khi sờ vùng trước tim. Nghe tim thấy tiếng thổi tâm thu.

*Ghi chú:*

\* Bệnh tim bẩm sinh làm cho người bệnh có các triệu chứng nặng nhẹ khác nhau: khó thở khi gắng sức, chậm lớn, chóng mệt, dễ mắc bệnh nhiễm khuẩn đường hô hấp.

\* Đối với bệnh tim bẩm sinh gây xanh tím, hiện tượng thiếu oxy huyết có thể gây ra cơn ngất.

## PHÌ ĐẠI TIM BẨM SINH TỰ PHÁT

Nguyên nhân gây bệnh chưa được biết rõ. Đây là một bệnh xơ hoá kẽ của cơ tim không gây tổn thương ở màng trong tim.

Tim bị to ra do hội chứng suy tim tăng dần.

Bệnh tiến triển xấu dễ gây tử vong.

Điều trị: chữa triệu chứng đơn thuần

## PHÌNH THÀNH TIM

### 1. Định nghĩa

Đó là chứng giãn khu trú của cơ tim. Thường gặp chứng phình thành tim có vị trí trong vùng trước - bên của tâm thất trái.

### 2. Nguyên nhân

Phình thành tim thường xảy ra hậu phát:

- Thường gặp sau nhồi máu cơ tim.
- Hãn hữu gặp sau chấn thương hoặc áp xe cơ tim.

### 3. Triệu chứng

Có thể thấy các dấu hiệu:

- Nhồi máu cơ tim: đau thắt ngực kéo dài, nôn và nấc, có trạng thái sốc, sốt, mạch nhanh, huyết áp giảm.
- Vị trí mỏm tim đập bị xê dịch nhiều, diện chạm của mỏm tim rộng ra, tiếng tim bị mờ và hay gặp tiếng ngựa phi.



#### **4. Tiến triển**

Như tiến triển của bệnh nhồi máu cơ tim ở giai đoạn mạn tính (xem bài Nhồi máu cơ tim) có thể gây nên các biến chứng:

- Nghẽn mạch và tắc mạch.
- Loạn nhịp tim và rối loạn dẫn truyền.
- Suy tim
- Đau thắt ngực.
- Loạn dưỡng phân xạ ở hai chi trên.

#### **5. Điều trị**

Điều trị phình thành tim cũng giống điều trị nhồi máu cơ tim:

- Dùng thuốc an thần.
- Chế độ ăn lỏng, ăn không muối; bỏ thuốc lá.
- Điều trị táo bón.
- Nghỉ ngơi, tránh gắng sức.
- Dùng thuốc chống đông.

## **KHỐI U Ở TIM**

### **1. Khối u nguyên phát**

Loại này hiếm gặp:

- Khối u của màng ngoài tim: thường gặp u mỡ và u xơ.
- Khối u của cơ tim: thường gặp u cơ vân ở người trẻ tuổi.

- Khối u của màng trong tim: gặp nhiều nhất là u nhầy có cuống nhỏ (polyp) xuất phát từ trong tâm nhĩ. Triệu chứng của khối u này giống như triệu chứng của bệnh hẹp lỗ van hai lá.

## 2. Các u di căn

Thường là di căn của ung thư phổi, ung thư thực quản, sắc - côm lympho.

# CHẤN THƯƠNG TIM

## 1. Vết thương xuyên

Vết thương này biểu hiện bằng tràn máu màng ngoài tim (đôi khi với biến chứng ép tim và sốc), băng nhồi máu cơ tim hoặc rách van tim.

## 2. Đụng đập tim

### a. Các thể nhẹ

Có các triệu chứng của chấn thương:

- Đau trước tim.
- Đánh trống ngực.
- Có khi gặp dấu hiệu rung tâm nhĩ.

b. *Nhồi máu cơ tim*: sự đụng đập tim có thể gây ra nhồi máu cơ tim khi các động mạch vành có tổn thương thoái hoá.

c. *Suy tim*: cơ thể xảy ra khá nhanh sau chấn thương.

### d. *Đứt thừng gân, đứt cột tim hoặc đứt van tim*

- Đứt một thừng gân: có tiếng thổi tâm thu to ở mỏm tim.
- Đứt cột tim: có triệu chứng như các triệu chứng của nhồi máu cơ tim và sau đó dẫn tới suy tim tăng dần.

- Đứt van hai lá hay đứt van động mạch chủ có triệu chứng như trong bệnh nhồi máu cơ tim: có tiếng thổi rất to của bệnh hở van hai lá hoặc hở lỗ động mạch chủ. Tiến triển của bệnh thường nặng dẫn đến suy tim tăng dần.

### **3. Điều trị**

- Nghỉ ngơi.
- Dùng thuốc an thần.
- Điều trị theo nguyên nhân gây nên các thể chấn thương.

## **BỆNH CHUYỂN VỊ**

### **1. Định nghĩa**

Bệnh chuyển vị có đặc điểm là: động mạch chủ bị chuyển vị và xuất phát từ tâm thất phải, động mạch phổi cũng bị chuyển vị và xuất phát từ tâm thất trái.

### **2. Triệu chứng lâm sàng**

- Xanh tím.
- Khó thở thường rất nặng.
- Nghe tim: có thể nghe thấy tiếng thổi hoặc không.

### **3. Tiến triển**

Có hai cách tiến triển:

- Tử vong do suy tim trong những năm đầu của bệnh.
- Có thể sống sót khi có thêm dị tật khác kết hợp như: ống động mạch, thông liên nhĩ hoặc thông liên thất.

#### 4. Điều trị

Phẫu thuật nhưng ít kết quả.

## ỔNG ĐỘNG MẠCH

### 1. Định nghĩa

Bệnh ống động mạch là bệnh tim bẩm sinh mà nguyên nhân là sự lưu tồn ống Botal (là ống thông giữa động mạch chủ và động mạch phổi).

### 2. Triệu chứng

Có thể gặp hai hình thái lâm sàng:

*a. Ống động mạch có thể không triệu chứng và chỉ có dấu hiệu lâm sàng khi đã xảy ra suy tim.*

*b. Bệnh ống thông mạch thể có triệu chứng*

- Triệu chứng chức năng:
  - + Người bệnh mệt nhọc.
  - + Đánh trống ngực.
  - + Khó thở khi gắng sức.
  - + Có chứng liệt dây thần kinh quặt ngược (hiếm gặp).
- Triệu chứng thực thể:
  - + Bệnh nhi chậm lớn.
  - + Các mạch máu ở cổ đập mạnh.
  - + Xanh tím.
  - + Ngón tay dùi trống
  - + Huyết áp tâm trương thấp.

- + Khánh tim: sờ thấy rung tâm thu. Có tiếng thổi liên tục tâm thu - tâm trương ở khoang liên sườn 2 và 3 bên trái.

### 3. Tiến triển

Tiến triển xấu, tuổi thọ trung bình không quá 40 - 50 tuổi.

Có thể tử vong do:

- Suy tim.
- Viêm màng trong tim bán cấp.
- Tăng áp lực tiểu tuần hoàn.
- Ông động mạch bị phình và vỡ.

### 4. Chẩn đoán phân biệt

Khi nghe tim thấy có tiếng thổi liên tục thì cần chú ý các bệnh sau đây:

- Bệnh hở lỗ động mạch chủ.
- Dị tật của các van động mạch chủ (van  $\Sigma$ )
- Bệnh thông động mạch chủ - phổi.
- Bệnh tăng áp lực động mạch phổi kèm theo hở động mạch phổi.
- Động mạch phế quản giãn to.
- Ông động mạch có biến chứng tăng áp lực động mạch phổi.

### 5. Điều trị

Phẫu thuật: thắt hoặc cắt ống động mạch.

## **BỆNH TIM TÊ PHÙ**

Bệnh tim tê phù còn gọi là bệnh tê phù.

### **1. Định nghĩa**

Bệnh tim tê phù là những rối loạn tim mạch mà nguyên nhân là do trạng thái thiếu vitamin B1 (hay thiamin).

### **2. Nguyên nhân gây bệnh**

Gặp trong trường hợp:

- Nghiện rượu mạn tính.
- Nghiện chất độc.
- Rối loạn tâm thần.

### **3. Triệu chứng lâm sàng**

- Mệt nhọc, đánh trống ngực.
- Khó thở khi gắng sức.
- Da người bệnh nóng.
- Huyết áp bình thường, đôi khi huyết áp tâm trương hạ.
- Có dấu hiệu thần kinh của bệnh tê phù.
- Nghe tim: có thể thấy tiếng thổi tâm thu.

### **4. Tiến triển**

- Tốt đôi với bệnh mới mắc.
- Có thể tiến triển xấu, dẫn tới suy tim phải.

## 5. Chẩn đoán

- a. *Chẩn đoán xác định*: căn cứ vào các dấu hiệu
- Viêm nhiều dây thần kinh.
  - Hội chứng suy tim phải.
- b. *Chẩn đoán phân biệt*: cần phân biệt với hội chứng suy tim của bệnh cường tuyến giáp.

## 6. Điều trị

- Vitamin B1 100mg/24 giờ, tiêm tĩnh mạch.
- Chế độ ăn có nhiều vitamin.
- Điều trị suy tim.

# THAI NGHÉN Ở NGƯỜI MẮC BỆNH TIM

## 1. Tác dụng của thai nghén đối với hệ tim mạch

- Thể tích huyết tương tăng lên đến 40% - 50% vào cuối thời kỳ thai nghén.
- Lưu lượng tim cũng tăng lên để đảm bảo sự dinh dưỡng của thai. Hệ thống mạch của nhau thai giữ vai trò của một lỗ rò động - tĩnh mạch.
- Huyết áp tâm trương có xu hướng giảm. Mạch có thể trở thành “nhảy”.
- Nghe tim: tiếng thứ nhất trở nên đanh và tiếng thứ hai rất mạnh. Có thể thấy tiếng thổi tâm thu ở mỏm tim.

## 2. Vấn đề làm gián đoạn thai nghén

Phụ nữ bị bệnh van tim (đặc biệt là bệnh hẹp lỗ van hai lá) thì khi có thai sẽ phải chịu rủi ro, nguy hiểm.

Nguy cơ rủi ro, nguy hiểm có 2 chiều hướng khác nhau:

- Sự nguy hiểm sẽ nhỏ:
  - + Nếu chưa lần nào bị suy tim.
  - + Nếu sản phụ dưới 30 tuổi.
  - + Nếu bệnh van tim không phải là bệnh hẹp lỗ van hai lá.
- Sự nguy hiểm sẽ lớn:
  - + Nếu phụ nữ trên 30 tuổi.
  - + Nếu bệnh van tim là bệnh hẹp lỗ van hai lá.
  - + Nếu đã có lần bị suy tim.
  - + Nếu tim bị rung nhĩ.
- Suy tim chắc chắn xảy ra:
  - + Nếu tim bị to rõ rệt từ lúc bắt đầu thai nghén.
  - + Nếu lần có thai trước đã làm cho tim bị suy.

Quyết định làm gián đoạn thai nghén phải được thực hiện trong 3 tháng đầu của thời kỳ có thai.

Nếu suy tim xảy ra vào nửa cuối của thai nghén thì phải chữa các rối loạn tim và chỉ làm gián đoạn thai nghén (phá thai) nếu thấy suy tim không hồi phục.

### **3. Tăng huyết áp và thai nghén**

- Chứng sản giật gặp nhiều ở sản phụ có tăng huyết áp.
- Thai nghén làm tiến triển nặng lên của bệnh tăng huyết áp đã có sẵn từ trước.

### **4. Viêm màng trong tim bán cấp do vi khuẩn và thai nghén**

Ở sản phụ mắc bệnh van tim, thai nghén làm cho dễ xảy ra biến chứng viêm màng trong tim bán cấp.



## 5. Bệnh thấp khớp và thai nghén

Nguy cơ làm cho bệnh thấp khớp hoạt động trở lại là rất nhỏ, không đáng kể.

## 6. Tỷ lệ tử vong của thai nhi

Tỷ lệ tử vong của thai nhi tăng ở sản phụ mắc bệnh tim.

# TẮC MẠCH KHÍ

## 1. Định nghĩa

Tắc mạch khí là hiện tượng không khí lọt vào trong hệ thống tuần hoàn động mạch hoặc tĩnh mạch.

## 2. Nguyên nhân

Thường gặp nhất là: không khí lọt vào trong một tĩnh mạch và gây ra các dấu hiệu bệnh tim do bệnh phổi cấp tính (xem bài: bệnh tim do phổi cấp tính).

Tắc mạch khí có thể xảy ra trong các hoàn cảnh sau:

- Khi bơm khí màng phổi.
- Gây khí thũng phúc mạc.
- Chọc xoang.
- Nạo thai bằng thìa, phá thai.
- Phẫu thuật lồng ngực.

Hiếm gặp: không khí lọt vào bên trong hệ thống động mạch ở nơi các tĩnh mạch phổi.

Các dấu hiệu lâm sàng xuất hiện khi khối lượng không khí lọt vào hệ thống mạch máu khoảng 100ml trở lên.

### 3. Triệu chứng

Người ta phân biệt:

- Tắc mạch khi ở tĩnh mạch: có các dấu hiệu của bệnh tim do phổi cấp tính.
- Tắc mạch khi ở động mạch: có dấu hiệu
  - + Rối loạn não: co giật, liệt.
  - + Rối loạn tim: đau thắt ngực, dấu hiệu của bệnh nhồi máu cơ tim.
  - + Có thể nhìn thấy bóng hơi trong động mạch ở vòng mạc; da và lưỡi nổi vằn lên.

### 4. Điều trị

- Điều trị tắc mạch khi ở tĩnh mạch: vì không khí xâm nhập vào bên trong tim phải và làm nghẽn tuần hoàn trong tâm thất phải nên phải đặt người bệnh nằm nghiêng sang bên trái để mở rộng lối vào động mạch phổi.
- Điều trị tắc mạch khi ở động mạch: không khí xâm nhập vào bên trong các tĩnh mạch phổi và các động mạch của phần trên cơ thể nên phải đặt người bệnh nằm đầu thấp.

## TẮC MẠCH MỠ

### 1. Định nghĩa

Tắc mạch mỡ là hiện tượng các hạt mỡ lọt vào bên trong hệ thống tuần hoàn.

### 2. Nguyên nhân

- Chấn thương mức độ nghiêm trọng.
- Gãy xương hở.
- Bỏng.

### 3. Triệu chứng lâm sàng

- Trường hợp tắc tĩnh mạch: có dấu hiệu của bệnh tim do phổi cấp tính (xem bài: bệnh tim do phổi cấp tính).
- Trường hợp tắc động mạch: có dấu hiệu rối loạn não, rối loạn tim và có khi rối loạn thận (dấu hiệu của mỡ niệu).

4. Tiến triển: bệnh thường tiến triển xấu.

5. Điều trị: chữa triệu chứng.

## ÉP TIM NGOÀI LỒNG NGỰC

Ép tim ngoài lồng ngực cần phải được thực hiện ngay sau khi đã xác nhận là người bệnh bị ngừng tim do không có bóp tim.

Phương pháp ép tim ngoài lồng ngực:

1. Đặt người bệnh nằm ngửa trên một mặt phẳng cứng.
2. Đặt cườm bàn tay vào một phần ba dưới của xương ức. Đặt bàn tay kia lên trên bàn tay này để có thêm sức mạnh.
3. Người cứu chữa đứng ở bên cạnh người bệnh ở vị trí thuận lợi nhất, cho phép họ có thể đè nhịp nhàng lên lồng ngực của người bệnh mà không bị mệt.
4. Người cứu chữa ấn lồng ngực xuống một cách nhịp nhàng theo nhịp 60 lần mỗi phút.
5. Mỗi lần ấn thì phải làm cho xương ức lún sâu xuống khoảng 5cm để có thể bóp được quả tim giữa xương ức và cột sống. Vì lồng ngực của người bệnh bất tỉnh có tính chất mềm dẻo nên có thể có nguy cơ gãy xương sườn.
6. Ép tim ngoài lồng ngực tạo ra một áp lực động mạch khoảng 80mmHg. Tiếp tục ấn trong một thời gian lâu cho đến khi tim tự động đập trở lại.

7. Người cứu chữa thứ hai đứng ở phía đầu người bệnh thực hiện việc hô hấp nhân tạo (miệng - miệng). Cứ 5 lần dè ép vào xương ức thì lại thổi ngạt một lần, khi thổi ngạt thì không ép tim.

Nếu chỉ có một mình người cứu chữa thì cứ sau 15 lần ép tim lại ngừng công việc này để thổi ngạt miệng - miệng cho người bệnh 2 lần liên.

Thời gian cấp cứu tối đa là 60 phút.

## HỒI SINH TIM

### 1. Ép tim

- Nếu lồng ngực đóng thì làm theo cách thực hiện trong bài “ép tim ngoài lồng ngực”.
- Nếu lồng ngực mở: ấn tim trực tiếp khi phẫu thuật.

### 2. Thông khí phổi

Hô hấp nhân tạo miệng - miệng.

### 3. Điều trị

Áp dụng trong trường hợp ngừng tim:

- Tiếp tục ép tim ngoài lồng ngực.
- Dùng thuốc:
  - + Adrenalin dung dịch 1/1000 với liều lượng 0,1 - 0,4ml.
  - + Calci gluconat với liều lượng 5ml - 10ml dung dịch 10%.
- Atropin 1/4mg - 1/2mg được sử dụng trong trường hợp ngừng tim do phân xạ thần kinh phế vị.

## Chương 2

# CÁC BỆNH HÔ - HẤP

## ĐAU NGỰC

### 1. Đau ngực do nguyên nhân lồng ngực

#### *a. Đau ngực do nguyên nhân khớp và cơ*

- Bệnh viêm quanh khớp vai và bệnh hư khớp vai gây ra triệu chứng đau lan lên phần trên của ngực. Cử động của vai làm tăng thêm triệu chứng đau.
- Ở người bị bệnh khí thũng phổi, triệu chứng đau ở phần dưới ngực, khu trú ở vị trí các cơ bụng bám vào đáy lồng ngực.

#### *b. Đau ngực do bệnh của xương sườn*

Bao gồm các bệnh:

- Gãy xương sườn.
- Viêm xương tuỷ ở xương sườn.
- Ung thư các xương sườn.
- Phình động mạch chủ hay hẹp eo động mạch chủ ăn mòn xương sườn hay xương ức.

Tất cả các bệnh trên đều là nguyên nhân gây ra đau ngực, thường có liên quan với sự kích động lá thành của màng phổi.

#### *c. Đau ngực do bệnh của cột sống*

Người ta hay gặp các bệnh:

- Viêm đốt sống.
- Bệnh ổ đĩa đệm cột sống.
- Bệnh hư khớp cột sống.
- Chấn thương cột sống.
- Ung thư di căn xương ở các đốt sống.
- Viêm xương tuỷ ở cột sống.
- U trong tuỷ sống.

Những bệnh trên có thể gây nên triệu chứng đau ở một bên hoặc ở hai bên ngực.

Triệu chứng đau nhiều khi có dấu hiệu đau nhói, tăng lên khi người bệnh ho và kèm theo đau cột sống âm ỉ.

#### *d. Đau ngực do bệnh Zona gian sườn*

Bệnh Zona gian sườn gây ra những cơn đau dữ dội, nóng, nhiều khi rát như bỏng và phân bố theo từng vùng ngực. Triệu chứng đau nhiều khi kèm dấu hiệu tăng cảm giác da.

Chẩn đoán bệnh được chính xác khi có dấu hiệu ban đặc trưng xuất hiện.

*e. Đau vú:* các bệnh của tuyến vú, u ở vú gây nên triệu chứng đau ở vú.

## **2. Đau ngực do nguyên nhân màng phổi**

### *a. Tính chất của đau do nguyên nhân màng phổi*

- Đau nhói, cấp và nóng, mang tính chất của kiểu điểm đau khu trú.
- Đau tăng lên do hít vào sâu và ho.
- Triệu chứng đau biến mất khi người bệnh bất động lồng ngực ở tư thế thở ra.

- Vị trí của điểm đau: ở trên lồng ngực và ở vị trí kể trên tổn thương.

Cần lưu ý:

- Viêm màng ngoài tim có thể gây nên triệu chứng đau giống như viêm màng phổi.
- Đau gian sườn do tổn thương cột sống cũng tăng lên khi người bệnh ho, giống như đau do viêm màng phổi.
- Đau dây thần kinh hoành có đặc điểm là: cơn đau lan lên cổ và những điểm ấn đau ở giữa hai bó của cơ ức - đòn - chũm.

*b. Các bệnh màng phổi gây đau*

- Viêm màng phổi cấp tính: viêm màng phổi khô hay viêm màng phổi thanh tơ do ung thư, nhiễm khuẩn hoặc chấn thương.
- Viêm màng phổi mạn tính: đau không dữ dội nhưng có thể là loại đau tiềm tàng và day dứt.
- Thủng màng phổi - phổi: đau dữ dội, đau như dao đâm.

### **3. Đau ngực do nguyên nhân phế quản**

Bệnh viêm khí quản và bệnh viêm phế quản gây nên triệu chứng đau ngực tiềm tàng, có tính chất rất nhẹ sau xương ức.

### **4. Đau ngực do nguyên nhân trung thất**

Gặp trong các bệnh:

- Khí thũng trung thất.
- Viêm trung thất, khối u trung thất.
- Dấu hiệu đau ở phía sau xương ức.

## 5. Đau ngực do nguyên nhân tim mạch

### a. Chứng đau thắt ngực

Đau thắt ngực là một hội chứng đau có đặc điểm: đau ở vùng sau xương ức hoặc ở trước tim (đau ở vùng trước tim ít gặp hơn là ở sau xương ức).

Tính chất của chứng đau thắt ngực:

- Đau gây cảm giác thắt, đôi khi đau nhói hay rát bỏng. Đau kéo dài một vài phút.
- Triệu chứng đau lan lên phía trên, đặc biệt là cánh tay trái và hàm.
- Triệu chứng đau được khởi phát do cố gắng thể lực hay cảm xúc và dịu đi khi nghỉ ngơi hoặc dùng thuốc nitrit.

*Ghi chú:* lưu ý đến dấu hiệu đau của chứng đau thắt ngực kèm hiện tượng tăng dấu hiệu xanh tím. Chứng này do tổn thương giãn động mạch phổi, xảy ra trong bệnh tim do phổi mạn tính và bệnh hẹp lỗ van hai lá. Nó được dịu bớt khi dùng oxy mà không giảm đau khi dùng nitrit.

b. *Nhồi máu cơ tim:* triệu chứng đau của bệnh nhồi máu cơ tim có tính chất

- Cường độ đau mạnh.
- Thời gian đau kéo dài.
- Có tình trạng choáng (sốc).
- Có hiện tượng phù phổi và suy tim.

c. *Rối loạn thần kinh chức năng tim:* dấu hiệu đau trước tim của hiện tượng rối loạn thần kinh chức năng tim được cảm thấy ở vị trí phía trước vú trái.

Dấu hiệu đau này có tính chất:



- Không liên quan với sự cố gắng của người bệnh.
- Không lan ra xung quanh.
- Xảy ra ở người không có triệu chứng bệnh tim.

*d. Viêm màng ngoài tim:* triệu chứng đau do viêm màng ngoài tim có tính chất

- Chứng đau này giống như đau trong bệnh viêm màng phổi (đau chói và nóng, đau tăng lên khi người bệnh ho và hít vào sâu, triệu chứng đau biến mất khi lồng ngực bất động ở tư thế thở ra).
- Đau ở vùng ức.
- Đau tăng thêm khi ho và thở sâu.

*e. Tắc mạch phổi*

- Tắc mạch phổi nhỏ gây nhồi máu ở phần ngoại vi của phổi và có thể kèm phản ứng màng phổi. Trong trường hợp này, triệu chứng đau có các tính chất của đau ngực do màng phổi.
- Tắc mạch phổi lớn là nguyên nhân của hội chứng đau có cùng tính chất như hội chứng đau của nhồi máu cơ tim.

## **6. Đau ngực do nguyên nhân thực quản**

Bệnh ở thực quản gây ra đau ngực, ở vị trí sau phần dưới xương ức và có cảm giác bỏng. Đau tăng thêm khi người bệnh nuốt.

## **7. Đau ngực do nguyên nhân bụng**

*a. Bệnh dạ dày*

- Loét dạ dày hay loét tá tràng có kèm một cảm giác thất nhẹ sau xương ức.
- Chứng nuột hơi: gây cảm giác nặng ở vùng trước tim.

- Thoát vị cơ hoành: gây cảm giác thắt sau xương ức.

*b. Viêm tụy cấp tính:* đau ở vùng thượng vị. Triệu chứng đau có thể lan ra phía sau ở phần dưới của nửa lồng ngực trái.

*c. Bệnh túi mật:* triệu chứng đau của bệnh túi mật có cường độ tối đa ở vùng hạ sườn phải và vùng thượng vị. Đau có thể lan ra phía sau và lan lên bả vai phải.

## HO

### 1. Định nghĩa

Ho là động tác của một phần xạ không kim hãm được của thần kinh phế quản, khởi phát do một sự kích động niêm mạc hô hấp đưa tới kết quả là tổng mạnh không khí trong các đường hô hấp ra ngoài.

### 2. Các giai đoạn của triệu chứng ho

Triệu chứng ho gồm 3 giai đoạn:

- Giai đoạn hít vào: không khí vào phổi.
- Giai đoạn nén: không khí thở ra gặp phải một thanh môn đóng kín.
- Giai đoạn đẩy không khí ra: thanh môn mở để cho một luồng không khí mạnh thổi qua. Luồng không khí này có một tốc độ tối đa ở trong các phế quản lớn và ở trong khí quản. Nó góp phần loại bỏ các dị vật và chất tiết ra khỏi khí đạo.

### 3. Phân loại ho

*a. Ho khạc đờm:* ho khạc đờm làm sạch đường hô hấp (khí quản và phế quản). Ở người bị suy hô hấp, triệu chứng ho bị

giảm do sử dụng các thuốc an thần (như thuốc barbituric hoặc loại thuốc phiện như codein) có thể gây nên ứ đọng đờm và các dịch tiết, dễ dàng dẫn tới ứ đọng phế quản và suy giảm khả năng hô hấp.

*b. Ho khan:* ho khan là ho không khạc đờm. Nó có thể làm tăng bệnh nhiễm khuẩn ở phế quản phổi, gây ra quá tải tiểu tuần hoàn, làm rối loạn giấc ngủ và làm cho người bệnh kiệt sức.

*c. Ho cơn (hay kiểu ho gà):* gặp trong bệnh ho gà, hen, bệnh chèn ép trung thất.

*d. Ho nôn:* ho có thể gây nôn do tính chất dữ dội của triệu chứng ho.

*e. Ho rè (hay là ho hai giọng):* gặp trong bệnh loét thanh quản hay liệt thanh quản.

#### **4. Nguyên nhân gây ho**

- Viêm khí đạo trên: gặp trong bệnh viêm hầu (ho của người hút thuốc), viêm thanh quản, viêm VA, viêm amidan.
- Bệnh ở phế quản - phổi: triệu chứng ho gặp trong bệnh viêm phế quản cấp tính và mạn tính, dị vật trong phế quản, bệnh giãn phế quản, bệnh viêm phổi, bệnh lao phổi, bệnh ung thư phổi...
- Bệnh tim mạch: gặp trong các bệnh như suy tim, tắc mạch phổi, nhồi máu phổi, phình động mạch chủ.
- Rối loạn thần kinh: ở một số người bệnh, triệu chứng ho là một chứng máy cơ thần kinh thực sự.

*Ghi chú:* nếu ho khạc đờm có ít máu và nhuộm đờm thành màu hồng thì được gọi là ho ra máu (khái huyết).

## HO RA MÁU

Ho ra máu còn gọi là khái huyết.

### 1. Định nghĩa

Ho ra máu là sự đào thải máu bắt nguồn từ các phế quản qua miệng.

Ho ra máu có thể diễn ra theo nhiều cách khác nhau:

- Đờm dầy máu
- Đờm có máu, màu nước mận.
- Chảy máu rõ ràng, màu đỏ tươi.

### 2. Nguyên nhân

#### a. Bệnh phế quản - phổi

- Bệnh lao phổi: bệnh lao phổi là nguyên nhân thường gặp của ho ra máu. Triệu chứng ho ra máu có thể: rất ít máu và đờm có màu hồng hoặc ho ra nhiều máu đỏ tươi và ó ạt.

Trong bệnh lao phổi, người ta phân biệt các loại ho ra máu:

- + Ho ra máu báo động bệnh lao phổi không được phát hiện.
- + Ho ra máu xảy ra trong đợt tiến triển của bệnh lao phổi.
- + Ho ra máu xảy ra ở người bệnh có tổn thương lao ổ phổi đã ổn định, không tiến triển.
- + Ho ra máu khốc liệt xảy ra trong trường hợp có tổn thương hang ở bệnh lao, dễ gây tử vong.
- + Ho ra máu xảy ra sau khi bơm khí vào ổ màng phổi.

- Ung thư phế quản: gây ho ra máu lẫn đờm, màu mận.
- Giãn phế quản: thường gặp giãn phế quản khô gây ho ra máu ít, màu đỏ tươi
- Viêm phổi: có đờm màu rỉ sắt, đôi khi có màu đỏ (trong bệnh viêm phổi do tụ cầu khuẩn).

*b. Bệnh tim mạch:* có thể gặp ho ra đờm dây máu hoặc ho ra máu nhiều.

- Bệnh hẹp lỗ van hai lá: người ta có thể thấy đờm dây máu cũng như chảy máu nhiều.

Chảy máu trong bệnh hẹp lỗ van hai lá là do:

- + Tăng áp lực trong các mao mạch phổi.
- + Sự xuyên mạch máu vào trong các phế nang.
- + Vỡ các phình tĩnh mạch phế quản dưới niêm mạc. Phình tĩnh mạch này được tạo thành do giãn các chỗ nối giữa tĩnh mạch phổi và tĩnh mạch phế quản.
- Bệnh nhồi máu phổi: ho ra máu ít khi nặng, ho ra máu có tính chất
  - + Máu quánh như nước cam thảo và kéo dài vài ba ngày.
  - + Có các triệu chứng kèm theo: khó thở, đau ngực, sốt, có hiện tượng viêm tĩnh mạch.

*Ghi chú:* trong nhiều trường hợp, ho ra máu là dấu hiệu duy nhất và rõ ràng nhất của bệnh nhồi máu phổi.

- Bệnh suy tim: bệnh suy tim có thể kèm ho ra máu, khó phân biệt với ho ra máu do nhồi máu phổi.
- Giãn động mạch chủ: đầu tiên có thể gặp ho ra máu ít do rạn nứt động mạch chủ và sau đó là ho ra máu ồ ạt, có thể gây tử vong.

c. *Các tạng chảy máu*: ít gặp triệu chứng ho ra máu. Tuy nhiên ra máu có thể gặp ở các bệnh:

- Ban xuất huyết.
- Bệnh bạch cầu có lạm dụng thuốc chống đông máu.

d. Chấn thương lồng ngực: chấn thương lồng ngực gây tổn thương phổi dẫn đến ho ra máu.

### 3. Triệu chứng

Triệu chứng thể hiện khác nhau ở các thời kỳ:

a. *Thời kỳ trước khi ho ra máu*: có những triệu chứng báo trước như

- Cảm giác buồn nôn ở thanh quản.
- Cảm giác nóng ở sau xương ức.
- Có vị máu (tanh) ở trong miệng.

b. *Thời kỳ ho ra máu*: có dấu hiệu khạc ra máu màu đỏ và ngẫu bọt. Khạc ra máu xuất hiện ở giữa các cơn ho.

c. *Thời kỳ ngừng ho ra máu*

- Đờm ngày càng thẫm màu mận và đen, được gọi là đờm ho ra máu.
- Không có máu đỏ tươi.

### 4. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với:

a. *Chảy máu cam*: có hiện tượng viêm mũi, viêm lợi... và có tổn thương chảy máu.

b. *Nôn ra máu*: nôn ra máu bắt đầu và kết thúc một cách đột ngột và có kèm triệu chứng nôn.

Cần chú ý các trường hợp khó chẩn đoán phân biệt:

- + Ho phản xạ trong khi nôn ra máu, có thể nhầm lẫn với ho ra máu.
- + Ho gây nôn trong triệu chứng ho ra máu, có thể nhầm lẫn với nôn ra máu.
- + Nốt máu trong khi ho ra máu, có thể nhầm lẫn với nôn ra máu.

## 5. Điều trị

- Người bệnh nghỉ ngơi tuyệt đối và nằm nghiêng về bên phổi bị tổn thương.
- Dùng thuốc an thần hoặc morphin: tuy nhiên, cần lưu ý là nếu dùng thuốc morphin với liều lượng cao thì gây nên ứ dịch tiết căng phế quản và suy giảm trung tâm hô hấp.
- Trong trường hợp ứ căng phế quản, cần hút đờm dãi và cho người bệnh thở oxy.
- Trong trường hợp chảy máu ổ ạt và có trạng thái sốc thì cần truyền máu ở trung tâm y tế.
- Dùng thuốc điều trị nguyên nhân gây ra ho ra máu: điều trị lao phổi, điều trị giãn phế quản khô...

# CHỨNG XANH TÍM

## 1. Định nghĩa

Chứng xanh tím là sự nhuộm màu lam của da và niêm mạc (như: môi, miệng...) mà không có máu tràn ra ngoài mạch, được gây nên do một lượng huyết cầu tố (hemoglobin) trong các mao mạch bị khử lượng oxy quá lớn.

*Ghi chú:*

- Nồng độ trung bình huyết cầu tố trong mao mạch bị khử oxy là 2,5g%.
- Chứng xanh tím xuất hiện khi nồng độ trung bình huyết cầu tố trong mao mạch nông vượt quá 5g%.

## **2. Nguyên nhân**

*a. Yếu tố phổi:* chứng xanh tím xuất hiện khi chỉ một phần số huyết cầu tố được oxy hoá ở phổi.

Các nguyên nhân trong phổi thường gặp:

- Áp lực oxy trong không khí phế nang bị giảm: gặp trong bệnh lao phổi, viêm phổi, khí thũng phổi, xẹp phổi.
- Các hư biến vách phế nang gây ra sự ngăn cản khả năng khuếch tán oxy: gặp trong bệnh phù phổi cấp tính, xơ phổi.
- Máu chảy qua một mô phổi bị xẹp.
- Phình động tĩnh mạch phổi: hiếm gặp.

*b. Yếu tố tuần hoàn*

- Yếu tố tim: gặp trong bệnh thông liên thất hay thông liên nhĩ.
- Yếu tố ngoại vi: gặp trong trường hợp ứ đọng máu trong tĩnh mạch gây nên hiện tượng chậm tuần hoàn trong các mao mạch.

*c. Yếu tố máu:* chứng xanh tím gặp trong các bệnh máu như sau:

- Bệnh tăng hồng cầu: trong bệnh tăng hồng cầu, nồng độ huyết cầu tố của máu tăng lên là điều kiện thuận lợi cho sự xuất hiện chứng xanh tím khi có thiếu oxy huyết.



- Sự xuất hiện methemoglobin và sulfua huyết cầu tố trong máu: hai chất này có khả năng gây nên chứng xanh tím khi chúng tồn tại ở nồng độ đầy đủ trong mao quản.

### 3. Chẩn đoán xác định

Chứng xanh tím là hiện tượng nhuộm màu lam của da và niêm mạc, có thể thấy rõ ở môi, tai, gò má và móng tay chân.

Các dấu hiệu lâm sàng cần thiết cho việc chẩn đoán chứng xanh tím là:

- Cần xác định chứng xanh tím là bẩm sinh hay là mắc phải. Trong trường hợp mắc phải, cần hỏi người bệnh có uống loại thuốc gây xanh tím không (ví dụ: thuốc sunfamid)
- Tìm dấu hiệu ngón tay dùi trống: dấu hiệu này có đặc điểm là ở đầu ngón tay có một chỗ phình kiểu dùi trống. Chỗ phình này là do hiện tượng tăng khối lượng phần mềm của đốt ngón tay cuối cùng và móng tay khum khum như mặt kính đồng hồ.

Nguyên nhân hay gặp nhất của ngón tay dùi trống là:

- + Thiếu oxy huyết mạn tính.
- + Bệnh phổi mạn tính.
- + Bệnh tim bẩm sinh gây xanh tím
- + Viêm màng trong tim chậm.
- + Bệnh xơ gan, viêm tụy mạn tính.

# KHÓ THỞ

## 1. Định nghĩa

Khó thở là tình trạng hô hấp khó khăn buộc người bệnh phải chú ý.

Khó thở là một triệu chứng chủ quan luôn luôn kèm theo một dấu hiệu khách quan là tăng không khí.

Khó thở lúc nghỉ ngơi là một dấu hiệu bệnh lý.

Thở nhanh và thở sâu là những hiện tượng không nhất thiết phải kèm khó thở hay cảm giác khó thở.

## 2. Nguyên nhân của khó thở

### a. Nguyên nhân thần kinh

- Sự xúc động, sự kích thích trung tâm hô hấp (như trong bệnh viêm não) có thể làm thay đổi tần số và độ sâu của nhịp thở.
- Sự giảm tính chất đàn hồi của các phế nang làm tăng các phản xạ lên, gây ra thở ngắn và nông (phản xạ này có tên là phản xạ Hering - Breuer).
- Sự tăng áp lực của máu trong các mao mạch phổi, sự giãn tĩnh mạch chủ gây nên các phản xạ có thể kích thích các trung tâm hô hấp.

### b. Nguyên nhân hoá học

- Thiếu oxy huyết.
- Tăng  $\text{CO}_2$  huyết: gặp trong các bệnh phế quản - phổi cấp tính và mạn tính, bệnh khí thũng phổi.
- Nhiễm acid huyết: những trường hợp nhiễm acid nặng trong bệnh hôn mê tiểu đường và tăng urê huyết là nguyên nhân gây ra khó thở.

*c. Tăng nhu cầu của thông khí*

Gặp trong các trường hợp:

- Không khí ô nhiễm, thở ở độ cao có không khí loãng.
- Cố gắng thể lực.
- Sốt cao gây nên tăng chuyển hoá cơ bản (còn gặp trong bệnh cường tuyến giáp trạng).
- Suy hô hấp.

**3. Các thể lâm sàng của khó thở**

Phân loại các thể lâm sàng của chứng khó thở theo nguyên nhân, ta có thể gặp:

*a. Khó thở do nguyên nhân hô hấp*

Có hai loại khó thở theo nguyên nhân hô hấp:

- Khó thở do hẹp các đường dẫn không khí: đặc điểm của khó thở do hẹp các đường dẫn không khí là
  - + Mâu thuẫn giữa cường độ của khó thở (tăng lên) và tần số thở (tăng ít hoặc không tăng).
  - + Có tiếng thở rít, thở khò khè mà ta có thể nghe thấy ở xa người bệnh. Có thể gặp tình trạng này trong bệnh hẹp thanh quản, bệnh hẹp khí quản.
  - + Thì thở ra kéo dài và có tiếng rít đặc biệt ở vị trí hẹp của phế quản như trong trường hợp lao phế quản, ung thư trung thất, ung thư phổi.
  - + Có tiếng ran rít và ran ngáy khi nghe phổi trong trường hợp co thắt hệ thống phế quản: gặp trong bệnh hen phế quản.

- Khó thở do tổn thương phổi: trong thể khó thở này có tăng tần số thở. Nó xuất hiện lúc người bệnh gắng sức, thường gặp trong các bệnh:
  - + Lao phổi, phù phổi cấp tính.
  - + Xơ phổi, xẹp phổi, u phổi.
  - + Ứ đọng dịch tiết hoặc ứ đọng máu trong phổi, lao kê, áp xe phế quản - phổi, lao xơ hang... thường gây triệu chứng khó thở nặng.

*b. Khó thở do nguyên nhân thần kinh*

- Khó thở do tổn thương hệ thần kinh: có thể gặp triệu chứng khó thở trong những trường hợp
  - + Bệnh não, rối loạn nội sọ trong bệnh chảy máu não, bệnh u não, trạng thái tăng áp lực nội sọ có kèm tình trạng hôn mê.
  - + Bệnh tuỷ xám, nhược cơ nặng có thể gây liệt các cơ hô hấp và là nguyên nhân của khó thở.
- Khó thở do tâm lý: khó thở do tâm lý là tình trạng khó thở ở người không có tổn thương ở phổi hoặc ở tim, không có rối loạn chuyển hoá một số thành phần chất trong máu (như rối loạn acid - kiềm).

Khó thở do tâm lý có đặc điểm:

- + Có cảm giác lo lắng, khó chịu.
- + Tần số thở tăng lên khi có cảm xúc mạnh.
- + Có thể dẫn tới mất tri giác và co giật do nhiễm kiềm hô hấp được gây nên bởi sự bài xuất CO<sub>2</sub>.

*c. Khó thở do nguyên nhân tim*

Khó thở do nguyên nhân tim có đặc điểm là:

- Trước tiên là khó thở khi gắng sức.
- Khi bệnh tim tiến triển lâu, triệu chứng khó thở xuất hiện cả khi nghỉ ngơi.
- Các loại khó thở trong bệnh tim có thể gặp là:
  - + Khó thở nằm: tình trạng khó thở ở tư thế nằm nặng hơn ở tư thế ngồi. Trong tư thế nằm, cơ hoành của người bệnh bị đẩy lên cao, máu ở chi dưới và bụng dồn về lồng ngực làm cho áp lực tĩnh mạch tăng lên và lưu lượng máu của tim cũng tăng lên theo. Do đó, xuất hiện triệu chứng khó thở.
  - + Khó thở kịch phát: thể khó thở này xảy ra từng cơn và thường xuất hiện về đêm. Có hai thể khó thở kịch phát:
    - Thể hen tim: thường xảy ra về ban đêm. Trong lâm sàng khó thở thể hen tim gặp trong các bệnh:

Suy tâm thất trái.

Tắc mạch phổi.

Khí thũng phổi.

Phù phổi cấp tính.

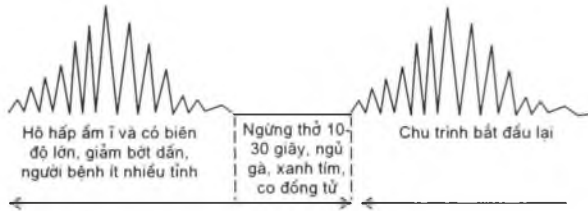
*Ghi chú:* cần phân biệt hen tim và hen phế quản.

Trong hen tim, người ta ghi nhận đặc điểm: người bệnh bị đánh thức bởi một cơn khó thở nặng khiến phải ngồi dậy, lo âu, thở nhanh và hỗn hển. Hiện tượng co thắt phế quản giữ một vai trò đáng kể. Các dấu hiệu nêu trên ngược lại với các dấu hiệu của hen phế quản.

- Khó thở thể Cheyne - Stokes: thở Cheyne - Stokes gặp ở người lớn tuổi bị bệnh tim, xảy ra vào lúc người bệnh thiếp ngủ.

Đặc điểm của khó thở thể Cheyne - Stokes là: xảy ra vào lúc người bệnh thiếp ngủ. Hô hấp tái hiện sau thời gian ngừng thở khoảng 30 giây, sau đó thở dần dần sâu hơn để rồi lại giảm xuống cho đến khi xảy ra một thời kỳ ngừng thở mới.

Người bệnh ngủ gà trong lúc ngừng thở và tỉnh lại ít nhiều trong các giai đoạn thở.



#### Nhịp thở Cheyne - Stokes

Các bệnh gây nên nhịp thở Cheyne - Stokes:

Suy trung tâm hô hấp.

Suy tim.

Bệnh nội sọ (u não, chảy máu não).

Nhiễm độc morphin và các biệt dược của nó, tăng urê huyết.

#### d. Khó thở do thay đổi hoá tính của máu

- Thiếu máu: thiếu máu là nguyên nhân gây khó thở gắng sức. Khó thở xuất hiện trong trường hợp thiếu máu cấp tính do chảy máu để gây nên tình trạng sốc là một dấu hiệu của bệnh tiến triển nặng.
- Nhiễm acid trong máu: nhiễm acid trong máu do các nguyên nhân
  - + Tăng urê huyết.

+ Hôn mê trong tiểu đường.

Triệu chứng khó thở khi bị nhiễm acid trong máu là một thể khó thở đặc biệt gọi là nhịp thở Kussmaul (nhịp thở Kussmaul có tần số tăng nhẹ). Nhịp thở Kussmaul có đặc điểm:

- Hít vào sâu.
- Theo sau là một giai đoạn nghỉ ngắn ở thì hít vào cố gắng.
- Thì thở ra ngắn, nhiều khi rống và theo sau lại là một giai đoạn nghỉ ngắn.



Nhịp thở Kussmaul

## THIẾU OXY

### 1. Định nghĩa

Thiếu oxy\* mô có thể coi như giảm oxy, là trạng thái trong đó các mô (tế bào) không nhận được đủ oxy.

Thiếu oxy huyết là hiện tượng giảm oxy chứa trong máu. Thiếu oxy huyết có thể xuất hiện trong trường hợp không bị thiếu oxy mô và ngược lại (ví dụ: trong trường hợp bị thiếu độc thủy ngân, máu được cung cấp đầy đủ oxy, nhưng các mô (tế bào) không thể sử dụng được oxy).

Ngạt: ngạt là tình trạng thiếu oxy có kèm ứ đọng  $\text{CO}_2$ .

## 2. Nguyên nhân

### *a. Thiếu oxy mô do giảm mức cung cấp oxy cho máu*

- Trường hợp phổi bình thường:
  - + Giảm áp lực riêng phần của oxy trong không khí xung quanh: không khí ở vùng cao (vùng núi, ở độ cao khi đi máy bay), trường hợp có các khí khác trong khí quyển.
  - + Tắc các đường dẫn khí.
  - + Thiếu năng các cơ hô hấp: viêm nhiều dây thần kinh, chứng nhược cơ năng.
- Trường hợp có bệnh ở phổi:
  - + Thông khí không đủ của các phế nang, hỗn hợp xấu của không khí hít vào, khí thũng phổi.
  - + Giảm hoạt động của mô phổi, gặp trong các bệnh viêm phổi, u phổi, lao phổi, tràn dịch màng phổi v.v...
  - + Rối loạn khuếch tán các khí qua màng phế nang - mao mạch: gặp trong các bệnh xơ phổi, phù phổi, nhiễm bụi phổi.
- Đản mạch thuộc hệ thống tĩnh - động mạch: bệnh tim bẩm sinh gây xanh tím, u mạch máu phổi, bệnh xẹp phổi.

### *b. Thiếu oxy mô do thiếu máu*

- Thiếu máu cùng nghĩa với giảm huyết cầu tố.
  - + Thiếu máu cấp tính hay mạn tính
  - + Huyết cầu tố (hemoglobin) chuyển thành carboxy huyết cầu tố, huyết cầu tố sulfua hoặc methemoglobin không có khả năng hấp thu oxy.

### *c. Thiếu oxy mô do cung cấp không đủ máu cho các mô*

Loại thiếu oxy mô này còn gọi là thiếu oxy tuần hoàn. Nguyên nhân hay gặp là:



- Nguyên nhân toàn thân: gặp trong bệnh suy tim, trạng thái sốc.
- Nguyên nhân tại chỗ: gặp trong các bệnh tắc động mạch, thiếu máu cục bộ, ứ đọng tĩnh mạch.

#### *d. Thiếu oxy mô do chuyển hoá*

Gặp trong các bệnh:

- Nhiễm độc: nhiễm độc morphin và barbituric làm giảm chuyển hoá tế bào, nhiễm độc cyanua làm cản trở các mô sử dụng oxy.
- Tăng nhu cầu chuyển hoá: gặp trong trường hợp sốt cao, bệnh nhiễm độc nội tiết tố của tuyến giáp trạng.

### **3. Dấu hiệu lâm sàng của thiếu oxy mô**

Có thể gặp các dấu hiệu lâm sàng:

- Chướng xanh tím: gặp trong các trường hợp thiếu oxy huyết rõ rệt.
- Khó thở: có thể gặp dấu hiệu khó thở và dấu hiệu này không là dấu hiệu thiếu oxy mô hằng định.
- Rối loạn thần kinh:
  - + Thiếu oxy mô cấp tính gây nên tình trạng chệnh choáng và đôi khi sốt cao.
  - + Thiếu oxy mô mạn tính gây nên mệt mỏi, vô tình cảm.
- Rối loạn tim mạch: nhịp tim nhanh, áp lực động mạch thay đổi, lưu lượng tim tăng.

### **4. Điều trị**

- Điều trị nguyên nhân gây thiếu oxy.
- Dùng liệu pháp oxy: có thể dùng các phương pháp

- + Đặt ống thông vào trong lỗ mũi được làm trơn bằng dầu paraffin để người bệnh thở oxy.
- + Dùng liều oxy: có nguy cơ tích lũy  $\text{CO}_2$  trong lều.
- + Dùng mặt nạ để thở oxy.
- + Dùng máy thở oxy dưới áp lực.

## **NẮC**

### **1. Định nghĩa**

Nấc là sự co cứng của cơ hoành.

### **2. Nguyên nhân**

- Nguyên nhân của chứng nấc là sự kích động trung tâm hay ngoại biên của dây thần kinh hoành.
- Nguyên nhân trung tâm: do các bệnh viêm màng não, u não, tăng urê huyết.
- Nguyên nhân ngoại biên: do các bệnh viêm màng phổi hoành, viêm màng ngoài tim, u trung thất, cũng có thể do bệnh tiêu hoá như chứng kích động niêm mạc dạ dày hoặc thực quản. Nấc có thể do tâm lý gây nên.

Chứng nấc thường hết khi người bệnh ăn.

### **3. Điều trị**

Có thể áp dụng các biện pháp:

- Uống nước lạnh, chườm túi đá vùng thượng vị.
- Dùng thuốc chống co thắt atropin 1/4mg - 1/2mg. Dùng thuốc an thần gardenal 0,1g
- Hít amyl nitrit hay chloroform

# VIÊM HỌNG

## 1. Định nghĩa

Viêm họng là viêm hầu và các mô có cấu tạo tế bào lympho.

## 2. Một số viêm họng thường gặp

### a. Viêm họng đỏ thông thường

- Triệu chứng lâm sàng:
  - + Niêm mạc hầu đỏ.
  - + Viêm hạch nhân (amidan) nhiều khi ở một bên. Có thể thấy trên hạnh nhân có những màng hay chấm trắng gồm một thứ bựa không dính vào niêm mạc.
  - + Sốt.
  - + Khó nuốt.
  - + Hạch cổ to.
- Tiến triển:
  - + Bệnh thường khỏi nhưng hay tái phát.
  - + Có thể gây viêm cầu thận hay thấp khớp cấp.
- Điều trị:
  - + Nhỏ mũi bằng thuốc muối bạc (ví dụ: protacgol).
  - + Dùng thuốc sát trùng súc miệng: súc họng (với betadin) hoặc viên ngậm.
  - + Dùng thuốc kháng sinh.
  - + Cắt bỏ hạnh nhân khi có những hạnh nhân to nhiễm khuẩn.

### *b. Viêm họng bạch hầu*

- Triệu chứng: dấu hiệu chủ yếu là một cái màng giả với những tính chất sau
  - + Màng giả phủ mặt trong của hạnh nhân, đôi khi lan đến tận chân lưỡi gà.
  - + Màng giả lúc đầu có màu trắng nhạt và nhẵn, sau có màu xám vàng và lồi nhô.
  - + Màng giả được bao quanh bởi một đường viền do mô bị viêm.
  - + Màng giả dính vào lớp sâu và tự tách ra cả khối. Nếu không được điều trị bằng huyết thanh chống bệnh bạch hầu thì màng giả tái tạo rất nhanh.

Ngoài ra, người bệnh còn có triệu chứng:

- + Sổ mũi, hạch cổ to và nhiều.
  - + Người bệnh xanh xao, nhịp tim nhanh, huyết áp giảm.
- Điều trị: về phương diện thực hành, khi có màng giả ở họng thì cần tiêm huyết thanh chống bạch hầu trước khi chẩn đoán phân biệt với viêm họng loét màng do nguyên nhân khác.

### *c. Viêm hạnh nhân (viêm amidan)*

Viêm hạnh nhân là viêm mô quanh hạnh nhân.

- Các triệu chứng thường gặp:
  - + Khó nuốt nặng.
  - + Hạnh nhân ở phía tổn thương lồi ra và có phản ứng viêm mạnh.
  - + Lưỡi gà bị phù, biến dạng và bị đẩy sang phía đối diện.
- Điều trị: dùng thuốc kháng sinh và phẫu thuật.

## HỞ VAN HAI LÁ

### 1. Nguyên nhân sinh bệnh học

- Bệnh gặp ở nam giới nhiều hơn nữ giới.
- Ở nữ giới bệnh hay gặp ở người trẻ, gầy, ốm yếu và thường không có triệu chứng.
- Về nguyên nhân có thể kể ra:
  - + Suy tim do thấp tim.
  - + Viêm màng trong tim nhiễm khuẩn.
  - + Xơ hóa cơ tim thứ phát sau thiếu máu cục bộ động mạch vành.
  - + Phình mạch thất hoặc nhồi máu cơ tim.
  - + Chít hẹp dưới động mạch chủ phì đại vô căn.
  - + Ngoài ra còn có sự góp mặt của yếu tố bẩm sinh.
- Về sinh bệnh học, có 2 hiện tượng cần lưu ý:
  - + Khi van hai lá bị hở mãn tính, một lượng máu từ thất trái chuyển hướng trào ngược lại qua lỗ hở van về nhĩ trái, máu ngược dòng làm cho cả nhĩ trái và thất trái giãn và phì đại.
  - + Do thất trái, nhĩ trái phì đại và tăng áp lực, áp lực mao mạch và tĩnh mạch phổi cũng tăng cao, rốt cuộc gây ra suy tim phải.

### 2. Triệu chứng

- Hở van hai lá làm giảm cung lượng tim và mệt mỏi ồm yếu là những biểu hiện nổi bật. Một số bệnh nhân đánh trống ngực (do rung nhĩ) hoặc khó thở kịch phát ban đêm.

- Hở van hai lá nặng dẫn tới suy tim phải với biểu hiện: ứ huyết gan, đau vùng gan, phù, cổ trướng giãn tĩnh mạch cổ, buồn nôn, khó thở.
- Trong hở van hai lá cấp hậu quả sung huyết phổi, phù phổi thường xảy ra với biểu hiện khó thở gắng sức, có điểm đau ở ngực, ho và ho ra máu, nghe phổi có ran ẩm và ran nổ.
- Tim to ra, mỏm tim xô dịch sang trái, nghe tim thấy có tiếng thổi tâm thu mạnh và tiếng tim thứ 3.

### 3. Chẩn đoán

- Căn cứ vào sự hiện diện các triệu chứng lâm sàng nhất là tiếng thổi tâm thu ở mỏm tim lan nách.
- X quang ngực, điện tâm đồ, siêu âm đều chứng tỏ phì đại thất trái và nhĩ trái.
- Chẩn đoán quyết định được làm bởi thông tim hoặc chụp mạch thất trái. Nó cho phép đánh giá chức năng thất trái và mức độ hở van hai lá.

### 4. Điều trị: phẫu thuật

## HỞ VAN ĐỘNG MẠCH CHỦ

Hở van động mạch chủ thì ít gặp hơn so với hẹp van chủ: 75% số người hở van động mạch chủ là nam giới.

### 1. Nguyên nhân

Cả yếu tố bẩm sinh và yếu tố mắc phải đều đóng góp nguyên nhân cho loại bệnh này.

- Bệnh thấp là thủ phạm của 80% số người bị hở van động mạch chủ. Bệnh này đã làm dày, làm biến dạng và làm co rút lá van.

- Bệnh giang mai (Syphillis) chỉ gây ra chưa đầy 5% các trường hợp bằng cách làm giãn vòng van hoặc làm hở các tiếp điểm giữa những lá van.
- Viêm màng trong tim nhiễm khuẩn cũng góp phần gây xói lở các lá van.
- Trong hội chứng Marfan, van động mạch chủ vừa bị hoại tử vừa bị làm giãn hở.
- Dị dạng bẩm sinh là yếu tố thuận lợi cho viêm màng trong tim nhiễm khuẩn và bệnh thấp can thiệp làm giãn van động mạch chủ.

## 2. Sinh bệnh học

- Tác động của quá trình viêm nhiễm và dị dạng bẩm sinh làm cho các lá van đóng không khít hoặc làm cho vòng van giãn, biến dạng. Hậu quả là ở thì tâm trương một lượng máu trào ngược qua lỗ van động mạch chủ trở về thất trái.
- Trong cuối chu chuyển tim, đều đặn có 50% lượng máu mà thất trái đã bơm vào động mạch chủ sẽ đôn ngược trở lại qua lỗ van ở thì tâm trương. Lượng máu lớn cộng với hoạt động bù trừ làm cho thất trái phì đại gây suy tim trái. Mặt khác, áp lực nhĩ trái tăng, nhĩ trái phì đại làm cho áp lực phổi tăng, phổi sung huyết, kết quả là suy tim phải.

## 3. Triệu chứng

- Biểu hiện lâm sàng khởi đầu bởi nhận biết nhịp tim đập. Nó gây khó và rất nổi bật ở vị trí phía trái ngực. Nhịp nhanh xoang có thể xuất hiện khi gắng sức hay kích thích và nhịp sớm của thất sẽ xuất hiện.
- Khó thở gắng sức khi tim mất bù; khó thở nằm, khó thở kịch phát ban đêm và vã mồ hôi cho biết suy tim trái sắp xảy ra.

- Đau thắt ngực có thể xảy ra do thiếu máu cục bộ cơ tim hoặc do tim va chạm với thành ngực trái.
- Giai đoạn cuối của bệnh được xác định bởi gan sưng to, phù mắt cá chân, bụng có nước.

#### 4. Chẩn đoán

Dựa vào:

- Triệu chứng lâm sàng.
- Tiếng thổi tâm trương êm dịu tại vị trí van động mạch chủ, độ nảy mạch lan rộng.
- Điện tâm đồ: đoạn ST chênh xuống, sóng T đảo chiều là biểu hiện phì đại thất trái.
- Siêu âm tim: cho biết khối lượng tâm thất quá tải.
- Chụp mạch: xác định mức độ nặng của bệnh mạch vành.
- Chẩn đoán quyết định bởi thông tim; đồng thời xác định mức độ nặng của bệnh van động mạch chủ.

## HỖ LỖ VAN BA LÁ

### 1. Nguyên nhân

- Bệnh thấp khớp: hở lỗ van ba lá bao giờ cũng kết hợp với hẹp lỗ van hai lá.
- U dạng ung thư ruột non.
- Bẩm sinh do dị tật ở van.
- Hở lỗ van ba lá chức năng: gặp ở những bệnh tim có giãn tim phải.



## 2. Triệu chứng lâm sàng

### *a. Dấu hiệu chức năng*

- Khó thở khi gắng sức, nhiều khi khó thở gắng sức không kèm theo khó thở kịch phát và khó thở nằm.
- Đau gan khi gắng sức.

### *b. Dấu hiệu tĩnh mạch căng phồng*

- Phù.
- Dấu hiệu nước màng bụng.
- Tĩnh mạch cổ nổi.
- Gan to, đôi khi có mạch gan tâm thu.

## 3. Chẩn đoán

Hở lỗ van ba lá cần được chẩn đoán phân biệt với viêm thất màng ngoài tim.

## 4. Điều trị

Phẫu thuật

# HỆP LỖ VAN BA LÁ

## 1. Nguyên nhân

Hẹp lỗ van ba lá là bệnh van tim khá phổ biến. Ở phụ nữ bệnh gặp 4 tới 5 lần nhiều hơn so với nam giới. Tổn thương van ba lá kiểu này ít khi đơn độc, thường đồng diễn hẹp hai lá, hẹp van động mạch phổi nhưng không kết hợp với hở van hai lá.

Thấp tim là nguyên nhân hay gặp của bệnh hẹp van ba lá.

## 2. Sinh bệnh học

Sự kết dính tại các tiếp điểm lá van, co rút và dính các sợi gân chằng làm cho lỗ van ba lá hẹp lại, máu bị chặn và dồn lại ở tim. Áp lực hệ thống tăng cao do hậu quả của sự tắc nghẽn đồng thời có giảm lượng máu bơm ra từ thất phải.

## 3. Triệu chứng

- Các triệu chứng của suy tim phải ở bệnh nhân có hẹp van ba lá gồm: chứng gan to và giãn tĩnh mạch cảnh như xơ gan do tim, dẫn tới hoàng đản.
- Việc giảm thể tích máu của thất phải sẽ làm giảm lượng máu qua phổi về tim trái rồi từ tim trái đi nuôi cơ thể. Hậu quả là người bệnh mệt mỏi, sụt cân, hạ huyết áp.

## HẸP VAN ĐỘNG MẠCH PHỔI

- Hẹp van động mạch phổi là bệnh hiếm gặp, thường có nguồn gốc bẩm sinh dù rằng nó có thể được gây ra bởi ung thư hoặc bệnh thấp cấp tính. Biểu hiện của bệnh là van động mạch phổi hẹp, cản trở luồng máu bơm lên phổi, hậu quả là một khối lượng máu không được tổng hết vào động mạch phổi trong thì tâm thu. Cả thất phải và nhĩ phải đều giãn để bù trừ cho khối lượng máu nhận được.
- Triệu chứng của hẹp van động mạch phổi gồm: tiếng thổi tâm thu mạnh, mệt mỏi và khó thở khi gắng sức. Trường hợp diễn biến nặng, bệnh nhân sẽ có các biểu hiện của suy tim phải: gan to, cổ trướng và phù.

## HỞ VAN ĐỘNG MẠCH PHỔI

Hở van động mạch phổi cũng là tình trạng hiếm gặp. Bệnh do viêm màng trong tim nhiễm khuẩn, khối u và thấp cấp tính gây ra. Những lá van động mạch phổi trở nên không hoàn bị và đóng không kín được, dòng máu dôn ngược lại thất phải ở cuối thì tâm thu, thất phải và nhĩ phải cùng phì đại. Người bệnh có biểu hiện các triệu chứng của suy tim phải tương tự như trường hợp hẹp van động mạch phổi.

## VIÊM CƠ TIM DO BỆNH THẤP KHỚP CẤP

Bệnh viêm cơ tim do bệnh thấp khớp cấp tính còn gọi là bệnh thấp tim.

### 1. Định nghĩa

Tất cả mọi định vị viêm ở tim (viêm màng trong tim, viêm cơ tim, viêm màng ngoài tim...) gặp trong quá trình bệnh thấp khớp cấp và di chứng của các định vị này được gọi là viêm cơ tim do bệnh thấp khớp cấp.

### 2. Điều kiện xuất hiện

Gần như toàn bộ các bệnh tim của trẻ em và của thanh thiếu niên là do thấp.

### 3. Nguyên nhân

Thấp khớp tim chỉ là một biến chứng của thấp khớp cấp.

### 4. Triệu chứng lâm sàng

a. *Thể cấp tính*: xảy ra trong quá trình một cơn thấp khớp cấp với các triệu chứng:

- Đau khớp: dấu hiệu đau có tính chất di chuyển tới các khớp khác nhau.
- Tim đập nhanh.
- Đau trước tim, mỏm tim đập lệch sang phía bên trái.
- Nghe tim: có tiếng thổi tâm thu ở mỏm tim.
- Có dấu hiệu loạn nhịp tim. Ở thể nặng bệnh có dấu hiệu của rung tâm nhĩ.
- Dấu hiệu suy tim: khó thở, nhịp ngựa phi khi nghe tim, ứ máu ở các tĩnh mạch, gan to, đôi khi có dấu hiệu phù.

*b. Thể bán cấp*

- Thấp tim tiến triển là giai đoạn tiếp theo của thể cấp tính.
- Thể mạn tính: có thương tổn van tim vĩnh viễn của bệnh thấp tim.

## 5. Tiên lượng

Bệnh van tim do thấp khớp cấp có thể gây biến chứng "viêm màng trong tim bán cấp Osler với tỷ lệ khoảng 2-5%.

## 6. Điều trị

- Nghỉ ngơi tuyệt đối tại giường.
- Thuốc điều trị:
  - + Kháng sinh liều cao.
  - + Phenylbutazon với liều lượng 8 - 12mg/kg thể trọng. Khi dùng thuốc này phải theo dõi công thức máu và trọng lượng cơ thể vì thuốc gây ra hiện tượng giữ nước trong cơ thể. Trong trường hợp cần thiết, sử dụng chế độ ăn nhạt cho người bệnh.
  - + Các salicylat: loại thuốc này không ngăn chặn được sự tiến triển của tổn thương tim.

- + Cortison và ACTH: có tác dụng tốt trong điều trị các thể thấp tim cấp tính. Cần kết hợp với chế độ ăn nhạt. Nếu người bệnh có dấu hiệu giữ nước hoặc sung huyết phổi thì cho thêm các thứ thuốc lợi niệu.
- + Không dùng digitalin.

## **SUY TIM PHẢI CẤP TÍNH**

Suy tim phải cấp tính được mô tả với danh từ bệnh tim do bệnh phổi cấp tính mà nguyên nhân hay gặp nhất là chứng tắc động mạch phổi. Nó biểu hiện chủ yếu bằng trạng thái shock (sốc).

## **BỆNH TIM DO BỆNH PHỔI CẤP TÍNH**

### **1. Định nghĩa**

Bệnh tim do bệnh phổi cấp tính là một hội chứng gây ra do giãn đột ngột của các khoang tim phải, khi động mạch phổi hoặc một nhánh của động mạch phổi bị tắc đột ngột và tắc rất nhiều.

### **2. Nguyên nhân**

- Tắc động mạch phổi.
- Tắc mạch khí và tắc mạch mỡ.
- Xẹp phổi.
- Khí thủng màng phổi tự phát.
- Phù phổi cấp tính.
- Viêm phổi nhiều thùy.

- Thủng vách ngăn, vỡ phình động mạch chủ vào trong động mạch phổi, thoát vị hoành.

### 3. Triệu chứng

Xem bệnh tắc động mạch phổi.

## TẮC ĐỘNG MẠCH PHỔI

### 1. Định nghĩa

Tắc động mạch phổi là cả động mạch phổi hoặc một trong các nhánh của động mạch phổi bị bít nghẽn đột ngột bởi một dị vật (cục máu đông, bóng hơi hoặc một mảnh khối u...).

### 2. Nguyên nhân

*a. Viêm nghẽn tĩnh mạch:* viêm nghẽn tĩnh mạch hậu phẫu gây ra 40% các trường hợp tắc động mạch phổi. Bệnh thường xảy ra sau phẫu thuật bụng và chậu nhỏ.

Sự bất động hoàn toàn làm cho tắc động mạch phổi xảy ra dễ dàng hơn.

Viêm tĩnh mạch của thời kỳ hậu sản càng dễ gây tắc động mạch phổi.

Chứng viêm nghẽn tĩnh mạch nào cũng có thể gây tắc mạch; tuy nhiên, cục nghẽn mạch xuất phát từ các tĩnh mạch chi dưới thường gây bệnh nhiều hơn.

*b. Bệnh tim:* vật gây tắc mạch đến từ tim phải.

Hay gặp trong:

- Hẹp lỗ van hai lá.
- Nhồi máu cơ tim.

- Viêm màng trong tim Osler ở bên phải (ở van động mạch phổi, ở van ba lá) là nguồn gốc của tắc mạch nhiễm khuẩn.
- c. *Các bệnh mạn tính và làm suy mòn*: suy tim, ung thư, liệt các chi, tăng hồng cầu.
- d. *Tắc mạch khí*: gặp trong bệnh tràn khí màng phổi, khí thũng phổi, thủ thuật phá thai và tắc mỡ (gặp trong gãy xương hở).
- e. *Các nguyên nhân phụ trợ*: có thể gặp tắc động mạch phổi khi người bệnh đang nằm ở giường bước xuống đất.

*Chú ý*: sự bít nghẽn một động mạch nhỏ hay trung bình của hệ thống động mạch phổi ở một người mắc bệnh tim thường gây ra nhồi máu phổi vì nhu mô phổi đã bị sung huyết và tuần hoàn bàng hệ không đủ để ngăn ngừa hoại tử.

### 3. Triệu chứng

Triệu chứng của bệnh tắc động mạch phổi khác nhau tùy theo trường hợp:

a. *Thể vô triệu chứng*: gặp ở trường hợp tắc động mạch phổi nhỏ. Biểu hiện có thể:

- Không có triệu chứng.
- Hoặc: tim đập nhanh và khó thở nhẹ, có cảm giác lo âu trong chốc lát, sốt nhẹ, hạ huyết áp trong thời gian rất ngắn, có vài ngoại tâm thu.

b. *Bệnh tim do bệnh phổi cấp tính*

Tắc động mạch phổi quan trọng là nguyên nhân gây ra bệnh tim do bệnh phổi cấp tính.

*Đặc điểm của bệnh như sau*:

- Bắt đầu đột ngột.
- Có dấu hiệu khó thở và tức ngực dữ dội.

- Có thể có cơn đau sau xương ức giống như cơn đau của bệnh đau thắt ngực và của nhồi máu cơ tim.
- Sốt kết hợp với dấu hiệu suy tim phải.

Hình thái lâm sàng có thể được thể hiện qua hai loại bệnh cảnh:

- + Trạng thái sốc nổi bật, có triệu chứng: tái nhợt, nét mặt lo âu, chân tay lạnh toát, vã mồ hôi, mạch nhỏ và huyết áp hạ thấp.
- + Bệnh cảnh của suy tim phải: người bệnh khó thở nhiều, xanh tím, tĩnh mạch cổ nổi to và đập mạnh, gan to.

*c. Thể bệnh phổi và màng phổi:* đó là bệnh cảnh của chứng nhồi máu phổi.

*d. Thể suy tim tiến triển và không phục hồi.*

#### **4. Tiến triển**

Có những khả năng tiến triển sau:

- Bệnh có thể khỏi, không để lại di chứng.
- Có các biến chứng: nhồi máu phổi, suy tim đột ngột.
- Tác động mạch phổi tái phát.

#### **5. Chẩn đoán**

Chẩn đoán xác định dựa vào các dấu hiệu:

- Đau ở vùng trước tim.
- Tim đập nhanh, khó thở có kèm trạng thái sốc và suy tim phải cấp tính.



Các dấu hiệu trên đây xuất hiện ở một người bệnh vừa bị phẫu thuật, một người bệnh mắc bệnh mạn tính hoặc một sản phụ.

*b. Chẩn đoán phân biệt:* cần phân biệt bệnh tắc động mạch phổi với

- Nhồi máu cơ tim.
- Tràn khí màng phổi tự phát.
- Phù phổi cấp tính.
- Hen phế quản.

## **6. Điều trị**

- Nghỉ ngơi tại giường ở tư thế ngồi, cho thuốc nhuận tràng nhẹ.
- Dùng thuốc chống đông máu: heparin (50 - 100mg/24h trong 2 ngày hoặc dicoumarol 50 - 100mg mỗi ngày).
- Liệu pháp oxy: dùng cho người bệnh thiếu oxy máu, thể hiện bằng dấu hiệu xanh tím và khó thở.
- Dùng thuốc chống đau: morphin 0,01 - 0,02g/24h (tiêm dưới da).
- Dùng thuốc chống co thắt: atropin 0.25 - 0,5mg hoặc papaverin 30mg.
- Dùng thuốc kháng sinh để điều trị nhiễm khuẩn sau khi đã bị tắc động mạch phổi.
- Trong trường hợp suy tim phải cấp tính và đe dọa phù phổi cấp tính thì có thể trích máu từ 300ml đến 500ml.

## XƠ CỨNG ĐỘNG MẠCH CHỦ

Trong bệnh xơ cứng động mạch chủ có thương tổn thoái hoá và sự phá huỷ các sợi đàn hồi nên động mạch chủ giãn rộng, cứng và ngoằn ngoèo.

### 1. Triệu chứng lâm sàng

- Tăng huyết áp tối đa, nhưng huyết áp tối thiểu bị hạ thấp hoặc không thay đổi do động mạch chủ bị cứng đờ.
- Có khi nghe tim thấy tiếng thổi tâm thu.

### 2. Biến chứng

a. *Phình động mạch*: hay gặp phình động mạch chủ bụng, có thể gây vỡ phình động mạch chủ bụng vào khoang sau màng bụng.

b. *Nghẽn mạch*: xảy ra trong trường hợp

- Có mảng vữa ở động mạch hoặc ở chỗ có vết loét vữa động mạch.
- Có vật tắc mạch.

Các triệu chứng của nghẽn mạch:

- Hai chi dưới bị xám ngắt.
- Teo cơ và đau hai chi dưới.
- Khập khiễng cách hồi của bắp chân.
- Hai chi dưới không còn giao động.
- Có rối loạn dinh dưỡng 2 chi dưới.
- c. *Hở lỗ động mạch chủ*: hiếm gặp.

### **3. Điều trị**

- Phình động mạch chủ:
  - + Điều trị triệu chứng khó thở và đau dữ dội, nằm nghỉ trên giường.
  - + Điều trị phẫu thuật.
- Nghẽn mạch: phẫu thuật

## **XƠ CỨNG ĐỘNG MẠCH VÀNH**

### **1. Hoàn cảnh xuất hiện**

Bệnh xảy ra chủ yếu ở nam giới và là nguyên nhân quan trọng gây tử vong đàn ông độ tuổi 35 - 44, rồi tiếp tục tăng theo tuổi và gây ra khoảng 40% của tử vong đàn ông lứa 55 - 64 tuổi.

Ở nữ giới, bệnh này được gặp chủ yếu ở tuổi từ 60 đến 70.

### **2. Triệu chứng lâm sàng**

- Bệnh xơ cứng động mạch vành có thể hoàn toàn không có triệu chứng lâm sàng.
- Bệnh có thể biểu hiện bằng một trong các dấu hiệu sau:
  - + Chứng đau thắt ngực: do thiếu máu cục bộ nhất thời ở một số vùng cơ tim (xem bài: đau thắt ngực).
  - + Nhồi máu cơ tim: do thiếu máu cục bộ kéo dài và hoại tử một số vùng cơ tim.
  - + Suy tim loạn nhịp: xơ hoá cơ tim và xơ hoá hệ thống dẫn truyền.

# NHỒI MÁU CƠ TIM

## 1. Định nghĩa

Nhồi máu cơ tim là chứng hoại tử do thiếu máu cục bộ ở một phần cơ tim, thông thường nhất là do một động mạch vành bị tắc gây nên.

## 2. Nguyên nhân

- Chứng nghẽn động mạch vành: động mạch vành bị tắc do nghẽn mạch và gây nên nhồi máu cơ tim.
- Nguyên nhân ít gặp: tắc động mạch vành do bệnh phẩm từ các bệnh:
  - + Viêm động mạch vành.
  - + Tắc mạch khí, tắc mạch mỡ.
  - + Chấn thương và dị tật của động mạch vành.
- Các yếu tố thuận lợi: đó là các bệnh có tác dụng làm cho chứng xơ cứng động mạch dễ xuất hiện như:
  - + Bệnh tiểu đường.
  - + Bệnh tăng huyết áp.
  - + Bệnh tăng hồng cầu.
  - + Bệnh loét dạ dày - tá tràng và bệnh đường mật.
- Các yếu tố khởi động bệnh:
  - + Gắng sức bất thường, xúc động mạnh.
  - + Chấn thương lồng ngực, trạng thái sốc.
  - + Tim đập nhanh kịch phát, chảy máu nặng.
  - + Sự lạm dụng thuốc lá.

- + Những nghề tĩnh tại và luôn luôn làm cho thần kinh căng thẳng.

### 3. Triệu chứng lâm sàng

*a. Các dấu hiệu báo trước: có thể gặp triệu chứng báo trước như*

- Đau mơ hồ ở vùng trước tim.
- Các cơn đau thất ngực dồn dập.
- Cảm giác lo âu.

*b. Các dấu hiệu chức năng*

- Đau: có tính chất của đau thất ngực kéo dài. Chứng đau này không đỡ khi dùng các nitrit.
- Các dấu hiệu phụ:
  - + Lo lắng và vật vã.
  - + Nôn và nấc.
  - + Có trạng thái sốc: da xám ngắt, tứ chi lạnh toát, vã mồ hôi.
  - + Có dấu hiệu phù phổi cấp tính nếu người bệnh bị suy tim trái.
- Các dấu hiệu thực thể:
  - + Sốt khoảng  $38 - 38^{\circ}5$  trong khoảng 10 ngày đầu tiên.
  - + Mạch nhanh, có thể loạn nhịp.
  - + Tiếng tim xa xăm, có thể thấy tiếng thổi tâm thu chức năng ở mỏm tim (do hở lỗ van hai lá chức năng).
  - + Áp lực động mạch: huyết áp có thể tăng trong những phút đầu, nhưng nhanh chóng giảm tới mức thấp nhất sau vài giờ.

- + Trạng thái sốc có thể xuất hiện trong khi áp lực động mạch tương như bình thường ở những người có bệnh tăng huyết áp.

#### **4. Các thể lâm sàng**

- Thể nhẹ: triệu chứng đau có thể rất nhẹ, đặc biệt ở người cao tuổi.
- Thể cấp tính: có thể tử vong sớm.
- Thể bệnh kèm theo sốc với các triệu chứng:
  - + Giảm huyết áp.
  - + Xanh tím.
  - + Xám các đầu chi và vã mồ hôi.
- Thể bệnh kèm theo rối loạn não: có tình trạng thiếu oxy não do lưu lượng tim giảm sút đột ngột. Các dấu hiệu thường gặp là:
  - + Rối loạn tâm thần.
  - + Co giật, có thể hôn mê.
  - + Liệt nửa người.
- Thể lâm sàng kèm suy tâm thất phải cấp tính:
  - + Phù ngoại vi.
  - + Gan to.
  - + Ứ máu tĩnh mạch.
- Thể lâm sàng kèm suy tâm thất trái cấp tính:
  - + Khó thở kịch phát.
  - + Có thể có dấu hiệu phù phổi cấp tính.
- Thể lâm sàng kèm hội chứng bụng cấp tính:

- + Đau bụng.
- + Bụng cứng như gỗ: ít gặp.

## 5. Biện chứng

### a. Nghẽn mạch và tắc mạch

- Vật gây tắc mạch xuất phát từ tim trái thì đến động mạch não, động mạch thận hoặc động mạch chi dưới. Vật gây tắc mạch xuất phát từ tim phải thì đi tới động mạch phổi.
- Các vật gây tắc mạch bắt nguồn từ một chỗ nghẽn mạch từ hai chi dưới hoặc từ một cục nghẽn mạch ở màng trong tim.

b. *Loạn nhịp tim và rối loạn dẫn truyền*: hay gặp nhất là chứng tim đập nhanh, thường xuất hiện vào những ngày đầu.

c. *Suy tim*: suy tim có thể xảy ra sớm (biểu hiện trên lâm sàng dấu hiệu của phù phổi cấp tính) hoặc sau trạng thái sốc.

d. *Đau thắt ngực*: cơn đau thắt ngực có thể xuất hiện khi người bệnh hoạt động trở lại.

### e. Loạn dưỡng phân xạ ở hai chi trên

- Viêm quanh khớp vai - cánh tay trái hoặc phải:
- Rối loạn mạch và dinh dưỡng ở cánh tay và bàn tay.

## 6. Chẩn đoán

### a. Chẩn đoán xác định: dựa trên các dấu hiệu

- Đau trước tim kéo dài theo kiểu cơn đau thắt ngực và không chịu tác dụng của thuốc nitrit.
- Huyết áp hạ thấp.
- Sốt, tăng bạch cầu trong máu, có glucose trong nước tiểu.

### *b. Chẩn đoán phân biệt*

- Cơ đau thắt ngực thường: có thời gian đau ngắn hơn và huyết áp động mạch không giảm.
- Viêm màng ngoài tim cấp tính.
- Bệnh đường tiêu hoá như: loét dạ dày - tá tràng, viêm tụy cấp tính, cơn đau bụng gan (trong trường hợp bệnh nhồi máu cơ tim có triệu chứng đau bụng, nôn, sốt, tăng bạch cầu trong máu).
- Bệnh đường hô hấp như:
  - + Tắc động mạch phổi: khó phân biệt với bệnh nhồi máu cơ tim.
  - + Tràn khí màng phổi.
  - + Tràn dịch màng phổi.

## **7. Tiến triển**

Bệnh có thể khỏi và để lại di chứng; tuy nhiên, bệnh thường hay tái phát.

Bệnh tiến triển nặng khi có các dấu hiệu: huyết áp hạ nhiều, tim đập rất nhanh, suy tim cấp tính, sốt cao, đau dữ dội và kéo dài.

## **8. Điều trị**

### *a. Điều trị trong giai đoạn cấp tính*

- Nằm nghỉ tuyệt đối trên giường.
- Thuốc giảm đau: morphin 0,01 - 0,02g.
- Thở oxy: được chỉ định trong trường hợp sốc, khó thở và suy tim.
- Điều trị sốc: dùng ephedrin 5 - 15mg tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch; angiotensin (hypertensin) với liều lượng 100 -



500γ tiêm dưới da vào khu vực thân thể (không tiêm thuốc này vào tứ chi vì bộ phận này được tưới máu kém trong trường hợp sốc).

- Dùng thuốc chống đông: phải thận trọng khi sử dụng thuốc này.

*b. Điều trị trong giai đoạn mạn tính*

- Các thuốc an thần.
- Chế độ ăn lỏng, bỏ thuốc lá, trong trường hợp suy tim thì cho chế độ ăn không có muối.
- Tránh táo bón: dùng thuốc nhuận tràng, chế độ ăn có nhiều rau và quả.
- Thuốc chống đông: có thể làm giảm được các lần tái phát của bệnh.
- Nghỉ ngơi, vận động và xoa bóp nhẹ hai chi dưới.
- Hoạt động trở lại: từ từ và tăng dần, tránh gắng sức quá nhiều.

## VIÊM CƠ TIM

### 1. Định nghĩa

Viêm cơ tim là tình trạng viêm cấp tính hay mạn tính ở cơ tim hoặc thương tổn thoái hoá cơ tim do một bệnh nhiễm khuẩn gây ra.

### 2. Nguyên nhân

*a. Bệnh nhiễm khuẩn:* các loại vi khuẩn hoặc virút, hay gặp do vi khuẩn bạch hầu.

Đặc biệt trong bệnh nhiễm khuẩn máu do tụ cầu khuẩn hay liên cầu khuẩn thì có thể hình thành các áp xe nhỏ trong cơ tim.

*b. Các tác nhân hoá học và thuốc men như:* arsenic (asen), thuốc emetin, các huyết thanh.

*c. Viêm cơ tim vô căn:* gặp ở người lớn, có thể do tình trạng dị ứng.

*d. Viêm cơ tim cấp tính nguyên phát của trẻ em:* gặp ở trẻ em dưới 3 tuổi. Các triệu chứng báo trước là triệu chứng tiêu hoá, không sốt, thể hiện bằng dấu hiệu của suy tim phải cấp tính.

### **3. Triệu chứng lâm sàng**

#### *a. Dấu hiệu chức năng*

- Có thể một số trường hợp viêm cơ tim không có triệu chứng lâm sàng.
- Các triệu chứng thường gặp: tim đập nhanh, đánh trống ngực, suy nhược.
- Ở thể nặng: khó thở, xanh tím rõ rệt, có thể xảy ra trạng thái sốc hoặc suy tim cấp tính.

#### *b. Dấu hiệu nghe ngực*

- Tiếng tim bị mờ.
- Có thể thấy tiếng ngựa phi.

### **4. Chẩn đoán**

Chẩn đoán xác định bệnh dựa vào các dấu hiệu:

- Mạch rất nhanh.
- Tiếng tim bị mờ.
- Nhịp ngựa phi (nếu có).

- Chứng loạn nhịp tim.
- Trạng thái sốc.
- Hội chứng suy tim cấp tính.

Ở người trẻ tuổi bị bệnh suy tim mà không tìm được yếu tố, nguyên nhân gây bệnh thì nghĩ đến viêm cơ tim vô căn.

### **5. Tiến triển**

- Viêm cơ tim do thấp khớp và do bệnh bạch hầu có tiến triển xấu.
- Viêm cơ tim do các nguyên nhân khác đều có tiến triển tốt.
- Trạng thái sốc hoặc suy tim đều là những dấu hiệu bất lợi.
- Viêm cơ tim đã khỏi có thể trở thành nguyên nhân của giãn tim.

### **6. Điều trị**

- Điều trị nguyên nhân
- Nghỉ ngơi hoàn toàn.
- Thở oxy.
- Điều trị suy tim, điều trị chứng loạn nhịp.
- Điều trị trạng thái sốc.

## **SUY TIM**

### **1. Định nghĩa**

Suy tim là một hội chứng được nhận thấy khi cơ tim không còn khả năng đảm bảo một lưu lượng tim đủ để đáp ứng các nhu cầu của cơ thể.

Suy tim thường đi đôi với một lưu lượng tim giảm sút.

## 2. Nguyên nhân

### a. Nguyên nhân tại tim

- Các bệnh tim giảm lưu lượng: các bệnh làm giảm lưu lượng tim thường gặp là:
  - + Các thương tổn thoái hoá của cơ tim.
  - + Bệnh tăng huyết áp.
  - + Các dị tật của van tim.
  - + Viêm cơ tim do thấp khớp.
- Các bệnh tim làm tăng lưu lượng tim: do một số bệnh tim bẩm sinh như bệnh thông liên nhĩ, bệnh thông liên thất.
- Bệnh tràn dịch màng ngoài tim và bệnh viêm màng ngoài tim co thắt.
- Loạn nhịp tim.

### b. Nguyên nhân ngoài tim: thường gặp trong các bệnh

- Tăng năng tuyến giáp.
- Bệnh thiếu máu nặng.
- Bệnh xơ gan.
- Bệnh tê phù.
- Bệnh tim do bệnh phổi mạn tính.

### c. Các nguyên nhân khác

- Gắng sức.
- Tim đập nhanh.
- Các bệnh nhiễm khuẩn.
- Thai nghén, vòng kinh.

- Nhồi máu phổi.
- Chế độ ăn uống: bữa ăn quá no và chứa nhiều muối, chứng béo phì.
- Thời tiết nóng: trong mùa hè, tim bị mất bù.
- Tiêm truyền nhỏ giọt tĩnh mạch số lượng lớn, tốc độ nhanh.
- Triệu chứng ho làm rối loạn tuần hoàn trong phổi.
- Dùng cortison hoặc ACTH liều cao để chữa bệnh: có tác dụng giữ natri trong cơ thể.

### **3. Suy tim phải mạn tính**

#### **3.1. Định nghĩa**

Suy tim phải mạn tính là hội chứng mạn tính gây ra do sự bất lực của tim phải mà đặc điểm chủ yếu là sung huyết tĩnh mạch toàn thể (gan to, phù ngoại vi).

#### **3.2. Nguyên nhân**

- Suy tim trái: suy tim trái gây biến chứng suy tim phải hậu phát sau tăng áp lực ở động mạch phổi.
- Bệnh tim do phổi mạn tính: bệnh phổi mạn tính làm tăng sức kháng trong tiểu tuần hoàn và gây giãn tâm thất phải.
- Bệnh tim bẩm sinh: bệnh thông liên nhĩ, bệnh thông liên thất cao, bệnh tim bẩm sinh có kèm hẹp lỗ động mạch phổi.
- Bệnh viêm cơ tim do thấp khớp.
- Bệnh thiếu máu nặng, bệnh cường tuyến giáp nghiêm trọng, bệnh tê phù.
- Viêm thất màng ngoài tim.
- Tim đập nhanh kéo dài.

### **3.3. Triệu chứng lâm sàng**

#### *a. Dấu hiệu chức năng*

- Đau gan: đau ở vùng hạ sườn phải do gan to.
- Rối loạn dạ dày - ruột: chán ăn, buồn nôn, tiêu chảy, có cảm giác trướng bụng.
- Tiểu tiện nhiều về đêm: là dấu hiệu sớm và dẫn đến chứng tiểu tiện ít.
- Khó thở.
- Rối loạn kinh nguyệt ở phụ nữ.
- Rối loạn tâm thần: mất ngủ, mất trí nhớ, mê sảng.

#### *b. Dấu hiệu thực thể*

- Người bệnh xanh tím, các tĩnh mạch cổ nổi.
- Gan to và đau.
- Phù, có thể thấy tràn dịch ở ổ màng bụng và khoang màng phổi.
- Có dấu hiệu đập rất mạnh ở vùng thượng vị (dấu hiệu tim đập mạnh), tim đập nhanh và có chứng rung tâm nhĩ.

### **3.4. Chẩn đoán phân biệt**

Cần phân biệt với các bệnh:

- Viêm thất màng ngoài tim.
- Khí thũng phổi.
- Xơ gan.
- Rối loạn về mạch ngoại vi: bệnh giãn tĩnh mạch gây nên chứng phù cẳng chân.
- Chứng béo phì: có áp lực tĩnh mạch cao và phù nhẹ ở cẳng chân.

## **4. Suy tim trái cấp tính**

### **4.1. Định nghĩa**

Suy tim trái cấp tính là hội chứng cấp tính xảy ra ở những người mắc bệnh tim trái mà đặc điểm chủ yếu là chứng khó thở kịch phát.

### **4.2. Nguyên nhân**

- Suy tâm thất trái: gặp ở các bệnh
  - + Tăng huyết áp.
  - + Bệnh động mạch chủ.
  - + Các thương tổn thoái hoá của tâm thất trái: gặp trong bệnh nhồi máu cơ tim, bệnh xơ cứng động mạch vành.
- Suy tâm nhĩ trái: bệnh hẹp lỗ van hai lá.

### **4.3. Triệu chứng**

Triệu chứng thay đổi tùy theo thể bệnh.

- Thể nhẹ:
  - + Khó thở về đêm, trong chốc lát.
  - + Ho.
  - + Có cảm giác lo âu.
- Thể hen tim: thể này có tính chất kinh điển của chứng suy tâm thất trái cấp tính.
- Thể phù phổi cấp: là biểu hiện nặng nhất của suy tim trái cấp tính.

### **4.4. Tiến triển**

- Tiến triển của bệnh phụ thuộc vào nguyên nhân.
- Các giai đoạn cấp tính nhẹ dần đi khi suy tim phải đã hình thành.

#### **4.5. Chẩn đoán**

- Chẩn đoán xác định: dựa vào những cơn khó thở kịch phát xảy ra ở người mắc một bệnh tim trái (hay là hẹp lỗ van hai lá).
- Chẩn đoán phân biệt:
  - + Hen phế quản.
  - + Phù phổi do nguyên nhân nhiễm khuẩn: gặp ở người cao tuổi bị viêm phổi hay viêm phế quản - phổi (người bệnh sốt cao).

#### **4.6. Điều trị**

- Uống digitalin hoặc tiêm tĩnh mạch ouabain.
- Tiêm morphin 0,01 - 0,02g. Cần thận trọng khi sử dụng morphin đối với người già, người mắc bệnh gan và bệnh viêm thận mạn tính.
- Dùng aminophyllin để điều trị cơ thắt phế quản trong bệnh suy tim trái cấp tính.
- Trích máu 300 - 500ml trong các trường hợp nặng.
- Thở oxy.
- Dùng thuốc lợi niệu.
- Chế độ ăn không có muối.

### **5. Suy tim trái mạn tính**

#### **5.1. Nguyên nhân**

- Tăng huyết áp động mạch không rõ nguyên nhân hoặc do nguyên nhân ở thận.
- Thương tổn thoái hoá của cơ tim: gặp trong bệnh nhồi máu cơ tim hoặc xơ cứng động mạch vành.



- Các tật của van tim: gặp trong các bệnh hẹp eo động mạch chủ, hở động mạch chủ do thấp khớp, hở và hẹp lỗ van hai lá, viêm màng ngoài tim co thắt lan sang tim trái.

## **5.2. Triệu chứng lâm sàng**

### *a. Dấu hiệu chức năng*

- Cơ thể yếu và chóng mệt mỏi.
- Khó thở: khó thở khi gắng sức. Trong thể bệnh nặng có khó thở nằm.
- Ho.
- Ho ra máu: do hẹp lỗ van hai lá hoặc do nhồi máu phổi.

### *b. Dấu hiệu thực thể*

- Da xanh tím.
- Tâm thất trái to: sờ lồng ngực thấy sự chạm dội của mỏm tim vào lồng bàn tay và mỏm tim bị xô dịch xuống dưới về phía bên trái.
- Mạch so le: có sự luân phiên một cái đập mạnh rồi đến một cái đập yếu.
- Tim đập nhanh và tiếng thứ hai mạnh, đôi khi có tiếng ngựa phi.
- Nghe phổi có ran ẩm ở hai đáy, đó là ran ứ đọng.

## **5.3. Chẩn đoán**

Chẩn đoán xác định bệnh dựa vào các dấu hiệu:

- Khó thở gắng sức hoặc khó thở nằm.
- Có ran ứ đọng ở phổi.
- Khoang tim trái to.

#### **5.4. Điều trị:** dùng các thuốc:

- Spartein.
- Digitalin.
- Strophantin (Ouabain)
- Thuốc lợi niệu.

### **6. Suy tim toàn bộ**

#### **6.1. Suy tim toàn bộ cấp tính**

Suy tim toàn bộ cấp tính gặp trong các bệnh:

- Viêm cơ tim do thấp khớp.
- Viêm thận.
- Nhiễm độc do nội tiết tố tuyến giáp trạng.

#### **6.2. Suy tim toàn bộ mạn tính**

Hội chứng này bắt đầu bằng chứng suy tim trái và sau đó bị thêm biến chứng suy tim phải.

Tuy nhiên, vẫn có những bệnh tim gây gánh nặng cho cả hai tâm thất cùng một lúc: gặp trong bệnh van hai lá và bệnh động mạch chủ.

Trong suy tim toàn bộ: vừa có các triệu chứng của suy tim trái, vừa có các triệu chứng của suy tim phải.

### **7. Tim lão suy**

#### **7.1. Định nghĩa**

"Tim lão suy" là suy tim xảy ra ở người cao tuổi và do quá trình thoái hoá của cơ tim. Trong bệnh tim của người cao tuổi, sự tưới máu cho cơ tim do các động mạch vành chỉ bị rối loạn rất ít.

## **7.2. Nguyên nhân**

- Quá trình thoái hoá của tim do hoạt động tạo ra hiện tượng teo các sợi cơ tim.
- Các yếu tố khác như:
  - + Xơ cứng động mạch.
  - + Tăng huyết áp
  - + Bệnh phổi mạn tính tác động trên một quả tim đang thoái hoá.

## **7.3. Triệu chứng lâm sàng**

Là bệnh cảnh của suy tim mà không có tăng huyết áp, không có các dấu hiệu suy động mạch vành và không có bệnh phổi mạn tính.

Tiến triển của chứng suy tim này tuần tiến. Tim càng thoái hoá nhiều thì tiến triển càng nặng.

## **7.4. Chẩn đoán**

Chẩn đoán dựa vào hai yếu tố:

- Có dấu hiệu lão hoá ở các cơ quan khác.
- Không có yếu tố gây bệnh khác, nhất là không thấy có xơ cứng động mạch vành.

## **7.5. Điều trị**

Theo cách điều trị suy tim.

## **8. Các biến chứng của suy tim**

Suy tim là một bệnh toàn thân, có thể gây nên các loại biến chứng như biến chứng gan, biến chứng thận, biến chứng não.

Các biến chứng đáng sợ nhất là nghẽn tĩnh mạch và nhiễm khuẩn ở phổi.

### **8.1. Nghẽn tĩnh mạch**

Hay gặp, nhất là ở người suy tim phải mà nằm nghỉ tại giường.

Biến chứng này thường có biểu hiện triệu chứng trên lâm sàng khi xảy ra tắc động mạch phổi hoặc nhồi máu phổi.

### **8.2. Nhiễm khuẩn ở phổi**

Nhiễm khuẩn phổi xảy ra khi có ứ đọng máu ở trong phổi. Thường gặp viêm phế quản và viêm phổi. Viêm phổi hay xảy ra do ứ huyết ở chỗ thấp.

## **9. Tiến triển của suy tim**

Tiến triển của suy tim phụ thuộc vào các yếu tố gây bệnh.

- Suy tim gây ra bởi các yếu tố ngoại lai như: nhiễm độc nội tiết tố tuyến giáp, bệnh thiếu máu, bệnh tê phù có tiến triển tốt khi chữa khỏi nguyên nhân.
- Suy tim do bệnh tim bẩm sinh hay bệnh tim mắc phải có khả năng phẫu thuật (như bệnh hẹp lỗ van hai lá, hẹp ống động mạch...) cũng có tiến triển tốt.
- Suy tim xảy ra sau nhồi máu cơ tim: có tiến triển xấu.
- Suy tim ở người có bệnh tăng huyết áp đôi khi cũng có tiến triển tốt.
- Suy tim ở người được nghỉ ngơi an nhàn có tiến triển tốt, nhưng vẫn có thể đột nhiên xảy ra biến chứng bất ngờ như phù phổi, tắc động mạch, nhồi máu phổi, viêm phổi.

## 10. Phân loại suy tim

Phân loại suy tim dựa vào mức độ nặng nhẹ của bệnh.

- Loại 1: bệnh tim chưa làm giảm sút các khả năng hoạt động của thể lực.
- Loại 2: bệnh tim đã làm giảm sút nhẹ khả năng hoạt động thể lực. Người bệnh cảm thấy khó chịu khi gắng sức nhiều.
- Loại 3: bệnh tim đã làm cho khả năng hoạt động thể lực bị giảm nhiều. Người bệnh không có triệu chứng suy tim khi được nghỉ ngơi.
- Loại 4: có những rối loạn nặng khi người bệnh gắng sức rất nhẹ.

## 11. Điều trị suy tim

### 11.1. Điều kiện cần điều trị suy tim

*a. Khi người bệnh có các triệu chứng:* mệt nhọc, khó thở khi gắng sức... thì cần điều trị. Phương pháp điều trị:

- Tăng giờ nghỉ ngơi.
- Dùng thuốc an thần.
- Chế độ ăn có ít muối.

*b. Khi người bệnh bị suy tim thực sự:* áp dụng phương pháp

- Nằm nghỉ tuyệt đối ở trên giường.
- Dùng thuốc digitalin, thuốc lợi niệu.
- Thở oxy và cho chế độ ăn nhạt.

### 11.2. Tiêu chuẩn đánh giá tác dụng của điều trị

Tiêu chuẩn để đánh giá hiệu lực của điều trị là:

- **Thể trọng của người bệnh:** khi giảm thể trọng là bệnh đỡ ở người mắc bệnh tim.
- **Mạch:** mạch chậm lại là bệnh đỡ. Cần đếm tiếng tim đập trong khi nghe tim. Không nên tin vào mạch quay, vì mạch quay có thể chậm lại do chứng chẹn tâm nhĩ - thất gây nên bởi ngộ độc thuốc digitalin.
- **Mức bài niệu:** nếu đi tiểu nhiều hơn thì đó là dấu hiệu của bệnh giảm.
- **Bóng tim:** khi bóng tim thu nhỏ là dấu hiệu của bệnh tiến triển tốt.

### **11.3. Sự nghỉ ngơi**

Tuỳ theo mức độ nặng nhẹ của từng trường hợp bệnh mà ta có thể chỉ định cách nghỉ ngơi như sau:

- Hạn chế bớt sự hoạt động.
- Nghỉ ngơi tuyệt đối: áp dụng đối với suy tim nặng hoặc suy tim cấp tính.

*Cần chú ý:* nằm nghỉ kéo dài có thể gây nên

- + Viêm tĩnh mạch và biến chứng của viêm tĩnh mạch.
- + Người bệnh dễ bị ứ máu ở phổi có thể gây ra viêm phổi hoặc viêm phế quản.
- + Gây táo bón, làm giảm trương lực cơ và mạch, gây ảnh hưởng không tốt đến tinh thần của người bệnh.

### **11.4. Thực hiện các biện pháp điều trị**

#### *a. Nhu cầu calo*

- Chế độ ăn làm cho người bệnh gầy đi đối với trường hợp mắc bệnh tim kèm theo béo phì.

- Chế độ ăn lỏng đôi với người bệnh bị suy tim nặng.
- Tránh để người bệnh bị táo bón và trướng bụng.

*b. Nước uống*

- Không cần hạn chế lượng nước uống đối với người bệnh đang ăn theo chế độ ăn không có muối.
- Cần cho người bệnh uống để đỡ khát với nước uống không chứa natri.
- Tránh nước khoáng và sữa.

*c. Chế độ ăn ít muối:* phải giảm càng nhiều càng tốt mức cung cấp natri trong thức ăn. Chế độ ăn ít muối được chỉ định trong:

- Suy tim có nước trong ổ màng bụng, có phù: mức 0,5g natri/24h.
- Suy tim có tăng huyết áp: mức natri <0,2g/24h.

*d. Các vitamin:* dùng vitamin B1 liều cao hàng ngày (2 - 10mg/24h).

*e. Cai thuốc lá hoàn toàn,* nhất là trong trường hợp đau thắt ngực, đánh trống ngực và ho.

**11.5. Thuốc an thần**

- Việc sử dụng đúng mức thuốc an thần sẽ có tác dụng làm cho người bệnh bớt chứng lo lắng và góp phần làm cho nhịp tim chậm lại.
- Trong trường hợp suy tim nặng, có thể dùng morphin trong những ngày đầu tiên. Sau đó, nên dùng các barbituric, meprobamat và reserpin.

*Chú ý:* clopromazin và các dẫn xuất của nó có nhược điểm là làm cho nhịp xoang nhanh lên.

### 11.6. Digitalin

a. *Chỉ định điều trị*: digitalin được dùng trong trường hợp

- Suy tim cấp tính hoặc mạn tính.
- Rung tâm nhĩ, chứng tim đập nhanh kịch phát trên tâm thất.

b. *Các chống chỉ định*: không dùng thuốc digitalin trong các trường hợp sau

- Đau thắt ngực không có suy tim, suy nhược thần kinh - tuần hoàn, phù ngoại vi do nguyên nhân ngoài tim, tim đập nhanh xoang (không có suy tim).
- Có dấu hiệu nhiễm độc digitalin.
- Phải thận trọng khi dùng digitalin trong các trường hợp: viêm cơ tim do thấp khớp, hội chứng Adams -Stokes.

c. *Nhiễm độc digitalin*

- Các dấu hiệu nhiễm độc digitalin:
  - + Dấu hiệu dạ dày - ruột: buồn nôn, chán ăn, nôn, tiết nhiều nước bọt, đau bụng và tiêu chảy.
  - + Dấu hiệu thị giác: giảm thị lực, ám điểm, giảm sắc thị.
  - + Dấu hiệu thần kinh: nhức đầu, vật vã, mất phương hướng, chóng mặt, nhược cơ.
- Điều trị nhiễm độc digitalin:
  - + Điều trị buồn nôn: dùng bismuth và các thuốc kháng histamin, clopromazin (25mg tiêm bắp).
  - + Điều trị chứng loạn nhịp: khi nhịp tim chậm lại hay nhanh lên thì ngừng dùng digitalin.

Trong trường hợp loạn nhịp nguy hiểm, cho clorua kali 2,5g. Nếu người bệnh bị hôn mê thì cho kali clorua thực trực



tràng hoặc tiêm tĩnh mạch (tiêm chậm tĩnh mạch dung dịch kali clorua 10% với liều lượng 0,5 - 1ml mỗi phút. Không cho quá 1g).

- + Điều trị mất nước: truyền nhỏ giọt tĩnh mạch dung dịch glucose đẳng trương.
- + Điều trị dấu hiệu thần kinh: dùng atropin để điều trị chứng kích thích hành não.

*Ghi chú:*

- Calci tăng cường tác dụng của digitalin. Vì vậy không được cho calci cùng với digitalin.
- Có sự đối kháng giữa digitalin và ion kali. Do đó, tác dụng độc của digitalin tăng lên ở những người bệnh đã mất kali (do tác dụng của thuốc lợi niệu hoặc của các corticoid). Do đó, trong các trường hợp này, nên cẩn thận cho người bệnh uống một thứ muối kali kèm theo thuốc digitalin.

**11.7. Thuốc lợi niệu**

- Chỉ định dùng thuốc: dùng thuốc lợi niệu trong các trường hợp suy tim có kèm theo phù, ứ máu ở phổi và ở gan, tràn dịch màng phổi và tràn dịch màng bụng có phổi hợp với chế độ ăn nhạt mà bệnh không thuyên giảm.
- Chống chỉ định: không dùng thuốc lợi niệu trong trường hợp suy thận và đặc biệt là trong bệnh viêm tiểu cầu thận.
- Sử dụng thận trọng thuốc lợi niệu trong trường hợp đang bị sốt và ở người bệnh mắc bệnh tiền liệt tuyến (gây ra nguy cơ bí tiểu tiện).
- Không dùng thuốc lợi niệu khi người bệnh có phản ứng dị ứng đối với thuốc lợi niệu thủy ngân.

### **11.8. Liệu pháp oxy**

Chỉ định của liệu pháp oxy trong suy tim là: khó thở nặng, xanh tím cao độ, trạng thái lo âu, vật vã và mê sảng, chứng ho không cầm được.

## **VIÊM MÀNG NGOÀI TIM CẤP TÍNH**

### **1. Định nghĩa**

Viêm màng ngoài tim cấp tính là viêm màng ngoài tim lúc đầu có dịch rỉ tơ huyết (viêm màng ngoài tim khô) và sau thì chuyển sang dịch rỉ thanh tơ.

### **2. Nguyên nhân**

Các nguyên nhân có thể gặp:

#### *a. Nguyên nhân do viêm*

- Lành tính (có thể do virút).
- Nặng: do vi khuẩn (từ một nhiễm khuẩn ở phổi, ở màng phổi hoặc ở trung thất), do lao (hậu phát do lao phổi hoặc lao màng phổi), do nấm Actinomyces, do bệnh sán Echinococcus (hiếm gặp).

#### *b. Nguyên nhân không do viêm*

- Do chuyển hoá: tăng urê huyết nặng.
- Do thiếu máu cục bộ: gặp trong bệnh nhồi máu cơ tim (viêm màng ngoài tim sau cơ thất tim).
- Do chấn thương.
- Do chảy máu: các tạng chảy máu, do quá liều các thuốc chống đông.

- Do ung thư: ít gặp.

c. *Nguyên nhân chưa biết*: các bệnh mô tạo keo như bệnh viêm nút quanh động mạch, bệnh lupus ban đỏ.

### 3. Triệu chứng lâm sàng

#### a. *Dấu hiệu chức năng*

- Đau trước tim: đau khu trú ở vùng trước tim. Có thể có hướng lan giống như trong cơn đau thắt ngực. Có thể đau lan xuống dưới bụng và dễ nhầm với một hội chứng bụng cấp tính.
- Khó thở: xảy ra sớm và thường dữ dội.
- Dấu hiệu ép trung thất: khó nuốt, khàn tiếng, ho (gặp trong trường hợp tràn dịch nhiều).
- Sốt: gặp trong trường hợp viêm.

#### b. *Dấu hiệu thực thể*

- + Gõ vùng tim thấy vùng đục của tim rộng ra.
- + Nghe tim thấy tiếng tim mờ, có thể thấy tiếng cọ sát màng ngoài tim.

#### *Ghi chú:*

Khi màng ngoài tim bị tràn dịch rất nhiều thì dịch sẽ gây ép tim. Trong trường hợp này, ta thấy có các dấu hiệu:

- Tĩnh mạch cảnh nổi.
- Gan to.
- Mạch nghịch thường xuất hiện.
- Huyết áp giảm nhiều.

Trong trường hợp này, phải chọc tháo dịch màng tim ngay để xử trí cấp cứu.

#### 4. Các thể bệnh theo nguyên nhân

##### *a. Viêm màng ngoài tim cấp lành tính*

- Có tiền sử bệnh là bệnh nhiễm khuẩn đường hô hấp trên.
- Bệnh bắt đầu đột ngột, có triệu chứng đau đầu và sốt.
- Có thể kèm theo tràn dịch màng phổi ở một bên hoặc ở cả hai bên.

##### *b. Viêm màng ngoài tim do thấp khớp*

- Xảy ra trong quá trình tiến triển của thấp khớp cấp tính.
- Gặp ở người trẻ tuổi.

##### *c. Viêm màng ngoài tim do lao*

- Thường phát sinh sau bệnh lao phổi hoặc lao màng phổi.
- Tiến triển mạn tính, có thể trở thành viêm thủng màng ngoài tim.
- Tiên lượng bệnh: xấu.

##### *d. Viêm màng ngoài tim do thiếu máu cục bộ*

- Khoảng 20% trường hợp nhồi máu cơ tim gây biến chứng viêm màng ngoài tim.
- Có tiếng cọ xát màng ngoài tim khi nghe tim.

##### *e. Viêm mũ màng ngoài tim*

- Thường xảy ra hậu phát sau bệnh nhiễm khuẩn phổi, nhiễm khuẩn màng phổi hoặc sau một áp xe dưới cơ hoành.
- Xảy ra ở trẻ em nhỏ tuổi và trẻ em còn bú.
- Tiên lượng bệnh: xấu.

*f. Viêm màng ngoài tim chảy máu:* khi lạm dụng thuốc chống đông máu có thể là nguyên nhân gây ra viêm màng ngoài tim chảy máu nặng.

Viêm màng ngoài tim do urê huyết cao: xảy ra vào giai đoạn cuối của viêm thận mạn tính, tỷ lệ tử vong cao.

## 5. Chẩn đoán

*a. Chẩn đoán xác định:* để xác định bệnh, cần dựa vào các dấu hiệu:

- Đau trước tim.
- Khó thở.
- Nghe tim thấy tiếng cọ xát màng ngoài tim.

*b. Chẩn đoán phân biệt:* cần phân biệt với các bệnh

- Nhồi máu cơ tim.
- Tắc động mạch phổi.
- Giãn tim do suy tim hoặc do viêm cơ tim.

## 6. Điều trị

*a. Điều trị triệu chứng*

- Dùng thuốc giảm đau, chườm nước đá vùng trước tim.
- Chọc tháo nước màng ngoài tim. Khi người bệnh có triệu chứng khó thở, tim đập nhanh, huyết áp giảm, hoặc người bệnh bị sốc (shock).

*b. Điều trị nguyên nhân*

- Viêm màng ngoài tim cấp lành tính:
  - + Dùng salicylat và corticosteroid có kết quả tốt.
  - + Thuốc kháng sinh: ít tác dụng.
- Viêm màng ngoài tim do thấp khớp:
  - + Dùng salicylat và corticosteroid.
  - + Điều trị như đối với bệnh thấp khớp cấp tính.

- Viêm màng ngoài tim do lao:
  - + Dùng các kháng sinh đặc hiệu đối với bệnh lao.
  - + Chọc tháo nước màng ngoài tim nếu có các dấu hiệu ép tim.
- Viêm màng ngoài tim có mũ: điều trị toàn thân bằng các kháng sinh liều cao đặc hiệu đối với vi khuẩn lao.
- Viêm màng ngoài tim chảy máu: nếu viêm màng ngoài tim do giảm prothrombin huyết thì phải ngừng cho thuốc chống đông, phải truyền máu, dùng thuốc vitamin K hoặc protamin.

## **VIÊM THẮT MÀNG NGOÀI TIM**

Viêm thắt màng ngoài tim cùng nghĩa với dính màng ngoài tim hoặc hội chứng Pick.

### **1. Định nghĩa**

Viêm thắt màng ngoài tim là do dính và xơ hoá túi màng ngoài tim, làm cản trở sự hoạt động của tim, nhất là trong thời kỳ tâm trương.

### **2. Nguyên nhân**

Bệnh lao có thể được coi như nguyên nhân chính của viêm thắt màng ngoài tim. Trong phần lớn trường hợp bệnh lao tim, đầu đã bị bỏ qua không được phát hiện.

Co thắt màng ngoài tim ít khi xảy ra sau các bệnh: viêm màng ngoài tim cấp lành tính, viêm mũ màng ngoài tim, tràn máu màng ngoài tim.

Viêm thắt màng ngoài tim không xảy ra sau khi bị thấp khớp cấp.

### 3. Triệu chứng lâm sàng

#### *a. Dấu hiệu toàn thân và dấu hiệu chức năng*

Thường gặp:

- Khó thở.
- Căng bụng.
- Phù hai chi dưới.
- Ở trẻ em: có chứng nhi tính.
- Ở người lớn: thường bị gầy sút.
- Ở các thể nặng: có dấu hiệu xanh tím.

#### *b. Dấu hiệu thực thể*

- Gan to.
- Tĩnh mạch cổ nổi.
- Có nước trong ổ màng bụng.
- Phù.
- Mạch nhỏ và huyết áp động mạch ở vào khoảng 100/80mmHg.
- Có thể gặp tràn dịch màng phổi.
- Nghe tim có thể thấy tiếng thổi tâm thu và thường gặp chứng rung tâm nhĩ.

### 4. Tiến triển

Tiến triển của bệnh thường xấu.

Có khi người bệnh chịu đựng được một khoảng thời gian dài từ 10 đến 20 năm.

## 5. Chẩn đoán

### a. Chẩn đoán xác định

Dựa vào dấu hiệu:

- Khó thở.
- Gan to.
- Tăng áp lực tĩnh mạch.

### b. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với:

- Suy tim: dựa vào
  - + Tiền sử.
  - + Các dấu hiệu lâm sàng.
  - + Tìm to ra nhiều (trong viêm thất màng ngoài tim: tim hơi to, không tương xứng với mức cương máu tĩnh mạch).
- Xơ gan: dựa vào
  - + Dấu hiệu gan có thương tổn.
  - + Tăng áp lực tĩnh mạch được giới hạn trong hệ thống tĩnh mạch cửa - chủ.
- Tĩnh mạch chủ trên bị chèn ép hoặc bị tắc: có tuần hoàn bàng hệ tĩnh mạch ở ngực.

Chúng chèn ép hoặc tắc tĩnh mạch chủ dưới thì không gây tăng áp lực tĩnh mạch ở hai chi trên.

- Bệnh hẹp lỗ van ba lá: thường có kèm theo hẹp lỗ van hai lá.

## 6. Điều trị

- Áp dụng chế độ ăn không có muối.
- Dùng thuốc lợi niệu thuyỷ ngân như mersalyl, salyrgan, neptal, novurit, mesraluril.
- Chọc tháo nước màng bụng.



- Đôi khi cần dùng thuốc digitalin và thuốc làm giảm lượng protein huyết (nếu có).
- Phẫu thuật: bóc vỏ tim.

## **RỐI LOẠN TÂM THẦN - THÂN THỂ**

- Rối loạn tâm thần - thân thể không phải là bệnh tim, nhưng hậu quả giống như bệnh tim. Các dấu hiệu sau có thể gặp:
  - + Giảm sút sự hoạt động.
  - + Có mối quan hệ giữa tim và trạng thái xúc cảm: lo âu, sợ sệt, đánh trống ngực, ngất, đau ở vùng tim.

Khi trạng thái lo âu trở nên trầm trọng thì chứng tim đập nhanh cũng tăng.

- Thuốc lá và cà phê: làm cho tình trạng của người bệnh càng nặng thêm ở trường hợp loạn thần kinh chức năng tim.

(Tìm hiểu thêm nội dung của bài suy nhược thần kinh tuần hoàn).

## **BỆNH PHỔI DO TIM**

### **1. Định nghĩa**

Bệnh phổi do tim là chứng ứ máu ở phổi. Đó là sự sung huyết thụ động ở phổi, có nhiều ổ chảy máu hoặc ổ xơ hoá.

### **2. Nguyên nhân**

- Suy tâm thất trái có kèm những biểu hiện phổi do tăng áp lực tĩnh mạch phổi.

- Người mắc bệnh tim có hiện tượng giữ nước và muối do rối loạn tuần hoàn thận.
- Bệnh tim mạn tính gây ứ máu ở phổi.  
Ứ máu và phù ở phổi còn có thể có thêm nhồi máu phổi.

### 3. Triệu chứng

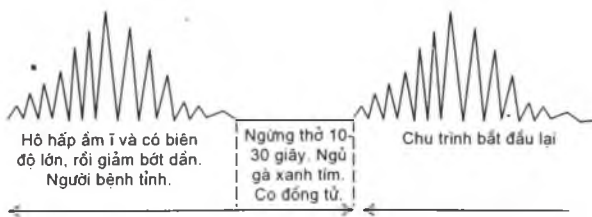
Sự ứ máu phổi cấp tính gặp trong nhồi máu lan rộng của tâm thất trái, biểu hiện bằng chứng phù phổi cấp tính.

Trong các thể tiến triển từ từ, các triệu chứng lâm sàng của ứ máu phổi là:

- Khó thở do tim: khó thở gắng sức, khó thở nằm, cơn khó thở kịch phát về đêm, có nhịp thở nhanh và giảm dần dẫn đến ngừng thở một lúc, rồi sau đó lại bắt đầu chu kỳ lại (gọi là nhịp thở Cheyner - Stokes).
- Có tiếng ran hai thì ở hai đáy phổi khi có ứ đọng dịch ở trong nhu mô phổi.

### 4. Điều trị

Điều trị suy tim



*Nhịp thở Cheyner - Stokes*

# PHÙ PHỔI CẤP

## 1. Định nghĩa

Phù phổi là một hội chứng thường kịch phát do huyết thanh từ trong các mao mạch phổi thoát ra bên ngoài mạch, chảy vào bên trong các phế nang gây ra.

## 2. Nguyên nhân

*a. Nguyên nhân ở tim:* tất cả các bệnh gây tổn thương tâm thất trái đều có thể dẫn tới phù phổi cấp.

Ngoài ra, còn có các nguyên nhân:

- Tăng huyết áp nặng và kéo dài.
- Bệnh van tim, chủ yếu là bệnh hẹp lỗ van hai lá và bệnh hở lỗ động mạch chủ.
- Nhồi máu cơ tim.
- Viêm màng ngoài tim nặng.

*b. Nguyên nhân viêm nhiễm*

- Phù phổi cấp có thể xảy ra trong quá trình tiến triển của một bệnh nhiễm trùng.
- Có thể nói là một biến chứng của bệnh viêm phổi, viêm phế quản - phổi hoặc lao phổi.
- Ở người mắc bệnh tim có kèm theo bệnh nhiễm khuẩn đường hô hấp hoặc bệnh nhiễm khuẩn phổi.

*c. Nguyên nhân nhiễm độc*

Nhiễm độc ở phổi làm thương tổn các mao mạch ở phổi và gây ra phù phổi. Các chất gây nhiễm độc phổi:

- Các acsin, dẫn xuất của clo (hơi độc chiến tranh), amoniac, chất bốc hơi của acid mạnh hoặc của cadimi (có trong sản phẩm dùng trong công nghiệp).
- Nhiễm độc barbituric, morphin các iodua và rượu.

#### *d. Nguyên nhân hiếm gặp*

- Phù phổi cấp do chọc tháo nước màng phổi số lượng nhiều và nhanh.
- Phù phổi cấp có thể xảy ra trong trường hợp bị tổn thương ở não (do nhiễm khuẩn, do chấn thương hoặc do bệnh của mạch máu) và bệnh ở tuỷ sống.
- Phù phổi cấp có thể gặp trong trường hợp thai nghén hoặc trong lúc hành kinh, nhất là ở người mắc bệnh tim.
- Phù phổi có thể gặp trong trường hợp người bệnh được tiêm truyền dịch vào tĩnh mạch với một thể tích dịch quá lớn.
- Phù phổi có thể gặp trong trường hợp dẫn lưu đờm dãi trong khí - phế quản, không đủ để làm thông thoáng đường dẫn khí.

### **3. Triệu chứng lâm sàng**

Đây thường là một tai biến của suy tâm thất trái cấp tính, được gặp ở người bệnh:

- Tăng huyết áp: cơn phù phổi cấp xảy ra vào các giờ đầu của ban đêm.
- Hẹp lỗ van hai lá: cơn phù phổi cấp tính gắn liền với gắng sức hoặc với hành kinh.

#### *a. Dấu hiệu chức năng*

- Người bệnh có cảm giác: ngột ngạt và tức ngực, cảm thấy buồn buồn trong thanh quản, lo âu và sợ sệt.

- Da xanh tím, đầu chi giá lạnh và nhớp mồ hôi.
- Có cơn ho rũ rượi, khạc nhiều đờm ngầu bọt màu hồng chứa 2 - 3% protein. Đôi khi khạc ộc ra chất thanh dịch.

*b. Dấu hiệu thực thể*

Nghe phổi thấy có ran ứót, ran ngáy và ran rít ở 2 phổi, có tính chất tăng dần lên cao giống như dấu hiệu nước thuy triệu dâng lên.

- Nghe tim: có thể thấy tiếng ngựa phi.
- Mạch nhanh, đôi khi nhỏ khó bắt.
- Huyết áp giảm nhiều trong thời gian có cơn.

**4. Các thể lâm sàng**

*a. Thể bán cấp*

- Chỉ thể hiện dấu hiệu phổi không điển hình.
- Có những dấu hiệu của suy tâm thất trái.

*b. Thể tối cấp tính*

- Người bệnh hôn mê.
- Nghe phổi thấy tiếng ran ứót ứ động với âm thanh lọc sọc không đều.
- Có đờm bọt trào ra mồm và mũi.

**5. Chẩn đoán**

Với triệu chứng khạc đờm đặc trưng của bệnh, việc chẩn đoán phù phổi cấp không khó khăn.

**6. Tiến triển**

- Phù phổi cấp tính được điều trị sớm có tiến triển tốt.

- Tuy nhiên, bệnh thường tái phát và có tiến triển xấu sau một thời gian dài.

## 7. Điều trị

Thể bệnh do nguyên nhân tim:

- Nghi ngơi tại giường ở tư thế ngồi để làm giảm bớt lượng máu tĩnh mạch trở về tim.
- Thuốc morphin: thuốc làm giảm sự lo lắng, ức chế các phản xạ phổi, gây ngủ.

Liều lượng 0,01 - 0,03g tiêm bắp/24h.

*Ghi chú:*

- Cần thận trọng khi dùng morphin ở người mắc bệnh tim có tuổi cao hoặc đã có thương tổn quan trọng ở gan.
- Không dùng morphin ở người bệnh có chướng ngại vật ở đường hô hấp (như trường hợp có nhiều dịch tiết hoặc đờm dãi), cần hút dịch ở phế quản.
- Trích máu từ 300 đến 500ml hoặc đặt ga rô ở chi rồi nới lỏng dần.
- Thuốc digitalin hoặc ouabain 1/4mg tiêm tĩnh mạch.
- Thuốc aminophyllin: tiêm tĩnh mạch hoặc dùng thuốc dạng nạp hậu môn.
- Liệu pháp oxy: oxy làm bớt chứng giảm oxy trong mô và tế bào, làm giảm khó thở và làm giảm độ thấm thấu mao mạch.

*b. Thể bệnh do viêm*

- Dùng thuốc an thần, không sử dụng morphin.
- Thở oxy trong trường hợp có xanh tím và khó thở nhiều.

- Dùng kháng sinh liều cao.
- c. *Thể bệnh do nhiễm độc*
- Dùng thuốc an thần: cẩn thận trọng khi dùng.
- Thở oxy.

## NHỒI MÁU PHỔI

### 1. Định nghĩa

Nhồi máu phổi là sự hoại tử do thiếu máu cục bộ của nhu mô phổi. Xảy ra hậu phát sau một tai biến tắc động mạch phổi.

### 2. Nguyên nhân

Xem bài tắc động mạch phổi.

Nhồi máu phổi là do một tắc động mạch phổi xảy ra ở phổi đang bị ứ đọng tuần hoàn.

Trong trường hợp này, tuần hoàn bàng hệ không đủ khả năng đảm bảo sự nuôi dưỡng vùng phổi bị thiếu máu cục bộ nữa.

### 3. Triệu chứng lâm sàng

#### a. *Dấu hiệu chức năng*

- Đau ngực: chứng đau này có tính chất của đau màng phổi, đau tăng lên khi ho và khi thở sâu.

Nếu vùng phổi bị nhồi máu ở sát màng phổi hoành thì sẽ gây ra:

- + Đau ở cổ và ở hai vai.
- + Hoặc: hội chứng đau giống như hội chứng bụng cấp tính.

- + Ho: bao giờ cũng gặp dấu hiệu này.
- + Khạc đờm có lẫn máu: đờm quánh, đỏ thẫm.
- + Sốt: sốt nhẹ có kèm theo nhịp tim nhanh.

#### *b. Dấu hiệu thực thể*

- Vàng da nhẹ, kín đáo.
- Nghe phổi có thể thấy:
  - + Tiếng cọ màng phổi và một ít ran ở 2 đáy phổi.
  - + Có dấu hiệu của tràn dịch màng phổi trong trường hợp kèm theo viêm màng phổi xuất dịch.

#### **4. Tiến triển**

- Hay tái phát.
- Ở người bệnh mắc bệnh tim, nhồi máu phổi là dấu hiệu báo trước trạng thái suy tim không hồi phục.
- Hiếm gặp: ổ nhồi máu phổi bị bội nhiễm để chuyển thành áp xe phổi.

#### **5. Chẩn đoán xác định**

Dựa vào các triệu chứng:

- Khó thở xảy ra bất đầu đột ngột, có kèm theo ho và đau ngực.
- Khạc đờm có lẫn máu.
- Đôi khi có tiếng cọ màng phổi.
- Sốt nhẹ, nhưng mạch rất nhanh.

#### **6. Chẩn đoán phân biệt**

Chú ý phân biệt:



- Nhồi máu phổi thể yên lặng và lu mờ: hay gặp và dễ nhầm với các bệnh ở tim.

*Chú ý:* ở người bệnh đang phải nằm mà bỗng thấy tim đập nhanh và sốt nhẹ thì bao giờ cũng phải nghĩ đến nhồi máu phổi.

- Bệnh tim: nhồi máu phổi ở thùy dưới, nhất là ở thùy dưới trái, cần phân biệt với nhồi máu cơ tim và viêm màng ngoài tim.
- Bệnh tiêu hoá: nhồi máu phổi ở thùy dưới khi lan tới cơ hoành có thể giống như một hội chứng bụng cấp tính.
- Bệnh phổi:
  - + Nhồi máu phổi có kèm ho ra đờm lẫn máu: cần chẩn đoán phân biệt với giãn phế quản, lao phổi, sán lá phổi.
  - + Nhồi máu phổi có kèm tràn dịch màng phổi: cần chẩn đoán phân biệt với tràn dịch màng phổi do lao, tràn dịch màng phổi do virút..

## 7. Điều trị

- Xử trí như bệnh tắc động mạch phổi.
- Ngoài ra có thể dùng thuốc kháng sinh để điều trị nhiễm khuẩn ở ổ nhồi máu phổi và chọc tháo dịch màng phổi nếu kèm theo tràn dịch màng phổi.

# NHỊP NÚT

## 1. Định nghĩa

Nhịp nút là nhịp tim do một xung động không phải xuất phát từ nút xoang mà lại xuất phát từ nút nhĩ - thất Tawara điều khiển.

## **2. Nguyên nhân**

- Do tăng trương lực dây thần kinh phế vị.
- Ngộ độc digitalin, thuốc gây mê.

## **3. Triệu chứng**

- Có dấu hiệu: tĩnh mạch cảnh đập đồng thời với mạch quay.
- Đôi khi thấy tiếng tim thứ nhất nghe đanh.

## **4. Điều trị**

Thường chứng nhịp nút tiến triển nhẹ và tốt nên không cần phải điều trị.

# **NHỊP XOANG**

Đặc tính cơ bản của nhịp xoang là sự điều hoà tần số bởi hệ thần kinh thực vật.

## **1. Nhịp xoang bình thường**

Các cơ bóp của tim có sự kích thích bất nguồn từ nút xoang. Nguồn gốc xoang của sự kích thích là sự điều hoà của hệ thần kinh thực vật.

- Khi gắng sức: tim đập nhanh lên tương xứng với sự gắng sức đã làm.
- Khi thở sâu: tim đập nhanh lên vào cuối thời kỳ hít vào và đập chậm lại vào cuối thời kỳ thở ra.
- Khi thay đổi tư thế: tim đập nhanh lên khi đứng dậy và đập chậm lại khi nằm xuống.
- Khi ấn vào xoang cảnh: tim đập chậm lại một cách tuần tiến. Khi ấn vào nhân cầu, tim cũng đập chậm lại.

## 2. Chứng tim đập nhanh xoang

Chứng tim đập nhanh xoang ít khi vượt quá tần số 160 lần/phút. Nguyên nhân chứng tim đập nhanh xoang gắn liền với sự tăng trương lực của thần kinh giao cảm hoặc sự giảm trương lực của dây thần kinh phế vị.

### *a. Nguyên nhân*

- Nguyên nhân sinh lý: tuổi nhỏ (dưới 6 tuổi tần số tim cao hơn 100), cảm xúc, gắng sức, tiêu hoá.
- Các thuốc atropin, adrenalin, cà phê, chè, thuốc lá, rượu...
- Trạng thái sốc, suy nhược thần kinh tuần hoàn, thiếu oxy huyết, bệnh suy tim.
- Bệnh nhiễm khuẩn, đặc biệt là bệnh thấp khớp cấp.
- Thiếu máu, tê phù, rối loạn thần kinh chức năng, lo âu, tăng năng tuyến giáp.

### *b. Chẩn đoán xác định*

Dựa vào các yếu tố:

- Trong tiền sử bệnh: chứng tim đập nhanh bắt đầu và kết thúc từ từ.
- Khi gắng sức: nhịp tim nhanh lên một cách tuần tiến.
- Khi thay đổi tư thế: nhịp tim tuần tiến chậm lại khi người bệnh nằm xuống.
- Khi thở sâu: tim đập chậm lại khi thở ra sâu.
- Khi ép vào xoang cảnh hoặc khi ép vào nhân cầu: tim đập chậm dần lại.

### *c. Điều trị*

- Chữa bệnh nguyên nhân.
- Cho thuốc an thần.

### 3. Chứng tim đập chậm xoang

Chứng tim đập chậm xoang là biểu hiện khi cơ bóp của tim có tần số dưới 60.

#### *a. Nguyên nhân*

Nguyên nhân của chứng này gắn liền với sự tăng trương lực của dây thần kinh phế - vị:

- Tim đập chậm do thể tạng, khi ngủ.
- Tim đập chậm do digitalin, quinidin.
- Do tăng áp lực ở trong sọ, vàng da.
- Hội chứng xoang cảnh (xem bài: ngất và thối) ép vào vùng xoang cảnh, dù là nhẹ, cũng có thể gây ra chứng tim đập chậm xoang và đôi khi còn làm cho sự tự động xoang bị ngừng lại. Kết quả là làm cho người bệnh bị ngất.

#### *b. Chẩn đoán xác định*

Dựa vào các yếu tố:

- Khi gắng sức: tim đập nhanh dần.
- Khi thay đổi tư thế: tần số tim nhanh dần lên khi đứng lên.
- Khi thở sâu: tim đập nhanh lên một chút khi hít vào sâu.
- Khi ép xoang cảnh: nhịp tim đập chậm lại một chút.

#### *c. Điều trị*

- Nằm nghỉ tại giường.
- Tránh ngất bằng cách tránh đè ép bất thường vào xoang cảnh.
- Thuốc atropin: ít kết quả.

#### **4. Chứng loạn nhịp xoang**

Trong trường hợp này, nhịp tim bị nhanh lên rồi lại bị chậm lại do trương lực của hệ thần kinh thực vật (chủ yếu là của dây thần kinh phế - vị) luôn luôn thay đổi.

Ở trẻ em và thanh thiếu niên, chứng loạn nhịp xoang hay gặp và gắn liền với động tác hô hấp.

Ở người cao tuổi, chứng loạn nhịp xoang không có liên quan với động tác thở.

- Phải chẩn đoán phân biệt với chứng loạn nhịp hoàn toàn do rung tâm nhĩ và chứng ngoại tâm thu.
- Điều trị chứng loạn nhịp xoang:
  - + Dùng atropin và các barbituric.
  - + Có thể không cần điều trị.

### **TIM SANG PHẢI**

Chứng tim sang phải là một vị trí bất thường của tim, nằm ở nửa lồng ngực phải, ở tư thế đối xứng với tư thế bình thường.

Cần phân biệt với:

- Tim sang phải có sự đảo ngược toàn bộ các phủ tạng (ngược vị tạng):
  - + Dị tật này không có biểu hiện gì trên lâm sàng.
  - + Cung động mạch chủ và túi hơi dạ dày cũng bị đảo vị trí và ở bên phải.
  - + Chứng tim bên phải với tình trạng ngược vị tạng còn có thể kết hợp với hội chứng Kartagener.

- Chứng tim sang phải lẻ loi: hầu hết các trường hợp tim sang bên phải lẻ loi, không có ngược vị tạng đều có gây xanh tím.
- Tim xoay sang phải hay tim sang phải được hiệu chỉnh lại:
  - + Tim nằm ở bên phải, nhưng nó đã bị xoay theo một cách khiến cho tâm thất trái nằm ở phía trước và về bên trái, còn tâm thất phải nằm ở đằng sau và về bên phải.
  - + Còn có thêm những dị tật khác nữa ở tim và ở ngoài tim.

*Ghi chú:* người ta gọi tim sang trái để chỉ một tình trạng ngược vị tạng mà tim ở bên trái. Trong trường hợp này tim bị nhiều dị tật.

## **BỆNH TIM DO BỆNH PHỔI MẠN TÍNH**

### **1. Định nghĩa**

Bệnh tim do bệnh phổi mạn tính là chứng suy tim phải tăng dần, hậu quả của chứng tăng áp lực kéo dài ở tiểu tuần hoàn trong các bệnh phổi mạn tính.

### **2. Nguyên nhân**

- Bệnh ở nhu mô phổi: viêm phế quản mạn tính, khí thũng phổi, giãn phế quản, xơ phổi, lao xơ, bụi phổi.
- Bệnh ở màng phổi: tràn khí màng phổi, viêm dày dính màng phổi.
- Bệnh ở lồng ngực: gù vẹo lồng ngực và các biến dạng khác (như: cắt ép sườn rộng) ở lồng ngực.
- Tác tăng dần động mạch phổi:

- + Tắc động mạch phổi có thể là nguyên nhân gây ra chứng tim do phổi bán cấp tiến triển nhanh.
- + Viêm bạch mạch do ung thư (như ung thư di căn từ dạ dày hoặc từ tuyến tụy tới) cũng gây bệnh tim do phổi mạn tính.
- Tăng áp lực động mạch phổi nguyên phát:
  - + Tăng áp lực ở tiểu tuần hoàn chưa rõ nguyên nhân (như trong bệnh xơ phổi kẽ Hamman - Rich).
  - + Tăng áp lực động mạch phổi trong bệnh hẹp lỗ van hai lá và trong bệnh tim bẩm sinh (như bệnh thông liên thất, bệnh thông liên nhĩ, bệnh còn ống động mạch)

### 3. Triệu chứng lâm sàng

- Dấu hiệu của một bệnh phổi:
  - + Ho kéo dài, nhất là về mùa rét.
  - + Khó thở.
  - + Có chứng xanh tím
  - + Đau thắt ngực do xanh tím nặng.
- Dấu hiệu suy tim phải:
  - + Ho từng cơn có dấu hiệu hen.
  - + Khó thở tăng.
  - + Gan to và phù.
  - + Đôi khi có tràn dịch màng bụng hoặc tràn dịch màng phổi.
  - + Nghe tim có thể thấy: tiếng ngựa phi (tiếng đập nhanh, không đều và nhịp ba), có thể thấy tiếng thứ hai đanh ở ổ động mạch phổi hoặc tiếng thổi tâm trương.

#### 4. Chẩn đoán phân biệt

Khi một người mắc bệnh phổi mạn tính mà các triệu chứng ho, khó thở và xanh tím tăng lên thì cần chẩn đoán phân biệt với:

- Bệnh phổi nặng lên không có biến chứng tim hoặc xuất hiện thêm một bệnh nhiễm khuẩn ở phổi.
- Đã xuất hiện bệnh tim do bệnh phổi mạn tính, tức là đã có suy tim phải.

*c. Đã xuất hiện bệnh suy tim trái* do tăng huyết áp ở đại tuần hoàn, xơ cứng động mạch, do dị tật ở động mạch chủ.

#### 5. Tiến triển

- Bệnh tim do bệnh phổi mạn tính hậu phát sau tình trạng thiếu oxy - huyết (gặp trong bệnh khí thũng phổi) có tiến triển tốt nên được điều trị đúng cách.
- Bệnh tim do bệnh phổi mạn tính hậu phát sau các tổn thương giải phẫu của hệ mạch ở trong phổi (gặp trong bệnh xơ cứng mạch, tắc mạch) có tiến triển xấu: chứng suy tim thường không có kết quả khi được điều trị.

#### 6. Điều trị

- Dùng thuốc kháng sinh để điều trị nhiễm khuẩn đường hô hấp.
- Thở oxy.
- Dùng thuốc điều trị giãn phế quản và khí dung.
- Điều trị suy tim theo phương pháp thông thường.

*Ghi chú:* không dùng các loại thuốc ngủ trong điều trị bệnh tim do bệnh phổi mạn tính



## CÁC BỆNH TIM BẨM SINH

### 1. Định nghĩa

Các bệnh tim bẩm sinh là những dị tật của tim hay của các mạch máu lớn dị tật của tim hay của các mạch máu lớn xảy ra trong đời sống nội tử cung.

### 2. Nguyên nhân

Các bệnh tim bẩm sinh xảy ra giữa các tuần lễ thứ năm và thứ tám của đời sống phôi thai, vào lúc mà ống tâm nhĩ - thất, các tâm nhĩ và các tâm thất bị chia ra làm hai nửa bởi một vách ngăn.

#### *a. Nguyên nhân di truyền*

Có những gia đình trong đó các bệnh tim bẩm sinh gặp nhiều hơn là ở các gia đình khác.

#### *b. Bệnh do virút*

Bệnh do virút xảy ra ở quý đầu của thời kỳ thai nghén làm cho thai nhi có một tỷ lệ cao những dị tật ở tim và ở mắt.

### 3. Các bệnh tim bẩm sinh

Theo tác giả Abott, các bệnh tim bẩm sinh có thể được sắp xếp theo thứ tự giảm dần như sau:

- Bệnh thông liên tâm nhĩ.
- Bệnh thông liên tâm thất.
- Ống động mạch.
- Hẹp động mạch phổi.
- Dị tật của các van sigma ( $\epsilon$ )

- Hẹp eo động mạch chủ.
- Dị tật của các tĩnh mạch lớn.
- Chuyển vị của các mạch máu lớn.

### **3.1. Bệnh tim bẩm sinh gây xanh tím**

#### *a. Tứ chứng Fallot*

Có 4 loại tổn thương:

- Thông liên thất.
- Động mạch chủ chuyển sang phải.
- Hẹp động mạch phổi.
- Phi đại tâm thất phải.

Bệnh có các dấu hiệu lâm sàng sau:

- + Xanh tím.
- + Ngát.
- + Nghe tim: có tiếng thổi tâm thu và kèm theo là dấu hiệu rung (thrill).

#### *b. Tam chứng Fallot*

Có 3 loại tổn thương:

- Hẹp động mạch phổi
- Thông liên tâm nhĩ.
- Phi đại tâm thất phải.

Triệu chứng lâm sàng: cùng dấu hiệu như bệnh tứ chứng Fallot.

#### *c. Rò động mạch phổi*

Triệu chứng: nghe tim thấy tiếng tim bình thường, đôi khi có tiếng thổi liên tục ở phổi.

### 3.2. Bệnh tim bẩm sinh không gây xanh tím

#### a. Hẹp động mạch phổi

Có triệu chứng lâm sàng:

- Xanh tím muộn.
- Nghe tim: có tiếng thổi tâm thu và tiếng thứ hai yếu ở ổ động mạch phổi) và phân đôi tiếng tim thứ hai ở đáy.

#### b. Thông liên nhĩ

Triệu chứng lâm sàng:

- Xanh tím ngay lúc mới sinh, về sau tự mất đi. Khi "shunt" (cầu nối) đảo ngược thì dấu hiệu xanh tím xuất hiện lại.
- Tiếng tim thứ hai ở ổ động mạch phổi mạnh, có tiếng thổi tâm thu khi nghe tim.

#### c. Ống động mạch

Nghe tim có thể thấy:

- Tiếng thổi liên tục mạnh lên vào cuối thời kỳ tâm thu.
- Tiếng thứ hai ở ổ động mạch phổi mạnh.

#### d. Thông liên thất (còn gọi là bệnh Roger)

- Thường không có triệu chứng lâm sàng.
- Có thể có dấu hiệu rung tim khi sờ vùng trước tim. Nghe tim thấy tiếng thổi tâm thu.

*Ghi chú:*

\* Bệnh tim bẩm sinh làm cho người bệnh có các triệu chứng nặng nhẹ khác nhau: khó thở khi gắng sức, chậm lớn, chóng mệt, dễ mắc bệnh nhiễm khuẩn đường hô hấp.

\* Đối với bệnh tim bẩm sinh gây xanh tím, hiện tượng thiếu oxy huyết có thể gây ra cơn ngất.

## **PHÌ ĐẠI TIM BẨM SINH TỰ PHÁT**

Nguyên nhân gây bệnh chưa được biết rõ. Đây là một bệnh xơ hoá kẽ của cơ tim không gây tổn thương ở màng trong tim.

Tim bị to ra do hội chứng suy tim tăng dần.

Bệnh tiến triển xấu dễ gây tử vong.

Điều trị: chữa triệu chứng đơn thuần

## **PHÌNH THÀNH TIM**

### **1. Định nghĩa**

Đó là chứng giãn khu trú của cơ tim. Thường gặp chứng phình thành tim có vị trí trong vùng trước - bên của tâm thất trái.

### **2. Nguyên nhân**

Phình thành tim thường xảy ra hậu phát:

- Thường gặp sau nhồi máu cơ tim.
- Hãn hữu gặp sau chấn thương hoặc áp xe cơ tim.

### **3. Triệu chứng**

Có thể thấy các dấu hiệu:

- Nhồi máu cơ tim: đau thắt ngực kéo dài, nôn và nấc, có trạng thái sốc, sốt, mạch nhanh, huyết áp giảm.
- Vị trí mỏm tim đập bị xô dịch nhiều, diện chạm của mỏm tim rộng ra, tiếng tim bị mờ và hay gặp tiếng ngựa phi.

#### **4. Tiến triển**

Như tiến triển của bệnh nhồi máu cơ tim ở giai đoạn mạn tính (xem bài Nhồi máu cơ tim) có thể gây nên các biến chứng:

- Nghẽn mạch và tắc mạch.
- Loạn nhịp tim và rối loạn dẫn truyền.
- Suy tim
- Đau thắt ngực.
- Loạn dưỡng phản xạ ở hai chi trên.

#### **5. Điều trị**

Điều trị phình thành tim cũng giống điều trị nhồi máu cơ tim:

- Dùng thuốc an thần.
- Chế độ ăn lỏng, ăn không muối; bỏ thuốc lá.
- Điều trị táo bón.
- Nghỉ ngơi, tránh gắng sức.
- Dùng thuốc chống đông.

## **KHOỐI U Ở TIM**

### **1. Khối u nguyên phát**

Loại này hiếm gặp:

- Khối u của màng ngoài tim: thường gặp u mỡ và u xơ.
- Khối u của cơ tim: thường gặp u cơ vân ở người trẻ tuổi.

- Khối u của màng trong tim: gặp nhiều nhất là u nhầy có cuống nhỏ (polyp) xuất phát từ trong tâm nhĩ. Triệu chứng của khối u này giống như triệu chứng của bệnh hẹp lỗ van hai lá.

## 2. Các u di căn

Thường là di căn của ung thư phổi, ung thư thực quản, sác - côm lympho.

# CHẤN THƯƠNG TIM

## 1. Vết thương xuyên

Vết thương này biểu hiện bằng tràn máu màng ngoài tim (đôi khi với biến chứng ép tim và sốc), bằng nhồi máu cơ tim hoặc rách van tim.

## 2. Đụng đập tim

### a. Các thể nhẹ

Có các triệu chứng của chấn thương:

- Đau trước tim.
- Đánh trống ngực.
- Có khi gặp dấu hiệu rung tâm nhĩ.

b. *Nhồi máu cơ tim*: sự đụng đập tim có thể gây ra nhồi máu cơ tim khi các động mạch vành có tổn thương thoái hoá.

c. *Suy tim*: cơ thể xảy ra khá nhanh sau chấn thương.

### d. Đứt thừng gân, đứt cột tim hoặc đứt van tim

- Đứt một thừng gân: có tiếng thổi tâm thu to ở mỏm tim.
- Đứt cột tim: có triệu chứng như các triệu chứng của nhồi máu cơ tim và sau đó dẫn tới suy tim tăng dần.

- Đứt van hai lá hay đứt van động mạch chủ có triệu chứng như trong bệnh nhồi máu cơ tim: có tiếng thổi rất to của bệnh hở van hai lá hoặc hở lỗ động mạch chủ. Tiến triển của bệnh thường nặng dẫn đến suy tim tăng dần.

### **3. Điều trị**

- Nghỉ ngơi.
- Dùng thuốc an thần.
- Điều trị theo nguyên nhân gây nên các thể chấn thương.

## **BỆNH CHUYỂN VỊ**

### **1. Định nghĩa**

Bệnh chuyển vị có đặc điểm là: động mạch chủ bị chuyển vị và xuất phát từ tâm thất phải, động mạch phổi cũng bị chuyển vị và xuất phát từ tâm thất trái.

### **2. Triệu chứng lâm sàng**

- Xanh tím.
- Khó thở thường rất nặng.
- Nghe tim: có thể nghe thấy tiếng thổi hoặc không.

### **3. Tiến triển**

Có hai cách tiến triển:

- Tử vong do suy tim trong những năm đầu của bệnh.
- Có thể sống sót khi có thêm dị tật khác kết hợp như: ống động mạch, thông liên nhĩ hoặc thông liên thất.

#### 4. Điều trị

Phẫu thuật nhưng ít kết quả.

## ỔNG ĐỘNG MẠCH

### 1. Định nghĩa

Bệnh ống động mạch là bệnh tim bẩm sinh mà nguyên nhân là sự lưu tồn ống Botal (là ống thông giữa động mạch chủ và động mạch phổi).

### 2. Triệu chứng

Có thể gặp hai hình thái lâm sàng:

*a. Ống động mạch* có thể không triệu chứng và chỉ có dấu hiệu lâm sàng khi đã xảy ra suy tim.

*b. Bệnh ống thông mạch* thể có triệu chứng

- Triệu chứng chức năng:
  - + Người bệnh mệt nhọc.
  - + Đánh trống ngực.
  - + Khó thở khi gắng sức.
  - + Có chứng liệt dây thần kinh quặt ngược (hiếm gặp).
- Triệu chứng thực thể:
  - + Bệnh nhi chậm lớn.
  - + Các mạch máu ở cổ đập mạnh.
  - + Xanh tím.
  - + Ngón tay dùi trống
  - + Huyết áp tâm trương thấp.



- + Khánh tim: sờ thấy rung tâm thu. Có tiếng thổi liên tục tâm thu - tâm trương ở khoang liên sườn 2 và 3 bên trái.

### 3. Tiến triển

Tiến triển xấu, tuổi thọ trung bình không quá 40 - 50 tuổi.

Có thể tử vong do:

- Suy tim.
- Viêm màng trong tim bán cấp.
- Tăng áp lực tiểu tuần hoàn.
- Ống động mạch bị phình và vỡ.

### 4. Chẩn đoán phân biệt

Khi nghe tim thấy có tiếng thổi liên tục thì cần chú ý các bệnh sau đây:

- Bệnh hở lỗ động mạch chủ.
- Dị tật của các van động mạch chủ (van  $\Sigma$ )
- Bệnh thông động mạch chủ - phổi.
- Bệnh tăng áp lực động mạch phổi kèm theo hở động mạch phổi.
- Động mạch phế quản giãn to.
- Ống động mạch có biến chứng tăng áp lực động mạch phổi.

### 5. Điều trị

Phẫu thuật: thắt hoặc cắt ống động mạch.

## **BỆNH TIM TÊ PHÙ**

Bệnh tim tê phù còn gọi là bệnh tê phù.

### **1. Định nghĩa**

Bệnh tim tê phù là những rối loạn tim mạch mà nguyên nhân là do trạng thái thiếu vitamin B1 (hay thiamin).

### **2. Nguyên nhân gây bệnh**

Gặp trong trường hợp:

- Nghiện rượu mạn tính.
- Nghiện chất độc.
- Rối loạn tâm thần.

### **3. Triệu chứng lâm sàng**

- Mệt nhọc, đánh trống ngực.
- Khó thở khi gắng sức.
- Da người bệnh nóng.
- Huyết áp bình thường, đôi khi huyết áp tâm trương hạ.
- Có dấu hiệu thần kinh của bệnh tê phù.
- Nghe tim: có thể thấy tiếng thổi tâm thu.

### **4. Tiến triển**

- Tốt đối với bệnh mới mắc.
- Có thể tiến triển xấu, dẫn tới suy tim phải.

## 5. Chẩn đoán

*a. Chẩn đoán xác định:* căn cứ vào các dấu hiệu

- Viêm nhiều dây thần kinh.
- Hội chứng suy tim phải.

*b. Chẩn đoán phân biệt:* cần phân biệt với hội chứng suy tim của bệnh cường tuyến giáp.

## 6. Điều trị

- Vitamin B1 100mg/24 giờ, tiêm tĩnh mạch.
- Chế độ ăn có nhiều vitamin.
- Điều trị suy tim.

# THAI NGHÉN Ở NGƯỜI MẮC BỆNH TIM

## 1. Tác dụng của thai nghén đối với hệ tim mạch

- Thể tích huyết tương tăng lên đến 40% - 50% vào cuối thời kỳ thai nghén.
- Lưu lượng tim cũng tăng lên để đảm bảo sự dinh dưỡng của thai. Hệ thống mạch của nhau thai giữ vai trò của một lỗ rò động - tĩnh mạch.
- Huyết áp tâm trương có xu hướng giảm. Mạch có thể trở thành “nhảy”.
- Nghe tim: tiếng thứ nhất trở nên danh và tiếng thứ hai rất mạnh. Có thể thấy tiếng thổi tâm thu ở mỏm tim.

## 2. Vấn đề làm gián đoạn thai nghén

Phụ nữ bị bệnh van tim (đặc biệt là bệnh hẹp lỗ van hai lá) thì khi có thai sẽ phải chịu rủi ro, nguy hiểm.

Nguy cơ rủi ro, nguy hiểm có 2 chiều hướng khác nhau:

- Sự nguy hiểm sẽ nhỏ:
  - + Nếu chưa lần nào bị suy tim.
  - + Nếu sản phụ dưới 30 tuổi.
  - + Nếu bệnh van tim không phải là bệnh hẹp lỗ van hai lá.
- Sự nguy hiểm sẽ lớn:
  - + Nếu phụ nữ trên 30 tuổi.
  - + Nếu bệnh van tim là bệnh hẹp lỗ van hai lá.
  - + Nếu đã có lần bị suy tim.
  - + Nếu tim bị rung nhĩ.
- Suy tim chắc chắn xảy ra:
  - + Nếu tim bị to rõ rệt từ lúc bắt đầu thai nghén.
  - + Nếu lần có thai trước đã làm cho tim bị suy.

Quyết định làm gián đoạn thai nghén phải được thực hiện trong 3 tháng đầu của thời kỳ có thai.

Nếu suy tim xảy ra vào nửa cuối của thai nghén thì phải chữa các rối loạn tim và chỉ làm gián đoạn thai nghén (phá thai) nếu thấy suy tim không hồi phục.

### **3. Tăng huyết áp và thai nghén**

- Chứng sản giật gặp nhiều ở sản phụ có tăng huyết áp.
- Thai nghén làm tiến triển nặng lên của bệnh tăng huyết áp đã có sẵn từ trước.

### **4. Viêm màng trong tim bán cấp do vi khuẩn và thai nghén**

Ở sản phụ mắc bệnh van tim, thai nghén làm cho dễ xảy ra biến chứng viêm màng trong tim bán cấp.

## **5. Bệnh thấp khớp và thai nghén**

Nguy cơ làm cho bệnh thấp khớp hoạt động trở lại là rất nhỏ, không đáng kể.

## **6. Tỷ lệ tử vong của thai nhi**

Tỷ lệ tử vong của thai nhi tăng ở sản phụ mắc bệnh tim.

# **TẮC MẠCH KHÍ**

## **1. Định nghĩa**

Tắc mạch khí là hiện tượng không khí lọt vào trong hệ thống tuần hoàn động mạch hoặc tĩnh mạch.

## **2. Nguyên nhân**

Thường gặp nhất là: không khí lọt vào trong một tĩnh mạch và gây ra các dấu hiệu bệnh tim do bệnh phổi cấp tính (xem bài: bệnh tim do phổi cấp tính).

Tắc mạch khí có thể xảy ra trong các hoàn cảnh sau:

- Khi bơm khí màng phổi.
- Gây khí thủng phúc mạc.
- Chọc xoang.
- Nạo thai bằng thìa, phá thai.
- Phẫu thuật lồng ngực.

Hiếm gặp: không khí lọt vào bên trong hệ thống động mạch ở nơi các tĩnh mạch phổi.

Các dấu hiệu lâm sàng xuất hiện khi khối lượng không khí lọt vào hệ thống mạch máu khoảng 100ml trở lên.

### **3. Triệu chứng**

Người ta phân biệt:

- Tắc mạch khí ở tĩnh mạch: có các dấu hiệu của bệnh tim do phổi cấp tính.
- Tắc mạch khí ở động mạch: có dấu hiệu
  - + Rối loạn não: co giật, liệt.
  - + Rối loạn tim: đau thắt ngực, dấu hiệu của bệnh nhồi máu cơ tim.
  - + Có thể nhìn thấy bóng hơi trong động mạch ở vòng mạc; da và lưỡi nổi vằn lên.

### **4. Điều trị**

- Điều trị tắc mạch khí ở tĩnh mạch: vì không khí xâm nhập vào bên trong tim phải và làm nghẽn tuần hoàn trong tâm thất phải nên phải đặt người bệnh nằm nghiêng sang bên trái để mở rộng lối vào động mạch phổi.
- Điều trị tắc mạch khí ở động mạch: không khí xâm nhập vào bên trong các tĩnh mạch phổi và các động mạch của phần trên cơ thể nên phải đặt người bệnh nằm đầu thấp.

## **TẮC MẠCH MỠ**

### **1. Định nghĩa**

Tắc mạch mỡ là hiện tượng các hạt mỡ lọt vào bên trong hệ thống tuần hoàn.

### **2. Nguyên nhân**

- Chấn thương mức độ nghiêm trọng.
- Gãy xương hở.
- Bỏng.

### 3. Triệu chứng lâm sàng

- Trường hợp tắc tĩnh mạch: có dấu hiệu của bệnh tim do phổi cấp tính (xem bài: bệnh tim do phổi cấp tính).
- Trường hợp tắc động mạch: có dấu hiệu rối loạn não, rối loạn tim và có khi rối loạn thận (dấu hiệu của mỡ niệu).

4. Tiến triển: bệnh thường tiến triển xấu.

5. Điều trị: chữa triệu chứng.

## ÉP TIM NGOÀI LỒNG NGỰC

Ép tim ngoài lồng ngực cần phải được thực hiện ngay sau khi đã xác nhận là người bệnh bị ngừng tim do không có bóp tim.

Phương pháp ép tim ngoài lồng ngực:

1. Đặt người bệnh nằm ngửa trên một mặt phẳng cứng.
2. Đặt cườm bàn tay vào một phần ba dưới của xương ức. Đặt bàn tay kia lên trên bàn tay này để có thêm sức mạnh.
3. Người cứu chữa đứng ở bên cạnh người bệnh ở vị trí thuận lợi nhất, cho phép họ có thể đè nhịp nhàng lên lồng ngực của người bệnh mà không bị mệt.
4. Người cứu chữa ấn lồng ngực xuống một cách nhịp nhàng theo nhịp 60 lần mỗi phút.
5. Mỗi lần ấn thì phải làm cho xương ức lún sâu xuống khoảng 5cm để có thể bóp được quả tim giữa xương ức và cột sống. Vì lồng ngực của người bệnh bất tỉnh có tính chất mềm dẻo nên có thể có nguy cơ gãy xương sườn.
6. Ép tim ngoài lồng ngực tạo ra một áp lực động mạch khoảng 80mmHg. Tiếp tục ấn trong một thời gian lâu cho đến khi tim tự động đập trở lại.

7. Người cứu chữa thứ hai đứng ở phía đầu người bệnh thực hiện việc hô hấp nhân tạo (miệng - miệng). Cứ 5 lần đè ép vào xương ức thì lại thổi ngạt một lần, khi thổi ngạt thì không ép tim.

Nếu chỉ có một mình người cứu chữa thì cứ sau 15 lần ép tim lại ngừng công việc này để thổi ngạt miệng - miệng cho người bệnh 2 lần liên.

Thời gian cấp cứu tối đa là 60 phút.

## HỒI SINH TIM

### 1. Ép tim

- Nếu lồng ngực đóng thì làm theo cách thực hiện trong bài “ép tim ngoài lồng ngực”.
- Nếu lồng ngực mở: ấn tim trực tiếp khi phẫu thuật.

### 2. Thông khí phổi

Hô hấp nhân tạo miệng - miệng.

### 3. Điều trị

Áp dụng trong trường hợp ngừng tim:

- Tiếp tục ép tim ngoài lồng ngực.
- Dùng thuốc:
  - + Adrenalin dung dịch 1/1000 với liều lượng 0,1 - 0,4ml.
  - + Calci gluconat với liều lượng 5ml - 10ml dung dịch 10%.
- Atropin 1/4mg - 1/2mg được sử dụng trong trường hợp ngừng tim do phản xạ thân kinh phế vị.



## *Chương 2*

# **CÁC BỆNH HỒ - HẤP**

## **ĐAU NGỰC**

### **1. Đau ngực do nguyên nhân lồng ngực**

#### *a. Đau ngực do nguyên nhân khớp và cơ*

- Bệnh viêm quanh khớp vai và bệnh hư khớp vai gây ra triệu chứng đau lan lên phần trên của ngực. Cử động của vai làm tăng thêm triệu chứng đau.
- Ở người bị bệnh khí thũng phổi, triệu chứng đau ở phần dưới ngực, khu trú ở vị trí các cơ bụng bám vào đáy lồng ngực.

#### *b. Đau ngực do bệnh của xương sườn*

Bao gồm các bệnh:

- Gãy xương sườn.
- Viêm xương tuỷ ở xương sườn.
- Ung thư các xương sườn.
- Phình động mạch chủ hay hẹp eo động mạch chủ ăn mòn xương sườn hay xương ức.

Tất cả các bệnh trên đều là nguyên nhân gây ra đau ngực, thường có liên quan với sự kích động lá thành của màng phổi.

#### *c. Đau ngực do bệnh của cột sống*

Người ta hay gặp các bệnh:

- Viêm đốt sống.
- Bệnh ở đĩa đệm cột sống.
- Bệnh hu khớp cột sống.
- Chấn thương cột sống.
- Ung thư di căn xương ở các đốt sống.
- Viêm xương tuỷ ở cột sống.
- U trong tuỷ sống.

Những bệnh trên có thể gây nên triệu chứng đau ở một bên hoặc ở hai bên ngực.

Triệu chứng đau nhiều khi có dấu hiệu đau nhói, tăng lên khi người bệnh ho và kèm theo đau cột sống âm ỉ.

#### *d. Đau ngực do bệnh Zona gian sườn*

Bệnh Zona gian sườn gây ra những cơn đau dữ dội, nóng, nhiều khi rát như bỏng và phân bố theo từng vùng ngực. Triệu chứng đau nhiều khi kèm dấu hiệu tăng cảm giác da.

Chẩn đoán bệnh được chính xác khi có dấu hiệu ban đặc trưng xuất hiện.

*e. Đau vú:* các bệnh của tuyến vú, u ở vú gây nên triệu chứng đau ở vú.

## **2. Đau ngực do nguyên nhân màng phổi**

### *a. Tính chất của đau do nguyên nhân màng phổi*

- Đau nhói, cấp và nóng, mang tính chất của kiểu điểm đau khu trú.
- Đau tăng lên do hít vào sâu và ho.
- Triệu chứng đau biến mất khi người bệnh bất động lỏng ngực ở tư thế thở ra.

- Vị trí của điểm đau: ở trên lồng ngực và ở vị trí kể trên tổn thương.

Cần lưu ý:

- Viêm màng ngoài tim có thể gây nên triệu chứng đau giống như viêm màng phổi.
- Đau gian sườn do tổn thương cột sống cũng tăng lên khi người bệnh ho, giống như đau do viêm màng phổi.
- Đau dây thần kinh hoành có đặc điểm là: cơn đau lan lên cổ và những điểm ấn đau ở giữa hai bó của cơ ức - đòn - chũm.

*b. Các bệnh màng phổi gây đau*

- Viêm màng phổi cấp tính: viêm màng phổi khô hay viêm màng phổi thanh tơ do ung thư, nhiễm khuẩn hoặc chấn thương.
- Viêm màng phổi mạn tính: đau không dữ dội nhưng có thể là loại đau tiềm tàng và day dứt.
- Thủng màng phổi - phổi: đau dữ dội, đau như dao đâm.

### **3. Đau ngực do nguyên nhân phế quản**

Bệnh viêm khí quản và bệnh viêm phế quản gây nên triệu chứng đau ngực tiềm tàng, có tính chất rất nhẹ sau xương ức.

### **4. Đau ngực do nguyên nhân trung thất**

Gặp trong các bệnh:

- Khí thũng trung thất.
- Viêm trung thất, khối u trung thất.
- Dấu hiệu đau ở phía sau xương ức.

## 5. Đau ngực do nguyên nhân nhân tim mạch

### a. Chứng đau thắt ngực

Đau thắt ngực là một hội chứng đau có đặc điểm: đau ở vùng sau xương ức hoặc ở trước tim (đau ở vùng trước tim ít gặp hơn là ở sau xương ức).

Tính chất của chứng đau thắt ngực:

- Đau gây cảm giác thắt, đôi khi đau nhói hay rát bỏng. Đau kéo dài một vài phút.
- Triệu chứng đau lan lên phía trên, đặc biệt là cánh tay trái và hàm.
- Triệu chứng đau được khởi phát do cố gắng thể lực hay cảm xúc và dịu đi khi nghỉ ngơi hoặc dùng thuốc nitrit.

*Ghi chú:* lưu ý đến dấu hiệu đau của chứng đau thắt ngực kèm hiện tượng tăng dấu hiệu xanh tím. Chứng này do tổn thương giãn động mạch phổi, xảy ra trong bệnh tim do phổi mạn tính và bệnh hẹp lỗ van hai lá. Nó được dịu bớt khi dùng oxy mà không giảm đau khi dùng nitrit.

b. *Nhồi máu cơ tim:* triệu chứng đau của bệnh nhồi máu cơ tim có tính chất

- Cường độ đau mạnh.
- Thời gian đau kéo dài.
- Có tình trạng choáng (sốc).
- Có hiện tượng phù phổi và suy tim.

c. *Rối loạn thần kinh chức năng tim:* dấu hiệu đau trước tim của hiện tượng rối loạn thần kinh chức năng tim được cảm thấy ở vị trí phía trước vú trái.

Dấu hiệu đau này có tính chất:

- Không liên quan với sự cố gắng của người bệnh.
- Không lan ra xung quanh.
- Xảy ra ở người không có triệu chứng bệnh tim.

*d. Viêm màng ngoài tim:* triệu chứng đau do viêm màng ngoài tim có tính chất

- Chứng đau này giống như đau trong bệnh viêm màng phổi (đau chói và nóng, đau tăng lên khi người bệnh ho và hít vào sâu, triệu chứng đau biến mất khi lỏng ngực bất động ở tư thế thở ra).
- Đau ở vùng ức.
- Đau tăng thêm khi ho và thở sâu.

*e. Tắc mạch phổi*

- Tắc mạch phổi nhỏ gây nhồi máu ở phần ngoại vi của phổi và có thể kèm phản ứng màng phổi. Trong trường hợp này, triệu chứng đau có các tính chất của đau ngực do màng phổi.
- Tắc mạch phổi lớn là nguyên nhân của hội chứng đau có cùng tính chất như hội chứng đau của nhồi máu cơ tim.

## **6. Đau ngực do nguyên nhân thực quản**

Bệnh ở thực quản gây ra đau ngực, ở vị trí sau phần dưới xương ức và có cảm giác bỏng. Đau tăng thêm khi người bệnh nuốt.

## **7. Đau ngực do nguyên nhân bụng**

*a. Bệnh dạ dày*

- Loét dạ dày hay loét tá tràng có kèm một cảm giác thất nhẹ sau xương ức.
- Chứng nuốt hơi: gây cảm giác nặng ở vùng trước tim.

- Thoát vị cơ hoành: gây cảm giác thắt sau xương ức.
- b. *Viêm tụy cấp tính*: đau ở vùng thượng vị. Triệu chứng đau có thể lan ra phía sau ở phần dưới của nửa lồng ngực trái.
- c. *Bệnh túi mật*: triệu chứng đau của bệnh túi mật có cường độ tối đa ở vùng hạ sườn phải và vùng thượng vị. Đau có thể lan ra phía sau và lan lên cả vai phải.

## HO

### 1. Định nghĩa

Ho là động tác của một phần xạ không kìm hãm được của thần kinh phế quản, khởi phát do một sự kích động niêm mạc hô hấp đưa tới kết quả là tổng mạnh không khí trong các đường hô hấp ra ngoài.

### 2. Các giai đoạn của triệu chứng ho

Triệu chứng ho gồm 3 giai đoạn:

- Giai đoạn hít vào: không khí vào phổi.
- Giai đoạn nén: không khí thở ra gặp phải một thanh môn đóng kín.
- Giai đoạn đẩy không khí ra: thanh môn mở để cho một luồng không khí mạnh thổi qua. Luồng không khí này có một tốc độ tối đa ở trong các phế quản lớn và ở trong khí quản. Nó góp phần loại bỏ các dị vật và chất tiết ra khỏi khí đạo.

### 3. Phân loại ho

a. *Ho khạc đờm*: ho khạc đờm làm sạch đường hô hấp (khí quản và phế quản). Ở người bị suy hô hấp, triệu chứng ho bị

giảm do sử dụng các thuốc an thần (như thuốc barbituric hoặc loại thuốc phiện như codein) có thể gây nên ứ đọng đờm và các dịch tiết, dễ dàng dẫn tới ứ đọng phế quản và suy giảm khả năng hô hấp.

*b. Ho khan:* ho khan là ho không khạc đờm. Nó có thể làm tăng bệnh nhiễm khuẩn ở phế quản phổi, gây ra quá tải tiểu tuần hoàn, làm rối loạn giấc ngủ và làm cho người bệnh kiệt sức.

*c. Ho cơn (hay kiểu ho gà):* gặp trong bệnh ho gà, hen, bệnh chèn ép trung thất.

*d. Ho nôn:* ho có thể gây nôn do tính chất dữ dội của triệu chứng ho.

*e. Ho rè (hay là ho hai giọng):* gặp trong bệnh loét thanh quản hay liệt thanh quản.

#### **4. Nguyên nhân gây ho**

- Viêm khí đạo trên: gặp trong bệnh viêm hầu (ho của người hút thuốc), viêm thanh quản, viêm VA, viêm amidan.
- Bệnh ở phế quản - phổi: triệu chứng ho gặp trong bệnh viêm phế quản cấp tính và mạn tính, dị vật trong phế quản, bệnh giãn phế quản, bệnh viêm phổi, bệnh lao phổi, bệnh ung thư phổi...
- Bệnh tim mạch: gặp trong các bệnh như suy tim, tắc mạch phổi, nhồi máu phổi, phình động mạch chủ.
- Rối loạn thần kinh: ở một số người bệnh, triệu chứng ho là một chứng máy cơ thần kinh thực sự.

*Ghi chú:* nếu ho khạc đờm có ít máu và nhuộm đờm thành màu hồng thì được gọi là ho ra máu (khái huyết).

## HO RA MÁU

Ho ra máu còn gọi là khái huyết.

### 1. Định nghĩa

Ho ra máu là sự đào thải máu bắt nguồn từ các phế quản qua miệng.

Ho ra máu có thể diễn ra theo nhiều cách khác nhau:

- Đờm dầy máu
- Đờm có máu, màu nước mận.
- Chảy máu rõ ràng, màu đỏ tươi.

### 2. Nguyên nhân

#### a. Bệnh phế quản - phổi

- Bệnh lao phổi: bệnh lao phổi là nguyên nhân thường gặp của ho ra máu. Triệu chứng ho ra máu có thể: rất ít máu và đờm có màu hồng hoặc ho ra nhiều máu đỏ tươi và ô ạt.

Trong bệnh lao phổi, người ta phân biệt các loại ho ra máu:

- + Ho ra máu báo động bệnh lao phổi không được phát hiện.
- + Ho ra máu xảy ra trong đợt tiến triển của bệnh lao phổi.
- + Ho ra máu xảy ra ở người bệnh có tổn thương lao xơ phổi đã ổn định, không tiến triển.
- + Ho ra máu khốc liệt xảy ra trong trường hợp có tổn thương hang ở bệnh lao, dễ gây tử vong.
- + Ho ra máu xảy ra sau khi bơm khí vào ổ màng phổi.



- Ung thư phế quản: gây ho ra máu lẫn đờm, màu mặn.
- Giãn phế quản: thường gặp giãn phế quản khô gây ho ra máu ít, màu đỏ tươi
- Viêm phổi: có đờm màu rỉ sắt, đôi khi có màu đỏ (trong bệnh viêm phổi do tụ cầu khuẩn).

*b. Bệnh tim mạch:* có thể gặp ho ra đờm dây máu hoặc ho ra máu nhiều.

- Bệnh hẹp lỗ van hai lá: người ta có thể thấy đờm dây máu cũng như chảy máu nhiều.

Chảy máu trong bệnh hẹp lỗ van hai lá là do:

- + Tăng áp lực trong các mao mạch phổi.
- + Sự xuyên mạch máu vào trong các phế nang.
- + Vỡ các phình tĩnh mạch phế quản dưới niêm mạc. Phình tĩnh mạch này được tạo thành do giãn các chỗ nối giữa tĩnh mạch phổi và tĩnh mạch phế quản.
- Bệnh nhồi máu phổi: ho ra máu ít khi nặng, ho ra máu có tính chất
  - + Máu quánh như nước cam thảo và kéo dài vài ba ngày.
  - + Có các triệu chứng kèm theo: khó thở, đau ngực, sốt, có hiện tượng viêm tĩnh mạch.

*Ghi chú:* trong nhiều trường hợp, ho ra máu là dấu hiệu duy nhất và rõ ràng nhất của bệnh nhồi máu phổi.

- Bệnh suy tim: bệnh suy tim có thể kèm ho ra máu, khó phân biệt với ho ra máu do nhồi máu phổi.
- Giãn động mạch chủ: đầu tiên có thể gặp ho ra máu ít do rạn nứt động mạch chủ và sau đó là ho ra máu ồ ạt, có thể gây tử vong.

c. *Các tạng chảy máu*: ít gặp triệu chứng ho ra máu. Tuy nhiên ra máu có thể gặp ở các bệnh:

- Ban xuất huyết.
- Bệnh bạch cầu có lạm dụng thuốc chống đông máu.

d. Chấn thương lồng ngực: chấn thương lồng ngực gây tổn thương phổi dẫn đến ho ra máu.

### 3. Triệu chứng

Triệu chứng thể hiện khác nhau ở các thời kỳ:

a. *Thời kỳ trước khi ho ra máu*: có những triệu chứng báo trước như

- Cảm giác buồn nôn ở thanh quản.
- Cảm giác nóng ở sau xương ức.
- Có vị máu (tanh) ở trong miệng.

b. *Thời kỳ ho ra máu*: có dấu hiệu khạc ra máu màu đỏ và ngâu bọt. Khạc ra máu xuất hiện ở giữa các cơn ho.

c. *Thời kỳ ngừng ho ra máu*

- Đờm ngày càng thâm mầu mận và đen, được gọi là đờm ho ra máu.
- Không có máu đỏ tươi.

### 4. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với:

a. *Chảy máu cam*: có hiện tượng viêm mũi, viêm lợi... và có tổn thương chảy máu.

b. *Nôn ra máu*: nôn ra máu bắt đầu và kết thúc một cách đột ngột và có kèm triệu chứng nôn.

Cần chú ý các trường hợp khó chẩn đoán phân biệt:

- + Ho phản xạ trong khi nôn ra máu, có thể nhầm lẫn với ho ra máu.
- + Ho gây nôn trong triệu chứng ho ra máu, có thể nhầm lẫn với nôn ra máu.
- + Nuốt máu trong khi ho ra máu, có thể nhầm lẫn với nôn ra máu.

## 5. Điều trị

- Người bệnh nghỉ ngơi tuyệt đối và nằm nghiêng về bên phổi bị tổn thương.
- Dùng thuốc an thần hoặc morphin: tuy nhiên, cần lưu ý là nếu dùng thuốc morphin với liều lượng cao thì gây nên ứ dịch tiết căng phế quản và suy giảm trung tâm hô hấp.
- Trong trường hợp ứ căng phế quản, cần hút đờm dãi và cho người bệnh thở oxy.
- Trong trường hợp chảy máu ổ ạt và có trạng thái sốc thì cần truyền máu ở trung tâm y tế.
- Dùng thuốc điều trị nguyên nhân gây ra ho ra máu: điều trị lao phổi, điều trị giãn phế quản khô...

# CHỨNG XANH TÍM

## 1. Định nghĩa

Chứng xanh tím là sự nhuộm màu lam của da và niêm mạc (như: môi, miệng...) mà không có máu tràn ra ngoài mạch, được gây nên do một lượng huyết cầu tố (hemoglobin) trong các mao mạch bị khử lượng oxy quá lớn.

*Ghi chú:*

- Nồng độ trung bình huyết cầu tố trong mao mạch bị khử oxy là 2,5g%.
- Chứng xanh tím xuất hiện khi nồng độ trung bình huyết cầu tố trong mao mạch nồng vượt quá 5g%.

## **2. Nguyên nhân**

*a. Yếu tố phổi:* chứng xanh tím xuất hiện khi chỉ một phần số huyết cầu tố được oxy hoá ở phổi.

Các nguyên nhân trong phổi thường gặp:

- Áp lực oxy trong không khí phế nang bị giảm: gặp trong bệnh lao phổi, viêm phổi, khí thũng phổi, xẹp phổi.
- Các hư biến vách phế nang gây ra sự ngăn cản khả năng khuếch tán oxy: gặp trong bệnh phù phổi cấp tính, xơ phổi.
- Máu chảy qua một mô phổi bị xẹp.
- Phình động tĩnh mạch phổi: hiếm gặp.

*b. Yếu tố tuần hoàn*

- Yếu tố tim: gặp trong bệnh thông liên thất hay thông liên nhĩ.
- Yếu tố ngoại vi: gặp trong trường hợp ứ đọng máu trong tĩnh mạch gây nên hiện tượng chậm tuần hoàn trong các mao mạch.

*c. Yếu tố máu:* chứng xanh tím gặp trong các bệnh máu như sau:

- Bệnh tăng hồng cầu: trong bệnh tăng hồng cầu, nồng độ huyết cầu tố của máu tăng lên là điều kiện thuận lợi cho sự xuất hiện chứng xanh tím khi có thiếu oxy huyết.

- Sự xuất hiện methemoglobin và sulfua huyết cầu tố trong máu: hai chất này có khả năng gây nên chứng xanh tím khi chúng tồn tại ở nồng độ đầy đủ trong mao quản.

### **3. Chẩn đoán xác định**

Chứng xanh tím là hiện tượng nhuộm mầu lam của da và niêm mạc, có thể thấy rõ ở môi, tai, gò má và móng tay chân.

Các dấu hiệu lâm sàng cần thiết cho việc chẩn đoán chứng xanh tím là:

- Cần xác định chứng xanh tím là bẩm sinh hay là mắc phải. Trong trường hợp mắc phải, cần hỏi người bệnh có uống loại thuốc gây xanh tím không (ví dụ: thuốc sunfamid)
- Tìm dấu hiệu ngón tay dùi trống: dấu hiệu này có đặc điểm là ở đầu ngón tay có một chỗ phình kiểu dùi trống. Chỗ phình này là do hiện tượng tăng khối lượng phần mềm của đốt ngón tay cuối cùng và móng tay khum khum như mặt kính đồng hồ.

Nguyên nhân hay gặp nhất của ngón tay dùi trống là:

- + Thiếu oxy huyết mạn tính.
- + Bệnh phổi mạn tính.
- + Bệnh tim bẩm sinh gây xanh tím
- + Viêm màng trong tim chậm.
- + Bệnh xơ gan, viêm tụy mạn tính.

# KHÓ THỞ

## 1. Định nghĩa

Khó thở là tình trạng hô hấp khó khăn buộc người bệnh phải chú ý.

Khó thở là một triệu chứng chủ quan luôn luôn kèm theo một dấu hiệu khách quan là tăng không khí.

Khó thở lúc nghỉ ngơi là một dấu hiệu bệnh lý.

Thở nhanh và thở sâu là những hiện tượng không nhất thiết phải kèm khó thở hay cảm giác khó thở.

## 2. Nguyên nhân của khó thở

### a. Nguyên nhân thần kinh

- Sự xúc động, sự kích thích trung tâm hô hấp (như trong bệnh viêm não) có thể làm thay đổi tần số và độ sâu của nhịp thở.
- Sự giảm tính chất đàn hồi của các phế nang làm tăng các phản xạ lên, gây ra thở ngắn và nông (phản xạ này có tên là phản xạ Hering - Breuer).
- Sự tăng áp lực của máu trong các mao mạch phổi, sự giãn tĩnh mạch chủ gây nên các phản xạ có thể kích thích các trung tâm hô hấp.

### b. Nguyên nhân hoá học

- Thiếu oxy huyết.
- Tăng  $\text{CO}_2$  huyết: gặp trong các bệnh phế quản - phổi cấp tính và mạn tính, bệnh khí thũng phổi.
- Nhiễm acid huyết: những trường hợp nhiễm acid nặng trong bệnh hôn mê tiểu đường và tăng urê huyết là nguyên nhân gây ra khó thở.

### *c. Tăng nhu cầu của thông khí*

Gặp trong các trường hợp:

- Không khí ô nhiễm, thở ở độ cao có không khí loãng.
- Cỗ gắng thể lực.
- Sốt cao gây nên tăng chuyển hoá cơ bản (còn gặp trong bệnh cường tuyến giáp trạng).
- Suy hô hấp.

### **3. Các thể lâm sàng của khó thở**

Phân loại các thể lâm sàng của chứng khó thở theo nguyên nhân, ta có thể gặp:

#### *a. Khó thở do nguyên nhân hô hấp*

Có hai loại khó thở theo nguyên nhân hô hấp:

- Khó thở do hẹp các đường dẫn không khí: đặc điểm của khó thở do hẹp các đường dẫn không khí là
  - + Mâu thuẫn giữa cường độ của khó thở (tăng lên) và tần số thở (tăng ít hoặc không tăng).
  - + Có tiếng thở rít, thở khò khè mà ta có thể nghe thấy ở xa người bệnh. Có thể gặp tình trạng này trong bệnh hẹp thanh quản, bệnh hẹp khí quản.
  - + Thở ra kéo dài và có tiếng rít đặc biệt ở vị trí hẹp của phế quản như trong trường hợp lao phế quản, ung thư trung thất, ung thư phổi.
  - + Có tiếng ran rít và ran ngáy khi nghe phổi trong trường hợp co thắt hệ thống phế quản: gặp trong bệnh hen phế quản.

- Khó thở do tổn thương phổi: trong thể khó thở này có tăng tần số thở. Nó xuất hiện lúc người bệnh gắng sức, thường gặp trong các bệnh:
  - + Lao phổi, phù phổi cấp tính.
  - + Xơ phổi, xẹp phổi, u phổi.
  - + Ứ đọng dịch tiết hoặc ứ đọng máu trong phổi, lao kê, áp xe phế quản - phổi, lao xơ hang... thường gây triệu chứng khó thở nặng.

**b. Khó thở do nguyên nhân thần kinh**

- Khó thở do tổn thương hệ thần kinh: có thể gặp triệu chứng khó thở trong những trường hợp
  - + Bệnh não, rối loạn nội sọ trong bệnh chảy máu não, bệnh u não, trạng thái tăng áp lực nội sọ có kèm tình trạng hôn mê.
  - + Bệnh tủy xám, nhược cơ nặng có thể gây liệt các cơ hô hấp và là nguyên nhân của khó thở.
- Khó thở do tâm lý: khó thở do tâm lý là tình trạng khó thở ở người không có tổn thương ở phổi hoặc ở tim, không có rối loạn chuyển hoá một số thành phần chất trong máu (như rối loạn acid - kiềm).

Khó thở do tâm lý có đặc điểm:

- + Có cảm giác lo lắng, khó chịu.
- + Tần số thở tăng lên khi có cảm xúc mạnh.
- + Có thể dẫn tới mất tri giác và co giật do nhiễm kiềm hô hấp được gây nên bởi sự bài xuất CO<sub>2</sub>.

**c. Khó thở do nguyên nhân tim**

Khó thở do nguyên nhân tim có đặc điểm là:



- Trước tiên là khó thở khi gắng sức.
- Khi bệnh tim tiến triển lâu, triệu chứng khó thở xuất hiện cả khi nghỉ ngơi.

- Các loại khó thở trong bệnh tim có thể gặp là:

- + Khó thở nằm: tình trạng khó thở ở tư thế nằm nặng hơn ở tư thế ngồi. Trong tư thế nằm, cơ hoành của người bệnh bị đẩy lên cao, máu ở chi dưới và bụng dồn về lồng ngực làm cho áp lực tĩnh mạch tăng lên và lưu lượng máu của tim cũng tăng lên theo. Do đó, xuất hiện triệu chứng khó thở.
- + Khó thở kịch phát: thể khó thở này xảy ra từng cơn và thường xuất hiện về đêm. Có hai thể khó thở kịch phát:
  - Thể hen tim: thường xảy ra về ban đêm. Trong lâm sàng khó thở thể hen tim gặp trong các bệnh:
    - Suy tâm thất trái.
    - Tắc mạch phổi.
    - Khi thủng phổi.
    - Phù phổi cấp tính.

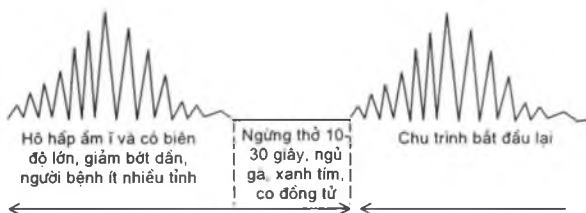
*Ghi chú:* cần phân biệt hen tim và hen phế quản.

Trong hen tim, người ta ghi nhận đặc điểm: người bệnh bị đánh thức bởi một cơn khó thở nặng khiến phải ngồi dậy, lo âu, thở nhanh và hỗn hển. Hiện tượng co thắt phế quản giữ một vai trò đáng kể. Các dấu hiệu nêu trên ngược lại với các dấu hiệu của hen phế quản.

- Khó thở thể Cheyne - Stokes: thở Cheyne - Stokes gặp ở người lớn tuổi bị bệnh tim, xảy ra vào lúc người bệnh thiếp ngủ.

Đặc điểm của khó thở thể Cheyne - Stokes là: xảy ra vào lúc người bệnh thiếp ngủ. Hô hấp tái hiện sau thời gian ngừng thở khoảng 30 giây, sau đó thở dần dần sâu hơn để rồi lại giảm xuống cho đến khi xảy ra một thời kỳ ngừng thở mới.

Người bệnh ngủ gà trong lúc ngừng thở và tỉnh lại ít nhiều trong các giai đoạn thở.



#### Nhịp thở Cheyne - Stokes

Các bệnh gây nên nhịp thở Cheyne - Stokes:

- Suy trung tâm hô hấp.
- Suy tim.
- Bệnh nội sọ (u não, chảy máu não).
- Nhiễm độc morphin và các biệt dược của nó, tăng urê huyết.

#### d. Khó thở do thay đổi hoá tính của máu

- Thiếu máu: thiếu máu là nguyên nhân gây khó thở gắng sức. Khó thở xuất hiện trong trường hợp thiếu máu cấp tính do chảy máu để gây nên tình trạng sốc là một dấu hiệu của bệnh tiến triển nặng.
- Nhiễm acid trong máu: nhiễm acid trong máu do các nguyên nhân
  - + Tăng urê huyết.

+ Hôn mê trong tiểu đường.

Triệu chứng khó thở khi bị nhiễm acid trong máu là một thể khó thở đặc biệt gọi là nhịp thở Kussmaul (nhịp thở Kussmaul có tần số tăng nhẹ). Nhịp thở Kussmaul có đặc điểm:

- Hít vào sâu.
- Theo sau là một giai đoạn nghỉ ngắn ở thì hít vào cố gắng.
- Thì thở ra ngắn, nhiều khi rỗng và theo sau lại là một giai đoạn nghỉ ngắn.



Nhịp thở Kussmaul

## THIẾU OXY

### 1. Định nghĩa

Thiếu oxy<sup>a</sup> mô có thể coi như giảm oxy, là trạng thái trong đó các mô (tế bào) không nhận được đủ oxy.

Thiếu oxy huyết l<sup>a</sup> hiện tượng giảm oxy chứa trong máu. Thiếu oxy huyết có thể xuất hiện trong trường hợp không bị thiếu oxy mô và ngược lại (ví dụ: trong trường hợp bị thiếu độc thuỷ ngân, máu được cung cấp đầy đủ oxy, nhưng các mô (tế bào) không thể sử dụng được oxy.

Ngạt: ngạt là tình trạng thiếu oxy có kèm ứ đọng  $\text{CO}_2$ .

## 2. Nguyên nhân

### *a. Thiếu oxy mô do giảm mức cung cấp oxy cho máu*

- Trường hợp phổi bình thường:
  - + Giảm áp lực riêng phần của oxy trong không khí xung quanh: không khí ở vùng cao (vùng núi, ở độ cao khi đi máy bay), trường hợp có các khí khác trong khí quyển.
  - + Tắc các đường dẫn khí.
  - + Thiếu năng các cơ hô hấp: viêm nhiều dây thần kinh, chứng nhược cơ năng.
- Trường hợp có bệnh ở phổi:
  - + Thông khí không đủ của các phế nang, hỗn hợp xấu của không khí hít vào, khí thũng phổi.
  - + Giảm hoạt động của mô phổi, gặp trong các bệnh viêm phổi, u phổi, lao phổi, tràn dịch màng phổi v.v...
  - + Rối loạn khuếch tán các khí qua màng phế nang - mao mạch: gặp trong các bệnh xơ phổi, phù phổi, nhiễm bụi phổi.
- Đản mạch thuộc hệ thống tĩnh - động mạch: bệnh tim bẩm sinh gây xanh tím, u mạch máu phổi, bệnh xẹp phổi.

### *b. Thiếu oxy mô do thiếu máu*

- Thiếu máu cùng nghĩa với giảm huyết cầu tố.
  - + Thiếu máu cấp tính hay mạn tính
  - + Huyết cầu tố (hemoglobin) chuyển thành carboxy huyết cầu tố, huyết cầu tố sulfua hoặc methemoglobin không có khả năng hấp thu oxy.

### *c. Thiếu oxy mô do cung cấp không đủ máu cho các mô*

Loại thiếu oxy mô này còn gọi là thiếu oxy tuần hoàn. Nguyên nhân hay gặp là:

- Nguyên nhân toàn thân: gặp trong bệnh suy tim, trạng thái sốc.
- Nguyên nhân tại chỗ: gặp trong các bệnh tắc động mạch, thiếu máu cục bộ, ứ đọng tĩnh mạch.

*d. Thiếu oxy mô do chuyển hoá*

Gặp trong các bệnh:

- Nhiễm độc: nhiễm độc morphin và barbituric làm giảm chuyển hoá tế bào, nhiễm độc cyanua làm cản trở các mô sử dụng oxy.
- Tăng nhu cầu chuyển hoá: gặp trong trường hợp sốt cao, bệnh nhiễm độc nội tiết tố của tuyến giáp trạng.

### **3. Dấu hiệu lâm sàng của thiếu oxy mô**

Có thể gặp các dấu hiệu lâm sàng:

- Chùng xanh tím: gặp trong các trường hợp thiếu oxy huyết rõ rệt.
- Khó thở: có thể gặp dấu hiệu khó thở và dấu hiệu này không là dấu hiệu thiếu oxy mô hằng định.
- Rối loạn thần kinh:
  - + Thiếu oxy mô cấp tính gây nên tình trạng chệnh choáng và đôi khi sốt cao.
  - + Thiếu oxy mô mạn tính gây nên mệt mỏi, vô tình cảm.
- Rối loạn tim mạch: nhịp tim nhanh, áp lực động mạch thay đổi, lưu lượng tim tăng.

### **4. Điều trị**

- Điều trị nguyên nhân gây thiếu oxy.
- Dùng liệu pháp oxy: có thể dùng các phương pháp

- + Đặt ống thông vào trong lỗ mũi được làm trơn bằng dầu paraffin để người bệnh thở oxy.
- + Dùng liều oxy: có nguy cơ tích lũy  $\text{CO}_2$  trong lều.
- + Dùng mặt nạ để thở oxy.
- + Dùng máy thở oxy dưới áp lực.

## **NẮC**

### **1. Định nghĩa**

Nấc là sự co cứng của cơ hoành.

### **2. Nguyên nhân**

- Nguyên nhân của chứng nấc là sự kích động trung tâm hay ngoại biên của dây thần kinh hoành.
- Nguyên nhân trung tâm: do các bệnh viêm màng não, u não, tăng urê huyết.
- Nguyên nhân ngoại biên: do các bệnh viêm màng phổi hoành, viêm màng ngoài tim, u trung thất, cũng có thể do bệnh tiêu hoá như chứng kích động niêm mạc dạ dày hoặc thực quản. Nấc có thể do tâm lý gây nên.

Chứng nấc thường hết khi người bệnh ăn.

### **3. Điều trị**

Có thể áp dụng các biện pháp:

- Uống nước lạnh, chườm túi đá vùng thượng vị.
- Dùng thuốc chống co thắt atropin 1/4mg - 1/2mg. Dùng thuốc an thần gardenal 0,1g
- Hít amyl nitrit hay chloroform

# VIÊM HỌNG

## 1. Định nghĩa

Viêm họng là viêm hầu và các mô có cấu tạo tế bào lympho.

## 2. Một số viêm họng thường gặp

### a. Viêm họng đỏ thông thường

- Triệu chứng lâm sàng:
  - + Niêm mạc hầu đỏ.
  - + Viêm hạch nhân (amidan) nhiều khi ở một bên. Có thể thấy trên hạnh nhân có những màng hay chấm trắng gồm một thứ bựa không dính vào niêm mạc.
  - + Sốt.
  - + Khó nuốt.
  - + Hạch cổ to.
- Tiến triển:
  - + Bệnh thường khỏi nhưng hay tái phát.
  - + Có thể gây viêm cầu thận hay thấp khớp cấp.
- Điều trị:
  - + Nhỏ mũi bằng thuốc muối bạc (ví dụ: protacgol).
  - + Dùng thuốc sát trùng súc miệng: súc họng (với betadin) hoặc viên ngậm.
  - + Dùng thuốc kháng sinh.
  - + Cắt bỏ hạnh nhân khi có những hạnh nhân to nhiễm khuẩn.

*b. Viêm họng bạch hầu*

- Triệu chứng: dấu hiệu chủ yếu là một cái màng giả với những tính chất sau
  - + Màng giả phủ mặt trong của hạnh nhân, đôi khi lan đến tận chân lưỡi gà.
  - + Màng giả lúc đầu cộm màu trắng nhạt và nhẵn, sau có màu xám vàng và lổn nhổn.
  - + Màng giả được bao quanh bởi một đường viền do mô bị viêm.
  - + Màng giả dính vào lớp sâu và tự tách ra cả khối. Nếu không được điều trị bằng huyết thanh chống bệnh bạch hầu thì màng giả tái tạo rất nhanh.

Ngoài ra, người bệnh còn có triệu chứng:

- + Sổ mũi, hạch cổ to và nhiều.
  - + Người bệnh xanh xao, nhịp tim nhanh, huyết áp giảm.
- Điều trị: về phương diện thực hành, khi có màng giả ở họng thì cần tiêm huyết thanh chống bạch hầu trước khi chẩn đoán phân biệt với viêm họng loét màng do nguyên nhân khác.

*c. Viêm hạnh nhân (viêm amidan)*

Viêm hạnh nhân là viêm mô quanh hạnh nhân.

- Các triệu chứng thường gặp:
  - + Khó nuốt nặng.
  - + Hạnh nhân ở phía tổn thương lồi ra và có phản ứng viêm mạnh.
  - + Lưỡi gà bị phù, biến dạng và bị đẩy sang phía đối diện.
- Điều trị: dùng thuốc kháng sinh và phẫu thuật.



## BỆNH Ở KHÍ ĐẠO DO VIRÚT

### 1. Các thể lâm sàng

#### *a. Thể cảm sốt*

- Bệnh khởi đầu bằng sự kích động trong họng.
- Thời kỳ toàn phát diễn ra trong một hai ngày với có các dấu hiệu:
  - + Sổ mũi, hắt hơi, tiết nước mũi nhiều và trong, chảy nước mắt và giảm vị giác.
  - + Triệu chứng toàn thân: mệt mỏi, sốt nhẹ, nhức đầu và chán ăn.
- Niêm mạc mũi bị sung huyết, các hốc hạnh nhân và niêm mạc họng có những chỗ cản động nhỏ màu vàng xám.

Sau vài ngày chất tiết của mũi trở nên đặc hơn và bệnh khỏi khá nhanh.

#### *b. Các thể lâm sàng khác*

- Nhiễm virút khu trú hoặc lan rộng ở khí đạo:
  - + Có triệu chứng: đau họng, ho, đờm nhầy và ít khi có nhầy mù, khàn tiếng.
  - + Thể lâm sàng này là nguyên nhân của viêm hầu, viêm hạnh nhân, viêm thanh quản, viêm khí quản, viêm xoang...
- Nhiễm virút khí đạo không điển hình:
  - + Sốt, suy nhược, khó chịu, nhức đầu, rét run.
  - + Rối loạn dạ dày - ruột: đau bụng, buồn nôn, tiêu chảy.

## 2. Tiến triển

- Nhiễm virút khí đạo thường tiến triển tốt.
- Nhiễm virút khí đạo có thể tạo điều kiện thuận lợi cho sự phát triển của một số vi khuẩn như tụ cầu khuẩn, liên cầu khuẩn và phế cầu khuẩn... khi đó có thể gây ra các biến chứng như: viêm họng, viêm phế quản, viêm xoang, viêm tai...

## 3. Chẩn đoán phân biệt

### a. Chứng cảm sốt cần được phân biệt với

- Bệnh nhiễm khuẩn có kèm dấu hiệu ổ mủi.
- Viêm mũi dị ứng: tiến triển dai dẳng và có tính chất theo mùa.

### b. Thể mủi - họng: cần phân biệt với viêm họng do nhiễm khuẩn, có dấu hiệu

- Dịch tiết rỉ trên hạnh nhân và trong họng.
- Có sốt cao và kéo dài.

### c. Thể bệnh có triệu chứng toàn thân chiếm ưu thế

Cần phân biệt với:

- Bệnh nhiễm khuẩn ở bộ phận khác như bệnh lao, viêm phổi, bệnh thương hàn...
- Bệnh cúm: xuất hiện theo dịch.

## 4. Điều trị

Chỉ điều trị triệu chứng:

- + Nghỉ ngơi.
- + Uống nước nóng và thuốc aspirin.

- + Dùng thuốc codein 0,02g - 0,05g trong trường hợp có triệu chứng ho.
- + Nhỏ mũi để điều trị tắc mũi.

## VIÊM PHẾ QUẢN CẤP TÍNH

### 1. Định nghĩa

Viêm phế quản cấp tính là bệnh gây tổn thương viêm cấp ở các phế quản to và trung bình, thường tổn thương viêm cả khí quản (viêm khí - phế quản cấp).

Bệnh thường xảy ra ở trẻ em và người cao tuổi.

### 2. Nguyên nhân

Tùy thuộc các thể bệnh lâm sàng sau:

#### *a. Nhiễm khuẩn khí đạo trên*

- Viêm phế quản cấp tính do lạnh: bệnh xảy ra tiếp theo chứng sổ mũi. Chứng này lan xuống niêm mạc khí - phế quản sau 5 - 7 ngày và virút làm tăng độc lực của vi khuẩn để gây bệnh.
- Nhiễm khuẩn mũi họng: nhiễm khuẩn mũi họng là nguyên nhân của bệnh viêm phế quản cấp tính (hoặc mạn tính). Các dịch viêm của niêm mạc phế quản có vai trò quan trọng trong việc xuất hiện bệnh.

*b. Các bệnh nhiễm khuẩn:* các bệnh nhiễm khuẩn khác như: sởi, thương hàn, ho gà... có thể gây viêm phế quản cấp tính.

*c. Hit các chất kích động như:* khói thuốc lá, amoniac ( $\text{NH}_3$ ), clo ( $\text{Cl}$ ), hơi độc công nghiệp...

*d. Các yếu tố dị ứng:* các bệnh hoặc hội chứng dị ứng sau đó có thể gây viêm phế quản cấp tính như

- Hen: gặp ở trẻ em và có dấu hiệu co thắt phế quản.
- Chứng sổ mũi theo mùa, chứng cảm mạo theo mùa, bệnh phù ở mi mắt do dị ứng (còn gọi là phù Quincke), bệnh nổi mày đay (bệnh dị ứng ngoài da)... thường gặp ở người lớn.

### 3. Triệu chứng

Có thể gặp các triệu chứng:

- Sốt, khó chịu.
- Ho khạc ít đờm.
- Tiếng bị khàn và đôi khi đau sau xương ức trong trường hợp có viêm khí quản phổi hợp.

Sau một vài ngày, đờm trở thành nhầy mủ và ho có nhiều đờm hơn.

- Có ran ngáy và ran rít ở 2 phổi.

### 4. Tiến triển

- Bệnh thường tiến triển tốt và khỏi.
- Bệnh có thể tái phát mỗi khi người bệnh bị cảm sốt.
- Bệnh có thể tiến triển xấu và gây nên viêm phế quản - phổi.

### 5. Chẩn đoán xác định

Cần chú ý các trường hợp đặc biệt:

- Viêm phế quản cấp tính xảy ra ở người bị suy tim hoặc bị ứ đọng phổi.
- Viêm phế quản phổi hợp với bệnh ho gà, cúm, sởi, bệnh thương hàn.
- Bệnh hen phế quản có kèm tăng tiết phế quản.

## 6. Chẩn đoán phân biệt

### a. Ở trẻ em

Cần phân biệt với:

- Bệnh hạch trung thất.
- Hen phế quản.
- Dị vật trong phế quản.
- Giãn phế quản.

### b. Ở người lớn

Cần phân biệt với:

- Bệnh lao phổi.
- Giãn phế quản.
- Viêm phế quản - phổi.
- Ung thư phổi.
- Bệnh bụi phổi.

## 7. Điều trị

a. *Điều trị đặc hiệu*: phối hợp từ hai loại kháng sinh trở lên để tránh hiện tượng kháng thuốc có thể xảy ra.

### b. Điều trị triệu chứng

- Người bệnh nằm nghỉ trên giường.
- Xông hơi có thuốc eucalyptol.
- Dùng thuốc co codein hoặc thuốc bromoform (thuộc loại bromua), dùng thuốc long đờm ipeca hoặc kali iodua.

c. *Điều trị nhiễm khuẩn ở mũi họng.*

## VIÊM PHẾ QUẢN MẠN TÍNH

Viêm phế quản mạn tính là bệnh thường gặp ở người cao tuổi và hay xảy ra về mùa lạnh. Theo điều kiện thời tiết nước ta thì những đối tượng ho, khạc liên tục 3 năm trở lên, mỗi năm thời gian ho khạc kéo dài (hoặc tổng cộng) ít nhất là 3 tháng được xem là bệnh nhân viêm phế quản mạn tính.

### 1. Nguyên nhân

a. *Nhiễm khuẩn mũi họng*: những đợt nhiễm khuẩn mũi họng liên tiếp có kèm theo hiện tượng thảo mù gây nhiễm khuẩn đi xuống phế quản và các rối loạn thần kinh - tiết dịch viêm của niêm mạc phế quản là nguyên nhân gây viêm phế quản mạn tính.

b. *Xơ phổi*: trong xơ phổi hiện tượng ứ đọng dịch tiết tăng lên trong phế quản và dễ dàng gây nhiễm khuẩn phế quản. Người ta gặp sự ứ tiết này trong bệnh khí thũng phổi, giãn phế quản, lao xơ phổi, bệnh bụi phổi và biến dạng lồng ngực nặng.

c. *Bệnh hen*: khi bệnh hen tiến triển lâu ngày sẽ gây những đợt viêm phế quản và trở thành viêm phế quản mạn tính. Viêm phế quản mạn tính xảy ra trong bệnh hen dễ có biến chứng là những đợt khó thở kịch phát. Viêm phế quản và hen có thể xuất hiện cùng lúc.

e. *Thuốc lá, thuốc lao và rượu*: các chất này là điều kiện thuận lợi cho bệnh viêm phế quản mạn tính, thành phế quản cứng và tăng sự ứ dịch tiết trong lòng phế quản. Các hiện tượng trên dẫn đến tắc phế quản và khí thũng phổi. Niêm mạc phế quản sung huyết.

### 2. Triệu chứng lâm sàng

- Không sốt.

- Ho và ho cơn, khạc đờm nhầy mù về buổi sáng.
- Khó thở và xanh tím: gặp khi viêm phế quản mạn tính nặng.
- Có ran rít, ran ngáy ở 2 phổi.

### 3. Tiên triển

Bệnh viêm phế quản mạn tính có thể tiến triển theo hai cách sau đây:

- Bệnh tồn tại dai dẳng kéo dài và tái phát khi trời lạnh và rét.
- Bệnh có thể gây các biến chứng như: khí thũng phổi, giãn phế quản, bệnh tim phổi mạn tính.

### 4. Điều trị

- Điều trị nguyên nhân phụ: cần điều trị nhiễm khuẩn mũi họng (viêm hạnh nhân, viêm xoang), điều trị hen hoặc suy tim trong trường hợp có phổi hợp.
- Làm lỏng đờm nếu có đờm nhớt: có thể dùng thuốc ipeca, kali iodua...
- Dẫn lưu các chất tiết ứ đọng trong lòng phế quản: để người bệnh nằm ở tư thế đầu thấp, kích thích cơ hoành để người bệnh ho mạnh hơn. Chỉ dùng thuốc ho khi người bệnh ho khan không có đờm.
- Không dùng loại thuốc phiện (ví dụ: morphin) vì thuốc này làm tăng sự ứ dịch tiết trong phế quản và gây suy hô hấp.
- Dùng thuốc kháng sinh: thuốc kháng sinh được chỉ định trong đợt cấp tính của bệnh.
- Dùng thuốc điều trị co thắt phế quản: các loại thuốc như theophyllin, aminophyllin có tác dụng gây giãn phế quản.
- Cho thở oxy trong trường hợp có biến chứng tim phổi mạn tính.

# HEN PHẾ QUẢN

## 1. Định nghĩa

Hen phế quản là một hội chứng có đặc điểm là những cơn khó thở kịch phát chiếm ưu thế khi thở ra, có kèm những rối loạn vận mạch (xuất tiết và co thắt khí - phế quản).

## 2. Hoàn cảnh xuất hiện bệnh

- Hen phế quản hiếm gặp ở tuổi trên 60.
- Hen phế quản thường gặp ở người làm việc trong môi trường có nhiều bụi như bụi than, bụi sợi dệt, bụi phấn hoa, bụi thư viện...)
- Hen phế quản có thể xuất hiện do các yếu tố ngoại lai như: phấn hoa, ăn tôm cua, bụi hoá chất... hoặc yếu tố nội tại trong cơ thể như nhiễm khuẩn mạn tính ở khí đạo trên.
  - + Hen ngoại lai (còn gọi là hen dị ứng): người bệnh bị hen phế quản khi đang mắc hoặc đã mắc các bệnh dị ứng như sổ mũi mùa, bệnh chàm (eczema), bệnh nổi mề đay hoặc bệnh đau nửa đầu...

Tiến triển của bệnh hen ngoại lai chịu ảnh hưởng của hoạt động nội tiết, của thai nghén, của kinh nguyệt hoặc của mãn kinh.

Các chất gây dị ứng (còn gọi là dị nguyên) tiếp xúc với cơ thể bằng nhiều con đường khác nhau: đường thở, đường tiêu hoá, đường da niêm mạc hoặc đường máu.

- + Hen nội tại: yếu tố gây nên bệnh hen phế quản ở ngay trong bản thân người bệnh nhất là yếu tố nhiễm khuẩn.

Trong một số trường hợp, hen ngoại lai trở thành nguyên nhân của viêm phế quản mạn tính và viêm phế quản mạn tính lại duy trì bệnh hen phế quản.



Các ổ nhiễm khuẩn nguyên phát dễ gây nên hen phế quản thường gặp là: nhiễm khuẩn mạn tính ở khí đạo trên, viêm xoang, polyp mũi và lệch vách mũi.

### 3. Triệu chứng

Có các dấu hiệu lâm sàng sau:

- Triệu chứng báo trước: hắt hơi, sổ mũi, co thắt, đôi khi có ngứa ngoài da.
- Khó thở: hít vào không đầy đủ, thở ra khó khăn và chậm gấp hai, ba lần thì thở vào.
- Khạc đờm trắng và trong như hạt trai có chứa chất nhầy.
- Có chứng xanh tím trong trường hợp hen phế quản có biến chứng khí thũng phổi hay tim phổi mạn tính.
- Áp lực động mạch có thể giảm và áp lực tĩnh mạch tăng do giảm lưu lượng máu trở về tim.
- Sau cơn hen, lần đi tiểu đầu tiên có khối lượng nhiều và nước tiểu nhạt màu.
- Có nhiều tiếng ran rít, ran ngáy và ran nổ ở hai phổi.

### 4. Các thể lâm sàng

#### a. *Thể hen của trẻ em*

- Sốt nhẹ.
- Có cơn khó thở nhẹ kèm tiếng rít khi thở ra. Cơn này xảy ra vào ban đêm.
- Có viêm mũi - họng hoặc viêm phế quản.

b. *Thể hen muộn*: đây là bệnh hen phát sinh ở khoảng 40 tuổi - 50 tuổi, nhiều khi tiến triển nặng... Có triệu chứng:

- Khó thở ở thì thở ra có tính chất kịch phát.
- Khó thở liên tục xảy ra tiếp theo sau một thời gian ngắn.

*c. Thể hen gây khó thở liên tục:* đây là thể hen nặng, thường gặp ở người mắc bệnh hen phế quản lâu ngày. Có triệu chứng:

- Khó thở thường xuyên.
- Khó thở trầm trọng hơn khi có gắng sức hoặc có xúc cảm.
- Cơn ho là biến chứng của bệnh và làm người bệnh kiệt sức.

*d. Thể hen gắng sức:* gắng sức thể lực gây nên những cơn khó thở xảy ra ngay sau khi gắng sức. Khó thở thuộc loại khó thở ở thì thở ra: thở ra khó khăn và kéo dài hơn thì thở vào.

## **5. Tiến triển**

*a. Các cơn hen có thể tiếp nối nhau và gây nên cơn hen liên tục: với biểu hiện*

- Khó thở ngày càng nặng lên.
- Người bệnh trở nên lo âu, vật vã và xanh tím.

Cơn hen liên tục có thể:

- Không làm nặng thêm bệnh hen phế quản đã có từ trước.
- Làm tăng hiện tượng dịch tiết phế quản và suy tim phải cấp tính, có thể dẫn đến tử vong.

*b. Hen phế quản gây các biến chứng:*

Các biến chứng có thể gặp:

- Khí thũng phổi.
- Viêm phế quản mạn tính: ho có đờm nhầy mủ.

*c. Hen ở trẻ em có khuynh hướng khỏi hoàn toàn lúc tuổi dậy thì.*

## **6. Chẩn đoán phân biệt**

Cần phân biệt với các bệnh:

- Viêm phế quản co thắt: có dấu hiệu nhiễm khuẩn và khó thở do co thắt khí - phế quản.
- Bệnh hen tim: có triệu chứng của bệnh suy tim.
- Hẹp phế quản trong các bệnh: lao phế quản, ung thư phế quản - phổi, chèn ép trung thất, di vật phế quản.

## 7. Điều trị

- Điều trị cơn hen: dùng các thuốc
  - + Ephedrin 0,01 - 0,05g /24 giờ.
  - + Aminophyllin 0,5g x 2 lần/24 giờ.
  - + Prednisolon 10mg - 20mg/24 giờ.
  - + Chăm sóc người bệnh: để nằm đầu cao, cho thở oxy, chăm sóc bệnh tim mạch nếu có xuất hiện ở người bệnh.
- Điều trị bệnh đường hô hấp hoặc bệnh nhiễm khuẩn ở mũi - họng.
- Điều trị nguyên nhân gây dị ứng: loại bỏ các dị ứng nguyên (chất gây dị ứng), dùng thuốc kháng histamin (thiantan, allergan...).
- Tránh nhiễm lạnh và người bệnh cần giữ vệ sinh trong sinh hoạt (tránh bụi bẩn) và trong ăn uống (tránh thức ăn gây dị ứng).

## DỊ VẬT ĐƯỜNG THỞ

### 1. Định nghĩa

Dị vật đường thở là tình trạng cấp cứu khi vật lạ xâm nhập hệ thống khí phế quản, gây nên các rối loạn hô hấp mà

mức độ phụ thuộc vào kích thước, bản chất hoá học và vị trí của của dị vật trong hệ thống khí phế quản.

## 2. Nguyên nhân

- Các vật cứng, có thể là cục xương trong thức ăn...
- Với trẻ em: các hạt đậu lạc, viên kẹo, các đồ chơi nhỏ như viên bi, đồng xu...
- Các vật lạ khác sau nhổ răng hoặc phẫu thuật họng.

## 3. Triệu chứng và chẩn đoán

### a. Dị vật xâm nhập thanh quản, khí quản

- Biểu hiện ban đầu là hội chứng xâm nhập:
  - + Ho sặc sụa.
  - + Cơn nghẹt thở rất nguy kịch.
  - + Có thể thở rít, khô khè.
- Nếu dị vật lớn kẹt ở thanh quản thì có thể gây đột tử do ngạt (nếu không kịp thời lấy dị vật ra).

### b. Dị vật vào sâu trong phế quản

Những dị vật tròn, nhỏ, nhọn dễ rơi vào phế quản gốc phải dễ tới một nhánh phế quản trong phổi, gây ra các tổn thương: xẹp phổi, viêm hoặc áp xe phổi, khí thũng phổi... mà các biểu hiện cụ thể là:

- Thở khô khè một bên.
- Rì rào phế nang giảm, gõ đục ở một vùng phổi.
- Nếu gây khí thũng một vùng phổi thì rì rào phế nang giảm và gõ vang.
- Khí quản, mỏm tim có thể lệch: cần chụp X quang phổi để nhận định.

#### 4. Xử trí

a. Sơ cứu ban đầu: áp dụng nghiệm pháp Heimlich để nhanh chóng đưa dị vật ra ngoài:

- Người cấp cứu đứng sau lưng nạn nhân.
- Vòng 2 tay qua phía bụng nạn nhân, một bàn tay nắm lại, đặt ở giữa mũi ức và rốn nạn nhân, bàn tay còn lại bám chặt bàn tay đã nắm.
- Xiết mạnh “nắm đấm” vào trong và lên trên.

Có thể lặp lại động tác này 5 lần. Nếu không tống được dị vật ra thì nhanh chóng đưa nạn nhân đến cơ sở y tế có khả năng cứu chữa có hiệu quả.

- Với trẻ em:
  - + Để trẻ nhỏ: nằm sấp ngang qua đùi người cấp cứu; với trẻ lớn cho ngồi cúi đầu.
  - + Dùng cườm tay vỗ mạnh vào lưng (vùng liên bả) tối đa 5 lần để giúp tống dị vật ra.
- Trường hợp nạn nhân bất tỉnh:
  - + Đặt nạn nhân nằm ngửa trên nền cứng.
  - + Người cấp cứu: chống 2 bàn tay lên, đặt giữa mũi ức và rốn, 2 tay thẳng, ép vào bụng nạn nhân. Nếu nạn nhân là trẻ bé, chỉ cần ấn 2 ngón (ngón trỏ và ngón giữa) vào dưới mũi ức của nạn nhân.

b. Giai đoạn muộn: khi dị vật đã lọt vào phế quản trong phổi:

- Nếu nghi ngờ có dị vật: chuyển bệnh nhân đến bệnh viện có khả năng chẩn đoán và có thiết bị lấy dị vật qua nội soi.
- Nếu có bằng chứng viêm phổi, cần áp dụng liệu pháp kháng sinh như một trường hợp viêm phổi nặng trước và cả sau khi lấy dị vật.

# BỆNH UNG THƯ PHẾ QUẢN - PHỔI

## 1. Định nghĩa

- Ung thư phế quản - phổi là một u ác tính xuất phát từ phế quản.
- Ung thư phế quản - phổi còn được gọi là ung thư phổi nguyên phát.

## 2. Nguyên nhân

Nguyên nhân gây bệnh ung thư phế quản - phổi chưa được biết đầy đủ. Tuy nhiên, có một vài nguyên nhân đã được nêu như:

- Chất độc ở khói thuốc lá.
- Quặng phóng xạ và quặng chứa coban.

## 3. Triệu chứng lâm sàng

- Ho: triệu chứng này hay gặp và thường xuất hiện sớm.
- Đờm, đôi khi có lẫn máu.
- Ho ra máu: là dấu hiệu đầu tiên của ung thư phổi.
- Đờm trở nên nhiều hơn, có mủ và mùi thối nếu khối u bị nhiễm khuẩn.
- Đau ngực, đau gian sườn hoặc đau đốt sống nếu có ung thư di căn ở xương.
- Khó thở, có thể kèm theo tiếng thở rít do khối u gây hẹp phế quản hay khí quản.

Ngoài các dấu hiệu trên, còn có thể gặp:

- Chứng xanh tím và ngón tay dùi trống.
- Liệt dây thần kinh quặt ngược và khàn tiếng hoặc tổn thương dây thần kinh hoành và nấc.

#### 4. Các thể lâm sàng

##### a. Thể hẹp phế quản

Hẹp một nhánh phế quản và niêm mạc phế quản có thể bị loét gây nên triệu chứng ho ra máu. Có hiện tượng giãn phế quản ở phía trên vị trí của phế quản bị hẹp.

b. *Thể trung thất*: có khối u ở trung thất ngay cạnh rốn phổi, có thể gây chèn ép trung thất.

##### c. Thể nhiễm khuẩn phổi

- Bị nhiễm khuẩn thứ phát và có dấu hiệu như bệnh viêm phổi.
- Tiến triển như áp xe phổi hoặc hoại thư phổi.

d. *Thể viêm màng phổi*: dấu hiệu lâm sàng học của bệnh là dấu hiệu của viêm màng phổi và dịch màng phổi có nhuộm máu.

e. *Thể di căn ngoài phổi*: thời kỳ đầu của bệnh có biểu hiện những dấu hiệu của tổn thương di căn ở hạch trên xương đòn, ở não, ở gan hoặc ở xương.

#### 5. Tiến triển

Tiến triển của bệnh thường nặng, có thể gây tử vong sau khoảng thời gian một năm kể từ khi phát hiện bệnh.

#### 6. Chẩn đoán xác định

Dựa vào dấu hiệu:

- Khởi đầu của bệnh âm ỉ với triệu chứng: ho, ho ra máu hoặc khó thở do phế quản bị hẹp.
- Có dấu hiệu tràn dịch màng phổi và có máu ở nước màng phổi.
- Có dấu hiệu đầu tiên của bệnh là dấu hiệu của di căn ung thư ở hạch trên xương đòn, ở não...

## 7. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với các bệnh:

- Bệnh lao phổi.
- Viêm phổi, áp xe phổi.
- Nhồi máu phổi.
- Xẹp phổi do dị vật phế quản.
- Nấm phổi.

## 8. Điều trị

*a. Điều trị triệu chứng*

- Điều trị nhiễm khuẩn bằng thuốc kháng sinh.
- Dùng thuốc an thần và giảm đau.
- Cho thở oxy.

*b. Điều trị phẫu thuật*

Cắt bỏ khối u trong phế quản

# BỆNH GIÃN PHẾ QUẢN

## 1. Định nghĩa

Bệnh giãn phế quản là một bệnh mạn tính do bẩm sinh hay do mắc phải, có đặc điểm là sự giãn rộng của các phế quản nhỏ và trung bình. Các phế quản này bị nhiễm khuẩn một cách chu kỳ.

## 2. Nguyên nhân

*a. Giãn phế quản bẩm sinh*

Bệnh giãn phế quản trong gặp các trường hợp:



- Các phế nang không phát triển, có kèm giãn phế quản thứ phát.
- Giãn phế quản phối hợp với các bệnh: đảo nghịch phù tạng (gọi là hội chứng Kartagener), bệnh polyp mũi, bệnh u nang tuyến tụy.

*b. Giãn phế quản mắc phải*

- Các nguyên nhân gây giãn phế quản có thể gặp là:
  - + Nhiễm khuẩn khí đạo trên.
  - + Áp xe phổi.
  - + Nhiễm khuẩn phế quản - phổi cấp tính (ở trẻ em) hoặc mạn tính (ở người lớn).
  - + Ung thư phổi.
  - + Dị vật phế quản.
- Cơ chế gây giãn phế quản mắc phải là:
  - + Viêm phế quản hoại tử ở phần dưới vị trí phế quản bị tắc.
  - + Lực kéo hướng tâm của áp lực âm tính ở bên trong màng phổi là lực gây nên giãn phế quản.

Giãn phế quản gây nên hậu quả là triệu chứng ho.

### **3. Triệu chứng lâm sàng**

*a. Bệnh khởi đầu âm ỉ, khó được xác định.*

*b. Bệnh cảnh lâm sàng của giãn phế quản khi đã trở nên rõ ràng*

- Có bệnh nhiễm khuẩn liên tiếp trong tiền sử của bệnh như: viêm phế quản - phổi, viêm phế quản, viêm phổi.
- Nhiệt độ tăng trong đợt tiến triển.

- Chứng xanh tím xuất hiện ở giai đoạn nặng của bệnh.
- Ngón tay dùi trống và móng tay khum như mặt kính đồng hồ.
- Ho về buổi sáng có khạc đờm: lượng đờm nhiều, khoảng 300 - 500ml mỗi ngày, thường khạc đờm về buổi sáng. Đờm là những chất tiết của phế quản ứ đọng trong phế quản vào ban đêm, đờm loãng, đọng lại trong ống nhỏ thành nhiều lớp.
- Ho ra máu: có khi đờm nhiễm máu, có trường hợp ho ra máu nhiều.
- Khó thở: triệu chứng khó thở biểu hiện khá rõ trong trường hợp tiến triển đến tim phổi mạn tính.
- Có ran rít ở hai đáy phổi.

#### **4. Tiến triển**

- Bệnh tiến triển thành những đợt liên tiếp, thường về mùa đông và khởi phát do viêm mũi họng thông thường.
- Biến chứng: có thể gặp các biến chứng sau
  - + Ho ra máu nặng.
  - + Nhiễm khuẩn tại chỗ: viêm phế quản - phổi, áp xe phổi, hoại thư phổi.
  - + Nhiễm khuẩn ở xa: nhiễm khuẩn huyết, viêm màng trong tim, áp xe não.
  - + Suy tim, bệnh tim do phổi mạn tính.

#### **5. Chẩn đoán phân biệt**

Cần phân biệt với các bệnh:

- Lao phổi.

- Khí thũng phổi.
- Ung thư phế quản - phổi và lao phế quản.

## 6. Điều trị

*a. Trong đợt tiến triển của bệnh:* tiêm kháng sinh, nên phối hợp hai kháng sinh trở lên để điều trị nhiễm khuẩn.

*b. Giữa các đợt tiến triển*

- Đặt người bệnh ở tư thế hiệu nghiệm nhất để dẫn lưu chất tiết trong phế quản. Đó là phương pháp dẫn lưu tư thế. Nên dẫn lưu tư thế hai lần mỗi ngày, mỗi lần lâu từ 10 đến 15 phút.
- Điều trị nhiễm khuẩn mạn tính ở khí đạo trên.
- Tránh nhiễm lạnh.
- Dùng thuốc ho, thuốc long đờm và thuốc làm giảm tiết dịch ở phế quản (thuốc eucalyptin, thiocol...).
- Điều trị co thắt phế quản khi cần thiết: dùng thuốc theophyllin, ephedrin.

*c. Điều trị ngoại khoa*

Phẫu thuật cắt phân thùy phổi hoặc thùy phổi.

## VIÊM PHẾ - MAO QUẢN

Viêm phế - mao quản là viêm phế quản - phổi lan rộng và nặng. Viêm phế mao quản lan rộng đến các nhánh phế quản nhỏ nhất. Bệnh còn được gọi là viêm tiểu phế quản.

Bệnh này gặp ở trẻ em và người cao tuổi suy nhược với các triệu chứng lâm sàng: khó thở và xanh tím.

Thể viêm tắc phế quản nhỏ xuất hiện sau khi hít phải khí độc.

# VIÊM TRUNG THẮT

## 1. Định nghĩa

Viêm trung thất là tổn thương viêm của trung thất, hầu như luôn luôn thứ phát sau tổn thương viêm khác.

## 2. Nguyên nhân

### a. Viêm trung thất cấp tính

Các nguyên nhân có thể gặp là:

- Không có mũ: xảy ra thứ phát sau nhiễm khuẩn ở bên trong lồng ngực.
- Có mũ: do các nguyên nhân sau
  - + Chấn thương lồng ngực.
  - + Sự lan rộng của nhiễm khuẩn ở họng và ở cổ (ví dụ: viêm hạnh nhân...).
  - + Thủng khí quản hay thủng thực quản.
  - + Chấn thương hay ung thư trung thất.

### b. Viêm trung thất mạn tính

Do xơ phổi thứ phát sau ổ nhiễm khuẩn mạn tính ở bên trong lồng ngực như: viêm mũ màng phổi, viêm phổi mạn tính.

### c. Viêm trung thất đặc hiệu

Gặp ở bệnh viêm hạch lao, bệnh nấm ở trung thất.

## 3. Triệu chứng lâm sàng

a. *Viêm trung thất trước*: có dấu hiệu lâm sàng học như bệnh viêm màng ngoài tim.

*b. Viêm trung thất sau*

Có dấu hiệu:

- Chèn ép trung thất.
- Khó thở.
- Khó nuốt.

Trong trường hợp thủng thực quản, người bệnh có trạng thái sốc và dấu hiệu của đau bụng cấp tính.

#### 4. Điều trị

- Dùng thuốc kháng sinh liều cao.
- Phẫu thuật trong trường hợp thủng thực quản.

## U TRUNG THẤT

U trung thất còn được gọi là chèn ép trung thất.

### 1. Phân loại

*a. Giãn động mạch chủ:* hay gặp nhất trong các u trung thất. Có các dấu hiệu lâm sàng sau đây:

- Đau: triệu chứng đau có thể lan lên cổ và vai.
- Ho do bị ép khí quản hoặc các phế quản do nhiễm khuẩn phế quản - phổi.
- Khó thở có kèm tiếng thở khò khè do co thắt thanh quản.
- Ho ra máu có thể xảy ra do vỡ chỗ phình của động mạch.
- Nuốt khó do thực quản bị ép.
- Nấc do dây thần kinh hoành bị kích thích.
- Phát âm khó do liệt dây thần kinh quặt ngược trái.

*b. U tuyến giáp trạng*

- Bướu giáp chìm: là khối u của trung thất trên.
- Bướu giáp lạc chỗ: gặp ở vị trí trung thất trên hoặc trung thất trước.

*c. Tổn thương ở trung thất của các bệnh toàn thân*

- Viêm hạch lao.
- Bệnh Hodgkin: sốt và ngứa.
- U ức - sườn hoặc u ở vú lan tới trung thất trên và dưới.
- U cơ hoành, u gan, u tụy lan tới trung thất dưới và trước.
- U cột sống lan tới trung thất sau.

*d. Di căn ung thư tới trung thất*

Các loại ung thư của một số bộ phận có thể gây di căn tới trung thất như:

- Ung thư phế quản.
- Ung thư bộ máy tiêu hoá (thực quản và dạ dày).
- Ung thư tiền liệt tuyến.
- Ung thư tuyến giáp.
- Ung thư vú, ung thư tử cung, ung thư buồng trứng.

*e. Khối u nội tại*

- U tuyến ức lành tính hoặc ác tính.
- U tuyến cận giáp trạng.
- U các bao thần kinh: có vị trí trung thất sau và gây đau dây thần kinh liên sườn.
- U nang gốc phế quản: gây ho ra máu liên tiếp và nhiễm khuẩn phổi.

- U phổi trung thất: có vị trí ở trung thất trên và phía dưới.
- U xơ: ở trung thất trên phía trước.

## **2. Triệu chứng**

Có hội chứng chèn ép trung thất:

- Khó thở: có thể kèm ho từng cơn và tiếng thở khò khè.
- Đau: đau thường xuyên hay kịch phát, đau dây thần kinh liên sườn và cánh tay.
- Khó nuốt: khó nuốt có dấu hiệu nặng dần lên.
- Phát âm khó do liệt dây thần kinh quặt ngược ở phía bên trái (hay gặp hơn là ở phía bên phải). Biểu hiện đầu tiên bằng tiếng khàn và tiếng hai giọng.
- Nhịp tim nhanh, đánh trống ngực.
- Phù ở mặt và mu bàn tay, dần dần lan rộng ra vai, cổ và ngực phía trước (gọi là phù áo khoác).
- Dấu hiệu xanh tím.

## **3. Chẩn đoán phân biệt**

Với hội chứng chèn ép trung thất, cần chẩn đoán phân biệt với:

- Viêm trung thất cấp tính và mạn tính.
- Viêm màng ngoài tim cấp và co thắt.
- Tác phế quản gây khó thở.

## **4. Điều trị**

- Điều trị triệu chứng.
- Quang tuyến liệu pháp.
- Phẫu thuật cắt bỏ khối u.

## TRÀN KHÍ TRUNG THẤT

Tràn khí trung thất còn gọi là khí thũng trung thất.

### 1. Định nghĩa

Tràn khí trung thất là hội chứng có không khí ở trong trung thất.

### 2. Nguyên nhân

Không khí thâm nhập vào trung thất bằng một trong những đường sau:

- Vỡ phế nang: gặp trong bệnh tràn khí màng phổi khi có tăng áp lực.
- Không khí thâm nhập trực tiếp vào trung thất: gặp trong các bệnh
  - + Thủng khí quản hay thực quản.
  - + Chấn thương đâm xuyên cổ.
  - + Chấn thương lồng ngực có kèm tràn khí dưới da.

### 3. Triệu chứng

- Triệu chứng bắt đầu: đau sau xương ức kiểu đau thắt ngực.
- Có dấu hiệu tràn khí dưới da, nhất là ở vùng cổ, hõm trên đòn và nách.
- Hiếm gặp dấu hiệu chèn ép trung thất có kèm khó thở và xanh tím.

### 4. Chẩn đoán phân biệt

Dấu hiệu đau sau xương ức của tràn khí trung thất cần được chẩn đoán phân biệt với:



- Chứng đau của đau thất ngực.
- Chứng đau của nhồi máu cơ tim.
- Chứng đau của tắc mạch phổi.
- Chứng đau của viêm màng ngoài tim.

## 5. Điều trị

Điều trị triệu chứng.

# LIỆT CƠ HOÀNH

## 1. Nguyên nhân

Tổn thương của dây thần kinh hoành có thể do:

- Tổn thương ở tuỷ sống: gặp trong các bệnh viêm tuỷ xám, u tuỷ, chảy máu tuỷ sống.
- Tổn thương ở ngoại biên: gặp trong bệnh viêm dây thần kinh, u trong lồng ngực, chấn thương ở vị trí thần kinh hoành.

## 2. Triệu chứng lâm sàng

- Khó thở: khó thở rõ khi liệt cả hai dây thần kinh hoành, lực thở ra giảm rất nhiều.
- Ho: âm sắc của tiếng ho hư biến và lực ho giảm nhiều.
- Cường độ sức ép bụng giảm.

Nếu liệt một bên cơ hoành, ta thấy:

- + Vòm hoành bên bị liệt cao hơn bên lành.
- + Có cử động nghịch thường với cơ hoành bị liệt: cơ hoành lên cao khi người bệnh hít vào và xuống thấp khi người bệnh thở ra.

### 3. Điều trị

- Trong trường hợp liệt cơ hoành một bên: điều trị triệu chứng.
- Trong trường hợp liệt cơ hoành cả hai bên: liệu pháp hô hấp hỗ trợ.

## VIÊM PHẾ QUẢN - PHỔI

Viêm phế quản - phổi còn gọi là viêm phổi thùy hay viêm phổi tiểu thùy.

### 1. Nguyên nhân

- Phế cầu khuẩn là nguyên nhân rất quan trọng gây nên viêm phổi (hay viêm phế quản phổi) vì phế cầu khuẩn luôn tồn tại trong khí đạo của người bình thường.
- Tụ cầu khuẩn vàng: viêm phế quản - phổi do tụ cầu vàng có thể là biến chứng của bệnh cúm, bệnh sởi, bệnh tụ cầu ở da...
- Liên cầu khuẩn: do nhóm liên cầu khuẩn tan máu, có thể xảy ra sau bệnh nhiễm khuẩn khác như viêm họng, cúm, sởi hoặc có thể xảy ra nguyên phát.

*Ghi chú:* bệnh viêm phổi luôn luôn xảy ra sau một bệnh nhiễm khuẩn các khí đạo do virút như cảm sốt, viêm họng, viêm khí quản...

### 2. Triệu chứng lâm sàng

- Bệnh bắt đầu bằng cơn rét run và sốt cao 39 - 40°C.
- Khó thở, môi hơi xanh tím và da dầm mỗ hôi.
- Có vết loét ở môi hay ở mặt.

- Ở trẻ em có thể có triệu chứng co giật. Ở người cao tuổi có thể thể hiện rối loạn tâm thần, chán ăn.
- Đau ngực ở vị trí có tổn thương.
- Ho khạc đờm màu rỉ sắt (trong trường hợp viêm phổi do phế cầu khuẩn), màu vàng lục (trong trường hợp viêm phổi do tụ cầu khuẩn) hoặc đờm nhầy mủ có lẫn máu (trong trường hợp viêm phổi do liên cầu khuẩn).

### 3. Tiến triển

#### a. Trong tuần lễ đầu

- Sốt duy trì khoảng 39 - 40°C.
- Đờm nhầy mủ, màu vàng.
- Vàng da nhẹ.

#### b. Vào tuần thứ hai

- Nhiệt độ đột nhiên giảm.
- Toát mồ hôi.

#### c. Tiến triển xấu

- Có trạng thái sốc.
- Có chứng xanh tím.
- Khó thở nặng.
- Tim đập nhanh.
- Giảm huyết áp.

### 4. Biến chứng

#### a. Biến chứng ở phổi

- Nhiễm khuẩn rộng ở nhiều thụ phổi.

- Xẹp phân thùy hay xẹp thùy phổi: bệnh do nút nhầy mũ ở trong một phế quản gây nên.
- Áp xe phổi: sốt và khạc nhiều đờm dai dẳng.
- Viêm phổi mạn tính: thùy phổi có thể bị tổn thương xơ hoá và mất chức năng.

*b. Biến chứng ở trong lồng ngực*

- Viêm màng phổi: thường xuất hiện viêm màng phổi thanh tơ (nước màng phổi trong hoặc vàng nhạt) hoặc viêm màng phổi mủ. Có viêm mủ màng phổi khi tràn dịch màng phổi không tiêu đi, các dấu hiệu sốt và đau ngực tồn tại lâu dài.
- Viêm màng ngoài tim hoặc viêm mũ màng ngoài tim: có triệu chứng đau trước tim.

*c. Biến chứng di căn*

- Viêm màng trong tim cấp tính: có triệu chứng sốt, rét run, lách to, tắc mạch nhiễm khuẩn ở phổi, ở màng não hoặc ở khớp.
- Viêm khớp: thường gặp ở người trẻ.
- Viêm màng não: ít gặp.
- Viêm màng bụng: gặp ở trẻ em.
- Viêm tai giữa và viêm xương chũm là những biến chứng hay gặp ở trẻ em.
- Viêm thận, viêm tuyến mang tai, áp xe da.

*d. Biến chứng tim mạch*

- Tim đập nhanh, nhịp xoang.
- Suy tim: có dấu hiệu gan to và phù.
- Trạng thái sốc có dấu hiệu giảm huyết áp, nhiệt độ thấp, xanh tím.

*e. Biến chứng dạ dày - ruột*

- Vàng da: nguyên nhân của vàng da do thiếu oxy của tế bào gan và tiêu hồng cầu ở nơi phổi bị viêm.
- Tác ruột liệt.

*f. Biến chứng thần kinh*

Gặp phần lớn ở người nghiện rượu với triệu chứng: vật vã, hoang tưởng.

## **5. Chẩn đoán phân biệt**

Cần phân biệt với:

- Xẹp phổi.
- Viêm màng phổi.
- Áp xe phổi.
- Nhồi máu phổi: gặp ở người mắc bệnh tim, nhiệt độ không tăng cao như trong bệnh viêm phổi.
- Ung thư phổi.
- Giãn phế quản.
- Trạng thái bụng cấp: viêm phổi ở thùy dưới bên phải có thể có dấu hiệu như bệnh viêm đường mật cấp tính, viêm ruột thừa hay viêm màng bụng.

## **6. Điều trị**

*a. Điều trị nhiễm khuẩn bằng thuốc kháng sinh.*

Cần phối hợp hai loại kháng sinh trở lên.

*b. Điều trị triệu chứng*

- Có chế độ ăn uống hợp lý để chống mất nước của cơ thể người bệnh.

- Điều trị đau ngực: dùng thuốc codein 0,5g x 2-3 lần/24 giờ bằng đường uống.
- Dùng thuốc an thần: gardenal 0,01g với 3 hoặc 4 lần/24 giờ để điều trị trạng thái vật vã.
- Điều trị trướng bụng bằng thuốc prostigmin 1 - 2ml qua đường tiêm bắp, có thể thụt tháo.
- Điều trị trạng thái sốc: dùng thuốc long não, cafein.
- Cho thở oxy trong trường hợp xanh tím và khó thở nặng.
- Điều trị suy tim khi cần thiết.

## **VIÊM PHỔI DO VIRÚT**

Viêm phổi do virút còn gọi là viêm phổi không điển hình.

### **1. Định nghĩa**

Viêm phổi do virút là thâm nhiễm viêm phổi do một loại virút.

### **2. Nguyên nhân**

#### *a. Virút đã được xác định*

- Thâm nhiễm viêm phổi do virút gây bệnh cúm (virút Corona)
- Thâm nhiễm viêm phổi do virút gây tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm khuẩn, virút gây viêm gan dịch tế, virút hạch, virút gây viêm màng mạch - màng não tăng bạch huyết bào cấp tính lành tính.
- Thâm nhiễm viêm phổi do virút gây sốt phát ban, virút sởi, virút gây bệnh thủy đậu và bệnh đậu mùa.

- Thâm nhiễm viêm phổi do virút Rickettsia gây bệnh sốt Rickettsia phát ban, bệnh sốt nổi mụn.

*b. Virút chưa được xác định*

Tác nhân gây ra thâm nhiễm viêm phổi có khả năng là các chất tiết siêu lọc lấy ở người bệnh viêm phổi không điển hình.

*Ghi chú:* bệnh viêm phổi do virút truyền từ người nọ sang người kia bởi các chất tiết hô hấp và lan tràn trong các vụn dịch.

### 3. Triệu chứng

Viêm phổi không điển hình xuất hiện dưới dạng một vụn dịch, có triệu chứng khởi đầu thường âm ỉ, không khởi đầu cấp tính.

- Sốt không quá 39°C.
- Người bệnh mệt, chán ăn, suy yếu.
- Nhức đầu.
- Ho khan thành cơn, sau đó ho có đờm nhầy mủ, đôi khi lẫn máu.
- Khó thở và tim đập nhanh không thể hiện rõ ràng ngay cả khi có sốt cao.

### 4. Tiến triển

- Nhiệt độ giảm từ từ sau 1 - 2 tuần lễ.
- Thời kỳ lại sức khá chậm: người bệnh cảm thấy suy nhược và triệu chứng ho có thể kéo dài trong nhiều tuần lễ, tuy nhiên bệnh thường khỏi hẳn.
- Biến chứng có thể gặp: bội nhiễm vi khuẩn thường dễ gây nên viêm tai, viêm màng phổi, viêm phổi, viêm xoang. Có thể gặp biến chứng giãn phế quản, thiếu máu tiểu huyết cấp tính.

## 5. Chẩn đoán

### a. Chẩn đoán xác định viêm phổi do virút

Dựa vào các dấu hiệu:

- Sốt, các dấu hiệu toàn thân.
- Ho khan dai dẳng; sau đó, ho có đờm nhầy mủ.
- Trong dịch bần đang có dịch sốt virút.

### b. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với các bệnh sau đây:

- Lao thâm nhiễm ở phổi.
- Hội chứng Loeffler: có tổn thương ở phổi và tăng bạch cầu ưa acid trong máu.  
Nguyên nhân gây hội chứng Loeffler là giun đũa, giun móc.
- Viêm phổi do vi khuẩn.

## 6. Điều trị

- Thuốc kháng sinh có tác dụng điều trị dự phòng nhiễm vi khuẩn sinh mủ.
- Điều trị triệu chứng khi cần thiết.

# HỘI CHỨNG LOEFFLER

## 1. Định nghĩa

Hội chứng Loeffler là sự kết đặc phổi thoáng qua có kèm tăng bạch cầu da nhân ưa acid ở trong đờm do ký sinh trùng gây nên.



## 2. Nguyên nhân

Nguyên nhân gây hội chứng Loeffler là do ký sinh trùng như giun đũa, giun móc, giun xoắn.

## 3. Triệu chứng lâm sàng

- Không sốt hoặc sốt nhẹ.
- Ho có ít đờm, nếu có đờm thì đó là đờm nhầy có chứa nhiều bạch cầu đa nhân ưa acid.
- Có trứng giun đũa ở trong phân người bệnh trong những tuần lễ tiếp theo giai đoạn tổn thương ở phổi.

*Ghi chú:*

- + Hội chứng Loeffler xuất hiện ở các nước nhiệt đới.
- + Tổn thương ở phổi là loại thâm nhiễm phổi thoáng qua, chỉ tồn tại trong thời gian ngắn khoảng 7-10 ngày dù người bệnh có được điều trị bằng kháng sinh hay không.

## 4. Điều trị

Điều trị triệu chứng

# ÁP XE PHỔI

## 1. Định nghĩa

Áp xe phổi là có một túi mủ trong một khoang ở nhu mô phổi. Khoang này được hình thành do quá trình hoại tử thứ phát sau tổn thương viêm phổi cấp tính.

Khi tổn thương hoại tử nghiêm trọng và rộng thì được gọi là hoại thư phổi.

## 2. Nguyên nhân

- Dị vật trong phế quản; dị vật có thể xảy ra ở trong phế quản sau phẫu thuật cắt bỏ hạnh nhân, sau nhổ răng. Dị vật cũng xảy ra trong phế quản khi hút dạ dày ở người động kinh, say rượu...
- Hẹp phế quản; áp xe phổi có thể phát sinh thứ phát sau ung thư phổi, ở chỗ hẹp phế quản do viêm hay do xơ sẹo.
- Viêm phổi do vi khuẩn, do nấm, do amíp.
- Nhiễm khuẩn trong bệnh u nang phổi, bệnh giãn phế quản có thể gây nên áp xe phổi.
- Áp xe phổi do amíp có thể phát sinh tiếp cận từ viêm gan do amíp.
- Tắc mạch nhiễm khuẩn có thể gây nên áp xe phổi.

## 3. Triệu chứng lâm sàng

- Giai đoạn bắt đầu của áp xe phổi giống như khởi đầu của bệnh viêm phế quản - phổi hoặc viêm phổi. Giai đoạn này kéo dài khoảng 1-2 tuần lễ.
- Giai đoạn khạc ộc mủ: có dấu hiệu lâm sàng học như sau
  - + Người bệnh mệt mỏi, gầy nhiều.
  - + Khạc ộc mủ với khối lượng nhiều, mủ có thể dây máu. Đờm mủ ngày càng nhiều một cách nhanh chóng.
  - + Nhiệt độ của cơ thể giảm sau khi khạc ộc mủ nhiều.
  - + Khó thở, xanh tím và ngón tay dùi trống.

## 4. Tiến triển

- Áp xe phổi thứ phát sau dị vật phế quản có tiến triển tốt.
- Áp xe phổi thứ phát sau ung thư phế quản có tiến triển xấu.

- Áp xe phổi tiến triển đến thể áp xe phổi mạn tính có thể gây biến chứng:
  - + Biến chứng tại chỗ: hoại thư phổi, ho ra máu.
  - + Biến chứng di căn: nhiễm khuẩn máu, áp xe não, viêm màng não.

## 5. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với bệnh:

- Lao phổi.
- Ung thư phế quản: gặp ở người cao tuổi.
- Giãn phế quản.
- Áp xe dưới cơ hoành thủng vào phế quản.

## 6. Điều trị

### a. Điều trị áp xe phổi thứ phát

Áp xe phổi thứ phát sau tắc hay hẹp đường phế quản cần thực hiện biện pháp:

- Lấy dị vật ra khỏi phế quản.
- Dùng thuốc kháng sinh.
- Cắt bỏ phổi trong trường hợp hẹp phế quản do ung thư, do viêm hay do xơ sẹo ở phế quản - phổi.

### b. Điều trị áp xe phổi nguyên phát

- Dùng thuốc kháng sinh: nên phối hợp hai hay nhiều thuốc kháng sinh có phạm vi công hiệu rộng.
- Thực hiện khí dung các thuốc tiêu nhầy có phối hợp với thuốc kháng sinh.

- Điều trị triệu chứng: nâng cao thể trạng bằng chế độ ăn và thuốc dinh dưỡng. Chỉ dùng thuốc điều trị triệu chứng ho khi có ho thành cơn và làm người bệnh mệt.

## KHÍ THŨNG PHỔI CẤP TÍNH

### 1. Định nghĩa

Khí thũng phổi cấp tính là tổn thương cấp tính có đặc điểm là sự căng giãn quá mức của các phế nang làm tăng hiện tượng ứ đọng khí trong các phế nang đó.

### 2. Phân loại khí thũng phổi cấp tính

#### a. Khí thũng phổi khu trú

Nguyên nhân:

- Do dị vật có vị trí ở một phế quản gốc hoặc ở trong một phân nhánh của nó.
- Do sự hình thành một thứ sup - áp (kiểu như van một chiều) có tác dụng để không khí vào phổi nhưng không ra được.
- Do có những vùng khí thũng khu trú được tạo thành bên cạnh một đám thâm nhiễm viêm phổi hoặc viêm phế quản - phổi, đặc biệt là ở trẻ em.

#### b. Khí thũng bóng

Là thể đặc biệt của khí thũng khu trú.

Nguyên nhân của khí thũng bóng:

- Do hẹp phế quản.
- Do quá trình teo mô phổi.

Bóng khí thũng có thể phát sinh trên một phổi lành hoặc trên một phổi khí thũng.

Có thể có một hoặc nhiều bóng khí thũng trong một vùng của phổi.

Nếu bóng khí có kích thước lớn thì có thể vỡ vào trong khoang màng phổi và gây nên tràn khí màng phổi.

### *c. Khí thũng phổi rộng khắp*

Nguyên nhân gây khí thũng phổi rộng khắp có thể là:

- Gắng sức thể lực dữ dội và kéo dài (ví dụ: chạy dài sức).
- Tác thanh khí quản do dị vật, do phù thanh quản, do bệnh bạch hầu thanh quản.
- Các cơn ho mạnh và liên tiếp.

## KHÍ THŨNG PHỔI MẠN TÍNH

### 1. Định nghĩa

Khí thũng phổi mạn tính là tổn thương mạn tính có đặc điểm là sự căng giãn quá mức của các phế nang làm tăng hiện tượng ứ đọng khí trong các phế nang đó.

Khí thũng phổi mạn tính còn gọi là khí thũng phế nang.

Trong khí thũng phổi mạn tính, ngoài hiện tượng giãn thường xuyên của các phế nang còn có giãn phế quản nhỏ và sự mất các cấu trúc liên kết đàn hồi của phổi.

### 2. Nguyên nhân

*a. Lão hoá:* do tuổi già, phổi bị xơ hoá và mất tính chất đàn hồi. Ngoài ra, còn có hiện tượng giảm đường kính của phế quản.

*b. Viêm phế quản mạn tính*

Khí thũng phổi mạn tính là kết quả của viêm phế quản mạn tính gây nên tắc một phần các phế quản do các chất tiết và do sự sung huyết của niêm mạc phế quản kéo dài.

*c. Hen phế quản*

Thể hen phế quản nặng và kéo dài dễ gây nên khí thũng phổi mạn tính.

*d. Bệnh lao phổi*

Trong thể lao phổi mạn tính và lan rộng như lao xơ hoặc lao xơ hang có khả năng gây khí thũng phổi. Thể lao phổi này gây ra biến dạng các phế quản và kèm theo tắc phế quản.

*e. Các biến dạng nặng của lồng ngực*

Các biến dạng nặng của lồng ngực như gù vẹo cột sống, lao xương sống gây nên biến dạng của các phế quản và tạo điều kiện cho khí thũng phổi.

*f. Bệnh nhiễm bụi silic ở phổi*

Bệnh nhiễm bụi silic nặng ở phổi thường gây ra khí thũng phổi.

### **3. Triệu chứng lâm sàng**

Giai đoạn khởi đầu của bệnh thường âm ỉ. Khi bệnh khí thũng phổi trở nên nặng thì các triệu chứng lâm sàng mới được thể hiện rõ.

*a. Khó thở*

Thường là khó thở gắng sức, triệu chứng khó thở trong bệnh khí thũng phổi giảm khi người bệnh nằm, lực thở ra giảm nhiều hơn lực hít vào, tiếng nói của người bệnh nhỏ đi nhiều.

### *b. Chứng xanh tím*

Chứng xanh tím trở nên nặng khi bệnh khí thũng phổi có biến chứng tim phổi mạn tính.

### *c. Ho và khạc đờm*

Gặp trong trường hợp khí thũng phổi có biến chứng viêm phế quản mạn tính hoặc hen phế quản.

### *d. Cử động hô hấp rất hạn chế*

Lồng ngực không di động khi người bệnh hít vào, thì thở ra kéo dài rất lâu.

## **4. Tiến triển**

- Bệnh khí thũng phổi là một bệnh mạn tính có thể kéo dài nhiều năm.
- Các biến chứng có thể gặp:
  - Bệnh tim do phổi mạn tính (còn gọi là bệnh suy tim phải).
  - Tăng áp lực động mạch và xơ cứng động mạch: gặp ở người cao tuổi.
  - Chứng xanh tím và khó thở ngày càng nặng và có thể gây nên những cơn hen.
  - Nhiễm khuẩn phổi cấp tính.

## **5. Chẩn đoán phân biệt**

Cần chú ý chẩn đoán phân biệt với bệnh suy tim trong trường hợp bệnh khí thũng phổi mạn tính gồm những dấu hiệu tim giả như:

- Khó thở do nguyên nhân hô hấp.
- Xanh tím

- Gan sa vượt quá bờ sườn do cơ hoành hạ thấp và đẩy gan xuống.
- Căng phồng tĩnh mạch cổ do tăng áp lực ở bên trong ổ màng phổi.

## 6. Điều trị

- Điều trị nhằm mục đích làm giảm khối lượng đờm bằng cách dùng thuốc kháng sinh dưới dạng khí dung hoặc cho ngoài đường tiêu hoá. Dùng các dầu thơm eucalyptin, terpin.
- Nếu đờm nhớt và dính thì cần làm lỏng đờm bằng cách cho người bệnh hít hơi nước có tinh dầu eucalyptin, romarin hoặc dùng kali iodua (dung dịch bão hoà 1ml-2ml/24 giờ) (hoặc ipeca, hoặc natri benzoat).
- Dẫn lưu tư thế: người bệnh nằm nâng cao chân trên giường, luân phiên nằm nghiêng về bên phải và bên trái để làm dễ dàng sự dẫn lưu cơ giới các chất tiết phế quản.

*Ghi chú:* các thuốc có chất morphin và các thuốc giảm ho tạo điều kiện thuận lợi cho ứ phế quản nên chỉ được dùng khi người bệnh ho khan và ho thành cơn.

- Thuốc giãn phế quản: dùng theophyllin và các dẫn xuất của nó, dưới dạng khí dung hoặc tiêm tĩnh mạch.
- Thuốc kháng sinh: được chỉ định dùng trong tất cả mọi đợt nhiễm khuẩn.
- Tập thở: bao gồm việc phát triển thở cơ hoành và thở bụng.
  - + Ép gan bàn tay nhịp nhàng lên bụng để nâng cơ hoành lên khi người bệnh thở ra.
  - + Thở sâu và kéo dài qua hai môi chúm lại (như thổi sáo) để phát triển các cơ bụng.



- + Nằm đầu thấp hơn chân để thở nhằm mục đích để hiệu lực của cơ hoành tăng lên và làm cho thông khí của vùng đáy phổi tốt hơn.
- Điều trị toàn thân: dùng liệu pháp nước suối nóng và hít thở khí hậu miền biển.

## XỆP PHỔI

Xẹp phổi còn được gọi là kết đặc phổi cơ rút.

### 1. Định nghĩa

Xẹp phổi là hiện tượng các phế nang xẹp xuống và bị tháo hết không khí chứa ở bên trong ra nên cơ rút lại.

### 2. Nguyên nhân

Các nguyên nhân gây xẹp phổi thường gặp là:

#### a. Tắc và hẹp phế quản

- Giảm lòng phế quản do chèn ép ngoại lai: gặp trong các bệnh hạch khí - phế quản, tràn khí màng phổi (là nguyên nhân gây gấp phế quản), biến dạng nặng của lồng ngực.
- Tắc phế quản: gặp trong các bệnh u phế quản, dị vật phế quản, viêm hoặc lao phế quản gây hẹp phế quản, hẹp phế quản do xơ.
- Tăng tiết phế quản: gặp trong bệnh viêm phế quản phổi, viêm phổi, cục máu đông được hình thành sau khi ho ra máu tồn tại ở trong các phế quản.

b. Dẫn lưu phổi không đủ: gặp trong chấn thương và phẫu thuật ở lồng ngực, rối loạn thần kinh - cơ của bộ máy hô hấp trong các bệnh liệt dây thần kinh hoành, chứng nhược cơ, viêm tuỷ xám.

c. Nguyên nhân khác: nhiễm độc, trạng thái sốc, gây mê.

### 3. Triệu chứng lâm sàng

#### *a. Xẹp một bên phổi*

Triệu chứng càng ôn ào khi xẹp phổi xảy ra càng nhanh. Các triệu chứng chính là:

- Người bệnh có trạng thái lo âu.
- Khó thở, tim đập nhanh, đau ngực.
- Nhiệt độ bình thường hoặc hơi cao. Khi người bệnh có sốt là biểu hiện dấu hiệu nhiễm khuẩn thứ phát.
- Ho không có đờm ở thời kỳ đầu của bệnh.
- Có chứng xanh tím.
- Di động của lồng ngực bên phổi xẹp bị giảm khi người bệnh thở.

#### *b. Xẹp một thuỳ phổi*

Có những triệu chứng cơ năng kín đáo:

- Khó thở nhẹ.
- Tim đập hơi nhanh.

Trong trường hợp xẹp một phân thuỳ, không có biểu hiện các dấu hiệu chức năng.

### 4. Tiến triển

- Xẹp phổi có thể hồi phục sau một cơn ho mạnh làm khạc ra một cái nút nhầy có tác dụng giống như một chỗ hẹp phế quản.
- Tiến triển của xẹp phổi phụ thuộc vào nguyên nhân gây bệnh.
- Xẹp phổi mạn tính khó hồi phục vì phổi xẹp lâu sẽ bị nhiễm khuẩn, xơ hoá và có những vùng khí thũng bù ở phổi xung quanh.

## 5. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với các bệnh sau đây:

- Trần khí màng phổi tự phát: có triệu chứng lâm sàng học giống như bệnh xẹp phổi. Ngoài ra, có dấu hiệu đau ngực nhiều hơn và trung thất di chuyển sang phía đối diện của tổn thương.
- Viêm màng phổi: trong tràn dịch màng phổi, trung thất bị đẩy sang phía phổi không có tổn thương. Ngược lại, trong xẹp phổi có dấu hiệu trung thất di chuyển sang phía phổi bị tổn thương.
- Tắc mạch phổi và nhồi máu phổi: ho ra đờm có máu. Dấu hiệu này không thấy trong bệnh xẹp phổi.
- Viêm thùy phổi và xơ phổi: khó phân biệt với bệnh xẹp phổi.

## 6. Điều trị

- Điều trị dự phòng
  - + Tránh lạm dụng thuốc an thần và thuốc morphin là những thứ thuốc làm suy giảm hô hấp và các phản xạ ho.
  - + Nếu phẫu thuật lồng ngực, nâng thay đổi tư thế người bệnh khi chăm sóc trên giường bệnh.
  - + Có thể cho người bệnh ngủ hỗn hợp oxy với 5% CO<sub>2</sub> để làm khởi phát cơn ho và gây ra thở cố gắng.
- Điều trị nguyên nhân gây xẹp phổi: cố gắng tìm nguyên nhân để điều trị.
- Điều trị triệu chứng: dùng thuốc kháng sinh khi có dấu hiệu nhiễm khuẩn.

## XƠ CỨNG PHỔI

Xơ cứng phổi còn gọi là bệnh xơ phổi. Bệnh xơ cứng phổi là do sự tăng sinh quá mức của tế bào liên kết của phổi. Khi xơ cứng lan rộng ra khắp một bên phổi thì được gọi là bệnh xơ phổi.

### 1. Các thể lâm sàng học

Có hai thể xơ phổi chủ yếu:

#### *a. Thể xơ cứng phổi khu trú*

Trong thể này, có nhiều ổ nhiễm khuẩn phổi bị vây quanh bởi một phản ứng xơ, làm co nhu mô phổi của một thùy phổi hay một phân thùy. Thể này gặp trong các bệnh:

- Bệnh lao loét bã đậu.
- Áp xe phổi.
- Viêm phổi mạn tính.
- Giãn phế quản.

#### *b. Thể xơ kẽ lan toả*

Thể xơ này lan ra tế bào kẽ phân chia tiểu thùy phổi nọ với tiểu thùy phổi kia. Nó làm giảm tính đàn hồi của phổi. Các bệnh gây xơ kẽ lan toả ở phổi thường gặp:

- Bệnh nhiễm bụi silic.
- Bệnh viêm phế quản mạn tính.
- Bệnh lao phổi.
- Bệnh khí thũng phổi.

*Ghi chú:* bệnh xơ kẽ lan toả có kèm rối loạn khuếch tán phế nang được gọi là hội chứng Hamman - Rich.

## 2. Nguyên nhân

- Bệnh nhiễm khuẩn phổi gây nên hội chứng Hamman - Rich là thể bán cấp của bệnh xơ phổi.
- Bệnh nhiễm bụi berili, bệnh xơ cứng bì, một số bệnh bụi phổi gây nên thể xơ phổi mạn tính thứ phát.

## 3. Triệu chứng

Bệnh biểu hiện như một chứng suy hô hấp. Các triệu chứng chính bao gồm:

- Thở nhanh và thở sâu.
- Chứng xanh tím.
- Suy tim phải: xảy ra sau vài tháng tiến triển ở các thể nặng.

## 4. Điều trị

- Điều trị triệu chứng trong phần lớn các thể xơ phổi.
- Dùng thuốc cortison với liều cao và kéo dài trong thể xơ phê nang lan toả. Cần chú ý là không dùng thuốc cortison trong trường hợp có nguyên nhân lao.
- Nếu có viêm dày màng phổi thì dùng thủ thuật bóc màng phổi.

# U PHỔI LÀNH TÍNH

## 1. U tuyến phế quản

U tuyến phế quản là loại u lành tính, ít gặp. U này phát triển trên một nhánh phế quản.

Các triệu chứng lâm sàng thường gặp:

- Ho, ho ra máu.
- Có hiện tượng nhiễm khuẩn phổi.

U tuyến phế quản có thể gây hẹp phế quản kèm xẹp phổi, áp xe thứ phát.

U tuyến phế quản là một u lành, được phân bố nhiều mạch máu và dễ chảy máu gây nguy hiểm cho người bệnh.

Điều trị bệnh bằng phương pháp phẫu thuật.

## **2. U lao**

U lao là một u lành tính, ít gặp. U lao không có biểu hiện các dấu hiệu lâm sàng học.

## **3. U nang bào sán**

Bệnh sán Echinococcus gặp ở vùng chăn nuôi cừu và gia súc. U nang bào sán phổi được thể hiện ra bằng các dấu hiệu của bệnh phổi mạn tính.

U nang bào sán phổi có thể xâm nhập vào một phế quản hay vào trong khoang màng phổi. Khi đó, người bệnh có các dấu hiệu của bệnh dị ứng như: nổi mào đay ở ngoài da, có hội chứng sốc.

## **4. Các loại u phổi lành tính khác**

Hiếm gặp. Có thể thấy các loại: u xơ, u mỡ, u sụn, u nang màng ngoài tim.

## **U DI CĂN Ở PHỔI**

- U di căn ở phổi còn được gọi là ung thư phổi thứ phát.

- Các ung thư tiên phát thường gây ra di căn ở phổi là:

- + Ung thư vú.
- + U tuyến thượng thận, u tinh hoàn.
- + Ung thư dạ dày và tuyến tụy.
- + Ung thư tuyến tiền liệt.
- + Ung thư nhau thai.
- + Ung thư tuyến giáp.

### 1. Triệu chứng

Các u di căn ở phổi nhiều khi không có biểu hiện triệu chứng lâm sàng học.

U di căn ở phổi ít khi có triệu chứng lâm sàng giống như triệu chứng của ung thư phổi nguyên phát.

### 2. Điều trị

Dùng quang tuyến liệu pháp.

## SUY HÔ HẤP

### 1. Nguyên nhân

Các nguyên nhân gây nên suy hô hấp là:

a. *Suy thông khí do tắc*: có thể gặp trong các trường hợp tắc phế quản, khí thũng phổi.

b. *Suy thông khí do hạn chế*

Có đặc điểm là giảm theo tỷ lệ của tất cả các thể tích phổi, có thể gặp trong các bệnh:

- Xơ phổi.
- Dính màng phổi.
- Tràn khí màng phổi.
- Thủ thuật cắt bỏ phổi hoặc cắt ép sườn.

*c. Kết hợp suy do tắc và suy do hạn chế*

Ta có thể gặp trong các bệnh gây tổn thương bộ thần kinh - cơ của thông khí, như:

- Tổn thương não.
- Chứng nhược cơ.
- Bệnh viêm tuỷ xám.

*d. Các dị tật của sự phân bố không khí cho phế nang*

Các dị tật này là nguyên nhân gây thiếu oxy, thường gặp trong các bệnh:

- Khí thũng phổi.
- Hen phế quản.
- Viêm phế quản - phổi, ung thư phế quản - phổi.

*e. Các dị vật chẹn phế nang - mao quản*

Các dị tật này làm giảm sự khuếch tán các khí giữa phế nang và mao quản. Người ta gặp trong các bệnh xơ phổi lan toả, bệnh nhiễm bụi silic.

## **2. Triệu chứng**

Có thể thấy biểu hiện các hội chứng sau đây:

- Hội chứng suy thông khí: có các triệu chứng sau
  - + Khó thở, chủ yếu là khó thở ra.



- Ý thức u ám và đôi khi có trạng thái hôn mê do khi  $\text{CO}_2$  bị giữ lại trong phổi và trong hệ tuần hoàn.
- + Ra nhiều mồ hôi.
- Tăng áp lực động mạch.
- Hội chứng rối loạn phế nang - mao mạch: có dấu hiệu thở sâu và thở nhanh.
- Hội chứng suy tim phải: có các dấu hiệu lâm sàng như sau
  - Tim phải bị giãn to.
  - + Tăng áp lực động mạch phổi.
  - + Gan to.
  - Phù mắt và hai chi dưới.
  - Tăng  $\text{CO}_2$  trong máu.

### 3. Điều trị

#### a. Điều trị nguyên nhân

- Suy thông khí do tắc:

Cách xử trí:

- Dùng thuốc làm giãn phế quản.
- Dùng thuốc long đờm.
- Hút các chất tiết trong phế quản và dẫn lưu cơ học các phế quản.
- Tập thở.
- Suy thông khí do hạn chế: tùy theo nguyên nhân gây suy thông khí do hạn chế, người ta xử trí suy thông khí này bằng cách: chọc hút dịch màng phổi, loại bỏ chỗ dính màng phổi hoặc loại bỏ tràn khí màng phổi

- Rối loạn phế nang - mao mạch: có thể dùng thuốc corticoid để làm giảm hiện tượng chèn phế nang - mao mạch.

*b. Dùng liệu pháp oxy*

Có thể được áp dụng để điều trị cho mọi thể suy hô hấp.

*c. Điều trị suy tim*

- Dùng thuốc trợ tim.
- Dùng thuốc lợi niệu.
- Cho chế độ ăn không có muối.

## **BỆNH NHIỄM BỤI SILIC Ở PHỔI**

### **1. Định nghĩa**

Bệnh nhiễm bụi silic ở phổi là bệnh phổi mạn tính do hít phải bụi silic, gây nên chứng xơ kẽ tiến triển và lan rộng ở phổi.

### **2. Nguyên nhân**

Do hít phải bụi silic ( $\text{SiO}_2$ ) hoặc silicat. Những chất này tồn tại trong thiên nhiên và là thành phần quan trọng của các khoáng mỏ và các thứ đất bao phủ bề mặt trái đất. Bụi silic hoặc silicat có nhiều trong đá hoa cương.

- Thời gian tiếp xúc của một người để mắc bệnh nhiễm bụi silic ở phổi phụ thuộc vào 3 yếu tố:
  - + Nồng độ bụi silic ở trong không khí hít vào phổi.
  - + Kích thước của các mảnh bụi silic rất nhỏ, có đường kính dưới 10 micron (1micron có giá trị bằng một phần 1000 milimet).

- + Tính cảm thụ của từng cơ thể.
- Các nghề tiếp xúc nhiều với bụi silic:
  - + Thợ mỏ, thợ đẽo đá, thợ đúc.
  - + Thợ làm khuôn đúc bằng cát hoặc tháo khuôn đúc bằng cát (lau sạch khuôn bằng tia cát).
  - + Thợ làm thủy tinh, thợ mài.

### 3. Triệu chứng lâm sàng

- Người mắc bệnh nhiễm bụi silic ở phổi không thể hiện triệu chứng trong thời gian dài.
- Dấu hiệu toàn thân kín đáo: mệt mỏi, sốt thường do biến chứng của nó là bệnh lao phổi gây nên.
- Khó thở nhẹ và ho có khạc đờm ít.
- Có thể kèm theo những rối loạn khớp giống như rối loạn của viêm nhiều khớp mạn tính.

### 4. Tiến triển

Bệnh phổi nhiễm bụi silic là một bệnh mạn tính nên tiến triển dần dần và gây ra xơ phổi.

Bệnh tiến triển nặng có thể gây ra: bệnh tim do phổi mạn tính (có dấu hiệu tim đập nhanh và chứng xanh tím), bệnh lao phổi thứ phát hoặc bệnh viêm phế quản - phổi.

### 5. Điều trị

- Không có cách điều trị nguyên nhân của bệnh phổi nhiễm bụi silic.
- Điều trị các biến chứng của bệnh như: bệnh lao phổi, suy tim hoặc bệnh viêm phế quản - phổi, tùy theo từng trường hợp cụ thể.

## 6. Phòng bệnh

Phòng bệnh giữ một vai trò quan trọng. Các biện pháp phòng bệnh được áp dụng như:

- Người làm việc có tiếp xúc với bụi silic hay silicat được trang bị các dụng cụ bảo hộ lao động như: găng tay, khẩu trang.
- Giữ vệ sinh cá nhân sau khi lao động.
- Người lao động thường xuyên được kiểm tra phổi và chức năng hô hấp.

## VIÊM MỦ MÀNG PHỔI

### 1. Định nghĩa

Viêm mủ màng phổi là chứng tràn dịch mủ trong ổ màng phổi, cấp tính hay mạn tính.

### 2. Nguyên nhân

#### *a. Viêm mủ màng phổi do tiếp giáp*

Đó là viêm mủ màng phổi thứ phát do các bệnh nhiễm khuẩn gây nên qua con đường tiếp giáp. Các bệnh nhiễm khuẩn thường gặp là:

- Viêm phế quản - phổi.
- Áp xe phổi, áp xe dưới cơ hoành.
- Giãn phế quản.
- Bệnh lao phổi.

*b. Viêm màng phổi theo đường máu*

Bệnh này ít gặp. Các bệnh nhiễm khuẩn có thể gây viêm màng phổi theo đường máu là:

- Viêm xương - tuỷ.
- Viêm họng, viêm tai.

*c. Trần mủ, tràn khí màng phổi:* là bệnh thứ phát xảy ra do một lỗ rò giữa phế quản và màng phổi.

### **3. Triệu chứng**

Có các triệu chứng lâm sàng học như sau:

- Có các triệu chứng của bệnh nguyên phát.
- Có dấu hiệu nhiễm độc - nhiễm khuẩn nặng: sốt kéo dài, gây sút, ra mồ hôi ban đêm, nhịp tim nhanh.
- Đau ngực, khó thở.
- Ngón tay dùi trống.

### **4. Các thể bệnh khu trú**

Viêm màng phổi ít khi khu trú ở một phần của ổ màng phổi ngay từ đầu, nó xuất hiện trong quá trình tiến triển của bệnh.

Các thể bệnh khu trú thường gặp là:

- Viêm màng phổi gian thùy: dịch mủ khu trú ở rãnh liên thùy phổi.
- Viêm màng phổi có nhiều vách ngăn ở khoang lớn màng phổi: thể khu trú này tạo ra những túi mủ có kích thước không bằng nhau. Bệnh thường tiến triển xấu vì khó dẫn lưu mủ từ ổ màng phổi ra ngoài.

- Viêm màng phổi hoành: thường xảy ra thứ phát sau áp xe dưới cơ hoành.
- Viêm màng phổi trung thất: dịch mủ khu trú ở vùng ổ màng phổi trung thất.

### 5. Tiến triển

Do tác dụng của các thuốc kháng sinh nên viêm màng phổi có tiến triển tốt.

Các biến chứng có thể gặp là:

- Biến chứng tại chỗ:
  - + Viêm màng phổi thủng vào phế quản gây nên khạc mủ.
  - + Viêm màng tim.
  - + Thủng thành ngực do viêm màng phổi phá ra ngoài.
- Biến chứng xa:
  - + Áp xe não, viêm màng não.
  - + Viêm mủ khớp.
- Viêm màng phổi mạn tính có thể gây nên biến dạng lồng ngực.

### 6. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với:

- Xẹp phổi.
- Viêm dây dính màng phổi.
- Viêm màng ngoài tim: cần chú ý chẩn đoán phân biệt với tràn mủ màng phổi trái.
- Áp xe phổi: tràn mủ màng phổi thủng vào trong một phế quản có thể có triệu chứng khạc ộc mủ như một áp xe phổi.

## 7. Điều trị

### a. Điều trị toàn thân

- Điều trị nguyên nhân: điều trị nhiễm khuẩn bằng thuốc kháng sinh. Nên phối hợp từ hai thuốc kháng sinh trở lên (penicillin và streptomycin).
- Nghỉ ngơi tuyệt đối khi người bệnh còn sốt.
- Cho chế độ ăn nhiều calo, protein và vitamin.

### 7.2. Điều trị tại chỗ

- Dùng thuốc kháng sinh tại ổ viêm mủ màng phổi.
- Dùng thuốc hoặc enzym chống viêm như:  $\alpha$  chymotrypsin, trypsin, streptokinase.
- Tập thở nhằm mục đích phòng ngừa dính màng phổi hoặc biến dạng lồng ngực làm giảm chức năng thở.

## TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI

### 1. Định nghĩa

Tràn dịch màng phổi còn được gọi là tràn dịch màng phổi thanh tơ hoặc viêm màng phổi thanh tơ. Tràn dịch màng phổi thanh tơ là viêm màng phổi cấp tính có kèm rỉ dịch nhiều.

### 2. Nguyên nhân

Tràn dịch màng phổi hoặc viêm màng phổi thường bắt nguồn từ các ổ viêm dưới màng phổi. Các bệnh ở phổi thường gặp là:

- Lao phổi, thường gặp ở người trẻ.
- Ung thư phổi nguyên phát hay di căn: gặp ở người cao tuổi.

- Viêm phổi hoặc viêm phế quản - phổi.
- Áp xe phổi.
- Nhồi máu phổi.

Ngoài các bệnh phổi, nguyên nhân gây bệnh còn do các bệnh:

- + Bệnh ở bộ phận lân cận như: áp xe dưới cơ hoành, áp xe gan, viêm trung thất.
- + Bệnh toàn thân như: bệnh thấp khớp cấp, một số bệnh nhiễm khuẩn.
- + Gãy xương sườn do chấn thương lồng ngực.

### **3. Triệu chứng lâm sàng**

- Sốt khoảng 38<sup>o</sup> - 39<sup>o</sup>.
- Đau ngực.
- Khó thở: triệu chứng khó thở tăng hay giảm tùy thuộc vào khối lượng dịch trong ổ màng phổi.
- Trung thất di chuyển sang phía phổi bình thường.
- Giảm độ di động của lồng ngực theo nhịp thở ở bên phổi tổn thương.

### **4. Chẩn đoán phân biệt**

Cần phân biệt với:

- Chứng đau ngực ở thời kỳ đầu của tràn dịch màng phổi thanh tơ.
- Xẹp phổi: lồng ngực bên tổn thương có thể lép xuống.
- Viêm màng phổi: không có triệu chứng sốt.
- Viêm màng ngoài tim: có triệu chứng đau ở vùng trước tim.



## 5. Điều trị

### a. Điều trị nguyên nhân gây bệnh

- Dùng thuốc kháng sinh. Có thể phối hợp với thuốc cortison hoặc các dẫn chất của nó.
- Nghỉ ngơi tuyệt đối trên giường bệnh chừng nào người bệnh còn sốt.

### b. Điều trị triệu chứng đau

Có thể dùng các biện pháp:

- Ủ nóng tại chỗ.
- Bất động bên ngực có tổn thương.
- Dùng thuốc giảm đau: 1/4mg x 2 - 3 lần mỗi ngày đối với atropin hoặc dùng codein 0,05g x 2 - 3 lần mỗi ngày.
- Dùng novocain tiêm phong bế thần kinh liên sườn hoặc tiêm cạnh cột sống.
- Có thể dùng morphin tiêm dưới da với liều lượng 0,01g.

c. *Chọc tháo dịch màng phổi*: khi khối lượng dịch trong ổ màng phổi nhiều và gây khó thở làm cho người bệnh khó chịu.

## VIÊM MÀNG PHỔI MẠN TÍNH

### 1. Phân loại viêm màng phổi mạn tính

#### a. Viêm màng phổi mạn tính có kèm tràn dịch

Viêm màng phổi mạn tính có kèm tràn dịch bao gồm viêm màng phổi thanh xơ và viêm mũ màng phổi.

Các nguyên nhân gây bệnh thường được biết là:

- Bệnh lao phổi.
- Ung thư phổi nguyên phát hoặc thứ phát.
- Nhồi máu phổi.
- Bệnh Hodgkin.
- Áp xe dưới cơ hoành.

*b. Viêm màng phổi mạn tính xơ*

Viêm màng phổi mạn tính xơ còn được gọi là viêm dày màng phổi hay dày dính màng phổi.

**2. Viêm màng phổi mạn tính xơ**

*a. Nguyên nhân gây bệnh*

Bệnh thường gặp do các nguyên nhân sau:

- Di chứng viêm màng phổi thanh sơ hay viêm mũ màng phổi.
- Bơm khí vào ổ màng phổi.

*b. Triệu chứng lâm sàng*

- Đau ngực.
- Khó thở và xanh tím nặng.
- Bên ngực có tổn thương, người ta thấy di động của lồng ngực giảm nhiều khi người bệnh thở và lồng ngực có thể biến dạng như vẹo xương sống, hẹp lồng ngực, cơ ngực bị teo.

*c. Chẩn đoán phân biệt*

Cần phân biệt với các bệnh sau đây:

- Trần dịch màng phổi: trong tràn dịch màng phổi người ta thấy lồng ngực bên phổi tổn thương căng phồng hơn bên kia. Ngược lại, trong viêm dày màng phổi thấy có hiện tượng lép lồng ngực bên phổi tổn thương.

- Xẹp phổi rộng: trong bệnh xẹp phổi, có cơ rút lồng ngực bên bị tổn thương.
- Tổn thương xơ cơ rút phổi.

#### *d. Điều trị*

- Điều trị triệu chứng là phương pháp chủ yếu.
- Phương pháp bóc tách màng phổi.

#### *e. Phòng bệnh*

- Điều trị sớm và đúng đắn bệnh viêm màng phổi.
- Tập thở để chống lại chỗ màng phổi dính đang hình thành.

## VIÊM MÀNG PHỔI KHÔ

Viêm màng phổi khô cùng nghĩa với viêm màng phổi xơ huyết.

### 1. Định nghĩa

Viêm màng phổi khô là viêm màng phổi không rỉ dịch.

### 2. Nguyên nhân

Những nguyên nhân gây viêm màng phổi khô cũng như các nguyên nhân gây tràn dịch màng phổi (xem bài: tràn dịch màng phổi).

### 3. Triệu chứng

Bệnh thường bắt đầu một cách cấp tính. Có các triệu chứng lâm sàng sau đây:

- Sốt khoảng 38 - 39<sup>o</sup>.
- Có điểm đau ngực: đau thường ở vị trí đường nách giữa (tương ứng với khoang liên sườn thứ 5 về phía sau, dưới

mòm xương bả vai), đau dây thần kinh hoành; xuất hiện khi viêm màng phổi khô có vị trí ở cơ hoành.

- Ho: khi người bệnh ho thì dấu hiệu đau tăng lên.
- Thở nhanh: thường người bệnh nằm nghiêng về phía bên đau để hạn chế cường độ hô hấp và đỡ đau.

#### **4. Tiến triển**

Các khả năng tiến triển của viêm màng phổi khô:

- Bệnh khỏi sau 2 - 3 tuần lễ.
- Bệnh chuyển thành viêm màng phổi thanh tơ sau vài ngày.
- Bệnh có thể để lại di chứng dưới dạng dính màng phổi hay viêm dày màng phổi.

#### **5. Chẩn đoán phân biệt**

Cần phân biệt với:

- Các bệnh gây triệu chứng đau ngực như bệnh ở tim mạch, bệnh ở phế quản, bệnh ở lồng ngực.
- Bệnh viêm màng ngoài tim: có triệu chứng tiếng cọ màng ngoài tim, dễ nhầm lẫn với tiếng cọ màng phổi.
- Chứng suy mòn và mất nước.

#### **6. Tiến triển**

- Viêm màng phổi khô cũng như viêm màng phổi thanh tơ có thể khỏi hẳn và không để lại di chứng.
- Các di chứng có thể gặp:
  - + Dính màng phổi: dính màng phổi cơ hoành hoặc dính màng phổi lan rộng.
  - + Dính màng phổi có kèm co rút và hẹp lồng ngực. gây nên giảm chức năng hô hấp.

## 7. Điều trị

- Điều trị nguyên nhân gây bệnh.
- Nghỉ ngơi tuyệt đối trên giường bệnh khi người bệnh còn sốt.
- Điều trị triệu chứng: dùng thuốc giảm đau và thuốc chống ho.
- Nâng cao thể trạng người bệnh bằng cách tăng cường chế độ ăn uống và dùng các thuốc tăng cường dinh dưỡng.

## BỆNH LAO PHỔI

Bệnh lao phổi là bệnh nhiễm khuẩn ở phổi do trực khuẩn lao gây nên. Trực khuẩn lao còn được gọi là trực khuẩn Koch. Bệnh có thể cấp tính hay mạn tính, khu trú ở phổi hay lan ra nhiều bộ phận trong cơ thể. Tổn thương ở phổi gây nên do trực khuẩn lao là phản ứng tiết dịch của tế bào phổi và sự tạo ra tổn thương loét, viêm, xơ, củ hoặc những đám vôi hoá.

### 1. Nguyên nhân

Trực khuẩn lao hay còn được gọi trực khuẩn Koch.

### 2. Đường gây bệnh

Trực khuẩn lao xâm nhập vào cơ thể chủ yếu bằng hai đường:

- Đường hô hấp: trực khuẩn lao xâm nhập vào cơ thể qua đường khí - phế quản và gây tổn thương lao đầu tiên ở phổi. Phế quản thùy dưới bên phải là con đường trực tiếp nhất, cho nên tổn thương lao đầu tiên có thể khu trú ở thùy dưới bên phải.

Tổn thương lao đầu tiên được gọi là ổ lao sơ nhiễm.

- Đường tiêu hoá: trực khuẩn lao xâm nhập vào cơ thể qua đường tiêu hoá được thấy chủ yếu ở những vùng có bệnh lao bò và sữa bò không được đun sôi hoặc không được xử lý khử trùng bằng phương pháp Pasteus. Trực khuẩn lao người cũng có thể xâm nhập bằng đường tiêu hoá.

Tổn thương là ổ lao sơ nhiễm ở niêm mạc ruột.

Khi có tổn thương là ổ lao sơ nhiễm ở phổi thì có kèm theo tổn thương ở hạch khí - phế quản. Ngoài ra, người ta còn thấy có viêm bạch mạch nối liền ổ lao sơ nhiễm với hạch. Cũng như ở phổi, ổ lao sơ nhiễm ở niêm mạc ruột có kèm theo tổn thương lao ở hạch mạc treo ruột và viêm bạch mạch liên quan.

### **3. Các đường lan ra cơ thể của trực khuẩn lao**

Sau khi trực khuẩn lao xâm nhập vào cơ thể để gây nên tổn thương lao sơ nhiễm thì khả năng miễn dịch của người bệnh đối với bệnh lao giảm và làm giảm sức đề kháng của cơ thể với bệnh lao. Do đó, người bệnh dễ bị tái nhiễm lao hoặc dễ xảy ra sự lan rộng của tổn thương lao sơ nhiễm.

Trực khuẩn lao có thể lan ra cơ thể bằng các con đường khác nhau:

- Lan theo đường máu: trực khuẩn lao từ ổ lao sơ nhiễm đi theo đường máu để vào phổi, gây nên thể lao cấp tính gọi là lao kê. Ngoài ra, trực khuẩn lao còn theo đường máu để xâm nhập vào các bộ phận khác để gây nên:
  - + Lao màng não.
  - + Lao màng phổi.
  - + Lao màng bụng.
  - + Lao màng ngoài tim.
  - + Lao hạch.

- Lan theo đường bạch huyết: trực khuẩn lao còn reo rắc tổn thương theo đường bạch huyết. Hiện tượng lan rộng theo đường bạch huyết gặp chủ yếu trong quá trình lao sơ nhiễm.

Tuy nhiên, sự lan rộng của trực khuẩn lao theo đường bạch huyết kết hợp với theo đường máu xảy ra ở thời kỳ sau lao sơ nhiễm để gây nên các tổn thương lao ngoài phổi như lao hạch, lao sinh dục - tiết niệu...

Người ta cũng lưu ý thêm rằng: trực khuẩn lao được đưa tới phổi (chủ yếu ở vùng dưới xương đòn) từ các hạch ở trung thất đã bị nhiễm lao trong thời kỳ lao sơ nhiễm bằng đường bạch huyết hay đường máu để gây tổn thương loét - bã đậu ở lao ở phổi. Đó là thuyết tái nhiễm nội sinh của bệnh lao phổi thể thâm nhiễm loét bã đậu ở người lớn.

- Lan rộng theo đường khí - phế quản: trực khuẩn lao từ một tổn thương đang hoạt động của lao sơ nhiễm (thuộc ở sơ nhiễm) có thể được vận chuyển theo con đường phế quản để gây tổn thương ở phần khác của phổi.

Trong bệnh lao thâm nhiễm loét bã đậu, cũng có thuyết cho rằng trực khuẩn lao được đưa tới vùng phổi có tổn thương bằng sự bội nhiễm theo khí - phế quản. Đó là thuyết tái nhiễm ngoại sinh của bệnh lao phổi thể thâm nhiễm loét bã đậu ở người lớn.

#### **4. Triệu chứng lâm sàng**

- Sốt: mới đầu triệu chứng sốt kín đáo, chủ yếu về buổi tối. Sốt có thể tăng cao tới 39<sup>0</sup> hoặc hơn nữa trong thời gian dài.
- Suy nhược cơ thể và tâm thần: dấu hiệu này thể hiện sớm và khá hằng định.

- Gãy sứt và chán ăn: dấu hiệu xuất hiện muộn ở thời kỳ bệnh đang tiến triển xấu.
- Ra mồ hôi ban đêm. Người ta còn gọi nồm na là ra mồ hôi trộm.
- Ho: lúc đầu, người bệnh ho khan dần dần, ho có đờm và ho cơn, đờm trắng hoặc màu vàng khi có nhiễm khuẩn thứ phát, có thể có nhuộm máu ở đờm.
- Tim đập nhanh.
- Khó thở: dấu hiệu khó thở xuất hiện khi tổn thương đã tồn tại lâu ngày hoặc lan rộng ở phổi.

## 5. Biến chứng

### a. Ho ra máu

Ho ra máu là biến chứng thường gặp của bệnh lao phổi. Ho ra máu có thể chỉ gây ra một số vết máu đỏ dính vào đờm khạc ra hoặc có khối lượng máu đỏ tươi lớn. Ho ra máu xuất hiện trong quá trình tiến triển của bệnh lao phổi có hang hay tổn thương xơ ở các phế nang.

Ho ra máu với khối lượng lớn có thể làm cho người bệnh tử vong.

Tính chất của ho ra máu là người bệnh khạc ra những cục máu đông màu đỏ sẫm. Hiện tượng này gọi là đười ho ra máu.

Nguy cơ chính của triệu chứng ho ra máu là làm lan truyền trực khuẩn lao sang những phần phổi còn lành.

Những cục máu đông có thể làm tắc một phế quản và gây nên xẹp phân thùy phổi hoặc thùy phổi tương ứng.

### b. Trần khí màng phổi

Trần khí màng phổi là một biến chứng nặng của bệnh lao phổi.



Tràn khí màng phổi là kết quả của hiện tượng vỡ vào trong ổ màng phổi của tổn thương lao phổi thuộc một trong các loại sau đây:

- Hang lao ở phần phổi ngoại vi.
- Bóng khí của khí thũng phổi thứ phát sau lao xơ.
- Ổ bã đậu dưới màng phổi.

*c. Viêm màng phổi khô và viêm màng phổi thanh tơ.*

*d. Viêm mũ màng phổi do lao*

Nguyên nhân gây viêm mũ màng phổi ở người mắc lao phổi là trực khuẩn Koch và vi khuẩn gây mũ thông thường. Bệnh xuất hiện do sự nung mủ của tràn dịch thanh tơ hoặc do tràn khí màng phổi thứ phát có kèm lỗ rò giữa phế quản và màng phổi.

*e. Lao khí - phế quản*

Tất các mọi thể lao phổi đều có thể gây biến chứng tổn thương lao phế quản. Lao khí - phế quản có thể gây hẹp phế quản và người bệnh có triệu chứng thở rít.

Trong lao phế quản, có tổn thương loét và những đám thâm nhiễm niêm mạc phế quản. Khi tổn thương đã khỏi, có di chứng là sẹo co rút gây hẹp các phế quản và làm xẹp phân thùy phổi tương ứng.

*f. Lao thanh quản*

Bệnh bắt nguồn từ sự xâm nhập kéo dài của đờm chứa trực khuẩn lao vào trong các khí đạo trên.

Triệu chứng đầu tiên của lao thanh quản là khàn tiếng.

Lao thanh quản có thể gây nên biến chứng là viêm tai giữa do lao và dần dần làm cho người mắc lao phổi trở thành điếc.

## 6. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với các bệnh chủ yếu sau đây:

- Trạng thái loạn thần kinh chức năng:
  - + Suy nhược thể lực và tâm thần.
  - + Đánh trống ngực và tim đập nhanh.
- Rối loạn nội tiết và chuyển hoá:
  - + Bệnh tăng năng tuyến giáp (bệnh Basedow): có dấu hiệu chuyển hoá cơ bản cao.
  - + Bệnh tiểu đường:
    - Suy nhược thể lực và tâm thần cùng gây sút.
    - Sự phối hợp giữa tiểu đường và bệnh lao phổi thường gặp và có tiến triển xấu.
- Trạng thái sốt: khi gặp người bệnh có triệu chứng sốt là chủ yếu và đơn độc thì cần chú ý phân biệt với các bệnh:
  - + Nhiễm khuẩn máu.
  - + Bệnh thương hàn.
  - + Viêm màng trong tim chậm.
  - + Sốt do nắng nóng, do rối loạn thân nhiệt.
- Bệnh khí thũng phổi: thường bệnh khí thũng phổi có phối hợp với viêm phế quản mạn tính hoặc bệnh khí thũng phổi phối hợp với bệnh lao phổi.

Bệnh khí thũng phổi có các triệu chứng lâm sàng như sau:

- + Suy nhược, gây sút.
- + Ho có đờm.
- Bệnh bụi phổi: bệnh bụi phổi chủ yếu cần phân biệt là bệnh phổi nhiễm bụi silic.

- Bệnh giãn phế quản: bệnh giãn phế quản và bệnh lao phổi có những triệu chứng lâm sàng chung:
    - + Ho có nhiều đờm.
    - + Ho ra máu.
- Tuy nhiên, trong bệnh lao phổi thường được chú ý khai thác nguồn lây lao do người bệnh có thời gian tiếp xúc.
- Viêm phổi thùy: triệu chứng lâm sàng của viêm phổi thùy ở thời kỳ bắt đầu dữ dội hơn bệnh lao phổi. Các dấu hiệu lâm sàng của viêm phổi thùy có đặc điểm:
    - + Sốt cao, thường trên 39<sup>o</sup>.
    - + Triệu chứng thể hiện cấp tính và tiến triển nhanh.
  - Áp xe phổi: có triệu chứng lâm sàng sốt cao, đau ngực và bệnh tiến triển cấp tính; ho có đờm màu vàng và lượng đờm nhiều.
  - Ung thư phế quản - phổi: gặp ở người cao tuổi, ho có đờm nhuộm máu đỏ tươi.
  - Bệnh tim mạch: các bệnh hẹp lỗ van hai lá và nhồi máu phổi có triệu chứng lâm sàng ho ra máu.

## 7. Tiến triển

### a. Tiến triển tốt

Bệnh lao phổi có tiến triển tốt khi người bệnh được điều trị đúng phương pháp và kịp thời. Bệnh tiến triển tốt được gặp trong các trường hợp:

- Tổn thương nhỏ ở một bên phổi.
- Người bệnh khạc đờm ít và trong đờm không có trực khuẩn Koch.

### b. Tiến triển xấu

Bệnh lao tiến triển xấu được gặp trong các trường hợp:

- Điều trị không đúng phương pháp và điều trị muộn.
- Tổn thương ở phổi rộng và nặng: tổn thương ở cả hai phổi, tổn thương có hang và tiết dịch nhiều, tổn thương xơ.
- Tổn thương lao biểu hiện ở bộ phận ngoài phổi như: viêm màng não do lao, viêm da màng do lao, lao tiết niệu - sinh dục...

## **8. Điều trị**

### *a. Hình thức điều trị*

- Điều trị tại bệnh viện: được áp dụng cho người mắc bệnh lao phổi có trực khuẩn lao (trực khuẩn Koch) trong đờm và người có tổn thương nặng ở phổi.

Điều trị tại bệnh viện có kết quả tốt hơn là điều trị tại nhà (còn gọi là điều trị ngoại trú) vì:

- + Người bệnh không gây lây bệnh cho người xung quanh, nhất là trẻ em trong gia đình.
  - + Người bệnh được nhân viên y tế chăm sóc và theo dõi bệnh tốt.
  - + Người bệnh được chăm sóc theo một chế độ ăn nhiều calo và cân bằng tốt.
  - + Người bệnh có chế độ sinh hoạt, nghỉ ngơi điều độ giúp tăng cường thể lực và tâm thần.
  - + Người bệnh được phát hiện kịp thời các dấu hiệu lâm sàng học để đánh giá đúng tiến triển của bệnh.
- Điều trị tại nhà: điều trị tại nhà được áp dụng cho người mắc lao phổi có tiến triển tốt, họ không có đờm hoặc ít đờm, trong đờm không có trực khuẩn lao và tổn thương ở phổi nhỏ không tiết dịch.

Điều trị tại nhà được thực hiện trong các hoàn cảnh sau đây:

- Người bệnh không gây bệnh lao cho người xung quanh trong gia đình nhất là gây bệnh cho người suy yếu và trẻ em.
- Người bệnh tuân thủ đúng phương pháp điều trị và dùng đủ các thứ thuốc đã được nhân viên y tế quy định.
- Người bệnh thực hiện đúng thời gian kiểm tra bệnh của nhân viên y tế.

*b. Nguyên tắc điều trị*

Điều trị bệnh lao cần tuân theo các nguyên tắc sau đây:

- Nguyên tắc 1: điều trị phối hợp các thuốc kháng sinh chống lao. Cần phối hợp 3 thuốc kháng sinh chống lao trở lên để có kết quả tốt.
- Nguyên tắc 2: điều trị bệnh lao theo đúng thời gian quy định. Điều trị không đều đặn và bỏ dở điều trị là nguyên nhân gây nên bệnh tiến triển xấu và không khỏi.

Ngày nay, phương pháp điều trị trực tiếp ngắn hạn (gọi tắt là DOTS) là phương pháp có hiệu quả.

Phương pháp DOTS quy định thời gian điều trị bệnh lao phổi là 6 tháng.

Có những trường hợp lao phổi nặng cần thời gian điều trị kéo dài hơn, khoảng từ 9 tháng đến 12 tháng theo chỉ định của nhân viên y tế tùy điều kiện của mỗi trường hợp cụ thể.

- Nguyên tắc 3: điều trị có kiểm soát. Điều trị có kiểm soát là điều trị có cộng đồng trách nhiệm giữa thầy thuốc và người bệnh; nhằm đảm bảo đúng thuốc, đủ thuốc vào cơ thể người bệnh và đủ thời gian điều trị theo quy định. Dựa vào nguyên tắc điều trị này mà người ta dùng hình thức điều trị tại nhà đối với bệnh lao.

- Nguyên tắc 4: điều trị có theo dõi tai biến của thuốc, theo dõi trực khuẩn lao trong đờm và theo dõi diễn biến của bệnh.

*c. Các thuốc chủ yếu điều trị bệnh lao*

- Isoniazid (INH): INH còn được gọi là rimifon.
  - + Liều lượng dùng: 5 - 8mg/1kg/24 giờ.
  - + Thuốc viên có hàm lượng 0,05g hoặc 0,01g một viên, dùng theo đường uống.
- Pyrazinamid (PZA):
  - + Liều lượng dùng: 30mg - 40mg/1kg/24 giờ.
  - + Thuốc viên có hàm lượng 0,50g/viên, dùng theo đường uống.
- Rifampicin (hoặc rifamycin):
  - + Liều lượng dùng: 10 - 12mg/1kg/24 giờ.
  - + Thuốc viên có hàm lượng 0,15g hoặc 0,3g/viên, dùng theo đường uống.
- Ethambutol: dùng theo đường uống.
  - + Liều lượng dùng: 15mg/1kg/24 giờ.
  - + Thuốc viên có hàm lượng 0,400g/1 kg/viên.
- Streptomycin:
  - + Liều lượng dùng 15 - 20mg/1kg/24 giờ.
  - + Thuốc tiêm dạng bột có hàm lượng 1g mỗi lọ, dùng theo đường tiêm bắp.

## **9. Phòng bệnh**

Các biện pháp được áp dụng để phòng bệnh lao.

- Tiêm BCG vaccin: tiêm BCG vaccin cho trẻ sơ sinh và trẻ dưới 1 tuổi.
- Phát hiện nguồn lây lao chủ yếu: nguồn lây lao chủ yếu là người mắc bệnh lao phổi có trực khuẩn lao trong đờm. Phát hiện nguồn lây lao và điều trị dứt điểm là biện pháp phòng bệnh chủ động có kết quả tốt.
- Xây dựng mạng lưới chống lao nhằm thực hiện và theo dõi công tác điều trị người mắc bệnh lao và thực hiện công tác phòng chống bệnh lao.

## **CHẤN THƯƠNG LỒNG NGỰC**

### **1. Triệu chứng**

Chấn thương lồng ngực có thể xuất hiện các triệu chứng sau đây:

- Trạng thái sốc: dấu hiệu trạng thái sốc thường gặp trong chấn thương lồng ngực. Nguyên nhân chủ yếu là tràn máu màng phổi và phổi.
- Ho ra máu: nguyên nhân là tổn thương ở phổi.
- Đau dữ dội: do gãy các xương sườn gây nên.
- Khó thở nặng do tràn khí màng phổi hay tràn máu màng phổi xuất hiện khi bị chấn thương lồng ngực.
- Tràn khí dưới da, xẹp phổi.

### **2. Điều trị**

*a. Chỉ định có liên quan với điều trị nội khoa*

- Điều trị trạng thái sốc

Có thể áp dụng các biện pháp:

- + Truyền máu, truyền huyết thanh.
- + Dùng thuốc morphin để làm giảm đau. Khi dùng morphin, cần lưu ý thuốc morphin có thể gây nên suy trung tâm hô hấp và làm giảm phản xạ gây ho. Do đó, có thể dẫn đến tình trạng ứ tiết phế quản do tích tụ chất nhầy trong hệ thống phế quản.
- + Gây tê các dây thần kinh liên sườn bằng cách phong bế novocain để tránh tác hại của thuốc morphin.
- Điều trị tràn máu màng phổi:
  - + Điều trị nhiễm khuẩn bằng thuốc kháng sinh. Có thể phối hợp với thuốc hydrocortison bơm vào ổ màng phổi để tạo điều kiện thuận lợi cho sự tiêu máu của tràn máu màng phổi.
  - + Chọc tháo máu từ từ và thận trọng để không làm chảy máu thêm.
- Điều trị tràn khí màng phổi: rút hơi trong ổ màng phổi khi người bệnh có khó thở nặng và trung thất bị di chuyển nhiều.
- Điều trị xẹp phổi: hút nội phế quản.

*b. Điều trị ngoại khoa*

Điều trị phẫu thuật đôi với tổn thương giập nát phần mềm và xương ở lồng ngực.



## HỒI SINH HÔ HẤP "MIỆNG KÈ MIỆNG" BẰNG CÁCH THỞ KHÔNG KHÍ THỞ RA

1. Cần kiểm tra sự lưu thông của khí - phế quản. Nếu có hiện tượng ứ tiết thì cần giải phóng lòng khí quản để thông suốt, lấy hàm giả ra ngoài.

2. Đặt người bệnh nằm ngửa, đầu ngửa ra, kéo hàm dưới lên cao.

3. Thổi không khí thở ra của nhân viên y tế vào trong khí - phế quản của người bệnh, tránh thổi quá mạnh, chỉ cần lồng ngực người bệnh hơi giãn nở là đủ.

*Cách tiến hành như sau:*

- Nhân viên y tế giữ cho đầu người bệnh ngửa ra. Kê môi vào môi của người bệnh bị ngạt thở, đồng thời bịt hai lỗ mũi người bệnh lại và thổi không khí thở ra của nhân viên y tế.
- Nhân viên y tế cũng có thể áp môi của mình vào mũi của người bệnh bị ngạt thở, đồng thời đẩy hàm dưới của người bệnh khít chặt vào hàm trên và thổi không khí thở ra của mình vào mũi người bệnh.
- Nếu khi nhân viên y tế thổi không khí vào người bệnh mà không thấy có sự giãn nở lồng ngực thì có thể nghĩ đến chướng ngại vật trong khí - phế quản.

Lúc đó cần đặt ống nội khí quản hoặc mở khí quản để xử trí cấp cứu.

4. Để người bệnh thở ra một cách thụ động: nhân viên y tế thứ hai có thể làm cho người bệnh thở ra được sâu hơn bằng cách ép lồng ngực.

5. Sau một vài lần thổi nhanh, nhân viên y tế tiếp tục thổi từ 10 đến 12 lần mỗi phút.

6. Theo dõi vùng thượng vị: dạ dày có thể chứa đầy không khí và giãn ra. Khi đó, nhân viên y tế phải ép vùng thượng vị trong khi người bệnh thở ra.

## DỰ PHÒNG TẮC KHÍ - PHẾ QUẢN

Tắc khí - phế quản là nguyên nhân thường gặp nhất của triệu chứng ngạt thở. Vì vậy, cần phải đặt người bệnh (đặc biệt là người bệnh bị hôn mê, mất tri giác) nằm ở tư thế đúng.

### 1. Tư thế đúng để ngăn chặn ngạt thở

#### *a. Tư thế nằm nghiêng*

- Người bệnh được đặt nằm nghiêng về bên phải hoặc bên trái.
- Luồn một hay nhiều gối đệm dưới hông để cho hông cao hơn đầu.
- Đầu phải nhìn xuống đất và hơi ưỡn ra.
- Hàm dưới đưa ra phía trước để cho lưỡi tách khỏi thành sau của hầu. Như vậy, các dịch tiết của phế quản, của miệng và hầu, của mũi dễ được chảy thào ra ngoài qua miệng.
- Có thể hút các chất nhầy ở trong miệng ra bằng ống thông.

#### *b. Tư thế nằm sấp*

- Người bệnh được đặt nằm sấp.
- Chân giường của người bệnh nằm được kê cao lên để mặt phẳng của giường tạo với mặt phẳng nằm ngang một góc từ  $10^{\circ}$  đến  $15^{\circ}$ .

- Có thể luồn một hoặc nhiều cái gối đệm dưới hông.
- Đầu người bệnh được đặt thẳng với trục của thân thể, khi thì lên má trái, khi thì lên má phải.
- Tay đặt cao ngang đầu.
- Hút chất nhầy ở trong miệng ra bằng ống thông.

## **2. Theo dõi chức năng hô hấp**

Theo dõi chức năng thở của người bệnh cần dựa vào các điểm sau đây:

- Số nhịp thở trong một phút.
- Sự đều đặn của nhịp thở.
- Nghe tiếng thở bằng tai trần: tiếng thở tốt, không được âm ì hơn tiếng thở trong giấc ngủ bình thường.
- Cử động của lồng ngực thường đối xứng và đồng bộ. Nếu có hiện tượng cử động của lồng ngực không đối xứng thì cho ta nghĩ tới có xẹp phổi.

## **3. Tư thế không đúng**

Người bệnh hôn mê, mất tri giác không bao giờ được đặt ở tư thế nằm ngửa. ở tư thế nằm ngửa, có các biểu hiện sau đây dễ gây tắc khí - phế quản:

- Hàm dưới tụt ra sau và phần sau của lưỡi làm tắc hầu.
- Phần dưới của khí quản thấp hơn phần trên nên gây ra sự ứ đọng các chất tiết ở trong phế quản.
- Các chất tiết ở miệng, mũi và hầu chảy vào khí quản.

### Chương 3

## CÁC BỆNH TIÊU HOÁ

### BỆNH Ở LƯỠI

#### 1. Đau lưỡi

Đau lưỡi cùng nghĩa với đau dây thần kinh lưỡi.

- *Nguyên nhân:*
  - + Loạn thần kinh chức năng.
  - + Thiếu máu ác tính (ít khi gặp).
  - + Hội chứng Plummer - Vinson, pellagre, spru.
- *Điều trị:*
  - + Chữa theo nguyên nhân.
  - + Dùng liệu pháp tinh thần.
  - + Dùng thuốc giảm đau, các loại vitamin B1, B6.

#### 2. Tưa lưỡi

Tưa là viêm miệng có bọt.

- *Nguyên nhân:* bệnh do nấm phát sinh trên một số niêm mạc, chủ yếu là niêm mạc miệng. Thường do nấm *Candida albicans*.
- Chủ yếu gặp ở trẻ em và người già suy nhược.
- *Triệu chứng:*
    - + Mảng tưa xuất hiện ở trên lưỡi: đầu tiên có một ban đỏ bóng và đau sau đó là mảng tưa màu trắng nhạt có bề mặt không đều.
    - + Nhai và nuốt đau.

- *Tiền triển*: tưa có thể lan vào họng, vào thực quản. Có thể thể hiện ở dạ dày, ở phổi.
- *Điều trị*:
  - + súc miệng với dung dịch natri bicarbonat bão hoà hoặc với dung dịch tím gentian 1/10000.
  - Nystatine 500000UI x 3 viên/24h (đối với người lớn) (UI = đơn vị quốc tế).  
Trẻ em < 6 tuổi: dịch treo uống 100000UI trong 1ml x 2-3 lần/24h.  
Trẻ em 6 - 15 tuổi: 500000UI x 1 viên/24h.

### 3. Lưỡi đen

Lưỡi đen là phì đại các nhú dạng chỉ của phần sau lưỡi. Các nhú này trở thành màu xám hoặc đen nhạt, không đau.

Bệnh này thường không rõ nguyên nhân, đôi khi thấy bệnh xuất hiện trong dịp sử dụng thuốc kháng sinh đa trị.

Điều trị: chưa có phương pháp điều trị.

### 4. Lưỡi loang

Lưỡi loang cùng nghĩa với viêm lưỡi tróc màng có bờ.

- Triệu chứng:
  - Trên mặt lưỡi, xuất hiện các vùng tróc màng không đều, giới hạn bởi một cái gờ trắng loang vòng.
  - Không đau.
- Bệnh căn: lưỡi loang hay xảy ra ở những thành viên cùng một gia đình.
- Điều trị: chưa có phương pháp điều trị đặc hiệu.

# BỆNH THỰC QUẢN

## 1. Viêm thực quản

Viêm thực quản là trạng thái viêm cấp hay mạn tính của thực quản.

- Căn nguyên gây bệnh:
  - + Nuốt những chất kích động hay mũ (do nhiễm trùng miệng hoặc họng).
  - + Nôn mửa nhiều (do tiếp xúc với dịch vị).
  - + Đồn ngược dạ dày - thực quản: gặp trong thoát vị hoành và trong các dị dạng tâm vị, phình vị của dạ dày.
  - + Lao, giang mai, nấm: ít gặp.
- Triệu chứng lâm sàng:
  - + Khó nuốt nặng.
  - + Nôn ra máu (ít gặp).
  - + Bệnh nặng: dẫn tới hẹp thực quản.
- Điều trị:
  - + Điều trị nguyên nhân gây bệnh: tìm nguyên nhân để chữa.
  - + Ăn lỏng.
  - + Trong trường hợp hẹp hẹp khí thực quản thì cần nong rộng chỗ hẹp.

## 2. Chết thực quản

Chết thực quản còn gọi là hẹp thực quản lành tính.

- Căn nguyên bệnh:
  - + Di chứng viêm thực quản.

- Di vật.
- Loét thực quản.
- Triệu chứng lâm sàng:
  - Khó nuốt.
  - Nếu tổn thương ban đầu lên sẹo thì khó nuốt nặng dần lên.
- Điều trị:
  - Nong rộng thực quản.
  - Duy trì trạng thái dinh dưỡng đầy đủ.
  - Tiêm truyền dung dịch mản đẳng trương, glucose và cho dung các acid amin, viên đạm...

### 3. Co thắt thực quản

Co thắt thực quản là rối loạn chức năng về khả năng vận động của thực quản. Cần phân biệt với co thắt tâm vị.

- Nguyên nhân gây bệnh: thường xảy ra ở người nghiện thuốc lá.
- Triệu chứng lâm sàng:
  - Đau ở vùng trước tim.
  - Nấc.
  - Có khi nôn khan.
- Điều trị:
  - Thuốc chống co thắt: buscopan (10mg viên) x 3 - 4 viên/24h; spaston (80mg viên) x 4 - 6 viên/24h; lyophilisat (lyoc) (80mg viên) x 3 - 4 viên/24h.
  - Bỏ hút thuốc lá.

#### 4. Loét thực quản

- Nguyên nhân gây bệnh:
  - + Ợ dịch vị.
  - + Tiết dịch vị ở tâm thực quản do những mảnh niêm mạc dạ dày lạc chỗ.
  - + Thoát vị qua khe thực quản.
- Triệu chứng lâm sàng:
  - + Khó nuốt.
  - + Đau ở sau xương ức hay ở họng, thường xuất hiện ngay sau khi nuốt thức ăn.
- Điều trị:
  - + Tránh các thức ăn kích thích, quả xanh, rau và bánh mì.
  - + Thuốc an thần, chống tiết cholin với belladon (uống giọt), tiêm atropin dưới da.
  - + Thuốc băng bó dạ dày: bismuth sous - nitrat; các chất kiềm như natri bicarbonat, magiê carbonat.

#### 5. Giãn tĩnh mạch thực quản

Giãn tĩnh mạch thực quản là giãn các tĩnh mạch dưới niêm mạc ở phần xa của thực quản.

- Nguyên nhân gây bệnh: tăng áp lực tĩnh mạch cửa do tắc bên trong hoặc bên ngoài gan (như các bệnh: xơ gan Laennec, hội chứng Banti, nghẽn tĩnh mạch cửa).
- Triệu chứng lâm sàng:
  - + Gan to.
  - + Nước trong màng bụng (cổ trướng).



- + Tuần hoàn bàng hệ kèm theo phình tĩnh mạch thực quản.
- + Lách to.
- + Có thể gây chảy máu đường tiêu hoá.
- Điều trị:
  - + Nghỉ ngơi tuyệt đối.
  - + Chế độ ăn nhiều protein và glucid.
  - + Vitamin A, B.
  - + Cho viên sắt, cao gan.
  - + Khi có phù và cổ trướng: chế độ ăn nhạt, dùng thuốc lợi tiểu như clorothiazid, Spironolacton 400mg - 800mg/24h.

## 6. Thực quản to

Là bệnh với đặc điểm: tăng kích thước thực quản.

- Nguyên nhân gây bệnh:
  - + Bẩm sinh.
  - + Do chức năng hoặc do cơ thắt tâm vị.
  - + Do hẹp phì đại tâm vị, ung thư tâm vị.
- Triệu chứng lâm sàng:
  - + Khó nuốt, đau lan lên cổ.
  - + Rối loạn do sự tích đọng thức ăn ở trong túi thực quản: đè ép trung thất có kèm theo khó thở và xanh tím.
  - + Ợ sau khi ăn.
- Biến chứng: ợ có kèm hít vào trong phế quản gây viêm phế quản - phổi.

- Điều trị:
  - + Chữa nội khoa và nong rộng dần trong cơ thất tâm vị.
  - + Phẫu thuật: trong các thể thứ phát và bẩm sinh.

## 7. Ung thư thực quản

- Hoàn cảnh xuất hiện: xuất hiện chủ yếu sau 30 tuổi, ở nam nhiều hơn nữ.
- Triệu chứng lâm sàng:
  - + Có cảm giác nặng hoặc đau rất ở sau xương ức.
  - + Khó nuốt, ợ và đau.
  - + Gây sút nhanh.
  - + Hiếm gặp: hạch ở cổ, di ngoài ra máu đen, nôn ra máu, nhiễm trùng phổi, liệt dây thần kinh quặt ngược, lở rò thực quản - khí quản.
- Tiên lượng: dễ tử vong sau 6 đến 12 tháng.
- Điều trị:
  - + Thông bằng ống hoặc thủ thuật mở thông dạ dày nhằm giúp cho bệnh nhân ăn uống.
  - + Liệu pháp quang tuyến: kém hiệu quả, có nguy cơ chảy máu và thủng thực quản.
  - + Phẫu thuật cắt bỏ khối u.

## 8. Túi thừa thực quản

Túi thừa thực quản là thoát vị niêm mạc thực quản qua các lớp cơ.

- Phân loại: có 2 loại
  - + Túi thừa do đẩy hoặc túi thừa họng - thực quản: có vị trí ở vùng cổ và do gắng sức nuốt miếng thức ăn xuống.

- + Túi thừa do co kéo: có vị trí ở khoảng kẽ đôi của khí quản hay ở ngang đầu của phế quản gốc. Nguyên nhân do sự co kéo ở chỗ dính của thực quản với một hạch bị viêm mạn tính.
- Triệu chứng lâm sàng:
  - + Khó nuốt.
  - + Ợ và gầy sút.
  - + Hơi thở nhiều khi thổi.
- Điều trị: mổ đối với túi thừa do đẩy.

## 9. Thủng thực quản

- Nguyên nhân:
  - + Sau một vết loét thực quản.
  - + Ung thư thực quản.
  - + Chấn thương khi soi thực quản hay do chấn thương lồng ngực.
- Triệu chứng lâm sàng:
  - + Thủng vào trung thất: gây viêm trung thất.
  - + Thủng vào phế quản: gây viêm phổi.
  - + Thủng vào màng phổi, màng tim: gây viêm màng phổi, màng tim.
  - + Vỡ thực quản tự nhiên: gây biến chứng tràn khí trung thất và dưới da, đôi khi gây tràn dịch màng phổi 2 bên.
- Điều trị:
  - Dùng thuốc kháng sinh.
  - Can thiệp phẫu thuật.

## PHÌ ĐẠI TUYẾN NƯỚC BỌT VÀ NƯỚC MẮT

Còn gọi là hội chứng Mikubicz.

Phì đại cả hai bên tuyến nước bọt và nước mắt có kèm giảm hoặc ngừng bài tiết. Các tuyến rắn và không đau.

- Nguyên nhân gây bệnh
  - + Nguyên nhân thường không rõ.
  - + Đôi khi thấy trong: bệnh bạch cầu lympho mạn tính, bệnh Hodgkin, bệnh sarcom lympho, bệnh Besnier - Boech.
- Tiên lượng: phụ thuộc vào bệnh nguyên nhân.
- Điều trị: điều trị tạm thời, cắt lọc, tia X.

## ỨA NƯỚC BỌT

Ứa nước bọt còn gọi là tăng tiết nước bọt.

- Nguyên nhân gây bệnh:
  - + Liệt hành não, bệnh Parkinson, nhược cơ nặng.
  - + Thai nghén.
  - + Nhiễm độc: Hg, P, ioda, bromua.
  - + Viêm miệng, tổn thương trong khoang miệng.
- Điều trị:
  - + Chữa nguyên nhân.
  - + Chữa triệu chứng: atropin.

## VIÊM MIỆNG

Viêm miệng là viêm các niêm mạc trong khoang miệng. Người ta phân viêm miệng làm nhiều loại:

### 1. Viêm miệng tiết dịch

Còn gọi là viêm miệng ban đỏ.

- Nguyên nhân
  - Vệ sinh răng miệng kém, thức ăn có quá nhiều gia vị, rượu và thuốc lá.
  - Do nhiễm khuẩn: bệnh sởi.
  - Do thiếu máu ác tính.
  - Do nhiễm độc thủy ngân (Hg), chì (Pb), arsenic.
- Triệu chứng: miệng bị nóng, đau, nhất là khi tiếp xúc với thức ăn.
- Điều trị: súc miệng bằng các dung dịch kiềm.

### 2. Viêm miệng APTO

- Nguyên nhân không rõ, có thể do virút, dị ứng hoặc thức ăn.
- Triệu chứng lâm sàng:
  - Có mụn nước giống như mụn nước Herpes; chứa dịch trắng như sữa ở môi, đầu lưỡi, ở niêm mạc má. Các mụn này vỡ ra ở ngày thứ 2 hoặc 3 để biến thành các vết loét.
  - Có rối loạn dạ dày và hơi thở hôi.
  - Sốt nhẹ.
- Điều trị: dùng thuốc súc miệng, hơng (betadin), corticoid (prednisolon), thuốc tê.

**3. Viêm miệng có bựa:** đó là bệnh tưa lưỡi (xem bài: tưa lưỡi)

**4. Viêm miệng loét màng** (còn gọi là viêm miệng Vincent).

**5. Viêm miệng hoại thư** (còn gọi là cam tẩu mã).

Gặp chủ yếu ở trẻ em. Bệnh thường xuất hiện sau bệnh do liên cầu khuẩn tan máu.

- Triệu chứng:
  - + Sốt cao.
  - + Vết loét ở các mô trong miệng, thường bắt đầu ở má.
- Điều trị:
  - + Dùng kháng sinh.
  - + Khử trùng tại chỗ.

## ÁP XE DƯỚI CƠ HOÀNH

Là tình trạng có khối mũ ở dưới cơ hoành.

### 1. Nguyên nhân

*a. Áp xe cơ hoành bên phải:*

Đây là bệnh thường gặp, nguyên nhân do:

- Loét dạ dày - tá tràng bị thủng.
- Áp xe gan, viêm túi mật.
- Viêm ruột thừa.
- Ổ mũ quanh thận.
- Di chứng viêm màng bụng lan rộng.

*b. Áp xe cơ hoành bên trái:*

Đây là bệnh hiếm gặp, nguyên nhân thường do:

- Nhồi máu lách nhiễm khuẩn.
- Mưng mủ quanh thận.
- Viêm tụy.

**2. Triệu chứng lâm sàng**

- Sốt, rét run, ra nhiều mồ hôi.
- Nhịp tim nhanh.
- Đau ở phần trên rốn, có thể đau lan lên vai và cổ.
- Có chỗ sưng ở hạ sườn phải và có phản ứng tự vệ của cơ ở phía trên rốn khi ấn tay vào.

**3. Biện chứng**

Gây áp xe gan có kèm theo viêm tĩnh mạch cửa.

**4. Điều trị**

- Dùng kháng sinh
- Dẫn lưu mủ qua phẫu thuật.

## THOÁT VỊ HOÀNH

Thoát vị hoành là hiện tượng một phần dạ dày chui vào trong khoang ngực.

Bệnh xảy ra chủ yếu ở phụ nữ trên 50 tuổi.

## 1. Nguyên nhân

- Do: bẩm sinh.
- Mắc phải: sau chấn thương, ho không nén được, táo bón, thai nghén.

## 2. Phân loại

Có 2 loại:

- Thoát vị qua khe thực quản: có hiện tượng độn ngược dạ dày - thực quản.
- Thoát vị cận thực quản: tâm vị ở trong bụng.

## 3. Triệu chứng

Có 3 thể bệnh:

- Thể bệnh vô triệu chứng.
- Thể khó tiêu: đau nhiều khi áp lực ở trong ổ bụng tăng lên.
- Thể khó nuốt: đau thắt ngực, thiếu máu (nhợt sắc), nôn ra máu hoặc phân có máu đen, ho và khó thở sau bữa ăn.

Dấu hiệu đặc trưng cho cả 3 thể lâm sàng trên đây là: đau dội lên hoặc ợ nóng khi bệnh nhân nằm xuống hay ngã mình ra phía trước.

## 4. Điều trị

- Vệ sinh, chế độ ăn cho bệnh nhân loét, nằm nghỉ ở tư thế "đầu cao".
- Chữa thiếu máu, chảy máu hoặc phân đen (chảy máu đường tiêu hoá).
- Phẫu thuật.



## KHÓ TIÊU

Khó tiêu là hiện tượng tiêu hoá khó khăn. Hiện tượng này chỉ các rối loạn chức năng của dạ dày mà tổn thương của dạ dày không thể phát hiện được.

### 1. Nguyên nhân

- Sai lầm về ăn uống: ăn quá nhiều thức ăn nhiều mỡ hoặc quá nóng, nhai không kỹ, thức ăn đã bị hư biến.
- Lạm dụng rượu, cà phê, thuốc lá.
- Nuốt hơi, táo bón.
- Lao tâm và lao lực.
- Tư thế ngồi và tư thế trong lao động không hợp lý.
- Chấn thương tâm thần.

### 2. Khó tiêu phát sinh sau một bệnh ở đường tiêu hoá hoặc ở ngoài bộ tiêu hoá

- Khó tiêu sau viêm dạ dày, loét dạ dày, ung thư dạ dày.
- Khó tiêu sau một bệnh tiêu hoá ngoài dạ dày như: rối loạn gan, túi mật, viêm gan, sỏi túi mật, viêm ruột, ký sinh trùng đường ruột.
- Khó tiêu sau: rối loạn tiết niệu - sinh dục.
- Khó tiêu sau: rối loạn nội tiết, lao phổi, tăng urê huyết, suy tim...

### 3. Triệu chứng lâm sàng

- Rối loạn dạ dày: cảm giác nặng ở thượng vị, nóng rát, căng phồng, co kéo.

- Chứng đau có thể xảy ra muộn sau bữa ăn giống như đau do loét (bệnh cường lực) hoặc rối loạn dạ dày xảy ra sớm (bệnh giảm lực).
- Chán ăn, buồn nôn, ợ hơi, đôi khi có nôn mửa.
- Trướng khí dạ dày, lưỡi tưa, hôi miệng và hăm thượng vị hơi đau khi ấn vào.
- Rối loạn vận động dạ dày.

#### **4. Điều trị**

- Ăn đều đặn, nhai kỹ; tránh rượu, gia vị, cà phê, thuốc lá.
- Chữa trướng khí dạ dày và táo bón.
- Trong thể bệnh giảm lực: dung dịch muối, acid clohydric, pepsin.
- Trong thể bệnh cường lực: chống co thắt và thuốc an thần (như dùng belladon, bismuth carbonat), liệu pháp tâm thần.

## **TRƯỚNG KHÍ DẠ DÀY**

Là tình trạng tăng hơi ở dạ dày, đôi khi làm cho dạ dày bị căng phồng.

### **1. Nguyên nhân gây bệnh**

- Rối loạn thần kinh tại chỗ.
- Mất trương lực cơ của thành dạ dày hoặc của nửa cơ hoành trái.

### **2. Triệu chứng**

Triệu chứng của bệnh tùy thuộc vào từng thể bệnh:

- Thể dạ dày - ruột: ợ hơi, trướng bụng, cảm giác nặng thượng vị.
- Thể, tim: đánh trống ngực, đau ở vùng trước tim (có thể làm ta nhầm với chứng đau thắt ngực).
- Thể khó thở: giống bệnh hen.
- Thể thần kinh: sợ hãi ban đêm, nhức đầu, nhịp tim nhanh.

### 3. Điều trị

- Liệu pháp tâm thần để chống sự sợ hãi, tránh gây nuốt hơi thật sự.
- Chữa các dị tật mũi họng nếu có.
- Chế độ ăn: nhiều protein, ít carbon hydrat và mỡ.
- Thuốc an thần, chống co thắt.

## RỐI LOẠN TIÊU HOÁ CHỨC NĂNG

Rối loạn tiêu hoá chức năng có các bối cảnh sau:

- Xảy ra ở một người mắc một bệnh thực thể ở hệ tiêu hoá (ví dụ: lý amip).
- Người bị rối loạn tâm thần và lại có một tổn thương thực thể ở ống tiêu hoá (như: loét dạ dày - tá tràng, co thắt tâm vị).
- Người bị rối loạn tiêu hoá nhưng khi khám thì không phát hiện được tổn thương ở hệ tiêu hoá.

### 1. Triệu chứng lâm sàng

- Tiền sử: không rõ. Có thể đã có thời gian còn nhỏ với các triệu chứng: ợ, đau rát ở vùng thượng vị, chàm tiêu, ỉa chảy hoặc táo bón.

- Có hiện tượng tăng cảm giác (như: đau, co cơ) ở bụng.

## **2. Điều trị**

- Liệu pháp tâm thần: tránh lo sợ, mất ổn định tinh thần.
- Chế độ ăn: lành và cân bằng, nhai kỹ; tránh rượu, cà phê, gia vị...
- Dùng thuốc: phenobarbital, belladon.

## **TÁO BÓN CHỨC NĂNG MẠNH TÍNH**

Táo bón chức năng là sự khó tháo phân ở ruột già, xảy ra sau một rối loạn chức năng vận động của ruột kết.

### **1. Nguyên nhân**

- Những sai lầm về ăn uống như nhịn uống nước, ăn ít rau làm giảm chất cellulose trong đường tiêu hoá.
- Rối loạn phản xạ đại tiện.
- Rối loạn tâm thần, loạn trương lực thần kinh thực vật.
- Tổn thương hậu môn gây đau, như: trĩ, nứt.
- Thai nghén.

### **2. Triệu chứng lâm sàng**

- Có thể không có triệu chứng.
- Có thể có cảm giác khó chịu, đánh trống ngực, nhức đầu.

### **3. Biến chứng**

- Viêm ruột kết: gây đau bụng, táo bón xen kẽ ỉa chảy, phân có chứa màng nhầy.

- Bệnh do thuốc nhuận tràng: nếu dùng thuốc nhuận tràng với liều ngày càng tăng thì bệnh nặng thêm, có thể gây ra viêm dạ dày, viêm ruột.
- U phân: gặp nhiều ở tuổi già.

#### 4. Điều trị

##### a. Với táo bón chức năng đơn thuần

- Chế độ ăn: tăng lượng cellulose có trong hoa quả và rau, uống đủ nước.
- Vận động cơ thể.
- Đại tiện vào giờ nhất định. Có thể dùng 1 viên thuốc đạn glycerin để kích thích phản xạ tháo phân.
- Dùng dầu paraffin.

##### b. Với táo bón có thêm viêm ruột kết

- Chế độ ăn ít cellulose (để tránh sự kích động ruột kết).
- Dùng atropin để chống co thắt.
- Bismuth: liều lượng tùy theo bệnh nhân.
- Thuốc an thần ở những bệnh nhân lo lắng.

## BỆNH ỈA CHẢY MỠ

Bệnh ỉa chảy mỡ còn gọi là bệnh Gee, bệnh Herter nhi tính ruột.

### 1. Nguyên nhân

a. *Thể vô căn*: đó là thiếu năng tiêu hoá không rõ nguyên nhân. Có thể là một trạng thái dị ứng đối với gluten.

*b. Thể thứ phát:* là một biến chứng của dị dạng bộ tiêu hoá, biến chứng của bệnh nhiễm khuẩn hoặc của bệnh do ký sinh trùng ruột.

## **2. Triệu chứng lâm sàng**

- Đại tiện nhiều phân, đi nhiều lần, phân trắng và bóng, thối.
- Bụng to.
- Rối loạn chuyển hoá: thiếu máu do thiếu sắt (Fe), thiếu vitamin, chậm lớn, có còi xương hoặc nhuyễn xương.
- Rối loạn tập tính, dễ bị kích động.
- Không có rối loạn hô hấp.

## **3. Phân biệt**

Cần phân biệt với bệnh xơ nang tuyến tụy hay còn gọi là bệnh "thoái hóa nhầy nhớt" do có triệu chứng rối loạn hô hấp.

## **4. Điều trị**

- Chữa nguyên nhân trong các thể bệnh thứ phát.
- Chữa triệu chứng.

## **CO THẮT TÂM VỊ**

Đó là trạng thái không giãn tâm vị, còn gọi là hẹp tâm vị - thực quản vô căn (hay co thắt cơ hoành hoặc thực quản to chức năng).

Co thắt tâm vị là hiện tượng co khít thần kinh - cơ của phần dưới thực quản, có kèm giãn thực quản thứ phát nhưng không bị hẹp cơ quan.

### **1. Điều kiện xuất hiện**

Thường gặp ở lứa tuổi khoảng 40 tuổi. có trạng thái thần kinh kích thích.

### **2. Nguyên nhân**

Thường không rõ nguyên nhân gây bệnh. Có thể do thoái hoá của hệ thần kinh ở vùng tâm vị.

### **3. Triệu chứng lâm sàng**

- Khó nuốt: lúc đầu ít, sau tăng dần
- Đau ở sau xương ức.
- Trong trường hợp nặng: thực quản rất to, có ợ, đê ép khi quản và phế quản, lộ rõ thực quản - khí quản, khí thủng ngực, viêm phổi.

### **4. Điều trị**

- Trường hợp nhẹ: dùng thuốc an thần, thuốc chống co thắt.
- Trường hợp nặng: chế độ ăn ít kích thích, nong rộng thực quản.
- Phẫu thuật.

## **HỆP MÔN VỊ Ở NGƯỜI LỚN**

Hẹp môn vị gây nên do sự phì đại của lớp cơ của nó.

### **1. Nguyên nhân**

Nguyên nhân của bệnh tuỳ theo từng thể:

- Thể bẩm sinh: ít gặp.

- Thể cơ thắt: do tổn thương ở dạ dày - tá tràng, tổn thương ở túi mật hoặc ở ruột thừa.
- Thể có tổn thương thực thể: loét hoặc ung thư môn vị, viêm quanh tạng.

## **2. Triệu chứng lâm sàng**

- Đau (thường là vùng thượng vị) sau bữa ăn.
- Nôn mửa.

## **3. Điều trị**

- Nội khoa: dùng thuốc chống co thắt (belladon), rửa dạ dày.
- Phẫu thuật: nối thông dạ dày - ruột non.

# **GIÃN DẠ DÀY CẤP**

Giãn dạ dày cấp là tình trạng tích lũy đột ngột khí và chất lỏng ở trong dạ dày.

Thường xảy ra ở nam giới hơn là nữ.

## **1. Nguyên nhân**

- Mất trương lực dạ dày.
- Sau chấn thương hay sau phẫu thuật ổ bụng.
- Sau cuộc đẻ.

## **2. Triệu chứng**

Thường xuất hiện 3 - 4 ngày sau cuộc phẫu thuật ổ bụng, triệu chứng gồm:

- Mệt mỏi.



- Đau bụng, có khi đau dữ dội.
- Buồn nôn và nôn mửa nhiều chất nhầy, mật.
- Vùng thượng vị bị căng và có tiếng óc ách dạ dày.

Có thể có tình trạng mất nước do mất các ion  $Cl^-$  khi nôn mửa sẽ dẫn đến trạng thái choáng (shock) và co giật.

### 3. Điều trị

- Duy trì cân bằng nước và chất điện phân (Cl, Na, K...).
- Rửa dạ dày và hút liên tục.

## VIÊM TẤY DẠ DÀY

Viêm tấy dạ dày là tình trạng dạ dày bị nhiễm vi khuẩn cấp tính.

### 1. Nguyên nhân

- Ung thư dạ dày.
- Di chứng phẫu thuật bụng.
- Biến chứng của nhiễm trùng huyết do liên cầu khuẩn.

### 2. Triệu chứng lâm sàng

- Sốt, trạng thái lả, nhịp tim nhanh.
- Phản ứng tự vệ cơ ở vùng thượng vị.
- Đau vùng thượng vị, buồn nôn, nôn mửa.

### 3. Điều trị

- Điều trị triệu chứng đau và nôn.
- Dùng kháng sinh.

## VIÊM DẠ DÀY CẤP TÍNH

Đó là tình trạng viêm cấp tính không đặc thù của dạ dày.

### 1. Nguyên nhân

- Ăn quá nhiều thức ăn có nhiều gia vị, thức ăn nóng, uống rượu.
- Thức ăn nhiễm độc.
- Do hoá chất: nhiều acid hoặc chất kiềm.
- Do virút: viêm dạ dày - ruột non do virút có thể riêng lẻ hoặc phối hợp với viêm gan do virút, cúm...
- Do dị ứng: ăn thức ăn như cá, tôm, cua... gây dị ứng.
- Do thuốc uống: như iodua, salicylat, amoniclorua...

### 2. Triệu chứng lâm sàng

- Chán ăn, nôn mửa, ỉa chảy.
- Lưỡi bệu, hơi thở nhiều khi thối.
- Đau vùng thượng vị (nóng rát).

### 3. Điều trị

- Loại trừ nguyên nhân gây bệnh.
- Cho chế độ ăn lỏng hoàn toàn trong 24h - 48h.
- Thuốc băng bó dạ dày: domperin don 10mg/viên.
- Thuốc trấn tĩnh: an thần.
- Thuốc chống nôn: chlorpromazin, prochlorperazin (stemetil), các thuốc kháng histamin tổng hợp.
- Thuốc giảm đau.

## VIÊM DẠ DÀY MẠN TÍNH

Là tình trạng viêm mạn tính không đặc thù của niêm mạc dạ dày.

### 1. Nguyên nhân

- Nhiễm trùng ở miệng, họng, răng.
- Thức ăn nhiều gia vị, quá nóng, ăn nhiều và giờ giấc thất thường.
- Nhiễm độc rượu, thuốc lá.
- Thuốc iodua, salicylat, corticoid...
- Dị ứng do sữa, trứng, cá.
- Viêm dạ dày thứ phát sau bệnh: loét dạ dày, thiếu máu ác tính.

### 2. Triệu chứng lâm sàng

- Chán ăn.
- Đau, nôn mửa, nôn ra máu.
- Cảm giác nặng vùng thượng vị, trướng bụng và đau rát.

### 3. Biến chứng

Ung thư dạ dày là biến chứng hay gặp khi bị viêm teo dạ dày trong bệnh thiếu máu ác tính.

### 4. Điều trị

- Chế độ ăn: cho thêm vitamin B và C, không ăn đồ gia vị và đồ ăn lên men, không uống rượu và cà phê, nhai kỹ.
- Chữa các bệnh nhiễm trùng ở răng, miệng.

- Thuốc: chống co thắt dạ dày, thuốc kháng histamin, thuốc diệt dạ dày (bao niêm mạc viêm ở dạ dày), thuốc giảm đau.

## LOÉT DẠ DÀY - TÁ TRÀNG

Là hiện tượng mất chất ở niêm mạc dạ dày, tá tràng.

### 1. Nguyên nhân

Vì khuẩn *Helicobacter - Pylori*.

- Tăng acid chlohydric dịch vị.
- Rối loạn thần kinh thực vật.
- Thuốc corticoid.

### 2. Triệu chứng lâm sàng

- Đau: thường đau ở vùng thượng vị. Đau thường xảy ra sau bữa ăn từ 3 đến 5 giờ (đau có chu kỳ). Thời kỳ đau có thể kéo dài nhiều ngày.
- Buồn nôn: ít xảy ra.
- Chậm tiêu, ợ chua, căng trướng bụng trong các thời kỳ đau.

### 3. Các thể bệnh theo định khu

*a. Loét dạ dày*

- Loét bờ cong nhỏ.
- Loét môn vị.
- Loét bờ cong lớn.

- Loét dưới tâm vị.
- Loét ở 2 mặt dạ dày.

*b. Loét tá tràng:* bao giờ cũng gặp loét hành tá tràng. Loét tá tràng ở đoạn thứ hai (đoạn dưới) rất hãn hữu và nếu có thì bao giờ cũng ở trên bóng Vater.

#### 4. Biến chứng

- Chảy máu: nôn ra máu hoặc đi ngoài phân đen.
- Thủng dạ dày: có triệu chứng đau như dao đâm ở vùng thượng vị. Sở bụng thấy bụng cứng do co cứng cơ bụng.
- Hẹp môn vị hoặc hẹp giữa dạ dày trong trường hợp loét bờ cong nhỏ. Bệnh nhân đau liên tục và nôn ra thức ăn của bữa trước.
- Ung thư hoá: trong trường hợp vết loét ở phần nằm ngang của bờ cong nhỏ hay của bờ cong lớn.
- Loét chai và viêm quanh tạng: gây viêm quanh dạ dày, dính gan vào tuyến tụy...

#### 5. Điều trị

- Nghỉ ngơi.
- Ăn sữa, tránh thức ăn kích thích, quả xanh, rau và bánh mì.
- Thuốc: dùng thuốc an thần (gardenal), thuốc liệt phó giao cảm (belladon), thuốc băng vết loét (cimetidin, kavét).
- Diệt trừ H.Pylori với clarithromycin kết hợp với omeprazol và tinidazol.
- Điều trị phẫu thuật khi có biến chứng: thủng dạ dày, chảy máu bộ tiêu hoá, hẹp môn vị.

## HỘI CHỨNG ZOLLINGER - ELLISON

Hội chứng này là do có khối u tuyến tụy kèm theo biến chứng loét dạ dày - tá tràng tái phát.

### 1. Nguyên nhân

Thường là khối u ác tính làm cho các tế bào delta của tuyến tụy không sản xuất ra insulin và chắc là sản xuất một chất kích thích tiết dịch vị.

### 2. Triệu chứng lâm sàng

- Đau bụng.
- Ỉa chảy dai dẳng.
- Hội chứng loét dạ dày - ruột tá tràng tái phát liên tục có kèm tăng tiết dạ dày.
- Có thể chảy máu hoặc thủng bộ tiêu hoá.
- Glucose trong máu không giảm.

### 3. Tiên lượng: xấu.

### 4. Điều trị: chữa triệu chứng.

## UNG THƯ DẠ DÀY

### 1. Nguyên nhân

Nguyên nhân của ung thư dạ dày cho đến nay vẫn chưa được biết rõ.

Tuy nhiên các bệnh: loét dạ dày, polyp dạ dày, viêm dạ dày mạn tính có thể tiến triển tới thoái hoá ác tính.

## 2. Triệu chứng lâm sàng

### *a. Triệu chứng sớm*

Có tính chất báo động, gặp ở người quá cao tuổi, phần lớn ở nam giới.

- Rối loạn ở dạ dày: đau và khó chịu ở vùng thượng vị.
- Gày sút, chảy máu ở đường tiêu hoá.
- Hội chứng loét dạ dày kéo dài.

### *b. Giai đoạn toàn phát*

- Đau có tính chất bất định.
- Suy mòn.
- Có thể có hội chứng hẹp môn vị.

## 3. Các thể bệnh định khu

- Ung thư ở cao: ung thư dưới tâm vị hoặc ung thư ở phình vị.
- Ung thư môn vị: có kèm hội chứng hẹp môn vị.
- Ung thư giữa dạ dày: có thể gây ra hẹp giữa dạ dày.
- Ung thư ở bờ cong lớn: không có triệu chứng trong một thời gian khá lâu.

## 4. Tiên triển

- Các biến chứng có thể gặp: chảy máu ở ạt, hẹp môn vị, thủng vào tuyến tụy hoặc vào ruột kết.
- Tử vong: sau vài tháng nếu không điều trị bằng phẫu thuật cắt bỏ dạ dày.

## 5. Điều trị

- Chế độ ăn: ăn ít chất bã, ăn nhiều bữa.

- Thuốc: dùng thuốc chống co thắt, thuốc chống acid trong dạ dày, thuốc giảm đau, thuốc ngủ (theo yêu cầu).
- Liệu pháp quang tuyến: không có tác dụng.
- Nội thông dạ dày - ruột non: đây là liệu pháp tạm thời.
- Cắt bỏ dạ dày.

## **U DẠ DÀY LÀNH TÍNH**

- U lành tính ở dạ dày là một bệnh hiếm gặp; có thể là:
  - + Khối u biểu mô: papilloma, bướu thịt (polyp) lan toả (nhiều khi là tổn thương tiền ung thư)
  - + U cơ: u xơ, u mỡ, u mạch, u xoan (khối u này xuất phát từ lớp dưới niêm mạc rồi lan vào các tận cùng thần kinh).
- Triệu chứng lâm sàng:
  - + Khối u lớn: gây ra rối loạn dạ dày.
  - + Khối u ở gần tâm vị hoặc môn vị gây ra dấu hiệu hẹp.
  - + Chảy máu cấp tính hoặc mạn tính.
- Điều trị: phẫu thuật

## **CÁC KHỐI U RUỘT NON**

### **1. Các khối u lành tính**

Loại này rất hiếm gặp.

- U tuyến: riêng lẻ hoặc có nhiều. Đây là tổn thương tiền ung thư.
- U cơ: ở dạ dày và ruột hồi, có thể gây ra lồng ruột.



- U xơ: hiếm gặp, có thể gây lồng ruột.
- U mạch máu: có thể gây chảy máu nghiêm trọng.
- U mỡ: có thể gây tắc ruột hoặc chảy máu.
- Bệnh nốt ruồi son - polyp tiêu hoá

## 2. Các khối u ác tính

Các khối u ác tính ở ruột non bao gồm: ung thư biểu mô (thường ở tá tràng) và sarcom (hiếm gặp) ở ruột hồi, có triệu chứng:

- Tắc ruột cấp tính hoặc gây bệnh cảnh hẹp môn vị.
- Chảy máu dạ dày - tá tràng.
- Ung thư biểu mô ruột tá có thể nhầm với vết loét dạ dày - ruột tá.
- Vàng da do ứ mật: gặp trong ung thư biểu mô tá tràng quanh bóng Vater.

## 3. Điều trị

Phẫu thuật đối với khối u ác tính và lành tính.

# BỆNH NỐT RUỒI SON - POLYP TIÊU HOÁ

Bệnh còn gọi là hội chứng Peutz - Jeghers. Đó là bệnh polyp ruột có kèm nhiễm sắc tố ở mặt, có khi di truyền.

## 1. Triệu chứng lâm sàng

- Nhiễm sắc tố ở mặt, mũi, niêm mạc miệng, đôi khi ở các ngón tay, chấm tàn nhang to nhỏ bất kỳ, màu cà phê sữa, xảy ra trong tuổi thơ ấu.

- Bệnh polyp toả lan ở ống tiêu hoá, nhất là ở ruột non.
- Có thể gây ra:
  - + Rối loạn đồng hoá.
  - + Thiếu máu.
  - + Suy mòn.
  - + Tắc ruột.

**2. Điều trị:** chữa triệu chứng.

### **TÚI THỪA DẠ DÀY**

- Túi thừa dạ dày bao gồm:
  - + Túi thừa bẩm sinh: ở bờ cong nhỏ, ở dưới tâm vị.
  - + Túi thừa mắc phải: do sự co kéo xảy ra sau một chứng viêm của cơ quan lân cận.
- Triệu chứng: thường không có triệu chứng, nhưng cũng có thể gặp
  - + Cơn đau dạ dày.
  - + Triệu chứng của loét dạ dày.
  - + Nôn ra máu: hiếm gặp.
- Điều trị: phẫu thuật cắt bỏ.

### **SA NIÊM MẠC DẠ DÀY**

Sa niêm mạc dạ dày là tình trạng có quá nhiều nếp niêm mạc trong vùng trước môn vị: nếu chúng khá dài thì chúng có thể bị kéo mãi vào trong tá tràng qua môn vị.

- Triệu chứng lâm sàng
  - + Đau vùng thượng vị nặng thêm lên trong các bữa ăn.
  - + Cảm giác căng bụng và đau rát.
  - + Buồn nôn, nôn mửa.
  - + Chảy máu dạ dày: hiếm gặp.

Có khi sa niêm mạc dạ dày phối hợp với loét dạ dày - tá tràng hoặc viêm phì đại dạ dày.

- Điều trị: nội khoa như đối với loét dạ dày - tá tràng.

## **SA TẠNG**

Sa tạng là hiện tượng chùng giãn các phương tiện cố định các nội tạng trong bụng.

### **1. Nguyên nhân**

Thường gặp ở người mảnh khảnh, có tạng giảm lực.

### **2. Triệu chứng**

Bệnh này thường do tạng giảm lực (rối loạn thể đứng) thì nhiều mà do sự sụt sệ của bản thân các nội tạng thì ít. Các triệu chứng bao gồm:

- Khó tiêu cường lực.
- Có tiếng óc ách dạ dày.

Sa dạ dày nhiều khi phối hợp với sa ruột kết, sa túi mật, sa thận.

### **3. Điều trị**

- Liệu pháp tâm thần: làm cho người bệnh yên tâm.
- Nghỉ ngơi sau bữa ăn.

- Thuốc an thần: dùng cho người lo lắng.
- Thuốc kích thích ngon miệng: strychnin, quinine...
- Đeo đai bụng.

## **XOẮN RUỘT, DẠ DÀY**

### **1. Xoắn dạ dày**

Là tình trạng dạ dày xoắn xung quanh một trong số những trục của nó.

Xoắn dạ dày thường gặp ở nam giới.

#### *a. Nguyên nhân gây bệnh*

- Không có nguyên nhân: gặp ở phần lớn trường hợp.
- Xảy ra sau thoát vị hay mổ bụng hoành.

#### *b. Triệu chứng lâm sàng*

- Xoắn cấp tính:
  - + Đau bụng dữ dội, nôn mửa.
  - + Hoàn toàn không ăn được
  - + Ở vùng thượng vị có một chỗ sưng phồng lên và gõ rất kêu (do túi hơi dạ dày).
- Xoắn mạn tính:
  - + Đau rất ở sau xương ức do dồn ngược thực quản.
  - + Trướng bụng, ợ hơi.

*c. Điều trị:* phẫu thuật (ít kết quả)

### **2. Xoắn ruột kết**

Là một phần của ruột kết xoắn xung quanh trục mạc treo ruột của nó.

*a. Nguyên nhân*

- Mạc treo ruột dài bất thường, hoặc:
- Mạc treo ruột được cố định một cách bất thường.

*b. Triệu chứng lâm sàng*

- Xoắn ruột kết chậu - hông nhỏ: xảy ra chủ yếu ở nam trên 50 tuổi.
  - Biểu hiện bằng những đợt bán tắc ruột hoặc tắc ruột cấp tính.
  - Phần ruột kết bị tắc hay bị hoại tử.
  - Xoắn ruột kết phải: hay gặp ở trẻ em; có khi có sự di chuyển về phía trái.
- c. Điều trị: phẫu thuật.*

## HỘI CHỨNG SAU THỦ THUẬT CẮT BỎ DẠ DÀY

### 1. Triệu chứng

Xuất hiện các triệu chứng sau thủ thuật cắt bỏ dạ dày khoảng vài tháng, bao gồm:

- Thiếu máu.
- Giảm protein huyết và có phù nề.
- Rối loạn tiêu hoá: ỉa chảy, viêm lợi, viêm lưỡi.
- Rối loạn nội tiết: liệt dương, teo tinh hoàn, hệ lông nữ tính hoá.
- Có xu hướng mắc bệnh nhiễm trùng.

## 2. Điều trị

- Ăn nhiều bữa, có nhiều protein.
- Dùng thuốc: vitamin B1, B12...
- Men tiêu hoá.
- Androgen (nội tiết sinh dục nam).

## LAO DẠ DÀY

Lao dạ dày là bệnh rất hiếm gặp. Có thể là lao kê hoặc loét bã đậu. Gặp ở bệnh nhân lao nặng. Cần phân biệt với loét dạ dày hoặc ung thư dạ dày.

## LAO RUỘT

Lao ruột có thể là lao sơ nhiễm hoặc lao sau sơ nhiễm.

### 1. Triệu chứng lâm sàng

- Khó tiêu.
- Đau bụng: không có vị trí cố định.
- Ỉa chảy: có thể xen kẽ với táo bón.
- Chảy máu ở ruột: phân có máu tươi.
- Sốt và gầy sút.

### 2. Các thể bệnh trên lâm sàng

a. *Viêm ruột do lao*: đau bụng dữ dội, ỉa chảy kéo dài, đôi khi phân có máu tươi.

*b. Thể bệnh gây hẹp ruột:* gây ra những thời kỳ bán tắc ruột.

*c. Thể bệnh giả khô u:* trong bệnh lao ruột hồi-tịt có một chỗ sưng ở hố chậu phải với mật độ khá rắn, không đau. Có thể gây nên:

- Áp xe trong hố chậu.
- Lỗ rò.

*d. Thể bệnh ruột thừa:* lao ruột hồi - tật thường kết hợp với bệnh cảnh của viêm ruột thừa cấp tính hoặc mạn tính, tiến triển tới áp xe hoá.

### **3. Điều trị**

*a. Chữa triệu chứng*

- Chế độ ăn chứa ít cellulose (có trong rau, hoa quả).
- Thuốc giảm đau: atropin...
- Thuốc chống co thắt cơ trơn: drotaverin, bismuth, morphin.

*b. Chữa nguyên nhân:* dùng thuốc điều trị bệnh lao.

*c. Phẫu thuật:* nối ruột hoặc cắt bỏ ruột tổn thương.

## **VIÊM RUỘT THỪA CẤP TÍNH**

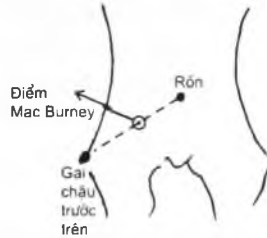
### **1. Nguyên nhân**

- Sự ứ đọng phân và các chất tiết trong ruột thừa bị nhiễm trùng.
- Tắc ruột thừa: do sỏi ruột thừa, do chỗ gấp khúc của ruột thừa.
- Do ký sinh trùng, do liên cầu trùng.

## 2. Triệu chứng lâm sàng

- Sốt: có thể không sốt cao.
- Buồn nôn, nôn mửa, chán ăn.
- Đau ở hố chậu phải, đặc biệt là đau ở điểm Mac Burney.

Đau mạnh và rõ hơn khi thành bụng tự nhiên giãn so với khi ấn. Đôi khi gập đùi một cách cưỡng ép thì gây đau (đó là dấu hiệu cơ thắt lưng).



Phản ứng tự vệ cơ: hệ cơ ở hố chậu phải co lại và phản ứng rõ ràng hơn khi ta ấn vào hố chậu phải.

## 3. Các thể bệnh lâm sàng

- Viêm ruột thừa ở người già: thường biểu hiện âm ỉ. Dấu hiệu đầu tiên là viêm màng bụng.
- Viêm ruột thừa sau ruột tịt: cơ cứng của cơ bụng khu trú ở mạn sườn phải hay là ở vùng góc sườn đốt sống phải.
- Viêm ruột thừa trái: dễ nhầm với viêm ruột xích ma (sigma).

## 4. Biến chứng

- Viêm ruột thừa khu trú thành áp xe ruột thừa, áp xe có thể thủng vào các nội tạng.
- Viêm màng bụng lan rộng.
- Các biến chứng khác: viêm tĩnh mạch cửa, tắc liệt ruột, tắc mạch phổi.

## 5. Điều trị

- Phẫu thuật cấp cứu.



- Sau phẫu thuật phải thực hiện các biện pháp sau:
  - + Theo dõi cân bằng dịch và các chất điện giải.
  - + Thuốc kháng sinh.
  - + Chữa triệu chứng: thuốc giảm đau, liệu pháp oxy.
  - + Chữa tắc liệt ruột.

## TẮC RUỘT

Tắc ruột là bệnh do một chướng ngại vật cản trở hoàn toàn hoặc một phần sự chuyển động của chất chứa trong ruột.

### 1. Nguyên nhân

#### *a. Tắc ruột cơ học*

- Nguyên nhân ngoại lai: thoát vị nghẹt ở bên trong hoặc bên ngoài, khối u ngoài ruột, xoắn ruột.
- Các nguyên nhân nội tại: khối u ở ruột non, lồng ruột, dị vật (như giun đũa, sỏi ruột), viêm ruột, tích tụ phân, thắt nghẹt ở bên trong do túi thừa Meckel.
- Lồng ruột: xảy ra chủ yếu ở trẻ em. Lồng ruột hay có ở vị trí khoảng van hồi - tịt (giữa ruột hồi và tuột tịt), có kèm theo hiện tượng ruột hồi chui vào trong ruột tịt hoặc ruột kết.
- Túi thừa Meckel và các polyp ruột là điều kiện tốt cho lồng ruột.

#### *b. Tắc ruột phần xạ hoặc do liệt ruột*

Nguyên nhân:

- Căng phồng bàng quang, cơn đau sỏi gan, cơn đau sỏi thận.
- Xoắn u nang buồng trứng, u xơ tử cung.

- Viêm: viêm ruột thừa, viêm tuyến tụy, viêm màng bụng.
- Chấn thương: gãy cột sống, đụng giập bụng, thoát vị đĩa đệm cấp tính...
- c. *Tắc ruột do chuyển hoá*
- Cường lực hay co cứng: tăng urê huyết.
- Vô lực: thiếu oxy huyết cấp tính, rối loạn chất điện phân (giảm natri huyết, giảm kali huyết).

## 2. Triệu chứng lâm sàng

- Đau: đau bụng cách hồi kịch phát là triệu chứng cổ điển của tắc ruột, vị trí đau có thể chỉ dẫn về nơi ruột bị tắc.

Tính chất của cơn đau: đau có thể liên miên hoặc cơn đau tối cấp.

- Táo bón và ngừng lưu chuyển hơi.
- Ỉa ra máu: là một dấu hiệu hoại thư.
- Tăng nhu động: xảy ra đồng thời với triệu chứng đau.
- Trướng bụng: có thể lan toả hoặc khu trú.
- Nôn mửa: ruột càng bị tắc ở cao thì càng nôn mửa nhiều.
- Dấu hiệu toàn thân: mệt mỏi, hạ huyết áp, nhịp tim nhanh, có thể mất nước.

## 3. Tiến triển

Có những khả năng sau:

- Thuyên giảm tự nhiên: xảy ra trong tắc ruột phần xạ.
- Tắc ruột cách hồi: gặp trong khối u dạng polyp, tắc ruột mật và dị vật.

- Viêm màng bụng.
- Tiến triển đến giai đoạn kiệt sức.

#### **4. Điều trị**

##### *a. Điều trị nội khoa*

- Tiếp nước và chữa các rối loạn chất điện phân (như kali, natri). Thường dùng dung dịch NaCl đẳng trương và dung dịch glucose.
- Có thể bổ sung: tiêm truyền huyết tương, dùng các acid amin, vitamin.
- Điều trị trường bụng: đặt ống thông Miller Abbot có hút liên tục.
- Liệu pháp oxy.

*b. Điều trị ngoại khoa:* phẫu thuật được thực hiện trong đa số trường hợp.

## **VIÊM HẠCH MẠC TREO RUỘT**

Tên khác: viêm hạch bạch huyết mạc treo ruột.

### **1. Nguyên nhân**

- Bệnh lao, ung thư, sarcom, bệnh Hodgkin.
- Bệnh do virút, vi khuẩn, ký sinh trùng hoặc dị ứng.

### **2. Triệu chứng lâm sàng**

- Đau bụng ở dưới thấp.
- Sốt, chán ăn, buồn nôn, nôn mửa.

- Tăng bạch cầu.
- Tiền sử nhiễm trùng đường hô hấp trên.
- Tiến triển tự nhiên:; có thể khỏi, nhưng cũng có thể tái phát.

### **3. Điều trị**

Chữa nguyên nhân và chữa triệu chứng.

## **NGHÈN VÀ TẮC MẠCH MÁU MẠC TREO RUỘT**

Nghẽn và tắc mạch máu mạc treo ruột đồng nghĩa với nhồi máu ruột.

Đây là một bệnh hiếm gặp do tắc một động mạch hoặc một tĩnh mạch mạc treo ruột.

### **1. Nguyên nhân**

- Tắc động mạch: do xơ cứng động mạch, viêm chậm màng trong tim, rung tâm nhĩ, các bệnh mạch máu.
- Nghẽn tĩnh mạch: do nhiễm trùng mủ trong bụng, tăng áp lực tĩnh mạch cửa, chèn ép do một khối u, bệnh tăng hồng cầu.

### **2. Triệu chứng lâm sàng**

- Đau bụng kịch phát ở vùng rôn hay vùng thượng vị, đôi khi đau rất dữ dội.
- Nôn.
- Ía ra phân có máu đen.
- Lâu dần có tắc ruột và dấu hiệu viêm màng bụng.

### 3. Chẩn đoán

Dựa vào các dấu hiệu:

- Đau dữ dội ở bụng, buồn nôn, nôn mửa, phân có máu.
- Trạng thái sốc.
- Tác ruột.
- Tăng bạch cầu, cô đặc máu.

### 4. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm tuyến tụy cấp tính, tăng amylase huyết thanh.
- Tác ruột.
- Thủng ruột: có không khí trong màng bụng.

### 5. Điều trị

- Xử trí trạng thái sốc.
- Phẫu thuật.

## VIÊM MÀNG BỤNG

Là tình trạng viêm cấp tính hoặc mạn tính màng bụng (khu trú hoặc lan rộng).

### 1. Nguyên nhân

- Do phế cầu khuẩn hoặc liên cầu khuẩn: thể bệnh có vẻ như nguyên phát.
- Do thủng: viêm ruột thừa, loét dạ dày - tá tràng, các vết loét thương hàn, túi mật, tử cung.

- Nhiễm trùng màng bụng phụ thuộc vào các túi mủ: viêm ruột thừa, nang mủ quanh thận, viêm vòi trứng, viêm tấy ở thành bụng.
  - Vi khuẩn xâm nhập qua đường ruột đang bị hoại tử, tắc ruột do bị thắt nghẹt, nhồi máu mạc treo ruột.
  - Chấn thương bụng.
  - Viêm màng bụng do lao, do ung thư.
- Về phương diện vi khuẩn, hay gặp nhất là vi khuẩn coli.

## **2. Triệu chứng lâm sàng**

- Đau: lúc đầu đau khu trú, sau đó là đau lan rộng ra khắp bụng.
- Đau gây ra do giãn đột ngột thành bụng là một dấu hiệu sớm và chắc chắn của sự kích thích màng bụng.
- Tụ vệ cơ: bụng cơ cứng dần. Nếu bệnh nặng thì gây ra "bụng gỗ".
- Nôn mửa.
- Nấc: có kèm theo đau bụng.
- Táo bón: kèm theo trướng bụng và tiểu tiện khó.
- Triệu chứng toàn thân: sốt, nhịp tim nhanh, huyết áp giảm, lưỡi khô, khát nước nhiều.

## **3. Chẩn đoán phân biệt**

Cần phân biệt với các bệnh:

- Viêm dạ dày - ruột non cấp tính.
- Tắc ruột.
- Bệnh gan, bệnh ở thận.

- Vỡ vôi trứng, xoắn u nang buồng trứng.
- Tăng urê huyết và tiền hôn mê do đái tháo đường.

#### 4. Điều trị

- Điều trị nguyên nhân.
- Điều trị nội khoa: dùng thuốc kháng sinh liều cao, thuốc điều trị rối loạn điện giải (K, Na, Ca...) và chống mất nước.
- Trong trường hợp "sốc": truyền máu hoặc huyết tương.
- Chữa tắc ruột.

## VIÊM MÀNG BỤNG DO LAO

Viêm màng bụng do lao là viêm toàn thể hoặc khu trú màng bụng do trực khuẩn lao xâm nhập theo đường máu, bạch huyết hoặc do tiếp xúc.

### 1. Triệu chứng lâm sàng

#### a. Thể cấp tính hay lao kê màng bụng

Thể này ít gặp. Có thể gây nên nước màng bụng (gọi là cổ trướng)

b. *Thể cổ trướng*: có nước trong ổ màng bụng. nước vàng chanh hoặc màu đỏ do máu.

Triệu chứng:

- Mệt mỏi, sốt nhẹ (về chiều).
- Đau bụng, táo bón, rối loạn dạ dày.
- Bụng to và có nước trong ổ màng bụng.

*c. Thể loét bã đậu*

Triệu chứng:

- Sốt và gày sút.
- Rối loạn dạ dày - ruột: xen kẽ táo bón và đi ngoài lỏng.
- Bụng có từng khối cứng không đều và đau khi ấn vào.
- Có thể kèm theo tổn thương lao ở bộ phận tiết niệu và sinh dục.

*d. Thể xơ dính:* là biến chứng của thể loét - bã đậu. Có thể gây ra dính màng phổi và tắc ruột tái phát.

*e. Các thể khu trú:*

Loại này khó chẩn đoán. Có thể gặp:

- Viêm màng bụng khu trú ở hố chậu: thứ phát sau lao phần phụ (ở nữ).
- Lao màng bụng khu trú quanh ruột tịt: thứ phát sau lao ruột hồi - tịt.

## 2. Điều trị

- Thuốc: dùng kháng sinh chống lao.
- Nghỉ ngơi, dinh dưỡng nhiều acid amin và vitamin.
- Phẫu thuật khi có biến chứng tắc ruột.

## VIÊM CUỐI RUỘT HỒI

Viêm cuối ruột hồi còn gọi là viêm ruột non địa phương, viêm ruột hồi địa phương, bệnh Crohn (1932), viêm ruột non kê mạn tính.



## 1. Định nghĩa

Viêm cuối ruột hồi là viêm loét và gây hẹp phần cuối cùng của ruột non, ít khi ở các phần khác của ruột non.

## 2. Nguyên nhân

Thường là không rõ, đôi khi bệnh khởi phát do:

- Viêm ruột thẳng - kết chảy máu.
- Một chấn thương tâm thần.

## 3. Triệu chứng lâm sàng

- Biểu hiện thông thường là đau bụng có kèm theo tiêu chảy cách hồi hoặc liên tục, sốt nhẹ, gầy sút và thiếu máu.
- Có khối u ở hố chậu phải và không di động. Có khi thấy khối u ở vùng giữa hoặc ở hố chậu trái.
- Ngoài ra còn có thể viêm cuối ruột hồi cấp tính có thể nhầm với viêm ruột thừa cấp tính: người bệnh có sốt.
- Bệnh cũng có thể biểu hiện bằng lỗ rò ở quanh ruột thẳng hoặc ruột thẳng - âm đạo.

## 4. Chẩn đoán bệnh

Căn cứ vào:

- Đau bụng liên tiếp.
- Tiêu chảy cách hồi hoặc liên tục.
- Có khối u đau ở hố chậu phải
- Sốt.

## 5. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với:

- Viêm ruột thừa.
- Bệnh lỵ amip hoặc bệnh lỵ trực khuẩn.

- Khô u ruột non.
- Bệnh Spru (có triệu chứng: phân mỡ, viêm lũi, thiếu máu đại hồng cầu).

## 6. Điều trị

- Chế độ ăn: có chế độ ăn ít cellulose và chất bã, nhiều protein và vitamin.
- Thuốc kháng sinh: dùng thuốc kháng sinh đa trị.
- ACTH và cortison: cho 4 - 6g/ngày trong giai đoạn cấp tính.
- Thuốc điều trị thiếu máu nếu bệnh nhân có triệu chứng thiếu máu.
- Phẫu thuật khi có kèm theo tắc ruột, áp xe hoặc lỗ rò.

## CÁC VIÊM RUỘT KẾT\* NHIỄM TRÙNG

### 1. Các viêm đặc thù

Do các vi khuẩn:

- Trực khuẩn thương hàn và phó thương hàn.
- Trực khuẩn Salmonella.
- Trực khuẩn lỵ.

### 2. Các viêm không đặc thù

Do các nguyên nhân:

- Các vi khuẩn không đặc thù: cận trực khuẩn coli, tụ cầu khuẩn, Proteus, Pseudomonas.

---

\* Ruột kết: đại tràng.

- Do nuốt phải các chất tiết có mù như trong bệnh viêm mũi xoang, viêm mũi, amidan, chảy mù chân răng.
- Do sự có mặt của những vi khuẩn bất thường ở đường tiêu hoá: là nguyên nhân của rối loạn tiêu hoá.

### 3. Triệu chứng lâm sàng

a. *Rối loạn toàn thân*: sốt, mệt mỏi, nhức đầu, đánh trống ngực.

b. *Rối loạn dạ dày - ruột*

- Đau khi sờ nắn khung ruột. Viêm ruột kết thối rửa không đau bằng viêm ruột kết lên men.
- Sờ nắn khung chậu trái: có triệu chứng đau tăng và thành bụng co cứng.
- Trướng bụng do hơi tăng trong ruột, trung tiện nhiều và có mùi rất thối trong viêm ruột kết thối rửa.
- Đại tiện nhiều lần trong ngày. Phân màu vàng tươi và có bọt trong viêm ruột kết lên men. Phân màu nâu sẫm và có mùi rất thối trong viêm ruột kết thối rửa.

### 4. Tiến triển

Có thể gây nên:

- Ứ đọng phân.
- Các acid hữu cơ và amoniac tăng ở phân.
- Có tăng sinh vi khuẩn Gram (+).
- Gây tổn thương thực thể ở ruột, đặc biệt là ung thư ruột ở người già.

### 5. Điều trị

- Sinh hoạt điều độ, đại tiện hàng ngày vào giờ nhất định.
- Dùng thuốc an thần để chữa lo âu và trầm uất.

- Ăn uống: tránh thức ăn nhiều cellulose và thức ăn dễ lên men, nhai kỹ thức ăn, tránh thức ăn dễ bị thối rữa (trứng, sữa, phomat lên men); tránh các loại thức ăn như: thịt chế biến để lâu ngày, đồ gia vị, cà phê đặc, rượu...
- Thuốc: bismuth, calci carbonat, men tụy, men lactose (20g vào sáng sớm lúc đói), thuốc chống co thắt cơ trơn khi có triệu chứng đau.
- Điều trị các đợt bệnh cấp tính.

## **VIÊM RUỘT THẲNG - KẾT CHẢY MÁU**

Viêm ruột thẳng - kết chảy máu còn gọi là viêm loét ruột kết.

Đây là bệnh viêm ruột kết mạn tính không rõ nguyên nhân.

Có giả thuyết cho rằng nguyên nhân gây bệnh là: nhiễm vi khuẩn, nhiễm virút, dị ứng hoặc do chấn thương tâm lý.

### **1. Triệu chứng lâm sàng**

- Hội chứng ly: đại tiện nhiều lần và có máu.
- Đau bụng, đau mót đại tiện.
- Triệu chứng toàn thân: sốt, chán ăn, gầy sút.

### **2. Tiến triển**

- Bệnh tiến triển từng đợt và trở thành mạn tính.
- Niêm mạc ruột dễ bị chảy máu.

### **3. Biến chứng**

- Thủng ruột kết và viêm màng bụng khu trú, thoái hoá ung thư.
- Thiếu máu, giảm protein huyết, ban da, đau khớp...

#### 4. Điều trị

- Chế độ ăn: tránh rau và quả có chứa nhiều cellulose. Chú ý nguyên nhân dị ứng do thức ăn để tránh, ăn nhiều protein và vitamin.
- Thuốc có sắt, vitamin K (để chống chảy máu).
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc chống co thắt, thuốc an thần (nếu cần), bismuth, calci carbonat.
- Phẫu thuật: mở thông ruột hồi và cắt bỏ ruột kết.

## TÚI THỪA CỦA RUỘT KẾT

### 1. Đặc điểm

Hay gặp ở nam giới, trên 50 tuổi.

Túi thừa thường gặp ở vị trí giao điểm giữa ruột kết xuống và ruột sigma.

### 2. Triệu chứng lâm sàng

- Sốt, đau bụng ở hố chậu trái.
- Buồn nôn, nôn mửa, táo bón và tiêu chảy.
- Chảy máu ở ruột kết.

### 3. Tiến triển

Túi thừa của ruột kết có thể gây:

- Áp xe khu trú ở hố chậu trái.
- Viêm quanh túi thừa gây hẹp ruột kết và dẫn tới tắc ruột.

#### 4. Chẩn đoán

Dựa vào X quang. Khi có viêm túi thừa thì không thấy baryt (một loại thuốc cản quang).

#### 5. Điều trị

- Ăn thức ăn ít cellulose.
- Thuốc nhuận tràng, thuốc chống co thắt.
- Kháng sinh.
- Thuốc chống xuất huyết: vitamin K.
- Phẫu thuật: trong trường hợp thủng lỗ rò, chảy máu ổ ạt hoặc tắc ruột.

## TÚI THỪA MECKEL

Túi thừa Meckel là một cái khoang bệnh lý do sự lưu tồn một phần của ống rốn - mạc treo ruột. Vị trí của nó là bờ tự do của ruột hồi, cách van hồi - tịt khoảng 30cm - 50cm.

Đôi khi nó chứa mô dị nguyên (mô dạ dày, mô ruột tá, mô tuyến tụy) và có thể loét ra.

#### 1. Triệu chứng lâm sàng

- Chảy máu ổ ạt: nhất là ở trẻ em.
- Tắc ruột.
- Viêm túi thừa Meckel gây một hội chứng giống như viêm ruột thừa cấp tính.

#### 2. Điều trị

Cần phẫu thuật trong trường hợp có viêm, loét hoặc chảy máu.

## UNG THƯ RUỘT KẾT

Ung thư ruột kết là ung thư đại tràng, thường gặp ở nam giới sau 40 tuổi.

### 1. Nguyên nhân gây bệnh

- Do polyp ở ruột lan toả.
- Các polyp già của viêm ruột thẳng - kết chày máu. Viêm ruột kết do amip có thể bị thoái hoá ung thư.

### 2. Triệu chứng

Phụ thuộc vào vị trí của khối u.

#### a. Ung thư ruột kết phải

- Rối loạn tiêu hoá: trướng bụng, buồn nôn, tiêu chảy và táo bón hay xen kẽ.
- Đau bụng.
- Thiếu máu nặng kiểu nhược sắc hoặc đẳng sắc.
- Xuất huyết ruột thẳng ồ ạt.
- Tắc ruột: ít gặp.

b. Ung thư ruột kết ngang: có thể có triệu chứng của ung thư dạ dày do vị trí của đại tràng ngang.

#### c. Ung thư ruột kết trái

- Táo bón và tiêu chảy thường hay xen kẽ.
- Đau bụng.
- Thiếu máu và sút cân: xuất hiện chậm hơn ung thư ruột kết phải.
- Nhiễm trùng thành ruột có kèm theo viêm màng bụng khu trú.

- Tác ruột và bán tác ruột.

d. *Ung thư ruột sigma*: ung thư ruột sigma là ung thư hay gây tác ruột nhất.

Triệu chứng chủ yếu là một đại tiện giả. Ngoài ra, còn có:

- Khô rán, không đau ở hố chậu trái.
- Nước màng bụng: ít gặp.
- Gan to và mặt gan không đều. Đó là dấu hiệu di căn gan.

### 3. Chẩn đoán

Chẩn đoán ung thư một kết dựa vào:

- Rối loạn khó tiêu, tiêu chảy và táo bón xen kẽ.
- Phân có máu, thiếu máu, gầy sút.
- Có khối u ở ruột kết.

### 4. Chẩn đoán phân biệt

#### a. *Ung thư ruột kết phải*

Cần phân biệt với:

- Lao ruột hồi - tịt.
- Viêm cuối ruột hồi.
- Áp xe ruột thừa.

#### b. *Ung thư ruột kết trái*

Cần phân biệt với:

Viêm ruột thẳng kết chảy máu, viêm túi thừa, u hạt có dị vật.

### 5. Điều trị

Cắt bỏ toàn bộ ruột kết hoặc cắt bỏ một nửa ruột kết là biện pháp tốt nhất. Ung thư ruột kết ít có hiện tượng xâm lấn di căn nên kết quả mổ tốt: tỷ lệ sống sau 5 năm khoảng 50%.



## UNG THƯ RUỘT THẲNG

Ung thư ruột thẳng là ung thư phần cuối của ống tiêu hoá.

### 1. Triệu chứng lâm sàng

- Buốt mót: đôi khi có kèm theo cảm giác nặng nề.
- Tiêu chảy và táo bón xen kẽ.
- Chảy máu: có máu tươi ở phân.
- Có khối u sờ khi khám.

### 2. Tiến triển

Một số biến chứng có thể gặp:

- Xâm lấn bàng quang, có thể kèm theo lỗ rò ruột thẳng - bàng quang.
- Bịt hai niệu quản, có kèm theo thận ứ nước.
- Lỗ rò ruột thẳng - âm đạo.
- Áp xe quanh ruột thẳng và ụ ngồi - ruột thẳng.

### 3. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với:

- Trĩ, nút hậu môn: khi có chảy máu ruột thẳng.
- Hẹp lành tính ruột thẳng (do di chứng: phẫu thuật, chấn thương, đẻ...).

### 4. Điều trị

Phẫu thuật cắt bỏ ruột thẳng.

## TRỊ

Trị là hiện tượng phình tĩnh mạch hậu môn và ruột thẳng.  
Thường gặp ở người lớn.

### 1. Nguyên nhân

- Thường hay do thể tạng, đôi khi do di truyền.
- Do táo bón dai dẳng, tiêu chảy, viêm ruột kết, bệnh ở ruột thẳng - sigma, tăng áp lực tĩnh mạch cửa, phì đại tiền liệt tuyến, suy tim.
- Các nghề tĩnh tại.

### 2. Triệu chứng lâm sàng

*a. Trị ngoại:* búi trĩ có vị trí ở dưới cơ thắt hậu môn, có thể nhìn thấy được.

*b. Trị nội:* búi trĩ ở trên cơ thắt hậu môn.

- Thường không có triệu chứng.
- Một số trường hợp có cảm giác nặng nề ở hậu môn - ruột thẳng.

### 3. Biến chứng

- Chảy máu.
- Viêm hậu môn: có dấu hiệu ngứa và đau rát ở hậu môn.
- Cơn đau: đau dữ dội vào lúc đại tiện, xảy ra sau viêm nghẽn một tĩnh mạch ở giữa đám trĩ.
- Nứt hậu môn: thường có vị trí ở phía sau của hậu môn, ở gần rìa hậu môn.

Triệu chứng: đau khi đại tiện, cần giữ vệ sinh sạch sẽ và bôi thuốc mỡ gây tê trước và sau khi đại tiện.

- Sa trĩ: các nhân trĩ bị nghẽn mạch, gây ra sa niêm mạc và là nguyên nhân của trĩ to ra dần dần.

#### **4. Điều trị**

- Giữ vệ sinh sạch sẽ.
- Không để táo bón; kiêng rượu, gia vị và cà phê đặc.
- Thuốc: tribenosid viên nang 400mg, circanetten, daflon 500mg, procto glyvenol.

## **HỘI CHỨNG SJOEGREN**

Đây là hội chứng khớp - mắt - nước bọt, còn gọi là viêm khô giác - kết mạc hoặc chứng khô da xương.

### **1. Hoàn cảnh xuất hiện**

Xảy ra chủ yếu ở phụ nữ đến tuổi mãn kinh, có suy các tuyến nội tiết, suy buồng trứng.

### **2. Nguyên nhân**

Có thể là một bệnh của mô tạo keo hoặc do rối loạn chuyển hoá enzym.

### **3. Triệu chứng lâm sàng**

- Rối loạn tiêu hoá: khô miệng, thiếu dịch vị; có thể suy tuyến tụy.
- Teo các tuyến mồ hôi và các tuyến bã nhờn có kèm khô da và hư biến da.
- Cứng và khô các niêm mạc: viêm kết mạc, viêm giác mạc, viêm mũi, viêm họng, viêm âm hộ.
- Viêm nhiều khớp mạn tính, viêm động mạch.

#### 4. Điều trị

Chữa triệu chứng: dùng viên sắt, các vitamin, các men tiêu hoá.

### TĂNG ÁP LỰC TĨNH MẠCH CỬA

Tĩnh mạch cửa nhận hai tĩnh mạch quan trọng là tĩnh mạch mạc treo ruột trên và tĩnh mạch lách. Nó đi vào trong gan và chia làm nhiều nhánh.

Tăng áp lực tĩnh mạch cửa là hậu quả của bệnh tĩnh mạch gây tắc tĩnh mạch cửa.

#### 1. Phân loại

*a. Nghẽn ở bên trong gan:* tất cả mọi bệnh gan lan rộng đều có thể làm nghẽn tĩnh mạch cửa. Nguyên nhân:

- Các di chứng viêm gan dịch tế.
- Xơ gan Laennec hoặc xơ gan do mật.

*b. Nghẽn ở bên ngoài gan*

- Ở trước gan: viêm nghẽn tĩnh mạch cửa, viêm quanh tạng thứ phát sau viêm tụy, viêm túi mật, viêm ống mật; do ung thư hạch, lao hạch.

Ở trẻ em, có thể do nguyên nhân tĩnh mạch cửa thành búi bẩm sinh.

- Ở sau gan: do nghẽn các tĩnh mạch gan (còn gọi là hội chứng Chiari).

#### 2. Triệu chứng lâm sàng

- Tuần hoàn bàng hệ, có thể có xuất huyết đường tiêu hoá.
- Cổ trướng: do tổn thương gan và rối loạn protein huyết

- Lách to: kèm theo tăng chức năng lách với thiếu máu và giảm tiểu cầu.
- Gan to.
- Có triệu chứng của bệnh não - của chủ: có rối loạn ý thức, tăng trương lực cơ, động tác gập và duỗi của tay có biên độ khá lớn.

### 3. Điều trị

#### a. Điều trị nội khoa

- Nghỉ ngơi tuyệt đối, cai rượu.
- Chế độ ăn nhiều protein và glucid.
- Vitamin A (5000 đơn vị), vitamin D (1000 đơn vị), các vitamin B, cao gan...
- Chế độ ăn nhạt và dùng thuốc lợi niệu khi có phù, cổ trướng và giảm protein huyết.

#### b. Điều trị phẫu thuật: nối tĩnh mạch cửa - chủ.

Phẫu thuật không được áp dụng khi:

- Có vàng da xẫm.
- Có cổ trướng.
- Có nhiều hư hao đối với dự trữ gan.

## NGHẼN TĨNH MẠCH CỬA

### 1. Nguyên nhân

- Viêm tĩnh mạch cửa.
- Ung thư xâm lấn tĩnh mạch cửa.

- Xơ gan.
- Tăng tiểu cầu.
- Nhiễm trùng toàn thân như bệnh thương hàn, bệnh sốt rét... gây viêm tĩnh mạch cửa.

## 2. Triệu chứng lâm sàng

### a. Thể cấp tính

- Đau bụng dữ dội và buồn nôn.
- Cổ trướng.
- Nôn ra máu.

### b. Thể mạn tính

- Có hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa.
- Có hội chứng tăng năng lách (lách to).

c. *Thể tái phát hay là hội chứng Gauchois - Eppinger - Eragoni*: có viêm nghẽn tĩnh mạch cửa tái phát kèm theo viêm nghẽn tĩnh mạch lách tái phát.

Triệu chứng: cổ trướng, sốt, chảy máu đường tiêu hoá và có hội chứng tăng năng lách.

3. Điều trị: như điều trị bệnh tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

## BỆNH NÃO TĨNH MẠCH CỬA - CHỦ

Bệnh não tĩnh mạch cửa chủ là chỉ những rối loạn ý thức khả hồi xảy ra ở người mắc bệnh gan.

### 1. Nguyên nhân

- Xơ gan có kèm tăng áp lực tĩnh mạch cửa.
- Nghẽn tĩnh mạch cửa hoặc dị dạng bẩm sinh của hệ thống tĩnh mạch cửa.

## 2. Triệu chứng lâm sàng

- Rối loạn ý thức, có thể dẫn đến hôn mê.
- Tăng trương lực cơ: hai tay có những động tác gấp và duỗi có biên độ lớn không đồng thì. Đó là dấu hiệu Flapping Tremor.
- Gan to do có dấu hiệu tổn thương gan.

## 3. Điều trị

- Loại bỏ hoàn toàn thức ăn có protid.
- Tiêm huyết thanh glucose.
- Thuốc: neomycin để khử trùng bộ tiêu hoá.
- Thụt tháo phân hàng ngày.

## NGHẼ TĨNH MẠCH GAN

Nghẽn tĩnh mạch gan còn gọi là hội chứng Chiari hay hội chứng Budd - Chiari.

### 1. Nguyên nhân

- Nguyên nhân ngoài gan: tăng hồng cầu, viêm nghẽn tĩnh mạch di chuyển, viêm màng bụng, chấn thương vùng gan.
- Nguyên nhân trong gan: viêm tắc tĩnh mạch nội gan, nhiễm trùng đường dẫn mật, khối u.

### 2. Triệu chứng lâm sàng

#### a. Thể cấp tính

- Đau vùng thượng vị.

- Buồn nôn, nôn mửa.
- Lách to.
- Cổ trướng, tuần hoàn bàng hệ.
- Phù 2 chi dưới.
- Chảy máu đường tiêu hoá: ít gặp.

*b. Thể mạn tính*

- Có hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa.
- Lách to và tăng năng lách.
- Tuần hoàn bàng hệ.
- Giảm glucose huyết, giảm cholesterol toàn phần.
- Có triệu chứng của tổn thương gan (gan to và đau).

### **3. Điều trị**

Như điều trị bệnh tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

## **BỆNH CRUVEILHIER - BAUMGARTEN**

Đây là một bệnh bẩm sinh, biểu hiện trong thời kỳ thơ ấu.

**Đặc điểm:** giảm sản hệ tĩnh mạch cửa và tổn tại tĩnh mạch rốn, tĩnh mạch rốn bị giãn to và kết quả là gây hội chứng tăng năng lách.

## **CHỨNG TEO VÀNG CẤP TÍNH CỦA GAN**

Chứng này còn được gọi là bệnh Rokitanski và Frerich. Bệnh gây ra do hoại tử gan tiến triển một cách cấp tính và gây tử vong. Đây là nguyên nhân hay gặp nhất của "vàng da nặng".



Thường gặp ở phụ nữ trung niên.

### **1. Nguyên nhân**

- Nhiễm trùng: viêm gan do virút, bệnh do xoắn trùng *Leptospira*, nhiễm trùng huyết do *Perfringens*.
- Nhiễm độc: do thai nghén, do phá thai, do phospho và carbon.
- Thử phát sau một bệnh gan mạn tính: xơ gan, ung thư gan, sỏi mật.

### **2. Triệu chứng lâm sàng**

- Mệt mỏi, chán ăn, buồn nôn, vàng da.
- Triệu chứng thần kinh: vật vã, lú lẫn, thờ dãn.
- Xuất huyết: dễ chảy máu khi tiêm, bầm tím và ban xuất huyết ở ngoài da; chảy máu cam và chảy máu lợi ở niêm mạc; nôn ra máu, đái ra máu, băng huyết ở các nội tạng.
- Dấu hiệu giảm glucose huyết: có triệu chứng run và ra mồ hôi.
- Gan to và đau, có cổ trướng
- Lách to: ít gặp.

### **3. Tiến triển**

- Mất nước, rối loạn nhịp thở (thở theo kiểu Kussmaul).
- Hôn mê gan.

### **4. Điều trị**

- Tiêm glucose 5% hoặc levulose 10 - 20%.
- Thuốc: vitamin nhóm B, C và K1.
- Điều chỉnh các rối loạn cân bằng nước và các chất điện phân (Na, K, Mg...).

- Điều trị các yếu tố khởi phát: chống nhiễm trùng, điều trị thiếu máu và chảy máu ở đường tiêu hoá.
- Điều trị tăng amoniac huyết: dùng: natri glutamat, kali aspartat, arginin glutamat (modumat).
- Khử trùng ống tiêu hoá và thụt tháo ruột.

## TĂNG BILIRUBIN HUYẾT TỰ PHÁT

### 1. Hội chứng Dubin - Johnson

Bắt đầu từ thời kỳ thơ ấu, với triệu chứng:

- Gan to, vàng da.
- Bilirubin trực tiếp và gián tiếp tăng.
- Là bệnh gia truyền mà tế bào gan chứa một sắc tố chưa được biết rõ.

### 2. Hội chứng Meulengracht

Triệu chứng:

- Vàng da từng đợt.
- Rối loạn tiêu hoá.
- Gan có hư biến nhẹ.
- Bilirubin gián tiếp trong máu tăng.

Ngoài ra còn có một số hội chứng tương tự như: hội chứng Gilbert Loreboullet hoặc vàng da bẩm sinh không tan máu của Grigle Nojjar (là một bệnh tăng bilirubin huyết do thiếu sót di truyền về enzym).

### 3. Hội chứng Rotor

Triệu chứng:

- Gan không to.
- Bilirubin gián tiếp tăng.

## ÁP XE GAN KHÔNG DO AMIP

### 1. Nguyên nhân

Là do các vi khuẩn gây bệnh đi tới gan bằng một trong các con đường sau:

- Đường mật: áp xe xảy ra sau viêm ống mật (do ứ mật trong bệnh sỏi hoặc ung thư đường mật).
- Đường tĩnh mạch cửa: áp xe xảy ra sau nung mủ ở bụng, viêm ruột thừa, viêm tĩnh mạch cửa.
- Động mạch gan: mầm bệnh bắt nguồn từ nhiễm mủ huyết.
- Vi khuẩn hay gặp nhất là: trực khuẩn coli, liên cầu khuẩn và tụ cầu khuẩn.

### 2. Triệu chứng lâm sàng

- Trạng thái nhiễm độc nhiễm trùng nặng, có rét run.
- Gan to và rất đau.
- Vàng da kín đáo.
- Cơ hoành phải nâng cao, có thể kèm theo phản ứng màng phổi phải hoặc áp xe dưới cơ hoành phải.

### **. Điều trị**

- Thuốc kháng sinh.
- Emetin 0,04g x 1 ống/24h.
- Có khi phải dẫn lưu theo phương pháp điều trị ngoại khoa.

## **VIÊM GAN NHIỄM ĐỘC**

Là bệnh gan do các chất độc gây ra.

### **. Nguyên nhân**

Các chất độc chủ yếu là:

- Clorofor, carbon tetraclorea, rượu.
- Chì, arsenic, phospho, các muối vàng, antimon.
- Thức ăn: nấm, trai, sò.
- Chất gây trụy thai apiol.
- Nghiện rượu: có vai trò hỗ trợ rất quan trọng.

### **!. Triệu chứng lâm sàng**

Teo gan vàng cấp tính hoặc bán cấp tính: có thể dẫn tới xơ gan nhiễm độc.

- Bệnh cảnh lâm sàng học của viêm gan dịch tễ: nhiễm độc tiến triển như viêm gan do virút.
- Tiến triển chậm tới xơ gan kiểu Laennec: gây xơ teo gan.
- Viêm gan - thận: có tổn thương thận kèm theo.
- Kết hợp tan máu (hémolyse): gặp trong nhiễm độc nấm.

### 3. Điều trị

- Điều trị các bệnh viêm gan dịch tế, teo gan vàng cấp tính, hôn mê gan.
- Dùng BAL trong trường hợp nhiễm độc kim loại và arsenic (BAL = dimercaprol, biệt dược là antoxol): ống tiêm 1ml/100mg, tiêm bắp sâu.

### 4. Ghi chú

Cần phân biệt viêm gan nhiễm độc với vàng da do thuốc (do các thuốc phenothiazin, arsenic, các sulfamides gây giảm glucose huyết, các dẫn xuất của thiourea). Loại vàng da do thuốc là do ứ mật ở bên trong gan. Các loại thuốc đó gây tổn thương ở tiểu quản mật, có biểu hiện vàng da, tăng phosphatase kiềm và tăng cholesterol trong máu.

## VIÊM GAN DẠNG LUPUS

Người ta chưa biết rõ bệnh này là một lupus ban đỏ rải rác thật sự có biểu hiện chủ yếu ở gan hay là một hội chứng tương tự như lupus ban đỏ phát sinh trên một gan bị viêm do virút.

### 1. Triệu chứng lâm sàng

- Vàng da nặng, tái phát.
- Tăng  $\gamma$  globulin huyết.
- Đau khớp, có thể kèm theo tổn thương nội tạng.
- Có tế bào lupus ban đỏ trong máu.

### 2. Điều trị

- Prednisolon 15mg - 20mg/24h.
- Dùng kết hợp với các thuốc chống sốt rét.

## GAN NGẤM MỠ

Là tình trạng gan nhiễm mỡ hoặc gan thoái hoá mỡ.

Bệnh này có tăng hàm lượng mỡ trong gan, là giai đoạn đầu của xơ gan.

### 1. Nguyên nhân

- Béo phì, nghiện rượu, thiếu protein, nhiễm trùng mạn tính (như bệnh lao).
- Các chất độc đối với gan như: phospho, chlorofoc, carbon tetracolorua.
- Thiếu máu, bệnh u vàng.

### 2. Triệu chứng lâm sàng

- Có thể gan nhiễm mỡ không có triệu chứng hoặc chỉ gây ra những rối loạn tiêu hoá mơ hồ.
- Các triệu chứng bị che lấp bởi các triệu chứng của bệnh nguyên nhân.
- Sờ nắn gan thấy: gan to, mặt gan nhẵn, không đau và có độ đặc bất định.

Ngoài ra còn có thể bệnh cấp ác tính có tên là xơ mỡ gan Hutinel - Sabourin.

### 4. Tiến triển

Bệnh có thể tiến triển thành xơ gan Laennec.

### 5. Điều trị

*a. Điều trị nguyên nhân*

*b. Điều trị triệu chứng*

- Nghi ngơi tuyệt đối.
- Chế độ ăn nhiều protein và ăn nhạt nếu có phù, cổ trướng.
- Điều trị thiếu máu: dùng sắt và các vitamin (B, A, D), dùng cao gan.

## HÔN MÊ GAN

Là tình trạng mất ý thức do suy gan nặng.

### 1. Nguyên nhân

*a. Teo vàng cấp tính:* do viêm gan dịch tế ở thể nặng và các chất độc đối với gan.

*b. Xơ gan:* có thể dẫn tới hôn mê theo một trong những quá trình sau:

- Viêm gan dịch tế xảy ra ở một buồng gan đã bị tổn thương.
- Nhiễm trùng.
- Chảy máu nặng ở đường tiêu hoá.
- Chọc hút cổ trướng số lượng quá nhiều hoặc dùng lợi niệu mạnh.
- Ăn quá nhiều protid.

*c. Bệnh đường dẫn mật:* bệnh viêm ống mật nặng hoặc viêm gan dịch tế.

### 2. Triệu chứng lâm sàng

- Có các triệu chứng lâm sàng của bệnh teo gan vàng cấp tính và bệnh não tĩnh mạch của chủ.
- Hôn mê gan do viêm gan nhiễm độc hoặc viêm ống mật nặng có kèm tổn thương gan và tăng urê huyết.

## **i. Điều trị**

- Tiêm tĩnh mạch nhỏ giọt glucose 5% hoặc levulose 10% - 20%; có thể kèm theo vitamin K1, B và C.
- Khử trùng ống tiêu hoá: uống 2 - 3g neomycin.
- Hiệu chỉnh các rối loạn cân bằng nước và chất điện giải.
- Chữa thiếu máu, điều trị chảy máu ở đường tiêu hoá.
- Điều trị nhiễm trùng.
- Điều trị chứng tăng amoniac máu: dùng natri glutamat, kali aspartat, arginin glutamat.
- Thụt tháo ruột 1 lần/24h để ngăn cản quá trình lên men thối ở ruột.

## **GIANG MAI GAN (Ở NGƯỜI LỚN)**

Đó là bệnh xơ gan do giang mai mà người ta đã quan sát thấy trong bệnh giang mai ở thời kỳ ba.

### **1. Triệu chứng lâm sàng**

- Thường không có triệu chứng.
- Ở thể bệnh nặng: có dấu hiệu của suy gan và xơ gan.  
Triệu chứng: gan hơi to, bề mặt và bờ gan đều đặn.

Phân biệt: trong ung thư biểu mô của gan, u nang và áp xe gan thì bờ của gan biến dạng một cách không đều.

### **2. Điều trị**

Điều trị nguyên nhân: bệnh giang mai.



## UNG THƯ GAN NGUYÊN PHÁT

### 1. Các thể bệnh

Có 2 thể bệnh:

- Thể khởi phát ở gan: có một hoặc nhiều u ác tính. Đôi khi khối u có thể lan ngược dòng vào tĩnh mạch cửa.
- Thể ung thư có gốc ở đường dẫn mật, có nhiều khối u ác tính.

### 2. Triệu chứng lâm sàng

- Người bệnh gầy sút nhanh và nhiều.
- Bất động qua các động tác hô hấp.
- Sờ nắn gan thấy: gan to, không đều.
- Vàng da: do đường dẫn mật bị đè ép từ bên ngoài.
- Sốt nhẹ (có thể là triệu chứng nổi bật).
- Cổ trướng, nước màng bụng có máu.

### 3. Điều trị

Ít kết quả.

## UNG THƯ GAN THỨ PHÁT

### 1. Nguyên nhân gây bệnh

Các di căn ung thư di tới gan theo các con đường sau:

- Tĩnh mạch cửa: di căn của ung thư đường tiêu hoá.

- Di căn trực tiếp từ ung thư đường dẫn mật hoặc tuyến tụy.
- Đường bạch huyết hoặc động mạch gan.

Các di căn ung thư ở gan là loại di căn hay gặp nhất. Chúng bắt nguồn chủ yếu từ đường tiêu hoá, từ tuyến tụy, từ cơ quan sinh dục, từ phổi...

## 2. Triệu chứng

- Có triệu chứng của ung thư gan nguyên phát.
- Gan to, rất rắn.
- Mật gan có nhiều khối u cứng.

## 3. Điều trị

Tạm thời, ít kết quả.

## U NANG BÀO SÁN Ở GAN

U nang bào sán ở gan là u nang gan do sự phát triển thể ấu trùng của *Taenia echinococcus*.

### 1. Triệu chứng lâm sàng

#### a. Nhiễm độc bào sán

Rối loạn tiêu hoá (chán ăn, tiêu chảy), chảy máu cam, ngứa, có đợt mày đay tái phát.

#### b. Các dấu hiệu tại chỗ

- U nang tiến triển ở trong bụng: cảm giác nặng ở hạ sườn phải. Có thể sờ thấy ở gan có một khối u tròn, nhẵn, đều, không đau.

- U nang tiến triển ở trong ngực: người bệnh ho, đau phần dưới ngực bên phải. Có hội chứng 3 giảm ở đáy phổi phải (gõ đục, rung thanh và rì rào phế nang giảm hoặc mất).

*c. Xét nghiệm máu*

Có biểu hiện tăng bạch cầu toan tính (bạch cầu ưa eosin).

## 2. Biến chứng

- Bội nhiễm vi khuẩn: có sốt cao.
- Vỡ vào màng bụng tự do: gây viêm màng bụng cấp tính và shock (choáng) quá mẫn. Vỡ vào màng phổi gây viêm màng phổi. Vỡ vào phế quản gây áp xe phế quản...
- Đè ép vào tĩnh mạch cửa, đường dẫn mật.
- Suy mòn.

## 3. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với các bệnh

- Ung thư gan
- Túi mật to.
- Khối u thận (bên phải).

## 4. Điều trị

- Tiêm kháng nguyên bào sán với liều lượng tăng dần.
- Phẫu thuật: mở u nang hoặc cắt bỏ u nang.

## XƠ GAN

Xơ gan là bệnh của gan có một tính chất chung là: xơ tăng sinh mô liên kết do nhiều nguyên nhân khác nhau.

## 1. Xơ gan Laënnec

Xơ gan Laënnec còn gọi là xơ gan do nghiện rượu, xơ gan teo.

Xơ gan Laënnec là tình trạng xơ cứng teo gan, có kèm hiện tượng giảm thể tích của gan và một hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch của.

### a. Nguyên nhân gây bệnh

- Rượu kết hợp với thiếu ăn.
- Thiếu protid trong chế độ dinh dưỡng.
- Nhiễm độc arsenic, Pb, đồng (Cu), carbon, tetraclorua...
- Trạng thái nhiễm độc - nhiễm khuẩn trong các bệnh lao, sốt rét, sán giạt.
- Viêm gan dịch thể: gây xơ gan phì đại kiểu Hanot (hội chứng Hanot)

b. *Triệu chứng*: trong xơ gan Laënnec, lúc đầu có sự úm của tế bào gan. Sự úm này có thể tiến triển tới xơ gan, đồng thời có tăng áp lực tĩnh mạch của làm cho lách to.

Triệu chứng thể hiện khác nhau trong 2 giai đoạn của xơ gan Laënnec:

- **Giai đoạn tiền cổ trướng**:
  - Người bệnh mệt mỏi, gầy sút nhiều.
  - Rối loạn tiêu hoá: trướng bụng, ợ hơi, táo bón và tiêu chảy xen kẽ.
  - Nôn ra máu hoặc đi ngoài ra máu đen.
  - Cảm giác nặng ở hạ sườn phải, chảy máu cam, xuất huyết ở lợi và trĩ.
  - Có thể: giảm kinh hoặc vô kinh (ở nữ) hoặc liệt dương (ở nam).

Khám bệnh nhân, ta thấy:

- Có trạng thái ngấm rượu: run các ngón tay và lưỡi, có phình tĩnh - mạch nhỏ ở gò má, viêm nhiều dây thần kinh.
- Vàng da kín đáo, rụng lông nách, teo tinh hoàn, có chứng vú to.
- Có ban đỏ hoặc u mạch ở cánh tay, ngón tay, gan bàn tay.
- Bụng trương có kèm theo mạng tĩnh mạch rõ ràng.
- Phù mắt cá chân.
- Gan to, nhẵn, không đau.
- Giai đoạn cổ trướng:
  - Cổ trướng (nước trong ổ màng bụng) có kèm theo phù hai chi dưới.
  - Có tràn dịch màng phổi bên phải.
  - Gan to: bờ gan rắn và đều.
  - Có tuần hoàn bàng hệ: biểu hiện bằng một mạng tĩnh mạch giãn nở, có búi trĩ và phình tĩnh mạch thực quản.
  - Vàng da rõ rệt.
  - Có dấu hiệu suy tim: tim to, nhịp tim nhanh.

### c. Chẩn đoán bệnh

Dựa vào dấu hiệu:

- Tiền sử nghiện rượu.
- Khó tiêu, tiêu chảy và táo bón xen kẽ, cảm giác nặng ở hạ sườn phải.
- Chảy máu cam, nôn ra máu (do phình tĩnh mạch thực quản, đi ngoài ra máu đen).

- Gan to (ở giai đoạn đầu), có u mạch hình sao và ban đỏ ở gan bàn tay.
- Cổ trướng, vàng da, suy mòn.

#### *d. Tiến triển*

Bệnh xơ gan Laënnec tiến triển nhanh nhiều đợt.

- Phù tăng lên, buộc phải chọc tháo cổ trướng. Vì vậy có thể gây viêm màng bụng cấp tính.
- Hiện tượng chảy máu nặng thêm lên.
- Vàng da nặng, báo hiệu suy gan nặng.
- Có thể gây nghẽn tĩnh mạch cửa, ung thư gan, nhiễm khuẩn gian phát hoặc hội chứng Korsakoff.

#### *e. Điều trị*

- Nghỉ ngơi tuyệt đối trên giường.
- Chế độ ăn nhiều protein và glucid và phải cai rượu.
- Dùng vitamin: vitamin A (5000 đơn vị), vitamin D (1000 đơn vị), các vitamin B, men bia.
- Điều trị thiếu máu: dùng sắt, cao gan.
- Điều trị phù, cổ trướng, giảm protein - huyết: chế độ ăn nhạt, dùng thuốc lợi niệu (chlorothiazid và các dẫn xuất).
- Spironolacton 400 - 800mg/24h.
- Corticoid: dùng prednisolon 30mg - 40mg/24h.
- Chọc tháo cổ trướng.

## **2. Xơ gan nhiễm độc**

Xơ gan nhiễm độc còn gọi là xơ gan sau hoại tử. Đó là một bệnh gan mạn tính xảy ra sau hoại tử gan.

*a. Nguyên nhân*

Xơ gan nhiễm độc là di chứng của teo gan vàng cấp tính.

Nguyên nhân thường gặp:

- Nhiễm độc đối với gan.
- Viêm gan dịch tế.

*b. Triệu chứng lâm sàng*

- Trong tiền sử bệnh có triệu chứng vàng da (do viêm gan dịch tế), vàng da kéo dài hoặc tái phát.
- Có tổn thương ở thận kết hợp với tổn thương ở gan (viêm gan - thận).
- Xơ gan được hình thành sau viêm gan nhiễm độc.

*c. Chẩn đoán*

Cần nghĩ đến bệnh xơ gan nhiễm độc khi bệnh xơ gan xảy ra ở một bệnh nhân trẻ, không nghiện rượu và các rối loạn ở gan bắt đầu bằng triệu chứng vàng da.

*d. Điều trị*

Như điều trị xơ gan Laënnec.

### **3. Xơ gan do mật nguyên phát**

Xơ gan mật nguyên phát còn gọi là xơ gan do viêm gan nguyên phát, hội chứng Hanot, xơ gan phì đại kèm vàng da mạn tính hoặc xơ gan viêm ống mật.

*a. Nguyên nhân*

- Viêm ống mật và viêm quanh ống mật.
- Các độc tố hoặc thể bệnh chất tạo keo vi phạm các ống mật nhỏ.

*b. Triệu chứng lâm sàng*

- Khởi đầu của bệnh giống như khởi đầu của viêm gan dịch tễ.
- Bệnh tiến triển thành nhiều đợt, kèm theo các triệu chứng:
  - + Vàng da mạn tính.
  - + Gan to, lách to, có các u vàng.
  - + Sốt, ngứa, đau bụng.
  - + Cổ trướng, xuất huyết đường tiêu hoá, phình tĩnh mạch thực quản: xuất hiện ở giai đoạn cuối của bệnh.

*c. Điều trị*

- Thuốc kháng sinh.
- Điều trị suy gan: xem điều trị bệnh xơ gan Laënnec.
- Điều trị ngứa: dùng methyltestosteron 25mg/24h, corticoid hoặc ACTH với liều lượng bình thường.

**4. Xơ gan ứ mật**

Đó là một loại xơ gan do mật thứ phát sau khi ống mật chủ bị tắc.

*a. Nguyên nhân*

Người ta phân biệt:

- Bệnh bẩm sinh: hẹp đường dẫn mật ở trẻ em.
- Bệnh sỏi ống mật chủ.
- Ống mật chủ bị chít hẹp lại sau chấn thương.
- Ung thư đầu tuyến tụy.
  - + Đè ép do: hạch lao, áp xe lạnh trong bệnh lao, viêm nếp ngang tá tràng.



- + Tác động dẫn mật thứ phát sau viêm tuyến tụy mạn tính, viêm ống mật chủ gây hẹp.

*b. Triệu chứng lâm sàng*

- Sốt có kèm mệt mỏi, chán ăn.
- Vàng da: màu vàng lục. Có xuất hiện những u vàng ở mi mắt và ở da.
- Gan to: gan to và rắn, hơi đau.
- Lách to.
- Các dấu hiệu tăng áp lực tĩnh mạch cửa: biểu hiện chủ yếu bằng vỡ phình tĩnh mạch thực quản.

*c. Điều trị*

- Điều trị nội khoa: như điều trị bệnh xơ gan Laënnec.
- Điều trị phẫu thuật:
  - + Nối đường dẫn mật và ruột.
  - + Phẫu thuật chữa tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

## **5. Xơ gan do tim**

Bệnh xơ gan do tim là bệnh gan ứ máu do suy tim (cấp hoặc mạn).

Đây là một thể xơ gan trong đó mô liên kết tăng sinh sau hiện tượng ứ máu và sau trạng thái thiếu oxy huyết.

*a. Nguyên nhân:* thứ phát sau ứ máu và sau trạng thái thiếu oxy huyết do suy tim.

*b. Triệu chứng*

- Cảm giác nặng ở hạ sườn phải.
- Có cơn đau sỏi gan giả hay là đau gan khi gắng sức nhân dịp có một đợt suy tim cấp tính hay gắng sức.

- Gan to, chắc và đau.
  - Cổ trướng.
  - Lách to.
- c. *Điều trị*: như điều trị suy tim.

## **LOẠN VẬN ĐỘNG ĐƯỜNG MẬT**

Đó là tình trạng rối loạn chức năng của các đường dẫn mật.

### *a. Nguyên nhân*

- Mất sự vận động đồng bộ giữa cơ thắt Oddi tăng trương lực (hoặc mất trương lực) và túi mật.
- Trong một số trường hợp, bệnh cơ thắt Oddi xảy ra sau khi cắt bỏ túi mật.

### *b. Triệu chứng lâm sàng*

- Có sốt nhẹ.
- Có cơn đau sỏi gan do rối loạn vận động đường dẫn mật.
- Có ứ mật ít và thoáng qua.

### *c. Chẩn đoán bệnh*

- Chẩn đoán xác định loạn vận động đường mật rất khó vì chỉ căn cứ chủ yếu vào triệu chứng “đau” mà không tìm thấy tổn thương, chỉ có “sự co thắt Oddi đóng”.
- Chẩn đoán phân biệt:
  - + Dị dạng bẩm sinh ở các đường dẫn mật: có các chỗ gấp khúc bất thường.
  - + Viêm cơ thắt Oddi sau viêm tuyến tụy.
  - + Viêm quanh túi mật hoặc viêm quanh ống mật chủ.

- + Hẹp do viêm nguyên phát phần dưới của ống mật chủ.
- + Ung thư bóng Vater.
- + Ký sinh trùng ở đường dẫn mật (u nang bào sán, giun đũa).
- + Sỏi đường dẫn mật.

*d. Điều trị*

- Chế độ ăn khá rộng rãi và rất cân bằng.
- Thuốc an thần và chống co thắt: phenobarbital, có thể phối hợp với atropin.
- Trong khi đang có cơn đau: dùng nitrit, aminophyllin.

## **BỆNH SỎI MẬT**

Bệnh sỏi mật là sự hình thành các hòn sỏi trong túi mật.

### **1. Nguyên nhân**

Chưa rõ, có thể do:

- Nhiễm khuẩn mật.
- Viêm do nguồn gốc hoá học: có thể do mật quá đậm đặc.
- Ứ đọng mật trong túi mật.
- Mất cân bằng chất keo: làm cho cholesterol kết tủa.
- Các yếu tố thuận lợi: thai nghén, các bệnh tan máu, viêm gan dịch tế, béo phì.

### **2. Thành phần cấu tạo hòn sỏi mật**

Có thể là: hỗn hợp cholesterol và calci bilirubinát.

### 3. Triệu chứng lâm sàng

- Cơ đau sỏi gan: đau liên tục với các cơn kịch phát ở vùng hạ sườn phải hoặc ở hõm thượng vị. Đau lan ra phía sau như xuyên hoặc vòng quanh bờ sườn.
- Kèm theo: buồn nôn, nôn mửa, ức chế hô hấp.
- Sốt vừa phải, vàng da nhẹ, nhịp tim nhanh.
- Rối loạn tiêu hoá: đau với cảm giác nóng bỏng ở vùng thượng vị, có cảm giác nặng nề sau bữa ăn, trướng bụng và buồn nôn.
- Có thể có viêm ruột kết, đau ruột kết, táo bón xen kẽ tiêu chảy.
- Khi sờ nắn bụng trong cơn bệnh cấp tính người ta thấy phản ứng tự vệ ở vùng hạ sườn phải, đôi khi có kèm cơ cứng cơ phản xạ.

### 4. Tiến triển

Sỏi mật kèm theo viêm túi mật mạn tính tiến triển với:

- Rối loạn tiêu hoá.
- Có cơn đau sỏi gan.

### 5. Biến chứng

- Viêm túi mật cấp tính và viêm quanh túi mật.
- Viêm ống mật.
- Tràn mật màng bụng.
- Viêm tuyến tụy cấp tính.
- Viêm tĩnh mạch cửa hoặc nghẽn tĩnh mạch cửa.
- Xơ gan do mật.
- Lở rò mật và tắc ruột do mật.

## 6. Điều trị

- Chế độ ăn: tránh các thức ăn béo, đồ hộp, thịt chế biến, chocolate, trứng.
- Điều trị bằng thuốc:
  - + Dùng dung dịch bourget, natri sulfat, magiê sulfat, arthichand, dầu ôliu.
  - + Thuốc chống co thắt: atropin, chườm nóng tại chỗ.
- Trong trường hợp viêm ruột kết: dùng calci, bismuth, cao tuyến tụy.
- Liệu trình nước sôi nóng: áp dụng một liệu trình nước sôi nóng khi có các biểu hiện đau.
- Điều trị phẫu thuật nếu cần thiết.

## BỆNH SỎI ỚNG MẬT CHỦ

### 1. Nguyên nhân

Bệnh sỏi ống mật chủ là một biến chứng của bệnh sỏi mật.

Bệnh này còn được gọi là bệnh sỏi ở đường dẫn mật chính.

Nguyên nhân gây bệnh sỏi ống mật chủ cũng là nguyên nhân gây bệnh sỏi mật.

### 2. Triệu chứng lâm sàng

#### a. Các thể vàng da

Biểu hiện bằng tam chứng cổ điển:

- Cơn đau sỏi gan: như cơn đau túi mật.
- Sốt cao.

- Vàng da đồng thời phân bị bạc màu, nước tiểu trở thành xẫm.

Khám: thấy gan to, đều và đau khi sờ nắn.

*b. Các thể vàng da không điển hình*

- Vàng da do ứ mật: không đau và không sốt.
- Hội chứng gan - thận: viêm ống mật cấp tính nặng gây tổn thương ở thận: vàng da xẫm, sốt, rét run có albumin niệu, đi tiểu ít, tăng urê huyết.

*c. Các thể không vàng da*

- Thể đau đơn thuần: chỉ có những cơn đau sỏi gan.
- Thể sốt: chỉ có những cơn sốt.
- Các thể bệnh khác: nhầm với viêm ruột thừa, tắc ruột.

### **3. Biến chứng**

Các biến chứng có thể gặp:

- Viêm ống mật.
- Viêm túi mật.
- Tích mủ túi mật.

### **4. Chẩn đoán phân biệt**

- Hẹp ống mật chủ do ung thư: do ung thư tuyến tụy, ung thư của phần dưới của ống mật chủ.
- Tắc và hẹp ống mật chủ không do ung thư: do viêm, do ký sinh trùng (u nang bào sán, giun đũa, sán lá gan).
- Viêm gan kéo dài.

### **5. Điều trị**

Phẫu thuật.

## VIÊM ỚNG MẬT

Viêm ống mật là bệnh viêm các đường dẫn mật ở bên trong và ở bên ngoài gan.

### 1. Nguyên nhân

- Sự ứ mật do sỏi hay là do ung thư.
- Trục khuẩn Coli và tràng cầu khuẩn.
- Viêm gan dịch tế.

### 2. Triệu chứng lâm sàng

#### *a. Thể xuất tiết*

- Sốt.
- Đau bụng có kèm vàng da.
- Tăng bạch cầu đa nhân.

#### *b. Thể nung mủ: gặp ở người già và người có cơ thể suy mòn.*

- Sốt có kèm những đợt kịch phát rét run.
- Vàng da.
- Thể trạng suy sụp, mạch nhanh.
- Nôn và tiêu chảy, kèm theo dấu hiệu mất nước.
- Gan to và lách to.

#### *c. Viêm ống mật nung mủ có kèm tăng urê huyết*

- Đi tiểu ít, có trụ niệu.
- Urê huyết tăng.

### 3. Tiến triển

Tiến triển xấu của bệnh nếu không loại trừ được chướng ngại vật ra khỏi đường dẫn mật.

Biến chứng có thể gặp:

- Viêm túi mật.
- Nhiều áp xe ở gan.
- Nhiễm trùng huyết.
- Suy gan dẫn đến tử vong.

#### **4. Điều trị**

- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc điều trị suy gan.
- Phẫu thuật dẫn lưu các đường dẫn mật.

## **VIÊM TÚI MẬT CẤP TÍNH**

Viêm túi mật cấp tính còn gọi là viêm ống - túi mật cấp tính.

Viêm túi mật cấp tính hầu như luôn luôn có kèm viêm đường dẫn mật (viêm ống - túi mật).

#### **1. Nguyên nhân**

- Sỏi túi mật.
- Trực khuẩn Coli, liên cầu khuẩn, tụ cầu khuẩn, trực khuẩn thương hàn.

#### **2. Triệu chứng lâm sàng**

- Đau ở hạ sườn phải, giống như đau bụng gan.
- Sốt.
- Buồn nôn và nôn.
- Vàng da.



- Vùng hạ sườn phải bị co cứng và đau. Có thể sờ thấy túi mật to ra và đau.

### 3. Tiến triển

Bệnh khởi sau vài ngày nhưng hay tái phát.

Biến chứng có thể gặp: viêm túi mật hoại thư gây thủng và viêm quanh túi mật hoặc viêm màng bụng, viêm ống mật nghiêm trọng, áp xe gan, viêm tuyến tụy cấp tính.

### 4. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với các bệnh:

- Loét dạ dày - tá tràng bị thủng, đặc biệt khi có thủng gây viêm màng bụng.
- Viêm ruột thừa cấp tính.
- Viêm bể thận - thận phải.

### 5. Điều trị

#### a. Điều trị nội khoa

- Nghỉ ngơi hoàn toàn, chườm lạnh.
- Dùng thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, thuốc chống co thắt (atropin), thuốc an thần.
- Điều trị rối loạn điện giải (K và Na), đồng thời có thể truyền huyết thanh glucose hoặc NaCl 9%.

#### b. Điều trị ngoại khoa

Phẫu thuật khi có viêm màng bụng, dọa thủng và hoại thư túi mật (có triệu chứng: khối túi mật căng phồng, đau khi sờ nắn, có trạng thái nhiễm độc - nhiễm khuẩn nặng).

## VIÊM TÚI MẬT MẠN TÍNH

Xảy ra thứ phát hoặc không phải thứ phát sau viêm túi mật cấp tính, gặp ở người mắc bệnh sỏi túi mật.

### 1. Triệu chứng

Có bệnh cảnh lâm sàng của bệnh sỏi mật: rối loạn tiêu hoá xen lẫn với những tai biến kịch phát do những chế độ ăn bất thường gây ra.

### 2. Nguyên nhân

Viêm túi mật mạn tính xảy ra do:

- Sỏi túi mật.
- Rối loạn vận động đường dẫn mật.

### 3. Điều trị

- Điều trị nội khoa trong trường hợp do rối loạn vận động đường dẫn mật (xem cách điều trị bệnh này).
- Điều trị ngoại khoa: cắt bỏ túi mật trong trường hợp do sỏi túi mật.

## VIÊM TÚI MẬT THỦY THŨNG

Viêm túi mật thuỷ thũng còn gọi là túi mật tích nước hoặc bệnh sỏi ống túi mật.

Đó là tình trạng túi mật bị giãn nở.

### 1. Nguyên nhân

Do tắc ống túi mật.

## **2. Triệu chứng lâm sàng**

- Có cơn đau sỏi gan: thường do chế độ ăn vô độ.
- Túi mật sưng cách hồi hoặc thường xuyên chứa đầy một thứ nước nhầy.
- Sờ nắn thấy: khối tròn hình quả lê to theo hướng rốn, căng mọng, chun giãn di chuyển theo các động tác hô hấp và không đau.
- Không sốt và không vàng da.

## **3. Tiến triển**

Túi mật tích nước có thể bị nhiễm khuẩn và biến thành túi mật tích mủ.

## **4. Điều trị**

Theo cách điều trị bệnh sỏi mật và bệnh viêm túi mật cấp tính.

# **UNG THƯ CÁC ĐƯỜNG DẪN MẬT**

Đây là bệnh của khối u ác tính khởi phát từ túi mật hoặc các đường dẫn mật.

## **1. Nguyên nhân**

Gặp ở những người mắc bệnh sỏi mật.

## **2. Triệu chứng lâm sàng**

- Đau âm ỉ ở vùng hạ sườn phải.
- Sờ nắn thấy túi mật to, căng phồng và nhẵn (quy luật Courvoisier).

- Gan to và mật gan có thể không nhìn do ố di căn ung thư.
- Vàng da: xuất hiện sớm.
- Sốt và đôi khi có rét run.
- Có máu ngầm trong phân: gặp trong ung thư bóng Vater.

### 3. Điều trị

Phẫu thuật: nối đường dẫn mật với ruột.

## VIÊM TUYẾN TỤY CẤP TÍNH

Bệnh viêm tuyến tụy cấp tính còn gọi là viêm tuyến tụy xuất huyết, viêm phù tuyến tụy hoặc hoại tử tuyến tụy cấp tính; nhiều khi viêm có kèm hoại tử mỡ mạc nối, mạc treo ruột hoặc phúc mạc.

### 1. Nguyên nhân

Người ta thừa nhận thuyết tự tiêu hoá tuyến tụy do các enzym tuyến tụy đột nhiên được hoạt hoá. Sự hoạt hoá các enzym tuyến tụy này có thể là do mật hoặc dịch tá tràng bị dẫn ngược vào trong ống Wirsung.

### 2. Triệu chứng lâm sàng

- Đau dữ dội vùng thượng vị, lan ra sau lưng; hiếm hơn là lan ra hai mạng sườn hoặc ra vùng xương ức.
- Buồn nôn và nôn.
- Có trạng thái shock (choáng).
- Sốt (khoảng 38°C) và vàng da.
- Co cơ tự vệ ở vùng thượng vị, bụng trướng hơi và tắc liệt ruột.

### 3. Chẩn đoán

#### a. Chẩn đoán xác định

Dựa vào:

- Đau dữ dội vùng thượng vị, lan ra sau lưng.
- Buồn nôn và nôn.
- Sốt và có trạng thái "sốc" (choáng).
- Tăng amylase huyết.

\* *Chú ý:* tắc ruột và bệnh quai bị cũng có thể làm tăng amylase huyết.

#### b. Chẩn đoán phân biệt

- Cơ đau sỏi gan.
- Thủng vết loét dạ dày - tá tràng.
- Tắc ruột.
- Nhồi máu cơ tim.
- Nhồi máu mạc treo ruột.

### 4. Tiến triển

Viêm tụy cấp tính là một bệnh nặng, dễ tử vong, bệnh hay tái phát.

#### \* *Biến chứng:*

Những biến chứng có thể xảy ra:

- Áp xe tuyến tụy.
- Viêm tuyến tụy mạn tính.
- Áp xe dưới cơ hoành.
- U nang giả tuyến tụy.
- Vàng da do tắc mật.
- Đái tháo đường (bệnh tiểu đường).

## 5. Điều trị

### a. Điều trị nội khoa

- Thuốc ức chế sự tiết dịch vị: Atropine, hoặc các thuốc chống tiết choline khác.
- Thuốc kháng sinh có tác dụng rộng.
- Hút dạ dày liên tục, tránh tiếp xúc ăn qua đường miệng. Hút dạ dày có xu hướng gây ra một trạng thái nhiễm kiềm chuyển hoá có kèm giảm kali huyết và sau đó trạng thái này có thêm biến chứng nhiễm acid ceton do nhịn đói. Do đó, phải điều trị rối loạn điện phân.
- Thuốc ức chế hoạt lực tiêu protein của trypsin: dùng trasytol với liều lượng 30000 - 40000 đơn vị (UI) và giảm liều dần trong những ngày sau (trasytol 5000 đơn vị/đồng, tiêm tĩnh mạch).
- Thuốc chữa giảm calci huyết: dùng calci gluconat.
- Vitamin K trong trường hợp thê tạng xuất huyết.

### b. Điều trị phẫu thuật

Mở ổ tuyến tụy và dẫn lưu.

## VIÊM TUYẾN TUY MẠN TÍNH

Viêm tuyến tụy mạn tính dẫn tới trạng thái xơ tuyến tụy.

### 1. Nguyên nhân

- Bệnh sỏi mật.
- Những lần tái phát viêm tuyến tụy cấp tính.
- Nghiện rượu kinh niên.

- Các bệnh tu mật.
- Bệnh sỏi tụy.
- Loét dạ dày - tá tràng.

## 2. Triệu chứng lâm sàng

- Toàn trạng sút kém, mệt mỏi và gầy sút.
- Đau khu trú ở vùng thượng vị hoặc ở vùng hạ sườn trái và lan ra phía sau lưng.
- Rối loạn tiêu hoá: chán tiêu, chán ăn, tiêu chảy. Ở giai đoạn cuối bệnh nhân đi ngoài ra phân mỡ.
- Sờ nắn bụng: thấy một khối bất thường trong thể bệnh bị biến chứng u nang giả.
- Vàng da do ứ mật là một biến chứng muộn.

## 3. Chẩn đoán

Chẩn đoán xác định dựa vào:

- Những cơn đau liên tiếp ở vùng thượng vị, lan ra sau lưng.
- Chán ăn, buồn nôn và nôn, tiêu chảy, phân có mỡ.
- Tăng amylase huyết, rối loạn chuyển hoá carbohydrat.
- Có những điểm calci hoá ở tuyến tụy.

## 4. Tiến triển

Bệnh tiến triển thành những đợt cấp tính, đôi khi dẫn tới giảm năng tuyến tụy.

## 5. Điều trị

- Chế độ ăn uống: thức ăn chứa nhiều carbohydrat, ít mỡ và protein; các chế phẩm chứa nhiều vitamin, calci, acid amin.

- Pancreatin: 6 - 8g/24h.
- Chữa bệnh túi mật hoặc loét dạ dày - tá tràng nếu có.
- Chữa bệnh tiểu đường nếu có.
- Trong trường hợp vàng da: mở thông túi mật - ruột.
- Cắt bỏ một phần tuyến tụy, nối thông tuyến tụy - ruột.

## VIÊM TUYẾN TỤY DO QUAI BỊ

Là viêm tuyến tụy cấp tính xảy ra trong khi mắc bệnh quai bị.

### 1. Triệu chứng lâm sàng

- Đau bụng, buồn nôn và nôn.
- Bụng bị co cứng một cách kín đáo.
- Định lượng amylase trong huyết thanh và trong nước tiểu ít có giá trị.

### 2. Điều trị

Chữa bệnh quai bị.

## BỆNH SỎI TUYẾN TỤY

Đây là bệnh ít gặp với đặc điểm là tắc các ống tụy có kèm xơ hoá thứ phát của tuyến tụy.

### 1. Triệu chứng lâm sàng

- Bệnh không có triệu chứng hoặc có kèm các triệu chứng viêm tuyến tụy cấp tính hoặc mạn tính.



- Đôi khi có kết hợp bệnh tiểu đường hoặc bệnh loét ruột tá tràng.

## 2. Điều trị

- Phẫu thuật để lấy sỏi hoặc mỡ tụy.
- Bệnh thường tái phát.

# UNG THƯ TUYẾN TỤY

Ung thư tuyến tụy thường xảy ra sau viêm tụy mạn tính và bệnh sỏi tuyến tụy.

## 1. Triệu chứng lâm sàng

### a. Ung thư đầu tuyến tụy

- Khởi đầu: toàn trạng suy sụp, có rối loạn tiêu hoá.
- Thời kỳ toàn phát:
  - + Vàng da: đó là dấu hiệu phát giác ung thư đầu tuyến tụy, vàng da ngày càng xậm.
  - + Không sốt và không đau.
  - + Có thể sờ nắn thấy một túi mật to ra, tròn, nhẵn, căng phồng (quy luật Courvoisier).
  - + Gan to, nhẵn, đều và ít đau.
  - + Lách có thể to hoặc không to.
  - + Có thể có dấu hiệu: viêm tĩnh mạch di chuyển. Viêm tĩnh mạch di chuyển có thể là dấu hiệu đầu tiên của bệnh.

### b. Ung thư thân tuyến tụy

- Đau: thường xuất hiện thành cơn kịch phát, ở phần dưới của hông thượng vị hoặc ở vùng hạ sườn trái, lan ra sau lưng.

- Vàng da: xuất hiện muộn.

c. *Ung thư đuôi tuyến tụy*: có tính chất tiềm tàng và biểu hiện ra bằng một di căn.

## 2. Chẩn đoán

a. *Chẩn đoán xác định*: dựa vào triệu chứng vàng da tiến triển ở một bệnh nhân quá 40 tuổi. Dấu hiệu này cho ta nghĩ đến ung thư đầu tuyến tụy.

b. *Chẩn đoán phân biệt*

- Vàng da do ứ mật.

- Cơ đau kịch phát của bệnh loét dạ dày - tá tràng hoặc nhiễm độc chì (Pb).

## 3. Điều trị

Phẫu thuật ít kết quả.

# U NANG TUYẾN TỤY

Có hai loại u nang tuyến tụy:

## 1. Các u nang thật

- Các u nang bẩm sinh, các u nang dạng da: hiếm gặp.

- Các u nang tuyến tụy: gặp nhiều; có thể chẩn đoán được nếu kích thước của u nang lớn. Có khả năng bị ung thư hoá.

## 2. Các u nang giả

Các u nang giả thứ phát sau viêm tuyến tụy cấp tính hoặc mạn tính.

Là hậu quả của hoại tử tuyến tụy cấp tính hoặc mạn tính.

Có triệu chứng:

- + Đau: tương ứng với sự tăng thể tích của u nang.
- + Có dấu hiệu giảm năng tuyến tụy (xem bài viêm tuyến tụy mạn tính).
- Các u nang giả thừ phát sau tắc các ống tụy: tắc có thể là do viêm hoặc ung thư.

Loại này có thể có kích thước lớn mà không gây ra triệu chứng hiển nhiên.

### **3. Điều trị các u nang tuyến tụy**

Phẫu thuật là phương pháp duy nhất để điều trị u nang tuyến tụy.

## **CÁC BỆNH TIẾT NIỆU**

### **PHÙ**

#### **1. Mở đầu**

Phù là sự ngấm huyết thanh vào mọi loại mô (đặc biệt là mô dưới da và dưới niêm mạc) do sự tăng dịch gian bào.

Phù toàn thân nhiều khi có kèm theo cổ trướng (tràn dịch màng bụng), tràn dịch màng phổi và đôi khi tràn dịch màng tim.

Hiện tượng phù do cơ chế sinh bệnh sau đây:

- Sự giữ natri và nước.
- Giảm áp lực thẩm thấu keo của các protein - huyết tương là sự giảm các protein - huyết tương, chủ yếu là albumin làm cho dịch thoát khỏi các mao mạch để vào các mô và gây phù.
- Tăng áp lực tĩnh mạch.
- Giảm áp lực cơ học trong các mô.
- Các rối loạn dẫn lưu bạch huyết.
- Tăng tính thấm của mao mạch.
- Tác dụng của các hormon (nội tiết tố): hormon chống bài niệu của thùy sau tuyến yên và các steroid vỏ thượng thận kiểm soát sự cân bằng của các dịch và các chất điện phân của cơ thể.

## 2. Chẩn đoán nguyên nhân phù

### a. Phù tim

Có triệu chứng:

- Có dấu hiệu bệnh tim: giãn tim, có tiếng thổi, tiếng ngựa phi.
- Có dấu hiệu suy tim: khó thở khi nằm, gan to, tăng áp lực tĩnh mạch.

### b. Phù thận

- Có hội chứng hư thận: bao gồm cả viêm thận bán cấp, hư thận mỡ, thoái hoá thận dạng tinh bột.
- Albumin niệu rất nhiều, có ít hoặc không có huyết niệu, phù lâu, có trụ mỡ hay trụ sáp, giảm protein huyết.

### c. Phù gan

- Có dấu hiệu xơ gan.
- Vàng da.
- Có cổ trướng và giãn các tĩnh mạch bàng hệ.
- Chức năng gan hư biến: giảm protein huyết.

### d. Phù do thiếu protein

- Do chế độ ăn không thích hợp.
- Giảm protein huyết.
- Có dấu hiệu thiếu dinh dưỡng hay là bệnh pellagra.

e. Phù do thiếu vitamin B1: phù trong bệnh tê phù, chủ yếu do suy tim với lưu lượng cao.

f. Phù do thiếu kali: phù đôi khi phát sinh một cách nghịch thường ở những người nhận một liều muối lợi niệu quá cao.

Có triệu chứng giảm kali huyết, vì vậy làm rối loạn hoạt động của thận và gây phù.

*g. Phù trong phù niêm*

Triệu chứng:

- Phù cứng, không có dấu hiệu ấn lõm.
- Da khô và ráp.

*h. Phù do hormon (nội tiết tố):* loại phù này xuất hiện trong trường hợp

- Tăng tiết andosteron gây hội chứng Cushing.
- Điều trị bằng corticoid, androgen và oestrogen.

*i. Phù do thai nghén*

Thường xuất hiện sau thai nghén tháng thứ 6. Nguyên nhân của phù do thai nghén là:

- Những rối loạn hormon.
- Những biến đổi huyết động.

*k. Phù cục bộ*

Do các nguyên nhân:

- Viêm: kèm theo dấu hiệu nóng, đỏ, đau.
- Dị ứng: phù thoáng qua và không đau.
- Rối loạn tĩnh mạch: có tính chất không đối xứng và có biến chứng rối loạn da (như: loét, eczema (chàm), viêm mao mạch).
- Rối loạn bạch mạch: nhiều khi trở nên cứng do lớp dưới da dày lên (do tăng sinh nguyên bào sợi).

### 3. Tính chất lâm sàng của phù

#### a. Sự phân bố của phù

- Phù khu trú ở riêng một bên chân: thường do tắc tĩnh mạch hay tắc bạch mạch (viêm tĩnh mạch, giãn tĩnh mạch).
- Phù phổi hợp với giảm protein huyết nhiều khi khu trú ở mí mắt và mặt. Hiện tượng này rõ hơn vào buổi sáng vì ban đêm bệnh nhân nằm ở tư thế nằm ngang.
- Phù tim rõ rệt ở cẳng chân và vào buổi tối, vì người mắc bệnh tim không chịu đựng được tư thế nằm ngang hoàn toàn vào ban đêm.
- Có những nguyên nhân hiếm gặp của phù mặt là: bệnh giun xoắn, phù niêm và các phản ứng dị ứng (phù Quincke).

#### b. Hình dạng phù

- Phù cục bộ đỏ và không đau: nhiều khi là do giãn tiểu động mạch.
- Nếu có dấu hiệu nóng, ta phải nghĩ tới phù do viêm.
- Phù phổi hợp với xanh tím cục bộ thường là do tắc tĩnh mạch. Nếu xanh tím toàn thân thì nghĩ tới phù tim.
- Dấu hiệu da dầy lên ở trong vùng bị phù cho phép ta nghĩ tới viêm bạch mạch hoặc suy tim cũ.
- Phù mềm và trắng ở người bệnh xanh nhợt làm cho ta nghĩ tới chứng giảm protein huyết và đặc biệt nghĩ tới hội chứng suy thận.

#### Đặc điểm chung

- Phù mềm có dấu hiệu ấn lõm rõ (dấu hiệu Godet) là phù mới xuất hiện.
- Phù chắc và đau: đó là dấu hiệu của phù cũ.

# BÍ TIỂU TIỆN

## 1. Phân loại

*a. Bí tiểu tiện cấp tính hoàn toàn:* đó là khả năng mất tiểu tiện đột ngột, mặc dầu mót rất đau. Người bệnh vật vã, lo âu.

Vùng hạ vị có luôn luôn được sờ nắn thấy giống như một khối u mà bờ trên lên cao tới rốn. Đó là cầu bàng quang. Cầu bàng quang này căng đau và có tiếng đục khi gõ.

Bí tiểu tiện cấp tính hoàn toàn là một tai biến và tiểu tiện tự phát có khả năng xuất hiện lại.

*b. Bí tiểu tiện mạn tính không hoàn toàn*

- Bàng quang không bị căng phồng: có cận bàng quang với khối lượng 100ml - 300ml (dung tích sinh lý của bàng quang), có kèm theo đái dắt và đái khó.
- Bàng quang bị căng phồng: cận bàng quang quá 300ml.
  - + Đái dắt chủ yếu về ban đêm tiến tới đái dầm do bài tiết nước tiểu tự động. Sau bài niệu, cầu bàng quang vẫn không thay đổi.
  - + Suy thận: phát sinh dần dần; đồng thời, nitơ huyết tăng.
- Bí tiểu tiện mạn tính hoàn toàn: là trạng thái bí tiểu tiện vĩnh viễn đã hình thành và không thể tự nhiên khỏi được.

Triệu chứng: đái khó và đái dắt kéo dài ở người cao tuổi, đồng thời nước tiểu bị nhiễm khuẩn.

## 2. Nguyên nhân

*a. Bí tiểu tiện có nguyên nhân rõ ràng*

- Chấn thương tủy - cột sống: có triệu chứng liệt bàng quang và dấu hiệu thần kinh phối hợp.



- Điều trị: đặt ống thông tại chỗ.

- Chấn thương thận: bí tiểu tiện là do các cực đông bị tích lại ở trong bàng quang.

Điều trị: dùng ống thông hút để tháo ra.

- Chấn thương khung chậu: bí đái do đứt niệu đạo màng, do vỡ bàng quang dưới phúc mạc hoặc là bí tiểu tiện phản xạ.

Điều trị: dùng ống thông mềm hoặc mở bàng quang.

- Chấn thương đáy chậu: do đứt niệu đạo hành - đáy chậu, chỗ đứt thường ở niệu đạo màng.

Điều trị:

+ Dùng thuốc kháng sinh.

+ Mở thông bàng quang tức thì.

- Chấn thương ở bên trong niệu đạo: thương do thông niệu đạo.

*b. Bí tiểu tiện sau khi mổ*, có thể là một tổn thương niệu quản - cổ tuyến tiền liệt không được biết đến trước khi phẫu thuật.

Bí tiểu tiện có thể âm ỉ và tiến tới bài niệu tự động.

\* Điều trị

- Thuốc: atropin, pilocarpin, prostigmin.

- Hồi phục tư thế đứng.

- Thông niệu đạo vô trùng.

*c. Bí tiểu tiện trong viêm niệu đạo cấp tính do bệnh lậu*

Do tổn thương tuyến tiền liệt mà người ta kiểm tra bằng cách thăm khám ruột thẳng.

Điều trị:

- Thuốc: dùng morphin.
- Tắm ngâm nóng, thụt tháo.
- Thông niệu đạo.
- Mở đáy chậu để dẫn lưu áp xe tuyến tiền liệt.

*d. Bí tiểu tiện gốc ở niệu đạo*

- Hẹp niệu đạo: do chấn thương hoặc do bệnh lậu.

Điều trị:

- + Thông niệu đạo bằng ống thông nhỏ cỡ sợi chỉ.
- + Mở thông bàng quang.
- Các polyp và ung thư biểu mô niệu đạo: chẩn đoán bằng cách soi niệu đạo.

Điều trị:

- + Thông niệu đạo.
- + Mở thông bàng quang.
- Sỏi và dị vật: do có sỏi và dị vật ở niệu đạo

Điều trị: dùng kẹp dị vật để đẩy dồn các hòn sỏi ở sau về phía bàng quang và lấy các hòn sỏi ở phía trước ra.

*e. Bí tiểu tiện gốc ở cổ tuyến tiền liệt*

Do các bệnh:

- Viêm tuyến tiền liệt mạn tính: có triệu chứng bí tiểu tiện và có nước tiểu tồn dư ở trong bàng quang.

Điều trị:

- + Thuốc chống viêm.
- + Thông tiểu tiện.

- + Nhỏ dung dịch  $\text{NO}_3\text{Ag}$  0,5%.
- + Xoa bóp tuyến tiền liệt.
- U tuyến tiền liệt: bí tiểu tiện xảy ra ở nam giới trên 40 tuổi.
  - + Chẩn đoán bằng cách thăm trực tràng.
  - + Điều trị: thông niệu đạo.
- Ung thư tiền liệt tuyến.

Điều trị:

- + Đặt ống thông.
- + Phẫu thuật.

*f. Bí tiểu tiện do nguyên nhân ngoài đường niệu: xảy ra ở phụ nữ mắc các bệnh*

- U xơ tử cung.
- Các khối u bị vùi ở bên trong giày chằng rộng, gập tử cung ra sau hay ngã tử cung ra sau khi có thai.

*g. Bí tiểu tiện gốc ở bàng quang*

Nguyên nhân thường do:

- Sỏi và dị vật ở bàng quang.
- Túi thừa bàng quang.
- Viêm bàng quang có kèm liệt hoặc liệt nhẹ ở cơ mu bàng quang.

*h. Bí tiểu tiện phản xạ do nguyên nhân thận: viêm bể thận cấp tính.*

## VÔ NIỆU

Vô niệu là tình trạng không có nước tiểu ở trong bàng quang của một người bệnh không bài niệu được trong vài giờ hay vài ngày. Vô niệu cần được phân biệt với bí tiểu tiện.

Với một chế độ ăn bình thường, thể tích nước tiểu phải vượt quá 1 lít trong 24 giờ. Nếu có dưới 500ml thì đó là một trạng thái bệnh lý mà hậu quả là sự tích lũy ở trong cơ thể các chất cặn bã (như urê...) và sự tích lũy kali ở trong dịch ngoại tế bào.

### 1. Nguyên nhân

*a. Vô niệu sau thận hay là do bài tiết:* sự bài tiết bị ngừng lại do vật chướng ngại ở các niệu quản.

- Vô niệu do sỏi: một niệu quản bị tắc bất thành linh do một hòn sỏi. Thận đối diện lại có tổn thương viêm nặng do sỏi. Có thể do một phần xạ ức chế thận - thận.
- Vô niệu do hai niệu quản bị đè ép trong chậu nhỏ, thường do:
  - + Ung thư cổ tử cung ở giai đoạn nặng.
  - + Các khối u trong chậu nhỏ: như các bệnh u nang buồng trứng, u xơ bị mắc, ung thư ruột thẳng, ung thư tuyến tiền liệt.

*b. Vô niệu do thận hay do chế tiết:* là thiếu tiết nước tiểu do có một rối loạn tại thận. Gặp trong bệnh:

- Sung huyết thận cực độ: gặp trong viêm tiểu cầu thận cấp tính.
- Nhồi máu thận ở hai bên: thường xảy ra sau phẫu thuật. Vô niệu xuất hiện tiếp theo một giai đoạn đau nặng.

- Hư thận ở đơn vị thận dưới: gặp trong tai biến thận do "máu truyền tương kỵ", trong hội chứng vùi lấp (Bywaters)...
- Tác óng thận do các tinh thể sulfamid.
- Nhiễm độc thủy ngân, chì, carbon tetrachlorua, phospho, natri.
- Viêm thận sau tiêm chủng: nhất là sau tiêm phòng thương hàn.
- Bỏng rộng ở da.
- Các bệnh nhiễm khuẩn: bệnh sốt mật - huyết cầu tố niệu (plasmodium falciparum), nhiễm khuẩn huyết do trực khuẩn Perfringens, bệnh xoắn khuẩn vàng da chảy máu thể thận...

*c. Vô niệu trước thận*

Do thận không được tưới máu đầy đủ, thường gặp trong:

- Suy tim, giảm huyết áp.
- Giảm khối lượng máu trong trạng thái sốc (shock) (kể cả sốc chấn thương, sốc phẫu thuật, sốc sản khoa).
- Bỏng rộng.
- Bệnh Addison.
- Vô niệu khi áp lực động mạch tâm thu ở dưới 70mmHg.

*d. Vô niệu của các trạng thái mất nước cấp tính: gặp trong*

- Tiêu chảy nặng.
- Nôn không cầm được.
- Ứ môn vị.

## **2. Triệu chứng lâm sàng**

- Không đi tiểu từ nhiều giờ.

- Không bị đau vùng hạ vị do căng bàng quang, không có cầu bàng quang khi sờ nắn.
- Đau vùng thất lưng trong vô niệu do sỏi.

### 3. Tiến triển

Bao gồm 3 giai đoạn:

*a. Giai đoạn dung nạp:* kéo dài 5 - 6 ngày.

- Không đau.
- Không có nước tiểu.

*b. Giai đoạn trung gian*

- Nhức đầu, lo sợ.
- Rối loạn tiêu hoá.
- Urê huyết tăng.

*c. Giai đoạn tăng urê huyết rõ ràng*

- Người bệnh thờ đẫn, co đồng tử.
- Có dấu hiệu hô hấp và tiêu hoá.
- Tăng urê huyết và tăng kali huyết.

Bệnh nhân có thể tử vong do tăng urê huyết hoặc do phù phổi cấp.

### 4. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với chứng bí tiểu tiện.

### 5. Điều trị

- Không nên cho quá nhiều dịch với mục đích khôi phục sự bài niệu: tiếp nước quá nhiều có thể dẫn tới tử vong, cho muối nhiều có thể gây ra phù phổi.

- Dùng phương pháp lọc máu ngoài thận tại trung tâm thận nhân tạo.
- Điều trị căn nguyên gây bệnh.

## TĂNG URÊ HUYẾT

Tăng urê huyết cùng nghĩa với tăng nitơ huyết.

Đây là hội chứng nhiễm độc do kết quả của sự giữ lại trong cơ thể những chất cặn bã, đặc biệt là các sản phẩm có nitơ (giữ nitơ) mà bình thường được bài xuất trong nước tiểu ra ngoài.

Bình thường: tỷ lệ urê huyết dưới số đo 50mg% (0,5g/lít).

### 1. Căn nguyên

*a. Tăng urê huyết do thận:* gặp trong các bệnh:

- Suy thận cấp tính: thường hồi phục được, nguyên nhân bao gồm
  - + Hư thận ở đơn vị thận dưới.
  - + Viêm tiểu cầu thận cấp tính.
- Suy thận mạn tính: thường bất khả hồi, nguyên nhân gồm
  - + Ứ nước tiểu mạn tính: u tuyến tiền liệt, bệnh sỏi niệu, các rối loạn thần kinh bàng quang, các dị dạng bẩm sinh đường niệu.
  - + Viêm tiểu cầu thận mạn tính.
  - + Viêm thận - bể thận mạn tính.
  - + Xơ cứng thận.
  - + Hội chứng hư thận.

### *b. Tăng urê huyết ngoài thận*

Gặp trong các bệnh:

- Mất nước và giảm natri huyết: do nôn mửa, tiêu chảy, ra mồ hôi quá nhiều.
- Thiếu máu: làm giảm mức lọc của tiểu cầu thận và làm nặng thêm suy thận đã có từ trước.
- Giảm kali huyết: mất kali nặng và kéo dài gây ra tổn thương ống thận và dẫn tới tăng nitơ huyết ngoài thận có kèm theo giảm kali huyết, giảm natri huyết, tăng nước tiểu acid.
- Nhiễm kiềm chuyển hoá: làm giảm mức lọc của tiểu cầu thận và dẫn tới tăng nitơ huyết ngoài thận.
- Tăng calci huyết: khi không có bệnh sỏi hoặc ứ đọng calci trong các ống thận, hiện tượng tăng calci huyết cũng ức chế chức năng thận.
- Tăng tạo urê: gặp trong các bệnh như bóng nặng, suy dinh dưỡng nặng có kèm gày sút, xuất huyết dạ dày - ruột, chấn thương gây huỷ hoại tế bào.

## **2. Triệu chứng lâm sàng**

Các biểu hiện lâm sàng của tăng urê - huyết được mô tả dưới đây bao gồm cả những triệu chứng giả tăng urê huyết nghĩa là: có quan hệ với phù não và co thắt các mạch máu não.

### *a. Biểu hiện ở da*

- Da bạc màu và có màu cà phê sữa.
- Ngứa: xuất hiện sớm.
- Nổi ban và biểu hiện ban xuất huyết.

### *b. Rối loạn giác quan*

- Vô tình cảm, ngủ gà, dần dần trở lên sững sờ rồi lâm vào trạng thái hôn mê tuần tiến.



- Có thể xuất hiện trạng thái vật vã cực độ có kèm mê sảng.

*c. Rối loạn vận động*

- Giật cơ hay một nhóm cơ, có khả năng liên quan đến giảm calci huyết.
- Bệnh tetani tăng thêm do phải sử dụng natri bicarbonat để chống trạng thái nhiễm acid.
- Cơ cơ giật: có thể do phù não và như vậy tham gia vào hội chứng "giả tăng urê huyết".

*d. Rối loạn hô hấp*

- Hơi thở có mùi khai.
- Thở kiểu Cheyne - Stokes, đặc biệt ở người già.
- Nếu nhiễm acid có thể hô hấp kiểu Kussmaull (là kiểu thở kéo dài).
- Trong trường hợp tăng áp lực nội sọ thì hô hấp chậm và rống lên. Suy tim có kèm khó thở khi gắng sức và khó thở khi nằm.

*e. Nhức đầu:* nhức đầu có kèm cứng gáy và nhịp tim chậm (do tăng áp lực nội sọ).

*f. Rối loạn thị giác:* xuất huyết võng mạc và có dịch rỉ rõ rệt (có liên quan đến chứng tăng urê huyết).

Thanh manh có thể xảy ra trước cơn tăng urê huyết.

*g. Tăng áp lực động mạch*

Tăng áp lực động mạch (còn gọi là tăng huyết áp) thường phối hợp với tăng urê huyết. Tăng huyết áp gây ra những tai biến "giả tăng urê huyết".

Không có tăng huyết áp khi nào tăng urê - huyết là do hoại tử cấp tính vùng vỏ thận và trong nhiễm độc thủy ngân cấp tính (do thủy ngân II clorua).

*h. Rối loạn tim:* thường gặp phi đại tâm thất trái phối hợp với tăng huyết áp.

Ngoài ra còn có loạn nhịp tim do tăng kali huyết và giảm calci huyết.

Có thể gặp viêm màng ngoài tim với tiếng cọ màng tim khá rõ khi nghe tim.

*i. Rối loạn dạ dày - ruột*

Bao gồm các triệu chứng:

- Chán ăn, nấc, buồn nôn và nôn mửa.
- Có tiêu chảy, có thể thấy viêm loét miệng và mũi, có mùi thối.
- Có xuất huyết dạ dày và ruột thẳng: có tổn thương ban xuất huyết ở ruột.

*k. Gãy sút:* có mất nước nhiều do thiếu natri. Có thể có dấu hiệu phù che lấp triệu chứng gãy sút.

*l. Thiếu máu:* hồng cầu bình thường đẳng sắc, có kèm xuất huyết ở các tạng.

*m. Cơ tăng urê - huyết:* triệu chứng đi tiểu ít hay vô niệu xuất hiện trước rồi có kèm theo sốt và tăng bạch cầu ở trong máu.

### 3. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt về nguyên nhân khi tăng urê huyết dẫn đến hôn mê:

*a. Tăng urê huyết do thận:* tăng urê huyết là giai đoạn cuối của sự tiến triển đã trải qua tất cả mọi giai đoạn suy thận.

*b. Tăng urê huyết ngoài thận:* có triệu chứng nôn mửa hay tiêu chảy nhiều trước đây, hậu quả nhiễm kiềm chuyển hóa...

*c. Tăng urê huyết giả:* gặp trong bệnh não tăng huyết áp.

#### 4. Điều trị

a. *Tăng urê huyết khả hồi*: phương pháp lọc máu ngoài thận có thể cứu sống được người bệnh.

b. *Tăng urê huyết bất khả hồi*: trong suy thận mạn tính, điều trị thường chỉ là tạm thời và nhằm mục đích chủ yếu loại trừ những yếu tố làm tăng hình thành và giữ lại các chất nitơ.

- + *Chế độ ăn*: không nên cho ăn quá nhiều các protein để tránh sự giữ nitơ quá mức. Người ta đề nghị cho 0,5g protein/kg/ngày trọng lượng cơ thể và cho thêm lượng protein bị mất đi theo nước tiểu nếu cần.
- + *Truyền dịch*: cho 3 - 4 lít mỗi ngày để bù lại mức tiểu tiện nhiều. Không truyền dịch trong trường hợp vô niệu.
- + *Các chất điện phân*: hạn chế cho ăn muối, sử dụng chất kiềm và calci tiêm tĩnh mạch.
- + Trong trường hợp suy tim có kèm theo tăng urê huyết với tăng huyết áp thì cần dùng thuốc giảm huyết áp và dương địa hoàng.
- + *Chữa thiếu máu*: truyền những lượng máu nhỏ (250ml) để tránh tai biến phù và làm tăng urê huyết để bệnh nặng thêm.
- + Ở giai đoạn cuối: có thể thụ chloralhydrat hoặc uống paraldehyd và dùng các thuốc an thần kinh khác. Các barbituric thường gây cho bệnh nhân vật vã; morphin gây ra nôn mửa và làm bệnh nhân ngứa thêm cho nên ít được dùng.
- + Dùng lợi tiểu loại spironolacton.

## CHẤN THƯƠNG ĐƯỜNG TIẾT NIỆU

### 1. Vỡ thận

Khi có chấn thương ở vùng thắt lưng hay ở phần bên của bụng thì thận bị ép chặt vào cột sống. Khi đó, thận có thể vỡ do áp lực bên trong thận tăng lên đột ngột. Có thể xuất huyết thành ổ ở bên trong nhu mô thận hoặc có thể có một bọng máu quanh thận.

\* Triệu chứng lâm sàng:

- Đau thận có kèm huyết niệu.
- Có trạng thái sốc, thể hiện sự xuất huyết bên trong thận.
- Trần máu vùng thận có thể sờ nắn thấy được.
- Trong các thể nhẹ: có huyết niệu kín đáo kèm theo trụ niệu.

\* *Điều trị*: chữa trạng thái sốc, sau đó phẫu thuật.

### 2. Vỡ niệu quản

Tắc niệu quản gây ra thận ứ nước là điều kiện thuận lợi cho vỡ niệu quản nhân một chấn thương.

### 3. Vỡ bàng quang

Vỡ bàng quang có thể kèm theo gãy xương chậu. Nơi vỡ có thể ở trong phúc mạc hay ở ngoài phúc mạc.

Chẩn đoán sớm là cần thiết vì cần phải mổ cấp cứu.

### 4. Vỡ niệu đạo

Nơi vỡ thường hay ở trong phần hành niệu đạo.

Bệnh nhân bí tiểu tiện và có thể không luôn được ống thông.

## CÁC DỊ VẬT BẨM SINH ĐƯƠNG TIẾT NIỆU

### 1. Các dị dạng thận

- U nang đơn độc: khó phân biệt với một cụm nốt thận, một u nang bào sán mãng hoặc một khối u khác
- Thận đa nang: có các triệu chứng
  - + Đau thắt lưng: đau xuyên ổ sáu.
  - Huyết niệu: có tính chất toàn bộ.
  - + Dấu hiệu nhiễm khuẩn.
  - + Dấu hiệu suy thận: bệnh cảnh của viêm thận mạn tính có kèm theo tăng ure huyết, tăng áp lực động mạch và có albumin niệu.
- Giảm số một thận: có thể dẫn tới bội nhiễm vi khuẩn và sỏi thận.
- Hai thận dính lám một.
- Sự lưu tồn các thùy nhỏ (tiểu thuy) của thận thai.
- Thận lạc chỗ: lạc chỗ trong chậu nhỏ hoặc hố chậu.
- Động mạch thận lạc chỗ: có thể đè ép niệu quản và gây ra thận ứ nước.
- Thận bất sản bẩm sinh: sự thiếu phát triển hay xảy ra ở thận trái. Bất sản một thận vẫn duy trì sự sống bình thường.

### 2. Các dị dạng niệu quản

- To niệu quản: không có dấu hiệu lâm sàng trừ khi bị bội nhiễm vi khuẩn.

- Niệu quản kép: có thể gây ra viêm hoặc sỏi niệu quản.
- Lỗ mở lạc chỗ vào niệu đạo, tuyến tiền liệt, âm đạo, ruột.
- Hẹp, túi thừa, đường đi dị thường: niệu quản đi ở phía sau tĩnh mạch chủ gây ra một sự đè ép.

### 3. Các dị dạng bàng quang

- Túi thừa bàng quang: túi thừa không có lớp cơ của bàng quang. Túi thừa có thể to ra, gây triệu chứng:
  - + Tiểu tiện khó.
  - + Nhiễm khuẩn tiết niệu mạn tính.
- Vật chướng ngại ở thấp: dị dạng cổ bàng quang hay "các van niệu đạo" gây bí tiểu tiện.
- To bàng quang tự phát: không có khả năng bài xuất nước tiểu hết được.
- Bàng quang của bệnh thần kinh: xảy ra sau chứng nứt đốt sống có biến chứng thoát vị tuỷ - màng não.

### 4. Các dị dạng niệu đạo

- Tật lỗ tiểu tiện thấp: đó là hiện tượng chuyển vị trí về phía mặt bụng và gần của lỗ tiểu tiện. Lỗ tiểu tiện có thể ở rãnh quy đầu hoặc ở đáy chậu.
- Tật lỗ tiểu tiện lệch trên: vị trí dị thường của lỗ tiểu tiện ở mặt lưng dương vật.

### 5. Các dị dạng sinh dục

Dị tật độc nhất hay gặp là: chứng ẩn tinh hoàn hay tinh hoàn lạc chỗ.

## HỘI CHỨNG GOLDBLATT

Đó là hội chứng tăng áp lực động mạch thời phát sinh thiếu máu cục bộ thận.

### 1. Nguyên nhân

Hội chứng Goldblatt bao gồm những trường hợp tăng áp lực động mạch được quan sát thấy trong các điều kiện sau:

- Các dị dạng bẩm sinh của các động mạch thận.
- Tác động mạch thận.
- Khuyết u đè ép động mạch thận.
- Thắt một nhánh của động mạch thận.
- Các quá trình thiếu máu cục bộ do xơ cứng động mạch thận.

Tăng áp lực động mạch của hội chứng Goldblatt là do tác dụng của angiotensin làm tăng sức cản các tiểu động mạch.

### 2. Chẩn đoán xác định

Dựa vào các triệu chứng:

- Tăng áp lực động mạch.
- Tổn thương thiếu máu cục bộ của thận: chụp X quang động mạch chủ và động mạch thận giúp ta phát hiện được hẹp, đè ép hay tác động mạch thận.
- Không có bất cứ một nguyên nhân tăng áp lực động mạch nào khác.

### 3. Điều trị

Có 2 cách phẫu thuật:

- Cắt bỏ thận khi chỉ có tổn thương ở một bên thận.
- Phẫu thuật tạo hình huyết quản.

## HỆP NIỆU QUẢN

Hẹp niệu quản có thể do nguyên nhân:

- Bẩm sinh.
- Bị đè ép bởi một bộ phận hoặc một khối u lân cận.
- Sa thận (khuỷu niệu quản trên một quả thận di động).
- Chấn thương.
- Sỏi niệu quản.
- Viêm do nhiễm khuẩn, đặc biệt là trực khuẩn lao.

Điều trị: phẫu thuật.

## HỆP NIỆU ĐẠO

### 1. Nguyên nhân

*a. Nguyên nhân bẩm sinh*

- Chỗ hẹp chính danh.
- Vật chướng ngại.

*b. Nguyên nhân mắc phải*

- Di chứng của chấn thương.
- Kích thích mạn tính.
- Viêm niệu đạo: chủ yếu là do bệnh lậu. Viêm niệu đạo có thể gây ra một sự co thắt niệu đạo màng. Sự co thắt này có thể do nước tiểu rất acid chảy qua, do uống rượu, do giao hợp quá độ.



## 2. Triệu chứng lâm sàng

- Đi tiểu khó, đái dắt, có những giọt nước tiểu sót lại sau khi bài niệu.
- Đôi khi xuất huyết.
- Thận ứ nước và nước tiểu bị nhiễm khuẩn (nếu bệnh kéo dài).

## 3. Điều trị

- Chữa viêm niệu đạo triệt để.
- Khi đã hình thành chỗ hẹp, dùng ống thông để thông giãn dần hoặc phẫu thuật.

## VIÊM BỂ THẬN VÀ VIÊM THẬN - BỂ THẬN CẤP TÍNH

Viêm thận - bể thận cấp tính cùng nghĩa với viêm thận kẽ hoặc viêm thận lên.

Đó là tình trạng nhiễm khuẩn mủ cấp tính ở bể thận (viêm bể thận) và xảy ra thứ phát ở nhu mô thận (viêm thận - bể thận).

### 1. Nguyên nhân

Có hai đường nhiễm khuẩn:

- Đường xuống hay đường máu: xảy ra sau trạng thái vi khuẩn huyết thoáng qua (do trực khuẩn Coli).
- Đường lên: nhiễm khuẩn thận thứ phát sau nhiễm khuẩn đường sinh dục - tiết niệu dưới. Gặp trong trường hợp:
  - + Ứ nước tiểu sau giãn bàng quang mạn tính.
  - + Dị dạng đường tiết niệu.

Mâm bệnh thường gặp là:

- Trực khuẩn Coli.
- Tụ cầu khuẩn và liên cầu khuẩn.

Thường gặp viêm thận - bể thận ở nữ giới nhiều hơn nam giới.

## 2. Triệu chứng lâm sàng

a. Ở trẻ em: thường bệnh khởi đầu đột ngột và có rối loạn ở dạ dày - ruột.

b. Ở người lớn

- Sốt: sốt cao tăng dần.
- Đau thắt lưng: thường đau ở một bên, có cơn kịch phát giống như một cơn đau quặn bụng.
- Hội chứng bàng quang: có triệu chứng đái dắt, đau về cuối và bỏng rát lúc bài niệu.
- Sờ nắn ở góc sườn - cơ: phát hiện được thận rất đau.
- Nước tiểu đục từ đầu đến cuối lúc bài xuất. Nước tiểu nhiễm acid.

## 3. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với các bệnh:

- Lao thận.
- Sỏi thận.
- Bệnh thương hàn hay viêm màng não (ở trẻ em).
- Thận di động có kèm niệu quản gấp khúc.
- U tuyến tiền liệt.
- Viêm tụy cấp.

#### **4. Tiến triển**

- Do hiện tượng tắc đường niệu nên bệnh chuyển thành mạn tính.
- Suy thận có kèm tăng urê huyết và tăng huyết áp.
- Viêm mù toàn thận, có thể dẫn đến viêm tủy quanh thận.

#### **5. Điều trị**

- Nghỉ tại giường, uống nhiều nước với thuốc chống đau và chống co thắt.
- Thuốc kháng sinh.
- Trong nhiễm trùng do trực khuẩn Coli: dùng amoni và calci mandelat.

Thời gian điều trị: phải tiếp tục cho thuốc thêm vài ngày sau khi khỏi bệnh.

Nếu dùng thuốc kháng sinh để chống nhiễm trùng mà không có kết quả nhanh thì cần khám và giải quyết chỗ tắc hoặc dị vật ở đường tiết niệu dưới.

## **VIÊM BỂ THẬN - THẬN MẠN TÍNH**

Bệnh này đồng nghĩa với viêm thận lên, viêm thận kẽ.

Đây là bệnh viêm bể thận và nhu mô thận tuần tiến chậm, rất nhiều khi ở cả hai bên, có thể dẫn đến viêm mù toàn thận.

Nguyên nhân gây bệnh: như trong bệnh viêm bể thận cấp tính.

#### **1. Triệu chứng lâm sàng**

- Có những đợt sốt nhẹ, kèm theo:

- + Đau thắt lưng và khó tiểu tiện.
- + Tăng áp lực động mạch: xảy ra muộn.
- + Thiếu máu nhẹ nhược sắc.
- Trong một số trường hợp, có một bệnh về tiết niệu đã được biết rõ, như:
  - + Sỏi thận.
  - + U tuyến tiền liệt.
  - + Dị dạng tiết niệu - sinh dục.

Bệnh tiểu đường cũng là một thể địa thuận lợi cho viêm bể thận mạn tính.

## 2. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với các bệnh:

### a. Viêm tiểu cầu thận mạn tính

Có các triệu chứng:

- Tăng áp lực động mạch: xảy ra hàng định.
- Nước tiểu: có nhiều hồng cầu hơn là bạch cầu, có nhiều trụ máu và albumin niệu.

### b. Xơ cứng thận

Có triệu chứng:

- Tăng áp lực động mạch và các rối loạn tim mạch: là những biểu hiện ban đầu.
- Nước tiểu: số bạch cầu và hồng cầu gần như bằng nhau, có ít trụ niệu.

c. Lao thận: có thể bị che lấp bởi triệu chứng của viêm bể thận - thận. Có triệu chứng đái ra máu và vi khuẩn lao trong nước tiểu.

d. *Viêm thận do phenacetin*: người bệnh có tiền sử lạm dụng các thuốc an thần và giảm đau có chứa phenacetin.

Triệu chứng: thiếu máu và có tiểu thể Heinz trong nước tiểu.

e. *Các bệnh ngoài thận*

- Viêm bể thận - thận mạn tính có thể là căn nguyên của bệnh thiếu máu và bệnh nhuyễn xương.
- Viêm thận mất muối có triệu chứng: suy nhược rõ rệt, giảm natri huyết (có thể nhầm với bệnh Addison vì nó "đôi lốt" bệnh Addison).

### 3. Điều trị

Cần điều chỉnh chế độ ăn và điều chỉnh các rối loạn điện phân. Ăn không hạn chế protid, cho uống nhiều nước; cung cấp cơ kiểm soát các ion  $\text{Na}^+$ ,  $\text{K}^+$ ,  $\text{Cl}^-$  và  $\text{Ca}^{++}$ .

- Dự phòng tái nhiễm trùng niệu:
  - Giải quyết tốt các ổ nhiễm trùng, đặc biệt là nhiễm trùng ở mũi họng.
  - Điều trị các rối loạn tiêu hoá, đặc biệt là táo bón.
- Dùng thuốc kháng sinh liều cao và kéo dài.
- Áp dụng liệu trình nước - muối khoáng: là một phương pháp hỗ trợ hữu ích.
- Nếu cần thiết thì phẫu thuật các dị dạng niệu và loại trừ nguyên nhân gây ứ nước tiểu.

## VIÊM THẬN CẤP TÍNH

Viêm thận cấp tính còn gọi là viêm tiểu cầu thận lan toả cấp tính hoặc bệnh Bright xuất huyết.

Bệnh có đặc điểm:

- Viêm các tiểu cầu thận.
- Huyết niệu và albumin niệu.
- Có phù rõ rệt và suy thận. Các triệu chứng này thường xuất hiện sau viêm họng hay có một ổ nhiễm khuẩn khác.

Bệnh thường xuất hiện ở trẻ em và về mùa lạnh.

## 1. Nguyên nhân

Do nhiễm khuẩn ngoài thận, như các bệnh:

- Nhiễm khuẩn đường hô hấp trên.
- Viêm mủ ngoài da.
- Viêm phổi hoặc viêm màng não do phế cầu khuẩn.
- Viêm xương tuỷ cấp tính hoặc nhiễm trùng huyết do tụ cầu khuẩn.
- Viêm màng trong tim chậm: có thể gây viêm thận lan toả có kèm theo phù, tăng huyết áp, tăng urê huyết.
- Viêm thận do nhiễm độc thuỷ ngân (Hg). Đó là bệnh hư thận hoại tử.

## 2. Triệu chứng lâm sàng

Tùy theo ưu thế của các triệu chứng mà người ta phân biệt các loại viêm thận cấp tính:

- Viêm thận albumin niệu.
- Viêm thận phù.
- Viêm thận huyết niệu.
- Viêm thận khô tăng nitơ huyết.

*a. Triệu chứng khởi đầu bất định*

- Sốt vừa phải, suy nhược, chán ăn.
- Rất khát nước
- Có cảm giác bị đè nén và đau thắt lưng, có khi tiểu tiện khó.
- Ở trẻ em: có thể thấy co giật.

*b. Thời kỳ toàn phát*

Có triệu chứng:

- Huyết niệu: thường gặp trong viêm thận cấp tính.
- Tiểu tiện ít, nước tiểu sẫm màu, có kèm theo phù. Triệu chứng vô niệu trong bệnh viêm thận cấp tính là một biến chứng nặng.
- Phù: bắt đầu phù ở mi mắt với dấu hiệu "nặng mặt", gặp chủ yếu vào buổi sáng. Phù có thể lan ra toàn thân và có kèm theo tràn dịch thanh mạc (như tràn dịch màng bụng, tràn dịch màng phổi, tràn dịch màng tim).

Có kèm theo dấu hiệu tim sung huyết, biểu lộ ra bằng các ran nổ hai bên đáy phổi.

Phù hai chi dưới là dấu hiệu thường gặp.

- Tăng huyết áp: nó tăng lên mạnh trước các cơn bệnh não tăng huyết áp.

### **3. Biến chứng**

- Ảnh hưởng đến tim mạch: suy tim với triệu chứng tim to ra rõ rệt, mạch nhanh, có tiếng ngựa phi và tiếng thổi tâm thu ở mỏm tim, gan to, phổi sung huyết, khó thở khi nằm và có kèm theo tăng áp lực tĩnh mạch.

- Đáy mắt: có thể gặp co thắt các động mạch và giãn nở các tĩnh mạch ở đáy mắt, chủ yếu khi có tăng áp lực động mạch.
- Các triệu chứng não: tăng áp lực động mạch có thể gây ra các cơn bệnh não tăng huyết áp.

#### 4. Tiến triển

- Trong đợt mắc bệnh đầu tiên ở trẻ em, thời kỳ lui bệnh thường bắt đầu sau một hay hai tuần lễ:
  - + Hết triệu chứng huyết niệu và tăng huyết áp.
  - + Triệu chứng bài niệu hồi phục.
- Khi khỏi bệnh, phải nhiều tháng thận mới trở lại bình thường.
- Viêm thận cấp tính có thể tiến triển đến albumin niệu rồi dẫn đến viêm thận bán cấp hoặc viêm thận mạn tính.

#### 5. Chẩn đoán

Chẩn đoán bệnh dựa trên các yếu tố sau đây:

- Mắc một bệnh nhiễm trùng 10 - 15 ngày trước khi có triệu chứng đầu tiên.
- Có huyết niệu (đi tiểu ra máu) đại thể hay vi thể.
- Tiểu tiện ít và màu sẫm.
- Tăng áp lực động mạch.
- Hội chứng tim mạch.
- Phù: ít hoặc nhiều nhưng rõ rệt, nặng mặt về buổi sáng.
- Suy thận có kèm tăng nitơ huyết.



## 6. Chẩn đoán phân biệt

- Trước hết cần phân biệt với các bệnh: lao thận, u thận, sỏi thận. Các bệnh này có triệu chứng đi tiểu ra máu (huyết niệu) nhưng không có dấu hiệu phù.
- Viêm bể thận - thận cấp tính: có triệu chứng mù niệu và vi khuẩn niệu.
- Albumin niệu thể đứng: triệu chứng mất đi sau khi người bệnh nằm một thời gian.
- Suy thận do sốc tim.
- Xơ cứng thận ác tính: có dấu hiệu
  - + Huyết niệu: thường gặp trong tăng áp lực động mạch ác tính.
  - + Đáy mắt bị hư biến trước khi chức năng thận hư biến.
- Kinh giạt.

## 7. Tiên lượng

*a. Có thể tiến triển sang viêm thận bán cấp hoặc viêm thận mạn tính*

Có các triệu chứng:

- Tăng huyết áp còn lưu tồn.
- Có albumin niệu và nhiều cặn lắng trong nước tiểu.
- Tốc độ lắng máu cao.
- Có dấu hiệu thiếu máu.

*b. Thai nghén và nhiễm trùng dẫn đường cho một viêm thận tiềm tàng tái phát.*

## 8. Điều trị

- Phải nằm nghỉ ở giường và giữ ấm. Thời gian nằm nghỉ phụ thuộc vào thời gian giảm về bình thường của tốc độ lắng hồng cầu của nitơ huyết và của albumin niệu (albumin niệu không vượt quá 0,3g/24h).
- Trong những ngày đầu của bệnh, khi có sốt, người ta cho bệnh nhân ăn chế độ ăn lỏng, ít natri, kali và protein để khỏi làm mệt thận, chế độ ăn bao gồm chủ yếu là carbonhydrat.
- Nếu người bệnh nôn mửa và có dấu hiệu mất nước, có thể cho bệnh nhân glucose tiêm tĩnh mạch dưới dạng dung dịch 10%.
- Lượng các dịch hấp thụ vừa đủ để bù lại sự mất mát qua da và phổi là 1200 - 1500ml mỗi ngày. Giữ độ ẩm trong phòng và trên giường nằm. Ngoài ra cần cho thêm 500ml nước phụ để tạo điều kiện thuận lợi cho bài niệu.
- Điều trị thiếu máu.
- Dùng thuốc kháng sinh để điều trị các ổ nhiễm khuẩn.
- Dùng thuốc digitalin để điều trị suy tim cấp tính.
- Thẩm phân lọc máu: dùng trong trường hợp vô niệu có kèm tăng kali huyết nghiêm trọng.

## VIÊM THẬN BÁN CẤP

*(giai đoạn hư thận của viêm thận)*

Viêm thận bán cấp còn gọi là viêm tiểu cầu thận tiểu thủy.

Bệnh này là hội chứng hư thận (albumin niệu rất nhiều, giảm protein huyết và phù) xảy ra sau một thời gian bị viêm thận cấp tính.

## 1. Nguyên nhân

Như nguyên nhân gây viêm thận cấp tính.

## 2. Triệu chứng lâm sàng

Trong tiền sử bệnh, không phải bao giờ cũng có viêm thận cấp tính.

- Khởi đầu: bệnh âm thầm.
  - + Phù: là dấu hiệu đầu tiên.
  - + Albumin niệu tăng nhiều.
  - + Có thể phù phát triển nhanh dẫn đến cổ trướng (nước trong ổ màng bụng) và phù toàn thân.
  - + Người bệnh nhợt nhạt (dấu hiệu phù to trắng), gầy sút, mệt nhọc, chán ăn.
- Giai đoạn phù nặng kéo dài trong vài tuần lễ, rồi đến giai đoạn hư thận có khuynh hướng dẫn đến giai đoạn viêm thận mạn tính.

## 3. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với các bệnh:

- Thận hư nhiễm mỡ.
- Hư thận dạng tinh bột và hư thận trong bệnh lupus ban đỏ rải rác.

Trong bệnh hư thận dạng tinh bột có các triệu chứng:

- + Dấu hiệu tổn thương ở thận.
- + Gan to và lách to.
- + Urê huyết tăng.
- Suy tim phải, viêm thất màng ngoài tim, xơ gan Laennec.

#### 4. Tiến triển

Giai đoạn hư thận của viêm tiểu cầu thận có thể tiến triển:

- Nhiều đợt tái diễn và làm giảm chức năng thận.
- Chuyển sang giai đoạn mạn tính.

#### 5. Điều trị

- Chế độ ăn: áp dụng chế độ ăn nhiều protein (gồm sữa, thịt, gan), có thể dùng casein và lactalbumin trong thời kỳ ỉa chảy. Có thể được phép dùng các chất nước với điều kiện là chế độ ăn không chứa muối hoặc chứa rất ít.
- Cho 1000 - 1500ml nước và 0,5g - 1g muối mỗi ngày.
- Các thuốc lợi niệu: dùng chlorothiazid và hydrochlorothiazid.
- Corticoid và ACTH:
  - + Dùng 30 - 60mg prednisolon mỗi ngày với chế độ ăn nhạt và kèm theo một lượng kali thích hợp.
  - + Dùng ACTH với liều 40 đơn vị mỗi ngày trong điều kiện dùng prednisolon không có hiệu quả.
- Thuốc kháng sinh: sử dụng để đề phòng tái phát.

## VIÊM THẬN MẠN TÍNH

Viêm thận mạn tính có đặc điểm là sự xơ hoá và hoá trong tuần tiến của các tiểu cầu thận, sự thoái hoá ống thận và sự xơ cứng mạch. Nó là sự suy thận tuần tiến và bất khả hồi.

### 1. Nguyên nhân

Viêm thận mạn tính thường xảy ra sau:

- Thời kỳ viêm thận cấp hay bán cấp.
- Hư thận ở đơn vị thận dưới (tức viêm thận - ống thận cấp tính).
- Viêm thận - bể thận.
- Bệnh thận do thai nghén.

## 2. Triệu chứng

Bệnh phát sinh âm thầm.

### a. Thời kỳ đầu

- Phù âm thầm: ngấm vào mô liên kết lỏng lẻo (mi mắt, mắt cá chân) rồi đến các phần thấp.
- Các biểu hiện tăng huyết áp: nhức đầu, khó thở khi gắng sức.
- Các rối loạn ở mắt: giảm thị lực, có biểu hiện đom đóm mắt, thông manh đột ngột và tạm thời.
- Đái dầm ban đêm và tiểu tiện nhiều: xảy ra thứ yếu.

### b. Giai đoạn toàn phát

- Tăng áp lực động mạch: kèm theo có albumin niệu và chức năng thận giảm sút quan trọng.

Hậu quả của tăng huyết áp là:

- + Suy tâm thất trái.
- + Bệnh võng mạc do mạch máu: có các vết xuất huyết và các dịch rỉ ở võng mạc. Có thể có dấu hiệu phù điểm mù.
- Tăng urê huyết: có triệu chứng nhức đầu, tăng áp lực động mạch, gầy sút, rối loạn dạ dày - ruột và tim, tiểu tiện ít hoặc vô niệu, người bệnh nôn mửa nhiều.
- Có hiện tượng mất natri và nước qua nước tiểu (thể hiện viêm thận mất muối): người bệnh hết phù, mất nước và hao hụt các dịch ngoài tế bào.

### 3. Chẩn đoán phân biệt

- Tăng huyết áp vô căn: ta thấy
  - + Nước tiểu bình thường.
  - + Áp lực động mạch vượt quá 200mmHg.
  - + Có dấu hiệu phù khi thận và tim bị ảnh hưởng.
- Viêm thận bán cấp: có dấu hiệu:
  - + Albumin niệu ô ạt.
  - + Giảm protein huyết.
- Viêm bể thận - thận mạn tính: có mủ trong nước tiểu (có thể kín đáo) và có vi khuẩn niệu.

### 4. Điều trị

- Cho chế độ ăn nhiều carbohydrat có kèm 50 - 60g protein. Nếu giảm protein trong chế độ ăn thì đề xuất hiện triệu chứng phù.
- Có chế độ ăn chứa ít muối.
- Cung cấp các dịch để duy trì bài niệu (cần khoảng 2000ml mỗi ngày).
- Tránh các thuốc lợi niệu thuyỷ ngâ, chlorothiazid và các dẫn xuất của nó, amoniclorua. Dùng 3 - 5g calcilactat hàng ngày hoặc 1 - 2g natricitrat hay natribicarbonat để chống lại độ acid của phần dư protein.
- Điều trị thiếu máu: ở giai đoạn cuối của bệnh, sắt và cao gan không có tác dụng.
- Điều trị suy tim (nếu có).
- Thai nghén làm nặng thêm viêm thận: cần phá thai.

## VIÊM THẬN THÀNH Ổ

Viêm thận thành ổ còn gọi là viêm thận do tắc mạch, viêm thận Lohlein, viêm tiểu cầu thận nghẽn mạch.

Bệnh viêm thận thành ổ là bệnh thận được quan sát thấy trong quá trình một bệnh nhiễm trùng huyết, nhất là trong bệnh viêm màng trong tim chậm, có đặc điểm chủ yếu là:

- Huyết niệu mà không bị tăng huyết áp.
- Không bị phù.
- Không có các rối loạn chức năng thận.

### 1. Nguyên nhân

Các mầm bệnh được dòng máu vận chuyển gây ra nhiều ổ viêm nhỏ trong nhu mô thận. Người ta đã gặp thấy viêm thận thành ổ trong quá trình các trạng thái nhiễm trùng huyết của viêm màng trong tim chậm, bệnh thương hàn, bệnh sốt rét.

Viêm thận thành ổ cùng với viêm thận - bể thận cấp tính là một trong những thể viêm thận kẽ cấp tính.

### 2. Triệu chứng

Có các triệu chứng:

- Triệu chứng của nguyên nhân gây bệnh là viêm do nhiễm khuẩn.
- Tiểu tiện ra máu.
- Albumin niệu và trụ niệu.
- Đau vùng thắt lưng.
- Không có các triệu chứng: tăng huyết áp, phù, triệu chứng của suy thận.

### 3. Điều trị

Chữa bệnh căn nguyên.

## VIÊM QUANH THẬN VÀ VIÊM TẤY QUANH THẬN

Viêm quanh thận là viêm vỏ bọc liên kết - mỡ của thận tiến triển đến nang mủ (viêm tấy quanh thận).

### 1. Nguyên nhân

Tụ cầu khuẩn bắt nguồn từ nhiễm khuẩn ở ngoài da (mụn, nốt) hay từ viêm xương - tủy.

Mầm bệnh khác bắt nguồn từ: nhiễm khuẩn sau phúc mạc, gãy xương hở, viêm thận - bể thận, chấn thương thận.

### 2. Triệu chứng

- Sốt: bắt đầu bằng cơn rét run.
- Đau vùng thắt lưng: đau lan toả có kèm co cứng cơ. Đôi khi chỉ thấy đau nếu ấn vào góc sườn sống.
- Sưng vùng thắt lưng: thể hiện viêm tấy quanh thận.
- Mủ có thể chảy dọc theo cơ thắt lưng - chậu. Viêm tấy có thể vỡ ra ngoài da, vào trong lồng ngực hay ruột kết.
- Nước tiểu bình thường hay chỉ có một vài hồng cầu và bạch cầu.
- Có thể gây biến chứng nhiễm trùng mủ huyết hay viêm phế quản phổi.

### 3. Chẩn đoán phân biệt

Phân biệt với:

- Viêm màng phổi hoành, phản ứng màng phổi.
- Viêm xương - tủy ở các xương sườn ở thấp và cột sống.



- Hội chứng bụng cấp tính, sarcom lympho sau phúc mạc.

*Chú thích:* khi có một cái nốt hay trước kia bị viêm xương tuỷ là điều quan trọng cho việc chẩn đoán.

**4. Tiên lượng:** xấu.

#### **5. Điều trị**

- Dùng kháng sinh.
- Phẫu thuật dẫn lưu nếu triệu chứng sốt lưu tồn quá 7 ngày.

## **VIÊM THẬN KẼ**

Viêm thận kẽ là thuật ngữ được áp dụng vào hai trạng thái lâm sàng là viêm thận kẽ của các bệnh nhiễm khuẩn và viêm thận kẽ lên.

### **1. Viêm thận kẽ của các bệnh nhiễm khuẩn**

Có khi xảy ra ở thời kỳ đầu của bệnh nhiễm khuẩn (nhiễm trùng huyết, viêm màng trong tim chậm, bệnh bạch hầu).

Mô kẽ bị viêm cấp tính, chứa đầy lympho bào, một vài bạch cầu đa nhân và tương bào.

Các tiểu cầu thận và các ống thận ít bị viêm.

### **2. Viêm thận kẽ lên**

Viêm thận kẽ lên đã được đề cập ở bệnh viêm bể thận - thận. Các vết viêm lan toả từ vùng dưới bể thận đến vùng tuỷ thận và vùng vỏ thận dẫn đến xơ cứng thận và teo thận.

## Ứ THẬN

### 1. Nguyên nhân

Ứ thận do nguyên nhân quan trọng nhất là suy tim có hoặc không kèm theo tăng huyết áp.

Ứ thận còn gọi là bệnh thận do tim.

### 2. Triệu chứng

- Ứ thận biểu thị ra duy nhất bằng các biến đổi của nước tiểu.
- Tỷ trọng: tỷ trọng nước tiểu tăng kèm theo triệu chứng tiểu tiện ít.
- Albumin niệu: mức độ albumin niệu phụ thuộc vào mức độ ứ.
- Huyết niệu: thường nhẹ.
- Cận lắng: cận lắng giống như bụi trong nước tiểu, chủ yếu gồm urat.
- Nitơ huyết tăng.

### 3. Chẩn đoán

- Phụ thuộc vào nguyên nhân gây ứ máu trong các tĩnh mạch thận (ví dụ: suy tim).
- Ứ máu thận có thể kèm theo tổn thương thận.

## NHỒI MÁU THẬN

Nhồi máu thận là vùng thiếu máu cục bộ, kết quả của sự loại trừ đột ngột tuần hoàn động mạch ở trong một khu vực của nhu mô thận.

## 1. Nguyên nhân

Có những chỗ nhồi máu xuất huyết ở trong thận, do:

- Nghẽn mạch.
- Tắc mạch.

Nghẽn mạch thường được ghép vào xơ cứng các động mạch lớn do lão suy, hãn hữu do chấn thương hoặc do chỗ gấp cuống của một quả thận di động.

Tắc mạch bắt nguồn từ tim trái (cục nghẽn mạch ở vách tim).

## 2. Chẩn đoán

Dựa vào các triệu chứng:

- Đau.
- Huyết niệu.
- Tiểu tiện ít.

Phải nghĩ đến nhồi máu thận khi thấy đau thận đột ngột, thường ở một bên, có kèm huyết niệu và xảy ra trong quá trình một bệnh bên tim trong đó có tắc mạch.

Người ta cũng nghĩ đến nhồi máu thận khi có huyết niệu vô triệu chứng đồng thời với tắc mạch xảy ra ở các cơ quan khác.

## 3. Điều trị

Chữa triệu chứng đơn thuần.

## NGHẼN CÁC TĨNH MẠCH THẬN

Đây là hội chứng hiếm gặp và nguyên nhân gây bệnh chưa rõ. Biểu hiện chủ yếu bằng một hội chứng hư thận.

Bệnh được báo hiệu bằng các dấu hiệu:

- Hội chứng đau thắt lưng: mơ hồ.
- Có biến chứng biểu hiện tắc mạch.
- Có thể có một nhiễm trùng xảy ra trước.

*Điều trị:* chữa triệu chứng.

## ÁP XE THẬN

### 1. Nguyên nhân

- Tụ cầu vàng: bắt nguồn từ một nhiễm trùng da (mụn nhọt, viêm mụn da).
- Liên cầu khuẩn, phế cầu khuẩn, trực khuẩn Coli: hiếm gặp.  
Thường gặp nhiều ở áp xe nhỏ, ở cả hai bên thận.

### 2. Triệu chứng

Có triệu chứng:

- Dấu hiệu nhiễm khuẩn: sốt.
- Đau thắt lưng.

**3. Điều trị:** dùng kháng sinh như trong viêm tấy quanh thận.

## BỆNH SỎI THẬN

Bệnh sỏi thận là bệnh có đặc điểm do sự hình thành những hòn sỏi ở trong bể thận, do sự kết tủa của những chất bài tiết bình thường đang lơ lửng ra phải hoà tan trong nước tiểu.

## 1. Hoàn cảnh xuất hiện

Bệnh sỏi thận xảy ra chủ yếu ở lứa tuổi 30 - 50 tuổi.

Trong bệnh sỏi cystin niệu và bệnh sỏi uric có vai trò của tính di truyền.

Có một số điều kiện cần thiết cho sự phát sinh bệnh sỏi thận, như:

*a. Ở trong nước tiểu có quá nhiều những chất có khả năng kết tinh*

- Acid uric và urat: gặp trong sự thừa acid uric kèm theo các rối loạn chuyển hoá nucleoprotein, cũng như chế độ ăn chứa nhiều purin (như trong bệnh Goutte). Sự kết tinh chỉ xảy ra ở trong nước tiểu acid.

Bệnh sỏi uric còn gặp trong bệnh tăng hồng cầu thật, bệnh bạch cầu tủy, dùng các thuốc độc đối với tế bào.

- Acid oxalic: gặp trong thức ăn có hàm lượng acid oxalic cao như cacao, nước chè, rau dền và đại hoàng.

Các hòn sỏi oxalic gặp thuận lợi khi nước tiểu có tính kiềm, do có nhiều ion calci và do không có magiê (Mg).

- Phosphat: rất hay gặp. Sự kết tủa phosphat chỉ xảy ra trong môi trường kiềm.

Các phosphat ở đường tiết niệu tăng lên trong các trạng thái loạn dưỡng cơ, trong chế độ ăn uống chứa nhiều protein, trong trường hợp thừa hormon tuyến cận giáp.

- Xét về thành phần kim loại: người ta nhận thấy rằng đó là calci và tăng calci niệu dễ đưa tới sự hình thành những hòn sỏi calci.

Tăng calci niệu trong trường hợp:

- + Hấp thụ quá mức calci.
- + Tăng vitamin D.

+ Các rối loạn chuyển hoá phosphat calci.

Trong tất cả những trường hợp mất chất vôi nhiều, có thể quan sát thấy những hòn sỏi calci.

- Sỏi cystin: hiếm gặp. Tăng cystin niệu là một bệnh di truyền.
- Các chất bắt nguồn từ bên ngoài: thuốc men, chủ yếu là sulfamid.

*b. Các điều kiện lý - hoá tại chỗ tạo thuận lợi cho sự kết tinh:* nồng độ của các chất hoà tan trong nước tiểu là điều kiện quan trọng.

- Tiểu tiện ít: do hấp thụ không đủ nước, do mất nhiều nước hoặc do bệnh thận.
- Ứ đọng nước tiểu: cũng như các dị dạng đường tiết niệu và các vật chướng ngại ngăn nước tiểu dễ gây bệnh sỏi thận.
- Các biến thiên của pH nước tiểu: pH nước tiểu dao động từ 4,5 đến 8.
  - + Sỏi acid uric, urat và oxalat xảy ra ở nước tiểu acid (hay gặp).
  - + Sỏi phosphat (calci và amoniac, magiê); cystin, calci carbonat xảy ra ở nước tiểu kiềm (hiếm gặp).

*c. Có một nhân hình thành hòn sỏi.*

Đó là trung tâm kết tinh. Có thể là:

- Những mầm bệnh.
- Những bạch cầu ngưng kết.
- Những tế bào biểu mô bị hư biến.

*d. Sự hình thành các hòn sỏi: điều kiện thuận lợi để hình thành sỏi là do tổn thương có từ trước của các đường bài tiết hay của thận.*

e. *Sự giảm các chất keo bảo hộ*: các chất keo ở đường tiết niệu là: mucin, các dẫn xuất của acid nucleic và của acid chondroitin sulfuric.

## 2. Triệu chứng

a. *Các cơn đau*: rất đa dạng.

- Cơn đau sỏi thận: có hội chứng đau kịch phát. Cơn đau bắt đầu một cách bất thành hình và thường sau một gắng sức. Chỗ đau phụ thuộc vào vị trí của hòn sỏi như đau thắt lưng nếu hòn sỏi ở trong bể thận... Có thể theo dõi được sự di chuyển của triệu chứng đau trong khi hòn sỏi đi xuống.
- Trạng thái "shock": phụ thuộc vào cường độ đau.
- Tiểu tiện ra một vài giọt và đau. Đó là cảm giác buốt một bàng quang, thường có huyết niệu (đái ra máu) đại thể hay vi thể.
- Có thể cơn đau không điển hình: đau có thể ở vùng thắt lưng - bụng hay lan toả, có kèm theo những hiện tượng tiêu hoá bất định (như táo bón), thậm chí có thể có biểu hiện tắc ruột phản xạ.

Có thể gặp đau ở bên phải giống như cơn đau ruột thừa cấp tính.

Đôi khi đau ngấm ngấm và liên tục, không xác định được với dấu hiệu đau thuộc kiểu đau lưng.

b. *Huyết niệu*: huyết niệu phối hợp với đau thắt lưng làm cho người ta chú ý đến bệnh sỏi thận.

c. *Nhiễm khuẩn đường tiết niệu*: sỏi trong đường niệu là một cửa ngõ cho nhiễm khuẩn và ngược lại, nhiễm khuẩn đường niệu tạo thuận lợi cho bệnh sỏi.

*d. Các rối loạn bất thường: có thể gặp*

- Huyết tinh dịch.
- Mộng tinh.
- Đau tinh hoàn.
- Đái ra cát đỏ ("cát" là các tinh thể nhỏ được bài xuất một cách dễ dàng cùng với nước tiểu) được thấy trong bệnh sỏi uric. Đái ra cát trắng chỉ gặp trong bệnh sỏi phosphat.

*e. Các điểm đau*

Có thể thấy một số điểm đau khi sờ nắn:

- Sờ nắn bụng ở một phần ba ngoài đường lưỡng mào chậu (điểm niệu quản giữa) ở trong hố thất lưng, đặc biệt là ở góc sườn - sống.
- Lúc thăm âm đạo hay trực tràng (điểm niệu quản dưới).

### **3. Chẩn đoán phân biệt**

- Trong trường hợp vô niệu: phân biệt với trạng thái sốc, nhiễm độc thủy ngân.
- Trong trường hợp cơn đau do sỏi thận: cần phân biệt với khuỷu niệu quản, thận ứ nước kèm nguy cơ nhiễm khuẩn và thận ngừng bài tiết.

### **4. Các thể lâm sàng**

*a. Bệnh sỏi uric:* gặp ở những người bị bệnh Goutte (gút) có tăng acid uric huyết và tăng mức bài xuất acid uric trong nước tiểu thường xuyên acid.

*b. Bệnh sỏi oxalic*

Có triệu chứng:

- Tiêu chảy, đau và chảy máu đường niệu.



- pH nước tiểu thường xuyên lớn hơn 6.
- Các viên sỏi oxalic thường tua tủa những cạnh sắc. Do đó, bệnh sỏi oxalic thường xuyên có triệu chứng đau, xuất huyết và có biến chứng.

*c. Bệnh sỏi phospho - calci*

Có triệu chứng:

- Nước tiểu thường xuyên kiềm do bệnh xảy ra thứ phát sau nhiễm khuẩn đường tiết niệu.
- Tăng calci niệu ở người có bệnh tuyến cận giáp trạng, bệnh xương và người có chế độ ăn thảo mộc.

d. Bệnh sỏi cystin: hiếm gặp. Bệnh có yếu tố rối loạn chuyển hoá do di truyền.

## 5. Biến chứng

Vô niệu: bệnh sỏi ở cả hai bên thận hoặc ở chỉ một bên thận còn bên thận kia mất chức năng.

Nhiễm khuẩn: gây viêm bể thận - thận, viêm mù thận hay viêm mù quanh thận.

Suy thận: do tăng nitơ - huyết (là hậu quả muộn của các hòn sỏi phosphat to ở cả hai bên) hoặc do nhiễm khuẩn tiết niệu mà xuất hiện suy thận.

## 6. Tiên lượng

Tiên lượng phụ thuộc vào số lượng, kích thước và vị trí của các viên sỏi.

Bệnh sỏi là nguyên nhân gây ra:

- Thận ứ nước.
- Vô niệu.

## 7. Điều trị

### a. Điều trị cơn đau sỏi thận

- Chống co thắt: dùng belladon papaverin, phong bế novocain vùng thắt lưng.
- Điều trị nhiễm khuẩn, vô niệu.

### b. Điều trị toàn thân bệnh sỏi thận

- Cho uống nhiều nước: 3 - 4 lít mỗi ngày.
- Điều trị nhiễm khuẩn và nguyên nhân gây ứ đọng nước tiểu.
- Làm giảm sừng hoá biểu mô niệu: vitamin A 50000 đơn vị/ngày.
- Tiêm dưới da 150 - 300 đơn vị hyaluronidase cách 2 - 3 ngày một lần để làm tăng bài tiết qua nước tiểu những chất dạng keo bảo hộ.

### c. Điều trị nguyên nhân bệnh sỏi

Điều trị nguyên nhân phải dựa trên thành phần cấu tạo hoá học của sỏi.

- Bệnh sỏi uric:
  - + Áp dụng chế độ ăn uống giống của những người mắc bệnh Goutte.
  - + Làm kiềm hoá nước tiểu bằng cách dùng natricitrat hoặc natribicarbonat.
  - + Dùng các thứ thuốc làm dễ dàng cho sự hoà tan acid uric (dùng piperazin, lithin).
- Bệnh sỏi oxalic: hạn chế các thức ăn sinh oxalat, glucid và mức cung cấp calci; acid hoá nước tiểu bằng acid phosphoric hay amoniclorua; cho các muối magiê.
- Bệnh sỏi phosphat - calci:

- + Điều trị nguyên nhân tăng calci niệu gây acid hoá nước tiểu (nếu có).
- + Cho chế độ ăn không quá nhiều sữa, rau và quả.
- + Điều trị nhiễm khuẩn bằng kháng sinh và loại bỏ chỗ tắc (nếu có).
- Bệnh sỏi cystin: kiểm hoá nước tiểu bằng các liều cao natri bicarbonat (có sự theo dõi nghiêm ngặt).

#### *d. Điều trị phẫu thuật*

Chỉ định phẫu thuật phụ thuộc vào vị trí, con số, thể tích các sỏi và chủ yếu là vào rối loạn bài tiết phối hợp.

Cần sửa đổi chế độ ăn và pH nước tiểu để đề phòng khuynh hướng tái tạo các viên sỏi.

## **CƠ ĐAU SỎI THẬN**

Cơ đau sỏi thận là hội chứng có đặc điểm của cơn đau thắt lưng dữ dội lan ra bàng quang và đùi, có kèm những rối loạn tiêu hoá và cảm giác buốt một bàng quang.

### **1. Nguyên nhân**

#### *a. Bệnh sỏi thận*

Thường xảy ra lúc sỏi thận di chuyển tới bàng quang qua các niệu quản.

Được khởi phát do một gắng sức.

Hòn sỏi di chuyển qua niệu quản có kèm theo sự di chuyển của khu vực chiếu đau. Khi hòn sỏi vào tới bàng quang thì hết đau.

*b. Thận ứ nước:* do dòng nước tiểu bị tắc lại trong chốc lát bởi vật chướng ngại gây ra thận ứ nước (như: hẹp ở chỗ nối thận - niệu quản, do dính hoặc cục máu đông, động mạch dị thường).

Niệu quản có thể bị chẹn trong viêm bể thận - thận cấp tính hay trong bệnh u thận.

c. *Nhồi máu thận*, viêm mù toàn thận hoặc vỡ phình mạch thận: đau không điển hình.

## 2. Triệu chứng

- Dấu hiệu của cơn đau sỏi thận là:
  - + Đau bắt đầu một cách bất thần, đạt ngay tới cường độ tối đa và có vị trí tại vùng thắt lưng ở một bên, chủ yếu ở góc sườn - sống.
  - + Hướng lan đặc trưng:
    - Ở phụ nữ: đau lan tới hai môi lớn.
    - Ở nam giới: đau lan tới hai tinh hoàn.
    - Ở cả hai giới: đau lan dọc theo dây thần kinh đùi và dây thần kinh đùi - da.
- Người bệnh vật vã, lo âu.
- Có rối loạn tiêu hoá: buồn nôn, nôn mửa, đôi khi tắc ruột.
- Đôi khi có tư thế chống đau: người bệnh phải nằm nghiêng, chi dưới co lại.
- Dấu hiệu tiết niệu: cảm giác buốt mót bàng quang, tiểu tiện khó, tiểu tiện ít, tiểu tiện ra máu và đôi khi vô niệu.
- Thời gian đau có thể thay đổi từ một vài giờ đến 2 - 3 ngày.

## 3. Chẩn đoán phân biệt

- Các hội chứng nội khoa: viêm ruột thừa, viêm tuyến tụy cấp tính, nghẽn do thoát vị cơ hoành, viêm màng bụng do thủng ruột.

- Các hội chứng ngoại khoa:
  - + Cơ đau sỏi gan: đau ở vùng hạ sườn phải, lan ngược lên.
  - + Đau do loét dạ dày - tá tràng: theo nhịp các bữa ăn.
  - + Cơ đau dạ dày Tabes (ta bết): kèm những dấu hiệu thần kinh.
  - + Cơ đau thắt ngực: đau khi gắng sức.

#### 4. Điều trị

- Điều trị nguyên nhân.
- Dùng thuốc:
  - + Chống co thắt: atropin, papaverin.
  - + Giảm đau bằng morphin (với điều kiện là phải loại trừ một hội chứng bụng cấp tính ngoại khoa).

## VIÊM THẬN TIÊM TÀNG

Viêm thận tiêm tâng có đặc điểm là triệu chứng nhẹ và nhất thời do: huyết niệu, trụ máu và albumin niệu tăng nhẹ.

Thời kỳ đầu của viêm thận cấp tính có thể lưu tồn ở trạng thái tiêm tâng trong nhiều năm hoặc dưới dạng viêm tiểu cầu thận bán cấp hay mạn tính, tiến triển đến suy thận.

Viêm thận tiêm tâng có những đợt tăng giả các triệu chứng: sốt, các phản ứng tiêm chủng, các bệnh nhiễm khuẩn... Phản ứng này có đặc điểm là: huyết niệu nhiều khi nặng, albumin niệu tăng kín đáo và bạch cầu niệu. Những dấu hiệu này xảy ra tức thì cùng với đợt sốt và lưu tồn cùng với sốt... nhưng không phải là một đợt viêm thận cấp tính mới. Phản ứng này không gây ra tăng huyết áp, phù và thiếu máu.

Điều trị

- Tránh các gắng sức thể lực dữ dội.
  - Theo dõi khi người bệnh có sốt.
  - Tránh các tiêm chủng thông thường.
- Không có cách điều trị đặc hiệu.

## THẬN Ứ NƯỚC VÀ VIÊM MŨ TOÀN THẬN

Thận ứ nước là sự giãn nở bể thận và các đài thận vì ứ nước tiểu không có mủ, tích đọng lại do niệu quản hay các đường tiết niệu dưới bị tắc. Nếu nước tiểu bị nhiễm khuẩn thì sẽ bị viêm mủ toàn thận.

### 1. Nguyên nhân

a. *Thận ứ nước bẩm sinh*: hiếm gặp.

Nguyên nhân:

- Giảm sản của hai bể thận.
- Hẹp niệu quản (ở một bên) hay niệu đạo (ở hai bên).
- Một động mạch cực dưới thận bất thường làm niệu quản bị gấp lại.

b. *Thận ứ nước mắc phải*: thường gặp ở cả hai bên.

Nguyên nhân:

- + Hẹp niệu quản do viêm hay chấn thương.
- + U hay ung thư tuyến tiền liệt.
- + Liệt bàng quang do tổn thương tuỷ sống.
- + Tắc đường niệu dưới.

Ngoài ra người ta cũng hay gặp thận ứ nước một bên, nguyên nhân:

- + Hẹp niệu quản do sỏi ở bên trong hay ở bên ngoài hoặc do sỏi niệu quản.
- + Lao niệu quản.
- + U ở lỗ niệu quản.

c. *Thận ứ nước cách hồi*: tắc cách hồi tuần tiến và không hoàn toàn, gặp trong trường hợp niệu quản bị gấp lại (do động mạch lạc chỗ hay do thận di động) gây ra thận ứ nước (một bên).

## 2. Triệu chứng lâm sàng

- Rối loạn tiêu hoá, buồn nôn, nôn mửa: hay gặp.
- Thận to: sờ nắn thấy một u thận ở một bên mạng sườn.
- Đau: có "cơn đau bụng thận" do bể thận bị căng giãn. Cơn đau xảy ra khi có bí tiểu tiện, sau cơn đau có bài niệu nhiều.
- Tăng urê huyết nhẹ: có kèm theo mệt nhọc, chán ăn, buồn nôn, nhức đầu, rối loạn thị giác, tăng áp lực động mạch.

Nếu có kèm theo bí tiểu tiện trong ứ nước mạn tính ở hai thận thì nguyên nhân thường là:

- + U tuyến tiền liệt.
- + Hẹp niệu quản mạn tính có kèm nhiều cận bàng quang.

## 3. Chẩn đoán

Dựa trên các dấu hiệu:

- Thận to: có thể sờ nắn thấy được.

- Các cơn đau, theo sau có bài niệu nhiều.

#### **4. Chẩn đoán phân biệt**

Cần phân biệt với các bệnh:

- U nang buồng trứng và những khối u bụng khác.
- U thận.
- Thận đa nang.
- Loét dạ dày - ruột tá.

#### **5. Biện chứng**

- Nhiễm khuẩn gây viêm mủ toàn thận.
- Chảy máu.
- Tăng huyết áp: hiếm gặp

#### **6. Tiên lượng**

- Thận ứ nước một bên: có thể không có hậu quả.
- Ứ nước hai bên thận: tiến triển tới tăng urê huyết và có nguy cơ nhiễm khuẩn nặng.

#### **7. Điều trị**

Cần phân biệt:

- Thận ứ nước một bên: loại trừ nguyên nhân như cố định một quả thận di động, cắt một động mạch dị thường...
- Thận ứ nước ở hai bên:
  - + Tháo bàng quang thật từ từ (xem bài: bí tiểu tiện).
  - + Loại trừ nguyên nhân: nếu có thể.



## CÁC BỆNH HƯ THẬN

"Hư thận" là thuật ngữ do F.Muller (1905) đề xuất để chỉ các bệnh thận khởi thủy là thoái hoá và để phân biệt chúng với các bệnh khởi thủy là "viêm" (viêm thận).

- Hội chứng hư thận có những dấu hiệu sau đây:
  - Phù nặng.
  - Albumin niệu rất nhiều.
  - Giảm protein huyết.
  - Có thể thêm các dấu hiệu tăng cholesterol huyết, giảm chuyển hoá cơ bản, tru niệu và những thể lưỡng triết ở trong cận lũng nước tiểu.

Hội chứng hư thận gắn liền với tổn thương của bộ máy siêu lọc của tiểu cầu thận là màng đáy.

- Thể bệnh: cần phân biệt các thể bệnh
  - Các bệnh hư thận hoại tử: gặp trong nhiễm độc (thủy ngân, arsenic...).
  - Bệnh hư thận mỡ.
  - Giai đoạn hư thận của viêm thận bán cấp.
  - Bệnh hư thận thai nghén: phối hợp với chứng sản giật.
  - Bệnh hư thận do giang mai.
  - Bệnh hư thận do nghẽn các tĩnh mạch thận.
  - Bệnh hư thận do lupus ban đỏ rải rác.

## BỆNH HƯ THẬN Ở ĐƠN VỊ THẬN DƯỚI

Bệnh này còn gọi là: viêm ống thận cấp tính, viêm thận - ống thận cấp tính, viêm thận nhiễm độc hoặc bệnh hư thận hoại tử.

Đây là hội chứng thận do nhiều nguyên nhân, đều đưa tới những tổn thương thoái hoá của các ống thận, tới vô niệu và suy thận cấp tính.

### 1. Nguyên nhân

#### a. Nhiễm độc

- Thủy ngân II clorua, uông mercurochrom.
- Các hợp chất kim loại: các muối bismuth, chì (Pb), đồng (Cu), vàng (Au), phosphat (P), kali clorat...
- Các hợp chất hữu cơ: carbon tetrachlorua, acid oxalic, nhựa thông...
- Các sulfamid.

#### b. Tan máu nội mạch

- Phản ứng truyền máu.
- Các vết bỏng nặng (dù nông).
- Nhiễm trùng huyết.
- Sốt mật hemoglobin niệu.
- Các thuốc độc tiêu huyết.

#### c. Hội chứng vùi lấp

Chấn thương nặng gây nghiền nát phần mềm của tú chi mà không gây gãy xương: người bệnh có trạng thái sốc và có myoglobin niệu; sau đó, người bệnh tiểu tiện ít, vô niệu và suy thận.

*d. Trạng thái sốc:* bệnh phổi hợp với trạng thái sốc thường gặp là

- Xuất huyết nặng.
- Sốc sản khoa và sốc phẫu thuật, sốc chấn thương.

## **2. Triệu chứng lâm sàng**

Triệu chứng hàng đầu là: tiểu tiện ít và vô niệu, sau đó tiến tới suy thận.

### *a. Thời kỳ đầu*

- Rối loạn tiêu hoá: nôn mửa, tiêu chảy.
- Giảm bài niệu: nước tiểu dưới mức 500ml/24 giờ.

### *b. Thời kỳ vô niệu*

- Vô niệu: dùng ống thông có thể lấy được vài ml, nước tiểu đục và sẫm màu, chứa nhiều albumin và trụ hạt. Nước tiểu chứa rất ít urê và clorua (các phần tử này có nồng độ như ở trong máu).
- Hội chứng tăng urê huyết: nặng thêm lên khi vô niệu kéo dài.
- Mất nước ở ngoài tế bào: là hậu quả của mất nước và muối do nôn mửa và tiêu chảy.
- Tăng kali huyết và nhiễm acid huyết.

### *c. Thời kỳ tiến triển nặng*

- Tử vong: sau 6 - 10 ngày vô niệu.
- Bài niệu trở lại: nếu bài niệu trở lại nhưng ống thận vẫn chưa được tái tạo đủ và nơơ huyết vẫn tiếp tục tăng lên thì vẫn có thể dẫn đến tử vong.

### 3. Chẩn đoán

- Tiểu tiện ít đột nhiên và có kèm albumin niệu và huyết niệu. Mức bài niệu là khoảng 200ml/24 giờ.
- Chân ăn, nôn mửa, ý thức u ám.
- Nhiễm acid huyết.
- Tỷ lệ urê huyết và kali huyết tăng dần, tỷ lệ natri huyết và calci huyết giảm dần.

Trong trường hợp tiến triển tốt, bài niệu trở lại trong tuần lễ thứ hai và bệnh khỏi không để lại di chứng.

### 4. Tiên lượng

- Điều trị sớm và hợp lý có tác dụng làm cho bệnh tiến triển tốt.
- Nếu trong điều trị mà dùng nhiều nước và muối thì có thể dẫn tới suy tim và tử vong.
- Suy tim cũng có thể do nhiễm khuẩn hoặc do những yếu tố tạo thuận lợi cho dị hoá protein.

### 5. Điều trị

#### *a. Điều trị nguyên nhân gây bệnh*

- Trong nhiễm độc do các kim loại nặng thì nhiễm độc chủ yếu là do thủy ngân (Hg), người ta dùng thuốc BAL (dimercaprol 2 · 3 propanol) loại ống tiêm 1ml - 100mg trong dung dịch dầu có 20% benzyl benzoat: tiêm bắp sâu với liều lượng 3mg/kg cơ thể mỗi lần tiêm, mỗi ngày tiêm 2 lần.
- Trong nhiễm trùng huyết: dùng kháng sinh.
- Trong mọi trường hợp đều phải chữa triệu chứng.

#### *b. Điều trị triệu chứng*

- Lúc bắt đầu: cần phải điều trị trạng thái "sốc" bằng cách hồi phục khối lượng máu, làm giảm thiếu máu cục bộ và co

mạch thận. Không dùng thuốc lợi niệu, hạn chế muối và lượng nước vào cơ thể bệnh nhân với lượng dưới 1 lít/24h.

- Chế độ ăn: ít protid và cung cấp số calo cần thiết (1000 - 3000 calo) mà không làm mệt thận. Như vậy phải cho người bệnh ăn ít protein và đủ carbon hydrat, đủ mỡ để tránh dị hoá protein.
- Các loại dịch: dùng dung dịch glucose và levulose.
- Chỉ được phép cho NaCl nếu bị mất liên tục các chất điện phân này do nôn mửa và tiêu chảy.

Chú ý: trong thời kỳ vô niệu, nếu cho muối có thể gây ra phù phổi do hệ quả của tăng áp lực tiểu tuần hoàn.

- Nhiễm acid huyết được xử trí bằng cách cho uống natri bicarbonat hay natri citrat (1g - 2g, mỗi ngày 3 lần). Có thể dùng natri lactat đẳng trương (1,75%) theo đường tĩnh mạch.

Nhưng nếu cung cấp natri cho người bệnh có tăng urê huyết sẽ dẫn đến tai biến phù nặng, cần phải cấp cứu bằng digitalin.

- Chữa tăng phosphat huyết bằng nhóm hydroxyd là chất ngăn cản sự hấp thụ phosphat ở đường tiêu hoá.
- Tiêm tĩnh mạch loại thuốc calci để điều trị calci huyết giảm.
- Điều trị tăng kali huyết bằng cách giảm mức cung cấp kali ngoại sinh.
- Lọc trong và ngoài thận.
- Thời kỳ sau vô niệu: người bệnh hồi phục bài niệu có thể gây nên hiện tượng mất quá nhiều nước, clorua và kali: đó là trạng thái mất nước nặng. Cần cho người bệnh một lượng nước vừa đủ để điều trị, dùng KCl để điều trị giảm kali huyết.

## **BỆNH THẬN HƯ MỠ**

Bệnh thận hư mỡ cũng nghĩa với bệnh hư thận thuần túy, viêm tiểu cầu hoặc viêm tiểu cầu thận màng.

Bệnh hư thận mỡ có đặc điểm là:

- Một hội chứng hư thận (phù, albumin niệu rất nhiều và giảm protein huyết).
- Không có viêm thận phổi hợp.
- Không có thoái hoá thận dạng tinh bột.
- Không có nguyên nhân giang mai.

### **1. Nguyên nhân**

Có hai thuyết đối lập nhau:

- Hư thận mỡ là một thể viêm tiểu cầu thận cấp tính chữa khỏi được ở trẻ em và tiến triển thành mạn tính ở người lớn.
- Có người cho rằng hư thận mỡ là một thực thể đặc tính bệnh học khác viêm tiểu cầu thận mà nguyên nhân chưa được biết.

### **2. Hoàn cảnh xuất hiện**

Bệnh xảy ra chủ yếu ở trẻ em và người lớn trẻ tuổi (từ 18 tuổi đến 30 tuổi).

Tuy nhiên, người ta thấy có tổn thương ở màng đáy tiểu cầu thận.

### **3. Triệu chứng lâm sàng**

- Khởi đầu: bệnh nhiều khi âm ỉ.
- Thời kỳ toàn phát:

- + Phù mềm, không đau, ấn lõm; phù lan lên mặt và mí mắt, thấy rõ về buổi sáng. Phù toàn thân có kèm tràn dịch các thanh mạc (tràn dịch màng bụng, tràn dịch màng phổi, tràn dịch khớp). Dịch trong các ổ thanh mạc là dịch thấm có phản ứng Rivalta (-) và chứa ít albumin.
- + Tâm thần trầm uất, nôn mửa và tiêu chảy: những triệu chứng này hay gặp.

#### 4. Biến chứng

- Nhiễm khuẩn đường hô hấp trên, viêm phổi, viêm màng bụng cấp tính.
- Viêm quanh ngoài da.

Sau các biến chứng nhiễm khuẩn, luôn luôn có một cơn bài niệu ồ ạt và phù tạm thời giảm bớt.

#### 5. Tiến triển

- Bệnh hư thận mờ khỏi hẳn sau một loạt những đợt bệnh nối tiếp.
- Bệnh có thể tiến triển với những thời kỳ nhiễm khuẩn.
- Trong tiến triển của bệnh xuất hiện những dấu hiệu viêm thận mạn tính, tiến triển đến tử vong với tăng huyết áp, tăng urê huyết và suy thận không hồi phục.

#### 6. Chẩn đoán

Dựa vào các dấu hiệu:

- Phù rất to, phù mềm và trắng.
- Albumin niệu rất nhiều.
- Không có tăng huyết áp, tăng urê huyết và hội chứng tim mạch.
- Giảm protein huyết, tăng lipid huyết, tăng cholesterol huyết.

## 7. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm thận bán cấp: là giai đoạn hư thận của viêm thận. Bệnh viêm thận bán cấp có triệu chứng: huyết niệu, tăng huyết áp.
- Hư thận dạng tinh bột: thoái hoá thận dạng tinh bột xảy ra luôn luôn ở người mắc bệnh nung mù mạn tính.
- Bệnh gây tổn thương nhiều nội tạng khác cùng với thận do đó có gan to và lách to, có tăng urê huyết.
- Hư thận giang mai: có các triệu chứng lâm sàng và huyết thanh học của bệnh giang mai.
- Nghẽn các tĩnh mạch thận: bệnh này hiếm gặp, có các dấu hiệu:
  - + Hội chứng hư thận cấp tính có kèm đau vùng thắt lưng.
  - + Có biến chứng tắc mạch phổi.
- Suy tim phải, viêm thất màng ngoài tim, xơ gan Laënnec.
- Hư thận trong bệnh lupus ban đỏ rải rác: phát hiện được các tế bào lupus ban đỏ.
- Bệnh xơ cứng tiểu cầu thận do bệnh tiểu đường: bệnh này còn gọi là hội chứng Kimmelstiel - Wilson, có dấu hiệu:
  - + Không có glucose niệu (do ngưỡng thận tăng lên).
  - + Glucose huyết tăng.

## 8. Điều trị

### a. Chế độ ăn uống

- Theo một chế độ ăn nhiều protein gồm sữa, thịt, gan.
- Có thể dùng các chất nước với điều kiện là chế độ ăn không chứa muối hoặc chứa rất ít để phòng các đợt phù có thể xảy ra, giảm lượng muối hàng ngày xuống còn 1g hoặc 0,5g.



### *b. Các thử thuốc lợi niệu*

- Dùng chlorothiazid và hydrochlorothiazid.
- Dùng một số chất có trọng lượng phân tử cao để làm tăng áp suất thẩm thấu: protein và tạo thuận lợi cho bài niệu: dùng acacia (cây hợp hoan).
- Dùng các albumin cô đặc, chứa ít muối: gây bài niệu tốt.

### *c. Corticoid và ACTH*

Tác dụng của những thuốc này là:

- Làm giảm sự mất protid ở tiểu cầu thận.
- Làm tăng thể tích huyết tương.
- Làm giảm tiết andosteron một cách thứ yếu.

Cụ thể: dùng prednisolon 30mg - 60mg/24h.

- + Nếu prednisolon không còn tác dụng đối với bệnh, người ta dùng một liệu trình ACTH 40 đơn vị/24h trong khoảng 10 ngày rồi dùng tiếp một liệu trình prednisolon.

## **BỆNH THOÁI HOÁ THẬN DẠNG TINH BỘT**

Bệnh thoái hoá thận dạng tinh bột còn gọi là bệnh hư thận dạng tinh bột.

Bệnh thoái hoá thận dạng tinh bột là bệnh thận do ứ đọng chất dạng tinh bột ở lớp áo giữa của các động mạch và mao mạch tiểu cầu thận, với đặc điểm lâm sàng là một hội chứng hư thận.

### **1. Nguyên nhân**

Nung mủ mạn tính ở nội tạng (khác thận).

## **2. Triệu chứng**

Có dấu hiệu:

- Gan to và lách to.
- Albumin niệu rất nhiều.
- Phù.
- Protein huyết giảm.
- Trong nước tiểu có những trụ sáp và những thể lưỡng chiết.

## **3. Điều trị**

- Dùng kháng sinh.
- Thuốc lợi niệu.

# **BỆNH LAO THẬN**

Bệnh lao thận là bệnh nhiễm trùng ở thận và một cách thứ phát ở các phần khác của bộ máy tiết niệu - sinh dục do trực khuẩn lao theo đường máu từ một ổ ở phổi, đôi khi ở ruột, xương, hạch bạch huyết hay không xác định.

Bệnh lao thận gặp chủ yếu ở nam giới, từ 20 đến 40 tuổi.

## **1. Triệu chứng lâm sàng**

Bệnh lao thận là một bệnh đặc biệt âm thầm. Các triệu chứng đầu tiên thường biểu hiện của một viêm bàng quang (thận đau, bàng quang kêu):

- Đái dầm nhiều, thường nặng về ban đêm.
- Đau khi đi tiểu xong.

- Dái nhiều nước tiểu đục, điển hình là nước tiểu nhợt và đục.
- Có thể có một vài giọt máu khi tiểu tiện xong, huyết niệu có thể nhiều và không đau.
- Khám lâm sàng thường không có dấu hiệu.

## 2. Chẩn đoán

Dựa trên các triệu chứng viêm bàng quang, với:

- Tiểu tiện nhiều nước tiểu trong hay đục.
- Mủ niệu ít nhiều rõ ràng.
- Có trực khuẩn lao ở trong nước tiểu.
- Có một ổ lao, chủ yếu ở xương.

## 3. Biến chứng

- Viêm bàng quang.
- Viêm tuyến tiền liệt và viêm túi tinh.
- Viêm mào tinh hoàn và viêm ống tinh.

## 4. Tiến triển

*a. Lao ở một bên thận:* có thể khỏi nhưng thường nặng thêm lên do có thể xảy ra lao kê.

Ngoài ra, bệnh có thể gây nên:

- Viêm bàng quang.
- Mủ niệu toàn thận.
- Lao thận đối diện và lao sinh dục - tiết niệu.

*b. Lao ở cả hai bên thận*

- Tử vong do tăng urê huyết và lao toàn thân.
- Tổn thương cả 2 thận do lao và tăng áp lực động mạch.

## 5. Điều trị

Dùng phối hợp các thuốc chống lao: isoniazid (INH), streptomycin, ethambutol, rifampicin, kanamycin....

# BỆNH U THẬN

## 1. Phân loại

Có thể gặp các loại:

- U tuyến thượng thận Grawitz tế bào to nhạt màu ưa acid.
- Ung thư biểu mô thận tế bào nhỏ ưa base sẫm màu.
- U phôi do thận.
- Sarcom, u nhú của bể thận.

## 2. Triệu chứng lâm sàng

- Huyết niệu toàn bộ (tiểu tiện ra máu toàn phần): huyết niệu tự nhiên, ra nhiều, ra cách hồi, không đau và không biến đổi lúc nghỉ ngơi hay lúc vận động (trong bệnh sỏi tiết niệu, huyết niệu xảy ra khi người bệnh vận động).
- Có thể sờ nắn thấy khối u: đây là dấu hiệu muộn.
- Đau: bất định. Các cơn đau có thể do cục máu đông di qua.
- Di căn chủ yếu ở xương.
- Đôi khi có sốt do nhiễm khuẩn.

## 3. Chẩn đoán phân biệt

- U nang đơn giản, được nhận ra khi mổ.
- Thận ứ nước.
- U ở lách, tụy hay thương thận.

#### 4. Điều trị

Phẫu thuật cắt bỏ thận.

### THẬN ĐA NANG

Thận đa nang là dị dạng thận bẩm sinh trong đó nhu mô thận bị thay thế một phần bởi những u nang ăn thông với nhau, nhưng không thông với bể thận.

#### 1. Nguyên nhân

- U nang được hình thành khi sự hợp nhất các túi thận và ống Wolff không được bình thường.
- Thận đa nang thường kèm theo u nang ở các bộ phận khác như gan, tụy, tuyến giáp. Có thể thấy các dị dạng khác như: sút môi, tay thừa ngón, bệnh tim bẩm sinh...

#### 2. Triệu chứng lâm sàng

- Đau thắt lưng: đau ở sâu.
- Huyết niệu: huyết niệu toàn bộ.
- Có dấu hiệu nhiễm khuẩn niệu.
- Có dấu hiệu suy thận với bệnh cảnh là:
  - + Viêm thận mạn tính.
  - + Tăng urê huyết và tăng albumin niệu.
  - + Tăng áp lực động mạch.
  - + Tiểu tiện nhiều và dãn thảu thấu niệu.
- Không có dấu hiệu phù.
- Sở thấy khối u thắt lưng - bụng ở cả hai bên, ít nhiều có bấu lổn nhổn, sờ nắn thận không gây đau nhưng có dấu hiệu chạm thắt lưng.

### 3. Tiến triển

- Có thể bệnh kéo dài quá 10 năm. Trong thời kỳ này, nitơ huyết vẫn bình thường.
- Ở thời kỳ nặng, thận đa nang tiến đến tăng urê huyết, giống như viêm thận mạn tính.

### 4. Biến chứng

Viêm thận, lao thận và bệnh sỏi thận thì đặc biệt tiến triển nặng trên một quả thận đa nang.

- Xuất huyết trong nang: đôi khi đau không chịu được.
- Vỡ thận đa nang do chấn thương: ít gặp.
- Viêm mủ toàn thận: đây là biến chứng nguy hiểm.
- Huyết niệu: có huyết niệu ít, không gặp nhiều.

### 5. Chẩn đoán phân biệt

- Hai thận ứ nước: có thể tháo nước ra được bằng cách thông niệu quản.
- Viêm quanh thận do sỏi ở hai bên: có khối nhỏ hơn và hình ảnh sỏi thể hiện trên X quang thận.
- Khối u trong ổ bụng ở một bên: có thể gặp lách to, túi mật to, u nang mạc treo, u tụy.

### 6. Điều trị

#### *a. Thận đa nang không có biến chứng*

- Cho uống nhiều nước.
- Chế độ ăn gồm lượng protein tối thiểu cần thiết để tránh dị hoá protein nội sinh.

- Phòng ngừa các bệnh nhiễm khuẩn và nhiễm độc.
  - Phẫu thuật chọc hút hoặc cắt lọc các u nang.
- b. Thận đa nang có biến chứng*
- Phẫu thuật bóc vỏ quả thận đau, nhất là khi người bệnh bị đau không thể chịu được.
  - Cắt bỏ thận khi có urê huyết và urê niệu nhiều khi vỡ thận đa nang hoặc xuất huyết nhiều trong nang.
- c. Thận đa nang nhiễm khuẩn*
- Dùng thuốc kháng sinh: ít tác dụng ở bên trong các khoang nang kín.
  - Mở thận: có kết quả tốt.

## NHIỄM CALCI THẬN

Nhiễm calci thận là sự xuất hiện những ổ vôi hoá ở trong thận.

### 1. Nguyên nhân

- Tăng calci niệu và tăng phosphat niệu mạn tính.
- Tăng năng tuyến giáp, tăng vitamin D.
- Ăn uống quá nhiều calci và những chất kiềm.
- Loãng xương do bất động kéo dài.
- Nhiễm acid do thận.
- Phá huỷ xương do di căn ung thư.

### 2. Triệu chứng

- Là những triệu chứng của bệnh căn nguyên.

- Có những vết vôi hoá ở bên trong thận (qua X quang).
- Có các hòn sỏi (qua X quang)

### **3. Điều trị**

- Chữa bệnh căn nguyên.
- Cho uống nhiều, làm kiềm hoá nước tiểu.
- Điều trị các bệnh nhiễm khuẩn đường tiết niệu.

## **XƠ CỨNG THẬN LẠNH TÍNH**

Xơ cứng thận lạnh tính cùng nghĩa với xơ cứng thận tiểu động mạch, xơ cứng thận kèm theo tăng huyết áp lạnh tính.

### **1. Định nghĩa**

Bệnh này có tổn thương các mạch máu thận, đặc biệt là các tiểu động mạch, đưa đến tăng huyết áp kéo dài.

### **2. Triệu chứng lâm sàng**

- Tăng huyết áp.
- Hậu quả của tăng huyết áp là tăng thể tích tim và rối loạn mạch máu não.
- Có thể xảy ra những thời kỳ cấp tính của bệnh não tăng huyết áp (hiếm gặp).
- Có hư biến đáy mắt, nhưng không có dịch rỉ.
- Có dấu hiệu phù do tim.
- Có hội chứng niệu, bao gồm các triệu chứng: đi tiểu đêm, có albumin niệu.



### **3. Tiên lượng**

- Tổn thương xơ cứng ít khi đưa tới bệnh cảnh tăng urê huyết.
- Tăng áp lực động mạch và xơ cứng động mạch có thể gây ra các biến chứng nguy hiểm ở tim, ở mạch vành, ở não.

### **4. Điều trị**

- Điều trị tăng áp lực động mạch.
- Điều trị suy tim.

## **XƠ CỨNG THẬN ÁC TÍNH**

### **1. Định nghĩa**

Xơ cứng thận ác tính là tổn thương thận gặp ở người bệnh có biểu hiện một bệnh cảnh tăng áp lực động mạch ác tính dẫn đến tăng urê huyết.

### **2. Nguyên nhân**

- Tăng huyết áp vừa phải và kéo dài, rồi đột nhiên nặng lên và tiến triển tới bệnh cảnh xơ cứng thận ác tính.
- Tăng huyết áp ác tính tiến triển nhanh và kết thúc bằng một trạng thái tăng urê huyết sau 1 - 2 năm kể từ khi bắt đầu tăng huyết áp. Bệnh thường gặp ở người trẻ tuổi (dưới 45 tuổi).

### **3. Triệu chứng**

Các triệu chứng chính:

- Tăng huyết áp rất cao, có kèm theo tăng huyết áp tâm trương.
- Các mạch máu võng mạc bị hư biến nặng: hẹp các động mạch, tắc mạch, xuất huyết rộng và có rỉ dịch.
- Có hội chứng tăng urê huyết.
- Có các thời kỳ bệnh não tăng huyết áp: gặp chủ yếu ở người bệnh đứng tuổi đã bị tăng huyết áp lành tính trong một thời gian dài. Trong cơn bệnh, có rối loạn thần kinh.

#### 4. Tiến triển

- Người bệnh thường chỉ sống thêm được vài năm.
- Tử vong do tăng urê huyết hoặc do suy tim.

#### 5. Chẩn đoán

a. *Chẩn đoán xác định*: dựa vào

- Tăng urê huyết.
- Tiền sử bệnh.

b. *Chẩn đoán phân biệt*

- Viêm thận mạn tính: dựa vào
  - + Tiền sử bệnh.
  - + Có huyết niệu ít hơn trong viêm thận mạn tính.
- Thận đa nang bẩm sinh.
- Hư thận dạng tinh bột có kèm cơ thận, có triệu chứng:
  - + Tăng urê huyết không kèm theo phù nhiều.
  - + Tim phì đại.
  - + Bệnh võng mạc.

- Viêm bể thận - thận mạn tính do tăng đường máu. có triệu chứng:
  - + Tăng huyết áp.
  - + Có nhiều bạch cầu trong nước tiểu.
  - + Có hiện tượng giãn niệu quản nhưng không có tắc thận.

## 6. Điều trị

- . Áp dụng những biện pháp điều trị:
  - Bệnh não tăng huyết áp.
  - Tăng urê huyết.

## THẬN DI ĐỘNG

Thận di động cùng nghĩa với sa thận.

### 1. Đặc điểm

Bệnh có đặc điểm là thận di động một cách không bình thường và có khi là những cơn đau do niệu quản bị gấp lại.

### 2. Nguyên nhân

- Cơ thành bụng bị chùng giãn do mất trương lực, thận di động một cách không bình thường có kèm sa toàn bộ các tạng.
- Các rối loạn đều là do tắc và do nhiễm khuẩn thứ phát sau ứ đọng.

### 3. Hoàn cảnh xuất hiện

- Gặp ở nữ nhiều hơn nam (do sinh đẻ).
- Tuổi thường gặp: 25 - 35 tuổi.
- Thường gặp ở bên phải.

#### **4. Triệu chứng lâm sàng**

- Đau: từ điểm đau bụng đơn giản đến cơn đau dữ dội (là cơn đau thận có kèm theo trạng thái sốc) do niệu quản gặp khúc hoặc thận ứ nước.
- + Triệu chứng đau có thể mất đi ở tư thế nằm.
- + Cuối cơn đau thường người bệnh có cơn đi tiểu rất nhiều.
- Tiểu tiện khó: thường hay gặp.
- Sờ nắn thấy được cực dưới của thận khi người bệnh thở hít vào ở tư thế nằm.

#### **5. Chẩn đoán phân biệt**

Cần phân biệt với bệnh sỏi thận, có triệu chứng:

- Cơn đau bụng thận.
- Huyết niệu.
- Có hình hòn sỏi trên X quang.

#### **6. Biến chứng**

Do niệu quản bị gặp nên có thể gây ra biến chứng thận ứ nước cách hồi.

#### **7. Điều trị**

- Nằm ở tư thế gối - ngực (tức là nằm chống hông) có thể làm dịu cơn đau.
- Dùng "đai chun giãn" để củng cố thành bụng trong trường hợp hay bị đau.
- Điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu khi cần thiết.

## CÁC RỐI LOẠN THẦN KINH BÀNG QUANG

### 1. Định nghĩa

Rối loạn thần kinh bàng quang là giảm trương lực hay tăng trương lực bàng quang do các tổn thương của hệ thần kinh trung ương hay thần kinh ngoại biên của bàng quang; có những rối loạn bài niệu, không có khả năng tháo rỗng hết bàng quang hoặc không cầm giữ được.

### 2. Nguyên nhân

- Tổn thương các trung tâm tuỷ sống kiểm soát cơ thắt bàng quang ở khoảng đốt cùng C2 - C5.
- Những bệnh của hệ thần kinh trung ương (như bệnh thoái hoá TK, chấn thương TK...), bệnh của tuỷ sống, bệnh của dây thần kinh đuôi ngựa.

### 3. Triệu chứng lâm sàng

Bàng quang bị liệt và mất trương lực ngay sau một chấn thương tuỷ hay trong các bệnh cấp tính của tuỷ xương.

Các rối loạn thường gặp:

- Đái dầm bệnh lý: bàng quang mất trương lực hoặc nhẽo, gặp trong các tổn thương nhân trong tuỷ sống cùng. Nước tiểu ở bàng quang luôn luôn chảy ra.
- Bàng quang tự động hay đái dầm thành tia: gặp trong trường hợp tuỷ sống bị cắt đứt hoàn toàn trên nhân hoặc trong các tổn thương não quan trọng. Khoảng cách giữa các lần tiểu tiện phụ thuộc duy nhất vào dung tích bàng quang và sự bài niệu.

Hãn hữu có thể gặp triệu chứng bí tiểu tiện trong trường hợp có tổn thương cắt đứt hoàn toàn trên nhân.

#### **4. Điều trị**

- Chữa bệnh căn nguyên, loại bỏ chướng ngại vật (ví dụ: u tiền liệt tuyến).
- Thông tiểu tiện bằng kỹ thuật đặc biệt trong trường hợp rối loạn thần kinh bàng quang.
- Tích cực điều trị các bệnh nhiễm khuẩn trong thời gian phải thông tiểu tiện.
- Có chế độ ăn uống hợp lý để duy trì nước tiểu kiềm tính.

## **VIÊM BÀNG QUANG**

### **1. Định nghĩa**

Viêm bàng quang là bệnh bàng quang cấp tính hay mạn tính do vi khuẩn gây ra, thường gặp ở phụ.nữ.

### **2. Nguyên nhân**

Sức đề kháng của biểu mô bàng quang giảm đi sau khi sinh đẻ, trong trạng thái nằm nghỉ trên giường lâu ngày, khi có nhiều nước tiểu sót lại trong bàng quang và trong bệnh tiểu đường.

Những nguyên nhân hay gặp là:

- Nhiễm khuẩn các đường tiết niệu trên (bể thận và nhu mô thận) lan rộng; thường gặp trong viêm bể thận, viêm thận - bể thận, lao thận.
- Nhiễm khuẩn các đường sinh dục - tiết niệu dưới lan rộng. Gặp trong các bệnh nhiễm khuẩn niệu đạo và tiền

liệt tuyến ở nam giới, nhiễm khuẩn niệu đạo. âm đạo và tử cung ở nữ giới.

- Lở rò bàng quang - ruột thẳng, lỗ rò bàng quang - âm đạo.
- Ung thư bàng quang hay bệnh sỏi bàng quang.
- Thông tiểu tiện: có thể gây nên nhiễm khuẩn bàng quang.

*Tác nhân gây bệnh thường gặp:*

- Trực khuẩn coli.
- Liên cầu khuẩn.
- Trực khuẩn mù xanh hoặc lậu cầu khuẩn: hiếm gặp.
- Yếu tố phụ trợ: nhiễm lạnh.

### 3. Triệu chứng

Có ba dấu hiệu quan trọng:

- Đi tiểu dắt (đái dắt).
- Khó tiểu tiện: có dấu hiệu đau trước, trong và sau khi bài niệu, có cảm giác buốt một lúc cuối bài nước tiểu; có hiện tượng chuột rút lan tới quy đầu, hai bẹn và hậu môn.
- XN nước tiểu:
  - + Mủ niệu: nước tiểu đục toàn bộ, cặn vẫn đục khá đặc (gồm mủ và vi khuẩn); lúc đầu, nước tiểu acid rồi sau trở nên kiềm.
  - + Albumin niệu không nhiều nếu không có tổn thương thận đồng phát.
  - + Huyết niệu: thường vào lúc cuối bài nước tiểu trong trường hợp viêm bàng quang xuất huyết.
- Ngoài ra còn có các triệu chứng toàn thân, xuất hiện trong trường hợp có biến chứng:

- + Nhiễm khuẩn bề thận hay nhu mô thận.
- + Nhiễm khuẩn cấp tính đường sinh dục - tiết niệu (như: viêm tuyến tiền liệt cấp tính).

#### **4. Chẩn đoán**

Dựa vào dấu hiệu:

- Mủ niệu.
- Khó tiểu tiện.
- Tiểu tiện dắt (đái dắt).
- Có thể kèm theo dấu hiệu tổn thương thận: cần chụp X quang, cấy vi khuẩn.

#### **5. Điều trị**

- Loại trừ nguyên nhân nếu có điều kiện.
- Dùng thuốc kháng sinh.
- Dùng thuốc giảm đau (thuốc phiện - morphin) khi có cảm giác buốt mót, thuốc chống co thắt, thuốc an thần.
- Ngâm mông vào nước nóng.

## **BỆNH SỎI BÀNG QUANG**

Sỏi bàng quang có cùng cấu tạo như sỏi thận. Ứ đọng nước tiểu là yếu tố thuận lợi quan trọng nhất đối với nhiễm khuẩn đường tiết niệu.

#### **1. Triệu chứng lâm sàng**

- Có thể không có triệu chứng khi sỏi bàng quang không di chuyển.



- Có thể sỏi bàng quang gây nên các dấu hiệu:
  - Tiểu tiện dắt (đái dắt).
  - Tiểu tiện khó.
  - Huyết niệu: tăng lên khi người bệnh vận động.
  - Tắc niệu đạo: ít gặp.

## 2. Điều trị

Sử dụng kỹ thuật tiết niệu học.

# U BÀNG QUANG

U lành ở niêm mạc bàng quang cũng có xu hướng tái phát sau cắt bỏ và nhiều khi lan rộng ra.

## 1. Nguyên nhân

- Dẫn xuất của anilin sử dụng trong công nghiệp: gây ra u nhú.
- Bệnh sản màng bàng quang có kèm theo viêm bàng quang mạn tính có thể gây nên ung thư bàng quang, gồm có:
  - Ung thư biểu mô nhú: phát sinh ở bên trong bàng quang.
  - Ung thư biểu mô vẩy da: gây ra vết loét hoại tử ở thành bàng quang.

## 2. Triệu chứng lâm sàng

- Huyết niệu và không đau: là dấu hiệu quan trọng nhất.
- Bí tiểu tiện do tắc bàng quang.
- Triệu chứng nhiễm khuẩn ở chỗ loét và gây ra viêm thận - bể thận.
- Di căn ung thư xương: có thể gặp.

### 3. Tiên lượng

Tiên lượng xấu nếu lớp cơ và các bộ phận lân cận bị khối u xâm lấn.

### 4. Điều trị

- Phương pháp sử dụng điện đông đối với các u nhỏ.
- Phẫu thuật cắt bỏ bằng quang tăng phần hay toàn bộ đối với các u to, có thể dùng kèm theo chất đông vị phóng xạ.

## VIÊM TUYẾN TIỀN LIỆT, VIÊM NIỆU ĐẠO, VIÊM TÚI TINH

### 1. Định nghĩa

Là bệnh nhiễm khuẩn cấp tính hay mạn tính ở tuyến tiền liệt, niệu đạo và túi tinh.

### 2. Nguyên nhân

Nguyên nhân có thể là:

- Lậu cầu khuẩn: hay gặp nhất.
- Trực khuẩn coli hay trực khuẩn lao: gây viêm tuyến tiền liệt. Trực khuẩn lao ẩn náu ở túi cùng tuyến tiền liệt và sau một chấn thương (như thông tiểu tiện) có thể lan ra mào tinh hoàn.

### 3. Triệu chứng lâm sàng

a. *Nhiễm khuẩn cấp tính*: viêm niệu đạo do lậu cầu khuẩn có thể lan ra tuyến tiền liệt, hai túi tinh và 2 tinh hoàn.

Có thể phân biệt:

- Sung huyết tuyến tiền liệt: có triệu chứng

- Tiểu tiện khó.
- Mủ niệu và có nhầy ở trong nước tiểu.
- Tuyến tiền liệt to và nóng.
- Viêm nang cấp tính: có nhiều hòn rắn to bằng hạt đậu.
- Viêm tuyến tiền liệt cấp tính: có dấu hiệu
  - Cảm giác nặng nặng ở đáy chậu.
  - Cảm giác đau khó chịu lúc đi đại tiện.
  - Khó tiểu tiện, đôi khi dẫn tới bí tiểu tiện hoàn toàn.
  - Tuyến tiền liệt to, chắc và đau.

Viêm tuyến tiền liệt cấp tính có thể tan đi do khỏi nhiễm khuẩn các chùm nang, thảo rộng một cách tự phát vào niệu đạo hay là mở vào trong ruột thẳng (trực tràng).

- Viêm tây quanh tuyến tiền liệt: có các triệu chứng như viêm tiền liệt tuyến. Ngoài ra, sờ nắn có thể thấy một mảng đau và một khối mềm, mồm, đó là dấu hiệu mưng mủ.

#### *b. Nhiễm trùng mạn tính*

- Tuyến tiền liệt xuất tiết dịch viêm, dịch từ tuyến tiền liệt chảy ra.
- Di tinh.
- Dương vật không cương hoàn toàn, phóng tinh sớm.

Viêm tiền liệt tuyến mạn tính được thấy trong viêm niệu đạo mạn tính hay là trong hẹp niệu đạo.

### **3. Điều trị**

#### *a. Ở giai đoạn cấp tính*

- Dùng thuốc kháng sinh, thuốc an thần, dùng morphin nếu đau dữ dội.

- Nằm nghỉ tại giường.
- Ngâm mông vào nước ấm.
- Chống chỉ định: xoa bóp và xét nghiệm tiết niệu học. Việc xoa bóp tuyến tiền liệt có thể làm lan toả các mầm bệnh.

*b. Ở giai đoạn mạn tính*

- Thuốc kháng sinh: thường ít kết quả.
- Nhỏ các thứ thuốc sát trùng (nitrat bạc 0,5%) và xoa bóp.
- Thông tiểu tiện để tháo rỗng nước tiểu sót lại trong bàng quang.

## U TUYẾN TIỀN LIỆT

U tuyến tiền liệt cùng nghĩa với phì đại tuyến tiền liệt.

### 1. Nguyên nhân

Tuyến tiền liệt to ra với tỷ lệ trên 40% ở những người trên 60 tuổi. Trước tuổi này, có sự xơ hoá sau viêm tiền liệt tuyến.

Căn nguyên bệnh u tuyến tiền liệt còn chưa biết rõ.

### 2. Triệu chứng lâm sàng

- a. Các rối loạn bài niệu:* xuất hiện dần dần ở người trên 50 tuổi.
- Đái dắt chủ yếu về ban đêm, nhiều khi có kèm dấu hiệu khó tiểu tiện.
  - Lực phóng của tia nước tiểu giảm.
  - Bí tiểu tiện:
    - + Thường là bí tiểu tiện mạn tính: sau khi bài niệu vẫn còn một lượng nước tiểu sót lại trong bàng quang. lượng nước tiểu sót lại này nhiều khi đục và bị nhiễm khuẩn.

- + Đôi khi là bí tiểu tiện cấp tính: có thể xuất hiện sau một sự thái quá về ăn uống hoặc sau giao hợp.
- Có thể bị huyết niệu.
- b. Thăm trực tràng: thấy dấu hiệu tiền liệt tuyến to, có giới hạn rõ, chắc nhưng không rắn.*
- c. Các thăm nghiệm bổ sung khác*
- Định lượng về urê huyết để nghiên cứu chức năng thận.
- Đo áp lực động mạch, điện tâm đồ để nghiên cứu chức năng tim.
- Tìm những dấu hiệu của biến chuyển thành ung thư tiền liệt tuyến: tìm đi căn ung thư ở xương, định lượng phosphat.

### 3. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với:

- Hẹp niệu đạo.
- Sỏi bàng quang.
- U bàng quang.
- Ung thư tiền liệt tuyến.

### 4. Biến chứng

- Huyết niệu: không nhiều.
- Nhiễm khuẩn đường tiết niệu: viêm niệu đạo, viêm bàng quang, viêm thận - bể thận.
- Suy thận (xơ cứng teo nhu mô thận và tăng urê huyết), thận ứ nước.
- U tuyến biến thành ung thư tiền liệt tuyến.

## 5. Điều trị

- Dùng thuốc hytrin, xatral SR (2,5mg/viên), permixon (160mg/viên).
- Chú ý lượng nước tiểu còn sót lại trong bàng quang sau khi bài niệu.

### *a. U tiền liệt tuyến không có bí tiểu tiện*

- Điều trị triệu chứng đái dắt.
- Điều trị triệu chứng tiểu tiện khó và nặng gây nên đau đốn và khó khăn khi bài niệu: dùng thuốc.
- Tránh các nguyên nhân gây sung huyết chậu nhỏ: ăn uống quá độ, uống rượu, táo bón, lạnh. Cần bài niệu ngay mỗi khi thấy mót để giảm hiện tượng căng bàng quang.
- Dùng thuốc kháng sinh để điều trị nhiễm khuẩn.
- Thông đường tiết niệu để điều trị bí tiểu tiện cấp tính.

### *b. U tiền liệt tuyến có bí tiểu tiện*

- Phẫu thuật trong trường hợp bí tiểu tiện mạn tính để tránh biến chứng suy thận.
- Điều trị nhiễm khuẩn.

## UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT

### 1. Hoàn cảnh xuất hiện

Bệnh gặp chủ yếu ở nam giới từ 50 đến 70 tuổi.

### 2. Triệu chứng lâm sàng

Bệnh khởi đầu âm thầm, gồm các triệu chứng:

- Các rối loạn bài niệu: đái dầm và khó tiểu tiện.
  - Huyết niệu: đôi khi xuất hiện ban đầu còn ở thời kỳ tiến triển đã lâu thì huyết niệu thường xảy ra.
  - Đau:
    - + Đau ở quy đầu, dọc theo niệu đạo trong vùng đáy chậu.
    - + Dần dần có chèn ép thần kinh do các di căn xương nên xuất hiện đau xương cùng, đau dây thần kinh hông ở hai bên, đau dây thần kinh đùi.
  - Di căn ung thư: tìm di căn ung thư tiền liệt tuyến ở hạch bẹn, trong hố chậu, ở xương, ở gan và ở phổi.
- Đôi khi có phù hai chi dưới do chèn ép tĩnh mạch.
- Tiểu tiện ít do ung thư tuyến tiền liệt phát triển về phía tam giác bàng quang. Vô niệu do thắt nghẹt niệu quản. Có triệu chứng căng đường niệu và xơ cứng nhu mô thận (suy thận và tăng urê huyết).
  - Thăm khám ruột thẳng thấy tuyến tiền liệt to, rắn như gỗ và không đau.

### 3. Chẩn đoán

Dựa vào:

- Các triệu chứng đã nêu ở trên.
- Sinh thiết để xét nghiệm tế bào.

### 4. Tiên lượng

Ung thư tuyến tiền liệt gây suy mòn cơ thể do tăng urê huyết hoặc vô niệu. Tiên lượng xấu.

## 5. Điều trị

- Dùng oestrogen tổng hợp liều cao và kéo dài trong nhiều năm.
- Diethyl stilboestrol: liều tấn công (10mg - 25mg/24h) với ung thư tiền liệt tuyến không mổ được và không có di căn.
- Stilboestrol diphosphat có tác dụng tốt hơn cả.

*Chú ý:* ngừng liệu pháp hormon nếu hiện tượng giữ nước do các oestrogen đe dọa gây ra suy tim.

- Phẫu thuật cắt bỏ tuyến tiền liệt. Sau khi cắt bỏ tổn thương, cần tiếp tục liệu trình oestrogen.

## U BÌU

### 1. Mào tinh hoàn

*a. Lao mào tinh hoàn:* tiến triển âm thầm.

- Đặc điểm:
  - + Có một hòn ở đuôi, ít khi ở phía đầu mào. Đôi khi toàn bộ mào tinh hoàn to ra.
  - + Viêm mào tinh hoàn do lao bao giờ cũng thứ phát sau lao thận. Vì vậy nên tìm trực khuẩn lao trong nước tiểu.
  - + Thường viêm mào tinh hoàn do lao có phối hợp với "viêm tuyến tiền liệt - túi tinh" hoặc "viêm ống dẫn tinh" do lao.
- Điều trị:
  - + Cắt bỏ mào tinh hoàn.



+ Dùng thuốc kháng sinh.

*b. Viêm mào tinh hoàn do lậu*

- Các hòn viêm nhiều khi khu trú ở đôi.
- Tìm các dấu hiệu viêm niệu đạo.

*c. U nang tinh hoàn*

Có u mềm ở bên trên tinh hoàn.

## **2. Thoát vị bẹn**

- Khô thoát vị nhiều khi đẩy lên được, thường to ra khi ho.
- Dùng băng cố định để nâng thoát vị bẹn.
- Điều trị bằng phẫu thuật khi có triệu chứng đau tại chỗ do bị thất nghệt. \*

## **3. Giãn tĩnh mạch tinh**

- Búi các tĩnh mạch tinh giãn nở như một búi giun.
  - Xảy ra ở bên trái nhiều hơn là ở bên phải.
  - Có thể biến đi sau khi thành hôn.
  - Triệu chứng khó chịu giảm nhất thời sau khi giao hợp.
- Điều trị: dùng băng treo hoặc phẫu thuật.

## **4. Trần dịch tinh mạc**

- Rất hay gặp nhiều khi bẩm sinh.
- U mồm và trong suốt.
- Trần dịch tinh mạc có thể thứ phát sau một tổn thương ở mào tinh hoàn, xảy ra sau chấn thương hay nhiễm khuẩn chất chứa ở trong bìu.

## 5. Túi máu tinh mạc

Còn gọi là viêm dày tinh mạc xuất huyết.

- U không trong suốt, không mỡ.
- Phần lớn là kết quả của "tràn dịch tinh mạc" cũ.

*Điều trị:* phẫu thuật sau khi loại trừ được bệnh ung thư tinh hoàn.

## 6. U tinh dịch

Như tràn dịch tinh mạc nhưng nó ở bên trên tinh hoàn và chứa tinh dịch.

## 7. Sưng và u tinh hoàn

### a. Sưng cấp tính

- Ở người lớn: thường là viêm tinh hoàn - mào tinh cấp tính.
- Ở trẻ em: là xoắn tinh hoàn, có thể xảy ra khi cử động ở trên giường hay khi gắng sức.
- Tinh hoàn bị sưng, đau và thụt lên khỏi túi bìu.

*Điều trị:* phẫu thuật cấp cứu.

### b. Ung thư tinh hoàn

- Ung thư tinh hoàn gặp phổ biến, chủ yếu ở tuổi 20 - 35.
- U riêng lẻ, nặng, to ra nhanh, có thể có di căn hạch.
- Ung thư sau và u quái hiếm gặp hơn. Các u này có kèm di căn ở hạch địa phương, ở phổi hay ở gan. Nhiều khi chúng có hoạt tính nội tiết.

Bất cứ một u tinh hoàn nào không đau, rắn đều đáng nghi.  
Cần phải được sinh thiết để chẩn đoán.

*Điều trị:* phẫu thuật cắt bỏ tinh hoàn phối hợp với liệu pháp quang tuyến.

*c. Các u tinh hoàn lành tính*

- Hiếm gặp.
- Có các loại: u tuyến ống sinh tinh, tăng sản các tế bào kẽ, u xơ, u mỡ.

*d. Lao rộng ở tinh hoàn*

Hiếm gặp.

**NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC**

**CHĂM SÓC BỆNH TRONG GIA ĐÌNH**

**Tập 1**

*Chịu trách nhiệm xuất bản*

**HOÀNG TRỌNG QUANG**

<i>Biên tập :</i>	BS. ĐINH THỊ THU
<i>Sửa bản in:</i>	ĐINH THỊ THU
<i>Trình bày bìa:</i>	CHU HÙNG
<i>Kt vi tính:</i>	BÙI THỊ THƯƠNG

---

In 1000 cuốn, khổ 14,5x20,5cm tại Xưởng in Nhà xuất bản Y học.

Số đăng ký kế hoạch xuất bản: 241-2009/CXB/6-18/YH.

In xong và nộp lưu chiểu quý I năm 2009.