

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO
TRƯỜNG ĐẠI HỌC TÂY ĐÔ



GIÁO TRÌNH

BỆNH HỌC CƠ SỞ

(Dùng cho đào tạo Dược sĩ Đại học)

BIÊN SOẠN: BS.CKI. NGUYỄN TẤN LỘC

Năm 2016

LỜI NÓI ĐẦU



Do nhu cầu học tập ngày càng tăng của các lớp Đại học Dược, chúng tôi biên soạn giáo trình **Bệnh học cơ sở** theo mục tiêu và số tiết qui định (45 tiết).

Giáo trình **Bệnh học cơ sở** chứa đựng những kiến thức cơ bản và cập nhật về bệnh học Nội khoa tính đến thời điểm hiện hành, có tham khảo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của Bộ Y tế cũng như tham khảo phác đồ điều trị của hai bệnh viện đầu ngành là Bệnh viện Chợ Rẫy TP. Hồ Chí Minh và Bệnh viện Bạch Mai Hà Nội để đảm bảo cơ sở khoa học, cơ sở pháp lý và tính thực tiễn tại Việt Nam.

Giáo trình gồm 22 bài của các chuyên khoa Nội: huyết học, tim mạch, nội tiết, khớp, hô hấp, tiêu hóa, nhiễm và thận. Mỗi bài học đều có mục tiêu cụ thể, các bạn sinh viên cần đọc kỹ các mục tiêu để nắm vững các phần trọng tâm của bài học.

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn TS.BS. Nguyễn Văn Tân và TS.BS. Nguyễn Văn Sách đã đọc và phản biện để giáo trình sớm được hoàn thành.

Mặc dù đã có nhiều cố gắng nhưng do nội dung giáo trình bao phủ kiến thức của nhiều chuyên khoa khác nhau và thời gian có hạn nên giáo trình chắc chắn vẫn không tránh khỏi những thiếu sót, chúng tôi mong nhận được sự đóng góp ý kiến của quý thầy cô và các bạn sinh viên để lần tái bản sau được hoàn chỉnh hơn.

Tháng 12 năm 2015

BS.CKI. Nguyễn Tấn Lộc

MỤC LỤC



1. THIẾU MÁU	1
2. TĂNG HUYẾT ÁP.....	4
3. RỐI LOẠN LIPID MÁU	11
4. SUY TIM	16
5. ĐÁI THÁO ĐƯỜNG.....	19
6. BƯỞU GIÁP ĐƠN THUẦN	22
7. BỆNH BASEDOW	25
8. VIÊM KHỚP DẠNG THẤP.....	27
9. BỆNH GOUT.....	30
10. VIÊM PHỔI	33
11. HEN PHẾ QUẢN	36
12. TIÊU CHẢY	39
13. TÁO BÓN	42
14. LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG.....	45
15. VIÊM GAN.....	48
16. XƠ GAN	51
17. SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE.....	56
18. NHIỄM TRÙNG TIỂU.....	60
19. HỘI CHỨNG THẬN HƯ'	63
20. SUY THẬN CẤP	66
21. SUY THẬN MẠN.....	68
22. CHOÁNG PHẢN VỆ	71

THIẾU MÁU

MỤC TIÊU

1. Trình bày được định nghĩa thiếu máu theo Tổ chức Y tế Thế Giới (WHO).
2. Phân biệt và đánh giá được mức độ thiếu máu cấp và thiếu máu mạn.
3. Kể được các nguyên nhân thiếu máu.
4. Nêu được nguyên tắc điều trị.

1. Định nghĩa

- Thiếu máu là tình trạng giảm số lượng hemoglobin (Hb) xuống dưới mức bình thường dẫn đến máu không cung cấp đủ oxy cho các mô.

- Theo WHO (2001), thiếu máu khi:

- Hb < 13 g/dl đối với nam.
- Hb < 12 g/dl đối với nữ.
- Hb < 11 g/dl đối với phụ nữ mang thai và người lớn tuổi.

2. Triệu chứng

2.1. Lâm sàng của thiếu máu cấp: thời gian xuất hiện triệu chứng thiếu máu < 2 tuần, biểu hiện tình trạng thiếu oxy mô cấp do giảm khối lượng tuần hoàn cấp. Các triệu chứng lâm sàng sẽ biểu hiện tương đối rõ khi thiếu máu cấp mức độ trung bình đến nặng.

- Da niêm: da xanh xao, niêm nhợt.
- Tim mạch: mệt, hồi hộp, đánh trống ngực.
- Thần kinh: nhức đầu, chóng mặt, hoa mắt, ù tai, xây xẩm, dễ bị ngất.
- Nếu thiếu máu nặng có thể bị sốc: mạch nhanh, huyết áp tụt, vật vã, lơ mơ, hôn mê, thiếu niệu, vô niệu.

2.2. Lâm sàng của thiếu máu mạn: thời gian xuất hiện triệu chứng ≥ 2 tuần, biểu hiện lâm sàng phụ thuộc vào mức độ bù trừ của các cơ quan đối với tình trạng thiếu oxy mạn.

- Da niêm, lông, tóc, móng: da xanh xao, niêm nhợt, lưỡi mất gai, móng lõm mất bóng, tóc dễ rụng,...
- Tim mạch: hồi hộp, đánh trống ngực. Khi thiếu máu nặng và kéo dài có thể có biểu hiện suy tim như: mệt, khó thở phải nằm đầu cao, tim nhanh, nghe tim có âm thổi tâm thu.
- Hô hấp: thở nhanh, nông.

- Thần kinh: nhức đầu, chóng mặt, ù tai, ngủ gà, giảm trí nhớ, kém tập trung,...
- Tiêu hóa: ăn chậm tiêu, chán ăn, nôn, tiêu chảy.
- Sinh dục: Nam: giảm khả năng tình dục.
 Nữ: rối loạn kinh nguyệt.
- Cơ xương khớp: đau khớp không điển hình, mỏi cơ vào cuối ngày.

2.3. Đánh giá mức độ thiếu máu

2.3.1. Thiếu máu cấp

Mức độ	Nhẹ	Trung bình	Nặng
1. Thể tích máu mất	< 10%	10 – 30%	> 30%
2. Số lượng	< 500 ml	500 – 1500 ml	> 1500 ml
3. Mạch	80 – 100 lần/phút	100 – 120 lần/phút	>120 lần/phút, = 0
4. Huyết áp tâm thu	> 90 mmHg	80 – 90 mmHg	< 80 mmHg
5. Nước tiểu	bình thường	tiểu ít	vô niệu
6. Tri giác	bình thường	mệt, ngủ gà	hôn mê
7. Hồng cầu	> 3 triệu	2 – 3 triệu	< 2 triệu
8. Hematocrit	> 30%	20 – 30%	< 20%

2.3.2. Thiếu máu mạn

Hb (g/dl)	Mức độ
< 7	Nặng
7 – 9	Trung bình
> 9	Nhẹ

2.4. Cận lâm sàng

2.4.1. Tổng phân tích tế bào máu

- Số lượng hồng cầu, Hb, hematocrit đều giảm.
- Các xét nghiệm đánh giá kích thước và màu sắc của hồng cầu:
 - + MCV (Mean Corpuscular Volume): thể tích trung bình hồng cầu.
 - + MCH (Mean Corpuscular Hemoglobin): lượng Hb trung bình trong hồng cầu.

+ MCHC (Mean Corpuscular Concentration): nồng độ Hb trung bình của hồng cầu.

- RDW (Red blood cell Distribution Width): độ phân bố hồng cầu theo chiều rộng.

- Hồng cầu lưới.

2.4.2. Các xét nghiệm khác: tùy thuộc vào nguyên nhân thiếu máu.

3. Nguyên nhân thiếu máu

3.1. Phân loại theo cơ chế gây thiếu máu

3.1.1. Thiếu máu do chảy máu:

- Chảy máu cấp: chấn thương ngoại khoa gây vỡ tạng hoặc gãy xương lớn, xuất huyết tiêu hóa, ho ra máu, chảy máu đường tiết niệu - sinh dục (rong kinh, rong huyết, tiểu máu).

- Chảy máu rỉ rả: giun móc, trĩ, ung thư dạ dày, ung thư trực tràng, u xơ tử cung,...

3.1.2. Thiếu máu do giảm sản xuất hồng cầu:

- Do thiếu nguyên liệu tạo hồng cầu: thiếu Fe, acid folic, vitamin B12, protein.

- Do tổn thương tế bào máu gốc: suy tủy.

3.1.3. Thiếu máu do tăng phá hủy hồng cầu (thiếu máu tán huyết): do hồng cầu vỡ quá nhiều và thời gian sống của hồng cầu ngắn hơn so với bình thường.

Có 2 dạng: tán huyết cấp và tán huyết mạn. Nguyên nhân có thể là do tại hồng cầu hay ngoài hồng cầu, bẩm sinh hay mắc phải.

3.1.4. Thiếu máu do phối hợp nhiều cơ chế: thường gặp trong các bệnh lý nội khoa mạn tính như: viêm gan mạn, suy thận mạn, suy giáp, viêm đa khớp,...

3.2. Phân loại theo kích thước và màu sắc của hồng cầu

- Thiếu máu hồng cầu nhỏ: thiếu Fe, Thalassemia,...

- Thiếu máu hồng cầu to: thiếu acid folic, vitamin B12,...

- Thiếu máu hồng cầu đẳng bào: xuất huyết, tán huyết, suy thận mạn, suy tủy, bệnh ác tính về máu,...

4. Nguyên tắc điều trị:

- Điều trị triệu chứng thiếu máu: truyền máu khi có chỉ định. Chỉ định truyền máu phụ thuộc vào Hb, tình trạng lâm sàng và bệnh cảnh nền.

- Tìm và điều trị nguyên nhân.

TĂNG HUYẾT ÁP

MỤC TIÊU

- 1.Trình bày được định nghĩa và phân độ tăng huyết áp.
- 2.Trình bày được nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ tim mạch của tăng huyết áp.
- 3.Mô tả được biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng bệnh tăng huyết áp.
- 4.Phát hiện được biến chứng của tăng huyết áp.
- 5.Nêu được nguyên tắc điều trị.

1. Đại cương

1.1. Định nghĩa

Tăng huyết áp là tình trạng tăng huyết áp tâm thu và/hoặc tăng huyết áp tâm trương.

Chẩn đoán xác định tăng huyết áp dựa vào:

1. Trị số huyết áp đo được:
 - Tại phòng khám: trị số huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg và/hoặc tâm trương ≥ 90 mmHg sau khi khám ít nhất 2 lần và mỗi lần khám được đo huyết áp đúng cách 2 lần.
 - Tại nhà: trị số huyết áp tâm thu ≥ 135 mmHg và/hoặc tâm trương ≥ 85 mmHg sau khi đo huyết áp đúng cách nhiều lần.
 - Đo huyết áp bằng máy Holter huyết áp 24 giờ: trị số huyết áp tâm thu ≥ 130 mmHg và/hoặc tâm trương ≥ 80 mmHg.
2. Bệnh nhân đang điều trị tăng huyết áp.

1.2. Phân độ tăng huyết áp theo Hội Tim mạch học Việt Nam 2015

Phân loại	HA tâm thu (mmHg)	HA tâm trương (mmHg)
Tối ưu	< 120	< 80
Bình thường	< 130	< 85
Bình thường cao	130-139	85-89
Tăng huyết áp nhẹ (độ 1)	140-159	90-99
Tăng huyết áp vừa (độ 2)	160-179	100-109
Tăng huyết áp nặng (độ 3)	≥ 180	≥ 110

Tăng huyết áp tâm thu đơn độc	≥ 140	< 90
-------------------------------	------------	--------

Chỉ số huyết áp đo tại phòng khám được sử dụng để phân loại. Nếu huyết áp tâm thu và tâm trương không cùng một mức độ thì chọn mức độ cao hơn để xếp loại.

Tiền tăng huyết áp: kết hợp huyết áp bình thường và bình thường cao.

1.3. Các dạng tăng huyết áp khác

- Tăng huyết áp “áo choàng trắng”: huyết áp chỉ tăng khi đo tại phòng khám hay bệnh viện.
- Tăng huyết áp ẩn dấu: là tình trạng trái ngược của tăng huyết áp “áo choàng trắng”.
- Tăng huyết áp giả tạo: do mạch máu bị xơ cứng.

1.4. Nguyên nhân

Tăng huyết áp được chia thành: tăng huyết áp nguyên phát (chiếm khoảng 90%, không rõ nguyên nhân) và tăng huyết áp thứ phát.

1.4.1. Cơ chế bệnh sinh tăng huyết áp nguyên phát

Tăng huyết áp nguyên phát (còn gọi là vô căn) do có rất nhiều yếu tố tham gia và không xác định được nguyên nhân nào là chủ yếu. Các yếu tố chính ảnh hưởng đến huyết áp bao gồm:

- Tính di truyền.
- Lượng muối ăn vào.
- Tăng hoạt động giao cảm.
- Tăng kháng lực mạch máu.
- Độ cứng động mạch.
- Hệ Renin- Angiotensin- Aldosteron.
- Vai trò của lớp nội mạc.
- Đề kháng insulin.
- Béo phì.

1.4.2. Các nguyên nhân của tăng huyết áp thứ phát

Các nguyên nhân thường gặp của tăng huyết áp thứ phát ở người lớn:

- Hội chứng ngưng thở khi ngủ.
- Do thuốc.
- Bệnh thận mạn tính.
- Hẹp động mạch thận.

- Hẹp eo động mạch chủ.
- Cường Aldosteron nguyên phát.
- Dùng steroid kéo dài và hội chứng Cushing.
- U tủy thượng thận.
- Bệnh tuyến giáp hoặc tuyến cận giáp.
- Tăng huyết áp liên quan thai kỳ.

1.5. Các yếu tố nguy cơ tim mạch chính dùng để đánh giá nguy cơ tim mạch trên bệnh nhân tăng huyết áp

1. Hút thuốc lá.
2. Béo phì.
3. Ít hoạt động.
4. Rối loạn lipid máu.
5. Đái tháo đường.
6. Albumin niệu vi thể hoặc độ lọc cầu thận < 60 ml/phút.
7. Lớn tuổi.
8. Tiền căn gia đình có bệnh tim mạch sớm (nam < 55 tuổi, nữ < 65 tuổi).

2. Triệu chứng

2.1. Cơ năng

Đa số bệnh nhân tăng huyết áp không có triệu chứng gì cho đến khi phát hiện bệnh. Phát hiện bệnh có thể do tình cờ đo huyết áp hay khám vì biểu hiện của biến chứng. Nếu bệnh nhân có triệu chứng, có thể có các biểu hiện thuộc 3 nhóm triệu chứng sau:

- Do huyết áp cao: đau đầu vùng chẩm vào buổi sáng là triệu chứng thường gặp. Các triệu chứng khác có thể gặp là: hồi hộp, mệt, khó thở, mờ mắt,... là các triệu chứng không đặc hiệu.
- Do bệnh mạch máu của tăng huyết áp: chảy máu mũi, chóng mặt do thiếu máu não, đột quy, đau thắt ngực, mờ mắt.
- Do bệnh nguyên của tăng huyết áp (tăng huyết áp thứ phát): yếu cơ do hạ kali máu trên bệnh nhân cường Aldosteron nguyên phát; tăng cân, mặt tròn trên bệnh nhân Cushing; cơn nhức đầu, hồi hộp, toát mồ hôi trên bệnh nhân u tủy thượng thận,...

2.2. Bệnh sử: các yếu tố cần khai thác trên bệnh nhân tăng huyết áp

- Thời gian tăng huyết áp.
- Điều trị huyết áp trước đây: thuốc, liều, tác dụng phụ.

- Sử dụng thuốc hay các chất làm tăng huyết áp: corticoid, ngừa thai, cocain, thảo dược,...
- Triệu chứng của nguyên nhân tăng huyết áp: hội chứng Cushing, u tủy thượng thận,...
- Triệu chứng tổn thương cơ quan đích: đau ngực, khó thở, phù, yếu hay liệt chi,...
- Chế độ ăn và sinh hoạt: ăn mặn, ăn nhiều mỡ, thuốc lá, rượu, hoạt động thể lực,...
- Tiền sử gia đình có bệnh tim mạch hay tử vong do bệnh tim mạch, các bệnh có tính chất di truyền, tiểu đường,...

2.3. Triệu chứng thực thể

2.3.1. Đo huyết áp: là động tác quan trọng, cần bảo đảm một số quy định.

Bệnh nhân ngồi nghỉ 5 phút trong phòng yên tĩnh, ấm áp.

- Không hút thuốc lá 15 phút, uống rượu và uống cà phê trong 1 giờ trước khi đo, không uống thuốc kích thích giao cảm, không mắc tiểu, không lo lắng.

- Đo ở tư thế ngồi hoặc nằm (thường là ngồi, trong trường hợp đặc biệt cần đo thêm tư thế đứng sau 2 phút (bệnh nhân già, đái tháo đường).

- Bệnh nhân ngồi thẳng, lưng tựa vào ghế, cánh tay đặt ngang mức của tim, nếu y phục chật quá nên cởi bỏ, bộc lộ vùng đo.

- Đo 2 lần cách nhau 2 phút, nếu khác biệt nhiều ($> 5 \text{ mmHg}$) đo thêm lần nữa.

- Túi hơi phải hơn 80% vòng tròn cánh tay, và hơn 2/3 chiều dài cánh tay.

- Trung tâm túi hơi đặt trên động mạch cánh tay.

- Mép dưới băng quấn trên nếp khuỷu 2,5 cm, băng quấn đặt ngang mức của tim.

- Nếu đo ở chân: người bệnh nằm sấp, băng quấn quanh đùi (nghe ở mạch khoeo, ở cẳng chân (bắt mạch chày sau).

- Bơm túi hơi đến khi mất mạch quay, bơm tiếp 20 mmHg, sau đó xả hơi từ từ với tốc độ 3 mmHg/giây.

- Huyết áp tâm thu là thời điểm tiếng đập đầu tiên (pha I của Korotkoff).

- Huyết áp tâm trương là thời điểm khi tiếng đập biến mất (pha V của Korotkoff).

- Khi tiếng đập vẫn được nghe đến 0, huyết áp tâm trương được xác định vào thời điểm giảm âm (pha IV của Korotkoff).

- Đo huyết áp cả 2 tay trong lần đo đầu tiên, nếu có sự khác biệt giữa 2 tay, giá trị bên nào cao sẽ được sử dụng để theo dõi và điều trị.

- Cần đo thêm huyết áp chân nếu nghi ngờ hẹp eo động mạch chủ.
- Nếu tiếng đập yếu, nâng cánh tay bệnh nhân lên, co duỗi bàn tay 5-10 lần , sau đó bơm nhanh túi hơi.
- Tính huyết áp dựa trên số trung bình 2 lần đo.
- Để chẩn đoán cần đo huyết áp 3 lần cách nhau 1 tuần.

2.3.2. Khám lâm sàng

Bệnh nhân có thể béo phì phần thân, mặt tròn trong hội chứng Cushing, cơ chi trên phát triển hơn cơ chi dưới trong bệnh hẹp eo động mạch chủ. Tìm các biểu hiện xơ vữa động mạch trên da (u vàng, ban vàng).

Khám tim mạch có thể phát hiện sớm dày thất trái hay dấu suy tim trái, các động mạch gian sườn đập trong hẹp eo động mạch chủ. Sờ và nghe động mạch so sánh 2 bên, chi trên chi dưới để phát hiện các trường hợp tắc động mạch (cánh trong, động mạch chủ bụng, hẹp eo động mạch chủ,...)

Loại trừ tăng huyết áp “áo choàng trắng” bằng cách sử dụng phương pháp đo liên tục huyết áp 24 giờ.

Khám bụng có thể phát hiện tiếng thổi tâm thu ở bụng trong hẹp động mạch thận, hẹp/phình động mạch chủ, hoặc khám phát hiện thận to, thận đa nang.

Khám thần kinh có thể phát hiện các dấu hiệu tai biến mạch não: yếu liệt chi.

2.4. Cận lâm sàng:

2.4.1 Các xét nghiệm cơ bản cần thực hiện trên tất cả các bệnh nhân tăng huyết áp

- Xét nghiệm máu:
 - Huyết đồ.
 - Ure, creatinin máu.
 - Đường máu.
 - Ion đồ.
 - Cholesterol, Triglycerid, HDL-C, LDL-C.
 - Acid uric.
- Xét nghiệm nước tiểu: tổng phân tích nước tiểu.
- Chẩn đoán hình ảnh: ECG, XQ ngực thẳng.

2.4.2. Các xét nghiệm khuyến cáo

- Siêu âm tim.
- Siêu âm mạch cảnh.

- Soi đáy mắt.
- Định lượng protein niệu (nếu test tổng phân tích nước tiểu dương tính).
- Đạm niệu vi thể.
- CRP (C Reactive Protein).

2.4.3. Các xét nghiệm chẩn đoán biến chứng hoặc nguyên nhân.

3. Biến chứng

Biến chứng chính của tăng huyết áp gặp ở các cơ quan như: tim, thận, não, mắt, mạch máu.

3.1. Biến chứng ở tim

Biến chứng tim của tăng huyết áp bao gồm: phì đại thất trái, suy tim, bệnh mạch vành, loạn nhịp và đột tử.

3.2. Biến chứng ở não

Tổn thương não của tăng huyết áp biểu hiện dưới dạng nhồi máu não (chiếm 80 – 85%), xuất huyết não, xuất huyết dưới nhện (10%), cơn thoáng thiếu máu não, sa sút trí tuệ.

3.3. Biến chứng ở thận

Tổn thương thận trên bệnh nhân tăng huyết áp biểu hiện dưới 3 hình thức sau: tiểu albumin vi thể, tiểu protein đại thể và suy thận.

Cần chú ý, tăng huyết áp làm tổn thương thận ngược lại bệnh lý thận cũng làm tăng huyết áp.

3.4. Biến chứng mạch máu

Tổn thương mạch máu có thể biểu hiện trên lâm sàng như âm thổi ở động mạch cảnh, động mạch chủ bụng, đau cách hồi trong bệnh mạch máu ngoại biên.

3.5. Biến chứng mắt

Soi đáy mắt rất quan trọng vì đó là dấu hiệu tốt để xác định tổn thương đáy mắt cũng như để tiên lượng.

Keith-Wagener-Barker chia làm 4 giai đoạn tổn thương đáy mắt:

- Giai đoạn 1: tiểu động mạch cứng và bóng.
- Giai đoạn 2: tiểu động mạch hẹp có dấu bắt chéo (dấu Gunn).
- Giai đoạn 3: xuất huyết và xuất tiết võng mạc.
- Giai đoạn 4: phù lan tỏa gai thị.

4. Nguyên tắc điều trị

4.1. Mục tiêu:

- Đối với tăng huyết áp > 18 tuổi: hạ huyết áp < 140/90 mmHg.
- Đối với tăng huyết áp > 80 tuổi: hạ huyết áp < 150/90 mmHg, nếu có đái tháo đường hoặc bệnh thận mạn: hạ huyết áp < 140/90 mmHg.
- Kiểm soát đồng thời tất cả các yếu tố nguy cơ đi kèm.
- Điều trị nguyên nhân nếu có.

4.2. Phương pháp điều trị

4.2.1. Thay đổi lối sống

- Không hút thuốc, hạn chế rượu
- Giảm ăn mặn, tăng cường rau củ, trái cây, ít chất béo, thay chất béo bão hòa bằng chất béo không bão hòa.
- Giảm cân, đích Body Mass Index (BMI) = 23, đích vòng eo < 90 cm (nam) và < 80 cm (nữ).
- Tăng cường hoạt động thể lực > 30 phút/ngày, 5-7 ngày/tuần.

4.2.2. Dùng thuốc:

Năm nhóm thuốc đầu tay trong điều trị tăng huyết áp:

- Lợi tiểu
- Chẹn beta
- Ức chế canxi
- Ức chế men chuyển
- Ức chế thụ thể angiotensin II.

RỐI LOẠN LIPID MÁU

MỤC TIÊU

1. *Nêu định nghĩa và nguyên nhân của rối loạn lipid máu.*
2. *Kể được các đối tượng cần tầm soát rối loạn lipid máu.*
3. *Xác định được nhóm nguy cơ tim mạch theo thang điểm SCORE.*
4. *Nêu nguyên tắc điều trị rối loạn lipid máu.*

1. Định nghĩa

Rối loạn lipid máu có thể được định nghĩa là tình trạng tăng bất thường cholesterol và/hoặc triglycerid trong máu, và/hoặc sự giảm HDL-cholesterol.

2. Nguyên nhân

Rối loạn lipid máu có thể do di truyền (nguyên phát) hoặc do hậu quả của những bệnh khác hoặc do thuốc (thứ phát).

2.1. Rối loạn lipid máu nguyên phát

- Tăng cholesterol máu gia đình: cholesterol trong máu cao và mức triglycerid máu bình thường.
- Tăng triglycerid máu gia đình: triglycerid trong máu cao và cholesterol máu bình thường.
- Tăng lipid máu hỗn hợp gia đình: tăng mức cholesterol và triglycerid máu hỗn hợp.
- Những nhóm rối loạn lipid máu khác hiếm gặp.

2.2. Rối loạn lipid máu thứ phát

- Chế độ ăn: ăn nhiều carbohydrat tinh chế, mỡ bão hòa hay mỡ chuyển hóa, uống nhiều rượu.
- Bệnh lý: tắc mật, hội chứng thận hư, suy thận mạn, loạn dưỡng mỡ, đái tháo đường kiểm soát kém, suy giáp.
- Béo phì, thai kỳ.
- Thuốc: lợi tiểu thiazid, ức chế beta, glucocorticoid, estrogen tổng hợp,...

3. Triệu chứng lâm sàng

Hầu hết bệnh nhân không có triệu chứng cơ năng và triệu chứng thực thể đặc hiệu.

Hiếm hơn, bệnh nhân bị rối loạn lipid máu gia đình có thể có u vàng ở da và u vàng ở gân như gân bánh chè, gân gót và gân duỗi bàn tay.

Rối loạn lipid máu thường được chẩn đoán bởi tầm soát xét nghiệm thường quy ở bệnh nhân không có triệu chứng hay bệnh nhân có các bệnh lý liên quan rối loạn lipid máu.

4. Chẩn đoán

4.1. Tầm soát rối loạn lipid máu

Thực hiện bộ xét nghiệm lipid máu ở các đối tượng sau:

- Đã chẩn đoán xác định bệnh tim mạch.
- Hút thuốc lá.
- Tăng huyết áp.
- Đái tháo đường type 2.
- Bệnh viêm hoặc bệnh thận mạn.
- BMI ≥ 25 hoặc vòng eo > 90 cm (nam) hay > 80 cm (nữ).
- Tiền sử gia đình mắc bệnh tim mạch sớm.
- Tiền sử rối loạn lipid máu có tính gia đình.
- Có thể xem xét thực hiện bộ xét nghiệm đối với nam > 40 tuổi hoặc nữ > 50 tuổi.

4.2. Xét nghiệm bilan lipid máu

Phân tích lipoprotein máu nên được thực hiện sau 12 giờ nhịn đói bao gồm: cholesterol toàn phần, triglycerid, HDL-cholesterol và LDL-cholesterol.

LDL-cholesterol (mg/dl)		HDL-cholesterol (mg/dl)	
< 100	tối ưu	< 40	thấp
100 – 129	gần tối ưu	≥ 60	cao
130 – 159	giới hạn cao		
160 – 189	cao		
≥ 190	rất cao		
Cholesterol toàn phần (mg/dl)		Triglycerid (mg/dl)	
< 200	mong muốn	< 150	bình thường
200 – 239	giới hạn cao	150 – 199	giới hạn cao
≥ 240	cao	200 – 499	cao

		≥ 500	rất cao
--	--	------------	---------

4.3. Xác định nguy cơ tim mạch

4.3.1. Thang điểm SCORE: dự báo tỉ lệ mắc bệnh tim mạch gây tử vong trong 10 năm, tải từ địa chỉ: www.heartscore.org

4.3.2. Phân tầng nguy cơ tim mạch

a. Nguy cơ rất cao

Bao gồm các đối tượng có bất kì một hoặc những yếu tố nguy cơ sau:

- Bệnh tim mạch đã được chẩn đoán xác định bằng các thăm dò xâm lấn hoặc không xâm lấn (như chụp mạch vành, xạ hình tưới máu cơ tim, siêu âm tim gắng sức, mảng xơ vữa động mạch cảnh trên siêu âm), tiền sử nhồi máu cơ tim, hội chứng mạch vành cấp, can thiệp mạch vành qua da, phẫu thuật bắc cầu nối chủ-vành và các thủ thuật can thiệp động mạch khác, đột quỵ do thiếu máu cục bộ, bệnh động mạch ngoại biên.

- Bệnh nhân đái tháo đường type 2 hoặc đái tháo đường type 1 có tổn thương cơ quan đích.

- Bệnh nhân bệnh thận mạn mức độ trung bình-nặng (mức lọc cầu thận < 60 ml/phút/1,73m²).

- Điểm SCORE $\geq 10\%$.

b. Nguy cơ cao

Bao gồm các đối tượng có bất kì một hoặc những yếu tố nguy cơ sau:

- Có yếu tố nguy cơ đơn độc cao rõ rệt như rối loạn lipid máu có tính gia đình hay tăng huyết áp nặng.

- Điểm SCORE $\geq 5\%$ và $< 10\%$.

c. Nguy cơ trung bình

- Các đối tượng được xem là có nguy cơ trung bình khi điểm SCORE $\geq 1\%$ và $< 5\%$.

d. Nguy cơ thấp

- Các đối tượng được xem là có nguy cơ thấp khi điểm SCORE $< 1\%$.

5. Nguyên tắc điều trị

5.1. Mục tiêu điều trị

5.1.1. LDL-C

- Ở những bệnh nhân có nguy cơ tim mạch rất cao (bệnh tim mạch, đái tháo đường type 2, đái tháo đường type 1 có tổn thương cơ quan đích, bệnh thận mạn trung

bình – nặng hoặc điểm SCORE $\geq 10\%$): mục tiêu LDL-C là $< 1,8 \text{ mmol/l}$ ($\sim 70 \text{ mg/dl}$) và/hoặc giảm LDL-C $\geq 50\%$ khi không thể đạt được mục tiêu điều trị.

- Ở những bệnh nhân có nguy cơ rất cao như bệnh nhân sau hội chứng mạch vành cấp: mục tiêu cần đạt là $< 1,8 \text{ mmol/l}$ ($\sim 70 \text{ mg/dl}$) và tốt hơn nữa là đạt đến mức $1,3 \text{ mmol/l}$ (53 mg/dl).

- Ở những bệnh nhân có nguy cơ tim mạch cao (các yếu tố nguy cơ đơn độc tăng rõ rệt, điểm SCORE $\geq 5\%$ đến $< 10\%$): xem xét mục tiêu LDL-C là $< 2,5 \text{ mmol/l}$ ($\sim 100 \text{ mg/dl}$).

- Ở những đối tượng có nguy cơ trung bình (điểm SCORE $> 1\%$ đến $\leq 5\%$): xem xét mục tiêu LDL-C là $< 3,0 \text{ mmol/l}$ ($\sim 115 \text{ mg/dl}$).

5.1.2. Non-HDL-C

Mục tiêu Non-HDL-C được dùng khi mục tiêu LDL-C đã đạt được nhưng tryglycerid còn cao và/hoặc HDL-C còn thấp.

Phân tầng nguy cơ	Mức mục tiêu điều trị	
	Non-HDL-C (mg/dl)	LDL-C (mg/dl)
Thấp	< 130	< 100
Trung bình	< 130	< 100
Cao	< 130	< 100
Rất cao	< 100	< 70

$130 \text{ mg/dl} = 3,3 \text{ mmol/l}$; $100 \text{ mg/dl} = 2,6 \text{ mmol/l}$; $70 \text{ mg/dl} = 1,8 \text{ mmol/l}$;

Non-HDL-C = Cholesterol toàn phần – HDL-C

5.1.3. Tryglycerid

- Phòng ngừa viêm tụy cấp khi tryglycerid $\geq 500 \text{ mg/dl}$.

- Phòng ngừa biến cố tim mạch: điều trị tăng tryglycerid bằng Fibrat có thể làm giảm biến cố mạch vành, tuy nhiên chưa giảm được tỷ lệ tử vong chung.

5.2. Phương pháp điều trị

5.2.1. Thay đổi lối sống

- Không hút thuốc, hạn chế rượu và nên tránh uống ở bệnh nhân tăng tryglycerid máu.

- Giảm ăn mặn, tăng cường rau quả, các loại hạt, ngũ cốc nguyên hạt, cá. Hạn chế dùng đồ uống và thực phẩm có đường ở bệnh nhân tăng tryglycerid máu.

- Thay chất béo bão hòa bằng chất béo không bão hòa để giảm năng lượng chất béo < 35%, chất béo bão hòa < 7%, chất béo dạng trans < 1%, cholesterol < 300 mg/ngày.

- Điều chỉnh năng lượng tiêu thụ để phòng ngừa thừa cân và béo phì.

- Tăng cường hoạt động thể lực hàng ngày, ít nhất 30 phút/ ngày.

5.2.2. Thuốc:

- Statin.

- Fibrat.

- Tách acid mật.

- Acid nicotinic.

- Thuốc ức chế hấp thu cholesterol.

- Acid béo Omega – 3.

SUY TIM

MỤC TIÊU

1. Định nghĩa và phân loại suy tim.
2. Kể được các nguyên nhân gây suy tim.
3. Trình bày được triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của suy tim.
4. Phân độ và giai đoạn của suy tim.
5. Nêu được nguyên tắc điều trị suy tim.

1. Định nghĩa và phân loại

Suy tim là một hội chứng lâm sàng phức tạp, là hậu quả của tổn thương thực thể hay rối loạn chức năng của quả tim dẫn đến tâm thất không đủ khả năng tiếp nhận máu (suy tim tâm trương) hoặc tổng máu (suy tim tâm thu).

Dựa vào sinh lý bệnh và sự khác biệt của phương pháp điều trị người ta thường phân ra:

- Suy tim cấp và suy tim mạn.
- Suy tim tâm thu và suy tim tâm trương.
- Suy tim cung lượng cao và suy tim cung lượng thấp.
- Suy tim phải, suy tim trái và suy tim toàn bộ.

Suy tim cấp bao gồm phù phổi cấp, sốc tim và có thể là đợt cấp của suy tim mạn.

Suy tim tâm thu xảy ra khi khả năng tổng máu của tim giảm (phân xuất tổng máu giảm). Các triệu chứng lâm sàng chính thường là các triệu chứng giảm cung lượng tim.

Suy tim tâm trương xảy ra khi độ đàn hồi của buồng thất giảm, do đó nhận máu kém. Các triệu chứng lâm sàng chính thường là các triệu chứng sung huyết phổi và tĩnh mạch hệ thống.

2. Nguyên nhân

Các nguyên nhân suy tim là:

1. Bệnh động mạch vành.
2. Bệnh tim do tăng huyết áp.
 - Rối loạn chức năng tâm trương.
 - Rối loạn chức năng tâm thu.
3. Bệnh van tim.
4. Bệnh cơ tim dẫn nỡ.
5. Bệnh cơ tim phì đại.

6. Bệnh cơ tim hạn chế.
7. Viêm màng ngoài tim co thắt.
8. Suy tim cung lượng cao.
 - Thiếu máu mạn.
 - Luồng thông động tĩnh mạch.
 - Cường giáp.
9. Bệnh tim bẩm sinh.

3. Triệu chứng

3.1. Lâm sàng

Biểu hiện lâm sàng của suy tim có thể thay đổi tùy theo nguyên nhân, tuổi của bệnh nhân và sự xảy ra cấp hay mạn tính.

Có thể có các nhóm triệu chứng sung huyết tĩnh mạch phổi và tĩnh mạch hệ thống hoặc nhóm triệu chứng giảm cung lượng tim hoặc phối hợp cả hai.

3.1.1. Triệu chứng giảm cung lượng tim

- Mệt mỏi.
- Cảm thấy yếu, không hoạt động được.
- Giảm tưới máu ngoại vi: tay chân lạnh.
- Lượng nước tiểu giảm (do giảm tưới máu thận).
- Lẫn lộn, lơ đãng (do giảm tưới máu não).
- Cuối cùng: sốc.

3.1.2. Triệu chứng sung huyết (phổi và mạch hệ thống)

- Khó thở gắng sức.
- Khó thở khi nằm.
- Khó thở kịch phát về đêm.
- Tĩnh mạch cổ nổi.
- Phù chi.
- Tràn dịch màng phổi, màng tim.
- Gan to.

3.2. Cận lâm sàng

- Công thức máu.
- Sinh hóa máu: đường, chức năng gan thận, bilan lipid, ion đồ.
- Peptid thải Natri niệu: BNP và NT-proBNP.
- Điện tâm đồ.
- Hình ảnh học: X quang ngực, Siêu âm tim,...

4. Phân độ và giai đoạn

4.1. Phân độ suy tim

Bảng phân độ suy tim của hiệp hội tim mạch New York (NYHA) dựa vào triệu chứng cơ năng và khả năng gắng sức.

- Độ I: có bệnh tim, nhưng không bị hạn chế trong vận động. Vận động thể lực thông thường không gây ra mệt, hồi hộp khó thở hay đau ngực.