

TRƯỜNG TRUNG CẤP QUỐC TẾ MEKONG



GIÁO TRÌNH MÔN HỌC: BỆNH HỌC NỘI KHOA NGÀNH: Y SỸ TRÌNH ĐỘ TRUNG CẤP

*Ban hành kèm theo Quyết định số 45/2024/QĐ-TCQTMK ngày 25 tháng 01 năm 2024
của Hiệu trưởng Trường Trung cấp Quốc tế Mekong*

**Thành phố Cần Thơ, tháng 01 năm 2024
Lưu hành nội bộ**

LỜI GIỚI THIỆU

Với tiêu chí bám sát mục tiêu đào tạo đối tượng Y sỹ, chúng tôi quan tâm đặc biệt đến kiến thức và kỹ năng liên đến quan nội dung nhận định triệu chứng.

Do đó, các kiến thức trong giáo trình **Bệnh học Nội khoa** được biên soạn lần này mô tả khá chi tiết về triệu chứng học để giúp học sinh phát triển kỹ năng khám, nhận định dấu hiệu và tổng hợp hội chứng.

Và những kiến thức về cách khám bệnh và làm bệnh án một số bệnh nội khoa thường gặp tại bệnh viện; Thực hành khám, cấp cứu, phân loại bệnh và xử trí một số bệnh nội khoa thông thường; Làm được bệnh án bệnh nội khoa, một số kỹ thuật cấp cứu, chăm sóc bệnh nội khoa.

Trong quá trình biên soạn giáo trình này, tổ biên soạn đã cố gắng bám sát khung chương trình đào tạo, cập nhật các kiến thức từ nhiều nguồn tài liệu, nhằm thể hiện được kiến thức cơ bản, hiện đại và thực tiễn. Trường rất mong nhận được những ý kiến đóng góp của các chuyên gia, các đồng nghiệp, các độc giả để giáo trình hoàn thiện hơn trong lần ban hành sau.

Xin cảm ơn các cơ quan liên quan, các đơn vị và cá nhân đã tham gia.

Cần Thơ, ngày 25 tháng 01 năm 2024

Hiệu trưởng

(đã ký)

DSCKII. Nguyễn Văn Ảnh

LỜI NÓI ĐẦU

Thực hiện sự chỉ đạo của Ban Giám hiệu Trường Trung cấp Quốc tế Mekong về việc biên soạn giáo trình sách giáo khoa sử dụng trong nhà trường. Nhằm từng bước nâng cao chất lượng dạy và học, đáp ứng được yêu cầu của giáo viên và học sinh, trên cơ sở tham khảo và cải tiến về những tiến bộ khoa học, đặc biệt là trong lĩnh vực y học.

Giáo trình **Bệnh học nội khoa** được tập thể giáo viên - bác sỹ là những người có trình độ đại học và sau đại học tham gia biên soạn với mục tiêu:

- Về kiến thức: Trình bày được nguyên nhân triệu chứng chính, chẩn đoán và xử trí những bệnh nội khoa thông thường tại tuyến y tế cơ sở.

- Về kỹ năng: Thực hành được cách khám bệnh và làm bệnh án một số bệnh nội khoa thường gặp tại bệnh viện; Thực hành khám, cấp cứu, phân loại bệnh và xử trí một số bệnh nội khoa thông thường; Làm được bệnh án bệnh nội khoa, một số kỹ thuật cấp cứu, chăm sóc bệnh nội khoa.

- Về năng lực tự chủ và trách nhiệm: Luôn kiên trì, chăm chỉ học tập, thăm khám người bệnh và làm các thủ thuật; Luôn tự tin, vui vẻ, tiếp xúc tốt với người bệnh và bạn đồng nghiệp.

Nội dung giáo trình viết theo chương trình giảng dạy hệ trung cấp do Bộ Y tế và Bộ Giáo dục và Đào tạo quy định, ngoài ra còn đáp ứng nhu cầu bổ sung kiến thức với nhiều bệnh lý phổ biến trên lâm sàng hiện nay. Một số bài viết được biên soạn thêm nhằm giúp học sinh học tập, tham khảo và vận dụng với thực tế.

Cuốn sách xuất bản lần đầu có thể sẽ không tránh khỏi những khiếm khuyết: Từ hình thức đến nội dung. Chúng tôi mong nhận được các ý kiến đóng góp của quý đồng nghiệp bạn đọc để lần tái bản sẽ hoàn chỉnh hơn.

Xin trân trọng cảm ơn.

TM. Tổ biên soạn

(đã ký)

BS. Trần Văn Ngon

MỤC LỤC

BÀI 1. CÁCH LÀM BỆNH ÁN NỘI KHOA	6
BÀI 2. KHÁM -CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ SỚM	11
TRIỆU CHỨNG HỌC BỘ MÁY TUẦN HOÀN	16
TĂNG HUYẾT ÁP	22
CÁC BỆNH VAN TIM	26
MỘT SỐ BỆNH VAN TIM THƯỜNG GẶP.....	27
B. HỖ LỖ VAN HAI LÁ	28
C. HẸP LỖ VAN ĐỘNG MẠCH CHỦ	29
D. HỖ LỖ VAN ĐỘNG MẠCH CHỦ	30
CƠN ĐAU THẮT NGỰC VÀ NHỒI MÁU CƠ TIM	32
A. CƠN ĐAU THẮT NGỰC	32
B. NHỒI MÁU CƠ TIM	33
SUY TIM.....	36
TRIỆU CHỨNG HỌC HỆ HÔ HẤP.....	41
VIÊM PHỔI THÙY	51
HEN PHẾ QUẢN	55
VIÊM PHẾ QUẢN CẤP	58
ÁP XE PHỔI	61
VIÊM PHẾ QUẢN MẠN TÍNH	65
BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH	65
TRIỆU CHỨNG HỌC BỘ MÁY TIÊU HÓA	68
RỐI LOẠN CHỨC NĂNG BỘ MÁY TIÊU HÓA NÔN VÀ TÁO BÓN	74
B. TÁO BÓN	75
BỆNH ÁP XE GAN	77
BỆNH XƠ GAN.....	81
ĐAU BỤNG	84
BỆNH LOÉT DẠ DÀY – TÁ TRÀNG.....	86
CHẢY MÁU ĐƯỜNG TIÊU HÓA	91

VÀNG DA.....	94
HỘI CHỨNG CÔ TRƯỚNG	97
TRIỆU CHỨNG HỌC BỘ MÁI TIẾT NIỆU	99
NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG TIẾT NIỆU	106
VIÊM CẦU THẬN CẤP	110
SUY THẬN CẤP	114
SUY THẬN MẠN	117
TRIỆU CHỨNG HỌC THẦN KINH.....	120
HỘI CHỨNG LIỆT NỬA NGƯỜI	125
VIÊM ĐA DÂY THẦN KINH.....	128
TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO	132
BỆNH BASEDOW.....	136
ĐÁI THÁO ĐƯỜNG	138
CẤP CỨU NGỪNG TUẦN HOÀN HÔ HẤP	141
CHOÁNG PHẢN VỆ.....	145
NGỘ ĐỘC THỨC ĂN CẤP.....	147
NGỘ ĐỘC THUỐC TRỪ SÂU PHOSPHO HỮU CƠ.....	150
NGỘ ĐỘC PARACETAMOL	152
NGỘ ĐỘC THUỐC NGỦ	154
MỘT SỐ CẤP CỨU THƯỜNG GẶP	156
A.	ĐIỆN GIẬT
.....	156
B.	NGẠT NƯỚC:
.....	156
C.	RẮN CẢN
.....	157
CẤP CỨU SAY NĂNG, SAY NÓNG	160
PHÙ PHỔI CẤP	162
HỘI CHỨNG THIẾU MÁU.....	164
THOÁI HÓA KHỚP	167
VIÊM ĐA KHỚP DẠNG THẤP.....	170

BÀI 1. CÁCH LÀM BỆNH ÁN NỘI KHOA

Mục tiêu

Sau khi học xong bài này học sinh có khả năng:

- Trình bày được tầm quan trọng của bệnh án.
- Trình bày được các yêu cầu của làm bệnh án.
- Trình bày được các nội dung cần có của bệnh án.

Nội dung chính

Bệnh án là một văn bản ghi chép tất cả những gì cần thiết cho việc nắm tình hình bệnh tật từ lúc bắt đầu vào nằm bệnh viện cho đến lúc ra viện. Ngoài tác dụng về chuyên môn. Bệnh án còn là một tài liệu giúp cho công tác nghiên cứu khoa học, tài liệu hành chính và pháp lý.

1. Yêu cầu đối với một bệnh án là:

- Phải làm kịp thời, làm ngay khi bệnh nhân vào viện. Sau đó tiếp tục được ghi chép hàng ngày về diễn tiến bệnh tật và cách xử trí.
- Phải chính xác và trung thực.
- Phải khám toàn diện, không bỏ sót triệu chứng và mỗi triệu chứng cần được mô tả kỹ lưỡng.
- Phải được lưu trữ bảo quản để có thể đối chiếu những lần sau, truy cứu khi cần thiết.

2. Nội dung cần có và theo trình tự của một bệnh án

nội khoa PHẦN 1: HÀNH CHÍNH:

- Họ tên bệnh nhân: giới tính, tuổi, dân tộc.
- Nghề nghiệp: (nếu đã về hưu thì phải ghi rõ nghề đã làm trước khi về hưu).
- Địa chỉ: theo thứ tự: thôn, xóm, xã, huyện, tỉnh, số điện thoại nếu có.
- Ngày vào viện: giờ, ngày.
- Địa chỉ liên lạc: ghi rõ họ tên và địa chỉ.

PHẦN 2: HỎI BỆNH:

1. Lý do vào viện: là biểu hiện khó chịu nhất bắt buộc bệnh nhân phải đi khám bệnh (thường không quá 3 triệu chứng, các triệu chứng được viết cách nhau bằng dấu phẩy hoặc gạch nối, không được ghi dấu cộng giữa các triệu chứng).

2. Bệnh sử: là quá trình diễn biến bệnh từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên cho đến khi người bệnh tiếp xúc với người đang làm bệnh án.

- Nếu diễn biến tuần tự các triệu chứng và ảnh hưởng qua lại của các triệu chứng với nhau, mô tả theo thứ tự thời gian. Biểu hiện bệnh lý đầu tiên là gì? Các triệu chứng kế tiếp như thế nào?

- Các triệu chứng cần mô tả các đặc điểm: xuất hiện tự nhiên hay có kích thích, thời điểm và vị trí xuất hiện, mức độ như thế nào, tính chất ra sao, ảnh hưởng đến sinh hoạt hoặc các triệu chứng khác nhau như thế nào, tăng lên hay giảm đi một cách tự nhiên hay có sự can thiệp của thuốc hoặc các biện pháp khác.

- Bệnh nhân đã được khám ở đâu, chẩn đoán như thế nào, điều trị gì,

trong thời gian bao lâu?

- Kết quả điều trị như thế nào, triệu chứng nào còn, triệu chứng nào đã mất đi?
- Lý do gì mà bệnh nhân đã được điều trị ở nơi khác lại đến với chúng ta để khám chữa bệnh (không khỏi bệnh, đỡ, khỏi nhưng muốn kiểm tra lại...)

Lưu ý: nếu bệnh nhân bị bệnh từ lâu, tái đi tái lại, phải ra viện nhiều lần, lần này bệnh nhân đến viện với các biểu hiện như mọi lần thì mọi việc diễn ra trước khi có các biểu hiện bệnh đợt này được mô tả ở phần tiền sử.

3. Hiện tại: phần này mô tả các triệu chứng cơ năng chủ quan của bệnh nhân khi bệnh nhân trả lời các câu hỏi của thầy thuốc.

- Các triệu chứng xuất hiện trong phần bệnh sử: triệu chứng nào còn, triệu chứng nào mất, có thay đổi tính chất các triệu chứng đó hay không?
- Các mô tả các triệu chứng dấu hiệu khác mà thầy thuốc hỏi được.

4. Tiền sử:

- Tiền sử bản thân: các bệnh nội, sản, nhi, lây... đã mắc trước đó có liên quan đến bệnh hiện tại hoặc các bệnh nặng có ảnh hưởng đến sức khỏe hoặc chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

Nếu bệnh nhân bị bệnh mạn tính, mà đợt này là biểu hiện đợt tiến triển của bệnh như các đợt khác trước đó thì mô tả các biểu hiện của các đợt trước, giống và khác gì so với đợt bệnh lần này.

- Tiền sử gia đình: trong gia đình có ai mắc bệnh giống bệnh nhân, hoặc có bệnh đặc biệt có tính chất gia đình và tính chất di truyền (nếu có thì phải mô tả là ai trong gia đình (bố, mẹ, anh chị, họ hàng bậc mấy với bệnh nhân), tính chất biểu hiện như thế nào...).

- Dịch tễ: xung quanh hàng xóm láng giềng có ai mắc bệnh như bệnh nhân không, vùng địa dư có bệnh gì đặc biệt không?

PHẦN 3: KHÁM BỆNH

Lúc mấy giờ, ngày tháng năm nào, ngày thứ mấy của bệnh.

1. Tổng quát:

- Dấu hiệu sinh tồn
- Thể trạng: chính xác nhất là tính theo cân nặng và chiều cao
- Da, niêm: nhạt, vàng, xuất huyết, phù
- Lông, tóc, móng
- Tuyến giáp
- Hạch ngoại biên: cổ, nách, bẹn.

2. Khám cơ quan

Theo thứ tự: nhìn, sờ, gõ, nghe, ưu tiên khám trước cơ quan tổn thương mà khi hỏi bệnh sử đã định hướng, sau đó đến các cơ quan liên quan khác.

2.1. Khám tuần hoàn:

- Nhìn: hình thể lồng ngực, vị trí mỏm tim đập
- Sờ: xác định lại vị trí mỏm tim đập? Rung miu? Harzer?
- Gõ: xác định diện đục của tim

- Nghe: tiếng tim T1, T2? Âm thổi?
- Khám mạch: nguyên tắc bắt mạch 2 bên để so sánh 2 bên.

2.2. Khám hô hấp:

- Nhìn: lồng ngực cân đối? Sự di động của lồng ngực trong khi hít vào và thở ra?

Sờ: rung thanh có đều 2 bên không?

- Gõ: có vùng nào gõ vang hơn bình thường không? Có vùng nào gõ đục hơn

bình thường không?

- Nghe: rì rào phế nang? Tiếng rale phổi?

2.3. Khám tiêu hoá:

- Nhìn: bụng thon đều hay to bè? Có cổ trướng? Tuần hoàn bàng hệ?

Rốn lõm hay lõm? Có sọc mủ không (nếu có nêu vị trí, kích thước)?

- Nghe: nhu động ruột? Âm thổi động mạch?
- Gõ: gõ bụng theo hình nan hoa phát hiện có dịch không?
- Sờ: các điểm đau? Gan to? Lách to?

2.4. Khám thận – niệu:

- Nước tiểu: số lượng nước tiểu trong 24 giờ? Màu sắc nước tiểu?

Trạng thái nước tiểu (trong, đục)?

- Khám tiết niệu:

- + Dấu hiệu chạm thận
- + Dấu hiệu bập bênh thận
- + Các điểm đau niệu quản.
- Khám phát hiện các triệu chứng khác:
- + Phù
- + Tình trạng thiếu máu mạn tính
- + Hội chứng nhiễm trùng.

2.5. Khám thần kinh:

- Tỉnh táo không?
- Các dấu hiệu thần kinh khu trú: kích thích đồng tử, phản xạ ánh sáng, so sánh 2 bên. Có rối loạn vận động không? (liệt 2 chi dưới, liệt tứ chi, liệt nửa người). Có rối loạn cảm giác không? (rối loạn cảm giác nông hay cảm giác sâu, vị trí rối loạn cảm giác), Có liệt các dây thần kinh không?

- Trương cơ lực
- Phản xạ gân xương.

2.6. Khám cơ, xương khớp

- Có dấu hiệu teo cơ không?
- Có đau ở các khớp không?
- Có hạn chế vận động không?
- Có dấu hiệu cứng khớp buổi sáng không?

2.8. Các cơ quan khác

PHẦN 4: KẾT LUẬN

1. Tóm tắt bệnh án

- Bệnh nhân nam (nữ), bao nhiêu tuổi, nghề nghiệp (nếu có liên quan

đến bệnh), có tiền sử (nếu có liên quan)

- Bệnh diễn tiến bao lâu rồi?

- Vào viện vì lý do gì?

- Qua hỏi bệnh, khám lâm sàng thấy có các hội chứng và triệu chứng sau (mô tả các triệu chứng khám phát hiện được). Chú ý nên sắp xếp thành các nhóm hội chứng và triệu chứng sau:

- + Các triệu chứng dương tính để khẳng định chẩn đoán

- + Các triệu chứng âm tính góp phần khẳng định chẩn đoán và khẳng định loại trừ

- + Các triệu chứng xác định mức độ bệnh, giai đoạn, tiên lượng.

2. Chẩn đoán

- Chẩn đoán sơ bộ:

- + Chẩn đoán hội chứng hoặc bệnh lý

- + Nguyên nhân

- + Mức độ

- + Biến chứng.

Tuỳ theo bệnh lý có thể chẩn đoán đầy đủ hay không. Bệnh nhân được chẩn

đoán ưu tiên giải thích được hầu hết những triệu chứng và hội chứng đã nêu trong phân tóm tắt bệnh án.

- Chẩn đoán phân biệt (bệnh, nguyên nhân gây bệnh).

3. Cận lâm sàng:

- Cận lâm sàng đề nghị: cận lâm sàng thường quy, cận lâm sàng để chẩn đoán.

- Cận lâm sàng đã có: ghi lại kết quả các xét nghiệm.

Biện luận chẩn đoán: kết hợp lâm sàng và kết quả CLS biện luận cho mỗi chẩn đoán sơ bộ và chẩn đoán phân biệt để đưa đến chẩn đoán xác định.

4. Chẩn đoán xác định:

Biện luận dựa trên các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng để đưa ra chẩn đoán xác định.

5. Điều trị:

- Chế độ dinh dưỡng, nghỉ ngơi (nếu có)

- Điều trị đặc hiệu

- Điều trị triệu chứng.

6. Tiên lượng và dự phòng:

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ:

Câu 1: Bệnh án là một văn bản ghi chép toàn bộ quá trình diễn biến của bệnh từ khi xuất viện về nhà:

A. Đúng.

B. Sai.

Câu 2: Bệnh sử là diễn biến bệnh từ khi:

A. Xuất hiện triệu chứng đầu tiên.

- B. Đến khi tiếp xúc với người làm bệnh án.
- C. Xuất hiện và kết thúc triệu chứng.

D. A, B đúng.

Câu 3: Có các loại chẩn đoán nào trong bệnh án nội khoa:

- A. Chẩn đoán sơ bộ.
- B. Chẩn đoán phân biệt.
- C. Chẩn đoán xác định.

D. Tất cả đều đúng.

Câu 4: Thông thường trong bệnh án nội khoa có tiên lượng gần và tiên lượng xa:

- A. Đúng.**
- B. Sai.

Câu 5: Khám bệnh phải luôn tuân theo nguyên tắc nhìn, sờ, gõ, nghe:

- A. Đúng.**
- B. Sai.

TaiLieu.vn

BÀI 2. KHÁM -CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ SỐT

Mục tiêu

Sau khi học xong bài này học sinh có khả năng:

1. Trình bày được cách khám và chẩn đoán sốt.
2. Trình bày được cách xử trí sốt.

NỘI DUNG CHÍNH

1. Đại cương:

Sốt là tình trạng thân nhiệt vượt quá giới hạn bình thường cho phép do biến đổi chức năng của trung tâm điều hòa thân nhiệt ở vùng dưới đồi thị của não gây nên. Khi xem xét các biến đổi thân nhiệt theo nhịp ngày đêm ở người, được coi là có tình trạng sốt khi thân nhiệt buổi sáng $>37,2$ độ C hay thân nhiệt buổi tối $> 37,7$ độ C.

Tăng thân nhiệt không hoàn toàn đồng nghĩa với tình trạng sốt và được định nghĩa như một gia tăng thân nhiệt vượt quá điểm thân nhiệt bình thường do trung tâm điều hòa thân nhiệt kiểm soát, do suy giảm khả năng tỏa nhiệt của cơ thể (như khi gắng sức quá mức, trong môi trường quá nóng).

1.1. Mức độ khẩn cấp:

Tình trạng sốt có thể đặt ra vấn đề cấp cứu khi thấy bệnh nhân có thân nhiệt quá cao ($> 40,5$ °C) và/hoặc có kèm các dấu hiệu nặng như:

- Thần kinh: Hôn mê, co giật, hội chứng màng não
- Tim mạch: Trụy mạch, nhịp tim nhanh
- Hô hấp: Thở quá nhanh, khó thở
- Tình trạng mất nước nặng
- Xuất huyết da-niêm mạc hay các phủ tạng
- Xuất hiện các ban xuất huyết lan toả

Trường hợp có các dấu hiệu trên (riêng lẻ hay phối hợp với nhau) phải được nhập viện cấp cứu.

Cần nhập viện bệnh nhân sốt quá 10 ngày không có nguyên nhân rõ rệt.

1.2. Phân tích các đặc điểm lâm sàng:

Hỏi bệnh:

Hỏi tỉ mỉ, là điều cơ bản khi phân tích các đặc điểm lâm sàng của tình trạng sốt.

Đặc biệt lưu ý:

Trình tự theo thời gian của các triệu chứng và mối liên quan với việc dùng thuốc của bệnh nhân (thuốc theo đơn kê và thuốc tự bệnh nhân dùng) hay một can thiệp gần đây (nạo phá thai, nhổ răng, phẫu thuật).

Khai thác tiền sử nghề nghiệp để tìm các chất độc bệnh nhân có khả năng tiếp xúc, cũng như các nguồn lây nhiễm có thể gặp (tiếp xúc với bệnh nhân bị bệnh truyền nhiễm, các động vật nuôi trong nhà), gần đây bệnh nhân có đi đâu xa hay không.

- Đặc biệt lưu ý để khai thác và phát hiện xem bệnh nhân có phải là người có nguy cơ cao bị AIDS hay không (mại dâm, tiêm chích ma túy).

- Chú ý tới tiền sử bệnh lý nội khoa (bệnh tự miễn), dị ứng

Phân tích biểu đồ nhiệt độ (kiểu sốt):

- Dùng quá phổ biến thuốc hạ sốt, corticoid và kháng sinh có thể làm biến đổi tính chất "điển hình" của đường biểu diễn nhiệt độ kinh điển được thấy trong một số bệnh lý (mạch nhiệt phân li trong sốt thương hàn, bệnh Rubella).

- Một số kiểu sốt điển hình được mô tả:

- + Sốt kiểu cao nguyên (bệnh nhân có tăng thân nhiệt liên tục và hầu như không có biến đổi trong đường biểu diễn nhiệt độ trong cả ngày).

- + Sốt dao động (khi có biến động lớn trong đường biểu diễn nhiệt độ trong ngày): Nhiễm khuẩn sâu hay nhiễm khuẩn hệ thống, ung thư và sốt do thuốc.

- + Sốt thành cơn (khi nhiệt độ trong ngày có lúc giảm xuống song không tới mức bình thường): Sốt do VR, lao, nhiều tình trạng nhiễm khuẩn và không do nhiễm khuẩn.

- + Sốt tái phát (bệnh nhân có các giai đoạn sốt xen với giai đoạn hoàn toàn không sốt): Sốt rét cơn, sốt cách nhật do P.vivax.

Khám thực thể:

- Đánh giá các dấu hiệu sinh tồn
- Lấy thân nhiệt trung tâm (miệng hay hậu môn)
- Khám toàn diện với lưu ý đặc biệt:
 - + Da: Phát hiện các tổn thương như ban, ban xuất huyết
 - + Hạch ngoại biên
 - + Các cơ quan nội tạng (Gan lách to, tim mạch, hệ thần kinh trung ương)
 - Tìm ổ nhiễm khuẩn tiên phát (đường vào)
 - Chú ý một số cơ quan dễ bỏ sót: Thăm hậu môn và hệ thống sinh dục, răng miệng và tai mũi họng

Chẩn đoán:

- Chẩn đoán có thể dễ định hướng trên lâm sàng: Khi sốt kết hợp với một bệnh cảnh lâm sàng gợi ý:

- + Có các hội chứng gợi ý một tổn thương phủ tạng hay một cơ quan (tai mũi họng, bộ máy hô hấp, tiết niệu, thần kinh hay phụ khoa)

- + Có tình trạng phát ban da

- + Có đường vào rõ rệt

- + Có tình trạng vàng da

- Chẩn đoán lâm sàng trong nhiều trường hợp rất khó như trong:

- + Bệnh nhân chỉ có tình trạng sốt đơn độc mà hoàn toàn không có bất kì một dấu hiệu chỉ điểm nào:

- * Khai thác bệnh cần được tiến hành một cách nghiêm túc và có kế hoạch, chú ý tìm kiếm các dấu hiệu đi kèm như: Tình trạng rét run, vã mồ hôi, đau đầu, đau mỗi cơ, chán ăn, mệt mỏi và sút cân.

- * Trên cơ sở các thông tin khai thác được, kết hợp các dấu hiệu và triệu chứng thu thập được giúp thảo luận lựa chọn tiến hành các thăm dò cận

lâm sàng tối thiểu cần thiết.

- Sốt kéo dài không rõ căn nguyên: Khi bệnh nhân có thân nhiệt > 38 độ C kéo dài quá 2 tuần mà không xác định được nguyên nhân gây sốt.

+ Nhiễm khuẩn: 50%

+ Ung thư: 20%

+ Bệnh lý gây viêm: 15%

+ Do thuốc: 5%

+ Không tìm thấy căn nguyên: 5%

+ Cần chú ý căn nguyên lao và ung thư

+ Có thể nghĩ đến sốt do thuốc đặc biệt là do kháng sinh khi bệnh nhân có các tổn thương da và thử cắt thuốc nghi vấn gây sốt trong vòng 48h sẽ làm hết tình trạng sốt.

Những xét nghiệm cần làm:

- Công thức máu, tiểu cầu, hematocrit.

- Công thức bạch cầu có thể cung cấp các thông tin định hướng chẩn đoán: Giảm bạch cầu trong một số trường hợp nhiễm virus, sốt do thuốc, bệnh tạo keo, thương hàn, rubella, hay trong một số bệnh gây xâm nhiễm tủy xương như bệnh u lympho không phải Hodgkin, lao và bệnh do histoplasma. Tăng bạch cầu đa nhân trung tính trong nhiễm khuẩn cấp do vi khuẩn. Tăng bạch cầu lympho có thể gặp trong thương hàn, bệnh do brucella, lao và sốt do virus. Tăng bạch cầu ái toan có thể gặp trong sốt do tăng quá mẫn với thuốc, bệnh Hodgkin, và nhiễm kí sinh trùng.

- Thiếu máu: sốt rét

- Phân lập vi khuẩn gây bệnh: Cấy máu, soi và cấy nước tiểu hay bệnh phẩm thu từ cơ quan nghi vấn bị tổn thương hay là nguồn gốc của ổ nhiễm khuẩn tiên phát (đờm, dịch não tủy và các dịch thanh mạc như màng bụng, màng tim, màng phổi). Tìm kí sinh trùng sốt rét, tìm kí sinh trùng trong phân.

- Làm các phản ứng huyết thanh chẩn đoán với mầm bệnh nghi vấn: Vi khuẩn (*leptospira*, *rickettsia*...) virus và nấm (*aspergillus*): tùy thuộc rất nhiều vào phương tiện, trình độ và khả năng của phòng xét nghiệm cận lâm sàng của từng cơ sở y tế.

- Các thăm dò chuyên khoa khác: Được quyết định cụ thể theo định hướng lâm sàng để chẩn đoán nguyên nhân.

i. Đối với tăng thân nhiệt:

1. Do suy giảm khả năng tỏa nhiệt của cơ thể khi có nguyên nhân gây tăng sản xuất nhiệt quá mức: ví dụ say nắng, say nóng, sau dùng một số thuốc (amphetamin, cocain...), hội chứng ác tính ở người dùng thuốc vượt thân kinh, thái độ xử trí cấp cứu là:

+ Hạ nhiệt: Chủ yếu bằng phương pháp vật lý như cởi bỏ bớt quần áo hay chăn đắp, đắp lạnh, quạt mát. Khi các biện pháp hạ nhiệt bên ngoài

không hiệu quả có thể làm lạnh bên trong cơ thể bằng cách rửa dạ dày hay lọc màng bụng bằng dung dịch nước muối sinh lý lạnh.

+ Bồi phụ lại tình trạng mất nước và điện giải do tăng mất qua đường thở, mồ hôi bằng oresol hay truyền tĩnh mạch dung dịch muối đẳng trương khi bệnh nhân có huyết áp tâm thu < 90 mmHg.

ii. Đối với tình trạng sốt:

1. Không nên dùng kháng sinh khi chưa rõ nguyên nhân gây sốt

2. Điều trị hạ sốt có chỉ định cấp cứu khi thân nhiệt bệnh nhân > 41 độ C, nhất là khi các biện pháp hạ nhiệt vật lý không có kết quả.

3. Chỉ định dùng thuốc hạ sốt cấp cứu cho các bệnh nhân có tăng thân nhiệt ở mức độ vừa (39-41 độ C): Trẻ có tiền sử sốt cao co giật, phụ nữ có thai và bệnh nhân bị suy tim, suy hô hấp hay hôn mê.

4. Thuốc hạ sốt được ưu tiên chọn dùng là nhóm hạ sốt chống viêm không phải steroid:

+ Paracetamol: Người lớn dùng viên 0,5g 1-2 viên/lần, dùng lại nếu cần, song không quá 8 viên/ngày. Đối với trẻ nhỏ nên dùng loại nhũ dịch với liều lượng tùy thuộc vào tuổi và cân nặng của trẻ (không quá 12,5 mg/kg trọng lượng cơ thể).

+ Tránh dùng aspirin cho trẻ nhỏ hay người lớn nghi bị sốt xuất huyết.

5. Dùng corticoid có thể làm thay đổi bệnh cảnh lâm sàng và làm nhiễm khuẩn lan rộng. Nói chung không có chỉ định dùng corticoid đối với sốt nghi do nhiễm khuẩn, trừ trường hợp viêm màng não mủ, viêm màng ngoài tim do lao, viêm mạch nhưng vẫn phải dùng kháng sinh đặc hiệu.

6. Điều trị đặc hiệu: Tùy nguyên nhân của sốt.

b. Những kinh nghiệm chẩn đoán và xử trí:

Ở bệnh nhân sốt kéo dài, nếu các kháng sinh (KS) đều không kết quả, cần chú ý tìm ổ nhiễm khuẩn.

Nếu không tìm thấy ổ nhiễm khuẩn, nên cắt hết các KS vài ba ngày.

Nếu nhiệt độ có xu hướng giảm, có thể là sốt do dùng KS.

Nếu đang dùng KS uống mà thấy tiêu chảy, cần thay KS ngay.

c. Kết luận:

Sốt là một hiện tượng bệnh lý rất phổ biến vì là một phản ứng của cơ thể đối với các tác nhân gây bệnh.

Cho nên cần nhớ sốt chỉ là một triệu chứng của rất nhiều bệnh khác nhau. Vì vậy chẩn đoán sốt cần phải có một ý niệm tổng hợp các triệu chứng phối hợp với các xét nghiệm cần thiết để tìm nguyên nhân và xử trí.

Tránh cho thuốc kháng sinh nhất loạt một cách mơ hồ, nếu chúng ta chưa tìm nguyên nhân của sốt. Vì như thế không những lãng phí kháng sinh, mà còn có thể làm che lấp các triệu chứng.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ:

Câu 1: Nhận định sốt dựa vào:

- A. Khởi phát.
- B. Tính chất.
- C. Diễn biến.
- D. Tất cả đều đúng.**

Câu 2: Nhiệt độ bình thường của cơ thể là:

- A. 37°C**
- B. 37^{o5} C
- C. 36^{o5} C
- D. 38°C

Câu 3: Bệnh nhân sốt phải điều trị bằng kháng sinh, trong quá trình điều trị bằng đường uống, bệnh nhân có biểu hiện tiêu chảy, xử trí bằng cách:

- A. Ngưng kháng sinh.
- B. Đổi sang kháng sinh khác.**
- C. Điều trị triệu chứng.
- D. Tất cả đều đúng.

Câu 4: Trước một bệnh nhân sốt chưa rõ nguyên nhân nên dùng kháng sinh để điều trị:

- A. Đúng
- B. Sai**

Câu 5: Sốt kéo dài không rõ căn nguyên: Khi bệnh nhân có thân nhiệt > 38 độ C kéo dài:

- A. Trên 1 tuần.
- B. Trên 2 tuần.**
- C. Trên 3 tuần.
- D. Trên 4 tuần.

Đáp án: Câu 1: D, Câu 2: A, Câu 3: B, Câu 4: B, Câu 5: B.

TRIỆU CHỨNG HỌC BỘ MÁY TUẦN HOÀN

I. MỤC TIÊU HỌC TẬP:

1. Trình bày được các triệu chứng cơ năng của bộ máy tuần hoàn.
2. Trình bày được các triệu chứng thực thể của bộ máy tuần hoàn.
3. Trình bày được một số phương pháp cận lâm sàng sử dụng trong chẩn đoán bệnh lý cơ quan tuần hoàn.

II. NỘI DUNG:

1. Đại cương:

Bộ máy tuần hoàn gồm: Tim và hệ thống mạch máu (Động mạch, tĩnh mạch). Chức năng: Vận chuyển cung cấp các chất dinh dưỡng và Oxy (O₂) đến các mô, đem Các bô nic (CO₂) về phổi, đem các chất cần đào thải do chuyển hoá đến thận.

2. Triệu chứng cơ năng:

Là những triệu chứng do người bệnh cảm nhận được, làm cho bệnh nhân khó chịu, lo sợ phải đi khám bệnh. Các triệu chứng chính cần phải hỏi là:

2.1. Khó thở: Người bệnh không thoải mái, dễ dàng trong khi thở.

2.1.1. Nguyên nhân: Khó thở trong các bệnh tim mạch: Suy tim, hẹp lỗ van 2 lá, tràn dịch màng ngoài tim, tắc động mạch (ĐM) phổi.

2.1.2. Tính chất xuất hiện:

- Khó thở xuất hiện từ từ: Suy tim, tràn dịch màng ngoài tim.
- Khó thở xuất hiện từng cơn: Suy tim trái, hẹp lỗ van 2 lá.

2.1.3. Phân mức độ khó thở của hội tim mạch New York: có 4 mức độ:

- Mức độ 1: Khó thở khi gắng sức.
- Mức độ 2: Khó thở khi hoạt động bình thường.
- Mức độ 3: Khó thở khi hoạt động nhẹ.
- Mức độ 4: Khó thở cả khi nghỉ ngơi.

2.2. Đau ngực: Là triệu chứng thường gặp trong bệnh tim mạch (nhưng cũng có thể gặp trong một số bệnh không phải bệnh tim mạch).

2.2.1. Cơn đau thắt ngực: Là bệnh cảnh điển hình của cơ tim thiếu máu cục bộ.

- Vị trí: Phía sau xương ức hoặc bên ngực trái.
- Tính chất đau: Cảm giác đè nặng, bóp nghẹt.
- Hướng lan: Lên cổ hoặc mặt trong cánh tay trái xuống cẳng tay và ngón út.
- Thời gian: Từ 30 giây đến vài chục phút.
- Giảm nhanh khi cho người bệnh ngậm Nitroglycerin, hoặc Risordan.
- Điều kiện xuất hiện: Có thể xảy ra bất kỳ lúc nào nhưng thường xuất hiện sau gắng sức (Gắng sức, sức cảm, bị lạnh)

2.2.2. Đau ngực do nguyên nhân khác: Viêm màng ngoài tim, đau thành ngực, viêm màng phổi, viêm loét dạ dày hành tá tràng.

2.3. Hồi hộp đánh trống ngực: Là cảm giác tim đập mạnh có thể là triệu chứng của bệnh tim nhưng cũng có thể gặp trong các trường hợp khác.

2.3.1. Nguyên nhân do tim mạch: Rối loạn nhịp tim, tăng huyết áp.

2.3.2. Nguyên nhân khác: Cường tuyến giáp, thiếu máu, xúc cảm mạnh.

2.4. Phù:

2.4.1. Trong bệnh tim mạch: Thường gặp trong suy tim phải, suy tim toàn bộ. Đặc điểm phù do suy tim:

- Vị trí: Thường phù ở vùng thấp như: Chi dưới.
- Thay đổi theo thời gian: Buổi chiều phù nhiều hơn buổi sáng.
- Mật độ, màu sắc: Thời gian đầu: Phù trắng, phù mềm, nếu không điều trị thời gian sau: phù cứng, tím.

Các triệu chứng kèm theo: Gan to, tĩnh mạch cổ nổi, khó thở.

2.4.2. Phù do nguyên nhân khác:

- Phù do bệnh lý ở thận (Phù ở mắt trước, có thể tràn dịch đa màng)
- Phù do xơ gan: Phù chủ yếu ở chân, cổ trướng và tuần hoàn bàng hệ.
- Phù do suy dinh dưỡng: Phù ở 2 chân xuất hiện trước, xét nghiệm Protein trong máu giảm.

2.5. Ho:

Là động tác thở ra mạnh đột ngột là một phản xạ do kích thích ở bộ máy hô hấp và một số bộ phận khác.

Trong một số bệnh tim mạch gây ứ máu ở phổi, làm tăng áp lực tuần hoàn gây nên ho.

Trong bệnh hẹp lỗ van 2 lá: Ho khan, có thể ho ra máu, ho tăng khi nằm đầu thấp.

Trong suy tim trái: Bệnh nhân ho khan.

2.6. Dấu hiệu tím:

Thường thấy rõ ở môi, niêm mạc miệng, nền các móng: Do tình trạng giảm phân áp o xy (PaO₂) hoặc do tuần hoàn chậm lại nên ô xy (O₂) được tách nhiều khỏi o xy hemoglobin (HbO₂), trong suy tim thường gặp tím ngoại biên (Tím trung ương trong thông liên thất, bệnh tim phổi mạn tính).

2.7. Ngất:

Là tình trạng mất tri giác trong thời gian ngắn, đồng thời có giảm hoạt động tuần hoàn, hô hấp trong thời gian đó.

Nguyên nhân do những bệnh gây thiếu máu não cấp tính.

2.8. Đau các chi:

Vị trí: thường đau ở chi dưới, có thể đau cả 2 chi.

Tính chất đau: Như bị chuột rút, hoặc chỉ có cảm giác mỏi cơ, nặng chi.

3. Khám thực thể:

3.1. Toàn thân:

- Tổng trạng: Mập, gầy, thấp, nhỏ
- Màu sắc da niêm mạc?
- Có phù không, có khó thở không?
- Tĩnh mạch cổ có nổi không (Thường quan sát tĩnh mạch cổ bên phải).
- Động mạch cảnh có đập không (Trong hở van động mạch chủ có

dấu hiệu mạch corigăng, lập loè mao quản)

- Làm phản hồi gan tĩnh mạch cổ.
- Đầu ngón tay có hình dùi trống không?
- Quan sát lồng ngực, bụng (có tuần hoàn bàng hệ không)

3.2. Khám tim:

Tư thế bệnh nhân nằm ngửa, đầu cao, hai chân co, bộc lộ vùng ngực, khám theo trình tự: Nhìn, sờ, gõ, nghe.

3.2.1. Nhìn:

Quan sát lồng ngực và diện đập của mỏm tim.

Bình thường mỏm tim đập ở liên sườn 4 hoặc liên sườn 5 đường giữa xương đòn trái (diện đập khoảng 1-2 Cm).

3.2.2. Sờ:

Sờ vùng trước tim xác định vị trí mỏm tim, trong bệnh hẹp lỗ van 2 lá, có thể sờ thấy rung mur tâm trương, trong bệnh hở lỗ van 2 lá có thể sờ thấy rung mur tâm thu, rung mur liên tục gặp trong còn ống động mạch.

3.2.3. Gõ:

Mục đích: Để xác định vị trí kích thước tương đối tim trên thành ngực .

+ Xác định mỏm tim:

- Gõ chéo: Từ dưới lên trên, từ trái qua phải, chỗ bắt đầu đục là mỏm tim

+ Xác định kích thước tim: Từ liên sườn 2 xuống, từ đường nách trước vào

trong.

Bình thường: Bờ phải tim không vượt quá bờ phải xương ức, bờ trái tim không

vượt quá đường giữa xương đòn trái.

3.2.4. Nghe tim:

Là phương pháp quan trọng nhất trong khám tim vì nó cung cấp nhiều triệu chứng có giá trị trong chẩn đoán.

Chuẩn bị dụng cụ: Ống nghe.

Bệnh nhân ở tư thế thoải mái, yên tĩnh, thầy thuốc ở bên phải bệnh nhân.

3.2.4.1. Các vị trí nghe tim (Ổ nghe): Có 4 ổ nghe tim chính.

- Ổ van 2 lá (Mỏm tim): Liên sườn 4 hoặc 5 đường giữa xương đòn trái.

- Ổ van 3 lá: Sụn sườn 6 sát bờ trái xương ức.

- Ổ van động mạch phổi: Ổ liên sườn 2 cạnh bờ trái xương ức.

- Ổ van động mạch chủ: Ổ liên sườn 2 cạnh bờ phải

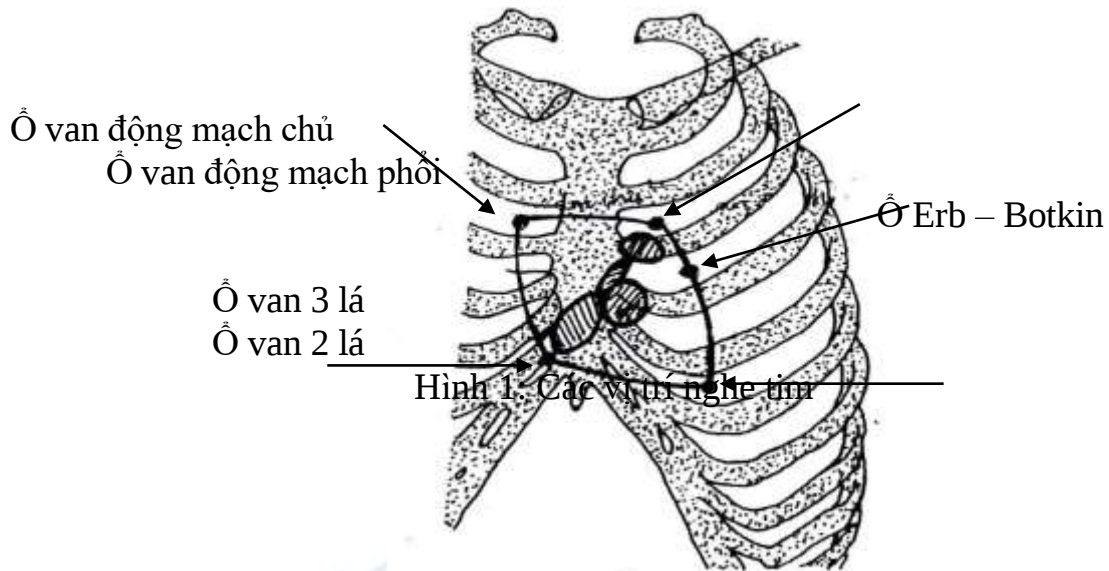
xương ức. Ngoài ra còn có ổ Erb – Botkin: Liên sườn 3 cạnh bờ trái xương ức.

3.2.4.2. Tư thế nghe tim: có 3 tư thế nghe tim: Nằm ngửa, nghiêng trái, ngồi.

3.2.4.3. Trình tự nghe: Từ mỏm tim ngược theo chiều kim đồng hồ, khi nghe tim kết hợp với sờ mạch (Bắt mạch).

3.2.4.4. Tiếng tim bình thường: Mỗi chu chuyển tim có 2 tiếng T1 và T2.

- Tiếng thứ nhất: T1: Tràn dài “ Bùm” nghe rõ ở mỏm tim đồng thời với mạch đập, sau đó là khoảng im lặng ngắn.
- Tiếng thứ 2: T2: ngắn thanh “ Tắc “ đồng thời với mạch chìm, nghe rõ ở ổ van ĐM chủ và ổ van ĐM phổi.



3.2.4.5. Các tiếng tim bất thường:

+ T1 tăng cường độ gấp trong các trường hợp: Cường giao cảm, tăng cung lượng tim do gắng sức, cường tuyến giáp, thiếu máu.

+ T1 Đanh trong hẹp lỗ van 2 lá.

+ T1 giảm cường độ trong: Suy tim, hẹp lỗ van động mạch chủ.

Trong trường hợp thành ngực dầy, tràn dịch màng ngoài tim thì T1 cũng giảm.

+ T2 tăng cường độ; gấp trong bệnh tăng huyết áp, cường giao cảm, tăng cung lượng tim.

+ T2 giảm cường độ trong: Hẹp khít van động mạch chủ hoặc van động mạch phổi, giảm cung lượng tim, thông liên thất.

+ T2 tách đôi: Nguyên nhân do van động mạch chủ và van động mạch phổi đóng xa nhau gấp trong hẹp khít van động mạch chủ, hẹp khít van động mạch phổi. Có thể do sinh lý bình thường gặp ở người trẻ.

+ Tiếng Clắc mở van 2 lá: Là một tiếng thêm vào tiếng thứ 2 nghe giống Clắc, âm sắc khô. Gặp trong bệnh hẹp van 2 lá, xuất hiện đầu thời kỳ tâm trương nghe rõ nhất là ở mỏm tim.

+ Tiếng ngựa phi: Nhịp ba tiếng này do một tiếng thêm vào ở thời kỳ tâm trương, tiếng này sinh ra do trường hợp tâm thất bị suy nhiều rồi dẫn ra khi máu từ tâm nhĩ dồn xuống tâm thất và đẩy mỏm tim chạm vào thành ngực, làm ta nghe được thêm một tiếng trong thì tâm trương.

3.2.4.6. Các tiếng thổi ở tim.

+ Tiếng thổi tâm thu:

- Tiếng thổi tâm thu loại tổng máu: Do sự cản trở dòng máu vào động mạch chủ hoặc động mạch phổi: Hẹp lỗ van động mạch chủ, hẹp lỗ van

động mạch phổi. Trong cường tuyến giáp, thiếu máu: Do lượng máu hoặc tốc độ dòng máu tăng lên khi đi qua lỗ van động mạch chủ hoặc động mạch phổi cũng gây nên tiếng thổi tổng máu.

- Tiếng thổi tâm thu loại trào ngược: Do dòng máu phụt ngược trở lại nơi xuất phát, thường gặp trong hở lỗ van 2 lá, hở lỗ van 3 lá.

- + Tiếng thổi tâm trương: Là tiếng thổi trào ngược do dòng máu phụt lại tâm thất trong thì tâm trương. Gặp trong hở lỗ van động mạch chủ, hở lỗ van động mạch phổi, Tiếng thổi tâm trương cường độ nhẹ nghe rõ ở liên sườn 3.

- + Tiếng rung tâm trương: Gặp trong hẹp van 2 lá nghe rõ ở mỏm tim: Nghe như tiếng vệt rùi trống, khi sờ mỏm tim cũng thấy rung mur.

- + Tiếng thổi liên tục: Gặp trong còn ống động mạch, thông động - tĩnh mạch.

3.3. Khám động mạch.

3.3.1. *Bắt mạch* (Xờ mạch): Thường bắt ở: mạch quay, mạch cảnh, mạch cánh tay, mạch khoeo, mạch chày sau, mu chân.

- + Phân tích mạch:

- Đường kính: Mạch to hay nhỏ.

- Tính chất: Động mạch cứng hay mềm.

- Biên độ: Mạnh hay yếu.

- Tần số: Nhanh hay chậm

- Nhịp: đều hay không đều.

3.3.2. Đo huyết áp:

Vị trí: Cánh tay, đùi, động mạch khoeo

Bình thường huyết áp tâm thu ở đùi cao hơn ở cánh tay 20 mmHg (Huyết áp tâm trương bằng nhau).

3.4. Khám tĩnh mạch:

Tĩnh mạch cổ nổi trong suy tim phải.

Viêm tắc tĩnh mạch, dẫn tĩnh mạch: Thường gặp ở 2 chi dưới.

4. Cận lâm sàng:

4.1. X Quang tim phổi:

Ở tư thế thẳng:

- Bên phải có 2 cung:

- + Cung trên là tĩnh mạch chủ trên (1)

- + Cung dưới là tâm nhĩ phải (2)

- Bên trái có 3 cung:

- + Cung trên là quai động mạch chủ (3)

- + Cung giữa là thân động mạch phổi (4)

- + Cung dưới là tâm thất trái (5)

Tính kính thước tim (Chỉ số tim/ngực): Đường kính chỗ lớn nhất của tim/ Đường kính lớn nhất của lồng ngực < 50%, nếu > 50% là tim to.